

7

物質関連障害

7

物質関連障害

I 精神科救急医療における物質関連障害への介入：総論

1. 物質使用障害に介入することの意義と必要性

一般的にわが国の平均的な精神科医療関係者にとって、物質関連障害患者は「招かれざる客」である。まして、その乱用物質が違法薬物であった場合には、「病者」というよりも「犯罪者」と見なされやすく、医療関係者のあいだに、「最小限の治療をやるだけやって早く退院させよう」という気運が生じやすい。その背景には、「精神病症状は医療の仕事だが、乱用・依存は自己責任、ないしは司法で対応すべきこと」という認識があるのだろう。

その結果、これまでの精神科救急医療においては、ともすれば物質関連障害患者の治療は、物質誘発性精神病を標的としたものに終始し、その基底にある物質使用障害への介入はネグレクトされてしまいやすい。しかし、これからの精神科救急医療はそれでは十分とはいえない。というのも、そのような精神科救急医療とは、身体科救急において、心筋梗塞による搬送患者に対して、心筋梗塞に対する急性期治療だけを提供し、未治療の糖尿病や高血圧が発見されても、「それは救急医療の仕事ではない」と、何の治療や助言もせず退院させるのと同じとなってしまうからである。むしろ精神科救急医療においてこそ、物質関連障害に対して積極的に関与すべきであると考えなおす必要がある。とりわけそれは、他害リスクと対峙する措置入院において重要である。海外の司法精神医学的研究では、物質使用障害と暴力との密接な関係を指摘する報告が数多く存在する。たとえば物質使用障害の存在は、暴力リスクを5.9～15.1倍に高める¹⁾、あるいは9.5～55.7倍にまで高める²⁾、という報告がある。さらに、統合失調症や双極性障害などの精神障害に物質使用障害が併存した場合には、暴力リスクはいっそう高度なものとなり、薬物乱用・依存を併存する統合失調症患者

では、暴力全般のリスクが18.8倍、殺人に限定した場合には28.8倍の大きさであるという¹⁾。また、物質使用障害と統合失調症との重複障害患者は、地域内処遇における服薬のコンプライアンスや治療へのアドヒアランスが悪く、精神保健サービスからも脱落しやすいという指摘もある³⁾。

2. 精神科救急医療で何をなすべきか

精神科救急医療との遭遇は、物質使用障害からの回復という点から見ても重要な意義がある。物質使用障害患者はしばしば、自身の問題を否認し、「大した問題じゃない、生活に支障など出ていない」「その気になればいつでもやめられる」と事態を矮小化し、なかなか自発的に専門的治療にアクセスしようとしなない。しかしながら、物質使用によって重篤な精神症状が出現し、非自発的な精神科入院をせざるをえない状況は、患者が自分の問題と直面し、専門的治療に対する心理的抵抗感が減じる格好の機会となる。

決して精神科救急医療の枠組みのなかで、薬物乱用・依存に対する系統的な治療プログラム—心理教育や依存症集団療法—をやるべきだといったのではない。許容される入院期間や病棟のマンパワーを考えれば、どう考えてもそれは不可能である。しかし、退院後に依存症に対する専門治療プログラムに確実につながれるように、本人や家族に心理教育や情報提供をしたり、地域の関係機関に根回しをしたりすることならば、十分に可能である。それから、物質関連障害とは別に併存する精神障害に関する精神医学的評価も可能だろう。

3. 患者が専門的治療を拒む場合にはどうしたらよいのか

とはいえ、依存症(＝使用障害)は「否認の病」である。患者自身が頑なに物質使用障害に対する介入を頑なに拒むことも少なくないだろう。しかし、たとえ精神救急病棟退院後に専門的治療にただちにつながらなかったとしても、非自発的な入院中に、簡易な心理教育的な介入を行い、情報提供をしておけば、退院後に再び同様な失敗をした際に、患者なりに事態を内省し、自らの「否認」をやめる下地を準備することにはなる。

また、たとえ患者本人が介入を拒んだとしても、家族に対する介入は十分に可能である。なにしろ物質使用障害という問題は、「本人が困るより先に周囲が困る」という特徴があり、治療はしばしば家族の相談からはじまる。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ず、

せっかく専門的治療につなげてみてもすぐに治療を中断してしまう。しかし、患者本人にくら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、本人にまったく治療意欲がない場合でも、家族に対して心理教育を提供し、家族をしかるべき相談機関に確実につなげるだけでも、十分に意義ある介入となる。

Ⅱ 精神科救急医療で求められる物質使用障害の評価と治療

それでは、精神科救急医療の現場では、具体的にどのような医療サービスを提供する必要があるのだろうか？

本節では、厚生労働科学研究「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)における筆者の分担課題(「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」)で作成した治療指針を提示する⁴⁾。

