厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

様々な依存症の実態把握と回復プログラム策定・推進のための研究
（研究代表者　宮岡　等）

平成 27 年度分担研究報告書
薬物依存症に対する包括的治療プログラムの開発と普及・均てん化に関する研究

研究分担者　松本俊彦　国立研究開発法人 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　部長

研究要旨
【背景と目的】群馬県こころの健康センターでは平成 25 年 3 月から CRAFT を参考として開発した依存症家族支援プログラム GIFT（Gunma Izonsyou Family Training）を実施しており、本研究はその有用性の評価を目的とした。
【方法】平成 27 年 5 月から 11 月までに同施設のプログラムに参加した 24 名に対し自記式アンケートを行い、3 回以上参加した 14 名を対象としてプログラム参加前及び 3 回参加後の変化を検討した。
【結果】K10 は 13.6 点から 9.2 点へと改善し（p=0.006）、プログラム参加者の半数以上で、本人とのトラブル状況やコミュニケーション、乱用状況のいずれも改善を認め、依存症者への対応知識の習得に役立つ可能性が示唆された（p=0.086）。一方で、RSES-J や本人の治療状況には有意な変化は認めなかった。
【考察】本研究は、CRAFT を参考にした依存症家族支援プログラムの有効性に関する検証を試みたものとしては国内最初の研究である。対象数や研究デザインなどの限界からその知見はあくまでも予備的なものにとどまるが、本研究では、GIFT が少なくとも家族の精神状態の改善に寄与している可能性が示唆された。

研究協力者
今井航平　群馬県立精神医療センター
今村扶美　国立研究開発法人 国立精神･神経医療研究センター病院 臨床心理室 室長
谷渕由布子　同和会千葉病院 精神科医師
若林朝子　国立研究開発法人 国立精神･神経医療研究センター病院 医療相談室 ソーシャルワーカー
和知彩　国立研究開発法人 国立精神･神経医療研究センター病院 医療相談室 ソーシャルワーカー
川地 拓　国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院 臨床心理室 心理療法士
山田美紗子　国立研究開発法人 国立精神･神経医療研究センター病院 臨床心理室 心理療法士
引土絵未　国立研究開発法人 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 外来研究員
高野歩　東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 特任助教
米澤雅子　国立研究開発法人 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 科研費
研究員
小林直人　神奈川県立こども医療センター 心理療法士
加藤隆　八王子ダルク 施設長
吉田精次　社会医療法人あいざと会藍里病院 副院長
和田清　埼玉県立精神医療センター 依存症治療研究部 部長

A．研究目的

平成 25 年に公表された第四次薬物乱用防止五か年戦略の戦略目標として家族への支援の充実強化による再乱用防止の徹底が掲げられており、その中で、家族等が地域で孤立することなく、薬物乱用・薬物依存症に関する知識を経て、適切な対処方法等について理解することが重要とされている。しかしながら、現状では国内の依存症者の家族に対する支援においては、支援担当者の経験的な助言や指導が中心となっていることがほとんどであり系統的な指導・教育方法が普及しているとは言い難く、課題は山積している。

そこで、本分担研究最終年度にあたる今年度は、依存症者家族支援のためのプログラムに関する研究を行った。精神保健福祉センターはわが国では依存症者家族の相談・支援に対応することを求められている行政機関であるが、現状では、その多くは依存症者家族に特化した、構造化されたプログラムを持たず、相談事例に応じた個別相談に終始する傾向がある。

しかしそのような中で、群馬県こころの健康センターでは、CRAFT（Community Reinforcement and Family Training：コミュニティ強化アプローチと家族トレーニング）[1)2)]を参考に、同センターの依存症家族教室内のプログラムとして継続的に運用可能な様式に修正した依存症者家族に対する集団認知行動療法プログラム「GIFT（Gunma Izonsyou Family Training：ぐんま依存症ファミリートレーニング）」[3) 4)] を実施している。このプログラムは、本来個別プログラムである CRAFT を集団プログラムに改変し、人的資源に制限のある精神保健福祉センターでも実施できるコンパクトな内容となっている。今年度は、GIFT 開発者である今井の協力を得て、その効果検証を試みることにした。

本研究では、行政機関などで簡便に実施できる系統的な依存症家族支援プログラムの開発および普及の足がかりとして、同施設のプログラム参加者を対象として自記式アンケート調査を行い、プログラム参加者の特徴を明らかにするとともに、GIFT の有用性および課題について検討を行った。

B．研究方法

1. CRAFT と GIFT について

研究方法の詳細について述べる前に、CRAFT および GIFT なついて簡単に説明をしておきたい。

CRAFT とは、治療を拒否している物質依存症者を抱える家族を対象とした行動分析と対応に関するトレーニング法として開発された認知行動療法プログラムである。CRAFT は依存症者本人（以下、本人）が治療につながること、物質使用量を減らすこと、家族自身の生活を豊かにすることの 3 点を目標にしている。

