

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))

「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究」

(研究代表者 杉山直也: H29-精神—一般-002)

研究分担報告書

精神科救急及び急性期医療における

薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究

研究分担者 松本俊彦 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部)

要旨

【研究目的】本分担研究班の目的は、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応を、1) 司法的な対応のあり方、および、2) 薬物乱用・依存への介入のあり方、という2つのテーマを検討し、対応指針を開発することである。

【研究方法】1) 司法的な対応のあり方については、昨年度に引き続き平成 30 年度も、精神科急性期医療の専門家、薬物依存症治療の専門家、法律の専門家、地域精神保健福祉行政関係者などの幅広い研究協力者との意見交換を行い、論点の整理と意見集約を行った。2) 薬物乱用・依存への介入のあり方については、精神科急性期病棟における薬物乱用・依存への簡易介入ツールを用いて実際の薬物使用障害患者への介入を行い、その効果を検証した。

【結果と考察】今年度、「患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項」を作成し、簡易介入ツールを用いて、23 名の入院薬物使用障害患者にプログラムを提供し、評価尺度上における臨床上の好ましい変化を確認した。以上より、本分担研究班では、司法的問題や薬物乱用・依存への介入指針、ならびに、本人および家族向けのツールを開発し、精神科急性期医療に資する成果が得られたと考えられる。

研究協力者 (五十音順)

新垣 元 医療法人卯の会 新垣病院

伊豫雅臣 千葉大学大学院医学研究院精神医学

大槻知也 埼玉県川口保健所

小関清之 医療法人社団斗南会秋野病院

柑本美和 東海大学法学部

近藤あゆみ 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

椎名明大 千葉大学社会精神保健教育研究センター

紫藤昌彦 紫藤クリニック

杉山直也 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

樽井正義 国際医療福祉大学 成田看護部看護学科

常岡俊昭 昭和大学附属烏山病院(昭和大学医学部精神医学講座)

成瀬暢也 埼玉県立精神医療センター

橋本 望 岡山県精神科医療センター

花岡晋平 千葉県精神科医療センター

平田豊明 千葉県精神科医療センター

船田大輔 国立精神・神経医療研究センター病院

増茂尚志 栃木県精神保健福祉センター

森野嘉朗 東京パーソナル法律事務所

武藤岳夫 肥前精神医療センター

村上 優 独立行政法人国立病院機構 榊原病院

山縣正雄 埼玉県立精神医療センター

山本輝之 成城大学法学部

和田 清 埼玉県立精神医療センター

A. 研究目的

平成28年7月に発生した相模原障害者施設殺傷事件は、措置入院のみならず、精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方に関して大きな問題を提起するものであった。というのも、犯行5ヶ月前に加害者が措置入院となった際、簡易検査において尿中から大麻成分が検出され、後になって事件が発生し、加害者が逮捕された直後にも、尿中から大麻成分が検出されたからである。そのような経緯から、精神科救急医療における薬物問題への介入をめぐる2つの批判がなされた。1つは、「なぜ措置入院先の医療機関は、患者の大麻使用のことを告発しなかったのか」、あるいは、「大麻にも使用罪はないものの、麻薬及び向精神薬取締法(以下、麻向法)に基づく麻薬中毒者として届出の対象となるのではないか」というものであった。そしてもう1つは、「なぜ措置入院中に薬物問題に対する積極的な治療的介入がなされなかったのか」という批判である。

これら2つの批判は、精神科救急医療や薬物依存症専門治療に従事する者にとって大きな課題を突きつけている。前者の批判についていえば、薬物依存症治療の根幹にかかわる問題であり、薬物依存症に対して理解のある医療者ほど、守秘義務を優先して患者の違法薬物使用を告発しない傾向にある。そうすることで患者に対するアセスメント精度、ならびに治療アクセスや治療継続性の向上が期待できる。何よりも薬物依存症に関する学術的な知見(Emmelkamp & Vedel, 2006)は、薬物依存症は再発と寛解をくりかえす慢性疾患であり、治療経過中の再発は最初から織り込み済みの現象であることを示している。事実、国際的な治療ガイドライン(National Institute on Drug Abuse, 2018)でも、患者の違法薬物使用は司法的対応をせずに治療的に活用することを推奨している。

しかし、このことは必ずしもわが国の精神科医療関係者のすべてに受け入れられているわけではなく、違法薬物乱用患者の告発や麻薬中毒者の診断のあり方に関しては、同じ精神科医のあいだでも見解に微妙な相違がある。まして相模原障害者施設殺傷事件のような惨事が発生した場合、告発しなかったことで医療者側が批判されるリスクもある。

特に、後者の批判に関していえば、精神科救急医療そのものが内包するジレンマと密接に関連している。精神科救急医療の中心となる非自発的入院においては、人権擁護の観点から患者に提供される治療は必要最小限度にとどめ、人権が制限される期間をできるかぎり短くすることが推奨されてきた経緯がある。そしてそのことが、精神科救急医療においては、治療はもっぱら薬物誘発性精神病症状に限定し、その基底にある薬物乱用・依存に介入しない理由とされてきた。しかし、ひとたび大惨事が発生すると、人権擁護よりも薬物乱用・依存に介入しなかったことが批判の対象となる可能性がある。

おそらく今日精神科救急医療に求められているのは、患者への人権侵害を最小に抑えつつ、限られた入院期間で薬物乱用・依存に対して介入する方策である。それには、患者の違法薬物使用を知った医療者が治療上の対応に際しての留意すべき法的事項を明らかにするとともに、精神科救急病棟入院中に実施可能な介入の内容を明らかにし、簡易な介入ツールを開発することが必要である。

そこで、本分担研究では、昨年度からの議論を引きついで、1) 司法的対応のあり方、および、2) 薬物乱用・依存への治療のあり方という2つのテーマを検討した。そのうえで、これらの問題に対する論点を整理し、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応ガイドライン案を作成するとともに、昨年度開発した精神科急性期医療における薬物乱用・依存への簡易介入ツールを実際に用い、効果検証を行った。

以下に、その結果を報告する。

B. 研究方法

本研究では、主としてエキスパートおよび関連団体の合意形成を目標とした。そのため、研究協力者として、精神科急性期医療の専門家、薬物乱用・依存治療の専門家、法律の専門家、地域精神保健福祉行政関係者に加え、精神科病院協会と精神科診療所協会からも研究協力者を募り、意見交換を行い、論点を整理するという方法を採用し、必要に応じて調査実施や治療方法の開発といった各論的な主題を深める計画とした。その際、「精神科救

