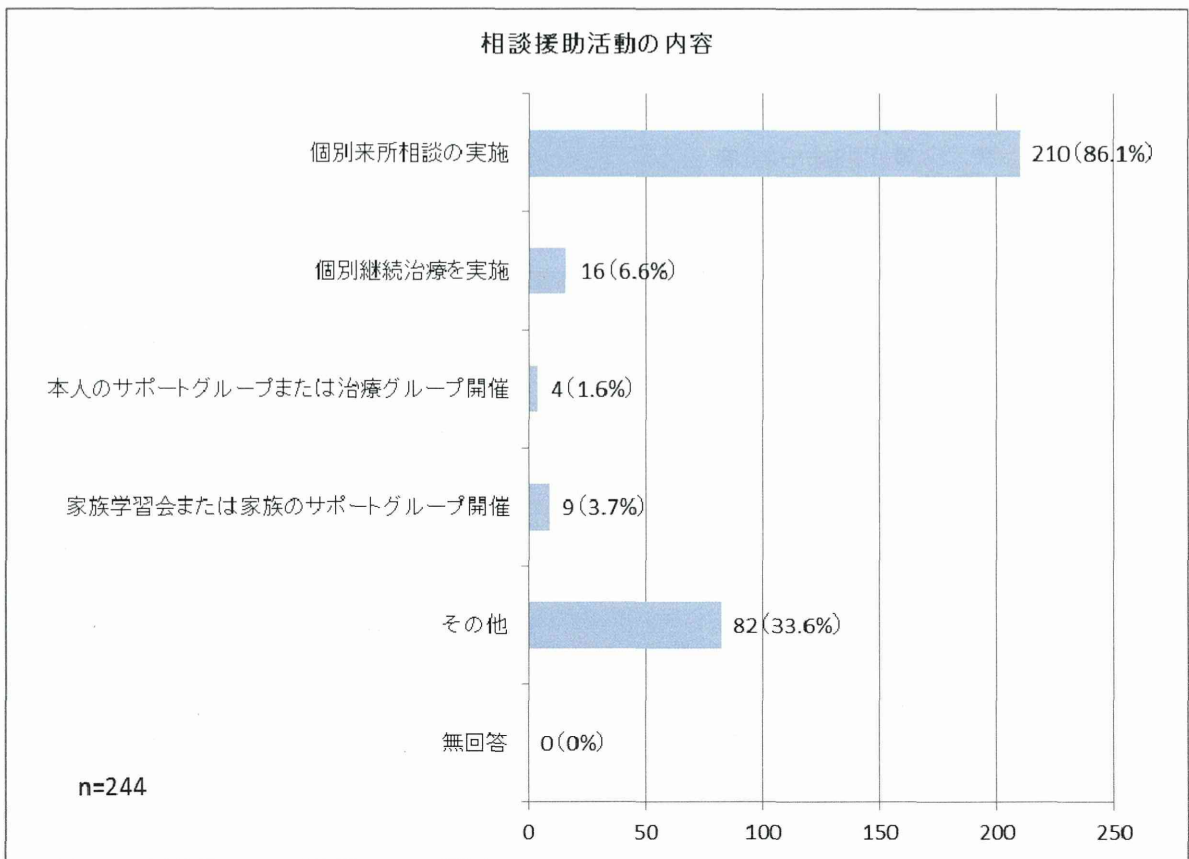
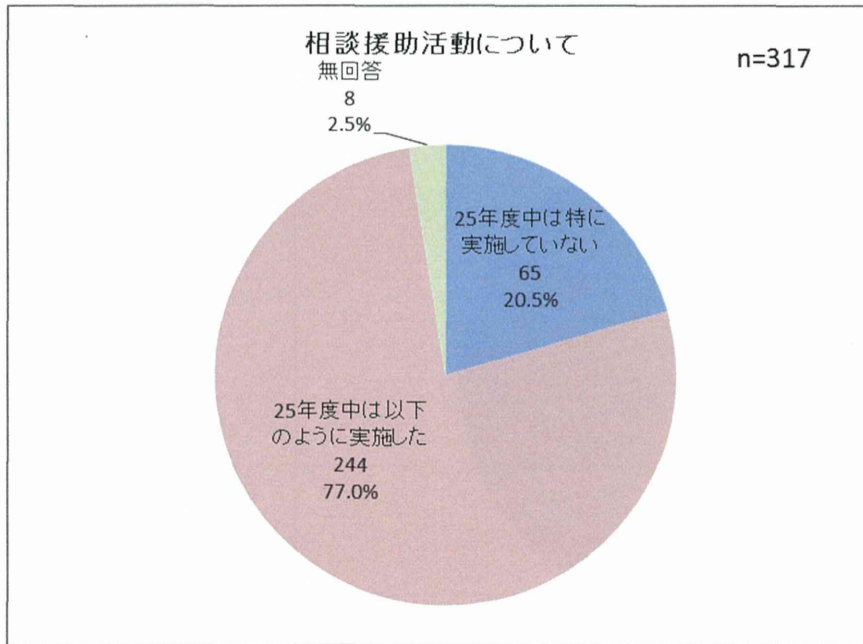
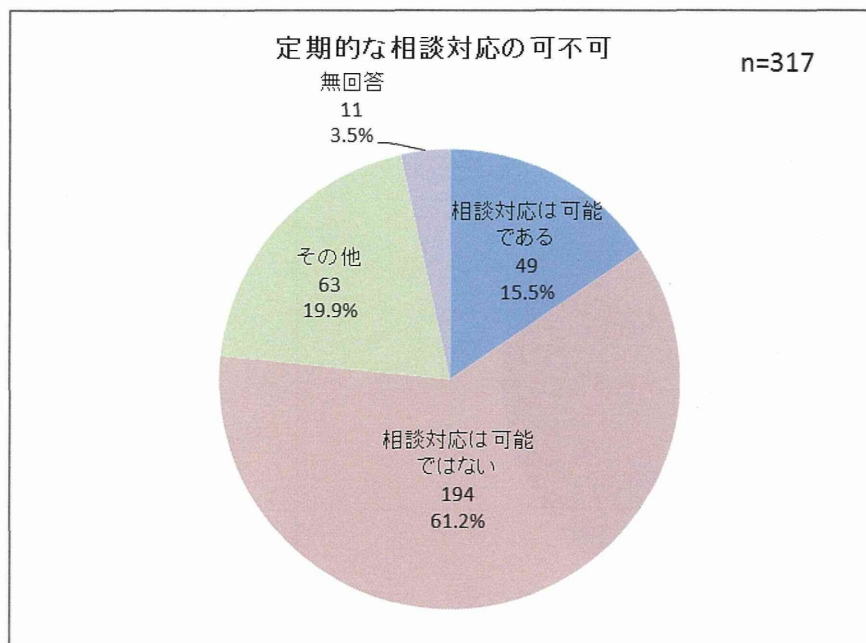


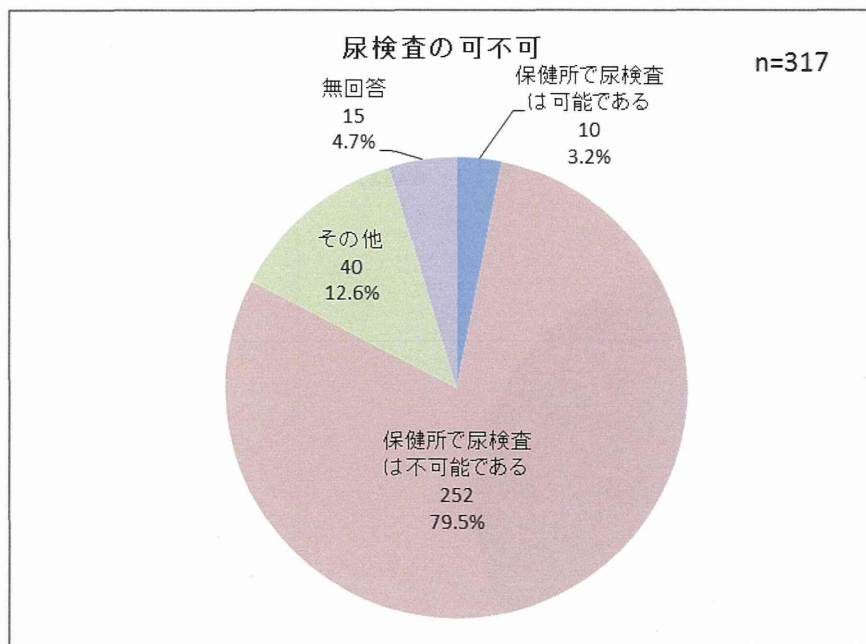
5. 相談援助活動（25年度）



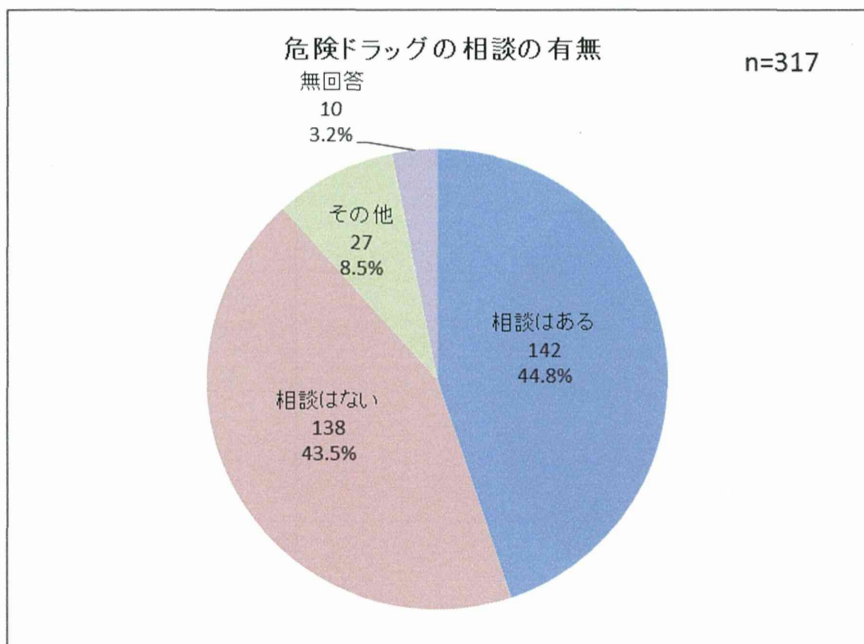
6. 仮に法改正があり、裁判所が薬物事犯に対し、一定期間の刑を猶予し、貴保健所に、その執行猶予期間の定期的な相談対応を求めた場合、現状での相談対応は可能か



