

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・依存患者との比較——

谷 淵 由 布 子^{1,3)}, 松 本 俊 彦²⁾, 小 林 桜 児³⁾, 和 田 清²⁾

Yuko Tanibuchi, Toshihiko Matsumoto, Ohji Kobayashi, Kiyoshi Wada: Clinical Characteristics of *Dappou* Herb Use-disorder Patients at the Drug Dependence Clinic: A Comparison with Methamphetamine Use-disorder Patients

いわゆる「脱法ハーブ」は、精神賦活作用を有しながらも法による規制が明確でなく、比較的安価かつ入手が容易であり、従来の薬物スクリーニング検査にて精神作用物質の成分が検出されないといった特徴がある。そのため、近年、乱用は確実に拡大しており、医療現場からは、脱法ハーブ摂取による幻覚妄想や不安焦燥感、意識障害、けいれん、自殺行動、循環器症状といった有害事象の報告が相次いでおり、危険運転による交通事故といった社会的問題も呈している。そこで本研究では、2009年11月～2012年4月に、国立精神・神経医療研究センター病院薬物依存症外来を初診した男性脱法ハーブ乱用・依存患者15名と、同時期に当院薬物依存症外来を初診した覚せい剤乱用・依存患者28名とを比較することにより、いまだ不明な点の多い脱法ハーブの乱用・依存患者の心理社会的および臨床的特徴を明らかにすることを試みた。その結果、脱法ハーブ乱用・依存患者は、覚せい剤乱用・依存患者に比べ、教育歴が長く、就労している者が多く、犯罪歴をもつ者が少ないという社会的特徴が認められた。また、脱法ハーブ乱用・依存患者の多くが、薬物使用開始前にうつ病性障害や不安障害などの精神科既往歴があり、その薬物使用の動機には自己治療的な要素が含まれている可能性が示唆された。脱法ハーブの法規制へ向けて諸々の試みが進められているが、規制後にはすぐに類似品が登場し、またインターネットを介した売買もあり、脱法ハーブは依然として世界的に蔓延している。事態の深刻化を阻止するために、今後は基礎研究による成分やその薬理学的作用機序の解明と、化学構造式に基づく何らかの「包括規制」の必要性、内容成分の表示義務化の検討、インターネット上の取り締まりとともに、さらなる実態調査や臨床研究が期待される。

＜索引用語：脱法ハーブ、脱法ドラッグ、合成カンナビノイド、薬物依存症、薬物依存症専門外来＞

著者所属：1) 千葉病院, Chiba Hospital

2) 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, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

3) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院, Center Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry

受理日：2013年1月5日

はじめに

いわゆる「脱法ハーブ」とは、乾燥植物に合成カンナビノイド成分などの化学合成物質を含ませた商品の通称である。加熱により気化した成分を吸煙、もしくは煙草と同様の喫煙によって経気道的に摂取され、多くの依存性物質と同様、何らかの精神状態の変容をもたらす効果があるとされているが、「入浴剤」や「芳香剤」として店頭やウェブサイトで販売されているために、容易に入手できる状況にある。わが国では2000年代後半より販売業者数も全国的に急増しており、若者を中心にこの脱法ハーブの乱用が急激に広がった^{9,19,31)}。ちなみに、脱法ハーブとは、法規制を逃れるために構造式を変化させた、麻薬・向精神薬には指定されていないものの、それらと類似した有害性が疑われる、「脱法ドラッグ」の一種であり、脱法ハーブ以外の脱法ドラッグとしては、様々な催幻覚薬が混入された液状製品や粉末状製品がある。

ところで、脱法ハーブに含有される合成カンナビノイドは、中枢神経系のカンナビノイド受容体であるCB₁ (cannabinoid brain) 受容体に作用する精神作用物質であり、大麻の主成分である Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) はCB₁受容体に対して部分アゴニストとして作用し、多幸感、気分の高揚、精神的・身体的緊張の緩和、脱抑制、知覚変容といった薬理効果を発現させる⁴⁷⁾。合成カンナビノイドを含む脱法ハーブは、THCによって引き起こされるような薬理作用を期待して使用される。

しかし、合成カンナビノイドの化学構造式は、THC類似のものもあれば、全く異なるものまで存在し、合成カンナビノイドとTHCとは「似て非なるもの」であるといえる。一例として、合成カンナビノイドの一種であるJWH-018は、CB₁受容体の完全アゴニストとして、THCより強力かつ長時間作用する(CB₁受容体への親和性はTHCの4倍、CB₂受容体に対してはTHCの10倍強い)^{3,7,9,12)}。また、化学構造の違いから、従来の薬物スクリーニング検査では検出されず、多くの合成カンナビノイドは現状では法規制を受けていな

い。さらに、こうしたTHCとの化学構造式の違いのために、脱法ハーブがもたらす心身に対する健康被害は、必ずしも大麻と同種のものとは限らない。不幸なことに、このような有害事象に関する情報は、購入者にはほとんど知られておらず、脱法ハーブによる幻覚妄想、自殺企図、心循環器症状、意識障害、けいれんといった様々な有害事象は国内外で跡を絶たない状況であり、ことにわが国では平成22年末より上述した有害事象の報告が激増している^{19,31)}。

政府や自治体はこうした事態を取捨すべく、合成カンナビノイドのいくつかの種類について法規制を開始しているものの^{16~18,36)}、十分な成果を上げているとはいいがたい。というのも、大部分の脱法ハーブはその成分はいまだ不明であり、合成カンナビノイド以外の精神作用物質が混合されていたり、同じ名称の商品でも異なる成分が含有されていたりすることが少なくないからである。当然ながら、脱法ハーブ使用による精神神経症状、ならびに乱用者の心理社会的・精神医学的特徴についても不明な点が多いままである。

そこで今回我々は、国立精神・神経医療研究センター病院(以下、当院)薬物依存症外来を初診した脱法ハーブ乱用・依存患者を対象として、生活背景、薬物関連障害の重症度、ならびに摂取時の精神症状などを検討することとした。本研究の目的は、昨今関心を集める脱法ハーブの乱用・依存患者の臨床的特徴を、60年来わが国における最も代表的な規制薬物であり続けている覚せい剤の乱用・依存患者との比較を通じて、明らかにすることである。

I. 対象と方法

1. 対象

対象は、2009年11月～2012年4月の期間に当院薬物依存症外来を初診した全男性患者166名のうち、DSM-IV-TRの物質使用障害の基準を満たし、かつその最も主要な乱用物質が脱法ハーブである者15名である(「脱法ハーブ群」)。15名の年齢は、18～41歳の範囲に及び、平均年齢〔標準偏

差] は 29.3 [7.2] 歳であった。

また、対照群の候補として、上記と同じ期間内に当院薬物依存症外来を初診した全男性患者のうち、DSM-IV-TR における物質使用障害の基準を満たし、その最も主要な乱用物質が覚せい剤であり、脱法ハーブ乱用歴のあった者 2 名を除いた 56 名を抽出した。その上で、脱法ハーブ群と年齢を一致させるために、脱法ハーブ群の平均年齢 [標準偏差] (29.3 [7.2] 歳) を参考にして、男性覚せい剤使用障害患者 56 名から年齢が 23~37 歳の者 28 名 (50.0%) を抽出し、最終的な対照群とした (「覚せい剤群」)。この覚せい剤群の平均年齢 [標準偏差] は 32.1 [4.1] 歳であり、脱法ハーブ群との年齢差では、両群間で有意差は認められなかった (Mann-Whitney の U 検定; $z=1.291$, $p=0.197$)。また調査期間内において、大麻単独の乱用・依存者は 5 名のみであり、脱法ハーブ以外の脱法ドラッグ単独の乱用・依存者はいなかったため、対照群には用いなかった。

なお、当院薬物依存症外来では薬物乱用・依存を呈する患者に対して、もっぱら外来治療のみを提供することを公告している。

2. 調査方法

本研究における情報収集は、診療録からの情報の転記によった。当院薬物依存症外来では、初診診察において精神医学的および心理社会的事項、ならびに生活歴や犯罪歴などに関して包括的な評価を行っている。本研究ではそのような診療情報のうち、教育歴、職歴、薬物関連およびそれ以外の犯罪歴、精神科治療歴の有無とその精神障害の DSM-IV-TR 診断、初診時点における併存精神障害の DSM-IV-TR 診断、薬物乱用に関して初回使用年齢、乱用期間、入手経路、初診時点における精神症状や他の精神医学的問題、他の依存性物質乱用歴といった、個人の特定が困難な項目に関する情報を転記した。なお、本論文の著者 4 名はいずれも当院薬物依存症外来で診療を担当する精神科医師であり、本研究で収集した精神医学的診断は、4 名全員の合議によって確定した。

また、当院薬物依存症外来では、初診時に受診患者全例に DAST-20 (Drug Abuse Screening Test, 20 items) を実施している。これは、違法薬物および医療用薬物の乱用をスクリーニングするための自記式評価尺度である³³⁾。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³⁵⁾を採用した。いまだ日本語版の標準化はなされていないものの、各項目は薬物関連問題に関して明らかな表面的妥当性をもっており、すでに国内の研究で汎用されている^{22,23)}。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。

なお本研究は、独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した (承認番号 A2012-048)。

3. 統計学的解析

統計学的解析には SPSS ver17.0 for Windows を用いた。その際、脱法ハーブ群と覚せい剤群の比較については、年齢や DAST-20 といった量的変数については、Mann-Whitney の U 検定を用いた。その他の質的変数については、Fisher の正確確率検定を用いた。いずれの分析でも両側検定で有意水準を 5% 未満とした。

II. 結 果

DAST-20 得点は、脱法ハーブ群で平均得点 [標準偏差] は 9.3 [4.5] 点、覚せい剤群で 11.5 [3.7] 点であり、両群間で有意差は認めず ($z=1.564$, $p=0.118$)。依存の程度についてはほぼ同等であるといえた。

表 1 は、脱法ハーブ群と覚せい剤群との間で、教育歴と受診時点での就労の有無に関する比較結果である。脱法ハーブ群では 12 年未満の教育年数の者が 1 名 (6.7%) であったのに対し、覚せい剤群では 16 名 (57.1%) であり、教育年数に関して

表 1 教育歴

	脱法ハーブ群 (百分率)	覚せい剤群 (百分率)
中学卒業	0 (0.0%)	9 (32.1%)
高校中退	1 (6.7%)	6 (21.4%)
高校卒業	3 (20.0%)	6 (21.4%)
専門学校中退	1 (6.7%)	0 (0.0%)
専門学校卒業	3 (20.0%)	2 (7.2%)
大学中退	3 (20.0%)	0 (0.0%)
大学在籍中	1 (6.7%)	0 (0.0%)
大学卒業	3 (20.0%)	5 (17.6%)
留学経験	3 (20.0%)	0 (0.0%)
12 年未満の学歴*	1 (6.7%)	16 (57.1%)
就労・就学者*	14 (93.3%)	15 (53.6%)

*Fisher 正確確率検定 $p<0.05$

表 2 犯罪歴

	脱法ハーブ群 (百分率)	覚せい剤群 (百分率)
犯罪歴あり*	3 (20.0%)	23 (82.1%)
薬物関連以外の犯罪歴あり*	2 (13.3%)	15 (53.6%)

*Fisher 正確確率検定 $p<0.05$

両群間で有意差が認められた ($p=0.001$)。さらにその内訳を見ると、脱法ハーブ群では中学卒業のみの者はいなかったのに対し、覚せい剤群では中学卒業が 9 名 (32.1%) であった。また、海外留学経験をもつ者が、脱法ハーブ群では 3 名 (20.0%) に認められたが、覚せい剤群では 1 名も認めなかった。

受診時点における就労状況に関して、両群間で有意差が認められた ($p=0.015$)。すなわち、脱法ハーブ群では無職の者は 1 名 (6.7%) のみで、12 名 (80.0%) は何らかの就労をしており、2 名 (13.3%) は学生であり、生活保護受給者はいなかった。それに対して覚せい剤群では、無職の者が 13 名 (46.4%) であり、そのうちの 6 名 (21.4%) が生活保護受給者であった。

表 2 は、両群間における犯罪歴、ならびに薬物関連 (覚せい剤取締法、あへん法、麻薬及び向精神薬取締法および大麻取締法に関するもの) 以外の犯罪歴についての比較の結果である。犯罪歴、および薬物関連以外の犯罪歴ともに両群間で有意

差が認められ、脱法ハーブ群で犯罪歴が明らかに少なかった。ちなみに、薬物関連以外の犯罪の内訳としては、脱法ハーブ群の 3 名では、暴行、傷害、盗品の転売であり、一方、覚せい剤群の 23 名では、無免許運転、居眠り運転、人身事故、暴走族集会といった道路交通法関連の犯罪のほか、偽造通貨使用や身分証明書偽造、器物破損や傷害といった暴力犯罪、窃盗や強盗、恐喝といった財産犯罪、さらには強姦などの性犯罪が認められた。

表 3 は、両群間における薬物使用開始前の精神科受診の有無に関する比較の結果である。薬物使用開始前に精神科受診のある者は、脱法ハーブ群で有意に多かった ($p<0.001$)。脱法ハーブ群での精神科既往歴の診断名の内訳は、うつ病性障害が最も多く 6 名 (40.0%) であり、次いでアルコール依存症が 3 名 (20.0%) であった。一方、覚せい剤群での薬物使用開始前に精神科治療歴のある 2 名の診断名は、解離性同一性障害と特定不能のうつ病性障害であった。

表 4 は、両群間の初診時点における精神障害の

表3 薬物乱用開始前の精神科治療歴

	脱法ハーブ群 (百分率)	覚せい剤群 (百分率)
治療歴あり	10 (66.7%)	2 (7.1%)

*Fisher 正確確率検定 $p < 0.05$

表4 初診時点での精神障害診断名 (重複あり)

