

物質使用障害とその他の精神障害が併存している
人々（併存性障害者）への治療と支援
－依存症回復支援施設における 1 事例の検討－

江島 智子, 池田 朋広, 平山 晶一, 福島 ショーン

Treatment and support for persons with substance use disorders and
other comorbid mental disorders (co-occurring disorders):
A case study of an addiction recovery rehabilitation center

Tomoko Ejima, Tomohiro Ikeda, Shoichi Hirayama, Shonne Fukushima

《実践活動報告》

物質使用障害とその他の精神障害が併存している人々 (併存性障害者) への治療と支援 － 依存症回復支援施設における1事例の検討－

江島 智子^{1) 2)}, 池田 朋広^{1) 2)}, 平山 晶一^{3) 4)}, 福島 ショーン^{3) 4)}

併存性障害とは、物質使用障害とその他の精神障害が併存している状態を指し、専門的かつ適切な介入が求められる。しかし、現状では包括的な支援リソースに乏しく、各関係機関が協力し継続的に当事者の地域生活を支える必要がある。本稿では、併存性障害者に対して治療共同体モデルや個別ニーズに対応した専門プログラムを実践している依存症回復支援施設（A施設）において、1事例の支援実態について支援者が協議した内容を聞き取り調査した。まず事例支援記録を後ろ向きに調査し、支援者3名により支援実態を協議した。自由に語られた内容は①事例の回復過程について、②回復支援で役立った支援について、③今後の回復支援について、④回復支援における多職種連携について、の4点にまとめ考察した。

その結果、回復支援における基本姿勢として、柔軟、寛容、個別化の3点の姿勢が本人主体の支援提供のために必要であることが示された。次に、併存性障害者の治療・支援へのアクセスを保証するために、各関係機関の専門性を活かした緊密な連携体制の構築が重要であると考えられた。また、包括的な回復支援の実現には、連携をまとめる調整役を配置することも有用であることが確認された。今後、併存性障害の重症度や背景要因など、多様な治療・支援ニーズに対して連携方法や支援方針を確立することが求められていると考えられた。

キーワード：依存症，精神疾患，併存性障害，重複障害，自助組織

(2023年10月12日受理)

I. はじめに

近年、わが国における依存症患者への回復支援が議論される際に、併存性障害の問題が取り上

げられるが増えている¹⁾。ここで言う併存性障害とは、アルコールや薬物による物質使用障害とその他の精神障害が併存している状態を指す²⁾。併存性障害者への適切な回復支援が行われない場合、再発、犯罪、ホームレス、自殺などの負の転帰に陥りやすく、また、それぞれの障害が相互に影響しあうことが明らかになっている^{2) 3)}。併存性障害への治療・支援には包

¹⁾ 高崎健康福祉大学 健康福祉学部 社会福祉学科

²⁾ 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

³⁾ 特定非営利活動法人群馬ダルク

⁴⁾ 多機能型事業所トゥeday

括的な取り組みが求められるが、実際の支援では困難が伴う。物質使用障害に対しては自助組織を主体とする依存症回復支援施設などが、その他の精神障害に対しては一般の精神科医療や精神保健福祉が、それぞれ治療・支援の中核を担っている。このような棲み分けは、併存性障害に対する包括的な回復支援を提供する障壁になっている^{1) 2) 3)}。米国の調査では、併存する両障害の治療・支援を受けている者の割合は10%にも満たず、治療・支援へのアクセスの難しさが関係している可能性が高いと指摘されている⁴⁾。

日本の支援現場においても、併存性障害への治療・支援の確立は喫緊の課題とされている¹⁾。依存症回復支援施設において、併存性障害のある入所者が増加傾向にあり、その対応に苦慮している⁵⁾。依存症回復支援施設は、そこにつながる全ての依存症者を受け入れることを信条として掲げており⁶⁾、自傷他害などの理由で安全が保てない場合を除き入所を断わるケースは少ない⁷⁾。しかし、当事者の支え合いで成り立つ自助組織は、併存性障害に最適化された回復支援のリソースに乏しい。平井ら⁸⁾が全国の依存症回復支援施設職員に対して行った調査では、入所中の精神症状再燃を懸念する意見が大多数で、受け入れ条件として医療機関との連携、社会資源や専門知識の拡充を挙げた支援者が多かった⁸⁾。また、池田ら⁹⁾は、併存性障害者の精神科病院退院後の実態把握と地域生活における支援課題について検討を行い、当事者は日常生活全般の支援が必要である一方で、退院後に社会資源とのつながりが絶たれてしまうケースが多く、地域の支援機関は依存症特有の問題よりも併発する精神障害への対応に苦慮していることを明らかにした。

