

■資 料

昭和大学医学部精神医学講座における 違法薬物使用患者診察時の警察通報に関する意識調査

常岡 俊昭^{1,2)} 杉沢 諭³⁾ 堀内健太郎^{2,4)}
 中村 純子⁵⁾ 山田 真理^{1,2)} 小野英里子^{1,2)}
 横山佐知子^{1,2)} 稲本 淳子^{2,6)} 岩波 明^{1,2)}

抄録：医療現場で違法薬物使用患者を診察した場合に守秘義務などの観点から警察通報を行わないか、告発義務などの観点から警察通報するかは各医師の権限に任されている。当講座においてアディクション治療や通報に対するアンケート調査を行い、45名より回答を得た。原則通報するとするものは3名で、個別に判断が22名、原則通報しないが20名であった。原則通報しないものは他のものに比べてアディクションの治療に必要なものは底つき体験よりも動機づけであり、違法薬物使用患者は司法ではなく医療が対応すべきだと考えるものが多く、AAPPQ (Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire) で仕事のモチベーション、J-DDPPQ (the Japanese version of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire) で仕事満足度が高かった。臨床研修では薬物使用障害を研修することが望ましいとされており、今後違法薬物使用患者は司法ではなく医療で対応できるとする医師は増えると思われる。「医療を優先し通報しない」とする判断の裏づけとなるガイドラインなどの作成が急務である。精神科治療学 34(10) ; 1213-1220, 2019

Key words : *illicit drug users, police notification, addiction*

I. 序 論

違法薬物使用患者を診察したときに医療者は警

察に通報するべきか。あるいは身体疾患・精神疾患を診察している過程で違法薬物の使用を偶然発覚したとき、医療者として行うべき適切な対応について統一した見解は得られていない。

2018年11月22日受稿, 2019年6月6日受理
 Opinion survey at Showa University Psychiatry Department in terms of police notification when examining illicit drug users.

¹⁾昭和大学附属烏山病院
 [〒157-8577 東京都世田谷区北烏山6-11-11]
 Toshiaki Tsuneoka, M.D., Ph.D., Mari Yamada, M.D., Eriko Ono, M.D., Sachiko Yokoyama, M.D., Akira Iwanami, M.D., Ph.D.: Showa University Karasuyama Hospital. 6-11-11, Kita-Karasuyama, Setagaya-ku, Tokyo, 157-8577 Japan.

²⁾昭和大学医学部精神医学講座
 Toshiaki Tsuneoka, M.D., Ph.D., Kentaro Horiuchi, M.D., Mari Yamada, M.D., Eriko Ono, M.D., Sachiko Yokoyama, M.D., Atsuko Inamoto, M.D., Ph.D., Akira Iwanami,

M.D., Ph.D.: Department of Psychiatry, School of Medicine, Showa University.

³⁾昭和大学薬学部病院薬剤学講座

Satoru Sugisawa, M.Sc.: Department of Hospital Pharmaceutics, School of Pharmacy, Showa University.

⁴⁾昭和大学藤が丘病院精神科

Kentaro Horiuchi, M.D.: Department of Psychiatry, Showa University Fujigaoka Hospital.

⁵⁾駒木野病院薬剤科

Sumiko Nakamura, M.Sc.: Department of Pharmaceutics, Komagino Hospital.

⁶⁾昭和大学横浜市北部病院精神科

Atsuko Inamoto, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatry, Showa University Northern Yokohama Hospital.

麻薬及び向精神薬取締法第五十八条の二において、「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の都道府県知事に届け出なければならない」とされているが、警察への届出義務は言及されていない。個人情報保護に関する法律第二十三条第一項もしくは刑法第百三十四条の守秘義務の規定により通報しないという考え方がある。一方で刑事訴訟法第二百三十九条では告発する権利も認められている。警察への届出義務も明記されていないと同時に通報を禁じた法令もない。自身が違法薬物使用患者を診察した場合、医療者として警察に届け出るだろうか。告発する、しないの判断は臨床的に医療者の裁量に任せ¹⁰⁾、実際の対応は各医療機関、各診療科によってそれぞれの解釈とルールがあるように思える。

