

---

平成11年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）（連絡先）  
薬物乱用・依存疫学医療研究班（主任研究者：和田 清）〒266-0007  
分担研究課題：千葉市緑区辺田町578番地  
『薬物依存・中毒者に対する国公立精神病院の機能・役割に 国立下総療養所 第2研究室  
関する研究』 TEL 043-291-1221  
(内線3007)  
分担研究者： 小沼杏坪 FAX 043-291-2602

---

## 薬物（アルコールを含む）関連精神障害に関する精神科医師意識調査票

- 【1】精神科医としての診療経験年数について（いずれか一つを選んで下さい。）
1. 2年未満
  2. 5年未満
  3. 10年未満
  4. 20年未満
  5. 20年以上
- 【2】精神科医として、これまで経験した勤務先（複数回答可）
1. 精神病院（病床がすべて精神病床、あるいは一般病院のうち、精神病床の割合が80%以上の病院）
  2. 一般病院（精神病床を有するその他の病院）
  3. 保健所・精神保健福祉センター
  4. その他
- 【3】精神保健指定医の取得の有無（いずれか一つを選んで下さい。）
1. 精神保健指定医
  2. 非指定医
- 【4】薬物関連精神障害の診療の経験について（いずれか一つを選んで下さい。）
- a. 薬物（アルコールを含む）専門治療病棟での診療の経験
    1. 無
    2. 有
  - b. 薬物（アルコールを含む）専門外来での診療の経験
    1. 無
    2. 有
  - c. これまで薬物関連精神障害の診療を経験した症例数
    1. 5例未満
    2. 10例未満
    3. 20例未満
    4. 30例未満
    5. 40例未満
    6. 50例未満
    7. 50例以上
  - d. 現在、入院治療を担当している薬物関連精神障害の症例数
    1. 0例
    2. 1例
    3. 5例未満
    4. 10例未満
    5. 10例以上
  - e. 現在、外来治療を担当している薬物関連精神障害の症例数
    1. 0例
    2. 5例未満
    3. 10例未満
    4. 20例未満
    5. 20例以上
- 【5】薬物関連精神障害の診療を行う場合、直接の治療目標を以下のどれにしていますか？（複数回答可）
1. 急性中毒症状の治療
  2. 精神病性障害の治療
  3. 断薬意思の確立と強迫的使用からの脱慣
  4. 薬物離脱期の医学的管理
  5. 断薬継続の支援と薬物依存からの回復の支援
  6. 痴呆・人格変化など残遺性精神病性障害の治療
  7. 薬物依存の完全な除去
  8. 薬物乱用に伴う問題行動や生活の乱れの改善
  9. その他( \_\_\_\_\_ )

【6】薬物関連精神障害のうち、依存症候群に対するこれまでの診療の取組みについて（いずれか一つを選んで下さい。）

- |                |                |        |
|----------------|----------------|--------|
| 1. 積極的         | 2. どちらかと言えば積極的 | 3. 普通  |
| 4. どちらかと言えば消極的 | 5. まったく消極的     | 6. その他 |

【7】薬物関連精神障害のうち、精神病性障害に対するこれまでの診療の取組みについて（いずれか一つを選んで下さい。）

- |                |                |        |
|----------------|----------------|--------|
| 1. 積極的         | 2. どちらかと言えば積極的 | 3. 普通  |
| 4. どちらかと言えば消極的 | 5. まったく消極的     | 6. その他 |

【8】現在、精神病症状の認められない下記の精神作用物質使用による依存症候群において、入院形態の選択に関する意見のうち、適当と思われるものを、いずれか一つを選んで下さい。

a. アルコール依存症では、連続飲酒発作の最中であれば、精神病症状が認められなくても、開放処遇が制限される環境（開放病棟の保護室や閉鎖病棟）に入院させるのがよいと判断される場合があります。

この場合の入院形態の選択について、以下の項目のうち、どれが適当でしょうか？

1. あくまでも、任意入院を選択すべきであり、開放処遇が制限される環境に入院させるには、本人の意思によるインフォームド・コンセントが必要である。（本人がそれを拒否した場合は、入院はないので、外来において脱慣治療を試みる。）なお、意思表示出来ない程度の泥酔状態であれば、まずは、一般救急医療の対象とするべきである。
2. 出来るだけ本人の意思を尊重して任意入院を勧めるが、本人が納得しない場合は、胃腸・肝臓障害などからの身体保護のため、医療保護入院を選択することも止むをえない。
3. 例え、本人が治療意思を表明しなくても、開放処遇が制限される環境において、アルコールから確実に隔離・禁断することがアルコール依存症からの回復の機会を与え、治療に役立つのであるから、積極的に医療保護入院を選択する。
4. 例え、本人が治療意思を表明しなくても、更に連続飲酒することは、言うなれば自傷行為であるから、医療保護入院とし、場合によっては措置入院を選択することも考慮に入れて、対応すべきである。
5. その他（ \_\_\_\_\_ ）

b. 抗酒剤に匹敵する薬物使用抑制剤がない有機溶剤依存症では、強迫的使用の状態であれば、精神病症状が認められなくても、開放処遇が制限される環境（開放病棟の保護室や閉鎖病棟）に入院させるのがよいと判断される場合が多いと思います。なお、有機溶剤の吸引時に経験される一過性のリバーシブルな知覚異常や夢想症は非精神病的反応であって、中毒性精神病には含めません。

この場合の入院形態の選択について、以下の項目のうち、どれが適当でしょうか？

1. あくまでも、任意入院を選択すべきであり、開放処遇が制限される環境に入院させるには、本人の意思によるインフォームド・コンセントが必要である。（本人がそれを拒否した場合は、入院はないので、外来において脱慣治療を試みる。）なお、意思表示出来ない程度の意識障害であれば、まずは、一般救急医療の対象とするべきである。
2. 出来るだけ本人の意思を尊重して任意入院を勧めるが、本人が納得しない場合は、身体的保護などのため、医療保護入院を選択することも止むをえない。

3. 例え、本人が治療意思を表明しなくても、開放処遇が制限される環境において、有機溶剤から確実に隔離・禁断することが有機溶剤依存症からの回復の機会を与え、治療に役立つのであるから、むしろ積極的に医療保護入院を選択する。
4. 例え、本人が治療意思を表明しなくても、更に有機溶剤を強迫的に使用することは、言うなれば自傷行為であるから、差し当たり措置入院を選択することも考慮に入れて、対応すべきである。
5. その他( \_\_\_\_\_ )

c. 依存形成作用の一層強力である覚せい剤依存症では、強迫的使用の状態であれば、精神病症状が認められなくても、開放処遇が制限される環境（開放病棟の保護室や閉鎖病棟）に入院させるのがよいと判断される場合が一層多いと思います。

