表1. 対象者の属性

		DR(n=31) n (%)	AL(n=13) n (%)
性別	男性	24 (77.4)	8 (61.5)
	女性	7 (22.6)	5 (38.5)
年層	20歳未満	2 (6.5)	0 (.0)
	20-24	2 (6.5)	0 (.0)
	25-29	5 (16.1)	2 (15.4)
	30-34	6 (19.4)	1 (7.7)
	35-39	11 (35.5)	3 (23.1)
	40-44	3 (9.7)	0 (.0)
	45-49	1 (3.2)	2 (15.4)
	50-54	1 (3.2)	3 (23.1)
	55-59	0 (.0)	2 (15.4)
最終学歴	中学	10 (32.3)	(15.4)
	高校	13 (41.9)	(38.5)
	専門学校	5 (16.1)	(7.7)
	大学	3 (9.7)	(38.5)
婚姻状態	未婚	17 (54.8)	4 (30.8)
	既婚	8 (25.8)	5 (38.5)
	別居	1 (3.2)	1 (7.7)
	離婚	5 (16.1)	3 (23.1)
逮捕経験	あり	24 (77.4)	3 (23.1)
	なし	7 (22.6)	9 (69.2)

表2. 対象者の居場所及び就労状況

		DR(n=31) n (%)	AL(n=13) n (%)
居場所	家族と生活	25 (80.6)	9 (69.2)
	独居	2 (6.5)	4 (30.8)
	病院	2 (6.5)	0 (.0)
	その他	2 (6.5)	0 (.0)
就業状況	無職	23 (74.2)	9 (69.2)
	非常勤	3 (9.7)	0 (.0)
	常勤	5 (16.1)	4 (30.8)
主たる生活費の出所[a]	給料	7 (22.6)	4 (30.8)
	パートナーの援助	3 (9.7)	0 (.0)
	家族の援助	13 (41.9)	6 (46.2)
	雇用保険・年金	1 (3.2)	0 (.0)
	生活保護	6 (19.4)	3 (23.1)
	その他	4 (12.9)	0 (.0)

a 複数回答可

表3. 薬物・アルコール使用歴、問題の重篤度及び治療歴

		DR(n=31) n (%)	AL(n=13) n (%)
主たる使用薬物	覚せい剤	18 (58.1)	—
	有機溶剤	2 (6.5)	—
	抗不安薬	1 (3.2)	—
	鎮痛薬	1 (3.2)	—
	大麻	1 (3.2)	—
	その他	1 (3.2)	—
	多剤	7 (22.6)	—
使用開始年齢	15歳未満	3 (9.7)	1 (8.3)
	15-19	14 (45.2)	6 (50.0)
	20-24	6 (19.4)	4 (33.3)
	25-29	5 (16.1)	0 (.0)
	30歳以上	3 (9.7)	1 (8.3)
	無回答	0 (.0)	1 (8.3)
最後の使用	1ヶ月未満	4 (12.9)	9 (75.0)
	1-6ヶ月	10 (32.3)	2 (16.7)
	6-12ヶ月	0 (.0)	0 (.0)
	1-3年	8 (25.8)	1 (8.3)
	3年以上	9 (29.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	1 (8.3)
DAST-20得点	0-5	1 (3.3)	—
	6-10	9 (30.0)	—
	11-15	14 (46.7)	—
	16-20	6 (20.0)	—
	無回答	1 (3.3)	—
AUDIT得点	10点未満	—	1 (8.3)
	10-14	—	2 (16.7)
	15-19	—	1 (8.3)
	20-24	—	1 (8.3)
	25-29	—	5 (41.7)
	30点以上	—	2 (16.7)
	無回答	—	1 (8.3)
治療歴	なし	16 (51.6)	3 (23.1)
	あり	14 (45.2)	10 (76.9)
	無回答	1 (3.2)	0 (.0)
治療歴ありの内訳[a]	医療機関	12 (38.7)	11 (84.6)
	リハビリテーション施設	4 (12.9)	0 (.0)
	自助グループ	5 (16.1)	6 (46.2)
	その他	2 (6.5)	0 (.0)
	無回答	1 (3.2)	0 (.0)

a 複数回答可

表4. 登録時SOCRATES得点

	DR(n=31)	AL(n=13)
	平均 (SD)	平均 (SD)
病識	30.3 (4.7)	31.6 (3.9)
迷い	15.1 (4.0)	16.9 (2.6)
実行	34.0 (4.2)	34.8 (3.5)
合計	79.2 (11.4)	83.4 (8.6)

表5. 1クール終了者の登録時からFU6ヶ月までのSOCRATES得点の変化

DR(n=12)	登録時	終了時	FU3ヶ月	FU6ヶ月
	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
病識	31.9 (3.1)	30.7 (5.4)	29.8 (4.8)	31.5 (4.1)
迷い	15.3 (3.3)	14.7 (3.1)	15.3 (4.0)	14.7 (3.7)
実行	34.7 (3.2)	34.3 (5.9)	32.8 (6.5)	34.2 (5.2)
合計	82.2 (7.3)	79.7 (12.6)	77.8 (12.9)	83.2 (7.3)
AL(n=7)	登録時	終了時	FU3ヶ月	FU6ヶ月
	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
病識	30.9 (4.6)	29.9 (6.6)	29.2 (5.8)	27.0 (5.8)
迷い	16.3 (2.5)	15.1 (4.0)	14.0 (0.8)	14.4 (4.0)
実行	34.6 (4.7)	34.0 (3.0)	30.5 (7.2)	31.5 (5.1)
合計	81.7 (10.2)	79.0 (12.9)	73.0 (11.8)	74.5 (14.0)

表6. 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る。
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7. 登録時の薬物依存に対する自己効力感スケール得点

	DR(n=31)	AL(n=13)
	平均 (SD)	平均 (SD)
全般的な自己効力感	19.0 (3.5)	17.0 (4.0)
個別場面の自己効力感	53.9 (15.9)	—
合計	72.9 (18.6)	—

表8. 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

DR(n=12)	登録時	終了時	FU3ヶ月	FU6ヶ月
	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
全般的な自己効力感	19.3 (3.0)	18.3 (5.4)	18.9 (5.6)	19.7 (4.7)
個別場面の自己効力感	56.2 (14.9)	53.1 (16.1)	55.7 (19.5)	59.1 (17.7)
合計	75.5 (17.2)	70.7 (21.0)	74.6 (24.3)	78.8 (22.1)
AL(n=7)	登録時	終了時	FU3ヶ月	FU6ヶ月
	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
全般的な自己効力感	18.2 (5.1)	17.1 (5.3)	18.7 (5.1)	17.9 (5.0)

表9. 登録時POMS得点

	DR(n=31)	AL(n=13)
	平均 (SD)	平均 (SD)
緊張ー不安	9.5 (5.6)	8.6 (4.4)
抑うつ-落ち込み	7.2 (5.9)	5.7 (4.6)
怒りー敵意	4.8 (4.9)	3.8 (3.5)
活気	8.0 (5.8)	7.9 (3.2)
疲労	8.7 (6.5)	8.5 (7.4)
混乱	8.9 (5.1)	7.7 (4.5)

