

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究」
研究分担報告書

薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究 第2報

研究分担者 白川 教人
横浜市こころの健康相談センター センター長
全国精神保健福祉センター長会 常任理事 依存症対策担当

研究要旨：

【目的】 全国の市区町村における薬物依存症支援の理解向上・均てん化および地域連携・支援の円滑化および「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」の最適化（研究①）、全国の精神保健福祉センターにおける薬物依存症の相談件数および回復プログラム等の実施状況の把握（研究②）、全国の依存症専門医療機関における薬物依存症の受診者数、治療プログラムの実施及び外部機関との連携状況の把握（研究③）を行った。

【方法】

<研究①> 「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」を用いて市区町村生活保護担当ケースワーカーに研修を実施した。研修実施者に当事者が加わり、実体験を語ることが特徴である。研修前・中・直後・6か月後に自記式アンケート（J-DDPPQ：薬物依存症の支援従事者の態度を測定する心理尺度）と研修前・直後に12の質問、研修直後に感想の自由記述を用いて研修効果を測定し、また基礎研修テキストの改定も行った。

<研究②> 全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを介して調査票を送付し、各精神保健福祉センターより 1) 薬物依存症の相談件数 2) 指定相談機関の選定状況 3) 治療・回復プログラムの実施状況 4) 新型コロナウイルス感染症の影響を回答頂いた。集計し、経年モニタリングを実施した。

<研究③> 全国の依存症専門医療機関に郵送によるアンケート調査を実施し、1) 薬物依存症の受診者数 2) 治療プログラムの実施状況 3) 連携状況を回答頂いた。集計結果より、経年モニタリングを実施した。

【結果】

<研究①> 令和元年度に実施した3回の研修（9月27日：品川会場、11月15日：福岡会場、2月3日：京都会場）について、研修後6か月の追跡調査を行った。また、令和2年12月21日に横浜でウェブと対面によるハイブリッド形式の研修を実施した。6ヶ月後の効果測定には37名（研修参加者の30.8%）が回答し、J-DDPPQにおいて効果が継続していた。その内の15名が実際に薬物依存症者の支援にあたっており、11名が支援経験の詳細を共有し、4名がDARCの利用につながったと回答した。支援経験の有無のみではJ-DDPPQに変化はなかったが、DARCとの連携を行った者はJ-DDPPQの知識とスキル及び仕事満足と自信の項目が有意に上昇していた。横浜会場で実施した

研修では30名が参加し、アンケートの回収数は28名(93.3%)であった。研修効果は尺度上有意な変化が見られた。

<研究②>全国の精神保健福祉センター69箇所へ調査票を送付し、全ての精神保健福祉センターより回答を得た(回答率は100%)。全国の精神保健福祉センターでの薬物相談の平均件数は145.2件で、平成27年度から一貫して増加傾向にあった(参考:平成27年度…77.3件、平成28年度…90.1件、平成29年度…98.2件、平成30年度が126.8件)。薬物依存症を対象にした回復プログラムを47箇所で開催されており、昨年と同数であった。プログラムを実施していないセンターでは、人員がいない、ノウハウがない、予算がつかないといった理由からプログラムの実施をしていない傾向にあった。家族教室などの家族向けプログラムを実施しているセンターは49で前年度よりも1増えていた。

新型コロナウイルス感染症の流行に伴うセンターの依存症事業への影響では、事業を実施しているセンターのうち、個別の相談事業では44センター(63.8%)が、当事者向け回復プログラムでは47センター(77.0%)が、家族教室では53センター(85.5%)が影響を受けたと回答していた。生じていた影響ではいずれも中止や延期が最も多かったが、プログラム中も交流を制限しオンラインに切り替えたセンターも複数あった。それぞれの管轄地域の民間団体や相談者への影響では、自助グループなどの事業自体も委員会などの連携事業も中止となり、支援が滞ったり、支援技術向上の機会を失ったりしていた。その後、人数制限、時短などの感染対策を取り、オンラインを導入し活動を再開しているが、会場を借りられるかとオンラインを活用できるかが障壁となっている。自助グループなどの紹介遅延がおき、また活動再開後も利用者の減少がある。この間に支援減少、在宅時間延長などからスリップした利用者(特にアルコール、ゲーム)がいた一方、外出自粛や勤務多忙で症状が軽快した利用者(特に競馬、パチンコ、買い物)もいた。

<研究③>本年度の調査は現在実施中である。昨年度調査では、調査票を送付し、依存症専門医療機関28箇所より回答を得た(回答率60.9%)。全国の専門医療機関における薬物関連受診者数は延べ平均991.2人であった。すべての専門医療機関が、個別・集団を問わず薬物依存症の当事者へ何らかの形で治療プログラムを実施していたが、うちSMARPP類似のプログラムを集団で実施しているのは有効回答27か所中21か所(77.8%)であった。薬物依存症の家族限定もしくは他の依存症家族との共通で家族向けプログラムを実施している専門医療機関は有効回答27か所中55.6%であった。専門医療機関における連携は、ダルクやNA、精神保健福祉センターが中心で、ダルクとの連携以外は積極的に行われていない可能性が認められた。

【考察と結論】自治体の生活保護担当者の支援技術向上を目的として、「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」を用い、また当事者が直接経験を共有する方法で研修を実施し、実施直後及び研修6ヶ月後で効果を認めた。今後は、継続的に研修を開催するとともに、研修の状況を映像化したDVDと研修資料を全国の精神保健福祉センターおよび各自治体の生活保護担当部署に配布することで全国への普及を促進し、生活保護担当ケースワーカーに対する継続的な支援技術の向上を目指したい。また、精神保健福祉センター対象の調査により、全国で薬物依存症の相談件数が増加していること、薬物依存症からの回復プログラムの普及が進んでいることが分かった。また、新型コロナウイルス感染症による精神保健福祉センターの依存症事業への影響は大きく、

今後の動向を注視していく必要性が認められた。全国の専門医療機関対象の調査では、全ての医療機関で回復プログラムが実施されており、ダルクとの連携機会が多いことが明らかになった。

研究協力者

田辺 等	北星学園大学社会福祉学部教授
小泉典章	長野県精神保健福祉センター所長
小原圭司	島根県立心と体の相談センター所長
藤城 聡	愛知県精神保健福祉センター所長
本田洋子	福岡市精神保健福祉センター所長
天野 託	栃木県精神保健福祉センター所長
松浦良昭	特定非営利活動法人三河ダルク代表
山田貴志	特定非営利法人横浜ダルクケアセンター施設長
近藤あゆみ	国立精神神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部診断治療研究室長
杉浦寛奈	横浜市こころの健康相談センター ※執筆担当
片山宗紀	横浜市こころの健康相談センター ※執筆担当

A. 研究目的

本研究班においては、平成 28 年度に、センター長等 7 人が、ダルク代表 6 人との意見交換会を行い、各ダルク施設の特徴、生活保護担当部門や精神保健福祉センター等との連携を主題とした（逐語録を作成）。その結果、薬物依存症者の回復に向けて生活保護担当

者がダルクの役割を理解することの必要性が強調された。

このため、まず、平成 29 年度に自治体（12 箇所）よりの管理職（12 名）の生活保護担当ケースワーカー（465 名）に対して薬物依存症についての支援の現状と意識調査を実施した。その結果、支援に自治体差があることが確認された。また、49.1%（全回答者 320 名の内 157 人）の生活保護担当ケースワーカーが薬物依存症を有する生活保護受給者を担当した経験があることが分かった。しかし、薬物依存症に関する研修等を受講したことのあるケースワーカーは全体の 23.4%にとどまり、薬物依存症を有する生活保護受給者を担当したことのあるケースワーカーでも 38.9%のみであった。この結果を受けて、本研究班では平成 30 年度に全国の生活保護担当ケースワーカーの薬物依存症を有する生活保護受給者への支援の技術の向上を目的とした研修会を開催し、その前後で尺度を用いて効果検証し、特に「知識とスキル ($p<0.01$ 効果量 $d=0.82$)」「仕事への満足感と自信 ($p<0.01$ 効果量 $d=0.89$)」「患者の役に立っている感覚 ($p<0.01$ 効果量 $d=0.73$)」で効果を認めた。この研修で使用した資料を「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」とし、当事者も講師になる様式をパッケージ化し、別の地域で研修会を行い、6 か月後に参加者の様子を追跡調査することで、その効果を検証した。

また、併せて全国の精神保健福祉センターの薬物相談の概況やコロナウイルス感染症の影響、全国の薬物依存症専門医療機関にお

ける薬物依存症患者の外来の状況について調査を行った。

B. 研究方法

1. 研究①

研修会は、以下のスケジュールで開催された。

第一回：令和1年9月27日14:00～17:15 (TKP 品川)

第二回：令和1年11月15日14:00～17:15 (福岡市精神保健福祉センター) (あいれふ10階講堂)

第三回：令和2年2月3日14:00～17:15 (メルパルク京都)

第四回：令和2年12月21日14:00～17:15 (横浜市開港記念会館、一部ウェブ講義)

講師は、第一回研修(品川会場)では愛知県精神保健福祉センター所長の藤城聡、特定非営利法人横浜ダルクケアセンター施設長の山田貴志、特定非営利活動法人三河ダルク代表の松浦良昭が担当した。第二回研修(福岡会場)では愛知県精神保健福祉センターの藤城聡、特定非営利活動法人三河ダルク代表の松浦良昭、特定非営利活動法人九州ダルク代表の大江昌夫が担当した。第三回研修(京都会場)では愛知県精神保健福祉センターの藤城聡、特定非営利活動法人京都ダルク施設長の太田実男、特定非営利活動法人三河ダルク代表の松浦良昭が担当した。第四回研修(横浜会場)では、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、愛知県精神保健福祉センター所長の藤城聡ならびに特定非営利活動法人三河ダルク代表の松浦良昭の講義はウェブ形式で、特定非営利法人横浜ダルクケア

センター施設長の山田貴志の講義は対面式で実施した。

内容は、順に①薬物依存症および支援の基礎知識(講義1)を藤城聡が担当、②薬物依存症当事者の体験談(講義2)を山田貴志が担当、生活保護受給中のダルク利用者の支援事例の紹介と生活保護受給中のダルク利用者の課題の共有(講義3)を松浦良昭が担当し講義形式で実施した。

効果測定には、参加者の属性と合わせて、J-DDPPQ、12の質問、感想の自由記述の三種類を用いた。J-DDPPQ(1～7の7件法による20の質問を5つの下位尺度に分類し、薬物使用障害者に対して仕事をする際の従事者の態度を評価するもの。Takanoら(2015)が開発したDDPPQの日本語版)は研修開始前(pre)・薬物依存症および支援の基礎知識に関する講義(講義1)後(mid)・研修終了後(post)の計3回実施した。さらに「12の質問」(薬物依存症の支援に従事する際に必要な知識や態度に関する二択式の質問紙。班員作成による。)を研修前後の計2回実施した。加えて、研修前に薬物依存症のケースと関わるにあたって困ること(自由記述)、研修後に研修の感想(自由記述)とを聴取した。また、第一回・第二回・第三回研修は6か月後に、J-DDPPQ・その時点での支援における困りごと(自由記述)(6M)、を尋ね、研修参加者の様子の確認と研修効果の維持を確認するとともに、生活保護を受給している薬物依存症者の回復を阻んでいると思う要因についてのアンケートも行った。回答結果について、J-DDPPQは多重代入法による欠測値の補完を行ったうえで、合計得点と5つの下位尺度それぞれについて一元配置分散分析、Tukeyの多重比較、ウェルチのt検定による有意差検定を実施した。

第一回から第三回研修の参加者の募集にあたっては全国精神保健福祉センターの連絡先を通して全国 69 の都道府県・政令市の生活保護担当部署への周知を行った。また、希望のあった自治体の障害部局の相談員や精神保健福祉センター職員に対しても参加申し込みを受け付けた。第四回研修については、新型コロナウイルス感染症の影響を鑑み、班員らで検討し、参加者が他自体を跨がないよう横浜市の生活保護担当ケースワーカーのみを対象として募集した。

2. 研究②

全国 69 か所の精神保健福祉センターに対し、令和元年度（平成 31 年 4 月 1 日から令和 2 年 3 月 31 日）における薬物依存症相談の相談体制と相談件数や連携状況、ならびに令和 2 年 9 月 1 日時点における依存症治療・回復プログラムの実施状況を調査した。加えて、新型コロナウイルス感染症の影響も調査した。

【調査対象地域】

全国の精神保健福祉センター（全 69 か所）

【調査方法】

Microsoft Excel 形式の電子ファイルを全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを用いて配布し、直接ファイルに回答を記載し、電子メールでの返信を依頼した。

なお、本研究は令和 2 年度障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）研究費「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究」分担研究「ギャンブル障害の保健・福祉的支援のあり方についての研究」（分担研究者：白川教人）と合同で実施した。

【調査期間】

令和 2 年 10 月 23 日～令和 2 年 11 月 17 日（最終回収日）

3. 研究③

令和元年 4 月 22 日時点において、全国の依存症専門医療機関 46 機関（うち、薬物依存症のみ 13 機関、ギャンブル依存症のみ 8 機関、薬物およびギャンブル依存症 25 機関）を対象とし、郵送によるアンケート調査を実施した。調査期間は、令和 2 年 1 月 9 日から 2 月 7 日である。

主な調査項目は、薬物依存に関する診療実績（実人数および延べ人数）、依存症治療・回復プログラムの実施状況、依存症の治療・支援における他の機関との連携状況、依存症の治療・支援における課題などである。

4. 倫理的配慮

研究①、研究②とも全国精神保健福祉センター長常任理事会倫理委員会の承認を受けて行われた。研究③は、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

研究① 生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修

<第一回研修会>

研修には 63 名が参加した。アンケート回収率は 100%（63/63）であった。

（1）参加者の属性

参加者の属性を表 1 の通り示す。研修参加者のうち、生活保護担当の実務を担当してい

たのは 56 名であった。残りの 7 名は査察指導員などの生活保護担当部署の職員であった。

(2) J-DDPPQ の結果

J-DDPPQ の結果を表 2 の通り示す（欠測値のあったデータをペアワイズ削除した、 $n=51$ で逆転項目を修正し、ボンフェローニの多重比較を実施）。Pre-post（研修前後）で全ての項目で 1%水準の有意差を認め、研修後に得点が上昇していた。また、合計得点と、“知識とスキル”“仕事満足と自信”の下位尺度でおおむね大きな効果量を認めた。

pre-mid（研修前-休憩中）および mid-post（休憩中-研修後）の比較では合計得点と多くの下位尺度で 1%水準の有意差を認め、介入後に得点が上昇していた。また、効果量の比較では pre-mid の効果量はいずれの項目でも中程度以上の効果を認め、mid-post では合計得点と知識とスキルの下位尺度で小さな効果を認めた。

(3) 12 の質問の結果

12 の質問の結果を表 3 の通り示す（欠測値を誤答として、 $n=63$ で 2×2 の fisher の正確確率検定を実施）。質問 6 が 5%水準で、質問 5 と質問 7 が 1%水準で有意差があり、研修後に有意に正答数が上昇していた。ほかの質問では正答数に有意な変化はなかった。

