

プログラム評価用紙

プログラムの最も良かった点はどこですか？

プログラムの最も良くなかった点はどこですか？

プログラムのどこをどのように改善すればよいと思いますか？

プログラムに参加したことについて、1-5の点数で以下の項目を評価してください。評価は1（全くあてはまらない）～5（とてもよくあてはまる）です。

- ・ 統合失調症の知識が増した _____
- ・ 自分自身や自分の精神的健康についての理解が進んだ _____
- ・ 精神的健康上の問題に対してより効果的な対処ができるようになった _____
- ・ 他者との対人スキルの改善に役立った _____
- ・ 自分自身や自分の状況がより良くなったと感じることに役立った _____
- ・ あなたの目標にプログラムはどれくらい合っていましたか？ _____

その他のコメント

2. 重度精神障害者に対する Matrix Model にもとづく物質使用障害治療プログラム
の開発に関する研究

分担研究者 松本俊彦

重度精神障害者に対する Matrix Model にもとづく物質使用障害の治療 に関する研究

分担研究者 松本俊彦

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 専門医療・社会復帰研究室長

研究要旨

本研究では、医療観察法の指定入院医療機関および指定通院医療機関における“Matrix model”を参考にした SUD (Substance Use Disorder; 物質使用障害) 治療プログラムの開発を行った。

指定入院医療機関においては、独自の評価方法によって選択した対象者に対して行う、週1回1時間の認知行動療法的なグループワーク (Matrix のワークブックを翻訳したものを使用した) と教育的なレクチャー、および月2回の外部自助グループのメンバーによるメッセージから構成される SUD 治療プログラムを開発した。ただし、そのプログラムの有効性については、限られた研究期間では検証することができなかった。

指定通院医療機関における SUD 治療プログラムについては、神奈川県立精神医療センターせりがや病院を調査フィールドとして、Matrix model を参考にした、8週間の統合的外来治療プログラム (SMARPP; Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) を開発し、4名の覚せい剤依存患者に対して実施した。その結果、SMARPP は、従来の治療法に比べてプログラム実施期間中の治療脱落率がきわめて低く、SUD に対して有効であることが示唆された。しかしその一方で、統合的外来治療パッケージである SMARPP の治療効果は、プログラム終了後にも長期にわたって持続するものではなかった。これらの問題点は、より長期間のプログラムに修正することによって改善できる可能性があると考えられた。

研究協力者

小林桜児¹、今村扶美²、吉澤雅弘²、津久江亮太郎³、尾崎 茂⁴、和田 清⁴、原田隆之⁵、原井宏之⁶、吉川和男⁷

1. 神奈川県立精神医療センターせりがや病院
2. 国立精神・神経センター武蔵病院
3. 独立行政法人国立病院賀茂精神医療センター
4. 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部
5. 法務省矯正局
6. 独立行政法人国立病院菊池病院
7. 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

A. 研究目的

物質使用障害（Substance Use Disorder; SUD）に対する評価と介入を抜きにして、司法精神医療を語ることはできない。このことは、海外の司法精神医学領域においては、SUD と暴力の関係を報告する研究は文字通り枚挙にいとまがないという事実からも明らかである。たとえば Hodgins (1992) は、SUD の存在によって暴力のリスクが、男性では 5.9～8.7 倍、女性では 10.2～15.1 倍も高まると報告しており、Wallace ら (1998) は、SUD の存在は、男性の暴力犯罪のリスクを 9.5 倍に高め、女性では 55.7 倍に高めると指摘している。他の精神障害に SUD が併存する、いわゆる重複障害患者の場合には、暴力との関係はいっそう密接なものとなる。Swanson ら (1996) は、精神障害者がアルコールや薬物を 1 回摂取するだけでも暴力のリスクは 2 倍に、SUD の水準に達する者の場合には 16 倍に高まると指摘し、Wallace ら (1998) は、SUD を併発する統合失調症患者では、暴力全般のリスクが 18.8 倍、殺人に限定した場合には 28.8 倍になると報告している。

このような文脈で考えれば、わが国で新たにはじまった司法精神医療制度である心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法）においても、SUD に対する評価と介入は重要なものとなることが予想される。もちろん、一部には、「医療観察法は、『疾病性』の根拠となる精神障害（たとえば統合失調症など）を処遇する制度であって、それ以外の問題（たとえば SUD）に関与すべきではない」という意見もある。けれどもこの見解は、「重複障害例（SUD と他の精神障害の併発事例）においては、2 つの障害に対して包括的な治療を提供しなければならない」という NIDA（National Institute of

Drug Abuse; 米国国立薬物乱用研究所）が提唱する薬物依存治療の原則と矛盾している。前述のような意見は、わが国おける精神医療が国際的な水準から大きく遅れをとっていることを図らずも示すものといえよう。

とはいえ、いざ包括的な治療を提供するにしても、わが国にはそれを実現するための社会的資源が乏しい。わが国では、薬物依存に対する治療システムがきわめて不十分であり、ごくかぎられた数の専門病院がある他は、ややもすると NA (Narcotics Anonymous) のような当事者による自助グループや DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) のような民間施設に丸投げしてしまっている現状である。したがって、治療資源を増やすという意味では、治療経験の乏しい援助者でも短期間のトレーニングによって実施可能な、マニュアルに依拠した薬物依存治療技法の確立が喫緊の問題であるといえるであろう。とりわけ、司法精神医療において重要な課題となる、重複障害患者に対する治療技法の確立は、重要な課題であろう。

さて、以上の問題意識をふまえて、本研究では、以下の 2 つを目的とした。1 つは、医療観察法指定入院治療機関（以下、指定入院医療機関）における SUD 治療プログラムの開発であり、もう 1 つは、医療観察法指定通院医療機関（以下、指定通院医療機関）において使用されることを想定した治療パッケージの開発である。

我々は、これらの SUD 治療プログラムを作るにあたって、米国で広く実施されている薬物依存治療技法である Matrix model を参考にした (Rawson & Urban, 1999)。その理由は 2 つある。1 つは、ワークブックを用いたマニュアルに準拠した治療モデルであるので、薬物依存の臨床経験をもつ者が乏し

いというわが国の現状においても導入可能ではないかと考えたからである。もう1つは、Matrix modelは中枢刺激薬依存を念頭に置いた統合的外来治療法であり、覚せい剤乱用を中心的な薬物問題とするわが国の現状には適合していると判断したからである。