CRAFT は、従来の依存症者の家族に対する指導とは大きく異なる治療理念にもとづいている。従来の家族への指導では、家族が本人への援助やかかわりを断つことによって、本人を困難な現実に直面させ、本人の「底つき」を促すというように、本人との分離や対立、本人への直面化を促す対応がなされてきた。しかし、CRAFT はそれとは全く異なる観点から家族のあり方を捉え直している。すなわち、CRAFT においては、家族は、本人のことで困っており治療につなげたいという動機を持っており、本人のことをよく知っており本人への影響力も強い存在であり、本人を治療に参加させるための重要な協力者として位置づけられている。そのような捉え方に基づいて、家族が本人への対応方法を整理し、活発でポジティブに関わることを通して目標の達成を目指すのである。

次に、GIFT に関する説明をしたい。GIFT は、群馬県こころの健康センターにおける依存症家族教室のメインプログラムである。本プログラムはオープングループとして月 1 回実施されており、1 クール 6 回のセッションから構成されている。プログラムは途中回からの新規参加や、過去に家族教室に参加したことのある方の参加も随時受け入れる形で運営されている。

各回の概要は以下の通りである。

①トラブルマップで問題を解決する

家族が本人のどういった行動に影響を与えることができ、また、影響を与えることができないのかについての理解を促し、無用なトラブルを避けることや物質使用関連行動を減らすための行動変容の仕方について学ぶ。

②暴力への対応と限界設定

暴力の原因や起こり方のパターン、暴力への対処の仕方や本人との大きな約束事の設定の仕方などについて学ぶ。

③ポジティブコミュニケーション

本人とのコミュニケーションを改善するための言葉がけの仕方などについて学び、テキストの音読練習を行う。

④関わり方の整理

本人にしてあげていること（イネイブリング）について再考し、本人への関わり方の整理を促す。また、本人との前向きな関係を築くことや本人を治療に動機づけるために必要なスキルを学ぶ。

⑤自分の生活を豊かにする

家族自身の最近の楽しみや、これまでの楽しみ、してみたいこと、頼れる相手などについて話し合いを行いながら「私の資源」として図にまとめあげ、意識的な資源の活用を促す。

⑥本人に治療を勧める

本人への治療の勧め方や必要な準備、治療を勧めやすいタイミングについて学び、ロールプレイを行う。

2. 調査対象

本調査では、平成 27 年 5 月から平成 27 年 11 月までの 7 か月間に群馬県こころの健康センターの依存症家族教室 1 回以上参加した実人数 24 名（男性 4 例、女性 20 例）を対象候補者とした。

その平均年齢［標準偏差］は、62.3 歳［10.2］歳であった。家族と依存症者本人の関係は、子ども 12 名（50.0%）、配偶者 6 名（25.0%）、同胞 3 名（12.5%）、親 2 名（8.3%）、その他 1 名（4.2%）であり、依存症者本人の接点としては、同居中が 13 名（54.2%）、頻繁に連絡を取り合うものが 1 名（4.2%）、時々連絡を取り合うものが 7 名（29.2%）、あまり（全く）連絡を取らないものが 3 名（12.5%）であった（表 1 参照）。依存症者本人の性別は男性 17 名（70.8%）、女性 7 名（29.2%）、平均年齢は 48.2［12.7］歳であり、最近の乱用状況としては重複使用も含めてアルコール 14 名（58.3%）、ギャンブル 7 名（29.2%）、処方薬 4 名（16.7%）、市販薬 3 名（12.5%）、大麻 1 名（4.2%）、その他窃盗癖など 3 名（12.5%）であった（表 1 参照）。また、依存症者本人の現在の利用資源としては重複を含めて一般精神科通院が 9 名（37.5%）、依存症専門病院通院、民間施設入所、自助グループ利用、刑務所がそれぞれ 1 名（4.2%）であった（表 1 参照）。また、対象候補者のうち、11 名は調査期間前にプログラム参加を開始しており、5 名が調査開始時にプログラム参加を開始し、8 名が調査期間内の途中回からプログラム参加を開始していた。

本研究においては、対象候補者 24 名中、調査期間内に3回以上プログラムに参加した14名を最終的な対象として解析を行った。その理由は、プログラム参加開始時期が対象候補者ごとに異なること、そして、調査期間内の途中回から参加を開始した者も少なくないこと、さらには、調査期間が短期間であったことから、十分な対象者をリクルートすることが困難であった。そこで、少しでも対象者数を増やす、解析可能なサンプルサイズを得るために、「3 回以上」という条件を設定せざるを得なかったからである。

3. 調査項目

1） 対象群（3 回以上参加）と非対象群（3 回未満参加）のプロフィールの差異

対象候補者のうち、調査期間内にプログラムに 3 回以上参加した対象群と 3 回未満の参加にとどまった非対象群の背景情報の違いを明らかにするため、両群の依存症者本人および家族の年齢、性別、両者の関係性、依存症者本人の依存対象や利用資源、生活場所などの項目についての自記式アンケート調査をもとに比較検討を行った。