この場合の入院形態の選択について、以下の項目のうち、どれが適当でしょうか？

1. あくまでも、任意入院を選択するべきであり、開放処遇が制限される環境に入院させるには、本人の意思によるインフォームド・コンセントが必要である。（本人がそれを拒否した場合、入院はないので、外来において脱慣治療を試みる。）なお、治療意思を表明しなければ、そのうち、覚せい剤取締法違反で逮捕されるのであるから、治療意思を引き出すことは、比較的簡単である。
2. 出来るだけ、本人の意思を尊重して任意入院を勧めるが、本人が納得しない場合、覚せい剤は精神毒性が強く中毒性精神病を発病するのであるから、その予防のためにも、医療保護入院を選択することも止むをえない。
3. 例え、本人が治療意思を表明しなくても、開放処遇が制限される環境において、覚せい剤から確実に隔離・禁断することが覚せい剤依存症からの回復の機会を与え、治療に役立つのであるから、積極的に医療保護入院を選択するべきである。
4. 例え、本人が治療意思を表明しなくても、更に覚せい剤を強迫的に使用することは、言うなれば自傷・他害につながる行為であるから、差し当たり措置入院を選択することも考慮に入れて、対応すべきである。
5. その他( \_\_\_\_\_ )

【9】シンナー等の有機溶剤の摂取、吸入、これらの目的による所持は「毒物及び劇物取締法」によって犯罪とされており、また、覚せい剤の使用も「覚せい剤取締法」によって厳しく規制されています。有機溶剤あるいは覚せい剤使用による依存症候群の患者が受診してきた場合、その患者を告発することについて、以下のどの項目が適当とお考えでしょうか？（複数回答可）

1. 医師の裁量の範囲であり、「毒物及び劇物取締法」や「覚せい剤取締法」には、「麻薬及び向精神薬取締法」第58条の2の『麻薬中毒者（依存者）であると診断したときの医師の届出の義務』のような条項はないのであり、診断した医師がすべてを告発することになると、早期診断・早期治療すべき依存症者を相談・診療から遠ざける結果となるし、かえって精神障害を発症し、幻覚妄想に基づく凶悪な犯罪が多発することが予想されるので、現状では、告発しないほうが望ましい。
2. 「刑事訴訟法」第239条第2項には、「官吏又は公吏は、その職務を行うことにより犯罪があると思量するときは、告発をしなければならない。」と規定されているが、傷害事件などの被害者を診察したときの告発とは異なり、明らかに本人が不利益を被ることになるから、薬物乱用による保健衛生上の危害予防という特別立法の観点から、医師は守秘義務に基づき告発は

せず、むしろ医療を優先させるべきである。

なお、麻薬中毒者（依存者）を診断したときには、「麻薬及び向精神薬取締法」によって、届出することは当然である。

3. 今後議論を深め、行政的に解決しなければならない難しい問題であるが、現状では、告発した個々の医師が患者から恨みを受ける恐れがあり、告発するべきでない。
4. 今後議論を深め、行政的に解決しなければならない難しい問題であり、現状では、告発した個々の医師が患者から恨みを受ける恐れはあるが、それでも覚悟をもって告発するべきである。
5. 「刑事訴訟法」第 239 条第 2 項には、「官吏又は公吏は、その職務を行うことにより犯罪があると思量するときは、告発をしなければならない。」と規定されており、法を守る精神からみて、国公立精神病院に勤める医師は、官吏又は公吏として、当然告発するべきである。
6. その他（ \_\_\_\_\_ ）

【10】国立精神・神経センター精神保健研究所と国立下総療養所との共同で行っている薬物依存臨床医師研修と同看護職員研修に関して、以下の質問にお答え下さい。（いずれか一つ選んで下さい。）

- a. 薬物依存臨床医師研修を行っていることについて  
1. 知っていた 2. 知らなかった
- b. 薬物依存看護職員研修を行っていることについて  
1. 知っていた 2. 知らなかった
- c. 今後、薬物依存臨床医師研修に参加を希望しますか？  
1. すでに参加した 2. 参加したい 3. 参加したくない
- d. 何かご要望があれば、ご記入下さい。（ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_）

<以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました。>

折角のご協力をきちんと生かすために、恐れ入りますが、もう一度記入漏れなどがいないか確認をしてください。

その上で、施設毎に取り纏めて、返信用封筒に入れてご返送していただきますので、宜しくご協力下さい。

ICD-10<精神作用物質使用による精神および行動の障害>のうち、依存症を有する者が  
精神病院へ入院する際に選択される 入院形態 に関する 調査票

【1】貴課の正式な名称をご記入下さい。

( )

【2】現在の精神保健福祉法の体制下において、主診断が以下の精神作用物質の依存症である場合、任意入院が選択されないで、医療保護入院や応急入院という非自発入院が選択されて、貴課に入院届が出されるのは、どの程度の割合でしょうか。日常業務での印象で判断して、一番近いものの番号に○印を付けて下さい。

a. 主診断がアルコール依存症の場合：

1. 全くない（0%）      2. 少しはある（5%程度）      3. かなりある（25%程度）  
4. 半分はある（50%程度）      5. 大部分である（75%程度）      6. 分からない  
7. その他（\_\_\_\_\_）

b. 主診断が有機溶剤依存症の場合：

1. 全くない（0%）      2. 少しはある（5%程度）      3. かなりある（25%程度）  
4. 半分はある（50%程度）      5. 大部分である（75%程度）      6. 分からない  
7. その他（\_\_\_\_\_）

c. 主診断が覚せい剤依存症の場合：

1. 全くない（0%）      2. 少しはある（5%程度）      3. かなりある（25%程度）  
4. 半分はある（50%程度）      5. 大部分である（75%程度）      6. 分からない  
7. その他（\_\_\_\_\_）

【3】前項の質問で、全くないと回答された場合、主診断が精神作用物質の依存症であれば、任意入院を選択するべきであるという何らかの基準が設けられているのでしょうか。該当する番号に○印を付けて下さい。

1. 基準を設けている      2. 基準を設けていない      3. その他（\_\_\_\_\_）

この項の質問で 1. を選択された場合、差し支えがなければ、そのことを明記した文書の該当部分をコピーして、同封して下さい。

【4】改正精神保健福祉法の施行後において、主診断が以下の精神作用物質の依存症である場合、任意入院が選択されないで、医療保護入院や応急入院という非自発入院が選択されて、貴課に入院届が出される数は、現行法の体制下と比べて、どのように変化するのでしょうか。その見込についてお答え下さい。

a. 主診断がアルコール依存症の場合：

1. 少なくなる      2. 変わらない      3. 多くなる      4. 分からない      5. その他（\_\_\_\_\_）

b. 主診断が有機溶剤依存症の場合：

1. 少なくなる      2. 変わらない      3. 多くなる      4. 分からない      5. その他（\_\_\_\_\_）

c. 主診断が覚せい剤依存症の場合：

1. 少なくなる      2. 変わらない      3. 多くなる      4. 分からない      5. その他（\_\_\_\_\_）

<以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。>

折角のご協力を生かすために、おそれ入りますが、もう一度記入漏れがないか確認して下さい。その上で、返信用封筒に入れてご返送下さい。

分担研究報告書  
(2-2)

