

薬物依存症関連事業について、薬物関連事業実施状況調査をアンケート方式で行った。

(回収率は67/69で、97.1%であった)

薬物依存症対策に関して、半分以上のセンターが、技術支援活動、教育研修活動、組織育成活動、普及啓発活動を実施している。相談援助活動は、ほぼ、全センターが実施しており、個別来所相談が9割を占める。また、本人のサポートグループは1割強、家族のサポートグループは約半数のセンターが実施していた。なお、薬物関連相談の特定日は3分の1のセンターが決めていた。これらの調査結果は3年前の平成21年度の全国センターの薬物依存症対策の調査結果とほぼ同じであった。

現在の精神保健福祉センターにおける薬物依存症対策の現況を調査する事ができた。薬物依存症対策に関して、個別相談指導は、ほぼ全ての精神保健福祉センターで実施されている。家族教室は、ほぼ半数のセンターでは実施されていた。技術援助、普及啓発などの複数の薬物依存症対策事業には、約6割以上のセンターが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る。また、精神保健福祉センターは薬物依存症医療機関やリハビリテーション施設ではなく、あくまでセンターの特性を生かした、他機関とのコーディネーター機能、集団療法や自助組織との連携について、主に行っていることがわかった。

D. 考察

I. 引受人・家族の会における家族支援について

引受人・家族の会に参加する家族は、薬物問題の経過や本人との関係性などの背景はそれぞれ異なり、本人に対する思いも様々であると思われる。しかし、アンケー

ト調査の結果から、参加している家族は何らかの困り感や不安を抱え、本人のことを心配していることがわかった。特に、薬物の再使用を心配する声が多くあった。出所となれば、再び薬物の入手が可能となる環境へ戻ることになるため、その不安の表れだと考えられる。また、家族は薬物依存症に関する知識や適切な対応方法を知ることと同じくらい、同じ立場である家族との交流や長く断薬が続いている当事者の話を聞きたいという要望があることがわかった。

家族にとっては、本人の再使用を防ぐことが大きな目標となるかもしれないが、本人がどのような状況にあるのか、問題の根本を理解しておく必要がある。そこで、私たちはこの会で家族に、①薬物依存症は病気であるという認識が必要であること、②家族が依存症について学び、対処していくことが本人と家族自身の回復につながること、③回復には時間がかかるため、家族が信頼できる相談相手を見つけて欲しいこと、の3点を伝えることが大切だと考える。

①と②について、この会では限られた時間の中で一般的な知識を伝えることになるが、実際には家族や本人の状況に応じて、継続的な個別支援が求められる。また、家族が依存症の理解を深め、具体的にどう対応するかを考える上で、家族教室と自助グループや家族会などのグループへの参加が有効だと思われる。そこで、同じ立場の家族と分かち合うことで気持ちが楽になり、回復への力とすることができる。また、長く断薬が続いている当事者の体験談を聞くことで自分の家族への理解が深められ、回復した姿が家族に回復のイメージや希望を与えることができる。

③については、この会で伝えるべき最も大切なことである。信頼できる相談相手とは、自助グループなどで出会った同じ経験を持つ仲間でも、依存症の知識を持つ治療

者や相談員でも良いと思われる。当センターや保健所などの行政の相談機関に相談することに抵抗を感じる家族もいるため、本人に自傷他害の恐れがない限り相談機関から通報することがないことを伝えることも必要である。そして、相談を担当する職員の顔と名前を家族に覚えてもらうことが大切である。そうすることで、家族の安心感につながり、相談への抵抗も少なくなると考える。

実際に、この会に参加していた家族から、仮出所となる前に相談があり、保護観察所とも連絡を取ったケースがあった。出所前から家族の相談を受け、支援ができることは、この会で家族と接点を持つことの大きなメリットである。また、他の家族からも出所後に再使用をしているがどうしたらいいかと相談があった。困った時だけでなく、継続的な相談ができることは理想だが、こうやって相談機関を覚えてもらえたことも、講義の意義ではなかったかと考えられる。

家族が自分たちの中だけで問題を解決しようとしても、かえって問題が大きく、複雑になることが多い。依存症という病気が、気付かない内に家族を巻き込んでしまうことがある。家族は客観的に自分と本人の状況を把握してくれる第三者と相談しながら対応することが必要である。引受人・家族の会は、今後どうしていけばいいか戸惑いを感じている家族と相談機関が接点を持つことができる貴重な機会である。実際、この会をきっかけに個別相談をお受けした家族の話によると、この会が相談機関との初めての出会いになっているケースも多かった。家族が問題を抱え込まず、支援が受けられるきっかけになるよう、この機会を大切にしたい。

薬物依存症は家族への支援だけでは本人の立ち直りを支援することはできない。両者への支援が必要である。本人支援の第一

歩が刑務所内での指導であり、指導体制を充実させることは大きな役割だと思われる。出所者が薬物を使用せずに安定した生活を続けられること、さらには、社会の一員として役割を持てることが最終的な目標だと考える。

Ⅱ．刑の一部執行猶予制度施行を見据えた地域における薬物依存症支援

刑の一部執行猶予制度を導入する目的は再犯防止である。この制度により、保護観察下で社会に出て薬物依存症に関するプログラムを受けたり、社会貢献活動などを行ったりしながら社会復帰を目指していく。しかし、ある時期になれば保護観察期間は終了するため、当事者たちが断薬を続けながら生活していくためには、地域での継続的な支援が必要である。そこで、この制度の施行を見据え、刑務所を出所した薬物依存症者に対する地域支援について考察した。

(1) 関係機関との連携

薬物依存症支援において、司法機関と医療や支援機関との連携に関しては個人情報扱い、薬物の持つ違法性、精神病症状の自傷他害のおそれ、など様々な課題がある。しかし、司法機関と連携できる時とは介入できるチャンスの時とも言える。長野県内の保健福祉事務所や当センターで受理した薬物依存症に関する相談件数の少なさからもわかるように、相談機関でのケース把握はかなり難しい状況である。その要因として他の依存問題より相談者側の心理的抵抗感が大きいことが考えられる。司法機関において、相談機関では依存症とは病いであることを伝えた上で相談機関を紹介するなどの配慮や、支援者につながるかどうかは最終的には本人・家族の意志になるので相談してみようとその気にさせる粘り強さが必要である。相談機関では、司法機関から地域へ上手につないでもらったケースに対

して、1つずつ丁寧に対応しなくてはならない。

長野県では、地域依存症対策推進モデル事業をきっかけに平成23年度から薬物依存症支援関係者機関連絡会を開催し、情報交換等を行っている。各機関の取組み状況を知ることによって相互理解ができ、この連絡会が顔の見える連携の第1歩となった。本人が服役している段階で刑務所から当センターを紹介され、家族相談を受けたケースもあった。本人が出所してからは本人支援も始め、福祉や医療機関へのつながりも行った。このように、連絡会で顔を合わせているため、各機関との連携もスムーズであった。

長野県は広大な面積を持ち10圏域にも分かれているため、この連絡会のメンバーである保健福祉事務所には上記のような個別相談を受けながら必要な機関につなげるような役割を担ってもらえるよう、今後もこの連絡会を開催しながら職員の理解を深める必要がある。

全国的にも、薬物依存症の専門治療医療機関は少ないのだが、本県の県立精神科病院である、県立こころの医療センター駒ヶ根の新改築を機に、アルコール依存症治療病棟に薬物依存症治療を含め、マトリックスモデルの薬物治療プログラム(KOMARPP)が開始されている。

(2) 個別支援の充実

否認の病と言われる依存症の特徴として、最初に相談機関につながるのは家族が多いことが知られている。また、家族支援に力を入れると、①家族への働きかけによって本人の治療を受ける確率が高まる、②家族が治療に参加することによって本人の予後が良くなる、③疲弊した家族が心身の健康を取り戻せるとされ、家族支援の重要性は言われている。

家族支援において、家族自身が本人に振り回されて疲弊してしまっていることも多いため、まずは個別面接でゆっくり家族の話を聴きながら、家族自身が心身の健康を取り戻すことが必要である。家族が健康を取り戻したら、服役中の本人は刑務所で薬物依存症について学ぶ機会があるが、同じように家族に対しても学ぶ機会が必要だと考える。当センターでは、個別面接以外にも家族教室の中でテキストを用いながら心理教育を行っている。県内では依存症の家族教室を実施している相談機関は当センターを含めても2か所のみであり、各保健福祉事務所の個別支援を基本としながら、自助グループや家族会への参加を促すなどのフォローが必要になると思われる。