2） 依存症者本人と家族の接点および依存症者本人

の状況の変化

調査期間内にはじめてプログラムに参加する前および、プログラム3回参加後に自記式アンケートを行い、依存症者本人と家族の接点、依存症者本人の乱用状況及び利用資源、生活の場所の変化に関して比較検討を行った。

3） 依存症に関する知識や対処行動、精神状態や依存症者本人との関係性の変化

調査期間内にはじめてプログラムに参加する前および、プログラム3回参加後に以下の独自の自記式アンケートを行い、各項目の点数の推移に関して検討を行った。アンケートは、①依存症について必要な知識がある、②依存症者本人への対応の仕方について必要な知識がある、③依存症者本人に不安なく接することができる、④依存症者本人の問題行動への対処ができる、⑤ご家族自身、精神的に良好な状態である、⑥ご家族自身、いまの生活に満足している、⑦依存症者本人と良好なコミュニケーションがとれている、⑧依存症者本人が依存症の問題にしっかりと向き合えている、の8項目からなり、選択肢は「1.思わない」、「2.あまり思わない」、「3.どちらでもない」、「4.ややそう思う」、「5.そう思う」の5段階評価としたものである。

4） プログラムの有効性に関する参加者の主観的評価

プログラム3回参加後に以下の独自の自記式アンケートを行い、結果について検討した。アンケートは家族がプログラムに参加をはじめてからの変化について、①不適切使用（乱用）、②依存症者本人からの暴言や暴力、また本人との衝突、③依存症者本人とのコミュニケーションの3項目を「悪化した」「少し悪化した」「かわらない」「少し改善した」「改善した」の5段階で評価するものであるが、依存症者本人と家族とで接点がない場合には「接点なし」として扱った。

5） 家族教室参加者の自尊心の状態および精神的健康度の変化

調査期間中、毎回プログラム実施前に自記式アンケートである日本語版 Rosenberg 自尊心尺度（RSES-J）およびK10質問票日本語版（K10）を実施した。本研究においては、調査期間内にはじめてプログラムに参加した時点およびプログラム3回参加時点の得点の推移について検討を行った。

①日本語版 Rosenberg 自尊心尺度（RSES-J）[5)]

Rosenberg 自尊心尺度（The Rosenberg Self Esteem Scale; RSES）は自尊感情を測定するために Rosenberg ら（1965）によって開発された尺度であり、Miura &Griffiths（2007）により日本語版が作成され、その信頼性および妥当性が確立されている。全10項目からなり、採点方法は各項目の評価を0点から4点として、全項目の合計得点を算出するものである。最小得点は0点、最高得点は40点であり、得点が高いほど自尊心の状態が良好と評価される。

②K10質問票日本語版（K10）[6)7)]

K10質問票（Kessler Psychological Distress Scale）は精神的健康あるいは心理的ストレス反応の指標として Kessler ら（2002）によって開発された評価尺度であり、気分障害および不安障害のスクリーニングにおいても有効とされている。日本語版は古川ら（2003）によって作成され国内においても標準化されたものであり、全 10 項目からなる。採点方法は各項目 5 段階の評価を0点から4点として、全項目の合計得点を算出するものである。最小得点は0点、最高得点は40点であり、得点が低いほど精神的健康度が高いと評価され、カットオフ値は25点（気分障害あるいは不安障害の罹患率50%）とされる。

4. 統計学的解析

本研究では、年齢や RSES-J、K10 の得点などの連続量とみなしうる変数の2群間比較には Student-t 検定を、質的変数の比率に関する2群間検定においては対象数の少なさを考慮して Fisher の直接法を、上記 3）の選択肢は順位尺度であり連続量とは見なせないことから、対応のある Wilcoxon の符号付き順位検定を用いた。

統計学的解析には、IBM SPSS ver19 for Windows を用い、いずれの解析においても両側検定で 5%未満の水準を有意とした。

（倫理面への配慮）

本研究は、群馬県こころの健康センター倫理委員会の承認を得て実施した。

C．研究結果

1. 対象群（3 回以上参加）と非対象群（3 回未満参加）のプロフィールの差異（表 2）

表 2 に示した通り、依存症者本人および家族の年齢や関係性、依存症者と家族の接点、依存症者本人の最近の乱用物や現在の利用資源、生活場所に関しては両群間で有意差は認められなかった。有意差が認められた項目は家族の性別のみであり（p=0.020）、男性の場合には参加中断率が高く、女性のほうが継続参加が得られやすい傾向を認めた。また、依存症者本人が最近もギャンブル依存の状態にある参加者はそれ以外の場合に比べて参加中断率が高い傾向が示唆された（p=0.085）。対象群および非対象群は調査期間内のプログラム参加回数で分けたものであるが、全 7 回のプログラム実施のうち、平均参加回数［標準偏差］は対象群で 4.1［1.0］、非対象群で 1.1［0.3］であった。