違法薬物使用患者に触れることが最も多いと思われるアディクション専門医の多くは「もし治療に来たもの、助けを求めたものを通報してしまえば、今後、患者が医療に助けを求められなくなる。そのことは患者個人のみならず社会的にも大きな損失であり、少なくとも違法薬物の使用のみを理由として告発することはない」と主張する¹¹⁾。現在、日本では違法薬物使用患者を対象とした専門的な医療を提供できる精神科病院は限られている。国立精神・神経医療研究センターのホームページからは現在日本で最も普及している薬物依存症治療プログラムである SMARPP⁹⁾(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)の実施病院一覧を知ることができるが⁶⁾、その数はアルコールのみに対応する病院を入れても40病院程度しかない。成瀬は薬物依存症の専門医療機関は全国に10カ所程度しかない、と指摘している¹³⁾。そのような状況下でアディクション専門医のもとには、現在の違法薬物使用状態を変えたい、と思う患者が集約している。このような現状においてアディクション専門病院もしくは専門医が受診する患者を告発することのデメリットは大きいと思われるが、これらを擁護するガイドラインや法律は本邦においては存在しない。

一般精神科病院においては、SMARRPの広が

りなどによってアディクション専門医でなくても違法薬物使用患者の初期対応はしやすくなっている。一般精神科で出会う薬物依存症患者の多くは急性錯乱で措置入院などの強制入院となり、入院中に診察の過程で違法薬物使用が発覚する。これらの患者は早期退院のみを希望し、薬物使用に関する治療や退院後の治療は望まないケースも多い。

筆者が属する昭和大学附属烏山病院(以下当院)ではアディクション専門病棟はないものの、入院・外来患者に SMARPP、もしくはそれを短縮化したプログラムへの参加を呼び掛け、施行している。2017年度は入院患者用プログラムに64名(アルコール50名、違法薬物12名、処方薬6名:合併者は両者にカウント)が参加しており、当院で研修する若手医師はこのようなプログラムに研修の一環として参加するよう指導している。厚生労働省は臨床研修において経験すべき疾患として今までのアルコール依存から依存症(ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博)へと依存症の範囲を拡大する案を提示しており⁷⁾、臨床研修時に当院で行っているような違法薬物使用患者を対象とするプログラムに参加する医師は増えていくと思われる。つまり今後は依存症治療についての研修は経験するものの、嗜癮行動障害を専門としない精神科医も違法薬物使用患者の主治医となる機会が増えることが予測される。当院医師は、依存症治療の研修を受ける機会は有するものの嗜癮を専門としないという点で、現時点での一般精神科医よりも、これから増えていく一般精神科医を代表すると思われる。彼らは違法薬物使用患者の通報に対してどのような考えを持っているのであろうか。

アルコール関連問題に対する医療者の治療態度を測定するために AAPPQ¹¹⁾(Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire)が作成され、広く用いられている。また、薬物関連問題に対する治療態度も同様に J-DDPPQ¹⁵⁾(the Japanese version of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire)が用いられている。本邦においてこれら評価尺度のスコアと依存症患者の対応について関連する研究の報告はない。

本研究は今後増加すると思われる、一般精神科病院に勤務しアディクションの研修を受ける機会

アンケートにご協力ください

精神科医歴：(1年・2年・3年・4年・5年・6～10年・11年～15年・16年以上)
 アルコール問題患者用のプログラムや自助グループについて：
 (存在を知らない・存在は知っているが参加した事はない・1～4回は参加した事がある・5回以上参加した事がある)
 薬物依存症患者も対応しているプログラムや自助グループについて：
 (存在を知らない・存在は知っているが参加した事はない・1～4回は参加した事がある・5回以上参加した事がある)
 () の中であなたの考えに近いものに○をつけてください。

- 1 依存症の治療は本人の治療希望がない場合は(底付きし本人が希望するまで辛抱強く待つ・治療希望が起こるように働きかける)
- 2 再使用した場合は(一時治療を中断し自覚を促す・話せた事を評価して治療を継続する)
- 3 依存性物質を辞めるに当たって大切なのは(物質を避ける努力である・物質が近くにあっても使用しない意思である)
- 4 違法薬物使用患者は(司法が対応すべきである・医療が対応すべきである)
- 5 患者の違法薬物使用が明らかになった場合(A基本警察に連絡する・B個々の事例によって判断する・C基本連絡しない)

