薬物問題 相談員マニュアル

目次

第1章	薬物乱用、薬物依存、薬物中毒を理解する――――――	— 1
	1 薬物乱用とは	— 2
	2 薬物依存とは	— 2
	3 薬物中毒とは	— 4
	4 乱用・依存・中毒の経時的関係を理解する ————	— 5
第2章	薬物乱用者には三つのタイプがある―――――	— 7
	1 「乱用だけの乱用者」にはどうするか? ————	— 7
	2 「慢性中毒にまで至った乱用者」にはどうするか? ——	— 7
	3 「依存に基づく慢性中毒のない乱用者」にはどうするか?	— 8
第3章	相談を受ける際に聞くべきこと――――	— 9
	1 相談を受ける際の留意事項	— 9
	2 来所時に家族(本人)から得るべき情報 ――――	— 11
第4章	薬物依存症の治療とは一	— 15
	薬物依存症治療の考え方	— 15
	(1) 治療/回復の流れ ――――	
	(2) 医療と司法とのあいだにある問題について――	20
第5章	知っておくべき法律――――	24
	1 「麻薬中毒者」に関する届出義務 ————	24
	2 「麻薬中毒者」に対する措置 —————	25
第6章	相談を受ける際に役立つQ&A	28
	1 家族からよく尋ねられる質問 ――――	28
	2 関係者からよく尋ねられる質問	— 35
	3 薬物乱用・依存者本人からよる尋ねられる質問 ―――	— 39
付録1	乱用される薬物と心身への影響 ————	
付録 2	相談時のチェックリスト (例) ―――――	42
付録3	連絡先一覧 ————————————————————————————————————	48

この相談員マニュアルは、「ご家族の薬物問題でお困りの方へ」(厚生労働省)を理解していることを前提に、作成されています。

I. 薬物乱用、薬物依存、薬物中毒を理解する

薬物乱用、薬物依存、薬物中毒という用語に登場する「乱用」、「依存」、「中毒」という言葉は、誰もが日常生活の中で使う言葉です。そのためか、薬物乱用、薬物依存、薬物中毒についても、医療従事者に限らず誰もがその意味を知っていると考えてしまうようです。というよりも、それらの用語があまりにも日常的すぎて、その違いを考えたことすらないというのが実情でしょう。同時に、長い間、薬物乱用も薬物依存も一連の状態であるととらえる風潮があったことから、薬物乱用という状態が発展・悪化することによって薬物依存という状態になるとか、わかっていても止められないことが社会的には「中毒」と呼ばれてきたために、薬物依存と薬物中毒は同義であると考えてきた人が少なくないようです。

実は、ここに薬物依存症(者)を理解し、治療する上での最大の落とし穴があります。この3つの概念を熟知していないと、薬物関連障害の相談・治療に際して、「どうして違法行為を行った者を医療機関が診なければいけないのか!」「あんなに一生懸命対応したのに、また乱用して!」などの思いを強くし、「もう懲り懲りだ!」「もう関わりたくない!」という気持ちを強くする傾向に陥りがちになります。

薬物関連障害問題に対処する第一歩は、薬物乱用、薬物依存、薬物中毒という概念の理解から始まります(図1)。

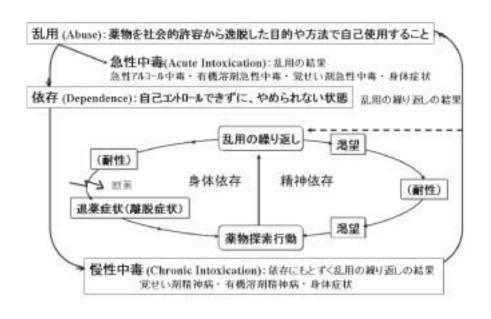


図1 依存性薬物使用の最大の怖さは、依存形成にある

1. 薬物乱用とは

薬物乱用(drug abuse)とは、ルールに反した「行為」に対する言葉であり、社会規範から逸脱した目的や方法で、薬物を自己摂取することを言います。

覚せい剤、麻薬(ヘロイン、コカイン、LSD、MDMAなど)は、所持、売買のみならず、使用そのものが法律によって禁止されています。したがって、それらを1回使っただけでも乱用です。未成年者の飲酒・喫煙も法により禁じられているため、1回の飲酒・喫煙でも乱用です。

有機溶剤(シンナー、接着剤など)は、それぞれの用途のために販売されているのであり、吸引は目的の逸脱であり、1回の吸引でも乱用です。

また、一回に1錠飲むように指示された睡眠薬、鎮痛薬などの医薬品を、早く治りたいと考えて一度に何錠もまとめて飲む行為は、治療の為という目的は妥当ですが、方法的には指示に対する違反であり、乱用です。もちろん、医薬品を「遊び」目的で使うことは、目的の逸脱であり、乱用です。

また、わが国では、成人が飲酒すること自体は乱用ではありませんが、朝から飲酒して 社会生活に影響するようでは妥当な飲み方とは言えず、やはり乱用です。

ただし、この薬物乱用という用語は、世界的規模で見た場合、なかなか世界共通の基準に基づく用語にはなりにくい面を持っています。たとえば、成人といえども飲酒自体を禁じているイスラム文化圏では、成人の飲酒は乱用ということになるわけです。

つまり、乱用という概念は、その文化圏毎の社会規範からの逸脱という尺度で評価した 用語であり、あくまでも「行為」に対する用語であると考えるべきでしょう。

したがって、薬物乱用防止のための一次予防(薬物乱用防止教育)がここでは最も重要となり、乱用した者には取締機関が対応することになります。

2. 薬物依存とは

依存性薬物の乱用を繰り返すと、**薬物依存(drug dependence)**という「状態」に陥ります。薬物依存と言う状態は世界保健機関(WHO)により世界共通概念として定義づけられていますが^{注1}、簡単に言えば、薬物の乱用の繰り返しの結果として生じた慢性的な状態であり、その薬物の使用を止めようと思っても、摂取したいという渇望に抗しきれず、

注1:WHOは依存を次のように定義しています。 「ある生体器官とある薬物との相互作用の結果として生じた精神的あるいは時には身体的状態であり、その薬物の精神作用を体験するため、あるいは、時にはその薬物の欠乏から来る不快を避けるために、その薬物を継続的ないしは周期的に摂取したいという衝動を常に有する行動上の、ないしは他の形での反応によって特徴づけられる状態」

自己コントロールできずに薬物を乱用してしまう脳の異常状態のことです。

この薬物依存という概念は、便宜上、精神依存と身体依存の2つに分けて考えると理解 しやすくなります。

身体依存はアルコールを例にとると理解しやすいでしょう。

初めてビールを飲んだ時、コップ1杯のビールで真っ赤になり、酔いを体験した人は多いはずです。しかし、そのような行為を何回か繰り返しているうちに、1本のビールを平気で飲めるというように、慣れが出てきます。この慣れのことを耐性といいます。その結果、同じ効果を得るためには、摂取量を増やす必要が出てきます。結果的に、飲酒量、飲酒頻度が増えます。これが慢性的に繰り返されると、飲酒のできない状況におかれた時に、手の震えや振戦せん妄などの離脱(退薬)症状を呈する状態になることがあります。このような状態になったとき、その人は身体依存に陥っているということができます。

つまり、**身体依存**とは、薬物が生体内にある期間存在し続けることによって、その人の 生体にある種の馴化を引き起こし、薬物が生体内に存在する時には、身体的にも精神的に もさほどの問題を生じませんが、薬物が切れてくると、いろいろな症状を引き起こす状態 のことです。

身体依存になってしまうと、離脱症状の苦痛を避けるために、何としてでもアルコールを入手しようと、家族の目を盗んで自動販売機に向かったりといった、入手のための行動を起こします。このような行動を**薬物探索行動**といいます。そして、アルコールを入手し、飲酒を繰り返すようになります。

一方、**精神依存**とは、**渇望**(薬物が欲しいという気持ち)に抗しきれず、自制が効かなくなる状態のことです。ただし、その薬物が切れても、身体的な不調は原則的には出ません。

たとえば、ニコチンには、強い精神依存惹起作用がありますが、身体依存惹起作用は無いか、あってもきわめて軽微であると考えられています。喫煙者は、たばこが切れると、時刻、天候にかかわらず、労をいとわず買いに行きます (薬物探索行動)。職場では、喫煙者どうしで「1本もらえる?」と供給し合います。この「1本もらえる?」という言葉も、紛れもない薬物探索行動のあらわれです。

依存性薬物には、精神依存だけを引き起こす薬物と精神依存と身体依存の両方を惹起する薬物の2種類があります(付録1)。アルコールは身体依存のみならず精神依存も惹起します。しかし、ニコチンや覚せい剤は精神依存は惹起しますが、身体依存は引き起こしません。したがって、薬物依存とは本質的には精神依存のことを言うわけです。ICD-10

による薬物依存の診断基準は表1のとおりです。

薬物依存に陥ると必ず**渇望**に基づく**薬物探索行動**が表面化します。この**薬物探索行動**は、ニコチンの場合には「1本もらえる?」ですみますが、覚せい剤の場合には、入手するためには、まずはお金だということになります。結局、有り金を使い果たし、その後は、家族、友人をだまし、最後にはお金ほしさの犯罪にまで及ぶことがあるわけです。

困ったことに、この渇望を抑さえる医薬品は未だに開発されていないのが現状です。

表 1 ICD-10による依存症候群(Dependence syndrome)の診断ガイドライン

依存の確定診断は、通常過去1年間のある期間、次の項目のうち3つ以上が経験されるか出現した場合にのみくだすべきである。

- (a) 物質を摂取したいという強い欲求あるいは強迫感。
- (b) 物質使用の開始、終了、あるいは使用量に関して、その物質摂取行動を統制することが困難。
- (c) 物質使用を中止もしくは減量したときの生物学的離脱状態 (F1x.3とF1x.4を参照)。 その物質に特徴的な離脱症候群の出現や、離脱症状を軽減するか避ける意図で同じ物質 (もしくは 近縁の物質)を使用することが証拠となる。
- (d) はじめはより少量で得られたその精神作用物質の効果を得るために、使用量を増やさなければならないような耐性の証拠(この顕著な例は、アルコールとアヘンの依存者に認められる。彼らは、耐性のない使用者には耐えられないか、あるいは致死的な量を毎日摂取することがある)。
- (e) 精神作用物質のために、それにかわる楽しみや興味を次第に無視するようになり、その物質を摂取 せざるをえない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する。
- (f) 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、いぜんとして物質を使用する。たとえば、過度の飲酒による肝臓障害、ある期間物質を大量使用した結果としての抑うつ気分状態、薬物に関連した認知機能の障害などの害。使用者がその害の性質と大きさに実際に気づいていることを(予測にしろ)確定するよう努力しなければならない。

3. 薬物中毒とは

薬物中毒における中毒とは "intoxication" のことであり、急性中毒 (acute intoxication) と慢性中毒 (chronic intoxication) の 2 種類に分けられます。

アルコールの「一気飲み」はアルコールの乱用です。そのような飲酒様式は、酩酊状態を一気に通り越して麻酔状態を生み出しやすく、生命的危機を招きます。このような状態が**急性中毒**であり、乱用に基づく薬理作用の直接的結果です。依存状態の有無に関わらず、乱用すれば、いつでも誰でも急性中毒に陥る危険性があります。急性中毒は迅速かつ適切な処置により回復することが多いわけですが、時には死に至ることもあるわけです。

一方、慢性中毒とは、薬物依存に陥った人がさらに乱用を繰り返した結果として発生す

る慢性的状態です。これは、原因薬物の摂取を中止しても、一旦出現した症状は原則的には自然消退せず、時には進行性に増悪して行く状態です。幻覚妄想状態を主症状とする覚せい剤精神病、無動機症候群を特徴とする有機溶剤精神病などがその代表です。

幸い、覚せい剤精神病の幻覚妄想状態(慢性中毒の症状)は、3ヶ月以内の治療で約80%は治すことが出来ます。しかし、幻覚妄想状態が治ったからといって、薬物依存までもが「治った」わけではないことに留意する必要があります。幻覚・妄想が消えたため退院させたところ、ほどなく覚せい剤を再乱用され、再びその患者を診ることになったという体験を持つ医療関係者は多いことでしょう。薬物依存と薬物(慢性)中毒の違いを理解することが治療上はきわめて大切です。

4. 乱用・依存・中毒の経時的関係を理解する

理解すべきことは、図1に示した薬物乱用、薬物依存、薬物中毒の関係が、時間的経過の中での択一的概念ではないということです。慢性中毒の基盤には薬物依存が存在することを忘れてはいけません。たとえてみれば、薬物依存は「モグラ叩きゲームの機械」に、薬物乱用は「モグラ」に相当します。いくらモグラを叩いても、モグラ叩きの機械が存在する限り、モグラは際限なく現れます。つまり、薬物依存が存在する限り、いつでも薬物乱用が起きるのです。

図2は薬物乱用、薬物依存、薬物中毒の関係を時間的経過の観点から示しています。

ちょっとした好奇心や仲間意識で薬物を使い始めた時期から、依存症はみえないところで少しずつ進行していきます。薬物乱用を繰り返すうちに、やがて、少しずつ依存が形成されて、薬物使用がコントロールできなくなっていきます。その結果、薬物乱用の頻度がどんどん高くなってしまいます。しかし、この時点では、ほとんどの人は自分自身の薬物使用に関する問題を認めようとはしません。このように現実を否認するような間違った考

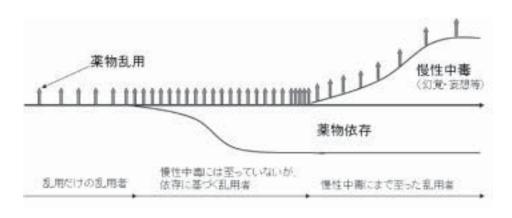


図 2 薬物乱用・薬物依存・薬物中毒の時間的関係

え方や感じ方をするようになるのも、この"依存症"という障害の特徴です。

薬物使用を続けると、やがて借金・犯罪・家庭不和などの二次的な問題が深刻化してくるので、まず家族や周囲の身近な人々が「困った」「なんとかしなくちゃ」と考えるようになります。しかし、当の本人は、何が何でも薬物を手に入れて、それを使うという生活を繰り返しながらも、自分に薬物の問題があるとは認めようとしない場合が多いのです。そのうちに、多くの場合、幻覚や妄想などの精神病の症状が現れてきます。覚せい剤精神病の場合には、「誰かにつけられている」「警察に見張られている」などの妄想や、「みんなが自分の悪口をいっている」「"死ね"という声が聞こえる」などの幻聴が主な症状です。精神病状態になると、本人自身は、幻覚や妄想に気を取られて、乱用自体の頻度は低下しがちになります。そうなると、ご家族や周囲の人たちは、乱用よりも通常とは異なった本人の言動・行動への対応に苦慮するようになってしまいます。幻覚や妄想自体は薬物乱用を中止し、向精神薬の処方など適切な医学的処置を受けると、通常は1~3ヶ月内に治まることが多いといわれています。

けれども、幻覚や妄想などの表面的な症状が治まったからといって、依存自体が消えて しまったということではありません(図2)。薬物依存が存在する限り、いつでも薬物乱 用が起きるのです。前に述べたように、いくらモグラを叩いても、モグラ叩きの機械が存 在する限り、モグラは際限なく現れます。

一旦、薬物依存に陥ってしまえば、図1に示した薬物乱用、薬物依存、薬物中毒の輪は、出口のない悪循環系になってしまいます。ここに薬物依存症を治療することの重要性があります。

Ⅱ.薬物乱用者には三つのタイプがある

以上を前提に、実際の相談・診療場面を考えてみましょう。

覚せい剤精神病や有機溶剤精神病などの明かな慢性中毒状態を呈している患者を除けば、 相談であれ、診察であれ、薬物関連患者が医療従事者の前に登場するのは、薬物乱用者と してのことが多いのが現実です。つまり、仮に薬物依存症者であっても、事例化するのは 依存に基づく乱用という行為であり、その結果、薬物乱用者として登場するということです。

したがって、関係者がまず行うべきことは、そのケースが、①好奇心や仲間関係から薬物を使い始めたばかりで未だ薬物依存にまでは至っていないタイプの薬物乱用者(「乱用だけの乱用者」)なのか、②慢性中毒症状としての幻覚・妄想等はないものの、既に薬物依存に陥ってしまっている薬物乱用者(「依存に基づく慢性中毒のない乱用者」)なのか、③薬物依存という基盤の上に、薬物乱用を繰り返して、幻覚・妄想等の慢性中毒症状まで呈している薬物乱用者(「慢性中毒にまで至った乱用者」)なのかを鑑別することです。

薬物乱用者と聞いただけで、対応に窮したり、最初から身を引いてしまっている関係者が予想以上に多いようですが、まずは、薬物乱用、薬物依存、薬物中毒のいくつを持ち合わせている患者かを考えましょう。

1.「乱用だけの乱用者」にはどうするか?

