

分担研究報告書

「児童思春期の精神保健医療のあり方に関する研究」

分担研究者 牛島 定信（東京慈恵会医科大学精神医学講座）

研究要旨： 過去3年間の大学病院（精神科、小児科）と児童思春期精神医学専門施設の受療動向の調査から、より地域に根ざしたサービスを展開するには精神保健福祉センターを中心としたサービスの必要があるのではないかという視点から研究が始まった。今年度は、平成10年度の精神保健福祉センターの全国調査の結果および、平成11年度の全国から抽出した14のセンターで施行した一定期間における児童思春期事例を対象にしたより詳細な実態調査結果を総合し、児童思春期の問題を扱う他の施設との比較検討を行うことでセンターの果たしうる役割を明らかにするため、平成11年度の児童相談所および教育相談所の相談者データを解析し、比較検討した。その結果、児童思春期の情緒的問題を扱う施設として、児童相談所と教育相談所と比較した場合のセンターの位置付けが明確になった。

研究協力者

江畑 敬介（都立中部総合精神保健センター）  
佐藤 泰三（東京都立梅ヶ丘病院）  
甘楽 昌子（東京都児童相談センター）  
奥山真紀子（埼玉県立大宮小児医療センター）  
小野 和哉（東京慈恵会医科大学）  
顛原 禎人（東京慈恵会医科大学）

A. 研究目的

急速な社会変動のもと、深刻化する児童思春期の情緒問題にどう対応するか。過去3年におよぶ大学病院（精神科、小児科）、児童思春期専門施設を対象とした研究において、児童思春期の情緒問題が今ひとつ地域と距離のあることが明らかになり、その掛け橋として精神保健福祉センターがその役割を担う可能性が考え

られた。そこで、我々は精神保健福祉センターにおける児童思春期問題への取り組みの現状を把握するための研究に着手し、初年度では全国全ての精神保健福祉センターを対象に凡その実態を掴むための一次調査を施行した。その結果、精神保健福祉センターにおいて、児童思春期の情緒的問題で相談にくる事例は多く、社会的ニーズは極めて高く、そのニーズは、非常に多様であるが、実際の対応は、施設によってさまざまであった。まず、思春期の概念のそのものが施設によって異なるし、対応の仕方も相談業務（電話相談、来所相談）、家族会、紹介その他、多様であり、対応するスタッフの職種もまちまちであった。特に児童思春期問題の専従スタッフに対する経済的、人材的には十分な手立てがなされておらず、非常勤か、兼務のかたちで行われているなどである。臨床診断をはじめとした問題

の捉え方にある一定の概念が必要であり、それに基づいたガイドラインの整備が必要であることが痛感された。

次年度はその結果を踏まえて、全国14の精神保健福祉センターを対象により詳細な実態調査を施行した。その結果、以下の7項目が明らかになった。

- ①精神保健福祉センターにおいて、児童思春期の情緒的問題で相談にくる事例は多く、その対応はその地域の実情に即して進められているようである。それに対する対応は、施設によってさまざまではあるが通常の相談業務（電話相談、来所相談）、の他にもほとんどの施設でケースカンファレンス、専門医の相談、親の会・家族会など、特別な児童思春期事例への対応を進めていた。
- ②対応するスタッフは医師などを中心としている。大学の調査でも我々が明らかにしてきたことだが、児童思春期の専門家の有無がこうした施設でも非常に大きな意味を持っているようである。
- ③来所、電話の両相談はその実数は施設により多様であるが、電話相談が来所相談のほぼ2倍であるところが多くみられている。
- ④個別の電話相談は来所相談と比べて、より幅広い事例を年齢的にも相談内容的にも集めている。これは相談形式が簡易であり、匿名性も高いことから相談の窓口として高い機能を果たしていると考えられるであろう。さらにその相談経路についてしてみると、興味深いことに新聞・雑誌・TVなどのメディアを通じたものが多く、こうした事例へのアプローチのあり方とし

てメディアの利用が欠くことのできないもになっている現状が明らかになった。

- ⑤個別の来所相談では電話相談とくらべ相談経路が教育機関が多いのを反映して学校関係の問題の相談が多いとくに児童相談所で扱う年齢より高く、高校生以上の年齢での相談を多く扱っているのが特徴であった。

精神保健福祉センターの児童思春期事例への対応の実情に鑑みて考えると、まず地域のニーズは少なくなく、対応の必要性があり、各センターで対応の努力は進められているが専門家の少なさなど人的資源の不足は共通した問題である。こうしたものが整備されていくとして次に問題となるのがセンターの児童思春期医療における位置づけであろう。こうした側面で詳細な調査を行ってみると、まず電話相談がマスメディアを背景として多様なニーズをくみ上げていることに役立っている。ここで仮にセンター機能を児童思春期事例の窓口的存在と考えてみると、電話相談はその機能を充実していればかなり有効な手段であろう。

- ⑥ 来所相談は電話相談とは異なり、児童相談所のあまり取り扱わない、思春期以降の症例の学校での問題を扱っていた。ある意味では補完的機能と言えなくもない。しかし、児童相談所では実際の対応が可能であるが、児童思春期の診療システムを持たないセンターではやはり窓口的存在にとどまると考えてよいだろう。
- ⑦この調査で電話相談、来所相談ともに

共通の特色として相談者が母や父であることが少なくないことが明らかになった。これを言い換えれば児童思春期事例の対応の窓口として家族や家庭を扱う機関として、センターが機能し得る可能性を示唆しているともえるだろう。

以上の結果に鑑みて本年度は、児童相談所、教育相談所の相談データと比較検討することで、児童思春期精神保健医療における精神保健福祉センターの機能を明確化する。

## B. 研究方法

児童相談所（全国児童相談所、東京都児童相談所\*）および教育相談所（東京都教育相談所、練馬区立教育相談センター、江東区教育センター、大田区教育相談室、調布市教育相談所）、の2施設の平成11年における相談状況データについていままでの研究で得られた全国の精神保健福祉センターに関するデータと、抽出された14のセンターのデータとを総合比較検討した。

\*東京都内11児童相談所の集計

## C. 研究結果

### 1. 施設における対応事例の年齢分布の特徴（図1、図2、図3、図4）

各施設の目的や機能により対応の事例の年齢に明らかな偏りがみられた。

#### 児童相談所

6歳以下が全体の半数に近い

#### 教育相談所

6歳以上の小学生から18歳の高校生までピークは中学生

#### 精神保健福祉センター

12歳以下がほとんどみられない

### 2. 相談形態の比較

基本的には電話相談と来所相談の2形態をいずれの施設もとっている。ただし児童相談所は訪問面接という能動的対応も行っている。特殊なものでは調布教育相談所ではファックスでの相談対応をしている。電話相談では件数が多い施設では20%程度がいたずら電話であるというリスクはあるものの窓口機能としては即応性、匿名性などから高い機能を有する。その役割は1) 不安悩み自体の受容と整理 2) 他の専門機関に紹介すべきかどうかの鑑別 3) 地域情報の紹介 4) 来所による継続的な相談の勧誘などに整理することができる。こうしたことから利用率が高い相談方法ではあるが、東京児童相談センターでは実際に相談できた電話12600件に対して電話回線がふさがっている間の電話は37000件におよび対応機能が相談需要に対して追いつかない状況を呈しているような施設もみられ、ニーズの急激な高まりに施設の対応がかならずしも見合っていない現状が垣間みられた。

### 3. 相談者

相談者の割合では児童思春期事例の特質として母親からの相談が最も多いことは3施設共通の特徴であるが、事例の年齢の低い児童相談所では母親の割合がほとんどであるのに対して事例の平均年齢が比較して高い施設では本人、さらには父親の関与も増えている。