表10. 登録時からFU6ヶ月までのPOMS得点の変化

DR(n=12)	登録時	終了時	FU3ヶ月	FU6ヶ月
	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
緊張ー不安	9.3 (6.7)	7.1 (5.3)	6.8 (5.1)	5.6 (4.4)
抑うつ-落ち込み	6.3 (6.7)	5.8 (5.8)	5.6 (5.3)	4.7 (4.3)
怒りー敵意	4.2 (5.8)	3.5 (3.1)	4.1 (5.6)	3.6 (3.5)
活気	8.8 (5.7)	7.9 (6.7)	8.5 (6.7)	8.2 (6.5)
疲労	8.1 (6.9)	6.4 (6.9)	6.3 (5.9)	7.9 (6.4)
混乱	9.4 (4.9)	8.0 (4.5)	6.9 (4.7)	6.8 (4.8)
AL(n=7)	登録時	終了時	FU3ヶ月	FU6ヶ月
	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
緊張ー不安	10.0 (4.0)	11.2 (5.2)	9.1 (5.1)	7.4 (4.6)
抑うつ-落ち込み	8.3 (4.3)	7.0 (3.3)	7.9 (4.2)	5.0 (5.7)
怒りー敵意	5.3 (4.2)	4.4 (3.0)	4.0 (3.7)	3.1 (3.4)
活気	7.1 (3.8)	7.1 (4.2)	8.3 (5.2)	7.2 (4.5)
疲労	11.7 (7.7)	10.6 (6.8)	10.7 (6.9)	8.2 (6.5)
混乱	9.3 (5.0)	9.3 (5.0)	8.3 (5.8)	8.7 (6.3)

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

医療観察法における物質使用障害治療プログラムの開発と効果に関する研究

研究分担者
今村扶美
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院
リハビリテーション部　臨床心理室

研究要旨

【目的】本研究では、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院（以下、NCNP 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に参加した対象者に対して、参加前後の評価尺度上の変化から、介入効果について検討を行った。

【方法】調査対象は、NCNP 病院医療観察法病棟の入院対象者のうち、入院後の問診ならびに尺度を用いた評価により、併存する物質使用障害に対する介入が必要と判断され、2008 年 6 月～2011 年 11 月の間にプログラムに参加した者であった。条件を満たした 28 名に対し、全 28 回からなる治療プログラム実施前後に、薬物依存に対する自己効力感スケール、および SOCRATES を実施し、介入前後の評価尺度上の変化と治療に対する態度の変化を検討した。

【結果】介入後には、アルコール問題については、自己効力感スケールの総得点および SOCRATES の下位尺度・総得点において有意な上昇傾向が認められたが、薬物問題に関しては、いずれの尺度得点においても、有意な変化が認められなかった。また、介入後には「抗酒剤」の服用率および自助グループへの参加同意率の顕著な上昇が認められた。

【結論】物質使用障害治療プログラムは、アルコール依存・乱用に対しては、欲求制御の自信を高め、アルコール問題に対する洞察や治療動機に好ましい変化をもたらすことが確認された。本プログラムが、断酒・断薬の明確な意志がない者をも対象に含めていることを考えると、本研究の結果は、本プログラムの臨床的意義を支持するものと思われる。

研究協力者

松本俊彦　独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所診断治療開発研究室長
小林桜児　独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師
平林直次　独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 リハビリテーション部長
和田　清　独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部

A. 研究目的

心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法）は、本来、アルコール・薬物の乱用・依存といった物質使用障害患者を想定している制度ではない。しかし、現実には、疾病性の根拠となる精神疾患に併存するかたちで、物質使用障害に罹患している対象者は少なくない。実際、すでに我々は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院（以下、NCNP 病院）医療観察法病棟において、

開棟から約3年半の間に入院した対象者91名を調査したところ、29名（31.9%）に、物質使用障害（DSM-IV-TRにおける乱用15名、依存14名）の併存が認められたことを報告している[1]。

このことは決して意外な結果ではない。というのも、司法精神医学領域の研究では、物質使用障害と暴力の密接な関係を指摘する報告は枚挙にいとまがないからである。たとえば、一般人口を対象としたコホート調査によれば、物質使用障害が存在することで暴力のリスクが男性で5.9〜8.7倍、女性で10.2〜15.1倍に高まる[2]、あるいは、物質使用障害は男性の暴力のリスクを9.5倍に高め、女性では55.7倍に高まると報告[3]されている。

統合失調症などの精神障害が重複して併存する場合には、物質使用はさらに密接に暴力と関連することが明らかにされている。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、乱用・依存水準の者では16倍に高まる[4]、さらには、物質使用障害を伴う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倍にもなるという[3]報告がある。また、このような重複障害患者では、暴力のリスクが高いだけでなく、地域内処遇における服薬のコンプライアンスや治療へのアドヒアランスが悪く、集中的な治療的介入が必要とされることも指摘されている[5]。

こうした先行知見はいずれも、物質使用障害に対して治療的介入を行うことが、司法精神医療において欠かせないものであることを示している。我々は、司法精神医療においては物質使用障害に対する介入は不可欠であるとの認識から、NCNP病院医療観察法病棟開棟当初より、同病棟において治療プログラムの開発・運営を行ってきたが、これまでのところその介入の効果については十分に検証してこなかった。

そこで、今回、我々はプログラムによる介入効果の検討を試みることにした。よって、ここに、その結果について報告するとともに、司法精神医療における物質使用障害治療プログラムの意義について若干の考察を行いたい。

B. 研究方法

1. 医療観察法病棟物質使用障害治療プログラムについて

本プログラムは、2005年8月のNCNP病院医療観察法病棟開棟当初より、精神科医、臨床心理士、看護師といった多職種スタッフによって運営されてきた。その特徴は、原則として退院まで継続して参加することが求められるオープン形式のプログラムという点にあり、常時10人前後の対象者が参加している。

本プログラムは、2つのコンポーネントから構成されている。1つは、毎週1時間のグループセッションである。セッションは、ワークブックを読みながら質問項目に回答し、内容について話し合っていく、というスタイルで進められる。セッション内で使用しているワークブックは、米国で広く実施されているMatrix model[6]に範をとって神奈川県立精神医療センターせりがや病院で実施されている、「覚せい剤依存外来治療プログラム（Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program; SMARPP）」[7]のワークブックを医療観察法病棟用に改訂したものである。ワークブックは、SARPPの16回のセッションを拡大した、全28セッションから構成されており、アルコール・薬物の心身への弊害、依存症の特徴や回復過程、社会資源に関する情報提供といった心理教育的な内容に加えて、どのような時に物質使用の渇望が生じやすく、今後はどう対処すれば再使用を防止できるかといった対処スキルの獲得に重点を置いた内容を取り扱っている（表1）。

このワークブックは、200ページあまりと分量が多いが、これはワークブック自体がファシリテーターガイドの役割を果たす機能を兼ね備えていることによる。すなわち、セッションに際してファシリテーターが発言すべき情報はすべて記載されており、これによって、担当者ごとのセッションの質のばらつきが少なくなることを期待している。そのため、依存症臨床の経験が少ない援助者でも、ワークブックをもとにセッションを進めていけば、一定以上の治療水準を維持できるというのが、本プログラムの特徴である。

もう1つは、夜間に行われる自助グループのメッセージである。本プログラムでは、参加者全員に、月2回、夜間にA.A.（Alcoholics Anonymous）メンバーによる院内メッセージへの参加を、そして薬物問題を持つ参加者には、月1回のN.A.（Narcotics

Anonymous）メンバーによる院内メッセージに参加することを求めている。これらのメッセージは、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っ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うことで、治療動機を高める効果を期待して導入している。

2. 対象

対象は、NCNP 病院医療観察法病棟の入院対象者のうち、以下の2つの条件を満たす者とした。すなわち、①入院後の問診（物質使用歴の聴取、過去の物質摂取と暴力、ならびに精神科治療中断との関係についての検討）、ならびに、AUDIT や DAST-20 などの尺度を用いた評価によって、DSM-IV-TR における物質依存もしくは乱用の診断に該当すると考えられ、アルコールや薬物乱用に対する介入が必要と判断された者であり、そのうえで、②2008 年 6 月～2011 年 11 月の間に本プログラムに参加し、1 クール 28 回のセッションを修了した者という条件である。