「乱用だけの乱用者」は、本質的には医療の対象ではありません。しかし、予防的見地から医療としてできることは、再乱用防止のための第二次予防(早期発見・早期治療)ですが、その内容はむしろ第一次予防(薬物乱用防止教育)に近くなります。依存性薬物使用による各種の害を当事者、家族、関係者に理解してもらい、再乱用を防ぐことが「治療」目標になります。

2. 「慢性中毒にまで至った乱用者」にはどうするか?

「慢性中毒にまで至った乱用者」の場合には、まず、幻覚・妄想などの精神症状(慢性中毒症状)の治療が必要です。そのための治療は統合失調症に準じた薬物療法が有効です。しかし、幻覚・妄想などの慢性中毒症状が消退したからといって薬物依存までもが「治った」わけではありません。そこで、第二の目標として、薬物依存症への治療を設定する必要が出てきます。このように二段階的に治療目標を立てるところがポイントです。

3. 「依存に基づく慢性中毒のない乱用者」にはどうするか?

これが、最大の難問です。

渇望を押さえ込む薬物療法は現状では存在しません。精神療法・カウンセリングにも限界があります。精神療法・カウンセリングを受けた薬物依存症者の多くは、その直後は「もう薬物はやめよう」と思うわけですが、その時いくらそう思っても、昔の仲間に会うと、その決意がもろくも崩れることが極めて多いわけです。したがって、薬物に関連した人間関係(仲間関係)の清算が重要です。また、以前、新宿で薬物を手に入れていた依存者は、新宿に行っただけで、薬物への渇望がうずき出すこともよくあります。そのような人は、新宿という場所に近づいてはいけません。薬物使用をやめて、学校(職場)に復帰しようとしても、周囲の目が変わっていなければ、再び薬物乱用に走る者も少なくありません。さらに、一年間薬物乱用をやめていたからといって、その後再び、薬物乱用を始めないという保証は誰にもできません。

つまり、薬物依存症というものは医療施設で治療が完結するものではなく、そもそも「治る」というものでもないのです。モデル的には、糖尿病や高血圧症に極めて近いと考えるべきでしょう。糖尿病は一旦発症すると治りません。治療とは血糖のコントロールです。薬物依存症の場合には渇望のコントロールが「治療」であり、薬物を使わない生活を続けることが要求されます。糖尿病であれ薬物依存症であれ、重要なことは、日常生活の中での患者自身による自己コントロールです。このことを当事者、家族、関係者に理解してもらうことが「治療」の出発点です。

その上で、医療施設、自助活動など、地域ごとの社会資源を考えながら、他領域の関係者にも協力してもらいながら、医療・福祉としてでできることは何であるかを考え、実践してゆくことが現時点での「治療」ということになります。

Ⅲ. 相談を受ける際に聞くべきこと

1. 相談を受ける際の留意事項

はじめに、家族や依存症者本人からの相談を受ける際に留意すべきことをまとめてみます。

相談の方法(電話か来所か)や経路(自らか家族か、警察などからか)、さらに相談を 受ける側がどのような資源(相談室か、病院か、薬物依存リハビリ施設か)を持ち合わせ ているかなどにより、対応の仕方は変わってきます。

まず、最初のコンタクトとして多いのは、電話によるものです。直接来所するには心理 的抵抗をもつケースが多いからですが、その辺りの事情を踏まえつつ、確実に来所につな げるための対応が求められるわけです。

同時に、相談機関に薬物使用者本人(IP:Identified Patient)が直接電話してくる、あるいは現れることが少ないのも薬物依存関連問題の特徴です。多くの場合は、家族からの相談になります。その場合、最初に相談してきた家族などの相談者を「最初に困ってやってきた人(FC:First Client)」として関わることから始めます。たとえ本人が相談に来なくても、家族(FC)が変わることで、やがて本人にも回復への変化が現れるという考え方に基づく介入が必要です。FCが本人であれ、家族であれ、「相談」が薬物関連問題からの回復の第一歩です。

以下は、家族をFCと想定した対応を中心に紹介します。

電話相談を受ける場合、できるだけ家族・本人に来所してもらう方向で話を聞くように します。ただし、家族に対しては、本人の来所が難しければ、とりあえず家族だけでも来 所して相談するように勧めます。また、本人に対しては、来所できない場合には、どこな ら行けそうかを一緒に考えます。

《電話の段階で聞いておくこと》

来所相談時に必要となる情報を聞き漏らさないようにします。

- ・氏名、年齢、性別、
- ・相談者との関係
- ・住まい (……区、……市)
- ・本人が使っていると思われる薬の種類。分からなければどういったことで薬物問題と 判断したか?
- ・何歳くらいから使用しているか? (使用しているようか?)
- ・今までに薬物の問題を相談したことがあるか? あるとしたらどこに? その時の対

応は?等

- ・精神科の入院、通院歴
- ・逮捕歴(現在拘留中、執行猶予中、保釈中、刑務所……いつまで) さらに、本人の状態や経過と共に、家族の対応の経過も大雑把に聞いておきます。

《電話の段階で伝えられること》

相談者を安心させる材料として次のことを伝えます。

- ・本人・家族が相談に来ても警察に通報することはないこと
- ・治療できる病院や、回復支援施設、自助活動があり、紹介することもできること
- ・家族を支える支援グループがあること
- ・回復は可能で、回復している人は沢山いること

主に家族を相談につなげる場合には、「相談を継続することの意味」を明確に伝えます。

- ・薬物依存症に「特効薬」はないこと。
- ・薬物依存症の治療では、使っている本人を入院させたり、施設につなげる事が最も難 しいこと。
- ・薬物依存症は薬が止まったところがゴールではなく、そこが回復のスタートであること。

「なぜ家族にも取り組むべきプログラムが必要なのか」についても忘れずに伝えます。

- ・家族の適切な対応が必要で、対応の仕方はケースバイケースで一律ではないため。
- ・対応には特殊性があり、親戚や周りの人たちからは理解されにくい場合が多いこと。
- ・これから起きてくる事を予想するためにも、家族が勉強をして本人の先回りをする 必要があること。
- ・今までやってきた方法でいい結果が得られなかったのであれば、新しい方法を身につ ける必要があるため。

逆説的な言い方になりますが、電話相談では話を聞きすぎないようにします。話すだけですっきりしてしまうと、来所せずに、次に困ったときにだけ同じような電話をしてくることになるからです。

薬物相談をいつも受けているようなベテランであれば相談の仕方にも自由度が大きいで しょうが、薬物相談の経験が少ない相談者も多くいることと思います。第VI章に、よくあ る質問への対応例を示しました。

相談は、薬物依存者をどこに送るかの紹介業務で終わってしまっては不十分です。きちんと家族や本人を受け止めるやり取りが必要です。相手は、こちらを信頼できる専門家と感じなければ、紹介されたとしても紹介先につながることは決してないからです。

同時に、他施設や自助活動を紹介するにしても、相談員が普段からそれらの施設や自助活動をそれなりに知っている、あるいは、それなりの関係性を持っているかどうかということが非常に重要であることは言うまでもありません。

回復には信頼に根ざした関係作りが求められます。これには、相談者 - 相談員の関係もあれば、相談員 - 施設・自助活動の関係もあります。また、個々の事例においては、置かれた状況や依存症者の重症度などにより個々に異なった問題を抱えているため、一般論だけで対処することは困難です。したがって、来所につなげることが大切です。

2. 来所時に家族(本人)から得るべき情報

初回来所時には、事細かに情報を聞くことが重要です。後日、さかのぼって仔細を聞く ことはなかなかむずかしいものです。そこで、情報収集のためのチェックリストが必要に なります(付録 2。付録 2 は網羅的に作られています。必要に応じて簡略化ないしは項目を追加してください)。

① 家族全体に関する項目

- ・家族がどのようなことで困っているか、本人にどうなってほしいのか(具体的に)
- ・相談機関に対して何を期待しているのか
- ・ジェノグラム(家族の嗜癖・精神障害の有無・資源として使えるのは誰か)
- ・今回の相談に至った経路*
- ・今回の問題に関する家族の相談歴
- ・家族の本人への対応がどのようになされてきたか
- ・本人の回復に関する家族の動機づけの程度
- ・経済状況 (家族の経済状態・借金の有無等)
- ・薬物問題に関する家族の理解度
- ・家族の精神的混乱度
- ・その他

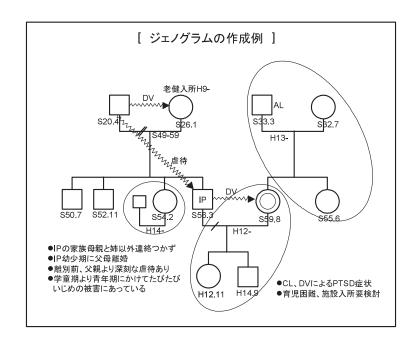
② 薬物使用者本人に関する項目

・本人の精神的現症

本人の現在の心理的状態を正確に診断するためには精神科医の面接評価が必要になりますが、家族との面接では、本人の心理面や行動様式の最近の変化についてできるだけ具体的に聞き取っておく必要があります。抑うつまたは躁的状態、ひきこもり、独語やその他の奇異な行動、妄想的言動の有無などのほか、摂食障害、自傷症候群(過量服薬、リスト・アームカットの反復)などについても確認する必要があります。併存障害の多くは「二重診断(Dual Diagnosis)」として、断薬作業と並行して精神科治療が必要になります。ダルクなどの民間社会復帰施設や自助グループなどの現場ではこれらに対する対応に手を焼いているのが現状です。

ジェノグラム

家族の構造(原則3世代まで)を図式化した上に、各個人や家族関係に関する重要な事項を記入したもの。婚姻状況、教育歴・職歴、家族メンバーのアルコール・薬物使用状況、精神疾患・身体疾患の家族歴、虐待や暴力等について書き込む。ジェノグラムを作成することにより家族内の問題がより整理され、また、その後の支援方法を検討する上でも役立つ。



・現在の身体的状態

身体疾患の既往や合併症の存在について確認する必要があります。覚せい剤の静脈注射による乱用歴がある場合には、ウィルス性肝炎(B型、C型)の合併率が高い現状にあります。具体的な疾患の把握が難しい場合でも、睡眠や食生活に関する規則性、最近の栄養状態や体重減少の有無などについて把握しておく必要があります。

・既往歴

一般的な身体的および精神科的既往歴について確認します。合わせて、発達障害の有無、とくに知的障害や学童期の多動傾向などの有無も可能な範囲で確認します。小・中学校時代の通知表などが参考になることもあります。一般的に、ADHD(注意欠陥多動障害)やアスペルガー障害などでは薬物乱用のリスクが高まります。同時に、それらに対する薬物治療歴(とくにメチルフェニデート投与の有無)についても確認します。

・教育歴、職業歴、婚姻歴、居住状況、経済的背景等の一般的な項目 教育歴(中退、卒業の別)、職業歴(最長でどのくらい続いたか)、居住状況(単身また は家族等との同居)、経済的にどの程度自立しているかなどについて確認します。

・交友関係

薬物使用開始前・後における交友関係、とくに薬物乱用者、非行グループ、暴力団関係者などとの交友関係の有無について確認します。

·司法矯正歴、現在の法的状態

これまでの補導・逮捕歴、矯正施設入所歴について確認します。薬物の所持・使用などによる薬物関連法規違反、薬物入手を目的としたり薬物使用下における違法行為、薬物使用に直接関連しない違法行為、などに整理して情報を得るとよいでしょう。何らかの違法行為やそれに準ずる反社会的行動が伴う場合、それらが薬物使用前からみられれば反社会的パーソナリティの存在が想定されますが、薬物使用後であれば薬物依存に関連した行動の可能性があります。

• 生活史的問題

現在の配偶関係、幼少時における親との離別体験、養育体験上の問題(虐待やネグレクトの有無など)、学校生活における問題(いじめ、不登校など)、家庭内暴力、家庭外での被害体験などについてわかる範囲で確認します。

·薬物使用歴

各薬物について、使用開始年齢、動機、使用の契機となった人物、最近の使用の有無、入手経路などについて確認します。最初に乱用した薬物、現時点で最も問題と考えられる薬物についても確認します。医薬品(処方薬、市販薬)については、原則的に治療を目的としない使用歴が対象となります。ただし、睡眠薬・抗不安薬の「常用量依存」のように、治療的使用と依存との区別が難しい場合は、その旨記載しておく必要があります。いずれかの薬物の依存状態が想定される場合は、乱用開始から依存に至るまでにどのくらいの時間(月または年)を要したかについて知ることができると、依存の重症度評価の参考となります。(この場合の「依存」の目安は「コントロール障害」とし、具体的には"いつ頃からハマッたか""コントロールが効かなくなったか"などと尋ねると良いでしょう。)

・他の嗜癖関連問題

薬物以外に、病的なギャンブルや買い物、反復する万引きや窃盗、窃視症(のぞき)などの嗜癖に関連した習慣および衝動の障害について確認します。

· 家族歷

家族の精神疾患、アルコール・薬物関連疾患、ギャンブル等の嗜癖関連問題について確認 します。

・治療歴

薬物関連問題あるいは併存する精神障害・身体疾患についての治療歴を確認します。薬物関連精神疾患の治療歴がある場合には、これまで利用したことのある病院内外の治療プログラム、ダルク入所・通所歴、自助グループ(AA、NA等)参加歴についても聞き取っておきます。

③ その他

(1) 総合的な評価

以上のような点を総合的に判断して、総合的評価を行います。

1) 本人の依存症重症度と現在のステージ

本人の薬物関連問題は、初期乱用の段階なのか(「乱用だけの乱用者」)、コントロール障害などから依存状態にあると想定されるのか(「依存に基づく慢性中毒のない乱用者」)、精神病性障害などの中毒性精神病の発症に至っているのか(「慢性中毒にまで至った乱用者」)といった点について評価します(p5図2)。依存状態にあると考えられる場合には、薬物の使用様態(使用頻度や使用量の増加、連続使用の有無など)、断薬の試みの既往、健康障害、薬物使用に基づく生活リズムの乱れや学業・職業上の問題、法的問題などから、その重症度についておおまかな見立てをしておくとよいでしょう。

2) 緊急性の評価 (暴力の有無・自殺や事故の危険性、急性精神病状態の有無など)