診断カテゴリー	診断名	脱法ハーブ群 (百分率)	覚せい剤群 (百分率)
物質関連障害	アンフェタミン類依存	0 (0.0%)	28 (100.0%)
	アンフェタミン類誘発性精神病性障害	0 (0.0%)	1 (3.6%)
	アンフェタミン類誘発性不安障害	0 (0.0%)	1 (3.6%)
	アルコール依存	1 (6.7%)	4 (14.3%)
	鎮静剤, 催眠剤, または抗不安薬依存	0 (0.0%)	2 (7.1%)
	吸入剤依存	0 (0.0%)	1 (3.6%)
	他の物質乱用・依存	15 (100.0%)	1 (3.6%)
統合失調症および他の精神病性障害	統合失調症解体型	0 (0.0%)	1 (3.6%)
	特定不能の精神病性障害	0 (0.0%)	1 (3.6%)
気分障害	特定不能のうつ病性障害	1 (6.7%)	1 (3.6%)
	気分変調性障害	1 (6.7%)	0 (0.0%)
不安障害	社交不安障害	2 (13.3%)	0 (0.0%)
	全般性不安障害	1 (6.7%)	0 (0.0%)
	パニック障害	0 (0.0%)	1 (3.6%)
身体表現性障害	身体化障害	0 (0.0%)	1 (3.6%)
解離性障害	特定不能の解離性障害	0 (0.0%)	2 (7.1%)
	解離性同一性障害	0 (0.0%)	1 (3.6%)
パーソナリティ障害	混合性パーソナリティ障害	1 (6.7%)	0 (0.0%)
	統合失調質パーソナリティ障害	1 (6.7%)	0 (0.0%)
他のどこにも分類されない衝動制御の障害		1 (6.7%)	0 (0.0%)
併存精神障害あり		8 (53.3%)	14 (50.0%)

診断名 (DSM-IV-TR 診断) である。両群間で、物質関連障害以外の診断では有意差は認められなかった。

また、初診時に認めた物質乱用・依存以外の主な精神症状は、脱法ハーブ群で、不眠が7名 (46.7%)、不安感が5名 (33.3%)、緊張感が4名 (26.7%)、抑うつ気分が3名 (20.0%)、意欲低下が3名 (20.0%) であり、一方、覚せい剤群では、妄想 (過度な猜疑心も含む) が最も多く13名 (46.4%) であり、幻覚と不眠が9名 (32.1%) ず

つであった。

なお、両群における、主たる乱用物質以外の物質乱用歴についてであるが、まず脱法ハーブ群では、規制薬物使用歴のある者が9名 (60.0%) 認められた。いずれも脱法ハーブ使用開始前の使用であり、薬物の内訳は大麻が最も多く7名 (脱法ハーブ群全体の46.7%)、次いで覚せい剤が3名 (脱法ハーブ群全体の20.0%) であり、他はMDMA、揮発性有機溶剤、ヘロイン、コカインなどであった。いずれも単回使用もしくは機会使用

であり、少なくとも初診時に依存症状は認めなかった。また、アルコール使用歴は13名 (86.7%)、喫煙歴は12名 (80.0%) に認めた。一方、覚せい剤群では、覚せい剤以外の規制薬物使用歴のある者は24名 (85.7%) であり、その内訳は大麻が最多で23名 (覚せい剤群全体の82.1%)、次いで揮発性有機溶剤が16名 (覚せい剤群全体の57.1%)、MDMA が15名 (覚せい剤群全体の53.6%)、コカインが8名 (覚せい剤群全体の28.6%) であり、その他はLSD、ケタミン、ライター (ブタン) などであった。アルコール使用歴は26名 (92.9%)、喫煙歴は28名 (100.0%) に認めた。

また、脱法ハーブ群において、脱法ハーブ以外の脱法ドラッグの使用歴のある者が9名 (60.0%) であった。内訳は、規制前に使用されたマジックマッシュルーム、ケタミン、ラッシュ、メフェドロン、メチロン、5-MeO-DIPT、そして現時点ではまだ法規制されていない液状や粉末状の脱法ドラッグであった。

その他の臨床的情報としては、すべての患者から聴取している情報ではないが、患者側からの自発的な申告により「性的マイノリティ」(同性愛か両性愛傾向のある者) であることが判明した者が、脱法ハーブ群で5名 (33.3%)、覚せい剤群で1名 (3.6%) 認められた。また、他院からの診療情報提供書、もしくは当院における検査によって HIV 陽性であることが判明した者は、脱法ハーブ群にのみ1名 (6.7%) 認められた。

III. 症例呈示

以下、脱法ハーブ群の症例を呈示する。いずれも、実際の症例をもとに、個人が特定されないように配慮してある。

1. 症例 A: 純粋な脱法ハーブ乱用・依存症例
20歳男性, DAST-20: 15点
診断: 「他の (または不明の) 物質の依存 (DSM-IV-TR コード: 304.90)」
元来おとなしく消極的な性格であり、対人場面での不安と緊張が強かった。中学時代には漠然と

した希死念慮を呈し、コンパスで手を傷つける自傷行為の挿話も数回あった。

大学進学後、抑うつ気分や不安が出現し、精神科を自ら受診し、向精神薬の処方を受けた。この時期、アルコールと抗うつ薬や抗不安薬の同時摂取や過量服薬などの衝動行為、縊頸による自殺企図の挿話もあったようである。まもなく、処方された methylphenidate に依存傾向を呈したが、通院していた診療所の閉院にともなって methylphenidate の乱用は止まった。その後、大学を中退し、かろうじて飲食店でアルバイトするほかは、自室閉居に近い状態であった。

そのような中で、アルバイト先の客から耳にした脱法ハーブをインターネットで調べて購入し、抑うつ気分の軽減を意図して初使用に至った。使用後には気分高揚感や多幸感が出現し、現実の悩みや不安感が解消された。また、耳が研ぎ澄まされたように感じ、音楽がより良いものに聞こえ、趣味であった音楽鑑賞がより楽しめる感覚もあった。そのため徐々に摂取量と頻度が増え、当初は週に1, 2回だった使用が毎日になった。使用は主に葉巻やキセルを用いた吸煙による経気道的摂取であった。

しかし、脱法ハーブ使用開始から2ヵ月後より、「車の通る音がドアをノックする音に聞こえる」「外の騒音を、自宅周囲を誰かが徘徊したり部屋の窓をたたいているように感じる」「自分に向けられていない発言を自分に対する発言のように感じる」といった知覚変容、幻聴や被害妄想などの症状が出現するようになり、精神科を受診した。Olanzapine 5 mg/日の服用により幻覚妄想は改善したが、脱法ハーブ摂取がやめられず、脱法ハーブ使用開始の約4ヵ月後、家族の勧めで当院薬物依存症外来を受診した。

2. 症例 B: 性的マイノリティ症例
39歳男性, DAST-20: 7点
診断: 「他の (または不明の) 物質の依存 (DSM-IV-TR コード: 304.90)」
元来内向的な性格。幼少時より、同性愛傾向の

自覚があった。

中学時代より音楽（バンド）活動を開始し、高校2年時、音楽活動に専念するため中途退学し、その後は様々なアルバイトにて生計を立てているうちに、音楽活動を続けることは断念した。23歳時に上京し、以後繁華街の夜間の飲食店に勤務していた。

26歳時より、周囲の影響で同性との性行為の際に、当時は未規制であった「ラッシュ」（亜硝酸エステルを主成分とする薬物。2006年に「指定薬物」に指定）や「5-MeO-DIPT」（5-methoxy-N, N-diisopropyltryptamine。2005年に麻薬指定）などの脱法ドラッグを乱用するようになったが、規制後には使用することはなかった。違法薬物の使用はいっさいなかった。29歳時より、うつ病とアルコール依存症の診断で精神科に5年ほど通院し、入院治療も受け、33歳より断酒を継続していた。その頃には、手首や耳朶を切るといった自傷行為が頻回あり、右第5指を自ら切断したこともあった。

36歳時、性行為の際に使用する目的で脱法ハーブを初回使用し、以後、常用する中で次第に使用量が増えていき、性行為とは無関係に摂取するようになった。またハーブだけでなく、液状や粉末状の他の脱法ドラッグも使用するようになり、それらの摂取が自制困難となった。薬効が切れる頃には、恐怖感、不安感、発汗、「体がゾワゾワして落ち着かない」感じが出現した。慢性的に不安感と抑うつ気分は持続していたが、脱法ドラッグ使用後に幻覚や妄想などの新たな精神症状をきたすことはなかった。脱法ハーブ使用開始から3年後、薬物への問題意識から自ら当院薬物依存症外来を受診した。

3. 症例C：重複障害症例

34歳男性、DAST-20：8点

診断：「他の（または不明の）物質の依存（DSM-IV-TRコード：304.90）」「他のどこにも分類されない衝動制御の障害（DSM-IV-TRコード：312.30）」「大うつ病性障害（DSM-IV-TRコード：296.21）」

元来新しいことになじめず緊張しやすい性格。

両親ともにまじめで厳格な家庭に育った。家庭の方針で海外の高校に入学したが、海外生活に順応できず卒業後に帰国し、帰国子女枠で4年制大学に入学した。卒業後、就職したが、職場での人間関係のトラブルにより数ヶ月で退職し、父親の経営する会社に入職した。27歳時に結婚したが、6年後に性格の不一致のため離婚し、実家へ戻った。

離婚前後より、家庭の問題と仕事の負担から抑うつ症状をきたし、精神科を受診した。うつ病の診断で、これ以後、抗うつ薬と抗不安薬による薬物療法が行われるとともに、休職もした。しかし、症状の改善は見られず、初診半年後に通院を中断してしまった。これを期を同じくして、インターネットで脱法ハーブを知って購入し、抑うつ気分の軽減を意図して初使用に至った。以後、家族に知られないようインターネットで注文し郵便局で受け取ったり、店頭で購入して入手し、落ち込んだときなどに使用するうちに使用量が増え、液状や粉末状などの他の脱法ドラッグも乱用するようになった。使用後に、「物が明るく見えたりゆがんで見えたりする」といった視覚変容や、聴覚過敏が出現することはあったが、明らかな幻覚や妄想は認めなかった。また、離婚後より風俗店へ行く回数が増え、そこでの遊興に約1,000万円を超える浪費をした。その際、薬物を摂取した状態で風俗店を訪れては、薬物の影響下で性行為に耽溺するようになった。

脱法ハーブ使用開始から1年後、本人の生活状況を心配した周囲の勧めにより、当院薬物依存症外来を受診した。

IV. 考 察

1. 脱法ハーブ乱用・依存患者の心理社会的・臨床的特徴

本研究では、脱法ハーブ乱用・依存患者には、覚せい剤乱用・依存患者とは明らかに異なる教育歴上の特徴と就労状況の相違が認められた。教育歴については、脱法ハーブ乱用・依存患者は、覚せい剤乱用・依存患者よりも教育歴の長い者が多

く、概して高学歴であるといえ、症例Cに見られるように海外留学経験をもつ者も珍しくなかった。また就労状況については、脱法ハーブ乱用・依存患者では9割以上が就労・就学者であり、生活保護受給者はいなかった。これらの結果は、脱法ハーブ乱用・依存患者は、比較的恵まれた生活環境の中で十分な教育を受けながら生育し、社会的な適応水準も良好であることを意味しており、わが国における代表的な乱用薬物である覚せい剤の乱用・依存患者とは異なる生活背景を持つ一群であることを示している。

また本研究では、脱法ハーブ乱用・依存患者は、覚せい剤乱用・依存患者に比べて犯罪歴をもつ者が少ないことも明らかにされた。脱法ハーブが明確に法規制されていないことを考慮すれば、一見当然の結果のようであるが、重要なのは、薬物関連犯罪以外の犯罪歴に限定して比較を行っても、脱法ハーブ乱用・依存患者は有意に犯罪歴をもつ者が少なかった、という点である。しかも、個々の犯罪内容を検討しても、脱法ハーブ乱用・依存患者の場合には、暴行、傷害、盗品の転売であったのに対し、覚せい剤乱用・依存患者では、各種道路交通法関連犯罪や暴力犯罪だけでなく、貨幣・証明書財産犯罪や性犯罪も含む、多種多方向性の犯罪傾向を呈していた。このことは、脱法ハーブ乱用・依存患者は、覚せい剤乱用・依存患者のような反社会的な生活背景や交友関係をもつ者が少なく、それだけに、社会規範からの逸脱に対する心理的抵抗感が強い可能性を示すものと考えられる。そして、そのような規範を逸脱することに対する抵抗感とは、「脱法ハーブ」という彼らの薬物選択にも無視できない影響を与えた可能性がある。

興味深いのは、脱法ハーブ乱用・依存患者では、薬物乱用を開始する以前に精神科治療を受けた既往をもつ者が多かったことである。中でも目立ったのは、提示した症例Aや症例Cのように、精神医学的治療によって十分に解消されない不安や抑うつに対する「自己治療」¹⁵⁾の試みとして、脱法ハーブがもつ気分高揚や多幸感といった効果を期

待して乱用を開始する、というパターンであった。その傍証として、提示した症例のように、薬物乱用開始以前より自傷行為や自殺企図の既往が認められる症例も散見されていた。すでに我々は、ベンゾジアゼピンを主とする鎮静剤乱用・依存が、先行して存在する精神障害に対する一種の不適切な自己治療として発展し、仲間からの圧力や刺激・快楽希求を主たる使用動機として発展する覚せい剤乱用・依存とは明らかに異なる可能性を指摘している²⁴⁾が、脱法ハーブ乱用・依存にも同様の使用動機・背景が存在するのかもしれない。なお、脱法ハーブと薬理学的に類似点をもつ大麻については、使用によりさらに抑うつ症状、悲哀感、不安感、妄想が強まるため、大麻使用歴をもつうつ病患者は、自己治療の目的では大麻を使用してはなかったという報告がある²⁵⁾。

しかしその一方で、一見すると矛盾しているように思われるのは、脱法ハーブ乱用・依存患者では、乱用開始以前より何らかの精神障害を抱えていた者が多いにもかかわらず、就労者の割合も多い、という結果である。この点に関しては、次の2つの理由が推測される。1つは、脱法ハーブの薬理学的作用が覚せい剤に比べれば比較的弱いために、薬物だけの影響により、就労などの社会適応には深刻な支障はきたさなかった可能性である。もう1つは、覚せい剤乱用・依存患者の多くが薬物関連およびそれ以外の犯罪による逮捕・服役経験をもっており、そのような司法的対応を受けることで、就労が途絶えたり、再就労が困難となった可能性である。ただし、本研究で得られた情報は不足しており、今後さらに詳細な情報収集に基づく検討が必要であろう。

なお、薬物乱用前の精神科治療歴には両群間で顕著な違いが認められた一方で、当院初診時点における併存精神障害の割合については、両群間で差は認められなかった。しかし初診時に認められた主要な精神症状については、脱法ハーブ乱用・依存患者では、不安、緊張、抑うつであったのに対し、覚せい剤乱用・依存患者では妄想や幻覚であったことは、両群における使用薬物の違いと、