急医療における患者の違法薬物使用に関する司法対応のあり方」、および、「精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方」という 2 つのパートに分けて検討し、最終的にそれらを総合して、精神科救急医療における患者の薬物問題への対応ガイドライン案にまとめていくこととした。

以下に、各パートの研究方法について述べる。

1. 精神科救急医療における患者の違法薬物使用に関する司法対応のあり方

このパートでは、様々な立場の法律の専門家(刑法学者、弁護士)を含めて、保健・医療・福祉領域の専門家が参加する分担研究会議、およびメール会議で意見交換を行った。昨年度は2回の会議(平成29年4月16日、7月9日)を開催したが、今年度は平成30年7月22日に1回のみ会議を開催した。

会議では、昨年度と同様、2つの論点に絞って意見交換をした。1つは、「守秘義務と犯罪告発義務(医療者が患者の違法薬物使用を知った場合の対応)」に関する問題であり、もう1つは、「麻向法58条の2麻薬中毒者の届出に係る診断(麻薬中毒者の定義と診断のポイント)」に関する問題であった。

2. 精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方

研究2では、昨年度に作成した「精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案」(全文は巻末資料1)における「1)患者本人に対する医療 ②簡易再発防止プログラム」の開発と効果検証を行った。

I. 患者本人に対する医療

1. 精神医学的評価: (a) 依存症の重症度の評価、(b) 併存精神障害の評価:

2. 簡易再発防止プログラムの実施

3. 退院後の関係機関との調整

II. 家族に対する介入・支援

III. 地域の関係機関との調整

1) 介入の内容

介入に用いたのは、国立精神・神経医療研究センターにて開発した、精神科救急病棟における薬物乱用・依存に対する簡易介入プログラム「FARPP (First Aid Relapse Prevention Program)」である。このプログラムは、すでに同院外来にて実施されてきた SMARPP-24(全24セッション)をベースにして開発された、全4セッションの簡易版 SMARPP である(巻末資料3)。このプログラムは、1ヶ月程度の入院期間中に週1回、多職種によりグループ療法、ないしは個人療法として実施することを想定して開発されたものである。今回の研究では、2~5名程度の比較的少人数のグループ療法として提供された。

2) 対象

対象は、2018年1月~2018年12月に国立精神・神経医療研究センター病院にて入院治療を受けた物質使用障害患者23名(平均年齢[標準偏差]37.6[11.0]歳; 男性14名、女性9名)である。この23名の主乱用物質は覚せい剤が最多で9名(39.1%)、次いでアルコール4名(17.4%)、市販薬3名(13.0%)、睡眠薬・抗不安薬2名(8.7%)、大麻1名(4.3%)、多剤1名(4.3%)、その他2名(8.7%)という内訳であった。また、23名中18名(78.3%)に他の精神障害の併存が認められ、その内訳としては、統合失調症が最も多く6名(26.1%)、次いで解離性障害5名(21.7%)、うつ病性障害4名(17.4%)、双極性障害2名(8.7%)、自閉症スペクトラム障害1名(4.3%)という順であった。

3) 評価方法と評価項目

介入の効果については、対照群を置かない、介入前後における尺度得点の変化によって評価した。評価に用いた尺度は、以下の2種類である。

①Beck Depression Inventory (BDI): この尺度は、汎用されているうつ状態を評価するための自記式質問票であるが(Beck et al, 1996)、今回の研究では、患者の全般的な精神状態の変化を見るための指標として採用した。

②Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence (SOCRATES-8D): この尺度は、Miller と Tonigan (1996)によって、薬物依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を評価するために開発された、19項目からなる自記式評価尺度である。原語版では、各質問は「病識 recognition」、「迷

い ambivalence)、「実行 taking-step」という 3 つの因子構造を持つことが確認されている。「病識」が高得点の場合には、「自分には薬物に関連した問題があり、このまま薬物を続けていけば様々な弊害を生じるので、自分を変えていく必要がある」と認識していることを示し、「迷い」が高得点の場合には、「自分は薬物使用をコントロールできていない、周囲に迷惑をかけている、依存症かもしれないと考えている」ことを、そして「実行」が高得点の場合には、「自分の問題を解決するために何らかの行動を起こし始めている、あるいは、誰かに援助を求めようと考えている」ことを示すとされている。事実、SOCRATES 総得点は治療準備性の高まりと正の相関関係を示し (Mitchell et al, 2007)、動機付けの乏しい薬物乱用者に対する短期介入の場合には、高得点の者ほど治療継続率が高いという報告がある (Mitchell et al, 2006)。

4) 統計学的解析

得られた結果は、BDI 総得点、SOCRATES-8D 総得点および病識、迷い、実行の各因子得点について、対応のある 2 地点間の t 検定で比較を行い、両側検定で 5% 未満の水準を有意とした。

(倫理的配慮) 1 の研究は、様々な領域の専門家による討議を通じての合意形成、ならびに論点整理をするものであり、現時点では患者の情報を収集はしていない。よって、倫理審査などの手続きは踏んでいない。また、2 の研究については、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された。

C. 研究結果

1. 精神科救急医療における患者の違法薬物使用に関する司法対応のあり方

昨年度より議論してきた論点について、改めて議論を重ねた。

1) 守秘義務と犯罪告発義務(医療者が患者の違法薬物使用を知った場合の対応)

昨年度までの議論では、以下のことが確認された。

「医療者に患者の違法薬物の使用を警察に通報することを義務づけた法令は存在しない。ときに公務員の犯罪告発義務(刑訴法 239 条 2 項)の根拠判例として、最高裁判例(最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 卷 6 号 600 頁)が公務員の犯罪告発義務が持ち出されることがあるが、当該裁判での争点は、あくまでも医師による犯罪告発が守秘義務違反(刑法 134 条 秘密漏洩罪)にあたるか否かにあり、被告医師が公務員であったことは少なくとも決定文のなかでは言及されていない。以上より、職務上正当な理由があれば、医療者は、たとえ公務員の立場にあつたとしても、患者の違法薬物の使用に関する告発を裁量することが許容されている」