ここで、Matrix modelについて若干の説明を加えておきたい。Matrix modelとは、UCLA関連施設であるMatrix研究所が開発した中枢刺激薬依存を中心的な標的とする外来治療プログラムであり、西海岸では治療施設としてMatrix modelを指定するDrug Courtも多い。Matrix modelの治療コンポーネントは、NIDAの原則に完全に準拠したものであり、(1) 週3回外来通院、(2) ワークブックとマニュアルに依拠した認知行動療法、(3) 週1回ランダムに実施される尿検査による覚せい剤使用状況のモニタリングを中心的な骨子としている。これらに加えて、プログラム修了者を招いた懇親会(Conjoint session)、自助グループのミーティング参加、さらに家族セッション(Family session)による家族介入などが組み込まれ、1週間の生活スケジュールが構造化される方式(Scheduling)を採用する統合的治療プログラムである。

B. 研究方法と結果

【研究 1】 指定入院治療機関における SUD 治療プログラムの開発

1. 研究方法

我々は、2005年8月より、すでに国立精神・神経センター武蔵病院医療観察法病棟において物質使用障害治療プログラム(Substance Use Disorder Program; SUDP)を試行している。そのなかで我々は、本来は外来治療モデルであるMatrix modelから、

認知行動療法にもとづくワークブックを翻訳して使用することとした。本研究では、SUDPの試行を重ねるなかで運営スタッフとの会議を重ね、プログラム内容の検討を行った。そのうえで、指定入院医療機関において、SUDP参加が必要と判断されたSUD問題を持つ対象者の臨床的特徴に関する検討を行った。

なお、本治療プログラムは医療観察法による入院処遇の実務として行われる性質上、対照群を設定することはできない。また、対象者は、比較的長期間、高度なセキュリティを持つ施設内にいることから、施設外における薬物再使用を効果測定におけるアウトカムとすることはできない。したがって、その効果測定は、次項で述べる指定通院医療機関のSUDP開発のなかで部分的に検証することとした。

2. 結果

1) 武蔵病院医療観察法病棟における SUDP の内容

運営スタッフの討議の結果、以下のようなプログラムを開発した。

(1) 基本構造: 2名の医師、1名の臨床心理技術者、3名の看護師からなる運営スタッフを構成し、毎週1回1時間のプログラムとして実施することとした。プログラム参加期間については、原則として入院処遇中は継続して参加することとした。

プログラムは、前半のグループワークと後半の講義から成り立っている。グループワークは、Matrix modelで用いられているワークブックを翻訳したもの——渴望への対処スキルに焦点を置いた認知行動療法的志向性を持つ内容のものである——に準拠して進められ、講義は、アルコール・薬物による心身の弊害、依存症の特徴や回復過程、社会資源に関する知識を与えることを目的として行い、講義内容に即したテキスト

トを独自に作成した。

なお、認知行動療法的グループワークの実践にあたっては、法務省矯正局原田隆之の協力を得た。

(2) 参加者の選定と評価：プログラム参加者は、以下の手続きによってリクルートされる。武蔵病院医療観察法病棟に入院した全対象者は、AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test; 廣, 1997) や DAST-20 (Drug Abuse Screening Test-20; 以下、DAST; Skinner, 1982; 鈴木ら, 1999) などの自記式尺度による評価を受けることとした。同時に、各担当の臨床心理技術者は、各対象者の物質使用歴を聴取し、生活歴におけるアルコール・薬物摂取と暴力行動の関係も評価するように努めることとした。以上の結果にもとづいて、運営スタッフが、各対象者のプログラム参加の要否について検討し、その結果を担当多職種チームに提案をする。これを受けて最終的にプログラム参加の決定をするのは、担当多職種チームに委ねることとした。

評価に際しては、評価尺度得点はあくまでも参考資料として用いるにとどめるように配慮した。我々は、評価尺度の得点よりも、「過去の暴力行為が飲酒下で行われたか」「飲酒量の変化と病状の関係はどうか」という観点からの生活歴再聴取の方が、はるかに臨床的意義があると考えた。そのうえで我々は、アルコール酩酊によって衝動性が亢進したり、フラッシュバックが惹起されたりした経験のある者も本プログラムの対象とした。要するに、アルコールや薬物の摂取が、精神症状や問題行動の悪化をもたらし、通院・服薬・社会復帰を阻害すると考えられる場合には、治療の対象となりうるとしたのである。このような参加基準は、SUD 治療プログラムの対象は、アルコール・薬物の使用様態が、「依存」の診断基準を満たす者だけには止まらないことを

意味している。

(3) 導入面接：正式な参加登録に先だつて、運営スタッフによるプログラム導入のための個別面接を行うこととした。この面接の目的は治療動機の掘り起こしにあるが、この段階では、必ずしも明確な断酒・断薬の決意を求めずに、「まだ止めるつもりはないが、なんとなく問題は感じている」「自分は問題ないと思うが、まあ参加しても良い」といった程度でも、対象者の強硬な拒絶がなければ、「アルコールや薬物を止めるかどうかは、後でゆっくり考えることとして、まずは勉強のつもりで参加してはどうか」と提案し、参加を強く勧めていくこととした。

(4) プログラム実施上の工夫：指定入院医療機関における入院期間は平均 1 年半が想定されており、通常の SUD 専門病院に比べてかなり長い。したがって、参加者が、「飽きた」などの理由から、プログラムから脱落しない工夫が必要となると考えた。そのために、以下の 3 点の工夫を心がけることとした。すなわち、第一に、否認や抵抗を強めそうな直面化を多用せず、できるだけ和やかな雰囲気を持すること、第二に、我々が独自に開発したワークブックやテキストの他に、適宜、多種多様な市販の教材を利用し、参加者が退屈しないように配慮すること、そして最後に、2 ヶ月に 1 回程度の頻度でプログラム時間を、依存症に関連したビデオ・映画の鑑賞にあてることである。

(5) 自助グループのメッセージ：SUDP の一環として、毎月 2 回、夜間に A. A. (Alcoholics Anonymous) メンバーによる院内メッセージを実施することとした。これは、退院後に社会資源の 1 つとして自助グループが存在することを知らせてもらうだけでなく、対象者に少しでも回復のイメージを持ってもらい、治療動機を高めるた

