

類費と第2類費の100%（該当する場合には各種の在宅基準加算）を認定することになるが、一部の自治体では以前（ダルク活動開始当初）にはグループホームでの共同生活であることから、厳密にグループホームの基準とはせずに第2類（食費・衣料費以外の光熱水費ほか雑費、世帯人員数に応じて算定）費について、80%の按分認定をしていた実績があった（②）。入寮によるダルク利用は単身での利用に限られている実態から、単身世帯として年齢に応じた第1類費と単身世帯基準の第2類費が生活扶助額となる。その際、第2類費が20%減額される場合も実施機関・自治体の判断によってはあり得る。

さらに、ダルクの利用を就労不能の要件と認めて生活保護適用する場合に、ダルクという民間施設を「精神障害者生活訓練施設（精神保健福祉法第50条-2）」とみなして、上記施設の入所者基準を適用する事例も報告された。これは、平成2年第46時改定時に計上された基準であるが、「社会復帰訓練を行う中間施設」として入所期間の基準も2年以内とされるもので、ダルクの性格をこれに類似したものと捉えて適用している。具体的には、給食を受けない施設の場合、第1類の75%と第2類の20%に入院患者日用品費の額を加算したもの（③）となる。

これら、①～③のいずれの場合でも、この他に医療扶助の現物給付が加わる。さらに、居宅認定の場合は、住宅扶助も行われるが、その方法については後述する。

今回、ヒアリング調査した5ヶ所の自治体において、生活扶助の基準認定に関わってこれら3つの方法が採られていた。このことから、ダルクを利用する薬物依存者の生活保護認定に関して全国的に統一された方式は認められず、逆に各自治体が他の生活保護適用の経験（事例）を基にした考え方を根拠として実施していることが理解される。合わせて、現行の3級地6区分による基準額の差異だけでなく、各地域のダルク間で議論される生活保護受給者の認定額の差異は、認定根拠の違いと考えられた。①～③のいずれの場合を採るのかにより、最低生活費の具体的認定額は変化してくる。③に挙げた施設入所者基準を適用した場合が、同一自治体内で算定した場合も最も額は低くなる。さらに、当然ながら住宅扶助の給付もない。

3. 生活保護運用の現状（2）

－住宅扶助認定に関する問題－

ダルクの利用者に対する住宅扶助認定については、さらに微妙な事情が反映されている。

住宅扶助については、現状では保護基準として提示される額（月額13,000円以内）で満たせない場合が多く、各自治体の設定する基準が適用される。これは、地区内の公営住宅利用料等の額を参考に設定されており、特徴として大都市とそれ以外での格差が大きい。居宅保護受給者の基準を適用するダルク利用者の場合、施設所在地の住宅扶助基準限度額の範囲で実費認定することになる。しかし、グループホームの場合のように個人単位の居室（原則個室）使用料として、明確に住宅費を設定していない多くのダルクの場合は、認定の方法にも困難が伴う。

ダルクでは全国どここの施設でも、これまでの経験から入寮利用者の利用料として月額140,000円を「入寮費」の名目で負担させている。内訳は、プログラムとして1日単位で手渡す食費等の「生活費」（1,700～2,000円）×30日分、施設生活のための共同購入する物品の費用、プログラムとして参加する活動の経費等で、その分の家賃分（居室使用料部分）が明確に設定されていない。認定の実際には、入寮施設として使用する物件の借り上げ費用を「人数割り」する額になる場合が例として挙げられるが、ダルクが支払っている家賃額を見てもたとえば善意の支援者等からの極めて低廉な借受から、大都市部での月額30万円以上という一般的には事業用物件の賃貸使用の事例まで、実態には大幅に差がある。

生活保護を受給しない利用者の場合、家族等から月14万円の入寮費を負担させ、生活保護受給者もそれとまったく同一のプログラムに参加することからダルクの支払う賃貸費用を根拠とせずに個別に上限まで住宅扶助を認定している自治体がある（それでも上限基準が低いため14万円に対して約65%弱の額にしかならない；最も多い20～40歳単身で算定）が、別の自治体での例では「実施に負担する額」として施設物件の借上費を上限として利用者数で人数割りした額を認定する例が多いが、施設自体が運営費の補助金を自治体等から受けている場合については、その基準設定も補助金範囲外の負担額の人数割り額を上限とするなど、さらに細かい設定がなされているのが実情であ

る。

4. 生活保護運用の現状（3）

－移送費認定に関する問題－

ダルク利用者の生活保護費認定のもう一つの焦点は、1) ダルク通所に関する移送費、2) ダルク・プログラムとしての夜間のNAミーティング通所交通費、それぞれの認定に関わる取り扱いである。

1) のダルク通所の費用については、平成11年度の間答集改正により、以下の条件に該当するダルクについては統一した認定の根拠が示されている（平成11年度実施要領「別冊問答の改正等」問218；p.116参照）。ダルク通所の交通費については、①国・自治体等からの補助がある場合、②保健所・精神保健福祉センター等が後援する場合、の条件に該当すれば民間活動であっても移送日の支給対象とする、との具体的な記述である。この他、精神障害者福祉対策の一環として、地域作業所の正式通所者を対象とした「交通費助成事業」を自治体で設けているところもあり、ダルクが精神障害者地域作業所として認可を受けることによって、通所者の交通費が生活保護法外の制度によってカバーされる事例もある。また、自治体の単独事業による生活保護受給者を対象とした公共交通機関（バス・地下鉄）無料パス交付事業も移送費認定と連動してや薬物依存者の施設及び自助グループ参加を肩代わりしている例が注目される。

ただし、表記のとおり、11年度の間答改正には①・②のいずれかの条件が付されており、さらに解説では「全面的に民間リハビリテーション施設を断酒会の場合と同様の取扱いとすることについては、現在厚生省精神保健福祉部局において（中略）検討が進められているところであり、生活保護上の取扱いについても、その結果を待ってさらに検討を進める」として保留しているため、自治体の判断によっては、補助金を受けていないダルクの通所費用を認定不可とする余地を残している。

2) のNAミーティングについては、さらに事情は複雑である。NAミーティングが開かれている地域内にある実施機関では、アルコール依存者がAAミーティングに参加する際と同様の考え方にに基づき、NAの参加交通費も認定している。その際の方法は、前月の実績を書面で確認して月遅れで精算する「実費立替払い方式（通院交通費と同様）」

を採っているが、上記の「無料パス」などを利用して参加できる場合はそちらが優先される。

ところが、これらは交通網の発達した都市部での取り扱いであり、公共交通機関利用の困難な地域では、実際のところダルクの利用者（入寮者が大半）全員で大型自家用車等に分乗してミーティングに通う他にその手段を確保することができない場合がある。そのような場合について、該当の実施機関では自治体の判断により1回あたり500～1,000円といった額で「燃料費補助」として認定している実態があった。その際には、公共交通機関利用の場合と同じく、出席回数とミーティング開催場所のチェックを受けた上で過不足なく認定される。

