

立)が望ましい。

- ・②～望ましいが・・・
- ・もしやるとすれば、別の方が良いと思う。
- ・薬物依存症に対する自助グループがないので、病院で心理教育プログラムを行っても効果が期待できない。薬物依存者用のプログラムが提供できない。
- ・②と回答したが、これは理想的環境として考えてることである。現実には、別の病棟で運営するとなると、それぞれが、それなりの規模となる。結果として、かなり広域から患者が集まってくることにより、アフターケアを困難にする要因になり得る。
- ・合法物質と非合法物質では患者の質も年齢も異なるので。

【民間精神科病院】

- ・どちらでもよい。
- ・後の法的処理、処遇に困難を生ずるおそれあり。
- ・②について。病棟を別にするのがベストである。(離脱に関しては同一でもOK)しかし、心理教育プログラムでは別立てにすべき。
- ・どちらともいえない。
- ・②が望ましいと思うが、必ずしも画一的にはなく①の病棟でも良いと思う。
- ・アルコール症者と薬物依存とは同じ依存といっても異なるものである。別の病棟もしくは施設をかえるべきである。
- ・①②各々一長一短あり、個々の病院・病棟の構造ニーズによって現実的かつ望ましい形をとるようになると思う。

【依存症治療専門家】

- ・従来のアルコール病棟の中でおこなうのは困難。アルコールを「最も乱用されている薬物」としてとらえ全体を薬物依存症として治療する方法にすれば同じ病棟で可能。年齢別、病状別、性別の集団構成が望ましい。混合の良さと集団の良さの両方が

いかせる様にするべき。

- ・あえて”行うべきである”とは思いませんが、行うことは可能と思います。
- ・現在は②。将来は①で(薬物依存の治療システムが拡がってからまた薬物依存症のタイプ別にきめ細かく対応することが必要。
- ・②が可能であれば。入院患者の年齢層がア症と薬物依存症の患者さんは違うためにトラブルが起こりやすい為に可能なら年齢別の病棟を作り、プログラムもそれにあわせて行えば理想的
- ・アルコール病棟と薬物依存病棟は別に行うべき。とくに覚醒剤その他法律で禁止されている薬物は犯罪であり、基本的に違う。小生の経験ではア症と薬物を混合させると良い結果は得られない。
- ・別がよいが一緒でも良い。その際、別々の講義、プログラムも必要である。

k)司法と精神医療の連携の一例として、精神保健福祉法第 24 条の警察官通報の際に、事前に警察官が尿検査を実施し陽性の判定で、なおかつ措置入院となった場合、措置解除退院後に患者が取締法違反で司法処分を受けるという処遇方法が、一部で行われています。この様に措置通報前の、警察官による採尿一検査を広げていくことに対して、精神科医としてどの様にお考えですか。①～③より選択してください。

①その様な連携は大事であり、よりシステム化(全国共通化)していくべきである。

賛成される理由をお書きください。

..... 84(73.7%)

②その様な警察官による採尿と措置診察をシステムティックに連動させるべきではない

反対される理由をお書きください。

..... 18(15.8%)

③上記の①②のいずれでもないお考え

や、追加されるべき前提条件がございましたら、具体的にご教示ください。・・・
・・・ 8 (7.0%)

自由記述の回答は、別表1にまとめた。

〈〈賛成論の要旨〉〉

警察との連携を支持する最も大きな論拠として、覚せい剤の使用自体が違法行為なのだから、精神症状の治療だけに終始するのは不当ないし疑問であるとの意見が、多数を占める。また、精神医学的な治療の関与が、司法的な処分を免れるための「抜け道」となることへの批判が強い。また、それと明言されていない場合も含めて、警察との連携を推進する立場では、司法処分が覚せい剤乱用者への対策として有効に機能しているとの、「刑罰モデルへの信頼」が暗に表明されている。

〈〈連動することへの疑問の論拠〉〉

連動がシステム化することでかえって、司法の側から治療必要性とは関係なく事例が流入してくることへの懸念が表明されている。「医療は医療」「司法は司法」との2元的立場を重視する見解もある。また措置入院となった事例でも、依存症の治療に適合する場合があるかも知れないとの立場もある。この意見は、措置の事例では「底突き体験をしていない」ので、依存症の治療に適合しないとの見解と対照的である。

l) 日本では、薬物事犯のうち初犯者については、有罪でも執行猶予となる例が多いようです(密売や大量所持などの悪質な例は別として)。今後の司法と医療の連携のあり方の一つとして、薬物事犯のうち保護観察付き執行猶予となった者を、薬物依存症専門治療プログラムが引き受け、嗜癖行動の修整を図るというプランについてどうお考えですか。

ちなみに欧米圏では薬物事犯の処罰を「ドラッグコート」として独立化しているところもあるようですが、本質問はそうした裁判機構の改変まで前提としていません。

①原則として引き受けるべきではない。
・・・ 28 (24.6%)

反対の理由をお書きください。

②いくつかの前提条件を付けて引き受けるべきである。・・・ 68 (59.6%)

賛成の理由をお書きください。その際に、どの事例を引き受けるか、選択するための基準(や制度)が必要と思われます。既に引き受けている事例やあるべき基準・条件についてご教示ください。

③ その他の考え方。・・・ 12 (10.5%)

自由記述は、別表2にまとめた。

〈〈自由記述部分の小括〉〉

専門治療制度が出来た場合には、保護観察制度などと連動して「治療を引き受ける」ことに対して、精神科の関係者が予想以上に賛同している。そのことは、単に医療が司法処分の肩代わりを買って出ることではなく、反則行為や治療途中での怠慢があった場合には、直ちに司法処分に戻すという、双方向性が確保されていることが前提である。この様な治療契約をきちんと締結した上で、治療者が教育的立場を担っていくことには、反発は少ないようである。医療に任せたらそのまま司法処分を免れてしまうという、覚せい剤中毒者に対する現行の治療状況へ、かなりの反発があることの裏返しとも言える。

m) 「薬物依存症」をアルコール症と並ぶ嗜癖行動の1種として、疾病モデルで捉えることは、理念的には可能ですが、実際に精神医療の現場で積極的に引き受けていくためには、上記の質問項目では言い尽く