調査対象期間において上記条件を満たした者は 28 名（男性 23 名, 女性 5 名）であり、その全員からプログラム参加の同意を得ることができた。対象者 15 名の年齢は 22～63 歳に分布し、その平均年齢［±標準偏差］は 44.6［±10.6］歳であった。なお、本プログラムは、入院期間中は継続して参加することを原則としているために、調査期間中に複数回のクールに参加した者もいたが、そのような者については、初回参加時のクールのみを評価の対象とした。

対象者 28 名のプロフィールを表 2 に示す。対象者の DSM-IV-TR における主診断、すなわち疾病性の根拠となっている精神障害（心神喪失もしくは心神耗弱の理由となった精神障害）の内訳は、物質誘発性・特定不能精神病性障害 17 名、統合失調症 9 名、妄想性障害 1 名、双極性障害 1 名であった。なお、プログラム参加時点で慢性精神病症状が認められた者は 18 名（64.3%）であった。副診断である SUD 下位診断の内訳は依存 18 名、乱用 10 名であり、アルコール乱用者は 23 名、薬物依存・乱用者は 19 名であった。主たる乱用物質としては、アルコールが半数近くと最も多く、次いで、有機溶剤や覚せい剤が続いた。

3. 実施方法

本プログラムは、医療観察法病棟における通常の医療業務として行われているものであり、したがって、効果測定にあたって対照群を設定することが困難であった。そこで、本研究は対照群を置かずに、事例群に対する介入前後の変化を検討する方法を採用した。具体的には、プログラム導入時点と終了直後の 2 つの時点で、後述する既存の自記式評価尺度を実施するとともに、各担当スタッフから物質使用障害治療において重要な臨床的事項に関する情報を収集し、これらの変数の変化を測定した。その際、アルコール依存・乱用に対する介入の評価ではアルコール依存・乱用者を、また、薬物依存・乱用に対する介入の評価では、薬物依存・乱用者を、それぞれ分析の対象とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受けて実施された。

5. 変数

効果測定にあたって採用した変数は以下の通りである。

1) AUDIT（Alcohol Use Disorder Identification Test）

AUDIT は、WHO に加盟する 6 カ国の共同研究にもとづいた作成された、10 項目からなる、アルコール問題に関する自記式評価尺度である [8]。わが国においても、アルコール問題に関する研究で広く使用され、標準化もなされている。現在の問題飲酒だけでなく、将来アルコール問題を引き起こす危険因子についても分かる点が特徴であり、日本語版では、11～12 点以上の場合に問題飲酒が、20 点以上で重篤な問題飲酒が疑われると言われている [8,9,10]。

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

違法薬物および医療用薬物などの乱用をスクリーニングする目的から作成された、20 項目からなる自記式評価尺度である [11]。本研究では、対象者の薬物問題の重症度を評価するために、肥前精神医療センターで作成された日本語版を採用し [12]、介入前に実施した。日本語版 DAST-20 は、20 点満点のうち、0 点で「薬物問題なし」、1～5 点で「軽度の問題あり」、6～10 点で「中等度の問題あり」、11～15 点で

「やや重い問題あり」、16〜20 点で「非常に重い問題あり」と、4 段階で評価することとなっている。なお、この日本語版は、まだ標準化の手続きはなされていないものの、すでに国内で汎用されている。各項目は、薬物に関連した心理社会的障害の有無に関する質問文となっており、明らかな表面的妥当性がある。

3) 薬物依存/アルコール依存に対する自己効力感スケール

本研究では、森田ら [13] が開発した薬物依存に対する自己効力感尺度を対象者 28 名のうち薬物の問題を持つ 19 名に対して実施し、介入前後での総得点および各下位因子得点の変化を比較した。この評価尺度は、薬物の誘惑を受けたり、薬物に対する欲求が生じたりしたときの対処行動にどれくらいの自信、または自己効力感を持っているかを測定する自記式評価尺度であり、以下の 2 つの下位因子から成り立っている。一つは、場面を超えた全般的な自己効力感に関する 5 つの質問からなる部分であり、「5 点: あてはまる」から「1 点: あてはまらない」までの 5 段階から選択して回答する（全般的な自己効力感）。もう一つは、「薬物を使うことを誘われる」などの個別的な場面において薬物を使わないでいられる自信を尋ねる 11 の質問からなる部分であり、「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: やや自信がある」「2 点: 少ししか自信がない」「1 点: 全然自信がない」の 7 段階から選択して回答する（個別場面での自己効力感）。なお、この尺度はすでに信頼性と妥当性が確認されている [13]。

また、本研究では、薬物依存に対する自己効力感スケールをもとにアルコール依存に対する自己効力感スケールを作成し、これをアルコール問題のある 23 名に実施した。この評価尺度は、薬物依存に対する自己効力感スケールの質問文における「薬物」の箇所をすべて「アルコール」に置き換えたものである。今回、介入前データにおいて、全 16 項目、全般的な自己効力感 5 項目、個別場面の自己効力感 11 項目に関する内的一貫性は十分に高かったことから（Cronbach's α はそれぞれ、0.963, 0.895, 0.967）、本研究では、介入前後における総得点および各下位因子得点の変化を比較した。

4) Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)

Miller と Tonigan[14] によって、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評価するために開発された、19 項目からなる自記式評価尺度である。原語版では、各質問は「病識 recognition（質問 1, 3, 7, 10, 12, 15, 17 の合計）」「迷い ambivalence（質問 2, 6, 11, 16 の合計）」「実行 taking-step（質問 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 19 の合計）」という 3 つの因子構造を持つことが確認されている。「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、このまま薬物を続けていれ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し、「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、そして「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」ことを示すとされている。事実、SOCRATES 総得点は治療準備性の高まりと正の相関関係を示し [15]、動機付けの乏しい物質依存症患者に対する短期介入の場合には、高得点の者ほど治療継続率が高いという [16]。

本研究では、アルコール依存用に開発された SOCRATES-8A、ならびに、薬物依存用に開発された SOCRATES-8D について、著者の一人である小林が逆翻訳などの手続きを経て作成した日本語版 [17] を用いて、ワークブックによる介入の前後に評価を行った。具体的には、介入の前後にアルコール問題のある対象者 23 名に対して SOCRATES-8A を実施し、薬物問題を持つ 19 名に対してのみ、あわせて SOCRATES-8D を実施した。

本尺度はまだ標準化の手続きを終えてはいないものの、いずれも個々の項目について表面的妥当性が認められる。SOCRATES-8D については、すでに我々の先行研究 [17] において全項目に関する高い内的一貫性（Cronbach's α=0.798）が確認されており、また、SOCRATES-8A についても、今回の介入前データにおいて高い内的一貫性（Cronbach's α=0.899）が確認されている。このため、本研究では、介入前後の変化を、SOCRATES-8A/8D の総得点および各下位因子得点を比較することで検討した。

5) 抗酒剤服用・自助グループ参加意志

本プログラムでは、たとえ飲酒習慣を持たない薬物使用障害単独の患者であっても、少量の飲酒が薬物再使用の契機となることが少なくない、という研究知見[18]を紹介し、プログラム参加者全員に抗酒剤の有用性に関する情報提供を行い、また、自助グループへの継続的な参加についても、アルコールや薬物を使わない生活を実現するうえで有用な社会資源の1つであることをくりかえし伝えている。ただし、抗酒剤服用や自助グループ参加のいずれにしても、決して強要することはなく、あくまでも参加者自身が自分で決めることとしている。本研究では、介入前後における「抗酒剤服用の有無」および「自助グループ参加意志の有無」に関する情報を、各対象者の担当多職種チームから収集し、その変化を検討した。その際、28名全員を分析の対象とした。

