

になるよう努めるものであり、同時にこの設定を抑止力として利用するものである。この方法は、薬物規制法をもつわが国の法律に従おうとするものであり、また、依存の回復を効果的に進めるものでもある。

4) 精神科救急に積極的な施設と薬物関連精神疾患の治療に積極的な施設の協力のあり方の検討

①研究会開催

この分担研究の協力者であり、下総精神医療センターの薬物関連精神疾患治療部門の職員である平井が、千葉県精神科医療センターにおいて、∞型連携理論とその体

系の中での精神科医療の役割を説明し、それに基づく千葉県精神科医療センターと下総精神医療センターの協力のあり方を提案した。

②申し合わせの案

上の研究会の後、薬物関連精神疾患治療部門を持つ下総精神医療センターの職員である分担研究者と研究力者が、精神科救急の積極的な千葉県精神科医療センターと下総精神医療センターの協力のあり方に関する申し合わせの案(表1)を作成した。これを千葉県精神科医療センターに送り、この先の検討を依頼した。

表1

覚せい剤等規制薬物乱用者への精神科医療の提供における 千葉県精神科医療センターと下総精神医療センターの協力のあり方の案

1. 目的

薬物需要削減の推進並びに精神科医療の機能発揮に着目し、覚せい剤等の規制薬物乱用者に効果的に対応するため、精神科救急を受け持つ施設と薬物関連精神疾患に対応する施設が持つべき協力関係を検討し、成立させ、全国に展開すべきモデルとする。

千葉県においては、精神科救急において重要な役割をもつ千葉県精神科医療センターと薬物関連精神疾患の治療において重要な役割をもつ下総精神医療センターが存在するので、これらの施設の規制薬物乱用者に対する態勢を検討し、確認し合う。

2. 精神科救急施設と薬物関連精神疾患治療専門施設の連携

1) 覚せい剤等規制薬物乱用者に対する精神科医療の態勢と刑事司法体系への期待

覚せい剤等規制薬物乱用者への対応において、精神科医療は、受診を望む者が接近しやすい態勢を保ち、治療の提供を優先する。このため、患者による既遂の覚せい剤使用が検挙されるようには取締機関に連絡せず、しかし、患者による将来の覚せい剤使用は検挙されやすい環境を設定するように努める。

この精神科医療の態勢は、取締処分側の専門職に患者による既遂の覚せい剤等規制薬物の乱用に対して寛大な対応を望むものではない。むしろ、この精神科医療の接近性を保つ態勢を成立させるために、取締処分側の専門職には精神病を持つ者に対してでも厳正な捜

査を行なうことを期待する。

2) 千葉県精神科医療センター（精神科救急施設）の態勢

①精神病性障害を持つ薬物乱用者の円滑な受け入れと精神科治療の提供

受診前の規制薬物乱用者あるいはその家族等からの相談、あるいは診察において、直近の規制薬物使用が疑われた場合にでも、その既遂の薬物規制法違反（使用）が根拠となつて対象者が取締機関の捜査の対象となるようには働きかけず、精神科医療の提供に努める。

②対象者の下総精神医療センターへの紹介

薬物関連精神疾患に罹患している者は、他の施設への受診状況も検討し、適当な対象は、前もって連絡した後に、適切な時期に下総精神医療センターへ転院させる。

③捜査機関からの問い合わせに対する協力

対象者に関して警察あるいは麻薬取締部からの問い合わせがあれば、十分な協力を行う。

3) 下総精神医療センター（薬物関連精神疾患治療専門施設）が受け持つ役割

①千葉県精神科医療センターからの速やかな受け入れ

薬物関連精神疾患をもつ者を千葉県精神科医療センターから可及的速やかに受け入れる。

②将来の規制薬物乱用に対する法的抑止力の設定

覚せい剤等規制薬物乱用者への対応においては、患者の同意を引き出し、尿検査を用いて薬物使用の有無を観察し、麻薬取締官等の協力を得て、将来の覚せい剤等規制薬物の使用が検挙の対象になりやすい環境を設定する。

③捜査機関からの問い合わせに対する協力

対象者に関して警察あるいは麻薬取締部からの問い合わせがあれば、十分な協力を行う。

④不適切な捜査に関する警察庁への連絡

警察が移送にかかわった規制薬物乱用者に対して適正な捜査がなされなかったケースに関しては、個人が同定される形では患者側の同意を得て、個人が同定されない形においては研究報告書等で、警察庁に連絡し、警察組織の態勢が適正なものに統一されるよう働きかける。

D. 考察

前期の案を下総精神医療センターから

千葉県精神科医療センターに送付したのは年度末直前である。また、これまでの

精神科救急の態勢を大きく変化させることを、前出の案は求めており、精神科救急に従事する者には容易には受け容れ難いものであると考えられ、十分な検討が必要であり、新たな年度に、徐々に案は展開されると考えられる。

E. 結論

薬物需要削減に効果を上げるための、精神科救急患者を受け入れる施設と薬物関連精神疾患の治療に積極的な施設の採るべき態勢を検討し、これに基づいて、協力のあり方に関する案を作成した。

この案は、次のようなものである。

精神科救急患者に対応する施設は、精神病を持つ規制薬物乱用者を取締機関に通報することなく受け容れ、精神病症状への治療を開始し、後に、薬物関連精神疾患の治療に積極的な施設に送ることを受け持つ。また、薬物関連精神疾患の治療に積極的な施設は、依存の治療に主に援助的に対応し、残された問題である薬物規制法違反（使用）という犯罪性に関しては、尿検査を用いた指導および麻薬取締官のかかわりを設定するようにして法的抑止力を提供することを受け持つ。

この案を元に、千葉県精神科医療センターと下総精神医療センターの間で検討がなされることとなろうが、精神科救急患者を受け入れる施設の態勢を大きく変更することを前記案は求めており、この先、十分な検討を必要とする。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

