

薬物乱用に対する治療後の
ルーティン経過モニタリング
のための簡潔な方法

2013年 9月16日

**Richard D. Lennox, Marie A. Sternquist
and Dr. Alfonso Paredes**

リチャード・D. レノックス、マリー・A. スタークイスト
アルフォンソ・パレデス博士



薬物乱用に対する治療後の
ルーティン経過モニタリング
のための簡潔な方法



2013年9月16日

Richard D. Lennox
Chestnut Health Systems

リチャード・D. レノックス・チェスナット・ヘルス・システムズ

2404 Western Park Lane, Hillsborough, NC 27278, USA

Marie A. Sternquist
Independent Research Consultant

マリー・A. スタークイスト・独立研究コンサルタント

14650 Wildien Drive, Anchorage, AK 99516, USA

Alfonso Paredes
精神医学名誉教授

アルフォンソ・パレデス・カリフォルニア大学ロサンゼルス校

University of California at Los Angeles

薬物乱用に対する治療後の ルーティン経過モニタリング のための簡潔な方法

リチャード・D.レノックス、マリー・A.スターンクイスト、アルフォンソ・パレデス博士
リベルタス・アカデミカによるピア・レビューおよび出版

要旨

ケアの質を管理し、患者の満足度を改善し、治療の資源を割り当てる目的で、薬物乱用に対する治療の経過を定期的に収集しているが、現在のところ、ふたつの主要な問題によって阻まれている。(1) 治療終了後にクライアントの所在を突き止めるのが難しいこと。(2) 治療後に有意な、信頼の置けるデータを得るには法外なコストがかかること。この研究は、スタッフが中核的な要素を18項目で測定する電話アンケートを使った、経済的なルーティン経過モニタリング (Routine Outcome Monitoring, ROM) システムのための、正確な方法を調査したものである。オクラホマのナルコノン (振舞いや社会的な技能を基盤とした、宿泊型薬物リハビリテーション・プログラム) で実施されているように、このシステムは、臨床的に有用な情報を提供する一方で、集約的な報告手段として精神測定上、適切であると確定された。

この研究は、オクラホマのナルコノン (以下「ナルコノン」) によって開発、実施されている、薬物/アルコール・リハビリテーション・プログラム終了者の経過を長期にわたってモニターする手順を分析した。この研究論文は、ナルコノン・プログラムで用いられている、中核的な要素を18の項目で測定する電話アンケートを使った、経済的なルーティン経過モニタリング (Routine Outcome Monitoring, ROM) とその経過モニタリングにおける結果を詳述するものである。

ルーティン経過モニタリングの目的は明確である。普遍的な治療効果、不変性、コスト・パフォーマンスを確保すること。治療の全体的な質を向上させること。そして、その成果および経過をモニターし、治療の質を保つことによって、健康サービス供給者の資金源に対する説明責任を確保することである。

この治療介入を完全に終了した後、クライアントが家族、従業員、団体の一員として最小限の監視下で生活している際に行われる体系的な追跡は、行動保健の分野におけるプログラムの真の効果

を示す、最も説得力のある方法のひとつである。プログラム後の有意なデータを収集するという目的は述べられているが、効果のモニタリング法に関する取り組みの大部分はいまだに発展段階にある。データ収集に限界をもたらすのは、次のような要因である。(1) 治療施設を去った後のクライアントの追跡が困難である。(2) 薬物依存に対するサービスを提供することが主な機能である治療スタッフをデータ収集に使っている。(3) 個人面接や他の時間のかかる手続きに頼っている。これらは費用がかかり、スタッフの相当なトレーニングを要し、またフォローアップの複雑さゆえに、データが紛れたり失われたりする可能性がある。

