

諸外国との比較 その2 北部九州とハワイの物質使用性障害患者の比較

原井宏明 1), 村上優 2), 杠岳文 2), 比江島誠人 2), 遠藤光一 2), W.F. Haning MD3), M.P. Andy Anderson 4),

内村英幸 2) (分担研究者 原井宏明)

1) 国立療養所菊池病院 臨床研究部 2) 国立肥前療養所

3) Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Hawaii, Honolulu USA

4) Hina Mauka, Treatment Center for substance use disorders, Kaneohe Hawaii USA

要旨

目的

米国での治療に関する医療情報は質・量ともに豊富である。しかし、日米間には社会・医療制度や文化、物質使用性障害の疫学において大きな違いがある。米国の医療情報が日本の患者に対しても有用かどうかを確かめるためには、両国の物質使用性障害患者の間に違いがあるかどうかを調べる必要がある。

対象と方法

両国の1~2ヶ月の滞在型治療施設(佐賀県の国立肥前療養所, ハワイの Hina Mauka)にて治療を受けている両国の患者を半構造化面接を用いて調べた。

結果

患者構成については、日本の患者は若く、シンナー使用が多いという点で違いがあった。覚せい剤が両者とも約半数を占める点は共通していた。覚せい剤患者について調べると背景や性差、合併診断などで共通点が多かった。紹介元や福祉、逮捕歴などは違いが大きいが、社会制度の違いを反映していると考えられた。覚せい剤依存そのものについては両国で共通点が多いと考えられた。

I. はじめに

1) 目的

物質使用性障害についての研究や治療については米国から学ぶことが多い。AA(Alcoholics Anonymous)やNA(Narcotics Anonymous)は国際的な組織をもち、日本のNAはハワイのグループから援助を受けながら成長してきている。一方、日本の物質使用障害に関する研究者の中には、日米間の患者数の違い、主要乱用薬物の違い、人種や文化の差から米国での研究結果や治療方法は日本には適応しがたいとする意見が強い。米国での経験をそのまま持ち込めるかどうかについての検討が必要である。

日米の比較の最初のステップとして、治療施設に受診した物質使用障害患者の比較を行うことにした。患者の間に共通性があれば、米国での経験を日本に持ち込むことについての根拠が得られることになる。

2) 日米の背景の違い

米国は日本とさまざまな点で違いがあるが、犯罪統計や物質使用性障害の疫学、医療経済・医療保険の仕組み、社会階層間の格差については通常の現代日本人の想像からは、かけ離れたものがある。患者を比較するにあたり物質使用性障害に関連すると思われる社会的な背景に関する両国の違いについて統計資料を用いて調べた。

(a) 犯罪と刑務所使用

殺人と薬物事犯に関する日米比較を表1に示す(法務省 2000, Office of National Drug Control Policy 2001)。米国は殺人について日本の6.8倍、薬物事犯について25倍発生している。

表 1 殺人の認知件数・発生率・検挙率, 薬物事犯の逮捕数と発生率* 1997 年

	殺人事件			薬物事犯	
	認知件数	発生率	検挙率	逮捕数	発生率
日本	1,323	1.0	95.3%	29,960	23.9
米国	18,209	6.8	66.1%	1,580,000	591.0

*発生率は認知件数の人口 10 万人あたりの数である。

日本の薬物事犯逮捕数は覚せい剤取締法, 毒劇物取締法による逮捕の合計である。

法務省 平成 11 年版犯罪白書のあらまし 2000, Office of National Drug Control Policy National Drug Control Strategy 2001

日本の犯罪の少なさは欧米先進国と比べると目立つ。また日本の戦後の歴史からみても凶悪事件は昭和 29 年を境に減少傾向を続けている。殺人は昭和 29 年に約 3,100 件の, 強盗は 23 年に約 1 万 1,000 件の, いずれも最大のピークがあった。その後, 殺人は平成 3 年に 1,215 件の, 強盗は平成元年に 1,586 件の, いずれも戦後最低数値を記録している。さらに, 近年の犯罪情勢を見ると, 全般としては顕著な変動はなく, おおむね平穏に推移している。(長島 1998)。

一方, 米国では戦後, 犯罪が全般に増えつづけた。1992 年に犯罪全般の発生率がピークに達した。1992 年からのクリントン政権下では, 犯罪全般に対する重罰化が進んだ。薬物関連事犯の増加とそれに対する処罰の強化の結果, 刑務所人口が 20 年間に 3 倍以上に増えている。1992 年で人口 10 万人あたりの刑務所収容者数は 519, 日本は 36 である(Mauer 1994)。米国には日本の 14 倍程度の刑務所があることになる。