福祉による保護及び医療費の円滑な提供の研究

分担研究者 藤井 龍一

研究協力者 平井慎二

独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター

研究要旨

生活保護がアルコールや規制薬物の入手資金として使われることなく、アルコール依存症患者や規制薬物乱用者（以下、患者）の治療、社会復帰に、有効に利用されるためにはどうしたらよいか、その方法を模索、研究した。

まず、福祉事務所と精神科医療の間で文書を用いた情報交換を設定し試行した。千葉県内の福祉事務所 53ヶ所に対し、当センター宛てに、患者に関する医療情報の提供を要請する照会文書を郵送してもらうように依頼し、送られてきた照会文書に対し、当センターの主治医は各々の患者の受診様態について文書にて回答するように設定した。その結果、実際に照会文書を郵送してきた福祉事務所は4ヶ所のみであった。

そこで次に、福祉事務所を統括する立場にある各自治体の生活保護担当課を対象に、患者に対する生活保護の考え方を把握するためのアンケート調査を行った。都道府県、政令指定都市、および中核市の生活保護担当課 98ヶ所を対象に質問書を送り、71の生活保護担当課から回答を得た。その結果、生活が困窮していれば患者であっても生活保護を行うとの回答が多くみられた。又、患者の状況把握には現状の態勢でよいという考えが多くを占めながら、医療機関には積極的な情報提供を希望するという傾向がみられた。多くの生活保護担当課が医療機関、保健所との連携の必要性を認めているが、その具体的な連携内容の提示は乏しく、さらに現場の担当者に丸投げとなっている状況も示唆された。尿検査が規制薬物使用の強力な抑止力を持つことから、尿検査の結果を患者の状態把握について使用することについては、約3割の生活保護課が尿検査をこの先導入すべきであると回答した。

以上の結果から、生活保護担当課の考えは、患者の社会復帰のためには生活保護を提供すべきという我々の考えと共通していることが確認された。患者の状態把握においては、生活保護担当課の考えと福祉事務所の対応との間には乖離がみられた。

以上を踏まえ、福祉事務所と医療機関との連携を具体化するためには、文書を用いた情報交換だけではなく、千葉県内や広域の福祉事務所に呼びかけ、情報交換を目的にした連絡協議会や尿検査の導入にあたっての研修会等を定期的に行っていくことが必要

と思われた。

A. 研究目的

物質関連精神疾患患者（以下、患者）の治療は、投薬あるいは精神療法等の提供だけでは不十分であり、依存から脱却できる生活環境を設定することが必要とされる。そのため生活保護法による生活扶助が必要になってくることも多い。生活扶助が、依存対象物質の入手金となること、あるいは就労しない生活を選択する根拠ともなる恐れは潜在しているが、一方で生活困窮者であれば生活扶助を行う必要もあろう。

患者に対し、生活扶助を適切に供給するためには、福祉事務所は観察指導を確実に行う必要がある、そのためには医療機関と福祉事務所との間で十分な情報の共有が必要であると考え。以前、我々が千葉県内の福祉事務所を対象に行ったアンケート調査結果から、福祉事務所は患者の受診様態を十分に把握しないまま、漫然と生活扶助を行っている現状が示された。また一方で、一部の現場職員の意見としては、医療機関への患者情報の問い合わせにあたり、時間的、人力的な面から、文書を用いることを希望するものがみられた。

そこで我々は、昨年8月から千葉県内の福祉事務所に対して、各福祉事務所から医療機関に患者の受診様態について照会文書を郵送してもらい、それに対し医療機関は文書にて回答するという体制を設定し、実行してみた。（研究①）

しかし医療機関に問い合わせを行ってきた福祉事務所は、1年間でわずかであ

ったことから、患者に対する生活保護のあり方、考え方について、福祉事務所を統括する立場にある自治体の生活保護担当課の考え、スタンスを知る必要があると考えた。そこで生活保護課を対象に、アンケート調査を行った。（研究②）

B. 研究方法

研究①、研究②に分けて報告する。

C. 研究結果

研究①、研究②に分けて報告する。

<研究①>

<目的>

物質関連精神疾患を持ち、かつ生保受給中の患者に対して、福祉事務所と精神科医療の間で文書を用いた情報交換を設定し、それを実動させ、福祉事務所職員の協力を得て、患者の回復を促進する。

（1）福祉事務所から当センターあてに、各患者に関して、医療情報の提供を要請する照会文書（以下、照会文書）を、発行、郵送してもらう。

この取り組みが、福祉事務所の協力を得て行われるものであるため、これが福祉事務所の実務の障害となつてはならないことを考慮し、また照会文書が、福祉事務所側にとっても、有用であるものにすることが必要と考えた。そこで、あらかじめ千葉県内の福祉事務所に、本研究の趣旨、目的を説明した文書を郵送した。その際、下記の項目を含んだ照会文書の素案を提示し、福祉事務所からの要望、

意見も取り入れるようにした。

照会項目：担当医氏名、診断名、初診日、入院日及び退院日、外来受診日、受診同伴者、現在の症状、受診様態、本人の指導において注意すべき点、家族への指導において注意すべき点。

その結果、5ヶ所の福祉事務所から意見が寄せられ、就労の可否について尋ねる項目が必要という意見がみられた。

(2) これらの参考に改善を加えた照会文書(この分担研究報告末尾に文書1として示す)を、千葉県内の福祉事務所43ヶ所に郵送した。

(3) 照会文書に対し、当センターの主治医、各々の患者の受診様態について文書にて回答した。当院の医師には、照会文書に対して、速やかに回答書を作成するように依頼した。

<結果>

(1) 平成17年8月1日に照会文書を郵送し、照会を行ってきた福祉事務所は4ヶ所のみであった。

(2) 1ヶ所の福祉事務所は、管轄する地域に本研究に該当する被扶助者はいないとの回答であった。

(3) 他の福祉事務所からの照会は、覚せい剤依存症の患者についての照会であった。

(4) 各々に対して、各主治医は回答文書を作成し、当院院長名で回答した。

(5) 平成17年11月に照会文書が送られてきた後、福祉事務所からの照会文書は送られてきていない。

<考察>

(1) 照会を行ってきた福祉事務所は、1年間を通してわずかな件数である。しかも、文書を送ってきた福祉事務所は、当院から依頼を行ってから2週間以内に照会文書を送ってきている。福祉事務所によって、対応に差異があり、また、照会を行った福祉事務所も単回の照会に終わっている。

