

## 併存性障害(重複障害)のための統合治療



併存性障害支援プロジェクトチーム  
Team D-DRoPS



## Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration

# 併存性障害(重複障害)のための統合治療



併存性障害支援プロジェクトチーム  
Team D-DRoPS



## 謝辞

本書は、米国保健福祉省（Health and Human Services, HHS）物質乱用・精神保健サービス局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）と共に、ニューハンプシャー州ダートマス精神医学研究センターが契約番号280-00-8049の下で、ウェスタットが契約番号270-03-6005の下で、SAMHSA用に作成したものです。ニール・ブラウン公共経営修士とクリスタル・プリラー博士は、政府プロジェクトオフィサーを務めました。

## 免責事項

本書の見解・意見・および内容は、著者のものであり、必ずしもSAMHSAまたはHHSの見解、意見または方針を反映するものではありません。

## 著作権

著作権で保護された著作物から直接引用されたものを除き、本書で扱われているすべての資料は公的なものであり、SAMHSAまたは著者の許可なく複製または複写することができます。資料の引用も差し支えありません。ただし、本書は、米国保健福祉省SAMHSAのコミュニケーション課（Office of Communications）の特定の書面による許可なく、有償で複製または配布することはできません。

## 電子アクセスと出版物のコピー

本書は、SAMHSAの公式ホームページ（<http://store.samhsa.gov>）からダウンロードまたは注文することができます。またはSAMHSA 1-877-SAMHSA-7（1-877-726-4727）（英語、スペイン語対応）までご連絡ください。

## 引用の際の表記

（原著）Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders. DHHS Pub. No. SMA-08-4366, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.

## 発行所

Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857. DHHS Publication No. SMA-08-4366. Printed 2009.

## 〈日本語版〉

「併存性障害のための統合治療」2024年8月1日

監訳 高崎健康福祉大学 健康福祉学部 社会福祉学科 池田 朋広  
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

法務省 法務総合研究所 石川 亜弓

翻訳 高崎健康福祉大学 健康福祉学部 社会福祉学科 江島 智子  
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 青木 彩香  
JB Line, Inc 長谷川恵子  
法務省 高井 文香  
神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部 社会福祉学科 種田 綾乃  
茨城県立こころの医療センター 小松崎智恵

編集協力 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 松本 俊彦  
東北福祉大学 総合福祉学部 社会福祉学科 大島 巖

## 〈日本語字幕版 動画〉

監修 高崎健康福祉大学 健康福祉学部 社会福祉学科 池田 朋広  
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

高崎健康福祉大学 健康福祉学部 社会福祉学科 江島 智子

## 日本語字幕翻訳

JB Line, Inc 長谷川恵子  
法務省 高井 文香  
法務省 法務総合研究所 石川 亜弓

## 字幕動画制作

社会福祉法人 高崎市社会福祉協議会 伊藤 岳央

原版制作 米国保健福祉省 物質乱用・精神保健サービス局  
The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)  
U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)  
ニューハンプシャー州ダートマス精神医学研究センター  
The New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Centre

## 〈日本語字幕版動画QRコード〉

日本語字幕版動画は、右記のQRコードまたは、下記URLからアクセスください。  
<https://www.youtube.com/watch?v=PREkFNiSk1Q>



本書、「日本語版 併存性障害のための統合治療」は、作成にあたって、SAMHSAの了承を得ました。  
また、科学研究費 令和4（2022）年度 基盤研究（C）研究代表者 池田朋広「精神障害と物質使用障害を併せ持つ者への日本版統合治療支援ツールの開発と普及」の助成を受けて作成されました。  
なお、日本語版にはCD-ROMは添付されていません。



併存性障害支援プロジェクトチーム  
Team D-DRoPS

## 〈表紙のロゴについて〉

Team D-DRoPS (Designing Dual Recovery Plan and Support) は、併存性障害の方への支援のあり方を考えるプロジェクトチームです。精神疾患や依存症を抱える当事者の方をはじめ、司法・医療・保健・福祉分野の専門職、医学・社会学といった分野の研究者など、多彩なメンバーによって構成されています。

## はしがき

我々がこの併存性障害のための統合的治療（Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders 以下、ITCOD）の前身であるIDDT（Integrated Dual Disorders Treatment）の翻訳について話し合いを始めたのは2018年頃でした。日本精神障害者リハビリテーション学会が監訳した他のSAMHSAのEBPツールキットが、2008年に発刊されておりますので、これに遅れること約10年ということになります。

このITCODは、SAMHSAが2000年代に入り開発を進めたEBPツールキットのひとつであり、重度の精神疾患と物質使用障害を併発した方のために、エビデンスを基にして複数の治療・介入法をパッケージ化した統合治療モデルです。ITCODの目標は、他のEBPツールキットと同様に、リカバリーの歩みを進める当事者の支援することにあります。ITCODでは、併存性障害を有する当事者に対して、同じ治療チームの支援者が同一の場で、同じタイミングで、精神疾患と物質使用障害の双方への介入をすることです。これによって、当事者は専門家からの精神疾患と物質使用障害の治療を同時に受けることができます。また、当事者は治療のみならず、リカバリーにおいても一貫したメッセージを受け取ることもできるよう工夫されていることから、リカバリーの支援過程においても有用なモデルであると言われております。

この治療モデルができた背景には、欧米において、重度の精神疾患を有する当事者の、物質使用障害併存罹患率が約半数にも及ぶという事実があります。しかし、治療をする専門家は、併存性障害の有病率が高いという認識がないことから、併存性障害を有する方の多くが、精神疾患と物質使用のどちらかの治療から除外されてしまい、一方のプログラムを受けることができずしてまいりました。そのために、併存性障害のある方は、併存性障害のない方と比較すると再発する頻度が高く、再入院をする、暴力行為に及ぶ、刑事上の身柄拘束となる、ホームレスになる、HIVや肝炎といった身体疾患を罹患するといった予後が不良になる可能性が高くなるという指摘もされています。これに対し、ITCODを受けた併存性障害の患者は、物質使用の減少、精神症状と機能の改善、入院回数の減少、安定した地域での生活、検挙回数の減少、QOLの向上が可能であったという成果が見られたとの報告があります。即ち、ITCODによって、精神疾患と物質使用障害双方の疾患についての回復の可能性が高まると言えるわけです。さらに、2012年に出されたSAMHSA's working definition of recoveryでは、「behavioral health」という概念が用いられており、精神疾患と物質使用障害をリカバリーの文脈から包摂する取り組みがなされています。人を診断名や障害別に分類し、支援者の都合で分けて扱うということではなく、まず、その人個人の人としての尊厳を重んじ、そして、その個人にとって必要な支援の手立てを共に創り上げていく。そうした本来あるべき支援の形が求められているのかもしれない。

一方、わが国でも以前から、司法・矯正機関や措置入院を多く受け入れている精神科病院、医療観察法指定医療機関などでは、違法薬物やアルコール等の物質使用の問題と、統合失調症やうつ病等の精神疾患を併せ持つ方に、臨床の場面で会うことは稀ではありませんでした。しかし、前述の欧米の状況と同じように、物質使用問題と精神疾患のどちらか、もしくは両方の治療から除外されてしまい、必要な治療や支援を受けることができていない状況があります。多くの臨床家たちは、既存の治療体制の枠に当てはめ、重複する問題から目を背けるしか術がなかったのではないのでしょうか。そこに、IDDTというツールキットが紹介され、悪戦苦闘しながら、治療と支援を続けていた数少ない臨床家たちにとっては朗報であったかと思います。私自身も、精神科病院に勤務する一人のソーシャルワーカーとして、日本版の翻訳が出ることを期待しておりました。しかし、その後も日本語版IDDTを目にすることはなく、気が付くと10年もの月日が経っておりました。これは自分たちで翻訳するしかないのだと思い、仲間たちに相談したところからこのプロジェクトがスタートし、早いもので、もう7年になります。

このITCODの日本語版は、D-DRoPSという併存性障害支援プロジェクトチームによって作られました。このプロジェクトでは、ITCODの翻訳の他にも、臨床での支援実践や、好事例実践に関するインタビュー、ワークブックを使ったプログラムによる介入など、様々な取り組みが同時並行で走っております。メンバーは、医師・看護師・

ソーシャルワーカー等の専門職や医学・社会学等の研究者、DARC職員やWRAPファシリテーター、メンタルヘルスの不調を抱えた当事者の方など、多彩で個性的な方々ばかりです。それぞれが自身の臨床・教育現場等で活躍されており、上下関係のない並列な集まりとして、オンラインや対面でのミーティングや、勉強会を実施し、和気藹々とした雰囲気での交流を図っています。この仲間たちとの出会いがなければ、この度作成したITCOD日本語版が完成を迎えることはありませんでした。特に石川亜弓さん、江島智子さんには、ご尽力いただきました。また、ロバート・E・ドレイク先生、大島巖先生、松本俊彦先生には、ご助言やサポートを頂きました。このすべての出会いに心から感謝申し上げます。

わが国のメンタルヘルス領域におけるリカバリー支援は、まだ、道半ばの混沌とした状況にあると思っています。今日、このITCODを手にしたあなたが、私たちの新しい仲間となって、今を生きることに苦しんでいる方たちにとって、希望を与える存在になってくださることを心から願っております。

高崎健康福祉大学 健康福祉学部 社会福祉学科 教授  
池田 朋広

## ITCOD 日本語版の発刊に寄せて

重い精神障害と物質使用障害を併発した人たちへの支援に有効なITCOD・併存性障害（重複障害）のための統合治療は、エビデンスに基づく実践（EBP：Evidence-Based Practices）の代表的なプログラムであり、アメリカ連邦政府保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）が、体系的に出版を進めて来たEBP実施・普及ツールキットの1つに位置づいています（SAMHSA,2024；大島、2020）。その日本語版が、このたび池田朋広教授（高崎健康福祉大学）を中心とした「併存性障害支援プロジェクトチーム・Team D-DRoPS」の長年にわたるご尽力の成果として出版されることを、心より嬉しく思います。

ご承知の方も多いと思いますが、支援効果に明確な科学的根拠（エビデンス）が認められる一連のEBPプログラムは、薬物療法にも匹敵する効果を持つことが実証されても、ニーズを持つごくわずかの人たちにしか利用されない、サービスギャップ（service gap）と呼ばれる不適切な状況が生じがちです。これに対して、アメリカ連邦政府SAMHSAは、そのようなEBPプログラムを社会や組織の中で体系的に実施・普及を進める各種支援ツールをパッケージとしてまとめ、アメリカのみならず、世界のEBP実施・普及に大きな貢献をして来ました。これに対して日本では、日本精神障害者リハビリテーション学会（JAPR、EBPツールキット翻訳出版小委員会委員長：大島巖（当時））がSAMHSAとツールキット開発プロジェクトチーム（代表：Robert E. Drakeダートマス大学教授）のご承認をいただき、4つのEBP（ACT・包括型地域生活支援プログラム、FPE・家族心理教育プログラム、IPS・援助付き雇用、IMR・疾病管理とリカバリー）に関する最終草稿（2006年）を翻訳し、2009年に出版しました。

ITCODは、その当時、前身であるIDDT（Integrated Dual Disorders Treatment）のツールキットがSAMHSAから発刊されておりましたが、日本での認知度が十分ではなく、日本語版出版が見送られました。この度、EBPツールキット日本語版のラインナップにITCOD・併存性障害（重複障害）のための統合治療のツールキットが加わることによって、併存性障害（重複障害）および物質使用障害のある人たちへの支援の知識が広まることを期待しております。それと共に、ITCODにおいて行われる「統合治療」では、他の代表的なEBPプログラム、具体的にはACTやIPS援助付き雇用、FPE家族心理教育、IMR・疾病管理とリカバリー、援助付き住居などが体系的に活用されており、ITCODを含むEBPプログラム全般の更なる理解が促進されることも同時に願っております。

結びに、このたびのITCODツールキットの日本語版出版が、精神障害と物質使用障害を併発した皆さまの支援の発展に大きく寄与し、困難を抱える多くの皆さまのリカバリーと生活の質向上に貢献できることを心から祈念しております。

2024年7月

東北福祉大学副学長・教授

大島 巖

### 文献

日本精神障害者リハビリテーション学会（2024）EBP実施・普及ツールキット. <https://japr.jp/lecture/ebp-document/>（2024.7.8取得）

大島巖（2020）. 統合失調症 EBPツールキット（SAMHSA）. 精神医学62(5):532-537

SAMHSA（2024）: Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders Evidence-Based Practices (EBP) KIT. <https://store.samhsa.gov/product/integrated-treatment-co-occurring-disorders-evidence-based-practices-ebp-kit/sma08-4366/>（2024.7.8取得）

## 刊行に寄せて

このたびは、待望の日本語版「併存性障害（重複障害）のための統合治療」刊行、おめでとうございます。僭越ではありますが、本訳書刊行に寄せて、物質使用症と他の精神疾患が併存する重複障害の臨床的意義について、すべての支援者に知っておいてほしいことを、一言述べさせていただきます。

まず、物質使用症を抱える人のなかには、他の精神疾患を併存する者が非常に多い、ということを知っておいてください。研究者や研究フィールドによって数値に差がありますが、併存率は3～7割といわれています。もちろん、世の中にはたくさんの精神作用物質の愛好家が存在します。健康的に毎晩アルコールを楽しむ人たち、あるいは、逮捕リスクを巧みに避けつつ違法薬物をひそかな娯楽として楽しむ人たちです。おそらくこういった人たちには、精神疾患を併存する人は少ないでしょう。しかし、物質使用によって様々なトラブルを起こしたり、あるいは、逮捕されるような「ドジを踏んだり」する人たち、さらにはそうした失敗を重ねながらもなかなか物質使用を手放せない人たちほど、精神疾患を併存する人の割合が高くなっていきます。

なぜなのでしょう？ それは、物質使用症と精神疾患との併存は単なる偶然ではなく、それぞれの病態が相互に影響を与え合っているからなのです。重複障害患者の大半は、物質使用開始前より他の精神障害を発症しており、精神障害が引き起こす様々な心理的苦痛への対処に適した精神作用物質を選択する傾向があります。そこには、Khantzianらが提唱する「自己治療仮説self-medication hypothesis」の機制が関与していて、物質使用が併存精神疾患による心理的苦痛を緩和するのに一時的には役立つ面もあるからでしょう。それゆえにこそ、精神疾患を抱える人は短期間で物質使用症になりやすく、また、物質使用を手放しにくいのです。

それだけではありません。物質使用に関連する様々な弊害は、精神疾患を抱える人ほど深刻化しやすいのです。事実、自傷や自殺といった自己破壊的行動、あるいは、暴力行為のような他者破壊的行動のいずれについても、重複障害を抱える人は、物質使用症単独の人や精神疾患単独の人に比べて、その発現リスクが著しく高いことがわかっています。

要するに、重複障害は、物質使用症や精神疾患の治療経過や予後に関して重大な影響をおよぼす問題であり、治療・支援の実践者として避けることのできない臨床的課題なのです。

このような重要な臨床ツールの訳出に多大な尽力をされた、池田朋広先生、ならびに併存性障害支援プロジェクトチームのみなさまに心より感謝するとともに、本訳書がアディクションとメンタルヘルス、双方の支援者に広く読まれることを祈念しております。

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 部長  
松本 俊彦

# 目 次

はしがき

EBPツールキットの使い方 .....	1
EBPを始めるにあたって .....	7
プログラム作成の手引き .....	33
現場スタッフの育成 .....	71
プログラムの評価方法 .....	167
エビデンス一覧 .....	241
マルチメディアによるEBPの導入.....	279



## EBPツールキットの使い方

科学的根拠にもとづく実践（EBP）のツールキットは、SAMHSAの精神保健サービスセンター（Center for Mental Health Services, CMHS）の製品であり、州、コミュニティ、管理者、実務者、精神保健サービスの当事者、そしてその家族に対して、効果的な精神保健実践を実施するためのリソースを提供します。





## EBPツールキットの使い方

科学的根拠にもとづく実践（EBP）の導入に重点が置かれるのは、効果的な治療と現在提供されている支援サービスの間乖離が生じているためである。研究によって効果が実証されたものと、実際に提供されている支援サービスの間生じる“ずれ”を埋めることを求める重要な報告書もいくつか存在する。これらの報告書は以下のようなものがある。

- U.S. Department of Health and Human Services, *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (1999) ; *Mental Health: Culture, Race and Ethnicity. A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General* (2001)
- National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment, *Blueprint for Change: Research on Child and Adolescent Mental Health* (2001)
- Institute of Medicine *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions: Quality Chasm Series* (2006)
- New Freedom Commission on Mental Health, *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Final Report* (2003)

SAMHSAは、実際の現場でEBPが導入され、実施されることを重視している。このEBPのツールキット(※)シリーズは、最先端の研究結果を取り入れており、精神保健に従事する機関がEBPまたは意図した具体的な結果を得るための臨床および管理上の実践に役立つ。同時に、このツールキットは、その有用性において、科学的であり各関係者の基準も満たしている。

#### ※注釈

ツールキットはKITと記され、Knowledge Informing Transformationの略語。Knowledge Informing Transformation(ノレッジ・インフォーミング・トランスフォーメーション)とは、知識を伝え変化させていくことを意味する。

精神保健機関の多くは優れた支援を実践している。その一方で、科学が提供する最善のものを支援システムに統合する機会を得たことで、多くの機関がEBPの導入を余儀なくされている。

2004年には、米国47州でEBPが導入された(Ganju, 2004)。そして、EBP導入に関心のあるコミュニティおよび組織は増え続けている。

## ツールキットの始まり

EBPツールキットは、1998年にロバート・ウッド・ジョンソン財団が、研究者、臨床家、管理者、当事者、家族の支援者を招集したパネル会議で生まれた。その会議では、各研究を評価し、さまざまな調査研究の中で、どのような実践が有効な結果を生むのかを特定した。

この会議で、次の6つのEBPが明らかにされた。

- IMR・疾病管理とリカバリー  
(Illness Management and Recovery)
- IPS・援助付き雇用  
(Supported Employment)
- FPE・家族心理教育  
(Family Psychoeducation)
- ACT・包括型地域生活支援プログラム  
(Assertive Community Treatment)
- ITCOD・併存性障害のための統合治療  
(Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders (substance use and mental illness))
- MedTEAM・投薬治療、評価および管理  
(Medication Treatment, Evaluation, and Management)

これらのツールキットは、以前はインフォメーション・リソース・キットと呼ばれており、2003年に試験的に導入された。その後現場の評価によって改良され続けた。多くの団体、研究者、支援者、管理者、政策立案者、当事者、そしてその家族らの貢献により、これらのツールキットには各関係者の強みと活力が込められている。

ツールキットの開発は、精神保健におけるEBP導入に重点をおいているSAMHSAの活動の一つである。今後も、より多くのEBPツールキットを開発したいと考えている。その際に考えられるトピックは以下の通りである。

- 当事者が運営するサービス  
(Consumer-Operated Services)
- 破壊的行動障害への介入  
(Interventions for Disruptive Behavior Disorders)
- 行動障害に対する精神保健の促進と予防  
(Mental Health Promotion and Prevention of Behavioral Problems)
- 援助付き教育  
(Supported Education)
- 援助付き住居  
(Supportive Housing)
- 高齢者のためのうつ病治療  
(Treatment of Depression in Older Adults)

効果的な実践の普及は、支援サービスの質を高めるといふSAMHSAの掲げるミッションの軸であり、説明責任、能力および実効性の向上が極めて重要視される戦略的目標を達成するための主要部分でもある。

SAMHSAは、ツールキットが精神疾患や物質使用の問題を抱えた人々に対して最善の支援サービスを提供できるよう、地域社会への貢献を目指している。

## ツールキットを利用する

ツールキットは、以下のようなEBP実践の指針となるような原則、信条、そして価値を示している。

- 臨床上の判断  
(Clinical judgments)
- 具体的な治療の構成要素  
(Specific treatment components)
- 構造化された支援提供の構成要素  
(Structured service-delivery components)

## ■評価の構成要素

(Evaluation components)

ツールキットは、EBPの本質的な構成要素を概説し、それらを導入し効果的に実施した人々から得られた知見を提供している。これらの教材は、精神保健に関する制度や機関において、新しいプログラムを開発した専門家の経験にもとづいている。

これらのツールキットには2つの哲学的信条がある。当事者と家族は、効果的な治療法についての情報を得る権利があり、EBPが存在する地域では、効果的なサービスを利用する権利がある。精神保健サービスは、人々が各々の回復目標を達成し、レジリエンスを獲得し、地域社会で生活し、仕事をし、学び、参画できるように支援するという目標を持つべきである。

実務者にテキスト教材を提供するだけでは実践方法は変わらないという研究結果が出ている (Hyde et al., 2003)。そのため、ツールキットには、多種多様な関係者を対象に、さまざまな形式の資料が用意されている。主な対象は以下の5つである。

### ■公的な精神保健当局

(Public mental health authorities)

### ■機関管理者およびプログラム管理者

(Agency administrators and program leaders)

### ■EBP実務者

(EBP practitioners)

### ■当事者

(Consumers)

### ■家族や支援者

(Family members and other supporters)

ツールキットは、さまざまな形式で教材を提示している。例えば、以下のようなものである。

### ■パワーポイントでのプレゼンテーション

(Slides for a PowerPoint presentation)

### ■パンフレット

(Brochures)

### ■ビデオとCD-ROM

(Videos and CD-ROMs)

### ■ワークブックと演習

(Practice workbooks and exercises)

### ■プログラム・ガイドライン

(Program guidelines)

EBPプログラムの開発と運営に管理的・臨床的責任

をお持ちの方は、このツールキット全体を読み、資料を適切な人に配布できる体制を整えることをお願いしたい。

すべての関係者がツールキットの全文を読むことが望ましいが、多くの方は時間の余裕がないことも理解している。そのため、特定の関係者に向けた資料を作成した。次ページの「各章の概要」では、本ツールキットが提供するさまざまな教材を紹介している。各章は順番に読むことを意図したものではなく、実施プロセスを通して、それぞれの関係者が資料として使用することを目的としている。

## 使用している用語について

この教材は、さまざまな背景と視点を持った人々によって開発された。その過程で、主要な関係者を指す言葉についてさまざまな表現が用いられていることが分かった。明確さと一貫性を保つために、各関係者について以下の用語を使用した。(ただし、文脈によっては、別の用語を使う場合もある。)ここでは、ツールキットで使われる用語とその注釈を紹介する。

### ■当事者 (Consumers) :

ツールキットで最も頻繁に使われるのが当事者 (Consumers) という用語である。当事者とは、重篤な精神疾患を抱え生活している人々で、専門的な精神保健サービスを利用している人々のことを指す。一部のツールキットでは、専門的なサービスを利用していない人も含まれるため、精神症状を経験した人を対象にしている場合もある

### ■家族や他の支援者

(Family and other supporters) :

多くの当事者には、家族以外で主要な支援者がいるため、家族と他の支援者を分けて考える

### ■実務者 (Practitioners) :

実務者とは、精神保健サービスを提供する人々のこと。この用語は、特定の職種を指す場合 (例えば、援助付き雇用のツールキットでは、雇用スペシャリストという言葉が使われている) を除き、ケースマネージャー、看護師、精神科医、セラピスト等を指して使われる

### ■EBP管理者 または、プログラム管理者

(EBP leader or program leaders) :

プログラム管理者とは、EBPの実践を監督する機関の職員を指す。プログラム・スーパーバイザー、オペレーション・ディレクター、プログラム・マネージャー、プログラム・アドミニストレーターの代わりにこの用語が使われる。その理由は、この役職の担当者が、機関の管理者の支援を得て、EBP実施のプロセスを管理する立場であることを明確にしたいからである。家族心理教育ツールキットでは、プログラム管理者は家族

介入コーディネーターと呼ばれている

#### ■精神保健当局

(Public mental health authorities) :

公的な精神保健システムの法令と資金調達構造を決定する政府機関を指す。我々は、EBPが民間セクターにおいても、EBPが実施・監督される可能性があることを認識している

各章の概要			
EBPを始めるにあたって 対象：機関管理者、プログラム責任者、精神保健当局	プログラム作成の手引き 対象：機関管理者、プログラム管理者、精神保健当局	現場スタッフの育成 対象：EBP実務者	プログラムの評価方法 対象：EBPの品質保証チームメンバー
<p>■EBPの実施</p> <p>■異文化適応力について 「EBP入門編」では、EBPを実施するための大切な基本情報を提供するとともに、文化の違いに適応したサービスを開発する方法を説明している。</p> <p>EBPを実施する上で、共通の初期課題と取り組み内容についても述べている。</p> <p>■合意形成</p> <p>■EBP原則を組織の規則や手続きと統合する</p> <p>■EBPの研修・評価体制の整備</p>	<p>■機関管理者とプログラム管理者のための実施のポイント</p> <p>■精神保健当局のための実施のポイント 「プログラム作成の手引き」は、精神保健当局がEBPの実施をどのように支援するかについて提案している。また、機関のスタッフによるEBPプログラム開発を支援するためのヒントも提供している。</p> <p>■人員配置</p> <p>■運営方針と実施手順の開発</p> <p>■EBPの収入源と予算編成の理解</p> <p>■研修体制の整備</p>	<p>■EBP実施の概要</p> <p>■EBP専門の実務者の知識と技術 「現場スタッフの育成」のワークブックは、EBP実務者のためのワークブックで、EBPサービスを提供するための基本的な仕組みを説明している。このワークブックは、ツールキットのDVDに収録されている「入門ビデオ」と「実践デモビデオ」と合わせて使用することを想定している。</p> <p>これらの教材は、スタッフが重篤な精神疾患のある人々との関わり方について訓練を受け、経験を積んでいることを前提としている。重篤な精神疾患を持つ人々への支援に関する一般的な情報は含まれていない。</p>	<p>■EBP固有のプロセス評価尺度とアウトカム評価尺度</p> <p>■プロセスおよび実施結果の評価方法 「プログラムの評価方法」は、品質保証システムの開発に関する一般的な情報と、EBP固有のプロセス評価尺度とアウトカム評価尺度を品質保証システムに統合するための情報を提供している。</p> <p>また、プロセス評価や効果測定の実施方法についても説明している。EBPプログラムを改善するためにプロセスデータと実施結果データを使用するに当たってのヒントも含まれている。</p>
マルチメディアによるEBPの導入 対象：すべての関係者			エビデンス一覧 対象：すべての関係者
<p>「マルチメディアによるEBPの導入」は、EBP固有の原則を示し、それが当事者や家族にどのように役立つかを説明するための入門資料を紹介している。例えば、入門用のビデオ、サンプル・パンフレット、入門用のパワーポイント・プレゼンテーションなどがあり、ツールキットのDVDやCD-ROMに収録されている。ビデオやパンフレットは英語版とスペイン語版がある。研修やプレゼンテーションを行う際に、以下の内容が利用できる。</p> <p>■背景</p> <p>■EBP実践の原則と価値基準</p> <p>■EBPサービス構成要素の基本的根拠 EBP研修を受講した誰もが（プログラム管理者、スタッフ、アドバイザー・グループを含む）、これらの教材を使って他の関係者を育成することができる。</p>			<p>このセクションでは、すべての関係者に、特定のEBPを裏付けるエビデンスを紹介している。</p> <p>本ツールキットで引用されている参考文献はすべて本章に記載されている。</p>

## EBPを始めるにあたって

本章ではEBP（科学的根拠にもとづく実践）の実施に必要な一般的情報と異文化適応のあり方について取り上げる。特に以下の人々が対象となる。

- 精神保健当局
- EBPプログラムの開発・管理機関



## EBP を始めるにあたって

合意（コンセンサス）形成：変化のためのサポート体制……………	9
EBPを組織の運営方針とその実施手順に組み込む……………	11
研修ニーズの評価……………	13
定期的なモニタリングと評価……………	15
サービスを異文化適応させることで効果を最大限に引き出す……………	19

## EBPを始めるにあたって

### 合意（コンセンサス）形成：変化のためのサポート体制

ある1つのシステムに変化を与えるということは、関係者に異なる影響を与えることになる。精神保健システムを変化させる場合もその関係機関は、スタッフ、コミュニティのメンバー、当事者、家族からさまざまな反応が寄せられることを想定すべきである。誤解はEBP実施の阻害要因（スタイミー）になりうるため、コミュニティにおいてEBPの合意形成が重要となる。

実務者研修だけでは効果を発揮しない。精神保健当局によるEBP成功例からこのことは裏付けられてきた。実践者の育成は以下を含む広範な活動によって補完される必要がある。

- EBPのサポート体制を整備する
- EBPを組織の運営方針と実施手順に組み込む
- 機関全体のスタッフに対しEBP原則の研修を行う
- プログラムの継続的なモニタリングや評価を行う

ここではEBPの効果的実施に関わる概要を紹介する。特定のEBPに関するガイドライン等は各ツールキットを参照のこと。

## EBP支援体制の構築

EPB実施の支援を目的とした合意形成について、いくつかの方法を紹介する。

### ステップ1

#### EBPの影響を受けそうな主な関係者を特定する

関係者にはあらゆるレベルの機関スタッフ、精神保健当局の職員、当事者とその家族代表が含まれるだろう。EBPによっては、他のコミュニティ組織、例えば職業リハビリテーション行政機関、ホームレス保護施設、フードバンク、警察、病院、ピアサポートプログラム、当事者、家族会等との関係構築が望まれるかもしれない。

### ステップ2

#### 関係者の各グループからEBPアドバイザー委員会へ代表者1名を選任する

EBP実施の成功事例では、代表者がアドバイザー委員会を形成することが重要であるとしている。初めのうちはアドバイザー委員会の結成は全体の展開を遅くする要因と感じるかもしれないが、関係者から支援を得るために時間を費やすことはそれだけの価値がある。

EBPは必要なもので費用負担が少なく、導入する価値があり、コミュニティの価値観や機関の実践哲学と一致するということをコミュニティが認識しない限り、EBPの成功はあまり期待できない。

精神保健当局と機関の管理者は、主な関係者にEBP実施の明確なビジョンと遂行義務について表明しなければならない。各関係者グループの代表者で構成されるアドバイザー委員会は広くコミュニティに情報を広めることができる。委員にはEBPの基本原則を研修させ定期的に各関係者グループに情報を持ち帰り広めるよう要請する。

### ステップ3

#### 助言を求める

計画の初期段階でEBPアドバイザー委員会を立ち上げ、委員に研修を行い、実践段階では委員から助言を求めることができるようにする。委員はコミュニティや機関におけるEBP実施準備の評価にあたり支援することもある。EBPが動き出したあと、委員はEBPサービスの提供に影響を及ぼす可能性のあるコミュニティ動向について、EBPスタッフに情報を提供し続け

ることができる。

EBPを持続させるにはEBPアドバイザー委員会が不可欠である。EBPスタッフの異動、熟練スタッフの交代、または資金の流れやプログラム要件が変更される場合、コミュニティと政治的連携(political alliances)が不可欠である。基盤が安定している委員会は変化の中でもEBPを維持することができる。

### ステップ4

#### 行動計画の作成

主な関係者がEBPの基礎を学んだ後、アドバイザー委員会は実施のための行動計画を作成する。行動計画は、EBPプログラムの開発に関連する活動と戦略の概要を示しており、以下を含む。

- EBP原則を精神保健当局および機関の組織運営方針とその実施手順に組み込む
- 内部および外部の関係者に向けて初期段階および現在進行中の研修計画の概要を説明する
- EBPを定期的にモニターし、評価する手続きを策定する

支援を受ける人々、コミュニティ、組織のニーズにもとづき行動計画の活動を実施する。

### ステップ5

#### EBPの継続的な評価にアドバイザー委員会が関与する

どのような成果を目標とすべきか決定する際に委員はサポートを行い、継続的な質向上に寄与する。

# EBPを始めるにあたって

## EBPを組織の運営方針とその実施手順に組み込む

### 組織運営方針とその実施手続きの検証

EBPを効果的に実施している精神保健当局は、EBPを組織の運営方針とその実施手順に組み込むことの重要性を強調している。

例えば、EBPプログラムのスタッフを至急配置する決断に迫られた場合、精神保健当局は人員配置基準を規定に組み入れることでその実施プロセスをサポートすることができる。機関の管理者は、EBPに準拠した精神保健当局が定めた規定と資格にもとづくEBPプログラム責任者と実務者を選定することになる。

#### EBPをスタートする「とき」

- EBP実施によって影響を受けるとされるグループを列挙する。
- 各グループに潜在する優れた人材を特定しEBPアドバイザー委員会への参加を打診する。
- 実施プロセスで委員会に助言を求める。
- 行動計画の立案。
- 委員に対してメンバーの責務を概説する。
  - ・ EBP基礎研修へ参加すること。
  - ・ 関係するグループにEBPの基本情報を提供すること。
  - ・ 実施プロセスの各段階において助言をすること。
  - ・ EBPの評価に継続的に参与すること。

新しいEBPの職務に関する記述は機関の人材管理方針に統合されるべきである。「プログラム作成の手引き」のEBPに関する具体的な提案内容は、精神保健当局と機関のスタッフが適切な人材構成、人員や役割編成を定める指針となり、また、スーパービジョン体制をつくる上でも役立つ。

機関管理者と精神保健当局は、組織の管理運営方針とその実施手順を確認しEBP原則と整合させる必要がある。例えばサービス開始・終了時の評価、治療計画、サービス提供の流れについて変更の必要が生じることも考えられる。

組織の運営方針とその実施手順において、EBPの恩恵を最も受けるであろう当事者の特定方法を示し、さらに対象者の包含基準と除外基準を治療連携の仕組みに取り入れる方法を明示すべきである。EBP原則を組織運営方針やその実施手順に統合させることは、プログラムの持続可能性を確かなものとする基礎づくりになるだろう。

組織運営方針と実施手順は初期の段階で検討すべきである。多くの変更は計画の段階で発生するが、定期的にプログラムをモニタリング、評価することで変更の必要性が把握できるようになる。

## 財源について明確にする

新規EBPプログラムの開始、継続にはまとまった費用がかかるため、財政的課題を特定し対処することが重要である。連邦、州、自治体、民間財団の資金を含め、EBPのサービスにかかる短、長期的な財源確保の仕組みを明らかにすべきである。EBPアドバイザー委員会と協力して以下の項目を特定することで、初期費用を見積もることができる。

- 費用弁済されない関係者との会議に要した時間
- 研修中のスタッフのために要した時間
- 戦略的な計画作りに要したスタッフの時間
- モデルとなる他のEBPプログラム見学のための訪問
- 機材（携帯電話やパソコン）にかかる費用、または初期の準備段階で発生するその他の経費

また現行のEBPサービスの資金調達の仕組みを確認し、継続的な質の向上に向けた取り組みを支援する必要がある。例えば継続的な研修、スーパービジョン、技術的支援、フィデリティ（エビデンスベースト・モデルに準拠していること）、効果測定等である。

またサービスの定義と基準によって運用される費用弁済のルールの改訂が必要な場合、連邦、州、地方機関間の協議を要することがある。

### EBP導入に役立つ情報

米国保健福祉省のサイト (<http://www.hhs.gov>) では、メディケイド（低所得者向け医療費補助制度）・メディケア（高齢者向け医療保険制度）を利用した資金提供について多くの資料が入手できる。EBP実施の有用なリソースの1つとして2005年1月に企画評価担当補佐官が発行したハンドブック「重度の精神疾患を持つ労働年齢層に対するメディケイドを活用したコミュニティにおける支援」を参照のこと。

<http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/handbook.pdf>

このハンドブックは、メディケイドプログラムの主な特徴、適格性のほか、精神保健サービスやコミュニティサービスの範囲および権利放棄を扱う有用な導入本であり、メディケイド資金を求める州が以下を実施するための有益な情報を提供している。

- 家族心理教育
- 包括型地域生活支援プログラム
- 疾病管理とリハビリ
- 併存性障害のための統合治療
- 服薬管理
- 援助付き雇用
- 援助付き住宅
- サービス利用者への直接的なサービス
- ピアサポート

## EBPを始めるにあたって

### 研修ニーズの評価

EBP実施における次のステップの一つは研修計画の策定である。コミュニティのレディネスを評価することでどれだけの研修を要するかが明らかになる。コミュニティにおいて EBP について馴染みがなく、既存のニーズを認識していない場合は幅広い教育活動を実施する。コミュニティがすでに EBP を理解していて、課題にどう対処すべきか知っている場合教育活動は少なくすむ。

先にEBPアドバイザー委員会のメンバーに研修を行い、EBPの目的や有益性について情報を周知しその内容を主要な関係者に広めてもらうことも一案である。

コミュニティにおける研修ニーズ評価に加え、機関の管理者は組織全体のスタッフが EBP をどのくらい理解しているかを把握する必要がある。効果的にEBPを実行できた管理者は、EBPの基礎研修を全職位のスタッフに提供することの重要性を強調している。教育を受け実務に従事するスタッフはEBPを支える力になる。長期的には、EBPのスタッフが十分な研修を受けていれば、治療連携、他のサービスプログラムのスタッフとの協力を容易にし、さらには一連の治療を円滑に進めることにつながるだろう。

継続的な現任者研修は、快適な環境でEBPを行うための背景知識、つまりEBPの実践哲学、価値基準および基本的な根拠を伝える効率的な方法である。

EBP基礎研修の頻度や内容の決定にあたっては、EBPアドバイザー委員会のメンバーを交えて検討を行う。

プログラム管理者や実践者に、より集中的な研修を提供する

機関内のすべての職員のスタッフはEBPの基礎研修を受け、責任者や実践者はより集中的な研修を受けることが求められる。実践者がEBP原則を日頃の実践と一体化させるには、EBPサービスを行う人々に包括的なスキルを提供することが必要である。各ツールキットには、基礎研修と集中的な研修の両方を提供するにあたってのさまざまなEBP固有の研修ツールが含まれている。

実務者が必要とするスキルのほとんどは研修ツールで取り入れられているが、最も効果的にEBPを伝える方法は現場でのコンサルテーションであることが研究のみならず経験的にも示されている。相談役（コンサルタント）はEBP実務者に包括的な研修やケースごとのコンサルテーションを提供する。

相談役は精神保健当局と管理機関に以下のような支援を行う。

- 主な関係者に基本情報を提供する
- 地域コミュニティの変化に対するレディネス評価
- EBP原則を組織の運営方針とその実施手順に取り入れることを支援する
- 現行の研修計画を策定する

精神保健機関はスタッフの離職率が高い。ゆえに継続的な研修が全職員に提供されなければEBPの持続は難しくなる。

さらにプログラム管理者や実務者が、EBPを効果的に実施している機関を訪問視察することで、実施構造や手続きに精通することの有用性も認められる。

プロセスの早期段階で精神保健当局および機関管理者は以下について決めなければならない。

- 基礎研修を受講する内・外の関係者
- 基礎研修の実施頻度
- 研修の主催者
- EBPスタッフとアドバイザーグループの中で、包括的技能研修を受けるEBPスタッフとアドバイザーグループのメンバー

- EBPスタッフ向けの研修フォーマット
- EBPスタッフによるEBPのモデル的プログラム訪問視察の要否

「プログラム作成の手引き」での詳細な指摘事項は精神保健当局や機関のスタッフがEBP研修計画を立てるのに役立つ。

## EBPを始めるにあたって

### 定期的なモニタリングと評価

EBP実施者である主な関係者は2つの疑問を持つかもしれない。

EBPは計画通りに実施されているか？

EBPは期待どおりの結果を出しているか？

これら2点の検証と結果をプログラムの見直しに活用することは、EBPを成功に導くために重要である。

1点目の答えは（EBPフィデリティ尺度や一般組織指標を用いて）プロセス評価尺度について情報収集することで導かれる。プロセス評価尺度は、サービスがどのように提供されたかについて把握するための尺度である。

2点目の答えはアウトカム評価尺度を情報収集することで導かれる。アウトカム評価尺度は、プログラムの結果や効果を把握するための尺度である。

EBP実施準備にあたっては、スタート段階から全機関を通して、プログラムの効果を測定し改善するために、プロセス評価尺度とアウトカム評価尺度を活用した品質保証システムを策定することを推奨する。

ツールキットにおける「プログラムの評価方法」ではEBP固有のフィデリティ尺度、一般組織指標およびサンプルのアウトカム評価尺度を掲載している。これらの評価尺度は、既存の品質保証プログラムに統合されることもあれば、新プログラムの開発の助けとなることもある。

### プロセス評価尺度を測定する理由

EBPのフィデリティ尺度、一般組織指標などのプロセス評価尺度は、EBPの主要な要素が機関で実行されているかについて評価するのに役立つ。

フィデリティ尺度が高い値を示す機関ほど好ましい結果を達成する可能性が高まるとする研究もある (Becker et al 2001; Bond&Salyers 2004)。そのため、フィデリティと結果の両方に目を向けることが重要である。

プロセス評価尺度は、研究が示すような望ましい結果を導くようなサービスが提供できているかどうか判断するための客観的で構造化された方法を機関のスタッフに提供する。

プロセス評価尺度を測定することで、プログラムの弱点を診断し長所を明確にすることができる。

プロセス評価尺度は、精神保健当局が州全体のEBPの質を評価する際に比較検討するための枠組みとして利用され、州全体の傾向や例外的事案を特定するのに役立つ。

### アウトカム評価尺度を測定する理由

プロセス評価尺度はサービスの提供方法について測定する一方、アウトカム評価尺度はプログラムの実施結果について測定する。すべての治療介入には、利用者の短期目標および長期目標がある。

さらに、サービス利用者には各々自分の目標があり精神保健サービスを受けることによって達成することを望んでいる。これらの目標は実施結果につながり、実施結果は特定の評価尺度で示される。

実施結果について、例えば援助付き雇用プログラムに参加することによって職を得るといった直接的な介入結果が得られる場合もあれば、就職によって当事者のQOLが向上するといった間接的な介入結果が得ら

れる場合もある。

また、一ヶ月間の勤務日数など、具体的かつ目に見える形で示すことができる実施結果もあれば、EBPサービスの満足度など、主観的な形で示される実施結果ものもある。

したがってEBPフィデリティ尺度に加えて、ホームレス、入院、刑事上の身柄拘束、リハビリといった履歴についても、サービスが利用者にも与えた影響を示すアウトカム評価尺度で測定する必要がある。フィデリティや実施結果を継続的に測定することは、EBPの効果を保証することにつながる。

### プロセスデータと、実施結果データはEBPをどのように改善させるか

プロセスデータと実施結果データを収集活用すると当事者の参加やスタッフの対応をより良い状態に改善することができる。

以下の事例を考えてみよう。

地域精神保健センターが提供している部分入院プログラムの参加者たちは、一貫して仕事への関心を示さず、就労につながる行動を起こさなかった。そこでプログラムスタッフは、彼らの職業訓練等の状況に関するデータを毎月集め、プログラムコンサルタントにデータを報告することにした。コンサルタントは3ヶ月ごとにシンプルな棒グラフを作成しデータを返信した。利用者の職業訓練等に関する情報を収集し利用者と共有したプラスの効果は即座に明らかになった。このモニタリングを開始して3ヶ月後、就労分野への関心や行動を示す人の割合は36%から66%に増加し、3ヶ月後にはプログラム参加者の72%が何らかの職業訓練等に関わるようになった。

この例は、プロセスおよび実施結果データを利用者と共有することで、EBPプログラムへの参加を促進できることを示している。

同様に、評価データの活用は、EBP実践者の実施手腕、モチベーション、専門的学習、達成感を向上させる。企業の成功事例の研究で、Peters and Waterman (1982) は以下のとおり記している。

ピア比較の基礎として利用可能な情報がいかに重要

であることか。驚くべきことに、これが優良企業の基本的な制御メカニズムとなっている。軍隊モデルのような、上司が誰に命じるまで何も起こらないような指揮系統とは全く異なる。全体的な目標と価値基準を設定し、情報を広く共有することで、人々は仕事が達成されているかどうか、誰がうまくいっているのか、いないのか即座に知ることができる。

「プログラムの評価方法」では、EBPプログラムの質を保証し、プログラムを改善するためのプロセスおよび実施結果データの収集、分析、活用方法について示している。

#### 質保証システムの開発で役立つこと

- ・実施しているプログラムの長所および短所の診断
- ・プログラム改善のための行動計画の立案
- ・当事者がリカバリーのための目標を達成するための支援
- ・精神保健サービスの効率的かつ効果的な提供



## EBPを始めるにあたって

### サービスを異文化適応させることで 効果を最大限に引き出す

異文化適応とはサービスを提供される側にとって最も関係が深く親しみのある文化、ジェンダー、年齢に応じたアプローチがなされることであり、これによりサービスがより効果的になると考えられる。

EBPプログラムを異文化適応させる、つまり多様な文化をもつ当事者のニーズに適合させることで、プログラムの質の向上につながる。まずは、当事者がもつ文化とそれへの対応とは何か、それらがケアにどう影響するのかについて理解することが重要である。

#### 文化とは何か、文化がケアにどう影響するのか

文化とは広義には、集団が共有する共通の遺産、一連の信念、規範および価値であると定義される。国勢調査による分類であろうと主観的な位置づけであろうと、同じ人種または民族グループに属する人は、同じ文化を共有することが想定される。ただしグループ化されたすべてのメンバーが同じ文化を共有するとは限らない。

それぞれのカテゴリー内は多様性に満ちている。程度の差こそあれ、特定の人種や民族文化に共感する人もいれば、宗教、職業、性的指向、地域、または障害の状

態に関連する文化を含む多様な文化に共感する人もいる。

文化とはダイナミックで、絶えず変化し、人々の信念や環境から影響を受ける。世界のさまざまな地域からの移民は自らの文化とともに米国にやってくるが、主流な文化において機能する新しいハイブリッド型の文化を構築してゆく。このプロセスは文化変容と呼ばれる。

何世代にもわたって米国で暮らしてきた集団でさえ、従来の文化から信念や慣行への影響を受けることがある。精神保健サービスにおいても、この複雑な文化、文化的アイデンティティをふまえた固有のアプローチが必要である。

文化はケアの多くの側面に影響を及ぼし、それはケアが必要だと人々が考えるかどうかから始まる。さらに、人々が臨床現場にもたらす懸念、それらの懸念を表現するために使用する言語、そして対処スタイルに影響を与える。

文化は家族構造、生活様式、困難時に受ける支援の程度に影響する。加えて、精神保健の課題が生じた際、かかりつけ医、精神保健プログラム、牧師、宗教的アドバイザーまたは地域の長老のどこに助けを求めるかにも影響を及ぼす。また文化は人々が精神保健の問題にスティグマを持つかどうか、支援者にどれだけの信頼を置くかにも影響する。

### 文化は利用者側だけの課題ではない

文化の課題は当事者に関する事柄と捉えがちだが、周囲の支援者や管理者にも当てはまる。支援者や管理者の文化は、どのようにケアを計画し提供するかに影響を及ぼす。支援者による質問の仕方、当事者とのやり取りが文化的な影響を受けることは明らかである。同様に重要といえるものは次の点である。

- 機関の開設時間
- 機関のスタッフが家族やコミュニティのリーダーに働きかける重要性
- 機関のスタッフが、訪れてきた当事者の文化に敬意を表すこと

文化が精神保健ケアの諸側面に影響を与えることを知れば知るほど、コミュニティの多様性に対応し、そ

れを尊重するために機関の業務を適応させることの重要性が強調される。

### 異文化適応のニード

何十年もの間、多くの精神保健機関は、自分たちを取り巻く多様性の高まりを認識することを怠ってきた。そのため非主流文化圏の人々にとってプログラムは受け入れ難く、利用するのが難しいと感じるものであった。彼らはケアを受けることを避け、ケアを探すことをやめ、あるいはどうにかケアに辿り着けたとしても中断してしまったりした。

その結果、厄介な格差が生じるようになった。多くのマイノリティ集団において、ケアへのアクセス低下、ケアの利用低下、ケアの質の低下に直面した。格差は以下のような人種的・民族的マイノリティ集団で最も顕著に現れた。

- アフリカ系アメリカ人
- アメリカ先住民、アラスカ先住民
- アジア系アメリカ人
- ヒスパニック系アメリカ人
- ハワイ先住民、その他大西洋諸島に住む人々

さらに格差は以下に属する人たちにも影響する。

- 女性か男性か
- 子供か大人か
- 地方出身者か否か
- 異なる宗教を信仰する人
- 性的指向が異なる人
- 身体的または発達的な障害を持つ人

このような格差があるため、何百万人もの人々が精神疾患によって不必要な障害で苦しんでいたのである。

1980年代後半から精神保健の専門家は、異文化適応と呼ばれるケアへの新しいアプローチで格差の問題に対応してきた。

もともと異文化適応は、異文化において人々が効果的に仕事をするために、システム、機関、または専門家間で共通する行動、態度、および方針と定義されている。異文化適応とは、次のようなことを意図している。

- 当事者のケアへのアクセスを改善する
- 信頼関係を構築する
- 当事者がケアに参画し、維持できるように促す

### 異文化適応とはなにか？

米国公衆衛生局長官の報告書では、「異文化適応」を最も一般的な用語として次のように定義している。

「…言語、歴史、伝統、信念、価値観など、人種民族的マイノリティ集団の文化的関心事に対応したサービスの提供」（米国保健福祉省、2001年）。

多くの場合、「異文化適応」とは、精神保健サービス提供者、機関、システムが、人種民族的マイノリティ集団を含む多様なコミュニティのニーズに対応する能力を高めるために開発された一連の指針を指す。利用者、家族、サービス提供者、政策立案者および管理者は異文化適応の本質的な価値を長きにわたり認識してきたが、その重要な構成要素を特定するための研究が十分に行われてこなかった。そのため、この分野では異文化適応を定義することや、運用し、測定するのに苦慮しているのが現状である。

「適応」という言葉はやや誤解を招く恐れがある。通常、この言葉はプログラムを評価するための一連の基準を意味するが、正確とはいえず、異文化適応はまだ研究段階にある。

この文脈で適応とは、異なる文化集団に合わせたケアを行う責任は、利用者とはいえず、システムに属することを意味している。精神保健当局から臨床監督者、治療を行う専門家に至るまで、ケアの提供に携わるすべてのサービス提供者や管理者は、多様なコミュニティにとってアクセスしやすく、適切で、魅力的で、効果的なプログラムにする責任がある。多くの人がそれを自然に行っている。

### 異文化適応とEBPの関係

米国公衆衛生局長官の報告書によると、EBPの実践は文化に関わらずケアを受けるすべての当事者を対象としている。しかし実際には言語や行動が本来の研究対象集団と異なる文化的集団に対して、EBPを利用しやすく効果的にするために、プログラムが調整を必要とすることはよくある。このような調整は、ツールキットを用いたEBP実施に支障をきたすというよりも、むしろ役立つはずである。

異文化適応型のEBPを提供するためには、一言で言うと、コミュニティの特徴に合わせて、実践そのもの、

あるいは実践が行われる状況を調整する必要がある。将来的にはプログラムの異文化適応を評価するための特定のフィデリティ測定が可能になるかもしれないが、現時点では異文化適応のエビデンスが少なすぎるため確立されていない。

エビデンスを集める傍ら、プログラムはEBPを各文化集団に合わせて調整すべきである。例えば情報パンフレットをコミュニティで使われている言語に翻訳することなどが挙げられる。その他の提案については、「異文化適応の実践方法」を参照されたい。

サービス提供側からはよく以下のような質問がなされる。

EBPをサポートする研究が、ある特定の民族、人種、文化的集団に対して行われたのであれば、私たちの支援対象の集団への適用可否はどう見極めるべきか？

答えは試すまで分からない。だが、既存の限られた先行研究は、EBPに多少の修正を加えることで文化の違いを超えてうまく機能する見通しを示唆している。EBPは現在利用可能な最高の質のケアであることから、EBPを必要とするすべての人々に公正、慎重に提供されることが重要である。しかし、これをどうすれば効果的に実践できるかという疑問も残されている。

### 異文化適応の実践方法

すべてのプログラムを異文化適応させることが目標であるため、サービス提供機関の管理者が利用者により効果的に関わるために、簡単で分かりやすい手順を提供すべきである。これらの手順はEBPだけでなくプログラムのあらゆる側面に適用される。以下のガイドラインは例示であり規定ではないことに留意すること。

- 利用者の人種、民族、文化的背景を理解する
- 最も関わりのある1つか2つの文化集団に精通する
- 当事者、家族、コミュニティ組織で構成される異文化適応に関するアドバイザリー委員会を設置する
- 指定書式やパンフレットを翻訳する
- 当事者と同様の経歴を持つ援助者とマッチングさせる
- 有資格の通訳をすぐに利用できるようにする
- 当事者に文化的背景やアイデンティティについて尋ねる
- 当事者の評価と治療に文化的な認識を取り入れる
- 当事者の文化を代表する拡大家族やコミュニティグループなど、自然な支援ネットワークを活用する
- 宗教団体やスピリチュアル団体に働きかけ、紹介を

促したり、別の支援ネットワークとして活用する

- 文化的に対応したコミュニケーションや面接の技術について、スタッフに研修機会を提供する
- ある文化では精神病の兆候と見なされる行動でも、異文化では受け入れられることがある旨を理解する
- 他の文化圏の当事者は病気の原因と治療法について異なる考えを持っている可能性があることに留意する

### 精神保健機関はどう支援するか

精神保健当局が、異文化対応型の精神保健システムの開発にどのように貢献できるか、いくつかの例を示す。

- 異文化適応の向上とモニタリングを担う非常勤または常勤の人物を指定する
- 精神保健システムに異文化適応を取り入れるための戦略的計画を作成する
- 支援の対象とするすべての人種、民族、文化集団の代表者を含むアドバイザー委員会を設置する
- ケアにあたっての障壁（文化的、言語的、地理的、経済的障壁を含む）に対処する
- コミュニティの構成メンバーを考慮した人員配置を推進する
- 異文化適応について組織の定期的な自己評価を促進する
- データを収集・分析してサービスにおける格差を調査する
- 異文化適応に関する研修のための特別な資料を指定する
- 品質保証、品質向上活動に異文化適応を含める

### 5つの事例から見る異文化適応

EBPを多様な集団に適応させるためのより多くの提案については、他章も参照のこと。

#### 事例 併存性障害の統合治療

ケ빈は、シカゴに住む40歳のアフリカ系アメリカ人ホームレスの男性で、10年間、刑務所、路上、シェルターの間を行き来していた。統合失調症とアルコール依存症が長年にわたり併発していると思われたが、シェルターでのスタッフの支援を拒んでいた。

ある晩、彼は酒に酔って車の前に出て重傷を負った。入院中、怪我の治療を受けるとともに、精神科医から

統合失調症と診断され、抗精神病薬を処方された。

退院時、ケ빈は併存性障害の統合治療プログラムを紹介された。ケ빈は負のスパイラルで再びホームレスになることを避けるために積極的な治療が必要であることを認識し、治療チームの責任者はアルコール依存症と統合失調症の治療を並行して行うことを勧めた。

統合治療の専門家はアフリカ系アメリカ人の精神科医で、ケビングがこれまで長年にわたり受けてきた疎外、差別、被害が彼の障害を併発させていると考えた。

彼は、信頼関係を築くために懸命に対応した。治療チームと協力し、精神疾患と物質乱用の治療に加えて、社会生活技能訓練の機会と安全な住まいを確保した。

ケ빈の体調が回復し、併存性障害のグループカウンセリングを受け続けながら、リカバリーへの最初のステップとして、10年間音信不通だった高齢の母親との再会を果たした。

#### 事例 包括型地域生活支援プログラム (ACT)

ボルチモアのある牧師が、市の包括型地域生活支援プログラムに心配事を相談してきた。信徒の一人が、別の信徒であるジャマイカ出身の高齢女性が成人の娘に対して、いつも変なことをしているという理由で殴っていることを明かしたという。その信徒によると、ジャマイカ人の母親は、娘を地下室に閉じ込めている可能性さえあるとのことだった。

その前年、包括型地域生活支援プログラムのチームメンバーが地元の牧師に連絡を取り、このプログラムについて伝えていたのである。同チームは、より良いコミュニケーションと紹介が必要だと認識していた。組織間のつながりが強ければ、社会的支援や治療の継続性を向上させることができ、リカバリーの可能性が高まる。しかし、中には、治療は自分の宗教上の教義に反すると考える当事者もいた。

同チームのメンバーは、裁判所の命令を得て、当局がジャマイカ人の母親の家へ立ち入ることを許可した。そして、チームはトラウマを抱えた25歳の娘が地下室に閉じ込められているのを発見した。娘は活発な精神症状が認められ、身体的虐待痕跡があった。

チームは娘を統合失調症と診断し、適切な住居を手配した。また、薬物療法、個別及びグループ療法（トラウマケア、社会生活技能訓練など）を組み合わせた治療を実施した。さらに、教会とコミュニティとの連携により、娘が衣類の確保や精神的なサポートが受けられるよう支援した。

チームは、ジャマイカ出身の母親の民族が、娘の精神疾患を悪魔に取り憑かれたサインだと信じていることを突き止めた。

そこでチームは、統合失調症について母親を教育し、最終的に娘が母親の家庭に戻れるようにするために手を差し伸べた。

### 事例 疾病管理とリカバリー (IMR)

17歳の高校3年生のルピタは自殺未遂で緊急救命室に搬送された。たまたま待機していた精神科医が、1年前にルピタの双極性障害を診断した医師と同一人物であった。彼は、ルピタが薬をきちんと服用していたと思っていたが、血液検査で服用を示す数値が確認できなかった。

その医師は、待合室で心配そうに待っていたルピタの両親とコミュニケーションをとろうとしたが、彼らはスペイン語しか話せないことが分かった。

メキシコ系アメリカ人2世のルピタがかなり異文化適応しているので、両親も同様と誤解していたのだった。医師は、病院の疾病管理とリカバリーの担当でバイリンガルのスタッフに連絡したところ、この両親は娘が服薬せず重度のうつ病に陥っていることに何ヶ月も無力さを感じてきたことを知った。

ルピタと同じようにメキシコの農村地域からの移住者である疾病管理とリカバリーの担当者は、両親に対しルピタの薬の用法・用量を読んで理解できるかどうか優しく尋ねたところ、両親は英語とスペイン語の読み書きに制限があることが分かった。そこで、文字に頼らない治療プログラムを作成し、ルピタとその家族に疾病管理とリカバリーのプログラムを紹介した。この病院はラテン系住民が多いため、スペイン語を話す家族向けのプログラムを用意していた。

週1回のセッションで、疾病管理とリカバリーの担当者は家族の通訳をし、ルピタが精神科を受診するスケジュールを組むのを手伝った。また、1日分の錠剤容器に、正しい組み合わせの錠剤を入れることも行っ

た。自宅には電話がないことから、ルピタが服薬を中断したら連絡を取るため、また彼女からのメッセージを伝えるために電話をつないでくれそうな近所の人を見つける協力をした。

### 事例 家族心理教育 (FPE)

困難な状況に陥ったとき、多くのハワイ先住民は、長老、伝統的な霊能治療者、家族または教師に知恵を借り、文化的慣習によって問題を解決する。その一つにホ・オポノポノがある。それは、対立した事項について構造化された話し合いをすることによって家族間の調和を保つための伝統的文化的プロセスである。ホ・オポノポノはまた、困難な状況における個人の癒やし、手引きとして人々に利用されている。

カウエロが電気技師としての職を失ったとき、彼の精神保健担当者は、ハワイの伝統的な治療法に詳しい地域の長老について知っている家族がいなか尋ねた。カウエロの担当者は、このようなコミュニティの支援を活用することの重要性を認識しており、家族にホ・オポノポノを探すことを提案した。

カウエロと担当者は家族や長老たちに連絡を取り、会議を開催した。その会議で担当者はカウエロの病気について情報を提供し、彼らは症状と再発の警告サインについて話し合った。

セラピストは、グループがカウエロのリカバリーをどのように支援できるかを長老たちに尋ねた。長い話し合いの末、カウエロを支援する1つの方法として、家族がホ・オポノポノに参加し、彼が抱える問題の種類を理解し、彼の治癒の手助けができる方法を特定することに決定した。

また、家族の何人かは彼の精神疾患やリカバリーを支援する方法について学ぶため、家族心理教育プログラムに参加することに同意した。

家族心理教育プログラムを通じて、家族は構造化された複数家族のグループセッションに参加した。ハワイ先住民の文化では、癒やしの重要なレベルとして、ポジティブな感情もネガティブな感情も、オープンで安全かつコントロールされた環境で、共有することが含まれているため、家族がホ・オポノポノと家族心理教育を組み合わせることは、カウエロの治療を成功に導いた。

## 事例 援助付き雇用 (IPS)

ジンはバイリンガルで雇用の専門家である。彼女の担当ケースの約30%がアジア系で、その出身地は台湾からカンボジアまで多岐にわたり、教育レベルもさまざまである。

彼女が担当した双極性障害の利用者の一人は、最近中国から移住してきた。彼は高校を卒業している。中国語を話し、英語はほとんど話せない。北京語に堪能なジンは、この利用者の職業能力を丁寧に評価し、迅速かつ個別に職探しをすることができた。

ジンは中国語のみ話す従業員がいる輸出入業を数社探し当てた。ジンと利用者は職を確保したが、利用者がもし英語を話すことができればより高い給与が支払われるため、ジンと当事者は、さしあたりその職に就き、同時に第二言語としての英語を学ぶ短期集中夜間プログラムに参加することにした。

ジンはその後数ヶ月間、フォローアップのジョブサポートを提供した。利用者の英語が上達すると、ジンと利用者はより高給の仕事を探し、見つけることができる。ジンは利用者が新しい職場のより大きな要求に適応できるようにフォローアップサービスを続けている。

## 異文化適応に関する資料

異文化適応に関する以下の資料は、すべてのEBPに適用される。これらの資料は、当事者、家族、精神保健当局、管理者、プログラム管理者および実務者向けである。各EBPに関連する資料については、「エビデンス一覧」の章を参照のこと。

## 国の機関による当事者及び家族向けの資料

Center for Mental Health Services  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
SAMHSA's Health Information Network Rockville, MD 20857  
Phone: (877) SAMHSA-7 (1-877-726-4727)  
(English and Español) [www.samhsa.gov/shin](http://www.samhsa.gov/shin)

First Nations Behavioral Health Confederacy  
Phone: (406) 732-4240 Montana

Phone: (505) 275-3801 Albuquerque, NM  
[pauletterunningwolf@hotmail.com](mailto:pauletterunningwolf@hotmail.com)

National Alliance on Mental Illness (NAMI)  
Colonial Place Three  
2107 Wilson Boulevard, Suite 300  
Arlington, VA 22201-3042  
Phone: (800) 950-NAMI (6264)  
Fax: (703) 524-9094  
TTY: (703) 516-7227  
[www.nami.org](http://www.nami.org)

National Asian American Pacific Islander Mental Health Association  
1215 19th Street, Suite A Denver, CO 80202  
Phone: (303) 298-7910  
Fax: (303) 298-8081  
[www.naapimha.org](http://www.naapimha.org)

National Institute of Mental Health (NIMH)  
Office of Communications  
6001 Executive Boulevard  
Room 8184, MSC 9663  
Bethesda, MD 20892-9663  
Phone: (866) 615-NIMH (6464)  
Fax: (301) 443-4279  
TTY: (301) 443-8431  
[www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)

National Latino Behavioral Health Association  
P.O. Box 387  
506 Welch, Unit B Berthoud, CO 80513  
Phone: (970) 532-7210  
Fax: (970) 532-7209  
[www.nlbha.org](http://www.nlbha.org)

National Leadership Council on African American Behavioral Health  
6904 Tulane Drive  
Austin, TX 78723-2823  
Phone: (512) 929-0142  
Fax: (512) 471-9600  
[tkjohnson@mail.utexas.edu](mailto:tkjohnson@mail.utexas.edu)

Mental Health America  
2001 North Beauregard Street, 6th Floor Alexandria, VA 22311

Phone: (800) 969-6642  
Phone: (703) 684-7722  
Fax: (703) 684-5968  
TDD: (800) 433-5959  
www.nmha.org

### 精神保健当局向けの資料

Aponte, C., & Mason, J. (1996) . A demonstration project of cultural competence self-assessment of 26 agencies. In M. Roizner, A practical guide for the assessment of cultural competence in children's mental health organizations

(pp. 72-73) . Boston: Judge Baker Children's Center. California Mental Health Ethnic Services Managers with the Managed Care Committee. (1995) . Cultural competency goals, strategies and standards for minority health care to ethnic clients. Sacramento: CA: Mental Health Directors' Association.

Carpinello, S. E., Rosenberg, L., Stone, J., Schwager, M., and Felton, C. J. (2002) . Best practices: New York State's campaign to implement evidence-based practices for people with serious mental disorders. *Psychiatric Services*, 53 (2) , 153-5.

Chorpita, B. F., & Nakamura, B. J. (2004) . Four considerations for dissemination of intervention innovations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 364-367.

Dillenberg, J., & Carbone, C. P. (1995) . Cultural competency in the administration and delivery of behavioral health services. Phoenix, AZ: Arizona Department of Health Services.

Knisley, M. B. (1990) . Culturally sensitive language: community certification standards. Columbus, OH: Ohio Department of Mental Health.

National Implementation Research Network. (2003) . Consensus statement on evidence-based programs and cultural competence. Tampa, FL: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute. New York State Office of Mental Health. (1998) . Cultural competence performance measures for

managed behavioral healthcare programs. Albany, NY: New York State Office of Mental Health.

New York State Office of Mental Health. (1998) . Final Report: Cultural and Linguistic Competency Standards. Albany, NY: New York State Office of Mental Health.

Pettigrew, G. M. (1997) . Plan for culturally competent specialty mental health services. Sacramento, CA: California Mental Health Planning Council.

Phillips, D., Leff, H. S., Kaniasty, E., Carter, M., Paret, M., Conley, T., & Sharma, M. (1999) . Culture, race and ethnicity (C/R/E) in performance measurement: A compendium of resources; Version 1. Cambridge, MA: The Human Services Research Institute (Evaluation Center@HSRI) .

Siegel, C., Davis-Chambers, E., Haugland, G., Bank, R., Aponte, C., & McCombs, H. (2000) . Performance measures of cultural competency in mental health organizations. *Administration and Policy in Mental Health*, 28, 91-106.

U.S. Department of Health and Human Services. (1996) . Consumer mental health report card. Final report: task force on a consumer-oriented mental health report card. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

U.S. Department of Health and Human Services. (2000) . Cultural competence standards in managed mental health care services: Four underserved/underrepresented racial/ethnic groups. HHS Pub. No. SMA 00-3457. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

U.S. Department of Health and Human Services. (1999) . Mental health: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National

Institute of Mental Health.

Western Interstate Commission for Higher Education (WICHE) and Human Services Research Institute (The Evaluation Center@ HSRI) . (1999) . Notes from a roundtable on conceptualizing and measuring cultural competence. Boulder, CO: WICHE, Publications.

Western Interstate Commission for Higher Education (WICHE) . (1997) . Cultural competence standards in managed mental health care for four underserved/ under represented racial/ethnic groups. Boulder, CO: WICHE Publications.

Center for Mental Health Services  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
SAMHSA's Health Information Network Rockville, MD 20857  
Phone: (877) SAMHSA-7 (1-877-726-4727)  
(English and Español) [www.samhsa.gov/shin](http://www.samhsa.gov/shin)

Hogg Foundation for Mental Health  
The University of Texas at Austin  
P.O. Box 7998  
Austin, TX 78713-7998  
Phone: (800) 404-4336  
Fax: (512) 471-5041  
<http://www.hogg.utexas.edu>

#### 精神保健機関の管理者向けの資料

Lopez, L., Jackson, V. H. (1999) . Cultural competency in managed behavioral healthcare: An overview. In V. H. Jackson, L. Lopez (Eds.) . Cultural competency in managed behavioral healthcare. Providence, RI: Manisses Communications Group, Inc.

Center for Mental Health Services  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
SAMHSA's Health Information Network Rockville, MD 20857  
Phone: (877) SAMHSA-7 (1-877-726-4727)  
(English and Español) [www.samhsa.gov/shin](http://www.samhsa.gov/shin)

Human Services Research Institute  
2336 Massachusetts Avenue  
Cambridge, MA 02140  
Phone: (617) 876-0426  
[www.hsri.org](http://www.hsri.org)

National Alliance of Multi-Ethnic Behavioral Health Associations  
1875 I Street, NW Suite 5009  
Washington, DC 20006  
Phone: (202) 429-5520  
[www.nambha.org](http://www.nambha.org)  
National Center for Cultural Competence  
Georgetown University Center for Child and Human Development  
3300 Whitehaven Street, NW Suite 3300  
Washington, DC 20057  
Phone: (202) 687-5387  
TTY: (202) 687-5503

Western Interstate Commission for Higher Education (WICHE)  
Mental Health Program  
P.O. Box 9752  
Boulder, CO 80301-9752 [www.wiche.edu](http://www.wiche.edu)

#### プログラム管理者向けの資料

Barrio, C. (2000) . The cultural relevance of community support programs. *Psychiatric Services*, 51, 879-874.

Issacs, M. R., & Benjamin, M. P. (1991) . Toward a culturally competent system of care: programs which utilize culturally competent principles. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center.

Leong, F. (1998) . Delivering and evaluating mental health services for Asian Americans. In Report of the roundtable on multicultural issues in mental health services evaluation. Tucson, AZ: Human Services Research Institute (The Evaluation Center,@HSRI) .

Musser-Granski, J., & Carrillo, D. F. (1997) . The use of bilingual, bicultural paraprofessionals in mental health services: issues for hiring, training, and

supervision. *Community Mental Health Journal* 33, 51-60.

Phillips, D., Leff, H. S., Kaniasty, E., Carter, M., Paret, M., Conley, T., & Sharma, M. (1999). Culture, race and ethnicity (C/R/E) in performance measurement: A compendium of resources; Version 1. Cambridge, MA: Human Services Research Institute (The Evaluation Center@HSRI).

Ponterotto, J. G., & Alexander, C. M. (1996). Assessing the multicultural competence of counselors and clinicians. In L. A. Suzuki, P. J. Meller, J. G. Ponterotto (Eds.) *Handbook of multicultural assessment: clinical, psychological, and educational applications* (pp. 651-672). San Francisco: Jossey-Bass.

Tirado, M. D. (1996). Tools for monitoring cultural competence in health care. San Francisco: Latino Coalition for a Healthy California.

U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity. A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.

#### 異文化適応についてのアセスメントの手段

Consolidated Culturalogical Assessment Toolkit (C-CAT)

Ohio Department of Mental Health, 2003.

- 精神保健システム及び組織における異文化適応測定
- 包括的な研修とプロモーション資料を含む

詳細はこちら: <http://www.ccatoolkit.org/C-CAT.shtml>

Multiethnic Advocates for Cultural Competence  
Columbus, OH 43215  
Phone: (614) 221-7841  
[www.maccinc.net](http://www.maccinc.net)

Cross-Cultural Counseling Inventory (CCCI)

- 文化的多様性についての知識、態度、考え方の測定
- 異文化カウンセリング技能の測定

詳細はこちら

LaFromboise, T., Coleman, H., Hernandez, A. (1991). Development and factor structure of the cross-cultural counseling inventory-revised. *Professional Psychology, Research and Practice* 22 (5), 380-388.

Cultural Acceptability of Treatment Survey (CATS)  
Human Services Research Institute (HSRI), 1998.

- サービスの異文化適応測定
- 組織的な対応と実践の測定
- 当事者の嗜好と満足度の測定

詳細はこちら

Human Services Research Institute 2336  
Massachusetts Avenue  
Cambridge, MA 02140  
Phone: (617) 876-0426  
Fax: (617) 492-7401  
[www.hsri.org](http://www.hsri.org)

Cultural Competency Assessment Scale (CCAS)  
Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research,  
2000.

- 組織における異文化適応のレベルのアセスメント
- EBPフィデリティ手法との整合性

詳細はこちら

Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research  
140 Old Orangeburg Road  
Orangeburg, NY 10962  
Phone: (845) 398-5500  
Fax: (845) 398-5510

<http://www.rfmh.org/nki/>

### Multicultural Counseling Awareness Scale (MCAS)

■文化的認識、知識、技能のアセスメント

■45項目の自己申告

詳細はこちら

Ponterotto, J. G., Alexander, C. M. (1996) Assessing the multicultural competence of counselors and clinicians in L. A. Suzuki,

P. J. Meller, J. G. Ponterotto (Eds.) Handbook of multicultural assessment: Clinical, psychological, and educational applications (pp. 651-672) San Francisco: Jossey-Bass.

### Multicultural Counseling Inventory (MCI)

Assesses awareness, knowledge, skills, and relations  
Self-report of 43 items For more information:

Sodowsky, G. R., Taffe, R. C., Gutkin, T. B., Wise, S. L. (1994) . Development of the multicultural counseling inventory: a self- report measure of multicultural competencies. *Journal of Counseling Psychology* 41, 137-148.

### 実務者向けの資料

Aguirre-Molina M., Molina C. W., & Zambrana R. E. (Eds.) (2001) . Health issues in the Latino community. San Francisco, CA: John Wiley & Sons, Inc.

Alvidrez, J. (1999) . Ethnic variations in mental health attitudes and service among low-income African American, Latina, and European American young women. *Community Mental Health Journal*, 35, 515-530.

American Psychiatric Association. (2000) . Appendix I: Outline for cultural formulation and glossary

of culture-bound syndromes. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* . Washington, DC: Author.

Aranda, M. P. (1990) . Culture friendly services for

Latino elders. *Generations* 14, 55-57.

Atkinson, D. R., Morten, G., & Sue, D. (1983) . *Counseling American minorities*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown.

Atkinson, D. R., & Gim, R. H. (1989) . Asian-American cultural identity and attitudes toward mental health services. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 209-213.

Baldwin, J. A., & Bell, Y. (1985) . The African Self-Consciousness Scale: An Afrocentric personality questionnaire. *The Western Journal of Black Studies* 9, 61-68.

Bauer, H., Rodriguez, M. A., Quiroga, S., Szkupinski, S., & Flores-Ortiz, Y. G. (2000) . Barriers to health care for abused Latina and Asian immigrants. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 11, 33-44.

Belgrave, F. Z. (1998) . Psychosocial aspects of chronic illness and disability among African Americans. Westport, CT: Auburn House/Greenwood Publishing Group, Inc.

Berkanovic, E. (1980) . The effect of inadequate language translation on Hispanics' responses to health surveys. *American Journal of Public Health* 70, 1273-1276.

Bichsel, R. J. (1998) . Native American clients' preferences in choosing counselors. *Dissertation Abstracts International: Section B: Science and Engineering*, 58, 3916.

Branch C. & Fraser, I. (2000) . Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Medical Care Research Review*, (Suppl. 1) , 181-217.

Browne, C. T. (1986) . An anguished relationship: The white institutionalized client and the non-white paraprofessional worker. *Journal of Gerontological Social Work Special Issue: Ethnicity and Gerontological Social Work*, 9, 3-12.

- Bull Bear, M., & Flaherty, M. J. (1997) . The continuing journey of Native American people with serious mental illness: Building hope. Boulder, CO: WICHE Publications.
- Carter, R. T., & Qureshi, A. (1995) . A typology of philosophical assumptions in multicultural counseling and training. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, C. M. Alexander (Eds.) Handbook of multicultural counseling (pp. 239-262) . Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- The Chinese Culture Connection. (1987) . Chinese values and the search for culture-free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 18, 143-164.
- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., & Issacs, M. R. (1989) . Toward a culturally competent system of care. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center.
- Cuellar, I., Harris, C., & Jasso, R. (1980) . An acculturation scale for Mexican-American normal and clinical populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 2, 199-217.
- Dana, R. H. (1998) . Understanding cultural identity in intervention and assessment. Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc.
- Davies, J., McCrae, B. P., Frank, J., Dochnahl, A., Pickering, T., Harrison, B. et al. (1983) . The influence of client-clinician demographic match on client treatment outcomes. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 5, 45-53.
- Feliz-Ortiz, M., Newcomb, M. D., & Meyers, H. (1994) . A multidimensional measure of cultural identity for Latino and Latina adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16, 99-115.
- Gallimore, R. (1998) . Accommodating cultural differences and commonalities in research and practice. In Report of the roundtable on multicultural issues in mental health services evaluation. Cambridge, MA: Human Services Research Institute.
- (The Evaluation Center@ HSRI) .
- Gaw, A. C. (Ed.) (1993) . Culture, ethnicity, and mental illness. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gaw, A. C. (Ed.) (2001) . Concise guide to cross-cultural psychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gilvarry, C. M., Walsh, E., Samele, C., Hutchinson, G., Mallett, R., Rabe-Hesketh, S. et al. (1999) . Life events, ethnicity and perceptions of discrimination in patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 600-608.
- Gopaul-McNicol, S. A., & Brice-Baker, J. (1998) . Cross-cultural practice: assessment, treatment and training. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Healy, C. D. (1998) . African Americans' perceptions of psychotherapy: analysis of barriers to utilization. *Dissertation Abstracts International: Section B: Science and Engineering*, 58 (9-B) , 5121.
- Helms, J. E. (Ed.) (1990) . Black and white racial identity: Theory, research, and practice. New York: Greenwood Press.
- Hernandez, N. E. (1999) . The relationship between ethnic matching and non-matching of Black, Hispanic, and White clinicians and clients and diagnostic and treatment decisions. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences*, 60, 550.
- Herrera J., Lawson, W., & Sramek, J. (1999) . Cross cultural psychiatry. West Sussex: John Wiley Sons, Ltd., U.K.
- Hinkle, J. S. (1994) . Practitioners and cross-cultural assessment: a practical guide to information and training. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development Special Issue: Multicultural Assessment*, 27, 103-115.
- Jenkins, J. H. (1992) . Too close for comfort:

- schizophrenia and emotional over involvement among Mexican families. In A. D. Gaines, (Ed.) *Ethnopsychiatry: the cultural construction of professional and folk psychiatries* (pp. 203-221) . Albany, NY: SUNY Press.
- Kohn, L. P., Oden, T., Munoz, R. F., Robinson, A., & Leavitt, D. (2002) . Adapted cognitive behavioral group therapy for depressed low- income African American women. *Community Mental Health Journal*, 38 (6) , 497-504.
- Lefley, H. (1990) . Culture and chronic illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 277-286.
- Lewis, R. (1996) . Culture and DSM-IV: diagnosis, knowledge and power. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20, 133-144.
- Lin, T., & Lin, M. (1978) . Service delivery issues in Asian-North American communities. *American Journal of Psychiatry*, 135, 454-456.
- Lopez, S. (1997) . Cultural competence in psychotherapy: a guide for clinicians and their supervisors. In C. E. Watkins, Jr. (Ed.) *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 570-588) . New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Marin, G., Sabogal, F., Van Oss Marin, B., Otero-Sabogal, R., & Perez-Stable, E. (1987) . Development of a short acculturation scale for Hispanics. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 9, 183-205.
- Melzich, J., Kleinman, A., Fabrega, H., & Parron, D. (Eds.) (1996) . *Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Miranda, J., Chung, J. Y., Green, B. L., Krupnick, J., Siddique, J., Revicki, D. A., & Belin, T. (2003) . Treating depression in predominantly low- income young minority women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290 (1) , 57-65.
- Nader, K., Dubrow, N., Stamm, B., & Hudnall, B. (1999) . *Honoring differences: Cultural issues in the treatment of trauma and loss*. Philadelphia, PA: Brunner/Mazel, Inc.
- Opaku, S. A. (Ed.) (2001) . *Clinical methods in transcultural psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Parker, R., Williams, M., Weiss, B. (1999) . Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281, 552-557.
- Phinney, J. (1992) . The multigroup ethnic identity measure: a new scale for use with adolescents and young adults from diverse groups. *Journal of Adolescent Research*, 7, 156-176.
- Phinney, J. S. (1990) . Ethnic identity in adolescents and adults: review of research. *Psychological Bulletin*, 108, 459-514.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Fuentes, R. M., Kurtines, W. M., & Weems, C. F. (2003) . Exposure-based cognitive-behavioral treatment for phobic and anxiety disorders: Treatment effects and maintenance for Hispanic/Latino relative to European-American youths. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42 (10) , 1179-1187.
- Ponterotto, J. G. et al. (1996) . Development and initial validation of the multicultural counseling awareness scale. In G. R. Sodowsky & J. C. Impara (Eds.) *Multicultural assessment in counseling and clinical psychology* (pp. 247-282) . Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurements.
- Ponterotto, J. G., Casas, J. M., & Alexander, C. M. (Eds.) (1995) . *Handbook of multicultural counseling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rossello, J., & Bernal, G. (1999) . The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5) ,

734-745.

Saldana, D. H. (1994) . Acculturative stress: minority status and distress. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16, 116-128.

Saldana, D. H., Dassori, A. M., & Miller, A. L. (1999) . When is caregiving a burden? Listening to Mexican American women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 21, 283-301.

Samaan, R. A. (2000) . The Influences of race, ethnicity and poverty on the mental health of children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 11, 100-110.

Sanchez, A. M., & McGuirk, F. D. (1994) . The journey of Native American people with serious mental illness: Building hope. Boulder, CO: WICHE Publications.

Sandhu, D. S., Portes, P. R., & McPhee, S. A. (1996) . Assessing cultural adaptation: Psychometric properties of the cultural adaptation pain scale. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 15-25.

Shinagawa, L. H., & Jang, M. (1998) . Atlas of American diversity. Walnut Creek: AltaMira Press.

Smith, M., & Mendoza, R. (1996) . Ethnicity and pharmacogenetics. *Mt. Sinai Journal of Medicine*, 63, 285-290.

Sodowsky, G. R., Taffe, R. C., Gutkin, T. B., & Wise, S. L. (1994) . Development of the multicultural counseling inventory: a self-report measure of multicultural competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 137-148.

Straussner. (Ed.) (2001) . *Ethnocultural factors in substance abuse treatment*. New York, NY: The Guilford Press.

Strickland, W. J., & Strickland, D. L. (1996) . Partnership building with special populations. *Family and Community Mental Health*, 19, 21-34.

Sue, S. (1981) . Programmatic issues in the training of Asian-American psychologists. *Journal of Community Psychology*, 9, 293-297.

Sue, S. (1998) . In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53, 440-448.

Sue, D. W., Carter, R. T., Casas, J. M., Fouad, N. A., Ivey, A. E., Jensen, M., et al. (1998) . *Multicultural counseling competencies: Individual and organizational development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Suinn, R. M., Richard-Figueroa, K., Lew, S., & Vigil, P. (1987) . The Suinn-Lew Asian Self- Identity Acculturation Scale: An initial report. *Educational and Psychological Assessment*, 47, 401-407.

Thompson, V. L. (1995) . The multidimensional structure of racial identification. *Journal of Research in Personality*, 29, 208-222.

Trevino, F. M. (1986) . Standardized terminology for Hispanic populations. *American Journal of Public Health*, 77, 69-72.

Tseng, W. S. (Ed.) (2001) . *Handbook of cultural psychiatry*. San Diego, CA: Academic Press.

Tseng, W. S., & Seltzer J. S. (Eds.) (2001) . *Culture and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Uba, L. (1994) . *Asian Americans: Personality patterns, identity, and mental health*. New York: Guilford.

U.S. Department of Health and Human Services. (1999) . *Cultural Issues in Substance Abuse Treatment*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

Vega, W. A., & Rumbaut, R. G. (1991) . Ethnic minorities and mental health. *Annual Review of Sociology*, 17, 351-383.

Yeh, M., Eastman, K., & Cheung, M. K. (1994) . Children and adolescents in community health centers: Does the ethnicity or the language of the therapist matter? *Journal of Community Psychology*, 22, 153–163.

