

依存嗜癮疾患診療実態調査

報告書

2019



Japanese Association of Neuro-Psychiatric Clinics

公益社団法人日本精神神経科診療所協会

依存嗜癖疾患診療実態調査

報告書

2019

Japanese Association of Neuro-Psychiatric Clinics

公益社団法人日本精神神経科診療所協会

報告書

2020年9月 日

公益社団法人日本精神神経科診療所協会 会長 三木和乎
日精診・依存症対策プロジェクトチーム委員長 辻本土郎
実態調査担当委員・報告書執筆編集担当 山崎茂樹

依存嗜癮疾患診療実態調査報告

先の見えない現代社会のなかで、依存に陥る人は少なくありません。精神科診療所においてはアルコール使用障害などの物質依存問題だけでなく、ギャンブル依存、ネット・ゲーム依存、病的窃盗など行動嗜癮問題などで受診する本人や家族が増加しているように思われます。また、うつや不安障害など精神症状の背景に依存症問題があり、回復が遷延化しているケースも少なくありません。これらの状況に対応するため、日本精神神経科診療所協会は2019年6月、第25回学術研究集会・埼玉大会のうちに依存症プロジェクトチームを発足させました。プロジェクトチームの初会合は埼玉大会の会場の一室で開催され、日精診加盟診療所を対象とした依存嗜癮疾患診療に関する実態調査の実施が確認されました。その後、日精診の倫理委員会および理事会の審議を通り、2019年9月および10月に実態調査は実施されました。

その後新型コロナウイルス感染症の世界的な流行により、緊急事態宣言が発出され、いわゆる三密を避ける方針により、AA や GA 等のグループミーティングの実施が困難な状態が続いております。テレワークやオンライン授業などによるストレスなども指摘されておりますが、それらの影響については今後の調査に委ねたいと思います。

この度、実態調査のとりまとめができあがりましたので、報告書としてここに報告します。

日精診・依存症対策プロジェクトチーム委員

委員長 辻本土郎 (大阪)	委員 上村敬一 (福岡)
委員 奥田 宏 (石川)	委員 近藤直樹 (静岡)
委員 斉藤利和 (北海道)	委員 紫藤昌彦 (東京)
委員 西山 仁 (愛知)	委員 比嘉千賀 (埼玉)
委員 三木和乎 (神奈川)	委員 山崎茂樹 (埼玉)

序

依存症は現代社会の病理として日精診が対応しなければいけない課題の一つである。疫学から見れば、わが国の患者数は、例えばアルコール依存症は107万人、ギャンブル依存症は320万人と推定されている。しかし受診に至る人はごく一部で、平成29年度の患者調査では受診者数は、アルコール依存症は4.6万人、ギャンブル依存症は0.1万人と報告されている。受診率で見れば、アルコール依存症は4.3% (4.6/107)、ギャンブル依存症は0.03% (0.1/320) である。未受診者が圧倒的に多い。受診率がかように低い疾患がほかにあるだろうか。疾病におけるトリートメントギャップ（本来治療が必要にもかかわらず、治療にかかっていない状態）の解消は国民的課題である。依存症の場合、この治療的空白の背景には患者や家族の疾病否認、社会的偏見・誤解・スティグマ、貧困・格差・自己責任論など、様々な要因が想定される。

日精診の依存嗜癖疾患診療にかんする実態調査は、日精診加盟の精神科診療所における依存症治療の実態および依存症関連事象にかんする問題意識をつまびらかにするとともに、外来治療で行う依存症治療の問題点・障害要因を探り、もって精神科診療所が幅広く依存症治療に関われる可能性を見出さんとするものである。

結果として診療実態とそれに伴う諸問題が明らかになった。例えば、日精診の会員は様々な依存症を幅広く診療していた。調査した8種類の疾患の数的ボリュームは、アルコール使用障害、摂食障害、薬物依存・乱用、ゲームネット依存、ギャンブル依存の順であった。新手的なゲームネット依存が大きな存在感を示していた。医療者の依存症への陰性感情も一部に認められたが、「関わりたくても関われない」「忙しすぎて手が回らない」など葛藤を抱えながらも、様々な治療的工夫をしている診療所の姿を垣間見ることができた。

依存症は特殊な疾患ではない。どこにでもある現代病である。人間存在の光と影のなかで、依存症は光との関係を捨てながら、依存対象との関係のみに陥っていく否認と孤立の疾病である。回復は、人間との関係を取りもどしていくプロセスでもある。その回復の作業を支援するのが医療者であり医療チームである。

精神科プライマリーケアでは、程度の差こそあるにせよ、疾患の種類を差別することなく初期対応すべきものである。その作業を円滑に実施するにはコメディカル・スタッフの存在は不可欠

である。しかし医療チームの一員であるコメディカル・スタッフは、その労働が診療報酬としての評価に乏しいこともあり不足している。

今回の実態調査、結果として、やたらに数字の多い報告書になりました。たかが数字、されど数字です。調査結果としての各種の数字やそれらで構成される様々な図表を、わが国における依存症医療および関連事象の現在と未来を観る縁として参考にしていただければ幸いです。

目次

序	3
アンケート調査の内容と方法	6
記述統計編	
一 対象の属性	8
(一) 年齢・性別	8
(二) 診療所の所在地	9
二 依存嗜癖疾患を主病名副病名で診療している診療所の数	10
三 依存嗜癖疾患への対応の実態	12
(一) 対応の実態	12
(二) 対応のスタンス	14
四 依存嗜癖疾患の治療上の工夫	15
五 依存嗜癖疾患の治療阻害要因	17
六 通院集団精神療法および依存症集団精神療法	26
七 ギャンブル依存症とカジノ問題	28
八 自助グループ	30
九 自業自得・自己責任論	33
十 精神障害者の職場での理解と受け入れ	33
十一 日精診に期待すること	36
十二 診療所の人的構成	38
十三 依存症・嗜癖問題の主病名副病名での患者総数	40
統計解析編	
はじめに	44
一 治療阻害要因の分析	44
(一) 治療者の対応スタンスと治療阻害要因	44
(二) 自己責任論と治療阻害要因	60
(三) 社会的偏見と治療阻害要因	75
二 常勤コメディカル・スタッフの有無・人員数と治療との関係	89
(一) 常勤精神保健福祉士	89
(二) 常勤臨床心理士	93
(三) 常勤看護師	96
三 治療阻害要因に関する自由記述から	100
(一) 治療阻害要因に関する質的帰納法的カテゴリー化	100
(二) 生成したカテゴリーとアンケート質問7の想定治療阻害要因との関係	106
(三) 計量テキスト分析による質的帰納的研究所見の検証	107
四 自由記述「依存嗜癖疾患医療に関して思うこと」から (日精診依存症対策プロジェクトチームへの期待も含めて、自由記述からみて)	111
まとめ	120
付録 日精診依存症治療アンケート	123
編集後記	128

アンケート調査の内容と方法

調査方法・内容およびアンケートの構成については主に委員会のメーリングリストを用いて検討し、さらにアンケート調査担当委員が所属する埼玉県精神神経科診療所協会・浦和精神科医会・白峰クリニックに所属する精神科医・臨床心理士・ソーシャルワーカー等の意見も参考にして、17の質問から構成されるアンケート調査票は作成された。

調査票の骨格は以下のとおりです。

- 1 診療所の基礎的情報 医師の属性（質問1）・診療所の人的構成（質問15）
- 2 依存嗜癮疾患を診療しているクリニック数および患者数（質問2、質問3、質問16、質問17）
- 3 依存嗜癮疾患への対応の現状と今後（質問4、質問5）
- 4 治療上の工夫（質問6）
- 5 治療阻害要因（質問7、質問12、質問13）
- 6 通院集団精神療法・依存症集団療法について（質問8、質問9）
- 7 病的賭博とカジノ建設について（質問10）
- 8 自助グループについて（質問11）
- 9 会員の要望（質問14）

実施案は日精診の倫理委員会を経て理事会で承認され、2019年9月から10月にかけて、紙媒体記載・郵送返送式で実施されました。結果、調査票1,599通を郵送し507通の回答を得ました。アンケートの回収率は31.7%でした。郵送したアンケート調査票は巻末に付録します。

記述統計編

アンケート調査票は17の質問で構成されている。以下、質問番号の順に記述統計結果を述べる。

一 対象の属性

(一) 年齢・性別

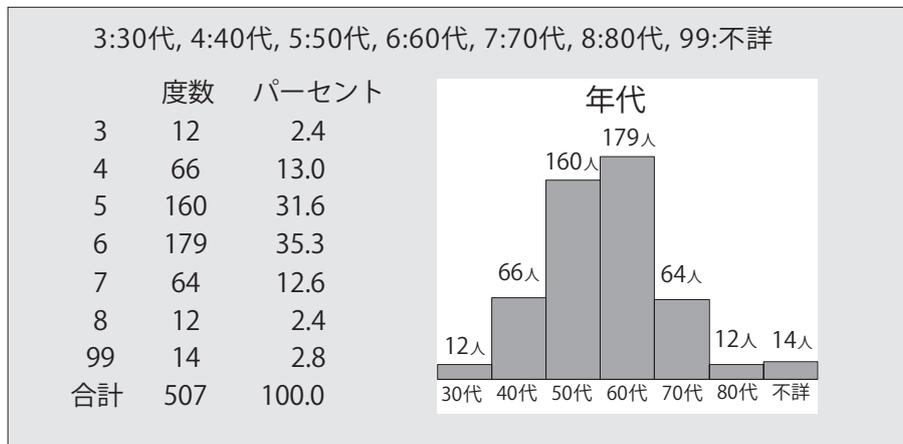
質問1 まず、先生の属性について教えてください。

年齢 20代、30代、40代、50代、60代、70代、80代以上

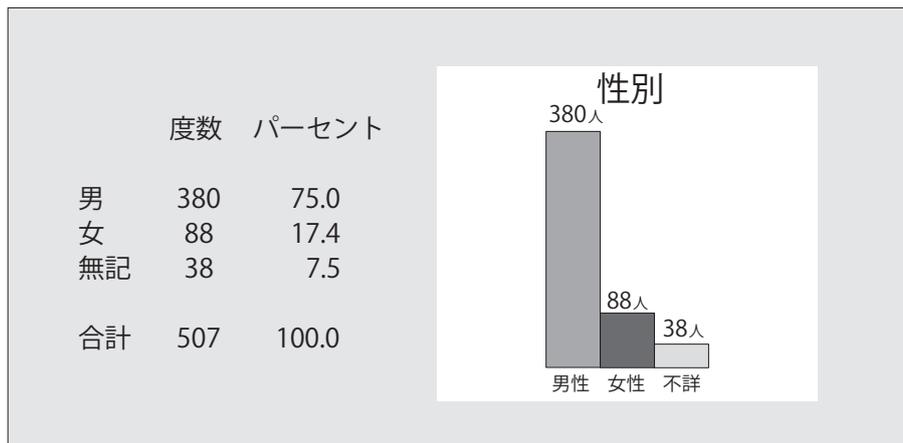
性別 男性 ・ 女性 診療所の所在地（都道府県）_____

対象の属性。507例の年齢上位3位は、60代が179例、50代が160例、40代が66例であった。対象の性別は男が75%以上を占めていた。対象の所在地は大阪が最も多く、次いで神奈川、兵庫、東京、愛知、埼玉と続いた。

質問1 - 1 対象の年齢



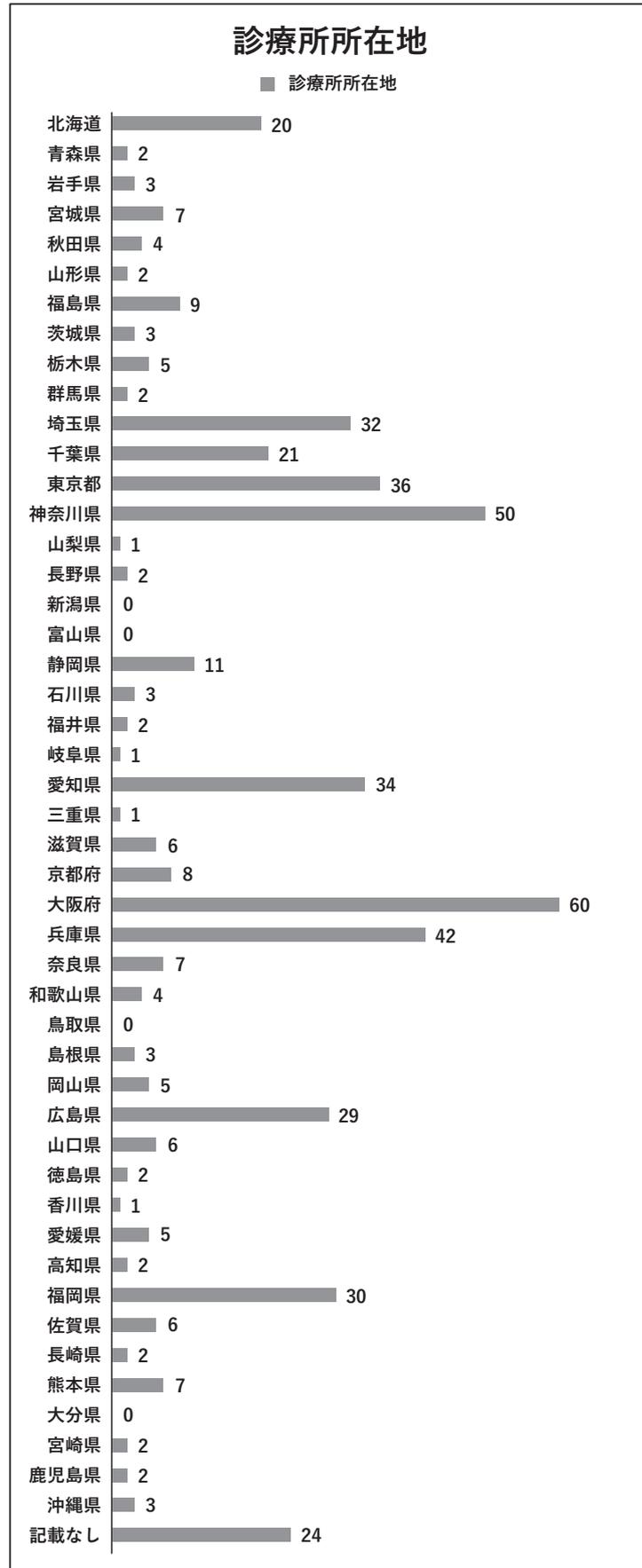
質問1 - 2 対象の性別



(二) 診療所の所在地

質問 1 - 3 診療所の所在地

	診療所所在地
北海道	20
青森県	2
岩手県	3
宮城県	7
秋田県	4
山形県	2
福島県	9
茨城県	3
栃木県	5
群馬県	2
埼玉県	32
千葉県	21
東京都	36
神奈川県	50
山梨県	1
長野県	2
新潟県	0
富山県	0
静岡県	11
石川県	3
福井県	2
岐阜県	1
愛知県	34
三重県	1
滋賀県	6
京都府	8
大阪府	60
兵庫県	42
奈良県	7
和歌山県	4
鳥取県	0
島根県	3
岡山県	5
広島県	29
山口県	6
徳島県	2
香川県	1
愛媛県	5
高知県	2
福岡県	30
佐賀県	6
長崎県	2
熊本県	7
大分県	0
宮崎県	2
鹿児島県	2
沖縄県	3
記載なし	24
	507



二 依存嗜癖疾患を主病名副病名で診療している診療所の数

質問2 主病名（あるいは主問題）で、どの患者が多いでしょうか、1位から3位まで特定していただき数字を各診断名の後にお書き下さい。また、月におおよそ10例以上を診る患者には◎を、1～9例は○をつけて下さい。

記載例 アルコール使用障害（1位・◎）、病的賭博（3位・○）、買い物依存（○）
（ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい。）

アルコール使用障害	()	薬物依存・乱用	()
病的賭博	()	病的窃盗	()
ネット・ゲーム障害	()	摂食障害	()
買い物依存	()	性依存	()
その他	_____依存 ()		

1 各種依存嗜癖疾患を診療している診療所の数

主病名でみると（1・2・3位の合計で）、アルコール使用障害（374件）、摂食障害（263件）、薬物依存・乱用（209）件、ネット・ゲーム依存（101件）の順であった。

各種依存嗜癖疾患を診療している診療所の数は、主病名の1位では多い順に、アルコール使用障害274、摂食障害90、薬物依存・乱用27、ネット・ゲーム依存18、買い物依存8、病的賭博4、病的窃盗3、性依存2であった。

主病名の2位では多い順に、薬物依存・乱用103、摂食障害95、アルコール使用障害77、ネット・ゲーム依存34、買い物依存27、病的賭博24、病的窃盗5、性依存1であった。

主病名の3位では多い順に、薬物依存・乱用、摂食障害、ネット・ゲーム依存、買い物依存、病的賭博、アルコール使用障害、病的窃盗、性依存であった。

アルコール・薬物・ギャンブルなど旧来からの依存嗜癖疾患に加えて、新たな社会現象ともみられるネット・ゲーム依存が存在感を示していた。また数量的差異はあるものの、診療対象のなかに各種依存嗜癖疾患が散りばめられており、日精診療所の診療活動の多様性が示されている。

	1位	2位	3位	1・2・3位 合計	(/507) %
アルコール使用障害	274	77	23	374	73.7
薬物依存・乱用	27	103	79	209	41.2
病的賭博	4	24	37	65	12.8
病的窃盗	3	5	12	20	3.9
ネット・ゲーム依存	18	34	49	101	19.9
摂食障害	90	95	78	263	51.9
買い物依存	8	27	43	78	15.4
性依存	2	1	10	13	2.6
合計	426	366	331	1,123	

2 主病名の月間患者実数からみた診療所の数

月間患者実数からみるという条件付であるが、507診療所のうち、アルコール使用障害では303（59.8%）、摂食障害202（39.8%）、薬部依存・乱用164（32.3%）、ネット・ゲーム依存70（13.8%）、買い物依存55（10.8%）、病的賭博47（9.3%）、病的窃盗16（3.2%）、性依存12（2.4%）の診療所が主病名としての依存嗜癖疾患を診療していた。

このうち、月間10例以上を診ている診療所の数は、アルコール使用障害では101、摂食障害では42、薬物依存・乱用では31であった。

質問2-2 月間患者実数からみた診療所の数（主病名から）

主病名	診療所数	
	1～9例	10例以上
アルコール使用障害	202	101
薬物依存・乱用	133	31
病的賭博	39	8
病的窃盗	14	2
ネット・ゲーム依存	61	9
摂食障害	160	42
買い物依存	55	1
性依存	9	3

質問3 副病名（あるいは併存問題）としてなら、どの患者が多いでしょうか、1位から3位まで特定していただき、数字を各診断名の後にお書き下さい。また、月におおよそ10例以上を診る患者には◎を、1～9例は○をつけて下さい。記載例 アルコール使用障害（1位・◎）、病的賭博（3位・○）、買い物依存（○）（ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい。）

アルコール使用障害（ ） 薬物依存・乱用（ ）
 病的賭博 （ ） 病的窃盗 （ ）
 ネット・ゲーム障害（ ） 摂食障害 （ ）
 買い物依存 （ ） 性依存 （ ）
 その他_____依存（ ）

1 依存嗜癖疾患が副病名である場合、その種類と副病名と認めた診療所数

各種依存嗜癖疾患を診療している診療所の数は、副病名の1位では多い順に、アルコール使用障害253、摂食障害63、ネット・ゲーム依存36、薬物依存・乱用35、買い物依存13、病的賭博7、病的窃盗4、性依存1であった。

副病名の2位では多い順に、摂食障害96、薬物依存・乱用89、アルコール使用障害75、ネット・ゲーム依存36、買い物依存35、病的賭博20、病的窃盗3、性依存2であった。

副病名の3位にあげた診療所の数は多い順に、摂食障害72、薬物依存・乱用65、ネット・ゲーム依存55、買い物依存52、病的賭博33、アルコール使用障害27、病的窃盗10、性依存3であった。

質問3-1 依存嗜癖疾患・副病名で多いのは何か（診療所数）

	1位	2位	3位	1・2・3位 合計	(/507) %
アルコール使用障害	253	75	27	355	70
薬物依存・乱用	35	89	65	189	37.3
病的賭博	7	20	33	60	11.8
病的窃盗	4	3	10	17	3.4
ネット・ゲーム依存	36	39	55	130	25.6
摂食障害	63	96	72	231	45.6
買い物依存	13	35	52	100	19.7
性依存	1	2	3	6	1.2
合計	412	359	317	1,088	

2 副病名の月間患者実数からみた診療所の数

各種依存嗜癖疾患を診療している診療所の数は、副病名でみると（1・2・3位の合計で）、アルコール使用障害（355）、摂食障害（231）、薬物依存・乱用（189）、ネット・ゲーム依存（130）の順であった。この順は主病名での出現頻度と同様である。ネット・ゲーム依存は副病名ではさらに存在感を示している。また主病名同様、副病名でも、数量的差異はあるものの診療対象のなかに各種依存嗜癖疾患が散りばめられており、日精診診療所の診療活動の多様性を示すとともに、依存嗜癖疾患が無視できない診療対象となっていることを示している。

質問3-2 副病名としての依存嗜癖疾患の月間症例実数はどのくらいあるか

副病名	診療所数	
	1～9例	10例以上
アルコール使用障害	191	95
薬物依存・乱用	125	27
病的賭博	34	11
病的窃盗	10	4
ネット・ゲーム依存	73	21
摂食障害	152	34
買い物依存	75	5
性依存	3	2

三 依存嗜癖疾患への対応の実態

（一）対応の実態

質問4 現状では、依存症・嗜癖問題の患者が来られた場合どのように対応されていますか。

当てはまるものに○をつけて下さい。（複数回答可）

- 受付でお断りしている
- いちおうは診ている
- 専門医療機関を紹介する
- 受診を継続させ、一緒に考え、治療する
- コメディカル・スタッフが相談にのる
- 依存・嗜癖の専門的治療を行う
- 自助グループ・家族会などの情報提供をする
- パンフレット・本の紹介など情報提供をする
- その他：

1 依存症・嗜癖問題の患者が来院の場合の対応の現状

最も多いのは「専門医療機関を紹介する」で507診療所のうちの307件（60.6%）、次いで「いちおうは診ている」が289件（57.0%）、「受診を継続させ、一緒に考え、治療する」が203件（40.0%）、「自助グループ・家族会などの情報提供をする」が189件（37.3%）、「パンフレット・本の紹介など情報提供をする」が81件（16.0%）、「受付でお断りしている」が80件（15.8%）、「コメディカル・スタッフが相談にのる」が64件（12.6%）、「依存・嗜癖の専門治療を行う」が42件（8.3%）に認められた。

質問 4-1 依存症・嗜癖問題の患者が来院の場合の対応の現状（複数回答可）（診療所数に占める割合）

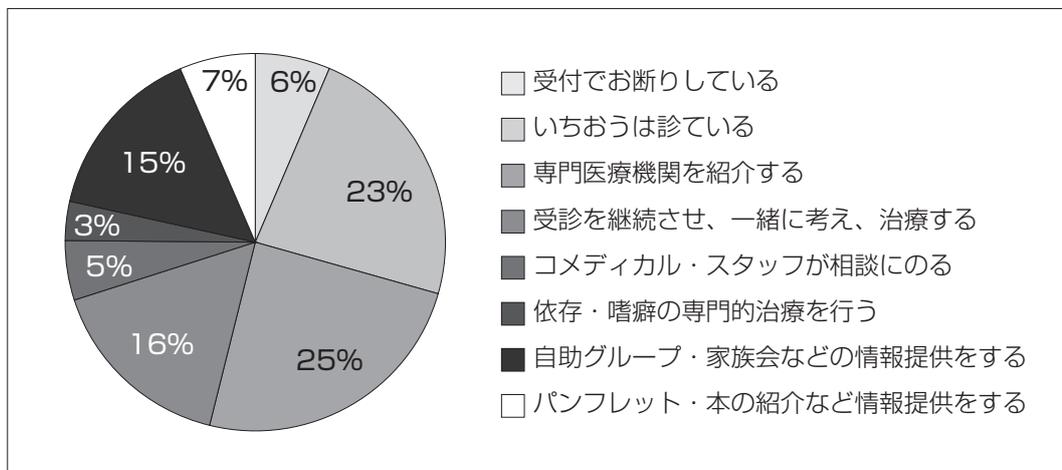
	診療所数	(/507) %
受付でお断りしている	80	15.8
いちおうは診ている	289	57
専門医療機関を紹介する	307	60.6
受診を継続させ、一緒に考え、治療する	203	40
コメディカル・スタッフが相談にのる	64	12.6
依存・嗜癖の専門的治療を行う	42	8.3
自助グループ・家族会などの情報提供をする	189	37.3
パンフレット・本の紹介など情報提供をする	81	16

2 回答累積件数に占める各回答の割合

対応の現状について8通りのパターンについて尋ねたが、回答累積件数（1,255件）に占める各回答の割合をみると以下の表となる。最も多いのは「専門医療機関を紹介する」で24.5%、次いで「いちおうは診ている」が23.0%、「受診を継続させ、一緒に考え、治療する」が16.2%、「自助グループ・家族会などの情報提供をする」が15.1%、「パンフレット・本の紹介など情報提供をする」が6.5%、「受付でお断りしている」が6.4%、「コメディカル・スタッフが相談にのる」が5.1%、「依存・嗜癖の専門治療を行う」が3.3%であった。

質問 4-2 依存症・嗜癖問題の患者が来院の場合の対応の現状（複数回答可）
（回答累積件数に占める割合）

	診療所数	(/1,255) %
受付でお断りしている	80	6.4
いちおうは診ている	289	23
専門医療機関を紹介する	307	24.5
受診を継続させ、一緒に考え、治療する	203	16.2
コメディカル・スタッフが相談にのる	64	5.1
依存・嗜癖の専門的治療を行う	42	3.3
自助グループ・家族会などの情報提供をする	189	15.1
パンフレット・本の紹介など情報提供をする	81	6.5



(二) 対応のスタンス

質問5 今後の、依存症・嗜癖問題への先生の対応・スタンスについてお尋ねします。

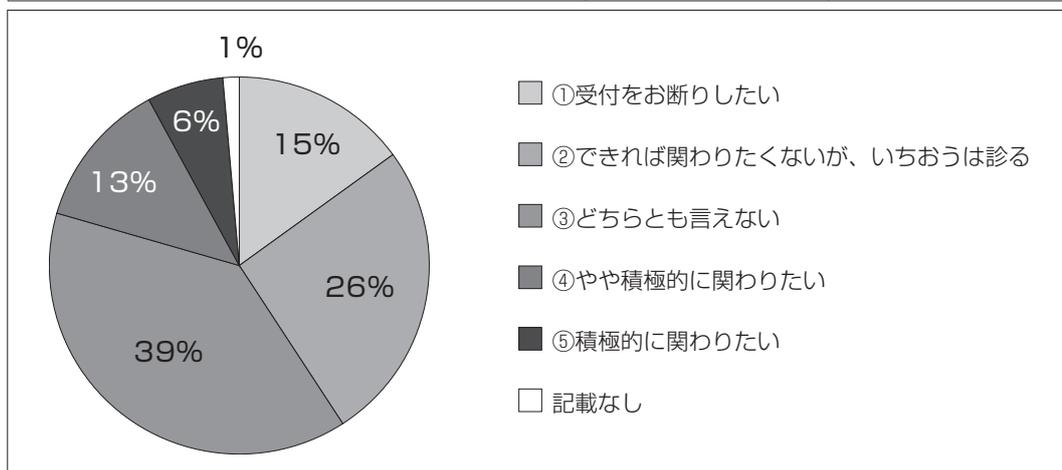
当てはまるものにひとつ、○をつけて下さい。

- ① 受付をお断りしたい
- ② できれば関わりたくないが、いちおうは診る
- ③ どちらとも言えない
- ④ やや積極的に関わりたい
- ⑤ 積極的に関わりたい

15.0%の先生は「受付をお断りしたい」とし、25.7%の先生は「できれば関わりたくないが、いちおうは診る」として拒否的～消極的なスタンスを示している。しかし、先にみたとおり507診療所のうち、少なくとも、アルコール使用障害では374件(73.0%)、摂食障害263件(51.9%)、薬部依存・乱用209件(41.2%)、ネット・ゲーム依存101件(19.9%)、買い物依存78件(15.4%)、病的賭博65件(12.8%)、病的窃盗20件(3.9%)、性依存13件(2.6%)の診療所が主病名としての依存嗜癖疾患を診療しており、それは副病名をみても同様であった。このことからすれば、今後の対応・スタンスで「できれば関わりたくないが、いちおうは診る」および「どちらとも言えない」はの合計327件(64.5%)の診療所は、「受付でお断りしたい」がそれができなくて、消極的に診ているのかもしれない。

依存嗜癖疾患の好き嫌いにかかわらず、かなりの種類と数を現実には診ざるをえない現実があり、願望と現実の矛盾を抱えながら診療されていることが想像に難くない。対応としては、従来のままの診療スタイルを続けてもよし、あるいはポジティブにリフレームして、「さまざまな依存嗜癖疾患が出現増加する時代であり、依存嗜癖疾患を避けては通れない」と、認識を改めるのも一つの対処方法であろう。また、精神科診療所に求められる精神科プライマリーケアと専門治療機能、診療所の機能分化と連携などの課題を明らかにする必要がある。

	診療所数	(/507) %
①受付をお断りしたい	76	15.0
②できれば関わりたくないが、いちおうは診る	131	25.7
③どちらとも言えない	196	38.7
④やや積極的に関わりたい	64	12.6
⑤積極的に関わりたい	33	6.5
記載なし	7	1.4
合計	507	



四 依存嗜癖疾患の治療上の工夫

質問6 依存症・嗜癖問題について、どこに治療の工夫をしていますか。

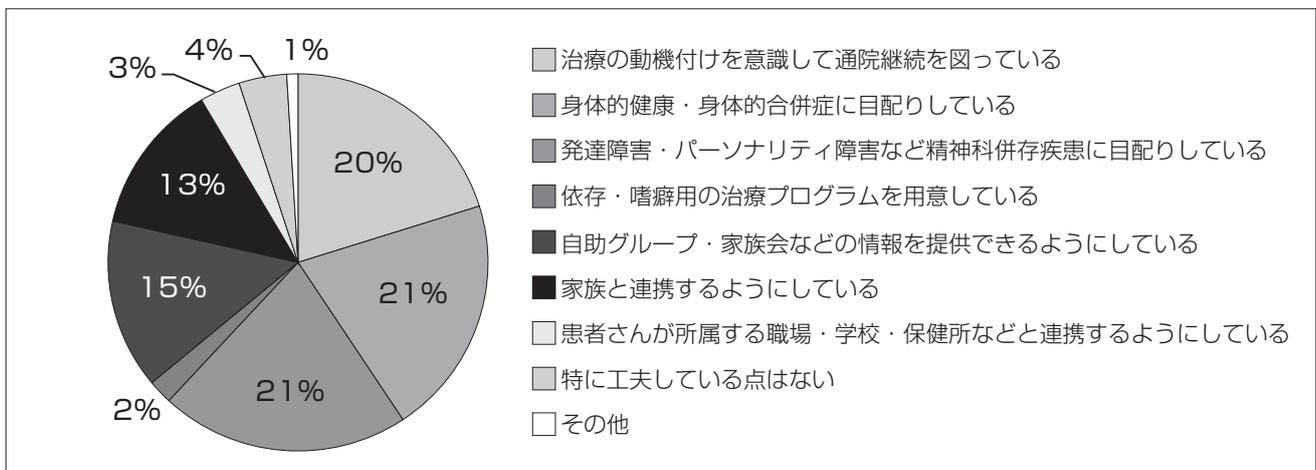
該当するものには○、特に工夫しているものに◎をお付け下さい。(複数回答可)

- () 治療の動機付けを意識して通院継続を図っている
- () 身体的健康・身体的合併症に目配りしている
- () 発達障害・パーソナリティ障害など精神科併存疾患に目配りしている
- () 依存・嗜癖用の治療プログラムを用意している
- () 自助グループ・家族会などの情報を提供できるようにしている
- () 家族と連携するようにしている
- () 患者さんが所属する職場・学校・保健所などと連携するようにしている
- () 特に工夫している点はない
- () その他：

「工夫している項目」についてはそれぞれ下表のとおりである。結果、精神科併存疾患に注意しているのは約48%、身体的健康・身体合併症に注意しているのは約47%、および動機付けを意識して行っているが46%に認められた。一方、依存・嗜癖用治療プログラムを用意しているところは約5%と少なかった。家族と連携しているのは約30%。職場・学校・保健所などとの連携は約8%に認められただけであった。

質問6-1 治療の工夫 (○・該当するもの) (複数回答可)

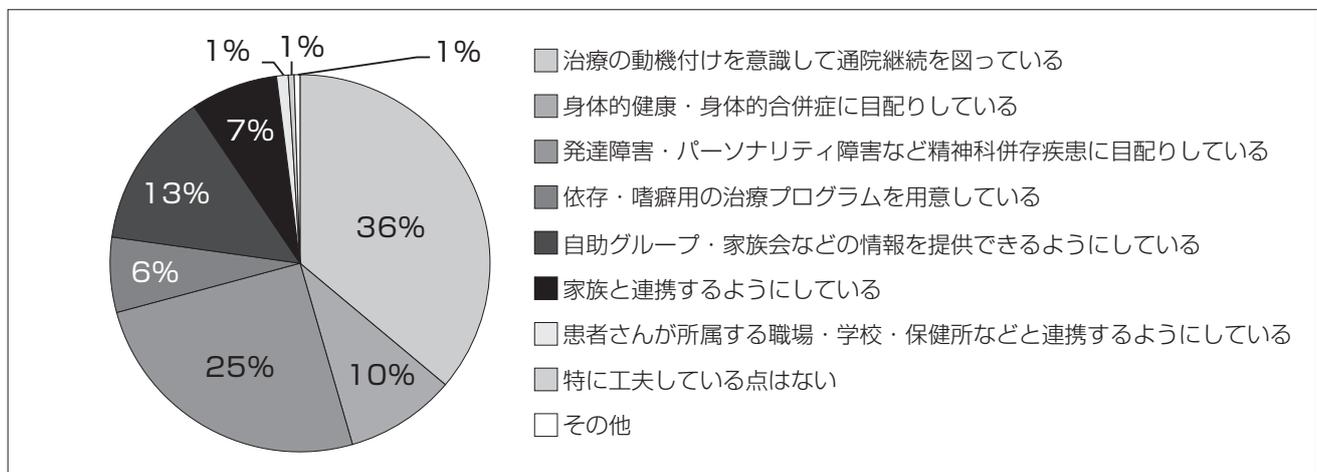
工夫しているもの	診療所数	(/507) %
治療の動機付けを意識して通院継続を図っている	233	46
身体的健康・身体的合併症に目配りしている	237	46.8
発達障害・パーソナリティ障害など精神科併存疾患に目配りしている	245	48.4
依存・嗜癖用の治療プログラムを用意している	24	4.7
自助グループ・家族会などの情報を提供できるようにしている	168	33.2
家族と連携するようにしている	150	29.6
患者さんが所属する職場・学校・保健所などと連携するようにしている	40	7.9
その他	11	2.2



「特に工夫している項目」については、治療の動機付けを意識して行っているが約14%、精神科併存疾患に注意しているが約10%に認められている。家族・職場・学校・保健所などとの連携を特に工夫しているところが少ないのが注目される。診療報酬に制約されてマンパワーを揃えられない現状を鑑みれば、手間ヒマかかる依存嗜癖疾患に手が回らないのは当然かもしれない。

質問6-2 治療の工夫 (◎・特に工夫しているもの) (複数回答可)

特に工夫しているもの	診療所数	(/507) %
治療の動機付けを意識して通院継続を図っている	73	14.4
身体的健康・身体的合併症に目配りしている	19	3.8
発達障害・パーソナリティ障害など精神科併存疾患に目配りしている	51	10.1
依存・嗜癖用の治療プログラムを用意している	13	2.6
自助グループ・家族会などの情報を提供できるようにしている	27	5.3
家族と連携するようにしている	15	3
患者さんが所属する職場・学校・保健所などと連携するようにしている	2	0.4
その他	1	0.2



五 依存嗜癖疾患の治療障害要因

質問7 治療のやりにくさ、取り組みにくさの要因についてお尋ねします。該当するものには○、特に大きいと思われるものには◎をお付け下さい。(複数回答可)

診療所側の問題

- () 依存症・嗜癖問題には興味を持ってない
- () 対応するコメディカル・スタッフがない
- () 忙しくて依存症・嗜癖問題に手が回らない
- () 取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い
- () 回復した人を見たことがない
- () その他：

患者側の問題

- () 嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為
- () 借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題
- () 自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題
- () その他：

家族側の問題

- () 治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為
- () 家族の情緒安定機能が損なわれている
- () 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている
- () その他：

医療供給体制側の問題

- () 依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない
- () 依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない
- () コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題
- () 通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制の問題
- () 緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題
- () その他：

社会的問題

- () 社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい
- () 依存・嗜癖をさそうコマーシャルや環境があふれている
- () 依存症・嗜癖問題への社会的偏見が根深い
- () その他：

その他、治療をやりにくくしている要因があればお書き下さい。(自由記載)

(補足：この自由記載については解析編で詳細を紹介してあります)

治療障害要因にはさまざまなものがある。「治療のやりにくさ、取り組みにくさ」として想定された5分野・19項目もある種の治療障害要因になり得る。

40%以上の診療所において○がチェックされた項目は19項目中7項目（36.8%：7/19）に認められた。それは、患者側の問題では3項目全て、診療所側の問題としては「対応するコメディカル・スタッフがない」、家族側の問題としては、「治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行動」、社会的問題としては、「社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい」および「依存・嗜癪をさそうコマーシャルや環境があふれている」である。また、その他の項目でも30%以上・40%未満が19項目中8項目（42%：8/19）に認められた。

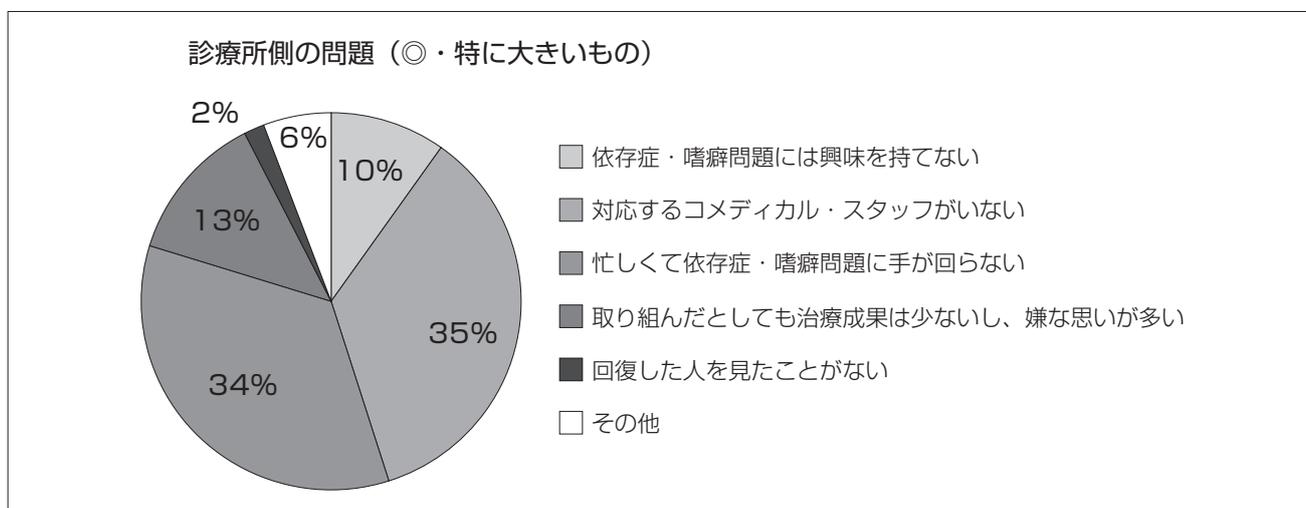
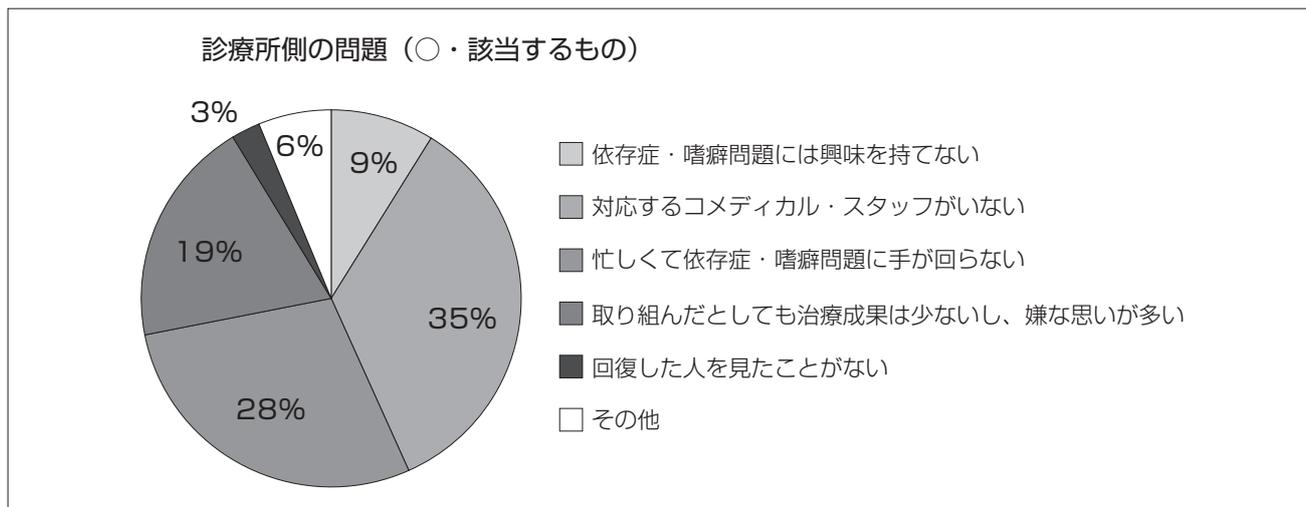
特に該当するもの（◎）では、診療所側の問題「対応するコメディカル・スタッフがない」が最も多く、「忙しくて依存症・嗜癪問題に手が回らない」が目立った。また、「自発性少、治療中断多など治療継続に関する」患者側の問題と「コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題」および「社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい」「依存・嗜癪をさそうコマーシャルや環境があふれている」など、社会的問題が目立った。

これらの所見からアンケート調査で表現された治療障害要因事象をまとめれば、「依存・嗜癪をさそう社会状況のなかで国や地方自治体の取り組みは乏しく、かたや疾病特有の治療継続の難しさや嘘・否認・借金などの病理現象があり、様々な精神疾患を診なければならない精神科医は、コメディカル・スタッフのいない状況のもとでは、診療に多大の時間を必要とする依存嗜癪疾患診療には、分かっているも手が回らない」と言えよう。

