新潟県				
富山県				
石川県				
福井県				
岐阜県				
静岡県				
愛知県				
三重県				
滋賀県				
京都府				
大阪府				
兵庫県				
奈良県				
和歌山県				
鳥取県				
島根県				
岡山県				
広島県				
山口県				
徳島県				
香川県	高松あすなろの会	761-8081	香川県高松市成合町559－15	087-897-3211
愛媛県				

高知県				
福岡県				
佐賀県				
長崎県				
熊本県	NPO 法人熊本クレ・サラ被害をなくす会	860-0801	熊本県熊本市安政町2番23号 MY ビル5階	096-351-7400
大分県				
宮崎県				
鹿児島県				
沖縄県	リカバリーサポート・ネットワーク	903-0125	沖縄県中頭郡西原町上原103　ルボワ YARA2F	098-871-9671

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究
（研究代表者　宮岡　等）

平成23年度分担研究報告書
精神保健福祉センターおける薬物相談に対応するガイドラインについて

研究分担者　小泉　典章　長野県精神保健福祉センター　所長

研究要旨
【目的】精神保健福祉センターの薬物依存症対策への要請は高まり、平成23年度は薬物相談に対応するガイドラインについて、素案を検討した。
【方法】精神保健福祉センターにおける薬物相談について、求められる要素についての検討を行った。
【結果】相談窓口の整備、来談者の基本的情報の把握、対応（介入）の体制、対応（介入）の選択、対応選択の判断のために聴取すべき主な確認事項について、考察を加えた。また、具体的な相談のマニュアルを例示した。
【結論】薬物依存症者の病態は多様なため、その対応も、相談対応、自助グループ対応、医療対応、司法対応などの、多様な支援が必要であり、また、本人だけでなく、家族にも十分な理解と協力を求めることが必要である。

研究協力者
増茂尚志　栃木県精神保健福祉センター所長
田辺　等　北海道精神保健福祉センター所長

A．研究目的

平成22年度の分担研究で全国の精神保健福祉センターの薬物依存症対策の実際を調査し、今後の薬物依存症対策や治療回復プログラムの策定の基礎資料を得た。個別相談指導は、ほぼ全部の精神保健福祉センター（以下、センター）で実施されていた。家族教室は、ほぼ半数のセンターでは実施されている。技術援助、普及啓発は約6割のセンターが実施していた。現在、かなりのセンターで薬物依存症対策に取り組んでいることが判明したが、今後、ますます、センターへの薬物依存症対策への要請は高まると予測され、薬物相談に対応するガイドラインについて、平成23年度は基となる素案を検討していきたい。

B　研究方法

いくつかの精神保健福祉センターでは、既に、「薬物特定相談」を標榜した相談窓口を設置している。そのような窓口では、専門性を持った相談員（回復者家族あるいは回復者本人、薬物依存症治療を担当している医師、センター所員－薬物問題研修会担当者など）を配置し、月に1～2回の相談日を設けて相談に対応している。そこで、薬物相談に必要な要素について検討を行った。

（倫理面への配慮）

本研究に際しては、個人情報には抵触しないため、問題は生じないと考えられる。

本研究は、厚生労働科学研究の主任研究者が属する北里大学医学部倫理委員会において承認されている。

C．結果

1．相談窓口の体制

特定相談あるいは専門相談の標榜

日時の固定、予約制－概ね、正味1時間程度の相談時間の確保

相談員の体制：複数、専門性、当事者性

問診表の活用：相談の効率化のため必要な情報を相談開始前に来談者に記入してもらう。このため、来談者は相談開始前に来所し、センター担当者も記入を援助する必要がある。

窓口の広報：「薬物特定相談」の標榜

センター事業としてホームページに提示

関係機関への周知（市区町村役所、各保健所、学校等、教育機関、医療機関、保護観察所、警察、薬務課、ダルクなど）

薬物問題相談の窓口であることを標榜するのが望ましく、立場の異なる複数の相談員で対応することが「専門」あるいは「特定」相談の根拠となろう。

医療、当事者、当事者家族などの立場が考えられ、具体的には、薬物・アルコール依存症の治療経験がある精神科医、薬物依存症当事者の家族あるいは依存症回復者自身があげられる。これに加え、センターの薬物対策研修の担当者などが相談員として関わり、基本的な情報を来談者からあらかじめ聴取する役割を担うと相談業務が円滑に進むと期待される。

以下、相談受理の際に留意すべき主な事柄をあげ、その対応を示す。

2．来談者の基本的情報の把握

窓口を訪れる相談者（FC：First Client）のほとんどは、相談対象者（IP：Identified Patient）の家族、特に、両親であることが多く、次いで、配偶者が多い。従って、対応すべきIPの状態に関して、不明な場合は多くあるが、できるだけ把握し、簡潔な表などにまとめることが必要である。

