

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）
特になし

文献

- 1) 松本俊彦ほか：わが国における最近の鎮静剤（主としてベンゾジアゼピン系薬剤）関連障害の実態と臨床的特徴 覚せい剤関連障害との比較. 精神神経学雑誌 113(12)：1184-1198, 2011.
- 2) 松本俊彦ほか：Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究, 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 47(6)；317-330, 2012.
- 3) 廣川聖子ほか：死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴：心理学的剖検による調査. 日本社会精神医学会雑誌 18(3)：341-351, 2010
- 4) 松本俊彦, 嶋根卓也, 和田 清：向精神薬乱用と依存. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究」総括・分担研究報告書, pp.100-114, 2011.
- 5) 嶋根卓也：ゲートキーパーとしての薬剤師：医薬品の薬物乱用・依存への対応. YAKUGAKUZASSHI. 133(6), 617-630. 2013.
- 6) 松本俊彦, 嶋根卓也, 和田 清：向精神薬乱用と依存(2)―薬剤師調査―. 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究」総括・分担研究報告書, pp48-68, 2012
- 7) 嶋根卓也, 松本俊彦, 和田清：処方医への「つなぎ」としての疑義照会―ゲートキーパーとしての職能を發揮するために―, 第 18 回埼玉県薬剤師会学術大会, 埼玉, 2012. 11. 11.
- 8) 嶋根卓也, 松本俊彦, 和田 清：調剤レセプトを通じて把握された向精神薬の重複処方の実態について. 第 17 回埼玉県薬剤師会学術大会, 埼玉, 2011. 11. 6.
- 9) 嶋根卓也：薬剤師から見た向精神薬の過量服薬, 精神科治療学 27(1), 87-93, 2012.
- 10) 嶋根卓也：薬剤師からみた くすり漬け問題, くすりにたよらない精神医学（井原裕、松本俊彦＝編）, 日本評論社, 東京, 35-39, 2013.
- 11) 三田村俊宏、嶋根卓也、阿部真也、吉町昌子、後藤輝明、宮本法子. 薬剤師と自殺予防～“つなぎ”の現状からゲートキーパーとしての薬剤師の役割を考える～. 日本社会薬学会第 32 年会、2013 年.
- 12) Bandura, A. Self-efficacy . Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215. 1977
- 13) 坂野雄二・東條光彦：一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究, 12, 73-82, 1986.
- 14) 藤井 千枝子ほか：パーキンソン病患者のセルフ・エフィカシーとその関連要因, 日本公衆衛生雑誌, 44(11), 817-826, 1997.

表1. 調査項目と調査時点(埼玉県薬剤師会)

カテゴリ	評価項目	T1	T2	T3	T4
基本属性	薬剤師属性	○			○
	薬局属性	○			○
知識	向精神薬乱用・依存や自殺予防関連項目など12項目	○	○	○	○
自己効力感	患者への声かけ、服薬指導、処方医への情報提供など9項目	◎	◎	◎	◎
行動	患者への声かけ、服薬指導、処方医への情報提供など過去6ヶ月間の行動	●			●

T1: ベースライン(介入前1~2ヶ月前)、T2: 介入直前、T3: 介入直後、T4: 介入後6ヶ月、●: メインアウトカム、◎: サブアウトカム

表2. 調査項目と調査時点(兵庫県薬剤師会)

カテゴリ	評価項目	T1	T2	T3	T4	T5
基本属性	薬剤師属性	○	○			○
	薬局属性	○	○			○
知識	向精神薬乱用・依存や自殺予防関連項目など12項目	○	○	○	○	○
自己効力感	患者への声かけ、服薬指導、処方医への情報提供など9項目	◎	◎	◎	◎	◎
行動	患者への声かけ、服薬指導、処方医への情報提供など過去6ヶ月間の行動	●	●			●

T1: ベースライン(介入前7~8ヶ月前)、T2: ベースライン2回目(介入前1~2ヶ月前)、T3: 介入直前、T4: 介入直後、T5: 介入後6ヶ月、●: メインアウトカム、◎: サブアウトカム

表4. 対象地区別にみた知識スコアの平均値(埼玉県薬剤師会、兵庫県薬剤師会)

	埼玉 (n=465)	兵庫 (n=740)	p-value
過量服薬と自殺との関係	3.2	3.0	0.002
過量服薬者のこころ(心理)	2.9	2.7	0.005
過量服薬者との接し方	2.6	2.5	0.066
希死念慮のある患者との接し方	2.4	2.3	0.002
ゲートキーパーの役割	2.9	2.4	<0.001
向精神薬の乱用・依存の動向	3.2	2.9	<0.001
乱用の対象となっている向精神薬の種類	3.1	3.0	0.053
精神保健福祉士の役割	2.0	2.0	0.069
臨床心理士の役割	2.3	2.2	0.143
精神保健福祉センターの業務	2.0	1.8	0.002
福祉事務所の業務	2.1	2.1	0.317
薬物依存回復支援施設ダルクの業務	2.2	1.9	<0.001

p-value for Mann-Whitney U test

表5. 対象地区別にみた自己効力感スコアの平均値(埼玉県薬剤師会、兵庫県薬剤師会)

	埼玉 (n=465)	兵庫 (n=740)	p-value
向精神薬が正しく使えない患者に気づいた時の声かけ	7.1	7.0	0.282
向精神薬が正しく使えない患者に対する服薬指導	6.2	6.0	0.330
向精神薬が正しく使えない患者に関する処方医への情報提供	6.3	6.5	0.135
向精神薬を過量服薬する患者に気づいた時の声かけ	7.3	7.1	0.290
向精神薬を過量服薬する患者に対する服薬指導	6.2	6.1	0.373
向精神薬を過量服薬する患者に関する処方医への情報提供	6.7	6.8	0.499
希死念慮のある患者に気づいた時の声かけ	6.1	5.7	0.004
希死念慮のある患者に対する服薬指導	5.2	4.9	0.045
希死念慮のある患者に関する処方医への情報提供	6.4	6.3	0.652

p-value for Mann-Whitney U test

表3. 対象地区別にみた薬剤師・薬局の属性(埼玉県薬剤師会、兵庫県薬剤師会)

	埼玉(n=465)		兵庫(n=740)		p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
性別					<0.001
女性	248 (53.3)		486 (65.7)		
男性	216 (46.5)		250 (33.8)		
年代					0.365
20代	45 (9.7)		57 (7.7)		
30代	102 (21.9)		142 (19.2)		
40代	132 (28.4)		232 (31.4)		
50代	118 (25.4)		216 (29.2)		
60代	56 (12.0)		71 (9.6)		
70代以上	10 (2.2)		19 (2.6)		
最終学歴					0.710
学部	437 (94.0)		695 (93.9)		
大学院(修士)	26 (5.6)		39 (5.3)		
大学院(博士)	1 (0.2)		5 (0.7)		
実務経験年数					0.060
1年未満	5 (1.1)		6 (0.8)		
1～5年未満	31 (6.7)		40 (5.4)		
5～10年未満	94 (20.2)		105 (14.2)		
10～15年未満	89 (19.1)		157 (21.2)		
15年以上	243 (52.3)		430 (58.1)		
薬剤師会主催のGK研修会					0.158
参加した	39 (8.4)		53 (7.2)		
参加していない	420 (90.3)		684 (92.4)		
薬剤師会以外のGK研修会					0.049
参加したことがある	13 (2.8)		41 (5.5)		
参加したことがない	447 (96.1)		695 (93.9)		
薬剤師数(平均)	4.4名		3.9名		0.005
応需処方箋枚数(月あたり)					<0.001
～1000枚	166 (35.7)		344 (46.5)		
1001～2000枚	172 (37.0)		274 (37.0)		
2001～3000枚	71 (15.3)		67 (9.1)		
3001～4000枚	31 (6.7)		29 (3.9)		
4001～5000枚	10 (2.2)		6 (0.8)		
5001枚～	9 (1.9)		11 (1.5)		
主たる応需診療科					0.886
内科	187 (40.2)		304 (41.1)		
整形外科	27 (5.8)		56 (7.6)		
精神科	19 (4.1)		18 (2.4)		
循環器内科	28 (6.0)		45 (6.1)		
脳神経外科	7 (1.5)		6 (0.8)		
消化器科	16 (3.4)		19 (2.6)		
泌尿器科	5 (1.1)		8 (1.1)		
心療内科	11 (2.4)		15 (2.0)		
耳鼻咽喉科	23 (4.9)		32 (4.3)		
外科	5 (1.1)		9 (1.2)		
婦人科	2 (0.4)		3 (0.4)		
小児科	25 (5.4)		34 (4.6)		
その他の診療科	49 (10.5)		72 (9.7)		
総合病院	19 (4.1)		38 (5.1)		
一つに決められない	39 (8.4)		77 (10.4)		

p-value for fisher's exact test, Mann-Whitney U test

各設問の無回答者は表示せず。

表6. 対象地区別にみた過去6ヶ月間における薬剤師の行動(埼玉県薬剤師会、兵庫県薬剤師会)