2. 依存症者本人と家族の接点および依存症者本人の状況の変化（表 3）

依存症者本人と家族の生活場所や接点、依存症者本人の乱用物に関しては変化が見られなかった。依存症者本人の利用資源に関しては、依存症専門病院の利用状況の変化に有意差は認められなかったが（p=0.317）、対象群 14 名のうち 1 名から 3 名に増加していた。

3. 依存症に関する知識や対処行動、精神状態や依存症者本人との関係性の変化（表 4）

調査期間内にプログラムに初めて参加をする前と 3 回参加後とで各項目の比較を行ったが有意差のある項目は認められなかった。しかしながら、［2］依存症者本人への対応の仕方について必要な知識がある（p=0.086）、および、［5］ご家族自身、精神的に良好な状態である（p=0.071）の 2 つの項目に関しては有効な傾向が示唆された。

4. プログラムの有効性に関する参加者の主観的評価（表 5）

調査期間内にプログラムに3回参加後の14名の対象者のうち、各項目について「少し改善した」および「改善した」と感じている家族の割合は、「本人の不適切な使用（乱用）」および「依存症者本人からの暴言や暴力、または本人との衝突」についてはそれぞれ 8 名（57.1%）、また、「依存症者本人とのコミュニケーション」に関しては、9 名（71.4%）であった。

5. 家族教室参加者の自尊心の状態および精神的健康度の変化（表 6）

RSES-J の平均得点［標準偏差］については、調査期間内の初回参加時には 23.6 点［7.0］、3 回目参加時では 23.6 点［8.1］であり有意な変化は認められなかった（p=1.000）。一方で、K10 の平均得点［標準偏差］については、調査期間内の初回参加時には 13.6 点［11.5］、3 回目参加時では 9.2 点［11.1］であり、いずれも気分障害および不安障害のスクリーニングカットオフ値 25 点を大きく下まわっており、前後比較においては有意な改善を認めた（p=0.006）。

D．考察

1. プログラム参加者および依存症者本人の特徴と行政におけるプログラムの提供に関して

依存症者本人の最近の乱用物としてはアルコールが最も多く、次にギャンブル、処方薬や市販薬、窃盗癖その他と続いた。これは各依存症の罹患率と比較して矛盾のない結果と言える。また、違法薬物使用中の者はわずかであったが、これについては家族が警察騒ぎなどを恐れて相談しづらい状況を反映している可能性も否めない。保健所や精神保健福祉センターにおいては少ないマンパワーで支援を実施す

るようにせまられることや参加対象者の人数を確保すること、また今後、刑の一部執行猶予制度施行にあたり薬物依存症に対する支援の拡充が図られることなどを総合的に考えれば、まずはアルコールや薬物を中心に幅広い参加者に対応可能なプログラムを準備し、普及させることが当面の課題と考える。

その一方で、今回の調査においてはプログラム 3 回未満の参加にとどまった非対象群の平均参加回数は 1.1 回となっており、1 度参加してみただけで終わってしまう傾向があり、特に男性参加者と乱用物がギャンブルの場合に脱落しやすい特徴がみられた。筆者の経験的には、男性参加者は主に夫婦で参加することが多く、女性中心のコミュニティの中で夫婦同時参加のために居心地悪く過ごす場合が少なくない。グループを複数に分けることが可能な場合には、夫婦参加用のグループや男性グループを独立させたほうがプログラム脱落者を減らせるだろう。

なお、ギャンブルに関しては、物質使用障害を問題にしている参加者が多いため参加者の中で少数派になってしまうことや、プログラム内の説明や例題が物質使用障害を念頭にしたものであることから違和感を覚える家族が少なくないという印象がある。したがって、可能であればグループ、プログラムともに独立させたほうが効果は上がる可能性が高いと考えられる。

2. GIFT の有効性について

今回の調査ではプログラムに継続して参加することで、精神的健康度が高まり、また、依存症者本人への対応の仕方についての知識が身に付く傾向が示唆された。しかしながら、プログラム参加者の自尊心の状態や生活への満足度はプログラムに参加しても大きくは変わらず、依存症自体についての知識や、依存症者と接することへの不安や、コミュニケーションの状態、依存症者自身の治療段階の進展についても有意な結果は得られなかった。また、依存症者本人を治療に結びつけるという点に関して、依存症専門医療機関利用者が 7.1%から 21.3%に増加していたが、統計学的な有意差を認めるには至らなかった。

一方、あくまで主観的な評価ではあるものの依存症者本人と家族とで接点がない場合を除けば、乱用状況、依存症者本人からの暴言や暴力や本人と衝突、依存症者本人とのコミュニケーションのいずれにおいても継続参加者の 7 割以上で改善がみられた。