(2) 今回作成した照会文書は、福祉事務所においても、有用な内容であると思われる。今後、福祉事務所からの照会件数が増えることを期待したい。

患者が生活保護を適切に受けることによって、患者の治療意欲および社会復帰への意欲が、どのように高まるか、年単位にわたる追跡調査を行っていきたい。

<研究②>

<目的>

福祉事務所を管轄、指導する立場にある生活保護担当課の考えを明らかにする。

<方法>

(1) 各都道府県、各政令指定都市、および各中核市の生活保護担当課に調査を行った。

調査票を郵送した98の福祉事務所のうち、71の生活保護課から回答を得た。

(2) 調査内容

①物質関連精神疾患患者へ生活保護を行うことについて。

②患者の病状、様態の把握について。

③生活扶助を受けながら、適切な医療を受けていない患者について。

④尿検査について。

⑤管轄内の福祉事務所への指導について。

⑥より適切な生活保護の提供について、

試案、アイデア。

アルコール依存症患者に対する生活保護支給の開始について。

<結果>

<質問1>

通常であれば生活保護の対象になると判断されるケースで、困窮の原因が現在も反復されているアルコール乱用であることが明白である場合、生活保護の支給を開始すべきだとお考えですか。

- | | |
|--------------|-----|
| (1) はい | 5 1 |
| (2) いいえ | 1 |
| (3) 明確な方針はない | 1 7 |

<質問2>

通常であれば生活保護の対象になると判断されるケースで、困窮の原因が過去のアルコール乱用に基づく障害であり、現在はアルコールから離れていることが明白である場合に、生活保護の支給を開始すべきだとお考えですか。

- | | |
|--------------|-----|
| (1) はい | 6 3 |
| (2) いいえ | 0 |
| (3) 明確な方針はない | 6 |

規制薬物依存症患者に対する生活保護支給の開始について

<質問3>

通常であれば生活保護の対象になると判断されるケースで、困窮の原因が現在も反復されている規制薬物乱用であることが明白である場合に、生活保護の支給を開始すべきだとお考えですか。

- | | |
|---------|-----|
| (1) はい | 4 3 |
| (2) いいえ | 6 |

(3) 明確な方針はない 2 0

<質問4>

通常であれば生活保護の対象になると判断されるケースで、困窮の原因が過去の規制薬物乱用に基づく障害であり、現在は規制薬物乱用から離れていることが明白である場合に、生活保護の支給を開始すべきだとお考えですか。

- | | |
|--------------|-----|
| (1) はい | 6 2 |
| (2) いいえ | 0 |
| (3) 明確な方針はない | 7 |

生活保護受給者で、規制薬物に対する依存症をもち、精神科医療を受療している者の生活状況の把握は、良好でしょうか。

<質問5>

現在、福祉事務所の依頼に応じて医療機関が作成する給付要否意見書・医療要否意見書の情報は、対象者への保護費提供を継続するか否かの判断のために、どの程度有効でしょうか。

- | | |
|-------------------------------|-----|
| 1) 現在の文書から得られる情報は概ね適切である。 | 4 5 |
| 2) 現在の文書から得られる情報は不十分であることが多い。 | 1 6 |
| 3) その他 (自由記載) | |

・意見書の不足部分については、主治医訪問などにより病状、治療状況などを調査しているため、特に問題はない。

・医師の記載内容によって得られる情報に差がある。

・外来患者の場合は、生活状況の把握のための材料としては必ずしも十分とは言えない。

規制薬物に依存を持つ生活保護受給者に関して、医療機関から福祉事務所が情報を得る方法についてお尋ねします。

<質問6>・福祉事務所の態勢に関して

1) 医療機関に対して情報提供を依頼する福祉事務所からの文書は、現在の給付要否意見書、医療要否意見書でよい。

38

2) 情報提供を依頼する文書は、より頻回、より対象者の特性に応じたものなど、新たな要素を備えた文書も必要である。

23

3) その他。(自由記載)

・必要に応じ、担当医を訪問し、病状調査を行えば情報を入手できる。

・「日常的身体動作」「金銭管理能力」「稼働能力」等医学的判断項目の追加。

・文書のやり取りは時間がかかるので、電話やEメール等で情報提供ができるように図りたい。

<質問7>・医療機関の態勢に関して

1) 医療機関は福祉事務所に対して、必要に応じて自発的に情報を提供すべきである。

48

2) 医療機関は福祉事務所に対して、依頼されたときに情報を提供すればよい。

16

3) その他。(自由記載)

・生活保護者の治療は福祉事務所が依頼し、治療費も福祉事務所が支払いをしているので、福祉事務所への協力の要請があれば、情報を提供してほしい。

・医療機関は随時情報提供すべきであり、福祉事務所の求めに対して個人情報保護

法および守秘義務等を理由に調査を拒否することなく協力すべきである。

・被保護者と接する機会は、福祉事務所は1～数ヶ月に1回である。医療機関は福祉事務所より接する機会は多いと思われるので、情報提供をいただければケースワークに活用できると考える。

・個人情報保護法を理由に、電話で退院予定を確認することを拒否したり、病状調査に同意書を求める医療機関(医師)もあり、患者に対する生活保護の実施に支障をきたしていることがある。

<質問8>

医療継続が必要であるにもかかわらず、受診を中断した患者に対して、受診を再開させるために福祉事務所はどのような対応をなさいますか。

1) 効果的な対応法を福祉事務所はもたない。

6

2) 保健所あるいは医療機関に協力を依頼する。

49

3) 医療の必要性を伝え、受診勧奨を行なう。必要に応じてこれを繰り返す。

49

4) 受診しなければ保護を中止するという警告を与え、受診勧奨を反復する。反応が悪ければ中止する。

22

5) その他。(自由記載)