	埼玉(n=465)	兵庫(n=740)	p-value
	n (%)	n (%)	
1. 向精神薬が正しく使えない患者への声かけ			0.981
ある	212 (45.6)	340 (45.9)	
ない	239 (51.4)	379 (51.2)	
1-1.服薬指導に対する自己評価*			0.016
よくできた	17 (8.0)	19 (5.6)	
どちらかと言えばできた	153 (72.2)	222 (65.3)	
どちらかと言えばできなかった	39 (18.4)	92 (27.1)	
できなかった	3 (1.4)	1 (0.3)	
1-2.処方医への情報提供*			0.025
した	48 (22.6)	54 (15.9)	
どちらかと言えばした	29 (13.7)	61 (17.9)	
どちらかと言えばしなかった	31 (14.6)	59 (17.4)	
しなかった	104 (49.1)	157 (46.2)	
1-3.メンタルヘルス支援機関へのつなぎ*			0.554
した	10 (4.7)	18 (5.3)	
どちらかと言えばした	15 (7.1)	19 (5.6)	
どちらかと言えばしなかった	19 (9.0)	20 (5.9)	
しなかった	163 (76.9)	271 (79.7)	
2. 過量服薬患者への声かけ			0.661
ある	117 (25.2)	203 (27.4)	
ない	335 (72.0)	515 (69.6)	
2-1.服薬指導に対する自己評価*			0.323
よくできた	17 (14.5)	18 (8.9)	
どちらかと言えばできた	73 (62.4)	129 (63.5)	
どちらかと言えばできなかった	25 (21.4)	51 (25.1)	
できなかった	2 (1.7)	2 (1.0)	
2-2.処方医への情報提供			0.278
した	34 (29.1)	47 (23.2)	
どちらかと言えばした	25 (21.4)	41 (20.2)	
どちらかと言えばしなかった	16 (13.7)	38 (18.7)	
しなかった	39 (33.3)	76 (37.4)	
2-3.メンタルヘルス支援機関へのつなぎ*			0.069
した	10 (8.5)	10 (4.9)	
どちらかと言えばした	13 (11.1)	12 (5.9)	
どちらかと言えばしなかった	14 (12.0)	16 (7.9)	
しなかった	72 (61.5)	156 (76.8)	
3. 希死念慮のある患者への声かけ			0.953
ある	38 (8.2)	60 (8.1)	
ない	414 (89.0)	657 (88.8)	
3-1.服薬指導に対する自己評価*			0.841
よくできた	5 (13.2)	7 (11.7)	
どちらかと言えばできた	21 (55.3)	32 (53.3)	
どちらかと言えばできなかった	10 (26.3)	14 (23.3)	
できなかった	2 (5.3)	6 (10.0)	
3-2.処方医への情報提供*			0.498
した	10 (26.3)	12 (20.0)	
どちらかと言えばした	8 (21.1)	9 (15.0)	
どちらかと言えばしなかった	6 (15.8)	7 (11.7)	
しなかった	14 (36.8)	30 (50.0)	
3-3.メンタルヘルス支援機関へのつなぎ*			0.238
した	3 (7.9)	6 (10.0)	
どちらかと言えばした	3 (7.9)	4 (6.7)	
どちらかと言えばしなかった	6 (15.8)	2 (3.3)	
しなかった	26 (68.4)	47 (78.3)	

*当該患者との対応経験を有する薬剤師を分母とする。p-value for fisher's exact test

表7. 介入の有無別にみた薬剤師・薬局の属性(埼玉県薬剤師会)

	合計 (n=465)	介入群 (n=105)	非介入群 (n=360)	p-value
	n (%)	n (%)	n (%)	
性別				0.367
女性	248 (53.3)	62 (59.0)	186 (51.7)	
男性	216 (46.5)	43 (41.0)	173 (48.1)	
年代				0.060
20代	45 (9.7)	13 (12.4)	32 (8.9)	
30代	102 (21.9)	18 (17.1)	84 (23.3)	
40代	132 (28.4)	40 (38.1)	92 (25.6)	
50代	118 (25.4)	26 (24.8)	92 (25.6)	
60代	56 (12.0)	6 (5.7)	50 (13.9)	
70代以上	10 (2.2)	2 (1.9)	8 (2.2)	
最終学歴				0.899
学部	437 (94.0)	99 (94.3)	338 (93.9)	
大学院(修士)	26 (5.6)	6 (5.7)	20 (5.6)	
大学院(博士)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.3)	
実務経験年数				0.036
1年未満	5 (1.1)	4 (3.8)	1 (0.3)	
1～5年未満	31 (6.7)	9 (8.6)	22 (6.1)	
5～10年未満	94 (20.2)	19 (18.1)	75 (20.8)	
10～15年未満	89 (19.1)	22 (21.0)	67 (18.6)	
15年以上	243 (52.3)	51 (48.6)	192 (53.3)	
薬剤師会主催のGK研修会				0.002
参加した	39 (8.4)	17 (16.2)	22 (6.1)	
参加していない	420 (90.3)	88 (83.8)	332 (92.2)	
薬剤師会以外のGK研修会				0.387
参加したことがある	13 (2.8)	2 (1.9)	11 (3.1)	
参加したことがない	447 (96.1)	103 (98.1)	344 (95.6)	
薬剤師数(平均)	4.4名	5.7名	4.0名	<0.001
応需処方箋枚数(月あたり)				0.055
～1000枚	166 (35.7)	27 (25.7)	139 (38.6)	
1001～2000枚	172 (37.0)	38 (36.2)	134 (37.2)	
2001～3000枚	71 (15.3)	23 (21.9)	48 (13.3)	
3001～4000枚	31 (6.7)	7 (6.7)	24 (6.7)	
4001～5000枚	10 (2.2)	4 (3.8)	6 (1.7)	
5001枚～	9 (1.9)	4 (3.8)	5 (1.4)	
主たる応需診療科				0.001
内科	187 (40.2)	42 (40.0)	145 (40.3)	
整形外科	27 (5.8)	6 (5.7)	21 (5.8)	
精神科	19 (4.1)	9 (8.6)	10 (2.8)	
循環器内科	28 (6.0)	6 (5.7)	22 (6.1)	
脳神経外科	7 (1.5)	5 (4.8)	2 (0.6)	
消化器科	16 (3.4)	0 (0.0)	16 (4.4)	
泌尿器科	5 (1.1)	0 (0.0)	5 (1.4)	
心療内科	11 (2.4)	6 (5.7)	5 (1.4)	
耳鼻咽喉科	23 (4.9)	2 (1.9)	21 (5.8)	
外科	5 (1.1)	1 (1.0)	4 (1.1)	
婦人科	2 (0.4)	1 (1.0)	1 (0.3)	
小児科	25 (5.4)	5 (4.8)	20 (5.6)	
その他の診療科	49 (10.5)	6 (5.7)	43 (11.9)	
総合病院	19 (4.1)	4 (3.8)	15 (4.2)	
一つに決められない	39 (8.4)	12 (11.4)	27 (7.5)	

p-value for fisher's exact test, Mann-Whitney U test

各設問の無回答者は表示せず。

表8. 介入の有無別にみた知識スコアの平均値(埼玉県薬剤師会)