併存性障害の回復支援には、治療・支援機関が分断されている現状を解消し、各関係機関が協力体制を築いた上で、継続的に当事者の地域生活全般を支えることが必要不可欠となる。しかし、地域における併存性障害者への治療・支援の実態を報告した調査は少ない。そこで本稿は、併存性障害者に対する科学的根拠に基づく治療プログラムを地域の実情に合わせて実践している依存症回復支援施設（A施設）において、実際の支援実態について支援者が協議した内容について聞き取り調査を行い、それをもとに併存性障害者への望ましい治療・支援のあり方について考察した。

Ⅱ. A施設の概要及び支援者による協議と聞き取り調査

1) A施設の概要と回復支援の実際

A施設は、薬物・アルコール依存症者を対象とした男性専用の入所型回復支援施設として約20年前に地方都市に設立された。定員は約30名で、入所者の多くが精神科病院や刑務所からの紹介、または家族相談を通じて入所に至る。プログラム修了までの期間は18か月～2年と設定しているが、一度の入所では上手くいかない場合が多く、平均滞在期間は約3～5年である。現在は2棟の入所施設に加え、男女を対象とした通所型の自立訓練施設を開設し、物質依存のある者およびその家族への支援を行っている。

A施設では、併存性障害またはその疑いがあると施設長が判断する者が入居者全体の約1/3を占め、入所期間の長期化が問題となっている。特に、知的障害、統合失調症や発達障害などを持つ者への回復支援に苦慮している。

A施設が行う回復支援は、科学的根拠に基づ

く国内外の治療プログラムを施設の実情に合わせて最適化し活用している点を特徴とする。とりわけ、治療共同体モデルの導入と入所者の個別ニーズに対応する多種多様な専門プログラムを実施している点が強みと言える。以下に簡単に紹介する。

①治療共同体モデルの導入

治療共同体 (Therapeutic Community: TC) は、自助組織が運営する入所型の依存症回復支援施設を一般の形態とする¹⁰⁾。TCは変化と成長を促進する文脈とメカニズムを提供し、仲間をロールモデルに、仲間とのコミュニティを癒しの場として、向社会的な価値観を養うことが目標とされる。個人の変化は漸進的に進むとさ

れ、日々の日課や成長過程に応じた段階的な治療とされる「フェーズ制」が採用されている点が特徴となる¹¹⁾。フェーズ段階が上がるにつれて共同生活上の重要な役割を担い責任も重くなるが、同時に、所持金、所持物、行動範囲などの自由度も上がる仕組みになっている¹²⁾。

A施設においても、成長の指標として「導入」から「社会復帰準備」までの4つの段階を設定し、依存物質に頼らず人生の困難に対処するための責任と自助の精神の獲得を支援している。入所者は平日の日中は通所施設で実施される様々なプログラムに参加し、夜間は居住地域で実施される自助グループによるミーティングに出向いている（表1）。

表1 A施設の週間スケジュール

[illegible]

②個々の支援ニーズに併せた多種多様な専門プログラム

A施設の専門プログラムは、依存症からの回復を望む当事者や家族の様々なニーズに応じて提供されている。テーマは、病気の引き金、共依存、生きづらさなど、依存症だけではなく、心理社会的な問題にも目を向ける。介入方法は、集団認知行動療法、個別カウンセリング、12ステップ・ミーティング^{注1)}と様々な手法を用いる。その他にもスポーツプログラム、ボランティア活動、就労体験などがある。

またA施設では、併存性障害のある、またはその疑いがあると施設長が判断する者を対象とした併存性障害の専門プログラムを開発し実施している。プログラムは専用のワークブックを使用し、疾病教育、クライシスプラン、ストレスマネジメント、希望についてなどをテーマに、回復志向の内容となっている。ファシリテーターは外部からの福祉専門職1名が務め、コファシリテーターはA施設当事者スタッフ1名が担い、2名共同で進める。

2) 支援者による協議と聞き取り調査

聞き取り調査は、2023年2月から2023年8月の期間で行った。まず、事例対象者を把握するため、支援記録の後ろ向き調査を実施した。支援記録は、基本属性と支援経過の記録、性別、