通報する場合としない場合の基準があれば教えてください。



ご協力ありがとうございました

図1 施行したアンケート調査

を有し患者と接することはあるものの専門とはしない精神科医の違法薬物使用患者に対する治療意識と、通報の有無に関わる因子の関連を調査することを目的とする。

II. 対象と方法

1. 対象と調査項目

2017年3月に昭和大学医学部精神医学講座に属し、昭和大学附属烏山病院、昭和大学横浜市北部病院、昭和大学藤が丘病院に勤務する医師に対してアンケート調査を施行した。アンケート内容は精神科医歴、アルコール・薬物のアディクションプログラム(自助グループを含む)への参加経験に加えて、違法薬物使用患者を診察した場合に通

報するか、など5つのオリジナルの質問(図1)である。その他に、アルコール関連問題に対する治療態度をAAPPQ、薬物関連問題に対する治療態度をJ-DDPPQにて評価した。

2. 統計解析

調査した内容について、通報しない群(原則通報しない)と通報の可能性あり群(原則通報する、個々に判断する)の2群に分けてt検定もしくは χ^2 検定を行った。統計学的な有意差は $p < 0.05$ で判定し $p < 0.10$ を傾向とした。なお解析にはSPSS Statistics Version 22.0(日本IBM)を用いた。

3. 倫理的配慮

開示すべき利益相反(COI)はない。医師への

表1 精神科医歴と各スコアの合計点数

精神科医歴	n	AAPPQ		J-DDPPQ	
		mean (SD)		mean (SD)	
1年目	11	134.4	(20.1)	90.7	(15.2)
2年目	6	141.7	(24.4)	94.2	(22.6)
3年目	3	126.0	(18.2)	87.0	(11.3)
4年目	2	130.5	(14.8)	80.5	(19.1)
5年目	3	135.3	(3.51)	97.0	(9.9)
6~10年目	7	126.6	(27.2)	86.0	(20.6)
11~15年目	4	148.5	(23.0)	104.8	(15.4)
16年目以上	8	156.25	(9.9)	108.5	(6.1)
無回答	1	109.0		74.0	

AAPPQ: Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire, J-DDPPQ: the Japanese version of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire
統計処理は実施していないが、両群の分布は同等と考えられる。

アンケートは性別・年齢を設けず、勤務地も特定しなかった。配布は各病院の医局会時に医局長を通じて配布資料として配り、参加は任意であり、その目的と内容を説明し、アンケート用紙の回収をもって同意されたものとみなした。回収は各病院に設置したメールボックスへ投函することとし、施行者が直接配布、回収を行わないことで個人が特定されないように配慮した。本研究は昭和大学附属烏山病院倫理委員会の許可を得て行った(B-2017-050)。

Ⅲ. 結 果

1. 全体の結果

65名にアンケートを配布し45名より回答を得た(回収率69%)。一部空欄があった2名に関しては有効な回答があった部分のみ統計処理を行った。精神科医歴は1年が11名で最も多く、次いで16年目以上が8名、6~10年目が7名であった(表1)。

アルコールのプログラムは45名中35名(78%)に参加経験があり、15名(33%)は5回以上の参加経験があった。違法薬物のプログラムでも29名(64%)に参加経験があり、14名(31%)は5回以上の参加経験があった(表2)。

アディクション治療により必要なものは「底つき体験」か「動機づけ」かの質問では「底つき体験」を選んだものは7名(16%)であった。再使

表2 プログラム参加回数と各スコアの合計点数

対象プログラム	n	AAPPQ		J-DDPPQ	
		mean (SD)		mean (SD)	
アルコール 依存	知らない	1	147.0	71.0	
	知っているが参加なし	7	132.9 (17.6)	90.3 (15.1)	
	1~4回参加	20	134.0 (24.2)	90.6 (19.0)	
	5回以上参加	15	148.3 (16.9)	103.6 (12.6)	
	無回答	2	115.0 (8.5)	82.0 (11.3)	
違法薬物 依存	知らない	1	147.0	71.0	
	知っているが参加なし	13	137.5 (19.7)	93.3 (17.9)	
	1~4回参加	15	131.3 (24.3)	89.1 (17.6)	
	5回以上参加	14	148.4 (17.5)	103.6 (13.1)	
	無回答	2	115.0 (8.5)	82.0 (11.3)	