本人支援においては、状況によっては出所前に保護観察所や支援機関でケア会議を開催することも検討できるかもしれない。病識、動機づけの段階、理解度、周知のサポート状況など様々な本人の状況を考慮し、入院、施設入所、在宅など療養する場も変わってくるので、様々な支援者が連携しながら関わる必要がある。個別の聞き取り調査でもわかったが、ダルクなどの支援機関に1度でもつながった体験が、薬物依存症としての病識を持つきっかけになっていたり、回復へ向けて動き出した時に再度支援機関へつながるきっかけとなることがわかった。回復への道のりはそう簡単なことではないため、家族や支援者は1回の再使用で落胆したりプレッシャーをかけ過ぎることなく、長い目で本人を見守り続けることが必要である。また、本人が1人で回復を目指すことは難しいため、気持ちが分かち合える仲間とともに断薬が続けられるよう、自助グループをすすめることも必要な支援である。

(3) 薬物依存症に関する普及啓発

刑の一部執行猶予制度の施行によって、薬物依存症者の受け皿が地域に求められている。県内には回復施設は1つしかなく、そこに任せて負担をかける訳にもいかず、社会的貢献活動ができる場の確保も必要になってくる。まだ地域にも支援者にも薬物依存症に対する否定的なイメージや抵抗感があり、依存症という病気の捉え方について理解が進んでいない部分もあると思う。支援者に対する普及啓発や教育研修については精神保健福祉センターの役割であるので、今後も引き続き実施していきたい。

また、モデル事業を実施していた時に医療機関に配布した「家族・本人向けリーフレット」からダルクへの相談につながったケースがあったことから、どこへ相談したらよいか分からない家族に対し、様々な機会を通じて相談機関の情報を提供していくことが必要であると考えます。

Ⅲ. 今後の薬物依存症対策において、保健所が担える役割

一つは保健所だけで担える対策、もう一つは精神保健福祉センターと協働して取り組める対策の二つの考え方があると思われる。

保健所は既に、通常相談機能の中での薬物依存症対策の相談を行っている。薬事行政でも関連があるし、措置診察でも最近では脱法ドラッグの事例もみられる。そこでの、相談機能を高めることは重要だと考えられる。

実際は、多くの保健所では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。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して、対応が難しそうだと感じることもある。しかしながら、保健所の精神科

医師による精神保健福祉相談は、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。このような医師へのコンサルテーションは当事者が依存症を理解するうえで、意味があることと思われる

精神保健福祉センターとの協働の視点で考えると、相談援助活動は、ほぼ、全センターが実施しており、個別来所相談が9割を占めているため、保健所の相談について、センターと協働することは可能である。また、センターでは、本人のサポートグループは1割強、家族のサポートグループは約半数のセンターが実施していることも、その機能を活用し、協働できるヒントになる。

薬物依存症対策に関して、半分以上のセンターが、技術支援活動、関係職員への教育研修活動、自助組織、施設整備などへの組織育成や活動、普及啓発活動を実施しており、保健所の各圏域において、センターとの共催もありうると思われる。

今回紹介した、保護観察所の引受人・家族の会における家族支援は協働する良い機会である。

現段階での厚生労働省が示している来年度の薬物依存症対策の施策の全体イメージ（表1、図1参照）から、精神保健福祉センターと保健所が属している自治体の部分に、今後、検討が加えられていかなければならないと思われる。

この全体イメージの図で見ると、家族の相談窓口が、医療機関、ダルクなどの自助団体の他に、行政の自治体の窓口もあることは、多様な支援ニーズを抱えた、患者と家族にとっての安心感を提供し、一種の安全弁となれる可能性があると考えられる。「共依存がなんとしてもやめられない」という家族に、「突き放せ」というリハビリテーション施設の入所時の指導だけだと、危うい状況も想定される。

行政の相談窓口から自助団体への相談丸

投げという状況に嵌らないように努力することは、自助団体の方式のみに限定されない行政の相談窓口の役割として、重要だと思われる。従って、そのような多様な相談ができるように行政の自治体の多様な相談機能を高める必要があるのだと考える。

E. 結語

平成 24 年度には薬物相談に対応するガイドライン（保健所の相談対応も含めている）を作成しているが、平成 25 年度は、薬物依存症支援における精神保健福祉センターと保健所の連携について、連携の基となる要素を検討した。

長野県精神保健福祉センターでは、既に、「長野県薬物依存症対策推進事業」と刑務所出所者への地域支援を行っており、その報告をまとめた。

また、地域保健総合推進事業「地域精神保健における精神保健福祉センターの役割とこれからのあり方に関する研究」の中で、全国精神保健福祉センターを対象に平成 22 年度の分担研究と同様な全国の精神保

健福祉センターの薬物依存症対策の実際を調査したので、それを参照した。

考察では、刑務所出所者への地域や家族支援と刑の一部執行猶予制度施行を見据えた地域における薬物依存症支援、今後の薬物依存症対策において保健所が担える役割に触れた。

F. 研究発表

論文発表

高田弘子、日野寛明、小泉典章：長野県薬剤師会における自殺対策及び過量服薬防止への取組み―「かかりつけ薬局・薬剤師から関係機関への紹介先リスト」の作成―。信州公衆衛生雑誌 8(2)：印刷中，2014。

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1

(新規) 依存症治療拠点機関設置運営事業について

(新規) 26年度予算(案) 11,743千円)

【目的】

- アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症は、適切な治療と支援により回復が十分可能な疾患である一方、依存症の特性（否認や医療機関の不足等）から、依存症者が必要な治療を受けられていない現状にある。
- このため、依存症の治療及び回復支援を目的として、依存症の治療を行っている精神科医療機関のうち、5箇所程度を「依存症治療拠点機関」として指定し、依存症に関する専門的な相談支援、関係機関（医療機関、自治体、自助団体等）や依存症者の家族との連携・調整等を試行的に実施し、依存症についての知見を集積するとともに、依存症治療を専門的に行っている医療機関を「全国拠点機関」として1箇所指定し、依存症治療拠点機関で集積した知見の評価・検討を行うことで、依存症の治療・回復プログラムや支援ガイドラインの開発や支援体制モデルの確立を行う。

【対象】

- 依存症治療を行っている精神科医療機関 5箇所程度
- 全国拠点機関（依存症治療を専門的に行っている医療機関） 1箇所

【実施内容】

(1) 依存症治療拠点機関

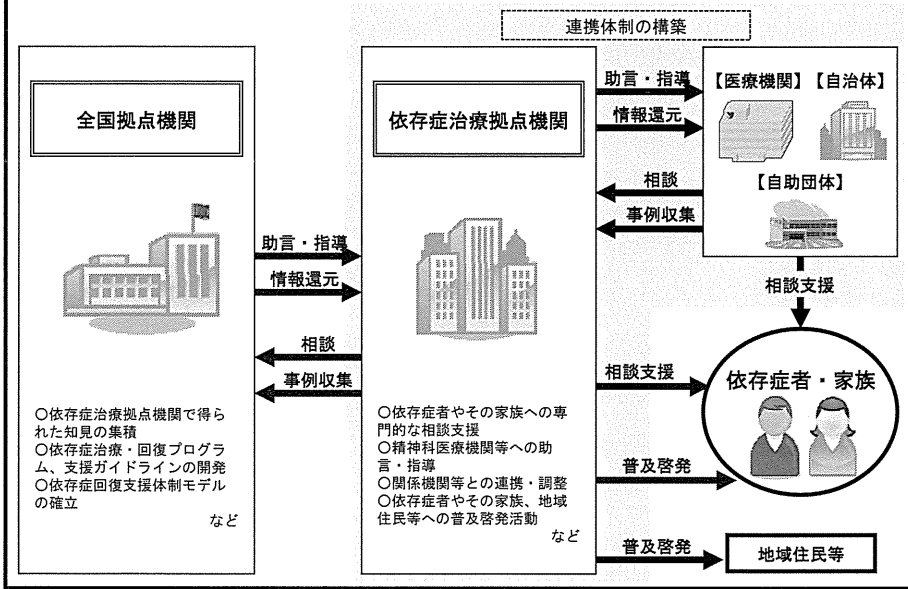
- 依存症者やその家族への専門的な相談支援
- 精神科医療機関等への助言・指導
- 関係機関等との連携・調整
- 依存症者やその家族、地域住民等への普及啓発活動 など

