

精神保健福祉センターの役割

1. 精神保健福祉センターと薬物依存症支援

精神保健福祉センター（以下、センターと記す）は、都道府県（指定都市を含む）における精神保健及び精神障害者福祉に関する総合的技術センターであり、全国69箇所に配置されています。センター運営要領¹⁾によると、「精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難なものを行う。心の健康相談から、精神医療に係る相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期、認知症等の特定相談を含め、精神保健福祉全般の相談を実施する」とあり、薬物を含む依存症に関する相談指導が業務として位置づけられています。

厚生労働省の衛生行政報告例²⁾によると、平成28年度、全国のセンターにおける主な相談内容別延人員は136,332人であり、そのうち薬物相談延人員は4,697人（3・4%）でした。相談全体における薬物相談の割合はごく少数にとどまっているものの、近年センターにおける薬物相談支援体制の充実を肌で感じていた筆者らは、平成28年度に全国69箇所のセンターを対象としたアンケート調査を実施し、平成23年度と平成27年

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存症研究部 診断治療開発研究室

近藤 あゆみ

度の依存症支援状況を詳細に比較しました（回収率85・5%）³⁾。その結果、センターにおける薬物相談支援体制は総合的にみて充実しつつあることが明らかになっています。

センターにおける依存症者本人の来所相談延人数を両年度で比較してみると、アルコール、薬物、ギャンブルのなかで、薬物依存症者の来所相談延人数のみ有意に増加していました（表1）。これは本人だけに限ったことなく、薬物依存症者の家族に関しても同様の結果が示されています。さらに、依存症家族教室や依存症者本人のためのグループを実施する機関の割合も増加しており、家族教室については、実施機関の割合が52・6%から73・7%へと約2割増加し、そのうちの約9割は薬物依存症家族を対象としていました。依存症者本人のためのグループについても、実施機関の割合が12・3%から29・8%へと約2割増加し、そのうちの約9割は薬物依存症者を対象としていました（表2）。センターにおける依存症者本人のためのグループは、そのほとんどがSMARPP⁴⁾、類縁のプログラムにもとづき実施されていますが、同様のプログラムを実施するセンターの数はその後さらに増えており、平成29年4月14日現在、準

備中も合わせて33機関（47・8%）にのぼっています。

2. センターにおいて薬物依存症相談支援を行うことの意義

筆者は、東京都立多摩総合精神保健福祉センターにおける薬物・アルコール等専門相談員の経験から、センターが薬物依存症相談支援に力を入れることの意義を強く感じてきました。その第一は、早期介入が可能になるということです。センターの薬物相談は、依存症者本人よりも家族から始まることが多いのですが、本人が自らの薬物問題の深刻さを認めて助けを求める以前に、まず家族が本人の薬物使用やそれに関連する様々な問題行動に困り果て、助けを求めてやってくるのです。このためセンターでは、ファースト・クライエントとして登場してくる家族との支援関係を大事にしながら、家族を通じて本人の早い登場を促し、ゆるやかに「底上げ」をはかっていくことができます。本人にしてみても、精神科病院や依存症回復支援施設などに比べてセンターに足を運ぶことは抵抗感が少ないことから、早期介入を行う機会として適しているといえるでしょう。

表1 依存症者本人の来所相談延人数に関するH23年度とH27年度との比較

		H23	H27	p値
		n (%)	n (%)	
アルコール	0名	20 (48.8)	14 (34.1)	0.411
	1～10名	16 (39.0)	21 (51.2)	
	11～20名	2 (4.9)	2 (4.9)	
	21～30名	2 (4.9)	2 (4.9)	
	31～40名	0 (.0)	0 (.0)	
	41～50名	0 (.0)	2 (4.9)	
	51～100名	1 (2.4)	0 (.0)	
	101名以上	0 (.0)	0 (.0)	
	合計	41 (100.0)	41 (100.0)	
薬物	0名	22 (55.0)	12 (30.0)	0.027*
	1～10名	12 (30.0)	17 (42.5)	
	11～20名	1 (2.5)	5 (12.5)	
	21～30名	0 (.0)	0 (.0)	
	31～40名	3 (7.5)	1 (2.5)	
	41～50名	0 (.0)	0 (.0)	
	51～100名	1 (2.5)	5 (12.5)	
	101名以上	1 (2.5)	0 (.0)	
	合計	40 (100.0)	40 (100.0)	
ギャンブル	0名	13 (40.6)	10 (31.3)	0.05
	1～10名	13 (40.6)	14 (43.8)	
	11～20名	1 (3.1)	1 (3.1)	
	21～30名	3 (9.4)	3 (9.4)	
	31～40名	0 (.0)	0 (.0)	
	41～50名	0 (.0)	1 (3.1)	
	51～100名	1 (3.1)	2 (6.3)	
	101名以上	1 (3.1)	1 (3.1)	
	合計	32 (100.0)	32 (100.0)	

