

＜子供＞

54. あなたと同じ家に住んでいる（ここ2週間の間に）未婚の子供（継子や養子を含む）がいますか
- ①いる ⇒ 次の質問55から58に答えてください
②いない ⇒ 質問59に進んでください
55. ここ2週間の間、お子さんが何をしているか（学校、遊び、趣味）について関心がありましたか
- ①常に関心があり、子供とかかわりをもった
②たいてい、関心があり、子供とかかわりをもった
③半々ぐらいの割で、関心があったり、なかったりした
④たいてい、関心がなかった
⑤いつも全く関心がなかった
56. ここ2週間の間、お子さんに話しかけたり、話を聞いてあげたりできましたか。3歳以上のお子さんについてお答え下さい
- ①いつもできた
②たいてい、できた
③半々ぐらいの割で、できた
④ほとんど、できなかった
⑤全くできなかった
⑥当てはまらない；3歳以上の子供はいない
57. ここ2週間の間、お子さんと仲良くやっていたか
- ①言い争いや親子喧嘩はなく、とても仲が良かった
②大体、仲が良く、親子喧嘩もささいなものだった
③1、2回は親子喧嘩をした
④しばしば、親子喧嘩をした
⑤常に親子喧嘩が絶えなかった
58. ここ2週間の間、お子さんに、どのような気持ちをもたれましたか
- ①いつも愛情をもっていた
②たいていは、愛情をもっていた
③半々ぐらいの割で、愛情をもっていた
④ほとんどの間、愛情を感じなかった
⑤全く愛情を感じなかった

＜家庭＞

59. 今までに結婚（内縁関係を含む）したり、同棲したり、子供を生んだり、養育したりしたことがありますか
- ①結婚・同棲・子供をもったことがある ⇒ 次の質問60から62に答えてください
②ない ⇒ 質問63まで進んでください

60. ここ2週間の間、配偶者またはそれに準ずる人や、お子さんのことについて、必要以上に心配になることがありましたか。配偶者やお子さんと別居している場合も含みます
- ①全く、心配しなかった
 - ②1度か2度、心配した
 - ③半々ぐらいの割で、心配した
 - ④ほとんどの間、心配した
 - ⑤いつも、心配していた
 - ⑥当てはまらない：配偶者またはそれに準ずる人も子供も現在はいない
61. 配偶者またはそれに準ずる人や、お子さんを今までに気落ちさせたことがあると、この2週間の間には後悔したことがありましたか
- ①家族を気落ちさせたと感じたことは全くなかった
 - ②家族を気落ちさせたと感じることは、あまりなかった
 - ③半々ぐらいの割で、後悔することがあった
 - ④しばしば、家族を気落ちさせたと後悔した
 - ⑤常に、家族に対して申し訳ないと感じていた
62. 逆に、配偶者またはそれに準ずる人や、お子さんのせいで気落ちさせられたことがあると、この2週間の間には思ったことがありましたか
- ①家族が悪いと思うことは全くなかった
 - ②家族が悪いとは、さほど思わなかった
 - ③半々ぐらいの割で、家族が悪いと思った
 - ④しばしば、家族が悪いと思った
 - ⑤家族が悪く、このことを思うと嫌な気持ちになる

<経済>

* 次の質問63は必ず答えてください

63. この2週間の間、あなた自身とご家族にとって、十分な生活費がありましたか
- ①充分あった
 - ②大体足りているが、苦しいこともたまにあった
 - ③半々ぐらいの割でお金が足りなくなったが、借金するほどではなかった
 - ④しばしば、お金が足りなくなり、借金しなければならなかった
 - ⑤経済的に困窮している

アンケートは以上です。ご協力有難うございました。

厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業） 中毒者のアフターケアに関する研究

説明と研究に対する同意書

説明

近年、薬物乱用や依存の問題がマスコミで大きく取り上げられるようになりました。しかし、薬物問題について専門家も分かっていることが限られています。治療などを受けたあとどのようになるのか、どのような治療や扱いがベストなのか、を明らかにするためには、実際に薬物問題で困っておられる方をきちんと調べていくことが必要になります。平成10年度から、厚生省からの研究費を元に私たちの施設が共同して、こうした調査を行うことになりました。

調査表はご本人のプライバシーに配慮して扱い、実名は伏せ、個人的なデータを外部には決して漏らしません。

初回の調査には1時間ほどの面接を行います。また30分ほどかかるアンケートにご協力ください。

また初回調査のあと、6ヶ月後、1年後に追跡調査を行います。追跡調査は面接または手紙、電話で行います。ご本人にご連絡が取れないときは、家族の方などに連絡を差し上げることがあります。

ご協力を頂けるよう、御願いたします。

同意書

私は _____（研究者名を記入）から十分な説明を受けました。今後の問い合わせ、経過追跡に協力いたします。

年 月 日

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

<ご本人以外の連絡先（家族など）>

氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

問い合わせ先：国立肥前療養所 村上 優 または 杠 岳文

佐賀県神埼郡東脊振村大字三津160 電話0952-52-3231 ファックス0952-53-2864

Hizen Substance Use Disorder Schedule

肥前物質使用障害面接基準 記入解説

パートI 全員記入

I. フェイスシート

記入上の注意

対象は薬物使用を主訴として訪れた当事者。家族相談も含む。電話相談のみは含まない。

記入者は平成10年度厚生省科研費による研究(主任研究者内村)に参加する施設の医師・心理士・スタッフ。パート1はすべて記入。パート2はDSM-IVによる診断トレーニング経験がある人が本人の診察または同等以上の情報(詳細な紹介状、カルテ記録など)があるときのみ記入。

これは患者本人用の自記式質問紙と組み合わせて用いる。使用薬物の内容・経路は本人用質問紙を参照。

選択肢の数字を右側の□に記入。数字以外はアンダーラインのところに記入。答えが不明な場合かつ記入方法が明記されていない場合、9、99のように9を桁数に合わせて記入してください。記入漏れと区別するため空白のままにはしないでください。

年齢早見表

年号	西暦	19	1998年満年齢	S35	60	38	S51	76	22
			(誕生日前は-1)	S36	61	37	S52	77	21
S20	45	53		S37	62	36	S53	78	20
S21	46	52		S38	63	35	S54	79	19
S22	47	51		S39	64	34	S55	80	18
S23	48	50		S40	65	33	S56	81	17
S24	49	49		S41	66	32	S57	82	16
S25	50	48		S42	67	31	S58	83	15
S26	51	47		S43	68	30	S59	84	14
S27	52	46		S44	69	29	S60	85	13
S28	53	45		S45	70	28	S61	86	12
S29	54	44		S46	71	27	S62	87	11
S30	55	43		S47	72	26	S63	88	10
S31	56	42		S48	73	25	S64・H1	89	9
S32	57	41		S49	74	24	H2	90	8
S33	58	40		S50	75	23			
S34	59	39							

III. 教育・就労歴

教育歴・最終学歴

中学3年は8年，中学卒業は9年，2年で高校中退は10年，高校卒業は12年，専門学校2年卒業は14年，2年で大学中退は13年，大学卒は16年

心理社会的及び環境的問題 DSM-IV第4軸に準じる

心理社会的および環境的問題第4軸は心理社会的および環境的問題で、第1軸、第2軸の(精神疾患)の診断、治療、予後に影響することのあるものを記録するためのものである。

心理社会的または環境的問題には、人生の不幸な出来事、環境的な困難または欠如、家族的または他の対人関係上のストレス、社会的支持または人的資源の不足、またはその人の困難を進展させた状況と関連のある他

の問題などがあり得る。いわゆる陽性のストレス因子(通常なら喜ばしい出来事)、例えば、仕事の上での昇進は、ある人が新しい状況に適應するのに困難がある場合のように、それが問題を形成または問題を生じるに至った場合に挙げておく。

精神疾患の発症または悪化に役割を果たすことの他に、心理社会的問題はその人の精神病理の結果として発現したり、あるいは全体的治療計画において考慮すべき問題となることもある。ある人が、複数の心理社会的または環境的問題をもっている場合、臨床家は関係があると判断されるものすべてを記録してよい。一般的に言えば、臨床家は、いま行っている評価の前年間に存在した心理社会的および環境的問題だけを記しておくべきである。しかしながら、病前の1年間より昔に起こった心理社会的環境的問題が明らかに現在の精神疾患に関係があったり、治療の対象となったことがあった場合は、それを記しておいてもよい—例えば、昔の戦闘体験から外傷後ストレス障害が起こっている場合。

