

表7 精神科併存症の有無と初診後4ヶ月目の外来治療継続率

		初診後4ヶ月目転機		
		通院中断	通院継続	合計
併存症 の有無	無	3	13	16
	度数	3.3	12.7	16.0
	併存症の有無の %	18.8%	81.3%	100.0%
	初診後4ヶ月目転機の %	42.9%	48.1%	47.1%
	総和の %	8.8%	38.2%	47.1%
あり	度数	4	14	18
	期待度数	3.7	14.3	18.0
	併存症の有無の %	22.2%	77.8%	100.0%
	初診後4ヶ月目転機の %	57.1%	51.9%	52.9%
	総和の %	11.8%	41.2%	52.9%

カイ2乗検定 (Fisher の直接法) で有意差無し

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」

研究分担報告書

入院治療と連動した認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究

研究分担者

成瀬暢也

埼玉県立精神医療センター副病院長

研究要旨：

本研究では、埼玉県立精神医療センター（以下、当センター）の外来で実施している LIFE プログラムを中心に、薬物依存症の入院治療と外来治療の連動を可能にする認知行動療法プログラムの開発と効果検証を目的とする。今年度、本研究では、研究 1 として外来 LIFE の効果測定の継続実施、研究 2 として入院治療等への LIFE プログラムの展開について検討した。当センターでは、平成 19 年度に、薬物依存症再発予防を目的とした認知行動療法プログラムとして、「LIFE」を開発した。平成 20 年 6 月より、当センター外来にて LIFE を開始し、現在まで継続実施している。平成 20 年 6 月～平成 22 年 11 月までの参加同意者は 27 名である。LIFE 実施前、開始から 3 ヶ月時点、6 ヶ月実施後の 3 時点において、薬物使用に関する自己効力感尺度と SOCRATES-8D により有効性を評価した 10 名の評価尺度得点を比較したが、実施前後での有意な変化は見られなかった。今後データ数を蓄積し、再検討する必要がある。また評価方法の検討も課題であると考ええる。ワークブックを利用して薬物使用に至る流れを学習し、再発を防止することを目的とするプログラムを中心とした包括的な治療は、未だ治療効果の実証には至っていないが、外来治療プログラムとして定着させることができている。臨床の場において「治療の文化」に変化をもたらせている。患者ばかりではなく、治療スタッフに治療的関与に有効な変化が認められており、このことは特筆される。このように臨床場面において治療的な効果が実感できているが、これをいかに客観的な評価尺度により有効性を実証していくかが課題となる。合わせて、より有効な治療システムの構築を進めることも課せられている。今回の研究では、LIFE が薬物を再使用しても治療から離れない立て直しの場となることが示唆された。

研究協力者：埼玉県立精神医療センター所属

山神智子（臨床心理士）
寺嶋友美（精神保健福祉士）
横山創（精神保健福祉士）
生山佳寿美（看護師）
天羽春江（看護師）
皆川明子（看護師）
田原淳子（看護師）

研究 1：外来 LIFE の効果測定

A. 研究目的

当センター外来において、薬物依存症患者（DSM-IV-TR）に対し認知行動療法プログラム（LIFE）を実施し、その有効性について評

価尺度を用いて評価する。

1. 埼玉県立精神医療センター依存症治療の概要

当センターは、県内で唯一薬物依存症の入院及び外来治療を行っている医療機関である。病床数は依存症病棟 40 床、救急病棟 50 床、合併症病棟 30 床、児童思春期病棟 30 床の 150 床を有している。依存症治療は外来治療が主であり、入院は任意入院による集団教育プログラムへの参加を基本としている。また、救急病棟には物質使用障害患者が中毒性精神病で非自発的入院となる場合があり、入院患者全体の 15% を占めている。精神病症状消退後いかに依存症専門治療に導入するかが課題となっている。患者数の推移を図 1、2 に示す。平成 21 年度の薬物依存症新規外来患者数は 114 名、新規入院患者数は 52 名となっている。使用薬物の内訳を図 3 に示す。覚せい剤が半数以上を占め、次いで向精神薬となっている。

当センターの薬物依存症入院治療では、解毒後にアルコール依存症患者と同様の 8 週間の集団教育プログラムへの参加を中心とし、自助グループ(NA)やリハビリ施設(ダルク)に繋ぐことを目的としている¹⁾。しかし、NA やダルクに繋がること自体が困難な事例は多く、外来通院のみで回復が滞るケースも多い。また、外来治療では、週 2 回の外来ミーティングはあるものの、アルコール依存症患者が大半を占め、薬物依存症患者が積極的に参加できる場とはなっていない。そのため、NA やダルクに繋がることができなければ、治療は主治医との面接に終始する現状であった。そこで、ミーティング頼りの治療だけでなく、医療機関が提供できる薬物依存症者の包括的な外来治療プログラムが必要であった。

以上の経緯から、当センターでは平成 19 年度に認知行動療法的アプローチによる薬物依存症再発予防プログラム「LIFE」を開発することになった。

2. LIFE 開始からの変遷

1) 平成 19 年度 : LIFE ワークブック第 1 版<全 34 回>を作成

欧米で広く実践されている認知行動療法的アプローチを中心とした Matrix model²⁾を基に、当センターの実情を考慮してプログラムを開発した。これは、平成 19-21 年度厚生労働省精神・神経疾患研究「薬物依存症および中毒性精神病に対する治療法の開発・普及と診療の普及に関する研究」の一環として行った。既に国内で Matrix model に準じたプログラムを実施していた研究協力機関のワークブックをもとに当センターでの施行用に修正を加え、ワークブックを作成した。LIFE プログラムは、このワークブックを用いてのグループワークが主となる。

(1) LIFE の始まり

プログラムは、薬物なしで、ただ時間が過ぎていく生活ではなく、未来に目を向け、自分と向き合い、適切な方法を行動に移していくことで、いきいきと生きる人生を目指す意味をこめて、「LIFE」と名付けた。

L . . .	Live	いきいきと生きる
I . . .	Identity	自分を知る
F . . .	Future	未来
E . . .	Energy	行動力

ワークブックの作成には、既に Matrix model に準じたプログラムを実施していた神奈川県立せりがや病院の SMARPP³⁾、東京都立多摩総合精神保健福祉センターの

TAMARPP、筑波大学の森田展彰先生らのワークブック⁴⁾、肥前精神医療センターのSHARPより許可を得て、引用・改変引用させて頂いた。また、既に当センターの入院治療プログラムに導入していた久里浜アルコール症センターのCSTプログラム⁵⁾も許可を得て、LIFEに盛り込んだ。

(2) ワークブックの構成

ワークブックは、I.はじめに、II.再発予防(基礎編)、III.再発予防(実践編)、IV.役立つ知識、V.自分を知ろう、VI.最後に、の5章から成る全34回で構成した。どの回からも参加できるように、各回が独立した内容とした。全ページをカラーにし、イラストを増やし、なるべく平易な表現を心がけた。また、表紙は抵抗なく携帯できるようなイラストとした。自分でシールを貼る出席表を作り、毎回の積み重ねが視覚的に認識できるよう工夫した。各章ごとの内容を以下に示す。