これらの成因としては、まずは調査期間が 7 か月間と短期間であり、その期間内に同施設のみで実施した 7 回のセッション（6 回で 1 クール分）に参加した方を対象としたため対象候補者数を十分に確保することができなかったことや、そのためにプログラム 1 クールの半期分にあたる 3 回のセッション終了後時点までの変化までしか追えなかったが挙げられる。また、CRAFT や GIFT はそもそも家族が依存症者本人に積極的に関わることを通して、本人を治療につなげることや、依存症関連行動を減らすこと、家族自身の生活を豊かにすることを目標としたプログラムである。そのため、依存症者本人と家族との接点のあり方が、本人が治療に結びつくことや物質使用量を減らすといった状況変化に結びつくか否かを大きく左右する。今回の対象群においては、依存症者本人と同居しているか頻繁に連絡を取り合うものを合わせても約半数程度であり、近藤らの報告 [8] によれば医療保健機関への相談者において 6 割強、家族会に至っては 4 割程度となっており、依存症家族支援プログラムの有用性の客観的、定量的評価を困難にしている大きな要因と考えられる。一方で、筆者の経験的には本人と連絡を取り合うことが少ない家族においても、依存症者本人に関与、介入する機会が突然やってくることもあるため十分にプログラムの提供対象となり得ると考える。

また、参加者の自尊心の状態については、依存症者本人から直接受ける被害だけではなく、依存症者本人のことに関する「気がかり」などの心理的葛藤からくる部分が少なくないと思われる。これは知識やスキルを身につけるだけで解決する問題ではないため、個別カウンセリングの併用や、家族会などに参加することで支持的な心理サポートを得られれば軽減していける可能性がある。プログラム参加者には家族会を利用している者も含まれるため、プログラムに参加するうちに参加者同士で関係ができ家族会に自然とつながっていくケースも少なからずあり、

プログラムの利点と言える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究にはさまざまな限界があるが、そのなかでも主要なものは以下の 4 つである。第一に、対象の代表性に関する限界である。本研究は、単一施設において実施された家族教室参加者を対象としており、また、サンプルサイズも小さく、本研究によって得られた知見をただちに一般化することには限界がある。第二に、本研究における効果検証には対照群を欠いているという限界である。このため、本研究で明らかにされた対象者の変化が、調査対象期間において、本プログラム以外に提供された他の支援サービス（調査実施施設において実施された個別相談、あるいは、保健所や自助グループでの支援）による影響であった可能性、あるいは、自然経過による変化である可能性を完全には否定できない。

第三に、申告バイアスによる限界である。本研究における情報収集はもっぱら家族からの申告に依拠しており、情報はあくまでも主観的な水準にとどまり、家族の知識およびスキルの修得を客観的に評価したものではない。そして最後に、本研究では、本来予定されていたプログラムの一部による介入効果を検証するにとどまったという限界である。その背景には、7 か月という限られた期間内にプログラムに参加した者を対象とせざるを得ず、十分に対象者をリクルートすることができず、3 回分終了後という本来のプログラムの半分量に参加した時点で評価せざるを得なかった。

以上の限界を踏まえた上で、本研究の今後の課題についても検討しておきたい。今後の課題としては、次に述べる 3 点が考えられる。第一に、今後、プログラムの有効性をより適切な評価方法で検証する研究が必要である。理想的には、多施設共同研究として対照群との比較を行い、参加者の主観的評価だけではなく客観的な評価も取り入れた方法が求められるであろう。第二に、プログラムの改良および対象者の特徴に合わせたプログラムの提供である。今後、プログラムの普及を目指すにあたり他施設のスタッフと共同でプログラムを改良し、プログラムの内容をより普遍化することが必要である。また、今回の研究の結果を踏まえて、依存症の基本的な知識を習得するためのセッションの追加や、依存症者本人と濃厚な接点を持つ家族に対しての物質使用関連行動に関する機能分析を学ぶセッションの追加などを検討する必要があるかもしれない。

そして最後に、プログラムの提供方法である。本プログラムは知識やスキルの習得を行うためのプログラムであるため、毎週もしくは隔週 1 回程度のセッションを初回から通しで参加するような形式の方が望ましい可能性もある。保健所や精神保健福祉センターではマンパワーの問題から高頻度に支援を行うことは困難な場合が少なくないが、その一方で、プログラム参加開始までの待機期間が延びることで家族の参加ニーズ自体が薄れてしまう可能性も否定できない。今後は、こういった様々な問題を踏まえながら、支援者と参加家族のニーズにマッチしたプログラム提供方法も検討する必要があるだろう。