実際の診療ではほとんどの心理社会的問題と環境的問題は第4軸に示される。しかし、心理社会的または環境的問題が、臨床的関与の中心的対象である場合、それを臨床的関与の対象となることのある他の状態(678頁参照)の章に書かれているコード番号を付けて、第1軸にも記録しておくべきである。便宜上、これらの問題は以下のカテゴリーの各群にまとめられる。

1次支持グループに関する問題 例：家族成員の死、家族内の健康問題、別居、離婚または不仲による家族崩壊、家庭からの別離、親の再婚、性的または身体的虐待、親の過保護、子供の無視、不適切なしつけ、同胞との不和、同胞の誕生

・社会的環境に関連した問題

例：友達の死または失うこと、不適切な社会的支持、独り住まい、異文化受容における困難、疎外、ライフサイクルの変化への適應(定年退職など)

・教育上の問題

例：識字困難、栄養上の問題、教師や級友との不和、不適切な学校環境

・職業上の問題

例：失業、失業の危機、ストレスの強い勤務日程、困難な勤務条件、仕事の不満、転職、上司や同僚との不和

・住居の問題

例：家なし、不適切な住居、安全を欠く居住地区、地区の住人または家主との不和

・経済的問題

例：極度の貧困、不適切な家計、不十分な生活保護

・保健機関利用上の問題

例：不適切な保健機関の内容、保健施設への輸送機関欠如、不適切な健康保険

・法律関係および犯罪に関連した問題

例：逮捕、拘置、訴訟、犯罪の犠牲

・その他の心理社会的環境的問題

例：天災、戦争、他の敵意に遭遇、カウンセラー、ソーシャルワーカー、または医師など家族以外の世話人との不和、社会福祉関係機関の欠如

多軸評定記録用紙(51頁参照)を用いる場合、臨床家は、関連のある心理社会的および環境的問題を同定し、問題となる特定の要因を示しておくべきである。問題カテゴリー・チェックリストを含む記録用紙を用いない場合、臨床家は第4軸に特定の問題を列挙しておくだけでもよい(50頁の例を参照のこと)

パート2 診断トレーニング経験者のみが記入

過去1年間について最もよいときの社会適応の評価

GAF尺度のコード DSM-ⅢRとCOALA-HEより改変

90~81 症状が全くない、すこしだけある(例:断薬中または適量使用、仕事のストレスはあるが余り気にならない)。かつ、生活上の問題はなく、いろいろな活動に興味を示したり参加したりする。社会的にそつがない。現在の生活にはほぼ満足。

80~71 症状があったとしても、ストレスに対する一時的で予想できる反応である。(例:仕事のストレス・家族との喧嘩の後の使用)。かつ、社交上、職業上、家庭生活上でごくわずかな不十分な点あり。(例:勤務評価が良くない)

70~61 軽い症状。精神医学的訓練を受けていない人は病気とは思わない。(例:使用量は適量を超えるが、身体依存や問題使用までは至らない。抑うつ気分と軽い不眠)、または、社交上・職業上・家庭生活上でいくらかの障害・問題。(例:たまに遅刻する、避けている仕事がある)。しかし、全般的には生活は良好で、友人や家族とは親しい関係を保っている。* 特定の問題で精神科を受診するが他の点では健康。素人は病的とは考えない程度の人格障害

60~51 中等度の症状。被験者をよく知っている人が治療の必要があると考える。(例:持続的な大量使用。使用時の暴力、食事をとらずに衰弱する、中程度の反社会的行為)。または、社交上、職業上、家庭生活上でかなりの障害・問題。(例:友達が少ない、職場での葛藤、妻と離婚寸前)。* 治療が必要だが外来で可能な程度

50~41 重大な症状(例:連続使用を繰り返す。精神症状を伴う離脱症状。自殺念慮、重大な反社会的行為)。または、社交上、職業上、家庭生活上で重大な障害・問題。(例:友達がいない。浮浪生活。仕事が続かない。)

40~31 現実判断か意志疎通にいくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的、あいまい)。または仕事・家族関係、判断、思考、気分など多くの面での粗大な欠陥(例:仕事ができない、家族に暴力を振るう)、または真剣な自殺企図。例:徘徊・興奮を伴わない著しい記憶力障害の患者

30~21 行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達か判断に粗大な欠陥がある。またはほとんど全ての面で機能することができない(例:一日中寝ている)。* 入院が必要だが保護室は不要な程度

GAF記入上の注意

81~90と91~100の、2つの高得点の範囲は、重大な障害が存在しないだけでなく、優秀な機能、活発な社交、誠実さなどの「積極的な精神的健康状態」と表現される特性をもつ場合に当てはまる。その次の71~80範囲は、症状は全く認められないかわずかにあるだけであるが、積極的な精神的健康の特徴はもっていない場合のものである。この上位3つの範囲(71~00)にあると評価された人の中には、心理的問題に対してなんらかの形で治療や援助を求める者もあるかもしれないが、心理学的あるいは精神医学的治療を受けている大多数の者は、1から70の範囲に属している。外来患者の大部分は、31~70の4段階の範囲で評価され、入院患者の大部分

は1~40の4つの範囲に属する。

評価に際しては、患者が投薬や他の形の治療を受けているかどうかによって評価が影響を受けてもいけない。まず検討されるべき1週間の期間の機能を示す最低の範囲を選ぶ。例えば「行動が妄想によって著明に影響を受けている」(21~30範囲)被検者はたとえ「数領域において著明な障害」(31~40範囲)を呈しているとしても前者の範囲の評価を与えられなければならない。前後の近接範囲を規定する特徴を調べ、被検者がどちらにより近いかを定める。例えば31~40範囲の被検者が、41~50範囲よりずっと21~30範囲に近いなら31、32、33という評点を与える。前後の近接する範囲から等距離にあると思われる場合には、34、35、36や37といった評点を下す。

V. 診断・病歴

特定の物質名を記載すること、コード番号は重複があるので病名を正確につけること、誘発性障害を記載すること、依存の場合は経過の特定用語をつけること、中毒中または離脱中の発症の特定をつけること、当てはまる薬物すべてをつけることについてご留意ください。

物質依存の診断基準

臨床的に重大な障害や苦痛を引き起こす物質使用の不適切な様式で、以下の3つ以上が過去12ヶ月間のどこかで起こること。

- 耐性
- 離脱(物質特有の離脱症状または離脱症状を軽減したりさけるために使用)
- その物質を自分のつもりよりも大量または長期に、しばしば使用
- 物質使用を中止、または制限しようとする欲求または努力の不成功
- 物質を得るために必要な活動や物質使用、またはその作用からの回復などに必要な時間が長い
- 物質使用のために重要な社会的、職業的、娯乐的活動を放棄または減少
- 問題が起こり、悪化していることを知っているにもかかわらず使用を続ける

	依存形成までの期間	Dependence	Abuse	Intoxication	Withdrawal	中毒せん妄	離脱せん妄	痴呆	健忘障害	精神病性障害	気分障害	不安障害	睡眠障害	
Alcohol	5 years	×	×	×	×	中	離	続	続	中/離	中/離	中/離	中/離	酩酊者保護法
Anphetamine	1 month	×	×	×	×	中				中	中/離	中	中/離	覚醒剤取締法
Marijuana		×	×	×		中				中		中		大麻取締法
Cocain	1 month	×	×	×	×	中				中	中/離	中/離	中/離	麻薬及び向精神薬取締法
LSD	Depends	×	×	×		中				中	中	中		麻薬
シンナー等	3 years	×	×	×		中		続		中	中	中		毒物劇物取締法
Morphine	1 year	×			×	中				中	中		中/離	麻薬
抗不安薬	3 years	×	×	×	×	中	離	続	続	中/離	中/離	離	中/離	薬事法 麻薬
咳止め	3 year					中				中/離	中/離	中/離	中/離	OK
Pain relief	?					中				中/離	中/離	離	中/離	OK
Poly drug	?	×				中	離	続	続	中/離	中/離	中/離	中/離	?