今年度は、特に、犯罪を告発しないことが許容される「職務上正当な理由」に関する議論を行った。その結果、「告発しないことが治療上よい転帰をもたらす」という科学的根拠があることが必要という意見が出た。しかし、国内では「違法薬物使用を告発しない」という介入の効果を検証した研究は存在せず、また、違法薬物の使用罪が存在しない海外の多くの国では、そのような検証そのものがありえず、現状では治療理念や人権問題として「刑罰よりも治療」、あるいは「非犯罪化して健康問題として捉えよ」という主張がなされており、明確な科学的根拠とはいえない点が課題であった。ガイドラインでは、あくまでも薬物問題の捉え方に関する国際的な動向を付記することどめざるを得なかった。

2) 麻向法 58 条の 2 に係る麻薬中毒者の診断について

昨年度までの議論では、以下のことが確認された。

「麻薬中毒者の届出制度は、今日の精神科医療の実情にそぐわない面があり、薬物依存症者の医療アクセスを低減し、患者に対する過剰な人権侵害が生じる危険性を内包している。しかしその一方で、麻薬中毒者に対するアフターケアのなかには、「環境浄化」のような従来の精神保健福祉的支援のスキームではなし得ない回復促進要素が含まれている。その意味では、今後、本制度の運用実態を把握した上で制度を見直し、場合によっては、現在のわが国における精神科医療、ならびに薬物依存症治療にあつたものへと修正する必要がある」

そして、このように課題の多い麻薬中毒者の届出制度であり、ことに麻向法による措置入院は 2002 年以降、国

内では一例も生じていないことも確認された。そこで、現状では、麻薬中毒者の届出の前提となる麻薬中毒の診断については、暫定的に以下のようなことに留意すべきということで意見が一致した。

「麻薬中毒者の診断は、被診断者に行政処分を課するという重大な決定に至ることも踏まえ、ICD-10 などの操作的診断基準にしたがって自動的に診断するのではなく、薬物依存症を専門とする精神科医師による慎重な検討（患者の病態や治療経過、薬物使用によって引き起こされると予想される事態など）を経たうえで診断されるべきである。少なくとも、プライマリケアや一般救急医療に従事する医師が、限られた情報に基づく短時間の診察で麻薬中毒者と診断することは避けるべきである」

3) 患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項

上述したような議論にもとづいて、巻末資料 2 に付した「患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項」を作成した。以下にはその骨子のみ記しておく。

- I. 本留意事項の目的
- II. 関係法令の規定及びその他留意すべき事項
 - 1. 【告発義務】わが国には、患者の違法薬物の使用を警察等に通報することを医療者に義務づけた法令は存在しない。
 - 2. 【守秘義務】医療者が患者の違法薬物使用を告発したとしても、ただちに秘密漏示罪（守秘義務違反）に問われるわけではない。
 - 3. 【公務員としての義務】公務員には犯罪告発義務があるが、守秘義務を前提とした職務上の裁量が認められる場合がある。
 - 4. 他者の権利の侵害のおそれや公益上の要請についても考慮する必要がある。
- III. 麻薬中毒者の診断に関する対応
 - 1. 届出先（都道府県知事）とその後の手続き
 - 2. 麻薬中毒は依存症とほぼ同義
 - 3. 麻薬中毒者届出制度の問題
 - 4. 診断の前に薬物依存症に詳しい医師や行政機関に相談する

IV. 通報か否かの判断にあたって知っておくべき知識

今日、欧州中心にハームリダクションや非犯罪化は薬物関連問題の低減に効果的な、科学的根拠のある公衆衛生政策と見なされており、国連も各国に対して、「薬物問題を非犯罪化（違法ではあるが、刑罰は与えない政策）し、健康問題として支援の対象とせよ」という勧告を行っている。こうした潮流の影響を受けて、わが国の薬物依存症を専門とする医師のあいだでも、「薬物依存症は再発と寛解を繰り返す慢性疾患であり、薬物依存症の治療と回復のプロセスの観点からは、再発は途中で生じうる事象である」という認識に基づいた治療実践が広がりつつある。なお、告発の有無にかかわらず、患者本人及び家族への社会資源に関する情報提供は必須である。

2. 精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方

表 1 に、介入前後の BDI 得点、ならびに、SOCRATES-8D 総得点と各下位因子得点を比較した結果を示す。

表から明らかのように、介入後には BDI 得点は有意に低下した ($p=0.028$)。一方、SOCRATES-8D 総得点、および下位因子の「病識」と「迷い」には有意な変化は見られなかったが、下位因子の「実行」に関しては上昇する傾向 ($p=0.058$) が見られた。

表 1: FARPP による介入前後の尺度得点変化

	介入前	介入後	t	p 値
BDI 得点	27.30	21.52	2.356	0.028
SOCRATES-8D 総得点	71.26	72.52	0.563	0.579
病識	27.91	27.43	0.407	0.688
迷い	14.74	14.39	0.477	0.638
実行	28.57	30.87	2.004	0.058

FARPP: First Aid Relapse Prevention Program

BDI: Beck Depression Inventory

SOCRATES-8D: Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence

D. 考察

2016 年 6 月に「刑の一部執行猶予制度」(以下、一部執行猶予制度)が施行され、同年 12 月には再犯防止推進法が成立した。同法では、国と自治体に「再犯防止推

進計画」を策定するよう求めており、2017年12月には、国として初めて同計画が策定された。

また、一部執行猶予制度施行に先立つ2015年11月には、法務省保護局・矯正局ならびに厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部が連名で、「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」が公表されており、そのなかでは、「違法薬物等の乱用は、犯罪行為であると同時に、しばしば薬物依存の一症状でもあるため、関係機関は、薬物依存者が薬物依存という精神症状に苦しむ一人の地域生活者であるということを改めて認識し、刑事処分の対象となったことに伴う偏見や先入観を排して支援対象者の薬物依存からの回復と社会復帰を支援する」こと、さらには、「関係機関は、薬物依存者に対する支援を刑事施設や保護観察所又は医療機関いずれかの単一の機関に委ねるのではなく、相互に連携し、それぞれが有する責任、機能又は役割に応じた支援を切れ目なく実施するよう努める」という基本指針が謳われている。

この文言には、慢性疾患としての薬物依存症を抱える者に対して、地域の保健・医療・福祉の諸分野は必要な支援サービスを提供することの必要性、そしてそのような枠組みのなかで、精神科救急医療機関は薬物依存症者の地域支援における、いわば「エンドライン」の役割が求められているといえるであろう。