	○の件数	○の% (/507)	◎の件数	◎の% (/507)
診療所側の問題				
依存症・嗜癪問題には興味を持ってない	54	10.7	17	3.3
対応するコメディカル・スタッフがない	211	41.6	61	12
忙しくて依存症・嗜癪問題に手が回らない	175	34.5	59	11.6
取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い	119	23.5	22	4.3
回復した人を見たことがない	15	3	3	0.6
患者側の問題				
嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為	205	40.4	35	6.9
借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題	211	41.6	33	6.5
自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題	277	54.6	60	11.8
家族側の問題				
治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為	213	42.1	38	7.5
家族の情緒安定機能が損なわれている	181	35.7	23	4.5
家族の福祉機能や経済機能が損なわれている	175	34.5	16	3.2
医療供給体制側の問題				
依存症・嗜癪問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない	174	34.3	22	4.3
依存症・嗜癪問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない	202	39.8	29	5.7
コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題	184	36.3	51	10
通院の専門医療機関に紹介したいが、それがいないなど通院医療供給体制の問題	168	33.1	29	5.7
緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題	126	24.9	14	2.8
社会的問題				
社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい	226	44.6	47	9.2
依存・嗜癪をさそうコマーシャルや環境があふれている	211	41.6	40	7.9
依存症・嗜癪問題への社会的偏見が根深い	175	34.5	26	5.1

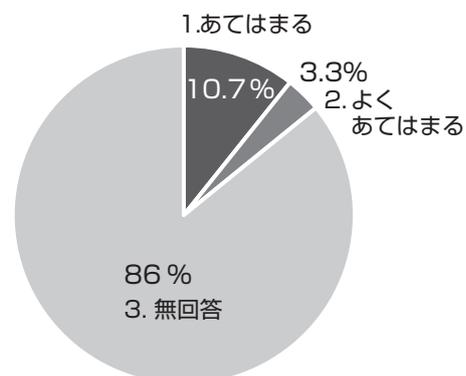
次に、質問7の5分野19項目の回答の概要を記す。

質問 7-1 診療所側の問題



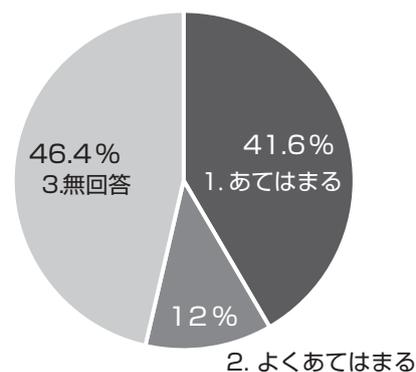
診療所：依存症・嗜癮問題には興味を持ってない

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 1	54	10.7	10.7	10.7
2	17	3.4	3.4	14.0
99	436	86.0	86.0	100.0
合計	507	100.0	100.0	



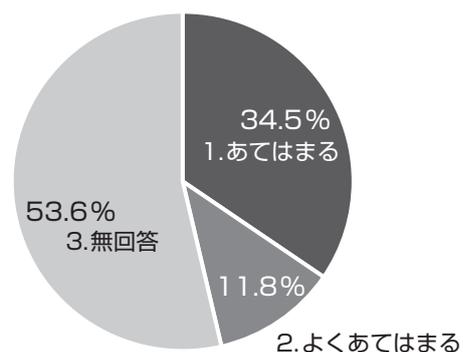
診療所：対応するコメディカル・スタッフがいない

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 1	211	41.6	41.6	41.6
2	61	12.0	12.0	53.6
99	235	46.4	46.4	100.0
合計	507	100.0	100.0	



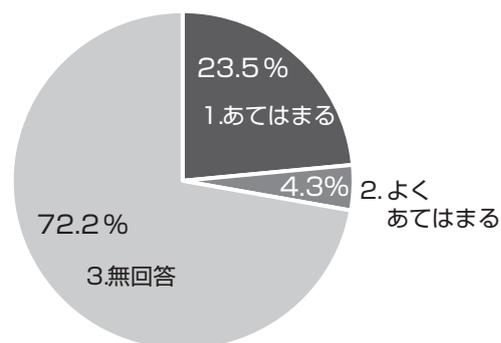
診療所：忙しくて依存症・嗜癖問題に手が回らない

	度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	175	34.5	34.5
	2	60	11.8	46.4
	99	272	53.6	100.0
	合計	507	100.0	100.0



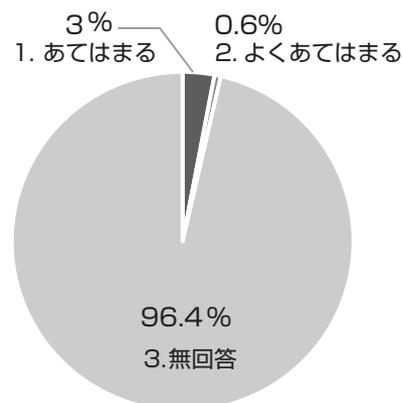
診療所：取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い

	度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	119	23.5	23.5
	2	22	4.3	27.8
	99	366	72.2	100.0
	合計	507	100.0	100.0

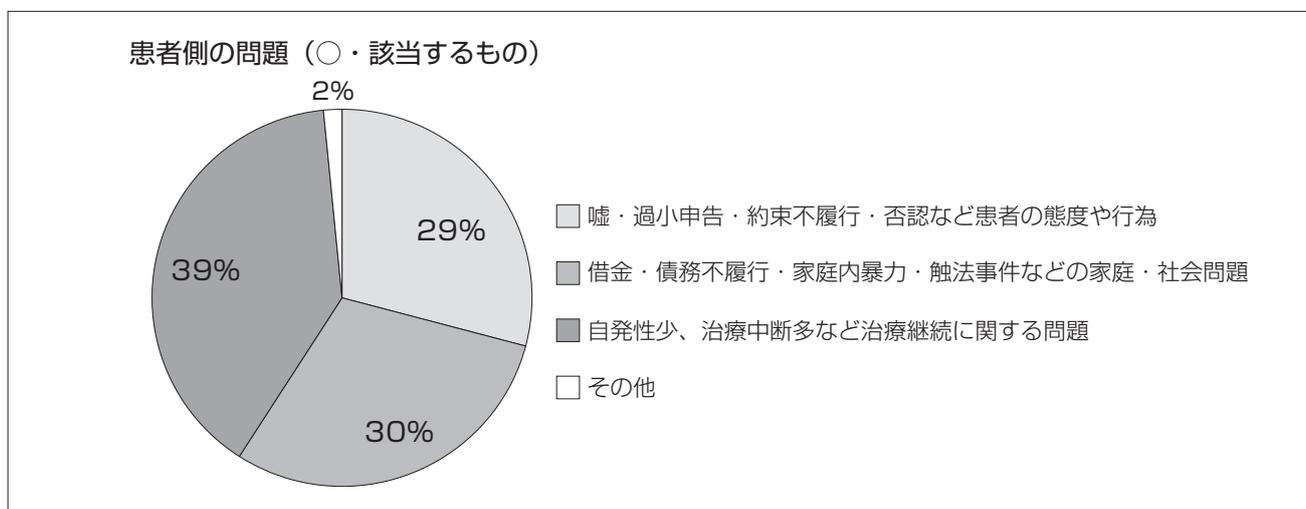


診療所：回復した人を見たことがない

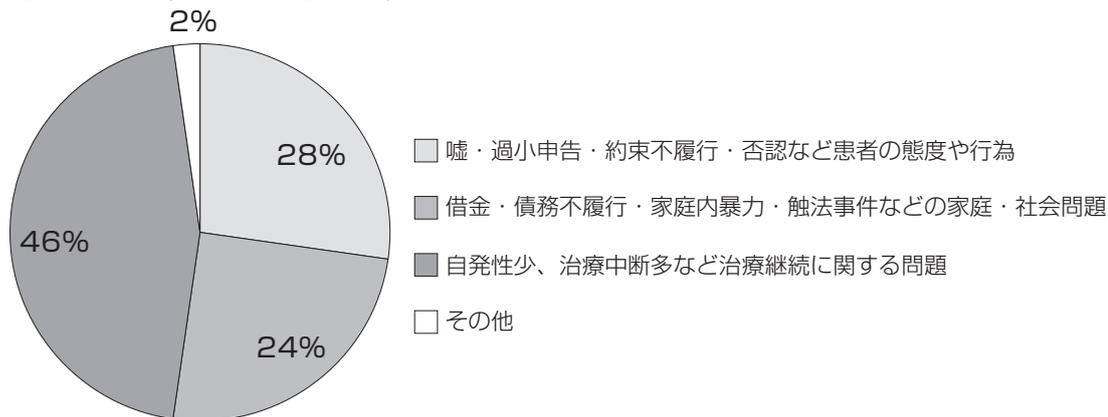
	度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	15	3.0	3.0
	2	3	0.6	3.6
	99	489	96.4	100.0
	合計	507	100.0	100.0



質問 7-2 患者側の問題

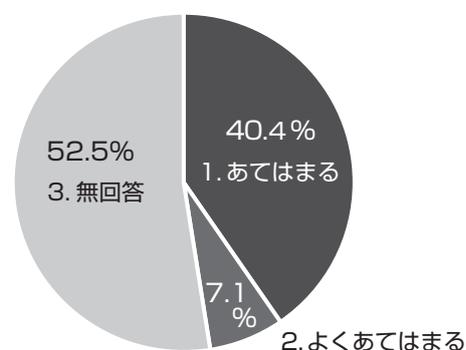


患者側の問題 (◎・特に大きいもの)



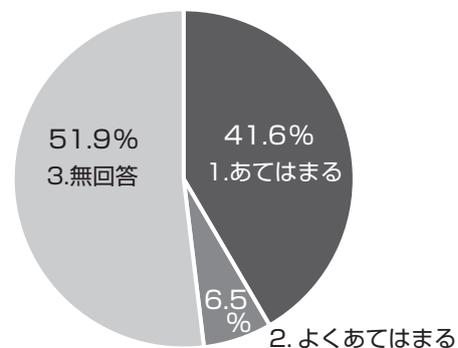
患者：嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	1	205	40.4	40.4
	2	36	7.1	47.5
	99	266	52.5	100.0
	合計	507	100.0	100.0



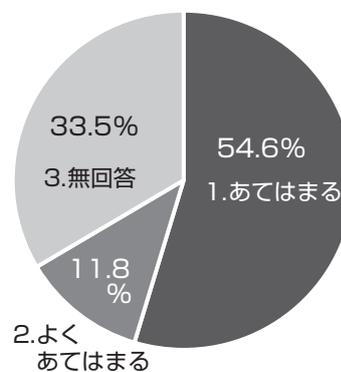
患者：借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	1	211	41.6	41.6
	2	33	6.5	48.1
	99	263	51.9	100.0
	合計	507	100.0	100.0

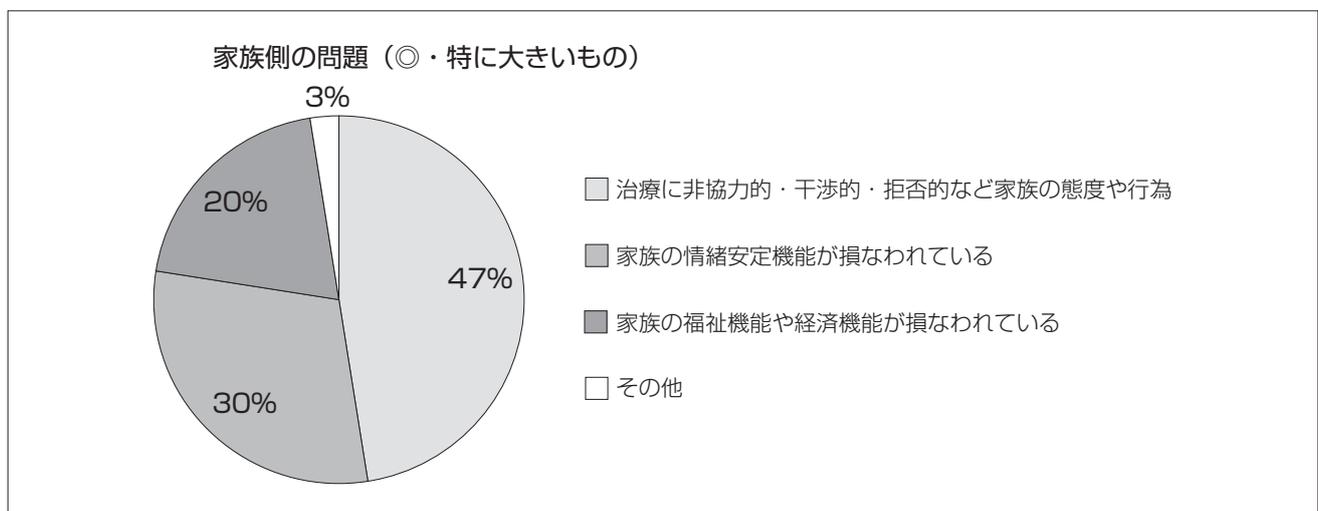
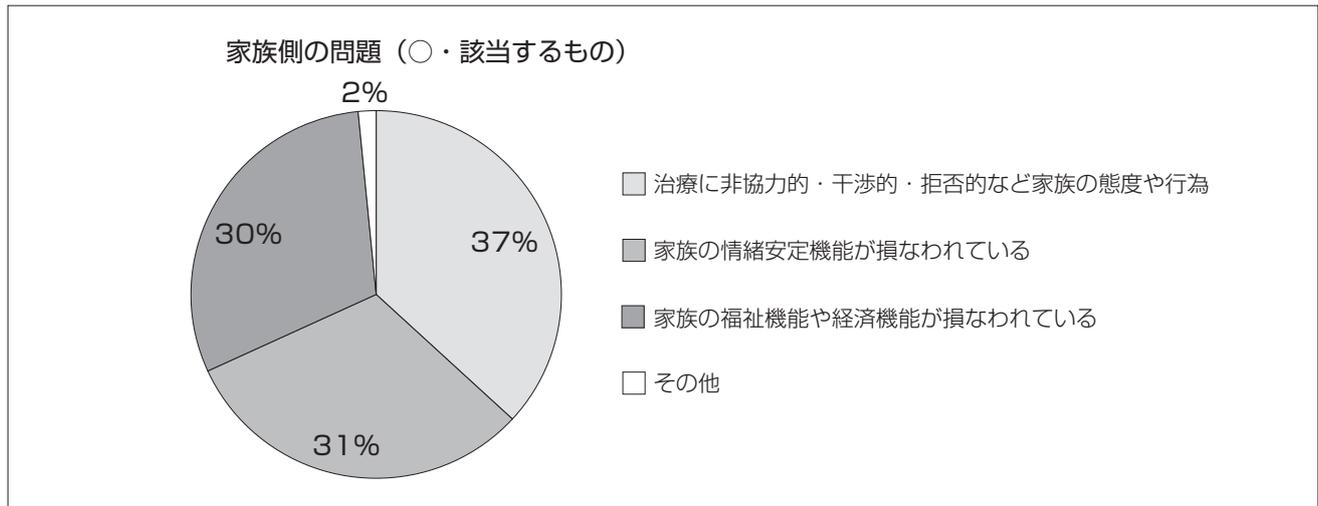


患者：自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	1	277	54.6	54.6
	2	60	11.8	66.5
	99	170	33.5	100.0
	合計	507	100.0	100.0

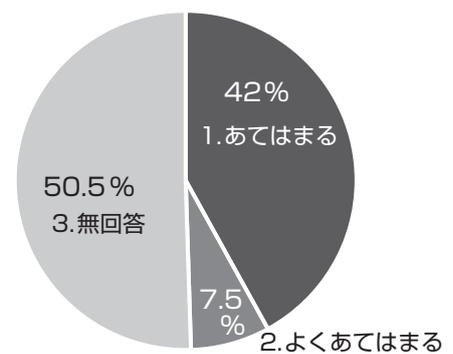


質問 7-3 家族側の問題



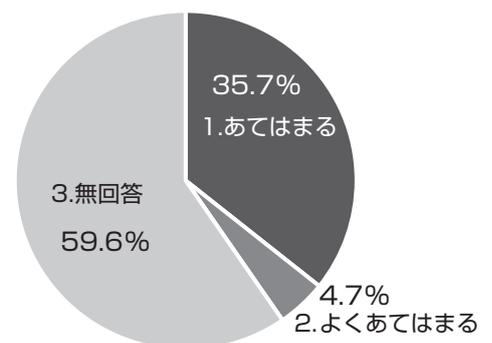
家族：治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 1	213	42.0	42.0	42.0
2	38	7.5	7.5	49.5
99	256	50.5	50.5	100.0
合計	507	100.0	100.0	



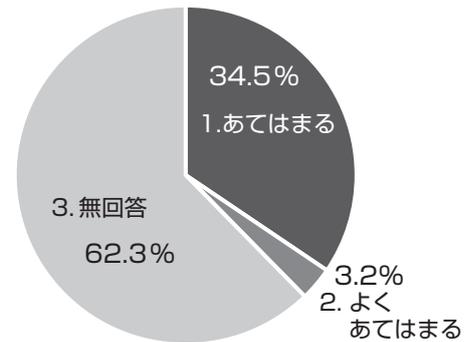
家族：家族の情緒安定機能が損なわれている

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 1	181	35.7	35.7	35.7
2	24	4.7	4.7	40.4
99	302	59.6	59.6	100.0
合計	507	100.0	100.0	

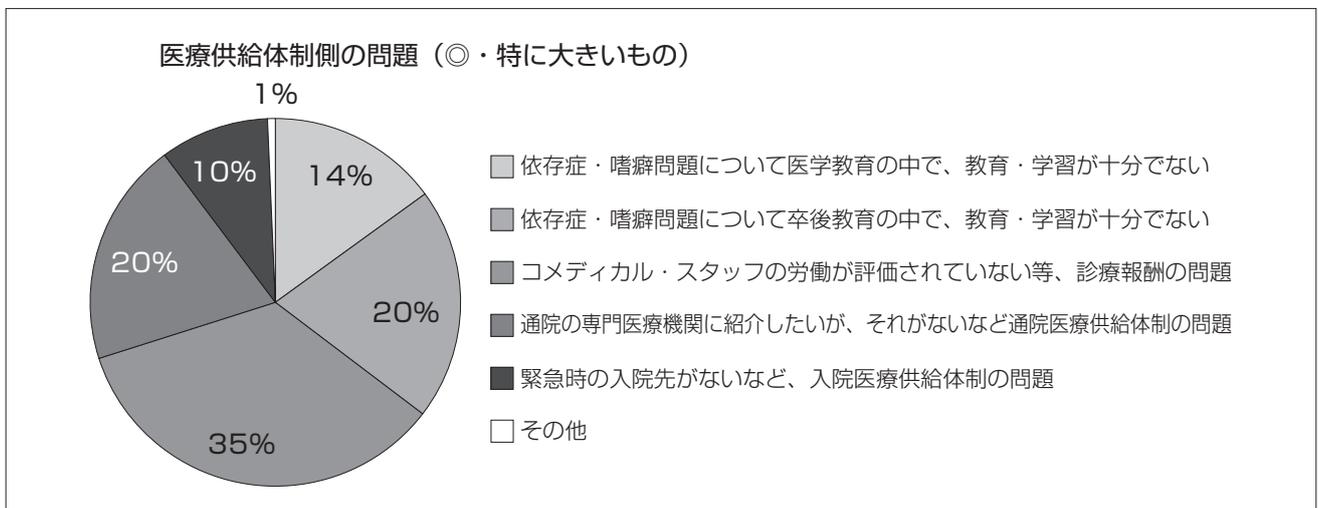
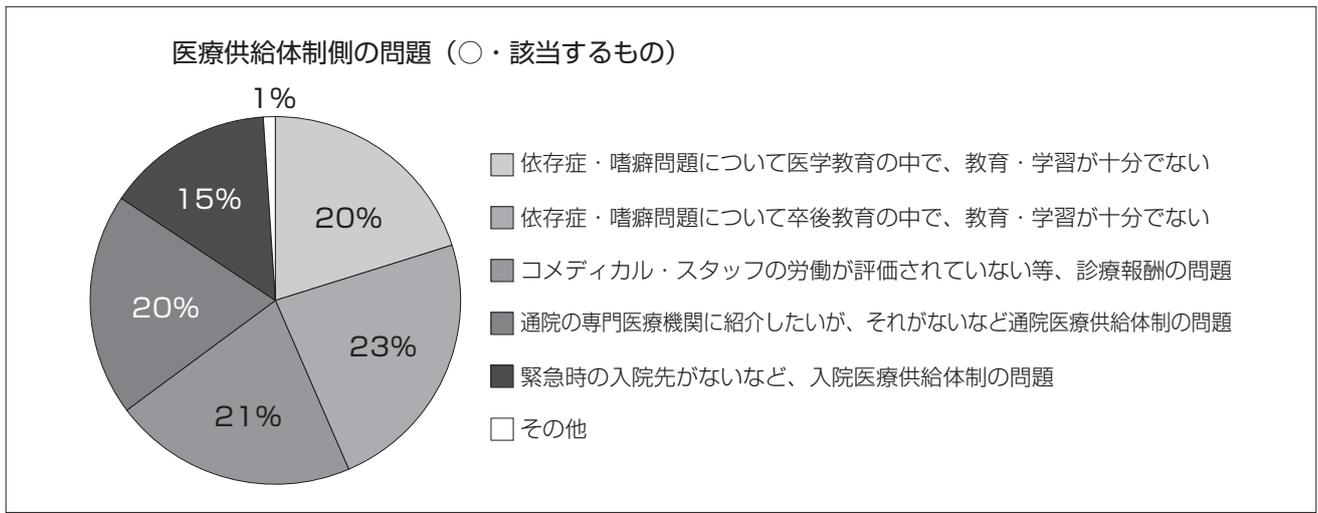


家族：家族の福祉機能や経済機能が損なわれている

	度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	175	34.5	34.5
	2	16	3.2	37.7
	99	316	62.3	100.0
合計	507	100.0	100.0	

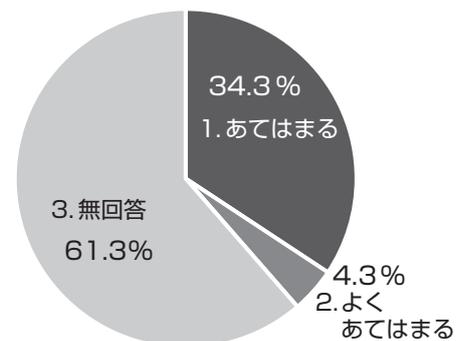


質問 7-4 医療供給体制側の問題



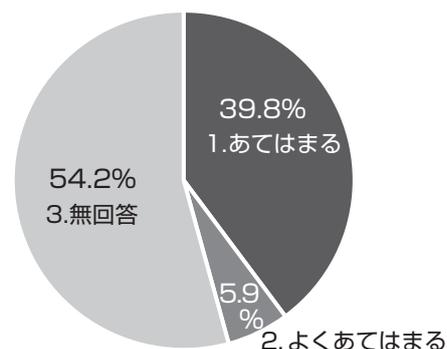
医療供給体制：依存症・嗜癮問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない

	度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	174	34.3	34.3
	2	22	4.3	38.7
	99	311	61.3	100.0
合計	507	100.0	100.0	



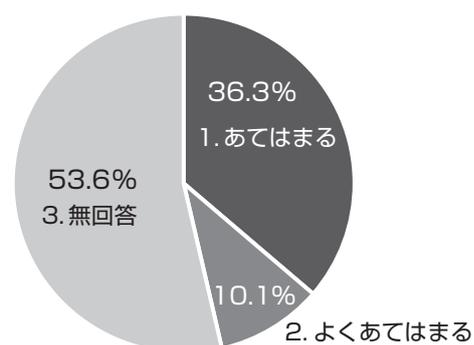
医療供給体制：依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、
教育・学習が十分でない

		度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	202	39.8	39.8	39.8
	2	30	5.9	5.9	45.8
	99	275	54.2	54.2	100.0
	合計	507	100.0	100.0	



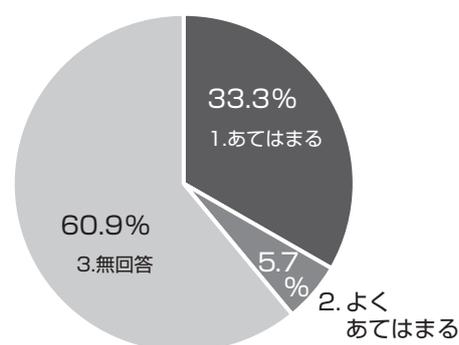
医療供給体制：コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、
診療報酬の問題

		度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	184	36.3	36.3	36.3
	2	51	10.1	10.1	46.4
	99	272	53.6	53.6	100.0
	合計	507	100.0	100.0	



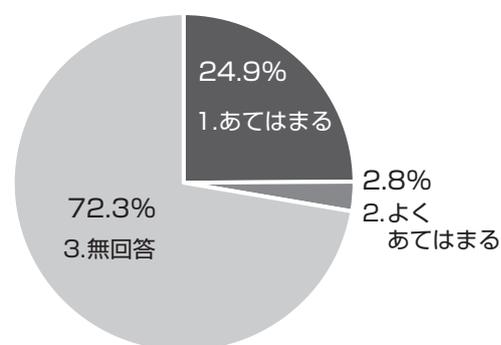
医療供給体制：通院の専門医療機関に紹介したいが、それができないなど
通院医療供給体制の問題

		度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	169	33.3	33.3	33.3
	2	29	5.7	5.7	39.1
	99	309	60.9	60.9	100.0
	合計	507	100.0	100.0	

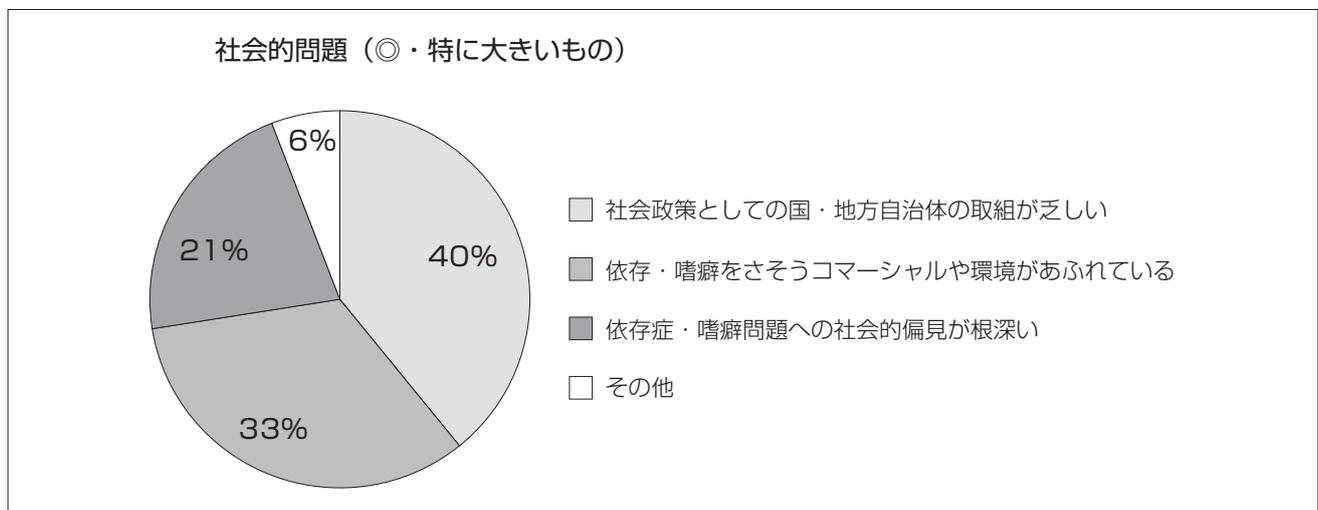
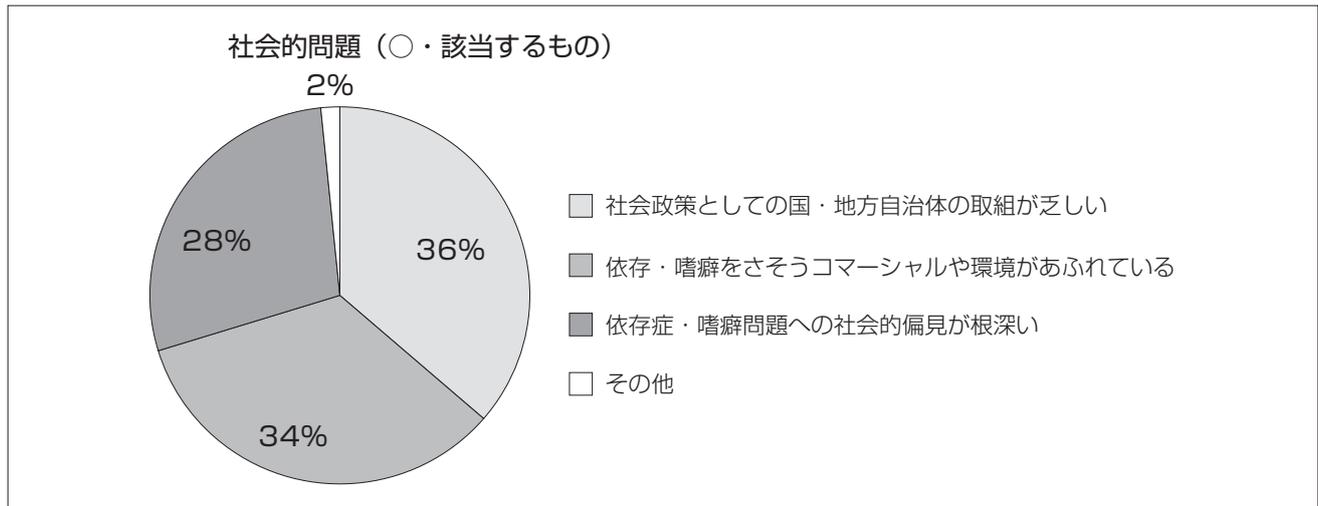


医療供給体制：緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題

		度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	126	24.9	24.9	24.9
	2	14	2.8	2.8	27.7
	99	366	72.2	72.3	100.0
	合計	506	99.8	100.0	
欠損値	システム欠損値	1	.2		
合計		507	100.0		

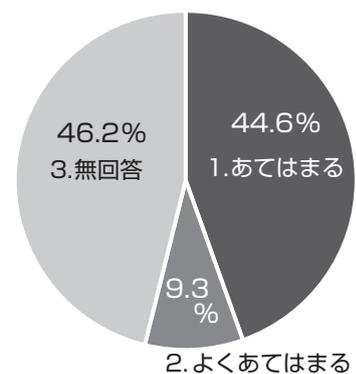


質問7-5 社会的問題



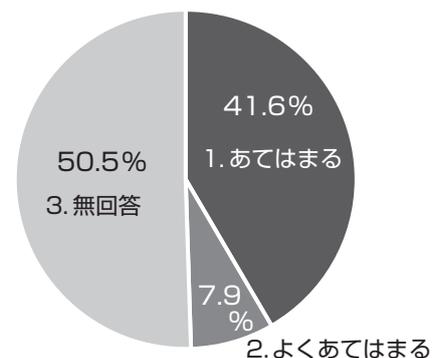
社会：社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 1	226	44.6	44.6	44.6
2	47	9.3	9.3	53.8
99	234	46.2	46.2	100.0
合計	507	100.0	100.0	



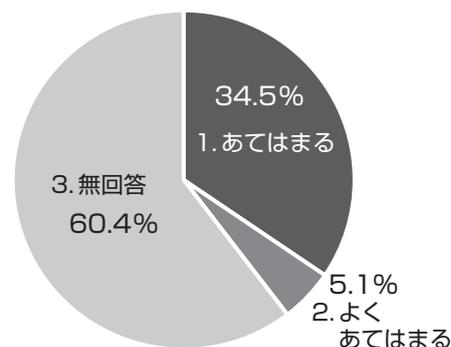
社会：依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 1	211	41.6	41.6	41.6
2	40	7.9	7.9	49.5
99	256	50.5	50.5	100.0
合計	507	100.0	100.0	



社会：依存症・嗜癖問題への社会的偏見が根深い

	度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効 1	175	34.5	34.5	34.5
2	26	5.1	5.1	39.6
99	306	60.4	60.4	100.0
合計	507	100.0	100.0	



六 通院集団精神療法および依存症集団精神療法

質問8 「通院集団精神療法」(270点/日)について伺います。

8-A 先生の診療所では「通院集団精神療法」を施行・算定していますか。

- ① 施行していない ② 施行しているが算定していない ③ 算定している

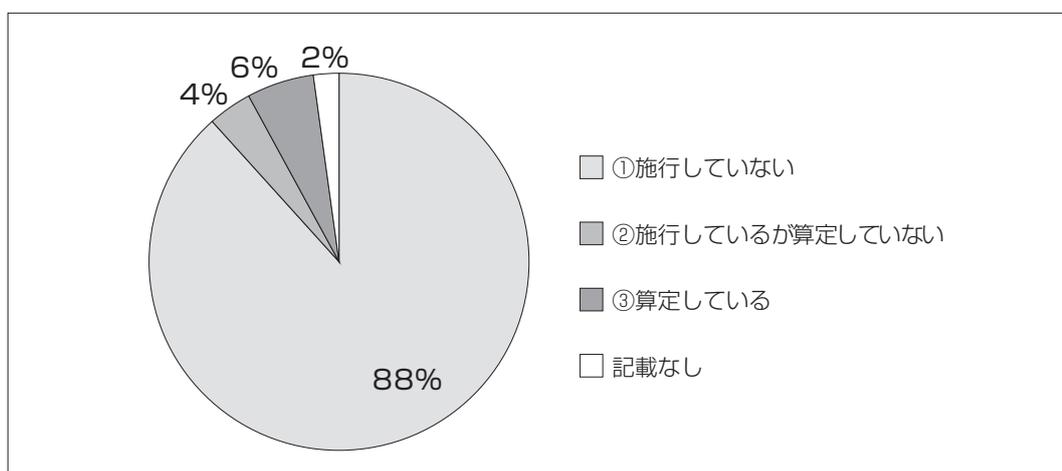
8-B 実際のところ、「通院集団精神療法」への医師の同席義務についてどうお考えですか。

- ① 同席は必要である ② 医師の指示/管理のもとでの施行なら、同席の必要はない

通院集団精神療法は、507診療所のうち29カ所(5.7%)が算定していた。施行しているにもかかわらず19カ所(3.7%)は算定していなかった。依存嗜癖疾患の進行のプロセスは対人関係を依存物質や嗜癖行為に置き換えていくプロセスである。例えば具体的には、アルコール使用障害ならば対人関係を酒瓶との関係に置き換え、孤立していくプロセスである。回復は、その逆、人との関係を回復してゆくプロセスである。集団療法は、人との関係を取り戻してゆく有力な方法である。自分と他者の持つ知恵や力を相互に生かす優れた方法であることが経験的に知られている。しかし、448カ所(88.4%)の診療所が集団療法を施行していない。部屋等の空間的余裕とコメディカル等の人的配置という条件に加えて、現行では通院集団精神療法算定には医師の同席義務がある

質問8-A 「通院集団精神療法」の施行・算定

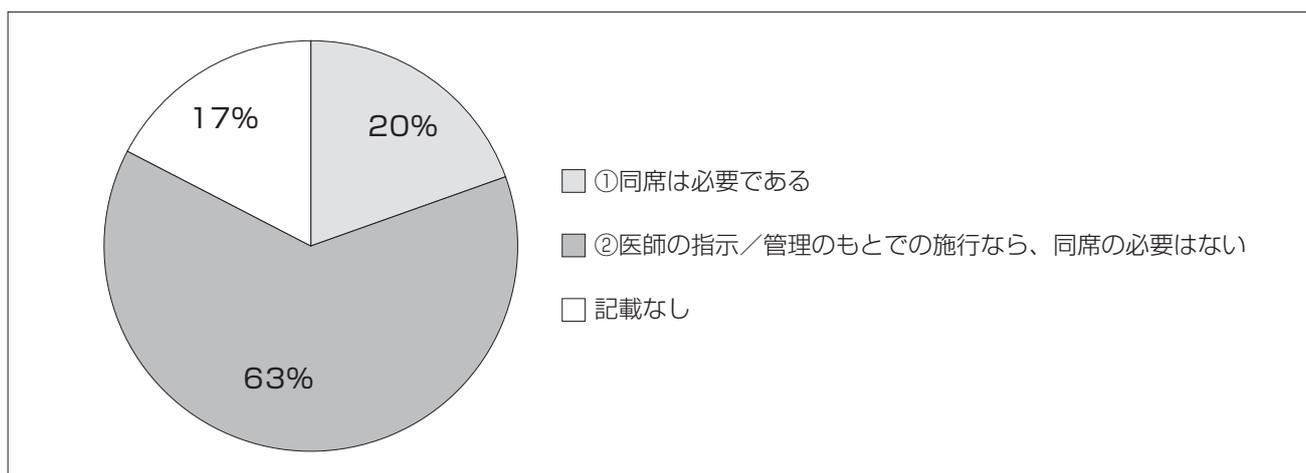
①施行していない	448
②施行しているが算定していない	19
③算定している	29
記載なし	11
合計	507



同席規定については、肯定する者は99件（19.5%：99/507）であり、医師の管理下であれば算定可とするものは320件（63.1%：320/507）であった。医師の管理下であれば算定可能と変更するだけでも、依存嗜癮疾患治療に有力なこの療法は拡がるであろう。

質問8-B 医師の同席義務

①同席は必要である	99
②医師の指示／管理のもとでの施行なら、同席の必要はない	320
記載なし	88
合計	507



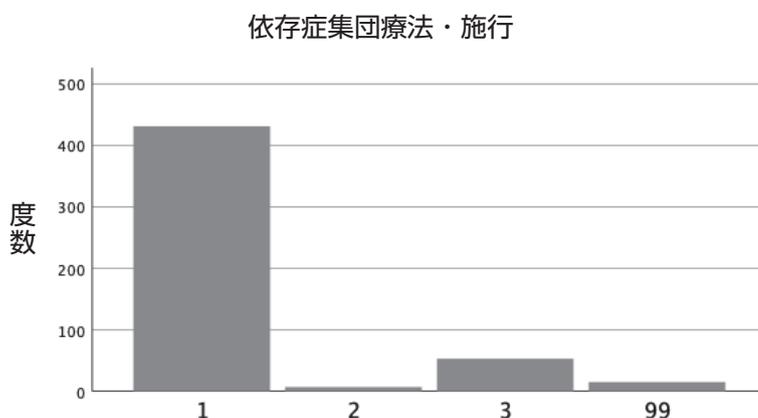
質問9 先生の診療所では「依存症集団療法」（340点／回）を施行していますか。

①施行していない ②施行する予定である ③施行する予定はない

施行していない、および施行する予定はないを合わせると485件（485/507 = 95.7%）である。「依存症集団療法」は、名前は依存症にはじまるが施行対象は薬物依存にのみに限定され、かつ施行の要件のハードルが高く設定されている。また、施行したとしても6カ月の期間限定なので、個人療法および集団療法で長期にわたり患者を支えていくことが望ましい依存嗜癮疾患治療の治療方法としては使いづらい。絵に描いた餅のような制度である。回答のなかに無記が15件ある。この中に施行している医療機関があるのかもしれない。

質問9 依存症集団療法・施行

	度数	パーセント
施行していない	432	85.2
施行する予定である	7	1.4
施行する予定はない	53	10.5
無記	15	3.0
合計	507	100.0



七 ギャンブル依存症とカジノ問題

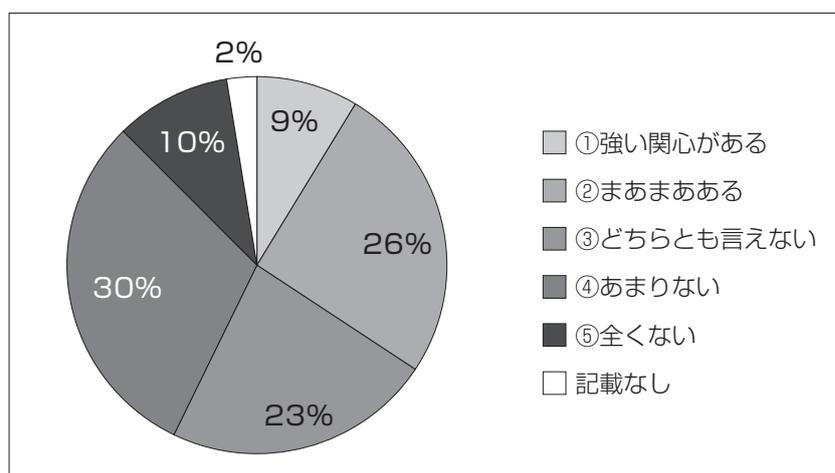
質問10-A 先生はパチンコ・パチスロ依存について、どのくらい関心をお持ちですか。

①強い関心がある ②まあまあある ③どちらとも言えない ④あまりない ⑤全くない

強い関心がある、まあまあある、を合計すると174件(34.3%)、一方、あまりない、全くない、の合計が204件(40.2%)である。関心のあるなしは、おおよそ拮抗しているとみられる。

質問10-A パチンコ・パチスロ依存への関心

①強い関心がある	44
②まあまあある	130
③どちらとも言えない	116
④あまりない	154
⑤全くない	50
記載なし	13
合計	507



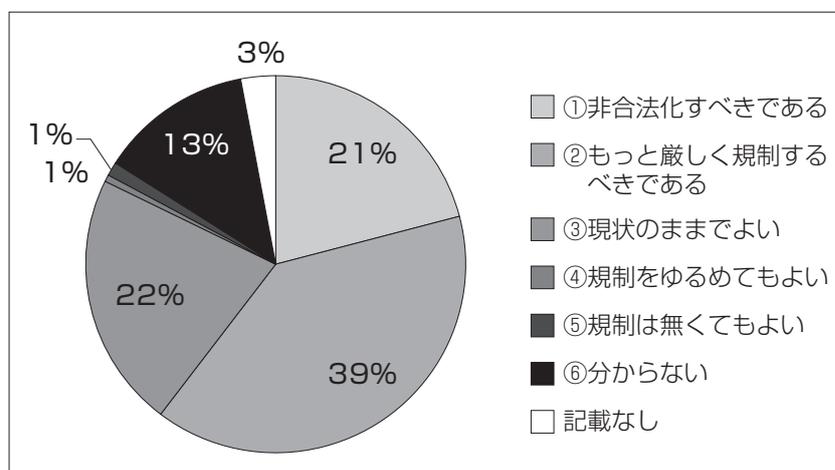
質問10-B 刑法では「賭博」は厳格に非合法化されていますが、パチンコ・パチスロの非合法化／規制について、先生はどのようにお考えですか。

①非合法化すべきである ②もっと厳しく規制すべきである
 ③現状のままでよい ④規制をゆるめてもよい
 ⑤規制は無くてもよい ⑥分からない

非合法化すべきである、もっと厳しく規制すべきである、の合計は306件(60.3%)である。一方、規制はゆるめてもよい、規制は無くてもよい、の合計は9件(1.8%)である。規制の強化を望む声が趨勢であることが分かる。これからして、前問10-Aで、パチンコ・パチスロ依存への関心は、どちらとも言えない、と答えた人は、パチンコ・パチスロの非合法化／規制には肯定的であることが窺える。

質問10-B パチンコ・パチスロの非合法化／規制

①非合法化すべきである	106
②もっと厳しく規制するべきである	200
③現状のままでよい	111
④規制をゆるめてもよい	3
⑤規制は無くてもよい	6
⑥分からない	66
記載なし	15
合計	507



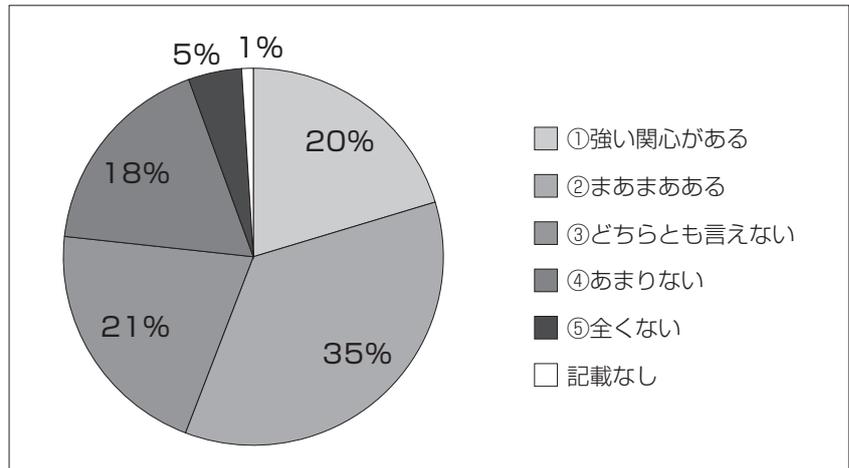
質問10-C 先生はカジノ建設に伴うギャンブル依存症問題について、どのくらい関心をお持ちですか

