

表1: 主たる乱用薬物

覚せい剤	61名(56%)
向精神薬	22名(20%)
大麻	5名(4.6%)
多剤/その他	19名(17.4%)

表2: 精神科併存症の内訳

神経症性障害	25名(22.9%)
精神病性障害	18名(16.5%)
気分障害	6名(5.5%)
パーソナリティ障害	4名(3.7%)
摂食障害	3名(2.8%)
その他	3名(2.8%)
合計	59名(54.1%)

表3: プログラム参加の有無と精神科併存症

	併存症なし	併存症あり**	合計
参加群	13	4	17
非参加群	37	55	92
合計	50	59	109

$\chi^2=7.595$  \*\*  $p<0.01$

表4: プログラム参加の有無と自記式評価尺度

	参加群17名	非参加群82名
DAST	11.3±3.6	11.3±4.3
AUDIT	7.9±10.1	7.5±7.9
SOCRATES		
病識	29.9±5.0	28.8±6.3
迷い	17.2±4.9	14.4±3.9
実行	33.5±15.4	30.6±6.8

表5: 各クールの概要

クール	期間	参加者数	平均参加率	尿検査陽性者数 /陽性回数
①	2010.1.14~ 5.13	7	58%	2名/計2回
②	2010.5.27~ 9.16	13	60%	2名/計5回
③	2010.10.14 ~2011.2.10	12	72%	2名/計4回
④	2011.2.24~ 6.16	11	59%	0名/計0回

表6: プログラム実施前後における自記式評価尺度の変化

効果測定尺度	測定人数	実施前	実施後
自己効力感尺度	7	66.9±18.5	64.4±23.9
SOCRATES			
病識	6	27.8±5.2	30.5±4.5
迷い	6	15.5±2.7	14.8±3.8
実行	6	30.0±4.4	33.7±6.9

表7: 初診後90日時点での治療継続率と自助グループ参加率

	参加群 17名 (実参加総数)	非参加群 72名 (終診・転医除く)	$\chi^2$
治療継続率 <sup>***</sup>	100 % (17名)	65.3% (47名)	14.16
自助グループ 参加率 <sup>*</sup>	29.4% (5名)	6.9% (5名)	8.286

\* $p < 0.05$ , \*\*\* $p < 0.001$

## 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

【目的】埼玉県立精神医療センター外来で実施している LIFE（薬物依存症再発予防プログラム）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、ならびにその効果について検証する。

【方法】研究 1 では、LIFE の継続参加の有効性を検証した。対象は、外来通院中の薬物依存症患者のうち、薬物使用を止められない患者及び、刑務所出所直後で再使用のリスクが高い患者 38 名であり、ワークブックを用いた全 36 回 9 ヶ月におよぶグループワークによる介入を行った。継続参加と断薬率の関係及び、介入前後の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。研究 2 では、LIFE 治療システムの充実と治療導入・継続促進を図るため、LIFE-mini、LIFE-note（断薬手帳）の活用に加え、新たに LIFE-family（家族教育）、LIFE-recovery の補助介入ツールを開発した。

【結果】介入前後で評価尺度上では有意な変化は認められなかったが、外来で LIFE に 9 ヶ月以上継続参加できた者の断薬率は 60.0% (6/10) で、9 ヶ月未満の断薬率が 25.0% (7/28) であることから、断薬継続には、一定期間の認知行動療法プログラムへの継続参加が必要であることが示唆された。また、病棟 LIFE と外来 LIFE を連動させ、LIFE-note などの補助介入ツールを積極的に活用していくことが、患者の治療継続に重要であると考えられた。

【結論】入院治療と外来治療が一体化した包括的な LIFE 治療システムを充実させることが、長期の治療継続を可能にし、断薬率を高め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）  
横山創（精神保健福祉士）  
岸達也（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）  
大殿幸子（看護師）

### A. 研究目的

埼玉県立精神医療センター（以下、当センター）は、平成 2 年の開設当時より、県内で唯一の薬物依存症の専門病棟を有する医療機関として治療を提供してきた。外来での継続治療を主とし、入院治療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。当センターの依存症患者数の推移を図 1、2 に示す。平成 22 年度の薬物依存症新規外来患者数は 110 名、新規入院患者数は 61 名となっている。また、使用薬物の内訳を図 3 に示す。覚せい剤

が約半数で、次いで向精神薬となっている。

自助グループ(NA)やリハビリ施設(ダルク)に繋ぐことを治療の目的としてきたが、現状では、NAやダルクに繋がること自体が困難な事例は多く、外来通院のみで主治医との面接に終始するケースも多かった。また、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、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患者の包括的な外来治療プログラムが必要であった。

そこで、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 model<sup>2)</sup>を基に、平成 19 年度に薬物依存症再発予防プログラム

「LIFE」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<sup>3)</sup>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 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。平成 20 年 6 月より、週 1 回の外来 LIFE を開始した。

LIFE は、認知行動療法の考えにそって、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に重点を置いたプログラムである。

これまでの研究結果では、統計学的解釈による治療効果の実証には至っていないが、認知行動療法的アプローチにより、薬物使用に至る引き金への気づきを高めることや、薬物使用に至る認知の変容が、参加者の発言の中に認められた。また、プログラム参加中の高い再利用率を認めたものの、再使用についてグループワークの中で取り上げ、連続使用に至る前に立て直すことで、治療からのドロップアウトを防いでいることが示唆された。

入院治療との連動においては、昨年度、依存症病棟への LIFE 導入を試みた結果、薬物依存症患者の入院治療は渴望期の影響で短期間に終わることが多く、通常のワークブックでは対応が不十分であり、構造の見直しを図る必要があった。

