

日本とハワイの薬物依存

- アディクション治療研究の Update -

国立療養所菊池病院臨床研究部 原井宏明

I. はじめに

精神疾患はバイオ・サイコ・ソーシャル(生物・心理・社会的)な疾患であるとされる。精神疾患と社会との関連について論じる比較文化精神医学は誰でも参加できる気楽な話題である。さまざまな疾患がそのネタになるが、中でも薬物は最も社会的な疾患であるといえる。社会というよりメディアや為政者の関心・政策を映し出す。国民性というより流行・サブカルチャーを映し出す。薬物と比べれば、精神分裂病やうつ病などは文化や社会など関係のない純粋にバイオロジカルな病気であるという気持ちになる。薬物依存症は病気なのか犯罪なのか、社会の病なのか脳の病なのか、自由意志でなったものなのか意思と無関係なのかが、いつも議論になる。そして、薬物に対する態度・政策は国や時代によって大きく違う。国家レベルの統計を見ると、他の疾患では想像つかないような差がある。アメリカ合衆国大統領は1969年から“War on Drug”を宣言し、薬物と戦争しているのである。アメリカが薬物対策のために使っている予算は膨大である。アメリカとオーストラリアの薬物対策には、対極的な差があるのだ。

海外との比較、そして、アメリカが膨大な研究費を使って調べた薬物依存の治療の研究について、興味あるところを紹介しよう。

II. 日米の違い

日本の精神科病床は極めて多く、米国の医療費は極めて高いということはかなりの人がご存知であろう。米国の医療は世界のトップであると大体の人が思っているだろう。薬物問題は欧米に多そうだが、日本もだんだん増えて最近では欧米並みになってきた、と思っている人が多いだろう。しかし、細かなところは海外旅行を頻繁にしている人でもわからない。薬物依存、犯罪のような特殊なことは自国のことも知らない人が普通である。日米の違いについて読者はどの程度ご存知だろうか。クイズを試みよう。最初に犯罪について比べてみる。表1でどちらが日本か考えてみていただきたい。

表1

	殺人事件の発生数			薬物事犯の検挙数	
	数	頻度	検挙率	数	頻度
A国	1,323	1.0	95.3%	29,960	23.9
B国	18,209	6.8	66.1%	1,589,000	591.0

注 頻度は、人口10万人当たり年間である。検挙率は犯人が捕まった率 1996 犯罪白書より

米国が物騒なところであることは常識かもしれないが、具体的な数字や世界の順位までご存知の方はいないだろう。米国は犯罪の点でも世界のトップレベルにある。世界の刑務所人口密度のランキングでは、ロシアが558人(人口10万人当たり、1993年 以下同じ)でトップ、ついでアメリカ(519人)である。3位はルーマニアの193人、日本は36人である。他の主要な先進国は50~100人である。日本の犯罪率・刑務所人口は世界では例外的なほど低い。米国の刑務所は現在もコンスタントに増えている。過去20年間に刑務所は3倍以上に増えた。増加のかなりの部分は薬物関連事犯に対する処罰の強化の結果である。さすがに最近では米国内でも処罰の強化に対して反省の声が出始めている。

二番目に一般人の薬物使用経験について比べてみよう。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、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)。国立療養所菊池病院の研究グループが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。このとき、違法性薬物の生涯使用率は4.3%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。

違法性薬物の使用率は、大雑把に言えば、日本は米国の 1/10 程度であると考えられる。使われる薬物の種類も少ない。コカインやヘロインの患者を見ることはアメリカでは常識だが、日本ではない。マリファナ経験はアメリカでは普通の人のお話である。日本でも薬物が話題になることが増えたが、総理大臣がマリファナをしていた、というような話が出てくるのは、30 年ぐらい先だろう。三番目は少し難しい。医療全般について見てみよう。

表 2 医療の供給・使用状況

	10 万人あたり 医師数	10 万人あたり ベッド数	平均入院日数 (精神科のみ)	外来受診回数 (1 人あたり 1 年間)
A 国	180	1620(264)	44(322.5)	16
B 国	260	400(63)	8(12.7)	6

(World Bank Group <http://www.worldbank.org/data/>)