(4) 薬物依存症のケースと関わるにあたって困ること（自由記述）

記述内容の一覧を表 4 の通り示す（※個人が特定できる情報については削除）。

参加者の多くが薬物依存症のケースとの日々の接し方や適切な支援機関へつなげることに難しさを感じていることが記述から読み取れる。

(5) 研修に参加しての感想

記述内容の一覧を表 5 の通り示す（※個人が特定できる情報については削除）。

研修参加者からは、薬物依存症に関する基本的な知識を得られたという感想と、当事者の体験談から当事者の環境や心境の理解が進んだという感想が目立った。多くの生活保護担当 CW が薬物依存症に関する知識の必要性を感じており、また当事者の体験談が自身の支援技術の向上に付与すると感じたことが示唆される。

<第二回研修会>

研修には 36 名が参加した。アンケート回収率は 100% (36/36) であった。

(1) 参加者の属性

参加者の属性を表 1 の通り示す。研修参加者のうち、生活保護担当の実務を担当していたのは 31 名であった。残りの 5 名は査察指導員などの生活保護担当部署の職員であった。

(2) J-DDPPQ の結果

J-DDPPQ の結果を表 2 の通り示す（欠測値のあったデータをペアワイズ削除した、 $n=31$ で逆転項目を修正し、ボンフェローニの多重比較を実施）。研修前後で“役割認識”を除く全ての項目で 1%水準の有意差を認め、研修後に得点が上昇していた。また、これらの項目では大きな効果量を認めた。

(3) 12 の質問の結果

12 の質問の結果を表 3 の通り示す（欠測値を誤答として、 $n=36$ で 2×2 の fisher の正確確率検定を実施）。質問 7 が 5%水準で有意差があり、研修後に有意に正答数が上昇して

いた。ほかの質問では正答数に有意な変化はなかった。

(4) 薬物依存症のケースと関わるにあたって困ること (自由記述)

記述内容の一覧を表 6 の通り示す (※個人が特定できる情報については削除)。

品川会場と同様に、当事者に対するかかわり方に悩んでいるという声が多かったほか、対応可能な医療機関など社会資源や制度に関する困りごとを述べる意見もあった。

(5) 研修に参加しての感想

記述内容の一覧を表 7 の通り示す (※個人が特定できる情報については削除)。

品川会場と同様に当事者の話が参考になったという意見が多くみられた。また、麻薬取締部が講師を務めた研修との内容のギャップを述べる声が多かった。

<第三回研修会>

研修には 21 名が参加した。アンケート回収率は 100% (21/21) であった。

(1) 参加者の属性

参加者の属性を表 1 の通り示す。研修参加者のうち、生活保護担当の実務を担当していたのは 19 名であった。残りの 2 名は査察指導員などの生活保護担当部署の職員であった。

(2) J-DDPPQ の結果

J-DDPPQ の結果を表 2 の通り示す (欠測値のあったデータをペアワイズ削除した、 $n=19$ で逆転項目を修正し、ボンフェローニの多重比較を実施)。研修前後で”役割認識”と”相談と助言”を除く全ての項目で 1%水準の有意差を認め、研修後に得点が上昇し

ていた。また、これらの項目では大きな効果量を認めた。

(3) 12 の質問の結果

12 の質問の結果を表 3 の通り示す (欠測値を誤答として、 $n=21$ で 2×2 の fisher の正確確率検定を実施)。質問 7 が 5%水準で有意差があり、研修後に有意に正答数が上昇していた。ほかの質問では正答数に有意な変化はなかった。

(4) 薬物依存症のケースと関わるにあたって困ること (自由記述)

記述内容の一覧を表 8 の通り示す (※個人が特定できる情報については削除)。

品川会場と同様に、当事者に対するかかわり方に悩んでいるという声が多かったほか、他機関や部署との連携方法に関する困りごとを述べる意見もあった。

(5) 研修に参加しての感想

記述内容の一覧を表 9 の通り示す (※個人が特定できる情報については削除)。

当事者の思いを理解できるようになり支援者として目的意識が向上した、ダルクの活動への興味が湧いたなどの感想を認めた。

<第四回研修会>

研修には 30 名が参加した。アンケート回収率は 93% (28/30) であった。

(1) 参加者の属性

参加者の属性を表 1 の通り示す。研修参加者のうち、生活保護担当の実務を担当していたのは 27 名であった。残りの 3 名は査察指導員などの生活保護担当部署の職員であった。

(2) J-DDPPQの結果

J-DDPPQの結果を表2の通り示す(欠測値のあったデータをペアワイズ削除した、n=19で逆転項目を修正し、ボンフェローニの多重比較を実施)。研修前後で「役割認識」を除く全ての項目で1%水準の有意差を認め、研修後に得点が上昇していた。また、これらの項目では大きな効果量を認めた。

(3) 12の質問の結果

12の質問の結果を表3の通り示す(欠測値を誤答として、n=21で2×2のfisherの正確確率検定を実施)。いずれの質問でも正答数に有意な変化はなかった。

(4) 薬物依存症のケースと関わるにあたって困ること(自由記述)

記述内容の一覧を表10の通り示す(※個人が特定できる情報については削除)。

当事者との関わり方や目標の設定に悩んでいるという声が多かったほか、他機関・部署との連携に関する困りごとを述べる意見もあった。

(5) 研修に参加しての感想

記述内容の一覧を表11の通り示す(※個人が特定できる情報については削除)。

依存症の基本的知識を得た、依存症から回復する可能性を知った、動機付けを知った、伴走し続ける支援もあることを知ったなどの感想を認めた。

<6ヶ月後の追跡調査>

第一回・第二回・第三回研修参加者を対象に実施した6ヶ月後の追跡調査には参加者総数120名のうち37名(30.8%)が回答した。直近6ヶ月に薬物依存症のケース対応があった回

答者は18名(48.6%)で、そのうち15名が研修後に自身の対応が変化したと回答した(表12)。直近6ヶ月にダルクと連携する機会があった回答者は15名(40.5%)で、うまく連携できたと回答した回答者は4名であった(表13)。J-DDPPQの得点は、合計得点並びに全ての下位尺度で研修効果が継続していた(表14)。直近6ヶ月の薬物依存症のケース対応の有無による6ヶ月後のJ-DDPPQ得点に有意差はなかったが、ダルクとの連携を行った者は行っていない者に比べて6ヶ月後のJ-DDPPQの下位尺度のうち、知識とスキル及び仕事満足と自信の項目が有意に高かった(表15)。

また、回答者に、生保受給している薬物依存症者の回復を阻んでいると思う要因について質問したところ、本人の認識不足との回答が最も多かった(n=26)が、それ以外にも地域の理解不足(n=17)、生活保護担当ケースワーカーの力量不足(n=15)、業務過多(n=12)、生活保護制度の問題(n=10)、事務所内での不理解(n=8)といった要因が挙げられた(表16)。

研究② 精神保健福祉センター薬物相談調査

(1) 回収状況

調査票を配布した全国69の精神保健福祉センターのうち、調査票の返信があったのは69全てであった。(回答率100%)

(2) 全国の精神保健福祉センターの薬物及び全相談の概況(表17)

問1-1.令和元年度の貴センターの精神保健福祉相談の全件数、および薬物関連問題相談件数をご教示ください(メール・電話・来所相談の総計)。

全国の精神保健福祉センターでの薬物関連相談件数の令和元年度の平均件数は 145.2 件で、平成 27 年度の 77.3 件から一貫して増加傾向にあった（平成 30 年度：126.8 件）あった。令和元年度の全精神保健福祉相談の平均件数は 5312.9 件であり、平成 30 年度（5461.1 件）よりも減少しているため、相対的に薬物相談の占める割合も大きくなっている。

(3) 刑の一部執行猶予中の薬物依存症の相談件数

問 1-2. 令和元年度の貴センターの薬物関連問題相談件数のうち、刑の一部執行猶予中の相談件数をご教示ください。

刑の一部執行猶予中の薬物相談実績があるセンターは、全 69 か所のうち 15 か所であった（平成 30 年度は 18）。平均延べ相談件数は 25.3 件で、平均実人数は 7.8 人であった（参考：平成 30 年度：延べ 18.4 件／実 6.6 人）。

(4) 依存症相談拠点の設置状況

問 1-3. 令和 2 年 9 月 1 日時点で、貴センターは依存症相談拠点の指定を受けていますか

すでに 56 センターが指定を受けていた。令和 2 年度以降にセンターが指定を受ける予定になっているのは 8 のセンターであった。5 センターは指定を受けていないか、現在検討中であった。

(5) 回復プログラムの実施状況

問 2-1. 貴センターで実施している依存症の当事者向け治療・回復プログラムで受け入れている依存対象を選択してください（個別・集団は問わず）（アルコール・薬物・ギャンブ

ル・プログラムを実施していない・その他、からの選択式。複数可）

問 2-3. 問 2-1 で「プログラムを実施していない」と回答したセンターにお伺いします。貴センターでプログラムを実施していない理由を教えてください（複数可）

薬物依存症を対象にした集団・個別の回復プログラムの実施状況では、47 センター（68.1%）で何らかの形で回復プログラムが実施されていた（令和元年度：47 センター）。プログラムを実施していないセンターを対象にその理由を尋ねたところ、人員がいない（5 センター）、ノウハウがない（4 センター）、予算がつかない（3 センター）が多かった。他にも、4 センターが現在検討を進めているとの事であった。

(6) 家族向け支援の実施状況

問 2-2. 貴センターで実施している依存症の家族教室・家族会で受け入れている依存対象を選択してください（アルコール・薬物・ギャンブル・プログラムを実施していない・その他、からの選択式。複数可）

49 センターで何らかの形での薬物依存症の家族向けプログラムが実施されていることが分かった（令和元年度：48 センター）。

(7) コロナウイルス感染症の流行に伴うセンターの依存症事業への影響
（表 18～表 25）

問 3-1. 貴センターで実施している依存症事業は、コロナウイルス感染症の影響を受けましたか？

問 3-2. 前問で「あった」と回答したセンターに伺います。それぞれの事業で、具体的にどのような影響がありましたか？

問 3-3. 貴センターの相談者(当事者もしくはその家族)で、コロナウイルス感染症によって依存症の症状に影響が生じたと思われる相談者はいましたか

問 3-4. 前問にて「いた」と回答したセンターに伺います。具体的に、どのような影響がありましたか？(自由記述)

問 3-5. 貴センターにて連携している自助グループ・民間回復施設との連携状況は、コロナウイルス感染症によってどのような影響を受けましたか？(自由記述 連携先がないなどの場合は空欄で構いません)

問 3-6. 貴センターがコロナウイルス感染症による影響下で依存症事業を実施するにあたり、工夫していることが教えてください(自由記述)

問 3-7. 貴センターが所轄している地域で、依存症の自助グループや回復施設の活動はコロナウイルス感染症にどのような影響がありましたか？(自由記述 把握している範囲でご回答ください。また、特にない場合は空欄で構いません)

事業を実施しているセンターのうち、個別の相談事業では 44 センター (63.8%) が、当事者向け回復プログラムでは 47 センター (77.0%) が、家族教室では 53 センター (85.5%) が影響を受けたと回答していた。生じていた影響ではいずれも中止や延期が最も多かった(相談事業：n=30、本人向けプログラム：n=45、家族支援事業：n=50)が、プログラム中も交流を制限しオンラインに切り替えたセンターも複数あった。それぞれの管轄地域の民間団体や相談者への影響では、自助グループなどの事業自体も委員会などの連携事業も中止となり、支援が滞ったり、支援技術向上の機会を失ったりしていた。その後、人数制限、時短などの感染対策を取り、

オンラインを導入し活動を再開しているが、会場を借りられるかとオンラインを活用できるかが障壁となっている。自助グループなどの紹介遅延がおき、また活動再開後も利用者の減少がある。センターへの相談者の、コロナウイルス感染症による影響では、31 センターで影響があったと回答しており、支援減少、在宅時間延長などからスリップした利用者(特にアルコール、ゲーム)がいた一方、外出自粛や勤務多忙で症状が軽快した利用者(特に競馬、パチンコ、買い物)もいたことが分かった。

研究③ 薬物依存症専門医療機関を対象としたアンケート調査

(1) 回収状況

回答を得ることができたのは 38 機関で、回収率は 82.6%であった。38 機関のうち、薬物依存症の専門医療機関としての指定を受けている 30 機関を分析対象とした結果を以下のとおり報告する。本年度の調査は現在実施中である。

(2) 薬物依存外来患者数(表 26)

実人数の平均値は 76.0 人で、年間 50 人未満の医療機関が全体の 6 割を超えていた。延べ人数の平均値は 928.4 人で、年間 500 人未満の医療機関が全体の 5 割を超えていた。

実人数の合計は 2,281 人、延べ人数の合計は 26,924 人であった。

(3) 薬物依存本人および家族に対する集団および個別のプログラム実施状況(表 27)

薬物依存本人に対する集団プログラムについては、SMARPP 類似のプログラムを実施している医療機関が 8 割を超えて多かった。薬物依存本人に対する個別プログラムについても、SMARPP 類似のプログラムを実施

している医療機関が最も多かったが、全体の5割以下にとどまっていた。一方で、SMARPPに類似しないプログラムを実施している医療機関も2割存在した。全ての医療機関が、集団または（および）個別のプログラムを実施していた。

家族に対するプログラムは、薬物依存のみで実施していると回答した医療機関（23.3%）よりもギャンブル依存と共通で実施していると回答した医療機関（56.7%）のほうが多かった。家族に対するプログラムを実施していないと回答した医療機関は12機関（40.0%）であった。

（4）薬物依存症の治療・支援における他の機関との連携状況（表28）

連携機会が最も多いのはダルクで、6割以上の医療機関が「連携の機会は非常に多い」または「連携の機会は多い」と回答していた。その次に、精神保健福祉センターとNAが約4割と続いていた。ナラノンとの連携は少なく、連携が多い医療機関は1割程度にとどまっていた。

（5）関係機関との連携好事例（表29）

最も多かったのはダルクとの好事例に関する自由記述であった。ダルクとの連携の具体的内容については、「ダルクメンバー（スタッフ・利用者）が院内プログラムに参加」が多く、7医療機関が好事例として挙げていた。その次に、「ダルク利用者の診察・入院受け入れ」の4機関、「ダルク・メッセージを依頼」の3機関と続いていた。その他には、「ダルクメンバー（スタッフ・利用者）が自助グループの橋渡し」や、「患者をダルクにつなげる」などの記述もみられた。

NA（薬物依存症者の自助グループ）や精神保健福祉センターとの好事例に関する自由記述は多くなかった。

（6）薬物依存症の治療・支援における課題（表30）

課題に関する全ての記述内容（50）を分類すると、地域連携（16）、治療（11）、プログラム（9）、職員の育成（6）、家族支援（5）、院内体制（3）となった。

地域連携に関しては、自助グループにつながりにくいという課題が多かったが、その理由は、自助グループがなかったり、あっても距離が遠かったりすることによるものであった。

治療に関しては、治療が続かないという課題が多かったが、具体的には、裁判対策の患者、大麻使用の患者、若年者などの治療継続が難しいなどの記述があった。

プログラムに関しては、診療報酬制度（依存症集団療法）上の問題が多かったが、具体的には、精神保健福祉士単独で依存症集団療法の算定ができない、依存症集団療法の診療報酬算定条件が厳しい、依存症集団療法の診療報酬点数が低いなどの記述があった。

D. 考察

研究①では、全国的生活保護担当ワーカーの薬物依存症を有する生活保護受給者への支援の技術の向上を目的とした研修会を昨年度から計4箇所で開催し、その効果を検証した。各会場とも有意な研修効果を認め、特に知識とスキルの項目で効果が大きく、また依存症者への理解・共感の向上も認めた（役割認識や仕事満足・自信では効果が少ないあるいは認めなかった）。また、参加者による感想か