本研究の研究 1 では、外来 LIFE の長期継続参加の有効性を検証することを目的とした。研究 2 では、包括的な認知行動療法プログラム「LIFE 治療シス

テム」の充実を図り、病棟 LIFE への LIFE-mini 導入と、LIFE-note (断薬手帳)を作成することを目的とした。

## B. 研究方法

### 研究 1：外来 LIFE の長期継続参加の有効性

#### 1. 対象

当センターに通院中の薬物依存症患者で、1 ヶ月以内の断薬も難しく頻回に薬物使用を繰り返している患者及び、刑務所出所直後で、再使用のリスクが高い患者を対象とした。

平成 20 年 6 月から平成 23 年 11 月までの期間で、参加同意の得られた患者は 38 名 (男性 24 名、女性 14 名) で、平均年齢[標準偏差]は、35.1[8.8]歳であった。

#### 2. 方法

週 1 回のワークブックを用いたグループワーク (90 分) を主とし、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。週 1 回の通常の外来診察と、治療効果を客観的に判定する目的での尿検査を加えて実施する。

ワークブックは全 36 回で、依存症の基礎的な知識、薬物使用につながる引き金や認知、再発防止のための対処方法、自助グループや福祉サービス、自己理解や対人関係スキルを高める方法等を網羅している。外来 LIFE では、約 9 ヶ月間かけて、全回終了となる。終了後も OB として、グループに参加可能である。

#### 3. 評価方法

LIFE 開始時、3 ヶ月、6 ヶ月、9 ヶ月時に、1)DAST-20<sup>4)</sup>、2)薬物使用に関する自己効力感尺度<sup>5)</sup>、3)SOCRATES-8D 日本語版<sup>6,7)</sup>への記入を求めた。統計検定の方法として、介入前後に比較には Wilcoxon 符号付き順位検定を用いた。

1) DAST-20 (Drug Abuse Screening Test, 20 items)

Skiner<sup>4)</sup>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。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<sup>5)</sup>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おり、「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問の質問と、場面を超えた全般的な自己効力感を尋ねる5問の質問について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 Tonigan<sup>6)</sup>によって開発された、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の日本語版<sup>7)</sup>により評価した。「病識」「迷い」「実行」の3つの因子から成る。

## 4. 倫理的配慮

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。

## 研究2：LIFE 治療システムの充実

入院治療と外来治療の連動による包括的な認知行動療法プログラム「LIFE 治療システム」の充実を図った。「LIFE 治療システム」とは、図4に示すように、これまでの研究で提唱してきた外来LIFEを中心に、依存症病棟・救急病棟と連動し、LIFEワークブックを参考にして作成した補助介入ツールの積極的活用により包括的な治療を目指すものである。

### 1. 病棟LIFEへのLIFE-mini導入

#### 1) 対象

入院中の薬物依存症患者で、精神病症状消退後より参加可能とした。

#### 2) 方法

週1回のワークブックを用いたグループワーク(60分)を実施する。昨年度の試行では、LIFEワークブックは回数が多すぎ、適さなかったため、今年度は、依存症治療導入編のLIFE-miniをワークブ

ックとした。

## 2. LIFE-noteの作成・導入

### 1) 目的

慢性疾患の観点より、セルフモニタリングと治療継続の動機づけ、危機的状況への対処方法の確認のために、糖尿病手帳を模した日常的に活用できるLIFE-note(断薬手帳)を作成した。

### 2) 対象

薬物依存症患者及び、アルコール依存症患者の両方に利用できるものとし、希望者に配布した。

### 3) 内容

外来、入院問わずに毎日の記録として活用できる内容とした。

a. 回復カレンダー(図5)に、毎日下記を記入していく。

- ・薬物を使わず安全だった日：◎
- ・危なかったが薬物を使わなかった日：○
- ・薬物使用した日：S

b. 曜日ごとのページ(図6)に、今日気をつけること、頑張れたこと、危なかったことなどを記入する。

c. 「私の再発予防策」「緊急連絡先リスト」などに具体的に記入しておき、利用する。

d. 曜日ごとに、回復のための標語を掲載した。

e. 「引き金」「HALT」「ひまつぶしの方法」などをコラムとして追加した。

### 4) 使用方法

a. 外来受診日やLIFE参加時に持参し、主治医やスタッフに見せる。

b. 主治医やスタッフは、コメントを記入したり、ごほうびシールを積極的に活用する。

c. 自助グループ、外来プログラムへの参加も記入する。

d. 1ヵ月ごとにノートを新しいものに更新する。

e. 1ヵ月ごとの実績をスタッフと評価する。

## 3. LIFE-family, LIFE-recoveryの開発・作成

新たな補助介入ツールとして、家族教育を目的とするLIFE-familyと対人関係障害の問題改善に焦点を当てたLIFE-recoveryを開発・作成した。実際の導入はこれからであるが、治療意欲を高めたり、治療継続を促進したり、必要な知識の理解を促進することを目的とする。

具体的な使用方法については今後の課題である。

## C. 研究結果

### 研究1：外来 LIFE の長期継続参加の有効性

#### 1. 対象者の属性

参加同意の得られた 38 名の主たる使用薬物は、覚せい剤が 29 名、向精神薬が 5 名、鎮咳剤が 3 名、有機溶剤が 1 名であった。

薬物関連問題の重症度を示す DAST-20 の平均得点 [標準偏差] は、13.1 [2.5] 点であり、重度の薬物関連問題を抱えている集団といえた。

また、アルバイトを含む就労率は 10.5% (4/38) で、生活保護の割合は 47.4% (18/38) と高かった。

また、刑務所出所直後に医療につながり、LIFE 参加に至った対象者は 2 名であった。どちらも刑務所内で同様のプログラム経験があり、参加への抵抗は少なかった。

#### 2. LIFE 参加中の再使用率 (表 1)

LIFE 参加中に 1 回以上の薬物再使用を認めた者は 84.2% (32/38) であった。

#### 3. 外来治療継続率

参加者の現在の外来治療継続率は 78.9% (30/38) であった。現在通院していない 8 名のうち、1 名は治療中断、3 名は逮捕、3 名は他県のダルク入寮、1 名死亡であった。