その一方で、自治体によっては明文化されたマニュアルの存在により、NAについて移送費認定できない事例もあった。「薬物依存症患者のAAへの通所費用」という問答の中で、薬物依存者からの移送費認定申請に対し、「アルコール依存症者と同様に移送費として支給してよいか」との可否を問うもので、その回答には「薬物依存症を対象にした諸団体については、現状について、このような（アルコール依存症者の断酒会参加と同等の）社会資源としての有効性についてその評価が確立されているとは必ずしもいえない状況にある」ことにより支給は認められない、とするもので、このマニュアルは平成7年度版であり、前掲の11年度の間答改正に先駆けた自治体判断が改定されずに残っている事例と解される。さらに、この自治体においては、直後にダルクが活動を開始し、NAグループも生まれて活動継続しているが、この文章に拘束される形で現在まで移送費認定が行われていなかった。福祉事務所内では既に検討課題に挙がっており、他の自治体の移送費認定実態のヒアリングも2001年度に行ったというが、改定作業中といわれる新マニュアルの作成によって上記記述部分が改正されるまで困難だとの判断が示された。

5. 生活保護運用の現状（4）

－実施責任に関する問題－

保護の実施責任は、主に次の2点が検討の焦点になる。すなわち、1) 保護申請を受理した福祉事務所（前住地）と施設所在地の福祉事務所との関係（移管に関わる）、2) その際にダルクを居住

の場と見るか、訓練施設（中間施設）と見るか、という問題である。これについても、統一した見方は5地区の間でも共有されていなかった。

1) については、特に実態として取り扱いケース数の少ない（ダルク開設から時間の経過が短い）福祉事務所では、施設所在地が実施責任を負うとして取り扱われていたが、特に他の自治体にあるダルクまたは病院等から転入して入寮した場合については、2週間程度の期間を設けて継続性を見極めるルールが示されていた。その期間内に退寮した場合は申請を却下し、前住地の責任とする。また別の自治体では、入所の実態と申請の時期との兼ね合わせにより、実施期間を決めるルールが設けられ、被保護者が入所または申請と同時に入所の場合は前住地、入所中の申請は施設所在地の福祉事務所が実施責任を負うこととして整理している。

2) の問題に関わり、実施責任を原則ダルク入寮前の福祉事務所とする考え方も今回のヒアリング調査の中で示されたが、それは前記の問題群とも関わって、ダルクという施設の性質を「訓練施設」と規定することに起因しており、住所地として認めない以上前住地が実施責任を負う、と解することによる。このような判断を採らない自治体との間を仮に薬物依存者が間に病院等をはさんで移動した場合に、実施機関を巡る理解の齟齬が生まれることは予想される。この点からも早期の統一的な取り扱い基準が明確にされる必要を感じる。

6. 生活保護運用の現状（5）

－生活保護実施上の取り決めに関して－

これまで見てきたように、各自治体の実施機関では、地区内で活動を開始したダルクと出会い、生活保護実施を通して薬物依存者の援助を分担してきた経験を基に、今日では多くの地域で具体的な取り決めを作成してきている。

それらの多くは、1) 申請受理の場面と、2) 保護廃止時に関わるものが多いが、これは生活保護受給の入口と出口において福祉事務所が数多く苦労してきた経験にも関係していると考えられる。それ以外のものについては、3) として後段にまとめて示したい。

まず、1) 申請から開始時に関わるものとして挙げられていたのは、①申請時には精神科医師に

よる「薬物依存」ないしは「依存症」との疾患が明記された診断書または医療要否意見書の提出を条件とすることで、それは同時にその時点での稼働就労を不相当（不可）とするものの確認ともなっている。

さらに同じく、②申請時には「誓約書」を作成させ、ダルク退所時の保護廃止について確認をとること、が挙げられた。これは特に「無断退所」の際の取り扱いを明確にすることを目的とし、基準以下の低所得状態にある者に対する一方的な「指導指示違反」を根拠とした排除を目的とはしないが、ダルクのプログラム参加を拒否して退寮した場合には保護継続できない、というルールを開始前に確認することにより、その後の処遇上の効果を期待している。合わせて、ダルクの援助なしに福祉事務所が再使用した薬物依存者の対応に無限定に振り回されることがないように、現実の処遇経験をもとにこのようにルール化された経緯があるという。このことにより、薬物依存者の保護受給権が著しく制限されると見るよりは、ダルク以外の社会資源が乏しい地域における現実的な援助の限界設定と理解することができる。

上記の他、2) の保護廃止時に関わる取り決めとして、自治体によってはダルク・プログラムをクリーンな状態を継続したまま終了した薬物依存者が、その時点ですぐに稼働収入による就労自立が困難な場合について、保護要件が確認できることを条件に継続受給を認める取り扱いをしている地域もあった。この場合は、一般的な生活困窮対策である生活保護制度の趣旨から、稼働年齢層にあたる場合は福祉事務所は就労指導を強力に実施する必要があると思われる。回復のチャンスをつかんだ依存者が多くの場合その具体的な手助けを受けて濃密な人間関係を形成してきたNAなどの自助グループでのサービス活動（無収入性から見ればボランティア活動と同義）に時間をかけたいと申し出ても、そのセルフケア上の必要性理解とは異なる生活保護実務上の処遇指針として、特に現業のケースワーカーは苦慮せざるを得ない部分を孕んでいるといえる。

3) の「その他の部分」に関する取り決めとして、ダルクの利用については、入寮という形態でのみ生活保護を利用し得るとするものがあり、以下のような場合では必要とする薬物依存者に対しダルク利用の道を閉ざしてしまう点で問題を感じ

た。モデル化するならば、入寮して以後の3~9ヶ月前後、薬物依存者同士の共同生活による集中的なダルク・プログラムへの参加によって回復の入口ができてきたと判断された依存者が、段階的にその後も入寮施設に居住しつつ昼間は施設外部でのアルバイト就労を経験しながら、夜間のNA（毎日1回のミーティング）参加を一定期間継続することにより、回復の基礎固めと同時に、保護廃止時の転居費用を貯蓄し、具体的な物件探しをするといった場合である。このような場合、保護実施上、収入認定等の部分で特に福祉事務所と密接な関わりを保って援助する必要があるが、このような過程を経て結果的に就労自立を達成してきた事例も実態として少なからず存在している。さらに、もう一つの大きな問題は、女性の薬物依存者を受け入れられるダルク（入寮）は全国でも2ヶ所しか設けられておらず、要援護者には幼児の養育を避けられない事例なども増加し、よりきめ細かい制度的援助を求められている実態に反して、そこを利用できない大半の薬物依存女性を生活保護受給の可能性からも排除する結果につながるかねないことは、何としても早急に回避すべき課題といえる。男性の場合と同様の施設数が実現することはまだはるか先の目標とするにしても、入院先からの通所が可能な場合など、その条件と利用できる既存施設等も積極的に活用し、福祉事務所とダルクが限定された通所利用の中でどのようにして回復へ向け援助を分担し、他機関や自助グループ等のネットワークを通して補完していけるのか、具体的な取り組みの課題は非常に多いといえる。そのために、既にルールとなっている「入寮のみ生保可」といったこれら取り決めが、必要とする薬物依存者の回復の途を閉ざしてしまうことのないよう、まず実態に即した運用の展開が強く望まれる。