中:中毒中の発症 離:離脱中の発症 続:持続性 これらがない項目はDSM-IVで認められない

物質関連障害以外の精神・身体障害の合併

FH-RDCIによる家族歴

祖父・祖母・実父・実母・同胞(兄弟姉妹)・子・配偶者のそれぞれについて調査する。同胞については兄弟姉妹の別を、子については息子・娘の別を評価する。同胞および子については出生順に記入する。調査時点での生死を確認し、生存なら「1」、死亡なら「2」に○をする。そして、生存の場合は現在の年齢を、死亡者は死亡時年齢を記入する。不明の場合は近似値を入れる、99(欠損値)を入れる。アルコール依存症の場合は10(精神作用性物質性障害)ではなく、10Aと記入し、問題飲酒の開始年齢が25才未満かどうかを記入する。

家族歴については情報量が少ないことから正確な診断は困難なことが多い。従って家族歴の判断は比較的閾値の低い基準で決定する必要がある。

各精神障害は次のページに示す基準に従って判断する。その精神障害が現在もしくは過去に認められればその診断番号を記入する。1名の親族が複数の精神障害を持つことは稀でない。例えば患者の長兄が「精神作用物質性障害」に該当し、さらに以前に「うつ病」に該当する挿話を経験した場合には、「精神作用物質性障害」の項と「うつ病」の項の両方に診断番号を記入する。「分裂病質・分裂病型人格障害」と「妄想性人格障害」の重複も許される。過去に2回の挿話があり、一方が躁病に、もう一方が分裂感情病に該当することもある。重複診断が許されない場合は以下の基準に明示してある。何らの精神障害を現在および過去に認めない場合は18を記入する。情報が全く得られない場合は19を記入する。以下の家族歴用診断基準は、A、B、C等の大文字アルファベットの基準を全て満たすことが要求される。

診断基準と診断番号

1. 慢性分裂病

- A. 次のうち少なくとも1つ。(1) 妄想 (2) 幻覚 (3) 支離滅裂 (4) 非常に奇異な行動 (例、糞便をポケットに入れて持ちまわる)
- B. 少なくとも1年以上症状が続き、決して回復しないで病気の重大な徴候 (例、機能障害、情動鈍麻、社会的引きこもり) を示しつづける。

2. うつ病

- A. 次のうち少なくとも1つ。(1) 抑うつ気分 (例、悲しい、気が沈んでいる、どうでも良い、無価値観、自殺念慮、涙もろいなど) (2) 他の不快な気分 (例、不安、イライラ、心配) と少なくとも2つの関連症状 (興味の喪失、食欲・体重の変化、睡眠の変化、活力喪失、激越・制止、罪責感・自責感、集中力低下)。
- B. 次のうち少なくとも1つ。(1) 電撃療法または抗うつ剤による治療 (2) 入院 (3) 自殺行為 (4) 気分変動のための何等かの治療 (5) 就業 (家事を含む) 困難・就学困難または社会的引きこもり (6) A2にあげられた関連症状が4つある。
- C. 病気が2週間以内であるという所見がない。

3. 躁病

- A. 次のうち少なくとも1つ。(1) 多幸的気分 (2) イライラした気分と少なくとも2つの関連症状 (活動的・社会的・精力的、多弁、観念奔逸、誇大性、睡眠欲求低下、判断力低下)。
- B. 次のうち少なくとも1つ。(1) 躁症状のための治療 (2) 仕事、家事、社会的活動での障害 (3) 躁的障害による明らかに不適當な行動

4. 分裂感情病抑うつ型

- A. 次のうち少なくとも1つ。(1) 抑うつ気分 (例、悲しい、気が沈んでいる、どうでも良い、無価値観、自殺念慮、涙もろいなど) (2) 他の不快な気分 (例、不安、イライラ、心配) と少なくとも2つの関連症状 (興味の喪失、食欲・体重の変化、睡眠の変化、活力喪失、激越・制止、罪責感・自責感、集中力低下)。
- B. 次のうち少なくとも1つ。(1) 単純な迫跡妄想、抑うつの妄想、誇大的妄想や、抑うつの身体的妄想以外の妄想 (例、頭の中に送信器がうえつけられていると信じる) (2) 抑うつの内容の幻覚以外の幻覚 (3) 支離滅裂 (4) 非常に奇異な行動 (例、糞を集める)
- C. AとBの症状が、一時的にもある程度重なってみられる。

5. 分裂感情病躁型

- A. 次のうち少なくとも1つ。(1) 多幸的気分 (2) イライラした気分と少なくとも2つの関連症状 (活動的・社会的・精力的, 多弁, 観念奔逸, 誇大性, 睡眠欲求低下, 判断力低下)。
- B. 次のうち少なくとも1つ。(1) 単純な追跡妄想, 誇大的妄想以外の妄想 (例, 頭の中に送信器がうつつけられていると信じる) (2) 誇大的内容の幻覚以外の幻覚 (3) 支離滅裂 (4) 明らかに躁の気分によらない非常な奇異な行動 (例, 糞を集める)
- C. AとBの症状が, 一時的にもある程度重なってみられる。

6. 特定不能の機能性精神病

- A. 慢性分裂病, 分裂感情病, うつ病, 躁病, 老人性脳器質症状群の診断基準にあてはまらない精神病の挿話
- B. 次のうち少なくとも1つ。(1) 妄想 (2) 幻覚 (3) 支離滅裂 (4) 非情に奇異な行動 (5) 数年間の入院

7. 分裂病質・分裂病型人格障害

- A. 以下のうち少なくとも1つが被検者の現在及び長期にわたる社会機能を特徴づけている。(1) 社会的孤立がこれまでの生涯を通じての生活形式となっている。一人ぼっちで, 親しい友人もなく, 社会的接触が基本的な毎日の作業のみに限定されている。(2) 奇異な行動や奇異な思考。人から「かわっている」「おかしい」「合わない」と言われる。変った考え, 奇妙な知覚, 変った知覚, 一風変った癖などを示したり, あるいは「めずらしい活動」(神秘主義, 超能力等)に参加したりする。(3) 明らかに逸脱した会話。すなわち会話が脱線しやすい, 曖昧, 凝りすぎ, 迂遠, 暗喩的であり, その人と意味があり目標が定まった会話を行なうことが極端に困難である。
- B. 精神分裂病, 分裂感情病, 特定不能の機能性精神病の診断基準にあてはまらない。

8. 妄想性人格障害

- A. 以下が被検者の現在及び長期にわたる社会機能を特徴づけている。被検者の社会的環境に不相応な猜疑心を示し, 人を信用しないことが一定した生活形式になっている。被害念慮があり, ゆき過ぎた社会的不安と, 自分で勝手に想像した批判に対する過敏性を示す。
- B. 精神分裂病, 分裂感情病, 特定不能の機能性精神病の診断基準にあてはまらない。

9. 非社会的人格

- A. 反社会性行為の始まりが, おそらく15才以前であること。
- B. 次のうち少なくとも3つ。(1) 喧嘩 (2) 窃盗 (薬物常用のための窃盗に限局しないもの) (3) 無断欠席 (4) 家出 (5) 行動上の問題のための退校処分 (6) 逮捕, 執行猶予, 投獄につながる法律上の問題 (7) 持続的に, くりかえしうそをつく (8) 解雇されたり, 辞職したりして仕事を何回も変える。あるいは非社会的行動のため全く就業しない。(9) 2回以上離婚したり, 家庭をみすてたり, 頻回に配偶者に身体的乱暴をはたらく。
- C. 慢性分裂症または分裂感情病の診断基準にあてはまらない。
補足: 非行, 繰り返すサラ金問題を含む

10. 精神作用性物質性障害 (アルコール症もしくは薬物常用症)

- A. 一時期に限局しない飲酒上もしくは薬物常用上の問題
- B. 次の分野での少なくとも1つのアルコールもしくは薬物に関連した問題 (1) 法律的問題 (例, 酩酊, 違法行為, 交通違反) (2) 健康上の問題 (例, 肝硬変, 振戦, せん妄, ブラックアウト等) (3) 夫婦間や家族内での問題 (4) 仕事上の問題や家事を行う上での問題 (5) 治療 (例, 嫌酒薬) や断酒会への参加 (6) 社会的な問題, 喧嘩友人の喪失

11. 老人性脳器質症状群

完全な寛解がなく、51歳以後におこった、時、場所、人物に対する見当識や記憶の重大な障害で、その状態が腫瘍やアルコール症や薬物常用よりむしろ加齢と最も関連しているように思われるもの。