< I.はじめに >

プログラムの場が、薬物の無い安全な場所に保たれるように、参加のルールを確認する。どの回からでも参加できるようにしているため、この回は個別で行う。参加者の緊張をほぐし、スタッフとの関係づくりを重視する。導入として、薬物を使うこと、やめることのメリットとデメリットを一緒に考え、薬物を使いたい気持ちとやめ続ける目標を共有する。

< II.再発予防(基礎編) >

薬物使用のプロセスとして、「引き金→考え→渴望→使用」があることを学習する。「薬物を使う友達といること」「仕事の前」「給料日の後」などの外的な引き金と、「怒り」「孤独」「疲労」などの内的な引き金について、これまでの自分の経験から徹底的に洗い出す。また、

依存症的な行動や依存症的な考え方を確認し、思考ストップ法などの対処方法を学ぶ。

< III.再発予防(実践編) >

日常生活の中で、欲求が高まり、再使用が起こりそうな具体的な状況やその対処方法を考える。また、薬物使用を疑われた時にも冷静に対応し、感情の揺れが再使用の引き金とならないように、ロールプレイを取り入れて練習する。重要なのが、再使用後の感情の変化をあらかじめ情報提供しておくことである。罪悪感や自責の念により自暴自棄にならないよう、繰り返し注意を促しておく。感情のコントロールの一環として、再使用の引き金となりやすい怒りの感情を取り上げ、認知の変容によるコントロール方法を学ぶ。

< IV.役立つ知識 >

利用可能な自助グループや福祉制度、依存症に付随する身体面の問題などの情報提供を行う。自助グループの参加経験がある患者に、自助グループの印象や雰囲気について話してもらおう。また、薬物の身体や脳への影響、感染症の理解を深める。家族との関係についてもイメージしやすいように物語にして伝える。不安や緊張の緩和のために、リラクゼーションを実際に体験してもらい、必要な時にすぐに自分でできるよう練習する。

< V.自分を知ろう >

プログラム参加まで、なかなか薬が止められなかったり、入院を繰り返したりして、回復のイメージが持てない患者は多い。回復したらどのような自分になっているのかを具体的にイメージして、誰もが回復できるというメッセージを伝えていく。「全か無か思考」「すべき思考」など自分自身をいじめるような考え方のパターンを認識し、考え方きりかえシートの利用

により、認知の変容を目指す。また、薬物使用による失敗経験や挫折、対人関係の苦手さから自己評価が下がり、自分の好きなところやできているところに目を向けることが苦手な患者は多い。自分の良い所に目を向けることで、ストレス耐性を高め、傷つきにくい自信のある自分を取り戻す作業をする。自分の感情を自覚することが苦手な患者が多いため、表情が書かれたカードなどを利用し、感情を感じ、それを表現する練習も積み重ねていく。

<VI.最後に>

これまでプログラムで学んできたことを表にまとめ、日常生活で行動に移していけるように準備する。プログラム終了時には、賞状と景品を用意し、最後まで長期間継続参加できたことを称える。

2) 平成 20 年 6 月より外来 LIFE 開始

LIFE は依存症の基礎的な疾病教育よりも、薬物使用に至る引き金や認知の理解、実際の生活の場での対処方法など応用的・実践的な内容に重点を置いたプログラムであることから、当初は、入院経験のある外来通院患者を対象を絞ってスタートした。しかし、対象者が意図したようには増えなかったため、入院経験の無い外来患者も参加対象とした。その結果、依存症の基礎知識が既に学習されている患者と、そうではない患者がグループに混在することになった。依存症の基礎知識も提供できるようワークブックを改訂し、第 2 版<全 36 回>を作成した。その後、平成 22 年度現在まで、オープングループで毎週月曜日に継続実施しており、外来プログラムの一つとして定着した。

B. 研究方法

1. 対象

当センターに通院中の薬物依存症患者で、これまで参加の同意を得られた患者は 27 名である。主治医より当プログラムの紹介をし、興味を持った患者に対して、プログラム担当者が説明し同意を得た。

2. 方法

プログラムは、週 1 回のワークブックを用いたグループワーク (90 分) への参加を、6 ヶ月間継続する。オープングループで、どの回からでも新しく参加できるようにしている。患者の治療動機が高まった時に、タイミングを逃さずに治療が提供できるよう配慮している。グループワークに加え、週 1 回の通常の外来診察と尿検査を実施する。尿検査は、治療効果を客観的に判定する目的で行う。

グループワークは、飲み物を飲みながら、和やかで何でも話しやすい雰囲気作りを心がけている。ウォーミングアップに、この 1 週間の様子を一人ずつ簡単に話す時間を設け、再使用した時にも報告しやすいよう工夫した。また、再使用した時こそ継続参加できることが重要であることを日頃から話題にあげるようにしている。

季節感のある人間らしい生活を思い出し、薬物なしで仲間と楽しむ体験をしてもらうために、お花見・クリスマス会・書初め大会なども実施している。

3. 評価方法

LIFE 実施前、開始から 3 ヶ月時点、6 ヶ月実施後に、①DAST⁶⁾、②薬物使用に関する自己効力感尺度⁴⁾、③SOCRATES-8D 日本語版⁷⁾への記入を求めた。

① DAST (Drug Abuse Screening Test)

Skinner⁶⁾が作成した、依存重症度を評価する自記式の評価尺度である。「あなたは医療目的以外に薬物を使用したことがありますか？」「あなたは薬物使用を止めたいときには、いつでも止められますか？」等の質問に、あてはまるかどうか評価する。20点満点中、0点：薬物問題なし、1-5点：軽い問題あり、6-10点：中程度の問題あり、11-15点：やや重い問題あり、16-20点：非常に重い問題ありと評価できる。

② 薬物使用に関する自己効力感尺度

森田ら⁴⁾が作成した、薬物に対する欲求が生じる時の対処行動にどれほど自信または自己効力感を持っているかを測定する自記式の評価尺度である。質問は2つのパートに分かれている。「薬物を使うことに誘われる」などの個別的な場面において、これに対抗して薬物を使用しないでいられる自己効力感を尋ねる11問の質問から成る。「7点：絶対の自信がある」「6点：だいぶ自信がある」「5点：少し自信がある」「4点：どちらともいえない」「3点：やや自信がない」「2点：少ししか自信がない」「1点：ぜんぜん自信がない」の7段階で評価するものである。もう1つのパートは、場面を超えた全般的な自己効力感を尋ねる5問の質問から成る。「5点：あてはまる」から「1点：あてはまらない」までの5段階で評価するものである。

③ SOCRATES-8D 日本語版 (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)

Miller と Tonigan⁷⁾によって開発された、アルコール・薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を測定する19項目から成る自記式評価尺度である。薬物依存用の

