

SMARPPやTAMARPPのような、ワークブックとマニュアルにもとづく薬物依存症に対する集団認知行動療法を、千葉・館山ダルクと奈良ダルクにおいても試行し、その参加状況ならびに参加者の印象に関する聞き取りを行った。

2. 各施設独自のワークブック作成

研究1における栃木ダルクにおけるT-DARPPの試行後、T-DARPP独自のワークブックを製本・印刷した。さらに、T-DARPPのワークブックと同じ内容のワークブックを、千葉ダルクと奈良ダルク用にそれぞれ独自の表紙デザインを施して作成した。

C. 研究結果

【研究1】

1. 対象者の属性等

対象者16名のうち、薬物依存・乱用者(以下、DRと記す)は11名、アルコール依存・乱用者(以下、ALと記す)は5名であった。対象者の属性を表1に示す。性別は全て男性で、登録時の年齢は30代が62.5% (10/16)を占めていた。

2. 薬物・アルコール問題の重篤度及び使用薬物

薬物・アルコール問題の重篤度及び使用薬物については、表2に示す。DR群におけるDAST20の中央値は14.0(四分位範囲:12.0-16.0)であった。個人別の得点をみると、10点が1名、11~15点が7名、16点以上が3名であった。

これまでに使用したことがある薬物(複数回答可)については、覚せい剤(81.8%)が最も多く、大麻(63.6%)、シンナー(54.5%)と続いていた。最も使用した薬物については、覚せい剤(45.5%)が最も多く、次いで大麻(18.2%)が多かった。

AL群におけるAUDITの中央値は5.0(四分位範囲:0.5-6.0)であり、12点以上の者はいなかった。

3. SOCRATES

登録時のSOCRATESの得点を表3に示す。

「病識」、「迷い」、「実行」、及び前記3つの得点を合算した「合計」のいずれにおいても、DR群はAL群と比較して得点中央値が高かったが、有意の差が認められたのは「実行」のみであった($p=0.035$)。

次に、個人別のプログラム参加状況及び登録時から終了時までのSOCRATES得点の変化を表4に示す。16名のうち、1クールを終了しており、1クール10回中5回以上参加しており、かつ、「病識」「迷い」「実行」の二時点のデータが比較可能な者は7名であった(No 1, 2, 3, 5, 6, 11, 14)。

上記7名の得点中央値の変化をみると、「病識」については登録時28.0点(四分位範囲:

16.0-32.0)から終了時30.0点(四分位範囲:25.0-30.0)であり、有意差は認められなかった。

「迷い」については登録時12.0点(四分位範囲:9.0-14.0)から終了時15.0点(四分位範囲:

13.0-16.0)であり、有意差が認められた($p=0.016$)。「実行」については登録時27.0点

(四分位範囲:23.0-30.0)から終了時31.0点(四分位範囲:26.0-38.0)であり、有意の傾向が認められた($p=0.091$)。「病識」「迷い」「実行」の合計得点中央値については登録時67.0点(四分位範囲:47.0-73.0)から終了時76.0点(四分位範囲:64.0-80.0)であり、有意差が認められた($p=0.028$)。

4. 薬物依存に対する自己効力感スケール

薬物依存に対する自己効力感スケールの各項目を表5に示す。また、登録時の薬物依存に対する自己効力感スケール得点の中央値を表6に示す。DR群とAL群との比較では、「全般的な自己効力感」、「個別場面の自己効力感」、両方の得点を合算した「合計」のいずれにおいても有意の差は認められなかった。

次に個人別のプログラム参加状況及び登録時か

ら終了時までの薬物依存に対する自己効力感スケール得点の変化を表7に示す。

前述の7名の得点中央値の変化をみると、「全般的な自己効力感」については登録時17.0点(四分位範囲:11.0-24.0)から終了時19.0点(四分位範囲:15.0-21.0)であり、「個別場面の自己効力感」については登録時64.0点(四分位範囲:47.0-72.0)から終了時59.0点(四分位範囲:41.0-64.0)であり、両方の得点を合算した「合計」については登録時77.0点(四分位範囲:64.0-91.0)から終了時80.0点(四分位範囲:56.0-87.0)であり、いずれも有意差は認められなかった。

5. POMS 短縮版

登録時のPOMS得点の中央値を表8に示す。DR群とAL群との比較では、いずれのサブスケールにおいても有意差は認められなかった。

次に個人別のプログラム参加状況及び登録時から終了時までのPOMS得点の変化を表9に示す。

前述の7名の得点中央値の変化をみると、「緊張-不安」については登録時10.0点(四分位範囲:6.0-16.0)から終了時6.0点(四分位範囲:5.0-11.0)であり、「抑うつ-落ち込み」については登録時8.0点(四分位範囲:3.0-10.0)から終了時5.0点(四分位範囲:5.0-10.0)であり、「怒り-敵意」については登録時5.0点(四分位範囲:2.0-11.0)から終了時5.0点(四分位範囲:4.0-7.0)であり、「活気」については登録時8.0点(四分位範囲:6.0-12.0)から終了時9.0点(四分位範囲:8.0-11.0)であり、「疲労」については登録時9.0点(四分位範囲:5.0-10.0)から終了時7.0点(四分位範囲:5.0-11.0)であり、「混乱」については登録時9.0点(四分位範囲:8.0-10.0)から終了時8.0点(四分位範囲:8.0-11.0)であり、いずれも有意差は認められなかった。

6. 期間内の薬物使用

個人別のプログラム参加状況及び期間内の薬物・アルコール使用を表10に示す。使用が明確に認められたのは1名のみであった(No13)。この1名については、使用が認められた後、同法人内の那須トリートメントセンターへ移動したため、プログラムを継続することができなかった。

不明(2名)については、自主退寮等で1クール終了までに施設を離れたために、その後の使用の有無を確認することができなかった。

【研究2】

1. 他民間回復施設への普及

1) 千葉ダルクでのプログラム

千葉ダルクでは、館山ダルクと協力して、T-DARRPの10回セッションから構成されるワークブックを実施することし、SMARPPやTAMARPPのファシリテーター経験が十分にある研究分担者と研究協力が者がデモセッションを行うなどして、職員に対する研修を行った。

このプログラムは、平成22年7月28日より週1回、館山病院にて実施された。実際のセッションでは、ファシリテーターの1人は、TAMARPPでコ・ファシリテーターを務めてきた経験があった。参加者はいずれも千葉ダルク、館山ダルクの入所者であり、平成22年12月末までに32名(薬物依存30名、アルコール依存2名)が参加し、平成22年12月末時点までで24名が1クールを終了している。

千葉・館山ダルクでのプログラムはいずれも入所者を対象としていたこともあり、出席率は毎回概ね100%で、プログラム実施期間中の薬物再使用も見られなかった。しかし、1名は施設から脱走し、プログラムから離脱した。

①参加者の感想

以下に、参加者の感想を列挙する。

・再発のメカニズムを理解することによって、アディクションに対してうまく対応できるようになると思う。勉強になりました。

- ・依存症の事がよく書いてあるので、だんだんN Aの本も理解できるようになった。
- ・依存症の事を解り易くテキストにまとめてあり、よく理解できた。
- ・今一度自分の問題を見つめ直すことができた。
- ・テキストの中の引き金については、せりがや病院でもやったのでより深く理解できた。
- ・記入式のテキストは初めて使ったので理解し易かった。
- ・テキストから薬物使用の一番の問題は引き金だと解った。
- ・自助グループのミーティングとは違った気付きがあり、自分にとってプラスになった。
- ・今の時点で自分が考えている事とテキストの内容が合っていて嬉しかった。
- ・いままで自分が知らなかった事や考えもしなかった事が内容にあり為になった。
- ・これをやって気持が大分落ち着いた。過去の自分の行動が少しずつ見えるようになった。
- ・認知行動療法を通して、回復の兆しが見えた。
- ・もう少し真面目に参加すれば早く社会に出られると思った。
- ・いままで自分が気付かなかった事がすごく多かったのだと知らされた。

②スタッフの感想

続いて、プログラムのファシリテーターを担当したダルクスタッフの感想を列挙する。

- ・テキストを使用し、項目ごとに参加者が自ら記入するところがあり、参加者にとっては自分自身を見つめる事がより深くできると思います。講師とのやり取りもあり、皆、積極的に参加し、楽しみにしている者も沢山いる。
- ・認知行動療法に参加する事で、薬物やアルコールに対しての回避策などの対応もできるようになると思いました。
- ・多摩のワークに比べ参加人数が20人から25人と多く、導入一テキスト一結び（次の1週間のスケジュール）というすすめかたはちょっと無理が