せない数多くの解決すべき課題があると考えます。薬物依存症についても、アルコール症と並ぶ専門治療化が進展するためには、どのような問題点を解決する必要があるでしょうか。臨床精神医学の専門家としての率直なご意見を賜りたく存じます。出来るだけ薬物依存症専門治療が「成立するため」の課題・問題点の提起をお願いいたしますが、場合によっては「成立困難」と判断される理由などもご教示願います。

自由記述の回答は別表3にまとめた。

n) 以下の質問は、今回の質問紙内容を総括する意味でお尋ねします。

薬物依存症への専門治療を目指す上で、従来のアルコール専門病棟との役割の分担や共同は、無視することの出来ない重要な側面といえます。アルコール依存症への治療のあり方との兼ね合いについて、どのようなプランが実効的とお考えでしょうか。

①アルコール依存も薬物依存も同じ物質常用障害の範疇に属し、アルコール・薬物依存病棟として教育プログラムも共有することは可能で、嗜癖行動の修整に重点をおくべきである。・・・18 (15.8%)

②現実問題としてアルコール依存と薬物依存とを同じ病棟内で治療することは困難が多く、薬物依存症の患者に対しては主として精神病状態の治療(いわゆる第1期治療)に限定して対応すべきであり、教育プログラムの受講(いわゆる第2期治療)に関しては慎重に対応すべきである。・・・21 (18.4%)

③アルコール依存も薬物依存も同じ物質常用障害の範疇に属するものの、患者同士を同じ病棟内で混在させることには問題が多く、薬物依存の患者はアルコール依存の患者とは別の病棟で治療すべきである。嗜癖行動の修整に重点をおいた教育プログラム

も、薬物依存に特化した内容で別個に行うべきである。・・・40 (40.4%)

④ その他の考え・・・16 (14.0%)

自由記述の内容は、別表4にまとめた

3. まとめ

多岐に渡る質問項目とその回と内容を単純にまとめることは難しいが、いくつかの論点を整理すると以下ようになる。

①圧倒的多数の意見として「薬物専門治療システムを整備すべき」との賛同がある。しかし、精神科急性期の病棟で統合失調症の患者と混在するのか、アルコール・薬物専門病棟として運営していくのか、意見が分かれている。他の患者との摩擦を避ける意味で、薬物のみで単独病棟を構想する意見もある。

②第一期のいわゆる解毒治療が終了した後の、心理教育的なアプローチについて、閉鎖型のアルコール・薬物専門病棟で一貫して行う意見と、解毒は閉鎖病棟で行いそこから開放病棟に転棟して受けるという意見に別れている。また、心理教育の部分まで医療システムで実施すべきではないという意見もある。

③精神保健福祉法のいわゆる措置入院制度と、司法による処分がまったく個別バラバラに行われている現在の覚せい剤中毒者対策へのいらだちや矛盾は、自由記述で重ねて述べられている。その逆に、司法処分が確定している場合の保護観察付き執行猶予者への専門治療の引き受けは、多数の賛成意見を得ている。

これらの調査結果を総合すると、「精神科医療制度の質的充実」という誘導だけでは、アルコール症で行われている専門治療システムに対応するような「薬物依存専門治療制度」が、臨床精神科医の賛同を得る

蓋然性は低い。治療成績が不良の場合には、
司法処分に戻す様な、柔軟な施策が伴った
上での専門治療の確立が、現場で患者に対

峙するスタッフの安心感につながると思わ
れる。

別表 1

司法と精神医療の連携の一例として、精神保健福祉法第 24 条の警察官通報の際に、事前に警察官が尿検査を実施し陽性の判定で、なおかつ措置入院となった場合、措置解除退院後に患者が取締法違反で司法処分を受けるという処遇方法が、一部で行われています。この様に措置通報前の、警察官による採尿一検査を広げていくことに対して、精神科医としてどの様にお考えですか。

①その様な連携は大事であり、よりシステム化（全国共通化）していくべきである。賛成される理由をお書きください。

【国公立精神科病院】

- ・自傷・他害の可能性に対する、責任をとることは必要なのでは・・・
- ・精神医療のみでは対応困難であるため。容易に警察が精神病院を利用する傾向を是正する必要がある。
- ・自分から薬物をやめたいと受診した場合と 24 条通報とは分けて考えるべきで必要と考える。しかし刑務所での教育プログラムを充実させるべきである。
- ・解毒治療ないし幻覚妄想状態に対する治療を主に行っている経験上、司法処分はきちんとなされるべきという考え方以外の選択はありません。
- ・違法薬物使用については、きちんと法的に処分すべき。
- ・全国的に共通したシステムが必要と思われる
- ・必要な司法処分は付けるべきだと考える。全て医療の中に封じ込むべきではない。
- ・薬物依存症は明らかに違法性を承知しながら、病的状態になっている。司法との連携は是非必要である。
- ・覚醒剤を含め、麻薬等のまん延は、治安の悪化をまねき、国家の活力を奪う遠因となるので、必要と思う。
- ・診断に役立つ場合がある。解毒期を過ぎた後に治療プログラムへの意欲がない例は、司法処分を受けることが、以後の治療への動機づけになり得る。
- ・問題がないわけではないが、治療的観点からすると現状では最善と思われる。
- ・システム化するかどうかの前にもともと警察が採尿などの本来の仕事とすべき。それをきちんとしていただくためシステム化というのであれば賛成。
- ・24 条通報で措置入院になるようなケースは底をついていないので、司法的処分を受けなくて済むような処遇はすべきではない。
- ・違法性薬物の依存症への対応は精神科医療だけで完結的に行い得ない
- ・精神病症状により、非合法薬物使用が免責とされるのは明らかに不合理でありきちんと司法は介入がなされなければ精神科医療のみで薬物問題を解決せよという事になりかねない。医療の負担が大きすぎる。