日本の精神科医療は長期で病床数が多く、治療よりも収容が中心であると批判されてきた。実は、これは精神科だけのことではないのだ。また、外来受診回数も日本の方が 2 倍以上なのは意外だと思われる方が多いのではないだろうか。精神科の外来受診回数についても、日米には相当な差があると思われる。

米国の医療保険は、精神科受診回数・入院回数について年間の上限を設けている。上限を超えるとすべて自己負担になり、そしてその負担額は平均的な米国人にとっても天文学的である。精神科入院医療費を大雑把に言えば、米国は一日 10 万円以上かかり、日本の 10 倍以上である。

「日本では、米国と比べて精神科への偏見があるから、精神科を受診する人が少ない」というのは現実と違う。日本の患者の方がよく外来を受診する。これについては、日米の薬物依存患者を比較することで実際に示そう。医療保険制度に関しては日本の精神医療は米国より恵まれた環境にある。最後に医学研究について比較してみよう。

表 3 物質使用障害に対する治療法のイノベーションと医学研究予算

	心理社会的 治療の開発	薬物療法の 開発	研究予算	研究予算 合計
A 国	12 ステップ 動機付け面接 CBT, CRA	Naltrexone, Bupropion, LAAM, buprenorphine	国立衛生研究所(NIH)から外部への 補助金 8520 億円 NIH 内部の研究予算 1810 億円	1 兆 330 億円
B 国	内観療法 森田療法	なし	科学研究費補助金のうち 医学・生命科学関係 430 億円 厚生省科学技術予算 710 億円	1140 億円

米国は 1993 年度予算、日本は 1995 年度予算

治療法の研究開発に使われる金もその結果も日米の差は 10 倍の違いである。物質使用性障害の治療については米国からそのまま輸入しているものが殆どである。日本から世界に輸出するような治療法はない。これだけ見てくると、なんでも 10 倍違うという気がしてくる。医療や薬物依存対策について米国のやり方は日本に合うはずがない、という気持ちになる。

一般化に飛びつく前に付け加えておこう。薬物をしない、刑務所や病院にも行かないというまっとうな人の生活という点では日米は似ている。自動車の保有については、日本は 2.5 人に一台、米国は 2.1 人に一台、国民一人当たり GDP(2001 年購買力平価)では日本は 24,900 ドル、米国は 36,200 ドル、である。日常生活ではそう変わらないのである。

さて、これだけ、さまざまな点で異なる日本と米国であるが、薬物依存者当人の違いはどのようなのだろうか？調べてみた。

III. 九州とハワイの患者の比較

薬物乱用に関する統計を見るだけでは、日米は 10 倍違うということがわかるだけである。患者の数ではなく、患者の質の違いは直接面接をしてみないと分からない。薬物患者は実にさまざまで、地域性も豊かであるが、とりあえず、九州とハワイの覚せい剤の患者を選んで面接してみた。彼らが大きく違っていれば、日米の患者

は違ふと結論することができる。逆に似ていれば、統計の違いに迷わされてはならないと言えるし、他の薬物についても同じかどうか調べる必要が出てくる。

この研究は、厚生科学研究補助金 医薬安全総合研究事業「中毒者のアフターケアに関する研究(H11 医薬 062)」(主任研究者 内村英幸)にサポートされている。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. 対象と方法

1) 九州群

平成 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。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 2000 年 1 月 28 日から 2 月 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。38 人(男性 25, 女性 13), 平均年齢 37 歳が対象となった。

3) 比較の方法

肥前薬物依存面接基準(H-SUDS)の日本語版・英語版(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)を用いた。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。

2. 結果

1) 対象者全体の診断と年齢

九州では吸入剤(シンナー)が全体の 39%でもっとも多い。ついで覚せい剤が 36%である。他は多剤併用や睡眠薬などである。コカインやヘロインはいない。ハワイでは覚せい剤が 44%でもっとも多い。ついでコカインが 33%である。他は睡眠薬やヘロインである。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。

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、日本も同じである。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男女差の傾向も同じである。重症度はハワイ群の方が高いが、男女の差は同じである。

表 4 覚せい剤依存 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	23.0	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5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。両群で男女の職業選択傾向が似ていることが分かる。