#### 4. 断薬率 (表 1、図 7~9)

参加者 38 名の初回からの参加状況と再使用回数を図 7 に示した。1 ヶ月を 4 回とし、参加した回を濃い色、欠席した回を薄い色、再使用した回は丸印で示した。図 7 に示したように、初回から 3 ヶ月頃までは、再使用が多く、断薬が困難な参加者が多かった。3 ヶ月を超えた頃から、少しずつ未使用期間が延び、断薬継続へと変化する参加者が認められた。全 36 回を終了後も OB として参加している者もあり、最も長い参加者は約 3 年が経過した。OB には、毎回参加ではなく、2~3 週に 1 回程度の参加も可とした。

3 ヶ月以上の未使用期間が継続できた場合を断薬と定義し、LIFE への継続参加が 9 ヶ月以上の群と 9 ヶ月未満の群と比較した。その結果を表 1 及び図 8,9

に示した。

継続参加 9 ヶ月以上群の断薬率は 60.0% (6/10) であった。継続参加 9 ヶ月未満群の断薬率は 25.0% (7/28) であり、継続参加 9 ヶ月以上群の断薬率は有意に高かった (Fisher の直接確率計算法,  $p < 0.05$ )。

#### 5. 評価尺度得点の変化

9 ヶ月時点までのデータが回収できた 6 名の尺度得点の平均点の推移を表 2 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。

### 研究2：LIFE システムの充実

#### 1. 病棟 LIFE の実施状況

今年度の実施状況を表 3 に示した。参加者数は 26 名で、薬物依存症入院患者の 58.0% であった。実施回数は 32 回で、一人あたりの参加回数は平均 4 回であった。

参加した 26 名の平均在院日数は 46 日、不参加の 18 名の平均在院日数は 16 日であった。退院前に外来 LIFE を見学した者は 4 名で、その内 3 名は継続参加でき、外来 LIFE につながる事ができた。

#### 2. LIFE-mini 導入による病棟 LIFE の充実

LIFE-mini は依存症の基礎的知識と再使用の引き金、自助グループ、生活リズムに焦点を当てた全 5 回から成り、対象者の入退院の回転の速い病棟 LIFE には適していた。

小グループでの実施のため、参加者のその時の課題を考慮し、LIFE-mini のみではなく、対人距離やストレス発散方法、回復の難しさ、再使用後の立て直しなど、柔軟に内容を変更し対応することができた。

#### 3. LIFE-note の普及状況

平成 23 年 10 月より、作成した LIFE-note を外来と病棟にて希望者に配布開始した。現在、薬物依

存症患者 25 名、アルコール依存症患者 48 名が利用している。

病棟 LIFE では、一日一日の入院継続の目標達成を評価するために、LIFE-note のカレンダーにシールを貼って利用している。

## D. 考察

### 1. 外来 LIFE の有効性

LIFE 開設からの長期に渡る参加状況と再使用回数の検証により、高い再使用率を認めながらも、プログラムへの 9 ヶ月以上の長期の継続参加が、有意に断薬率を高めることが示唆された。薬物使用に関する自己効力感と治療に対する動機づけの程度には有意な変化は認められなかったが、今回示した断薬率は、認知行動療法プログラムによる断薬率を高める治療効果を期待させ、臨床的意義は高いと言える。

依存症治療では、治療終了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。頻回に薬物使用を繰り返している参加者が安定した断薬を実現するには、プログラムにできるだけ長く参加し続けられるような丁寧な関わりが重要であると考えられる。

### 2. 参加時期に合わせた関わり

参加者の多くが無職であることから、一日の規則正しい生活リズムが築き難く、暇な時間が多い。加えて、将来への漠然とした不安なども引き金となり、再使用に至りやすい。図 7 の参加と再使用の状況を見ると、初回から 3 ヶ月頃までは再使用が多く、断薬は非常に困難である。この時期は、まず LIFE に慣れ、参加の習慣を身に着けることと同時に生活リズムを改善していくことや、未使用の日を一日ずつ延ばすことを目標とする必要がある。まずは、断薬以前になるべく続けて参加できることを目標とすることで、長期の継続参加につながる土台作りとなると考えられる。また、再使用した時に、正直に自ら報告できることが最も重要とし、再使用した時こそプログラムに参加できるよう日ごろから伝え続けている。

数週間の断薬が可能となってくる時期は、依然として不安定で、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。「やめたい」と

強く思っているにも関わらず、プログラムに参加することで使用欲求が高まる状況は葛藤を生じ、参加動機を低下させてしまう。そこで、LIFE 参加のデメリットの方が大きいと参加者が判断した時には、考えを聞いた上で外来診察のみとしている。自分の状態をセルフモニタリングし、判断するように促すことで、自分の状態把握の練習になっている。参加者が、LIFE が自分にとって有用なのかどうかと迷っている時期を上手く乗り越えることが、長期の継続参加を可能にする鍵と考えられる。

LIFE に必要性を見出し、再使用しても毎週参加する習慣がつくと連続使用を防ぐことができる。再使用しても、「月曜日は LIFE だから」と認識できるようにまでなると、長期の継続参加が期待できる。そして、再使用を繰り返しながら、その都度再使用を振り返り、仲間と共有し、仲間を支えられることで、安心できる居場所にもなり、次第に断薬期間が延びる。LIFE を終了する 9 ヶ月を経過した頃には、開始当初は断薬など考えられなかった患者が断薬できるように変化しているという回復のイメージを描けるようになった。