(b) 教育・社会的背景

高校・大学学部への進学率, 社会の中での経済的格差も日米の違いを特徴付けることがらである。表 2 に進学率とジニ係数の比較を示す。男女間の差では日米に似た傾向が見られる。米国で特徴的なことは人種別での差が大きいことである。教育に関する差が激しい。日本には人種別などの統計がないが, ジニ係数が小さいことから, 経済格差については小さいことがわかる。教育・社会内の格差について統計上, 日米は大きく異なった社会であることが分かる。米国のジニ係数は 1980 年代後半から一貫して増加しており, 90 年以降の経済成長と同時に社会階層内の富の配分の偏りは激しくなっている。

表 2-1 教育・社会的背景の比較

	高校進学率*		4 年制大学進学率		年間収入における ジニ係数**
	(全員, %)	(女性, %)	(男性, %)	(女性, %)	
Japan	97.0	97.7	26.5	22.4	0.301
US	90.0	90.1	47.5	31.5	0.46

表 2-2 米国の人種別 高校・大学終了率 1998 年

人種	白人		黒人		ヒスパニック		アジア	
	男	女	男	女	男	女	男	女
高校 終了率	83.6	83.8	75.2	76.7	55.7	55.3	86.0	80.7
大学 4 年 終了率	27.3	22.8	13.9	15.4	11.1	10.9	46.4	37.3

*米国の高校進学率は World Bank Group <http://www.worldbank.org/data/> から, 終了率は連邦政府統計から。アジア系のみは 1996 年のデータ。日本は教育白書平成 12 年度版から, ジニ係数は平成 11 年度労働白書とアメリカ商務省「1996 年米国人口統計調査」から。

米国の 4 年制大学進学率は大学 4 年またそれ以上を終了する率, 日本は大学(学部)への進学率, 浪人を含む。

**ジニ係数は収入格差を現す万国共通の指標であり, 0 は完全な平等(全ての世帯の収入が同じ)を, 1 は完全な不平等(一つの世帯が全ての収入を独占している)を現す。本来の収入に加えて社会保障による再

分配所得が関係する。当初所得＋医療保険給付金＋社会保障給付金－社会保険料によって表される。ジニ係数の目安 0.1: 平準化が仕組まれる人為的な背景がある, 0.1～0.2: 相当平等だが向上への努力を阻害する懸念がある, 0.2～0.3: 社会で一般にある通常の配分型, 0.3～0.4: 少し格差があるが、競争の中での向上には好ましい面もある, 0.4～0.5: 格差がきつい, 0.5～: 特段の事情がない限り是正を要する。

(c) 物質使用性障害の疫学

Ozakiら(2000)による日本人一般成人人口 5000 人を対象にした調査によれば、物質使用性障害の疫学は表 3 のようになる。日本の一般人口について多めに見積もっても過去 1 ヶ月間に一度以上違法性薬物を使用したことがある人は 1%以下であると考えられる。一方、1999 年の米国における 12 歳以上の一般人口を対象にした調査で過去 1 ヶ月間に一度以上違法性薬物を使用したことがある人は 6.9%であった(SAMHSA 1999)。違法性薬物の使用率について、日本は米国の 1/7 以下であると考えられる。

表 3 日本の一般人口における違法性薬物の使用経験

	薬物の種類									
	inhalants		Stimulants		Marijuana		cocaine		heroin	
Had used	57	1.44%	12	0.30%	17	0.43%	3	0.08%	1	0.03%
in the past 12 months	3	0.08%	2	0.05%	2	0.05%	2	0.05%	0	
more than 12 months ago	54	1.37%	10	0.25%	15	0.38%	1	0.03%	1	0.03%
None	3811	96.58%	3844	97.42%	3859	97.80%	3872	98.12%	3881	98.35%
No answer	78	1.98%	90	2.28%	70	1.77%	71	1.80%	64	1.62%
合計	3946	100.00%	3946	100.00%	3946	100.00%	3946	100.00%	3946	100.00%

(Ozaki 2000)

2000 年 3 月に熊本県の一地域の高校生 3876 人について質問紙を用いて調査を行った。表 4 にその結果を示す。違法性薬物の生涯使用率は 4.3%, 過去 1 週間では 0.7%であった。一方、1997 年の米国における高校生調査では生涯使用率は 40%台程度であった。過去 1 週間では 9%であった。高校生における違法性薬物の使用率について、日本は米国の 1/10 程度であると考えられる。