そもそも心理臨床的相違を反映している可能性がある。

ここで、本研究で認められた興味深い知見として、脱法ハーブ乱用・依存患者では、覚せい剤乱用・依存患者に比べて、「性的マイノリティ」と称される者が多く認められたことにも触れておきたい。我々は、薬物依存症外来を受診した全患者に性的嗜好性について確認しているわけではなく、今回収集し得たこれらの情報は、あくまでも患者自身の自発的な申告や診療情報提供書によるものであり、この結果をただちに一般化することはできない。しかし、近年ではわが国においても HIV 診療における薬物乱用問題が急増している現実があり¹³⁾、脱法ハーブ乱用のハイリスク群として注目する必要がある。

我々が知り得た限りでは、性的マイノリティが脱法ハーブ乱用・依存に特異的な親和性があることを支持する先行研究は見当たらなかったが、性的マイノリティと物質乱用・依存との密接な関連を指摘する報告は数多く存在する^{10,21,25,28)}。それらの先行研究では、性的マイノリティには、性行為時に薬物が乱用されやすい状況や、世間からの恥辱、偏見、差別、非難など、様々なストレスや外傷的体験に曝されやすいことが指摘されており、そうした事情が物質乱用・依存に促進的に作用している可能性がある。そして注射を用いた物質使用や薬物影響下での危険な性行為により、HIV 感染の危険性も増す^{10,13)}。彼らの存在が公的に受容され、より心理的負荷を感じずにすむような社会の形成が、今後の性的マイノリティの物質関連問題への解決の一策となるかもしれない。

本研究における脱法ハーブ乱用・依存患者には、回想という形で脱法ハーブ使用後の急性精神神経症状を供述する者もいた。その中でも代表的な症状が、提示した3つの症例にも認められた、聴覚過敏、幻聴、知覚変容、被害妄想、気分高揚、興奮、疲労感、四肢のしびれ感、心拍数上昇、体温上昇、筋強直であった。これらは、既報の脱法ハーブによる精神神経症状（不安、幻覚妄想、気分の変調、知覚変容、易刺激性、攻撃性、興奮、

錯乱、カタレプシー、筋強直、意識障害、けいれん）^{20,29,30,32,38)}とおおむね一致していると考えられた。

しかし、これらの供述は、不正確かつ断片的な記憶に基づいたものであり、また、構造化された質問によって収集した情報ではない。また、国内の精神科救急ならびに一般科救急には、重篤な状態を呈して搬送される脱法ハーブ関連患者が急増しており、すでに脱法ハーブの薬理作用下における危険な自動車運転や自殺行動、あるいは死亡事故の報道もある。当院薬物依存症外来は、完全予約制の専門外来という体制上の限界により、急性中毒症状の観察が困難である。脱法ハーブ乱用・依存患者が初診時に呈していた不眠、不安、緊張、抑うつ気分、意欲低下といった精神症状にしても、その大半は、併存する他の精神障害に関連する症状によるものであった。今後、薬物依存専門外来だけでなく、薬物依存専門病棟、精神科救急ならびに一般化救急と協力した広範な症例の蓄積と分析が必要であろう。

2. 脱法ハーブ乱用問題の課題と対策に関する提言

ところで本研究では、脱法ハーブ乱用・依存患者と覚せい剤乱用・依存患者との相違点だけでなく、共通点も明らかにされた。両群ともに、複数の依存性物質使用歴のある者が多く、規制薬物使用歴は半数以上に認められた。本研究では、脱法ハーブ群における規制薬物使用経験者9名はすべて規制薬物から脱法ハーブ使用へ移行していたが、薬物乱用・依存患者は多物質の乱用・依存傾向が出現しやすい^{6,8,11,14,26,27,34)}ことを考慮すれば、本研究の調査期間内においては該当患者はいなかったものの、その逆方向の移行が発生する可能性は十分に考えられる。つまり、将来、脱法ハーブが他の依存性物質乱用に対する、いわば「ゲートウェイ・ドラッグ」³⁷⁾として機能を果たす可能性も推測され、引き続き注意が必要であり、そのような患者群における研究や考察が今後の重要な課題である。

多物質乱用問題と関連してもう1つ興味深いのは、提示した症例でも明らかなように、脱法ハーブ乱用・依存患者の半数以上に、脱法ハーブ以外の脱法ドラッグの使用歴が認められたことである。このことは、脱法ハーブによるものと同定された急性の精神神経症状が、実は、脱法ハーブ単独によるものではない可能性、つまり、脱法ハーブと同様に内容成分不明な薬物による症状が混在している可能性をも示唆し、ここに、脱法ハーブ誘発性の精神神経症状を同定することの難しさがあるといえる。

現在、国内外のいずれにしても、脱法ハーブをはじめとする脱法ドラッグに対する法規制は、文字通り「イタチごっこ」の様相を呈している。こうした状況を踏まえて、今後の脱法ハーブ対策のために以下の3つの提言をしておきたい。第1は、化学構造式に基づく何らかの「包括規制」の必要性である。現に、アメリカやイギリスではこの規制を導入しており¹⁵⁾、わが国でもすでに検討はなされているが早急な実施が必要である。第2は、使用者がその製品がもつ潜在的危険性を認識できるように、「商品」というからには、可能な限り、内容成分の表示義務化を検討する必要がある。そして最後に、脱法ドラッグ全般の購入経路として無視できない、インターネットサイト上の今以上に有効な監視法の開発であろう。

3. 本研究の限界

本研究の限界はいくつかあるが、中でも主要なものは以下の5つである。第1に、脱法ハーブというものの定義が一般的に明確ではなく、個々の患者が使用したと申告する商品およびその成分が不明瞭であり、商品の違いにより含有されている成分もおそらく異なり、異なる薬理学的特性をもつ様々な不明な物質に対する乱用・依存患者を、一括りに脱法ハーブ乱用・依存患者として扱っていることである。しかしながら構造式を変化させて法を逃れた化学合成物質を含んだ植物性製品ということは共通しており、乱用・依存群に明らかな特徴を見出したことに一定の意義はある。第2

に、症例数が十分ではなく、同時に、入院治療を要するような重篤な精神病症状を有する薬物乱用・依存患者が欠落していることである。これは、当院薬物依存症外来の特殊性に起因する致し方ない限界である。第3に、脱法ハーブ乱用・依存を主訴として当院薬物依存症外来を初診した女性患者も存在したが、少数であったためここでは除外したことである。第4に、本研究においては、薬理作用や法制・流通の面で異なる脱法ハーブと覚せい剤とを対比させているが、脱法ハーブと薬理学的に類似点をもつ大麻や、法制・流通の面で脱法ハーブに共通する他の脱法ドラッグについては、症例数が少ないために、それらの依存・乱用者との比較の検討が行われていないことである。これらの検討も含めた調査が、今後の課題である。そして最後に、過去の精神科治療歴の詳細については、特にかなり過去にさかのぼることなどは、情報提供書のない場合は患者本人や付き添い者からの聴取となり、正確性と客観性に欠けるといえる問題である。

以上の限界にもかかわらず、本研究は、わが国においてはまだ報告も乏しく、いまだ不明な点の多い新規依存性物質である脱法ハーブの乱用・依存患者の心理社会的・臨床的特徴を、わが国最大の乱用薬物である覚せい剤乱用・依存患者との比較を通じて明らかにした。最初の報告である。今後は、他の薬物における比較や、女性患者も含めたより多い症例数での、さらなる詳細で綿密な調査が必要である。さらに、脱法ハーブ以外の他の脱法ドラッグについての調査や研究も期待される。

おわりに

国立精神・神経医療研究センター病院薬物依存症外来を初診した男性脱法ハーブ乱用・依存患者15名について、覚せい剤乱用・依存患者との比較を通じて心理社会的および臨床的特徴を明らかにした。その結果、脱法ハーブ乱用・依存患者は、覚せい剤乱用・依存患者に比べ、教育歴が長く、就労している者が多く、犯罪をもつ者が少ないという特徴が認められた。また、脱法ハーブ乱用・

依存患者の多くが、薬物使用開始前にうつ病性障害や不安障害などの精神科既往歴があり、その薬物使用の動機には自己治療的な要素が含まれている可能性が示唆された。

脱法ハーブの有害性についての報告が相次いでおり、わが国においても法規制に向けた試みが進められている。しかし、脱法ハーブについてはいまだ不明点が多く、基礎研究による成分やその薬理学的特性、作用機序の解明、検出手法の開発とともに、今後もさらなる実態調査や臨床研究が必要である。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) Advisory Council on the Misuse of Drugs : Consideration of the Novel Psychoactive Substances ('Legal Highs'). 2011
- 2) Arendt, M., Rosenberg, R., Fjorback, L.: Testing the self-medication hypothesis of depression and aggression in cannabis-dependent subjects. *Psychol Med*, 37; 935-945, 2007
- 3) Atwood, B. K., Lee, D., Straiker, A., et al.: CP47,497-C8 and JWH073, commonly found in 'Spice' herbal blends, are potent and efficacious CB₁ cannabinoid receptor agonists. *Eur J Pharmacol*, 659; 139-145, 2011
- 4) Castellanos, D., Thornton, G.: Synthetic cannabinoid use : recognition and management. *J Psychiatr Pract*, 18; 86-93, 2012
- 5) DEA Administrator Michele M. L.: Operation Log Jam Press Conference. 2012
- 6) Falk, D. E., Yi, H. Y., Hiller-Sturmhöfel, S.: An epidemiological analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders : findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Res Health*, 29; 162-171, 2006
- 7) Fattore, L., Fratta, W.: Beyond THC : The new generation of cannabinoid designer drugs. *Front Behav Neurosci*, 5; 60, 2011
- 8) Ford, J. D., Gelernter, J., DeVoe, J. S.: Association of psychiatric and substance use disorder comorbidity with cocaine dependence severity and treatment utilization in cocaine-dependent individuals. *Drug Alcohol Depend*, 99; 193-203, 2009

9) 船田正彦：合成カンナビノイド誘導体の薬理学的特性とその乱用について。日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45; 167-174, 2010

10) Hidaka, Y., Ichikawa, S., Koyano, J., et al.: Substance use and sexual behaviours of Japanese men who have sex with men : a nationwide internet survey conducted in Japan. *BMC Public Health*, 6; 239, 2006

11) Hu, X., Primack, B. A., Barnett, T. E., et al.: College students and use of K2 : an emerging drug of abuse in young persons. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 6; 16, 2011

12) Huffman, J. W., Padgett, L. W.: Recent developments in the medicinal chemistry of cannabimimetic indoles, pyrroles and indenes. *Curr Med Chem*, 12; 1395-1411, 2005

13) 今村顕史：HIV 診療における薬物乱用問題。精神医学, 54; 1127-1132, 2012

14) Kaufman, E.: The relationship of alcoholism and alcohol abuse to the abuse of other drugs. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 9; 1-17, 1982

15) Khantzian, E. K.: Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions : Similarities and differences. *Recent Developments in Alcoholism* (ed. by Galanter, M.). Plenum, New York, p.251-277, 1990

16) 厚生労働省：「薬事法第2条第14項に規定する指定薬物及び同法第76条の4に規定する医療等の用途を定める省令の一部改正について(施行通知)」。2012年6月1日付け官報(薬食発0601第1号)

17) 厚生労働省：「指定薬物として新規に指定される物質を含有する製品の取り扱いについて」。2012年6月1日付け官報(薬監麻発0601第2号)

18) 厚生労働省：「麻薬、麻薬原料植物、向精神薬及び麻薬向精神薬原料を指定する省令の一部を改正する省令」。平成24年7月4日付け官報第5835号, 政令第183号

19) 黒木由美子, 飯田 薫, 竹内明子ほか：日本中毒情報センターで受信したいわゆる「合法ハーブ」による急性中毒に関する実態調査。中毒研究, 24; 323-327, 2011

20) Lapoint, J., James, L. P., Moran, C. L., et al.: Severe toxicity following synthetic cannabinoid ingestion. *Clin Toxicol (Phila)*, 49; 760-764, 2011

21) Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R., et al.: Sexual orientation and adolescent substance use : a meta-

analysis and methodological review. *Addiction*, 103; 546-556, 2008

22) 松本俊彦, 岡田幸之, 千葉泰彦ほか：少年鑑別所男子入所者におけるアルコール・薬物乱用と反社会性の関係—Psychopathy Checklist Youth Version (PCL:YV)を用いた研究—。日本アルコール・薬物医学会雑誌, 41; 59-71, 2006

23) 松本俊彦, 千葉泰彦, 今村扶美ほか：少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの試み〜重症度による介入効果の相違に関する検討。精神医学, 52; 1161-1171, 2010

24) 松本俊彦, 尾崎 茂, 小林桜児ほか：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—。精神経誌, 113; 1184-1198, 2011

25) Meyer, I. H.: Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations : Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*, 129; 674-697, 2003

26) Miller, N. S., Gold, M. S., Belkin, B. M.: The diagnosis of alcohol and cannabis dependence in cocaine dependents and alcohol dependence in their families. *Br J Addict*, 84; 1491-1498, 1989

27) Palmer, R. H., Young, S. E., Hoper, C. J.: Developmental epidemiology of drug use and abuse in adolescence and young adulthood : Evidence of generalized risk. *Drug Alcohol Depend*, 102; 78-87, 2009

28) Rhodes, S. D., Hergenrather, K. C., Yee, L. J., et al.: Characteristics of a sample of men who have sex with men, recruited from gay bars and Internet chat rooms,

who report methamphetamine use. *AIDS Patient Care STDS*, 21; 575-583, 2007

29) Schneir, A. B., Cullen, J., Ly, B. T.: "Spice" girls : synthetic cannabinoid intoxication. *J Emerg Med*, 40; 296-299, 2011

30) Seely, K. A., Prather, P. L., James, L. P., et al.: Marijuana-based drugs : innovative therapeutics or designer drugs of abuse? *Mol Interv*, 11; 36-51, 2011

31) 嶋根卓也：薬物依存における新たな動向。精神医学, 54; 1119-1126, 2012

32) Simmons, J., Cookman, L., Kang, C., et al.: Three cases of "spice" exposure. *Clin Toxicol (Phila)*, 49; 431-433, 2011

33) Skinner, A.: The drug abuse screening test. *Addict Behav*, 7; 363-371, 1982

34) Sussman, S., Lisha, N., Griffiths, M.: Prevalence of the addictions : a problem of the majority or the minority? *Eval Health Prof*, 34; 3-56, 2011

35) 鈴木健二, 村上 優, 杠 岳文ほか：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

36) 東京都福祉保健局：「知事指定薬物の新規指定について」。2012年6月5日, <http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2012/06/20m65400.htm>

37) 和田 清：“Gateway Drug”概念について。日本アルコール・薬物医学会雑誌, 34; 95-106, 1999

38) Zimmermann, U. S., Winkelmann, P. R., Pihlatsch, M., et al.: Withdrawal phenomena and dependence syndrome after the consumption of "spice gold". *Dtsch Arztebl Int*, 106; 464-467, 2009

Clinical Characteristics of *Dappou* Herb Use-disorder Patients at the Drug Dependence Clinic : A Comparison with Methamphetamine Use-disorder Patients

Yuko TANIBUCHI^{1,3)}, Toshihiko MATSUMOTO²⁾, Ohji KOBAYASHI³⁾, Kiyoshi WADA²⁾

1) *Chiba Hospital*

2) *National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

3) *Center Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry*

Background and Purpose : Use of the so-called “*dappou* herb,” a street drug typically produced by mixing herbs with synthetic cannabinoid (estimated to be the pharmacologically effective ingredient), has recently spread to young people in Japan who consider it a new recreational drug. It is not legally regulated because no illicit ingredients have been detected in the drug by conventional screening tests. It is easily obtained via the Internet or from street vendors. As the population abusing this drug has grown, medical problems such as psychosis, disturbances of consciousness caused by acute intoxication, and social problems such as traffic accidents while under the influence of the drug have been increasingly reported. However, few psychiatric symptoms associated with it have been identified, and little is known about the psychosocial features of abusers. The purpose of the present study was to examine the clinical and psychosocial features of outpatients with *dappou* herb use disorder.