#### 実務者が文化的アイデンティティを認識するための尺度

Acculturation Rating Scale for Mexican-Americans (ARSMA)

Cuellar, I., Harris, C., & Jasso, R. (1980) . An acculturation scale for Mexican-American normal and clinical populations. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 2, 199–217.

African Self-Consciousness Scale

Baldwin, J. A., & Bell, Y. (1985) . The African Self-Consciousness Scale: An Afrocentric Personality Questionnaire. *The Western Journal of Black Studies*, 9, 61–68.

Black Racial Identity Attitude Scale-Form B (BRIAS-Form B)

Helms, J. E. (Ed.) . (1990) . *Black and White racial identity: Theory, research, and practice*. New York: Greenwood Press.

Chinese Values Survey

The Chinese Culture Connection. (1987) . Chinese values and the search for culture-free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18, 143–164.

Cultural Adaptation Pain Scale (CAPS)

Sandhu, D. S., Portes, P. R., & McPhee, S. A. (1996) . Assessing cultural adaptation: psychometric properties of the cultural adaptation pain scale. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 15–25.

Cultural Information Scale (CIS)

Saldana, D. H. (1994) . Acculturative stress: minority status and distress. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16, 116–128.

Multidimensional Measure of Cultural Identity for

Latino and Latina Adolescents

Feliz-Ortiz, M., Newcomb, M. D., & Meyers, H. (1994) . A multidimensional measure of cultural identity for Latino and Latina adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 16, 99–115.

Multidimensional Racial Identity Scale (MRIS)-Revised

Thompson, V. L. (1995) . The multidimensional structure of racial identification. *Journal of Research in Personality* 29 (1995) : 208–222.

Multigroup Ethnic Identity Measure (MEIM)

Phinney, J. (1992) . The Multigroup Ethnic Identity Measure: A new scale for use with adolescents and young adults from diverse groups. *Journal of Adolescent Research*, 7, 156–176.

Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale (SL-ASIA)

Suinn, R. M., Richard-Figueroa, K., Lew, S., & Vigil, P. (1987) . The Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale: An Initial Report. *Educational and Psychological Assessment*, 47, 401–407.

Short Acculturation Scale for Hispanics (SASH)

Marin, G., Sabogal, F., Van Oss Marin, B., Otero-Sabogal, R., & Perez-Stable, E. (1987) . Development of a short acculturation scale for Hispanics. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9, 183–205.

White Racial Identity Attitude Scale (WRIAS)

Helms, J. E. & Carter, R. T. (1990) . Development of the White Racial Identity Inventory. In J. E. Helms (Ed.) *Black and White racial identity: Theory, research, and practice* (pp. 67–80) . New York: Greenwood Press.

## プログラム作成の手引き

「プログラム作成の手引き」は、精神保健および物質乱用治療当局、治療機関管理者、プログラム管理者が併存性障害のための統合治療の構造について深く検討し、発展させることを手助けするためのものである。

この章では、はじめにエビデンスベースト・モデルの背景となる情報を提供する。続いて、統合治療プログラムを実践し継続する中での役割について記載している。プログラムを構築するために、皆さんは密接に協力し合うことになるが、その補助としてヒントを2つに分けて説明する。

- 精神保健および物質乱用治療当局のためのヒント
- 治療機関管理者およびプログラム管理者のためのヒント

この情報を用いてプログラムを準備するにあたり、最も適切なアドバイスが期待できるのは統合治療プログラムを実践し成功した経験を持つ人々である。そのため、この章の内容もベテランのプログラム管理者等の経験にもとづいている。



## プログラム作成の手引き

併存性障害のための統合治療とは何か.....	35
精神保健および物質乱用当局のためのヒント.....	43
治療機関管理者およびプログラム管理者のためのヒント.....	51

## プログラム作成の手引き

### 併存性障害のための統合治療とは何か

併存性障害のための統合治療はいくつかの点で従来の治療法とは異なる。第一に、サービスが統合的に構成されている点が挙げられる。例えば、評価にあたっては、精神疾患と物質使用の双方について検査する。

統合治療プログラムの実務者（統合治療の専門家）は、統合治療の計画を立て、重度の精神疾患と物質使用障害の双方を治療するので、当事者が異なる精神保健プログラムと物質乱用プログラムの間を行ったり来たりして迷ったり、除外されたり、混乱したりすることはない。

当事者は物質使用と精神疾患の治療について一貫したメッセージを受け取る。次に、臨床における治療が統合されていることである。統合治療の専門家は、物質使用障害と重度の精神疾患の双方の知識を持ち、両者間の複雑な相互作用も理解している。彼らは併存性障害の当事者の治療に効果的と実証されている技能の訓練を受けている。

重度の精神障害を持つ人々の物質使用併存性障害の生涯罹患率は最大で56%にも及ぶ（Regier et al., 1990）。したがって、精神障害と物質使用の専門的な臨床現場では、併存性障害の当事者に会うことは例外的というよりむしろ通常のことである。併存性障害の有病率が高いという認識がないために、併存性障害の少数の当事

者を治療するために専門チームを編成する機関は、結果として多くの当事者を未診断・未治療のまま放置することになる。

統合治療モデルにおいては、一人以上の統合治療の専門家が実施機関内の多職種による治療チームに参加する。彼らは、他の治療チームのメンバーに併存性障害の当事者を治療するに当たっての情報とスキルを共有するためにクロス研修をする。また、多職種による治療チームで対応することで、物質使用と重度の精神疾患の双方に関する当事者の目標に対応した治療が可能になる。

EBP（科学的根拠にもとづく実践）の目標はリカバリー過程にある当事者を支援することである。リカバリーは単に物質の使用を断つことでも、症状をコントロールすることでも、精神疾患の治療に従うことでも

ない。むしろ、リカバリーとは当事者が自分自身にとって意義のある人生を追求できるよう病気を乗り越えるのを学んでいくことを意味する。統合治療の専門家は、当事者が個々の目標を設定し、それを達成できるよう支援し、エンパワメントする。

統合治療プログラムは、プログラムの基礎を形成する一連の中核的な実践原則にもとづいている（下記参照）。管理と臨床双方の権限と技術を持つ中間レベルの管理者（プログラム管理者と呼ばれる。）が統合治療プログラムを監督する。プログラム管理者は統合治療の専門家たちをスーパーバイズし、運営方針と実施手順を策定することでエビデンスベースト・モデルによる実践原則と他の中核的な構成要素が治療とサービスの提供方法の指針となるようにする。

#### 実践原則

- 精神疾患と物質乱用の治療は、併存性障害を抱える当事者のニーズに合わせて統合される。
- 統合治療の専門家は、物質使用障害と重度の精神疾患の両方を治療するための研修を受ける。
- 併存性障害は段階的に治療され、段階ごとに異なるサービスが提供される。
- 動機付け介入は、治療のすべての段階、特に説得段階で用いられる。
- 認知行動的アプローチによる物質乱用に対するカウンセリングは、積極的治療段階および再発予防段階にある当事者への治療に用いられる。
- 治療の中では、個人、グループ、セルフヘルプ、家族などさまざまな形式のサービスを利用することができる。
- 薬物療法は心理社会的なサービスと統合され、調整される。

#### 原則 1.

**精神疾患と物質乱用の治療は、併存性障害を抱える当事者のニーズに合わせて統合される。**

併存性障害は一般的な障害である。重度の精神疾患を持つ人々の物質使用併存性障害の生涯罹患率は最大56%にも及ぶ（Regier et al., 1990）。

しかし、併存性障害の当事者の多くは、何らかの治療を受けたとしても、精神疾患あるいは物質使用障害について、それぞれ別の機関から治療を受けるか、どちらか一方の疾患や障害のみの治療を受けている。

このような細分化された治療は、往々にして良くない結果に終わることが多い。併存性障害の当事者が、統合治療の専門家から精神疾患と物質乱用の両方について統合された方法で治療を受けた場合、それぞれの疾患についてリカバリーの可能性は高まる。

#### 原則 2.

**統合治療の専門家は、物質使用障害と重度の精神疾患の両方を治療するための研修を受ける。**

併存性障害に対して効果的にアセスメントと治療を行うためには、統合治療の専門家は精神疾患と物質使用障害の両方に対する精神病理、評価方法、治療方針について研修されなければならない。したがって、精神保健の実務者は、以下を含む物質使用障害に関する知識を深める必要がある。

- 当事者によって乱用される物質
- 乱用物質が併存性障害を抱える人々に与える影響
- 乱用と依存の短期および長期的影響

統合治療の専門家は精神保健の専門用語と物質使用障害に使われる用語の両方を理解している必要がある。また、物質使用と乱用のレベルの違いを理解し、併存性障害のための統合された治療を提供しなければ

ならない。

### 原則3.

**併存性障害は段階的に治療され、段階ごとに異なるサービスが提供される。**

物質使用障害と重度の精神疾患から回復する当事者は、各治療段階を経て、特定の治療への準備が整う。統合治療の専門家は、当事者の治療段階をアセスメントし、それに応じてサービスを調整する必要がある。

#### 治療の4つの段階

- 導入
- 説得
- 積極的治療
- 再発予防

### 原則4.

**動機づけ介入は、治療のすべての段階、特に説得段階で用いられる。**

動機づけ介入は併存性障害のための統合治療の鍵であり、利用者が個人的なりカバリー目標を確認するのに役立つ。一般に、当事者は、目標を達成しようとする動機づけがなされると、乱用物質の使用を減らしたり、控えたりする。このように動機づけ介入は、当事者の生活に多くの変化をもたらすよう刺激する。

### 原則5.

**認知行動的アプローチによる物質乱用に対するカウンセリングは、積極的治療段階および再発予防段階にある当事者への治療に用いられる。**

併存性障害の当事者は物質使用障害につながる不快な感情や症状をコントロールすることが難しい場合がある。認知行動療法のカウンセリング技術のある統合治療の専門家は、当事者の物質乱用につながる自動思考を止めるための支援を行うことができる。

例えば、当事者の物質使用行動を変えるための一つの方法は、彼らの物質使用の引き金となる思考や感情を特定し、それを変化させる手助けをすることである。ネガティブな思考や感情のコントロールを学ぶことは、当事者を乱用物質から遠ざけるに当たり劇的に役立つ。

### 原則6.

**治療の中では、個人、グループ、セルフヘルプ、家族などさまざまな形式のサービスを利用することができる。**

当事者は治療の適切な段階において、複数の治療形式を利用することで、最も高い治療効果を得ることができる。例えば、説得段階の当事者は、個別に提供される動機づけのための介入から効果を得ることができる。さらに、家族や他の支援者を治療に参加させることが望ましい。物質使用をしていない社会的ネットワークが限られていることが多い当事者にとって、強力な社会資源となりうるからである。また、情報を得た家族は、より効果的に支援を行うことができるようになる。

グループ治療は当事者の孤独感を和らげるのに役立つ。グループを専門職と当事者のいずれが導くかに関わらず、グループでの治療は当事者間のネットワークを築くことができる。同様の経験を持つ当事者たちは、支援や共感、物質を使わない人たちのつながりを得るための機会を提供することができる。これらは再発予防の段階で特に有用である。

### 原則7.

**薬物療法は心理社会的なサービスと統合され、調整される。**

薬物を処方する医師または看護師は、併存性障害を効果的に治療するための研修を受けるべきである。薬剤を処方する者は、多職種による連携チームのミーティングに参加する必要がある。彼らは、精神疾患と物質使用障害の両方に対する治療が統合的に行われるよう、当事者、統合治療の専門家、および他の治療チームのメンバーと緊密に連携することが重要である。

精神科薬は、活発な物質使用がある場合でも処方する必要がある。処方者は、併存性障害を抱える当事者が依存する恐れのある薬剤を処方することを避け、依存性のある行動を回避するのに役立つ薬剤を適切に処方すべきである。

1日に複数回服用するような多剤処方を受けた人は投薬計画を守ることが困難な場合が多い。服薬指導を行うことで、当事者の動機付けを高め、投薬計画を忘れないための方策を提供することができる。

## どのように有効性を検証するか

研究者は1980年代初頭、併存性障害の有病率の調査を始めた。先述したように、重度の精神疾患を持つ人々の物質使用併存性障害の生涯罹患率は最大56%にも及ぶ (Regier et al., 1990)。また、研究によれば併存性障害の当事者は、障害を併発していない人と比較して、より再発する頻度が高く、次のような状況になる可能性が高いとしている。

- 入院
- 暴力
- 刑事上の身柄拘束
- ホームレス
- HIV、肝炎、その他の疾患に罹患 (Drake et al., 2001)

また、研究によると、当事者が精神疾患と物質乱用の治療を別々の仕組みの中で受けた場合、しばしば一方の問題が落ち着いてから戻ってくるように指示され、他方の治療から疎外されることが明らかになっている。

さらに、別々の治療システムの中で治療を受ける当事者は、治療とリカバリーについて異なるメッセージを理解することに困難を伴う。結果として、別々の治療システムの中でケアを受ける併存性障害の当事者の予後は不良となることが実証されている (Drake et al., 2001)。

1980年代半ば以降、8つの研究により、併存性障害のための統合治療の有効性が支持されている。プログラムにおける介入のタイプや配置は異なるが、これらのプログラムは統合治療フィデリティ尺度の重要な構

成要素を含む。この尺度による測定は、機関が実施する統合治療プログラムがエビデンスベースト・モデルに準拠できているかどうかを評価するのに役立つ。

治療が統合されていない場合とは対照的に、統合治療は下記のようなポジティブな結果につながる。

- 物質使用の減少
- 精神症状と機能の改善
- 入院回数の減少
- 居住の安定性の向上
- 検挙回数の減少
- QOL (生活の質) の改善 (Drake et al., 2001)

端的に言うと、併存性障害の当事者は、併存性障害のための統合治療が提供されると、より良い結果を得ることができる。このエビデンスベースト・モデルの有効性についての詳細な情報は、「エビデンス一覧」の章を参照されたい。

## 最も恩恵を受けるのは誰か

併存性障害のための統合治療は、さまざまな背景を持った当事者に対して効果的であることが研究によって示されている。併存性障害の当事者は若い傾向があるが、研究では幅広い年齢層を対象としており、大半は18歳から55歳である (Barrowclough et al., 2001; Carmichael et al., 1998; Drake et al., 1998a; Drake, Yovetich, Bebout, Harris, & McHugo, 1997; Godley, Hoewing-Roberson, & Godley, 1994; Jerrell & Ridgely, 1995)。

### 併存性障害の当事者のための物質乱用治療： 治療改善の手引き (Treatment Improvement Protocol:TIP) 42巻

このツールキット同様に、SAMHSAの薬物乱用治療センター (CSAT) が作成したTIP42は精神疾患と物質使用障害の併存性障害を治療するための手引書である。これは統合治療のツールキットを補うための優れたツールとなる。

TIP42の主な対象は、教育や経験の程度がさまざまな薬物乱用治療の実務者である。その次に対象となるのが併存性障害の当事者に治療を行うその他の専門家や政策立案者である。

TIP42は併存性障害の最先端の治療をまとめたもので、用語、評価、治療方針に関する章があり、政策立案のための示唆を与えている。TIP42で概説されている概念、モデル、および戦略は、研究結果、経験的裏付け、および多職種協議の場における合意にもとづいている。治療の成功モデルが描かれ、具体的な推奨事項がTIPの随所で引用されている。

例えば、TIP42では、全米州アルコール・薬物乱用防止局長協会（NASADAD）および全米州精神保健プログラム局長協会（NASMHPD）によって開発された、「ケアの四分法」が、利用者を重症度によって4つの基礎グループに分類する概念的枠組みとして紹介されている。

- カテゴリー I：軽度の精神障害/軽度の物質障害
- カテゴリー II：重度の精神障害/軽度の物質障害
- カテゴリー III：軽度の精神障害/重度の物質障害
- カテゴリー IV：重度の精神障害/重度の物質障害

上記の4カテゴリーは、治療方針の立案に役立つものであり、精神疾患と物質乱用のシステム統合を改善するための指針でもある（p.28-30）。それらの使用例は、TIPの随所に示されている。TIPは、併存性障害の治療において、以下の6つの指針を提示している（p.38）。

1. リカバリーの観点を採用する
2. 複数の問題の観点を採用する
3. 治療の段階的アプローチを開発する
4. 治療段階で具体的な実生活上の課題に対して方向性をもたせる
5. 利用者の認知および機能障害に対する計画を立てる
6. 治療効果を維持・拡大するためにサポートシステムを活用する

### TIP42の詳細

TIP42は、連邦、州、および民間の資金調達の手続きを提供する貴重な情報源である（p.52-53）。さまざまな資金源を紹介し、その最適な使い方や、資金源を組み合わせることで協働して取り組む方法についてアドバイスしている。また、TIP42は、プログラミングと資金調達の改革を成功させるために必要な組織とシステムの変更についても触れている。

TIP42は併存性障害の治療のためのさまざまな外来および居住環境をまとめており、有望なモデルを強調するとともに、外来プログラムを評価するためのガイドを提供している（第6章を参照）。また、TIP42は、包括的地域生活支援プログラム（ACT）と集中症例管理（ICM）について解説し、それぞれの経験的証拠を提示している。ACTとICMの類似点と相違点についても詳しく説明している（p.159）。これらのプログラムを実施しようとする管理者へのアドバイスは157ページ（ACT）および159ページ（ICM）に記載されている。

「現場スタッフの育成」の章にある情報と同様に、TIP42には次のような実践戦略に関する情報が含まれている。

- 動機付け面接
- 認知行動療法
- 緊急時対応
- 再発予防
- 自助グループ

これには、ホームレスの利用者、刑事司法手続下の利用者、女性の利用者の特別なニーズに関する情報も含まれている。また、これらの特別な利用者を支援するためのアドバイスも提供している。

統合治療ツールキットではニコチン依存については説明していないが、TIP42ではニコチン依存の簡単な歴史と、物質使用および精神疾患の治療計画においてタバコ使用に対処するための手順を示している（第8章を参照）。さらに、TIP 42では、物質乱用の治療の中で、以下のような特定の精神障害について論じている。

- パーソナリティ障害
- 双極性障害
- 大うつ病
- 統合失調症
- ADHD
- PTSD
- 摂食障害

TIP42には、物質がどのように精神疾患様を呈するかを説明する、物質誘発性障害に関する簡単なセクションがある（第9章を参照）。これらの障害は、精神症状が物質使用の結果であるため、独立した併存性障害とは区別される。

TIP42およびこのTIPの補足ガイドについては、ツールキットのCD-ROMか、[www.ncadi.samhsa.gov](http://www.ncadi.samhsa.gov)を参照。

同様に、これらの研究はすべて男性と女性の両方を含み、男性が参加者の大半を占めている。これは男性の物質乱用の有病率が女性よりも高いことと一致している (Mueser, Yarnold, & Bellack, 1992; Mueser et al., 2000)。

併存性障害を抱える女性固有のニーズに関する特別な問題が指摘されているが (Brunette & Drake, 1998; Brunette & Drake, 1997; Gearon & Bellack, 1999)、併存性障害を抱える女性に対して統合治療のもたらす効果が少ないという証拠はない。

人種や民族は研究によってさまざまだが、多くの研究では当事者の大半は白人であり、そこにアフリカ系アメリカ人も一部含まれている (Carmichael et al., 1998; Drake et al., 1998a; Godley et al., 1994; Jerrell & Ridgely, 1995)。ある研究ではアフリカ系アメリカ人のみを対象にしており、非常に良好な結果が報告されている (Drake et al., 1997)。

調査研究には、住所不定でありホームレス状態の当事者も相当数含まれている (Carmichael et al., 1998; Drake et al., 1998a; Drake et al., 1997; Meisler, Blankertz, Santos, & McKay, 1997)。これらの研究が示すのは、このモデルが併存性障害と住宅問題の双方の改善に対して効果的であるということである。おそらく、アウトリーチはこの困難な状況にある人々を対象とした活動の中で非常に重要な要素となる。

#### どこで併存性障害のための統合治療は提供されるのか

併存性障害のための統合治療は、さまざまな状況や場所で実施され、成果を上げている。研究の大半は外来患者を対象に行われ、良好な結果が得られている (Barrowclough et al., 2001; Carmichael et al., 1998; Drake et al., 1998a; Drake et al., 1997; Godley et al., 1994; Jerrell & Ridgely, 1995)。

入院患者、在宅患者、あるいは日帰り集中治療プログラムで提供された場合の有効性を調査した研究は少ない。短期、在宅、あるいは3～6ヶ月の集中的な日帰り治療プログラムを調査した研究の多くは、対象者の高い中途脱落率に苦しんでいる (Blankertz & Cnaan, 1994; Burnam et al., 1995; Penn & Brooks, 1999; Rahav et al., 1995)。

ある長期住宅プログラムでは、施設内から施設外へ段階的に移行しながらコミュニティに統合していくこ

とで、長期的に非常に良好な成果が得られた (Brunette, Drake, Woods, およびHartnett, 2001年)。短期入院による併存性障害の統合治療は、患者を安定させ、治療に参加させ、精神疾患と物質乱用の相互作用に関する教育を提供し、物質乱用の問題に取り組む意欲を高めるために重要な役割を果たす可能性がある (Franco, Galanter, Castaneda, & Patterson, 1995; Rosenthal, 2002)。ただし、さらなる研究が必要である。

研究は、大都市部 (Barrowclough et al., 2001, Carmichael et al., 1998; Drake et al., 1997; Jerrell & Ridgely, 1995) や農村部 (Drake et al., 1998a; Godley et al., 1994) を含むさまざまな場所で実施され、よい結果をもたらした。これらの研究は、このモデルがさまざまな地理的状況においてゆるぎないことを示している。

このツールキットの資料は、精神保健の現場でこのモデルの実施を支援するように作られているが、物質乱用治療施設で実施することもできる。同施設での併存性障害の統合治療の実施に関する詳細については、「エビデンス一覧」の章で紹介している「併存性障害の当事者のための物質乱用治療」(治療改善の手引き (TIP) 42巻) を参照されたい。

#### 併存性障害の統合治療の費用対効果は？

平均して、併存性障害の利用者向けのサービスは、単一障害の利用者のほぼ2倍の費用がかかる。併存性障害ではない利用者と比較して、下記の結果を招くリスクがある。

- 入院
- 暴力
- 刑事上の身柄拘束
- ホームレス
- 感染症 (Drake et al., 2001)

その結果、精神保健および物質乱用関連のシステムは、併存性障害のある利用者など、リスクの高い集団にほとんどの資源を費やしている。

併存性障害のある利用者は、精神疾患の治療とは別に物質乱用治療が行われ、並行した治療を強いられることがよくある。この方法は、費用がかかり、非効率的で、効果がないことが証明されている。対照的に、併存性障害の統合治療は二重のリカバリーにつなが

り、コストを削減することができる。

要約すると、多くの精神保健・物質乱用当局や治療機関は、資源が限られた環境の中で、併存性障害を抱える利用者のニーズに応えるという課題に直面しているのである。

科学的根拠にもとづく実践（EBP）である併存性障害の統合治療は、利用可能で最も効果的なサービス戦略の1つであり、この集団に対して一貫して、良好な結果を示している。



## プログラム作成の手引き

### 精神保健および物質乱用当局のためのヒント

EBPを成功させるには、精神保健・物質乱用当局のリーダーシップと関与が必要である。このセクションでは、併存性障害の統合治療の実施に関与する必要がある理由と、精神保健・物質乱用当局が通常行う活動の種類について説明する。

#### なぜ、併存性障害の治療に関心を払うべきなのか

重度の精神疾患を持つ人の最大56%が、生涯に併存性障害を患っている (Regier et al., 1990)。これらの患者はさまざまな形で悪い結果に至るリスクがあり、治療が困難でコストがかかる。

また、併存性障害のある当事者には、精神疾患の治療とは別に、独立して物質使用障害の治療が提供されることがよくある。この方法は、臨床的にもコスト面でも効果がないことが証明されている。

ツールキットは、精神保健・薬物乱用当局に、重度の精神疾患と物質使用障害の両方を抱える当事者向けのサービスを改善する特別な機会を提供する。調査では、併存性障害の統合治療が利用者の生活に一貫して良好な影響を与えることが実証されている。ツールキットは、EBPを包括的で使いやすい形式で実施するための情報とガイダンスを提供している。

## 併存性障害の統合治療は変化をもたらすことができるか

新しいプログラムを立ち上げると、管理者は必ず「プログラムを再編成する価値があるかどうか」を問われる。その新しいプログラムは本当に効果を発揮することができるのか？

併存性障害の統合治療に関しては、広範な研究により、答えは「イエス」であることが示されている。最も印象的なのは、このモデルが厳密な研究対象とされてきたこと、そして好ましい結果が一貫していることである。

端的に述べると、統合治療プログラム利用者は利用していない群よりも以下の点について良好な調査結果が出ている。

- 物質使用量の減少
- 精神症状と機能の改善
- 入院回数の減少
- 居住の安定性の向上
- 検挙回数の減少
- QOL（生活の質）の改善（Drake et al.,2001）

つまり、併存性障害を有する人が統合治療を提供された場合、リカバリー率が高い。詳細については、「エビデンス一覧」の章を参照されたい。

## すでに統合治療をしているのでは？

行動保健システムでは、すでに精神疾患と物質乱用の両方の治療プログラムを提供しているかもしれない。これらのサービスは、エビデンスベースト・モデルのいくつかの特徴を共有しているが、重要な違いが存在する。統合治療プログラムでは、同じ医師または治療チームが、精神疾患と物質乱用の両方の介入を統合的な形で提供している。利用者は、治療とリカバリーに関する一貫した、統合されたメッセージを受け取る。

## 併存性障害の統合治療は次の原則にもとづいている。

- 精神疾患と物質乱用の治療は、併存性障害を抱える当事者のニーズに合わせて統合される
- 統合治療の専門家は、物質使用障害と重度の精神疾患の両方を治療するための研修を受ける
- 併存性障害は段階的に治療され、段階ごとに異なるサービスが提供される

■動機付け介入は、治療のすべての段階、特に説得段階で用いられる

■認知行動的アプローチによる物質乱用に対するカウンセリングは、積極的治療段階および再発予防段階にある当事者への治療に用いられる

■治療の中では、個人、グループ、セルフヘルプ、家族などさまざまな形式のサービスを利用することができる

■薬物療法は心理社会的なサービスと統合され、調整される

## 併存性障害の統合治療は、あなたの行動医療システムで機能するか？

このエビデンスベースト・モデルは、さまざまな環境と幅広い地域で適応されている。この支援モデルは、さまざまな年齢、性別、人種、民族の患者や、ホームレスの患者に対しても有効であることが研究により示されている。

## 精神保健・物質乱用当局はどのようにして併存性障害の統合治療をサポートできるか？

エビデンスベースト・モデルは聞こえがよいが費用負担はできないと感じるかもしれない。しかし、資源が限られている他の精神保健医療システムでは、統合治療プログラムを州全体で実施している。これらのシステムにおいて、EBPを提供することの利点を認識し、困難を克服することに尽力した人々がいる。

このエビデンスベースト・モデルを行うためには、実施機関スタッフ、精神保健当局、物質乱用当局、当事者、家族による統合された取り組みが必要である。しかし、この取り組みが成功するためには、精神保健当局が地域社会における統合治療プログラムの開発を主導し、関与する必要がある。

## 併存性障害の統合治療に関与すること

### ステップ1 ビジョンをつくる

EBPの原則と目標を明確に示すことによって、ビジョンを作成する。また、統合治療戦略を監督するスタッフを任命する。

ステップ2 統合治療戦略のサポートを構築し、計画し、フィードバックを提供するためのアドバイザーグループを形成する。

ステップ3 プログラムの基準を確立し、これらの準を遵守することをライセンス基準の一部とする。

ステップ4 財政問題に対処し、実施を支援するための奨励策を調整する。

ステップ5 さまざまな関係者のニーズに合わせた研修体制を構築する。

ステップ6 プログラムの有効性を維持・継続するためフィデリティと実施結果をモニターする。

### ビジョンをつくる

あるプログラムを導入しようと思っても、結局は全く違うものになってしまうということはよくある。このような違いは意図的な場合もあるが、多くの場合、次のような理由で発生する。

- ある行政機関がイニシアチブをとっても、その後、異なるビジョンと優先順位を持った別の行政機関が指導的立場となる
- 統合治療のモデルが最初から明確に理解されていない
- スタッフがもともと行っていた慣れた方法で支援をすることに戻ってしまう

統合治療プログラムを成功させるにあたっては、当事者が併存性障害から回復するための統合治療を提供するというビジョンを明確にすることが重要である。統合治療の考え方を、より大きなリカバリーパラダイムの中に位置づけることが必要である。

統合治療プログラムによって、医療機関がその使命（併存性障害の患者のリカバリー過程を支援すること）をどのように果たすことができるかについて話すことが求められる。

ビジョンが明確に伝わるように、統合治療の取り組みを統括する、エビデンスベースト・モデルの経験を持つスタッフを指定する。精神保健・物質乱用当局の中には、統合治療プログラムの構築と維持のプロセス全体を通じて、各機関が相談できるオフィスとスタッフを指定しているところもある。また、指定されたスタッフは、州内の統合治療プログラムの監督責任を負うこともある。

### アドバイザー・グループの形成

関係者のアドバイザー・グループが、実施のための指針を示すよう義務付ければ、エビデンスベースト・モデルの適切な運用が保証される。統合治療プログラムは、同グループから多くの恩恵を受けることができる。とりわけ、同グループは、以下のことを行うにあたり有益である。

- 内部および外部サポートの構築
- プログラムの可視性を向上させる
- 現在進行中の計画にアドバイスする

地域と州レベルの両方のアドバイザー・グループの形成を検討する。州レベルのアドバイザー・グループには、次のメンバーが含まれる場合がある。

- 費用を投じる州機関（精神保健・物質乱用当局、メディケイドなど）の担当者
- 実施機関の代表者
- 当事者および家族支援組織の代表者

地域のアドバイザー・グループは、地域社会と統合治療プログラム実施機関とのつなぎ役を担う。

統合治療プログラムの成功に関心を持つ地域の関係者には、以下の代表者が含まれる。

- 地域の当事者団体
- 地域の家族会組織
- 実施機関管理者
- 地域の物質乱用機関
- 統合治療の専門家

### 精神保健当局と物質乱用当局の間でパートナーシップを形成する

地域または州で精神保健当局と物質乱用当局が別々になっている場合、統合治療アドバイザー委員会に両者の主要な担当者を招聘することが、2つの組織間で治療を統合する第一歩となる。このパートナーシップを形成すると、次のことが可能になる。

- 統合治療のための共通ビジョンの開発
- 現在のサービス提供方法についての協議
- 精神保健と物質乱用治療を融合させ、当事者が情報やサービスを受けるためにあちこちに行く必要がないように統一された計画の策定

## 他の重要な関係者との連携

当事者自身、家族、治療機関管理者、および政策立案者は、併存性障害の当事者のための統合サービスシステムを効果的に計画、実施、維持するための重要なパートナーでもある。計画プロセスの早い段階で、さまざまな関係者グループの主要リーダーを関与させる。エビデンスベースト・モデルの実施に関連する期待と目標を検討し、関係者が共通のビジョンを共有していることを確認する。

統合治療プログラムを実施しようとする機関を支援するために、財務構造と組織プロセスを行政のトップレベルで調整する必要がある。

共同計画によって、併存性障害を有する当事者のスクリーニング、診断、評価、治療に関連する手順を合理化するためのアイデアが生まれるかもしれない。

研修や評価体制の整備も、関係者の意見が非常に重要となる。これは、当事者にとって、システムへの入り口がどこであろうと、治療へのアクセスを確保することができる。サービス計画における「はずれのない (No wrong door) アプローチ」の詳細については、「エビデンス一覧」の章に掲載しているTIP 42の文献を参照のこと。

### アドバイザー・グループを効果的に運営するために

開始段階から、アドバイザー・グループを導き、併存性障害の統合治療が何であるか、そしてそれが行動医療システムでどのように展開されるのかを理解し明確にする。関係者がエビデンスベースト・モデルの基本的な理解を深めるために使用できる研修教材については、「マルチメディアによる EBP の導入」の章を参照のこと。

アドバイザー・グループは、統合治療プログラムが確立された後も、引き続き会合を開く必要がある。最初の年は月に1回、2年目は2ヶ月に1回、3年目は四半期ごとに行うことをお勧めしたい。2年目と3年目までに、アドバイザー・グループは、フィデリティ評価と効果測定を支援し、評価データを継続的な品質向上のためのステップへ変換することにより、統合治療プログラムが高いフィデリティを維持する一助となる。アドバイザー・グループの役割の詳細については、「EBPを始めるにあたって」の章を参照のこと。

## 統合治療の取り組みを計画する

ビジョンがしっかりと確立されれば、統合治療プログラムをサービスシステム全体で展開するプロセスを開始できる。このプロセスを慎重に計画することで、実施結果を成功に導くことができる。

まずは統合治療プログラムを試験的またはデモンストレーション的な施設で実施すると良い。試行施設を活用すると、問題が発生したときの対処に役立ち、また、エビデンスベースト・モデルが機能することを関係者が確認する機会にもなる。試行施設は、1つではなく複数活用することをお勧めする。1か所しか使用しない場合、モデルを誤解させる可能性がある。

一方、システム全体で「一斉導入」を行おうとすると、統合治療プログラムのスタッフ全員に十分な研修を行うことは困難である。その場合、小規模の統合治療プログラムであれば簡単に解決できたかもしれないシステムの問題が、大混乱を引き起こす可能性がある。

### プログラムの基準設定

EBPを実践しようとした機関の研究によると、機関が良好な結果を達成しなかった場合、それはエビデンスベースト・モデルのすべての構成要素を実施しなかったためであることが多い (Becker et al., 2001; Bond & Salyers, 2004; Jerrell & Ridgely, 1995; McHugo et al., 1996)。

行動保健当局は、エビデンスベースト・モデルを実施するインセンティブをシステムとして与える力がある。統合治療プログラムの実施を成功させるためには、これらのインセンティブを積極的に調整すること (例えば、精神保健と物質使用の予後の改善に金銭的なインセンティブを付与するなど) が不可欠である。

州には、当事者へのサービスを管理する規則を定める権限がある。これらの規則は、プログラムの質と妥当性に関する規則を定めており、下記について管理する基準を含む。

- スクリーニングと診断
- 専門医への紹介とサービス終了
- 人員配置
- プログラムの編成と連絡体制
- 主なサービスの構成要素

**■アセスメントと治療計画****■当事者の医療記録****■当事者の権利****■スーパービジョンとプログラムの評価**

認可基準やその他のプログラムの審査文書(例えば、助成金申請書、契約書、提案依頼書など)においてエビデンスベースト・モデルを明示的に言及し、統合治療プログラムの実施を支援する。また、現行の行政規則を見直し、プログラム実施の障害となるものを特定することも重要である。フィデリティの高い実践に対し、州レベルの政策で支援がなされるよう、行政当局と緊密に連携する。

**財務上の問題に対処する**

各州の状況はさまざまである。多くの場合、統合治療の取り組みは、追加資金をほとんど、あるいは全く投入せずとも実施することは可能だが、資金源を見直して、エビデンスベースト・モデルの実施を確実に支援することが重要だ。

資金調達はサービスに対応する必要がある。政策立案者は、州の精神保健と物質乱用対策費、SAMHSA補助金、メディケイド、その他の保険会社の何らかの組み合わせによって統合治療プログラムが現実的なレベルで補償されるようにしなければならない。

連邦政府、州政府、民間の資金調達の手続き、それらの最適な利用方法、組み合わせ方に関するアドバイスの詳細については、「エビデンス一覧」の章に掲載のTIP 42の資料を参照のこと。

**研修体制の整備研修**

エビデンスベースト・モデルを実施する機関は、人々がそのモデルを誤解していたり、情報が不足したりしているために、その取り組みに支障をきたすことがよくある。主要な関係者(当事者、家族、その他の重要な地域社会の人々)と機関全体のスタッフが、エビデンスベースト・モデルの基本的な理解を深めることが重要である。

エビデンスベースト・モデルを実施するための研修体制を整備するために、機関管理者を支援することをお勧めする。研修計画には、以下を含む地域の主要関係者のための基礎研修を行う必要がある。

**■当事者****■家族****■精神保健当局****■物質乱用当局****■地域社会の主要組織のスタッフ**

また、研修計画には、機関全体のあらゆるレベルのスタッフ、特に医薬品の処方者への基礎研修と、統合治療の専門家(併存性障害のための統合治療を行うよう指定されたスタッフ)を対象とした集中的な研修も含まれている必要がある。

**トレーナーを選ぶ**

統合治療の専門家のための集中的な研修は、いくつかの異なる方法で計画することができるが、最初に誰が研修を実施するかを決定する必要がある。プログラム管理者は、「現場スタッフの育成」の章に掲載の研修ツールを用いて、統合治療の専門家の導入研修を進めることができる。精神保健当局や物質乱用当局の中には、外部の講師を雇うところもある。

統合治療の専門家を訓練するための一つの成功戦略は、既存のよく機能しているフィデリティの高い統合治療プログラムを見学し、そのプログラムがどのように機能しているかを観察してもらうというものである。新任の統合治療の専門家は、エビデンスベースト・モデルの基本的な理解があれば、この訪問から最大の収穫を得ることができる。

研修を受けたプログラム管理者や統合治療の専門家は、このツールキットにある、「マルチメディアによるEBPの導入」のツールを使用して、主要な関係者に基本的な研修を提供できるようになる。

**継続的な研修と相談の場を提供する**

統合治療プログラムを実施する最初の1年は、統合治療の専門家に断続的に研修を提供することをお勧めする。1年目が終わったときには、併存性障害のための統合治療に関する州全体の会議を毎年開催することを検討する。

特にプログラム管理者には、統合治療プログラムの運営に必要な管理スキルと臨床スキルが求められるため、定期的な訪問や電話での相談体制も重要だ。

例えば、プログラム管理者は直接サービスを提供し、

監督を行うため、従来のサービス提供方法とは異なる考え方が必要になる場合がある。また、プログラム管理者は、雇用、管理報告書の作成、運営方針と実施手順の策定などの管理責任も負う。

おそらくもっと重要なことは、プログラム管理者が、スタッフと当事者との相互作用の質と内容を保証するなど、統合治療プログラムがエビデンスベースト・モデルのフィデリティを維持して運営する責任を有するという点である。

プログラム管理者が、短期間で学ぶべきことをすべて把握することは非常に困難だ。また、やるべきことを理解することと、その理解を行動に移すことは異なり、難しいものである。エビデンスベースト・モデルを忠実に実行するためには、プログラムが提供する日々のリーダーシップが不可欠であるため、実施初期にプログラム管理者を支援することが不可欠だ。

新しいプログラムを開始してから少なくとも1年間は、プログラム管理者が、エビデンスベースト・モデルの経験者に組織と臨床の問題に関する継続的な相談ができる体制が必要である。相談内容は、エビデンスにもとづく実践原則を運営方針と実施手順に導入することから、ケースのことまで多岐にわたる。

州によっては、一度にいくつかの統合治療プログラムを開発し、最初に開発された統合治療プログラムのスタッフが、新しく開発されたプログラムのスタッフの研修に協力できるようにしているところもある。一般的に、スタッフが自信を持ってエビデンスベースト・モデルを提供できるようになるには、約1年かかる。ただし、構造的な変化がどの程度必要であるかによっても期間は異なる。治療チームの会議に参加していない統合治療の専門家や、新しいモデルを受け入れることに消極的な実務者は、従来のやり方を変えていくことに時間がかかる可能性がある。

ある機関がエビデンスベースト・モデルに十分に習熟してから、他の機関の統合治療の専門家を研修する責任を負うまでには、2～3年かかる場合がある。

研修施設となった機関は、新しい統合治療プログラムのスタッフの研修に自分のスタッフが参加することで、実践原則と知識が強化されることを指摘している。

他の州では、教育、研修、継続的な相談対応や指導を行う研修センターを設立したり、既存の教育・研修センターを充実させたりしている。エビデンスベースト

ト・モデルの経験を積んだ州または郡全体のコーディネーターも、継続的な連絡、評価、トラブルシューティングを通じて、新しい統合治療プログラムを支援することができる。

## フェデリティと実施結果を測定する

併存性障害の統合治療の実施にあたっては、新しいプログラムをサービス提供システムに組み込む必要がある。出資を保護する最善の方法は、機関が実際に当事者の生活にプラスの影響を与えるサービスを提供しているかを確認することだ。

エビデンスベースト・モデルをより忠実に守っているプログラムは、そうでないプログラムよりも効果的である。モデルに忠実であることをフィデリティと呼ぶ。

統合治療フィデリティ尺度は、プログラムがエビデンスベースト・モデルの主要な要素にどれだけ準拠しているかを測定する。研究では、フィデリティ尺度のスコアが高いほど、その実施機関が当事者に好ましい実施結果をもたらす可能性が高くなることが示されている (Jerrell & Ridgely, 1995; McHugo et al., 1999)。このため、フィデリティと実施結果の両方を測定することが重要である。

初期計画プロセスの中心部分として、統合治療プログラムのフェデリティと実施結果をどのように測定するのかということを考えなければならない。非常に多くの優れた取り組みが、順調な滑り出しと熱心なサポートを得ながらも、プログラムをどのように維持するかを計画していなかったため、1年後に挫折している。継続的にフェデリティと実施結果を測定することは、統合治療プログラムが成長し、発展し続けることを確実にするための良い方法である。フェデリティと実施結果の測定の詳細については、「プログラムの評価方法」の章を参照。

統合治療プログラムの日常的なスーパービジョンと評価を実施することを検討する。それが難しい場合は、地域レベルまたは個々の機関内で、フィデリティと実施結果の測定を支援するための方策（規則、契約、金銭的インセンティブなど）を講じる。

統合治療フィデリティ尺度で満点を取るようなプログラムの特徴を次に示す。統合治療フィデリティ尺度全体については、「プログラムの評価方法」の章を参照。

統合治療フィデリティ尺度で満点の場合の統合治療プログラムの特徴 (フィデリティ尺度の詳細については、「プログラムの評価の方法」の章を参照)	
多職種チーム	ケースマネージャー、精神科医、看護師、施設スタッフ、就労支援専門家、リハビリテーション専門家が協力し合い、精神科治療チームを構成している。
統合治療の専門家	統合治療の専門家は、多職種からなる治療チームと協力して、併存性障害の統合治療に関する技能の見本となり、他のスタッフにEBP原則と実践のトレーニングを行う。
段階的介入	すべてのサービスは各利用者の治療の段階（導入、説得、積極的治療、再発予防）と一致し、それによって決定される。
包括的なサービスの利用	統合治療プログラムの利用者は、包括的なサービスを利用することができる。
時間無期限のサービス	統合治療プログラムでは、各利用者のニーズに応じた介入度合いで時間制限なく治療が行われる。
アウトリーチ	統合治療の専門家は、常に十分に考え抜かれたアウトリーチ戦略を示し、必要に応じて当事者を地域のサービスにつなげ、当事者の統合治療プログラムへの参加を持続させている。
動機付け介入	統合治療プログラムにおける当事者との対話は、すべて動機付け介入にもとづいている。
物質乱用防止カウンセリング	積極的治療段階または再発予防段階にある当事者は、7つの特定の基準を含む物質乱用防止カウンセリングを受ける。
併存障害のグループ治療	統合治療プログラムの当事者には、精神保健と物質乱用の両方の問題に対処するために特別に設計されたグループ治療が提供される。
併存障害の当事者の家族への介入	統合治療の専門家は、当事者の許可を得て、家族（または他の支援者）を巻き込み、併存性障害に関する教育を行い、家族のストレスを軽減するための対処スキルのトレーニングや支援を行い、治療チームとの連携を促進する。
アルコール、薬物の自助グループ	積極的治療段階または再発予防段階にある当事者は、コミュニティの自助グループに参加する。
薬物療法	統合治療プログラムの当事者に処方する医師は、エビデンスベースト・モデルの研修を受け、5つの特定の手法（フィデリティ尺度を参照）を用いている。
健康促進のための介入	統合治療の専門家は、併存性障害の統合治療を行う当事者に対し、感染症につながる危険性の高い行動や状況を避け、安全な住宅を見つけ、適切な食事と運動を実践するように促すことで健康を促進する。
効果が現れない当事者への二次的介入	統合治療プログラムで、併存性障害のための基本治療では効果のない当事者を特定し、評価し、適切な二次的介入につなげるための手順を定めている。



## プログラム作成の手引き

### 治療機関管理者およびプログラム管理者のためのヒント

既存のプログラムを強化するにしても、新しいプログラムを開発するにしても、併存性障害の統合治療を成功させるためには幅広い活動が必要になる。このセクションでは、機関管理者やプログラム管理者がよく関与する取組の範囲について概要を説明する。

#### スタッフを確保する

統合治療プログラムは、プログラム管理者と、実施機関がサービスを提供する予定の利用者の数に応じて1人以上の実務者から構成される。精神保健医療従事者は物質使用障害の評価や治療の研修を受けていないことが多く、物質乱用治療の実務者は、精神疾患の評価や治療の研修を受けていないことが多い。

このため、多くの機関では現在在籍している実務者を指名して、エビデンスベースト・モデルに関する集中研修を受けさせ、統合治療の専門家として活動させているだけである。

統合治療専門家は、多職種治療チームに参加する必要がある。所属機関において、すでに多職種治療チームがあるならば、各チームに統合治療の専門家を1人指定することを検討するとよい。

## プログラム管理者を選定する

統合治療プログラムの管理者を新しく雇用するか、指名することが重要である。プログラム管理者は、統合治療プログラムに専従できる常勤スタッフであることが望ましい。

多くの場合、プログラム管理者は、機関内の管理上の変更を行ったり、提案したりする権限を持つ中間レベルの管理者である。成功するプログラム管理者は、管理能力と臨床能力を兼ね備えている。プログラム管理者は、管理責任の一環として、次の業務を行う。

- 統合治療の専門家を雇って研修を行う
- プログラムの運営方針と実施手順を作成する
- 他機関の担当者との調整役となる
- プログラムの紹介状を管理する
- エビデンスベースト・モデルへのフィデリティをモニターする
- 統合治療の専門家およびその他の主要な関係者にプログラムのフィードバックを提供する
- その他の品質管理と財務の責任を統括する

臨床的責任の一環として、プログラム管理者は次の業務を行う。

- 併存性障害のある当事者にサービスを提供する
- 毎週グループ・スーパービジョンを提供する
- 必要に応じて個別的なスーパービジョンを提供する

次にプログラム管理者の業務内容の例を示す。プログラム管理者は、統合治療プログラムをサポートするために必要な体制や手順の設定において積極的な役割を果たす必要があるため、採用の段階で候補者にツールキットを提示し、彼らが何をしなければならないかを理解させることが望ましい。

プログラム管理者の業務内容例	
全体的機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 統合治療の専門家をスーパーバイズし、機関内の他の担当者との連絡調整役となり、統合治療プログラムを統括する</li> </ul>
責任	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 紹介された者を受け入れ、当事者を担当する統合治療の専門家を配置する</li> <li>■ 毎週グループで、事例を用いながら、EBPの実施原則と実施手順に則って、統合治療の専門家をスーパーバイズする</li> </ul>

プログラム管理者の業務内容例	
責任	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 必要に応じて統合治療専門家を個別にスーパーバイズする</li> <li>■ 実施機関内の他部門担当者との連絡調整役を務める</li> <li>■ 統合治療の専門家が多職種治療チームに参加することを管理し、保証する</li> <li>■ ケースを少人数担当する</li> </ul>
資格	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 統合治療の専門家、物質乱用治療の専門家、または精神保健医療従事者として、重度精神疾患を持つ人々を支援した経験があれば望ましい</li> <li>■ スーパーバイザーの経験があれば望ましい</li> </ul>

## コミュニティの文化的多様性を反映する

統合治療プログラムのスタッフは、運営するコミュニティの文化的多様性を反映させる必要がある。さらに重要なのは、統合治療専門家は、文化的差異と当事者の希望を認識し、それに敏感でなければならないということである。統合治療プログラムには、サービスを提供するコミュニティの文化的多様性を反映するために、必要に応じてバイリンガル統合治療の専門家を配置する必要がある。バイリンガルのスタッフがいない場合は、通訳を付けるべきである。

統合治療の専門家を男女バランスよく配置することも有効である。また、統合治療の専門家が、聴覚障害や視覚障害を持つ利用者に対応できるような体制を整えておくことも必要である。

## 採用のポイント

求職者の履歴を十分にチェックすることが求められる。特に、統合治療の専門家に望まれるような技能や資質を必要とする仕事では、候補者の前職での実績が、仕事の成果を予測する上で最も有効である。プログラム管理者は、以前の上司と話し合い、採用をする候補者のこれまでの仕事の責務と業績について詳細に尋ね、その能力について意見を求めるとよい。

採用を前向きに検討しているすべての候補者に、統合治療プログラムに半日以上参加してもらい、統合治療の専門家の仕事を直接見てもらうようにする。そうすることで、候補者は自分がどの程度その職場に適應できるかをよりよく判断し、その職場に就職するかどうか、より多くの情報を得た上で決定することができる。

その機会を設けると、統合治療の専門家が候補者と話をしたり、観察したりする機会にもなる。採用プロセスで、そのフィードバックをしてもらう。このような選考を行うことで、統合治療プログラムに適していない可能性がある候補者を選別することができるかもしれない。

### プログラムのサポート体制を構築する

統合治療プログラムを成功に導くかどうかは、多くの関係者の支援と協力で依拠する。内部的には、実施機関の長と全体が、併存性障害のための統合治療の実施を理解し、支援することが重要だ。機関の長が最初から実施するプロセスについて情報が得られていて関与している場合、プログラムは高いフィデリティを達成する可能性が高くなる。

実施機関の長が主導して統合治療プログラムを推進し、誤解に対処することが重要だ。当事者が精神疾患と物質使用障害の両方からリカバリーできることを主要な関係者に伝えることによって、統合治療プログラムに対する内部および公的支援を明確にする。併存性障害の統合治療が良好な結果に結びついていることを主要な関係者に知らせることが必要である。そして、統合治療が当事者個人のリカバリー目標を達成するために、病気を超えて人生を歩むことを助ける方法を示すことで、統合治療プログラムの重要性を強調する。

実施機関の長がエビデンスベースト・モデルの実施について明確なビジョンを示したら、機関の全スタッフに基本情報を提供し、プログラムの内部サポートを引き続き強化する。詳細については、後述する「研修計画の策定」を参照。

### アドバイザー委員会の設置

統合治療プログラムために地域のアドバイザー委員会を設置することは、プログラムに対する主要な関係者の支援を得るための効果的な方法である。統合治療プログラムの成功に関心を持つ地域関係者を特定して、委員会の委員になってもらう。委員会には、多くの場合、次の担当者が含まれる。

- 地元の当事者団体の代表者
- 地元の家族会のメンバー
- 地元の精神保健当局の代表者
- 地元の物質乱用当局の代表者

- 地元の物質乱用機関および精神保健機関の代表者
- 主要機関のスタッフ
- 統合治療の専門家

まず始めに、精神保健当局と物質乱用当局の代表者または実施機関の長は、統合治療構想を支持する旨の表明をする必要がある。次に、アドバイザー・グループのメンバーがエビデンスベースト・モデルを理解できるように、基本的な研修を実施する。いったんアドバイザー・グループが設立されると、さまざまな方法でプログラムを実施を支援することができる。詳細については、「EBPを始めるにあたって」の章を参照。

### プログラムのサポートを継続する

統合治療プログラムのサポートを構築することは、継続的な取り組みでなければならない。プログラムの運用が始まったら、統合治療専門家と当事者の業績を認識し、それに報いる方法を見つける。例えば、主要な関係者を集めて会議を開き、当事者から成功談を聞き、管理者がスタッフの功績を称えるといった方法がある。

また、当事者、家族、政策立案者、実施機関のスタッフと一緒にプログラムの成果を祝う会を主催するのも一案である。祝宴は、さまざまな関係者（医師、管理者、主要な行政担当者など）が参加する場合に特に有効だ。

実施機関の責任者とプログラム管理者は、定期的に会合を持ち、プログラムの評価データを確認し、問題点を話し合い、統合治療プログラムを改善する方法を計画する必要がある。

効果的な統合治療プログラムを実施するには、実施機関のスタッフやコミュニティの主要な関係者からの支援を得ることが不可欠だ。情報の共有は重要だが、治療チームの外部で情報を共有する場合は、当事者の秘密保持を忘れてはならない。違法薬物の使用や譲渡は法律で処罰される違法行為であるため、物質使用障害を抱える利用者は、特に被害を受けやすい。このため、連邦規則（Code of Federal Regulations）の規定の下で特別な保護が与えられている。共有できる情報の種類と当事者の秘密を保持する方法の詳細については、[http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx\\_00/42cfr2\\_00.html](http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx_00/42cfr2_00.html) または「エビデンス一覧」の章に掲載の TIP42 の 523 ~ 525 ページを参照。

### 実施機関の長が主導できる取組

- 統合治療プログラムに対する明確な支持を、内部スタッフや地域の主要関係者に表明する
- 統合治療の研修、スーパービジョン、アドバイザー・グループのミーティングに参加する
- プログラム管理者と毎月ミーティングを行い、併存性障害のための統合治療を提供する上での障害に対処する
- 継続的な計画とプログラム改善の努力を促進する
- 地域及び州の精神保健と物質乱用当局の代表者の参画を促す

### 効果的な運営方針と実施手順を策定する

新しい統合治療プログラムを開始するということは、エビデンスベースト・モデルの活動を支援する運営方針と実施手順を策定することを意味する。

### 運営方針と実施手順に盛り込む事項

- スクリーニングと診断
- 紹介とサービス終了の基準
- 人員配置基準
- プログラムの構成とコミュニケーション方法
- 主なサービスの構成要素
- アセスメントおよび治療計画基準
- 利用者情報の記録に関する事項
- 利用者の権利
- プログラムおよびチームメンバーの業績評価

### スクリーニングと診断の基準を策定する

併存性障害のスクリーニングと診断の基準を策定する際は、エビデンスベースト・モデルの原則を取り入れること。その目的は、統合治療プログラムから効果を得ることができるすべての人を特定することである。併存性障害のスクリーニングと診断のための明示的かつ日常的な手順を確立する。スクリーニングは通常、当事者が最初に実施機関を利用する際に行われる。ただし、併存性障害はいつでも進行する可能性があるため、すべての当事者を定期的に再スクリーニングする必要がある。すべての当事者が物質使用障害と精神障害のスクリーニングを受け、両方の障害が適切に診断されるように、明確な手順を確立する。

スクリーニングを実施し、精神疾患および物質使用障害の診断を行う担当者を決める。また、スクリーニングの結果を追跡するシステムを開発し、品質保証の一環として、プログラムに適切な当事者の数を報告できるようにする。プロセスと実施結果の測定の詳細については、「プログラムの評価方法」の章を参照。

当事者の物質使用障害をスクリーニングするには、Dartmouth Assessment of Lifestyle Inventory (DALI) (Rosenberg et al., 1998) を活用することを推奨する。電子版、説明書、および測定法については、<http://dms.dartmouth.edu/prc/instruments/DALI.pdf>を参照。

精神疾患および物質使用障害を診断するには、DSM-IV TRの「構造化臨床面接 (SCID)」を活用することを勧める。DSM-IV TRまたはSCIDの詳細については、米国精神医学会に問い合わせをするか、[www.psych.org](http://www.psych.org)を参照。

### 紹介とサービス終了の基準を策定する

統合治療プログラムを効果的に実施している機関では、精神疾患と物質使用障害の両方について、日常的に当事者をスクリーニングしている。物質使用障害と精神疾患の両方について「該当」と判定された当事者には、統合治療プログラムを紹介する必要がある。

統合治療プログラムを紹介するにあたって、精神疾患や物質使用障害であることを当事者が受け入れる必要はない。統合治療の専門家は、当事者が物質使用や精神疾患のために生活に支障をきたしているとは思ってなくても、効果的に対応することができる。このため、スクリーニングで併存性障害と判定されたすべての当事者には、このプログラムを紹介する必要がある。

そして、簡単な紹介手順を整備する。通常、プログラム管理者がすべての紹介を受け、それを検討し、当事者と統合治療の専門家を組み合わせる。

紹介手順を整備したら、それを受付手続きに組み込んで、初めて来所する当事者に対して、統合治療プログラムがあることを知らせる。統合治療プログラムのスタッフと初回手続きの担当者は、当事者に対してこのプログラムを説明する方法を検討し、当事者が十分な情報を得た上でサービスを受けるかどうかを決定で

きるようにする必要がある。

紹介を得るには、最初はある程度の計画と努力が必要である。この章で説明されているプログラムへの支援を得るための活動はすべて、紹介を得るために役立つ。以下の人物を含め、さまざまな関係者に紹介手順を周知する。

- 実施機関の全スタッフ
- アドバイザー委員会メンバー
- 実施機関の利用者

紹介を増やすためのポイントは、情報を発信することである。統合治療アドバイザー・グループやスタッフから、当事者への働きかけや紹介を増やすためのアイデアを募る。独自の紹介状を作成する際のベースとなる紹介状のサンプルを次に示す。

## 統合治療の紹介状の書式サンプル

統合治療の紹介状の書式サンプル			
利用者名		番号	
電話番号		紹介日	
紹介元		紹介状受理日	
担当者			
統合治療専門家との 初回面談日		初回アセスメント実施日	
スクリーニング結果			
精神医学および物質 使用の診断			
処方薬と副作用			
犯罪歴（もしあれば）			
リカバリー目標を達成するために役立つ と思われる情報			

## サービス終了基準の策定

統合治療プログラムのサービス終了基準を策定するときは、エビデンスベースト・モデルの原則を取り入れる。当事者によっては、長期にわたって症状が続くため、最適な治療とリハビリテーションには長期的な取り組みが必要である。このため、当事者が依存物質を断つことに成功したとしても、本人の希望がない限り、統合治療プログラムを終了させることはない。

サービス終了方針と手順において、各当事者のニーズに応じてサービスの密度を調整した上で、時間的制限なく提供されることを明記する。

## 人員配置基準を確立する

プログラムの運営方針と実施手順には、人員配置基準も明記する必要がある。一般に、統合治療プログラムは、プログラム管理者1名と、実施機関がサービスを提供する予定の当事者の数に応じて、1名以上の統合治療専門家で構成される。

統合治療専門家は、多職種チームに参加する必要がある。統合治療専門家を実施機関の各治療チームに配置する。

## 有用な業務説明書を作成する

運営方針と実施手順における人員配置基準内には、明確で有用な業務説明を記載する。求職者にとって、適切な説明があれば、その職種が自分のスキルや希望に合っているかどうかが明確になる。

- 各役割の業務説明書を作成する
- 主な役割の種類を明示する
- 具体的な職務の詳細を説明する

明確な業務説明によって、プログラム管理者は新しい従業員を効果的に指導することができ、また新しい従業員は仕事の基本的な事項に専念することができるようになる。

統合治療プログラムの運営方針と実施手順には、プログラムの構成や統合治療専門家同士の関わり方に関する基準を盛り込む必要がある。

統合治療専門家は、自立して働くと同時に、チーム

メンバーとして働くことができなければならない。また、定期的に連絡を取り合い、当事者に対して垣根を越えて支援を行う必要がある。

統合治療専門家は、プログラム管理者が進行役を務める週1回のグループ・スーパービジョン・ミーティングにも出席する必要がある。このミーティングが、ケースについて話し合い、問題を解決する機会となっている。

運営方針は、統合治療専門家が多職種治療チームのメンバーとどのようにコミュニケーションを取るかについての明確な手順を概説する必要がある。統合治療専門家は、頻繁に連絡を取り合い、毎週ミーティングを行う多職種連携チームの一員であることが不可欠である。

統合治療の専門家は、治療チームのメンバーと一緒に仕事をするとき、エビデンスベースト・モデルの治療技術を模範とすべきである。また、治療が精神疾患と物質依存両方についてのリカバリー目標をサポートするために、他のチームメンバーとサービスを調整する必要がある。

## プログラムの構成とコミュニケーション方法について話し合う

統合治療専門家は、複数の多職種連携チームで働くことができる。ただし、2つ以上のチームで働くと、一般的に会議に多くの時間を取られたり、他のチームメンバーと十分なコミュニケーションを取る機会がなかったりする。

## 重要な第三者の関与

統合治療プログラムの運営方針と実施手順は、家族やその他の支援者の関与を奨励し促進することで、当事者にとって自然なサポートを増やすことができるようにする必要がある。統合治療専門家から当事者に対し、治療に関与してもらいたい家族やその他の支援者を挙げるよう働きかける。

当事者の許可を得て、家族やその他の支援者は、当事者と統合治療専門家との会議に参加する、もしくは統合治療専門家と話をする、または、治療チームの会議に出席することもできる。さらに、以下のような家族介入も提供されることが望ましい。

- 併存性障害について学ぶ機会
- 家族会
- 家族セラピー

### 主要なサービス内容の概要

統合治療プログラムの主要なサービス内容は、以下の構成要素を含む運営方針と実施手順で概説する必要があります。

- 段階的な介入
- 包括的なサービスへのアクセス
- 当事者の参加を維持するためのアウトリーチ
- グループ治療
- 健康を促進するための介入
- 治療効果がみられない当事者を支援するための手引き

### 段階的な介入を行う

併存性障害に対するサービスは、各当事者の治療段階と一致して提供されている場合が最も効果的である。運営方針と実施手順において、統合治療専門家が当事者の治療段階を3ヶ月ごとに評価し、治療段階に適した介入（動機付けおよび認知行動面の働きかけなど）を提供するよう明記する必要がある。

### 包括的なサービスへのアクセスを提供する

併存性障害を有する当事者には、次のような幅広いニーズがある。

- 自立した生活のための能力を身につけること
- 就労その他の有意義なリカバリー目標の実現
- 家族や社会での人間関係の質の向上
- 不安その他の感情のコントロール

リカバリーのプロセスは、多くの生活の変化を背景に、時間をかけてゆっくりとすすんでいくため、統合治療プログラムが効果的であるためには、包括的な支援が必要である。統合治療プログラムの利用者が以下に示すような包括的なサービスを利用できるよう、運営方針と実施手順を策定する。

### 住居サービス

指導付き住居サービス、援助付き住居、施設スタッ

フが常駐する住居プログラムなどがある。自立して生活する併存性障害の当事者には、必要に応じて住居の選択肢についてカウンセリングを受ける必要がある。

### 援助付き雇用

援助付き雇用には、当事者が競争力のある仕事を見つけ、それを継続することに重点を置いたサービスも含まれる。これらのサービスを利用するにあたり依存物質を断つことを義務付ける必要はない。

### 家族介入

家族介入とは、治療チーム、当事者、家族（または他の支援者）が協力し、家族のストレスを軽減するために、併存性障害に関する基礎的な教育、対処技能訓練、および支援を提供することである。

### 疾病管理とリカバリー（IMR）

当事者が、自分自身で疾病を管理し、リカバリーのための自分の目標を見つけ、治療について十分な情報を得た上で意思決定を行うことを目的とした心理教育、行動調整、対処スキル・トレーニング、認知行動的アプローチがある。

### 包括型地域生活支援プログラム（ACT）

24時間アクセス可能で、利用者との接触の少なくとも50%は地域で行われ、多職種治療チームによる支援（利用者と実務者の比率が15：1以下）を行う。

### 当事者の参加を維持するためのアウトリーチの提供

併存性障害のある当事者の多くは、生活上の問題、モチベーションの低下、認知機能障害、絶望感のために治療中断する。効果的な統合治療プログラムでは、積極的なアウトリーチを行うことで、当事者の参加を維持するようにしている。そのため、プログラムに参加するすべての当事者、特に利用開始段階の当事者に対して、統合治療の専門家が、信頼と協力関係を構築する方法として、現実的な支援を提供し、当事者のニーズを満たす他のコミュニティサービス（住宅支援、医療、危機管理、法的支援など）につなぐことによって、積極的なアウトリーチを行う旨、統合治療プログラムの運営方針と実施手順に明記する必要がある。

## グループ治療の提供

統合治療プログラムは、当事者が個別治療、グループ治療、自助グループなど、さまざまな形式でサービスを利用できる場合に最も効果を発揮する。グループ治療は、併存性障害のある当事者が次のことを行うための強力な方法となり得る。

自分自身のことを学ぶ  
新しいスキルを手に入れる  
リカバリーのモデルを見つける  
新しい価値観を身につける  
社会資源を構築する  
他の人を助ける経験をする

また、教育と治療を提供する上で、費用対効果の高い方法でもある。エビデンスベースト・モデルに則った統合治療プログラムでは、併存性障害のための統合治療を行う当事者の約2/3をグループ治療に参加させることができる。

統合治療プログラムの一環として、2種類の治療グループを提供することをお勧めする。

- 治療の説得段階にある利用者向けのグループ
- 積極的治療段階と再発予防段階にある利用者向けのグループ

実施機関は、2つのグループに分けられるほどの利用者がいない場合、単一のグループを運営することとしてもよい。複合型グループを運営する際の課題は、グループメンバー全員のさまざまなニーズを満たすことにある。治療の説得段階の当事者は、物質使用が生活に及ぼす影響を考える必要がある。一方、積極的治療段階の当事者は、物質の使用をやめ、それを継続した生活を送るための新しいスキルを学ぶ必要がある。

複合型グループの場合、導入段階の当事者にとって物質使用をやめている仲間のロールモデルを持つ機会といえる。一方でデメリットとなる点は、導入段階の当事者にとって関係のある問題が、積極的治療段階の当事者にとっては関連する問題ではない場合があり、積極的治療段階の当事者の中には興味を失い、中断する人もいることである。理想的には、両方の段階のグループを提供する必要があるといえる。

また、統合治療専門家が日常的に、併存性障害のあ

る当事者に自助グループを紹介することをお勧めする。自助グループは広く利用可能で、手頃な価格（無料）で、リカバリーのためのさまざまなツールとサポートを提供している。特に、積極的治療段階と再発予防段階にある当事者には、自助グループに参加するよう促す。自助グループは、以下のような当事者に効果的である。

- 自助グループへの参加を望んでいる当事者
- 回復支援ネットワークがない当事者
- 専門家による支援よりも、あるいはそれに加えて、ピアサポートという考え方に関心がある当事者。

当事者に対して自助グループを紹介するためには、統合治療専門家は、地元コミュニティでどのような自助グループの会合が開かれているかを知る必要がある。

また、エビデンスベースト・モデルでは、統合治療専門家が、当事者の希望に応じて、最初の自助グループミーティングに同行し、ミーティング選びを支援することを奨励している。このような紹介を促進する運営方針と実施手順を確立することが重要である。グループ治療の詳細については、「現場スタッフの研修」の章を参照。

## 健康促進のための介入を行う

併存性障害を有する当事者は、併存性障害のない当事者よりも、物質使用による有害な影響を受けるリスクが高い。

介入の焦点となる物質使用による典型的な負の結果には、以下のようなものがある。

- 身体的影響—慢性疾患、性感染症、血液を媒介とする疾患
  - 社会的影響—家族によるサポートの喪失、虐待
  - セルフケアと自立機能—精神疾患の再発、栄養失調、失業、住居不安定、刑事上の身柄拘束
  - 安全ではない状況での物質使用—酩酊状態での運転、静脈注射による薬物使用のための注射針の共有
- 統合治療プログラムの運営方針と実施手順は、感染症につながるリスクの高い行動や状況を回避し、安全な住居を確保し、適切な食事を行い、運動するよう当事者に対して統合治療の専門家が奨励し、健康を促進するものでなければならない。

負の結果を減らすためのその他の介入は、以下が含まれる。

- 家族への支援を提供する
- 当事者が被害を受けるリスクが高い状況を回避できるようにする
- 当事者の就労意欲を促す
- 当事者が物質使用をしていない人と友情を育むことを支援する

統合治療専門家が健康を促進するための介入を行うことを奨励する運営方針と実施手順を確立していく。

### 治療効果が現れない当事者支援のための手引き

併存性障害のある当事者の約50%は、基本的な治療によく反応し、2～3年以内に物質使用障害の安定した寛解を達成する。統合治療プログラムの運営方針と実施手順は、基本的な治療の効果が現れない人々を支援し、それらを評価し、適切な二次（すなわち、より集中的な）介入につなげるための手引きを概説するものでなければならない。

治療効果が現れない当事者を識別するために、3ヶ月ごとにすべての当事者の経過を評価することを推奨する。熟練した臨床医が、進展のない当事者について再評価を行い、次のようなより集中的な介入を検討する必要がある。

- 嗜癮行動の軽減に役立つ可能性のある医薬品の処方と管理（クロザピン、ナルトレキソン、ブプレノフィン、ジスルフィラムなど）
- 集中的な心理社会的介入の提供（例えば、集中的な家族治療、追加的トラウマ介入、毎日のグループプログラムなどの集中的な外来治療、または長期的な居住ケア）
- 法制度によって通常課される集中的な管理を行う（例えば、金銭の代理受管理、条件付き退院、尿検査の義務付け）

基本的な治療の効果が現れない当事者をどのように再評価して治療するかについて、運営方針と実施手順で概要を説明する

### 統合評価書式を作成する

従来、物質使用障害と精神疾患は、異なる時点で、

また多くの場合、異なる機関の異なる実務者によって別々に評価され、治療されてきた。経験的にも研究結果においても、併存性障害を別々に評価して治療することは効果がないため、間違いである旨示されている。エビデンスベースト・モデルでは、併存性障害のある当事者に対して、統合的な評価を実施することを推奨している。

一般に、統合治療専門家は2種類の評価を実施する

- 包括的縦断的評価
- コンテキスト評価

包括的縦断的評価では、機能的状態、精神保健、物質使用、および精神疾患と物質使用の間の相互作用に関する情報を時系列で収集する。この情報は、複数の情報源から、時間をかけて収集する必要がある。

次のページでは、このようなタイプの情報を記録するためのサンプル書式を紹介する。

2番目のタイプの評価であるコンテキスト評価は、精神疾患の機能評価に似ている。物質使用の状況と、それが当事者の精神疾患とどのように相互作用しているかを評価するものである。統合治療の専門家がコンテキスト評価を行うために、以下の質問を包括的評価用紙に盛り込むことを検討する。

このような情報は効果的な統合治療計画を立てるために不可欠だが、当事者たちは、最初からそれを共有しないかもしれない。統合治療専門家は、当事者との強力な作業同盟を構築しながら、時間をかけてこの情報を収集する必要がある。

統合治療専門家が当事者から発せられる情報を図式化することをお勧めする。外在化することで、統合治療専門家が当事者と併存性障害について話し合い、当事者が個人的なりカバリー目標を達成できるような介入を計画するのに役立つからである。

次の書式は、当事者の発言を図式化するために使用するサンプル用紙である。統合評価の詳細については、「現場スタッフの育成」の章を参照。

サンプル：包括的縦断的評価					
日付					
機能状態					
精神疾患の症状と治療					
物質乱用の症状と治療					
相互作用					

コンテキスト評価における質問例
<ul style="list-style-type: none"> <li>■あなたは普段、どのような時にお酒を飲みますか</li> <li>■普段は誰とどこで飲みますか</li> <li>■飲む前はどのような気分ですか</li> <li>■何がきっかけでお酒を飲みたいと思いますか</li> <li>■飲んだらどんな感じになりますか？、どのように感じますか？、あなたは飲むと何をしますか？</li> <li>■飲むとどんなことが楽しいですか</li> <li>■あなたにとって、飲むことのマイナス面は何ですか</li> <li>■他の人はあなたの飲酒についてどう思っていますか</li> <li>■飲んだ後、どのように感じますか</li> <li>■飲酒をやめようとしたことがありますか</li> <li>■あなたの現在の目標は何ですか</li> </ul>

統合的な治療プログラムの運営方針と実施手順において、包括的縦断的評価とコンテキスト評価からの情報を、当事者の変化の段階とそれに関連する治療の段階を評価するために使用することができる旨を明記する。以下は、当事者の治療段階を経た経過を把握する

ために使用できるサンプル書式である。

### 認知機能障害のアセスメント

アルコールやその他の物質の使用または離脱中は記憶力や集中力に可逆的な変化を引き起こす。認知機能の問題は、数週間から数ヶ月間続き、使用をやめると徐々に解消する。ただし残念ながら、アルコールは記憶やその他の認知機能に永続的な変化をもたらす可能性があり、これらの記憶障害が良くなるかどうかを知るには、長期間の断酒中に当事者を注意深く観察するしかない。

このため、併存性障害のある当事者で記憶力や集中力に問題がある場合は、認知障害のアセスメントとモニタリングのために、Folstein Mini Mental Status Exam (MMSE) などの簡単なテストを実施する。詳細については、[www.minimental.com](http://www.minimental.com)を参照するか、以下まで問い合わせを。



サンプル：治療段階アセスメント書式				
	第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期
<b>1. 導入前段階</b> 当事者が物質使用障害の基準を満たしているが、統合治療の専門家に接触していない。				
<b>2. 導入</b> 当事者が物質乱用または依存のDSM基準を満たしているが、統合治療の専門家との接触がほとんどないか、または不定期である。				
<b>3. 説得</b> 当事者が、物質乱用または依存のDSM基準を満たし、統合治療専門家と定期的に接触しているが、同量の物質使用を継続しているか、1ヶ月未満で物質使用の減少（使用物質数の減少、使用量の減少、またはその両方）が認められる。				
<b>4. 積極的治療</b> 当事者は治療に参加しており、1～6ヶ月間物質使用を減らしたり、使用を中止したりしている。				
<b>5. 再発予防</b> 当事者が治療に参加しており、6ヶ月以上物質使用をしていない。				
<b>6. 寛解またはリカバリー</b> 当事者は、持続的な完全寛解状態にある（1年以上、物質乱用または依存のDSM基準を満たしていない）。				

サイコロジカル・アセスメント・リソース社  
 16204 North Florida Avenue Lutz, FL 33549  
 1-800-331-8378  
 (813) 968-3003

問題が重度（例えば、MMSEで20点未満）または中程度（MMSEで25点未満）であり、断酒後1ヶ月以内に改善しない、または改善が見られる場合、神経心理学的評価または医学的評価を実施する必要がある。なぜなら、障害の原因が他にある可能性が考えられるためである。

### 統合治療計画を作成する

治療計画は、治療の指針となる共同作業のプロセスであるといえる。当事者とその家族（またはその他の支援者）と協力して、アセスメント情報を検討し、個人のリカバリー目標を設定し、治療によってその目標に到達するための手段を特定することが含まれる。

通常、最初の治療計画は、アセスメントおよび導入の過程で数週間から数ヶ月にわたって行われる。併存性障害のある当事者に対しては、治療計画は精神保健と物質使用の両方を扱い、リカバリー目標のためのスキルとサポートの両方を構築することになる。

統合治療プログラムの運営方針と実施手順において、次のことを明記する。

- 統合治療計画は、共同で作成する
- 統合治療計画は、精神疾患と物質使用障害を対象とする必要がある
- 統合治療計画は3ヶ月ごとに更新する

また、統合治療計画を作成する際には、当事者と統合治療専門家が協力し、次の6つのステップを完了する必要がある。

統合治療計画を策定するための手順	
ステップ1	差し迫ったニーズをアセスメントする
ステップ2	当事者の治療段階を判定する
ステップ3	変化させるべき対象行動を選択する
ステップ4	望ましい目標を達成するための介入方法を決定する
ステップ5	介入の効果をアセスメントするための尺度を選択する
ステップ6	計画を見直すためのフォローアップの時期を設定する。

次に、統合治療計画のサンプルを示す。統合治療計画の作成方法の詳細については、「現場スタッフの育成」の章を参照。

紹介、評価、および治療計画の書式を活用し、日常の事務処理に取り入れることを強くすすめる。印刷可能な書式については、このツールキットのCD-ROMを参照。スクリーニング、診断、評価、および治療計画のプロセスの詳細については、「現場スタッフの育成」の章を参照。

サンプル：統合治療計画		
統合治療計画	利用者名	初回計画日
	精神疾患の診断	計画更新日
	物質使用に関する診断	
	治療の段階	

課題1	
目的	
目標	
介入	
主担当者	
評価日と評価尺度	
課題2	
目的	
目標	
介入	
主担当者	
評価日と評価尺度	
課題3	
目的	
目標	
介入	
主担当者	
評価日と評価尺度	
課題4	
目的	
目標	
介入	
主担当者	
評価日と評価尺度	

## ケース記録の管理方法について明記する

統合治療プログラムの運営方針と実施手順において、ケース記録をどのように管理するかを記述する。当事者の記録を管理し、紛失、改ざん、不正使用から保護する必要がある。記録は、ジョイント・コミッション（旧医療機関認定ジョイント・コミッション）およびメディケイド・メディケアサービスセンター（CMS）の規定に沿ったものでなければならない。

新しい記録管理システムを構築する場合は、記録を作成するためのバインダーや書式のほか、適切に保存するための用具が必要になる。また、記録を文書化し、管理するための運営方針と実施手順書も要する。物質使用障害のある人は、連邦規則集（CFR）42巻2章「アルコールおよび薬物乱用患者の記録の機密保持」によって保護されている。これらの保護の詳細については、[http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx\\_00/42cfr2\\_00.html](http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx_00/42cfr2_00.html)または「エビデンス一覧」の章に掲載のTIP 42の525～528ページを参照。HIPAA規制も適用される場合があり、詳細は[www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa)を参照。

統合治療専門家が、記録を作成し管理するための運営方針と実施手順に精通していることを確認する。必要な文書が作成されるよう指示し、記録が適切に保存され保護されていることをチェックすることが求められる。

## 利用者の権利を保障する方法について話し合う

統合治療プログラムの運営方針と実施手順において、利用者の権利が守られるようにする方法について説明する。統合治療専門家は次のことを行うべきである

- 州および連邦政府が定める当事者の権利に関する事項を認識する
- 当事者の権利について有意義な方法で情報提供する
- 当事者が自らの権利を行使するのを支援する

また、運営方針と実施手順は、その治療モデルのリカバリー志向を反映したものでなければならない。従来のサービスは、精神保健と物質使用の治療に対する生物医学的アプローチで開発されたもので、断薬、症状の軽減、再発予防に焦点を当てるものだった。

対照的に、エビデンスベースト・モデルはリカバリーという概念にもとづいている。リカバリーの枠組みでは、当事者が併存性障害を中心課題としない生活を送れるようになることが期待されている。

リカバリーとは、併存性障害を有する人々がコミュニティでただ現状を悪化させずに過ごす以上のことを意味する。リカバリー志向のサービスは当事者自身が自分の目標を定め、それを達成することを後押しする。

統合治療専門家は、エビデンスベースト・モデル中のリカバリー原則を理解し、それに忠実でなければならない。統合治療専門家は、単に物質を断つこと、症状の抑制、服薬遵守を強調する従来のサービスの要素を踏襲しないよう注意する必要がある。

サービス提供において当事者による選択の価値と当事者意識の重要性は、統合治療の提供方法に浸透していなければならない。ほとんどの実務者は当事者のリカバリーに関する自分自身の態度や行動を検証したことがなく、多くの伝統的な臨床実践が当事者にとっていかに無力であるかということに注意を払うことなく、無批判に受け入れている。

- リカバリー志向のサービスでは、信頼関係を確立することが重要だ。当事者との交流は、相互性と尊敬にもとづいて行われるべきである
- 統合治療専門家は、当事者の視点に耳を傾け、尊重し、理解し、当事者がなぜ決めたことを守れなかったかの理由を考慮する必要がある
- 統合治療専門家は、当事者自身が設定したニーズや希望に忠実に対応しサービス提供における当事者の選択を受け入れることが求められる

リカバリー志向のサービスを提供するということは、統合治療専門家が当事者一人ひとりの目標達成を支援し、その後押しをするということの意味する

### 機関管理者およびプログラム管理者がリカバリー志向のサービスを提供するためにできること

- プログラム運営方針と実施手順で当事者の権利を明確に説明する
- 実務者、当事者、家族に対し、リカバリー原則と当事者の権利に関する研修を行う
- このツールキットのマルチメディアツールを使用して、コミュニティフォーラムを開催する
- 地元のアドバイザー・グループに当事者が参加する

### プログラム評価およびスタッフの業績評価の手順の策定

併存性障害に対するサービスが適切に実施されると、さまざまな望ましい結果が得られるとされている。例えば、統合治療プログラムの当事者たちは、次の目標を達成する可能性がより高い。

- 物質使用の減少
- 精神症状と機能の改善
- 入院回数の減少
- 居住の安定性の向上
- 検挙回数の減少
- QOL（生活の質）の改善

統合治療プログラムの業績を評価することは、当事者に対して高品質のサービスを提供し、関係者に対してプログラムの効果的な実施を保証する上で役立つ。

「プログラムの評価方法」の章にあるガイドラインを参考に、早期にプログラムを評価する手順を策定することを推奨する。

さらに、統合治療専門家をどのようにスーパーバイズし、業績を評価するかという手順も策定する必要がある。

臨床のスーパービジョンとは、統合治療スタッフが、併存性障害のための統合治療を理解し、一貫してエビデンスにもとづく実践を行っているか、あるいはこの目標を達成するためにさらなる指導、研修、説明責任が必要かどうかを判断するプロセスである。

プログラム管理者には、統合治療専門家に毎週グループ・スーパービジョンを提供することをすすめる。グループ・スーパービジョンは、統合治療プログラムに参加しているすべての当事者について検討し、個々の目標をよりよく達成することができるよう問題解決方法を考える必要がある。

プログラム管理者はサービスの提供にある程度の時間を費やしているため、併存性障害の統合治療を提供するすべてにおいて精通することになる。プログラム管理者は、統合治療の専門家が提示する「ケース」を単に見直すだけでなく、エビデンスにもとづく原則と技法を用いて積極的に問題解決に取り組むこともできる。また、プログラム管理者は、次に示す目標を達成するために、個別に、側面からのスーパービジョンを提供する。

- 業績評価
- フィードバック
- モデルによる介入

プログラム管理者は、特定のケースを検討するために、統合治療専門家との定期的な会議を行うことができる。また、必要に応じて、統合治療専門家と定期的に相談できるようにしておく必要もある。

統合治療専門家の業務の中には、経験豊富な統合治療専門家による実践を見てみないと理解しづらいものがある。プログラム管理者は、エビデンスベースト・モデルを十分に理解したら、統合治療専門家を現場に連れて行き、関わり方や動機づけの介入など、その仕事の見本を示し、直接指導する必要がある。

研修ツールと推奨事項については、「現場スタッフの研修」の章を参照。

統合治療プログラムがコンサルタントと協力している場合、プログラム管理者は、グループスーパービジョン、治療チーム会議、およびグループ治療にコンサルタントを参加させる必要がある。多くの新しい統合治療プログラムでは、外部コンサルタントからのフィードバックが、スタッフの業績とプログラム全体の品質を向上させるための重要な要素であると認識されている。

### 研修計画の策定

統合治療プログラムの開発は複雑な事業である。エビデンスベースト・モデルや、当事者を治療する方法について理解している統合治療専門家を採用し、職場定着を図ることはなかなか難しい。統合治療プログラムを成功させた機関は、統合治療の専門家に対して1回限りの研修を提供するだけでは不十分であることを指摘している。その代わりに、主要な関係者の知識レベルを評価し（「プログラムの評価方法」の章を参照）、

研修計画を立てる必要がある。

EBPを実施する実務者は、周囲の人々がモデルを誤解していたり情報が不足していたりするために、その努力を阻まれることがよくある。主要な関係者（当事者、家族、その他の不可欠なコミュニティメンバー）および実施機関全体のスタッフが、併存性障害の統合治療に関する基本的な理解を深めることが重要である。

この研修は、統合治療プログラムへのサポート体制を構築する。スタッフは、自分たちのプログラムへの紹介を増やし、当事者と関わり、効果的な治療を提供することができるようになる。効果的な治療を行うには、精神保健と物質乱用治療を統合する必要があるため、治療チームのすべてのメンバーが、エビデンスベースト・モデルの基礎について理解することが求められる。

