

厚生局麻薬取締部，借に関する相談機関のほか婦人相談所，女性センターなどが挙げられていた。この時点での家族への対応の中で重要視することは何かとの質問に対する回答を図10に示す。

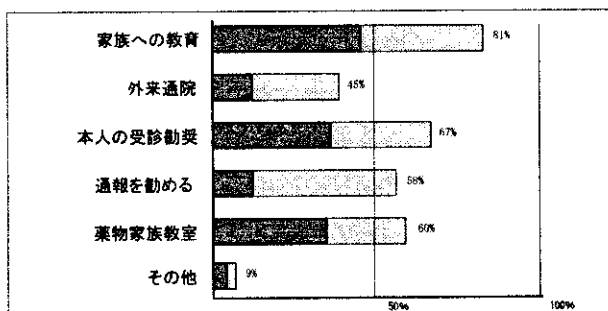


図10. 治療の中で重要視するもの (5-i)

家族に対しては，薬物乱用，依存についての家族教育，家族を自助グループや「薬物家族教室」等への紹介といった意見が多く，本人の受診勧奨を挙げるものも多かった。一方，状況によっては警察への通報を勧めるという意見も多くみられている。

この症例はその後も覚せい剤の使用を続け，妻に対する暴言や暴力がみられるようになり，食事も取れずに体重が減少してきたところで，妻の説得に応じ精神科を受診したが，診察時に覚醒剤の使用を認めたものの明らかな幻覚妄想はなく，治療にも消極的であった。この時点で連携を重要視する機関について尋ねた質問への回答を図11に示す。

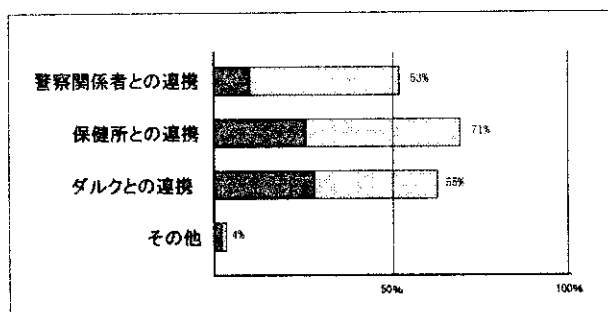


図11. 連携を重要視する機関 (5-ii)

この段階で連携するものとしては，保健所や精神保健福祉センターの他，自助グループ，民間回復者施設（ダルク），警察関係者などが多く挙げられた。その他の意見には，DV関連援助グループ，薬事監視員，麻薬取締員，麻薬取締官などがみられた。また，この段階での治療の中で何を重要視するかの問

いに対する結果を図12に示す。

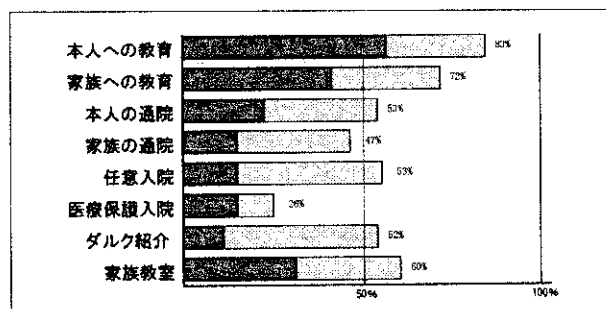


図12. 治療の中で重要視するもの (5-ii)

この段階での治療の中では，本人と家族に対する薬物乱用，依存についての教育，家族を自助グループや「薬物家族教室」等に紹介するという意見が多く，入院治療を選択した場合でも，幻覚妄想等の精神病症状がないことから医療保護入院より任意入院とする意見が多い。その他の意見には，「条件契約療法を用いた外来通院」も挙げられていた。

患者はその後も薬物使用を続け，最終的に「盗聴器が仕掛けられている」という明らかな幻覚妄想状態を呈し，落ち着かない様子で医療保護入院となったが，この場合の薬物療法の具体的内容（第一選択薬およびその投与量）についての回答が図13である。第一選択薬一つを選ぶ設問であったが，10名のものは複数を選択していた。また，haloperidolを選択したものが最も多かったが，その投与量については多くの回答が2～6mgと幅を持たせた回答であったため，最小値を採用したときの投与量と最大値を採用したときの投与量の2つをグラフに示した。

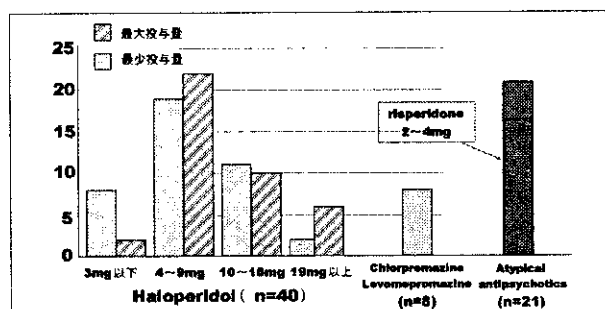


図13. 薬物療法の現状

薬物療法に関しては，図に示す通り，約2/3が，haloperidolを選択しており，その投与量は最小値でも最大値でも4～9mgの範囲に含まれるものが最

も多かった。また、非定型抗精神病薬を選択したものは21名で全体の約1/3であるが、その多くはrisperidone 2～4 mgであった。

この症例に対するコメントでは、「経済的、家庭的破綻を来したところで妻がなんらかのアクションをとって、本人に気付かせるべき」、「家人が患者との家庭生活維持を望むかどうかで、対応をアドバイスする」という家族援助に関する意見や「本人・家族と話し合い、早急に(ii)の段階で)入院治療を中心として考えた方が良いと思われる」、「暴力がある場合は、緊急介入もためらわない」という早期の積極的介入を勧める意見もみられた。薬物療法に関する意見では「精神病症状が落ち着いてからも、メジャーランキライザーによる焦燥感をおさえる処方也不可欠」、「抗不安薬は処方薬依存を併発することにもなり、極力使わない」、「haloperidol無効例でolanzapine著効の経験あり」といった意見がみられた。

【薬物事例の症例検討会についてのアンケート】

アンケートの最後では、こうした事例検討会をプライバシー保護に十分配慮した上で、医療、行政、司法などの専門の立場からコメントをもらい、インターネット上で行う試みに対する意見を問うたが、図14に示す通り、賛成が93%で、実際に参加を希望するものが73%であった。賛成の意見では、「医療以外のいろいろな立場からの意見が聞ける」、「治療技法の参考になる」、「遠方からでも参加できる」といった意見で、反対意見には、「医療機関の治療歴、医師の力量、治療システムの成長度に著しい差があり、同じ土俵で論じにくい」という意見もみられた。