12. 不安発作

A. 「発作」の既往。

B. 次の発作症状のうち少なくとも2つ。(1) 息切れ (2) 動悸 (3) 胸痛 (4) 窒息感 (5) めまい (6) 手や躯体の振戦

13. 不安神経症

A. 次のうち少なくとも2つ。(1) 筋肉痛 (2) 震え (3) 落ち着きの無さ (4) 動悸 (5) 胸痛 (6) 息切れ (7) めまい (8) 心配症 (9) 焦燥 (10) 驚きやすい

B. 病気が1月間以内であるという所見がない。

C. 不安発作の診断基準にあてはまらない

14. 社会恐怖

A. 次のうち少なくとも1つ。(1) 人前で話すのが怖い (2) 人前で食べるのが怖い (3) 人前で字を書くのが怖い (4) 公衆便所で小用するのが怖い (5) その他人前での行動が怖い

15. 単純恐怖

A. 単一で特定の状況・物体・動物が怖い

B. 何等かの回避行動が見られる

16. その他の精神障害

A. 次のうち少なくとも1つ。(1) 精神症状のための相談・入院 (2) 精神状態のための服薬 (不眠のため時々使用する眠剤は除く) の機能障害 (3) 精神症状による社会、家族、仕事上の機能障害

17. 再発単極性

このカテゴリーは、2回以上のうつ病の挿話をもち、かつ躁病の病期をもたない患者に用いる。

18. 精神障害の既往なし

19. 精神遅滞などの発達障害

このカテゴリーは、本来のFH-RDCに追加して用いられる。痴呆は除外する。

20. その他

上記に該当しないような心理社会的問題があれば内容を記載してください。摂食障害、衝動制御の障害など可能ならばDSM-IVに合わせて診断名をつけてください。不安定な収入、身体的ハンディキャップ、在宅ケアを必要とする身体疾患(肺気腫、悪性腫瘍)などがあれば精神障害の有無に関わらず記入してください。

II. 分 担 研 究 報 告

2. 薬物依存に関する地域プログラムの検討

分担研究者 下野 正健

薬物依存に関する地域プログラムの検討

分担研究者 下野正健¹⁾

研究協力者 古賀初子¹⁾、板井修一¹⁾、多田 薫¹⁾
伊藤智美¹⁾、安高真弓¹⁾、梶畑俊雄¹⁾

1) 福岡県精神保健福祉センター

研究主旨

薬物依存・中毒者のアフターケアに関する地域プログラムを検討するため、福岡県内の司法警察および教育、福祉、保健医療の各分野における薬物関連問題に対する対応体制と問題意識についてアンケート調査を行った。その結果、1) 対応と取り組み体制、2) 個別対応上の問題、3) 対策立案上の問題、4) 今後の課題のいずれの事項においても、分野（司法警察、教育、福祉、保健医療）間で意識に相違があることがわかった。また、これらの事項は、対応件数が多い機関と少ない機関の間でも認識に乖離が認められた。しかし、地域間による問題意識の差は軽微であった。従って、地域プログラムとしては、まず、関係機関のネットワークを構築し、各機関が連携して対応する体制を確立する必要がある。同時に、若年・早期の介入体制の確立を踏まえた相談窓口（家族相談を含む）の充実と薬物関連の社会資源の整備も重要な課題である。なお、教育分野や保健医療分野の各領域の連携においては、薬物問題に対するそれぞれの意識の違いを考慮する必要がある。

I. 目的

近年、わが国では覚せい剤の乱用が急速に拡大し、昭和20年代後半や昭和50年代後半に続く第三次覚せい剤乱用期の到来といわれている。^{1, 2} なかでも、中学生や高校生の間での乱用の急増は深刻な社会問題となり、薬物依存・中毒者に対する相談・医療・社会復帰対策の確立が求められている。^{1, 2}

欧米では、薬物依存の医療的側面を重視した司法および医療、福祉施策が総合的に行われている。^{3, 4} 保健医療分野では、薬物依存者に対する薬物療法や精神療法、リハビリテーションの治療効果に関する多くの知見が蓄積されつつある。^{3, 5, 6} コカイン依存者の治療では、個人精神療法に加えて、地域資源を利用した地域強化プログラムの有効性が指摘されている。⁶ また、思春期の薬物依存者に対する家族療法の有用性も報告されている。^{5, 6}

わが国でも、薬物依存・中毒に関する疫学調査と同時に精神医療サービスのあり方などについての検討がなされてきた。⁷ 精神保健福祉センターや保健所を中心とした地域支援体制の現状および今後の方向性についても報告されている。^{7, 8} しかし、これらの報告の多くは限られた特定の分野だけの現状分析にとどまり、司法から教育、福祉、医療を網羅した包括的なものではない。薬物依存・中毒者の地域における支援体制を構築するためには、薬物問題に携わっている関係機関の取り組み体制と問題認識を横断的に調査し、その全体像を把握する必要がある。

今回、薬物依存・中毒者のアフターケアに関する地域プログラムのあり方を検討するため、福岡県内の司法警察および教育、福祉、保健医療分野の薬物関連問題についての対応体制と問題意識を調べた。そして、分野間、対応経験の多少および地域間における対応体制や問題意識を比較した。

II. 研究方法

1. 調査対象

薬物関連問題に取り組んでいる福岡県内の1) 司法警察、2) 教育、3) 福祉、4) 保健医療の4つの分野を調査対象とした。司法警察分野は警察署、青少年相談センター、麻薬取締官事務所、家庭裁判所、検察庁、少年鑑別所、少年院、刑務所、弁護士会、保護観察所、保護司会等の114ヶ所を対象とした。教育分野は教育委員会、中学校、高等学校、大学、短期大学、高等専門学校、教育センター、教育相談機関等の764ヶ所であった。一方、福祉分野は福祉事務所、児童相談所、児童養護施設、児童自立支援施設、婦人寮、DAR C等の84ヶ所を、保健医療分野は精神病院、精神神経科診療所、救急医療機関、保健所等の393ヶ所をそれぞれ対象とした。従って、全調査対象は合計1355ヶ所であった。

2. 調査方法および調査内容

調査は、全分野共通の自記式アンケート票(資料)を用いて行った。アンケート記入者は、所属長あるいは担当者、その他とした。また、この調査での「薬物」とは、麻薬、覚せい剤、シンナーなどとし、アルコールは含めなかった。郵送による配布と回収を行い、調査は平成10年12月1日から平成10年12月28日にかけて実施した。

調査内容は各機関の1) 薬物関連問題への対応と取り組み体制、2) 平成9年度の対応実績、3) 個別対応上の問題(薬物関連問題を持つ個々の人に対応し、回復を援助していこうとする際に、障害となっていると考える事項)、4) 対策立案上の問題(対象機関が薬物関連問題の対策をたてていこうとするとき、障害となっていると考える事柄)、5) 今後の課題(薬物関連問題について今後改善される必要があると考える事項)とした。

調査内容1)の対応体制については、各分野で従来から実施している普及啓発や家族相談、専門機関紹介など17項目の中から、その機関で現在行っているすべての項目の複数回答とした。2)の対応実績は、「対象者なし」、「年数件」、「年10件程度」、「年数10件」、「年100件以上」、「不明」の6項目からの選択とした。調査内容3)の個別対応上の問題と4)の対策立案上の問題、5)の今後の課題は、それぞれ11

項目、12項目、13項目の中から、各機関が重要と判断する3項目の回答とした。なお、詳細については結果表およびアンケート資料を参照されたい。

3. 解析方法

分野間の比較は、司法警察、教育、福祉と保健医療の4分野に分けて行った。対応実績別の比較は、「対象者なし」、「年数件」、「年10件程度」、「年数10件」と「年100件以上」の5つに区分して行った。また、地域間による違いは、福岡県を福岡市と北九州市、福岡ブロック、北九州ブロック、筑豊ブロック、筑後ブロックの6つの地域に分けて検討した。さらに、教育分野を中学校と高等学校、大学・短期大学・高等専門学校、教育行政機関、教育相談機関の5つの領域に分け、保健医療分野は精神病院と精神神経科診療所、救急医療機関、保健所行政機関の4つの領域に区分けして領域間の違いを比較した。

各調査項目の分野間および領域間の比較には、調査の尺度レベルに応じて χ^2 検定(2×2分割表においてセルの合計が200以下の場合にはYatesの連続性の補正を使用)、Mann-WhitneyのU検定、Kruskal-Wallis検定を用いた。統計解析にはWindows版SPSS、FSTATを使用した。

なお、回収された調査表のなかで明らかな誤記入と考えられるものは、集計から除外した。また、調査内容の3)、4)、5)において3項目以上の選択がなされていた場合は、選択された項目すべてをそのまま集計のなかに含めた。