SOCRATES-8D を小林が翻訳した日本語版⁹⁾により評価した。「病識」「迷い」「実行」の3つの因子から成る。「病識」が高得点の場合には、「自分には薬物に関連した問題があり、このまま薬物を使い続けていけば様々な弊害を生じるので、自分を変えていく必要がある」と認識していることを示す。「迷い」が高得点の場合には、「自分は薬物使用をコントロールできていない、周囲に迷惑をかけている、依存症かもしれないと考えている」ことを示す。「実行」が高得点の場合には、「自分の問題を解決するために何らかの行動を起こし始めている、あるいは、誰かに援助を求めようと考えている」ことを示す。「5点：絶対にそう思う」から「1点：絶対にそうは思わない」までの5段階で評価するものである。

4. 倫理的配慮等

当センター倫理委員会の承認を得て実施した。研究への同意はいつでも撤回できること、研究に参加しなくても治療上いかなる不利益も受けないことを保証し、研究データは、個人が特定されない形式でのみ公表する。

C. 研究結果

1. 実施回数

LIFE 開始からの実施回数について表1に示す。

毎週の継続参加は、患者にとってはハードルが高く、チャレンジしてみようという思いで同意できる対象者が少なく、参加人数は伸び悩んだ。しかし、少人数での実施は、個々の意見を丁寧に扱うことができ、グループの凝集性を高めた。特に、再使用時には、再使用に至った経緯と対策について時間をかけてディスカッション

ョンすることができ、再使用からの立て直しに効果的であった。

2. 参加同意者のプロフィール

平成20年6月～平成22年11月までの参加同意者は27名である。プロフィールをまとめたものを表2に示す。LIFEは、薬物依存症の重症度を示すDAST得点(13.0点±2.6)より、重度の依存症患者を対象としている。LIFE開始時の断薬期間には幅があり、薬物が解毒できていないまま参加するケースもある。また、刑務所出所直後に医療につながり、LIFE参加に至ったケースもある。これまでに何らかの自助グループに1回以上参加経験がある者は、74.1%を占め、自助グループ参加経験はあるものの、継続できなかつたと考えられる。

3. 参加状況

参加同意者27名に関して、参加率、主治医との治療継続率、プログラム参加中の再利用率について表3に示す。

グループワークの中で、これまでの薬物使用に関する話題がでることは多い。薬物使用が止まったばかりの患者にとって、薬物に関する話を聞くだけで再使用の引き金となってしまう場合もある。そのため、自分のその日の体調や精神状態をセルフモニタリングする練習も兼ね、グループワークに耐えられない状態の時には外来診療のみとし、主治医と相談の上、自分で休む判断をするように伝えている。また、再使用した時こそ正直に自発的に再使用の報告をすることがLIFEで最も重要な点とし、再使用した時こそLIFEに参加できるよう日頃から伝え続けた。参加中の再利用率が92.6%と高いが、再使用した時に脱落せずに正直に報告し、

対策を仲間と共有できる場となっていることを示している。

4. 統計学的検討

参加同意者の中には、プログラム途中で入院や施設入所となる患者、数ヵ月休む患者など多様である。そのため、効果測定のためのデータ収集は難航した。LIFE実施前、開始から3ヵ月時点、6ヵ月実施後の3時点において、薬物使用に関する自己効力感尺度とSOCRATES-8Dに記入できた10名の評価尺度得点をWilcoxon符号付き順位検定によって比較した。統計学的解析には、SPSS for Windows version 11.5を用い、両側検定にて $P<0.05$ を有意水準とした。尺度ごとの平均点と標準偏差を表4に、平均点の推移を図4～6に示した。薬物使用に関する自己効力感尺度の総合得点、ならびにその下位尺度である全般的な自己効力感と個別場面の自己効力感の各得点に、実施前後での有意な変化は見られなかった。また、SOCRATES-8Dの総合得点、ならびにその下位尺度である「病識」「迷い」「実行」の各得点においても、実施前後での有意な変化は見られなかった。

D. 考察 および E. 結論

LIFEで中心となるのが、「引き金→考え→渴望→使用」という薬物使用に至る流れがあることを徹底的に学習することである。各自が過去の経験を振り返り、薬物使用の引き金となる場所・時間・人物・行動・感情などを具体的になるべくたくさん見つける作業を何度も行う。メンバーより発言のあった内容の例を図7に示す。また、再使用に至らないための対処方法をグループで検討する。長く参加しているメン

バーと新しいメンバーが混在することで、先輩メンバーのコメントに共感したり、薬物使用に至りやすい引き金や認知を互いに指摘できるという効果がみられた。これまでのプログラムの経過から、仲間の中での気づきを積み重ねるうちに、自発的な気づきも増え、再発予防につながっていると考えられる。

また、再使用しても、LIFEに参加することで、立て直しが速やかにでき、治療からのドロップアウトを防ぐ。結果より、高い再使用率に、一見治療が失敗していると考えてしまいが、再使用した時にこそ治療の場に登場できることが、依存症治療においては重要である。立て直すための、具体的な対処法の振り返りや仲間の支えが得られることで、これまで連続使用に陥りやすかった患者も、連続使用にならずに立て直すことができている。

依存症治療では、治療後の効果の持続は難しく、治療の早期終結よりも、いかに長く治療につながっていただけるかが良好な予後につながると言われている。LIFEの実施においても、いかに長く継続参加できるように介入していくかが、重要な点である。メンバーの参加経過にいくつかタイプがあることが考えられた。①開始から休まず参加するタイプ、②休み休みで数ヵ月してから連続して参加できるようになるタイプ、③時々休みながらも(途中、入院もしながら)長く継続するタイプ、④LIFE参加日と受診日をあえて変える(週2回の来院)ことで生活リズムを整えるタイプなどである。

また、参加継続要因として考えられるのが、①LIFEにメンバー自身がメリットを見つけ、自己決定による継続参加である、②スタッフを含めメンバー全員が対等であり、それぞれがグループの大切な一員である、③コントロールさ

れない強制されない場所である、④小さなことでも互いに褒め合える、明るく居心地のよい場所である、⑤両価性に苦しむ中で、自分の「薬物をやめたい」感覚を確認できる、⑥正直に話せる安心できる居場所である点である。

今後、データの蓄積による治療効果の実証及び、参加継続要因に関しても分析すると共に、LIFEを提供し続けることができる環境を維持していく必要がある。また、有効性の評価尺度としてさらに具体的に詳しく検討する必要があると考える。再使用についてのその有無の評価だけではなく、使用日数の減少、問題行動の減少、日常生活における障害の軽減、生活能力の向上、同居家族の評価などの観点からも検討していく必要があると考える。

研究2:入院治療等へのLIFEプログラムの展開

A. 研究目的

研究2では、入院治療へのLIFEプログラム導入に関して、入院治療と外来治療の連動を目的とする「LIFEシステム」構築の端緒として、当センター依存症病棟と救急・急性期病棟へのLIFE導入について検討する。

B. 研究方法

1. 依存症病棟へのLIFE導入

当センター依存症病棟では、自助グループに倣ったミーティングを中心とした8週間の集団教育プログラムを治療の柱としている。入院患者はアルコール依存症患者が約7割を占めるため、薬物依存症患者は薬物に関連する話を正直に話しにくく、凝集性が低いという問題も