ナルコノンが開発した手順は、電話によるルーティン経過モニタリングを合理化したもので、継続的なケア機関という意味合いで行われている。短い経過アンケートを利用するため、簡潔で、小規模な施設においてもスタッフの通常業務内の作業として行うことができ、リサーチ方法のトレーニングを受けていない人でも実施することができるという利点がある。その手順によって、プログラムは素早くフィードバックを得ることができ、したがって、プログラムを終えた後に困難を抱えたクライアントを見付け、対処することができる。同時に、リハビリテーション・プログラムの全体的な効率をモニターするのに有用なデータを収集することができ、それによって、プログラム管理者はプログラムの効率を高めるために必要な調整を行うことができる。

この研究の目的は、薬物リハビリテーション・サービスの成果を測定、改善する道具としての、治療後のルーティン経過モニタリング (ROM) システムの有効性を評価するものである。これを達成すべく、ナルコノン・インターナショナルとサイコメトリック・テクノロジー社は、有用なモニタリング・データを得るための科学的な方法論を開発し、すでにナルコノンで行われていた、登録、ケース管理、クライアント追跡の各システムと連携してそれを実施した。最初は10項目のアンケートが開発されたが、アフターケアとケース管理のスタッフからの推奨により、研究の過程で拡大された。最終的にアンケートは次のようにまとめられた。過去30日間に取ったと本人が報告した薬物とアルコールの使用についての質問が6問、治療後の一般的な薬物使用についての質問が2問、過去30日間の生活の質の問題に当てられた質問が5問、その他、再びコミュニティーに融け込むことに関しての好結果を評価するのに有用な質問がいくつか。

この方法とROMの方法論を開発し評価するという目的のため、プロジェクトの対象者はナルコノン・プログラムを完了した人（「卒業者」と呼ばれる）に限られた。ナルコノン・スタッフは、2004年から2007年の間にプログラムを完了した人のリストを編纂した。

その後、アフターケアのスペシャリストが電話でROMアンケートを実施した。最初に、卒業者への電話のアンケートに加えて、卒業者からのデータが信頼できるものであるかどうかを評価するために、卒業者の近親者にもアンケートを行った。卒業者からのデータと近親者からのデータの間に密接な統計的関連が見られると判明してからは、3回試みても卒業者と直接連絡が取れない場合に限り、データを得るために近親者にアンケートが行われた。

得られたデータは、連邦と地方の機密法に則って匿名化され、サイコメトリック・テクノロジー社に分析のため送られた。

データは、自らのコミュニティーに戻った419人の対象者のうち323人から得られ、データ不足は22.9%となった。最初の抽出時点ではフォローアップ率は十分ではなかった。この分野¹での他の研究者の成功例を見直し、以下の点で改良がなされた。(1) スタッフは、簡潔な登録フォームを用いて、近親者の複数の電話先や住所の連絡先と同様に、クライアントから複数の電話先やEメールの連絡先を収集するようトレーニングを受けた。(2) 連絡先情報はすべて、帰宅の際に確認され、最新のものにされた。(3) フォローアップ手順の各ステップを体系化するため、書面によるチェックリストが導入された。この結果、治療後の連絡率は確実に改善し、80%にまで上がった。

卒業者と近親者（二次的な情報源）からのデータは、統計学的に分析され、高い率で一致していることが明らかになった。これにより、ROMアプローチで用いられる本人による報告の正当性が確立された。データ全体のうち、72.1%のデータは卒業者本人によるものである。

ナルコノン・プログラム卒業者の薬物問題再発の程度を決定するため、これらのデータが分析された。以下の結果は、卒業者（または二次的な情報源）が、アンケート前30日間の薬物使用について尋ねられた際のものである。