さらに、医薬品の処方者に対しても基礎研修を提供する。研究によると、向精神薬は、物質使用障害の症状が活発な当事者を含む重度の精神疾患の治療に効果的である。抗精神病薬、気分安定剤、抗うつ薬を含む医薬品の処方者は、重篤な精神疾患を効果的に治療するために非常に重要である。

薬を処方する医師または看護師は、エビデンスベースト・モデルの研修を受け、当事者、統合治療の専門家、その他のチームメンバーと協力して、精神科治療薬へのアドヒアランスを高め、ベンゾジアゼピンなどの依存性のある薬の使用を減らし、クロザピン、ジスルフィラム、ナルトレキソンなど依存性行動の軽減に役立つ薬を提供すべきである。医薬品の処方者は、次のような方策を用いることができる。

- 活発な物質使用が認められても精神科薬を処方する
- 当事者および治療チームと緊密に連携する
- 精神科薬の服薬についてのアドヒアランスを高めることに焦点を当てる
- 依存性のある薬の処方を避ける
- 依存性のある行動を減らすのに役立つ薬を処方する

実施機関内部の基礎研修に加えて、地域の当事者、家族、その他の主要な関係者を対象に、統合治療プログラムを通じてサービスを受けたことのある当事者がある経験と共有する定期的なミーティングを開催することを検討する。これらの主要な関係者は、統合治療

プログラムの目標について誤解している場合がある。例えば、当事者たちが参加するためには物質を断っていなければならないと考えている場合がある。エビデンスベースト・モデルの実施に支障をきたす前に、誤った信念を修正することが重要である。

次に、統合治療プログラムのスタッフがエビデンスベースト・モデルを学び、習得できるように、集中的な研修をどのように提供するかを検討する。少なくとも5回の半日セッションを含むグループ研修シリーズを企画することをお勧めする。「現場スタッフの育成」の章では、統合治療専門家に、エビデンスベースト・モデルと、併存性障害のある当事者に効果的なサービスを行うための技能に関する詳細な情報を提供している。プログラム管理者は、これらの資料を使用して体系的なグループ研修を実施することができる。

統合治療専門家がこのモデルの基礎を理解したら、よく機能していてフィデリティの高い統合治療プログラムを実施している機関に見学に行くことをお勧めする。統合治療専門家が当事者とどのように関わり、互いに交流し、多職種治療チームで協力しているかを学ぶことが必要である。研修を受けたプログラム管理者と統合治療専門家は、本ツールキットの基本的な研修資料を使用して、地域で定期的にワークショップや現任者講習を実施することも可能だ。基礎研修をサポートする資料については、「マルチメディアによるEBPの導入」の章を参照。

- パワーポイントを使用した紹介用プレゼンテーション
- サンプルパンフレット。および紹介ビデオ

#### 研修計画に盛り込むべき事項

- 実施機関内のすべてのレベルのスタッフを対象とした基礎研修
- 医薬品の処方者向けの基礎研修
- 当事者、家族、精神保健および物質乱用当局、中心的なコミュニティ組織のメンバーを含む主要な関係者向けの基礎研修
- 統合治療専門家向けの集中研修

#### 外部コンサルタントおよびトレーナーを雇う

質の高いサービスを提供するために必要な最初のプロセスを確立するにあたり、細部にまで気を配る必要がある。そのため、新しい統合治療プログラムを立ち

上げてから最初の1～2年間は、経験豊富な外部コンサルタントおよびトレーナーと協力することが有効である旨、多くの機関が認識している。統合治療プログラムが適切に構成されることを保証するために、コンサルタントとプログラム管理者は、2年以上にわたって緊密に連携する。その中で、EBP原則を機関の運営方針に組み入れ、現地のニーズに合うように実施手順を調整する。

統合治療プログラムを開始した後は、統合治療の専門家が従来のやり方や慣れ親しんだやり方に戻らないようにすることが重要である。統合治療プログラムの運営経験のある外部コンサルタントおよびトレーナーは、継続的な技術支援、側面からのスーパービジョンおよび定期的な強化研修会を提供することができる。この種の支援は、フィデリティと実施結果の継続的な評価とともに、統合治療専門家が古い習慣に戻る可能性を減らすために重要であることが分かっている。

### 統合治療プログラムの実施場所選び

統合治療専門家はコミュニティの当事者にアウトリーチするが、実施機関内でも当事者に会うことになる。そのため、統合治療専門家は、当事者と会うための場所を確保し、デスク、電話、ボイスメールをできるようにしておくことが重要だ。さらに、アウトリーチ活動のために携帯電話を使用すると、安全性が高まり、コミュニケーションも向上する。

事務所のスペースは、治療チームの他のメンバーと分離されるべきではない。理想的には、オフィスが混在し、他のチームメンバー用のスペースの割り当て方と同じにすることが望ましい。他の治療チームのメンバーとホールやランクルームで触れ合うことで、併存性障害のための統合治療の目標をサポートする継続的なコミュニケーションが促進される。

統合治療プログラムを実施する精神保健機関は、物質使用スクリーニング検査の実施回数とそれに伴う経費が増加すると考えられ、最も安価で最も効率的な方法を調べる必要がある。多くの機関は、検査機器を独自に購入している。

### プログラムの予算と収入源を確認する

統合治療プログラムの予算と収入源を理解することは、予算編成プロセスに積極的に参加し、情報のもと

づいた管理上の意思決定を行い、担保となる収入源が最も必要とされるところを理解するために重要である。

精神保健制度の中には、サービス利用者一人につき事業者が一定の給付金を受け取るものがある。他の制度では、提供された特定のサービスについてのみ事業者が報酬が支払われる。さまざまな種類の助成から給付を受けるため、サービスの記録方法に精通している必要がある。また、請求手続きと請求コードについても知っていることが求められる。

統合治療プログラムの資金調達の仕組みは、実施機関によって異なる。管理者は、連邦政府、州政府、および民間の資金提供の機会を利用して、統合治療プログラムの予算を確保する。

財政的障壁により、EBPの実施に時間がかかる可能性がある。時間の経過とともに、プログラムの使命や活動は、それらをサポートする資金によって定義されてしまう可能性があることを認識する。エビデンスベースト・モデルの原則を理解し、資金調達の機会が、そのモデルを形作り、腐敗させるのではなく、サポートするものであるよう意識する。この分野で成功している実施機関やシステム管理者に相談し、有益なアイデアや方策を学ぶ。詳細については、「エビデンス一覧」の章掲載のTIP42の参考文献を参照。

要約すると、効果的で適切に機能する統合治療プログラムを構築することは、発展的なプロセスであるといえる。新しいプログラムを開始してから最初の1年間は、このツールキットの情報を定期的に再確認することをお勧めする。統合治療プログラムの実施がすすむにつれ、この資料が新たな意味を持つようになると考える。



## 現場スタッフの育成

本章は5つのテーマで構成されたワークブックとデモンストレーションビデオからなる。プログラム管理者が精神保健および物質使用治療に取り組みむ実務者に、併存性障害の当事者に対して効果的な統合治療を行うために必要な原則や手順、技術を教えるにあたり役立つものである。

精神保健医療従事者が統合治療の専門家となるためには、次のようなことが必要と考えられる。

- EBP（科学的根拠にもとづく実践）の基本的要素と原則に対する理解
- 一般的な物質およびそれらの精神疾患への影響に関する実務的知識
- 物質使用障害と当事者の治療段階をアセスメントする能力
- 治療段階の異なる当事者に対して物質乱用のカウンセリングを提供する技能
- 統合治療を行うための治療形態の選択

このワークブックは、統合治療プログラム実施にあたり指定された統合治療専門家を育成するために使用してほしい。

また、併存性障害は非常に一般的であるため、すべての実務者は、重度の精神疾患と物質乱用の両方からのリカバリーを促進するために、基本的な技能を学ぶ必要があると考える。

このワークブックの一部またはすべてを使用して、実施機関全体の実務者に対し研修を行うことを検討してほしい。



## 現場スタッフの育成

プログラム管理者のための本ワークブックの使い方.....	73
テーマ1：基本的要素と実践原則.....	77
テーマ2：一般的な物質についての実践的知識.....	85
テーマ3：治療の段階と中心となるプロセス.....	107
テーマ4：統合治療のための実践的な技能.....	129
テーマ5：サービスの形態.....	151

## 現場スタッフの育成

### プログラム管理者のための本ワークブックの使い方

本章「現場スタッフの育成」は、デモンストレーションビデオとともに使用することで、精神保健医療従事者が統合治療の専門家となるための研修に役立つ内容となっている。物質乱用と精神疾患の両方（「併存性障害」という）を抱える当事者に対して効果的な統合治療を提供するために必要な基本原則と技能を紹介する。

このワークブックは、統合治療の専門家がすでに重度の精神疾患についての研修を受けており、重度の精神疾患の治療に精通していることを前提としている。そのため、ここでは、統合治療の専門家に物質乱用についての知識と、併存性障害からの回復を支援するために必要な基本的技能を身につけることに焦点を当てている。物質乱用にかかる機関でこのモデルを実施するための情報と資料については、「エビデンス一覧」の章の治療改善の手引きTIP42を参照。

### 全5回の研修の進め方

- 統合治療の専門家が、少なくとも週1回、5週間にわたり集まれるように調整する。毎週、最大1つのテーマを取り上げるようにする
- このワークブックでは、各テーマの前のページに、「進行役とプログラム管理者への注意事項」が記載されているので、事前に確認しセッションの準備をする
- 統合治療の専門家がセッション参加前に目を通せるよう、ツールキットのCD-ROMに収録されている各テーマの読み物を印刷して配布しておく
- 各セッションで配布できるよう、ツールキットのCD-ROMに収録されている各テーマの演習資料を印刷しておく
- 各セッションで異なるグループメンバーに進行役を依頼する
- 各セッションの最初に、「現場スタッフの育成：デモンストレーションビデオ」の該当箇所を見せる
- ビデオやワークブックに収められている内容について話し合う
- 各テーマ内で提示された演習を行う

内容を整理しやすくするため、ワークブックは5つのテーマに分かれている。

#### 「現場スタッフの育成」の5つのテーマ

1. 基本的要素と実践原則
2. 一般的な物質についての実践的な知識
3. 治療の段階と中心となるプロセス
4. 統合治療のための実践技術
5. サービスの形態

統合治療の専門家は、1つのテーマを読んだ後にグループで話し合うことを好む傾向があることが分かっている。これらのテーマをグループで読み進めていく中で、効果的に統合治療を提供するために不可欠な実践原則と技能について話し合い、習得する機会が生まれる。

本書のほとんどのテーマは、併存性障害の当事者として典型的な問題を抱えた人物を描いた事例から始まる。

次にテーマ内の項目に関する話し合いが行われる。この話し合いは、現場で長年併存性障害の統合治療を提供してきた熟練の専門家が参加するため、研修を受ける統合治療専門家は、熟練した専門家との関わりにおいて自分自身の考えを検討することができる。

このワークブックの効果的な使用方法として、統合治療の専門家に事例を読んでもらい、グループで話し合うことが挙げられる。各テーマの終わりには、グループでの話し合いをさらに活性化するための演習が含まれている。

### プログラムに関する情報提供の準備

このワークブックに含まれている資料に加え、統合治療の専門家に、以下のような統合治療プログラムの運営方針と実施手順に関する情報を提供できるように準備する必要がある。

- 統合治療のためのフィデリティ尺度
- スクリーニングの手順
- 紹介用書式
- 物質使用障害の診断のための手引き
- 統合されたアセスメント書式
- 統合治療用書式
- プログラムについてエビデンスベースト・モデルへのフィデリティを評価するための基準
- 測定された実施結果

書式のサンプルは、「プログラム作成の手引き」の章と「プログラムの評価方法」の章を参照。

### 実施機関に関する情報提供の準備

また、統合治療プログラムを実施する機関における

その他の運営方針や実施手順に関して、統合治療の専門家を研修する計画も策定する。それには、以下のようなものが含まれる。

**請求手続き：**統合治療の専門家は、自分の活動内容を記録化し、サービスの請求書を作成する方法を把握していなければならない。

**安全性：**地域密着型プログラムを実施している多くの機関には、安全性に関する資料がある。この分野の研修をまだ行っていない場合は、緊張緩和の技能に関する研修を計画する。また、地元の警察署に個人の安全に関する研修を依頼するのもよいだろう。

**報告義務：**統合治療専門家は虐待やネグレクトの疑いがある場合における通報方法を知っておかなければならない。また、もしその他の違法行為や自傷他害の恐れがある場合の対処方法も把握しておく必要がある。

**当事者の権利：**統合治療の専門家は、州および連邦における当事者の権利に関する規定事項を理解しておく必要がある。

**その他の運営方針と実施手順：**スタッフが知っておくべきその他のプログラム、機関、または州の方針について学ぶにあたっては、所属機関の人事部に相談する。

## 既存のプログラムの見学

スタッフがこのワークブックを修了した後、実績豊富でフィデリティの高い統合治療プログラムを見学することをお勧めする。統合治療の専門家が見学前にこのワークブックの内容に精通していれば、見学はより生産的なものになる。受け入れ側は、基礎的な説明に時間をかけるよりも、実際の現場でどのように基本を適用するかを示すことが望ましい。

## 講義形式の研修の企画

このワークブックを修了し、実績のある統合治療プログラムを見学した後、統合治療の専門家は、彼らが読んだり見たりしたことを実践するための研修講師を迎えることができる。

プログラム管理者の中には、統合治療の専門家がEBPの原則やプロセス、技能を習得できるよう、経験豊富な外部トレーナーを雇うことを選択する人もい

る。初回研修は、2、3日をかけて行うことが望ましい。

## コンサルタントの確保

統合治療の専門家が当事者と関わり始めたら、プログラム管理者は、彼らをエビデンスベースト・モデルに確実に準拠させる責任がある。この任務は困難かもしれない。

管理者は、スタッフの育成プロセスを進めるとともに、併存性障害のための統合治療について学んだことを当事者の臨床に生かし、同時に、臨床スーパービジョンを通じて、統合治療の専門家とそのモデルに従っていることを確認しなければならない。

エビデンスベースト・モデルから外れて、併存性障害のための統合治療と似て非なる治療を行うことは非常に簡単であり、しばしばそのような事態は発生する。なぜなら統合治療の専門家は、自分たちはエビデンスベースト・モデルに忠実に従っていると信じているが、そのモデルの中の微妙な側面を見落としているためである。また、併存性障害のための治療が順調にスタートしたとしても、プログラムに参加する当事者が増え、プレッシャーが高まるにつれ、統合治療の専門家がかつての慣れ親しんだやり方に戻ってしまうケースもある。

スタッフがエビデンスベースト・モデルに則って業務を遂行できるよう、最初の1年間は経験豊かなコンサルタントの協力を得る。コンサルタントが電話や面談で継続的にサポートすることで、プログラム管理者として困難な役割を果たすにあたっての助けとなる。

## クロス・トレーニング

実施機関全体のスタッフが併存性障害の統合治療に関して基本的な理解を深めることが重要である。クロス・トレーニングによって、統合治療の専門家が行う仕事を他のスタッフがサポートできるようになる。また、研修は、統合治療の専門家とアドバイザー・グループのメンバーが互いをよく知る機会でもある。アドバイザー・グループのメンバーと統合治療の専門家が自己紹介し、互いの役割をよく理解しておくようにする。

研修の実施に役立つよう、本ツールキットには、以下のマルチメディア資料を収録している。

- 導入用パワーポイント・プレゼンテーション
- サンプルパンフレット
- 導入用ビデオ

研修を受けたら、機関内のすべての実務者が統合治療プログラムに精通していることを保証するために、プログラム管理者や他のスタッフは、これらの資料を使用し、定期的な現任者セミナーを開催することができる。

「プログラム作成の手引き」の章で述べたように、これらの資料を使用して、統合治療のアドバイザー委員会のメンバーを研修することも勧める。当該メンバーが、エビデンスベースト・モデルについてより多くの情報を得ることで、彼らは統合治療プログラムとそのミッションに対してさらに効果的なサポートをすることが可能となる。

## テーマ1：基本的要素と実践原則

### 進行役とプログラム管理者への注意事項

#### テーマ1の準備

■テーマ1をワークブックからコピーする。自分用はワークブックにある。ツールキットのCD-ROMからも印刷できる

■研修参加者に資料を配布し、事前に読んでもらう

■次の演習資料を印刷する

◇併存性障害のための統合治療の利点を探る

◇統合治療プログラムを改善する

これらはグループ研修が始まるまで配布しないこと。自分用はワークブックにある。ツールキットのCD-ROMからも印刷できる。

■下記書式を印刷する：

◇統合治療のためのフィデリティ尺度

◇一般組織指標

◇（もしあれば）所属機関が策定した統合治療プログラムのためのアウトカム評価尺度

グループ研修が始まるまで配布しないこと。これらの品質保証ツールに関する情報は、「プログラムの評価方法」の章に掲載している。また、統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標はCD-ROMからも印刷可能である。

### 初回研修セッションの実施

■グループを招集したら、導入ビデオを視聴し、ビデオの内容とテーマ1について話し合う

■以下を配布する。

◇統合治療フィデリティ尺度

◇一般組織指標

◇所属機関が実施するアウトカム評価尺度（もしあれば）

◇このテーマの演習課題

■配布資料を見直し、グループで演習を行う

#### 対話の促進

進行役およびプログラム管理者の役割の1つは、グループ研修での対話を促進することである。

内気だったり口下手だったりするために、グループの中で発言することが苦手な人もいる。また、経験の豊かな人や、高い学位を持った人に対して専門性の部分で気後れする人もいる。逆に、統合治療の専門家の中には、自信満々で率直な人もいるので、他の人の発言を素直に聞くことを学ぶ必要がある。

各テーマで一緒に作業する際には、引込み思案な人に発言を促し、意見を伝える機会を与えるようにする。

また、グループ研修は、統合治療の専門家が併存性障害のための統合治療を行う際に感じる不安をアセスメントする機会でもある。グループ研修の時間を用いて、率直に問題を探り対処する。



## 現場スタッフの育成

### テーマ1：基本的要素と実践原則

物質使用障害は重度の精神疾患を抱える人々によく見られる、深刻な障害である。テーマ1では併存性障害のための統合治療の基本的要素と実践原則について述べる。このエビデンスベースト・モデルの紹介では、その有効性に関する研究結果の要約も含む。

#### 併存性障害のための統合治療とは

重度の精神疾患を持つ人々の最大56%が、生涯のうちに物質使用障害を併発する (Regier et al., 1990)。

併存性障害は、再発、暴力、入院、ホームレス、刑事上の身柄拘束の割合の増加など、さまざまな負の結果と関連している (Drake et al., 2001)。

併存性障害のための統合治療は、併存性障害を抱える当事者のリカバリーのプロセスで有効であることが分かっているEBPである。このEBPの目標は、当事者のリカバリーのプロセスを支援することである。

リカバリーとは、当事者自身が有意義な人生の目標を追求することができるよう、併存性障害の両方の疾患との付き合い方を学ぶことを意味する。

統合治療プログラムでは、同じ治療従事者あるいは治療チームが1つの環境で、精神疾患と物質使用への介入を協力して行う。当事者には、治療とリカバリーについて一貫したメッセージを伝えられる。エビデンスベースト・モデルの研修を受け、併存性障害のための統合治療を行うよう指定された実務者を統合治療の専門家と呼ぶ。

## 実践原則

併存性障害のための統合治療は、中核となる一連の実践原則にもとづいている。これらの原則は、EBPの基礎を形成し、統合治療の専門家が、併存性障害のための統合治療を効果的に行うための指針となるものである。

併存性障害のための統合治療の実践原則
■精神疾患と物質乱用の治療は、併存性障害を抱える当事者のニーズに合わせて統合される
■統合治療の専門家は、物質使用障害と重度の精神疾患の両方を治療するための研修を受ける
■併存性障害は段階的に治療され、段階ごとに異なるサービスが提供される
■動機付け介入は治療のすべての段階、特に説得段階で用いられる
■認知行動的アプローチによる物質乱用に対するカウンセリングは、積極的治療段階および再発予防段階にある当事者への治療に用いられる
■治療の中では、個人、グループ、セルフヘルプ、家族などさまざまな形式のサービスを利用することができる
■薬物療法は心理社会的なサービスと統合され、調整される

### 原則 1.

**精神疾患と物質乱用の治療は、併存性障害を抱える当事者のニーズに合わせて統合される。**

併存性障害は一般的な障害である。重度の精神疾患を持つ人々の物質使用併存性障害の生涯罹患率は最大56%にも及ぶ (Regier et al., 1990)。

しかし、併存性障害の当事者の多くは、何らかの治療を受けたとしても、精神疾患あるいは物質使用障害について、それぞれ別の機関から治療を受けるか、どちらか一方の疾患や障害のみの治療を受けている。

このような細分化された治療は、往々にして良くない結果に終わることが多い。併存性障害の当事者が、

統合治療の専門家から精神疾患と物質乱用の両方について統合された方法で治療を受けた場合、それぞれの疾患についてリカバリーの可能性は高まる。

### 原則 2.

**統合治療の専門家は、物質使用障害と重度の精神疾患の両方を治療するための研修を受ける。**

併存性障害に対して効果的にアセスメントと治療を行うためには、統合治療の専門家は精神疾患と物質使用障害の両方に対する精神病理、評価方法、治療方針について研修されなければならない。したがって、精神保健の実務者は、以下を含む物質使用障害に関する知識を深める必要がある。

- 当事者によって乱用される物質
- 乱用物質が併存性障害を抱える人々に与える影響
- 乱用と依存の短期および長期的影響

統合治療の専門家は精神保健の専門用語と物質使用障害に使われる用語の両方を理解している必要がある。また、物質使用と乱用のレベルの違いを理解し、併存性障害のための統合された治療を提供しなければならない。

### 原則 3.

**併存性障害は段階的に治療され、段階ごとに異なるサービスが提供される。**

物質使用障害と重度の精神疾患から回復する当事者は、各治療段階を経て、特定の治療への準備が整う。統合治療の専門家は、当事者の治療段階をアセスメントし、それに応じてサービスを調整する必要がある。

治療の4つの段階
■導入
■説得
■積極的治療
■再発予防

### 原則 4.

**動機付け介入は、治療のすべての段階、特に説得段階で用いられる。**

動機付け介入は併存性障害のための統合治療の鍵であり、利用者が個人的なりカバリー目標を確認するの

に役立つ。一般に、当事者は、目標を達成しようとする動機付けがなされると、乱用物質の使用を減らしたり、控えたりする。このように動機付け介入は、当事者の生活に多くの変化をもたらすよう刺激する。

**原則5.**  
認知行動的アプローチによる物質乱用に対するカウンセリングは、積極的治療段階および再発予防段階にある当事者への治療に用いられる。

併存性障害の当事者は物質使用障害につながる不快な感情や症状をコントロールすることが難しい場合がある。認知行動療法のカウンセリング技術のある統合治療の専門家は、当事者の物質乱用につながる自動思考を止めるための支援を行うことができる。

例えば、当事者の物質使用行動を変えるための1つの方法は、彼らの物質使用の引き金となる思考や感情を特定し、それを変化させる手助けをすることである。ネガティブな思考や感情のコントロールを学ぶことは、当事者を乱用物質から遠ざけるに当たり劇的に役立つ。

**原則6.**  
治療の中では、個人、グループ、セルフヘルプ、家族などさまざまな形式のサービスを利用することができる。

当事者は治療の適切な段階において、複数の治療形式を利用することで、最も高い治療効果を得ることができる。例えば、説得段階の当事者は、個別に提供される動機付けのための介入から効果を得ることができる。さらに、家族や他の支援者を治療に参加させることが望ましい。物質使用をしていない社会的ネットワークが限られていることが多い当事者にとって、強力な社会資源となりうるからである。また、情報を得た家族は、より効果的に支援を行うことができるようになる。

グループ治療は当事者の孤独感を和らげるのに役立つ。グループを専門職と当事者のいずれが導くかわからず、グループでの治療は当事者間のネットワークを築くことができる。同様の経験を持つ当事者たちは、支援や共感、物質を使わない人たちのつながりを得るための機会を提供することができる。これらは再発予防の段階で特に有用である。

**原則7.**  
薬物療法は心理社会的なサービスと統合され、調整される。

薬物を処方する医師または看護師は、併存性障害を効果的に治療するための研修を受けるべきである。薬剤を処方する者は、多職種による連携チームのミーティングに参加する必要がある。彼らは、精神疾患と物質使用障害の両方に対する治療が統合的に行われるよう、当事者、統合治療の専門家、および他の治療チームのメンバーと緊密に連携することが重要である。

精神科薬は、活発な物質使用がある場合でも処方される必要がある。処方者は、併存性障害を抱える当事者が依存する恐れのある薬剤を処方することを避け、依存性のある行動を回避するのに役立つ薬剤を適切に処方すべきである。

1日に複数回服用するような多剤処方を受けた人は投薬計画を守ることが困難な場合が多い。服薬指導を行うことで、当事者の動機付けを高め、投薬計画を忘れないための方策を提供することができる。

## プログラム基準

併存性障害のための統合治療のユニークな特徴の1つは、このエビデンスベースト・モデルの重要な要素が効果的なサービスを実施するためのプログラム基準に反映されていることである。

統合治療フィデリティ尺度と呼ばれる尺度は、これらの要素をまとめたものである。フィデリティ尺度は、プログラムがエビデンスベースト・モデルにどれだけ忠実であるかを評価するために活用できる（「プログラムの評価方法」の章を参照）。

プログラム管理者がこの尺度を配布するので、研修中に確認し、ディスカッションを行う。

### 併存性障害のための統合治療の基本的特徴

- 多職種連携チーム
- 統合治療の専門家
- 段階的介入
- 包括的な治療の利用
- 期間制限のない治療
- アウトリーチ

### 併存性障害のための統合治療の基本的特徴

- 動機付け介入
- 物質乱用カウンセリング
- 併存性障害に対する集団治療
- 併存性障害に対する家族介入
- アルコールと薬物の自助グループ
- 薬理的治療
- 健康増進への介入
- 治療効果が現れない当事者への二次的介入

### 併存性障害のための統合治療の効果検証

研究者は、1980年代初頭、併存性障害の有病率を調査し始めた。先述したように、重度の精神疾患を持つ人々の物質使用併存性障害の生涯罹患率は最大で56%にも及ぶことが研究で明らかになっている (Regier et al., 1990)。さらに、併存性障害の当事者は、再発する頻度がより高く、次のような状況になる可能性が高いことが研究で証明されている。

- 入院
- 暴力
- 刑事上の身柄拘束
- ホームレス
- HIV、肝炎、その他の疾患の罹患  
(Drake et al., 2001)

また、当事者が精神疾患と物質使用の治療を別々の仕組みの中で受けた場合、一方の治療システムから疎外されることが多々あり、また、もう片方の問題が治まったら戻るように指示されることがあるという調査結果も見られる。

さらに、別々の治療システムの中で治療を受ける当事者は、治療ヤリカバリーについて、それぞれ異なるメッセージを理解することに困難を伴う。結果として、別々の治療システムの中でケアを受ける併存性障害の当事者の予後は不良となることが実証されている (Drake et al., 2001)。

1990年代半ば以降、8つの研究が併存性障害のための統合治療の有効性を裏付けている。プログラムにおける介入の種類や配列はさまざまであるが、統合治療フィデリティ尺度で概説された重要な構成要素の多くを含んでいる。

治療が統合されていない場合とは対照的に、統合治療は以下のようなポジティブな結果につながる。

- 物質使用の減少
- 精神症状と機能の改善
- 入院回数の減少
- 居住の安定性の向上
- 検挙回数の減少
- QOL (生活の質) の改善 (Drake et al., 2001)

### まとめ

要約すると、ここでは、併存性障害のための統合治療の基本的な要素と実践原則について確認した。実質的な研究により、その有効性が証明されている。

次のテーマでは、併存性障害の当事者をアセスメントし、治療するための具体的な知識と技術を統合治療専門家に提供する。

## 演習：併存性障害のための統合治療の利点を探る

実務者が治療において新しいアプローチを選択する場合とそうでない場合の違いを調べた研究によると、実務者は改善の必要性があると感じている領域に対処するものであれば、新しいアプローチを選択する可能性が高いことが分かっている。従来のサービス提供システムの中で、併存性障害を抱える当事者への対応として不十分であった経験を共有する。その不十分であった点について、エビデンスベースト・モデルではどのように解決できるか話し合う。

■従来のサービス提供システムが不十分であった経験

■併存性障害のための統合治療は、これらの不十分な点にどのように対処することができるか。

## 演習：統合治療プログラムを改善する

統合治療プログラム評価基準（統合治療フィデリティ尺度、一般組織指標、所属機関のアウトカム評価尺度）を配布する。質向上のための手法をどのように完成させるか、また、その情報をどのようにプログラム改善に利用するかについて検討し、議論する。

## テーマ2：一般的な物質についての実践的知識

### 進行役とプログラム管理者への注意事項

#### テーマ2の準備

■テーマ2をワークブックからコピーする。自分用はワークブックにある。ツールキットのCD-ROMからも印刷できる

■研修参加者に資料を配布し、事前に読んでもらう

■次の演習資料を印刷する

◇物質使用の短期的および長期的影響について振り返る

◇課題に取り組む

これらはグループ研修が始まるまで配布しないこと。自分用はワークブックにある。ツールキットのCD-ROMからも印刷できる。

### 2回目の研修セッションの実施

■テーマ2の内容について話し合う

■演習資料を配布する

■グループで演習を行う

本テーマではビデオ視聴は含まれない。



## 現場スタッフの育成

### テーマ2：一般的な物質についての実践的知識

テーマ2では、物質使用障害について語られる際によく使われる用語の定義を紹介する。アルコール、大麻、精神刺激薬、アヘン、オピオイドに関する基本的な情報が紹介されている。感染症は物質使用の一般的な負の結果であるため、ここでは、一般的によく見られる危険な3つの感染症についての情報を提供する。

- B型肝炎ウイルス
- C型肝炎ウイルス
- ヒト免疫不全ウイルス（HIV）

#### 一般的に使用される用語

下記の表にある語句は、物質使用について語られる際に一般的に使われるものである。

定義の一部は、「精神障害の診断・統計マニュアル（DSM-IV TR）」に準拠している。このマニュアルは、精神疾患と物質関連障害の診断に使用される。DSM-IV TRの詳細については、[www.psych.org](http://www.psych.org)を参照。

語句はアルファベット順に記載されている。共に使用されることの多い単語については、次ページ以降でまとめて紹介する。

物質使用について一般的に使用される語句	
断酒・断薬、クリーン、しらふ	断酒・断薬とは、物質（アルコールや薬物）を使用しないこと、やめていることをいう。クリーンとは、通常、アルコール以外の物質を断っている状態をいう。当事者がメサドンのような薬を処方され、処方通りに服用する場合、クリーンであるとみなされる。しらふとは、通常、アルコールを断っている状態をいう。クリーンでしらふとは、薬物とアルコールの双方を断っている状態をいう。
アディクション	アディクションとは、物質や行為（ギャンブルなど）に対して身体的または心理的に依存し、それらを自身の意思でコントロールできなくなる状態をいう。
解毒	解毒とは物質に身体的に依存している当事者が、その物質の使用をやめ、物質の持つ即効性からリカバリーするためのプロセスである。離脱症状は非常に不快かつ危険であり、このプロセスにおける経過観察、支援、そして医学および精神医学にもとづく治療が重要であり、命を救うことにつながる。医薬品の投与により離脱症状を軽減することが可能であり、致命的な疾患に罹患することを予防できる。 解毒は、物質使用中の際に現れる離脱症状と物質への渴望に対処するために、当事者が受ける経過観察、支援、そして治療を指すことが多い。しかし、解毒だけでは、物質使用障害を治療することはできない。当事者は、解毒中も解毒後も治療に取り組む必要がある。
中毒	中毒（または酩酊）とは、ある物質の影響下で通常とは異なる感覚にある状態をいう。中毒の症状として、アルコールに酔うと言葉が不明瞭になるなどの身体的なもの、大麻に酔うとリラックスした気分になるなどの心理的のものがある。中毒状態にあること自体が、物質使用障害であることを意味するものではない。
多剤乱用	多剤乱用とは、同じ期間に3種類以上の物質（タバコを除く）を乱用することをいい、反社会的な人格特性、機能不全、物質使用障害に強く関係する家族歴などに関連している。物質使用障害を抱えている当事者のうち、ほぼ半数がアルコールと他の薬物の両方を乱用し、約4分の1が複数の薬物を乱用している。 物質を使用する人々は多くの場合、「選択薬物」（選択肢があるときに好んで使用する物質）を見つける。ただし、1つの薬物を使用している人々も、たいてい他の物質も試したり使用したりしており、時間の経過とともに新たなアディクションや「選択薬物」が現れる可能性がある。
リカバリー	リカバリーとは、当事者が物質使用障害や精神疾患の先に、人生における新しい意味を見つけるプロセスである。当事者が「リカバリーしている」ということは、物質を使用していないだけでなく、彼らが人生の中で有意義で充実した生活を送るための活動に参加していることを意味する。また、リカバリーとは、当事者が精神疾患の症状にかかわらず、有意義な活動を行えるようになることを意味する。併存性障害のための統合治療は、当事者が断酒・断薬するだけでなく、リカバリーのプロセスに入ることができるよう構成されている。
寛解	物質使用障害の当事者が、苦痛や不具合を感じなくなるほど物質使用の減少や使用中止に至った場合、彼らは寛解しているとみなされる。寛解とは、当事者がDSM-IVTRにおける物質乱用・依存の基準を満たさなくなったことを意味する。寛解という言葉は、精神疾患の症状の軽減を表すのと同様に使用される。 当事者が物質使用障害から寛解している場合、次のいずれかの経過観察項目を彼らの診断に追加する必要がある。 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 早期完全寛解とは、1～12ヶ月の寛解をいう</li> <li>■ 早期部分寛解とは、1～12ヶ月の寛解のうち、DSM-IVTRにおける依存や乱用の基準を1つ以上満たしているが、完全には基準には達していない状態をいう</li> <li>■ 持続的完全寛解とは、12ヶ月以上継続している寛解をいう</li> <li>■ 持続的部分寛解とは、12ヶ月以上継続している寛解のうち、DSM-IVTRにおける依存や乱用の基準を1つ以上満たしているが、完全には基準には達していない状態をいう</li> </ul> これらの経過観察項目は、アゴニスト療法中または管理環境下（物質の存在しない刑務所、治療共同体、施設された閉鎖病棟）にいる当事者には適用されない。このような当事者の診断には、「アゴニスト療法中」または「管理された環境下」という経過観察項目を含める必要がある。アゴニスト療法の詳細については、本テーマの後半にあるアヘンとオピオイドの箇所を参照されたい。
物質	物質とは、アルコール、薬物、タバコ、処方薬、市販薬、その他接着剤など、ハイになったりリラックスしたりすることを目的に摂取する物を指す。

物質使用について一般的に使用される語句	
物質乱用	<p>DSM-IV TRによると、物質乱用とは、12ヶ月間に少なくとも1つの基準に該当する、臨床的に重大な障害または苦痛を引き起こす不適応な物質使用のパターンと定義される。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 度重なる物質使用の結果、職場や学校、あるいは家庭での主な役割を果たせなくなる</li> <li>■ 危険な状況下で繰り返し物質を使用する（例えば飲酒運転）</li> <li>■ 物質使用の反復の結果、法的問題が引き起こされる</li> <li>■ 物質使用に関連して社会的または対人的な問題が頻発しているにもかかわらず物質使用を継続する（例えば、酩酊の結果について配偶者と口論する）</li> </ul> <p>物質乱用は、物質使用に関連した不適切な選択をするものの、その選択を多かれ少なかれコントロールできている行動障害である。もし、当事者がその物質群の物質依存の診断基準を満たしたことがあるならば、その物質の物質乱用障害と診断されない可能性もある。</p>
物質依存	<p>物質依存はより重度の障害であり、物質使用をコントロールする能力を失い、過去に失敗があったにもかかわらず酩酊状態をまた求めようとする強い衝動を持つ。DSM-IV TRでは、「12ヶ月間に次の3つ以上に該当する場合、臨床的に重大な障害または苦痛を引き起こす物質使用の不適応パターン」として物質依存を定義している。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 耐性（下記参照）</li> <li>■ 離脱症状（下記参照）</li> <li>■ 意図したよりも多量に、あるいは長時間にわたり物質を摂取すること</li> <li>■ 物質使用を減らし、あるいはコントロールしようとする持続的な願望、または成果が上がらない努力</li> <li>■ 物質の入手、使用、その影響からの回復のために多大な時間を費やすこと</li> <li>■ 物質使用のために、重要な社会的、職業的、娯楽的活動をあきらめたり、減らしたりすること</li> <li>■ 物質が持続的な身体的、心理的な問題を引き起こしたり悪化させたりする可能性が高いことを知りつつ、物質の使用を継続すること</li> </ul>
物質使用障害	<p>物質使用障害とは、当事者が苦痛や機能障害を引き起こす不適応なパターンで物質を使用する場合を指す。物質乱用と物質依存は物質使用障害である。（上記参照）</p>
耐性、身体依存、離脱症状	<p>物質を繰り返し使用することで、その物質に対する耐性を獲得する。耐性とは、同じ効果を得るために、より多くの物質を使用する必要が生じることをいう。</p> <p>耐性、身体依存、そして離脱症状の概念は関連している。物質使用は身体と脳に変化をもたらす。おそらくこのような変化が耐性を生じさせる理由である。</p> <p>定期的な物質使用の後、身体が物質の存在に適応する形で身体依存が現れることがある。物質への身体依存が生じると離脱症状が現れる。離脱症状は、物質の使用を中止あるいは減少させた場合に、苦痛または障害を引き起こす。離脱症状は、物質により抑制されていた体内の生体システムの反動的な過活動によって引き起こされる。これらの症状は一般的に非常に不快であり、人々は離脱症状を和らげるために、再び物質を使用する。</p>

これらの用語は物質使用について話をする際に頻繁に使用され、本ワークブックを通じてよく目にすると思われる。併存性障害に関するさらに多くの用語については、本ツールキットのCD-ROMにあるTIP42を参照のこと。

次のセクションではアルコール、大麻、精神刺激薬、アヘンおよびオピオイドについての基本情報を記載する。ニコチンは明らかに依存性のある薬物であり、当事者にとって一般的な問題である。このワークブックでは、ニコチン使用の治療については触れていないが、治療プログラムは利用可能である。ニコチン依存の簡略な歴史と併存性障害におけるニコチン使用への対処の手順については、本ツールキットのCD-ROMにあるTIP42およびその他の資料を参照。

## アルコール

アルコールは我々の文化において日常生活の一部であり、一般的に使用されている合法的な物質である。米国ではほとんどの人々がアルコールを飲んでおり、およそ5人に1人が生涯にわたってアルコールに関わる問題を起こすと言われている。

精神疾患の当事者は、精神疾患に罹患していない人々と比較すると、アルコールに関連する問題を高い割合で、また少ない使用量で経験する。精神疾患の当事者は、特にアルコールを含む物質使用障害を発症しやすい。

精神疾患の当事者が問題を起こすことなく社会的に飲むことのできる範囲は不明である。しかし、飲酒す

る当事者はアルコールに関連する問題を起こすリスクが高い。さらに、彼らのアルコール使用障害は、以下のようなさまざまな負の結果と強く関連している。

- 精神症状の増悪
- 違法薬物の使用
- ホームレス状態
- 暴力
- 被害体験
- 刑事上の身柄拘束
- 自殺企図
- 入院
- 身体的な健康問題

これらの理由から、当事者はアルコールを避けるべきであり、統合治療の専門家はアルコールの使用を最小限に抑える必要性を認識し、そのための治療とサポートを継続して提供することが求められる。

次に、ターニャの事例を紹介する。この事例を読んだ後、ターニャがアルコール使用障害にあたるかをどのようにアセスメントするかを考え、ターニャを支援するためにどのような手順を踏むか検討してほしい。

### ターニャの事例

ターニャは42歳のシングルマザーで3人の子供がいる。26歳の時に第一子を出産し、専業主婦となった。出産後、産後うつとなり入院し、1年間飲酒しなかった。

2年後、彼女は抑うつと不安状態の時期が続き「神経を落ち着かせるため」に再び飲酒し始めた。ターニャは何年もの間毎晩3、4杯のワインを飲んだ。ワインは自分を落ち着かせ、睡眠を助けると感じていた。

ターニャは2年前に離婚し、パートタイムの事務職の仕事に戻った。16歳の息子は父親と、13歳の双子の娘は彼女と同居している。

ターニャはここ数年間飲酒量が増え、特に週末は家にもって1日で1ガロンのワインを飲むことがあると述べた。最近、彼女は前日のことを何も覚えていないブラックアウトを経験するようになった。彼女は、仕事の業績や子供に対する不安感とともに、悲しみや絶望といった問題が続いていることを報告した。

かかりつけの医師から精神科クリニックを紹介され、妹に付き添われて受診した。ターニャは、自分の気分についての悩みを打ち明けた。彼女は眠りにつくことが困難であること、そして夜間に頻繁に目が覚めることについて説明した。一日中不安とイライラを感じており、食欲がなく、生活の楽しみを失っており、家族や友人を避けていた。このような感覚は以前からあったが、さらに悪化していた。不安を感じることで、仕事にも支障をきたしていた。

ターニャの報告によると、娘たちが最近怒りっぽくなり、ひきこもっているとのこと。1人の娘は公然とタバコを吸い、飲酒している。ターニャは娘を怒鳴りつけることで対応し、後になって後悔している。

ターニャの妹によると、子供たちは母の飲酒について心配しているという。ターニャは驚きながらも、週末の飲酒が問題なのかもしれないと認めた。彼女は、もし不安や抑うつ状態に対し何らかの助けがあれば、飲酒量を減らしてみようと考えた。

6ヶ月前、ターニャの主治医は抗不安薬であるクロナゼパムを1日1回処方した。彼女は不安を抑えるために、必要な時は2、3回追加で服用する日もあった。

彼女は夜間の集中外来プログラムに参加することに同意した。彼女と担当医は、彼女の症状を悪化させる状況や、助けが必要な場合に頼ることができるサポートについて明記されたクライシスプランを作成した。

集中外来プログラムの間に、ターニャは精神科医に薬の評価をしてもらい、セラピストに個人カウンセリングをもらった。精神科医は、クロナゼパムを漸減し、抗うつ薬であるフルオキセチン（日本では未承認）の服用を勧めた。彼女はクロナゼパムを減らそうとしたが、不安と抑うつが悪化し、全く眠れなくなった。

その後数ヶ月間、彼女はアルコールとクロナゼパムの使用量を減らそうと苦労した。抑うつ症状は抗うつ薬を増量しても、少ししか改善されなかった。同時に、彼女は、娘たちに関する心配事について援助者と一緒に解決していった。

最近、彼女の妹は、セラピストに電話をかけ、ターニャは先週末に酩酊状態で運転して違反切符を切られたと伝えた。その後数ヶ月、彼女は裁判所から自助グ

ループに参加しカウンセリングを受けるよう命じられた。裁判所の命令で治療を受けている間、彼女は完全に断酒することができたが、抑うつ症状が改善するまでにはさらに数ヶ月かかった。

### ターニャのアルコール使用についてのアセスメント

アルコールは、西洋文化圏ではほぼどこにおいても合法的な物質であり、米国ではほとんどの人々が長年にわたり問題なく社会的に飲酒している。飲酒がどのような場合に障害になるのだろうか？大半の定義によれば、飲酒が身体的、対人関係的、医学的、法的、あるいは職業的な問題を引き起こす場合にアルコール使用障害（乱用または依存）とされる。

DSM-IV TRでは、アルコール使用障害の診断にあたっては、このような問題に直面しているにもかかわらず、繰り返される飲酒を基準としている。ターニャは、飲酒運転の違反切符を切られるほどアルコール使用量が増え、安全でない行動をとるなど、明らかにアルコール乱用あるいは依存に関する多くの指標に該当している。

### ターニャの飲酒による短期的な影響の理解

アルコールに関するいくつかの事実は、すべての実務者が知っておくことが重要である。

アルコールは、全身の臓器に影響を与えるが、特に脳はアルコールに対して敏感である。飲酒量が多いほど、身体に与える影響は大きくなる。

低用量（例えば1、2杯の飲酒）では、アルコールはしばしばリラックスや自信を高めることにつながる。しかし、少し高いレベルの飲酒量（または血中濃度）は通常、多幸感、めまい、運動機能低下、および脱抑制を引き起こし、これらの組み合わせにより、人々は酩酊または「酔っている」と認識する。同様に、低用量のアルコールはリラックス効果があるが、量が増えることで眠気の原因となる。

女性は男性に比べアルコールの影響を受けやすい。女性の身体は男性とは異なる方法でアルコールを処理するため、結果として血中アルコール濃度が高くなる。

飲酒量（または血中アルコール濃度）が増加すると、アルコールの効果は逆転あるいは増大し、しばしば危険を伴う。例えば、多幸感は抑うつや自殺企図に変わ

り、極端な脱抑制は判断力の低下（例えば、虐待や、リスクの高い危険な対人関係）につながることもある。

運動機能障害は調節能力の深刻な欠落と重大な事故につながる。アルコールによる鎮静作用は、脳の呼吸中枢を抑制することで死に至るほど深刻である。

重度の精神疾患を持つ人々にとって、これらの悪影響の多くは低用量のアルコールで発生する。例えば、精神疾患の当事者は酩酊状態でなくとも判断力の低下や認知の問題、脱抑制行動が見られることがあり、アルコールはこれらの問題を急速に悪化させる。また、アルコールはうつ病や精神病の症状の再発を促進し、薬物療法にも悪影響を及ぼす可能性がある。ターニャの統合治療の専門家として、彼女の飲酒による短期的な影響をアセスメントする。ターニャは飲酒前、飲酒中、飲酒后、どのように感じているだろうか。

### アルコール耐性と離脱症状

何年にもわたり多量に飲酒している人々は、しばしば飲酒のコントロールを失い、飲酒行動を中心にした生活を送るようになる。加えて、飲酒のスピードが速くなり、飲酒量も多くなり、飲酒回数も増え、飲酒量を減らすと離脱症状が現れる。このように、アルコールに対する生理的および心理的依存を伴う一連の行動をアルコール依存症候群と呼ぶ。

ターニャの飲酒量は数年間で増加したが、彼女がアルコールにより感じる効果は変化していない。このことは、彼女がアルコールに対する耐性を高めていることを示す。

定期的に飲酒することで、身体はより早くアルコールを分解し排出できるようになるが、脳には変化が生じ、同じ効果を得るためにはより多くの飲酒を必要とするようになる。アルコールに対する耐性は、脳に同様の影響を与えるベンゾジアゼピン系などの薬物や医薬品にも及ぶ。

### 解毒

アルコール耐性を獲得した人は、飲酒量を減らしたり飲酒をやめたりした場合に離脱と呼ばれる生理的反応を示す。ターニャにみられた離脱症状は、不安、不眠、抑うつがある。他の一般的な症状としては吐き気、頭痛、振戦がある。

アルコールまたは鎮静性睡眠導入剤を長期間または多量に使用すると、離脱症状が悪化し、嘔吐、発熱、血圧上昇などが起こる。重度の場合は、発作や振戦せん妄（DT）を起こすことがある。これは、せん妄、錯乱、見当識障害、興奮、激しい幻覚などの急性エピソードである。振戦せん妄はまた、制御不能な振戦を伴い、放置すれば命にかかわる可能性がある。

解毒中は、薬物療法と医学的な経過観察をすることで、症状の重症化を軽減し離脱症状の間の安全性を確保する。多量のアルコールまたは鎮静性睡眠導入剤を使用した場合は、離脱症状の間の医療的観察が重要であり、入院または外来で提供される。薬物療法は、症状や発作、振戦せん妄を防ぐことができる。

### アルコール使用の長期的な影響の検討

アルコールの多量摂取は、特に精神疾患の当事者にとって、長期にわたりさまざまな困難を引き起こす可能性がある。アルコールの有害作用には、医学的問題、精神疾患の症状の悪化、および機能的問題が含まれる。

#### 医学的問題

体内のあらゆる臓器は、アルコールによる病気の影響を受けやすくなっている。飲酒によって、次のような多くの医学的問題が生じる可能性がある。

- 肝硬変（肝臓の瘢痕および機能不全）
- 認知症（記憶および問題解決能力の喪失）
- 神経障害（神経損傷による腕と足の痛みやほてり）
- 癌

さらに、飲酒は血圧を上昇させ、高血圧を悪化させ、心臓に負担をかけ、心臓病を引き起こす可能性がある。

アルコールは男性と女性のホルモンに影響を与え、不妊症の原因となる。妊婦が定期的に、あるいは時々、多量のアルコールを飲むと、胎児が胎児性アルコール症候群を発症することがある。胎児性アルコール症候群は、精神遅滞、発達遅滞、身体的欠陥を引き起こす。

女性は男性よりもアルコールの影響を受けやすいと言われている。一般的な傾向として、女性は1日1杯以上、男性は、1日4杯以上飲んだ場合に医学的な問題が発生すると言われている。

飲酒に関連したもう1つの一般的な問題は不眠症である。短期的には、アルコールは人々が眠りにつくのを助ける。ただし、長期間にわたる飲酒は正常な睡眠を妨げ、中途覚醒を引き起こす。事例の中で、ターニャはリラックスして眠るためにアルコールを使用し始めた。しかし、彼女の現在の睡眠障害は、長期的な飲酒に関連している可能性がある。

#### 精神疾患の症状の悪化

アルコールは中枢神経系を抑制する作用がある。長期間の飲酒は、うつ病を引き起こしたり、重度の精神疾患の症状、特に抑うつや不安など気分の不調を悪化させる可能性がある。

アルコール使用障害は、いくつかの点で、気分と関連している。

- 適量から多量の長期にわたる常飲は、ほとんどの人に抑うつ、食欲不振、身体の痛みあるいは絶望的な気分をもたらす。アルコール依存症者の10～20%が自殺し、たいていは飲酒中に起こっている。
- 不安の問題は、アルコール使用障害のある人によく見られる。アルコールは短期的には不安を軽減するが、その効果が切れると、ターニャがそうであったように、不安が悪化することがある。

アルコール自体が幻覚などの精神病症状を引き起こす可能性がある。精神病性障害の人々は、飲酒中に時間の経過とともに症状が強く現れることがよくあるが、これはおそらく抑制が効かなくなり、抗精神病薬を飲まなくなることが原因と考えられる。

#### 機能的問題

アルコール使用障害は、しばしばストレスの原因となる他の問題を引き起こす。アルコール使用障害のある人々は通常、社会的および職業的な問題を経験する。精神疾患の当事者にとって、アルコール乱用は、特に以下の問題につながる。

- 家族によるサポートの喪失
- 社会的孤立
- 行動上の問題
- 労働能力の欠如
- 治療を利用する能力の欠如

## ■金銭管理の困難

## ■不安定な住居

事例の中で、ターニャの飲酒は夫との離婚や娘との関係など社会的・対人的な問題をもたらした。また、飲酒運転で起訴されるなど、法的な問題を引き起こす危険な行動に及んでいる。また、仕事についても支障をきたしている。

ターニャの事例は、気分の不調やアルコール問題を抱えている人の典型的な例である。アルコールは気分の落ち込みから一時的に逃れられるが、最終的にはすべてを悪化させる。

### ターニャの精神疾患と飲酒の関係の評価

飲酒が抑うつや不安を引き起こしているのか、またはこれらの症状が別個の異なる併存性障害によるものかどうかを判断するのはしばしば困難である。ターニャの抑うつと不安の問題は、飲酒とは無関係なのか、それとも多量飲酒の結果なのか？

もし飲酒が症状の原因であれば、断酒して1ヶ月以内に症状は消えるはずである。ターニャの統合治療の専門家として、彼女の人生の中の断酒期間とその間の抑うつ症状や不安症状の有無を確認する。ターニャの1年間の断酒期間は、非常に貴重な情報である。この期間中に彼女が産後うつ病を発症したことは、彼女のうつ病がアルコール依存とは異なるものであることを明確に示している。

精神疾患が原発性か二次性かを判断するにあたり、入手できる情報が不十分なことがよくある。この場合、精神疾患と物質使用障害の両方が重要であるという前提で、両方の障害を統合してアセスメントおよび治療することを推奨する。時間が経つにつれ、精神疾患の症状が物質使用に起因することを示唆する情報を入手できることもある。その場合は、診断と治療を再検討する。

### ターニャの家族歴の評価

アルコール依存症とうつ病の両方に遺伝的要素が存在する。つまり、これらの病気は家族内で遺伝し、遺伝子構造が各病気に影響していることを意味する。アルコール依存症はターニャの家族内で遺伝しているように思われる。彼女の父親はリカバリー中のアルコー

ル依存症者で、娘はアルコールを乱用し始めている。

アルコール依存症者の子供がアルコール使用障害を発症する可能性は、非アルコール依存症者の子供の4倍高い。また、うつ病の親の子供は、気分障害を発症する可能性が高いと言われている。

家族に物質使用や精神障害の経験があるかどうかを確認することは、患者の障害を理解するために重要である。患者が気分障害について強い関連のある家族歴を持っている場合、気分障害を発症するリスクがある。患者がアルコール問題について強い関連のある家族歴を持っている場合、彼らもアルコール問題を抱えるリスクにさらされている。

家族によっては、複数の家族員が両方の障害を有している場合がある。ターニャの家族は問題を抱えており、そのため統合治療の専門家は、ターニャがこれらの障害に対する自分自身の脆弱性を理解するために、彼女と話をする必要があり。また、ターニャが自分の子供が物質使用や気分障害に対して脆弱であることや、これらの問題を防ぐ方法について学ぶことも重要である。

### アルコール問題がある場合に鎮静性睡眠導入剤を服用すべきか

鎮静作用や睡眠を誘発する薬は、催眠鎮静薬と呼ばれる。催眠鎮静薬は、クロナゼパムなどのベンゾジアゼピン系を含む化学的に多様な物質群で、不安や不眠を軽減するために処方される。催眠鎮静薬は、興奮や躁病の治療、遅発性ジスキネジア（異常な動き）やアカシジア（落ち着きのなさ）などの抗精神病薬の副作用を軽減するためにも処方される。

ターニャの事例は、薬とアルコール使用障害に関するいくつかの興味深い問題を提起している。ターニャと同様、アルコールや不安の問題を抱える人は、不安のために催眠鎮静薬（ベンゾジアゼピン系薬剤、クロナゼパムなど）を処方されることがよくある。この種の薬は、アルコールと同様に脳に作用するため（交差反応）、アルコールの問題が悪化し、乱用や依存につながる可能性がある。

特にベンゾジアゼピン系は、アルコールと同様に乱用されやすい傾向がある。催眠鎮静薬を一度常用すると、止めるときに不安の憎悪や離脱症状を経験するた

め、使用を中止することが困難となる場合がある。これは、クロナゼパムをなかなか止められないターニャに起こったことである。

重度の不安を抱える当事者には、ベンゾジアゼピン系薬剤の使用が必要になる場合がある。しかし専門家は、不安や行動の治療に非常に効果的な抗うつ薬を最初に試すべきだと考えている。ターニャの統合治療の専門家は、ターニャの処方者と話し合っ、代替薬を検討する必要がある。

### アルコール使用障害の当事者に対する薬物療法

ジスルフィラムは、アルコール使用障害の当事者の嗜癖行動を減らす可能性のある薬である。ジスルフィラムを服用中に飲酒すると非常に不快な身体反応を引き起こす。ジスルフィラムとアルコールの反応を経験することで、当事者の将来的な飲酒を抑止することができるかもしれない。

身体的反応に加え、この医薬品は当事者にとって飲酒に対する心理的な抑止力となる。ただし、この薬剤の効果を得るには、一定期間薬を服用する必要がある。この期間中は、服薬モニタリングなど、当事者が定期的に服薬することを促す支援を検討する。

ナルトレキソン（日本では未承認）およびアカンプロサートは、アルコールへの欲求を軽減することで、アルコールの使用量を減らすのに役立つ別の医薬品である。ジスルフィラムと同様、ナルトレキソンとアカンプロサートにも乱用の危険性はない。これらの薬を服用中に飲酒しても、当事者には何の症状もなく、危険にさらされないため、まだ飲酒中で、断酒を強く希望していない当事者にとって安全かつ適切な薬である。

## 大麻

大麻（マリファナ、ポット、ウィード、ハーブ、ハッシュとも呼ばれる）は、米国および他の国々で一般的に使用され、乱用されている違法物質である。大麻は、大麻草という植物の葉、茎、および花の頂部から生産され、広く栽培され、いくつかの形態で入手可能で、その強さはさまざまである。

最も一般的な形態は、大麻草の一部を乾燥させたものである。大麻は吸ったり食べたりすることで摂取す

る。ハシシ、またはハッシュは、雌株の花から生成される樹脂で、通常、乾燥させた形よりも効果は強力である。大麻草を化学物質で蒸留することで作られたハシシオイルはさらに強力となる。近年路上で売買されている大麻は、栽培および収穫技術の進歩により、かつてより効果はかなり強力となっている。

このセクションは、まず、統合失調感情障害で大麻を使用している青年コリーの事例を紹介する。事例を読んだ後、大麻がコリーの精神疾患に及ぼす影響について考え、彼のリカバリーに向けてどのように支援すればよいかを検討してほしい。

### コリーの事例

コリーは、統合失調感情障害および大麻依存症と診断された25歳の男性である。彼は15歳のときに高校の友人たちと大麻の吸引を始めた。コリーによると、大麻は常に自分をリラックスさせ、心地よい気分させてくれるという。

17歳のとき、コリーは最初の躁病のエピソードを経験した。彼は多幸感、力強さ、聡明さを感じ、睡眠や食事を忘れるほどだった。彼は、新しい戦闘機の計画について説明し、米国空軍がそれを購入して彼は有名な億万長者になると確信していた。コリーはこのエピソードが原因で入院することとなり、薬物療法を開始した。そして、フォローアップ治療のために、地域の地域精神保健センターを紹介された。ケースマネージャーと精神科医から診断を受けたものの、コリーは自分が精神疾患であることに納得しておらず、躁状態の時に経験した症状を覚えていなかった。

最初のエピソード以来、コリーは抗精神病薬の処方を受け入れたが、定期的には服用しなかった。彼は毎週ケースマネージャーを訪問し、人々が彼の新しい戦闘機的设计図を盗もうとしていることを心配していると話した。

彼は毎日大麻を吸い続け、リラックスするためには大麻が必要だと信じていた。以前は友人たちと一緒に大麻を吸っていたが、友人たちが自分を狙っていると感じるようになったので、自分のアパートで、一人で使用するようになった。コリーは、その後も躁病や精神病の症状のため何回か入院を繰り返した。

彼のケースマネージャーは、大麻の使用は、処方薬

を服用せずに入院に至ってしまうことと関係しているのではないかと示唆したが、彼はそれを否定し、大麻を吸い続けることが「自分自身でいること」であり、使用は続けると言った。

コリーの機能は着実に低下していった。高校を卒業することはできたが、仕事は長続きせず転々とし、その原因は集中力の低さと同僚との折り合いの悪さだった。彼は家族や友人からも孤立し、併存性障害のための統合治療を受けることになった。

当初、統合治療の専門家は、導入の手法と動機付けのための介入を行い、治療に参加するよう促した。やがてコリーは就労の専門家と就労に向けて動き出し、定期的に処方薬を服用するようになった。彼は本の出版社で安定した仕事をするようになった。大麻の使用もやめた。入院することも1年以上なかった。彼は戦闘機の話を出さなくなった。4年経った今も、彼は元気に過ごしている。自助グループへの参加を続け、3ヶ月ごとに精神科医の診察を受けている。

#### コリーの大麻使用による短期的な影響の理解

大麻の使用は、不安や妄想に陥ったり、また逆に幸福感やリラックス感、眠気をもたらしたりする。急性大麻中毒は以下のような症状を引き起こす：

- 食欲増進
- 運動能力の低下（車の運転等）
- 注意力、集中力、記憶力の低下
- 視覚の歪みと視覚情報の認識力の低下
- 時間感覚の歪み

多量の薬物使用は通常、妄想と不安につながる。急性症状は約3～4時間続く。

精神疾患を抱える人々が大麻で酩酊している様子は、より妄想的に見えたり、冷静に見えたりすることがある。注意力や集中力が低下するため、治療やその他の活動に参加できなくなることが多い。

大麻の使用は、たとえ少量であっても、急性精神病エピソードを引き起こし、しばしば入院を必要とし、短期間では容易に治らないことがある。コリーの場合、大麻を常用することで、家族や友人から孤立し、職場で問題を起こし、最終的に入院に至った。

大麻使用者は、大麻が心を落ち着かせ、眠りに導いてくれると認識しているため、その悪影響に気づけないことが多い。コリーのケースマネージャーが大麻使用と入院の関連性を最初に指摘したとき、コリーはその情報を受け入れなかった。

#### 大麻の耐性と離脱症状

継続的な大麻の多量使用は、耐性、生理的依存、および離脱症状が生じることを示すエビデンスはいくつか存在する。これらの影響については、他の薬物よりは深刻ではない場合があり、また、大麻は身体からゆっくりと排出されることから、やや議論の余地がある。

大麻の活性化学物質であるTHC（テトラヒドロカンナビノール）は血流に吸収され、すぐに脳に作用する。その後、THCは血液から脂肪細胞に吸収され、ゆっくりと血液に戻る。このため、体外に排出されるまでには数日から数週間かかる場合がある。したがって、典型的な「ハイな状態」は数時間以内に終わるが、THCは長時間にわたって低レベルで血流中に残る。

#### 解毒

大麻を常用すると、体内の大麻をすべて排出するのに約1ヶ月かかる。離脱症状が発生する場合には、次のような症状が通常現れる。

- 不眠症
- 不安
- 易怒性
- 大麻使用に関する考えと夢

大麻の多量使用からの離脱時に精神疾患の不安定化がみられることが考えられるが、離脱症状は通常軽度で危険ではない。医学的な治療は必要ないが、精神症状を経過観察し、物質の使用を避けるためのサポートを提供することが重要である。

#### 大麻使用の長期的な影響の検討

大麻の多量使用は、特に精神疾患の当事者にとって長期にわたりさまざまな困難を引き起こす可能性がある。大麻の悪影響には、医学的問題、精神症状の増悪、および機能的問題が含まれる。

## 医学的問題

長期的な大麻の使用は、健康にいくつかの悪影響を及ぼす。大麻の煙には、タバコの煙よりも多くのタールと癌の原因となる化学物質が含まれている。大麻の使用は、肺の損傷や癌に関連するほか、次のものにも関係する。

- 免疫機能障害
- 心臓の問題
- 生殖ホルモンの変化

## 精神症状の増悪

大麻の多量使用は、注意力、集中力、記憶力を低下させ認知機能を阻害する。当事者の大麻の長期使用は、次のような負の結果につながる。

- 再発
- 入院
- 機能低下
- 人生の目標に対する諦観

コリーの事例は、大麻の多用により精神症状が徐々に悪化していく様子を示している。大麻の定期的な使用が彼の妄想を助長させている。

## 機能的問題

アルコールの使用と同様、大麻の多量使用はストレスを引き起こす他の問題にしばしばつながる。大麻の定期的な使用者は、通常、社会的・職業的問題を経験する。大麻の使用は通常、特に下記の問題につながりやすい。

- 家族サポートの欠如と社会的孤立
- 問題行動
- 労働能力の欠如
- 治療を利用する能力の欠如

事例では、コリーは学校や仕事などの外での活動に対して興味を失っている。興味やモチベーションの喪失の原因は、大麻、精神疾患、あるいはその双方の組み合わせの可能性がある。

## 精神疾患と大麻の関係性の評価

当事者や家族は、物質使用により精神疾患の症状が始まることにしばしば気づき、その使用が精神障害を引き起こしたのではないかと考える。現在の研究では、物質使用が深刻な精神疾患を引き起こすわけではないが、脆弱性を持つ人々において疾患のエピソードを誘発する可能性があることが示唆されている。

当事者の生物学的な体質が、精神疾患の素因となっているため、症状は継続する。物質使用を停止したとしても、数ヶ月または数年単位で継続していた精神疾患の症状が治療せずに治ることはほとんどない。

## 精神刺激薬

中枢神経系刺激剤には、コカイン、覚醒剤（アンフェタミン）、その他多くの種類が存在する。精神刺激薬は、覚醒度を高め、エネルギーを増強し、食欲を減退させ、幸福感や多幸感を誘発するが、非常に依存性が高く、負の結果につながる可能性がある。

コカインは、特に都市部で頻繁に乱用されるストリートドラッグである。喫煙、吸入、注射などさまざまな使用形態がある。コカインの粉末は、鼻で吸うか、水と混ぜて注射して使用される。水と重炭酸ナトリウムと混合すると、固体の「rock(ロック)」になり、「crack(クラック)」として吸引される。高揚感は短く、数分から数時間である。

また、さまざまな覚醒剤（アンフェタミン、メタンフェタミンまたは「クリスタル・メス」を含む）も広く出回っている。覚醒剤は通常、経口または静脈内に摂取されるが、吸入、喫煙によることもある。覚醒剤による効果は12～24時間持続する。

エクスタシー、X、またはその他のさまざまな名前で知られるMDMAは、興奮作用と幻覚作用の両方を備えている。MDMAは、錠剤やカプセル、粉末などの形で経口摂取や吸入により使用され、効果は約8時間持続する。

その他の精神刺激薬には次のような処方薬や市販薬が含まれる。

- 注意欠陥障害の治療薬「メチルフェニデート」
- 減量に使用される「デキセドリン」
- 多くの風邪薬に含まれる成分「エフェドリン」

これらの薬を推奨量よりも多く使用すると、コカインや覚醒剤と同様の効果が得られる。カフェインも精神刺激薬の一種であり、非常に多量に使用すると、同様の効果をもたらす可能性がある。

統計学的に、コカイン使用者は若い男性が多く複数の物質に依存する傾向がある。精神刺激薬は、アルコール、オピオイド、大麻、催眠鎮静薬などの鎮静物質と一緒に使用されるのが一般的である。また、興奮や離脱症状をコントロールするために、鎮静物質を用いることもある。

このセクションは、統合失調感情障害とコカイン依存症と診断された青年ホセの事例から始める。事例を読んだ後、精神刺激薬の使用がホセの精神疾患と治療の経過にどのような影響を与えたかを検討してほしい。ホセにどのような支援が必要だろうか。

### ホセの事例

ホセは25歳のプエルトリコ系アメリカ人で、両親、妹、叔母と一緒に住んでいる。彼は流暢な英語を話すが、家族や友人とはスペイン語でコミュニケーションを取っている。彼は18歳の高校3年生の時に統合失調感情障害、うつ病、コカイン依存症と診断された。当時、アルコールを飲んでクラックコカインを喫煙した後、ホセは強い抑うつ気分となり、「死ね」という幻聴を聞いた。彼は1ヶ月間強制的に入院となり、退院後学校を中退した。

ホセは地元の精神保健センターを紹介され、そこでのアセスメントの後、スペイン語を話せない白人のケースマネージャーが担当となった。ホセは物質使用のグループも紹介されたが、参加しなかった。彼は、ケースマネージャーについて、「白人にしては」悪くない担当だと思ったが、彼にとっては精神保健センターに行くよりも公園でバスケットボールをしたり、友達と遊んだりすることが大事だった。コカインが抑うつ状態の彼を助けてくれたし、それを使用することは問題ではないと語った。

ケースマネージャーの助けを借りて、ホセは障害による所得補償を得た。彼はその収入と家族からの借金を使ってコカインを買った。彼のコカイン使用は家族に混乱をもたらした。ほとんどの時間を公園で友人とクラックを吸ったり、両親のアパートから通りを隔てたバーで酒を飲んだりして過ごした。

日常的な幻聴と周期的に訪れる抑うつ状態により、ホセは何度か入院した。ホセのケースマネージャーと精神科医は、彼の病気と物質使用障害を非常に心配していたため、通訳を雇いホセの両親を治療プロセスに参加させた。

ホセの両親は、彼が退院したら家に戻って一緒に暮らしたいと思っていた。ホセが薬物を使用するのを止めさせれば、すべてうまくいくと確信していた。ホセの父親は大酒家で、コカインの使用についてはホセと口論になるが、飲酒については何も言わなかった。

ホセの治療チームは、ホセと彼の両親と数回話し合った後、金銭管理を目的とした後見人を立てることで合意した。後見人によって、所得補償のお金が適切なものに使われ、コカインに利用されていないことの確認がなされるようになった。ホセのコカイン使用は減少した。しかし、彼はもっとお金を欲しがらなくなり、行きつけのバーの隣の路地でコカインを販売し始めた。結果、ホセは逮捕され、3ヶ月の服役に至った。

### ホセの精神刺激薬使用の短期的な影響の理解

精神刺激薬は、少量では覚醒度やエネルギーを高め、食欲を抑え、幸福感や多幸感を誘発する。高用量では、次のような感情を引き起こす：

- 多幸感
- 過剰に敏感な知覚
- 過剰な性欲亢進
- 過剰な警戒心
- 動揺や興奮
- 不眠

精神刺激薬使用者は一般的に、思考や言葉が乱れることがある。不安、イライラや、精神病が起こることもある。しかし、コカインの高揚感は急速に失われ、多くの場合、うつ病のサイクルに陥り、何時間も繰り返し使用することになる。メタンフェタミンを使用すると、これと同じサイクルが何日も続くことがある。

MDMAの場合、筋肉のこわばり、痛み、痙攣、そして体温上昇および錯乱などが見られる。MDMAを長期間にわたって多量に使用すると、認知的な問題が発生し、それが永続的に続く可能性がある。

精神刺激薬を非常に多量に摂取した場合、混乱、見

当識障害、発作、脳卒中、心臓発作が発生する可能性がある。吸入や静脈内使用では、心筋梗塞による突然死などの危険な反応が起こりやすくなる。

精神疾患の当事者にとっては、精神刺激薬を短時間または時々使用するだけでも、精神症状の誘発、悪化、あるいは大きな再発の可能性を高める。躁状態あるいは精神疾患のエピソードは、しばしば精神刺激薬の使用によって開始される。うつ病は精神刺激薬の使用サイクルによって悪化する。

ホセの事例の中で、彼は飲酒しクラックコカインを吸った直後に入院している。しかし、ホセはコカインが抑うつ状態を和らげるものであり、コカイン使用は問題ではないと信じて使用していた。

ホセの統合治療の専門家として、コカイン使用が彼に短期的にどのように影響を及ぼすかをアセスメントしてほしい。ホセはコカイン使用前、使用中、使用後にどのように感じていたか検討する。

### 精神刺激薬の耐性と離脱症状

一般的な精神刺激薬やコカインは、多幸感が急速に発現し、その後すぐに作用が失われるため、依存性が高い。人々は、高揚感を持続させ、虚脱感を回避するために、しばしば薬物を繰り返し使用する。

繰り返し使用することで、薬物に対する耐性や効果の減退が生じ、その後、さらに多くの量を使用するようになる。このようなパターンは、急速にアディクションにつながる可能性がある。アルコールは通常、何年もかけてアディクションに移行するが、コカインの場合には数週間から数ヶ月で移行する。

精神刺激薬の多量使用を止めると、一般的に離脱症状が起こる。精神刺激薬からの離脱は、次の3つの段階で発生する。

- 第一段階は、「crash (クラッシュ)」という抑うつ感、動揺、激しい渴望感を伴う段階である
- 数日のうちにやってくる第二段階では、疲労感、気力の低下、および関心の低下を経験する
- 数週間から数ヶ月後の第三段階では、エピソード的な激しい渴望を経験することがある

### 精神刺激薬使用の長期的な影響の検討

精神刺激薬の多量使用は、特に精神疾患の当事者にとって、長期にわたってさまざまな困難を引き起こす可能性がある。精神刺激薬使用の悪影響には、医学的問題、精神症状の増悪、および機能的問題が含まれる。

### 医学的問題

精神刺激薬を使用する人は、さまざまな理由で感染症にかかるリスクが高くなる。肝炎やAIDSなどの感染症は、感染した血液や性液との接触により感染する。薬物を吸引するストローを共有することで、感染することもある。

精神刺激薬を長期間使用し耐性を得ると、渴望を満たすために静脈内使用（点滴または注射）などのより強力な薬物投与経路を求める可能性が高い。また、注射針の共有は感染症リスクを高める。さらに、精神刺激薬の多幸感から安全でない性行動をとることが多く、精神刺激薬使用者は感染症にかかりやすくなっている。

### 精神症状の増悪

精神疾患の当事者にとって、精神刺激薬の使用は、ほとんどの精神症状を引き起こしたり悪化させたりする可能性があるため、総じて危険である。断続的または中程度の精神刺激薬の使用でさえ、重度の精神疾患を抱える人々の症状を悪化させる可能性がある。

ホセの事例では、彼の妄想とそれに関連した思考、抑うつ、自殺念慮は、思春期から絡み合っていた。本人は認識していないが、ケースマネージャーは、ホセの精神症状が、物質を積極的に使用している時期よりも、使用していない時の方が軽いことを確認している。

### 機能的問題

定義上、アディクションは、薬物の入手と使用への執着が強まることを意味する。長期的なアディクションは、多くの場合、薬物の購入資金を得るための犯罪行為につながり、潜在的には刑事司法制度へつながることになる。

ホセのような併存性障害を持つ当事者は、特に薬物関連の行動で逮捕され、服役する傾向がある。服役は、ほとんどの場合当事者にとって負の経験であり、彼らは受刑中十分な治療が受けられないことが多い。

事例では、ホセは所得補償を利用してコカインを購入していた。彼のケースマネージャーと精神科医は後見人を求めた。裁判官は、ホセが自分で金銭管理をすることができないことに同意し、後見人を認めた。

これは、臨床的な問題ではなく、法的な問題であることに注意する必要がある。障害者向けの所得補償を管理できない人（例えば、食料や住居ではなく薬物にお金を使ってしまう人）は、補償の支払いを直接受け取ることができず、裁判所が適切な後見人を決定しなければならない旨法律で定められている。

ホセのケースマネージャーは、金銭を管理し、コカインとアルコールを入手できないようにすることで彼がクリーンでいられるサポートをしようと考えた。この方針は短期的には有効であったようだが、長期的にはそうではなかった。確かにホセは金銭が自由に使えなくなると薬物使用を減らしたが、薬物の販売を開始し、結果、刑務所に入ることになった。

金銭の代理受理や、その他本人の自発的でない形での介入支援は議論の余地がある。ほとんどの統合治療の専門家は、当事者が自発的に金銭管理できるよう支援することが望ましいと考えている。

ホセの統合治療の専門家として、ホセが刑罰ではなく治療を受けられるようにするため、裁判所と連携し、受刑から治療へと転換させる必要がある。また、服役中のホセのような当事者をアドボケートするためには、地域の法執行機関における精神保健従事者との関係を構築する必要がある。当事者を服役から転換させるための方法には、裁判所命令による治療への参加が含まれ、治療への動機付けを向上させ、行動変容を促進することができる。

## 文化的多様性の理解

この事例のもう1つの興味深い側面は、ホセのヒスパニック系としての背景である。多くの当事者は、同じ文化的背景を持つ専門家に担当してほしいと考えている。多くの場合、それは難しい話である。しかし、統合治療の専門家が、当事者の生活文化を理解し、その情報を自分の取り組みに生かすよう努めることが重要である。

バイリンガルのスタッフを雇用することが望ましいが、できない場合は、英語を話せない当事者とコミュ

ニケーションを取るために通訳が必要になる場合がある。通訳の最も効果的な使い方を学ぶために、研修に参加することを検討してほしい。当事者の文化、人種、性別、性的指向、年齢層、家族、ソーシャルネットワークは、彼らのアイデンティティの重要な部分である。統合治療の専門家は、これらの問題がそれぞれの当事者にとって何を意味しているのかを理解することで、最も効果的な治療を行うことができる。例えば、ホセの場合であれば、彼がヒスパニックの伝統、友人関係、家族関係をどのように経験してきたかを理解することは、彼のリカバリーへの道を見出すために不可欠である。

## アヘンとオピオイド

アヘンとは、モルヒネとコデイン（ケシの一種から採れるアヘン中に自然に存在する）を指す。同様の合成医薬品はオピオイドと呼ばれる。医師は、痛みを治療するために、モルヒネ、コデイン、オキシコンチンなどのこれらの物質の一部を処方する。また、ヘロインなど、非医療用として違法に製造されるものもある。

これらの種類の薬はすべて、気分、動機、痛み、ストレス、呼吸、および他の多くの身体機能に幅広い影響を及ぼす。人体はもともと、痛みに耐え、ストレスに対処し、喜びを感じるのを助けるエンドルフィンと呼ばれる類似の物質を作る。

これらの薬物の一部は、依存のリスクが最小限である場合に、医療上の理由から処方され使用されるが、医学的指導なしに非医療目的で使用される場合、依存のリスクははるかに大きくなる。アディクションの傾向は、一部は遺伝的であり、一部は心理的、社会的、環境的要因に関連する。

処方されたアヘンやオピオイドの乱用に関する危険信号としては次のものがある。

- 処方の期間前に薬を使い切ってしまう
- 医薬品を要求すること
- 他の医師や救急病院から追加の処方箋を入手すること

処方薬を乱用する人々はそれらを違法に売買することもある。

このセクションは、ジェーンの事例から始める。

ジェーンは統合失調症であり、ヘロインに依存している。事例を読んだ後、ジェーンのアヘン使用の影響を検討する。この事例の後に、アヘンが身体に及ぼす短期的および長期的な影響と、当事者への影響について説明する。治療の具体的な一例として、オピオイドアゴニスト療法についても簡単に説明する。

## ジェーンの事例

ジェーンは、統合失調症および多剤乱用の当事者で、離婚歴のある無職の35歳の女性である。18歳のとき、ジェーンはテレビの中の人々が彼女に話しかけ、万引きや自傷行為などをするように命じていると考え、精神科の治療を受けた。治療を開始した時点で、彼女はアルコール、大麻、ニコチンを乱用していた。

ジェーンは高校を卒業後、20歳までオフィス清掃員として働いた。治療の最初の2年間で、彼女は3回入院した。

彼女は3回目の入院中に会った男性と結婚し、長女のジェニファーを授かった。ジェニファーは現在16歳で、里親と生活している。妊娠中および妊娠後、ジェーンは断酒・断薬し、すべての薬物検査に参加し、再発予防グループの積極的なメンバーであった。

ジェーンは22歳のときに離婚した。彼女と娘は両親の家に戻った。自動車事故と手術の後、ジェーンは麻薬性鎮痛剤を処方され、彼女はそれを頻繁に使用するようになった。

彼女は精神科の治療をやめ、昔の友人と大麻の吸引や飲酒を再開した。新しい交際相手からヘロインを勧められ、彼女はそれを定期的に使用するようになった。

徐々に、彼女の妄想が再発するようになった。彼女は易怒的で攻撃的になったり、引きこもって妄想に陥ったりすることが交互に起こるようになった。アラノンのサポートグループに定期的に参加していた彼女の両親は、彼女に家から出ていくように伝え、娘の親権を引き取った。

ジェーンは薬物を使用する友人と同居し、万引きや薬物と引き換えにセックスをするようになった。彼女の友人は町を去り、交際相手は姿を消し、彼女は見知らぬ人の家に泊まるようになり、時には路上で生活するようになった。彼女はスタッフを脅したため、ホー

ムレスのシェルターから追い出された。

彼女は後に薬物所持と売春で何度も逮捕され、33歳で治療のために警察からクリニックに紹介された。

ジェーンは治療を望まないと言ったが、包括型地域生活支援プログラムのチームを紹介された。数ヶ月間、チームメンバーは、路上で生活していた彼女と会い、親交を深めた。また、彼女が服や食べ物を手に入れられるよう支援した。

この間、ジェーンは再び妊娠したのではないかと心配になり、彼女のケースマネージャーは医師の予約を手伝った。妊娠とHIVへの感染を知ったとき、ジェーンは非常に妄想的になり強制入院となった。病院で、彼女はHIVと精神疾患の治療薬を服用し始めた。

数週間の入院後、ジェーンの妄想は落ち着き、思考が整理されるようになった。彼女は自分の赤ちゃんを心配し、精神保健センターと提携している援助付き一時滞在住宅に入居することに同意した。入居条件の1つは、薬物を使用しないことだった。彼女は、規則を守るためだけでなく、赤ちゃんを傷つけないという思いから、物質の使用を止めることに同意した。

ジェーンはその後2年間、チームと集中的に治療に取り組んだ。母親も彼女の治療に関与するようになった。

ジェーンと彼女の母親は、ジェーンが援助付き住宅に住んでいる間は、赤ちゃんはジェーンの両親と暮らすことにした。彼女は午前中、治療に参加し、午後には赤ちゃんの世話をした。彼女の母親は、夕食時の服薬を忘れないよう支援した。ジェーンは、継続する妄想に苦労したが、家族とは適切に交流することができた。彼女が治療薬を服用し続けている間、HIVは安定していた。

## アヘン使用の短期的な影響の理解

アヘンで酩酊すると、不安から解放され、「興奮」や「スリル」のような快感が得られ、より長く続くリラックスした、穏やかで落ち着く状態である「high (ハイ)」をもたらす。薬物を血中に注入すると、口から摂取する場合よりも早く効果が現れる。アヘンの中には、他の薬物よりも効果が現れるのが遅く、「興奮」を引き起こしにくいものもある。

アヘンを使用すると、通常、落ち着いているか、眠そうに見えるように見える。瞳孔が収縮したり、小さくなったりする。注意力が散漫になり、通常の活動に参加できなくなることもある。ハイな状態から覚めると、不安、焦燥感、抑うつ状態になることが多い。時には、他の離脱症状を経験することもある。

いくつかの要因の組み合わせにより、アヘンとオピオイドは非常に危険な状態になることがある。ストリートドラッグの純度は非常にばらつきがある。これらの薬物を多量に摂取したり、非常に濃度の高い品種を摂取したりすると、脳の呼吸中枢を抑制してしまう。

アヘンやオピオイドを使用している人のほとんどは、他の薬物も同時に乱用している。そのため、偶発的な過剰摂取はよくあることで、昏睡や死に至ることもある。これらの薬物の作用を遮断する薬は、過剰摂取に伴う重篤な問題を防ぐために、救急室での治療に使用されている。

### アヘンの耐性と離脱症状

医師の関与なしにアヘンを常用する人は、これらの物質の特性から、乱用や依存を生じる可能性が高い。アヘンやオピオイドの離脱症状には、以下のようなものがある。

- 痛覚の亢進
- 不快な気分
- 不安
- 筋肉や骨の痛み
- 脊髄反射によるキックする動き
- 過活動
- 瞳孔の拡張
- 胃の痙攣
- 下痢
- 欠伸
- 発汗
- 流涙

当事者がこれらの薬剤を常用すると、離脱時の不快な症状を避けるために継続して使用することが多い。

### 解毒

離脱症状は非常に不快であり、渴望が激しいため、アヘンの解毒は非常に困難な場合がある。この過程で

症状の重さを軽減するために、医学的な治療が行われることが多い。また、ヘロインやモルヒネなどのアヘン系薬物の効果を阻害するために、ナルトレキソンが処方されることもある。ナルトレキソンは、解毒の完了後のアヘン乱用者または依存症者の治療に使用することもできる。

### オピオイドアゴニスト療法

オピオイドアゴニスト療法（以前はメサドン維持療法と呼ばれていた）は、アヘンやオピオイドに対する慢性的なアディクションに特化した治療法であり、標準的で幅広い支持を得ている。この治療法では、離脱症状を予防する薬が定期的に処方される。