表5 覚せい剤依存 九州群とハワイ群との比較 職業

対象		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、自動車整 備士、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	その他
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6に生活保護の受給率を示す。男性は九州・ハワイとも似通っているが、女性は異なる。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、親からの援助を受けることはなかった。米国の福祉制度では、シングルマザーは生活保護を受けるのが容易である。九州の女性は両親と生活している例が多く、子供はいない。九州の女性に生活保護受給者がいないのはそのためであると考えられる。

表6 覚せい剤依存 九州とハワイ群の比較 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7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(Child Protection Service 児童保護局)の命令のような司法・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。ハワイでは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、家族との関わ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7 覚せい剤依存 九州とハワイ群の比較 受診理由と逮捕歴

対象	Sex	裁判所命令	CPS 命令※	家族	警察	医療期間 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8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8 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	Hypo-manic	Manic	Never	Single	Re-current	Current
ハワイ群	女	60%	40%			100%			60%	40%		
	男	36%	55%	9%		100%			45%		45%	9%
	合計	13%	50%	6%		94%			31%	13%	31%	6%
九州群	女	33%	33%	17%	17%	83%	17%		50%		33%	17%
	男	29%	50%	21%		57%	29%	14%	43%	7%	14%	36%
	合計	30%	45%	20%	5%	65%	25%	10%	45%	5%	20%	30%
		Suicide		Dythyimic Disorder			Eating Disorder					
		Never	Attempt	Never	Re-cover	Current	Never	Past History or Current				
ハワイ群	女	100%		100%			100%					
	男	45%	55%	82%	9%	9%	100%					
	合計	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%				
	合計	75%	20%	45%	30%	25%	70%	30%				

1) 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 は精神病院ではないため急性精神病性障害を受け入れることができないためだと思われる。

2) 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。両群とも男性にうつ病性障害, 自殺企図が多い。うつ病は一般に女性に多いが, 物質使用性障害に合併する場合は, 男女比が反転する。そして, この性差反転現象は九州・ハワイとも共通して観察される。

3) 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。摂食障害は一般に知られている女性に多いが, 物質使用性障害に合併する場合は, 男女比が反転する。そして, この性差反転現象は九州・ハワイとも共通して観察される。うつ病と同じである。

4) 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、もともとの患者の選択に差があると思われる。性差・合併診断の傾向については九州・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・摂食障害についても薬物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。

4.考察

九州とハワイの覚せい剤依存患者を様々な点で比較した。簡単にまとめると、

- ・ 共通すること＝患者本人の薬物使用の背景と脳に現れる結果性差, 合併診断, 職業選択, 家庭背景
- ・ 違うこと＝社会が患者に対して取る処置: 医療制度・司法制度
医療機関受診, 司法処置

ただし、女性における子どもの数の違いは上記の図式に当てはまらない。日米の 1000 人当たり年間出生率は日本が 10.5, 米国が 14.5 であり、米国の貧困層は更に出生率が高い。子どもの数の差は日米全体の差を反映していると思われる。

全体の差から考えると、薬物依存患者に対する医療制度や司法制度に関する米国の経験は日本にとっては参考程度にしかならない。慢性精神障害者や低所得者に対する医療やマネージドケア、刑務所の数については米国の医療・福祉関係者の中で、他の国に自慢する者は一人もいない。

しかし、患者自身は共通する。ハワイの薬物依存患者に有効な治療方法は日本の患者にも同様に役立つはずである。治療の技法については、米国から学ぶことにしよう。日本の 10 倍以上の患者を対象に 10 倍以上の予算で研究しているのだから、優れた研究結果があるのも当然である。

IV.最新の薬物依存治療研究

薬物対策は米国では大統領の公約であり、治療研究につく予算も毎年増額されている。薬物の関連する公的研究機関に NIDA や SAMHSA, CSAT(Center for Substance Abuse Treatment)などがある。これらの連邦政府機関の出版物は大量にある。国家予算で行われているという理由から、無料で配布されている。インターネットでも無料で制限なくコピーできる。これらの中に治療ガイドラインがあり、TIP(Treatment Improvement Protocol)シリーズはその一つである。現在 38 本が刊行されている。覚せい剤に関しては、Rawson(1999)らによる治療レビューと治療マニュアルがある。ロサンゼルス の Matrix Institute において開発・試験された外来治療プログラムを紹介している。<http://www.samhsa.gov/csatsat.htm> または <http://www.health.org> で入手可能である。これらと、他の英文文献を参考に、日本の臨床においても有用と思われる項目を取り上げ、紹介しよう。