あるかもしれない。

- ・週一回のこのプログラム以外は自助グループがたのミーティングのため参加者の取り組み姿勢は当初の予想より良いように思う。

2) 奈良ダルクでのプログラム

奈良ダルクでは、SMARPP-16（国立精神・神経医療研究センター病院外来で用いているワークブック）を用いて、最初の試行を行った。プログラムを担当するダルクスタッフ3名は、研究分担者による奈良ダルクでの講習を受けた後、東京都多摩総合精神保健福祉センターのTAMARPPを見学するなど、プログラム実施にあたっての研修を受けた。

奈良ダルクでは、同施設内において平成22年6月7日より週1回の頻度でプログラムの実施をはじめた。対象者は同施設入所者であり、同年12月末までに25名が参加した（薬物依存16名、アルコール依存2名、ギャンブル依存6名、窃盗癖1名）。

同施設では、他にも多数の施設独自のプログラムがあることから、すべての参加者が定期的に参加できない状況もあり、全16回のセッションの8割以上に出席できた者は7名（28%）、5割以上に出席できた者は13名（52%）にとどまった。なお、5名（20%）はプログラム実施期間中に奈良ダルクを退所している。

①参加者の感想

- ・思考や考え方が理解でき、変わっていくような気がする。使っていた時の考え方を思い出して、その時の解決法は楽しかなかったんだなあと思った。
- ・過去の経験を分かち合っていく中で共感する事が多い
- ・病気の説明や、依存症の仕組みが分かりやすい。
- ・分かりやすいので、腑に落ちるところがある。
- ・勉強という印象をあまり受けなかった。自分の経験を書いて、シェアしているので、自分は参

加しやすいと感じている。

- ・倫理的な指示を与えているのではなく、行動や物の見方を少しだけ変える提案を受けているような印象を受けるので、受け入れやすいと思う。
- ・分かりやすいのだが、動機づけのような感じを受け、初歩的な印象を受ける。
- ・やっても癒される事がないので、あまりやりたくない。

②スタッフの感想

続いて、プログラムのファシリテーターを担当したダルクスタッフの感想を列挙する。

- ・新しく来た仲間、プログラムの導入として効果的だと感じています。まだ、施設生活に慣れていない段階で、グループの中でテキストを使い、自分の経験や考え方を一人一人シェアしていく中で、共通意識が芽生えていく中で、仲間としての繋がりが深まっていくと感じています。
- ・テキストのトピックを全員でシェアし、ディスカッションを行い、新しい仲間には回数を重ねている仲間（古い仲間）フィードバックなどで手助けしている事が、自然と出来ているように思います。
- ・参加者の印象の中でもあるように、少し初歩的な印象を受ける仲間もいて、モチベーションが下がってしまい、淡々と進行してしまう時もありました。
- ・振り返りをする事によって、参加している人の状態が分かる。
- ・テキストが分かり易いので、皆が理解しやすく発言が多くなりグループが活発になるセッションもある。

2. 各施設独自のワークブックの作成（下図）

栃木ダルクの最初の施行後、ワークブックの内容を再検討して改訂し、独自の表紙デザインを持つワークブックを印刷・製本するとともに、プログラム名を「T-DARPP」と定めた。

これを受けて、千葉ダルク、奈良ダルクでも各施設独自で表紙をデザインし、それを T-DARPP のワークブックの中身と組み合わせたワークブックを印刷・製本した。また、両施設でのプログラム名をそれぞれ、「CHBARPP」、「NARARPP」と定めた。



図1: 栃木・千葉・奈良ダルク用ワークブック

D. 考察

【研究1】

1. 薬物・アルコール問題

DR 群の薬物問題の重篤度はある程度高く、9割以上が「やや重い問題あり」「非常に重い問題あり」に属していた。使用薬物については、「これまでに使用したことがある薬物」「最も使用した薬物」ともに覚せい剤が多く、それぞれ 81.8%（複数回答可）、45.5%であった。

一方、AL 群における AUDIT の得点は高くない者が多く、全員が 11 点以下の非問題飲酒群であった。しかし、これは AL 群の問題の重篤度が DR 群に比べて低いことを示唆しているものではない。AUDIT には、過去 1 年間の飲酒に関する質問項目が多く含まれているが、対象者の多くは栃木 DARC に入所してから既に 1~3 年以上が経過しており、その間断酒を継続している。低得点は主にこの理由によるものであり、その人の本来のアルコール問題を反映したものではないと思われる。

2. SOCRATES

5 回以上プログラムに参加した 7 名における登

録時と終了時のSOCRATES得点の変化については、「迷い」「実行」及び「合計」得点に有意差またはその傾向が認められ、登録時よりも終了時の方が高得点であった。しかし、施設ではT-DARPP以外に多様なプログラムを実施しているため、この変化が主にT-DARPPの効果を表しているとは断定できない。その点については今後対象者の数を増やすことにより、参加回数の多い者と少ない者との比較を行うなどして検討したい。

3. 薬物依存に対する自己効力感スケール

5回以上プログラムに参加した7名における登録時と終了時の薬物依存に対する自己効力感スケール得点の変化については、いずれも有意差は認められなかった。7名の合計得点の変化を個人別にみると、登録時の得点が非常に低い者を除いては、得点あまり変化していなかったり、むしろ低くなっているケースの方が多い。この理由としては、参加回数の少なさ(5~8回)、評価期間の短さ(約70日)などが考えられる。プログラムにおいて依存のメカニズムや引き金の概念を学習することにより、参加初期段階の短期的な効果として、断薬生活を継続していく自信よりも、まず、依存症者が断薬生活を継続することの困難さを改めて実感することにつながった可能性がある。その先には、薬物使用を回避することに対する自己効力感の向上という長期的な効果が期待されるが、その効果を得るに至るには一定期間以上プログラムに継続参加し、各参加者がそれぞれの生活の中で経験しそうな危険な場面を想定してそれを安全に乗り越える方法を考えるだけでなく、実際に、危険な場面に遭遇したときにあらかじめ考えておいた方法を用いたり、有効な方法を徐々に増やしていったりする経験の蓄積が必要となるかもしれない。

4. POMS 短縮版

POMS 短縮版の標準化のための研究対象者(男性)の中央値は、「緊張-不安」が6点、「抑うつ

-落ち込み」が3点、「怒り-敵意」が4点、「活気」が10点、「疲労」が6点、「混乱」が5点となっている⁹⁾。登録時のPOMS得点をこれらと比較すると、DR群は「活気」を除いて、AL群は「怒り-敵意」「活気」を除いて、一般人口男性と比較して得点が高い傾向にあった。

また、5回以上プログラムに参加した7名における登録時と終了時のPOMS得点の変化については、有意差は認められなかったものの、「怒り-敵意」を除き全てのサブスケールにおいて中央値が改善の方向に移動していた。しかし、気分感情の状態は単独のプログラムの影響によるということは考えにくく、施設生活全体の影響として長期的かつゆるやかに改善していくものと思われる。

【研究2】

本研究では、栃木ダルクと同じワークブックを千葉ダルク・館山ダルク入所者に対して、また、SMARPP-16と奈良ダルク入所者に対して実践し、参加者およびスタッフの感想について聞き取り調査を行った。

その結果、参加者やスタッフからの反応は概ね好ましいものであった。具体的にはワークブックの内容はわかりやすく、自らが抱えている薬物問題を整理して理解するのに役立つように思われる。また、スタッフもその実施に苦慮することはなく、ダルクにおける薬物依存者の支援に関わった経験のある回復者スタッフであれば、ごく簡単な研修によっても一定水準以上のプログラムを提供できる可能性があると推測された。

しかしその一方で、ワークブックの内容が「初歩的すぎる」あるいは「癒されない」といった理由から、プログラムに対する参加意欲が高まらないといった意見もあった。確かにダルクに入所し、数多くのミーティングや様々なプログラムを通じて自らの問題に対する洞察や理解を深めている入所者にとっては、薬物依存症からの回復の入門編的な内容をワークブックは、やや退屈に感じられた可能性がある。また、12ステップミーティング