表 4 熊本県の高校生調査

	タバコ		酒		シンナー		ライターガス		覚せい剤		シンナー, ガス, 覚せい剤のいずれか	
使ったことがある	1220	43%	2162	76%	79	2.80%	66	2.30%	22	0.80%	122	4.3%
1 週間の間に使ったことがある	522	18%	780	27%	8	0.30%	10	0.40%	7	0.20%	19	0.7%

(d) 治療資源の違い

NA や治療関係施設について大きな差がある。NA グループについては日本全体で 150 に満たない。一方、人口 180 万人のハワイ、オアフ島だけでも 50 を超えるグループがある。入院・滞在形式の治療施設については日本全体で数箇所程度であると考えられる。オアフ島では滞在型の治療を行う治療施設が Hina Mauka, Salvation Army ATS, Sand Island Treatment Center, Habilitat の合計 4 箇所あり、他に州立精神病院と陸軍病院も入院による治療プログラムを持っている。オアフ島での精神病院の治療対象は限定されている。

この 10 年間に導入されてきた新しい治療方法が使用できるかどうかについても差がある。心理社会的介入については行動療法や認知療法、対人関係療法、MET(Motivation Enhancement Therapy, 動機付け強化療法)が欧米や豪州で新しく開発された。これらは臨床試験によるエビデンスをもち評価が定まっている治療法であるが、日本では系統的には行なわれていない。薬物療法についての差も大きい。米国規制当局が承認している薬物として、アルコール依存症に対するナルトレキソン、ヘロイン依存症に対するメサドンや

LAAM, ニコチン依存症に対するブプロピオンなどがある。日本ではいずれも入手できない。ただし、こうした治療方法の新規開発が米国よりも遅れているのは物質使用性障害に限った現象ではなく、日本の臨床研究全般の事情である。日本で抗うつ薬 SSRI の導入が欧米より 10 年遅れたのがそれをよく現している。

(e) 医療へのアクセス性の違い

優れた治療法を行う優れた治療機関があっても、その治療が極めて高価で、一部の人にしか利用できないのであれば、国民全体の福祉には貢献しない。米国の医療事情の問題点は高額な医療費と国民全員をカバーする医療保険制度がないこと、民間医療保険会社による医療内容の制限である。表 5 に全体的な医療統計をしめす。これは一般身体科・精神科を全て含めた統計である。外来受診回数について日本は米国の 2 倍、入院日数は約 6 倍である。一方、医療費は購買力平価で日本は米国の 1/2 以下である。米国では医療費の高騰と同時に入院期間や外来受診回数の短縮が過去 20 年間に起こってきている。

表 5 医療統計の比較 1990-1998

	Health expenditure			Health expenditure per capita PPP \$	Physicians per 1,000 people	Hospital beds per 1,000 people	Average length of stay days	Outpatient visits per capita
	Public % of GDP	Private % of GDP	合計 % of GDP	Public % of GDP	Private % of GDP			
Japan	5.9	1.4	7.1	1,757	1.8	16.2	44	16
US	6.5	7.5	13.9	4,121	2.6	4	8	6

米国の医療保険は営利目的の民間会社が運営している。貧困者に対する福祉医療(メディケイド)と 65 歳以上の高齢者に対する福祉医療(メディケア)は国家管理であるが、給付内容や加入に関する制限が大きい。また全人口のうち 10~20%が一切の医療保険をもたない。医療報酬請求は日本における歯科の自由診療と同じく、医療提供者の判断で決めることができる。患者の支払能力に応じて診療報酬請求に差をつけることが一般的である。