	合計 (n=465)	介入群 (n=105)	非介入群 (n=360)	p-value
過量服薬と自殺との関係	3.2	3.1	3.2	0.422
過量服薬者のこころ(心理)	2.9	2.9	2.9	0.974
過量服薬者との接し方	2.6	2.5	2.6	0.223
希死念慮のある患者との接し方	2.4	2.4	2.4	0.540
ゲートキーパーの役割	2.9	2.8	2.9	0.651
向精神薬の乱用・依存の動向	3.2	3.1	3.3	0.053
乱用の対象となっている向精神薬の種類	3.1	3.0	3.2	0.120
精神保健福祉士の役割	2.0	1.9	2.1	0.044
臨床心理士の役割	2.3	2.2	2.4	0.088
精神保健福祉センターの業務	2.0	1.9	2.0	0.074
福祉事務所の業務	2.1	2.0	2.2	0.023
薬物依存回復支援施設ダルクの業務	2.2	2.1	2.2	0.839

p-value for Mann-Whitney U test

表9. 介入の有無別にみた自己効力感スコアの平均値(埼玉県薬剤師会)

	合計 (n=465)	介入群 (n=105)	非介入群 (n=360)	p-value
向精神薬が正しく使えない患者に気づいた時の声かけ	7.1	6.7	7.2	0.034
向精神薬が正しく使えない患者に対する服薬指導	6.2	5.6	6.3	0.001
向精神薬が正しく使えない患者に関する処方医への情報提供	6.3	5.8	6.5	0.006
向精神薬を過量服薬する患者に気づいた時の声かけ	7.3	6.9	7.4	0.029
向精神薬を過量服薬する患者に対する服薬指導	6.2	5.5	6.4	<0.001
向精神薬を過量服薬する患者に関する処方医への情報提供	6.7	6.3	6.8	0.025
希死念慮のある患者に気づいた時の声かけ	6.1	5.8	6.2	0.200
希死念慮のある患者に対する服薬指導	5.2	4.8	5.3	0.046
希死念慮のある患者に関する処方医への情報提供	6.4	6.1	6.5	0.132

p-value for Mann-Whitney U test

表11. 介入群における知識スコアの平均値の時点変化(埼玉県薬剤師会)

	n=105			T1vsT2	T1vsT3
	T1	T2	T3	p-value	p-value
過量服薬と自殺との関係	3.1	3.4	4.0	0.008	<0.001
過量服薬者のこころ(心理)	2.9	3.0	4.0	0.151	<0.001
過量服薬者との接し方	2.5	2.5	3.8	0.894	<0.001
希死念慮のある患者との接し方	2.4	2.3	3.7	0.280	<0.001
ゲートキーパーの役割	2.8	2.8	4.3	0.863	<0.001
向精神薬の乱用・依存の動向	3.1	3.2	3.9	0.311	<0.001
乱用の対象となっている向精神薬の種類	3.0	3.1	3.7	0.295	<0.001
精神保健福祉士の役割	1.9	2.0	3.5	0.170	<0.001
臨床心理士の役割	2.2	2.1	3.3	0.741	<0.001
精神保健福祉センターの業務	1.9	1.9	3.7	0.696	<0.001
福祉事務所の業務	2.0	2.0	3.4	0.969	<0.001
薬物依存回復支援施設ダルクの業務	2.1	2.3	4.2	0.082	<0.001

p-value for Wilcoxon signed-rank test, T1: ベースライン(介入前1~2ヶ月前)、T2: 介入直前、T3: 介入直後

表12. 介入群における自己効力感スコアの平均値の時点変化(埼玉県薬剤師会)

	n=105			T1vsT2	T1vsT3
	T1	T2	T3	p-value	p-value
向精神薬が正しく使えない患者に気づいた時の声かけ	6.7	6.1	7.4	<0.001	<0.001
向精神薬が正しく使えない患者に対する服薬指導	5.6	5.2	6.9	0.047	<0.001
向精神薬が正しく使えない患者に関する処方医への情報提供	5.8	5.8	7.1	0.716	<0.001
向精神薬を過量服薬する患者に気づいた時の声かけ	6.9	6.2	7.4	<0.001	0.010
向精神薬を過量服薬する患者に対する服薬指導	5.5	5.2	6.9	0.056	<0.001
向精神薬を過量服薬する患者に関する処方医への情報提供	6.3	6.0	7.1	0.104	<0.001
希死念慮のある患者に気づいた時の声かけ	5.8	5.2	7.0	0.002	<0.001
希死念慮のある患者に対する服薬指導	4.8	4.5	6.3	0.059	<0.001
希死念慮のある患者に関する処方医への情報提供	6.1	5.8	7.0	0.148	<0.001

p-value for Wilcoxon signed-rank test, T1: ベースライン(介入前1~2ヶ月前)、T2: 介入直前、T3: 介入直後

表10. 介入の有無別にみた過去6ヶ月間における薬剤師の行動(埼玉県薬剤師会)

	合計(n=465) n (%)	介入群(n=105) n (%)	非介入群(n=360) n (%)	p-value
1. 向精神薬が正しく使えない患者への声かけ				0.629
ある	212 (45.6)	51 (48.6)	161 (44.7)	
ない	239 (51.4)	50 (47.6)	189 (52.5)	
1-1.服薬指導に対する自己評価*				0.166
よくできた	17 (8.0)	1 (2.0)	16 (9.9)	
どちらかと言えぱできた	153 (72.2)	36 (70.6)	117 (72.7)	
どちらかと言えぱできなかった	39 (18.4)	13 (25.5)	26 (16.1)	
できなかった	3 (1.4)	1 (2.0)	2 (1.2)	
1-2.処方医への情報提供*				0.453
した	48 (22.6)	8 (15.7)	40 (24.8)	
どちらかと言えぱした	29 (13.7)	7 (13.7)	22 (13.7)	
どちらかと言えぱしなかった	31 (14.6)	10 (19.6)	21 (13.0)	
しなかった	104 (49.1)	26 (51.0)	78 (48.4)	
1-3.メンタルヘルス支援機関へのつなぎ*				0.347
した	10 (4.7)	1 (2.0)	9 (5.6)	
どちらかと言えぱした	15 (7.1)	2 (3.9)	13 (8.1)	
どちらかと言えぱしなかった	19 (9.0)	6 (11.8)	13 (8.1)	
しなかった	163 (76.9)	42 (82.4)	121 (75.2)	
2. 過量服薬患者への声かけ				0.474
ある	117 (25.2)	30 (28.6)	87 (24.2)	
ない	335 (72.0)	71 (67.6)	264 (73.3)	
2-1.服薬指導に対する自己評価*				0.001
よくできた	17 (14.5)	2 (6.7)	15 (17.2)	
どちらかと言えぱできた	73 (62.4)	13 (43.3)	60 (69.0)	
どちらかと言えぱできなかった	25 (21.4)	14 (46.7)	11 (12.6)	
できなかった	2 (1.7)	1 (3.3)	1 (1.1)	
2-2. 処方医への情報提供				0.381
した	34 (29.1)	6 (20.0)	28 (32.2)	
どちらかと言えぱした	25 (21.4)	7 (23.3)	18 (20.7)	
どちらかと言えぱしなかった	16 (13.7)	7 (23.3)	9 (10.3)	
しなかった	39 (33.3)	9 (30.0)	30 (34.5)	
2-3.メンタルヘルス支援機関へのつなぎ*				0.310
した	10 (8.5)	1 (3.3)	9 (10.3)	
どちらかと言えぱした	13 (11.1)	2 (6.7)	11 (12.6)	
どちらかと言えぱしなかった	14 (12.0)	6 (20.0)	8 (9.2)	
しなかった	72 (61.5)	18 (60.0)	54 (62.1)	
3. 希死念慮のある患者への声かけ				0.064
ある	38 (8.2)	14 (13.3)	24 (6.7)	
ない	414 (89.0)	87 (82.9)	327 (90.8)	
3-1.服薬指導に対する自己評価*				0.281
よくできた	5 (13.2)	0 (0.0)	5 (20.8)	
どちらかと言えぱできた	21 (55.3)	8 (57.1)	13 (54.2)	
どちらかと言えぱできなかった	10 (26.3)	5 (35.7)	5 (20.8)	
できなかった	2 (5.3)	1 (7.1)	1 (4.2)	
3-2.処方医への情報提供*				0.597
した	10 (26.3)	2 (14.3)	8 (33.3)	
どちらかと言えぱした	8 (21.1)	3 (21.4)	5 (20.8)	
どちらかと言えぱしなかった	6 (15.8)	3 (21.4)	3 (12.5)	
しなかった	14 (36.8)	6 (42.9)	8 (33.3)	
3-3.メンタルヘルス支援機関へのつなぎ*				0.524
した	3 (7.9)	0 (0.0)	3 (12.5)	
どちらかと言えぱした	3 (7.9)	1 (7.1)	2 (8.3)	
どちらかと言えぱしなかった	6 (15.8)	3 (21.4)	3 (12.5)	
しなかった	26 (68.4)	10 (71.4)	16 (66.7)	