この経過は、臨床的に経験する、一定の期間自助グループにつながり続けることによって回復していく多くの例と同様の経過を辿っていると推測される。

### 3. 入院治療との連動

当センターの依存症病棟では、アルコール依存症患者が 7 割を占めるため、病棟 LIFE は、薬物患者のみで正直な話ができる場として重要で、入院治療の継続を困難にする「薬物渴望期」を乗り切る補助的役割も担う。以前は、入院治療で仲間の必要性を感じ始めていたり、再発予防の動機づけが高まったとしても、退院後自助グループにつながれなければ、主治医の個別診察のみに終始してしまい、集団治療の効果を持続するための外来での受け皿がなかった。また、外来 LIFE に参加し始めていても、入院により環境が変わってしまうと、退院後の継続参加が途切れてしまうこともあった。

病棟 LIFE と外来 LIFE が連動することで、外来 LIFE の参加者は、入院治療を立て直しや、より知識を深めるための入院として位置付けられることができ、入院への抵抗も軽減しスムーズな介入が可能となった。また、連動していることで、入院中から退院後の再スタートがイメージできるため、退院時

の不安や焦りの軽減も期待できる。また、依存症治療につながったばかりの他の入院患者に長期的な治療モデルを示すことにもなり、病棟内に自主的で積極的な治療的雰囲気を作り出していると思われる。

#### 4. 薬物依存症患者の特徴をふまえた治療環境作り

薬物依存症患者には、1)自己評価が低く自分に自信をもてない、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、という特徴があると考えている。

これらの特徴により、周囲が自分のことをどう思っているのか不安で、本音の言える居場所となるには時間がかかる。また、再使用により、自分が薬物をやめたいと思っているかどうかさえ自信がなくなってしまうことが、継続参加を妨げる要因の一つと推測される。

「LIFEメンバー＝治療に前向きな集団」とラベリングされ、LIFEの大切なメンバーとして周囲に認識される治療環境が、プログラム参加を安定させる要因となると考えられる。

さらに、ワークブックやLIFE-noteへの書き込みが、治療の目に見える証拠として、参加者の支えとなることを意図している。

#### 5. 今後の課題

更なるデータの蓄積による治療効果の実証が求められる。加えて、参加継続要因に関して分析すると共に、LIFEを有効に提供し続けることができる環境を維持する工夫が必要である。さらに、家族への介入や教育に利用する目的で、LIFE-familyの開発を行っている。認知行動療法的なアプローチを基本として、様々な場面で、様々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検討していく。また、患者や家族に有用な情報を提供し、効果的な変化を促せるような治療システムを構築し、「薬物依存症の治療文化」を醸成していくことが今後の課題となる。

#### E. 結論

本研究では、埼玉県立精神医療センターで実施している外来LIFEの長期の継続参加による有効性を検証した。調査対象は、外来通院中で薬物使用が止

まらない患者及び、刑務所出所直後で再使用のリスクが高い患者38名であった。LIFEに9ヵ月以上継続参加できた者の断薬率は60.0%(6/10)で、継続参加9ヵ月未満群25.0%(7/28)よりも断薬率は有意に高かった。

また、9ヵ月以上の長期の継続参加を可能にするためには、病棟LIFEと外来LIFEを連動させ、LIFE-noteやLIFE-mini、LIFE-familyなどの補助介入ツールを積極的に活用していくこと、動機づけ面接法や随伴性マネジメントなどの有効性にエビデンスのある治療技法を取り入れていくこと、などが患者の治療継続に重要である。以上より、外来治療と入院治療が一体化した包括的なLIFE治療システムを充実させることが長期の治療継続を可能にし、断薬率を高めることが示唆された。

#### 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

- 1) 成瀬暢也：薬物乱用など社会状況の変化に伴う新たな精神科医療のあり方。シンポジウムII自治体病院精神科が担うべき役割と将来展望。第49回自治体病院協議会精神科特別部会，宇部市。2011.8.26.
- 2) 成瀬暢也：精神作用物質による精神障害の診断と治療計画。専門医をめざす人のための特別講座1。第107回日本精神神経学会総会，東京。2011.10.26.
- 3) 成瀬暢也：薬物依存症再発防止手帳（LIFE-mini）の開発と有効性の検討。第107回日本精神神経学会総会，東京。2011.10.27.
- 4) 成瀬暢也：埼玉県立精神医療センターにおけるワークブックを活用した薬物依存症の多彩な治療的介入について。第107回日本精神神経学会総会，東京。2011.10.27.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況



なし

## 1. 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,44(2):63-77,2009.
- 2) Shoptaw, S., Rawson, R.A., McCann, M.J., et al.: Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment-evidence of efficacy,JAddict.Dis.,13(4):129-141,1994
- 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,42(5):507-521,2007.
- 4) Skinner, H. A.: The drug abuse screening test. Addict. Behav.,7: 363-371,1982.
- 5) 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,42(5):487-506,2007.
- 6) 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, 10:81-89,1996.
- 7) 小林桜児,松本俊彦,千葉泰彦,ほか: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,日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45(5):437-451,2010.