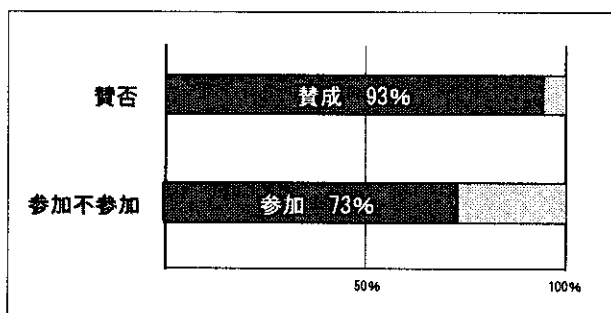


図14. インターネットを用いた薬物事例検討会に関するアンケート

IV. 考察およびまとめ

昨年度は専門治療プログラムの開発を行っている施設について治療システムの類型化とモデル化を行い、5つの治療モデルを提唱した。一方で、5つの治療モデル間に存在する治療戦略の違いは、治療施設の治療理念や治療環境はもとより、各医療機関を受診する患者の年代、病態水準、医療機関への紹介経路が施設間で異なっていることも一因であろうと考えられる。このため、本年度は薬物依存症モデル症例を用いたアンケート調査によって、現在の薬物依存症治療の現状を客観的に把握する試みを行ったが、今後求められる薬物依存症の治療ガイドラインや治療マニュアルを作成する上でも、治療者間のコンセンサスを得るための事例検討の集積は重要であろう。今回われわれが行ったアンケート調査は、現在薬物依存症治療を実際に行っている主要な医療機関を対象にしたもので、調査結果の中で多数を占めた意見は、エキスパートコンセンサスとも捉えることができる。今回のアンケート調査の結果をまとめると、1) 思春期の薬物問題事例では本人、家族への教育や家族力動を視点においた介入が重要、2) 患者背景に応じて学校、精神保健センター、保健所、自助グループ、民間回復者施設、福祉事務所、警察、麻薬取締官事務所などの他の機関や社会資源との連携が重要、3) 薬物依存者が医療機関に援助、治療を求めてきた場合には、基本的には、治療、介入のきっかけと捉え、医療化されることが多いが、背後に暴力団や暴力などが隠れている場合などには、警察との連携も検討されることがある、4) 入院治療の選択については精神病症状あるいは後遺障害の有無が重要な判断基準となる、5) 精神病症状のある薬物依存症患者への薬物療法は、haloperidol 4～9 mg程度を使用することが最も多く、非定型抗精神病薬も使用されているが、まだその頻度は少ないといったことになろう。

今後さらに、医療が司法、矯正、行政、福祉といった他の領域とどう連携し、役割を担うか、どのような治療・介入を行うかなどについてもこうした事例検討の中で医療者が接近しやすいスタンダードを模索することができるのではないかと考える。今回のアンケート回答者の中でも、こうした薬物依存事例検討への期待や関心は高く、今後全国に散在する薬物依存症治療施設相互の情報交換の場として事例検討を継続してい

## 分担研究報告

くことが重要であろう。また一方ではこうした事例検討会を関係者に公開していく中で、今後新たに薬物依存症治療に関心を向ける精神科医が増えることも期待されよう。

## 薬物乱用・依存症例の 治療と処遇に関するアンケート用紙

- ▶ 症例毎にいくつかの質問が用意されております。先生がその患者さんの診療に当たっていると想定してお答え下さい。
- ▶ 質問の多くは、選択肢の前の( )に重要度や可能性に応じて◎や○をいくつでもつけて頂きます。
- ▶ その他の選択肢が考えられる時には、その他の項に自由記載して下さい。
- ▶ 約 20 分程でご記入いただければと思います。
- ▶ 最後の項には、薬物依存症例の事例検討についてのアンケートがありますので、ご記入いただければ幸いです。

### 【症例 1】有機溶剤乱用が長期に続き後遺障害を残した症例

【症例 1-i】16 歳、男性、高校 2 年生。両親と 3 人家族。父親は公務員、母親は看護師、中学 3 年生の夏休みに友人に誘われて、初めて有機溶剤を吸引。その後時々友人と屋外で吸引をすることがあったが家族は気付かず。第 2 希望の高校に進学。高校進学後間もなく不登校が目立ちはじめ、不良仲間と深夜徘徊や有機溶剤吸引を繰り返すようになる。また、時に自宅で単独吸引するようになり、母親も薬物乱用に気付くが、父親は不在のことが多く、母親は不安が高くおろおろするばかり。幻覚は、吸引時のみ幻視を認めている。ある日、仲間と公園で有機溶剤乱用していたところ警察官に補導された。補導した警察官が本人と家族に医療機関受診を勧め翌日母親と本人が受診した。

[質問1]この段階で受診した患者への対応の中で、先生が連携を重要視される機関はどこですか？下記 a)～d)の中で、しばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。その他に連携を取る重要な機関があれば、e)その他に記入して下さい。

- a) ( ) 学校関係者との連携
- b) ( ) 警察関係者との連携
- c) ( ) 保健所、精神保健福祉センターとの連携
- d) ( ) 自助グループ、民間回復者施設(ダルク)との連携
- e) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

[質問2]この段階で受診した患者の治療の中で先生が重要視されることは何ですか？しばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。

- a) ( ) 薬物乱用、依存についての本人への教育
- b) ( ) 薬物乱用、依存についての家族への教育
- c) ( ) 外来通院による本人のカウンセリング
- d) ( ) 外来通院による家族のカウンセリング
- e) ( ) 任意入院による入院治療
- f) ( ) 医療保護入院による入院治療
- g) ( ) 本人を自助グループ・民間回復者施設に紹介
- h) ( ) 家族を自助グループや「薬物家族教室」等に紹介

【症例 1-ii】受診後も有機溶剤乱用は続き、学校は間もなく退学。時々、アルバイトをするが長続きせず。また、有機溶剤は盗んで手に入れることもあり、酩酊時に裸体で屋上から飛び降りようとするこゝもあつた。初診から約 2 年半後に再受診。母親は入院を希望していたが、本人はいやがっていた。吸引していない時にも幻覚の存在と人格の退行が疑われた。本人 19 歳。