オピオイドアゴニスト療法では、ヘロインやオピオイド、アヘン系の鎮痛薬と同じ体内の化学受容体に付着する薬を使用する。メサドンは長年使用されており、ブプレノルフィンとL-  $\alpha$ -アセチルメタロール (LAAM) という他の2つの薬が、メサドンの最近の代替薬となっている。ブプレノルフィンは、その化学作用から、メサドンよりも乱用の可能性が低いかもしれない。LAAMはより長く作用するため、毎日服用するメサドンとは対照的に、週3回の服用で足りる。

オピオイドアゴニスト療法は、違法薬物使用や薬物を入手するための窃盗や売春などの危険な行為を減らし、静脈内薬物使用に伴う重篤な医療問題（HIVや肝炎）のリスクも低減させる。オピオイドアゴニスト療法がカウンセリング、ケースマネジメント、その他の福祉サービスと併用されることで、当事者の住居問題、人間関係、仕事などさまざまな状況が改善される。オピオイドアゴニスト療法は、アヘン使用障害のある人を対象に広く研究されているが、重度の精神疾患のある人を対象にした研究は行われていない。

すべての州では、オピオイドアゴニスト療法の認可と規制のためのプロセスを開発している。詳細については、物質依存・精神保健サービス局 (SAMHSA) のウェブサイト ([www.dpt.samhsa.gov](http://www.dpt.samhsa.gov)) を参照するか、各州の物質乱用当局に問い合わせしてほしい。

### アヘンの長期的な影響の理解

アルコール、大麻、精神刺激薬とは異なり、アヘンはすぐに精神疾患を不安定化させる傾向はない。しかし、アヘンの使用は、医学的な問題、精神疾患の症状

の憎悪、機能的な問題など、当事者にとって多くの長期的なリスクと関連している。

精神刺激薬使用者と同様に、アヘン薬を使用する当事者は、静脈内麻薬使用に関連した医学的問題を経験する。一般的な健康問題には、次のセクションで説明するHIVや肝炎などの感染症が含まれる。

精神疾患の当事者は、精神疾患のない人よりも、物質を使用する際に問題を抱えやすい。長期的にアヘンを使用する当事者は、薬物を求める行動や薬物を使用する行動に集中するために、日常の活動を減らしたり、放棄したりすることが多い。例えば、アヘンを入手することに没頭するようになった当事者は、手に入れるために、医師に処方箋を求めたり、盗みをしたり、危険な性行為や違法行為に及んだりすることがある。

事例が示すように、当事者は精神疾患をコントロールし、基本的なニーズを満たし、満足のいく生活環境を維持し、労働者、配偶者、親などの一般的に求められる成人の役割を果たすために、あらゆる資源を必要としている。物質の使用により、ジェーンはすぐに壊滅的な状況に陥った。彼女は自分自身の世話をしたり、治療薬を飲んだり、その他の治療活動に参加したりすることに対する興味を失ってしまった。このようにして、ジェーンの物質使用は精神疾患の症状を悪化させていった。

ジェーンは物質を使用していない時はそれなりにうまくやっているが、使用すると、自分や子供の面倒を見たり、病状をコントロールしたり、日常生活を送ったり、命に関わるような状況や病気を避けることさえ完全にできなくなってしまった。

## 感染症

B型肝炎、C型肝炎、ヒト免疫不全（HIV）ウイルスは、病気を引き起こす細菌であり、人から人へと簡単に感染する可能性がある。どの病気も深刻で、人の健康と幸福を害し、生命を脅かす病気になる可能性がある。

このセクションでは、3つの一般的だが危険なウイルスによる感染症について説明する。ここでは下記について説明する。

- 感染症はどれくらい一般的か
- ウイルスとはどのようなもので、どのように人に感

染するのか

- その病気について検査を受けるべきか
- 疾患の治療法
- 誰が感染している場合、どのようにその拡散を防止するか

### 感染症はどれくらい一般的か

感染症は、場所と年によってより多く発生している。2001年には、米国では約20人に1人（5%）がB型肝炎ウイルスに感染しており、約50人に1人（2%）がC型肝炎ウイルスに感染している。HIVの感染率は低く、約200人に1人（0.5%）がHIVに感染している。

併存性障害の当事者は、障害のない人や障害が1つしかない人に比べて、感染症にかかる可能性がかなり高いと言われている。障害を併発している人のうち、ほぼ4人に1人（25%）がB型肝炎ウイルス、約5人に1人（20%）がC型肝炎ウイルス、約25人に1人（4%）がHIVに感染している。

### 肝炎とはなにか

肝炎は、消化管の一部である肝臓の病気である。肝臓は、有害物質をろ過し、体のためのタンパク質を作り、ビタミン、ミネラル、炭水化物を貯蔵する働きがある。人が生きていくためには、肝臓が機能している必要がある。

肝炎にかかると、肝臓がウイルスに感染して腫れたり、炎症を起こしたりする。肝炎になるには何年もかかるが、この病気はより深刻な肝障害や死を引き起こす可能性がある。

問題としては以下のようなものがある。

- 肝硬変（血液の流れが悪くなる肝臓の恒久的な瘢痕化）
- 肝不全（肝臓の機能不全）
- 肝臓がん（がん細胞による肝臓への攻撃）

肝炎ウイルスには多くの種類が存在するが、最も深刻なのはB型肝炎とC型肝炎である。B型肝炎やC型肝炎への感染予防や、感染してしまった場合の対処が肝障害や死を防ぐために重要となる。

### 感染症にかかる危険因子

- 注射針を他人と共有すること
- コカイン、アンフェタミン、ヘロインを吸入するストローを他人と共有すること
- 多くのパートナーやよく知らない人と無防備な（コンドーム無しの）セックスをすること
- 1992年以前（B型肝炎ウイルスまたはC型肝炎ウイルスの場合）または1985年以前（HIVの場合）に、感染源からの輸血、血液透析、または臓器移植を受けたこと
- 適切に滅菌されていない針を使用したタトゥーやボディピアス
- カミソリ、歯ブラシ、爪やすり、爪切りなどの身の回りのものを他人と共有すること
- 感染症の母親から生まれたこと

B型肝炎、C型肝炎、HIVは、虫刺されやキス、ハグ、公衆便座の使用などでは感染しない。感染は、感染者の体液に直接接触することで起こる。

#### HIVとエイズとはなにか

HIVは、Tヘルパー細胞やCD4細胞と呼ばれる体内の特殊な白血球を攻撃して破壊するウイルスである。これらのTヘルパー細胞は免疫システムの一部であり、体が感染症と闘い、健康を維持するのを助けている。HIVがこれらの細胞を破壊すると、免疫系が破壊され、感染症と闘うことができなくなる。通常は軽度の感染症が重症化し、重篤な状態に陥り、死に至ることもある。

後天性免疫不全症候群（AIDS）は、HIVウイルスが免疫系を破壊し、感染症に対抗できなくなった後に発症する病気である。

#### 肝炎ウイルスやHIVはどのように拡散するのか

これらのウイルスは、感染した血液や体液に触れることで、人から人へと感染する。感染者の血液が、感染していない者の血流に入ることによって感染が起こる。また、HIVウイルスやB型肝炎ウイルスは、感染者が感染していない者と無防備なセックスをしたときに、その性液（精液や膣分泌液など）を介して感染することもある。

C型肝炎は性液を介して他人に感染する可能性はかなり低いですが、場合によっては感染する可能性がある。コラムで、感染症の感染経路をいくつか紹介する。こ

の情報を当事者と一緒に確認し、感染症にかかるリスクを最小限に抑えるためにはどうすればよいかを話し合ってもらいたい。

#### B型肝炎、C型肝炎、HIVの検査とは何か

これらのウイルスに感染しても、ほとんどの人は、ウイルスに感染してからかなりの時間が経過するまで、自覚症状がない。中には、全く症状が出ない人もいる。したがって、B型肝炎、C型肝炎、またはHIVに感染しているかどうかを知るためには、血液検査を受けなければならない。

前掲の危険因子のいずれかに該当する人は、検査を受けるべきである。併存性障害を持つ当事者はリスクが高いので、6ヶ月ごとに血液検査を行い、感染しているかどうかを確認する必要がある。

#### これらの病気をどのように予防し治療するか

B型肝炎ウイルスにまだ感染していない当事者には、ワクチンを接種を勧める。B型肝炎ワクチンは安全であり、入手可能であることを当事者に伝える。このワクチンは、数ヶ月間にわたって3回の注射を行う。

B型肝炎ウイルスに感染しても、ほとんどの人は自然治癒する。しかし、約10人に1人は、ウイルスに感染して何年も経ってから慢性的な病気になることがある。慢性B型肝炎ウイルスに感染した人は、感染症と闘う体の能力を高める薬による治療で改善する可能性がある。これらの薬は、16週間の間、一連の筋肉注射と毎日服用する錠剤で投与される。

B型肝炎の慢性疾患を持っている人がA型肝炎という別のウイルスに感染してしまうと、劇症肝炎を発症することがある。劇症肝炎は、死に至る可能性がある非常に重い病気である。これを防ぐためには、B型肝炎ウイルスに感染した人は、A型肝炎ワクチンの予防接種を受けなければならない。現在、すべての子供たちは、A型肝炎とB型肝炎のワクチン接種を受けている。

B型肝炎とは異なり、C型肝炎ウイルスに感染しないようにするワクチンはない。また、B型肝炎ウイルスとは異なり、C型肝炎ウイルスに感染したほとんどの人（85%）は、治療を受けない限り、生涯にわたってウイルスを保有する。これは、慢性のC型肝炎感染症と呼ばれ、何年もの期間にわたって非常に深刻な病気を引き起こす可能性がある。

C型肝炎には治療薬が有効である。週1回の筋肉注射と毎日の経口薬の内服を最長で1年間行う。これらの治療を終えると、多くの人がC型肝炎ウイルス感染から完全に解放される。C型肝炎ウイルスの治療は、インフルエンザのような症状やうつ病などの重篤な副作用を引き起こす可能性があるため、医師は、ウイルス性疾患がどの程度肝臓に影響を与えているかによって、C型肝炎患者の治療を決定している。

B型肝炎ウイルスと同様に、C型肝炎ウイルスに感染している人がA型肝炎ウイルスに感染すると、劇症肝炎という致命的な病気を発症する可能性がある。A型肝炎のワクチンを接種することで、これを防ぐことができる。慢性のC型肝炎を持っている人は、A型肝炎ワクチンを接種する必要がある。

HIVやAIDSのワクチンや治療法は存在しない。しかし、薬によって病気の進行を遅らせることができる。さらに、HIVやAIDSのために、より効果が期待できる新しい薬の開発・治験がなされている。

#### 当事者が自分自身をケアするための支援

これらのいずれかのウイルスに感染している当事者の支援をする場合は、自身の健康管理に気を付けるよう促す。肝炎は肝臓に害を与え、アルコールは肝臓に毒性があるため、B型肝炎ウイルスやC型肝炎ウイルスに感染している人は、アルコールを飲まないようにしなければならない。

B型肝炎、C型肝炎、およびHIVに罹患している人は、セルフケアのために他の手段を取ることができる。まず当事者は、これらの疾患の治療を専門とする医療機関を受診し、治療方法について相談する必要がある。その専門家とパートナーを組み、自分の健康状態を把握し、薬を処方通りに服用し、十分な休息を取り、健康的な食事をする方法を学ぶことが求められる。

#### 肝炎とHIVの感染・拡散を防ぐために

- 静脈注射による薬物を使用しない
- 薬物をやめられない場合、注射針を他人と共有しない
- パートナーが検査を受け、感染症にかかっていないことが確認できない限り、性交渉はしない
- 性的関係を持つときは、必ずラテックス製のコンドームを使用する

- カミソリ、歯ブラシ、爪やすり、爪切りなど、身の回りのものを他人と共有しない

#### 感染症の感染・拡大を防ぐために

感染症にかかったり、他人に感染を広げたりしないようにする方法を学ぶよう、当事者に促す。感染症にかからないためには、感染している人の体液に触れないようにする必要がある。体液との接触を避ける方法については、リストを参照してほしい。

感染症の拡大に関連した行動の多くは物質使用の状況で起こるため、効果的な併存性障害の治療は、これらの致命的な病気の広がりを減らすことにつながる。

検査、予防接種、リスク軽減のためのカウンセリングを当事者に提供することは、併存性障害の治療において重要である。

**演習：物質使用の短期的および長期的影響をについて振り返る**

下記の物質使用の短期および長期的影響について話し合う。

	Short-term Effects 短期的影響	Long-term Effects 長期的影響
Alcohol アルコール		
Cannabis 大麻		
Stimulants 精神刺激薬		
Opiates and opioids アヘンとオピオイド		

## 演習：課題に取り組む

B型肝炎、C型肝炎とH I Vについて提供された基本的な情報を確認する。研修グループから2名を選び、当事者役と統合治療の専門家役を演じてもらう。統合治療の専門家が、これらの感染症に関する情報を当事者とどのように共有するかをロールプレイする。

## テーマ3：治療の段階と中心となるプロセス

### 進行役とプログラム管理者への注意事項

#### テーマ3の準備

- テーマ3をワークブックからコピーする。自分用はワークブックにある。ツールキットのCD-ROMからも印刷できる
- 研修参加者に資料を配布し、事前に読んでもらう
- 次の演習資料を印刷する
  - ◇併存性障害の当事者を特定する
  - ◇アセスメントと治療計画書を見直す

これらはグループ研修が始まるまで配布しないこと。自分用はワークブックにある。ツールキットのCD-ROMからも印刷できる。

- 以下について、所属機関の書式を印刷する
  - ◇併存性障害のスクリーニング
  - ◇当事者に対する統合治療プログラムの紹介
  - ◇統合アセスメントの実施
  - ◇統合治療計画の策定
  - ◇所属機関が作成した運営方針および実施手順（例えば、サービス開始・終了基準およびアセスメント、併存性障害の診断、統合治療計画の方針および手順など）

これらは、グループ研修が始まるまで配布しないこと。統合治療プログラムのための書式作成については、「プログラム作成の手引き」の章を参照。注：所属機関が運営方針と実施手順の策定をまだ終えていない場合は、策定が完了するまで、この部分の研修の延期を検討する。

### 3回目の研修セッションの実施

- 研修を行う際には、「現場スタッフの育成」の以下の部分を視聴する。デモンストレーションビデオ（約25分）

- ◇全体像
- ◇変化のステージと治療のステージ
- ◇導入段階での介入
- ◇アセスメント

- テーマ3のビデオと内容について話し合う

一問ずつ演習資料とそれに対応する書式、運営方針、実施手順を配布し、グループで確認する。



## 現場スタッフの育成

### テーマ3：治療の段階と中心となるプロセス

併存性障害を抱える多くの当事者にとって、安定した寛解または断酒・断薬を達成するためには、時間をかけて何度も試みる必要があるが、ほとんどの人はリカバリーを達成している。本テーマでは、変化のさまざまな段階と、各段階で役立つ治療の種類について説明する。治療のさまざまな段階にある当事者の治療参画を促し、統合的なアセスメントを行い、統合治療計画を作成するための実践的な技能が提示されている。

#### 変化の起こり方

変化とは、すぐに、あるいは簡単に起こるものではない。あなた自身の行動の中で最後に行った大きな変化について考えてみてほしい。運動習慣を身につけること、人間関係で他の人との関わり方を変えること、ダイエットなどを例に挙げるとどうだろうか。

タバコは、多くの人がやめようとする一般的な依存性のある習慣なので、良い例である。もしあなたが喫煙者だった場合（または喫煙者だった友人がいた場合）、それがあなたにとって問題かもしれないと考えるまで、どのくらいの期間喫煙していただろう？

その時点から、喫煙が本当に問題であり、止めるべきだと判断するまでにどれくらいの時間がかかっただろうか？このプロセスに何年もかかったかもしれない。

そこから計画を立てるまでにどれくらいの時間がかかっただろうか？実際にやめようとするまでどのくらいの時間がかかっただろうか？この部分は数週間から数ヶ月かかったかもしれない。

禁煙に成功した場合、完全に成功するまでに何回トライしたか？一度禁煙した後、再び喫煙しないようにするために何をしたか？

ほとんどの人は、行動を変えようとしているときに再発する。今まで、禁煙をしていたにもかかわらずタバコを再開してしまったことはあるだろうか？その後、また同じプロセスを繰り返したか？喫煙や物質使用を止めるのに、何段階ものステップを踏んで、長い時間がかかる理由がお分かりいただけるだろう。

物質使用障害からリカバリーする際にも、当事者は段階的なプロセスを経る。

最初の無関心期では、家族や友人が物質使用を認識していても、自分の物質使用が問題であることを認識していないことが多い。この段階では、彼らはまだ変化の必要性を考えていない。

物質使用が潜在的な問題であることを認識するようになると、関心期に入る。この段階では、自分の行動と変化の可能性について考える。

変わることを決めると、準備期に入る。変化することを決意し、物質を減らすか使用を止めるための計画を練るようになる。

行動期では、彼らは自分の計画を使って変わろうとする。成功するまでに何度もトライすることもある。

最後に、維持期では、使用しない状態を維持するための方策を用いる。

## 治療の段階

変化の段階とは、内部的なプロセスを指す。統合治療の専門家として、このプロセスを正確に観察したり評価したりすることは難しい。しかし、当事者が変化

していく過程で、治療システムと特徴的な関わり方を提供する傾向があり、異なる段階で異なる介入を提供する必要がある。例えば、当事者が自分の行動を問題と考える前に役に立つと感じることは、実際に使用を止める準備ができたときや使用をやめた後に役に立つと感じることとは異なる。

治療の段階は、リカバリーの各段階において、当事者の助けとなることが判明している治療法を示している。この図は、治療の段階と変化の段階がどのように対応しているかを記載したものである。

変化の段階	治療の段階
1. 無関心期	- 導入
2. 関心期	- 説得
3. 準備期	- 説得
4. 実行期	- 積極的治療
5. 維持期	- 再発予防

## 導入段階

導入段階とは、当事者と統合治療の専門家が何の関係もない段階である。この段階では、当事者は通常、物質使用や精神疾患の症状を問題とは考えていない。したがってここでは、当事者が併存性障害の統合治療に参加するように支援する。

健康や経済的な問題などの差し迫った課題に直面している当事者に対して、有益な働きかけや実用的な援助を提供することで、当事者との関わりを深める。

統合治療の専門家は、傾聴の技能を使い、次のテーマで説明するような動機付け介入を行うことで、当事者との協力関係を構築する。

導入の段階では、統合治療の専門家は統合的なアセスメントを行う。アセスメントには、当事者の物質使用状況の把握も含まれるが、この段階では、当事者と物質使用について対決しないことが重要である。

## コリーの事例

コリーには躁病と精神病の症状があった。彼は、毎日大麻を吸うことを好み、リラックスにつながると信じていた。コリーにとって、大麻を吸うことはライフスタイルの重要な一部だった。

入院していたにもかかわらず、自分が精神的な病気

を抱えているとも、大麻の使用が問題だとも、一切感じていなかった。コリーは「導入」の段階だった。

### 説得段階

統合治療の専門家と当事者との間で協力関係が構築されていく中で、当事者が自分の物質使用や精神疾患の症状を認識・認知・理解していない場合は、説得の段階にあたる。

説得の段階では、当事者が生活の中での物質使用の役割について考えられるように支援する。積極的な傾聴、経験や目標についての探索的な質問、物質使用や精神疾患についての当事者への教育などが、一般的な技法である。これらの技法は、しばしば動機付けカウンセリングや面接と呼ばれ、当事者が次のことを考えるのを促すように設計されている。

- 人生の目標
- 物質使用
- 精神疾患の症状
- 物質の使用や症状が人生の目標達成を妨げているかどうか

説得の段階では、詳細な状況のアセスメント（このテーマで後述するスクリーニングとアセスメントの項を参照）を行い、動機付け介入のための技能（次のテーマで説明）を使用する。この段階とそれ以降の段階では、家族と会って教育を提供したり、意見を聞いたり、家族を治療に参加させたりすることが有用である。

### ターニャの事例

ターニャは、抑うつや不安、子供たちとの問題についての懸念を抱いて来院する。簡単なカウンセリングで、彼女は飲酒が自分の問題の原因になっているかもしれないと判断し、飲酒を控えてみることにした。彼女は説得の段階で治療に来て、積極的治療の段階に急速に移行している。

### 積極的治療段階

物質使用量が問題であることを認識し、使用量を減らしたり、完全に止めたりすることを決めたら、その当事者は積極的治療の段階に入ったことになる。統合治療の専門家としての仕事は、当事者にさらなる技能と支援を提供することである。例えば、当事者にはさ

まざまな種類の技能が必要な場合がある。

- アサーティブネス（自分と他者の双方を尊重した自己表現・自己主張）技能：物質を回避する
- 社会技能：物質を使わずに社会生活を送る
- ストレスマネジメント技能：物質を使わずに感情をコントロールする

同様に、積極的治療の段階にある当事者には、新しい友人、家族とのより良い関係、アルコール依存症や併存性障害の自助グループが必要かもしれない。当事者が技能を身につけ、サポートを見つけられるようにすることを積極的治療と呼ぶ。

### ジェーンの事例

ジェーンは妄想性障害と複数の物質依存（ヘロイン、アルコール、大麻）がある。16年前に治療を受けていたときは、断酒・断薬していたが、その後、長年にわたる重度の精神疾患と物質依存が再発した。

33歳の時に入院していた彼女は、再び断酒・断薬した。その後、援助付きの一時滞在住宅に入居した。現在、彼女はそこで、新しい赤ちゃんの子育てに参加できるように、物質から離れようとしている。

16年前にすべての治療段階を経た後、再発して導入段階に長年とどまっていたが、現在は再び積極的治療の段階に入っている。

### 再発予防段階

当事者が6ヶ月以上断酒・断薬している場合は、再発予防の段階にある。課題は、問題のある物質使用への再発を避けることである。再発予防段階にある当事者を支援するために、当事者と一緒に再発予防計画を立てる。

再発予防計画を作成する際には、当事者と協力して、感情、人、または状況など、物質使用の引き金となるものを特定する。当事者とともに、これらの引き金やきっかけを回避または対処するための具体的な方法をまとめる。

再発予防のために共通する取り組みとして、他の健康的な行動や楽しい活動を展開することで、さらなるリカバリーを促進することが挙げられる。

## マークの事例

マークは統合失調症とアルコール依存症を患っている。3年半の治療の後、彼は断酒している。教会に通い、妹と新しい関係を築き、別の仕事に就くことを考えている。

彼は、昔の飲み仲間を避け、飲酒を伴わない新しい人間関係を築き、有意義な活動で忙しくすることで、断酒を維持する方法を統合治療の専門家と一緒に計画中である。彼は現在、再発予防の段階にある。

## 治療段階の経過

当事者の中には、治療の各段階を着実に進め、リカバリーに向けて前進していく人もいる。しかし、その一方で、少しずつ、あるいは非常にゆっくりとしたペースで前進していく人もいる。当事者が再発を経験し、いったん後退してまた前進することもよくある。治療は、当事者の変化の段階に対応したものであることが重要である。例えば、当事者が物質使用の問題を認めないのに、積極的な治療の技能に取り組んでもあまり意味がない。当事者と助け合う関係を築き、動機付けのための介入を行い、当事者の経験を探る方が効果的である。

## 導入段階

アセスメントや治療計画を成功させる鍵となるのは、作業同盟と呼ばれる、望ましい信頼関係である。導入とは、当事者との間で作業同盟を構築するプロセスである。

導入は通常下記の要素から成り立つ。

- 当事者に寄り添い、心からの思いやりと敬意の念を伝える
- 当事者の状況や目標を共感的に理解する
- 実用的な支援を提供する
- 最終的には、治療が当事者自身の目標達成に役立つことを理解してもらう

治療に取り組んでいない併存性障害の当事者の多くは、危機的状況にあることが多いため、リカバリーを促す関係を構築することは困難で時間がかかり、創造性が必要とされる。

このセクションは、シェリルの事例から始める。事例を読んだ後、統合治療の専門家が治療のさまざまな段階でシェリルにどのように関わったかを検討してほしい。

## シェリルの事例

シェリルは統合失調症と診断された20歳の女性である。彼女が精神保健センターと最初に接点を持ったのは、地域のアウトリーチワーカーを介してのことだった。彼女が住むシェルターのスタッフがシェリルの行動を心配し、精神保健センターに電話をかけてきたのだった。彼女はしばしば夜中まで起きていて、自分の名前を呼ぶ声に対して、怒鳴り返していた。さらに心配なのは、彼女はコカインを買うために夜な夜な路上で売春をしていた。

アウトリーチワーカーは、シェルターでシェリルに会った。彼女は懐疑的で、そわそわして落ち着きがなく、会話にまとまりがなく疎通が困難だった。彼女が思いつく唯一の目標は、自分のアパートを手に入れることだった。アウトリーチワーカーは、それは努力できることだと伝え、精神科医に会うために精神保健センターに行ってみようかとシェリルに訊ねた。シェリルは精神保健センターに行くことを拒否したが、アウトリーチワーカーと再び会うことには同意した。

次の日、アウトリーチワーカーはシェリルを迎えに行き、コーヒーとサンドイッチを食べに連れ出した。シェリルは、自分を助けてくれる人が誰もいない、自分は完全に孤独だと感じていると話した。シェリルは、16歳の時に彼女を殴って家から追い出した母親に腹を立てていた。父親は彼女と話すことを拒否した。兄弟がどこにいるのかも知らない。誰も信用できないと言った。

アウトリーチワーカーは毎朝、シェリルがシェルターを出る前に会うようになり、徐々に他の治療チームのメンバーにシェリルを紹介していった。統合治療の専門家は毎日、シェルターや炊き出し場、地元のコーヒーショップなどでシェリルと会っていた。シェリルはアパートを借りることだけが唯一の目標だと主張し続けた。2ヶ月後、治療チームはシェリルが精神科医と会ってくれるなら、アパートを探すのを手伝うと伝えた。

精神科医はシェリルが統合失調症、アルコール依存

症、コカイン依存症と診断し、抗精神病薬を処方した。アウトリーチワーカーはシェリルに薬を持っていき、彼女は治療チームがお金とアパートを手に入れるのを助けてくれると知って、薬を飲むことに同意した。

シェリルは生活保護を受けるようになり、治療チームの助けを得てアパートを手に入れた。しかし、数日のうちにシェリルがアパートで売春をして薬物を売っていたことが明らかになり、大家はすぐに彼女を追い出した。

シェリルがシェルターに戻ってきたとき、治療チームは再び支援を申し出た。シェリルは、自分が薬を飲んでいなかったことを認めた一方、後見人やグループホームについての提案は拒否した。シェリルは、自分でお金を管理して、別のアパートを手に入れたいと思っていた。

数週間間に、シェリルの行動は悪化し、妄想が強まり、シェルターへの出入りが予測できなくなり、身体的暴力の兆候がより頻繁に見られるようになった。この時点で、彼女は母親の家に侵入し、お金を盗み、母親に暴行を加えた罪で逮捕された。

精神病的な様相と行動のため、彼女は地元の精神科病院に入院となった。治療チームのメンバーは定期的に彼女を訪問し、病院のスタッフと協力した。

シェリルは薬を服用し、休養をとり、コカインから数週間離れると、チームがこれまで見たこともないほど明晰で人当たりが良くなった。彼女はアディクション、売春、被害者意識の強い自分の人生を後悔していると言った。

統合治療の専門家は、彼女が併存性障害の女性のための自助グループと性的虐待歴のある女性のためのグループを選択できるよう支援した。彼女は自分の恐怖や不安を他の人と共有するようになった。退院を控え、彼女は治療チームが彼女の後見人となり、指導監督付きのアパートに住むことに同意した。また、自助グループへの参加を継続することに強い関心を示した。

統合治療の専門家は、シェリルのような併存性障害を抱える当事者との導入段階の関わり方の経験から、彼女が今後もおそらく危機や再発を繰り返すであろうことを知っていた。しかし、シェリルが支援者との信頼関係を構築することで、治療を続け、彼女自身のリカ

バリーの目標に向かっていくことも分かっていた。

### 導入はどのように行われるのか

すべての当事者がやる気をなくしたり、他人に不信任を抱いたりするわけではないが、精神疾患と物質使用障害を併発している当事者は、治療関係に入るのが困難であることが一般的である。シェリルのような当事者の治療の動機付けを高くしていくためには、次のようなことが必要である。

- 時間
- 忍耐
- 受容的態度
- 粘り強いアプローチ
- 機会を逃さず介入できる状態にしておくこと

早急に治療を押し進めることは導入の段階の妨げになる。統合治療の専門家は、シェリルに接触し、治療を押し付ける代わりに、受容的で共感的かつ親身な支援関係を構築しようとした。特に当事者が打ちのめされている状態で、リカバリーするために必要な勇気と希望を持つことができない場合には、アウトリーチが必要になることが多い。

シェリルの統合治療の専門家は、リフレクティブ・リスニング（反射的傾聴）を用いた。これは、状況を解釈したり、アドバイスをしたり、誤った認識を正したりすることなく、シェリルの視点に注意深く耳を傾け、それが正しいかどうかを確認するために、理解を反映する技法である。リフレクティブ・リスニングとは、当事者の意見を正しいと受け入れることではなく、当事者の意見や言葉、対処の試みなどを確実に理解することを意味する。この技法を使うことで、脅かされることなく、信頼関係を築くプロセスを開始することができる。この技法やその他の技法の詳細については、テーマ4を参照してほしい。

作業同盟を確立する一環として、シェリルの統合治療の専門家は彼女の目標について尋ね支援を提供することで、目標に向けた小さな現実的なステップを計画することを支援している。シェリルがアパートで薬物を売り、売春を始めたときのように、目標が自己破壊的になったとき、治療チームはその目標を支持せず、シェリルとの間で合意できる別の目標を見つけようとしている。

併存性障害の当事者との協同は、彼らの病気、危機、または悪い状況に対処しようとする試みによって、容易に脱線してしまうことがある。

前向きで楽観的な姿勢を保ち、対立を避け、希望、自己効力感、当事者の強みを強調する。

関係を構築している間は、物質使用について当事者と対立すべきではない。協同する関係を築いていく中で、当事者は物質使用や精神症状が目標達成の妨げになっていることに気づくだろう。この時点でやっと、治療の選択肢を提案することができる。

当事者の側にあつて、彼らが治療を受け、治療方針を守るように促すことはあつても、強要しないよう注意してほしい。数ヶ月の間に、その関係性とサポートによって、ほとんどの当事者が治療にうまく結びつくことができるようになる。

## 危機と安定の役割

シェリルの事例が示すように、変化の機会はしばしば危機を伴う。断酒・断薬を余儀なくされている間に、当事者は自己破壊の道から抜け出して何か違うことをしなければならぬという衝撃的な現実と直面する。この時点で当事者との協力関係を確立しておくことは、非常に重要である。

シェリルの行動は、彼女がクラックコカインにひどく依存していることを示しており、それが統合失調症を悪化させ、支援を失い、他の人が彼女との関係を維持することを困難にしている。彼女は自分の状況を理性的に捉え、自分自身で適切な判断を下す能力を回復するために、休息、安全、保護を必要としていた。入院と援助付き住宅は重要なステップであることが多いが、当事者にとっては受け入れがたいものかもしれない。

援助者の献身的な努力にもかかわらず、シェリルのように状況が激しく揺れ動く、あるいは下降線をたどる当事者もいる。彼らの人生は、病気やトラウマ、アディクション、不安定さによって支配されてきたため、彼らは自分の病気を克服する必要性や、より良い人生を望む必要性さえ見いだせなくなっている。

## 導入のテクニック

ここで説明した導入のアプローチは一般的に使用さ

れており、かなり効果的なものである。物質乱用の文献では動機付けカウンセリングと呼ばれ、精神保健の文献ではストレングス・ケースマネジメントと呼ばれている。

このアプローチは、ホームレスの当事者や治療に参加することが困難な人々に広く用いられてきた。有用な支援ネットワークや安全な生活の場を持つ当事者との取り組みとは異なり、ホームレスの当事者を治療につなげるには、より多くの時間と技術が必要になる場合がある。

当事者との関係が深まり、目標を達成するために治療が役立つかもしれないと当事者が思い始めたら、精神保健と物質使用の問題に対するさまざまな介入を行うことができるようになるが、ほとんどの場合、導入は治療に入る前に優先して行われる。

『ストレングスモデル』(The Strengths Model, Rapp, 1998) は、導入のプロセスを記述しており、併存性障害をもつ当事者との関係構築を考える支援者にとって非常に有用であるため、強く推奨する。この資料やその他の資料については、「エビデンス一覧」の章を参照。

## スクリーニングとアセスメント

かなりの割合の当事者が、人生の中で物質使用障害を抱えている。しかし、精神疾患と物質使用障害の評価は、多くの場合、別々の時期に、別々の実務者によって、別々の機関で行われている。併存性障害を別々にアセスメントして治療しても効果がなくその手法は誤りだということは経験と研究から実証されている。

効果的な統合治療のプログラムを実施している機関は、精神疾患と物質使用障害の両方について、当事者の機関利用開始時も、その後も定期的にスクリーニングを行っている。

物質使用と精神障害について望ましいスクリーニングを受け、統合治療プログラムを紹介された当事者には、まず両方の障害について詳細なアセスメントをすることが必要である。統合治療の専門家として、治療を提供する前に、当事者の精神疾患と物質使用の両方を理解し、それらがどのように相互作用しているかを把握しなければならない。

このセクションでは、まず、マリーの事例を紹介する。マリーは双極性障害で、複数の物質を使用している。事例を読んだ後、マリーの物質使用と精神疾患をどのようにアセスメントするかを検討してほしい。

## マリーの事例

マリーは22歳の独身無職の女性で、双極性障害と多剤使用障害を患っている。彼女は躁病のために2回入院した後、精神保健センターと短期間つながっていたが、彼女の事例は、その後緊急外来を受診したことから始まる。

治安を乱したとして警察に保護されたマリーは、悪魔から逃げる話をしてきたため、地元の救急病院に運ばれて診察を受けた。その際、彼女は汚れていて、興奮していて、まるで誰かが部屋にいるかのように叫んでいた。

マリーは酒臭がしたものの、アルコールや他の薬物についての質問には答えなかった。彼女は明らかにセルフケアができておらず、精神疾患と物質乱用の可能性をさらに評価し治療するために病院に入院した。

入院した翌日、マリーは落ち着いていて、現実に向かって見えているように見えたが、悪魔から守ってくれると思っている神との特別な関係について話し続けた。統合治療の専門家がマリーに物質使用について再度尋ねたところ、13歳の時からアルコールを飲み、15歳の時から大麻を吸っていたことが分かった。

入院時の尿検査では、アルコール、大麻、コカインが陽性だった。尿検査の報告書を見せられた時、彼女は結果を否定した。彼女は過去6ヶ月間、毎日「数本」のビールを飲み、「数本」の大麻を吸っていたと報告したが、コカインの使用は否定した。仕事が終わってから交際相手と一緒にハイになり、その後バーに行ってビールを飲むのが好きだと言った。

また、大麻を吸わないとリラックスして眠れず、以前のような効果が得られないので、前よりも多く吸っているとも言っていた。彼女は、アルコールや大麻は特に問題がないと思っていたので、減らそうとはしていなかった。

マリーは2ヶ月前に仕事に行かなくなるまで、実家で両親と暮らし、地元のレコード店でアルバイトをしていたという。彼女は両親に家賃を払っておらず、そ

のことで意見の相違があった。彼女は、両親から絶えず批判されていると感じており、家から追い出すと脅されたこともあると言った。

マリーは過去数ヶ月間の生活については曖昧にしか語らなかつた。マリーの許可を得て、統合治療の専門家は彼女の両親に電話をした。両親はマリーが話した内容を確認し、マリーが過去にコカインの問題を抱えていたこと、そして実際に彼女が2ヶ月前に家を出て行ったことを伝えた。両親は娘が薬物を使用しているのではないかと危惧しており、そのことをマリーに聞いたところ、マリーは姿を消してしまったということだった。

マリーは州立病院で6週間を過ごした。最初は薬を飲むことを拒み、夜になると廊下を歩き回り、日中はベッドで過ごした。彼女は神に執着したまま、悪魔との戦いに参加するために自分の人生を終わらせたいと思っていた。彼女は結局薬物療法を試すことにした。3週間後には、悪魔への執着が薄れ、死を望まなくなり、日中の活動のためにベッドから出てくるようになった。

マリーの入院中に交際相手が面会に来たとき、スタッフは彼にマリーのことで特に気になることはないかと尋ねた。彼は、彼女が保護される数週間前から二人でコカインを使って大騒ぎをしていたことや、彼自身が解毒プログラムから抜け出したばかりであることを伝えた。マリーは怒って、自分はコカインとは何の関係もないと主張した。

## スクリーニングとアセスメントの原則

この事例はスクリーニングとアセスメントの4つの重要な原則を示している。

1. 多くの精神疾患の当事者は物質使用障害を抱えているため、すべての当事者に対して双方のスクリーニングをする。

所属機関には、標準化されたスクリーニング手法と、それを完了するための手順があるはずである。この研修で確認するために、プログラム管理者からコピーをもらってほしい。スクリーニングは、事実即した、偏見のない方法で実施する必要がある。市販薬や処方された薬も乱用されることが多いので、忘れずに質問する。併存性障害は病気であり、問題行動ではないことを忘れないでほしい。

2. 当事者と話すだけでなく、複数の情報源から情報を収集する。

マリーのように、多くの当事者は、薬物使用やその他の違法行為など、他人から否定されると思われる行動について話すことに消極的である。マリーはコカインの使用を否定したが、薬物検査で尿中にコカインが検出され、両親や交際相手からもコカインのヘビーユーザーであることが確認された。

正確な情報を得るためには、家族、病院の記録、尿中薬物検査などの複数の情報源が役立つことが多い。当事者が尿による薬物とアルコール検査を拒否した場合は、物質を使用していると考えた方がよい。

3. 情報が一致しない場合は、当事者に、威嚇したり感情的になるのではなく、矛盾の解消に協力するよう求める。

マリーの事例のように、当事者が否定的に受け止められることを心配している場合や、法的またはその他のマイナスの結果を懸念している場合には、当事者に矛盾の解消を求めることはうまくいかないかもしれない。それでも、矛盾点について当事者に尋ねることは、判断や罰を与えることなく、物質使用に関する質問に率直にアプローチしていることを示すことができる。

4. アセスメントを長期にわたり継続していくことの重要性

当事者に会って間もない頃や、酩酊状態、離脱症状、重度の精神症状がある中で行われたスクリーニングやアセスメントは、しばしば不正確である。正確な情報を提供するためには、当事者が精神的に安定していて、安全だと感じている必要がある。当事者と親しくなり、信頼関係を築くにつれて、物質使用に関するより多くの情報が明らかになることが多い。このように、アセスメントは治療中も継続するプロセスなのである。

#### 統合されたスクリーニングとアセスメント

- すべての当事者に物質使用について感情を交えずに質問する
- 複数の情報源から情報を得る
- 情報の矛盾を解消しようと試みる
- 長期にわたってアセスメントを継続する

#### 診断書の作成

物質を使用する当事者の中には、物質使用障害ではない者もいる。社会的に酒を飲むことができたり、一時的に問題なく物質を使用したりする当事者もいるが、多くの当事者は物質使用障害の症状を発症する。そのため、物質使用障害の診断基準を熟知しておくことが重要である。この研修の中で、物質使用障害の診断に関する運営方針と実施手順を確認する時間を取ってほしい。

一般的に精神保健の専門家は、「精神障害の診断・統計マニュアル (DSM-IV TR)」を使用して、精神や物質乱用の障害を診断する。DSM-IV TRの構造化臨床面接 (Structured Clinical Interview for DSM-IV TR: SCID) は、診断するための症状に関する質問を標準化したものである。DSM-IV TRの物質乱用および物質依存の基準に関する情報の一部はテーマ2に含まれているが、DSMおよびSCIDの詳細については、米国精神医学会 ([www.psych.org](http://www.psych.org)) に問い合わせしてほしい。

障害を伴わず使用しているかどうかを判断することは、当事者が問題を起こす前に適切な情報やアドバイスを提供できるようにするためにも有用である。併存性障害と診断された当事者と、障害なく物質を使用している当事者の両方を教育する。

#### 包括的・縦断的アセスメント

事例の中の統合治療の専門家は、物質使用歴と精神病歴についてある程度の情報を収集していたが、正確で完全な統合アセスメントができるほど構造化や整理はなされていなかった。

過去のデータを整理する最適なモデルは、包括的・縦断的アセスメントと呼ばれ、次のような情報を時系列に従って収集する。

- 機能状態
- 精神症状、治療、治療への反応
- 物質の使用、治療、治療への反応
- 精神疾患、物質使用、治療の間の相互作用

時系列に沿って、過去の時点から現在へと段階的に移動し、最も意味がありそうな時点を選び、当事者に関する情報を記述する。

当事者が治療中に頻繁に物質使用をしている場合や、治療中に再発した場合、精神疾患と物質使用の症状を切り離すのは難しいかもしれない。物質使用開始前や断酒・断薬期間中など、当事者が良好な状態であった時期については、必ず質問しておく。正常に機能していた時期は、物質使用が安定しているとき（またはその逆）の精神症状や、治療が成功しているかどうかを理解するのに役立つ。この情報を複数の情報源から時間をかけて記入する必要がある。

この事例では、マリーが最後に安定していたのは数年前で、物質使用がエスカレートする前、両親と一緒に暮らし、レコード店で働いていた時期である。マリーの統合治療の専門家として、この期間について次のような質問をすることが重要である。

■その時、彼女はどんな治療薬を飲んでいたか

- その治療薬は彼女の症状にどれだけ効果があったか
- その時、彼女はどんな物質を使っていたか？
- その物質は彼女の症状や治療薬の服用にどのような影響があったか
- 彼女はそれぞれの障害に対してどのような治療を受けていたか

次に時間軸を進める。症状がどのように進行して仕事を辞めることになったのか彼女に訊ねる。現在の入院に至るまでの一連の出来事を綿密に追跡する。彼女の状態を理解するために、職場、家庭、人間関係における彼女の態様について質問する。

これらの質問をすることで、機能的な状態を重視した縦断的なアセスメントが可能になり、物質使用の影響を当事者がより正確に認識できるようになる。以下は、私たちがマリーから分かることの一例である。

マリーへの包括的・縦断的アセスメント					
日付	1991-93	Nov-Dec 1993	Jan-March 1994	April-May 1994	May-June 1994
機能状態	就労中 断酒・断薬 交際相手	失業中 薬物使用 交際相手	ホームレス 薬物使用 交際相手	州立病院に入院	州立病院に入院
精神症状と治療	中等度の抑うつ 服薬しない、他の治療に通わない	重度の抑うつ 二回の入院 服薬しない	不眠、妄想、過活動 服薬しない	症状改善 服薬しない	抑うつ、睡眠、過活動の改善 服薬している
物質乱用の症状と治療	毎週大麻を使用 アルコールや他の薬物は使用しない AAに参加	毎日大麻とアルコールを使用 未治療	毎日大麻とコカインを使用 未治療	物質を使用しない	物質を使用しない 「説得グループ」 (治療開始時の教育グループ) に参加
相互作用	抑うつに起因する大麻の使用	抑うつに伴う使用量の増加 交際相手との物質使用	重度の症状と物質使用	治療の構造化と断酒・断薬が睡眠障害と妄想を軽減する	治療の構造化と断酒・断薬、服薬がさらに症状を軽減する

状況を踏まえたアセスメント

統合アセスメントのもう1つの重要な事項は、現在の物質使用パターンの詳細な記述である。これには、当事者が使用を継続する要因や、使用を継続した場合の結果（当事者が肯定的に捉えることも否定的捉えることもある）などが含まれる。この種のアセスメントは、物質使用の状況や、精神疾患がどのように相互作用

するかを取り上げるため、状況を踏まえたアセスメントといえる。機能的アセスメントと呼ばれる同様のタイプのアセスメントについて学んだことがあるかもしれない。

当事者がその物質を使用することに何を期待しているのか、使用したときに周囲の人がどのように反応するのかを確認する。例えば、使用後どのように感じて

いるのか？物質を使用することで気分が良くなったり、ストレスに対処したりすることができると考えているのか？

使用による望ましい面と望ましくない面を確認する。友人は彼らの薬物使用についてどう思っているか？家族はどう思っているか？使用することで望ましい結果や望ましくない結果があるか？また、使用の引き金となる内的・外的要因についても調べる。内的引き金の例としては、家を出るときの不安や退屈さが挙げられる。外的なきっかけや引き金とは、タバコの煙の匂いを嗅いだり、友人が大麻を吸っているのを見たりといった、物質の使用につながる外的な出来事をいう。状況を踏まえたアセスメントでは、いつ、どこで、誰と一緒に物質を使用しているかについて、オープンクエスチョンで、当事者から情報を収集する。物質の渴望や実際の使用に先立つ感情、思考、状況、環境について質問する。

状況を踏まえたアセスメントのための質問は、当事者の社会的な使用パターンを理解することを可能にする。当事者は、一人で物質を使用しているのか、親密な友人同士の小さなグループで使用しているのか、それとも大きな社会的ネットワーク内で使用しているのか？当事者は他の物質使用者とリスクの高い、または違法な活動（例えば、薬物と引き換えに性交渉をするなど）に参与しているか？これらの情報は、当事者とリカバリーを促進するための計画を作成するのに役立つ。

最初に当事者に会ったときにこういった情報を得ることができなくても、落胆することはない。マリーのように、多くの当事者は統合治療の専門家を信頼して、自分の物質使用について十分に伝えるまでに数週間から数ヶ月かかる。

マリーのように当事者が危機的状況にあるときには、家族や薬物・アルコールの尿検査など、他の情報源から物質使用に関する情報を得ることが重要である。しかし、状況を踏まえたアセスメントのための詳細な情報を得るためには、より多くの時間を費やして当事者と関わる必要がある。この情報を得るために、治療の導入段階と説得段階で時間をかけて行われる。

より多くの情報を集めることで、より効果的で具体的な治療計画を立てることができる。例えば、事例の

中でマリーは、大麻とアルコールはリラックス効果があり、眠りにつくためには大麻を吸う必要があると述べている。事例では、コカインの使用が対人関係の問題、失業、ホームレスにつながったことを示唆しているが、彼女は使用することのマイナス面には言及していなかった。

マリーのような当事者にとって物質使用がどのようなものを理解し、彼らが考える長所と短所を見ることができるよう、最近の生活の中での一日を詳細に描写してもらうことが有用な場合もある。なお、物質乱用や精神症状は誤解や合理化につながることから、このアプローチは、当事者の見解を完全に正確なものとして受け入れるというということではなく、むしろ当事者の世界観を理解することが重要であると考えていることに注意してほしい。

#### 状況を踏まえたアセスメントを行うために 知っておくべきこと

- 使用に対する期待－例えば、リラックス、より良い社会的交流、より良い睡眠など
- 即時強化因子－例えば、逃避、リラックス、高揚感
- 使用の望ましい側面－例えば、友達ができる、「かっこいい」、気分がいいなど
- 使用の望ましくない側面－例えば、出費、二日酔い、対人関係の問題など
- 使用の内的引き金－例えば、感情、思考、離脱症状、渴望など
- 使用の外的引き金－例えば、人、場所、針を見ること、音楽など

#### 状況を踏まえたアセスメントにおける質問例

- いつもどんな時にアルコールを飲みますか？
- いつも誰と飲みますか？どこで飲みますか？
- 飲む前にはどのように感じていますか？
- 飲みたいと思うきっかけはなんですか？
- お酒を飲むとどんな感じですか？どんな気持ちになりますか？そのとき何をしていますか？
- 飲んでいて楽しいことはなんですか？
- あなたにとってお酒を飲むことのデメリットは何ですか？
- 他の人はあなたの飲酒をどう思っているのでしょうか？
- 飲んだ後の気分はどうですか？
- お酒をやめようとしたことはありますか？
- 現在の目標はなんですか？

## 状況を踏まえたアセスメントの図式化

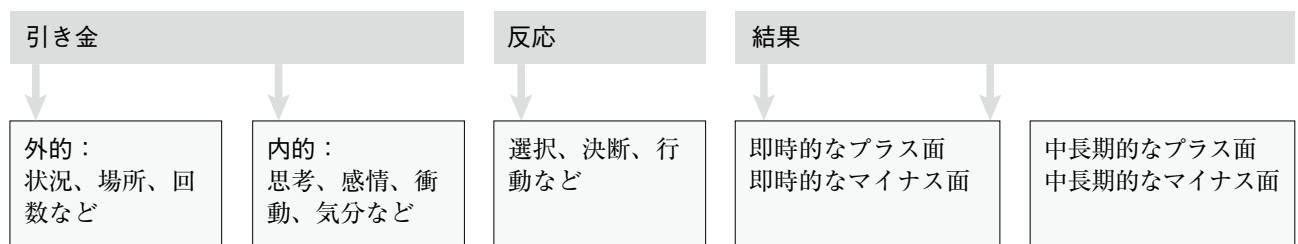
状況を踏まえたアセスメントで収集した情報を使用して、当事者の物質使用に関連する要因を図式化する。次の図「全般的な状況」は、引き金、反応、結果の関係の一例である。

図表は、当事者の物質使用を理解するのに役立つ。図表を通して収集された情報は、当事者と物質使用について話し合ったり、当事者が目標を達成するための

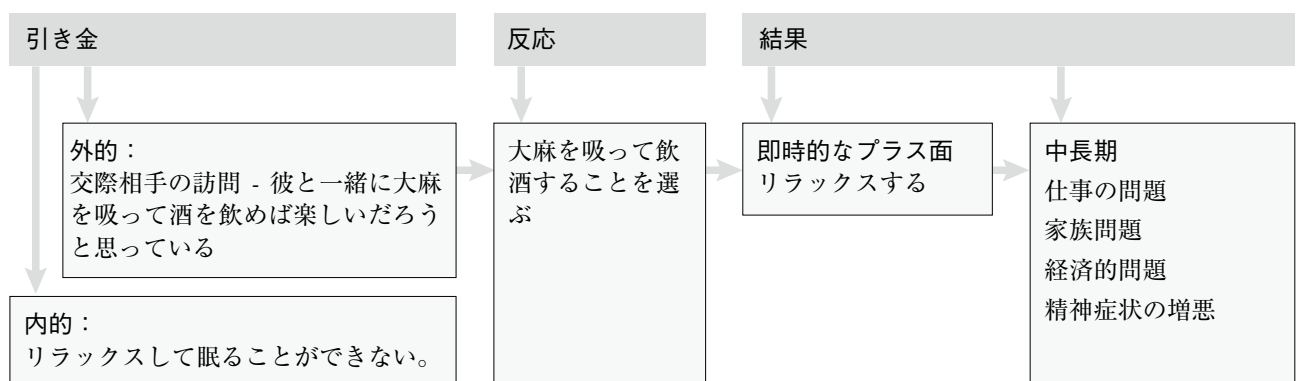
行動介入を計画したりするのに役立つ。

図「マリーの状況を踏まえた分析モデル」は、マリーの事例を元にしたものである。この図は、マリーの落ち込んだ気持ちから、大麻を吸えば元気になると思ったことを示している（期待）。彼女は大麻を吸うとリラックスした気分になるが（即時強化因子）、次の日には大麻にお金を全部使ってしまったことに気づいて動揺してしまう（長期的な結果）。

### 全般的な状況



### マリーの状況を踏まえた分析モデル



## 当事者の変化の段階をアセスメントする

変化の段階とは、当事者が物質使用を減らしたり止めたりすることや、治療に参加することに対する当事者の心身の準備状態（レディネス）を表す方法である。効果的な治療計画を立てるためには、当事者の変化段階をアセスメントし、関連する治療の段階を特定することが重要である。

当事者は、統合治療の専門家が聞きたいと思うことを口にすることが多いため、彼らが実際に感じている以上に、断酒・断薬への意欲が高まっていると報告されることが少なくない。この問題を避けるためには、状況を踏まえたアセスメントと包括的な縦断的アセス

メントで収集した情報を用いて、当事者の変化の段階を評価してほしい。生活の中で物質が果たす役割を理解するために、当事者の行動を観察する。次の「治療段階アセスメント書式」に従って、当事者の変化の段階および関連する治療の段階を評価する。

### 治療段階アセスメント書式

この書式を使用して、過去3ヶ月間のごとの当事者の治療段階を記録する。当事者が入院治療を受けている場合は、入院前の期間にもとづいてアセスメントする。

		第1四半期	第2四半期	第3四半期	第4四半期
1.	<b>導入前</b> 当事者が物質使用障害の基準を満たしているが、統合治療の専門家に接触していない。				
2.	<b>導入</b> 当事者が物質乱用または依存のDSM基準を満たしているが、統合治療の専門家との接触がほとんどないか、または不定期である。				
3.	<b>説得</b> 当事者が、物質乱用または依存のDSM基準を満たし、統合治療専門家と定期的に接触しているが、同量の物質使用を継続しているか、1ヶ月未満で物質使用の減少（使用物質数の減少、使用量の減少、またはその両方）が見られる。				
4.	<b>積極的治療</b> 当事者は治療に参加しており、1～6ヶ月間物質使用を減らしたり、使用中止したりしている。				
5.	<b>再発予防</b> 当事者が治療に参加しており、6ヶ月以上物質使用をしていない。				
6.	<b>寛解またはリカバリー</b> 当事者は、持続的な完全寛解状態にある（1年以上、物質乱用または依存のDSM基準を満たしていない）。				

効果的な治療法はそれぞれの段階で違いがある。初期の導入段階で役立つものと、積極的治療段階で役立つものは大きく異なる。

マリーの事例において、マリーの治療段階を見極めるには、より多くの情報が必要だが、まだ導入段階にあると思われる。

マリーの治療段階を特定することで、統合治療の専

門家は、マリーが取り組みたいと考えている問題、彼女の個別の目標、および彼女の変化を検討するための、現時点のレディネスに合わせた治療を行うことができる。

統合アセスメントの実施に関する詳細については、本ツールキットのCD-ROMに収録されているTIP 42やその他のリソースを参照してほしい。

## 治療計画

治療計画は、治療の指針となる共同作業のプロセスである。これには、当事者やその家族（または他の支援者）と協力して、アセスメント情報を検討し、個人のリカバリー目標を設定し、治療がその目標達成に役立つための手段を特定することが含まれる。

初期の治療計画は、通常、アセスメントと導入の過程で数週間から数ヶ月かけて行われる。併存性障害の当事者の場合、治療計画は精神疾患と物質使用の両方に対応し、リカバリー目標のための技能と支援の両方を構築することになる。治療計画の一般的なアプローチについては、すでに承知のとおりである。このセクションでは、物質使用と精神疾患の両方の治療における統合的な治療計画に焦点を当てる。

次のセクションは、まずフェルディナンドの事例から始める。フェルディナンドは統合失調症でアルコールを乱用している。この事例を読んだ後、フェルディナンドと統合治療の専門家がどのように6つのステップを踏んで目標を立て、その目標を達成するための統合治療計画を立てたのかを確認する。

### フェルディナンドの事例

フェルディナンドは59歳、妻を亡くした無職の男性で、統合失調症、アルコール依存症、糖尿病を患っている。彼は最近、ノースカロライナからニューヨークに引っ越し、彼の介護を手伝いたいという娘と一緒に暮らしている。

ノースカロライナの医療記録と娘の話によるとフェルディナンドは5年前に妻が亡くなるまでの30年間、妻と小さなアパートに住んでいた。彼は20代前半に多量に飲酒していたが、それ以降のアルコール問題の履歴はなかった。

妻が生きている間は抗精神病薬を服用し、基本的な身の回りのことはできていた。しかし、妻の死後、彼はアパートで孤立し、健康状態が急速に悪化した。

娘によると、フェルディナンドはこの1年で尿失禁のトラブルを発症し、記憶力も低下しているようだった。彼は頻繁に怒って混乱し、しばしば独り言を言っていた。

彼がいつも食事をしてきた向かいのレストランの

オーナーに追い出され、サービスを拒否されたため、彼は急速に体重を減らしていった。その後すぐに、彼は強制入院となった。

入院時の血中アルコール濃度は酩酊状態の限界値を超えており、治療薬の成分は検出できない状態だった。血糖値が正常値より高く、糖尿病と診断された。彼は筋肉内インスリンと抗精神病薬の投与を開始した。

娘が治療のためにニューヨークの精神保健センターに彼を連れてきたとき、彼は整容が整っておらず、イライラしていて、気が散っているように見えた。彼は、独り言は言わなかったが声が聞こえていることは認めた。彼の記憶力は低下していた。

彼は必要ないと思っていたインスリン注射に腹を立てていた。彼は「神経質である」ために薬を飲んでほしいと思っていた。娘が自分のことを気にかけてくれていることには感謝しているが、引っ越しについては動揺しているとも言った。

彼は飲酒を否定し、酒を飲むことが問題になったことはないと言った。病院での尿検査結果は間違いではないかと否定した。

統合治療の専門家に自分の目標を聞かれたとき、彼は「元の状態に戻ってほしいだけ」と答え、それ以上の具体的な目標を明確にすることができなかった。

フェルディナンドの娘は彼の飲酒を心配していた。彼女はノースカロライナ州の彼のアパートで空のウォッカのボトルを多数発見していたが、同居するようになってからは彼が飲んでいるとは思っていなかった。ボトルのことを聞かれたフェルディナンドは動揺し、ウォッカのボトルは覚えていないと答えた。

また、娘はフェルディナンドの身体的な健康と失禁を心配しており、以前よりは良くなっていたが、まだ家では時々問題があるとのことだった。

2回目のミーティングを終え、ノースカロライナ州での治療の記録を見直した後、フェルディナンド、娘、精神科医、統合治療の専門家は、5つの治療目標に合意した。

■第一に、フェルディナンドは、娘が仕事に行っている間、家で自分のことは自分でできるようになりたいと考えていた

■第二に、彼は、身体的に健康でいたい、医者に診てもらって糖尿病のことを詳しく知りたいと考えていた

■第三に、精神保健チームと協力して、「自分の神経質をコントロールする」ことを望んでいた

■第四に、酒を止めることによって娘を幸せにすることに同意した

■第五に、妻のいない寂しさを自覚し、新しい街での人々との出会いが必要があることを認めた

これらの目標は、以下の治療計画に記載されている具体的な目標、目安につながった。

統合治療計画	当事者名	フェルディナンド	初回計画日	2007/1/1
	精神疾患診断名	統合失調症	更新日	
	物質使用診断名	アルコール乱用の可能性		
	治療段階	説得		
問題1	自分の身の回りのことをしてこなかった。			
目標	娘が仕事の間、自分の身の回りのことをする。			
目安	毎日9時30分までに起きてシャワーを浴び、朝食を食べ、清潔な服を着る。 毎日昼食にサンドイッチやスープを自分で作る。			
介入	ケースマネージャーによる家庭訪問、ケースマネージャーとの技能練習、部屋に手がかりを設定して作業を完了させる。食事のチェック表を作成する。			
責任者	ジョー（ケースマネージャー）			
検討日と評価手段	当事者とケースマネージャーからの毎週の経過報告、食事表の見直し			
問題2	糖尿病、失禁、記憶障害などの身体の状態			
目標	身体的な健康の保持			
目安	診察予約を取り、通院を継続し、医師の処方した薬を服用する。			
介入	看護師による薬箱の設置支援、内科との連携			
責任者	パトリシア（看護師）			
検討日と評価手段	当事者・看護師・内科医からの隔週の経過報告			
問題3	“神経質”（例えば、幻聴 イライラ）			
目標	幻聴やイライラの頻度を減らすなど、神経を正常に保つ。			
目安	精神科医との面談、処方された薬の服用、統合治療の専門家との週1回の面談			
責任者	パム（統合治療の専門家）、フィル（精神科医）			
検討日と評価手段	当事者、精神科医、統合治療専門家からの隔週の経過報告			
問題4	アルコール乱用の可能性			
目標	飲酒を避ける			
介入	統合治療の専門家と毎週面談し、アルコール使用について学び、話し合う；★統合治療の専門家と娘と毎月面談し、家族のサポートを受ける			
責任者	パム（統合治療の専門家）			
検討日と評価手段	当事者・娘・統合治療専門家からの毎週の経過報告			
問題5	社会的孤立、妻の喪失、新しいコミュニティへの転居			
目標	社会とのつながりの確立			
介入	週3日シニアセンターに通い、メンバーと話す			
責任者	ジョー（ケースマネージャー）			
検討日と評価手段	当事者とケースマネージャーからの毎月の経過報告			

## フェルディナンドと統合治療計画を作成する

フェルディナンドには 複数の懸念事項があった。彼は精神疾患と飲酒に加えて次の問題を抱えていた。

- 身体的な健康上の懸念
- 記憶力の問題
- 悲しみの問題
- 社会的孤立
- 新しいコミュニティへの移行による問題

フェルディナンドの統合治療の専門家は、この6つのステップを踏んで統合治療計画を作成した。

1. 緊急のニーズ評価
2. 当事者の治療段階の決定
3. 変化の対象となる行動の選択
4. 希望する目標を達成するための介入手段の決定
5. 介入の効果を評価するための手段の選択
6. 計画を見直すためのフォローアップ時期の選択

### Step 1 緊急のニーズ評価

当事者が自分自身や他人を傷つける危険があるなど、危機的な状況である場合は、まずこれらの問題に対処する必要がある。当事者が安全で安定した生活を送れるようにすることは、通常、当事者が断酒・断薬に向かうことを支援する前提となる。

フェルディナンドのように、物質使用に対処しなければ危機的な状況を解決できない場合が多く、統合治療の専門家は、差し迫ったニーズと物質使用の両方に対処しなければならない。一般的な緊急のニーズには、以下のようなものがある。

- 危険行動
- ホームレス
- 被害に遭うこと
- 暴力
- 重度の症状
- 医学的な問題
- 法的問題
- 急性中毒

フェルディナンドにとって、医療問題、体重減少、混乱は、彼の命を危険にさらす差し迫った問題だった。自分の身の回りのことができないことは深刻な問題だ

が、サポート、医療的ケア、薬物療法によって、もっと良くなる可能性がある。治療薬を服用し、アルコールを避けることで、彼の混乱は解消されるかもしれない。複数のニーズに直面したとき、当事者と協力し、彼らが興味を持って取り組める目標を選択することが重要である。

### Step 2 当事者の治療段階の決定

上述したように、当事者の変化の段階をアセスメントすることで、治療段階が決定され、最も適切な介入を選択することができるようになる。事例では、フェルディナンドの報告、娘の報告、臨床記録、スタッフによる観察から、フェルディナンドは治療の説得段階にあることが示唆された。したがって、この段階に応じた適切な介入を選択する必要がある。

### Step 3 変化の対象となる行動の選択

継続的な物質使用に影響する要因や、再発のリスクを高める要因は変化の対象とすべきである。適切な対象を特定するために、「物質使用を減らすため、または再発の可能性を最小化するためには、どのような変化が必要か？」と尋ねる。

事例では、フェルディナンドは治療の説得段階にある。この段階での適切な介入には、糖尿病のコントロールや記憶力の向上など、フェルディナンドにとって大切な目標に対して物質使用がどのように阻害しているかを学ぶのを支援することが含まれる。この事例は、フェルディナンドが妻を亡くした後に飲酒を始め、孤独と孤立がその前兆になった可能性を示唆している。フェルディナンドの統合治療の専門家として、彼の気分と飲酒との関係についてフェルディナンドと話し合う。彼の悲しみや抑うつ症状を注意深く観察し、彼の社会的支援と日々の活動を増やせるよう彼と協働する。

### Step 4 希望する目標を達成するための介入手段の決定

治療段階によって、異なる介入が有効である。治療の初期段階では、当事者はまだ断酒・断薬への興味や意欲がないため、止めること自体に焦点を当ててはならない。当事者の準備が整う前に物質の使用を止めるように促す試みは、通常は効果がない。しかし、当事者が物質を手放すことに興味を持ったら、その手助け

をすることを目的とした介入を行う。

事例では、フェルディナンドはアルコールについて話し合おうとしているが、アルコールが問題であることや、彼が飲酒していることさえも認めていない。この時点で彼に出席を求めても意味がない。おそらく彼の飲酒は状況によるものであり、彼はサポートを受けることで断酒が可能だろう。

フェルディナンドの統合治療の専門家として、彼の物質使用の経過を観察し彼にとって重要な人生の側面におけるアルコールが及ぼす影響について彼を教育することができる。フェルディナンドとの協力関係が深まってきたら、彼の目標を支えるさらにより具体的な治療計画を立てる。

治療の段階における一般的な問題や目標行動、適切な介入の一覧を以下に示す。

一般的な問題・目標行動・介入の例			
治療段階	問題	目標行動	介入
導入	統合治療の専門家との定期的な接触の欠如	統合治療の専門家との定期的な接触	<ul style="list-style-type: none"> <li>■アサーティブなアウトリーチ</li> <li>■実質的な援助（住宅、給付金、その他）</li> <li>■個人・家族・セルフヘルプ・グループ治療の形式の紹介</li> </ul>
説得	物質使用が個人の価値ある目標を妨げている	個人の目標に近づくため、物質使用を減少させる取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>■動機付けカウンセリング</li> <li>■説得グループ</li> <li>■基礎的なソーシャル・スキル・トレーニング（SST）</li> <li>■就労支援</li> </ul>
積極的治療	断酒・断薬の達成、物質使用欲求と精神症状の管理	イメージリー、セルフトーク、気晴らしや代替活動などのコーピング技能の指導と実践	<ul style="list-style-type: none"> <li>■認知行動的カウンセリング</li> </ul>
再発予防	精神症状や、物質使用者である友人との距離感による孤立や孤独感	対人コミュニケーション技能の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ソーシャル・スキル・トレーニング（SST）</li> <li>■自助グループの紹介</li> </ul>

## Step 5 介入の効果を評価するための手段の選択

具体的な介入方法を選択したら、当事者の進捗状況をどのように評価するかを決める。評価方法は、シンプルで客観的で、使いやすく、目標とする行動に明確に関連したものでなければならない。例えばフェルディナンドの目標がアルコールを避けることであれば、娘と統合治療の専門家が2週間、彼の外見、行動、家を注意深く観察するのを支援することができる。アルコール使用の兆候はないはずである。

## Step 6 計画を見直すためのフォローアップ時期の選択

治療計画は、提案された介入策を実行する場合のみ有用である。当事者の進捗状況を把握することで、計画された介入の問題点を早期に気づくことができ、その問題点を解決して介入を実施できるようになる。計画された介入が、目標とする行動に対して望ましい

効果をもたらさないことがある。

例えば、フェルディナンドは夜間一人でいるときに飲酒が再発することがある。このような場合には、新しい治療計画でその現実に対処する必要がある。統合的な治療計画は、当事者の目標に焦点を当てなければならない、それは測定可能で意味のあるものでなければならないことを忘れてはならない。

## 継続的な治療計画

フェルディナンドの事例では、初期の治療計画を立てる過程を描いているが、治療計画は継続的なプロセスである。フェルディナンドについてよく情報を集め、どの介入が効果的かを判断しながら、彼と協力して治療計画を調整していく。フェルディナンドが治療のさまざまな段階を経る中で、治療計画を更新し、適切で効果的な介入を受けられるようにする。

## 認知機能の問題のアセスメントと治療

混乱や記憶力の低下などの認知機能の問題は、次のようなさまざまな問題によって起こることがある。

- 高齢
- 脳卒中
- 統合失調症
- 抗精神病薬
- 糖尿病
- 飲酒
- 環境や日常の変化

フェルディナンドの場合、このような困難にいくつか直面している。最も重要な点は、混乱と記憶力の低下はしばしば可逆的であるため、精神科医と内科医によって十分にアセスメントされるべきである。

アルコールやその他の物質による中毒や離脱症状は、使用中や離脱中に記憶力や集中力に対し可逆的な変化をもたらす。認知機能の問題は数週間から数ヶ月間持続し、使用を止めれば徐々に解消される。

残念ながら、アルコールは記憶力やその他の認知機能に永続的な変化を引き起こす可能性もある。これらの記憶障害が改善されるかどうかを知る唯一の方法は、長期間の禁酒中の当事者を注意深く観察することである。フェルディナンドの場合、最近のアルコール乱用歴、処方薬の怠業、管理されていない医療的な問題、状況によるストレスが彼の認知機能の問題に関連している可能性がある。これらの要因はすべて適切なケアによって改善され、認知機能が回復すれば、より機能は高まる。

併存性障害の当事者が記憶力や集中力に問題を抱えている場合、最初のステップは、フォルスタイン (Folstein) のミニメンタルステート検査 (MMSE) などの簡単な検査を用いて問題を測定することである。プログラム管理者に、所属機関で使用されているアセスメントツールの写しを求める。

フォルスタインのMMSEを使用する場合は、以下のガイドラインに従って実施する。問題が重度 (スコア20未満) または中等度 (スコア25未満) で、断酒または身体疾患改善後1ヶ月以内に改善しない場合、障害の原因となっている可能性のある他の医学的問題を評価するために、当事者を適切な医療機関に紹介する。

別のアセスメントを使用する場合は、具体的な実施手順を尋ねること。

要約すると、このテーマでは、併存性障害の当事者に通常どのような変化が起こるかを説明している。変化のさまざまな段階にある当事者への関わり方、統合アセスメントの実施、統合治療計画を作成するための情報と技能が提示された。次のテーマでは、併存性障害の当事者を治療するために活用できる具体的な技能を紹介する。



## 演習：アセスメントと治療計画書を見直す

所属機関の運営方針と実施手順の理解を深めるために、以下の質問に回答する。

1. 併存性障害を抱える当事者をアセスメントするための、所属機関の運営方針と実施手順はどのようなものか。グループで以下を実施するためのプログラムの書式を確認する。

### ■包括的な縦断的アセスメント

### ■状況を踏まえたアセスメント

### ■当事者の治療段階のアセスメント

### ■認知機能障害のアセスメント

これらのアセスメントが、重度の精神疾患と物質使用障害の両方を評価し、治療するために必要な情報をどのように収集しているかについて話し合う。

2. 所属機関では、物質使用障害の診断について、どのような手順で行っているか。

3. 所属機関において、統合治療計画を作成するための運営方針と実施手順はどのようなものか。グループで、プログラムの治療計画の書式および更新のための手順を確認する。



## テーマ4：統合治療のための実践的な技能

### 進行役とプログラム管理者への注意事項

#### テーマ4の準備

- テーマ4をワークブックからコピーする。自分用はワークブックにある。ツールキットのCD-ROMからも印刷できる
- 研修参加者に資料を配布し、事前に読んでもらう
- 次の演習資料を印刷する
  - ◇ 動機付け介入の練習
  - ◇ 認知行動的介入の練習
  - ◇ 再発予防のための介入の練習

これらはグループが始まるまで配布しないこと。自分用はワークブックにある。ツールキットのCD-ROMからも印刷できる。

### 4回目の研修セッションの実施

- 研修を行う際には、「現場スタッフの育成」の以下の部分を視聴する。デモンストレーションビデオ（約30分）
  - ◇ 動機付けカウンセリング
  - ◇ 積極的治療の段階
  - ◇ 物質使用カウンセリング
  - ◇ 再発予防の段階
  - ◇ 再発予防カウンセリング
- テーマ4のビデオと内容について話し合う
- 一問ずつ演習問題を配布し、グループで完成させる



## 現場スタッフの育成

### テーマ4：統合治療のための実践的な技能

テーマ4では、併存性障害のある当事者と協働する際に、治療のさまざまな段階で使用できる技能の概要を説明する。技能には、動機付け介入、認知行動的技法、および再発を減らすための方法が含まれる。

#### 動機付け介入

動機付けとは、変化に対する準備状態を指す。導入と説得の治療段階にある当事者は、周囲の人には変化によるメリットが見えていても、本人は物質使用を変える準備や動機付けがまだできていない。

統合治療専門家は、治療の初期段階で、このセクションで説明する技能を使用することにより、物質使用を減らす準備状態を高めることができる。

このセクションは、ケビンの事例から始める。ケビンは心的外傷後ストレス障害を患っており、アルコールを使用している。この事例では、動機付け面接の5つの基本原則と、当事者が物質使用の減少に関心を持つようにするための活用法を紹介している。

## ケビンの事例

ケビンは57歳、アイルランド系アメリカ人、無職、離婚歴があり、成人した5人の子供の父親である。彼は、心的外傷後ストレス障害、特定不能の精神病性障害、アルコール依存症、そして頭部外傷による軽度の認知症の疑いと診断された。彼は、ホームレスのシェルターに住んでおり、精神保健センターからアウトリーチサービスを受けている。

彼は青年期からアルコールと大麻を使用してきた。20年前に海兵隊を除隊してから、彼は観念奔逸、フラッシュバック、不安、社会回避の症状を経験してきた。

ケビンは、5年前に自動車事故に遭って脳損傷を負うまで、重機オペレーターとして働いていた。彼は飲酒運転で起訴され、運転免許証を失い、仕事も失った。それ以来、安定した住居を持たず、仕事もしておらず、他の症状に加え、記憶力も集中力も低下していた。

アルコールと大麻の使用量が時間の経過とともに増加するにつれて、彼はますます妄想的になった。ケビンは脅迫と暴行で何度も逮捕された。

彼は地元の退役軍人病院と精神保健センターでの治療を拒否したが、ホームレスのシェルターでの精神保健医療従事者との面談には応じた。

ただ、シェルターでのケビンの行動は、妄想的で攻撃的だった。彼の最後の法廷審問で、裁判官は、「この男性には精神疾患の治療が必要です。彼が治療を受け、地域社会への脅威とならないよう見守ってください。」と述べた。裁判官は、ケビンに精神保健センターでの治療への参加を求める裁判所命令を書いた。

ケビンの統合治療専門家は、ホームレスのシェルターで毎日会うようになった。彼らはたいてい散歩に出かけ、コーヒーを飲んだ。それから1ヶ月間、彼らは多くの会話を交わした。統合治療専門家は、まずケビンに裁判官の命令についてどう思うかと尋ねた。ケビンは、「責められている」と捉え、精神保健センターに行くことを拒否した。

それでも、統合治療専門家は、シェルターやコーヒーショップでの面談を続け、ケビンも話をすることに同意した。

今の生活で良いことについて尋ねると、暖かくて湿気のない寝床、5人の子供たち、飲み仲間、そして退

役軍人省からの障害者所得補助があることを挙げた。

統合治療専門家は、ケビンに、現在の生活で「良くないこと」は何かと尋ねた。ケビンは、裁判所命令で治療を受けていること、シェルターで「おかしな」人々と生活していること、1ヶ月の間にお金がなくなってしまったことを挙げた。

統合治療専門家は、ケビンに、「おかしな」人々と一緒に暮らすことや、月の途中でお金が足りなくなることについての懸念についてもっと詳しく話してくれるように尋ねた。彼は、ケビンが一人で生活する場を持ちたいと考えているが、住居を確保できると思える自信がないことが分かった。統合治療専門家の助けを借りて、自分のアパートを持つことの長所と短所について、ケビンは次のように挙げた。

長所	短所
プライバシーの確保	お金の管理に困る
盗難されない	孤立と孤独
睡眠時間、食事時間が自由	飲酒量の増加
自分のものであること	友達が同居を希望する
	家具を買うお金がない
	住宅補助の対象外となる

リストに目を通したケビンは、物質使用について、また飲酒のためにどれだけ失ったかについてより深く語り始めた。処方薬を服用しているときは、集中力が高まり、人生に希望が持てたとのことだった。

ケビンの統合治療専門家は、ケビンが興味深い描写をしていると述べ、ケビンが自分の印象についてフィードバックを望むかどうか尋ね、フィードバックは受け入れることも聞き捨てることもできることを伝えた。ケビンはフィードバックを聞くことに同意した。

統合治療専門家は、ケビンの物質使用や治療薬の服用と、自力で生活する能力との間には関連性があるのではないかと示唆した。また、ケースマネージャーは、ケビンの「コントロールしたい」という欲求が、実は人生のほとんどの領域で彼をコントロール不能にしているのではないかと考えた。そして、フィードバックに対するケビンの考えを尋ねた。ケビンは、自分が自分の人生をコントロールしたいと思い、最近まで自分がコントロールできていると信じていたことを認めた。

ケビンの統合治療専門家は、次に何をしたいか尋ねた。ケビンは、飲酒を1日おきに減らし、金銭管理に関するグループセッションに1回参加し、銀行口座を開設して住宅資金を貯めることを検討する計画に取り組み始めることにした。

4ヶ月後、ケビンは処方薬を服用するようになった。さらに2ヶ月後、彼は居住型の治療施設に申し込み、入所することにした。そこで彼は物質使用を止め、いくつかの授業を受け、自助グループのAAにも参加することができた。彼はそこで2年間滞在した後、自分のアパートに移った。彼は子供の一人と再会し、彼女の家族と関わっていることを誇りに思うようになった。

### 動機付け面接とは何か

動機付け面接は、カウンセリングにおけるアプローチの1つで、当事者が個人の目標を達成するために、物質使用の減少や断酒・断薬への意欲を高めるのに役立つ。これらの技法は、当事者が精神疾患の治療に対する意欲を高め、生活に変化をもたらすのを促すためにも用いることができる。

この当事者中心のカウンセリングアプローチは、まだ変化の準備ができていない当事者を支援することを目的としている。従来はそのような当事者は、物質使用または精神疾患の問題に対して「抵抗がある」または「否定している」と見なされていた。一方、動機付け面接では、当事者が自身の目標に焦点を当てること、行動を変える準備状態を高めることができると想定している。

このセクションで説明する技法を含む段階的統合治療を行うと、治療を受けた当事者の大半が物質使用障害を寛解させることができる。ケビンのように、重度の症状があり、威嚇的な行動をとり、情報の処理が困難なために治療が難しいと見立てられがちな当事者でさえ、このアプローチにうまく反応する傾向がある。

### 治療段階

動機付け面接の技法は、治療の導入および説得の段階にある当事者と協働する際に活用することが重要である。例えば、当初のケビンは治療の導入段階にあるため、統合治療専門家は、信頼関係を築き、動機付けを高めることに焦点を当てている。

統合治療専門家は、ケビンの物質使用と精神疾患の治療に対する複雑な感情を判断したり、助言したり、強制したりすることなく探っている。

彼は、ケビン自身が目標を設定し、物質使用が目標達成の妨げになることを認識するのを支えている。

### 動機付け面接の原則

動機付け面接では次の5つの原則または方策を用いる。

- 共感を表す
- 矛盾を広げる
- 議論を避ける
- 抵抗を手玉に取る
- 自己効力感と希望を支持する

統合治療専門家は、説得段階で当事者と接する際にこれらの原則を念頭に置く必要がある。

### 共感を表す

共感を表すために、統合治療専門家は、判断、批判、アドバイスをすることなく、当事者の話を積極的に傾聴することから始める。

目的は、当事者の状況と考え方を十分に理解することだ。

積極的傾聴の際は、身振り手振りを交えて、当事者に関心を持っていることを示す。

当事者と向き合い、頻繁にアイコンタクトをとる。

相手の話を繰り返し、彼らの持つ世界観を明確にするために、さらに詳しい情報を聞く。

アドバイスをしたり、当事者の意見を変えようとしていたり、解釈をしたり、何かを説得しようとしてはならない。

反映的傾聴の目的は、当事者の目を通した世界を理解し、良い聞き手になり、理解を示すことで、信頼関係を築くことである。

治療初期段階では、当事者が治療に興味がないことはよくある。この時点で当事者に変化を求めても当事者の気持ちを逆なでし、変化に対する抵抗感を高めるだけである。したがって、最初は変化を提案するのではなく、信頼関係を構築し、当事者を支援することに

重点を置く。例えば、ケビンの例では、統合治療専門家は賢明にも、関係を築き、注意深く耳を傾け変化は彼次第であることを伝えている。

### 目標を設定し、矛盾を広げる

当事者が変化への動機付けを高める方法の1つは、現在の行動が自分の目標を妨げていることに気づき始めることである。このような方法で当事者を支援するには、まず、当事者の目標が何であるかを明確にする手助けをする。これは通常、テーマ3で説明した治療計画作成プロセスの一環として行われる。家族、支援者、または他人の目標ではなく、当事者自身が目標を特定することが重要である。当事者が実現可能で健康的な目標に重点を置くことができるようにする。目標を達成するために必要なステップを一緒に注意深く見ていく。

治療計画作成プロセスにおいて、当事者と一緒に目標と目安を考えた後、統合治療専門家と当事者は、統合治療計画から追求したい1つの目標を選択する。

1つの目標を選択することにより、当事者と統合治療専門家は、当事者が目標を達成するために実行できる具体的な手順を示すことができる。これらの取り決めを行動計画に記録することで、進捗状況の把握と指導に役立つ。

統合治療計画と行動計画が目標の設定にどのように役立つかの例については、事例を参照。

第二に、物質使用の話題が出た際に、目標達成のために取りたいステップに物質使用がどのように影響するかを含めて、使用を続けることの長所と短所を探るのを助ける。当事者が物質使用の長所と短所を列挙し、それらを詳細に検討することで、当事者自身が変化を主張するようになることが多い。

その後、物質の使用が目標をどのように妨げるかについて、当事者が認識していることを繰り返すことで、目標達成と、物質使用は不一致が生じることを強調することができる。

このアプローチは、物質使用障害を抱えるほぼすべての人が、物質の使用を継続することについて両価的であることを前提にしている。このプロセスでは、当事者が自分の物質使用に対する懸念や、変わりたいという願望を表明することがよくある。そのようなとき

は、その発言を振り返り、展開する変化の過程をサポートする。例えば、ケビンの場合、統合治療専門家は、「意思決定のバランス・エクササイズ (decision balance exercise)」と呼ばれるワークで彼をサポートした。

このワークは、併存性障害のある当事者にとってしばしば有用である。シンプルで構造化されたワークシートで行うことができ、話し合いの際の手引きとしても使用できる。また、ワークシートは、注意を引くための視覚的な手がかりとしても機能する。

このワークで、ケビンは自分の人生における「良いこと」と「良くないこと」を特定した。統合治療専門家は、ケビンがシェルターに住むよりも自分の家を持ちたいと望み、子供と再会したいと強く願っていることを知った。

彼は意思決定バランスにおいて、住宅を手に入れるために必要ないくつかのステップを検討した。

ケビン自身の言葉を使って、ケビンの現在の行動と彼の目標との間の矛盾を指摘することが役立つかもしれない。ケビンの統合治療専門家として、アルコールと大麻の使用が、彼の望む生き方を妨げている可能性があることを強調する。

住宅について話し合うことに加えて、ケビンに物質の使用が子供との関係に影響を与えていないか尋ねてみる。家族との関係を修復することは、物質使用を減らす大きな動機付けとなることがある。

しかし、早期の段階で行動変容に関わる多くの分野について話し合うことで、当事者が負担に感じないように注意が必要だ。

統合治療専門家が併存性障害の当事者に働きかける際、問題の多さに圧倒されるかもしれない。その際、当事者にとって最も変化する準備ができていない領域に焦点を当てる人もいれば、当事者の幸福を最も脅かす行動を対象とすることから始める人もいる。

いずれの場合も、当事者が両価的であることを忘れてはならない。例えば、「酒を飲むのはとても楽しいけれど、そのせいで生活を壊し、子供と離れ離れになってしまうという話を聞いています」というように、意思決定のバランスに関わる発言は、その真の両価性を踏まえる必要がある。

## 議論を避ける

多くの当事者は、精神疾患や物質使用障害の診断でラベル付けされることを拒否する。動機付け面接は、特に診断ラベルに関する対立を回避するという点で、物質使用障害を治療する他のアプローチとは異なる。その原則は議論を避けることで、議論が当事者の信念を変えることにつながらず、反対に、かれらの信念を強めるだけであるという前提に立っている。