あった。また、薬物患者特有の問題点について具体的に上げる機会が不足していた。そこで、薬物依存症患者に限定して、LIFE ワークブックを活用したグループワークを試行した。

- 1) 試行期間：H22.6月～10月
- 2) 対象：解毒後の薬物依存症入院患者
- 3) 構成：週1回60分。LIFE ワークブックを使用。オープングループで、どの回からでも参加できる。また、薬物渴望期の情動不安定な時期を迎えるため、十分なストレス対策も必要であることから、運動なども取り入れる柔軟な内容としている。

2. LIFE-mini の作成と救急病棟への導入

当センターの救急・急性期病棟では、中毒性精神病治療後に、依存症専門治療に導入するための治療的介入が求められる。そこで、LIFE ワークブックを基に LIFE-mini ワークブックを作成した。全5回で、精神病症状消退後から退院までの間に利用することを目的としている。各回が30分程度で実施でき、依存症治療経験の少ない救急・急性期病棟スタッフでも対応可能である。

〈LIFE-mini の内容〉

- 第1回「今回の問題となった薬物（アルコールも含める）について学ぼう」
- 第2回「依存症という病気について知る」
- 第3回「あなたに薬物を使わせる引き金」
- 第4回「薬物の再使用を防ぐための方法」
- 第5回「これからの生活の具体的な計画を立てよう」

C. 研究結果

1. 依存症病棟での病棟 LIFE 試行結果

試行期間中に、14回グループワークを実施

した。延べ参加人数は60名であった。一人あたりの参加回数は1回～9回で、平均3回の出席であった。月毎の内容について表5に示す。

メンバーからは、「肩身の狭い思いをしなくて良い」「過去のことなど、正直に話ができる」「他の人の話が聞けて、自分と同じだと思えた」など、好評であった。対象患者は、解毒後の渴望期にちょうど重なりやすく、易刺激的、易怒的な状態にある。また、初回入院と再入院の患者が混在しており、渴望期の知識を持って上手く乗り越えられる患者と退院欲求が高まりプログラムが継続できない患者と様々で、グループは不安定となりやすい。グループの枠が崩れやすく、より簡潔で、短期間で使えるワークブックが必要となることが明らかとなった。

そこで、依存症病棟でも、LIFE-mini の活用が有効と考え、今後、効果測定を実施していく。また、退院後に外来 LIFE へつなぐことが検討課題である。

2. LIFE-mini を利用した救急病棟との連携

救急・急性期病棟では、依存症病棟とは違い、多くは非自発的な入院である。まだ、依存症治療につながっていない患者に対して、最低限の依存症の治療介入ツールとして LIFE-mini を活用できる。また、依存症治療経験の少ないスタッフも患者と一緒に取り組み、関わりやすくなる。救急・急性期病棟と依存症病棟のスタッフが協力して、個別での LIFE-mini を活用した関わりを試行しはじめている。LIFE-mini を利用した介入の有効性の評価についても今後具体的に検討する。

D. 考察 および E. 結論

薬物依存症の外来治療として、LIFE プログ

ラムを行っていけばそれで事足りるというものではない。LIFEの有効性の効果が明確に示せない一因は、プログラムの参加のみで効果を期待することの難しさにあるのかもしれない。プログラムを有効にするためには、LIFEのセッションを取り巻く、さまざまな場面での多岐にわたる治療的介入とプログラムを中心とした治療パッケージの質の向上が必要であると考える。前者の具体策としてLIFE-miniを開発して、入院治療の場での介入ツールとして試行を始めた。現在、依存症病棟および救急・急性期病棟、LIFEにつながらない外来患者や初診患者に対して利用を始めている。これに加えて、糖尿病手帳を模した「薬物依存回復手帳」の作成に取り掛かっている。さらに、家族への介入や教育に利用する目的で、LIFE-familyの開発を検討している。認知行動療法的なアプローチを基本として、さまざまな場面で、さまざまな目的に合わせた治療ツールを活用して、治療スタッフが患者や家族に関わりやすいように、また患者や家族に有用な情報と効果的な変化を促せるような治療システムを構築し、「薬物依存症の治療的な文化」を醸成していくことが今後の目的となる。治療システムの総体として、依存症治療の有効性を評価する視点が必要であると思われる。

〈おわりに〉

当センターでこの数年、認知行動療法的なアプローチをLIFEプログラムとして薬物依存症の治療に導入して、多くの有効な変化が認められている。その中で一番大きな点は、「薬物依存症患者を受け入れる環境の変化」である。下記のような特徴を持つことの多い薬物依存症患者が回復に向かうには、このような素面で

の生きにくさの基にある対人関係の障害を改善していくことが必須である。

1. 自己評価が低く自分に自信を持ってない。
2. 人を信じられない。
3. 本音を言えない。
4. 見捨てられる不安が強い。
5. 孤独で寂しい。
6. 自分を大切にできない。

このような患者が、依存症から回復に向かうためには、次のような治療スタッフの基本的対応が求められることは自明であろう。

1. 患者ひとりひとりに敬意をもって接する。
2. 患者と対等の立場にあることを常に自覚する。
3. 患者の自尊感情を傷つけない。
4. 患者を選ばない。
5. 患者をコントロールしようとしめない。
6. 患者にルールを守らせることにとらわれすぎない。
7. 患者との1対1の関係づくりを大切に
8. 患者に過大な期待をせず、長い目で回復を見守る。
9. 患者に明るく安心できる場を提供する。
10. 患者の自立を促す関わりを心がける。

しかし、これまでのわが国の依存症治療の臨床場面では、このような対応が必ずしもなされていなかった。当センターでも例外ではなく、患者の自尊感情を傷つけたり、対決姿勢となってパワーゲームに陥ったりすることがしばしば見られた。マニュアルとワークブックに基づく再発防止法を主とする認知行動療法的スキルトレーニングは、動機づけ面接法や随伴性マネジメントの併用により、患者に対して対決し

たり陰性感情を強めたりすることから解放され、友好的で暖かい雰囲気の中で協力して回復を目指すという新たな文化を生み出している。このことが、依存症患者の回復にとって必要な「仲間と居場所」を提供することをより可能としている。このような自助グループ的な雰囲気の中で、スタッフとともに再発防止を主としたスキルトレーニングを続けていくことが、治療的であることは明白である。患者以上にスタッフの良好な変化が認められ、上記のスタッフに求められる基本的対応が実践できるようになっている。

課題は、LIFE プログラムの効果測定についてである。今回有効性の効果測定に採用した評価尺度では、データが少ないこともあるが有効性を示すには至っていない。また、薬物使用中の患者はさまざまな要因から変動が大きく、安定したデータを得ることが難しいという問題もある。エビデンスのあるプログラム構築を目標とし、今後も継続してデータの蓄積に努めるが、統計学的な解釈には至っていない。また、適切な効果測定尺度についても検討の余地があると考えられる。

LIFE 開始から 2 年半の変遷、効果検証の経過報告、LIFE 活用の拡大について報告した。LIFE ワークブックは依存症治療経験の有無に関わらず、どんな職種のスタッフであっても活用できる薬物依存症治療のためのツールの一つである。そして、LIFE プログラムは、このワークブックによるグループワークを中心とした薬物依存症の治療パッケージである。LIFE プログラムを導入することにより可能となる治療システムの例を図 8 に示す。