Methods : Subjects were 15 male outpatients with *dappou* herb use disorder who had their first medical examination at the Drug Dependence Clinic in the Center Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry between November 2009 and April 2012. The control group comprised 28 age-matched outpatients who had methamphetamine use disorder, the most serious drug-related problem in Japan since the 1950s. They underwent their first medical examination at the same clinic during the same time frame as the study subjects. Clinical and psychosocial information on subjects and controls including life histories (educational, occupational, and criminal) and clinical information (history of psychoactive substance use, access to the mainly abused drug, and DSM-IV diagnoses of substance use disorder and comorbid psychiatric disorders) were collected from medical records. These variables were compared between the two groups.

Results : Analyses revealed differences in the life history and clinical characteristics between the subjects and controls. The subjects had a higher level of education, more work experience, and a less marked history of anti-social behavior other than illicit drug use and possession than the controls. However, a clinical history of psychiatric disorders, other than substance-related disorders, before drug abuse began was more frequently found in the subjects than in the controls.

Conclusions : The present study demonstrates that patients with *dappou* herb use disorder may differ from those with methamphetamine use disorder in terms of their background, psychosocial factors, and clinical features. These findings suggest that the *dappou* herb may be creating a new type of drug abuser in Japan. Our study also indicates that some patients abusing this herb may have been “self-medicating” for symptoms of other psychiatric disorders such as depression or anxiety, given that they were more likely to have received psychiatric treatment before the start of drug abuse. This suggests that the legal regulation of this drug as well as early comprehensive intervention for adolescents with mental health problems may be required to prevent abuse of the *dappou* herb. Two limitations of this study should be noted. The definition of the *dappou* herb was vague because the ingredients are still unclear. In addition, the sample size of this study was very small. However, no studies using larger samples have been reported in Japan. Future studies that overcome these limitations are needed.

< Authors' abstract >

< **Key words** : herbal mixture products, recreational drugs, synthetic cannabinoids, drug dependence, outpatients >

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

松本俊彦¹⁾, 千葉泰彦^{2,3)}, 今村扶美⁴⁾, 小林桜児^{1,4)}, 和田 清¹⁾
Toshihiko Matsumoto, Yasuhiko Chiba, Fumi Imamura, Ohji Kobayashi, Kiyoshi Wada

少年鑑別所に入所する薬物乱用者85名に対し、我々が開発した再乱用防止のための自習ワークブック「SMARPP-Jr.」を実施し、介入前後の評価尺度上の変化から、薬物問題の重症度と介入効果の相違について検討した。その結果、薬物問題の重症度に関係なく、自習ワークブックの実施後には、問題意識の深まりと治療動機の高まりを反映する評価尺度の得点が顕著に上昇していた。その一方で、薬物欲求に抵抗できる自信、自己効力感には著明な変化がみられなかった。以上により、自習ワークブックを用いた矯正施設での介入は、薬物乱用に対する問題意識を深め治療動機を向上させるには有効であるが、薬物依存に対する自己効力感を高めるには、施設出所後に、地域における継続した支援体制が存在する必要があると考えられた。

<索引用語：若年者、薬物乱用、再乱用防止プログラム、少年鑑別所、自習ワークブック>

はじめに

わが国では、若年の薬物乱用者の多くは、保健医療機関ではなく、少年鑑別所や少年院といった司法関連機関で処遇されている。しかし、少年院でこそ矯正教育の一環として薬物乱用防止教育がなされているものの、少年鑑別所では、系統的な薬物再乱用防止教育がほとんどなされていないのが現状である。

それには2つの理由がある。1つは人権上の問題である。少年鑑別所入所者は家庭裁判所における少年審判を控えた立場、すなわち、まだその非行・犯罪事実が確定していない段階にある。いいかえれば、成人における未決拘留中と同じ「推定無罪」の身柄なのである。したがって、たとえ善

意からであっても薬物乱用防止教育を行えば、少年の付添人から人権侵害との非難を受ける可能性がないとはいえない。もう1つは、少年鑑別所が求められている業務の問題である。少年鑑別所に課せられた業務はあくまでも非行性・犯罪性に関する鑑別にあり、司法関係者の中には、鑑別期間中の矯正教育によって少年本来の姿が見えにくくなることを危惧する者もいる。

とはいえ、精神保健的介入といった視点で見た場合、若年の薬物乱用者に対する介入の場として少年鑑別所ほど適切な場はない。というも、少年鑑別所には、少年院収容となるような重篤な薬物依存者から、試験観察・保護観察といった地域内処遇の対象となるような初期乱用者まで幅広く

集まっており、多くの若年薬物乱用者を介入の対象とすることが可能だからである。また、逮捕・保護からまだ時間が経過しておらず、しかも少年審判を控えていることの緊張感に加えて、薬物関連の交遊関係から離れた静かな環境であるために、少年たちは集中して作業に取り組むことができる。

このような認識から、我々は施設管理者の理解を得て、少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物問題への介入を試み、自らの薬物問題に対する認識の深まりと援助必要性の自覚が得られ、参加者の90%が「役に立つ」という感想を抱いたことを報告している⁸⁾。しかし、自習ワークブックによる介入効果が、薬物問題の重症度を問わないものなのかどうかについては、まだ明らかではない。そこで本研究は、薬物問題の重症度と自習ワークブックによる介入効果の関係を明らかにすることを目的として実施された。

1. 研究の方法および結果

1. 研究方法

1) 自習ワークブック

介入に用いた自習ワークブックは、我々が米国でのMatrix model¹⁵⁾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)^{3,9)}のワークブックを平易化・簡略化し、さらに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⁵⁾。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、表1に示すように全12回から構成されており、1日1回分ずつ仕上げていけば、2~3週間という鑑別所収容期間内に終了できることを想定している。

なお、ワークブックを2分冊形式にしたのは、

理由があった。我々は、出所後に薬物再使用となった際に、再び逮捕されるまで薬物を使い続けるのではなく、地域の支援資源につながることを期待し、ワークブックの巻末に近隣の専門病院や精神保健福祉センター、民間リハビリ施設、自助グループの連絡先を掲載した。しかし、少年鑑別所には、「被収容少年が字を書き込んだ紙を退所時に外に持ち出してはならない」という規則があるために(収容中に少年たちが連絡先を紙に書いて交換し、退所後に不良交遊を拡大するのを防ぐため)、すでに少年たちが回答を書き込んだワークブックは外部に持ち出すことが困難である。そこで我々は、ワークブックを2分冊構成とすれば、「読む冊子」の方は出所時に持ち帰ることができる考えた。

2) 対象

2009年1月~2010年12月の2年間にA少年鑑別所に入所した全少年2,078名(男子1,829名、女子249名)のうち、何らかの薬物使用経験があり、かつ、ICD-10「F1:精神作用物質使用による精神と行動の障害」における「有害な使用」もしくは「依存症候群」に該当する者は98名であった。このうち89名から本研究への参加の同意が得られたが、4名はワークブック終了前に出所したために、最終的な対象者は85名(男子56名、女子29名:平均年齢[±標準偏差];17.4[±1.3]歳)となった。

対象者85名がこれまでで使用した経験のある薬物の種類、ならびに最近における最も使用頻度の高い薬物の種類としては、71.8%に大麻の生涯使用経験が認められ、対象者の48.2%が入所直前の生活において大麻を最も頻用していた。

3) 実施方法

少年鑑別所医務課医師による入所時診察によって対象候補者としての条件を備えていることが判明した少年に対して、医師から「あなたには薬物の問題がある。この機会に、自分の薬物問題について勉強してみようか?」とワークブック実施を提案した。同意が得られた場合には、後述する3種類の自記式評価尺度に回答してもらったの

著者所属：1) 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 2) 横浜少年鑑別所

3) 現・横浜市立市民病院検査部 4) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院

本論文は、PCN誌に掲載された最新の研究論文⁶⁾を編集委員会の依頼により、著者の1人が日本語で書き改め、その意義と展望などにつき加筆したものである。

表1 自習ワークブック「SMARPP-Jr.」の内容

第1回	薬物をやめることに挑戦してみよう	薬物を使うことのメリット・デメリット、薬物をやめることのメリット・デメリットについて考え、いま現在における自分の正直な気持ちについて考えてみる。
第2回	薬物依存からの回復段階	薬物をやめていく過程で見られる5つの段階(離脱期・ハネムーン期・「壁」期・適応期・解決期)について知識と理解を深める。
第3回	引き金と欲求	薬物の欲求を刺激する、「引き金」→「考え」→「欲求」→「使用」のプロセスについて理解を深め、様々な種類の思考ストップ法について学ぶ。
第4回	あなたのまわりにある引き金について	薬物の欲求を刺激する「引き金」のなかでも、特に「外的な引き金」に関する理解を深める。
第5回	あなたのなかにある引き金について	感情や気分、疲労感などといった、「内的な引き金」に関する理解を深めるとともに、その対処法について考える。
第6回	新しい生活のスケジュールを立ててみよう	「引き金」と遭遇する危険の少ない、安全で現実的なスケジュール作りに関する理解を深め、実際に自分なりのスケジュールを作ってみる。
第7回	依存症ってどんな病気?	「依存症」という病気がどのような特徴を持った病気のかについて理解を深め、自分の薬物問題のせいでのような人を巻き込んできたのかについて考える。
第8回	危険な状況を察知する	薬物の欲求が高まる状況として有名な H. A. L. T. (Hungry, Angry, Lonely, Tired) とアルコールの危険性について理解を深める。
第9回	再発を防ぐには	行動・思考面における「引き金」ともいえる「依存症的行動」と「依存症的思考」に関する理解を深め、自分の場合についても考える。
第10回	再使用のいいわけ	再発の兆候である「再使用のいいわけ」について理解を深め、自分の場合はどのようないいわけを使ってきたのかについて振り返る。
第11回	「強くなるより賢くなれ」	自分の「引き金」と「対処法」、それからスケジュールについて復習し、確実なものとする。
第12回	回復のために——信頼と正直さ	薬物を使わない生活を続けているうえで重要な「正直さ」と「援助を求めること」について理解を深める。
巻末付録	薬物乱用問題の援助資源	被収容少年が居住する地域における社会資源(専門医療機関、精神保健福祉センター、DARC など)に関する情報を提供する。

ちに(実施前評価)、各自の居室で自習ワークブックに10~14日間かけて取り組んでもらい、終了直後に2種類の自記式評価尺度への回答を求めた(実施後評価)。

4) 評価尺度・質問紙

(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¹⁶⁾。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、日本語版 DAST-20¹⁷⁾ を介入前に実施し、得られた得点にもとづいて、対象を1~5点を「軽症群」、6~10点を「中等症群」、11~20点を「重症群」という3群に分類した。

表2 重症度分類による薬物依存に対する自己効力感スケールと SOCRATES-8D の比較

	薬物問題の重症度分類			F (df)	P
	軽症群 N=46	中等症群 N=28	重症群 N=11		
薬物依存に対する自己効力感スケール 総得点 [±標準偏差]*	95.83±9.691	83.71±20.777	76.00±25.436	8.765 (2, 82)	P<0.001
SOCRATES-8D 総得点 [±標準偏差]	63.57±9.050	67.61±12.294	70.18±9.261	2.53 (2, 82)	P=0.086

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

*P<0.001; Bonferroni's post hoc test, 中等症群>重症群, P=0.009; 軽症群>重症群, P=0.002

(2) 薬物依存に対する自己効力感スケール

森田ら¹⁴⁾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もっているかを測定する自記式評価尺度である。この尺度は、2つのパートから成り立っている。1つは、場面を越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件法で回答する。もう1つは、個別の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件法で回答する。本研究では、本尺度を介入前後に実施し、「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 (SOCRATES)

Miller と Tonigan¹¹⁾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」「迷い」「実行」という3つの因子構造をもつことが確認されている。「病識」が高得点の場合には、「自分には薬物の問題があり、このまま薬物を続けていけ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。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¹³⁾、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¹²⁾。本研究では、薬物依存用に開発された SOCRATES-8D について、小林ら⁴⁾が逆翻訳などの手続きを経て作成した日本語版を用いて、ワークブック実施前後に評価を行った。

2. 研究結果

対象者85名の DAST-20 得点は1~18点に分布し、その平均得点 [±標準偏差] は5.64点 [±3.41] であった。DAST-20 による評価の結果、対象85名のうち、46名が「軽症群」、28名が「中等症群」、11名が「重症群」に分類された。

表2に、ワークブック実施前における各群の薬物依存に対する2つの評価尺度の総得点を比較した結果を示す。その結果、3群間で薬物依存に対する自己効力感スケール得点に有意差が認められ (P<0.001)、Bonferroni の post hoc test により、その有意差が中等症群と重症群 (P=0.009)、軽症群と重症群 (P=0.002) とのあいだのものであることが明らかになった。

まず、対象者85名全体に対するワークブックによる介入の結果を提示しておく。表3に、介入前後における評価尺度の変化を比較した結果を示す。本ワークブックによる介入後、薬物依存に対する自己効力感尺度の総得点 (P=0.044)、および、下位因子の1つである「個別場面での自己効

表3 介入前後の薬物依存に対する自己効力感スケールとSOCRATES-8Dの比較 (N=85)