診断をすることは、治療方針を立てるために必要だが、当事者にとっては役に立たない可能性がある。原則として、当事者と物質使用についての長所と短所について話し合う方が、診断名を強調するよりも有益である。

動機付け面接で、当事者と専門家が意見の相違を感じた時には、議論するのではなく専門家が方針を変えるタイミングである。専門家と当事者の不一致ではなく、当事者の考え方が矛盾している内容や両価的な部分を利用することに焦点を当てていく。このことが本手法の成功の背後にある重要な原則である。ほとんどの当事者は、自分を守らなければならないと感じたり、統合治療専門家が非協力的だと感じたりすると、変わりたくないと思うだろう。

ケビンの事例では、統合治療専門家は、ケビンを実アルコール依存症や精神疾患と決めつけるのではなく、ケビンの生活状況（ホームレス）と行動（飲酒）に適切に焦点を当てている。また、注目すべきは、統合治療専門家が裁判官の宣告について彼と議論をしなかったことだ。代わりに、ケビンの心配事を共感的に傾聴し、ケビン自身の考えに合致する受け入れ可能な方法を提供した。

## 抵抗を手玉に取る

当事者がある方向に行きたがらない場合（抵抗）、それに対抗しようとするのではなく、当事者に自分の意見を述べさせ、「手玉に取る」ことが重要である。当事者自身の疑問や不安に対して、あらゆる可能性のある答えを探るように促すことが有効である。

これを行うことにより、当事者自身が答えの発信源となり、悩みを打ち明けることに抵抗を感じず、リスクを冒してでも本当の気持ちを表現することができるようになる。例えば、ケビンが自分の家を持つことの

長所と短所をリストアップすることで、自分の飲酒が住宅に与える影響について考えるようになった。

当事者の不穏な動き、混乱した行動、不適切な発言など、通常とは異なる行動にも対応できるよう準備しておく。このような行動について、当事者の動機付けが低い、病気で参加できないサインなどと解釈するのではなく、淡々と対応すること。ケビンは精神保健センターに行くことを拒否したため、統合治療専門家はまずホームレスのシェルターでケビンと面会した。これは、「抵抗を手玉に取る」良い例だ。ケビンはさらに信頼を深めるにつれて、精神保健センターに行くことに関するケビンの懸念を聞き取ることができた。

抵抗を手玉に取るという原則は、ケビンとの統合治療計画を作成する際にも適用された。彼と統合治療専門家は、いくつかの潜在的な問題点に取り組むことができた。ケビンの統合治療専門家は、対立することなく、ケビンが取り組む準備ができていない領域を見つけ出したのである。

## 自己効力感と希望を支持する

動機付け面接の5つ目の原則は、当事者の自己効力感をサポートすることである。自己効力感とは、「自分は変わることができる」という信念である。これは、意欲をなくし、落ち込み、希望を失っている当事者にとって特に重要なことだ。

併存性障害のある当事者は、目標を達成できなかった長い人生の歴史があるため、変わろうとすることに消極的であることが多い。このため、支援者は関心、態度、発言、行動によって、楽観的であることや、当事者の変化する力を信じていることを示していくことが必要だ。

自己効力感とは、小さくて現実的な目標を達成することで向上していく。非現実的な目標に焦点を合わせると損なわれていく。

併存性障害のある当事者にとって、危険な行動や物質の使用を減らすことは、完全に物質使用を断つよりも現実的な初期の目標となりうる。成功が自己効力感を高め、さらなる成功をもたらすことを忘れないでほしい。

自己効力感を高めるための1つの方策は、当事者が過去に達成した望ましい変化の例について話し合うこ

とである。例えば、ケビンの場合、重機オペレーターとして働いていたことが、特に誇りの源になっているように思われた。ケビンの統合治療専門家として、この過去の成功例を取り上げ、彼の人生において物事がうまくいった時期を探ることは、楽観的な思いや自己効力感を取り戻し、重要な目標を思い起こさせる方法となる。

### ホームレスと併存性障害の治療

物質使用障害が精神疾患の症状を悪化させるため、併存性障害のある多くの当事者が、人生の過程でホームレスになる。

また、物質を使用すると、人間関係、経済面、住居、セルフケアに問題が生じるような行動をとることが多い。その結果、住居を失うことも少なくない。

その結果、併存性障害を抱える多くの当事者はホームレスシェルターに入ることになる。このような状況にある当事者にとって、動機付け面接を含む治療を提供することは、安定した住居を得るため、断酒・断薬を達成するために非常に重要である。

### リカバリー：人生を取り戻す

併存性障害のある当事者は通常、リカバリー、つまり自分自身が満足できる有意義な人生の目標を達成したいという欲求に突き動かされている。しかし、彼らはしばしば落胆し、希望を失い、目標をあきらめてしまうことがある。動機づけ面接の要点は、当事者が目標を特定し、それを現実的なステップに分解し、疾病管理していくことが目標達成の一部であることを理解するのを支えることである。

併存性障害の当事者も、他の人と同じように目標を持っている。彼らは、人生で有意義な活動をして、友人や家族を持つことを望んでいる。例えば、併存性障害を有する当事者の多くは親である。

また、親として問題があり、子供の親権を失っていても、良い親になりたい、子供と触れ合いたいと強く望んでいる人も多い。また、同様に、併存性障害のある当事者の多くはホームレスや長年失業している人であっても、就労への意欲がある。このような普通の成人の役割への願いは、断酒・断薬や精神疾患の症状を管理するための治療に向けての強い動機となりうる。

統合治療専門家は、実用的で集中的な支援を提供し、当事者が物質使用によって負担しているコストを認識するのを助け、大きな目標に向けて小さなステップを特定するのを支えることによって、人生が良くなるという新しい希望を与えることができる。このような支援によって、当事者はある程度の成功を収め、楽観、自信、そして彼らの人生の意味を見出すことができる。これこそが、リカバリーなのである。

### 認知行動的介入

物質の使用を止める準備ができていない当事者にとって、カウンセリングは、物質なしで満足のいく生活を送るために必要な技能とサポートを得るのに役立つ。特に積極的治療の段階で認知的な技法を用いることで、当事者が物質使用につながる思考、感情、行動、および状況を特定できるようにする。行動的な対処でこれらのパターンを変えていくことで、当事者はさらなる物質の使用を避けることができるようになる。

このセクションは、スーザンの事例から始める。スーザンは、多剤乱用と急性不安障害の若い女性である。事例を読んだ後、スーザンのカウンセリングに用いる認知行動的介入を検討する。

### スーザンの事例

スーザンは、18歳の独身の魅力的な学生である。母親が精神保健センターでの治療のために彼女を連れてくる1週間前、中毒のために地元の救急病院に入院していた。統合治療専門家はまずスーザンと単独で面談し、その後母親が加わった。

インタビューの際、スーザンは整容が乱れ、震え、注意散漫に見えた。彼女とのアイコンタクトは困難だった。彼女は、数ヶ月にわたって物質使用、抑うつ、および不安が増加し、次のような症状があると説明した。

- 不眠である
- 急激な気分の変化がある
- 授業や宿題に集中することが難しい
- 緊張や不安を常に感じている

彼女は次の物質使用歴を話した。14歳で初めてアルコールを飲み、過去6ヶ月間、週末に（友人とパーティーで）1晩に最大6杯飲んでいった。

彼女は17歳で初めてエクスタシーを使用した。現在は月に1～2回使用している。彼女は6ヶ月前にコカインを初めて使用し、今ではパーティーで毎週週末に使用している。先週は、パーティーでヘロインを試し、救急で運ばれた。彼女は、パーティーで飲み始めると、予定よりも多くのミックスドリンクやワインを飲むが、彼女の友人はみんなそうやって泥酔していると話した。

スーザンはいくつかの問題についても話した。彼女は高校で自分の課題を行うのに苦労していた。最近、学校新聞の執筆をやめた。彼女はまた、パーティーで男性と頻繁に肉体関係を持ち、避妊をしていないことも明かした。彼女は妊娠の可能性を心配していた。

統合治療専門家は、彼女に、自分が望まないときに性的に触られたことがあったかと尋ねた。長い沈黙の後、スーザンは、6ヶ月前、夜通しのパーティー（レイヴ）の後にレイプされたことを明かした。彼女は、両親にも誰にも話すことができずにいた。

スーザンは、レイプについて涙を流し、震えながら話していた。統合治療専門家は、心的外傷後ストレス障害の症状について尋ねた。彼女は、侵入症状、時折見る悪夢、そして常に「崖っぷち」で非常に警戒していると報告した。彼女は起こったことを考えると緊張し、涙が出て、記憶はいつも彼女を悩ませていた。彼女は、若い男性を含め、出来事を思い出させるような状況を避けていた。

若い男性をみると、彼女はパニックのような感覚を覚えた。時々、彼女は希死念慮を強く抱いたが、彼女は自分自身を傷つける計画は立てなかった。彼女の家族を失望させたくなかったからだ。

統合治療専門家は、このような感情から、飲酒したい、薬物を使用したいと思うようになったのかと尋ねた。スーザンは、暴行を受けたときの記憶がよぎるとき、夜眠れないときに飲酒を考えたが、酒を飲むのは友人と外出したときだけだったという。デートやパーティーのときは、いつも飲酒するのが待ちきれなかった。パーティーでは、勧められると必ず薬物を使用していたが、他の状況で使用したいと強く思うことはなかった。薬物を勧められたとき、実際に断った覚えはなく、断る自信もなかった。

スーザンの母親は、家族の何人かに不安障害、うつ病、物質使用の病歴があることを報告した。スーザン

の母は、娘が物質を使用していることに対してショックを受けて怒っていた。しかし、娘が自分の問題に取り組みむのを助けたいと思っていた。

統合治療専門家は、スーザンが経験している症状と問題に共感を示した。そして、その問題は物質使用によってさらに悪化する可能性があることを示唆し物質使用が自分の現状に与える影響について、スーザンの意見を求めた。スーザンは確信が持てなかったが、気分が良くなれば物質をあまり使いたくなくなるかもしれないと考えた。

統合治療専門家は、ある実験を試してみることを提案した。スーザンは1週間、日記をつけることになった。彼女は物質を使用するたびに、何が起きていたのか、使用前に何を考え、感じていたのか、使用中および使用後に経験したことを書き留めるのである。統合治療専門家は、この課題に使用するワークシートを彼女に渡した。

評価の終わりに、スーザンは、物質使用をやめることになっても、気分をよくするために努力することに同意した。彼女は毎週、統合治療専門家に会いに来ることに同意したものの、精神、身体面の診察のために受診することは拒否的だった。彼女の母親は、娘から目を離さず、統合治療専門家との次回面談で行動計画を立てるまで、デートとパーティーを制限することに同意した。

スーザンと統合治療専門家が翌週に会ったとき、二人は日記とワークシートを一緒に見ながら、より多くの話をした。スーザンが物質を使用していなかったのは、母親が「ほとんど家から出してくれなかったから!」という理由だった。彼女は、薬物、アルコールを使用するようになった過去の考え、感情、状況を特定することができたので、アルコール、コカイン、エクスタシーの使用に関する状況を踏まえたアセスメントを行うことができた。

飲酒したくなる主なきっかけは、レイプされた記憶と、周囲の男性や、デート、パーティーで感じる不安であった。他の物質の使用につながる主な状況は、他の人が物質を使用したり、物質使用を勧められたりするパーティーに参加することだった。彼女と統合治療専門家は、物質を使用せずにこれらの状況に対処する他の方法を検討し始めた。

この面談で、統合治療専門家はアルコールやその他の物質についてスーザンと話し、それらが体や気分にどのように影響を与えるかについて情報を提供した。また、心的外傷後ストレス障害についても説明し、スーザンは自身の症状のほとんどを理解することができた。二人は、次の週に、何をすべきかについてもっと話をすることにした。彼女は日記を書き続け、家にいることにも同意した。

次の面談では、スーザンの統合治療計画を更新した後、スーザンは特に追求したい目標を選択した。スーザンと統合治療専門家は、彼女がその目標に取り組むための行動計画を作成した（以下のスーザンの「行動計画」を参照）。

彼らはまた、スーザンの母親とも会った。スーザンは、物質に関する問題について詳しく明かし、計画を母親と共有した。スーザンは母親に、毎週土曜日、ひとつだけ一緒に楽しいことをしたいと頼み、母親はそれに同意した。また、午後10時の門限とし、それを破った場合の1週間の外出禁止についても合意した。

行動計画	氏名	スーザン	利用者	1234
			I.D.:	
	統合治療専門家	ジェーン	日付	1/1/01
目標	すべてのストリートドラッグの使用を避け、1週間でアルコールを2杯以下に減らす			
解毒計画	なし			
引き金	<ul style="list-style-type: none"> <li>■同調圧力</li> <li>■周囲の男性への不安</li> <li>■レイプされた記憶からくる不安に圧倒される気持ち</li> <li>■パーティーなど物質使用の場にいること</li> </ul>			
結果と強化因子	<ul style="list-style-type: none"> <li>■仲間からの受容</li> <li>■不安の軽減</li> </ul>			
不安と抑うつ の初期 警告サイン	パーティーなどの参加前			

行動ステップ			
1.	物質を断る方法と、物質使用の可能性のある社会的状況（パーティーを含む）を避ける方法を学ぶ。		
	「いない」と断り、別の提案をする練習を専門家と一緒に取り組む。	目標期日	1月15日
	親しい友人がパーティーに参加することを提案してきたら、「いいえ」と言って、別のことを提案する（映画を見に行く、散歩をする、ショッピングやモールに行く、アイスクリームを買うなど）。	目標期日	2月1日
2.	物質を使わない友達を作る。		
	統合治療専門家と会話技法の練習をする。	目標期日	2月1日
	学校で一人の人と会話技法を試す。	目標期日	2月中毎日
	薬物をしない友達を1人誘って一緒に何かをする。	目標期日	3月1日
3.	抑うつや不安に上手に対処する方法を学ぶ。		
	支援者とリラクゼーショントレーニングに参加する。	目標期日	2月1日
	リラクゼーションエクササイズなどのリラクゼーションの取り組みを実践する。	目標期日	毎日 継続中
	デートやその他の社会的状況での不安に対処するための他の方法を学ぶ。	目標期日	3月1日
	デートやその他の社会的状況でのポジティブなセルフトークを練習する。	目標期日	3月1日
	会話力とアサーティブネス技能（「断る」「同意する」「反対する」言い方について学び、練習する。	目標期日	3月15日
	医療機関の受診を検討し、服薬の相談をする。	目標期日	4月1日
4.	自分の時間を健康的で楽しい活動で満たす。		
	学校とホームワーククラブ（放課後に宿題に取り組む場）に行く。	目標期日	毎日 継続
	空手教室に通う（新しい「楽しみ」としてスーザンが選んだもの）。	目標期日	毎週継続
	一人で、母と、または友人と、1つの楽しい活動をする（スーザンが自分で作った15のリストから選ぶ）。	目標期日	毎日 継続
5.	レイプについて、被害者にならないための方法、レイプに関連する症状への対処法を学ぶ。		
	配布資料を読む。	目標期日	1月15日
	長所と短所を書き出して、レイプ被害者のためのグループへの参加を検討する。	目標期日	2月1日

スーザンと彼女の統合治療専門家は、1年間毎週面談した。最初の4ヶ月間は、スーザンがリラクゼーションの技能を学び、実践すること、そしてパーティーから離れ、物質が提供されたときに「いらない」と言うための社会技能とアサーティブネス技能を身につけることに焦点を当てた。

また、スーザンの母親と統合治療専門家は、スーザンに他の楽しい活動に参加するように促し、スーザンの気持ちを軽くした。数ヶ月後、彼女は精神科医の服薬治療を受けることに同意し、抗うつ薬を試してみることにした。また、内科の診察と感染症の検査を受けることに同意した。

スーザンは物質の使用を止めたが、その後、デートに行きアルコールを勧められ、一晩で多量に飲酒することが3回あったと報告した。治療の3ヶ月目までには、レイプの記憶とそれに関連した不安は気にならなくなっていたが、彼女の社会不安は継続した。

この時点でスーザン、母親、統合治療専門家の三者で統合治療計画の見直しを行った。その後6ヶ月間、彼女は統合治療専門家と一緒に、会話やアサーティブネス技能を向上させることで、社会不安を軽減し、より望ましい自尊心を育むことに取り組んだ。

その中で、彼女はレイプされた経緯とその出来事に対する羞恥心について詳しく話した。統合治療専門家は、新しい友人を作り、さらなるサポートを得る場を提供するために、若者向けのAAグループとレイプ被害者の自助グループを提案したが、スーザンは断固としてグループとは関わりたくないと言った。

彼女は午後のホームワーククラブで新しい友達を作り、空手教室の男性と付き合うようになった。

新しい友人も、恋人も物質は使用しておらず、彼女は6ヶ月間物質を使わなかった。大学に入学してからは統合治療専門家との面談を中止した。

この事例は、効果的な物質乱用カウンセリングを行うために統合治療専門家が次のことを行う必要があることを示している。

- 精神科の診断を明確にする
- 物質乱用問題の程度を判断する
- 当事者の治療段階を決定する
- 包括的、縦断的かつ状況を踏まえたアセスメントを行う

本事例では、スーザンの診断は、心的外傷後ストレス障害（PTSD）と多剤乱用（依存症ではない）であった。物質の使用が彼女の問題をさまざまな形で悪化させていることを認識したスーザンは、すぐに物質乱用からの脱却を決意した。

統合治療の専門家との3回目の面談までに、スーザンは完全に積極的治療の段階に入っていた。

当事者が積極的な治療の段階に達したら、併存性障害からの回復を支援するために、物質使用カウンセリングを行うことが適切だ。

カウンセリングセッションで使用される技法は、当事者の治療段階によって異なる。導入の段階では、統合治療専門家は、物質使用やその他の個人的な問題についてオープンに話し合える信頼関係を構築することに焦点を当てている。

説得の段階では、支援者は当事者が物質使用行動を変えるための動機付けができるよう支援することに焦点を当てる。当事者が物質使用を減らしたり排除したりしようとしている積極的治療段階、または断酒・断薬している再発予防段階では、認知行動的カウンセリングの技能が特に重要である。

## 統合治療と行動計画

物質乱用カウンセリングは、当事者の統合的な治療計画にもとづいて行われる。テーマ3で説明したように、治療計画は治療の指針となる協力的なプロセスである。6段階のプロセスに従って、統合治療専門家は当事者と協力して、個人のリカバリー目標と、その目標達成を支援する統合治療計画を作成する。

事例に示されているように、統合治療計画が策定されると、行動計画もまた、具体的な目標に向かって当事者と深く取り組むための有用なツールとなる。この計画は、物質使用前、使用中、使用後の感情、思考、行動、状況の詳細な分析にもとづいている。この情報は、統合治療専門家が当事者の目を通して当事者の世界を知り、物質使用の詳細を知り、人生の目標を追求する動機付けを支えるために、アセスメントのプロセスを通して収集される。計画の個々の対象には、生物的、心理的、認知的、対人関係的、環境的な物質使用の前兆や結果を含めることができる。

統合治療計画や行動計画は、必ず当事者と一緒に作

成する。当事者も計画作成のプロセスに参加していれば、計画を十分に理解し、受け入れる可能性が高くなる。

また、当事者がこれらの計画を実行する上で、責任ある参加者であることを明確にすることができる。行動計画には、各目標に取り組むための具体的な方策、タイムライン、責任が含まれている。

事例では、スーザンが物質使用につながる内的なきっかけや、外的な状況を回避したり、対処したりすることを学ぶのを支援するために認知行動的介入が用いられた。しかし、計画を作成する前に、統合治療専門家は、離脱、渴望、使用の引き金、使用への期待、使用を強化するものについて知る必要があった。

### 物質使用につながるきっかけ

前述のセクションで説明したように、当事者は、物質使用につながる多くの状況、感情、思考に直面している。状況は、物質を使用するための外的なきっかけになる可能性がある。例えば、スーザンの場合、パーティーで物質を勧められたことが、物質使用の外的なきっかけとなった。

統合治療専門家は、当事者が外的なきっかけを回避したり、それに対処したりする方法を考えるのを支援することができる。この支援は、積極的治療と再発予防の両方の段階で提供されるが、具体的な技法については、「再発予防のための介入」の項で説明する。

多くの当事者は感情をコントロールすることに困難を抱えており、それが物質使用につながっている。物質使用に先行する一般的な感情は、怒り、不安、抑うつ、および孤独だが、物質使用障害の当事者は、ほとんどすべての不快な感情が物質使用につながると報告している。当事者がこれらの感情や内的な手がかりを特定し、うまく対処するのを支援することは、物質乱用カウンセリングの中心的事項である。

不快な感情には、否定的な考えや自虐的な考えが伴うことが多く、それが物質使用につながる内的なきっかけになることもある。例えば、配偶者への怒りは、次のような考えにつながるかもしれない。「あいつは嫌いだ。結婚生活で惨めな思いをしている。すべてが絶望的だ。酒を飲もうかな。」あるいは、スーザンの場合は社会的な状況での不安が彼女の頭の中で2つのシナリオを生んでいた。「私はもてない。もてないから、どんな男性にも愛されない。気分の悪さを払拭

するためにアルコールが必要だ。」あるいは、「不安で我慢できない。みんな私のバカな姿に気付いている。リラックスしてまわりに溶け込むために飲む必要がある。」

このような思考、感情、行動がそれぞれ直接影響を与え、変化していく。この3つのうちの1つを変えることで、通常は他の2つも変わっていく。

### 認知的な手法

当事者がどのようにして物質を使用するようになったかを調べてみると、通常、特定の思考や感情が使用したいという衝動の前に出てきて、それが物質使用行動につながっている。

当事者が物質使用行動を変えるための1つの方法は、思考や感情を特定し、停止してから、先行する思考や感情を変えるのを支援することである。

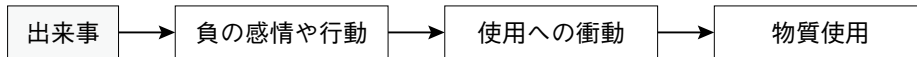
下の図は、物質使用の衝動につながる負の思考、感情、行動を特定するプロセスを示している。この図は、当事者がどのように思考を停止させ、物質を使用するという従来の反応を望ましい思考や対処行動に置き換えるかということを示している。

負の思考や感情をコントロールできるようになることで、物質から遠ざかる能力を飛躍的に向上させることができる。

望ましい思考、感情、または対処行動を用いて物質使用を止める。

物質使用をやめるために望ましい思考、感情、対処行動を用いる

従来のパターン



新しいパターン



新しいパターン



対処技能

- 負の思考を特定する
- 負の思考を分類する
- 負の思考を止める
- 負の思考を望ましいものに置き換える

スーザンの場合、統合治療専門家が、スーザンに思考・感情・行動の日記をつけてもらい、統合治療専門家に状況を詳しく話してもらうことで、自分の思考と感情・行動がどのように結びついているのかを理解するのを助けた。

まず、社会的状況がどのように不安をもたらすのかを調べた。デートや集団の場面で、スーザンは他人から自分がどう思われているかを心配していた。統合治療専門家は、以下のようなさまざまな種類の否定的な思考について彼女に教えた。

自分のことを卑下する	「お母さんはいつも私のことをバカと言っていた」、「私は弱い」等。
白黒思考	「あの人が私を好きじゃないなら、彼らは私を嫌っているに違いない」、「私が完璧でないなら、私は完全な失敗作に違いない」等。

統合治療専門家は、このような状況で彼女が抱く思考を特定する手助けをした。例えば、思い込みから過剰な般化へと飛躍し、「彼は私のことが嫌いで、私のことを不細工だと思っている。誰もが私を嫌っているに違いない」と思い込んで、「私は哀れだ」などと否定的な自己陳述につながる。これらの思考は、いつもスーザンを不安や憂鬱にさせ、自分の感情を避けて記憶を忘れるために酒を飲みたいと思わせるものだった。

統合治療専門家は、スーザンがこのような方向に心が傾いてしまったときに、別の考え方ができるよう助けた。スーザンに効果があったのは、空手で習った望ましいスローガンを繰り返すことだった。

当事者の中には、「酒がなくてもやっていける」、「自分を信じている」というような、自分なりの自己肯定文を作成したいと思うかもしれない。AAのスローガンを参考にして、飲酒につながる負の思考に置き換えて使う当事者もいる。

他にも、負の思考を減らすための方法例を紹介する。

負の思考の分類

非現実的な目標 (完璧主義)	「私は何事も正しくやらなければならない」、「他人は常に友好的であるべきだ」等。
大惨事を想像する	「物事が自分の思い通りにいかないと、無駄だ、ひどい、この世の終わりだ」等。
過剰に般化する	「私は絶対に予定通りにはいかない」、「私はいつもこんな気分なんだ」等。
最悪のことを想定する	「誰も私のことを好きにならない」、「結婚するのは絶望的」等。

## 負の思考を減らす方法

- 人生の、そして自分自身の良いところを思い起こす
- 不合理な思い込みに異議を唱え、反論する
- 大惨事を想定しないようにする
- 苦痛を再分類する
- 自分自身について希望に満ちた発言をする
- 自分ではなく、出来事を非難する
- 自分のやるべきことに集中するよう、自分に言い聞かせる
- 自分をほめる

## 行動的手法

物質の使用を減らしたり、止めたりする行動的手法には当事者を支援する次のような内容が含まれる。

- 会話の技能を向上させる
- アサーティブネスとリラクゼーションの技能を身につける
- 物質使用活動を他の楽しい活動に置き換える
- 気分の問題を管理する

本事例では、スーザンはPTSDの症状や社会的状況に関連した不安を経験し、アルコールを切望するようになった。そのため、統合治療専門家は、彼女と一緒にアルコールなしで不安に対処するための技能習得に取り組んだ。重点を置いたのはリラクゼーショントレーニングで、スーザンが不安の合図を体で感じられるようにし、呼吸法や体のほぐし方を指導した。また、統合治療専門家は、スーザンが不安を感じる社会的状況にあるときに、素早く深呼吸してリラックスした考えを持つ練習を支援した。

併存性障害の当事者の多くは、会話技能やアサーティブネス技能などの社会技能が不足している。対人関係の問題はしばしば物質使用につながるため、多くの当事者は他者と社会的に交流する能力を向上させることで良い結果につながっている。

当事者が対人関係の問題に対処するための技能には下記のようなものがある。

- 会話を始めたり継続したりする
- 聴く
- 意見を言う
- リクエストする

- 求めを拒否する
- 批判をする、批判を受ける
- 物質使用を断る

本事例ではスーザンは会話の技能とアサーティブネス技能の両方に問題を抱えていた。彼女は社交の場でリラックスするためにアルコールを使用していた。薬物を使用しなくなかったにもかかわらず、どう断ればいいのか分からなかった。

もう1つの重要な行動的介入は、当事者が不安や抑うつを軽減し、楽しみを増やし、物質を使用する活動にとって代わるような新しい楽しい活動を始めることを支援することだ。スーザンの場合と同様に、家族を巻き込んで新しい活動を強化することも有効である。

これらの技能の習得は、治療の再発予防の段階でも継続して行われる。このため、これらの行動的手法やその他の行動的手法についての詳しい情報は、次のセクション「再発予防のための介入」で説明する。

## 統合治療計画の見直しと更新

統合治療計画の重要な事項の1つは、決められた時期に、あるいは予期せぬ事態が発生した場合は決められた時期以前に、計画を見直すことである。計画を見直すことで、統合治療専門家と当事者は、新しい技能の習得と断酒・断薬を達成するために、自分たちがどのようにしているか、軌道に乗っているかを確認することができる。

定期的な見直しによって、効果がない場合は計画の変更も可能だ。スーザンが男性とのデートで再発したとき、彼女と統合治療専門家は一緒にその出来事を振り返り、早い段階で彼女がその男性に対する心配を頭から追い出すことができず、不安に押しつぶされそうになっていたことが分かった。その後、彼女はパーティーに行き、酒を飲んだ。

統合治療専門家は次のことに焦点を当て直した。

- アルコールやドラッグがあるパーティーは良くないということを理解する
- パーティーに行くことを断る技能を練習する
- 「自分に敬意を払ってくれないかもしれない」と思った男性の誘いを断るためのアフターメーション（自分自身に対する肯定的な宣言）とアサーティブネス技能を使う

## 併存性障害とトラウマ

併存性障害を持つ当事者の大半は、人生の中でトラウマとなる出来事を経験しており、多くは心的外傷後ストレス障害を抱えている。当事者にトラウマについて質問し、PTSDのスクリーニングを行うことが重要である。

トラウマを抱えている当事者への効果的な介入は以下のようなものがある。

- 教育
- サポートグループ
- PTSDの症状に直接対処することを目的とした認知行動療法

### 10代の若者との協働

併存性障害を発症した10代の若者の多くは、救急外来で治療を受ける。スーザンと異なり、彼らは通常再診に現れない。

10代の若者には、病気の初期段階で治療に参加させるための綿密なフォローアップと積極的なアウトリーチが必要である。彼らには情報や治療法の選択肢を提示する必要がある。

併存性障害を有する当事者は、早期に治療に取り組めば、問題を大幅に軽減したり、予防したりできる可能性が高い。10代の若者の治療には家族の参加が不可欠である。併存性障害を抱える10代の若者の治療の主な形態としては、家族療法が適切であろう。

スーザンの飲酒は不安の問題が引き金となっていたため、統合治療の専門家は個別治療を選択したが、スーザンの母親にも教育を提供し、スーザンが物質に近づくことを抑えられるような仕組みや制限を与えるよう促し、娘と他の楽しい活動に参加するよう求めた。

### 再発予防のための介入

当事者が6ヶ月間の断酒・断薬を継続すると、安定した寛解状態になり、治療の再発予防段階に入ったとみなされる。この間は、まだ物質使用に対する脆弱性が残っている。

この治療段階での当事者に共通する目標としては以

下のようなものがある

- 物質使用を避ける
- 両方の障害からの再発の影響を軽減する
- 仕事に復帰する
- 人間関係を改善する
- 余暇活動に積極的に参加する

再発予防では、上記の共通の目標を達成するための技能と活動を身につける取り組みが行われる。このセッションは、マークの事例から始める。

マークは物質の使用を止め、統合治療専門家と協力して断酒・断薬を維持している。事例を読んだ後、治療の再発予防段階でマークをどのように支援するかを検討してほしい。

### マークの事例

マークは統合失調症とアルコール依存症と診断された35歳の独身男性で、アパートで一人暮らしをしている。彼は、薬物の売人である兄や、秘書の仕事をしていて物質使用のない妹と時々会っている。

マークは3年前から統合治療専門家と一緒に統合治療に取り組んでいる。

治療の段階を経て、半年間断酒を続けている。

マークと彼の統合治療専門家は統合治療計画の中で彼のアルコール使用の内的、外的なきっかけを特定した。また、統合失調症の初期警告サインも特定した。

これらを確認した後、マークと統合治療の専門家は、これらのきっかけやリスクの高い状況に遭遇した場合に取るべき対処法を明記した再発予防計画を作成した。この計画では、再発の期間と重症度を最小限に抑えるために、再発した場合の対処法も取り上げている。マークの場合、その計画には、妹と統合治療の専門家に直ちに電話をかけることが含まれていた。

昔の飲み仲間と過ごすことが良い考えではないことは明らかだったので、マークは新しい友人を見つけたかと思っていた。

彼はまず、家族との関係を新たにした。マークは妹と時間を過ごすことを楽しみ、義理の兄と釣りに行き、妹の家族と毎週夕食を共にした。

マークの統合治療専門家は、酒を飲まない新しい友人を作るための社会技能に取り組むのを支援した。彼はAAのミーティングに参加したが、居心地が悪いと感じたため、その後は参加しなかった。しかし、彼は地元の教会に入会し、定期的に通うことで何人かの人と知り合った。

さらに、マークは生活の他の分野にもリカバリーを広げ始めた。彼は精神保健センターの清掃員としてパートタイムで働いていたが、この仕事には不満を感じていた。そこで就労の専門家が、地元の小売店の倉庫で働く新しい仕事を見つけることを手助けをし、彼はその仕事をとても楽しんでいった。

2年後、マークはまだ酒を飲んでいなかったが、食料品店で昔の飲み仲間に出くわし、一度だけ短い再発を経験した。翌日、彼は妹に電話をすることができた。妹は、統合治療専門家に電話をして、彼が軌道に乗るのを助けた。その結果、彼は断酒するという目標を新たにし、旧友から電話がかかってきたらどうするかという計画を練った。彼は現在もアルバイトをしながら、妹との関係も良好で教会にも通っていた。

マークは「飲めたらいいなと思う日もあるが、もう戻れないと分かっている。」と言った。励ましと支援にもかかわらず、彼はAAには戻らなかった。しかし、彼は定期的に統合治療の専門家と会い、再発予防計画を見直すことは続けた。

### 治療の再発予防段階にある当事者への支援

本事例で、マークは治療の再発予防段階にあり、主な目標は断酒を維持し、リカバリーを生活の他の分野にも広げることであった。

統合治療専門家を含む彼の治療チームは、彼が安定した状態で断酒を維持するだけでなく、リカバリーの幅を広げるために5つの重要なステップを踏んでいる。

- 第一に、マークが再発した場合、できるだけ早い段階で再発を防止・阻止できるような再発予防計画を立てた
- 第二に、統合治療専門家は彼が酒を飲まない友人と友情を築くだけでなく、家族やルームメイト、同僚とうまくやっていくためのより良い社会技能を身に着けるのを支援した

- 第三に、マークと統合治療専門家は、アルコールや薬物を使用する代わりに、社会活動や余暇活動を行うようにした
- 第四に、マークは就労の専門家と協力して、新しい仕事の可能性を探った。彼は、自分が興味を持てる仕事に就き、継続することができた
- 最後に、マークは自助グループに参加することに抵抗を感じていたが、教会に通うことで新しい人間関係を築き、それを維持することが、断酒を継続するための社会的支えになった

これらのステップは、特定の順序で達成する必要はない。一部の当事者は、いくつかのステップに専念するが、すべてのステップに専念するわけでもない。多くの当事者は、治療の初期段階からこれらのステップのいくつかに取り組み始める。当事者の好みや選択は重要である。

### 再発予防のための介入

- 再発予防計画を立てる
- 以前に学習した断酒のための技能をサポートし、強化する
- 酒を飲まない友人を作るための社会技能の向上を促進する
- 社会活動や余暇活動を促進する
- 就職の機会を探る
- 自助グループへの参加を勧め、促進する

### 意志の継続

積極的治療段階で学び、実践した多くの技能や手法は、治療の再発予防段階でも有効である。当事者特有の物質使用のきっかけや引き金を覚えておくことが重要である。

リスクの高い状況は当事者によって異なるが、外的なきっかけはいくつか共通している。一般的な外的なきっかけとしては、以下のようなものがある。

- 当事者が以前物質を使用した人と一緒にいることやその状況に身を置くこと
- 対人関係のストレス（家族との意見相違や恋人との別れなど）
- 喪失体験（失職、ケースマネージャーを失うなど）

## ■精神疾患の症状の再発

外的なきっかけに直面したとき、当事者は物質使用を避けるための方策を学ぶ必要がある。統合治療の専門家、治療チーム、または自助グループと一緒に、物質の使用を拒否する、ストレスの多い状況から離れる、物質使用の代わりに気晴らしや他の代替行動（リラックスできる音楽を聴くなど）をとるなどの方策が考えられる。最後に、当事者が物質を使用する危険性があると感じたときに、方向性の助言やサポートを求めることができる支援者を特定することが重要である。

## 社会技能

他者とのコミュニケーションには一般的に3種類の技能が使われている。

- 社会的知覚
- 問題解決
- 行動面の技能

当事者には、相手の影響や公私の区別など、その状況に関連する社会的情報を正確に把握する能力が求められる。状況を把握した上で、当事者自身がコミュニケーションの目標を設定し、その目標を達成するための選択肢を見極め、成功する可能性の高い選択肢を選ぶことができなければならない。これには問題解決が含まれる。

当事者が対応策を選択したら、それを実行に移すための技能が必要である。これらの技能には、相手とどれだけの間隔をとって立つかといった非言語的な行動と、声の大きさや言葉の選択などの言語的な行動が含まれる。

精神疾患の症状は、しばしば当事者の効果的なコミュニケーション能力を妨げる。その結果、人間関係の形成や維持が困難になることがある。一部の当事者は、社会で集団に加わり、他者からの受容を得るための方法として物質を使用する。併存性障害のある当事者は、社会との接触のために物質使用に頼っている場合がある。

この事例では、マークの主な飲酒の誘因は、飲酒をする人と一緒にいること、または飲酒の場にいることだった。飲酒する人というきっかけに対処するために、統合治療専門家は、彼が再発予防計画を検討するのを

支援した。

統合治療専門家が当事者と一緒に取り組む一般的な社会技能には、以下のようなものがある。

- 物質を使用する昔の仲間を避ける方法を見つける
- 別の友人を見つける
- 物質を勧められたら断る
- 物質を使用してしまう前に支援者に電話をする
- 昔の飲み友達を避けるために、特定の活動や仕事で忙しい状態に身をおく

社会技能を教えるために、グループまたは個別のカウンセリングを活用する。統合治療専門家は、技能とその具体的な構成要素を説明し、当事者に具体的な技能を示し、当事者が技能を実践するのを支えることができる。当事者が実際の生活の中で社会技能を使えるようになるには、フィードバックと練習が必要である。

良好な社会技能を身につけることは、断酒を維持するための鍵となる。これらの技能を身につけるために、当事者と一緒に取り組む。使いやすいマニュアルが用意されているソーシャル・スキル・トレーニングのプログラムの詳細については、「エビデンス一覧」の章を参照。

## 基本的な社会技能

### 他者の話を聞く

- アイコンタクト
- うなづく
- 相槌を打つ
- 相手が言ったことを繰り返す

### 要望を伝える

- 相手を見る
- 人にしてもらいたいことを正確に伝える
- その時の気持ちを伝える

### 前向きな気持ちを表現する

- 相手を見る
- 何がうれしかったか正確に伝える
- その時の気持ちを伝える

### 負の感情を表現する

- 相手を見て冷静にしっかりと話す
- 相手があなたを動揺させたことを正確に伝える

## ■その時の気持ちを伝える

### 理不尽な要求を断る

- 相手を見て冷静にしっかりと話す
- 相手に「申し訳ないけど頼まれたことはできない」と伝える

### 余暇活動、仕事、友達

物質使用障害の当事者は、通常、物質を使用することが優先され、他の楽しい活動や人間関係をあきらめることになる。併存性障害の当事者は、物質を使い始める前にどのように楽しんでいたか思い出せないことがよくある。生活の中で唯一のやりがいのある活動が物質を使用することであるならば、他の楽しみ方を学ばない限り、物質使用をあきらめることはまずないだろう。

併存性障害のある当事者は、リラックスして楽しみを追求する方法について、学び直す必要がある。統合治療専門家は、当事者に対して、何をするのが楽しいのかを尋ねるべきである。時には、子供の頃にしてきたことを思い出してもらうことで、自分が好きだった遊びを振り返るよう促す。以下のようなあらゆる種類

の余暇活動について聞いてみるとよい。

- 趣味
- 手芸
- スポーツ
- 社会貢献活動
- サークル活動
- 各種講座
- 美術
- 家事
- 庭仕事
- ボランティア

場合によっては、当事者に楽しい活動のリストを渡して、昔は何をしていたのか、今は何をしてみたいのかを聞いてみるとよい。下記のようなリストがあれば、どのような活動が楽しいのか、当事者に気づかせることができる。

一緒にリストを確認し、楽しい活動を特定したら、目標を設定できるように支援する。次の一週間でどのような活動をしたいか、その目標を達成するために取るべき対処法を具体的に示す。

### 楽しい活動

音楽を聴く	ピアノを弾く	ギターを弾く	雑誌を読む
新聞を読む	スポーツ観戦をする	テニスをする	バスケットボールをする
自転車に乗る	散歩をする	夕陽を見る	プールで泳ぐ
海岸に行く	アイスクリームを食べる	ピザをたべる	コーヒーを飲みに行く
クロスワードパズルをする	カードゲームをする	病院でボランティアをする	手紙を書く
芝刈りをする	落ち葉の掃除をする	花を植える	植物に水をやる
クローゼットの整理をする	服を買う	ウィンドウショッピングをする	友達にプレゼントをする
友達に電話をする	家族に電話をする	ペットを飼う	物語を書く
講座を受ける	新しいスポーツを習う	新しい髪形にする	ネイルをする
棚を作る	テーブルクロスを縫う	マフラーを編む	部屋のペンキ塗りをする
切手収集をする	ケーキを焼く	新しい趣味を習う	新聞の編集者へ手紙を書く

### 就労の目標

多くの当事者にとって、仕事はリカバリーの重要な要素である。仕事のような日常的な活動をすることは、断酒を継続するための主要な予測因子となる。金銭的

な報酬はもちろんのこと、仕事は当事者が断酒を続けるにあたり、多くの点で助けとなる。仕事に行くことで、当事者は他の人たちと同じように感じるができる。

人生の目的意識を持ち、自分が世の中に貢献してい

ると感じることもできる。また、仕事は一日の生活にメリハリをつけ、物質使用をしない友達を作る場所でもある。

研究や経験から、併存性障害の当事者も、物質使用の問題のない精神疾患の当事者と同様に仕事を続けることができることが分かっている。さらに、多くの人々が、働くことがリカバリーの重要なステップであったと報告している。したがって、当事者には働くことを奨励すべきである。ツールキットのIPS・援助付き雇用（Supported Employment）に記載されている雇用サービスは、併存性障害を有する当事者に効果的である。詳細については、[www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov) を参照。

### 精神疾患の症状

精神疾患のエピソードは、物質使用の再発につながる可能性がある。そのため、以下のような方法で、当事者が精神疾患の症状を最小限に抑えるとともに、物質の使用を避けることが重要である。

- 精神科薬を服用する
- ストレスを管理する
- 十分な睡眠をとる
- 社会資源を活用する
- 楽しい活動に参加する
- リカバリーの方策を活用する

当事者に対して精神科薬を服用するよう強要するのではなく、健康を達成し、維持するための全体的な計画を立てる手助けをする。この計画には通常、薬を効果的に使用方法だけでなく、他の多くの方策を学ぶことが含まれる。

**演習：動機付け介入の練習**

ケビンの事例と動機づけ面接の5つの基本原則を踏まえ、統合治療専門家として、ケビンを支援するために動機づけの介入をどのように行うか話し合う。

**演習：認知行動的介入の練習**

スーザンの事例を踏まえ、統合治療専門家として、どのように認知行動的技法を支援に取り入れるか話し合う。

**演習：再発予防のための介入の練習**

マークの事例を踏まえ、断酒を続けるための努力を支えるにあたって、活用しうる介入の方策について話し合う。



## テーマ5：サービスの形態

### 進行役とプログラムリーダーへの注意事項

#### テーマ5の準備

- テーマ5をワークブックからコピーする。自分用はワークブックにある。ツールキットのCD-ROMからも印刷できる
- 研修参加者に資料を配布し、事前に読んでもらう
- 次の演習資料を印刷する
  - ◇ グループ治療について検討する
  - ◇ ロールプレイ：最初の家族ミーティング

これらはグループ研修が始まるまで配布しないこと。自分用はワークブックにある。ツールキットのCD-ROMからも印刷できる。

### 5回目の研修セッションの実施

- 研修を行う際には、「現場スタッフの育成」の以下の部分を視聴する。デモンストレーションビデオ（約10分）
  - ◇ 併存性障害の当事者グループ
- テーマ5のビデオと内容について話し合う
- 一問ずつ演習問題を配布し、グループで完成させる



## 現場スタッフの育成

### テーマ5：サービスの形態

統合治療プログラムは、当事者がさまざまな形態でサービスを利用できる場合に最も効果的である。このテーマでは、併存性障害を持つ当事者にとって効果的な、さまざまなタイプのグループ治療、自助グループ、家族介入について説明する。

#### 併存性障害のグループ治療

グループ治療は、併存性障害を抱える当事者にとって、自分自身を知り、新しい技能を身につけ、リカバリーのモデルを見つけ、新しい価値観を育み、社会資源を開拓し、他者を助けるという経験をするための強力な方法となり得る。

仲間からのフィードバックは、治療提供者の意見よりも重視されることが多い。グループはまた、同時に複数の人々（通常6名から12名）に教育と治療を提供する費用対効果の高い方法でもある。

多くの種類のグループが併存性障害の当事者に利用されている。以下にその一例を紹介する。

- 段階的な治療グループ
- AAやNAのような自助グループ

## ■スキル・トレーニンググループ

### ■教育グループ

フィデリティの高い併存性障害のプログラムでは、当事者の約3分の2をグループ治療に参加させることができる。

このテーマは、ビッキーの事例から始める。ビッキーは双極性障害でアルコールを使用している。事例を読んだ後、グループ治療がビッキーを支援する効果的な方法であることを検討する。

### ビッキーの事例

ビッキーは17歳の時から双極性障害の症状を示しており、同時期にアルコールを飲み始めた。彼女は21歳の時に躁状態に陥り、大学で履修していた科目のために数日間眠らずに勉強していた。彼女は自分が授業を教えていると思い込み、授業中にそのような行動をとったため、退学となってしまった。2ヶ月間の入院と投薬治療の末、大学に戻ることはなかった。

ビッキーは、次々と仕事をこなしていた。しかし、毎日酒を飲むようになり、気分の高低が激しく予測不能な状態になった。彼女はしばしば仕事ができなくなり、いくつかの仕事を失った。そして、再び躁状態のエピソードを経験し、再び入院することになった。彼女は、はっきりと考えることができるようになったとき、家賃を支払っていないために大家から立ち退きの通知を受けていることに気づいた。病院の支払いもままならない状態であり、病院のソーシャルワーカーは精神保健センターを紹介した。

それからの12ヶ月間、治療チームはビッキーと一緒に治療に取り組み、生活状況を安定させ、服薬を継続できるようにした。そして、彼女と良好な関係を築いた後、治療チームは、「安定した仕事に就き、いつか大学に戻る」という彼女の個人的な目標が、アルコールによって妨げられているように見えることについて彼女と話し合い始めた。

ビッキーは説得の段階にあった。彼女の統合治療専門家は彼女に併存性障害のグループに参加して彼女と同じような問題に取り組んでいる人に会うことを勧めた。

最初ビッキーはグループに参加することに消極的

だった。自分が馴染めるかどうか分からなかったし、知らない人に自分の悩みを知られたくなかったからである。グループ内でアフリカ系アメリカ人が自分だけになることを心配していた。ただ、彼女はすでに精神保健センターに通っており、グループの後に統合治療専門家と会うことができるので、このグループを1ヶ月間試してみることに同意した。

ビッキーは、グループの中に他にも有色人種の人がいること、そしてリーダーの一人がアフリカ系アメリカ人であることに驚いた。最初、人々が自分の物質使用について話していることに緊張を覚え、自分の話をする番が回ってきたときはパスした。他の人たちの問題がいかにかひどいものであるかということにショックを受けたのだった。

グループリーダーは、ビッキーの統合治療専門家に、彼女がグループ内で話していないことを知らせた。統合治療専門家は、彼女が恐れている「自分のことを知られること」について彼女と話し合った。そして、グループメンバーで守秘義務の方針を確認した。3週目以降、彼女はどれだけ酒を飲むのが楽しいかということ話をすようになった。また、父親が昔どれだけ酒を飲んでいてか、「本当にひどい酔い方」をしていた時の素行の悪さについても少し話した。

彼女は、他の人々に物質を乱用した親がいることや、物質使用障害が家族間で遺伝する生物学的疾患であることを聞いた。また、グループの他のメンバーが、1年前に酒をやめた兄と一緒にAAに通い始める予定であることを発表したとき、彼女は感銘を受けた。彼女は、統合治療専門家に、グループの何人かの人たちと共通点があるかもしれないと感じていると話した。彼女はグループのリーダーの一人をととても気に入っていて、グループの後に残って彼女と話をしてきた。

グループの中では、物質使用と精神疾患との関係について多くの議論が交わされた。グループのもう一人の人は双極性障害を抱えていた。ビッキーは、自分や他の人が精神疾患のない人よりもアルコールの影響に敏感であることや、飲酒が躁状態やうつ状態を悪化させる可能性があることについて、話し合いの中で学んだ。

人々が自分の物質使用について話すとき、グループの進行役は、グループのメンバーにとっての類似点について議論を始め、人々が自分の物質使用の負の結果

について検討するのを促した。ビッキーは、人生に失敗したと感じているときに、アルコールがいかに気分をよくしてくれたかを話した。このことがきっかけで、うつ病について、またアルコールによって薬が効かなくなったかどうかについて、主治医との話し合うことになった。

時間が経つにつれて、ビッキーは毎日のアルコール摂取が仕事を続ける妨げになっていることに気づき始めた。グループの助けを借りて、彼女は次の日に仕事をしなくてもよい夜だけ酒を飲むという期間を設けることにした。

グループのメンバーは、彼女が酒を飲まない夜に何をするかについてアイデアを出すのを手伝ってくれた。何人かは、彼女と一緒にテレビを見たり、トランプをしたりすることを提案してくれた。ビッキーはこの計画を数ヶ月間実行し、1年以上仕事を継続できた。彼女は最終的には完全に断酒することを選択した。

## 段階別治療グループ

段階別治療グループは、治療の同じ段階にある当事者がリカバリーに向かうのを助けることに焦点を当てている。プログラムでは、以下の2種類の段階別治療グループを提供することが推奨されている。

### ■治療の説得段階にある当事者のためのグループ

### ■積極的治療と再発予防の段階にある当事者のためのグループ

## 説得グループ

説得グループは、まだ物質使用が問題であることを認識していない当事者のためのもので、治療の導入と説得の段階にある。説得グループでは、支援と教育を提供する。参加者は、物質使用が自分の生活にどのような影響を与えているかを検討するよう促され、物質使用が自分の目標達成にどのように支障をきたすのか理解することを目的としている。

ビッキーのように、ほとんどの当事者は初めてグループに参加することに不安を感じている。グループの目的は、当事者が物質を使用することをあきらめることではなく、自分と同じような人々と支え合いながら、物質について学ぶことである。

当事者には、短期間だけ参加してもらい、どんなグループなのか試してもらおうようにする。グループリーダーは、当事者の治療チームのメンバーと連絡を取り合い、個別治療とグループ治療を連携させる必要がある。

説得グループは長期的なもので、グループメンバーは毎回固定ではない。これらのグループは、統合治療専門家が指導する場合もあれば、リカバリー期の当事者が共同で指導する場合もある。

説得グループは毎週、45分から1時間で行われる。彼らはしばしば当事者の関心を維持するために、軽食や交流の休憩をはさんでいる。

説得グループのリーダーは、グループのメンバーが現在も物質を使用中であることを想定している。彼らは、当事者がどのように物質を使用しているのか、またどのような生活を送っているのか話すことができる、開かれた、非審判的な機会を提供する。

各グループは、まず、メンバーがその週の様子や物質使用の状況を共有する。リーダーはこの情報をもとに、グループのメンバーが抱えている共通の問題について話し合いを始め、メンバー同士の交流を促進していく。また、動機づけ面接の手法を使って、物質使用が目標に向かって取るべき対処法をいかに妨げているかを指摘する。

この事例では、ビッキーがアルコールの使用を減らすことを考えたときに、グループの他の人から学び、助けを得ることができた。多くの当事者と同様に、彼女は仲間の意見を信頼していた。それは、仲間が併存性障害を抱えながら生きることの本当の姿を知っていると信じていたからである。

## 説得グループの特徴

- 協力的
- 非審判的
- 仲間同士の交流を促進する
- 教育的
- 動機づけ面接法を活用する
- 長期間利用できる
- 参加をサポートする

多くの当事者は、最初はグループに参加することに

抵抗を感じるが、その後、グループに非常に愛着を持つようになる。グループリーダーは、グループを緩やかで、協力的で、楽しいものにするので、出席を維持しようとする。また、グループのメンバー一人ひとりの様子を確認することで、すべての当事者が大切にされていると感じられるようにしていく。リーダーは物質使用について当事者と対立することなく、グループを安全に保ち、誰にとっても望ましい状態を維持する。

通常は軽食や軽い飲み物が提供される。グループによっては、毎週抽選で映画鑑賞券などの賞品が当たることもある。また、構造化された活動や外出の機会を計画し、当事者がグループに参加することに興味を持ち続けられるようにしている。

当事者を最初に説得グループにつなげることが最も困難である。いったん彼らが定期的に参加するようになり、グループの一員であることを実感すれば、ほとんどの人がメリットを享受することができる。

### 積極的治療グループ

積極的治療グループに参加する当事者は、治療における積極的治療段階または再発予防段階にある。積極的治療グループの目標は、当事者が物質の使用を止め、再使用をしない状態を維持するための新しい技能を学ぶのを支えることである。

積極的治療グループは、物質使用について改善したい問題であると判断した当事者のためのものである。当事者が物質の使用を減らし、断酒・断薬に挑戦することを決めたとき、積極的治療グループに参加する準備が整ったといえる。例えば、事例の最後、ビッキーは積極的治療グループに移行する準備ができていた。

これらの週1回のグループは、統合治療専門家が指導するか、リカバリー期の当事者が共同で指導する。これらのグループは60分から90分で、途中で休憩が含まれている。

積極的な治療グループは長期的に提供され、当事者がサポートを必要と感じる限り参加することができる。この段階の当事者は、すべての物質使用を止めようとする動機付けがあるため、グループリーダーが働きかけなくても、定期的に参加することが期待される。

リカバリーが進んでいる当事者は、まだ断酒・断薬

に挑戦中である人たちのロールモデルとなる。グループのメンバーが再発した場合は、他のメンバーが、元の軌道に戻るのを助ける。当事者が、再発後数週間以内に物質の使用を止めることができない場合は、説得グループへの復帰を促す。このようにして、グループリーダーは、メンバーが再発を学習経験として活用できるよう支援する。

積極的治療グループにおいて、リーダーは当事者に物質の使用を減らす方法や、止める方法について教育する。また、リカバリーのための目標の達成に役立つ技能を指導する。これらの技能には以下のようなものがある。

- リスクの高い状況を認識する
- 物質使用につながる内的、外的なきっかけを特定し管理する
- アサーティブネス技能と、物質を拒否するためのコミュニケーション技能を実践する
- ストレスへの新しい対処法を検討する
- 欲求に対処するために、リラクゼーションの手法やイメージリーなどのストレスマネジメントの技能を用いる

積極的治療グループは通常、当事者が順番にその週の様子や、断酒・断薬を続ける上で直面した課題を話すことから始まる。リーダーは、その週に焦点を当てるべき問題を決定し、グループのメンバーが具体的な提案をしたり、特定の技能の練習や特定の状況に向き合うためのロールプレイに参加するよう促す。セルフヘルプの教材がよく使われる。ロールプレイをする人に当事者がフィードバックやサポートをする。

積極的治療グループを卒業する準備ができたなら、リーダーは自助グループへの参加を勧め、断酒・断薬のための社会的支援を受け続けられるようにしている。

### 積極的治療グループの特徴

- 協力的
- 教育的
- 社会技能を教える
- 対処技能を促進する
- セルフケア技能を教える
- 長期間利用できる
- 断酒・断薬が期待されている

## 合同治療グループ

多くの治療環境では、説得段階と積極的治療段階にある当事者に対し、合同治療グループに参加する呼びかけている。精神保健センターは、2つの別々のグループに参加するのに十分な当事者がいないと感じたときに、併存性障害のための単一のグループ運営を選択することがある。

合同グループを運営する上での課題は、グループメンバー全員の多様なニーズに応えることである。治療の説得段階にある当事者は、物質使用が生活に及ぼす影響を考える必要があり、積極的治療段階にある当事者は、物質の使用を止め、使用しない状態を維持し、生活を続けるための新しい技能を学ぶ必要がある。

合同グループの利点は、導入段階にある当事者にとって、断酒・断薬をしている仲間のロールモデルを持つ機会が得られることである。合同グループの欠点は、説得段階の当事者にとって関係のある問題が、積極的治療グループの当事者には関係がないこともあるため、積極的な治療グループの当事者が興味を失って参加しなくなる場合も考えられる。理想的には、両方の段階に対応したグループが提供されるべきである。

## 自助グループ

飲酒問題のための自助グループとして最も広く利用されている「アルコールクス・アノニマス (AA)」は、相互支援グループ、スポンサーシップ、12のステップ、および12の伝統を用いてアルコール乱用や依存からリカバリーする人々の団体である。AAは1935年に設立され、100カ国以上で数百万人もの正会員を有している。AAは、多くの人々がリカバリーを達成し、維持することを可能にする、貴重な無料の社会資源である。AAはしばしば支援システムや治療の補助として紹介されるが、実際には、物質使用障害を抱える人々のリカバリーに役立つとされるほぼすべての要素を提供している注目すべき団体である。

AAで行っていること

- 定期的な活動
- 新しい世界観
- 物質使用をしていない友人とサポート
- 希望
- ロールモデル
- スピリチュアリティ

## ■ 変化のための認知行動的方策

- 緊急時の支援
- 過去の過ちを償う方法
- 他の人を支える機会

セルフヘルプのための他の多くの有効なアプローチは、AAをモデルにしている。

## 自助グループと12ステップ

AAは「リカバリーへの12のステップ」「12の伝統」「相互責任」にもとづいている。12のステップは、リカバリーのためのガイドラインである（下記参照）。

AAの創設者たちは、人々は断酒を達成するために段階を経ていると信じていた。そして、このプロセスを段階を追った方法で書き記し、人々が実行できるようにした。

### The 12 Steps of Alcoholics Anonymous AAの12ステップ

Step 1: ステップ 1	私たちはアルコールに対し無力であり、思い通りに生きていけなくなっていたことを認めた。
Step 2: ステップ 2	自分を越えた大きな力が、私たちが健康な心に戻してくれると信じるようになった。
Step 3: ステップ 3	私たちの意志と生き方を、自分なりに理解した神の配慮にゆだねる決心をした。
Step 4: ステップ 4	恐れずに、徹底して、自分自身の棚卸しを行い、それを表に作った。
Step 5: ステップ 5	神に対し、自分に対し、そしてもう一人の人に対して、自分の過ちの本質をありのままに認めた。
Step 6: ステップ 6	こうした性格上の欠点全部を、神に取り除いてもらう準備がすべて整った。
Step 7: ステップ 7	私たちの短所を取り除いて下さいと、謙虚に神に求めた。
Step 8: ステップ 8	私たちが傷つけたすべての人の表を作り、その人たち全員に進んで埋め合わせをしようとする気持ちになった。
Step 9: ステップ 9	その人たちやほかの人を傷つけない限り、機会あるたびに、その人たちに直接埋め合わせをした。

Step 10: ステップ10	自分自身の棚卸しを続け、間違ったときは直ちにそれを認めた。
Step 11: ステップ11	祈りと黙想を通して、自分なりに理解した神との意識的な触れ合いを深め、神の意志を知ることと、それを実践する力だけを求めた。
Step 12: ステップ12	これらのステップを経た結果、私たちは霊的に目覚め、このメッセージをアルコールに伝え、そして私たちのすべてのことにこの原理を実行しようと努力した。

12ステップは、アルコール・アノニマス・ワールド・サービス (AAWS) の許可を得て転載している。12ステップの転載許可は、AAWSがこの出版物の内容を確認または承認したことを意味するものではなく、またAAWSが必ずしもここに表明された見解に同意することを意味するものではない。AAはアルコール依存症からのリカバリープログラムである。AAに倣いながらも他の問題を扱うプログラムや活動、あるいはAA以外の文脈で、12ステップを使用することは、別の意味を持つものではない。

スポンサー(リカバリーの先行く仲間である助言者)と一緒にピアグループで12ステップに取り組むことで、技能やサポートを提供し、当事者が断酒し、それを維持することを支援する。当事者は、セルフヘルプの文献を読んだり、グループ内で他の参加者の失敗した対処法や成功した対処法を観察したり、また、グループのスポンサーや仲間から助言を受けたりしながら学ぶ。

AAの自助モデルにはさまざまな効果があり、12ステップのプログラムによるリカバリーについて書かれた本も数多くある。例えば、心理学者は、12ステップのプログラムは、人々が自分の感情を管理することを学び、回避的で破壊的な対処を減らし、健康的な認知行動的対処を増やすことに役立つと指摘している。

AAミーティングは、依存症からのリカバリーに取り組んでいる非専門家の人々によって運営されている自助グループである。AAは、他の多くの自助グループのベースになっているモデルで、特に以下のようなものがある。

- CA (コカインアノニマス)
- NA (ナルコティクス・アノニマス)

■RR (ラショナル・リカバリー)

■DT (ダブル・トラブル)

特に併存性障害のある人が対象

■DRA (デュアル・リカバリー・アノニマス)

特に併存性障害のある人が対象

AAは宗教団体ではないが、スピリチュアルな要素を持っている。ステップでは、「ハイヤーパワー」について取り上げている。12ステップのミーティングでは、ハイヤーパワーとは、依存性行動を変えるのを助けてくれる自分以外のものであると信じるのが奨励されるが、多くの人々は、ハイヤーパワーを神と捉えている。

AAに参加するために、ハイヤーパワーを信じる必要はないが、多くのミーティングでハイヤーパワーは重要な役割を担っている。「平安の祈り」や「主の祈り」でミーティングを開いたり閉じたりする例もある。RRは、宗教またはハイヤーパワーを強調することなく、AAの原則を用いる自助グループである。

当事者に対して12ステップミーティングを紹介する前に、どのようなものであるかを確認するためにいくつかのオープンミーティングを訪問してほしい。どのグループが薬を服用している人を理解し受け入れているかなど、地域の自助グループについて精通している必要がある。なぜなら、そのようなグループが最も併存性障害の当事者を受け入れてくれるからである。

次のページには、ジョアンの事例が掲載されている。ジョアンは双極性障害を抱えており、アルコールとコカインに依存している。この事例を読んだ後、自助グループがどのようにジョアンを助けたか、どの時点でグループの治療が最も効果的であったかについて考えてほしい。

### ジョアンの事例

ジョアンは双極性障害、アルコール依存症、コカイン依存症の30歳の女性である。彼女は10年前から地元の精神保健センターに治療のために通っている。過去2年間、ジョアンはあまり進展することなく治療グループに参加してきた。

約1年前、彼女は躁病のエピソードがあり、その時に酩酊状態で運転した罪で起訴された。彼女は不当に起訴されたと感じ、統合治療専門家やグループの仲間

とこの問題について話し合った。数ヶ月にわたる話し合いの末、彼女は裁判官の勧告に従って物質使用について何とかしなければならぬことを受け入れた。

半年間、ジョアンは薬物を避けようとしていたが、友人と遊びに行くたびにコカインでハイになりたいという誘惑に勝てず、薬物を使用した後、数日間はどうも状態が続いた。

ジョアンは、物質使用をしている友人から離れたくなかったため、使用を止めることに積極的になれなかった。ジョアンの統合治療専門家は、断酒・断薬を続けるために、また断酒・断薬している人たちと出会うために、AAなどの自助グループを試したことがあるかと尋ねた。ジョアンは、彼女は数年前一度だけミーティングに参加したことがあると答えたが、好きにはなれなかった。

その場になじめなかったし、知らない大勢の人々の前で話をするのも望んでいなかった。

ジョアンの統合治療専門家は、さまざまな自助グループが存在することを説明し、ジョアンにいくつかの自助グループを試すように勧め、より居心地の良いグループが見つかるかもしれないと伝えた。二人はミーティングのリストを入手し、近くにあるジョアンにとって都合の良い時間帯のミーティングをいくつか選んだ。

ジョアンの統合治療専門家は、ジョアンが一人で行かなくてもいいようにいくつかのミーティングと一緒に参加することを提案した。二人は、ジョアンが話さなくてもいいような、オープンスピーカーのミーティングを選んだ。二人はミーティングに参加した後、帰りの車の中でどう感じたかを話した。ジョアンは、緊張したと言ったが、同時に、断酒・断薬を目指すのが自分ひとりではなかったことに安堵したと語った。

ジョアンの了解を得て、統合治療専門家は、ジョアンが気に入るミーティングを見つける手助けをしてほしいと、別のリカバリー期の当事者に声をかけた。統合治療専門家は、ジョアンにその人を紹介し、ジョアンはその人とさらにミーティングに参加することに同意した。

ジョアンは、ようやく居心地が良いと感じる2つの女性ミーティングを見つけ、自分で定期的に参加する

ようになった。数ヶ月間参加した後、彼女は気に入って信頼できる女性に出会い、その女性にスポンサーになってもらうように頼んだ。彼女とジョアンは、定期的にミーティングに参加し、話をするようになった。

統合治療専門家は、ジョアンに自助グループを試すことを促すために、これらの段階を踏んだ。

- ジョアンと自助グループの長所と短所について話し合った
- ジョアンがミーティングに参加する気持ちになったときに、適切なミーティングを選ぶのを手伝った
- ミーティングで何を期待し、何をして、どのように行動したらいいのかを話し合った
- ジョアンと一緒にミーティングに行った
- ミーティング後、ジョアンにどうだったかを尋ね、彼女の見解についてフィードバックした
- ジョアンに、ミーティング中にとっていた望ましい行動を少なくとも1つは伝えた
- 別のミーティングを選択し、ジョアンに同行し、それがどうだったかを話し合った
- 一緒にミーティングに参加する別のリカバリー期の当事者とジョアンをつなげた

## 12ステップミーティングを選ぶ

本事例では、統合治療専門家がジョアンとオープンスピーカー・ミーティングに参加した。オープンミーティングとクローズドミーティングの違いは、オープンミーティングは興味のある人なら誰でも参加できるということである。クローズドミーティングは、問題を抱えていることを認めた人だけが参加するものである。

AAには、多くのタイプのミーティングがある。

- スピーカーズミーティングでは、自分の病気とリカバリーについて語る
- ディスカッションミーティングでは、グループのメンバーがアクションで抱えている問題を取り上げることがある
- ステップミーティングでは、12ステップのうちの1つを朗読して話し合う
- ビッグブックミーティングでは、ビッグブックと呼ばれる『アルコールクス・アノニマス』の1つの章を読み、それについて話し合う

統合治療専門家として、当事者を12ステップのミーティングで紹介できるように準備しておく必要がある。事例では、統合治療専門家はミーティングのリストを持っていたので、ジョアンと一緒にいくつかのミーティングを選択するのは簡単だった。ミーティングのリストを持っていない場合は、イエローページやオンラインで、いつでも12ステップのミーティングを見つけることができる。詳細については、[www.alcoholics-anonymous.org](http://www.alcoholics-anonymous.org) を参照。

当事者には、さまざまなミーティングを試すように促し、自分が心地よいと感じるミーティングを見つけられるようにサポートする。例えば、ディスカッションミーティングは、グループで話すことに不安を感じている人にとって良いスタート地点ではない。当事者には、ミーティングでは「パス」と言う以外に、発言をする必要がないことを伝えることも大切だ。

### スポンサーシップ

事例の中で、ジョアンはスポンサーを見つけている。スポンサーとは、安定した断酒・断薬生活を送っている（通常は4年以上）人である。スポンサーは、相手の人と毎日話をしたり、一緒にミーティングに行ったり、交流を持ったりすることが多い。スポンサーは、プログラムのステップを通じて人を導き、人が物質を使用したい衝動に駆られたときに手助けをする。多くのスポンサーは、昼でも夜でも連絡が取れるようにしている。

グループのメンバーは、同性のスポンサーと一緒に行動することが推奨されている。スポンサーになってくれる人は、ミーティングで手を挙げるのが通常である。

当事者がスポンサーを探すときには、自分が好きで信頼できる人を選ぶ必要がある。なぜなら、スポンサーと親しい関係を築いていくことが大切だからだ。

多くの場合、グループには一時的なスポンサーリストがあり、当事者が正式なスポンサーを見つけるまで、電話対応や車で一緒にミーティングに行くなどのサポートを行う。

### 自助グループに行くべき人は？

自助グループは以下のような場合に効果的である。

- 行きたいと思った当事者なら誰でも
- 物質使用をしない人との支援ネットワークを有しない当事者
- 専門家の支援よりも、あるいはそれに加えて、ピアサポートという考え方を好む当事者

自助グループは非常に広く利用可能で、費用がかからず（無料）、リカバリーのためのさまざまなツールやサポートを提供しているので、すべての人に推奨されるべきである。たとえ12のステップと12の伝統を受け入れていない場合でも、自助グループに参加すると、併存性障害の当事者にとって自助グループへの参加は望ましい経験となり得る。当事者が「ホーム」グループを見つけると、それまで持っていなかった受容とコミュニティの感覚を体験することが多い。

多くの12ステップミーティングでは、自分が「依存症者」であることを受け入れ、この自己認識を利用して他者からの助けを受け入れ、物質の使用を避けるという概念にもとづいている。このような自己概念は自尊心を脅かすものとして経験されるため、耐えることが難しい当事者もいる。参加したくないとはっきり言っている当事者や、非常に怒っている当事者を追い詰めてはいけな。代わりに、後の段階で12ステップのグループに参加するというアイデアを再び導入していくことが必要だ。当事者が無力感や欠陥特性の概念を受け入れるのが難しい場合は、もっと共感できるような他の読み物を提案する。

当事者によっては、12ステップのグループに参加するために、ジョアンよりも多くの手助けを必要とする人もいる。これらのグループで用いられている考え方について紹介する必要があるかもしれない。服装、行動、発言についての明確な指導が必要な場合もある。

自助グループのミーティングで求められる「エチケット」について当事者に伝える。例えば、プログラムは匿名であるため、ミーティングで会った人や聞いたことについては秘密であることを説明する。誰かが話しているとき、自分の席にとどまっていなければならないことも伝える。コーヒーや食べ物が提供された場合は、一人分だけを取り、可能であれば寄付を残すことも話しておく。最後に、ミーティング会場の中には禁煙の場所もあることを伝えておくことよい。このようなミーティングでは、通常、外で喫煙することが許されている。併存性障害の当事者にとって、このようなオリエンテーションは、グループに受け入れられ

るようにするために有益である。

当事者の中には、12ステップミーティングに参加する準備が整う前に、12ステップミーティングで適切に交流する技能を身につけるために、ソーシャル・スキル・トレーニングが必要な人もいる。ミーティングでは、統合治療専門家が、社会技能の見本となるような挨拶をしたり、握手をしたりすることもできる。統合治療専門家は、一部の当事者とより長い期間にわたって、ミーティングに参加する必要があるかもしれない。

ミーティングが終わった後に、誤解を解くために話し合うことがよくある。DTやDRAのような、併存性障害を持つ当事者のためのミーティングがあれば、こうした困難の多くは解消されるだろう。

### その他の選択肢

自助グループには多くの選択肢がある。事例では、ジョアンはAAをサポートシステムとしてうまく利用することができた。当初、彼女はAAを一度試してみたものの、なじめないという両価的な気持ちを持っていた。併存性障害を抱える多くの当事者がこのように感じる。このような感情は、さまざまな理由によって生じる。一部の当事者は、プログラムのスピリチュアルな側面に違和感を抱く。スピリチュアリティがプログラムに含まれていないRRという選択肢もあるかもしれない。

当事者が居心地悪く感じるもう1つの理由は、精神疾患が原因で自分の居場所がないように感じてしまうことだ。DRAのグループはこの問題を解決するのに役立つかもしれない。もしジョアンがAAで馴染めなかった場合、統合治療専門家は、アルコール以外の物質への依存に直接対処するNAやCAを試すように勧めたかもしれない。もし当事者が12ステッププログラムを試してみて、受け入れ難い場合は、リカバリーをサポートするための代替方法を探していく。

自助グループについての詳細は、ツールキットのCD-ROMに収録されているTIP42などを参照。

### 家族への介入

併存性障害を抱える当事者の家族との連携は非常に重要である。当事者は多くの場合、友達が少なく、社会的ネットワークが狭く、薬物を乱用している友人が自己破壊的な行動を促していることが多い。家族は、彼らにとって最も重要な社会的支柱となりうる。

当事者とその家族は、物質使用、問題行動、精神疾患の症状をめぐる、深刻な緊張関係や対立を経験することが多い。家族は、物質使用、精神疾患、行動の相互作用を理解していない場合がある。

家族は、併存性障害についての実践的な情報と、家族の目標を達成するための方策を立てるための支援を必要としている。

家族の介入は、家族のストレスを軽減し、望ましい支援を提供する家族の能力を高め、全員が同じ目標に焦点を当てることができる。家族は、併存性障害を持つ当事者にとって強力な支援者となりうるため、家族を治療に参加させることが重要である。

このセクションは、ジャックの事例から始める。ジャックは統合失調症を患い、アルコールを乱用している。事例を読んだ後、ジャックのリカバリーにおいて家族がどのように重要な役割を果たしたかを考える。

ジャックの治療チームは、治療のさまざまな段階でジャックの家族をどのように関与させたのだろうか？

### ジャックの事例

ジャックは統合失調症及びアルコール依存症と診断された26歳の無職男性で、3回入院歴があり、数年間職に就いていない。

ジャックは酒を飲むと、関係妄想、注意力の低下、混乱など統合失調症の症状が悪化した。彼は同居している母親や継父と頻繁に口論になっていた。友人を求めていたが、人に会うのが苦手だった。

ある日、ジャックの母親は、彼の寝室で大麻の入った袋を見つけて激怒し、統合治療専門家に電話をかけてきた。彼女はジャックの治療チームとのミーティングを求めた。統合治療専門家がジャックにこのことを話すと、ジャックは彼の物質使用が両親との間に問題を引き起こしていることを認め、彼ら全員で会うことに同意した。

長い家族ミーティングの中で、治療チームのメンバーは、一人ひとりが現状をどう見ているのか、どうなることを望んでいるのかを理解しようとした。そして、ジャックと彼の家族にいくつかの選択肢を提示した。

まず、精神保健センターで毎月開催されている教育グループについて説明した。第二に、米国精神疾患同盟（NAMI）でも、精神疾患の親族を支える家族ミーティングを毎月開催していることを伝えた。第三に、家族療法も選択肢の1つとして提案した。

それぞれの選択肢を説明した後、ジャックの両親がNAMIのミーティングに参加すること、家族が選択肢について話し合った上で、次に何をしたいかについて統合治療専門家に電話をすることに同意した。

2週間後、ジャックの両親から再び電話があり、ジャックが酔っ払って“千鳥足”で帰宅し、大喧嘩になったという知らせを受けた。彼らは皆、精神保健センターに戻り、すぐに家族療法を試してみることにした。

家族療法セラピストは、家族の一人ひとりと面談し、問題や状況に対する捉え方を理解した。ジャックは、友達を作りたい、恋人を作りたいと述べた。彼は自分の飲酒が問題であることを認識し、飲酒量を減らしたいと話した。

ジャックの母親は、ジャックの精神疾患とアルコールの影響について非常に不安を感じていた。彼女は、ジャックが自分で身の回りのことをすることができず、毎日彼を見守る必要があると感じていた。ジャックの母親は、ジャックの病気の管理に費やす時間を減らし、自分自身や夫との時間を増やしたいと考えていた。

ジャックは、彼の人生に母親が過干渉であることに腹を立てており、それが二人の間の対立を引き起こしていた。しかし、そのような問題にもかかわらず、二人は一緒にいることを楽しんでた。

ジャックの継父は妻がジャックを心配していることに理解を示していたが、非常に批判的な態度をとる傾向があり、しばしば困難な状況を悪化させていた。継父は統合失調症について理解していなかったが、もっと知りたいと思っていた。彼はジャックに自立して生活してもらい、妻と一緒にもっと旅行に行けるようにしたいと考えていた。

家族での治療は、週1回の教育セッションから始まった。ジャックは自分の症状について率直に話し、継父はジャックの体験がどのようなものであるかを理解し始めた。

物質使用に関する教育セッションで、ジャックは自分がいかに失敗の感情から逃れるために物質を使用していたかということ、一方、物質を使用することで実際には事態がより悪化していたことをより深く理解することができた。

ジャックの母親は、地元のNAMIグループに連絡を取り、グループに参加し始めたことが大きな支えとなった。

数ヶ月後、家族は問題解決のためのワークを受けることになった。それからの8ヶ月間、家族はいくつかの問題に連続して取り組んだ。

まず、ジャックを活動に参加させ、友人と出会う機会を作るようにした。彼は数ヶ月のうちに地元のコミュニティカレッジのコースに入学した。統合治療専門家によるソーシャル・スキル・トレーニングを受けたことで、大学で友人ができ、併存性障害のグループで数人のリカバリー期の友人と出会った。

二つ目の目標は、ジャックの自立度を高めることだった。何度か話し合った後、ジャックは援助付き住宅に入居し、数ヶ月後には自分のアパートを手に入れた。ジャックと彼の両親は、治療チームがどの程度のサポートを提供するか、そして彼のリカバリー過程をサポートするために母親がどのような役割を果たすかについて合意した。

三つ目の問題はジャックの飲酒だったが、ジャックが数ヶ月の断酒後に再発するまで、家族はこの問題に対処しないことを選んだ。数回のセッションの後、ジャックの家族はジャックが自分の行動をコントロールすることを学ぶ必要があることを受け入れ始め、ジャックは再び飲酒量を減らすことに専念するようになった。

ジャックの家族も治療計画の策定に関わり、ジャックの飲酒に強く反応せずに断酒を促す方法を学んだ。

ジャックは併存性障害の治療グループに参加し、飲酒量を大幅に減らし、積極的にリカバリーに取り組み始めた。1年後、ジャックの両親はジャックの進歩を非常に誇りに思い、短い後退もリカバリーの一環として理解できるようになった。家族セッションは終了した。

ジャックと彼の両親は、月に一度の複数家族グループのミーティングに定期的に参加し続けた。ジャックの両親は、他の家族からの支援に感謝し、他の家族から併存性障害について学び続けた。また、親族の飲酒について無力感を抱いている他の家族の助けにもなった。

ジャックは現在、酒を飲まない友人を何人か見つけ、アルバイトをしている。彼は飲酒量を劇的に減らすことに成功した。現在はたまにビールを1～2本飲むことがあるが、長期の断酒期間もみられる。彼は、家族療法を始めて以来、大麻の使用も断っている。

ジャックの精神疾患は2年近く安定しており、家族療法を始めてから入院もしていない。彼の現在の目標は、より良い仕事とガールフレンドを見つけることである。ジャックの両親は、自分の時間を増やすという目標を達成し、何度か自分たちで休暇を取っている。

### 家族のための治療の段階

治療段階という概念は、家族との協働にも有効である。治療の開始時、導入の段階では、統合治療専門家が家族に働きかけ、実践的な援助を提供し、精神疾患や物質使用障害に関する情報を提供して、協力関係を築く必要がある。

この事例では、ジャックの家族にはこのようなことは行われていないようである。その代わりに、家族がジャックの治療チームとの接触を開始した。

家族が説得段階に入ると、統合治療専門家は、物質が精神疾患の経過に及ぼす影響や治療について家族に教育を行う必要がある。教育によって、家族は当事者が物質使用に対処することを支援したり、励ましたりすることに興味を持つようになる。

必要に応じて、統合治療専門家は、動機づけ面接の手法を用いて、家族に対し物質使用障害の影響についての理解を促すことができる。家族は、物質使用が当事者である本人の目標を阻む障壁であることを認識する必要がある。この事例では、統合治療専門家は、家族が自分たちの目標だけでなく、ジャックの目標にも焦点を当てることができるように支援した。

物質使用を減らすという同じ目標に家族が取り組むようになると、積極的治療段階に入る。当事者が病気の管理を学び、目標を追求するためには、変化への意

欲や物質使用の状況、家族のコミュニケーション能力や問題解決能力に応じて、さまざまな方法を用いることが可能である。当事者が物質使用を減らした場合、再発予防の段階での家族療法は、物質使用の再発に対する脆弱性を最小限に抑え、リカバリーを他の機能領域に拡大することを目的とする。ジャックの家族は、さまざまな分野で進歩を遂げることができた。

### 家族への介入

併存性障害を有する当事者の家族への介入は以下のようなものがある。

- 教育
- 家族療法
- 家族支援グループ
- 家族会

### 教育

教育の第一の目標は、家族が精神疾患の性質や物質使用との相互作用を理解できるようにすることである。ほとんどの家庭は、精神疾患についてほとんど知らず、物質使用障害についてはさらに承知していない。親族を助けたいと思っけていても、リカバリーのプロセスを理解していなかったり、リカバリーを促す方法を知らなかったりすることがある。当事者の視点から見た状況を家族に理解してもらうことは、家族からの支援を得るための強力な方法である。また、家族が当事者の立場を理解することで、共通の目標に向かって一緒に努力することができるようになる。

教育は口頭、パンフレット、書籍、ビデオ、そして講師のいる支援グループで行うことができる。教育だけでも多くの家族にとって有用だが、それだけでは併存性障害を持つ当事者の治療にはならない。

家族教育は通常8つのテーマを扱う。

- 精神医学的診断
- 薬物療法
- ストレス脆弱性モデル
- 家族の役割
- アルコールおよび薬物に関する基本的事項
- 物質使用のきっかけや引き金とその結果
- 併存性障害の治療
- 上手なコミュニケーション

ほかにも家族の関心が高い話題としては以下のよう

なものがある。

- 物質使用欲求への対処
- ストレスマネジメント
- リスクの高い状況への対処
- 抑うつ状態への対処
- 自助グループをみつけること
- 人間関係を築くこと、改善すること
- 衝突の解決
- レクリエーションや余暇活動への参加
- 仕事
- 将来の計画を立てること
- 新しい薬物治療の進歩を学ぶこと
- 金銭管理

## 家族療法

家族療法には下記のものが含まれる。

- 家族へのアウトリーチと働きかけ
- 精神疾患や物質使用障害に関する教育
- 併存性障害とその家族への影響に対処するための問題解決技法のトレーニング

家族療法の当面の目標は、家族の関与を維持し、家族に対する物質使用のストレスを軽減することである。長期的な目標は、当事者の物質使用を減らし、全員が個人的な目標や共通の目標に向かって前進できるようにすることである。

問題解決トレーニングの焦点は、家族が自分で問題に対処する方法を教えることである。家族は、問題解決のために次のような順序を教わる。

1. 誰もが納得できるように問題を定義する
2. 可能な解決策を考える
3. 解決策のメリットとデメリットを評価する
4. 最適な解決策を選択する
5. 選択した解決策を実施するための計画を立てる
6. 後日、進捗状況を確認するためのミーティングを行う

家族がまだ説得の段階にある場合、問題解決は、物質使用に対処したり、家族への影響を軽減したりするための動機付けを高めることを目的とする。統合治療専門家は、当事者の物質使用が目標達成の妨げになるかどうかを家族に考えさせる方法を検討する。

物質使用と希望する目標との間に矛盾を見いだすことで、家族が物質使用障害に対処する意欲を持つようになることがある。例えば、仕事をしたいがアルコール使用を問題視していない当事者は、飲酒した翌日に仕事上の問題を経験することがある。仕事の業績向上や、より良い仕事に就くことに焦点を当てた家族の問題解決は、特定の日に飲酒を減らす、あるいは飲酒を完全に止めるという決断につながるかもしれない。

家族が積極的治療段階にある場合、問題解決は物質の使用を減らすことに直接焦点を当てる。これには、継続的な乱用や再発のリスクの高い状況を予測することや、物質を使用せずにニーズを満たすための技能や支援を増やすことが含まれる（例えば、物質使用者ではない人と出会う場所を見つけることなど）。

再発予防段階では、問題解決の焦点が、働くこと、自立して生活すること、健康に気を配ること、親密な人間関係を築くことなど、リカバリーをさらに促進する他の分野に移ることが多い。