(2) 全国拠点機関

- 依存症治療拠点機関で得られた知見の集積
- 依存症治療・回復プログラム、支援ガイドラインの開発
- 依存症回復支援体制モデルの確立 など

図1

(全体イメージ図)



Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本俊彦	第1章 7. 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 pp, 東京, 2013.	石塚伸一	薬物政策への新たななる挑戦——日本版ドラッグ・コートを越えて	日本評論社	東京	2013	80-96
松本俊彦	第2部 第3章 アルコール・薬物依存症と衝動的行動：暴力、自傷・自殺、摂食障害を中心に	和田 清	精神科臨床エキスパート 依存と嗜癖 どう理解し、どう対処するか	医学書院	東京	2013	63-78,
松本俊彦	嗜癖と依存,	中谷陽二・岡田幸之	シリーズ生命倫理学編集委員会編 シリーズ生命倫理学 9 精神科医療	丸善出版	東京	2013	201-227
松本俊彦	松本俊彦：第2部 III 青壮年 中毒性精神病	鹿島晴雄・古城慶子・古茶大樹・針間博彦・前田貴記	妄想の臨床,	新興医学出版社	東京	2013	310-322
松本俊彦	第II部 第3章 素行障害の併存障害 e) 物質乱用	齊藤万比古	素行障害：診断と治療のガイドライン	金剛出版,	東京	2013	24-133

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Wada K, Funada M, Matsumoto T, Shimane T	Current status of substance abuse and HIV infection in Japan.	Journal of food and drug analysis	21	s33-s36	2013
Matsumoto T, Imamura F, Kobayashi O, Wada K, Ozaki O, Takeuchi Y, Hasegawa M, Imamura Y, Taniya Y, Adachi Y	Evaluation of a relapse prevention program for methamphetamine-dependent inmates using a self-teaching workbook and group therapy	Psychiatry Clin Neurosci.	68	61-69	2014

谷渕由布子, 松本俊彦, 小林桜児, 和田 清	薬物依存症専門外来における 脱法ハーブ乱用・依存患者の 臨床的特徴——覚せい剤乱用・ 依存患者と比較——	精神神経学雑誌	115	463-476	2013
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：その有効性 と利用可能性	精神神経学雑誌	115	455-462	2013
松本俊彦	薬物依存患者への疾病教育	日本精神科病院協会雑誌	32	559-566	2013
松本俊彦	薬物依存症臨床における倫理— 医療スタッフ向け法的行動指針—	精神神経学雑誌	115 第 108 回学 術総会特 別号	SS1-9	2013
松本俊彦	薬物依存と発達障害——薬物 依存臨床における注意欠陥・ 多動性障害傾向をもつ成人の 特徴——	精神神経学雑誌	115	643-651	2013
松本俊彦	6. 物質使用障害とアディクシ ョンの精神病理学—「自己治療 仮説」の観点から—	精神科治療学	28 増刊号	46-51	2013
松本俊彦	第 I 部総論 7) 新しい治療モ デル—「底つき」モデルを乗り 越えて— 2. 物質使用障害に 対するワークブックを用いた治 療プログラム	精神科治療学	28 増刊号	59-65	2013
松本俊彦	第 III 部 薬物使用障害 16. 薬 物使用障害臨床における司法 的問題への対応	精神科治療学	28 増刊号	294-299	2013
松本俊彦, 谷渕由布子	脱法ドラッグによる精神障害 vs. 内因性精神病	精神科	23	644-651	2013
松本俊彦	処方薬依存	精神看護	17	12-18	2014
松本俊彦	違法薬物使用を知った医療者 に、通報義務はあるのか	精神看護	17	29-36	2014
高田弘子, 日野寛明, 小泉典章	長野県薬剤師会における自殺 対策及び過量服薬防止への取 組み —「かかりつけ薬局・薬 剤師から関係機関への紹介先 リスト」の作成—	信州公衆衛生雑誌	第 8 卷第 2 号 2013	81-87	2014

IV. 研究成果の刊行物・別刷

された覚せい剤使用障がい患者の予後は、自主的に治療に参加している者と変わらないという。

3. 薬物依存症に対する治療法の選択肢

薬物依存症の治療では、薬物療法ではなく、心理療法が主役となる。薬物に対する渴望を緩和する治療薬についてはいまだ十分なエビデンスの集積がなく、ヘロイン依存症に対するメソドン置換療法は別として、覚せい剤やコカインの依存症に対する置換療法の有効性については否定的な研究が多い。その意味では、いかなる薬物療法に対しても、それ単独で臨床的に意味のある改善を期待することはできない。

以下に、薬物依存症に対する心理社会的治療の代表的な治療コンポーネント、ならびに、その有効性に関する実証的知見を紹介しておく。

(1) 動機づけ面接

薬物依存症患者の多くが家族や弁護士などからの圧力で仕方なしに受診し、治療意欲に乏しいのが普通である。しかし、患者の多くは、「変化を求める気持ち」と「変化への迷い」とのあいだで揺れ動いている。この治療法は、共感的な態度と介入によって患者自身に矛盾した考えに気づかせながら、「変化できる」という自己効力感の高めていく技法である。この治療法は、他の心理社会的治療と組み合わせて実施されることが多いが、軽症薬物依存症の場合には、単独でも認知行動療法と同等の効果があり、また、敵意の強い薬物依存症患者には、最も有効な治療法である (Project MATCH Research Group, 1998)。

(2) 認知行動療法 (対処スキルトレーニング)

薬物依存症は、「日常のさまざまなストレスに対処しよう」と試みる、非適応的かつ習慣的な行動パターン」であり、その行動は、内的な刺激 (怒りや不安といった不快感情など) や外的な刺激 (飲み仲間や注射器など) が引き金となって生じ、報酬や罰の回避によって強化される。認知行動療法では、自分の物質欲求を刺激する内的・外的引き金の分析を通じて、再発リスクの高い状況を回避し、別の対処スキルを習得させる。

薬物依存症に対する認知行動療法の有効性に関する研究は、コカイン依存症に関するものが数多くなされている。Carroll (1998) によれば、認知行動療法は、コカイン依存症に対し、従来の支持的なケースマネーজে

ントに比べて半年後の治療転帰が良好であったという。また、認知行動療法の治療効果を、A.A. や N.A. とした12ステッププログラムと比較した場合、治療効果は同程度ではあるが、1年後のアルコールの摂取量は、12ステップ群の方が多い (Wells et al, 1994)、あるいは、プログラム参加中の断薬日数では12ステップが優れているが、治療終了後の再発の少なさでは認知行動療法が優れているといった報告がある (MaKay et al, 1997)。コカイン以外の物質では、アンフェタミン依存症に対する外来認知行動療法は、治療共同体による入所治療に比べ、治療終了1年後の転帰が優れているという報告 (Hawkins et al, 1989) がある一方で、大麻依存症には動機づけ面接に及ばないことが指摘されている (Stephans et al, 1994)。

このように、いくつかの物質の依存症では認知行動療法の有効性が証明されているものの、それでは、認知行動療法を構成するさまざまなコンポーネント (セルフモニタリング、危険な状況の同定、渴望に対する対処法、問題解決訓練) のうち、いずれが有効に作用しているのかについては、いまだ明らかにされていない。事実、認知行動療法は、対人間および個人内における不快感への対処スキルの不足を物質依存症の原因とする作業仮説に基づいているにもかかわらず、改善した患者において新しい対処スキルの使用頻度が必ずしも増えているわけではない、という指摘がある (Litt et al, 2003)。このことは、認知行動療法は、薬物依存症に対して直接的な治療効果を持つのではなく、むしろ認知行動療法という枠組みが薬物依存症者との治療関係を築き上げる際のコミュニケーションツールとなることによって、いわば間接的な治療効果を発揮している可能性を示唆している。

なお、近年の趨勢としては、認知行動療法は、他の治療法と組み合わせた、統合的治療プログラムとして提供されていることが多い。その代表が、後述する Matrix Model である (Matrix Institute)。

(3) 暴露療法

アルコールや薬物の欲求を刺激する引き金に患者を暴露することを、その刺激によって惹起される欲求が軽減するまで繰り返す治療法である。これによって、引き金で惹起される物質欲求は消失し、物質使用に抵抗できるようになるとされている。しかし、この治療法の有効性についてさまざまな議論があり、特に違法薬物使用障がいの場合には、この治療を受けた患者の多くが自ら進んで危険な状況に赴く傾向があるという (Emmelkamp & Vedel, 2006)。