1. 患者本人に対する医療

1) 精神医学的評価を確実に行うこと

(1) 物質使用障害の重症度の評価

客観的な評価の指標として、自記式評価尺度を活用するのが便利である。アルコールに関しては日本語版AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) が、薬物に関しては日本語版DAST-20⁵⁾が広く用いられ、その有用性、妥当性が検証されている。日本語版AUDITについては久里浜医療センターのホームページ(<https://kurihama.hosp.go.jp/hospital/screening/audit.html>)、DAST-20については国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部のホームページ(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/reference/index.html>)からダウンロード可能である。

(2) 併存精神障害の評価

物質使用障害に双極性障害や統合失調症などのほかの精神障害が併存する場合、他害行動のリスクが高まったり、退院後の地域における精神科治療へのアドヒアランスが悪化する可能性が高まったりする。したがって、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) 可能なかぎり簡易再発防止プログラムを実施することが望ましい

精神科救急病棟における限られた入院期間においては、SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program: せりがや覚醒剤再発防止プログラム)⁶⁾などの系統的な依存症集団療法を実施することは望めないが、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、平成29～30年厚生労働科学研究班「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)の助成を受けて国立精神・神経医療研究センターにて開発された、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)」がある。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。国立精神・神経医療研究センターでは、精神科救急病棟入院中に週1回程度、個別ないしは2～5名程度の少人数で使用している。なお、このワークブックのPDF版は、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のホームページからダウンロード可能である(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/reference/index.html>)。

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。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。ただし、こうした非医療的な社会資源につなぐ際には、精神科医療機関での継続的フォローが必須である。

退院後の紹介先を検討するにあたっては、厚生労働省依存症対策全国セン

ター (NCASA : National Center of Addiction Services Administration) のホームページ(<https://www.ncasa-japan.jp/you-do/treatment/treatment-map/>)が参考になる情報を提供してくれる。そこには、国内各地のアルコール、薬物、ギャンブル依存症に関する専門医療機関、ならびに相談機関が地域ごとに提示されている。

また、SMARPPに準拠した薬物依存症に対する依存症集団療法プログラムは、国内精神科医療機関45ヵ所と精神保健福祉センター47ヵ所、いずれもそれぞれおよそ40施設で実施されており、現在も拡大中であるが、このプログラムの実施施設に関する情報については、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のホームページ(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/>)⁷⁾で随時更新して提示されている。

なお、近隣地域に依存症の専門医療機関や、依存症からの回復支援のための非医療的社会資源がない場合には、できるかぎり入院先の医療機関が外来フォローをすべきである。

2. 家族に対する介入・支援

すでに述べたように、薬物乱用・依存の治療はしばしば家族相談からはじまり、家族が相談機関との関係性を維持していることは、本人の治療中断を防ぐ効果もある。家族がこうした支援を受けずに、本人の薬物乱用・依存に対して過度に自責し、あるいは、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、問題がいつそう深刻化してしまうこともある。その意味で、家族は本人に対する影響力が最も強い社会資源の1つであり、家族に心理教育を提供し、本人に対して最も影響力のある存在である家族が、本人に対するかかわり方を変えるのは、本人の治療上きわめて重要である。

家族に対する心理教育は情報提供が中心となる。その際、厚生労働省監視・指導麻薬対策課作成のパンフレット『ご家族の薬物問題でお困りの方へ』⁸⁾、平成29～30年厚生労働科学研究班「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)の助成を受けて国立精神・神経医療研究センターにて開発された、家族向けパンフレット「FARPP (First Aid Relapse Prevention Program) ご家族のためのQ&A」を活用するとよい。いずれのパンフレットも国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部のホームページよりダウンロード可能である(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/>)。

また、患者本人が退院後には、家族も地域の相談機関でサポートを受け

続ける必要がある。家族に紹介すべき相談機関としては、各都道府県・政令指定都市に少なくとも1箇所は設置されている精神保健福祉センターである。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が行われており、家族はそれらに継続的に参加するなかで、本人に対する受診勧奨のコツ、治療中断時や再使用時の対応について知識を得ておく必要がある。

なお、家族に対する介入・支援の考え方については、従来の「突き放し」による「底つき体験」誘導から、CRAFT (Community Reinforcement and Family Training)⁹⁾のように、行動分析と家族の対応スキルの向上を目指す支援へとシフトしている。

3. 地域の関係機関との調整

物質使用障害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に参加したりする、という方法は有効である。

なお、物質使用障害の治療には、患者本人の主体的な治療意欲は欠かせない。医療者側が理想とする治療計画を一方的に押しつけたところで、退院後に患者によって実行されることは期待できない。そのため、患者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を策定する必要がある。