らは、基本的な知識を補うことが出来た点を評価する声があったほか、当事者の体験談や取り組みの報告が有用であった旨の記述も多く認め、これらを研修項目に取り入れることが当該業務従事者の支援のありかたに影響を与えていると考え、今後の研修でも積極的に取り入れるべきと考える。

6 か月後の追跡調査からは、量的尺度では全ての項目で研修効果が継続しており、かつ研修後に薬物依存症のケースの経験がなくとも有意な差がなかったことから、本研修は研修後一定期間経過しても効果が持続していることが分かった。また、ケース対応があった回答者では、18 名中 15 名が自身のケース対応が良くなったと回答しており、生活保護担当ケースワーカー自身の評価として効果が持続していると感じられていることが分かった。加えて、研修後にダルクと連携する機会があった生活保護担当ケースワーカーは連携しなかったケースワーカーよりも有意に DDPQ 得点が高かったことから、研修により地元のダルクとのつながりができることで両者のつながりが促進され、生活保護担当ケースワーカーのケース対応に良い影響が生じているという副次的効果が生じている可能性がある。それゆえ、今後もこのような形の研修を継続して実施するとともに、当事者との連携機会を作り出すため、地元で活動するダルクなどの当事者団体と積極的に協働するような研修のスタイルが有効となると思われる。

今後は、今年度は新型コロナウイルス感染症の拡大により、対面式の研修が開催困難なため、研修の状況を映像化した DVD と研修資料を全国の精神保健福祉センターおよび各自治体の生活保護担当部署に配布することで全国への普及を促進していく。また、対面式とオンラインでの研修効果を検証し、可能な形で効果的な研修を開催することを通して、生

活保護担当ケースワーカーに対する継続的な支援技術の向上を目指したい。

研究②では、全国の精神保健福祉センターの薬物相談の現状を調査した。薬物関連の相談件数も全国のセンターで増加傾向(平成 30 年度の平均相談件数が 126.8 件に対し、令和元年度は 145.2 件)にあり、薬物相談における全国の精神保健福祉センターの役割の重要性が高まっていると思われる。

一方で、SMARRP 類似の回復プログラムの実施状況では、集団と個別を含めると 47 のセンターでプログラムが実施されており、昨年度から増加していなかった。プログラムを実施していないセンターでは、人員やノウハウの不足が要因として挙げられていたことから、これらの課題に対処できるような試みを今後は検討していく必要がある。

コロナウイルス感染症との関連では、薬物依存症に対する相談を実施しているセンターの多くは同感染症により事業が中止・縮小するなど余儀なくされており、センターに訪れる相談者への影響が危惧される。特に影響が大きかったのは家族支援事業で、事業を中止させざるを得ないといったケースが目立った。一方で、個別相談事業は相対的に影響が少なく、全国の精神保健福祉センターが当事者向けのプログラムや家族支援事業などの集団プログラムを休止しつつも、個別の相談事業や電話によるフォローで支援を継続しようと工夫していたと思われる。

それでも、本調査では相談者が同感染症の影響で支援の機会が減少し、依存問題が再発したといったケースが報告されており、これらの相談者に対してどのように支援をしていくかが今後の課題となる可能性が高い。特に、事業が中止されていなくとも、感染対策に伴う人数制限や接触機会の減少といった対応により、事業の効果が十分に発揮できず、

「クールダウンが難しかった」といった回答も認められ、事業形態の変更による当事者の依存問題への影響が生じている点については大きな課題であると考え。更に、精神保健福祉センターを通じた間接的な調査ではあるものの、センターで把握している自助グループや民間回復施設の活動も、縮小、休止、会場が借りられないなど様々な影響が生じていることが明らかになっており、精神保健福祉センターのみならず、連携先である民間団体への新型コロナウイルス感染症による活動への影響は極めて大きいと言わざるを得ない。

一方で、外出自粛や勤務多忙で症状が軽快した利用者（特に競馬、パチンコ、買い物）もいた点についても特筆すべきであり、新型コロナウイルス感染症が依存症の当事者に与える影響について継続的に注視していく必要性が認められた。

研究③では依存症専門医療機関に対する調査を実施した。（以下、近藤先生に確認）

依存症全般の中でも薬物依存症に対する医療従事者の忌避感情はとりわけ強く、患者は適切な医療を受けることが困難な状況が長く続いてきた。厚生労働省は、全国的に依存症の専門医療機関・専門医が不足しており、地域において適切な治療や支援が受けられない環境を改善すべく、依存対策全国拠点機関設置運営事業および依存対策総合支援事業を実施しているが、今後、薬物依存症専門医療機関としての指定を受ける医療機関と患者数が実際にどの程度増加していくか注視していく必要がある。

本人及び家族へのプログラムでは、全ての薬物依存症専門医療機関において、集団または（および）個別のプログラムを実施しており、9割を超える機関が集団プログラムを実施していた。専門医療機関における依存症プ

ログラムの提供体制は整いつつあると考えられるが、連携状況を見ると、好事例として「ダルクメンバー（スタッフ・利用者）が院内プログラムに参加」を挙げたのは7機関のみであり、依存症プログラムの実施運営における当事者活動との連携については課題があるかもしれない、今後の調査が必要である。

薬物依存本人に比べると家族に対する集団プログラムの実施度は低く、全体の6割にとどまっていた。家族に対するプログラムは専門医療機関で直接行わず、地域の保健行政機関との連携で間接的に行うという選択肢もあり得るが、好事例に関する自由記述の中に精神保健福祉センターやナラノンとの家族支援に関する記述はなかったことから、連携も十分に行われていない可能性がある。また、専門医療機関が直接的に家族プログラムを行う方向で充実をはかるには、診療報酬として認められるような制度の改変なしに実現は難しいことから課題は多いと思われる。

薬物依存症の治療・支援における他の機関との連携状況についてたずねたところ、ナラノン（薬物依存症者の家族や友人の自助グループ）との連携は少ないものの、主要な連携機関と考えられるダルク（薬物依存症回復支援施設）やNA（薬物依存症者の自助グループ）、精神保健福祉センターとの連携については、多くの機関が「連携の機会は非常に多い」「連携の機会は多い」「連携することはある」と回答した機関が多く、ある程度の連携が行われていることが示唆された。その一方で、連携好事例についてはダルクを除くと記述が少なく、全体的にみて有機的な連携体制が構築されているとはいえないかもしれない。

薬物依存症の治療・支援における課題に関する自由記述の内容から、多くの医療機関が課題を抱えながら治療にあたっていることが

推察された。

上記で、有機的な地域連携が行われるには至っていないことの可能性について触れたが、自由記述の内容をみると、連携が医療機関の収益につながるような制度になっていないことがその理由のひとつとして考えられる。今後、医療機関における地域連携の充実をはかることを目指すならば、その制度そのものの改変が必要であろう。

地域連携以外の課題でも、医療機関の収益に関するものは多かった。例えば、プログラムに関しては、依存症集団療法の加算点数を多くとることができれば、十分な数の職員を置いたり、ダルク等の当事者を迎え入れたりすることが容易になる。依存症集団療法だけでなく、地域連携や家族支援も診療報酬加算の対象になれば、家族支援の充実や職員の育成にもつながることが期待できる。

3つの研究を通し、今後は、今回の研修を標準的なパッケージとし、全国の生活保護担当ケースワーカーに対する研修の継続が求められる。

また、昨年度の当研究班調査で明らかになった薬物の自助グループ利用の際の交通費支給・ダルク利用時の自治体の支給等に関する考え方の全国的な基準づくりについての策定についても、引き続き検討を要する事項であろう。

E. 結語

本研究では、自治体の生活保護担当ワーカーに対して薬物依存症を有する生活保護受給者への支援の技術の向上を目的とした研修の効果が確認された。今後は研修プログラムのパッケージ化と全国への普及を促進することで、生活保護担当ケースワーカーに対

する継続的な研修開催による支援技術の向上が求められる。

また、精神保健福祉センター対象の調査により、全国で薬物依存症の相談が増加傾向にあることと、薬物依存症からの回復プログラムの普及が進んでいることを明らかにした。一方で、新型コロナウイルス感染症の影響により全国の精神保健福祉センターの相談事業や、相談者にも影響が生じており、今後もその動向を注視していくことが求められる。

薬物依存症専門医療機関（30機関）を対象としたアンケート調査より、平成30年度の患者実人数、延べ人数、薬物依存本人および家族に対する集団および個別のプログラム実施状況、薬物依存症の治療・支援における他の機関との連携状況、課題について実態を把握することができた。専門医療機関における依存症プログラムの提供体制は整いつつあるが、地域連携をはじめとする課題も多いことが示唆された。また、課題の多くは、薬物依存症治療が収益につながりにくい診療報酬制度の在り方と関連していると思われる。経時的な変化を把握するためには、今後も同様の調査が必要である。

F. 健康危険情報

(省略)

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 謝辞

大変多忙な業務の中、アンケート回答にご協力いただいた都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターの担当者の皆さまと、研修にご参加いただいた全国の生活保護担当者等の方々に心よりお礼を申し上げます。

J. 参考文献

なし

図1 研修とアンケートの流れ

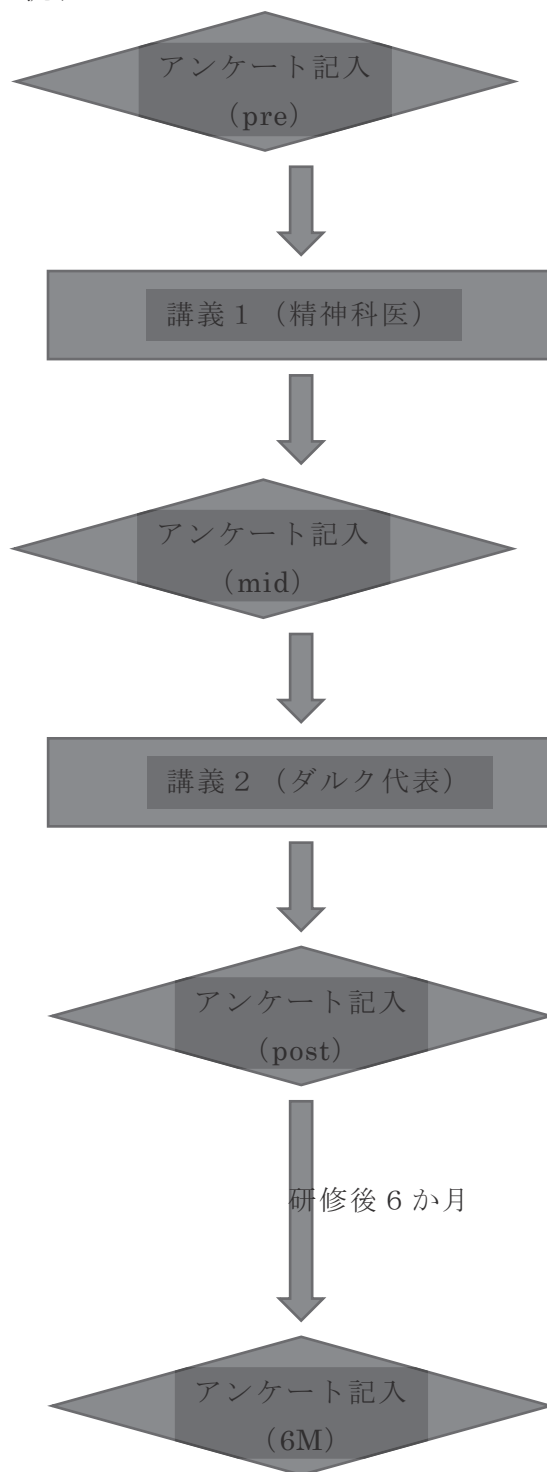


表 1 参加者の属性

	第一回 (n=63)	第二回 (n=36)	第三回 (n=21)	第四回 (n=28)
性別				
男性	32	16	9	7
女性	31	20	12	21
職種				
生活保護担当ケースワーカー	56	31	19	27
それ以外（査察指導員やセンター職員など）	7	5	2	1
生活保護担当ケースワーカーとしての経験年数 (第一回：n=56 第二回：n=31 第三回：n=19 第四回：n=27)				
平均（標準偏差）	2.58(2.74)	3.19(3.16)	3.37(2.54)	7.67(5.49)
中央値	1.5	2	3	5
薬物依存症のケースへの支援の従事経験の有無 (第一回：n=56 第二回：n=31 第三回：n=19 第四回：n=27)				
あり	33	18	6	24
所有する資格 (※社会福祉主事は生活保護担当ワーカー全員が所有する任用資格のため除外)				
社会福祉士のみ	10	6	6	14
精神保健福祉士のみ	1	1	0	2
資格なし	41	25	9	6
社会福祉士・精神保健福祉士 両方所有	7	2	3	3
その他（介護福祉士、臨床心理士など）	4	2	1	3

表2 J-DDPPQの結果

第一回研修

	pre		mid		post		pre-mid		mid-post		pre-post	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	p値	効果量	p値	効果量	p値	効果量
DDPPQ全体	65.49	15.17	81.53	16.67	86.16	16.46	<0.01	1.01	<0.01	0.29	<0.01	1.31
知識とスキル	16.94	7.57	26.25	8.53	28.80	7.79	<0.01	1.15	<0.01	0.33	<0.01	1.54
役割認識	7.63	1.83	8.31	2.01	8.65	1.72	<0.1	0.36	ns	0.19	<0.01	0.57
相談と助言	10.47	4.73	12.33	4.00	12.96	3.86	<0.01	0.42	<0.05	0.15	<0.01	0.58
患者の役に立つこと	16.67	4.18	18.57	4.06	19.00	4.19	<0.01	0.46	<0.01	0.1	<0.01	0.56
仕事満足と自信	13.78	3.67	16.06	4.06	16.75	3.78	<0.01	0.59	<0.1	0.18	<0.01	0.79

ボンフェローニの多重比較のみ実施 リストワイズ削除し、n=51

第二回研修

	pre		mid		post		pre-mid		mid-post		pre-post	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	p値	効果量	p値	効果量	p値	効果量
DDPPQ全体	68.90	14.01	81.65	13.66	87.19	16.66	<0.01	0.92	<0.01	0.36	<0.01	1.19
知識とスキル	19.68	7.46	26.68	7.22	28.65	7.30	<0.01	0.95	0.06	0.27	<0.01	1.22
役割認識	8.16	2.08	8.10	1.68	8.32	2.10	ns	(0.03)	ns	0.11	ns	0.08
相談と助言	9.84	3.61	12.16	3.81	13.00	4.15	<0.01	0.63	<0.1	0.22	<0.01	0.81
患者の役に立つこと	16.65	3.76	18.61	3.17	19.77	3.63	<0.01	0.57	ns	0.31	<0.01	0.85
仕事満足と自信	14.58	3.03	16.10	3.17	17.45	3.63	<0.01	0.49	<0.05	0.41	<0.01	0.86