4) 随伴性マネージメント

この治療法は、たとえば、患者が、プログラムへの参加や尿検査による新薬の確認といった、観察可能な目標行動をとった場合に商品券などの強化因子を提供し、望ましい行動が見られない場合には、強化因子の提供を中止するなどといったかたちで行われるものであり、すでにその有効性は確認されている (Emmelkamp & Vedel, 2006)。

この方法の強化因子として、さまざまな福祉サービスを提供する治療は、「コミュニティ強化療法」といわれる。具体的には、断酒や断薬が確認された場合には、職業訓練プログラム参加や住居サービスの受給が許される、などといった方法で実施される。

(5) 自助グループ (12ステップ)

アルコール依存症者の自助グループであるアルコホリクス・アノニマス (Alcoholics Anonymous; A.A.) は、1935年に設立され、いまや世界中に存在している。

A.A. のアルコール依存に対する基本認識の特徴は、「身体的、精神的、そしてスピリチュアルな病」「進行性の病」であって、依存者の行動上の問題は「飲酒の結果であって、飲酒の原因ではない」とする点にある。この認識に基づいてまとめられた A.A. の哲学が12のステップだ。A.A. メンバーは、12のステップに準拠した、「言い放し、聞き放し」のミーティングに参加しながら、併行して、スポンサーシップと呼ばれる個別の支援を受けることとなるわけだ。薬物依存症者の12ステップグループとしては、N.A. (Narcotics Anonymous) がある。

今日、A.A. プログラムは医療の中にも取り入れられている。MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity) 研究によれば、12ステッププログラム、動機づけ面接療法、認知行動療法のいずれも同等の治療効果があり、治療終了3年後の断酒率は、12ステッププログラムを受けた群が最も高かったという (Project MATCH Research Group, 1998)。ただし、敵意や抵抗感の強い患者や重複障がい患者の場合にはさほど効果的とはいえない。

4. Matrix Model とは何か

(1) Matrix Model の登場

1980年代、米国ではコカインの乱用者の急激な増加に見舞われた。これに

対して、当時の政府は薬物に対する規制を強化し厳罰主義で臨んだが、再犯者が多く、単に刑務所の「回転ドア現象」を呈するだけであった。当然ながら、医療機関はコカイン依存症者の治療を行うことを迫られた。たとえば、「底つき hitting bottom」や「厳しい愛 tough love」で有名な Minnesota Model に基づく28日間入院治療プログラムは、多くのコカイン依存症者の治療を引き受けた。しかし、患者の多くは途中で治療から離脱してしまい、十分な成果を上げることができなかったのだ (Rawson & Urban, 1999)。

アルコール・ヘロイン依存症治療で定評がある Minnesota Model が成果を上げられなかった背景には、依存性薬物の薬理作用の相違、そして、そのことに由来する依存症者の臨床的特徴の相違が関係している。すなわち、アルコールやヘロインといった身体依存を持つ中枢抑制性物質の場合、その顕著な耐性上昇と離脱症状の苦痛により、いわゆる「底つき」を体験しやすい。離脱症状による身体の衰弱は、それらの物質を止める十分な動機をもたらしからず。しかし、コカインや覚せい剤といった中枢刺激薬の依存症者の場合には、そうはいかない。離脱の苦痛は治療動機となりやすく、なかなか「底をつかない」のだ。それどころか、中枢刺激薬の乱用者が「底をつく」のを待っていたら、その前に中毒性精神病に基づく暴力事件が発生してしまう危険がある。

要するに、コカイン・覚せい剤などの中枢刺激薬乱用の台頭は、米国の援助者をして依存症臨床のあり方を根本から考え直す機会を与えたのだった。そうした状況のなかで二つの新しい試みが誕生したわけである。一つが、後述する、Matrix Model をはじめとする新しい外来プログラムの登場であり、もう一つが、「刑務所の回転ドア」に失望した判事たちが独自に開始したドラッグ・コートであった。なお、この二つの試みはいずれも相互に補完し合いながら発展していったことを忘れてはならない。というのも、ドラッグ・コートによる地域内処遇は、Matrix Model のような外来プログラムの存在を抜きにして語ることはできないからだ。

(2) Matrix Model を構成するコンポーネント

Matrix Model とは、1984年に設立された Matrix 研究所のクリニックで開発された、中枢刺激薬依存症に対する統合的集中型外来治療アプローチ法である。これは、再発予防スキルトレーニング (認知行動療法)、動機づけ面接、随伴性マネージメント、心理教育、家族療法、12ステッププログラムへの参加などといった、複数の治療要素が統合されたものである

(Obert et al, 2000)。

抵抗や否認とは闘わず、罰則ではなく報酬を用い、患者の治療継続に力点を置く、という Matrix Model の方法論は、わが国の精神科医療関係者には、新鮮、もしくは非常に大胆なものに思えるかもしれない。また、ワークブックと治療者マニュアルに準拠したグループセッションは、幅広い援助者が容易に実施できるという点で優れている。なお、このプログラムは当初は24週間という期間が設定されたが、近年、コスト管理型医療 (Managed Care) の影響を受け、16週間に短縮された (Rawson & Urban, 1999)。

Matrix Model の治療コンポーネントは、「依存症者本人への直接的介入」「家族教育」「社会的資源の活用」「薬物使用モニタリング」という4つのコンポーネントから構成される (Obert et al, 2000)。以下に、各コンポーネントについて説明したい。

1) 依存症者本人への直接的介入 (初期回復グループ、再発予防グループ)

以下のグループ療法セッションを組み合わせて、依存症者が少なくとも週3日はクリニックを訪れるように予定を組む。すでにコカイン依存症の治療に関して、週1回の外来治療では何も治療を行わない場合と転帰に差がなく、有効な治療のためには最低でも週2回、できれば週4回の治療セッションが必要であることが明らかにされている。その意味で、外来グループセッションを週3回実施することは、治療構造としてきわめて重要だ。なお、この3回のセッションは、たとえば月・水・金とか火・木・土のように間隔をあけて連続しないようにして実施しなければならない。

実際のセッションでは、まずは講義形式で渴望の神経生物学機序や条件づけのメカニズム、回復のプロセス (ハネムーン期、ウォール期、回復期、安定期) がわかりやすく説明される。その後、ワークブックを用いたグループセッションの中で、それぞれの自分にとって渴望のトリガーとなるものを同定し、対処スキルを修得し、毎日の生活のスケジュールを立てるという作業に取り組むわけだ。

[1] トリガーの同定：トリガーには以下のようなものがある。①外的トリガー：薬物渴望を刺激する人物 (売人、薬物仲間など)、場所 (繁華街、クラブなど)、時間帯・曜日・特別な日 (深夜、週末、給料日やクリスマスなど)。②内的トリガー：H.A.L.T. (Hungry 空腹、Angry 怒り、Lonely 孤独、Tired 疲労) に該当するような、依存症者自身の心身の状態。③依存症的行動：薬物乱用時に見られやすい行動 (不正直や約束不履行、特

定のパートナー以外とのセックスや強迫的性行動、夜更かしや朝寝坊など)。④依存症的思考：薬物使用を正当化するような考えや弁明 (「たまには少しくらいいいじゃないか」「こんなひどいショックを受けたんだから、仕方がない」)。⑤パルフェナリア：薬物を使っていた道具 (ガラスパイプや注射器など) のようなきわめて強力な外的トリガー。これらのトリガーに遭遇した依存症者は、頭の中で、「どうしよう、困ったな……でも、今日は大丈夫かな。少しなら平気かな」などと、「使いたい気持ち」と「止めたい気持ち」とが葛藤する対話 (Matrix では「思考」と呼んでいる) をはじめてしまう。しかし、この段階ではもはや手遅れなのだ。すでに渴望は手に負えないほど巨大化しており、使用へと至るのは時間の問題である。再使用を防ぐには、まずはできるかぎり外的・内的なトリガーを避け、パラフェナリアを処分し、依存症的行動をやめる必要があるのだ。