		実施前		実施後		z	P
		平均点	標準偏差	平均点	標準偏差		
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 合計	22.48	3.83	22.33	4.59	1.146	0.252
	個別場面の自己効力感 合計**	66.79	14.60	69.44	10.44	2.654	0.008
	総得点*	89.27	17.97	91.76	15.18	2.018	0.044
SOCRATES-8D	病識***	23.85	4.83	25.98	5.64	4.325	<0.001
	迷い**	11.27	3.63	12.18	3.67	2.736	0.006
	実行***	30.64	6.44	33.71	6.28	5.531	<0.001
	総得点***	65.75	10.44	71.86	11.62	5.750	<0.001

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence
*P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

力感」(P=0.008)が有意に上昇した。一方、もう1つ下位因子である「全般的自己効力感」には有意な変化は認められなかった。また介入後に、SOCRATES-8Dの総得点(P<0.001)の有意な上昇が、それから、「病識」(P<0.001)、「迷い」(P=0.006)、「実行」(P<0.001)という3つの下位因子すべてについても有意な上昇が認められた。

表4は、重症度の異なる各3群における介入前後の評価尺度得点の変化を示したものである。軽症群では、薬物依存に対する自己効力感スケールについては、下位因子「個別場面の自己効力感」の得点(P=0.034)が有意に上昇していたものの、総得点では有意な変化は見られなかった。一方、SOCRATES-8Dについて、総得点(P<0.001)の有意な上昇、さらに参考結果として、下位因子の「病識」(P=0.001)と「実行」(P<0.001)についても有意な得点上昇が認められた。中等症群では、介入前後で薬物依存に対する自己効力感スケールには有意な変化は認められなかったが、SOCRATES-8Dについては、総得点(P=0.010)、ならびに下位因子の「実行」(P=0.003)に有意な得点上昇が認められた。重症群では、薬物依存に対する自己効力感スケールの総得点には有意な変化が認められなかったが、下位因子である「個別場面の自己効力感」(P=0.045)に有意な上昇が認められた。また、SOCRATES-8Dの総得点、ならびに下位因子の「病識」(P=0.016)に有意な得点上昇が認められた。

II. 考 察

1. なぜ自習ワークブックなのか？

わが国では、10代の若年薬物乱用者は様々な援助資源から二重三重に疎外されている。若年薬物乱用者は一般精神科や児童精神科から忌避されやすく、薬物依存専門医療機関でしか対応してもらえないが、そもそもそのような専門医療機関自体、きわめて数が少なく⁷⁾、しかも、若年者に特化した治療プログラムをもつ施設は皆無といつてよい。薬物依存症からの回復のための民間リハビリ施設にしても、同じ問題を抱えている。重篤な成人の薬物依存者ばかりのミーティングに参加するのは、軽症の若年薬物乱用者にとっては、必ずしも適切な治療環境とはいえない場合が少なくない。

10年来、筆頭著者は定期的に少年鑑別所で被收容者の診療を行い、その中で多数の若年の薬物乱用者と出会ってきた。少年鑑別所とは、軽症から重症まであらゆる種類の薬物問題を抱えた少年たちが一度は通過する場所である。それだけに、「もしも收容中の2~3週間のあいだに何らかの意義ある介入や情報提供ができるのなら、これほど効果的なことはない」と考え、そのことを折に触れて施設側に訴えていた。

こうした思いに賛同してくれたのが、当時の少年鑑別所医務課長を務めていた千葉(第二著者)であった。彼と議論を重ねる中で、「矯正教育をやってはならない」とされている少年鑑別所で、

表4 薬物問題の重症度別の薬物に対する自己効力感スケールとSOCRATES-8Dの変化

		実施前		実施後		z	P	
		平均点	標準偏差	平均点	標準偏差			
軽症群 (N=46)	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 合計	23.67	2.49	23.52	3.54	1.139	0.255
	個別場面の自己効力感 合計*	72.15	7.88	74.65	3.40	2.124	0.034	
	総得点	95.83	9.69	98.17	6.50	1.601	0.109	
SOCRATES-8D	病識**	22.39	4.11	24.87	5.56	3.453	0.001	
	迷い	9.91	3.14	10.65	3.25	1.730	0.084	
	実行***	31.26	5.59	34.52	5.60	4.255	<0.001	
	総得点***	63.57	9.05	70.04	11.37	4.564	<0.001	
中等症群 (N=28)	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 合計	21.43	4.16	20.75	5.00	0.290	0.977
	個別場面の自己効力感 合計	62.29	16.95	63.79	14.55	0.634	0.526	
	総得点	83.71	20.78	84.54	17.53	0.259	0.796	
SOCRATES-8D	病識	24.82	4.81	26.36	5.53	1.773	0.076	
	迷い	13.00	3.40	13.75	3.43	1.364	0.173	
	実行**	29.79	7.65	32.71	7.10	2.939	0.003	
	総得点*	67.79	12.29	72.82	12.28	2.585	0.010	
重症群 (N=11)	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 合計	20.18	5.74	21.36	4.95	1.194	0.233
	個別場面の自己効力感 合計*	55.82	20.33	62.00	17.79	2.003	0.045	
	総得点	76.00	25.44	83.36	22.42	1.960	0.050	
SOCRATES-8D	病識*	27.45	5.57	29.64	4.97	2.409	0.016	
	迷い	12.55	4.08	14.55	3.21	1.727	0.084	
	実行	30.18	6.75	32.82	6.90	1.847	0.065	
	総得点*	70.18	9.26	77.00	9.95	2.542	0.011	

SOCRATES-8D, Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for drug dependence
*P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

何とか薬物再乱用防止プログラムを実施できる「抜け道」が見つかったのである。それには2つの条件が必要であった。1つは、「矯正教育」としてプログラムを実施するのではなく、性感染症予防教育のような、「健全育成のための情報提供」として行うこと、そしてもう1つは、少年鑑別所職員の負担とならない方法論——それが「自習ワークブック」を用いた介入を着想した理由であった——を採用することであった。

2. 自習ワークブック「SMARPP-Jr.」の意義と効果

すでに我々は、「SMARPP-Jr.」を用いた介入についていくつかの報告を行っている。今回報告した研究を含めた少年鑑別所における試み^{8,9)}のほかに、刑事施設入所中の成人薬物乱用者を対象と

した介入も試みている^{3,10)}。これら一連の試みは、自習ワークブック単独による物質乱用・依存に対する介入研究としては最初のものである。海外には、問題飲酒者に対する自習ワークブックを用いた短期介入の有効性に関する報告²⁾が存在するが、その介入は、自習ワークブックを治療コンポーネントの一部とする包括的なものであり、ワークブック単独の効果を検証した研究とはいえない。

また、今回の試みは、少年施設における薬物問題に対する介入研究としても希少な価値をもつ。これまで国内外の多くの少年施設において薬物乱用に対する矯正教育が行われてきたはずだが、その介入に関する効果測定としては、「運動療法」に関する報告¹⁾くらいしか見当たらない。その意味でも、本研究は、少年施設における薬物問題に対

する介入研究として独自の意義がある。

本研究では、少年鑑別所に入所する薬物乱用者に対して自習ワークブックを実施したところ、薬物依存に対する自己効力感スケール総得点の軽微な上昇、ならびに、SOCRATES-8D 総得点の顕著な上昇が認められた。とりわけSOCRATES-8D 得点は、薬物問題の重症度にかかわらず有意に上昇していた。これは、すでに我々が報告した同様の試み^{8,9)}と同じ結果であり、本ワークブックが、「薬物の誘いを受けても大丈夫」といった、薬物欲求に抵抗できる自信の高まりよりも、「問題は思っていたよりも深刻である」援助を受ける必要がある」といった、問題意識の深化や治療の動機付けに対して効果があることが確認された。

この結果は、薬物乱用者に対する短期介入による効果としては満足すべきものである。我々の臨床経験からいえば、薬物依存に対する自己効力感の高さは、「自分はまだ大丈夫」という、問題の過小視と表裏一体のものであることが少なくない。したがって、自己効力感を高めるよりも、問題意識を深め、治療動機を高めることの方が、移送された少年院での矯正教育の効果を高め、地域において専門医療機関への受診を促すことが期待できるように思われる。また、問題意識を深めるだけでも、それが再乱用に対して抑止的にはたらく場合もある。

一方、自習ワークブックによる介入では、薬物依存に対する自己効力感スケール得点を十分に上昇させることはできなかった。対象全体ではかろうじて有意な上昇、重症度別検討では、軽症群と重症群ではそれぞれの下位因子である「個別場面の自己効力感」の得点については有意な上昇が認められたものの、総得点では有意とはいえなかった。この結果は、ワークブック上で対処スキルを習得するだけでは薬物依存に対する自己効力感を高めるには不十分であることを意味している。おそらく薬物依存に対する自己効力感が高まるには、地域において「学んだ対処スキルを使えば、薬物を使わなくても生活できる」という体験の積み重ねが必要である。

その意味でも、この自習ワークブックが少年鑑別所内の自習教材にとどまることなく、地域の精神科医療機関や保健機関・児童福祉機関における援助ツールとして活用され、司法機関と地域とのあいだで一貫した薬物乱用者支援が実現する必要がある。

おわりに —今後の展望—

実は我々は、本研究における最も重要な知見は、研究に同意した89名中85名(95.5%)がこの50ページ近いワークブックを終了した、という事実ではないかと考えている。もしも同様の介入を地域内で行った場合、はたしてこれほどの高い終了率が得られるであろうか？ はなはだ疑問である。地域では連日連夜の不良交遊や薬物浸りの生活に追われ、自分と向き合う時間がなかった少年たちも、少年審判を控えた少年鑑別所という静かな環境では内省に適した時間を得ることができ、その時間を有意義に過ごす方法として、この自習ワークブックは試みる価値のあるものである。もちろん、本研究には様々な限界がある。まず、対照群を欠いており、少年審判を控えた立場であることが、自記式評価尺度の回答に影響を与えた可能性も完全には除外できない。何よりも、評価のエンドポイントが尺度得点の変化という代理変数でしかない。残念ながら、司法的処遇に係属している者に対して、「対照群」を設定したり、処遇後の追跡調査を実施したりすることは、倫理的に克服困難な問題である。

我々の少年鑑別所における自習ワークブックの試みは、その後、近県にある他の少年鑑別所や少年院にも伝わり、いくつかの少年施設で採用された。また、成人を対象とする刑務所の一部や精神科医療機関でも、少ないマンパワーを補う教材として用いられるようになった。とはいえ、この試みが、「少年鑑別所では矯正教育を行うべからず」というわが国の司法機関規則に抵触しているのは事実である。それもあって、理解ある少年鑑別所所長が異動し、プロジェクト実現に尽力してくれ

た医務課長の千葉が退職したのが1つの区切りとなつて、このプロジェクトは一旦終了となった。

しかし、我々の試みは新たな動きを生み出した。平成24年度より法務省矯正局少年矯正課の指示のもと、筆者らが協力し、全国の少年院における薬物再乱用防止プログラムが全面的に刷新されることとなったのである。そのプログラムは、まさにこの「SMARPP-Jr.」をベースにしたものであり、「J. MARPP」と名付けられている。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- Collingwood, T. R., Sunderlin, J., Reynolds, R., et al.: Physical training as a substance abuse prevention intervention for youth. *J Drug Educ.* 30; 435-451, 2000
- Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., et al.: Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Research*, 26; 36-43, 2002
- 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 (SMARPP) 一. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 42; 507-521, 2007
- 小林桜児, 松本俊彦, 千葉泰彦ほか: 少年鑑別所入所者を対象とした日本語版SOCRATESの因子構造と妥当性の検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 45; 437-451, 2010
- 小林桜児, 松本俊彦, 今村扶美ほか: 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・薬物医学会雑誌*, 46; 368-380, 2011
- Matsumoto, T., Chiba, Y., Imamura, F., et al.: Possible effectiveness of intervention using a self-teaching workbook in adolescent drug abusers detained in a juvenile classification home. *Psychiatry Clin Neurosci*, 65; 576-583, 2011
- 松本俊彦, 小林桜児: 薬物依存者の社会復帰のため

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

8) 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・薬物医学会雑誌*, 44; 121-138, 2009

9) 松本俊彦, 千葉泰彦, 今村扶美ほか: 少年鑑別所における自習ワークブックを用いた薬物再乱用防止プログラムの試み—重症度による介入効果の相違に関する検討. *精神医学*, 52; 1161-1171, 2010

10) 松本俊彦, 今村扶美, 小林桜児ほか: 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・薬物医学会雑誌*, 46; 279-296, 2011

11) Miller, W. R., Tonigan, J. S.: Assessing drinkers' motivation for change: The Stage of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav*, 10; 81-89, 1996

12) Mitchell, D., 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

13) Mitchell, D., Angelone, D. J., 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

14) 森田展彰, 末次幸子, 嶋根卓也ほか: 日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 42; 487-506, 2007

15) Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., et al.: A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99; 708-717, 2004

16) Skinner, H. A.: The drug abuse screening test. *Addict Behav*, 7; 363-371, 1982

17) 鈴木健二, 村上 優, 梶 岳文ほか: 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

2013
Vol. 32
No. 6

特集

疾患教育 (心理教育)

薬物依存患者への疾病教育*

松本 俊彦

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/自殺予防総合対策センター 副センター長

Key Words** 薬物依存, 心理教育, 認知行動療法, 再乱用防止プログラム

はじめに

わが国は、覚せい剤の乱用問題が第二次大戦後から50年あまりもの長きにわたって続いている、国際的にみても希有な国である。しかし残念なことに、わが国の平均的な精神科医にとって、覚せい剤関連精神障害の臨床は中毒性精神病の治療にとどまり、より根本的問題である覚せい剤依存については、「医療ではなく司法」の対象としてみなされてきた。事実、専門医療機関はきわめて少なく、当然ながら、ある程度構造化された薬物依存治療プログラムも存在しなかった。

しかし、最近になって状況は少しずつ変化している。2006年に刑事施設収容者処遇法が制定されて以降、わが国でも薬物乱用・依存は、刑務所や保護観察所において覚せい剤依存に対する再乱用防止プログラムが行われるようになったが、刑務所出所後、あるいは保護観察終了後に地域においてプログラムを継続できる施設が必要となっている。また、近年のわが国における乱用薬物の主流は、次第に睡眠薬・抗不安薬や脱法ハーブなどの「捕まらない薬物」へとシフトしている³⁾。こうした状況は、いよいよ精神科医療も薬物依存を無視できない事態となっていることを示している。

そのようななかで、数年前より筆者らは、米国で広く実践されている統合的外来薬物依存症治療プログラムであるMatrix Model⁶⁾を参考にした薬物再乱用防止プログラムを開発し、各地への普

及を進めてきた。このプログラムは、ワークブックに準拠して進めることができる簡便な内容であることから、筆者らは、一般の精神科医療機関における疾病教育ツールとして活用できると考えている。