ボンフェローニの多重比較のみ実施 リストワイズ削除し、n=31

第三回研修

	pre		mid		post		pre-mid		mid-post		pre-post	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	p値	効果量	p値	効果量	p値	効果量
DDPPQ全体	62.37	14.53	77.68	17.95	84.16	16.54	<0.01	0.94	<0.05	0.42	<0.01	1.40
知識とスキル	16.05	7.16	23.58	9.28	26.58	8.32	<0.01	0.91	<0.05	0.39	<0.01	1.36
役割認識	7.05	2.12	8.32	1.83	8.74	2.40	<0.05	0.64	ns	0.19	<0.05	0.74
相談と助言	7.58	3.42	10.37	3.82	10.84	4.50	<0.01	0.77	<0.1	0.12	<0.01	0.82
患者の役に立つこと	17.00	4.29	18.68	4.71	20.32	3.99	<0.1	0.37	<0.05	0.39	<0.01	0.80
仕事満足と自信	14.68	2.96	16.74	3.54	17.68	3.33	<0.05	0.63	<0.05	0.30	<0.01	0.95

ボンフェローニの多重比較のみ実施 リストワイズ削除し、n=19

表2 J-DDPPQの結果(続き)

第四回研修

F(2,23)	pre		mid		post		pre-mid		mid-post		pre-post	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	p値	効果量	p値	効果量	p値	効果量
DDPPQ全体	69.91	13.57	85.78	12.63	89.35	12.41	<0.01	1.21	ns	0.27	<0.01	1.49
知識とスキル	19.39	6.71	28.57	6.22	31.26	5.07	<0.01	1.42	<0.05	0.45	<0.01	1.99
役割認識	7.96	2.10	7.09	2.27	7.52	2.11	ns	-0.40	ns	0.21	ns	-0.21
相談と助言	10.61	4.23	13.09	3.09	13.43	2.87	<0.01	0.67	ns	0.10	<0.01	0.78
患者の役に立つこと	17.30	3.34	19.52	3.45	19.35	2.90	<0.01	0.65	ns	-0.06	<0.05	0.65
仕事満足と自信	14.65	3.43	17.52	3.12	17.78	3.74	<0.01	0.88	ns	0.07	<0.01	0.87

ボンフェローニの多重比較のみ実施 リストワイズ削除し、n=23

表3 12の質問の結果

質問番号	質問内容	第一回研修			第二回研修			第三回研修			第四回研修		
		正答率(%)		p value	正答率(%)		p value	正答率(%)		p value	正答率(%)		p value
		研修前	研修後		研修前	研修後		研修前	研修後		研修前	研修後	
1	薬物依存は薬物中毒の軽症者の段階を言う	82.5	84.1	ns	80.6	77.8	ns	57.1	66.7	ns	96.4	92.9	ns
2	薬物をやめられないのは意志が弱いからである	92.1	93.7	ns	86.1	88.9	ns	85.7	90.5	ns	100.0	96.4	ns
3	覚せい剤使用では、長期刑(満期刑)のほうが再犯率は下がる	81.0	87.3	ns	72.2	75.0	ns	71.4	85.7	ns	82.1	82.1	ns
4	絶対に再使用しない旨を家族に約束して、誓約書などで見える化すると効果的である	61.9	71.4	ns	52.8	58.3	ns	71.4	85.7	ns	67.9	82.1	ns
5	覚せい剤の禁断症状は、体のふるえ、幻覚、ひきつけ、よだれを流すなどがある	4.8	20.6	<0.01	5.6	5.6	ns	0.0	9.5	ns	21.4	21.4	ns
6	ダルクは薬物事犯者の更生施設である	25.4	42.9	<0.05	25.0	36.1	ns	38.1	52.4	ns	57.1	71.4	ns
7	覚せい剤は、かつて合法薬物であった	41.3	74.6	<0.01	55.6	77.8	<0.05	57.1	81.0	<0.05	39.3	64.3	ns
8	薬物をやめる気持ちに迷いがある人は、NAに行く刺激をうけ易いので行くべきではない	88.9	85.7	ns	94.4	80.6	ns	81.0	95.2	ns	96.4	89.3	ns
9	薬物をやめて1か月以上幻覚・妄想がなく、「精神病は改善した」と診断された人は、早期に福祉支援を切るべく、就労指導を行わねばならない	93.7	93.7	ns	91.7	88.9	ns	85.7	95.2	ns	100.0	96.4	ns
10	危険ドラッグ(いわゆる脱法ドラッグ)は、通常の覚せい剤ほどには中毒性はない	85.2	96.8	ns	91.7	88.9	ns	81.0	90.5	ns	96.4	96.4	ns
11	家族(妻)の前で、まじめにやり直すと言ったことのできる薬物依存症者は、自助グループやダルクの利用の必要性はない	100.0	96.8	ns	97.2	88.9	ns	85.7	95.2	ns	100.0	96.4	ns
12	複数回の逮捕歴がある人は、NA(自助グループ)の利用では回復できないので、入院治療を第一に勧めるべきである	69.8	82.5	ns	75.0	83.3	ns	57.1	90.5	ns	92.9	96.4	ns

表4 依存症の支援で困っていること（第一回研修）

自主活動参加内容の実態がつかめない（参加しているのかいないのか）自己申告になってしまう
生保担当者が1年程度の付き合いで、継続しての支援が難しい
受診や受け入れ先が少ない
薬物使用歴の為か（？）薬の効きが悪く薬が増えてしまい、抗精神薬や睡眠薬の依存に移行してしまう
薬物を本当にやめているのか？はっきりつかめない
処方薬依存になっているケースに生活リズムや軽運動による健康改善を促しても聞き入れない
薬があわないと外来受診中断となってしまう。余計に悪くなる
併存する精神疾患（統合失調症・双極性障害等）のケアも含め、関係支援者が増えると支援方向性にブレがでてしまう
関わっても2年で担当地区交代、続けていた支援がくずれてしまう
通院の拒否。どうやって説得したらいいのかわからない
就労の可否。現在は薬物使用もなし、居宅で生活しているが主治医より、緊張感は良くなく、再使用のリスクがあるため就労不可と判断されている。いつまで続くのか
入院、GH入居（退居）を繰り返し、地域支援者とのつながりが切れてしまう
現在ダルク入所中で落ち着いているが、縛られた環境から離れるとすぐ再発してしまう
本人が依存症であるとの認識がない。（少量しか使っておらず、いつでもやめられると言うが、実際にはやめられない）
本人にやめる気がなく、自助グループ等に参加しない
約束事を守れなかったりする
面談時に時々暴言を吐いたり、他者への迷惑行為を働く
一般的な薬物依存に対する考え方と専門職としての持つべき姿の間で葛藤することがあります
覚せい剤精神病のケース。話が2転3転し、一貫性がなく振り回される
気持ち・言葉（やめられる・欲しくない等）と実際に行う行動とのギャップがとても大きいこと
攻撃的な行動をとる
在宅生活に限界があるにも関わらず社会資源がなく、どこにつなげていいのかわからない。Drも施設入所はナンセンスで在宅を支援することが多く、トラブルに対する対応におわれて困る
再犯率が高いため、何度も保護を受けるケースが複数いる
市に対して攻撃的になったり拒否をするため、そもそも関わりが持てない

出所後等に相談来所した際、ダルクなどへの入所拒否、医療機関受診拒否のケース。「もう大丈夫」といった場合にどうすればよいか？
生活保護を受けることを当然の権利と考えていて、就労しなくて良いとまで考えている者がいる。ケースワーカーに不当な要求をしたり、あれこれと雑用をさせようとする。時には脅しのような言葉も使ってくる
専門治療を行っている医療機関が少ない（受診を断られることがある）
治療をせず若くして亡くなってしまう。あるいは再逮捕・収監により廃止となるなど支援者として力不足を感じる
入居施設が少ない（女性）
本人への自覚への促し、医療への方向付
妄想などの定着により、会話が難しい
薬物を使用しているであろう症状は見えるにも関わらず、警察に相談しても物的証拠がないと言われてしまい、どう対応すべきか分からなくなってしまったこと
私が担当になった時点でかなり落ち着いて生活できている方ですが、記録を読んでいると、そこにいたるまでにとっても時間が必要で、大変だったようです

表 5 研修の感想（第一回研修）

自分が困っている症状にあった薬物を選ぶというのは初めて耳にしました。今後、依存者を理解する為に役立つと思いました
薬物依存について学ぶことができてよかったです
家族支援についてもっと学びたかったです
具体的な支援方法やどう対応していくべきかという部分の話ももっと聞きたかったです
薬物についての知識を得ることができてよかった
横浜ダルクの山田施設長の当事者としての話を聞くことができ、薬物依存症の方の治療には人のサポートが重要であると感じた
依存症患者に対する対応について知る機会がなく、思い込みもあったが本日の研修により正しい知識や対応を知ることができました。ダルクとはどういう施設なのか、という基本知識がなかったため、可能であれば基礎知識から学びたいと思いました。
依存性の人への支援に対して理解できる面も多かったです。一部の話はグチっぽくて大変だなと思いつつもあまり参考になりませんでした。体験談は私のケースにも聞いていただきたい程心に響きました。ありがとうございました。
お忙しい中、貴重なお話、ありがとうございました。

<p>家族への支援、地域での支援の部分についてもっと話を聞きたかったと思います。三河ダルクさんの事例紹介について、何を意図して出されたのか分からずでしたが、申請権の侵害が気になりました。一方ダルク側にも???は思う事もあり、当事者さんが治療回復に専念できる為の連携が大切だと思いました。</p>
<p>具体的な対応方法について、もう少しあった方がよかったです</p>
<p>ケースワーカーは多忙で、薬物依存者以外にも多数の被保護者に関わらなければならぬので、テキストも講義ももう少しコンパクトにまとめてくれればもっとよかったです</p>
<p>今後のケースワーク業務にいかしていきたいと思います。ありがとうございます</p>
<p>実際に依存症患者だったダルク職員の経験を伺って、依存症患者がどういう経緯で依存物質に手を出してしまうのか、についてある程度理解することができた。今現在依存症の困難ケースは対応した経験がないが、今後そういった場面があれば今回の研修を生かして対応できればと思う</p>
<p>実体験を聞いて薬物依存症の人の気持ちが少し分かった気がする</p>
<p>他県?の保護申請受理の件で就労可能であるとか、病状態がないことで申請が受理されないケースがあることをはじめて認識した。当福祉事務所で生活困窮の状況があきらかである場合は申請を受理し、速やかに決定を行うのが原則である。決定に至るまでの調査で資産等が判明すれば却下あるいは決定後であれば保護費の返還を求める対応をとっている</p>
<p>ダルクやNAに通所していた人を今ケース担当していますが、今でも薬物の再使用はないものの感情のコントロールに悩んでいる所がうかがえます。今日薬物依存についての治療や支援について知ることができ、その方への支援に活かしていくことができると思いました。きちんと正しい知識をつけることの大切さを実感できとても良かったです。今後も実施して頂けるといいと思いましたが</p>
<p>知識が全くない中で受講したので非常に勉強になりました</p>
<p>繋ぎ方を具体的に知れたことが良かった</p>
<p>ダルクの話について①申請から決定までの金銭の工面について⇒社会福祉協議会で貸付を受けられる場合があります②就労できると判断され申請ができないことについて⇒「就労できるか」は申請の要件にない為、生活に困窮しているならば誰でも申請することができ、福祉事務所は拒否できない。就労できるとの判断の根拠・申請できない生活保護上の根拠が不明確と感じました</p>
<p>薬物依存症の経験談が聞いて、その時の心理状況がわかりやすかったです。依存症者の感情思考の周期によっては、CWに出来る事が限られていることも今後の対応で意識していきたいと思えます</p>
<p>薬物依存の方々（当事者）の話が聞いて良かった。担当に依存の方がいるが、気持ちが理解できない所があったが、少し気持ちが分かる気がする</p>

山田さんのお話が大変興味深かったです。感覚的なところをわかりやすく説明して下さいました

表 6 依存症の支援で困っていること（第二回研修）

薬物に関する知識がない。どのように薬物依存について指導助言すれば良いかわからない
本人の訴え（身体の不調等）の真偽が分からない部分がある
病識がないこと、自助グループへの参加を拒否すること、近隣に薬物依存症の治療を引き受けてくれる精神科がない
どのように支援、声かけ、ケースをすすめてよいのか困る
どの部分を共感し、どの部分は共感できないと相手に言って良いかわからない。薬物に関する知識が不十分であることから、相手との会話で行き詰まることがある。上司や同僚など、支援に否定的な人が多く、支援しようとしても後ろから鉄砲で撃たれ、十分な支援ができない
通院指導等以外、指導支援しようがない。家計の管理に影響を及ぼすことが多く、CW とケースの関係維持が難しい（厳しい指導をせざるをえず、対立関係になることが多い）。ねばり強い支援が必要であり、負担が大きい。治療のため各種ミーティングに参加することが多く、移送費の支給が負担となる。また県外へのミーティング参加など必要性に疑義のあるものがあり、対応に苦慮している（バーベキュー大会）
専門知識が不足しているため、どう対応してよいかわからないことが多々ある。結果的に医療機関へつなぐことしかできず、それ以降どうすべきか悩む
向精神薬を色々な病院で処方してもらい、多量に飲む。何度注意し、病院にも協力を求めるが、平気ですそをついてまた新しい病院で薬をもらう。強い指導をすると自殺をほのめかすので対応に苦慮している。覚せい剤依存の人は突然警察から TEL があることがほとんど。前触れに気付かない。分からないまま終わる。すぐに捕まるので会うのも数回。人間関係ができる前におわるし、求めなくてもこない
現在のところ、薬物依存症のケースとの関わりはありません
大声をあげられて開きなおったような態度に出られた時に、どうしたらいいかどう接すればいいのか戸惑う
依存症の症状やフラッシュバック等で、ケースがどのような行動を起こしてしまうのかに対する知識や経験がなく、不安があるため、当たり障りのない対応しかできていない

表7 研修の感想（第二回研修）

ありがとうございました。大変勉強になりました
研修を参考に業務に取り組みます。ありがとうございました
現状クライアントに寄り添う時間的余裕が無い為どうしても性急に病院受診や自助グループへの参加を促してしまい、こちらで予約も入れてしまう。当事者の希望に沿った支援の困難さを痛感しました
自身の知識不足や理解のなさを痛感させられました
数年前マトリの人が話をする薬物研修をうけた事があります。隠語や覚せい剤使用者の特徴など詳しく説明し、あやしいと思ったら通報して！と言われました。今日の今日まで薬物依存者は悪でしかありませんでした。今日話をきいて、自分は支援者の立場である事を自覚しました。色々な立場はありますが、社会全体の意識を変えていかねばと感じました
ダルクの代表の方に実体験を話していただいたので、薬物や支援についての実感がわいた。ただ、生活保護との関わりはお互いに制度や実情を理解しあわないといけないと思った
当事者の方々からお話を聞くことができる機会はなかなかないので良い経験となりました。今現在は依存症のケースは担当していませんが、今後担当することがあれば本日の研修内容を活かそうと思います
皆さんの経験談を聞かせていただき、心にひびくものがありました。もっと薬物依存の事に興味をもってニュースなど耳を傾けたいと思います
薬物依存に対する理解が深まり支援に対する考えをしっかりと持つことができた。ただ職場内での理解がない人とのジレンマや対象者と薬物依存治療に対してのジレンマに挟まれ、支援が形式化していることもあるのが残念