1. 治療には何ができて、何ができないか:治療の目標

薬物嗜癖は慢性に経過し再発を繰り返す精神障害である。一回の治療で完全に断薬することを期待するのは非現実的である。2,3 年後の時点で断薬が達成されているかどうかで治療効果を評価するならば、どのような治療を行ったとしても治療を行わない場合と差がない。厳しい条件を満たした臨床試験で効果が示されている治療があるが、その場合でも結果は相対的である。治療の目標は再発と再発の間の期間を長くすること、再発した場合の生活の困難の程度を軽くし、再発している期間を短くすることにある (Leshner,A, 1997)。最終的に断薬できたかどうかで治療の成果を図るならば、治療は役立たないということになる。また、公衆衛生的観点から言えば、断薬だけではなく、薬物使用に伴う合併疾患や社会生活上の問題を軽減・予防することも重要である。

治療の目標は次のようにまとめることができる。

- (1) 非合法性薬物の使用を減らす
- (2) 非合法性薬物使用に伴う患者が受ける害や障害を減らす
- (3) 非合法性薬物使用に伴う患者の周囲が受ける害、例えば、公衆衛生上の問題(感染症など)や暴力的な犯罪を減らす

- (4) 非合法性薬物の使用を減らす方法として刑務所収容や長期隔離の入院よりもコストが安い方法を提供する

物質使用障害の治療についてしばしば「底着き」体験が強調される。それが合併疾患や社会生活上の問題を放置することにつながるならば、「底着き」体験の重要視は医療専門家としては不適切である。また同じ結果が得られるならば、短期間の入院や外来治療を目指すべきである。

2.主な治療法

薬物依存に用いられている治療方法の中で効果に関する臨床試験が行われ、診療ガイドラインなどで推奨されている治療法がいくつかある。治療法は大きく分ければ、心理社会的な治療と薬物療法になる。心理社会的な治療は、大雑把に分ければ、力動的な精神療法と認知行動療法、NAのような12ステップを基本にしたカウンセリング(12ステップ促進)になる。力動的な精神療法は臨床試験では効果を示すようなデータがない。したがってここでは触れない。

薬物療法については、この2,3年の間に覚せい剤に関する薬物療法の臨床試験が行われ、将来の研究・発展が期待される領域である。しかし、日本はこの領域は極めて遅れているので、実際に日本で行われる見通しが立たない。また、現時点で得られる物質依存に対する薬物療法の研究結果から考える限り、薬物療法は心理社会的な治療を置き換えるものではない。例を挙げれば、アルコール依存症に対するNaltrexoneについてのデータは確かにプラセボよりも優れているが、臨床的に説得力があるほどではない。薬物治療が成功するかどうかは、薬が優れているかどうかよりも、患者が医者のおうとおりに薬を飲むかどうか、にかかっているのである。

1) 認知行動療法

認知行動療法の治療パッケージとして、Relapse prevention technique (RPT 再発予防), Motivational enhancement therapy または Motivational Interviewing (動機付け療法, 動機付け面接)がある。CRA(Community Reinforcement Approach 地域強化アプローチ)は地域精神医療を組み込んだ大規模な治療パッケージである。単独の技法として、随伴性マネージメントや Cue exposure(薬物使用のきっかけに対する暴露), Aversion therapy (嫌悪療法), 認知変容, 行動モニタリング, スケジュールリング, 現実場面で信念を試してみること, ソクラテス的質問, 利点と欠点の比較分析, 薬物に関する信念のモニタリング, ロールプレイなどがある。実際に臨床で使う場合にはこれらの方法が組み合わせられて用いられる。