これらには、およそ以下の項目が含まれよう。

IP氏名、年齢、性別、住所

FC氏名、年齢、性別、住所、

来談者（FC）とIPの関係、連絡先

住居：実家、別居、独居、同居者の有無、賃貸・自家、一戸建・集合住宅など

家族構成：家族とIPの関係：同居か否か。連絡が可能か否かなど

来談理由：薬物所持の疑い、暴力などの問題行動、精神不安定、出所後の対応、その他

来談経路：紹介・勧奨先あり（○○より紹介等）、自発の場合の情報入手方法、ホームページ検索、書籍、パンフレット、その他

乱用薬剤

現在の乱用物質：覚醒剤・大麻・麻薬・向精神薬・有機溶剤・MDMA、その他

過去の乱用物質

乱用歴

薬物種類「　　」を　　歳ころから　　歳ころまで

覚醒剤の使用法：　注射　　吸引

身体的既往歴と現在治療中の身体疾患

処方薬

精神疾患

過去の精神科受診歴（有りの場合は診断名）：
精神科入院の有無：
処方薬
ダルクへの相談・入所歴の有無

嗜好品
たばこ：無　　有　　本／日
飲酒状況：飲まない　　飲む（種類と量：　　を、1日　　くらい）

学歴・職歴・配偶者の有無：
備考：その他の情報－家族の精神疾患、家族の乱用歴など

3．対応（介入）の体制

過去の調査に示されているとおり、各精神保健福祉センターの規模、所員数、活動内容は、自治体によって大きく異なる。

治療、自助グループ、家族教育プログラム、再乱用防止教育プログラムなどを備えたセンターは、むしろ少なく、多くの場合、必要な機能を持った他施設へ紹介することが主となるのはやむを得ない。

本人は他施設で対応してもらう場合でも、家族への継続的支援や心理教育を必要とする事例は多い。このような場合は、センターの特定相談ではなく、一般の来所相談を継続して支援を続けることが望ましい。

このような事例は、単なる個人相談の継続のみではなく、家族のための集団心理教育プログラムへの参加を勧奨することが要請される。

すなわち、特定相談は、担当する相談員確保などの理由から、原則として、相談当日の一回で、対応方針の概略を示すことが求められる。特定相談を継続して利用することは原則として避けるほうが良いと考えられる。ただし、相談者が、父、母、本人、などがそれぞれ別な立場で相談を予約し来所する例もあるので、その場合には、同じ事例を複数回、繰り返し検討することもあろう。

4．対応（介入）の選択

（1）主な対応方法

【相談対応】
センター継続相談
センター家族教育プログラム導入
センター実施の再乱用防止教育プログラム導入

【自助グループ紹介】
ダルク紹介
ダルク家族会紹介
NAミーティング参加勧奨

【医療対応】
精神科受診、入院の勧奨、紹介。

【司法取締の対応】
薬務課への相談・自首の勧奨。
警察への相談・自首の勧奨。

【弁護士対応】
訴訟や借金などの対応のため弁護士との相談を勧奨

（2）対応の選択の要点

対応には、多様な選択肢があるが、大きな区別は、本人や家族、その他の関係者の安全確保の面から、緊急対応が必要か否かであり、緊急性のある対応のなかでは、警察対応が必要なのか精神科治療が必要なのかの区別となる。

緊急を要する代表的な状況
1）暴力や放火などの問題行動があるが、警察通報をためらっている場合。

2）薬物使用のために大きな金銭的被害が家族に及んでいるが、本人は使用をやめず、家族も警察への通報をためらっている場合。
3）薬物使用時・間欠期に関わらず、幻覚妄想、情動興奮等の精神症状のために、問題行動が顕著な場合。

【警察対応】
精神症状の有無にかかわらず、刃物を持ったり放火の恐れ、脅しなど、家族対応の限度を超えた事態では、ためらわずに警察通報するように指示する。
【警察と医療対応】
精神症状があり、自傷他害の恐れがあれば、24条通報で対応する。

1）2）の場合、治療する必要がある精神症状がなければ、警察への通報か薬務課への相談と弁護士などの法律家への相談を勧奨するとともに、家族の共依存的な心理を考慮したうえで、家族にはセンターやダルクで実施している家族会や心理教育プログラムへの導入が必要である。

【医療対応】
3）のように、精神症状が目立つ場合、あるいは、使用薬物を断薬した後、離脱症状の可能性があるものや、もともと精神症状や身体合併症がある場合には、精神科の受診を勧奨する必要がある。
逮捕勾留によって、あるいは閉鎖病棟への入院によって初めて、違法薬物の使用をやめることができる事例は少なくない。しかし、依存症に関する知識や理解がない家族に、通報や入院の必要性を理解させるのには時間がかかることが多い。
本人の緊急対応の必要性にかかわらず、家族には継続的な心理教育が必要な場合が多い。

緊急性は低いが、本人や家族への断薬のための明確な指示とその後の継続的な支援が必要な状況
4）使用頻度は低く、長期間気付かれずに使用してきた可能性がある事例で、家族が薬物使用の可能性を疑い始めたが対応が判らない場合。（このような事例に対する一定数のニーズは、常にあると推測される）
5）本人が現在受刑中で、出所後の対応について家族への助言や支援が必要な場合。