児童相談所（東京児童所）

電話相談； 母親が圧倒的 87.6% 本人 6.78% 父親 1.96%の順で多い。

教育相談所（東京都立教育研究所）

（総合相談） 親が 61.6%次に本人 27.3%。

（来所相談） 保護者 53.1%本人 36%

精神保健福祉センター（全国調査結果）

（電話相談） 母親が 67%で次に本人 20% 父親 5%の順。

（来所相談） 母親が 48%で次に本人 33% 父親 13%の順。

#### 4. 相談経路

経路についてのデータは施設により明確に統計化されておらず十分な比較ができなかった。

児童相談所

相談経路として統計されているデータでは家族親戚からが 91.4%つぎが児童本人から 6.7%されているがこれは相談全体の相談者の割合と同義で、経路については明確でない。

教育相談所

心理教育相談でも経路が明確ではなく相談者では保護者が 75.5%で児童本人が 18.8%となっている。

精神保健福祉センター

経路は別紙に表示。我々の調査では経路の多様性では最も顕著である。（図5.図6）

#### 5. 相談内容

各施設では以下のような独自の分類が用いられている。そこで各施設を比較検討するため試みに児童相談所の相談項目を援用し、3施設の相談内容を養護相談、医療保健相談 身体障害相談、知的障害相談、非行相談、育成相談の5つに分類し（表1）評価すると図7のようになった。つまり、まず精神保健福祉センターでは相談内容は育成相談（51.02%）医療保健相談（44.32%）の2つが多い、次に児童相談所では育成相談（29.05%）知的障害（25.36%）、養護相談（19.84%）、医療保健相談（17.96%）の順に多くみられている。ただこれは東京の場合のデータであり、全国統計ではやや異なり知的障害相談（41.2%）が最も多く、次に育成相談（19.9%）、養護相談（12.9%）、身体障害相談（11.6%）の順で多くみられた。教育相談所では育成相談（96.55%）がほとんどであった。

各施設でよく用いられている分類；

児童相談所 養護 保健 身体障害相談 知的障害相談 非行相談 育成相談の7つ  
教育相談所 性格行動、精神身体 知能学業 進路適正 その他  
精神保健福祉センター

来所相談については医学的分類に準拠した分類が用いられ、電話相談ではつぎのような実際の内容を分類したもの（1.病的な症状に基づく相談、2.治療や薬に関する相談、3.社会復帰に関する相談、4.年金医療費の相談、5.不登校いじめの相談、6.家庭内暴力、7.とじこもり、8.非行反社会的問題、9.精神身体発達の問題、10.職場や近隣との対人関係の問題、11.家庭内の人間関係、

12.性についての悩み、13.社会適応の問題、14.アルコール、15.覚せい剤、16.有機溶剤、17.その他依存、18.痴呆、19.感情障害、20.妄想障害、21.乳児期および児童の精神身体 の発達上の問題、22.摂食障害、23.HIV、24.その他 ) が用いられている。

#### 6. 施設対応状況 (年間)

児童相談所では相談機能は電話、来所とも高い。教育相談所では電話相談で処理される件数が多く、ほとんどが来所に至っていない。一方、精神保健福祉センターでは4分の1ほどが来所しており施設によりその機能や処理能力には大きな相違がある。

児童相談所 (東京都児童相談所)  
電話相談 12564件

来所相談 17695件  
東京都内総合件数30259件

教育相談所 (東京都総合教育相談室)  
電話相談 20309件

来所相談 686件 (3.3%)  
精神保健福祉センター 1施設年間平均  
(児童思春期事例に限定)

電話相談 289.44件

来所相談 76件 (26.25%)

#### 7.3 施設における児童思春期の精神的問題への関与状況

3 施設での児童思春期の精神的問題に関する関与の度合いを比較するため各施設での児童思春期の精神的問題と考えられる事例の占める割合について調べた。

#### 児童相談所

医学診断に至ったものの内、精神科小児科で対応した養護、保健、知的障害、非行、育成相談は合計2581件で総相談件数(17695件)の14.35%もう少し拡大して精神的問題との関連が大きいと思われる育成相談全体では7181件で40.58%を占める。なお心理職員が関わった児童は25826件である。

#### 教育相談所

精神的問題と思われるいじめ相談448件心理教育相談5315件で合計5763件で総相談件数(20309件)の28.24%を占める  
精神保健福祉センター

総相談件数23.4%が児童思春期事例(全国平均)

#### 8.対応の人的配置

#### 児童相談所

東京都児童相談センターでは120人のスタッフで常勤の心理職14人、医師6人と充実しているが、各地域の相談所は14人から38人程度の比較的小規模で運営されている。人的配置は保護などの措置を行う行政機関としての側面と知的障害など発達の問題を扱う医療機関としての両方の側面が合わされたような印象をうける。

#### 教育相談所

基本的に定年退職後の教員など教育経験者を中心に心理職などが加わり構成される。東京都立教育研究所などでは常勤の心理職

8人で児童思春期への対応しているものの、各地域の教育相談所は常勤は3人から14人までまで開きがあり比較的小規模、その中で心理職の常勤をもたず主に教員定年退職者が対応しているところも少なくない。教育施設の延長上の機関としての色彩が強い。

#### 精神保健福祉センター

医師を中心に常勤では20人から30人程度の規模であり、その構成員は保健婦や精神保健福祉士、看護婦が含まれ今回の対象機関のなかで最も医療機関的色彩が強い。

#### D. 考察

精神保健福祉センター、児童相談所、教育相談所の比較調査の結果明らかになったのは以下の諸点である。

1. 各施設の相談者の主たる年齢構成をみていくと、児童相談所は18歳未満を対象としながらも学童期以前を中心とし、教育相談所は中学生を中心に小学校から高校までの就学者全般を、精神保健福祉センターは12歳以上の中学生、高校生を扱っていることが分かった。つまりここでもある程度各施設の特性に従い、自然発生的な役割分担があるといえよう。
2. 相談形態には大きな相違は施設間ではない、ただその機能面では教育相談所では電話相談に窓口としての機能を明確化しているが、児童相談所では電話相談に独自の相談機能を持たせて、窓口以上の機能を持たせている場合がある。精神保健福祉センターでは電話相談が窓口であるとともに相談対応もし

ており、その機能はやや明確ではない。相談件数が多い場合には相談機能が特化されていく必要があるかもしれない。

3. 相談者は全体に母親が相談の中心であることは3施設とも類似した状況にある。ただ児童相談所では相談事例の対象年齢が低いことから電話相談で母親がほとんどであるのに対して、教育相談所では相談全体では50%~60%と減少し、本人の相談が30%程度とやや多いのが特徴である。一方、精神保健福祉センターでは母親や本人の占める割合は電話、来所の両相談とも教育相談所と類似しているが父親が電話相談で5%来所では13%を占め、他の施設にくらべ父親の関与が少くないのが特色である。これは相談事例の年齢が他施設とくらべて高く父親の関与を要す事例が少なくないことを反映しているといえよう。ここで得られたデータから相談者を大まかに本人を含む家族と考えると、例えば多動性障害や行為障害の場合、家族がそれを発達の問題と認知するか、教育の問題と認知するか、医療の問題と認知するかによりつぎで取り上げる相談の経路は大いに異なることとなる。つまり家族の認識のあり方が児童思春期の精神的問題ではその対応処理のプロセスに大きな影響を与えてしまう。従ってこの問題の適切な対応の大前提として家族に児童思春期の精神疾患について十分な情報を提供する機能もこれからの相談施設には求められるといつてよいだろう。
4. 相談経路については児童相談所、教育