表8 依存症の支援で困っていること（第三回研修）

ダルクに行きたくない、保護費は全て薬物に使用、訪問も拒否と取りつく島のない場合はどうすれば良いのでしょうか？
いいえとしましたが、薬物依存と思われるケースがあります。世帯の全体像が見えず、どこから手をつけたものか対応に困っています。眠剤の重複処方があるため注意しますが、自分で死なないように調整しているから大丈夫と言われてしまいます。
まずどう関わればいいか？？
辞めたいと思うことすらなく（薬物に依存することで生きていられるなど）、代替案を本人が探すが見つからない。そういった人たちをどう支援していくか悩む。
焦燥感が強く、金銭のやりくりも苦しそうで、CWへの訴えが強く、対応に苦慮した。

薬物依存の疑いがあるケースに対して、薬物の使用などについて正面から尋ねて良いのかわからず困る。支援機関の繋ぎ方がわからない。治療に期間を要するがCWが2年くらいで変わること、CWの熱量も異なるため、担当CWにより寄り添い方や考え方も様々な気がする。薬物依存の研修も少なく、正しい理解ができていないと思う。
保健所との連携が必要と思うが、生命に関わらないと対応してもらえない。日常的な相談協力関係になるには？
直接支援にあたっていないため、支援にあたることになった際の注意点を教えてください。

表 9 研修の感想（第三回研修）

薬物依存症者への対応について、どうせまたやると諦めていたかなと気がついた。今日の講義で中には改善する人もたくさんいることに気づいた。ケースワーカーも知識をつけていかないといけないことを理解しました。これから支援頑張っていきます。
自身が担当している利用者の中には現在薬物依存の方はおられないが、該当者が現れた時には今日の研修で受講したことを行えるよう努めていきたい。過去の体験談やケース紹介で習ったことを経験に今後職務に生かしていきたい。
生活保護を受け一人で生活するとすぐに薬に戻ってしまう人が多いです。家族の支援がないので。家族支援がない難しいケースだと理解した上でCWできたらいいと思いました。ダルクのグループホームの経営が大変とのこと。福祉事業所として指定を受けられたらどうでしょうか？利用者も障害者として区分認知を受けられて、生保と障害福祉の公費負担で活動されてはどうでしょうか？
実際にダルクを見学してみたいと思った。
当事者の声が聞いてよかったです。複雑な心の動きを知ることはとても大切だと思いました。
薬物依存症について理解を深めることができた。京都で開催いただきありがとうございました。
人生を継続的に支援する困難さを感じつつ、やりがいのあることだと思えます。複数回刑期を終えた方やダルクに通所中の方やいろんな方の担当をいたしました。今後も今日の研修を思いつつ、支援をしていきます。ありがとうございました。
依存症の仕組みやダルクの運営の大変さがわかった。ダルクの活動についてぼんやりしか分かっていなかったが少しはケースの説明ができるように理解できたと思う。最後の挨拶は気分が悪かった。薬物依存について理解しより良い支援をしようと思い研修に参加したにも関わらず、公務員にもアルコール依存症やギャンブル依存症がたくさんいると公務員を一括りにされ、まるで依存症を支援したくないと思

<p>っているかのように参加者を決めつけている内容に感じた。少し残念な気持ちになった。</p>
<p>ダルクの施設概要や実施しているプログラム、利用料などの資料があればなおよかった。</p>
<p>実際支援されている方の声を聞いたことで、当事者の思いも理解できるようになったと思います。薬物、精神疾患に限らず、社会生活に困難を感じている人の支援は同じモチベーションで取り組めると思いました。ありがとうございました。</p>

表 10 依存症の支援で困っていること（第四回研修）

<p>病識がなく、治療拒否のケースへの対応・ダルクを退所してしまったケースの次の通所先、支援方法</p>
<p>ケース自身が依存症改善しようという志を保てない</p>
<p>易怒的でトラブルになりやすい</p>
<p>回復、リハビリ通所の動機づけの難しさ。刑務所出所後など、住居の不安定さが依存と併存していること</p>
<p>薬物依存症の方を、まずどの関係機関につないだら良いのかわからない。また、つなぐ先が明らかであっても、どのようにケースに説明し、つなげれば良いかわからない</p>
<p>薬物に対する治療が続かない、使用を繰り返す方々がおり、保護担当としてどのような声掛け及びスタンスで投げかけや関わりを行えば良いか悩んでいます。</p>
<p>日中活動の場、就労について症状とのかねあいなどじっくりくるものがなかなか見つからないと感じます</p>
<p>生活保護担当ケースワーカーとして、どのような距離感でどのような支援をしたら良いのかわからない</p>
<p>ダルク入所中のケースなど当初に設定した目標に向けて達成できればアパート設定と約束していたが、目標に向きあえず、しかしアパートに引っ越したいと訴えるケース。とにかく転居の話にこだわり、回復についての話しあいが出来ず、支援に困ってしまったことがあった。管轄のダルクであれば直接会って話すことも出来るが、遠方だとそうもいかず、ダルク職員におねがい（おまかせ）しなければならなくなってしまう</p>
<p>「後遺症」の診断だが、現在も薬物使用が疑われる。直接確かめていいものか分からず、明確な目的設定ができないまま、受診につなげることとなった。</p>
<p>違法の薬物を使用している可能性のある方への話し方、通報すべきなのか？ケースワーカーとしての対応方法に戸惑いました。</p>
<p>何をするのも相手が依存的で何をどこまで手助けしたら良いのかの判断が難しい</p>
<p>・再使用で逮捕され短期間の支援で終わってしまい、支援にならない ・自助グループが近くになく、通いにくい ・自助グループに行くようすすめても行かない ・</p>

精神科に行くようすすめても行かない ・言動が不安定になる人が多く、支援関係をつくりにくい
具体的な症状が分からない ・ご本人がやめる気がない様子であるとき、関わり方が分からない ・どういった関わりの際のポイントがあるのか分からない ・対象の方にどういった機関・サポートの情報提供をしたら良いか分からない
処方薬依存と思われるケースへのアプローチの方法
・治療にのらないケース ・受診中にも関わらず、薬物に手を出し、金銭管理がうまくいかないケース（支給した次の日にお金がない）
薬物依存症とリストカット多発で自身での支援が難しかった

表 11 研修の感想（第四回研修）

当事者である横浜ダルク施設長の方のお話がとても分かりやすく、イメージが付きやすいかつ理解につながりました。事例紹介については、事例数をもう少ししぼって、各事例をもう少し詳しく扱ってほしかったです
依存症についての基礎的な部分が学べて良かったと思います。また、体験談はとても衝撃的で印象に残りました。どんなに依存が深くても回復することは可能なのだと知りました。
時代（コロナ流行）に合わせて zoom での講義はすばらしいと思った。質問に対する答えあわせをしたかった。薬物依存の人への支援や対応をしたことないので、学ぶことが多かった。ためになりました。
ぼやっとしていた薬物依存に関する知識が、今回の研修を通して輪郭が少し出来たように思います。学びの機会となりました。今後、保護担当として依存症の方々へ具体的にどう寄り添えば良いのか、経験も踏みながらスキルを付けていきたいと感じました。
山田さんのお話、印象に残りました。資料もしっかりしていて、全体的にためになりました。
当事者のお話を伺うことができ、非常に貴重な時間でした。ありがとうございました。
薬物依存症の変化のステージモデル、動機づけ面接について学ばせていただき、ご本人の状態をよく理解し、そのタイミングに合わせた対応をしていくことが大切なのだと思います。そういった意味で、多くの生保 W が学ぶ機会をもつことが大切だと思います
薬物に対する知識や、支援にあたる心持ちを知ることができました。今までよりも抵抗感を持たず、支援にあたることができると思います。
薬物について少し理解できました

勉強になりました。10, 16の答えが（アンケート）わかりませんでした。たくさん覚せい剤のケースを担当しており、HVにも一人で行くため、怖さが正直ありました。理解することがまず必要だと感じました。
秘密保持について知ったことはよかったです。今日のDrのようなhospが横浜でどれくらいあるのか、大石などは出入禁止になりどうしたらいいか困っている人がいます。やはり、酒やめることができず、毎月面接してますが、つなげられるところがないような気がしてます（今まであらゆるところに行った）
薬物に対してあいまいな知識しかなかったため、具体的な知識を得る機会となり、とても良かった。支援者として関わりに困っていたので、良いヒントをいただきました。ありがとうございました。
回復者である山田施設長のお話がとても参考になりました。薬物の使用について快感を求めるイメージが強かったのですが、不安などへの対処という面が強いのだという事に留意していかなければならないと思いました。
生保ワーカーにできることはとにかく寄りそうことであると分かりました。否定せず、寄りそっていきたいです。ありがとうございました！
本日は研修会開催してくださりありがとうございました。山田施設長をはじめとする経験ある方の体験談が印象に残りました。もっと聞きたかった気持ちがありますが、有意義な研修でした。参加してよかったです。

表 12 ケース対応の変化（6か月後の追跡調査）

ダルクなどを紹介する際に、本人の状況に合わせた提案が出来るようになった。 （「このダルクには大麻の使用歴のある人が職員にいるので、話を聞いてみませんか」など）
DARC等の活動内容を学んでからは受給者との会話がしやすくなった。
より深く依存症のことを理解できたと思う
研修で学んだ支援者としての対応のほか、家族としての対応も参考にしながら支援していること。
ダルクという組織のことを知ることができたので、何かあれば話ができるという心構えができるようになった。
以前は相談者から依存症であることの訴えがあっても、深く質問してよいかわからず、核心に触れないようにしていました。研修後は、相談者の身体状況や、お困りごと、治療の希望などを落ち着いて聴取することが出来た。
変化があった。依存症患者への理解が深まり、指導の内容・口調など工夫するようになった。
焦らず、自身のペースで薬物依存と向き合っていくように適切な助言・通院指導を行うことができた。

ご本人の成育歴や家庭環境を重視し、ベースに他の障害がないかを考えるようになった。
薬物依存の治療に関しては、精神科病院への入院しか考えていなかったが、今回の研修でダルクの活動内容を一部ではあるが理解し、支援の選択肢が増えた。
薬物依存者は患者だとの単純な決めつけが無くなった。
本人と対応するときに、自分の気持ちの中に研修を受けたことでの安心感が少しあって、その部分では変化はあったと思う。
合法薬物については、一切かかわらないのではなく、上手く薬物と付き合い方という考え方をすることで、依存者に対して多少なりとも寄り添った、現実的な目標を立てることができるようになったと感じています。
以前と比較し、薬物依存患者の薬物依存に至る背景等についても考えるようになった。
薬物依存患者の薬物依存に至る背景等についても考えるようになった。

表 13 ダルク連携の変化（6か月後の追跡調査）

○ うまくいった
施設入所者の訪問の際に DARC の方にご同席いただいて、具体的な支援の内容を聞くことができた。ケースの今後の支援が少しずつ見えてきた。
連絡を密に取ることで情報共有を迅速にした
薬物依存等の家族教室に講師としてきていただいた。体験談も踏まえて話していただいたので家族も満足していた。
出所後間もない DARC 入所予定の者から当市に保護申請があり、DARC 入所後に保護開始した。連携はうまく行き問題なく保護開始できたものの、保護開始後に再度逮捕される事となった。
○ うまくいかなかった
見学と面談の同行、及び初回の参加時の同行をしましたが、結局本人が希望せず継続利用には至りませんでした。
アルコール依存症の方。 精神科での入院を強く拒んだため施設への入所に繋げようとしたが、入院中の患者同士のコミュニティですでにマイナス情報が付いており、面談さえできず嫌がられた。
薬物依存等の家族教室に講師としてきていただいた。体験談も踏まえて話していただいたので家族も満足していた。
薬物依存等の家族教室に講師としてきていただいた。体験談も踏まえて話していただいたので家族も満足していた。
クレプトマニアのケース対応 ダルクと連携し支援したものの本人希望により退所、失踪となった

アルコール依存症の克服のため、入院やダルク入所を説得するにあたり、ダルク職員にも同席してもらった。結局ケースからは同意が得られず、居宅での生活を続けることになった。

出所後の行き先としてご本人がダルク入所を希望したのでダルク女性ハウスへ連絡したが、年末で、且つ急な話だった為、受け入れ不可だった。

ダルクとMACと連絡を取り、通所や、自助グループへの参加を促したが、対象者自身が通わなかった。

DARC 入所者の担当をしていたが、3月末に逮捕された為定期的に裁判の進捗を確認している。

表 14 6 か月後の J-DDPPQ の変化

	Pre		Mid		Post		6M		ANOVA		多重比較			
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差	F値	p value	Pre-Mid	Pre-Post	Mid-Post	Post-6M
DDPPQ全体	65.630	1.422	80.552	2.026	85.584	2.029	86.932	2.924	39.279	<0.001	<0.001	<0.001	0.014	0.646
知識とスキル	17.625	0.710	25.896	1.009	28.368	1.014	28.493	1.460	45.117	<0.001	<0.001	<0.001	0.015	0.932
役割認識	7.571	0.192	8.043	0.275	8.320	0.275	8.753	0.400	3.975	0.008	0.086	0.006	0.320	0.283
相談と助言	9.643	0.379	11.640	0.542	12.324	0.542	13.378	0.778	11.866	<0.001	<0.001	<0.001	0.212	0.178
患者の役に立つこと	16.633	0.355	18.642	0.506	19.365	0.509	19.541	0.728	11.714	<0.001	<0.001	<0.001	0.158	0.810
仕事満足と自信	14.158	0.341	16.331	0.487	16.208	0.488	16.767	0.701	14.449	<0.001	<0.001	<0.001	0.076	0.531

表 15 ケース経験の有無、およびダルクとの連携による 6 か月後の J-DDPPQ の違い

	ケース経験の有無						ダルクとの連携の有無					
	あり (n=18)		なし (n=19)		t value	p value	あり (n=15)		なし (n=22)		t value	p value
	平均	標準偏差	平均	標準偏差			平均	標準偏差	平均	標準偏差		
DDPPQ全体	83.872	3.803	89.991	5.453	1.122	0.262	92.933	5.378	82.700	3.426	1.903	0.057
知識とスキル	26.633	1.784	30.358	2.558	1.456	0.145	31.800	2.506	26.158	1.597	2.251	0.024
役割認識	8.818	0.502	8.563	0.716	-0.357	0.721	9.133	0.717	8.394	0.465	1.031	0.303
相談と助言	13.053	0.997	13.723	1.429	0.469	0.639	14.600	1.417	12.545	0.902	1.450	0.147
患者の役に立つこと	19.368	0.886	19.722	1.270	0.279	0.781	18.867	1.280	20.000	0.815	-0.885	0.376
仕事満足と自信	16.000	1.009	17.626	1.446	1.124	0.261	18.534	1.414	15.603	0.901	2.072	0.038