・福祉事務所は生活保護を実施していくための指示指導という立場でしか対応できない。直接的な対応は保健所等専門機関がすべきものと考えている。

・規制薬物の乱用が確実な場合は、警察の協力および捜査を求める。

- ・ 自助グループに参加している場合は、その団体に協力を依頼する。
- ・ 保護の停、廃止を機械的に決定するものではない。

<質問9>

尿検査は、一定の期間、規制薬物を使用していないことを証明する方法です。規制薬物乱用者に生活保護を開始するか否かを判断する時や、生活保護を受給している規制薬物乱用者の病状を把握する時に、尿検査の結果を参考にすることも有用ではないかと考えています。このことについて、どのようにお考えになりますか。

- | | |
|------------------|----|
| 1) 必要ない。 | 15 |
| 2) この先、導入すべきである。 | 29 |
| 3) その他。(自由記載) | 23 |

自由記載

- ・ 現在の収入の有無で保護の要否を行うべきである。従って尿検査は病状把握や指導の上では必要であるが、開始するか否かを判断する上で必ず有用であるとは思わない。
- ・ 規制薬物乱用者は生活保護の需給の有無にかかわらず、法的な措置が必要と考える。
- ・ 医療機関から警察の連携を密にすることが大切ではないか。尿検査が必要な調査とされた場合に、結果によっては、刑事訴訟法第239条により、生活保護の実施機関としては、告発を義務付けられている立場であり、対応に困る例が出たり、警察署から検査結果の問い合わせが行われる可能性がある。
- ・ 病院主導による尿検査とその後の警察

協力の承認を得たケースがある。

- ・ 費用負担等について整理する必要がある。
- ・ 100%公費の保護制度では生活指導の一環と言えるか、即答できない。
- ・ 尿検査に関する見解等については全国的に統一すべきである。

<質問10>

規制薬物依存症患者に生活保護を開始する場合や、規制薬物依存症患者が生活保護受給者である場合に、管轄内の福祉事務所に対して、指導、調査において注意すべき事項として、何らかの通達、ご指導、助言を行ったことはございますか。ございましたら、お書きください。

- ・ NA、ダルクに入所をうながすよう助言している。
- ・ 個別のケースで検討を行っている。特に医療機関との連携を助言している。
- ・ 面接、訪問調査を複数で対応している。
- ・ 連携をはかる。
- ・ 保険所、医療機関との連携を図る。
- ・ 監査時に助言している。

<質問11>

私達は、アルコール依存症や規制や薬物乱用者が、生活保護を基にして自立した生活や社会復帰を果たすことを、希望しています。

より適切な生活保護の提供のために、試案、アイデアがございましたら、自由にご記入願います。

- ・ 関係機関による定期的な意見交換が必要。

- ・医療期間や保健所などの専門機関と提携し、処遇に取り組む。
- ・グループホームのような施設が必要。
- ・断酒会、自助グループへの参加を助言する。
- ・実際は担当のケースワーカーに丸投げで責任回避の状態である。社会復帰に向けた取り組みをとトータル的にコーディネートする機関の設置が必要と考えられる。
- ・医療機関には「お金を握っているから」と指導の全てをケースワーカーに任せてくるといふところもある。医療、保健サイドが中心となり、福祉事務所はもちろん地域を巻き込む組織作りを徹底させること、また事業者に雇用枠を設けることを定めるなど、医療、福祉、労働の相互連携ができる体制作りを強化することが必要だと考える。

<考察>

(1) 生活が困窮していれば生活保護を開始するという考えが多数を占めていたことは、受容できる。一方で、規制薬物乱用者については、違法行為であるという理由で、警察に通報するとの回答も少数ながらみられた。

今回のアンケート調査の質問内容は、以前に我々が千葉県福祉事務所を対象に行った調査（先行調査）と同じ部分が多い。特に、「生活が困窮していれば生活保護を開始すべきか」という質問には、千葉県内の福祉事務所からは、「開始すべきではない」という意見が少なからず見られていたが、今回は、開始すべきという意見が多くを占めていた。これは生活

保護課の基本的な考えであろう。

しかし、やはり生活保護担当課のなかには、「規制薬物であるため、薬物の使用があれば警察に通報する」という補足意見を述べているところもあった。この態勢では、規制薬物に依存しており、経済的に破綻した者が救われない。また、この研究が基盤とする∞型連携理論（当方向書総括研究に記す）と摩擦するものであり、公益を損なうものであると考えられる。保護の対象に留めるか否かは、規制薬物を乱用したか否かで決定するべきではなく、対象者が回復を促進するための適切な働きかけにかかわっているか否かで判断するべきである。

(2) 生活状況の把握について、現在の文書が得られる情報は概ね適切である、福祉事務所の態勢としても現在の文書でよいという回答が、多くみられた。その一方で、医療機関は福祉事務所に対して、必要に応じて自発的に情報を提供するべきであるという回答が多くみられた。

医療機関への問い合わせ文書については、現行のもので十分という意見が多くを占めていた。一方で、医療機関にはより多くの情報を求めている。これは、自らが働きかけた以上のものを求めており、いわゆる「虫のいい」話である。医療機関には種々のものがあり、極端なところでは経済的に潤うことに重きを置く施設もあろう。あるいは、薬物依存に関する知識がなく、患者に求められるままに精神科薬を処方する精神科医師もいよう。そのような施設が混在する精神科医療に積極的な情報交換を期待するべきではな

い。税金を活用する行政機関である福祉事務所に積極的に医療機関に働きかけて適切な情報交換をするべきである。

(3) 受診を自己中断した患者に対する福祉事務所の対応として、医療機関や保健所との連携をあげたところが多くみられた。

受診を自己中断した患者への対応については、現在のところ受診を強制する手段、手立てを持たないという意見が多い。以前、我々が行った先行調査でも、福祉事務所は受診を勧める手段を持たないという内容が多くみられた。生活保護を提供している以上、繰り返し、患者に受診を働きかけることは必要であろう。そのためには研究①で示したような状況を、生活保護課が放任しておくことは望ましくないとする。生活保護行政担当課は管理、指導する立場として、方針を示し、より指導的に福祉事務所に働きかけるべきである。