Wilcoxonの順位和検定, * p<0.05

表2 家族または依存症者本人を対象としたグループの実施状況に関するH23年度とH27年度との比較

	H23年度		H27年度	
	家族	依存症者本人	家族	依存症者本人
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
実施した	30 (52.6)	7 (12.3)	42 (73.7)	17 (29.8)
実施しなかった	27 (47.4)	50 (87.7)	15 (26.3)	40 (70.2)
合計	57 (100.0)	57 (100.0)	57 (100.0)	57 (100.0)
《上記「実施した」機関の対象別実施状況》(複数回答可)				
アルコール	14 (46.7)	1 (14.3)	23 (54.8)	6 (35.3)
薬物	27 (90.0)	6 (85.7)	37 (88.1)	16 (94.1)
ギャンブル	8 (26.7)	2 (28.6)	14 (33.3)	3 (17.6)
その他(インターネット等)	6 (20.0)	1 (14.3)	8 (19.0)	1 (5.9)
合計	30 (100.0)	7 (100.0)	42 (100.0)	17 (100.0)

第二に、クライエントのニーズに応じて様々な社会資源を活用しながら回復支援を行えるという点です。薬物依存症からの回復には生活の安定化をはかることが重要であり、医療や精神保健サービスのみならず、居住、経済、就労、子育てなどに関する幅広いサービスをタイミングよく提供していくことが求められます。センターは、精神保健福祉に関連するものを中心に地域の社会資源を熟知しており、また、クライエントのニーズに応じた社会資源を見立て、導入のための動機づけを行うといった対人援助技術を有する専門職が配置されていることから、様々な社会資源を活用して地域全体で薬物依存症者の回復を支援していく際の起点となることができます。

第三の意義は、本人と家族の両方を視野に入れた支援が可能なことです。薬物依存症者の回復に家族が及ぼす影響が大きいことは広く知られていることから家族の存在は重要ですが、実際には、家族支援に重点を置く専門機関は多くありません。精神科病院を例に考えてみても、マンパワーや経営的な問題から、依存症者本人の治療に比重が置かれ、家族支援まで十分手が回らないことが多いのが現状です。たとえば本人が精神科病院に入院し、一定期間治療を行うことで断薬に成功したとすると、その間、家族が支援を得て、薬物依存症について学んだり本人に対する適切な関わりを身につけたりすることは、本人の再発のリスクを減少し、回復の道を安定化させることに大きく役立ちます。一方、家族がなんの支援も受けられなかつ

た場合は、不用意な関わりで本人の再発リスクを高めてしまうといったことも起こり得るのです。このように極めて重要な家族支援ですが、依存症からの回復には時間がかかることが多く、回復の段階ごとに家族の課題も変化していくことから、家族を視野に入れた一体的な支援を継続的に行うことができる機関として、センターの存在意義は大きいものと思われれます。

3. まとめ

平成26年、アルコール健康障害を有する者に対する支援の充実等を目的に、アルコール健康障害対策基本法が施行され、平成28年には、薬物事犯者の更生や社会復帰の促進を目指した刑の一部執行猶予制度が施行されました。また、ギャンブル問題についても、平成28年に統合型リゾート施設（IR）整備推進法（カジノ法）が施行されたことを受けて、ギャンブル依存症対策強化のための方策が急ぎ検討されているところです。このような依存症を取り巻く状況が大きく変化するなか、依存症対策はますます重要性を増しており、早急な相談支援体制の拡充が求められています。そのなかでも、早期介入、ソーシャルワーク、家族支援などにおいて優れた力を発揮し得るセンターへの期待は大きいといえるでしょう。厚生労働省は、平成29年度から依存症対策総合支援事業を新設し、依存症相談員の配置や支援者に対する研修を通してセンターの機能強化をはかろうとしています。センターが今後その可能性を存分に発揮

し、地域における薬物依存症支援の要としての役割を果たしていくためには、しっかりとした国からのバックアップが不可欠です。

1. 四訂 精神保健福祉法詳解、精神保健福祉研究会（監修）、中央法規、p82-86、2016.
2. 厚生労働省「衛生行政報告例：結果の概要」、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19a.html>、2017. 11.29. アクセス
3. 近藤あゆみ、白川教人、高橋郁絵ほか「精神保健福祉センターにおける家族心理教育プログラムの普及と評価に関する研究、平成28年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）「危険ドラッグを含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の社会復帰に向けた支援に関する研究」報告書、2017.
4. 松本俊彦、今村扶美：SNARPP-24 物質使用障害治療プログラム、金剛出版、東京、2015.
5. 国立研究開発法人 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症研究部ホームページ、<http://www.nmp.go.jp/nimh/yakubutsu/>、2017. 6.13. アクセス