本研究における効果測定には、少数事例を対象としていること、対照群を置かず介入前後

の評価だけを行ったものであること、プログラム外の影響を排除できないことなど多くの限界がある。数少ない依存症治療の専門機関におけるプログラムの効果を測定した研究は数少なく、臨床的意義は大きいと考える。

現在、既に報告した入院治療への LIFE-mini の導入に加え、LIFE ノートの作成を検討している。LIFE ノートは、慢性疾患である糖尿病の治療などで利用される糖尿病手帳を模したセルフモニタリングを目的とし、毎日記入する小冊子を考えている。外来 LIFE に参加する動機づけが得られ、実際に参加係属できる患者は限られており、患者の病状や動機づけの程度に合わせてグループ分けをする程のマンパワーは無い。

主治医との面接のみとなっている患者の現状に、LIFE-mini に加え、LIFE ノートも導入することで治療効果の高まりを期待している。

依存症治療は、精神科医療の中でも治療機関が少なく、薬物依存症においては、全国でも 10 か所程しかない実情がある。それに反して、薬物依存症治療の需要は大きいと考えられ、治療的関与の必要性への関心は高まりつつある。当センターは、数少ない薬物依存症治療機関の一つとして、自助グループ至上主義的な医療の継続ではなく、医療機関が専門的な治療として提供できる介入ツールとして LIFE を実施した。今後、データを蓄積して、LIFE の治療効果を実証していくことが急務である。そして、患者が治療を求めたときに、当たり前にも有効な治療を提供できる治療システムを構築していくことが求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 成瀬暢也：薬物依存症の治療とケア．精神科看護，37(7),6-11,2010.
 - 2) 成瀬暢也：精神作用物質使用障害の入院治療：「薬物渴望期」の対応法を中心に．精神神経誌，112(7),65-671,2010.
 - 3) 山神智子,寺嶋友美,山縣正雄,成瀬暢也：埼玉県立精神医療センターにおける薬物依存再発予防プログラムの取り組み．日本アルコール関連問題学会雑誌，12,149-152,2010.
- ### 2. 学会発表
- 1) 第44回日本アルコール・薬物医学会：成瀬暢也「アルコール・薬物外来における認知行動療法の展開」
 - 2) 第37回埼玉精神医学懇話会：山神智子「アルコール・薬物関連障害における認知行動療法について～埼玉県立精神医療センター外来プログラムを参考に～」(2009.1/22 埼玉)
 - 3) 第31回日本アルコール関連問題学会：山神智子,寺嶋友美,山縣正雄,成瀬暢也「埼玉県立精神医療センターにおける薬物依存症再発予防プログラムの取り組み」(2009.7/17 池袋)
 - 4) 第8回日本アディクション看護学会：成瀬暢也「物質関連障害の治療の現状と課題」
 - 5) 第47回埼玉県医学会：成瀬暢也「埼玉県立精神医療センターにおける薬物依存症の外来治療～最近の外来患者の動向と新しい外来治療の取り組みについて～」
 - 6) 第106回日本精神神経学会総会：成瀬暢也「埼玉県立精神医療センターにおける薬物依存症の外来認知行動療法～LIFEプログラムについて～」
 - 7) 第32回日本アルコール関連問題学会：山神智子,寺嶋友美,山縣正雄,成瀬暢也「埼玉県立精神医療センターでの薬物依存症治療の取り組み～LIFEプログラムの実践と有効性の検討～」(2010.7/17 神戸)
 - 8) 日本心理学会第74回大会：山神智子「埼玉県立精神医療センターにおける薬物依存症治療」(2010.9/22 大阪)
 - 9) 第45回日本アルコール・薬物医学会：山神智子「薬物依存症再発予防プログラム「LIFE」の取り組み」(2010.10/7 小倉)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 文献

- 1) 成瀬暢也：薬物患者をアルコール病棟で治療するために必要なこと，日本アルコール・薬物医学会雑誌 2009;44(2):63-77.
- 2) Shoptaw, S., Rawson, R.A., McCann, M.J., et al.: Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment-evidence of efficacy-,JAddict.Dis.1994;13(4):129-141
- 3) 小林桜児,松本俊彦,大槻正樹,ほか：覚せい剤依存患者に対する外来再発予防プログラムの開発-Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program(SMARPP)-,日本アルコール・薬物医学会雑誌 2007;42(5):507-521.
- 4) 森田展彰,末次幸子,嶋根卓也,ほか：日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討,日本アルコール・薬物医学会雑誌 2007;42(5):487-506.
- 5) 独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター：平成20年度アルコール依存症臨床医等研修資料
- 6) Skinner, H. A.: The drug abuse screening test. Addict. Behav., 1982,7: 363-371.
- 7) Miller, W. R., and Tonigan, J. S. : Assessing drinkers' motivation for change : The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) . Psychology of Addictive Behaviors, 1996, 10:81-89,