とは異なり、ワークブックにもとづくプログラムではスピリチュアルな内容を取り扱っていない。そうしたことが、「癒されない」という感想につながった可能性がある。そもそも本プログラムは、12ステップミーティングに抵抗感を持つ薬物依存者でもつながれる治療プログラムの選択肢として開発された経緯があり、こうした感想はある程度やむを得ない部分もある。

以上の点を考慮すると、民間回復施設におけるワークブックにもとづく認知行動療法プログラムは、入所間もない施設利用者、あるいは、通所による施設利用者に対して適用するのが妥当であると考えられる。

なお、本研究のなかで作成した、T-DARPP、CHIBARPP、NARARPPのワークブックは、引き続き各施設における認知行動療法プログラムの中で使用されることとなっている。

E. 結論

本研究では、民間回復施設における新しい薬物依存症治療プログラムを開発することを目的に、栃木ダルク、宇都宮アウトパシエントにてT-DARPP (Tchigi-Darc Addiction Relapse Prevention Program) を開始し、その介入効果の検討を行った。また、千葉・館山ダルクおよび奈良ダルクにおいてT-DARPPおよびSMARPP-16をそれぞれ試験的に実施した。さらに、T-DARPPのワークブックをベースとして、各施設独自の表紙デザインをもつワークブックを作成した。

栃木ダルク、宇都宮アウトパシエント利用者を対象とした介入効果の検討では、SOCRATES-8D得点に見られる、薬物問題認識の深化や治療動機の高まり、ならびに気分感情状態の改善といった効果が認められたが、他方で、評価方法としては、対象者の数、評価期間等様々な限界も示唆された。

また、千葉・館山ダルクと奈良ダルクでの試行では、参加者・スタッフのいずれからも概ね好ましい評価・感想を得ることができたが、その一方

で、すでにダルクでの様々なプログラムを経験している参加者にとっては内容が初歩的すぎる可能性、ならびに、スピリチュアルなテーマの不足といった問題があることも示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 千葉泰彦, 松本俊彦, 今村扶美, 小林桜児: 少年鑑別所における薬物乱用の実態調査と自習用ワークブックを用いた援助の開始. 神奈川県精神医学会誌 59: 53-59, 2010
- 2) 小林桜児, 松本俊彦, 千葉泰彦, 今村扶美, 森田展彰, 和田 清: 少年鑑別所入所者を対象とした日本語版 SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) の因子構造と妥当性の検討. 日本アルコール・薬物医学会誌 45 (5): 437-451, 2010.
- 3) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 平林直次, 和田 清: 国立精神・神経医療研究センター病院における物質使用障害治療プログラムの開発と効果測定. 日本アルコール・薬物医学会誌 45 (5): 452-463, 2010.
- 4) 松本俊彦, 千葉泰彦, 今村扶美, 小林桜児, 和田 清: 少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの試み～重症度による介入効果の相違に関する検討. 精神医学 52 (12): 1161-1171, 2010.
- 5) 松本俊彦: 物質使用と暴力および自殺行動との関係. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45 (1): 13-24, 2010
- 6) 松本俊彦: アディクション—精神科医が「否認」する「否認の病」. 精神科治療学 25 (5): 565-571, 2010
- 7) 松本俊彦: DSM-5における物質関連障害. 精神科治療学 25: 1077-1081, 2010

- 8) 松本俊彦, 小林桜児: 精神作用物質使用障害の心理社会的治療: 再乱用防止のための認知行動療法を中心に. 精神神経学雑誌 112 (7): 672-676, 2010
- 9) 松本俊彦: アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって. 精神神経学雑誌 112 (8): 766-773, 2010
- 10) 松本俊彦: 第 2 章 精神作用物質使用による精神および行動の障害 4. 覚せい依存の心理社会的治療. 精神科治療学 25 増刊号「今日の精神科治療ガイドライン」, 68-71, 2010
- 11) 松本俊彦: アルコール・薬物使用障害の心理社会的治療. 医学のあゆみ 233 (12): 1143-1147, 2010
- 12) 松本俊彦: 物質依存症—治療戦略に役立つ生活歴、現病歴、家族関係. 精神科治療学 25 (11): 1489-1496, 2010
- 13) 松本俊彦: 覚せい剤依存症の精神療法—患者と家族に対する初回面接の工夫—. 臨床精神医学 39 (12): 1583-1587, 2010
- 14) 松本俊彦: VII章 思春期における心の問題—薬物乱用. 日野原重明・宮岡 等監修 飯田順三編集 脳とこころのプライマリケア 4, pp448-458, 株式会社シナジー, 東京, 2010
- 15) 松本俊彦: 精神科医療 薬物依存. 精神保健福祉白書編集委員会精神保健福祉白書 2011 年版 岐路に立つ精神保健福祉医療—新たな構築をめざして. pp153, 中央法規出版, 東京, 2010
- 16) 松本俊彦: マトリックスモデルとは何か? 治療プログラムの可能性と限界. 龍谷大学矯正・保護研究センター編龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報 No. 7. pp63-75, 龍谷大学矯正・保護研究センター, 京都, 2010
2. 学会発表
- 1) 松本俊彦: アルコール・薬物依存症と摂食障害との併存例をめぐって. シンポジウム 26 「精神障害が併存するアルコール依存症の病態と治療」. 第 106 回日本精神神経学会学術総会, 2010. 5. 21, 広島.
- 2) 松本俊彦: 専門講座Ⅱ 自傷行為の理解と援助～アディクションと自殺のあいだ. 第 32 回日本アルコール関連問題学会, 2010. 7. 16, 神戸
- 3) 宮田久嗣, 松本俊彦: 3 学会合同シンポジウム 1「“物質”と“物質によらない”嗜癖行動の共通点と差異: 問題提起」, 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 7, 小倉
- 4) 松本俊彦: 3 学会合同シンポジウム 4「物質使用障害と自傷・自殺～最近の研究から」, 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 7, 小倉
- 5) 松本俊彦: 嗜癖問題と自傷・自殺. シンポジウム「自殺予防と嗜癖」, 第 21 回日本嗜癖行動学会, 2010. 11. 21, 岡山衛生会館
- 6) 松本俊彦・小林桜児: ワークショップ 19 薬物依存症の認知行動療法～マニュアルとワークブックにもとづく統合的外来治療プログラム. 第 36 回日本行動療法学会, 2010. 12. 4, 愛知県産業労働センター「ウインクあいち」.
- 7) 今村扶美, 松本俊彦, 千葉泰彦, 小林桜児, 和田清: 少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの開発とその効果～重症度による介入効果の検討～. 第 6 回日本司法精神医学会大会, 2010. 6. 4, 東京大学.
- 8) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 平林直次, 和田清: 医療観察法指定入院医療機関における「物質使用障害治療プログラム」の開発とその効果. 第 6 回日本司法精神医学会大会, 2010. 6. 4, 東京大学.
- 9) 小林桜児, 今村扶美, 根岸典子, 若林朝子, 松本俊彦, 和田 清: 国立精神・神経医療研究センター病院薬物専門外来受診者の臨床的特徴. 東京精神医学会第 89 回学術集会.

2010. 7.10, 北里大学薬学部コンベンションホール.

- 10) 小林桜児, 松本俊彦, 千葉泰彦, 今村扶美, 森田展彰, 和田 清: 少年鑑別所入所者を対象とした日本語版 SOCRATES の因子構造と妥当性の検討. 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 8, 小倉.
- 11) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 和田清: 医療観察法指定入院医療機関における「物質使用障害治療プログラム」の開発とその効果. 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 8, 小倉.
- 12) 田中紀子, 矢澤祐史, 松本俊彦: 奈良ダルクによる新しいとりくみ: Recovery Dynamics Program 導入による効果観察. 平成 22 年度アルコール・薬物関連学会合同学術総会, 2010. 10. 8, 小倉.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

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) Skinner, H.A.: The drug abuse screening test. Addictive Behaviors, 7: 363-71, 1982.
- 2) 鈴木健二: 薬物乱用のハイリスクグループへの介入に関する研究. 厚生労働科学研究補助金医薬安全総合研究事業薬物依存・中毒者の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究総合研究報告書, 177-189, 2003.
- 3) Schmidt A, Barry KL, Fleming MF: Detection of problem drinkers: the

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). South Med J., 88:52-59, 1995.