めでもある。また、A.A. メッセージにあたっては、A.A. センtral・オフィスには、刑務所服役歴のあるメンバーを積極的に送ってもらうように要請した。医療観察法の対象者は、刑事責任を減免されているとはいえ、重大な他害行為を行ったという点で、刑務所服役歴を持つメンバーと共通点がある。こうした経験を持ちながら回復の努力を続けているメンバーからのメッセージは、参加者の関心と回復への希望を喚起すると考えたためである。さらに、毎月2回のうちの1回は、N.A. (Narcotics Anonymous) のメンバーにも参加してもらうこととした。

(6) 担当多職種チームへの情報のフィードバック: グループ療法として運営されているSUDPでは、個別的な問題に関与することには限界がある。対象者のプログラムにおける発言や参加態度から個別面接でもう少し深めた方がよいと思われる問題があれば、担当多職種チームに還元したり、知的能力に制限がある対象者については担当多職種チームのスタッフに復習をお願いしたりする必要もある。また、プログラムの講義において「抗酒剤」の治療的意義を説明した後、担当多職種チームに対し、「そろそろ抗酒剤服用を進めてみてはどうか」などと提案することもある。すなわち、SUDPは、各担当多職種チームと緊密に連携しながら運営されるのである。

我々のSUDPは2005年8月の開棟直後より試行されていたが、上述した特徴を備えたかたちで実施されるようになったのは、2006年8月プログラム運営スタッフのなかの3名がLos AngelesのMatrix研究所における研修から帰国してしばらく経過してからである。それ以降は上述した形態で継続して運営され、SUDPに参加する対象者の数は常時7~11人の範囲で推移している。

2) 武蔵病院医療観察法病棟 SUDP 参加者

の臨床的特徴

表1に、病棟が開棟した2005.8月から2006年12月までのあいだに、武蔵病院医療観察法病棟に入院した全対象者50名の診断名(ここでは、鑑定書の診断をすべてDSM-IV-TR診断に置き換えてある)、対象行為種別(殺人、殺人未遂、傷害致死、傷害はいずれも「暴力」で一括してある)、ならびにSUD重症度評価(AUDIT・DASTの獲得点、および介入を要する問題物質の種類)を示す。

この表において太字で示した対象者が、SUD関連問題があると判断され、SUDPに導入された者である。ここで注意する必要があるのは、医療観察法の鑑定においてSUD問題が看過されてきた者が少なくないということである。医療観察法病棟入院後の評価でSUD問題があると判断された者17例のうち、医療観察法鑑定書にSUD(乱用もしくは依存)の診断名が明記されていた者2名(表1下線部)、診断はなされていないものの鑑定書のなかでSUD問題が指摘されている者8名(表1の*部)であったのに対し、7名の対象者がSUD問題に関して鑑定書のなかで全く言及されていなかったのである。この結果は、入院後に改めてSUD問題を評価することの重要性を示すものといえるであろう。なお、SUD問題があると判断された対象者17名全例が、プログラム導入のための個別面接においてSUDP参加に同意し、実際にプログラムに参加している。

表2に、SUD問題の有無に関して対象者のAUDIT・DAST得点を比較した結果を示す。当然のことではあるが、SUD問題がある対象者において、AUDIT・DAST得点が有意に高かった。

3) SUD問題と対象行為および主要な精神医学的診断との関係

表3は、全対象者50例を主要な対象行為ごとに分類し、入院時の総合評価にもとづ

表 1: 武蔵病院医療観察法病棟入院患者 (2005.8月~2006年12月) の SUD 評価結果

| No. | 性別 | 年齢 | 病名 (DSM-IV-TR) | 対象行為 | AUDIT | KAST | DAST | SUDP 参加 | 問題物質 |
|-----|----|----|--------------------------------|------|------------|------|------|---------|-------------|
| 1 | 男性 | 33 | 統合失調症 | 暴力 | 3 | -6.1 | 4 | なし | |
| 2 | 男性 | 31 | 統合失調症* | 暴力 | 1 | -6.2 | 14 | あり | 多剤 |
| 3 | 男性 | 30 | 統合失調症 | 暴力 | 病状不良により未実施 | | | なし | |
| 4 | 男性 | 49 | アルコール誘発性精神病性障害, <u>アルコール依存</u> | 暴力 | 19 | 13.0 | 0 | あり | アルコール |
| 5 | 男性 | 29 | 統合失調症* | 暴力 | 13 | 6.0 | 10 | あり | アルコール, 覚せい剤 |
| 6 | 男性 | 30 | 統合失調症 | 放火 | | | | なし | |
| 7 | 男性 | 36 | 統合失調症 | 強盗 | 0 | -6.1 | 0 | なし | |
| 8 | 男性 | 46 | 統合失調症 | 暴力 | 1 | -5.9 | 0 | なし | |
| 9 | 女性 | 46 | 統合失調症 | 暴力 | 1 | -6.5 | 0 | なし | |
| 10 | 男性 | 33 | 統合失調症 | 暴力 | 3 | -6.1 | 0 | なし | |
| 11 | 男性 | 33 | 統合失調症 | 暴力 | 4 | -5.9 | 0 | なし | |
| 12 | 男性 | 36 | 統合失調症 | 暴力 | 0 | -4.7 | 8 | あり | 覚せい剤 |
| 13 | 男性 | 30 | 特定不能のパーソナリティ障害 | 暴力 | 5 | -6.1 | 0 | なし | |
| 14 | 女性 | 32 | 統合失調症 | 放火 | 1 | -6.1 | 6 | あり | 覚せい剤 |
| 15 | 女性 | 38 | 妄想性障害 | 暴力 | 病状不良により未実施 | | | なし | |
| 16 | 男性 | 47 | 統合失調症 | 暴力 | 9 | -3.0 | 0 | なし | |
| 17 | 男性 | 52 | 統合失調症 | 暴力 | 9 | -4.4 | 0 | なし | |
| 18 | 男性 | 38 | 精神遅滞, 境界性パーソナリティ障害 | 暴力 | 10 | 2.0 | 10 | あり | アルコール, 有機溶剤 |
| 19 | 男性 | 38 | 統合失調症 | 強盗 | 5 | -3.8 | 2 | なし | |
| 20 | 男性 | 34 | 特定不能の精神病性障害* | 暴力 | 5 | -6.0 | 19 | あり | 有機溶剤 |
| 21 | 男性 | 44 | アルコール誘発性精神病性障害* | 暴力 | 24 | 21.5 | 8 | あり | アルコール, 覚せい剤 |
| 22 | 男性 | 39 | 統合失調症 | 暴力 | 病状不良により未実施 | | | なし | |
| 23 | 男性 | 39 | 統合失調症 | わいせつ | 8 | -5.3 | 0 | なし | |
| 24 | 女性 | 43 | 解離性障害, <u>アルコール依存</u> | 暴力 | 31 | 10.7 | 1 | あり | アルコール |