その他、ダルク利用者の入寮中の金銭管理について、その一切をダルクスタッフに任せる、という取り決めもあり、ダルクスタッフとの信頼関係からいえばメリットもあるが、利用者を主体としてそれぞれ援助者の役割にある福祉事務所とダルクが、公平に責任分担することが基本になることはいうまでもない。

D. 考察

薬物依存者に対する生活保護制度による援助を

めぐる問題の根底には、この制度がアルコールや薬物といった依存症の回復援助を目的として構成されたものでなく、一般的な低所得・生活困窮を対象としたものであることによる制度的限界が確実に存在している。合わせて、生活保護制度が発足した当時、薬物やアルコールの乱用や依存という問題が存在はしていても、その社会的な捉え方と取り扱いの方法は今日のものとはまったく方向を異にするものだった事情も少なからず影響しているように思われる。依存症を「病気」として捉え、病気である以上治療を施すべき対象として他の疾病と同様にそこから回復し社会復帰するための具体的な手だてを保障することが最優先されなければならない。しかしながら、生活保護はその陥った理由を問わず貧困な状態に等しく対応せざるを得ない側面を持っており、制度の利用者に画一的な努力目標を課す場面が完全には排除できずに今日に至っている。また、憲法に基づく国の事務という性格上、国による実施のマニュアル＝実施要領を制度運用の基本とせざるを得ず、実態としては社会資源の配置のみならず援助の条件にもさまざまな地域格差がある中で、各実施機関がその矛盾と向き合い、絶えず工夫しながら対応することを求められる。

あるいは、歴史的に見て社会福祉機関による専門的援助の原型ともいえる福祉事務所での援助実践の「ばらつき」は、利用者とワーカーとの援助関係の揺らぎをも表現しているが、援助の方針は誰が何に基づいて決めるべきなのか、といった根本的な問題に簡単に行き当たる場面が多かった。たとえば、薬物依存症が「病気」であるならば、その専門的判断は医師に任せるのが妥当であり、プログラムの終了や自立・就労開始といった時期の見極めをダルクスタッフが行うべきであるかどうか、といった疑問は繰り返され問い続けられている。

このことを考察する上で一つの手掛かりを提供する素材が、生活保護行政におけるアルコール依存者処遇の例である。同じ制度の中でアルコール依存者に対する援助はどのような状況で何を契機として講じられ、回復の事実が地域で蓄積されていくのに従い、それがどのように制度の中で拡大していったのか5)、そして現在の制度運用から見た到達点と残されている課題、さらに薬物依存者の援助に置き換えた時、不合理ともいえる差異が

どこに存在しているのか特定することにも少なからず役立つと思われる。前掲の問答集に挙げた事例でも、アルコール依存者の処遇とその成果と比較して薬物依存者の処遇の基準を判断しようとしていることは明白である。

現在の生活保護制度には、依存者の回復に活かせる仕組みがあまり見られない中で、現実には依存者の回復に関わらざるを得ない担当者レベルでは、ダルクという既存のものとは違う回復援助組織と出会い、そことの関係形成をとおして新たな視野に立つ実践を模索していることが理解された。今回、ヒアリング調査を行った各地区では、それぞれ個別でありながら共通する課題もいくつか見出すことができた。同一の制度運用上に今回見たようなさまざまな場面での異なる実施方法とその根拠が存在することは、生活保護制度にダルクの援助を位置づける、さらには薬物依存者の回復援助のための指針が存在していないことを証明している。

今後は具体的な切り口となる以下の問題などを議論と問題整理の契機として、この制度の中に薬物・アルコールその他の依存者の回復援助を目的とした具体的な基準の設定を実現し、全国的な処遇の最低ラインの明示と現場における日常的な処遇検討の機会確保を行うべきと考察された。

近年急速に生活保護現業機関もその対応を迫られている課題の一つに暴力、とりわけ児童虐待やDV (Domestic Violence) の問題が挙げられている。現在、DVが認められる事例の処遇の場合には、世帯の安全確保が最優先となる関係から、生活保護の実施にあたっては居所設定の際の同一自治体内といった制限を合理的に解除することが全国的に申し合わせられ、「広域保護」という取り扱いは行われている。このことを薬物依存者の回復に援用することが可能であれば、薬物依存者の回復は以前使用していた地域でリハビリを行った場合より、家族・友人と完全に離れた別の地域で入寮プログラムを行った場合の方が明らか回復のチャンスをつかむ例が多いという事実は、既にダルクのスタッフや一部の援助者の間では知られている。今後もし全国の実施機関が統一してこの考え方を支持し、関連制度との調整を含めてこの「広域保護」を基にダルクとの協力の中で積極的に取り組むならば、これまでになかった生活保護制度利用による回復事例を共有できる可能性もある。その

ためには、早急にこの「広域保護」の導入根拠となるこれまでの回復事例のデータを集積し、各地の実施機関に向けて、さらには国に向けて提示していく必要がある。

もう一点指摘しておくべき制度改善の指針として、ダルクは実際に薬物依存者に対し専門的なりハビリテーション・サービスを提供していると考えられるが、そのサービスそのものに関する費用は制度上考慮されてこなかったことに気付かされる。たとえば、専門医療機関を利用した場合には、そこで提供されるサービスについて生活保護受給者の場合は医療扶助現物給付という仕組みの中で、医療保険と同様の範囲で医療機関にサービス対価が支払われる。また、近年では介護保険制度の創設により、要介護者に対する介護サービスも社会保険との組み合わせ方式を用いて指定介護事業者にその対価が支払われている。

薬物依存者の治療を引き受ける医療機関がどの地域でも共通して少ない状況にあつて、役割は異なるにしろその対応を一手に引き受けさせられているのがダルクであるとする、現在のように福祉事務所がその具体的な援助サービスを委託してもダルクに対してサービスの対価を支払う制度上の仕組みがないことの問題は大きい。生活保護制度で行っているのは、これまで見たように利用する受給者自身の最低生活費部分についての保障に限定されている（それも不十分といわざるを得ない範囲で、）。ならば、制度的な仕組みの中にダルクという「民間サービス事業者」に対する合理的な対価の支払いができる仕組みを創設する必要がある、と考えることにも無理はないはずである。それは「プログラム利用費」とも呼べるものとして想定される。ただそのためには、行政と制度上の委託契約を結ぶ関係上、ダルクの側も体制変更を余儀なくされる可能性が少なからずあるが、回復の実現に向けた行政との対等な役割分担と費用負担のありかたを今後、現実的な議論の俎上にのせていく価値は十分にあると考えられる。