[2] 対処スキル：トリガーに遭遇した時点で何からの対処スキルで、次の「思考」の段階に移行しないようにする必要がある。こうした場合のスキルとして、思考ストップ法、視覚イメージ法、スナッピング (手首にはめた輪ゴムを弾く)、瞑想などの方法を用いたり、重要他者や援助者に連絡したり、12ステップミーティングに参加するなどの行動をとることを提案する。また、曜日や時間帯、給料日のような、回避できないトリガーに対しては、重要他者と一緒に食事をする予定などを入れておくなどの対処が必要だ。

[3] スケジュールリング (日課の計画を立てる)：次のセッションまでの日課を立てる。原則として、外的トリガーや依存症的行動を避けるような生活を立てることを勧める。トリガーとは反対に、「自分が薬物渴望に流されてしまいそうになるのを止めてくれるもの」として「錨 (アンカー)」を同定しておくことは、危険な場所に行ったり、危険な曜日や時間を過ごさねばならない場合に役立つ。Matrix Model では、スケジュールリングは必ずクリーンな状態にあるときに行うことが推奨されており、予定した日課にない行動をとることは、それ自体が薬物使用の危険を高める「依存症的行動」であると見なされる。

2) 家族教育

講義形式で渴望の神経生物学機序や条件づけのメカニズム、あるいは回復のプロセスについて知識を身につけ、依存症者本人が取り組んでいるプログラムの内容について理解を深めてもらい、本人の内的・外的トリガー

や依存症的行動への対処を支援できるような協力体制を整える。

3) 社会資源の活用

Matrix Model では、12ステップミーティングを、経済的負担のかからない社会資源の一つと捉え、クリニック受診日以外の日の日課として活用することで、安全な生活を計画することを推奨している。12ステップミーティングは、時間帯を薬物使用の危険が高い時間帯や曜日、休日を安全に過ごしたり、感情的動揺のような内的トリガーに遭遇した場合に有用な資源となる。ただし、12ステップミーティングへの参加は決して必須ではなく、参加しないからといって治療から排除されることはない。

同じような社会的資源として Matrix 独自に月 1 回開催している「ソーシャル・グループ」という集まりもある。これは、Matrix Model の卒業生が現在のプログラム参加者とその家族にメッセージを伝える場だ。こうした集まりも安全な生活を構造化するための重要な要素となっている。

4) 薬物使用モニタリング

Matrix Model では、週 3 回のクリニック受診日のうち、ランダムに選ばれたいずれか 1 日に尿検査を実施し、覚せい剤反応の有無を確認している。この尿検査の結果は、司法的対応のためではなく、治療効果を評価するために用いられる。

Matrix Model の考え方は、再使用は治療の中では必然的に起こるものというものであり、使用状況を客観的にモニタリングすることで、治療者は、現在提供している治療の有効性のフィードバックを得ることが求められている。また、覚せい剤反応が陽性であった場合には、個人セッションにおいて再発分析を協働的に行い、陽性が続く場合には、現在の治療内容の再検討を行う必要があることを意味する。

(3) Matrix Model における覚せい剤依存症者とのかわり方

Matrix Model では、患者の自尊心を高めるかわり方が重視されており、治療者には、決して物事を決めつけず、患者の回復を見守る態度を維持することが求められる。その態度は、「コーチ」に比せられ、望ましい行動は支持し、望ましくない行動については患者にフィードバックするというものだ (Rawson & Urban, 1999 : Obert et al, 2000)。以下に、そのポイントを列挙しておく。

[1] すべての覚せい剤依存症者は治療に対する疑念や両価的な思いを抱いていると心得る：経験の乏しい臨床家は、治療に訪れた覚せい剤依存症者に治療動機の乏しさや「否認」を見出すと、焦燥感や怒りを感じるが、治療に対して無条件かつ全面的な熱意を持って治療をはじめた覚せい剤依存症者など存在しないのだ。こうした抵抗は、治療を妨げるものではなく、覚せい剤依存症を構成する不可欠な一部分として捉える。

[2] 最初の問い合わせ電話に迅速かつ積極的に対応する：覚せい剤依存症者からの電話による最初のコンタクトをどのように扱うかについて、その依存症者が治療を開始するか否かが決まってしまう。したがって、問い合わせ電話には迅速に対応し、電話で保留にしないことが、治療導入の観点から重要なのだ (覚せい剤依存症者は性急であり、保留にされると電話を切ってしまうことが多い)。

[3] 最初の予約をできるだけ早い時期にスケジュールする：治療を受けようという決断は移ろいやすい。そのため、最初のセッションの予約までの時間が開きすぎると、予約の日に患者が現れないという事態が生じる。したがって、最初の問い合わせ電話から 24 時間以内に面接予約を入れることが、治療導入率を高める (Obert et al, 2000)。

[4] 治療プログラムについて明確なオリエンテーションを提供する：患者には、治療内容・期間や治療プログラムにおける規則、参加に際して患者が期待されることについて明確な情報を与えるべきである。オリエンテーションは、患者の恐れや不安を払拭するのに役立ち、治療継続にプラスの影響を与えるのだ。

[5] 患者に選択肢を与える：人は自分で選択したという実感が持てるものには参加しやすく、治療からの離脱も少ないことが明らかにされている。自分で選択したと実感するためには、患者に選択肢を与え、その中から最も適切な治療計画を選択できるように、協働的な作業を行うことが大切だ。

[6] 患者に敬意を持って接する：先行研究は、患者を温かく迎え、敬意を持って接することが、治療継続率の向上に有効であることを明らかにしている。確かに、一部の覚せい剤依存症者は挑発的で扱いにくいのも事実であるが、その一方で、患者が治療への援助を求めるのにどれほどの勇気を要し、治療開始を決断することがいかに恥ずかしく不安な経験であるかを認識することが大切である。援助と治療を求める患者に対しては、原則として肯定的な評価を伝えるべきだ。

[7] 治療者は共感をもって患者に懸念を伝える：治療者は思いやりがあ

り、友好的、魅力的、共感的で、しかも率直でなければならない。助言や提案は、支配的・対決的な方法ではなく、思いやりと援助的姿勢を持って提供される必要がある。権威的・対決的な態度は、暴力のリスクを高める。

[8] 抵抗とは闘わない：すでに述べたように、治療に対する抵抗と闘わない。「否認」を打破するような戦略は逆効果であることが明らかにされている (Miller, 1985)。

[9] 正の報酬を用いて治療参加を強化する：商品のクーポン券や割引券などの報酬を用いた治療は継続性と有効性において優れていることが明らかにされている (Obert et al, 2000)。こうした報酬は、賞状やシールのような簡単な物品でもよい。そして、患者には、何があっても——たとえ覚せい剤を再使用したときでも——治療プログラムに戻ってくるように、というメッセージを繰り返し伝える必要がある。患者には、いつでも歓迎することを伝えながら、予約カード、パンフレット、予定表などを渡すとよい。

[10] 「予約すっぱかし」に対する電話：予約したセッションに参加しなかった患者には電話をかけて来院を励ます。

(4) その他に Matrix Model のセッションで重視されていること

1) 覚せい剤使用に関連する強迫的な性行動をアセスメントする

覚せい剤使用は、しばしば不特定多数とのセックス、あるいは強迫的自慰行為や強迫的なポルノ鑑賞といった強迫的な性行動、さらには自身の本来の嗜好性とは異なる同性愛行為や買春行為などと密接に関連している (Obert et al, 2000)。覚せい剤依存症者にとって、こうした性行動は渴望を刺激する依存症的行動となる。それゆえ、性の問題も積極的に取り上げる必要があるのだ。

2) 二次物質の使用をアセスメントする

覚せい剤依存症者の多くが、アルコールや大麻などの物質を使用する習慣を持っているが、そうした二次物質の使用に問題を感じている者は少ない。しかし、仮にごく少量の摂取であっても、これらの物質がもたらす脱抑制効果、あるいは、条件づけされた反応は覚せい剤の渴望を高め、依存症者を再使用の危険に曝すことが明らかにされている (Obert et al, 2000)。したがって、治療セッションのなかで、二次物質の問題を積極的に取り上げる必要がある。

(5) Matrix Model の有効性

Matrix Model の有効性を検証した研究はすでによく存在する。中でも、Matrix Model は、従来の外来治療に比べて、治療離脱率が有意に低く、治療期間中の断薬率が有意に高く (Rawson et al, 2004)、また、入院による治療や12ステップミーティングによる治療と比較しても、治療離脱率が有意に低く、治療中の断薬率が有意に高いことが明らかにされている (Rawson et al, 1986)。しかし、その一方で、治療期間終了後6か月経過時点での転帰に関しては、Matrix Model と従来の治療とのあいだで効果に差がない (Rawson et al, 2004)。