5. 統計学的解析

対象15例における2つの自記式評価尺度の各項目得点を、プログラム実施前後で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 17.0を用い、両側検定にて$P<0.05$を有意水準とした。

C. 研究結果

対象者28名のうち、アルコール問題の認められた23名のAUDITの平均得点[±標準偏差]は16.1[±9.2]点であった。AUDITによる評価の結果、アルコール問題については、軽症者が3割、中等度が4割、重症者が3割と分類された。DASTについては、薬物問題の認められた19名に対して評価を行い、その平均得点[±標準偏差]は、8.4 [±5.1]点であった。DAST-20による評価の結果、軽症が3割、中等度が3割、重症が4割となった。このことから、対象者は比較的軽症の物質使用障害に罹患している者が多いと考えられた。

表3・4に、アルコール問題に対する対象者の態度の変化について示す。28回セッションの物質使用障害治療プログラムによる介入後、アルコール依存に対する自己効力感尺度の総得点（P=0.026）、およびSOCRATES-8Aの総得点(P=0.007)、下位尺度である「病識」(P=0.003)、「迷い」(P=0.036)、「実行」(P=0.029)の得点が有意に上昇した。

次に、薬物問題に対する対象者の態度の変化について示す（表5・6)。その結果、いずれの評価尺度においても有意な得点の変化は認められなかった。

続けて、対象者28名全員における「抗酒剤服用の有無」と「自助グループ参加意志の有無」の変化を示す（表7）。本プログラムによる介入により、抗酒剤の服用率（P<0.001）および自助グループへの参加同意率（P<0.001）に、顕著な上昇が認められた。

D. 考察

本研究では、医療観察法入院処遇における物質使用障害治療プログラムの治療効果について、検討を行った。わが国では、物質使用障害の治療を引き受けている医療機関が少なく、入院治療プログラムを持つ専門医療機関においても、その有効性を検証する研究はきわめて少ない状況にある。さらに、本来依存症者に対する地域支援の要となるはずの外来治療プログラムに至っては、専門医療機関でさえも十分持ち合わせてはいないのが実情である。最近になって、こうした状況は少しずつ変化しているものの、いまだ十分とは言えず、治療プログラムの整備は喫緊の問題と言える。

このような現状は、医療観察法の指定入院・通院医療機関においても同様である。司法精神医療において、物質の問題に介入することは、暴力のリスクを減らす上でも必要不可欠な課題であるにもかかわらず、物質関連障害の治療プログラムを準備している指定医療機関は、まだ一部の施設に限られている。その意味では、物質関連障害の臨床経験が少ない援助者でも実施しやすい治療プログラムを開発し、有用性の検証を行ったこと自体に、新しい試みとしての価値があると自負している。

以下に、プログラムの効果とその臨床的意義について考察を行いたい。

1. 医療観察法病棟物質使用障害治療プログラムの効果

アルコール問題に関しては、アルコール依存に対する自己効力感尺度および、SOCRATESという問題認識の深まりと治療動機の高まりを反映する尺度において有意な上昇が認められた。依存症を専門とする援助者のあいだでは、「依存症は忘れる病」と

言われており、介入を行わなければ、時間経過とともに問題意識は薄れていくのが通常である。その意味では、全28回の、およそ7ヶ月あまりの長いプログラムの結果、アルコール問題に対する洞察が深まり、治療動機が高まっているのは好ましい変化と言える。多くの者が抗酒剤服用を決意したことはそのことを裏付けていると考えられる。

一方、薬物問題に関しては、いずれの評価尺度においても有意な得点変化が認められなかった。薬物問題に関しては過去に乱用歴があるものの、近年は使用していない対象者も多く含まれているために、本人の問題意識や治療動機に変化が生じにくかった可能性が考えられる。今後、最終使用からの時間経過を考慮したうえでさらなる検証を進めていく必要があるだろう。

ところで、本プログラムによる介入によって、抗酒剤服用率と自助グループ参加同意率が顕著に上昇したのは注目に値する結果であると思われる。すでに述べたように、本プログラムのなかでは抗酒剤服用や自助グループ参加の治療的意義については繰り返し取り上げているが、決して参加者にそれらを強要するようなかかわりはしていない。にもかかわらず、こうした変化が認められたのは、本プログラムによる介入効果が、単に問題認識の深まりや治療動機の高まりといった内的な変化だけに限局されたものではなく、アルコール・薬物（薬物使用障害患者のなかには、飲酒が薬物再使用の引き金となっている者が少なくない[18]）をやめるための具体的な行動変容にも及んでいる可能性を示唆している。

我々は、指定入院医療機関における処遇中から抗酒剤服用を習慣づけ、退院地における自助グループに確実につなげておくことの治療的意義は大きいと考えている。物質使用障害の転帰は、治療プログラムの質の高さよりも、プログラム提供期間の長さに最も影響されるうえ[19]、「依存症の治療は貯金ができない」[20]といわれているように、物理的にアルコールや薬物から離されている入院中にいくら集中的な治療プログラムを提供しても、退院後に地域において介入が継続されなければその効果は持続されないのである。しかしながら、少なくとも現状では、指定通院医療機関のなかで、物質使用障害に対する構造化された治療プログラムを実施している施設はごく一部に限られており、通院処遇における最低限の継続的介入として、抗酒剤服用と自助グループ参加は重要な意義を持つといえるであろう。

2. 医療観察法における物質使用障害治療プログラムの意義

すでに述べたように、わが国では、物質使用障害に対する援助資源が乏しく、構造化された治療プログラムを提供している医療機関も限られた状況にある。事実、医療観察法の指定入院医療機関においても、物質関連障害の治療プログラムの準備が整っていない施設がまだ多く、我々も、他の医療観察法病棟からの転院例において、アルコールや薬物の問題に対して全く治療的介入がなされていないという事例に遭遇した経験は、これまで一度や二度ではない。

我々は、このように医療的な援助資源が限られている原因として最も大きいのは、精神科医療従事者が持つ物質関連障害に対する苦手意識や忌避的感情ではないかと推測している。その意味で、物質使用障害の臨床経験が乏しいスタッフでも、対象者とともにワークブックの記述を読み、課題について話し合うという方法でセッションを進めていけば、一定の治療を提供できるように工夫されている本プログラムは、プログラムの普及・均てん化はもとより、援助者のトレーニングという観点からも重要な試みであると考えられる。また、本プログラムで用いているワークブックは、医療観察法だけでなく、精神保健福祉法にもとづく一般精神科医療機関においても活用可能であり、医療観察法による処遇が終了し、患者を一般精神科医療へとバトンタッチする際にも、介入継続の手助けになることが期待される。

3. 本研究の限界

最後に、本研究の限界について述べておきたい。本研究には三つの重要な限界がある。第一に、対照群を欠いていることである。このため、本研究で確認された効果が、医療観察法病棟への入院という治療環境がもたらした自然経過のよる可能性を除外できないことがあげられる。第二に、本研究では、評価のエンドポイントが、「薬物の再使用」や「地域の援助機関の利用」ではなく、あくまでも入院中の介入前後における評価尺度得点の変化という代理変数であることがあげられる。したがって、今後は予後調査を行うなかで、評価尺度に表れている問題認識