SUDP, Substance Use Disorder Program; * 医療観察法鑑定書にて物質使用障害関連の問題が指摘されている者

表 1 (続き): 武蔵病院医療観察法病棟入院患者と SUD 評価結果

| No. | 性別 | 年齢 | 医療観察法鑑定時の病名 | 他害行為 | AUDIT | KAST | DAST | SUDP 参加 | 問題物質 |
|-----|----|----|---------------|------|------------|------|------|---------|-------------|
| 25 | 男性 | 27 | 統合失調症、精神遅滞 | 暴力 | 1 | -5.3 | 0 | なし | |
| 26 | 男性 | 28 | 統合失調症 | 暴力 | 6 | 3.7 | 0 | なし | |
| 27 | 女性 | 34 | 統合失調症 | 暴力 | 10 | -4.7 | 0 | なし | |
| 28 | 男性 | 79 | 統合失調症 | 暴力 | 病状不良により未実施 | | | なし | |
| 29 | 男性 | 22 | 統合失調症、精神遅滞 | わいせつ | 0 | -6.5 | 0 | なし | |
| 30 | 男性 | 56 | 双極性障害* | 放火 | 9 | -1.7 | 0 | あり | アルコール |
| 31 | 男性 | 24 | 双極性障害 | わいせつ | 16 | -4.5 | 6 | あり | アルコール |
| 32 | 男性 | 41 | 双極性障害* | 強盗 | 11 | -6.1 | 0 | あり | アルコール |
| 33 | 男性 | 26 | 統合失調症 | 暴力 | 2 | -6.1 | 0 | なし | |
| 34 | 男性 | 62 | 妄想性障害* | 放火 | 9 | -5.2 | 0 | あり | アルコール |
| 35 | 男性 | 24 | 統合失調症 | わいせつ | 0 | -6.1 | 0 | なし | |
| 36 | 男性 | 44 | 統合失調症、精神遅滞 | 放火 | 1 | -4.7 | 6 | なし | |
| 37 | 男性 | 61 | 統合失調症 | 暴力 | 1 | -6.1 | 0 | なし | |
| 38 | 男性 | 57 | 統合失調症 | 暴力 | 12 | -5.4 | 0 | あり | アルコール |
| 39 | 女性 | 31 | 大うつ病性障害 | 暴力 | 2 | -6.1 | 0 | なし | |
| 40 | 男性 | 55 | 統合失調症 | 放火 | 11 | 12.5 | 3 | あり | アルコール |
| 41 | 男性 | 36 | 統合失調症 | 放火 | 0 | -4.7 | 0 | なし | |
| 42 | 女性 | 21 | 統合失調症 | 暴力 | 0 | 6.1 | 2 | なし | |
| 43 | 男性 | 50 | 統合失調症 | わいせつ | 0 | -6.1 | 2 | なし | |
| 44 | 女性 | 33 | 短期精神病性障害、精神遅滞 | 放火 | 0 | 0.1 | 0 | なし | |
| 45 | 男性 | 39 | 統合失調症 | 暴力 | 病状不良により未実施 | | | なし | |
| 46 | 男性 | 56 | 統合失調症 | 暴力 | 0 | -6.1 | 0 | なし | |
| 47 | 男性 | 47 | 統合失調症 | 暴力 | 病状不良により未実施 | | | なし | |
| 48 | 男性 | 52 | 統合失調症* | 放火 | 20 | 2.9 | 3 | あり | アルコール, 覚せい剤 |
| 49 | 男性 | 43 | 統合失調症 | 放火 | 12 | 3.2 | 0 | あり | アルコール |
| 50 | 男性 | 42 | 統合失調症 | 暴力 | 0 | -6.1 | 0 | なし | |

SUDP, Substance Use Disorder Program; * 医療観察法鑑定書にて物質使用障害関連の問題が指摘されている者

表 2: SUD 問題の有無と評価尺度の得点

| | SUD 問題あり n=17 | SUD 問題なし n=33 |
|--------------------|------------------|------------------|
| AUDIT ^a | 12.0±8.3 | 2.7±3.3 |
| DAST ^b | 5.2±5.7 | 0.6±1.5 |

AUDIT, Alcohol Use Disorder Identification Test; KAST, Kurihama Alcohol Screening Test; DAST, Drug Abuse Screening Test

^a p<0.001, Student-t test

^b p<0.001, Student-t test

表 3: 対象者の対象行為種別と SUD 問題の関係

| | 暴力 n=32 | 強盗 n=3 | 放火 n=10 | わいせつ n=5 |
|--------------------|------------|-----------|------------|-------------|
| SUD 問題あり* | 9 (28.1%) | 1 (33.3%) | 6 (60.0%) | 1 (20.0%) |
| AUDIT ⁺ | 6.6±7.9 | 5.3±5.5 | 7.0±7.0 | 4.8±7.2 |
| DAST ⁺ | 2.9±5.2 | 0.7±1.2 | 2.0±2.6 | 1.6±2.6 |

AUDIT, Alcohol Use Disorder Identification Test; KAST, Kurihama Alcohol Screening Test; DAST, Drug Abuse Screening Test

SUDP, Substance Use Disorder Program

* Pearson's chi-squared test にて有意差は認められず

⁺ ANOVA にて有意差認められず

表 4: 対象者の主要診断と SUD 問題の関係

| | 統合失調症圏 n=40 | 気分障害圏 n=4 | その他 n=6 |
|--------------------|----------------|--------------|------------|
| SUD 問題あり* | 10 (25.0%) | 3 (75.0%) | 4 (66.7%) |
| AUDIT ^a | 4.5±5.2 | 9.5±5.8 | 14.8±11.9 |
| DAST ^b | 2.4±4.5 | 1.5±3.0 | 2.4±4.3 |

AUDIT, Alcohol Use Disorder Identification Test; KAST, Kurihama Alcohol Screening Test; DAST, Drug Abuse Screening Test