## 家族支援グループ

継続的な複数の家族による支援グループは、家族にとって有用である。グループは、統合治療専門家が講師を招いたり、家族の参加を促したりして主導する。ミーティングでは、家族に併存性障害についての継続的な教育を提供し、他者の経験を検証する自由な交流を促進し、家族が併存性障害に取り組む意欲を高め、成功した対処法を共有することに焦点が当てられている。

講師の候補者は以下の通り。

- 新薬に関する説明をする精神科医
- 給付に関する規定を説明する社会保障当局の担当者
- アディクションのさまざまな側面について話し合う統合治療の専門家
- リカバリーの概念について話し合う精神疾患の当事者

## 家族会

アラノンとは物質使用障害のある当事者の家族やその他の支援者のための自助グループである。家族はアラノンに参加することで、情報、支援、および当事者の物質使用問題に対処するための技能を得ることができる。

米国精神疾患同盟（NAMI）は、当事者とその家族による草の根活動組織である。NAMIは、当事者とその家族に支援と教育を提供し、重度の精神疾患を抱える人々に対する差別のない公平な資金援助と政策を提唱している。また、精神疾患の原因、症状、治療法の研究、および偏見をなくすための公教育も支援している。

多くの地域では、州および地域のNAMI支部が毎月の家族支援ミーティングを主催し、当事者とその家族がお互いの経験から学ぶ機会を提供している。また、NAMI支部では、定期的に教育ミーティングを開催している。

### 家族への介入方法の選択

家族は、これらの選択肢のいずれにも参加することができる。治療と支援グループを組み合わせることは特に有効である。どの介入が最も有用かを家族と一緒に考える際には、家族の関心分野と参加の意欲をアセスメントする。家族との交流はないよりあった方がよいので、少なくとも1つに参加するように家族に勧める。

当事者と同様に、家族に対しても尊厳と敬意を持って家族と接することが重要である。彼らは、当事者に対する豊富な知識と経験を持っており、それは計り知れないほど貴重なものである。

## 演習：グループ治療について検討する

ビッキーの事例を踏まえ、ビッキーと統合治療専門家は、ビッキーがグループ治療を検討するために、どのような段階を踏んだか。グループ治療は、ビッキーの支援にどのような効果があったか。

## 演習：ロールプレイ「最初の家族ミーティング」

研修員から3名を選び、当事者、当事者の母親、統合治療専門家のロールプレイを行う。

最初の家族ミーティングをどのように進行するかを練習する。精神疾患や物質使用障害についての情報提供を忘れずに行う。当事者と家族の目標を確認し、家族の参加を促し、利用可能な家族介入の選択肢に関する情報も提供すること。



## プログラムの評価方法

併存性障害のための統合治療プログラムの質を担保するため、本章では、同プログラムの有効性を評価する方法を示す。内容は以下のとおりである。

- 準備時アセスメント
- 統合治療のフィデリティ尺度
- 一般組織指標
- 統合治療プログラムに特化したアウトカム評価尺度

また、プログラムの質を向上させるために、評価を実施する手順の他、データ活用のポイントも示す。



## プログラムの評価方法

なぜ統合治療プログラムの実施評価を行うのか	169
準備時アセスメントの実施	171
プロセス・アセスメントの実施	173
効果測定の実施	179
統合治療プログラムの質を向上させるためのデータ活用	183
付録A：「カバーシート」統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標	189
付録B：統合治療フィデリティ尺度とスコアシート	191
付録C：統合治療フィデリティ尺度の手引き	197
付録D：一般組織指標とスコアシート	211
付録E：一般組織指標の手引き	217
付録F：結果報告書の書式	227
付録G：結果報告書の書式の説明	231
付録H：評価者の研修と職務遂行能力のチェックリスト	237

## プログラムの評価方法

### なぜ統合治療プログラムの実施評価を行うのか

統合治療プログラムを実施している主要な関係者は、2つの疑問を持つかもしれない。

- プログラムは計画どおりに実施されているか
- プログラムで期待どおりの結果が得られたか

統合治療プログラムを効果的なものにするために、これら2つの点を問い、そこから得られた答えからプログラムを改善することが重要である。

最初の質問に対しては、プロセス評価尺度を測定する（統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標を使用）。プロセス評価尺度は、どのようにサービスが提供されているかを把握するものである。2番目の質問に対しては、アウトカム評価尺度を測定する。アウトカム評価尺度は、プログラムの結果または効果を示すものである。

プログラムの実施準備をする際は、プロセスとアウトカム（結果）の両方の評価尺度を使用して、プログラムの開始時から終了時までプログラムの質をチェックし改善する品質保証システムを開発することが重要である。

## プロセス評価尺度を取りまとめる理由

プロセス評価尺度は、望ましい結果が得られることが研究で立証されている方法によってサービスを提供しているかどうかを判断するための客観的で構造化された手段を提供する。

つまりプロセス評価尺度により、エビデンスベースト・モデルに準拠したサービスを提供しているかが分かる。エビデンスベースト・モデルに密接に準拠するプログラムは、それに準拠しないプログラムより効果的である。エビデンスベースト・モデルに準拠していることを「フィデリティ」という。

プロセス評価尺度の測定は、プログラムの強みを明確にしなが、プログラムの弱点を診断するための優れた手法である。統合治療プログラムが高いフィデリティに達すると、継続的なモニタリングによりプログラムがEBPの基本原則から逸脱しないようにしながら、現場での改良を試すことができる。

プロセス評価尺度はまた、精神保健・物質乱用当局に、州全体の統合治療プログラムの質を評価するための枠組みを提供する。また、精神保健・物質乱用当局が州全体の傾向とその例外を特定することを可能にする。

**研究結果は、統合治療プログラムによって以下の効果が期待できることを証明している。**

- ・薬物使用の減少
- ・精神症状と機能の改善
- ・入院回数の減少
- ・居住の安定性の向上
- ・検挙回数の減少
- ・QOL（生活の質）の改善

## アウトカム評価尺度を測定する理由

プロセス評価尺度はサービスの提供方法を査定し、アウトカム評価尺度はプログラムの結果を査定するものである。すべてのサービス介入には、短期および長期的な利用者の目標がある。さらに利用者は自分自身の目標を持っており精神保健と物質乱用に関係するサービスを受けることで達成したいと考えている。これらの目標は結果に変換され、結果は特定の評価尺度に変換される。

サービス利用者についての成果は、ビジネスにおけ

る利益と同様、精神保健・物質乱用関係機関にとっての報酬といえる。成功しているビジネスパーソンは、従業員が一生懸命働いているからといって、ビジネスが利益を上げているとは考えないだろう。

## プログラムの品質保証システムを整備する理由

精神保健・物質乱用にかかる支援においては、統合治療が併存性障害のある当事者に与える影響を示すために、統合治療フィデリティ尺度や一般組織指標などのプロセス評価尺度だけでなく、先述したアウトカム評価尺度を測定する品質保証システムを整備する必要がある。品質保証システムを整備は、以下の事項を実施するのに役立つ。

- プログラムの長所と短所を診断する
- プログラムを改善するためのアクションプランを策定する
- サービス利用者がリカバリーの目標を達成するのを支援する
- 精神保健・物質乱用にかかるサービスを効率的かつ効果的に提供する

## プログラムの評価方法

### 準備時アセスメントの実施

管理者と包括型地域生活支援プログラム（ACT）のリーダーが「プログラム作成の手引き」の章を読み、新しい統合治療の担当者が「現場スタッフの育成」の章を学んだとする。

サービス利用者に統合治療のサービスの提供を開始する準備ができているかについてどのように判断すれば良いだろうか。

次の準備時アセスメントは品質保証チームのメンバー、アドバイザーグループリーダーおよびプログラム管理者が統合治療プログラムの開発に必要なプロセスと管理タスクを知る助けとなる。

同アセスメントの質問に答えることは、統合治療プログラムの実施手順を示す "To Do" リスト（または実施計画）を作成することにつながる。

また、その質問に対する回答は、プログラム実施機関においてすでに活用されているエビデンスベースト・モデルの構成要素と、未着手のままとなっている事項を把握するのに役立つ。

## 準備時アセスメント

十分把握していないと思われる事項にチェックを入れる。

- どの援助者が統合治療プログラムのスタッフ（統合治療専門家）として指定されているか。
- 統合治療プログラムをスーパーバイズし、指揮する人は誰か（プログラム管理者は誰か）。
- プログラム管理者と統合治療専門家の役割
- 統合治療専門家の担当ケース数
- プログラム管理者の担当ケース数
- スーパーバイズ体制（プログラム管理者が統合治療専門家や機関管理者と話し合う頻度）
- 統合治療専門家はどのような形でスーパーバイズを受けるか。
- 併存性障害のある当事者をどのように検査し診断するか。
- 当事者の治療段階を評価する手順
- どのように統合治療プログラムの利用者を特定して同プログラムにつなぐか。
- 当事者、家族、その他の人に統合治療プログラムについてどのように知らせるか。
- 統合治療プログラムにおいて、当事者に包括的なサービスへの利用手段をどのように提供するか。
- プログラムにおける当事者向けのアセスメント手順（統合された包括的、長期的で状況を踏まえたアセスメントを使用するか）。
- 統合治療計画を提供するための手順
- 統合治療専門家は、薬の処方者を含む他の治療チームメンバーとどのようにコミュニケーションをとり、協力するか。
- EBPについてどのように薬の処方者に伝えるか。
- 併存性障害の当事者に対し、どのようなタイプのグループ治療を提供するか。
- 当事者の家族等に対しどのような介入を行うか。
- 当事者にどのアルコール・薬物の自助グループを紹介するか。
- 統合治療の効果が無い当事者を特定するための手順。その場合どのような二次介入を行うか。
- エビデンスベースト・モデルに対するプログラムのフィデリティをどのように測定するか。
- 利用者の結果データを集約するためのシステムはどのように機能するか。
- 統合治療プログラムのスタッフは、アドバイザーグループとどのように関係しているか。

不明な事項や疑問点がある事項があれば、コンサルタントや経験豊富な統合治療プログラム管理者に相談すること。

## プログラムの評価方法

### プロセス・アセスメントの実施

統合治療のためのサービス提供を開始する前に、準備時アセスメントに加え、最初のプロセス・アセスメントを実施する必要がある。これにより、実施機関がEBPの主要な構成要素を備えているか否かが判断できる。統合治療プログラムを実施して最初の2年間は6ヶ月ごとにプログラムをアセスメントする計画を立てる。

プログラムが成熟し、高いフィデリティに達したら、アセスメントを年1回にすることもできる。統合治療プログラムを成功裏に実施している機関は、以前の実施パターンに戻らないようにプロセスを評価し続ける必要がある。

プログラムがエビデンスベースト・モデルに対して高いフィデリティに達すれば、統合治療の専門家はコミュニティの個々のニーズに合わせてプログラムを調整することができる。効果測定に連動してプロセス・アセスメントを引き続き行う場合、変更を加えることによってプログラムがフィデリティから逸脱する度合いを把握することができ、さらにその変更が利用者にプラスまたはマイナスどちらの影響を与えるかについて理解できる。

## プロセス評価尺度の使い方

併存性障害に対する統合サービスの提供方法を把握する2つのツールが開発されている。

### ■統合治療フィデリティ尺度

### ■一般組織指標

両ツールは同時に管理することができる。

統合治療フィデリティ尺度は14の固有の項目を有する。各項目は、1（実施していない）から5（完全に実施した）までの点数で評価される。

各項目は、エビデンスベースト・モデルが規定するとおりプログラムが提供されているか否かを評価する指標である。

一般組織指標は、2番目に開発されたプロセス評価尺度である。各EBPに固有のフィデリティ尺度とは対照的に、どんなEBPを実施する際にも一般組織指標を使用することができる。これは、EBPを実施・維持する機関の総合的な力量に影響することが分かっている、機関全体の運用手続きを測定するものである。

統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標については付録BとD参照。ツールキットのCD-ROMから用紙を印刷することもできる。

### ツールキットに含まれているプロセス評価尺度について

品質保証にかかる評価尺度が開発され、すべてのEBPツールキットに同尺度が盛り込まれている。統合治療フィデリティ尺度はインディアナ大学・パデュー大学インディアナポリス校の研究チームおよびツールキットの開発者であるロバート・ドレイクによって開発された。

「完全に実施している」というアンカーポイントを確立するために使用される基準は、さまざまな熟練の専門家の情報源だけでなく、経験的な調査研究を通して設定された。尺度については多くのグループによって幾多の試行錯誤が行われてきた。統合治療フィデリティ尺度の以前のバージョンは、実用性について望ましい成果が認められ、オハイオ州で広範囲に導入された。

ツールキットの3年間の試行導入中、さまざまな情報源からのフィードバックにもとづき改訂がなされた。

る機関もある。他のケースでは、精神保健・物質乱用当局がアセスメントを行うスタッフを指定することもあ

ロバート・ドレイクとチャーリー・ラップによって開発された一般組織指標は新しく考案された尺度である。この尺度は、ツールキットの3年間にわたる試行導入中に集積したフィードバックにもとづき複数の改訂を経ている。

アセスメントはプログラム実施機関で内部的に行うことも、レビューグループが外部的に行うこともできる。外部のレビューグループはエビデンスベースト・モデルに精通しており、かつプログラム実施機関から独立している評価者を派遣できるという明確な利点がある。重要なのは、客観的かつ習熟した評価者を選任することである。

### プロセス・アセスメントの実施者

プロセス・アセスメントの評価者は2人登録することが望ましい。2人で測定したデータは情報の信頼性が高く有効である可能性を高める。

外部評価者が行うことが望ましいが、内部スタッフがプログラムの評価を行うこともできる。これらの評価（またはその問題に関するその他の評価）の有効性は、次の条件によって異なる。

統合治療プログラムを成功裏に実施している機関は評価者を選定するためにさまざまなアプローチを行っている。

#### ■評価者の知識

#### ■評価に関する正確な情報へのアクセス

#### ■評価の客観性

一部の機関は、統合治療アドバイザー委員会のメンバーを評価者としてトレーニングし、アセスメントを仕上げる責任を持ち回りにしている。また、既存の品質保証チームがあり、統合治療プログラムのアセスメントを仕上げるためにチームメンバーを指定してい

内部スタッフが評価を行う場合は、プログラムの「見栄え」に左右される評価者や、エビデンスベースト・モデルを完全に理解していない評価者の潜在的なバイアスに注意を要する。評価は客観的に行われ、確かな

根拠にもとづいていることが重要である。

状況がこの領域を決定づけるが、評価の客観性を促進するレビュープロセスを選択することを奨励する。例えば、併存性障害の統合サービスの提供に中心的な関与をしていない援助者が評価に関わることなどが考えられる。

面接やデータ収集の手順（カルテの点検を含む）の経験とトレーニングを積んでいる人だけがアセスメントを行うべきである。さらに評価者はエビデンスベース・モデルの特質と重要な構成要素を理解している必要がある。

コンサルタントやトレーナーを付けて統合治療プログラムを実施することを選択した場合、その人がアセスメントのプロセスに参加することで、受ける技術支援の内容も充実する。どちらの方法を選択する場合でも、プロセスを計画する早い段階で決定することが望ましい。評価者のトレーニングと支援実績の評価に役立つチェックリストは付録H参照。

## プロセス・アセスメントの実施方法

プロセス・アセスメントの前、実施中、および後に多くの取り組みが行われる。一般的に、アセスメントには以下のことが含まれる。

- 機関管理者、プログラム管理者、統合治療専門家、当事者およびその家族へのインタビュー
- 他の機関のスタッフへのインタビュー（薬を処方する精神科医、看護師、セラピスト、ケースマネージャー、就労支援専門家、リハビリテーションサービス実施者等）
- 1つ以上のグループまたは個別のカウンセリングセッションの観察
- 治療チームとスーパーバイザーミーティングの観察
- カルテの点検

複数の情報源から情報収集すると、サービスがどのように提供されているかについて評価者はより正確に把握できる。この情報を得るには一日を通した現地訪問が最も良い方法である。

時間を節約するために、統合治療専門家や当事者とのインタビューは、グループ形式で行うことができる。

統合治療プログラムにおける統合治療専門家が5名以下の場合、各人と面接することが望ましい。もし5名以上の統合治療担当者がある場合は少なくとも5名との面接を試みるべきである。

次の提案は、アセスメントプロセスの手順の概要を示したものである。

## プロセス・アセスメントの前に

### ■ アセスメントの質問を準備する

統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標の各項目、その項目が含まれた理由、収集する情報の種類に関するガイドライン、および評価を仕上げるための説明を理解するのに役立つ詳細な手引きが作成されている。

手引きを使用し、評価のための訪問中に尋ねる質問を準備する。統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標の手引きは付録CとE参照。

品質保証チームがプログラム実施機関のニーズを満たす効果測定を選択するのは差し支えないが、統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標は省略せずすべて使用する必要がある。これらの尺度ですべての項目のデータを収集すると、プログラム実施機関はプログラムがエビデンスベース・モデルにどれだけ近づいているか包括的に把握できる。

### ■ 評価のタイムラインを作成する

訪問までと訪問中に必要なすべての作業を一覧表に示し、各作業を行うためのタイムラインを作成する。特に複数の評価者がいる場合は、念入りに作業を調整することで、適時に評価を完了することができる。

### ■ 連絡担当者の設定

統合治療プログラムのキーパーソン一人に、訪問についての調整をしてもらい、面接に参加する人々に評価の目的と範囲を事前連絡しておく。通常、この連絡担当者はプログラム管理者である。

十分に余裕を持ってスケジュールを立て、面接の日時を確認するために電話をかけるなど、礼儀をわきまえ、時間を割いてもらっていることへの配慮を示す。

## ■統合治療プログラムのスタッフとの共通理解を確立する

最も成功しているアセスメントは、評価者と統合治療プログラムのスタッフが、EBP原則に従ってプログラムがどのように進行しているかを理解するという目標を共有している。管理者や統合治療の専門家が、十分なスコアを出さないと資金を失ったり、面目を失ったりするのではないかと懸念している場合は、データの正確性が損なわれる可能性がある。すべての関係者が真実を知ることに関心を持っていることで最良のアセスメントにつながる。

## ■訪問調査において回答者から何を求める必要があるのかを示す

アセスメントの目的に加えて、必要な情報、面接を要する人および所要時間を簡単に説明する。

プログラム管理者が可能な限り以下の情報を収集する場合、訪問調査は最も効率的である。

- 統合治療プログラムのスタッフ名簿—（役割と正規職員）
- プログラム実施機関が提供しているサービスの利用者数
- 併存性障害の統合治療を積極的に受けている利用者数
- 以下のサービスに積極的に参加している利用者数
  - ・物質乱用についての個別カウンセリング
  - ・物質乱用についてのグループカウンセリング
  - ・家族介入
  - ・自助グループ
  - ・その他リハビリテーションサービス
- 過去6ヶ月間に統合治療プログラムを受けた利用者数
- 過去6ヶ月間に統合治療プログラムから離脱した利用者数
- 統合治療プログラムに関する実施機関のパンフレットまたは綱領の写し
- 物質乱用について利用者の選定に活用している運営方針、実施手順および書式の写し
- アセスメントや治療計画のための統合治療プログラムにおいて利用者とともに活用している運営方針、実施手順および書式の写し
- 物質乱用カウンセリングの週間スケジュールの写し
- エビデンスベースト・モデルでスタッフを育成する

ため使用しているカリキュラムとスケジュールの写し

- 品質保証手順の写し、特に統合治療プログラムの評価に使用されるプロセスとアウトカム評価尺度のリスト

評価者が求めた資料がすべて揃わなくてもアセスメントを行えることをプログラム管理者に伝えて安心させる。統合治療専門家数や統合治療プログラムの利用者数といったいくつかの情報は他の情報よりも重要であることを示す。

訪問調査では、治療チームの会議、グループスーパービジョン、集団か個別の物質乱用カウンセリングセッションを観察しなければならないことを連絡担当者に伝える。それらの予定に応じて訪問調査の日程を決める。

## ■10人分のカルテをサンプリングする必要があることを連絡担当者に通知する

効率の観点からは、ランダムに選択し、事前にカルテを作成することが望ましい。しかし統合治療専門家が都合の良いカルテを選んだり、訪問調査前にカルテを更新したりした場合、評価が無効になるという懸念があるかもしれない。プログラムがサービスをどのように実行しているかを客観的に知ることが目的であることを双方が理解している場合、この問題が発生する可能性は低くなる。

加えて、さらに20名分のカルテの提出を求め、そのうち10名分をランダムに選択して検討することで、無作為抽出を確実に行うことができる。その他のオプションとして、併存性障害の統合治療を受ける利用者の非識別リスト（名前が削除されたリスト）の提出を求めることや、検討する10名分のカルテを選択するリストを使用することが考えられる。

プログラムの統合治療専門家が一名しかおらず、担当している利用者数が10名未満の場合は、プログラムのすべての利用者のカルテを確認する。

## ■報告手順の明確化

適切な人物（機関管理者、精神保健・物質乱用当局またはプログラム管理者）とともに、アセスメント結果の報告を受けるべき人物を明確にする。報告を受け

るのは以下の者が考えられる。

- 機関管理者
- 機関の品質保証チームのメンバー
- 統合治療アドバイザー委員会の委員
- プログラム管理者
- 統合治療専門家
- 利用者および家族

評価者はまた、機関が報告書をどのように配布するかを明確にする必要がある。例えば評価者はレポートを郵送またはFAX送信し、ミーティングや電話会議で結果を話し合う場合がある。

### ■アセスメント資料の整理

アセスメントの実施に役立つ3つの書式が作成されている。

- 最初の書式は、プロセス・アセスメントの整理に役立つ統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標のカバーシートである。これで機関、データ収集および地域特性に関する一般的な情報を把握することができる。
- 2番目と3番目の書式は2つの尺度のスコアシートである。ある期間から次の期間までのアセスメントを比較するのに役立つ。また、結果をグラフ化して時系列での変化を調べる場合にも使うことができる。

統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標のカバーシートとスコアシートについては付録A、BおよびD参照。これらの書式は本ツールキットのCD-ROMからも印刷可能である。

### アセスメントの訪問調査において

#### ■用語の調整

訪問調査に当たり混乱を避けるため、使用する用語の調整を行う。例えば、統合治療プログラムでは「当事者・利用者」の代わりに「メンバー」という言葉、「統合治療専門家」の代わりに「臨床家」という言葉を用いることがある。各機関には特定のスタッフの役割に固有の役職名がある。その機関で使われている言葉を採用することで、コミュニケーションを向上させることができる。

### ■カルテの点検

カルテの点検はカルテの代表サンプルから行うことが重要である。点検を始める際、サンプルが治療の各段階の利用者を反映しているかどうかを確認する。また、複数の統合治療専門家それぞれが担当する利用者のカルテがサンプルに含まれているかどうかにも注意を払う。ランダムサンプルが代表的でない場合は、サンプルの代表性を高めるカルテでサンプルを補完することを検討する。

各カルテにおいて、選定状況、アセスメントおよび治療計画フォームを調べる。最近の経過記録を確認し、統合治療専門家が担当している利用者や治療チームメンバーとの接触回数および接触方法を把握する。経過記録が利用者カルテに反映されていない場合は確認できる追加ファイルがあるか統合治療専門家に尋ねる。

場合によっては、サービスが提供されてから利用者のカルテに文書化されるまでの間にタイムラグが生じることがある。サービス内容が最も正確に記載されたものを取得するには、カルテのデータをサンプリングするときに、文書作成がすべて完了した最新のデータを収集するようにする。

最新の期間を確認するには、プログラム管理者、統合治療専門家、または管理スタッフに尋ねる。施設で行われているサービスの方がアウトリーチで提供されるサービスよりも速くカルテ化される可能性があることを踏まえ、データの不正確なサンプリングを避ける。

### ■各情報源で食い違いが生じた場合は、プログラム管理者に問い合わせる

最も一般的な食い違いは、プログラム管理者がチームの機能をカルテや観察データよりも理想的に把握している場合に起こる。例えば、統合治療フィデリティ尺度の「アウトリーチ（項目6）」は、利用者が統合治療プログラムに参加し続けるために、統合治療専門家が一貫してよく考えられた戦略を実践し、必要に応じていつでも利用者をコミュニティサービスにつないでいるかをアセスメントするものである。

プログラムから離脱した利用者は連絡を受けていないことをカルテが示す一方で、プログラム管理者は、統合治療専門家がプログラムから離脱した利用者へ接触するのにかなりの時間を費やしていることを述べる

かもしれない。

このような食い違いを理解し解消するために、評価者は次のようなことを伝えるのも一案である。「カルテを確認したところ離脱した10%の利用者と連絡を取っているが、(プログラム管理者の) 推定値ははるかに高い。この違いについて説明してくれませんか」。多くの場合、プログラム管理者は食い違いを解決する情報を提供することができる。

#### ■訪問調査を終える前に欠落しているデータがないか確認する

訪問の最後に、他に収集すべき追加情報がないかプログラム管理者に確認すると良い。

#### 訪問調査後

##### ■フォローアップ

評価を完了する前に、不足データを収集することが重要である。必要なら電話やメールで確認する。この確認には、訪問調査後に気づいたデータの矛盾についてプログラム管理者と話し合うことも含まれる。

#### ■フィデリティ尺度と一般組織指標の点数化

計画された行動や意図された行動にもとづいて評価するのではなく、現在の行動や活動にもとづいて評価を行う。例えば、「包括的なサービスへのアクセス(項目4)」について満点(5点)を付けるためには、機関が現に包括的サービスを提供している必要がある。機関がこの分野の将来の改善を計画しているものの、まだ包括的サービスを提供していない場合、評価を受けることはできない。ある機関を初めてアセスメントして、機関がすでに整えているエビデンスベースト・モデルの要素を特定する場合、一部の項目が適用されない場合がある。

新しい統合治療プログラムを開発している多くの機関は、機関がまだ運営方針と実施手順を策定していない項目について低いフィデリティの評価を受ける。例えば、いくつかの項目は、研修を受けた援助者(統合治療専門家)によって、併存性障害の利用者からなる対象グループに対して提供されるサービスを評価することを前提としている。統合治療の専門家をまだ雇っていない、割り当てていない、あるいは研修をしていない機関や、併存性障害の統合治療を受ける利用者の

取扱件数を積み重ねていない機関は、これらの項目について評価することはできない。

他の項目の評価は、その機関が統合されたスクリーニング、アセスメントおよび治療計画手順を開発したかどうかによって異なる。項目を評価できない場合は「1点」を付ける。

多くの項目で高い点数を得るためには、プログラム管理者と統合治療専門家がEBP原則について理解し、準拠する必要がある。もし統合治療専門家がほとんど概念を理解していない場合、その項目には「1点」を付すことになる。概念を部分的に理解し、その理解に従って業務を行っている場合は、その項目に「3点」を付す。満点を得るためには、少なくとも プログラムに関する時間のうち80%は一貫して概念に準拠しているという根拠が必要である。

各項目を評価する方法の詳細については、付録CおよびEの「統合治療フィデリティ尺度の手引き」および「一般組織指標の手引き」を参照。

#### ■個々の評価者が独立して点数化する

評価者が2名いる場合は、各人が独立して収集したデータを検討し尺度について点数を付ける。その後各々が付けた点数を比較し、意見の相違があれば解消し、双方が合意できる点数を検討する必要がある。

#### ■スコアシートを完成させる

項目の点数を集計し、達成された実施レベルを決定する。

## プログラムの評価方法

### 効果測定の実施

サービスの提供状況を包括的に理解するために、省略せずすべて使用する必要がある統合治療プログラムのプロセス評価尺度とは異なり、アウトカム評価尺度は、実施プログラムにとって最も有益な尺度を決める必要がある。最初は、使いやすく持続させやすいものが良い。複雑なものは、アウトカムデータを収集して使用しようとする多くの試みをくじくことになる。

簡略化する1つの方法は、アウトカム評価尺度の数を制限することである。機関にとって最も役立つ情報の種類にもとづいてアウトカム評価尺度を選択する。研究文献にもとづき、以下のようなアウトカムの基本事項を把握することを推奨する。

- 物質使用の減少
- 精神症状と機能の改善
- 入院回数の減少
- 居住の安定性の向上
- 検挙回数の減少
- QOL（生活の質）の改善

これらの結果は、併存性障害に対する統合治療の主要な目標を反映している。具体的には、このEBPの目標は、併存性障害の利用者が有意義な人生目標を追求できるように、2つの深刻な病気から回復する過程で前進し、これらの病気への対応を学ぶのを助けることである。このため、物質乱用と重度の精神疾患の両方からの回復の結果を、プログラムに最も役立つ方法で捉える必要がある。

データが有用であるためには、データが有効でなければならない。つまり、データは測定する必要があるものを測定する必要がある。したがって、統合治療専門家が主要な結果に焦点を当て、同様の方法でそれらを理解し、一貫したエラーのない方法で評価を行うには、尺度（項目）が少数かつ具体的でなければならない。

有効性を高めるために、最初は単純な評価を使用することを勧める。アウトカム評価尺度を具体的な尺度に限定することで、利用者や家族からのデータを必要とすることなく統合治療専門家からのデータ収集のみで完結させることもできる。

### 手順の作成

実施機関は、品質保証システムのアウトカム部分をゼロから開発するか、既存の効果測定システムを使用するか選択できる。包括的で統合された使いやすい効果測定システムの開発に役立つ多くの電子評価プログラムが用意されている。以下に例を挙げる。

- 「利用者の効果測定パッケージ(コラム参照)」や「意思決定支援2000+オンライン (www.ds2kplus.org)」などの一般に公開されているツール
- 「サービスプロセスオリティマネジメント™ (www.nccbh.org/spqm)」のような市販品

### 利用者の効果測定パッケージとは

SAMHSAが一部スポンサーとなり、利用者の効果測定パッケージ (COMP) がカンザス大学の社会福祉学部のチームによって考案された。このコンピュータアプリケーションにより、各機関はEBPごとに開発されたアウトカムを、あらかじめ設定されたリストから選択することができる。選択したアウトカムにデータを入力し、レポートを四半期または月ごとに作成する。COMPを使用すると、さまざまな表やグラフでアウトカムデータを表示することもできる。

COMPの設計者は、コンピュータアプリケーションをできるだけ簡単かつ柔軟に使用できるようにしようとした。WEBからCOMPにアクセス可能であり、コンピュータアプリケーションをダウンロードし、インストール手順と、定義の説明や書式を含むユーザーマニュアルを印刷することができる。

COMPのダウンロード手順：

<http://research.socwel.ku.edu/ebp>

ダウンロードページのリンクをクリック

ユーザー名とパスワードを入力

User Name: ebp

Password: kujayhawks

Domain: (これが表示されたら、空欄のままにしておく)

リンクをクリックして、インストール手順とユーザーマニュアルをダウンロードする。

説明に従いアプリケーションをインストールする。

既存の効果測定パッケージを使用するか、独自の設計を行うかを決定する際には、機関の力量を念頭に置いておく必要がある。システムは、統合治療専門家に過度な負担を掛けてはならず、仕事に役立つ情報を提供する必要がある。

評価システムは、紙で行うか、COMPコンピュータアプリケーションを使用するか、または独自の効果測定パッケージを開発するのか、機関における業務の流れに合う方法を適用する必要がある。

利用可能な手段から始め、そこからシステムを拡張する。最初に簡単なレポート書式でデータを収集し、統合治療専門家に手集計の概要を報告することもできる。

### アウトカム評価尺度の拡張

中核となる効果測定システムを確立し、日常的にデータ収集する方法を学び、統合治療プログラムの改善に当たりデータを使用することに慣れたら、アウトカム評価尺度を拡張する準備が整う。

実践的にも臨床的にも統合治療プログラムを改善するにあたっての意見を利用者や家族に求めることを検討する。アウトカムの改善を図っている機関にとって利用者や家族は重要な情報提供者である。機関は以下の情報を求めていると思われる。

- 利用者はサービスに満足したか
- サービスが利用者のQOLにどのような影響を与えたか
- 利用者はサービスがリカバリーの目標の達成に役立っていると受け止めているか

利用者や家族からデータを収集するには、統合治療専門家によって迅速に報告される情報よりも多くの時間が必要だが、貴重なフィードバックを得ることができる。

利用者や家族から情報収集するに当たり、次の調査を推奨する。

- 精神保健統計改善プログラム (The Mental Health Statistics Improvement Program : MHSIP) 利用者満足度調査 ([www.whsip.org](http://www.whsip.org))
- リカバリーの測定手段『有効性の測定:リカバリー評価尺度大要 第二巻』(Measuring the Promise : A Compendium of Recovery Measures Volume II) (<http://www.tecathsri.org>)

郵送調査は回答が返送されないことが多く、面接は協力的でアクセスしやすい人にしか行えないので、利用者や家族の回答者から代表的なサンプルを得ることは難しい。代表的でないサンプルは偏っている可能性がある。

さまざまな手段を用いて評価を行うことにより、利用者および家族のデータの偏りを避ける。例えば、アンケートを通して収集したフィードバックと、フォーカスグループから取得したフィードバックを組み合わせることを検討する。もう一つの選択肢として、コンサルタントを雇って小グループの利用者や家族と質的な面接を行う方法がある。

SAMHSAの「併存研究教育センター (Co-Occurring Center for Excellence)」([www.coce.samhsa.gov](http://www.coce.samhsa.gov))は、評価コンサルタントを見つけるための一つのリソースである。

データの入力と操作を可能にするコンピュータソフトウェア (マイクロソフト Access、同 Excel、ロータスなど) を使用すると、データの集計やグラフ化が手

作業で行うよりも簡単である。データ入力とレポート作成のためのコンピュータ化されたシステムは、アドバンテージが明らかであり今後の目標かもしれないが、その構築をただ待ってはいけぬ。使いやすい洗練されたコンピュータシステムでフィードバックを行う必要はない。意味のあるデータ収集とレポート作成を頻繁に行うことがより重要である。結果報告書の書式のサンプルについては付録Fを参照。参加データとアウトカムデータを定期的に収集するシンプルな紙媒体の例となっている。結果報告書の書式の使用方法については付録Gを参照。

### アウトカムデータを収集する頻度

統合治療プログラムの利用者のアウトカムを3ヶ月ごとに把握し、プログラムスタッフとデータを共有することを計画する。定期的かつ短い間隔でデータを収集すると、アウトカムデータの信頼性が向上する。

実施プロセスの早い段階でアウトカムを収集するシステムを設計することを勧めるが、プログラムが完全に機能するまでは望ましい結果が出ることを期待すべきでない。プログラムで使用できるリソースによっては、6～18ヶ月かかる場合がある。

### データ収集の担当者を決める方法

機関管理者または精神保健・物質乱用当局は、アウトカムデータを収集する責任を以下の者に割り当てることができる。

- プログラム管理者
- 統合治療アドバイザリー委員会のメンバー
- 品質保証チーム
- 利用者や家族を含む独立したコンサルタント
- その他のスタッフ

プロセス評価尺度の収集と異なり、アウトカム評価尺度の収集に一日がかりのアセスメントプロセスは必要ない。多くの標準的なアウトカム評価尺度は、統合治療専門家が利用者との日常の業務の中で集められる情報からなる。

アウトカムデータを収集するには、迅速かつ簡単に標準化されたアプローチを開発することが重要である。例えば統合治療専門家が日常的に更新できる単純な書式またはコンピュータデータベースを作成する。



## プログラムの評価方法

### 統合治療プログラムの質を向上させるためのデータ活用

品質保証システムを開発すると、プログラム管理者と統合治療専門家はそれを日常業務の中に織り込んでいくことになる。プロセス・アセスメントは、日々こなしている要求水準の高い業務に対して新たな識見を提供する。結果報告書は、サービスの利用と価値に関する具体的な根拠を提供し、意思決定とスーパービジョンの基礎となる。

ある時点で、プログラムスタッフは情報システムなしでどのように仕事をしたのか疑問に思うかもしれない。彼らは、うまく実施されているEBPの不可欠な要素としてそれを見るようになるだろう。

#### ■アセスメントからレポートを作成する

プロセスデータについては、統合治療フィデリティ尺度、一般組織指標（GOI）、スコアシートの記入に加えて、評価者はスコアを説明するレポートを作成する必要がある。レポートには次の内容を盛り込む。

- アセスメント結果の解説
- 統合治療プログラムの長所と短所
- プログラム改善に役立つ明確な提案

報告書は有益で、事実にもとづいて、建設的であるべきだ。一部のプロセス評価尺度は、機関とプログラムスタッフレベルの両方でエビデンスベースト・モデルの遵守を評価するので、機関管理者、プログラム管理者および統合治療専門家に対する推奨事項に的を絞ることを忘れないこと。

アウトカムデータを要約する場合は、シンプルで読みやすいレポートから始める。次に、必要な追加レポートを経験で判断する。個々の利用者、一人の統合治療専門家の担当件数、またはプログラム全体に関する情報を含むレポートを作成することもできる。例えば、個々の利用者に対して作成されたレポートは、時間の経過に応じた特定の治療段階における利用者の参加および結果について追跡できる。これらのレポートは、利用者のカルテに入力することができ、利用者の進捗に関する議論の基礎となりうる。

■表とグラフを使用してアウトカムデータを理解する

最初のプロセスとアウトカムのアセスメントの後、時間の経過に応じたプログラムの進捗状況を視覚的に表すと便利である。結果を理解し、報告するには、表とグラフを使用することを勧める。

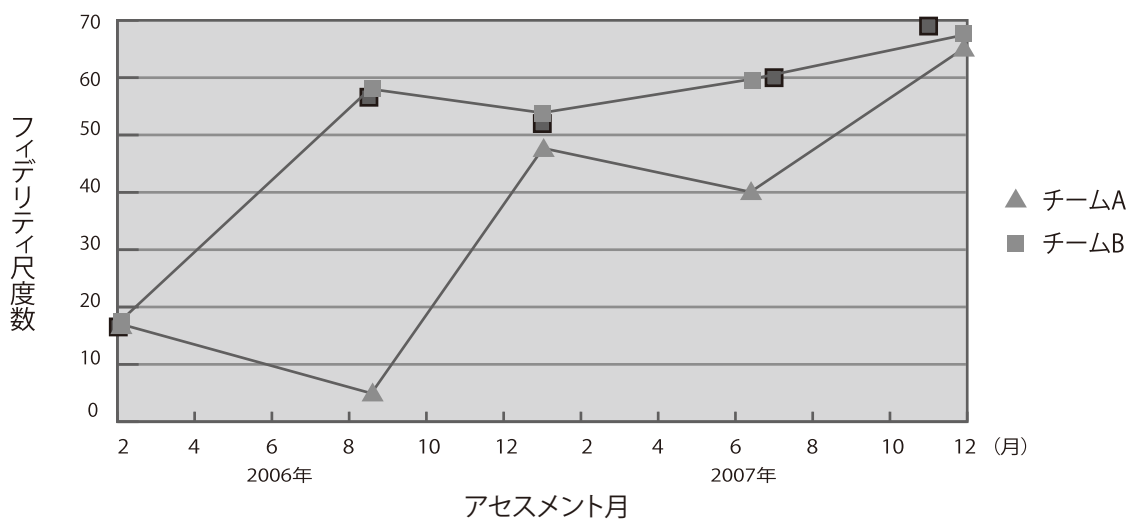
フィデリティスコアをグラフ化することで、時間の経過に応じてプログラムがどのように変化したかを視覚的に表すことができる。例えば、図1は、プロセスデータについて、スプレッドシートを使用して結果をグラフ化し、レポートに盛り込むだけである。

プログラムのフィデリティが時間の経過に応じて高まると、グラフに表示され、取組が促進される。さらに、図1に示すように、グラフを使用すると、あるチームを別のチームと比較してどうなのかがすぐに分かる。この例では、チームAは最初の6ヶ月間苦戦している。

チームBと比較したチームAの進捗状況を見ることで、互いのチームが連携し戦略を共有することにつながった。その結果、チームAは次の6ヶ月間で劇的に改善している。

アセスメントスコアをグラフ化するもう1つの機能は、「おおむね良好 (52点)」または「良好 (62点)」な実施のカットオフスコアを調べることである。プログラムでは、これらのスコアを目標として使用できる。

図1 時間経過によるフィデリティの変化



注: 62-70 = 良好  
 52-61 = おおむね良好  
 51以下 = EBPではない

※原文の誤植(縦軸)を修正してあります

アウトカムデータの理解と活用に役立つ表とグラフの3つの例を次に示す。

### 例1 定期的な集計表

定期的な集計表は、四半期ごとのアウトカムデータを要約し、以下のような問いに対する答えを示す。

- 前四半期に統合治療プログラムに参加した利用者は何人か
- 統合治療プログラム参加者の物質使用レベルは、一般治療における利用者のそれと比較してどうだったか
- 統合治療プログラムに参加している当事者の入院率は、一般的な治療の当事者の割合と比較してどうだったか

実施機関は利用者の参加状況を理解したり、実際の結果を機関の目的や目標と比較したりするために、このタイプの表がよく使われる。これらの表は、年次報告書や外部コミュニティ・プレゼンテーションにおいて機関のサービスを説明する場合にも頻繁に使用される。

表1：EBPへの参加状況に関する定期的な集計表のサンプル

	対象外の者	対象となるがEBPのサービスに参加していない者	参加者	参加対象の割合
併存性障害の統合治療	0	30	60	67%
包括型地域生活支援プログラム	30	25	90	78%

この機関は、併存性障害の統合治療と包括型地域生活支援プログラム（ACT）の両方を提供している。90名の利用者に統合治療プログラムのサービスを提供している。そのうち60人が併存性障害の統合治療を受ける一方で、30人の利用者は対象であるものの別のサービスを受けている。その結果、統合治療プログラムの対象となる利用者の67%が現在プログラムに参加していることになる。

### 例2 段階移行

利用者特性の変化を追跡する表（段階移行表）を使用することで、サービスの有効性を判断する助けとなる。

例えば、表2は利用者の治療段階を2四半期の間で比較した。

**表2：段階移行表のサンプル**

2006年度 第3四半期まで

2006年度第2四半期から		説得	積極的治療	再発予防	
	説得	2	1	3	
	積極的治療	3	8	3	
	再発予防	1	3	100	
	計	6	12	106	総数 124

■ 対角線の上  
 □ 対角線の下  
 □ 対角線内

この表は、データが3つの大きなカテゴリーに分けられている。垂直方向の項目は、最初の四半期の利用者の治療段階を表している。水平方向の項目は、直近の四半期の治療段階を表している。治療の段階は、最も望ましくない（説得）から最も望ましい（再発予防）の順に並んでいる。

この表のデータは3色で表示されている。対角線の上のセル、対角線の下セル、対角線内のセルである。対角線の上セルは、四半期間の治療で、より望ましい段階に移動した利用者を表す。表のとおり、1人の利用者が説得段階から積極的治療段階に移行し、3人の利用者が説得段階から再発予防段階に移行し、3人の利用者が積極的治療段階から再発予防段階に移行した。これらの7人の利用者（プログラム全体の利用者124人の6%）は、四半期間の治療で、より望ましい段階に移行したといえる。

左上から右下までの対角線のセルで報告されたデータは、四半期間の治療で同じ段階にとどまった利用者を表している。この報告書の両四半期において2人の利用者が説得段階にあり、8人の利用者が両四半期とも積極的治療段階にあり、100人の利用者が両四半期とも再発予防段階にあった。これらの110人の利用者（プログラムの124人の利用者の88%）は、四半期間で移動はなかったといえる。

対角線の下セルは、四半期間の治療であまり望ましくない段階に移動した利用者を表す。3人の利用者が積極的治療段階から説得段階へ、1人の利用者が再発予防段階から説得段階に移行し、3人の利用者が再

発予防段階から積極的治療段階に移行した。これらの7人の利用者（プログラム全体の利用者124人の6%）は、四半期間に幾度かの挫折を経験した。

列の合計は、現在の四半期における各治療段階の利用者数を示し、行の合計は前四半期分を示す。

段階移行表を使用することで、利用者、スーパーバイザーおよび政策立案者にとって実施結果の重要な変化を表すことができる。このデータは、利用者の進捗状況や、利用者が直面している課題に関する話し合いを喚起するかもしれない。

### 例3 縦断的グラフ

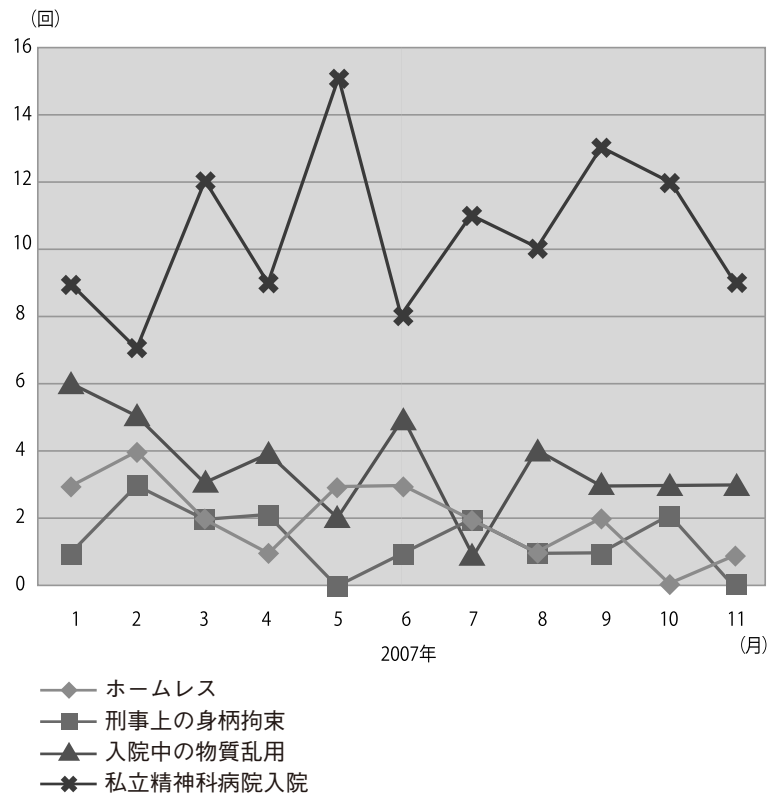
縦断的グラフは2回以上連続して参加データまたはアウトカムデータを表示する効率的で有益な方法である。目標は、長期的にパフォーマンスを表示することである。利用者、担当件数、特定のEBP、またはプログラム全体について縦断的グラフを使用することができる。

1つのプロットには、比較のために複数の利用者、担当件数、またはプログラムの縦断的データを含めることもできる。図2は、11ヶ月間にわたる1つの統合治療プログラムの重大インシデントを比較する縦断的グラフの例を示している。

このグラフから、精神科の入院治療を除いて、チームのその他の重大インシデントはすべて望ましい方向に向かっている（つまり発生率が減少している）ことが分かる。

縦断的グラフは、強力なフィードバックツールといえる。なぜなら、一人の利用者であれ、複数の利用者であれ、参加と実施結果について長期的な展望を可能にするからである。プログラムの成功を有意義に評価し、将来の業績に向けて目標設定するための基礎を提供する。

図2 統合治療プログラムにおける利用者のネガティブインシデントの月次頻度に関する縦断的グラフのサンプル



## ■結果の共有

品質保証システムの成功を最も左右する唯一の要因は、主要な関係者に有用でタイムリーなフィードバックを与える能力である。システムに何を入力するか悩むのもよいが、最終的にはデータを意味のある情報に変換することにこそ価値がある。例えば、この四半期に20人の利用者がホームレスになったというデータもあるが、これは統合治療プログラムの利用者の10%を占めているという方が有益である。

情報が実践に影響を与えるためには、理解しやすく、意味のあるものでなければならず、タイムリーに提供される必要がある。また、品質保証システムは、さまざまな利用者のニーズに合わせて情報を調整し、疑問に答える必要がある。

治療チーム以外で結果を共有する場合は、前の例に示すように集計レベルのデータのみを報告する。利用者の秘密保持が重要である。違法薬物の使用と流通は法律で罰せられる違法行為であるため、物質使用障害を抱える利用者は特に立場が脆弱である。このため、彼らは連邦規則集（Code of Federal Regulations）の下で特別に保護されている。

共有できる情報の種類と利用者の秘密を保持する方法の詳細は、以下を参照。  
[http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx\\_00/42cfr2\\_00.html](http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx_00/42cfr2_00.html)

### 統合治療担当者との結果を共有する

各評価の後、スーパーバイザーミーティング中に時間を割いて結果について話し合う。平均以上または優れたパフォーマンスを反映する数値が現れた場合、承認、賛辞その他の報酬が与えられるべきである。

平均パフォーマンスを下回るデータが出た場合は、根本的な原因を探し、改善のための戦略を立てる必要がある。これを定期的に行うことで、プログラム管理者は、実施結果の改善を目指す適応的な対応によって特徴づけられる「学習する組織」を築き上げることができる。

### 統合治療アドバイザー委員会や品質保証チームとの結果を共有する

この情報を使用して、外部の関係者の関与を維持することもできる。コミュニティの既得権を持つメン

バー、精神保健・物質乱用当局のスタッフ、利用者や家族の支援者と情報を共有することは有益である。これらのチャンネルを通じて、統合治療プログラムに対するサポートを展開し、当事者の参加を増やし、実施機関のために民間資金を調達することができる。

### 結果を内部で共有する

機関全体のスタッフに情報提供し、統合治療プログラムの実施プロセスに携わらせるために、すべてのスタッフおよび管理職レベルの会議でレポートを配布する。統合治療プログラムを成功させている機関は、機関全体でエビデンスベースト・モデルに対する理解とサポートを進展させることの重要性を強調している。

さらに、利用者固有のレポートを臨床治療のカルテに統合することで、利用者の経時経過をモニターすることができる。

また、治療チームのミーティングで利用者固有の実施結果情報を報告することで、チームが利用者の目標に注目し続けることができる。

### 利用者および家族との結果の共有

機関は、利用者および家族のミーティングでアセスメント結果を強調するとよい。統合治療プログラムに対する利用者と家族の理解を深めることは、治療プロセスに参加し、利用者とサービス提供者の信頼関係を築く動機付けになる。

また、結果を共有すると、統合治療プログラムに対する希望と熱意が生じる可能性がある。情報を共有することで、人々の動機付けが高まり、行動の変化が促進される。アセスメント結果をさまざまな関係者と共有することがプログラムを改善するための鍵となる。



## 付録A：「カバーシート」統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標

## カバーシート：統合治療フィデリティ尺度と一般組織指標

日付 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

評価者名 \_\_\_\_\_

プログラム名（プログラムコード） \_\_\_\_\_

機関名 \_\_\_\_\_

機関の住所 \_\_\_\_\_

統合治療専門家名 \_\_\_\_\_

プログラム管理者または連絡窓口担当者 \_\_\_\_\_

電話（ \_\_\_\_\_ ） - \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

フィデリティと一般組織指標のアセスメントに使用する情報源

カルテの点検 \_\_\_\_\_ 件

治療チームの観察

スーパーバイザーミーティングの観察

グループまたは個人のカウンセリングセッションの観察

プログラム管理者へのインタビュー

統合治療専門家へのインタビュー \_\_\_\_\_ 件

利用者へのインタビュー \_\_\_\_\_ 件

家族へのインタビュー \_\_\_\_\_ 件

他スタッフへのインタビュー \_\_\_\_\_ 件

パンフレットの点検

その他 \_\_\_\_\_

統合治療専門家数 \_\_\_\_\_

プログラム利用者数 \_\_\_\_\_

過去6ヶ月間でプログラムを離脱した利用者数 \_\_\_\_\_

過去6ヶ月間にプログラムが提供された利用者数 \_\_\_\_\_

資金源 \_\_\_\_\_

機関の場所

都市部

地方

プログラム開始日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## 付録B 統合治療フィデリティ尺度とスコアシート

## 統合治療フィデリティ尺度

基準	評定／アンカー					
	1	2	3	4	5	
1.	多職種チーム： ケースマネージャー、精神科医、看護師、居住支援のスタッフ、就労支援専門家、リハビリテーション専門家が精神保健治療チームで協働する。	20%以下の利用者が多職種チームからケアを受けている（ほとんどのケアは仲介型ケースマネジメントか従来の外来アプローチによる）。 または非該当	21%から40%の利用者が多職種チームからケアを受けている。	41%から60%の利用者が多職種チームからケアを受けている。	61%から79%の利用者が多職種チームからケアを受けている。	80%以上の利用者が幅広いサービスへのアクセスと職種間の優れたコミュニケーションに重点を置いた多職種チームからケアを受けている。
2.	統合治療専門家： 統合治療専門家は、EBP原則とその実践において、統合治療スキルについて他スタッフの手本となり研修を行いながら多職種治療チームと協働する。	機関とつながりのある統合治療専門家がいない。 または非該当	併存性障害のある利用者は機関の中の別の統合治療プログラムを紹介される（例えば、統合治療専門家に託される）。	統合治療専門家は、治療チームのコンサルタントとして機能しているが、会議に出席せず、治療計画作成に関与していない。	統合治療専門家は治療チームに割り当てられるが、完全には統合されていない。いくつかの会議に出席し、治療計画作成に関与することはあるが体系的には関与しない。	統合治療専門家は、治療チームの完全なメンバーであり、すべてのチーム会議に出席し、併存性障害の統合治療における治療計画を作成するほか、他スタッフの手本となり研修を行う。
3.	段階的な介入： すべてのサービスは各利用者の治療段階にもとづき決定される（導入、説得、積極的治療、再発予防）。	介入の21%以下が利用者の治療段階と一致している。 または非該当	介入の21%から40%が利用者の治療段階と一致している。	介入の41%か60%が利用者の治療段階と一致している。	介入の61%から79%が利用者の治療段階と一致している。	介入の80%以上が利用者の治療段階と一致している。
4.	包括的なサービスへのアクセス： 統合治療プログラムの利用者が以下の包括的なサービスを利用できる。 ■居住支援 ■援助付き雇用 ■家族介入 ■疾病管理とりカバー（IMR） ■包括型地域生活支援プログラム（ACT）	機関によって提供されるサービスが2つ未満であるか、利用者がこれらのサービスを利用できない。 または非該当	2つのサービスが機関によって提供されており、利用者はこれらのサービスを利用できる。	3つのサービスが機関によって提供されており、利用者はこれらのサービスを利用できる。	4つのサービスが機関によって提供されており、利用者はこれらのサービスを利用できる。	5つすべてのサービスが機関によって提供されており、利用者はこれらのサービスを利用できる。

5.	時間無制限のサービス： 統合治療プログラムの利用者は、各利用者のニーズに応じた密度で時間制限なくサービスが受けられる。	20%以下の時間において、サービスが時間制限なく提供されている（例えば、利用者は所定の時間後、ほとんどのサービスが利用できない）。または非該当	21%から40%の時間においてサービスが時間制限なく提供されている。	41%から60%の時間においてサービスが時間制限なく提供されている。	61%から79%の時間においてサービスが時間制限なく提供されている。	80%以上の時間において、各利用者のニーズに応じた密度でサービスが時間制限なく提供されている。
6.	アウトリーチ： 利用者を統合治療プログラムに参加し続けさせるために、統合治療専門家は一貫してよく練られたアウトリーチ戦略を示し、必要に応じて利用者をコミュニティのサービスにつなぐ。	統合治療専門家はほとんどアウトリーチの仕組みを使わず、参加者募集と中断者の再参加に消極的である。または非該当	統合治療専門家は最初に参加させる試みを行うもの、概して最もモチベーションの高い利用者への取り組みに傾注する。	統合治療専門家はアウトリーチの仕組みを利便性としてのみ試みる。	統合治療専門家はたいてい、参加継続の計画を立てており最も有効なアウトリーチの仕組みを用いている。	統合治療専門家は一貫してよく練られたアウトリーチ戦略を示し、必要に応じて利用者をコミュニティのサービスにつないでいる。
7.	動機付け介入： 統合治療プログラムにおける利用者とのすべての意思疎通は以下を含む動機付け介入にもとづく。 ■共感を示す ■矛盾を広げる ■言い争いを避ける ■抵抗を手玉に取る ■自己効力感と希望を支持する	統合治療専門家は動機付け介入を理解しておらず、利用者との意思疎通の20%以下が動機付けアプローチにもとづいている。または非該当	何人かの統合治療専門家は動機付け介入を理解しており、利用者との意思疎通の21%から40%は動機付けアプローチにもとづいている。	ほとんどの統合治療専門家は動機付け介入を理解しており、利用者との意思疎通の41%から60%は動機付けアプローチにもとづいている。	すべての統合治療専門家は動機付け介入を理解しており、利用者との意思疎通の61%から79%は動機付けアプローチにもとづいている。	すべての統合治療専門家は動機付け介入を理解しており、利用者との意思疎通の80%以上は動機付けアプローチにもとづいている。
8.	物質乱用カウンセリング： 積極的治療段階や再発予防段階の利用者は、以下を含む物質乱用カウンセリングを受ける。 ■使用する引き金と使用の結果を管理する方法 ■再発予防の方策 ■薬物・アルコールの誘いを断るトレーニング ■問題解決技能トレーニング ■対処技能とソーシャル・スキル・トレーニング ■物質乱用に関する信念へのチャレンジ	統合治療専門家は基本的な物質乱用カウンセリング原則を理解していない。積極的治療段階や再発予防段階の利用者の20%以下が物質乱用カウンセリングを受けている。または非該当	何人かの統合治療専門家は基本的な物質乱用カウンセリング原則を理解している。積極的治療段階や再発予防段階の利用者の21%から40%が物質乱用カウンセリングを受けている。	ほとんどの統合治療専門家は基本的な物質乱用カウンセリング原則を理解している。積極的治療段階や再発予防段階の利用者の41%から60%が物質乱用カウンセリングを受けている。	すべての統合治療専門家は基本的な物質乱用カウンセリング原則を理解している。積極的治療段階や再発予防段階の利用者の61%から79%が物質乱用カウンセリングを受けている。	すべての統合治療専門家は基本的な物質乱用カウンセリング原則を理解している。積極的治療段階や再発予防段階の利用者の80%以上が物質乱用カウンセリングを受けている。

9.	併存性障害のグループ治療： 統合治療プログラム利用者はメンタルヘルスと物質乱用の両方の問題に対処するため特別に考案されたグループ治療が提供される。	20%以下の利用者が定期的にグループ治療に参加している。 または非該当	20%から34%の利用者が定期的にグループ治療に参加している。	35%から49%の利用者が定期的にグループ治療に参加している。	50%から65%の利用者が定期的にグループ治療に参加している。	65%以上の利用者が定期的にグループ治療に参加している。
10.	併存性障害者の家族介入： 利用者の同意を得て、統合治療担当者は利用者の家族（またはその他の支援者）と関わり、併存性障害についての疾病教育を行い、家庭内におけるストレスを軽減するための対処技能トレーニングとサポートを提供し、支援を行い、治療チームとの連携を推進する。	利用者は家族（またはその他の支援者）の関与についての意向を聞かれることがないか、20%以下の家族（またはその他の支援者）が併存性障害の家族介入を受けている。 または非該当	利用者は家族（またはその他の支援者）の関与についての意向確認があり、20%から34%の家族（またはその他の支援者）が併存性障害の家族介入を受けている。	利用者は家族（またはその他の支援者）の関与についての意向確認があり、35%から49%の家族（またはその他の支援者）が併存性障害の家族介入を受けている。	利用者は家族（またはその他の支援者）の関与についての意向確認があり、50%から65%の家族（またはその他の支援者）が併存性障害の家族介入を受けている。	利用者は家族（またはその他の支援者）の関与についての意向確認があり、65%以上の家族（またはその他の支援者）が併存性障害の家族介入を受けている。
11.	アルコールと薬物の自助グループ： 積極的治療段階や再発予防段階の利用者はコミュニティのセルフヘルププログラムに参加する。	積極的治療段階や再発予防段階の利用者の20%以下はコミュニティのセルフヘルププログラムに参加している。 または非該当	積極的治療段階や再発予防段階の利用者の20%から34%はコミュニティのセルフヘルププログラムに参加している。	積極的治療段階や再発予防段階の利用者の35%から49%はコミュニティのセルフヘルププログラムに参加している。	積極的治療段階や再発予防段階の利用者の50%から65%はコミュニティのセルフヘルププログラムに参加している。	積極的治療段階や再発予防段階の利用者の65%以上はコミュニティのセルフヘルププログラムに参加している。
12.	薬物治療： 統合治療プログラムの利用者の処方者は、エビデンスベースト・モデルで研修を受け、次の方策を採用する。 ■能動的物質使用にも精神科薬を処方する ■利用者や治療チームと密に連携する ■精神疾患の薬物治療のアドヒアランス向上に焦点を当てる ■依存性の高い薬の処方を避ける ■依存行動を軽減することを助ける薬を処方する	処方者は列挙された方策のうち2つ未満を採用している。 または非該当	5つの方策のうち約2つを採用している。	5つの方策のうち約3つを採用している。	5つの方策のうち4つを採用している。	5つの方策がすべて採用されている根拠：能動的物質使用にも薬を処方している、処方者は薬の決定に当たり治療チームから適切な情報提供を受け、精神疾患の薬物治療のアドヒアランスを最大化するための方策を採用している。依存性のある薬を処方することを避け、依存行動を減らすために有効であることが知られている薬を提供している。

13.	<p>健康促進のための介入： 統合治療専門家は、併存性障害の利用者に次のことを働きかけることによって健康を促進する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■感染症を引き起こす高リスク行動と状況を避ける</li> <li>■安全な住まいを見つける</li> <li>■適切な食事と運動を実践する</li> </ul>	<p>統合治療専門家は健康促進のための介入をしていない。 または非該当</p>	<p>統合治療専門家は物質乱用のマイナスの結果を低減させる一定の知識があるが、その概念を活用することはほとんどない。</p>	<p>半分未満の利用者は健康促進のためのサービスを受けている。統合治療専門家は非体系的に概念を活用している。</p>	<p>50%から79%の利用者は健康促進のためのサービスを受けている。すべての統合治療専門家は物質乱用のマイナスの結果を低減させる技法に精通している。</p>	<p>80%以上の利用者は健康促進のためのサービスを受けている。すべての統合治療専門家は物質乱用のマイナスの結果を低減させる技法に精通している。</p>
14.	<p>治療効果が現れない当事者に対する二次的介入： 統合治療プログラムは、併存性障害の基本的な治療の効果が現れない利用者を選定し、彼らを評価し、適切な二次的介入につなぐ手引きを備えている。</p>	<p>治療効果が現れない当事者の20%以下は評価が加えられ、二次的介入について紹介されている。 または治療効果が現れない当事者への二次的介入の必要について認識がない。 または非該当</p>	<p>治療効果が現れない当事者の21%から40%は評価が加えられ、二次的介入について紹介されている。 または治療効果が現れない当事者へ二次的介入が体系的に提供されていないか、利用できない状態である。</p>	<p>プログラムは手引きを備えており、治療効果が現れない当事者の41%から61%は評価が加えられ、二次的介入について紹介されている。 または治療効果が現れない当事者を選定する正式な方法がない。</p>	<p>プログラムは治療効果が現れない当事者を選定する手引きを備えており、治療効果が現れない当事者の61%から79%は評価が加えられ、二次的介入について紹介されている。</p>	<p>プログラムは治療効果が現れない当事者を選定する手引きを備えており、治療効果が現れない当事者の80%以上は評価が加えられ、二次的介入について紹介されている。</p>

## スコアシート：統合治療フィデリティ尺度

訪問日 / /

機関名

評価者

		評価者 1	評価者 2	合意 (コンセンサス)
1	多職種チーム			
2	統合治療専門家			
3	段階的な介入			
4	包括的なサービスへのアクセス			
5	時間無制限のサービス			
6	アウトリーチ			
7	動機付け介入			
8	物質乱用カウンセリング			
9	併存性障害のグループ治療			
10	併存性障害者の家族介入			
11	アルコール・薬物の自助グループ			
12	薬物治療			
13	健康促進のための介入			
14	治療効果が現れない当事者に対する二次的介入			
総得点				
評価外項目				

62-70 =よくできている

52-61 =おおむねよくできている

51以下 = EBPではない

## 付録C：統合治療フィデリティ尺度の手引き

## 統合治療フィデリティ尺度の手引き

この手引きは統合治療フィデリティ尺度の各項目の評価方法を説明するものである。特に、次の事柄について提供する。

- 各フィデリティ項目の定義や理論的解釈。これらの項目は包括的で、科学的根拠にもとづく文献に準拠している。
- 各フィデリティ項目に最も適した情報源の一覧（例えば、カルテの点検、プログラム管理者へのインタビュー、チーム会議の観察）。必要に応じ、項目の評定に必要な重要な情報を引き出すのに役立つ一連の調査質問が提供される。これらの質問は、社会的望ましさといった偏見を持つことなく回答者から情報を収集するために特別にまとめられたものである。
- 各項目を正しく採点するための判断ルール。さまざまな情報源から情報収集する場合、これらのルールは各項目に与える具体的な評価を決定するのに役立つ。

### 1. 多職種チーム

定義：統合治療プログラムのすべての利用者は次の2つ以上で構成される多職種チームからケアを受ける。

- 精神科医
- 看護師
- ケースマネージャー
- 居住支援スタッフ
- 就労支援専門家
- 他の補助的リハビリテーションサービス実施者

理由：治療の主な焦点は、物質乱用をなくすまたは減らすことだが、この目標は利用者が普段障害となっている他の機能領域にも対処することで、より効果的に達成される。効果的な統合治療プログラムは、誰もが同じ目標に向かって協力して支援することを保証するために、治療とリハビリテーションのすべての要素を調整する。

### 情報源

#### 1. プログラム管理者と統合治療専門家へのインタビュー

インタビュー対象者にプログラムの簡単な説明を求める。

- 「プログラム利用者に提供されるサービスについて、誰が精神保健ケースマネジメントを提供していますか。誰が物質乱用治療を提供していますか。これらのサービスを説明してください。」
- 「援助者はチーム会議を行っていますか。頻度は。参加者は。」

- 「看護師、居住支援スタッフ、就労支援専門家、精神科医は治療計画作成に共同して関与していますか。」

- 「通常、援助者が他のチームメンバーと週にどの程度接触していますか。」

#### 2. 就労支援専門家と居住支援スタッフへのインタビュー

- 「精神科医、看護師、ケースマネージャー、その他の援助者からなる治療チーム会議にどれくらいの頻度で出席していますか。」

- 「治療決定に意見を求められますか。」

- 「ケースマネージャーは居住や就労の支援をしていますか。」

#### 3. 利用者へのインタビュー

- 「機関から就労(居住、家族、疾病管理とリハビリ、包括型地域生活支援プログラム)支援も受けていますか。」「(もし受けている場合、)就労支援専門家、居住支援専門家、家族カウンセラー、ケースマネージャーはあなたの支援について同じ認識を持つために互いに話し合っていますか。」

- 「他に希望していたサービスはあったものの、利用できなかったことはありましたか。」

項目評定：まず機関の精神科医、看護師、ケースマネージャー、就労支援専門家やその他の援助者が、定期的な接触と共同治療計画によって示されるように、チームとして協力しているかを判断する。

これが一般的に当てはまらない場合（例えば、精神科医が治療チームのミーティングに2週間に1回未満しか出席しない場合）、当該項目を低くスコア付けする。治療アプローチがほとんど縦割りまたは仲介型となっている場合（異なる援助者が別の建物か、同じ建物であっても別の所で働いており定期的に会わない場合）は、項目を「1」として評定する。

治療アプローチが縦割りと多職種の組み合わせである場合（例えば、一部の援助者は毎週の治療チーム会議に出席しているが、他の主要スタッフが出席していない場合）、項目を「3」として評定する。

もし機関が多職種アプローチを採用しているが、一貫性のないアプローチが採られているなら、複数の領域のサービスを受けている利用者の割合を特定する方が適切である。チーム名簿を主な情報源として使用し、活動がカルテに文書化されているかを判断する。

## 2. 統合治療専門家

定義: 統合治療専門家は、治療チームの完全なメンバーであり、すべてのチーム会議に参加し、治療計画作成に関与し、併存性障害の統合治療における他のスタッフの手本となり研修を行う。

理由: 経験豊富な統合治療専門家を多職種治療チームに含めることは、併存性障害の治療に継続して焦点を当てるために不可欠である。

### 情報源

#### 1. プログラム管理者へのインタビュー

- 「統合治療専門家はどのくらいの頻度でチーム会議に参加していますか。」
- 「統合治療専門家は、利用者のケースマネージャーや他の援助者と通常週にどのくらいの頻度で連絡を取っていますか。」
- 「統合治療専門家は、チームのメンバーとみなされていますか。どのように。彼らはケースを担当していますか。」
- 「利用者はプログラムの統合治療計画作成に関与していますか。」

#### 2. 統合治療専門家へのインタビュー

- 「多職種治療チームの会議に参加していますか。頻度は。」（もしチームと接触がある場合、誰が関与しているか特定するため調べる。）
- 「治療チームでのあなたの役割は何ですか。」
- 「統合治療プログラムの利用者数は何人ですか。彼らの治療におけるあなたの役割は何ですか。」（アセスメント、治療計画作成、グループ、個人など）
- 「担当ケースについて、併存性障害の利用者のケアに当たり他の援助者が関与していますか。利用者の治療における彼らの役割は何ですか。」

#### 3. カルテの点検

- 治療チーム会議における統合治療専門家の関与を確認する
- 統合治療専門家が実施している個人・グループカウンセリングセッションを確認する

## 3. 段階的な介入

定義: すべてのサービス（補助的リハビリテーションサービスを含む）は各利用者の治療段階にもとづき決定される。治療段階は以下のとおり。

- 導入段階: 信頼関係および作業同盟の構築
- 説得段階: 利用者が回復志向の介入に参加する動機の向上を支援する
- 積極的治療段階: 動機が高まった利用者が疾病管理と目標に近づくためのスキルとサポートを得るのを支援する
- 再発予防段階: 精神疾患や物質使用障害から安定的な寛解状態にある利用者が回復を維持するための方策の策定と活用を支援する

理由: 研究によると、治療段階が配慮されている場合、不適応行動が最も効果的に修正されるとしている。

## 情報源

### 1. プログラム管理者へのインタビュー

- 「併存性障害の利用者を治療するために用いられるプロセス（またはモデル）は何ですか。」
- 「変化を望まない利用者に対処しますか。」（対立を用いるかどうか調べる。）
- 「どの時点で利用者をAAなどの自助グループへつなぎますか。解毒プログラムはどうですか。」
- 「物質使用を断つことをプログラムの目標にしますか。物質使用を断つことと使用を減らすことをどのように考えますか。」
- 「再発予防のどのようなスキルを教えていますか。薬物やアルコールを積極的に使用している利用者には再発予防のスキルを教えていますか。」
- 機関は、変化の段階と治療の段階に関する研修を提供したことがありますか

### 2. 統合治療担当者へのインタビュー

- 物質使用治療に対する段階的なアプローチに精通していますか。（もしそうなら、プログラムで用いるアプローチでは、どのステージが規定されているか。）

統合治療専門家が段階的モデルを用いていると述べる場合、担当ケースを詳しく調べ、各利用者がある段階を特定するよう依頼する。統合治療専門家が各利用者と何を達成しようとしているのか把握する。（例えば、導入段階の利用者に自助グループへ参加させ、ラポール形成やサポートの提供をするなど。）

段階を表示することは、治療の意図や実際の取組ほど重要ではない。項目8と11を評定するため、4つの段階それぞれに現在当てはまる利用者の数を特定する。

### 3. チーム会議、スーパービジョン、個別・グループカウンセリングの観察

利用者の治療段階にもとづいたサービスが提供され

ているかどうかについての話し合いを聞く。

### 4. カルテの点検（特に治療計画）

サービス利用者が治療段階と一致しているかどうかを判断するために、アセスメントと治療計画を点検する。

項目評定：この項目を評定するには、統合治療専門家がその概念を理解し、その理解を適用する必要がある。統合治療専門家がほとんど概念を理解していない場合は、項目を「1」と評定する。

概念を部分的に理解している場合（例えば導入段階と積極的治療段階を区別できている場合）、理解を一貫して適用している場合（例えば、異なる段階の利用者には異なる目標を設定する）、項目を「3」として評定する。

この項目を「5」として評定するには、段階的概念が80%以上の利用者に対して一貫して適用されていることが、異なる資料によって証明されている必要がある。

### 4. 包括的なサービスへのアクセス

定義：統合治療プログラムの利用者は、次の5つの補助的リハビリテーションサービスにアクセスできる。

- 居住支援には、指導付き住居サービス、援助付き住宅、居住スタッフが常駐する居住プログラムが含まれる。自立して生活する併存性障害の利用者は、必要に応じて住宅の選択肢に関するカウンセリングを受ける。この項目において、短期居住サービス（1ヶ月以内など）は対象外である
- 援助付き雇用には、利用者が競争的雇用を得て継続していくのを支援することに焦点を当てたサービスが含まれている。これらのサービスを受けるに当たり物質使用を断っている状態である必要はない
- 家族支援には、治療チーム、利用者、家族（または他の支援者）間の協力関係が含まれる。そこでは家族のストレスを軽減するため、併存性障害に関する基礎教育、対処スキル・トレーニング、サポートが提供される

■疾病管理とリハビリ（IMR）は心理教育、行動調整、対処スキル・トレーニング、認知行動的アプローチが含まれており、利用者が病気の管理を学び、回復のための独自の目標を見つけ、治療に当たり情報にもとづいた意思決定を行うのを支援する

■包括型地域生活支援プログラム（ACT）には、24時間アクセスと、利用者との接触の少なくとも50%はコミュニティで行われる治療（利用者と援助者の比率15：1以下）に対する多職種チームアプローチが含まれる

理由：統合治療プログラムの利用者は、自立生活能力の向上、雇用の獲得、その他の有意義な回復目標の達成、家族や社会的関係の質の向上、不安その他の気分への対処など、幅広いニーズを抱えている。回復プロセスは、多くの生活を変える状況において長期的なものなので、効果的な統合治療プログラムは包括的でないといけない。

## 情報源

### 1. プログラム管理者へのインタビュー

■「機関は（居住支援、援助付き雇用、家族介入、IMRやACT等の）サービスを提供していますか。」（提供している場合、各サービス領域の詳細を調べる。例えば、「どのような種類の居住支援ですか。」「居住支援はどのくらいの期間提供されていますか。」「援助付き雇用とはどのような意味ですか。」など。）

■「これらのサービスへの紹介プロセスについて説明してください。プログラムの利用者はこれらのサービスの対象となりますか。受け入れ基準は？」（除外基準を調査・聴取する。例えば、「州の職業リハビリテーション機関は、併存性障害の利用者が6ヶ月間しらふの状態を継続しない限り、私たちに援助付き雇用のサービスを提供させない。」等。）

■「紹介が行われた後、統合治療プログラムの利用者が補助的リハビリテーションサービスを受けるのを待つ期間はどれくらいですか。」

■機関のパンフレットのコピーがあれば提供を依頼し、利用可能なリハビリテーションサービスの説明を確認する

### 2. 統合治療専門家へのインタビュー

「担当件数を確認してください。各利用者が現在受けているサービスの種類を一覧表示してください。」（利用者が関連する補助的リハビリテーションサービスを受けていない理由を調べる。）

### 3. 他機関スタッフへのインタビュー

他サービス提供者（居住支援、援助付き雇用、家族介入、IMRやACTスタッフ）にインタビューし、併存性障害の利用者を受け入れるかどうかを確認する。併存性障害の利用者にサービスを提供するための手順を調査する。

### 4. カルテの点検

5つの補助的リハビリテーションサービスへの紹介の記録を確認する。

項目評定：上記の各サービスの利用可能性を評価する。利用可能なものとしてカウントするには、機関がサービスを提供し、かつ、プログラムの利用者が必要な場合にサービスをきちんと利用できる必要がある。

サービスへのアクセスを記録化するには、少なくとも一人の利用者が現在そのサービスを受けている必要がある。現在利用者がそのサービスを受けていない場合、または利用者が受けることはめったにないほど制限されている場合は、そのサービスを利用不可としてカウントする。

機関は、高いフィデリティの援助付き雇用、IMRおよびACTプログラムを提供することが推奨されているが、この項目にスコアを付ける目的で、これらの補助的プログラムのフィデリティ評価を行う必要はない。

上記で定義したサービスの重要な要素を機関が備えていれば、高い評価を与えることができる。

統合治療プログラムで5つのサービスがすべて利用者に提供されていることを複数の情報源から確認した場合は、項目を「5」と評定する。

## 5. 時間無制限のサービス

定義:統合治療プログラムの利用者は、各利用者のニーズに応じた密度で、時間制限のなくサービスが受けられる。

理由:エビデンスは併存性障害が慢性的で重篤である傾向があることを示唆している。個々の利用者のニーズを満たす時間無制限のサービスは、この人々を治療するための最も効果的な方策であると考えられている。

### 情報源

#### 1. プログラム管理者へのインタビュー

■「あなたの機関の統合治療プログラムにおいて、利用者へのサービス提供について時間制限はありますか。」(ある場合、「どれくらいの時間か。利用者が受けるサポート時間をどのように決定するか。」)

■「特定の数のセッションまたはグループを修了した後、利用者を統合治療プログラムから卒業させますか。」

■「時間無制限に提供するサービスはどれですか。」

■「利用者は併存性障害の統合治療を受けるために特定の期間資金を提供されていますか。」

#### 2. 統合治療専門家へのインタビュー

■「担当している利用者のうち、過去6ヶ月間に統合治療プログラムを卒業または離脱した人はいますか。」(該当がある場合、状況を説明してください。)

#### 3. 他機関のスタッフへのインタビュー

■「併存性障害の利用者へのサービスは、時間制限なく提供されていますか。」

#### 4. カルテの点検

サービスの期間と終了理由を調べる。

項目評定:併存性障害の利用者へのサービスが、各利用者のニーズに応じて調整された密度で、80%以上の

時間が制限なく提供される場合は、項目を「5」として評定する。

機関が41～60%の時間は時間制限なくサービスを提供する場合は、項目を「3」として評定する。

## 6. アウトリーチ

定義:統合治療プログラムのすべての利用者のために、特に導入段階の人のために、統合治療担当者は、信頼関係と作業同盟を築く手段として彼らのニーズを満たす実用的な支援を提供したり、他のコミュニティサービス(居住支援、医療、クライシス管理、法的支援等)と利用者をつないだりするなど積極的なアウトリーチを提供する。

理由:統合治療プログラムの多くの利用者は、彼らの生活の問題、低いモチベーション、認知障害および絶望のために治療を中断する傾向がある。効果的な統合治療プログラムにおいては利用者をつなぎとめておくために積極的なアウトリーチを活用する。

### 情報源

#### 1. プログラム管理者と統合治療専門家へのインタビュー

■「治療に参加しない利用者を統合治療プログラムから除外する方針はありますか。」

■「併存性障害の利用者が治療を中断するのは珍しくない。中断する利用者をどのように参加・再参加させますか。利用者との作業同盟を築くために、どのような方法を用いていますか」

■「ホームレスの利用者をプログラムにどのように参加させていますか。」

■「プログラムの利用者は、クライシス時にどのようにあなたに連絡するのですか。」

■「参加させることが難しいと感じた利用者について説明してください。この利用者にはどのようなアプローチをしましたか。」

## 2. 利用者へのインタビュー

- 「統合治療専門家に、プログラムを中断したいと言ったことがありますか。その後どうなりましたか。」
- 「困っているときや緊急に助けを必要としているときに、あなたの統合治療専門家は助けてくれると感じていますか。これが起こった時のことを説明してください。」

## 3. カルテの点検

プログラムを中断した利用者のカルテを調べる。中断理由は何か。

項目評定：利用者が統合治療プログラムに参加し続けるために、プログラムが一貫してよく練られたアウトリーチ戦略を実践し、必要に応じて利用者をコミュニティサービスにつないでいる場合、項目を「5」として評定する。

## 7. 動機付け介入

定義：統合治療プログラムの利用者とのすべての意思疎通は、以下を含む動機付け介入にもとづいている。

- 共感を示す
- 目標と継続的な使用との間の矛盾を広げる
- 言い争いを避ける
- 抵抗を手玉にする
- 自己効力感と希望を支持する

理由：動機づけ介入は、利用者が自分の目標を設定し、その人の両面性を体系的に分析することを通して、疾病管理をしないことがそれらの目標を達成するのを妨げることを認識するのを助ける。動機づけの乏しい統合治療対象者は、動機づけ介入によって容易に識別され、効果的に支援されることを研究は示している。

### 情報源

#### 1. プログラム管理者と統合治療専門家へのインタビュー

- 「あなたは、動機づけ面接、動機づけカウンセリングやその他の動機づけアプローチといった動機づけ介入に精通していますか。」（精通している場合、「実

際に用いている動機づけ介入の例を挙げてもらえますか。」)

- 「あなたの機関は動機づけ介入に関するトレーニングを提供したことがありますか。」
- 「利用者に自信と希望をどのように深めさせますか。」
- 「担当している利用者を支援するためにどのように動機づけ介入を活用したか、例を挙げてもらえますか。」

#### 2. チーム会議、スーパービジョン、個別またはグループカウンセリングセッションの観察

動機づけ介入についての話し合いを聞く。

#### 3. カルテの点検

動機づけ介入に関する記録を調べる。

#### 4. 利用者のインタビュー

- 「統合治療専門家が好きですか。良い関係を築いていますか。良い関係ではなかった時期はありますか。」
- 「統合治療専門家はあなたの目標設定を支援してくれますか。目標に焦点を当ててるのに役立っていますか。」
- 「あなたの統合治療専門家はよく話を聞いてくれますか。あなたが希望、能力、自信を感じられるために良い仕事をしていますか。」
- 「統合治療専門家は、あなたが物質使用量を減らす、またはクリーンでいるための動機を持続させてくれますか。どのようにやる気を持続させてくれますか。」

項目評定：この項目を評定するには、プログラムスタッフがその理解と適用の両方を行う必要がある。統合治療専門家がほとんど概念を理解していない場合、項目は「1」と評定する。概念の一部を理解し、一貫してそれを適用する場合は、項目を「3」として評定する。

項目を「5」として評定するには、複数の疎明資料で文書化されているなど、動機づけ介入が示されている利用者の80%以上に対して概念が一貫して適用されていることを示す根拠が必要である。

## 8. 物質乱用カウンセリング

定義：積極的治療段階または再発予防段階にある利用者は、以下を教えることを目的とした物質乱用カウンセリングを受ける。

■使用の引き金と使用の結果を管理する方法

■再発予防の方策

■薬物・アルコールの誘いを断るスキル

■高リスク状況を避ける問題解決技能トレーニング

■症状やネガティブな気分に対する対処スキルと（ソーシャル・スキル・トレーニング）

■物質使用と物質乱用に関する利用者の信念に挑む方法（例えば、リラクゼーショントレーニング、睡眠衛生教育、うつや不安に対する認知行動療法、幻覚への対処方法）

理由：利用者が自分の疾病を管理する意欲を持ったら、症状をコントロールし、物質を乱用しないライフスタイルを追求するスキルとサポートを開発する必要がある。効果的な統合治療プログラムは、積極的治療と再発予防段階において、認知行動スキルを促進する物質乱用カウンセリングを提供する。

### 情報源

#### 1. プログラム管理者へのインタビュー

■「プログラムが提供する物質乱用カウンセリングの種類について教えてください。個別（グループまたは家族）の物質乱用カウンセリングを提供していますか。頻度は。」

■「統合治療専門家が用いるプログラムの理念と方法について説明してください。」

■プログラムの物質乱用カウンセリングのスケジュール

ルとカリキュラムのコピーを求める。

#### 2. 統合治療専門家へのインタビュー

■「個別（グループまたは家族）の物質乱用カウンセリングでは、どのような知識やスキルを教えてください。（上記5つの領域のそれぞれに対処しているかどうかを確認する。）