年齢、最終学歴、婚姻歴、就労の状況、生活状況、診断、治療歴、犯罪歴などを確認した。その後、支援者3名で事例の支援実態を協議した。協議は筆頭著者が聞き取り、その内容をまとめた。協議協力者は、A施設当事者スタッフ2名とA施設で実施する併存性障害者専門プログラムのファシリテーションを行う外部の福祉専門職1名の計3名とした。3名の概要は表2の通りである。また、協議を円滑に進行していくため、次の6つのプロンプトを用意した。①事例対象者の物質使用障害の回復過程について、②事例対象者の精神障害の回復過程について、③事例対象者の併存性障害に対する治療で役に立った支援について、④事例対象者の併存性障害に対する治療で役に立つと思われる支援について、⑤併存性障害のある者の回復に必要な支援について、⑥地域の依存症回復支援施設において併存性障害者への支援を行うことについて、筆者は協議協力者が自由に語れるように配慮した。協議はプライバシーの守られる場所で、2023年6月に約1時間実施した。協議協力者の了解を得て、ICレコーダーで録音し逐語化した。

3) 倫理

本稿は高崎健康福祉大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会の承認（高崎健

表2 協議協力者の職種と支援歴

#	所属	職種	支援歴
1	A施設	当事者スタッフ（法人代表）	21年
2	A施設	当事者スタッフ（施設長）	15年
3	福祉系大学	社会福祉士、精神保健福祉士（大学病院精神科単科病院での支援歴22年）	26年

康大倫第2244号）を得て、個人情報の保護に十分に留意して行った。さらに事例の使用にあたっては、同委員会の規定に準じた形式に沿って本人及び施設の同意を得て、論旨に支障のない範囲において事例内容に変更を加えた。なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

Ⅲ. 事例紹介と支援者による協議結果の要旨

1) 事例紹介

【事例】男性（以下、B氏）

【診断名】統合失調症、薬物依存症（脱法ハーブ）、軽度知的障害

【基本属性】30歳代後半、最終学歴中学校卒、IQ60台後半、婚姻歴無し、生活保護受給中

【生活歴・現病歴】同胞1名中第1子として出生。その後すぐに父親の仕事の都合で国外へ転居した。父親は暴力的で、母親へのDV、本人への虐待、薬物乱用があった。父親が銃で撃たれる場面を目撃し、5歳時に両親離婚し母親と帰国した。6歳時に言葉の発達が遅く夜尿があったためCクリニックを受診し「外傷性ストレス障害」の診断を受け、精神科病院入院経験もある。小学校は特別支援学級にも在籍、中学1年生からいじめにより不登校、15歳時に幻覚妄想状態となりD病院精神科救急を受診するが1日で退院。その後の外来治療を自己中断した。16歳で飲食のアルバイト、17歳で鉄筋工に従事したが、以後無職となった。18歳時に友人の勧めで脱法ハーブを初回使用、20歳から単独使用し普段より多めに吸引し興奮状態となったためE病院に任意入院するも、退院要求があったため医療保護入院となった。衝動的自傷行為や独語空笑を

認めたが2週間で症状改善、住居調整を理由とした入院継続の方針が決まった。しかしその夜に無断離院し、自主退院となった。同年、「強盗しろ」という幻聴に脅され、ナイフを人に突きつけ強盗を行ったため、懲役3年保護観察付執行猶予4年の判決を受けた。なお犯行時、薬物は未使用だった。その後は身体症状を訴え複数の病院を受診するが自己中断を繰り返し、21歳時に幻視や幻聴を訴えF病院に入院した。退院後に居住地の依存症回復支援施設へ入所するが1日で退所、しばらく知人宅に身を寄せた後、F病院へ再入院した。退院後に県外の依存症回復支援施設へ入所したが、本人の希望でA施設へ移った。以後、外来通院継続し自立訓練施設に週5日通所している。現在入所10年目で、5回の失踪歴がある。現在、本人は平和な環境で元気に健康でいたい、仕事（商売）をしたいと希望している。

2) 支援者による協議結果の要旨

B氏への回復支援の実態について、支援者がプロンプトを参考に協議した。3名が自由に語った内容を聞き取り、逐語録を作成し、次の4点に分類した。以下に、その要旨を紹介する。