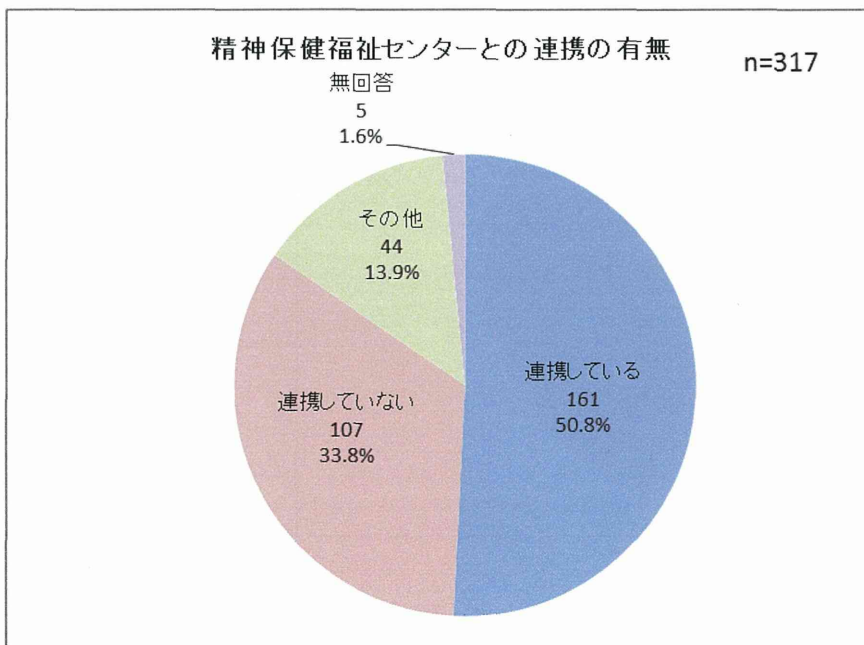
7. 薬物事犯の執行猶予期間に、保健所で、定期的に薬物の尿検査をすることの是非



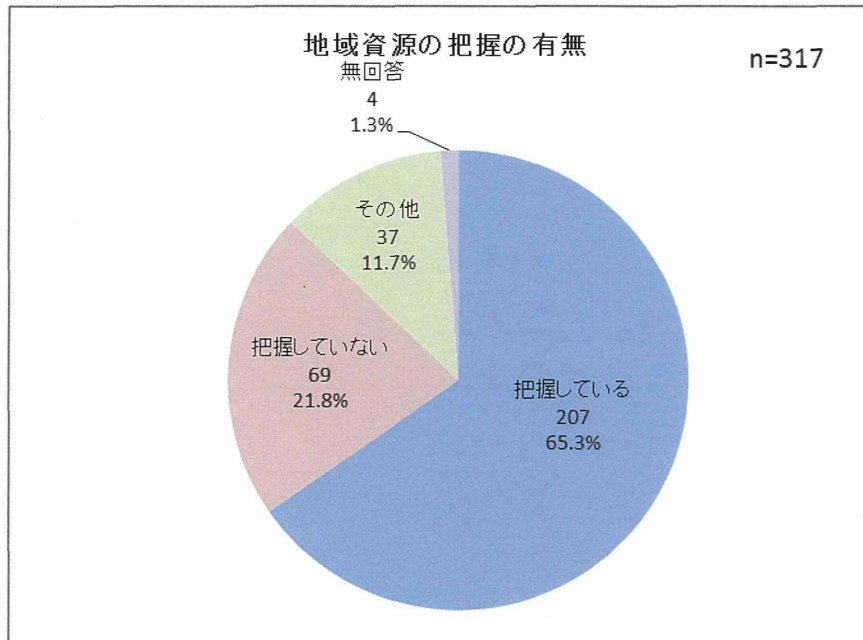
8. 危険ドラッグ等の相談の有無



9. 薬物関連事業に関して、貴保健所は、精神保健福祉センターと連携しているか



10. 保健所が圏域の薬物依存症の地域資源（たとえば、自助組織、薬物依存症専門外来や入院受け入れ病院や治療プログラム実施医療機関、家族教室実施医療機関など）を把握しているか



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	2. HIV感染症/AIDS で問題となる長期合併症 9. 薬物乱用・依存	味澤 篤	長期療養時代のHIV感染症/ AIDSマニュアル	日本医事新報社	東京	2014	118-126

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
高野 歩, 川上憲人, 宮本有紀, 松本俊彦	物質使用障害患者に対する認知 行動療法プログラムを提供する 医療従事者の態度の変化.	日本アルコール・ 薬物医学会雑誌	49 (1)	28-38	2014
近藤あゆみ, 井手美保子, 高橋郁絵, 谷合知子, 三浦香澄, 山口亜希子, 四辻直美, 松本俊彦	精神保健福祉センターにおける 薬物依存症再発予防プログラム 「TAMARPP」の有効性評価	日本アルコール・ 薬物医学会雑誌	49 (2)	119-135	2014
谷合知子, 四辻直美, 奥田秀実, 荻部春夫, 三浦香澄, 平賀正司, 近藤あゆみ, 松本俊彦	薬物等再発予防プログラム 「TAMARPP」の質的效果評価—担 当職員の振り返りから—. 日本ア ルコール・薬物医学会雑誌	日本アルコール・ 薬物医学会雑誌	49 (6)	305-317	2014
引土絵未, 松本俊彦, 和田 清, 谷渕由布子, 高野 歩, 今村扶美, 川地 拓, 若林朝子, 加藤 隆	いわゆる「脱法ドラッグ」使用 障害患者の集団薬物再乱用防止 プログラム (SMARPP) への治療 反応性—覚せい剤使用障害患 者との比較.	日本アルコール・ 薬物医学会雑誌	49 (6)	318-329	2014
松本俊彦	物質依存当事者の求助行動促進.	精神科	24 (6)	676-681	2014
松本俊彦	精神療法としての助言や指導 —私はどうしているか—.	臨床精神医学	3 (8)	1161- 1166	2014
松本俊彦	覚せい剤乱用受刑者に対する自 習ワークブックとグループワー クを用いた薬物再乱用防止プロ グラムの介入効果	精神神経学雑誌	117 (1)	3-9	2015

IV. 研究成果の刊行物・別刷

9. 薬物乱用・依存

1 HIV感染症と薬物乱用・依存

① HIV感染者における薬物乱用・依存の実態

HIV感染者は一般人口に比して精神疾患の罹患率が高いことが知られているが、その中でも最も多くみられる精神疾患は薬物乱用・依存であるといわれている。たとえば、米国で実施されたHIV Cost and Services Utilization Studyでは、HIV感染者の12%に薬物依存が、50%に薬物乱用が認められている^{1,2)}。

わが国では、米国に比べれば一般人口における薬物使用経験者ははるかに少ないが、それでも、HIV感染者の15.5%に物質関連障害が認められる³⁾、あるいはアルコール・薬物問題評価尺度(Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener: SAMISS)で「問題あり」と判断された者が53.8%などの報告⁴⁾がある。

② 薬物乱用・依存がHIV感染リスクに与える影響

両者の密接な関連性には、薬物乱用・依存がHIV感染のリスクを高めることが影響している。海外では、かねてより薬物使用時の注射器共有による感染が問題とされてきたが、わが国の場合、性行為を介した感染が多い。

わが国の男性同性間性的接触者(MSM)の間では、性行為に際して、覚せい剤、5-MeO-DIPT、RUSH(亜硝酸エステル)、さらに近年社会問題となっている脱法ドラッグ(いわゆる「ハーブ」や「パウダー」、「リキッド」と呼ばれるもの)などが用いられることが少なくない。こうした薬物を使用した状態での性行為は、コンドームを用いない無防備なものとなりやすい⁵⁾。

③ 薬物乱用・依存がHIV感染者の療養に与える影響

HIV感染者の療養という観点からみても、薬物乱用・依存は重要な問題である。

HIV感染者の薬物乱用・依存は、抗HIV療法(ART)のアドヒアランス低下をまねき、抗HIV治療の予後を悪化させるからである⁶⁾。また薬物乱用では、二次的に引き起こされるうつ状態が自殺などの誘因となり、HIV感染者の平均余命を顕著に短縮する可能性

も指摘されている⁷⁾。

2 診断

① 「乱用」と「依存」の違い

「依存」とは、薬物使用のコントロールを失った状態、すなわち、「薬物をやめよう、使用の頻度や量を減らそう」と決意しては失敗を繰り返す状態を指す。

一方、「乱用」とは、依存の水準には至らない使用様態ではあるが、社会的規範から逸脱している、もしくは健康に悪影響を与えるおそれが明らかな状態を指す。

② 診断は本人の申告が最重要

「薬物乱用者=犯罪者」という認識の強いわが国では、患者は薬物問題を隠したり、過小申告したりする傾向がある。患者から正確な情報を得るには、薬物使用を告白することが、警察通報や非難・叱責などといった、本人にとって不利益となるような結果につながらないことを保証する必要がある。