■「すべての利用者（積極的治療または再発予防段階）は、何らかの形で物質乱用カウンセリングを受けていますか。（もし当てはまらない場合、「物質乱用カウンセリングを受けていないのは誰ですか。」）（統合治療専門家が物質乱用カウンセリングを導入する際に利用者の治療段階を考慮に入れているか調べる。）

注：この項目を評定するには、段階的介入（項目3）で収集した情報を使用する。この情報が利用できない場合、治療の各段階を定義し、統合治療専門家に各段階の利用者数を推定してもらう。

#### 3. カルテの点検

治療段階と物質乱用カウンセリングの記録を探す。

#### 4. 個別・グループカウンセリングセッションの観察

利用者の治療段階についての話し合いを聞く。セッション中にテクニックや主題を観察し、利用者の治療段階に適しているかどうかを評価する。

項目評定：この項目を評定するには、統合治療専門家が理解し、それを適用する必要がある。統合治療専門家がほとんど概念を理解していない場合は、項目を「1」と評定する。

概念の一部を理解し、一貫してそれを適用する場合は、項目を「3」として評定する。

項目を「5」として評定するには、積極的治療段階または再発予防段階の利用者の80%以上が物質乱用カウンセリングを受けていることを一貫して示す必要がある。

## 9. 併存性障害のグループ治療

定義：統合治療プログラムのすべての利用者は、メンタルヘルスと物質乱用の問題の両方に対処するために特別に考案されたグループ治療が提供されている。利用者のおよそ三分の二は、何らかのタイプのグループ治療に定期的に（例えば、少なくとも毎週）参加している。グループ治療には家族の心理教育、説得、積極的治療、セルフヘルプ等がある。

理由：併存性障害の利用者がグループ治療に参加する場合、より良い結果が出るのが研究で分かっている。グループ形式は、利用者が経験、支援、対処方法を共有するに当たり理想的な場といえる。

### 情報源

#### 1. プログラム管理者へのインタビュー

■「プログラム利用者が参加できるグループの種類について教えてください。参加可能なグループの数はいくつありますか。」

■「メンタルヘルスと物質乱用の両方に取り組むグループはありますか。そのようなグループに定期的に参加する利用者は何人いますか。」

■プログラムのグループ治療スケジュールのコピーがある場合は提供を求める。

#### 2. 統合治療専門家へのインタビュー

■「併存性障害の利用者が参加できるグループの種類について教えてください。参加可能なグループはいくつありますか。」

■「各利用者がどのグループに属すべきかをどのように判断しますか。」

■「メンタルヘルスと物質乱用の両方に取り組むグループはありますか。」（もしある場合、「グループプロセスについて説明してください。」）（定期的にグループに参加する利用者の割合を調べる。）

#### 3. カルテの点検

定期的にグループに参加する利用者の数を特定する

記録を確認する。

#### 4. グループカウンセリングセッションの観察

物質使用とメンタルヘルス両方のトピックと、それらがどのように関連しているかについての話し合いを聞く。

#### 5. 利用者へのインタビュー

■「ここでグループに参加していますか。どのような種類のグループに参加していますか。」

■「薬物・アルコール使用とメンタルヘルスの両方に取り組むグループに参加していますか。」

項目評定：統合治療プログラムの利用者の65%が定期的にグループ治療に参加している旨複数の情報源から確認できた場合は、項目を「5」と評定する。

## 10. 併存性障害者の家族介入

定義：利用者の許可を得て、統合治療専門家は、利用者の家族（またはその他の支援者）に関わり、併存性障害に関する疾病教育を提供し、家族のストレスを軽減するための対処スキル・トレーニングとサポートを提供し、治療チームとの連携を推進する。

理由：社会的支援が利用者の再発と入院を減らす上で重要な役割を果たしていることを研究は示している。家族介入は、メンタルヘルスと物質乱用の結果を改善するための強力な手段となりうる。しかし、家族やその他の支援者の関与を求めるかどうかは利用者の選択である。統合治療専門家は、家族が関与することの利点について利用者と話し合い、いつどのように関与してもらうかは利用者の決定を尊重する必要がある。

### 情報源

#### 1. プログラム管理者と統合治療専門家へのインタビュー

■「あなたの機関は、統合治療プログラムの利用者には家族介入を提供していますか。」（提供している場合、「どのように提供しているのか教えてください。セッションでは何を取り上げますか。」）（頻度と形式（個別または複数家族のグループセッション）を確認す

る。)もしマニュアルやガイドブックが使われている場合、確認を依頼する。)

- 「家族介入に家族やその他の支援者が関与することについて利用者と話していますか。」(話している場合、「それがいつ、どのように実施されるのか説明してください。)」
- 「利用者が家族の関与を拒否した場合はどうなりますか。」
- 「利用者が家族の関与を希望しても家族が参加を拒否した場合どうしますか。あなたは家族にアウトリーチを試みますか。」
- 「プログラムの何人の利用者が家族やその他の支援者と毎週連絡を取っていますか。(推定によると、約60%が毎週家族と接触している。)これらの利用者のうち、家族介入を受ける人は何人いますか。」

## 2. 利用者へのインタビュー

- 「統合治療専門家からは、あなたの治療や家族介入に家族やその他の支援者を関与させたいかどうか尋ねられたことはありますか。(尋ねた場合、「あなたの決定は尊重されましたか。)」
- (利用者の家族が関与している場合、「あなたの家族が治療にどのように関わることになったのか聞かせてください。家族は、あなたが受けているメンタルヘルスと物質乱用治療に関する情報を受け取っていますか。)」(家族介入の内容を理解するために確認する。)

## 3. カルテの点検

家族介入に関する記録を確認する。

項目評定：利用者が、家族やその他の支援者の関与について同意を求められ、家族やその他の支援者の65%以上が治療に関与し、併存性障害に関する情報、支援、対処スキル・トレーニングを受ける場合、または利用者の治療チームと協力する場合、項目を「5」と評定する。

## 11. アルコール・薬物の自助グループ

定義：統合治療専門家は、積極的治療段階または再発予防段階の利用者をAA,CA,NA,RR,DTやDRなどコミュニティのセルフヘルププログラムにつなぐ。

理由：自助グループへの参加に消極的な利用者に対する圧力は禁忌であるが、自助グループの他のメンバーとの社会的接触は、物質使用を断つことを達成・維持する動機づけのある併存性障害の利用者の回復において重要な役割を果たす。

### 情報源

#### 1 プログラム管理者へのインタビュー

- 「プログラムの何人の利用者が定期的にコミュニティの自助グループに参加していますか。」
- 「機関には、コミュニティの自助グループと連絡を取る指定スタッフがいますか。」

#### 2 統合治療専門家へのインタビュー

- 「AA,NA,CA,RR,DT,DRといったコミュニティの自助グループに利用者を紹介していますか。」
- 「利用者に自助グループを紹介するのはどの時点ですか。」(ここでのねらいは、統合治療専門家が自助グループを紹介する際に利用者の治療段階を考慮に入れているかどうかを確認することである。)
- 「あなた(または指定された連絡係)は、利用者が自分に合ったグループを決めるのを助けるために、彼らと自助グループのミーティングに参加したことはありますか。」

- 「プログラムの中で、コミュニティの自助グループに定期的に参加している利用者は何人いますか。」

- 「利用者が自助グループへの参加を実行するのをどのように確認しますか。」

- 「先ほど治療段階について話した際、各段階の利用者の数(導入、説得、積極的治療、再発予防)を特定しました。それでは、積極的治療と再発予防の段階にある当事者の何人が、コミュニティの自助グ

ループに現在参加していますか。』

注：治療の各段階（段階的な介入、項目3）の利用者数を算定できなかった場合は、各段階を簡単に定義し、各段階の利用者数を推奨する。

### 3 カルテの点検

自助グループへの紹介やフォローアップが提供されたかの記録を確認する。

項目評定：積極的治療段階と再発予防段階の利用者の65%以上が定期的にコミュニティの自助グループに出席している場合、本項目を「5」とする。

## 12. 薬物治療

定義：薬を処方する医師や看護師は、精神科の薬物治療へのアドヒアランスを高め、ベンゾジアゼピンなど依存性のある薬の使用を減らし、依存行動を減らすのに役立つクロザピン、ジスルフィラム、ナルトレキソンなどの薬を提供するため、エビデンスベースト・モデルで研修を受け、利用者、統合治療専門家、その他のチームメンバーと協力する。5つの特定の指標が考慮される。

- 精神科薬は、能動的物質使用にかかわらず処方されているか
- 処方者は利用者やチームメンバーと密接に連携しているか
- 処方者はアドヒアランスの向上に焦点を当てているか
- ベンゾジアゼピンなど依存性のある薬の処方を避けているか
- クロザピン、ナルトレキソン、ジスルフィラムなど依存行動を減らす薬が提供されているか

理由：向精神薬が能動的物質乱用の問題のある利用者を含む重度の精神疾患を抱える当事者の治療に有効であることを研究は示している。抗精神病薬、気分安定剤、抗うつ薬などの薬を利用できることは、重度の精神疾患を効果的に治療するために重要である。

## 情報源

### 1 統合治療専門家へのインタビュー

- 「向精神薬は、能動的物質乱用の問題のある利用者には処方されていますか。統合治療プログラムの何人の利用者が現在向精神薬を服用していますか。」
- 「プログラムの利用者でベンゾジアゼピンを処方されている人はいますか。」
- 「プログラム利用者で依存を減らすためにクロザピンを処方されている人はいますか。」
- 「プログラム利用者でジスルフィラムまたはナルトレキソンを処方されている人はいますか。」
- 「利用者の処方者にどのくらいの頻度で連絡をとっていますか。」
- 「処方どおりに薬を服用しない利用者に対しどのような手段を講じますか。」

### 2 薬の処方者へのインタビュー

- 薬理的に、精神疾患と物質乱用の問題のある利用者については、物質乱用の問題を抱えていない利用者に対するものとは異なるアプローチをしていますか。例を挙げてください。」
- 「アルコール依存の利用者にはどのような手段を講じていますか。」
- 「重度の精神疾患や物質乱用の問題を持つ利用者には精神科の薬を処方しない場合がありますか。例を挙げてください。」（定義に列挙されている5つの指標の有無を調べる。）
- 「多職種治療チームの会議に参加していますか。これらの会議に統合治療専門家は含まれていますか。」
- 「利用者の治療チームメンバーにどのくらいの頻度で連絡を取っていますか。どのくらいの頻度で利用者の統合治療専門家に連絡しますか。」

### 3 カルテの点検

薬物治療（種類、投与量、処方根拠を含む）やコンプライアンスおよびアドヒアランスに関する事項についての記録を調べる。

項目評定：5つすべての手段が講じられている場合、項目を「5」と評定する。

### 13. 健康促進のための介入

定義：統合治療専門家は併存性障害の利用者に対し、感染症につながる危険性の高い行動や状況を避け、安全な住居を見つけ、適切な食事と運動を実践するよう働きかけることにより彼らの健康を促進する。その目的は、物質使用自体を減らす以外の方法を用いて、物質乱用の悪影響を直接軽減することである。

介入の焦点である物質乱用の典型的なマイナスの結果は以下を含む。

- 身体的影響（慢性疾患や性感染症など）
- 社会的影響（家族支援の喪失や被害体験など）
- セルフケアと自立機能（精神疾患の再発、栄養失調、居住不安定、失業、刑事上の身柄拘束など）
- 安全でない状況での物質使用（酩酊下の運転など）

マイナスの影響を軽減するために考えられた他の方策として、より害の少ない物質に切り替える利用者を支援すること、家族支援を提供すること、利用者が被害を受けるリスクの高い状況を回避するのを助けること、就労を促すこと、非使用者との交友を支援することなどがある。

理由：併存性障害の利用者は、上記の物質乱用の有害な影響に対して、一般集団よりもリスクが高い。

#### 情報源

#### 1 プログラム管理者と統合治療専門家へのインタビュー

- 「統合治療専門家は、健康的なライフスタイルを促進するために利用者と協力していますか。彼らは感

染症や、それを避ける方法を利用者と話していますか。」

- 「彼らは利用者に、より害の少ない物質に切り替えることや、安全なセックスをすること、適切な食事や運動をすることを勧めていますか。」（そうである場合、「これらのことをいつどのように話し合ったか聞かせてください。」）

- 「飲酒や薬物使用を続ける利用者の治療に関するあなたの理念は何ですか。」

### 2 カルテの点検

健康を促進し、物質乱用のマイナスの影響を軽減するための介入の記録を確認する。

### 3 利用者へのインタビュー

- 「統合治療専門家は、例えば、酩酊下で運転したり、無防備なセックスをしたり、友人や家族を失ったりするなど、薬物やアルコール乱用の悪影響についてあなたと話したことはありますか。例を挙げてもらえますか。この情報が話し合われたのは、個別セッションですか、それともグループセッションですか。」

項目評定：統合治療専門家が物質乱用の悪影響を軽減する技術に精通しており、80%以上の利用者が健康を促進するサービスを受けている場合は、「5」と評定する。

### 14. 治療効果が現れない当事者に対する二次的介入

定義：統合治療プログラムは、併存性障害の基本的治療の効果が現れない利用者を特定し、彼らを評価し、適切な二次的介入につなぐための手引きを備えている。

二次的介入は次のような集中的な介入である。

- 依存行動を減らすのに役立つ薬の処方とモニタリング（クロザピン、ナルトレキソン、ジスルフィラムなど）

- 集中的な心理社会的介入（集中的な家族治療、トラウマへの追加的介入、毎日のグループプログラムの

ような集中的な外来治療、長期居住ケアなど)の提供。

- 法制度が通常課す集中的な監督(金銭管理を行う保護受取人(protective payee)の任命や条件付き執行猶予など)

理由:併存性障害の利用者の約50%が基本的治療によく反応し、2~3年以内に物質使用障害の安定的な寛解を達成する。すべての利用者は、回復に向けて進んでいることを確認するために、定期的に(少なくとも3ヶ月ごとに)アセスメントがなされる必要がある。回復が進んでいない人は、経験を積んだ臨床家によって再検討され、より集中的な介入が考慮されるべきである。

現在の知識と経験豊富な臨床判断にもとづいてアルゴリズムアプローチを用いる。例えば、断酒中に悪夢の増加、侵入思考、不安を経験し、それが再発につながるような利用者は、心的外傷後ストレス障害(PTSD)の介入が検討されるべきである。

定期的に家族と接触を保ち、回復が進んでいない利用者には、集中的な家族介入を考える必要がある。重度の渴望がある利用者には、モニター下でナルトレキソンを処方することが検討されるべきである。衝動的な飲酒がある利用者については、モニター下でジスルフィラムを処方することが検討されるべきである。

## 情報源

- 1 プログラム管理者と統合治療専門家へのインタビュー

- 「利用者の回復状況をどのように評価しますか。例を挙げてください。」

- 「回復が進んでいない利用者を特定する方法はありますか。」(ある場合、「あなたの基準は何ですか。」)

- 「利用者の回復が進んでいない場合、あなたは何をしますか。例を挙げてください。」(定義に列挙されている二次的介入の確認。)

- 2 利用者へのインタビュー

- 「このプログラムでメンタルヘルスと物質乱用の両方の治療を受けているにもかかわらず、クリーンに

なれない、あるいはクリーンを維持できない期間がありましたか。」(そうである場合、「このスタッフはあなたを支援するために何か新しい試みをしましたか。治療のための他の選択肢を提供しましたか。」)

項目評定:プログラムの効果が現れない当事者を特定する手引きが備わっており、当該当事者の80%以上は評価が加えられ、二次的介入を紹介されている場合は、項目を「5」と評定する。



## 付録D：一般組織指標とスコアシート

## 一般組織指標

	1	2	3	4	5
<p>G1 プログラムの理念 以下の5つの情報源について、特定のエビデンスベースト・モデルと一致する明確な理念にもとづきプログラムが実践される。</p> <p>■プログラム管理者 ■シニアスタッフ (事務局長、精神科医等) ■EBP実施者 ■EBPを受ける利用者や家族 ■資料(パンフレット等)</p>	<p>5つの情報源のうちプログラムの理念について明確な理解を示しているのは1つ以下である。 または どの情報源も、多数の相違点がある。</p>	<p>5つの情報源のうち2つがプログラムの理念について明確な理解を示している。 または どの情報源も、いくつかの相違点がある。</p>	<p>5つの情報源のうち3つがプログラムの理念について明確な理解を示している。 または 情報源は、プログラムの理念とほぼ一致しているが、1つだけ相違点がある。</p>	<p>5つの情報源のうち4つがプログラムの理念について明確な理解を示している。 または 情報源は、プログラムの理念とほぼ一致しているが、1つか2つのささいな相違点がある。</p>	<p>5つすべての情報源が特定のEBPに関するプログラムの理念への明確な理解とコミットメントを示している。</p>
<p>*G2 適格性または利用者識別  地域支援プログラムで重度の精神疾患のある利用者、クライシスに直面している利用者、施設に入所している利用者はすべて、標準化されたツールやEBPに合致した入所基準を用いて、EBPに適切かどうかを判断するためにスクリーニングされる。また、機関は対象となる利用者数を体系的に追跡する。</p>	<p>利用者の20%が標準化されたスクリーニングを受けている。 かつ／または機関が適格性を体系的に追跡していない。</p>	<p>利用者の21%～40%が標準化されたスクリーニングを受けている。 かつ機関が適格性を体系的に追跡している。</p>	<p>利用者の41%～60%が標準化されたスクリーニングを受けている。 かつ機関が適格性を体系的に追跡している。</p>	<p>利用者の61%～80%が標準化されたスクリーニングを受けている。 かつ機関が適格性を体系的に追跡している。</p>	<p>80%を超える利用者が標準化されたスクリーニングを受けている。 かつ機関が適格性を体系的に追跡している。</p>
<p>*G3 普及率 下記の比率で定義されるとおり、EBPがサービスを提供する対象となる利用者の最大数 EBPを受けている利用者数／EBPの対象となる利用者数</p>	<p>比率 .20</p>	<p>比率 .20 ～ .40</p>	<p>比率 .41 ～ .60</p>	<p>比率 .61 ～ .80</p>	<p>比率 .80 を超える</p>

\*これら2つの項目は、EBPが実施されている場における重度の精神疾患を有するすべての利用者にもとづいて評定される。その他の項目はすべてEBPを受ける人々を指している。

- ( ) 対象母集団における利用者数  
 ( ) EBPの対象となる利用者数 ( %) 対象となる  
 ( ) EBPを受けている利用者数 ( ) 普及率

	1	2	3	4	5
<p><b>G4 アセスメント</b> EBPのサービスを受けるすべての利用者について、完全に標準化されたアセスメントが実施される。アセスメントは以下を含む：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■内科、精神科、物質使用障害の既往および治療歴</li> <li>■すべての既存の障害の現在の段階</li> <li>■職歴</li> <li>■既存の支援ネットワーク</li> <li>■生物心理社会的なリスク要因の評価</li> </ul>	<p>アセスメントが全く存在しないか全く標準化されていない。</p>	<p>次のうち2つに波及する欠陥がある：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■標準化</li> <li>■アセスメントの質</li> <li>■適時性</li> <li>■包括性</li> </ul>	<p>次のうち1つに波及する欠陥がある：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■標準化</li> <li>■アセスメントの質</li> <li>■適時性</li> <li>■包括性</li> </ul>	<p>61%～80%の利用者は標準化された、質の高いアセスメントを少なくとも年1回受けている。または1つか2つのアセスメント領域に関する情報が不足している。</p>	<p>80%を超える利用者が標準化された質の高いアセスメントを受けている。情報は包括的ですがすべてのアセスメント領域にわたっており、少なくとも年1回更新されている。</p>
<p><b>G5 個別化された治療計画</b> すべてのEBP利用者に対して、EBPに関連する明示的で個別化された治療計画が存在し、アセスメントと整合性があり、3ヶ月ごとに更新される。</p>	<p>EBP利用者の20%は、3ヶ月ごとに更新される、EBPに関連した明示的で個別化された治療計画がある。</p>	<p>EBP利用者の21%～40%は、3ヶ月ごとに更新される、EBPに関連した明示的で個別化された治療計画がある。</p>	<p>EBP利用者の41%～60%は、3ヶ月ごとに更新される、EBPに関連した明示的で個別化された治療計画がある。またはすべての利用者について、個別化された治療計画が6ヶ月ごとに更新される。</p>	<p>EBP利用者の61%～80%は、3ヶ月ごとに更新される、EBPに関連した明示的で個別化された治療計画がある。</p>	<p>80%を超えるEBP利用者は、3ヶ月ごとに更新される、EBPに関連した明示的で個別化された治療計画がある。</p>
<p><b>G6 個別化された治療</b> すべてのEBP利用者が、EBPの目標を達成する個別化された治療を受ける。</p>	<p>EBPがサービスを提供する利用者の20%が、EBPの目標を達成する個別化された治療を受けている。</p>	<p>EBPがサービスを提供する利用者の21%～40%が、EBPの目標を達成する個別化された治療を受けている。</p>	<p>EBPがサービスを提供する利用者の41%～60%が、EBPの目標を達成する個別化された治療を受けている。</p>	<p>EBPがサービスを提供する利用者の61%～80%が、EBPの目標を達成する個別化された治療を受けている。</p>	<p>EBPがサービスを提供する80%を超える利用者が、EBPの目標を達成する個別化された治療を受けている。</p>
<p><b>G7 研修</b> 新しいプログラムスタッフはすべて雇用後2ヶ月以内に、EBPにおける標準化された研修（少なくとも2日間のワークショップか同等のもの）を受ける。既存のチームメンバーは毎年、復習・応用研修（少なくとも一日のワークショップか同等のもの）を受ける。</p>	<p>20%のプログラムスタッフが標準化された研修を毎年受けている。</p>	<p>21%～40%のプログラムスタッフが標準化された研修を毎年受けている。</p>	<p>41%～60%のプログラムスタッフが標準化された研修を毎年受けている。</p>	<p>61%～80%のプログラムスタッフが標準化された研修を毎年受けている。</p>	<p>80%を超えるプログラムスタッフが標準化された研修を毎年受けている。</p>

	1	2	3	4	5
G8 スーパービジョン EBP実施者は、特定のEBPの経験を積んでいるスーパーバイザーから構造化されたスーパービジョン（グループか個別の形式）を毎週受ける。スーパービジョンは当事者中心であるべきであり、EBPモデルとその具体的な当事者の状況への適用を明確に取り上げる必要がある。	EBP実施者の20%はスーパービジョンを受けている。	EBP実施者の21%～40%は構造化された当事者中心のスーパービジョンを毎週受けている。またはすべてのEBP実施者はインフォーマルなスーパービジョンを受けている。	EBP実施者の41%～60%は構造化された当事者中心のスーパービジョンを毎週受けている。またはすべてのEBP実施者は毎月スーパービジョンを受けている。	EBP実施者の61%～80%は構造化された当事者中心のスーパービジョンを毎週受けている。またはすべてのEBP実施者は月に2回スーパービジョンを受けている。	80%を超えるEBP実施者は構造化され、具体的な当事者に焦点を当てたスーパービジョンを毎週受けており、セッションではEBPモデルとその適用を明確に取り上げている。
G9 プロセス・モニタリング プログラム管理者と機関管理者は6ヶ月ごとにEBPの実践プロセスをモニターし、プログラムの改善にデータを用いる。モニタリングには、例えば、フィデリティ尺度やその他の包括的なプロセス指標を用いるなど標準化されたアプローチを取り入れる。	プロセス・モニタリングの試みがなされていない。	インフォーマルなプロセス・モニタリングが少なくとも年1回用いられている。	プロセス・モニタリングが以下の3つの基準のうち2つ欠けている。 ■包括的かつ標準化されている ■6ヶ月ごとに行われる ■プログラムを改善に導くために用いられる または標準化されたモニタリングが年1回だけ行われる。	プロセス・モニタリングが以下の3つの基準のうち1つ欠けている。 ■包括的かつ標準化されている ■6ヶ月ごとに行われる ■プログラムの改善に導くために用いられる	標準化された包括的プロセス・モニタリングが少なくとも6ヶ月ごとに行われ、プログラムを改善に導くために用いられている。
G10 効果測定 プログラム管理者と機関管理者は3ヶ月ごとにEBP利用者の実施結果をモニターし、EBP実施者とデータを共有する。モニタリングはEBPに関する主要な実施結果（例えば、精神科入院、物質乱用治療スケール、就労率など）を評価する標準化されたアプローチが含まれる。	効果測定が行われていない。	効果測定が少なくとも年1回行われているが、結果はEBP実施者と共有されていない。	標準化された効果測定が少なくとも年1回行われている。結果はEBP実施者と共有されている。	標準化された効果測定が少なくとも年2回行われている。結果はEBP実施者と共有されている。	標準化された効果測定が少なくとも年4回行われている。結果はEBP実施者と共有されている。
G11 品質保証（QA） 機関は6ヶ月ごとにEBPやプログラムの構成要素を審査する明示的な計画を持つQA委員会または運営委員会を設置している。	審査がないまたは委員会がない。	QA委員会は設置されているが、審査がなされていない。	明示的なQAの審査が年1回より少ない頻度でなされている。またはQAの審査は表面的である。	明示的なQAの審査が年1回なされている。	明示的な審査がEBPのQAグループや運営委員会によって6ヶ月ごとに行われている。

	1	2	3	4	5
G12 サービス提供についての利用者の選択 EBPサービスを受けるすべての利用者は選択肢が提供される。EBP実施者は、サービスを提供する際に治療についての利用者の希望を考慮しそれに準拠する。	利用者中心のサービスがない。(または実施者がすべてのEBPを決定している。)	EBPサービスのタイプや頻度が利用者の選択を反映しているという情報源はほとんどない。	半分の情報源においてEBPサービスのタイプや頻度が利用者の選択を反映している。	ほとんどの情報源においてEBPサービスのタイプや頻度が利用者の選択を反映している。または、機関は1つの例外を除いて利用者の選択を完全に受け入れる。	すべての情報源においてEBPサービスのタイプや頻度が利用者の選択を反映している。

## スコアシート：一般組織指標

訪問日 / /

機関名

評価者

		評価者1	評価者2	合意 (コンセンサス)
G1	プログラムの理念			
G2	適格性または利用者識別			
G3	普及率			
G4	アセスメント			
G5	個別化された治療計画			
G6	個別化された治療			
G7	研修			
G8	スーパービジョン			
G9	プロセス・モニタリング			
G10	効果測定			
G11	品質保証 (QA)			
G12	サービス提供についての利用者の選択			
合計平均スコア				

## 付録E：一般組織指標の手引き

## 一般組織指標の手引き

一般組織指標（GOI）の手引きはGOIの各項目を評価する方法について説明している。特に以下を提供する。

### ■各項目の定義と理由

■各フィデリティ項目に最も適したデータソースの一覧（カルテの点検や、プログラム管理者、援助者、利用者、家族へのインタビューなど）

適切な場合は、フィデリティ項目の評定に必要な重要な情報を取り出すのに役立つ一連の調査質問が用意されている。これらの調査質問は、社会的望ましさとといったバイアスができるだけ入らないよう回答者から正しい情報を収集するために特別に作られたものである。

意思決定ルールは、各項目を正しく評定するのに役立つ。さまざまな情報源から情報収集する場合、これらのルールは、各項目に与える特定の評価を決定するのに役立つ。

### G 1. プログラムの理念

定義：このプログラムは、以下の5つの情報源にもとづき、特定のEBPと一致する明確な理念にコミットしている。

■プログラム管理者

■シニアスタッフ（事務局長、精神科医等）

■統合治療専門家

■利用者と家族

■資料（パンフレット等）

理由：EBPを真に支持する精神科リハビリテーションプログラムでは、あらゆるレベルのスタッフがプログラムの理念を受け入れ、日々の業務でそれを実践している。

### 情報源

概要：現地訪問中に、EBPと一致している、あるいは矛盾しているプログラムの理念の指標に注意する。（何気ない会話や、スタッフや利用者の活動などの観察を含む。）実践に関する誤解や留保を示唆する発言は否

定的な指標であり、実践に対する熱意と理解を示す発言は肯定的な指標である。

この項目の目的は、実践に対する理解とコミットメントを測定することである。実践のすべての要素が現在実施されている必要はない（これはEBP固有のフィデリティ尺度によって測定される）。むしろ関係者全員が高いフィデリティのEBPを実施することにコミットしているかどうか重要である。

この項目について評価される援助者は、この実践に取り組んでいる人に限られる。同様に、評価される利用者はこの実践を受けている人である。

### 1. プログラム管理者、シニアスタッフ、援助者へのインタビュー

インタビューの冒頭で、援助者にプログラムについて簡単に説明してもらう。

■「サービスの重要な要素や原則は何ですか。」

■「プログラムの目標は何ですか。」

■「『EBP領域』をどのように定義しますか。」

### 2 利用者へのインタビュー

■「どのような種類のサービスをプログラムで受けていますか。」

■専門家でない人の言葉を使って利用者または家族に特定の『EBP領域』の原則を説明する（プログラムが各原則を反映したサービスを提供しているか調べる）。

■「このプログラムの実施者は十分に能力があり、あなたの問題に対処するのに役立っていると感じますか。」

### 3 資料の評価（パンフレットなど）

■EBPの資料を備えているか。ない場合、評定を1つ下げる（すなわち、より低いフィデリティとなる）

■資料は、EBPと一致するプログラム理念を明確にしているか

項目評定：この項目の目標は、すべての重要な構成要素を暗唱できるかどうかを確認するために援助者にクイズをすることではない。むしろ、目標は、理解が概して正確であり、EBPに反していないかどうかを測定することである。例えば、シニアスタッフが、「私たちの利用者のほとんどは物質乱用問題に取り組む意欲がないため、統合治療プログラムの利用者を特定するのに苦労している」と言った場合、それはすなわち併存性障害のための統合治療の実践に対する危険信号である。

すべての情報源がプログラムの理念を明確に理解しているという根拠を示している場合は、項目を「5」と評定する。複数の人にもとづく情報源（例えば、援助者へのインタビュー）の場合、その情報源が明確なプログラム理念を支持しているかどうかを評価する際には多数意見を採用する。注：資料が存在しない場合は、その情報源を不十分とみなす。

## G 2. 適格性または利用者識別

定義：

精神保健センターで実施されるEBPの場合

地域支援プログラムのすべての利用者、クライシスに直面している利用者、および病院内の利用者は、EBPと一致する標準化されたツールまたは受け入れ基準を使用してスクリーニングされる。

サービスのエリア内で実施されるEBPの場合

サービスの行政地域におけるすべての利用者は、EBPと一致する標準化されたツールまたは受け入れ基準を使用してスクリーニングされる。例えばニューヨークでは、郡の精神保健行政は、ACTプログラムが提供される利用者を特定する責務がある。

対象母集団とは、サービス実施機関や行政地域でサービスを提供されている重度の精神疾患（SMI）を抱えるすべての成人を指す。

機関が複数の場所で利用者にサービスを提供する場合、アセスメントはEBPの対象となる場所に限定される。

対象母集団が個別のプログラムを受けている場合（ケースマネジメント、居住、デイ治療など）、通常、重度の精神疾患を抱えるすべての成人がこの定義に含まれる。

スクリーニングはEBPによって異なる。その目的は、EBPの恩恵を受けることができるすべての人を特定す

ることである。例えば、併存性障害の統合治療のために、ツールキットは受け入れ基準を指定し、それぞれに特定のアセスメントツールを推奨している。

いずれの場合も、プログラムはすべての利用者の適格性を識別するための明示的で体系的な方法を備える必要がある。スクリーニングは通常、プログラム参加手続き時に行われる。EBPを新たに採用するプログラムは、プログラムにすでに参加中の利用者を体系的に見直すための計画を立てる必要がある。

理由：EBPの恩恵を最も受ける利用者を正確に特定するには、EBPと一致する基準にもとづいて、適格性を定期的に見直す必要がある。

### 情報源

1 プログラム管理者、シニアスタッフと援助者へのインタビュー

■「プログラムの適格性基準について説明してください。」

■「利用者はどのようにプログラムを紹介されますか。プログラムを受ける利用者を機関はどのように特定していますか。すべての新しい利用者は、物質乱用や重度精神疾患の診断のスクリーニングを受けていますか。」

■「クライシスに直面している（あるいは施設入所となった）利用者はどうですか。」

■機関が使用しているスクリーニング用紙のコピーの提供を依頼する

2 カルテの点検

スクリーニングのプロセスと結果の文書を点検する。

3 郡の精神保健管理者（該当する場合）

適格性がサービスの行政地域レベル（ニューヨークの例のような）で決定される場合は、このスクリーニングを担当する担当者にインタビューをする。

項目評定：この項目は、地域支援プログラムにおいて

重篤な精神疾患のあるすべての利用者、またはEBPが実施されている場所における同様の利用者を対象とする。EBPのサービスを受ける利用者のみ限定されない。このパーセンテージを計算し、該当箇所のフィデリティ尺度に記録する。これらの利用者の100%が標準化されたスクリーニングを受ける場合は、項目を「5」と評定する。

### G 3. 普及率

定義：普及率は、EBPの恩恵を受ける可能性がある利用者の総数に対し、EBPを利用できる利用者の割合として定義される。数値的には、この比率は次のように定義される。

$$\frac{\text{EBPを受けている利用者数}}{\text{EBPの対象となる利用者数}}$$

前の項目と同様、この計算で使用される数値は、EBPが実施されている場所ごとに固有のものである。

理由：調査によると、重度精神疾患のある人々は、EBPへのアクセスが制限されることが多い旨繰り返し示されている。EBP普及の最終目標は、小さな排他的なプログラムを単に作成することではなく、公共の精神保健システム内でこれらの実践に容易にアクセスできるようにすることである。

#### 情報源

普及率の計算は、この割合を定義する2つの統計が入手できるかどうかにかかっている。

分子：サービスを受けている人数は、プログラム管理者が保有する名簿にもとづいている。理想的には、この合計は、サービスの連絡票や、特定の利用者が積極的に治療を受けているという他の根拠で裏付けられるべきである。実際問題として、各機関には積極的な利用者ドロップアウト者を定義するには多くの方則があり、この項目の定義を標準化することは困難かもしれない。積極的に治療を受けている人数の最良推定値を使用する。

分母：機関が適切な対象を体系的に追跡している場合は、分母でこの数値を使用する。(以下の推定値を使用する前に、G2に記載しているルールを参照して対象母集団を確認する。) 機関が適切な対象を追跡して

いない場合は、各EBPの文献にもとづき、総対象人口に対応するパーセンテージを乗じて分母を推定する。

文献によると、ここで利用できるEBPツールキットの推定値は以下のとおりである。

- 併存性障害の統合治療—40%
- 援助付き雇用—60%
- 疾病管理とリカバリー (IMR) —100%
- 家族 (大切な人) の心理教育—100%
- 包括型地域生活支援プログラム (ACT) —20%

#### 分母の計算例

併存性障害の統合治療の対象となる利用者の数が分からないとする。地域支援プログラムに120人の利用者がある場合、分母を次のように見積もる。

$$120 \times 0.4 = 48$$

項目評定：この比率を計算し、フィデリティ尺度で記録する。プログラムが対象となる利用者の80%以上にプログラムを提供している場合は、項目を「5」と評定する。

### G 4. アセスメント

定義：すべてのEBP利用者は標準化された、質の高い、包括的でタイムリーなアセスメントを受ける。

標準化とは、簡単に解釈でき、利用者間で一貫している説明書式をいう。

高い質とは、利用者を差別化する具体的で特有の情報を提供するアセスメントを指す。

ほとんどの利用者が同じ単語を使用してアセスメントされる場合や、アセスメントが広範で非有益なチェックリストで構成されている場合は、質が低いと考える。

包括的なアセスメントは以下を含む。

- 内科、精神科と物質使用障害の既往および治療歴

## ■すべての既存の障害の現在の段階

### ■職歴

### ■既存の支援ネットワーク

### ■生物心理社会的なリスク要因の評価

タイムリーなアセスメントとは少なくとも毎年更新されるアセスメントである。

理由：包括的なアセスメントや再アセスメントは、利用者の回復を進める上でも、介入が必要な対象領域を特定する上でも不可欠である。

### 情報源

#### 1 プログラム管理者、シニアスタッフと援助者へのインタビュー

■「新しい利用者に包括的なアセスメントを行いますか。評価する要素は何ですか。」

■標準化されたアセスメント書式のコピーの提供を求める。もし可能なら、援助者にその書式を検討してもらう

■「どのくらいの頻度で利用者を再アセスメントしますか。」

#### 2 カルテの点検

■完了した複数のアセスメントを見て、評価が行われるたびに包括的なアセスメントの各要素に対応しているかどうかを確認し、アセスメントの包括性を調べる

■「アセスメントは少なくとも毎年更新されていますか。」

項目評定：利用者の80%以上が標準化され、質が高く、包括的でタイムリーなアセスメントを受ける場合は、項目を「5」と評定する。

## G5. 個別化された治療計画

定義：すべてのEBP利用者について、アセスメント結果と一致し、3ヶ月ごとに更新されるEBPに関連した明示的で個別化された治療計画が存在する（個別化治療計画と名付けられていなくても可）。

個別化とは、目標、目標達成に向けたステップ、サービスと介入、関与の度合いがその利用者に固有であることを意味する。利用者間で同じまたは類似した計画は個別化されているとは言えない。スーパーバイザーに、識別情報を伏せた治療計画を見せ、利用者を識別できるかどうかを確認してみることでテストできる。

理由：EBPの中心的価値には、サービスの個別化や、利用者の目標の追求や自らのペースでリカバリーを進める支援が含まれる。従って、治療計画には継続的な評価と修正が必要である。

### 情報源

注：この項目と次の項目を一緒にアセスメントする。すなわち、具体的な治療計画に関する質問を、治療に関する質問でフォローアップする。

#### 1 カルテの点検（治療計画）

EBP固有のフィデリティアセスメントで調べたのと同じカルテを使用して、特定の目標と利用者ベースの目標設定プロセスの記録を確認する。

■「勧めた治療はアセスメントと一致していますか。」

■「四半期ごとの検討にはどのエビデンスが用いられていますか。」

#### 2 プログラム管理者へのインタビュー

■「治療計画を作成するプロセスについて説明してください。典型的な治療計画の重要な要素は何ですか。どのように記録していますか。」

#### 3 援助者へのインタビュー

可能な場合は、上記で選択した特定のカルテを使用する。援助者にサンプル治療計画を調べてもらう。

■「利用者の目標をどのように導き出しますか。」(利用者の関与と目標の個別化について聞く。)

■「どのくらいの頻度で治療計画を見直し(またはフォローアップ)しますか。」

#### 4 利用者へのインタビュー

■「このプログラムのあなたの目標は何ですか。目標をどのように設定しましたか。」

■「あなたと援助者は、目標達成のための進捗状況と一緒に見直していますか。」(その場合、「頻度と見直しのプロセスを説明してください。」)

#### 5. (可能な場合) チーム会議とスーパービジョンの観察

治療計画がどのように策定されているかを観察する。特に、アセスメント、利用者の希望、治療の個別化に関する話し合いに耳を傾ける。治療計画は見直されているか。

項目評定：EBP利用者の80%以上が、3ヶ月ごとに更新される明示的で個別化された治療計画を持っている場合、項目を「5」と評定する。

治療計画が個別化されていても、6ヶ月ごとにしか更新されない場合は、項目を「3」と評定する。

### G6 個別化された治療

定義：すべてのEBP利用者は、EBPの目標を達成する個別の治療を受ける。

個別化された治療とは、段階、方策、サービス、介入、関与の度合いが利用者の固有の目標に焦点が当てられており、利用者ごとに唯一無二であることを意味する。進捗記録は実際に何が起きているかを知る良い情報源になる。治療は、一般的な治療計画の存在にかかわらず、高度に個別化されている可能性がある。

併存性障害の統合治療に関するこの項目の低得点の例は以下のとおり。

導入段階の利用者が再発予防のグループに割り当てられ、動機づけ介入を用いるのではなく、物質使用を

やめる必要があると常に言われている。

理由：EBPの成功の鍵は、個別化され、各利用者のEBPの目標を達成する計画を実行することである。

#### 情報源

##### 1 カルテの点検 (治療計画)

EBP特有のフィデリティアセスメントで調べたのと同じカルテを使用して、提供された治療を調べる。EBPに関連する直近の治療計画に焦点を絞る。治療計画で示された期間内に適切な治療が行われたかどうかを判断する。

##### 2 援助者へのインタビュー

可能な場合、上記で選択した特定のカルテを使用する。援助者にサンプル治療計画と治療を検討してもらう。

##### 3 利用者へのインタビュー

「このプログラムがあなたの目標を達成するのにどのように役立っているのか教えてください。」

項目評定：EBP利用者の80%以上がEBPの目標と一致する治療を受けている場合は、項目を「5」と評定する。

### G7 研修

定義：新任の援助者はすべて、採用後2ヶ月以内にEBP(少なくとも2日間のワークショップまたはそれと同等のワークショップ)で標準化された研修を受ける。それ以外の既存の援助者は毎年、復習・応用研修(少なくとも1日間のワークショップまたはそれと同等のワークショップ)を受ける。

理由：援助者の研修と再研修は、エビデンスにもとづくサービスが、援助者間で、また長期的にわたって標準化された方法で提供されることを保証するために必要である。

#### 情報源

##### 1 プログラム管理者、シニアスタッフと援助者への

## インタビュー

■「『EBP領域』のための体系的な研修を新任の援助者に提供していますか。」（もし提供している場合、詳細を確認する。必須かオプションか。期間は。頻度は。内容は。グループ形式か個別形式か。誰が研修を行うのか。内部研修か外部研修か。）

■「援助者は復習・応用研修を受けていますか。」（もし受けている場合、詳細を確認する。）

2 （可能なら）研修カリキュラムとスケジュールを調べる

カリキュラムは『EBP領域』の重要な要素を適切に網羅しているか。

3 援助者へのインタビュー

■「このプログラムを初めて開始したとき、『EBP領域』に対する体系的かつ正式な研修を受けましたか。」（受けた場合、詳細を確認する。必須かオプションか。期間は。頻度は。内容は。グループ形式か個別形式か。誰が研修を行うのか。内部研修か外部研修か。）

■「復習・応用研修を受けていますか。」（受けている場合、詳細を確認する。）

項目評定：援助者の80%以上が『EBP領域』の標準化された研修を少なくとも毎年受ける場合、項目を「5」と評定する。

## G8 スーパービジョン

定義：統合治療専門家は特定のEBPについて経験豊富なスーパーバイザーから、構造化されたスーパービジョンを毎週受ける。スーパービジョンはグループ・個別のどちらでもかまわないが、スーパーバイザーなしで同等の人同士で行うことはできない。スーパービジョンは当事者中心の観点から、EBPモデルと、それが具体的な利用者の状況にどのように適用するかを明示的に取り上げる必要がある。管理会議やEBPが特に取り扱われていない会議は、この項目の基準は当てはまらない。利用者ごとのEBPスーパービジョンは、少なくとも毎週1時間は行う。

理由：定期的なスーパービジョンは、治療を個別化す

るだけでなく、標準化されたエビデンスにもとづくサービスの提供を確保するためにも重要である。

## 情報源

1 プログラム管理者、シニアスタッフと援助者へのインタビュー

スーパービジョンの状況を確認する。時間的長さ。頻度。グループの規模など。

■「一般的なスーパービジョンのセッションがどのようなものか説明してください。」

■「スーパービジョンがあなたの業務にどのように役立っていますか。」

2 （可能な場合）チーム会議やスーパービジョンの観察

各ケースで検討された『EBP領域』の協議を聞く。

3 ミーティングの頻度を記述しているスーパービジョンの記録

項目評定：統合治療専門家の80%以上が毎週スーパービジョンを受ける場合、項目を「5」と評定する。

## G9 プロセス・モニタリング

定義：プログラム管理者と機関管理者は6ヶ月ごとにEBPの実践プロセスをモニターし、プログラムの改善にそのデータを用いる。プロセス・モニタリングは、例えば、フィデリティ尺度や他の包括的なプロセス指標のセットを使用するなど、標準化されたアプローチを取り入れている。

プロセス指標の例としては、ケースマネージャーがオフィスではなくコミュニティで費やす時間の体系的測定である。プロセス指標には、研修やスーパービジョンに関する項目を含めることができる。基本原則は、測定されるものは何でもEBPの実施に関連しており、取扱高や生産性を追うために測定されるものではないということである。

理由：EBPに対するプログラムのフィデリティを評価するには、プロセスデータを体系的かつ定期的に収集

することが不可欠である。

### 情報源

- 1 プログラム管理者、シニアスタッフと援助者へのインタビュー

■「プログラムはプロセスデータを定期的に収集していますか。」（収集している場合、詳細を確認する。頻度は。誰が。どのように（『EBP領域』フィデリティ尺度か他の尺度を用いているか）等。）

■「プログラムでは利用者のサービス利用と治療参加に関するデータを収集していますか。」

■「プロセスデータはサービスの提供方法に影響を与えましたか。」

- 2（可能な場合）内部レポートと文書の点検

項目評定：標準化されたプロセス・モニタリングを少なくとも6ヶ月ごとに行っている根拠がある場合、項目を「5」と評定する。

### G10 効果測定

定義：プログラム管理者と管理者は3ヶ月ごとにEBP利用者の実施結果を測定し、サービス改善のために統合治療専門家とデータを共有する。効果測定には、利用者进行评估するための標準化されたアプローチを含む。

理由：プログラムの有効性を評価するには、体系的かつ定期的にアウトカムデータを収集することが不可欠である。効果的なプログラムはまた、何が有効で、何が有効でないかを確認するために、このようなデータを分析し、彼らが提供するサービスの質を向上させるためにその結果を用いる。

各EBPの主要なアウトカム指標については、EBPツールキットで説明されている。暫定的なリストは次のとおりである。

■併存性障害の統合治療—物質使用（治療段階尺度など）

■援助付き雇用—競争的雇用率

■疾病管理とリカバリー（IMR）—入院率、再発予防計画、薬物治療コンプライアンス率

■家族の心理教育—入院と家族の負担

■ACT—入院と住居

### 情報源

- 1 プログラム管理者、シニアスタッフと援助者へのインタビュー

■「アウトカムデータを追跡するための体系的な方法がプログラムにありますか。」（ある場合、詳細を確認する。方法は（コンピュータ化されているかカルテのみか）。頻度は。結果変数の種類は。誰がデータを収集するのか。）

■「利用者の実施結果をモニターするためにチェックリストまたは尺度を使用しますか。（例：物質乱用治療尺度）」

■「アウトカムデータをどのように活用していますか。実務者は定期的にデータを確認していますか。」（確認している場合、「確認はどのように行われていますか（累積グラフなど）。）」

■「アウトカムデータがサービスの提供方法に影響を与えましたか。」（影響を与えた場合、「どのように？」）

- 2（可能な場合）内部レポートや文書の点検

項目評定：標準化された効果測定が四半期ごとに行われ、結果が統合治療担当者と共有されている場合は、項目を「5」と評定する。

### G11. 品質保証（QA）

定義：機関のQA委員会は、6ヶ月ごとにプログラムのEBPや要素を見直す明示的な計画を立てている。EBPの運営委員会もこの機能を担うことができる。

優れたQA委員会は、普及目標、機関内のEBPの配置、職員の採用や配置のニーズなどの重要な決定において、機関を支援する。また、QA委員会は、以下のような方法で、実施の指導と維持を助けている。

### ■EBPモデルに対するフィデリティの審査

### ■改善のための提言

### ■機関内およびコミュニティにおけるEBPの提唱と推進

### ■EBPに関連する主要な実施結果の決定と追跡

理由：EBPを最も成功裏に実施するプログラムは、より良い実施結果をもたらすことを研究は示している。繰り返すが、プロセスとアウトカムデータを体系的かつ定期的に収集することは、プログラムの有効性を評価する上で不可欠である。

### 情報源

#### 1 プログラム管理者へのインタビュー

■「あなたの機関には、『EBP領域』プログラムの要素の審査を担当する確立されたチームまたは委員会がありますか。」(ある場合、詳細を確認する。「誰が。どのように。いつ。」)

#### 2 QA委員会メンバーへのインタビュー

■「QA委員会の役割と責任について説明してください。」(詳細を確認する。「目的は何ですか。誰が。どのように。いつ。」)

■「プログラムのサービスを改善するために評価結果をどのように活用しますか。」

項目評定：6ヶ月ごとにEBPまたはプログラムの要素を審査するQAグループまたは運営委員会が設置されている場合は、項目を「5」と評定する。

### G12. サービス提供についての利用者の選択

定義：EBPサービスを受けるすべての利用者には、EBPと一致する合理的な範囲の選択肢が提供される。援助者は、サービスを提供する際に、治療に対する利用者の希望を考慮し、それに準拠する。

この項目では、提供されるサービスに注意を向けるように選択肢が狭く定義されている。自滅的な行動を取るといった広範な選択肢は扱っていない。

この項目で高得点を取るためには、プログラムが選択肢を提供するだけでは不十分である。選択肢はEBPと一致しなければならない。そのため、例えば併存性障害の統合治療を実施する機関が、物質使用を断っている利用者にも対応している場合は低得点となる。

合理的な選択肢の範囲とは、利用者に現実的な選択肢を提供することを意味する。統合治療専門家が1つか2つの選択肢のみを提示する、決まった順序を指示する、利用者がサービスの対象となる前に満たしておく必要がある条件を提示するというのではない。

本書記述時のEBPによる関連する選択肢の一例は以下のとおりである。

### 併存性障害の統合治療

■グループまたは個人のカウンセリングセッション

■治療頻度

■特定のセルフマネジメント目標

■関与する他の支援者の選択

### 援助付き雇用

■職業の種類

■労働環境の種類

■勤務スケジュールと勤務時間

■開示するかどうか

■就業上の配慮の種類

■フォローアップ支援の種類と頻度

### 家族の心理教育

■家族に関与してもらうにあたっての利用者のレディネス

■関与する相手

## ■問題の選択と対処すべき問題

### 疾病管理とリカバリー

#### ■関与する他の支援者の選択

#### ■特定のセルフマネジメント目標

#### ■行動調整（精神疾患、物質使用障害、併存性障害の当事者の個人目標の達成に寄与する認知行動とリカバリー志向の方策。）の性質

#### ■教わるスキル

### 包括型地域生活支援プログラム（ACT）

#### ■住宅の種類と場所

#### ■健康づくりの種類

#### ■金銭管理に関する支援の種類

#### ■特定の目標

#### ■教えられる日常生活のスキル

#### ■服薬支援の種類

#### ■物質乱用治療の種類

理由：EBPの重要な前提は、利用者が自分の疾病を管理し、目標の達成に向けて進歩する上で重要な役割を果たすことができるということである。サービス提供者は、利用者がより効果的に治療に参加できるよう、情報を提供する責任を負っている。

## 情報源

### 1 プログラム管理者へのインタビュー

■「利用者の選択に関するプログラムの理念を教えてください。提供するサービスに利用者の希望をどのように取り入れていますか。」

■「サービスにはどのような選択肢がありますか。例を挙げてください。」

### 2 援助者へのインタビュー

■「あなたが利用者にとって最善の治療法と考えるものと彼らが望むものとの間で意見の相違があったときはどうしますか。」

■「利用者の希望に添うことができなかった時の状況を説明してください。」

### 4 利用者へのインタビュー

■「プログラムでは、あなたが受けるサービスのための選択肢が提供されていますか。」

■「あなたが希望するとおりのサービスを受けていますか。」

### 4 チーム会議とスーパービジョンの観察

■サービスの選択肢と利用者の希望についての話し合いの内容を確認する

### 5 カルテの点検（特に治療計画）

■利用者の希望と選択に関する記述を確認する

項目評定：すべての情報源から、EBPサービスの種類と頻度が常に利用者の選択を反映していることが示されている場合、項目を「5」と評定する。

機関が1つの領域を除いて利用者の選択を完全に受け入れている場合（例えば、すべての利用者に対し、一律に機関が金銭管理の代理受取人を担うこととしている場合）、項目を「4」と評定する。

注：両方の尺度の評定は、計画中または予定している行動ではなく、現在の行動と活動にもとづいてなされる。例えば、項目O4（クライシスサービスの責任）で最高評価を得るには、電話一本で駆け付ける計画を現在策定中というだけでは不十分である。

「完全に実行されている」という評価のアンカーを確立するために使用される基準は、実証的な研究だけでなくさまざまな専門家の情報源によって定められたものである。

## 付録 F : 結果報告書の書式

## 結果報告書の書式

四半期  1月、2月、3月 年 \_\_\_\_\_

4月、5月、6月

7月、8月、9月

10月、11月、12月

報告者 \_\_\_\_\_

実施機関 \_\_\_\_\_ チーム \_\_\_\_\_

## 利用者情報

利用者ID \_\_\_\_\_ サービス終了日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

男性 文化・宗教・言語等による属性（エスニシティ） \_\_\_\_\_

女性 主診断 \_\_\_\_\_

四半期の最終日における利用者に対する科学的根拠にもとづくサービスの状況				
	不明	対象外	対象	登録状況
併存性障害のための統合治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
援助付き雇用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
包括型地域生活支援プログラム（ACT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
疾病管理とリハビリ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族心理教育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

過去3ヶ月間の利用者の状況	日数	回数
ホームレス		
刑事上の身柄拘束		
州の精神科病院への入院		
私立の精神科病院への入院		
物質乱用による入院		

過去3ヶ月間に、利用者は何日間一般就労したか。(利用者が一般就労をしていなかった場合は0日)

\_\_\_\_\_日

利用者は報告期間の最終日に一般就労をしていたか。

- はい  
いいえ

四半期の最終日に物質乱用治療の利用者はどの段階であったか。1つチェックする。

- 非該当  
導入前段階  
導入段階  
説得段階の初期  
説得段階の後期  
積極的治療段階の初期  
積極的治療段階の後期  
再発予防段階  
寛解またはリカバリー段階

四半期の最終日の利用者はどのような生活形態であったか。1つチェックする。

- 非該当  
精神科病院  
物質乱用による入院  
総合病院の精神科病棟  
看護施設  
ファミリーケアホーム  
親類と同居(個人的支援に大きく依存)  
グループホーム  
宿泊施設  
指導付き住居プログラム  
親類と同居(だがほぼ自立している)  
自立生活  
ホームレス  
緊急シェルター  
その他(具体的に)\_\_\_\_\_

四半期の最終日の利用者はどのような教育状況であったか。1つチェックする。

- 非該当か不明  
教育活動への参加なし  
趣味や教育活動への参加  
就学前活動  
GED(一般教育修了検定)への取り組み  
第二言語としての英語学習への取り組み  
基礎学力学習

専門(職業訓練)学校、職業訓練プログラム、実習、高校への出席

大学への出席: 1-6時間

大学への出席: 7時間以上

その他(具体的に)\_\_\_\_\_

利用者の最終学歴について1つチェックする。

- 高校に進学していない  
高校卒業またはGED(一般教育修了相当、高卒認定)  
大学  
準学士号(短期大学士号)  
職業訓練修了  
文学士号または理学士号  
修士号または博士号



## 付録 G : 結果報告書の書式の説明

## 結果報告書の書式の説明

結果報告書を記入する前に、報告者間の整合性を担保するために各項目の定義を理解する。

### 一般データ

四半期	報告時期の期間を確認する。
年	現在の年を記入する。
報告者	作成者の名前と職名を記入する。
機関	実施機関名を明記する。
チーム	チーム名か番号を記入する。

### 利用者について

利用者ID	あなたの機関で用いられている利用者IDを記入する。通常は名前か識別番号である。これはサービスを提供する機関限りの情報である。
サービス終了日	この報告期間中に利用者がサービス終了した場合、終了日を記入する。
生年月日	利用者の誕生日を記入する。 (例：09/22/1950)
性別	当てはまるものにチェックをする。
文化・宗教・言語等による属性（エスニシティ）	利用者の文化・宗教・言語等による属性（エスニシティ）を記入する。
主診断	DSMによる診断名を記載する。

### 科学的根拠にもとづくサービスの状況

四半期最終日、利用者に対し、科学的根拠にもとづくサービスはどのような状況であったか。以下の定義に沿って当てはまる空欄にチェックする。

**対象** 利用者は特定のEBPの参加基準を満たしているか。各EBPには、適格性を判断するためのプログラム参加基準がある。

**登録状況** 利用者が特定のEBPサービスに参加している、または過去に参加したことがあるか。

注：適格性と登録状況に関する集計データを使用して、サービスを受けた利用者の割合を調べることができる。

### インシデントレポート

報告期間中に利用者に行った次の出来事の日数と回数を記録する。

#### 分類

ホームレス	報告期間中に利用者がホームレスであった日数と回数。ホームレスとは、定まった適切な夜間の住居を持たない利用者を指す。
刑事上の身柄拘束	利用者が刑務所やその他の刑事司法における刑事施設に身柄拘束された日数と回数。
州立精神科病院に入院	利用者が精神疾患の治療のために州立精神科病院に入院した日数と回数。
私立精神科病院に入院	利用者が精神疾患の治療のために私立精神科病院に入院した日数と回数。
物質乱用による入院	利用者が物質使用障害の治療のために入院した日数と回数。物質使用障害の治療を主な目的とする公立病院と私立病院の両方を含む。

## 一般就労

過去3ヶ月間、利用者は何日間一般就労をしたか。一般就労とは、コミュニティの人すべてが応募できる有給の職（ほとんどの場合精神保健センターの外）に就いて働くことをいう。

一般就労は、保護的環境である作業所や就労移行の雇用形態、ボランティアで働く利用者を除外する。自営業の利用者は含まれるが、定職として働き対価が支払われる場合に限る。

## 物質乱用治療の段階

四半期の最終日に物質乱用治療の利用者はどの段階であったか。以下の9つの分類に従い物質乱用からの回復の段階を記録する。

- 非該当：物質乱用障害の既往歴なし
- 導入前段階：ケースマネージャー、メンタルヘルスカウンセラー、物質乱用カウンセラーとの接触なし
- 導入段階：利用者は担当ケースマネージャーまたはカウンセラーと接触したが、定期的に連絡を取り合っていない。定期的な接触がないことは、作業同盟がないことを意味する
- 説得段階の初期：利用者はケースマネージャーやカウンセラーと定期的に連絡を取っているが、1ヶ月以上物質使用を減らしていない。定期的な接触は、作業同盟と物質乱用について話し合える関係があることを意味する
- 説得段階の後期：利用者はケースマネージャーまたはカウンセラーとの関わりを持ち、物質使用について話し合ったり、グループに出席したりしており、少なくとも1ヶ月間使用を減らした裏付けがある（薬物の種類の減少、量の減少、またはその両方）。外部からのコントロール（例えば、アンタビユース（アルコール依存症の治療薬））がそれらの減少に用いられていてもよい
- 積極的治療段階の初期：利用者は治療に従事し、物質使用について話し合ったり、グループに参加したりして、少なくとも1ヶ月間使用を減らし、乱用を続けていたとしても、物質使用を断つ（または関連する問題を生じさせることなく使用をコントロールする）ことに向けて取り組んでいる

- 積極的治療段階の後期：利用者は治療に従事し、物質乱用が問題であることを認めており、物質使用を断つ（または関連する問題を生じさせることなく使用をコントロールする）ことを達成したが、継続しているのは6ヶ月未満である
- 再発予防段階：利用者は治療に従事し、物質乱用が問題であることを認め、少なくとも6ヶ月間物質使用を断っている（または関連する問題を生じさせることなく使用をコントロールする）ことを達成している。連日の問題使用ではなく時折使用している場合はここに含まれる
- 寛解またはリカバリー段階：利用者は1年以上物質使用に関連する問題を抱えておらず、どの種類の物質乱用治療下にもない

## 生活形態

四半期最終日の利用者はどのような生活形態であったか。本項目のデータは、実施機関において利用者の居住状況の継続的な記録にもなる。

- 非該当または不明
- 精神科病院：公立と私立両方の病院を含む。主な目的は精神障害の治療である。州立病院やその他独立した精神科病院が含まれる
- 物質使用による入院：公立と私立両方の病院を含む。主な目的は物質使用障害の治療である
- 総合病院の精神科病棟：短期間の、急性期ケアを提供する総合医療センター内に置かれている精神科病棟
- 看護施設：利用者の医療および身体ケアを担い、国によって許可を受けている施設
- ファミリーケアホーム：実質的なケアを提供する親類ではない人と利用者が一戸建ての住居に住んでいる状態を指す。実質的なケアは、親類でない人が利用者の日々のケアをどの程度担っているかによって決定される。服薬管理、交通手段、調理、清掃、外出制限、金銭管理などが考慮される。親族でない世話人が後見人の責任を負う場合がある。利用者が世話人の援助なしにはほとんどの日常の身の回りのことができない場合、世話人が実質的なケアを行っていることとみなす

■親族と同居（個人的な支援に大きく依存）：

ここでは、親族が利用者の毎日のケアにどれだけ責任を負っているかについて、利用者や親族に尋ねる。親族との同居と指導付き住居プログラムの重要な見分け方は、「親族が関与していなかったら、利用者はより制限的な環境に住んでいるだろうか。」と尋ねることである。

親族がどの程度のケアを提供しているかをアセスメントするには、服薬、交通機関の利用、調理、掃除、外出管理、金銭管理などを考慮する。利用者が自立してほとんどの日常生活機能を果たすことができない場合、親族が実質的なケアを提供していると考えられる。

■グループホーム：自立生活に欠かせない多くのサービス（買い物、食事の準備、洗濯など）を提供するスタッフが運営する住居である

■宿泊施設：宿泊施設は、睡眠と食事の場所を提供する施設だが、精神保健機関の延長として見られておらず、精神保健スタッフが配置されていない。これらの施設は主に個人経営であり、利用者の高度な自律性に委ねられている

■指導付き住居プログラム：利用者は精神保健機関が出資するアパートに（かなり自立して）住んでいる。誰がこの分類に適合するかを判断する際に、精神保健スタッフが生活形態の重要な点をどの程度コントロールしているかを見る。コントロールには以下が含まれる

- ・精神保健機関が賃貸契約に署名する
- ・精神保健機関が家やアパートの鍵を保管する
- ・精神保健機関のスタッフが日中または夜間常駐する
- ・精神保健機関は、利用者が家やアパートに住むに当たり、クリニックやデイプログラムなど特定の精神保健サービスへの参加を義務付けている

注：ケースマネジメントまたは財政援助のみを受ける利用者は、この分類には含まれない。彼らは自立して生活していると見なされる。

■親族と同居（だがほぼ自立している）：この分類に割り当てるには、利用者と親族からの情報が必要である。重要な検討事項は、利用者が親族の指導を受けることなく日常生活に不可欠な作業を行える程度に関連している

■自立生活：自立して生活し、セルフケアが可能な利用者。ケースマネジメントを受けながら自立して暮らす利用者を含む。この分類には、大部分で自立しており、精神疾患とは無関係の理由で他の人と一緒に暮らすことを選択した利用者も含まれる。友人、配偶者、その他の親族との同居などが考えられる。同居の理由には、文化や財政的配慮に関する個人的な選択が含まれる可能性がある

■ホームレス：定まった適切な夜間の住居を持たない利用者

■緊急シェルター：利用者の病気の再発に特に関連しないクライシスや逆境による一時的な住居。多くの緊急シェルターは精神的サポートを提供しているが、緊急シェルターの必要性は、利用者の精神疾患とは無関係の差し迫ったクライシスによるものである

■その他：作成者は空欄に状況を具体的に記載する

## 教育状況

四半期の最終日の利用者はどのような教育状況であったか。本項目のデータは、実施機関において利用者の教育状況の継続的な記録にもなる。

■非該当

■教育活動への参加なし：利用者は教育的活動に参加していない

■趣味や教育活動への参加：利用者が継続的に登録し、生活の豊かさ、趣味、レクリエーションなどの目的のために参加することを求める組織化されたクラスに参加している。これらのクラスは、精神保健センターによって運営されるのではなく、コミュニティベースでなければならない。クラスは利用者だけでなく、誰でも参加できる。これらの活動のいずれかが大学入学を伴う場合は、以下の項目に分類する

■就学前活動：この状況の利用者は、教育目標に向かって努力するという特定の目的で教育活動を行っている。これには、入学を目的に大学オリエンテーションクラスに通う、奨学金を申請するために学資援助事務所に赴く、または入学願書を提出するといった取り組みをする利用者が含まれる

この分類には、教育目標に焦点を当てた精神保健センター主催の活動（例：教室の場所を確認するためのケースマネージャーとのキャンパス訪問、資格取得にあたってのケースマネージャーや大学スタッフとの話し合い）に参加する利用者也含まれる

■GEDへの取り組み：GED（一般教育修了認定）を取得するためにクラスを受講している利用者

■第二言語としての英語学習への取り組み：コミュニティで第二言語としての英語のクラスを受講している利用者

■基礎学力学習：数学や読書などの基礎学力に焦点を当てた成人向けの教育を受けている利用者

■専門（職業訓練）学校、職業訓練プログラム、実習、高校への出席：以下に例示する利用者を指す

- ・コミュニティの専門（職業訓練）学校に通学する
- ・実習、インターンシップ、または実践の場で技術を学ぶ
- ・高度な技術を身につけるためのOJTに従事する
- ・就職資格を取得する通信教育を受講する
- ・若年成人として高校に通う

■大学への出席：1から6時間。1学期あたり6時間以下大学に通う利用者。利用者が登録を継続する予定の場合、休みなどを取りながら続けられる。利用者が定期的に大学に通うほか、大学の単位取得のための通信、テレビ、またはビデオコースが含まれる

■大学への出席：7時間以上。1学期あたり7時間以上大学に通う利用者。利用者が登録を継続する予定の場合、休みなどを取りながら続けられる。この項目に分類するためには、定期的に出席しコースの履修科目を修了することが不可欠である

■その他：作成者は空欄に状況を具体的に記載する



## 付録H：評価者の研修と職務遂行能力のチェックリスト

## 評価者の研修と職務遂行能力のチェックリスト

評価日 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

評価者名 \_\_\_\_\_

職名 \_\_\_\_\_

被評価機関名 \_\_\_\_\_

機関の住所 \_\_\_\_\_

評価したEBP \_\_\_\_\_

### 評価者の適格性

Yes

- 1a. データ収集とスキル：評価者の技能が実務経験、資格またはスーパーバイザーの所見によって証明されている。
- 1b. EBPの知識：評価者の知識が実務経験、資格または特定のEBPに関する知識テストの合格によって証明されている。
- 1c. 研修：評価者は、カルテ点検、インタビュー技術、プロセス・アセスメントに関する体系的な研修を少なくとも8時間受けている。
- 1d. シャドーイング（見習い）：評価者は、初めて公式プロセス・アセスメントを実施する前に、経験豊富な評価者と少なくとも一つの評価を完成させている。
- 1e. 評価練習：評価者は、公式の評価者になる前に練習として経験豊富な評価者と共同評価し、少なくとも80%の項目について、経験豊富な評価者の評価と正確に一致する評価ができている。

\_\_\_\_\_ /5 小計

## データ収集

- 2a. 連絡とスケジュール策定：評価者は現地の担当者に連絡し、被評価機関の都合の良い日を調整し、評価の目的を説明し、事前に収集する情報を特定し、インタビューや評価活動の具体的なスケジュールを立てている。
- 2b. 評価者の人数：二人以上の評価者が訪問し、それぞれが独立してすべての項目を評価している。機関がコンサルタントと提携している場合、評価者はコンサルタントと一緒に評価を行っている。
- 2c. 時間管理：十分な時間が割り当てられ、必要なすべての資料が調査されている（評価者二人の場合は2日）。
- 2d. インタビュー：手引きに規定されたすべての情報源にインタビューしている（例 IMR なら、プログラムディレクター、ACTチームメンバー、3人の利用者とのインタビュー）。
- 2e. 文書の作成：スコアシート、カバーシート、その機関に関するその他の補足資料を作成している。
- 2f. 評価を裏付ける文書：各評価者は、各項目の評価を裏付ける根拠となる書面を提示している（注釈など）。
- 2g. カルテの選択と資料：カルテの選択は、手引きで提供されているガイドライン（例えば、ランダム化、適切な種類およびカルテ数）に準拠している。評価者はガイドラインと異なる場合（カルテが入手困難等）に注意している。
- 2h. カルテの点検：二人の評価者がそれぞれ独立してすべてのカルテを点検し、評価をしている。
- 2i. 不一致の解決：情報源間で矛盾がある場合（カルテとACTチームメンバーなど）、評価者は適切な情報提供者（通常はACTリーダーまたは関連するスタッフ）への補足調査を行っている。
- 2j. 独立した評価：評価の翌日までに、評価者は評価についての協議に先立ちそれぞれ独立して評定を完了させている。

\_\_\_\_\_/10 小計

### 評価後の訪問

- 3a. タイムリーな合意（コンセンサス）：評価後5勤務日以内に、評価を統一させたり、補足調査が必要かどうか確認したりするために、評価者間で協議している。評定が難しい場合、第三の評価者（スーパーバイザーなど）に相談することもできる。
- 3b. 評価者間の信頼性：評価者間で、少なくとも80%の項目の評価が一致している。信頼性の低い原因についてはスーパーバイザーと協議がなされ、信頼性の低さを改善するための今後の方策が検討されている。
- 3c. 不足データの補足調査：項目を埋めるために補足確認が必要な場合、3勤務日以内に情報収集をしている。

\_\_\_\_\_/3 小計

### 包括的な報告書作成

- 4a. 背景情報の文書化：
  - 見出しで報告書の受理者を記載している（通常は機関のディレクターとACTリーダー。相互合意によって他の人を追加する。）
  - 時間、場所、方法を概説している。
  - 尺度に関する背景を提供している。
- 4b. 現地と基準フィデリティデータ：(もしあれば) 基準データとともに、項目のレベル（コンセンサス）スコアを表にしている。基準データには、国と州の両方の基準が含まれている。この表では、以前のアセスメントと比較したデータが示されている。2回目以降の評価では、現地における全体的なフィデリティ評価のグラフが時系列に示されている（傾向を表す線）。
- 4c. 定量的な要約：定量的データの概要を説明している。長所と短所を記載している。
- 4d. スコアの解釈
  - 総合スコアを説明している。
  - その他の関連する所見を含んでいる。
  - 全体の概要を提供している。
  - コメントをする機会や疑問や不明な点を明確にする機会を現場に与えている。
- 4e. レポートの編集：機関がコンサルタントと提携している場合、コンサルタントが報告書を書くことが考えられる。評価者とスーパーバイザーは、報告書が機関に提出される前に下書きを確認している。

\_\_\_\_\_/5 小計

### 報告書の提出とフォローアップ

- 5a. タイムリーな報告書：訪問後2週間以内に機関の長に報告書を送っている。
- 5b. 報告書のフォローアップ：機関がコンサルタントと提携している場合、コンサルタントは評価の1ヶ月以内に指定の機関スタッフと報告書について話し合っている。

\_\_\_\_\_/2 小計

### 質の管理

- 6 品質の管理：スーパーバイザーは、評価を点検し、必要に応じて評価者にフィードバックをしている。評価者の技能レベルに応じ、評価の質を保証するためスーパーバイザーは定期的に評価者に同行している。

\_\_\_\_\_/1 小計

### 総数—小計の合計

\_\_\_\_\_/27

## エビデンス一覧

本章は、すべての関係者に、併存性障害のための統合治療に関する研究文献、およびその他の資料を紹介する。本章には、以下の内容が含まれている。

- 本ツールキットに含まれる2つの重要な資料
- さらに読み進めるための追加資料
- 本ツールキット全体を通して提示されている引用の参照先



## エビデンス一覧

研究論文の紹介 .....	243
主な文献目録 .....	257
引用文献 .....	267
謝辞 .....	271

## エビデンス一覧

### 研究論文の紹介

併存性障害のための統合治療の有効性をまとめた研究論文は多数ある。本ツールキットには、それらの論文の中の1つについて全文を掲載したものを収録している。

Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., et al. (2001) . Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52 (4) , 469-476.

この論文は、エビデンスベースト・モデルの重要な構成要素とその有効性について説明している。また、いくつかの州における実践にもとづいて、導入の障壁とそれらを克服するための方策についても論じている。

この論文は、本ツールキットのCD-ROMから閲覧または印刷することができる。

物質乱用治療センター、「併存性障害の当事者のための物質乱用治療（治療改善の手引き（TIP）42巻」、DHHS発行番号（SMA）05-3992、メリーランド州ロックビル：物質乱用・精神保健サービス局（SAMHSA）、2005年。

このツールキットと同様に、TIP42は、精神疾患と物質使用障害の併存性障害を治療するためのリソースを提供する手引書である。同時に、統合治療のツールキットを補完するものとして優れている。

TIP42の主な対象者は、教育や経験の程度が異なる物質乱用治療の実務者である。二次的な対象者は、政策立案者や、併存性障害を抱える当事者と協働するその他の専門職である。

TIP42は、併存性障害の最先端の治療についてまとめたものである。用語、アセスメント、治療法の記述があり、そして政策立案の提言も行っている。

TIP42で概説されている概念、モデル、および方策は、最も信頼のおける研究、経験的裏付け、多職種協議の場における合意にもとづいている。治療で成功したモデルが描かれており、合意形成のための多職種協議による具体的な推奨事項がTIPの中で引用されている。

TIP42には、次の4つの補足資料が添付されている。

- TIP42にもとづく管理者向けクイックガイド～併存性障害者のための物質乱用治療～
- TIP42にもとづく臨床家向けクイックガイド～併存性障害者のための物質乱用治療～
- 併存性障害者のための物質乱用治療～治療改善の手引きTIP42にもとづく現任者研修～
- TIP42にもとづく臨床家のための知識適用プログラム（KAP）の要点～併存性障害者のための物質乱用治療～

TIP42とTIPの補足ガイドについては、本ツールキットのCD-ROM、または[www.ncadi.samhsa.gov](http://www.ncadi.samhsa.gov)を参照。

## 重度の精神疾患のある当事者のための二重診断サービスの実施

Robert E. Drake, M.D., Ph.D.  
 Susan M. Essock, Ph.D.  
 Andrew Shaner, M.D.  
 Kate B. Carey, Ph.D.  
 Kenneth Minkoff, M.D.  
 Lenore Kola, Ph.D.  
 David Lynde, M.S.W.  
 Fred C. Osher, M.D.  
 Robin E. Clark, Ph.D.  
 Lawrence Rickards, Ph.D.