本人の暴力行為や自傷・自殺、薬物使用に関連した事故などの危険性が差し迫っている 場合は、緊急の対応が必要になります。状況の切迫度に応じて、家族から取締機関への通 報を促すことが必要になることもあります。また、急性中毒に基づく意識障害、錯乱状態や急性幻覚妄想状態、あるいは慢性の中毒性精神病の急性増悪などで、自傷・他害の危険が高いと思われる場合、あるいはそれに準ずる状態の場合は、地域の精神科救急システムへの導入も検討します。

3) 本人の薬物問題に対する家族の関与のあり方 一イネイブラー、共依存一

本人の薬物関連問題に関して、家族がどのように関わってきたのかを評価します。本人の問題に対して、「尻ぬぐい」や「転ばぬ先の杖」的行動による"イネイブラー"的役割を果たしてきたか、共依存関係が想定されるか、などについて検討します。共依存とは、相手に依存することで相手をコントロールしようとする人と、相手から依存されることで相手をコントロールしようとする人との間に生じるような、依存・被依存の嗜癖的二者関係をさします。

Ⅳ. 薬物依存症の治療とは

薬物依存の治療というのは、どこまでを治療というのかなかなか難しい問題を含んでいます。精神科病院では、薬物依存に随伴する急性・慢性の中毒症状や後遺症(精神病症状や認知レベルの障害等)に対する治療が中心です。

この10年くらいの間に精神科病院における治療の選択にある幅ができてきたように思います。それは、ダルク(DARC: Drug Addiction Rehabilitation Center)という薬物依存症からの回復のための自助的民間社会復帰施設が全国に広がっていき、かつその施設自体も地域により多様化していったことにより、ダルクと連携をとるかたちで、地域の精神科病院が治療の一時期を担うことが可能となったことによるようです。この事実は、これまでに「薬物関連問題に対する各領域の連携」という言葉で言い表そうとしてきた中身が少しずつ実践され始めているということを示しています。

精神科病院を中心に医療施設では急性期から離脱期の治療を集中的に行い、退院後の目標にダルクへの入所なり通所を設定できるということは、依存症者にとっても治療スタッフにとっても依存症からの回復プロセスを実感し、納得出来る目標となりえます。またこのことは、一般の精神科病院であっても依存症治療に対する一定の理解と経験がありさえすれば、その治療を引き受けることが充分に可能になったことも同時に意味しています。

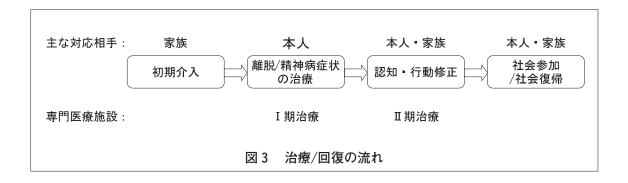
以前には「薬物依存症の専門治療施設」とはどのような内容の施設にすべきかということが重要な課題のように思われていたのですが、実はハード面で重装備な施設はそれほど多くなくてもよいわけで、一定の条件を整えていけば一般の精神科病院でも適切に対応することは可能であるということを示しています。

薬物依存症治療の考え方

(1)治療/回復の流れ

薬物乱用・依存症者本人とその家族の回復過程に関して、その流れを時期別に簡略に図 式化すると図3のようになります。

回復過程は、(a)初期介入の時期、(b)離脱/精神病症状の治療の時期、(c)認知・行動修正の時期、(d)社会参加/社会復帰の時期の順で進んでいくものと考えられます。アルコール依存症の場合と同様です。もちろん、すべての依存者が必ずしもこのような流れで順調に回復していくわけではありませんし、何度も失敗をくり返し、同じところを回っているだけの場合もあり得ます。



この回復過程の中で、留意すべき点が二つあります。

一つは、薬物依存症からの回復過程にあるといえども、薬物乱用という違法行為に対しては、常に司法・取締機関が関与し得るという点です。司法・取締機関は薬物依存症者の薬物乱用という「行為」に目を光らせます。一方、薬物依存からの回復をめざす治療機関は、薬物乱用という行為の基にある薬物依存という「状態」に常に目を向ける必要があります。

二つめは、各関係機関が対応する対象者には、本人だけでなく、そのご家族も含まれるということです(「ご家族の薬物問題でお困りの方へ」参照)。とくに初期介入や認知・行動修正、そして社会参加/社会復帰の時期の対象としては家族が重要で、そこがポイントです。以下に示した(a)~(b)という段階的な回復モデルは、その分類の仕方からして依存症者本人の回復という視点であるのが通常ですが、それと並行するように家族の回復も必要であり、その両者が車の両輪のように変化してこそ、回復が進んでいくとものと考えられています。

(a)初期介入

アルコール依存症の治療と同様に、薬物乱用・依存症者が自ら相談や治療に現れることは少ないわけで、まずは「最初に困ってやってきた人(FC: First Client)」に対して関わることから始めます。問題が起き始めたばかりの乱用だけの初期の頃や、家族の中に問題を感じとる健康さが不足している場合には、各領域の関係者がFCとなることもあります。児童虐待がらみや身寄りのない単身者(家庭崩壊が伴う場合を含めて)の場合がそうであり、対応に工夫を要します。

この時期には、現在目の前にある問題を整理し、家族(FC)自身の情緒面での安定をはかるとともに、薬物使用者本人(IP:Identified Patient)への対応の仕方をFCが学習することが必要になります。薬物使用者本人が来所しなくても、家族(FC)が変わることで、家族システムの変化が生まれ、結果的に薬物使用者本人が治療に参加してくるなどの変化を作り出すための介入の時期です。

(b)離脱/精神病症状(中毒症状)の治療

この治療には、異なる二つの病態の患者が想定されます。

一つは、図 2 (p 5) の「慢性中毒には至ってはいないが、依存に基づく乱用者」、ないしは、急性中毒状態として精神病症状・身体的症状を呈している患者です。二つめは、図 2 の「慢性中毒にまで至った乱用者」です。

「慢性中毒には至ってはいないが、依存に基づく乱用者」、ないしは、急性中毒状態として精神病症状・身体的症状を呈している患者の場合には、離脱(薬物を体から抜き去ること)が治療の主目標となります。同時に、C型肝炎などの感染症など身体合併症の治療を開始する時期でもあります。

このための入院期間には約1ヶ月間を要します。ただし、薬物乱用・依存症者本人が非常に困っている時期でもありますから、単なる離脱に終わらせず、「薬物をやめなくては生きていけない」と感じる「底つき体験」という治療への動機を高めるための作業(次のステップへの導入準備)も大事になります。この場合の「底つき体験」とは、あくまでも当人の主観的な体験であり、死にそうになるからとか、刑務所に行くからとかいう客観的な大変さとは必ずしも一致せず、またこちらが強いるものでもありません。

「慢性中毒にまで至った乱用者」の場合には、慢性化した精神症状(幻覚・妄想など)の消失を治療目標とします。本来、そのような事態を離脱と呼ぶのは正確ではありませんが、多くの場合、そのような精神症状は、向精神薬の投与により1~2ヶ月程度で消失し、症状消失と併行して「薬物をやめなくては生きていけない」と感じる「底つき体験」を通して、治療への動機づけを深めるための作業が始まりますので、そのような治療時期も、ここでは離脱期に連続する同じ時期として扱うことにします。

離脱/精神病症状の治療においては、多くは精神科閉鎖病棟が利用され、スタッフによる動機づけを強化するような対応がなされます。一方、入院治療に関する本人の同意が得られず、外来で対応することもありますが、その場合には、さまざまな逸脱行動への対処の仕方を明確にしておく必要があります。経過によっては、外来での治療継続が困難になるので、どのような場合に入院治療に導入するかなどの枠組みを、あらかじめ本人・家族と確認しておく作業が重要になります。

この離脱と精神病症状(中毒症状)治療の時期(I期治療)は、薬物乱用・依存症者がその薬物からの離脱・精神病症状の体験をどう将来に活かせるかでその後の流れが変わってくる重要な時期になるわけです。

ただし、ケースによっては、警察により逮捕・補導され、結果的に警察署内で離脱が行われることもあります。そのような場合には、この時期からダルクなど本来社会復帰の段階で連携することになる社会資源との連携を開始することが必要になります。

(c)認知・行動修正

薬物依存そのものに対する治療を始める時期です。離脱のところでも述べましたが、「薬物をやめなくては生きていけない」と感じる「底つき体験」を契機として、治療への動機が固まってくることが多いので、何が底をつかせる要因となるのかその人固有の問題を見極めることが求められます。多くの場合に、関わる側がそういう意識を持ちながらも焦らずにじっと待てることと、必要な時にタイミングよく介入できることが大切ですが、ここが現実では難しいのです(タイミングが分からなければ、ただ放っておいただけの対応にもなり得るからです)。

薬物専門医療施設における入院治療においては、この時期の治療を**Ⅱ期治療**として、認知・行動修正や、薬物渇望への対応が図られます。具体的には、薬物乱用・依存がもたらす各種の害をテーマとする教育プログラムや、集団精神療法としてのミーティング、認知行動療法などのプログラムが実施されます。もちろん併行して、家族へのプログラムも行われます。

薬物探索行動というのは生物学的な基盤のある事態ですが、薬物使用をやめること (断薬)の継続には日常的な行動の変更が必要です。そのためには心理・情緒面での 安定が不可欠です。行動修正というのは、薬物探索行動の修正とともに、生活全般に わたる認知・行動面の修正を含んでいるので簡単ではありません。

ここでは、とくに家族教育の大切さを確認しておきたいと思います。家族教育は次 のことを目標に行われます。

まず、家族は余裕をなくし疲弊しているのが通常なので、①心身両面での安定が優先されます。相談に行った途端に「そんなことをやっているからダメなんだ」などと怒られたりしては、援助を求めてきた家族の意欲をそぐことにもなりますので、まずは状況をよく聞いて把握します(第Ⅲ章参照)。

つぎに、②薬物乱用・依存とその状態からの回復についての適切な知識をもてるように伝えます。家族の疲れた様子は、これまでにどれだけ頑張ってきたかを如実に示しています。「なんとかやめさせよう」という方向での常識的な対応が知らず知らずのうちに泥沼に入っていく有り様が見えてくるようです。そんな家族の気持ちをくみながらも、問題の所在をきちんと伝えることが大切です。

その結果、③薬物乱用・依存症者に対しての正しい対応の方法を身につけることを

めざします。自らの悪戦苦闘が無効であるどころか、逆に本人の薬物乱用行動を支えていたことに気づく家族は少なくありませんが、頭で分かっているだけではその後の家族の日常行動は変化しません。具体的な場面に応じたアドバイスを継続して行っていくことが大切になります。これらのことは次の段階でも継続されます。

(d)社会復帰もしくは社会参加

この時期は、これまでの生き方からの変更を定着させていく時期にあたります。

現在の精神医療制度は、統合失調症を中心とした幻覚や妄想などの精神病性障害への対応に向けて作られている感は否めません。しかし、薬物依存症という障害は、医療だけで対応しきれる障害ではありません。それにもかかわらず、これまでは精神科病院が離脱から社会復帰までを抱え込もうとしてきた歴史があります。そもそも、「麻薬及び向精神薬取締法」における措置入院では、入院期間の延長については1ヶ月ごとに審査があり、しかも最長でも6ヶ月を越えないものとされているのです。しかし、覚せい剤依存症の場合、精神病症状(幻覚・妄想など)の症状が消失しているにもかかわらず、精神科病院における入院期間が6ヶ月を越えるケースが少なくないようです。これは、精神科病院が離脱から社会復帰までを抱え込もうとする現れであると同時に、薬物依存症患者を処遇する精神科病院以外の社会資源がほとんどない現状の表れでもあります。

この十数年間のうちに、薬物依存症治療もしくは回復の流れの中での自助活動(ダルク、NA:Narcotics Anonymous)の占める位置は大変重要なものと考えられるようになってきました。既に、薬物依存症治療における医療機関と自助活動とは車の両輪のような関係になっています。とはいえ、薬物依存症者が自助活動にめぐり合い、かつ、そこに定着するためには、専門家としての工夫や作業が不可欠です。ただし、このことは医療機関の専門家が自助活動に全面的に依存する、もしくは自助活動に丸投げするということを意味しているのではありませんので、決して誤解のないようにして下さい。薬物依存症からの回復のために医療が提供できるサービスには限界があり、自助活動が提供できるサービスにも限界があります。限界を持った双方が、その限界を自ら認めながら、自分たちが提供できないサービスに関しては、それを提供できる人たちに対応をお願いするという連携が重要なのです。薬物依存症からの回復過程には、「自立」「仲間」「親しみ」「愛」などの言葉で表現されるような、理屈とは違った感性的な要素が重要な治療要素になります。これらの要素に関して、自助活動は医療機関では提供できない大切なものを、自らの体験を通して、当事者にうまく伝えてくれるのです。

(2) 医療と司法とのあいだにある問題について

薬物依存症者の中でも、まったく医療を経由せずに回復に向かうケースがあります。その中には、相談機関や自助活動などが関与して、うまく回復に向かって流れる場合も含まれます。しかし、ここでは医療モデルに基づいて、治療の進み方を考えてみたいと思います。その際、必ずといってよいほど生じる問題として司法的問題があります。関わるべきは医療なのか司法なのか、それともいずれもかという選択を迫られることがあるのです。

(a)医療において入院治療を必要とする場合

入院の要否についての判断を下すのは、あくまでも医師に限られます。しかし、薬物使用者本人に必要な医療的処遇についての見通しを、家族や本人、あるいは関係機関に対して伝えなければならないケースはしばしば生じます。ここでは、薬物関連精神障害における一般的な入院適応について述べておきます。

状態像により、以下のような場合が考えられます。

① 精神病状態にあるとき

精神病状態が想定される場合は、入院の必要性が高まります。精神病状態は、薬物の急性中毒、慢性中毒として出現し、薬物使用の経過中、いかなる時点においてもみられる可能性があります。

(i) 急性中毒状態

急性中毒は、薬物使用中あるいは使用後まもなく出現し、情動不穏、錯乱、パニック、幻覚・妄想状態などがみられ、せん妄様の意識障害を伴うこともあります。重症の依存症では、頻回の過量摂取により急性中毒エピソードを反復する例もあります。また、薬物の急性効果に伴う抑制欠如、認知・判断力低下のもとで行われる自動車の運転や機械の操作などの危険な行為、あるいは性的逸脱行動、異常な摂食行動、自傷行為などを繰り返すケースでは、入院治療の必要性がさらに高くなります。

(ii) 慢性中毒状態

慢性中毒は、長期使用者にみられることが多く、幻聴や被害妄想などを中心とする 幻覚・妄想状態がみられます。一般に、薬物使用が長期化するほど、より少量の薬物 使用で精神病症状が再燃しやすくなります。また、覚せい剤精神病では、断薬を続け ているにもかかわらず精神病症状が数ヶ月から年余にわたり持続するものもあり、統 合失調症と同様の医療的対応が必要になることもあります。

(iii) 入院形態

上記のような急性・慢性の中毒性精神病状態では、非自発的入院が必要となる場合が多くなります。また、精神病状態による自傷・他害のおそれが高いときは、精神保

健福祉法上の措置入院が必要となりますので、その場合は行政の担当者と連絡をとり、措置診察の手続きを進めることになります。

なお、精神病状態の入院治療においては、急性期の治療が終了した後に、依存症に 焦点をあてた治療プログラムを実施するのが一般的です。依存症治療に入る際、あら ためて、治療への動機付けを確認し、治療契約を結ぶのがよいでしょう。