【民間精神科病院】

- ・治療の動機づけにつながる。
- ・警察へ通報しない事を条件に真実を語る患者がいる。この場合は結局医療内対応に終わらざるを得ず、予防という面がおろそかになってしまうという現状がある。
- ・尿検査の結果は判断材料のひとつである。事実は確認したい。
- ・入院治療導入への説得力がある
- ・司法的対処は法治国家として当然である。
- ・再発防止 e t c 連携は必須と考える。
- ・薬物依存か否かを速やかに判断できる。又、司法の範囲内での調査結果も知れるから。
- ・再発の際の対応のため
- ・薬物依存の疾病と薬物に伴う犯罪は別々のことだから。
- ・法治国家である以上当然である。
- ・本人の同意があればよいのではないか。
- ・犯罪行為についてはあくまでも本人の責任を問うべきである。
- ・ある程度の薬物の診断に有効である。
- ・犯罪者であり、その責任は精神症状が回復したあとは問われるべき。
- ・共通化するべき点
- ・基本的には法律違反なので司法との連携は必要なのは当然である。
- ・当然司法処分を受けるべきである。
- ・司法の介入は避けられない。また一体して再発を防ぐ必要がある。
- ・触法行為であることをまず前提において治療が開始される必要あり→触法があいまいにされると治療が困難になり易い。
- ・一般人として薬物による害—その結果について概ね常識となっている。その規範を違反するのは医療でなく司法にまかせるべきである。
- ・法的処分の対象となる事象に対しケースバイケースというのは合理性を欠く。すべて同一とすべきである。
- ・違法薬物を使用した場合、治療と司法的対応のいずれも必要なため。
- ・薬物乱用は今後さらに増え続けていくことが考えられており、早期の診断、介入に際して後手にまわらないようにしたい。
- ・救急救命という大目的からみて良いと思います。
- ・やむを得ない
- ・個々の事例により対応すべきであるが、システムとしては現在これが妥当。
- ・目的（最終的）が同じであるから、このままでよいと考えます。
- ・診断の確定に必要である
- ・最低限このくらいのことを行って欲しい。・再犯を防ぐ意味からも。・診断がつけやすい。
- ・多方面でチェックしたく必要性がある
- ・違法行為なので、司法によっても取り調べる、処分も受けるべきである。
- ・診断が確実になるから。

- ・違法薬物を使用すること自体が犯罪である。急性期症状等の治療は医療機関が担うべきであるが、後の司法関与は絶対に必要。医療機関が「犯罪逃れ」や逃げ場、再犯に協力してはならない。
- ・患者に自覚がない段階での違法行為は警察との連携が必要と思われます。
- ・司法との連携が必要な患者で司法処分を受けないケースがあるため、システム化していくべきと思われる。
- ・薬物依存症の対応は都道府県により、温度差があることから、システム化が必要。
- ・法に触れているわけであるから、症状が改善したのちは司法処分を受けるべきだ。
- ・正しい診断をするため。
- ・鑑定前に薬物使用の有無が明確になり、精神病症状の改善後に、本人が責任をとることは、治療的に作用すると期待する。
- ・措置入院と司法処分は別の次の問題であり、特に問題はないと思う。

【依存症治療専門家】

- ・自己責任を負わせる意味から望ましい。
- ・司法処分がなければ、入院が逃げ道となり、順法精神が希薄化されるから。
- ・24条の通報でかつ警察が尿検査陽性であれば、(つまり警察が本人の薬物使用の事実を把握しているのであれば)退院後に司法に流れていくのは仕方がないと思います。措置通報前の警察官による排尿をあえて広げていくよう求める必要はないと思いますが、逆に広げないよう求める必要もないと思います。
- ・法的にもきちんと司法処分を受けるべきと思うため
- ・薬物使用はあくまで触法行為であり、医療が触法行為の免罪符となることは治療的ではない。
- ・現に警察官が介入する事態が生じている以上、一貫して司法処分を行うのは当然と思われる。覚醒剤を使っただけなら処分をうけるのに、逆に事件をおこしたら司法処分を受けずにすむ逃げ道があるのは矛盾している。
- ・医療に携わる者としては、治療と行政処分を混同される事は治療者一患者関係に悪影響を与えるので、注意が必要である。にも拘わらず賛成するのは、違法行為を犯した者が医療に逃げ込む事態や、その事による触法患者を扱う医師への責任を押しつける事を回避するためである。入院時のみではなく、退院後の通院についても法的強制力を規定すべきである。
- ・現在運用されている法体系の理念により近いシステムであると思う。(治療と司法的介入を峻別することに比べて)
- ・システムが各自治体によって異なるのは医師などスタッフにとって負担。又厳しい対応をしない限り、現在の薬物乱用の拡がり止められないと考えるため。
- ・違法薬物の使用は犯罪であり、その認識を患者に持たせるべきである。過去の歴史をみても警察の取り締まり強化により使用者が激減している。一般犯罪者とは別のグループとしての取り扱いは必要である。
- ・illicit drug に対してはやはり厳しくあたるしかない。病気の時それを我々がみる。法的には法的管理者がみる。

②その様な警察官による採尿と措置診察をシステムティックに連動させるべきではない
反対される理由をお書きください

【国公立精神科病院】

- ・断薬の意志がある人の可能性を奪ってしまう危険をはらんでいるため、全例ルーチンで検査するシステムはやめた方が良いのではないかと考えます。
- ・治療のみを行うべき
- ・病院は治療を請け負うのが仕事。連動させるならその為の国立の専門病院（棟）を作るべき。
- ・上記の流れがシステム化されると、医療では対応困難なケースや医療の必要でないケースまで病院へ押しつけられることを危惧します
- ・医療と司法は区分されるべきである。司法と連動させる治療機関は医療とは別に設置した方がよい。