図 1.新規外来患者数の推移

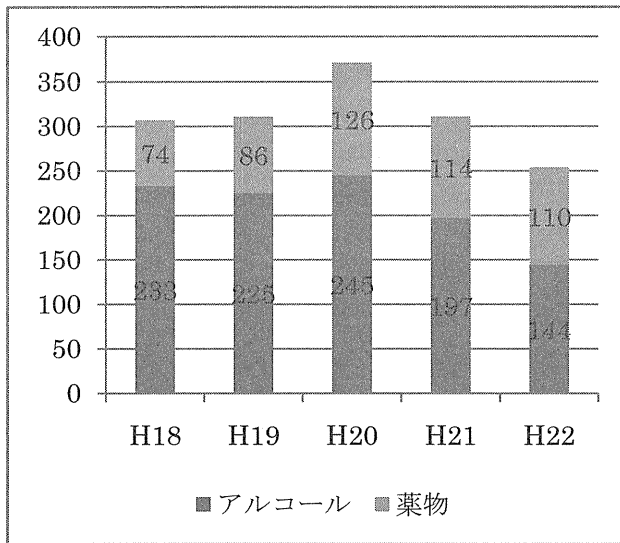


図 2.新規入院患者数の推移

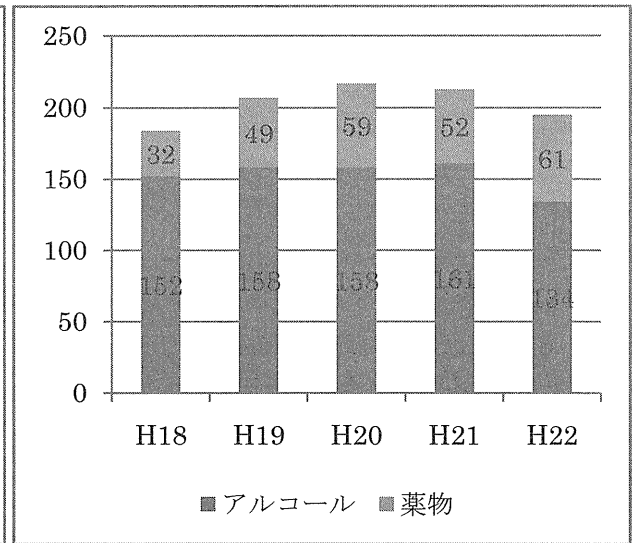


図 3. H22 年度新規患者の使用薬物内訳

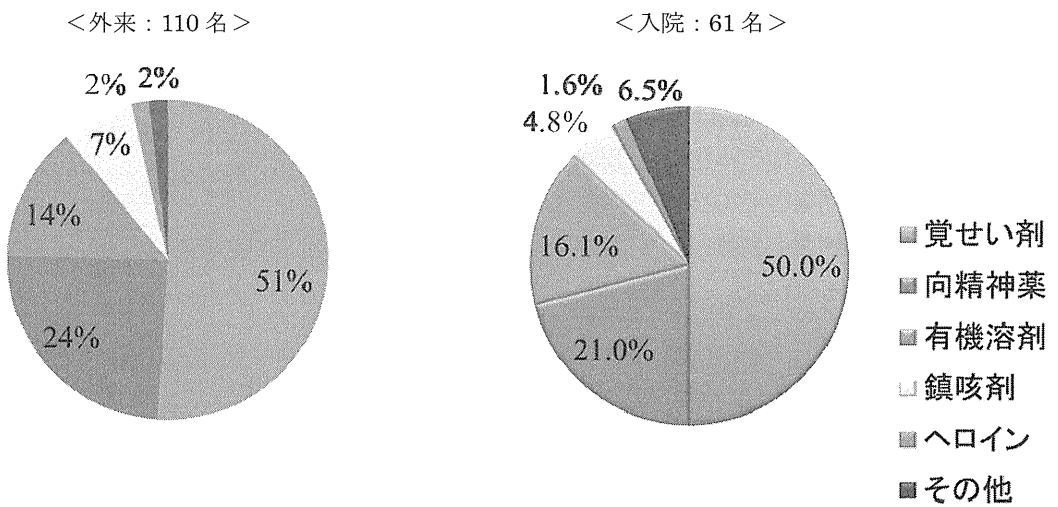


図 4. LIFE 治療システム

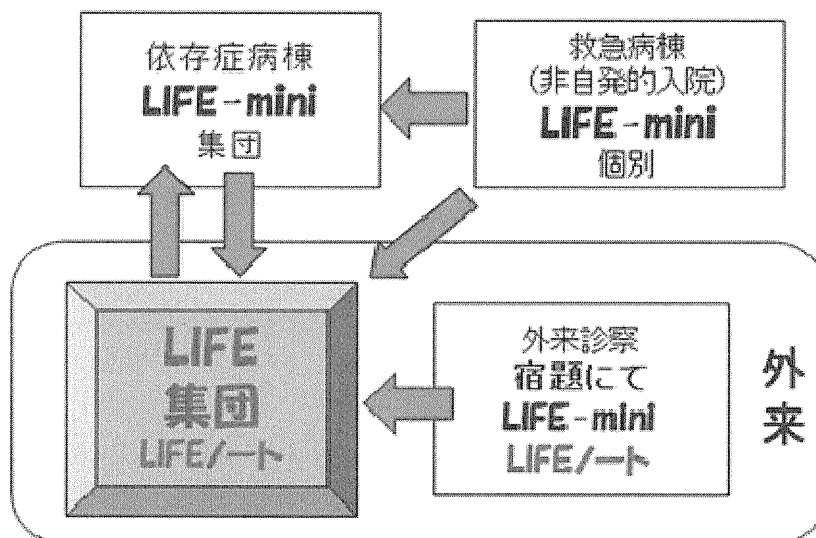


表 1. 再使用率及び断薬率

LIFE参加中の再使用		84. 2% (32/38)
断薬率 (3カ月以上)	継続参加6カ月未満群	20. 8% (5/24)
	継続参加9カ月未満群	25. 0% (7/28)
	継続参加9カ月以上群	60. 0% (6/10)

図 5. 回復カレンダー (LIFE-note)

LIFE-note へようこそ

LIFEとは、薬物・アルコール依存症の再発予防プログラムです。  
そのうちの、LIFE-noteは、今日一日の回復をお手伝いするあなたのノートです。いつもあなたの近くで、あなたの一日を見守ります。