平成11年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）  
分担研究報告書

薬物依存・中毒者に対する精神保健福祉センターの機能・役割に関する研究

副題 薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割

分担研究者 平井慎二 国立下総療養所 医長

**研究要旨** 本研究は、薬物乱用対策の中で精神保健福祉センターがいかなる役割を果たすかを求めるものであり、求められた役割を実働させようとするものである。平成10年度には、関係機関の連携のあり方及び精神保健福祉センターに定められた機能から発生する特徴に基づき、薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割を構想した。平成11年度は、その構想に検討を加えるため、地域の関係機関の専門職を召集し、分担研究者と情報交換の場を設定することを、全国の54の精神保健福祉センターに依頼した。この依頼に40施設（74.1%）が回答をよせ、情報交換の場を設定することを受け入れたセンターは19施設であった（対54で35.2%）。この内、打ち合わせの過程で、1施設が情報交換の場を設定することを中止した。平成11年度は、11施設において情報交換を済ませた。情報交換においては、参加者間でディベートを用いて薬物乱用者への対応の多様性を体験的に学習し、対応に必要な連携の体制を求め、その中での精神保健福祉センターの役割（平成10年度本研究の結果）を示した。平成11年度に行った11箇所の情報交換においては、分担研究者から報告すべき事項は全て、情報交換のディベートでの参加者の意見から導き出すことに成功した。情報交換の場で参加者から意見を収集し、また、後に情報交換を行った11地区の精神保健福祉センターの薬物相談担当者を対象に、平成10年度本研究の結果である薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割について、情報交換の後に、質問と選択肢を準備した調査票を用いて、回答を得る形で意見を収集した。以上から次の事柄が導かれた。薬物乱用者及びその周辺の者に対して、精神保健福祉センターによる集団療法及び個別相談指導の直接の援助提供は整備されつつある。薬物乱用者に対応するネットワークの整備を精神保健福祉センターが受け持つことに疑問をもつ精神保健福祉センターの相談担当者が少なくない。この先、他の領域の専門職と交流をもつことにより、それぞれの対応に差異があることの認識が進み、その上で、地域の状況にあった体制の整備への貢献がなされるであろう。平成10年度の研究で求めた、薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割の構想の変更を促す、十分な根拠をもった意見は得られなかった。

分担研究者 平井慎二  
国立下総療養所 医長

構想の改善を図ると同時に、精神保健福祉センターでの薬物乱用者に対する援助提供の活発化を図った。

**A. 研究目的**

本研究は、薬物乱用対策の中で精神保健福祉センターがいかなる役割を果たすかを求めるものであり、その役割を実働させようとするものである。

平成10年度には、関係機関の連携のあり方及び精神保健福祉センターに定められた機能から発生する特徴に基づき、薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割を構想した。

平成11年度は、その構想に対する意見を収集し、

**B. 研究方法**

平成11年度の研究は以下の2つに大きく分かれる。

・情報交換

対象：各地において精神保健福祉センターが召集した関係機関職員

内容：分担研究者による平成10年度研究結果の

報告とそれに対する質疑応答及び意見収集

## ・調査

対象：情報交換をした精神保健福祉センターの薬物相談担当者

内容：分担研究者による平成10年度研究結果に示した、薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割に関する、実施の現状、計画、意図の調査及び分析

上について、それぞれの詳細を示す。

### 1. 情報交換

#### 対象と方法

(1) 全国の54全ての精神保健福祉センターを対象に、以下をつけて情報交換の場を設定する依頼書を郵送した。

①平成10年度研究結果

②情報交換方法

a) 分担研究者からの報告方法

情報交換のため分担研究者平井が各都道府県に行く。平井からの報告を約2時間とする。

b) 分担研究者からの報告に対する意見を望むこと

c) 精神保健福祉分野だけでなく、刑事司法及び教育の分野、また薬物乱用問題に関係するその他の分野の専門職を精神保健福祉センターが召集すること

③情報交換の場を設定するか否かの回答書

(2) 分担研究者と情報交換をすることを受け入れた精神保健福祉センターのある都道府県に分担研究者が行き、平成10年度の研究結果を、以下の方法で提示した。

①薬物乱用者への対応の多様性をディベートで確認

②薬物乱用対策の連携体制における援助と取締処分の態勢の提示

③適切な援助を選択する必要性と連携の提示

④薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割の提示

以下に上の①～④の詳細を示す。

① 薬物乱用者への対応の多様性をディベートで確認

参加者が、実務での専門職を離れ、情報提供の場で設定された専門職の班に分かれ、与えられた専門職の役になりきり、違法性と病理性の両方を併せ持った提示した症例（症例1）への対応を仮想した。これに基づき、構造化されたディベート（討論の規則2）の中で班対抗、すなわち与えられた役割としての専門職対抗の形で、自らの職務の正当性と他の専門職の不適切性を指摘しあうことにより、専門職間にある職務上の方針の差を認識し、薬物乱用者への対応における対応の多様性、つまり、取締処分と援助の役割の差、及び、多種ある援助から適切な援助を薬物乱用者に応じて選択することの必要性の確認を図った。

また、このうちの取締処分と援助の役割の差から、相談においても、取締り処分する対応を主に受け持つ機関の一部が持つ相談指導的な業務は、援助的な機関によるものとは異なるべきであり、規制薬物の乱用が認められた場合には事件送致もしくは不良措置（\*註）とすることを優先する特殊なものでなければならないことの理解も促進するように討論の方向を設定した。

#### 症例1：（提示した症例）

「時々トルエンを吸引していました。

中学2年の春からだだったので、もう4年前です。

トルエンには、それ程はまってなかったと思います。

1年前に初めて覚せい剤を使いました。

半年ほど前からは、必ず土曜の夜に友達と集まってあぶりをやっています。

ここ2カ月程は、何回か自分一人でも、あぶって吸ったことがあります。

止めようと思ったことはありますが、やってしまい、その後に後悔します。

最後に使ったのは今朝です。

やめる手助けをしてほしくてここに来ました。

宜しくお願いします。」

#### （討論の規則2）

##### 討論

自分の班が受け持った専門職の業務に従って、仮想薬物乱用者への対応を報告します。他の班との差異を確認するための作業です。他の班の対応の不適切な部分を指摘し合う激論にも至ります。

本日、提供する構想の理解を支えるため、ご協

力下さい。

## 設定

### 1. 時刻

仮想薬物乱用者は、今朝9時半にあなたの所に  
来ました。今は午後3時半です。

### 2. 仮想薬物乱用者の要素の確認

- 1) 覚せい剤取締法違反をした。
- 2) 覚せい剤への依存がある。
- 3) すらすらと話しており、精神病ではない。

### 3. 班編成（仮想的に集合した専門職）

- 1) 精神保健福祉相談員
- 2) 精神科医
- 3) 教員
- 4) 少年補導専門員
- 5) 警察官
- 6) 保護観察官

## 予想される指摘

「この若者は規制薬物を使用した。警察官に連絡すべきではないか。」

「この若者は薬物依存症だ。取り締まるよりも援助を優先すべきではないか。」

## 注意点

- 1) 仮想薬物乱用者の要素に応じた答を準備して、報告をして下さい。
- 2) 報告においては、「すでに仮想薬物乱用者に行ったこと」及び「すでに立てた今後の方針」を話して下さい。  
決して、対応の困難性、考慮すべき点等についての発表ではありません。  
「今朝の例には次のように対応しました。」と切り出して下さい。つまり、対応済みのものとして何をどのようにしたかを報告するのです。
- 3) 本日行った対応には、制約があったはずですが、優先したことは何でしょう。  
警察に通報すれば、おそらく警察は逮捕し、検挙する手続きを開始します。これは、依存症に対して直ちに援助を開始することの妨げになります。  
直ちに依存症に対する援助を開始するのなら、通報は避けるべきです。