AAPPQ: Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire, J-DDPPQ: the Japanese version of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire
統計処理は実施していないが、違法薬物よりもアルコール対象のほうが出席する機会が多い。5回以上出席しているものはAAPPQ, J-DDPPQが高い傾向にある。

表3 質問とその回答

質問	選択肢	人数
依存症治療に必要なものは	底つき体験	7 (16%)
	動機づけ	38 (84%)
再使用を告白時	治療を一時中断	1 (2%)
	評価	43 (96%)
	無回答	1 (2%)
やめ続けるために必要なものは	強さ	17 (38%)
	賢さ	28 (62%)
違法薬物使用患者は	司法が対応すべき	8 (18%)
	医療が対応すべき	33 (73%)
	両方	4 (9%)
違法薬物使用患者を診察した場合	原則通報する	3 (7%)
	個々に判断する	22 (49%)
	原則通報しない	20 (44%)

違法薬物使用患者は医療が対応するべきと7割が答え、4名が選択肢にない「両方」を回答した。

※本研究では「原則通報する」と「個々に判断する」を通報可能性群、「原則通報しない」を通報しない群とし定義する。

用時を告白した時に治療を一時中断するとしたものは1名(2%)で他は話せたことを評価とした。

違法薬物使用患者は医療と司法のどちらが主でみるべきかとの質問には医療としたものが33名(73%)で8名(18%)が司法とし、4名(9%)は選択肢にはなかったが「両方」と回答していた。

表4 各群における精神科医歴

精神科医歴	通報可能性群		通報しない群	
	n			
1年目	7		4	
2年目	2		4	
3年目	2		1	
4年目	1		1	
5年目	2		1	
6~10年目	6		1	
11~15年目	2		2	
16年目以上	3		5	
無回答	-		1	
合計	25		20	

両群の分布は同等であった。

表5 各群のプログラム参加回数

		通報可能性群		通報しない群		p値
		n				
アルコールプログラム	知らない	0		1		0.20
	知っているが参加なし	4		3		
	1~4回参加	14		6		
	5回以上参加	6		9		
	空欄	1		1		
違法薬物プログラム	知らない	0		1		0.43
	知っているが参加なし	8		5		
	1~4回参加	10		5		
	5回以上参加	6		8		
	空欄	1		1		

両プログラムとも統計学的な有意差はみられないが、5回以上の参加者は通報しない群の割合が多かった。

違法薬物使用患者を診察した際に原則通報するとしたものは3名(7%)のみで、その3名はそれぞれ精神科医歴1年目、2年目、5年目で、6年目以上の精神科医歴で原則通報とするものはいなかった。個々に判断するが22名(49%)、原則通報しないが20名(44%)であった(表3)。

2. 通報に関する考え方

違法薬物使用患者を通報するかについて、原則通報する、個々に判断するとしたものを通報可能性群、原則通報しないとしたものを通報しない群として2群に分けて精神科医歴、プログラム参加回数、各アンケート結果、AAPPQ、J-DDPPQの点数を比較した。

両群で精神科医歴やプログラム参加回数に差は

表6 アンケート結果

質問	回答	通報可能性群		通報しない群		p値
		n				
依存症治療に必要なものは	底つき体験 動機づけ	6		1		0.08
		19		19		
再使用を告白時	治療を一時中断 評価	1		0		0.36
		23		20		
やめ続けるために必要なものは	強さ 賢さ	8		9		0.37
		17		11		
違法薬物使用患者は	司法が対応すべき 医療が対応すべき	7		1		0.03
		15		18		