〔質問3〕この段階で受診した患者への対応の中で、先生が連携を重要視される機関はどこですか？下記 a)～d) の中で、しばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。その他に連携を取る重要な機関があれば、e) その他に記入して下さい。

- a) ( ) 学校関係者との連携
- b) ( ) 警察関係者との連携
- c) ( ) 保健所、精神保健福祉センターとの連携
- d) ( ) 自助グループ、民間回復者施設(ダルク)との連携
- e) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

〔質問4〕この段階で受診した患者の治療の中で先生が重要視されることは何ですか？しばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。

- a) ( ) 薬物乱用、依存についての本人への教育
- b) ( ) 薬物乱用、依存についての家族への教育
- c) ( ) 外来通院による本人のカウンセリング
- d) ( ) 外来通院による家族のカウンセリング
- e) ( ) 任意入院による入院治療
- f) ( ) 医療保護入院による入院治療
- g) ( ) 本人を自助グループ・民間回復者施設に紹介
- h) ( ) 家族を自助グループや「薬物家族教室」等に紹介

**【症例 1-iii】**その後、さらに 3 年間本人は自宅に閉じこもり、有機溶剤吸引を続け、視力障害や歩行障害も出現した。家族に支えられ仕方なく受診、診察時明らかな意識障害はなく、入院には一応同意はできた。本人 22 歳。

**【質問5】**この段階で受診した患者への対応の中で、先生が連携を重要視される機関はどこですか？下記 a)～d)の中で、しばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。その他に連携を取る重要な機関があれば、e)その他に記入して下さい。

- a) ( ) 学校関係者との連携
- b) ( ) 警察関係者との連携
- c) ( ) 保健所、精神保健福祉センターとの連携
- d) ( ) 自助グループ、民間回復者施設(ダルク)との連携
- e) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

**【質問6】**この段階で受診した患者の治療の中で先生が重要視されることは何ですか？しばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。

- a) ( ) 薬物乱用、依存についての本人への教育
- b) ( ) 薬物乱用、依存についての家族への教育
- c) ( ) 外来通院による本人のカウンセリング
- d) ( ) 外来通院による家族のカウンセリング
- e) ( ) 任意入院による入院治療
- f) ( ) 医療保護入院による入院治療
- g) ( ) 本人を自助グループ・民間回復者施設に紹介
- h) ( ) 家族を自助グループや「薬物家族教室」等に紹介

**【質問7】**先生が【症例 1】のような事例で取られる治療戦略やこのような事例に対応するコツ等についてコメントがあればお教え下さい。

## 【症例 2】覚せい剤乱用から依存に移行しつつある高校生

【症例 2】17 歳、男性、高校 3 年生。両親と 3 人家族。父親は銀行員。本人は中学 3 年生頃から不良グループに入り、高校に進学してからは暴走族に入った。警察に補導されたことも数回ある。高校は時々休んではいるが、成績は中位で、暴走族の中でもリーダー的な存在になっていた。高校 2 年の夏頃、暴走族の先輩から覚せい剤に誘われ、最初は月に 1 回位の仲間との使用(注射)であったが、この 2 ヶ月は週末毎に単独で自宅で使用(吸引)するようになっていた。覚せい剤は、暴走族の先輩のヤクザから入手していた。数ヶ月前からは、覚せい剤使用時に一過性に幻聴が聞こえるようになっていた。本人が信頼している高校の養護の教諭に薬物使用を打ち明け、その勧めで母親と受診した。

[質問 8]この段階で受診した患者への対応の中で、先生が連携を重要視される機関はどこですか？下記 a)～d)の中でしばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。その他に連携を取る重要な機関があれば、f)その他に記入して下さい。

- a) ( ) 学校関係者(養護教諭)との連携
- b) ( ) 学校関係者(生徒指導)との連携
- c) ( ) 警察関係者との連携
- d) ( ) 保健所、精神保健福祉センターとの連携
- e) ( ) 自助グループ、民間回復者施設(ダルク)との連携
- f) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

[質問 9]この段階で受診した患者の治療の中で先生が重要視されることは何ですか？しばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。

- a) ( ) 薬物乱用、依存についての本人への教育
- b) ( ) 薬物乱用、依存についての家族への教育
- c) ( ) 外来通院による本人のカウンセリング
- d) ( ) 外来通院による家族のカウンセリング
- e) ( ) 任意入院による入院治療
- f) ( ) 医療保護入院による入院治療
- g) ( ) 本人を自助グループ・民間回復者施設に紹介
- h) ( ) 家族を自助グループや「薬物家族教室」等に紹介

[質問 10]先生が【症例 2】のような事例で取られる治療戦略やこのような事例に対応するコツ等についてコメントがあればお教え下さい。



### 【症例3】警察も覚せい剤乱用を知らず病院に連れてきた症例

【症例3】27歳、男性。運転手。両親と同居。中学2年生の頃より非行が始まり、シンナーの吸引歴も数回ある。高校を中退し、暴走族に入っていた。20歳頃塗装の仕事に就くが長続きせず、以後は職を転々としていた。25歳時に知人の紹介で長距離トラックの運転手になった。27歳時、徹夜の仕事が多く体がきついため、元気になると仲間にも勧められ初めて覚せい剤を使用した。数回使用した頃から、些細なことで怒るようになった。ある夜、外に出て隣家の犬小屋を足蹴りにしたため、近所の人に通報され、駆け付けた警察官に保護された。警察官が事情を聞こうとするも興奮し、言動もおかしいため、警察官に連れられ精神科を受診し、当直医の判断で医療保護入院となった。受診の時点で警察は、覚せい剤使用の疑いを持っていなかった。

[質問11]先生が翌日家族に聞かれたところ、覚せい剤使用の疑いが分かり、自宅には覚せい剤が残っているようです。この時点で先生はどのような対応をされますか。可能性の高いものに◎、状況によっては考えられるものに○をつけて下さい。その他の選択肢をお考えになれば、f)その他に記入して下さい。

- a) ( ) 病院から警察に情報を入れる
- b) ( ) 家族から警察に通報してもらう
- c) ( ) 自首を勧めて本人を退院させる
- d) ( ) 病院で覚せい剤の尿検査をして対応を考える
- e) ( ) 覚せい剤使用の有無には関知しない
- f) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

[質問12]病院で尿検査をしたところ、覚せい剤反応が陽性で、数日後覚せい剤の急性中毒症状と診断されました。この時点で先生はどのような対応をされますか。可能性の高いものに◎、状況によっては考えられるものに○をつけて下さい。その他の選択肢をお考えになれば、e)その他に記入して下さい。