③ 簡易尿検査キットについて

Triage[®]などの簡易尿検査キットを、診断の補助として実施することがある。しかし、最近問題となっている脱法ドラッグでは、何の反応も検出されない場合が多いこと、また、メチルエフェドリン塩酸塩やコデインを含有する感冒薬や鎮咳薬を内服している場合には、覚せい剤や麻薬の反応に偽陽性が出ることに注意する必要がある。

④ 診断に際しての注意点

患者の薬物使用様態が、乱用水準なのか、依存水準なのかという区別をつけることには、あまり重要な臨床的意義はない。

抗HIV治療やその他の心身の健康問題に悪影響を及ぼしている薬物使用は、たとえ「依存」水準に達していなくても、十分に治療の対象となる。その一方で、「依存」水準に達していても、患者が治療に抵抗すれば、専門治療につなげることは難しい。

その意味では、「乱用か、依存か」の診断よりも、いかにして患者の問題意識を高め、治療意欲を引き出すかが重要である。

3 合併症(精神科合併症)

緊急に精神科コンサルトが必要なものは、薬物乱用・依存そのものではなく、薬物乱用・依存が引き起こす精神科合併症である。そうした合併症には、薬物摂取によって出現する急性中毒症状と、薬物の中止によって出現する離脱症状がある。

① 急性中毒による合併症

幻覚・妄想などの精神病状態、躁状態、せん妄などがある。こうした症状は、特に覚せい剤や脱法ドラッグでは非常に出現頻度が高い。

② 離脱による合併症

覚せい剤では抑うつ状態、脱法ドラッグでは不安・焦燥状態を呈することが多い。ベンゾジアゼピンなどの抗不安薬・睡眠薬の乱用・依存患者の中には不安・焦燥状態のほか、稀にせん妄や離脱痙攣を呈する症例もある。

③ 薬物乱用・依存による精神科合併症の治療

精神症状に合わせて、適宜、抗精神病薬や抗うつ薬、抗不安薬を用いるが、薬物乱用・依存患者の場合、精神科治療薬にも依存しやすい傾向がある。したがって、精神科医にコンサルトすることを優先すべきである。

4 治療

① 治療にあたっての基本的な考え方

薬物依存治療に関する国際的な認識⁹⁾は以下のようになっている。

- 司法的対応よりも治療的対応のほうが予後はよい：違法薬物乱用者の転帰は、刑務所に収容するよりも地域で治療につなげたほうがよい。したがって、尿検査で違法薬物が検出されても、通報や自首の勧奨ではなく、今後の治療のあり方を話し合う材料として活用すべきである。
- 治療は統合的、包括的に行われた場合に最もよい成果をあげる：薬物依存者の多くは、薬物依存以外の精神疾患や、HIV感染などの身体疾患を抱えている。その場合、これら複数の問題に対する治療を順次行うよりも、同時並行的に行うほうが治療転帰はよい。
- 対決的な態度よりも支持的な関わりのほうが効果的：説教や叱責などの対決的な態度

は治療中断のリスクがある。むしろ、共感的で支持的な態度で治療関係を維持するほうが最終的な治療転帰は良好である。

- 治療は質の高さよりも期間の長さが重要：優れた専門家による短期間の治療よりも、専門性の低い援助者による長期間の治療のほうが予後はよい。

② わが国における薬物依存治療のための資源

▶ 依存症専門医療機関

薬物依存を専門とする医療機関、あるいは薬物依存症の専門外来は非常に少ないが、後述するSMARPP(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention)⁹⁾をはじめとする、認知行動療法的ワークブックを用いたグループ療法を実施する医療機関が少しずつ増えている(表1)。

▶ 精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは、都道府県・政令指定都市に少なくとも1箇所は設置された、「心の問題」に特化した保健所である。まだ一部の地域にとどまるが、精神保健福祉センターの中でも、認知行動療法的ワークブックを用いた本人向けのグループ療法を実施しているところが増えつつある(表1)。医療機関とは異なり、プログラム参加は無料であり、本人だけではなく、家族や友人の相談にも対応しているのがメリットだが、精神的合併症の治療はできないというデメリットがある。

▶ 民間リハビリテーション施設

薬物依存から回復した当事者が運営するリハビリテーション施設であり、ダルク(Drug Addiction Rehabilitation Center:DARC)が代表的である。重篤な依存を呈する人の場合、ダルクに入寮し、1~2年といった比較的長期間のリハビリテーションプログラムに参加する必要がある。最近、一部のダルクでは、通所利用者向けのプログラムとして、認知行動療法的ワークブックを用いた本人向けのグループ療法を実施している(表1)。

▶ 自助グループ

薬物依存者の地域支援資源として、薬物依存者の自助グループ(Narcotics Anonymous:N.A.)がある。匿名かつ「言いつばなし、聞きつばなし」というルールで、国内各地でミーティングを実施している。N.A.ミーティングは料金が不要であり、夜間に開催されるので、仕事帰りに参加できるといったメリットがある。各地のミーティング会場は、N.A.のWebサイト(<http://najapan.org/meetings.html>)に掲載されている。

表1 SMARPPなどの薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの国内実施状況(2014年1月末現在)

地区	都道府県名	医療機関	保健・行政機関	民間機関
北海道・東北	北海道	北仁会旭山病院 札幌太田病院(アルコールのみ) 札幌トロイカ病院	北海道釧路保健所	
	青森県			
	秋田県			
	岩手県			
	山形県			
	宮城県			
	福島県			
	栃木県	栃木県立岡本台病院(医療観察法病棟のみ)	栃木県薬務課	栃木ダルク
	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)		アパリア岡
関東甲信越	埼玉県	埼玉県立精神医療センター		千葉ダルク 鯉山ダルク
	千葉県	秋元病院(アルコールのみ) 船橋北病院(アルコールのみ)		
	東京都	独立行政法人国立精神・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) 昭和大学附属烏山病院(急性期病棟のみ)	東京都立多摩総合精神保健福祉センター 東京都立中部総合精神保健福祉センター 東京都立精神保健福祉センター	洗足ストレスコーピング・サポートオフィス NPO法人 SUN(アルコールのみ) 城北労働・福祉センター(準備中) 東京ダルク八王子
	東京都	井之頭病院(アルコールのみ) 桜ヶ丘記念病院(アルコールのみ)		
	東京都	駒木野病院(アルコールのみ) 平川病院(アルコールのみ)		
	東京都	神奈川県立精神医療センターせりがや病院	川崎市精神保健福祉センター	GAYA 機須賀
	神奈川県	神奈川県立精神医療センター芦荻病院(医療観察法病棟のみ)	相模原市精神保健福祉センター	横浜ダルク 川崎ダルク 相模原ダルク
	山梨県	山梨県立北病院(医療観察法病棟のみ)		
	長野県	長野県立こころの医療センター駒ヶ根		
	新潟県	独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター(医療観察法病棟のみ)		
東海・北陸	静岡県		浜松市精神保健福祉センター	

地区	都道府県名	医療機関	保健・行政機関	民間機関
東海・北陸	岐阜県	橋本病院藤田こころケアセンター	愛知県精神保健福祉センター	
	愛知県	八事病院(アルコールのみ)		
	独立行政法人国立病院機構東尾張病院(医療観察法病棟のみ)			
	あらかまこころクリニック(アルコールのみ)			
	岐阜県	三重県立こころの医療センター(アルコールのみ)		
	三重県	独立行政法人国立病院機構北陸病院(医療観察法病棟のみ)		
	福井県			
	滋賀県	滋賀県立精神医療センター		
	京都府		京都府薬務課	
	近畿	大阪府	大阪府立精神医療センター 新阿武山クリニック(アルコールのみ)	
奈良県	独立行政法人国立病院機構やまと精神医療センター(医療観察法病棟のみ)		ガーデン(旧・奈良ダルク)	
和歌山県	和歌山県立こころの医療センター			
中国・四国	兵庫県			
	鳥取県			
	島根県		島根県立心と体の相談センター(準備中)	
	岡山県	岡山県精神科医療センター		
	広島県	瀬野川病院	広島県立総合精神保健福祉センター	
	独立行政法人国立病院機構賀茂精神医療センター(医療観察法病棟のみ)			
	山口県			
	徳島県			
	愛媛県			
	香川県			
九州・沖縄	福岡県		北九州市精神保健福祉センター	
	佐賀県	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター		
	長崎県			
	大分県			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
	宮崎県			
	鹿児島県			
	沖縄県		沖縄県保健医療部薬務疾病対策課	琉球 GAIA 沖縄ダルク

④ 治療上の問題点

- 「依存」という考え方に違和感を抱く者も稀ではない：HIV陽性の薬物乱用・依存患者の多くは、セクシャルマイノリティ (MSM) であり、「薬物は性行為のときしか使わない」という者も少なくない。そのような患者に対して「依存」という診断を無理に押しつけると、かえって治療に対する抵抗感を強めてしまう。「依存かどうか」よりも、「よりよいARTのために」という観点から、治療の必要性を伝えたほうがよい。
- 既存の自助グループやグループ療法になじまない者も少なくない：患者の中には、集団の場に圧倒される感覚を抱き、「怖い」と感じる、あるいは性的嗜好のことを話せないグループには意義を感じられないという者もいる。
- 治療からドロップアウトしやすい：患者は仕事に就いている者が多く、その中で合間をみてHIV診療拠点病院への通院を続け、また、ARTの厳密な服薬スケジュールに縛られている。したがって、薬物乱用・依存治療のために割ける時間は限られており、せっかく専門治療につながっても治療中断となってしまうやすい。

④ 個人面談による薬物再乱用防止プログラム

既に述べたように、HIV陽性を伴う薬物乱用・依存患者の場合、既存のグループ療法による薬物再乱用治療プログラムになじまない者が少なくない。また、時間的な制限から、これ以上通院先の医療機関を増やしたくないと考える者もいる。そのような患者に対しては、HIV診療拠点病院において個人療法を実施する方法もある。