の深化と援助必要性の自覚が、実際の援助資源利用や再使用とどの程度関連しているのかについて、検証される必要がある。最後に、病棟においては、多くのスタッフにより様々なレベルでの介入が行われており、プログラム外での影響を排除できない点があげられる。事実、プログラム運営に関与することを通じて物質の問題への理解を深めたスタッフが、対象者の担当多職種のひとりとして適切な個別的介入を行い、強制的でないかたちで、抗酒剤や自助グループの活用を促している。したがって、今回の研究結果は、プログラムの患者に対する直接的な効果だけでなく、スタッフに対する効果も含めた、病棟全体の介入が反映された可能性がある。

E. 結論

本研究では、NCNP 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に参加した対象者に対して、参加前後の評価尺度上の変化から、介入効果について検討を行った。

調査対象は、NCNP 病院医療観察法病棟の入院対象者のうち、入院後の問診ならびに尺度を用いた評価により、併存する物質使用障害に対する介入が必要と判断され、2008 年 6 月～2011 年 11 月の間にプログラムに参加した者であった。条件を満たした 28 名に対し、全 28 回からなる治療プログラム実施前後に、薬物依存に対する自己効力感スケール、および SOCRATES を実施し、介入前後の評価尺度上の変化と治療に対する態度の変化を検討した。
その結果、介入後には、アルコール問題では、自己効力感尺度の総得点および、SOCRATES の下位尺度と総得点において有意な上昇傾向が認められた。薬物問題に関しては、いずれの評価尺度においても有意な変化が認められなかった。

また、介入後には「抗酒剤」の服用率および自助グループへの参加同意率の顕著な上昇が認められた。

以上より、物質使用障害治療プログラムは、欲求制御の自信を高め、アルコール問題に対する洞察や治療動機に好ましい変化をもたらすことが確認された。本プログラムが、断酒・断薬の明確な意志がない者をも対象に含めていることを考えると、本研究の結果は、本プログラムの臨床的意義を支持するものと思われる。

F. 文献

1) 松本俊彦, 今村扶美: 物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題. 精神科治療学 24 (9): 1061-1067, 2009.

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

3) Wallace, C., Mullen, P., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D. and Browne C.: Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. Br. J. Psychiatry. 172:477-484, 1998.

4) Swanson, J.W., Borum, R., Swartz, M.S. and Monahan, J.: Psychotic symptoms and disorder and the risk of violent behaviour in the community. Criminal Behaviour and Mental Health 6: 309-329, 1996.

5) Soyka, M.: Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. Br. J. Psychiatry. 176: 345-350, 2000.

6) Matrix Institute: http://www.matrixinstitute.org/index.html

7) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, 遠藤桂子, 奥平謙一, 原井宏明, 和田　清: 覚せい剤依存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・薬物医学会誌 42: 507-521, 2007.

8) Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. and Grant, M.: Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. Addiction 88: 791-804, 1993.

9) 廣尚典: GAGE、AUDIT による問題飲酒の早期発見　日本臨床 172:589-593, 1997.

10) Donovan, D.M., Kivlahan, D.R., Doyle, S.R., Longabaugh, R., and Greenfield, S.F.: Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and

AUDIT zones in defining levels of severity among out-patients with alcohol dependence in the COMBINE study. Addiction 101: 1696-1704, 2006.
11) Skiner HA: The drug abuse screening test. Addict. Behav. 7: 363-371, 1982.
12) 鈴木健二, 村上　優, 杠　岳文, 藤林武史, 武田　綾, 松下幸生, 白倉克之: 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, 1999.
13) 森田展彰, 末次幸子, 嶋根卓也, 岡坂昌子, 清重知子, 飯塚　聡, 岩井喜代仁: 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: 487-506, 2007.
14) Miller, W.R. and Tonigan, J.S.: Assessing drinkers' motivation for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). Psychology of Addict Behav 10: 81-89, 1996.
15) Mitchell, D., Angelone, D.J. and Cox, S.M.: An exploration of readiness to change processes in a clinical sample of military service members. J Addict Dis 26: 53-60, 2007.
16) Mitchell, D. and Angelone, D.J.: Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. Mil Med 171: 900-904, 2006.
17) 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.」—A 日本アルコール・薬物医学会雑誌 44: 121-138, 2009.
18) Carroll, K.M., Power, M.E., Bryant, K., and Rounsaville, B.J.: One year follow-up status of treatment seeking cocaine abusers. Psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. Journal of Nervous and Mental Disease, 181: 71-79, 2003.
19) Emmelkamp, P.M.G. and Vedel, E.: Research basis of treatment. In "Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: A practitioner's guide to theory, methods, and practice (Emmelkamp & Vedel)", Routledge, pp.85-118, New York, 2006.
20) 松本俊彦, 小林桜児: 薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか? 日本アルコール薬物医学会雑誌 43: 172-187, 2008.

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

1. 論文発表

Matsumoto T, Chiba Y, Imamura F, Kobayashi O, Wada K: Possible effectiveness of intervention using a self-teaching workbook in adolescent drug abusers detained in a juvenile classification home. Psychiatry and Clinical Neurosciences (2011) 65 (576–583).

松本俊彦, 今村扶美, 小林桜児, 和田　清, 尾崎士郎, 竹内良雄, 長谷川雅彦, 今村洋子, 谷家優子, 安達泰盛: PFI (Private Finance_Initiative) 刑務所における薬物依存離脱指導の効果に関する研究: 自習ワークブックとグループワークによる介入—第 1 報—. 日本アルコール・薬物医学会誌 (2011) 46 (279-296).

小林桜児, 松本俊彦, 今村扶美, 和田　清, 尾崎士郎, 竹内良雄, 長谷川雅彦, 今村洋子, 谷家優子, 安達泰盛: PFI (Private Finance Initiative) 刑務所における薬物依存離脱指導の効果に関する研究: 自習ワークブックとグループワークによる介入—第 2 報: 重症度別による効果の分析—. 日本アルコール・薬物医学会誌 (2011) 46 (368-380).

松本俊彦, 小林桜児, 今村扶美: 薬物・アルコール依存症からの回復支援ワークブック. (2011) 金剛出版, 東京.

2. 学会発表

今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 尾崎士郎, 和田清: PFI (Private Finance Initiative) 刑務所におけ

る薬物依存離脱指導の効果に関する研究. 自習ワークブックとグループワークによる介入. 第7回日本司法精神医学会, 岡山コンベンションセンター, 岡山, 2011.6.4

今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 和田清, 尾崎士郎, 竹内良雄, 長谷川雅彦, 今村洋子, 谷家優子, 安達泰盛:PFI刑務所における薬物依存離脱指導の効果に関する研究: 自習ワークブックとグループワークによる介入. アルコール薬物医学会, ウインクあいち, 愛知, 2011.10.13

小林桜児, 松本俊彦, 今村扶美, 和田清, 尾崎士郎, 竹内良雄, 長谷川雅彦, 今村洋子, 谷家優子, 安達泰盛刑務所における薬物依存離脱指導の成果—重症度による効果分析. アルコール薬物医学会, ウインクあいち, 愛知, 2011.10.13

I. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1　ワークブックの目次

第1回	なぜアルコールや薬物をやめなきゃいけないの？	第15回	回復のために(2)社会復帰と仲間
第2回	引き金と欲求(1)	第16回	覚せい剤の身体・脳への影響
第3回	引き金と欲求(2)	第17回	依存症ってどんな病気？
第4回	精神障害とアルコール・薬物乱用	第18回	危険な状況を察知する
第5回	アルコール・薬物となじみ深いものとお別れしよう	第19回	アルコールを止めるための三本柱 —抗酒剤について
第6回	アルコール・薬物のある生活からの回復段階 —最初の1年間	第20回	再発を防ぐには
第7回	アルコールと薬物を使わない生活を送るために注意すべきこと	第21回	アルコールに問題を抱えた人の予後
第8回	これから先の生活のスケジュールを立ててみよう	第22回	再発の正当化
第9回	合法ドラッグとしてのアルコール	第23回	アルコールによる身体の障害(1)肝臓の病気
第10回	マリファナはタバコより安全？	第24回	性の問題と休日の過ごし方
第11回	引き金-考え-欲求-使用	第25回	アルコールによる身体の障害(2)その他の臓器の病気
第12回	あなたのまわりにある引き金について	第26回	「強くなるより賢くなれ」
第13回	あなたのなかにある引き金について	第27回	アルコールによる脳・神経・筋肉の障害
第14回	回復のために(1)信頼と正直さ	第28回	あなたの再発・再使用のサイクルは？
		付録	相談機関リスト