Matrix Model の構造を考えれば、こうした結果はある程度予想できるものといえるかもしれない。なにしろ、少なくとも週3回クリニックでのセッションに参加し、その3回のうちのいずれか1日に抜き打ちで尿検査を実施されたらば、文字通り「クスリを使っている暇がない」ということになる。スケジューリングによって生活を構造化するのも、まさにそうした「暇」をなくす目的からだ。けれども、ひとたび治療が終了した場合には、一気に生活が崩れ、元通りの結果となってしまう可能性がある。

治療終了後の転帰に関する結果は、決して Matrix Model の有効性を否定するものではない。精神障がいよりも、あらゆる慢性疾患の治療において、薬物療法であれ何であれ、一定期間だけの治療でその効果が維持される治療法など存在しない。時間経過に伴って治療効果が減衰したとしても、治療離脱率が低く、治療期間中の断薬率が高いプログラムであれば、効果維持のためのブースター・セッションを追加したり、治療期間を延長したりするなどの方策によって解決することは十分に可能なのだ。

5. SMARP の開発

2006年に Matrix Institute で研修を受けたわれわれは、同年より、依存症専門医療機関である神奈川県立精神医療センターせりがや病院（以下、せりがや病院）で、Matrix Model に範をとった覚せい剤依存症外来治療プログラム (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program; SMARP) の開発に着手した (小林ら, 2007)。

われわれが Matrix model の方法論を参考にした理由は二つある。一つは、認知行動療法的志向性を持つワークブックを用いた、マニュアルに準拠した治療モデルであったからだ。そのような特徴は、治療技法の普及という観点でも大きなメリットとなる。もう一つは、Matrix model が中核

刺激薬依存症を念頭に置いた統合的外来治療法であり、覚せい剤乱用者が多いわが国の現状に適合していたからだ。

SMARP は、当初、プログラム実施期間は8週間全21回（現在は全16回もしくは28回の2つのバージョンがある）と短期間であったことを除けば、原則として Matrix と同じ構造を採用した。具体的には、週3回の外来通院（うち2回は認知行動療法を実施）と週1回の尿検査の実施を基本とし、動機づけ面接の原則に沿った支持的な介入を大切にしたのである。これは、「Tough Love」の名のもとに直面化を多用する、従来のアディクション臨床の原則と全く正反対の試みであった。また、セッションを無断欠席時には参加者の携帯電話に連絡し、「次回の参加を待っている」というメッセージを入れるようにした。これも、従来の「去る者は追わず」というアディクション臨床の原則とは異なる対応であった。それから、われわれは、薬物を使わないことよりも治療の継続を支持し、毎回、コーヒーと菓子を用意し、和やかで気楽な雰囲気をはげめるなど、治療の継続率を高めるための工夫を凝らした。

われわれが作成したワークブック（図2・図3）では、覚せい剤依存症のメカニズムや心身への弊害といった内容の他に、トリガーの同定や渴望に対する対処行動といった認知行動療法的なワーク、アルコール、セックス、さらにはボディイメージや食行動異常と覚せい剤渴望、言い訳と再使用の正当化のパターン、信頼や正直さと回復との関係などのテーマを広く取り上げた。さらに、週3回のうち1回のセッションの終わりに抜き打ちで実施する尿検査結果については、家族にも伝えただけでなく、診療録にも記載せず、あくまでも秘密を守り、結果は治療効果のモニタリングのためだけに活用する姿勢を明確にしたのだ。

こうした試行の結果は、実に興味深いものであった。第一に、SMARP の実施により、参加者の「薬物依存症に対する自己効力感尺度」得点の上昇が認められた。第二に、治療実施期間における治療継続率（100%）が、従来のせりがや病院の治療を受けた対照群（39%）に比べてきわめて高く、治療機関中の断薬率は100%であった（小林ら, 2007）。

もっとも、プログラム終了後1か月後の治療継続率は、SMARP 実施群と対照群とで有意差はなかった。けれどもわれわれは、この結果は何ら SMARP の有効性を否定するものではないと考えている。なぜなら、SMARP が治療脱落率と治療中の覚せい剤使用率が低いのであれば、さらに長期間その治療を提供すればよい。薬物依存症に有効な治療とは、ある

特定の治療技法ではなく、いかなる治療技法でもよいからとにかく長く続けることであるといわれている。その意味で、地域プログラムに求められる重要な要素とは、治療脱落率の低い、依存症者に長く参加したいと思わせる内容なのだ。

なお、現在、SMARP の試みは、厚生労働科学研究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の開発とその効果に関する研究（主任研究者 松本俊彦）」において、複数の医療機関や地域保健機関、さらには、司法関連施設や民間回復施設での有効性の検証が行われている。また、われわれは、SMARP のワークブックを改変して、若年者向け自習ワークブック「SMARP-Jr.」を作成し、すでに少年鑑別所の健全育成教育ツールとしての有用性を確認している（松本ら, 2009）。

むすびにかえて

～これからの薬物依存症治療プログラムの可能性と限界～

最近、わが国の刑務所や保護観察所において、覚せい剤依存症に対する教育的介入が開始されつつある。こうした状況を知った、覚せい剤依存症の治療に嫌悪感・抵抗感を持つ精神科医療関係者は、「これでわれわれ医療者はこの問題にタッチしなくてもよくなった」と早合点しているかもしれない。しかし、その考えは間違いだ。

薬物依存症の治療とは、それがいかに優れた治療法であっても、決して「貯金することができない」性質のものである。したがって、治療に最も求められる要素とは、何よりもまず継続性であり、再使用よりも治療からの離脱を問題視するようなスタンスだ。刑務所や保護観察所がいかに優れた治療プログラムを実施しようとも、やがて薬物依存症者は出所し、保護観察を終了して地域に戻ってくる。そのためにも、地域において長期間実施できる低コストで簡便に実施できる治療プログラムが必要なのだ。その意味では、ワークブックとマニュアルに依拠することで「最低点」が担保された SMARP には、薬物依存症に対する地域支援コンポーネントの一角を担う資格は十分にある。

くれぐれも誤解しないしてほしいのは、決してわれわれは SMARP を「最高の治療プログラム」などと考えていない点だ。いうまでもなく、薬物依存症からの回復に資する最高の援助とは、同じ問題を抱えながら新しい生き方を獲得したロールモデルの提示であり、同時に、安心して治療に集中できる住居の確保や経済の保証である。それから、家族らに対する継

続的な支援と介入も忘れてはならない。重複障がい薬物依存症者に対しては併存する精神障がいに対する治療も必要だ。その意味で、SMARPをはじめとする、いわゆる Matrix Model の治療プログラムが、それ単独で提供されたとしても治療効果には限界があるのはいうまでもない。

けれども、ダルク (DARC; Drug Addiction Rehabilitation Center) をはじめとする当事者による支援以外に治療の選択肢がほとんどないに等しく、専門家や専門医療機関があまりにも乏しいわが国にとっては、ワークブックとマニュアルを備えた治療プログラムは十分に存在意義がある。というのも、ワークブックというコミュニケーションツールによって、援助経験の乏しい専門職援助者でも薬物依存症者にサービスを提供できる状況を用意するからだ。

われわれは、いま薬物依存症の治療プログラムに求められているのは、贅沢で高度な専門性を帯びた施設ではないと考えている。そのようなものは存在し得たとしても、所詮はごく限られた数にとどまるゆえに、全国的な水準で見れば、薬物依存症者の地域における社会復帰にはさほど貢献しないであろう。

真に重要なのは、臨床経験の乏しいさまざまな援助者でも比較的容易に一定水準以上の援助を提供でき、しかも、薬物依存症者がアクセスしやすい治療プログラムが、地域に数多く存在し、自助グループやダルクなどの民間回復施設、保護観察所などの司法関連機関による援助のネットワークの隙間を埋めることなのだ。さらにいえば、あちこちでそのような治療プログラムや支援資源に接触し、参加するなかで、「安全な再使用」を繰り返しながら、「変化への動機付け」(Miller, 1985)を高めていくプロセスこそが、実は、薬物依存症に対する治療プログラムそのものであることを、精神保健の援助者や行政関係者、司法関係者が十分に理解する必要がある。