(4) 尿検査について約3割の生活保護課が、尿検査をこの先導入すべきであると回答している。

また尿検査が陽性であった場合、警察へ通報をはじめとした対応を危惧する意見が、やや多くみられた。経費の問題を指摘する意見もあった。

尿検査が薬物使用の有無を確認する方法であることを、生活保護課も認識しているものと推測される。

ただし、規制薬物の使用であるため、尿検査で陽性反応が出た時は直ぐに警察に通報すべきであるという意見もあり、

陽性反応が出た時の対応で、意見が分かれているようである。結果が陽性であった場合、既述したとおり、患者の社会内での回復を維持するという観点から、まずは医療機関への受診、生活指導が行われるべきものとする。医療機関への関わりを保持するためにも、直ぐに取り締まり機関に通報することは望ましいことではないとする。

また、尿検査は薬物の使用の有無を確認するだけでなく、薬物使用への大きな抑止力となっていることも忘れてはならない。これは実際、毎回当センター外来で尿検査を受けている患者のほとんどが、口をそろえて述べていることである。また、毎回受診時に尿検査を受け、その結果が陰性であることが続いているならば、本人は依存症からの脱却に自身が着くようである。さらに、本人を取り巻く家族、友人も、本人が依存症から脱却しようと努力していることを確認することになり、本人との人間関係に、信頼を取り戻すことにもつながっている。これこそ、尿検査の最大の利点と言える。よって、尿検査を生活保護の開始や継続、又、生活状況調査の項目に取り入れることは大きな意義をもつこととする。

なお、予算のことを指摘する意見がみられた。例えば、覚せい剤を尿中から検出するキットの価格は、1回分が約600円程度である。現在のところ、薬物検出検査が保険適用となるのは、高度救命救急センターにおいて急性薬物中毒が疑われる患者に対して原因物質の分析等、必要な救命救急管理を実施した場合のみであり、薬物依存からの回復のための使用

法は保険が適用されない。

このため、予算については、今後どのように捻出するのか検討する必要がある。

なお、尿検査の結果は、患者の同意が得られれば、福祉事務所の各担当者（ワーカー）が把握しておくことも大切であろう。

（５）生活保護課から各福祉事務所に対する指導、助言について、またより適切な生活保護の提供については、医療機関や保健所との連携をあげたところが多かった。

しかし、連携とはどういうことを示しているのか、具体的ものを提示したところは少なく、またいくつかの生活保護課からの回答では、実際は現場のケースワーカーに丸投げになっていることも示された。

よりよい生活保護の提供のために医療機関との連携をあげているが、一方で研究①の結果からみても、福祉事務所と医療機関との連携が十分に行われているとは言いがたい。研究①は、そもそも文書を用いた方が、時間的、人間的に負担が少ないという福祉事務所からの意見を基に始めたものである。それならば、電話でのやり取りも検討されよう。

また、Eメールを用いた方が便利という意見も一部にみられた。昨今言われているインターネット上での個人情報の流出を考えれば、Eメールを使用する場合には、まずは電話あるいは手紙で情報交換を開始し、後には当事者以外は患者を同定できない内容をもって情報交換を行うような工夫が求められよう。

D. 考察

（１）生活保護課の考えやスタンスと福祉事務所の対応との乖離について

管理監督する立場と現場との間で、実際の対応を巡って隔たりが生じているように今回の調査からは見える。また、研究①にみられたような結果からは、福祉事務所のワーカーが患者の情報、状況を知らないまま、漫然と保護を提供しているとも解釈できる。しかし、必ずしもそうであるとも理解してない。

なぜならば、回答する者の経歴あるいは個人の信条にも影響されるからである。精神科医療の現場において接触する福祉事務所の担当者は、昨年まで全く異なる課に配属されていたということもある。

また、物質依存をもつ者に対する生活保護のあり方もこれまでに基本的な方針が示されていない。

このために保護するべきか否かに迷う対象が発生し、そのところが調査にも現れたと理解できる。この先、他の精神疾患と性質を異にするところが多い物質関連精神疾患患者に対する保護のあり方を検討し、方針を示す必要があると考える。

（２）福祉事務所の位置づけ

生活保護の対象となっている患者に対して、適切な観察と指導、投薬、社会復帰訓練を設定し、これにかかわるよう勧奨しても、患者がこれらを受け入れない場合に、福祉事務所が生活保護を提供し続けられれば、薬物乱用者に、薬物を乱用する権利を、事実上、与えてしまうことになりかねない。我々は、患者の社会復帰

のためには、原因が現在も継続されている規制物質の使用であっても、生活が困窮していれば生活保護を行うという考えであるが、一方で、適切な対応にかかわらないことにより「薬物乱用をする自由」を得ようとする対象者には、生活保護を行うべきではないと考えている。

また、生活保護は、患者が医療機関を定期的に受診することを勧奨するだけでなく、ダルク、NA、断酒会などの自助グループに参加することを強く働きかけるものであってもよいと思われる。自例であるが、当センターで長期にわたりに入退院を繰り返している患者に対し、主治医およびワーカーが、ダルク入所を生活保護の条件とする旨伝えたところ、それまで自助グループに全く関心も寄せなかった患者が、施設見学に参加し、短期間ではあるがダルクに入所した例がある。これは医療機関と福祉事務所側の連携がうまく機能したケースである。

つまり、生活保護は、生活の基盤を支えるという面で患者に援助的であり、一方でこれを打ち切ることは患者に対して処罰的であることから、患者を法的抑止力と援助という回復を促進する要素にかかわらせる強力な要素として効果を発揮すべきであると考え（総括研究報告の図2参照）。