E. 結語

薬物依存者の回復援助における社会福祉援助のあり方を考察するために、今年度は実際に一部の薬物依存者の援助を行ってきた生活保護制度の実施運用の実態を調査し、そこでの課題とダルクとの関わりについて整理・検討した。それらをまと

めると以下のとおりである。

1. 生活保護の運用において、薬物依存者を対象とした取り扱いの指針は明確になっていない。(実施運用の「掘りどころ」がない)

2. 生活保護は概して、①「病気」として医療給付他の援助を必要とする状態が認められ、②就労困難な状態にあり、③親族等の扶養援助が困難、これらの事実を要件として生活保護が実施されている。

3. 多くの福祉事務所は、ダルクの活動開始後に、その利用により回復しようとする薬物依存者と接点を持つこととなり、先行する自治体の運用事例を手がかりに要領を作成している(可能な限り現実を実施要領に当てはめる)。

4. ダルクをグループホームあるいは生活訓練施設と見るか等の判断の違いから、最低生活費の計算や実施責任など、具体的な依存者の取り扱いにも差異が生じている。

5. 回復援助のための「プログラム利用費」は制度上考慮されておらず、給付の仕組みも用意されていない。生活保護制度で依存者の援助をするためには、現行制度の運用を超えて新基準の設定が必要となると考えられた。

今後の検討課題について、以下の2点にまとめた。

1. 生活保護を利用せざるを得ない(他方の利用困難)薬物依存者に対する現行制度下での回復援助指針の明確化 → 少なくとも自治体の判断でなく、全国統一の考え方による新たな「保護基準」の設定が必要。

2. ダルクが自発的に薬物依存者の治療を引き受けていることに対する積極的な措置の必要性 → 単に生活困窮者の最低生活保障に留まらず、医療・介護サービス報酬の支払いと同等の仕組みを制度内に構築すること; 依存者に対する「回復権の保障」→ 「プログラム利用費」の実費支給を可能にし、ダルクの運営にも役立つあり方の構築(補助金や寄付金に依存しない運営の実現へ)。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

(参考文献)

1) 小沼杏坪:「薬物依存症の治療・処遇体制の現

状と今後の課題」、『薬物依存症ハンドブック』、福井進・小沼杏坪編、金剛出版、1996

2) 永野潔:「京浜地区で生活保護を受けている薬物問題事例の研究」、平成8年度厚生科学研究補助金(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」研究報告書、pp.89-110、1997

3) 近藤恒夫:「ダルクの施設調査研究」、平成10年度厚生科学研究補助金(医薬安全総合研究事業)「中毒者のアフターケアに関する研究」、10年度研究報告書、pp.77-118、1999

4) 近藤恒夫:「ダルク利用経験者の回復に関する調査研究」、平成11年度厚生科学研究補助金(医薬安全総合研究事業)「中毒者のアフターケアに関する研究」、11年度研究報告書、pp.41-53、2000

5) 宮永耕:「アルコール依存問題と生活保護行政」、東洋大学大学院社会学研究科、東洋大学大学院紀要第33集、pp.257-273、1997

分 担 研 究 報 告 書
(2-4)

薬物依存症の医療経済に関する研究

分担研究者 石橋 正彦 十全病院 院長
研究協力者 白鞘 康嗣 福岡大学経済学部 講師

研究要旨 薬物依存の医療経済に関する研究として、薬物依存症（覚せい剤、有機溶剤、アルコール依存症）と代表的な精神疾患である精神分裂病との医療資源の消費量の違いを診療報酬明細書の医療費データをもとに検討するために、福岡県内の某精神科医療施設に1998年8月1日から2000年7月31日までの2年間に入院した精神分裂病患者27名、覚醒剤依存症63名、アルコール依存症205名、有機溶剤依存症26名の対象者を2001年7月31日まで追跡調査した。各対象者に関して、入院期間中の総医療費、入院期間中の1日あたり医療費、および入院日数を算出した。また、総医療費に影響を与える要因として、年齢、性別、C型肝炎抗体、入院歴、隔離室利用日数、点滴回数などをカルテより調べた。それにより、以下の結果が得られた。1)精神分裂症の方が薬物依存症に比べて、入院1回あたりの医療費(総医療費)が有意に高かった。2)薬物依存症よりも精神分裂病の総医療費が高かったのは、精神分裂症の方が入院期間が長いためであった。3)入院1日あたりの医療費は、精神分裂症と薬物依存症の間で有意な差はなかった。4)精神分裂症に比べて薬物依存症(覚せい剤、アルコール)の方が、過去の治療歴が入院日数(総医療費)により強い影響を与え、入院回数が増す毎に入院期間が長くなり、医療資源の消費量が増加していくことが考えられた。5)薬物乱用、依存症等の患者は、他の一般の精神疾患の患者に比べ多くのマンパワーと充実した医療チーム、濃厚な医療が必要である。しかしながら今回の結果では、入院1日あたりの医療費は精神分裂病と同様であり、今後医療チームを充実させていく上で診療報酬制度の改訂が望まれる。

A. 研究目的

わが国においての薬物乱用は覚せい剤と有機溶剤が主なものである。また、現在は第三次覚せい剤乱用期と考えられ、さまざまな違法性薬物が安易に入手可能となっており、薬物乱用は若年層にまで拡大している。依存性薬物乱用により、薬物依存症や中毒性精神病に陥ったり、その後遺症に悩んでいる者も多く存在し、医療モデルとしての精神科医療施設の役割は欠かせない場面も多い。これに対し、依存性薬物乱用、依存の実態把握とそれが及ぼす社会経済的損失の検討は不可欠と考える。

この研究に関連する先行的研究として、米国において、飲酒および喫煙についての社会的損失に関する研究はあるが、薬物乱用、依存に関する研究は少ない。薬物乱用、依存に関しては、薬物乱用を慢性疾患と位置づけ、一年間の医療費を慢性疾患である関節炎、喘息、糖尿病と比較した研究がある¹⁾。その結果は、薬物乱用者は他の慢性疾患を有する人より平均的に費用がかかることを示

していた。また、他の研究では、注射による薬物乱用者はさまざまな感染症（B型肝炎、C型肝炎、HIVなど）に多く罹患していることが多く、注射による感染を有している薬物乱用者は、感染のない薬物乱用者に比べ、より入院費用がかかると報告している²⁾。

薬物依存症の患者に対する治療と一般的な精神疾患に対する治療では、医療資源の消費量にどのような違いがあるのかを知ることは、今後の診療報酬制度や精神保健行政の方向性を知る上で大変興味深い。そこで本研究では、各種薬物依存症と代表的な精神疾患である精神分裂病とでは医療資源の消費量にどのような違いがあるのかを、診療報酬明細書(以下、レセプト)の医療費データをもとに検討する。なお、薬物依存症としては、覚せい剤、有機溶剤、アルコールに対する依存症を採り上げる。