【参考文献】

- Carroll, K.M. (1998) A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction. National Institute on Drug Abuse, NIH Publication Number 98-4308.
- Emmelkamp, P. M. G., Vedel, E. (2006) 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, New York, pp.85-118.
- 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, ほか「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 (SMARP)」『日本アルコール・薬物医学会誌42』507-521頁 (2007年)。

- Litt, M.D., Kadden, R.M., Cooney, N.L., et al. (2003) Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71: 118-128.
- MaKay, J.R., Alterman, A.I., Cacciola, J.S., et al. (1997) Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: Initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65: 778-788.
- Matrix institute: <http://www.matrixinstitute.org/index.html>
- 松本俊彦=今村扶美=小林桜児ほか「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・薬物医学会誌44』121-138頁 (2009年))。
- Miller, W.R. (1985) Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98: 84-107, 1985.
- National Institute of Drug Abuse (NIDA): <http://www.drugabuse.gov/PODAT1/PODAT1.html>
- Obert, J.L., McCann, M.J., Marinelli-Casey, P., et al. (2000) The Matrix Model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32: 157-164.
- Project MATCH Research Group (1998) Mating alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcoholism* 58: 7-29.
- Rawson, R.A., Obert, J.L., McCann, M.J., et al. (1986) Cocaine treatment outcome: Cocaine use following inpatient, outpatient, and no treatment. In: Harris, L.S., eds. NIDA Research Monograph Series, Number 67. DHHS Pub. No. (ADM) 86-1448, pp.271-277, NIDA, Rockville.
- Rawson, R.A., Urban, R.M. (1999) Treatment For Stimulant Use Disorders: A Treatment Improve Protocol (TIP) Series 33. Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Rockville, 1999Diane Pub Co.
- Rawson, R.A., Marinelli-Casy, P., Anglin, M.D., et al. (2004) A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99: 708-717.
- Stephans, R.S., Roffman, R.A., Simpson, E.E. (1994) Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62: 92-99.
- Wells, E.A., Peterson, P.L., Gaine, R.R., et al. (1994) Outpatient treatment for cocaine abuse: A controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *Am. J. Drug. Alcohol. Abuse*. 20: 1-17.

依存と嗜癖

どう理解し、どう対処するか

編集
和田 清

第 3 章

アルコール・薬物依存症と衝動的行動

暴力、自傷・自殺、摂食障害を中心に

アルコール・薬物依存症はさまざまな衝動的行動と非常に縁が深い。それには、大まかにいって以下の3つの要因が影響していると考えられる。第1に、困難に直面した際に、その感情的苦痛をともすればアルコールや薬物という「気分を変える物質」で即時的、短絡的に解決しようとする、依存症者自身のパーソナリティ特性であり、第2に、アルコールや薬物という醗酵物質の直接的な薬理効果も無視できない。そして最後に、物質渴望が引き起こす興味・関心の狭窄化の影響もあろう。

本章では、アルコールや薬物の依存症に罹患していることが、その人の衝動的な行動にどのような影響を与えるのかについて論じてみたい。もちろん、紙幅の関係もあり、依存症者が呈する衝動的な行動のすべてを取り上げるわけにはいかない。本章では、筆者がかねてよりメンタルヘルス領域における究極の課題と考えている、暴力と自傷・自殺という自他に対する攻撃的行動を取り上げてみたい。さらに、かねてより女性のアルコール・薬物依存症患者における高い併存率が指摘され、併存症例の高度な衝動性が臨床的課題となってきた、摂食障害についても取り上げたい。

本章を通じて、少しでも多くの援助者に、対応困難なさまざまな精神保健的問題の背景には、しばしばアルコール・薬物問題が潜んでいることを知ってもらえればと思う。

● 暴力行動との関係

1 物質使用と暴力犯罪

アルコールや薬物の乱用・依存(本章では、DSM-IV-TRに準じて「物質使用障害」と総称する)と暴力犯罪との密接な関連を指摘する研究は、枚挙にいとまがない。Johns¹⁾は、メタ分析において、傷害および殺人事件の40~60%、強姦事件の30~70%、DV(domestic violence)事件の40~80%にアルコールが関与していることを明らかにし、Murdochら²⁾は、暴力犯罪加害者の62%が、犯行時にアルコールに醗酵していることを指摘し、犯行にアルコールが関与していると判断されたものは、非暴力犯罪で12~38%の範囲であったのに対し、暴力犯罪では24~85%であったと報告している。アルコールだけではなく、コカイン、大麻、ベンゾジアゼピンといった薬

物の使用が攻撃性と関係を指摘する報告も多い³⁾。Hodgins ら⁴⁾は、誕生コホート研究から、物質乱用・依存の存在によって、暴力行為に関する相対リスクが、男性では5.9~8.7倍、女性では10.2~15.1倍にまで高まることを明らかにし、Wallace ら⁵⁾は、物質使用障害の存在は、男性の全犯罪のリスクを7.1倍、暴力犯罪のリスクを9.5倍、殺人を犯すリスクを5.8倍にまで高め、女性では、全犯罪のリスクを35.8倍、暴力犯罪のリスクを55.7倍にまで高めると推定している。

こうした現象の背景には、精神活性物質の薬理作用による影響がある。Chermack と Giancola⁶⁾は、2人の被験者にコンピュータに設定された光刺激に対する反応時間を競わせ、勝者は敗者に対して電気ショックを与えるという興味深い実験から、アルコール摂取が攻撃性や衝動性を亢進させることを証明している。それによれば、アルコールを与えられた者は、対照群に比べて攻撃的になり、その程度はアルコール摂取量に比例するという。また Josephs と Steele⁷⁾は、アルコール酩酊時の「アルコール近視」ともいべき意識状態に言及している。これは、飲酒酩酊下では意識の中心にある刺激に注意を奪われる一方で、意識の周縁的な刺激に対する関心が低下してしまう現象を指しており、このために、アルコール酩酊者は、熟慮を欠いた衝動的な行動が多くなるという。なお、興味深いことに、アルコールが関与する暴力犯罪では、被害者もまた高率にアルコールに酩酊した状態にあり、加害者の暴力を誘発する態度をとっているという指摘もある²⁾。

もちろん、物質乱用者の暴力犯罪のすべてを物質の薬理作用で説明することはできない。物質乱用者のなかには、児童期・青年期より非行歴を有し、反社会性パーソナリティ障害の併存が認められる者も少なくない。その意味では、わが国の Morita ら⁸⁾が、物質使用障害と関連する暴力行動を、物質の薬理作用の影響が大きい「症候性精神病質による薬物優位型暴力」と、基底に存在するパーソナリティ特性の影響が多い「本態性精神病質による人格優位型暴力」とに分類したのは、妥当なことである。

ただし、この「本態性精神病質」と呼ばれる人格の反社会的傾向の形成過程においてさえも、物質使用が何らかの影響を及ぼしている可能性がないとはいえない。McMurrin⁹⁾は、発達論的な立場から、児童期における物質乱用と暴力行動とが、相互に影響を及ぼしながら、確実に行為障害の重症化をもたらす、将来における反社会性パーソナリティ障害への発展をもたらす、という仮説を提唱している(図3-1)。

非行性・犯罪性に対する影響という意味で何よりも重要なのは、アルコールである。出生コホート研究によれば、アルコール乱用を呈した若年者は、暴力犯罪を起こす相対危険率が6倍、他人の財産を奪う犯罪を起こす相対危険率が12~13倍に上昇するといわれており¹⁰⁾、18歳時点での過量飲酒は、成人後の違法薬物乱用はもとより、犯罪全般を予測する危険因子であるともいう¹¹⁾。その背景には、Pihl と Hoaken¹²⁾が指摘するように、アルコール摂取が罰則に対する不安まで抑制し、攻撃的行動をとることに対して大胆になってしまうことも関係していると考えられる。実際、少年鑑別所被収容者において、アルコールの摂取頻度・量と試験観察や保護観察の失敗とが有意に関連していることも確認されている¹³⁾。