- 4) 廣尚典, 島悟: 問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有用性に関する検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 31:437-50, 1996.
- 5) McNair DM, Lorr M, Droppleman LF: Profile of Mood States. Educational and Industrial Testing, San Diego, 1992
- 6) 横山和仁: POMS 短縮版 手引きと事例解説. 金子書房, 東京, 2005.
- 7) 森田展彰, 梅野充, 岡坂昌子, 末次幸子, 嶋根卓也, 妹尾栄一: 薬物依存症に対する心理療法・認知行動療法の開発. 平成 18 年厚生労働省精神・神経疾患委託研究費「薬物依存症・アルコール依存症・中毒性精神病治療の開発・有効性評価・標準化に関する研究」研究報告書 p89-120, 2007.
- 8) Miller, W. R. Tonigan, J. S.: Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors, 10: 81-89, 1996.
- 9) 松本俊彦, 今村扶美, 小林桜児, 千葉泰彦, 和田清: 少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果 若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 44: 121-138, 2009.

表1. 対象者の性別及び年齢

| | | DR(n=11) | AL(n=5) |
|----|-------|------------|-----------|
| | | n (%) | n (%) |
| 性別 | 男性 | 11 (100.0) | 5 (100.0) |
| 年層 | 20-24 | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| | 25-29 | 1 (9.1) | 0 (0.0) |
| | 30-34 | 3 (27.3) | 1 (20.0) |
| | 35-39 | 4 (36.4) | 2 (40.0) |
| | 40-44 | 2 (18.2) | 0 (0.0) |
| | 45-49 | 0 (0.0) | 1 (20.0) |
| | 50-54 | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| | 55-59 | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| | 60- | 1 (9.1) | 1 (20.0) |

表2. 薬物・アルコール問題の重篤度及び使用薬物

| | DR(n=11) | AL(n=5) |
|--------------------------|------------------|---------------|
| | 中央値 (四分位) | 中央値 (四分位) |
| DAST20 | 14.0 (12.0-16.0) | - |
| AUDIT | - | 5.0 (0.5-6.0) |
| | n (%) | n (%) |
| 使用したことがある薬物 ^a | | |
| シンナー | 6 (54.5) | - |
| ガスパン | 2 (18.2) | - |
| 覚せい剤 | 9 (81.8) | - |
| MDMA | 3 (27.3) | - |
| 大麻 | 7 (63.6) | - |
| ケタミン | 0 (0.0) | - |
| LSD | 3 (27.3) | - |
| ヘロインまたはモルヒネ | 1 (9.1) | - |
| マジックマッシュルーム | 4 (36.4) | - |
| ゴメオ | 1 (9.1) | - |
| その他 | 4 (36.4) | - |
| 最も使用した薬物 | | |
| シンナー | 0 (0.0) | - |
| ガスパン | 0 (0.0) | - |
| 覚せい剤 | 5 (45.5) | - |
| MDMA | 0 (0.0) | - |
| 大麻 | 2 (18.2) | - |
| ケタミン | 0 (0.0) | - |
| LSD | 0 (0.0) | - |
| ヘロインまたはモルヒネ | 0 (0.0) | - |
| マジックマッシュルーム | 1 (9.1) | - |
| ゴメオ | 0 (0.0) | - |
| その他 | 2 (18.2) | - |
| 無回答 | 1 (9.1) | - |

^a 複数回答可

表3. 登録時SOCRATES得点

| | DR(n=11) | AL(n=5) |
|----|------------------|------------------|
| | 中央値(四分位) | 中央値(四分位) |
| 病識 | 29.5 (25.0-33.5) | 27.0 (14.5-30.5) |
| 迷い | 14.0 (13.0-17.0) | 10.0 (8.5-15.0) |
| 実行 | 30.0 (28.0-36.0) | 27.0 (19.5-29.0) |
| 合計 | 74.0 (65.8-87.5) | 67.0 (42.5-73.0) |

表4. プログラム参加状況及び登録時から終了時までのSOCRATES得点の変化(個人別)

| No | 使用薬物 (DR/AL) | 1クール (終了/脱落) | 参加回数 (回) | SOCRATES | | | | | | | |
|----|-----------------|-----------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | | | | 病識 (pre) | 病識 (post) | 迷い (pre) | 迷い (post) | 実行 (pre) | 実行 (post) | 合計 (pre) | 合計 (post) |
| 1 | DR | 終了 | 6 | 28 | 30 | 13 | 16 | 30 | 31 | 71 | 77 |
| 2 | AL | 終了 | 6 | 32 | 30 | 14 | 15 | 27 | 31 | 73 | 76 |
| 3 | DR | 終了 | 7 | 29 | 30 | 12 | 15 | 24 | 19 | 65 | 64 |
| 4 | DR | 終了 | 2 | 25 | 27 | 14 | 14 | 28 | 32 | 67 | 73 |
| 5 | AL | 終了 | 6 | 13 | 14 | 9 | 12 | 16 | 26 | 38 | 52 |
| 6 | DR | 終了 | 8 | 33 | 33 | 17 | 19 | 37 | 39 | 87 | 91 |
| 7 | DR | 終了 | 2 | 35 | 34 | 19 | 13 | 35 | 36 | 89 | 83 |
| 8 | AL | 終了 | 2 | 29 | 32 | 16 | 16 | 28 | 25 | 73 | 73 |
| 9 | DR | 終了 | 2 | 18 | 20 | 8 | 10 | 33 | 31 | 59 | 61 |
| 10 | DR | 脱落 | 1 | 25 | - | 15 | - | 26 | - | 66 | - |
| 11 | AL | 終了 | 6 | 16 | 25 | 8 | 16 | 23 | 30 | 47 | 71 |
| 12 | DR | 終了 | 2 | - | 21 | 14 | 16 | 30 | 28 | - | 65 |
| 13 | DR | 脱落 | 5 | 30 | - | 17 | - | 30 | - | 77 | - |
| 14 | AL | 終了 | 5 | 27 | 29 | 10 | 13 | 30 | 38 | 67 | 80 |
| 15 | DR | 終了 | 3 | 35 | - | 20 | - | 40 | - | 95 | - |
| 16 | DR | 脱落 | 3 | 32 | - | 14 | - | 36 | - | 82 | - |

表5. 薬物依存に対する自己効力感スケール

全般的な自己効力感

- 1 自分が薬物を使いたくなるきっかけをわかっていて、それをできるだけ避けるように注意できる。
- 2 今後、もし薬物を使いたくなることがあっても、何とか使わないでその場を切り抜ける準備ができています。
- 3 薬物がなくても生活していける自信がある。
- 4 困ったときにも薬に頼らず、周りの人に助けを求めることができる。
- 5 何かあっても、あわてずやっていける落ち着いた気持ちをもてる。

個別場面の自己効力感

- 1 薬物を使うことを誘われた時。
- 2 他の人が薬物を使っているところを見た時。
- 3 ちょっとなら大丈夫と使いたくなった時。
- 4 セックスしたい気持ちから薬物を用いたくなった時。
- 5 ストレスや疲れにより薬物が欲しくなった時。
- 6 よく眠れず薬物が欲しくなった時。
- 7 身体の不調や苦痛により薬物を使いたくなった時。
- 8 人間関係の悩みで薬物を使いたくなった時。
- 9 落ち込みや不安により薬物が欲しくなった時。
- 10 腹が立って薬物が欲しくなった時。
- 11 孤独で、さみしくて薬物が欲しくなった時。

表6. 登録時自己効力感スケール得点

| | DR(n=11) | AL(n=5) |
|------------|------------------|------------------|
| | 中央値(四分位) | 中央値(四分位) |
| 全般的な自己効力感 | 17.0 (16.0-19.0) | 15.0 (8.0-24.5) |
| 個別場面の自己効力感 | 47.0 (39.0-54.0) | 67.0 (23.0-74.5) |
| 合計 | 65.0 (55.0-74.0) | 77.0 (36.0-96.5) |