「薬物やアルコールの問題があるかも」「少し減らしてみるか」という方も、「この断薬・断酒を続けよう」「今日一日を大切にしよう」という方もぜひノートをつけてみてください。

自分自身に目をむけることや、主治医や家族と話をするのに役立ちます。

<ノートの使い方>

- ① 右ページの回復カレンダーに、しらふで安全だった日には【○】、危なかったがしらふで過ごせた日には【○】、スリップした日には【S】を毎日記入して下さい。回復カレンダーには、受診日や自助グループの予定なども書き込んでみてください。
- ② 曜日ごとのページがあります。その日のがんばったことなどを簡単に書きとめましょう。
- ③ 最後のページの「私の再発予防策」「緊急連絡先リスト」は、具体的に書きこみ、いつも確認しましょう。主治医やスタッフと相談して完成させましょう。
- ④ 外来受診日には、ノートを主治医に見せましょう。
- ⑤ 自助グループや外来のプログラムに参加できたことも記録しましょう。
- ⑥ 1カ月が終わったら、主治医やスタッフに新しいノートをもらってください。

「自助グループ通いは、回復への近道である！」

年  月 回復カレンダー

◎ しらふで安全だった    ○ 危なかったがしらふで過ごせた    S スリップ

( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	今月の成果 ◎…… ( ) 個 ○…… ( ) 個 S…… ( ) 個			

図 6. 曜日ごとのページ (LIFE-note)

月 年

**Monday**

「正直な気持ちを話すことから、回復は始まる！」

Moon

**1** 曜日 【朝】 今日、気をつけること

日

あふなかったこと      今日の私

がんばれたこと

**2** 曜日 【朝】 今日、気をつけること

日

あふなかったこと      今日の私

がんばれたこと

**3** 曜日 【朝】 今日、気をつけること

日

あふなかったこと      今日の私

がんばれたこと

☆依存症的な行動は増えていませんか？

病院を休んだり遅刻する

仕事や生活リズムを変える

自助グループを休む

眠れない

うそをつく

身だしなみができない

約束をやぶる

他の薬物やアルコールの使用

お金のむだ使い

昔よく使っていた、放んでいた場所を何となく避る

やり過ぎる (食べ過ぎ、働き過ぎ)

孤独になる

**4** 曜日 【朝】 今日、気をつけること

日

あふなかったこと      今日の私

がんばれたこと

**5** 曜日 【朝】 今日、気をつけること

日

あふなかったこと      今日の私

がんばれたこと

休日が終わり仕事が始まるこの日は、天体の月(Moon)を敬愛されます。

図 7. 対象者 38 名の参加状況と再使用回数

No	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	10M	11M	12M	13M	14M	15M	16M	17M	18M	~36M	
L1																				
L2																				
L3																				
L4																				
L5																				
L6																				
L7																				
L8																				
L9																				
L10																				
L11																				
L12																				
L13																				
L14																				
L15																				
L16																				
L17																				
L18																				
L19																				
L20																				
L21																				
L22																				
L23																				
L24																				
L25																				
L26																				
L27																				
L28																				
L29																				
L30																				
L31																				
L32																				
L33																				
L34																				
L35																				
L36																				
L37																				
L38																				

図 8. 9 ヶ月を終了できた対象者 10 名での比較

	No	1M	2M	3M	4M	5M	6M	7M	8M	9M	10M	11M	12M	13M	14M	15M	16M	17M	18M	~36M		
断薬継続群	L1	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	L2	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	L3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	L5	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	L6	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
	L9	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	再使用群	L4	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		L7	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		L8	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		L10	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

図 9. 継続参加月数と断薬率との関係

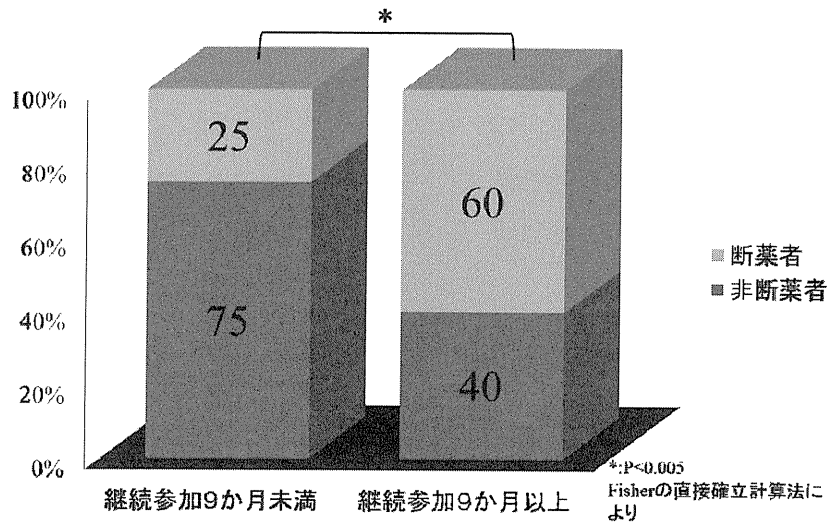


表 2. 9 ヶ月時点までの尺度得点の平均点推移 (n=6)

	開始時	3M	6M	9M
自己効力感	56.0	59.8	60.0	61.5
一般的	15.8	16.2	17.2	17.5
個別場面	40.2	43.7	42.8	44.0
SOCRATES8D	76.5	76.3	80.0	79.0
病識	29.7	29.3	31.2	30.5
迷い	14.3	15.0	15.8	14.3
実行	32.5	32.0	33.0	34.2

表 3. 病棟 LIFE の実施状況

参加者	26名(2回入院:2名) 薬物依存症入院患者の58%
実施回数	32回
1人あたりの参加回数	平均4回(1~9回)
平均在院日数	プログラム参加(n=26):46日
	不参加(n=18):16日
退院後に外来LIFE見学	4名(3名は外来LIFEにつながった)