- a) ( ) 警察に通報し、覚せい剤の捜査を依頼する
- b) ( ) 警察に通報せず、自首を勧めて退院させる
- c) ( ) 警察に通報せず、外来治療に切り替える
- d) ( ) 警察に通報せず、断薬希望があれば入院継続させる
- e) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

[質問13]先生が【症例3】のような事例で取られる治療戦略やこのような事例に対応するコツ等についてコメントがあればお教え下さい。

#### 【症例 4】自助グループに通い断薬していたがスリップした症例

【症例 4】26 歳、女性。単身で生活保護受給中。6 歳時に両親は離婚し、母親に引き取られた。母親は生活保護を受けており、小学生の頃から家事を母親に代わって行っていた。中学生の頃より不登校が目立ち、時々有機溶剤吸引もしていた。15 歳頃に年上の男性に覚せい剤を勧められ、初めて使用した。その後間もなく使用量は増え、自殺企図や幻聴の出現あり、保健所の紹介で精神科を受診し、以後他院精神科への入退院を繰り返した。23 歳以降は自助グループにつながり、覚せい剤は使用していなかったが、幻聴などの異常体験は持続していた。今回、3 年振りに覚せい剤を友人に誘われ使用し、幻聴が悪化、情緒が不安定となり、初めて当院の外来を受診した。

【質問 14】患者本人は、自ら覚せい剤の使用を認め、入院治療を希望しています。この時点で先生はどのような対応をされますか。可能性の高いものに◎、状況によっては考えられるものに○をつけて下さい。その他の選択肢をお考えになれば、e)その他に記入して下さい。

- a) ( ) 警察に通報する
- b) ( ) 警察に通報はせず、自首を勧めて帰宅させる
- c) ( ) 警察に通報はせず、外来治療を行う
- d) ( ) 警察に通報はせず、任意での入院を勧める
- e) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

【質問 15】この患者を治療後、先生が連携を重要視される機関はどこですか？下記 a)～d) の中で、しばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。その他に連携を取る機関があれば、e)その他に記入して下さい。

- a) ( ) 警察関係者との連携
- b) ( ) 保健所、精神保健福祉センターとの連携
- c) ( ) 福祉事務所との連携
- d) ( ) 自助グループ、民間回復者施設(ダルク)との連携
- e) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

【質問 16】先生が【症例 4】のような事例で取られる治療戦略やこのような事例に対応するコツ等についてコメントがあればお教え下さい。

### 【症例 5】幻覚妄想状態を呈した覚せい剤依存症例

【症例 5-i】32 歳の男性。妻は専業主婦。小学 4 年の男児、小学 2 年の女児がいる。大学卒業後、地元の商社に就職した。出張や残業が多く、1 年前に同僚に最近疲れやすいと漏らしたところ、疲れが取れると覚せい剤の気化・吸入(あぶり)をすすめられた。覚せい剤と知らされてからも、この使い方ならば大丈夫と言われ安心していた。最初は週に 1~2 回であったが、徐々に回数が増え最近 1 ヶ月はほぼ毎日使用し、サラ金に 200 万の借金もできていた。落ち着きがなく様子がおかしいと感じた妻が持ち物を調べたところ、小さなビニール袋に包まれた白い粉が見つかった。妻が本人を問い詰めたが「なんでもない」としらを切るため保健所に相談したところ、精神科受診をすすめられた。本人は「病気ではない」と取り合わないため、妻だけが家族相談のため精神科を受診した。

[質問17]この段階で受診した家族への対応の中で、先生が連携を重要視される機関はどこですか？下記 a)~c)の中で、しばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。その他に連携を取る重要な機関があれば、d)その他に記入して下さい。

- a) ( ) 警察関係者との連携
- b) ( ) 保健所、精神保健福祉センターとの連携
- c) ( ) 自助グループ、民間回復者施設(ダルク)との連携
- d) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

[質問18]この段階で受診した家族への対応の中で先生が重要視されることは何ですか？しばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。その他の選択肢をお考えになれば、f)その他に記入して下さい。

- a) ( ) 薬物乱用、依存についての家族への教育
- b) ( ) 外来通院による家族のカウンセリング
- c) ( ) 本人の受診勧奨
- d) ( ) 警察への通報を勧める
- e) ( ) 家族を自助グループや「薬物家族教室」等に紹介
- f) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

【症例5-ii】妻が家族相談を続けているうちに、サラ金への借金も明らかになり、問い詰めると、妻に暴言・暴力がみられるようになった。食事があまり入らず、体重が減少し体力がなくなっていた。体を気づかう妻の説得に応じて精神科を受診した。身長 175cm、体重 52kg。

[質問19]先生が外来で診察されたところ、覚せい剤の使用は認めたものの明らかな異常体験はみられず、治療意欲はなさそうでした。この段階で受診した患者への対応の中で、先生が連携を重要視される機関はどこですか？下記 a)～c)の中でしばしば重要なものに◎、時に重要なものに○をつけて下さい。その他に連携を取る重要な機関があれば、d)その他に記入して下さい。

- a) ( ) 警察関係者との連携
- b) ( ) 保健所、精神保健福祉センターとの連携
- c) ( ) 自助グループ、民間回復者施設(ダルク)との連携
- d) ( ) その他(\_\_\_\_\_)

[質問20]この段階で受診した患者の治療の中で先生が重要視されることは何ですか？しばしば重要なものに◎、時に重要なものは○をつけて下さい。

- a) ( ) 薬物乱用、依存についての本人への教育
- b) ( ) 薬物乱用、依存についての家族への教育
- c) ( ) 外来通院による本人のカウンセリング
- d) ( ) 外来通院による家族のカウンセリング
- e) ( ) 任意入院による入院治療
- f) ( ) 医療保護入院による入院治療
- g) ( ) 本人を自助グループ・民間回復者施設に紹介
- h) ( ) 家族を自助グループや「薬物家族教室」等に紹介

【症例 5-iii】精神科を1回だけ受診したが、覚せい剤をやめる気はなく、乱用は続いていた。妻子に「家から出ると危ない」、「戸締りをしっかりしろ」などと言い、書斎のカーテンを締め切りしばしば会社を休むようになった。家族が保健所に相談したところ、精神科受診を勧められたため、何とか説得して受診させた。診察室でも、「窓の外から見張られている」、「盗聴器が仕掛けられている」と言い落ち着かない様子であった。体重73kg。