【自助グループ対応】
4）のような場合、使用の有無が明確ではない家族からの相談もある。
本当は決定的な証拠を確認していても、警察通報が必要な違法薬物であるがゆえに、相談窓口では明言しない場合もあり得る。このような場合は、ダルクへの相談や入所を勧奨することが有効であろう。
このような場合、家族にはまだ、通報の必要性の理解が乏しい場合が多く、家族に対する心理教育が重要となる。
また、本人に生活の破綻がなく精神症状もない場合には、否認の心理が強く、使用をやめる意思が乏しい場合も多い。
本人への心理教育のために、まずは、ダルクへの紹介やNAミーティング参加の勧奨が考慮される。
ダルクへの相談や入所を拒否し薬物使用をやめる意思が全くない場合には、警察や薬務課への通報が必要となろう。

【自助グループ対応】

5）のような事例への対応を保護観察所の指示を経て家族から相談されることがある。ダルクへの入所か、精神症状のある場合は精神科病院の医療対応が主な対応となろう。

また、上記、いずれの場合でも、家族への支援のために、自助グループの家族会、センターなどで実施している家族への心理教室などへの導入が必要であり有効であることを強調したい。

5．対応選択の判断のために聴取すべき主な確認事項

〈対応の選択のために、家族から可能な限り聴取すべき情報〉

来談理由の詳細な確認
薬物使用の根拠：現物提示の有無。使用後の注射痕などか。
薬物使用器具確認の有無：吸引のパイプ、注射器など。
推定される使用開始時期と経過年数
いつ頃から開始か？何年くらい経っていると考えられるか？
薬物使用頻度の推定：生活行動の変化から
本人の行動変化の把握（使用時、および使用後）
瞳孔散大、発汗、知覚過敏、疎通低下（茫乎）、常同行為、易怒性、衝動行為。
睡眠の変化（不眠）、過活動とつぶれ（過眠）の繰り返し。
精神病状態（独語、幻視・幻聴の訴え、被害・注察妄想、情動興奮、支離滅裂な言動など）。
薬物購入に使用する金額の推定
入手先の推測
使用する仲間の有無
家族のイネイブリングと本人の否認の評価、介入必要性の理解の有無
本人の仕事への影響は？
本人に借金があるか？
家族に対して金銭的損失を与えたことがあるかどうか？
薬物使用の有無を問いただしたことがあるか？
その時の本人の反応は？
家族から警察や薬務課へ通報をする意思があるか？
本人が、警察や薬務課へ相談や自首を勧めたことがあるか？
家族から警察や薬務課へ通報する可能性と必要性について理解しているか？
本人・家族に、自助グループに関する知識があるか？
精神科的治療の必要性についての理解はどの程度あるか？
薬物使用時以外、あるいは使用開始以前の精神症状の有無（幻覚、妄想、独語、空笑、情動興奮、支離滅裂な言動など）
早急な対応が必要な危険行動の有無（警察対応の要請）
刃物の使用、火の不始末、弄火、放火。灯油、石油をまき散らす行為など。

6．具体的な事例として、長野県で作成した、精神保健福祉センターなどの相談対応機関の果たすべき役割をまとめたマニュアルを提示する。

［薬物依存症相談対応機関の役割］

相談対応機関としては公的機関である保健福祉事務所、精神保健福祉センター、自助組織である長野ダルクが該当する。保健福祉事務所、精神保健福祉センターは、初めての相談先として利用しやすい機関である。ここでの支援の基本姿勢は、相談者をきちんと受け止め、方向付けを

し、関係機関につなげ、状況を捉えながら継続支援することが重要となる。長野ダルクには、相談機能として「薬物問題相談室」があり、専用電話が設置されている。

また、身近な相談窓口としての市町村への相談があった場合は、保健福祉事務所等の機関と連携しながら相談支援を行う。

なお、当事者が14歳未満である相談は、主となる相談対応機関は児童相談所となり、少年事犯なので、警察と相談しながらより慎重な扱いが必要である。

① 薬物依存症相談の心構え

薬物依存症の相談には相談へのつながりにくさ、ファーストクライエント（FC：First Client）は家族であること、相談の主訴の多様性、相談対応者の経験不足という4つの特徴がある。そこで、特徴を踏まえた相談の心構えを示す。

ア 相談へのつながりにくさ

薬物問題は、その違法性、倫理や犯罪の問題として捉えられることが多いために、依存症という精神疾患の問題としての相談につながりにくいものである。非行、家庭内暴力などで警察沙汰を繰り返していたり、学校や職場でのトラブル処理に追われた経験をもつ家族は、相談しても解決しない、批判されるだけだと、困っていても相談をためらう気持ちを持つ。

薬物が止められないのは性格や意志の問題ではなく、心の健康問題、依存症という病気の疑いがあること、適切な治療や援助があれば回復できるものであるという理解を促し、当事者や家族が精神保健の相談窓口を訪れることができるよう周知を行う必要がある。

イ 家族等ファーストクライエントへの相談対応

身体の健康に関する相談と違い、薬物使用者本人が直接相談してくることは少なく、多くの場合は家族からの相談である。最初に相談してきた家族などの相談者をファーストクライエント(FC)として関わることから始める。