①事例の回復過程について

A施設入所後は主要な依存物質の使用はなく、クリーンタイムは6年になったことが報告された。別の物質使用が1回あったが、他者に誘われて断れなかったか、うまく利用されたかではないかと考えている。幻聴などの精神症状に対しては、処方薬の調整やA施設が安心できる場になっていることで落ち着いてきた。B氏は幻聴の消失を喜んでいるという報告がある一方、現在も独語や空笑が残存しているとの意見

もあった。服薬自己管理に課題があり、支援者へ虚偽の報告が続いており、A施設退所後は自己中断するだろうと推測された。B氏が症状を隠蔽する理由の1つは、他県に暮らす母との生活に戻りたいためと考えられていた。辛さや厳しさが伴う作業従事に課題があることや、同年代の仲間との対人関係が希薄であることが指摘された。

成長点として、施設を無断で抜け出すことが無くなったこと、週3回は散歩に行くようになったことが挙げられた。但し前者については、母親から禁止されたので控えているとも考えられた。

以上を総括し、A施設が安全な場所で、一緒に余暇などを過ごしてくれる仲間がいる居場所になっているのであれば、併存性障害の回復に寄与しているのではないかと評価された。

②回復支援で役立った支援について

まず1点目として、知能検査を受け、その後本人へ告知したことが挙げられた。本来はB氏の回復支援が進まず、薬物や統合失調症以外の可能性を支援者が把握する目的で実施した。しかし、「出来ないことや理解できないことは必ずしも悪いことではない」と前置きの上で検査結果を告知したところ、B氏の障害受容過程に肯定的な変化があった。

2点目としては、柔軟な個別支援である。併存性障害だから個別支援が行われるのではなく、「一人ひとりには違いがあり、それぞれの特性に合わせた支援をすることが一番平等の支援になる」という支援者の考えが語られた。その方針に基づき、入所者に最低限課していた支援の枠組みを、B氏に対しては更に拡大したことが報告された。「本人に必要なこと、本人が

できること、本人にやらせなくてはいけないこと」をB氏の回復のペースを尊重しながら取り組めるようにしていた。同時に、B氏へのこれらの対応によって仲間の不公平感が増したり、B氏が施設で居づらさを感じないような配慮もしていた。

3点目は、併存性障害者専門プログラムの実施が挙げられた。ファシリテーターとの良好な関係や否定されない居場所として、B氏の回復に良い影響をもたらしていると評価された。

他にも、幼少期のトラウマの影響からB氏がいじめや暴力に敏感であることから、安心して過ごせるよう施設内のいじめには厳しく対処をしていることが語られた。

③今後の回復支援について

薬物依存及び統合失調症に加え軽度知的障害があるため、今後の支援方針については苦慮している現状が報告された。現在B氏は薬物使用がなく、施設で問題を起こしていない。そのため、当初外部の支援者はB氏が精神障害者を対象とする就労支援施設へ通所ができると見立てていた。しかしB氏の現状を確認後、継続性の困難が予想されるという評価変更がなされた。実際他施設への移動も検討されたが、作業プログラムへの参加や人間関係の維持等に問題を抱える可能性があり、B氏の回復には逆効果になると判断された。

また、回復の将来像として雑貨屋で働く夢があるものの、現実検討に課題があり、実現には困難が予想された。作業への従事に課題がある一方で、「本人の夢を否定することや無理だと伝えること」には支援者として違和感があり、どのように支援を進めていくべきか悩んでいることが語られた。

母親との同居の希望については、親の高齢化や共依存等を理由に、現実的には難しいとされた。TCのフェーズ制を基準として、時間をかけてB氏が自分を受け入れて回復していく姿を見守っていく方針が確認された。「A施設が居場所となり、夢はあるけれども『でも、これでもいいのかな』と感じてもらえれば、それがB氏にとっての1つの回復の姿ではないか」とも語られた。

④回復支援における多職種連携について

多職種連携については、「現場の声を聞いてほしい」との要望が挙げられた。例えば、処方薬の調整を本人が希望した場合、それは回復に必要なかどうか、評価の際には現場の意見を取り入れて判断をして欲しいと考えていた。意見が尊重される連携は有効な協力体制が築きやすく、支援計画が現実的なものになり、回復支援に役立つと考えていた。一方で、外部の専門職が担う対象障害は多岐にわたるため、依存症に特化された支援者は育成されにくいと感じていた。