## 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】保健機関で提供する再発予防プログラム TAMARPP の開発が目的である。

【方法】多摩総合精神保健福祉センターを利用する薬物依存・乱用者の中で、本研究に参加の意を示した 44 名を対象とした。効果評価は、4 回の面接及びアンケートを実施し、その前後比較を行った。

【結果】有意な変化とはいえなかったが、SOCRATES 得点は、登録時から FU3 ヶ月にかけて減少し、その後 FU6 ヶ月に向けて再び増加する傾向が認められた。自己効力感スケール得点についても類似の傾向が認められた。その理由としては、治療経験の少ない参加者が、プログラム参加により否認の気持ちや自信の喪失など様々な葛藤を経験することが考えられる。しかし、このような時期を、援助者との関係やプログラムへの継続参加などによって助けられながら乗り越えていく中で、徐々に治療回復に対する動機や欲求に上手く対処する自信などが確実なものになっていくものと思われる。一方、POMS 得点の変化については、有意の差は認められないものの、登録時から FU6 ヶ月に向けて、ほとんどのサブスケールにおいて状態が改善されていた。

TAMARPP 参加状況については、DR 群で 1 クールを終了した者は 61.3%、AL では 69.2%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 84.2%、AL 群の断酒率は 44.4%であった。終了から FU6 ヶ月までの DR 群の断薬率は 57.9%、AL 群の断酒率は 33.3%であった。

【結論】精神保健福祉センターにおける TAMARPP の実施は意義あるものであることが示唆された。

### 研究協力者：

高橋郁絵<sup>1)</sup> 谷合知子<sup>2)</sup> 井手美保子<sup>2)</sup>  
宮崎洋一<sup>2)</sup> 山口亜希子<sup>2)</sup> 四辻直美<sup>2)</sup>  
奥田秀実<sup>2)</sup>

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 23 年 1 月 31 日までにエントリーした 44 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、浜松市精神保健福祉センター及び岡山県精神科医療センターで開始したプログラムについて報告する。

## B. 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、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。

前後比較のための統計検定は Wilcoxon の符号付き順位検定を用いた。

### 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<sup>1) 2)</sup>。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<sup>3) 4)</sup>。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<sup>5)</sup>、「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<sup>6)</sup>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<sup>7)</sup>。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<sup>8)9)</sup>。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。

(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、薬物乱用・依存症者(以下、DRと記す)  
の77.4%(24/31)、アルコール乱用・依存症者(以  
下、ALと記す)の61.5%(8/13)を占めていた。

DR群の平均年齢は33.5歳(SD=7.2)、AL群の  
平均年齢は42.9歳(SD=11.0)であった。

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80.6%(25/31)、AL群の69.2%  
(9/13)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74.2%(23/31)、AL群の69.2%(9/13)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58.1%(18/31)  
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74.3% (23/31)、AL群の91.6% (11/13)を占めていた。

最後の使用（登録時から遡ってみた最後の使用）の時期については、DR群の平均値が643.2日（SD=673.6）であるのに対し、AL群の平均値は63.8日（SD=141.8）と短かった。

DR群のDAST-20得点は、11点以上が64.5% (20/31)であり、AL群のAUDIT得点は、15点以上が69.2% (9/13)であった。

治療歴については、DR群では「あり」の回答が45.2% (14/31)であるのに対し、AL群では76.9% (10/13)と、これまでになんらかの依存症治療を経験している者の割合が高かった。

### 3. TAMARPP 参加状況

DR群で1クールを終了した者は61.3% (19/31)、AL群では69.2% (9/13)であった。

1クール終了者の参加率は、DR群が82.2% (SD=80.0)であるのに対し、AL群は67.2% (SD=18.8)と若干低かった。

### 4. SOCRATES

登録時のSOCRATES得点を表4に示す。

次に、1クールを終了し、かつ、4時点のデータが全て揃っている者（DR群12名、AL群7名）について、登録時からFU6ヶ月までのSOCRATES得点の変化を表5に示す。登録時と終了時、登録時とFU3ヶ月、登録時とFU6ヶ月の「病識」「迷い」「実行」「合計」得点を比較したところ、DR群においてもAL群においても、有意差は認められなかった。

### 5. 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6に示す。

登録時の薬物依存に対する自己効力感スケール得点を表7に示す（個別場面についてはDR群のみ）。

また、1クールを終了し、かつ、4時点のデータが全て揃っている者について、登録時からFU6ヶ月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8に示す。登録時と終了時、登録時とFU3ヶ月、登録時とFU6ヶ月の「全般的な自己効

力感」「個別場面の自己効力感」「合計」得点（「個別場面の自己効力感」についてはDR群のみ）を比較したところ、DR群においてもAL群においても、有意差は認められなかった。

### 6. POMS 短縮版

登録時のPOMS得点を表9に示す。

また、1クールを終了し、かつ、4時点のデータが全て揃っている者について、登録時からFU6ヶ月までのPOMS得点の変化を表10に示す。登録時と終了時、登録時とFU3ヶ月、登録時とFU6ヶ月の「緊張-不安」「抑うつ-落ち込み」「怒り-敵意」「活気」「疲労」「混乱」得点を比較したところ、DR群においてもAL群においても、有意差は認められなかった。

### 7. 追跡期間内の薬物・アルコール使用

登録から終了までのDR群の断薬率は84.2% (16/19)、AL群の断酒率は44.4% (4/9)であった。終了からFU6ヶ月までのDR群の断薬率は57.9% (11/19)、AL群の断酒率は33.3% (3/9)であった。