III. 結果

1. 回収結果

回収率は67.4%(913/1355)であった。分野別の内訳は司法警察分野が71.1%、教育分野71.3%、福祉分野74.4%、保健医療分野57.3%であった。

2. 全分野でみた取り組みと問題意識

司法警察および教育、福祉、保健医療の4分野を合わせて集計した取り組み状況と問題意識をパーセントで表1に示した。全分野で見ると、対応体制としては「普及啓発」がもっとも多く67.4%の機関で行われていた。つぎに、「相談機関紹介」、「職員研修」と「医療機関紹介」が、それぞれ33.0%、29.0%と21.1

％の割合であった。過去1年間の取り扱い実績は、「100件以上」は1.9％、「数十件」は7.8％、「10数件」は6.0％、「数件」は23.3％、「対応件数なし」は56.4％であった。

個別対応上の問題として、「複雑な家庭背景」を60.4％、「再使用・再発が多い」を60.0％、「薬物以外にも問題を持つ」を51.6％の機関が挙げている。対策立案上の問題としては「単独機関では対応困難」という指摘がもっとも多く57.8％あり、つぎに「対応方法が未確立」43.2％、「スタッフ不足」38.0％、「社会復帰施設等不足」32.3％の順であった。一方、薬物関連問題に関する今後の課題として「啓発活動充実」を55.5％、「（若年・早期に重点をおいた）介入体制の確立」を44.9％、「連携の強化」を34.5％、「相互情報交換」を32.7％の機関が挙げている。

3. 司法警察および教育、福祉、保健医療の分野間の対応体制と問題意識の比較

分野別に対応体制をみると、司法警察分野では「普及啓発」がもっとも多く、つぎに「相談機関紹介」「摘発・検挙等法的手続き」であった（表1）。教育分野でも「普及啓発」が広く行われ、「職員研修」「相談機関紹介」の実施率も高かった。一方、福祉分野においては「相談機関や医療機関の紹介」、保健医療分野では「医療機関紹介」「医学的治療」が多かった。

対応体制の分野間での差異を検討するため、項目ごとに各分野における実施率を χ^2 検定で比較した。全17項目のうち15項目において分野間で有意差が認められた（表1）。「普及啓発」は、司法警察分野と教育分野では約90％の機関で実施していたのに対して、福祉分野と保健医療分野では20数％に止まっていた。一方、「電話・本人・家族の相談」は司法警察分野では45％前後の機関で行われていたが、教育分野では10％前後であった。また、「相談機関紹介」は司法警察分野と福祉分野の50％以上の機関が取り組んでいたのに対して、教育分野と保健医療分野のそれは30％前後であった。他方、「職員研修」の実施率は司法警察分野と教育分野で高かった。保健医療分野では、他の分野と違い、「自助グループ紹介」や「社会復帰施設紹介」が多かったが、「連絡協議会への参加」は少なかった。

対応実績についても、分野によって差があり、司法

警察分野と保健医療分野でその件数が多かった（表1）。一方、福祉分野での「対応実績なし」は35.5％で、教育分野のそれは75.4％であった。

個別対応上の問題としては「再使用・再発が多い」、「薬物以外にも問題を持つ」、「複雑な家族背景」を指摘する機関がいずれの分野でも多かった。しかし、個別対応上の問題11項目中7項目において、その項目を個別対応上の問題として挙げる割合（頻度）が分野間で異なっていた：この7項目においては分野間で問題意識に差異があることがわかった（表1）。すなわち、「再使用・再発が多い」を個別対応上の問題として捉えている機関の割合は、福祉分野に比べて司法警察分野と保健医療分野、教育分野で多く、「複雑な家族背景」のそれは保健医療分野より教育分野と福祉分野、司法警察分野で多かった。また、「薬物以外にも問題を持つ」は教育分野と福祉分野で、「社会的経験不足」は司法警察分野で他の分野より注目されていた。他方、「家族の理解・協力不足」を指摘する機関の割合は司法警察分野に比べて福祉分野や保健医療分野、教育分野で多かった。

対策立案上の問題として「単独機関では対応困難」をどの分野でも最も多くの機関が挙げている。中でも、福祉分野と保健医療分野ではこの項目が他の分野より重視されていた。つぎに、司法警察分野と保健医療分野では「社会復帰施設等不足」を指摘する機関の割合が多かった。また、教育分野や福祉分野では「対応方法の未確立」を挙げている機関が多く、この項目を対策立案上の問題として強く認識していることがうかがえた。さらに、司法警察分野と教育分野では「連携機関の不足」を、司法警察分野と保健医療分野では「受け入れ医療機関不足」を、教育分野と福祉分野では「研修体制の不備」をそれぞれ重要視していた。また、保健医療分野では「ニーズとサービスにギャップ」を強く認識していることもうかがえた。しかし、「スタッフ不足」はすべての分野で1/3以上の機関が痛感していることがわかった。この対策立案上の問題については12項目中8項目で分野間の意識差を認めた。

薬物関連問題の今後の課題について分野別にみると、司法警察分野では「連携の強化」、「啓発活動充実」、「介入体制の確立」を挙げる機関が多かった。一方、教育分野では「啓発活動充実」をもっとも重視し、「介入体制の確立」と「相互情報交換」がこれに

続いていた。福祉分野は「介入体制の確立」の指摘がもっとも多く、つぎに「連携の強化」、「啓発活動充実」の順で、保健医療分野は「連携の強化」、「啓発活動充実」、「専門治療病棟整備」の順であった。

この今後の課題については、13項目中10項目で認識の違いが分野間であった。「連携の強化」は教育分野に比べて司法警察分野と福祉分野、保健医療分野でより重要な課題とみなされ、「啓発活動充実」は司法警察分野と教育分野で重視されていた。また、教育分野と福祉分野では「介入体制の確立」、「相互情報交換」、「研修体制の充実」を、司法警察分野と保健医療分野では「専門治療病棟整備」、「社会復帰施設の整備」を、それぞれ今後改善されるべき課題と考える機関がその他の分野より多かった。

4. 対応件数区別の比較

対応実績を対応件数別に5つに区分して、実績の違いと取り組み体制や問題意識との関連性を χ^2 検定で調べた(表2)。取り組み体制では17項目中15項目で、個別対応上の問題では11項目中5項目で関連が認められた。対策立案上の問題に関しては12項目うち7項目に、今後の課題は13項目うち9項目に有意な関連があった。

対応体制については、実績が多い施設ほど「普及啓発」、「種々の相談や機関・施設の紹介」など多くの取り組みを行っていた。しかし、「職員研修」の実施状況は、対応件数の多少と有意な関連はみられなかった。

個別対応上の問題を単純集計でみると、「複雑な家庭背景」、「再使用・再発が多い」、「薬物以外にも問題を持つ」がどの区分でも上位3項目以内の頻度であった。しかし、問題意識の有無と対応経験の多少との関連を検討してみると、対応件数が多い機関ほど「再使用・再発が多い」を個別対応上の問題と考える傾向にあるのに対して、対応実績が少ない機関では「薬物以外にも問題を持つ」を重要視していることがわかった。また、十数件の対応実績をもつ機関では、他よりも強く「複雑な家庭背景」と「社会体験不足」を個別対応上の問題として捉えていることがうかがえた。他方、100件以上の実績を持つ機関では「家族の理解・協力不足」を挙げる所は少なかった。

対策を立案する際の問題として、どこでも「単独機関では対応困難」をもっとも多く機関が挙げていた。しかし、関連性を調べてみると、対応実績が多い機関では「単独機関では対応困難」や「社会復帰施設不足」を指摘している所が多いのに対して、実績が少ない機関は「対応方法が未確立」や「研修体制の不備」をより重視する傾向にあった。また、「スタッフ不足」は実績の多少に関係なく多くの機関で痛感していることがわかった。

今後の課題は、「啓発活動充実」、「連携の強化」と「介入体制の確立」を挙げる機関がここでも多かったが、「啓発活動充実」は対応件数の少ない所が重視し、「連携の強化」は実績の多い機関が強く言及する傾向にあった。一方、「介入体制の確立」については区分間で差はなく、実績に関係なくどこでもこのことを感じていることがわかった。また、「自助グループ活動充実」や「臨床研究の充実」は100件以上の実績のある機関でより重要な課題と考えられていた。さらに、「専門治療病棟整備」や「社会復帰施設整備」は数件から数十件の対応実績を持つ機関で他より注目され、「相互情報交換」や「研修体制の確立」は対応件数の少ない機関で指摘される傾向にあった。