4) 報告の目的は検討材料の提供です。要素を無視しないことがルールです。

曖昧な内容の報告をせず、明確に言いきって下さい。

## ② 薬物乱用対策の連携体制における援助と取締処分 処分の態勢

取締処分と援助が別個に存在すれば、それぞれが短所と欠点をもつままである。一つの体系に組み込まれ、短所と欠点を補いあうことがよいが、過度に影響し合うと互いに長所を消し合うこととなる。

援助する対応を主に受け持ち、薬物乱用者に積極的に対応する機関に求められる態勢は、規制薬物の乱用者であっても自首などの条件をつけずには受け入れ、相談指導及び医療、社会適応訓練などを提供し、回復が促進するよう働きかけることであり、しかし、十分に援助を試みた後にも薬物乱用から離れない者には取締り処分する対応にもかかわるよう勧奨することである。この態勢によって、回復を直接促進する対応が準備され、取締処分と援助が組み込まれた体系への接近性が良好に保たれる。

取締り処分する対応を主に受け持つ機関に求められる態勢は、取締りが徹底であることと、処分においては、罰則だけでなく、必要に応じて薬物乱用者が援助的な対応にかかわるよう強制力を発揮することである。また、取締り処分する対応を主に受け持つ機関の一部が持つ相談指導的な業務は、援助的な機関によるものとは異なるべきであり、規制薬物の乱用が認められた場合には事件送致もしくは不良措置とすることを優先する特殊なものでなければならない。この態勢によって、予防効果があり、取締処分と援助が組み込まれた体系への継続性が保証され、回復を直接促進する対応が規則的に提供されることとなる。

このように、各機関が独立性を保って機能を発揮し、互いに他方の機能を尊重して利用し合う連携を結ぶことにより、予防、回復、対応へのかかわり（接近性、継続性）が保たれた体系が成立し、薬物需要削減に効果が上がるものとなる。

## ③ 適切な援助を選択する必要性と連携

薬物乱用者及び家族等の周辺の者に対する援助には種々のものがある。必要とされる援助の種類

によって、それを提供する専門職が選択される。

たとえば、相談指導では援助を提供する者と援助を受ける者の間で交わされるものは、会話である。従って、相談指導は、教育機関、保健機関、精神科医療機関、保護観察所、家庭裁判所、警察、その他の多くの機関専門職が対応できる。

精神病症状あるいは神経症様症状をもつ対象者には、精神科薬の投与が適切である。これには、精神科医療の提供が求められる。

経済問題を持つ対象者には、福祉事務所が対応することが求められる。

薬物乱用者及び家族等の周辺の者には、各機関が対応できる問題において対応を開始し、解決できない問題が残り、解決することが迫られれば、その問題に対応できる機関に紹介するべきである。

#### ④ 薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割（平成10年度研究結果）

- a) 精神保健福祉センターの薬物乱用対策における最大の役割は、関係機関全体の広告塔として、他分野の専門職も講師陣に含む、一般を対象とした講義形式の知識提供の場を設定することである。
- b) 精神保健福祉センターは、精神保健福祉関係機関の職員を対象に教育研修および技術指導をするべきであり、他分野の中核も自らの分野の専門職に対して同様の役割を持つ。
- c) 精神保健福祉センターは、薬物乱用者に対応する機関として個別の相談指導業務を持つのは当然であり、また、他機関も同程度の重要性で個別相談業務を持つべきである。
- d) 精神保健福祉センターには多くの薬物乱用者及び家族が、個別相談もしくは講義形式の集団療法で係属すると思われる。このため、自助式の集団療法を設定することが効果を上げることであり、望まれる。
- e) 薬物乱用者に対する包括的ネットワークの整備は、精神保健福祉センターが受け持てるものではなく、いずれの一機関にも任せられるものではない。関係機関の集合体である都道府県薬物乱用対策推進本部が受け持つべきである。

#### (3) 情報収集

分担研究者からの報告に次いで、参加者から意見を貰った。

また、参加者全員に、前項(2)④の各項目についての意見を書き込む用紙を渡し、郵送により回答をすることとした。

分担研究者と情報交換をする場を設定することを受け入れた精神保健福祉センターのある都道府県に分担研究者が行き、平成10年度の研究結果を、以下の方法で提示した。

## 2. 調査

### 対象と方法

対象は、前出1. の情報交換をした精神保健福祉センターの薬物相談担当者とした。また、回答は薬物相談担当者によるものであり、センターの決定である必要はないものとして、調査への協力を依頼した。

回答は電話あるいはファクシミリで得た。また、回答に関して説明を電話で求めた。

調査の内容は、分担研究者による平成10年度研究結果に示した、薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割に関して、各センターの実施の現状、計画、意図に関するものである。前項(2)④の各項目の内容を細分化し質問事項とし、用意された答から選択することにより回答する形式のものとした。質問事項は、後に結果とともに示す。

## C. 研究結果

### 1. 情報交換

#### (1) 情報交換の受け入れと実施数

全国の精神保健福祉センター54施設に情報交換の場を設定する依頼書を平成12年8月に発送し、平成12年10月までの回答状況は以下のようである。

情報交換の場の設定依頼に対する反応

依頼発送先	54	(100.0%)
回答有り	40	(74.1%)
設定する	19	(35.2%)
設定しない	9	(16.7%)
未定	12	(22.2%)
回答無し	14	(25.9%)

上記表中の%は、すべて依頼発送先数に対する割合である。

上の手続きを経て、情報交換する場を設定することを受け入れたセンターと情報交換の詳細を打ち合わせる過程で、以下の専門職の参加を呼びかけるように依頼した。

精神保健福祉相談員、保健婦  
 児童相談所職員  
 精神病院職員（医師、看護婦、PSW）  
 教職員（養護教諭、生徒指導教諭、スクールカウンセラー）  
 教育委員会相談専門職  
 警察職員（少年相談専門員、少年補導専門員、  
 県警生活安全部薬物対策課警察官、  
 少年課警察官）  
 薬務課職員（県薬物乱用対策推進本部の事務に係わっている方）  
 家庭裁判所調査官  
 保護観察官  
 薬物乱用者に係わるその他の専門職

関係機関の専門職を召集することは、情報交換の場を設定する最初の依頼書に「精神保健福祉分野のだけでなく、刑事司法及び教育の分野、またその他の関係する分野の専門職」と記載していたが、上記の専門職をあげての打ち合わせの後にいくつかの精神保健福祉センターが、情報の場の設定を断ってきた。担当者との話し合いの末、平成12年3月9日の時点では、情報交換の実施状況は以下のようになっている。