認知行動療法の中でも、Contingency management program (随伴性マネージメントプログラム)は、臨床試験で最も確実な効果を示している治療方法である。これは応用行動分析に基づく。増やしたい行動に対して強化子(報酬)を与え、減らしたい行動に対して強化子を与えることを差し控えたり、罰刺激(不快な刺激)を与えたりすることが系統的に行われる。行動を増やす場合を正の随伴性と呼び、良く用いられる。罰刺激を用いる場合は負の随伴性と呼ぶ。薬物嗜癖の場合には、薬物使用と両立しない行動をとった場合に(例えば、尿検査を行い薬物が検出されなかった場合)に対してメサドンなどの薬物を持ち帰る権利や金銭、レジャーの機会を与えることが行われる。外来治療プログラムの場合には望ましい外来通院をした場合にバッチなどの記念品や商品券を与えるなどをする。随伴性マネージメントプログラムを地域精神医療と組み合わせた方法があり、これは Community reinforcement approach (CRA 地域強化アプローチ)と呼ばれている。個人精神療法に加えて、地域の資源が利用される。患者用の社交クラブなどのプログラムが作られ、薬物を使用していない間は、患者はそうした資源を利用することができる (Azrin ら, 1994)。

しかし、これらのプログラムは実際に用いられることが少ない。応用行動分析の知識と訓練を受けた治療者が少ないことと、一般人が薬物依存患者に対しては罰を与えるべきだと考えているためである。実際の臨床では罰刺激(薬物使用しなくても特別に誉められることはないが、使用すれば厳罰)が用いられることが通常である。正しいことを行うこと自体に対して報酬を与えることが、この治療に不慣れな人には不快に感じられる。

2) Motivational Enhancement Therapy (動機付け強化療法)

認知行動療法の技法のひとつであるが、他の認知行動療法は他の技法と組み合わせて用いられるのに対して、動機付け強化療法は単独で用いられることがあるので、特に説明する。動機付けに焦点を絞った行動療法の一つである。患者の行動について価値判断的な評価をする事を控えて、患者自身が自分の行動を決定するようにしていく。患者の自己決定の節目節目でアドバイスを与えて、望ましい方向へ患者が決定するようにしていく。他の治療への動機付け、他の治療への参加を継続させるために導入として用いられる。Miller らが 1991 年に Motivational Interviewing (動機付け面接)(Miller 1991)を著し、その後広まった。アルコール乱用の患者に対して節酒指導を行う場合にも使われている。治療ガイドラインの TIP シリーズとしても刊行されている(Miller 1999。)

3) Standard drug counseling(標準的薬物カウンセリング)・TSF (Twelve Step Facilitation, 12 ステップ促進)

個人と集団の場合がある。薬物使用の引き金となる刺激を回避することや生活の仕方を変えること、運動などの健康的な行動を増やすことなどの患者の行動の変化を促すことで薬物からの離脱と断薬の継続を促す。個人で行う場合は特定の目標行動を持った段階的な治療が行われる。AA や NA で行われる 12 ステップによる方法と共通した理念を持つ。すなわち、嗜癖は個人を身体的にも感情的にも精神的にも害する病気であり、回復は段階的なプロセスであるとするものである。自助グループへの参加が強く促される。

集団で行われる場合は、嗜癖からの回復について教育を行い、12 ステップのプログラムへの参加を強く促し、メンバーが気持ちを素直に表現したり、抱えている問題について相談したりがしやすく、仲間同士互いに支えあうような雰囲気を作るようにする。最初の 3 ヶ月は心理教育的、次の 3 ヶ月はフリーディスカッションのように段階的に行われる。後半では回復に至る様々な問題を解決するために互いに相談しあうことに重点が置かれる。魂の回復を重んじている。臨床試験によるデータはないが、一般に有用な治療方法と信じられている。Rational recovery などのように NA から宗教的要素を排除したグループもある。薬物嗜癖の場合は精神障害を合併している患者がかなりある。いっさいの向精神薬を禁ずるグループには入りにくいところがあり、こうした向精神薬の継続服用が必要な患者を集めたグループ(Double trouble) などもある。

3 治療を実際に行う場合の問題

実際の治療の場合は、治療者がどのような治療技法を用いたかよりも、どのくらいの頻度で、いつまで、どこで行うか、の方が大事である。アルコール依存症に対する Project MATCH 研究が示すように、よく訓練された治療者とよく組織された治療機関が治療を行えば、治療はうまくいく。上記にあげた認知行動療法・動機付け強化療法・標準的薬物カウンセリングには治療結果に大きな差はない。治療者が熱心に丁寧に患者にかかわり、患者が治療を受け続けることに関心をもつことが一番大切なのである。