[質問21]先生が外来で診察されたところ、明らかな幻覚妄想状態にあり入院加療が必要だと判断されました。入院となった場合の薬物療法についてお尋ねします。first choice とお考えになる向精神薬の種類を A)～D)の中からはまず1つ選び、具体的な商品名を記入して頂き、後ろにその一日投与量をご記入下さい。

- A) 定型抗精神病薬(具体的に\_\_\_\_\_ )を(\_\_\_\_\_)mg/day
- B) 非定型抗精神病薬(具体的に\_\_\_\_\_ )を(\_\_\_\_\_)mg/day
- C) 抗不安薬 (具体的に\_\_\_\_\_ )を(\_\_\_\_\_)mg/day
- D) その他の薬剤(具体的に\_\_\_\_\_ )を(\_\_\_\_\_)mg/day

[質問22]先生が【症例 5】のような事例で取られる治療戦略やこのような事例に対応するコツ等についてコメントがあればお教え下さい。

## 【薬物事例の症例検討会についてのアンケート】

今回いくつかの薬物問題のモデル事例について症例を呈示し、先生方のご意見をお伺いしました。私どもは、今後薬物依存治療の連携や対応についてのある程度のコンセンサスが得られないかを模索するため、また、薬物依存治療技術の研鑽のため、先生方から困難な症例を含め様々な症例をプライバシー保護に配慮して呈示して頂き、医療、行政、司法、福祉などの専門の立場から、コメントを頂き症例検討をするような場をネット上で会員を募集して開催してみる企画を検討しております。この企画についてのご意見をお寄せ下さい。

### [質問23]「ネット上薬物事例症例検討会」についてのご意見

- 1) 賛成  
(理由: \_\_\_\_\_)
- 2) 反対  
(理由: \_\_\_\_\_)

### [質問24]「ネット上薬物事例症例検討会」に参加されますか？

- 1) 参加希望する
- 2) 参加しない

### [質問25]その他ご意見ご要望があればお教え下さい。

アンケートにご協力有り難うございました。

## II. 分 担 研 究 報 告

7. 薬物関連問題に対する精神保健福祉センターの  
取り組みに関する研究

分担研究者 下野 正健

厚生労働科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業  
薬物依存・中毒者の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究 総合研究報告書

## 薬物関連問題に対する精神保健福祉センターの取り組みに関する研究

分担研究者 下野正健<sup>1)</sup>

研究協力者 堀池健介<sup>1)</sup>, 青柳節子<sup>1)</sup>, 磯村香代子<sup>1)</sup>

松本絵里子<sup>1)</sup>, 家永志おり<sup>1)</sup>, 毛利亮子<sup>1)</sup>

1) 福岡県精神保健福祉センター

### 要 旨

薬物関連問題に対する精神保健福祉センターの役割を明確にし、今後の取り組みの方向性を示すことを目的として、全国の精神保健福祉センターに対してアンケート調査を実施した。その結果、精神保健福祉センターは平成11年7月の国の通知を受けて薬物事業が予算化されるとともに様々な取り組みを展開していること等が明らかになった。しかし、薬物相談や薬物事業に対するニーズはセンターによって様々であり、それに対応するセンターのマンパワーには制約があった。さらに、薬物に関連する社会資源や予算化をめぐる状況もセンターによって異なっており、国からの通知を全国のセンターが一律に実行するのは困難であることがわかった。

今後は、薬物依存症対策としての予算化の確立と薬物依存症者の社会復帰施設を全国的に整備することが重要である。また、センターはマンパワー、相談件数、社会資源、予算化の要因を踏まえた上で取り組みを展開することが求められる。①相談件数が少なく社会資源が乏しいセンターではまず薬物特定相談を立ち上げ、専門職員研修会を開催し、職員自身の研修から始めていくこと、②相談件数が増えつつあり、地域から薬物の取り組みに対する要望が出されているセンターでは家族教室を当面の重要課題とし、ダルクや自助グループ等との連携・協力のもとに取り組みを展開し、職員の対応技術を蓄積していくこと、③相談件数が多くすでに様々な取り組みを行っているセンターでは、特定相談、家族支援、関係機関への技術支援、自助グループや社会復帰施設への支援・連携等従来行っている基本的取り組みを継続するとともに、地域レベルのネッ

トワークを構築する中でセンターの取り組みを地域の関係機関に広げていくことが今後のセンターの方向性であることが示唆された。

### I. 目 的

平成11年7月に厚生省から「薬物乱用防止対策事業実施要綱」が通知され、精神保健福祉センターは薬物の個別相談を行い、家族教室や関係機関への技術指導、一般住民への知識普及等の事業を実施するようになり、事業に対しては国庫補助がつけられるようになった。精神保健福祉センターは、薬物関連問題の発生予防と薬物依存者の社会復帰の促進を図るための、地域における第一線機関として位置づけられることになった。

センターの薬物関連問題に対する役割については、これまででもいくつかの先駆的研究が行われており、当センターにおいても平成10年度に厚生科学研究において全国の精神保健福祉センターの実態調査を実施してきたところである。しかし、従来の報告の多くは国の通知が出される以前に行われたものであった。

国の通知が出たことで、センターの薬物関連問題に対する意識や取り組みは大きく変わってきていると思われるし、新たな課題も出現していることが想定される。そこで、薬物関連問題に対するセンターの取り組みの現状と課題を把握することが必要であると考え、その上で精神保健福祉センターの薬物関連問題事業に対する今後の方向性を示すことを目的として本研究を行った。

平成13年度は、薬物関連問題事業に対して先駆的に取り組んでいる11箇所のセンターに対して聞き取り調



査とアンケート調査を実施し、分析の糸口を探ることにした。その結果、11箇所のセンターのほとんどで薬物事業の予算化が行われており、家族教室や薬物特定相談、専門職を対象にした研修会等の数々の事業が取り組まれるようになっていたことがわかった。しかし、反面スタッフのマンパワー不足や関係機関との連携のあり方、社会資源の不足等深刻な問題に悩んでいる実態もみえてきた。そして同時に、センターの規模は様々であるし、薬物相談や事業に対する地域のニーズは異なり、薬物に関する社会復帰施設や自助グループ、専門医療機関等の社会資源の状況も地域差があることがわかり、全国のセンターが薬物関連問題に対して同じように取り組みを進めていくことは困難であることも感じられた。

そこで14年度は全国の精神保健福祉センターに対してアンケート調査を実施し、薬物関連問題事業への取り組みの実態を把握するとともに、センターの規模や社会資源の状況、予算化の有無等それぞれのセンターが置かれている状況・条件のもとで、今後いかなる方向性で薬物事業に取り組むのが有効であるかを検討することにした。