最初に、各種薬物依存症患者と精神分裂病患者では、医療資源の消費量にどのような違いがあるのかを、それぞれの1回あたりの入院費用(以下、

総医療費)を比較することにより検討する。総医療費を比較することにより、医療資源の総投下量に違いがあるのかどうかを知ることができる。

上記の解析に加えて、過去の入院歴に関するデータを用いることにより、疾患ごとの長期の医療資源の消費パターンの違いについても検討を行う。

B. 研究方法

対象および方法

(1) 対象

対象者は、福岡県内の民間病院として薬物依存、中毒症を比較的多く診療している精神科を主体とする某病院（精神病棟入院基本料4、看護婦比率40%以上、看護補助加算10対1）に1998年8月1日から2000年7月31日までの2年間に入院した精神分裂病患者27名（男性16名、女性11名）平均年齢44.3歳、覚醒剤依存症63名（男性33名、女性30名）平均年齢32.1歳、アルコール依存症205名（男性182名、女性23名）平均年齢51.2歳、有機溶剤依存症26名（男性15名、女性11名）平均年齢21.9歳である（表1）。これらの対象者を2001年7月31日まで追跡調査した。なお、年齢は入院時の年齢であり、調査終了時点で70歳以上の老人は除外した。該当症例の診断はICD-10分類による主診断をもとにグループを構成した。ICD-10分類にしたがって、精神作用物質は入院時の精神的症状に関して、最も関連が深いと思われる薬物とした。なお、追跡終了時点で入院中であった対象者（打ち切り例）は、精神分裂病8名（29.6%）、覚せい剤6名（9.5%）、アルコール26名（12.7%）、有機溶剤0名（0%）であり、精神分裂病で若干打ち切り例が多かった。

(2) 方法

1. データ収集

各対象者に関して、入院日および退院日、入院から退院までの診療報酬点数（総医療費）、C型肝炎

抗体の有無、隔離室の利用日数、点滴を行った日数、入院回数（入院歴）等のデータを、レセプトおよびカルテより収集した。

（倫理面への配慮）

データは無記名で収集し、その結果は統計的に処理され、個人が特定されることのないように配慮した。入院中の対象者にはこの調査の内容および目的について説明し同意を得、退院したものに關してはそのデータが漏れないように配慮した。

2. 統計手法

上記データをもとに、各対象者に関して、入院期間中の総医療費、入院期間中の1日あたり医療費、および入院日数を算出した。

最初に、精神分裂病、覚せい剤、アルコール、有機溶剤の各グループ間で入院期間中の総医療費、入院期間中の1日あたり医療費、および入院日数に差があるかどうかを検討した。総医療費、入院期間中の1日あたり医療費に関しては1元配置分散分析(ANOVA)を用いて差の検定を行い、群間比較にはBonferroniの検定を用いた。また、本研究には打ち切り例が含まれているため、入院期間の差の検討にはカプラン・マイヤー法およびLogrank検定を用いた。

次に、上記のANOVA分析およびカプラン・マイヤー法で有意差が認められた変数に関して、当該変数に影響を与える要因を明らかにするために、当該変数を被説明変数、年齢、性別(男性=1)、C型肝炎抗体(陽性=1)、隔離室の利用日数、点滴日数、入院回数(入院歴)、精神分裂症をベースラインとした各疾患のダミー変数を説明変数とした回帰分析を行った。

同様に、カプラン・マイヤー法およびANOVA分析で有意差が認められた変数に関して、過去の入院歴が当該変数に対して与える影響の疾患ごとの違いを明らかにするために、当該変数を被説明変

表1 対象(1998.8.1~2000.7.31)の入院対象者

疾患	症例数(人)	年齢(歳)*
精神分裂病	27 (男性16, 女性11)	44.3±13.0
覚せい剤	63 (男性33, 女性30)	32.1±12.2
アルコール	205 (男性182, 女性23)	51.2±11.6
有機溶剤	26 (男性15, 女性11)	21.9±6.0
全体	321 (男性266, 女性75)	44.5±14.9

* いずれも平均±標準偏差

表2 乱用薬物別における性別・年齢の分布

	精神分裂病 (27例)		覚せい剤 (63例)		アルコール (205例)		有機溶剤 (24例)	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
年齢構成								
14～19	0	0	2	0	0	0	3	7
20～24	0	0	5	14	1	0	8	1
25～29	5	0	8	8	2	0	1	1
30～34	2	0	1	5	6	2	3	1
35～39	0	4	1	2	10	8	0	1
40～44	0	0	5	1	24	2	0	0
45～49	5	0	3	1	36	7	0	0
50～54	4	2	2	0	37	0	0	0
55～59	0	1	2	0	22	1	0	0
60～	0	4	3	0	44	3	0	0
計	16	11	32	31	182	23	15	11
平均年齢(歳)	44.3±13.0		32.1±12.2		51.2±11.6		21.9±6.0	

表3 記述統計量*

疾患	入院期間(日)	総医療費(円)
精神分裂病	339.2±305.9	4379169±3790824
覚せい剤	148.6±183.7	1988994±2193502
アルコール	230.6±253.4	3287294±3410834
有機溶剤	85.8±58.6	1232449±724409
全体	211.9±243.0	2957810±3197545

疾患	一日あたり医療費(円)	入院歴(回)
精神分裂病	14082±2468	4.7±3.1
覚せい剤	15349±2926	2.7±2.3
アルコール	15996±7057	3.1±2.9
有機溶剤	15452±2625	2.4±2.3
全体	15644±5894	3.1±2.8

*いずれも、平均±標準偏差

数、年齢、性別(男性=1)、C型肝炎抗体(陽性=1)、隔離室の利用日数、点滴日数、入院回数(入院歴)を説明変数とした回帰分析をグループ(疾患)毎に行った。なお、すべての統計解析には、SPSS ver.10.0を使用した。

C. 研究結果

1. 記述統計

表1にて精神分裂病およびアルコールで平均年齢が高い傾向が見られた。乱用薬物別における性

別・年齢の分布(表2)では、覚せい剤群において男女とも20歳台が多く半数以上を占めていた。有機溶剤群では、10台後半から20台前半に多く認められた。アルコール群では、他の依存症群に比べ40歳台以上の者が多く80%以上を占めていた。表3にグループごとの記述統計量を示す。精神分裂病およびアルコールで、入院期間が長く総医療費も高い傾向が見られた。疾患ごとの1日あたり医療費に大きな差は見られなかった。精神分裂病で若干入院歴が多い傾向が見られた。