HIV診療拠点病院で個人療法による薬物再乱用治療プログラムを行う際には、筆者らが開発した市販ワークブック (図1) を用いるとよい¹⁰⁾。もともとこのワークブックは、認知行動療法的ワークブックを用いたグループ療法「SMARPP」の教材であるが、個人療法で用いることもできる。

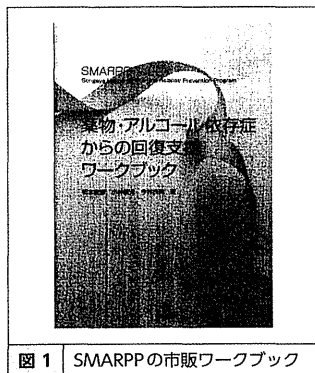


図1 SMARPPの市販ワークブック

具体的には、心理カウンセラーや看護師、あるいは医療ソーシャルワーカーが患者と一緒にワークブックを読み合わせ、そこに書いている内容について患者と話し合うという方法で進めていくものである。ワークブックには、薬物欲求を刺激する引きがねを同定し、突然出現する薬物欲求に対処する方法の例が記されており、それを読みながら患者が「自分の場合の引きがねや対処方法」に気づけるしくみとなっている。また、ワークブック自体が援助者にとっての「台本」として機能す

るため、薬物依存に関する知識や臨床経験が乏しい援助者でも、ある程度の治療プログラムを提供できる。

5 司法的な問題への対応

① 患者の違法薬物使用を知った場合¹¹⁾

患者自身による申告、あるいは医療機関で実施した尿検査の結果により、患者の違法薬物使用を知った場合、警察に通報しても守秘義務違反にはあらず、反対に、たとえ公務員の医療者であったとしても、犯罪の告発義務違反にはならない。

ただ、乱用・依存からの回復という観点からは、薬物自己使用に関しては、できるだけこれまでの治療を見直し、今後の治療につなげる機会とすべきである。

② 患者が院内で違法薬物の使用・所持・譲渡・売買をした場合¹¹⁾

たとえ院内であっても、違法薬物の「自己使用」「所持」だけをもって通報の対象とすべきではない。ただし、ほかの患者への影響を考慮して、入院治療は一旦中断し、外来治療に切り替えることがある。

一方、院内での「譲渡」や「売買」については、治療環境保全という観点から容認することは好ましくなく、警察への通報はやむをえない。

③ 強制退院・通院拒否¹¹⁾

院内での違法薬物使用、あるいは、法規制はされていないものの、危険な薬物の使用を再三の注意にもかかわらず繰り返す場合には、医療機関として限界を伝え、治療環境の保全のために患者に退院を指示する必要がある。また、外来待合室などで薬物の売買や譲渡をする者については、通院治療そのものを断らざるをえない場合もある。

その際には、医師の応招義務違反との兼ね合いから、事前の説明と契約、ならびに代替治療の提案をすることを忘れてはならない。

6 おわりに

近年、抗HIV/AIDS治療は飛躍的な成果をあげ、HIV感染者の予後は著しく改善した。その結果、HIV感染症診療の重点は、感染症の合併予防から、HIV感染に対する治療へのアドヒアランスを維持することへとシフトしつつある¹²⁾。そのような観点からいえば、HIV感染者支援における薬物乱用・依存に対する介入は、今後ますます重要性

を増してくると予想される。

しかし残念なことに、わが国では、薬物乱用・依存に対する医療的資源が深刻に不足している。こうした状況を考えれば、今後はHIV診療拠点病院において薬物再乱用防止プログラムを提供できる体制の整備が必要であろう。

【文 献】

- 1) Bing EG, et al: Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. Arch Gen Psychiatry. 2001;58:721-8.
- 2) Galvan FJ, et al: The prevalence of alcohol consumption and heavy drinking among people with HIV in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study. J Stud Alcohol. 2002;63:179-86.
- 3) 平林直次, 他: 精神神経症状を呈するHIV感染症・エイズ患者に対する精神医学的診断・治療および援助に関する研究. 平成11年度HIV感染症の疫学に関する研究報告書. 2000, p628-33.
- 4) 白阪琢磨, 他: HIV感染症患者のメンタルヘルスと精神科診療の現状. HIV感染症と精神疾患ハンドブック—HIV感染症患者のメンタルヘルスケアに携わる医療関係者のために. 第1版. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究. 2012, p7-11.
- 5) 嶋根卓也, 他: 薬物使用障害と性的マイノリティ, HIV. 精神科治療. 2013;28:289-93.
- 6) Gonzalez A, et al: Substance use: impact on adherence and HIV medical treatment. Curr HIV/AIDS Rep. 2011;8:223-34.
- 7) Golub ET, et al: Psychological distress and progression to AIDS in a cohort of injection drug users. J Acquir Immune Defic Syndr. 2003;32:429-34.
- 8) NIDA (National Institute on Drug Abuse): Principles of Effective Treatment. In the NIDA eds. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition) [http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf]
- 9) 松本俊彦: 薬物依存症に対する新たな治療プログラム「SMARPP」: 司法・医療・地域における継続した支援体制の構築を目指して. 精神医. 2012;54:1103-10.
- 10) 松本俊彦, 他: 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, 2011.
- 11) 松本俊彦: 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. 2013;28:294-9.
- 12) 今村顕史: HIV診療における薬物乱用問題: 総合病院精神科は何をすべきなのか?. 精神医. 2012;54:1127-32.

(松本俊彦)

物質使用障害患者に対する認知行動療法プログラムを 提供する医療従事者の態度の変化

高野 歩^{1)*}, 川上 憲人²⁾, 宮本有紀¹⁾, 松本俊彦³⁾

- 1) 東京大学大学院医学系研究科 精神看護学分野
- 2) 東京大学大学院医学系研究科 精神保健学分野
- 3) 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
(受付:平成25年8月12日;受理:平成25年11月5日)

Improvement in the therapeutic attitudes of health care professionals
who offer cognitive behavioral therapy towards substance abusers

Ayumi TAKANO^{1)*}, Norito KAWAKAMI²⁾, Yuki MIYAMOTO¹⁾ and Toshihiko MATSUMOTO³⁾

- 1) Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, 7-3-1 Hongo, Bunkyo, Tokyo 113-0033, Japan
- 2) Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, 7-3-1 Hongo, Bunkyo, Tokyo 113-0033, Japan
- 3) Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

(Received: August 12, 2013; Accepted: November 5, 2013)

Summary

Aim: Therapeutic attitudes of health care professionals toward people with substance abuse are predictors of better health care. This quasi-experimental study aimed to examine changes in therapeutic attitudes of health care professionals who offered the Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP). The SMARPP was developed based on the Matrix Model in Japan and is a new cognitive behavioral therapy for drug abusers.

Methods: We compared therapeutic attitudes toward drug and alcohol abusers at baseline and

※本論文は、平成24年度アルコール・薬物依存関連合同学術総会(札幌)での座長推薦論文として執筆された。

*責任著者:高野 歩, 東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野 〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
mail: ayumi-takano@umin.ac.jp

a 6-month follow-up between health care professionals who provided the SMARPP to patients (the SMARPP group, n=38) during the follow-up and professionals who did not (control group, n=67). These health care professionals worked at the same workplace. Therapeutic attitudes were measured using scores of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire (DDPPQ) and the Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (AAPPQ). We conducted repeated two-way analysis of covariance of the scores with group and time as factors. We calculated the effect sizes of mean differences between the groups at the follow-up survey.

Results: There was a significant interaction between group and time ($p<0.05$). The average scores of the DDPPQ and the AAPPQ in the SMARPP group were significantly higher than those in the control group ($p<0.05$). The effect sizes (Cohen's d) of the four subscales in the DDPPQ ranged from 0.37 to 0.55, and the effect size of the one subscale in the AAPPQ was 0.21.

Conclusions: Therapeutic attitudes of staff who offer the SMARPP are improved, especially regarding attitudes toward people with drug abuse. Professionals who offer the SMARPP may acquire knowledge and skills to deal with drug problems and have increased satisfaction and confidence in their work.

Key words: therapeutic attitudes, cognitive behavioral therapy, substance abuse, follow-up research, non-randomized research
治療態度, 認知行動療法, 物質乱用, 追跡調査, 非無作為化調査

はじめに

医療従事者の治療態度は、治療効果を左右する重要な因子である^{1,2)}。薬物依存症患者は、一般住民や医療従事者から忌避的感情やスティグマを抱かれることが多く^{4,5)}、その結果、診断・治療の遅れ^{2,3)}、患者の治療や支援情報へのアクセスの妨げ¹⁰⁾、治療アドヒアランスや自尊心・QOLの低下を招くとされている¹¹⁾。患者や治療への忌避的感情や抵抗感といった否定的な医療従事者の態度は、治療導入への阻害要因となっていると考えられる。適切な薬物依存症患者への治療を普及し、治療へのアクセスの改善を図るには、医療従事者の否定的な態度を軽減していく必要があると考えられる。

これまで、医療従事者や医学生・看護学生の物質使用障害患者に対する態度、疾患・治療に関する知識、治療実践を調査する研究や、学校教育や研修を通して態度を前向きに変容させるような介入研究が行われてきた。医療従事者の物質使用障害患者に対する態度はネガティブであるとされ⁵⁾、特に違法薬物乱用者に対しては態度が否定的になると言われている⁹⁾。看護師においては、道徳的な観点から物事を考えやすく、悲観的でステレオタイプな態度に陥りやすい者が多いことや、疾患・治療に関する知識不足のため適切な介入ができていないと感じている者、治療に十分な時間が割けないと感じている者が多いという報告がある^{8,12,13)}。一方、教育的介入によって医療従事者の態度や考え、知識レベルが向上したという報告や^{14,15)}、態度を前向きに変容させるには教育だけでなく職場で気軽に患者への対応に関する相談ができるような環境を整えることが重要とする報告もある¹⁶⁾。日本においても、物質使用障害患者、特に薬物依