相談につながることで、薬物依存症としての問題に直面化し、回復への長い取り組みを開始する絶好の機会となるよう、初めの相談者(FC)とのつながりを大切にする。

ウ 薬物関連相談の多様性

相談のきっかけになりやすいエピソードは、薬物使用によって出現した幻覚妄想などの中毒性精神病症状、薬物を止めている時に出現する退薬（離脱）症状、体重減少や身体的危機状態、または、暴力事件や事故の後、警察や司法の介入を受けた時など、当事者に変化があったときである。初めから「薬物問題」として相談が持ち込まれるとは限らず、暴力、不登校、家に帰らないといった表面的な問題に困り、それが主訴として語られる場合もある。まずは、相談者をねぎらい、気持ちや不安を受け止め、安心してから、具体的な実際にある薬物問題について落ち着いて具体的に聴き取るように心がけたい。

エ 保健福祉事務所の依存症相談のノウハウの活用

これまで薬物依存症の相談件数は少なく、経験の積み重ねができないため対応に苦慮している状況である。薬物依存症は、基本的にはアルコール依存症の相談援助とほとんど同様のアプローチで対応

可能である。しかし、一般の精神保健福祉相談ではあまり出会わない当事者の背景、例えば犯罪歴など社会的問題、極端な異性交遊問題があったりと、対応が難しそうだと感じたり、嫌悪感を抱きがちとなる。基本的に依存症のひとつとしてとらえ、問題行動の基となる本質的な問題を捉えることで、アルコール依存症の対応ノウハウを活かすことができよう。精神保健相談は、相談者にとって利用しやすい初めての精神科医師への相談の機会となる。

② 相談対応の留意点

ア 初期対応

最初の相談として多いのは、電話によるものである。相談者の心理的抵抗感が少ないため、相談者が恥ずかしいとか、不名誉なことと感じている内容についても話しやすくなる。

薬物依存に関する相談は、複雑で個々に異なった問題を抱えているため、一般論だけで対処することは困難である。1回の電話で全てを解決しようとせずに、できるだけ家族や本人に来所してもらう方向で話を聞くようにする。そのため、相談者が匿名を希望する場合でも、支援を考える上ではある程度の正確な情報が必要となるので、情報が漏れないことを伝えた上で、最低限必要な氏名、住所、年齢等をなるべく聞くようにする。相談を継続するため、相談対応機関では、自傷他害の恐れがない限り、警察等へ通報することはない旨を伝えること、来所相談につなげるために対応者が名乗ることも有効となる。

イ 評価と対応

本人の依存症としての重症度と現在のステージ

「薬物依存の進行段階」でどの段階にあるのか、薬物の使用様態（使用頻度や使用量の増加、連続使用の有無など）、断薬の試みの既往、健康障害、薬物使用に基づく生活リズムの乱れや学業・職業上の問題、法的問題などから、その重症度についておおまかな見立てをする。

相談者の訴えを整理しながら情報収集するために、薬物依存症専用の相談記録様式を活用する。

緊急性の評価

精神病症状や強い渇望により、家族への暴力や自分を傷つけることも考えられるのでその際の家族の対応と行動について情報を提供する。

○緊急な精神科医療受診を促す場合（救急車の要請、警察への連絡）

急性中毒に基づく意識障害、錯乱状態や急性幻覚妄想状態

慢性中毒性精神病の増悪等で、自傷他害の危険が高いとき

○家族の避難を促す場合

暴力行為、器物破損など家族に危険の及ぶとき（特に乳幼児や高齢者等の保護）

ウ 他機関を紹介するときの対応

紹介先の機能や役割（何をしてくれるところか、何ができるところか）を、日ごろ充分把握しておき、相談者に正確な情報を伝えるようにする。場所や行き方、担当者の名前を伝えると、相談しやすくなる。相談者の了解を得た上で、紹介する機関へ事前に連絡したり、状況を伝えておくこと、必要に応じて同伴することも検討する。注意点としては、紹介先の機関が判断や決定すること、見通しなどは安易に説明しないようにしたい。

エ　継続支援の必要性

本人への支援

薬物依存症の回復には、段階に応じて医療機関や長野ダルク等、様々な支援者の協力が必要となるため、一貫した支援がとれず関わりが途絶えがちになる。相談対応機関は、それらの関係機関をコーディネートし、本人・家族の動向を長期に捉えながら、支援方針を随時検討していく必要がある。

薬物依存の回復過程には、スリップ（再使用）がつきものである。支援者の姿勢として、たとえスリップしても、自助グループ参加と通院を中断しないよう本人に伝え、スリップ自体を責めず、今後の危険性や予防策について話し合う機会にしたい。

家族への支援

本人の薬物問題に対する家族の関与のあり方としては、イネイブラー的役割の存在、イネイブリング行為の見極め、家族内の共依存関係について家族の相談を継続する。

家族に対して、薬物依存症の理解と家族の対応を学ぶ場を提供し、再乱用防止のための支援を行う。家族を対象とした依存症家族教室を県内３箇所（松本保健福祉事務所、精神保健福祉センターは実施、こころの医療センター駒ヶ根は予定）で実施し、家族会組織育成を目指していきたいと考えている。

相談対応機関における判断と初期対応について、表１にまとめた。

以上は「薬物依存症者のための相談対応ハンドブック」より抜粋した。（長野県精神保健福祉センターのホームページに掲載している）

Ｄ．考察

精神保健福祉センターにおける薬物相談の意義について改めて考えてみたい。

実際には、相談窓口を利用する相談者数が多いとは言えない。しかしながら、受理件数は少数ながら、このような相談体制を開設する意義は、以下に述べる点において大きいと考えられる。