図1. 新規外来患者数の推移

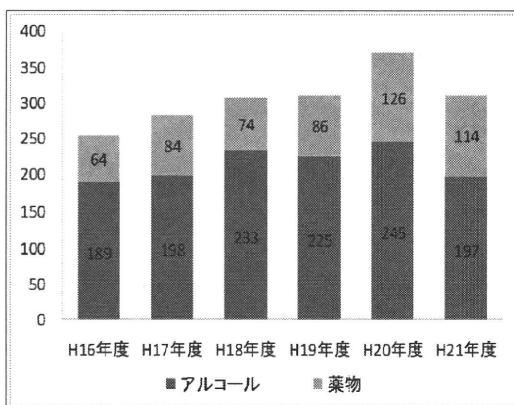


図2. 新規入院患者数の推移

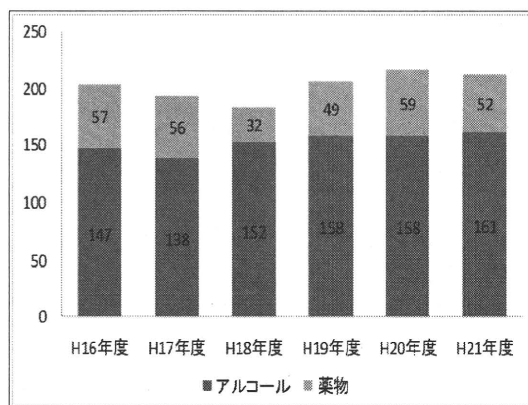


図3. H21年度新規患者の使用薬物内訳

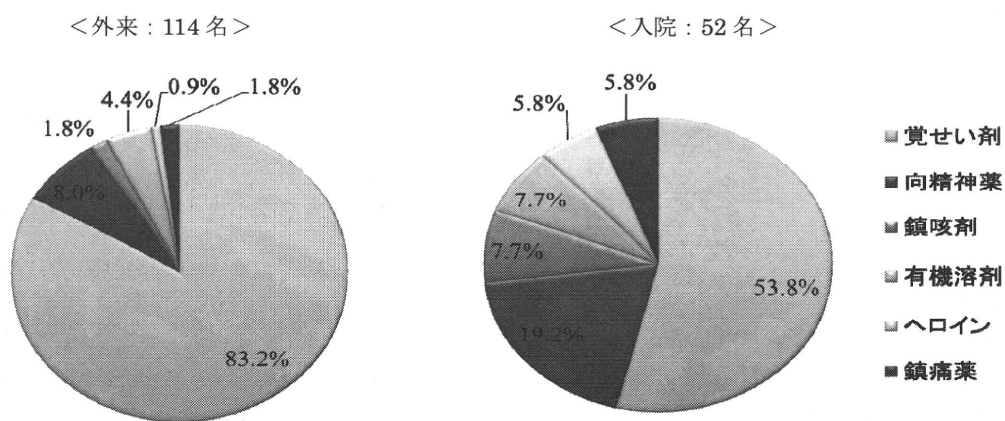


表1. LIFE 開始からの実施回数

	実施回数	延べ参加人数	1回平均	新規登録者
H20年度 (6月-3月)	37回	85名	2.3名	9名
H21年度	45回	233名	5.2名	13名
H22年度 (4月-11月)	31回	160名	5.2名	5名

表2. 参加者のプロフィール

平均年齢	35.6歳±9.3	
性別	男性	17名
	女性	10名
使用薬物	覚せい剤	16名
	向精神薬	4名
	鎮咳剤	2名
	有機溶剤	1名
DAST得点	13.0点±2.6	
LIFE開始時の断薬期間	0日～3465日 (30日以内11名)	
自助グループ参加経験あり(1回以上)	74.1%	
当センター依存症治療入院歴あり(1回以上)	74.1%	
薬物初使用年齢	19.9歳±5.0	
薬物事犯で服役歴あり(1回以上)	29.6%	
LIFE開始時の独居率	51.9%	
LIFE開始時の就労率(アルバイト含む)	14.8%	

表3. 参加状況

参加率	3ヵ月までの平均	60.4%
	6ヵ月までの平均	51.2%
治療継続率	88.9% (1名治療中断・2名逮捕)	
参加中薬物再使用あり	92.6%	
参加中飲酒あり	77.8%	

表4. 尺度ごとの平均点と標準偏差

		分析対象者数 (人)	実施前		3ヵ月		実施後(6ヵ月)	
			平均点	標準偏差	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差
自己効力感尺度	全般的な自己効力感合計	10	16.70	2.36	16.20	3.97	17.50	3.06
	個別場面の自己効力感合計	10	38.60	12.05	43.60	8.53	44.30	12.61
	総得点	10	55.30	12.94	59.80	11.76	61.80	13.98
SOCRATES-8D	病識	10	30.60	2.50	30.10	2.60	31.40	3.03
	迷い	10	13.80	2.62	15.10	2.23	16.10	2.42
	実行	10	33.30	3.80	32.3	4.95	33.40	3.13
	総得点	10	77.70	3.68	77.50	5.80	80.90	6.74