SUDP, Substance Use Disorder Program

* p=0.026, Pearson's chi-squared test

^a p=0.002, ANOVA; Bonferroni's post hoc test にて、その他>統合失調症圏, p=0.002

^b n.s., ANOVA

く SUD 問題の有無、ならびに AUDIT・DAST 得点を比較したものである。統計学的な有意差は証明できなかったものの、対象行為が放火である者は SUD 問題が認められる者が多い傾向が認められた。また、AUDIT・DAST 得点については、対象行為に種別で差はなかった。

表 4 は、対象者の主要診断ごとに、入院時の総合評価にもとづく SUD 問題の有無、ならびに AUDIT・DAST 得点を比較したものである。慢性持続性精神病の病態を示す「統合失調症圏」、大うつ病や双極性障害などの「気分障害圏」、ならびに、それら 2 つ以外の解離性障害、パーソナリティ障害、精神遅滞などの「その他」という 3 分類においては、「その他」の診断がなされている者で、SUD 問題がありと判断された者が有意に多く、また、AUDIT 得点が有意に高かった。

3. 研究 1 の小括

我々は、医療観察法指定入院医療機関における SUDP として、認知行動療法的グループワーク、依存症に関する講義、自助グループによるメッセージを組み合わせた治療パッケージを開発し、実際にそれを試行した。

この治療プログラムの適応を判断するにあたっては、入院後に改めて SUD 問題に関する評価を行うこととしたが、そうした評価を通じて明らかにされたのは、医療観察法の鑑定において SUD 問題が看過されている対象者が少なくないということであった。現に、SUDP に参加する対象者のうち、4 割あまりの者が、鑑定書において SUD 問題に関する言及が全くなされていなかった。

また、統計学的な有意差は認められなかったものの、対象行為が放火である者は、SUD 問題を持つ者が多いという印象が見られた。今後、さらに症例数を増やすことで、

こうした印象の妥当性が確認される可能性があると思われた。また、主要診断別では、統合失調症圏および気分障害圏以外の精神医学的診断を持つ対象者で、SUD 問題が多く認められた。パーソナリティ障害や精神遅滞を抱える者においては、精神症状や行動障害を増悪させ、社会適応を困難にする要因として SUD 問題が無視できない者である可能性が示唆された。

なお、本研究は、医療観察法による入院処遇の実務として行われる治療プログラムの開発を目的としているために対照群の設定には倫理的な問題があり、また、対象者は、比較的長期間にわたって施設内にいることから、かぎられた調査期間では、施設外における薬物再使用をアウトカムとした効果測定を行うことができない。したがって、本治療プログラムの効果測定については、今後の研究課題となった。

【研究 2】 指定通院医療機関における SUD 治療プログラムの開発

1. 背景

SUD 治療を行うにあたっては、入院治療はあくまでも通院治療の準備段階に過ぎず、本格的な治療は通院治療であることは論をまたない。NIDA が提唱する治療の原則によれば、「通院治療は週 2 回以上、可能であれば 4 回の治療が必要である。週 1 回の治療はなにも治療を行わなかった場合とその転帰において変わりがない」という。また、SUD に対する治療は、併存する他の精神障害と同時かつ統合的に実施されるべきであるともいう。

こうした条件を満たす治療パッケージのモデルとして、我々はすでに述べたように、米国における Matrix model の実践を参考とし、わが国の実情に即した実施しやすい治

療パッケージの開発を行った。

2. 研究方法

1) Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) について

我々は、Matrix model における 16 週間に及ぶ初期介入プログラムにならって、神奈川県立精神医療センターせりがや病院を調査実施施設として、以下のような修正型 Matrix model による覚せい剤依存に対する統合的外来治療パッケージ (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program; SMARPP) を開発し、その臨床的試行を実施した。

プログラム実施期間は、最初の試行ということもあって 8 週間という短期間にとどめ、プログラムの骨子として、週 3 回外来通院 (合計で 24 回のセッション) と週 1 回の尿検査を定めた。その具体的内容について以下に述べる。

(1) 認知行動療法: 週 2 回 (火曜日と土曜日) に、Matrix 研究所のワークブックを参考に、わが国の実情にあった形で独自に作成したワークブックを用いて (111 ページ)、1 回 1 時間、全 20 回の認知行動療法グループ・セッションを実施する。なお、ワークブックの作成にあたっては、独立行政法人国立病院機構菊池病院原井宏之医師の協力を得た。

(2) 従来薬物依存治療の利用: 週 1 回～隔週 1 回 (木曜日) に担当医による診察、および、従来によりせりがや病院で実施されている外来薬物依存ミーティングに参加する (臨床心理士もしくは精神保健福祉士がファシリテーターを務める、「いい放し・聞き放し」に近いグループ・セッション)。今回の試行では 4 回のミーティングが開催された。

(3) 尿検査: これら 3 回の外来通院時のいずれか 1 日に、対象者にはあらかじめ知

らせないランダムなかたちで尿検査 (ビスアライン®もしくはアキュサイン®を使用) を実施する。ただし、その結果は、担当医との個別面接で今後の治療のあり方について話し合う材料とするなど、あくまでも治療的に用いるにとどめ、警察通報・自治体薬務課届出はもちろん、家族に伝えることもしない。

(4) Matrix model における理念に準拠した実施: すべての認知行動療法セッションは、Matrix 研究所にて研修を受けた精神科医によって実施された。また、その実施にあたっては、参加者に対する肯定的な雰囲気大切に、無断キャンセル時にはこちらから参加者に対して電話で連絡をとり、来院を促すこととした。

また、参加メンバー相互が交流しながら引き金の同定を行い、そのうえで対処スキルの修得や Scheduling の確認をするように心がけた。また、A. A. や N. A. などの自助グループ自体はプログラムには含まれないが、薬物依存からの回復する上での重要な社会資源と捉え、折りに触れて自助グループへの参加を推奨した。

2) 対象

(1) 実験群: 平成 18 年 9～12 月に神奈川県立精神医療センターせりがや病院に初診した DSM-IV-TR にもとづく覚せい剤使用障害患者 56 名のうち、本研究への参加に同意した者 4 名を対象とした。実験群 4 名のプロフィールを表 5 に示す。4 名いずれも初診時点では無職であったが、同居家族による経済的な支援を得られていたことから、生活保護の受給者はいなかった。また、4 名とも 20 代半ばまでに覚せい剤を初使用し、3 名が覚せい剤取締法による複数回の逮捕歴、ならびに刑務所服役歴を持っていた。さらに、4 名中 3 名が、初診時点で幻聴などの精神病症状を持ち、抗精神病薬による薬物療法を受けていたが、プログラム