表2: 対象者28例のプロフィール

		人数	百分率
性別	男性	23	82.1%
	女性	5	17.9%
主診断	物質誘発性/特定不能の精神病性障害	17	60.7%
	統合失調症	9	32.1%
	妄想性障害	1	3.6%
	物質誘発性/特定不能の精神病性障害	1	3.6%
対象行為	殺人	5	17.9%
	殺人未遂	7	25.0%
	傷害	11	39.3%
	放火	5	17.9%
物質使用障害診断	乱用	10	35.7%
	依存	18	64.3%
主乱用物質	アルコール	15	53.6%
	覚せい剤	5	17.9%
	有機溶剤	3	10.7%
	大麻	3	10.7%
	コカイン	1	3.6%
	リタリン	1	3.6%
副乱用物質	アルコール	9	56.3%
	覚せい剤	6	37.5%
	大麻	1	3.6%
プログラム開始時の慢性持続性精神病症状	あり	18	64.3%
	なし	10	35.7%
アルコール問題重症度 (乱用が認められた23名)	軽症(AUDIT 10点未満)	6	26.1%
	中等症(AUDIT 10～19点)	10	43.5%
	重症(AUDIT 20点以上)	7	30.4%
薬物問題重症度 (乱用が認められた19名)	軽症(DAST-20 6点未満)	6	31.6%
	中等症(DAST-20 6～9点)	6	31.6%
	重症(DAST-20 10点以上)	7	36.8%
		平均値	標準偏差
年齢(歳)		44.6	10.6
AUDIT得点(乱用が認められた23名)		16.1	9.2
DAST-20得点(乱用が認められた19名)		8.4	5.1

AUDIT, Alcohol Use Disorder Identification Test: DAST-20, Drug Abuse Screening Test, 20 items

表3: プログラム実施前後のアルコール依存に対する自己効力感スケール得点の比較

	実施前		実施後		z	P
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
全般的な自己効力感 合計	**20.83**	3.95	**21.14**	4.73	0.951	0.342
個別場面の自己効力感 合計	**59.00**	17.39	**61.27**	15.97	1.199	0.230
薬物依存に対する自己効力感尺度合計点 *	**75.79**	20.48	**82.41**	20.25	2.226	0.026

* P<0.05

表4: プログラム実施前後のSOCRATES-8A得点の比較

	実施前		実施後		z	P
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
病識（質問1, 3, 7, 10, 12, 15, 17の合計）*	**23.70**	7.58	**27.27**	8.39	2.922	0.003
迷い（質問2, 6, 11, 16の合計）*	**12.13**	3.32	**14.27**	4.66	2.097	0.036
実行（質問4, 5, 8, 9, 13, 14, 18の合計）*	**29.61**	7.92	**32.23**	8.00	2.182	0.029
SOCRATES-8A合計点 **	**65.43**	17.07	**73.77**	19.76	2.678	0.007

SOCRATES-8A, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, alcohol version, 8th edition

* P<0.05, ** P<0.01

表5: プログラム実施前後の薬物依存に対する自己効力感スケール得点の比較

	実施前		実施後		z	P
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
全般的な自己効力感 合計	**20.94**	4.53	**21.76**	4.09	1.456	0.145
個別場面の自己効力感 合計	**65.06**	15.35	**67.65**	12.46	1.383	0.167
薬物依存に対する自己効力感尺度合計点	**84.38**	19.51	**89.41**	16.18	1.620	1.050

表6: プログラム実施前後のSOCRATES-8D得点の比較

	実施前		実施後		z	P
	平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
病識（質問1, 3, 7, 10, 12, 15, 17の合計）	**25.44**	7.02	**25.59**	8.68	0.158	0.874
迷い（質問2, 6, 11, 16の合計）	**11.72**	4.36	**12.53**	4.52	0.507	0.612
実行（質問4, 5, 8, 9, 13, 14, 18の合計）	**29.39**	7.23	**30.53**	8.29	0.220	0.826
SOCRATES-8D合計点	**66.56**	15.80	**68.65**	19.61	0.370	0.705

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, drug version, 8th edition

表7: プログラム実施前後の抗酒剤服用状況と自助グループ参加意志表明の比較

	pre		post		p
	人数	百分率	人数	百分率	
抗酒剤 ***	4	14.0%	20	71.0%	<0.001
自助グループ参加 ***	4	14.0%	17	60.7%	<0.001

* P<0.05, ** P<0.01, ***P<0.001

平成23年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

司法関連施設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
松本俊彦
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部 診断治療開発研究室長

研究要旨

【目的】刑事収容施設の薬物依存離脱指導プログラムとして実施されている、ワークブックによる自習プログラム、および、グループワークによる教育による介入の効果を明らかにすることにある。

【方法】薬物乱用・依存問題を持つ男性刑事施設被収容者207名を対象として、に対して自習ワークブックと教育プログラムを実施し、薬物の誘惑に抵抗できる自信（薬物依存に対する自己効力感スケール）、ならび、問題認識の深度や援助に対する必要性の認識に関する評価尺度（Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence; SOCRATES-8D）の得点変化を検討した。

【結果】待機期間において、刑事施設内で何らの介入も行わない状況では、薬物依存に対する自己効力感スケール得点は有意に上昇した。その後、自習ワークブック実施により、自己効力感スケールの総得点は有意に低下し、その一方で、SOCRATES-8Dの総得点および「病識」、「迷い」の得点が有意に上昇した。さらに教育プログラムの実施により、自己効力感スケールの総得点、ならびにSOCRATES-8Dの得点は有意に上昇した。また、重症度別の介入効果の検討では、特に中等症群において、これらの治療プログラムは薬物乱用・依存者の治療過程で見られる「変化の段階」に呼応するかたちで、自らの薬物問題に対する認識を深化させていく可能性が示唆された。また、重症例では、自習ワークブックよりも教育プログラムの方が内的な変化を深めやすい可能性が示唆された。

【結論】自習ワークブックとグループワークを組み合わせた薬物依存離脱プログラムは、何らの介入もしない場合とは異なり、一時的に自己効力感を低下させることで治療動機の掘り起こしを行い、対象者において、ProchaskaとDiClementeが提唱した「前熟慮期」、「熟慮期」、「準備・決断期」、「実行期」という各段階を辿らせるような内的変化をもたらしている可能性が推測され、その効果は特に中等症群で顕著であった。

研究協力者

今村扶美　独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 心理療法士
小林桜児　独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師
和田　清　独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部長
尾﨑士郎　社会復帰促進センター矯正処遇部企画部門教育担当　上席統括処遇官
今村洋子　OSSサービス株式会社（播磨社会復帰促進センター社会復帰促進部）