② 明らかな精神病状態はないが外来では断薬が難しいとき

(i) 入院治療を検討すべき場合

幻覚・妄想症状を中心とする精神病状態は明らかではないが、依存症候群のために外来での断薬が困難な場合に、入院治療の検討が必要なことがあります。たとえば、身近に薬物使用者がいたり、家族関係に問題があるなど、薬物使用に関連した人間関係や生活環境を変えることが難しい場合では、一時的に環境を変えて、薬物からの離脱を図ることが必要になります。また、精神安定剤・睡眠薬などの医薬品の依存症で、本人には断薬の意志がある場合も、自発的入院治療を検討します。これらの鎮静系医薬品では身体依存が形成されるため、急激な減量によりせん妄やけいれん発作などの重篤な離脱症状が出現する可能性が高いので、十分に心身の状態を管理できる入院環境での離脱を図ることが必要です。

(ii) 入院形態

精神病状態を伴っていない場合は、任意入院による自発的な入院治療が原則ですので、本人の断薬意志が大前提です。これが稀薄な場合は、入院にあたって十分な動機付けの作業が必要です。動機付けが難しい場合は、当面の入院治療は見合わせる必要もあります。一般的には、入院前半(4週間程度)で薬物からの離脱を図り、その後、依存症からの回復のための治療プログラム(図3でいうⅡ期治療)が行われます。

(iii) 家族への対応

ここで、注意しておきたい点があります。家族によっては、「入院で依存症をすっかり治してほしい」との強い要望が出される場合があります。その背景には、入院治療に対する万能視や、逆に長期に入院させることで(表現は悪いですが)「厄介払いしたい」という心理が見え隠れします。このような場合、入院はあくまでも薬物を入手出来ない環境の提供であり、本人自身が断薬し、自らの問題を冷静に振り返り、今後の治療への決意を固めやすい環境の提供に過ぎないことを、本人、家族に十分伝えておかなくてはなりません。そして、本人の入院治療と同時に、家族自身も治療プログラムに参加することを強く促します。

(b)刑事・司法的対応が必要な場合

違法薬物の使用が明らかであるにも関わらず、本人の治療への動機付けが乏しいために、なかなか医療機関への受診や入院へとつながらない場合、あるいは、医療機関につながっていても、治療意欲が乏しいまま、薬物使用が続いている場合があります。もちろん、家族に対しては粘り強く相談継続を働きかけ、介入の機会を待つ必要がありますが、ときには、まずは刑事・司法的対応を優先した方がよい場合もあります。それは、中毒性精神病状態や強い薬物に対する渇望により、他害行為が発生している、もしくはそうした危険が切迫している場合、あるいは、このまま薬物を使っていると本人の切迫した生命の危険がある場合です。このような場合は、まず家族や周囲の関係者から取締機関へ通報してもらうよう伝えます。

この際、刑事・司法機関と医療機関が連携して対応することもあります。たとえば、覚せい剤の中毒性精神病による幻覚・妄想などにもとづく行動異常が著しいときには、警察による保護を経て、措置入院などにより精神科医療機関にて入院治療を受け、その後に改めて覚せい剤取締法で逮捕されるということもあります。

上記以外の場合でも、刑事・司法的対応を選択することがあります。それは、本人自身に薬物依存症であるという自覚がない場合、薬物使用によってもたらされている現実的問題に直面化させるためには、まず刑事・司法的対応を受けることが効果的だと考えられる場合です。ただし、ここで注意しておかねばならないのは、刑事・司法的対応は依存からの回復のきっかけに過ぎず、薬物依存症の治療そのものではないということです。刑事・司法的対応は、「本人に『このままクスリを使いながら生きていくことはできない』という現実的問題を突きつけること」、「しらふ(クスリの抜けた状態)で、これから先の生き方について考える時間を作ること」、「家族が本人の治療を支援する体制作りをする時間を手に入れること」という点では、大きな意義があります。しかし、たとえば1年半刑務所にいたからといって薬物依存症が治っているわけでも、軽症になっているわけでもないということを本人、家族及び関係者に説明しておくことが重要です。したがって、法的責任を果たした後に、どのような治療につなげていくかが最も肝心なことです。

薬物依存症患者に対する刑事・司法的対応を進める場合、家族、医療機関、刑事司 法機関のそれぞれが、「自分には何ができて、何ができないのか」を理解しているこ とが大切です。しばしば家族は、「後で本人から恨まれるのではないか」「本人の将来 に取り返しのつかない傷がつくのではないか」などの不安や躊躇を感じ、それが必要 であるにもかかわらず、刑事・司法的な対応が遅くなってしまう傾向があります。ま た、本人が通っている医療機関の職員は、取締機関から診療情報の提供などを求められた際に、守秘義務とのジレンマに悩んだり、あとで本人に恨みをかうのではなどの 危惧を抱くこともあるかもしれません。一方で、医療機関への受診によって刑事手続 が中断してしまい、医療者側からその継続を要請する必要が生じる場合もあります。

医療機関の職員は、本人との治療関係のできるだけ早い段階で、本人と家族が同席する場面で、「医療機関で出来ることと出来ないこと」について十分説明し、理解していただくことが理想的ですし、また、その必要があります。その話の中では、特に、「本人の薬物乱用という違法行為自体を取締機関に摘発された場合には、医療機関としては法を遵守するだけであり、本人に対する特別な配慮をする立場にはない」ということを本人や家族に明確に説明しておく必要があります。これらのことは、治療的介入の初期に枠組をつけておくということであり、むしろ本人にとっては治療的とさえいえる場合が少なくありません。なお、医療機関の職員は、日頃から、刑事・司法機関の職員と接触する機会を捉えて、それぞれの職務と限界を整理しておくことが大切でしょう。

薬物依存症の治療というのは、回復への流れを見据えつつ、いろいろなアクシデントに遭遇しつつも、適切な処遇をマネージメントし、個々の薬物依存症者に必要な治療をタイミングよく提供することだと考えられます。家族は本人の薬物依存症に苦しみ、家族はややもすると「薬物依存症は病院で治るのか? それとも刑務所か?」というように、どこか1箇所で「魔法のように」薬物依存症が治ることを期待しがちです。しかし、現実には、どこか1箇所で薬物依存症から回復するということはあり得ないことです。むしろ通常は、医療機関や刑事・司法機関を行ったり来たりしながら、「三歩進んで二歩下がる」というかたちで回復に向かっていくものなのです。

V. 知っておくべき法律

薬物依存症者を含めて、精神障害者に関する法律としては「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」があります。ただし、薬物関連障害者に関しては、それ以外にもいくつかの法律を知っておく必要があります(表2)。

その中でも、特に重要な事柄は、医師の届出義務です。

1. 「麻薬中毒者」に関する届出義務

「麻薬中毒者」の取り扱いについては、 「麻薬及び向精神薬取締法」により、医師に対する届出義務と措置入院制度が規定されています。また、診断の方法及び診断基準が「麻薬及び向精神薬取締法施行令」によって規定されています。

そもそも、「麻薬」とは、「麻薬及び向精神薬取締法第二条第一項」によって定められた薬物の総称であり、主にヘロイ

表2 薬物関連障害に関係する法律

- 1. 麻薬及び向精神薬取締法
 - ・麻薬:ヘロイン、コカイン、LSD、MDMAなど
 - ・ 向精神薬:精神安定剤、鎮痛剤など
- 2. 覚せい剤取締法
 - ・メタンフェタミン、アンフェタミンなど
- 3. 大麻取締法
 - ・乾燥大麻、大麻樹脂など
- 4. あへん法
 - ・けし、あへん
- 5. 毒物及び劇物取締法
 - ・有機溶剤など

ン、コカイン、LSD、MDMAなどのことを言います。

「麻薬中毒者」とは、「麻薬中毒の状態にある者」(「麻薬及び向精神薬取締法第二条第二十五項」)を指します。ただし、この法でいう「中毒者」とは、本書の第 I 章で説明した麻薬による急性・慢性の薬物中毒を呈している者のことではなく、麻薬への依存症候群を有する者に対する法律用語であることに留意する必要があります。

この「麻薬中毒者」に対しては、「麻薬及び向精神薬取締法第五十八条の二」に基づく **『医師の届出義務**』が生じます。

同じ依存性薬物でも、覚せい剤、大麻、あへんは、「麻薬及び向精神薬取締法」で規制 されているわけではなく、それぞれ「覚せい剤取締法」「大麻取締法」「あへん法」で規制 されているため、「麻薬」ではありません。

しかし、大麻及びあへんは、薬物自体はそれぞれ大麻取締法、あへん法で規制されていますが、これらの薬物への依存症者は「麻薬及び向精神薬取締法第二条第二十四項及び第二十五項」により「麻薬中毒者」として扱われ、麻薬の依存症者とともに、「麻薬及び向精神薬取締法第五十八条二」における「麻薬中毒者」として『医師の届出義務』の対象者

となります。

なお、覚せい剤、有機溶剤に関しては、届出に関する規定はありません。

また、この「麻薬及び向精神薬取締法」は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に実際上は優先するようです。

以下に、実務上重要となる法規定を列挙しますが、医療従事者はそれらを熟知する必要 があります。

2. 「麻薬中毒者 | に対する措置

1) 医師の届出義務

医師の届出義務は、麻薬及び向精神薬取締法:第五十八条の二により規定されています。

麻薬及び向精神薬取締法:第五十八条の二

医師は、診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、 年齢、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(居住地がないか、又は居住地が明らかでな い者については、現在地とする。以下この章において同じ。)の都道府県知事に届け出なければならない。

ここで言う「診断」とは、麻薬中毒者すなわち依存者であることの確定診断を意味します。また、都道府県知事への届出義務であることを理解する必要があります。実際上は、各都道府県の薬務担当課への届出になります。したがって、警察署への通報義務ではありません。つまり、麻薬及び向精神薬取締法における届出の本来的意味は、麻薬中毒者(依存症者)に対する医療的保護にあります。この点はしばしば誤解されているので、注意が必要です。

2) 「麻薬中毒者 | 等の診察

同法では、麻薬中毒者に対する診察について、以下のように規定しています。

麻薬及び向精神薬取締法:第五十八条の六

都道府県知事は、麻薬中毒者又はその疑いのある者について必要があると認めるときは、その指定する精神保健指定医をして、その者を診察させることができる。

- 2 前項の場合において、精神保健指定医は、政令で定める方法及び基準により、当該受診者につき、麻薬中毒の有無及び第五十八条の八の規定による入院措置を必要とするかどうかを診断し、かつ、同条の規定による入院措置を必要と認める場合には、当該麻薬中毒者につき、同条第六項の規定による入院期間の決定が行われるまでの入院期間として、三十日を超えない範囲内で期間を定めなければならない。
- 3 精神保健指定医は、第一項の規定により診察を行うため必要があるときは、当該受診者に対して、診察を行おうとする場所に出頭を求め、又は必要な限度において、診察を行う場所にとどまることを求めることができる。

- 4 都道府県知事は、第一項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち会わせなければならない。
- 5 精神保健指定医及び当該職員は、第一項及び前項の職務を行うため必要な限度において、当該受診者 の居住する場所へ立ち入ることができる。
- 6 第五十条の三十八第三項及び第四項の規定は、前項の立入りについて準用する。
- 7 精神保健指定医は、第一項の規定による診察を行う場合には、受診者の名誉を害しないように注意し、 かつ、受診者に対して、第二項に規定する事項に関し意見を述べる機会を与えなければならない。
- 8 (略)

麻薬及び向精神薬取締法:第五十八条の七

精神保健指定医は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十九条の四に規定する職務を行うほか、公務員として都道府県知事が指定した前条に規定する職務を行うものとする。

つまり、医師からの届出に基づき、都道府県知事が必要だと認めたときには、精神保健 指定医一名による診察(麻薬及び向精神薬取締法による鑑定)が行われます。その診察 は、入院措置の要否を判定するものであり、入院が必要だと認められた場合には、その入 院期間は三十日以内に制限する必要があります。

3) 入院措置

以上により当該患者が「麻薬中毒者」であり、入院なくしては再乱用のおそれが著しい と認められた場合には、麻薬及び向精神薬取締法第五十八条の八が適用になります。

麻薬及び向精神薬取締法:第五十八条の八

都道府県知事は、第五十八条の六第一項の規定による精神保健指定医の診察の結果、当該受診者が麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性行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たときは、その者を厚生労働省令で定める病院(以下「麻薬中毒者医療施設」という。)に入院させて必要な医療を行うことができる。

2~8 (略)

8 第六項の規定による入院期間は、当該措置入院者の入院日から三月をこえることができない。

4) 麻薬依存症治療のための麻薬使用の禁止

わが国では、薬物依存症の治療のためとはいえ、麻薬及び向精神薬取締法第五十八条の 八第一項の規定による「麻薬中毒者医療施設」でのメサドン使用以外、同法第二十七条第 四項により、麻薬依存症治療のために麻薬を使用することは禁じられています。

麻薬及び向精神薬取締法:第二十七条第四項

麻薬施用者は、前項の規定にかかわらず、麻薬又はあへんの中毒者の中毒症状を緩和するため、その他 その中毒の治療の目的で、麻薬を施用し、若しくは施用のため交付し、又は麻薬を記載した処方せんを交付 してはならない。(以下、略)

5) 入院期間の延長

症例によっては、治療に三ヶ月間以上を要する場合もありますが、その際の入院期間の

延長は、麻薬及び向精神薬取締法第五十八条の九により規定されています。ただし、六ヶ 月を越えることはできないことも規定されています。

麻薬及び向精神薬取締法:第五十八条の九

前条第六項の規定による入院期間は、当該措置入院者の入院の日から六月をこえない範囲内で、毎回二月を限度として延長することができる。

2 (略)

薬物依存症患者の対応に当たっては、医療従事者は以上の法律にも配慮する必要があります。

VI. 相談を受ける際に役立つQ&A

1. 家族からよく尋ねられる質問

Q1-1:薬物を使用して暴れているが、どうしたらよいですか? 入院させてもらえますか? それとも、警察に連絡をした方がよいのでしょうか?

まず、最寄りの保健所、もしくは各都道府県にある精神保健福祉センターに相談してみましょう。その上で、薬物乱用の影響がどのような程度であるかを見きわめることが大切です。もちろん、地域の精神科病院に直接相談しても結構ですが、その場合、病院によっては「薬物」と聞いただけで断られてしまうことがあるので、薬物関連問題に対応する病院(たとえば、アルコール依存症の治療経験が豊富な病院など)を知るためには、保健所や精神保健福祉センターに相談することが役立ちます。

もしも、幻覚や妄想などの精神病症状があるのであれば、入院治療を検討する必要があります。たんに急性中毒による精神病症状であれば、薬物使用を止めることにより数日で消失するのが普通ですが、なかには覚せい剤を止めて数日から数週を経過しているのに、精神病症状が消えないことがあります。このような慢性中毒の場合には、本人が治療を希望するか否かにかかわらず、入院治療を要する可能性が高まります。本人に断薬(薬物を止めていくこと)したいという意志があるならば、精神病症状の有無にかかわらず依存症治療への導入を行います。

なお、興奮等が激しく、自身や周囲に危害をもたらしそうなおそれがあれば、警察への 連絡を躊躇すべきではありません。

また、暴力のレベルを査定し、家族の安全が著しく脅かされていると判断した場合には、家族とそのための具体的な対策について話し合うことも重要です。具体的にというのは、暴れて手に負えなくなったらどこに助けを求めるか、一時避難の場所をどこにするか、などということです。暴れている最中は、家族が冷静に判断行動することが難しいので、助けを求めることができる病院、近隣の警察に予め事情を話しておく、親戚に事情を話し、緊急の避難場所を確保しておくなど、次の暴力に備えた事前の対策を決めておくのがよいでしょう。暴力に対して、家族は「あまんじる」姿勢や、逆に、「受けてたつ」といった対応をとってきていることが多いのですが、このような対応は、家族関係の悪化、薬物問題の深刻化、事故の可能性を高めるだけで良い結果を生みません。「自分の身を守る」「逃げる」ことを徹底して指導するようにしましょう。

家族と本人が話し合いをもてるような状況であれば、薬物使用の影響が消失し、本人の

精神状態が落ち着くのを待って、話し合う準備をします。家族と本人の関係性はこじれていることが多いので、誰がどのタイミングで治療に関する話を持ち出すのがよいか、相談者と家族は事前に打ち合わせておくことが大切です。本人が嫌がらなければ、本人にも相談の場に登場してもらうことも考えましょう。

Q1-2:薬物使用で警察に補導されたが、どうしたらいいでしょうか?