情報交換の実施状況	
「設定する」の反応をしたセンターについて	
情報交換 済	11
情報交換 未	7
しないに変更	1
計	19

(平成12年3月9日現在)

情報交換をまだ行っていない7つのセンターのうち、すでに2施設は、期日を予定しているが、他の5施設は、期日が決まっておらず、また、情報交換を行うか否かも流動的となっている。

平成12年3月9日までに、情報交換を行った精神保健福祉センターは、広島、栃木、長野、千葉、神奈川、徳島、新潟、長崎、三重、愛知、秋田の

県の精神保健福祉センター11施設である。

## (2) 各センターでの情報交換の状況

各地での情報交換は、いずれのものも最低2時間を確保した。

一方、各地の気象および地理のため、意見交換に割いた時間は15分程から1時間以上と著しく異なった。また、参加人数は40人から70人程度に設定されることが多かったが、最低では13人、最高では120人程が集まった。さらに、召集する専門職の種類は関係する機関からほぼ最低1人の参加を得たものの、全体の中での各専門職の人数の割合は、地域によって差があった。

以上のような状況で情報交換を行った。

当初から、モデルケースに関する討論を情報交換においては重要な設定と考えていた。

この討論において、与えられた役の職種が自らの普段の専門職と大きく異なる場合、報告において極めて躊躇しながら、苦悩様あるいは不安様の表情、口調で、討論の中で与えられた専門職の役に基づく対応を報告する参加者が少なからずいた。構造化された討論の中で、普段の立場を離れて、他職種の方針を体験することにより、対応における多様性を深く理解することが、構造化された討論の主な目的であった。しかし、必ずしも全員が構造化された討論の中でも普段の職業を離れきれなかったようである。

一方、討論で各班から報告される内容は、与えられた専門職にほぼ適合したものであり、全ての情報交換において、モデルケースとしてあげた薬物乱用者への対応の討論では、取締処分と援助の差異が議論の摩擦となり、また、相談においても取締処分と援助のそれに差異があることを明確にする意見が交わされ、さらに、援助においても相談、医療、その他の援助から薬物乱用者に応じて対応者を選択する必要があることの焦点化に成功した。

## (3) 質疑応答及び郵送での意見

それぞれの情報交換で、伝えるべき要点は全て明確にすることに成功した。一方で、それらは参加者の討論から引き出すものであり、全ての情報交換で同様の程度に明確にあるいは強烈に参加者に伝わったとは言えない。また、参加者の専門職の割合に大きな多様性があったことがら、意見を

一様に処理することは不可能であるため、代表的なものを拾い上げて、以下に示す。

### ①多様性の確認とその困難性

他職種と合同で一つの論点を討議し合うことが初めてであり、また、そうすることによって、薬物乱用者への対応には自分の職務と異なる接近法があることがよくわかったことを示す意見が多数あった。

一方で、取締処分にかかわる専門職からは「やはり取締が重要だ」、援助にかかわる専門職からは「やはり援助が重要だ」のような意見が、後の手紙での回答に少なからず認められた。

また、分担研究者が質問に答えて、相談指導で対応すべき薬物乱用者が存在すること及びそのような例には対応する者が知識技術を修得により対応可能となることを説明しても、「精神科医にはそのような例をどうやって紹介したらよいか聞きたい」のように根拠を示さず、質問を繰り返す参加者が少なからずいた。

### ②連携の整備の受け持ちの分担

関係機関間の連携関係の整備をどこが受け持つかについては、各都道府県の薬物乱用対策推進本部の事務局がある部署（福祉保健部健康政策課業務行政室あるいは保健福祉部薬務課、衛生部薬務課等の名称がある）と精神保健福祉センターの間で、十分な議論が尽くされてない、互いに踏み出すことを躊躇しあっていた、話し合いをしているが対立している、というものが聞かれた。

## 2. 調査

### (1) 回答率及び電話での意見収集

調査の対象は、分担研究者が情報交換のために訪れた11の精神保健福祉センターの薬物相談担当者であり、調査票への回答率は100%であった。

調査票を用いた調査依頼書に、回答は薬物相談担当者によるものであり、センターの決定である必要はないものとしたため、一部のセンターの担当者は個人の意見をもとに回答したが、センター長及びその他の職員との相談の上、回答をした薬物相談担当者もいた。

また、分担研究者が疑問をもった回答には、電話で理由を問い、意見を十分に聞けた。

### (2) 調査票の質問項目と選択回答数

質問項目を示し、準備した回答の後ろに選択された頻度を示す。

合計は、回答したセンター数である11となる。一部で重複回答がある。

#### 1) 講義形式の集団療法について

##### ①実施の状況・計画・意図

- |   |                             |   |
|---|-----------------------------|---|
| a | すでにある。                      | 3 |
| b | この先、設定する。<br>時期が決定している。     | 1 |
| c | この先、設定するつもり。<br>時期は決定していない。 | 5 |
| d | 設定するつもりはない。                 | 2 |

##### ②対象の広さ

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| a | センターに個別相談で<br>かかわっている例だけ | 3 |
| b | 一般を対象とする                 | 5 |
| c | その他                      | 1 |
|   | ・ 回答無し                   | 2 |
|   | (設定するつもりなし)              |   |

##### ③講師（内容）

取締処分及び教育等の他の領域にかかわる専門職を講師とすることについて：

- |   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| a | すでにそうしている。                 | 3 |
| b | そうするつもりである。<br>時期が決定している。  | 1 |
| c | そうするつもりである。<br>時期は決定していない。 | 5 |
| d | そうするつもりはない。                | 0 |
|   | ・ 回答無し                     | 2 |
|   | (設定するつもりなし)                |   |

##### ④頻度

1年間に何回開催していますか。もしくは、何回くらい開催することがよいと考えていますか。

1年間に：

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 毎月ほぼ2回（20回以上）   | 2 |
| 毎月ほぼ1回（10回～19回） | 3 |
| 上の頻度以下          | 4 |
| 回答無し            | 2 |

#### 2) 関係機関職員の教育研修について

##### ①有無及び今後の計画について

- a 現在している。 7
- b するつもりである。  
時期が決定している。 0
- c するつもりである。  
時期は決定していない。 3
- d するつもりはない。 1

②対象を精神保健福祉機関以外の専門職とする教育研修をセンターが主催することについて

- a 現在している。 3
- b するつもりである。  
時期が決定している。 0
- c するつもりである。  
時期は決定していない。 5
- d そうするつもりはない。 3

③対象が精神保健福祉機関の専門職とする教育研修の講師を取締処分及び教育等、他領域の専門職とすることについて

- a 現在している。 2
- b そうするつもりである。  
時期が決定している。 2
- c そうするつもりである。  
時期は決定していない。 6
- d そうするつもりはない。 1

④他機関への協力について

他の領域で行われる教育研修の講師として、貴センターから講師を求められたとき、それに答えることは：

- a 現在、そのようにしている。 7
- b 現在はまだないが、  
それは可能である。 3
- c そうすることは  
不可能である。 1
- d 可能であるが、  
そのようにするつもりはない。 0