Ⅳ 医療者が患者の薬物使用を知った際の司法的対応

精神科救急医療では、簡易尿検査などによって患者の薬物使用を知ることがある。その際、医療スタッフは、守秘と犯罪告発とのはざまで対応に苦慮することがあり、違法薬物使用に関する司法的対応は無視できない問題である。

精神科医療関係者のなかには、「刑罰を受けたほうが薬物依存症から回復しやすいのではないか」と考える者もいるが、実はこれにはまったく根拠がない。最近、わが国の法務省に蓄積された膨大なデータを分析した研究¹⁰⁾は、その点できわめて重要な知見を明らかにしている。それは、刑務

所を出所した覚せい剤乱用者は、これまでの刑務所服役期間が長ければ長いほど、そして、刑務所服役回数が多ければ多いほど、再び刑務所に舞い戻る可能性が高い、というものである。この研究を見るかぎり、刑務所が薬物依存症からの回復に役立っているとはいいいがたいように思われる。また、近年、国連、世界保健機関、国連薬物犯罪事務所といった国際機関が、「薬物問題を非犯罪化し、司法的問題でなく、健康問題として保健・福祉・医療的支援の対象とすべし」といった声明を相次いで公表している。とはいえ、わが国で医療するにあたり、国内法をまったく無視するわけにはいかない。

そこで、こうした司法的問題について、平成29～30年厚生労働科学研究班「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)において、精神科医療関係者、法曹関係者、保健行政関係者との議論を通じて合意が得られた指針が示されている⁴⁾。本節では、その指針を提示する。

1. 臨床場面で患者の違法薬物使用が判明した際の対応

1) 守秘義務遵守が原則

わが国には、患者の違法薬物の使用に関して、医療者に警察への通報を義務づけた法令は存在しない。したがって、通報しなかったからといって、その医療者がなんらかの法令違反に問われることは、原則としてない。

むしろ留意すべきなのは守秘義務の問題である。刑法第134条1項では、医師などの医療者が、「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」と規定されている(秘密漏示罪)。その意味では、医療者としてまずは守秘義務を優先することが望ましい。

しかし、だからといって、医療者は患者の違法薬物使用を告発してはならないわけではない。最高裁判例¹¹⁾によると、医師が、診療を通じて知った患者の違法薬物使用を警察に伝えたことには、現に犯罪に当たる行為が存在する以上、守秘義務を放棄するだけの「正当な理由がある」と見なすことができ、秘密漏示罪には当たらないとしている。結論としては、犯罪の告発に関して医療者は裁量することが許容されているといえる。

2) 医療者が公務員である場合の対応

それでは、医療者が公的医療機関に勤務する公務員(もしくは、みなし公務員)であった場合はどうだろうか？ 公務員は、国家公務員法や地

方自治体法によって守秘義務が課されているが、同時に、刑事訴訟法(以下、刑訴法)第239条2項¹²⁾において「公務員の犯罪告発義務」も課されている。

実は、刑訴法が定める犯罪告発義務は、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ているものではない。刑訴法の解説書には、公務員であっても、「職務上正当」と考えられる理由があれば、守秘義務を優先することは許容されること、たとえば医療や相談支援を本務とする公務員の場合、治療や相談支援といった本務を遂行する必要から、患者の犯罪行為を告発しないのは、「職務上正当」な行為である、という解釈が示されている¹³⁾。実際、依存症の診療では、薬物使用こそが病気の症状であって、再使用は治療経過において必ず生じる出来事であり、いちいち告発していたら治療はできない。

以上より、公務員であるか否かにかかわらず、医療者は、犯罪の告発に関して裁量することが許容されており、医療者として最もよいと思う選択をすればよいといえる。

2. 患者の違法薬物使用に関して警察通報を検討すべき状況

医療者、とりわけ医療機関の管理者には、患者の健康増進や回復を支援する責務とともに、治療環境を安全に保ち、ほかの患者の治療を受ける権利を守る責務もある。たとえば、ほかの患者への違法薬物の譲渡や販売、使用の勧誘といった行為は明らかに治療環境の安全性を脅かす行為であると考えられる。また、違法薬物の薬理学的影響により、患者が興奮状態を呈し、患者自身、もしくはほかの患者や医療スタッフに危害を及ぼすおそれがあり、切迫しているという状況も同様である。

このような状況では、患者の違法薬物使用は、他者の権利を侵害するおそれがあり、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と判断できる。よって、守秘義務を放棄する、「正当な理由」になると考えられる。