少年の場合、大抵、本人を引き取ってくれるよう、警察から家族に連絡が入ります。相談を受けた者は、今後薬物に関連した問題が起こった場合の対応について、相談者とよく話し合っておく必要があります。また、補導・逮捕は当事者を治療に導入する重要なチャンスでもあります。この二点について、相談者と話し合いましょう。

子どもの年齢が高ければ、その年齢にふさわしい社会的責任を取らせることも考えるべきですが、親の立場としては、なかなかその勇気が出にくいものです。子どもがかわいそうだという気持ちと、親の自分にそうさせてしまった責任があるのではないだろうかという自責の気持ちを持っていることが多いからです。それだけに、補導や逮捕は、親子関係を見直したり、本人の薬物問題という現実に親としてどのように向き合うべきかを考えるよい機会です。家族自身にも、家族会や家族教室に参加することを勧めてみましょう。

Q1-3:子どもが薬物乱用仲間のところへ行ってしまって、家に戻ってこない。帰ってきても夜遅くであり、注意すると怒鳴ったり暴力をふるったりして手がつけられない。なんとかして縁を切らせることはできないでしょうか?

薬物を乱用している最中や薬物の影響が強い状態のときには、どんなに家族が親身になって対応しても反発することが多いものです。薬物の影響がなくなって、本人と落ち着いて話せそうなタイミングを見つけるよう、家族に指導しましょう。

その際には、家族は、本人の薬物使用を直接非難することはできるだけ避け、薬物乱用による健康や生活上の問題について心配しているという親の気持ちを素直に伝えることが大切です。また、興奮や暴力などのために、一緒に生活していけない状況であれば、その旨をきちんと家族から本人に伝えることが必要です。ただし、こうした話をたんなる「脅し」のつもりでするとかえって反発や暴力を誘発することが多いので、「言ったことは実行する」「実行できないことは口にしない」という原則も家族に指導しましょう。

いずれにしても、両親で十分に話し合っていただき、親としての気持ちをかためるよう 指導すると同時に、家族が適切な決断と実行が行えるよう、その過程に寄り添うのも援助 者の大切な役割です。

Q1-4:病院に相談しても、本人を連れて来なければ話にならない、といわれていて、どうにもなりません。

乱用者本人が自ら治療を受ける気になるためには、「底をつく」ことが必要なので、まず家族が、本人をうまく「底つき」に導く方法に習熟することが大切です。「このままではやっていけない。薬物を止めるしかない」と感じ、本人なりに底つき感を抱いたときにはじめて、薬物依存症者本人が医療機関に登場するようになるのです。

最初のうち本人が病院に行こうとしなくとも、薬物使用により起きている悪い結果を、 家族が肩代わりしないで、きちんと本人に返していくという親としての姿勢を貫きなが ら、家族自身が精神保健福祉センターの家族教室や家族の自助グループに参加し、参加し 続けることの重要性を指導しましょう。

家族自身が教育を受けることによって、本人への対応が変わり、その結果、本人にも変化(底つき)が生じ、本人自身による相談へとつながることが可能になります。

Q1-5: 息子の身体がどんどん痩せていくが、このまま放っておいて大丈夫でしょうか? 心配です。

「あなたの健康をたいへん心配している」という気持ちを素直に本人に伝えることが大切です。どうしても上手く話せない場合には、手紙を書くという方法もあります。難しいことかもしれませんが、何よりも家族の本人を思う気持ちが伝えられることが望ましいのです。混乱したときには親の方もなかなか気持ちの整理がつけられないものですし、自分たちの考え方や対応に自信ももてません。まず、家族自らが直接専門家に相談したり、自助活動に参加して、依存から回復するということがどういうことなのかを理解し、回復(本人だけではなく、家族自身の回復も必要です)の希望を持つことです。

Q1-6:本人が仕事(勉強)もせずにぶらぶらと一日中薬物を使いながら過ごしている。
でも、誰に相談したらいいか分かりません。

精神保健福祉センター、保健所、医療機関、警察などに相談窓口があります。ただ、医療機関の場合には本人が受診しなければ対応してくれないことが多いですし、警察の場合には、できれば逮捕などの司法的対応を避けたいという、親なればこその気持ちから躊躇してしまうことでしょう。その意味では、まずは、精神保健福祉センターや保健所に相談してみることを勧めましょう。

学生の場合には、学校に相談するという選択肢もないわけではありませんが、学校によっては「薬物使用」はただちに退学となってしまうこともあります。ですから、親として

は、学校に相談するかどうかを決める前に、まずは子どもが通っている学校が薬物問題に 対してどのようにとり組んでいるかを知る必要があるでしょう。

いずれにしても、親としては焦らずじっくりと腰を据えて対応する姿勢が大事です。

また、暴力がないからといって、Q1やQ3のケースよりは「軽い」と考えてはいけません。薬物依存症であることに違いはありません。Q1やQ3での対応法を指導しましょう。

Q1-7:薬物を乱用していた仲間がみんな捕まったが、私たちが引き取りを拒否したために、自分の子どもだけが少年院にいくことになって、恨まれています。間違った対応だったのでしょうか?

目先の情勢だけではどの判断がよかったのかどうかは分からないものです。自分の子の将来を長い目で見てやることが大切であることを説きましょう。現実に少年院に行くことが必要だという判断がなされるには、長期の乱用・依存の歴史があったり、もしくはその他の犯罪を伴っている場合がほとんどなわけですから。

家庭裁判所の調査官との根気強い話し合いが重要です。

Q1-8:「運転免許をとらせてくれたら薬物を止めるから、金をくれ!」というが、いうとおりにお金を出せば薬物を止めてくれるのでしょうか?

車の運転免許をもつというのは、少年にとって数少ないアイデンティティに繋がる重要な関心事のひとつです。つまり、免許をとって車を持つことが、多くの少年にとってはひとつのあこがれ、ステイタスであり、大人への入り口であるといえます。

しかし、このような状況で本人の言うままにお金を渡すことがはたして適切でしょうか。その意味を両親がよく話し合い、意志を統一して協力して臨む姿勢が重要です。

借金の場合も同じ事ですが、親が免許証取得のためのお金を出してやって、その後、本人の薬物使用がぷっつり止まったという話はまず聞きません。したがって、本人の要求をかなえても、その約束が守られるとは考えない方がよいでしょう。そもそも、薬物使用をやめることと、運転免許を取ることは別の話のはずです。「~してくれたら薬物をやめるから」という本人からの依頼に応じたり、「~してあげるから薬物をやめてちょうだい」と交換条件を持ちかけたりという対応はしないのが基本です。このような約束はまず守られることはありません。そのことをふまえたうえで、よく話し合ってみるよう指導しましょう。

Q1-9:もう私自身が参ってしまいそうです。いっそのこと殺してしまいたい!と思うこともあります。どうしたらいいのでしょうか?

今は何よりも、そんな風にせっぱ詰まってしまった親御さんが自分自身を救うことが必要です。そのためには、家族自らが自分たちの悩みを相談できる相手が必要です。家族の中だけで問題を抱え込み、家族が孤立してしまえば、ますます本人の状態に一喜一憂してふりまわされ、状況は悪化するばかりです。同じような悩みを抱えている家族は、あなた方だけではないことを説きましょう。精神保健福祉センターや自助活動の家族会に足を運ぶよう勧めましょう。一般的には、まず、本人と親御さんとが物理的にも精神的にも距離をとることが大切です。そのためには、共依存やイネイブリングの概念を含め、依存症と家族の関係について理解してもらうことが必要です。

Q1-10:本人の部屋から、薬物らしきものがゴロゴロ出てきて動転しています。どうしたらよいでしょうか?

家族としてはこの物質が何なのかということが最も気になるところですが、その心配に 共感しながらも、本当に大切なことはこの機会を問題解決のための良いきっかけにするこ とであるという方向に、視点の転換をはかります。

冷静になって、本人と今後のことを話し合いましょう。うろたえたり言い争ったりして、際限のないイタチごっこになってしまうことがないように指導しましょう。

また、実際にその物質の同定が必要になる場合もあります。そのような時には、各都道 府県の薬務担当課に相談することをお勧めします。

Q1-11: 「もうおまえを家に置いておくことはできない!」と叱ってみますが、子ども は逆ギレして怒鳴り散らし、薬物を買いに行ってしまいます。どうしたらよい でしょうか?

脅かすことで薬物を止めさせようと考えているのであれば、それは無理なことです。本人の状態によっては逆効果になりますし、何度も何度もくりかえしているうちに、親のいうことは口先だけなんだと考えるようになります。「言ったことは実行する」「実行できないことは口にしない」という原則を指導しましょう。

もしも本気で一緒に暮らせないと考えるならば、親自らが家を出て行くことも考えなければならないかもしれません。そのようにして本人をひとりにして、自分自身の引き起こしている問題に直面化させる時間を与えることも、本人を「底つき」に導くことがあります。もちろん、別れて暮らさなくても、本人の尻ぬぐいをしないようにすることで、「底

つき」に導くことができれば、それに越したことはありません。そのためには、精神保健 福祉センターでの相談と家族教室、家族の自助グループへの参加を通して、対応に関する 知識を習得し、家族が多少とも心の余裕を持てるようにするための努力が必要なのです。

Q1-12: 「あの子さえ薬物を止めてくれれば、この家もうまくいくのに……」と思って しまいます。

これまで、子どものためと思って、何とかして薬物を止めさせようと必死にやって来たのに、結果は、子どもはますます薬物にのめり込んでいってしまったのではないでしょうか? 親の思惑がことごとく裏目に出てしまったのは、なぜだったのでしょうか?

よくある理由のひとつに、子どもが薬物乱用の結果として起こした様々な不祥事や不始 末の尻ぬぐいを親がし、子どもが薬物を使わないようにと、転ばぬ先の杖を出したりする こと(イネーブリング)があげられます。あるいは、イネーブリングに気づきながらも、 子どもの薬物問題に振りまわされるあまり、自分たちの対応や生活を変える余裕をなくし ていた可能性が考えられます。

家族の中だけで問題を抱え込み、家族が孤立してしまえば、ますます本人の状態に一喜 一憂してふりまわされ、状況は悪化するばかりです。同じような悩みを抱えている家族 は、あなた方だけではないことを説きましょう。精神保健福祉センターや自助活動の家族 会に足を運ぶよう勧めましょう。

Q1-13: 息子が薬物をやっていることを知りました。私たちの育て方が原因なのでしょうか?

世の中に完璧な親はいません。こどもの育て方に何か問題はあったかもしれませんが、 それだけで子どもが薬物を乱用するわけではありません。むしろ親は一番身近で影響力の ある援助者であることを説きましょう。大切なのは、これからどうしていくのがよいの か、前向きに自分たちのこれまでの対応の仕方を総点検してみることなのです。

ご家族が、「自分たちの育て方が悪かった」と自分たちを責めれば責めるほど、本人の様々な要求にふりまわされてしまい、結果的に、本人の薬物使用を支えてしまうことが多いのです。

まずは、家族が精神保健福祉センターの薬物依存家族教室や家族の自助グループに参加 して、薬物依存症に関する知識と理解を深め、これからの対応について学ぶことの重要性 を説きましょう。

Q1-14:子どもが薬物をやっているかどうかは、どのようにしたら分かりますか?

まずは、現在実際に起きている問題を整理してもらいましょう。日常生活の乱れはないか、交遊関係に問題ないか、気になる言動の変化はないか、精神・神経症状はないか、などについて整理することにより、多くの場合は早い段階で気がつくことができます。

しかし、もっとも大切なことは、普段から家族内のコミュニケーションを保ち、子ども との親密な関係をなくさないことです。子どもが何か問題を起こしても一方的にしかりと ばすことはしないで、子どもの考えていることを素直に聞いてみるよう指導しましょう。

Q1-15:保健所や精神保健福祉センターに相談をすると警察に逮捕されるのですか?

相談を受けただけで、ただちに警察に通報するということはありません。相談を受ける者には職業上の守秘義務があるからです。ちなみに、医師の診察の場合も、都道府県知事への届出義務が生じるのは麻薬依存症者であると確定診断した場合であり、その目的は医療保護にあります。覚せい剤や有機溶剤等の場合には届出義務はありません。

2. 関係者からよく尋ねられる質問

Q2-1:①どのような場合に若年の薬物乱用・依存症者に入院(もしくは治療)を勧めますか?

②どのような場合に覚せい剤乱用・依存者に入院(もしくは治療)を勧めますか?

どのような依存性薬物であろうと、その薬物の乱用の結果、精神病症状が出ている場合には治療が必要です。入院か通院かの判断は、精神病症状の重篤さとそれが本人の社会生活に及ぼしている程度によって判断する必要があります。また、余裕を失った状態にある家族と本人双方の「休戦」と、お互いの問題整理のために、入院が必要だと判断される場合もあります。薬物乱用・依存への専門的治療プログラムをもつ精神科医療施設はきわめて少ないのが現状ですが、以下のことが治療目標になります。

依存症者の精神症状(幻覚・妄想などの精神症状、無動機症候群など)・身体合併症を評価し、治療するとともに、動機づけを行い、並行して家族への教育を行います。当然のことですが、治療は入院だけで完結するわけではありません。入院は、むしろ薬物依存症治療のスタートです。入院(あるいは治療開始)時点における目標は、薬物使用を止めようという本人の動機をいかに高め、家族を含めた関係者の力をどのように結集し、いかに自助活動につないでいくかということになります。

幻覚・妄想を主とする精神病症状があるときには、医療として関わりやすいわけですが、難しいのが、精神病状態にまでは至っていない依存に基づく乱用者(図2)への対応です。そもそも、依存症自体の問題(薬物使用がやめられないこと)を苦痛として来院するケースはなくはないのですが、そのようなケースに対する治療プログラムを病院側がもっていない限り、通院が早期に中断してしまう傾向にあります。したがって、このようなケースに対応するためにも、相談を受ける側は、その地域に薬物依存症に関係する社会資源(病院、精神保健福祉センター、保健所、ダルク、NAなどの自助活動など)がどの程度あり、どのような活動をしているかを熟知しておく必要があります。薬物依存治療プログラムを持っている医療施設が極めて少ない現状では、とりあえず、アルコール専門病棟をもっている病院に相談し、その対応を協議してゆくことが現実的です。

また、NAやダルクの取り組みは、薬物依存症からの回復に対する本人の自己責任をその回復活動の基に据えた取り組みです。そういう意味で、未成年者に対しては、なかなか難しいところがあります。将来的には青年期・思春期病棟のような年齢層に焦点をあてた治療施設の必要性があります。

Q2-2:何度も乱用を繰り返しており、病院や矯正施設を出たり入ったりしていて、地域で対応に困るケースがありますが、なんとかなりませんか。

依存者の状態(知的レベル、現実検討能力、依存の重症度など)や環境(薬物の入手の し易さ、家族などのサポートの能力、受け入れ可能な医療機関の有無、自助活動の有無な ど)によって対応の仕方は異なります。