表5 薬物に関する問題の再発

薬物使用と問題	フォローアップ時の薬物問題			
	卒業者 (N = 238)		近親者 (N = 94)	
	なし	1日以上	なし	1日以上
1. 30日：いくらかのアルコール	180 (76)	58 (24)	62 (66)	32 (34)
2. 30日：中毒作用を示すまでのアルコール	216 (91)	22 (09)	85 (90)	9 (10)
3. 30日：コカイン	228 (96)	10 (05)	79 (85)	14 (15)
4. 30日：マリファナ/ハシッシ	224 (94)	14 (06)	89 (96)	4 (04)
5. 30日：ヘロイン	233 (98)	5 (02)	83 (89)	10 (11)
6. 30日：その他の違法薬物	230 (97)	8 (03)	80 (86)	13 (14)
7. 卒業以来：中毒作用を示すまでのアルコール	165 (69)	73 (31)	52 (56)	41 (44)
8. 卒業以来：その他の違法薬物の使用	173 (73)	65 (27)	53 (57)	40 (43)
9. 30日：薬物に関する違法行為のため逮捕	228 (96)	19 (04)	85 (91)	8 (09)
10. 30日：留置所で一夜を過ごした	231 (97)	7 (03)	82 (88)	11 (12)
11. 30日：薬物使用のためにストレスを感じた	119 (90)	14 (11)	43 (80)	11 (20)
12. 30日：重要な活動を減らす、あるいはあきらめた	128 (96)	5 (04)	42 (78)	12 (22)
13. 30日：感情的問題を体験した	120 (90)	13 (10)	39 (74)	14 (26)

注釈：括弧の中の数字は、有効な返答のパーセントを示す。

特に注目すべきなのは、プログラムの手順の効果を確立するために、プログラム参加者の30日後の薬物およびアルコールの使用率がモニターできることである。この場合は、上の表5にあるように、以下のようなデータとなっている：

コカインの無使用	92%
マリファナ/ハシッシの無使用	94%
ヘロインの無使用	95%
その他の薬物の無使用	93%
中毒作用を示すまでのアルコールの無使用	90%
アルコールの無使用	76%

ROMの手順を導入する際の付加的な目的のひとつは、プログラム卒業者が薬物およびアルコール使用でさらに困難を抱えた場合に備え、援助のためのモニタリングができるかどうかを決定することであった。この目的のために、プログラム終了後にリハビリテーション・サービスを必要としたかどうかを判断する質問が加えられた。プログラムを完了した人のわずか12%がさらなるリハビリテーション・サービスを必要としたと報告された。

このレポートは、薬物乱用に対する治療施設でのルーティン経過モニタリング（ROM）システムの実行性を示すものである。電話による復帰管理によって、以下のいくつかの要因に対処することができる。

(1) 個人に合ったケアという信条を持って、復帰を安定させ、持続させる。(2) 治療を完了した後施設に戻ることに関する不名誉を避けることができる。(3) 治療施設から離れたところに住んでいるクライアントに連絡を取ることができる。(4) 潜在的なスタッフや財政上の負担を避けることができる。

ROMシステムを用いて得られたデータは、助成金に対する報告義務や機関の認定条件を満たしていることを証明するのにふさわしいようである。最初のフォローアップの時点を除き、このプロジェクトは一定して80%を超えるサンプル抽出を行い、スタッフのトレーニングはそれほど要求されなかった。プロジェクトの初期の段階で行われた二次的な検証により、「感謝からの証言」という偏りが最小限であることがわかった。「感謝からの証言」とは、クライアントが好結果を報告できないために、カウンセラーの感情を傷付けないようにと望み行う証言である。³⁹これが最小限だったのは、フォローアップに治療担当スタッフ以外を使ったためであると考えられる。

このプロジェクトは、期待通りの成果が得られなかったものを含め、引き続き治療の成果を改善するために、あるプログラムからの要請によって行われた。治療プログラム・スタッフを自分の成果のモニタリングに従事させること、得られたデータを管理側の決定要素に組み込むことは、治療の成果改善に対する、より大きな責任感につながるであろう。資金提供に対する第三者の判断材料としての治療効果の見積もりは、電話を使ったROMによる10%の無作為な、独立したサンプル抽出で確認することによって強化され得るであろう。