表4 Bonferroniの検定による総医療費の群間比較

(I) 疾患	(J) 疾患	平均値の差 (I) - (J)	標準誤差	有意確率
精神分裂病	覚せい剤	2390175.2	714468.6	0.006
	アルコール	1091874.8	635915.2	ns
覚せい剤	有機溶剤	3147719.7	853460.5	0.002
	アルコール	-1298300.4	447439.4	0.024
アルコール	有機溶剤	2055844.9	646630.9	0.010

ns: not significant

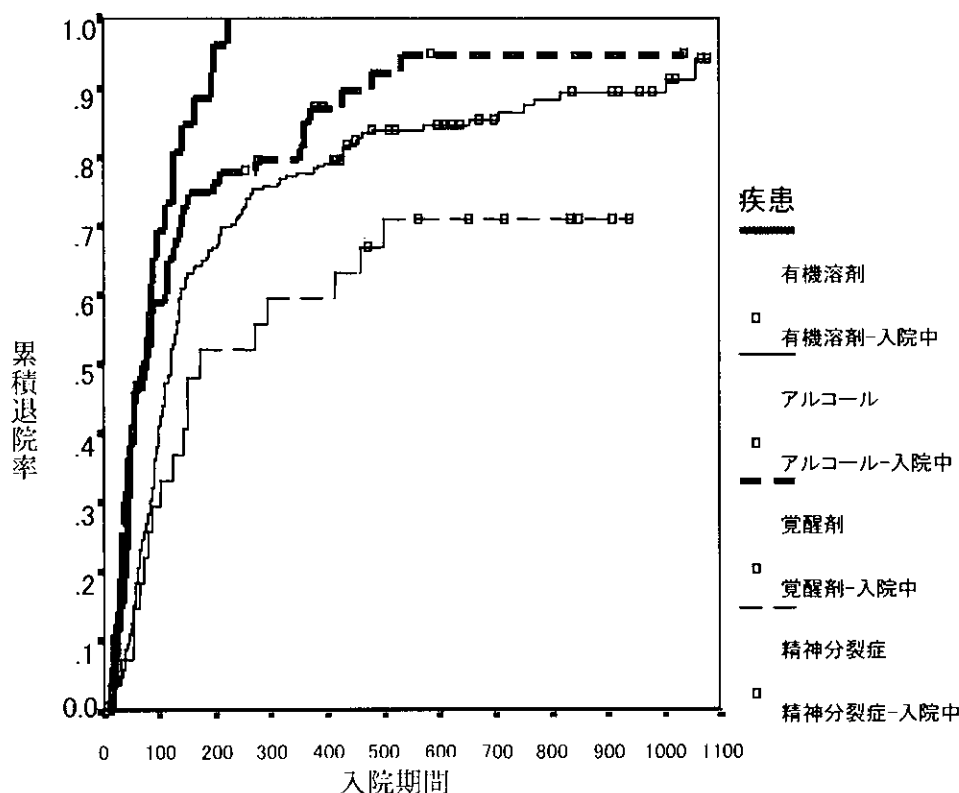


図1 カプランマイヤー法による累積退院率の推計

2. 疾患による総医療費の違い

ANOVAにより、総医療費(入院1回あたりの入院費用)がグループ間で異なるかどうかの検討を行った。モデル全体では、グループ間に有意差が認められた($F=7.37, p<0.001$)。そこで、Bonferroni検定による群間比較を行ったところ、精神分裂病とアルコール間、および覚せい剤と有機溶剤間以外で、総医療費がグループ間で有意に異なっていた(表4)。

3. 疾患による1日あたりの入院費用の違い

ANOVAにより、入院1日あたりの入院費用がグループ間で異なるかどうかの検討を行った。その結果、すべてのグループ間で有意差は認められなかった($F=0.90, p=0.44$)。

4. 疾患による入院期間の違い

カプラン・マイヤー法による疾患ごとの退院関数を図1に示す。横軸が入院日数(日)、縦軸が累積退院率を示す。プロットは、調査終了時点で入院中の患者を示しているが、アルコールと精神分裂病で長期入院の者が多いことがわかる。また、

表5 カプラン・マイヤー法による平均入院期間*

疾患	入院期間 (日)
精神分裂病	395.3±71.3
覚せい剤	175.2±32.7
アルコール	266.3±23.0
有機溶剤	85.9±11.5

*いずれも、平均±標準誤差

表6 Logrank検定による入院日数の差の検定*

	精神分裂病	覚せい剤	アルコール
覚せい剤	9.81 0.0017		
アルコール	4.20 0.04500	7.19 0.00730	
有機溶剤	17.95 0.0000	2.42 ns	18.08 0.0000

*上段: Logrank統計量、下段: p値

ns: not significant

表7 総医療費を被説明変数とした回帰分析

	係数	有意確率
(定数)	2002265.7	0.050
年齢	38781.3	0.019
性別 (男性 = 1)	371827.6	ns
C型肝炎抗体 (陽性 = 1)	-105985.5	ns
入院歴	195959.4	0.003
保護室利用日数	-18826.5	ns
点滴回数	4648.8	ns
覚せい剤*	-1786116.4	0.035
アルコール*	-1577024.1	0.042
有機溶剤*	-2199749.2	0.027

*覚せい剤、アルコール、有機溶剤については、精神分裂病を基準とした場合の総医療費の増減
ns: not significant

表5に Kaplan-Meier 法による疾患ごとの平均入院日数と標準誤差 (SE) を示す。最も平均入院期間が長かったのは精神分裂病、最も平均入院期間が短かったのは有機溶剤であった。なお、前述のとおり本研究には打ち切り例が含まれるため、表2の平均入院日数と表4の平均入院日数は異なる。表6に、Logrank検定によりグループ間の入院日数の差を検定した結果を示す。覚せい剤と有機溶剤間以外のすべてのグループ間で入院期間に有意差が認められた。

5. 総医療費に影響を与える要因

グループ間で入院1回あたりの医療費 (総医療

費) に有意差が認められたため、総医療費に影響を与える要因を明らかにするために、総医療費を被説明変数とした回帰分析を行った。その結果を表7に示す。なお、表7の覚せい剤、アルコール、および有機溶剤は、精神分裂病を基準としたダミー変数を表す。性別、HCV抗体陽性、隔離室利用日数や点滴回数などは影響をおよぼさず、年齢および入院歴が、入院費用に対して有意に影響していた。年齢が1歳高くなると総医療費が約39,000円、過去の入院歴が1回増すと総医療費が約196,000円増すという結果が得られた。また、精神分裂病を基準とした場合、覚せい剤で約179万円、

表 8 入院日数を被説明変数とした回帰分析

	係数	有意確率
(定数)	156.920	0.043
年齢	3.034	0.016
性別 (男性 = 1)	25.995	ns
C型肝炎抗体 (陽性 = 1)	-19.457	ns
入院歴	15.007	0.002
保護室利用日数	-1.060	ns
点滴回数	-0.437	ns
覚せい剤*	-132.692	0.039
アルコール*	-130.931	0.026
有機溶剤*	-176.818	0.019