本特集は「疾患教育 (心理教育)」であるが、薬物依存患者に対する疾病教育とは、そのまま再乱用防止プログラムのことを意味する。そこで、本稿ではMatrix Modelを例に挙げ、薬物依存患者に対する疾病教育で重視すべきものを概説するとともに、筆者らが開発した再乱用防止プログラムを紹介したい。

Matrix Modelにおいて重視されているもの

Matrix Modelとは、1984年に設立されたMatrix Instituteで開発された、中枢刺激薬依存に対する統合的集中型外来治療アプローチ法である⁶⁾。これは、再発予防スキルトレーニング、動機付け面接、随伴性マネジメント、心理教育、12ステッププログラムが統合されたものであり、その内容はワークブックと治療者マニュアルによって構造化されたものとなっている⁶⁾。このプログラムの基本セッションは16週間にわたり、この初期セッション終了後に、適宜、追加プログラムのオプションがある⁹⁾。

Matrix Modelの治療コンポーネントは、大まかに分けて「再乱用防止スキルトレーニング」「社会的資源の活用」「薬物使用モニタリング」から構成されている⁷⁾。

1. 再乱用防止スキルトレーニング

通常、ワークブックを用いたグループセッションの形式で実施されている。そのセッションでは、前半に渴望の神経生物学機序や条件付けのメカニ

* Psychoeducation for drug dependent patients

** drug dependence, psychoeducation, cognitive behavioral therapy, relapse prevention program



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）といった知識が提供され、後半においては、患者が自分にとって渴望のトリガーを同定するとともに、トリガーや再使用の危険の高い状況に対処するスキルを修得することが求められている。

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、依存者自身の心身の状態
- ③依存症的行動：薬物乱用時にみられやすい行動（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」）

これらのトリガーに遭遇した依存者は、頭のなかで、「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 Modelでは「思考」と呼んでいる）を始めてしまう。しかし、この段階ではもはや手遅れである。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、依存症的行動をやめる必要がある。

2) 対処スキル

トリガーに遭遇した時点で、なんらかの対処スキルによって次の「思考」の段階に移行しなければならぬ。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提案する。また、曜日や時間帯、給料日といった回避しがたいトリガーに対しては、重要他者との食事の予定などを入れておくなどの具体的対処を提案する。

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日課計画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）」も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、それ自身が薬物使用の危険を高める「依存症的行動」と見なされる。

2. 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1つととらえ、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、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。

薬物依存患者にとって、家族もまた重要な支援資源である。Matrix Modelでは、本人に対する集中的介入に併行して、家族にも本人と同じ情報を提供するプログラムを実施するとともに、本人との同席セッションを開催している。

3. 薬物使用モニタリング

Matrix Modelでは、週3回の受診日のうち、

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、あくまでも治療効果を評価するために用いられる。

Matrix Modelの考え方では、再使用は治療のなかで必然的に起こるものとされており、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。

4. 薬物依存患者との関わり方のポイント

Matrix Modelでは患者の自尊心を高める関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保つことが求められる。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である⁶⁾。以下に、そのポイントを列挙しておく。

1) 薬物依存患者は治療に対して常に両面的な思いを抱いていることを忘れない

経験の乏しい臨床家は、治療に訪れた薬物依存患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やすいが、無条件かつ全面的な熱意を持って治療を始める薬物依存患者など存在しない。こうした抵抗は治療を妨げるものではなく、覚せい剤依存を構成する不可欠な一部分である。

2) 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つ。治療継続にプラスの影響を与える。

3) 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、治療からの脱落も少ない。患者に選択肢を与え、そのなか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である。

4) 患者に敬意を持って接する

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。たしかに一部の薬物依存患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し、治療を求める患者に対しては肯定的な評価を伝えていくことを原則としたい。

5) 患者に共感しながら懸念を伝える

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・対決的な態度は治療脱落のリスクだけでなく、暴力のリスクも高める。

6) 否認や抵抗と闘わない

患者の治療に対する抵抗と闘わない。「否認」を打破するような直面化や対決的な態度は逆効果である⁹⁾。

7) 正の報酬を用いて治療参加を強化する（随伴性マネジメント）

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⁸⁾。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、「たとえ薬物を再使用したとしても、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くり返し伝え、予約カードや予定表を渡して念を押す。

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2回	引き金と欲求
第3回	精神障害とアルコール・薬物乱用
第4回	アルコール・薬物のある生活からの回復段階
第5回	あなたのまわりにある引き金について
第6回	あなたのなかにある引き金について
第7回	生活のスケジュールを立ててみよう
第8回	合法ドラッグとしてのアルコール
第9回	マリファナはタバコより安全？
第10回	回復のために—信頼、正直さ、仲間
第11回	アルコールを止めるための三本柱
第12回	再発を防ぐには
第13回	再発の正当化
第14回	性の問題と休日の過ごし方
第15回	「強くなるより賢くなれ」
第16回	あなたの再発・再使用のサイクルは？

図1 「SMARPP-16」ワークブックの目次

5. Matrix Modelの有効性

Matrix Modelの有効性を検証した研究は、すでにいくつか存在する。なかでも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⁸⁾。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⁹⁾。しかし、その一方で、治療期間終了後6カ月経過時点での転帰に関しては、Matrix Modelと従来の治療との間で効果に差がない⁸⁾。

こうした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。精神障害はもとより、あらゆる慢性疾患の治療において、薬物療法であれなんであれ、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可能である。

Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program(SMARPP)の開発

1. SMARPPのワークブック

2006年秋、われわれは神奈川県立精神医療センターせりがや病院（以下、せりがや病院という）において、Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)と名づけられた治療プログラムを開始した¹⁾。このプログラムは、Matrix Modelを参考にして開発した集団薬物再乱用防止スキルトレーニングの体裁をとっている。

プログラムで用いられるワークブックは、Matrix Modelと同様、薬物依存のメカニズムや心身への弊害といった教育的内容に加え、「自分のトリガー（薬物渴望の引き金となるもの）を同定し、渴望に対処する方法を身につける」という実践的内容もとり上げている（図1）。そのほかにも、「アルコール、セックス、痩せ願望や食行動異常が、薬物渴望とどのように関係しているか」「薬物依存者は、どのように言い訳をし、どのようにして再使用を正当化するか」、あるいは「信頼や正直さと回復との関係」といったように、クリーンさを保つうえで有益なトピックが数多く

盛り込まれている。

実は、このワークブックはそれ自身が援助者の「台本」であり、同時に援助者に対する教育ツールとしても機能する。ワークブックは、薬物依存に関する知識や臨床経験が乏しい援助者でも、患者と一緒に読み合わせながらグループセッションを進めていけるように作成してある。くわえて、そのようにセッションを提供するなかで、援助者側の薬物依存に対する知識や対応に際しての自信が高まることが確認されている⁴⁾。ちなみに、このワークブックはすでに市販されている（図2）²⁾。したがって、薬物依存患者のグループを作ることができない一般精神科医療機関では、このワークブックを入手して、薬物依存患者との個別面接で活用する方法が考えられよう。

2. SMARPPの実践と普及の状況

SMARPPでは、プログラム実施頻度こそ週1回とMatrix Modelに比べて少ないが、他のコンポーネントは原則としてMatrix modelと同じ構造を採用している。プログラム1クルールの基本形は16ないし28セッション（市販版は28回バージョン）から構成されており、動機付け面接の原則に沿った支持的な介入を大切にしている。たとえば、セッションを無断欠席した参加者には、あらかじめ開いていた携帯電話に連絡し、「次回の参加を待っている」というメッセージを入れるなど、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異なる対応を行っている。また、治療の継続率を高めるために、毎回のプログラムでは飲み物と菓子を用意し、和やかで気楽な雰囲気を心がけている。そしてMatrix Modelと同様に、毎回のセッション終了後に実施される尿検査の結果は、あくまでも治療的目的のためだけに利用し、治療の場が「正直になれる場」としての役割を果たせるように配慮している。

2006年にSMARPPが始まってから1年後、筆者が10年来、依存症家族教室の嘱託医を務めている東京都多摩総合精神保健福祉センター（以下、多摩MHWCという）で、SMARPPの短縮版である「TAMARPP(Tama Relapse Prevention Program)」がスタートした。さらにその翌年、埼玉

図2 SMARPPの市販ワークブック（金剛出版，2011）²⁾

県立精神医療センター（「LIFE」）、肥前精神医療センター（「SHARPP」）でも同様のプログラムが始まった。現在では全国で30カ所の精神科医療機関と、9カ所の精神保健福祉センターで実施されている（表1）。さらに、昨年度より試行されている保護観察所や少年院における薬物再乱用防止プログラムも、筆者が中心となってSMARPPをベースにして開発されたものである。これにより、司法・医療・地域といった関係機関で一貫した治療プログラムを提供できる状況が期待される。

3. SMARPPの効果と意義

SMARPPの効果としては、すでに「治療継続率を高める」、および「自助グループや民間リハビリ施設など他の支援資源につながりやすくなる」といった点が確認されている⁴⁾。そのことを裏付ける興味深いエピソードを紹介しておきたい。TAMARPPを実施している多摩MHWCでの話である。

あるとき、多摩MHWCの依存症家族教室に、息子の覚せい剤のことで悩んで参加し続けている家族がいたという。なかなか本人の薬物使用は止まらなかったが、家族が家族教室に通い始めて3年目、ついに転機が訪れた。その息子が自分の薬物問題を相談する決心を固め、実際に精神保健福祉センターへやってきたのである。

表1 SMARPPなどの「ワークブックを用いた再乱用防止プログラム」の国内実施状況
(2013年4月現在：太字は薬物依存に対応)

地区	都道府県名	医療機関	保健・行政機関	民間機関
北海道	北海道	札幌大田病院 旭山病院 札幌トロイカ病院		
	青森県			
	秋田県			
	岩手県			
	福島県			
関東甲信越	栃木県	栃木県立岡本台病院(医療観察法病棟のみ)	栃木ダルク(栃木県庁・栃木県精神保健福祉センターと連携)	
	茨城県	茨城県立こころの医療センター		
	群馬県	群馬県立精神医療センター(医療観察法病棟のみ) 赤城高原ホスピタル		アパリ藤岡
	埼玉県	埼玉県立精神医療センター		千葉ダルク・館山ダルク
	千葉県	国立精神・神経医療研究センター病院 東京都立松沢病院(医療観察法病棟のみ) 昭和大学船風山病院(精神科救急病棟のみ) 桜ヶ丘記念病院 井之頭病院	東京都多摩総合精神保健福祉センター 東京都中部総合精神保健福祉センター 東京都精神保健福祉センター	洗足ストレスコーピング・セルフサポート・オフィス NPO法人SUN
中部	神奈川県	神奈川県立精神医療センターせりがや病院		横須賀GAYA 横浜ダルク 川崎ダルク
	山梨県	山梨県立北病院(医療観察法病棟のみ)		
	長野県	長野県立駒ヶ根病院		
	石川県			
	新潟県	犀潟病院(医療観察法病棟のみ)		
近畿	静岡県		浜松市精神保健福祉センター(駿河ダルクと連携)	
	愛知県	桶狭間病院藤田こころケアセンター 八事病院 東尾張病院(医療観察法病棟のみ) あらたまこころのクリニック		
	岐阜県			
	三重県	三重県立こころの医療センター		
	富山県	北陸病院(医療観察法病棟のみ)		
中国四国	福井県			
	滋賀県	滋賀県立精神医療センター		
	京都府		京都府業務課(京都ダルクと連携)	
	大阪府	大阪府精神医療センター		
	奈良県	やまと精神医療センター(医療観察法病棟のみ)		GARDEN(旧・奈良ダルク)
九州	和歌山県	和歌山県立こころの医療センター		
	兵庫県			
	鳥取県			
	徳島県			
	岡山県	岡山県精神科医療センター		
九州	広島県	瀬野川病院	広島県精神保健福祉総合センター(更生保護施設、広島ダルクと連携)	
	山口県			
	徳島県			
	愛媛県			
	香川県			
九州	高知県			
	福岡県		北九州市精神保健福祉センター(北九州ダルクと連携)	
	佐賀県	肥前精神医療センター		
	長崎県			大分ダルク
	熊本県		熊本県精神保健福祉センター(熊本ダルクと連携)	
九州	宮崎県			
	鹿児島県			
	沖縄県			

しかし、そこが大変であった。精神保健福祉センターの相談員が面接してみると、彼はやはり重篤な覚せい剤依存を呈していることが判明したのである。生活自体が破綻しかけており、ダルクに入寮して一から生活の立て直しが必要な状況だったのだ。そこで相談員は、「かなり深刻な依存に陥っているから、ダルクに入寮したほうがいいのではないかと」伝えたが、彼は「絶対にいやだ。そんなところに入るくらいなら、死んだほうがまし」と強硬に拒絶し、とりつくしまがなかったという。

以前であれば、「困ったらまた相談に来てね」と伝えて、相談関係はいったん打ち切りとしたところだが、その相談員は、「じゃ、うちでやっている再乱用防止プログラムに参加する？」と提案した。すると意外なことに、「そっちだったら参加してやってもいい。ただし、俺は薬をやめない」という返事であった。そこで、ひとまずはプログラムに参加してもらうことになったわけである。彼はやや不規則ながらではあったが、プログラムに参加し続けた。ただし、覚せい剤を使いな

が。プログラムに参加するようになって1年ほどが経過した日のことである。彼から、「あんたたちが一生懸命やってるのはわかるけど、こんなプログラムじゃ、俺、薬止まんないよ。ダルクに入寮し、現在は4年間の断薬を経てダルクのスタッフとして稼働する傍ら、非常勤でTAMARPPのコ・ファシリテーターとして活動している。

これこそがプログラムの成果である、と筆者は考えている。彼が初めて精神保健福祉センター職員からのダルク入寮という提案を断ったときに相談関係を打ち切っていたら、おそらく彼はまだ覚せい剤を使っていたはずである。そのときの自分が許容できるプログラムにつながれたからこそ、自分の問題の深刻さと向き合う機会を手に入れ、最終的に、本当に必要な支援資源へととり着けたのであろう。

要するに、本当の「底つき」とは、家族や仕事を失うことでも逮捕されることでもない。それは、援助や治療のなかで体験するものなのである。そ

のためには、「安全に失敗できる場所」、さらには「失敗したことを正直に言える場所」が必要であり、プログラムとは、まさにそのような場であるといえる。

おわりに

薬物依存の治療とは、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。司法関連機関でプログラムが実施されても、その介入効果を維持するには、地域においても引き続きプログラムが行われる必要がある。事実、エビデンスは、薬物依存患者の良好な転帰に影響する要因が治療の継続性であることを明らかにしている。