## II. 対象と方法

調査の対象は、全国61箇所の精神保健福祉センターとした。

調査方法は、自記式の質問紙を用いて、郵送による配布、郵送またはFAXによる回収を行った。調査は平成14年9月から10月にかけて行った。

質問紙の内容は、「センターの診療機能とマンパワー」「薬物関連問題事業のマンパワーと予算」「社会資源の状況」「現在の取り組み状況」「平成13年度の薬物相談の件数」「薬物相談への取り組み状況」「家族教室の実施状況」「ネットワーク会議の開催状況」「他機関主催会議への参加状況」「事業実施にあたっての困難点」「関係機関との連携」「今後の事業の取り組み」「今後必要な改善点」の13項目とした。

分析に際しては、まず平成10年度に当所で実施した調査の結果と比較検討し、次に「センター規模」「相談件数」「社会資源」「予算化」の4つの要因の関連性ととも、4つの要因と種々の項目との関連性を統計的に評価した。統計的評価に関しては、Kruskal-Wallisの検定及び $\chi^2$ 検定を主として用い、 $\chi^2$ 検定に

おいては度数が5未満の場合はFisherの直接確率検定法を採用した（別表1～3参照）。

## III. 結 果

### 1. 平成10年度実施調査との比較

対象とした61箇所の精神保健福祉センターのうち、59箇所のセンターから有効な回答を得た（有効回収率96.7%）。

回答のあったセンターのマンパワーは、平均15人であり、10年度と比べて1.6人増加していた。規模別にみると、スタッフ総数5人以下のセンターが3箇所5.1%、6人から10人までのセンターが23箇所39.0%、11人から15人までのセンターが15箇所25.4%、16人から20人までのセンターが9箇所15.3%、21人以上のセンターは9箇所15.3%という状況であった（図1）。医師が1人だけしか配置されていないセンターが25箇所42.4%、福祉職のいないセンターが13箇所22.0%、心理職のいないセンターが9箇所15.3%、保健師のいないセンターが3箇所5.1%と、専門職の配置が不十分なセンターもいまだ少なからずあった。

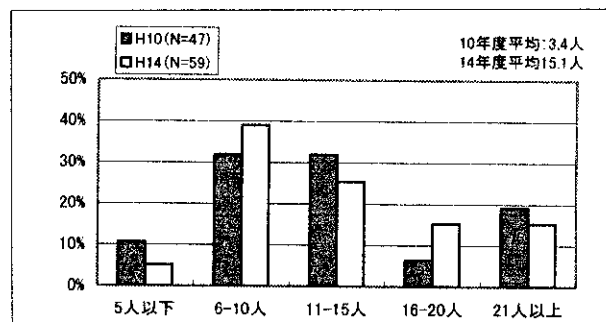


図1. センターの規模

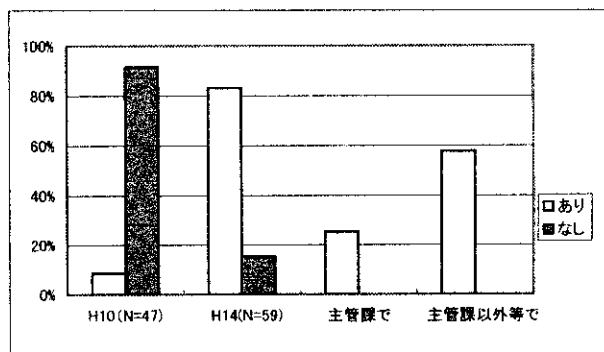


図2. 予算化の状況

薬物関連問題事業に対しては、今回49箇所83.1%のところ予算化がされていた。10年度は予算化されて

いるところは4箇所8.5%だったので、予算化は飛躍的に進んでいることがわかった(図2)。なお、予算化の状況を詳しくみると、主管課もしくはセンター自体で予算が組まれているところは15箇所25.4%と少なく、34箇所57.6%のところは主管課とは別に業務課(系)から予算が降りているという変則的な仕組みになっていることがわかった。

国立精神神経センターの薬物依存研修会を受講した医師のいるところは20箇所33.9%であり、10年度の25.5%より若干増えていた。医師以外の職種も含めて研修の受講者のいるところは27箇所45.8%であり、10年度の38.3%よりは増えていたが、全体の半数にも満たなかった。

薬物に関する社会資源については、ダルクは24箇所40.7%、NAは34箇所57.6%、ナラノン18箇所30.5%、専門医療機関は27箇所45.8%のセンターが管内に有していた。10年度と比べるといずれの資源も増加しており、特にNAと専門医療機関の増加傾向が大きかった(図3)。

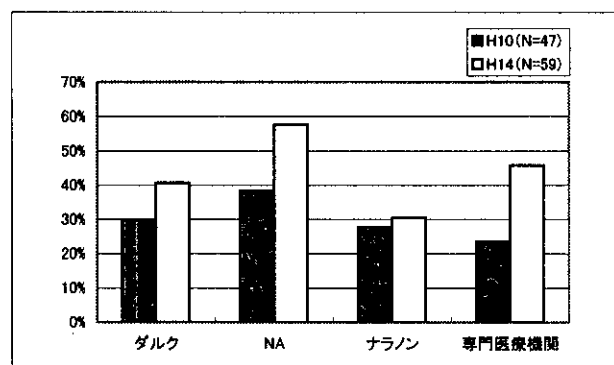


図3. 社会資源の状況

平成13年度中の薬物相談のべ件数は、20件未満のところは33箇所55.9%と半数以上を占め、20件から99件までのところが18箇所30.5%、年間100件以上の多いところが8箇所13.6%あった。10年度と比較すると図4に示すように、20件未満のところが大きく減少しており、件数的には増加していることが認められた。なお、相談件数100件以上の8箇所のセンターは、いずれも政令指定都市を有する大都市部の都道府県に所在するセンターであり、薬物の相談件数と薬物事犯送致件数(警察庁犯罪統計「平成13年の犯罪」10.24, 2002)との間には密接な関係があった(表1)。