【民間精神科病院】

- ・治療に影響なのでよく検討の余地を残しておくべき。
- ・医療が優先され医師の指示によるべき
- ・事例によりその対応は異なるため、システムティックな連動はされない方がよいと思うが、一方で慎重でありつつ、司法的介入が必要だと思われる事例もあるように思います。
- ・警察官による採尿は彼らの職務にあり、当然であるが、精神科医療で精神症状を資料した後に、その病状以前のエピソードについて精神科医が積極的にかかれる必要性は乏しいと考える。
- ・必要に応じて連携は必要とは思いますが、システムティックとなると、まだ行き過ぎかという印象をもっています。
- ・大都市部を除き24条にかかる患者のほとんどは覚醒剤使用者ではないこと、システムティックにすることによる手間と偏見助長の問題から現時点では反対。それとも尿検査だけで起訴可能なのであろうか：アメリカでは警察官同伴の救急の場合、依存症薬のチェック医療現場でルーチンに全てチェックするようです。やはり医療現場で全てチェックするところルーチン化した方がよいでしょう。
- ・犯罪と医療との区別とが、司法の下で行うのであればよいが。
- ・警察による採尿は司法の介入の問題と考えるべきだ。採尿そのものには反対ではないが即措置診察へとシステムティックに連動すべきではない。

【依存症治療専門家】

- ・人権侵害になるおそれがある
- ・現状の司法処分が、必ずしも治療促進的ではないので／この頃の覚醒剤使用者があまりにふつうの子供たちに広がっているので
- ・覚醒剤などは違法薬物である事より、司法が介入してくる事は当然であり当時、責任能

力がなかったとしても、違法薬剤所持使用したという事については処罰させられるべき、再犯予防にもつながっていくと思う。

- ・全てにこのやり方を行うと医療への信頼性（DRは司法の手先ではない）を失われ、また依存症者の自己決定を損なうおそれがあると思います。過去のAL医療の強制入院は本人の回復への意欲を失わせ、「反権力、反医療」の思いを強くするだけでした。同じ失敗はしてはいけません。

③上記の①②いずれでもないお考えや、追加されるべき前提条件がございましたら、具体的にご教示ください。

【国公立精神科病院】

・なんとも言えない。少なくとも、司法処分によって、薬物依存が治る事はない。今のところ、薬物依存対策において、これという決め手はないので、さまざまな地域でさまざまな試みがあるという多様性は、もっとあって良いと思う。これらの結果について、研究され、報告されることが前提条件である。

・覚醒剤取締法を違反しているのであるから当然司法処分を受けるべきである。ただしその後のフォローが大切。司法と医療の連携による、独立したりハビリ施設を作るべき。

・現在、当方は意見らしき物を持っていない。

・基本的には文面のような処遇が適切な場合も多いと思われるが、全国的にシステム化することには素朴な意味で違和感がある。

【民間精神科病院】

・警察官通報の際、薬物依存症患者であることがわかった場合。警察官の行う尿検査は捜査の一環として、病院で行う尿検査は診療の一環として、行われているのが現状。捜査と診療が一カ所で行えるような施設が望まれる。

・医療刑務所を充実させ、司法処分後の治療を充実させるべきである。

【依存症治療専門家】

・司法との連携は大切だが現在の司法処分は治療的ではなく患者さんにとって良い結果になるとは限らない。早急にドラッグマートのような制度を整備し、司法の介入が治療促進的に働くようになることが望ましい。

・刑事問題を持つ患者は司法医療の連携が必要で司法によっては治療コンプライアンスを徹底させることは好ましい。

・違法薬物使用の疑いがあるために警察が行うべきと判断してのことは差し支えがないし、治療も罰も受けるべきと思う。システムというよりあくまでそれぞれの必要性に応じて判断した結果での医療であり、司法的処置と考えます。両方とも受けるべきです。

別表 2

2 日本では、薬物事犯のうち初犯者については、有罪でも執行猶予となる例が多いようです（密売や大量所持などの悪質な例は別として）。今後の司法と医療の連携のあり方の一つとして、薬物事犯のうち保護観察付き執行猶予となった者を、薬物依存症専門治療プログラムが引き受け、嗜癖行動の修整を図るというプランについてどうお考えですか。

ちなみに欧米国では薬物事犯の処罰を「ドラッグコート」として独立化しているところもあるようですが、本質問はそうした裁判機構の改変まで前提としていません。

①原則として引き受けるべきではない。

反対の理由をお書きください。

【国公立精神科病院】

- ・ケースバイケースではないか、治療意欲のないもの、暴力団関係者など精神医療で対応できないものを囲い込むことには反対。
- ・やはりドラッグコートのようなシステムがないと実効性はないと思われる。
- ・触法病棟で対処すべき
- ・現状よりも、さらに司法の肩代わりに終わる懸念が強い。現状では治療プログラムの有効例は一部と考えられる。
- ・あくまで本人が薬物をやめたいという治療意志がある場合は治療の対象と考えるが、そうでない場合まで、自動的に治療を引き受けることに対しては反対である。
- ・今の精神医療にそれほどのゆとりがあるのでしょうか
- ・治療プログラムの有効性を知らないため
- ・①再犯した場合、医療者が責任を問われる可能性がある ②貧弱なプログラムしか用意できないようでは（アメリカでは就寝と公共的事務以外何らかのプログラムを提供している）司法当局者に馬鹿にされるだけだと思う。
- ・事例を選別するための条件設定は困難である。医療機関が引き受けるべきではない。
- ・医療は本人の任意によるから
- ・嗜癖行動の修正には本人自身のモチベーションが必要と思われるが安易に引き受けることは治療的にまったく無意味な形となるcaseが多くなると予想される。結果として例えば無意味な「長期収容」などを招きかねない
- ・嗜癖行動に対して十分に有能な医療プログラムがよい