今わが国に必要なのは、高度な専門性を帯びた贅沢な病院ではない。忘れてはならないのは、専門病院がいかに優れた入院治療プログラムを提供しようとも、あるいは矯正施設や保護観察所が治療プログラムを実施しようとも、薬物依存者はやがては必ず退院・出所し、保護観察を終了する。そして、最後に治療をパトタッチされるのは「地域」なのだ。そう考えれば、たとえ新設されたとしてもせいぜい国内に2~3カ所ほどでしかない専門医療機関(例によって通院には厳しい地理的条件なのであろう)よりも、低コストで簡便かつ長期にわたって実施できる地域のプログラムを国内各地に普及させることのほうが、はるかに有意義かつ実務的である。

その意味では、ワークブックを用いることで、ある意味「最低点」が担保されたSMARPPは、一般の精神科医療機関でも提供しやすい、簡便な疾病教育ツールとして期待できるであろう。

文献

- 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, 他: 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.
- 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. 金剛出版, 東京, 2011.
- 松本俊彦, 谷津由布子, 高野 歩, 他: 全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調

- 査・平成24年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究(研究代表者 和田 清)」分担研究報告書, pp.111 - 144, 2013.
- 4) 松本俊彦: 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. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神障害分野)「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(研究代表者 松本俊彦)」総括・分担研究報告書, pp.1 - 9, 2013.
- 5) Miller WR: Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin 98: 84 - 107, 1985.
- 6) Obert JL, McCann MJ, Marinelli-Casey P, et al: The Matrix Model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. Journal of Psychoactive Drugs 32: 157 - 164, 2000.
- 7) Rawson RA, Obert JL, McCann MJ, et al: Cocaine treatment outcome: Cocaine use following inpatient, outpatient, and no treatment. In: Harris LS, eds. NIDA Research Monograph Series, Number 67. DHHS Pub. No. (ADM) 86-1448, pp.271 - 277, NIDA, Rockville, 1986.
- 8) Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, et al: A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. Addiction 99: 708 - 717, 2004.
- 9) Rawson RA, Urban RM: Treatment For Stimulant Use Disorders: A Treatment Improve Protocol (TIP) Series 33. Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Rockville, Diane Pub Co, 1999.

平成24年度日精協会員名簿の変更

「平成24年度日精協会員名簿」につきまして、変更がございました。以下のとおり変更いたします。

p.14	01-70	江別すずらん病院	管理者	(旧) 伊藤正敏	→	(新) 安田素次
p.19	01-42	ときわ病院	法人名・区分	(旧) 医療法人	→	(新) 特定医療法人さっぽろ悠心の郷
P.55	11-19	西熊谷病院	法人名・区分	(旧) 財団法人西熊谷病院	→	(新) 公益財団法人西熊谷病院
p.103	23-10	刈谷病院	管理者	(旧) 平野千晶	→	(新) 垣田泰宏
p.113	26-10	長岡病院	法人名・区分	(旧) 財団法人長岡記念財団	→	(新) 一般財団法人長岡記念財団
p.125	28-30	垂水病院	法人名・区分	(旧) 財団法人復光会	→	(新) 公益財団法人復光会
p.136	33-07	積善病院	法人名・区分	(旧) 財団法人江原積善会	→	(新) 一般財団法人江原積善会
p.170	41-09	光風会病院	精神科許可病床数	(旧) 180	→	(新) 174

第108回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

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——

松本 俊彦

(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/自殺予防総合対策センター)

薬物依存臨床に従事する精神科医療関係者は、その様々な局面において司法的問題とのかかわりを避けることができない。というのも、その多くが法令によって規制されている薬物を使用すること自体が、犯罪を構成する行動だからである。実際、患者が違法薬物を使っていることが判明した場合、あるいは、入院治療中の違法薬物の持ち込みや自己使用、さらには、通院治療のなかで尿検査を実施したところ覚せい剤反応が陽性となった場合など、医療関係者が判断に苦慮する局面は少なくない。本稿では、このように薬物依存症の援助をするにあたって、知っておくべき司法的問題を整理し、精神科医療関係者としての対応の指針を概説したい。

<索引用語：薬物依存臨床、司法的問題、麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤取締法>

はじめに

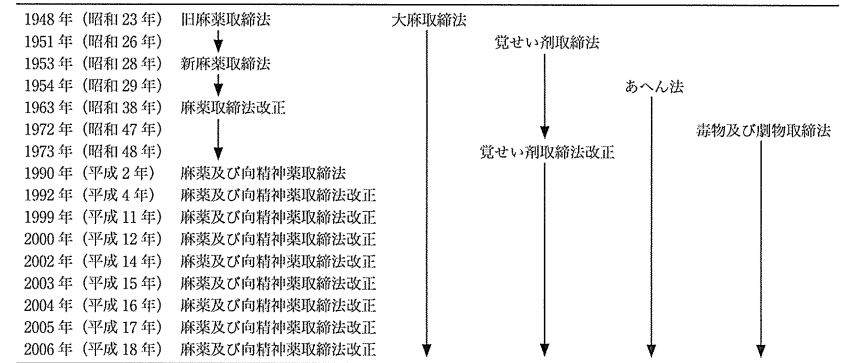
薬物依存臨床に従事する援助者は、その様々な局面において司法的問題とのかかわりを避けることができない。そして、そのことが援助者をして薬物依存臨床にかかわることを忌避させる一因となっているように思われる。

ある意味で無理もない話である。そもそも、その多くが法令によって規制されている薬物を使用すること自体が、犯罪を構成する行動だからである。経験の乏しい援助者であれば、患者が違法薬物を使っていることが判明した場合にはどのように対応すべきか、といった点から悩むのは当然である。また、入院治療中の違法薬物の持ち込みや

自己使用、あるいは、通院治療のなかで尿検査を実施したところ覚せい剤反応が陽性となった場合の対応なども悩ましい問題であろう。

問題は薬物使用に関するものだけではない。薬物依存症患者のなかには、反社会的な行動をとる者も少なくなく、援助者自身が患者からの暴力・脅迫に曝される可能性がないとはいえないのである。また、せっかく入院治療にまで至ったものの、強い薬物渴望に圧倒されて薬物依存症患者が病棟から抜け出してしまふ場合も珍しくない。こうした場合、援助者としてどこまで責任を負い、どこから薬物依存症自身に責任を求めるのかといった点については、誰も公式には教えてくれない。

表1 わが国における依存性薬物に関する法制度の変遷



本稿では、このように薬物依存症の援助をするにあたって、知っておくべき司法的問題を整理し、援助者としての対応の指針を概説したい。

I. わが国の依存性薬物に関する法令

最初に、薬物乱用・依存の臨床に関連する法令について概説しておきたい。

1. 歴史的背景

わが国の薬物犯罪取締法令には、麻薬及び向精神薬取締法、あへん法、大麻取締法、覚せい剤取締法、毒物及び劇物取締法の5つの法令があるが、わが国における薬物に対する法規制の歴史は意外にも浅い。戦前にも大政官布告(1868年)、(旧)阿片法(1897年)などによる麻薬の規制は行われていたが、本格的な取り組みは、第二次世界大戦後、GHQ指導下におけるポツダム勅令による麻薬、あへん、大麻の規制からといってよい。

このポツダム勅令はまもなく麻薬取締法及び大麻取締法(1948年)へと発展した。その後、軍需品であったヒロボンの流通によって、文化人や学生から端を発して未曾有の覚せい剤汚染が発生するに及び(第一次覚せい剤乱用期)、覚せい剤取締法(1951年)が制定されることとなった。また、麻薬取締法は制定後に何度かの改正が行われ、特

にヘロイン乱用問題に対応した1963年の改正では、麻薬中毒者の措置入院制度など、罰則強化や対象薬物拡大だけにとどまらない医療・保護的制度も加わり、現在の麻薬及び向精神薬取締法(1990年)にも引き継がれている。さらに、1960年代後半、フーテン族を中心とした有機溶剤乱用の流行に対しては、1972年、毒物及び劇物取締法による有機溶剤乱用の規制が行われた。わが国における薬物関連法令制定の歴史は、そのまま戦後の薬物乱用をめぐる社会情勢を反映している(表1)。

2. 各法令の規制と概要

1) 麻薬及び向精神薬取締法(以下、麻向法)

この法令の規制対象は、麻薬、麻薬原料植物、向精神薬、麻薬向精神薬原料である。ただし、規制の方法は麻薬と向精神薬で異なっていることに注意されたい。

この法令は、厚生労働大臣の免許を持つ麻薬取扱者(麻薬製造・製剤・販売業者など)や都道府県知事の免許を持つ麻薬施用者(研究・医療での使用者)以外の者が、麻薬を所持、輸出・輸入、製造、製剤、譲渡・譲受、施用・使用することを禁じている。ここでいう麻薬とは、医学的概念ではなく法律的概念であり、ヘロイン、モルヒネな

どのアヘンアルカロイドという医学的概念における麻薬に加え、コカイン、LSD、MDMA（通称エクスタシー）などの合成麻薬も含まれていることに注意したい。さらに、2002年の改正によって、脱法ドラッグとして社会問題化した、サイロシピンなどの催幻覚物質を含有するキノコ類やその菌糸（通称マジックマッシュルーム¹⁾）、あるいは、2005年に東京都内で発生した、急性中毒状態での殺人事件に関与した5-Meo-DIPT²⁾（通称フォクシー）も、新たに規制の対象として追加されている。

また、向精神薬に関しては、乱用された場合の有害性を考慮し、麻薬よりは緩やかな規制を行っており、医療用の施用に関しても、向精神薬処方箋を受けていれば問題はない。それでも、依存性・乱用の危険性にもとづいて、向精神薬は第1種から第3種にまで分類され、種別に応じて輸出・輸入の規制や保管・管理について異なる規制が定められている。また、製造、販売、輸出・輸入、試験・研究などの取り扱いに際しても、厚生労働大臣や都道府県知事の免許が必要である。

なお、麻向法には、他の薬物犯罪取締法にはない特徴があり、麻薬中毒者に対する医療・保護制度に関する規定、および医師などによる都道府県知事への届け出義務が定められている。これについては後述する。

2) あへん法

この法令の規制の対象は「けし」「けしがら（「けし」の麻薬を抽出できる部分）」「あへん（「けし」の液汁が凝固したもの）」である。この法令では、あへんの使用は医療および学術研究目的に限定されており、厚生大臣の免許がなければ、けしの栽培、あへんの採取、輸出・輸入、買い取り、受け渡し、所持を禁じている。また、あへん・けしがらの吸食については全面的に禁止されている。なお、生あへんを医薬品として加工した「あへん末」は麻薬とみなされ、麻向法の規制対象である。

3) 大麻取締法

この法令では、都道府県知事の免許を受けた大麻取扱者以外による、大麻の所持、栽培、譲渡・

譲受、輸入・輸出、研究目的の使用が禁止されている。大麻そのものの使用を禁止する規定はないが、大麻から製造した医薬品の施用、施用のための交付、受施用は全面的に禁止されており、大麻から成分の抽出、抽出成分（ハッシン・オイルなど）の使用は、麻向法によって禁止されている。

4) 覚せい剤取締法

この法令の規制の対象は、「覚せい剤」および「覚せい剤原料」である。本法令は、覚せい剤の用途を医療および学術研究に限定し、指定された取扱者以外による、覚せい剤および覚せい剤原料の輸入・輸出、製造、所持、譲渡・譲受、使用を禁止している。

覚せい剤は、後述する麻向法における医療・保護制度の対象とはなっておらず、都道府県知事への届出・通報義務はなく、警察への通報義務もない。しかし、たとえ医師が通報したとしても、これは医師の守秘義務違反にはあたらない。過去に医療機関で偶然実施した検査により覚せい剤使用が判明した患者を通報した医師が、「守秘義務違反」として告訴される事件があったが、この事例に関してはすでに最高裁判所が、「治療や検査中に違法薬物を検出した場合、これを捜査機関に通報するのは正当。守秘義務に違反しない」という判断を示している。要するに、医師は患者の覚せい剤使用について警察に通報してもしなくとも、法的には問題がないわけである。

なお、筆者が厚生労働科学研究班で行った専門家会議³⁾では、班員全員が、「覚せい剤の再使用は依存症の認識を深める重要な契機となるので、司法的な対応ではなく、あくまでも治療的にとりあげるべきである」という見解で一致している。

5) 毒物及び劇物取締法

この法令でいう有機溶剤とは、トルエンと酢酸エチル、トルエンまたはメタノールを含有するシンナー、接着剤、塗料、閉塞用またはシーリング用の充填料である。本法令では、これらの有機溶剤を摂取・吸入すること、あるいは摂取・吸入の目的で所持すること、こうした目的を知って販売または授与することを禁止している。覚せい剤と

表2 薬物犯罪取締法令の主要な違反様態と罰則

	麻薬及び向精神薬取締法			あへん法	大麻取締法	覚せい剤取締法		毒物及び劇物取締法
薬物	ヘロイン	その他の麻薬	向精神薬	あへん・けしがら	大麻	覚せい剤	覚せい剤原料	トルエンなど
輸出・輸入	A ^①	B ^①	F ^②	B ^①	E ^②	A ^①	C ^①	—
製造	A ^①	B ^①	F ^②	B ^①	—	A ^①	C ^①	—
製剤・小分け	C	D	F ^②	(あへんの採取)	—	—	—	—
譲り渡し	C ^α	D ^α	G ^γ	D ^α	F ^β	C ^α	E ^α	—
譲り受け	C ^α	D ^α	—	D ^α	F ^β	C ^α	E ^α	—
所持	C	D	G	D	F	C	E	I
施用・使用	C	D	—	D* (吸食)	F (研究目的、 医薬品としての 使用・施用)	C	E	I (乱用目的の 所持) I (吸入使用)
廃棄	C	—	—	H* (けし)	—	—	—	—
栽培	—	B ^① (麻薬原料 植物)	—	B ^①	E ^②	—	—	—