- ①強い関心がある ②まあまあある ③どちらとも言えない ④あまりない ⑤全くない

強い関心がある、まあまあある、を合計して283件(55.8%)。一方、あまりない、まったくない、は合計113件(22.3%)であった。カジノ建設に伴うギャンブル依存症問題には一定の関心が向けられていることが読み取れる。

質問10-C カジノ建設に伴うギャンブル依存症問題への関心

①強い関心がある	103
②まあまあある	180
③どちらとも言えない	106
④あまりない	90
⑤全くない	23
記載なし	5
合計	507



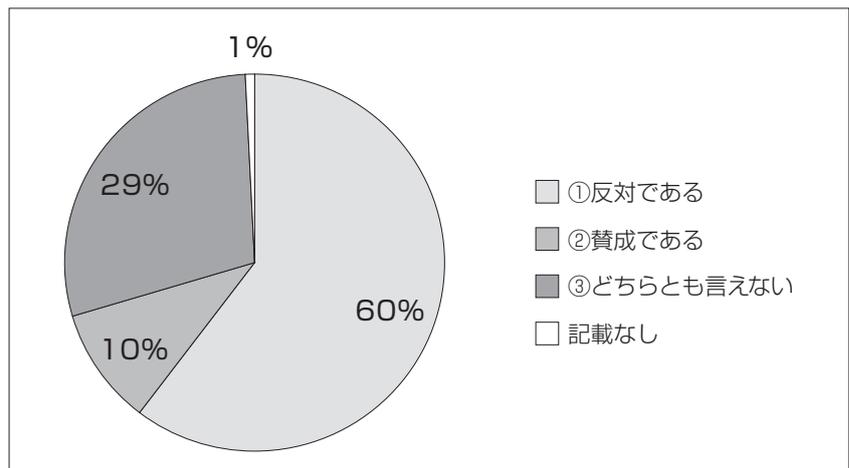
質問10-D 先生はカジノ建設に賛成ですか、反対ですか

- ①反対である ②賛成である ③どちらとも言えない

反対が306件(60.4%)、賛成が51件(10.1%)である。カジノ建設には反対が圧倒的に多いことが認められた。

質問10-D カジノ建設への賛否

①反対である	306
②賛成である	51
③どちらとも言えない	146
記載なし	4
合計	507



八 自助グループ

質問11 自助グループについてうかがいます。

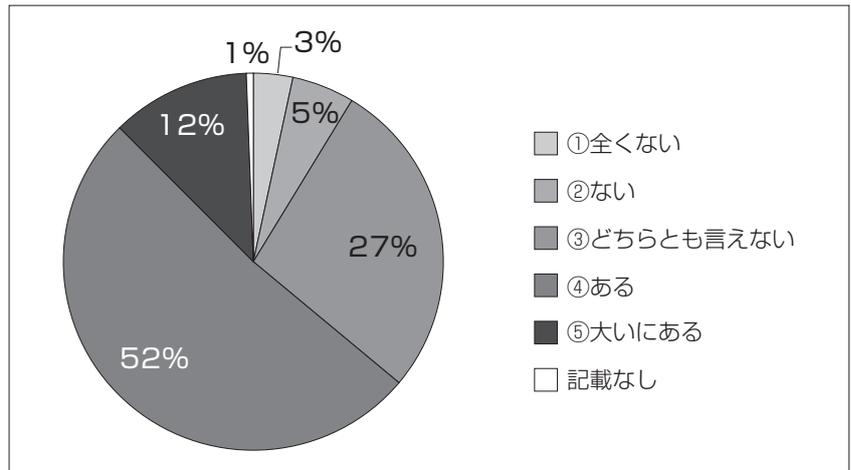
質問11-A 先生は自助グループに関心がありますか。

- ①全くない ②ない ③どちらとも言えない ④ある ⑤大いにある

自助グループについては関心が、大いにある60件(11.8%)、ある261件(51.5%)、合計321件(63.3%)、一方、全くない17件(3.4%)、ない27件(5.3%)合計44件(8.7%)であった。多くの会員が自助グループへの関心を持っている、と言えよう。

質問11-A 自助グループへの関心

①全くない	17
②ない	27
③どちらとも言えない	139
④ある	261
⑤大いにある	60
記載なし	3
合計	507



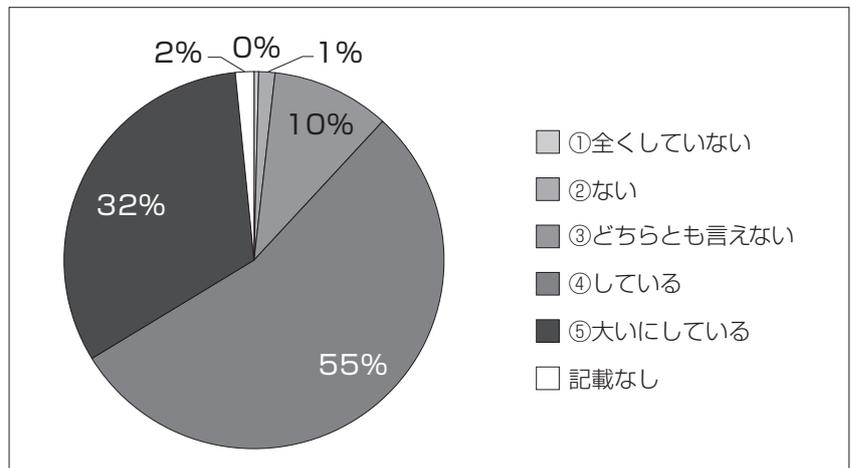
質問11-B メンタルヘルス領域における自助グループの存在価値を評価していますか。

- ①全くしていない ②いない ③どちらとも言えない ④している ⑤大いにしている

メンタルヘルス領域における自助グループの存在価値の評価を、大いにしている163件(32.1%)、している276件(54.4%)、合計439件(86.6%)である。一方、全くしていない2件(0.4%)、いない7件(1.4%)、合計9件(1.8%)であった。自助グループの存在の評価はゆるぎない。また、このデータからすれば質問11-Aで「どちらとも言えない」と回答した人は、自助グループに一定の関心を持っている層であることが窺える。

質問11-B 自助グループの存在価値の評価

①全くしていない	2
②いない	7
③どちらとも言えない	51
④している	276
⑤大いにしている	163
記載なし	8
合計	507



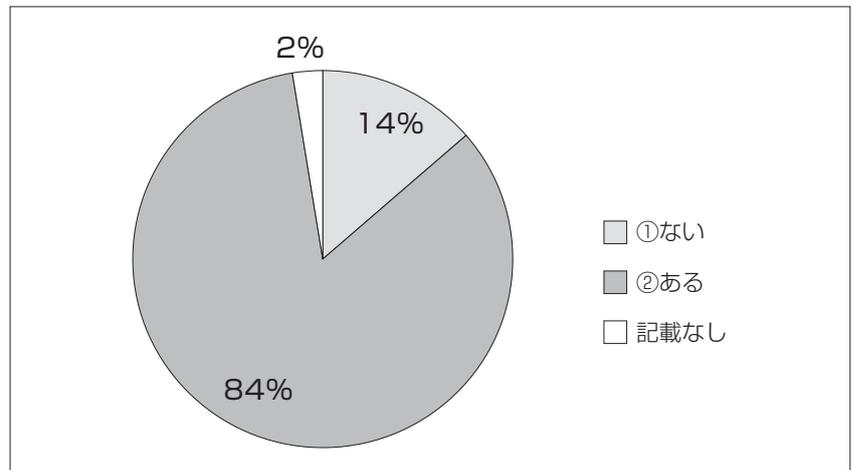
質問11-C 患者さんや家族等に依存・嗜癖関係の自助グループを勧めたことはありますか。

①ない ②ある (→ ある の場合は11-D へ)

自助グループを勧めたことのある人は425件(83.8%)に認められた。精神科診療所においては、特に依存嗜癖疾患領域では自助グループとの関係が重要であることが窺われる。

質問11-C 自助グループを勧めたことはありますか

①ない	69
②ある	425
記載なし	13
合計	507



質問11-D 勧めたことのある自助グループはどれですか。下位項目に○を記入して下さい。(複数回答可)

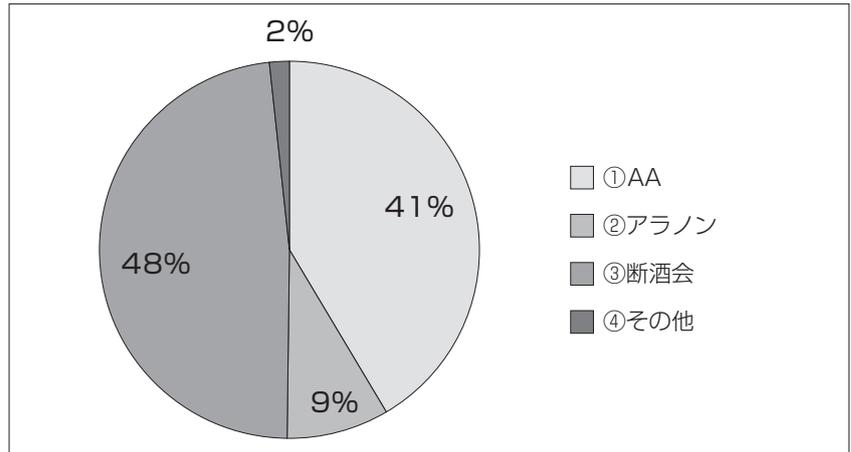
質問11-D 自助グループを勧めたことはあるか

	ある	(%)	ない	(%)
AA	319	62.9	188	37.1
アラノン	67	13.2	440	86.8
断酒会	370	73	137	27
NA	153	30.2	354	69.8
ナラノン	32	6.3	475	93.7
薬物家族会	60	11.8	447	88.2
GA	153	30.2	354	69.8
ギャマノン	33	6.5	474	93.5
ギャンブル家族会	66	13	441	87

次に、どの自助グループを勧めたかを、アルコール、薬物、ギャンブルそれぞれについてみる。

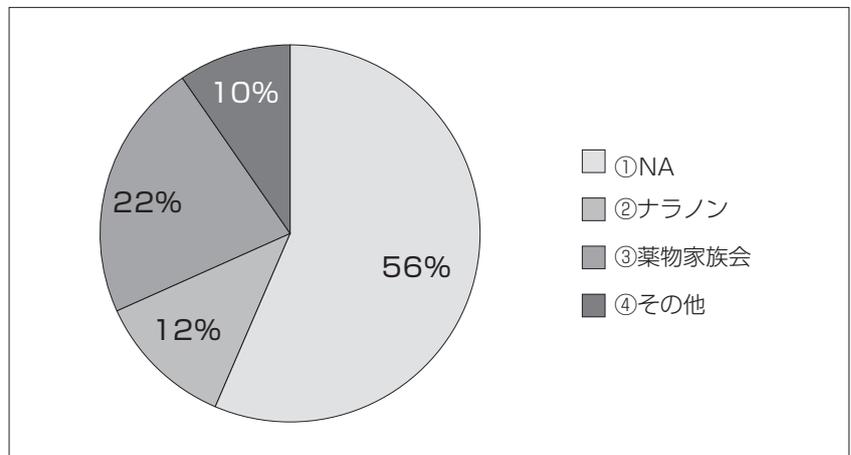
D-1 勧めたことのある自助グループ（アルコール）

① AA	319
② アラノン	67
③ 断酒会	370
④ その他	13
合計	769



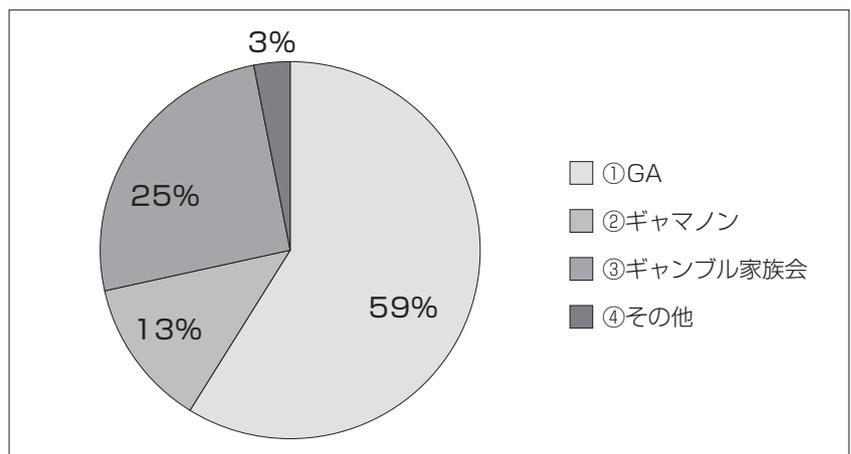
D-2 勧めたことのある自助グループ（薬物）

① NA	153
② ナラノン	32
③ 薬物家族会	60
④ その他	26
合計	271



D-3 勧めたことのある自助グループ（ギャンブル）

① GA	153
② ギャマノン	33
③ ギャンブル家族会	66
④ その他	8
合計	260



九 自業自得・自己責任論

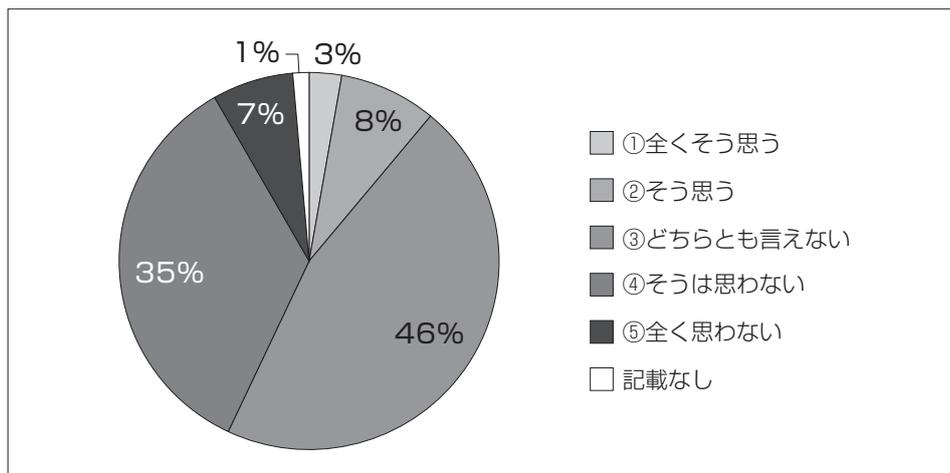
質問12 本人が依存症になったのは自業自得・自己責任だと思いますか。

- ①全くそう思う ②そう思う ③どちらとも言えない ④そうは思わない ⑤全く思わない

自業自得・自己責任について「全くそう思う」と「そう思う」の合計は56件（11.1%）、対して「そうは思わない」「全く思わない」の合計は211件（41.6%）であった。

質問12 自業自得・自己責任

		度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	14	2.8	2.8	2.8
	2	42	8.3	8.4	11.2
	3	233	46.0	46.6	57.8
	4	176	34.7	35.2	93.0
	5	35	6.9	7.0	100.0
	合計	500	98.6	100.0	
欠損値	システム欠損値	7	1.4		
合計		507	100.0		



十 精神障害者の職場での理解と受け入れ

質問13 精神障害者の職場での理解と受け入れは円滑であるとお考えですか

13-A うつ病の場合は

- ①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いづらか難渋 ⑤難渋

13-B 統合失調症の場合は

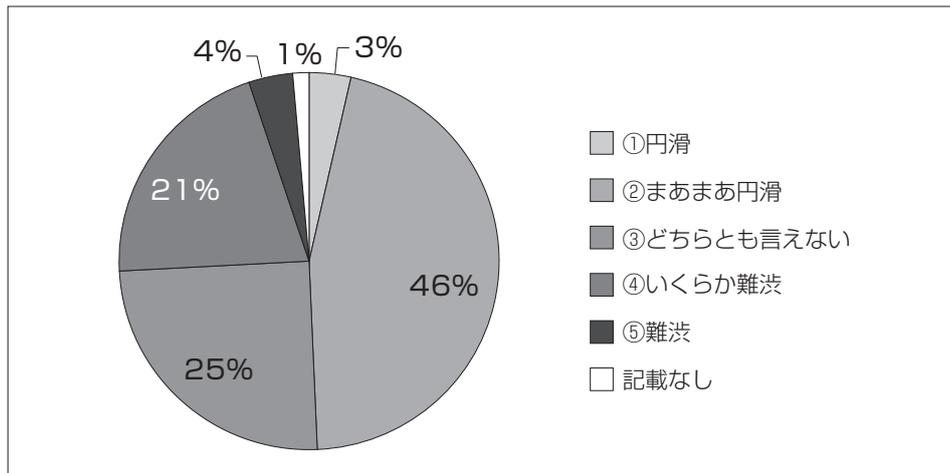
- ①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いづらか難渋 ⑤難渋

13-C アルコール使用障害の場合は

- ①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いづらか難渋 ⑤難渋

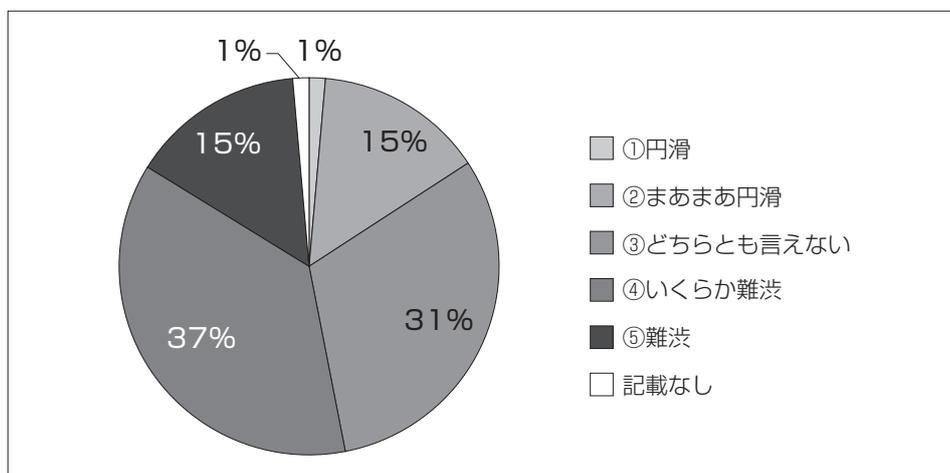
質問13-A 職場での理解と受け入れ（うつ病）

		度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	18	3.6	3.6	3.6
	2	232	45.8	45.8	49.3
	3	126	24.9	24.9	74.2
	4	105	20.7	20.7	94.9
	5	19	3.7	3.7	98.6
	99	7	1.4	1.4	100.0
	合計	507	100.0	100.0	



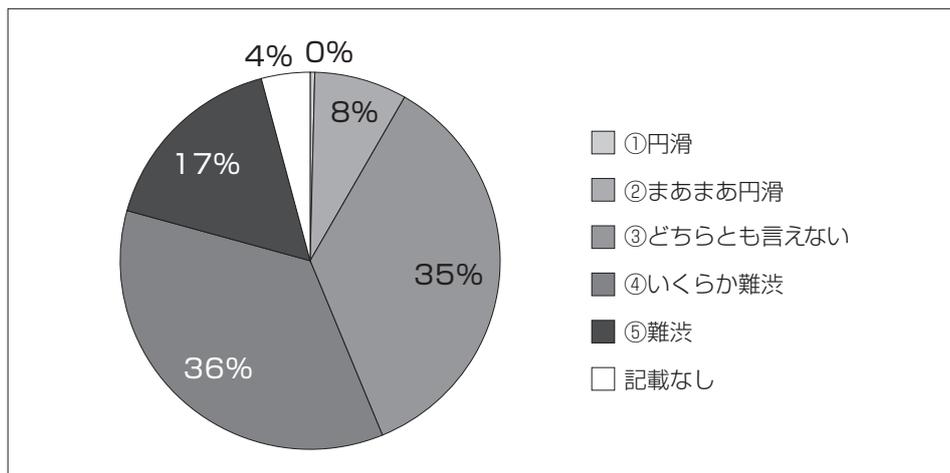
質問13-B 職場での理解と受け入れ（統合失調症）

		度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	7	1.4	1.4	1.4
	2	73	14.4	14.4	15.8
	3	158	31.2	31.2	46.9
	4	187	36.9	36.9	83.8
	5	75	14.8	14.8	98.6
	99	7	1.4	1.4	100.0
	合計	507	100.0	100.0	



質問13-C 職場での理解と受け入れ（アルコール使用障害）

		度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	2	.4	.4	.4
	2	40	7.9	7.9	8.3
	3	180	35.5	35.5	43.8
	4	180	35.5	35.5	79.3
	5	84	16.6	16.6	95.9
	99	21	4.1	4.1	100.0
	合計	507	100.0	100.0	

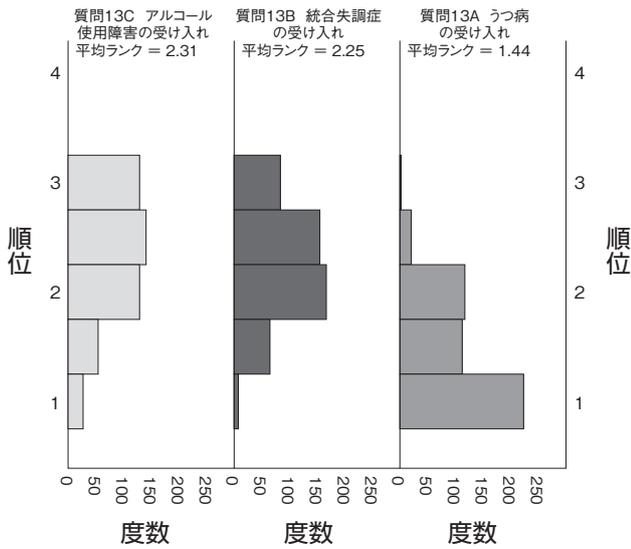


職場の理解と受け入れは、うつ病の場合、「円滑」「まあまあ円滑」を合わせて約50%、「難渋」「いくらか難渋」合わせて約25%である。うつ病の場合、世間的に話題になり認知されているように思われるが、それでも四分の一では理解と受け入れは難渋しているのである。統合失調症の場合、「円滑」「まあまあ円滑」を合わせて約16%、「難渋」「いくらか難渋」合わせて約52%である。職場の理解と受け入れに半数以上が難渋している。アルコール使用障害の場合、「円滑」「まあまあ円滑」を合わせて約8%、「難渋」「いくらか難渋」合わせて約52%である。統合失調症と比較すると「円滑」「まあまあ円滑」の合計は半分に下がってしまう。

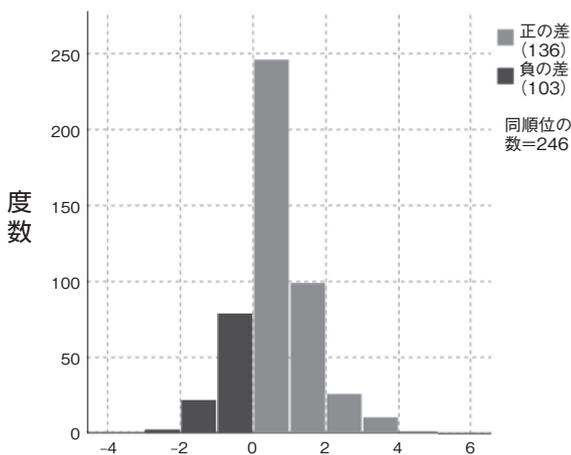
難渋の程度は平均ランクで、アルコール使用障害は2.31、統合失調症は2.25、うつ病は1.44であった。すなわち職場での理解と受け入れはうつ病がより円滑であり、続いて統合失調症、アルコール使用障害の順となる。このうち、統合失調症とアルコール使用障害とを比較するとアルコール使用障害のほうが有意に難渋することが認められる。漸近有意確率（両側検定） $p = .020$ であった。

統合失調症は疾病であるという認識は医療者側と職場側に共有されているように思われるが、アルコール使用障害の場合、偏見はさらに根深い。昨日まで一緒に飲んでいた仲間が、いったんアルコール使用障害の診断を受けると、掌を返すかのようにレッテルが貼られ「仲間」から排除される現実がある。職場にはアルコール問題は少なくない。本人は隠している。隠されたままに疾病は進行する。問題が部分的に露呈しても職場側は対処の指針すら持っていない。産業医もどうしてよいか分からない。医療側には職場の状況は伝わってこない。アルコール使用障害者が職場復帰する際、医療側と職場側に共通して利用できる職場復帰判定基準や評価シートの活用が待たれる。

対応サンプルによるFriedmanの順位付けによる
変数の双方向分析



対応サンプルによるWilcoxonの符号付き順位検定



質問13C アルコール使用障害の受け入れ
- 質問13B 統合失調症の受け入れ

対応サンプルによる Wilcoxon の符号付き順位検定
の要約

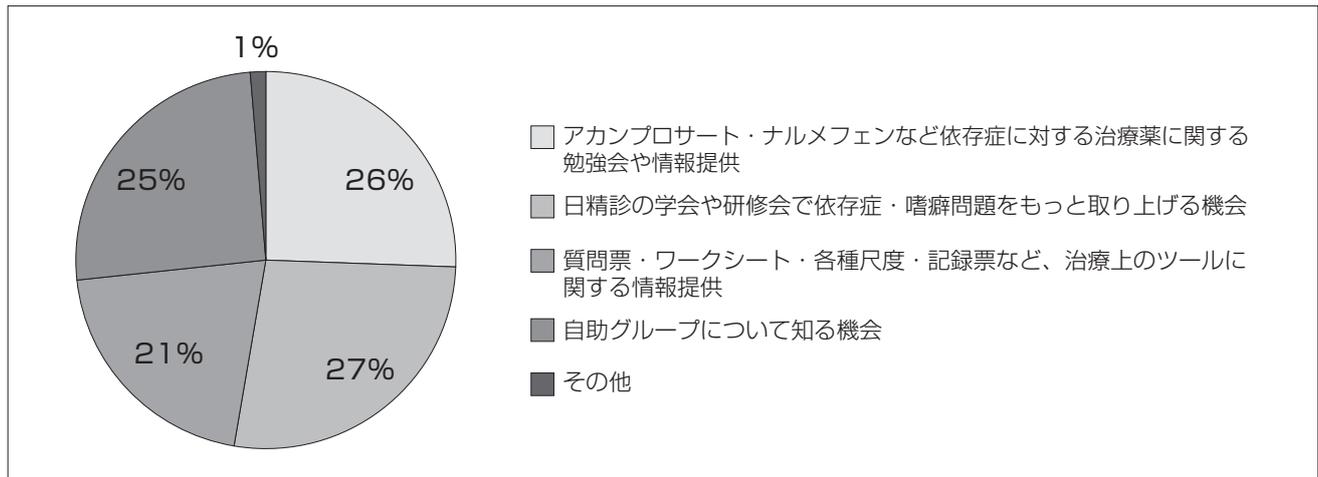
合計数	485
検定統計量	16689.500
標準誤差	1012.413
標準化された検定統計量	2.321
漸近有意確率 (両側検定)	.020

十一 日精診に期待すること

質問14 今後、以下のようなものがあればよいと思うことに○を付けて下さい。(複数選択可)

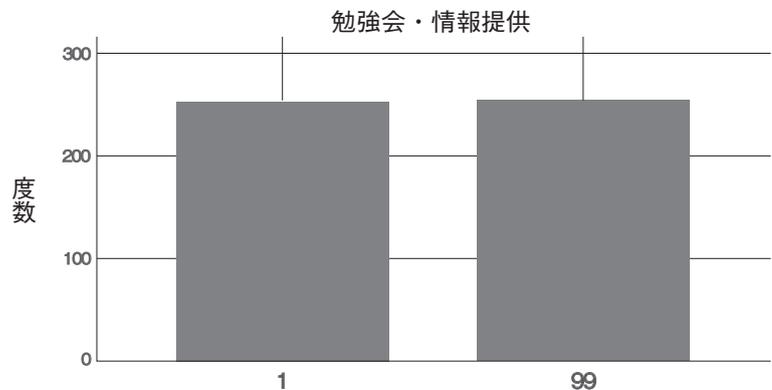
- () アカンプロサート・ナルメフェンなど依存症に対する治療薬に関する勉強会や情報提供
- () 日精診の学会や研修会で依存症・嗜癖問題をもっと取り上げる機会
- () 質問票・ワークシート・各種尺度・記録票など、治療上のツールに関する情報提供
- () 自助グループについて知る機会
- () その他：

質問14 今後の希望



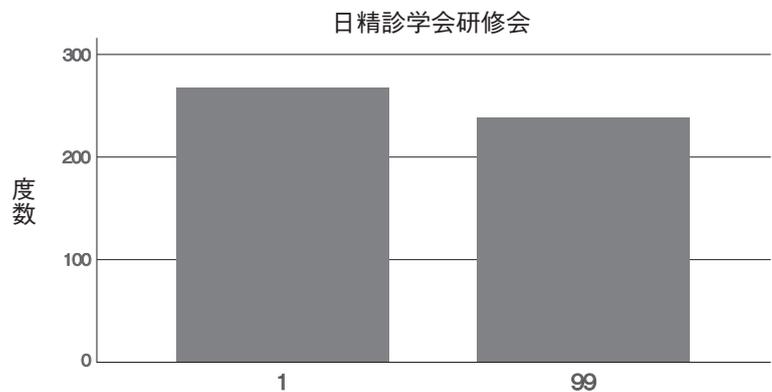
質問14-a 今後、あればよいもの・勉強会・情報提供

	度数	パーセント
あればよい	253	49.9
無記	254	50.1
合計	507	100.0



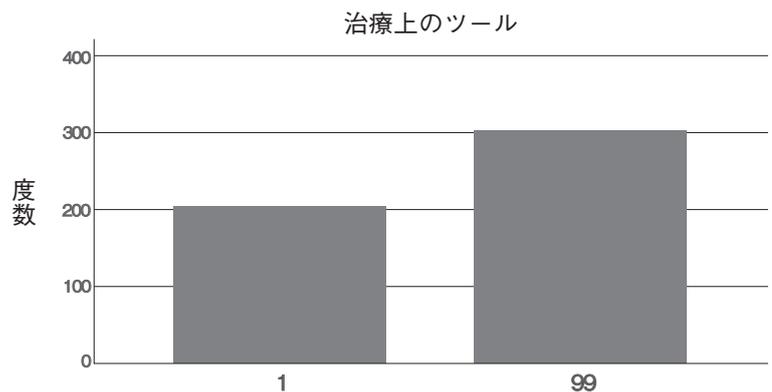
質問14-b 今後、あればよいもの・日精診の学会や研修会で取り上げる機会

	度数	パーセント
あればよい	268	52.9
無記	239	47.1
合計	507	100.0



質問14-c 今後、あればよいもの・治療上のツールに関する情報提供

	度数	パーセント
あればよい	204	40.2
無記	303	59.8
合計	507	100.0



十二 診療所の人的構成

質問15 先生の診療所のスタッフ数について教えてください。

- | | | |
|------------------|----------|-----------|
| 1 医師 | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |
| 2 看護師・准看護師 | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |
| 3 精神保健福祉士 | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |
| 4 臨床心理士・公認心理師 | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |
| 5 その他のメディカル・スタッフ | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |
| 6 事務職員・等 | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |

1. 医師

	常勤	非常勤
0名	2	319
1名	432	85
2名	53	37
3名	11	21
4名	1	8
5名	1	10
6名	0	6
7名	0	0
8名	0	0
9名	0	0
10名	1	4
11名	0	2
12名	0	3
13名	0	0
14名	0	1
欠損値	6	11
合計	507	507

3. 精神保健福祉士

	常勤	非常勤
0名	336	440
1名	85	41
2名	26	14
3名	21	1
4名	9	1
5名	9	0
6名	4	0
7名	2	0
8名	1	0
9名	0	0
10名	1	0
11名	2	0
12名	0	0
13名	1	0
14名	0	0
欠損値	10	10
合計	507	507

5. その他のメディカル・スタッフ

	常勤	非常勤
0名	428	442
1名	40	36
2名	12	12
3名	7	2
4名	3	0
5名	3	2
6名	0	2
7名	1	0
8名	1	1
9名	0	0
10名	1	0
11名	0	0
12名	0	1
欠損値	11	9
合計	507	507

2. 看護師

	常勤	非常勤
0名	239	291
1名	139	95
2名	63	56
3名	24	29
4名	11	8
5名	11	7
6名	3	5
7名	2	3
8名	2	1
9名	2	1
10名	1	0
11名	1	0
欠損値	9	11
合計	507	507

4. 臨床心理士・公認心理師

	常勤	非常勤
0名	370	283
1名	82	90
2名	17	43
3名	8	29
4名	10	20
5名	2	9
6名	5	8
7名	1	3
8名	0	3
9名	0	2
10名	3	3
11名	0	1
12名	0	0
13名	0	1
14名	0	0
15名	0	2
欠損値	9	10
合計	507	507

6. 事務職員・等

	常勤	非常勤
0名	130	221
1名	107	77
2名	149	69
3名	64	49
4名	21	42
5名	13	22
6名	2	9
7名	2	1
8名	3	5
9名	0	0
10名	3	1
11名～	5	1
欠損値	8	10
合計	507	507

1 医師

常勤医師数の構成は、1名が432カ所（85.2%）、2名が53カ所（10.5%）、3名が11カ所（2.2%）等であった。非常勤医師数の構成は、0名が319カ所（62.9%）、1名が85カ所（16.8%）、2名が37カ所（7.3%）、3名が21カ所（4.1%）、4名が8カ所（1.6%）、5名が10カ所（2.0%）、6名が6カ所（1.2%）等であった。

2 看護師

常勤看護師数の構成は、0名が239カ所（47.1%）、1名が139カ所（27.4%）、2名が63カ所（12.4%）、3名が24カ所（4.7%）、4名が11カ所（2.2%）、5名が11カ所（2.2%）等であった。

半数弱の診療所において常勤看護師は不在である。常勤看護師は257カ所の診療所に468名が働いている。

非常勤看護師数の構成は、0名が291カ所（57.4%）、1名が95カ所（18.7%）、2名が56カ所（11.0%）、3名が29カ所（5.7%）等であった。半数強の診療所において非常勤看護師は不在である。非常勤看護師は205カ所の診療所に429名が働いている。

常勤・非常勤の合計は897名、常勤のほうがやや多く、倍率は1.1（468/429）である。

3 精神保健福祉士

常勤精神保健福祉士数の構成は、0名が336カ所（66.3%）、1名が85カ所（16.8%）、2名が26カ所（5.1%）、3名が21カ所（4.1%）、4名が9カ所（1.8%）、5名が9カ所（1.8%）等であった。

常勤精神保健福祉士がいる診療所は161カ所（161/497=32.4%）、全体の三分の一である。常勤精神保健福祉士の合計人数は372人。すなわち日精診の三分の二診療所には常勤精神保健福祉士は不在であり、三分の一の診療所には常勤精神保健福祉士が平均2.3人（372/161）勤務していることになる。

非常勤精神保健福祉士数の構成は、0名が440カ所（86.8%）、1名が41カ所（8.1%）、2名が14カ所（2.8%）等であった。非常勤精神保健福祉士の合計人数は76名である。

常勤・非常勤の合計は448名、常勤が多く、その倍率は4.9（372/76）である。

4 臨床心理士

常勤臨床心理士数の構成は、0名が370カ所（73.0%）、1名が82カ所（16.2%）、2名が17カ所（3.4%）、3名が8カ所（1.6%）、4名が10カ所（2.0%）等であった。

常勤臨床心理士は128カ所の診療所に257名が働いている。

非常勤臨床心理士数の構成は、0名が283カ所（55.8%）、1名が90カ所（17.8%）、2名が43カ所（8.5%）、3名が29カ所（5.7%）、4名が20カ所（3.9%）等であった。

非常勤臨床心理士は214カ所の診療所に583名が働いている。

常勤臨床心理士と非常勤臨床心理士の人数は計840名、倍率は0.441（257/583）である。

5 その他

その他の常勤メディカル・スタッフ数の構成は、0名が428カ所（84.4%）、1名が40カ所（7.9%）、2名が12カ所（2.4%）等であった。その他の非常勤メディカル・スタッフ数の構成は、0名が442カ所（87.2%）、1名が36カ所（7.1%）等であった。

6 事務職員

常勤事務職員数の構成は、0名が130カ所（25.6%）、1名が107カ所（21.1%）、2名が149カ所（29.4%）、3名が64カ所（12.6%）、4名が21カ所（4.1%）、5名が13カ所（2.6%）等であった。

非常勤事務職員数の構成は、0名が221カ所（43.6%）、1名が77カ所（15.2%）、2名が69カ所（13.6%）、3名が49カ所（9.7%）、4名が42カ所（8.3%）等であった。

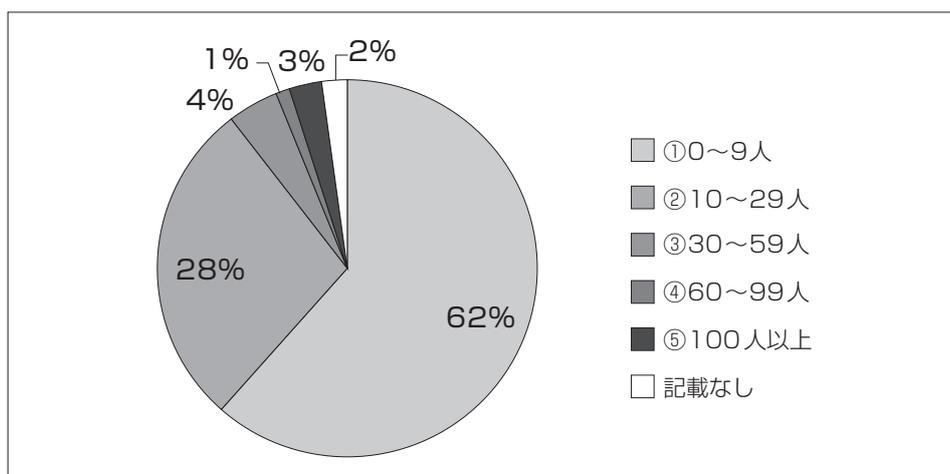
十三 依存症・嗜癖問題の主病名副病名での患者総数

質問16 主病名（あるいは主問題）で、月間の依存症・嗜癖問題の患者総数（アルコール使用障害、病的賭博、ネット・ゲーム依存、薬物依存・乱用、病的窃盗、性依存、摂食障害、買い物依存など）は、実数でおよそどのくらいですか。（ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい。）

- ①0～9人 ②10～29人 ③30～59人 ④60～99人 ⑤100人以上

質問16 主病名での月間患者数

	度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	312	61.5	61.5
	2	142	28.0	89.5
	3	22	4.3	93.9
	4	6	1.2	95.1
	5	14	2.8	97.8
	99	11	2.2	100.0
	合計	507	100.0	

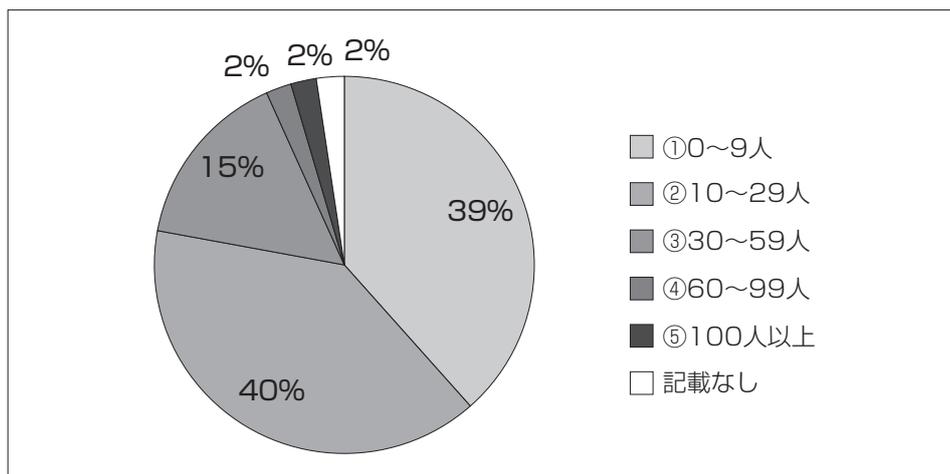


質問17 副病名（あるいは併存問題）としてなら、月間の依存症・嗜癖問題の患者総数（アルコール使用障害、病的賭博、ネット・ゲーム依存、薬物依存・乱用、病的窃盗、性依存、摂食障害、買い物依存など）は、実数でおよそどのくらいですか。（ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい。）

- ①0～9人 ②10～29人 ③30～59人 ④60～99人 ⑤100人以上

質問17 副病名での月間患者数

		度数	パーセント	有効 パーセント	累積 パーセント
有効	1	195	38.5	38.5	38.5
	2	200	39.4	39.4	77.9
	3	78	15.4	15.4	93.3
	4	11	2.2	2.2	95.5
	5	11	2.2	2.2	97.6
	99	12	2.4	2.4	100.0
	合計	507	100.0	100.0	



依存嗜癮疾患診療実態調査

報告書

統計解析編

目次

- 一 治療障害要因の分析
 - (一) 治療者の対応スタンスと治療障害要因
 - (二) 自己責任論と治療障害要因
 - (三) 社会的偏見と治療障害要因
- 二 常勤コメディカル・スタッフの有無・人員数と治療との関係
 - (一) 常勤精神保健福祉士
 - (二) 常勤臨床心理士
 - (三) 常勤看護師
- 三 治療障害要因に関する自由記述から
 - (一) 治療障害要因に関する質的帰納法的カテゴリー化
 - (二) 生成したカテゴリーとアンケート質問7の想定治療障害要因との関係
 - (三) 計量テキスト分析による質的帰納的研究所見の検証
- 四 自由記述「依存嗜癮疾患医療に関して思うこと」から
 - (日精診依存プロジェクトチームへの期待も含めて、自由記述からみて)

はじめに

治療障害要因に関連する質問は、質問4、質問5、質問7、質問12および質問13である。質問7においては5分野19項目の直接的な質問をしており、その結果は記述統計結果でみるとおりである。統計解析編では質問7の5分野19項目の問いを中心に、それが他の質問項目とどのように関連しているかを調べ、治療障害要因の姿を立体的に明らかにすることを作業目標とする。

一 治療障害要因の分析

(一) 治療者の対応スタンスと治療障害要因

質問5と質問7の関係を調べる。質問5は「今後の、依存症・嗜癖問題への先生の対応・スタンスについてお尋ねします。当てはまるものに、ひとつ○をつけて下さい」であり、以下の項目の5件法である。

- ① 受付をお断りしたい
- ② できれば関わりたくないが、いちおうは診る
- ③ どちらとも言えない
- ④ やや積極的に関わりたい
- ⑤ 積極的に関わりたい

質問7は「治療のやりにくさ、取り組みにくさの要因についてお尋ねします。該当するものには○、特に大きいと思われるものには◎、をお付け下さい（複数回答可）」で、以下の5分野、合計19項目の質問から構成されている（「その他」は除く）（なお、下記質問7の19項目の括弧内に示したA B C・・・は表等を読みやすくするために便宜的に挿入したものであり、アンケート用紙には記載されていない）