E. 結論

千葉県内では、医療機関と福祉事務所との間で、患者の状態、状況を十分に把握しないまま、生活保護が提供されている事実がある。

また、生活保護担当課の考えやスタン

ド、現場の福祉事務所との対応に乖離があるように見えるが、これらは、物質関連精神疾患患者に対する方針が不明確であることが原因と考えられる。

物質関連精神疾患患者に対する保護のあり方について、患者に対する第一線では、福祉事務所と医療機関との間で意見交換がより活発になされるべきである。

また、物質関連精神疾患患者に対する保護を行うか否かについては、対象者が規制薬物あるいはアルコールを摂取したか否かにより決定するものではなく、適切な対応に対象者がかかわっているか否かにより決定するべきであると考えられ、行政はこれを方針として打ち出すべきである。

F. 研究発表

1. 論文発表

投稿準備中。

2. 学会発表

平成17年度日本アルコール精神医学会（口演）

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

(文書1)

独立行政法人

下総精神医療センター院長

富永 格 宛

生活保護を受給している患者さんの状況調査への協力依頼

〇〇〇〇福祉事務所

〇〇 〇〇

下記の方々につき、以下の項目について、書面にて回答を下さい。1週間以内をめどにご郵送下さい。

〇〇 △△ 氏

- ①担当医
- ②診断名
- ③初診日
- ④入院日及び退院日
- ⑤外来受診日、来訪者、予約日との関係
- ⑥現在の症状等
 - (1)現在の症状
 - (2)依存物質の摂取の有無
 - (3)診察治療には協力的か
 - (4)服薬の規則性
- ⑦日常生活を送る上での留意事項
- ⑧本人の指導において注意すべき点
- ⑨家族への指導において注意すべき点
- ⑩就労の可否について

具体的にどの程度可能か 否の場合、いつ頃就労可能となるかその見通し

- ⑪自助的活動への参加の適否および参加の有無
- ⑫その他の注意事項

社会復帰施設の研究 — 精神保健行政主導型 —

分担研究者 小田晶彦¹⁾

研究協力者 藤井龍一¹⁾、上條敦史²⁾、松本俊彦³⁾、山口亜希子⁴⁾

- 1) 独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター
- 2) 横浜市立大学医学部精神神経科
- 3) 国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部
- 4) 関東学院大学カウンセリング・センター

研究要旨

わが国で主に乱用されている依存性薬物は、覚せい剤や有機溶剤、大麻など幻覚妄想などの精神病性障害を惹起しやすいという特徴がある。そこで薬物乱用者のための公的な社会復帰施設を構想するうえで、入寮対象者を精神病性障害が慢性化した薬物乱用者として構想を進めた。①医学的管理ができるように乱用者以外の専門スタッフがいること②病状が悪化した際に対処できるように、精神病院との緊密な連携ができること③依存症のプログラムだけではなく、日常生活指導ができることが重要であり、これらの条件を満たすために精神障害者生活訓練施設（援護寮）として作ることを構想した。構想を進める上で、アメリカ合衆国カリフォルニア州サンフランシスコ市の薬物乱用者回復支援施設を視察し、そこから得られた知見を参考とした。

はじめに

わが国で主に乱用されている依存性薬物は、覚せい剤や有機溶剤、大麻など幻覚妄想などの精神病性障害を惹起しやすいという特徴がある。長期間の薬物使用の結果慢性の精神病症状を合併した薬物乱用者は、DARCのような民間の自助的援助機関でも受け入れが困難で、精神病院で入院治療後も退院後の行き先を決められないものが多いとみられる。

そこでわが国に薬物乱用者のための公的な社会復帰施設を構想するうえで、入寮対象者を幻覚妄想などの精神病性障害が慢性化した薬物乱用者として構想を進める。依存性薬物の長期乱用者の中で、使用中断後1ヶ月以上精神病症状が持続するものは、欧米では統合失調症に分類されることになるが、わが国の中毒性精神病の研究は、精神病が1ヶ月以上、時には6ヶ月以上続く薬物中毒性精神病があることを報告している¹⁾。このような事例は幻覚妄想などの精

神病症状が残存しても、それにふりまわされないほどには回復するが、病院入院中は特に問題はなくとも、飲酒やストレスなどわずかな刺激で精神病症状が再燃することが多いため、退院してもすぐに再入院することを繰り返す。

過去の先行研究をみると、尾崎は 2004 年 9 月 1 日から 10 月 31 日までの 2 ヶ月間に、全国の精神科医療施設を受診した覚せい剤の症例の 233 例中、精神病症状が 6 ヶ月以上持続した症例は全体の 33%みられたと報告している²⁾。また小沼の報告では、平成 3 年から平成 14 年までの間で集められた覚せい剤乱用事例 3,418 例中 661 例が、「最近 1 ヶ月間に 1 回も使用のない」にも関わらず、「幻覚・妄想等の〈異常体験〉を有する」と答えている³⁾。全国の精神科医療施設を受診する覚せい剤乱用者の 2~3 割は、長期的に持続する精神病症状を持つことがわかる。

慢性の精神病症状を持つ薬物乱用者のための社会復帰施設を構想するにあたって、本年はアメリカ合衆国カリフォルニア州サンフランシスコ市内の薬物乱用者の援助施設を視察し、スタッフと意見を交換することにより、最近の知見も参考とした。

視察に先立ち、過去 2 年間の視察の成果から以下の疑問点を抽出した。

① 治療共同体（以後 TC）について

海外では TC と呼ばれる薬物乱用者のための入寮型社会復帰施設が発達しており、薬物依存症にたいする有効な回復プログラムとしてわが国でも頻繁に紹介されている。伝統的な TC では、ヒエラルキーという厳格な階級制度がある。入寮とともに階級の

中の最下層の地位と仕事を与えられ、薬物なしの状態を維持し、共同体の規則に従うことを示すことができるにつれて、地位が上がり、より大きな責任を与えられるようになる⁴⁾。また入寮者にはさまざまな特権と罰則が課せられ、それが本人の歪んだ行動を修正するとともに、内部の秩序を維持する機能も持つ。また乱用者を強力に自身の問題に直面させるため入寮者に激しい言葉を浴びせる Verbal attack という特徴的な集団療法が行われる。卒寮者の予後は良好だが、かなり厳しいプログラムであるため、途中脱落者が非常に多い。現在わが国に TC スタイルの社会復帰施設を作ることがさかんに論議されているが、その前にどの程度有効なのか検討する必要がある。