罰則：単純犯（ ）内は営利犯の罰則、+は情状により罰金額が併科されることをあらわす。

A：1年以上の有期徒刑（無期若しくは3年以上の懲役+1,000万円以上の罰金）

B：1年以上10年以下の懲役（1年以上の有期徒刑+500万円以下の罰金）

C：10年以下の懲役（1年以上の有期徒刑+500万円以下の罰金）

D：7年以下の懲役（1年以上10年以下の懲役+300万円以下の罰金）

E：7年以下の懲役（10年以下の懲役+300万円以下の罰金）

F：5年以下の懲役（7年以下の懲役+200万円以下の罰金）

G：3年以下の懲役（5年以下の懲役+100万円以下の罰金）

H：1年以下の懲役+20万円以下の罰金

I：1年以下の懲役若しくは3万円以下の罰金（2年以下の懲役若しくは5万円以下の罰金）

*：営利犯の規定なし

予備罪・資金などの提供罪：① 5年以下の懲役、② 3年以下の懲役、③ 2年以下の懲役

周旋罪：α 3年以下の懲役、β 2年以下の懲役、γ 1年以下の懲役

同様、麻向法における医療・保護制度の対象ではなく、届け出・通報義務もない。

なお、上述した各法令における違反様態と罰則を表2に整理しておく。

II. 麻向法の届け出・通報義務と医療・保護制度

1. 届け出・通報義務

いずれの違法薬物についても、援助者が警察へ通報することを義務づけた法令はない。もしも援助者が公的機関に所属する公務員である場合に

は、警察に通報しない場合には、「公務員の犯罪告発義務（刑事訴訟法239条の2）」に抵触するのではないかという危惧を耳にすることがあるが、これは罰則規定がない条項であり、公務員であったとしても、「更生・治療上の観点から、守秘義務を優先して告発しない」という裁量は許容されるとい³⁾。

しかし、その援助者が医師である場合には、「都道府県知事への届け出」の義務が生じる場合がある。麻向法第58条の2では、「医師の診察の結果

受診者が麻薬中毒者であると診断したときには、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地の都道府県知事に届け出なければならない」と定められている。ここでいう麻薬は、ヘロイン、モルヒネ、コカイン、LSD、MDMAなどの麻向法の規制対象に加え、あへんや大麻など、他の法令の規制対象も含んでいることに注意したい。

なお、麻向法における「麻薬中毒者」の概念は、「麻薬中毒とは、麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態、即ち麻薬に対する精神的身体的依存の状態をいい、必ずしも自覚的または他覚的な禁断症状が認められることを要するものではない(昭和41年厚生省薬務局長通達)」と定義されている。要するに、麻薬中毒の診断には、急性中毒による精神病や身体依存は必須の症候ではなく、薬物使用を中心とした生活習慣の存在が重要なのである。個人的には、この定義は臨床的にも妥当なものと考えている。というのも、一般にLSD、MDMA、大麻の依存では身体依存、耐性上昇、離脱症状が不明瞭であり、重篤な依存者でも身体依存が認められないことがある。他方で、わずか1回の薬物使用の結果、急性中毒による重篤な精神病を呈しても、届け出不要という判断もありえる。

2. 届け出・通報とその後の措置(図)

1) 都道府県薬務課への連絡

ある患者を麻薬中毒という診断をした場合、医師はまず都道府県の薬務課に電話で連絡しなければならない。そして、薬務課連絡をもって、都道府県知事に通報したことになり(麻向法58条の2)、薬務課はその患者を自治体の麻薬中毒者台帳に登録する。同時に薬務課は、地方厚生局麻薬取締部を介して厚生労働省に報告するが、この報告によって警察への通報がなされることは原則としてない。

2) 麻薬取締員による環境調査

その後、薬務課職員である麻薬取締員は、その患者が通院・入院している病院へと出向いて患者

と面会し、環境調査を行う。この環境調査は、精神保健指定医による診察(58条の6)の必要性の判断を目的としている。麻薬取締員は自治体所属の司法警察官としての権限を持っているが、環境調査は取り調べではなく、あくまでも医療・保護の必要性と本人の治療意欲を評価するためのものである。

3) 麻薬中毒者の診察(58条の6)と入院措置(58条の8)

環境調査の結果、都道府県知事が必要と認めた場合には、精神保健指定医による診察が行われる(58条の6, 7)。診察の結果、「当該受診者が麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性及び環境に照らしてその者を入院させなければその麻薬中毒のために麻薬、大麻又はあへんの施用を繰り返すおそれが著しいと認められたときには、厚生労働省が定める病院(「麻薬中毒者医療施設」)に措置入院させることができる。この際、精神保健指定医は、30日以内の措置入院中に、治療に必要な入院期間を、3ヶ月を限度として決定しなければならない(58条の8)。治療経過のなかで入院期間の延長が必要となった場合には、各自自治体の麻薬中毒者審査会に申請し、全入院期間が6ヶ月を超えない範囲で毎回2ヶ月までの延長ができる(58条の9)。なお、すでに精神保健福祉法にもとづいた入院治療中であつたり、あるいは、本人の治療意欲が十分に認められ、居住環境や精神症状などの観点から通院でも治療が可能と判断されたりした場合には、ただちに後述するアフターケアが実施される。

4) 麻薬中毒者相談員によるアフターケア(58条の18)

退院後の通院期には、麻薬中毒者相談員による定期的な観察・指導が実施される。麻薬中毒者相談員は非常勤の自治体職員であり、司法権のない、守秘義務を負った職種である(保護司の兼任が多い)。本人の薬物再使用に際しては、医学的治療を促す方向で援助・指導を行う。なお、観察・指導の頻度については、昭和40年厚生省薬務局長通達によって、①退院後3ヶ月未満については

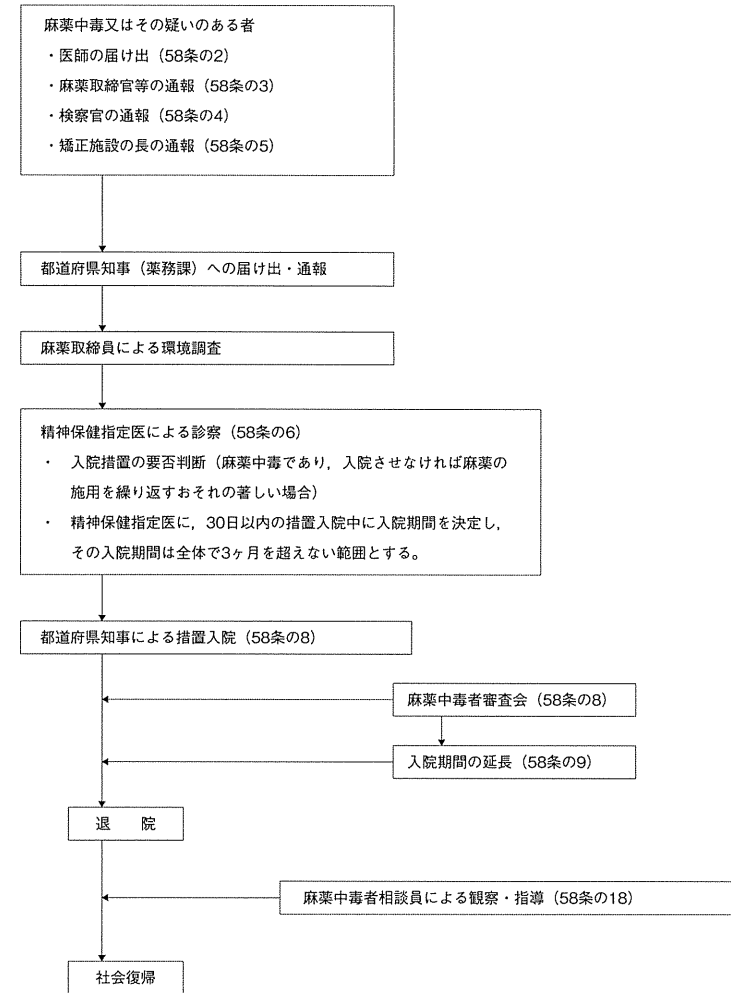


図 麻薬及び向精神薬取締法における麻薬中毒者の医療・保護

1ヶ月に1回以上、②退院後1年未満の者については2ヶ月に1回以上、③退院後2年未満の者については4ヶ月に1回以上、④退院後3年未満の者については6ヶ月に1回以上、⑤退院後3年以上を経過した者については1年に1回以上という基準が定められている。

5) 観察・指導の解除

麻薬中毒者指導員によるアフターケアのなかで、5年以上のクリーン（薬物を使わない生活）が達成されれば、業務課から厚生労働省に対して解除申請が行われる。解除となった場合には、その者の名前は自治体の麻薬中毒者台帳から削除される。

3. 麻向法における医療・保護制度の問題点

麻向法における医療・保護は、医学的治療を重視したアフターケア制度である。司法権（逮捕等の身柄拘束を行使する権利）がなく、守秘義務が優先される麻薬中毒者相談員の観察・指導によって、違法薬物依存者を医学的治療へと促すとともに、治療からの脱落を防ぐ役割が期待されている。これは、一種の治療的ダイバージョンともいえるシステムであり、上手に利用すれば臨床的に意義ある制度である。たとえば、LSD、MDMA、大麻などの依存者の外来治療においても積極的にこの届け出を行うことで、治療からの脱落を防ぐ効果を得ることもできる。その意味では、麻向法の医療・保護制度は薬物依存症患者の支援に資する制度といえるが、実際の臨床場面では必ずしも正確に運用されているとはいえない。以下にその問題点を列挙しておく。

1) 医師が制度を知らない・制度対象の基準が不明瞭

これは筆者の印象であるが、身体科医はもとより、精神科医のなかでも麻向法の届け出義務を知らない者が少なくない。多少知っている者でも、「大麻」も届け出の対象に含まれていることを知らなかったり、届け出先を「都道府県知事」ではなく「警察」と誤解していたりする。また、「麻薬中毒」の診断を、身体依存を手がかりに行うた

めに、合成麻薬や大麻のように身体依存の徴候を欠く薬物の乱用者が、「麻薬中毒者」と診断されない場合もある。いずれも法令理解の不十分さゆえに生じている問題である。

とはいえ、麻向法の届け出については専門家のあいだでも見解は一致していない。先に述べた厚生労働科学研究所の専門家会議³⁾でも、麻向法58条の2の運用については、「ヘロインのみ届け出を行う」「いっさい届け出ない」などと意見は様々に分かれた。おそらく麻向法自体が1960年代前半におけるヘロイン乱用拡大に対応して作られたものであり、MDMAやLSDといった依存性薬物の台頭は想定されていなかった。その意味では、今後、現状に即した改正がなされる必要がある。

2) 治療関係への影響

業務課への届け出に際しては、本人に詳しい制度の説明を行い、できれば同意を得ることが望ましい。法令によって定められているとはいえ、今後も当該医療機関での治療を継続する以上、ある程度のインフォームド・コンセントが必要である。本人に何も告げずに届け出をした場合、何も知らない本人のもとに業務課から突然連絡が入ることになる。結果として、患者は「せっかく立ち直ろうと思って病院に来たのに、医者に正直に話したら『通報』された」と誤解し、治療関係は致命的に損なわれてしまうであろう。

しかし、一口にインフォームド・コンセントといっても、この問題は単純にはいかない。これは筆者の専門病院での経験であるが、かつて非医師の予診担当者が、すべての初診患者に対して、医師の診察前に麻向法の届け出義務の説明を行ったことがある。その結果、かなりの数の受診者が医師の診察を拒んで帰ってしまった。届け出に際しては、アフターケアの内容を詳しく説明し、本制度は回復を援助するものであり、警察への通報ではないことを十分に説明する必要がある。

3) 対象患者の治療意欲が乏しい場合には無効である

麻薬中毒者相談員には司法権がなく、業務に際しては守秘義務が優先される。これは相談業務に

おいては望ましいことであるが、他方で、本人の治療意欲が乏しく、相談員のかかわりを拒んでいる場合にはなすすべがない。同じ業務課職員である麻薬取締員には司法権があるが、ただちに逮捕に踏み切れるわけではない。とはいえ、切迫した自傷・他害のおそれがあれば、麻薬中毒者相談員、麻薬取締員、家族が相談し、家族からの警察通報を打診することはありえる。

III. その他の司法的問題への対応

薬物依存臨床では、患者の問題行動により、援助者としての責任と安全な治療環境の維持とのあいだで板挟みになる場面がある。また、安全な治療環境を維持するためとはいえ、医師の守秘義務や応召義務とのかねあい判断に苦慮することがある。

以下に提示するのは、筆者らの研究班³⁾で作成した、訴訟リスクを回避しながら、同時に依存症候群からの回復にも資する対応の基準である。

1. 治療中の規制薬物再使用の取り扱い

すでに述べたように、医療機関における尿検査の結果を警察に通報することに法的な問題はないが、薬物依存臨床の専門家の意見は、「治療を深める重要な契機と捉え、今後の治療について話し合う材料とし、通報することはない」というものであった。ちなみに、海外では、尿検査結果は司法的な対応でなく、治療的に活用する方がよい転帰につながるという認識が一般的となっている⁴⁾。

2. 通院治療中の院内における薬物関連犯罪(薬物の使用・所持・譲渡・売買)

法的には、警察に通報することに問題はないが、薬物依存臨床の専門家は、「自己使用に関しては通報しない」という意見で一致していた。

3. 入院治療中の院内における薬物関連犯罪(薬物の使用・所持・譲渡・売買)

法的には、入院中の犯罪に関する警察通報は医師の裁量に委ねられている。一方、専門家の意見

は「自己使用は通報しない」という点では一致したが、入院治療の継続については、「1回はチャンスを与える」と「強制退院とする」という意見に分かれた。

4. 入院治療中の院外における規制薬物自己使用

外出・外泊中の自己使用に関する警察通報についても援助者の裁量に委ねられているが、専門家の意見は、「通報しない」というものであった。

5. 強制採尿への協力

専門家の意見は、「警察から強制採尿への協力を要請された場合には合状を確認したうえで協力する」というものであった。一方、医療機関の方から警察に強制採尿を要請する場合があります。このこと自体には法的な問題はないが、専門家は、「治療関係への影響を考慮し、医療機関から要請することはない」という意見であった。

6. 通院患者に関する捜査情報照会への対応

通院中の患者が何らかの触法行為によって逮捕され、警察から捜査情報の提供を求められる場合がある。法的には、警察の捜査協力にあたって本人の同意は必要ではなく、警察への協力に関して法的問題はない。しかし、専門家の意見は、「できるかぎり同意書をふまえたうえで文書にて回答すべきである。ただし、緊急性の高い場合にはそのかぎりではない」というものであった。専門家・法律家ともに、「質問された事項に関してのみ回答すべきである」という点では一致していた。

7. 強制退院・通院拒否

稀ではあるものの、医療機関では、問題行動を頻発する患者の入院治療や通院治療を断ることがある。これについて法律家は、「何らかの問題行動を根拠として、強制退院や今後の通院拒否を指示する場合には、医師の応召義務との関係から、事前の説明と契約、ならびに、他の代替的治療の提案が必要である」と指摘している。