このような情勢のなかで、本分担研究班では、昨年度および今年度の2年間にわたって、精神科救急医療における薬物問題への介入のあり方を主に2つのテーマに関して検討した。1つは、患者の違法薬物使用を知った場合の司法的対応のあり方であり、もう1つは、精神科救急医療における薬物乱用・依存に対する介入のあり方である。

以下に、各テーマについて考察を行いたい。

1. 患者の違法薬物使用を知った場合の司法的対応のあり方

前者のテーマに関する検討では、医療者はたとえ公務員の立場にあつたとしてもつねに犯罪告発を義務付けられているわけではなく、職務上正当な理由があれば裁量することが可能であることが確認された。しかし、裁量

ができるということは、その判断は個々の医療者に委ねられており、明確に方向付けることには限界があつた。

今年度、班会議では、犯罪を告発しないことの「職務上正当な理由」として、「告発しないことが治療上よい転帰をもたらす」という科学的根拠を提示すれば、個々の医療者はそれにもとづいて判断ができるのではないかと、という意見が出た。確かに一理ある意見ではあるが、現実には、国内では「違法薬物使用を告発しない」という介入の効果を検証した研究は存在しない。また、海外の先進諸国では、公衆衛生政策として非犯罪化の有効性に関する科学的根拠は数多く存在する一方で、海外の先進諸国では医療機関において患者の違法薬物使用を告発すること自体がなく、したがって、個別の治療場面で告発しないこととの治療的意義を正当化する科学的根拠は見つけることができなかつた。このため、「患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項」には、国際的な動向に関して付記することとどめた。

一方、麻向法による麻薬中毒者の届出については、すでに昨年度に議論された2つの問題点——今日の精神科医療の実情にそぐわない制度であること、そして、患者に対する過剰な人権侵害が生じる危険を内包していること——が今年度も確認された。麻薬中毒者に対するアフターケアのなかには、「環境浄化」のような従来の精神保健福祉的支援のスキームではなし得ない回復促進な要素が含まれていることは認めつつも、当面は慎重な運用を心がけるように周知するとともに、今後、本制度の運用実態を把握した上で制度を見直し、場合によっては、現在のわが国における精神科医療、ならびに薬物依存症治療にあつたものへと修正する必要があると考えられた。

なお、研究分担者が経年的に実施している「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」の2018年度調査(松本ら, 2019)では、全国約1600の有床精神科医療機関で2018年9~10月に外来もしくは入院で治療を受けた全薬物関連精神疾患症例2609例中、6例(0.038%)が麻薬中毒者としての届出がなされていたことが判明している。しかし、主乱用薬物の種類、および薬物関連障害の診断から、操作的に麻薬中毒の診断基準に該当する者は69例存在しており、実際にはその8.7%しか届け出られていないと推測された。このことは、実際の臨床現場では制度自体が精神科医に十分に知ら

れていないか、あるいは、知っていたとしても相当に消極的な運用がなされている可能性があるといえるであろう。

2. 精神科救急医療における薬物乱用・依存に対する介入のあり方

後者のテーマに関する検討では、「精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案」の内容を踏まえ、すでに昨年度までに完成していた「簡易再発防止プログラム」を用いた介入を行い、評価尺度上の変化を検討した。対照群を置かない、サンプルサイズの小さな介入であったために、顕著な変化を確認することはできなかったが、BDIを指標とする全体的な精神状態の改善、ならびに、SOCRATES-8D における「実行」因子の上昇傾向を確認することができた。今後は、よりサンプル数を増やし、かつ対照群を置いた上で、退院後の依存症専門治療継続性を指標とした検討を行っていく必要がある。

いずれにしても、本分担研究班では、精神科急性期医療のなかでの介入ガイドライン案を作成し、かつ、それを使用することができる本人に対する介入ツール、および家族に配付する啓発資材(巻末資料 4)を開発した。これらは、医療者の薬物関連障害患者に対する陰性感情を解消に資すると自負している。

E. 結論

本分担研究班では、精神科急性期医療における患者の薬物問題への対応を、1) 司法的な対応のあり方、および、2) 薬物乱用・依存への介入のあり方という 2 つのテーマから 2 年間の研究を行い、精神科急性期医療の専門家、薬物乱用・依存治療の専門家、法律の専門家、地域精神保健福祉行政関係者などの幅広い研究協力者との意見交換を経て、「患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項」、ならびに「精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案」を作成した。また、精神科急性期病棟における限られた時間と人的資源のなかでも実施可能な、本人向けの簡易介入プログラム、および家族向け啓発資材を開発した。以上の本分担研究班の成果は、精神科救急医療に従事

する者の薬物乱用・依存患者に対する苦手意識や陰性感情の低減に資すると思われる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hamamura T, Suganuma S, Takano A, Matsumoto T, Shimoyama H: The Efficacy of a Web-Based Screening and Brief Intervention for Reducing Alcohol Consumption Among Japanese Problem Drinkers: Protocol for a Single-Blind Randomized Controlled Trial. *JMIR Res. Protoc.* 2018;7(5):e10650 doi:10.2196/10650
- 2) Tanibuchi Y, Matsumoto T, Funada D, Shimane T: The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2018 Oct 19. doi: 10.1002/npr2.12035.
- 3) Hiroko Kotajima-Murakami¹, Ayumi Takano , Yasukazu Ogai, Shotaro Tsukamoto, Maki Murakami, Daisuke Funada, Yuko Tanibuchi, Hisateru Tachimori, Kazushi Maruo , Tsuyoshi Sasaki , Toshihiko Matsumoto, Kazutaka Ikeda : Study of effects of ifenprodil in patients with methamphetamine dependence: Protocol for an exploratory, randomized, double-blind, placebo-controlled trial . *Neuropsychopharmacology Reports.* 2019 January 20. doi:10.1002/npr2.12050.
- 4) Daisuke Funada , Toshihiko Matsumoto , Yuko Tanibuchi, Yasunari Kawasoe, Satoru Sakakibara , Nobuya Naruse, Shunichiro Ikeda, Takashi Sunami, Takeo Muto , Tetsuji Cho : Changes of clinical symptoms in patients with new psychoactive substance (NPS)-related disorders from fiscal year 2012 to 2014: A study in hospitals specializing in the treatment of addiction . *Neuropsychopharmacology Reports.* 2019;1–11.doi: 10.1002/npr2.12053.
- 5) 引土絵美, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦: 治療共同体エンカウンター・グループの