多くのコントロールスタディで次のようなことが示されている。

- ・ 週に一回のセッションは不足である。最低 2 回以上が必要である。
- ・ 3 ヶ月以下の外来プログラムは短すぎる。6 ヶ月以上で良い結果が得られている。
- ・ 解毒のみを行った場合と比べて治療が転帰を改善するのは、入院患者で 1 年。

以後、外来患者で 6 ヶ月以後である。これ以下の短期間の転帰では解毒のみを行った場合と比べて治療によるメリットは現れない。

以上からまとめると、最初の 2,3 ヶ月は週に 2,3 の集中的プログラムを行い、その後 6 ヶ月目まで週に一回程度のプログラムを継続することが推奨される。

4. Project MATCH 心理社会的治療法の効果を比べる

心理社会的治療法はさまざまな種類があり、それぞれに熱心な信奉者がいる。しばしば、ある治療法の優位性や、治療法同士の共通性、患者の特性と治療法の特性をマッチさせることが心理療法家にとっての重大な関心事になる。さて、どのような研究をすればこの課題を解き明かせるだろうか。そうした研究はあるのだろうか。

この質問に現時点で考えられる最も優れた方法で答えようとしたのが、NIAAA(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 国立アルコール乱用依存研究所)が行った Project MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity)である。これはアルコール依存症の患者を対象に、無作為割付比較試験で、治療内容を厳密に統制しながら、2年以上の長期経過を追跡した大規模多施設共同である。

5箇所の治療施設の外来患者 952 人と入院・入所型治療を終えたアフターケアの患者 774 人が対象になり、ランダムに三つの治療法に割り付けられた。1)認知行動療法, 2)TSF(12 ステップ促進), 3)MET(動機づけ強化療法)に割り付けられた。治療者に対する周到な訓練とスーパービジョン, モニタリングが行われ、三つの治療が等しく品質が高く、重ならないようになっている。治療成績の評価には2年間で飲酒しなかった日数の割合, 平均一日飲酒量が用いられた。

この研究の方法と研究を可能にさせたさまざまな工夫は大変興味深い。しかし、結果はある意味、失望させるような内容であった。12週間後のほぼ断酒率でみると、認知行動療法とTSFが等しく、41%, METは28%, 1年後は3つの治療の結果は同じであった。結局、どの治療でも患者は等しく改善し、転帰に有意な差はなく、そして、患者の特性と3種類の治療法の間にはっきりとしたマッチングはなかった。しかし、探索的に細かいところを上げれば、いくつか面白い発見がある。

- ・治療開始時に重症度が高い患者の方が軽い患者よりも3年後転帰が良かった。
- ・怒りのレベルが高い患者は、他の二つの治療法よりもMETを受けた方が良かった。
- ・37から39ヶ月の時点では、治療を受ける前にイネーブラー(飲酒を支えるような社会的対人的ネットワーク)がある患者は、METよりもTSFを受けた方が良かった。
- ・精神分裂病を合併する患者はMETが良かった。
- ・合併する精神障害がないか、あっても軽い場合はTSFが良かった。
- ・40%の患者にうつ病の合併があったが、うつ病が先か、アルコールが先かは転帰にも治療方法選択にも関係がなかった。

こうした結果はPost hoc分析なので、統計的には確証とはいえず、追試が必要ある。しかし、他の研究の結果と考え合わせると、さまざまな示唆を私たちに与えてくれる。

5. 薬物依存を予防する

最後に薬物依存がどのような場合におこり、どのような場合に起こらないかを研究からまとめてみよう。

表9 思春期・青年期における薬物乱用について

リスク因子	予防的因子
<ul style="list-style-type: none"> ・混乱した家庭環境 ・不適切な養育 ・親との相互のかかわりが薄い ・学校で引っ込み思案だったり、乱暴だったりする ・学業成績不振 ・進学する気がない ・人との付き合い方が下手 ・不良仲間との付き合い ・仲間や家族、地域が薬物乱用を認めていると本人が感じる ・親の物質乱用または精神障害 ・極端な貧困または極端な富裕 	<ul style="list-style-type: none"> ・しっかりした家族のきずな ・親が子どもの生活に強く関わっている ・親が子どもの将来について具体的な期待をもっている ・学業成績良好 ・学校や地域、教会、運動クラブなどの社会的に良いとされる組織と強いつながりを持っている ・薬物やアルコールについて保守的な価値観を持っている