1980 年代以降に医療機関による医療報酬請求が高騰してきた。これに対して医療保険会社による HMO(Health Maintenance Organization)やマネージドケアの仕組みが生まれ、医療の提供内容に保険会社が介入するようになった。精神科治療を例にとると、1980 年半ばに、長期精神分析治療や 28 日間の精神科入院治療による嗜癖治療プログラムの隆盛があり、これらの治療に対する医療保険の支払いが急増した。この以降、医療保険会社は精神科に対する支払いを警戒し、治療の期間を身体科と比べて制限するようになった。現在、サラリーマンが加入している医療保険契約のうち約半数について次のような身体科・精神科不平等がある。身体疾患による入院治療は 1 年間に 120 日以上から無制限とする一方、精神科については 30 日以下という制限がある。外来治療については更に厳しい回数制限を設けている。こうした医療経済上の理由から、一時は隆盛した精神科入院による嗜癖治療プログラムは 1990 年には全て無くなり、嗜癖の治療は解毒も含めて病院入院以外の方法で行なわれるようになった。病棟は患者がこなくなり閉鎖された。精神科医の外来受診回数は制限され、その代わり、臨床心理士による個人精神療法が増えた。昨今は心理士から開業看護婦、ソーシャルワーカーの面接に移行しつつある。また個人精神療法が減り、集団療法が増えた。自助グループの広がりやセルフヘルプマニュアル本の隆盛も医療機関へのアクセスの悪さが理由であると考えられる。「シンナーが止まらないから、しばらく入院させて抜いて欲しい」というような日本の臨床現場でよく見られるような理由による入院は米国ではありえない。本人が来ないまま、家族だけに対する面接を精神科医が数ヶ月続けるようなことは米国ではありえない。

まとめると、内容を問わずにただ単に精神科を受診し、入院するというだけであれば、日本の方が米国よりも受診しやすいし、施設も豊富である。実際に治療を行う場合の制約も少ない。診療科や診断、経済的条件による治療の差が米国に比べて少なく、医療内容が平等に行なわれている点も日本の優れているところである。しかし、物質使用性障害に特化した高度な専門的治療という点や、自助グループなどの医療機関以外の

治療資源、治療方法の開発研究という点では日本は見劣りする。

3) 全体的な日米の違いのまとめと患者個人の違いを知る必要性

以上のような日米の背景の違いをまとめると次のようになる。1)違法性薬物の使用に伴う問題の数は日米に10倍程度の差があり、物質使用性障害に対する治療の需要もそれ相当の違いがある、2)医療の提供の仕方、医療経済に大きな差がある、3)医療技術の進歩に差がある。これらの違いから考えると、物質使用性障害の治療技法について米国で開発された医療技術を日本に輸入することが日本の医学研究者の主な仕事になるのは当然の結果である。米国の医療技術を採用したとしても、その技術を提供する機関が米国とは異なった機関になることも予想できる。

米国に医療技術を日本の患者に適用するためには、米国の個々の患者と日本の患者との間に、差があるかどうかを知る必要がある。もし患者の特性の差が大きければ、米国の医療技術は日本の患者にはそのままでは適用できない。日本の患者に適用できるかどうかを知るためには、個々の患者を面接して調べることが一つの方法である。

II. 対象

研究の趣旨、研究方法については国立肥前療養所と Hina Mauka 双方の倫理委員会の承認を得ている。対象者は全て研究の趣旨について説明を受け、書面による同意書を得ている。ハワイサンプルのデータに関する守秘義務については米国連邦規則 42 条パート 2 に準じている。

1) 九州群

10～11 年に国立肥前療養所を受診した物質使用性障害の患者に対してデータを収集した。患者の概要については比江島らが報告している。面接は研究協力者である九州大学文学部臨床心理修士課程の学生 4 名及び村上優、杠岳文が行った。学生に対しては熟練した精神科医であり H-SUDS の作成者である原井宏明が 5 回の面接基準ワークショップを行い、診断面接が行えるように訓練した。村上、杠は熟練した精神科医である。60 人(男性 45, 女性 15), 平均年齢 26 歳が対象となった。

2) ハワイ群

ハワイ州オアフ島カネオヘにある Hina Mauka という物質使用性障害患者に対する滞在型治療施設に入所した患者で研究の趣旨に賛同し、書式による同意文書を記入した者を対象に直接面接によりデータを収集した。面接期間は 1 月 28 日から 24 日である。診断面接は全て原井宏明が行った。通訳などは用いず、直接英語で面接を行った。面接に関する英語力については Hina Mauka での倫理委員会で認定を受けた。

38 人(男性 25, 女性 13), 平均年齢 37 歳が対象となった。このうち、6 人はアルコール症及びニコチン依存の診断が主診断であり、アルコール以外の物質については乱用の既往のみであったため、その後の検討については除外した。