表7. プログラム参加状況及び登録時から終了時までの薬物依存に対する自己効力感スケール得点の変化(個人別)

| No | 使用薬物 (DR/AL) | 1クール (終了/脱落) | 参加回数 (回) | 薬物依存に対する自己効力感スケール | | | | | |
|----|-----------------|-----------------|-------------|-------------------|--------------|---------------|----------------|-------------|--------------|
| | | | | 全般 (pre) | 全般 (post) | 個別場面 (pre) | 個別場面 (post) | 合計 (pre) | 合計 (post) |
| 1 | DR | 終了 | 6 | 16 | 17 | 50 | 39 | 66 | 56 |
| 2 | AL | 終了 | 6 | 24 | 19 | 67 | 61 | 91 | 80 |
| 3 | DR | 終了 | 7 | 19 | 21 | 64 | 68 | 83 | 89 |
| 4 | DR | 終了 | 2 | 16 | 13 | 39 | 41 | 55 | 54 |
| 5 | AL | 終了 | 6 | 11 | 15 | 19 | 47 | 30 | 62 |
| 6 | DR | 終了 | 8 | 17 | 15 | 47 | 41 | 64 | 56 |
| 7 | DR | 終了 | 2 | 20 | 21 | 54 | 60 | 74 | 81 |
| 8 | AL | 終了 | 2 | 15 | 14 | 27 | 36 | 42 | 50 |
| 9 | DR | 終了 | 2 | 17 | 19 | 48 | 52 | 65 | 71 |
| 10 | DR | 脱落 | 1 | 16 | - | 23 | - | 39 | - |
| 11 | AL | 終了 | 6 | 25 | 23 | 77 | 64 | 102 | 87 |
| 12 | DR | 終了 | 2 | 12 | 9 | 35 | 38 | 47 | 47 |
| 13 | DR | 脱落 | 5 | 21 | - | 46 | - | 67 | - |
| 14 | AL | 終了 | 5 | 5 | 21 | 72 | 59 | 77 | 80 |
| 15 | DR | 終了 | 3 | 17 | - | 41 | - | 58 | - |
| 16 | DR | 脱落 | 3 | 17 | - | 60 | - | 77 | - |

表8. 登録時POMS得点

| | DR(n=11) | AL(n=5) |
|----------|-----------------|-----------------|
| | 中央値(四分位) | 中央値(四分位) |
| 緊張-不安 | 12.5 (7.5-17.3) | 10.0 (6.0-14.5) |
| 抑うつ-落ち込み | 11.0 (4.0-14.5) | 8.0 (4.0-11.5) |
| 怒り-敵意 | 8.5 (3.8-17.0) | 5.0 (3.5-13.0) |
| 活気 | 10.0 (5.8-12.8) | 9.0 (8.0-11.5) |
| 疲労 | 9.5 (7.0-17.0) | 9.0 (6.0-13.0) |
| 混乱 | 10.0 (8.5-14.8) | 9.0 (7.5-13.0) |

表9. プログラム参加状況及び登録時から終了時までの薬物依存に対するPOMS得点の変化(個人別)

| No | 使用薬物 (DR/AL) | 1クール (終了/脱落) | 参加回数 (回) | POMS ^a | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------|-----------------|-------------|-------------------|--------------|------------|-------------|-------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | | | | TA (pre) | TA (post) | D (pre) | D (post) | AH (pre) | AH (post) | V (pre) | V (post) | F (pre) | F (post) | C (pre) | C (post) |
| 1 | DR | 終了 | 6 | 16 | 19 | 10 | 10 | 8 | 5 | 6 | 1 | 10 | 15 | 10 | 17 |
| 2 | AL | 終了 | 6 | 11 | 6 | 10 | 12 | 5 | 5 | 13 | 11 | 10 | 11 | 9 | 10 |
| 3 | DR | 終了 | 7 | 6 | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 12 | 11 | 4 | 0 | 9 | 8 |
| 4 | DR | 終了 | 2 | 10 | 9 | 12 | 9 | 17 | 12 | 15 | 12 | 17 | 11 | 12 | 9 |
| 5 | AL | 終了 | 6 | 9 | 6 | 8 | 8 | 5 | 7 | 10 | 13 | 9 | 7 | 9 | 6 |
| 6 | DR | 終了 | 8 | 17 | 11 | 13 | 5 | 17 | 6 | 5 | 8 | 14 | 10 | 14 | 11 |
| 7 | DR | 終了 | 2 | 12 | 19 | 5 | 17 | 4 | 20 | 16 | 19 | 8 | 20 | 10 | 16 |
| 8 | AL | 終了 | 2 | 18 | 17 | 13 | 14 | 15 | 15 | 9 | - | 16 | 14 | 17 | 14 |
| 9 | DR | 終了 | 2 | 6 | 4 | - | 3 | 9 | 7 | 11 | 9 | 7 | 4 | 7 | 6 |
| 10 | DR | 脱落 | 1 | 18 | - | 16 | - | 18 | - | 11 | - | 17 | - | 17 | - |
| 11 | AL | 終了 | 6 | 3 | 7 | 1 | 5 | 2 | 4 | 8 | 9 | 5 | 5 | 8 | 8 |
| 12 | DR | 終了 | 2 | - | 9 | - | 4 | - | 4 | - | 9 | - | 5 | - | 11 |
| 13 | DR | 脱落 | 5 | 13 | - | 11 | - | 7 | - | 9 | - | 9 | - | 10 | - |
| 14 | AL | 終了 | 5 | 10 | 5 | 7 | 5 | 11 | 8 | 8 | 9 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| 15 | DR | 終了 | 3 | 19 | - | 16 | - | 16 | - | 7 | - | 17 | - | 19 | - |
| 16 | DR | 脱落 | 3 | 8 | - | 2 | - | 3 | - | 4 | - | 7 | - | 6 | - |

a (TA: 緊張-不安, D: 抑うつ-落ち込み, AH: 怒り-敵意, V: 活気, F: 疲労, C: 混乱)

表10. プログラム参加状況及び期間内の薬物・アルコール
使用(個人別)

| No | 使用薬物 (DR/AL) | 1クール (終了/脱落) | 参加回数 (回) | 使用 (有/無) |
|----|-----------------|-----------------|-------------|-------------|
| 1 | DR | 終了 | 6 | 無 |
| 2 | AL | 終了 | 6 | 無 |
| 3 | DR | 終了 | 7 | 無 |
| 4 | DR | 終了 | 2 | 無 |
| 5 | AL | 終了 | 6 | 無 |
| 6 | DR | 終了 | 8 | 無 |
| 7 | DR | 終了 | 2 | 無 |
| 8 | AL | 終了 | 2 | 無 |
| 9 | DR | 終了 | 2 | 無 |
| 10 | DR | 脱落 | 1 | 不明 |
| 11 | AL | 終了 | 6 | 無 |
| 12 | DR | 終了 | 2 | 無 |
| 13 | DR | 脱落 | 5 | 有 |
| 14 | AL | 終了 | 5 | 無 |
| 15 | DR | 終了 | 3 | 無 |
| 16 | DR | 脱落 | 3 | 不明 |

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」
研究協力報告書

認知行動療法プログラムを実施する医療従事者における効果の検証
患者や仕事に対する態度の変化の検討

研究協力者

高野 歩

東京大学大学院医学系研究科 健康科学看護学専攻
精神看護学分野 修士課程

研究要旨：

【研究目的】「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」は、ワークブックとマニュアルを用いて実施するスタイルとなっており、物質使用障害患者に対する治療経験が少ない医療従事者でも実施しやすいような工夫がなされている。そのようなことから、「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」は患者の回復以外にも、医療従事者の知識向上や治療提供への忌避的感情軽減に効果があると期待される。医療従事者における効果を検証するには、医療従事者の知識や態度を定量的に測定する尺度が必要である。今年度における本研究の目的は、医療従事者が薬物使用障害の患者とかかわる際の態度を測定する尺度の開発することである。

【方法】対象は精神科、内科、救急の部署に勤務する看護師 503 名。海外で作成された Drug and Drug problems Perception Questionnaire（以下、DDPPQ）という尺度を翻訳し日本語版を作成した後、日本語版の内的整合性と因子の妥当性・構成概念妥当性を検討した。

【結果】DDPPQ 日本語版全項目における高い内的整合性が確認された。海外とほぼ同様の因子構造が確認されたものの、データと因子構造モデルとの適合度は良くなかった。また、既存の理論と解析結果が一致し、構成概念妥当性が確認された。

【結論】看護師において DDPPQ 日本語版の信頼性・妥当性を検討したところ、概ね良好な結果であり、今後 DDPPQ 日本語版を用いて、薬物依存症に対する認知行動療法プログラムに関わることが医療従事者に与える影響を検討することができると考えられた。