他にも、ラベリングの弊害について協議された。専門職が介入する際、誤った先入観や思い込みが支援の幅を狭め、回復支援へのアクセスを阻む要因になりうると考えられた。

ため、併存性障害者を対象としたTC介入モデルにおいても、標準的なTCと比較し、より柔軟で、より緩やかで、より一層の個別化の実施が根本的な改善点とされている^{2) 11)}。B氏に対する支援においても、従来からある治療・支援の枠に当てはめるのではなく、本人の適性や能力を再評価し、B氏の成長過程にあわせた柔軟な個別支援行っていた。これらの姿勢は、併存性障害者への回復支援には大切な点であると考えられた。一方、このような配慮が行き過ぎたものになり、施設生活から治療・支援の要素が失われないよう注意が必要だと考えられた¹³⁾。このようなリスクを回避するため、A施設ではTCのフェーズ制を活用し、施設が“ただ住む場所”にならないよう、各フェーズの昇格基準の決定には個別対応をしていた。このように、3つの基本姿勢は本人主体の回復支援を提供するために、重要であると考えられた。

また、A施設職員によるこれらの基本姿勢の実践は、B氏が安心や安全を感じることできる居場所の提供を目的に、明確な意図を持って行われていると考えられた。これは、B氏の子供時代の逆境体験やその経験に起因した自己肯定感の低さ等の背景要因に配慮した、トラウマ・インフォームドな支援にもつながると推察された¹⁴⁾。

IV. 考察

1) 回復支援における基本姿勢

今回の聞き取り調査から、併存性障害者への回復支援の基本姿勢として、柔軟、寛容、個別化の3点の姿勢が大事であることが示された。併存性障害者は、認知機能や生活機能に課題を抱え、要求水準が低く組織構造への耐性が弱い

2) 治療・支援へのアクセスを保証する連携体制

これまでの併存性障害介入モデルは、両障害の治療・支援体制が分断されている現状を反映し、回復支援へのアクセスが制限される側面があった。1つの障害が安定するまで別の障害の治療・支援が開始されないことや、各障害の支援機関を行き来する必要がある、当事者の最善の利益を迫及するものではなかった^{2) 3)}。一方、

本調査の考察では、併存性障害者の治療・支援へのアクセスを保証するために、各関係機関の専門性を活かした緊密な連携体制の構築が重要であると考えられた。その際には、各機関をつなぎ、まとめる調整役を配置することも重要であることが確認された。B氏の支援では、A施設が調整役を担い、協力機関の選定や連携体制の強化を図っていた。

また、併存性障害の治療・支援体制の分断を解消する介入モデルとして、両障害を同時に同じチームが治療・支援を行う「統合」モデルが欧米を中心に注目され、各関係機関の積極的な協力体制の確立が奨励されている^{2) 3)}。日本においても、不足するリソースを補完し合う協力体制の確立に向けた現実的な議論が期待される。その際、A施設の支援のあり方は、統合モデルの概念を取り入れた実践例として参考になると考える。

また、連携体制の構築に影響を及ぼす別の要因として、併存性障害に対するスティグマが挙げられている¹⁵⁾。特に物質使用障害に対して支援者が持つ忌避的な感情は、適切な回復支援へアクセスする障壁になっているとの指摘もある¹⁶⁾。このような偏見は、支援者から当事者へ向けられるだけでなく、支援者間でも起こりえる。そのため、支援者同士が学び合い正しい知識を身につけることは、アクセスを保証するために大事な点であると考えられた。

3) 今後の課題

本稿で対象とした事例は1例に留まり、薬物依存症と統合失調症のある者を対象とした。しかし本来の併存性障害は、使用物質や精神疾患の違い、またそれらの重症度の差異など、異種性に富むものである。両障害を重症度別に4群

に分けた米国の研究では、重症度が最も高いグループ（例えば、物質依存症、統合失調症、複数の精神障害合併）が約半数の割合で存在し、最も低いグループ（例えば、不安・気分障害、人格障害、行為障害、物質乱用）は約10%、その他の2グループは約20%を占め^{15) 17)}、幅広い分布が確認されている。併存性障害者が抱える障害や疾病の種類は多岐にわたり、重症度や背景要因を踏まえた検討が必要である。また、軽度知的障害が併存性障害者へ与える影響については、今回十分検討できなかった。知的障害者に対しては個々の特徴に合わせた支援が求められていることや¹⁸⁾、司法領域で軽度知的障害のある併存性障害者への処遇が課題となるなど¹⁹⁾、対応の困難さは併存性障害との共通点が認められる。以上のことから、今後は多様な治療・支援ニーズのある併存障害者を対象に、多職種連携や支援方針を確立していくことが求められる。