相談所についてはあまり明確なデータがなく比較検討は困難であった。しかし研究協力者から語られた現場での状況としては一部の事例では、事例の性質により窓口がどの施設であれ相互の施設間で紹介される場合があり、それは年齢や求められる対応のあり方にもよるとのことである。例えば教育相談所で相談受理された事例が児童の保護が必要な場合には児童相談所に紹介されるといったようにである。また児童相談所でみていた児童の年齢が上がり、精神疾患として医療的対応が必要とみなされた場合には精神保健福祉センターへ紹介されるなどのような事例がある。つまり各施設の機能面での相違が十分認識され、相互間の連絡のあるところでは全ての施設は窓口として機能し、その事例の性質により適切な施設にて対応される道筋をつけることが可能で、こうした経路が明確化されていくことが望ましいといえよう。

5. 相談内容では3施設の機能に見合った特性が顕著に現れている。東京児童相談所では育成相談、知的障害相談、医療保健相談、養護相談がいずれも20%前後である。これが全国統計であると知的障害相談と身体障害相談が増え医療保健相談が減少している。これは東京では医師がスタッフのなかに多く含まれているという特殊な事情を反映したものである。次に教育相談所ではほとんどが育成相談であり、精神保健福祉センターでは育成相談と医療保険相談がともに50%前後を占めている。つまり児童相談所では児童思春期事例

に関して他の施設とくらべ幅広い、よりきめ細かな対応が可能であり、スタッフに医師が含まれることでより偏りの少ない相談の場を提供することが可能になっているといえよう。一方、教育相談所ではそのスタッフが教育経験者を中心に心理職職員を加えた形で構成されており育成相談に特化された施設といえよう。精神保健福祉センターでは3施設のなかでは最も医療機関に近い性質をもち医療保健相談が多いのが特徴である。しかし相談の半数を占める育成相談のなかで不登校をはじめ様々なプレメディカルな問題への対応を行っており、他施設との連携により児童思春期の精神的問題を医療に繋げる橋渡しをする機関としての機能を果たしやすい施設であるといえよう。

6. 施設対応状況では児童相談所が電話、来所の数とともに多いのが特色で現場で児童と直面し、他施設とくらべ保護などより具体的な措置対応を求められる行政機関としての性質からくるものと思われる。一方それと対比すると教育相談所は相談機関としての特性がよく現れている。大半が窓口である電話相談で対応されており、心理相談など継続的な相談対応は極めて限定されている。精神保健福祉センターでは対応事例の性質上継続したカウンセリングが必要な事例も少なくなく電話相談事例の25%前後が来所している。つまり児童思春期の精神的問題について窓口としての機能においては現状でもある程度の対応はできているといえるかもしれないが、より具体的な対応や治

療を求められる場面では各施設の性格により、その関与の仕方は異なっている。このあたりが事例の対応にあたり差が大きく現れるところではないだろうか、例えば行為傷害の事例についてこれを養育の問題としてとらえるか、教育機関での不適應の問題としてとらえるのか、あるいは精神医療における疾患ととらえるのかという問題である。このあたりの対応のあり方が施設間で連携をもって整理されていく必要があるだろう。

7. 3 施設における児童思春期の精神的問題への関与状況では3施設なかでは児童相談所が大枠では最も関与の割合が大きいが、教育相談所、精神保健福祉センターも20%以上の高率で関与しておりいずれの施設でもやはりこうした問題の窓口としての機能は果たしているといえるだろう。
8. 対応の人的配置では各施設の目的と機能に応じた状況がみとめられる。しかし人的配置はかならずしも充分なものではない、東京児童相談所の電話相談の状況にみるようにニーズに対して施設の処理対応が追いつかない状況も出現している。また大学病院および精神保健福祉センター全国調査で既に我々が明らかにしてきたように、各施設において児童思春期問題に対応することのできる人材が存在するかどうかはその施設におけるこうした問題への対応能力を決定する大きな要因であることは同様である。したがってこうした人材の養成も精神保健福祉センターにおける児童思春期への対応の充実を

図る上では不可欠な課題である。

#### E 結語

本研究の狙いは、精神保健福祉センターが児童思春期問題を担う役割があるのかどうか、もしあるとすればそのような役割があるのかを明確にし、同センターの今後のあるべき姿を追求することにある。我々の左記の研究では、大学病院を始めとする総合病院精神科ないしは児童思春期専門施設といった医療施設では、地域との間に今ひとつ距離があるという印象を与える結果を得たことによる。

本研究の調査で得た結果によると、同センターは、同じく児童思春期を扱う福祉的な施設、ある意味では医療機関と地域社会とをつなぐ施設として児童相談所や教育相談所と比べて、いくつかの特徴を持っていることがあきらかになった。ひとつは、児童相談所が低年齢層（小学生・中学生）の育成相談（不登校その他）と知的障害に関する診断その他の業務が多いこと、したがって児童虐待等に関する援助業務は児童相談所が主たる機関となること、他のひとつは教育相談所が中学生を中心に高校生まで延びているが、あくまで教育現場と結びついた問題の処理に多くのエネルギーが注がれる傾向にあって、同じ事例でもそれが長期化したり、医療施設での対応が求められるようになると関係が切れてしまうこと、そして第三は児童相談所では母親が主たる相談者であり、教育相談では母親に加えて本人もまた相談者たりうるということが明らかになった。ことに後者では「学校内のいじめ」等が問題になるとき、学校、当事者、母親が関わり合うことになるであろう。

そういう意味では、精神保健福祉センタ



一では、年齢が前二者と比べて高齢化しやすい、つまり中学から高校、更にはヤングアダルト世代までもを含み、相談者も母親に加えて本人ならびに父親の参加もあるという特徴がみられた。父親の参加が何を意味するのか、当然のことながら問題が家庭内に留まる限りにおいては母親だけで何とか事足りていたのが、社会的問題にまで発展するとなると父親がどうしても引っ張り出されるということになるのである。こうした状況のモデルになるのが現在世間の目を集めている「非精神病性の社会的引きこもり」であろう。年齢的には当然社会人であり、年齢がまだそこまでいかないまでもそれが反社会的行動等の問題行動を引き起こすようになると、母親と本人だけでは如何とも仕方がない事態になり、父親が引き合いに出されるということである。

そういう意味では、最近になって注目を浴びている児童思春期問題のいくつかを例にとると分かり易いような気がする。児童虐待の問題は危機から子どもを救い出すことであり、どうしても児童相談所の役割になるが、不登校、いじめなど学校場面が問題の中心になるときは教育相談所の担当となろうが、引きこもり、それを基盤にした問題行動となると、予防的に精神保健福祉センターの役割になってくるようである。

もちろん、触法的な行動形態をとるようになると警察が関与せざるを得ないし、犯罪精神医学の領域となるが、重要なのはその前段階ともいえる思春期青年期も若者への対応は福祉的な機関の役割となってくるのである。

ことに最近になって、中学生から高校世代、更にはそれより若干年長のヤングアダルト世代の問題行動がいろいろなかたち（例えば、殺傷事件、ストーカー事件、窃盗その他）で問題になってきているが、これらに対応していく社会的機関や組織化がひどく遅れているといわねばならないが、現在のところ、精神保健福祉センターがもっともよいポジションにあるといえるだろう。同センターおよび関連施設、例えば保健所、更には医療施設等での早急な取り組みが迫られているといわねばならない。同センターを中心にした組織化が必要になっているということである。