参加には支障がない状態と判断された。

(2) 対照群：平成18年1月から9月までの9ヶ月間、せりがや病院に初診した全覚せい剤使用障害患者107名のなかから、実験群のプロフィールと一致させるため、診療録の情報にもとづいて、以下の条件を全て満たす者を対照群として抽出した。その条件とは、①初診時年齢が20歳以上かつ50歳未満、②初回覚せい剤乱用年齢が30歳未満、③同居家族がいる、④生活保護を受給していない、というものである。その結果、50名の覚せい剤使用障害患者が対照群として抽出された。

このようにして抽出された対照群の妥当性については、実験群と対照群における年齢、覚せい剤に関連する精神医学的・司法的変数の比較から示されている。表6から明らかなように、両群間では、初診時年齢、覚せい剤使用開始年齢、最終使用からの断薬期間、覚せい剤関連事犯での逮捕・服役歴、初診時点における精神病症状存在率などに、統計学的有意差は認められなかった。

3) 方法

(1) 実験群の継時的評価：実験群は、まずプログラム登録時にDASTを実施し、覚せい剤使用障害としての重症度を評価することとした。また、「薬物依存に対する自己効力感尺度」も実施し、これを介入開始前のベースラインとした。SMARPP開始後は以下の変数をモニタリングしていった。すなわち、週2回の認知行動療法セッションおよび週1回の外来薬物依存ミーティングへの出席状況、週1回の尿検査における覚せい剤反応の結果、覚せい剤使用に関する対象者の自己申告結果、および、自助グループ参加状況である。これらの結果は、プログラム登録～8週まで（SMARPP終了時点）、および9週～12週まで（SMARPP終了4週後まで）の2つの期間に分けて検討することとした。これらに加えて、SMARPP開始8週後

および12週後（SMARPP終了4週後）の時点で、「薬物依存に対する自己効力感尺度」も実施した。

(2) 実験群と対照群の比較：介入開始後の治療継続状況について、両群間で比較を行った。なお、対照群における介入とは、調査実施施設において従来行われてきた、週1回もしくは隔週1回の外来受診、ならびに任意参加の外来薬物依存ミーティングを意味している。また、対照群の治療継続状況に関する情報は診療録より得たものである。

3. 結果

1) 実験群の治療経過

表7に、実験群4名のSMARPP全24回セッションの参加状況、ならびに、SMARPP終了後の外来通院、自助グループ参加、断薬状況を示した。

実験群4名のセッション参加率は87.5%～100%と非常に高く、SMARPP実記期間中は、4名全員の外来通院および断薬が維持・継続されていた。けれども、SMARPP終了後には、実験群の約半数が外来通院を中断してしまっていた。なお、自助グループの参加状況に関しては、1名のみがSMARPP実施期間中に参加しただけであり、SMARPP終了後には参加しなくなった。他の3名は一貫して自助グループには参加しなかった。

表8に、実験群4名の「薬物依存に対する自己効力感尺度」得点の推移を示す。全体的にこの尺度の得点はSMARPP実施後の上昇傾向を示していた。実験群4名中2名の参加者（AおよびC）は、登録12週時点（SMARPP終了4週後）で外来通院が中断しているものの、少なくともSMARPP終了時点の総得点は登録時よりも上昇していた。また、12週時点で通院を継続していた2名の参加者（BおよびC）の場合には、1名（B）は、SMARPP終了時点（8週後）では、いっ

表 5: SMARPP 参加者のプロフィール

| プログラム参加者 | A | B | C | D |
|---------------------|------|-----|----|-----|
| 性別 | 男性 | 女性 | 男性 | 男性 |
| 登録時年齢 (歳) | 26 | 33 | 27 | 44 |
| 初使用年齢 (歳) | 21 | 25 | 22 | 18 |
| 最終使用から初診までの断薬期間 (日) | 1460 | 665 | 5 | 575 |
| 他の併存乱用物質 | なし | なし | 大麻 | なし |
| 薬物犯罪による逮捕歴 | あり | あり | なし | あり |
| 薬物犯罪による刑務所服役歴あり | あり | あり | なし | あり |
| 自助グループ参加経験 | なし | あり | なし | なし |
| 精神病症状の有無 | あり | なし | あり | なし |
| DAST 得点 | 8 | 17 | 15 | 11 |

SMARPP, Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program; DAST, Drug Abuse Screening Test

表 6: SMARPP 実施群と対照群におけるプロフィールの比較

| | SMARPP 実施群 n=4 | 対照群 n=50 |
|---------------------|-------------------|-------------|
| 年齢 (歳) | 31.5±9.3 | 32.8±7.4 |
| 覚せい剤開始年齢 (歳) | 21.5±2.9 | 20.0±4.3 |
| 最終使用から初診までの断薬期間 (日) | 676.3±598.7 | 532.0±805.7 |
| 覚せい剤取締法による逮捕歴あり | 3 (75.0%) | 37 (74.0%) |
| 覚せい剤取締法による刑務所服役歴あり | 3 (75.0%) | 18 (36.0%) |
| 初診時における精神病症状あり | 2 (50.0%) | 18 (36.0%) |

SMARPP, Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program

すべて有意差なし

表 7: SMARPP 参加状況と終了後の治療継続および断薬状況

| プログラム参加者 | | A | B | C | D |
|--------------|-------|-----------|-----------|-----------|----------|
| 参加セッション数 (%) | | 21 (87.5) | 23 (95.8) | 22 (91.7) | 24 (100) |
| 外来通院状況 | 8 週後 | 継続 | 継続 | 継続 | 継続 |
| | 12 週後 | 中断 | 継続 | 中断 | 継続 |
| 自助グループ参加 (%) | 8 週後 | なし | あり | なし | なし |
| | 12 週後 | — | なし | — | なし |
| 尿覚せい剤反応 | 8 週後 | 陰性 | 陰性 | 陰性 | 陰性 |
| | 12 週後 | — | 陰性 | — | 陰性 |
| 覚せい剤使用自己申告 | 8 週後 | 断薬 | 断薬 | 断薬 | 断薬 |
| | 12 週後 | — | 断薬 | — | 断薬 |