- 効果とその要因について. 日本アルコール薬物医学会雑誌 53(2) : 83-94, 2018.
- 6) 花岡晋平, 平田豊明, 谷渕由布子, 宋龍平, 合川勇三, 山崎信幸, 撰尚之, 加賀谷有行, 津久江亮太郎, 門脇亜理紗, 今井航平, 佐々木浩二, 松本俊彦: わが国の精神科救急医療施設における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(5) : 212-225, 2018.
 - 7) 松本俊彦: 嗜癖性障害. 最新精神医学 23(2) : 121-129, 2018.
 - 8) 松本俊彦: 薬物依存症と対人関係. 精神科治療学 33(4) : 435-440, 2018.
 - 9) 松本俊彦: 向精神薬乱用・依存を防ぐために精神科医と薬剤師にできること. 日本精神薬学会誌 1(2) : 12-15, 2018.
 - 10) 松本俊彦: 最近の危険ドラッグ関連障害患者における臨床的特徴の変化: 全国の精神科医療施設における薬物関連障害の実態調査: 2012年と2014年の比較. 精神神経学雑誌 120(5): 361-368, 2018.
 - 11) 松本俊彦: ワークブックを使った認知行動療法的アプローチはどのようなものか教えてください. モダンフィジシャン 38(8) : 844-846, 2018.
 - 12) 松本俊彦: 物質使用障害とトラウマ. 臨床精神医学 47(7) : 799-804, 2018.
 - 13) 谷渕由布子, 大宮宗一郎, 松本陽一郎, 石田恵美, 松本俊彦: 薬物事犯の精神科的治療. 精神科治療学 33(8) : 959-964, 2018.
 - 14) 松本俊彦: 睡眠薬は是か非か—Pros and Cons: Consの立場から—睡眠薬は精神科薬物療法における「悪貨」である. 精神医学 60(9) : 1019-1023, 2018.
 - 15) 松本俊彦: 人はなぜ依存症になるのか—子どもの薬物乱用—. 児童青年精神医学とその近接領域 59(3) : 278-282, 2018.
 - 16) 松本俊彦: 「やりたい」「やってしまった」「やめられない」—薬物依存症の心理—. こころの科学 202 特別企画 : 40-46, 2018.
 - 17) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: 刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援の課題—保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridge Project. 日本アルコール関連問題学会雑誌 20(1) : 39-41, 2018.
 - 18) 松本俊彦: 特集 I 依存と嗜癖-その現状と課題- 人はなぜ依存症になるのか. 精神科 33(6) : 463-468, 2018.
 - 19) 松本俊彦: なぜオピオイド鎮痛薬依存症に陥るのか—臨床の立場から—. ペインクリニック 39(12) : 1570-1578, 2018.
 - 20) 高野歩, 郡健太, 熊倉陽介, 佐瀬満雄, 松本俊彦: ハームリダクションの理念と実践. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(5) : 151-170, 2018.
- ## 2. 学会発表
1. Yuko Tanibuchi, Toshihiko Matsumoto, Daisuke Funada, Yasunari Kawasoe, Satoshi Sakakibara, Nobuya Naruse, Shunichiro Ikeda, Takashi Sunami, Takeo Muto, Tetsuji Cho: A study on factors of better treatment outcome for patients with new psychoactive-substances-related disorders in specialized clinics or wards for drug dependence in Japan. The College on Problems of Drug dependence 80th Annual Scientific Meeting, San Diego, 2018.6.9-14.
 2. 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 【シンポジウム 33】保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人を地域で支える Voice Bridges Project. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
 3. 谷渕由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ関連障害患者の急増と終息とその後. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
 4. 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 近藤恒夫, 松本俊彦: 【シンポジウム 33】民間支援団体利用者のコホート調査と支援の課題に関する研究(第二報). 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
 5. 宇佐美貴士, 神前洋帆, 徳永弥生, 本田洋子, 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人の地域視点 (Voice Bridges Project) の福岡市での実践報告. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.22.

6. 花岡晋平, 廣瀬祐紀, 松本俊彦, 平田豊明:精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況(第一報). 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.22.
 7. 神前洋帆, 武藤由也, 徳永弥生, 本田洋子, 宇佐美貴士, 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦:福岡市における保護観察対象の薬物依存者の地域支援 (Voice Bridges Project). 平成30年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
 8. 田中紀子, 松本俊彦, 森田展彰, 木村智和:病的ギャンブラーとギャンブル愛好家とを峻別するものは何か. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
 9. 引土絵未, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦, 嶋根卓也:回復支援施設における TC エンカウンター・グループの適用に関する研究. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
 10. Ayumi Takano, Yousuke Kumakura, Eriko Ban, Takashi Usami, Toshihiko Matsumoto : Cohort study and development of community-based support for drug users on probation in Japan, Voice Bridges Project. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
 11. Ayumi Takano, Sachiko Ono, Hayato Yamana, Hiroki Matsui, Toshihiko Matsumoto, Hideo Yasunaga, Norito Kawakami : Risk factors for long-term prescription of benzodiazepine: cohort study using a large health insurance claim database in Japan. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
 12. Ayumi Takano, Mitsuo Sase, Toshihiko Matsumoto, Norito Kawakami : Smartphone-based self-monitoring application for drug users: co-production with targeted users. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
 13. 廣瀬祐紀, 花岡晋平, 井上翔, 深見悟郎, 平田豊明, 松本俊彦:精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況(第二報). 第 26 回日本精神科救急学会学術総会, 沖縄, 2018.10.11.
 14. 松本俊彦:【特別講演】刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援～Voice Bridges Project～. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.9.
 15. 松本俊彦:【特別講演】ランチョン・レクチャー I 人はなぜ依存症になるのか. 日本精神病理学会第 41 回大会「往還する精神病理学－原点回帰と越境とー」, 兵庫, 2018.10.5.
 16. 松本俊彦:【教育講演】アディクション問題の理解と援助. 第 32 回東京精神科病院協会学会, 東京, 2018.10.23.
 17. 松本俊彦:【特別講演】薬物依存症からの回復のために必要なこと. 第 65 回日本矯正医学会総会, 東京, 2018.10.25.
 18. 松本俊彦:【ワークショップ】自傷行為の理解と援助. 日本認知・行動療法学会第 44 回大会, 東京, 2018.10.28.
 19. 松本俊彦:【特別講演】アディクション問題の理解と援助. 第 35 回愛媛県精神神経学会, 愛媛, 2018.12.1.
 20. 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, 山本政弘, 辻麻理子, 長与由紀子, 松本俊彦:薬物使用経験のある HIV 陽性者における亜硝酸エステル使用が服薬アドヒアランスに与える影響. 第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会, 大阪, 2018.12.4.
 21. 松本俊彦:【特別講演1】人はなぜ依存症になるのか～患者と同僚、そして自らを薬物依存症から守るために～. 第 25 回日本静脈麻酔学会, 栃木, 2018.12.8.
- G. 健康危険情報
なし
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし

3. その他

なし

I. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

引用文献

Beck, A.T., Steer, R.A., and Brown, G.K. (1996) Manual for the Beck Depression Inventory-2. Psychological Corporation, San Antonio, TX, 1996.

Emmelkamp, P.M.G., Vedel, E. (2006) Research basis of treatment. In “Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: A practitioner’s guide to theory, methods, and practice (Emmelkamp & Vedel)”, Routledge, New York, pp.85-118.

法務省保護局・矯正局・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2015) 薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン. 2018年4月22日最終確認 <http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf>

河上和雄・古田佑紀・原田國男・中山善房・渡辺咲子・河村 博 編(2012)大コンメンタール刑事訴訟法 第2版 第4巻 第189条～第246条. pp769～770, 青林書院, 東京.

松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔, 村上真紀, 谷渕由布子(2019)全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成30年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究(研究代表者 嶋根卓也)総括・分担研究報告書: 75-141.

Mitchell, D. and Angelone, D.J. (2006) Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. *Mil Med* 171: 900-904.

Mitchell, D., Angelone, D.J. and Cox, S.M. (2007) An exploration of readiness to change processes in a clinical

sample of military service members. *J Addict Dis* 26: 53-60.

National Institute on Drug Abuse (2018) Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition).

<https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment> 最終確認 2018年4月23日

最高裁判所判決: 最決平成17年7月19日刑集59巻6号 600頁 (2005)
http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=50093
最終確認 2018年4月23日

安富潔(2009)刑事訴訟法. pp79, 三省堂, 東京.

精神科救急医療において薬物乱用・依存患者に行うべき介入ガイドライン案

I. 患者本人に対する医療

1. 精神医学的評価

- 依存症の重症度の評価: 客観的な評価の指標として、自記式の薬物乱用・依存重症度評価尺度である日本語版 DAST-20 (Drug Abuse Screening Test) を用いるとよい。また、薬物乱用・依存患者の薬物再使用リスクを高める要因の一つとして、様々な程度の飲酒が無視できないことから、アルコール問題に関しても評価すべきである。
- 併存精神障害の評価: 物質乱用・依存の臨床では、双極性障害や統合失調症の併存は他害行動のリスクが著しく高まることから、併存精神障害を看過せず、正確な精神医学的評価にもとづいた治療計画を策定することが重要である。

2. 簡易再発防止プログラムの実施

- 精神科救急病棟での限られた入院期間においては、SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) などの系統的な依存症治療プログラムを実施することは現実的ではないが、それでも、薬物乱用・依存に関する心理教育や治療動機の掘り起こし、回復のための社会資源に関する情報提供、ならびに、個別もしくは少人数グループによる簡易な再乱用防止プログラムを実施することは可能である。
- そのような介入に活用できるツールとしては、SMARPPなどを参考にして埼玉県立精神医療センターで開発された、薬物乱用・依存に対する短期介入ツール、「LIFE-mini」がある。これは、1回15分程度のセッション、全5回から構成される個人心理教育プログラムである。この、LIFE-mini ないしはそれに類する教材を用いた簡易介入については、すでに埼玉県立精神医療センター、千葉県精神科医療センター、昭和大学附属烏山病院、国立精神・神経医療研究センター病院などで実践例がある。

3. 退院後の関係機関との調整

- 退院後には、原則として依存症治療体制(専門医がいる、あるいは、専門プログラムがある)のある医療機関を通院先として選定し、退院後に治療が途切れないように、関係者・患者本人との顔合わせや外出・外泊を活用した退院前訪問指導、さらには保健所の通院支援の体制を整える。
- また、依存症治療体制のない精神科医療機関に通院する場合には、すでに再発防止プログラムを実施している精神保健福祉センター、あるいは、薬物乱用・依存からの回復支援のための民間リハビリ施設につないだり、地域の自助グループを活用したりするなどの方策もよい。さらに、どうしてもこうした非医療的な社会資源が見つからない場合には、可能なかぎり急性治療を引き受けた精神科救急医療機関で外来フォローをし、担当医との治療関係を継続することが望ましい。たとえ薬物依存症に特化した治療プログラムがなくとも、外来通院を継続しているだけで、薬物使用のリスクや、薬物使用による様々なネガティブな結果を低減する効果はある。

II. 家族に対する介入・支援

患者自身が頑なに薬物乱用・依存に対する介入を拒む場合もまれではない。しかしそれでも、患者の家族に対する介入は可能である。なにしろ依存症には、「本人が困るより先に周囲が困る」病気という性質があり、治療は

家族の相談からはじまるのがつねである。さらにいえば、本人の治療意欲はたえず浮動していて、あてにならない。せつかく専門外来につながっても、すぐに治療を中断してしまうが、それに比べると家族の治療意欲ははるかに高い水準で安定している。その意味では、家族に対する支援を継続することは、患者本人の治療継続性を高める可能性がある。また、患者自身が治療の必要性をまったく認めていない場合でも、家族に心理教育を提供し、家族をしかるべき相談機関に確実につなげることは、患者の薬物使用が引き起こす害を低減し、患者の治療動機を掘り起こし、治療アクセスを高める意義がある。