行政の相談窓口を訪れる事例は、薬物使用の期間や頻度にかかわらず、精神病症状の出現や警察の介入が必要な事件・事故などを起こさず、すなわち事例化することなく使用を続けてきた事例が多い。多くは、何らかで本人の薬物使用に気づいた家族が、対応の方法を求めて来所することが多いのである。

この場合、使用薬物が違法薬物であるからといって家族が警察に相談することには、通常、大きな躊躇がある。これに対し、取り締まり機関でない相談窓口は利用しやすく、早期に問題解決の支援が受けられ解決のための行動を起こしやすい。利用しやすいことは相談窓口としての大きな利点であるが、反面、捜査権限や強制的な保護機能はないため、強制力が必要な場合は、警察、薬務課、精神科病院などと連携することが必要となる。

薬物使用者の病態は多様なため、その対応も、相談対応、自助グループ対応、医療対応、司法対応などの、多様な支援が必要であり、また、本人だけでなく、家族にも十分な理解と協力を求めることが必要である。

特定相談の枠組みは、専門の相談員が、それぞれの立場から、長期的な支援の展望を、本人や家族に提供できることである。

そして、この「長期的」とは、単に依存症は慢性疾患であるという意味だけではない。

現在の司法対応の現実では、初犯の薬物事犯のほとんどが執行猶予となる。要

するに、隔離によって薬物使用が断たれる状況は判決が出るまでの拘留期間に過ぎない。執行猶予になれば社会にもどり、あらためて家族と向き合うことになる。すなわち、警察通報後の逮捕拘禁や医療保護入院、措置入院は、それだけでは問題の解決にはならず、本人支援の始まりにすぎない。

この現実を、支援担当者と家族は、十分に理解したうえで、本人に、どのような介入をすべきか、家族が十分に合意を得られるような介入を選択する必要がある。強制力を伴う通報や入院の介入は、その後の家族との関係をどのように維持するかをできる限り考慮したたうえで発動すべき処置である。継続的な支援の方針を示せることが「特定相談」の意義であろう。

センターにおける「特定相談」が、続いている要因としては、警察や薬務主管課などから、ダルクのような自助グループ以外の選択肢の一つとして認識され、紹介されてくる可能性がある。家族教室も、継続的な参加者を中核として継続していると、やはり、家族支援、家族教育の場を期待されて紹介されてくると考えられる。

E．結論

平成22年度の本研究で、現在の精神保健福祉センターでの薬物依存症対策の実情を調査する事ができ、個別相談指導は、ほぼ全部の精神保健福祉センターでは実施されて、家族教室は、ほぼ半数のセンターでは実施されていることがわかった。

実施可能な、相談業務や家族支援のためガイドライン草案作成に当たって、薬物依存症者の病態は多様なため、その対応も、相談対応、自助グループ対応、医療対応、司法対応などの、多様な支援が必要であり、また、本人だけでなく、家族にも十分な理解と協力を求めることが必要である。

F．健康危険情報　なし

G．研究発表　なし

H．知的財産権の出願・登録状況

なし

I．謝辞

調査にご協力いただいた都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターの担当者の皆様に、心からお礼を申し上げます。

表1.【相談対応機関における判断と初期対応】

a. 本人の治療意思、依存症の自覚がある場合

本人の状態	対応内容(助言、指示)		対応機関
離脱症状 精神病症状	精神病治療の勧め	→	精神科医療機関
渇望 再使用欲求	依存症治療の勧め リハビリテーションプログラムの勧め	→	こころの医療センター駒ヶ根 長野ダルク 自助グループ
社会復帰、社会参加	断薬の継続 依存症の自覚の継続	→	精神科医療機関 自助グループ

b. 本人の治療意思、依存症の自覚がない場合

本人の状態	対応内容(助言、指示)		対応機関
緊急性あり 意識障害 急性幻覚妄想状態 生命の危険	緊急受診の指示	→	救急車の要請
自傷他害の恐れ 暴力・器物破損	刑事司法手続きの優先 危険の回避、家族の避難指示	→	警察へ通報
緊急性なし	相談対応機関で家族相談を継続しながら、本人の状況を把握	→	相談対応機関(家族相談)

c. 家族への対応

家族の状態	対応内容(助言、指示)		対応機関
家族の理解不足 イネイブリング行動 共依存関係 精神的負担	家族の薬物依存症理解促進 家族教室参加勧奨 家族同士の分かち合い	→	こころの医療センター駒ヶ根 精神保健福祉センター 松本保健福祉事務所 家族自助グループ
本人が回復途上	家族の生活の安定、エンパワメント*	→	家族自助グループ
その他複雑な主訴	問題の整理 相談担当者が他機関から情報収集 各専門機関の情報提供とつなぎ	→	各専門機関

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表

（別掲 5）　　研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本俊彦		松本俊彦	薬物依存とアディクション精神医学	金剛出版	東京	2012	（単著）
松本俊彦，小林桜児，今村扶美		松本俊彦，小林桜児，今村扶美	薬物・アルコール依存からの回復のためのワークブック	金剛出版	東京	2012	（共著）