通報しない群のほうが底つき体験よりも動機づけを重要視する率は高い傾向にあった。

表7 両群でのAAPPQ合計スコアと下位項目の比較

AAPPQ	通報可能性あり (n=25)		通報しない (n=20)		p値
	mean (SD)				
合計スコア	135.4 (22.1)		141.4 (20.8)		0.23
役割適正	31.2 (8.1)		30.8 (9.8)		0.81
正当性	19.3 (3.9)		20.7 (2.8)		0.32
サポート	13.6 (3.6)		15.1 (4.4)		0.42
モチベーション	23.2 (3.3)		25.4 (2.8)		0.04*
自尊心	27.0 (3.0)		26.3 (4.4)		0.85
満足	21.1 (4.4)		23.2 (3.9)		0.19

AAPPQ: Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire, *p<0.05

統計上の有意ではないが、6項目中4項目で通報しない群のほうが高スコアであった。

認めなかった(表4, 5)。アンケートの結果では通報しない群では、治療には底つき体験よりも動機づけが必要であるとする傾向がみられ(p=0.08)、やめ続けるために必要なものは強さか賢さかでは差が出ず、違法薬物使用患者は司法よりも医療で対応すべきであるとするものが有意に多かった(p=0.03)(表6)。

AAPPQ, J-DDPPQに関して合計点では両群に統計学的な有意差は認められなかった。下位分類ではAAPPQの仕事へのモチベーション(p=0.04)、J-DDPPQの仕事への満足度(p=0.01)でそれぞれ通報しない群が有意に高い点数となった(表7, 8)。なお多変量解析ではJ-DDPPQ, AAPPQの総得点や精神科医歴、プログラム参加回数などで有意差が出なかったが、J-DDPPQの下位項目において、妥当性と仕事満足度にて有意差を認めた。

表8 両群でのJ-DDPPQ合計スコアと下位項目の比較

J-DDPPQ	通報可能性あり (n=25)	通報しない (n=20)	p 値
	mean (SD)		
合計スコア	91.7 (16.6)	97.1 (17.8)	0.21
サポート	13.7 (4.0)	15.5 (3.7)	0.20
妥当性	30.4 (7.6)	30.6 (9.1)	0.72
仕事満足	17.5 (3.1)	20.1 (3.0)	0.01*
自尊心	19.4 (4.1)	20.2 (5.4)	0.57
適正	10.7 (2.0)	10.8 (2.6)	0.94

J-DDPPQ: the Japanese version of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire, *p<0.05

統計上の有意ではないが、すべての項目で通報しない群のほうが高スコアであった。

IV. 考 察

当医局員のうち65名にアンケートを配布しそのうち45名より回答を得た(回収率69%)。

当院ではアディクションプログラムを毎週施行しており、若手医師の研修の一環と位置づけていることから、プログラムに参加した経験があるものが多かった。一方で若手医師への参加の義務づけを2017年から開始したため、2017年以降他の病院で研修をしているものの中では参加経験がないものも認めた。アディクション治療では底つき体験はエビデンスがなく、早期介入を図るために動機づけが必要とされてきている¹²⁾。本調査では16%が底つき体験を大切としたが、プログラムに5回以上出席したものは全員が動機づけを優先させるとしており、プログラムに精神科医への教育効果があることが示唆された。

また再使用を告白した際に、治療を中断としたものはほとんどおらず、告白したことを評価するとしたものがほとんどであった。これはプログラムに参加したことがない医師も含めての結果であり、「再使用は症状であり、正直に言えることは治療に必要なこと」という認識がプログラムに出ていない医師にも浸透していることが示唆される。

違法薬物使用患者に対して医療と司法、どちらが中心になるべきかでは73%が医療と答えた。違法薬物使用患者の出所後5年以内の再犯率は49.3%に達しており、薬物問題には病気の側面があり