要するに、治療環境の安全が脅かされる場合には、医療者は警察通報を積極的に考慮すべきかもしれない。

3. 麻薬及び向精神薬取締法における麻薬中毒者届出について

1) 麻薬中毒者届出制度とは？

麻薬及び向精神薬取締法(以下、麻向法)第58条の2は、「医師は、診療

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。この制度で注意しておくべきなのは、つぎの3点である。

(1)届出先は、警察ではなく都道府県知事(実際には都道府県の保健所、もしくは都道府県薬務課)である。

(2)「麻薬中毒者」といった場合の「麻薬」には、麻向法において「麻薬」として規制対象となっている薬物(モルヒネ、ヘロイン、コカイン、MDMAなど)に加え、大麻やあへんも含まれる。

(3)ひとたび「麻薬中毒者」と診断した場合にはすみやかに届出をする義務があり、届出を怠った場合には罰則規定がある。

医師が麻薬中毒者の届出をすると、当該患者は、麻向法による措置入院(精神保健福祉法の措置入院とは別種のもので、精神病症状や自傷・他害のおそれなどの要件は不要)の要否判断を受けるとともに、環境浄化(薬物入手ルート摘発を行い、患者が薬物を入手できない状況にする)や監督の対象となる。

2)麻薬中毒者届出制度の問題と現状における暫定的な運用

麻薬中毒者届出制度には2つの問題がある。1つは、麻薬中毒者の定義があまりにも不明瞭である、ということである。現代医学においては、中毒という用語は「急性中毒」に限定して使用されているが、麻向法の条文を好意的に解釈すると、「依存症に罹患する者」を想定していると推測することは可能である。しかし、やはり漠然としている印象は拭えず、最終的には、診断は医師の裁量によらざるをえないのが現実である。そしてもう1つは、この制度による監督期間が保護観察などの刑事処分とくらべてもはるかに長期に及んでいる、ということである(十数年～数十年に及ぶ)。これは、今日の精神保健行政における人権擁護感覚に照らして、異常な事態といわざるをえず、早急な見直し・改正が必要であろう。

以上の問題点をふまえ、現状では、あくまでも暫定的な運用として以下の指針を提案しておきたい。すなわち、麻薬中毒者の診断は、薬物依存症に詳しい精神科医が、過去の治療経過などの縦断的情報を総合したうえで慎重に診断すべきものである。そして、精神科以外の診療科、たとえばプライマリケアや一般救急医療の現場において、拙速に麻薬中毒者の診断を行うのは控えるべきである。

なお、2021年1～6月に厚生労働省が開催した有識者会議「大麻等の薬物対策のあり方検討会」の最終報告書¹⁴⁾では、「麻薬中毒者届出制度は廃止すべきである」という有識者の合意が明記されており、近い将来、本制度は廃止される可能性が高いと思われる。

文献

- 1) Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, et al : Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. Arch Gen Psychiatry, 53 : 489-496, 1996.
- 2) Wallace C, Mullen P, Burgess P, et al : Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. Br J Psychiatry, 172 : 477-484, 1998.
- 3) Soyka M : Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. Br J Psychiatry, 176 : 345-350, 2000.
- 4) 松本俊彦：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。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)平成29年度総括・分担研究報告書, 127-144, 2018.
- 5) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, 他 : DAST-20日本語版の信頼性・妥当性の検討. 日アルコール薬物医学会誌, 50 : 310-324, 2015.
- 6) 松本俊彦, 今村扶美 : SMARPP-24 物質使用障害治療プログラム, 金剛出版, 2015.
- 7) 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 : SMARPPなどの「薬物依存症に対する認知行動療法プログラム」の国内実施状況(2021年12月現在). 2021/11/14アクセス, [http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/pdf/smarpp_20220101.pdf]
- 8) 厚生労働省 : ご家族の薬物問題でお困りの方へ(家族読本). 2021/11/14アクセス, [http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/other/kazoku_doikuhon.html]
- 9) Meyers RJ, Wolfe BL (松本俊彦, 吉田精次 監訳, 渋谷蘭子 訳) : CRAFT 依存症者や家族のための対応ハンドブック, 金剛出版, 2013.
- 10) Hazama K, Katsuta S : Factors associated with drug-related recidivism among paroled amphetamine-type stimulant users in Japan. Asian J Criminology, 15 : 109-122, 2020.
- 11) 裁判所 : 最高裁判所判例集 平成17年7月19日 刑集 第59巻6号600頁. 2021/11/14アクセス, [https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail?id=50093]
- 12) 河上和雄, 古田佑紀, 原田國男, 他 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), 754-775, 青林書院, 2012.
- 13) 多田辰也 : 刑事訴訟法 新・コンメンタール第3版(後藤昭, 白取祐司 編), 614-617, 日本評論社, 2018.
- 14) 厚生労働省 : 大麻等の薬物対策のあり方検討会とりまとめ～大麻等の薬物対策のあり方に関する方向について～. 2021/11/14アクセス, [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000189913_00001.html]