3) Hina Mauka について

Hina Mauka とは、ハワイ州オアフ島カネオヘ市に本拠をもつ非営利物質使用障害治療団体である。30 年の歴史を持つ。現在は州立精神病院に隣接した敷地に本部と 50 人の患者を収容可能な滞在型治療施設を、オアフ島ワイパフ市とマウイ島に外来クリニックを有している。M.P. Andy Anderson が全体の組織運営責任者であり、W.F. Haning が医学部門の責任者になっている。物質使用障害に対する滞在によるリハビリテーション及びデイケア、集中的外来治療、アフターケア、高校生に対するアウトリーチ(学校までスタッフが出かけて心理教育を行う)などが、主な業務である。

滞在型治療は日常生活が自立し、急性精神病状態や自傷他害の恐れのない患者を対象としている。施設は全開放であり、入所時に交わされた契約に違反した患者(施設内での薬物使用など)は退所になる。患者の大半は精神科などの医療施設や裁判所からの紹介患者である。医療施設の場合は急性精神病状態や離脱せん妄が終わった後、Hina Mauka に紹介される。滞在型治療の期間は 1～3 ヶ月間である。朝から夜まで週末の休みなしで心理教育セッションや学習会、ミーティング、作業のプログラムが組まれている。州政府から認定を受けた薬物使用障害専門カウンセラーが個人カウンセリングを平行して行う。8 人のカウンセラーがおり、それぞれが 6、7 人の入所患者を担当している。カウンセラーの他に十数名の Treatment Associates と呼ばれる治療補助者がおり、施設の運営や患者の相談などを受け持っている。スタッフの半分は自身に物

質依存の問題があった回復者である。また Hina Mauka 専属の精神科医による面接が必要に応じて行われ、物質使用障害以外の精神分裂病や気分障害などの精神障害を合併する患者に対する薬物療法も必要に応じて行われている。物質使用障害以外の精神障害を合併する患者は重複診断(Dual diagnosis)患者と呼ばれ、専用のプログラムが設けられている。

物質使用性障害の患者の中には医療保険を持たない貧困者が多い。こうした患者に対してはハワイ州政府の資金で費用がまかなわれている。ただし、人数制限があり、希望者は受給者が退院するまで順番待ちする必要がある。

国立肥前療養所の薬物依存治療プログラムとは物質使用障害に対する治療・開放処遇と患者の構成については類似しているところが多い。ハワイ州には他にも物質使用障害を対象とする滞在型治療施設・精神病院がある。これらの施設のうち、Salvation Army ATS と Sand Island Treatment Center, 州立精神病院, 大学病院を訪問し、調査した結果では Hina Mauka が入院期間や治療内容について国立肥前療養所に一番近似していると考えられた。

III. 方法

平成 10 年度に(肥前薬物依存面接基準)を作成した。国立肥前療養所を受診した物質使用障害の患者に対して本面接を試行し、有用性を確認した。H-SUDS については、厚生科学研究補助金 薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究 平成 10 年度研究報告書に示されている。これは半構造化面接と自記式評価尺度により構成されている。面接は熟練した面接者が行えば 1 時間程度で終了する。自記式評価尺度は薬物使用歴と DAST 20 (Skinner)などから構成されている。原井宏明が H-SUDS の英訳を行った。英語版の語句の修正については、Hina Mauka のスタッフの協力を得た。H-SUDS は次のような項目から成り立っている。

- 受診理由
- 精神科診断(DSM-IV に従う)
 - 物質使用性障害関連診断
 - その他の I 軸, II 軸の合併診断, 既往歴
- 薬物使用歴
- 治療歴
- 司法処遇歴, 逮捕歴
- 福祉的処遇歴
- 社会適応 就労歴, 職業内容
- 家族歴
- 小児期の養育体験・離別体験
- Self Report Questionnaire DAST 20 とその合計による重症度

などについて評価が行えるようになっている。

IV. 結果

1) 対象者全体の診断と年齢

表 6 に九州群とハワイ群の物質使用性障害に関連した診断と人数を示す。

九州では吸入剤(シンナー)がもっとも多い。覚せい剤が 2 番目である。次に鎮静剤または催眠剤, 抗不安薬, その他の薬物, 多剤依存が続く。具体的には, 処方されたベンゾジアゼピン系抗不安薬, 薬局で処方箋無しで購入可能な OTC 薬物である咳止め剤(商品名ブロン, トニン)や鎮痛剤(商品名セデスなど), 睡眠薬(商品名ウットなど)である。