懲罰だけのアプローチでは限界があることが広まってきている²⁾。刑の一部執行猶予が施行され³⁾、依存症治療には底つき体験よりも継続した治療が有効であることが依存症専門医でない一般精神科医にも広がってきているのかもしれない。そのため、違法薬物使用患者を原則警察に通報すると答えたものは3名のみで全員精神科医歴5年目以下であった。当医局では当直帯も含めて必ず精神保健指定医が当直、もしくはオンコールを行っていることから5年目以下の精神科医が独自の判断で警察通報するケースは考え難く、上級医に判断を仰ぐことがほとんどであることを考えると、病院としては「原則通報する」という対応は行われず、と考えられる。実際に筆者の把握している限り当院から違法薬物使用のみを理由に通報した症例は存在しない。2008年に清田らが行った全国の救命救急センターへのアンケートでは、回答した87施設のうち、救急車で来院後に尿の簡易検査その他から覚せい剤常用の可能性が高く、意識がない場合は自ら通報するが16施設(18%)、本人か家族の同意の上で通報するが17施設(20%)で、通報しないのは34施設(39%)であった⁴⁾ことと比べると、本研究の対象である精神科医は救急医よりも医療の枠で対応しようとしていることがわかる。これは精神科医が救急医に比べて違法薬物使用が精神疾患であること、司法だけでの対応に無理があることなどを理解している点だけでなく、実際に医療が提供できる治療法があることを理解している点も関係しているかもしれない。サンプル数が少なく有意差は出なかったものの、プログラムの参加回数が5回以上のもので原則通報するとしたもの、違法薬物使用は司法の範疇であるとしたものがないことはプログラムで患者の変化を見た経験が、「違法薬物使用は治療可能な精神疾患であり医療の範疇である」とする考えに寄与していると思われる。

当初筆者らは、AAPPQやJ-DDPPQなどで測定されるアディクションに対する治療姿勢が通報の有無と関与していると予測した。しかし結果は、AAPPQで仕事へのモチベーション、J-DDPPQで仕事への満足度という下位分類で差が出たのみであった。一方で通報するものは動機づけよりも

底つき体験を大切とする傾向がみられた。通報可能性あり群では患者のためには通報して底つき体験させることに治療的な意味があると捉えている可能性が示唆される。通報しない群では違法薬物使用患者を司法ではなく医療の枠で対応すべきとするものが多かった。医療の枠で対応可能と思うからこそ、通報する必要がない、通報することが患者のメリットにならないと考えるのかもしれない。当初筆者らが薬物依存症患者を診察していることをアンケート対象者の多くが知っているため、対象者が筆者らに気を遣うこと、社会的望ましさのバイアスが「通報しない」「通報する」の違いに関与すると考えていたが、同様にバイアスが発生すると思われる。両群のサポートや自尊心などで差がついていないことからバイアスの影響は比較的抑えられていると考えた。

現在、アディクション治療は底つき体験を待たずに早期発見・早期介入の必要性が指摘されており、それにより治療対象者は爆発的に増えることが予測されている¹²⁾。一方で刑の一部執行猶予、捕まらない薬物（市販薬・処方薬依存）の問題、ギャンブル依存¹⁰⁾・インターネットゲーム依存¹¹⁾の表在化などすべてを現在あるアディクション専門病院で対応することは不可能となっている。また物質への依存は自己治療であるとする自己治療仮説、人に依存できないものが物質に依存するとする信頼障害仮説⁹⁾や松本らの医療観察法病棟における調査⁹⁾によりアディクションは一般精神科患者と別のものでなく、合併者も多く、専門病院よりも先に一般精神科につながる可能性があることも示唆されている。実際当院でも入院患者の20%がアルコールを含むアディクションの問題が退院サマリーに明記され、措置入院に限れば18%が薬物問題を指摘されている¹⁴⁾。前述の通り、厚生労働省は臨床研修において経験すべき疾患として今までのアルコール依存から依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）へと依存症の範囲を拡大する案を提示している⁷⁾。臨床研修においてアディクションの研修が広がり、プログラムに参加し、底つき体験よりも動機づけが大事であることを学ぶと「違法薬物使用患者は医療の対象であり、原則通報すべきではない」とするものの割合は精

神科医にとどまらず、医師全体で増えていくことが予測される。

その一方で医師が違法薬物使用患者を診察した場合に「通報せずに治療を優先させてよい」とする法的根拠やガイドラインがなく、最終的には現場の責任で判断せざるを得ない点は医師を不安にさせている可能性は高い。相模原障害者施設殺傷事件では法的根拠がないにもかかわらず「大麻使用を通報しなかった」ことを問題とする論調もテレビを賑わせた。早急なガイドラインの作成が望まれる。