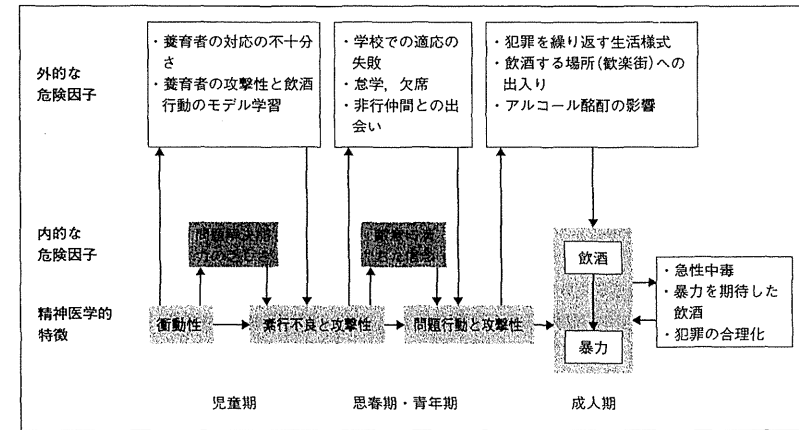


図3-1 酩酊時暴力に関する発達論的リスクファクター

(McMurrin M: Chapter 8: Alcohol, aggression and violence. McGuire J, eds. Offender rehabilitation and treatment-effective programs and policies to reduce re-offending, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, pp221-241, 2002 より)

2 | 重複障害における暴力行動

物質使用障害が統合失調症や双極性障害などの精神障害を併存する重複障害の形をとる場合には、暴力のリスクがいっそう高まる。Swanson ら¹⁴⁾による Epidemiologic Catchment Area (ECA) 研究では、精神障害者がアルコール・薬物の使用を1回でも行えば、暴力行為の生涯危険率は2倍に高まり、さらに、アルコール・薬物使用障害の診断がなされた者の場合には、暴力のリスクは16倍にまで高まることが明らかにされている。Wallace ら⁵⁾も、物質使用障害の重複診断のある統合失調症の犯罪行為のリスクは、物質使用障害単独の場合よりもさらに高く、犯罪全体に関するリスクは12.4倍であり、暴力犯罪では18.8倍、殺人に限定すると28.8倍にもなることと報告している。ほかにも、暴力的な精神障害者の49%に物質使用障害が認められる⁴⁾、あるいは、精神障害者を犯罪歴で分類する際、アルコール・薬物使用障害は最も重要な判別因子である¹⁵⁾などと、重複障害と暴力行動との密接な関連を指摘する報告は多い。このようなエビデンスを背景にして、触法精神障害者の暴力予測を目的として開発された、数理統計学的手法に基づくリスクアセスメント・ツール[VRAG (Violence Risk Assessment Guide¹⁶⁾], ICT (Interactive Classification Tree) 法¹⁷⁾, HCR-20¹⁸⁾]では、物質使用障害の存在は重要な変数として採用されている。

司法精神医学領域において重要なのは、統合失調症などの精神病性障害と物質使用障害との重複障害である。そして、精神病症状のなかでも、特に暴力との関係から重要視されているのは、「Threat/Control-override (TCO) 症状¹⁹⁾と呼ばれるものであ

る。これは、他者が自分を傷つけようとしている、追跡されているという脅威の感覚、あるいは、自分のものではない考えが頭の中に入ってきて、自分のコントロールを超えた外的な力に支配され、操作・蹂躪されるという病的体験の総称である。Swansonら¹⁹⁾によれば、TCO症状のある者は、ほかの精神病症状をもつ者の2倍、精神障害のない者の5倍の暴力の相対リスクがあるが、物質使用障害とTCO症状が併存した場合には、それは8~10倍にまで高まることが指摘されている。

歴史的に、強力な精神病惹起作用をもつ覚醒剤乱用が深刻な問題となってきたわが国の場合、TCO症状と物質使用障害とが併存する病態は、精神科臨床現場では比較的ありふれたものといえるであろう。覚醒剤による幻覚妄想は、圧倒的な脅威をもって本人に襲いかかり、しばしば犯行は、全く無関係な者が突如として殺傷されるという「通り魔的犯行」の様相を呈する²⁰⁾。また、覚醒剤による意識変容は状況誤認を引き起こして、全く無関係の者の住所に侵入して立てこもるような事態を引き起こす場合があり、また、被害妄想が包囲攻撃状況へと発展すれば、自己防衛目的から衝動的に殺傷行為に及んだり、自殺目的から放火に至ったりすることがある²¹⁾。

3 | 心神喪失者等医療観察法における物質使用障害治療

わが国では、2005年より国内最初の司法精神医療制度として心神喪失者等医療観察法(以下、医療観察法)が施行されている。この制度は、重大な他害行為に及びながらも心神喪失・耗弱のために刑事司法システムから外された精神障害者を対象とするものであり、制度施行前には、主たる対象疾患として統合失調症が想定されていた。物質使用障害は、単独では刑事責任減免の理由とはなりにくいとの推測から、制度の埒外にあると考えられていた。

しかし、実際に制度が施行されてみると、この想定通りにはいかなかった。たとえば、最初の医療観察法指定入院医療機関である国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟では、2005年8月の開棟から2009年2月末までに、総計91名の対象者が入院してきたが、そのうち29名に物質使用障害の診断がなされている(31.9%; 物質乱用15名、物質依存14名)²²⁾。いずれも統合失調症などの精神病性障害との重複障害であった。問題となっている乱用物質として最も多いのはアルコールであったが、そのなかには覚醒剤などの違法薬物の乱用歴をもつ者も少なくなかった。

もちろん、海外の司法精神医学的研究をふまれば、こうした事態は容易に予想されたことである。Soyka²³⁾によれば、このような重複障害患者は、暴力行動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、精神保健援助から脱落しやすいという。したがって、医療観察法による処遇中においても、併存する物質使用障害に対する介入が十分になされている必要がある。

そうした認識から、筆者らは国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟

の開棟時から「物質使用障害治療プログラム」を立ち上げ、現在までに継続してきた²⁴⁾。しかし、こうしたプログラムがすべての指定入院医療機関で行われているわけではなく、指定通院医療機関に至ってはほとんど実施されていないのが実情である。その理由としては、表向きにはマンパワー不足などと説明されていることが多いが、現実には、物質使用障害に対する苦手意識が影響しているように思えてならない。

実は、わが国の精神科医療者が抱える「物質使用障害に対する苦手意識」が予想以上に深刻であることを示唆する事実がある。それは、前述した重複障害患者29名のうち、鑑定書に物質使用障害の診断名が明記されていたのはわずかに3名だけで、残りの26名は、医療観察法病棟入院後の再評価で併存が確認されたというものである²⁵⁾。医療観察法の対象者が入院するまでには、少なくとも3名の精神科医(刑事責任能力鑑定人、医療観察法鑑定医、精神保健審判員)が評価していることを考えると、これは愕然とせざるを得ない状況といえるであろう。

思えば、わが国における薬物関連問題の精神医学的研究は、薬物乱用経験のある精神病性障害を「統合失調症か中毒性精神病か」²⁶⁾のいずれと診断するかという議論に多くが費やされてきたが、皮肉にも、そうしたなかで、併存する物質使用障害が看過・過小視されてしまった可能性も否めない。司法精神医療においては、介入を要する2つの疾患が重複しているという視点から、積極的に物質使用障害の評価と介入を行っていく必要があることを、改めて強調しておきたい。

● 自殺行動との関係

1 | 物質使用と自殺

海外における心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者の調査²⁶⁻³⁰⁾からは、自殺者の少なくとも2~3割はその行為の直前に物質関連障害に罹患していることが明らかにされている。たとえば、その先進的な国家的対策によって自殺死亡率減少に成功したフィンランドにおける大規模な心理学的剖検調査³¹⁾でも、自殺既遂者の93%に何らかの精神障害への罹患が認められ、うつ病(66%)とともにアルコール使用障害(42%)への罹患が高率であったことが明らかにされている。また、HarrisとBarraclough³²⁾が明らかにした、乱用物質の種類ごとの物質使用障害罹患者の標準化自殺死亡率は、鎮静剤・睡眠薬・抗不安薬20倍、複数物質19倍、オピオイド14倍、アルコール6倍と、その多くがうつ病よりも高いオッズ比である。

残念ながら、わが国には自殺対策のなかでアルコール使用障害対策の重要性を主張できるだけのエビデンスが存在していないが、アルコール使用障害患者における高い自殺念慮や自殺企図の経験率を指摘する報告ならば、わが国にも複数存在している(表3-1)³³⁻³⁸⁾。また、薬物使用障害についても、岡坂ら³⁷⁾によって、民間回復施設における調査からそのきわめて高率な自殺企図経験が報告されている。

最近になって筆者ら³⁸⁾も、依存症専門病棟入院患者を対象とする自記式質問紙調査