【民間精神科病院】

- ・民間の精神科病院の対応は難しく、公的なものを含め専門的施設をもつ病院で対応すべきと思う。
- ・初犯者は嗜癖者であるかどうか、その為の保護観察であり猶予であるから。
- ・本人の意思を尊重すべき。
- ・各都道府県に専門の病院（病棟）を設置し、そこで引き受けるべきである。
- ・現状では薬物依存専門治療プログラムの実行はかなり困難。よほどしっかりしたシステム、マンパワーをつけないと実行は難しいと思う。

- ・初犯者だから執行猶予になること自体疑問を感じている。
- ・司法から切り離して医療のルートに乗せるべきでない。司法の中で医療プログラムを充実させるべきである。
- ・司法の中にも医療あり、そこで対応すればよい。
- ・いくつか条件づけに対応することも重要ではあるが民間病院ではリスクが大きくマンパワー不足という面でむずかしい。
- ・依存症の自覚のない人の治療はかなりの危険と困難さがあり、医療としてのかかわりは、措置入院ケースのみからが、現実的と思われます。
- ・民間では対応しかねる。医療よりも司法の問題と思う。
- ・治療プログラムが効果があるかどうか不明のため。
- ・依存をやめるというのは、極めて人間的行為である。本人がやめたいという意思が治療の大前提となることからやみくもに初犯者を全て治療プログラムにのせるのは無理がある。

②いくつかの前提条件を付けて引き受けるべきである。

賛成の理由をお書きください。その際に、どの事例を引き受けるか、選択するための基準（や制度）が必要と思われます。既に引き受けている事例やあるべき基準・条件についてご教示ください。

【国公立精神科病院】

- ・自己使用、所持に限る必要があると考える。プログラム参加中に定期的な評価が行われることもプログラムから DROP OUT する場合に必要な処置が担保されるべき。少年事例では試験観察中に補導委託を受け入れてプログラムに参加したケースが数例あり、多くは経過良好です。
- ・本人の同意が前提。何らかの観察の続行を続ける。治療とは別の次元で・・・
- ・薬物が持ちこまれないという、前提のもとでしか、治療環境としては成立しないと思います。治療中の違法薬使用は、いったん司法にもどすというシステムなしでは、治療環境、治療的雰囲気を維持できないと考えます。
- ・ガスパン、ベンゾジアゼピン系薬物依存患者のような合法系薬物使用者よりもずっと動機付けがはっきりして、治療しやすいから。
- ・累犯となる確立が高いため
- ・教育して嗜癖行動の修整を図るという事には賛成ですが、具体的な案はありません。
- ・医療と司法の連携による、独立した施設であればそれも可能。
- ・治療意欲があり、開放病棟で対応できる者のみを対象とする。
- ・現在の制度の中では、本人の希望と病院の治療意欲で、つまり契約入院に限るのでせいぜいでしょう。
- ・自助グループへの参加は予後の改善に役立つと思われるから。本人の責任に保護観察官のところに出席する等本人の責任で保護観察の条件を守るように義務づける。そういうことが治療への意思を本人が再確認しつつプログラムを続ける為に必要ではないか。刑務所の代わりに D A R C にはいったというのでは回復はあまり望めないと思われる。

- ・担当者の増量、尿検査の実施などの権限も強化しなければ意味がない。

【民間精神科病院】

- ・本人及び家族の治療意欲が強い場合
- ・本人が”治療”を求めている場合のみ、引き受ける。
- ・本人や家族が希望する部分
- ・具体的にはなし。
- ・医療機関の守備範と司法機関の守備範囲を確認し合った上での連携がシステム化されるべき。
- ・あくまでも薬物を止めたいという本人の強い動機付けによる。
- ・常習者や反社会的異常性格の者など治療プログラムがうまくいきそうにないケースは除外すべきである。
- ・公的な専門病院に限定すべき
- ・1. 薬物についての基礎知識を教育し、再犯させないようにすることは大事である。
- ・2. ある程度の精神症状や異常行動が認められなくても、基本的には教育することが大事である。
- ・治療に対して非協力的な時は司法へ戻して処分を検討してもらう。
- ・本人が治療を希望する場合
- ・人格障害者が多い。したがって通院では引き受けかねる場合がある。したがって条件をつける必要がある。
- ・理由：司法処分を受けた時はいわゆる「底つき」のチャンスであり治療が進展する可能性があるから。基準：本人に治療意志があることが大前提（あたり前ですが）
- ・薬物依存治療プログラムがあることを説明し、本人が了解した場合。（強制的な「治療」は有効性が低いと考えるため）
- ・全ての者が対象となると、人数的に対処が難しいと思われる。その時に問題となる事案だけでなくシンナーなどの他の薬物乱用などの既往のある者や精神疾患を合併した者などが対象となると考えられる。又、犯罪性の強い者（執行猶予とは言え）は対象から一応除外すべきであろう。
- ・今までこの様な事例は経験がありませんが、若年者の薬物（特に覚醒剤）依存が増加している現状を考えると薬物事犯事例に対して嗜癖行動の修整を図ることが考えられてもいいのかもしれない。
- ・本人の性格・・・本人の友達、家族、本人をとりまく環境により決定。アウトロー組織との関係あれば特にその対処が必要。
- ・本人が治療意欲を持っている場合が前提でそうでない場合には精神科病院で治療する意味はないと思います。依存の為の公的機関を整備すべきです。
- ・保護観察付き執行猶予となった者を、開放病棟の依存症専門病棟にて、心理教育プログラムを行う。
- ・本人の治療意欲があることを前提として、drug dependence から回復する望みのある人には治療を受けてもらいたい。
- ・入所、入院を経たケースでも、再使用、再犯が圧倒的に多い。治療に対して、ある程度