*覚せい剤、アルコール、有機溶剤については、精神分裂病を基準とした場合の総医療費の増減
ns: not significant

表 9 過去の入院歴と入院日数との関係*

	精神分裂病		覚せい剤	
	係数	有意確率	係数	有意確率
(定数)	-236.4	0.561	-50.8	0.426
入院歴	18.6	ns	28.0	0.008
年齢	10.0	ns	2.6	ns
性別 (男性 = 1)	167.6	ns	-64.1	ns
C型肝炎抗体 (陽性 = 1)	236.4	ns	-15.5	ns
隔離室利用日数	-8.3	ns	7.3	0.021
点滴回数	-10.1	ns	1.3	ns

	アルコール		有機溶剤	
	係数	有意確率	係数	有意確率
(定数)	40.2	0.666	-3.6	0.942
入院歴	13.3	0.033	3.3	ns
年齢	2.5	ns	4.6	ns
性別 (男性 = 1)	74.1	ns	18.8	ns
C型肝炎抗体 (陽性 = 1)	-50.6	ns	-22.0	ns
隔離室利用日数	-1.5	ns	-0.2	ns
点滴回数	-1.3	ns	-4.1	ns

*いずれも、入院日数を被説明変数とした回帰分析
: not significant

ns

アルコールで約158万円、有機溶剤で約220万円それぞれ入院費用が低かった。

6. 入院期間に影響を与える要因

グループ間で入院日数に有意差が認められたため、入院期間に影響を与える要因を明らかにするために、入院日数を被説明変数とした回帰分析を行った。その結果を表8に示す。なお、表8の覚せい剤、アルコール、および有機溶剤は、精神分裂病を基準としたダミー変数を表す。年齢および入院歴が、入院日数に対して有意に影響を与えていた。年齢が1歳高くなると入院日数が約3日、入院歴が1回増すと入院日数が約15日増すという結果が得られた。また、精神分裂病を基準とした場合、覚せい剤およびアルコールで約130日、有

い剤、アルコール、および有機溶剤は、精神分裂病を基準としたダミー変数を表す。年齢および入院歴が、入院日数に対して有意に影響を与えていた。年齢が1歳高くなると入院日数が約3日、入院歴が1回増すと入院日数が約15日増すという結果が得られた。また、精神分裂病を基準とした場合、覚せい剤およびアルコールで約130日、有

機溶剤で約177日それぞれ入院期間が短かった。

以上の分析から、総医療費は精神分裂病と薬物依存症では異なる。総医療費が精神分裂病にくらべ薬物依存症の方が低いのは、入院1日当たりの医療費が異なるためではなく、入院期間が異なるためであると考えられた。

7. 過去の入院歴と入院日数との関係

上記の解析で、入院日数が、医療資源の投下量（総医療費）に影響を与えることが明らかとなった。そこで、疾患ごとに、入院日数を被説明変数、入院歴、年齢、性別(男性=1)、C型肝炎抗体(陽性=1)、隔離室の利用日数、点滴日数を説明変数とした回帰分析を行うことにより、過去の入院歴などが入院日数に与える影響について分析を行った(表9)。入院回数を見ると、前述のとおり(表2)精神分裂病がもっとも多かった。しかし、回帰分析を行った結果、精神分裂病と有機溶剤においては、入院歴と入院日数との間に有意な関係は認められなかった。覚せい剤では入院回数が1回増す毎に約28日、アルコールでは入院回数が1回増す毎に約13日入院日数が増えるという結果が得られた。

D. 考察

薬物乱用、依存症等の患者は、病的体験に基づく不穏な言動や興奮などに加え、その反社会的人格の面などのために暴力行為や威嚇的な言動、看護者の指示、注意の無視など医療管理上処遇困難な面が多く、他の一般の精神疾患の患者に比べ多くのマンパワーと充実した医療チーム、濃厚な医療が必要である。そのために専門病棟を有する施設では、それぞれに特徴的なりハビリテーションプログラムなどを検討し、実行している。しかしながら、精神科病院における診療報酬の面では一般の精神疾患の患者と同じ扱いであり、マンパワーの問題やその処遇困難性のために入院拒否されることも少なくない。今回の研究は、民間病院として薬物依存、中毒症を比較的多く診療している精神科医療施設の入院費用を調べ、その診療報酬明細書の医療費データやカルテをもとに検討した。

1) 対象群の問題

今回の研究は薬物依存、中毒症を比較的多く診療している精神科医療施設のデータを対象とした

ために、アルコール依存、覚せい剤、有機溶剤などの依存症患者に比べ、一般精神病院では多数を占める精神分裂病の対象患者が少なかった。覚せい剤、有機溶剤の患者の平均年齢はそれぞれ32.1歳、21.9歳であり、精神分裂病44.3歳、アルコール依存51.2歳に比べ平均年齢は低かった。覚せい剤患者の平均年齢は過去の実態調査³⁾とほぼ同様であり、有機溶剤は覚せい剤より10歳ほど低年齢化していた。また、調査終了時点で70歳以上の老人を除外したのは、精神科棟入院基本料が70歳以上の老人と一般では異なるためである。

2) 対象群による総医療費の違い

精神分裂病とアルコール症群以外では、精神分裂病の方が薬物依存症(覚せい剤依存症、有機溶剤依存症)に比べ入院1回あたりの医療費(総医療費)が有意に高かった。その要因としては、入院1日あたりの医療費は精神分裂病とアルコール症、覚せい剤依存症、有機溶剤依存症との間で有意な差がなく、入院期間において精神分裂病が他の対象群に比べ有意に長いためであった。総医療費において、年齢が1歳高くなると約39,000円、入院歴が1回増すと約196,000円増すという結果が得られたが、これは年齢が増え入院歴が増すと入院期間が増すという結果から解釈できる。また、年齢が増え入院歴が増すことによって、合併症や症状の慢性化、社会的受け皿の不足などが入院期間の長期化に影響していると考えられる。

総医療費において、男女差はなく、隔離室利用日数(隔離室管理加算)も影響していなかった。薬物依存症の処遇において隔離室を必要とすることも多いが、現行では1ヵ月に7日しか算定できないことや隔離室管理加算が低いことなどから総医療費に影響が出なかったと考えられる。経静脈的注射による薬物乱用により、C型肝炎抗体陽性率(HCV抗体陽性)は高く、今回の調査でも覚せい剤群57.1%(36/63)のHCV陽性率はアルコール14.6%(30/205)、有機溶剤7.6%(2/26)、精神分裂病18.5%(5/27)と比べ有意に高かった。しかし、総医療費や入院日数には影響しなかった。これはC型肝炎の増悪に対しては一般的な肝底護剤などの投与は行われているが、インターフェロンなどの特殊高価な薬剤は使用されていなかったためと考えられる。