#### F. 研究報告

第13日本児童青年期精神医学会(三重)にて本報告の一部を発表。また次年度の学会その他で報告していく予定である。

#### G. 知的所有権の取得状況

とくになし。

東京都児童相談所平成11年相談者年齢分布

図1

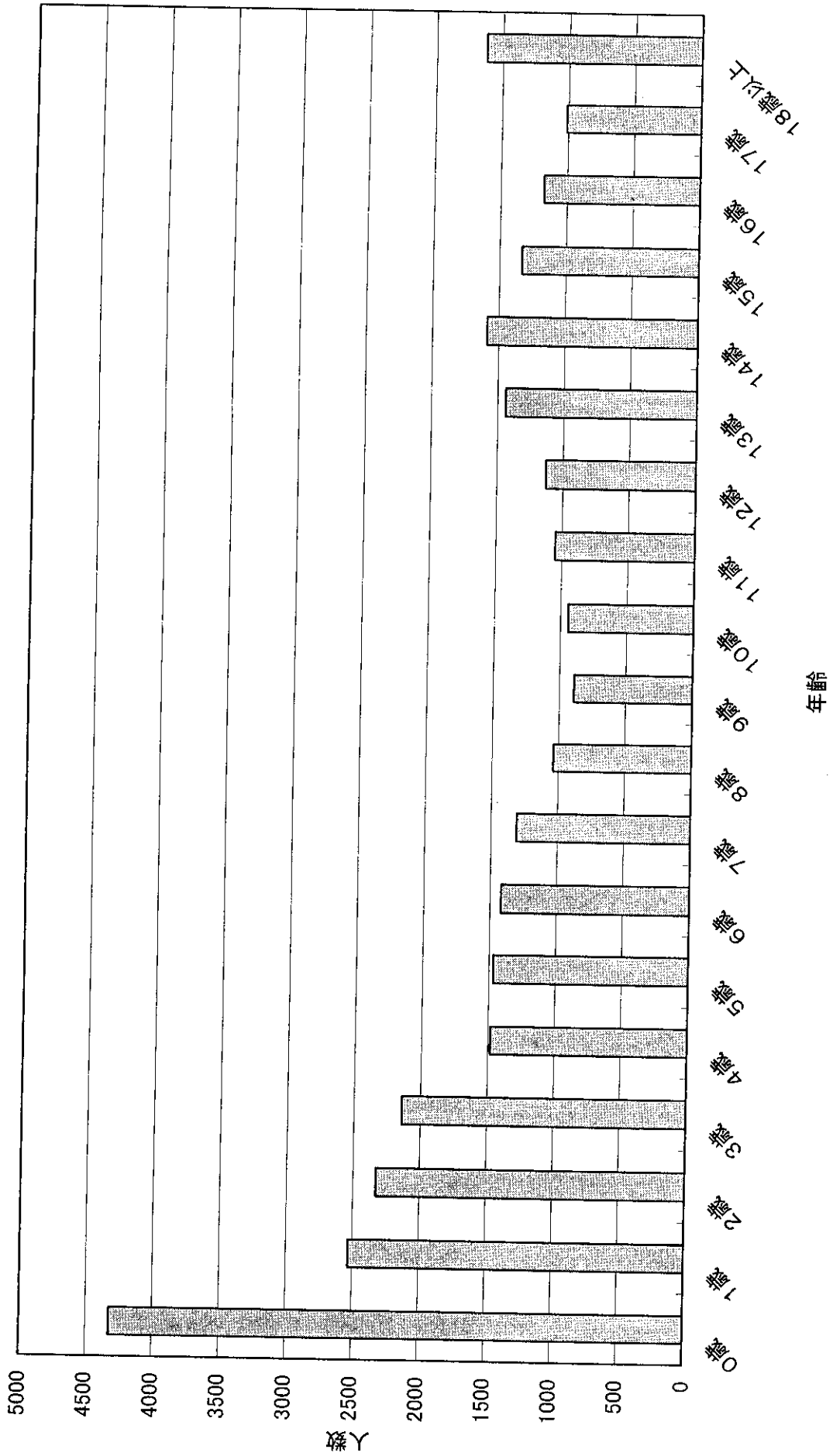


図2

東京教育相談所平成11年相談者年齢分布