のモチベーションを持てる者が対象か。それ以外は、対象者が多すぎて、すべて引き受ける訳にはいかないであろう。

- ・保護観察付きとなっている方ならば引き受けてもよろしいかと思われます（引き受けている例はありませんが）
- ・一定期間の治療プログラムを受けることを義務づけるべきである。これを行うのは国公立の病院が行う。
- ・個人的には、行動修正は可能であると思うので。
- ・薬物中毒の患者は性格的にも問題のある人が多いので、一定の強制力がないと治療のつてこないで、執行猶予になった場合は強制入院させるべきです。
- ・治療・教育の機会は早いほうが望ましい。但し、病院での反社会的行動があれば引き受けられない。ドロップアウトは保護観察者に報告される等、本人・病院・依頼元に共通の理解と同意が必要
- ・初期治療（初犯）が1番重要と思われこういったトレーニングは必要と思う。但し、motivatiim がどの程度か、その人の背景かどうかということが充分吟味される必要はあると思われる。
- ・保護観察を入院中もきちんと行う必要あり。

【依存症治療専門家】

- ・初犯で執行猶予で、薬物依存症の治療プログラムをやってみる価値は十分あると思う。その代わり、司法処分と同期間、保護観察するのは必要。
初犯で執行猶予となっただけでは、”依存”という認識がもちづらくなるから。原則として全例引きうけるのがよい
- ・本人の将来を考え単に「薬物をやめる」のではなく12ステッププログラムに従って「生き方を変える」ことを指導していただきたい。治療（変化）に可能性があればプログラムに導入し、薬物の再使用や持ちこみ売買などあれば司法処分に戻すような柔軟な構造と緊密な連携が望ましい。
- ・触法患者の処遇について法制化する方に議論されているようですが、司法、医療からなる委員会の決定（あるいはそれをうけた裁判官の決定）として治療プログラムにのせることは望ましいと思います。最近執行猶予となった後、弁護士に勧められ当科を受診する患者は増えています。
- ・薬物依存者への教育的アプローチは再発防止や動機付けの意味でも有効である。初犯であれば、早期よりの教育的治療が大切で、放置すべきでは無いと考える。
- ・毎日、デイナイトケアに通所させる。
- ・初犯者が再犯者にならない為にも強力な動機付けが必要。原則として入院の形態をとり、しかも任意入院、期間も3ヶ月くらいで決める。司法の今の抑止力では不十分な面もあると思われるから、執行猶予の者に対しては、専門の治療プログラム場を与える。ただし病院を容易に利用（かけこみ寺的利用にならないよう、治療を希望してきても場合には院内ルール守るなど種々の条件をきめそれを承諾してもらう）。
- ・解毒後、判断力があること。精神病症状に支配されていないこと、プログラム中にスリ

ップした場合のペナルティは司法が関与してくれること、治療費等を支払ってくれること（公費で）。

- ・依存症についてはその行為の中止に関してその行為の背景にある、認知、行動パターンの修正や環境調整が必要であり、専門的アプローチを（本人が望むことを前提に）行わなければ回復は困難と思われる。但し、本人が望まなければ治療効果は得られないため、この部分について無条件に引き受けることは治療的ではないと思われる。
- ・①プログラムの途中放棄者に対する何らかの罰則制度が必要（ボランティア参加など・・・）②本人自身の選択制ープログラム拒否者に対する何らかの強制（ボランティア参加など・・・）③プログラム参加者の定期的尿検査→陽性時のすみやかな司法対応。
～つまり一般プログラム参加者よりも強い強制力をもってかかわるための司法からの担保が必要。
- ・入院でやるにしても外来でやるにしても法的強制力が必要。解毒期が終了した多くの患者は「もうやりません」と表明するので、現行の精神保健福祉法では強制的治療は行えずそうだと、多くの患者、あるいは治療を受けるべき対象患者は治療に同意しない可能性が高い。
- ・本人が治療に同意していることが最低の条件。
- ・一度は治療プログラムに導入し以後も薬物乱用をするか否かは個人の問題。但し、退院後も保護観察が継続されるという前提が必要で通院を中断させないなどの対処が必要と思われる
- ・精神病症状があれば、治療を行う。その時、同意者（家族）のある方が望ましい(33条)。22条でも可。単に乱用で、治療意識のないものは困難。
- ・全例にたいする基礎的教育の後に、個人の意識を確認した上での専門治療プログラムの実施。2段階にして本人の自主的、自発的なものを尊重、確認することが必要ではないだろうか

③ その他の考え方。

【民間精神科病院】

- ・司法と医療を直結することには反対。
- ・精神病院ではなく、独立した機関を作ってそこで心理教育的、生活指導などのプログラムを伴うことが望ましい。ダルクなども有効な手だて、法的に義務づけることが望ましい。
- ・よくわからない。難しい問題である。ケースバイケースと考えるが・・・それではいけないとも思うし・・・！？
- ・例数にもよるが原則ひきうけても良いのではないか？
- ・医療スタッフとそうした方々との間に信頼関係が出来るまでが大変。
- ・経験乏しくわからない。
- ・薬物依存治療に関する専門プログラムやハードウェアの面で整備された上で引き受けないと治療効果が期待できないものではないかと思われます。
- ・よく分からない。

【依存症治療専門家】

- ・執行猶予の条件として、薬物依存専門治療プログラムを義務づけるべきである。
- ・初犯よりも再犯を重視すべきである。再犯の人はほとんどが再び薬物に手を出します。その時「刑を重くして」やめさせるのではなく、治療を希望する方には薬物依存症者への治療プログラムを含めた保護観察付き執行猶予が望ましいと思います。刑務所に使う金銭を薬物医療やSHGへ使うべきです。スリップが回復のチャンスですので。
- ・薬物事犯については強制的に全ての事例について回復の為のプログラムに乗せるべきである。執行猶予の条件にしても良い。今後薬物使用による犯罪の急増が考えられる。プログラム終了後も一年間程は専門家による定期的な面接と援助を義務化すべきであると考ええる。