このプロジェクトはプログラムを完了したクライアントにのみ焦点を絞っている。フォローアップ率、そして特に経過データは、その完全なケアを受けた人に対してのみ汎用化することができる。さらにこのROMシステムを改良するための将来のプロジェクトによって、プログラムを開始した人全員のカテゴリーすべてに対する実行性を追求すべきであろう。質を確実にし、プログラムを改良する意味で、未完了のままプログラムを離れる人からのデータを得ることも重要である。

治療終了後の薬物使用に対するクライアントの態度を改善するために、質の高い治療が必要である。どのROMシステムにおいても第一の目標は、長期にわたり経過を継続して追跡することである。それによって治療の経過のどのような変化も評価し、結果、治療の質あるいは傾向に改善がもたらされる可能性があるからである。

この研究全体のPDF版は以下でダウンロードできます。

<http://www.la-press.com/a-simplified-method-for-routine-outcome-monitoring-after-drug-abuse-tr-article-a3885>

参考文献：

1. Glasner-Edwards S, Rawson R. Evidence-based practices in addiction treatment: review and recommendations for public policy. *Health Policy*. Oct 2010;97(2-3):93-104.
2. Rosa C, Ghitza U, Tai B. Selection and utilization of assessment instruments in substance abuse treatment trials: the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network experience. *Substance Abuse and Rehabilitation*. Jul 17, 2012;3(1):81-9.
3. 111th Congress of the United States of America. GPRAModernization Act of 2010. Washington, DC; 2010 <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr2142enr/pdf/BILLS-111hr2142enr.pdf>. Accessed Jul 21, 2013.
4. Darby K, Kinnevy SC. GPRAModernization Act of 2010 and the development of performance measures. *Journal of evidence-based social work*. Jan 2010;7(1):5-14.
5. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) Data Collection Tools: Discretionary Services. Available at: <https://www.samhsa-gpra.samhsa.gov/CSAT/System.aspx>. Accessed Jul 22, 2013.
6. McCorry F, Garnick DW, Bartlett J, Cotter F, Chalk M. Developing performance measures for alcohol and other drug services in managed care plans. Washington Circle Group. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*. Nov 2000;26(11):633-43.
7. Harrison PA, Asche SE. Outcomes monitoring in Minnesota: treatment implications, practical limitations. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Dec 2001;21(4):173-83.
8. Soldz S, Panas L, Rodriguez-Howard M. The reliability of the Massachusetts Substance Abuse Management Information System. *J Clin Psychol*. Sep 2002;58(9):1057-69.
9. Evans E, Hser YI. Pilot-testing a statewide outcome monitoring system: overview of the California Treatment Outcome Project (CALTOP). *Journal of Psychoactive Drugs*. May 2004;Suppl 2:109-14.
10. Minnesota Department of Human Services. DAANES Web User Manual for Chemical Dependency Treatment Programs. Minnesota Department of Human Services, DAANES Data Processing Unit, Performance Measurement and Quality Improvement Division Saint Paul, Minnesota, 2013. http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/business_partners/documents/pub/dhs16_152493.pdf. Accessed Jul 21, 2013.