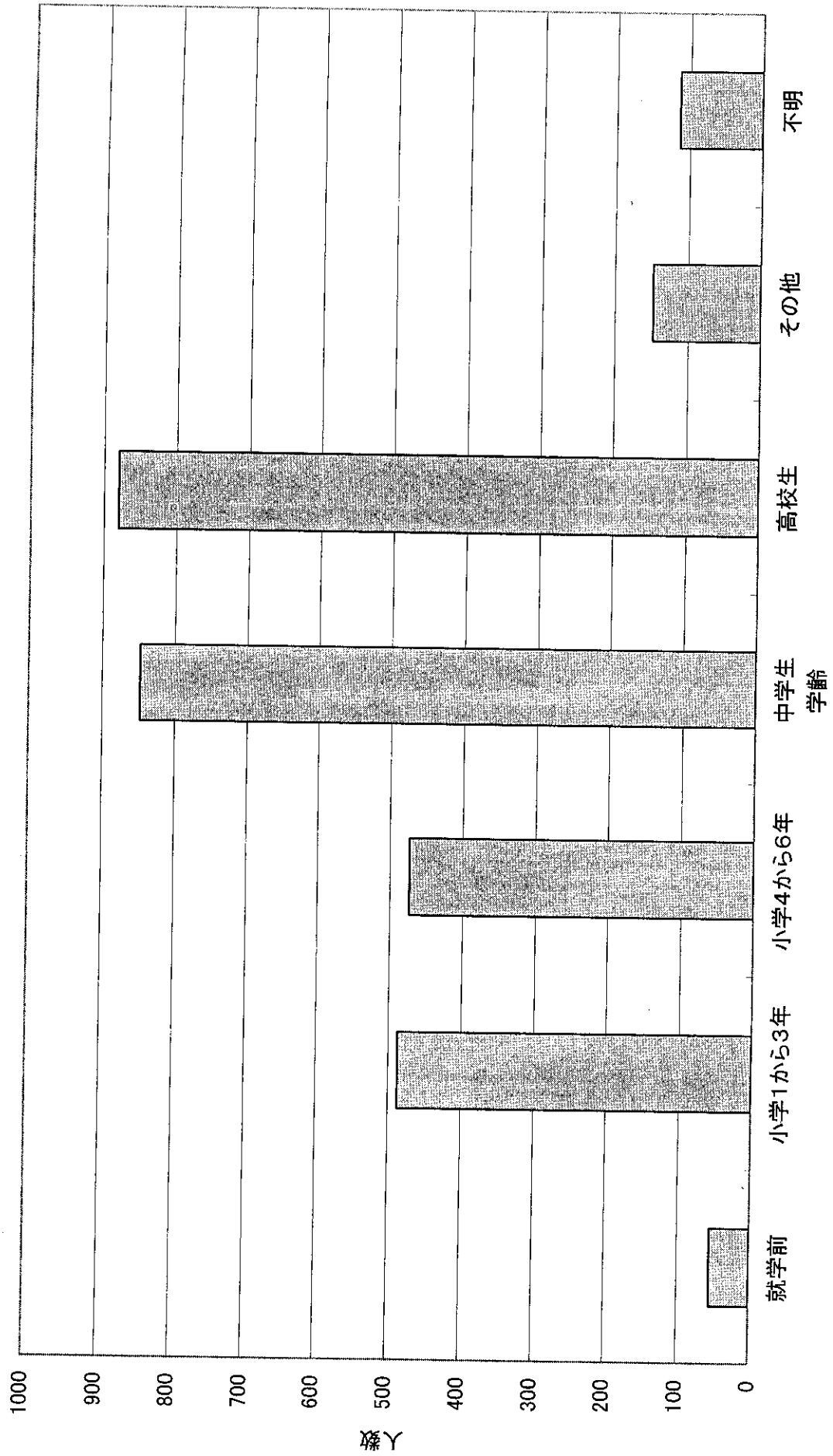


図3 精神保健福祉センターにおける電話相談者の年齢分布

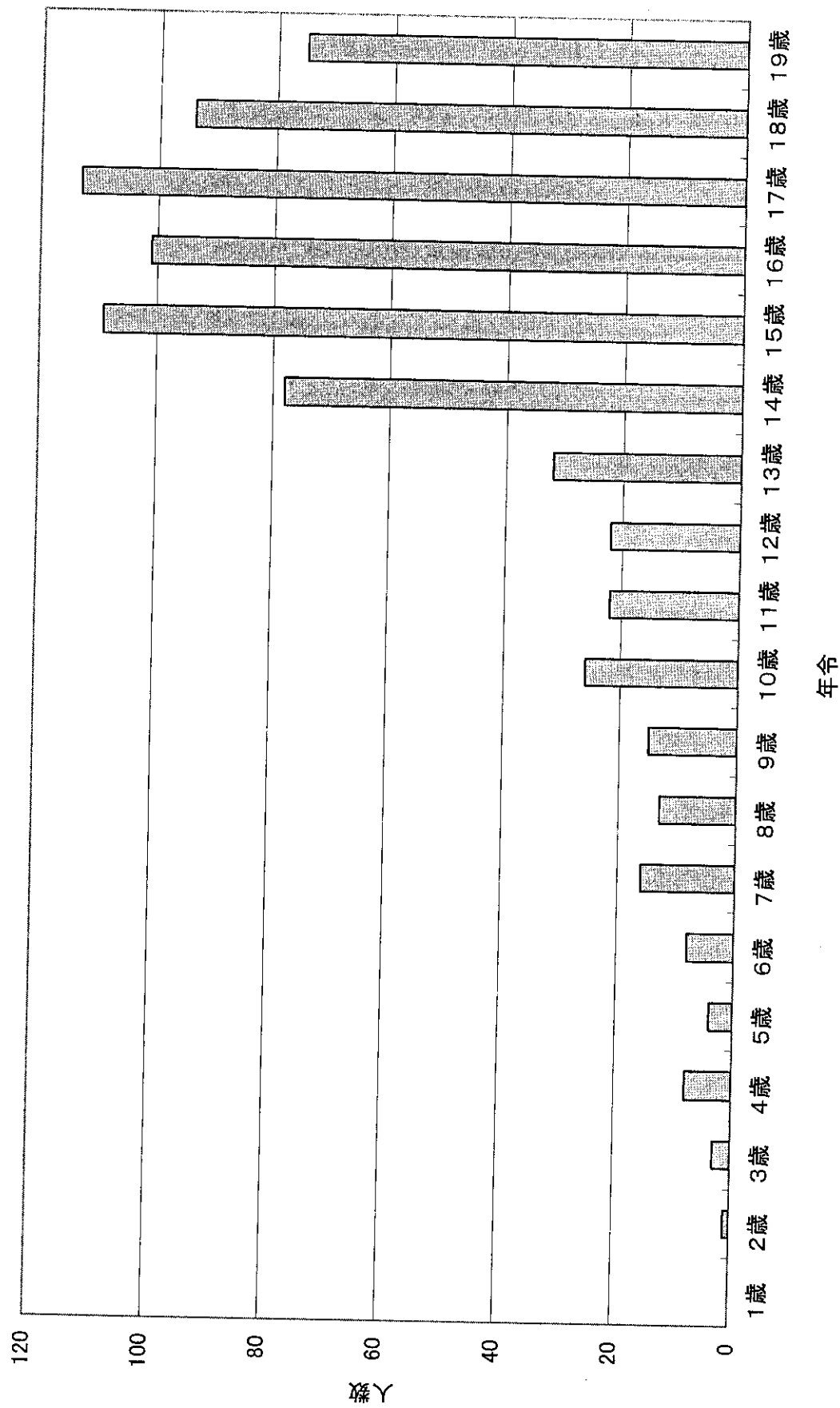
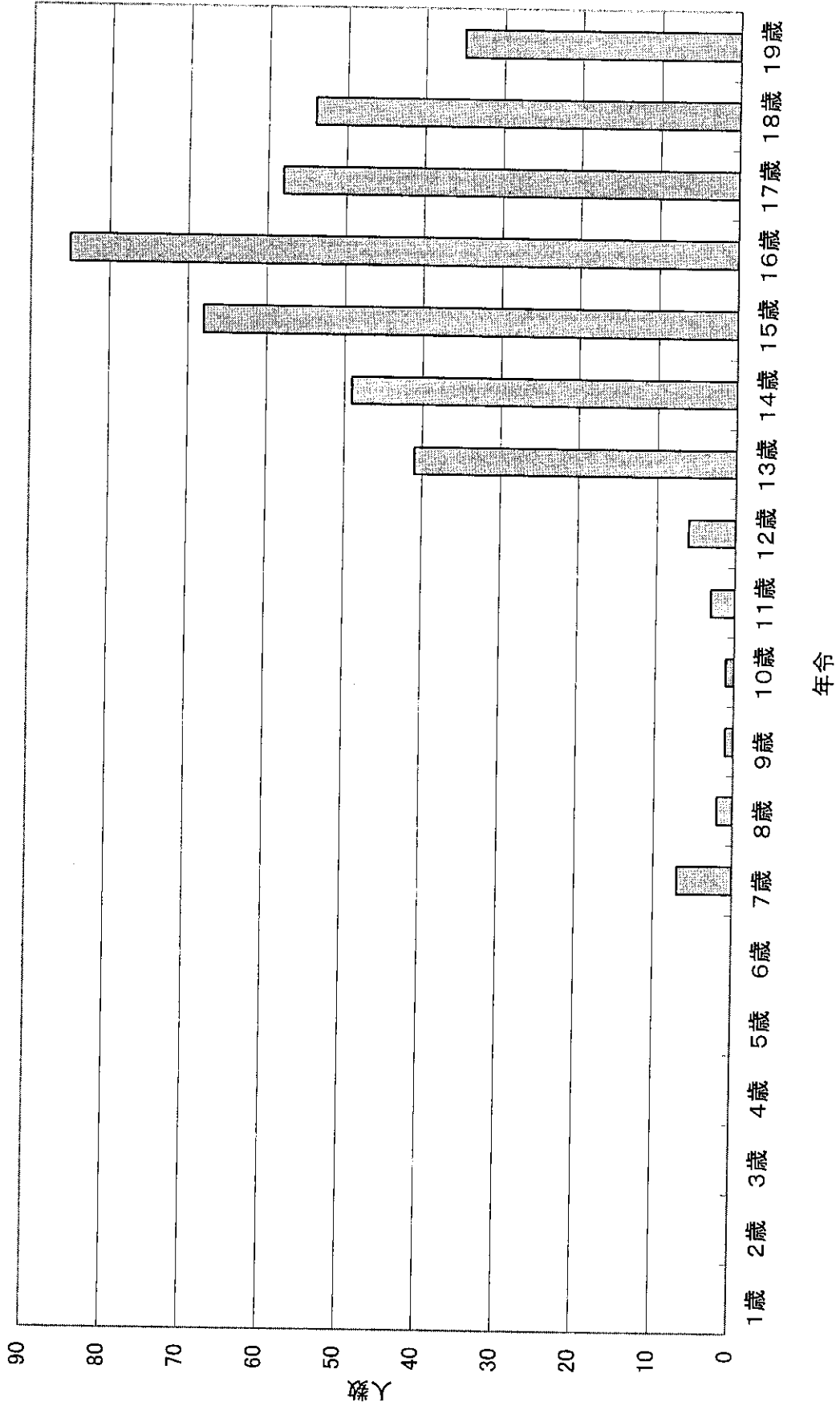
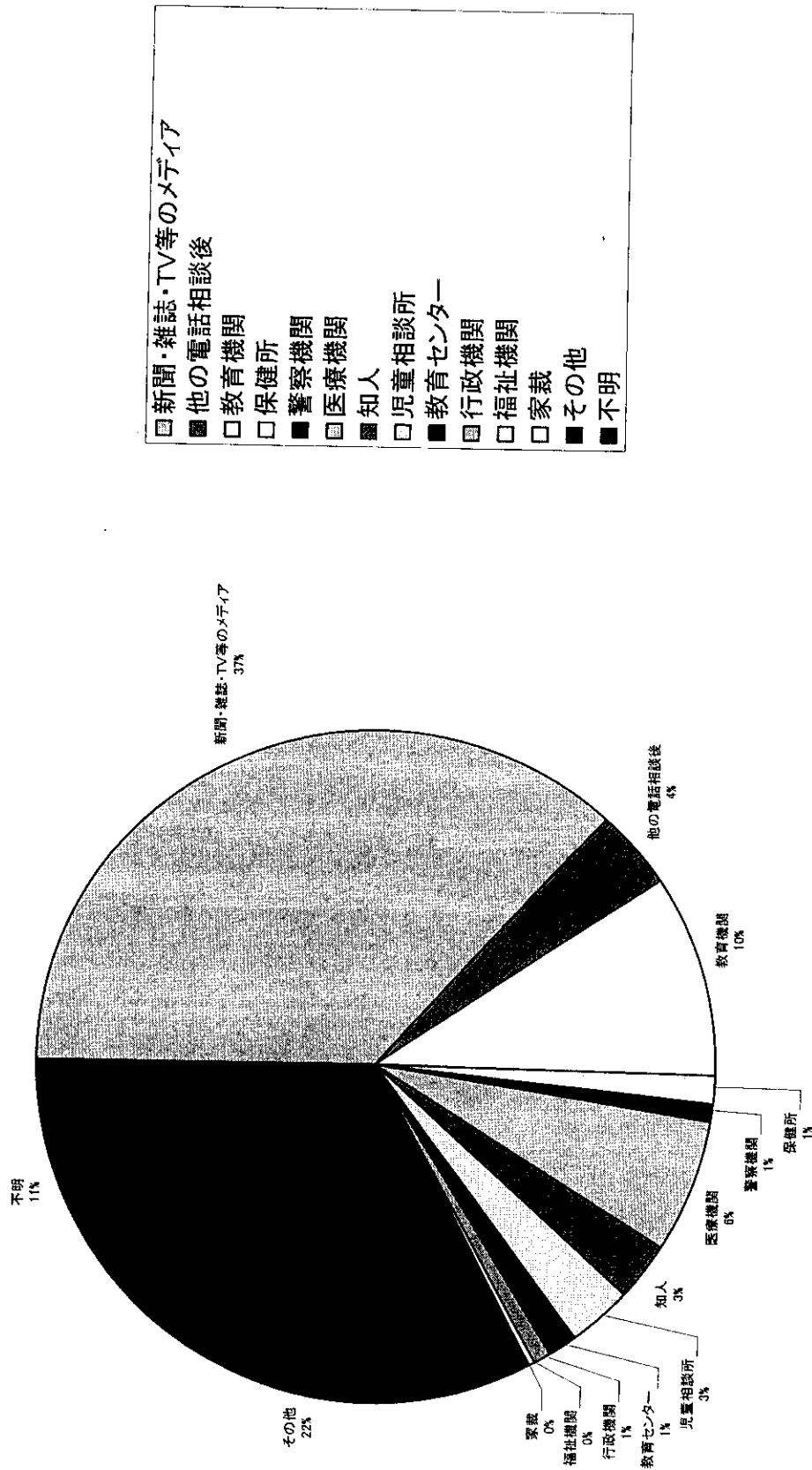