SMARPP, Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program

表 8: SMARPP 参加者における薬物依存に対する自己効力尺度下位項目得点の推移

| 薬物依存に対する自己効力感尺度の下位項目 | 参加者 A | | 参加者 B | | | 参加者 C | | 参加者 D | | |
|---------------------------|-------|----|-------|----|----|-------|----|-------|----|----|
| | ① | ② | ① | ② | ③ | ① | ② | ① | ② | ③ |
| 薬物を使用のきっかけを理解し、回避・注意できる | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 |
| 薬物使用欲求時に、使用回避する準備ができています | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 |
| 薬物無しで生活するという自信がある | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| 困難時に薬物に頼らず、周囲の援助を求められる | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| 困難時にあわてず落ち着いた気持ちを持てる | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| 【使用しない自信】薬物の勧誘をされた時 | 4 | 6 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 3 | 6 | 6 |
| 【使用しない自信】他人が薬物使用しているのを見た時 | 6 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 7 | 4 | 6 | 6 |
| 【使用しない自信】少しだけ薬物を試したくなった時 | 7 | 4 | 6 | 5 | 6 | 5 | 6 | 4 | 6 | 7 |
| 【使用しない自信】セックスしたい時 | 7 | 7 | 7 | 6 | 7 | 6 | 7 | 6 | 6 | 7 |
| 【使用しない自信】ストレスや疲れから | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 6 | 5 | 6 | 6 |
| 【使用しない自信】不眠時 | - | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 |
| 【使用しない自信】身体不調時 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 4 | 6 | 6 |
| 【使用しない自信】人間関係の悩みがある時 | 7 | 4 | 7 | 5 | 7 | 5 | 6 | 5 | 6 | 7 |
| 【使用しない自信】落ち込み・不安時 | 5 | 7 | 6 | 6 | 7 | 6 | 6 | 5 | 6 | 7 |
| 【使用しない自信】腹が立った時 | 7 | 6 | 7 | 7 | 7 | 6 | 6 | 4 | 6 | 6 |
| 【使用しない自信】孤独な時 | 7 | 7 | 6 | 5 | 6 | 5 | 6 | 4 | 6 | 6 |
| 総得点 | 80 | 87 | 93 | 87 | 95 | 82 | 90 | 70 | 91 | 96 |

① SMARPP 登録時, ② 8 週後, ③ 12 週後

SMARPP, Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program

表 9: 実験群 (SMARPP 実施群) と対照群における治療継続状況の比較

| | 実験群 n=4 | 対照群 n=50 |
|-----------|------------|-------------|
| 8 週後治療継続* | 4 (100%) | 22 (44.0%) |
| 12 週後治療継続 | 2 (50.0%) | 18 (36.0%) |

SMARPP, Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program

* p=0.031, Pearson's chi-squared test.

たん得点が低下したものの、その後（12 週後）、上昇し、もう 1 名（D）は、8 週後に著しく得点が上昇し、12 週後にはさらに上昇していた。

2) 対照群との比較

表 9 は、介入開始から 8 週後および 12 週後の治療継続状況について、実験群と対照群で比較した結果を示したものである。8 週後の時点では、実験群は全例が治療を継続しており、すでに 6 割弱が治療を中断している対照群に比べて、有意に治療継続率が高かった。しかしその一方で、12 週後の時点では、治療継続率には両群間で差は認められなかった。

4. 研究 2 の小括

本研究は、Matrix model に準拠した統合的外来治療パッケージである SMARPP が、覚せい剤依存に対する初期介入として有効な治療法であるかどうかを検証する目的から行われた。その結果、SMARPP 参加者は、従来の治療法に比べて、プログラム参加中の治療からの離脱と覚せい剤使用がきわめて少ないが、他方で、プログラム終了後には従来の治療法とほぼ同程度の治療中断が見られることが明らかにされた。

もっとも、この結果の解釈に際しては、SMARPP 参加者は、週 3 回の外来通院に同意しているという時点で治療動機が強かったという可能性は考慮する必要がある。けれどもその一方で、実験群と対照群のあいだでは、覚せい剤使用開始年齢や覚せい剤使用期間、さらには、覚せい剤に関連した司法的処遇や精神医学的障害の程度には差がなかったことにも注意する必要がある。したがって、本研究の結果は、覚せい剤依存に対する SMARPP の有効性に関する傍証の 1 つとなりうると考えられる。

C. 考察

本研究では、医療観察法における指定入院医療機関ならびに指定通院医療機関における SUD 治療プログラムの開発を目指したものである。本研究の結果を考察するまえに、ここで医療観察法において SUD 治療を行うことには関する可能性と限界について私見を述べておきたい。

1. 医療観察法における SUD 治療の可能性

SUD 臨床とは、本来、当事者の主体的な治療意欲を重視する医療であることから、医療観察法という強制的処遇の枠組みにはなじまないという意見がある。けれども、最近の研究は、SUD 治療は、自発的に行われても、非自発的に行われても、その転帰に差はないことを明らかにしている (Pyszora & Telfer, 2003)。最も成功している非自発的な SUD 治療の例としては、米国におけるドラッグコートがあり、この「治療的法学」の実践は、薬物犯罪だけでなく、他の犯罪を減少させることにも成功している (Nolan, 2001)。その意味で、医療観察法の通院処遇では、すくなくとも 3 年間の治療継続を担保されているというメリットは大きい。

2. 医療観察法における SUD 治療の課題

1) SUD 専門医療機関の乏しさ: SUD の転帰は、治療プログラムの内容の質の高さではなく、プログラム提供期間の長さに影響される。したがって、ひとたび治療に導入したら、指定入院医療機関や指定通院医療機関はもちろん、一般精神医療においても継続されなければならない。SUD 治療に実績のある医療機関がきわめて少ないわが国の場合、一般精神医療における底上げが必要である。

2) 中間施設などの社会的資源が乏しい:

規制薬物使用歴のある患者の場合、退院後の住居を探すことは難しい。精神障害者を対象とした中間施設の大半が、規制薬物使用歴を持つ者に忌避的である。もっとも、DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) が受け皿となることもあろうが、その結果、施設内に慢性精神病を伴う重複障害者が蓄積し、DARC 本来の活動が損なわれるという危惧もある。また、「処方薬依存」を問題視する DARC の雰囲気の影響されて服薬を中断した結果、精神病症状が再燃して重大な他害行為を起こした例もある。SUD 併発慢性精神病例に特化した中間施設の設置が求められている。