ハワイでは覚せい剤が過半数を占める。コカインが 2 番目である。覚せい剤とコカインを合わせた中枢神経刺激剤が全体の 93%を占め, 抗不安薬や OTC は数が少ない。また麻薬依存も少数である。ハワイでは日本以上に覚せい剤が使用されていることが分かる。処方されたベンゾジアゼピン系抗不安薬の使用は麻薬と

同じ程度見られる。日本と違い、咳止め薬やトルエンの使用はなかった。

薬物の入手可能性や先に述べたような社会的条件の違いがあり、全員をそのまま比較するには困難がある。九州・ハワイ両群の中でも覚せい剤依存が多いこと、日本にとって覚せい剤依存への対処が一番大きな問題であることから、覚せい剤に絞って解析を行うことにした。

表 6 九州群とハワイ群の比較 物質使用性障害関連診断

対象	S E x		Alcohol depend ence	Amphetamine dependence	Cocaine dependence	Inhalant dependence	Opioid dependence	Other substance dependence	Poly substance dependence	Sedative, Hypnotic, Anxiolytic Dependence
ハワイ群	女	人数	1	5	6		1			
		平均年齢	37	31.2	42.2		37			
	男	人数	5	11	6					1
		平均年齢	37.6	36.5	35.8					37
	計	人数	6	16	12		1			1
		平均年齢	37.5	34.9	39		37			37
九州群	女	人数		6		5		1		2
		平均年齢		23		19.4		38		27.5
	男	人数	1	14		17		3	5	2
		平均年齢	31	29.2		22.5		31.3	26.8	33.5
	計	人数	1	20		22		4	5	4
		平均年齢	31	27.2		21.8		33	26.8	30.5

2) 人口統計, 受診理由

表 7 に覚せい剤依存者の人口統計と喪失体験, 教育歴, DAST20 による重症度を示す。九州群が 20 名, ハワイ群が 16 名である。男女比は 2.2 で双方ともほぼ等しい。年齢は九州群が 7 歳程度若い。喪失体験は九州群の方が高い。一般に米国の方が日本と比べて家庭が崩壊しているように思われるが, 覚せい剤依存者に限れば, 日本の家庭も変わらないことが分かる。最終学歴も良く似ている。女性は高校を卒業しているが男性は中退しているという傾向も同じである。重症度はハワイ群の方が高いが, 男女の差の傾向は同じである。男性群についていえば, 九州群とハワイ群は学歴・重症度が良く似ている。違いは九州群が若く, 喪失体験が多いことである。

表 7 覚せい剤依存 九州群とハワイ群の比較 人口統計と喪失体験, 教育歴, DAST20 による重症度

		人数	年齢	18 歳未満での両親 どちらかの喪失	最終学歴*	DAST20 合計点重症度**
ハワイ群	女	5	31.2	20%	12.4	13.4
	男	11	36.5	9%	10.1	14.6
	合計	16	34.9	13%	10.8	14.3
九州群	女	6	23	17%	12.7	11.5
	男	14	29.2	36%	10.1	14.1
	合計	20	27.2	30%	10.9	12.9

*最終学歴は義務教育からの年数を示す。高校卒業は 12 年として計算している。米国における GDE 取得は高校卒業とみなす。

12 年未満は高校からドロップアウトしていることを示す。12 年以上は大学などに進学したことを示す。大学卒業の場合は 16 年である。

**DAST20 は高いほど、重症である。20 が最高点になる。

表 8 に職種を示す。職業選択順では九州男性群が無職、製造、運輸、売人の順である。ハワイ男性群が無職、製造、運輸、サービス、売人の順である。九州女性群は全て無職である。ハワイ女性群も無職が多いが、事務・サービスについている者がいる。男女の職業選択傾向が似ていることが分かる。

表 8 覚せい剤依存 九州群とハワイ群の比較 職種

		事務職 (会社の事務員, 銀行員,公務員)	運輸・通信業 (鉄道員,運転手, 車掌,船員,配達人, 電話交換手)	製造・建築業 (工員,大工, 土木作業員, 洋裁師)	サービス業 (美容師,理容師, 調理師,板前)	無職	売人・ 暴力団 構成員	他
ハ ワ イ 群	女	20%			20%	60%		
	男		9%	27%	9%	27%	9%	18%
	合計	6%	6%	19%	13%	38%	6%	13%
九 州 群	女					100%		
	男		7%	21%		57%	7%	7%
	合計		5%	15%		70%	5%	5%