図4 精神保健福祉センターにおける来所相談者の年齢分布



# 精神保健福祉センター電話相談(経路)

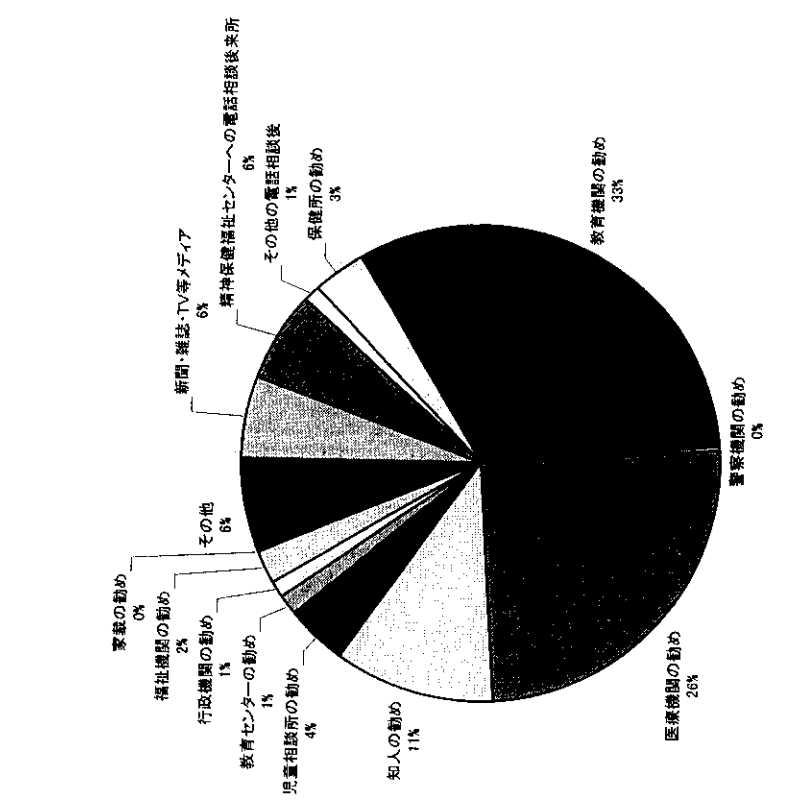
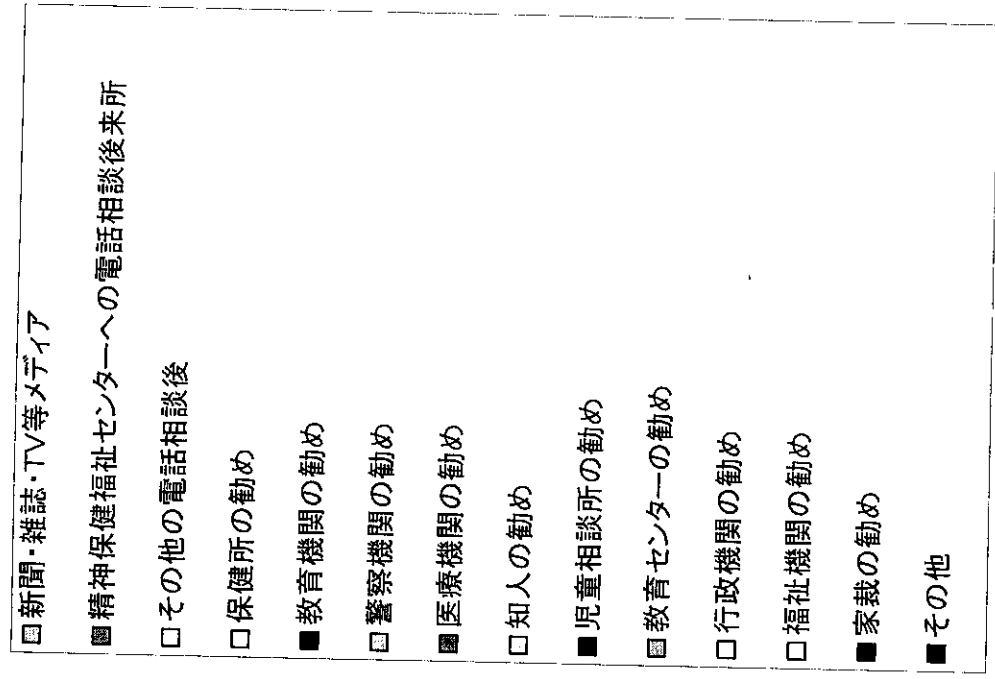
図5