5. 地域別の比較

薬物問題に対する取り組み体制や認識を福岡県内の6つの地域の間で比較した(表3)。どの地域でも「普及啓発」と「相談機関紹介」、「職員研修」を実施している機関の割合が多く、項目別にみた場合でも17項目の取り組みのうち、地域間で差異が認められたのは3項目であった。北九州市と北九州ブロックでは他の地域に比べて「相談機関紹介」が多く、逆に、「対応体制なし」という項目をチェックした機関も北九州市と北九州ブロックでは少なかった。また、北九州ブロックと筑後ブロックでは「医療機関紹介」の頻度が高かった。

平成9年度の対応実績にも地域差があり、北九州市と北九州ブロックで対応件数が多かった。

個別対応上の問題や対策立案上の問題については、問題意識の差を地域間で認めた項目はそれぞれ1項目であった。また、薬物問題に対する今後の課題に関しては地域間で認識に差異がみられた項目はなかった。

6. 教育分野内での比較

教育分野を5つの領域に分けて、取り組み体制や問題意識を調べた結果を表4に示した。比較は、5つの領域の間および中学校と高等学校の間、中学校と教育行政機関の間で行った。取り組み体制・17項目のうち、5つの領域間では10項目に、中学校と高等学校の間では6項目に、中学校と教育行政機関の間では3項目に有意差が認められた。5つの領域間で比較した場合、中学校と高等学校では他の領域より「普及啓発」や「職員研修」を多くの機関で実施していた。一方、中学校と高等学校を比べてみると、中学校は「本人や家族の相談」、「警察への通報」や「相談機関紹介」の実施率が高く、高等学校は「職員研修」が高かった。

対応実績についても5つの領域で差異があり、教育行政機関と中学校で対応件数が多かった。学校ごとに比較してみると、中学校がもっとも多く、つぎに高等学校、大学・短大・高専の順であった。

個別対応上の問題としては、司法警察分野などの他分野と同様に、「再使用・再発が多い」と「薬物以外にも問題を持つ」、「複雑な家庭背景」をあげる機関が多かった。しかし、その割合を領域間で比較してみると、中学校では「再使用・再発が多い」と「複雑な家庭背景」を、高等学校では「社会体験不足」や「薬物使用自体違法行為」を他より強く意識しているようであった。また、「薬物以外にも問題を持つ」は中学校と高等学校、教育行政機関で重要視される傾向にあった。

対策立案上の問題に関しては、いずれの領域でも「単独機関での対応困難」や「対応方法が未確立」、「スタッフ不足」の指摘が多かったが、認識の度合いには領域間で差異があった。教育行政機関と教育相談機関では「単独機関では対応困難」を、中学校と教育相談機関では「スタッフ不足」を対策立案上の問題としてより重視していた。また、「対応方法の未確立」のことをどの領域も同じように苦慮していることもわかった。さらに、中学校では「受け入れ医療機関不足」を、教育行政機関では「財政的裏付けが乏しい」を痛感していることもうかがわれた。

今後の課題として、どの教育領域でも「啓発活動充実」や「相互情報交換」、「介入体制の確立」を多くの機関が挙げていた。なかでも、「啓発活動の充実」と「相互情報交換」を高等学校では重要視する所が多

かった。他方、「介入体制の確立」は教育相談機関と中学校、高等学校で他の領域より重視される傾向にあった。また、中学校と教育行政機関は「連携の強化」の必要性をより強く感じていることもうかがわれた。

表4に示したように個別対応上の問題11項目の内、問題意識に有意差を認めた項目は、5つの機関における比較では4項目、中学校と高等学校では4項目、中学校と教育行政機関では2項目であった。他方、対策立案上の問題のそれは12項目中それぞれ3項目、2項目、3項目であり、今後の課題は13項目中それぞれ4項目、3項目、1項目であった。

7. 保健医療分野内での比較

表5には、薬物問題に対する取り組み状況や問題意識を保健医療分野の4つの領域間で比較した結果を示した。取り組みに関する事項は、4領域間では17項目中15項目に有意差が認められた。しかし、精神病院と診療所の間では差異が認められたのは2項目であった。一方、精神病院・診療所と救急医療機関の間においては11項目で有意であった。

「普及啓発」をはじめ「各種の相談」、「各機関の紹介」、「連絡協議会への参加」、「職員研修」などの取り組みは保健所行政機関でより多く実施されていた。精神病院と診療所を比較した場合、「集団ミーティング」と「職員研修」の実施率が精神病院で有意に高かった。他方、精神病院・診療所と救急医療機関と比べると、「各種の相談」や「医療的治療」、「社会復帰施設紹介」、「自助グループ紹介」などの対応頻度は病院・診療所で高く、「警察への通報」は救急医療機関で高かった。他方、対応実績は保健所行政機関、精神病院が診療所、救急医療機関よりも有意に多かった。

個別対応上の問題としては、「再使用・再発が多い」と「薬物以外にも問題を持つ」、「複雑な家庭背景」が保健医療領域のどこでも多く挙げられていた。しかし、項目別にみても11項目のうちで、4つの領域間では3項目に、精神病院と診療所間では1項目、病院・診療所と救急医療間では3項目に有意差を認めた。精神病院では、他の領域より「再発・再使用が多い」を個別対応上の重要な問題と考える傾向があった。また、「複雑な家庭背景」は、精神病院と保健所行政機関でより重要視されていたのに対し、「薬物以外にも

問題を持つ」は4つの領域のどこでも同じように注目されていた。

対策立案上の問題として、「単独機関では対応困難」であるということを保健医療分野の4領域のどこも同じように強く感じていることがわかった。しかし、他の項目については、4領域間では2項目に、病院・診療所と救急医療間では4項目に差異が認められた。精神病院と診療所では、「ニーズとサービスのギャップ」、「社会復帰施設不足」、「スタッフ不足」を救急医療機関と比較してより強く認識しているのに対して、救急医療機関では「対応方法の未確立」を痛感していることがうかがわれた。他方、病院と診療所の間では、対策立案上の問題としたいずれの項目にも有意差を認めるものはなかった。

今後の課題については、4つの領域間でも、病院・診療所と救急医療機関の間でも、13項目中3項目で問題意識に差異が認められた。しかし、病院と診療所の間では認識の違いを示唆する項目はなかった。精神病院と診療所では「連携の強化」や「専門治療病棟整備」を今後の課題として挙げる機関が多く、保健所行政機関では「介入体制の確立」の指摘が多かった。病院・診療所では、「自助グループ活動充実」を救急医療機関より強く感じていることがわかった。他方「啓発活動充実」を重要視する割合は領域間で差はなかった。

IV. 考 察

今回の調査で、薬物関連問題に対する問題意識には、分野（司法警察、教育、福祉、保健医療）間および対応件数区分間において大きな隔りがあることがわかった。一方、地域間のそれは軽微であり、教育分野内や保健医療分野内の領域間の認識差は中等度であった。

単純集計の結果をみると、取り組みとしては「普及啓発」がもっとも広く行なわれ、つぎに「相談機関紹介」、「職員研修」を多くの機関が実施していた。また、それぞれの分野の社会的役割に応じて、「医療機関紹介」や「医学的治療」、「家族の相談」などもかなりの機関で行っていた。

一方、個別対応上の問題としては、「複雑な家庭背景を持つ」、「再使用・再発が多い」、「薬物以外にも問題を持つ」を挙げる機関が多かった。分野別にみた場合も、対応件数別、地域別、さらに、教育分野の

領域別および保健医療分野の領域別でも、これらの3項目はいずれも頻度が高く、多くの機関が個別対応上の問題として注目していることが示唆された。このことは、今回調査した関係機関の多くが、薬物依存・中毒者のアフターケアの必要性和家族に焦点をあてた地域プログラム（家族相談窓口の拡大や家族教室の充実）の重要性を認識していることを示しているといえる。この所見は、薬物依存の治療における家族療法の重要性を指摘した従来の報告と符合すると考えられる。^{6,8,9}