3) 診療報酬上の問題点

薬物乱用、依存症等の患者は医療管理上処遇困

難な面が多く、他の一般の精神疾患の患者に比べ多くのマンパワーと充実した医療チーム、濃厚な医療が必要である。そのために診療報酬の改訂や薬物依存に特化した診療報酬の検討も必要であると報告されている^{4) 5) 6)}。今回の研究では、薬物依存症（覚せい剤、有機溶剤、アルコール）の入院1日あたりの医療費は精神分裂病患者のそれと同様であり、今後チーム医療を充実させていく上で採算性の問題からも検討が必要である。

4) 医療経済的問題

今回の研究では1回の入院で比べた場合、精神分裂病のほうが薬物依存症（覚せい剤、有機溶剤）に比べ医療資源をより多く消費することが示唆された。しかし同時に、薬物依存症では治療歴が増すごとに入院日数が長くなり、医療資源の消費量が増加していく傾向が見られるため（表9）、薬物依存からの早い段階での回復および適切な再発予防策が必要である。そのために十分な医療資源が投入されなければ、医療財政上重大な問題をきたす可能性も示唆された。

5) 今後の課題

今回の研究は薬物依存症の医療経済に関して、一ヶ所の精神科医療施設のデータを基にしたの研究であったため、次年度は外的妥当性を有するためにも他の施設における同様の調査、検討が必要である。また、今後費用対効果を調べる上では、長期の追跡、予後調査も望まれる。

E. 結論

- 1) 精神分裂病の方が薬物依存症に比べて、入院1回あたりの医療費(総医療費)が有意に高かった。
- 2) 薬物依存症よりも精神分裂病の総医療費が高かったのは、精神分裂病の方が入院期間が長いためであった。
- 3) 入院1日あたりの医療費は、精神分裂病と薬物依存症の間で有意な差はなかった。
- 4) 精神分裂症に比べて薬物依存症（覚せい剤、アルコール）の方が、過去の治療歴が入院日数(総医療費)により強い影響を与える傾向が見られた。
- 5) 薬物乱用、依存症等の患者は、他の一般の精神疾患の患者に比べ多くのマンパワーと充実した医療チーム、濃厚な医療が必要である。

しかしながら今回の結果では、入院1日あたりの医療費は精神分裂病と同様であり、今後の診療報酬制度の改訂が望まれる。

参考文献

- 1) Deborah W. Garnick, Ann M. Hendricks, Catherine Comstock and Constance Horgan: Do Individuals with Substance Abuse Diagnosis Incur Higher Charges than Individuals with Other Chronic Conditions? Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 14, No. 5, 457-465, 1997
- 2) Michael D. Stein, Mindy Sobota: Injection Drug users: hospital care and charges. Drug and Alcohol Dependence 64, 117-120, 2001
- 3) 尾崎 茂、和田 清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成12年度厚生科学研究補助金（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。平成12年度研究報告書：77-118、2001
- 4) 津久江一郎：精神病院における保健医療の問題点。臨床精神医学、22（10）：1369-1377、1993
- 5) 小沼 杏坪：薬物依存の治療、処遇体制。日本アルコール薬物医学会誌、33：603-612、1998
- 6) 村上 優：薬物依存に関する病院プログラムと転帰調査。厚生科学研究補助金（医薬安全総合研究事業）中毒者のアフターケアに関する研究 平成10～12年度総合研究報告書：7-26、2001

海外渡航報告書

海外渡航報告書

分担研究者 尾崎 茂

国立精神・神経センター精神保健研究所 薬物依存研究部

【1】渡航先

マニラ（フィリピン）

【2】渡航期間

平成13年7月15日～7月19日

【3】渡航目的

近年、覚せい剤乱用の問題は、ATS（アンフェタミン型中枢刺激剤）乱用問題として地球規模の問題になりつつある。そこでアジア、ヨーロッパ地域におけるATS乱用問題の実態を把握するため、2000年～2001年にWHOによるMulti-Site Project on Amphetamine-type Stimulants（WHO：アンフェタミン型中枢刺激剤に関する多地点共同研究プロジェクト）が施行された。これをもとに2001年7月16日～19日、マニラにおいて各国の調査研究担当者が集まり、各国の報告ならびに現状の分析、今後の研究および対策についての討論会が開催された。分担研究者はこの会議に出席し、各国におけるATS乱用問題に関する現状把握を行う機会を得るとともに、日本における覚せい剤関連精神疾患の臨床知見について発表する機会を得た。今年度の分担研究者の研究課題は、本WHO調査研究プロジェクトを継続し、さらに信頼性の高いデータ収集と分析を目的としているため、本会議への出席により、各国における現状把握と討論を通し、本研究の目的を一層深めることが可能であると考えられた。

【4】渡航旅程

7/15 成田発-マニラ着

7/16 東アジア地域の現状に関してWPRO事務局長との懇談。WHO会議初日（若年者におけるMDMA乱用、ATSの職業的使用についての報告および討論）。

7/17 WHO会議第2日目。マソフェタミン精神病についての報告および「覚せい剤精神病の症状構造」についての分担研究者の報告。

7/18 WHO会議第3日目。スモールグループによる討論。分担研究者は「覚せい剤精神病」に関するグループの討論に参加した。

7/19 WHO会議最終日。スモールグループによる討論及び全体のまとめ。

【5】まとめ

「覚せい剤精神病」については、日本、オーストラリア、フィリピン、タイより報告があり、各国の対象者の特徴、症候論、治療システムの差異などが指摘された。同時にこの種の多国間・多施設間で行われる調査研究の方法論的問題についても検討の余地があることが指摘された。

また、「覚せい剤精神病」に関するスモールグループによる討論では、より系統的な文献レビュー、覚せい剤精神病に関するコホート研究、薬物治療、症状評価尺度、精神分裂病との鑑別診断などに関するより詳細な研究の必要性が指摘されるとともに、異文化間の検討もさらに必要であるとの意見が出されるなど、今後もこの問題に関する調査研究が継続されるべきであるとの意見が出された。

以上のことから、「覚せい剤精神病」については、さらに日本における臨床概念を深め、エビデンスに基づいた情報発信をしていく必要性が痛感された。

(別掲6)

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻	ページ	出版年
和田 清	薬物乱用・依存の疫学	保健の科学	43	107-112	2001
和田 清	薬物使用の実態－欧米との差異－	Infection Control	10	794-795	2001
和田 清	わが国における薬物乱用の実態調査.	精神医学	43	503-505	2001
尾崎 茂	薬物乱用・依存症の対策と課題	日本薬剤師会雑誌	53	1151-1158	2001
尾崎 茂	物質乱用・依存。小児・思春期の精神障害治療ガイドライン	精神科治療学	16 増刊号	344-347	2001
尾崎 茂	薬物乱用・依存症の対策と課題	(財)麻薬・覚せい剤乱用防止センター NEWSLETTER	58	14-24	2001

平成13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・依存等の実態把握に関する研究
及び
社会経済的損失に関する研究

研究報告書

主任研究者：和田 清（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

2002年3月31日 発行