A．研究目的

薬物依存症は、国際的な診断基準であるICD-10（世界保健機構）やDSM-IV-TR（米国精神医学会）にお

いて、統合失調症や双極性障害などと並ぶ精神障害の一つと定義されている。国際的には、薬物依存症は、他のほとんどの精神障害と同様に、再発と寛解を繰り返す慢性疾患の一つと考えられるようになっている。したがって、一時期に集中的な治療を受けることによって完治してしまうような障害ではなく、糖尿病や高血圧などの慢性身体疾患の例をみても明らかなように、患者はどの地域においても、どの施設においても、継続的な支援を受け続けなければならないことが指摘されている（NIDA）。しかしわが国の場合、乱用薬物が法令で規制されている物質である場合には、依存症に罹患しているか否かを顧慮されることなく、刑事施設に収容され、精神障害者として必要な治療が提供されることはほとんどないまま、再び地域へと戻されてしまう現実があった（松本と小林, 2008）。

2005年に制定された「刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律」は、こうした薬物依存症を有する刑事施設被収容者に対し、必要な指導を行うことが法律上明記されたという点で、大きな前進である。なかでも全国で4カ所設置されているPFI（民間資金活用）刑務所の一つ、播磨社会復帰促進センターでは官民が協働し、薬物依存症に罹患している受刑者に対して薬物依存離脱指導プログラムを実施している。同施設では、2009年からは、松本ら（2009）によって開発され、少年鑑別所に収容中の未成年薬物乱用者に用いられてきた薬物依存症の治療用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」がプログラムの一部として新たに採用され、グループ療法と組み合わせて受刑者に提供されるようになった。

この播磨社会復帰促進センターにおける自習ワークブックの試みは、多数のプログラム対象となる受刑者を抱え、慢性的なマンパワー不足に悩む刑事施設にとっては、大いなる可能性を秘めた事業である。すでに我々（松本ら, 2011）は、この介入の効果に関する報告を行い、それによれば、自習ワークブックによる疾病教育を受けた受刑者たちは、薬物依存症が再発しやすい慢性疾患であることを知って、薬物の使用をコントロールしていく自信（自己効力感）が一時的に低下するものの、その後に依存症の回復者も交えた支持的なグループ療法を組み合わせると、薬物使用に関する自己効力感や断薬を実行に移そうとする意識が向上する可能性を指摘している。

しかしながら、我々の報告は男性のみの少数サンプルにもとづく予備的な分析に過ぎず、重症度別の介入効果の相違、あるいは、女性を対象とした場合の介入効果の相違など、不明な点が多い。

すでに我々（松本ら, 2010）は、少年鑑別所非収容少年を対象として、この自習ワークブックSMARPP-Jr.の介入効果を重症度別に検討しているが、その検討は、対照群を持たない、介入前後における評価尺度の得点変化によるものであり、少年鑑別所収容による経時的変化の影響を除外できないという限界があった。その意味では、本研究は、少年鑑別所とは異なり、収容期間が長い刑事施設の場合には、待機期間における変化を測定することが可能であり、自習ワークブックによる介入効果をより明確に捉えることができる可能性がある。

そこで今回、我々は、既報の予備的研究よりも多数例サンプルを用いて重症度別の分析も追加することで、自習ワークブックによる介入効果を多角的に検討することとした。あわせて、薬物依存離脱指導の主要部分であるグループワークによる教育プログラムの効果についても検討を試み、治療効果に関するエビデンスの乏しいわが国の薬物依存治療の基礎資料とすることを目指した。

B．研究方法

1. 対象

本研究では、2009年6月～2011年5月の24ヶ月間に播磨社会復帰促進センターに収容された男性受刑者のうち、入所時におけるセンター職員による面接において、「本件が薬物乱用である」及び「本件は薬物乱用ではなくても薬物乱用が社会生活への適応上問題となる」という理由により，特別改善指導「薬物依存離脱指導」プログラムに参加する必要があると判断された者を対象候補者とし、そのうち本研究への参加に同意した男性受刑者207名である。対象者の年齢は26～61歳に分布し、その平均年齢［標準偏差］は36.48［7.41］歳であった。

対象者の主たる乱用薬物は覚せい剤が最多で163名（78.7%）を占め、次いで大麻が22名（10.6%）であった（表1）。

2. 薬物依存離脱指導プログラム

本プログラムは書き込み式のワークブックを用いた自習プログラムと、実際に同センター職員がファシリテーターを務める教育プログラムという、2つのコンポーネントから構成されている。以下に、各コンポーネントについて解説する。

1) 自習ワークブック

介入に用いた自習ワークブックは、我々が米国のMatrix modelを参考にして実践している包括的外来薬物依存治療プログラム（Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program; SMARPP: 小林ら, 2007）のワークブックを平易化・簡略化し、当初は少年鑑別所での使用を目的として、少年鑑別所職員との協議を重ねて作成したものであり、「SMARPP-Jr.」と名付けられている（松本ら, 2009）。

その内容は、薬物依存に関する疾病教育的な知識提供、ならびに、薬物欲求への対処法の習得という、認知行動療法的なスキルトレーニングから構成され、若年薬物乱用者の再乱用防止に資することを目的としている。ワークブックの分量は、49ページの「読む冊子」と19ページの「書きこみ用冊子」の2分冊形式からなり、全12回から構成されている。したがって、1日1回分ずつ仕上げて行けば、2〜3週間という少年鑑別所収容期間内に終了できることを想定している。

今回、薬物依存離脱指導におけるグループワーク導入前の予習として、本ワークブックを刑事収容施設に収容されている成人に対して、1ヶ月のあいだに取り組ませた。対象者は順次30名ずつ自習ワークブックとりくみ期間に導入された。なお、自習ワークブック導入にあたっては、併せて薬物依存離脱指導全体に関するオリエンテーション、および、自習プログラムへの取り組み方を説明した。

2) 教育プログラム

自習ワークブックに取り組むために与えた1ヶ月が経過した時点で、30名の対象者は10名ずつ3つのグループに分かれて教育プログラム受講を開始した。

教育プログラムは、認知行動療法に基礎をおいて構成したもので、週1回、90分、全8回でグループワーク（集団心理療法）主体に実施した。グループワーク実施時には、センターが作成した、SMARPP（小林ら, 2007）やSMARPP-Jr.（松本ら, 2009）と同様の認知行動療法的な内容の書き込み式ワークノートを用い、毎回、宿題も課した。

各セッションの指導項目は以下のようになっている。

(1) オリエンテーション——薬物と自分
(2) 共通する体験
(3) 薬物依存のサイクル
(4) 薬物を再使用しないために①—外的引き金への対処法
(5) 薬物を再使用しないために②—内的引き金への対処法
(6) 依存症的思考から肯定的思考へ
(7) 回復と成長
(8) 再発防止のためのプラン

なお、男性対象者が収容されている播磨社会復帰促進センターでは、上記（2）、（5）、（7）の各セッションに際して、ダルクスタッフにも参加してもらい、受刑者に回復者と直接に出会う機会を設けており、この点は、女性対象者が収容されている和歌山刑務所とは異なっていた。

また、セッションの実施は原則として1グループ2名でファシリテーターを担当したが、担当者の職種や専門性には施設による違いがあった。すなわち、播磨社会復帰促進センターの場合には、精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、臨床心理士などの精神保健的支援に関連する資格を有する民間職員であったが、和歌山刑務所の場合には、教育学を背景とする法務省職員である教官であった。

3. 実施方法

本研究の具体的な手続きは以下の通りである。播磨社会復帰促進センター収容後の評価によって、本プログラムへの参加が必要と判断され、効果測定への同意をした対象者に対して、我々は以下の4つの時点で既存の自記式評価尺度、および、独自に作成した自記式質問紙による情報収集を行った。