A. 研究目的

薬物依存症患者は、一般住民や医療従事者から忌避的感情やスティグマを抱かれることが多く、その結果、診断・治療の遅れや患者の治療アドヒアランスの低下、自尊心やQOLの低下を招くと言われている。薬物依存症に対する治療法は確立されつつあるが、そのような医療従事者の態度が、治療導入への阻害要因となっていると考えられる。今後、適切な薬物依存症患者への治療を普及し、治療へのアクセスの改善を図るには、医療従事者の患者や治療への忌避的感情や抵抗感を軽減していく必要があると考えられる。

「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」で

開発された「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」は、全国複数の医療機関や精神保健福祉センター、司法関連施設で実施され、患者の回復に一定の効果をあげている。「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」は、ワークブックとマニュアルを用いて実施されている。プログラムで必要とされる知識やスキルは、ほとんどワークブックとマニュアルの中に記載されており、薬物使用障害に対する治療の経験が浅い医療従事者でも、実施しやすいような工夫がなされている。マニュアル以外にも、プログラム開発者から直接スーパーバイズを受けられるなど、「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」を実施する上での疑問や困難を解決するための、フォローがな

されている。このようなことから、新しいプログラムを実施する上での医療従事者の不安や苦手意識が軽減され、積極的にプログラムに参加することが可能になっている。

以上のようなシステムで実施されている「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」は、患者の回復のみならず、プログラムを実施する医療従事者にも効果があると考えられる。各実施施設においては、「看護師が患者をほめるようになった」「プログラム以外でも動機づけ面接の手法を用いて患者と向き合えるようになった」など、医療従事者が懲罰的ではなく、患者や治療に前向きになったという声が聞かれるようになった。「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」の実施を通して、医療従事者の知識やスキルが向上し、患者の理解が深まり、支援の意欲が高まっているとの報告もある。しかし、「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」の医療従事者における効果は、定量的に把握されておらず、プログラム実施の前後での変化を多施設で検討できてはいない。また、そのような効果を測定する尺度も存在しない。

そこで、本研究においては、「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」を実施する医療従事者における効果を測定する尺度を開発し、その尺度を用いて効果を検証することを目的とする。本報告書では、尺度の開発について報告する。

B. 研究方法

1. 対象

精神科病院（6施設）の病棟や外来、一般病院（4施設）の内科・救急部に勤務する看護師503名（精神科病院381名、一般病院122名）を対象とした。調査時期は、平成22年6月末～9月末であった。調査に当たっては、東京大学大学院医学系研究科医学部研究倫理委員会に許可を得た後、対象病院や調査該当部署の代表者に調査の説明を行い、承諾を得た。調査には、無記名自記式調査票を用い、記入後の調査票は厳封の上部署ごと回

収し、施設代表者に返送していただいた。説明書を調査票に同封し、調査対象者に研究の趣旨や倫理的配慮について説明した。説明書では、研究参加は自由意志であること、研究結果は統計的に処理し本研究のみに使用すること、調査票および電子化されたデータの管理を厳重に行うことを記載した。

計402名（回答率79.9%）から調査票が返送され、DDPPQ日本語版、性・年齢・看護師勤務年数に欠損がない352名（精神科病院267名、一般病院85名）を解析対象とした。有効回答率は、70.0%であった。

2. 調査内容

1) 用語の定義

専門的な用語を以下のように定義し、研究対象者に調査票の冒頭で説明した。薬物：アルコールとたばこを除く精神作用物質。薬物問題：薬物の使用が引き起こす全ての身体的・精神的・社会的問題。薬物乱用：薬物の本来の目的以外の使用、または社会的な規範を逸脱した使用。薬物依存症：薬物の使用が、コントロールできない状態。

2) DDPPQ日本語版の作成

DDPPQは2007年にWatsonらによって、Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire（以下、AAPQ）をもとに作成された薬物問題を持つ患者に対する仕事をする医療従事者の態度を測定する尺度である。AAPQの項目のアルコールという言葉が薬物に置き換え、信頼性・妥当性の検討がなされ、20項目7件法の尺度となっている。得点が高いほど態度がネガティブであることを示す。

DDPPQ日本語版作成に当たっては、心理測定尺度の翻訳と適応に関するガイドラインを参考に、英語から日本語への翻訳を行った。まず、DDPPQの原著者に翻訳の許可を得た。その後2名の研究者で別々に翻訳を行い、それぞれの翻訳の照合を行った。適宜研究協力者と相談し、より原文を反映するよう翻訳を修正した。物質使用障

害患者に対する治療の経験が豊富な医療従事者 8 名に翻訳した尺度を実施していただき、わかりにくい表現を修正し、最終的な翻訳とした。それを英語圏の翻訳者に逆翻訳を依頼した。原著者と研究者で日本語版の逆翻訳と原版の整合性を確認した後、最終的な DDPPQ 日本語版とした。また、日本語版では、英語版と同様に 7 件法としたが、得点が高い方がポジティブな態度を示すように変更した。日本においては、得点が高い方が態度もポジティブとする方が、得点を解釈しやすいと判断したためである。以上より、DDPPQ 日本語版は 20 項目 7 件法で、得点が高いほど、それぞれアルコール・薬物問題を持つ患者に対する仕事をする医療従事者の態度がポジティブであることを示す。

3) そのほかの尺度と変数

DDPPQ 日本語版の構成概念妥当性を検証するために、調査票中で以下の変数を測定した。

(1) 薬物使用者に対する仕事の経験

物質使用障害を有する人と仕事上でかかわる経験、物質使用障害についての教育やトレーニングを受けた経験は、治療態度に影響を及ぼすと考えられている。これらの変数は先行研究を参考に著者が独自に作成した。変数は、現在薬物依存者と働いているか（はい/いいえ）、薬物依存者と関わる頻度（なし、1年に1日以上、1月に1日以上、1週間に1日以上、毎日）、薬物乱用・依存に対する教育を過去に受けたかどうか（はい/いいえ）、薬物乱用・依存に関する研修に参加したことがあるかどうか（はい/いいえ）の4つの項目である。

(2) 物質使用障害に関する知識・スキル尺度

物質障害についての高度な知識やスキルは、医療関係者の肯定的態度と関連があると考えられている。アルコールや薬物問題を扱う知識やスキルを測定するために、アルコールや薬物問題のマネジメントにおける職業的知識や能力を測定する尺度「Competencies Questionnaire」を修正し、独自の尺度を作成した。この尺度は 10 項目、11 件法（0 全くそう思わない～10 とてもそう思う）で、

得点が高いほど、高度な知識やスキルのレベルを有することを示す。尺度の信頼性、妥当性は確認されていない。本研究での Cronbach α は 0.94 であった。

(3) 自尊心尺度

自尊心の高さは肯定的な治療態度と関連があるとされている。対象者個人の自尊心を評価するために自尊心尺度の日本語版を使用した。尺度は 10 項目、5 件法（1 そう思わない～5 そう思う）で、得点が高いほど自尊心が高いことを示す。日本語版の信頼性、妥当性は確認されている。

(4) キャリアコミットメント尺度

キャリアコミットメントは、個人の仕事や専門性に対する態度と定義されている。先行研究では、キャリアコミットメントは仕事上のスキルを発展させる予測因子であると考えられている。キャリアコミットメントを評価するために、キャリアコミットメント尺度の日本語版を使用した。尺度は 8 項目、4 件法（1 そう思わない～4 そう思う）で、高い点数は高度なキャリアコミットメントを示す。日本語版の信頼性、妥当性は報告されている。本研究での Cronbach α は 0.87 であった。

(5) 仕事満足

仕事の満足感は単項目で測定した。回答は 4 段階（1 不満足～4 満足）から選択してもらった。

(6) 薬物依存症患者に対する認識

参加者の薬物依存症に対する認識を測定するために 2 つの質問を作成した。1 つめは「薬物依存症を持つ人は意思が弱いと思いますか」、2 つめは「薬物依存症は回復可能な疾患だと思いますか」とした。これらの項目では、3 つの回答選択肢（そう思う、そう思わない、どちらとも言えない）から回答してもらった。