V. 限界点

本研究はいくつかの限界点を持つため、その解釈は慎重に行うべきと考える。アンケートに「違法薬物」や「原則」など具体的でない言葉が使われており、回答者がどう捉えたが不透明である点や「個々に判断する」に関して実際にどのような基準で判断するかが明らかでない点は限界点である。また回答者が通報に関する法律や判例などをどの程度理解していたかも不明である。直接の配布・回収を避け個人が特定できないように配慮は行い、AAPPQ, J-DDPPQの結果からは比較的少ないと判断したが、筆者らが普段薬物依存症患者を診察していることをアンケート対象者が知っていることが「通報しない」「医療の対象」と答えた一因となっている可能性も否定できない。アルコール・薬物依存症対象のプログラムの参加者が多い本研究対象者を現在の精神科医として一般化することは難しい。今後研修の普及によって、本研究対象者のような背景を持った精神科医・医師が増えると考えているが、あくまで予測にすぎない。

VI. まとめ

当講座における違法薬物使用患者に対する考え方について調査結果をまとめた。多くの医師は「原則通報する」とは考えておらず、司法よりも医療で対処すべきと考え、その傾向はアディクションプログラムなど治療場面に触れている回数が多いものほど強かった。今後、アディクション治療が

精神科研修において広がっていけば、よりこの傾向は強くなると思われる。精神科医が安心して違法薬物使用患者を医療につなげることができるためのガイドライン作成が急務と思われる。

COI：本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 福田大祐, 森千鶴: 看護職者を対象とした「アルコールに関連した問題のある患者に対する態度尺度」: 日本語版 The Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (AAPPQ) の検証. 応用心理学研究, 40; 167-176, 2015.
- 2) 橋本望: 薬物依存症の最新治療. 医学と薬学, 75; 619-630, 2018.
- 3) 泉佳孝: 薬物依存対象者の保護観察処遇. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 18; 61-63, 2016.
- 4) 清田和也: 救急現場での薬物依存症患者への対処法. 日本臨牀, 68; 1556-1559, 2010.
- 5) 小林桜児: 人を信じられない病—信頼障害としてのアディクション—. 日本評論社, 東京, 2016.
- 6) 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ホームページ (https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/pdf/SMARPP_20190401_190730.pdf) (2019年9月12日確認)
- 7) 厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijika/0000192255.pdf>) (2018年10月31日確認)
- 8) 松本俊彦, 今村扶美, 吉澤雅弘ほか: 国立精神・神経センター武蔵病院医療観察法病棟の対象者に併発する物質使用障害について—評価と介入の必要性をめぐって—. 司法精神医学, 3; 2-9, 2008.
- 9) 松本俊彦: よくわかる SMARPP—あなたにもできる薬物依存者支援—. 金剛出版, 東京, 2016.
- 10) 松本俊彦: 薬物依存をめぐる法整備. 臨床精神医学, 46; 437-442, 2017.
- 11) 中山秀紀, 樋口進: インターネットゲーム障害. 臨床精神医学, 45; 301-307, 2016.
- 12) 成瀬暢也: アルコール依存症治療革命. 中外医学社, 東京, 2017.
- 13) 成瀬暢也: 薬物依存—現状と新しい治療的アプローチ—. 精神医学, 60; 141-152, 2018.
- 14) 小野英里子, 常岡俊昭, 新井豪祐ほか: 一般精神科入院患者におけるアディクション問題の併存率の調査. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 19; 65-69, 2018.
- 15) Takano, A., Kawakami, N., Miyamoto, Y. et al.: A study of therapeutic attitudes towards working with drug abusers: Reliability and validity of the Japanese version of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire. Arch. Psychiatr. Nurs., 29; 302-308, 2015.
- 16) 田辺等: 嗜癖としてのギャンブル障害—治療経験から—. 臨床精神医学, 45; 1529-1535, 2016.
- 17) 樽井正義: 薬物使用者と医師—診療する義務と通報する義務—. 精神科治療学, 32; 1459-1463, 2017.