*当該患者との対応経験を有する薬剤師を分母とする。p-value for fisher's exact test

分担研究報告書
(2-1)

薬物依存症者に対する支援活動の実態と課題に関する研究（1）

研究分担者 宮永 耕 東海大学健康科学部社会福祉学科

研究要旨 平成 18 年度に開始された障害者自立支援法は、早くも今年度改正されて障害者総合支援法となり、その施策の対象となる薬物依存者の治療及び社会復帰にも大きく影響するところとなっている。民間の自助活動として始まった DARC（Drug Addiction Rehabilitation Center：以下、ダルク）を代表とする広義のリハビリテーションを目的とした回復援助施設は、1990 年代に地域での精神障害者施策の一部に組み入れられることをきっかけに、地域作業所やグループホームといった形で補助金対象事業に順次編入され、その全国的な拡大と合わせて、その後障害者自立支援制度のなかにはサービス提供事業所（プロバイダ）の役割を負って運営されるようになってきたが、それは現在ではより一般的なものとしてダルク運営のフォーマットになっている。今年度は、昨年度までに続き、現在進行する障害者制度改革や刑事施設出所後の保護観察制度等の改正案などの動向が現場でどのような問題となって表れているのか、制度変更が相次いだ今年度の状況について整理し、その課題について検討した。その結果、①障害者総合支援法の障害福祉サービス事業者への移行は現在も進められており、地域活動支援センターから生活訓練事業への制度内移行等、第 2 段階の事業変更や拡大の変化も認められた。②生活保護の制度改正により、今年度途中より生活扶助基準が削減され、ダルク利用者の多くが生活費給付を減額され、ダルクが補てんする費用の拡大も懸念される。移送費等の一時扶助や住宅扶助額の認定額変更等にも影響が認められた。③薬物事犯者を対象とする「刑の一部執行猶予」制度の成立と導入は、住所のない出所者の住居確保だけでなく薬物依存回復訓練費の設定など、対象者の治療プログラムへの導入にも新たな役割を果たし得る。ただし、自立準備ホーム委託期間の要医療給付など課題も残している。④「刑の一部執行猶予」制度の実施準備段階にある現在、「薬物依存回復訓練」といった、ダルク等が提供しうるソフトウェア部分を対象として委託基準が設定・運用されており、入寮に限定されない形態での回復プログラムの提供が期待されている。⑤ダルク施設の増加が続く中で、スタッフは各地で求められており、多くの社会資源や制度と関わる事が必要となるダルクのスタッフにとって、12 ステップ・プログラムの日常実践に加えた、実務上必要な援助技術や制度、異種の法制度で使われる用語（言葉）・概念等に関する知識とそれを操作するスキルが重要なものとして求められる。

A. 研究目的

本研究における継続的な課題として、わが国の薬物依存者処遇におけるソーシャルモデルを構築していくうえで、現状の制度との関わりの中に置かれた民間リハビリテーションセンターであるダルクという有力な社会資源の今後の活動展開に関して考察し、合理的な活動の領域を明確にして共有することが挙げられる。ダルクの活動がもつ本質的な部分、例えば薬物依存からの回復者がその経験をもとにしたサービス利用者視点に立って、現実の制度に縛られることなく薬物依存者が共有するニーズに即応したきめ細かな支援を提供する機能など、他の資源では代替できないような特色は、適切に位置づけられない限り際限なくその外

部に利用されて疲弊し、活動のエネルギーを消失させる危険を孕んでいる。

これまでの経過でも、施設収容以外の地域における支援機能が未整備であった事実は、当事者の受け入れ、居住等の生活基盤の即時的提供から自助グループを活用した再使用防止プログラム、制度利用の支援、就労等社会再参入プログラム、家族相談や予防啓発活動への参与まで、時期を追って拡大し続けてきたことがわかる。それらには内部努力を基に順次対応してはきたが、当然に限界もまた明らかになり、ダルクの外部でどこがどのような機能を分担するか明確にすべき時期に至っているといえる。

今年度は、近年懸案だった薬物依存者を対象とした新たな法的取扱いの制度も成立し、数年後にはこれまでにない多くの薬物依存者を地域で受け入れていくことが決まり、そのための体制作りは必至のものとなった。1990年代までより早いペースで進められるソーシャルモデルに関わり得る諸制度の変更の中で、ダルクの現状を把握することは出発点として重要な意味を持っている。全国のダルクとそれに類する薬物依存者回復援助サービスを担う同種の施設、団体に関する調査、及びその利用者を対象とした調査を準備するのと合わせ、その置かれている社会的状況の整理を行い検討した。

B. 研究方法

今年度障害者自立支援制度を改正するものとして開始された「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」、及びダルクを利用する薬物依存者の多くが利用する生活保護制度の改正に関する資料を整理し、現在のダルク及びその利用者の制度的位置とその課題を確認した。

また、2013（平成24）年6月に成立した「刑の一部執行猶予制度」に伴い、3年以内にその施行が開始されることとなり、法務省保護局を中心に準備も本格化している。既に始まっている自立準備ホームとしての登録に基づく対象者委託の現状について、局内の研究会等で提供された資料も検討した。

さらに、今年度も数か所のダルクを訪問して、スタッフとの面接によるヒアリング調査を実施し、そこでの情報を整理し検討した。

C. 研究結果

1. 障害者サービス制度の改正及び運用の概況

今年度当初より、これまでの「障害者の自立の支援に関する法律（障害者自立支援法）」は、「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律」（平成24年法律第51号）の成立をうけ、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」、通称「障害者総合支援法」へ改正された。

前年度報告書にも記載したとおり、2006年の障害者自立支援制度の開始は、それまでのダルクの

活動に少なくないインパクトを与えた。それまでのダルクは、概して精神障害者への地域支援として、自治体が運営費補助する地域作業所制度に沿って運営される例が多かったが、それは個々の利用者を対象としたサービス給付ではなく、利用者集団の規模に応じた事業所への補助金であり、一足早く2003年度の支援費制度により申請に基づく個別給付の仕組みを導入していた身体・知的障害者へのサービスとは異なる仕組みだった。それが、その後の制度展開でも判明したように、十分な議論と説明とを省略したまま導入され、特に精神障害者サービスは先行する他の障害者サービス体系に組み入れて、「三障害同一」の仕組みとしたことによる急激な環境変化は、ダルクの運営にも大きな変化をもたらした。当時は、ダルクがなぜNPO法人化する必要があるか、という議論の前に、給付継続と表裏の法人化を期限までに課された施設も多く、ダルク間での情報交換と共有のもと短期間での新制度対応が各地で行われた。予想された事務量の増大と、会計等必要な人材の不備はすぐに露呈したが、日常の当事者支援業務もまた制度的な外部基準に合わせることを不可避として、概してスタッフの負担は大きくなった。

後述する司法制度等の改革の時期とも重なり、刑務所等への業務派遣や保護観察所との関わりも増え、地域でのダルクの活動場面も拡大していく。この時期は、1990年代の後半以来、各地にダルクが開設されていった時期でもあるが、障害者自立支援法以降は、同法による障害者サービスのプロバイダとして、その役割を前提とした運営が新たなダルクのモデルとなった。

障害者自立支援制度における同法内の給付対象事業として中心となったのは、ダルクが開設当初から行ってきた入寮プログラムの、その夜間居住支援サービスと整理されたナイトケア、制度でいう共同生活援助（グループホーム）事業であり、その運営主体には法人格が要件とされたため、法人化、特にNPO法人への組織変更は事業継続上不可避となった。合わせて日中活動部分はデイケアだったものが、精神障害者地域作業所の制度内移行形態として示された市町村事業である地域生活支援事業に分類された地域活動支援センターへと転換し、それらのセットが各地のダルクの最も一般的な移行形態となった。ダルクのスタッフも、代表者を中心に急遽サービス管理責任者講習の受

講・修了が求められ、回復経験者としての援助者とはまた異なる民間受託事業所の管理者としての役割を負うことになった。

一方で、これらの障害者サービス事業に編入されていった施設の他に、その時点での制度参入を見送らないしは選択しないダルクも同時に存在し、それらは従前の家族等からの入寮費負担と入寮者個々の受給する生活保護費等、さらに会員や支援者からの善意の寄付金・献金とを財源にした従来の施設運営を継続せざるを得なかったが、その維持には入寮者数の安定確保が必須であり、その意味で常に入寮者を補充し、時にはスタッフのサポートも得られる他のダルク施設との密接な関係が不可欠だった。