(7) 人口統計学的変数

人口統計学的変数として、性別、年齢、学歴、所属部署、看護師経験年数、精神科看護師経験年数を測定した。

3. 解析方法

DDPPQ 日本語版の内的整合性は、Cronbach α 係数にて評価した。構成概念妥当性は、因子的妥当性（探索的因子分析と確認的因子分析）、及び理論的に関連のある尺度や変数との関係を検討することによって評価した。探索的因子分析に先立ち、本データにおいて因子分析を行うのが適切であるかを Kaiser-Meyer-Olkin サンプルング適切性基準 (KMO) と Bartlett's の球面性のカイ 2 乗検定にて評価した。KMO は 0.8 以上を「かなり適切」とする基準を採用した。探索的因子分析 (EFA) は、最尤法・オプティミム法を用いて行った。因子数は固有値 1 以上という基準を採用した。EFA にて抽出された因子構造とデータとの適合度を検討するために、確認的因子分析 (CFA) を行い、各適合度指数 (GFI, AGFI, CFI, RMSEA) を算出した。理論的な構成概念妥当性の検討では、DDPPQ 得点と治療態度に影響すると考えられている各尺度・変数との Pearson 積率相関係数を算出した。用いた尺度・変数は、薬物使用者に対する仕事の頻度、精神科看護師経験年数、物質使用障害に関する知識・スキル尺度、自尊心尺度、キャリアコミットメント尺度、仕事満足である。また、DDPPQ 得点を次の群間で、t 検定または一元配置分散分析を行い比較した。各群とは、薬物乱用や依存に関する教育・研修を受けた経験の有無、薬物依存症に対する認識の違いにおける 3 群である。さらに、性・年齢・部署を調整変数とした共分散分析を行った。

CFA を除く統計解析では、SPSS18.0J を使用し、CFA では Amos ver.17.0 を使用した。また、有意水準は両側 5% とした。

4. 倫理的配慮

調査に当たっては、東京大学大学院医学系研究科医学部研究倫理委員会に許可を得た後、対象病院や調査該当部署の代表者に調査の説明を行い、承諾を得た。調査には、無記名自記式調査票を用い、記入後の調査票は厳封の上部署ごと回収し、施設代表者に返送していただいた。説明書を調査

票に同封し、調査対象者に研究の趣旨や倫理的配慮について説明した。説明書では、研究参加は自由意志であること、研究結果は統計的に処理し本研究のみに使用すること、調査票および電子化されたデータの管理を厳重に行うことを記載した。

C. 研究結果

1. 対象者属性

表 1 に人口統計学的特性、仕事の特性、及び DDPPQ とその他の尺度の平均点を示す。回答者の四分の三は女性であった。多くの看護師 (94.2%) は正看護師であった。精神科以外の多くの看護師は精神科での勤務経験がほとんどなかった。精神科看護師の 70%、及びその他部署の看護師のほとんどは薬物使用者に関わる仕事の機会がなかった。全回答者の約 60% は薬物乱用・依存に関する教育を受けていなかった。約 70% は薬物乱用・依存に関する研修に参加しなかった。また、DDPPQ 得点はほぼ正規分布に従った。

2. DDPPQ 日本語版の信頼性

全対象者における DDPPQ 全項目の Cronbach α 係数は 0.92 であった。5 つのサブ尺度、role adequacy (役割適正)、role legitimacy (役割妥当性)、role support (役割サポート)、role-related self-esteem (役割関連自尊心)、work satisfaction (仕事満足) の α 係数はそれぞれ 0.98、0.81、0.99、0.74、0.76 であった。

3. DDPPQ 日本語版の妥当性

(1) 因子的妥当性

KMO は 0.89 で、Bartlett's の球面性のカイ 2 乗検定は、有意であった ($p < 0.001$)。項目 8 は天井効果の傾向があり、項目 6 と 7 は床効果の傾向にあった。EFA の結果を表 2 に示す。5 つの因子が抽出され、それぞれの因子は、「相談と助言」「知識とスキル」「仕事満足と自身」「患者の役に立つこと」「役割認識」を表していると考えら

れた。項目 14 は、どの因子にも因子負荷が 0.3 以下であった。

CFA ではモデルとデータの適合度が良くない結果となった (GFI=0.83, AGFI=0.77, CFI=0.93, RMSEA=0.101)。項目 14 を除いた場合でも、同様に適合度は悪かった (GFI=0.84, AGFI=0.78, CFI=0.94, RMSEA=0.099)。

(2) 構成概念妥当性 (表 3・4)

薬物使用者に対する仕事の頻度、精神科看護師経緯年数、物質使用障害に関する知識・スキル尺度得点は、DDPPQ 高得点と有意な正の相関があった。自尊心尺度、キャリアコミットメント尺度、仕事満足は、DDPPQ 高得点と有意な正の相関があったが、相関係数は低い値であった。薬物使用者に対する仕事の頻度、精神科看護師経験年数、物質使用障害に関する知識・スキル尺度は、DDPPQ 下位尺度の「知識とスキル」「役割認識」「仕事満足と自信」「相談と助言」と有意に正の相関があった。自尊心尺度は、「知識とスキル」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」「相談と助言」と有意に正の相関があったが、相関係数は低い値であった。キャリアコミットメント尺度は、「知識とスキル」「仕事満足と自信」「相談と助言」と有意に正の相関があったが、相関係数は低い値であった。仕事満足は、「仕事満足と自信」「相談と助言」と有意に正の相関があったが、相関係数は低い値であった。

各群間での DDPPQ 得点の比較を表 4 に示す。教育・研修を受けたことがある群は、そうでない群に比べて、DDPPQ 合計得点とほぼ全ての下位尺度得点が有意に高かった。また、「薬物依存症を持つ人は意志が弱い」と思わないと回答した群は、思うと回答した群に比べて、合計得点と全ての下位尺度得点が有意に高かった。さらに、「薬物依存症は回復可能な疾患」と思うと回答した群は、思わないと回答した群に比べて、合計得点と下位尺度の「役割認識」「仕事満足」が有意に高かった。これらの結果は、性・年齢・部署で調整後もなお有意であった。

D. 考察

DDPPQ 日本語版は、信頼性が高く、概ね良好の妥当性を持つことが確認された。

DDPPQ 合計得点と下位尺度得点の Cronbach α 係数は中程度から高い値を示し、良好な内的整合性が確認された。これらの値は、先行研究と同程度、もしくはより高い値であり、DDPPQ 日本語版の信頼性は良好と考えられる。

EFA にて抽出された 5 因子構造は、英語版 DDPPQ の因子構造と同様であった。しかし、どの因子にも因子負荷が低い項目が 1 つ存在し、モデルとデータとの適合度も良くない結果となった。その原因として、その項目の日本語訳が英語版での意味合いを十分に反映しておらず、回答者にその意味合いが伝わっていなかった可能性が考えられる。今後はその項目の表現を修正し、さらなる妥当性の検討が必要であると思われる。

教育や研修、患者との関わりの経験、周囲からのサポート、自尊心が、役割適正や役割妥当性の認識を促進し、そのことによって仕事へのモチベーションや仕事満足が強化されると言われている。本研究では、薬物乱用や依存に関する教育や研修を受けたことのある看護師、薬物使用者に対する仕事経験が豊富な看護師、高度な知識・スキルを持つ看護師は、下位尺度の「知識とスキル」「役割認識」「仕事満足と自信」の得点が高かった。また下位尺度得点との相関の程度も先行研究と同様であった。これらの結果は、先行研究の見解と一致している。また、薬物依存症を持つ人は意志が弱いとは思わない、または、薬物依存症からの回復は可能と考える看護師は、下位尺度の「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の得点が高かった。この結果は、薬物依存症を持つ人に対して偏見が少なく、障害からの回復に寛大で前向きな見方が、医療従事者の態度を前向きにすると述べた先行研究の見解と一致する。しかしながら、本研究では、自尊心と DDPPQ 得点との相関が先行研究よりも低い結果となった。これは、本サンプルにおいて

は、自尊心が薬物使用者にかかわる際の態度にあまり影響しなかったことが考えられる。また、キャリアコミットメントとの相関が低かったのは、対象の看護師の専門性が多様であったためと考えられ、仕事満足との相関が低かったのは、一般的な仕事満足と薬物使用者とかわる際の仕事満足は違う概念であることが考えられた。

本研究では、いくつかの限界が考えられる。対象者のほとんどが薬物使用者にかかわる機会がほとんどないと回答していた。そのため薬物使用者と密にかかわる看護師の態度を測れていない可能性がある。また対象者の多くは精神科病棟に勤務する看護師であったため、外来や地域のセッティング、または他職種では回答の仕方が異なる可能性がある。さらに、本研究に参加しなかった看護師は、態度がよりネガティブであった可能性が考えられる。以上のことから、今後は様々なセッティング、様々な職種においてDDPPQ日本語版の信頼性・妥当性を検討する必要がある。