3) 継続的な個別相談指導

①有無及び今後の計画について

- a 現在、すでにある。 10
- b 設定する。  
時期が決定している。 0
- c 設定するつもりがある。  
時期が決定していない。 1

- d 設定するつもりはない。 0

②紹介の受け入れ

個別相談を、警察、保健所、学校、保護観察所、病院等の他の施設から、精神保健福祉センターが受け入れることを通常の流れとして受け入れることについて

- a そのようにしている。 4
- b 通常の流れにするつもりである。 0
- c 通常の流れにするつもりはない。 7

4) 自助形式の集団療法

①有無及び今後の計画について

- a 現在、すでにある。 3
- b 設定する。  
時期が決定している。 1
- c 設定するつもりがある。  
時期が決定していない。 4
- d 設定するつもりはない。 3

②対象の広さ

- a センターに個別相談で  
かかわっている例だけ 3
- b 広く一般を対象とする  
・ 回答無し 3  
(設定するつもりはない。)

③対象の種類

- a 薬物乱用者本人を主とする。 2  
(bと重複)
- b 家族等周辺の者を主とする。 8  
・ 回答無し 3  
(設定するつもりはない。)

④頻度

1年間に：

- 毎月ほぼ2回(20回以上) 2
- 毎月ほぼ1回(10回~19回) 4
- 上の頻度以下 1
- 回答無し 4  
(設定するつもりはない。)(3)

5) ネットワークの整備について

①総合的なネットワークの整備

貴都道府県において、薬物乱用者の回復を支え

る対策の総合的なネットワークの整備を貴センターが進めてゆくことが：

- a 適切であると考えている。 3
- b 不適切であると考えている。 5
- c 適切かどうか、わからない 3

## ②相談指導のネットワークの整備

貴都道府県において、薬物乱用者の回復を支える対策の内、地域の相談指導のネットワークの整備を貴センターが進めてゆくことが：

- a 適切であると考えている。 5
- b 不適切であると考えている。 2
- c 適切かどうか、わからない 4

### (3) 調査票への回答がなされた後の電話での意見収集

分担研究者が提供した、薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割に関する構想と、異なる回答を選択した担当者、及び、情報交換前のセンターの意図と異なる回答を選択した担当者に、分担研究者が投げかけた質問と薬物相談担当者の回答の理由の主旨を記す。

#### ① 集団処遇において一般を対象とせず、センターに個別相談だけで関わっている例だけを対象とすることについて

上の回答をした薬物相談担当者に、広く一般を対象とすべきでないかという問いを投げかけた。

答えは、以下のようなものであった。

「集団処遇に適切な例かどうかを判断するためにも個別相談を経る。」

「何回かで一連とする集団療法を修了する形式にして次のグループを受け入れる。」

#### ② 自助式の集団療法の開催をするつもりがないと回答したことについて

上の回答をした薬物相談担当者に、自助式の集団療法を開催すべきでないかという問いを投げかけた。

答は、「グループワークを用いるが、司会は職員が務めるものであり、体験発表だけではないので、自助式の集団療法はしない」のようであった。

#### ③ 個別相談を、警察、保健所、学校、保護観察所、病院等の他の施設から、精神保健福祉センタ

ーが受け入れることを通常の流れとして受け入れるようにしていると回答したことについて

上の回答をした薬物相談担当者に、その理由を問うたところ、「まずは、薬物乱用者を多く受け入れて、どのような者が知ってみたい」「あまり考えてなかった」のような答を得た。

#### ④ 総合的なネットワークの整備をセンターが受け持つことが適切としたことについて

上の回答をした薬物相談担当者に、種々の薬物乱用者へ総合的に対応するためには、援助という働きかけだけでなく、取締処分という働きかけも必要であるので、援助に主にかかわる精神保健福祉センターが、援助と取締処分の両領域の機関の中で総合的なネットワークの整備を受け持つことは不適切でないかという問いを投げかけた。

答としては、「現実的には無理と思うけど、センターだったらしなければならないと思われているので、その答えを選んだ」、「あまり考えずつけた。今、考えると、分担研究者の構想が正しいと頭で思うが、じっくりと体にはしみこんでいない状態みたい」、「センターが総合的なネットワークを受け持つべきだ。実績もある」のような意見を得た。

一方、情報交換前に精神保健福祉センターの薬物相談担当者から、「この県では精神保健福祉センターが総合的なネットワークを担当し、薬物乱用対策推進本部が啓発を担当することに話し合いで決まった」ように分担研究者が聞いていた。今回の調査におけるその担当者の回答は、総合的なネットワークの整備については、センターが受け持つことが適切かどうかわからないという答えを選択していた。この変更の理由について電話で問うた。

「薬物乱用者に総合的に対応するには援助的なものと取締処分があることがわかって、精神保健福祉センターは取締処分にはかかわりが薄いことを考えると、過去に口頭で説明したことを考え直す必要があると思った」のような回答を得た。

#### ⑤ 相談指導のネットワークの整備をセンターが受け持つことが適切としたことについて

上の回答をした薬物相談担当者に、次のような問いをした。「取締り処分する対応を主に受け持つ機関の一部が持つ相談指導的な業務は、

規制薬物の乱用が認められた場合には事件送致もしくは不良措置（\*註1）とすることを優先する特殊なものでなければならぬので、援助的な機関によるものとは異なる。つまり、相談指導にも種々のものがあるので、精神保健福祉センターが相談指導のネットワークの整備を受け持つことは不適切ではないか。」

これに対して次のような答が得られた。

「援助の領域での相談指導ならばネットワークの整備を受け持ってもよいのではないか」

「相談指導とは援助になじむものであり、従って精神保健福祉センターが受け持てる」

-----  
\*註1：不良措置 保護観察の期間中、対象者に遵守事項違反及び再犯等があれば、次のような措置（不良措置）が執られる。

- ① 保護観察処分少年  
家庭裁判所へ新たな処分を求める通告
- ② 少年院仮退院者  
少年院に再収容する戻し収容
- ③ 仮出獄者  
所在不明になった者について、刑期の進行を止める保護観察の停止  
行刑施設に再収容する仮出獄の取消し
- ④ 保護観察付き執行猶予者  
行刑施設に収容する刑の執行猶予の取消し
- ⑤ 婦人補導院仮退院者  
婦人補導院に再収容する仮退院の取消し

## D. 考察

### 1. 情報交換

#### (1) 情報交換の意義

分担研究者からの報告に続く質疑応答及び郵送での反応は、種々のものがあり、参加者の少ない割合が、分担研究者の報告の内容を理解していない、あるいは、異なる意見をもつと考えられる。これらの意見は、十分な根拠が認められず、分担研究者の構想を大きく変更することを促進するものはなかった。

参加者の少ない割合が、報告の内容を理解していない、あるいは、異なる意見をもつ理由は、参加者が薬物乱用者に対応した経験が乏しく、薬物乱用者の生態を十分に把握していないこと、及び、精神保健福祉センターの機能を十分に知らないこ