診療所側の問題

- (A) 依存症・嗜癖問題には興味を持ってない
- (B) 対応するコメディカル・スタッフがない
- (C) 忙しくて依存症・嗜癖問題に手が回らない
- (D) 取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い
- (E) 回復した人を見たことがない

患者側の問題

- (F) 嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為
- (G) 借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題
- (H) 自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題

家族側の問題

- (I) 治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為
- (J) 家族の情緒安定機能が損なわれている
- (K) 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている

医療供給体制側の問題

- (L) 依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない
- (M) 依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない
- (N) コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題
- (O) 通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制の問題
- (P) 緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題

表1 治療者の対応スタンスと治療阻害要因との関係

質問7	質問5	質問5	質問5	質問5	Kruskal-WallisのH(K)	自由度	漸近有意確率	有意確率	有意確率	有意確率
	○群の度数/平均ランク	◎群の度数/平均ランク	99群の度数/平均ランク					99-○	99-◎	○-◎
A	54/150.0	17/96.8	429/269.2	57.381	2	0	0	0	0	0.499
B	209/228.2	60/241.3	231/273.0	11.858	2	0.002	0.002	0.002	0.341	1
C	172/224.51	60/219.7	268/274.1	16.846	2	0	0	0.001	0.018	1
D	118/228.2	22/205.3	360/260.6	7.329	2	0.024	0.082	0.082	0.206	1
E	15/195.4	2/142.0	483/252.7	3.734	2	0.155				
F	205/234.5	35/184.9	260/271.9	16.859	2	0	0	0.011	0.001	0.15
G	211/245.8	32/205.6	257/259.9	4.805	2	0.09				
H	273/256.2	60/257.6	167/238.7	1.848	2	0.397				
I	210/250.5	37/244.1	253/251.4	0.09	2	0.956				
J	180/258.1	24/271.5	296/244.2	1.727	2	0.422				
K	175/252.3	13/186.2	310/252.6	3.341	2	0.188				
L	173/266.7	22/271.1	305/239.9	4.662	2	0.097				
M	200/270.0	30/256.6	270/235.4	7.279	2	0.025	0.022	0.022	1	1
N	182/277.2	51/272.9	267/228.0	15.192	2	0.001	0.001	0.001	0.101	1
O	169/240.4	28/219.2	303/259.0	3.488	2	0.175				
P	124/230.2	13/248.3	362/256.8	3.433	2	0.18				
Q	222/252.3	47/238.1	231/251.3	0.425	2	0.808				
R	209/273.0	39/264.0	252/229.7	11.611	2	0.003	0.002	0.002	0.45	1
S	173/280.9	25/318.3	302/227.5	22.738	2	0	0	0	0.005	0.616

漸近有意確率は両側検定。有意水準は0.05。Bonferroni 訂正により、ペアごとの比較は有意確率の値を調整。

社会的問題

- (Q) 社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい
- (R) 依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている
- (S) 依存症・嗜癮問題への社会的偏見が根深い

結果は表1に示したとおりである。治療のやりにくさ、取り組みにくさの要因について該当するものが○、特に大きいと思われるものが◎で、複数回答可となっている。検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できない箇所は空欄になっている。

「治療のやりにくさ・取り組みにくさの要因」の各項目と「今後の依存症・嗜癮問題への対応・スタンス」との関係について所見を述べる。なお、以下「99」とあるのは「該当なし」の便宜的表現である。

(A) 依存症・嗜癮問題には興味を持ってない

「依存症・嗜癮問題には興味を持ってない」が治療阻害要因であるについては、○群の平均ランクは150.0 (54件)、◎群の平均ランクは96.8 (17件)、99群の平均ランクは269.2 (429件)であった。○群および◎群該当件合計71件に対して、99群(チェックを入れない人)は429件である。依存症問題に興味を持ってないのが治療阻害要因であるとする人の、今後の依存症・嗜癮問題への対応スタンスはより消極的である(○群： $p = 0.000$) (◎群： $p = 0.000$) (調整済み有意確率)。

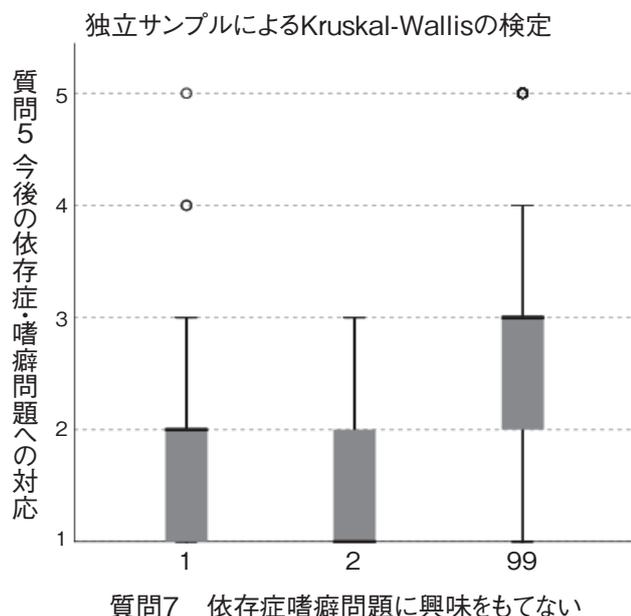
ただし、興味を持ってない理由、消極的である理由については不詳である。

質問7 依存症嗜癮問題に興味を持ってない のペアごとの比較

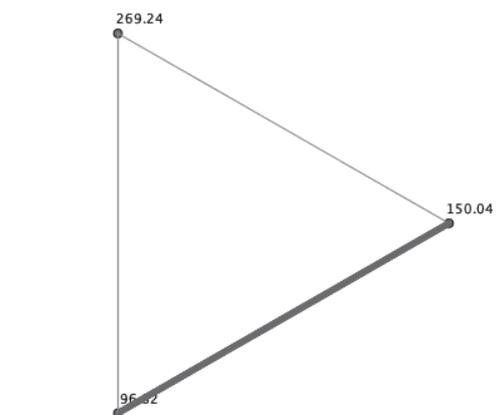
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
2 – 1	53.214	38.454	1.384	.166	.499
2 – 99	-172.412	34.194	-5.042	.000	.000
1 – 99	-119.198	19.966	-5.970	.000	.000

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率(両側検定)が表示されます。有意水準は.05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 依存症嗜癮問題に興味をもてない のペアごとの比較



(B) 対応するコメディカル・スタッフがない

「対応するコメディカル・スタッフがない」が治療阻害要因である、については○群の平均ランクは 228.2 (209 件)、◎群の平均ランクは 241.3 (60 件)、99 群の平均ランクは 273.0 (231 件) であった。○群と◎群の合計件は 269 である。対応するコメディカル・スタッフがないのが要因であるとするものが母集団の過半数、53.1% (269/507) に認められている。

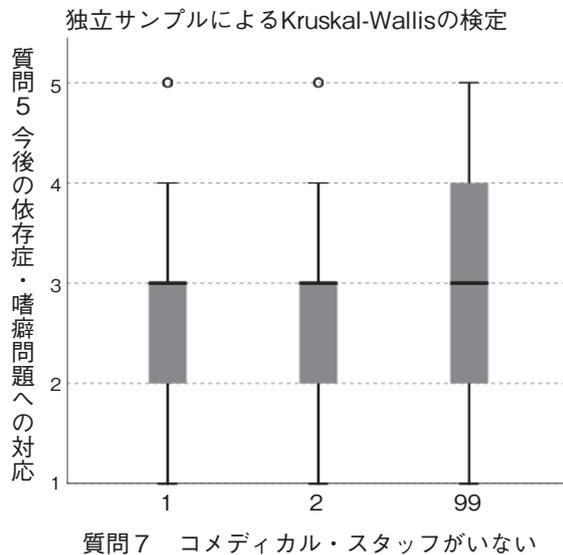
○群は 99 群より対応スタンスは消極的である (p = .002) (調整済み有意確率)。◎群と 99 群では有意差は認められない。◎群をチェックした人たちはコメディカル・スタッフの不在を痛感しながら、それでも積極的に取り組んでいる人たちと推察された。そこで、質問 4 の項目「依存嗜癖の専門治療を行っているかどうか、との関係を調べた。専門治療を行う群 42 件のうち、「コメディカル・スタッフがない」を治療阻害要因として認めたものは 9 件のみであり、残りの 33 件は阻害要因とは認めていない。このことからして、専門治療を行っている施設ではすでにコメディカル・スタッフが配置され機能していることが推測される。

質問 7 コメディカル・スタッフがない のペアごとの比較

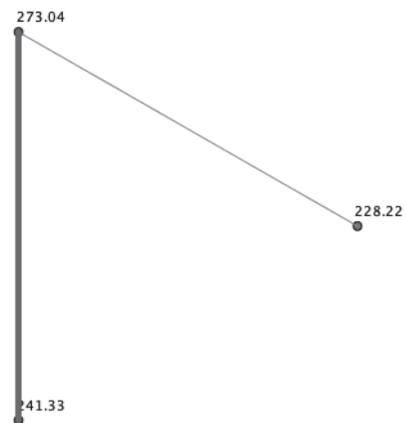
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
1 – 2	-13.113	20.252	-.648	.517	1.000
1 – 99	-44.819	13.200	-3.395	.001	.002
2 – 99	-31.706	20.035	-1.582	.114	.341

各行は、サンプル 1 とサンプル 2 の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率 (両側検定) が表示されます。有意水準は .05 です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問 7 コメディカル・スタッフがない のペアごとの比較



質問 7 コメディカル・スタッフがないと
質問 4 専門治療を行うのクロス表

		質問 4 専門治療を行う			合計
		1	99		
質問 7 コメディカル・スタッフがない	1	7	204	211	
	2	2	59	61	
	99	33	202	235	
合計		42	465	507	

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	19.118 ^a	2	.000
尤度数	19.903	2	.000
線型と線型による連関	19.079	1	.000
有効なケースの数	507		

a. 0セル (0.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 5.05 です。

(C) 忙しくて依存症・嗜癮問題に手が回らない

「忙しくて依存症・嗜癮問題に手が回らない」のが治療阻害要因である、については○群の平均ランクは224.5 (172件)、◎群の平均ランクは219.7 (60件)、99群の平均ランクは274.1 (268件)であった。忙しくて手が回らないが合計232件であるから、約半数にあたる診療所が多忙により依存嗜癮疾患に手を回す余裕がなく、消極的にならざるを得ないのであろう。精神科医療供給体制の現状が問われていると推測される。

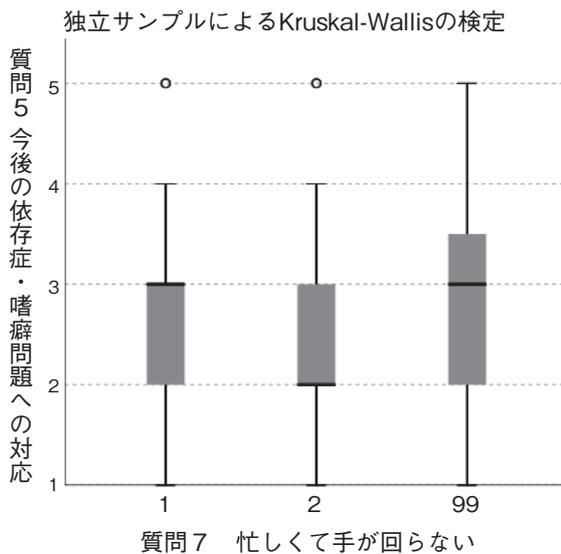
○群も◎群も、今後の対応・スタンスは消極的である (○群：p = .000) (◎群：p = .006) (調整済み有意確率)。

質問7 忙しくて手が回らない のペアごとの比較

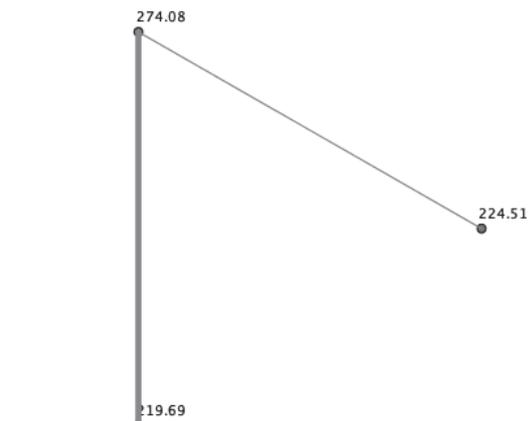
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
2 – 1	4.820	20.732	.232	.816	1.000
2 – 99	-54.385	19.748	-2.754	.006	.018
1 – 99	-49.565	13.509	-3.669	.000	.001

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率 (両側検定) が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 忙しくて手が回らない のペアごとの比較



各ノードには 質問7 忙しくて手が回らないの平均順位が表示されます。

(D) 取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い

「取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い」が治療阻害要因であるについては、○群の平均ランクは228.2 (118件)、◎群の平均ランクは205.3 (22件)、99群の平均ランクは260.6 (360件)であった。(○群：p = 0.08) (◎群：p = 0.21) (調整済み有意確率)。◎群は○群よりも平均ランクは低い (より消極的) が有意差は認められない。

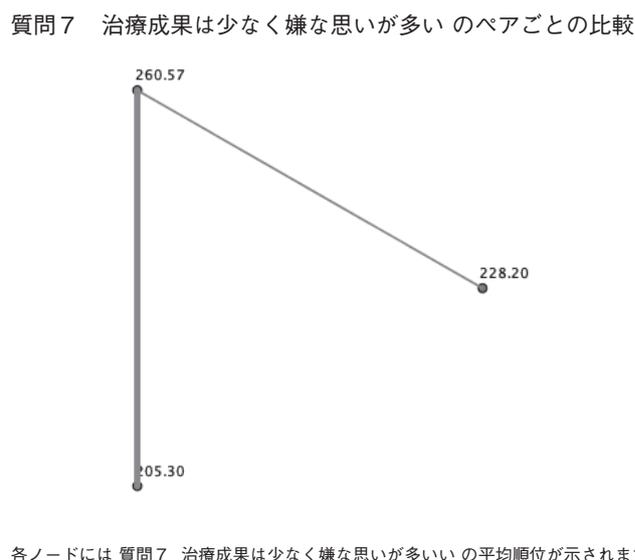
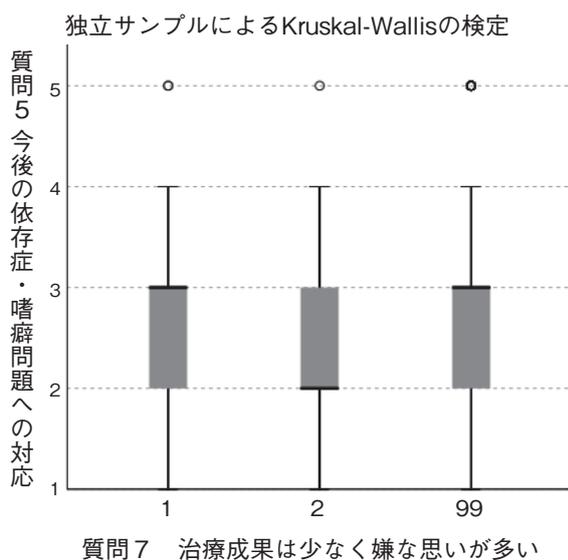
アルコール依存症者が依存症のことを知らないで、断酒決意のみで世界に出ていくということは、丸腰で銃弾飛び交う戦場に立つようなものである。同様に医療者も、依存症のことを知らないで治療決意してもうまくはいかない。嫌な思いをして依存症治療を投げ出すことになりかねない。依存症に治療成果を求めても振り回されて終わるから、はじめから治療成果は期待しないで、淡々と依存症者と付き合い、付き合い続ける、それくらいの気持ちのほうがよい。治療成果は、そのうち患者が持ってくる。

質問7 治療成果は少なく嫌な思いが多いのペアごとの比較

Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
2 – 1	22.908	32.110	.713	.476	1.000
2 – 99	-55.275	30.367	-1.820	.069	.206
1 – 99	-32.367	14.667	-2.207	.027	.082

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率（両側検定）が表示されます。有意水準は.05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



(E) 回復した人を見たことがない

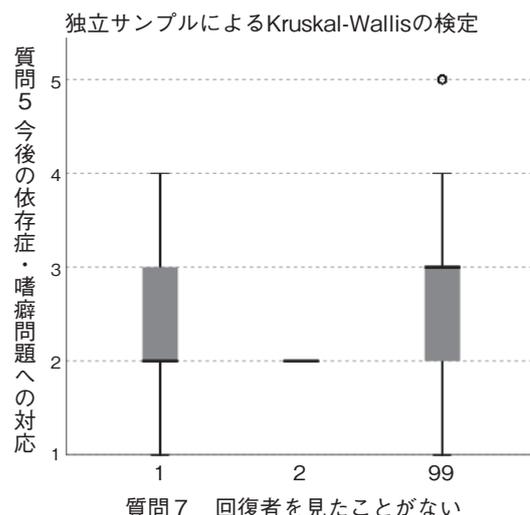
「回復した人を見たことがない」が治療障害要因であるについては、○群の平均ランクは195.4（15件）、◎群の平均ランクは142.0（2件）、99群の平均ランクは252.7（483件）であった。（○群：p = 0.02）（◎群：p = 1.0）。○群は15件あり、治療スタンスは著しく消極的であるのは、もしかしたら○群の先生は、かつて依存嗜癖疾患診療においてネガティブな体験をされ、かつ回復した人を見たかったのに見られなかったことを示唆しているのであろうか。

人を変えようとすればするほどこじれる。回復した人を見なければゆっくり付き合ってゆけばよい。回復するしないは患者さんに任せ、医者は依存嗜癖者を見守り共に歩むことしかできない、と思うくらいになれば、やがて回復する人を見られる。それから、患者さんが回復してゆく姿を見るには、アルコール依存症のデイケア治療の集団療法場面を見ることや自助グループのオープン・ミーティングの会場に足を運ぶのも良い方法だと思われる。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	3.734 ^{ab}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.155

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
 b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(F) 嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為

「嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為」が治療障害要因であるについては、○群の平均ランクは234.5 (205件)、◎群の平均ランクは184.9 (35件)、99群の平均ランクは271.9 (260件)であった。○群◎群合計240件であり、ともに有意に消極的になっている (○群 : $p = .011$) (◎群 : $p = .001$) (調整済み有意確率)。

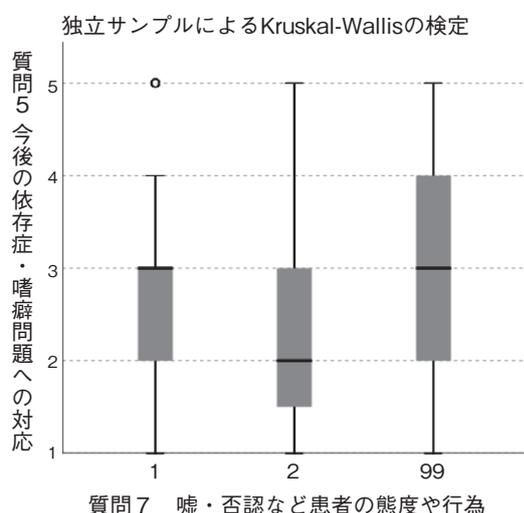
ギャンブル依存症の二大特徴は嘘と借金である、とよくいわれるが、「嘘・過小申告・約束不履行・否認」などは依存症がなせる態度・行動の変化であり、どの依存嗜癮疾患にも共通してみられる現象である。これらの態度・行動は疾病病理の発現であるので、振り回されなくて、関与観察しつつ、依存嗜癮診療を継続することが望まれる。

質問 7 嘘・否認など患者の態度や行為 のペアごとの比較

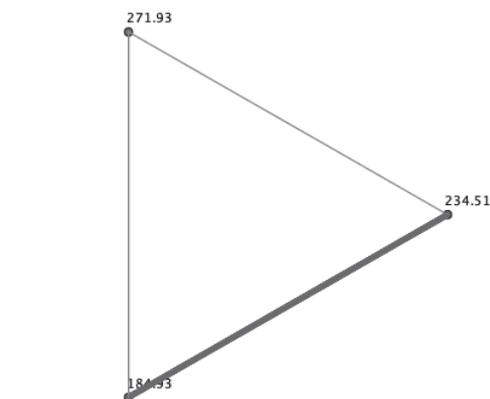
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
2 – 1	49.584	25.289	1.961	.050	.150
2 – 99	-87.004	24.896	-3.495	.000	.001
1 – 99	-37.420	12.915	-2.897	.004	.011

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率 (両側検定) が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問 7 嘘・否認など患者の態度や行為 のペアごとの比較



各ノードには 質問 7 嘘・否認など患者の態度や行為 の平均順位が示されます。

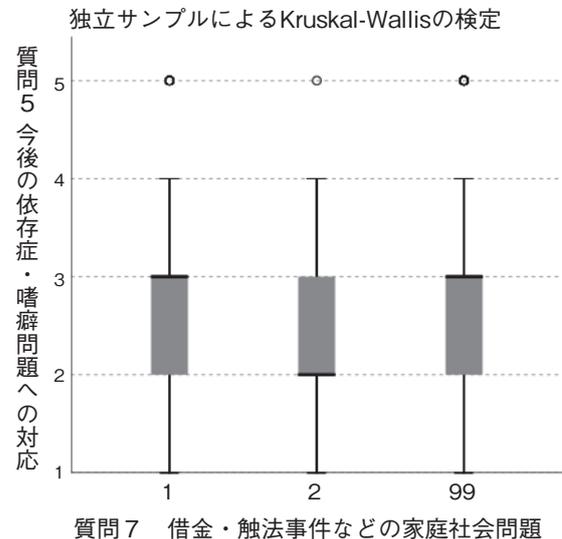
(G) 借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題

「借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題」が治療阻害要因であるについては、○群の平均ランクは 245.8 (211 件)、◎群の平均ランクは 205.6 (32 件)、99 群の平均ランクは 259.9 (257 件) であった。漸近有意確率 (両側検定) では $p = .090$ であった。それを治療阻害要因であると見なす群のほうが、そうは見なさない群よりも対応・スタンスは消極的な傾向にあるようだ。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	4.805 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.090

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



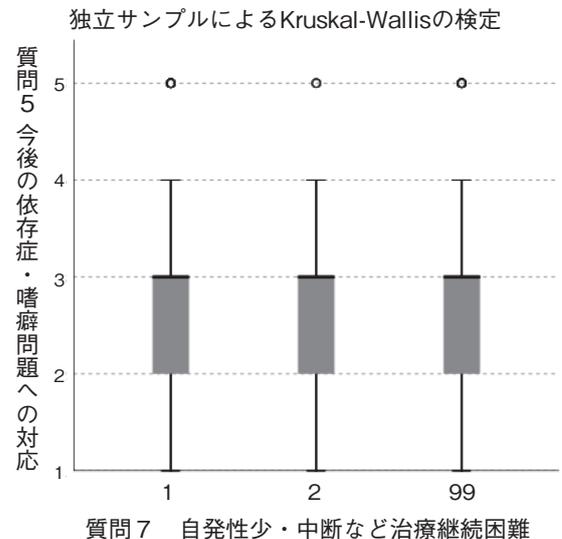
(H) 自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題

「自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題」が治療阻害要因であるについては、○群の平均ランクは 256.2 (273 件)、◎群の平均ランクは 257.6 (60 件)、99 群の平均ランクは 238.7 (167 件) であった。漸近有意確率 (両側検定) では $p = .397$ であった。たしかに、自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題患者の治療継続に関する問題は治療阻害要因であると 66% (333/507) が認めているのであるが、治療阻害要因には当たらないとする群と比較しても対応・スタンスに差異は認められない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	1.848 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.397

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



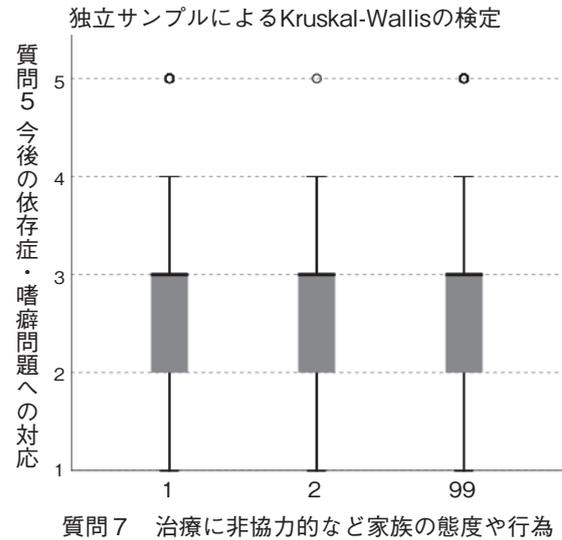
(I) 治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為

「治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為」が治療障害要因であるについては、○群の平均ランクは250.5 (210件)、◎群の平均ランクは244.1 (37件)、99群の平均ランクは251.4 (167件)であった。漸近有意確率 (両側検定) では $p = .956$ であった。治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為が治療障害要因であるとする群とそうでない群では、対応・スタンスには差異は認められなかった。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	.090 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.956

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



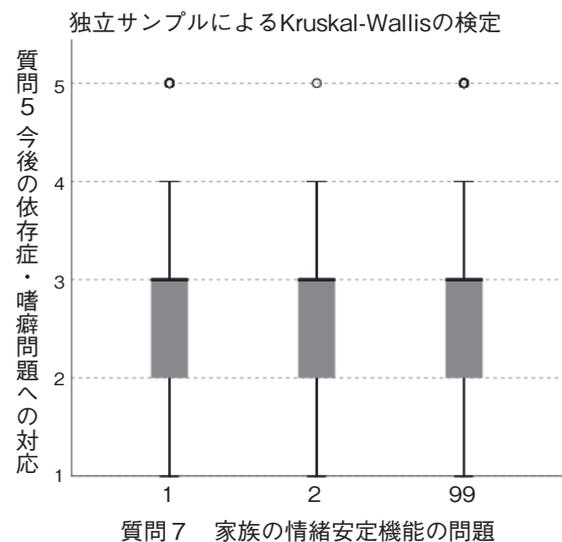
(J) 家族の情緒安定機能が損なわれている

「家族の情緒安定機能が損なわれている」が治療障害要因であるについては、○群の平均ランクは258.1 (180件)、◎群の平均ランクは271.5 (24件)、99群の平均ランクは244.2 (296件)であった。漸近有意確率 (両側検定) では $p = .422$ であった。家族の情緒安定機能が損なわれているが治療障害要因であるとする群とそうでない群では、対応・スタンスには差異は認められなかった。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	1.727 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.422

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



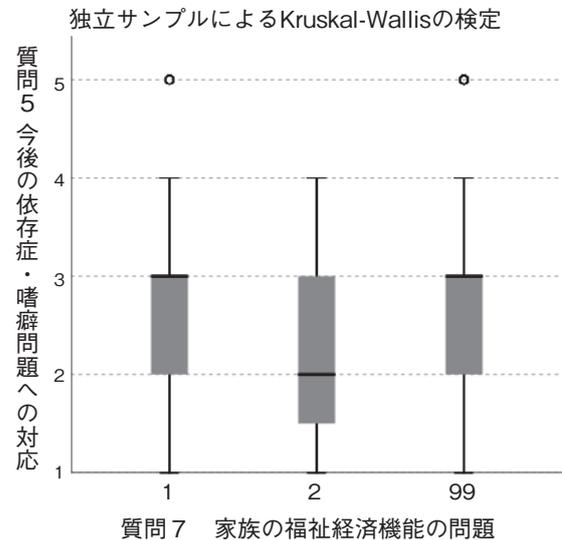
(K) 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている

「家族の福祉機能や経済機能が損なわれている」が要因であるについては、○群の平均ランクは 252.3 (175 件)、◎群の平均ランクは 186.2 (15 件)、99 群の平均ランクは 252.3 (310 件) であった。漸近有意確率 (両側検定) では $p = .188$ であった。家族の福祉機能や経済機能が損なわれているが治療障害要因であるとする群とそうでない群では、対応・スタンスには差異は認められなかった。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	3.341 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.188

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



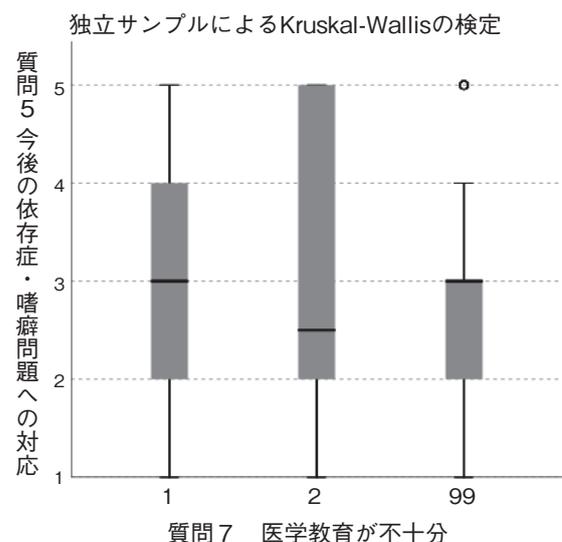
(L) 依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない

「依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない」が要因であるについては、○群の平均ランクは 266.7 (173 件)、◎群の平均ランクは 271.1 (2 件)、99 群の平均ランクは 239.9 (305 件) であった。漸近有意確率 (両側検定) では $p = .097$ であった。依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でないが治療障害要因であるとする群はそうでない群よりも、対応・スタンスには積極的な傾向があるようだ。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	4.662 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.097

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(M) 依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない

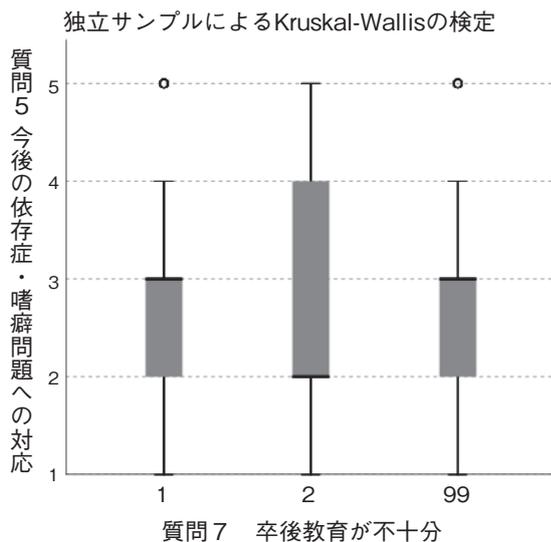
「依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない」が治療障害要因であるについては、○群の平均ランクは270.0 (200件)、◎群の平均ランクは256.6 (30件)、99群の平均ランクは235.4 (270件)であった。漸近有意確率(両側検定)では $p = .026$ であった。調整済み有意確率では(○群： $p = .022$) (◎群： $p = 1$)。この項目が要因であることを肯定した人たちは、割合で母集団の45.4% (230/507)。治療スタンスはより積極的である。これは依存嗜癖疾患に関する卒後教育の充実願望の反映と捉えられるかもしれない。

質問7 卒後教育が不十分 のペアごとの比較

Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
99 – 2	21.219	26.610	.797	.425	1.000
99 – 1	34.655	12.900	2.686	.007	.022
2 – 1	13.437	27.072	.496	.620	1.000

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率(両側検定)が表示されます。有意水準は.05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 卒後教育が不十分 のペアごとの比較



各ノードには 質問7 卒後教育が不十分 の平均順位が表示されます。

(N) コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題

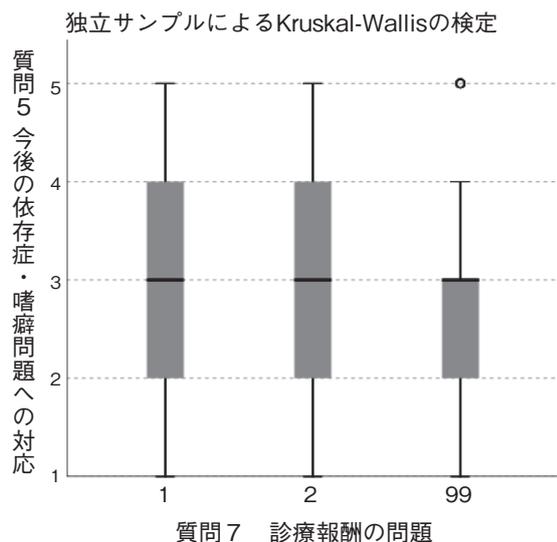
「コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題」が治療障害要因であるについては、○群の平均ランクは277.2 (182件)、◎群の平均ランクは272.9 (51件)、99群の平均ランクは228.0 (267件)であった。漸近有意確率(両側検定)では $p = .026$ であった。調整済み有意確率では(○群： $p = .000$) (◎群： $p = .034$)。○群と◎群の合計件は233件である。507診療所の46% (233/507)がこのようにみている。コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題が治療障害要因であるとする群は対応スタンスがより積極的である。コメディカル・スタッフ配置が可能になるような診療報酬の改定が望まれる。

質問7 診療報酬の問題 のペアごとの比較

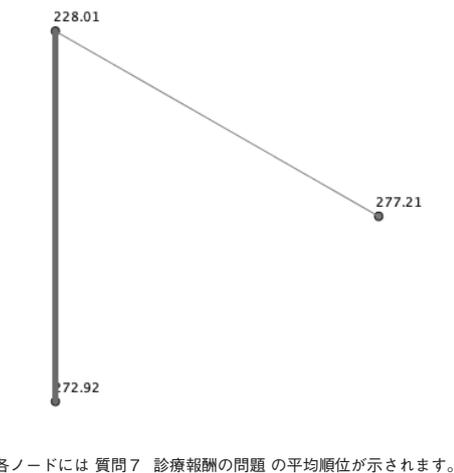
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
99–2	44.908	21.130	2.125	.034	.101
99–1	49.193	13.291	3.701	.000	.001
2–1	4.284	21.907	.196	.845	1.000

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率（両側検定）が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 診療報酬の問題 のペアごとの比較



(0) 通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制の問題

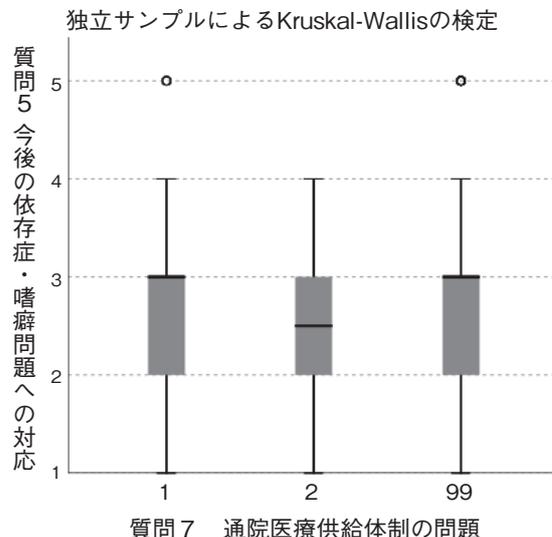
「通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制の問題」が治療阻害要因であるについては、○群の平均ランクは240.4（169件）、◎群の平均ランクは219.2（28件）、99群の平均ランクは259.0（303件）であった。漸近有意確率（両側検定）では $p = .175$ であった。

通院の専門医療機関に紹介したいがそれが無いなど通院医療供給体制の問題が治療阻害要因であるとする群とそうでない群では、対応スタンスには差異は認められなかった。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	3.488 ^{ab}
自由度	2
漸近有意確率（両側検定）	.175

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



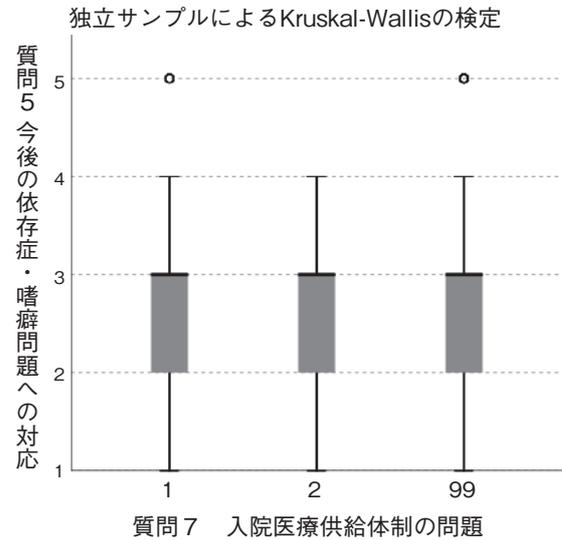
(P) 緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題社会的問題

「緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題」が治療障害要因であるについては、○群の平均ランクは 230.2 (124 件)、◎群の平均ランクは 248.3 (13 件)、99 群の平均ランクは 256.8 (362 件)であった。漸近有意確率 (両側検定) では $p = .180$ であった。緊急時の入院先がないなど入院医療供給体制の問題社会的問題が治療障害要因であるとする群とそうでない群では、対応スタンスには差異は認められなかった。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	499
検定統計量	3.433 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.180

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



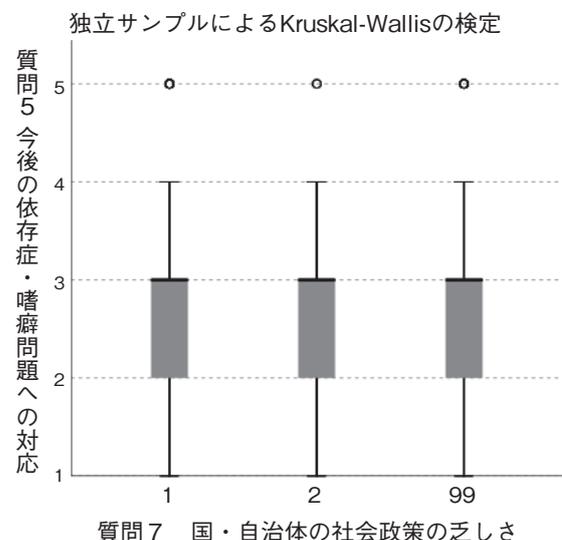
(Q) 社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい

「社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい」が治療障害要因であるについては、○群の平均ランクは 252.3 (222 件)、◎群の平均ランクは 238.1 (47 件)、99 群の平均ランクは 251.3 (267 件)であった。漸近有意確率 (両側検定) では $p = .808$ であった。社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しいが治療障害要因であるとする群とそうでない群では、対応・スタンスには差異は認められなかったということは、国・地方自治体の社会政策とは別の次元で診療所の依存嗜癖への対応スタンスは決定されている、ということであろうか。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	.425 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.808

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(R) 依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている

「依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている」が治療阻害要因であるについては、○群の平均ランクは273.0 (209件)、◎群の平均ランクは264.0 (39件)、99群の平均ランクは229.7 (252件)であった。漸近有意確率 (両側検定) では $p = .003$ であった。調整済み有意確率では (○群 : $p = .002$) (◎群 : $p = .450$)

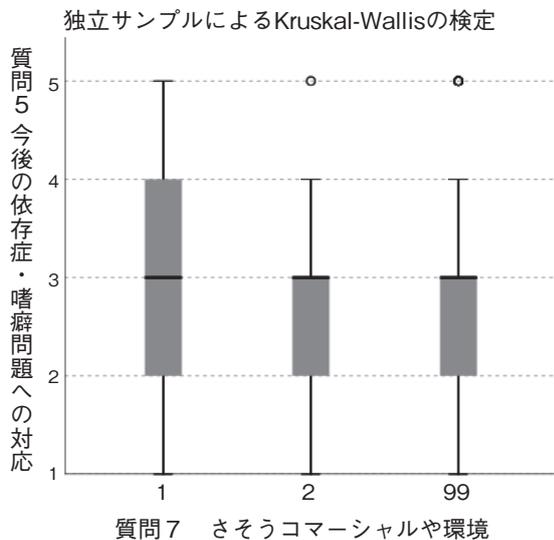
この項目を肯定する人々の割合は48.9% (248/507)。治療スタンスはより積極的である。企業が酒類の宣伝のために年間数千億円を費やし昼夜を問わず飲酒を煽っているにもかかわらず、ほとんど規制はない。国の依存症関連予算はたかが知れた額である。しかも依存や嗜癮に誘導するコマーシャルは規制らしい規制はなく、やり放題である。依存嗜癮疾患に国が取り組もうとするなら、コマーシャル規制を、せめて欧米並に実施せねばなるまい。

質問7 さそうコマーシャルや環境 のペアごとの比較

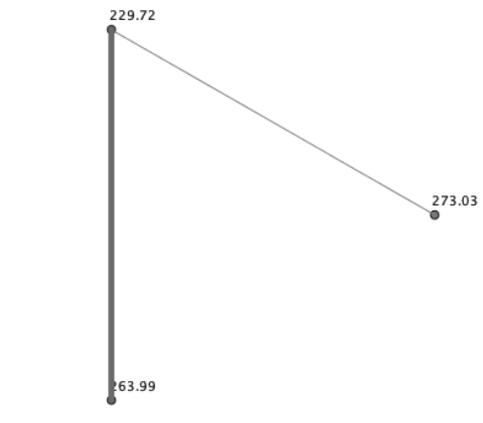
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
99–2	34.263	23.793	1.440	.150	.450
99–1	43.309	12.936	3.348	.001	.002
2–1	9.046	24.119	.375	.708	1.000

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率 (両側検定) が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 さそうコマーシャルや環境 のペアごとの比較



(S) 依存症・嗜癮問題への社会的偏見が根深い

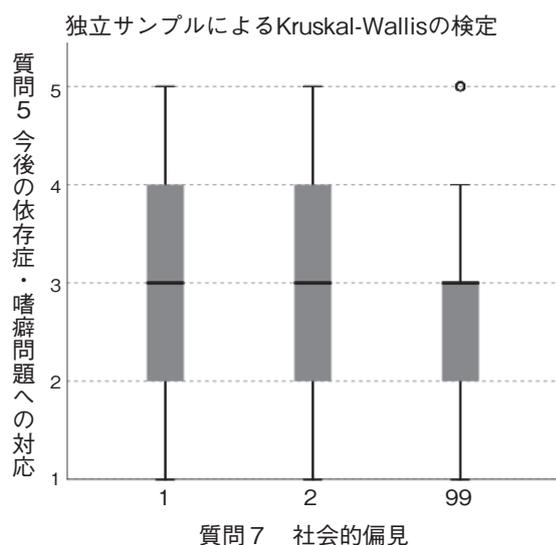
「依存症・嗜癮問題への社会的偏見が根深い」が治療阻害要因であるについては、○群の平均ランクは280.9 (173件)、◎群の平均ランクは318.3 (25件)、99群の平均ランクは227.5 (302件)であった。漸近有意確率 (両側検定) では $p = .000$ であった。調整済み有意確率では (○群 : $p = .000$) (◎群 : $p = .005$)。○群と◎群の合計件198で39.1% (198/507)。偏見は根深いと肯定する人ほど治療スタンスは積極的であった。うらをかえせば、治療に積極的になるほど依存嗜癮疾患に対する社会の偏見と衝突しているのであろう。

質問7 社会的偏見 のペアごとの比較

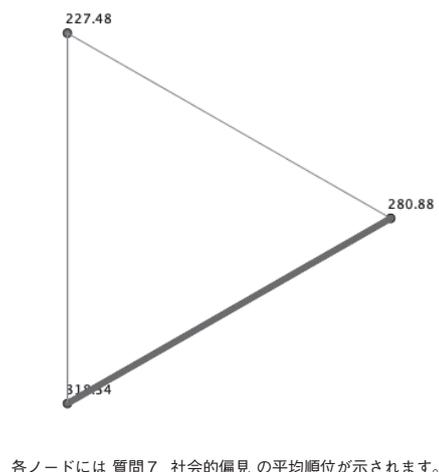
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化 検定統計量	有意確率	調整済み 有意確率 ^a
99 – 1	53.397	13.184	4.050	.000	.000
99 – 2	90.858	28.776	3.157	.002	.005
1 – 2	-37.461	29.585	-1.266	.205	.616