まず必要なのは、依存症者家族に対する情報提供である。その際、活用できる啓発資料として、厚生労働省監視・指導麻薬対策課作成のパンフレット『ご家族の薬物問題にお困りの方へ』などがある。次いで必要なのは、家族を孤立から救い出すことである。他のために必要なのは、家族を精神保健福祉センターなどの家族の支援資源につなげることである。精神保健福祉センターでは、依存症家族教室や依存症家族相談を実施するとともに、依存症者家族の自助グループや家族会といった社会資源に関する情報が集約されている。家族がこうした支援を受けずに地域で孤立したまましていると、本人の問題行動に対して不適切な尻ぬぐいをしてしまうことで、問題が深刻化してしまうこともある。家族は本人に対する影響力が最も強い社会資源の一つであり、心理教育を提供することで、家族の本人に対するかかわり方を変えるのは、本人の治療上重要である、という認識を医療者が共有していることが大切である。

III. 地域の関係機関との調整

薬物乱用・依存患者は治療中断が起きやすく、ことに入院治療から退院し、地域移行に際して治療中断が生じやすい。こうした事態を避けるために、入院中に、退院後に再発防止プログラムを利用する精神保健福祉センターや民間リハビリ施設の職員と顔合わせをしたり、入院中に試験的なプログラム参加をしたりすることが望ましい。

なお、薬物乱用・依存の治療には、本人の主体的な治療意欲は欠かせないことから、本人のニーズとの慎重なすりあわせを行い、双方が合意できる妥協点を探り、実現可能性の高い退院後支援計画の策定に努める必要がある。

患者の違法薬物使用を知った場合の対応に係る留意事項

I. 本留意事項の目的

一般的な感覚において、善良な市民のひとりとして他者の犯罪行為を知った場合、その通報は良識であり、自然な感覚である。また、公務員の場合には、その職務を行うことにより犯罪があると思料するときは告発が義務づけられている(後述)。しかしながら、通常、使用が規制されている薬物(以下、「違法薬物」という。)を患者が使用していることを医療者の立場として知った場合には、警察等に通報するべきか否か、通報によって本務である診療との両立が困難となることへの葛藤、通報が職務上知り得た秘密の守秘義務違反にあたるのではないかという不安等に直面する。

本留意事項はこのような課題に対し、臨床現場における個別具体的な判断の一助とするために、現行法令の規定等、医療者が留意すべき事項をとりまとめたものである。

II. 関係法令の規定及びその他留意すべき事項

1. 【告発義務】わが国には、患者の違法薬物の使用を警察等に通報することを医療者に義務づけた法令は存在しない

わが国には、患者の違法薬物の使用を警察等に通報することを医療者に義務づけた法令は存在しない。したがって、患者が規制薬物を使用していることを医療者(公務員の場合には後述する。)が知ったとしても、通報しなかったことによる法令義務違反は発生しない。

2. 【守秘義務】医療者が患者の違法薬物使用を告発したとしても、ただちに秘密漏示罪(守秘義務違反)に問われるわけではない

刑法 134 条 1 項では、医師等の医療職に就く者が、「正当な理由がないのに、その業務上知り得た秘密を漏らしたときは、6 月以下の懲役又は 10 万円以下の罰金に処する」と規定している(秘密漏示罪)。しかしながら、医療者が患者の違法薬物使用を告発したとしても、ただちに秘密漏示罪に問われるわけではないことが実際の判例で示されている。最高裁判例(最決平成 17 年 7 月 19 日刑集 59 卷 6 号 600 頁)¹では、医師が患者の尿検体から検出された覚せい剤反応の情報を警察に伝えたことには、「正当な理由がある」としてその違法性を否定している。

なお、1. で述べたように、患者の違法薬物の使用を警察等に通報することを医療者に義務づけた法令は存在せず、前記の判例はあくまでも「守秘義務違反にはあたらない」という裁判所の判断を示したものである点に注意すべきである。

3. 【公務員としての義務】公務員には犯罪告発義務があるが、守秘義務を前提とした職務上の裁量が認められる場合がある

公務員(あるいは、みなし公務員)には、刑事訴訟法(以下、刑訴法) 239 条 2 項に定められた「公務員の犯罪告発義務」により、犯罪を告発する法律上の義務が課されており、これに違反した場合には懲戒事由になるとされている。

しかしながら、この犯罪告発義務はすべての公務員、すべての状況に対して無条件に課せられるものではない。公務員といえども、職務上正当と考えられる程度の裁量は認められており、その本務内容によっては守秘義務を優先できると考えられている^{2,3}。例をあげるならば、捜査機関職員が改悛の情を期待して告発を裁量することは許されないが、医療職の者が患者の違法薬物使用について治療上の見地から告発をしないことは、職務上正当な行為と見なすことができる。

4. 他者の権利の侵害のおそれや公益上の要請についても考慮する必要がある

前述の法令上の規定に加えて、違法薬物使用者が他者の権利を深刻に侵害する危険性が切迫しているか否か、あるいは、犯罪を告発し処罰を求めることについて公益上の強い要請がある場合に該当するか否か、という点についても、十分に考慮する必要がある。

具体的には、他者への切迫した暴力の危険、ならびに、他者への違法薬物の譲渡や販売、使用の勧誘などの状況にあるかどうかをそれにあたと考えられる。

Ⅲ. 麻薬中毒者の診断に関する対応

1. 届出先(都道府県知事)とその後の手続き

麻向法 58 条の 2 は、「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(中略)の都道府県知事に届け出なければならない」と定めている。

この制度は、薬物依存症者に対する医療的な対応を促進することを目的として、1960 年代初めに制定されたものである。麻薬中毒者として届出られた後は、当該患者は、麻薬及び向精神薬取締法(以下、麻向法)による措置入院の要否判断、環境浄化(患者から提供された薬物入手先情報にもとづき、薬物入手ルート摘発を行う)、ならびに退院後の監督の対象となる。

なお、ここでいう麻薬中毒とは、後述する昭和 41 年厚生省薬務局長通知で説明されており、「麻薬、大麻またはあへんの慢性中毒をいうのであって、それらの急性中毒を意味しない」とされている(従って、覚せい剤の慢性中毒は含まれていない)。

2. 麻薬中毒者は依存症とほぼ同義

昭和 41 年厚生省薬務局長通達では、麻薬中毒は、「麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態、即ち麻薬に対する精神的身体的依存の状態をいい、必ずしも自覚的または他覚的な禁断症状が認められることを要するものではない」と定義されている。