- 新聞・雑誌・TV等のメディア
- 他の電話相談後
- 教育機関
- 保健所
- 警察機関
- 医療機関
- 知人
- 児童相談所
- 教育センター
- 行政機関
- 福祉機関
- 家裁
- その他
- 不明

# 精神保健福祉センター来所相談(経路)

図6



3施設における相談内容の比較

図7

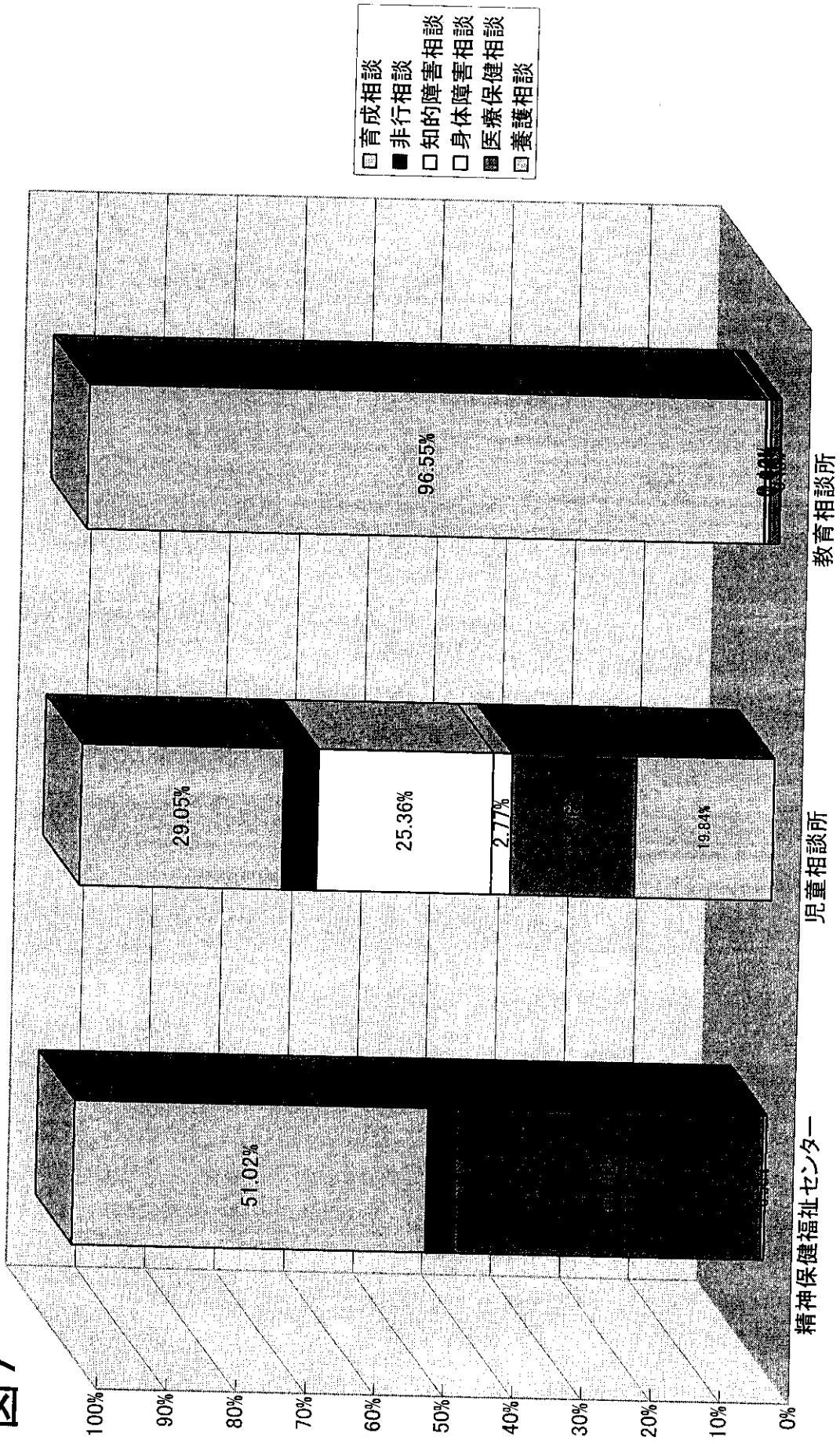




表1

相談の種類

相談区分	内容
養護相談	虐待相談・養育困難に関する相談
医療保健相談	医療や一般健康管理に関する相談
身体障害相談	視聴覚、言語発達障害及び肢体不自由に関する相談
知的障害相談	重症心身障害・知的障害・自閉症相談・知的な原因による言葉の遅れ相談
非行相談	く犯行為等相談・触法行為相談
育成相談	不登校相談・性格行動相談・しつけ相談・進路適正相談・養育態度に原因する言葉の遅れ

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
分担研究報告書

アルコール依存症の治療システムに関する研究

分担研究者 樋口 進 国立療養所久里浜病院

研究要旨 本研究の目的はアルコール依存症の専門治療の再評価により、以下の4点を明らかにすることにある。1) 我が国のアルコール依存症専門治療施設に入院しているアルコール依存症患者の臨床・心理特性を明らかにする。2) 我が国のアルコール依存症専門治療施設における標準的な治療転帰を明らかにする。3) 治療転帰に影響を与える要因を明らかにする。4) さらに、可能であればいかなる臨床特性を持った患者に、いかなる治療プログラムが適切であるかを明らかにする。我が国を代表する9つのアルコール依存症の専門治療施設が共同で行った過去3年間の研究から、以下の諸点が明らかになった。1) 我が国のアルコール依存症専門治療施設に入院している男性症例の臨床像のアウトラインが明らかになった。2) これらの症例の断酒率は、退院後3ヶ月で55.4%、1年で38.6%であった。しかし、相対的に低い追跡率と後述するように追跡不可能症例の特徴を考慮すると、特に1年後の断酒率はさらに低いことが示唆された。3) 入院治療の量的指標は3ヶ月、1年のいずれの転帰にも影響しないことが示唆された。4) 外来治療の量的指標、特に自助グループへの参加や抗酒薬の服用は、長期予後よりもむしろ短期予後に影響していることが示唆された。5) 疾病の重症度は、短期予後の予測因子であることが示唆された。6) 患者の入院中の治療姿勢は、長期予後の予測因子であることが示唆された。7) 追跡不可能症例は可能症例に比べて、より重症であり、入院の治療中断症例が多く、入院治療の量的指標がより少ない傾向が認められた。8) 短期予後と長期予後の予測因子の差の一部は、追跡率の差で説明されうる可能性が示唆された。以上より、当初の研究目的の1) 2) 3) はほぼ程度達成された。しかし、症例の数が充分でないことなどから、本研究では患者の治療マッチングを行うことはできなかった。対象症例の臨床特性のより詳細な検討や転帰調査の追跡率を向上させることなどとともに、今後課題を残した。

A. 研究目的

日米共同疫学調査結果によると、1984年当時我が国には少なく見積もっても240万人のアルコール依存症者が存在すると推定された<sup>1) 2) 3)</sup>。その後も国民一人当たりの平均飲酒量は増加している<sup>4) 5)</sup>。これにともない、アルコール依存症者はさらに増加していると推定されている。近年のアルコール関連問題の深刻さはこの数の増加に加えて、その裾野が拡大していることである。従来、アルコール関連問題は中年男性にほぼ限られていた。しかし、未成年者、