ただ共通に言えることは、依存者の回復には長い道のりが必要であり、当面の薬物使用問題にだけ関わっていると、サポートする側も徒労感に陥りがちで、その場しのぎの対応に終わることが多いのです。

アルコール医療が発展していく中で培われたノウハウのひとつとして、地域の中にサポートシステムをつくっていくという考え方がありますが、薬物乱用・依存者の処遇を考える場合にも有効なものと思われます。

ただ、本来の風通しの良さというのは機関間の儀礼的なやり取りからは生まれず、個別事例に関する地道な検討を積み重ねていくことが大切です。関係者間で定例的に集まる会議はそれを後方からサポートしますが、定例の会議の存在だけでは小回りの利くものにはなりません。

家族を含めた関係者が依存症者へのイネーブリングをやめることがポイントのひとつです。

Q2-3:家族が困り果てて相談に訪れたが、病院を紹介するしか術がなかった。他に何かできたのでしょうか。

病院などの資源の紹介は援助者の重要な役割のひとつですが、依存症という障害は、家族を巻き込みながら進行していくこと、また、依存症者本人が援助の場に登場しにくいことなどを考えると、家族支援、家族教育が非常に重要です。個別に行う継続支援はもちろんのことですが、家族に対する心理教育や家族間のミーティングなどを併用することで一定の成果を上げることが、幾つかの試みの中で報告されています。このように、家族をひとつのシステムとしてみてアプローチすることは、行動障害としての側面をもつ依存症者への治療的介入においては欠かせない視点であるといえます。

単身者の場合や機能不全の家族に対するアプローチの場合も、社会復帰施設などの利用を試みながら、そのネットワークの中で治療を組み立てていくことが大切なのです。もちろん、その場合の「最初に困ってやってきた人(FC)」は関係者になることも多いのです。いずれにしても、最初の相談者である家族をまずは地域の家族プログラムにつなぎ、問題を整理しつつ本人への治療的介入を検討することが必要です。

Q2-4:アルコール依存症の家庭に関わっているうちに、子供の薬物問題が見えてきたが、どうしたらよいでしょうか。

ひとつの事例をきっかけに、まるで芋づる式に家族のかかえていた問題が明らかになってくることが確かにあります。上記の質問とは逆の場合、つまり子供の薬物乱用・依存の相談の中で親のアルコール問題が明確になってくることもあるのです。

複数の問題を有する家族への関わりで重要なことは、まずは、家庭の中で起きている複数の問題をきちんと整理し、家族力動を理解することです。それから、緊急度の査定や、課題の優先順位を決めていきます。家族の成員それぞれにとって別の目標が定められるということがありえるので、ひとつの家族に対して複数の援助者が介入することが必要になることも多々あります。それぞれの成員に別の担当者がつく場合には、担当者同士が随時問題・経過を擦り合わせを行っていくことが必要です。また、多問題家族への対応には、多職種、多機関の連携が必要になることが多いので、複雑になりやすい問題や状況について、関係者全員が情報を把握できるよう、適宜ネットワーク会議を行えるとよいでしょう。

Q2-5:近くの精神科病院に入院の依頼をしても「うちでは薬物の患者は扱っていない」 と断られるし、警察に連絡すると「事件を起こさなければ手の打ちようがない」 と言われるので、放っておくしか手がありません。

相談スタッフには、限られた社会資源をうまく利用していく能力も要求されます。管理が難しい、あるいは医療経済上採算の合わない対象であるといった理由から、薬物関連障害患者の治療に積極的に取り組む精神科病院がきわめて少ないという現状では、当面は相談スタッフの個人的な努力や試みが可能な病院を掘り起こすか、公的医療機関を巻き込んで利用するしかないと思われます。治療への動機付けが低く、覚せい剤等の違法薬物の所持・使用が明らかな場合は、家族から警察に通報してもらうなどして、まず「事件」として対応することが必要な場合もあります。

わが国の、薬物依存症者とその家族への支援体制の整備は今始まったばかりという状況ですから、援助に関わる人には、既成概念にとらわれず今ある枠組みを最大限に利用することや、必要がある資源はひとつずつ作り上げていくという姿勢が求められます。こういった地道な活動も援助者の大切な役割のひとつなのです。

Q2-6: どんなに親身に関わってもうまくいかないことが多くて、改善するとは思えないのですが………。

相談や治療に当たるスタッフは、問題が紛糾している状況の中で薬物乱用・依存症者と 出会うわけですから、彼らの回復のイメージがつかみにくくなってもいるのです。何度も 何度も繰り返しスリップしている人々を見続けていると、「はたしてこの人に回復はある のだろうか」と疑心暗鬼に陥りがちになるのは当然とも言えます。

このように燃え尽きかかった時には、スタッフ自らが自助活動の集まりに参加してみるのも良い方法です。回復している依存症者たちに出会うことで、大きな励ましを得ることができるでしょう。回復者を多く知れば知るほど、それは援助者にとっての力になるのです。

Q2-7:あまり薬物事例に関わりたくないのですが………。

医療現場には、薬物の患者に関わっていても周囲の評価を得にくい、治療スタッフとしての達成感や充実感を感じにくいという不満があるかもしれません。その背景には、薬物 乱用・依存症者の回復の道筋が見えないという不安もあるでしょう。また、ひとりのスタッフが問題のすべてを背負いすぎることは、自身の徒労感を生み、ついにはすべてを依存症という障害の難治性に帰して、「やはり何をやっても無駄なんだ」という無力感につながりやすい面もあります。

依存症には「自ら招いた病気」という一面が確かにあります。それは依存症者自身も自覚しています。しかし、その一方で、多くの薬物依存症者は「回復」を望みながらも、簡単には「回復」しない自分自身に嫌気がさし、援助者以上に「何をやっても無駄なんだ」と思いながらも、「回復」したいと思っているのです。援助者の仕事は、自ら招いた責任性を追及することではありません。結果として陥ってしまった薬物依存症という障害からの「回復」に手をかすことなのです。自ら招いた責任性を理由に、私たちの関われる部分にまで蓋をしてしまってはいけません。ひとりのスタッフができることはきわめて限られています。それを前提として、依存症者に関わるスタッフがそれぞれの分野でできるサービスを適切に提供することが必要です。その上で、「回復」するかしないかは、依存症者本人の責任と考えましょう。

3. 薬物乱用・依存者本人からよく尋ねられる質問

Q3-1: 覚せい剤や有機溶剤の過量使用はありますか?

覚せい剤の過量摂取により、過度の交感神経緊張が引き起こされ、高血圧性脳出血や急性心不全により死に至る可能性があるのは医学的事実です。有機溶剤乱用による急性中毒による死亡事例の数は年間確実に一定数をカウントしています。

Q3-2: 覚せい剤を使っているのでとても不安です。どうやったら助けを見つけることができますか? 私には "どうせ何やっても同じ"という思いがあります。

まず「自分に薬物使用の問題があること」を認めることは、回復の第一歩です。そして、薬物依存症は回復できる障害なのです。薬物乱用・依存・中毒に関する専門的知識をもち、相談に乗ってくれる人を見つけることが大切です。現在、わが国では薬物専門施設はほとんどありませんが、これまで地域において地道にアルコール医療に力を注いできた医療機関や、精神保健福祉センター・保健所などの精神保健に関する窓口、各方面の関係機関に連絡を取ってみることが必要です。

また、聞き慣れないかもしれませんが、ダルク、NAの存在を教えてもらい、ぜひ参加してみてください。まずダルクで仲間と出会い、継続的にNAに通い続けて回復していった薬物依存者たちが大勢います。薬物依存からの回復をひとりで成し遂げることは、あまりにも困難です。

Q3-3:薬物をやめていくにはどうしたらいいのでしょうか?

薬物依存症からの回復にただひとつの道はなく、百人には百通りの回復の道がありますので、一概には言えません。ただし、断薬を志して間もないころは、とにかく薬物使用につながるような場所や人を徹底的に避けるための計画を綿密にたてることが必要です。薬物を使っていた場所には行かない、薬物乱用仲間とは会わない、といったことはもちろんのこと、薬物使用につながる危険が非常に高い退屈や孤独な時間をどのように埋めていくか、具体的かつ現実的に計画を立てることが重要です。

とにかく、やめようと思ったときからやめ始めることです。しかも、やめる時には少しならいいなどという中途半端はやめて、一気に断薬することが大事です。あの薬物はダメだけど、この薬物はやめなくてもいい(たとえば、アルコール、安定剤、睡眠剤など)などと、例外をつくらないことが大事です。

そして、断薬の意志を持続させるために、医療機関、精神保健福祉センター・保健所、 自助活動(ダルク、NAなど)などのどこかに相談し、支えてくれる仲間を作ることです。 薬物依存というものは、回復をひとりで成し遂げるには、あまりにも困難な障害なのです。

Q3-4: 覚せい剤の問題で受診したところ、覚せい剤だけでなくアルコールや他の薬物も やめるように言われました。その他の薬物では問題を起こしたことがないのに、 何故ですか。私にとっては覚せい剤だけが問題なのに……。

3つ理由をあげます。まず、ひとつは、普段は自覚しているはずの「薬物をやめ続けていこう」という緊張感が、酩酊とともに簡単に消失し、薬物に再び手を出す確率が格段に高くなるためです。二つめは、覚せい剤の後遺症として、覚せい剤を使わないのに精神病症状が再燃するという現象(フラッシュバック)がありますが、アルコールはその起こり易さに拍車をかけるのです。三つめとして、依存の問題を解決できていない人の場合、覚せい剤依存だけでなくアルコール依存症にまで発展していく可能性があるためです。

つまり、依存性薬物には脳内報酬系にはたらいて薬物の再摂取を促すという共通の薬理 作用があると同時に、他の薬物の依存や精神症状の再燃を強め合うという相互作用がある ので、ある薬物の依存症から回復する場合には、すべての依存性薬物を断つ必要があるの です。

付録1 乱用される薬物と心身への影響

乱用される薬物は、いずれも脳に作用し、中枢神経を興奮させたり、抑制したりします。また、いずれ も依存を形成する作用をもっています。

■薬物の種類と特徴

一 木1000	グ性短く付取						+		
中枢作用	薬物のタイプ	精神 依存	身体 依存	耐性	催幻覚	乱用時の 主な症状	離脱時の 主な症状	精神 毒性	分 類 ※1
	あへん類 (^ロイン, モルヒネ等)	+++	+++	+++	_	鎮痛,縮瞳,便秘,呼吸抑制,血圧低下,傾眠	瞳孔散大,流淚,鼻漏,嘔吐,腹痛,下痢,焦燥,苦悶	_	麻薬
	バルビツール 類	++	++	++	_	鎮静,催眠,麻酔,運動失調,尿失禁	不眠, 振戦, けいれん発 作, せん妄	_	向精神薬
抑制	アルコール	++	++	++	_	酩酊, 脱抑制, 運動失調, 尿失禁	発汗,不眠, 抑うつ,振戦, 吐気,嘔吐, けいれん発作 ,せん妄	+	その他
	ベンゾジアゼ ピン類 (トリアゾラム等)	+	+	+	-	鎮静.催眠.運動失調	不安,不眠, 振戦,けい れん発作, せん妄	_	向精神薬
	有機溶剤 (トルエン, シンナー, 接着剤等)	+	±	+	+	酩酊,脱抑制, 運動失調	不安,焦燥, 不眠,振戦,	++	毒物劇物
	大麻 (マリファナ, ハシッシ 等)	+	±	+	++	眼球充血, 感覚変容, 情動の変化	不安, 焦燥, 不眠, 振戦	+	大麻
	コカイン	+++	_	_	_	瞳孔散大, 血圧上昇, 興奮, けいれん発作, 不眠, 食欲低下	※2 脱力,抑うつ, 焦燥,過眠, 食欲亢進	++	麻
興奮	アンフェタミ ン類 (メタンフェタミン, MD MA等)	+++	_	+	_ ※3	瞳孔散大, 血圧上昇, 興奮,不眠, 食欲低下	※2 脱力, 抑うつ, 焦燥, 過眠, 食欲亢進,	+++	覚せい剤※4
	LSD	+	_	+	+++	瞳孔散大, 感覚変容	不詳	±	麻薬
	ニコチン	++	±	++ ※5	_	鎮静あるいは 発揚,食欲低下	不安,焦燥, 集中困難, 食欲亢進	_	その他

(注)精神毒性:精神病を引き起こす作用

せん妄:不安,不眠,幻視,幻聴,精神運動興奮

※1:法律上の分類。 ※2:離脱症状とは言わず、反跳現象という。 ※3:MDMA では催幻覚+。

※4: MDMA は法律上は麻薬。 ※5: 主として急性耐性。

(出典: 平成10年度厚生科学研究費(医薬安全総合研究事業)「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究(主任研究者: 和田 清)研究報告書」

⁺一: 有無および相対的な強さを表す。ただし、各薬物の有害性は、上記の+一のみで評価されるわけではなく、 結果として個人の社会生活および社会全体に及ぼす影響の大きさをも含めて、総合的に評価される。

付録2 相談時のチェックリスト(例)

相談年月日 相談者		
	①本人 ②母 ③父 ④配偶者 ⑤きょうだい ⑥祖父・祖母 ⑦友人・知人 ⑧その他(
主 訴		
本人氏名		
性別	①男 ②女	
年齢	歳	
面接者		
面接場所		
相談に至った約	圣路	
1. 自発的	な受診	
2. 周囲の	勧め	
①家	族 ②友人・知人 ③職場関係者 ④学校 ⑤その他()	
3. 医療関	係機関	
①精:	神科 ②一般科 ③救急隊 ④その他()	
4. 保健福	祉•行政関係機関	
①精:	神保健福祉センター ②保健所 ③福祉事務所 ④児童相談所 ⑤その他()
5. 刑事司	法機関	
①警	察 ②保護観察所 ③裁判所 ④弁護士 ⑤保護司 ⑥民生委員 ⑦その他()
6. リハビ	リ施設・自助グループ	
①ダ	ルク ②NA ③AA ④その他()	
7. その他		

これまでの相談歴

相談時期	年 月~ 年 月	年 月~ 年 月	年 月~ 年 月
相談者			
利用機関名			
利用形式	個別相談,集団,講義形式, その他:	個別相談,集団,講義形式, その他:	個別相談,集団,講義形式, その他:
相談の結果変わったこと・変わらなかったこと、家 族の満足度など			

11)本人の薬物使用(乱用)パターン	
1.乱用を始めたばかり	
2.不定期に使っている	
3.週末など定期的に使っている	
4.連続的に使うことがある(数日から数週間にわたる連続使用;"かため打ち","追い打ち"など)	
5.薬物を使うことが生活の中心になっている	
6.学校・仕事・家族を含む人間関係などに問題が生じている	
7.幻覚や妄想を思わせる状態がみられることがある	
8.幻覚や妄想が持続している	
9.薬物関連問題で補導・逮捕歴がある	
10.薬物関連精神障害で治療歴がある 11.その他()
1-2)本人の薬物関連問題の治療への動機付けの程度	
1.自らの薬物使用に問題があるという認識がない	
2.そのような認識が多少はあるが治療への動機には至っていない	
3.治療への動機付けはあるが自らの受療行動には結びついていない	
4.これまでに自分なりに断薬を試みたことがあるが治療には結びついていない	
5.周囲の介入によっては治療を受けそうである	
6.本人も治療を希望している	
7.すでに治療を受けたり、ダルクまたは自助グル―プなどへ参加したことがある	
8.その他()	
1-3)本人の精神的現症	
① 気分(感情)の問題	
0.なし 1.あり (発症: 歳頃) 99.不明	
- その類型: 1.抑うつ状態 2.躁的状態 3.両方 4.その他() 99.不明	
・出現時期:1.薬物使用前, 使用後(2.薬物との直接関連なし 3.関連あり 4.関連不明) 99.不明	
② 不安やこだわりなどの神経症を思わせる問題	
0.なし 1.あり(発症: 歳頃) 99.不明	
・その内容:(不安障害,強迫性障害,解離性障害,身体表現性障害,その他: ・出現時期:1.薬物使用前,使用後(2.薬物との直接関連なし3.関連あり4.関連不明)99.不明	_, 内容は不明)
③ 幻覚•妄想状態	
0.なし 1.あり(発症: 歳頃) 99.不明	
・主な症状:	
・出現時期:1.薬物使用前,使用後(2.薬物との直接関連なし 3.関連あり 4.関連不明) 99.不明	
④ 摂食障害	
0.なし 1.あり (発症: 歳頃) 99.不明	
-その類型:1.拒食 2.過食(嘔吐なし) 3.過食(嘔吐あり) 4.その他() 5.不明	