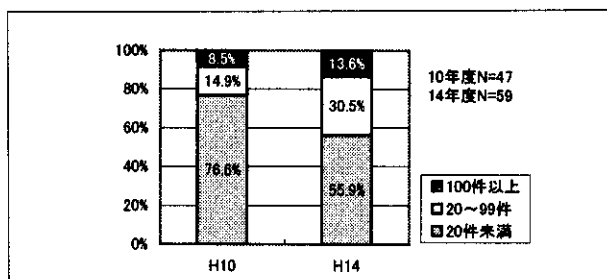


図4. 薬物相談件数の推移

表1. 薬物事犯送致件数と精神保健福祉センターの年間相談件数

薬物事犯送致件数	センターの薬物相談件数 N=45		
	20件未満	20~99件	100件以上
100件以下	4	1	0
100件~1000件	18	12	0
1000件~2000件	1	3	2
2000件以上	0	0	4

\*相談件数は都道府県単位で算出した  
(PearsonのR=.827,P=.000)

現在の取り組みにおいて、どの予防に重点を置くかという質問に対しては、二次予防を1位と回答したところが28箇所47.5%と最も多く、一次予防と三次予防を1位と回答したところはそれぞれ12箇所20.3%であった(表2)。現在の具体的な取り組みに関しては、図5に示すように「薬物特定相談」「専門職を対象にした

表2. 現在の重点予防 (N=59)

	1位	2位	3位	未記入
一次予防	12	12	23	12
二次予防	28	19	4	8
三次予防	12	16	20	11

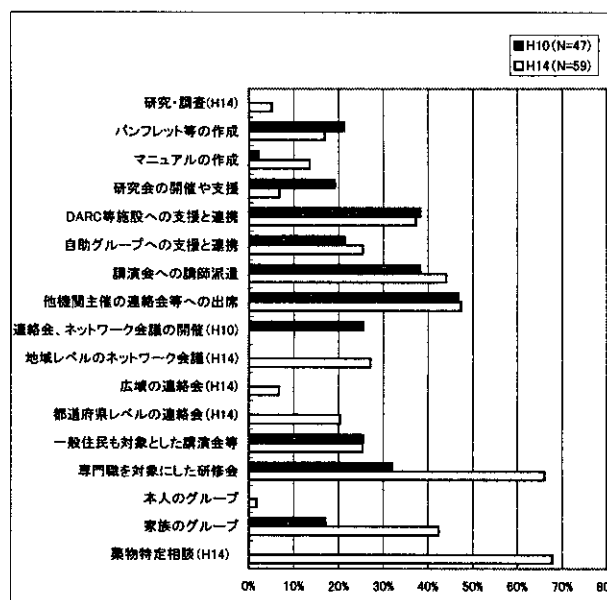


図5. 現在の具体的な取り組み

研修会」が3分の2のセンターで取り組まれ、「他機関主催の連絡会等への出席」「講演会への講師派遣」「家族のグループ」も4割以上のセンターで取り組まれていた。10年度と比較すると、多くの取り組みにおいて広がりが見られたが、特に「家族のグループ」と「専門職を対象にした研修会」の取り組みの広がりが目立っている。一方、「研究会の開催や支援」と「パンフレット等の作成」に関しては取り組みが減少し、ネットワーク関係の取り組みや本人のグループについては10年度と状況はほとんど変わっていなかった。

薬物相談に関しては、30箇所50.8%のセンターが特定相談日を決めて対応しており、その内半数のところが月2回の相談日を設けていた。また、36箇所61.0%のセンターは通常相談日においても薬物相談を受けていた。相談に携わる職員は、医師が49箇所83.1%、保健師47箇所79.7%、心理職42箇所71.2%、福祉職38箇所64.4%という内訳であり、職員の平均勤務年数は3.8年であり、半数のセンターが平均勤務年数3年以下であった(図6)。

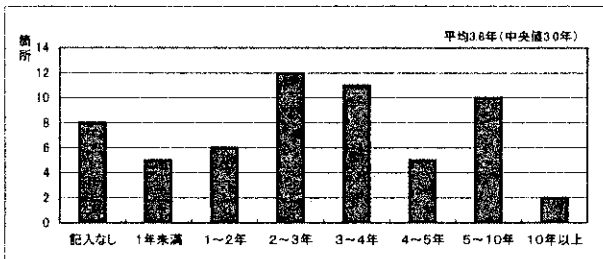


図6. 職員の平均勤務年数 N=59

相談スタッフを外部雇用しているところは24箇所40.7%で、その内訳は医師18箇所、ダルクスタッフ5箇所、福祉職5箇所等であった。この4~5年間で薬物相談が増えているかどうかを尋ねたところ、「増えている」としたところが16箇所27.1%、「減っている」が1箇所1.7%、「どちらとも言えない」が39箇所66.1%であり、「増えている」とするところより「どちらとも言えない」とするところの方が多かった。「増えている」としたところ以外の43箇所に、相談がなぜ増えないかを尋ねたところ、図7に示すように「つなぐことのできる社会資源が不足」「薬物相談の広報が不十分」「違法薬物の場合相談には抵抗がある」等の理由が多く挙げられていた。また、相談の課題(自由記述)としては、「スタッフのマンパワー不

足」「相談対応技術の不足」「社会資源の不足」「継続した相談が困難」の4点が共通して多く挙げられていた。また、「違法性のため相談を進めにくい」といったことを3箇所のところが指摘していた。

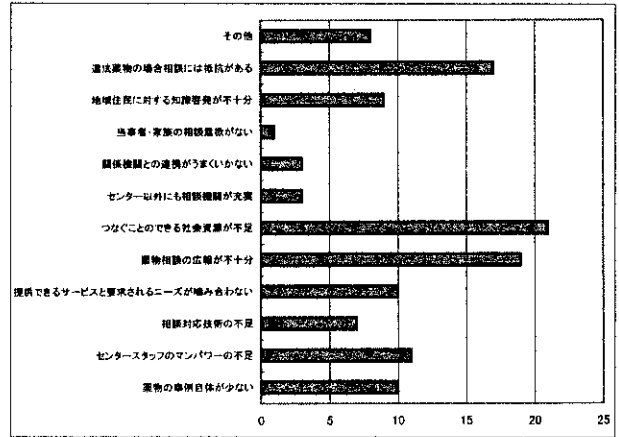


図7. 薬物相談が増えない理由 N=43

家族教室は25箇所42.4%のセンターで実施(実施予定を含む)されていたが、国の通知が出された平成11年7月以降の開始が18箇所を占めていた。教室の形式は、講義の後にミーティングに移行する形式をとっているところが13箇所と半数を占め、講義形式が4箇所、講義とミーティングの中間形式が4箇所で行われていた。教室の開催回数は年間1回から30回を超えるところまで様々であったが、年間12回前後のところが多かった。教室を担当するスタッフは保健師が16箇所と最も多く、以下医師12箇所、心理職11箇所、福祉職10箇所となっていた。すべてのところで外部講師を用いていたが、その内訳は図8のように、医師の他ダルク