3) 「底つき体験」や否認打破がしにくい：非自発的な治療でも有効であるという意見と矛盾するが、医療観察法という非自発的な処遇では、当事者自らが失敗や試行錯誤を通じて学ぶことがしにくいのも、確かに一面の真実である。こういった状況では、失敗を通じて否認を突き崩されるという体験をさせることが難しい。

4) 規制薬物の再使用に関する扱い：SUD 専門家は、患者の覚せい剤使用が明らかになった場合、司法的な対応を迫るのではなく、治療的に扱うのが通常である³⁾。けれども、医療観察法では、対象者の規制薬物再使用は、必然的に保護観察所という法務省関連機関の知るところとなり、ただちに犯罪として司法化される可能性がある。こうなると必然的に、SUD 治療で最も大切な「正直さ」が失われ、再使用が治療的深化の契機となりにくい。

3. 医療観察法における SUD 治療プログラムの開発と評価

さて、本研究では、医療観察法の指定入院医療機関および指定通院医療機関における Matrix model を参考にした SUD 治療プログラムの開発を行い、これらのプログラム

は、調査実施施設においてすでに実務として行われている。限られた研究期間では十分な効果測定を行いえず、今後の研究課題として残すこととなった。今後、指定入院医療機関において SUD 治療プログラムに参加した退院者の追跡調査が求められるであろう。

なお、指定入院医療機関の対象者のなかで SUD 問題を持つ者は、その主要診断が、統合失調症圏および気分障害圏以外であることが有意に多く、また、統計学的有意差を証明することはできなかったものの、放火という対象行為と SUD 問題が比較的密接な関係を持つ可能性が示唆された。これについても、今後、さらに対象数を増やしての検討が求められるであろう。

一方、通院治療においては、Matrix model に準じて開発した SMARPP が、従来の治療法に比べてプログラム実施期間中の治療脱落率がきわめて低いという意味で、SUD に対して有効な治療法であることが示唆された。今後は、対象数を増やし、無作為割り付けによる対照群を設定したデザインでの検証が求められるであろう。

しかし、統合的外来治療パッケージである SMARPP の治療効果は、プログラム終了後にも長期にわたって持続するものではなかった。今回の臨床的試行ではわずかに 8 週間という短期的な介入に止まったが、今後は、より長期間にわたってプログラムを継続することによって治療成果を得ることができる可能性がある。

近年、薬物依存治療プログラムにおいて重要なことは、再使用を防ぐことではなく、いかにして対象者の治療からの離脱を防ぎ、対象者を長く治療の場にとどめるかであると認識されるようになってきている。現に、高度に専門的な治療よりも、商品券贈呈のような正の強化因子を与えてでも、できるだけ長期間治療の場につなぎ止めておく方が、

治療転帰が良いという指摘がある (Rawson & Urban, 1999)。その意味で、治療脱落率が低い治療プログラムを開発することが重要な課題になるであろう。

D. 結論

本研究では、医療観察法の指定入院医療機関および指定通院医療機関における Matrix model を参考にした SUD 治療プログラムの開発を行ったが、限られた研究期間では十分な効果測定を行うことはできなかった。一方、通院治療においては、Matrix model に準じて開発した SMARPP が、従来の治療法に比べてプログラム実施期間中の治療脱落率がきわめて低いという意味で、SUD に対して有効な治療法であることが示唆された。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

Matsumoto T, Okada T: Designer drugs as a cause of homicide. *Addiction* 101: 1666-1667, 2006

山口亜希子, 松本俊彦: 特集「学生相談」—事例と考え方—アルコール依存と薬物依存. *臨床心理学* 6 (2): 201-206, 2006

小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, 遠藤桂子, 赤木正雄, 木村逸雄, 上條敦史, 平安良雄: インククリーナー (1,4-ブタンジオール) の乱用により一過性の幻覚妄想と強度の不眠を呈した 1 例. *精神医学* 48: 677-680, 2006

松本俊彦: 青年期の薬物依存について. 特集—一般精神科臨床と児童精神科臨床の機能関係 I. *精神科治療学* 21 (3): 273-280, 2006

松本俊彦: 嗜癖の攻撃性と衝動性. *精神科治療学* 21: 953-960, 2006

松本俊彦, 今村扶美, 吉澤雅弘, 平林直次: 物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会治療. *臨床精神薬理* (印刷中, 2007年4月刊行予定)

今村扶美, 松本俊彦, 藤岡淳子, 岩崎さやか, 朝波千尋, 安藤久美子, 平林直次, 吉川和男: 心神喪失者等医療観察法指定入院における内省治療: 第2回日本司法精神医学会大会, 明治大学アカデミーホール, 2006年5月

津久江亮太郎, 松本俊彦, 吉澤雅弘, 今村扶美, 安藤久美子, 原田隆之, 平林直次, 和田清, 吉川和男: 武蔵病院医療観察法病棟における物質使用障害治療プログラムについて. 第2回日本司法精神医学会大会, 明治大学アカデミーホール, 2006年5月

G. 参考文献

Hodgins, S. (1992) Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch. Gen. Psychiatry*. 49: 476-483

廣 尚典 (1997) CAGE, AUDIT による問題飲酒の早期発見. *日本臨床* 172: 589-593

MATRIX institute:
<http://www.matrixinstitute.org/index.html>

National Institute of Drug Abuse (NIDA):
<http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>

- Nolan, J.L. (2001) Reinventing Justice: The American Drug Court Movement. Princeton University Press (小沼杏坪監訳「ドラッグコートーアメリカ刑事司法の再編」, 丸善プラネット, 2006)
- Pyszora, N.M., Telfer, J. (2003) Implementation of the care programme Approach in prison. Psychiatric Bulletin. 27: 173-176
- Rawson, R.A., Urban, R.M. (1999) Treatment For Stimulant Use Disorders: A Treatment Improvement Protocol. Diane Pub Co
- Skiner, H.A. (1982) The drug abuse screening test. Addict. Behav. 7: 363-371
- 鈴木健二, 村上 優, 杠 岳文, ほか (1999) 高校生における違法性薬物乱用の調査研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 465-474
- Swanson, J.W., Borum, R., Swartz, M.S., et al. (1996) Psychotic symptoms and disorder and the risk of violent behaviour in the community. Criminal Behaviour and Mental Health 6: 309-329, 1996
- Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., et al. (1998) Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. Br. J. Psychiatry. 172:477-484

3. 重度精神障害者に対する地域でのモニタリング体制、支援方法の開発に関する研究

分担研究者 平林直次