周知のとおり、個々のダルクは基本的に独立した採算と意思決定構造を保ち、施設数の増加がもたらすスケールメリットも機能することで、制度が根本的に変更されても自動的にそこに参入することにはならなかった。実際開設から10年近くの活動を経過し、制度が未整備な時代から自主的に運営してきたダルクの中には、自立支援法に合わせた法人化を見送ったり、可能な部分に限って部分的に制度参入しようとする施設もあったが、自治体行政からの指導・助言もあり、独立・自主採算を維持するメリットも少なくなる中で、今年度の上記総合支援法への変更までに一定規模以上の施設はほぼ制度参入を選択し、準備を開始している。近年の動向で特徴的なのは、当初地域生活支援センターとして移行した施設が、順次手続きを整えて、デイケアを自立支援給付として障害福祉サービス給付事業の訓練等給付費対象事業に分類される自立訓練（生活訓練）に変更するダルクが出てきていることである。

これは、100%自治体が費用負担する市町村事業の拡大が地方財政の運営上も難しくなる中で、国の費用負担を伴う給付事業に移行させる必要があるだけでなく、ダルク運営側には地域活動支援センターに比較することでかなり大きい給付費増の可能性が見込めること、それによりスタッフ等の増員が可能になる等の利点を期待したものである。実際に同数の利用者で計算した場合、生活訓練事業での運営に移行した場合の方が75%以上も運営費給付額が増額されることになる。既に具体的な支援業務として求められるアセスメントとしての個別支援計画の策定は地域活動支援センタ

一でも行われており、ダルク利用者の多くが居住するグループホーム入居にあたって既に障害支援区分の認定も完了していることから、実質的に事務的業務が倍増することはなく、スタッフの業務面で転換をためらう理由もない。結果的に障害福祉サービスプロバイダとして、制度により深く組み込まれることを了解することだけは必要になるう。

このようにして、障害者自立支援制度の混乱期を経て今年度より障害者総合支援法の施行となった現時点では、多くのダルク及びその類する回復援助施設は、法人化して障害者を対象としたサービス提供業務を受託しその報酬を受けるプロバイダとしての役割を受けることになり、また、制度との結びつきもより強くなっているといえる。現時点でのダルク運営の実態と課題については今年度のアンケート調査によって具体的に実証する予定である。

2. 生活保護制度の動向とそれに関わる課題

2008年9月の、いわゆるリーマンショック後に顕在化した貧困の広がりによって、生活保護受給者は急速に増大し、世帯・人員数で制度開始以来の最高値を更新し続ける中、扶養義務をめぐる疑義や一部マスコミ等に端を発した「生活保護受給者バッシング」や貧困ビジネスと総称される各種の受給者の保護費をめぐる様々な事業者の関与が日々話題となる機会は確実に増加している。

生活保護の支給総額は、2001年度に2兆円を、2009（平成21）年度には3兆円を突破し、2012年（平成24年）度の支給額は3兆7000億円を超えると報じられて増加に歯止めはかからず、その4分の3を負担する国と合わせて地方自治体財政を直接的に圧迫する事態となっている。

生活保護の実施については法定受託事務として運用には地方自治体の裁量に関与するが、実施要領や通知等で国はその適正な運用を指導するも、一時扶助の認定や住宅扶助費の認定方法など、細部に財政格差の影響が認められる。以前より本研究の中でも指摘したが、ミーティング参加の移送費認定やグループホーム入居者の住宅費認定に関しては、全国の統一の考え方が存在するわけではなく、各実施機関の判断で行われるため、差異も大きい。

2013年8月からは生活保護基準の減額が開始され、ダルク利用者の場合、生活保護でない利用者の家族等に対しては月額15～16万円の利用料を求める半面で、保護受給者からは地域にもよるが、およそその2/3程度の保護費収入しかないものを各利用者から集めて、利用者に対して均一額の本人生活費等に充当せざるを得ず、保護基準の引き下げは利用者間の不合理な負担の差異が避けられない状況であり、保護基準の引き下げによりその差はさらに大きなものとなっている。

2013（平成25）年8月の保護費支給より始まる3年間で総額670億円（国費ベース）を想定した生活扶助費減額「適正化」は、ダルク利用者の多数の生活を支えるプログラム利用期間の生活維持の上でも小さくない影響を及ぼす。厚生省資料によれば、ダルク利用者の最も多いと思われる20～40歳の年齢階層にある単身者基準で、切り下げの開始されたH25年度8月当初で12.1万円（都市部：生活扶助1類+2類、及び住宅扶助合計額）が11.9万円に0.2万円減額され、更にH27年度以降は11.4万円へと、当初に比べて0.7万円削減される計算となる。より就労自立の可能性が低くなる41～59歳でも、各0.1、0.4万円減額となり、ダルクが結果的に他の費用から利用者個人の生活費に必要に応じて繰り入れなければならない額、（例えば、公共交通機関利用が困難な場所でのミーティング参加の際の移送費認定不可となる場合の交通費実費の持ち出しなど）の増加は、施設運営上、団体の大きな課題になる可能性がある。

就労自立に関しては、保護受給期間中の就労収入について「就労自立給付金」の創設など自立を指向した改正も同時に制度化されたが、実際の利用者の生活保護受給中の就労支援や収入増加策についてはこれまでダルクとして積極的に取り組んできた領域とは言い難く、より社会再参入（復帰）段階の、実施機関と共働した個々の利用者の支援が重要とならざるを得ず、今後その強化及び分担について、取り組まざるを得なくなることは間違いない。

3. 保護観察関連諸制度の改正及び運用の概況

「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律」は、2013（平成25）年度6月13日に成立、同19日に公布され、その後3年以内の施行が決まっている。年間700名程度とも予想される居住地のない保護観察

下にある一部執行猶予対象者に対し、既存の更生保護施設等だけで対応できない部分については、既に2011年度から「自立準備ホーム」の制度が開始され受け入れも行われる中で、本格実施に先駆けたそのシュミレーションを通して課題等も明らかになりつつある。

平成28年度に予定される刑の一部執行猶予制度の開始に向け、法務省保護局が主体となって薬物地域支援研究会が継続開催されているが、制度施行に向けた今後2年間の予算措置を伴う準備も今年度より開始されている。

2004（平成19）年法律第88号として改正された更生保護法により、更生保護委託費支弁基準（平成20年法務省令第41号）が定められたが、そこでは更生保護施設の他に認可事業者が宿泊供与及び食事付き宿泊供与を提供する場合の食事付宿泊費及び委託事務費の基準も示された。その後6回にわたる改正を経て、2011（平成23）年5月に「自立準備ホーム」制度が開始された。これは、あらかじめ保護観察所に登録したNPO法人等が刑務所等を出所し帰住先のない保護観察対象者等を入所させて一定期間の宿泊、食事その他の生活訓練プログラム等を提供する制度で、法人化されたダルクもその事業者の中に含まれている。平成24年5月28日法務省令第24号による改正により、制度開始当初から設定のあった宿泊費、食事給与費の他に、自立準備支援費と薬物依存回復訓練費の基準も設定されている。

<2013（平成25）年度にダルクに身元引受を委託した場合の委託費単価^{注1)}>

宿泊費	1,500円
食事給与費	1,213円
自立準備支援費	2,000円
薬物依存回復訓練費	879円
合計	5,592円/日

これらの制度の経過を整理すると、平成23年度より「緊急的住宅確保・自立支援対策」として宿泊費、食事給与費、自立準備支援費の設定が行われ、さらに翌24年度より「薬物依存回復訓練の実施」が開始されたことにより、当該訓練費の設定が加えられて今日に至っている^{注2)}。なお、この基準には対象者の年齢やダルクの所在地別に違いはなく、全国一律の額とし

て設定されている。30日間入所受託した場合のダルク等受託者に支払われる金額は、およそ17万円弱(167,760円)となり、生活保護の最も高い生活扶助基準額(20~40歳単身:1級地-1)の81,660円に住宅扶助基準限度額(最大で69,800円)を加算した額に比べても高い設定となり、今年度実施された前述生活保護基準の削減によりその差は若干ながら広がった^{注3)}。但し、この制度によって委託を受けた者が、施設入所中に医療が必要な状態になった場合の医療費、移送費等の一時扶助部分について支弁基準は設けられておらず、他に負担する方法がなければ生活保護等の別制度によるか受託者側の持ち出しによるしかないことは、現状での大きな課題の一つとして指摘されている。