E. 結論

DDPPQ日本語版の信頼性・妥当性を看護師において検討した。その結果、DDPPQ日本語版の内的整合性、因子的妥当性・構成概念妥当性は良好であり、今後医療従事者に対する薬物乱用や依存に関する教育や介入の効果を測定する尺度として利用可能であることが推測された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

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) 和田清、(2010) 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
- 2) 増山桂太郎、高橋陽介、岩野卓ほか、(2010) 薬物依存症に対する Matrix プログラム (SMARPP) の効果について第 2 報、アルコール関連問題学会抄録
- 3) CARTWRIGHT, A. K. J. (1980) The attitudes of Helping Agents Towards the Alcoholic Client: the Influence of Experience, Support, Training, and Self-Esteem, *British Journal of Addiction*, 75, 413-431.
- 4) GORMAN, D. M. & CARTWRIGHT, A. K. (1991) Implications of using the composite and short versions of the Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (AAPPQ), *Br J Addict*, 86, 327-34.
- 5) WATSON, H., MACLAREN, W. & KERR, S. (2007) Staff attitudes towards working with drug users: development of the Drug Problems Perceptions Questionnaire, *Addiction*, 102, 206-215.
- 6) ALLSOP, S. J. & STEVENS, C. F. (2009) Evidence-based practice or imperfect seduction? Developing capacity to respond effectively to drug-related problems, *Drug and Alcohol Review*, 28, 541-549.
- 7) ROCHE, A. M., PIDD, K. & FREEMAN, T. (2009) Achieving professional practice change: From training to workforce development, *Drug and Alcohol Review*, 28, 550-557.
- 8) LIGHTFOOT, P. J. C. & ORFORD, J. (1986) HELPING AGENTS ATTITUDES TOWARDS ALCOHOL-RELATED PROBLEMS - SITUATIONS VACANT - A TEST AND ELABORATION OF A MODEL, *British Journal of Addiction*, 81, 749-756.
- 9) FORD, R., BAMMER, G. & BECKER, N. (2008) The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development, *J Clin Nurs*, 17, 2452-62.
- 10) HOWARD, V. & HOLMSHAW, J. (2010)

- Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 862-872.
- 11) LOUGHRAN, H., HOHMAN, M. & FINNEGAN, D. (2010) Predictors of Role Legitimacy and Role Adequacy of Social Workers Working with Substance-Using Clients, *British Journal of Social Work*, 40, 239-256.
 - 12) WILD, D., GROVE, A., MARTIN, M. et al. (2005) Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation, *Value in Health*, 8, 94-104.
 - 13) BUSH, R. A. & WILLIAMS, R. J. (1988) GENERALIST HEALTH AND WELFARE WORKERS RESPONSE TO ALCOHOL RELATED PROBLEMS - ROLE LEGITIMACY AND THE NEED FOR ROLE-SUPPORT, AN EXAMPLE FROM AN AUSTRALIAN RURAL-COMMUNITY, *Drug and Alcohol Dependence*, 22, 105-111.
 - 14) GORMAN, D. M., WERNER, J. M., JACOBS, L. M. & DUFFY, S. W. (1990) Evaluation of an alcohol education package for non-specialist health care and social workers, *Br J Addict*, 85, 223-33.
 - 15) HUNOT, V. & ROSENBAACH, A. (1998) Factors influencing the attitudes and commitment of volunteer alcohol counsellors, *British Journal of Guidance & Counselling*, 26, 353 - 364.
 - 16) ALBERY, I. P., HEUSTON, J., WARD, J. et al. (2003) Measuring therapeutic attitude among drug workers, *Addictive Behaviors*, 28, 995-1005.
 - 17) MUNRO, A., WATSON, H. E. & MCFADYEN, A. (2007) Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: a randomised controlled trial, *Int J Nurs Stud*, 44, 1430-8.
 - 18) JACKA, D., CLODE, D., PATTERSON, S. & WYMAN, K. (1999) Attitudes and practices of general practitioners training to work with drug-using patients, *Drug and Alcohol Review*, 18, 287-291.
 - 19) JOHANSSON, K., BENDTSEN, P. & AKERLIND, I. (2002) Early intervention for problem drinkers: Readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care, *Alcohol and Alcoholism*, 37, 38-42.
 - 20) FITZGERALD, N., WATSON, H., MCCAIG, D. & STEWART, D. (2009) Developing and evaluating training for community pharmacists to deliver interventions on alcohol issues, *Pharmacy World & Science*, 31, 149-153.
 - 21) ROSENBERG, M. (1965) *Society and the adolescent self-image* (Princeton University Press.).
 - 22) YAMAMOTO, M., MATSUI, Y. & YAMANARI, Y. (1982) Ninchisareta zikonosyosokumenno kouzou, *Kyouikushinrigaku kenkyuu*, 30, 64-68.
 - 23) BLAU, G. J. (1985) THE MEASUREMENT AND PREDICTION OF CAREER COMMITMENT, *Journal of Occupational Psychology*, 58, 277-288.
 - 24) ARYEE, S. & TAN, K. (1992) ANTECEDENTS AND OUTCOMES OF CAREER COMMITMENT, *Journal of Vocational Behavior*, 40, 288-305.
 - 25) KINOSHITA, T., MATSU, I. S., OTA, S. et al. (2003) Soshikino shindanto kasseikanotameno kibansyakudono kenkyuukaihatu
 - 26) SHIMOMITSU, T. (2005) Syokubakankoyutouno kaizentounioru mentaruherusu taisakunikansuru kenkyuu
 - 27) KAISER, H. F. (1974) INDEX OF FACTORIAL SIMPLICITY, *Psychometrika*, 39, 31-36.

表1 人口統計学的変数と仕事に関する属性、各尺度得点の結果

| 変数 | | 合計 (N=352) | | |
|---------------------|------------------|------------|-----------|------|
| | | n (平均) | % (SD) | |
| 性別 | 女性 | 270 | 76.7 | |
| 部署 | 精神科 | 267 | 75.9 | |
| | その他 ^a | 85 | 24.1 | |
| 年齢 | | (40.7) | (10.6) | |
| 経験年数 | 看護師 | (15.8) | (10.1) | |
| | 精神科看護師 | (5.9) | (6.4) | |
| 学歴 | 高卒 | 16 | 4.5 | |
| | 専門学校・短期大学卒 | 305 | 86.6 | |
| | 大学・大学院卒 | 27 | 7.6 | |
| | その他・不明 | 4 | 1.2 | |
| 薬物使用者と仕事でかかわる頻度 | ほぼ毎日 | 22 | 6.3 | |
| | 週に1日以上 | 35 | 9.9 | |
| | 月に1日以上 | 26 | 7.4 | |
| | 年に1日以上 | 81 | 23.0 | |
| | なし・不明 | 189 | 53.4 | |
| 薬物乱用や依存に関する教育を受けた経験 | あり | 150 | 42.6 | |
| | なし | 202 | 57.4 | |
| 薬物乱用や依存に関する研修を受けた経験 | あり | 98 | 27.8 | |
| | なし・不明 | 254 | 72.2 | |
| 尺度得点 | (得点範囲) | n | 平均 | SD |
| DDPPQ 合計 | (20-140) | 352 | 71.9 | 18.4 |
| DDPPQ: 相談と助言 | (3-21) | 352 | 11.1 | 4.9 |
| DDPPQ: 知識とスキル | (7-49) | 352 | 21.7 | 9.8 |
| DDPPQ: 仕事満足と自信 | (4-28) | 352 | 14.4 | 3.8 |
| DDPPQ: 患者の役に立つこと | (4-28) | 352 | 16.2 | 4.2 |
| DDPPQ: 役割認識 | (2-14) | 352 | 8.6 | 2.7 |
| 物質使用障害に関する知識・スキル尺度 | (0-100) | 341+ | 26.1 | 21.6 |
| 自尊心尺度 | (10-50) | 349+ | 33.0 | 6.6 |
| キャリアコミットメント尺度 | (8-32) | 348+ | 20.2 | 4.8 |

^a:内科、救急部 +: 人数は欠損値のため異なる。