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率（両側検定）が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 社会的偏見 のペアごとの比較



以上をまとめる。

質問4 治療者の対応スタンスと質問7 治療障害要因との関係について各項目ごとに細かくみてきたが、質問7の全19項目中、特に統計学的に有意な関係が認められた都合9項目は、今後の変革の方向性を明示する重点項目と考えられ。

対応・スタンスが積極的である人々が示した治療障害要因項目は、

- (Q) 社会政策としての国・地方自治体の取組が乏しいこと
- (R) 依存・嗜癖をさそう商業や環境があふれていること
- (M) 依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でないこと
- (N) 診療報酬の問題（コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等）

など医療社会政策項目に集中しており、政策的対応が必要とされる、と言えるであろう。

一方、依存症・嗜癖問題への対応・スタンスが消極的である人々が示した項目は主に診療所側の問題であるが、一括り出来ないので、以下個別にコメントする。

(A) 依存症・嗜癖問題には興味を持ってない

精神科診療所をいかに運営するかは、医療制度等の社会的制約はあるものの、その診療所の固有の権利であり、医師の個人的好き嫌いや臨床の興味の在り処については全く自由である。当然、依存症は診ない、という診療所があっても不思議ではない。ただ、好むと好まざると、依存症・嗜癖問題は多様化・増加しており、他の精神疾患に合併して存在することが少なくないので、初期対応のノウハウとツールの準備、および診療所間の連携は不可欠である。各診療所間のネットワークは、それを回すコメ

ディカル・スタッフが不可欠であり、それを可能にする人的経済的担保が必要である。美しい連携の図柄を描けたとしても、それを絵に描いた餅のまま店ざらしにしてはなるまい。

(B) 対応するコメディカル・スタッフがいない

(C) 忙しくて依存症・嗜癖問題に手が回らない

B・Cにおいても明確にコメディカル・スタッフの配置およびそれを可能にする診療報酬の改定が要請されている。

(D) 取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い

(F) 嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為

医学教育・卒後教育において依存症教育を十分に行うことで、かような課題の一部は解消するであろう。しかし、社会のスティグマには患者も家族も敏感であり、スティグマを回避するため率直な受診や対応ができなくなっている現状がある。スティグマを解消するための社会政策は不可欠であると考えられよう。

(二) 自己責任論と治療障害要因

質問 12 は「本人が依存症になったのは自業自得・自己責任だと思いますか」で、以下の 5 件法で聞いている。

- ①全くそう思う ②そう思う ③どちらとも言えない ④そうは思わない ⑤全く思わない

果たして依存症になるのは自己責任であろうか。少なくとも自己責任というなら、その自己にあらかじめ選択の余裕と自由がなければなるまい。その余裕と自由が人間存在にいかほどあるのだろうか。この章では自己責任であると思う程度（思わない程度）と質問 7 の治療障害要因との関係を調べる。なお解析は、ここでは分散分析を用いており、必要に応じてクロス表のデータを添付している。

(A) 依存症・嗜癖問題には興味を持ってない

まずクロス表を示す。単純計算すると、自己責任スコアの平均得点は○群：2.87、◎群：2.88、99群：3.43であった。Kruskal-Wallis の検定では○群（53件）と99群（430件）の間に明らかな有意差を認めた。依存症・嗜癖問題には興味を持ってない群は、そうでない群と比較して、より自己責任と考えている（○群： $p = 0.000$ ）。

質問12 自己責任 と 質問7 依存症嗜癖問題に興味を持ってない のクロス表

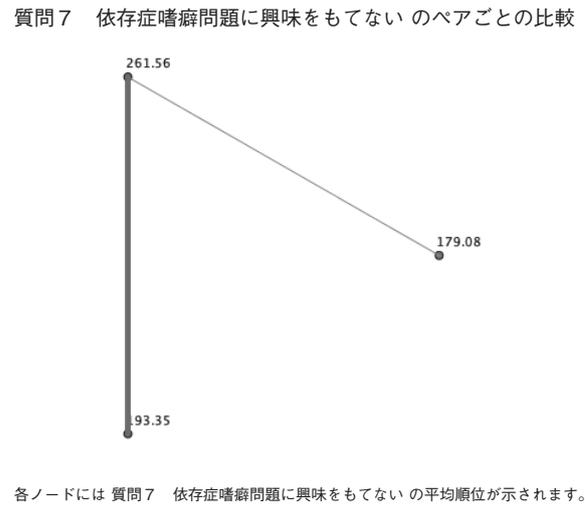
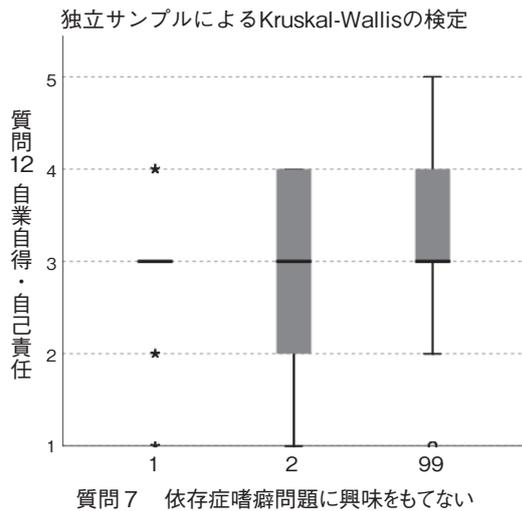
度数	質問 7 依存症嗜癖問題に興味を持ってない			合計	
	1	2	99		
質問12 自己責任	1	5	2	7	14
	2	8	4	30	42
	3	29	5	199	233
	4	11	6	159	176
	5	0	0	35	35
合計	53	17	430	500	

質問 7 依存症嗜癖問題に興味を持ってない のペアごとの比較

Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化 検定統計量	有意確率	調整済み 有意確率 ^a
1 – 2	-14.277	37.221	-.384	.701	1.000
1 – 99	-82.487	19.440	-4.243	.000	.000
2 – 99	-68.210	33.022	-2.066	.039	.117

各行は、サンプル 1 とサンプル 2 の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率（両側検定）が表示されます。有意水準は .05 です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



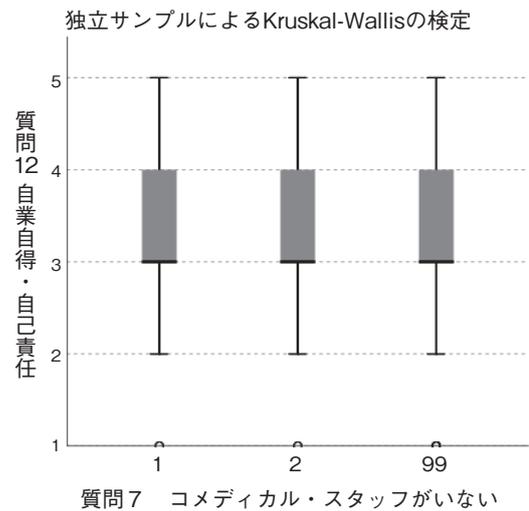
(B) 対応するコメディカル・スタッフがない

○群、◎群および99群の多重比較では有意差は認められなかった。すなわち「対応するコメディカル・スタッフがない」が治療障害因子であるとする群としない群で、自己責任論については有意差を認めない。

独立サンプルによるKruskal-Wallisの検定の要約

合計数	500
検定統計量	4.973 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.083

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



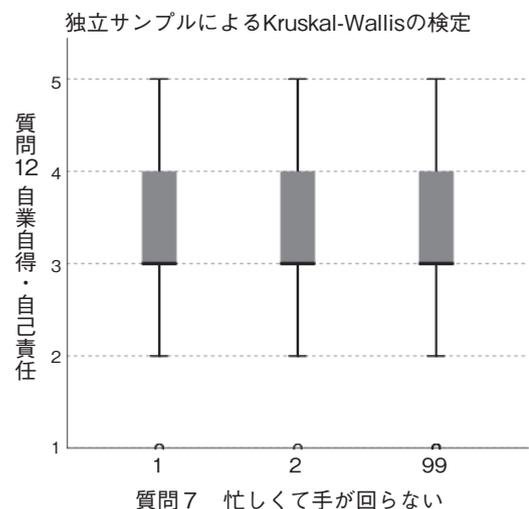
(C) 忙しくて依存症・嗜癮問題に手が回らない

「忙しくて依存症・嗜癮問題に手が回らない」を治療障害因子であるとする群としない群で、自己責任論については有意差を認めない。

独立サンプルによるKruskal-Wallisの検定の要約

合計数	500
検定統計量	2.299 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.317

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(D) 取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い

クロス表をみると○群 (118件) では99群 (360件) と比較して自己責任スコア1及び2が相対的に多い。Kruskal-Wallisの検定では有意差が認められる。「取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い」とする人たちは自己責任論により肯定的であった (○群: $p = 0.000$)。

質問12 自己責任 と 質問7 治療成果は少なく嫌な思いが多い のクロス表

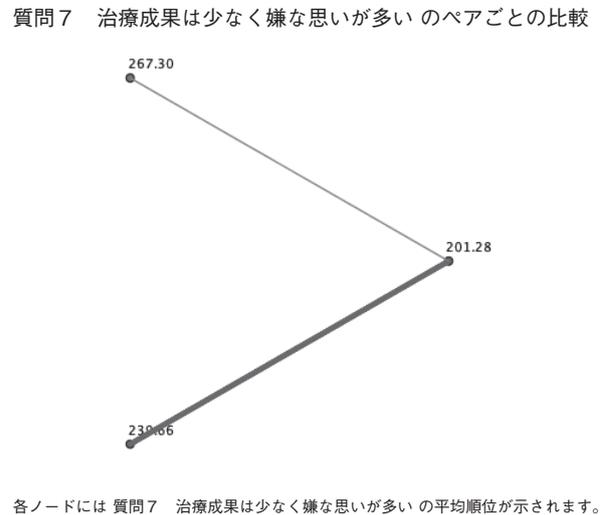
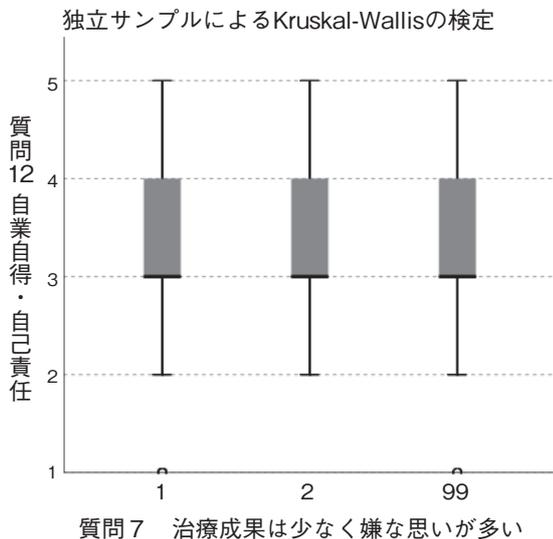
度数		質問7 治療成果は少なく嫌な思いが多い			合計
		1	2	99	
質問12 自己責任	1	8	0	6	14
	2	16	2	24	42
	3	62	12	159	233
	4	29	7	140	176
	5	3	1	31	35
合計		118	22	360	500

質問7 治療成果は少なく嫌な思いが多い のペアごとの比較

Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化 検定統計量	有意確率	調整済み 有意確率 ^a
1 – 2	-38.384	31.011	-1.238	.216	.647
1 – 99	-66.022	14.165	-4.661	.000	.000
2 – 99	-27.638	29.327	-.942	.346	1.000

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率 (両側検定) が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



(E) 回復した人を見たことがない

「回復した人を見たことがない」とした人ほど自己責任と思う傾向を認めた ($p = .059$)。

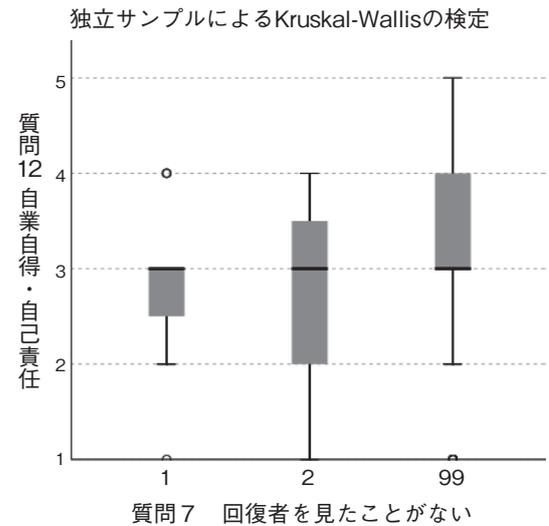
質問7 回復者を見たことがないと 質問12 自己責任 のクロス表

度数		質問12 自己責任					合計
		1	2	3	4	5	
質問7 回復者を見たことがない	1	1	3	8	3	0	15
	2	1	0	1	1	0	3
99		12	39	224	172	35	482
合計		14	42	233	176	35	500

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	5.651 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.059

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(F) 嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為

嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為は疾病そのものの現れであるのだが、それらが治療障害要因であるとする人は自己責任論により肯定的であった (○群： $p = 0.012$)。

質問7 嘘・否認など患者の態度や行為 と 質問12 自己責任 のクロス表

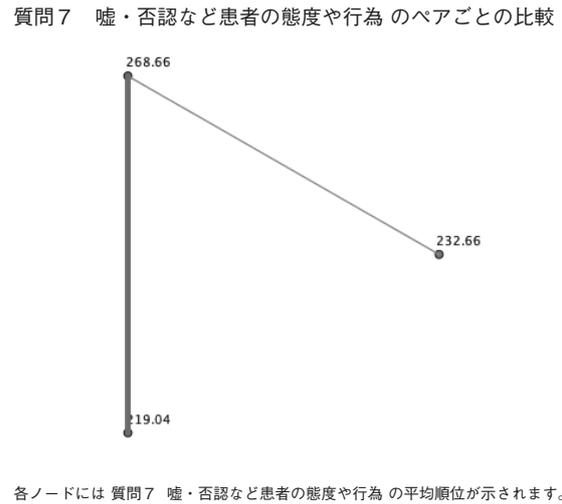
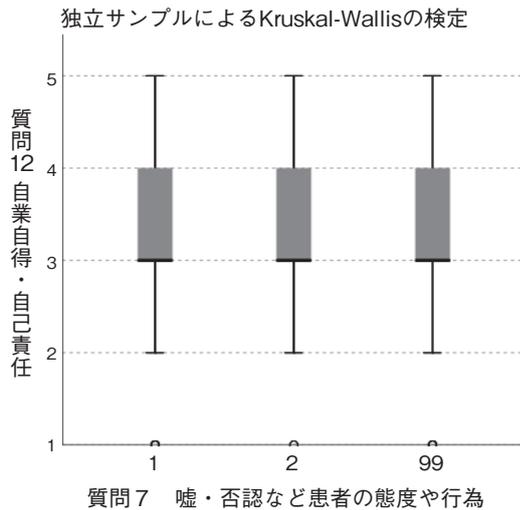
度数		質問12 自己責任					合計
		1	2	3	4	5	
質問7 嘘・否認など患者の態度や行為	1	6	22	102	64	10	204
	2	2	3	19	10	1	35
99		6	17	112	102	24	261
合計		14	42	233	176	35	500

質問7 嘘・否認など患者の態度や行為 のペアごとの比較

Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
2 – 1	13.614	24.432	.557	.557	1.000
2 – 99	-49.622	24.038	-2.064	.039	.117
1 – 99	-36.008	12.479	-2.885	.004	.012

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率 (両側検定) が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



(G) 借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題

借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題が治療阻害要因であるとする群は自己責任論により肯定的な傾向を認めた (◎群： $p = 0.050$)。

質問12 自業自得・自己責任 と 質問7 借金・触法事件などの家庭社会問題 のクロス表

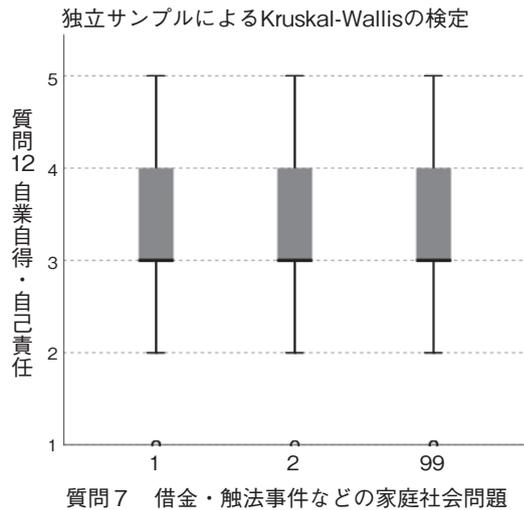
度数	質問7	借金・触法事件などの家庭社会問題			合計
		1	2	99	
質問12 自業自得・自己責任	1	5	3	6	14
	2	19	3	20	42
	3	107	17	109	233
	4	70	8	98	176
	5	10	1	24	35
合計		211	32	257	500

質問7 借金・触法事件などの家庭社会問題 のペアごとの比較

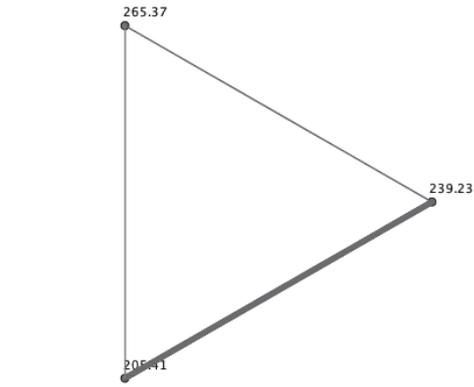
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
2 – 1	33.826	25.333	1.335	.182	.545
2 – 99	-59.960	25.033	-2.395	.017	.050
1 – 99	-26.134	12.406	-2.107	.035	.105

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率（両側検定）が表示されます。有意水準は.05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 借金・触法事件などの家庭社会問題 のペアごとの比較



各ノードには 質問7 借金・触法事件などの家庭社会問題 の平均順位が示されます。

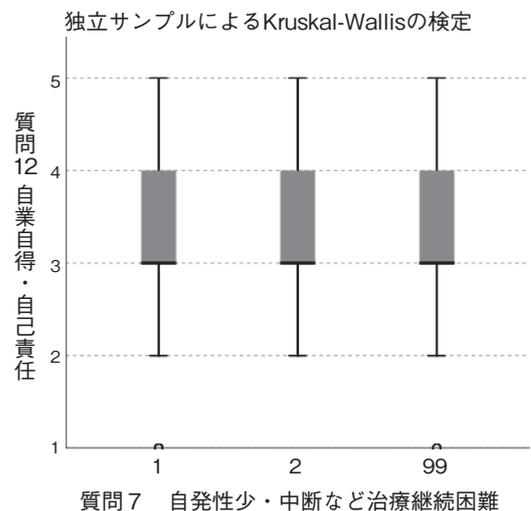
(H) 自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題

自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題を治療阻害因子であるとする群としない群では、自己責任論について有意差を認めない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	.319 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.853

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



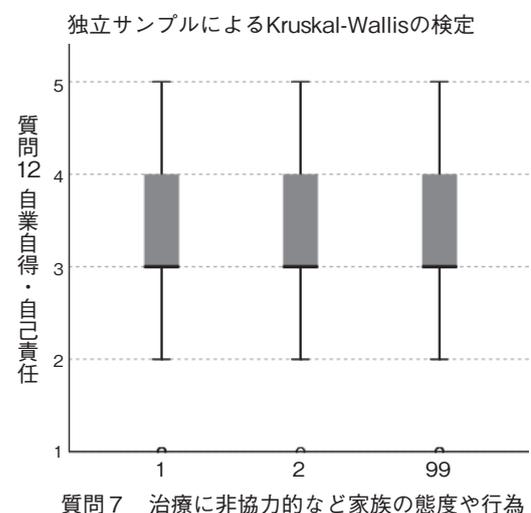
(I) 治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為

治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為が治療阻害要因であるとする者とそうはしない者との間に、有意差を認めない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	3.445 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.179

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(J) 家族の情緒安定機能が損なわれている

家族の情緒安定機能が損なわれていることは治療阻害要因であるとする人は自己責任論により否定的であった (○群：p = 0.008)。

質問12 自己責任 と 質問7 家族の情緒安定機能の問題 のクロス表

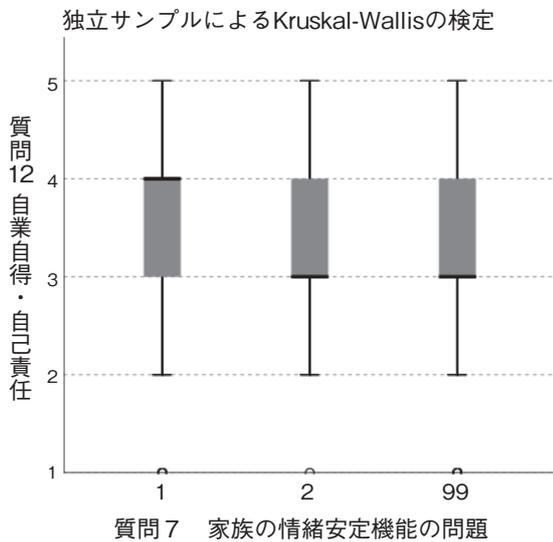
度数	質問7 家族の情緒安定機能の問題			合計	
	1	2	99		
質問12 自己責任	1	5	1	8	14
	2	10	1	31	42
	3	73	15	145	233
	4	75	5	96	176
	5	17	2	16	35
合計	180	24	296	500	

質問7 家族の情緒安定機能の問題 のペアごとの比較

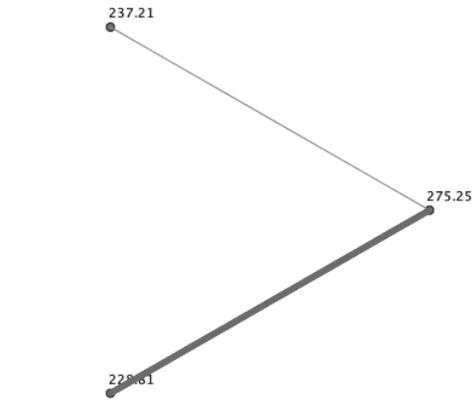
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
2 – 99	-8.395	28.342	-.296	.767	1.000
2 – 1	46.438	29.019	1.600	.110	.329
99 – 1	38.042	12.622	3.014	.003	.008

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率（両側検定）が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 家族の情緒安定機能の問題 のペアごとの比較



各ノードには 質問7 家族の情緒安定機能の問題 の平均順位が示されます。

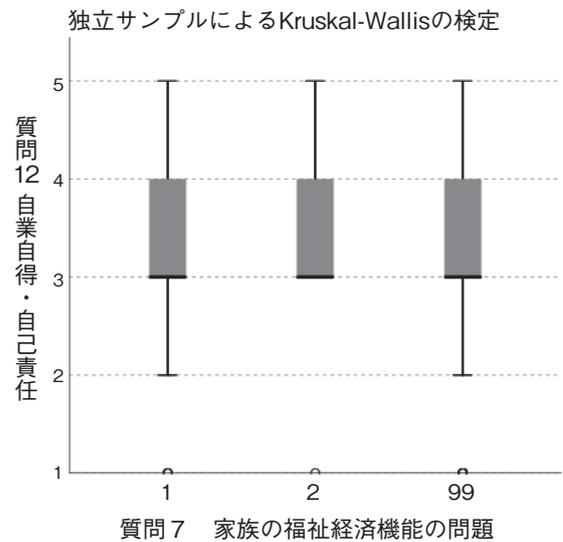
(K) 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている

家族の福祉機能や経済機能が損なわれていることは治療阻害要因であるとする人としらない人の間に、自己責任スコアに有意差を認めない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	1.006 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.605

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(L) 依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない

依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でないことが治療阻害要因であるとする人たちは、自己責任論により否定的であった。医学教育カリキュラムに問題意識を抱いていることが推測される。

質問12 自己責任 と 質問7 医学教育が不十分 のクロス表

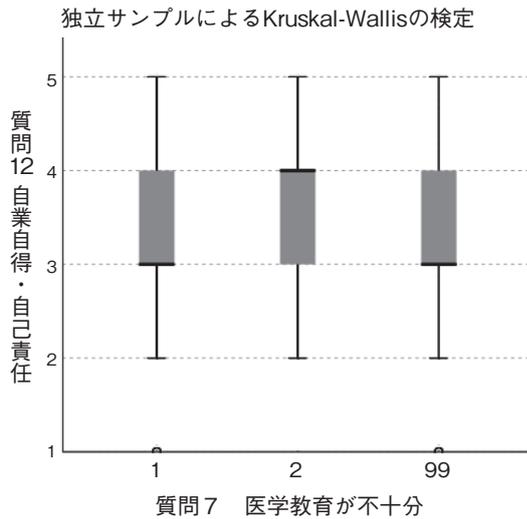
度数		質問7 医学教育が不十分			合計
		1	2	99	
質問12 自己責任	1	7	0	7	14
	2	13	1	28	42
	3	71	8	154	233
	4	66	9	101	176
	5	17	4	14	35
合計		174	22	304	500

質問7 医学教育が不十分 のペアごとの比較

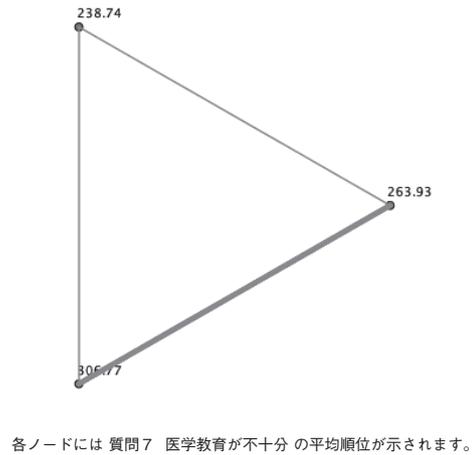
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
99–1	25.182	12.694	1.984	.047	.142
99–2	68.029	29.482	2.307	.021	.063
1–2	-42.847	30.217	-1.418	.156	.469

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率 (両側検定) が表示されます。有意水準は .05です。

- a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 医学教育が不十分 のペアごとの比較



(M) 依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない

卒後教育が不十分であることが治療阻害要因になっているとする人は、自己責任論により否定的である傾向を認めた (◎群 : $p = 0.087$)。

質問12 自己責任 と 質問7 卒後教育が不十分 のクロス表

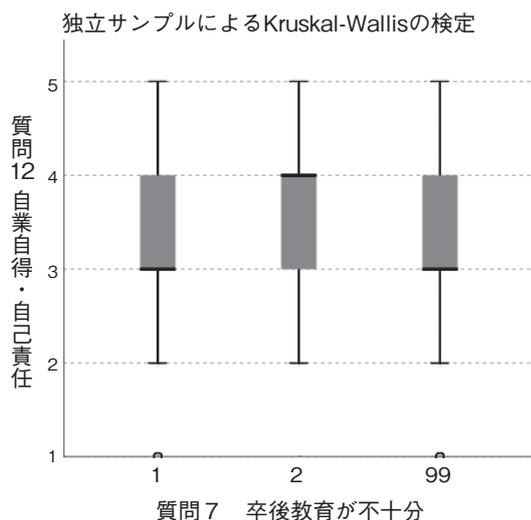
度数	質問7 卒後教育が不十分			合計	
	1	2	99		
質問12 自己責任	1	6	0	8	14
	2	13	2	27	42
	3	90	11	132	233
	4	73	11	92	176
	5	18	5	12	35
合計	200	29	271	500	

質問7 卒後教育が不十分 のペアごとの比較

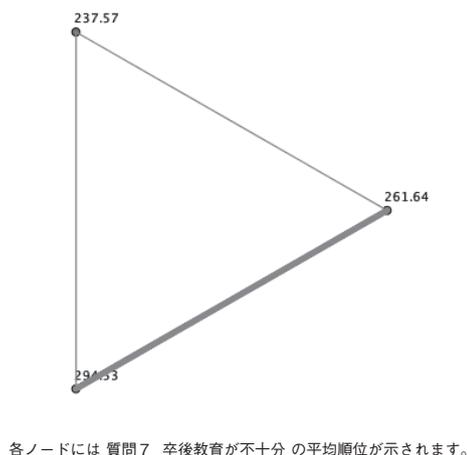
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化 検定統計量	有意確率	調整済み 有意確率 ^a
99–1	24.074	12.448	1.934	.053	.159
99–2	56.968	26.090	2.183	.029	.087
1–2	-32.894	26.534	-1.240	.215	.645

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率（両側検定）が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 卒後教育が不十分 のペアごとの比較



(N) コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題

診療報酬の問題が治療障害要因であるとする人たちは、自己責任論により否定的であった (○群 : $p = 0.029$, ◎群 : $p = 0.026$)。

質問12 自己責任 と 質問7 診療報酬の問題 のクロス表

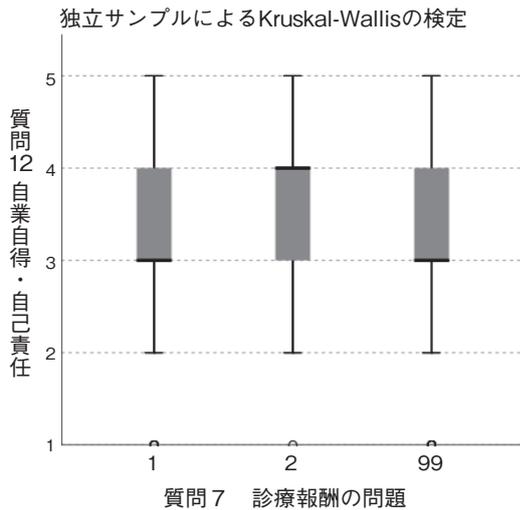
度数	質問7 診療報酬の問題			合計	
	1	2	99		
質問12 自己責任	1	5	1	8	14
	2	8	6	28	42
	3	84	16	133	233
	4	73	18	85	176
	5	13	10	12	35
合計	183	51	266	500	

質問7 診療報酬の問題 のペアごとの比較

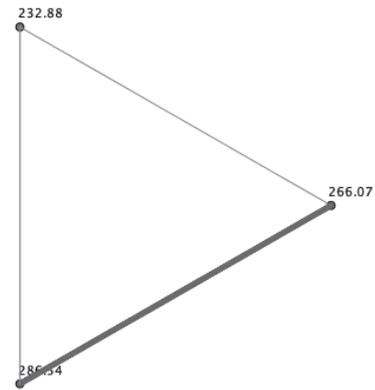
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化 検定統計量	有意確率	調整済み 有意確率 ^a
99–1	33.184	12.825	2.587	.010	.029
99–2	53.658	20.413	2.629	.009	.026
1–2	-20.474	21.145	-.968	.333	.999

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率（両側検定）が表示されます。有意水準は.05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 診療報酬の問題 のペアごとの比較



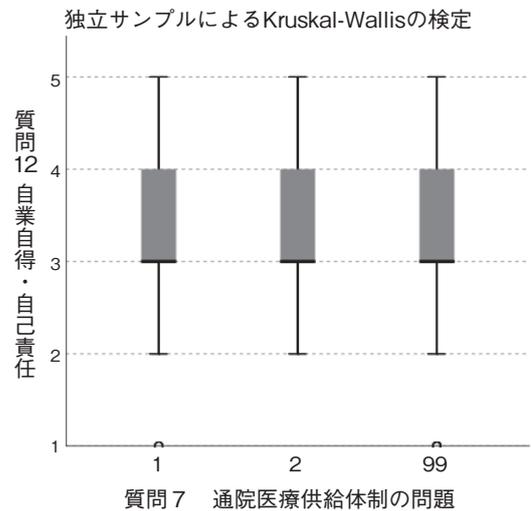
各ノードには 質問7 診療報酬の問題 の平均順位が表示されます。

(O) 通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制の問題
ここでは有意差を認めていない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	2.819 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.244

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。

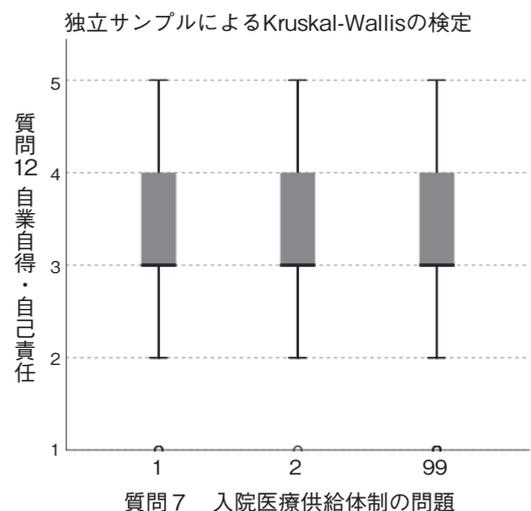


(P) 緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題
ここでは有意差を認めていない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	499
検定統計量	2.749 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.253

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(Q) 社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい

国・地方自治体の取り組みが乏しいことが治療障害要因になっているとする人は、自己責任論にはより否定的な傾向を認めた ($p = 0.053$)。

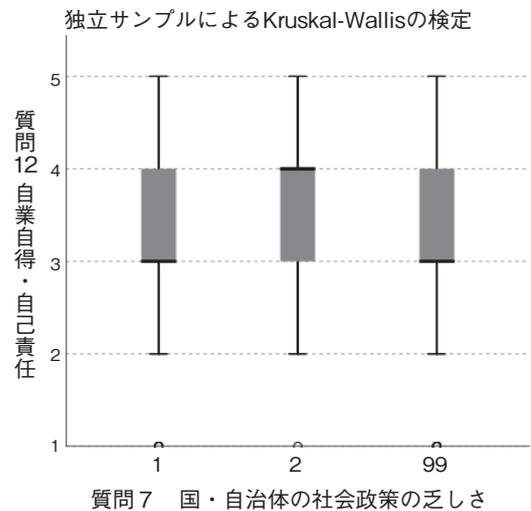
質問12 自己責任 と 質問7 国・自治体の社会政策の乏しさ のクロス表

度数	質問7 国・自治体の社会政策の乏しさ			合計	
	1	2	99		
質問12 自己責任	1	5	1	8	14
	2	17	1	24	42
	3	106	19	108	233
	4	81	22	73	176
	5	16	4	15	35
合計	225	47	228	500	

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	5.864 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.053

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(R) 依存・嗜癪をさそうコマーシャルや環境があふれている

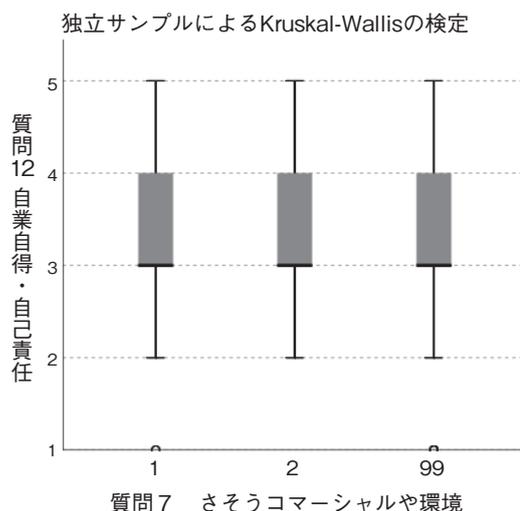
依存・嗜癪をさそうコマーシャルや環境があふれていることが治療障害要因であるとする人は半数に認められた (記述統計編) が、その障害要因の肯定／否定と自己責任論の背景／否定の間には統計学的には有意な関係を認めない。

度数	質問7 さそうコマーシャルや環境			合計	
	1	2	99		
質問12 自己責任	1	3	0	11	14
	2	17	3	22	42
	3	91	22	120	233
	4	83	9	84	176
	5	14	6	15	35
合計	208	40	252	500	

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	500
検定統計量	2.995 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.224

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
 b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



質問12 自己責任 と 質問7 さそうコマーシャルや環境 のクロス表

(S) 依存症・嗜癖問題への社会的偏見が根深い

社会的偏見が治療阻害要因になっていると考える人たちは、自己責任論に否定的であった (○群 : $p = 0.000$, ◎群 : $p = 0.011$)。

質問12 自己責任 と 質問7 社会的偏見 のクロス表

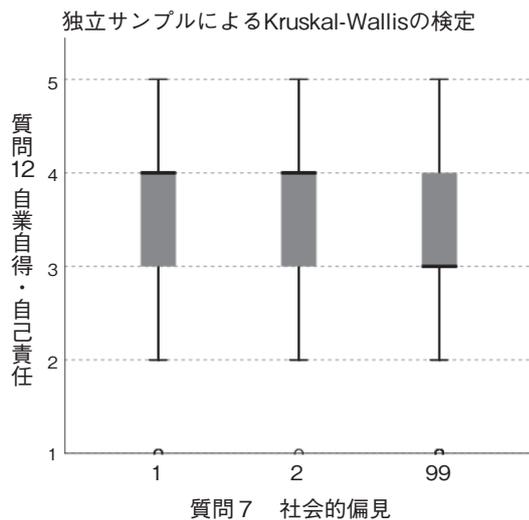
度数		質問7 社会的偏見			合計
		1	2	99	
質問12 自己責任	1	3	1	10	14
	2	8	1	33	42
	3	71	8	154	233
	4	79	9	88	176
	5	14	6	15	35
合計		175	25	300	500

質問7 社会的偏見 のペアごとの比較

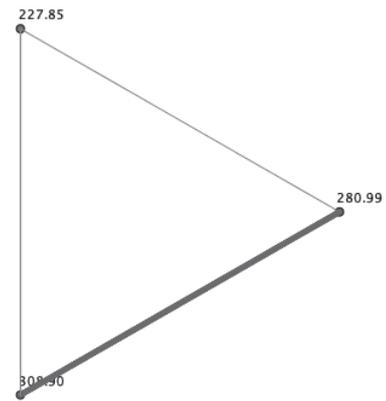
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化 検定統計量	有意確率	調整済み 有意確率 ^a
99–1	53.149	12.702	4.184	.000	.000
99–2	81.055	27.798	2.916	.004	.011
1–2	-27.906	28.551	-.977	.328	.985

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率 (両側検定) が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 社会的偏見 のペアごとの比較



各ノードには 質問7 社会的偏見の平均順位が示されます。

以上を整理すると、診療所側の問題としては、

- (A) 「依存症・嗜癮問題に興味を持ってない」
 - (D) 「取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い」
 - (E) 「回復した人を見たことがない」、患者側の問題としては
 - (F) 「嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為」
 - (G) 「借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題」、
- これらを治療阻害要因として肯定するものは依存症の自己責任論に肯定的であった。

家族側の問題としては、

- (J) 「家族の情緒安定機能が損なわれている」、医療供給体制側の問題としては
 - (L) 「依存症・嗜癮問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない」
 - (M) 「依存症・嗜癮問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない」
 - (N) 「コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題」、
- 社会的問題としては

- (S) 「依存症・嗜癮問題への社会的偏見が根深い」、
- これらを治療阻害要因として肯定するものは依存症の自己責任論に否定的であった。

以上を詰めて言えば、診療所側の問題および患者側の問題を治療阻害要因とする者は依存嗜癮疾患の自己責任論に肯定的であり、医療供給体制側の問題および社会的問題を治療阻害要因とする者は自己責任論に否定的であると言える。

さて、人は人をどのように理解すればよいのか。理解しようとする主体と対象となる客体はともに歴史を背負い社会のなかに存在する。自分はなぜこのような生き方をしているのか。あの人はなぜあのような生き方をしているのか。考えさせてくれるのが歴史であり社会である。人の幸福は、その人だけの努力だけでなく時代や社会の積み重ねがあり、そこにその人が生まれ合わせて得たものである。同様に人の不幸も歴史や社会の不幸を背負っている。この世に生をうけ、今どうにもならなくて物事に依存し嗜癮しがいている人の生き様のなかに、歴史的・社会的背景を洞察することなく、その人を自己責任論で突き放すことが果たして妥当であろうか。

表2 治療阻害要因と自己責任論との関係

質問7	質問12	質問12	質問12	質問12	Kruskal-WallisのH(K)	自由度	漸近有意確率	有意確率	有意確率	有意確率
	○群の度数/平均ランク	◎群の度数/平均ランク	99群の度数/平均ランク							
A	53/179.1	17/193.4	430/261.6	21.227	2	0	0	0	0.117	○-◎
B	208/242.4	60/226.8	232/263.9	4.973	2	0.083				
C	173/249.2	58/227.2	269/256.4	2.299	2	0.317				
D	118/201.3	22/239.7	360/267.3	21.875	2	0	0	0	1	0.647
E	15/175.4	3/186.0	482/253.2	5.651	2	0.059				
F	204/232.7	35/219.0	261/268.7	10.414	2	0.005	0.012	0.012	0.117	1
G	211/239.2	32/205.4	257/265.4	8.336	2	0.015	0.105	0.105	0.05	0.545
H	273/247.5	60/252.1	167/254.8	0.319	2	0.853				
I	213/241.9	37/228.7	250/261.1	3.445	2	0.179				
J	180/275.3	24/228.8	296/237.2	9.749	2	0.008	0.008	0.008	1	0.329
K	173/258.0	16/233.2	311/247.2	1.006	2	0.605				
L	174/263.9	22/306.8	304/238.7	8.022	2	0.018	0.142	0.142	0.063	0.469
M	200/261.6	29/294.5	271/237.6	7.087	2	0.029	0.159	0.159	0.087	0.645
N	183/266.1	51/286.5	266/232.9	10.831	2	0.004	0.029	0.029	0.026	0.999
O	167/241.3	29/224.8	304/258.0	2.819	2	0.244				
P	125/262.8	14/207.3	360/247.2	2.749	2	0.253				
Q	225/254.6	47/288.7	228/238.6	5.864	2	0.053				
R	208/261.8	40/255.2	252/240.4	2.995	2	0.224				
S	175/281.0	25/308.9	300/227.9	22.542	2	0	0	0	0.011	0.985

(三) 社会的偏見と治療阻害要因

「社会的偏見」を論じることは容易ではない。日常臨床ではアルコール使用障害に対する社会的偏見に遭遇していると感じることはしばしばある。「社会的偏見」の切口として、精神障害者の職場での理解と受け入れ、疾病による差異の存在についての検証した結果は記述統計編のとおりである。すなわちアルコール使用障害がうつ病および統合失調症よりも「職場での理解と受け入れは円滑で」ないことが判明している。

では、社会的偏見は他の治療阻害要因とどのように関連しているか。アルコール使用障害の場合を検討する。問13「精神障害者の職場での理解と受け入れは円滑であるとお考えですか」、これと質問4、質問5および質問7との関係について調べる。

(一) 質問4と質問13-Cの関係

質問4は「現状では、依存症・嗜癖問題の患者が来られた場合どのように対応されていますか。当てはまるものに○をつけて下さい。(複数回答可)」である。これと質問13-Cとの関係をみる。

- (A) 受付でお断りしている
- (B) いちおうは診ている
- (C) 専門医療機関を紹介する
- (D) 受診を継続させ、一緒に考え、治療する
- (E) コメディカル・スタッフが相談にのる
- (F) 依存・嗜癖の専門的治療を行う
- (G) 自助グループ・家族会などの情報提供をする
- (H) パンフレット・本の紹介など情報提供をする

結果、質問4と質問13-Cの各項目の関係に有意の差を認めなかった。即ち、質問4の各項目の○群と非○群では、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの円滑・難渋に関する評価については有意の差はなかった。

表3 質問13-C (社会的偏見) と質問4 (対応の現状)