とが、理由であると考えられる。このことは、参加者からの薬物乱用者及び薬物乱用対策、精神保健福祉センターに関する質問や意見の根拠から推し量られた。これらのために、薬物乱用者と精神保健福祉センターの機能に関する知識に基づいて成立する、薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割の検討が十分できなかったと考える。

また、分担研究者からの報告では、必須事項はすべて伝えたが、ディベートの中での参加者の発言に基づき報告事項を示したので、それぞれの情報交換間では理解の深さに差異が生じた可能性はある。

しかし、参加者からの情報交換の場での意見や郵送での意見の中には、分担研究者の構想を十分理解し、支持する内容も多くあった。

上のように多様な反応があり、従って、情報交換での意見及び質問の分析は限界があり、結果に示したように、情報交換の意見の分析は、参加者には理解の差があることが把握できたという程度にとどまると考える。

一方、精神保健福祉センターの担当者に関しては、当然、精神保健福祉センターの役割を理解しており、また、自らの機関の職務を検討するものであるため、ほとんどの情報交換で精神保健福祉センターの薬物相談の担当者は、分担研究者の薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割の構想を理解し、自らの施設がいかに薬物乱用問題に対応するかを検討する材料になったと、情報交換後の反応から、考える。

以上から、分担研究者が各地を訪れて行った情報交換は、意見収集としては十分なものとはならなかったが、精神保健福祉センターの薬物相談の担当者が、分担研究者の平成10年度の研究結果を理解し、次項に示す調査を成立させるためには十分な情報を提供したものとなった。

#### 2) 情報交換の効果

また、このような情報交換の場を設定することの要件として、精神保健福祉センターが関係機関の専門職を召集することとし、実際に、関係機関の専門職が精神保健福祉センターの呼びかけで集まった。このように多くの機関を集めたのは初めてだったというセンターもあった。情報交換の場を設定したことは、当該地域においては、この先、

精神保健福祉センターが受け持つべき薬物問題への対応に関して関係機関の協力を得やすくなったという効果もあると考える。

## 2. 調査

### 1) 直接の援助提供について

集団療法については、講義形式のものがすでにあるという回答と、この先開催するつもりであるという回答を合わせると、11施設中9施設となる。

この9施設中、センターにかかわっている例だけを集団療法に受け入れるという回答を選択した施設も、完全な自由参加ではないが、所定の手続きを経て他の施設に個別にかかわっている者を受け入れる方法となっている。また、この9施設はいずれも、すでに他機関の専門職を講師としているか、その意図をもっている。

これらから、精神保健福祉センターが援助を求める者を広く受け入れ、多面的な知識を提供する準備をすることに、多くの精神保健福祉センターが賛同するものと考えられる。

上と同様の傾向が、自助形式の集団療法の開催にも見られる。

また、個別相談指導は、10施設がすでに行っており、残りの1施設も、この先、設定することを意図している。

以上から、薬物乱用に関する問題をもつ者への集団療法及び個別相談指導などの直接の援助提供に関しては、発展して行く方向にあると考える。

### 2) ネットワークの整備に関して

分担研究者は、関係機関の専門職の教育をする責任部署の考え方と、個別相談指導の紹介と受け入れのあり方も、ネットワークの整備に関するものであると考えている。従って、この項では、それらをも検討する。

対象を精神保健福祉機関以外の専門職とする教育研修を、現在主催しているセンターが3施設、時期は決定していないが、する意図があるという回答が5施設からある。精神保健福祉機関以外の専門職と精神保健福祉機関の専門職の両者を一度に受け入れて教育研修を行っているセンターは、現在、そのような研修をしていると回答した。関係機関の専門職の教育研修を行う責任部署を問う質問としては、設定に不明確な点があり、この先、改善して再度この点を調査したい。

個別指導においては、他機関から受け入れることを通常の流れにするつもりはないという回答をしたところが多かった。他機関から受け入れることを通常の流れにしているセンターから得られた答からも、暫定的にこの形をとっているのであり、また、その理由が精神保健福祉センターであることに基づくものではなく、いずれの機関にも必要な知識の蓄積のためであった。他の機関から紹介されると自動的に受け入れることを受け入れる方向には、センターの個別相談は発展しないようである。

ネットワークの整備をセンターがすることについての調査票への回答では、どの意見が優勢であるとは言い難い。調査票への回答の後の電話で得た意見からは、一部の担当者のネットワークの整備に対する考え方が明確に変化しつつあることを把握した。これからは、情報交換前にはネットワークの整備を精神保健福祉センターが受け持つべきであるという考え方を持っていたが、それが変化した後には調査票への回答をした薬物相談担当者がいることが予想される。また、相談指導に限ったネットワークの整備に関して、「援助の領域での相談指導ならばネットワークの整備を受け持つてもよいのではないか」のように、薬物乱用者への対応法の多様性を認め、限定付きでセンターが相談指導のネットワークの整備を担当すると回答した薬物担当者がいた。これらから、ディベートを用いて体験的に薬物乱用者の多様性を確認する作業はある程度まで効果があったと考えられる。一方、「センターが総合的ネットワークを受け持つべきだ。実績もある」と答えた薬物相談担当者に詳細に意見を聞くと、薬物乱用者への接近法を援助に限って答えることを反復した。これまでのセンターの薬物乱用者へのかかわりが、当然ながら援助に絞られており、援助にかかわってきた専門職が、薬物乱用者への対応法の多様性を認めることは困難であることも推し量られた。

分担研究者の設定したディベートは、薬物乱用者の処遇について関係機関が機能を発揮し合う方法を検討するシミュレーションである。以上のように、そのシミュレーションでもある程度の変化があることから、精神保健福祉センターの専門職が他機関の専門職と薬物乱用者の処遇について、実務の現場で意見交換を重ねたとき、薬物乱用者への対応法の多様性をより深く理解すると考え

る。

精神保健福祉センターによるネットワークの整備1)についての質問に対しては、回答に条件を付けたものもあり、質問の仕方がやや不明確であったという反省がある。この先、地域の薬物乱用者に対応するネットワークの整備に、精神保健福祉センターがいかに貢献すべきかの詳細を示すことのできる研究をする必要があると考える。

## E. 結論

- 1) 薬物乱用者及びその周辺の者に対して、精神保健福祉センターによる集団療法及び個別相談指導の直接の援助提供は整備されつつある。
- 2) 薬物乱用者に対応するネットワークの整備を精神保健福祉センターが受け持つことに疑問をもつ精神保健福祉センターの相談担当者が少ない。この先、他の領域の専門職と交流をもち、それぞれの対応に差異があることの認識が進むであろう。その上で、地域の状況にあった体制の整備への貢献がなされるであろう。
- 3) 平成10年度の研究で求めた、薬物乱用対策の中での精神保健福祉センターの役割の構想の変更を促す、十分な根拠をもった意見は得られなかった。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## G. 引用文献

- 1) 薬物乱用防止五か年戦略 薬物乱用防止対策  
推進本部 本部長内閣総理大臣 平成10年5月

分 担 研 究 報 告 書  
(2-3)