表 16 生保受給している薬物依存症者の回復を阻んでいると思う要因

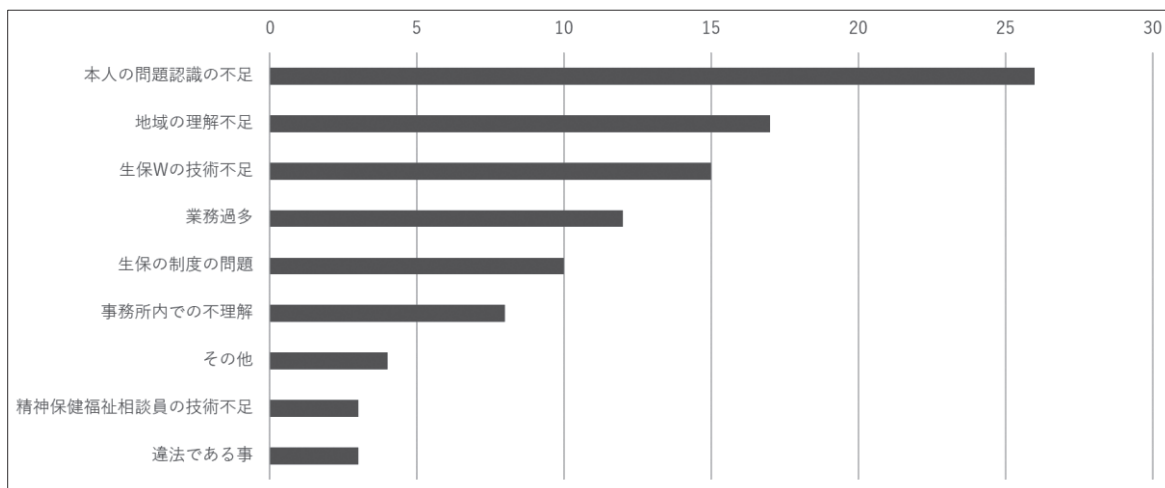


表 17 全国の精神保健福祉センターの薬物及び全相談の概況

		回答数	平均値	中央値	最小値	最大値	平均の 下側 95%	平均の 上側 95%	標準 偏差
H26 (参考)	薬物相談	68	104.8	31	0	1197	52.4	157.1	222
	全相談	69	3799.6	3047	622	14268	3006.5	4592.6	3301.2
H27 (参考)	薬物相談	69	77.3	24	0	690	44.7	109.9	138
	全相談	69	3946.7	3384	53	15625	3124.1	4769.4	3424.5
H28 (参考)	薬物相談	69	90.1	31	0	935	52.1	128.1	161
	全相談	69	4059.4	3068	28	14914	3241	4877.7	3468.2
H29 (参考)	薬物相談	69	98.2	37	0	833	62.2	134.2	152.6
	全相談	69	4810.4	4338.5	87	12702	4026	5594.7	3324.1
H30 (参考)	薬物相談	69	126.8	43	1	1157	73.2	180.5	223.3
	全相談	69	5461.1	5286	185	14520	4629.6	6292.6	3461.3
R1	薬物相談	69	145.2	74	1	1348	26	177	221.8
	全相談	69	5312.9	5182.5	112	12683	2947.5	7249.8	3346.7

表 18 コロナウイルス感染症による精神保健福祉センターの相談体制への影響

事業	影響があったと答えたセンターの数
個別相談（特定相談）	44（63.8％）
本人向け回復プログラム	47（77.0％）
家族教室	53（85.5％）

表 19 生じていた具体的な影響（個別相談事業・重複可能）

事業の一部の休止、延期、中止、短縮	30
来所相談を電話相談に切り替え	13
広い部屋の確保、換気消毒、プライバシーの懸念	4
相談者が来所に躊躇する	1
グループを休止し個別支援に切り替えたため件数が増加	1

表 20 生じていた具体的な影響（当事者向け回復プログラム事業・重複可能）

事業の一部の休止、延期、中止、短縮	45
感染対策を実施した	7
人数制限	5
オンラインでの開催（併催）	3
ダルクなど外部スタッフの参加見合わせ	3
グループを休止し個別支援に切り替えた	2
新規参加者の受入一時停止	1
急な日程変更で混乱を生じた	1
参加者同士の交流が制限され、クールダウンが難しかった	1
感染不安から参加キャンセル	1

表 21 生じていた具体的な影響（家族教室などの家族支援事業・重複可能）

事業の一部の休止、延期、中止、短縮	50
感染対策を実施した	5
人数制限	4
オンラインでの開催（併催）	3
グループを休止し個別支援に切り替えた	2
新規参加者の受入一時停止	1
参加者同士の交流が制限され、クールダウンが難しかった	1
オンラインの為参加できない参加者がいた	1
家族会など外部スタッフの参加見合わせ	1
定期的に開催できず、分かち合いが十分にできなかった	1

表 22 センターを訪れる相談者に生じていた具体的な影響

医療機関・相談窓口が利用できない (n=7)
医療機関の新規患者受入れ制限により受診できない
通院を控えた結果、精神的に不安定になった
アルコール依存による身体症状が悪化していたが発熱していたことで受診が先延ばしになった
外出することに対して恐怖を感じ、パルスオキシメーターも購入しセルフチェックを常に行い、頻繁に相談電話がかかってくるようになり、感染の恐怖から来所ができなくなった
外出自粛の影響で、その後通院が途絶えてしまったケース
電話相談が増えた
県内では医療や支援機関、自助グループに繋がりながら回復に向けて取り組まれていたアルコール依存症の方が県外に転居され、コロナ下で医療や相談機関、自助グループの休止が続く中で孤立し、依存症が悪化して自死
在宅時間が増えたことにより悪化した (n=7)
外出自粛等により依存対象の事を考える時間が多くできてしまった
外出できず、ネットを使ったギャンブル・ゲームへの依存がひどくなった
自宅で過ごすことが多くなったことにより飲酒量が増えた
在宅の時間が長くなり飲酒量が増えた
自粛により在宅時間が増加し本人の飲酒量が増えた
家族からの相談で、緊急事態宣言により在宅時間が長くなり、酒量が増えたという話が多く聞かれた。
外に遊びに行かなくなり、ゲームの使用時間が増えた
悪化した・使用量が増えた (n=7)
病気が進行した
飲酒量の増加
ギャンブルやゲームへののめり込みが進んだ
ストレスで飲酒量やギャンブルの頻度が増えた
空き時間が増えることでパチンコに行く機会が増えた
P T Aでの人とのつながりがなくなり、孤独感増え、依存行動に影響した
失業し、借金の返済が滞りギャンブルで取り返そうとして、さらに借金が膨らみ希死念慮が強くなっているケース
自助グループ休止・変更でスリップした (n=6)
グループ休止中に再飲酒に至った
自助グループが休会となり、スリップしてしまった
給付金が入ったことや、自助グループや作業所が休止したことにより生活リズムが乱れ、スリップに繋がった
自宅にいる期間が長く、自助グループも中断していたのでスリップした人が増えた
自助グループのミーティングがオンラインになったことになじめず、スリップ

テレビ等でオンライン飲み会が流れる機会が増え、当事者の辛さは増したが、自助Gは中止されるなど相談場所が減ってスリップした方もいた
軽快した (n=6)
外出自粛に伴い買い物の頻度が減った
感染が怖くてパチンコに行こうと思わなくなった。そのうちギャンブルのない生活に慣れた
自粛期間中にパチンコに行かずに過ごせた
コロナの影響で競馬場が閉まっていたため、ギャンブルをやめるために最適の環境となった
パチンコ店が閉めていた時期には、期間限定だろうという思いもあり、「どうせ今は行けない」と思うと、特にイライラすることなく穏やかに過ごせた という方が複数おられた。
マスク需要の関係で仕事が忙しくなり、ギャンブルのことを考える時間が減った
在宅勤務となり悪化した (特にアルコール使用) (n=5)
在宅ワークになり飲酒量が増加した
テレワーク開始後飲酒量が増えた
在宅ワークとなり、朝からアルコールを飲むようになった
夫がテレワーク勤務で、日中も自宅で飲んでいることが多くなった。テレワークが終わってからも出勤できず、アルコール依存症状が悪化した
長期に渡って人と会わないことで、普段であれば仕事等の時間帯に、ひとりでアルコールの使用やギャンブル等を行うケースがあった。
休校により悪化した (特にゲーム使用) (n=5)
学校休校により、ゲーム依存の相談が増加した
学校が臨時休校となり、ゲームをする時間が長くなった
家族で決めたルールが長期休暇中に疎かになった
学校が再開したが、昼夜逆転しており登校できなくなった
学校休校やオンライン授業になったこと、外出自粛により友人と交流できないこと等によって暇を持て余し、ギャンブル (パチンコ) の頻度が増えた相談者がいました
スリップした (n=4)
スリップした人がいた
十年以上断薬できていたのに使用欲求が止まらない
パチンコを再開、行く回数が増えた人がいた。
自粛生活が長引いたことで依存症回復途中の方がスリップした
自助グループ休止で孤立・不安定になった (n=3)
ミーティングに参加できず、不穏な精神症状を呈した当事者がいた
自助グループの活動が中止となり、不安定となった
自助グループや家族教室の中止等により孤立感を感じる
特別定額給付金で悪化した (n=3)
給付金などの臨時収入が入ったことでギャンブルの頻度が増えた。
特別定額給付金をギャンブルやアルコールに使ってしまった
給付金が入ったことや、自助グループや作業所が休止したことにより生活リズムが乱れ、スリップに繋がった

家族と一緒に過ごす時間が増え、人間関係悪化・スリップした (n=2)
自粛期間中、依存症本人と家族が常に顔を合わせる状態となり、関係が悪化した。
学校休校になり、育児ストレスが増してギャンブルがスリップした
内容を転向した (n=2)
ギャンブル依存の相談者がパチンコ店に行かないかわりに、ネットカジノやネットでのギャンブルに転向した。
人との接触を避け、薬物の入手方法を変更したケース
問題が目立つようになった (n=2)
家族と一緒にいる時間が増えたため本人の飲酒状況が家族の目につくようになった
リモートや大学の休校等の影響で酒量が増え、問題が表面化した内容の相談があった

表 23 自助グループや民間回復施設との連携への影響

自助グループ中止・休止により必要な人に紹介ができなかった (n=13)
自助グループの開催場所である公的施設が使用停止になり、やむなく一時休止になるグループがあり、相談者に紹介できない状況があった。
自助グループが会場が借りられずに活動中止となり、相談者の身近なグループにつなぐことができなかった。
回復施設の見学受け入れや、自助グループの中止により、相談者への紹介が出来なくなった。
新しく自助グループに参加したいという希望があったが、紹介ができなかった。
ミーティング・例会を中止するところが増え、紹介できる自助グループが減った
相談者が自助グループ参加希望されても、休止されていてつながるタイミングが合わないケースが複数あった。やむを得ず他の自助グループ参加（例：主訴 GA→参加薬物）希望した人がいた。
相談があれば自助グループを案内するが、コロナの関係でミーティングが休止しており、相談者が相談したいタイミングで繋がれないことがあった。
自助グループの開催場所である公的施設が使用停止になり、やむなく一時休止になるグループがあり、相談者に紹介できない状況があった。
ミーティングが開催されず、紹介が難しい時期があった。
自助グループの開催場所である公的施設が使用停止になり、やむなく一時休止になるグループがあり、相談者に紹介できない状況があった。
自助グループ活動の休止により、タイミング良く紹介することができなくなりました。
相談者・当事者を紹介する際に、紹介先の活動状況が通常と異なるため、スムーズにつなぐことが難しい。外出自粛により、顔の見える連携に時間がかかった。
自助グループや民間回復施設の活動に制限があり紹介しづらかったり、本人も集団に参加することを躊躇される傾向があった。
特に影響はない・聞いていない (n=7)
特に影響なし
特に影響は受けていない

連携状況に影響はなかった。
特に影響を受けていない。
特に影響はなかった
連携状況については大きな影響は無かった
ダルクに指導員、相談員をお願いしているが、連携には影響はなかった。
技術向上の機会への参加中止 (n=7)
保護観察所の薬物依存症治療回復プログラムに出席していたが、今年は1度も出席していない
センターで行う回復プログラムに回復施設職員が参加する予定だったが、参加を見合わせた 当所主催の研修会や相談会等が中止となったため、講師派遣や相談員派遣の依頼等がなくなった。
自粛期間中などは、互いの施設への職員の訪問を中止した。
技術支援として出席している定期の事例検討会が一時中止になった。
事業の中止とともにリカバリースタッフとして出席していただく機会が減った。
回復施設によっては職員体制確保のため、当センターの本人プログラムへの職員派遣が中止になった。
自助グループ中止 (n=7)
自助グループのミーティングの中止などにより、情報提供や紹介時にその旨を伝えるなどした。
自助グループの活動休止。連絡が取れない期間があった。
自助グループが例年開催しているイベント、交流会の開催を見合わせた。
緊急事態宣言中は自助グループは中止せざるを得なかったが、回復施設は実施していたと聞いている
コロナでミーティングが中止になったことにより、講師の依頼ができなかった自助グループがあった。また自助グループ等が活動を発表する事業が中止となった。
依存症対策事業の一環で支援者を対象とした自助グループの見学ツアーを実施しているが、コロナウィルスの影響で今年度は中止の判断とした。
当センター会議室にて例会を行っている自助グループがあるが、緊急事態宣言中は中止とした。解除後は、マスク着用、手指消毒、例会後に机・椅子の消毒、室内の換気と座席の距離を取る、体調不良者は来所しないこと等予防策を講じて開催している。緊急事態宣言解除後しばらくは、参加人数が少ない時もあったが、現在はコロナ感染症拡大前と同等の参加人数になっている。
人数制限した (n=6)
自助グループの開催が延期されたり、人数制限として開催した
グループ支援への参加人数を制限した。
断酒会との協働事業については延期、また再開した際も来所者の人数を制限し、Zoomによる参加も並行して実施。
年2回開催しているアディクション連携会議は、第1回は対象や定員を減らして開催、第2回は延期した上で開催方法(対象や定員、ZOOMの活用等)を見直し開催予定。

ダルク利用者に回復プログラムへの参加協力を求めているが、ソーシャルディスタンスを確保するため、現在はスタッフのみの参加にいただいている。
連携会議で参加者数を絞るために、団体や支援者を減らした。
Web 開催・連絡に変更した (n=5)
ダルクの支援会は Web 会議で実施するようになった。
定期的に行われている関係機関の連絡会議がオンラインによる開催に変更となった。
今年度、自助グループとの連携を図るための会議を企画しており、開催について検討をしたが、ZOOM も用いたデュアル開催とすることで大きな影響はなかった。
連絡会等に参加できないということで、連絡会中止の時期有。現在は Zoom で開催している。
直接会話を交わすことが減ったため、電話やネット環境を活用して対応した。
顔合わせ・交流の機会中止 (n=4)
日頃より回復施設のセミナー等に参加しているが、セミナーが中止になったため、顔合わせに時間を要した。
毎年 2 回連携会議を開催しており、支援者同士の顔合わせや情報交換の場になっているが、新型コロナウイルス感染症の影響により、今年度第 1 回目は中止となった。
直接会う事を控えたり、会議やイベントも中止になった為、対面で直接会ったり話す機会が減少した。
回復施設によっては職員体制確保のため、当センターの本人プログラムへの職員派遣が中止になった。
連絡会中止により連携が取りにくい (n=4)
ダルクとの連絡会が無期延期。当センターでの酒害相談員による相談の一時休止。連携が取りにくい状況。
回復プログラムにリカバリングスタッフとしてダルクの方を派遣してもらっているため、定期的に直接ダルクの方と情報交換できていたが、プログラムが休止中は最低限の電話連絡に留まった。
毎年 2 回連携会議を開催しており、支援者同士の顔合わせや情報交換の場になっているが、新型コロナウイルス感染症の影響により、今年度第 1 回目は中止となった。
連絡会等に参加できないということで、連絡会中止の時期有。現在は Zoom で開催している。
集会中止 (n=4)
共催で実施している市民向けのフォーラム・相談会が中止となるなどの影響が生じている。
新型コロナの影響で、自助グループと共催で開催している研修会が中止となった。
日頃より回復施設のセミナー等に参加しているが、セミナーが中止になったため、顔合わせに時間を要した。
新型コロナウイルス感染拡大状況を鑑み、参加者及び関係者の健康・安全面を第一に考慮した結果、岐阜県断酒連合会に委託予定であった酒害者等研修会開催事業を中止した。
外部講師を呼べなかった (n=3)