質問13-C × 質問4

質問4	○群度数	○群平均ランク	99群度数	99群平均ランク	漸近有意確率 (両側検定)
A	74	256.8	412	241.1	0.349
B	283	240	203	248.4	0.489
C	294	245.6	192	240.3	0.663
D	196	233.1	290	250.5	0.156
E	61	243.8	425	243.5	0.985
F	40	242.4	446	243.6	0.956
G	184	246.5	302	241.7	0.693
H	80	253.1	406	241.6	0.479

(二) 質問5と質問13-Cの関係

依存症への今後の対応スタンスと、アルコール使用障害の職場での受け入れの円滑・難渋の程度評価との関係については、強い相関関係を認めなかった。

相関		質問5 今後の依存症・嗜癖問題への対応	質問13-C アルコール使用障害の受け入れ
質問5 今後の依存症・嗜癖問題への対応	Pearsonの相関係数	1	-.028
	有意確率(両側)		.538
	度数	500	481
質問13-C アルコール使用障害の受け入れ	Pearsonの相関係数	-.028	1
	有意確率(両側)	.538	
	度数	481	486

(三) 質問7と質問13-Cの関係

すでに記述統計編において質問7の第19番目の項目において治療阻害要因の社会的問題として、「依存症・嗜癖問題への社会的偏見が根深い」ことが提示されている。記述統計では、○が175件(34.5%)、◎が26件(5.1%)のチェックが入っている。おおよそ40%の人が社会的偏見は治療阻害要因として認めている。

質問7と質問13-Cの関係では、19項目中3項目で統計学的有意差を認めている。

- 1 「コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題」に◎をチェックした人は○をチェックした人、およびチェックを入れなかった人と比較して、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れは難渋していると認識している。調整済み有意確率は(99群-◎群:p=.013)(○群-◎群:p=.024)。
- 2 「社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい」に○をチェックした人はしなかった人に較べてアルコール使用障害の職場での理解と受け入れは難渋していると認識している。調整済み有意確率は(99群-○群:p=.002)
- 3 社会的偏見に◎をチェックした人はしなかった人、および○をチェックした人に較べてアルコール使用障害の職場での理解と受け入れが難渋していると認識している。調整済み有意確率は(99群-◎群:p=.011)(○群-◎群:p=.014)。

次に質問7と質問13-Cの関係について解析結果を表4として以下に示し、続いて19項目の各項目について論じる。

表4 質問7（治療阻害要因）と質問13-C（アルコール使用障害の職場での理解と受け入れ）との関係

質問7	質問13-C ○群の度数/平均ランク	質問13-C ◎群の度数/平均ランク	質問13-C 99群の度数/平均ランク	Kruskal-WallisのH(K)	自由度	漸近有意確率	有意確率	有意確率	有意確率
A	49/233.5	17/206.4	420/246.2	1.777	2	0.411	99-○	99-◎	○-◎
B	205/242.8	59/277.9	222/235.1	4.871	2	0.088			
C	170/239.5	58/254.8	258/243.8	0.607	2	0.738			
D	115/241.1	21/254.0	350/243.6	0.169	2	0.919			
E	15/183.4	3/340.5	468/244.8	4.722	2	0.094			
F	199/233.8	35/273.3	252/247.1	3.018	2	0.221			
G	205/237.4	31/260.4	250/246.4	1.063	2	0.588			
H	266/252.5	59/240.8	161/229.6	3.008	2	0.222			
I	209/255.6	36/254.6	241/231.3	4.032	2	0.133			
J	176/252.5	23/223.2	287/239.6	1.582	2	0.453			
K	171/246.9	16/294.5	299/238.8	2.853	2	0.24			
L	167/248.0	21/294.6	298/237.4	3.935	2	0.14			
M	195/248.9	28/267.1	263/237.0	1.831	2	0.4			
N	176/238.7	51/294.8	259/236.7	8.534	2	0.014	0.873	0.013	0.024
O	161/235.6	29/265.6	296/245.7	1.467	2	0.482			
P	124/244.4	14/247.0	347/242.4	0.034	2	0.983			
Q	217/259.7	47/299.2	222/215.8	21.194	2	0	0.002	0	0.193
R	204/238.4	40/234.1	242/249.0	0.869	2	0.648			
S	172/239.7	23/322.9	291/239.5	8.653	2	0.013	1	0.011	0.014

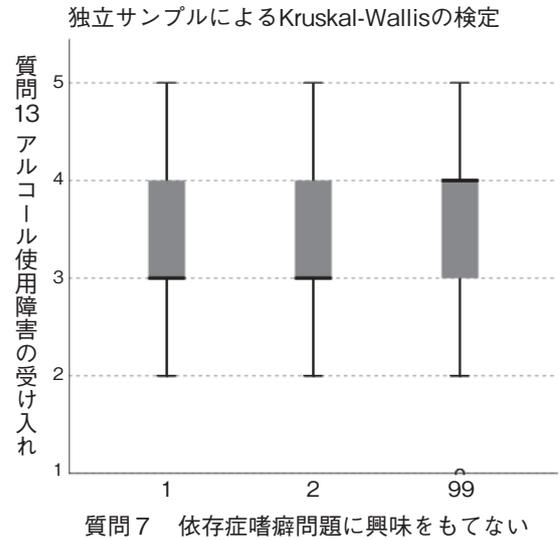
(A) 依存症・嗜癮問題には興味を持ってない

依存症・嗜癮問題には興味を持ってないのが治療障害要因であるとするのとアルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	1.777 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.411

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



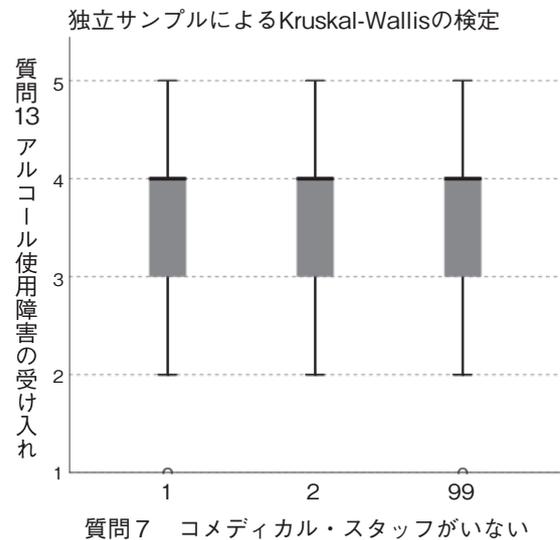
(B) 対応するコメディカル・スタッフがない

対応するコメディカル・スタッフがないのが治療障害要因であるとするのとアルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	4.871 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.088

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



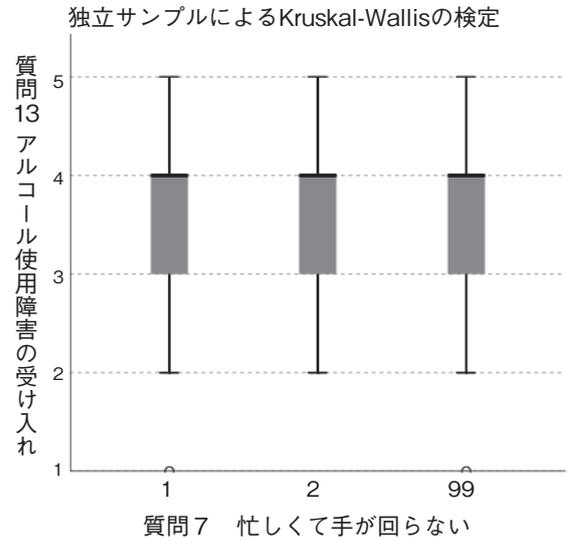
(C) 忙しくて依存症・嗜癖問題に手が回らない

忙しくて依存症・嗜癖問題に手が回らないのが治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない

独立サンプルによるKruskal-Wallisの検定の要約

合計数	486
検定統計量	.607 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.738

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



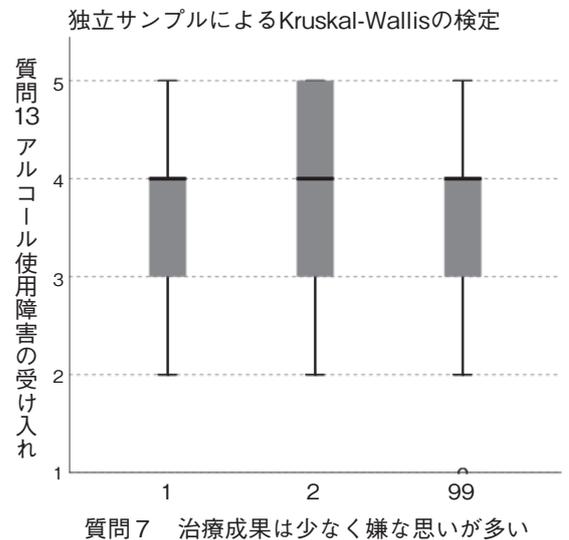
(D) 取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い

取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多いのが治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない

独立サンプルによるKruskal-Wallisの検定の要約

合計数	486
検定統計量	.169 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.919

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



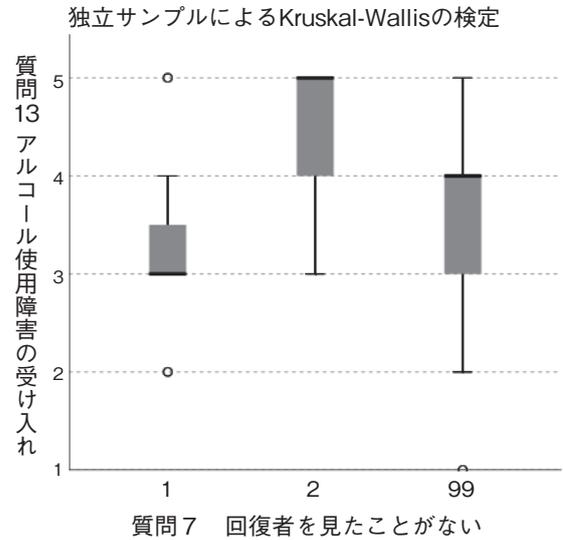
(E) 回復した人を見たことがない

回復した人を見たことがないのが治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に、有意の関連はない

独立サンプルによるKruskal-Wallisの検定の要約

合計数	486
検定統計量	4.722 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.094

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



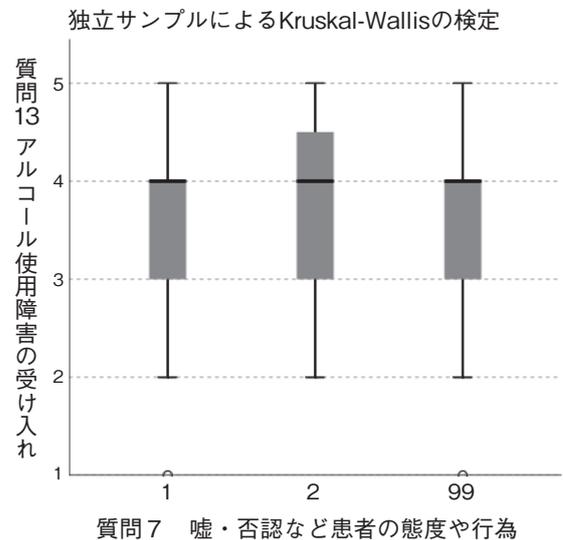
(F) 嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為

嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為が治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない

独立サンプルによるKruskal-Wallisの検定の要約

合計数	486
検定統計量	3.018 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.221

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



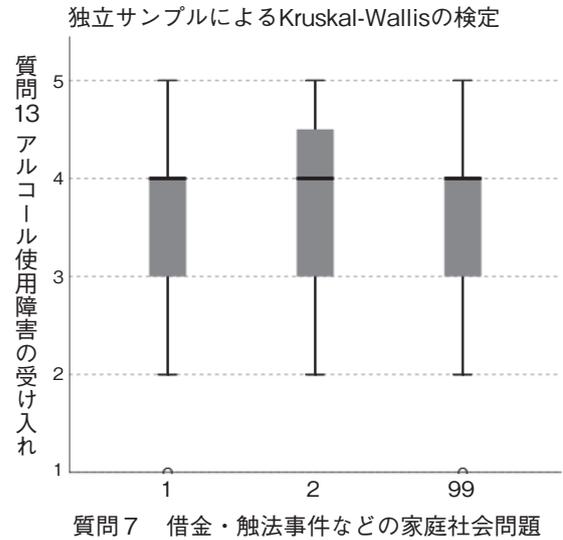
(G) 借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題

借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題が治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	1.063 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.588

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



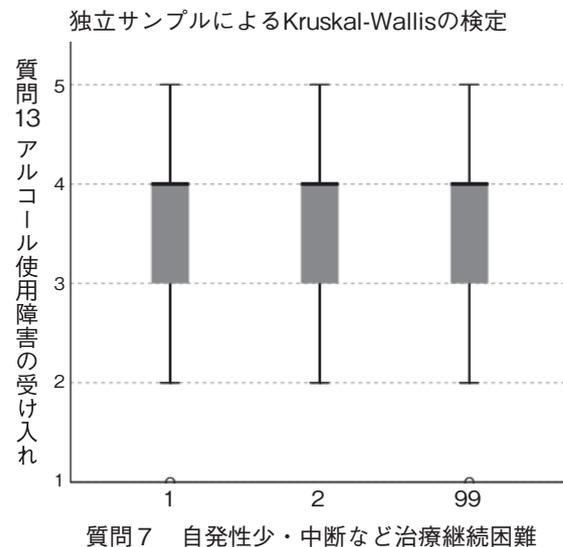
(H) 自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題

自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題が治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	3.008 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.222

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



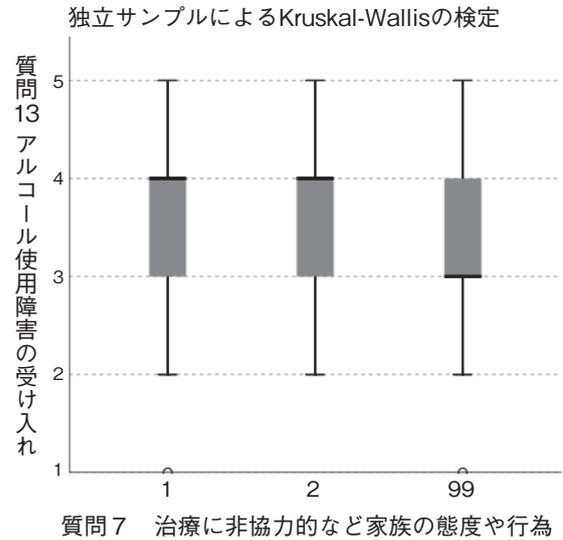
(I) 治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為

治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為が治療阻害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	4.032 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.133

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



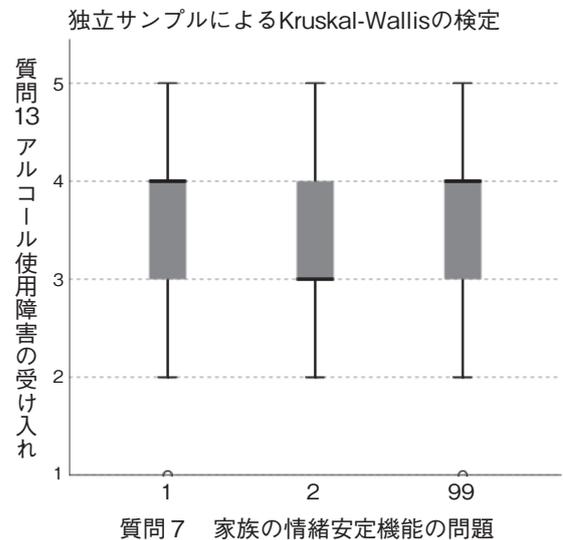
(J) 家族の情緒安定機能が損なわれている

家族の情緒安定機能が損なわれているのが治療阻害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	1.582 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.453

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



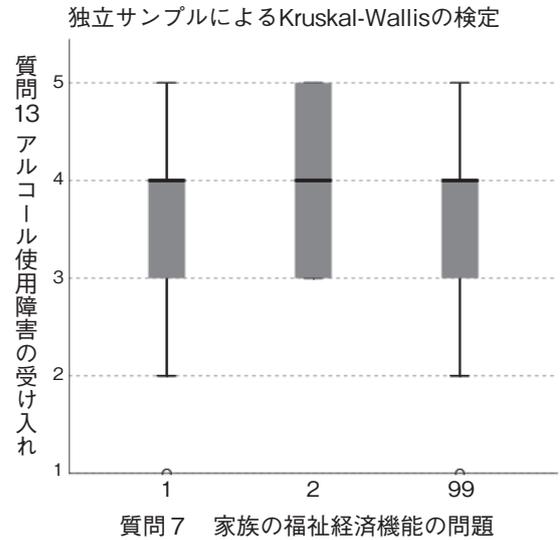
(K) 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている

家族の福祉機能や経済機能が損なわれているのが治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	2.853 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.240

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



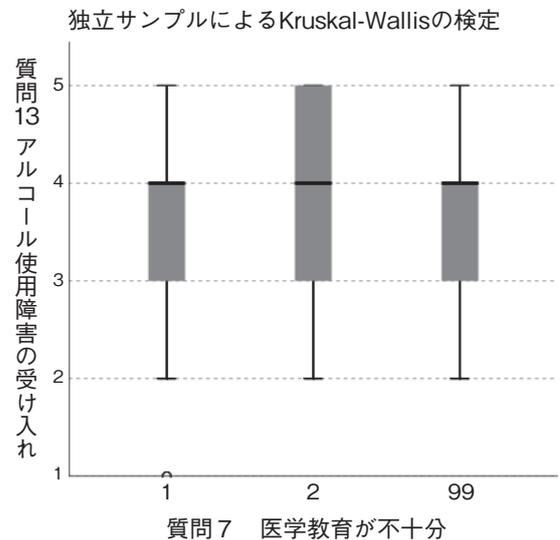
(L) 依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない

依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でないのが治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	3.935 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.140

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



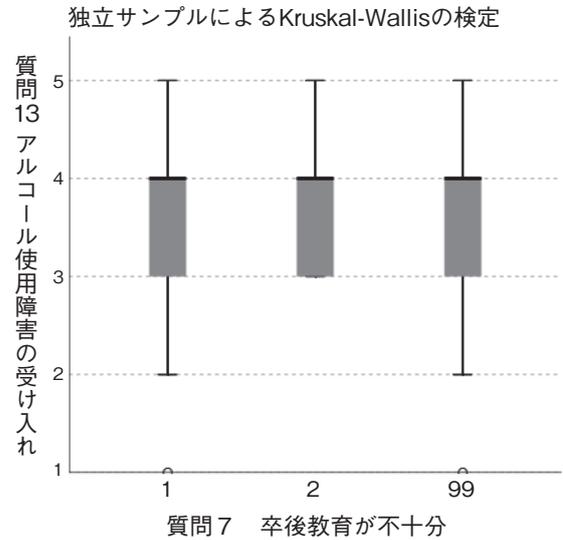
(M) 依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない

依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でないのが治療阻害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	1.831 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.400

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(N) コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題

「コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題」が特に大きい治療阻害要因と考える人たち (51 件) は、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れはより難渋すると答えている (99 群 vs ◎群 : p = 0.013, ○群 vs ◎群 : p = 0.024)。

質問13-C アルコール使用障害の受け入れ と 質問7 診療報酬の問題 のクロス表

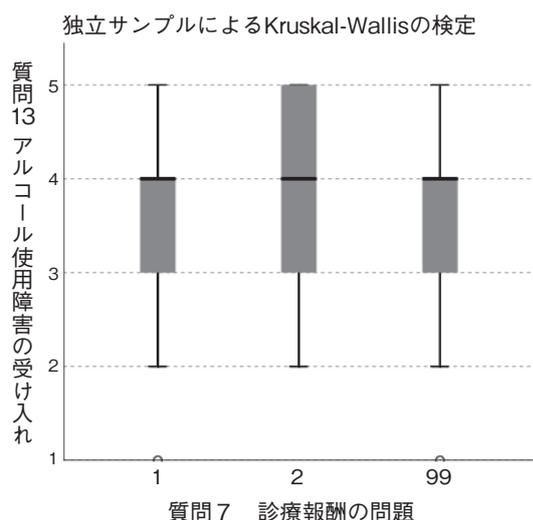
度数		質問7 診療報酬の問題			合計
		1	2	99	
質問13-C アルコール使用障害の受け入れ	1	1	0	1	2
	2	13	2	25	40
	3	70	15	95	180
	4	64	16	100	180
	5	28	18	38	84
合計		176	51	259	486

質問7 アルコール使用障害の受け入れと診療報酬の問題のペアごとの比較

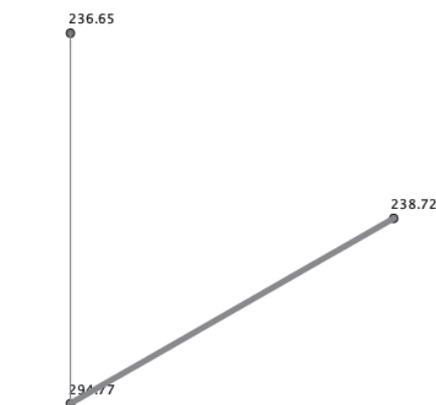
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
99–1	2.071	12.962	.160	.873	1.000
99–2	58.124	20.327	2.859	.004	.013
1–2	-56.053	21.101	-2.656	.008	.024

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率 (両側検定) が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 診療報酬の問題 のペアごとの比較



各ノードには 質問7 診療報酬の問題の平均順位が示されます。

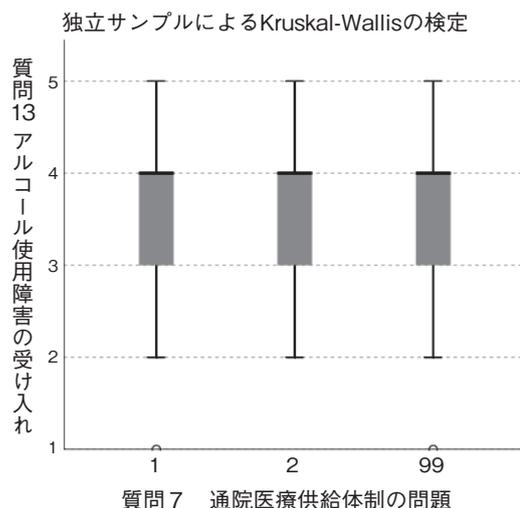
(O) 通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制の問題

通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制が治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	1.461 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.482

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



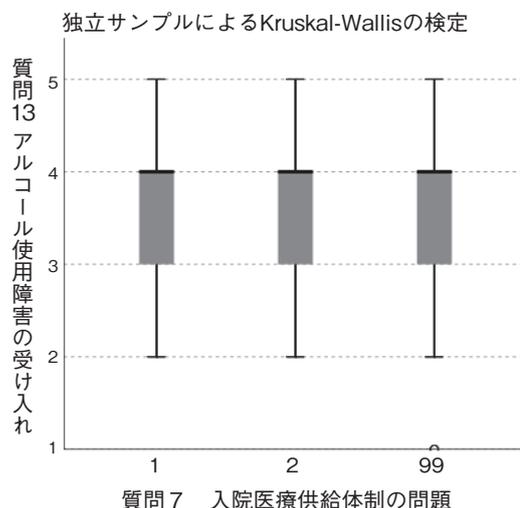
(P) 緊急時の入院先が無いなど、入院医療供給体制の問題

緊急時の入院先が無いなど、入院医療供給体制の問題が治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	485
検定統計量	.034 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.983

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(Q) 社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい

「社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい」のが治療障害因子であると考え人ほど、極めて明確に、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れが難渋していることを認めている。

質問13-C アルコール使用障害の受け入れ と 質問7 国・自治体の社会政策の乏しさ のクロス表

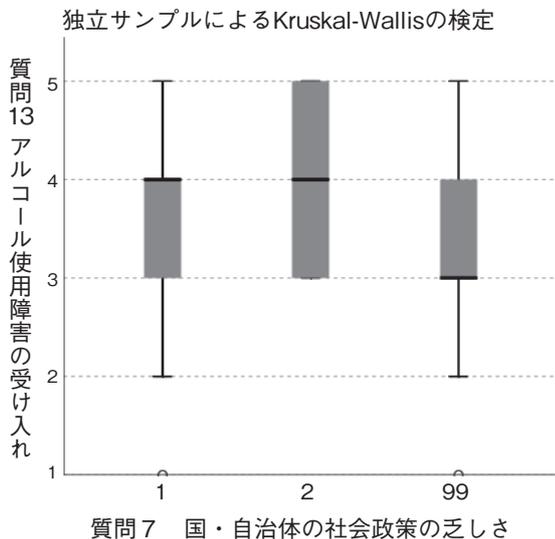
度数	質問7 国・自治体の社会政策の乏しさ			合計	
	1	2	99		
質問13-C アルコール使用障害の受け入れ	1	1	0	1	2
	2	19	0	21	40
	3	65	13	102	180
	4	86	21	73	180
	5	46	13	25	84
合計	217	47	222	486	

質問7 国・自治体の社会政策の乏しさ のペアごとの比較

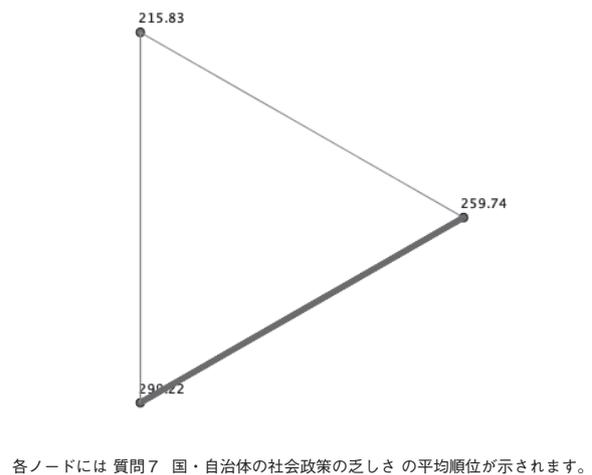
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
99-1	43.911	12.667	3.467	.001	.002
99-2	83.395	21.305	3.914	.000	.000
1-2	-39.484	21.348	-1.850	.064	.193

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率（両側検定）が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 国・自治体の社会政策の乏しさ のペアごとの比較



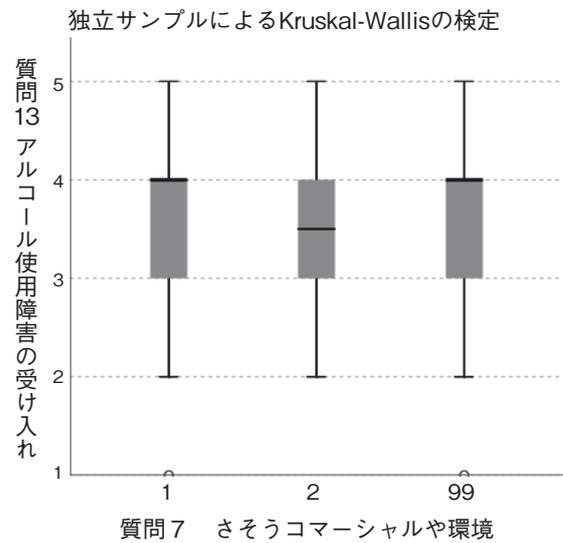
(R) 依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている

依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれているのが治療障害要因であるとするのと、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れの難渋容易との間に有意の関連はない。

独立サンプルによる Kruskal-Wallis の検定の要約

合計数	486
検定統計量	.869 ^{a,b}
自由度	2
漸近有意確率 (両側検定)	.648

- a. 検定統計量は同順位の調整が行われています。
- b. 検定全体でサンプル間の重要な差異を示さないため、複数の比較を実行できません。



(S) 依存症・嗜癮問題への社会的偏見が根深い

「依存症・嗜癮問題への社会的偏見が根深い」が治療障害要因として特に大きいと考えている人たちは、アルコール使用障害の職場での理解と受け入れは難渋していることを認めている。

質問13-C アルコール使用障害の受け入れ と 質問7 社会的偏見 のクロス表

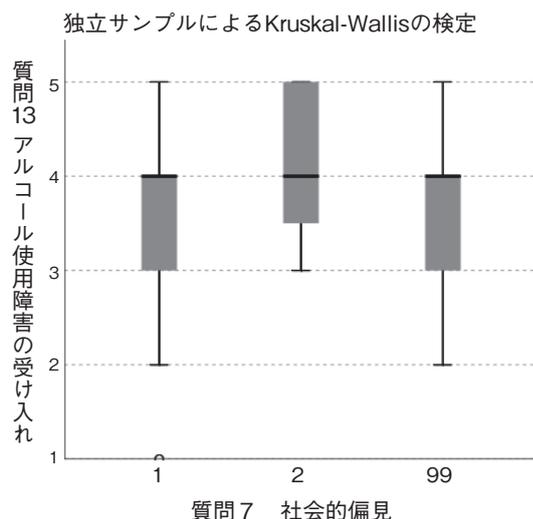
度数		質問7 社会的偏見			合計
		1	2	99	
質問13-C アルコール使用障害の受け入れ	1	2	0	0	2
	2	19	0	21	40
	3	56	6	118	180
	4	67	7	106	180
	5	28	10	46	84
合計		172	23	291	486

質問7 社会的偏見 のペアごとの比較

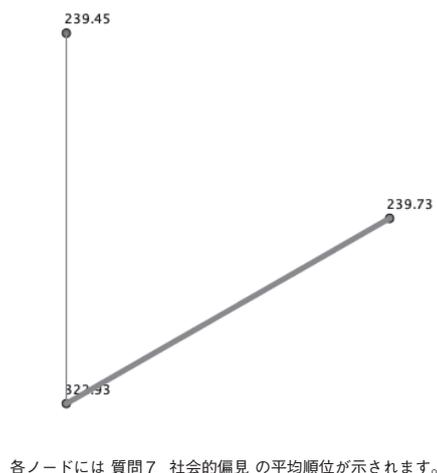
Sample 1 – Sample 2	検定統計量	標準誤差	標準化検定統計量	有意確率	調整済み有意確率 ^a
99–1	.284	12.762	.022	.982	1.000
99–2	83.486	28.740	2.905	.004	.011
1–2	-83.202	29.460	-2.824	.005	.014

各行は、サンプル1とサンプル2の分布が同じであるという帰無仮説を検定します。漸近的な有意確率 (両側検定) が表示されます。有意水準は .05です。

a. Bonferroni 訂正により、複数のテストに対して、有意確率の値が調整されました。



質問7 社会的偏見 のペアごとの比較



アルコール使用障害の職場での理解と受け入れが難渋容易の程度と治療障害要因との関係は、以上みてきたように、19項目中3項目が統計学的有意差を示していた。この3つの項目は

「コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題」

「社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい」

「依存症・嗜癖問題への社会的偏見が根深い」

である。5分野のうち、これらは「医療供給体制側の問題」および「社会的問題」に属するものであり、「診療所側の問題」「患者側の問題」「家族側の問題」においては有意差を認めない。難渋は職場側あるいは職場をとりまく社会側にある。アルコール使用障害の職場での理解と受け入れを改善するためには医療供給体制および社会的偏見の問題を解消する必要がある。医療側の今後の努力としては、もし医療側に職場と連絡連携できるマンパワーがあれば、理解と受け入れの難渋の事態は改善されるであろう。

二 常勤コメディカル・スタッフの有無・ 人員数と治療との関係

診療所はその規模の大小、守備範囲のいかん等にかかわらず、それぞれの理念と目的をもち、それぞれの困難を抱えて経営されている。通院精神療法・デイケア等の診療報酬が引き下げられ、物価の上昇に追いつかない診療報酬の改定のなかで診療所の仕事は続けられている。

常勤コメディカル・スタッフの有無・人数は直接に経営に関わる重要事項である。厳しい経営状況のもとでは、どの診療所も余剰人員を抱える余裕はあるまい。かつて勤務していた民間の精神科病院で感じていたことであるが、入院治療を行うに、二つの塩梅の難しさがあった。一つは物理構造と人的構造であり、一つは経営と医療内容であった。強固な扉・鍵・壁などの「物理構造」を備えて少人数の人員で間に合わせるか、コメディカル・スタッフ等の人的構造を充実させて早期退院をめざす開放的な処遇をするか。経営と医療内容のはざまに精神科医療人は、いつも立たされていた。

翻って精神科診療所をみれば、二つの塩梅は、「ニーズ/スタンス」と「人」であり、経営と医療内容ということか。精神医療の「ニーズ」に広く対応しようとするれば、おのずからコメディカル・スタッフ等の「人」が必要となり経営に頭を悩ませることとなる。コメディカル・スタッフ等の「人」がいなければ精神科医は、「ニーズ」は見えていても手を出せない状況に直面する。

しかし、「人」を揃える・揃えないは、甲乙をつける性格のものではない。規模が大きいからといって褒められるものでもない。人の資質も性格もそれぞれである。過度な義務感に束縛されれば経営は倒れる。依存症が不得意なら断ればよい。その診療所の最もやりやすい様式を選択することでよろしいのであるまいか。

今回の実態調査では、コメディカル・スタッフを揃えているほうが、当然といえばしごく当然であるのだが、統計的数字として、依存症医療を丁寧に行うことができることが明らかにされたと思われる。

(一) 常勤精神保健福祉士

1 対応の現状（質問4）と常勤精神保健福祉士の有無・人数との関係

常勤精神保健福祉士の有無および人数は依存症・嗜癖問題への対応にいかなる影響を与えているのか。

常勤精神保健福祉士の有無との関係は表 CM-1 のとおりである。D～H項目ではすべて常勤精神保健福祉士・有りのほうが積極的に対応していることが認められた。

表 CM-1 常勤PSWの有無 × 質問4

	対応の現状	Pearsonのカイ2乗	自由度	p(両側)
A	受付でお断りしている	3.668	1	0.055
B	いちおうは診ている	0.038	1	0.846
C	専門医療機関を紹介する	0.181	1	0.67
D	受診を継続させ、一緒に考え、治療する	17.189	1	0
E	コメディカル・スタッフが相談にのる	67.85	1	0
F	依存・嗜癖の専門的治療を行う	18.243	1	0
G	自助グループ・家族会などの情報提供する	29.439	1	0
H	パンフレット・本の紹介など情報提供する	23.704	1	0

常勤精神保健福祉士の数との関係は表 CM-2 および表 CM-3 のとおりである。表 CM-2 の「平均値」は常勤精神保健福祉士数、「1」は○群（該当群）、「99」は非該当群である。

「受付でお断りする」に○をつけた群（該当群）は非該当群よりも常勤精神保健福祉士数が有意に少ない（A）。逆に D～H 項目の全てで該当群が有意に多い。これは、常勤精神保健福祉士の人数が多いほど治療に積極的であることを示している。

表CM-2 常勤精神保健福祉士の人数 × 質問4の各項目（記述統計）

質問4-A	度数	平均値	標準偏差	質問4-B	度数	平均値	標準偏差
1	78	0.37	0.899	1	284	0.68	1.421
99	419	0.82	1.702	99	213	0.84	1.832
合計	497	0.75	1.61	合計	497	0.75	1.61
質問4-C	度数	平均値	標準偏差	質問4-D	度数	平均値	標準偏差
1	302	0.7	1.529	1	200	1.1	1.958
99	195	0.82	1.729	99	297	0.51	1.276
合計	497	0.75	1.61	合計	497	0.75	1.61
質問4-E	度数	平均値	標準偏差	質問4-F	度数	平均値	標準偏差
1	63	2.54	2.513	1	42	2.12	2.643
99	434	0.49	1.237	99	455	0.62	1.418
合計	497	0.75	1.61	合計	497	0.75	1.61
質問4-G	度数	平均値	標準偏差	質問4-H	度数	平均値	標準偏差
1	187	1.21	2.083	1	81	1.47	2.186
99	310	0.47	1.159	99	416	0.61	1.434
合計	497	0.75	1.61	合計	497	0.75	1.61

表CM-3 常勤精神保健福祉士の人数 × 質問4（分散分析）

		F値	自由度	有意確率
A	受付でお断りしている	5.08	1, 495	0.025
B	いちおうは診ている	1.119	1, 495	0.291
C	専門医療機関を紹介する	0.707	1, 495	0.401
D	受診を継続させ、一緒に考え、治療する	16.068	1, 495	0
E	コメディカル・スタッフが相談にのる	108.846	1, 495	0
F	依存・嗜癖の専門的治療を行う	35.622	1, 495	0
G	自助グループ・家族会などの情報提供する	25.821	1, 495	0
H	パンフレット・本の紹介など情報提供する	20.197	1, 495	0

2 今後の対応・スタンス（質問5）と常勤精神保健福祉士の有無・人数との関係

質問5は5件法での質問である。「1」は「受付をお断りしたい」から「5」の「積極的に関わりたい」までの順序尺度となっている。結果、常勤精神保健福祉士が有のほうで「今後の対応・スタンス」は積極的であることが認められる。（F 値 27.945, 自由度 1, p=0）

表CM-4 今後の対応(質問5)と常勤精神保健福祉士の有無との関係（記述統計）

有・無	度数	平均値	標準偏差
無	331	2.53	1.01
有	160	3.06	1.142
合計	491	2.7	1.083

常勤精神保健福祉士の有無×質問5

表CM-5 今後の対応・スタンス（質問5）と常勤精神保健福祉士の有無との関係（分散分析）

質問5 今後の依存症・嗜癮問題への対応					
	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	31.083	1	31.083	27.945	0
グループ内	543.907	489	1.112		
合計	574.99	490			

3 治療の工夫（質問6）と常勤精神保健福祉士の人数との関係

質問6「治療の工夫」は三択式の設問である。依存症・嗜癮問題での治療の工夫と常勤精神保健福祉士の人数との関係は、A～Gのすべての項目において、常勤精神保健福祉士の人数が多いほど、より工夫していることが認められた（表CM-6）。

- (A) 治療の動機付けを意識して通院継続を図っている
- (B) 身体的健康・身体的合併症に目配りしている
- (C) 発達障害・パーソナリティ障害など精神科併存疾患に目配りしている
- (D) 依存・嗜癮用の治療プログラムを用意している
- (E) 自助グループ・家族会などの情報を提供できるようにしている
- (F) 家族と連携するようにしている
- (G) 患者さんが所属する職場・学校・保健所などと連携するようにしている

表CM-6 治療の工夫 x 常勤精神保健福祉士の人数

	Kruskal-Wallis のH(K)	自由度	漸近有意確率	○平均ランク	◎平均ランク	99平均ランク
A	28.42	2	0	260.46	298.52	217.42
B	13.146	2	0.001	259.11	323.11	233.64
C	22.71	2	0	269.3	275.24	218.85
D	29.919	2	0	357.15	346.54	240.85
E	22.706	2	0	278.37	295.07	229.03
F	12.777	2	0.002	273.19	301.4	236.26
G	14.718	2	0.001	315.9	325.25	242.78

4 治療のやりにくさ、取り組みにくさ（質問7）と常勤精神保健福祉士の人数との関係

質問7の19項目は以下である。

- (A) 依存症・嗜癮問題には興味を持ってない
- (B) 対応するコメディカル・スタッフがない
- (C) 忙しくて依存症・嗜癮問題に手が回らない
- (D) 取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い
- (E) 回復した人を見たことがない
- (F) 嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為
- (G) 借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題
- (H) 自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題
- (I) 治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為
- (J) 家族の情緒安定機能が損なわれている
- (K) 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている

- (L) 依存症・嗜癮問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない
- (M) 依存症・嗜癮問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない
- (N) コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題
- (O) 通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制の問題
- (P) 緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題
- (Q) 社会政策としての国・地方自治体の取組が乏しい
- (R) 依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている
- (S) 依存症・嗜癮問題への社会的偏見が根深い

常勤精神保健福祉士の人数と統計学的有意関係が認められた項目は、A, B, L, M, N, Q, S である。

A 項目、「依存症・嗜癮問題に興味を持ってない」群は常勤精神保健福祉士の人数が少ないことが認められた。これは、裏返せば部分的であろうが、依存症・嗜癮問題に対処するコメディカル・スタッフを必要としない医療を展開している、とも解釈できよう。

L, M, N, Q, S 項目に認められた統計学的有意差からして、常勤精神保健福祉士の人数が多い診療所ほど、医療供給体制の問題 (L, M, N) および社会的問題 (Q, S) を治療障害要因であると認識している。患者の権利擁護・相談・家族支援・デイケア・訪問などは人間の存在や生活と不可分の領域であり常勤精神保健福祉士等コメディカル・スタッフに多くが期待される領域でもあるが、依存症・嗜癮問題に取り組めば取り組むほど、先述の社会的問題・医療供給体制問題の矛盾に直面しているのではなかろうか。

表CM-7 治療のやりにくさと常勤精神保健福祉士の人数との関係

	Kruskal-WallisのH(K)	自由度	漸近有意確率	○平均ランク	◎平均ランク	99平均ランク
A	7.295	2	0.026	210.74	221.38	254.75
B	22.727	2	0	226.38	222.53	276.49
C	0.379	2	0.827	253.16	243.55	247.51
D	1.817	2	0.403	238.16	271.11	251.07
E	2.359	2	0.307	219.6	168.5	250.42
F	3.441	2	0.179	237.36	247.66	258.06
G	0.184	2	0.912	251.67	248.77	246.91
H	0.641	2	0.726	245.69	258.53	250.96
I	1.845	2	0.397	243.49	233.89	255.77
J	5.904	2	0.052	266.25	247.7	238.82
K	2.737	2	0.255	260.3	262.39	242.21
L	14.61	2	0.001	266.07	315.32	234.91
M	6.42	2	0.04	258.78	285.52	237.91
N	25.445	2	0	272.49	293.99	224.56
O	0.782	2	0.676	251.2	230.28	249.6
P	1.003	2	0.606	239.36	257	251.3
Q	11.909	2	0.001	258.59	289.45	231.33
R	5.645	2	0.059	262.5	256.87	236.43
S	6.35	2	0.042	265.56	265.8	238.11

(二) 常勤臨床心理士

1 対応の現状（質問4）と臨床心理士の有無との関係

依存症・嗜癖問題への対応の現状と診療所における臨床心理士の有無との関係をみると、有のほうが診療は積極的である。B, C, D, E, F, H の5項目において統計学的有意差が認められる。

表 CM-8 常勤CPの有無 × 質問4

	対応の現状	Pearsonのカイ2乗	自由度	p (両側)
A	受付でお断りしている	0.334	1	0.563
B	いちおうは診ている	7.247	1	0.007
C	専門医療機関を紹介する	4.971	1	0.026
D	受診を継続させ、一緒に考え、治療する	10.276	1	0.001
E	コメディカル・スタッフが相談にのる	56.587	1	0
F	依存・嗜癖の専門的治療を行う	11.537	1	0.001
G	自助グループ・家族会などの情報提供する	1.996	1	0.158
H	パンフレット・本の紹介など情報提供する	3.981	1	0.046

2 対応の現状（質問4）と臨床心理士の人数との関係

対応の現状と常勤臨床心理士の数との関係は表 CM-9 および表 CM-10 のとおりである。一元配置分散分析でみている。「平均値」は常勤臨床心理士数、「1」は○群（該当群）、「99」は非該当群である。臨床心理士が多いほうが「いちおうは診ている」は有意に少ない（A）。また、D～H項目の統計学的有意差は常勤臨床心理士の人数が多いほど治療に積極的であることを示している。