重度の精神疾患を抱える当事者のための二重診断サービスは、20年にわたる開発と研究の結果、EBP（科学的根拠にもとづく実践）として台頭しつつある。効果的な二重診断プログラムは、障害が併発している当事者の複雑なニーズに合わせて調整された精神疾患と物質乱用への介入を組み合わせたものである。この論文の著者らは、効果的なプログラムの重要な構成要素である、リカバリーへの包括的、長期的、段階的なアプローチ、積極的なアウトリーチ、動機付け介入、当事者が両方の病気を管理し、機能的な目標を追求する技能とサポートを獲得するための支援の提供、文化的配慮と異文化適応について述べている。多くの州の精神保健システムは二重診断サービスを実施しているが、質の高いサービスは稀である。著者らは、サービス導入を阻む数々の障壁について概観し、その障壁を克服するための実施方策について述べている。現在、二重診断プログラムを実施するためのアプローチとして、政策レベルでの組織的および財政的な変革、二重診断サービスを支援するための構造改革によるプログラムの目的の明確化、臨床家の研修とスーパービジョンの実施、理解、需要、権利擁護を支援するための当事者や家族への正確な情報発信が挙げられる。（「精神科サービス（*Psychiatric Services*）52」:469-476, 2001年）

ドレイク博士とクラーク博士は、ニューハンプシャー州ダートマス精神医学研究センター（2 Whipple Place, Lebanon, New Hampshire 03766）（e-mail, robert.e.drake@dartmouth.edu）に所属している。エソック博士は、ニューヨークのマウントサイナイ医科大学に所属している。シェイナー博士は、カリフォルニア大学ロサンゼルス校医学部に所属している。ケリー博士は、ニューヨークのシラキュース大学に所属している。ミンコフ博士は、ボストンで個人開業している。コーラ博士は、オハイオ州クリーブランドのケース・ウェスタン・リザーブ大学に所属している。リンド氏は、ニューハンプシャー州コンコードのウエスト・インスティテュートに所属している。オーシャー博士は、ボルチモアのメリーランド大学医学部に、リカズ博士は、メリーランド州ロックビルの精神保健サービスセンターに所属している。

物質乱用は、重度の精神疾患のある成人に最も多く見られ、臨床的にも重要な併存障害である。本稿で、「物質乱用」という用語は、乱用と依存を含む物質使用障害を指す。「重度の精神疾患」とは、統合失調症などの長期にわたる精神疾患のうち、障害を伴い、従来の公的な精神保健システムの対象となるものを指す。そして「二重診断」という用語は、物質乱用と重度の精神疾患の併発を意味する。

二重診断を持つ患者数は多く、この特定の集団を表す一般的な用語は他にも存在する。さらに、二重診断は誤解を招く用語である。なぜなら、このグループに属する人々の特性は不均一であり、2つの疾病だけではなく複数の障害が併存している傾向が見られるからである。とはいえ、この用語は文献に絶えず登場し、特定の当事者、治療、プログラム、サービス・システムの問題を指すものとして、ある程度の一貫性を獲得している。1980年代初頭に二重診断の問題が臨床的に明らかになって以来（1, 2）、研究者たちは3つの基本的かつ一貫した知見を確立してきた。第一に、併存は一般的で珍しくなく、重度の精神障害者の約50%が物質乱用の影響を受けていること（3）。第二に、二重診断は、さまざまな負の転帰、例えば、再発（4）、入院（5）、暴力（6）、刑事上の身柄拘束（7）、ホームレス（8）、HIVや肝炎などの重度の感染症などと高い割合でつながっている。第三に、米国の標準的な精神保健システムと物質乱用の治療システムは並行し、それぞれが独立しているため、断片的で効果のな

いケアが提供されている (10)。多くの当事者は、この分断されたシステムをうまく使うことができず、また治療とリカバリーに関する異なるメッセージを理解することもできない。当事者は併存する障害があるために、一方のサービス・システムから除外されたり、追い出されたりし、もう一方の問題が解消されたら改めて訪ねてくるように言われる。このような理由から、少なくとも過去15年間にわたり臨床家やサービス実施機関管理者、研究者、家族会等の団体そして当事者自身が、精神保健と物質乱用のサービスの統合を求めてきた (10,11)。

その間、統合的な二重診断サービス、すなわち治療法やプログラムは、着実に進歩し、改良され、評価されてきた (11)。本稿は、重度の精神疾患の当事者に対する特定のEBPに関するシリーズの一部であり、また二重診断サービスの進化、転帰と重要な構成要素に関するエビデンス、および現在の研究の限界についての概要を示している。また、二重診断サービスを導入する上での障壁や、通常の精神保健の現場で実施するための方策についても言及する。

編集者注：この記事は、今年の「精神科サービス (Psychiatric Services)」誌に掲載された、EBPに関する一連の論文の一つである。これらの論文は、有効性が十分に実証されており、臨床現場で日常的に提供されるべき精神保健の実践に焦点を当てている。これまでの記事では、重度の精神疾患患者に対するEBPの実施、通常の精神保健の現場におけるEBPの実施、EBPとしての援助付き雇用 (SE) の実施について取り上げてきた。特に今後の記事では、ケースマネジメントや包括型地域生活支援プログラム (ACT)、疾病管理、子供向けサービス、高齢者向けサービスなどのEBPを検討していく予定である。ロバート・E・ドレイク (M.D., Ph.D.) とハワード・H・ゴールドマン (M.D., Ph.D.) がこのシリーズの編集を担当している。

## 二重診断サービス

治療 (または介入) は、サービス・システムの一部であるプログラムの中で提供される。二重診断治療は、精神保健と物質乱用への介入を、臨床的な相互作用のレベルで組み合わせたり、統合したりするものである。したがって、統合治療とは、同一の臨床家または臨床家のチームが、1つの現場で働きながら、適切な精神保健と物質乱用の介入を協調して行うことを意味する。言い換えれば、支援者は、それぞれの介入を1つのまとまったパッケージに統合する責任を負う。二重

診断の当事者にとって、サービスはシームレスで矛盾のない方法および根本原理にもとづくものであり、推奨事項がまとめられたものとして存在する。その結果、別々の臨床チームやプログラム、システムと交渉する必要はなくなる。

統合するには、双方の疾患に対する適切な治療を組み合わせるだけでなく、従来の介入方法を修正することも重要である (12-15)。例えば、ソーシャル・スキル・トレーニングでは、人間関係を築くことの重要性とともに、物質使用につながる可能性のある社会的状況を回避する必要性も強調する。物質乱用のカウンセリングは、重度の精神疾患のある者に特徴的な、認知障害、陰性症状、対立に対する脆弱性、支援の必要性の高さに応じて、時間をかけて進められる。家族への介入は、相互に作用する2つの疾病を理解し、対処法を学ぶことに取り組むものである。

二重診断の介入目標は、2つの重度の疾患からのリカバリーである (16)。ここでいう“リカバリー”とは、二重診断を受けている人が意味のある人生の目標を追求できるように、両方の疾病の管理を学ぶことを意味する (17,18)。

## 二重診断の実践に関する研究

米国のほとんどの州では、公的資金で運営されている精神保健システムが、重度の精神疾患のあるクライアントの治療と支援を提供する責任を担っている。そのため、これらの患者に対する二重診断治療は、一般的に精神保健システムが包括している地域支援プログラムに組み込まれている。

1980年代に行われた二重診断介入に関する初期の研究では、12ステップグループのような伝統的な物質乱用治療を、精神保健プログラムの中で精神障害の当事者に適用することが検討された。これらの研究は、少なくとも2つの理由で期待外れの結果となった (19)。この臨床プログラムでは、対象集団の複雑なニーズを考慮していなかったこと、そして研究者が基本的な方法論上の問題を解決していなかったことである。例えば、初期のプログラムでは、アウトリーチや動機付け介入が取り入れられていないことが多く、また、物質乱用に関して信頼性の高い妥当なアセスメントが行われていないため、評価が制限されていた。これらの初期の研究にもとづく考察は、当然ながら悲観的なものであった (20)。

しかしその一方で、積極的なアウトリーチや長期のリハビリテーションを取り入れた、より包括的なプログラムを用いた一連の実証プロジェクトでは、より良

い結果が得られるようになった。さらにこれらのプロジェクトでは、物質乱用や精神疾患の問題を認識していない、あるいは受け入れていないクライアントを支援するために、動機付け介入を発展させた (21)。

これらの知見をもとに、1990年代初頭のプロジェクトでは、動機付けアプローチに加え、アウトリーチ、包括性、長期的な視点を取り入れられ、多くの場合、多職種治療チームの構造の中に組み込まれた。これらの研究は、非対照研究ではあったが、物質乱用に関してより有効な評価基準が取り入れられ、物質乱用の安定した寛解の割合がかなり高いなど、概して良好な結果が得られた (22-25)。もちろん、この種の非対照研究では、対照研究において再現できない知見が得られることが多い。これらの研究はパイロット研究とみなすべきであり、介入方法や評価方法を改良するために必要となることが多く、EBPを決定するための対照研究が続けて行われるべきである (26)。

包括的な二重診断プログラムの対照研究は、1990年代半ばに登場し始めた。実験的または準実験的なデザインの近年の8つの研究では、重度の精神疾患と物質使用障害のあるクライアントに対する統合的な二重診断治療の有効性が支持されている (27-34)。これらのプログラムにおける二重診断介入の種類と配列はさまざまであるが、いくつかの共通した構成要素を含んでおり、それらを以下に説明する。8つの研究では、物質乱用、精神症状、住居、入院、検挙、機能状態、生活の質などの領域で、さまざまなプラスの結果が示された (19)。それぞれの研究には方法論上の限界があるが、現在の統合治療プログラムが非統合プログラムよりも効果的であることは一致して示されている。対照的に、物質乱用への介入が統合されていない精神保健プログラムでは、二重診断を受けたクライアントの転帰は不良である旨のエビデンスが継続的に示されている (35)。

### 重要な構成要素

統合されたプログラムのいくつかの構成要素は、対照研究で良好な結果を示しているプログラムにほぼ必ず存在している。それがない場合は予測可能な失敗が伴うため、EBPと考えることができる (21)。例えば、二重診断プログラムでは、積極的なアウトリーチを行うことで、高い割合でクライアントを引き付け定着させることができるが、アウトリーチのないプログラムでは、多くのクライアントを失っている。

### 段階的な介入

効果的なプログラムには、暗黙的にまたは明示的に、治療の段階という概念が取り入れられている (14, 36,37)。最も単純な概念では、治療の段階には、信頼関係の形成 (導入段階)、導入後のクライアントがリカバリー志向の介入に参加する動機を高めるための支援 (説得段階)、動機付けられたクライアントが疾病をコントロールして目標を追求するために技能と援助を獲得するための支援 (積極的治療段階)、安定した寛解状態にあるクライアントがリカバリーを維持するための方策を練り活用するための支援 (再発予防段階) が含まれる。

クライアントは段階を直線的に進むわけではない。上位の段階のサービスに参加することもあれば、段階を飛び越えたり、段階を急速に通過したり、また前の段階に逆戻りしてしまうこともある。また、精神疾患や物質乱用のそれぞれが異なる段階にいることもある。しかし、異なる段階にいるクライアントは各段階特有の介入に反応するため、段階の概念がプログラム計画者や臨床家にとって有用であることが分かっている。

### 積極的なアウトリーチ

二重診断を受けているクライアントの多くは、支援サービスとつながり、治療に参加することが困難である (38)。効果的なプログラムは、通常、集中的なケースマネジメントとクライアントの住居への訪問を組み合わせた積極的なアウトリーチを実施することで、クライアントとそのサポートシステムのメンバーを巻き込んでいる (21,32)。例えば、二重診断を受けたホームレスの人々は、正式な治療開始前に、アウトリーチ、住居支援、信頼関係を形成する時間などが有効であることが多い。このような取り組みによって、クライアントはサービスを利用できるようになり、数ヶ月から数年にわたって一貫したプログラムでの必要な関係を維持することができるようになる。このような取り組みがなければ、指導不遵守 (ノンコンプライアンス) や離脱者の割合が高くなる (39)。

### 動機付け介入

二重診断を受けた当事者の多くは、断酒・断薬治療に対する準備ができていない (40,41)。また、多くのクライアントは、精神疾患を管理し、雇用やその他の機能的な目標を追求する動機付けができていない。そ

のため、効果的なプログラムでは、クライアントが疾病の自己管理を目指し、より確実に介入を受ける準備ができるように設計された動機付け介入を取り入れている(12,14,21)。例えば、意欲が低下し、症状が悪化し、混乱し、アルコールやコカインが治療薬よりも役立っていると誤解しているクライアントには、希望を持ち、疾病、薬物、治療、および目標について現実的な理解を深めるための教育、支援、およびカウンセリングが必要である。

動機付け介入には、クライアントが個人の目標を設定し、自身の両価な感情を体系的に検討することによって、疾病を管理しないことが目標達成の妨げになることを認識できるように支援することが含まれる(42)。最近の研究では、動機づけの低いクライアントを確実に識別し(43)、動機付け介入で効果的に支援できることが実証されている(Carey KB, Carey MP, Maisto SA, et al, unpublished data, 2000)。

### カウンセリング

クライアントが疾病を自己管理する意欲を持つようになったら、症状をコントロールし、依存対象物質を絶つ生活スタイルを遂行するための技能を身につけ、支援を構築する必要がある。効果的なプログラムでは、この段階で認知および行動的スキルを促進する何らかのカウンセリングを行う。カウンセリングには、グループ療法、個人療法、家族療法、またはそれらを組み合わせたものなど、さまざまな形態や形式がある(15)。特定のカウンセリングアプローチを比較した研究はほとんどないが、ある研究では、認知行動的アプローチが12ステップアプローチよりも優れているという予備的なエビデンスを示している(28)。少なくとも3つの研究グループが、二重診断を受けたクライアントに対する物質乱用カウンセリングにおける認知行動的アプローチの改良に積極的に取り組んでいる(12,13,44)。これらのアプローチでは、動機付けのセッションを単独の介入としてではなく、カウンセリングの初めに用いたり、その後のセッションで必要に応じて取り入れたりすることが多い。

### 社会的支援(ソーシャル・サポート)への介入

効果的なプログラムは、クライアントが疾病を自己管理し、目標を達成するための技能を身につけることに加え、クライアントの行動変容を助けるために身近な社会環境を強化することに焦点を当てている。併存性障害からのリハビリにおける社会的ネットワーク

の役割を認識するこれらの取り組み(45)には、社会的ネットワークや家族への介入が含まれる。

### 長期的な視点

効果的なプログラムは、リハビリというものがコミュニティの中で数ヶ月から数年かけて起こる傾向にあることを理解している。通常、重度の精神疾患と物質乱用を抱える人々は、集中的な治療プログラムであっても、治療段階が進んでいない限り、安定性と機能的改善をすぐには得ることができない(19)。むしろ、一貫した二重診断プログラムと連携することで、数ヶ月から数年かけて改善していく傾向がある。そのため、効果的なプログラムでは、再発を防止、改善効果を高めるためのリハビリテーション活動を含む、長期的かつ地域に根ざした視点が必要となる。

### 包括性

症状がなく、依存対象物質を絶ち、満足できる持続可能なライフスタイルを身につけるためには、多くの場合、生活習慣、ストレス管理、友人、余暇、住居など、生活のさまざまな側面を変える必要がある。したがって、精神疾患だけではなく物質乱用に注力する効果的なプログラムでは、個別の物質乱用治療として切り離すのではなく、既存の精神保健プログラムや支援システムのあらゆる側面に統合される。入院、アセスメント、危機介入、服薬管理、金銭管理、スクリーニング臨床検査、住居、および職業リハビリテーションには、二重診断患者に合わせた特別な機能が組み込まれている。例えば、入院は、急性期のエピソードにおいて、診断、安定化、外来の二重診断介入との連携が提供されることにより、リハビリを支援するシステムの一つの構成要素であると考えられている(46)。同様に、住居や職業プログラムは、二重診断を受けた患者がリハビリに必要な技能や支援を得ることを支援するために用いることができる(47)。

### 文化的配慮と異文化適応

1980年代後半に行われた実証プログラムから得られた基本的な知見は、二重診断サービスにクライアントが参加するために、文化的配慮と異文化適応が重要であるということであった(21)。これらの実証プログラムでは、以下のことが示された。アフリカ系アメリカ人、ヒスパニック系、農業従事者、ホームレスの人々、子供のいる女性、都心部の低所得地域の住民、農村地

帯の住民など、十分なサービスを受けていないグループに対して、それぞれの人種、文化、その他のグループの特徴に合わせてサービスを提供すれば、二重診断サービスを導入することができる。

多くの二重診断プログラムは、EBPとして、これらの重要な要素の一部を省略している。しかしながら、これまでの研究で一貫して見られたのは、ここで述べたモデルに高いフィデリティを示すプログラム、つまり核となる要素をより多く取り入れているプログラムは、低いフィデリティのプログラムよりも良い結果をもたらすということである (32,48,49)。技術の移譲に関する一般的な誤解は、モデル・プログラムは一般化できず、地域に根差した解決策の方が優れているというものだ。研究をより正確に読むと、文化的、その他の地域的な事情に合わせた修正は重要であるが、良い結果を達成するためには、プログラムの重要な構成要素は再現されなければならないということである。

## 研究の限界

二重診断に関する研究では、研究手順やデータの設計や質が一貫していない。さらに、研究者はこれまで多くの問題に対処してこなかった。

二重診断の研究は、臨床的な取組、すなわち治療とプログラムを対象としており、政策や制度の観点にはほとんど注意を払っていない。二重診断サービスが広く支持されているにもかかわらず (13,50-53)、組織や資金調達に関する問題を連邦レベルと州のレベルで今なお解決できていない (後述参照)。このように、国内では多くの優れたプログラムが開発されているにもかかわらず、大規模な精神保健システムにおいては、重度の精神疾患のある人々に対する二重診断サービスを広く実施することができたところはほとんどない。また、二重診断サービスに関連した資金調達、契約、組織の再編成、研修の方策についての具体的な研究も存在しない。統合された二重診断サービスコストと、優れた治療を提供することによるコスト削減に関するデータの不足が、政策立案の妨げになっている。二重診断のクライアントは、通常のサービスでは高額な治療費を負担し (54,55)、その家族にとっても負担は大きく (56)、そして効果的な治療はさらに高額になる可能性がある。良いサービスを提供することによるコスト削減を示唆する研究もあるが (57,58)、これらは決定的なものではない。

研究のもう一つの限界は、二重診断治療の特異性がないことである。介入方法は研究によって異なり、マニュアルやフィデリティの評価尺度があることは稀で

あり、個人カウンセリング、グループ治療、家族介入、住居、服薬、その他の構成要素に対する具体的なアプローチに関するコンセンサスが存在しない。最新の研究では、特定の構成要素を改良することでこれらの問題の一部に対処しているが、有効性の研究によって、日常的な精神保健の現場における実用的でない、複雑で高額な介入方法が明らかになるかもしれない。

二重診断のクライアントの大多数は、統合治療の外来サービスによって効果が表れるが、効果が表れないクライアントは、入院、刑事上の身柄拘束、ホームレス、HIV感染、その他の深刻で有害な転帰となるリスクが高い状態が継続する。長期滞在型治療に関する1つの研究 (33) を除いて、外来治療に効果が表れないクライアントを対象とした対照研究はない。その他の介入方法としては、外来患者への関わり (59)、トラウマの後遺症を対象とした治療 (60)、金銭管理 (61)、随伴性マネジメント (62)、クロザピン (63)、ジスルフィラム (64)、ナルトレキソンなどの薬剤を用いた薬理学的アプローチなどがある。

女性 (65,66) やマイノリティ (21,67) の二重診断クライアントが抱える特有の治療ニーズを調査した研究はいくつかあるが、これらのグループを対象とした特定のプログラムの修正にはさらなる検証が必要である。例えば、多くの二重診断プログラムでは、心的外傷 (トラウマ) 歴や後遺症の割合が女性に多いことが指摘されており (46,68,69)、心的外傷に対処するための介入が研究によって提案されているが、実施結果に関するデータはまだ得られていない。

## 実施上の障壁

二重診断の統合治療サービスやその他のEBPは広く提唱されているが、通常精神保健現場における治療で提供されることはほとんどない (70)。その障壁は多岐にわたる。

## 政策上の障壁

州、郡、市の精神保健当局は、精神保健と物質乱用サービスの機能的統合を阻むような組織構造、財政、規制、免許に関する政策にしばしば直面する (71)。米国の公的精神保健および物質乱用治療システムは、それぞれ独立して発展してきた。ほとんどの州では、これらのサービスは、別々の資金源、擁護団体、ロビイスト、法の執行権限を行政機関に付与する法律、情報システム、職務分類、資格基準を持つ、個々の州政府レベルの部局の管理下で提供されている。莫大な財

政的優遇措置と強力な政治的支持者が、現状維持のために作用している。

メディケイド制度は重度の精神疾患のある人の治療の大部分を賄っておりその割合も増加傾向にあるが、資金が提供される精神保健および物質乱用サービスの種類は州によって大きく異なる。多くの州では、精神保健および物質乱用機関は、メディケイド・サービスの補償方法や管理方法についてほとんどコントロールできていないことから、公共システムが適切なサービスを利用できるようにすることを困難にしている。高齢者や障害者のための連邦保険制度であるメディケアは、一般的に、より限定的な範囲の精神保健と物質乱用サービスにしか支払われていない。メディケイドとメディケアを合わせると、行動保健サービス全体の30%以上に支払われているが、二重診断サービスへの影響については調査されていない(72)。

### プログラムの障壁

地域レベルでは、クリニック、センター、プログラムの管理者は、二重診断サービスの実施に必要な、明確なサービスモデル、管理ガイドライン、契約上の優遇措置、品質保証の実施手順、アウトカム評価尺度をしばしば欠いてきた。また、臨床上の必要性から、とにかく進めなければならない場合、二重診断サービス提供の経験のある熟練した人材を雇用することは困難であり、在任のスーパーバイザーや臨床家等を訓練するための資源も不足している。

### 臨床の障壁

精神保健と物質乱用治療の伝統的な信念が臨床家に植え付けられているため、相互に学び合う機会が損なわれている(73)。二重診断治療に対する統合された臨床哲学と実践的なアプローチは、10年以上前から明確に定義されている(16)が、教育機関ではこのアプローチを教えることはほとんどない。その結果、精神保健の臨床家は一般的に二重診断治療の研修を受けておらず、最新の介入方法を学ぶためにはインフォーマルで自主的な学習に頼らざるを得ない(74)。精神保健の臨床家らは、物質乱用が無関係であると考えたり、資金調達のためになると考えたり、治療ができないと考えたりして、物質乱用の診断を避けることが多い。物質乱用治療の研修を受けた臨床家や、二重診断を受けてリハビリしたクライアントは、専門知識と研修を提供することができるが、精神保健システムの仕事からは排除されがちである。

### 当事者と家族の障壁

クライアントとその家族は、二重診断や適切なサービスに関する情報を十分に持っていない場合が多い。家族からの実践的な支援がリハビリに重要な役割を果たすにもかかわらず、二重診断に関する心理教育サービスを提供するプログラムはほとんどない(75)。家族は、物質乱用に気づかなかつたり、すべての症状を薬物乱用のせいにしたたり、症状や物質使用は自分勝手な不適切な行為だと決めつけたりすることが多い。家族の関与を支援することは、臨床家にとって重要な役割であるが、軽視されている。

当事者は、物質乱用に関連する問題を否定し、矮小化することが多く(40)、他の物質乱用者と同様に、アルコールや他の薬物が苦痛を和らげるのに役立つと信じている。当事者は、薬物の中長期的な影響ではなく、直接的な効果を認識しているため、因果関係について明らかに混乱している場合がある(76)。その結果、本人は積極的に物質乱用治療を受けようとする意欲を欠き、それは物質乱用治療に対する臨床家の軽視を助長することになる。

### 実施方策

先に述べた併存性障害サービスを実施するにあたっての障壁を克服するためにすでに実証されている方策はないが、ある程度成功を収めたシステムやプログラムからはいくつかの提案がなされている。

### 政策戦略

ほとんどの州、そしておそらくすべての州の医療当局が、二重診断サービスを実施するために、現在構想を持っている。医療政策は郡や市のレベルで行われることが多いため、何百もの個別の実験が行われている。最初の分岐点のひとつは、行動保健システム全体、つまり、精神保健と物質乱用の問題を抱えるすべてのクライアントに焦点を当てるか、あるいは、重度の精神疾患と物質乱用を併発しているクライアントへのサービスに絞るか、という選択がある。ここでは、実施上の問題が比較的はっきりしている重度の精神疾患のあるクライアントのための二重診断の方策のみを検討する。

一般的に用いられるシステムレベルの方策としては、統合サービスのビジョンに関する合意を形成し、共同で計画を立てること、モデルを特定すること、構造面・規制面・補償方法を変革すること、契約の仕組みを確立すること、基準を定義すること、およびデモ

ンストレーション・プログラムや研修への取り組みに資金を提供することが挙げられる (77)。私たちの知る限り、これらの取り組みをシステムレベルで研究した例はほとんどない。

事例証拠によると、精神保健と物質乱用の資金を合わせる方策は、特にシステムを変更する初期段階においては、比較的成功しなかったと考えられる。従来とは異なる特定の人々を対象とした支援のために資金が失われることを恐れて、意見の対立が長期化し、合意に至ることができず、他方の計画を放棄してしまうことが多い。あまり議論の余地のない準備段階として、精神保健当局は重度の精神疾患のある人への物質乱用治療を含む包括的ケアに対する責任を負うことが多い一方、物質乱用当局は研修や計画を保証することによって支援している。

このような限定的なアプローチにより、精神保健システムで、後に他の臨床家やプログラムを育てることになる二重診断の専門家を集めて研修できるようになる。しかしながら、研修を強化するための構造的、規制的、および資金的な変革がなければ、専門知識はすぐに消失してしまうかもしれない。これはデモンストレーション・プロジェクトの後によくあることである。そのため、多くの専門家は、研修に費やす労力を無駄にしないために、実施プロセスの早い段階で政策的課題が取り上げられるべきだと助言している (78-80)。

二重診断の研修のために精神保健システムに新たにかかる費用は、入院につながる物質乱用行動の改善に大きな効果があることで相殺される可能性がある。しかし、長期的にコストを削減するには、医療機関がすべての治療費に対してリスクを負っていること、つまり、医療機関には入院治療費を削減するために外来治療への投資を増やす動機付けがあることが前提となる。マネージド・ケア（管理医療）の普及にもかかわらず、重度の精神疾患あるクライアントの治療に完全な財政的責任を負う医療機関はほとんどない。

## プログラムの方策

精神保健のクリニックやプログラム管理のレベルでは、物質乱用を無視したり、排除の基準としたりするのではなく、物質乱用を認めて治療することが基本的な課題となる (81)。変革を受け入れる合意形成の後、スタッフは新しい技能を習得するための研修とスーパービジョンが必要であり、これらの技能を習得し、効果的に実践するため、スタッフはさらに強化指導がなされなければならない。一般的な方策の一つとして、二重診断サービスの責任者を任命することが挙げられ

る。この責任者の役割は、スタッフの研修、精神保健プログラムのあらゆる側面における物質乱用の認識と治療の統合、医療記録、品質保証の取り組み、実施結果データを通じたモニタリングと強化を計画し監督することである。

専門家らは、プログラムの変更のために一人のリーダーの存在が必要だと指摘している (82)。二重診断の統合サービスのフィデリティ測定は、プログラムレベルでの実施を成功に導くことができる (50,83)。モニタリングと強化の仕組みは、依存対象物質を絶つことや雇用などクライアント中心の実施結果も重視している。

## 臨床上的方策

精神保健の臨床家は、物質乱用のアセスメントのほか、依存対象物質を絶つ治療に参加する準備ができていないクライアントへの動機付け介入、依存対象物質を絶つことを維持しようとする意欲のあるクライアントへのカウンセリングなど、物質乱用に関する知識と中核的な技能を習得する必要がある。臨床家は、動機付け、指導、練習、強化の結果、新しい技能を身につける (84)。物質乱用は、併存性障害、家族のストレス要因、環境的な問題として、重度の精神疾患のあるクライアントの大多数に影響を与えるため、すべての臨床家はこれらの基本的な技能を学ぶべきである。そうでなければ、これらのクライアント層に対する物質乱用の問題は見逃され、未治療の状態が続くであろう (85,86)。

例えば、すべてのケースマネージャーは、居住支援スタッフ、就労支援専門家、その他のスタッフと同様に、日常のかかわりの中で物質乱用について認識し対処する必要がある。専門的な教育プログラムが最新の二重診断の治療技術を教えるようになるまで (87)、精神保健システムの管理者がスタッフの研修を担うことになる。

スタッフの中には、二重診断の専門家となり、基本的な技能以上のものを身につける場合もある。このような人たちは、二重診断グループ、家族介入、居住プログラム、およびその他の専門的サービスを導いていくことが期待される。

最近の研究では、二重診断のための統合治療が有効であることが示されているが、クライアントが治療を受ける精神保健プログラムにこれらの基本的な介入が組み込まれることはほとんどない。

## 当事者・家族レベルの方策

クライアントとその家族は、正確な情報を得る必要がある。そうでなければ、十分な情報を得た上で選択し（インフォームド・チョイス）、効果的なサービスを要求し、またシステムの変更を主張するなどの機会が大きく損なわれることになる。当事者の要望と家族のアドボカシーは、精神保健システムをEBPに進展させることができるが、国、州、地域レベルでの協調努力が必要となる。研究者がEBPの形態、プロセス、および期待される実施結果について明確なメッセージを打ち出すことで、その努力を促進することができる。同様に、地域のプログラムは、利用可能な二重診断サービスに関する情報をクライアントとその家族に提供すべきである。

当事者が精神保健システムまたは当事者運営のサービスにおいて援助者としての役割を担うようになると、二重診断の治療に関する研修も必要となる。コミュニティ・カレッジなどの地域の教育プログラムや、スタッフの研修プログラムは、このようなニーズに対応する必要がある。

## おわりに

物質乱用は、重度の精神疾患のある人々によく見られる、深刻な合併障害である。最近の研究では、二重診断のための統合治療が有効であるというエビデンスが示されているが、これらのクライアントが治療を受ける精神保健プログラムに基本的な介入が組み込まれることはほとんどない。精神保健システムにおける二重診断サービスを成功させるためには、いくつかのレベルでの変革が必要である。すなわち、一貫した組織的・財政的支援のある明確な政策指示、物質乱用を併発していることに対処することを目的としたプログラムへの変更、臨床レベルでの専門知識の獲得支援、当事者や家族への正確な情報の提供などである。

## 謝辞

このナショナルパネルによる検討は、ロバート・ウッド・ジョンソン財団からの助成金036805および精神保健サービスセンターとの契約280-00-8049からの支援を受けている。

## 参考文献

1. Pepper B, Krishner MC, Ryglewicz H: The young adult chronic patient: overview of a population. *Hospital and Community Psychiatry* 32:463-469, 1981
2. Caton CLM: The new chronic patient and the system of community care. *Hospital and Community Psychiatry* 32:475-478, 1981
3. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al: Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 264:2511-2518, 1990
4. Swofford C, Kasckow J, Scheller-Gilkey G, et al: Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 20:145-151, 1996
5. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, et al: Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *American Journal of Psychiatry* 152:856-861, 1995
6. Cuffel B, Shumway M, Chouljian T: A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 182:704-708, 1994
7. Abram KM, Teplin LA: Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: implications for public policy. *American Psychologist* 46:1036-1045, 1991
8. Caton CLM, Shrout PE, Eagle PF, et al: Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *American Journal of Public Health* 84:265-270, 1994
9. Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, et al: Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health* 91:31-37, 2001
10. Ridgely MS, Osher FC, Goldman HH, et al: Executive Summary: Chronic Mentally Ill Young Adults With Substance Abuse Problems: A Review of Research, Treatment, and Training Issues. Baltimore, University of Maryland School of Medicine, Mental Health Services Research Center, 1987
11. Drake RE, Wallach MA: Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services* 51:1126-1129, 2000
12. Barrowclough C, Haddock G, Tarrrier N, et al: Cognitive-behavioral intervention for clients with severe mental illness who have a substance misuse problem. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 4:216-233, 2000
13. Bellack AS, DiClemente CC: Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 50:75-80, 1999
14. Carey KB: Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: a collaborative, motivational, harm reduction approach. *Community Mental Health Journal* 32:291-306, 1996
15. Mueser KT, Drake RE, Noordsy DL: Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health* 4:129-139, 1998
16. Minkoff K: An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry* 40:1031-1036, 1989
17. Mead S, Copeland ME: What recovery means to us: consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal* 36: 315-328, 2000
18. Torrey WC, Wyzik P: The recovery vision as a service improvement guide for community mental health center providers. *Community Mental Health Journal* 36:209-216, 2000
19. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, et al: Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24:589-608, 1998
20. Ley A, Jeffery DP, McLaren S, et al: Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Library*, Feb 1999. Available at <http://www.update-software.com/cochrane/cochrane-frame.html>
21. Mercer-McFadden C, Drake RE, Brown NB, et al: The community support program demonstrations of services for young adults with severe mental illness and substance use disorders, 1987-1991. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 20(3):13-24, 1997
22. Detrick A, Stieppock V: Treating persons with mental illness, substance abuse, and legal problems: the Rhode Island

- experience. *New Directions for Mental Health Services*, no 56:65-77, 1992
23. Drake RE, McHugo G, Noordsy DL: Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: four-year outcomes. *American Journal of Psychiatry* 150:328-329, 1993
24. Durell J, Lechtenberg B, Corse S, et al: Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hospital and Community Psychiatry* 44:415-416, 1993
25. Meisler N, Blankertz L, Santos AB, et al: Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal* 33:113-122, 1997
26. Drake RE, Goldman HH, Leff HS, et al: Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric Services* 52:179-182, 2001
27. Godley SH, Hoewing-Roberson R, Godley MD: Final MISA Report. Bloomington, Ill, Lighthouse Institute, 1994
28. Jerrell JM, Ridgely MS: Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183:566-576, 1995
29. Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, et al: Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185:298-305, 1997
30. Carmichael D, Tackett-Gibson M, Dell O, et al: Texas Dual Diagnosis Project Evaluation Report, 1997-1998. College Station, Tex, Texas A&M University, Public Policy Research Institute, 1998
31. Drake RE, McHugo GJ, Clark RE, et al: Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry* 68: 201-215, 1998
32. Ho AP, Tsuang JW, Liberman RP, et al: Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *American Journal of Psychiatry* 156:1765-1770, 1999
33. Brunette MF, Drake RE, Woods M, et al: A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients. *Psychiatric Services* 52: 526-528, 2001
34. Barrowclough C, Haddock G, Tarrrier N, et al: Randomised controlled trial of motivational interviewing and cognitive behavioural intervention for schizophrenia patients with associated drug or alcohol misuse. *American Journal of Psychiatry*, in press
35. Havassy BE, Shopshire MS, Quigley LA: Effects of substance dependence on outcomes of patients in a randomized trial of two case management models. *Psychiatric Services* 51:639-644, 2000
36. Osher FC, Kofoed LL: Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance use disorders. *Hospital and Community Psychiatry* 40:1025-1030, 1989
37. McHugo GJ, Drake RE, Burton HL, et al: A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183:762-767, 1995
38. Owen C, Rutherford V, Jones M, et al: Non-compliance in psychiatric aftercare. *Community Mental Health Journal* 33:25-34, 1997
39. Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Miner CR: A prospective study of integrated outpatient treatment for substance-abusing schizophrenic patients. *American Journal on Addictions* 42:33-42, 1995
40. Test MA, Wallish LS, Allness DG, et al: Substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin* 15:465-476, 1989
41. Ziedonis D, Trudeau K: Motivation to quit PSYCHIATRIC SERVICES April 2001 Vol. 52 No. 4 475 using substances among individuals with schizophrenia: implications for a motivation-based treatment model. *Schizophrenia Bulletin* 23:229-238, 1997
42. Miller W, Rollnick S: *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, Guilford, 1991
43. Carey KB, Maisto SA, Carey MP, et al: Measuring readiness-to-change substance misuse among psychiatric outpatients: I. reliability and validity of self-report measures. *Journal of Studies on Alcohol*, in press

44. Roberts LJ, Shaner A, Eckman T: Overcoming Addictions: Skills Training for People With Schizophrenia. New York, Norton, 1999
45. Alverson H, Alverson M, Drake RE: An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal* 36:557-569, 2000
46. Greenfield SF, Weiss RD, Tohen M: Substance abuse and the chronically mentally ill: a description of dual diagnosis treatment services in a psychiatric hospital. *Community Mental Health Journal* 31:265-278, 1995
47. Drake RE, Mueser KT: Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin* 26:105-118, 2000
48. Jerrell JM, Ridgely MS: Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric Services* 50:109-112, 1999
49. McHugo GJ, Drake RE, Teague GB, et al: Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services* 50:818-824, 1999
50. Rach-Beisel J, Scott J, Dixon L: Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services* 50:1427-1434, 1999
51. Mueser KT, Bellack A, Blanchard J: Comorbidity of schizophrenia and substance abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60:845-856, 1992
52. Osher FC, Drake RE: Reversing a history of unmet needs: approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders. *American Journal of Orthopsychiatry* 66:4-11, 1996
53. Woody G: The challenge of dual diagnosis. *Alcohol Health and Research World* 20:76-80, 1996
54. Bartels SJ, Teague GB, Drake RE, et al: Service utilization and costs associated with substance abuse among rural schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181:227-232, 1993
55. Dickey B, Azeni H: Persons with dual diagnosis of substance abuse and major mental illness: their excess costs of psychiatric care. *American Journal of Public Health* 86:973-977, 1996
56. Clark RE: Family costs associated with severe mental illness and substance use. *Hospital and Community Psychiatry* 45:808-813, 1994
57. Clark RE, Teague GB, Ricketts SK, et al: Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Research* 33:1283-1306, 1998
58. Jerrell JM: Cost-effective treatment for persons with dual disorders. *New Directions for Mental Health Services*, no 70:79-91, 1996
59. O'Keefe C, Potenza DP, Mueser KT: Treatment outcomes for severely mentally ill patients on conditional discharge to community-based treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185:409-411, 1997
60. Harris M: Trauma Recovery and Empowerment Manual. Edited by Anglin J. New York, Free Press, 1998
61. Ries RK, Dyck DG: Representative payee practices of community mental health centers in Washington State. *Psychiatric Services* 48:811-814, 1997
62. Shaner A, Roberts LJ, Eckman TA, et al: Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence. *Psychiatric Services* 48:807-810, 1997
63. Zimmet SV, Strous RD, Burgess ES, et al: Effects of clozapine on substance use in patients with schizophrenia and schizoaffective disorders: a retrospective survey. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 20:94-98, 2000
64. Mueser KT, Noordsy DL, Essock S: Use of disulfiram in the treatment of patients with dual diagnosis. *American Journal of Addiction*, in press
65. Brunette MF, Drake RE: Gender differences in patients with schizophrenia and substance abuse. *Comprehensive Psychiatry* 38:109-116, 1997
66. Alexander MJ: Women with co-occurring addictive and mental disorders: an emerging profile of vulnerability. *American Journal of Orthopsychiatry* 66:61-70, 1996
67. Quimby E: Homeless clients' perspectives on recovery in the

- Washington, DC, Dual Diagnosis Project. *Contemporary Drug Problems*, Summer 1995, pp 265-289
68. Goodman LA, Rosenberg SD, Mueser KT, et al: Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin* 23:685-696, 1997
69. Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, et al: Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 493-499, 1998
70. Surgeon General's Report on Mental Health. Washington, DC, US Government Printing Office, 2000
71. Ridgely M, Goldman H, Willenbring M: Barriers to the care of persons with dual diagnoses: organizational and financing issues. *Schizophrenia Bulletin* 16:123-132, 1990
72. Mark T, McKusick D, King E, et al: National Expenditures for Mental Health, Alcohol, and Other Drug Abuse Treatment. Rockville, Md, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1998
73. Drainoni M, Bachman S: Overcoming treatment barriers to providing services for adults with dual diagnosis: three approaches. *Journal of Disability Policy Studies* 6:43-55, 1995
74. Carey KB, Purnine DM, Maisto SM, et al: Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness: clinicians' perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19:189-198, 2000
75. Clark RE: Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, in press
76. Mueser KT, Drake R, Wallach M: Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors* 23:717-734, 1998
77. Co-occurring Psychiatric and Substance Disorders in Managed Care Systems. Rockville, Md, Mental Health Services, 1998
78. Hesketh B: Dilemmas in training for transfer and retention. *Applied Psychology* 46:317-386, 1997
79. Milne D, Gorenski O, Westerman C, et al: What does it take to transfer training? *Psychiatric Rehabilitation Skills* 4:259-281, 2000
80. Rapp CA, Poertner J: *Social Administration: A Client-Centered Approach*. White Plains, NY, Longman, 1992
81. Mercer-McFadden C, Drake RE, Clark RE, et al: *Substance Abuse Treatment for People With Severe Mental Disorders*. Concord, NH, New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, 1998
82. Corrigan PW: Wanted: champions of rehabilitation for psychiatric hospitals. *American Psychologist* 40:514-521, 1995
83. Mueser KT, Fox L: *Stagewise Family Treatment for Dual Disorders: Treatment Manual*. Concord, NH, New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, 1998
84. Torrey WC, Drake RE, Dixon L, et al: Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services* 52:45-50, 2001
85. Shaner A, Khaka E, Roberts L, et al: Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* 150:777-783, 1993
86. Ananth J, Vandewater S, Kamal M, et al: Missed diagnosis of substance abuse in psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry* 40:297-299, 1989
87. Carey KB, Bradizza CM, Stasiewicz PR, et al: The case for enhanced addictions training in graduate programs. *Behavior Therapist* 22:27-31, 1999

## エビデンス一覧

### 主な文献目録

Drake, R. E., & Brunette, M. F. (1998) . Complications of severe mental illness related to alcohol and other drug use disorders. In M. Galanter (Ed.) , Recent developments in alcoholism (Vol. XIV, Consequences of alcoholism: medical, neuropsychiatric, economic, cross-cultural, pp. 285-299) . New York: Plenum.

■アルコールや薬物乱用が重度の精神疾患の経過に及ぼす影響に関する研究がまとめられている。

Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G.J. (2004) . A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders.

Psychiatric Rehabilitation Journal, 27 (4) , 360-374.

■併存性障害の統合治療に関する研究の包括的な考察がなされている。

■地域の支援サービスにおける統合治療の実現可能性を確立するための初期のデモンストレーション・プログラムを含む、幅広い研究を対象としている。

Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., et al. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52 (4), 469-476.

■併存性障害の統合治療に関する研究の最新情報が掲載されている

Mueser, K. T., & Kavanagh, D. (2001). Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder. In N. Heather, T. J. Peters, & T. R. Stockwell (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 627-647). Chichester, England: Wiley.

■併存性障害の疫学の最新の考察が示されている

■統合失調症、双極性障害、うつ病、不安障害等のさまざまな種類の精神障害に対する具体的な推奨事項とともに、併存性障害の統合治療アプローチについて解説している

Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 717-734.

■当事者の物質乱用率の高さを説明するさまざまな理論に関する研究文献を考察している

■物質乱用と重度精神疾患の高い発生率は、苦痛を伴う症状の“自己治療”によって説明できるという一般的な仮説に異議を唱えている

■当事者の薬物やアルコールの影響に対する生物感受性の高まりが、過剰な併存疾患の一因であることを示唆するエビデンスが集められている

Department of Health and Human Services. (2002). Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders. Substance Abuse Mental Health Administration, Rockville, MD.

■併存性障害のある人々の特徴、ニーズの要約、EBPの説明、「行動のための5か年の青写真」について述べている

## 併存性障害の統合治療の歴史的背景

Kushner, M. G., & Mueser, K. T. (1993). Psychiatric co-morbidity with alcohol use disorders. In Eighth special report to the U.S. Congress on alcohol and health (NIH Pub. No. 94-3699, pp. 37-59). Rockville, MD: U.S.

Department of Health and Human Services.

■併存性障害の疫学、相関、転帰に関する初期の包括的考察である

■物質乱用治療の経過と転帰に対する精神医学的な併存疾患の悪影響に関する研究を要約している

Polcin, D. L. (1992). Issues in the treatment of dual diagnosis clients who have chronic mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23 (1), 30-37.

■併存性障害の効果的な介入に対する従来の治療法の障壁について説明している

Ridgely, M. S., Goldman, H. H., & Willenbring, M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnoses: Organizational and financing issues. *Schizophrenia Bulletin*, 16 (1), 123-132. Ridgely, M. S., Osher, F. C., Goldman, H. H., & Talbott, J. A. (1987).

■これら2つの出版物は、併存性障害に対する従来のアプローチの問題点をまとめたもので、双方の障害に介入するための行政的、臨床的、哲学的な障壁について言及している

## 併存性障害のための統合治療の原則

Minkoff, K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (10), 1031-1036.

■重度の精神疾患や物質使用障害を治療するための統合サービスシステムに不可欠な要素について説明している

Mueser, K. T., Drake, R. E., & Noordsy, D. L. (1998). Integrated mental health and substance abuse

treatment for severe psychiatric disorders. *Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 129-139.

■効果的な統合治療プログラムの基本要素である、包括性、積極的なアウトリーチ、自律的で保護的な生活環境、動機付けにもとづく介入、長期的な視点についてまとめている

■物質使用障害に対処するための当事者の動機付けのレベルに適した介入方法を選択する際の指針となる、治療の段階（導入、説得、積極的治療、再発防止）について解説している

Ziedonis, D., & Fisher, W. (1996) . Motivation- based assessment and treatment of substance abuse in patients with schizophrenia. *Directions in Psychiatry*, 16, 1-7.

■併存性障害のアセスメントおよび治療のための動機付けにもとづくアプローチの概要を説明している

#### 実施と管理上の問題

Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., et al. (2001) . Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52 (4) , 469-476.

■併存性障害の統合治療の実施と普及に関連する問題を取り扱っている

Fox, T., Fox, L., & Drake, R. E. (1992) . Developing a statewide service system for people with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Innovations and Research*, 1 (4) , 9-13.

■ニューハンプシャー州における併存性障害の統合治療サービスの開発について説明している

Torrey, W. C., Drake, R. E., Cohen, M., Fox, L. B., Lynde, D., Gorman, P., et al. (2002) . The challenge of implementing and sustaining integrated dual disorders treatment programs. *Community Mental Health Journal*, 38 (6) , 507-521.

#### 州および地方行政の視点

Fox, T. S., & Shumway, D. L. (1995) . Human resource development: Training and motivating staff to work with dually diagnosed clients.

In A. F. Lehman & L.B. Dixon (Eds.) , *Double jeopardy: Chronic mental illness and substance use disorders* (pp. 265-276) . Switzerland: Harwood Academic Publishers.

■併存性障害の統合治療を展開するための、実務者と管理者の育成方法について解説している

Mercer-McFadden, C., Drake, R. E., Clark, R. E., Verven, N., Noordsy, D. L., & Fox, T. S. (1998) . Substance abuse treatment for people with severe mental disorders: A program manager's guide. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

■プログラムマネージャーをはじめ、質の高い併存性障害の統合プログラムの確立と維持に管理責任を持つすべての人のためのガイドブックである

#### 併存性障害のための統合治療の資金調達と費用対効果

Clark, R. E., Teague, G. B., Ricketts, S. K., Bush, P. W., Xie, H., McGuire, T. G., et al. (1998) . Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Research*, 33 (5 Pt.1) , 1285-1308.

■併存性障害に対する包括的地域生活支援プログラム (ACT) と標準的なケースマネジメントを比較する研究の費用対効果分析について述べている

Clark, R. E., Ricketts, S. K., & McHugo, G. J. (1999) . Legal system involvement and costs for persons in treatment for severe mental illness and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 50, 641-647.

■併存性障害のある当事者の法制度への関与にかかる費用について取り上げている

Dickey, B., & Azeni, H. (1996) . Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: Their excess costs of psychiatric care. *American Journal of Public Health*, 86 (7) , 973-977.

■当事者における物質乱用に対する標準的な（統合されていない）治療アプローチが高コストであることを示している

#### プログラム管理者および精神保健当局向けの補足資料

Batalden, P. B., & Stoltz, P. K. (1993) . A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 19 (10) , 424-447.

Gowdy, E. A., & Rapp, C. A. (1989) . Managerial behavior: The common denominators of effective community based programs. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13 (2) , 31-51.

Mercer, C. C., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (1998) . Organizational guidelines for dual disorders programs. *The Psychiatric Quarterly* 69 (3) , 145-168.

Nelson, E. C., Batalden, P. B., Ryer, J. C. (Eds.) . (1998) . *Clinical improvement action guide*. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Rapp, C. A. (1993) . Client-centered performance management for rehabilitation and mental health services. In R. W. Flexer & P. L. Solomon (Eds.) , *Community and social support for people with severe mental disabilities*. Boston, MA: Andover. pp. 183-192.

Rapp, C. A. (1993) . Client-centered performance management and the inverted hierarchy. In R. W. Flexer & P. L. Solomon (Eds.) , *Community and social support for people with severe mental disabilities*. Boston, MA: Andover.

Supervisor's Tool Box. (1997) . Lawrence: The

University of Kansas School of Social Welfare.

#### 併存性障害のための統合治療のフィデリティ尺度

Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1999) . Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. *Psychiatric Services*, 50 (1) , 109-112.

■併存性障害のための統合治療の実施結果が良好であることは、統合治療モデルのプログラムのフィデリティが高いことと関連していることを実証している

McHugo, G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., & Xie, H. (1999) . Fidelity to assertive community treatment and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, 50 (6) , 818-824.

■統合治療を高いフィデリティで実施した包括的地域生活支援プログラム（ACT）の利用者は、低いフィデリティのプログラムの利用者よりも、物質乱用の予後が良好であることを示している

#### 実践マニュアル

Center for Substance Abuse Treatment (2005) . *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42: DHHS Publication No. (SMA) 05-3922. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

■併存性障害のある当事者の治療に関する実践的な情報を提供している

■治療システム、精神保健と物質乱用治療の連携、気分障害、不安障害、人格障害、精神病性障害、および薬理管理に関する個別の章を設けている

Drake, R. E., Merrens, M. R., & Lynde, D. W. (2005) . *Evidence-based mental health practice: A textbook*. New York: W.W. Norton.

■重度の精神疾患を治療するためのEBPの概念とアプローチを紹介している

■介入科学における研究の重要性とEBPの展開について説明している

■5つのEBPごとに章を設け、歴史的背景、実践原則、および実施方法の紹介をしている。事例では、スタッフや当事者の体験を取り上げている

■「Evidence-Based Practices Implementation Resource Kits (EBP実施用リソースキット)」のための優れた読みやすい入門書を提供している

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual diagnosis: Effective intervention for severe mental illness and substance abuse*. New York: Guilford Press.

■併存性障害の治療のための包括的な臨床ガイドを提供し、ツールキットの資料の一部が引用されている

■アセスメントに関する情報があり、書式や使い方などが掲載されている

■住宅やその他の居住支援、非自発的な介入、職業リハビリテーション、精神薬理学等の補助的な治療方策について説明している

■詳細なガイドラインと事例を示している。個人(ケースマネジメント、動機付け面接、認知行動的カウンセリングを含む)、グループ(説得、積極的治療、SST、自助グループを含む)、家族(個別家族および複数家族のグループを含む)のアプローチについて述べている

■精神疾患や物質乱用、およびそれらの相互作用についてのさまざまなトピックを取り扱っており、当事者や家族の心理教育のために複製することのできる教育的資料が含まれている

Watkins, T. R., Lewellen, A., & Barrett, M. C. (2001). *Dual diagnosis: An integrated approach to treatment*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

■物質乱用の治療と精神疾患の治療を統合するための方策について解説している

■統合失調症、双極性障害、うつ病、不安障害、重度の人格障害など、精神障害ごとに章立てされている

## 物質乱用

Johns, A. (2001). Psychiatric effects of cannabis. *The British Journal of Psychiatry* 178; 116-122.

Kinney, J. (2000). *Loosening the grip: A handbook of alcohol information* (6th ed.). Boston: McGraw-Hill.

Thombs, D. L. (1999). *Introduction to addictive behaviors*. 2nd ed. The Guilford substance abuse series. New York: Guilford Press.

Weiss, R. D., & Mirin, S. M. (1987). *Cocaine*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

## アセスメントと治療計画

Carey, K. B., & Correia, C. J. (1998). Severe mental illness and addictions: Assessment considerations. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 735-748.

■実務者が当事者の物質乱用をアセスメントする際に直面する一般的な問題について説明し、その解決策を提示している

Connors, G. J., Donovan, D. M., & DiClemente, C. C. (2001). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions*. The Guilford substance abuse series. New York: Guilford Press.

■嗜癮行動を変えるという当事者の動機にもとづいた治療計画を立てるにあたり参考になる一冊である

Donovan, D. M. and Marlatt, G. A (Eds.) (1988). *Assessment of addictive behaviors*. The Guilford behavioral assessment series. New York: Guilford Press.

■嗜癮行動のアセスメントに関する序章は秀逸である  
■この本は、特定の薬物やアプローチについての章も多く、非常に優れている

Drake, R. E., Rosenberg, S. D., & Mueser, K. T. (1996). *Assessing substance use disorder in persons with severe mental illness*. New

Directions for Mental Health Services, 70, 3-17.

■併存性障害のある当事者の物質乱用にかかる正確なアセスメントを阻む多くの障壁と、これらの障壁を克服するための方策について説明している

McHugo, G. J., Drake, R. E., Burton, H. L., & Ackerson, T. H. (1995). A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (17), 762-767.

■併存性障害のある当事者の治療段階のアセスメントに関する情報が掲載されている

Mueser, K. T., Drake, R. E., Clark, R. E., McHugo, G. J., Mercer-McFadden, C., & Ackerson, T. (1995). Toolkit for evaluating substance abuse in persons with severe mental illness. Cambridge, MA: Evaluation Center @ HSRI.

■アルコール使用尺度、薬物使用尺度、物質乱用治療尺度など、併存性障害のある当事者のために援助者が活用する3つの尺度について解説している

■尺度や、尺度の心理測定テストを備えたソフトウェアが含まれている

■尺度の使用方法、信頼性の確立と保持、および妥当性に関する援助者の研修に関する情報がある

Noordsy, D. L., McQuade, D. V., & Mueser, K. T. (2002). Assessment considerations. In H. L. Graham, A. Copello, M. J. Birchwood, & K. T. Mueser (Eds.), *Substance misuse in psychosis: approaches to treatment and service delivery* (pp. 159-180). Chichester, England: Wiley.

■当事者の物質乱用を評価する原則について説明している

■アセスメントの4つのステップである「特定」、「分類」、「機能評価と分析」、「治療計画」について解説している

■アセスメントを治療につなげるための具体的な方法について説明している

Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Wolford, G. L., Mueser, K. T., Oxman, T. E., Vidaver, R. M., et al. (1998). The Dartmouth assessment of lifestyle instrument (DALI): A substance use disorder screen for people with severe mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (2), 232-238.

■当事者の物質乱用を特定するための簡易スクリーニングの手段 (DALI) について解説している

■DALIが併存性障害のある当事者にかかる他のスクリーニング手段よりも優れていることを示すデータを提示している

## 導入

Rapp, C. A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York: Oxford University Press.

■当事者の導入のプロセスについて説明している

■併存性障害のある当事者を治療関係に取り込むにあたり役立つ内容となっている

## 治療の段階と動機付けの強化

Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., Carey, M. P., & Barnes, K. L. (1999). Decisional balance regarding substance use among persons with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 35 (4), 289-299.

■意思決定バランスのアプローチを用いて、併存性障害のある当事者が物質の継続的な使用の利点と欠点を比較検討できるようにする方法について解説している

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.

■併存性障害の当事者の物質乱用や精神疾患の問題に適用できる問題解決療法について説明している

Graham, H. L., Copello, A., Birchwood, M. J., Orford, J., McGovern, D., Maslin, J., et al. (2002). Cognitive-behavioral integrated approach for psychosis and problem substance use. In H. L. Graham, A. Copello, M. J. Birchwood, & K.T.Mueser (Eds.), Substance misuse in psychosis: approaches to treatment and service delivery (pp. 181-206). Chichester, England: Wiley.

■当事者の物質乱用を治療するための認知行動的アプローチについて説明している

■多数の有用な臨床例が含まれている

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change. (Second ed.). New York: Guilford Press.

■物質乱用からの変化とリカバリーの段階について

■併存性障害のある当事者と協働する援助者にとって有用である

Osher, F. C., & Kofoed, L. L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance use disorders. Hospital and Community Psychiatry, 40, 1025-1030.

■治療段階（導入、説得、積極的治療、再発予防）の概念を紹介し、援助者が治療介入を当事者個々の動機づけ状態に合わせる助けとなるよう解説している

Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). Health behavior change: A guide for practitioners. Edinburgh: Churchill Livingstone.

■物質乱用からの変化とリカバリーの段階に関するもう一つの参考資料である

■物質乱用カウンセリングと再発予防カウンセリングについて説明している

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. The Guilford clinical psychology and psychotherapy series. New York: Guilford Press.

■物質乱用の再発予防の原則について説明している

■もともとは物質乱用者への対応のために書かれたものである

■本書の内容の多くは、断酒を達成し、物質乱用の再発を予防する意欲がある当事者に適用される

Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1989). Treating alcohol dependence: A coping skills training guide treatment manual for practitioners. New York: Guilford Press.

■物質乱用の認知行動治療について取り上げている

■積極的治療段階にある併存性障害のある当事者と協働するにあたり効果的な基本的手法を紹介している

#### 併存性障害の集団治療

Bellack, A. S., & DiClemente, C. C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. Psychiatric Services, 50 (1), 75-80.

■併存性障害の治療におけるSSTのアプローチについて解説している

Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (1997). Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide. Treatment manuals for practitioners. New York: Guilford Press.

■当事者向けのSSTグループの実施方法について説明している

■当事者が薬物やアルコールを拒否し、物質乱用の状況に対処するのを支援する具体的なカリキュラム（技能のステップ）を示している

Mueser, K. T., & Noordsy, D. L. (1996). Group treatment for dually diagnosed clients. New Directions for Mental Health Services, 70, 33-51.

■併存性障害へのグループ介入について、教育的なグループ、段階的なグループ（説得と積極的治療）、SST、自助グループという4つのタイプに分けて解説している

■簡単な臨床事例を用いて、さまざまなグループ治療法を説明している

Noordsy, D. L., Schwab, B., Fox, L., & Drake, R. E. (1996) . The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, v. 32 (1) , pp. 71-81.

■併存性障害のある当事者がAA等の自助グループを利用する際の問題と解決策についてまとめている

Roberts, L. J., Shaner, A., & Eckman, T. A. (1999) . *Overcoming addictions: Skills training for People with schizophrenia*. New York: W.W. Norton.

■併存性障害のある当事者にSSTを提供するためのマニュアルである

Weiss, R. D., Greenfield, S. F., & O'Leary, G. (2002) . Relapse prevention for patients with bipolar and substance use disorders. In H. L. Graham, A. Copello, M. J. Birchwood, & K. T. Mueser (Eds.) , *Substance misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery* (pp. 207-226) . Chichester, England: Wiley.

■双極性障害と物質乱用に対するグループ介入プログラムについて説明している

■グループ治療法を説明するための有用な臨床例が含まれている

## セルフヘルプ

Alcoholics Anonymous (2005) . *The AA group: Where it all begins* (rev.) . New York: Alcoholics Anonymous.

■アルコールクス・アノニマス (AA) は、アディクションに対する最大の自助組織である。本書は、その歴史、伝統、そして「AAの12ステップ」にもとづくアディクションからのリカバリーへのアプローチについて説明している。次のサイトから入手できる [http://www.aa.org/en\\_pdfs/p-16\\_theaagroup.pdf](http://www.aa.org/en_pdfs/p-16_theaagroup.pdf)

Hamilton, T., & Samples, P. (1994) . *The twelve steps and dual disorders: A framework of recovery for those of us with addiction and an emotional or psychiatric illness*. Center City, MN: Hazelden.

■当事者におけるセルフヘルプによる物質乱用治療のための12ステップのアプローチを説明している

*The Dual Disorder Recovery Book: A twelve-step program for those of us with addiction and an emotional or psychiatric illness*. (1993) Hazelden, Center City, Minnesota, 1993.

■併存性障害のある当事者のリカバリーのための12ステップのセルフヘルプアプローチについて説明している

Trimpey, J. (1996) . *Rational recovery: The new cure for substance addiction*. New York: Pocket Books.

■合理的リカバリー (RR) は、12ステップのアプローチ (AAなど) に代わるセルフヘルプの手段である

■RRは、スピリチュアルに焦点を当ててではなく、当事者が自分自身や他者の個人的な責任を受け入れることで、自分の生活を管理できるよう支援することに重点を置いている

Vaillant, G. E. (1995) . *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

■リカバリーへの自然な道のを分析し、セルフヘルプと治療がそのプロセスを強化する方法を説明している

## 家族療法

Barrowclough, C. (2002) . Family intervention for substance misuse in psychosis. In H. L. Graham, A. Copello, M. J. Birchwood, & K. T. Mueser (Eds.) , *Substance misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery* (pp. 227-243) . Chichester: Wiley.

■併存性障害に対する家族介入アプローチについて説

明している

McFarlane, W. R. (2002) . Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York: Guilford Press.

■当事者とその家族のために、複数の家族のグループを編成し運営するための詳細なガイダンスを提供している

Mueser, K. T., & Fox, L. (2002) . A family intervention program for dual disorders. *Community Mental Health Journal*, 38 (3) , 253-270.

■単一の家族セッションと複数家族のグループセッションを含む、併存性障害のための家族介入プログラムについて解説している

■家族プログラムの研究からの試行データを提示している

Mueser, K. T., & Gingerich, S. L. (in press) . Coping with schizophrenia: A guide for families (2nd ed.) . New York: Guilford Press.

■家族介入について取り上げられている

■家族が併存性障害のある親族を支援する方法に関する章が含まれている

Mueser, K. T., & Glynn, S. M. (1999) . Behavioral family therapy for psychiatric disorders (2nd ed.) . Oakland, CA: New Harbinger Publications.

■併存性障害のある当事者の物質乱用に対処するための方策を含む、精神疾患の家族介入モデルを解説した援助者向けの治療マニュアルを提供している

■さまざまな精神疾患、薬物療法、精神疾患と物質乱用との相互作用に関する教育用資料が含まれている

### 精神薬理学的治療

Day, E., Georgiou, G., & Crome, I. (2002) . Pharmacological management of substance misuse in psychosis. In H. L. Graham, A. Copello, M. J. Birchwood, & K. T. Mueser (Eds.) , Substance

misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery (pp. 259-280) . Chichester, England: Wiley.

■精神刺激薬、オピオイド、その他の薬物やアルコール等の物質使用障害を薬理的に管理することについて解説している詳細な章がある

Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Green, A. I. (2000) . The effects of clozapine on alcohol and drug use disorders among patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (2) , 441-449.

■統合失調症患者のアルコール依存症の転帰に対するクロザピンの好ましい効果をまとめている

Green, A. I., Zimmet, S. V., Strous, R. D., & Schildkraut, J. J. (1999) . Clozapine for comorbid substance use disorder and schizophrenia:

Do patients with schizophrenia have a reward-deficiency syndrome that can be ameliorated by clozapine? *Harvard Review of Psychiatry*, 6 (6) , 287-296.

■統合失調症の神経生物学的特徴から、統合失調症の当事者は物質乱用に陥りやすく、クロザピンが有効である可能性が高いということを示唆している理論的な論文である

Mueser, K. T., & Lewis, S. (2000) . Treatment of substance misuse in schizophrenia. In P. Buckley & J. L. Waddington (Eds.) , *Schizophrenia and mood disorders: The new drug therapies in clinical practice* (pp. 286-296) . Oxford: Butterworth-Heinemann.

■併存性障害のある当事者の薬物療法に関する提言を含む簡潔な記述である

Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Fox, L., & Wolfe, R. (2003) . Disulfiram treatment for alcoholism in severe mental illness. *The American Journal on Addictions*, 12 (3) , 242-252.

■ジスルフィラム（アンタビュース）を投与された30名の当事者とアルコール依存症患者の良好で長期的な転帰を定量的に説明している

## 感染症

Bartlett, J. G., & Finkbeiner, A. K. (1998) . The guide to living with HIV infection: Developed at the Johns Hopkins AIDS clinic. Johns Hopkins Press Health Books. Baltimore, MD: The John Hopkins University Press.

■HIVと肝炎への対処について述べている

Eversen G. T., & Weinberg, H. L (1999) . Living with Hepatitis C: A Survivor's Guide. New York: Hatherleigh Press.

■HIVと肝炎への対処について述べている

Razzano, L. (2002) . Issues in comorbidity and HIV/AIDS. In H. L. Graham, A. Copello, M. J. Birchwood, & K. T. Mueser (Eds.) , Substance misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery (pp. 332-346) . Chichester, England: Wiley.

■併存性障害のある当事者におけるHIV/AIDSの性質と治療アプローチについて、実践的な章立てで解説している

## 当事者の説明

Alverson, H., Alverson, M., & Drake, R. E. (2000) . An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness. Community Mental Health Journal, 36 (6) , 557-569.

Alverson, H., Alverson, M., & Drake, R. E. (2001) Social patterns of substance use among people with dual diagnoses. Mental Health Services Research, 3 (1) , 3-14.

Fox, L. (1999) . Missing out on motherhood. Psychiatric Services, 50 (2) , 193-194.

Green, V. L. The resurrection and the life. The American Journal of Orthopsychiatry, 66 (1) , 12-16, 1996.

## 家族の視点

Clark, R. E. (2001) . Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. Schizophrenia Bulletin, 27 (1) , 93-101.

■併存性障害のある家族を支援する上での、家族の経済的貢献と時間的貢献、家族支援と予後の改善との関係について説明している

Schwab, B., Clark, R. E., & Drake, R. E. (1991) . An ethnographic note on clients as parents. Psychosocial Rehabilitation Journal, 15 (2) , 95-99.

■親（の立場）である併存性障害の当事者が直面する課題について説明している

## エビデンス一覧

### 引用文献

以下のリストには、本ツールキット内のすべての引用文献が含まれている。

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., et al. (2001) . Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (10) , 1706-1713.

Blankertz, L. E., & Cnaan, R. A. (1994) . Assessing the impact of two residential programs for dually diagnosed homeless individuals. *Social Service Review*, 68(4), 536-560.

Brunette, M., & Drake, R. E. (1998) . Gender differences in homeless persons with schizophrenia and substance abuse. *Community Mental Health Journal*, 34 (6) , 627-642.

Brunette, M. F., & Drake, R. E. (1997) . Gender differences in patients with schizophrenia and substance abuse. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (2) , 109-116.

- Brunette, M. F., Drake, R. E., Woods, M., & Hartnett, T. (2001) . A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients. *Psychiatric Services*, 52 (4) , 526-528.
- Burnam, M. A., Morton, S. C., McGlynn, E. A., Peterson, L. P., Stecher, B. M., Hayes, C., et al. (1995). An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Addictive Diseases*, 14 (4) , 111-134.
- Carmichael, D. M., Tackett-Gibson, L., O'Dell, R., Menon, R., Jayasuria, B., & Jordan, J. (1998) . Texas dual diagnosis pilot project evaluation report. Final report submitted to the Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse and the Texas Department of Mental Health and Mental Retardation. Public Policy Research Institute, Texas A&M University.
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., et al. (2001) . Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52 (4) , 469-476.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Clark, R. E., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., et al. (1998a) . Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: A clinical trial. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (2) , 201-215.
- Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., & Bond, G. R. (1998b) . Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4) , 589-608.
- Drake, R. E., Yovetich, N. A., Bebout, R. R., Harris, M., & McHugo, G. J. (1997) . Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (5) , 298-305.
- Franco, H., Galanter, M., Castaneda, R., & Patterson, J. (1995) . Combining behavioral and self-help approaches in the inpatient management of dually diagnosed patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (3) , 227-232.
- Ganju, V. (2004) . Evidence-based practices: Responding to the challenge. Presented at the 2004 NASMHPD Commissioner's Meeting, San Francisco, CA: June 22-24, 2004.
- Gearon, J. S., & Bellack, A. S. (1999) . Women with schizophrenia and co-occurring substance use disorders: An increased risk for violent victimization and HIV. *Community Mental Health Journal*, 35 (5) , 401-419.
- Godley, S. H., Hoewing-Roberson, R., & Godley, M. D. (1994) . Final MISA report. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems/ Lighthouse Institute.
- Hyde, P. S., Falls, K., Morris, J. A., & Schoenwald, S. K. (2003) . Turning knowledge into practice: A manual for behavioral health administrators and practitioners about understanding and implementing evidence-based practices. Boston: Technical Assistance Collaborative, Inc. Available through <http://www.tacinc.org> or <http://www.acmha.org>.
- Institute of Medicine (2006) . Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions: Quality Chasm Series. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Jerrell, J. M., & Ridgely, M. S. (1995) . Comparative effectiveness of three approaches to serving people with severe mental illness and substance abuse disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (9) , 566-576.
- Ley, A., & Jeffery, D. (2002) . Cochrane review of treatment outcome studies and its implications for future developments. In H. L. Graham, A. Copello, M. J. Birchwood, & K. T. Mueser (Eds.) , *Substance misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery* (pp. 349-365) . Chichester, England: Wiley.

- McHugo, G. J., Drake, R. E., Burton, H. L., & Ackerson, T. H. (1995) . A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (17) , 762-767.
- Meisler, N., Blankertz, L., Santos, A. B., & McKay, C. (1997) . Impact of assertive community treatment on homeless persons with co- occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 33 (2) , 113-122.
- Mueser, K. T., Essock, S. M., Drake, R. E., Wolfe, R. S., & Frisman, L. (2001) . Rural and urban differences in patients with dual diagnosis: Implications for service needs. *Schizophrenia Research*, 48 (1) , 93-107.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., & Bellack, A. S. (1992) . Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85 (1) , 48-55.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Rosenberg, S. D., Swett, C., Miles, K. M., & Hill, D. (2000) . Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: Prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (1) , 179-192.
- National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention. Development and deployment. *Blueprint for change: Research on child and adolescent mental health*. Washington, DC: 2001. Available through <http://www.nimh.nih.gov>.
- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America*. Final report. DHHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD.
- Penn, P. E., & Brooks, A. J. (1999) . Comparing substance abuse treatments for dual diagnosis: Final report. Tucson, AZ: La Frontera Center.
- Peters, T. J., & Waterman, R. H. (1982) . *In Search of excellence*. New York: Harper & Row.
- Rahav, M., Rivera, J. J., Nuttbrock, L., Ng-Mak, D., Sturz, E. L., Link, B. G., et al. (1995) . Characteristics and treatment of homeless, mentally ill, chemical-abusing men. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27 (1) , 93-103.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990) . Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264 (19) , 2511-2518.
- Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Wolford, G. L., Mueser, K. T., Oxman, T. E., Vidaver, R. M., et al. (1998) . The Dartmouth assessment of lifestyle instrument (DALI) : A substance use disorder screen for people with severe mental illness. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (2) , 232-238.
- Rosenthal, R. N. (2002) . An inpatient-based service model. In H. L. Graham, A. Copello, M. J. Birchwood, & K. T. Mueser (Eds.) , *Substance misuse in psychosis: Approaches to treatment and service delivery* (pp. 136-155) . Chichester, England: Wiley.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1999) . *Mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, and National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001) . *Mental health: Culture, race, and ethnicity, a supplement to mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services.



## エビデンス一覧

### 謝辞

本書に含まれる資料は、EBPの国家プロジェクトを通じて開発された。プロジェクトの調整センターであるニューハンプシャー州ダートマス精神医学研究センターは、臨床家、研究者、当事者、家族、管理者を含むその他の多くの協力者と連携し、SAMHSAおよび精神保健サービスセンターの指示の下で、これらの資料を開発、評価し、改訂した。

本プロジェクトのあらゆる側面に貢献いただいた多くの人々に感謝する。特に、次に紹介する功労者と助言者に謝意を表したい。

#### SAMHSA精神保健サービスセンター、監視委員会

Michael English  
Division of Service and Systems Improvement Rockville, Maryland

Neal B. Brown  
Community Support Programs Branch Division of Service and Systems  
Improvement  
Rockville, Maryland

Sandra Black  
Community Support Programs Branch Division of  
Service and Systems Improvement  
Rockville, Maryland

Crystal R. Blyler  
Community Support Programs Branch Division of  
Service and Systems Improvement  
Rockville, Maryland

Pamela J. Fischer  
Homeless Programs Branch  
Division of Service and Systems Improvement  
Rockville, Maryland

Sushmita Shoma Ghose  
Community Support Programs Branch Division of  
Service and Systems Improvement  
Rockville, Maryland

Patricia Gratton  
Division of Service and Systems Improvement  
Rockville, Maryland

Betsy McDonel Herr  
Community Support Programs Branch Division of  
Service and Systems Improvement  
Rockville, Maryland

Larry D. Rickards  
Homeless Programs Branch  
Division of Service and Systems Improvement  
Rockville, Maryland

#### 共同代表

Mary Brunette  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

Robert E. Drake  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

David W. Lynde  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Concord, New Hampshire

#### 功劳者

Stephen T. Baron  
Department of Mental Health Washington, D.C.

Gary R. Bond  
Indiana University–Purdue University  
Indianapolis, Indiana

John S. Caswell  
West Lebanon, New Hampshire

Kevin Curdie  
Concord, New Hampshire

Michael J. Cohen  
National Alliance on Mental Illness (NAMI)  
Concord, New Hampshire

Cathy Donahue  
Calais, Vermont

Kana Enomoto  
Substance Abuse and Mental Health Services  
Administration  
Rockville, Maryland

Carol Furlong  
Harbor Homes, Inc.  
Nashua, New Hampshire

Paul G. Gorman  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

Pablo R. Hernandez  
Wyoming State Hospital  
Evanston, Wyoming

Marta J. Hopkinson  
Mental Health Services  
University of Maryland–College Park  
College Park, Maryland

Lenore A. Kola  
Center for Evidence-Based Practice at Case  
Western Reserve University

Cleveland, Ohio

Charlene LeFauve

Co-occurring and Homeless Activities Branch  
Substance Abuse and Mental Health Services  
Administration

Center for Substance Abuse Treatment  
Rockville, Maryland

Doug Marty

The University of Kansas  
Lawrence, Kansas

Gregory J. McHugo

Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

Alan C. McNabb

Ascutney, Vermont

Matthew Merrens

Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

Gary Morse

Community Alternatives  
St. Louis, Missouri

Kim T. Mueser

Dartmouth Psychiatric Research Center  
Concord, New Hampshire

Fred C. Osher

University of Maryland School of Medicine  
Baltimore, Maryland

Ernest Quimby Howard University

Washington, D.C.

Charles A. Rapp

The University of Kansas  
Lawrence, Kansas

Lawrence D. Rickards

Homeless Programs Branch  
Substance Abuse and Mental Health Services  
Administration

Center for Mental Health Services

Rockville, Maryland

Dennis Ross

Marshfield, Vermont

Marian Scheinholtz

Community Support Programs Branch Division of  
Service and Systems Improvement  
Rockville, Maryland

Karin Swain

Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

William Torrey

Dartmouth Medical School  
Hanover, New Hampshire

Loralee West

Westbridge Community Services  
Manchester, New Hampshire

#### 全米EBP実施プロジェクトの助言者

Dan Adams

St. Johnsbury, Vermont

Diane C. Alden

New York State Office of Mental Health  
New York, New York

Lindy Fox Amadio

Dartmouth Psychiatric Research Center  
Concord, New Hampshire

Diane Asher

The University of Kansas  
Lawrence, Kansas

Stephen R. Baker

University of Maryland School of Medicine  
Baltimore, Maryland

Stephen T. Baron

Department of Mental Health  
Washington, D.C.

Deborah R. Becker  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

Nancy L. Bolton  
Cambridge, Massachusetts

Patrick E. Boyle  
Case Western Reserve University  
Cleveland, Ohio

Mike Brady  
Adult and Child Mental Health Center  
Indianapolis, Indiana

Ken Braiterman  
National Alliance on Mental Illness (NAMI)  
Concord, New Hampshire

Janice Braithwaite  
Snow Hill, Maryland

Michael Brody  
Southwest Connecticut Mental Health Center  
Bridgeport, Connecticut

Mary Brunette  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Concord, New Hampshire

Sharon Bryson  
Ashland, Oregon

Barbara J. Burns  
Duke University School of Medicine  
Durham, North Carolina

Jennifer Callaghan  
The University of Kansas  
School of Social Welfare Lawrence, Kansas

Kikuko Campbell  
Indiana University–Purdue University  
Indianapolis, Indiana

Linda Carlson  
University of Kansas

Lawrence, Kansas

Diana Chambers  
Department of Health Services  
Burlington, Vermont

Alice Claggett  
University of Toledo College of Medicine  
Toledo, Ohio

Marilyn Cloud  
Department of Health and Human Services  
Concord, New Hampshire

Melinda Coffman  
The University of Kansas  
Lawrence, Kansas

Jon Collins  
Office of Mental Health and Addiction Services  
Salem, Oregon

Laurie Coots  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

Judy Cox  
New York State Office of Mental Health  
New York, New York

Harry Cunningham  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Concord, New Hampshire

Gene Deegan  
University of Kansas  
Lawrence, Kansas

Natalie DeLuca  
Indiana University–Purdue University  
Indianapolis, Indiana

Robert E. Drake  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

Molly Finnerty

New York State Office of Mental Health  
New York, New York

Laura Flint  
Dartmouth Evidence-Based Practices Center  
Burlington, Vermont

Vijay Ganju  
National Association of State Mental Health Program  
Directors Research Institute  
Alexandria, Virginia

Susan Gingerich  
Narberth, Pennsylvania

Phillip Glasgow  
Wichita, Kansas

Howard H. Goldman  
University of Maryland School of Medicine  
Baltimore, Maryland

Paul G. Gorman  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

Gretchen Grappone  
Concord, New Hampshire

Eileen B. Hansen  
University of Maryland School of Medicine  
University of Maryland, Baltimore

Kathy Hardy  
Strafford, Vermont

Joyce Hedstrom  
Courtland, Kansas

Lon Herman  
Department of Mental Health  
Columbus, Ohio

Lia Hicks  
Adult and Child Mental Health Center  
Indianapolis, Indiana

Debra Hrouda  
Case Western Reserve University  
Cleveland, Ohio

Bruce Jensen  
Indiana University–Purdue University  
Indianapolis, Indiana

Clark Johnson  
Salem, New Hampshire

Amanda M. Jones  
Indiana University–Purdue University  
Indianapolis, Indiana

Joyce Jorgensen  
Department of Health and Human Services  
Concord, New Hampshire

Hea-Won Kim  
Indiana University–Purdue University  
Indianapolis, Indiana

David A. Kime  
Transcendent Visions and Crazy Nation Zines  
Fairless Hills, Pennsylvania

Dale Klatzker  
The Providence Center  
Providence, Rhode Island

Kristine Knoll  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

Bill Krenek  
Department of Mental Health  
Columbus, Ohio

Rick Kruszynski  
Case Western Reserve University  
Cleveland, Ohio

H. Stephen Leff  
The Evaluation Center at the Human Services  
Research Institute  
Cambridge, Massachusetts

Treva E. Lichti  
National Association on Mental Illness (NAMI)  
Wichita, Kansas

Wilma J. Lutz  
Ohio Department of Mental Health  
Columbus, Ohio

Anthony D. Mancini  
New York State Office of Mental Health  
New York, New York

Paul Margolies  
Hudson River Psychiatric Center  
Poughkeepsie, New York

Tina Marshall  
University of Maryland School of Medicine  
Baltimore, Maryland

Ann McBride (deceased)  
Oklahoma City, Oklahoma

William R. McFarlane  
Maine Medical Center  
Portland, Maine

Mike McKasson  
Adult and Child Mental Health Center  
Indianapolis, Indiana

Alan C. McNabb  
Ascutney, Vermont

Meka McNeal  
University of Maryland School of Medicine  
Baltimore, Maryland

Ken Minkoff  
ZiaLogic  
Albuquerque, New Mexico

Michael W. Moore  
Office of Mental Health and Addiction Services  
Salem, Oregon

Roger Morin

The Center for Health Care Services  
San Antonio, Texas

Lorna Moser  
Indiana University–Purdue University  
Indianapolis, Indiana

Kim T. Mueser  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Concord, New Hampshire

Britt J. Myrhol  
New York State Office of Mental Health  
New York, New York

Bill Naughton  
Southeastern Mental Health Authority  
Norwich, Connecticut

Nick Nichols  
Department of Health  
Burlington, Vermont

Bernard F. Norman  
Northeast Kingdom Human Services  
Newport, Vermont

Linda O'Malia  
Oregon Health and Science University  
Portland, Oregon

Ruth O. Ralph  
University of Southern Maine  
Portland, Maine

Angela L. Rollins  
Indiana University–Purdue University Indianapolis,  
Indiana

Tony Salerno  
New York State Office of Mental Health  
New York, New York

Diana C. Seybolt  
University of Maryland School of Medicine  
Baltimore, Maryland

Patricia W. Singer  
Santa Fe, New Mexico

Mary Kay Smith  
University of Toledo Toledo, Ohio

Diane Sterenbuch  
Bethesda, Maryland

Bette Stewart  
University of Maryland School of Medicine  
Baltimore, Maryland

Steve Stone  
Mental Health and Recovery Board  
Ashland, Ohio

Maureen Sullivan  
Department of Health and Human Services  
Concord, New Hampshire

Beth Tanzman  
Vermont Department of Health  
Burlington, Vermont

Greg Teague  
University of Southern Florida  
Tampa, Florida

Boyd J. Tracy  
Dartmouth Psychiatric Research Center  
Lebanon, New Hampshire

Laura Van Tosh  
Olympia, Washington

Joseph A. Vero  
National Association on Mental Illness (NAMI)  
Aurora, Ohio

Barbara L. Wieder  
Case Western Reserve University  
Cleveland, Ohio

Mary Woods  
Westbridge Community Services  
Manchester, New Hampshire

## 深い感謝を込めて

SAMHSAの物質乱用治療センター (CSAT) は、ツールキットの見直しやTIP42の並行配布の調整に協力いただいた。

また、以下の団体からも多大な寄付をいただいた。

The Robert Wood Johnson Foundation  
The John D. & Catherine T. MacArthur Foundation  
West Family Foundation

## 制作・編集・グラフィックサポート

Carolyn Boccella Bagin  
Center for Clear Communication, Inc.  
Rockville, Maryland

Sushmita Shoma Ghose  
Westat  
Rockville, Maryland

Julien Hofberg  
Westat  
Rockville, Maryland

Glynis Jones  
Westat  
Rockville, Maryland

Chandria Jones  
Westat  
Rockville, Maryland

Tina Marshall  
Gaithersburg, Maryland

Mary Anne Myers  
Westat  
Rockville, Maryland

Robin Ritter  
Westat  
Rockville, Maryland



## マルチメディアによる EBPの導入

「マルチメディアによるEBP（科学的根拠にもとづく実践）の導入」は、以下のようなさまざまな関係者に、併存性障害のための統合治療プログラムを紹介するための教育的ツールを集めたものである。

- 精神保健当局
- 物質乱用当局
- コミュニティ・メンバー
- 雇用主
- アドバイザー・グループのメンバー
- 当事者
- 家族や他の支援者
- 精神保健機関全体のスタッフ

統合治療モデルの研修を受けた人（プログラム管理者、統合治療専門家、就労支援専門家、アドバイザー・グループのメンバーを含む）なら誰でも、現任者研修ミーティングや地域関係者の理解促進のためのプレゼンテーションで、以下のツールを使うことができる。



## マルチメディアによるEBPの導入

導入ビデオ .....	281
パンフレットのサンプル .....	281
導入用パワーポイントプレゼンテーション .....	282
付録A：パンフレットのサンプル .....	285
付録B：パワーポイントプレゼンテーション .....	287

## マルチメディアによるEBPの導入

### 導入ビデオ

この映像では、統合治療プログラムの基本的な情報を提供する。内容は以下のとおりである。

- 実践原則
- 実践理念と有用性
- 統合サービスの基本原理
- EBPが当事者と家族にどのように役立つか

ツールキット内のDVDに英語版とスペイン語版の導入ビデオを収めている。

### パンフレットのサンプル

当事者、家族、コミュニティのメンバーに統合治療プログラムを紹介する際にパンフレットを用いると、併存性障害のための統合治療の基本情報を広めやすい。

この章の付録Aには、英語版とスペイン語版のパンフレットの紙媒体が含まれている。電子版はこのツールキットのCD-ROMに収録されており、統合治療プログラムに合わせてパンフレットを作成することができる。

## 導入用パワーポイントプレゼンテーション

エビデンスベースト・モデルの研修を受けている方は、このツールキットの導入用パワーポイントスライドを用いて、地域での理解促進のための基礎的なプレゼンテーションや現任者研修を行うことを推奨する。

本章の付録Bには、プレゼンテーションの紙媒体のコピーも含まれている。また、電子データはこのツールキットのCD-ROMに収録されているので、各機関の統合治療のプログラムに合わせて作り直すこともできる。

次のスライドでは以下の背景情報を提供する。

- EBPの全体像
- 実践原則
- エビデンスベースト・モデルの重要な要素

幅広く関係者を教育するために、このプレゼンテーションと本章の他のツールを一緒に使用すること。

## マルチメディアによるEBPの導入

### 付録A：パンフレットのサンプル

このパンフレットのサンプルは、各コミュニティで統合治療プログラムを紹介するために使用する。英語版とスペイン語版が次の数ページに用意されている。電子版は、ツールキット内のCD-ROMに収録されている。

### 付録B：パワーポイントプレゼンテーション

このプレゼンテーション資料は、コミュニティへの情報提供や講習、現任者研修で使用する。電子版は、ツールキット内のCD-ROMに収録されている。





# 併存性障害のための統合治療

併存性障害の方のニーズを満たすために精神保健と物質乱用治療を統合して行います。

付録A：配布チラシ（両面1枚）



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Abuse and Mental Health Services Administration Center for Mental  
Health Services  
[www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)

付録A

## 併存性障害のための統合治療とは

科学的根拠にもとづく統合治療プログラムでは、精神疾患と物質使用障害の複合的な治療を、同じ援助者または治療チームから受けることができます。

### 統合治療を行う理由

物質使用障害は重度の精神疾患のめる人々によく見られるもので、他の多くの問題を引き起こします。統合治療プログラムは、当事者の方々が問題を解決し、人生の有意義な目標を追い求めるために必要な希望、知識、スキル、サポートを身につけることを支援します。

### 統合治療の仕組み

- **統合されたサービス**  
併存性障害を拘える方たちのニーズに合わせて、精神保健と物質乱用治療が統合されます。
- **複数の研修を受けた援助者**  
統合治療の専門家は物質使用障害と重度の精神疾患の両方の治療を行うための研修を受けます。
- **段階に合わせた治療**  
統合治療の専門家は当事者のリカバリーの段階に合わせたサービスを提供します。
- **動機づけ介入**  
当事者の方がリカバリー目標を見出し、追求するのを助けるために動機づけ介入を用います。
- **認知行動的アプローチ**  
認知行動的アプローチを用いて、当事者の方が併存性障害に関連する思考・感情・行動を特定し、変化させます。
- **多様な形式**  
サービスは個人でもグループでも、セルフヘルプでも家族でも受けられます。
- **統合薬物療法サービス**  
薬物療法は他のサービスと統合されています。

統合治療のプログラムは、利用者のリカバリーの過程を全面的にサポートします。

## 〈付録B〉



### 併存性障害のための統合治療

#### 科学的根拠にもとづく実践

付録B：パワーポイント・プレゼンテーション  
付録Bには、コミュニティでの情報提供や教育セッション、または職任者研修で使用できるプレゼンテーションの紙媒体が収められている。プレゼンテーションの電子版は、本ツールキットに含まれるOD-ROMに収録されている。

 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
Center for Mental Health Services  
www.samhsa.gov

付録B



### 科学的根拠にもとづく実践とは

精神疾患のある人が希望する目標を達成するのを支援するにあたり、一貫して有効性が実証されているサービスさまざまに人々が徹密な研究を行い、同様の結果が得られたことで有効性が確立された。


付録B



### 科学的根拠にもとづく実践の例

- 併存性障害のための統合治療
- 援助付き雇用
- 包括型地域生活支援プログラム
- 家族に対する心理教育
- 疾病管理とリハビリ

付録B



### なぜ科学的根拠にもとづく実践を導入するのか

メンタルヘルスに関する新自由委員会 (the New Freedom Commission on Mental Health) によると、数十年にわたる研究にもとづく最先端の治療法が、研究から地域社会に還元されていない。

付録B

## なぜ科学的根拠にもとづく実践を導入するの（続き）

メンタルヘルスに関する新自由委員会によると、もし効果的な治療が精神保健サービスシステムを通じてより効率的に提供されれば…

何百万人ものアメリカ人が、学校や職場や地域社会でさらに活躍できるようになるだろう

—マイケル・ホーガン委員長—

付録B

## 併存性障害のための統合治療とは何か？

統合治療は、重度の精神疾患と物質使用障害を併発した人々のための研究で立証された治療モデルである

当事者は同じ援助者または治療チームから、精神疾患と物質使用障害の複合的な治療を受ける。

そして治療とリカバリーについて一貫したメッセージを受け取ることができる。

付録B

## 併存性障害のための統合治療の実践原則

- 精神疾患と物質使用の治療は、併存性障害を抱える当事者のニーズに合わせて統合される。
- 統合治療の専門家は、物質使用障害と重度の精神疾患の両方を治療するための研修を受ける。
- 併存性障害は段階的に治療され、段階ごとに異なるサービスが提供される。
- 動機付け介入は、治療のすべての段階、特に説得段階で用いられる。

付録B

## 併存性障害のための統合治療の実践原則（続き）

- 認知行動的アプローチによる物質乱用に対するカウンセリングは、積極的治療段階及び、再発予防段階にある当事者への治療に用いられる。
- 治療の中では、個人、グループ、セルフヘルプ、家族など様々な形式のサービスを利用することができる。
- 薬物療法は心理社会的なサービスと統合され、調整される。

付録B

## 統合された治療

精神保健と物質乱用の治療は、

- 同じチームが
- 同じ場所で
- 同じときに  
評価し、取り組む

治療は、併存性障害の人たちの個々のニーズを対象とし、組織的および臨床的レベルで統合されている。

## 段階的な治療

前熟考期一導入  
積極的なアウトリーチ、実用的な援助（住宅供給、権利付与など）、  
個人・家族・グループ・セルフヘルプの治療形式の紹介

熟考期と準備期一説得  
動機付けカウンセリングを通じた教育、目標設定、問題の意識づけ

## 段階的な治療（続き）

実行期一積極的治療  
認知行動的技法にもとづいたカウンセリングと治療、生活技能訓練、  
家族や自助グループによる支援

維持期一再発予防  
リラクス・プリベンション（再発予防）技法にもとづいた継続的な  
カウンセリングと治療、生活技能の向上、リカバリーを促す継続した支援

## 統合治療リカバリーモデル

- 希望が重要である。
- サービスと治療の目標は、当事者主導で設定する。
- 当事者に対する無条件の敬意と思いやりが必須である。
- 統合治療の専門家は、当事者との関係性を構築し、リカバリーを支援する役割を担っている。

## 統合治療リカバリーモデル（続き）

- 治療のアドヒアランスではなく、当事者の目標や機能に焦点を当てる。
- 当事者の選択、意思決定への参加、当事者と家族への教育が重要である。

付録B

## 統合治療リカバリーモデル（続き）

統合治療は、以下の望ましい実施結果と関連している。

- 物質使用の減少
- 精神症状と精神機能の改善
- 入院の減少
- 住居の安定性の向上
- 検挙回数の減少
- GOL（生活の質）の向上

— (Drake et al., 2001) —

付録B

## まとめ

併存性障害のための統合治療は、併存性障害のある当事者のリカバリーの過程で有用である。

この科学的根拠にもとづく実践の目標は、リカバリーの歩を進める当事者を支援することである。

統合治療プログラムにおいては、同じ援助者たちがひとつの現場で、精神保健と物質使用への介入を協調させながら行う。

当事者は治療とリカバリーについて、一貫したメッセージを受け取る。

付録B

## 追加資料

併存性障害の統合治療に関するさらなる情報や、他の科学的根拠にもとづく実践については、以下のURLへ

[www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)

付録B

---

## 併存性障害のための統合治療（日本語版）

Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders.

---

発行日：2024年8月1日

発行者：Team D-DRoPS

原著制作：米国保健福祉省 物質乱用・精神保健サービス局

日本語版監訳：高崎健康福祉大学 健康福祉学部 社会福祉学科 池田 朋広

発行：上武印刷株式会社

---