存症患者に対する医療従事者のネガティブな態度や知識不足などから適切な治療が導入されていない現状がある。医療従事者の薬物依存症患者やその治療に対する態度を前向きに変容させるには、疾患・治療に関する基本的知識の教育、職場での支援体制などが必要とされる。

日本では近年、薬物依存症患者を対象とした新しい治療法 Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) が開発され、普及しつつある¹⁷⁾。SMARPPは、中枢神経刺激薬物の依存症に対して米国で開発された外来治療プログラム Matrix Modelを元に作成され、物質使用障害に関する知識習得や物質の再使用を避けるスキルを身につけるための認知行動療法プログラムとして、全国複数の医療機関や精神保健福祉センター、司法関連施設で実施されており、物質使用障害患者の回復に一定の効果をあげている¹⁸⁾。SMARPPは、ワークブックとマニュアルを用いて実施されており、プログラムで必要とされる知識やスキルは、ほとんどワークブックとマニュアルの中に記載されているため、物質使用障害に対する治療の経験が浅い医療従事者でも、実施しやすいような工夫がなされている¹⁹⁾。さらに、SMARPPに関する研修やSMARPP開発者からのスーパーバイズを受けることも可能で、実施上の不安や疑問を解決するためのサポートが得られるようになっている。また、SMARPPは物質使用障害の中でも薬物依存症患者に提供することを想定して作成されているものの、アルコール依存症患者に対して提供している施設もあり、各施設の実情に合わせて柔軟に実施できるようになっている^{18,19)}。

以上のようなシステムで実施されているSMARPPは、患者の回復のみならず、SMARPPを提供する医療従事者においても疾患の知識習得や患者心理の理解を促進させるなどといった変化をもたらすと考えられている。実施施設においては、「看護師が患者をほめるようになった」「SMARPP以外でも動機づけ面接の手法を用いて患者と向き合えるようになった」など、医療従事者が懲罰的ではなく、治療に前向きになったという声が開かれるようになった。SMARPPの実践を通して、医療従事者の知識やスキルが向上し、患者に対する理解が深まり、支援への意欲が高まっているとの報告もある²⁰⁾。しかし、SMARPPを提供することによる医療従事者における変化は、定量的に検証されておらず、SMARPP提供前後での変化を多施設で検討できていない。

本研究では、SMARPPを提供する医療従事者において物質使用障害患者に関わる際の態度が非提供者と比べて良好に変化するかどうかを、6ヶ月間の追跡調査により明らかにすることを目的とする。

対象と方法

1. 対象

SMARPPを実施する精神科病院（4施設）の病棟や外来に勤務する医療従事者164名を対象とした。対象者の内訳は、SMARPP担当者（提供群）51名、提供群と同部署に勤務しSMARPP担当ではない者（非提供群）113名であった。提供群は、研究期間中に業務としてSMARPPを担当していた職員であり、これまでの勤務経験や本人の希望などを考慮し各部署の都合で担当を割り振られていたため、研究に際して対象者を2群に無作為に割りつけることは困難であった。そのため、対象者の勤務経験は様々であり、非提供群の中には過去にSMARPPを担当していた者も含まれた。調査は、ベースライン調査と提供群がSMARPPを6ヶ月間実施した後の2回実施した。調査時期は、1回目が平成22年6月末～9月末、2回目が平成23年2月～3月で

あった。

1回目調査154名（回答率93.9%）、2回目調査135名（回答率82.3%）から調査票が返送され、Drug and Drug Problems Perception Questionnaire (DDPPQ) 日本語版、Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (AAPQ) 日本語版、人口統計学的変数（性、年齢、最終学歴）、仕事に関する属性（精神科勤務年数、物質使用障害患者と仕事でかかわる頻度、物質使用障害に関する教育や研修の経験、認知行動療法提供経験）に欠損がない105名（提供群38名、非提供群67名）を解析対象とした。有効回答率は、64.0%であった。2回の調査で各対象者を識別するために、調査票に生年月日をIDとして記入してもらい、そのIDと病院や部署の属性をもとに調査票の対応を行った。

2. 調査内容

(1) 物質使用障害患者と仕事でかかわる際の医療従事者の態度

医療従事者の態度を測定する尺度には、DDPPQ日本語版とAAPQ日本語版を用いた。DDPPQは薬物使用障害患者に対する仕事をする際の医療従事者の態度を²¹⁾、AAPQはアルコール使用障害患者に対する仕事をする際の医療従事者の態度を測定する尺度で²²⁾、合計得点が高いほど態度がポジティブであることを示す。尺度の項目数はDDPPQで20項目AAPQで31項目であり、どちらも7件法（1～7点）で測定する。各項目に対し「1点：全くそう思わない」、「4点：どちらとも言えない」、「7点：とてもそう思う」という選択肢になっており、1～3点は否定的な態度、4点はどちらでもない場合、5～7点は肯定的な態度に分類される。尺度には明確なカットオフ値がないため、得点から対象者の態度が否定的なのか肯定的なのかを解釈することは難しい。本研究では、態度が否定的でも肯定的でもない場合の合計得点の値（尺度の中央値）を参考値として（DDPPQでは80点、AAPQでは124点）、その値より高い場合を肯定的な態度、低い場合を否定的な態度と解釈することとした。また、それぞれの尺度は5つの下位尺度から構成されている。DDPPQの下位尺度は、「知識とスキル」「役割認識」「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」、AAPQの下位尺度は「知識とスキル」「役割認識」「相談と助言」「仕事満足と意欲」「患者の役に立つこと」である²³⁾。

両尺度とも英語版の尺度を翻訳して作成され、日本の看護師を対象とした研究で日本語版の信頼性・妥当性が確認されている²³⁾。

(2) その他の変数

物質使用障害を有する人と仕事でかかわる経験、物質使用障害についての教育やトレーニングを受けた経験は、治療を提供する際の態度に影響を及ぼすと考えられている^{14,24,25)}。これらの物質使用障害に対する仕事に関する変数は、先行研究^{21,22)}を参考に研究者が以下のように独自に作成し測定した。仕事に関する属性として、精神科勤務年数、職種（看護師・医師・心理士・精神保健福祉士・作業療法士）、アルコールと薬物使用障害患者と仕事でかかわる頻度（なし・1年に1日以上・1月に1日以上・1週間に1日以上・毎日）、アルコールと薬物使用障害に関する教育や研修を受けた経験（あり・なし）、認知行動療法を提供した経験（なし・1か月以上・1～3か月・3～6か月・6か月～1年・1年以上）を調査した。また基本属性変数として、性別、年齢、最終学歴（専門学校・短期大学・大学・大学院・その他）を調査した。

3. 解析方法

まず、ベースライン時の提供群と非提供群の基本属性変数と仕事に関する変数の記述統計を

算出した。さらに、t検定、 χ^2 検定またはFisherの正確確率検定、U検定で2群間での各変数の有意差の有無を確認した。次に、DDPPQ・AAPPQ得点(合計得点と下位尺度)を従属変数とし、群と時間を要因とした繰り返しのある二元配置共分散分析を行った。共変量として、基本属性変数(性別、年齢、最終学歴)、物質使用障害患者に対する仕事における態度に影響すると考えられる変数(職種、病院、精神科勤務年数、物質使用障害患者と仕事でかかわる頻度、物質使用障害に関する教育・研修経験の有無、認知行動療法提供経験期間)を投入した。さらに、各群のDDPPQ・AAPPQ合計得点あるいは下位尺度得点の1回目得点と2回目得点の差の平均値および標準偏差を用いて、これらの得点に対するSMARPPの効果量(Cohen's d)を算出した²⁹⁾。その後、提供群においてSMARPP実施前と実施後で有意に得点の上昇が見られたかを検証するために、対応のあるt検定で提供群におけるDDPPQ・AAPPQ得点の前後比較を行った。統計解析には、SPSS21.0Jを使用し、有意水準は両側5%とした。

4. 倫理的配慮

調査に当たっては、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得た後、対象病院や調査該当部署の代表者に調査の説明を行い、そこで勤務する医療従事者に研究協力を依頼することに対する承諾を得た。調査には、無記名自記式調査票を用い、記入後の調査票は厳封の上部署ごとに回収され、施設代表者から研究者へ返送された。説明書を調査票に同封し、調査対象者に研究の趣旨や倫理的配慮について説明した。説明書には、研究参加は自由意志であること、研究結果は統計的に処理し本研究のみに使用すること、調査票および電子化されたデータの管理を厳重に行うことを記載した。

結 果

1. 参加者属性(表1)

研究参加者の半数以上が女性であり、職種は看護師が多かった。提供群は非提供群に比べて精神科経験年数が有意に長く、アルコール使用障害患者と関わる頻度が多い者・認知行動療法提供経験が長い者が多い傾向にあった。また、職種において看護師が少なく、心理士が多い傾向にあった。なお、ベースライン時に2群間において、DDPPQの合計得点・下位尺度得点には有意差は見られなかったが、AAPPQの合計得点および下位尺度「知識とスキル」「仕事満足と意欲」においては、有意に提供群の得点が高かった(表中には記載なし)。

2. 物質使用障害を持つ者と仕事でかかわる際の医療従事者の態度

(1) 薬物使用障害患者と仕事でかかわる際の態度(表2)

DDPPQ合計得点と下位尺度「知識とスキル」「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の得点において、群と時間の交互作用が有意であった($p<0.05$)。提供群は非提供群と比較してこれらの得点が上昇していた。効果量(Cohen's d)は、合計得点で0.67、「知識とスキル」で0.55、「相談と助言」で0.37、「仕事満足と自信」で0.41、「患者の役に立つこと」で0.49であった。対応のあるt検定で、提供群における実施前後の得点差を確認したところ、合計得点と下位尺度「知識とスキル」「相談と助言」「役割認識」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」で有意に実施後の得点が高かった($p<0.05$)。交互作用が有意で、かつ提供群において有意に実施後の得点上昇が見られた変数は、「知識とスキル」「相談と助言」「仕事満足と自信」で、