表CM-9 常勤臨床心理士の人数 × 質問4の各項目（記述統計）

質問4-A	度数	平均値	標準偏差	質問4-B	度数	平均値	標準偏差
1	78	0.32	0.712	1	284	0.39	1.105
99	420	0.55	0.712	99	214	0.68	1.49
合計	498	0.52	1.291	合計	498	0.52	1.291
質問4-C	度数	平均値	標準偏差	質問4-D	度数	平均値	標準偏差
1	302	0.43	1.143	1	201	0.77	0.115
99	196	0.65	1.482	99	297	0.34	0.056
合計	498	0.52	1.291	合計	498	0.52	0.058
質問4-E	度数	平均値	標準偏差	質問4-F	度数	平均値	標準偏差
1	64	1.89	2.404	1	42	1.4	2.285
99	434	0.31	0.866	99	456	0.43	1.127
合計	498	0.52	1.291	合計	498	0.52	1.291
質問4-G	度数	平均値	標準偏差	質問4-H	度数	平均値	標準偏差
1	188	0.65	0.099	1	81	0.81	1.542
99	310	0.44	0.071	99	417	0.46	1.23
合計	498	0.52	0.058	合計	498	0.52	1.291

表CM-10 常勤臨床心理士の人数 × 質問4 (分散分析)

		F値	自由度	有意確率
A	受付でお断りしている	2.105	1	0.147
B	いちおうは診ている	5.834	1	0.016
C	専門医療機関を紹介する	3.714	1	0.055
D	受診を継続させ、一緒に考え、治療する	13.331	1	0
E	コメディカル・スタッフが相談にのる	100.007	1	0
F	依存・嗜癖の専門的治療を行う	22.743	1	0
G	自助グループ・家族会などの情報提供する	3.134	1	0.077
H	パンフレット・本の紹介など情報提供する	5.261	1	0.022

3 今後の対応・スタンス (質問5) と常勤臨床心理士の有無との関係

質問5は5件法での質問である。「1」は「受付をお断りしたい」から「5」の「積極的に関わりたい」までの順序尺度となっている。結果、常勤臨床心理士が有のほうで「今後の対応・スタンス」は積極的であることが認められる。(F値 27.945, 自由度 1, $p=0$)

表CM-11 今後の対応(質問5) と常勤臨床心理士の有無との関係 (記述統計)

有・無	度数	平均値	標準偏差
無	365	2.58	1.025
有	127	3.05	1.174
合計	192	2.7	1.084

表CM-12 今後の対応 (質問5) と常勤臨床心理士の有無との関係 (分散分析)

質問5 今後の依存症・嗜癖問題への対応

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	20.257	1	20.257	17.839	0
グループ内	556.418	490	1.136		
合計	576.675	491			

4 治療の工夫 (質問6) と常勤臨床心理士の人数との関係

依存症・嗜癖問題での治療の工夫と常勤臨床心理士の人数との関係は、A, B, C, D, G 項目において、常勤臨床心理士の人数が多いほど、治療的工夫をしていることが認められた (表 CM-13)。

- (A) 治療の動機付けを意識して通院継続を図っている
- (B) 身体的健康・身体的合併症に目配りしている
- (C) 発達障害・パーソナリティ障害など精神科併存疾患に目配りしている
- (D) 依存・嗜癖用の治療プログラムを用意している
- (E) 自助グループ・家族会などの情報を提供できるようにしている
- (F) 家族と連携するようにしている
- (G) 患者さんが所属する職場・学校・保健所などと連携するようにしている

依存症・嗜癖問題での治療の工夫と常勤臨床心理士の人数との関係は、A, C, D 項目において、常勤臨床心理士の人数が多いほど、より工夫していることが認められた (表 CM-13)。

表CM-13 治療の工夫 x 常勤臨床心理士の人数

	Kruskal-Wallis のH(K)	自由度	漸近有意確率	○平均ランク	◎平均ランク	99平均ランク
A	15.863	2	0	239.31	297.01	244
B	5.557	2	0.062	244.76	306.68	249.59
C	12.716	2	0.002	259.94	280	229.74
D	32.608	2	0	352.58	341.92	241.53
E	2.801	2	0.247	253.53	279.39	244.66
F	2.922	2	0.232	262.3	255.3	243.75
G	6.906	2	0.032	288.6	338.75	245.68
H	3.096	2	0.213	223.95	185.5	252.25

5 治療のやりにくさ、取り組みにくさ（質問7）と常勤臨床心理士の人数との関係

常勤臨床心理士の数が多いほど阻害要因 L, N, Q では肯定的であり、B, D, O では否定的であった。

表CM-14 治療のやりにくさと常勤臨床心理士の人数との関係

	Kruskal-Wallis のH(K)	自由度	漸近有意確率	○平均ランク	◎平均ランク	99平均ランク
A	3.123	2	0.21	235.71	212.15	252.65
B	9.355	2	0.009	234.53	239.22	265.72
C	1.963	2	0.375	244.42	237.03	255.64
D	7.744	2	0.021	227.23	285.82	254.31
E	0.476	2	0.788	230.8	261	250.01
F	2.778	2	0.249	254.87	221.27	249.17
G	2.583	2	0.275	258.94	243.77	242.73
H	1.512	2	0.469	245.25	245.03	258.08
I	4.68	2	0.096	255.94	212.97	249.35
J	5.009	2	0.082	264.29	236.02	241.76
K	0.642	2	0.725	250.1	272.11	248.15
L	6.153	2	0.046	264.66	267.61	239.86
M	5.129	2	0.077	259.91	271.41	239.55
N	28.293	2	0	270.05	299.06	226.29
O	6.199	2	0.045	245.69	203.88	255.89
P	0.997	2	0.608	240.9	261.21	251.29
Q	7.277	2	0.026	263.39	252.2	235.48
R	1.053	2	0.591	255.45	245.24	245.19
S	2.958	2	0.228	260.71	253.3	242.72

(三) 常勤看護師

1 対応の現状（質問4）と常勤看護師の有無との関係

常勤看護師有のほうが A, C は少なく、D, E, F, G, H は多いことが認められた。

表CM-15 常勤看護師の有無 x 質問4 (カイ2乗検定)

	対応の現状	Pearsonのカイ2乗	自由度	p (両側)
A	受付でお断りしている	17.597	1	0
B	いちおうは診ている	0.104	1	0.747
C	専門医療機関を紹介する	6.231	1	0.013
D	受診を継続させ、一緒に考え、治療する	18.401	1	0
E	コメディカル・スタッフが相談にのる	26.937	1	0
F	依存・嗜癖の専門的治療を行う	15.396	1	0
G	自助グループ・家族会などの情報提供する	10.803	1	0.001
H	パンフレット・本の紹介など情報提供する	4.651	1	0.031

2 対応の現状（質問4）と看護師の人数との関係

常勤看護師数が多いほうが A は少なく、D, E, F, G, H は多いことが認められた。

表CM-16 常勤看護師の人数 x 質問4の各項目 (記述統計)

質問4-A	度数	平均値	標準偏差	質問4-B	度数	平均値	標準偏差
1	79	0.52	0.945	1	285	1.02	1.609
99	419	1.15	1.644	99	213	1.09	1.52
合計	498	1.05	1.57	合計	498	1.05	1.57
質問4-C	度数	平均値	標準偏差	質問4-D	度数	平均値	標準偏差
1	303	0.98	1.651	1	201	1.45	1.805
99	195	1.15	1.435	99	297	0.78	1.326
合計	498	1.05	1.57	合計	498	1.05	1.57
質問4-E	度数	平均値	標準偏差	質問4-F	度数	平均値	標準偏差
1	63	2.86	0.322	1	42	2.26	2.119
99	435	0.79	0.056	99	456	0.94	1.463
合計	498	1.05	0.07	合計	498	1.05	1.57
質問4-G	度数	平均値	標準偏差	質問4-H	度数	平均値	標準偏差
1	187	1.49	1.902	1	81	1.73	2.08
99	311	0.79	1.265	99	417	0.92	1.417
合計	498	1.05	1.57	合計	498	1.05	1.57

表CM-17 常勤看護師の人数 x 質問4 (分散分析)

		F値	自由度	有意確率
A	受付でお断りしている	10.959	1	0.001
B	いちおうは診ている	0.288	1	0.592
C	専門医療機関を紹介する	1.397	1	0.238
D	受診を継続させ、一緒に考え、治療する	22.535	1	0
E	コメディカル・スタッフが相談にのる	117.951	1	0
F	依存・嗜癖の専門的治療を行う	28.836	1	,000
G	自助グループ・家族会などの情報提供する	24.206	1	,000
H	パンフレット・本の紹介など情報提供する	18.682	1	,000

3 今後の対応（質問5）と常勤看護師の有無との関係

常勤看護師有のほうが今後の依存症への対応は積極的であることが認められた。

表CM-19 今後の対応(質問5) と常勤看護師の有無との関係 (記述統計)

有・無	度数	平均値	標準偏差
0	236	2.42	0.926
1	256	2.96	1.151
合計	492	2.7	1.082

表CM-20 今後の対応 (質問5) と常勤看護師の有無との関係 (分散分析)

質問5 今後の依存症・嗜癖問題への対応

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	36	1	36		0
グループ内	539.08	490	1.1		
合計	575.079	491			

4 今後の対応（質問5）と常勤看護師の人数との関係

常勤看護師数が多いほど今後の依存症への対応は積極的であることが認められた。

表CM-21 今後の対応 (質問5) と常勤看護師の人数との関係 (記述統計)

今後の対応	度数	平均値	標準偏差
1	74	0.68	1.087
2	128	0.94	1.659
3	194	0.75	1.14
4	63	1.97	2.048
5	33	2.39	2.03
合計	492	1.05	1.577

表CM-22 今後の対応 (質問5) と常勤看護師の人数との関係 (分散分析)

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
グループ間	142.471	4	35.618	16.088	0
グループ内	1078.155	487	2.214		
合計	1220.626	491			

5 治療の工夫（質問6）と常勤看護師の人数との関係

依存症・嗜癖問題での治療の工夫と常勤看護師の人数との関係は、A～Gのすべての項目において、常勤看護師の人数が多いほど、より工夫している（表CM-23）。即ち、常勤看護師の存在はすべての項目で治療促進要因となっていることが認められた。

表CM-23 治療の工夫 x 常勤看護師の人数

	Kruskal-Wallis のH(K)	自由度	漸近有意確率	○平均ランク	◎平均ランク	99平均ランク
A	17.864	2	0	259.57	293.89	221.38
B	8.39	2	0.015	265.17	280.89	232.1
C	14.56	2	0.001	268.65	269.09	222.25
D	39.448	2	0	374.91	400.04	239.02
E	27.169	2	0	285.42	307.46	225.02
F	12.867	2	0.002	277.89	302.63	234.96
G	11.289	2	0.004	317.08	286.75	243.41

6 治療のやりにくさ、取り組みにくさ（質問7）と常勤看護師の人数との関係

常勤看護師が多いほど治療阻害要因としての B, F, O には否定的であり、L, S には肯定的であった。

表CM-24 治療のやりにくさ(質問7・19項目)と常勤臨床心理士の人数との関係

	Kruskal-WallisのH(K)	自由度	漸近有意確率	○平均ランク	◎平均ランク	99平均ランク
A	1.176	2	0.555	236.16	226.38	252.03
B	22.455	2	0	230.71	202.79	278.89
C	4.725	2	0.094	234.3	239.75	261.63
D	2.536	2	0.281	232.47	245.2	255.19
E	0.902	2	0.637	219.87	279.67	250.24
F	10.58	2	0.005	235.21	204	265.54
G	3.136	2	0.208	236.93	260.81	258.16
H	1.957	2	0.376	242.51	249.52	260.95
I	3.046	2	0.218	252.14	212	252.66
J	3.16	2	0.206	263	257.72	240.77
K	0.184	2	0.912	251.5	236.07	249
L	12.146	2	0.002	271.47	301.91	233.77
M	0.193	2	0.908	252.63	249.95	247.14
N	1.722	2	0.423	250.37	271.71	244.73
O	13.264	2	0.001	231.75	187.09	264.98
P	1.579	2	0.454	235.87	252.29	253.36
Q	0.529	2	0.768	254.21	242.45	246.38
R	4.045	2	0.132	263.63	239.28	239.18
S	8.751	2	0.013	268.22	288.12	235.49

以上、常勤コメディカル・スタッフの有無・人員数と治療との関係を見てきた。質問4・依存症患者来院時の対応、および質問5・今後の対応・スタンスについては、かなり共通した傾向を示していて、常勤コメディカル・スタッフがいる診療所においては、治療は積極的であることが認められた。質問6・治療の工夫については、常勤コメディカル・スタッフ有で人員の多いほうが治療の工夫に積極的であることが認められた。質問7・治療阻害要因については、常勤三職種によって、何を阻害要因とするかに差異が認められた。ただ、その意味するところはこの調査からは解読できない。

表CM-25 コメディカル各職種における治療障害要因の認知の相違
 (統計学的有意差: *** 1% 水準、 ** 5% 水準。 参考までに * 10% 水準を記載)

	常勤 精神保健福祉士	常勤 臨床心理士	常勤 看護師
診療所側の問題			
(A) 依存症・嗜癖問題には興味を持ってない	**		***
(B) 対応するコメディカル・スタッフがいない	***	***	
(C) 忙しくて依存症・嗜癖問題に手が回らない		*	
(D) 取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い			**
(E) 回復した人を見たことがない			
患者側の問題			
(F) 嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為		***	
(G) 借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題			
(H) 自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題			
家族側の問題			
(I) 治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為			*
(J) 家族の情緒安定機能が損なわれている	*		*
(K) 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている			
医療供給体制側の問題			
(L) 依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない	***	***	**
(M) 依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない	**		*
(N) コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題	***		***
(O) 通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制の問題		***	**
(P) 緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題			
社会的問題			
(Q) 社会政策としての国・地方自治体の取組が乏しい	***		**
(R) 依存・嗜癖をさそうコマーシャルや環境があふれている	*		
(S) 依存症・嗜癖問題への社会的偏見が根深い	**	**	

三 治療障害要因に関する自由記述から

この小論は三つの部分から構成されている。第一は治療障害要因に関する質的帰納法的カテゴリー化である。第二は生成したカテゴリーとアンケート質問7の想定治療障害要因、分野19項目の回答との関連である。第三は治療障害要因に関する考察である。

(一) 治療障害要因に関する質的帰納法的カテゴリー化

治療をやりにくくしている要因に関する自由記述について質的帰納的研究法を用いて分析した。分析テーマは「治療のやりにくさ、取り組みにくさ」とし、自由記述のコーディング、およびカテゴリー化という手順をとった。具体的には質問項目の自由記述に対して、各項目の語彙毎に切片化し、分析テーマに沿いながらコード化を行った(表 補論1-2)。続いて、類似したコードの関連を検討しカテゴリー化を行い、カテゴリーに含まれる回答数をまとめた(表 補論1-3)。

治療困難要因に関する自由記載文には81件の記載が認められた。81件の自由記載(文章データ)は以下のとおりである。

表 補論1-1 自由記述文書データ

要因
通院医療供給体制があればよいと思うが、今の診療報酬では無理な話と思う。
病院も含めて外来受入れをしてくださるところが少なく、一部の病院に負担が集中しがち。(松本俊彦先生の講演を院内でされる病院で、Drが外来で薬物依存をとる気はないと言われていた・・・)
医師だけでは何もできない。
ずっと興味が無いというか、治療が教科書通りに行くことが少なく、治療して上手くいった経験がないのでイヤ気がさしていたが、やはり他の疾患を治療していくなかで、向き合わないといけないと思い直し勉強中。問題は勉強する場が損なわれていること。backupしてくれる企業も少ないので勉強会が少ない。
保健所の保健師や福祉事務所の担当者に依存症の勉強をもっとしてほしい。
社会的な破綻が生じて初めて治療対象になるため、治療体制を築くのが難しい。(依存症そのもの)
治療法が確立し、診療報酬が十分であれば普及するはず。
当院は依存症専門クリニックですが、一般的には労力の割に医療点数が少なすぎます。
依存問題の背景にある問題が根深く、治療が難しい。
経験が乏しい
すぐに通院が中断する。繰り返す依存性障害については、更生施設へ収容し、アルコールやギャンブル、携帯電話から切り離れた環境での矯正が必要と思う。次の段階でアルコールやギャンブルが簡単に手の届く環境でも依存へ向かわないように教育してゆくのがいいのでは。
人それぞれの性質に合った治療が必要と思います。
依存になる人には、依存症発症以前に分離不安や発達障害を持つことが一定数いると感じます。それらの治療なしには依存は改善しないと感じます。
専門機関という発想が、逆に他の機関にしないでいいと思わせてしまっている気がします。
パチンコはギャンブルか否か?
使えるクスリが少ない 精神療法に時間を要することが少なくないが、報酬が少ないので、精神療法は強制できない。

TV やマスコミなどで、偏見を助長するような内容（ドラマ）報道が多く、私は正しく指導すべきと考える。

有効・妥当な治療法が確立されていない。

物質使用、嗜癖行動いずれにしても、「この人たちはコントロールできない状態だから」と、医療、福祉の対象になっただけで、自分のホンネとして「コントロールできないのだから仕方ないじゃん」という言い訳にしか思えず、優しい気持ちになれない。

治療するには家族の問題、お金の問題、本人を意識付けするための仲間や組織との連携等、色々なネットワークが必要だと思っているが、組織立てられていない。又、治療も条件反射制御法にとりくみたいが、なかなか地域病院と連携できない。

精神神経学会、成瀬 Dr の E ラーニングはとてもよかったです。

「邪険に扱わず、対応可能な範囲でふつうに診てほしい」と言い切った専門医に初めて会いました。

「その水準でよければ」対応したく存じます。

地域で定期的に少なくとも数カ月に1回、ケースカンファレンスがあり参加できると、やりやすくやりがいが持てるようになると思われる。

家族との「共依存」関係が、治療を困難にする。

日本社会では、共依存（過剰な人との関わり）が美德とされている傾向がある。

精神科側及び他科の側でも依存症をよく分かっていない。（共依存も）

自助グループが少ない

依存症治療を積極的に行うと、患者が多くなり限界を超えてしまうので、今は「いちおう」は診るというスタイルにしている。

診療所ではフリーアクセス環境を〇〇することが大切と考えます。

「強い構造」を大切にする入院施設も重要ですし、「ゆるい構造」を持ち続ける診療所も必要と考えます

通院の中断が多い

時に問題行動があるため、スタッフは気を遣う。

今の一般的な依存プログラムは不十分

とにかく忙し過ぎることが、この領域へのアプローチを鈍らせているのだらうと思う。

患者さんが多すぎるし、書類関係は多すぎるし、院外の頼まれごとも多いし・・・

そのなかではアディクションの問題は集約的に扱っていく必要があるはずで、個人の病院では十分手がけられないです。

明確な診断基準がない場合が多い。

治療のゴールがはっきりしない。

少し前までは依存は治りにくいし、自分も治療法に自信がなかったので初診は拝見しますが紹介する形をとっていましたが、なかなか患者さんも結局行かなかったりしていました。しかし、そろそろ取り組んでいかないといけないと思い、自分は研修などがあれば受けたいと思っています。しかし治療側のマンツーマンの治療より、集団、自助グループなどは効果があると思っているので、そうなるとスタッフの研修も必要。となり、なかなか実現が難しいです。

他の逃げ道を一緒に考えているが、忙し過ぎ、心にも余裕が無くという生活基盤の問題があるため。

しのぐ方向として多少は寛容にならざるを得ない。（肝機能他、極端なものは入院させます）

診察に時間がかかってしまう。

依存治療の保険点数を上げること。

治療に何らかの形で成功報酬を点数化する。

医師としての自分に依存症治療のための知識も経験も十分でない。

地域の社会資源が少ない

治療者側の偏見が大きい。（精神科・他科含め）

依存症専門機関では、本人が治療に同意してないと続けられないというが、途中離脱した後、どう治療してよいか困ってしまう。

アルコールや鎮痛剤等の、TV での公共電波を使用しての PR はやめたほうがよい。

出ているタレントの教育もしたほうがよい。

当院では子ども中心の治療をしているため、ネット・ゲーム障害が多いが、携帯やスマホは学業にも必要なアイテムと考えている保護者が多く、依存が相当進行するまで放置されていることが多い。煙草同様に、携帯・スマホ・ゲームの販売時に依存についての啓発パンフなどを配布することも必要と思う。

パチンコなどのギャンブル・カフェイン・など CM が流れていること

依存症は他の患者にとって、来院されると迷惑です。

依存症でない他患者から評判を落とされる恐れがあります。

発達障害併存の場合、心理検査を気安くオーダーできる所がない。
発達障害の心理検査は明らかに不採算部門であり、公的機関が地域のニーズ（年間必要症例数・分布など）を把握しながら、積極的に行ってくればボトルネックの一つが解消する。

個人療法では限界があるように考える。

薬物依存は病名に挙げませんでした。ベンゾ依存の患者自体は一番多いです。（この矛盾はまだ咀嚼できずすみません。）

今一番診ている「薬物依存」の患者は紹介状では「うつ病」でした。薬物依存の病名は私だけでなく医師が避ける問題。前向きな治療関係を保っている方もいますが、処方要求に対しそれ以上は保険では出せないと・・・
「薬物依存」という病名で関係づくりの難しいことと、質問の病名に薬物依存をあげなかったこともベンゾ依存の患者は多いと言いつつあげなかった私側の要素があります。

ネット依存については、あらゆる企業、業界が就労者のスキルとして要求しており、通勤内ですらメール、SNSへの接触が不可欠な構造を提供している。TVCMにも氾濫している。
ヒットアニメ（新海誠氏など）→必ず携帯、メールが物語の中心になっている。

学校、地域の連携が必須であるにもかかわらず、診療報酬上の評価がなされていない。

アルコール問題があれば一般科医との連携が取れないことが多いため、身体面で重症化してからの依頼が圧倒的に多い。

専門の医療機関が少ない。

生活保護の患者が多く、生活が保障されているなかで飲酒やパチンコなどをやめるのは困難。即ち、治療動機、必要性が持てない。

特に治療をやりくりしている要因はありません。
与えられた条件でやるしかないと考えています。

点滴など身体管理が必要な人がいる。
中断しやすい。
待合室の雰囲気が変わる。

あまり積極的に治療をしていないので、治療がやりにくいと感ずることはない。

アルコール依存症のみではなく、最近は他の多彩な依存症が来院するようになった。それぞれに対応できるコメディカルスタッフの養成が十分にできていない。
またはそれぞれに対応した治療プログラムが準備できない。

分析テーマに沿いながらコード化を行った（表 補論1-2）。

表 補論1-2 自由記述のコード・カテゴリ

質問7 治療のやりにくさ、取り組みにくさの要因 自由記述のコード・カテゴリ表

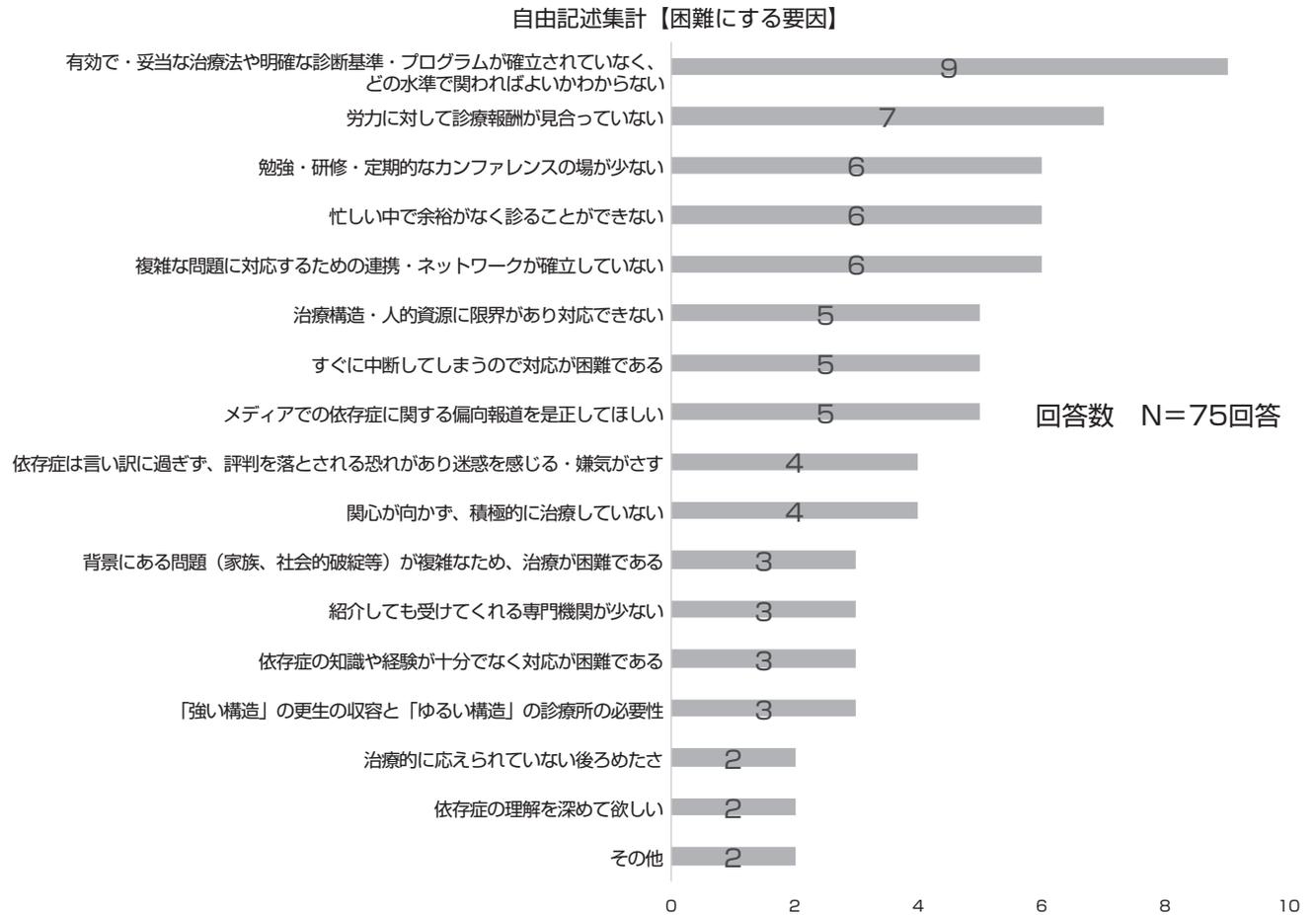
カテゴリ	自由記述 コード
労力に対して診療報酬が見合っていない	通院医療の供給体制があればよい
	労力の割に診療報酬が少ない
	診療報酬が少ない
	学校・地域連携が必須であるが診療報酬が評価されない
	現在の診療報酬では難しい
	診療報酬が十分でない
	精神療法に時間を要するが報酬が少ない

治療構造・人的資源に限界があり対応できない	<p>医師だけでは何もできない</p> <p>薬物療法の効果が乏しい</p> <p>個人療法では限界がある</p> <p>点滴など身体管理が必要な人がいる</p> <p>薬物療法の導入が遅れている</p>
関心が向かず、積極的に治療していない	<p>興味がない</p> <p>積極的に治療していない</p> <p>依存症に対する治療者の偏見が大きい</p>
依存症の理解を深めてほしい	<p>保健所や福祉事務所に依存症の勉強をしてほしい</p> <p>治療法が確立していない</p> <p>有効・妥当な治療法が確立されていない</p> <p>「対応可能な範囲でふつうに診てほしい」、その水準でよければ対応できる</p>
有効で・妥当な治療法や明確な診断基準・プログラムが確立されていなく、どの水準で関わればよいか分からない	<p>一般的な依存プログラムでは不十分</p> <p>明確な診断基準がない</p> <p>どの水準で対応すればよいか分からない</p> <p>いまは「いちおう」は診るというスタイル</p> <p>治療のゴールがはっきりしない</p> <p>多彩な依存症に対応できる治療プログラムが確立していない</p>
背景にある問題（家族、社会的破綻等）が複雑なため、治療が困難である	<p>社会的な破綻から治療となるため治療体制を築くのが難しい</p> <p>背景にある問題が根深く、治療が難しい</p> <p>家族の共依存関係が治療を困難にする</p>
依存症の知識や経験が十分でなく対応が困難である	<p>経験が乏しい</p> <p>依存症のことをよく分かっていない</p> <p>依存症治療のための知識も経験も十分でない</p>
すぐに中断してしまうので対応が困難である	<p>すぐに通院が中断する</p> <p>通院中の中断が多い</p> <p>途中離脱した後、どう治療してよいか困る</p> <p>治療動機、必要性が持てない</p> <p>中断しやすい</p>
メディアで偏向報道が大きく是正してほしい	<p>メディアでの偏見を助長する報道が多い－指導するべき</p> <p>メディアの偏向報道が大きく偏見が大きい</p> <p>メディアの偏向報道が大きく偏見を助長している</p> <p>メディアの報道が依存症を助長している</p>
依存症は言い訳に過ぎず、評判を落とされる恐れがあり迷惑を感じる・嫌気がさす	<p>上手くいった経験がないので嫌気がさしている</p> <p>コントロールできないは、言い訳にしか思えず、優しい気持ちになれない</p> <p>依存症の患者が来院すると（結果につながりにくく）評判を落とされる恐れがあり迷惑</p> <p>待合室の雰囲気が変わる</p>
複雑な問題に対応するための連携・ネットワークが確立していない	<p>家族・お金・意識付けの組織との連携、ネットワークが必要だが組織立てがない</p> <p>発達障害併存の場合、心理検査を気安くオーダーできるところが少ない</p> <p>アルコール問題があれば一般科医との連携が取れないことが多いため、重症化してからの依頼が圧倒的に多い</p> <p>地域病院との連携ができない</p> <p>地域の社会資源が少ない</p>

	地域で定期的なケースカンファレンスがあれば、やりやすくやりがいが持てる
勉強・研修・定期的なカンファレンスの場が少ない	地域で定期的なケースカンファレンスがない 研修が必要であるが、集団・自助グループの効果が謳われているので、医師個人でなくスタッフの研修も必要で実現が難しい 勉強する場・勉強会が少ない 依存症に対応できるコメディカルの養成が十分でない 問題行動がある時にスタッフに気を遣う
忙しいなかで余裕がなく診ることができない	積極的に診ると患者が多くなり限界を超える 忙しすぎるのが依存症治療へのアプローチを鈍らせている 依存症は治りにくく、治療法に自信がない 忙しすぎて、心に余裕がない 診察に時間がかかる 忙しすぎて個人の病院では十分に手がつけられない
いつでも通える診療所を構築することが大切	診療所をフリーアクセス環境にすることの大切さ
薬物依存の病名であると、患者との関係づくりが難しい	薬物依存の病名であると、患者との関係づくりが難しい
専門機関という発想が他ではしなくてよいという発想につながる	専門機関という発想が他の機関ではしなくていいという発想につながる
紹介しても受けてくれる専門機関が少ない	外来を受けてくれるところが少ない 専門の医療機関が少ない 一部の病院に負担が集中しがちである
パチンコはギャンブルとは思わない (ゲーム依存) 保護者への予防・啓発がうまくいっていない	パチンコはギャンブルかどうか (ゲーム依存) 保護者への予防・啓発がうまくいっていない 生活保護のなかでギャンブルをやめるのは困難
「強い構造」の更生の収容と「ゆるい構造」の診療所の必要性	更生施設へ収容し環境での矯正が必要 更生施設の次に、心理教育をする 「強い構造」の入院施設と「ゆるい構造の」の診療所の必要性
治療的に応えられていない後ろめたさ	処方薬依存の処方要求に治療的に応えられてない後ろめたさ 治療的に応えられていない後ろめたさ

次に、説明された現象を集め、コード同士を関係づけ、より抽象化の高いカテゴリーを得るようにした。その結果 16 種類のカテゴリーを得た（表 補論 1-3）。

表 補論 1-3 生成された中カテゴリー



51名 回答 全体 507名 (456名 無回答)

表 補論 1-4 生成された大カテゴリー

治療のやりにくさ、取り組みにくさに関する要因 分類

大カテゴリー	小カテゴリー
理解・知識・経験のなさ	依存症の理解を深めて欲しい
	関心が向かず、積極的に治療していない
	依存症は言い訳に過ぎず、評判を落とされる恐れがあり迷惑を感じる・嫌気がさす
	現在メディアでの依存症に関する偏向報道が大きく是正してほしい
	勉強・研修・定期的なカンファレンスの場が少ない
治療構造・人的資源の限界	依存症の知識や経験が十分でなく対応が困難である
	治療的に応えられていない後ろめたさ
	「強い構造」の更生の収容と「ゆるい構造」の診療所の必要性
	紹介しても受けてくれる専門機関が少ない
	治療構造・人的資源に限界があり対応できない

対応の困難・問題の複雑性・過度な労力に対する手薄い診療報酬	背景にある問題（家族、社会的破綻等）が複雑なため、治療が困難である
	すぐに中断してしまうので対応が困難である
	忙しいなかで余裕がなく診ることができない
	労力に対して診療報酬が見合っていない
効率的な治療構造・連携ネットワークの未確立	複雑な問題に対応するための連携・ネットワークが確立していない
	有効で・妥当な治療法や明確な診断基準・プログラムが確立されていなく、どの水準で関わればよいか分からない

(二) 生成したカテゴリーとアンケート質問7の想定治療阻害要因との関係

各カテゴリーに対する「治療のやりにくさ、取り組みにくさ」の関連を調べた。各カテゴリーに対して、回答者の質問7「治療のやりにくさ、取り組みにくさ」の全19項目に対する一致率を検討し、各項目において75%以上の回答率があるものを記載した。

表 補論1-4をみると、75%以上の回答率を示した43小項目には重複するものが多い。とりあえず重複を含めて出現頻度でみると、43小項目は質問7の治療阻害要因5分野のうち、診療所側の問題に8、患者側の問題に8、家族側の問題に6、医療供給体制側の問題に12、社会的問題に9が数えられた。医療供給体制側の問題に該当するものが最も多い。診療所側の問題に該当するものでは、「対応するコメディカル・スタッフがない」および「忙しくて依存症・嗜癮問題に手が回らない」が目立ち、医療供給体制側の問題では「コメディカル・スタッフの労働が評価されていない」や医学教育・卒後教育が不十分であるなどが目立っている。

医療内容の質および量は診療報酬により基本的には規定されるが、医療供給体制に内包される治療阻害要因は無視できない課題になっている、とみてとれよう。

表 補論1-5 生成したカテゴリーとアンケート質問7の想定治療阻害要因との関係

各自由記述、および「治療やりにくさ、取り組みにくさ」の項目	人数	回答率(%)
有効で・妥当な治療法や明確な診断基準・プログラムが確立されていなく、どの水準で関わればよいか分からない	8	
・【診療】 対応するコメディカル・スタッフがない	6	75
複雑な問題に対応するための連携・ネットワークが確立していない	4	
・【診療所側】 対応するコメディカル・スタッフがない	4	100
・【患者側】 自発性少、治療中断など治療継続に関する問題	4	100
・【家族側】 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている	3	75
・【医療供給側】 依存症・嗜癮問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない	3	75
・【医療供給側】 依存症・嗜癮問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない	3	75
・【医療供給側】 コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題	4	100
・【社会的問題】 社会政策としての国・地方自治体の取組が乏しい	4	100
忙しい中で余裕がなく診ることができない	5	
・【診療所側】 対応するコメディカル・スタッフがない	4	80
・【診療所側】 忙しくて依存症・嗜癮問題に手が回らない	4	80
・【患者側】 自発性少、治療中断など治療継続に関する問題	5	100
・【家族側】 治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為	4	80
・【社会的問題】 社会政策としての国・地方自治体の取組が乏しい	4	80
勉強・研修・定期的なカンファレンスの場が少ない	5	
・【診療所側】 対応するコメディカル・スタッフがない	4	80
・【患者側】 自発性少、治療中断など治療継続に関する問題	5	100
・【家族側】 家族の情緒安定機能が損なわれている	5	100
・【家族側】 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている	4	80

・【医療供給側】依存症・嗜癮問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない	4	80
・【医療供給側】依存症・嗜癮問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない	4	80
・【医療供給側】コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題	4	80
・【社会的問題】社会政策としての国・地方自治体の取組が乏しい	4	80
・【社会的問題】依存症・嗜癮問題への社会的偏見が根深い	4	80
メディアで偏向報道が大きき是正してほしい	4	
・【診療所側】忙しくて依存症・嗜癮問題に手が回らない	3	75
・【患者側】嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為	3	75
・【患者側】借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題	3	75
・【医療供給側】通院の専門医療機関を紹介したいが、それがいないなど通院医療供給体制の問題	3	75
・【医療供給側】緊急時の入院先がないなど、入院医療体制の問題	3	75
・【医療供給側】依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている	3	75
すぐに中断してしまうので対応が困難である	5	
・【患者側】借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題	4	80
・【家族側】治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為	4	80
・【社会的問題】依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている	4	80
治療構造・人的資源に限界があり対応できない	4	
・【診療所側】対応するコメディカル・スタッフがいらない	3	75
・【患者側】自発性少、治療中断など治療継続に関する問題	3	75
・【医療供給側】コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題	3	75
・【社会的問題】依存症・嗜癮問題への社会的偏見が根深い	3	75
依存症は言い訳に過ぎず、評判を落とされる恐れがあり迷惑を感じる・嫌気がさす	4	
・【診療所側】対応するコメディカル・スタッフがいらない	4	100
・【診療所側】忙しくて依存症・嗜癮問題に手が回らない	3	75
・【患者側】自発性少、治療中断など治療継続に関する問題	4	100
・【医療供給側】依存症・嗜癮問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない	3	75
・【社会的問題】依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている	3	75
依存症の理解を深めて欲しい	2	
・【社会的問題】依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている	2	100
「強い構造」の更生の収容と「ゆるい構造」の診療所の必要性	2	
・【家族側】家族の福祉機能や経済機能が損なわれている	2	100
・【医療供給側】コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題	2	100
・【社会的問題】依存・嗜癮をさそうコマーシャルや環境があふれている	2	100
関心が向かず、積極的に治療していない	2	
・該当無し		

※残り7項目は回答者1名のため除外した。

(三) 計量テキスト分析による質的帰納的研究所見の検証

自由記述に対する計量的分析。治療阻害要因に関する自由記述文書ローダーを対象として、KH Coder（文章型データを統計的に分析するためのフリーソフトウェアの一つ）を用いて計量テキスト分析を行い、前述の質的帰納的研究法による所見を計量的に検証する作業を行った。

KH Coder での解析の結果、自由記述として記述された語彙は、助詞・助動詞は集計対象から除外して、都合 2,593 語であった。この 2,593 語の出現回数について分析し、出現回数上位 118 位（出現回数 2 回以上）の語彙一覧を得た（表 補論 1 - 6）。

表 補論1-6 自由記述1-6 出現回数上位118位（出現回数2回以上）語彙一覧

「治療のやりにくさ、困難にする理由」への回答に記述された語彙の出現回数					
抽出語	出現回数	抽出語	出現回数	抽出語	出現回数
治療	40	点数	3	入院施設	2
多い	19	雰囲気	3	分離不安	2
依存	17	変わる	3	偏見	2
少ない	17	来院	3	保険	2
依存症	15	うつ病	2	保障	2
患者	15	アルコール依存症	2	報酬	2
薬物依存	11	コントロール	2	乏しい	2
勉強	10	スマホ	2	忙しい	2
病名	8	マンツーマン	2	本人	2
それぞれ	6	メール	2	養成	2
ギャンブル	6	依存性障害	2	良い	2
環境	6	飲酒	2	労力	2
関係	6	家族	2		
経験	6	改善	2		
地域	6	外来	2		
中断	6	簡単に手の届く	2		
難しい	6	強い構造	2		
病院	6	矯正	2		
アルコール	5	繰り返す	2		
今	5	結局	2		
治療法	5	個人	2		
パチンコ	4	更生施設	2		
一番	4	構築	2		
研修	4	行う	2		
紹介	4	行動	2		
診る	4	最近	2		
診療所	4	時間	2		
積極的	4	治療動機	2		
通院	4	自信がなかった	2		
発達障害	4	社会資源	2		
連携	4	受ける	2		
イヤ気	3	収容	2		
スタッフ	3	集団	2		
プログラム	3	充分	2		
医療	3	従う	2		
確立	3	重要	2		
共依存	3	出来る	2		
教育	3	準備	2		
興味がない	3	処方要求	2		
限界	3	場合	2		
効果	3	水準	2		
構造	3	性質	2		
困難	3	生活保護	2		
思い直す	3	精神療法	2		
自助グループ	3	専門	2		
疾患	3	専門医	2		
診療報酬	3	専門機関	2		
生活	3	前	2		
損なう	3	知識	2		
待合室	3	超える	2		

次に、抽出された語の階層的クラスターを検出した。クラスターは抽出された語の結びつきを示し、階層ごとに抽出された語の近接位置を示す。結果、10のクラスターに分類された(図表I-1)。図表I-1では10のクラスターが色分けされ、出現回数は棒グラフで示されている。各クラスターの解釈については計量分析の目標である「治療のやりにくさ、取り組みにくさ」という視点から実行している。

クラスター1。「簡単に手の届く」「繰り返す」「収容」「矯正」「改善」などの語彙があり、これは依存症が内包する習慣性・常習性などの治療困難性を表し、「中断」「通院」などの語彙は結果として治療中断につながる治療困難性を表していると考えられる。

クラスター2。「自信がなかった」という記述と「研修」「受ける」「スタッフ」と「自助グループ」「効果」などの記述が確認されたことから、治療への自信のなさ、治療のやりにくさに繋がっている。

クラスター3。「アルコール依存症」「できる」「養成」「準備」が確認され、「プログラム」「充分にできていない」などの記述が確認された。多彩な依存症の来院が見込まれるなかでスタッフ養成・プログラム準備が不十分なことが治療困難の要因に繋がっていると考えられる。

クラスター4。「経験」「少ない」、「嫌気」「興味が無い」の記述が確認され、経験の少なさ、嫌気がさすこと、そもそも興味がないことが治療のやりにくさに繋がっている。一方、「勉強」の記述が確認されていることから研修の必要性が語られている、と考えられる。

クラスター5。「診療所」「構築」「入院施設」「強い構造」と、「環境」が結びついていることから、診療所と強い治療構造(入院施設)との連携が望まれているが、現実には不十分なことが治療困難の要因に繋がっていることが想定される。

クラスター6。「生活保護」「生活保障」、「治療動機」「飲酒」の記述の上位に「困難」が結びつけられていることから、生活の保障がされているなかでの飲酒等の嗜癖行動に、治療動機づけをしていくことの困難さがある、と考えられる。

クラスター7。「薬物依存」「関係」、「依存」「紹介」「難しい」、「患者」「多い」との記述が見受けられる、治療関係構築の難しさがあり、依存症患者が多いなかで、紹介等の連携が難しく、これらが治療困難の要因に関連していると考えられる。

クラスター8。「限界」「超える」「行方」、「積極的」という記述が確認されたことから、診療所内には限界があり、依存症治療を積極的に行っていない現状を示している。

クラスター9。「精神療法」「乏しい」と「保険」「報酬」の記述が認められたところから、精神療法等に対する診療報酬の乏しさが取り組みにくさの要因となっていることが考えられる。

クラスター10。「病院」「外来」「個人」「忙しい」の記述、「家族」「本人」「共依存」、「地域」「連携」「専門機関」、そして上位階層として「社会資源」「知識」の結びつきから、忙しい外来のなかで共依存問題など複雑な家族関係に対応のすることの困難性、および専門医療や社会資源および知識の乏しさ、が取り組みにくさの要因として想定される。

「治療法」「確立」、「診療報酬」等からは、診療報酬の乏しいなかでの治療であるが、治療法が未確立であることが取り組みにくさの要因としてあげられる。また、「行動」「コントロール」、「点数」「労力」等からは、嗜癖行動におけるコントロール障害への難しい対応・労力に対して保険点数が反映されないこと、そしてこれらの苦労にもかかわらず「変わる」「待合室」「雰囲気」という記述から、依存症患者を抱える院内の雰囲気が陰性になってしまうこともやりにくさの要因として想定された。