また、対策立案上の問題として、全分野をまとめてみた場合、「単独機関では対応困難」の指摘がもっとも多く、つぎに「対応方法が未確立」、そして「スタッフ不足」の順であった。「単独機関では対応困難」は分野別・領域別のいずれの検討でも、もっとも頻度が高く、連携の強化を対策立案上の最大の課題であるとの機関も考えていることがうかがわれた。また、対応実績が多い機関ほどこの「単独機関では対応困難」を痛感していることも示唆された。一方、分野によっては、「社会復帰施設等不足」や「受け入れ医療機関不足」を重要視しているところもあり、関係機関との連携を含めた対応体制の確立とともに社会復帰施設や医療機関などの社会資源の整備も重要な対策立案上の問題として捉えられているといえる。

薬物問題を考える上で今後改善されるべき課題として、「啓発活動充実」と「（若年・早期に重点をおいた）介入体制の確立」「連携の強化」を指摘する機関が多かった。しかし、分野や領域によっては、「（薬物依存）専門治療病棟整備」や「相談窓口の拡大充実」、「専門外来充実」、「相互情報交換」、「臨床研究の充実」を挙げるところもあり、現在置かれている状況や立場によって、今後の課題と考えていることは大きく変わることが示唆された。しかし、総体としては、従来広く行われている普及啓発活動に加えて関係機関の連携の強化、若年・早期に重点をおいた介入・対応体制の確立、薬物専門社会資源の整備が今後の重要な課題であると考えている機関が多いといえる。

さらに、この調査では地域プログラムにおける各機関の連携のあり方を検討するため、薬物問題に対する取り組み体制を4つの分野間および対応件数区分別で比較した。取り組みに関する17項目中15項目において、4分野間でも対応経験が多い機関と少ない機関の間でも、取り組み体制に差があり、薬物問題に対する対

応体制は、分野間でも対応件数の多少によっても、大きく異なっていることがわかった。一方、地域別の比較では、有意差を認めたものは3項目であり、取り組みは地域によってそれほど変わらないことが推測された。

また、対応実績については、分野間および地域間、教育領域間、保健医療領域間のいずれでも差異があり、分野別にみた場合、司法警察と保健医療で多く、学校別にはみると、中学校、高等学校、大学・短大・高専の順であった。医療保健領域内では保健所行政機関と精神病院での対応実績が多かった。

つぎに、薬物問題に対する分野間・領域間の問題意識の違いを明らかにするため、個別対応上の問題として挙げた11項目と対策立案上の問題12項目、今後の課題13項目について項目ごとに意識差を調べた。この考察では「個別対応上の問題」と「対策立案上の問題」、「今後の課題」の3つを合わせて問題意識の総体として、それぞれの項目の合計36項目をまとめて検討することにした。司法警察と教育、福祉、保健医療の分野別の比較では36項目中25項目で有意な意識差が認められた。対応件数区分別の検討では36項目中21項目で有意であった。司法警察－教育－福祉－保健医療の4分野間には薬物関連問題に対する問題意識（の総体）にかなりの差異があることが示唆された。また、対応件数が多い機関とそうでない機関の間でも意識差は大きいことがうかがわれた。これに対して、福岡県を6ブロックに分けて地域間で比較した場合、地域による意識差がみられたものは2項目にすぎず、しかも、今後の課題については有意差を認めたものはなかった。この結果は、薬物問題に関する認識の乖離は地域間では軽微であることを意味しているといえる。

これらの結果は、薬物依存・中毒者を地域で支えていくためには、関係機関の横断的なネットワーク会議を開催し、各機関が共通認識のもとに連携していく体制を構築することが重要であることを示している。そして、ネットワークのあり方として、分野（機関）レベル・県レベルの連絡会とともに現場で当事者にかかわっている実務者レベル・地域レベルの連絡会（事例研究会）の必要性も示唆しているといえる。今年1月に実施した全国精神保健福祉センターに対する実態調査でも、ネットワーク会議・事例研究会の開催の必要性を80パーセントのセンターが指摘していた。¹⁰

さらに、教育分野と保健医療分野において、それぞれの分野をさらに細かく分けて検討した。教育分野の5領域（中学校、高等学校、大学・短大・高専、教育行政機関、教育相談機関）間の比較では36項目中11項目で、中学校と高等学校の間では9項目、中学校とその監督機関にあたる教育行政機関の間では6項目に有意差があった。認識の違いはいずれも中等度であることが示唆された。なかでも、中学校とその監督機関とでは、今後の課題に関しては有意差が認められたものは1項目しかなく、問題意識の差は小さいことがうかがわれた。保健医療分野については、精神病院、診療所、救急医療機関、保健所行政機関の4領域の比較では36項目中8項目で、精神病院と診療所の間では1項目、精神病院・診療所と救急医療機関の間では10項目に有意差を認めた。従って、精神病院と診療所の間では問題意識の差はきわめて軽微であると考えられる。それに対して、精神病院・診療所と救急医療機関の間では中等度の意識差があり、また、保健所行政機関と医療機関との差も中等度であることが推測された。これらの所見は、教育分野や保健医療分野の各領域が連携する際は、それぞれの問題意識の違いを踏まえて対応する必要があることを示している。

最後に、今回の調査における単純集計と項目ごとに行った問題意識の差異の検定結果をもとに、薬物問題に対する各分野の考え方の特徴を分野間の相違に焦点をあててまとめてみると、司法警察分野では「普及啓発」、「各種の相談」、「相談機関の紹介」、「職員研修」などのさまざまな取り組みが多く行われ、個別対応上の問題として「再使用・再発が多い」や「複雑な家庭背景」、「社会体験不足」に他の分野より注目していた。一方、対策立案上の問題として「社会復帰施設等不足」、「連携機関が少ない」、「受け入れ医療機関不足」を痛感し、今後の課題としては「連携の強化」、「啓発活動充実」、「社会復帰施設の整備」を挙げる機関が多かった。教育分野では「普及啓発」と「職員研修」の取り組みが盛んで、個別対応上の問題として「複雑な家族背景」や「薬物以外にも問題を持つ」、「家族の理解・協力不足」を重視し、「対応方法が未確立」と「連携機関が少ない」、「研修体制の不備」を対策立案上の障害となっている主な事項と考え、「啓発活動の充実」と「介入体制の確立」、「相互情報交換」、「研修体制の確立」を今後の課題

として多くの機関が捉えていた。

他方、福祉分野では「相談機関紹介」や「医療機関紹介」、「種々の相談」に取り組み、「複雑な家族背景」と「薬物以外にも問題を持つ」、「家族の理解・協力不足」を個別対策上の問題と考え、対策立案上の障害として「単独機関では対応困難」と「対応の未確立」、「研修体制の不備」を指摘し、「介入体制の確立」や「相互情報交換」、「研修体制の確立」を今後の課題として挙げていた。また、保健医療分野においては「医療機関紹介」、「医療的治療」と同時に「自助グループ紹介」や「社会復帰施設紹介」にも取り組み、個別対策上の問題として「再使用・再発が多い」、「家族の理解・協力不足」に注目し、「単独機関では対応困難」、「社会復帰施設等不足」、「受け入れ医療機関不足」、「ニーズとサービスにギャップ」を対策立案上の問題として挙げ、今後の課題としては「連携の強化」に加えて「専門治療病棟整備」、「社会復帰施設の整備」を重要視する機関が他の分野より多かった。

薬物関連問題に対する考え方には、司法警察と教育、福祉、保健医療の各分野によってかなりの相違がある。関係機関との連携にあたっては、分野間の考え方の差異を自覚するとともに、その差を調整する作業を常に行う必要がある。同時に、各機関が、おたがいの社会的立場を理解し、役割分担をはかりながら協調していく体制も重要である。

なお、この報告は、薬物問題の対する各種機関の取り組み体制と問題意識の現状を把握し、分野間および領域間における体制や意識の違いの程度を明らかにすることを目的とした。そのため、統計解析は単一変量解析のみにとどめた。各分野あるいは各対応件数区分に対するそれぞれの項目の相対的な関連性は、今後さらに、多変量解析で分析する必要がある。

V. 結 語

福岡県内の各種の機関を対象に実施したこの調査によって、薬物関連問題への対応は単独機関だけでは困難であり、関係機関との緊密な連携が必要であることを多くの機関が考えていることがわかった。また、司法警察と教育、福祉、保健医療の問題意識の比較から、薬物問題に対する認識には各分野で大きな隔りがあることもわかった。従って、地域プログラムとしては、