E. 結論

本研究においては、行政機関などで簡便に実施できる系統的な依存症家族支援プログラムの開発および普及の足がかりとして、平成 27 年 5 月から 11 月までの 7 か月間に同施設の家族教室参加者を対象としてアンケート調査を行い、家族教室参加者の特徴を明らかにするとともに、GIFT の有用性および課題について検討を行った。プログラムに参加することで精神的健康度や依存症本人への対応知識の向上が得られるなど一定の有用性があることが示されたが、その一方で、調査対象や調査期間、評価方法などによる限界が少なくなかった。今後の課題としては、プログラムをより普遍的な内容へと改良するとともに参加家族の特徴に合わせたプログラムの提供を図り、普及に努めること。また、行政を中心とした支援者側と支援を受ける家族側とのニーズにマッチした提供方法を確立することや、より適切な方法でプログラムの有効性を検討することが挙げられる。本研究は、行政機関で実際に提供されている系統的な

依存症家族支援プログラムの有効性を検証した国内初の研究であり、一定の臨床的意義があったと考える。

F．研究発表

1. 論文

Shimane T, Matsumoto T, Wada K： behavior of Japanese community pharmacists for preventing prescription drug overdose．Psychiatry and Clinical Neurosciences 69：220-227，2015.

Matsumoto T, Ozaki S, Kobayashi O, Wada K: Current situation and clinical characteristics of sedatives-related disorder patients in Japan: A comparison with methamphetamine-related disorder patients. Activitas Nervosa Superior 57 (1): 12-28, 2015.

Ayumi Takano, Norito Kawakami, Yuki Miyamoto, Toshihiko Matsumoto: A study of therapeutic attitudes towards working with drug abusers. Archives of Psychiatric Nursing. 29 (5): 302–308, 2015

Ayumi Takano, Yuki Miyamoto, Norito Kawakami, Toshihiko Matsumoto: Web-based cognitive behavioral relapse prevention program with tailored feedback for people with methamphetamine and other drug use Problems: Development and Usability Study. JMIR Mental Health 2016;3(1):e1

高野歩，宮本有紀，松本俊彦：薬物使用障害を有する人を対象としたインターネットを活用した介入に関する文献レビュー．日本アルコール薬物医学界雑誌 50(1) ：19-34，2015.

近藤千春，高野歩，松本俊彦：SMARPP の実践における課題の明確化に向けての実態調査．日本アルコール・薬物医学会雑誌 50(2):66-87，2015.

谷渕由布子，松本俊彦：危険ドラッグをめぐる諸問題．精神医学 57(2)：105-117，2015.

松本俊彦：薬物依存症の現在～再乱用防止－依存症治療を中心に～．ストレスアンドヘルスケア 2015 春号 No216: 1-4，2015.

松本俊彦：SMARPP による薬物依存治療の現状と可能性．最新精神医学 20(2): 131-139, 2015.

松本俊彦：特別企画 依存と嗜癖 依存という現象を考える 依存という心理－人はなぜ依存症になるのか．こころの科学 182 ：12-16，2015.

松本俊彦：全国の精神科医療機関における実態調査から．医学のあゆみ 254(2)：143-147，2015.

松本俊彦：危険ドラッグはなぜ「危険」なのか．大阪保険医雑誌 586：4-8，2015.

松本俊彦：専門家のいらない薬物依存治療－ワークブックを用いた治療プログラム「SMARPP」－．精神神経学雑誌 117: 655-662, 2015.

松本俊彦：中毒性精神病における病識－統合失調症との比較を通して－．精神科治療学 30(9)：1237-1242，2015.

2. 学会発表

松本俊彦：白熱ディベート「覚せい剤中毒患者を診たときは警察に届ける」．第 37 回日本中毒学会総会・学術集会，和歌山，2015.7.17.

松本俊彦：教育講演 救急医療機関における物質乱用・依存への対応．第 37 回日本中毒学会総会・学術集会，和歌山，2015.7.17.

松本俊彦：シンポジウム 2 臨床研究の立場から．平成 27 年度アルコール･薬物依存関連学会合同学術総会，兵庫，2015.10.11.

松本俊彦，今村扶美：ワークショップ 2 SMARPP の理念と実際．平成 27 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，兵庫，2015.10.11.

松本俊彦：教育講演 1 危険ドラッグ関連障害患者の臨床的特徴～「2014 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」より．平成 27 年度アルコール･薬物依存関連学会合同学術総会，兵庫，2015.10.12.

松本俊彦：シンポジウム 10 嗜癖概念の意義．平成 27 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，兵庫，2015.10.13.

松本俊彦: 「刑の一部執行猶予」制度とどう向き合うか－その内容と精神医療サイド等からみた課題－．第 11 回日本司法精神医学会大会，愛知，2015.6.20.

近藤千春，池戸悦子，竹内祥喜，松本俊彦：一般精神科病院における依存症患者への認知行動療法の導入の有効性. 平成27年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，兵庫，2015.10.13.

高野歩，宮本有紀，川上憲人，松本俊彦，篠崎智大，成瀬暢也，小林桜児，橋本望，角南隆史，門脇亜理紗，榊原聡，杉本隆：Web版薬物乱用再発予防プログラムの効果検証：ランダム化比較試験プロトコル. 平成27年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，兵庫，2015.10.13.