平成25年12月現在の法務省の直近資料によれば、自立準備ホーム登録者数は271、うちダルク等^{注4)}が49(18%)、となっているが、注目すべきは、それとは別に集約された「薬物依存回復訓練登録者(通所・入所)」数の58(うち、ダルク等51)という数字である。これは、入所させて援助する自立準備ホーム登録に対し、多くはそこに重なる形で登録されるものの、一部で通所のみによる援助や別施設にダルクスタッフ等が出張して実施するミーティング等の「回復訓練プログラム」提供も想定されており、給付の実際例も存在する。つまり、通所プログラムだけを提供するダルク等も登録可能であり、また入所のホームの場合は関与せざるを得ない対象者の再使用時の保護観察所への連絡に関しても、通所のみとしてその責を負う必要がなくプログラム機能の提供が可能になるという意味で重要である。薬物事犯者に限ってみれば、この制度による受託先はほぼ全国にあるダルクが想定されていることは実態からも明らかであり、前項に述べた障害福祉サービスや施設利用者個人を対象に支給される生活保護費とは異なる、別財源からの運営費収入の方途として考えられる一方で、その制度目的からみたサービス供給能力と限界については、制度の管理主体である保護観察所とダルク双方による協議が今後も不可欠となろう。

また、上記自立準備ホームの制度利用は6ヶ月が上限となっており、これまでのダルクを利用してきた薬物依存者の実態からみて、入寮6

ヶ月で治療が完結することは考えにくく、その場合は生計維持の方途として生活保護受給による継続入寮ないし通所での利用が想定される。この部分で、利用者自身の治療継続意思を基にした、生活保護申請に関して支障が生じることなく制度を渡ってのプログラム継続ができるのかどうか、未だ現時点では十分な事例集積と課題の析出ができていないことから、今後地域における関係機関の合意に基づく役割分担が確保されることは最重要課題の一つといえる。

D. 考察

1. 障害者総合支援法による障害福祉サービスとダルク等リハビリテーションサービス・プロバイダの現状

今年度も、これまとめてきた資料の検討と合わせて2ヶ所のダルクを訪問し、現行制度におけるリハビリテーションサービス運営の実態についてヒアリング調査した。そこでは、障害者自立支援法を契機とした制度対応を経て、今年度障害者総合支援法に改正されていったこの期間にも、ダルクが障害福祉サービス提供事業者としての側面を明確にしてきたことが理解された。支援費制度等の枠外に置かれ、自立支援法以前は他領域の障害福祉サービスとほとんど連動することのなかったアルコールや薬物依存症を対象とした回復援助活動も、不可欠な運営費確保を目的として制度の枠に参入することによって法に基づく給付を受け、それを財源として運営するモデルへと誘導されていったことが昨年度同様に理解された。

開設より20年近くを経過するある地区のダルクの例でも、献金や家族負担等の法外財源の継続確保が困難となる中で、まず要件となる組織の法人化を行うが、先行する他地域のダルクの状況を勘案して、ハードルの高いNPOではなくより簡素な組織形態である「一般社団法人」での法人設立を登記し、サービス受託事業者となっていた。既存の寮(共同住居)を基準に合わせてグループホームに変更し、適切な環境下の施設確保を待って自立準備ホーム事業用の入寮施設を開始し、今後見込まれるその修了者に対しては別地域の施設に移して再乱用防止のケアと合わせ社会復帰段階の就労を視野に入れたプログラムを実施する予定で、現在準備が始められていた。

また、別施設では既に軌道に乗っている地域のバックアップを得た農作業等に特化した就労プログラムを、初期治療段階の修了者から選んだ集団によって運営し、薬物使用問題以外のより多様な条件に合わせたケアの一つとして提供していた。このような実践は、発達障害や軽度知的障害等を併存する利用者にも適応しやすいプログラムであり、今後も多様にならざるを得ないダルクのプログラムコンテンツを考えていく上で貴重な実践といえる。当然、その成立の条件とダルクとしてできる限界についても明らかにしていくことが必須となるだろう。

今後は、地域に既存の社会資源との関係から、障害福祉サービス事業者として参入したダルクが、制度自体が施行する障害種別を問わない社会的・経済的自立に有効なサービスをいかに提供できるか、例えば薬物使用に伴う刑事処分により自立準備ホームをとおしてそこからダルクにつながった依存者が、保護観察下の前半6ヶ月程度を再使用防止を目的にしたプログラムを体験し、クリーンな共同生活体験でダルクでの継続治療を求めるに至り、自助グループでのケアを続けながら社会復帰に向けて取り組む例を想定する。薬物使用前あるいは使用当初から併存する他の障害や精神疾患等との関係で、施設周辺の生活経験の薄い地域で自力でのアルバイト先を探し、保護的環境を期待しないで一般就労する、といったこれまでのハードルの高い方法以外の、集団的・段階的な中間的雇用につながる社会復帰支援のモデルも今後提供可能になり得ると思われる。

そのことは、ダルクが受け入れて対応可能な薬物依存者の年齢的・身体精神的範囲を広げることと同時に、ダルクだけで完結することなく連携できる他の地域内の障害福祉サービス等との関連で役割から見た分担と限界設定が可能になることをも意味する。依存者を専らの対象としてきたダルクも、現在の利用者ニーズの多様化と障害者支援制度との実体的関わりの中で、既に地域における援助資源としての役割を求められるに至っている。

2. 「刑の一部執行猶予」制度の導入に伴う地域支援の仕組みに関する課題

「刑の一部執行猶予制度」が成立したことで、これまで想定されてきた保護観察下の地域での薬物依存者処遇は方針として確定し、保護観察期間

に限定されない「再乱用防止」と社会復帰の促進は、ダルク等のプロバイダを資源として位置づけた「薬物依存者地域支援」体制の構築が急務の課題となっている。

昨年度資料添付した法務省保護局による「地域支援ガイドライン(案)」の中では、これまで独立していた矯正施設内と退所後の保護観察等地域における処遇とが、再乱用・再使用を防止する統一した方針で運営され、さらには保護観察後も地域で薬物使用しない生活を続けていけるように立案されて示されている。既に2011年度より試行的にダルクが運営する入寮施設での受け入れが始まっており、その実践の中で具体的な連携の課題が保護観察所を通してフィードバックされている。今後全国の保護観察所において上記ガイドラインが示す地域内連携による役割の分担が明確になる中で、これまでも個別の対象者を巡って保護観察官等と関わる例は少なくなかったが、今後は保護観察所の組織全体と定期的に協議の場を形成し、システムにおけるダルクが提供する援助について理解されることは必須である。さらに、これまでダルクが関与する機会がほとんどなかった更生保護施設等他のプロバイダとも、今後は出所者の状況やニーズに応じて連携していくことが必要になろう。

しかしながら、前述の委託期間中の要医療ケースへの対応など、制度実施までに解決すべき課題も指摘されており、援助実践例を通したプロバイダ側の意見を集約しておくことが極めて重要である。

3. 多種の制度、協力機関とのコラボレーションに必要なスタッフのスキルの変化(再掲)

昨年度も指摘したが、上記に加え多種の制度と関わりながらその全体像の中でダルクの機能を生かしたサービス提供を行う主体となるスタッフは、自らの回復体験に基づいて獲得した、主にNA等自助グループの中で共有する言葉や概念だけでなく、社会福祉援助や保護観察等協働する相手側が拠って立つ様々なフォーマットや概念、原理原則といったものを、操作可能なものとして読み替えて適応していく技能が、不可避的に求められている。

例えば、薬物依存問題への介入の目的に関してみると、法務行政で用いる表現は「再犯防止」、その問題原因に論及する場合には「再乱用防止」と表現されるのに対し、厚生労働行政による介入の

目的は「自立」もしくは「社会復帰」とされる。更生保護及び障害者福祉の接点で最近用いられるようになった類似の概念には「社会定着促進（支援）」という表現もダルク等の事業と関わりが強い。