雑誌

発表者名	論文タイトル名	発表紙名	巻	ページ	出版年
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	65	576-583	2011
松本俊彦，尾崎　茂，小林桜児，和田　清	わが国における最近の鎮静剤（主としてベンゾジアゼピン系薬剤）関連障害の実態と臨床的特徴――覚せい剤関連障害との比較――.	精神神経学雑誌	113	1184-1198	2011
松本俊彦	薬物依存臨床から見えてくる精神科薬物療法の課題―「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」の結果より―.	精神科治療学	27	71-79	2012
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	46	279-296	2011
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	46	368-380	2011

松本俊彦	認知行動療法を取り入れた包括的外来治療プログラムの必要性．2011.	日本社会精神医学会雑誌	20	415-419	2011
松本俊彦	依存・嗜癖における強迫性・衝動性と薬物療法．	精神神経学雑誌	113	999-1007	2011
松本俊彦，嶋根卓也，尾崎　茂，小林桜児，和田　清	乱用・依存の危険性の高いベンゾジアゼピン系薬剤同定の試み：文献的対照群を用いた乱用者選択率と医療機関処方率に関する予備的研究．	精神医学	54	201-209	2012

学会発表

(1) 演者名：演題名．学会名．開催地．年月日．

嶋根卓也，松本俊彦，和田　清：薬局薬剤師を情報源とする向精神薬の乱用・依存の実態把握に関する研究．平成23年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，名古屋，2011. 10. 15.

松本俊彦，嶋根卓也，尾崎　茂，小林桜児，和田　清：乱用・依存の危険性の高いベンゾジアゼピン系薬剤同定の試み：文献的対照群を用いた予備的研究．平成23年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，名古屋，2011. 10. 15.

Ⅳ．研究成果の刊行物・別刷

Psychiatry and Clinical Neurosciences 2011; 65: 576–583 doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02267.x

Regular Article

Possible effectiveness of intervention using a self-teaching workbook in adolescent drug abusers detained in a juvenile classification home

Toshihiko Matsumoto, MD, PhD,[1]* Yasuhiko Chiba, MD,[3] Fumi Imamura, MA,[2] Ohji Kobayashi, MD[1,2] and Kiyoshi Wada, MD, PhD[1]

[1]*National Institute of Mental Health,* [2]*National Center Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo and* [3]*Yokohama Juvenile Classification Home, Yokohama, Japan*

Aims: The purpose of the present study was to examine whether the possible effectiveness of the juvenile version of the Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP-Jr.) self-teaching workbook we developed for relapse prevention of drug abuse depends on the severity of the subject's drug-related problems.

Methods: Subjects were 85 adolescent drug abusers who were detained in a juvenile classification home. We compared changes between the subjects' scores on rating scales administered both before and after interventions with the self-teaching workbook, and we examined associations between the effectiveness of the intervention and the severity of the subjects' drug-related problems.

Results: Regardless of the severity of their drug-related problems, the subjects' rating scale scores were significantly different after the intervention, which suggests that use of the workbook increased their awareness of the problems caused by drug dependence and their motivation to obtain treatment. However, use of the workbook did not significantly change their confidence in their capacity to resist drug craving.

Conclusion: Although the self-teaching workbook is a convenient intervention tool that can increase subject awareness and motivation for treatment, it is likely that continuous community-based support systems are required to prevent relapse.

Key words: adolescents, drug abuse, intervention, juvenile classification home, self-teaching workbook.

MANY JUVENILE DRUG abusers in Japan are treated in judicial institutions, such as juvenile classification homes and juvenile training schools, rather than in psychiatric institutions. However, during their treatment in juvenile classification homes they receive little systematic education in how to prevent the recurrence of drug abuse, although juvenile training schools do provide this type of education as a part of remediation. The reason for this is that the adolescents in juvenile classification homes have not yet had a hearing in family court, and no court decision has been reached regarding whether they are a delinquent or guilty of a crime. In other words, similar to adults who are detained, they are still presumed to be innocent. As such, education in preventing drug relapse may draw criticism by the youths' attendants as a violation of their human rights, even if it is intended to benefit the youth. Additionally, the only function that juvenile classification homes are expected

Correspondence: Toshihiko Matsumoto, MD, PhD, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan. Email: tmatsu@ncnp.go.jp
Received 5 February 2011; revised 7 July 2011; accepted 8 August 2011.

© 2011 The Authors
Psychiatry and Clinical Neurosciences © 2011 Japanese Society of Psychiatry and Neurology

to perform is to assess delinquency and criminality, and some judicial professionals are concerned that remediation during the classification period may mask the true picture of the adolescents' behavior.

Nevertheless, from a mental health perspective, juvenile classification homes are an ideal place to provide an early intervention for juvenile drug abusers. Many drug-abusing adolescents can be treated in juvenile classification homes because of the wide spectrum of their residents. The residents of these facilities range from adolescents in the early stage of drug abuse who will be given a community-based penalty, such as tentative probationary supervision or probation, to those who are seriously addicted to drugs and who will be placed in juvenile training schools. Because the inventions occur soon after their arrests, it is easier for these adolescents to concentrate on the tasks provided during an intervention in a classification home. Moreover, the detainees are under stress while waiting for the judges' decision, and the classification home provides them with a tranquil environment removed from their relationships with drugs and drug abusers.