表1 ベースライン時の対象者属性(N=105)

		提供群 n=38		非提供群 n=67		P
		n/mean	%/SD	n/mean	%/SD	
女性		25	65.8	44	65.7	0.990
年齢		36.3	9.2	34.4	7.6	0.259
精神科勤務年数		10.1	8.2	6.5	4.1	0.004
職種	看護師	20	52.6	50	74.6	
	医師	5	13.2	8	11.9	
	心理士	9	23.7	2	3.0	0.010
	精神保健福祉士	4	10.5	6	9.0	
	作業療法士	0	0.0	1	1.5	
最終学歴	専門学校・短期大学	20	52.6	45	67.2	
	大学・大学院	18	47.4	21	31.4	0.196
	その他	0	0.0	1	1.5	
アルコール関連問題教育	あり	31	81.6	43	64.2	0.060
	なし	7	18.4	24	35.8	
薬物関連問題教育	あり	26	68.4	40	59.7	
	なし	12	31.6	27	40.3	0.374
アルコール関連問題研修	あり	26	68.4	33	49.2	0.057
	なし	12	31.6	34	50.7	
薬物関連問題研修	あり	23	60.5	31	46.2	0.160
	なし	15	39.5	36	53.7	
アルコール使用障害患者と かかわる頻度	なし・年1日以上	2	0.1	20	29.8	
	月1日以上	5	13.2	21	31.3	0.000
	週1日以上	17	44.7	13	19.4	
	毎日	14	36.8	13	19.4	
薬物使用障害患者と かかわる頻度	なし・年1日以上	11	29.0	26	38.8	
	月1日以上	6	15.8	18	26.9	0.078
	週1日以上	13	34.2	15	22.4	
	毎日	8	21.1	8	11.9	
認知行動療法提供期間	なし・1ヶ月以内	19	50.0	49	73.1	
	1~3ヶ月	2	5.3	7	10.4	
	3~6ヶ月	3	7.9	5	7.5	0.002
	6ヶ月~1年	1	2.6	3	4.5	
	1年以上	13	34.2	3	4.5	

※太字は $p<0.05$ を示す。

それらの変数では非提供群の得点の増減にかかわらず、提供群の得点が上昇していたことが考えられた。

(2) アルコール使用障害患者と仕事でかかわる際の態度(表3)

AAPPQ合計得点と下位尺度「仕事満足と意欲」得点において、群と時間の交互作用が有意

表2 DDPQの二元配置分散分析の結果

DDPPQ得点 (得点幅)	群	n	実施前		実施後		群×時間		効果量 d
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	F (1, 93)	p	
合計↑ (20-140)	提供群	38	84.58	18.97	93.74	14.95	28.228	0.000	0.67
	非提供群	67	83.21	14.39	83.73	14.50			
知識とスキル↑ (7-49)	提供群	38	27.26	8.72	32.13	6.57	17.152	0.000	0.55
	非提供群	67	26.51	8.98	27.79	7.08			
役割認識↑ (2-14)	提供群	38	9.61	2.27	10.47	2.17	2.924	0.091	0.34
	非提供群	67	10.10	2.21	10.36	2.22			
相談と助言 (3-21)	提供群	38	13.71	4.79	14.26	4.67	7.058	0.009	0.37
	非提供群	67	14.25	3.92	13.45	3.93			
仕事満足と自信↑ (4-28)	提供群	38	16.74	4.64	17.92	3.15	12.941	0.001	0.41
	非提供群	67	15.73	3.56	15.51	3.38			
患者の役に 立つこと↑ (4-28)	提供群	38	17.26	4.38	18.95	3.99	10.79	0.001	0.49
	非提供群	67	16.61	3.00	16.63	3.60			

共変量：性，年齢，最終学歴，職種，病院，精神科勤務年数，薬物関連問題の教育・研修有無，薬物使用障害患者とのかかわる頻度，認知行動療法提供期間

↑提供群において有意に実施前後の得点が上昇した変数 (p<0.05)

*群と時間の主効果は全変数において p>0.05

表3 AAPPQ二元配置分散分析の結果

AAPPQ得点 (得点幅)	群	n	実施前		実施後		群×時間		効果量 d
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	F (1, 93)	p	
合計 (31-217)	提供群	38	144.32	20.61	148.21	17.48	4.123	0.045	0.08
	非提供群	67	132.64	20.85	135.45	17.38			
知識とスキル↑ (9-63)	提供群	38	42.66	9.53	44.66	7.33	0.030	0.862	-0.16
	非提供群	67	36.60	11.65	39.84	9.33			
役割認識 (3-21)	提供群	38	15.24	3.20	15.95	2.69	1.281	0.261	0.25
	非提供群	67	15.33	2.89	15.46	2.44			
相談と助言 (3-21)	提供群	38	15.42	4.30	15.50	4.25	0.552	0.460	0.04
	非提供群	67	14.52	4.31	14.45	3.61			
仕事満足と意欲 (11-77)	提供群	38	48.13	7.10	48.82	6.69	7.550	0.007	0.21
	非提供群	67	44.54	6.08	44.06	5.55			
患者の役に 立つこと (5-35)	提供群	38	22.87	4.41	23.29	3.94	2.639	0.108	0.11
	非提供群	67	21.66	3.73	21.64	4.01			

共変量：性，年齢，最終学歴，職種，病院，精神科勤務年数，アルコール関連問題の教育・研修有無，アルコール使用障害患者とのかかわる頻度，認知行動療法提供期間

↑提供群において有意に実施前後の得点が上昇した変数 (p<0.05)

*群と時間の主効果は全変数において p>0.05

であった (p<0.05)。提供群は非提供群と比較してこれらの得点が上昇していた。効果量 (Cohen's d) は，合計得点で0.08，「仕事満足と意欲」得点で0.21であった。対応のあるt検定で，提供群における実施前後の得点差を確認したところ，下位尺度「知識とスキル」のみで有意に実施後の得点が高かった (p<0.05)。交互作用が有意で，かつ提供群において有意に実施後の得点上昇が見られた変数はなく，「仕事満足と意欲」における交互作用は非提供群の得点が減少していたことに影響されていたことが考えられた。

考 察

SMARPP提供群では非提供群に比べて，半年後のDDPPQ・AAPPQ合計得点およびその下位尺度得点の多くがより上昇していた。SMARPPを提供する経験によって，物質使用障害患者と仕事でかかわる際の態度がより良好に変化する可能性があることが示された。

薬物使用障害患者と仕事でかかわる際の態度では，DDPPQ合計得点のほか，下位尺度「知識とスキル」「相談と助言」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」において，提供群がよりポジティブである結果となった。効果量 (d) は，0.37～0.55と小～中程度であった²⁹⁾。SMARPPを提供する経験によって特に「知識とスキル」「患者の役に立つこと」「仕事満足と自信」の項目で測定される態度が向上する可能性があると考えられる。提供群の医療従事者が新たな知識を習得し，その知識を活かして実践に臨むことでスキルが向上したと実感できたのではないかと思われる。また，より知識やスキルを得て効果的なプログラムが行えるようになると，患者の回復に自分が役立っていると感じられ，それがさらに仕事のやりがいや自信につながったのではないかと考えられた。しかし，下位尺度「役割認識」においては，提供群の態度がよりポジティブである結果とはならなかった。このプログラムのみでは，自身の役割を認識し，実践に活かすまでは至らない可能性が考えられる。患者の状況にどれだけ踏み込んでいいのか，どれだけ深く質問してもいいのか，自分は患者に何ができるのか，といった悩みを調査票の自由記述欄に書いている医療従事者が多かったことから，自身の役割や立場を明確化し行動するには，より長い経験が必要となる可能性がある。

DDPPQ得点を検討したところ，ベースライン時得点には，2群間で有意差は見られなかった。ベースライン時の下位尺度「知識とスキル」得点平均値は，両群共に尺度の中央値より低い値であったが，実施後には，提供群では尺度の中央値よりも高い値となっていた。しかし，非提供群では尺度の中央値よりも低い値のままであった。提供群では知識やスキルの獲得を実感できるような変化が見られたものの，非提供群では依然として知識やスキルの獲得が不十分と感じている者が多いことが推測された。そのほかのDDPPQベースライン時得点は両群とも尺度の中央値と同程度からやや高い値であり，両群ともどの変数においても緩やかに得点上昇が見られた。提供群における前後得点を比較した結果，「知識とスキル」の実施後得点有意に上昇しており，「知識とスキル」における効果量が下位尺度の中で0.55と一番大きかったことも合わせて考えると，SMARPPを提供する経験によって，薬物使用障害患者に対する仕事に関する知識やスキルに自信が持てるようになることに特に効果があったと思われる。

アルコール使用障害患者と仕事でかかわる際の態度では，AAPPQ合計得点の他，下位尺度「仕事満足と意欲」において，提供群で得点がより上昇する傾向にあった。SMARPPを実践することで，アルコール関連問題に対する仕事にやりがいを感じ仕事へのモチベーションが高まったと考えられる。しかしながら効果量は小さかった (0.21)²⁹⁾。実際の提供群における「仕事満

足と意欲」得点の上昇は緩やかであり、前後得点の比較で有意差が見られなかったことから、非提供群の値が減少したために交互作用が有意となったことが考えられた。ベースライン時で提供群が有意に高得点であったことも合わせて考えると、SMARPPによる効果は限定的と思われる。また、下位尺度「知識とスキル」「役割認識」「相談と助言」「患者の役に立つこと」においては、提供群で態度が有意によりポジティブに変化することは観察されなかった。この理由については、薬物関連問題よりもアルコール関連問題に関する教育や研修を受けたことがある対象者が多く、両群ともに元々アルコール関連問題に関する知識やスキルが得られていた可能性、SMARPPが薬物関連問題により重点を置く内容になっているためアルコール関連問題に対する仕事における態度にはあまり影響を与えなかった可能性が考えられる。