それに対し、NAの12ステッププログラムに大きな影響を受けて成立展開してきたダルク等日本の回復者施設側の薬物依存当事者への介入は、「回復」を目的として行われてきた。このように、回復支援ないしは回復援助という場合と、社会復帰ないしは再犯防止（予防）というそれぞれ異なる表現をとっていても、そのために実際に目指す援助の具体的形態が大きくことなることにはならず、むしろ大部分で重なり合うことを理解し、共働の条件を構築するために効率的にコミュニケーションを確保する中で、それらの用語を操作できるスキルがスタッフには当然求められる。これらの技能の獲得には、実際に他機関の他職種とも協議し、共に実践し、議論する経験の蓄積が不可欠であり、援助職者としてスタッフ個々がコミュニケーションスキルを修得する機会の確保やそのスーパーバイズについても今後検討することが必要となろう。

E. 結語

障害者自立支援法を契機に、制度への移行期にある薬物依存症治療資源の現状を把握するために、障害福祉サービス、生活保護の状況、そして薬物依存者を対象とする新たな保護観察制度の準備状況をそれぞれ整理することにより、ダルク等のリハビリテーションプログラムを提供する事業者の課題について検討した。その結果、以下の各点が明らかになった。

1. 障害者総合支援法となった障害福祉サービス事業者としての、ダルクの制度への移行は、新規開設時や既存施設の移行にあたり現在も進められており、不可避となる運営費の安定確保を目的に地域活動支援センターから生活訓練事業への制度内移行等、第2段階の事業変更や拡大の変化も認められた。

2. 生活保護受給者の増大を背景とした制度改正により、今年度途中より生活扶助基準が削減され、ダルク利用者の多くが生活費給付を減額されて、最終的にダルクが補てんする費用の拡大が懸念される状況にある。移送費等の一時扶助や住宅扶助額の認定額変更等にも影響が認められた。

3. 薬物事犯者を対象とする刑の一部執行猶予制度の成立と導入は、住所のない出所者の住居確保だけでなく薬物依存回復訓練費の設定など、対象者の治療プログラムへの導入にも新たな役割を果たし得る。ただし、自立準備ホーム委託期間の要医療給付やそこで完結し得ないリハビリテーションプログラムの確保にはなお課題を残している。

4. 刑の一部執行猶予制度の実施準備段階にある現在、居住場所等物理的な日常生活確保だけでなく「薬物依存回復訓練」といった、ダルク等が提供しうるソフトウェア部分を対象として委託基準が設定・運用されており、入寮に限定されない形態での回復プログラムの提供が薬物地域支援システムの中で期待されている。

5. ダルク施設の増加が続く中で、スタッフは各地で求められており、加えてより多くの社会資源や財源構造も異なる制度と関わる事が不可避となるダルクのスタッフにとって、自身の回復の維持・管理や12ステップ・プログラムの日常実践に加えた、実務上必要な援助技術や制度、さらに異種の法制度で使われる用語（言葉）・概念等に関する知識とそれを操作するスキルがきわめて重要なものとして求められる。

次年度は、ダルク等の回復援助施設等の運営状況とその利用者を対象としたアンケートによる実態調査を実施し、ダルク運営における課題と利用者の状況やそのニーズについて把握することを計画しており、現在は実施のために必要な準備を進めている。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 宮永耕「薬物使用障害者の福祉的支援をめぐる現状と課題」、『精神科治療学』編集委員会編『物質使用障害とアディクション臨床ハンドブック（精神科治療学第28巻増刊号）』、250-254、星和書店、2013年10月
- 2) 宮永耕「アジアの治療共同体実践」、内閣府『平成24年度若年層向け薬物再乱用防止プログラム等に関する企画分析報告書』、59-65、2013年2月

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録

特になし

<注及び資料・文献>

注1) 「自立準備支援費」は宿泊費とセットでしか支弁しないが、食事費は必要に応じて支給される。また「薬物依存回復訓練費」のみの委託も想定され、通所のみによる879円/日の委託費支給も行われる。

注2) 平成26年度からは消費税率の引き上げに伴う基準額の変更が予定されている。

注3) 住宅扶助額上限(特別基準1.3倍)で例示した69,800円/月が認定できる地域は全国で東京都特別区及び川崎市・横浜市のみであり、それ以外での住宅扶助額は相対的に低だけでなく、近年住宅扶助認定に関しては、実際の居住者数/家賃支払額等から算出した「実費」を限度額範囲内で独自に認定する(単身者の限度上限額は認定されない)実施機関の例も増えている。

注4) 「ダルク等」とは、ダルクから派生し、もしくは薬物依存者回復支援を目的とする同種の事業をダルクの名称を用いないで実施する施設(団体)を指し、「マック」等の一部施設が含まれる。

1) 厚生労働省社会・援護局保護課「生活保護法改正法の概要」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/topics/dl/tp131218-05.pdf

2) 「生活保護制度の見直しについて」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002udvb-att/2r9852000002uf0t.pdf>

分 担 研 究 報 告 書
(2-2)

精神保健福祉センター等における家族心理教育プログラムの開発・普及とその評価に関する研究

分担研究者	近藤あゆみ	新潟医療福祉大学社会福祉学部社会福祉学科 准教授
研究協力者	高橋郁絵	原宿カウンセリングセンター 臨床心理士
	森田展彰	筑波大学医学医療系 准教授

研究要旨 【目的】平成22年度に作成した4種類の教材を用いて、家族会参加者を対象にプログラムを実施し、その理解度及び有効性等を検討するためのアンケート調査を実施した。【方法】東京都立多摩総合精神保健福祉センター延べ107名、兵庫県立精神保健福祉センター延べ37名、広島県立総合精神保健福祉センター延べ18名、東京都立中部総合精神保健福祉センター延べ54名、静岡市こころの健康センター延べ22名、群馬県こころの健康センター延べ8名、栃木県精神保健福祉センター延べ20名、岩手県精神保健福祉センター延べ6名、地方独立行政法人岡山県精神科医療センター延べ117名、医療法人せのがわ瀬野川病院延べ26名の合計延べ415名を対象に、機関職員が家族心理教育プログラムを実施した後、自記式のアンケート調査への協力を依頼した。【結果及び考察】家族の年齢、性別、本人との続柄については、50～60代が約7割（68.1%）と多く、女性（76.7%）、親（86.2%）が多かった。また、継続的に支援を受けるようになってから5年未満の家族（56.1%）の割合が高く、1年未満の家族も23.3%存在した。GHQ28の評価では56.9%が神経症群に弁別された。薬物依存症者本人の年齢は20～30代（74.8%）、性別は男性（85.3%）が多く、未だ断薬に至らない者や刑務所や医療機関に入所中の者が合わせて53.5%と多かった。現在の本人との関係性については、本人と一緒に暮らしていたり、離れて暮らしているものの頻りに連絡を取り合ったりしている者の割合が合わせて64.7%と高かった。結果からは、薬物問題が継続している本人の身近で生活しながら心身ともに疲弊する親の姿が、対象者の特徴として浮かび上がる。家族心理教育プログラムに関する理解度については、「かなり理解できた」または「完全に理解できた」と回答した者の割合は52.3%にとどまっていた。理解度をあげるためには、同じ種類の教材を用いたプログラムに繰り返し参加できる環境を家族に提供することが望ましい。また、家族と本人との関係性によっては、理解が特に低い教材もあった。有効性については、70.4%の家族が「かなり役に立つ」または「非常に役に立つ」と回答しており、一定の有効性が確認できた。しかし、家族の精神的健康度が低い場合、有効性が感じられにくいことが示された。このように、精神的健康度や本人との関係性によって、プログラムに対する理解度や有効性が低くなってしまふ家族が存在するため、個別の評価や支援を忘れてはならない。

A. 研究目的

依存症対策の中でも特に家族支援整備の立ち遅れが著しい現況を反映して、2003年に公表された薬物乱用防止新五か年戦略¹⁾では、薬物乱用防止のための基本目標の中に「薬物依存・中毒者の家族に対する支援等」が明記された。その流れは、2008年の第三次薬物乱用防止五か年戦略²⁾、2013年の第四次薬物乱用防止五か年戦略³⁾においても継続されており、第四次薬物乱用防止五か年戦略では、目標達成のために推進すべき取り組みとして、家族に対する相談窓口の周知や相談体制の充実、家族に正しい知識を付与するための講習会等の実施