<p>自助グループのメンバーを家族教室の講師として招いていたが、感染症感染防止のためにキャンセルし、センター職員ができる内容にプログラムを変更した。</p>
<p>家族教室に家族会の方を呼べず、連携が不十分になりがちだった。</p>
<p>家族教室等の外部講師として依頼することができなかった。</p>
<p>委員会・会議中止 (n=3)</p>
<p>アディクションフォーラム実行委員会を休会した。</p>
<p>毎年実施している、神奈川県断酒連合会との連絡調整会議を中止した。</p>
<p>アディクションフォーラム実行委員会が3~5月の間中止となった。 ※アルコール、薬物、ギャンブルの当事者及び家族を構成員とし、精神保健福祉センターもオブザーバーとして参加。</p>
<p>変更を把握しにくく必要な人に紹介ができなかった (n=2)</p>
<p>各自助グループの活動状況が把握しづらかった。</p>
<p>再開したグループや会場の変更などの情報が遅れて入ってくるため、相談者を自助グループにつなぎづらい。</p>
<p>Web開催となったが環境が整っておらず不便 (n=2)</p>
<p>他のグループがZoomでの開催となり、当センターではセキュリティーの関係でパソコンを本所から貸与し利用しなくてはならないため不便だった。</p>
<p>打ち合わせなどで会う頻度が減った。オンライン環境が整っている施設とは、リモートで打ち合わせを行った。</p>
<p>プログラムを変更した (n=2)</p>
<p>新しい開催方法でミーティングや分かち合いを行った。</p>
<p>毎年実施している依存症学習会の在り方を見直す結果となり、今年度は自助グループの活動紹介や体験談の発表を行わないこととした。</p>
<p>活動中止 (n=2)</p>
<p>活動の休止または縮小</p>
<p>連携している事業（治療回復プログラムの1クール目中止）は一部中止</p>
<p>延期した (n=1)</p>
<p>民間回復施設の入所者を対象にしたグループセッションを実施しているが、コロナウイルスの状況が落ち着くまでセッションを延期した。</p>
<p>予防策を徹底した (n=1)</p>
<p>解除後は、マスク着用、手指消毒、例会後に机・椅子の消毒、室内の換気と座席の距離を取る、体調不良者は来所しないこと等予防策を講じて開催してる。緊急事態宣言解除後しばらくは、参加人数が少ない時もあったが、現在はコロナ感染症拡大前と同等の参加人数になっている。</p>
<p>新しい参加者の減少 (n=1)</p>
<p>新しい参加者が減少した。</p>
<p>連携が深まった (n=1)</p>
<p>ミーティング休止の間、ミーティングに参加していた方について回復施設や自助グループと連携して支援を行なうなど、より連携を深めることができた。</p>

延期したため必要な人に紹介ができなかった (n=1)
活動再開まで時間がかかり、利用者のニーズや市民からの問い合わせに即応して、自助グループにつなげないことがあった。

表 24 センターがコロナ禍で事業を実施するにあたり工夫している事

感染対策の実施 (n=56)
平時より広い会場を確保する。職員、参加者含め全員マスク着用。会場にて消毒・換気・検温を行う。
机の消毒、換気、マスクの着用等の徹底。及び、感染症チェックリストの記入依頼。
また、来所者の体温チェック、面接室にパーティション設置等の感染予防対策を実施。
面接を実施したり、講演会を開催するときは、問診票をとったり、換気・消毒を十分に行うなどの配慮をしている。
・個別相談時は、検温、健康チェックを事前に実施。相談室は換気に努め、消毒をする。・依存症に関する家族教室の参加者は、検温、健康チェックを事前に実施する。会場は、換気に努め、3密を避けた配席にして、消毒をする。
グループ実施の際は、広い会場でなるべく隣との距離をとり、席の間に仕切り板を設置している。個別面接は窓のある部屋で距離を保って実施している。
来所者には、体調観察や3密防止をお願いしている。
他の事業と同様、コロナ感染防止対策を考慮しての実施となっている。(問診や体温測定の実施、密を避ける、時間を短縮するなど)
感染予防対策 (人数制限や換気など3密を防ぐ、検温・マスク着用・手指消毒など)
・換気、検温、体調チェック、手指消毒、アクリル板の仕切り等の感染対策を実施
感染症予防対策の実施 (手指消毒、換気等)
検温、健康チェック、消毒、空気清浄機、アクリル板の設置
相談やプログラムの実施においては、相談室の整備 (アクリル板、換気) や体調確認を実施
開催後は、場所を広い会場に変更し、密にならぬように気を付けている。
個別相談については、消毒やアクリル板設置の等、感染予防対策を行い、これまで通りの対応が継続できるよう工夫している。また、その他事業についても、感染予防対策をし、可能な範囲で実施している。
例年自由参加で実施していた依存症関連セミナーを事前予約制にし定員を設け、参加者の連絡先の把握、検温、換気、消毒等の感染症対策を行った。家族教室も同様に感染症対策を行った。
一般的な感染症対策の励行 (来所者の体調チェック、手指や器物の消毒、三密の回避等)
個別相談や教室・講座実施の際、来所者の検温、消毒、マスク着用、会場設営の工夫 (定員を減らす、座席間の距離をあける、換気をおこなう) といった感染防止策を講じている。
一番大きな部屋で実施している。机に1人1台座り、入室の際には検温し、アルコール消毒を徹底している。
感染症対策を万全にした上でのプログラム等の実施、参加人数の制限、人数によって部屋を分けての実施など。

<ul style="list-style-type: none"> ・来所者へのマスクの着用をお願いと、来所時検温と問診を実施。相談室の換気と入室時の手指消毒、アクリル板設置を行っている。 ・相談前後に机・椅子の消毒を行っている。 ・集団プログラムの案内チラシに参加時の注意事項を記載。 ・集団プログラムの実施前に参加者に検温と問診実施。室内の換気と座席の距離をとる。入室時の手指消毒、プログラム前後に机・椅子の消毒を行っている。 ・テキストや文房具は一人一人用意している。
会議などは感染症予防対策をとって実施している。
席の間隔を十分にとり、来所時に検温・手指消毒をお願いしている。
相談は広い部屋を使い、透明のアクリルボードでしきりをする。 教室などは通常の定員の半数以下で実施。換気、実施後のアルコール消毒の徹底。
密にならないよう工夫（パーティション・間隔確保）、使用後の消毒、参加者にも感染防止（マスク着用、手指消毒）をお願いしている。
感染防止対策として、広めの会場で、検温、消毒、パーティション、密にならない機の配置等を実施した。
部屋に入る人数を制限し、参加者が多い場合は2部屋に分けて実施した。フェイスシールド、アクリル板等を利用して実施している。
消毒、換気、マスクの着用、距離をあける、飲食の中止などを実施。
・感染防止対策として、会場準備、入室時、面接中、後片付け時等に消毒や体温測定、換気を行う等一定のルールを決めた。
体温測定・体調チェックの簡易質問票の記入・マスク着用を来所者をお願いするとともに、アルコール（手指・机等）消毒・室内換気・定員制限・席配置調整（距離を置く）等を行った。
宣言解除後は、三密を避けるコロナ対策を講じた上で事業を実施。
会場への来所者数の制限、アクリル板などを設置した飛沫対策、アルコール消毒・検温・換気の徹底を行った
面接、研修、グループの実施にあたっては、検温の協力をお願いし、会場の消毒、換気を徹底している。また、アクリル板の設置のほか、定員を減らし、座席の配置の工夫をするなど、密を避け、ソーシャルディスタンスの確保に配慮している。
感染予防対策として、3密を回避するために広い会場へ変更。換気や消毒、参加者の体調確認を徹底している。
検温・消毒・距離をあけるなどの感染症対策の実施と事前周知。
三密に気をつけ、マスク着用の徹底とアルコール消毒実施。
依存症家族講座開催にあたって、参加者の人数制限、席の把握及びソーシャルディスタンス、換気、消毒、講師含めた全員のマスク着用。
検温・マスク着用・換気等の安心して来所できる環境設定
来所時にマスク着用と検温をお願いしている。また、グループでは座席を広く設けて距離を取るようにし、前後でアルコール消毒している。
個別の面接相談では、来所時に検温、消毒、マスク着用、換気等を行っている。
マスク着用や検温、換気、消毒などの感染対策を行った。

通常の衛生対策を図りつつ、従来よりも広い会場を確保するように努めている
広い会場を複数確保
顔の見える関係が大事だと考えているので、来所者にはマスク着用、体温測定、間隔を空けるなど感染症対策を行った上で事業を実施している
家族ミーティング休止中は電話での支援を実施。教室では会場消毒を行い、講師と参加者間にアクリル板を設置。参加者のマスクの徹底および健康状態把握（体温測定等）にご協力頂いた。
感染予防対策は実施している。（グループ活動は広めの会場で実施。手指消毒、検温（体調管理カード）、換気の実施。）
基本的な感染症予防（手洗い、アルコール消毒、体調確認、検温、マスク着用、3密の回避）の実施。
個別面接時には、健康状態をチェックする問診を全員に実施。集団プログラムやセミナー、家族交流会においては、受付時に検温、体調確認を実施。
三密をさけた会場設営。検温、マスク着用。
感染症対策を行っての実施
換気、消毒、密集を避けるなどの一般的な感染症対策を行っている。
検温、アルコール消毒、換気の徹底、参加人数の制限、マスク着用、室内飲食の制限等
教室等の参加者は年齢層が高く、身体リスクが高い方を考慮し、感染対策をきちんと説明、徹底を繰り返しお願いし実行いただくことで、参加者の感染不安を低減してもらえるように努めている。
家族のつどい、家族教室等では三密を避け、手指消毒、マスク着用、換気など予防策を徹底した。
個別面接、当事者回復プログラム、家族教室の場合は適切な距離を保ち、手指消毒、部屋の換気を徹底し、終了後は部屋の消毒も行っている。研修会の場合は参加者同士が適度な距離を保てるように配慮し、検温、手指消毒、部屋の換気を徹底した。
・コロナウイルス感染拡大防止一般対策（来所者に対する健康チェック、人数制限、着席間隔、マスク着用、アルコール消毒、換気、アクリルパーティションの設置、茶菓子の提供停止）
事業規模の縮小（n=14）
感染対策を第一に考えつつ、少なくとも事業の実施回数を確保できるよう、内容（講座形式中心）や枠組み（少人数・短時間）を柔軟に変更して実施した。
会場定員の3分の1の参加者数で研修を開催
講演会等においては、参加者数の縮小
来所相談（診察含む）について、継続する必要があるケースは来所回数を可能な限り減らしている。
・事業自体の時間・定員を縮小した。
開催時間を短縮した。
・研修等における定員の制限、事業の縮小などを含めた感染予防対策の徹底。
支援者向け研修会は、参加人数を減らすなど
当日参加も可能としていたが、事前申し込み制として定員を会場定員の半分以下としている。
・会議の参加機関の数を縮小したり、時間を短縮して実施するなど。

研修会開催に際し、特に司法関係者の参加制限は強く、講師依頼ができない状態が続いているため、内容変更を検討している。
・研修開催にあたって、規模を縮小するなど、感染拡大防止対策をとっている。
来年2月には「依存症フォーラム」開催する予定としているが、その実施方法を検討中である。
教室は、見学者を制限している。
オンラインの活用 (n=11)
オンライン (ZOOM) を用いる
県外の講師の場合は、オンラインで受講する方法に変更し計画中
オンライン対応の導入
一部研修・会議のオンライン開催
普及啓発事業として昨年度は当センターで実施したパネル展を、ホームページへの啓発資料掲載をもって代えた。
修会等はオンラインでの実施も検討している。
会議・打ち合わせ等オンラインで実施。
リモートによる研修を開催することで感染予防をしながら多くの支援者等への普及啓発を実施している。
全ての人が可能なのわけではないが他者と繋がるための場としてオンラインミーティングの提供、広報手段として YouTube の活用。
・オンラインのアクション・フォーラムを開催予定。
県民向けセミナーは、動画の利用。
事個別のフォローの強化 (n=6)
相談者が対面での面談が不安があるような場合は、なるべく電話等で状況確認をするなど関係が途切れないようにしている。
当事者グループプログラムでは、希望者に対して個別プログラムを実施した。
緊急事態宣言中は、当事者プログラムや家族教室は実施できなかったため電話等でフォローを行った。
・事業の一部中止により回復プログラム等へ参加できない場合は、電話にて状況把握や相談対応を行っている。
新型コロナウイルス感染症の影響で、直接会うことができない対象者については、電話連絡を行い、必要であれば電話での相談を実施した。
ミーティング参加者には、ミーティングがない月には電話連絡で様子伺いを行なっている。
他機関との連携強化 (n=3)
自助グループとの積極的な連携や、断酒会例会の会場提供。
相談拠点機関として実施する依存症連携会議を10月に開催し、コロナ禍の中での各機関・団体等の活動状況を共有することに努めた。
相談が開催できない月には、希望する相談者を医療機関に繋ぐことができるよう事前に医療機関との連絡方法を整えた。
特になし (n=1)
特になし

表 25 自助グループや民間回復施設との連携への影響

オンラインでのミーティング実施 (n=16)
人口密集地では ZOOM ミーティングが増えた。
一部のグループではオンラインでのミーティングを開催する等していた。
オンラインでのミーティングを開催されている。
オンラインミーティングを開始する団体があった。
ミーティングの開催の見合わせ、オンライン開催への移行
Zoom によるミーティングを開催。
AA では、集合でのミーティングが困難となり、オンラインで実施。
ミーティングや講演会等をオンラインにて実施しているとのこと。(断酒会は例会を中止)
ミーティング・例会を中止またはオンライン実施にしたり、会場を変更したりするところが増えた
オンラインでのミーティング実施
インターネットを利用して、会場に集まらなくてもミーティングを開催した(自助)グループもあった。
自助グループも中止となり、一部オンラインでのミーティングを実施していた。
周年記念の会の中止を余儀なくされたり、ミーティング自体も中止している時期があり、その後オンラインミーティングを経て、通常のミーティングに戻っているグループが多い。
コロナウイルスの影響で会場を借りることが出来なくなり、ミーティングを一時中止しているグループや zoom にて行っているグループがある。
宣言が解除されても、ミーティング会場の確保が難しく、感染防止対策を徹底した中で施設で実施したり、オンラインでのミーティングを実施していた様子。
オンラインによりミーティングを開催する団体もあった。
会場が借りられずミーティングを中止 (n=11)
ミーティング会場が確保できない
ミーティングの会場が借りられない
会場が閉鎖され、ミーティングが開催できなかった。
会場が使用できなくなり、ミーティングが中止になった。
ミーティングの開催会場が使えなくなり、ミーティングを休止せざるをえなかった。
ミーティング会場がコロナの関係で使用できず、ミーティングが中止になった時期がある。
断酒会等で会場が借りられずに例会やミーティングを中止にする団体もあった。
ほとんどの自助グループが、緊急事態宣言下で、ミーティング会場が閉鎖となり借りれなくなっていた。
コロナウイルスの影響で会場を借りることが出来なくなり、ミーティングを一時中止しているグループや zoom にて行っているグループがある。
非常事態宣言解除後も公共施設等の使用許可が難しく、会場を変更したり、ミーティングを一部閉鎖したり、グループが無くなったりした。
宣言が解除されても、ミーティング会場の確保が難しく、感染防止対策を徹底した中で施設で実施したり、オンラインでのミーティングを実施していた様子。