Based on this premise, with the cooperation of the director general of the institution, we previously conducted interventions for adolescents with drug-related problems in a juvenile classification home using a self-teaching workbook. We found that the workbook helped the adolescent drug abusers to deepen their understanding of their own drug-related problems and to become aware of the need to obtain help.[1] Our studies using interventions with the juvenile version of the Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP-Jr.)[1] workbook represent the first intervention research to assess the possible effectiveness on drug abuse and dependence of an intervention that only uses a self-teaching workbook, although a study in the USA[2] reported that a comprehensive intervention for alcohol abusers, including a self-teaching workbook, was effective. It is important to note that in our previous studies we did not determine whether the possible effectiveness of an intervention using the self-teaching workbook depended on the severity of the subjects' drug-related problems.

The purpose of the present study was to examine whether there is an association between the severity of the subjects' drug-related problems and the possible effectiveness of a self-teaching workbook.

METHODS

Participants

During the 24-month period from January 2009 to December 2010, 2078 adolescents (1829 boys and 249 girls) were detained in a juvenile classification home 'A.' Irrespective of the alleged delinquency or crime for which they were taken into custody, those who met three criteria were selected as candidates for participation in this study. The criteria used were: (i) the initial medical examination by the attending physician revealed a history of illicit drug abuse; (ii) the initial medical examination resulted in a diagnosis of 'harmful use' or 'dependence' syndrome according to the ICD-10[3] or 'F1: Mental and behavioral disorders because of psychoactive substance use;' and (iii) the physician concluded that the adolescent had sufficient mental and linguistic capacities to use the workbook.

Of the adolescents detained during the period of the study, 98 met the above criteria and all 98 were asked to participate in the study. Of these 98 adolescents, 89 subjects agreed to participate but four did not complete the workbook. As such, 85 (56 boys, 29 girls) adolescents participated in this study. Their ages ranged from 14 to 19 years, and their mean age (±SD) was 17.4 (±1.3) years. The drugs that the adolescents most frequently abused immediately prior to their detainment were cannabis (48.2%), methamphetamine (18.8%), toluene (15.3%), butane gas (14.1%), ketamine (2.4%), and 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA; 1.2%).

Self-teaching workbook

The self-teaching workbook used in the present study was prepared by simplifying the Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) workbook that we previously used in a comprehensive outpatient drug-dependence treatment program.[4] The SMARPP workbook, which is based on the Matrix model[5] used in the USA, is simplified by consultations with the staff of a juvenile classification home, and it is called SMARPP-Jr.[1] The SMARPP-Jr. workbook consists of 12 parts that are designed to provide psychoeducation on drug abuse and dependence, training in coping skills for drug cravings, and resource information for recovering from drug abuse and dependence. If the subject completes one part per day, the entire workbook can be completed

© 2011 The Authors
Psychiatry and Clinical Neurosciences © 2011 Japanese Society of Psychiatry and Neurology

within the typically 2–3-week period of detention in a classification home.

Rating scales/questionnaires

Drug Abuse Screening Test, 20 items

The Drug Abuse Screening Test, 20 items (DAST-20) is a 20-item self-administered rating scale that was developed to screen for abuse of illicit and medicinal drugs.[6] The Japanese version was prepared by the Hizen Psychiatric Center.[7] This version was used in this study to assess the baseline severity of participants' drug-related problems prior to the intervention. Based on scores that can range from 0 to 20, the Japanese version of the DAST-20 is used to classify the severity of problems into the following five levels: 'None' (0 points), 'Low' (1–5 points), 'Intermediate' (6–10 points), 'Substantial' (11–15 points), and 'Severe' (16–20 points). However, because they were adolescents, we expected the subjects of this study would have had a relatively short history of drug abuse. Accordingly, we classified them into the following three groups based on their scores: 'low dependence' (1–5 points), 'moderate dependence' (6–10 points), and 'high dependence' (11–20 points).

Although the Japanese DAST-20 has not yet been standardized, the scale has been widely used in Japan[7,8] because the items are phrased to ask about the presence or absence of psychosocial issues related to drug abuse. Therefore, the items have obvious face validity (i.e., the literal description of each item reflects the concept measured by the item).

Self-efficacy Scale for Drug Dependence

The Self-efficacy Scale for Drug Dependence (SSDD) consists of two parts and is an original self-administered rating scale that was developed and shown to be both valid and reliable by Morita and colleagues.[9] It measures the degree of confidence (i.e. self-efficacy) a subject has in their ability to cope with drug cravings. The first part consists of five questions regarding general self-efficacy that transcends specific situations, and responses are made on a 5-point scale from 1 (not true for me) to 5 (true for me). The second part consists of 11 questions that ask about subjects' degree of confidence in their ability to refrain from abusing drugs in specific situations. It asks about situations such as 'being tempted to use drugs' and responses are made on a 7-point scale from 1 (not at all confident) to 7 (absolutely confident). We administered this scale before and after the intervention, and we compared changes in the total scores on the 'General Self-efficacy' and 'Situation-specific Self-efficacy' subscales and on the entire scale.