この表を九州とハワイの患者の比較の結果と見合わせると、面白いことに気がつく。どちらもこうしたリスク因子と予防的因子が共通してあった。日本の子育ては米国と比べるとしばしば、学歴偏重である、過保護である、と批判される。しかし、こうした特性が日本での薬物依存の少なさの原因であると思ふ。

V. 最後に

薬物依存は日本では数が少ない。研究者の数も少なく、薬物をする医者には特殊な人である。しかし、薬物依存の日米比較から見えてくることは他の疾患の治療や精神療法全般、精神疾患の研究手法にも広がる意味がある。

- 貧富の差が少なく、将来について希望をもっている人が多い社会は薬物依存が少ない。
- 高度な医療よりも、中庸の質の医療が、いつでも何度でも受けられる方が良い。薬物依存については高価な治療よりもアクセスの良い治療の方が全体としての結果はよい。薬物依存に限らず、慢性疾患全てがそうでないか、と思う。
- 薬の差・文化差は個人差・経済差より小さい。
- 九州とハワイの違いがそうだった。
- 治療技法の差は治療者や病院の組織の差よりも小さい。

Project MATCH の語るところがそうである。また一方で過去に評判の良かった治療施設が、スタッフの交代によって、評判を落とすところを見てきた。治療マニュアルを整備し、同じ治療をしているつもりでも、スタッフの士気が落ち、患者の細かな変化に目が向かなくなると、治療結果は惨憺たるものになるだろう。

薬物依存を治療しようと思うためには、何か治療テクニックを学ぶ必要がある。どれを学べば良いのか、はしばしば聞く質問だが、最新の研究によれば、どれでも良いのである。

より必要なのは、正しくかつ総合的に患者を診断・アセスメントできるスキルであろう。

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
- American Psychiatric Association. (1995). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1-59.
- Azrin, N H., McMahon, P.T., Donohue, B, Besalel, V A., Lapinski, K J., Kogan, E S., Acierno, R.E. & Galloway, E. (1994). Behavior therapy for drug abuse: a controlled treatment outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 857-866.
- Center for Substance Abuse Treatment. (1994). DHHS Publication No. (SMA)94B2077. .Center for Substance Abuse Treatment.
- Crits-Christoph, P. & Siqueland, L. (1996). Psychosocial treatment for drug abuse. Selected review and recommendations for national health care.. *Archives of General Psychiatry*, 53, 749-756.
- Hall, S.M., Clark, H.W. & Sees, K.L. (1996). Drug Abuse, Drug Treatment, and Public Policy. In: W.K. Bickel. & R.J. DeGrandpre (Eds.), *Drug Policy and Human Nature: Psychological Perspectives on the Prevention, Management, and Treatment of Illicit Drug Abuse*. (pp. 77-98). New York: Plenum Press.
- 法務省, 平成 11 年版犯罪白書のあらまし, <http://www.moj.go.jp/>, 2000
- Leshner, A I. (1997). Drug Abuse and Addiction Treatment Research: the Next Generation. *Archives of General Psychiatry*, 84, 691-694.
- Miller W.R. and Rollnick S. (1991) *Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior*. Guilford Press, New York.
- Miller W.R. (1999) *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment; Treatment Improvement Protocol Series 35*. DHHS Publication No. (SMA)99-3354. Center for Substance Abuse Treatment, Rockville.
- Monti, P M., Abrams, D B., Kadden, R M. & Cooney, N.L. (1989). *Treating alcohol dependence: a coping skills training guide*. New York: Guilford Press.
- 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

Project MATCH Research Group. (1998) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of studies on Alcohol* vol. 59

Rawson R.A. (1999) Treatment for Stimulant Use Disorders; Treatment Improvement Protocol Series 33. DHHS Publication No. (SMA)99-3296. Center for Substance Abuse Treatment, Rockville.

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

Shuckit M.A. (1994) The Treatment of Stimulant dependence. *Addiction* 89, 1559-1563.

Shearer J., Wodak A., Mattick R.P., van Beek I., Lewis J., Hall W. and Dolan K. (1999) A randomised controlled trial of the feasibility of monitoring controlled prescribing of dexamphetamine. Technical Report 75. National Drug and Alcohol Research Center, Sydney.

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