自助グループ中止 (n=10)
コロナウイルス感染症の状況が落ち着くまで、活動が中止となっている自助グループがある。
自助グループは一部休止したと聞いている。
自助グループにおける例会中止。
自助グループ：活動休止や新しいメンバーの参加受け入れ中止、オンライン開催。
緊急事態宣言時に休会となった自助グループがあった
センターを会場として実施している自助グループ（断酒会等）は非常事態宣言が出された時は中止しました。その後も高齢者が多いことから開催に消極的になっているようです。
緊急事態宣言中は自助グループは中止せざるを得なかったが、回復施設は実施していたと聞いている
自助グループにおいては、ミーティングを休止したグループ、現在も休止中のグループがある。
自助グループの例会、ミーティング等の中止や回数を減らすなどが避けられなかったことから、再飲酒する当事者がいたなどの影響があったと聞いている。
自助グループも中止となり、一部オンラインでのミーティングを実施していた。
活動中止 (n=9)
活動の休止または縮小
緊急事態宣言期間中は軒並み中止になっていた。
一時休止期間があった。
コロナウイルス感染症の感染拡大により活動を停止していた。
緊急事態宣言中は活動を休止せざるを得なかった。再開後も人数を制限しているところがある。
ダルク等の回復施設における社会貢献活動は地域のイベントがないことから、中止となっている。
イベントの中止
例会の休止
当センターの活動と同様に、自助グループや回復施設においても活動の休止や活動内容や活動方法の見直し、人数制限などが行われた。
参加人数を減らして開催 (n=8)
自助グループの参加人数の制限、開催の延期。
人数制限によりミーティングに参加する機会、時間が減った。
再開してもしばらくは感染予防に配慮し、メンバーを限定しているグループもあった。
病院は院外グループ参加不可だったり、回復支援施設もミーティングを減らし家族会を中止していた。
緊急事態宣言中は活動を休止せざるを得なかった。再開後も人数を制限しているところがある。
自助グループ：活動休止や新しいメンバーの参加受け入れ中止、オンライン開催。
病院は院外グループ参加不可

当センターの活動と同様に、自助グループや回復施設においても活動の休止や活動内容や活動方法の見直し、人数制限などが行われた。
ミーティング中止 (n=7)
ミーティングの中止や規模縮小あり。
ミーティングを中止
一時期自助ミーティングが中止となった。
一定期間のミーティングの中止。他機関への訪問の中止。
ミーティング・例会を中止またはオンライン実施にしたり、会場を変更したりするところが増えた
現在も主要メンバーが県外居住地から参加するミーティングは中止しているものもある。
周年記念の会の中止を余儀なくされたり、ミーティング自体も中止している時期があり、その後オンラインミーティングを経て、通常のミーティングに戻っているグループが多い。
場所を変えて開催 (n=7)
自助グループにおいては、会場を借りることができなかった期間は、駐車場で開催するグループもあったが、多くは開催を中止していた。
回復施設：自助グループ休止により施設内ですべてのミーティングを行うことになった。
勉強会や交流会の規模縮小や会場閉鎖により会場変更を行っていた。
ミーティング・例会を中止またはオンライン実施にしたり、会場を変更したりするところが増えた
宣言が解除されても、ミーティング会場の確保が難しく、感染防止対策を徹底した中で施設で実施したり、オンラインでのミーティングを実施していた様子。
回復施設では行動制限のためにレクリエーションもできないためにメンターの閉塞感強まり、代わりに野外キャンプを実施。
ミーティング会場の分散
オンライン活用 (n=6)
LINE 上で集まる等で実施されていた。
Web 開催、電話開催なども行われた。
オンライン例会及び相談への切り替え
県外の講師を対面ではなく、Web 講義としたり、開催時間を短縮し、密を避けての開催としたりしていた。
周年記念の会の中止を余儀なくされたり、ミーティング自体も中止している時期があり、その後オンラインミーティングを経て、通常のミーティングに戻っているグループが多い。
実施形態の変更（オンライン例会など）
感染対策を行った (n=5)
一時的に例会を行えなくなって困っているとの声はあったが、現在では対策を行った上で再開している模様。
緊急事態宣言解除後は、感染予防を実施しながら開催されている。
開所時間の短縮、欠席した体調不良者への電話連絡等フォローの増加、感染防止対策の負担、イベントの中止等

宣言が解除されても、ミーティング会場の確保が難しく、感染防止対策を徹底した中で施設で実施したり、オンラインでのミーティングを実施していた様子。
感染防止対策の負担
その後参加者が減少した (n=5)
外出自粛の風潮から、相談やグループ等への参加自体が少ない印象がある。
参加者数の減少
自助グループ主催者からの情報では、「参加人数が減っている。」
例会の休止、実施形態の変更（オンライン例会など）、参加者の減少などの影響が出ているとの声が聞かれている。
参加者の減少などの影響が出ている
オンライン化の影響 (n=5)
ミーティングをオンラインに切り替えるなどの工夫をしたところもあったが、メンバーによってはネット環境がない人がいたり、自宅では他の家族がいる中で安心して参加できないメンバーもいたと聞いている。
オンラインミーティングを開催したグループもあったが、端末がなくて参加できない人、安全面を危惧して参加しない人がいた（参加者に不公平が生じた）。
高齢化もあり、オンライン例会も困難とのこと。
Web を音声のみでしたが新しい人が参加しにくい。
自助グループの活動をリモートでの開催もあっているようだが、自助グループの活動はリモートには向かない。会場に足を運び、顔を合わせることに意味がある、と仰っていた。
会場が借りられず自助グループ中止 (n=4)
自助グループは会場を断られる等で会場探しに苦慮していた。
自助グループは会場（教会等）が確保できず、開催困難なところもあった。
新型コロナウイルス感染拡大に伴い、令和2年度4月、5月は、多くの公共施設の貸会議室の利用ができなかったことで、ほぼすべての自助グループの活動が実施できなかったと聞いている。
新型コロナウイルス感染拡大のため、会場が確保できず集うことができない。自助グループの活動をリモートでの開催もあっているようだが、自助グループの活動はリモートには向かない。会場に足を運び、顔を合わせることに意味がある、と仰っていた。
オンラインでの自助グループ実施 (n=4)
自助グループの活動が中止になったり、オンライン化が行われたと聞いた。
リモートでの例会開催している自助グループもある。
自助グループ主催者からの情報では、「新たな方法でZOOMで開催している。」
自助グループ：活動休止や新しいメンバーの参加受け入れ中止、オンライン開催。
頻度を減らして開催 (n=4)
ギャマノン：通常月2～3回で開催のところ4・5月は月1回に減らして開催。
自助グループの例会、ミーティング等の中止や回数を減らすなどが避けられなかったことから、再飲酒する当事者がいたなどの影響があったと聞いている。

病院は院外グループ参加不可だったり、回復支援施設もミーティングを減らし家族会を中止していた。
回復支援施設もミーティングを減らし家族会を中止していた。
時間を短くして開催 (n=3)
県外の講師を対面ではなく、Web 講義としたり、開催時間を短縮し、密を避けての開催としたりしていた。
時短開所、ミーティング会場の分散、密にならないプログラムの実施等、各施設にて工夫されながら実施。
開所時間の短縮
特になし (n=3)
特に聞いていない
ダルクは通常営業である。
緊急事態宣言中は自助グループは中止せざるを得なかったが、回復施設は実施していたと聞いている
開催しなかったが連絡は継続 (n=3)
緊急事態宣言中は、当事者ミーティング、家族ミーティングがほとんど開けず、仲間同士がつながれなかったため、電話で連絡を取り合い、状況を確認していた様子。
オンラインが難しいグループは定例開催日に会長が電話で状況の確認等をしていた。
欠席した体調不良者への電話連絡等フォローの増加
影響 (n=3)
それぞれにコロナウイルス感染症の影響は大きかったと思われる。
活動資金が集まらず施設運営が困難になるなど。
プログラムが限定的なものになることによる入所者のストレス
内容を変更して実施 (n=3)
会場から参加者の連絡先を求められ、匿名性がなくなった。
会場が狭く、新規優先で帰る。
密にならないプログラムの実施
時間を短縮して実施した (n=3)
開所時間の短縮、欠席した体調不良者への電話連絡等フォローの増加、感染防止対策の負担、イベントの中止等
時短開所、ミーティング会場の分散、密にならないプログラムの実施等、各施設にて工夫されながら実施。
時短開所
会場借りられず断酒会中止 (n=2)
断酒会では、新型コロナウイルス感染症の影響により会場確保が困難になり、例会等を一時中止する等の影響があった。
NA や断酒会等は、感染予防のために集まりを中止したり、会場の貸し出しができなく中止になることがあった。
会場が借りられず中止 (n=2)

会場が借りられず活動できない。
会場が使用できない時期があり、活動休止を余儀なくされた時期もあった。
訪問を中止 (n=2)
医療機関や施設での訪問活動が休止している
一時、ミーティング活動や医療機関へ出向くメッセージ活動を中止していた。
断酒会を中止 (n=1)
NA や断酒会等は、感染予防のために集まりを中止したり、会場の貸し出しができなく中止になることがあった。
家族会を中止 (n=1)
回復支援施設もミーティングを減らし家族会を中止していた。
会場が借りられず再開延期 (n=1)
会場の都合で再開が9月までずれこんだグループもあった。
頻度を増やして実施 (n=1)
当事者のミーティングについては、自粛によりスリップしやすいため、前年度より開催回数を増やしていた。
スリップした (n=1)
自助グループ主催者からの情報では、「開催を見合わせているので、スリップした。」
再開したが部分的 (n=1)
再開した自助グループもあったが、ミーティング会場である公的施設の一部の閉館等が続いたことにより、部分的な再開となった自助グループもあった。
来所相談を制限した (n=1)
来所相談を制限したり、会場の都合等でミーティングや家族会を休止したりされていた。
集合型のイベントを中止 (n=1)
年度当初に予定されていたオープンスピーカーズミーティングや研修会など集合型のイベントの中止が相次いでいる。

表 26 平成 30 年度の薬物依存外来患者数

実人数	n (%)	延べ人数	n (%)
50人未満	19 (63.3)	500人未満	16 (53.3)
50-100人未満	2 (6.7)	500-1000人未満	4 (13.3)
100-150人未満	3 (10.0)	1000-1500人未満	1 (3.3)
150-200人未満	3 (10.0)	1500-2000人未満	4 (13.3)
200-250人未満	1 (3.3)	2000-2500人未満	1 (3.3)
250-300人未満	0 (0.0)	2500-3000人未満	0 (0.0)
300-350人未満	1 (3.3)	3000-3500人未満	1 (3.3)
350-400人未満	1 (3.3)	3500-4000人未満	0 (0.0)
400人以上	0 (0.0)	4000人以上	2 (6.7)
無回答	0 (0.0)	無回答	1 (3.3)
合計	30 (100.0)	合計	30 (100.0)
実人数	平均 (SD)	延べ人数	平均 (SD)
	76.0 (101.9)		928.4 (1301.4)

表 27 薬物依存本人および家族に対する集団および個別のプログラム実施状況

		n (%)
薬物依存本人 (集団) [複数回答可]	SMARPP類似のプログラムを実施	25 (83.3)
	SMARPPに類似しないプログラムを実施	4 (13.3)
	実施していない	2 (6.7)
薬物依存本人 (個別) [複数回答可]	SMARPP類似のプログラムを実施	14 (46.7)
	SMARPPに類似しないプログラムを実施	6 (20.0)
	実施していない	10 (33.3)
家族 (ギャンブル依存と共通)	実施	17 (56.7)
	実施していない	13 (43.3)
家族 (薬物依存のみ)	実施	7 (23.3)
	実施していない	23 (76.7)
合計		30 (100.0)

表 28 薬物依存症の治療・支援における他の機関との連携状況

	n (%)
ダルク（薬物依存症回復支援施設）	
連携の機会は非常に多い	11 (36.7)
連携の機会は多い	8 (26.7)
連携することはある	3 (10.0)
連携の機会は少ない	1 (3.3)
連携の機会はほとんどない、もしくはない	7 (23.3)
NA（薬物依存症者の自助グループ）	
連携の機会は非常に多い	3 (10.0)
連携の機会は多い	9 (30.0)
連携することはある	3 (10.0)
連携の機会は少ない	7 (23.3)
連携の機会はほとんどない、もしくはない	8 (26.7)
ナラノン（薬物依存症者の家族や友人の自助グループ）	
連携の機会は非常に多い	1 (3.3)
連携の機会は多い	3 (10.0)
連携することはある	6 (20.0)
連携の機会は少ない	11 (36.7)
連携の機会はほとんどない、もしくはない	9 (30.0)
精神保健福祉センター	
連携の機会は非常に多い	4 (13.3)
連携の機会は多い	10 (33.3)
連携することはある	8 (26.7)
連携の機会は少ない	3 (10.0)
連携の機会はほとんどない、もしくはない	5 (16.7)
合計	30 (100.0)

表 29 ダルク、NA、精神保健福祉センターとの連携好事例

	n
ダルク（薬物依存症回復支援施設）	
ダルクメンバー（スタッフ・利用者）が院内プログラムに参加	7
ダルク利用者の診察・入院受け入れ	4
ダルク・メッセージを依頼	3
ダルク・ミーティングを依頼	2
ダルクメンバー（スタッフ・利用者）が自助グループの橋渡し患者をダルクにつなげる	2
ダルクメンバー（スタッフ・利用者）が院内イベントに参加	2
ダルクメンバー（スタッフ・利用者）に研究会講師を依頼	1
ダルク・フォーラムに会場提供	1
ダルクスタッフに患者のカウンセリングや心理教育を依頼	1
ダルクの理事会に参加	1
事例検討	1
職員がダルク職員の育成に協力	1
NA（薬物依存症者の自助グループ）	
NA・メッセージを依頼	1
NAフォーラム等に参加	1
精神保健福祉センター	
ネットワーク会議の共催	1

表 30 薬物依存症の治療・支援における課題

大項目	小項目	n
地域連携	自助グループにつながらない	4
	薬物依存に対応する医療機関が少ない	3
	連携が収益につながらない	3
	地域社会資源が少ない	2
	障害福祉サービスの運用が柔軟でない	1
	その他（地域連携不十分）	3
	合計	16
治療	治療が続かない	4
	治療が診療報酬の点数に反映されにくい	2
	患者への対応がわからない	2
	重複障害患者の治療が難しい	2
	急性期病棟におけるスクリーニングが不十分	1
	合計	11
プログラム	診療報酬制度（依存症集団療法）上の問題	3
	違法薬物と合法薬物の患者の関係がうまくいかない	2
	参加の動機づけが難しい	1
	参加する患者数が少ない	1
	十分なスタッフを配置できない	1
	どの治療プログラムを選べばよいかわからない	1
	合計	9
職員の育成	医師が育たない	3
	職員のスキルが不足	2
	費用の負担が大きく研修に参加できない	1
	合計	6
家族支援	マンパワーの不足	1
	収益につながらない	1
	スキルの不足	1
	地域保健機関の支援につながりにくい	1
	その他（家族支援不十分）	1
	合計	5
院内体制	専門病棟がないので関わりに限界がある	1
	待機時間が長い为患者がつながらない	1
	チームのシステム化ができていない	1
	合計	3