・出現時期:1.薬物使用前, 使用後(2.薬物との直接関連なし 3.関連あり 4.関連不明) 99.不明

⑤ 自傷症	定候群						
	0.なし 1.あり (発症: 歳頃	,部位:) 99.不同	明	
⑥その他	【内容:		1				
	・出現時期:1.薬物使用前, 使用後 ((2.薬物との	直接関連	なし 3.関連あり	」4.関連不明)	99.不明	
2)身体的	状態						
①身体的問	既往症						
	0.なし 1.あり(内容:			, ,		99.不明	
②身体的3	現症						
	1. 感染症(疑い含む) ① B型肝:	炎 ② C型	型肝炎 ③	HIV/AIDS 4) その他()
	2. 注射器・針の共有体験(回し打ち	5): 0.なし	1.あり 9	9.不明			
	3. 以下の身体的状況の有無						
	a. 歯牙の著しい不良	0.なし	1.あり	99.不明			
	b. 注射痕	0.なし	1.あり	99.不明			
	c. 入れ墨	0.なし	1.あり	99.不明			
	d. 指つめ	0.なし	1.あり	99.不明			
	e. 熱傷瘢痕("根性焼き")	0.なし	1.あり	99.不明			
	f. リストカット瘢痕	0.なし	1.あり	99.不明			
	g. アームカット瘢痕	0.なし	1.あり	99.不明			
	h. その他の自傷瘢痕)99.不明	
	i. ピアス(例:ボディピアス)	0.なし	1.あり(音	邹位:)99.不明	
	4.その他()		
3)既往歴							
①身体的	既往歴						
②精神科6	的既往歴						
③発達障	害圏の問題						
	0.なし 1.あり (発症: 歳頃						
	その内容:1.多動性障害 2.行為障)99.不明
	・出現時期:1.薬物使用前, 使用後	(2.薬物との	直接関連	なし 3.関連あ	り 4.関連不明)	99.不明	
4)教育歴							
①最終学	歴 1.小学校 2.中学校 3.7	哥校 4.専門	門学校 5.	短大 6.大学 9	9.不明		
②在学•卒	5業の別 1.在学中 2.中退 3.卒	業 99.不明					
5)職歴(下	「記のコード番号)1.乱用前職業(), 9	9.不明	2.	現在の職業(), 99.不明		
* 過去1年	F間における就労期間 1.なし 2.3ヶ月	以下 3.6%	·月以下	4.9ヶ月以下 5.	.10ヶ月以上 9	9.不明	
01. 農林漁	業 02. 商人(卸・小売り) 03. 不動産業 (04. 金融業	05. 自営の)職人 06. 露天•	行商 07. その他	也の自営業 08.	団体役員

— 44 —

09. 会社員 10. 店員 11. 工員 12. 公務員 13. 風俗営業関係者 14. 風俗営業以外の飲食業関係者 15. 興業関係者 16. 旅館業関係者 17. 交通運輸業関係者 18. 土木建築業関係者 19. 日雇い労働者 20. その他の被雇用者 21. 医療薬業関係 22. 芸能関係 23. 船員 24. 小学生 25. 中学生 26. 高校生 27. 大学生 28. 各種学校生 29. 主婦 30. 家事手伝い 31. 無職 32. 不定 33. その他 99. 不明

6)現在の配偶関係	1.未婚 2.同棲 3.内縁 4.既婚 5.別居 6.離婚 7.死別 8.再婚 9.その他() 99.不明
7-1)居住状況	1.単身 2.同居者あり()
7-2)経済的自立度	1.自立している 2.経済的支援を受けている(家族から、公的扶助、その他:)
8)薬物乱用開始前・後における	ら以下の交友関係の有無(複数選択可)
①暴力団関係者	0.これまでなし 1.乱用前にあり 2.乱用後にあり 3.現在もあり 4.現在はなし 99.不明
②非行グループ	0.これまでなし 1.乱用前にあり 2.乱用後にあり 3.現在もあり 4.現在はなし 99.不明
③薬物乱用者	0.これまでなし 1.乱用前にあり 2.乱用後にあり 3.現在もあり 4.現在はなし 99.不明
6)司法矯正歴	
①補導・逮捕歴の有無	0.これまでなし 1.乱用前にあり(内容:) 2.乱用後にあり(内容:) 99.不明 【内容】1.薬物所持・使用等 2.窃盗 3.暴行・傷害 4.恐喝 5.強盗 6.道交法違反 7.その他
②司法•矯正処置歴(少年)	0.なし 1.補導・保護 2.児童相談所 3.家裁送致 4.家裁による試験観察 5.少年鑑別所6.保護観察 7.少年院 8.医療少年院 9.児童自立支援施設 10.児童養護施設11.その他() 99.不明
③司法•矯正処置歴(成人)	0.なし 1.執行猶予 2.刑務所・拘置所 3.医療刑務所 4.その他()99.不明
7)生活史的問題	
①親との離別体験(15歳までに	
②親との離別体験「あり」の場合	0.なし 1.あり(父親との離別) 2.あり(母親との離別) 99.不明
a.離別した年齢 (
b.離別の理由	
	- 記別 3.職業上の理由 4.疾病 5.その他() 99.不明
c.15 歳までの主な養育	
	・ · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
③養育体験上の問題(複数回答	
0.とくになし 1.主な 6.その他(内容:	な養育者の身体・精神疾患 2.ネグレクト 3.経済的問題 4.主な養育者の変更 5.虐待) 99.不明
④虐待「あり」の場合	7 00. [9]
9 11 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	。(歳頃), 99.不明
	. <u></u>
	.父親 2.母親 3.同胞 4.その他() 99.不明
④学校生活における問題の有無	
0.なし	
1. 不登校(3ヶ月以上	-連続した欠席)(歳頃, 理由, 不明)
2.いじめられ体験(
3.問題行動(具体的に	<u> </u>
⑤家庭内暴力の有無	
0.なし 1.あり (歳頃)99.不明
⑥家庭外における被害体験の4	与無
	(歳頃,相手:) 2.性的暴行(歳頃,相手:)
3.その他(内容:)99.不明
⑦その他生活史上の問題	
0.なし 1.あり(内容:_	

8) <u>薬物使用歴(治療で用いた薬物は除</u>く) ("依存的使用"の既往*: 薬物使用に関する<u>コントロール喪失</u>を目安として) ★方法, 動機, 契機となった人物, 依存的使用の既往については下記より選択

		使用		初回依	使用につい	て		1年間 使用歴		51ヵ月 使用歴			使	存的 i用" 既往*
	薬 物 名	使用歴の有無(aより選択)	年龄	方法(bより選択)	動機(cより選択)	契機となった人物(dより選択)	使用歴の有無(aより選択)	方法(bより選択)	使用歴の有無(aより選択)	方法(Bより選択)	1日の平均使用量	最終使用年齢	有無(eより選択)	に至るまでの期間(月)使用開始から依存的使用
タバ	<u>`</u>													
アル	ノコール													
	覚せい剤													
規	吸入剤 1()												
劤	吸入剤 2()												
制	大 麻													
	コカイン													
薬	ヘロイン													
物	MDMA													
彻	LSD													
	マシ゛ックマッシュルーム													
	その他 ⁽)												
	睡眠薬 1()												
	睡眠薬 2()												
	睡眠薬 3()												
医	抗不安薬 1()												
杏	抗不安薬 2()												
薬	抗不安薬 3()												
品	鎮痛薬 1()												
	鎮痛薬 2()												
	鎮咳薬()												
	メチルフェニテ゛ート(リタリン)													
	_{その他} ()								-				
その他														

-	
a.使用歴の有無	0.使用歴なし(施設外生活) 1.入院・服役等の <u>施設内処遇中で使用歴なし</u> 2.使用歴あり 2. 99.不明
b.方法(複数選択可)	1.経口 2.静注 3.吸引(主に有機溶剤) 4.加熱吸煙(いわゆる"あぶり":コカイン・クラック,覚せい剤など)
	5.喫煙(主に大麻) 6.経鼻 7.その他 99.不明
c.動機(複数選択可)	1.刺激を求めて 2.好奇心 3.自暴自棄になって 4.断りきれずに 5.さそわれて 6.覚醒効果を求めて
	7.疲労の除去 8.性的効果を求めて 9.「ストレス」解消 10.抑うつ気分の軽減 11.不安の軽減
	12.不眠の軽減 13.疼痛の軽減 14.咳嗽の軽減 15.やせるため 16.その他() 99.不明

d.契機となった人物 1.なし(自発的使用) 2.配偶者 3.同棲中の相手 4.恋人・愛人 5.同性の友人 6.異性の友人 (複数選択可) 7.知人 8.医師 9.薬剤師 10.親 11.きょうだい 12.密売人 13.その他() 99.不明

e.依存的使用の既往 0.なし 1.あり 99.不明

①はじめて使用した薬物(*処方薬については、治療目的以外	外の使用)
1.覚せい剤 2.有機溶剤 3.大麻 4.コカイン 5.4	ヘロイン 6.MDMA(エクスタシー) 7.LSD 8.マジックマッシュルーム
9.睡眠薬 10.抗不安薬 11.鎮痛薬 12.鎮咳薬	13.メチルフェニデート(リタリン) 14.その他() 99.不明
②相談時点における「主たる薬物」(現在, 最も問題となってい 1.覚せい剤 2.有機溶剤 3.大麻 4.コカイン 5.4 9.睡眠薬 10.抗不安薬 11.鎮痛薬 12.鎮咳薬 15.その他() 99. 不明	ヘロイン 6.MDMA(ェクスタシー) 7.LSD 8.マジックマッシュルーム
③最近1年間における「主たる薬物」の主な入手経路(複数選	択可)
<u> </u>	3.恋人 愛人 4.家族 5.密売人(日本人) 6.密売人(外国人)
7.医師 8.薬局 9.その他() 99.オ	⋷明
9)他の「習慣および衝動の障害」の有無	+> ##F - 121
0.なし 1.病的賭博(内容:パチンコ・パチスロ, 競	
2.買い物 3.病的窃盗(窃盗癖) 4.万引き(反復	1) 5.窃視症(のぞき) 6.その他()
99.不明	
・出現時期:1.薬物使用前, 使用後(2.薬物との直	接関連なし 3.関連あり 4.関連不明)99.不明
	+#\ o.†+#
10)精神疾患(精神作用物質関連疾患またはその他の精神疾	₹恵)の家族歴
0.なし 1.あり(精神疾患名) 	1.アルコール使用による精神障害【F10】
①父親 (右より選択 疾患名	2.精神作用物質使用による精神障害【F1x】
②母親 (,	~) 3.症状性を含む器質性精神障害【F0×】
③祖父または祖母	(4.統合失調症関連障害【F2x】
④本人の同胞() 5.気分(感情)障害【F3x】
- ⑤おじ・おば (,)
⑥本人の子供 (,	6.神経症性, ストレス関連, 身体表現性障害【F4x】
⑦その他 (,) 7.成人の人格・行動の障害【F6x】
⑨不明	8.精神遅滞【F7x】または心理的発達の障害【F8x】
99.家族歴は不明	9.小児期・青年期の行動・情緒障害【F9x】
	10.不明
11)治療歴	
①薬物関連精神障害に関する精神科治療歴(他院における治	↑療歴も含む)
0. なし	
1. あり a. 治療開始年齢 【当院】 歳, 不B	明 【他院】 歳, 不明
	月,不明 【他院】(計) ヵ月,不明
	/
d. これまでに治療を受けた医療機関数(当院を含	
99. 精神科治療癧は不明	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
②これまで利用したことのある <u>治療プログラム(他施設におけ</u> る	る治療歴も含む、複数選択可)
1. 薬物療法 2. 個人精神療法 3. 集団精神療	法 4. 運動療法 5. 芸術療法 6. 作業療法 7. 行動療法
8. 内観療法 9. 家族療法 10. 家族会・家族教	室(院内, 院外) 11. 自助グループ(AA•NA 等)への参加
12 ダルクミーティングへの参加 13 その他()

付録 3 連絡先一覧

全国の精神保健福祉センター

(平成20年3月現在・一部,4月の変更予定も反映)

1 2 5 5	47/平亚口	=< -f- 11k	======================================
センター名 	郵便番号	所在地	電話番号
北海道立精神保健福祉センター	003-0027	札幌市白石区本通16丁目北6番34号	011-864-7121
青森県立精神保健福祉センター	038-0031	青森市大字三内字沢部353番地92	017-787-3951
岩手県精神保健福祉センター	020-0015	盛岡市本町通3丁目19番1号	019-629-9617
宮城県精神保健福祉センター	989-6117	大崎市古川旭5丁目7一20	0229-23-0021
秋田県精神保健福祉センター	010-0001	秋田市中通2-1-51 明徳館ビル1階	018-831-3946
山形県精神保健福祉センター	990-0021	山形市小白川町2丁目3一30	023-624-1217
福島県精神保健福祉センター	960-8012	福島市御山町8-30	024-535-3556
茨城県精神保健福祉センター	310-0852	水戸市笠原町993-2	029-243-2870
栃木県精神保健福祉センター	329-1104	宇都宮市下岡本2145-13	028-673-8785
群馬県こころの健康センター	379-2166	前橋市野中町368番地	027-263-1166
埼玉県立精神保健福祉センター	362-0806	北足立郡伊奈町小室818-2	048-723-1111
千葉県精神保健福祉センター	260-0801	千葉市中央区仁戸名町666-2	043-263-3891
東京都立中部総合精神保健福祉センター	156-0057	世田谷区上北沢2-1-7	03-3302-7575
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	206-0036	多摩市中沢2-1-3	042-376-1111
東京都立精神保健福祉センター	110-0004	台東区下谷1-1-3	03-3842-0948
神奈川県精神保健福祉センター	233-0006	横浜市港南区芹が谷2-5-2	045-821-8822
新潟県精神保健福祉センター	950-0994	新潟市中央区上所2丁目2一3	025-280-0111
富山県心の健康センター	939-8222	富山市蜷川459番1	076-428-1511
石川県こころの健康センター	920-8201	金沢市鞍月東2丁目6番地	076-238-5761
福井県精神保健福祉センター	910-0005	福井市大手3丁目7一1 繊協ビル2階	0776-26-7100
山梨県立精神保健福祉センター	400-0005	甲府市北新1丁目2一12	055-254-8644
長野県精神保健福祉センター	380-0928	長野市若里7一1一7	026-227-1810
岐阜県精神保健福祉センター	500-8385	岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉農業会館3階	058-273-1111
静岡県精神保健福祉センター	422-8031	静岡市駿河区有明町2一20	054-286-9245
愛知県精神保健福祉センター	460-0001	名古屋市中区三の丸3丁目2番1号	052-962-5377
三重県こころの健康センター	514-8567	津市桜橋3-446-34 三重県津庁舎保健所棟2階	059-223-5241
滋賀県立精神保健福祉センター	525-0072	草津市笠山8-4-25	077-567-5010
京都府精神保健福祉総合センター	612-8416	京都市伏見区竹田流池町120	075-641-1810
大阪府こころの健康総合センター	558-0056	大阪市住吉区万代東3-1-46	06-6691-2811
兵庫県立精神保健福祉センター	651-0073	神戸市中央区脇浜海岸通1-3-2	078-252-4980