図4. 総合得点の変化

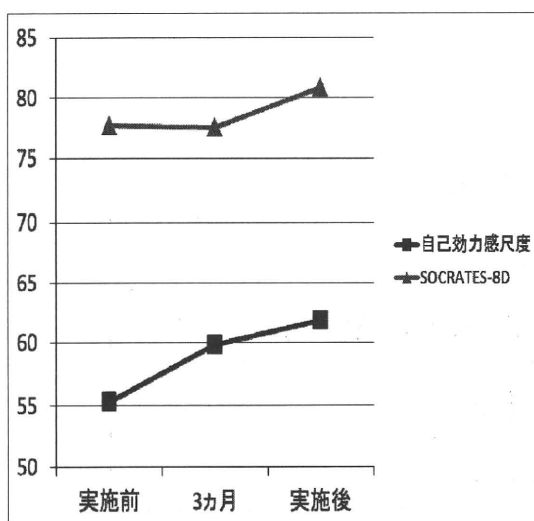


図5. SOCRATES-8D 下位尺度の変化

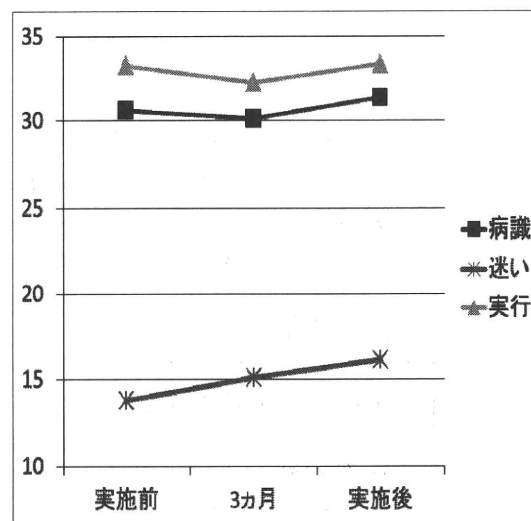


図6. 薬物使用に関する自己効力感尺度の下位尺度の変化

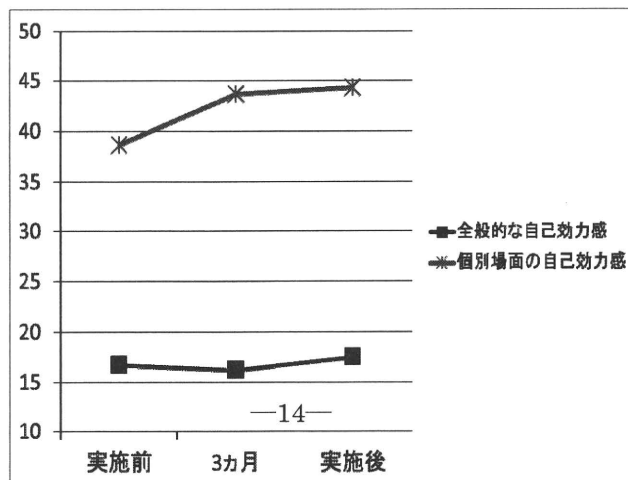


図7. 引き金・認知の内容例

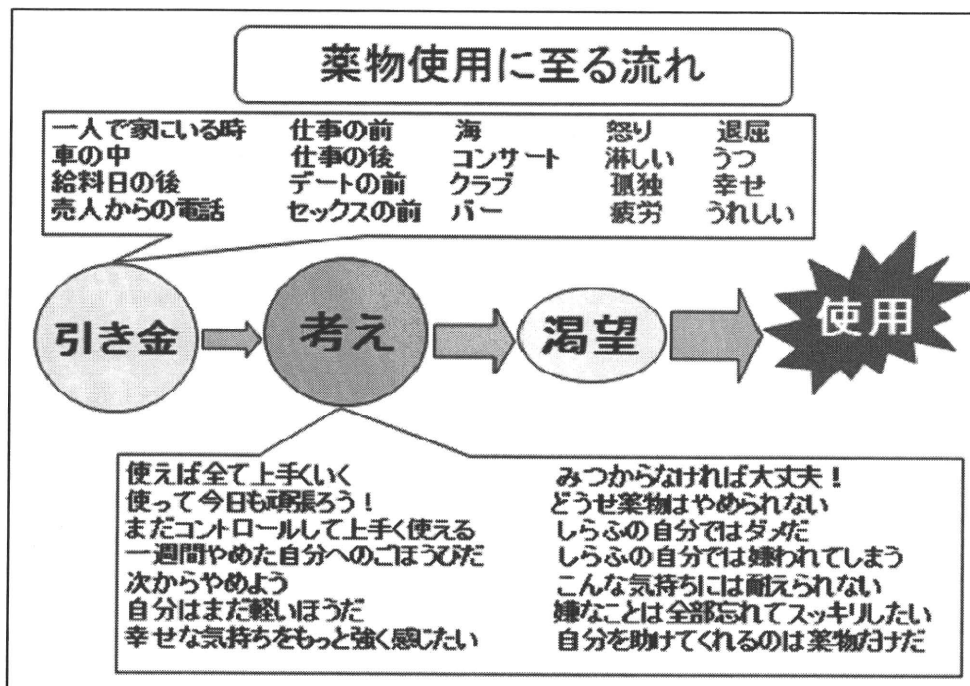
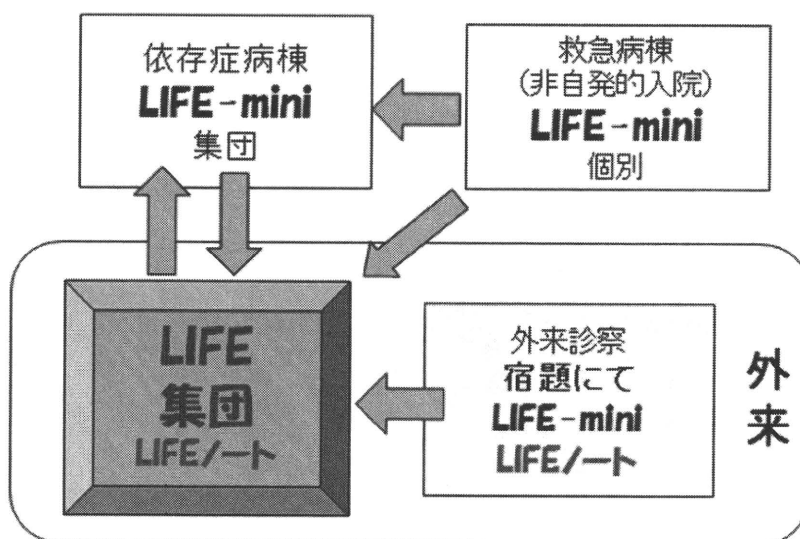


表5. 試行結果と内容

	実施回数	延べ人数	内容
6月	3回	10名	引き金、歪んだ認知
7月	3回	8名	散歩、自助グループについて
8月	3回	16名	渴望期、HALT、依存症の基礎、運動
9月	3回	18名	回復した自分、正当化、自己ケアの方法
10月	2回	8名	ドラッグドリーム、なりたい自分

図8. LIFE 治療システム



平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」

研究分担報告書

精神保健福祉センターにおける認知行動療法プログラムの開発と効果
に関する研究

研究分担者

近藤あゆみ

新潟医療福祉大学 准教授

研究要旨：

【目的】公的機関で提供できる簡便で構造化された再発予防プログラム TAMARPP の開発を目的とした研究を平成 19 年度より開始した。今回は、評価を開始した平成 20 年 4 月 1 日から平成 21 年 12 月 31 日の 21 ヶ月間にエントリーした 38 名の結果について報告する。

【研究方法】多摩総合精神保健福祉センターのアディクション相談窓口に直接来訪した薬物依存・乱用者、または、地域関係機関から照会された薬物依存・乱用者の中で、TAMARPP 及びその効果評価のための調査研究に関する説明を受けて、自発的に参加の意を示した者を対象とした。効果評価は、対象者に対し、4 回の面接及びアンケート調査を実施し、その前後の結果を比較することにより行った。

【結果】TAMARPP 参加状況については、DR 群で 1 クールを終了した者は 64.3% (18/28)、AL では 80.0% (8/10) であった。薬物・アルコール使用については、1 クール終了者の登録から終了までの DR 群の断薬率は 83.3% (15/18)、AL 群の断酒率は 50.0% (4/8) であった。終了から FU6 か月までの DR 群の断薬率は 61.1% (11/18)、AL 群の断酒率は 37.5% (3/8) であった。

【まとめ】TAMARPP の継続率、参加率は概ね良好であり、TAMARPP は、参加者を治療の場に居続けさせることにある程度成功しているといえる。また、断薬（酒）の継続にもある程度役立っているが、DR 群と比較して AL 群の再使用率は高い傾向にあることが示された。

研究協力者：

高橋郁絵¹⁾ 五十嵐雅美²⁾

井手美保子²⁾ 宮崎洋一²⁾

山口亜希子²⁾ 四辻直美²⁾

1) 原宿カウンセリングセンター

2) 東京都立多摩総合精神保健福祉センター

A. 研究目的

薬物依存症からの回復のためには、精神症状の鎮静化などを目的とした投薬治療の他に、断薬継続のためのスキルの習得、継続的な薬物使用により形成され強化された依存的性格の改善、薬物使用開始とともに停止した社会的成長の促進等を行う場が不可欠であり、欧米では、多数の団体が様々な依存症回復プログラムを提供して実際に効果を挙げているが、我が国では、12ステップ・プログラムを主軸とした当事者（薬物依存症者本人）が運営する自助施設はあるものの、それ以外の選択肢が極めて乏しい現状が続いてきた。

精神保健福祉センターや保健所にも、薬物依存症者本人からの相談が多数寄せられてきたが、これまでは、各種資源に関する情報提供など、限られた支援を行うことしかできていなかった。これらの公的機関の役割は、治療そのものの提供ではなく、治療のための各種資源紹介、心理教育、適切な資源への導入、そのための動機付けなどであることを考えると、これまでの援助内容でも確かに一定の役割を果たしてきたといえる。しかし、実際には、これらの支援を行うには一定期間を要することが多いことから、その期間を更に有効に活用し、依存症者の回復を助ける治療的関わりを行うことができれば、公的機関における援助の質は飛躍的に向上するものと思われた。

そこで、公的機関で提供できる簡便で構造化された再発予防プログラム TAMARPP(TAMA mental health and welfare center Relapse Prevention Program)（以下、TAMARPP と記す）の開発を目的とした研究を平成 19 年度より開始した。

平成 19 年度はワークブックの作成、プログラムの改変及び事業の定着に努め、平成 20 年 4 月 1 日より効果評価のための調査研究を実施しているが、今回は、評価開始から平成 21 年 12 月 31 日の 21 ヶ月間にエントリーした 38 名の結果について報告する。

また最後に、普及活動の成果として、栃木県の再乱用防止教育事業について報告する。

B. 研究方法

1. 対象

多摩総合精神保健福祉センターのアディクション相談窓口に直接来訪した薬物依存・乱用者、または、地域関係機関から照会された薬物依存・乱用者の中で、TAMARPP 及びその効果評価のための調査研究に関する説明を受けて、自発的に参加の意を示した者を対象とした。