注

- 注1 12ステップは、AA (Alcoholics Anonymous) やNA (Narcotic Anonymous) などの自助グループで取り入れられる回復プログラム。物質を使わない新しい生き方の獲得を目的に、「言いつばなし、聞きつばなし」と呼ばれるミーティングが行われる⁶⁾。発言者へのフィードバックを行わず、偽りのない語りと参加者の安全性を守るとされる¹²⁾。

謝辞

本調査を実施するにあたり、調査に快くご協力くださった皆様、執筆のご指導をくださった先生方に感謝申し上げます。

文献

- 1) 厚生労働省：依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会報告書. 2013, https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoukenfukushibu/izon_05.pdf. (参照2023年6月30日)
- 2) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): TIP 42: Substance use treatment for persons with co-occurring disorders, 2020, <https://store.samhsa.gov/product/tip-42-substance-use-treatment-persons-co-occurring-disorders/PEP20-02-01-004>. (参照2023年6月29日)
- 3) Drake RE, Essock SM, Shaner A, et al.: Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469-476, 2001
- 4) Han B, Compton WM, Blanco C, et al.: Prevalence, Treatment, And Unmet Treatment Needs Of US Adults With Mental Health And Substance Use Disorders. *Health affairs*, 36 (10), 1739-1747, 2017
- 5) 厚生労働省：2013年1月31日第3回依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会議事録. 2013, <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ymhl.html> (参照2023年6月30日)
- 6) 近藤恒夫：薬物依存一回復のための12章 DARC10年の軌跡. 大海社, 1997
- 7) 池田朋広, 小池純子, 幸田実, 他：物質使用障害と精神病的障害を併せ持つ者への地域支援策の検討：薬物依存症リハビリテーション施設への全国調査から, *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 49 (6), 340-355, 2014
- 8) 平井秀幸, 高橋幸司, 梅野充, 他：薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査, 平成19年度障害保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）, NPO法人東京DARC, 2009
- 9) 池田朋広, 山田光彦, 井口喬：地域における覚せい剤乱用者の実態と支援に関する研究－精神および行動の障害における二重診断例を中心に－, *日本社会精神医学会誌*, 14 (1), 55-65, 2005
- 10) National Institute on Drug Abuse (NIDA): What Are Therapeutic Communities? 2015, <https://archives.nida.nih.gov/publications/research-reports/therapeutic-communities/what-are-therapeutic-communities> (参照2023年8月21日)
- 11) Sacks S, Sacks JY, De Leon G.: Treatment for MICAs: design and implementation of the modified TC. *Journal of psychoactive drugs*, 31(1), 19-30, 1999
- 12) 引土絵未：物質をやめた後の情緒的つながりの回復のために 治療共同体エンカウンター・グループ. 物質使用障害の治療, 松本俊彦編, 169-182, 金剛出版, 2020
- 13) De Leon G.: Residential therapeutic communities in the mainstream: diversity and issues. *Journal of psychoactive drugs*, 27(1), 3-15, 1995
- 14) SAMHSA: SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014. 大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター・兵庫県こころのケアセンター訳：SAMHSAのトラウマ概念とトラウマインフォームドアプローチのための手引き. 2018. <https://www.j-hits.org/document/child/page6.html> (参照2023年8月21日)
- 15) 森田展彰：薬物使用障害とその他の精神障害が併存する事例に対する治療. こころの臨床アラカルト, 29 (1), 103-106, 2010
- 16) 松本俊彦：薬物依存患者の行く末－足抜け出来る日は来るのか？ 精神保健研究, 62, 47-52, 2016
- 17) McGovern MP, Clark RE, Samnaliev M.: Co-occurring psychiatric and substance use disorders: a multistate feasibility study of the quadrant model. *Psychiatric services*, 58(7), 949-954, 2007
- 18) 田中美歩：知的障害児・者のメンタルヘルスに関する研究動向－特別支援教育における支援・指導の充実に向けて－. 東京学芸大学紀要, 73, 309-314, 2022
- 19) 池田朋広：違法薬物依存症へのソーシャルワーク. ソーシャルワーク研究, 46 (2), 39-48, 2020