各機関の連携の強化がもっとも重要な課題であると考えられる。同時に、ネットワーク会議・事例研究会を通して、若年・早期に重点をおいた介入体制や対応方法を確立する必要がある。また、普及啓発活動の充実とともに家族相談を含めた相談窓口の拡大と薬物関連の社会資源の整備も並行して進めるべき課題である。

VI. 文 献

- 1) 総務庁：麻薬・覚せい剤等に関する実態調査報告に基づく勧告、1998。
- 2) 薬物乱用対策推進本部：薬物乱用防止5ヵ年戦略、1998。
- 3) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorder: alcohol, cocaine, opioide. *Ame J Psychiatry* 1995;152:1-59.
- 4) 内田博文、金 尚均、大藪志保子：薬物自己使用事犯の法的検討、平成10年度厚生科学研究 医薬安全総合研究事業（内村班）、1999。
- 5) Crits-Christoph P, Siqueland L. Psychosocial treatment for drug abuse. selected review and recommendations for national health care. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:749-756.
- 6) 原井宏明：諸外国との比較—治療・リハビリテーションに関する文献レビュー、平成10年度厚生科学研究 医薬安全総合研究事業（内村班）、1999。
- 7) 寺元 弘：薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班—総合研究報告書（平成7～9年度）、1999。
- 8) 関 紳一：薬物乱用・依存の相談と治療、関東図書、1994。
- 9) Merikangas KR, Stolar M, Stevens DE, Goulet J, Preisig MA, Fenton B, Zhang H, O'Malley SS, Rounsaville BJ. Familial transmission of substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:973-979.
- 10) 下野正健、藤林武史、南川喜代晴、柳橋雅彦：精神保健福祉センターにおける薬物関連問題に対する取り組みの現状とあり方に関する実態調査、平成10年度厚生科学研究 医薬安全総合研究事業（内村班）、1999。

表1 司法警察、教育、福祉、保健医療分野の比較

単位：パーセント

	全分野 n=913	司法警察 n=81	教育 n=545	福祉 n=62	保健医療 n=225	4分野の比較 検定
対応と取り組み体制						
普及啓発	67.4	91.4	87.0	21.0	24.0	$\chi^2 = 369.66^{***}$
電話相談	12.0	44.4	3.5	19.4	19.1	$\chi^2 = 131.64^{***}$
本人の相談	19.1	44.4	12.1	22.6	25.8	$\chi^2 = 57.98^{***}$
家族の相談	17.7	46.9	8.6	25.8	27.1	$\chi^2 = 94.57^{***}$
相談機関紹介	33.0	58.0	27.7	53.2	31.1	$\chi^2 = 41.70^{***}$
医療機関紹介	21.1	37.0	7.7	32.3	44.9	$\chi^2 = 152.00^{***}$
医学的治療	8.2	1.2	0.0	0.0	32.9	$\chi^2 = 241.24^{***}$
集団ミーティング	2.2	8.6	0.0	1.6	5.3	$\chi^2 = 38.41^{***}$
家族教室	1.5	4.9	0.0	3.2	3.6	$\chi^2 = 21.98^{***}$
社会復帰施設紹介	8.4	8.6	3.1	8.1	21.3	$\chi^2 = 68.43^{***}$
自助グループ紹介	8.5	6.2	0.9	14.5	26.2	$\chi^2 = 133.98^{***}$
警察への通報	19.9	18.5	21.5	12.9	18.7	$\chi^2 = 3.95$
摘発・検挙等法的手続き	4.5	50.6	0.0	0.0	0.0	$\chi^2 = 440.94^{***}$
連絡協議会への参加	13.8	33.3	13.2	11.3	8.9	$\chi^2 = 31.03^{***}$
職員研修	29.0	34.6	36.5	9.7	14.2	$\chi^2 = 51.24^{***}$
対応体制なし	10.8	1.2	6.2	25.8	21.3	$\chi^2 = 59.66^{***}$
その他	9.0	9.9	7.3	9.7	12.4	$\chi^2 = 5.21$
対応実績						
なし	56.4	7.4	75.4	35.5	33.8	H = 293.37^{***}
数件	23.3	16.0	17.2	41.9	35.6	
10件	6.0	18.5	1.3	8.1	12.4	
数十件	7.8	38.3	1.7	4.8	12.4	
100件以上	1.9	14.8	0.0	1.6	1.8	
個別対応上の問題						
社会体験不足	18.5	34.6	14.7	17.7	22.2	$\chi^2 = 21.23^{***}$
再使用・再発が多い	60.0	88.9	57.1	48.4	60.0	$\chi^2 = 33.61^{***}$
回復に時間を要する	22.3	27.2	23.3	19.4	19.1	$\chi^2 = 3.05$
精神医学的問題合併	10.8	9.9	7.5	16.1	17.8	$\chi^2 = 19.28^{***}$
身体面の後遺症	6.1	4.9	5.1	3.2	9.8	$\chi^2 = 7.24$
薬物以外にも問題を持つ	51.6	37.0	57.4	48.4	43.6	$\chi^2 = 20.38^{***}$
家族の理解・協力不足	26.9	7.4	28.4	30.6	29.3	$\chi^2 = 17.41^{***}$
複雑な家庭背景	60.4	61.7	63.3	62.9	52.0	$\chi^2 = 8.78^*$
薬物使用自体違法行為	16.9	33.3	11.9	16.1	23.1	$\chi^2 = 31.43^{***}$
特に障害なし	1.3	0.0	2.0	0.0	0.4	$\chi^2 = 5.30$
その他	6.4	8.6	5.9	8.1	6.2	$\chi^2 = 1.24$
対策立案上の問題						
単独機関では対応困難	57.8	59.3	52.8	69.4	66.2	$\chi^2 = 15.50^{**}$
受け入れ医療機関不足	22.3	38.3	14.9	11.3	37.8	$\chi^2 = 64.68^{***}$
対応方法が未確立	43.2	33.3	47.2	54.8	33.8	$\chi^2 = 18.26^{***}$
コースとサービスにギャップ	11.7	8.6	7.2	6.5	25.3	$\chi^2 = 53.68^{***}$
連携機関が少ない	29.9	37.0	32.5	25.8	22.2	$\chi^2 = 10.52^*$
社会復帰施設等不足	32.3	56.8	25.1	37.1	39.6	$\chi^2 = 41.06^{***}$
スタッフ不足	38.0	39.5	38.5	33.9	37.3	$\chi^2 = 0.63$
財政的裏付けが乏しい	11.5	11.1	11.9	16.1	9.3	$\chi^2 = 2.45$
研修体制の不備	13.7	3.7	18.5	11.3	6.2	$\chi^2 = 28.57^{***}$
特に障害なし	3.9	0.0	6.4	0.0	0.0	$\chi^2 = 24.58^{***}$
その他	7.1	8.6	7.5	4.8	6.2	$\chi^2 = 1.18$
その他のその他	4.2	6.2	2.9	4.8	6.2	$\chi^2 = 5.34$
今後の課題						
啓発活動充実	55.5	54.3	66.2	40.3	34.2	$\chi^2 = 72.51^{***}$
相談窓口の拡大充実	25.7	21.0	27.0	21.0	25.8	$\chi^2 = 2.13$
相互情報交換	32.7	25.9	39.6	27.4	20.0	$\chi^2 = 30.84^{***}$
連携の強化	34.5	59.3	26.6	43.5	42.2	$\chi^2 = 45.19^{***}$
一般と専門機関の連携	14.3	19.8	10.3	12.9	22.7	$\chi^2 = 22.06^{***}$
専門外来充実	15.0	7.4	10.8	16.1	27.6	$\chi^2 = 38.98^{***}$
専門治療棟整備	13.0	19.8	3.9	14.5	32.4	$\chi^2 = 118.66^{***}$
介入体制の確立	44.9	40.7	51.0	56.5	28.4	$\chi^2 = 36.76^{***}$
社会復帰施設の整備	19.1	28.4	13.9	21.0	27.6	$\chi^2 = 24.49^{***}$
自助グループ活動充実	5.7	2.5	4.4	6.5	9.8	$\chi^2 = 10.31^*$
研修体制の確立	13.7	4.9	18.7	11.3	5.3	$\chi^2 = 30.50^{***}$
臨床研究の充実	8.5	12.3	7.9	6.5	9.3	$\chi^2 = 2.32$
その他	5.7	8.6	5.5	1.6	6.2	$\chi^2 = 3.39$

n：機関数

χ^2 ：カイ2乗検定

H：Kruskal-Wallis 検定

*：p<.05, **：p<.01, ***：p<.001