11. Company. *Minnesota's Statewide Strategy for Drug and Violent Crime Control*. DIANE Publishing Company; 1995.
12. Chi FW, Parthasarathy S, Mertens JR, Weisner CM. Continuing care and long-term substance use outcomes in managed care: early evidence for a primary care-based model. *Psychiatric Services*. Oct 2011;62(10):1194–200.
13. Wilkerson D, Migas N, Slaven T. Outcome-oriented standards and performance indicators for substance dependency rehabilitation programs. *Substance Use and Misuse*. Oct–Dec 2000;35(12–14):1679–703.
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Alcohol and Drug Services Study (ADSS): The National Substance Abuse Treatment System: Facilities, Clients, Services, and Staffing. Office of Applied Studies. Rockville, MD, 2003. <http://www.samhsa.gov/data/ADSS/ADSSOrg.pdf>. Accessed Jul 21, 2013.
15. McKay JR, Van Horn DH, Oslin DW, et al. A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: within-treatment substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Dec 2010;78(6):912–23.
16. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettinati HM. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. Feb 2005;62(2):199–207.
17. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk R, Passetti LL. Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jul 2002;23(1):21–32.
18. Paredes A. The Narconon Drug Rehabilitation Program: A descriptive overview. http://www.narconon.org/Narconon_program_overview_DrParedes.pdf. Accessed Aug 6, 2013.
19. Schnare DW, Denk G, Shields M, Brunton S. Evaluation of a detoxification regimen for fat stored xenobiotics. *Medical Hypotheses*. Sep 1982;9(3):265–82.
20. Cecchini M, LoPresti V. Drug residues store in the body following cessation of use: impacts on neuroendocrine balance and behavior—use of the Hubbard sauna regimen to remove toxins and restore health. *Medical Hypotheses*. 2007;68(4):868–79.
21. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1992;9(3):199–213.

22. Moos RH, King MJ. Participation in community residential treatment and substance abuse patients' outcomes at discharge. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jan–Feb 1997;14(1):71–80.
23. Prendergast ML, Podus D, Chang E. Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: an examination using meta-analysis. *Substance Use and Misuse*. Oct–Dec 2000;35(12–14):1931–65.
24. Moos RH. Theory-based processes that promote the remission of substance use disorders. *Clin Psychol Rev*. Jun 2007;27(5):537–51.
25. Weisz JR, Weiss B, Donenberg GR. The lab versus the clinic. Effects of child and adolescent psychotherapy. *The American Psychologist*. Dec 1992;47(12):1578–85.
26. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). CSAT GPRA Client Outcome Measures for Discretionary Programs. http://www.samhsa.gov/Grantso6/downloads/CSAT_GPRA_ClientOutcome2006.pdf. Accessed Aug 6, 2013.
27. McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*. Apr 2005;100(4):447–58.
28. Laudet AB, White W. What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jan 2010;38(1):51–9.
29. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Kron R. Are the “addiction-related” problems of substance abusers really related? *J Nerv Ment Dis*. Apr 1981;169(4):232–9.
30. McLellan AT, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *The American Journal on Addictions/American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. Mar–Apr 2006;15(2):113–24.
31. Desmond DP, Maddux JF, Johnson TH, Confer BA. Obtaining follow-up interviews for treatment evaluation. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Mar–Apr 1995;12(2):95–102.
32. Carroll ME, Anker JJ, Perry JL. Modeling risk factors for nicotine and other drug abuse in the preclinical laboratory. *Drug and Alcohol Dependence*. Oct 1, 2009;104 Suppl 1:S70–8.
33. Gerstein DR, Green LW, editors. *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press; 1993.

34. Greenfield L, Burgdorf K, Chen X, Porowski A, Roberts T, Herrell J. Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Aug 2004;30(3):537-50.
35. Oudejans SC, Schippers GM, Merckx MJ, Schramade MH, Koeter MW, van den Brink W. Feasibility and validity of low-budget telephonic follow-up interviews in routine outcome monitoring of substance abuse treatment. *Addiction*. Jul 2009;104(7):1138-46.
36. Tiet QQ, Byrnes HF, Barnett P, Finney JW. A practical system for monitoring the outcomes of substance use disorder patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jun 2006;30(4):337-347.
37. Stanford M, Banerjee K, Garner R. Chronic care and addictions treatment: a feasibility study on the implementation of posttreatment continuing recovery monitoring. *Journal of Psychoactive Drugs*. Sep 2010;Suppl 6:295-302.
38. American Society for Addiction Medicine (ASAM). *American Society of Addiction Medicine Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-related Disorders, Second Edition Revised*. Second Edition, Revised ed. Chevy Chase, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
39. Campbell DT. Reforms as experiments. *Amer Psychol*. 1969;24:409-29.