表 9 に生活保護の受給率を示す。男性群は九州・ハワイとも似通っているが、女性は大きく異なる。ハワイ女性群で貧困層出身の患者は 10 代後半から出産している例がよく見られた。20 代後半で数人の子供を持つ例があった。妊娠中絶は例外的であった。この間に離婚を経験することが殆どで、婚外子を出産することが多かった。こうした例は定職なく、生活保護で生活していた。子供をもつ女性は生活保護申請が受け付けられやすいためであると考えられる。九州女性群は両親と生活している例が多く、子供はいないことが生活保護受給者がいない理由であると考えられる。

表 9 覚せい剤依存 九州群とハワイ群の比較 生活保護

		受給経験のある割合
ハ ワ イ 群	女	60%
	男	27%
	合計	37%
九 州 群	女	0%
	男	36%
	合計	25%

表 10 に受診理由と逮捕歴を示す。これは他の人口統計データと異なり、両国の司法政策・医療事情の違いが反映されている。ハワイ群は裁判所と CPS 命令のような司法・行政機関による強制治療が半数を占める。日本にはそもそもそのような制度がない。日本では医療機関からの紹介が半数で次は家族からの勧めである。この二つで殆んどを占める。ハワイでは医療経済上の理由から、患者が日本ほどには医療機関を受診していない。患者の紹介ルートや関係機関のネットワーク、家族との関りという点では米国のやり方は日本にとってあまり参考にならないように思われる。男性群は逮捕歴についてよく似ている。女性群ではハワイ群の方が高い。

表 10 覚せい剤依存 九州群とハワイ群の比較 受診理由と逮捕歴

対象	Sex	裁判所 命令	CPS 命 令*	家族	警察	医療機関からの 紹介	自分自身, 友人	逮捕歴あり
ハワイ 群	女		60%			20%		40%
	男	45%			9%	18%	27%	73%
	合計	31%	19%		6%	19%	19%	63%
九州 群	女			33%		50%	17%	17%
	男			43%		50%	7%	71%
	合計			40%		50%	10%	75%

*CPS(Child Protection Service) 小児・児童虐待の防止を目的にした役所 強制的な捜査, 親権の制限ができる。CPS からの治療命令に従わない場合や薬物使用が止まらない場合は子供を取り上げられてしまう。

3) 合併診断

表 11 に物質使用性障害以外の精神科合併診断について示す。

表 11 覚せい剤依存 九州群とハワイ群の比較 合併精神疾患(%)

		Psychotic disorder				Manic episode			Major Depressive disorder			
		Never	Induced	Sc	Other	Never	Hypomanic	Manic	Never	Single	Recurrent	Current
ハ ワ イ 群	女	60	40			100			60	40		
	男	36	55	9		100			45		45	9
	計	13	50	6		94			31	13	31	6
九 州 群	女	33	33	17	17	83			50		33	17
	男	29	50	21		57	29	14	43	7	14	36
	計	30	45	20	5	65	25	10	45	5	20	30
		Suicide		Dysthymic Disorder			Eating					
		Never	Attempt	Never	Recover	Current	Never	Past History or current				
ハ ワ イ 群	女	100		100								
	男	45	55	82	9	9	100					
	計	63	38	88	6	6	100					
九 州 群	女	83	17	50	33	17	83	17				
	男	71	21	43	29	29	64	36				
	計	75	20	45	30	25	70	30				

(a) 精神病性障害

精神分裂病の合併は男性群の方が多点において九州・ハワイ群は共通する。九州群の方が全般に精神病性障害の合併は多い。Hina Mauka は本格的な精神病性障害を受け入れることができないことが反映されていると思われる。

(b) 気分障害

躁病性障害はハワイ群にはいなかった。うつ病性障害, 自殺企図は九州群の方が多かった。また男女の性差を見ると, どちらの群でも男性の方にうつ病性障害, 自殺企図が多い。物質使用性障害の転帰の最悪のもの一つは自殺であるが, それは男性に多く, 九州・ハワイともに共通して観察されると思われる。

(c) 摂食障害

九州群の方が多く, また男性に多かった。ハワイ群の全 38 名の患者の中で摂食障害が合併していた患者は一人のみであった。コカイン依存男性患者であった。ハワイ群全体の女性患者 13 人には摂食障害を合併

した患者はいなかった。摂食障害について一般に知られている女性優位の男女比は、物質使用性障害に合併する摂食障害では男女比が反転し、しかもそれは九州・ハワイとも共通して観察される現象である可能性がある。