AAPPQ得点を検討したところ、ベースライン時の合計得点と下位尺度「知識とスキル」「仕事満足と意欲」において、提供群の方が有意に高得点であった。ベースライン時得点ほどの変数においても両群とも尺度の中央値と同程度からやや高い値であった。提供群ではどの変数においても緩やかに得点上昇が見られたものの、非提供群では「相談と助言」「仕事満足と意欲」「患者の役に立つこと」の得点がやや減少していた。また、提供群における前後得点を比較した結果、「知識とスキル」得点が有意に上昇していたものの、非提供群においても上昇が見られ、交互作用は有意とならなかった。以上のことから、SMARPPを提供する経験がアルコール使用障害患者に対する仕事をする際の態度を前向きに変容させるというよりは、SMARPPの要素である動機付け面接などの技法を習得せずに仕事をしていると、患者への対応に悩むことが多くなり、仕事へのモチベーションや有意味感が得られにくいということが推測される。臨床場面では患者が再飲酒したり、治療中断してしまうことが多々あるが、そのような出来事に遭遇しても陰性感情を抱かずに、治療継続の必要性を医療従事者自身が感じられるようにするために、動機付け面接などの技法を身につけることは有効であるかもしれない。

本研究の対象者は女性の看護師が約半数を占めていた。先行研究では看護師はほかの職種と比較して、物質使用障害患者に対する態度が否定的と言われているが、本研究におけるDDPPQ・AAPPQ平均得点は尺度の中央値よりやや高い値であり、態度がやや肯定的な集団であった。SMARPPを提供することで、特に薬物使用障害患者に対する仕事をする際の態度がさらに肯定的に変容したことに意義があると思われる。一方、提供群には、精神科勤務年数が長く、アルコール使用障害患者と関わる機会が多い者、認知行動療法提供経験が長い者が多い傾向にあった。ベースライン時において一部のAAPPQ得点が有意に高かったことから、提供群はアルコール使用障害に対する治療経験が豊富な集団で、これまでにある程度知識・スキルの獲得ができており、仕事に対しても前向きに取り組んでいたと推測される。このようなことから、提供群におけるAAPPQ得点の上昇が緩やかであったと考えられる。アルコール使用障害患者に対する仕事をする際の態度をより前向きに変容させるには、アルコール使用障害患者への対応を部署全体で支える体制作りや、陰性感情への対処方法の習得、回復者から話を聞く機会を持つなど、医療従事者がアルコール使用障害患者の治療に対するモチベーションを維持できるような環境作りが必要とされると思われる。

本研究における限界として、医療従事者をSMARPP提供群と非提供群に無作為に割り付けてきていないことから、SMARPPを提供することによる影響のみを検討できていない可能性があげられる。また、サンプルサイズが小さく両群の差が出にくかった可能性、SMARPP提供群と非提供群が同じ部署に勤務していたことによる相互作用が生じた可能性が考えられる。また、4施設のみを対象としていることから、結果の一般化に慎重になる必要がある。厳密にSMARPP

を提供する経験が医療従事者にもたらす影響を明らかにするには、対象者を増やし無作為化比較試験を行うことが望ましい。さらに、本研究で用いたDDPPQ・AAPPQには、明確なカットオフポイントが設定されておらず、尺度得点をどのように解釈するかについて十分検討されていない。今後は、尺度の外的妥当性や臨床的意義についてさらに検討していく必要がある。

要 約

DDPPQ・AAPPQ日本語版を用いて、医療従事者が物質使用障害患者と仕事でかかわる際の態度の変化を検証したところ、SMARPPを提供している者は、提供していない者に比べて、半年後の態度がよりポジティブであった。医療従事者がSMARPPを実践する中で、知識・スキルの獲得や患者の回復への貢献を実感でき、仕事への満足感や自信が高まることが考えられた。

謝 辞

本研究にご協力いただきました医療従事者の皆様に深く感謝申し上げます。本研究の一部は、厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合事業「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究（研究代表者：松本俊彦）」の助成を受けて行われました。

文 献

- 1) Allsop, S.J. and Stevens, C.F.: Evidence-based practice or imperfect seduction? Developing capacity to respond effectively to drug-related problems. *Drug Alcohol Rev.*, 28: 541-549, 2009.
- 2) Gorman, D.M. and Cartwright, A.K.: Implications of using the composite and short versions of the Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (AAPPQ). *Br. J. Addict.*, 86: 327-334, 1991.
- 3) Roche, A.M., Pidd, K. and Freeman, T.: Achieving professional practice change: From training to workforce development. *Drug Alcohol Rev.*, 28: 550-557, 2009.
- 4) Room, R.: Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev.*, 24: 143-155, 2005.
- 5) Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A. and Luty, J.: A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 16: 279-284, 2009.
- 6) Ronzani, T.M., Higgins-Biddle, J. and Furtado, E.F.: Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Soc. Sci. Med.*, 69: 1080-1084, 2009.
- 7) Edward, K.L. and Munro, I.: Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *Int. J. Nurs. Pract.*, 15: 74-79, 2009.
- 8) Friedmann, P.D., McCullough, D., Chin, M.H. and Saitz, R.: Screening and intervention for alcohol problems - A national survey of primary care physicians and psychiatrists. *J. Gen. Intern. Med.*, 15: 84-91, 2000.
- 9) Kelleher, S.: Health care professionals' knowledge and attitudes regarding substance use and substance users. *Accid. Emerg. Nurs.*, 15: 161-165, 2007.
- 10) Berger, M., Wagner, T.H. and Baker, L.C.: Internet use and stigmatized illness. *Soc. Sci. Med.*, 61:

- 1821-1827, 2005.
- 11) Link, B., Castille, D.M. and Stuber, J.: Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses. *Soc. Sci. Med.*, 67: 409-419, 2008.
 - 12) Owens, L., Gilmore, T. I. and Pirmohamed, M.: General practice nurses' knowledge of alcohol use and misuse :A questionnaire survey. *Alcohol Alcohol.*, 55: 259-262, 2000.
 - 13) 久富暢子, 伊藤桂子, 長島八寿子, 藤原クニ子, 安田かなめ, 芦沢トモ子, 佐藤美穂子, 樋口進: アルコール関連問題とその医療に関する看護者の認識と知識 一般病棟とアルコール依存症治療専門病棟の看護者の比較検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 33: 671-682, 1998.
 - 14) Munro, A., Watson, H. E. and McFadyen A.: Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial. *Int. J. Nurs. Stud.*, 44: 1430-1438, 2007.
 - 15) Vadlamudi, S. R., Adams, S. and Hogan, B.: Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. *Nurse Educ. Pract.*, 8: 290-298, 2008.
 - 16) Ford, R., Bammer, G. and Becker, N.: Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough. *Int. J. Nurs. Pract.*, 15: 112-118, 2009.
 - 17) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, 遠藤桂子, 奥平謙一, 原井宏明, 和田 清: 覚せい剤依存症患者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) —. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 42: 507-521, 2007.
 - 18) 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」総合研究報告書. 平成22～24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「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」総合研究報告書, pp. 1-10, 2013.
 - 19) 松本俊彦: 薬物依存症に対する新たな治療プログラム「SMARPP」司法・医療・地域における継続した支援体制の構築を目指して. *精神医学*, 54: 1130-1110, 2012.
 - 20) 益山桂太郎, 岩野 卓, 高橋陽介, 吉成有記子, 一條悦子, 新村規子, 山家研司, 須河めぐみ, 大嶋栄子, 小松祐子, 萩原可南子, 芦澤 健: 薬物依存症に対する集団療法の有効性に関する検討—SMARPPテキストの導入による参加者及びスタッフへの影響—. *日本アルコール・薬物関連問題学会誌*, 13: 143-147, 2011.
 - 21) Cartwright, A.K.J.: The attitudes of Helping Agents Towards the Alcoholic Client: the Influence of Experience, Support, Training, and Self-Esteem. *Br. J. Addict.*, 75: 413-431, 1980.
 - 22) Watson, H., Maclaren, W. and Kerr, S.: Staff attitudes towards working with drug users: development of the Drug Problems Perceptions Questionnaire. *Addiction*, 102: 206-215, 2007.
 - 23) 高野 歩: 認知行動療法プログラムを実施する医療従事者にける効果の検証ならびに患者や仕事に対する態度の変化の検討. 平成22～24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「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」総合研究報告書, pp. 137-153, 2013.
 - 24) Bush, R.A. and Williams, R.J.: Generalist health and welfare workers' response to alcohol related problems: role legitimacy and the need for role-support, an example from an Australian rural-community. *Drug Alcohol Depend.*, 22: 105-111, 1988.
 - 25) Hunot, V. and Rosenbach, A.: Factors influencing the attitudes and commitment of volunteer alcohol counsellors. *Br. J. Guid. Coun.*, 26: 353-364, 1998.
 - 26) Cohen, J.: A power primer. *Psychol. Bull.*, 112: 155-159, 1992.