【国公立精神科病院】

- ・現時点では「いくつかの前提条件を付けて引き受けてもよい」状況と考えます。べきとは思いません。

別表3

「薬物依存症」をアルコール症と並ぶ嗜癖行動の1種として、疾病モデルで捉えることは、理想的には可能ですが、実際に精神医療の現場で積極的に引き受けていくためには、上記の質問項目では言い尽くせない数多くの解決すべき課題があると考えます。薬物依存症についても、アルコール症と並ぶ専門治療化が進展するためには、どのような問題点を解決する必要があるでしょうか。臨床精神医学の専門家としての率直なご意見を賜りたく存じます。出来るだけ薬物依存症専門治療が「成立するため」の課題・問題点の提起をお願いいたしますが、場合によっては「成立困難」と判断される理由などもご教示願います。

【国公立精神科病院】

・治療目標の設定

アルコール依存症からの回復を考えるうえで、スリップは経過として必ず起こる症状のようなものとして考えられています。薬物依存症を病名と考えるならば症状という見方も必要と考えますが医療関係者の中でコンセンサスが得られているわけではなく、スリップは許されないという姿勢の機関もある。専門家のコンセンサスを得られたプログラムの提示が必要と考えます。

・①精神症状が遷延して訂正困難なケースの処遇をどうするか→精神病状態から抜けだせないこともあるようです。

②酒のように酩酊を外から判断しにくい。

・集団としてではなく、個別として薬物依存のケースの治療にあたった場合、様々な困難に直面します。明らかに覚せい剤の乱用あるいは仲間おしでの売買などが、おこなわれているであろうと考えられる場合でも強制力を持たない。治療者は弊害を与えても、完全に阻止することは不可能です。さらに精神病の入院外来者に対しての（外来でも、入院でも）金銭の強要、女性患者への性的な接近、はなはだしい場合はレイプまで、様々な問題で頭を悩ませます。重大でない犯罪行為に対して、警察はほとんどあてになりません。心理教育専門プログラム、自助グループとの連携はアルコールの場合と同様に必要と考えますが、この背景として、犯罪行為（薬物所持使用だけではなく上記の問題も含めて）チェックできて、司法にすみやかにもどすシステムが担保されることにより、はじめて専門治療が成立すると考えます。

・よく分からない

・専門病棟は必要なのか、むしろ解毒センターが必要。それにリハビリテーション施設を充実させるべき。

・①幻覚妄想を主とした精神症状、人格の変化、依存の程度などが最重症から軽症まで巾が大きすぎると考えられます。

②アルコール症と比して、生育歴、学歴、職業などにおいてハンディがより大きい例が多数をしめていると考えられます。

③ダルク等の自助組織がまだまだすくないこと。

以上が解毒ないし幻覚妄想状態に対する治療（強制入院が主）を行う医療機関が十分でないという現状において、「依存症専門治療」のシステム or 病棟が成立する基盤があるのかという疑問を持っています。軽症例を主に扱う結果になりかねない「依存症専門治療」シ

システム、解毒治療の整備のどちらにも片寄らないことが、必要かと考えています。

・患者の数がもっと増えないと、専門家も育たない。いまのところ、一般人の関心が高まるだけ。30年以上、日本の薬物依存対策は、DARCを除いては、ちっとも進歩していない。DARCは民間サービスなので、医療としては無力化してきているように思う。1950年代から後退してきているようにすら思う。

・治療、介入などにより是正可能な面を余り過度に期待しないこと。

・薬物の問題は国家的なプロジェクトにより検討され、国家的な治療—社会復帰システム（ソフトもハードも）が早急に整えられるべきと考える。国立を除く公的病院や民間病院の努力だけではどうにもならないことは明白である。

・一度医療で引き受けると司法に戻すことが極めて困難な現状で、また人格障害に対して医療はどこまで対応すべきかという問題などに一定のコンセンサスのない状況でどこまで積極的に引きうけるべきか疑問が多い。

・1) 司法との緊密な連携 2) 本人の治療を受ける意思の確認 3) 治療を妨害する行為を行った場合、強制的に退会できるシステムの確立 4) 有効な治療プログラムの確立（ダルク以外知らないの） 以上のような問題を解決していかなければ、現在のような精神病的状態の改善で終わるだろう。

・予後調査専門治療の有効性を実証しないと進展しないと思う。

・当院は、いわゆる「田舎型」の精神病院で病棟の機能分化もできていないため、回答できません。

・1) 経済的な問題・・・診療報酬の枠内でやるべきでない。疾病モデルだけでは捉えられないから。

2) 覚醒剤による精神障害・・・このことについても、偏ったキャンペーンのため、誤解が多い。正しいキャンペーンをしてほしい。

3) 薬物依存症者の社会復帰・・・このことがとても重要である。覚醒剤に関して、再乱用の防止対策が全くなされていない。公的な施設もなく、ダルクに頼り切っている。従って、現行の医療体系とは独立して、この種のケースは対処できる施設を作り、経験を積み重ねながら、専門治療法を確立していくべきである。

・1) 専門医、コメディカルスタッフの教育・研修体制の整備

2) 専門病院と地域病院との機能するネットワークの構築が不可欠であり、その発展のための、プログラム作成と予算化が必要。

・司法と連動した薬物依存症治療施設が必要である。医療ですべての薬物依存症を治療することはできない。依存症が有する人格面の問題に対して、「医療」が成立するか否かの未解決問題が存すると考える。医療、それも専門治療として対応するに足る治療手段が確立していると言えるか、大いに疑問のある現状である。

・具体的な考えは持ち合わせていませんが、アルコール依存症の専門治療が進展してきた経緯が参考になるのだろうと考えます。ただし、司法的な問題をどう整理するかがひとつの課題になろうかと思えます。薬物依存症の治療を進展させるためには、独自のシステムをつくったり独自の病棟をつくったりするのではなく、アルコール依存症との共通点に目を向け共通の治療の場を考えていくことの方が現実的であろうと考えます。