松本俊彦: 依存症臨床の立場から. 日本におけるコミュニティ強化と家族訓練（CRAFT）プログラムの現状と課題. 平成27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による日本認知・行動療法学会第41回大会自主企画シンポジウム, 宮城，2015.10.3.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

H. 文献

1) Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E. et al.: Community reinforcement and family training（CRAFT）: Engaging unmotivated drug users in treatment. J Subst Abuse, 10; 291-308, 1998.

2) スミス，J.E.，メイヤーズ，R.J.（境泉洋、原井宏明，杉山雅彦監訳）：CRAFT 依存症患者への治療動機づけ－家族と治療者のためのプログラムとマニュアル－，金剛出版，東京，2012.

3) 群馬県こころの健康センターホームページ：依存症家族教室と学習プログラム GIFT のご案内，2015. http://www.pref.gunma.jp/07/p11710023.html

4) 今井航平，群馬県こころの健康センター依存症家族教室における集団認知行動療法プログラム GIFT 実施の試みについて．精神科治療学,30:565-568，2015.

5) Mimura, C., Griffiths, P.A.: Japanese version of the Rosenberg Self-Esteem Scale translation and equivalence assessment. J Psychosom Res. 62（5），589-594, 2007.

6) Kessler, R.C., & Zaslavsky, A.: Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. Psychological Medicine. 32（6）, 959-976, 2002.

7) Furukawa, T., et al.: The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. Int J Methods Psychiatr Res. 17（3）, 152-158, 2008.

8) 近藤あゆみ、髙橋郁絵、森田展彰：薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラムの開発と評価に関する研究. 平成24年度厚生労働科学研究補助金（医薬品・医療機器等レギュラと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」2013.

表1：対象候補者（N=24）のプロフィール

		最小値	最大値	平均値	標準偏差
本人年齢		35	76	48.2	12.7
家族年齢		39	83	62.3	10.2
				人数	百分率
本人性別	男性			17	70.8%
	女性			7	29.2%
家族性別	男性			4	16.7%
	女性			20	83.3%
家族との関係	子ども			12	50.0%
	配偶者			6	25.0%
	同胞			3	12.5%
	親			2	8.3%
	その他			1	4.2%
最近の乱用物（注）	アルコール			14	58.3%
	シンナー			0	0.0%
	覚せい剤			0	0.0%
	危険ドラッグ			0	0.0%
	大麻			1	4.2%
	他の違法薬物			0	0.0%
	処方薬			4	16.7%
	市販薬			3	12.5%
	ギャンブル			7	29.2%
	その他（窃盗癖など）			3	12.5%
本人の現在の利用資源（注）	依存症専門病院入院			0	0.0%
	依存症専門病院通院			1	4.2%
	一般精神科入院			0	0.0%
	一般精神科通院			9	37.5%
	民間施設入所			1	4.2%
	自助グループ通所			1	4.2%
	刑務所			1	4.2%
本人の現在の生活場所	家族と同居			13	54.2%
	一人暮らし			7	29.2%
	民間施設入所中			1	4.2%
	勾留中			2	8.3%
	服役中			1	4.2%
本人との接点	同居している			13	54.2%
	頻繁に連絡を取り合う			1	4.2%
	時々連絡を取り合う			7	29.2%
	あまり（全く）ない			3	12.5%

（注）の項目は延べ人数

表2：対象群（3回以上参加）と非対象群（3回未満参加）のプロフィールの差異

		対象群 N=14		非対象群 N=10			
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t値	p値
本人年齢		48.5	10.7	47.7	15.7	0.149	0.883
家族年齢		62.0	8.6	62.8	12.6	0.185	0.855
		人数	百分率	人数	百分率		p値
本人性別	男性	9	64.3%	8	80.0%		0.653
	女性	5	35.7%	2	20.0%		
家族性別	男性	0	0.0%	4	40.0%		0.020
	女性	14	100.0%	6	60.0%		
家族との関係	子ども	7	50.0%	5	50.0%		0.212
	配偶者	5	35.7%	1	10.0%		
	同胞	1	7.1%	2	20.0%		
	親	0	0.0%	2	20.0%		
	その他	1	7.1%	0	0.0%		
最近の乱用物（注）	アルコール	9	64.2%	5	50.0%		0.678
	シンナー	0	0.0%	0	0.0%		-
	覚せい剤	0	0.0%	0	0.0%		-
	危険ドラッグ	0	0.0%	0	0.0%		-
	大麻	1	7.1%	0	0.0%		1.000
	他の違法薬物	0	0.0%	0	0.0%		-
	処方薬	2	14.2%	2	20.0%		1.000
	市販薬	2	14.2%	1	10.0%		1.000
	ギャンブル	2	14.2%	5	50.0%		0.085
	その他（窃盗癖など）	3	21.4%	0	0.0%		0.239
本人の現在の利用資源（注）	依存症専門病院入院	0	0.0%	0	0.0%		-
	依存症専門病院通院	1	7.1%	0	0.0%		1.000
	一般精神科入院	0	0.0%	0	0.0%		-
	一般精神科通院	5	35.7%	4	40.0%		1.000
	民間施設入所	1	7.1%	0	0.0%		1.000
	自助グループ通所	1	7.1%	0	0.0%		1.000
	刑務所	1	7.1%	0	0.0%		1.000
本人の現在の生活場所	家族と同居	6	42.9%	7	70.0%		0.597
	一人暮らし	5	35.7%	2	20.0%		
	民間施設入所中	1	7.1%	0	0.0%		
	勾留中	1	7.1%	1	10.0%		
	服役中	1	7.1%	0	0.0%		
本人との接点	同居している	6	42.9%	7	70.0%		0.554
	頻繁に連絡を取り合う	1	7.1%	0	0.0%		
	時々連絡を取り合う	5	35.7%	2	20.0%		
	あまり（全く）ない	2	14.2%	1	10.0%		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
調査期間内の参加回数（全7回）		4.1	0.96	1.1	0.33		