(d) 合併診断についてのまとめ

全般に、九州群の方に合併障害が多かった。どのような精神障害であっても受け入れ可能な肥前療養所と基本的に精神病院ではない Hina Mauka の間では、患者の選択に差があると思われる。しかし、性差については九州・ハワイ群とも同じ傾向が観察された。男性が一般に重症であり、合併症が多く、自殺企図が多い。一般人口では女性に多いうつ病性障害についても覚せい剤依存患者では男性に多い。これも九州・ハワイ群とも同じ傾向であった。摂食障害についてはハワイ群の覚せい剤依存者には見られなかったもので、比較が難しいが、他の薬物依存も含めると、九州・ハワイ群で共通した傾向が見られる可能性がある。

V. まとめ

今回の報告は肥前療養所の患者と Hina Mauka の患者を比べただけであり、それぞれが日本全体、米国全体を代表しているという保証はない。米国各都市での薬物乱用実態についての比較調査があるが、それを見る限り都市間の差は甚大である。また人種間の社会階層の差も著しく、米国を代表する対象群の定義を定義することはもともと困難である。米国から日本を見るとすれば、日本は極めて均質な社会ということになるかもしれない。また、最初に述べたように国全体の統計から見た両国の差は何かにつけて 10 倍程度の差がある。受診理由のように両国の制度の差をそのまま反映しているものもある。今回比較した肥前療養所と Hina Mauka は共通点もあるものの、精神科合併症の数で明らかのように、精神病院という背景を反映して、肥前の方が重症である。

国全体からみても、対象群の選択基準からみても、このような大きな違いがあるにも関わらず、学歴や職業選択、性差、合併診断の内容などの点で九州・ハワイ群に類似点があることは印象的である。社会全体の違いから考えると、一般の日本人はアメリカ社会に違和感を感じると思われる。しかし、男性の覚せい剤依存者だけを考えると日本の覚せい剤依存者はアメリカの覚せい剤依存者に親近感を感じると思われる。

また両国で男女に共通した差があることを考えると、薬物治療プログラムは男女差をもっと考慮すべきであると考えられる。物質使用性障害の患者については、合併精神障害などの点で男性の方がより障害が深いと考えられる。生活保護などでは一般に女性への保護が手厚いが、本来は逆に男性への保護を考える必要がある可能性がある。

これらをまとめると、覚せい剤依存という疾患をもつ個人個人の患者に対して行う治療については米国において有用とされる治療法も日本の患者に適用できる可能性が高い。米国の豊富な資料は日本の患者に対しても有用であると考えられた。一方、司法制度の違い、医療経済の違い、犯罪率の違いなどの個人を取り巻く社会環境の違いは極めて大きい。誰が物質依存の治療を提供するのか、治療の費用をどうするのかといった臨床を支える活動は日本の社会医療経済体制の中で工夫していく必要がある。また、関係機関とのネットワークはどのように組むのか、家族への教育をどうするのか、社会一般に対する薬物乱用啓発活動はどのように行うのか、については日本独自に考えていく必要がある。

参考文献

肥前物質使用障害面接基準.厚生科学研究補助金 医薬安全総合研究事業 薬物依存・中毒者にアフターケアに関する研究 平成 10 年度研究報告書 pp9-46, 1999

Ozaki S, Kikuchi S, Wada K, Fukui S. Lifetime Prevalence of Drug Use in General Population of Japan, Research Report of Epidemiological Research on Substance abuse and dependence. 2000

SAMHSA, National Household Survey on Drug Abuse, www.samhsa.gov/household99.htm 1999

U.S. Department Of Health And Human Services, Substance Abuse - A National Challenge Prevention Treatment And Research At HHS, 1997

Mauer M, Americans Behind Bars: The International Use of Incarceration, 1992-93, <http://www.lindesmith.org/library/sentence/behndbrs.html> 1994

長島 裕,日本国憲法施行 50 年の犯罪動向と刑事司

法,,http://www.jcps.ab.psiweb.com/paper351_2.htm,1998

Office of National Drug Control Policy USA, National Drug Control Strategy: 2001 Annual Report, 2001

法務省,平成 11 年版犯罪白書のあらまし, <http://www.moj.go.jp/>,2000

研究協力者

九州サンプルに対する面接協力者

九州大学教育学部臨床心理学科修士課程

国崎千絵

新林智子

石井実夏

大島祥子

英語版 H-SUDS 作成への協力者

Hina Mauka Kaneohe, Quality Assurance Department

Ruby Kaneshiro MS,CASAC