などが挙げられている。しかし、研究者が2010年に実施した調査結果⁴⁾をみると、家族からの薬物相談を受ける主たる機関のひとつである精神保健福祉センターにおいても、薬物の家族に対する家族教室を実施しているのは約半数（55.3%）にしか過ぎず、その中で毎週実施している機関はわずか7.7%のみであった。

このような現状において、今後家族に対する支援体制の整備を早急に進めていくためには、「薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラム」（以下、家族心理教育プログラムと記す）の拡充は非常に重要な課題であると思われる。欧米

では既に、多様な家族のニーズに応える様々な家族介入方法が開発され、その効果が検証されつつあるが⁵⁾⁶⁾、欧米と比較して薬物乱用依存症者が少ないといわれているわが国⁷⁾では、家族支援に必要な資源が経済的にも人的にも圧倒的に不足しているため、同様の発展は当面期待できそうにない。だからこそ、低コスト、少ないマンパワーで実施可能な心理教育の場面で用いられる教材の充実は、現実的且つ高い有用性を発揮するものと思われる。

これまでわが国で行われてきた薬物依存症者をもつ家族への支援は、主に治療につながりにくい薬物依存症者本人（以下、本人と記す）を治療につなげることを目的としていた。従って、家族心理教育プログラムも、「家族が本人の問題を肩代わりすることをやめて問題を本人に返すことを徹底することが本人の回復への決意を促すので、家族は本人の問題から手を引き、消耗した家族自身のケアを行うことが必要である」といった内容が中心であった。また、実際にこれらの教育は、長期間本人の問題行動に巻き込まれ消耗した多くの家族にとって有益であったと思われる。

しかし、長期にわたる依存症者の回復全体を考えると、家族が果たし得る役割、また、家族が希望する役割はそれだけでは終わらない。依存症を支える悪い家族関係について理解し、ネガティブな関わりからいったん手を引いた家族の多くは、よりポジティブに依存症者の回復を支えることのできる家族に変化することを望んでいる。一例を挙げると、常に再発の可能性を考慮にいれておかねばならない依存症者との関わりの中で、再発を早期に発見できる観察者の役割を果たせるようになることは、家族の重要な役割のひとつである。また、その役割を果たすためには、本人に対するコミュニケーション・スキルの向上が欠かせない。このように、本人の回復にそれぞれの段階があるように、家族の課題もその家族によって異なり、また多くの家族がそれらの課題の解決を求めているにも関わらず、これまでの限られた内容の家族心理教育プログラムは、このような多様な家族のニーズに十分対応しきれていなかったと思われる。

そこで、家族の多様なニーズを把握し、それらのニーズに対応できる総合的な家族心理教育プログラムの開発を目指すことを目的として本研究を

実施した。

初年度にあたる平成 21 年度は、家族心理教育プログラムの作成に先立ち、薬物依存症者をもつ家族の支援を行う関係機関職員及び当事者家族が、想定される様々なプログラム内容に対して、現在の程度理解をしておき、また、どのような内容に強く関心をもち、どのような内容を重要であると考えているのかを明らかにするために調査を行った⁸⁾。その結果、これまで薬物依存症者をもつ家族に対して行われてきた心理教育の中では、家族が本人に対する有効な働きかけを行うために必要とされる学習内容や、薬物関連の法律に関する学習内容が不十分であることが示唆された。

また、家族の多くは、想定される心理教育プログラムの学習内容に対して強い関心をもち、中でも、再発のリスク軽減に関連する学習内容への関心が高かった。

平成 22 年度は、調査結果を踏まえ、これまでの家族支援の中では積極的に焦点が当てられなかった学習内容を網羅した包括的な家族心理教育プログラムの開発に着手した。プログラムは大きく分けると、①薬物依存症という病気や回復について正しく理解できるようにするための学習内容、②薬物依存症者に対する適切な対応法を学び実践できるようにするための学習内容、③家族自身が心身の健康を取り戻せるようになるための学習内容、の 3 つの要素からなる。平成 22 年度に作成した教材は 4 種類であり、①に分類される「薬物依存症とは」、②に分類される「上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる」及び「長期的な回復を支え、再発・再使用に備える」、③に分類される「家族のセルフケア」である。内容の詳細については、平成 22 年度の報告書⁹⁾を参照されたい。

平成 23 年度は、前年度に作成した教材を用いて、ダルク等の家族会参加者を対象にプログラムを実施し、その理解度及び有効性等を検討するためのアンケート調査を実施した。結果の詳細については、平成 23 年度の報告書を参照されたい¹⁰⁾。

平成 24 年度は、平成 22 年度に作成した教材を用いて、医療保健機関利用者を対象にプログラムを実施し、その理解度及び有効性等を検討するためのアンケート調査を開始した。また、新たな教材を 4 種類作成した。教材のタイトルは、①「薬物依存症の多様性と人それぞれの回復について

知る」②「「家族の病気」としての薬物依存症」③「薬物依存症者本人の望ましい行動を増やし、望ましくない行動を減らす」④「暴力への対応」である。詳細については、平成 24 年度の報告書を参照されたい¹¹⁾。

平成 25 年度は、平成 24 年度に開始した医療保健機関利用者を対象としたアンケート調査を継続実施するとともに、平成 24 年度に作成した新たな教材に関して、実施者向けの研修会を開催した。

今回は、保健医療機関利用者を対象としたアンケート調査の結果について報告する。

B. 研究方法

1. 対象及び方法

対象者は、東京都立多摩総合精神保健福祉センター延べ 107 名、兵庫県立精神保健福祉センター延べ 37 名、広島県立総合精神保健福祉センター延べ 18 名、東京都立中部総合精神保健福祉センター延べ 54 名、静岡市こころの健康センター延べ 22 名、群馬県こころの健康センター延べ 8 名、栃木県精神保健福祉センター延べ 20 名、岩手県精神保健福祉センター延べ 6 名、地方独立行政法人岡山県精神科医療センター延べ 117 名、医療法人せのがわ瀬野川病院延べ 26 名の合計延べ 415 名である。

方法は、機関職員が家族教室にて、4 種類の家族心理教育プログラム（「薬物依存症とは」「上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる」「長期的な回復を支え、再発・再使用に備える」及び「家族のセルフケア」）を実施した後、初回参加者に対して自記式のアンケート調査への協力を依頼した。

対象者の中には同一人物が複数回含まれている可能性がある。例えば、一人の対象者が 4 種類のプログラム全てに参加している場合は、4 回アンケートに回答しており、一方で、1 種類のプログラムにしか参加していない場合は、1 回だけアンケートに回答しているからである。このことにより結果にバイアスが生じる可能性がある項目については、「薬物依存症とは」のアンケートに回答している対象者(116 名)のみに絞って分析を行うこととした。

調査項目は、家族の属性、家族の薬物問題に対するこれまでの取り組み、本人の属性、主たる薬

物、本人の薬物問題に対するこれまでの取り組み、家族と薬物依存症者本人との現在の関係性、本人の現在の生活状況、本人の現在の薬物問題の状況、GHQ28、依存症家族対処スキル尺度、家族のプログラムに関する主観的理解度及び有効性などである。

2. 評価尺度

GHQ28¹²⁾

主として神経症者の病状把握、評価、発見に極めて有効であるといわれている精神健康調査票 (The General Health Questionnaire) の短縮版であり、全 28 項目から成る。

採点方法は、4 種類の選択肢のうち、左の 2 つの欄を選択したものについては 0 点、右の 2 つの欄を選択したものについては 1 点を与え、その合計を求める。したがって、最少得点は 0 点、最大得点は 28 点となる。

感度、特異性を考慮し、区分点は 5/6 とされている。

下位尺度として、身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向の 4 つの要素について評価できる。

依存症家族対処スキル尺度¹³⁾

家族が薬物乱用者に対して対処する自己効力感に関する 8 項目について、7 段階で評価するものである (表 7 参照)。

最少得点は 8 点、最大得点は 56 点である。

尺度としての妥当性及び信頼性はまだ十分検証されていないが、クロンバックの α 信頼性係数は 0.857 であり、一定の内的整合性を有することを確認した。

(倫理面への配慮)

本研究は、新潟医療福祉大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 家族の属性

家族の属性を表 1 に示す。年齢は 50~60 代が約 7 割 (68.1%) と多く、平均年齢は 58.5 歳 (SD=11.0)、性別は女性 (76.7%) が多かった。本人からみた関係性は親 (86.2%) が多くの割合を占めていた。