高齢者、女性といった伝統的に飲酒問題に無縁とされていた人口集団における問題が急増していることが最近の調査から示唆されている<sup>6) 7) 8)</sup>。一度アルコール依存症に陥れば、そこから回復するためには、その後の余生を完全断酒して過ごさねばならず、従って、再発率が極めて高い。アルコール依存症の専門治療施設で入院治療を行なっても、退院後1年間断酒を継続できるのはわずかに20%前後に過ぎないとされている<sup>9) 10)</sup>。死亡率も高く、退院後5年間で4人に1人は死亡すると言われている<sup>11)</sup>。

この低い治療成績を向上させるべく、多くの新しい試みがなされている。近年、米国や欧州で導入されている、ナルトレキソン、アカンプロセイトといった依存症の治療薬はその努力の一端である<sup>12)13)14)</sup>。従来から我が国で使われている抗酒薬は、飲酒後のフラッシング反応のために患者が飲酒を回避することを利用して、これに対し、欧米で使われている薬剤は飲酒欲求そのものに影響を与えるとされ、実際その効果も確認されている。しかし、残念ながらこれらの薬剤が我が国に導入される可能性は非常に少ない。

一方、現在我が国で行われているアルコール依存症に対する専門治療の中心をなす心理・社会的アプローチについても、様々な工夫がなされている。それらの中心をなすのが、集団精神療法、個人精神療法、アルコール教育、自助グループへの導入などであるが<sup>15)</sup>、これらの手法の工夫が治療転帰を大きく向上させるには至っていない。

本研究の最終的な目的は、アルコール依存症の治療転帰を向上させることにある。その第一歩として、我々は既存の治療プログラムをより効率的に活用するための再評価を試みた。アルコール依存症の専門治療を行なっている9施設が参加した今回の研究は以下のような構成になっている。1) 男性入院患者の臨床的特性を評価する。2) 彼らが受けた入院治療プログラムを評価する。3) 退院後の治療プログラムを評価する。4) 治療転帰を調べる。

これらの調査結果の分析から以下の4点を明らかにすることが本研究の目的である。1) 我が国のアルコール依存症専門治療施設に入院しているアルコール依存症患者の臨床・心理特性を明らかにする。2) 我が国のアルコール依存症専門治療施設における標準的な治療転帰を明らかにする。3) 治療転帰に影響を与える要因を明らかにする。4) さらに、可能であればいかなる臨床特性を持った患者に、いかなる治療プログラムが適切であるかを明らかにする。

## B. 研究方法

### 1. 研究期間

本研究は、1年間の治療転帰調査を含む、prospectiveな研究であり、3年間で以下に示した調査研究を行った。

### 2. 研究参加施設

研究参加施設は、以下の9つのアルコール依存症専門治療施設である。カッコ内は、研究協力者、施設の略称、所在地である。

- 1) 旭山病院 (山家 研司、旭山、北海道)
- 2) 若宮病院 (鈴木 庸史、若宮、山形県)
- 3) 東北会病院 (石川 達、東北会、宮城県)
- 4) 県立高松病院 (長谷川 充、高松、石川県)
- 5) 赤城高原ホスピタル (村山 昌暢、赤城、群馬県)
- 6) 駒木野病院 (吉野 相英、駒木野、東京都)
- 7) 国立療養所久里浜病院 (樋口 進、久里浜、神奈川県)
- 8) 三重県立こころの医療センター (猪野 亜朗、高茶屋、三重県)
- 9) 国立肥前療養所 (村上 優、肥前、佐賀県)

当初、静岡県磐田市にある服部病院が研究参加を表明していたが、種々の理由により研究に参加できなかった。

### 3. 対象者

これらの施設に入院治療した男性アルコール依存症者が本研究の対象である。以下に述べる調査票の1) - 3) の記入を終えて、解析のために国立久里浜病院の樋口に各施設から送付されてきた調査票は、平成12年末現在で、表1のように351症例であった。

### 4. 調査票

#### 1) 臨床的評価

対象症例の臨床的評価には、以下の2つの調査票を使用した。

#### a) 診断と治療経過表

対象症例が退院時に主治医に記入してもらう。臨床症状の評価と実際に行われた入院治療の内容の評価からなる。前者は主に、DSM-IVによる診断といわゆるアルコール精神病の既往の評価からなる。後

者は、実施された入院治療プログラムの種類とその回数、治療経過、治療に対する対象症例の姿勢の評価などからなる。

#### b) Addiction Severity Index (ASI)

この調査票は、米国 Pennsylvania 大学の McLellan AT などによって作成され、邦語訳されている<sup>16) 17)</sup>。面接型の調査票で、100 項目以上の質問からなる。重症度の評価は、身体的問題、雇用・生計問題、アルコール依存、他の薬物問題、法的問題、家族・人間関係問題、精神医学的問題という7つの下位項目で行う。今回は、rater が各下位項目ごとに付けた重症度の評価点数（0点－9点、点数が増えれば重症度が増す）を解析に使用した。

#### 2) 心理学的評価

米国 Washington 大学の Cloninger CR により作成された Temperament and Character Inventory (TCI) を使用した<sup>18)</sup>。これは、気質や性格を評価する 240 項目からなる自記式質問票である。下位項目として、気質および性格に関するものが考案されているが、本研究では、気質に関する新規追求性、危険回避性、報酬依存性を使用した<sup>19)</sup>。これらは、後述するように、アルコール依存症の遺伝性に関する研究でよく使われている。

#### 3) 治療転帰

治療転帰は、退院後3ヶ月と1年後に評価した。その目的のために、それぞれに対応する質問票を作成した。質問票は、a) 退院後の飲酒状況、b) 退院後の治療状況、c) 自助グループとの関わり、d) 退院後の家族状況、e) 雇用も含めた社会的状況などからなる。しかし、本研究で最も重きを置いたのは、飲酒状況である。その理由は、飲酒状況は対象症例の精神・身体的健康、家族的・社会的状況などすべての要因に深く関わっており、これらすべての要因の転帰を反映する最も良いマーカーと考えられているためである<sup>8) 9)</sup>。

#### 4. 研究手順

1) 入院後1ヵ月を過ぎて、精神・身体的に安定し

た段階で、対象症例に調査の内容をよく説明し、同意の得られた症例に対してまず、TCI、ASI を施行した。この際、これらのテストを施行するのが困難であると判断される者（例えば、アルコールその他による認知障害を有する者や、精神障害を合併している者）は除外した。

- 2) 退院直後に主治医が診断と治療経過調査票を記入。
- 3) 退院後3ヵ月および1年を経過した時点で、退院後の治療と転帰調査票（それぞれ3ヶ月転帰用と1年転帰用）を主治医またはそれに変わる者が記入。
- 4) 記入された調査票は、少しずつ国立久里浜病院の樋口に郵送され計算機に入力された。当初、計算機への入力を2通り行う予定であった。すなわちすべての variable を東京大学の大型計算機に入力し、TCI や ASI 以外の主な変数をコード化し、パソコン用の Statistical Analysis System に入力し計算する、というものであった。しかし、簡便さなどから、結局すべての variable をパソコン用の SAS に入力し計算を行った。
- 5) 退院後3ヶ月と1年の治療転帰調査で、飲酒した日が“0”の者（完全断酒）と少なくとも1回は飲酒した者とに分けて、前者を飲酒転帰良好群（断酒群）、後者を不良群（飲酒群）とした。これらの飲酒転帰と関連のある要因をクロス集計することにより同定する作業を行った。
- 6) 転帰を追跡できた群と、できなかった群との間で、臨床症状や入院治療等について比較検討した。

#### C. 結果および考察

##### 1. 調査の進捗状況

表1は、平成12年末までに記入された調査票（診断と治療経過、ASI、TCI）が送付されてきた症例数を示している。その数は351症例であった。このうち、退院後3ヶ月の転帰調査を終了している症例が、289（82%）、1年の調査を終了している症例が、198（56%）であった。東北会病院からは、転帰調査の協力が全く得られなかった。一方、旭山病院は要請