原著

Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence
49 (2), 119 ~ 135, 2014

精神保健福祉センターにおける
薬物依存症再発予防プログラム
「TAMARPP」の有効性評価

近藤あゆみ^{1)*}, 井手美保子²⁾, 高橋郁絵³⁾, 谷合知子²⁾,
三浦香澄²⁾, 山口亜希子²⁾, 四辻直美²⁾, 松本俊彦⁴⁾

- 1) 新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科
- 2) 東京都立多摩総合精神保健福祉センター
- 3) 原宿カウンセリングセンター
- 4) 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
(受付：平成25年12月11日；受理：平成26年2月19日)

Evaluation of the relapse prevention program for substance abusers called
“TAMARPP” at Mental Health and Welfare Center

Ayumi KONDO^{1)*}, Mihoko IDE²⁾, Ikue TAKAHASHI³⁾, Tomoko TANIAI²⁾,
Kasumi MIURA²⁾, Akiko YAMAGUCHI²⁾, Naomi YOTSUJI²⁾ and Toshihiko MATSUMOTO⁴⁾

- 1) Department of Social Welfare, Faculty of Social Welfare, Niigata University of Health and Welfare, 1398 Shimami-cho, Kita-ku, Niigata City, Niigata 950-3198, Japan
- 2) Tokyo Tama Comprehensive Center for Mental Health and Welfare, 2-1-3 Nakazawa, Tama City, Tokyo 206-0036, Japan
- 3) Harajuku Counseling Center, 6-24-4 Jingumae, Shibuya-ku, Tokyo 150-0001, Japan
- 4) Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira City, Tokyo 187-8553, Japan

(Received : December 11, 2013 ; Accepted : February 19, 2014)

* 責任著者：近藤あゆみ，新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 〒950-3198 新潟市北区島見町1398 mail: a-kondo@nuhw.ac.jp

※本論文は、平成25年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会（岡11）での座長推薦論文として執筆された。

Summary

We developed the TAMA mental health and welfare center Relapse Prevention Program (TAMARPP) and evaluated the efficacy of the program.

We provided the program for 59 substance abusers at Tokyo Tama Comprehensive Mental Health and Welfare Center, and conducted brief interviews and questionnaire surveys to them four times during eight months follow-up period.

The main results were as follows. 1) Most of the subjects were before “hitting bottom”. 2) More than half of the subjects continued participating in the program for more than 2 months and their attendance rate was fairly high. 3) Some of the subjects began joining a self-help group as N.A. and A.A. during the follow up period. 4) The mood states of the subjects were gradually improved during the period. 5) About one-third of the subjects abused substance again after two-month program, but all of them continued to attend the program or a private counseling. Most of their families also continued having support from the center.

These findings suggested it was meaningful to have such a friendly and less confrontational program as TAMARPP at our center to provide support for many substance abusers before “hitting bottom” and their families.

Key words: substance abusers, relapse prevention program, cognitive behavioral therapy, Mental Health and Welfare Center, family support
物質乱用者，再発予防プログラム，認知行動療法，精神保健福祉センター，家族支援

はじめに

薬物依存症からの回復のためには、精神症状の鎮静化などを目的とした投薬治療の他に、断薬継続のためのスキルの習得、継続的な薬物使用により形成され強化された依存的性格の改善、薬物使用開始とともに停止した社会的成長の促進等を行う場が不可欠であり、欧米では、多数の団体が様々な依存症回復プログラムを提供して効果を挙げている。一方、わが国における社会資源は乏しく、数えるほどしかない専門医療機関と、ダルクやNAなどの自助活動のみに限定されているといっても過言ではない状況が長い間続いてきた。その中で、精神保健福祉センターや保健所は、薬物依存症者本人に対する直接的な支援というよりは、主に家族支援の役割を担う機関としての印象が強いが、実際には本人からの相談も一定割合を占めており、また、最初の相談者は家族等であっても、その後家族の勧めなどにより本人が相談場面に登場する機会も少なくない。一例として長野県の状況を見ると、県内のダルク、保健所、精神保健福祉センターを対象とした調査では、保健所における薬物相談受付総件数の17%が、精神保健福祉センターにおいては29%が、本人からの相談であることが示されており¹⁾、今後は各地域の薬物支援体制等を鑑みつつ、これらの機関が本人に対する相談支援についてどのような役割を果たしているのか、また、どのような役割が求められているのかについて議論していく必要がある。本研究の実施場所である東京都立多摩総合精神保健福祉センター（以下、多摩センター）は、

全国の中でも薬物問題を主訴とする相談が多い機関のひとつであり、研究を開始した平成20年当初の年間薬物個別相談者（新規）は54名にのぼる⁹⁾。また、その中の約30%は本人であったことから、依存症の治療回復に関する社会資源がかくも乏しい現状においては、家族支援のみでなく、本人に対する支援を行う機関としても一定の役割を求められていたといえよう。しかし、その頃は、せっかく本人が登場してきても、社会資源に関する情報提供など限られた支援を行うことしかできなかつたり、資源への導入に向けたアセスメントや動機づけが不十分な状態のまま関係が切れてしまつたりすることが多く、そのことが職員に不全感をもたらしつていた。

精神保健福祉センターの本来の役割は、一般には、治療そのものの提供ではなく、治療や回復に関する社会資源の紹介、本人及び家族に対する心理教育、アセスメントにもとづく適切な資源への導入、そのための動機づけなどであることを考えると、これまでの援助内容でも確かに一定の役割を果たしてきたといえる。しかし、実際には、これらの支援を行うにはある程度の期間を要することが多いことから、その期間を更に有効に活用し、依存症者の回復を助ける治療的関わりを行うことができれば、援助の質は飛躍的に向上するものと思われた。また、その方法としては、過度な直面化を避けた受容的な集団療法が適していると考えられた。

そこで、研究者らは、精神保健福祉センターや保健所などの公的機関で実施することを想定した、簡便で構造化された薬物依存症再発予防プログラム TAMARPP (TAMA mental health and welfare center Relapse Prevention Program) (以下、TAMARPP と記す) を開発し、その有効性評価を行ったので、その結果について報告する。

対象と方法

1. 参加者用ワークブック

本研究の開始に先立ち、Matrix model (米国の統合的な薬物依存症外来治療プログラム、認知行動療法の本組みを用いた再発予防プログラムの他、家族療法、動機付け面接など、これまでの依存症治療に関する研究の中で効果が実証されてきた様々なアプローチを盛り込んでいる)⁹⁾ を参考にしたプログラムを開始していた国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟のワークブック⁹⁾ 及び神奈川県立精神医療センターせりがや病院のワークブック⁹⁾ をもとに、精神保健福祉センターでの施行に適するよう修正を加え作成した。ワークブックの内容やプログラムの実際については、過去の文献⁹⁾ を参照されたい。

2. 対象

多摩センターの薬物・アルコール等特定相談事業の相談窓口に直接来訪した物質依存・乱用者、または、地域関係機関から照会された物質依存・乱用者の中で、TAMARPP 及びその効果評価のための調査研究に関する説明を受けて、自発的に参加の意を示した者である。

評価を開始した平成20年4月1日から平成24年2月29日までに参加登録をした59名について結果を報告する。

3. 方法

効果評価は、対象者に対し、4回の面接及びアンケート調査を実施し、その前後の結果を比較することにより行った。調査時期は、登録時 (TAMARPP 開始時)、1クール終了時 (開始から2ヵ月後)、終了から約3ヵ月後 (以下、FU3ヶ月と記す)、6ヵ月後 (以下、FU6ヶ月と記

す) の4時点である。

4. 調査項目

属性、生活状況、薬物使用歴、治療歴、薬物問題の重症度 (DAST-20)、問題飲酒の程度 (WHO/AUDIT)、気分感情の状態 (POMS 短縮版)、薬物依存に対する自己効力感の程度 (薬物依存に対する自己効力感スケール)、薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度 (SOCRATES) などである。

5. 分析

薬物乱用・依存症者とアルコール乱用・依存症者との比較には、Pearson のカイ2乗検定、Fisher の直接法、または Mann-Whitney の U 検定を用いた。両群それぞれの前後比較 (登録時と FU6ヶ月の比較) には、Wilcoxon の符号付き順位検定を用いた。有意水準は5%と定めた。分析には、エス・ピー・エス・エス株式会社の PASW Statistics 18.0 for Windows を使用した。

6. 評価尺度

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

DAST-20は、薬物問題の重篤さを評価する尺度である⁷⁸⁾。項目数は全20項目から成り、第1～3項目及び第6～20項目については、問いに当てはまれば1点、当てはまらなければ0点が加算される。第4及び第5項目についてはその逆で、問いにあてはまれば0点、当てはまらなければ1点が加算される。従って得点範囲は0～20点で、評価については、0点が「薬物問題なし」、1～5点が「軽い問題あり」、6～10点が「中程度の問題あり」、11～15点が「やや重い問題あり」、16～20点が「非常に重い問題あり」となっている。日本語版は標準化されていないが、対象者の得点についてクロンバックの α 信頼性係数を算出したところ0.78であり、一定の信頼性を確認することができた。

2) WHO/AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) 日本版問題飲酒指標

問題飲酒の程度を評価する尺度である⁸⁰⁾。全10項目から成り、各項目の問いに対して用意されたいずれかの回答を選ぶことで0～4点が加算されていく。従って、得点範囲は0～40点となる。合計得点の評価方法には、問題飲酒群をスクリーニングする方法と、アルコール依存群をスクリーニングする方法の2つがある。前者の場合は、11点以下が非問題飲酒群であり、13点以上が問題飲酒群である。後者の場合は、15点以上がアルコール依存群に識別される。

3) 日本語版 POMS (Profile of Mood States) 短縮版

POMSは、McNairらにより開発された全65項目の自記式尺度で¹¹²⁾、「緊張-不安 (Tension-Anxiety)」「抑うつ-落込み (Depression-Dejection)」「怒り-敵意 (Anger-Hostility)」「活気 (Vigor)」「疲労 (Fatigue)」「混乱 (Confusion)」の6つの気分尺度を同時に測定できる。

本研究では、従来と同程度の測定力を有しながら項目数を減らすことに成功した日本語版 POMS 短縮版¹³⁾ を用いた。POMS 短縮版は全30項目から成り、65項目版と同様に6つの気分感情の状態を測定できる。被験者は、提示された項目ごとに、その項目が表す気分になることが過去1週間「まったくなかった」(0点) から「非常に多くあった」(4点) までの5段階のいずれかひとつを選択する。ひとつの下位尺度に含まれるのは5項目であるので、下位尺度ごと