・1) アルコールはどこにでもあって手に入る

2)その他は入手ルートによる。

- ・司法、医療、福祉（自助グループ）modelの連携と協力が必要である。
- ・薬物依存症は、法的に禁止されているドラッグの使用などの「嗜癖」であり、治療を行うためには精神科医と何らかの法的専門性を付与する必要があると考える。また、実際に「積極的に」引き受けるとなると、潜在的にかなりの多数の対象患者が生じることが予想され、現状の精神科医数では現実的に不可能である。
- ・薬物についてはやはり違法ということが問題になり、それに伴う反社会的行動への対処も整理が必要。司法を含めて整理してシステムを構築しないとむずかしい
- ・アルコール症と薬物依存症を特に区別する必要はないと思います。薬物（アルコール）探索行動が強ければ外来治療や開放処遇が困難なのはいずれも同じ。あとは当事者同士気持ちが通じるかどうかの問題で、グループの多様性は望ましいと思われる
- ・HIV 感染拡大のリスクを天秤にかけて、注射器、メサドン、ヘロインなどを依存者に供与する方向に向かいつつある欧米の動向をみれば薬物依存症専門治療は成立困難であると思う。我々自身の経験に照らしてみても①薬物乱用に起因する精神病状態の治療②薬物からの離脱を望む人たちに治療の場と治療機会を提供するという役割に限定する事が現実的な態度であると思う。
- ・IP自身に、通常の刑罰を望むか治療を受けるか選択させ、責任をもたせる。治療プログラムの従事者には強い権限をもたせる必要あり。治療プログラムから脱落して再犯する場合は重罰とする。ーなど治療側の capacity を考え、司法的からの”依存”を control 出来るようにしておく必要あり。

【民間精神科病院】

- ・年間の症例数は少ないので一単位として治療システムを構築することは困難である。
- ・薬物とりわけ覚せい剤が、他国の外貨稼ぎの市場として、利用されている現実こそ改められるべきであり、事前の取り締まり強化が大前提である。次に小学、中学時代からの教育にも力を入れる必要がある。第3に精神保健相談が第一次圏域に常設され（地域的カウンセリングルームの様なもの）る必要がある。こうした前提への取り組みと並行して構想されなければ行きづまってしまうと思う。つまり地域と連携した形での運用が不可欠の要因となる。
- ・覚醒剤中毒等は、触法、暴力等の問題が多く、民間病院へ入院すると、弱い患者や職員が被害を受ける場合が多い。公立の専門病院で、治療、リハビリ、アフターケアをして頂きたいと思っています。
- ・X県のY病院のように人的ハードも整備していかなければスタッフのストレスが処理しきれないと思われる。Y病院に学ぶべき所があるのではないか。
- ・人権重視とはいいいながら、現実にはかなりの制限を加えないと運営困難と思う。閉鎖処遇や、持物の制限などを行うか、破格の人間（看護者）をつけないと困難なのではないか。精神保健法の枠をこえた、または例外規定が必要ではないか？
- ・精神保健福祉法による医療保護のみのケースの場合には一般精神科での治療も困難ではないが犯罪を伴う様な司法とのかかわりあるケースの場合にはより公的な専門治療病院で

の対応が望ましい。

- ・診療報酬で見合った財源が確保され病院の努力に反映されるべきと考慮します。
- ・院内で処遇困難な場合が予想される（暴力行為、仲間の出入り等）
- ・薬物によっては、司法が取り組むべきものがありますが、いくつかの医療との連携モデルを作っただけでないでしょうか。
- ・国公立病院が積極的にやるべきである。久里浜病院のように1度失敗すると2度と引き受けないのはおかしい。
- ・アルコールを含めて多剤依存になりやすいこと、またそれを助長するm a t eの存在など難しい治療状況がある。
- ・国公立の精神病院のうち、モデル病棟を全国に10カ所程度整備し、大学精神科と連携し運営するのが良いと思う。
- ・法的に最初に治療を受けさせる強制力が必要であると考え。そこで基本的教育が必要であると考え。あとは自助グループを全国的にもっと広げ、本人たちがグループに導入されやすくすることが大切。
- ・1. 「薬物依存症」は一人ひとりが、それぞれに異なり、治療にはかなりの努力、エネルギーを必要とする。やはり、専門治療病棟があればと痛感している。
- ・2. 犯罪をおこした事例と、それに至らない事例とがあるので、その辺の選択をできないか、病棟を維持するのが困難と思われる。
- ・司法の関与との線引き。司法色の方が、医療色よりも強い方が望ましい。つまり司法のワクの中で医療を考えるべきだと思う。
- ・再発例が多く、徹底的に長期に入院加療するべき！！本人にこんなに入院するくらいなら刑務所の方がいいという者もいるらしい。
- ・薬物依存症は精神医療の問題ではなく司法精神医学への分野で扱うべき問題だと思う。精神科医が協力することも多々あるだろうが、基本的に司法分野で扱うべきである。
- ・アルコール依存と薬物依存はその成立過程が全然異なる。むしろ人格的な問題がある。これは病院で治療できない処遇困難者として専門に入院させる施設が必要ではなかろうか。
- ・1. 触法に対して医療が関わる時のスタンダードを確立する必要がある。
- ・2. 依存から脱却するためのプログラムには”教育的”側面の充実が欠かせない→金がかかる+民間では不可能である。
- ・3. 保険医療の中で行うことは無理である→別立てとすべきである。
- ・4. 精神科医の必須研修+実務の中に依存治療病棟での研修を含める必要がある。
- ・アルコール症専門治療が成立する如く薬物依存症専門治療も成り立つ。・アルコール症も薬物依存症のその障害となる契機とその個人の性格～人格～により類別して対応しないと問題が多く治療に困難さを伴うと考えられる。・アルコールと薬物の相違もあるが、双方ともそれを用い依存症となった個人の人格（知情の意含め）により対応の異なるのが問題であろう。
- ・アルコール依存症に比べて薬物依存症は①看護スタッフへの暴力の危険性（退院後のいわゆる「お礼参り」なども含める）②個人的背景の複雑さ（いわゆる「やくざ」など）③薬物の使用自体が違法行為であること などの問題がより多く、民間病院が積極的に取り