② methamphetamine と他の依存性薬物の違い

欧米の治療・回復プログラムは、ヘロインやコカインの乱用者を想定して作られている。わが国でおもに乱用されている methamphetamine や大麻、有機溶剤は他の薬物の乱用・依存に比べて、幻覚妄想などの精神病の惹起性が高いと考えられる。したがって抗精神病薬の継続服用が必要な乱用者が多くみられるが、そのような事例に同じようなプログラムを適用できるのか？

③ 12 ステップの位置づけ

わが国では 12 ステップがほとんど唯一の治療プログラムであるかのように思われている。かなり宗教色が強いため功罪があり、これを受け入れられる者には有効なプログラムとして機能するが、なかなか受け入れられない者も多い。海外では 12 ステップは絶対ではなく、これを行っていない TC

も多い。12ステップは薬物依存の臨床の中で、どの程度の重要性があるように考えられているのか。

④ 回復者カウンセラーと専門スタッフの役割の違い

入寮型施設の中で、精神科合併症を持つ薬物乱用者が多くなると、服薬管理など専門的知識、経験があるスタッフの必要性が増してくる。回復者カウンセラーは貴重な経験者であり、薬物依存に関する心理においてはだれよりも熟知していると思われるが、精神科合併症については専門とは言えない。

⑤ 覚せい剤精神病の疾患概念について

わが国では、覚せい剤使用による幻覚妄想は、覚せい剤の長期使用による慢性の脳障害と考えられている。ところが海外では覚せい剤の直接的な薬理作用で幻覚妄想が出ていると考えられているため、覚せい剤が体外に排出されても幻覚妄想が残存している場合、その症例は覚せい剤使用により統合失調症が誘発されたと考えられている。われわれ日本の研究者、臨床家が海外の専門家と話をしても、慢性精神病の患者の定義が違っているため、十分な理解が得られないことが多かった。アメリカ合衆国でも近年 methamphetamine の乱用が急速に増大しているため、覚せい剤精神病の疾患概念について共通の理解が得られるようになってきているのではないかと考えた。

上記の内容に焦点を当てることが、わが国の薬物乱用状況にふさわしい社会復帰施設を構想するうえで、参考になると考えた。

研究方法

アメリカ合衆国カリフォルニア州サンフ

ランシスコ市内の薬物乱用者の回復援助施設を視察し、現地のスタッフ、研究者と意見交換し、得られた知見をまとめた。

結果

〔サンフランシスコ市の特徴〕

アメリカ合衆国カリフォルニア州サンフランシスコ市は、国際的に知られた観光地だが、人口は約70万人の小都市である。人種のるつぼと言われるアメリカ合衆国の中でも特に非白人種の占める比率が高く、白人、アジア系、ヒスパニックがそれぞれ約30%を占め、アフリカ系黒人が約10%である。

コカインは高価なので裕福な白人。安価なクラックは黒人が使う。あとは Sex worker。体力を使うから。

MAP はハワイとカリフォルニアから広まっていった。ヘロインの乱用は減ってきている。MDMAや処方薬の依存も流行っている。ゲイが刺激薬を好む。Sex に使われる。

① Walden House

Walden House は1969年に設立されたTCで、カリフォルニア州全域に20カ所の拠点を持ち、外来プログラムも含めると毎年2万6千人の乱用者に援助を提供している。われわれが訪問したのは、成人用と思春期用の入寮施設および成人用のデイケア施設である。

成人用の入寮施設は、ヒッピー・ムーブメントの中心地として名高い Haight-Ashbury 地区にも近いブエナ・ビスタパークの裏にある。以前はカトリック

の修道院だった建物を TC として利用している。入寮者は視察当時 110 人で、男女比は 4:1 であった。またトランスジェンダー（性転換者）も 16%いた。入寮者の 80%は裁判所の指示できており、自発的な入寮者は 20%だが、前者も刑罰よりも治療を求めてきたのだから、自発的に来たのと同じだという。女性の場合は、刑務所に入ると子供に会えなくなるので TC を選ぶ者もいる。TC を選べば子供と会う時間は長くなる。入寮者の 3 分の 1 が methamphetamine の乱用者であった。

精神科合併症については以下のような意見が聞かれた。依存が一番問題になるのはヘロインだが、ヘロインもコカインも精神病の合併は少ない。一方 methamphetamine は精神病の合併が多く、時には症状が軽快するまでに 1 から 2 カ月かかることもあるという。精神科合併症のために服薬している者は全体の 30 ~40%くらいであり、その内訳は、うつが 70%、不安障害が 20%、精神病が 10%だと言う。処方薬の管理は施設でやっている。

TC についての考え方は以下のものであった。現在、伝統的な TC のような厳しい構造はないが、先輩の入寮者が後輩の入寮者の指導を行っている。先輩の入寮者は Big Brother とか Big Sister と呼ばれており、家族的で和やかな関係を作るようにしている。また最近では Verbal Attack もしていない。昔は良くやっていたが、入寮者に対しダメージが強すぎることで、元々入寮者には PTSD や精神病を合併している者が多いため、あまり厳しいことを言われるとまいってしまうという問題があった。それに代わって、Medicare とよばれる、より優しく、

かつ本人に Positive になってもらうための認知療法を行っている。さらに最近では、Marshal Linehann によって確立された DBT（弁証法的行動療法）を行っている。

また施設内では 12 ステップミーティングは行っていない。退所するときに NA への参加を勧めることはあるという程度だと言う。

他に少年用の施設には教育プログラム、成人の施設には職業訓練プログラムがあった。単に依存症からの回復を目指すだけではなく、社会復帰のためのさまざまな援助が行われていることが印象的であった。