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) is a self-administered rating scale consisting of 19 items. It was developed by Miller and Tonigan[10] to assess a subject's awareness of problems caused by alcohol or drug dependence and their degree of motivation for treatment. The questions in the English version have a three-factor structure composed of 'Recognition' (Questions 1, 3, 7, 10, 12, 15 and 17), 'Ambivalence' (Questions 2, 6, 11 and 16), and 'Taking Steps' (Questions 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 and 19). Subjects with high scores in Recognition are considered to be acknowledging that they are having problems related to drug abuse and that they need to change their behavior because various harmful effects will occur if they continue to abuse drugs. Subjects with high scores in Ambivalence are indicating that they sometimes wonder whether they are in control of their drug abuse, are hurting other people, are an addict, or all three. Subjects with high scores in Taking Steps are indicating that they are already doing things to make positive changes regarding their drug problem or want help making these changes. Indeed, there is a positive correlation between total SOCRATES scores and the development of readiness for treatment,[11] and subjects with higher scores were found to remain in treatment longer in a short-term intervention that was conducted with poorly motivated drug abusers.[12]

The Japanese version of the SOCRATES-8D is specifically designed for drug abusers and was prepared by one of the authors (O. Kobayashi) by back-translation. The Japanese version was used to assess the adolescents before and after the workbook intervention. Although the Japanese version has not gone through a standardization process, each item has high face validity. Moreover, since we have previously demonstrated that the scale has excellent internal consistency (Cronbach's alpha = 0.798),[1] we compared the total SOCRATES-8D scores obtained before and after the intervention. Because the internal consistency of the individual sub-scales has not been established, the results for the sub-factors (Recogni-

© 2011 The Authors
Psychiatry and Clinical Neurosciences © 2011 Japanese Society of Psychiatry and Neurology

tion, Ambivalence, and Taking Steps) are presented for reference purposes only.

Procedure

This study was conducted at the discretion of the director of juvenile classification home 'A' as a part of the home's regular duties to 'provide information to promote healthy youth development.' The procedure was as follows.

Based on the initial examination by the attending physician at the home, adolescents who met the previously described criteria were selected as candidates. The physician proposed that they use the workbook by saying, 'You have problems with drugs. Why don't you take this opportunity to learn about them?' At the same time, the physician explained that 'it is not compulsory, and whether or not you use the workbook will not affect your treatment.' Once participants consented to use the workbook, they were immediately asked to fill out the DAST-20, SSDD, and SOCRATES (baseline assessment). They were asked to give their written consent after it was explained to them that signing the response sheet would be regarded as their formal consent to use the workbook.

The participants used the self-teaching workbook in their own room and at their own pace. Those who completed the workbook were immediately asked to fill out the SSDD and SOCRATES (post-intervention evaluation). These materials were distributed and collected by the attending physician, who was not involved in the subjects' classification or daily treatment.

The scores on the scales described above were anonymized in a linkable fashion (by the director of the medical section of the home, Chiba). The first author of this study was given the anonymized scores and analyzed the data. The Ethics Committee of the National Center of Neurology and Psychiatry approved all procedures, analyses, and publications.

Statistical analyses

The subjects were divided into three groups based on their DAST-20 scores. Changes in scores on the rating scales administered before and after the self-teaching workbook intervention were compared between the groups using the Wilcoxon signed-rank test. Continuous variables among the three groups were compared using one-way ANOVA. If the one-way ANOVA found a significant main effect, a Bonferroni's post-hoc test was performed to identify significant differences between any of the groups. All statistical analyses were performed using SPSS for Windows version 17.0 (SPSS, Chicago, IL, USA), and the significance level was set at $P < 0.05$, two-tailed.

RESULTS

The DAST-20 scores of the 46 participants ranged from 1 to 18 points, and the mean score [±SD] was 5.64 [±3.41] points. Based on their DAST-20 scores, we placed 46 of the 85 (54.1%) participants into the 'low-dependence' group, 28 (32.9%) participants into the 'moderate-dependence' group, and 11 (12.9%) participants into the 'high-dependence' group.

Table 1 shows the total scores of the three groups on each of the two drug dependence scales prior to the workbook intervention. There was a significant

Table 1. Comparison of the scores on the SSDD and SOCRATES-8D rating scales according to the severity of the subject's drug-related problems

	Severity of drug dependence				
	Low $n = 46$	Medium $n = 28$	High $n = 11$	F (d.f.)	P
SSDD (±SD)	95.83 ± 9.691	83.71 ± 20.777	76.00 ± 25.43.6	8.765 (2, 82)	*$P < 0.001$
SOCRATES-8D, total score (±SD)	63.57 ± 9.050	67.61 ± 12.294	70.18 ± 9.261	2.53 (2, 82)	$P = 0.086$

*$P < 0.001$; Bonferroni's post-hoc test, Medium-dependence group > High-dependence group, $P = 0.009$; Low-dependence group > High-dependence group, $P = 0.002$.
High, high-dependence group; Low, low-dependence group; Medium, medium-dependence group; SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence; SSDD, Self-efficacy Scale for Drug Dependence.

© 2011 The Authors
Psychiatry and Clinical Neurosciences © 2011 Japanese Society of Psychiatry and Neurology