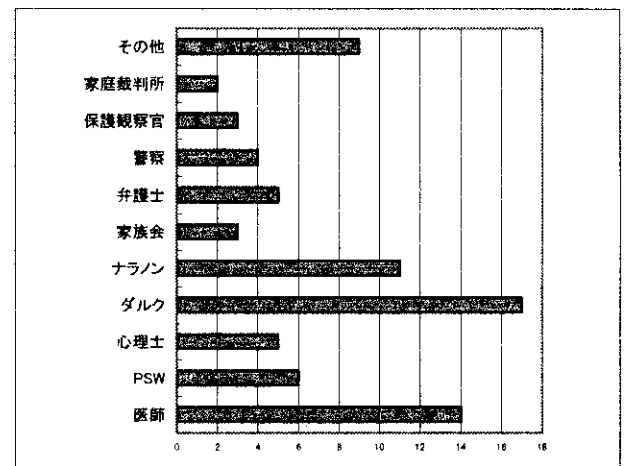


図8. 家族教室外部スタッフの内訳 N=25

クスタッフやナラノメンバーに来てもらっているところが多かった。教室の参加者は0.2人から20人（平均7.5人）と開きがあったが、教室の課題（自由記述）として「新規家族が定着しない」「継続参加が困難」といったことを多くのところが挙げていた。また、講話の焦点の当て方、進行役の介入の仕方といった運営技術に関する問題や教室終了後のフォローの問題等も課題として挙げられていた。家族教室を実施していない34箇所のセンターに対し、なぜ教室を実施しないのか理由を尋ねたところ、図9のように「スタッフのマンパワー不足」が最も多く挙げられていたが、「家族や関係機関からの要請がない」を挙げたところも半数近くあった。

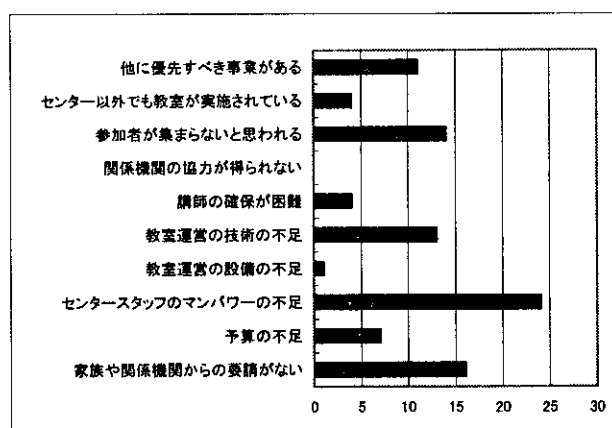


図9. 家族教室を実施しない理由 N=34

ネットワーク会議については、実施しているところは17箇所28.8%であり、以前実施していたが今は実施していないというところが2箇所3.4%あった。会議の形は「地域レベルでの実務担当者会議等」が6箇所、「都道府県・政令市レベルでの連絡会」と「研修会の中にネットワークを組み込む」が4箇所、「特定機関を対象とした連絡会議」が2箇所、「広域の連絡会」が1箇所、その他2箇所となっていた。会議で協議される内容としては、図10のように各機関の役割と取り組みについての情報交換を行っているところが多かった。ネットワーク会議実施上の課題（自由記述）としては、「各機関の業務紹介、形式的な会議になりがち」「積み重ねが困難」「定着が難しい」「各機関の認識が違いため議論が噛み合わない」等会議を深め、定着させていくことの困難さを多くのところが挙げていた。ネットワーク会議を実施していない42箇所のセンター

になぜ実施しないのか理由を尋ねたところ、図11のように「スタッフのマンパワーの不足」が最も多く挙げられ、次に「関係機関等からの要請がない」「他に優先すべき事業がある」等の理由が挙げられていた。

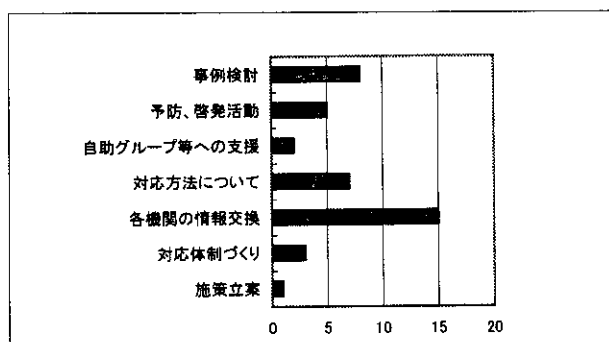


図10. 会議で協議される内容 N=17

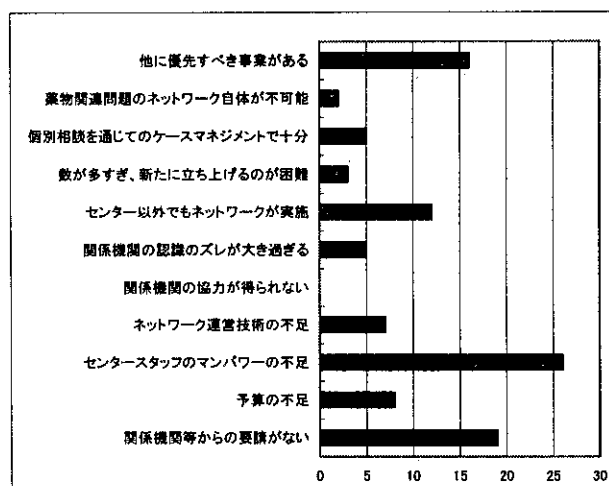


図11. ネットワーク会議を開催しない理由 N=42

薬務課が事務局となっている薬物乱用防止対策推進本部への参加状況については、本部員として参加が17箇所、オブザーバーとして参加が5箇所、その他の形での参加が5箇所であったが、不参加が31箇所52.5%と過半数を占めた。センターの取り組みに対し推進本部の期待が強いかどうかを尋ねたところ、「そう感じる」が12箇所20.3%、「少し感じる」が19箇所32.2%、「感じない」が2箇所3.4%、「わからない」が24箇所40.7%という結果であった。

薬物事業実施に当たっての困難度については、図12のように個別相談は「可能」と答えているセンターが18箇所30.5%、「やや困難」と答えているセンターが30箇所50.8%、「非常に困難」と答えているセンターが11箇所18.6%であり、10年度と比べると可能であると