センター名	郵便番号	所在地	電話番号
奈良県精神保健福祉センター	633-0062	桜井市粟殿1000番地	0744-43-3131
 和歌山県精神保健福祉センター	640-8319	 和歌山市手平2丁目1-2	073-435-5194
鳥取県立精神保健福祉センター	680-0901		0857-21-3031
 島根県立心と体の相談センター	690-0011	松江市東津田町1471-3	0852-32-5905
 岡山県精神保健福祉センター	703-8278	 岡山市古京町1—1—10—101	086-272-8839
広島県立総合精神保健福祉センター	731-4311	安芸郡坂町北新地2一3一77	082-884-1051
山口県精神保健福祉センター	747-0801	防府市駅南町13-40 防府総合庁舎2階	0835-27-3480
徳島県精神保健福祉センター	770-0855	徳島市新蔵町3丁目80番地	088-625-0610
香川県精神保健福祉センター	760-0068	高松市松島1丁目17番28号	087-831-3151
愛媛県心と体の健康センター	790-0023	松山市末広町1-1	089-921-3880
高知県立精神保健福祉センター	780-0850	高知市丸ノ内2丁目4一1	088-821-4966
福岡県精神保健福祉センター	816-0804	春日市原町3丁目1番7	092-582-7500
佐賀県精神保健福祉センター	845-0001	小城市小城町178—9	0952-73-5060
長崎こども・女性・障害者支援センター 精神保健福祉課	852-8114	長崎市橋口町10-22	095-846-5115
熊本県精神保健福祉センター	860-0844	熊本市水道町9-16	096-359-6401
大分県精神保健福祉センター	870-1155	大分市大字玉沢字平石908番地	097-541-6290
宮崎県精神保健福祉センター	880-0032	宮崎市霧島1一1-2	0985-27-5663
鹿児島県精神保健福祉センター	890-0065	鹿児島市郡元3丁目3一5	099-255-0617
沖縄県立総合精神保健福祉センター	901-1104	南風原町字宮平212	098-888-1443
札幌市精神保健福祉センター	060-0042	札幌市中央区大通西19丁目	011-622-0556
仙台市精神保健福祉総合センター	980-0845	仙台市青葉区荒巻字三居沢1-6	022-265-2191
さいたま市こころの健康センター	338-0003	さいたま市中央区本町東4丁目4番3号	048-851-5665
千葉市こころの健康センター	261-0003	千葉市美浜区高浜2-1-16	043-204-1582
横浜市こころの健康相談センター	222-0035	横浜市港北区鳥山町1735	045-476-5505
川崎市精神保健福祉センター	210-0004	川崎市川崎区宮本町2-32 JAセレサみなみビル4階	044-200-3195
新潟市こころの健康センター	951-8133	新潟市中央区川岸町1-57-1	025-232-5560
静岡市こころの健康センター	422-8006	静岡市駿河区曲金三丁目1一30	054-285-0434
浜松市精神保健福祉センター	430-0929	浜松市中区中央1-12-1 県浜松総合庁舎4階	053-457-2709
名古屋市精神保健福祉センター	453-0024	名古屋市中村区名楽町4丁目7番地の18	052-483-2095
京都市こころの健康増進センター	604-8845	京都市中京区壬生東高田町1番地の15	075-314-0355
大阪市こころの健康センター	534-0027	大阪市都島区中野町5-15-21 都島センタービル3階	06-6922-8520
堺市こころの健康センター	591-8021	堺市北区新金岡町5-1-4 北区役所5階	072-258-6646
神戸市こころの健康センター	652-0897	神戸市兵庫区駅南通5丁目1番2一300号	078-672-6500
広島市精神保健福祉センター	730-0043	広島市中区富士見町11番27号	082-245-7731
北九州市精神保健福祉センター	802-0077	北九州市小倉北区馬借1-7-1	093-522-8729
福岡市精神保健福祉センター	810-0073	福岡市中央区舞鶴2丁目5-1 あいれふ6階	092-737-8825

全国の家族会

(平成20年3月現在)

		(平成 2 0年 3 月現在)
名称	開催場所	問い合わせ先
秋田ダルク家族会 (秋田県秋田市)	サンパル秋田 毎月第4日曜日 14:00 ~ 17:00	秋田ダルク 018-889-5060 平野内 090-9032-1072
仙台ダルク家族会 (宮城県仙台市)	仙台市市民活動サポートセンター 毎月第1日曜日 12:00 ~ 17:00 仙台ダルク 毎月第3火曜日 19:00 ~ 21:00	仙台ダルク 022-261-5341 伏見 090-3642-9516
山形家族会 (山形県山形市)	山形市男女共同参画センターファーラ 毎月第4土曜日 13:30~15:30	原田 090-7666-7998
郡山家族会(DA) (福島県郡山市)	郡山中央公民館 毎月第3水曜日 18:30 ~ 20:30	磐梯ダルク 0241-33-2111 深谷 0248-72-3663
新潟家族会 (新潟県長岡市)	長岡健康センター 毎月第1月曜日 19:00 ~ 21:00	磐梯ダルク 0241-33-2111 小西 090-8723-3715
DAKKS(ダックス)とちぎ (栃木県那須塩原市)	石林地区公民館 毎月第1土曜日 13:00 ~ 17:00	鈴木 090-8891-3887
アディクション家族会とちぎ (栃木県宇都宮市)	城山地区市民センター 毎月最終日曜日 10:00 ~ 16:00	事務局 028-652-5541 栃木ダルク宇都宮 OP 028-650-5582
茨城ダルク家族会 (茨城県桜川市)	福祉センターあまびき 毎月第3土・日 14:00 ~ 10:45	茨城ダルク 0296-35-1151 家族会 HP http://www21.ocn.ne.jp/~darc/
ANAK(アナク) (茨城県神栖市)	神栖市社会福祉協議会 毎月第1火曜日 13:00~17:00	事務局(湊) 090-3215-7850
つくば家族会 (茨城県つくば市)	飯室宅 毎月第1土曜日 11:00~	飯室 029-866-1594
群馬 DA 家族会 (群馬県藤岡市)	藤岡公民館 毎月第 2 日曜日 13:30 ~ 15:30	群馬こころの健康センター 027-263-1166 飯塚 090-2912-9190
サルビア(東京都目黒区)	上目黒住区センター又はサルビア事務所 毎月第2・最終土曜日 13:00 ~ 16:00	千葉 090-1694-7889
横浜ひまわり家族会 (神奈川県横浜市)	横浜ダルク 毎月第 2・第 4 水曜日 13:30 ~ 16:00 (ビギナー 12:30 ~)	岡田 090-8720-4641 吉田 045-984-9385
ドムクス・やまなし (山梨県甲府市)	山梨県ボランティア・NPO センター 毎月第 1 金曜日 13:00 ~ 17:00	岩松 055-947-2688 (8:00 ~ 17:00)
ドムクス・しずおか (静岡県静岡市)	もくせい会館 毎月第2土曜日 12:00 ~ 17:00	岩松 055-947-2688 (8:00 ~ 17:00)
ドムクス・はままつ (静岡県浜松市)	和地山公園集会所 毎月第1土曜日 19:00~21:00	岩松 055-947-2688 (8:00 ~ 17:00)
東三河家族の会 (愛知県豊川市)	ウィズ豊川 毎月第1月曜日 19:00 ~ 20:30 (ビギナー 18:30 ~)	竹本 090-7678-0856
愛知家族会 (愛知県名古屋市)	ウィルあいち 毎月第2土曜日の翌日の日曜日 10:00 ~ 15:00 (ビギナー教室 9:00 ~)	林 090-7866-6753
ピア岐阜 (岐阜県岐阜市)	岐阜市民福祉活動センター 毎月第 1・第 3 土曜日の 2 回 18:00 ~ 21:00	ピア岐阜 090-5615-5928 peergifu_drug_adiction@hotmail.co.jp
三重家族会 (三重県津市)	アスト津 毎月第2土曜日 10:30~12:00	土田 090-2189-6174 池田 090-8737-6223
びわこ家族会 (滋賀県大津市)	リバーヒル大石 毎月第 4 土曜日 10:00 ~ 16:00	びわこダルク 077-521-2944
京都ダルク家族プログラム (京都府京都市)	ひと・まち交流館 京都 毎月第4日曜日 14:00~16:00	京都ダルク 075-645-7105
北九州ダルク家族ミーティング	北九州ダルク 毎月第3日曜日 13:00 ~ 15:30	北九州ダルク 093-923-9240
九州ダルク家族の会 (福岡県福岡市)	市民福祉プラザふくふくプラザ 毎月第 4 日曜日 13:00 ~ 17:00	九州ダルク 092-471-5140 前田 080-5219-6479 (pm.7:00 ~ 9:00)
熊本家族会 (熊本県下益城郡富合町)	熊本県立こころの医療センター 2 F 毎月第1日曜日 13:30~15:30	熊本ダルク 096-345-1713

			干ル20年3月現在)
名 称	 郵便番号	所在地	電話
北海道 DARC	060-0031	北海道札幌市中央区北一条東6丁目10	011-221-0919
仙台 DARC	980-0011	宮城県仙台市青葉区上杉2-1-26	022-261-5341
秋田 DARC	019-2441	秋田県大仙市協和小種字下鏡台 217	018-889-5060
磐梯 DARC リカバリー・ハウス	966-0402	福島県耶麻郡北塩原村大塩4459-1	0241-33-2111
茨城 DARC「今日一日ハウス」	307-0021	 茨城県結城市大字上山川 6847 	0296-35-1151
鹿島 DARC	314-0143	茨城県神栖市神栖1-6-26	0299-93-2486
鹿島 DARC シャローム・ハウス	314-0143	茨城県神栖市神栖1-6-26	0299-93-5507
栃木 DARC 宇都宮 アウトペーシェント	320-0014	栃木県宇都宮市大曽2-2-14 形松ビル3階	028-650-5582
栃木 DARC 那須トリートメント・センター	329-3225	栃木県那須郡那須町豊原丙3227-2	0287-77-7157
DARC 女性シェルターとちぎ	329-0501		0285-53-7963
APARI 藤岡研究センター	375-0047	群馬県藤岡市上日野 2594	0274-28-0311
群馬 DARC	370-0002	群馬県高崎市日高町144	027-363-3308
埼玉 DARC	330-0061	埼玉県さいたま市浦和区 常盤6-4-12	048-823-3460
千葉 DARC	260-0841	 千葉県千葉市中央区白旗 3 —16—7 	043-209-5564
日本 DARC 本部	116-0002	東京都荒川区荒川3-33-2	03-3891-9958
日本 DARC 上野 インフォメーション・センター	110-0015	東京都台東区東上野6-21-8 サニーハイツ東上野2階	03-3844-4777
日本 DARC サンライズ・レジデンス	130-0005	東京都墨田区東駒形3-2-4	03-5819-3877
日本 DARC トゥデイ・ハウス	299-0244	 千葉県袖ヶ浦市野田39-9 	0438-63-5005
APARI 東京本部	110-0015	東京都台東区東上野6-21-8 サニーハイツ東上野1階	03-5830-1790
APARI クリニック上野	110-0015	東京都台東区東上野6-21-8 サニーハイツ東上野1階	03-5827-1020
DMC(ダルク・メモリアル・コミュニティー)	116-0002	東京都荒川区荒川3-33-2	03-6909-6338
東京 DARC	116-0014	東京都荒川区東日暮里3-10-6	03-3807-9978
東京 DARC セカンド・チャンス	110-0003	 東京都台東区根岸 3 18 16	03-3875-8808
Flicka Be Woman(フリッカ)DARC	114-0014	東京都北区田端 6 -3 -18 ビラカミムラ 301号	03-3822-7658 (月・火・水・木)
横浜 DARC デイケア・センター	232-0017	神奈川県横浜市南区宿町 2 ー44 宮前ビル 1 階	045-731-8666

名 称	郵便番号	所在地	電話
川崎 DARC	213-0005	神奈川県川崎市高津区北見方3-8-11 名川荘203号	044-812-3219
長野 DARC	386-0155	長野県上田市蒼久保 1522-1	0268-36-1525
長野 DARC 薬物問題電話相談室			0268-36-1533
岐阜 DARC	500-8175	岐阜県岐阜市長住町7-3	058-251-6922
静岡 DARC	419-0111	静岡県田方郡函南町畑毛205-5	055-978-7750
スルガ DARC	424-0901	静岡県静岡市清水区三保 3243	054-34-4360
三河 DARC	440-0871	豊橋市新吉町73先大手ビルE棟104	0532-52-8596
名古屋 DARC	462-0834	愛知県名古屋市北区長田町4-67	052-915-7284
名古屋 DARC 家族相談室		同上	090-7049-1093 ・24 時間 茂原
三重 DARC	514-0033	三重県津市丸之内1-16	059-222-7510
びわこ DARC	520-0813	滋賀県大津市丸の内町8-9	077-521-2944
京都 DARC	612-0088	京都市伏見区深草出羽屋敷町 10-13	075-645-7105
大阪 DARC	532-0002	大阪府大阪市淀川区東三国 3 -1 -6 メゾンサクライレブン北棟 104号	06-6396-5404
Freedom	533-0021	大阪府大阪市東淀川区下新庄2-4-6	06-6320-1463
奈良 DARC	635-0065	奈良県大和高田市東中 2 - 10-18 北橋ビル 2 階	0745-22-0207
鳥取 DARC	681-0001	鳥取県岩美郡岩美町牧谷645-4	0857-72-1151
和歌山 DARC ハヌマンハウス	640-8319	和歌山県和歌山市手平5-8-28	073-423-5046
高知 DARC	784-0032	高知県安芸市穴内乙390-3	0887-35-2997
九州 DARC デイケア・センター	812-0017	福岡県福岡市博多区美野島2-5-31	092-471-5140
北九州 DARC デイケア・センター	802-0064	福岡県北九州市小倉北区片野4-13-30 片野タカケンビル1階	093-923-9240
長崎 DARC	850-0045	長崎県長崎市宝町 9 -14 三愛ビル 201号	095-848-3422
熊本 DARC	860-0855	熊本県熊本市北千反畑町1-9 古荘201号	096-345-1713
大分 DARC	870-0813	大分県大分市王子山の手町九組	097-547-2375
宮崎 DARC	880-0027	宮崎県宮崎市西池 11-36	098-538-5099
DARC 女性ハウス九州		(連絡は宮崎 DARC へ)	
沖縄 DARC デイケア・センター	901-2221	沖縄県宜野湾市伊佐1-7-19	098-893-8406

発行:厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課

作成:再乱用防止資料作成委員会 尾崎 茂(国立精神・神経センター精神保健研究所) 栗坪千明(栃木ダルク) 幸田 実(東京ダルク)

小松崎未知(全国薬物依存症者家族連合会) 近藤あゆみ(国立精神・神経センター精神保健研究所)

関 紳一(埼玉県済生会鴻巣病院)

高橋郁絵(東京都立多摩総合精神保健福祉センター)

松本俊彦(国立精神・神経センター精神保健研究所)

三井敏子(北九州市立精神保健福祉センター)

和田 清(国立精神・神経センター精神保健研究所)

このパンフレットは以下のホームページからダウンロードすることができます。 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部 http://www.ncnp-k.go.jp/dyakubutu/index.html