（注）の項目は延べ人数

表3：依存症者本人と家族の接点および依存症者本人の状況の変化

		プログラム参加前		3回参加後		
		人数	百分率	人数	百分率	p値
最近の乱用物（注）	アルコール	9	64.2%	9	64.2%	1.000
	シンナー	0	0.0%	0	0.0%	1.000
	覚せい剤	0	0.0%	0	0.0%	1.000
	危険ドラッグ	0	0.0%	0	0.0%	1.000
	大麻	1	7.1%	1	7.1%	1.000
	他の違法薬物	0	0.0%	0	0.0%	1.000
	処方薬	2	14.2%	2	14.2%	1.000
	市販薬	2	14.2%	2	14.2%	1.000
	ギャンブル	2	14.2%	2	14.2%	1.000
	その他（窃盗癖など）	3	21.4%	2	14.2%	0.317
本人の現在の利用資源（注）	依存症専門病院入院	0	0.0%	1	7.1%	0.317
	依存症専門病院通院	1	7.1%	2	14.2%	0.317
	一般精神科入院	0	0.0%	0	0.0%	1.000
	一般精神科通院	5	35.7%	3	21.3%	0.157
	民間施設入所	1	7.1%	1	7.1%	1.000
	自助グループ通所	1	7.1%	2	14.2%	0.317
	刑務所	1	7.1%	2	14.2%	0.317
本人の現在の生活場所	家族と同居	6	42.9%	6	42.9%	0.317
	一人暮らし	5	35.7%	5	35.7%	
	民間施設入所中	1	7.1%	1	7.1%	
	勾留中	1	7.1%	0	0.0%	
	服役中	1	7.1%	2	14.2%	
本人との接点	同居している	6	42.9%	6	42.9%	0.496
	頻繁に連絡を取り合う	1	7.1%	1	7.1%	
	時々連絡を取り合う	5	35.7%	5	35.7%	
	あまり（全く）ない	2	14.2%	2	14.2%	

（注）の項目は延べ人数

表4：依存症に関する知識や対処行動、精神状態や依存症者本人との関係性の変化

	プログラム参加前		3回参加後		p値
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
［１］依存症について、必要な知識がある	3.4	1.3	3.6	0.9	0.380
［２］依存症者本人への対応の仕方について、必要な知識がある	3.3	1.3	3.9	0.7	0.086
［３］依存症者本人に不安なく接することができる	2.7	1.2	2.6	1.4	0.886
［４］依存症者本人の問題行動への対処ができる	2.6	1.4	2.5	1.5	0.958
［５］ご家族自身、精神的に良好な状態である	2.9	1.4	3.6	1.2	0.071
［６］ご家族自身、いまの生活に満足している	2.9	1.4	3.2	1.1	0.346
［７］依存症者本人と良好なコミュニケーションがとれている	2.6	1.5	2.4	1.4	0.603
［８］依存症者本人が依存症の問題にしっかりと向き合えている	1.4	0.9	1.8	1.4	0.236

表5：プログラムの有効性に関する参加者の主観的評価

	本人と接点がない	変わらない	少し改善した	改善した
	人数（%）	人数（%）	人数（%）	人数（%）
［１］不適切な使用（乱用）	3 (21.4)	3 (21.4)	6 (42.9)	2 (14.3)
［２］依存症者本人からの暴言や暴力、または本人との衝突	3 (21.4)	3 (21.4)	7 (50.0)	1 (7.1)
［３］依存症者本人とのコミュニケーション	3 (21.4)	1 (7.1)	7 (50.0)	3 (21.4)

表6：家族教室参加者の自尊心の状態および精神的健康度の変化

	プログラム参加前		3回参加後			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t 値	p値
RSES-J	23.6	7.0	23.6	8.1	0.000	1.000
K10	13.6	11.5	9.2	11.1	3.359	0.006