① 自習ワークブック開始1ヶ月前
② 自習ワークブック開始時
③ 自習ワークブック終了時＝教育プログラム開始時
④ 教育プログラム終了時

この4点での情報収集により、①と②のあいだの自記式評価尺度得点の変化によって「待機期間における変化」を評価し、②と③のあいだの変化によって「自習ワークブックによる変化」を評価し、③と④のあいだの変化によって「教育プログラムによる変化」を測定した。

4. 自記式評価尺度・質問紙

本研究では、介入による対象者の薬物問題に対する内的な変化を評価するために、以下に述べる3つの既存の自記式尺度を用いた。

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

これは、違法薬物および医療用薬物などの乱用をスクリーニングする目的から作成された、20項目からなる自記式評価尺度である（Skiner, 1982）。本研究では、対象者の薬物問題の重症度を評価するために、肥前精神医療センターで作成された日本語版（鈴木ら, 1999）を採用した。この日本語版はまだ標準化の手続きはなされていないものの、各項目は、薬物に関連した心理社会的障害の有無に関する質問文となっている、明らかな表面的妥当性（各項目が測定する概念が字義通りの内容であること）を持つ尺度であり、すでに国内で汎用されている（松本ら, 2006; 松本ら, 2010）。日本語版DAST-20では、20点満点のうち、0点で「薬物問題なし」、1～5点で「軽度の問題あり」、6～10点で「中等度の問題あり」、11～15点で「やや重い問題あり」、16～20点で「非常に重い問題あり」と、5段階で判定がなされる。

本研究では、このDAST-20を「①自習ワークブック開始1ヶ月前」に実施した。

2) 薬物依存に対する自己効力感スケール（以下、自己効力感スケール）

森田らが独自に開発した、薬物に対する欲求が生じたときの対処行動にどれくらいの自信、または自己効力感を持っているかを測定する自記式評価尺度である（森田ら, 2007）。この尺度は、二つのパートから成り立っている。一つは、場面を超えた全般的な自己効力感に関する5つの質問からなる部分であり、「5点: あてはまる」から「1点: あてはまらない」までの5段階から選択して回答する。もう一つは、「薬物を使うことを誘われる」などの個別的な場面において薬物を使わないでいられる自信を尋ねる11の質問からなる部分であり、「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: やや自信がある」「2点: 少ししか自信がない」「1点: 全然自信がない」の7段階から選択して回答する。本尺度の信頼性と妥当性についてはすでに確認されている（森田ら, 2007）。

本研究では、①自習ワークブック開始1ヶ月前、②自習ワークブック開始時、③自習ワークブック終了時＝教育プログラム開始時、および④教育プログラム終了時の計4回、本尺度を実施し、「全般的な自己効力感」合計得点、「個別場面での自己効力感」合計得点、および尺度全体の合計得点の変化を比較した。

3) Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence (SOCRATES-8D)

MillerとTonigan（1996）によって、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ために開発された、19項目からなる自記式評価尺度である。原語版では、各質問は「病識recognition（質問1, 3, 7, 10, 12, 15, 17の合計）」「迷いambivalence（質問2, 6, 11, 16の合計）」「実行taking-step（質問4, 5, 8, 9, 13, 14, 18, 19の合計）」という3つの因子構造を持つことが確認されている。「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、このまま薬物を続けていれ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し、「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、そして「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」ことを示すとされている。事実、SOCRATES総得点は治療準備性の高まりと正の相関関係を示し（Mitchell & Angelone, 2006）、動機付けの乏しい薬物乱用者に対する短期介入の場合には、高得点の者ほど治療継続率が高いという（Mitchell et al, 2007）。

本研究では、著者らが逆翻訳などの手続きを経て作成した日本語版SOCRATES-8D（松本ら, 2009）を用いて、①自習ワークブック開始1ヶ月前、②自習ワークブック開始時、③自習ワークブック終了時＝

教育プログラム開始時、および④教育プログラム終了時の計4回実施した。本尺度はまだ標準化の手続きを終えてはいないものであるが、個々の項目には表面的妥当性が認められ、また、少年鑑別所における我々の先行研究（松本ら, 2009）において、全項目に関する高い内的一貫性（Cronbach's α=0.798）が確認されている。

また、すでに我々（松本ら, 2011）は、DAST-20得点にもとづく薬物問題の重症度の違いが、自己効力感スケールおよびSOCRATES-8Dの得点とどのように関連するのかを検討し、薬物関連問題が重症の群では自己効力感スケール得点が著しく低く、SOCRATES-8D得点が有意に高く、他方、薬物関連問題が軽症の群では、自己効力感スケール得点が高く、SOCRATES-8D得点が低く、ことにSOCRATES-8Dの下位尺度である「病識」と「迷い」が低得点であるから、併存的妥当性を確認している。

そこで、本研究ではSOCRATES-8D合計得点を介入前後で比較し、参考までに各下位因子の得点変化についても検討した。

4) 自習ワークブックの難易度と有用性に関する質問

③自習ワークブック終了時＝教育プログラム開始時にのみ、自習ワークブックの難易度と有用性に関する評価を行った。評価に用いた質問は、我々が独自に作成したものであり、難易度については、「わかりやすい」「ややわかりやすい」「ふつう」「ややむずかしい」「むずかしい」の5段階から選択して回答を求め、有用性については、「大変役に立つと思う」「多少は役に立つと思う」「どちらともいえない」「あまり役に立たないと思う」「まったく役に立たないと思う」の5段階から選択して回答を求めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、筆頭著者の所属施設である国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所所長と、調査実施施設である播磨社会復帰促進センターのセンター長とのあいだで協定書を締結したうえで、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された。

6. 統計学的解析

本研究では、以下の二段階に分けて結果の解析を行った。

1) 対象者全体に対する介入効果の検討

対象全体における尺度得点の変化を検討した。具体的には、「待機期間における変化」、「自習ワークブック実施による変化」、および、「教育プログラム実施による変化」を検討するために、各評価時点間の得点変化を比較した。その際、Wilcoxon符号付き順位検定を用いた。なお、統計学的解析には、SPSS for Windows version 17.0を用い、両側検定にて$P<0.05$を有意水準とした。

2) 重症度別の介入効果の検討

続いて、本研究ではDAST-20の得点に応じて対象者を重症度別に分類した。その際、最重症群に分類される者は3名と少なかったことから、重症群と最重症群をまとめることとし、最終的に対象を、「軽症（1～5点）」「中等症（6～10点）」「重症（11～20点）」の3群に分類した。

その上で重症度別に、自己効力感スケールの変数（前半および後半部分の各小計と、両者の合計点の3個）とSOCRATES-8Dの変数（病識・迷い・実行の各小計と、それら小計の総計の4個）、合わせて7個の変数について、それぞれ「待機期間前後」、「自習ワークブック実施前後」、「教育プログラム実施前後」での得点の変化を、1）の解析と同様にWilcoxon符号付き順位検定によって比較した。

C. 研究結果

1. 対象全体に対する介入効果の検討（表2、図1, 2参照）

待機期間（①自習ワークブック開始1ヶ月前—②自習ワークブック開始）において、自己効力感スケールの総得点（$P<0.001$）ならびに二つの下位項目（「全般的」$P=0.022$, 「個別場面」$P<0.001$）のいずれもが有意に上昇した。SOCRATES-8Dにおいても、総得点（$P=0.001$）、ならびに、「病識」（$P=0.014$）と「実行」（$P=0.004$）の得点が有意に上昇した。

次いで、自習ワークブック実施期間（②自習ワークブック開始—③自習ワークブック終了=教育プログラム開始）には、自己効力感スケールの総得点（$P<0.001$）、ならびに、二つの下位項目（「全般的」$P=0.002$, 「個別的」$P<0.001$）が有意に低下した。