### 8. 浜松市精神保健福祉センターにおけるプログラム

TAMARPP及びSMARPPを参考にして、1クール全10回のワークブック（HAMARPP）を作成した。平成23年7月21日より、薬物・アルコール及びギャンブル依存症者を対象として、毎週木曜日（15:30 - 16:40）にプログラムを実施している。

### 9. 岡山県精神科医療センターにおけるプログラム

TAMARPPのワークブックを用いて、平成24年1月11日より、薬物・アルコール外来患者を対象として、毎週水曜日（12:30 - 14:00）にプログラムを実施している。

## D. 考察

### 1. 対象者の特徴

DR群のDAST-20得点は、11点以上が64.5%であり、6割以上が「やや重い問題あり」または「非常に重い問題あり」の評価であった。AL群のAUDIT得点は、15点以上が69.2%であり、約7割が「アルコール依存」の評価であった。これらの結

果から、DR 群、AL 群ともに依存の程度は低くないことが示唆された。

次に、家族と同居していた者の割合をみると、DR 群では 80.6%、AL 群では 69.2%であり、ともに家族と同居している者の割合が高かった。また、依存症治療経験者の割合をみると、AL 群では 76.9%がこれまでになんらかの依存症治療を経験しているが、DR 群では 45.2%であり、治療経験のない者が半数以上を占めていた。

以上のことから、TAMARPP を利用している対象者の特性として、依存の程度は低くないものの、家族関係も維持できており、特に DR 群においては今回初めて治療的関与を受ける者が多いことが挙げられ、いわゆる「底つき」にはまだ距離がある者が多いことが推測される。また、これは多摩総合精神保健福祉センターを利用する物質乱用・依存症者だけの特性ではなく、保健機関全体の特徴である可能性も高いものと思われる。「底つき」に至る以前の物質乱用・依存症者に対しては、援助者は、強い直面化を行うよりも、良い行動を強化したり、動機の維持向上のための働きかけをしたり、望ましくない言動は修正しつつもゆるやかな変化につきあう姿勢を重視したほうがよいと考えられているので、TAMARPP のような非直面的なアプローチは保健機関で用いる方法として適しており、「底上げ」につながるのではないかと考える。

## 2. 追跡期間内の変化

有意な変化とはいえなかったが、登録時から FU6 ヶ月までの SOCRATES 得点の変化をみると、登録時から FU3 ヶ月の時期にかけていったん得点がゆるやかに減少し、その後 FU6 ヶ月の時期に向けて再び得点が増加する傾向が認められた。

自己効力感スケール得点の変化についても類似の傾向が認められ、登録時から終了時にかけていったん得点が減少し、その後 FU6 ヶ月の時期に向けて再び得点が増加していた。

一方、POMS 得点の変化については、上記 2 種類の尺度を用いた評価結果とは異なり、有意の差は認められないものの、登録時から FU6 ヶ月の時期に向けて、ほとんどのサブスケールにおいて状態が改善されていた。

上記から、精神保健福祉センターにおいてプログ

ラムに参加したり、また、個別支援を受けたりすることによって、対象者の気分感情の状態は、約 8 ヶ月の追跡期間の中で徐々に改善されていることが示唆された。その一方で、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、薬物使用の欲求が生じる時の対処行動に対する自己効力感については、プログラム参加後いったん低下し、その後再び上昇する傾向であった。その理由としては、これまで本格的に依存症治療に取り組む経験が少なかった参加者が、プログラム参加を通して薬物問題に直面する中で、否認の気持ちや自信の喪失など様々な葛藤を経験しており、それらが結果に反映されていることが考えられる。しかし、このような時期を、援助者との関係やプログラム参加などによって助けられながら乗り越えていく中で、時間の経過とともに、薬物に対する問題意識や治療回復に対する動機、欲求に上手く対処する自信などが確実なものになっていくものと思われる。

## 3. プログラム継続率及び断薬（酒）率

1 クール終了者については、DR 群で 61.3%、AL 群で 69.2%であり、また、1 クール終了者の参加率は DR 群で 82.2%、AL 群では 67.2%であった。以上のことから、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。

次に、断薬（酒）についてみると、登録から終了までの DR 群の断薬率は 84.2%、AL 群の断酒率は 44.4%であった。また、終了から FU6 ヶ月までの DR 群の断薬率は 57.9%、AL 群の断酒率は 33.3%であった。以上のことから、ある程度断薬（酒）の継続に役立っているが、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。その理由としては、AL 群では断酒期間がより短いこと、アルコールは身近で手に入れやすいことなどが考えられる。特に AL 群に対しては、断酒率のみならず過去 30 日の使用日数等のデータも活用しつつ、定期的にモニタリングを行い、適切な当面の課題を設定したり、また、付加的治療の必要性について対象者とともに考えたりしていくことが望ましい。

## E. 結論

TAMARPP の有効性を、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、薬物使用の欲求が生じる時の対処行動に対する自己効力感、及び気分感情の状態について、追跡期間内の変化を評価することにより行った。また、プログラム継続率、断薬（酒）率についても評価を行った。その結果、精神保健福祉センターに相談に訪れる薬物乱用・依存症者に対する TAMARPP の実施は意義あるものであることが示唆された。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

宮崎洋一, 山口亜希子, 近藤あゆみ, 五十嵐雅美, 四辻直美, 高橋郁絵: 精神保健福祉センターにおける認知行動療法の展開 TAMA center for mental health and welfare Relapse Prevention Program(TAMARPP), 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45, 119-127, 2010.

宮崎洋一, 山口亜希子, 近藤あゆみ, 五十嵐雅美, 四辻直美, 高橋郁絵: 【薬物依存の現在】精神保健福祉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 TAMARPP の実践, ころのりんしょう a・la・carte, 29 (1), 85-89, 2010.

## H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

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.