② Haight-Ashbury Free Clinic

ここはその名の通り、まさに Haight-Ashbury 地区にある。現在は観光地で、ヒッピースタイルの土産物屋が連なっているが、昼間から麻薬の売人に声をかけられるなど、わずかに当時の面影を残している。ここで薬理学者のイナバ博士、精神科のパブロ医師から話を聞いた。

ここは外来クリニックが充実しており、13のプログラムがあって月に4,000人の患者を診ている。他に TC スタイルの入寮施設もある。伝統的な TC のような厳しい構造はなく、Verbal Attack もしていない。また厳しい罰則もない。一般にアジア人はシャイで正直に自分の感情を表現することが苦手だが、TC の中ではオープンになることが求められる。そこでコンセプトプレーを導入したりしている。家族をどうやって治療にまきこむかも重要で、ファミリーセッションを月に 1 回行っている。また ex-addict のカウンセラーも重視している。

ここでも精神科合併症は問題になってい

る。methamphetamine の乱用者には特に精神病やパニック障害の合併が多いと言う。

治療はその種類や動機よりも、どのくらいの期間しっかり治療を受けたかの方が予後に与える影響は大きい。だから自発的な治療よりも法的な強制力のある治療のほうが効果的であると考えている。

治療プログラムは認知行動療法に重点を置いている。知的能力に問題がある者も多いが、繰り返し行うことによって効果が出てくると考えている。また条件契約療法として、たとえば外来で使用がないことを確認されたら、無料の映画鑑賞券をもらえたりするなどの特典を与えて、動機づけを高めている。

なおこの施設は、政府が薬物乱用に対して多額の研究資金を提供しているため、医療費が払えない乱用者も医療が受けられるとのことであった。



Haight-Ashbury 地区

③Baker's Place

1964年に設立されたTCで、サンフランシスコ市内に14カ所の入寮施設を持ち、毎年1,500人の薬物乱用者にサービスを提供している。われわれが訪問したのは、この

うちJoe-Ruffin Placeという施設である。

視察当時入寮者は16人いた。年齢は18歳以上としている。平均は35~40歳である。男女比は、その時は4:6で女性が多かったが、普段は3分の2が男性である。白人が多く、次いでアフリカ系アメリカ人で、アジア人は少ない。アジア人は、家族が恥と思い、家の中に閉じ込めてしまうことが多く、治療につながりにくいという。スタッフは11人である。交代制で17時から22時に2~3人、22時から7時まで1人いる。居室は相部屋だが十分広いスペースが設けられている。中には車椅子が必要な入寮者のための部屋もある。またシャワー、談話室、オーディオ設備が備わっている。スタッフ事務室の奥に、鍵のかかった保管庫があり、中には入寮者のための処方薬が保管されていた。入り口のドアは内側から開けられるが、外側からは開けられないので、一旦外に出たら、ブザーを鳴らして入れてもらわねばならない。タバコは外に出て吸う。

スタッフによると、サンフランシスコ市では近年methamphetamineの乱用者が増えている。特に若いゲイが多く、sexの際に使われている。入寮者を見ると、methamphetamineの乱用は特に精神病になりやすいようだ。入寮者の90%がなんらかの精神科合併症を持っている。うつ病が多いが、厳密な診断基準に照らせばうつ病とは言えない者も多数含まれている。methamphetamine乱用による精神病も多いが、これは逆に見過ごされることが多い。

境界性人格障害を合併する乱用者は、スタッフを操作するためにリストカットをすることがあるので、ナイフやシェーバーは

自室の保管庫に入れ、鍵をスタッフが管理するようにしている。暴力的な傾向があるかどうかは、入寮に先立ってアセスメントを行い、問題行動がないかを確認している。回復者カウンセラーはいない。過去薬物使用があったかどうかは本人の秘密だから確認できないとのことであった。



Joe-Ruffin Place の居室

③ AARS Asian American Recovery Services Inc.

AARS はおもにアジア人の薬物乱用者を対象としたデイトリートメントセンターである。現在は 56 人のクライアントのうち、3 分の 2 がアジア人で、3 分の 1 が白人とアフリカ系アメリカ人である。90%が男性である。特徴としては、鍼や太極拳、ヨガなどをプログラムに取り入れていることである。アジア人は自身の内面を言語によって表現することが苦手なので、このようなアジアの伝統的なセラピーも取り入れている。ただ午前中はグループミーティングで集中して自身の感情と向き合わせられる。自身の否定的な感情と向き合い、それを表現すること、その感情が起こった原因を分析することなどが要求される。うまく表現でき

ないと繰り返し、他のメンバーから聞き返されるので、Verval attack はないが、かなり厳しいプログラムであるように感じた。実際にこの午前中のプログラムだけで疲れて帰ってしまう人もいるそうだ。

精神科の合併症を持つ者も一緒にプログラムをやるが、薬の処方是他のクリニックでやってもらっている。現在通所者の 80% が精神科合併症を持っており、その内訳はうつ、境界性人格障害、PTSD が多く、精神病は 10%以下である。

外来クリニックの隣に、TC が併設している。特権と罰則はあり、特権としては外出できるカードやパスポートをもらう。なんとアルコールを飲めるカードもあるという。罰則はたとえば 1 回の違反で 1 時間ベンチに座らせる、プログラムに遅刻したとき、エッセーを書かせるなどがある。罰則の内容は先輩の入寮者が決める。NAに通わせることはあるが、施設内で 12 ステップはおこなっていない。回復者カウンセラーはいない。入寮者のリストカットや摂食障害などの問題も少ない。夜も必ずスタッフが 1 人泊まるようにしているが、暴力事件を起こしたら自動的に追放になる。

④ Stimulant Treatment Outpatient Program (S.T.O.P.)

カリフォルニア大学サンフランシスコ校 (UCSF) の精神科学教室が行っているコカインと methamphetamine 乱用者のための外来治療プログラムである。大学キャンパスから離れた市内のビルにある。治療は 3 ヶ月毎の 3 期に分かれ、計 9 ヶ月間のプログラムである。グループミーティングと個人カウンセリングを交え、集中的な外来