## 薬物依存・中毒者を抱える家族に対する支援システムに関する研究

分担研究者 山野 尚美 皇学館大学 社会福祉学部 講師

**研究要旨** 米国における薬物依存関連問題への治療・援助における家族への介入について、文献研究と現地調査によって、介入モデルの変遷と実践の具体的内容の整理把握を試み、国内での適用の可能性について検討した。利用者のニーズに対応した多様なプログラムの提供等学ぶべき点が多い一方で、国内での適用にあたっては、我が国の社会・文化的背景の検証が必要とされることが指摘された。

分担研究者 山野 尚美 皇学館大学  
社会福祉学部講師

### A. 研究目的

本研究は、薬物依存関連問題への治療・援助における家族への介入について、米国におけるモデルの変遷と現場での具体的な実践内容を整理・把握し、国内での適用の可能性を検討することを目的としている。

### B. 研究方法

以下の方法を用いた。

- 1 米国における薬物依存者の家族介入の展開過程と具体的内容についての文献研究
- 2 サンフランシスコ市での関連施設の視察および担当者とのインタビューの実施
- 3 米国モデルおよび実践内容の国内での適用可能性についての考察

### C. 研究結果

#### 1. 文献記載にみる薬物依存者の家族への介入

##### 1) 物質依存者の家族に対する介入モデルの展開

薬物依存者の家族に対する介入には、アルコール依存者の家族を対象とする経験の蓄積が応用されている。以下は、その変遷を3つの時期に分けて整理したものである。

##### ① 1930年代以降

1930年代に州立精神科入院施設内のアルコール依存の男性への援助にあたるソーシャルワーカーが、配偶者に対するインタビューを開始した。それによると、彼女たちが顕著な混乱状態にあるとともに、うつ、不安、身体症状の出現等の傾向が高いことが報告された。(Lewis, 1937) これらは、初期精神力動モデル (Early Psychodynamic Models) と呼ばれている。このモデルはその発展の過程で、先のような観察内容が精神力動に関連したものであるという解釈を加えていった。すなわちアルコール依存者の妻は、神経症的葛藤に、アルコール依存という問題を抱えた男性と結婚することで対処している、彼女自身問題のある人であるという解釈である。(Whalen, 1953) これらの初期モデルは、アルコール依存者が飲酒を継続することに関する責任の大半を、その妻に帰すものであった。

##### ② 1950年代以降

1950, 1960年代は、観察された内容には社会学的観点からの解釈が加えられ、アルコール依存者の妻は心理的困窮状態にあるとするモデルが出現した。Jackson (1954) は、アラノンミーティングに参加した女性へのインタビューに基づいて、このような女性達に見られる症状は、アルコール依存者と生活することによって引き起こされているものであるとした。また彼女は、アルコール依存者の家族は、アルコール依存者自身によって引き起こされるストレスを処理する、多様な対処法を身につけていくことも指摘した。

先述の初期精神力動モデルに対し、このモデル

では、家族内で生じる葛藤について、その原因の所在を配偶者よりもアルコール依存者自身に求めた。

### ③ 1970年代以降

この時期の代表的なモデルには次の3つがあり、現在多くの臨床場面で用いられている。

新たに出現したモデルとしては、家族病モデル (Family Disease Model) が挙げられる。Black (1982) は、アルコール依存者のいる家族で育つ子どもに関して、彼らが養育過程で経験したことが、成人後の行動に影響を及ぼすことを指摘した。Schaeff (1986)、Beattie (1987) はそれぞれ、物質依存という疾病が、依存者の配偶者やごく親密な関係者に対して引き起こす、特徴的な点 (低い自尊感情、親密さや離別に対する不安、機能不全な人間関係) に焦点を当てた。また、Schaeff は共依存 (Codependence) という用語を物質依存に呼応する病いであり、コントロール指向、不正直、凍った感情、完全主義他の特徴的な状態を伴うものであると定義した。この他、共依存概念に関しては、いまひとつの特徴的な点としては、当事者のアルコールや薬物の使用を結果として助長する行為である、enabling が挙げられている。このモデルは、臨床場面において多用されている一方で、以下の2つのモデルに比較すると実証的研究が進んでいない現状にある。

この時期には、家族システムズアプローチ (Family Systems Models) が、物質依存者の治療・援助にあたる専門家に影響を与えるようになり、実際に臨床場面に導入され始めた。これは、物質依存を家族機能の枠組みの中で理解しようとするものである。またこのモデルは、アルコール以外の薬物に対しても数多く用いられ、その研究業績が残されているという点においても特徴的である。

この他、学習理論の基礎的枠組みが、物質依存の問題を抱える夫婦や家族を対象とする行動療法にも、援用されるようになった。この行動モデル (Behavioral Models) は、次のような主要原則の上に立つものである。すなわち、薬物およびアルコールの使用を含む行動は学習されたものであり、肯定的および否定的強化によって維持されている。そして、それらは家族内の相互作用によってもたらされるものである。(O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart W., 1973)

## 2) 家族介入モデルの実際

薬物依存者の治療・援助に関する、教科書および治療指針の中から、代表的なものとして3冊を選択し、その記載内容をまとめたものが次である。

### ① APA Clinical Guideline

この米国精神医学会による治療指針の中に示された、一般的治療原則と代替療法には、精神医学的管理、薬物療法、心理社会的療法が含まれている。家族に対する介入は、家族療法が、心理社会的療法のひとつとして、認知行動療法、行動療法、個人精神力動療法、集団療法、自助グループと並び、明確に位置づけられている。

ここでは、家族機能が患者の治療結果に関与しているという前提のもとに、対象は機能不全家族とされている。機能不全家族とは、家族成員間のコミュニケーションが機能せず、適切な制限を設定したり、行動規範を維持することができないものであり、このようなことが患者の短期および長期の治療結果にとって好ましくないということが指摘されている。また、家族療法は、青少年、メサドン維持療法中の患者、アルコール依存の患者に、特に高い効果が確認されていることにも言及されている。

### ② Textbook of Substance Abuse Treatment

American Psychiatric Press から出版されたこの教科書は、1982年に発足した精神障害の治療に関する特別委員会のメンバーとして、精神作用物質使用障害等に関する討議の議長を免めた2名の編者を含む、45名の専門家によるものである。治療に関する全般的事項、物質別の治療の指針、治療方法という大きな3つのセクションに、29の章が盛り込まれている。

家族への介入は、家族療法として、アルコールの場合と、それ以外の場合に分けて、それぞれ別の章に記載されている。ここでは、後者の記載内容を紹介する。この章の執筆者であるEdward Kaufmanは、家族療法として構造的戦略的療法 (Structural-strategic therapy)、精神力動療法 (psychodynamic therapy)、ボーエンの家族システム療法 (Bowen's systems family therapy)、行動療法 (Behavioral therapy) の4つを挙げた上で、これらを有機的に組み合わせた統合的アプローチの活用が有効であることを指摘している。また、家族への介入において、民族的な背景およびライフサイクルの段階への配慮が不可欠であると