2. 方法

効果評価は、対象者に対し、数回の面接及びアンケート調査を実施し、その前後の結果を比較することにより行った。調査時期は、登録時（TAMARPP 開始時）、1 クール終了時（開始から 2 ヶ月後）、終了から 3 ヶ月後（以下、FU3 ヶ月と記す）、6 ヶ月後（以下、FU6 ヶ月と記す）の 4 時点である。

調査項目は、属性、生活状況、薬物使用歴、治療歴、薬物問題の重症度（DAST-20）、問題飲酒の程度（WHO/AUDIT）、気分感情の状態

(POMS 短縮版)、薬物依存に対する自己効力感の程度(薬物依存に対する自己効力感スケール)、薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度(SOCRATES)などである。

統計検定の方法として、薬物乱用・依存症者(以下、DR群と記す)とアルコール乱用・依存症者(以下、AL群と記す)との2群間の比較にはMann-WhitneyのU検定及びFisher正確確率検定を、群内の前後比較にはWilcoxonの符号付き順位検定を用いた。

3. 効果評価に使用した評価尺度

1) DAST-20

DAST-20 (Drug Abuse Screening Test-20)は、薬物問題の重篤さを評価する尺度である¹⁾²⁾。項目数は全20項目から成り、第1~3項目及び第6~20項目については、問いに当てはまれば1点、当てはまらなければ0点が加算される。第4及び第5項目についてはその逆で、問いにあてはまれば0点、当てはまらなければ1点が加算される。従って得点範囲は0~20点で、評価については、0点が「薬物問題なし」、1~5点が「軽い問題あり」、6~10点が「中程度の問題あり」、11~15点が「やや重い問題あり」、16~20点が「非常に重い問題あり」となっている。

2) WHO/AUDIT (問題飲酒指標)

問題飲酒の程度を評価する尺度である³⁾⁴⁾。全10項目から成り、各項目の問いに対して用意されたいずれかの回答を選ぶことで0~4点が加算されていく。従って、得点範囲は0~40点となる。合計得点の評価方法には、問題飲酒群をスクリーニングする方法と、アルコール依存群をスクリーニングする方法の2つがある。前者の場合は、11点以下が非問題飲酒群であり、

13点以上が問題飲酒群である。後者の場合は、15点以上がアルコール依存群に識別される。

3) POMS 短縮版

POMS (Profile of Mood States) は、McNairらにより開発された全65項目の自記式尺度で⁵⁾、「緊張-不安(Tension-Anxiety)」「抑うつ-落込み(Depression-Dejection)」「怒り-敵意(Anger-Hostility)」「活気(Vigor)」「疲労(Fatigue)」「混乱(Confusion)」の6つの気分尺度を同時に測定できる。

本研究では、従来と同程度の測定力を有しながら項目数を減らすことに成功した日本語版POMS短縮版⁶⁾を用いた。POMS短縮版は全30項目から成り、65項目版と同様に6つの気分感情の状態を測定できる。被験者は、提示された項目ごとに、その項目が表す気分になることが過去1週間「まったくなかった」(0点)から「非常に多くあった」(4点)までの5段階のいずれかひとつを選択する。ひとつの下位尺度に含まれるのは5項目であるので、下位尺度ごとの得点範囲は、0~20点となる。「活気」のみ得点が高いことは状態が良いこと、つまり活気の程度が高いということを意味しているが、他の5つの下位尺度については、得点が高いほど状態が悪いことを意味している。

4) 薬物依存に対する自己効力感スケール

薬物に対する欲求が生じる時の対処行動に、どれほど自信または自己効力感を持っているかを測定する尺度である⁷⁾。尺度は、場面を越えた全般的な自己効力感を測定する5項目と、個別的な場面において薬物を使用しないでいられる自己効力感を測定する11項目に分かれている。全般的な自己効力感に関する5項目は、「あてはまる」(5点)から「あてはまらない」(1点)までの5段階で評価する。従って総合

得点の得点範囲は、5～25点である。個別場面の自己効力感に関する11項目は、「絶対の自信がある」(7点)から「全然自信がない」(1点)までの7段階で評価する。従って、総合得点の得点範囲は、11～77点である。

5) SOCRATES

SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale)は、薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を評価する尺度である⁸⁾⁹⁾。質問は全19項目から成り、それぞれ「絶対にそうは思わない」(1点)から「絶対そう思う」(5点)の5段階で評価して、その合計点を算出する。得点が高いことは治療準備性が高いことを意味している。また、19項目の因子構造は、「病識」に関する7項目、「迷い」に関する4項目、「実行」に関する8項目に分類されることがわかっており、因子ごとの項目の合計点を用いた評価も可能となっている。「病識」が高得点であれば、「自分は薬物関連の問題をもっており、変わらないと問題が続いていくので、変わりたいと思っている」ことを意味しており、「迷い」が高得点であれば、「自分は薬物依存なのではないかなど、自分の薬物問題について懸念している」ことを意味している。また、「実行」が高得点であれば、「自分の問題を解決するために前向きな行動を取り始めていると実感している」ことを意味している。全19項目の合計得点の範囲は19～95点であり、「病識」は7～35点、「迷い」は4～20点、「実行」は8～40点である。

4. 倫理面への配慮

本研究は、臨床研究に関する倫理指針等に基づき、人権の擁護、インフォームド・コンセント、研究参加による個人への不利益及び危険性

等について十分な配慮を行って計画したものであり、新潟医療福祉大学倫理委員会の審査承認(承認番号17100-080807)を受けて実施した。

C. 研究結果

1. 対象者の属性

対象者の属性については、表1に示す。性別は男性が多く、DR群の82.1%(23/28)、AL群の60.0%(6/10)を占めていた。

登録時の年層は、DR群では30代が60.7%(17/28)と多かったが、AL群では40代後半から50代が60.0%(6/10)と多かった。年齢中央値は、DR群35.0歳(四分位範囲31.3-38.0)、AL群45.5歳(四分位範囲33.3-53.5)であり、AL群はDR群と比較して有意に年齢が高かった($p=0.029$)。

逮捕経験のある者の割合は、DR群では75.0%(21/28)、AL群では20.0%(2/10)であり、DR群が有意に高かった($p=0.006$)。

登録時の居場所及び就労状況については、表2に示す。居場所については、家族と同居している者の割合が高く、DR群の78.6%(22/28)、AL群の70.0%(7/10)が家族と同居していた。

また、就業状況については無職の者が多く、DR群の71.4%(20/28)、AL群の70.0%(7/10)が無職の状態にあった。

2. 対象者の薬物及びアルコール使用

薬物及びアルコール使用歴、DAST-20及びAUDIT得点、依存症治療歴については表3に示す。DR群の主たる使用薬物は覚せい剤が60.7%(17/28)と多かった。

使用開始年齢は、10代後半から20代前半が多く、DR群の64.3%(18/28)、AL群の80.0%(8/10)を占めていた。