麻薬中毒者とは医学的概念ではなく、あくまでも行政的な概念であるが、この通達の説明にもとづけば、それは、WHO の精神障害診断分類 ICD-10 における「依存症(候群)」とほぼ同義の概念と考えてよいであろう。しかし、麻薬に該当する薬物に関して、操作的に「依存症」に該当する病態であれば、ただちに麻薬中毒者として診断をすべきかといえ、次に述べる理由からそれについては慎重に検討する必要がある。

3. 麻薬中毒者届出制度の問題

今日的な視点で見ると、麻薬中毒者届出制度はこれまで長らく見直しや改正が成されてこなかったがゆえに、その実際の運用を想定した場合、きわめて非現実的な内容に変質している。事実、2002 年以降、わが国では麻向法による措置入院となった事例は存在しない。背景として、本制度が麻薬中毒として当初想定したのは、きわめて強力な身体依存を持つヘロインの依存症であったことが関連する。一方現在わが国で問題となっているのは覚せい剤依存症患者であり、覚せい剤は本制度の対象となっていない。

大きな問題の1つに、この制度があるために、麻薬等の影響で治療が必要な患者が医療機関につながりにくくなるということがある。本制度に基づき麻薬中毒者と診断され、届け出された場合、麻向法の規定に基づき様々な措置の対象となる可能性があるが、このような措置のおそれを回避しようと、本来、治療が必要な患者が医療機関を避けようとしてしまうことである。また、この制度による監督期間の問題がある。同制度における監督期間は、保護観察などの刑事処分と比べてもきわめて長期に及び、現代の価値基準に照らした場合、患者の人権擁護という点でも重大な問題を残したまま手つかずの状態にある。不適切な麻薬中毒の診断がなされたならば、麻薬問題を抱える者の医療アクセスは著しく抑制され、回復の好機を逸し、国民の健康増進の観点から逆行する結果を招きかねない。

また、現在、精神科医療現場で問題となっている麻薬の多くは、覚せい剤と同様、幻覚・妄想などの精神病症状によって事例化している。このため、麻薬関連精神障害による措置入院は、「自傷・他害のおそれ」を要件とする精神保健福祉法によって対応されている。

4. 診断の前に薬物依存症に詳しい医師に相談する

監督期間の長さなど、患者の人権擁護にかかわる諸問題および法令の現代における存在意義を勘案すると、麻薬中毒者の診断には慎重を期する必要がある、限られた情報にもとづく短時間の診察でなされるべきではない。

麻向法に基づく麻薬中毒の診断を行う際には、まずは、薬物依存症に詳しい精神科医師に相談する、スーパーヴィジョンを受けることが望ましい。そのうえで、これまでの治療経過などを総合して判断する必要がある。いずれにしても、プライマリケアや一般救急医療の現場で即断するのは控えるべきである。

IV. 通報か否かの判断にあたって知っておくべき知識

最近10年のうちに薬物問題に対する国際的な動向は大きく変化し、WHOをはじめとするいくつかの国連機関は、各国に対して、「薬物問題を非犯罪化(違法ではあるが、刑罰は与えない政策)し、健康問題として支援の対象とせよ」という勧告を行っているのである。こうした動きを後押ししたのが、長年厳罰主義をとってきたアメリカにおける「薬物戦争」の失敗を指摘した報告⁴であり、同時に、オランダ、スイス、ポルトガル、カナダ、台湾などの各国におけるハームリダクション政策の成功である。なかでもポルトガルの場合、違法薬物の自己使用や少量所持の非犯罪化、薬物乱用者の雇用促進などの政策によって、薬物依存症者の治療アクセスを高め、新規HIV感染者や薬物過量摂取による死亡者を減少させ、さらには、国民の違法薬物生涯経験率低減にも成功している⁵。このような公衆衛生施策の成功は、薬物依存症者に対して社会内に居場所を提供することが薬物問題の解決を促す可能性を湿しているだけでなく、薬物問題への対策を効果的なものにするためには、人権侵害とスティグマを強める規制強化よりも、依存症者への理解と支援を浸透させる環境づくりがより合理的である可能性を示唆する。

医療者が犯罪として告発すべきかどうかについては、薬物依存症の治療に与える影響の観点も留意すべきことを示唆する知見がある。依存症治療に関する学術的知見も、再発を繰り返しながらでも治療を継続していれば最終的に断薬を達成する可能性が高く、たとえ断薬に不成功であったとしても、物質使用量は減少し、物質使用に関連する医学的・心理的障害や社会経済的損失の抑制されることを明らかにしている⁵。こうした知見を踏まえ、現在、わが国においても、「薬物依存症は再発と寛解を繰り返す慢性疾患であり、薬物依存症の治療と回復のプロセスの観点からは、再発は途中で生じうる事象である」という認識にもとづいた治療実践が広まりつつある。

ともあれ、患者の違法薬物の使用を警察等に通報するか否かにかかわらず、医療者としての本務は忘れてはならない。それは、社会資源に関する情報提供である。もちろん、患者が治療を要する依存症に罹患していることを認めず、専門治療へのアクセスはおろか、単なる情報提供さえ受けつけないことは十分にありえるだろう。その場合には、家族に対して精神保健福祉センターなどの依存症家族相談窓口に関する情報提供をすべきである。

なぜなら、依存症には「本人が困るより先に家族が困る」という特徴があり、治療はしばしば家族の相談から始まるからである。

文献

1. 最高裁判決：最決平成17年7月19日刑集59巻6号600頁
http://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail2?id=50093 (最終確認: 2019年4月30日)
2. 河上和雄・古田佑紀・原田國男・中山善房・渡辺咲子・河村 博 編: 大コンメンタール刑事訴訟法 第2版 第4巻 第189条～第246条. pp769～770, 青林書院, 東京, 2012.
3. 安富潔: 刑事訴訟法. pp79, 三省堂, 東京, 2009.
4. International Drug Policy Consortium: The ‘Vienna consensus’ stifles progress on UN drug policy: Statement by the International Drug Policy Consortium. http://filesserver.idpc.net/library/Public-IDPC-statement_FINAL.pdf (最終確認: 2019年4月30日)
5. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, et al.: Public health and international drug policy. *Lancet* 2; 387(10026): 1427-1480, 2016.
6. Emmelkamp, P.M.G., Vedel, E.: Research basis of treatment. In “Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: A practitioner’s guide to theory, methods, and practice (Emmelkamp & Vedel)”, Routledge, New York, pp.85-118, 2006.