質的研究との比較 ※ < > は質的研究カテゴリを示す。

計量的分析から考えられる「治療のやりにくさ、取り組みにくさ」の要因と質的帰納法的研究の結果（表 自由記述 1 - 3 生成されたカテゴリ）を比較したところ、

- ① <理解・知識・経験のなさ>のカテゴリに対して、「治療への自信のなさ」「対応できるスタッフの養成・プログラム準備の不十分さ」「経験の少なさ、嫌気がさすこと、そもそも興味がないこと」が対応する。
- ② <治療構造・人的資源の限界>に対して「対応できるスタッフの養成・プログラム準備の不十分さ」「診療所の位置づけ、強い治療構造（入院施設）との連携の構築が必要」であり、「現実面で整っていないこと」「紹介等の連携の難しさ」が対応する。
- ③ <対応の困難・問題の複雑性・過度な労力に対する手薄い診療報酬>のカテゴリに対して「依存症の習慣性、常習性」「忙しい外来のなかで共依存問題など複雑な家族関係に対応のすることの難しさ」「問題・嗜癖行動に対するコントロールの難しさ」「対応する労力に対して保険点数が反映されないこと」「依存症患者を抱える院内の雰囲気は陰性になってしまうこと」が対応する。
- ④ <効率的な治療構造・連携ネットワークの未確立>のカテゴリに対して、「有効で適切な治療法の確立」「どの水準で関わればよいか分からない」「労力に対して診療報酬が見合っていない」「生活の保障がされているなかでの飲酒等の嗜癖行動に、治療動機をしていくこと」「診療所の位置づけ、強い治療構造（入院施設）との連携の構築が必要であり、現実的には整っていないこと」「紹介等の連携の難しさ」が該当する。

以上、質的研究の結果と計量的分析結果は概ね対応している結果となり、カテゴリの妥当性が裏付けられた。

四 自由記述「依存嗜癮疾患医療に関して思うこと」から (日精診依存症プロジェクトチームへの期待も含めて、自由記述からみて)

自由記述「依存症や嗜癮医療に関して思うこと、日精診依存症対策プロジェクトチームに期待すること」については88名から回答を得た(表 補論2-1)。分析方法は質的帰納的研究法を採用した。分析テーマは設問と同様の「依存症や嗜癮医療に関して思うこと、日精診依存症対策プロジェクトチームに期待すること」とした。分析手順として、質問項目の自由記述に対して、各項目の語彙毎に切片化し、分析テーマに沿いながらコード化を行った(表 補論2-2)。続いて、類似したコードの関連を検討しカテゴリ化を行い、カテゴリに含まれる回答数をまとめた(表 補論2-3)

表 補論2-1 自由記述文書データ

記述データ
対面精神療法で支持的にサポートをしていて、良好な経過を取っている者が80%はいる。
パチンコ・パチスロの問題、カジノ建設の是非、アルコールのCM、等について取り組んでほしい。
ゲーム依存、ネット依存から家族への暴力をひきおこして来院される人が増えています。ただ安易に入院できる医療機関への紹介や、系統だったプログラムを利用ということが困難であり、何か診療所で簡単に対応していける方法があれば教えてほしいです。
依存症、嗜癮者の周辺には多くの精神疾患が生まれます。家族(妻や夫、両親)さらに子どもたち。本人は治療に来ず、周辺が苦しむ状況が続き、ジワジワ家庭、社会を崩壊させる恐ろしい疾患です。しかも治療困難。人間が人間であるために、生じてくる問題でしょうか。難し過ぎて私には困難です。
スタンダードの対応がはっきりすればよいと思います。自分のやっているやりかたが、ズレているのではといつも不安です。
依存症への対応についていろいろな立場があると思われるが、現状でどれが妥当であるのか示していただけるとありがたい。
一般の精神科診療所で依存症患者をふつうに診る体制が必要。特にアルコール依存を診ている内科医が紹介できるのが専門医しかなく、一般精神科で断られ困っている。
依存症、嗜癮医療を一つの医療機関のみで対応することは困難と考えております。一般の診療所が利用できる病院ほどの専門機関との連携システムの構築をぜひお願いしたいと思っております。
精神科医になったら認知症・発達障害・依存症・パーソナリティ障害など、時代時代のトピック全てに対処できるものなのか。 医師一人一人の個性とマッチングする狭い領域しかこなせないように思っていますが、それじゃダメなんでしょうか。
依存症だけを取り扱う専門以外でできること。 これ以上は手に追えないよという範囲が分かれば有り難いです。 ずっと苦手としていた分野ですが、見ないようにしていたことを反省しています。 勉強できる会をたくさん開催して下さい。よい治療の一步のために何をしたらよいかを教えてください。お願いします。
依存症専門医を紹介してほしい。
依存症や嗜癮は、人間の生き方の問題と大きく関わっているように思われ、狭い意味での治療では太刀打ちできない気がする。
離脱症状(アルコールなど身体的反応)を別にすれば、依存症を【病気】と規定すること自体に違和感を覚えている。「病気だから仕方がない」と、本人に言い訳を与えている。
①治療方法の確立(診療報酬に見合う) ②非専門医でも行える治療法の普及 ③社会への偏見の払拭 ④司法との関連であるべき治療的処遇のあり方の提言 などについて期待をいたします。
プロジェクトチームができたことは喜ばしいことである。

依存症と発達障害の関係にもっと注目すべき。
アスペルガーが自閉スペクトラム症に病的変更されて、病名告知が困難となっている。

依存症治療施設、受け皿が少なすぎる。
→国が保険点数を付けて本気で対策をしていかないと、クリニックレベルで診察していると、赤字になって経営が成り立たない。

身体科との連携強化

依存症の指導教育を受ける機会が無く、専門機関に依頼しています。依存症の問題には関心があり、有名人が麻薬に手を出し、一方的にたたかれる風潮に疑問を持っています。
医療者のみならず、社会全体に知識の普及が必要と思います。
正しい在り方を啓発していただければ嬉しいです。

カジノ建設に反対声明を！！
できれば〇〇が望ましい。

病院で診る機会も少なかったため、研修や診察機会を増やすことができるとよいと思います。

副病名で診ていることが多い。
治療法がなかなか難しい。
もっと勉強しなくてはと思っています。

臨床していく上で大切な問題と思っている。

煙草同様、「依存症になる可能性がある」等の表示をすることでしょうか。

“覚せい剤ぜったいダメ！”とか、“意志の力が弱いだけ”とかの、ワンパターン思考、なんとかならないかなあ、と思います。ワンパターンで志向を打ち切ったほうが楽なので、個々の壁はなかなか壊れませんね。
でも、当院に来た人には、いろんな角度から働きかけて別角度思考パターンの開発を試みてます。非力ですが、ワンパターン思考ってマスコミがむごいですよ。

有効性のあるトレーニングを受けたい。

ゲーム・ネットによる問題は小学校低学年くらいの年齢からある。
依存だけではなく、IT関連のトラブル、事件も増えており、教育的に子どもたちに使用の仕方や行ってはいけないことを教育する必要があると思います。

セリンクロの発売は大変有意義で、アルコール多飲患者が軽症の段階で内科等を受診した際、重症化する前に水際でくいとめる治療薬として期待していたが、既存の規制は非常に残念に思っている。

とにかく不勉強です。
今後、勉強すべきと心がけています。

地域レベル、県レベルでの集団研修会や国との協議内容についての伝達講習会などを開催してほしいと思います。
医療機関の問題ではないのかもしれませんが、国の方針がビジネスの方ばかりに目が向いている。賭博に興じるべきでない人たちへの保護が無ければ、末端の医療機関ではどうにもできません。今の状態でIRビジネスが盛んに賭博をあおるようになれば、依存症や発達障害の方が不幸な転帰をとることが容易に予想されます。
地方の報道機関はいわゆるパチンコや公的賭博が主要な広告収入元であり、それらのCMが目につきます。煙草並みの広告規制が必要と感じます。

依存だからと言って何でもということではなく、医療で扱える範囲を限定した上で対策していくのがよいと思います。

日々の活動ご苦労様です。
依存症対策の最前線は「診療所」にあるべきで、精神科病院協会サイドに利益誘導（診療報酬）される流れになってしまうと、地域中心の精神科医療が育たなくなってしまうので、チームのご活動、応援しております！
全国の臨床家の活動が光をあびて活性化できるよう国、厚労省へのアピールをお願いします。

とても困難な障害の一つと思います。
生物心理学的な研究の進展が望まれます。

カジノ建設に反対してもらいたい。病的賭博、ネット依存、病的窃盗は、医学分野でひきうけることで実際に効果が得られたことはないのではないか。

依存症で恐いのは、金、権力、肩書きへの依存である。
なかでも最も多いのは、「小さな快樂」への依存である。逆に最も少ないのが煙草、酒、ギャンブル。それ故、依存症を何とかしようと思うのはカマキリの斧。
到底勝ち目はありません。

カジノ反対声明。

小生は一切の「依存症」たるものは、本人個人の問題であり、これに困っているのは本人の単なる“アマエ”で、精神科医の一般的治療の対象とは考えていません。
したがって、かかるアンケートは小生には不愉快に感じられるので、全てパスします。

カジノを作って依存症対策を進めるようなインチキ国家に物申したいです。

勉強会を増やしてください。

アルコールやたばこの入手をもっと困難にする。

ギャンブルはすべて禁止。(公営も含め)違法行為としてとりしめる。課金を伴うゲームも×

依存症に陥った場合には、治療に強制力を持たせる。医療が対処の主役ではないことだと思う。

アルコール、たばこ、ギャンブル、こういったものに走らずに済むような健康的なストレス発散、あるいはストレスの少ない社会を作っていくことが根本的解決。働き方、男女の役割、DV、虐待・・・そういった大きな問題の側面ではない。

医療者としては困っている人に寄り添い、何とかしてやりたいと思う姿勢が身についているが、依存、嗜癖についてはその姿勢があだになっていないだろうか。

大人の依存・嗜癖は、ある程度まで「仕方ない」「自己責任」という面があると思うが、発達障害をベースに擁した子どもの「ゲーム依存」は本当に気の毒だと思う。

条件反射制御法についても引き続き検討し情報をください。

診療所、病院、行政機関など依存症治療を担当する地域ごとのネットワーク作りの推進をお願いします。

私のところでは、アルコール問題以外の人はいません。アルコールに関して書かせていただければ、一般医及び精神科もアルコールに関してもっと勉強してほしい。(アルコール関連障害を)

依存-共依存に関しては、生来性のももあり、むずかしいと思うので専門家をお願いするのがよいと思う。

-
1. アルコール依存症の治療(入院51年間、外来15年間)経験での結論を述べます
 2. アルコール依存症と診断した患者については、禁酒指導は一切しない
 3. 診断については、家族にも説明して回復の方法を啓蒙する
 4. 断酒会方式の「集団学習以外に回復なし」を共に歩むことで、納得させる。
(治療点数化されていない家族指導だが、絶対必要)
 5. 飲酒運転(罰則と再免許不可で効少し)
失業者を増やす(生保)より、断酒会入会

「こころの健康センター」(保健福祉センター)のミーティングやプログラムと密に連携をとっている。特に、「行動変容」プログラムで、薬物のみでなくてもダルクとの連携をしていて、ダルクのスタッフが12ステップミーティングをしてくれているので、クレプトマニア等に紹介して助かっている。

当院は、認知症を主に診察していますので、依存症については診察を行っていません。そのため多くを語る事ができません。

質問10-B

非合法化/規制で解決できる問題ではない。

質問10-B

あまり厳しくし過ぎても、アメリカの禁酒法のように混乱が起きる。

カジノ建設は本当に反対してほしい。

この分野でエネルギーを割くことが本来のメンタル科を必要とする人々(患者さん)に迷惑をかけてはならないと思います。

自助を育てること

依存症をひとくくりにしない

それぞれの対応が必要

自己破産者→どうするか?

依存症の発症について自己責任とは全く思わないが、債務不履行や暴力等の民事、刑事トラブルは自己責任と思う。

- ・依存症の人と「他の患者」を一つのクリニックで診ることは不可能です。
- ・その意味で、このアンケートにどのような意味があるか分かりません。
(現在のアルコール専門クリニックの視点でのアンケートで、応用は全く効きません)
- ・一般のクリニックでも診察できる「集団精神療法」と「PSW」「断酒会」「自助会」抜きの治療モデルが必要。
- ・その意味で、依存症をしていないクリニックからの提案が必要で、プロジェクト全体を再考下さい。

診療所用簡易プログラム、あるいは診療所で取り組みやすいモデルの開発。

質問10-B

パチンコ営業を廃止にすべき。

同一診療所内で、依存症と精神疾患一般の診療を行うことは、大変困難を生じます。(経験あり)

依存症専門機関が増えることを望みます。

ナルメフェンは現状では、久里浜か病院協会のプログラム参加が処方するために必要とされている。もう少し、診療所内で皆さんが処方できる取り組みができるとよいと思います。(私は、久里浜に参加し APP 入院加療の経験はありますが・・・)

私たち世代は、アルコール以外の依存症について教育を受けていません。研修機会を与えていただくことを望みます。

地域のネットワーク、自助 G を紹介し、連携をはかりやすい仕組みを整える

ナルメフェンの使用制限について、今のままではアルコール使用障害の治療のすそ野は広がらないのでは？指定医、認定医、県の研修会受講など、要件を軽くしてもよいと思う。

研修（日祝に行える）を増やしてください。
最低、このくらいのマンパワーが必要とか、もし個人精神療法でも短時間でできるプログラムがあるなど。あれば紹介、開発をしていただきたいです。

とにかく、もうちょっと寛容な考え方が必要だと思います。

だめ、となると、やりますし。

他の娯楽ができるような環境作り一人で悩ませない環境づくりからなのではと、日頃思うので相談場所として機能できればと思っております。

質問15：

記載無

行政機関、教育機関、家庭生活にも健康づくりの発想が乏しい。人間同士のコミュニケーションが乏しいというより崩れている。

次の例から考えてみてください。

三歳児検診で「犬恐怖症」があるから専門医にかかりなさいと指導され、受診しました。〇〇は、ぬいぐるみから慣らそうと努力していました。老頭児医は「うちの子、泣かしたらあかん」と犬を叩く真似をしてやりなさいと教えました。その日から犬のアプリケを付けたリュックサックを背負うようになりました。

質問15

スタッフ数記載無

大変なお仕事を実行されている方々のご協力を感謝します。良い成果が完成することを期待します。

依存症本人は治療の意思が無く、家族が巻き込まれて困っているケースが多い。

質問10-D：

カジノそのものに反対ではなく、国が関与（〇〇、その他）することに反対

和歌山県はカジノ誘致に積極的で、萩生田氏は来県した際に「依存症や治安の悪化の問題は？」と記者に質問された時、「エビデンスがない」と言いました。

日本にカジノはないのですから、エビデンスがないのは当然ですよ。

答えになっていないように思います。

帚木蓬生や岡田尊司が著本で示しているように、日本は嗜癖を野放しにしてきた。(不登校、いじめ対策の様に)東京オリンピックが終わるまでは対策強化に力を入れるように、精神科医に何とかしろ、と国は圧力をかけるのだろうが、オリンピックが終わったらまた梯子を外すのだろうと考える。

私のような小規模の診療所では、嗜癖医療に必要なスタッフを集め、ずっと働いてもらえるほどの収入も与えられないので、参加は見送りたい。

また、嗜癖の人たちが障害年金をもらい始めたら国の財産はさらに赤字となるし、その年金で酒、パチンコ、で遊ぶんだらうなという懸念もある。

中国、韓国が早期に対応したネット・ゲーム障害に日本はまだ手つかず。この障害が、二世代にわたったら、どうしようもないと、心配である。頭脳が伸びる時期にネット・ゲーム障害で破綻して発達障害のような若者が増えるだろうが、そんな若者にも障害年金を出すのだろうか。

調査結果を報告して下さい。できればDMで。

依存症に関する患者・家庭に対する啓発パンフを作成してほしい。診察時に配布できるように。

依存症の評価スケールを共通のツールとして、全国で使用できるようにしてほしい。

自助組織の連絡方法など、基本情報を上記パンフに付記してほしい。

今回、国策により進められているカジノ関連法案を阻止してください。

ギャンブル依存等の診察を受け入れるつもりはありません。

カジノ法を廃案へ。

その他、パチンコ・競馬・競艇を禁止。

子どもにゲームやインターネットに触らせるべきではない。

煙草は OK.

医療としての対応だけでなく、社会全体の考えを対策について積極的な提言をできる体制があってもよい。社会学者や医療経済学者、諸外国との対策が比較できる知識人などと情報交換する場、および会員への情報提供など、広い見識が持てる体制を期待する。

クスリをのませればよくなるという単純なものでないことははっきりしているのだから。

糖質、アルコール、ギャンブルに関する正しい知識を国家レベルで普及し、必要な制限を行うことや市民も危険を理解した上で、行動をする必要があろうと思います。

栄養との関係について、もっと議論する必要があると考えます。

1：依存症に対する新しい治療薬が開発され対応法も変化しようとしている。

2：条件反射制御法など非薬物治療法も変化してきている。

1, 2から、外来でもできる手段の確立が望まれると思います。

1：私は平成元年卒業ですが、不眠にベンゾは問題ない。むしろ睡眠薬一種類くらいなら一生のんでもいいのではと教育を受けた者です。

一方、多剤ベンゾは問題です。ベンゾ依存問題の整理等、教育学習の機会があれば、是非参加したいです。

2：薬物依存以外の（ネット依存等）教育学習機会もあれば参加したいです。

医療サイドが当事者をさばかない文化を作っていってほしい。

依存症や嗜癖医療に経験を積むことは、行動障害へのアプローチを学べるという意味で精神科医やスタッフの力量を上げるものと思います。薬物療法が有効でないからだだと思いますが、地域医療を進めて行く上で病院内、及び地域内機関との協力や連携をマネジメントすることが求められるので、いろんな対象疾患に応用が効くと考えます。そういう意味から、もう少し普及していくことが望まれます。

診療報酬が低いのもっと上げるべき

依存症の患者は経験が少なく、8年前クリニック開業以来医師一人で診察してきましたので、基本お断りしています。70歳で2～3年前からの持病もあり、今後も依存症を診ることは困難と思います。

申し訳なく思っています。

種々の依存症を「病」として医療対応（主に精神科であろう）することに異論はないが、あまりにも「病气」として医療体制を強化する方向での動きには問題があると思う。

「病气だから治して・・・」という患者家族に代表される表現を経験すること多く、本人の治療動機につながるような体制作りや情報操作が必要かと思う。

生保の依存症は治療に苦勞する。その解決案の一つは現金給付ではなくフードチケット、カード払いなどにすべきかと思う。

どこかの市町村でこういう案が過去にあったと記憶しているが、実現しなかった。これはなぜだったかと不思議に思う。

どうもありがとうございました。

よろしく願いいたします。

依存症者が医療から疎外されないことを期待します。

日精診でもっと積極的に取り組んでください。

提出が遅れ申し訳ありません。期間延長とのことで、遅れて提出いたします。

遅れた言い訳というわけではありませんが、全体に答えにくい問が多く、意図的な方向付けのようなものも感じました。物質依存と行動嗜癖とでは共通するところもあるものの、生物学的障害の面での違いも大きく、後者のほうがより社会システムとしてのアプローチが大きくなると思います。

賭博については、文化の面もありやみくもに禁止すると現状のパチンコのように裏道、抜け道の形でかえって害が大きいように思います。合法化した上でしっかり税金を取り、防止システムを作るのがよいと思います。

今回、ベンゾジアゼピンの臨床量依存のことは対象外のようなのですが、これこそわれわれ精神科医が発生に大きく関与したいというか、中心的な原因を作った大問題です。これこそ早急にとりくみ、自らを正していくことが必要であると思います。

カジノへの反対よりも、パチスロ店が散在していることのほうが問題だと思います。

カジノについては、横浜ではなくもっとアクセスが困難な場所であれば、むしろ経済効果、雇用につながるのよいと思います。

また、何らかの依存を治療しても別の物質依存に移行するケースもよく見かけます。（酒→たばこ等、またはその逆。）

どの町にもパチンコ店が散在するより、大規模なカジノが列島に7～8箇所あるほうがよいと思う。外国人客も呼べるし、外貨も稼げます。

「原発とカジノをセットで」でどうでしょう。

依存症も多彩で幅広くなり、日常生活の中に入り込んでも来ているので、日常診療のなかでも依存症の存在に気付けるように、アピールしたり学習できる機会を増やしてほしい。

また、日常診療のなかでも一般精神科医が対応できる簡略な対応方法も教示してほしい。

一般市民向けにも広報する活動を行っていく必要があると考える。

次に、分析テーマに沿いながらコード化を行った（表 補論2-2）

表 補論2-2 依存症・嗜癖医療に関して思うこと（コード）

対面精神療法でうまくいっている
ワンパターン思考ではなくて、別角度からの思考パターンの開発を
禁酒指導は一切しない
診察のみで上手くいっている
診断については、家族にも説明し回復の方法を啓蒙する
集団学習以外に回復はなしを共に歩む
飲酒運転・失業者を増やすより断酒会入会を
メディアで予防・啓発をうながしてほしい
たばこと同様に、依存症のリスクを掲示する
たばこ並みの広告が必要
ゲームネット依存の来院が増加
一般の精神科診療所で依存症者をみる必要がある
依存症を一つの医療機関で対応することが困難
すべての精神疾患すべてに対象はできないのでは
副病名で診ることが多い
依存症・嗜癖問題は大切な問題と思っている
ゲーム・ネット依存の教育分野への普及を
依存症の周辺には精神疾患が生まれやすい
人間の生き方が大きく関わるため、狭い意味での治療では太刀打ちできない
依存症へは太刀打ちできない
依存症についての診察は行っていない（認知症メイン）
依存症と「他の患者」を一つのクリニックで診ることは不可能
同一診療所内で依存症と精神疾患の一般診療を行うことは困難
本人に治療の意志がなく、家族が巻き込まれているケースが多い
小規模診療所では、嗜癖医療のスタッフを集められない
医師一人での診察では依存症は見れない
治療困難で対応が難しい
狭い領域での医師と患者の個性のマッチングもあってよい
一般診療所では手に負えないという範囲が知りたい
プログラム実施の困難
苦手でありみないようにしていた
専門以外の一般診療所でできることを知りたい
スタンダードの対応が知りたい
妥当性のある対応方法を知りたい
診療報酬に見合う治療方法の確立
依存症の指導教育を受ける機会がなかった
研修や診察機会を増やすとよい
有効性のあるトレーニングを受けたい
不勉強で、今後勉強したい
集団研修会の実施を希望
勉強会を増やしてほしい

条件反射制御法についての情報が知りたい

医療で扱える範囲で対策を取る必要性

アルコール以外の依存症について教育をうけていない

研修機会を増やしてほしい

薬物依存以外の（ネット依存等）教育学習研修会を望む

依存症の治療は、力量を向上させるもの一普及を望む

日常診療のなかで依存症の存在に気づけるようになら学習したい。

自分の対応がズレているのか不安

治療方法が難しく勉強したい

アルコール以外にも教育機会を与えていただきたい

マンパワーの必要性を知りたい

日常診療でも一般精神科が対応できる方法も教示してほしい

個人精神療法・短時間でもできるプログラムが知りたい

診療所で簡単に対応できる方法が知りたい

何をしたらよいか知りたい

依存症専門機関を紹介してほしい

依存症治療施設の受け皿が小さすぎる

身体化との連携を強化してほしい

診療所一病院一行政機関とのネットワーク作りの推進を

保健福祉センターのミーティングやプログラムと密に連携をとっている

地域ネットワーク（自助グループ）の仕組みを整えてほしい

医療機関との連携が困難

アルコール依存症は一般精神科では断られて困る

専門医療機関との連携システムの構築を期待

専門機関に依頼

依存一共同依存に関しては専門家をお願いするのがよい

ダルクスタッフが12ステップミーティングをしてくれるので、クレプトマニア等にも役立っている

依存症専門機関が増えることを望む

自助組織との連絡方法を知りたい

病気と規定することに違和感を覚える

嗜癖問題を医学分野で引き受けることの効果はないのでは？

依存症は本人の「アマエ」であり、治療の対象とは思えない

大人の依存・嗜癖はある程度、自己責任の面がありしょうがない

この分野でエネルギーを割くことで、本来の精神科受診を必要とする患者に迷惑をかけてはならない

病気だから仕方ないは、本人に言い訳を与えている

債務不履行・暴力等の民事・刑事トラブルは自己責任

寄り添う姿勢が依存・嗜癖について仇になっているように思える。

プロジェクトチームができたのは嬉しい

よろしくお願ひ致します。

もっと積極的にとりくんでほしい

依存症と発達障害の関係に注目すべき

カジノ建設には反対の声明をしてほしい

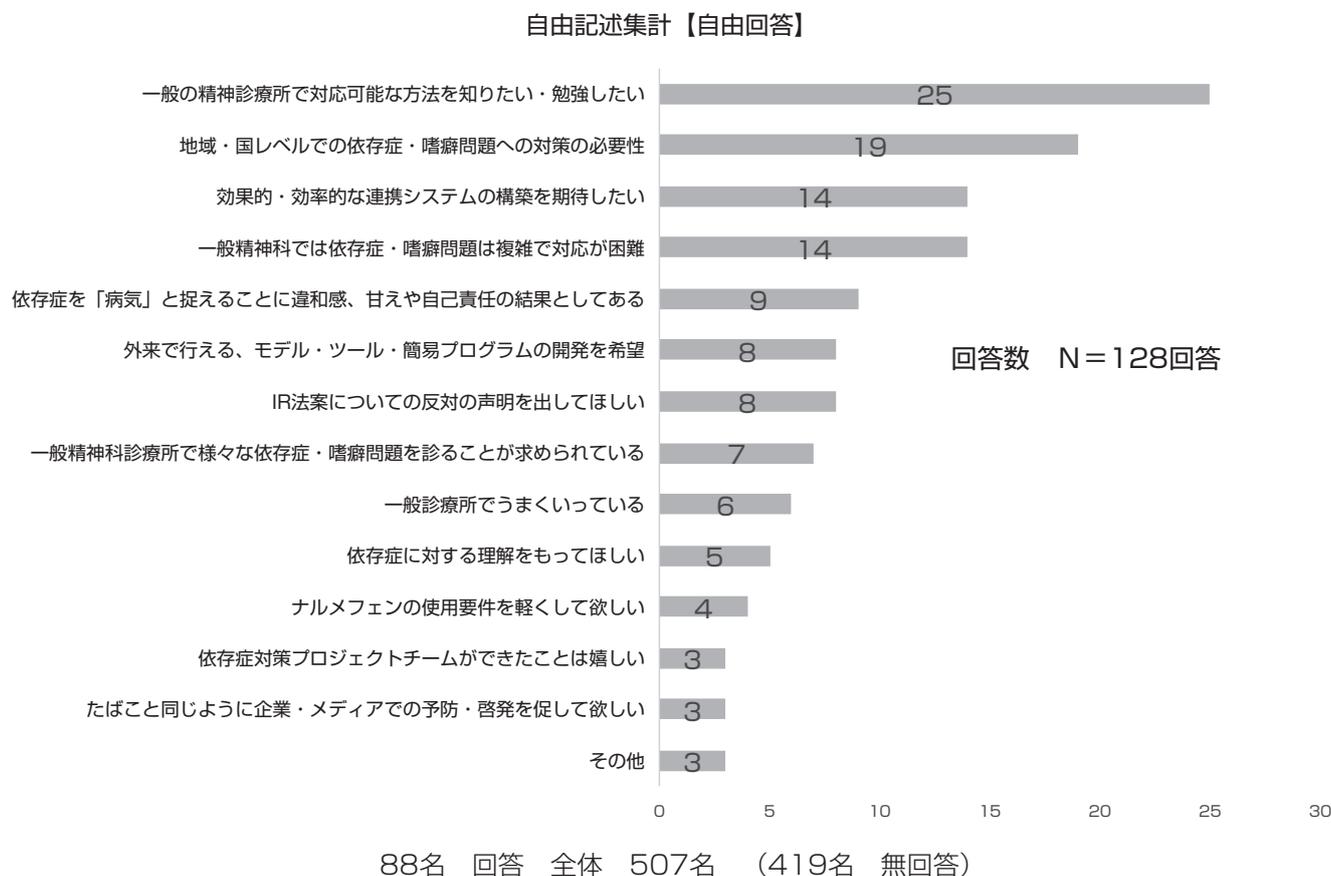
カジノ声明に反対

カジノ声明に反対

カジノ建設は反対してほしい
カジノに反対を
カジノ法案の阻止
カジノ反対よりも、パチスロ店の散在が問題
IRビジネスで賭博を煽れば依存症や発達障害の方が不幸な転帰となる
セリンクロの機制は残念に思う
ナルメフェンを診療所で処方できる取り組みが必要
ナルメフェンの使用要件を軽くしてほしい
行動嗜癖の防止システムを作ることがよいと思う
依存・嗜癖対象の困難化（禁止も）
規制で解決できる問題ではない
厳しくしすぎてもアメリカの禁酒法のように混乱が起きる
医療だけでなく、社会全体の対策について提言を
嗜癖・依存に対する国家レベルでの正しい知識の普及を
医療サイドが当事者を裁かない文化を創ってほしい
診療報酬を上げるべき
保険点数で対策をしないと、赤字で経営が成り立たない
依存症になった場合に治療に強制力を持たせる
発達障害をベースとした子どものゲーム依存は気の毒に思う
嗜癖の人たちが障害年金をもらい始めたら国の財産は赤字になる
子どもにゲーム・インターネットを触らせるべきではない（たばこはOK）
社会学者・医療経済学者、諸外国の対策と比較できる人材、情報交換をする場と情報提供等、広い見識が持てる体制を期待する
生活保護の依存症者の対応の構築（フードチケット等）
社会への偏見の腐食
社会・医者への知識の普及が必要
嗜癖行動にはしらない健康的な社会の構築が必要
ネット・ゲーム障害の早期対応が手つかず
司法との治療的処遇のあり方の提言
利益誘導に流されず、診療所精神科医療を育てていくべき
アルコール問題について一般医・精神科でもっと勉強してほしい
依存症の発症については自己責任と思わない
もう少し、寛容な考え方が必要——一人で悩ませない環境作りから（相談場所としての機能を）
依存症者が医療から疎外されないことを期待
生物心理学的な研究の進展を望みます
診療所に簡易プログラム、診療所で取り組みやすいモデルの開発
依存症に関する患者・家族に対する啓発パンフを作成してほしい（診察時に配布できるように）
外来でもできる手段の確立が望まれる
本人の治療時につながる体制作りや情報操作が必要
非専門家でも行える治療法の普及
一般のクリニックでも診療できる治療モデルが必要（集団精神療法、PSW、自助会抜きの）
依存症の共通ツールを全国で使用できるようにしてほしい
ベンゾジアゼピンの臨床量依存について
依存症の診療をしていないクリニックからの提案が必要（プロジェクトの再考を）

次に、説明された現象を集め、コード同士を関係づけ、より抽象化の高いカテゴリーを得るようにした。その結果 13 種類のカテゴリーを得た（表 補論 2 - 3）。

表 補論 2-3 依存症・嗜癖医療の自由記載カテゴリー



生成された 13 種類のカテゴリーのうち、「一般の精神科診療所に対応可能な方法を知りたい・勉強したい」、「外来で行えるモデル・ツール・簡易プログラムの開発を希望」、「一般精神科診療所で様々な依存症・嗜癖問題を診ることが求められている」は日精診の今後の課題を示している、と考えられる。「一般精神科では依存症・嗜癖問題は複雑で対応が困難」と思われている現状を多少でも変えることができるのか、具体的な方法を提案すべき時に来ているように思われる。

まとめ

今回の依存症アンケート調査から様々なことが明らかになった。ここでは、まとめとして依存嗜癖問題をめぐる今後の課題についてコメントと提言のいくつかを列挙する。

社会政策の課題

1 「健康日本21」の実体化

「健康日本21」（厚生労働省）の各論9分野のうち、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコールの3分野は依存嗜癖と関連が深い。例えばアルコール問題について健康日本21は基本方針の一番目で次のように述べている。

基本方針 (1) 多量飲酒問題の早期発見と適切な対応 「病院入院者のうち、男性の21.4%に問題飲酒を認めたとする調査や、高校生の1割以上が親の問題飲酒を認識しているといった調査があり、多量飲酒に伴うアルコール関連問題は身近な課題となっている。医療サービスや保健サービス、地域、職場、学校など多くの場でアルコール関連問題を早期に発見し、早期に介入することが必要である。」

この考え方は依存嗜癖問題全般に通じることであろう。早期発見・早期介入の体制を整えることが「健康日本21」の実体化につながる。WHOが提唱しているSBIRT（Screening, Brief Intervention, Refer to Treatment）は、早期発見・早期治療のための介入方法である。SBIRTを公衆衛生活動のなかで活用すること、診療報酬制度に位置づけプライマリーケアのなかで使えるようにすることが「健康日本21」の実体化につながるのではないか。

2 依存嗜癖問題関連の対策法・推進計画の実体化

対策法・推進計画を絵に描いた餅で終わらせてはならない。その実体化に向けて様々な施策が期待されている。酒税を徴収する国には酒害対策の責任があるのだから、酒税のせめて数パーセントを対策法・推進法の実体化のための予算とすることは合理的ではなからうか。

3 酒類のコマーシャル規制の強化（せめて欧米並に）

欧米では酒類の宣伝は厳しく規制されている。日本ではTV等で四六時中、酒類が宣伝されている。企業は莫大な広告費を使っている（例えばサントリーは年間3,694億円：日経広告研究所，2017）。対する国の依存症対策予算ははるかに小さく、年間で数億円である。飲めや、飲めよと宣伝されて、酒でも飲まずにいられようか、という現実のなかで、人は飲酒し、それが繰り返されてアルコール依存症が生まれていく。酒類販売が適切になされ、酒類宣伝はせめて欧米並に厳しく規制されるべきでなからうか。

4 依存嗜癖疾患予防事業

義務教育における依存嗜癖疾患の予防教育の充実を図るとともに、TVで予防啓発を実施したらいかか。少なくともNHKはそのような責務を負っているのではなからうか。また、依存嗜癖問題関連企業は社会的責任の一環として利益の一部を企業関連疾病の予防事業などに供するべきではなからうか。

5 メディアの適正報道の実現

依存嗜癖問題がらみの報道が適正になされているだろうか。例えば飲酒運転事故のばあい、事故の背景にある依存症問題には言及されることは少ない。飲酒運転事故が絶えないのはメディアの甘い報道姿勢が一因になっていないか。メディアの適切な報道が待たれる。

6 パチンコ・パチスロに対する規制の強化

わが国のギャンブルのなかではパチンコ・パチスロ依存が圧倒的に多い。今回の調査では、パチンコ・パチスロを厳しく規制すべきであるとするのが306件（60.4%）、現状のままでよいが111件（21.9%）。それに対して規制はゆるめてもよい・無くてよいが合計9例（1.8%）に認められた。規制の強化が求められている、と解釈できよう。

7 IR法案の見直し

精神保健福祉法は、国や地方自治体に「精神障害者の発生の予防その他国民の精神保健の向上のための施策を講じなければならない」と定めている。今回の調査では、カジノ建設にともなうギャンブル依存症問題への関心は高く、カジノ建設について反対は賛成の6倍に認めた(306対51)。メンタルヘルスの視点からして、このような意見分布である。IR法案は見直すべきでなかろうか。

8 その他

医療供給体制の課題

1 医療連携の進展・SBIRTの診療報酬への反映

Screening, Brief Intervention, Refer to Treatment (SBIRT) を WHO は提唱しているが、わが国ではなかなか伸展していない。SBIRT は多くの可能性を秘めた公衆衛生 / 医療モデルであり、地域保健 / 一般科のプライマリーケアから精神科専門医療にいたるまでを繋ぐものである。それを実現するには診療報酬に SBIRT を位置づけることが必要である。

2 コメディカル・スタッフの労働の診療報酬への反映

今回の調査で最も鋭く意志表明された事項である。アルコール依存症を例にとれば、疾病の進行は、人との関係を酒瓶との関係に置き換えていくプロセスである。失われた人間関係の行き着くところは孤独と孤立であり自己肯定感の喪失である。依存からの回復は人間との関係を再構築してゆくプロセスである。依存症の心理教育、カウンセリング、集団療法による同病者との体験交流などは、回復のための有効な方法である。それは実践的人智であり、その実践のためにはコメディカル・スタッフの存在が不可欠である。

3 地域連携・家族援助労働の診療報酬への反映

問題家族には単一の機関のみでは対応困難なことが少なくない。医療機関と地域の諸機関が連携して問題家族を援助し、その家族機能を立て直すことで配偶者は自立し、依存症者本人も回復の道に入る。配偶者と本人の回復が疾病の世代間連鎖をくい止め、子どもたちの自立実現にも繋がる。これらの作業を診療報酬的に担保したらいかかがか。

4 通院集団精神療法の医師参加義務の見直し

通院集団精神療法は507診療所のうち29診療所(5.7%)が算定していた。施行しているにもかかわらず19診療所(3.7%)は算定していなかった。医師の同席義務があるからである。改革案で、医師の指示 / 管理があれば必ずしも医師の同席は必要ないのではないか、という問には、320件(63.1%)の賛成が認められた。医師の同席は必要であるとした者99件(19.5%)と比較しても多数である。実施要件を見直してもよいのでなかろうか。

5 依存症集団療法は適用範囲と施行基準の見直し

「依存症集団療法」は絵に描いた餅である。本年度この制度を実施している医療機関は全国でわずか14カ所しかない。適用範囲は薬物依存のみである。人的施行基準は規定の研修を修了した看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士の2名以上が必要で、利用者は20名まで。時間的施行基準は週1回、合計24回まで、利用期間は6カ月以内、というものである。

依存嗜癖疾患の回復には長期間が必要である。6カ月で終わるようなものではない。提案であるが、とりあえず、施行の期間的制限は廃止し、施行対象はすべての依存嗜癖疾患に広げたらいかかがか。

6 飲酒量低減薬の処方者制限の緩和

ナルメフェン塩酸塩水和物錠の処方者制限の緩和は実態調査の自由記載のなかで認められている。ナルメフェンを処方すればアルコール使用障害の治療は終了する、というものではないが、処方者制限は緩和したらいかかがか。

7 医学教育・卒後教育における依存嗜癖関連プログラムの充実

治療阻害要因としてあげられていた依存嗜癖疾患教育の不十分さについては、なんらかの対応が必要

ではあるまいか。

8 その他

精神科診療所の課題

1 地域のハブとしての精神科診療所

地域にある精神保健資源および専門クリニック・病院などをつなぐハブとして精神科診療所が機能できるようになることは精神保健医療の一つの理想型かもしれない。それには人的資源等を保証する診療報酬システムが必要であるが、今はない。当面は精神科プライマリーケアと専門医療との役割分担および連携を図り、地域保健医療システムの形成に発展できればよいが。

2 精神科プライマリーケアで使用できる簡易プログラム・ツールの開発

精神科診療所の医師は専門医であるとともにジェネラルでもある。ジェネラルとしての精神科医がなすべき依存嗜癮疾患のプライマリーケア・ツールでもあればよいかもしれない。

3 有効で妥当な治療法や明確な診断基準・プログラムの確立

依存嗜癮疾患を専門としている医師の間でも治療の実態は異なるのかもしれない。そこで、専門医の診療の実態を把握し共通項を明確にし、標準的なものを作成することは有効であると思われる。

4 症例検討会・研修会・学会などで学びを活性化

症例検討会・研修会・学会等で外に出て、情報の風を入れ、タコツボ化しない仕組みを作る。

5 「さまざまな依存嗜癮疾患が出現増加する時代であり、依存嗜癮疾患を避けては通れない」、という認識

今回の調査では、ありとあらゆる依存嗜癮問題をどこかの診療所が必ず診ている、新手のゲーム・ネット依存が多い、そのうち別の依存症・嗜癮問題が出現するだろう、そんな印象をもった。依存嗜癮疾患は時代精神の反映であるとするれば、現代社会は依存症社会とも規定できようか。人間は快楽や刺激を求め、あるいは苦しみから逃れるために新たな依存嗜癮疾患を出現させる。そういう時代であるという認識と対応が求められているのでないか。一昔前までは見られなかったネット・ゲーム依存などは医療機関の対応が遅れてはいまいか。

6 初診について

「今後の、依存症・嗜癮問題への対応・スタンス」について、「受付をお断りしたい」が15% (76/507)、「できれば関わりたくないが、いちおうは診る」が25.7% (131/507) に認められた。誰にでも、得手不得手はある。ただ、初診してその後は診ない、のであれば、次に繋げてほしい。なぜなら、患者も家族も年単位の苦悩と葛藤の後に、やっとのことで意を決して精神科クリニックの扉をたたき初診にいたるのであるから、お断りするのであれば、専門クリニックを紹介するなど、次に繋いでもらいたい。

7 自助グループとの上手な関係

自助グループは市民活動であり、自助グループと医療は部分的ではあるが相互補完関係にある。アンケート結果では、自助グループの存在価値を評価しない人は9件 (9/507: 1.8%) のみであり、患者を依存嗜癮関係の自助グループを紹介したことのある人は425件 (83.8%) に認められた。診療所の多忙な仕事のなかで、実際に自助グループのミーティングに出席することは困難かもしれないが、もし自助グループのオープン・ミーティングに参加できたら、自助グループの真価を実感し、顔見知りの関係～上手な関係を作ることができるかもしれません。

8 医療スタッフの命と健康を守る

新しい精神科ニーズの出現や国民のメンタルヘルス問題の多様化・深刻化に対処しようとすることは重要であろうが、マンパワーの現状からすれば、ニーズ全てに対応することはできない。積極的対応をするにしても医療スタッフの命と健康を守ることとのバランスは不可欠である。

9 その他

日精診依存症治療アンケート

(提出期限 2019年9月31日必着)

はじめに

少子高齢化と先の見えない社会のなかで、依存に陥る人は少なくないと思われまます。診療所においては物質依存のアルコール使用障害だけでなく、ギャンブル、ネット・ゲーム、病的窃盗など行動嗜癖などの問題で助けを求めてくる本人や家族の受診が増えてまいりました。また、うつや不安障害など精神症状の背景に依存症の問題があり、回復が遷延化しているケースも少なくありません。

このたび日精診では社会的要請に応えるため、依存症対策プロジェクトチームを立ち上げました。第一回委員会は第25回学術研究会・埼玉大会のおりに開催されました。委員会での討議の結果、臨床現場の実態調査を行い、臨床現場の要請に応えるべく対策を立てることが決定されました。つきましては日精診の皆様を対象としてアンケート調査を実施するものです。皆さまの貴重なご意見は今後、診療所における依存症問題への治療的介入の確率に役立ててまいります。

なお、この調査は倫理的配慮が十分になされ実施されます。インフォームドコンセントにつきましては、アンケートへの回答・提出をもって同意とみなす、とさせていただきます。ご多忙中たいへん恐縮ですが、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

2019年 8月 吉日

日本精神神経科診療所協会 会長 三木和平

日精診・依存症対策プロジェクトチーム 委員長 辻本土郎

回答につきましては、日本精神神経科診療所協会事務局まで同封の封筒を用いて

2019年9月31日必着にて御返送ください。

質問1 まず、先生の属性について教えてください。

年齢 20代、30代、40代、50代、60代、70代、80代以上

性別 男性 ・ 女性 診療所の所在地（都道府県）_____

質問2 主病名（あるいは主問題）で、どの患者が多いでしょうか、1位から3位まで特定していただき数字を各診断名の後にお書き下さい。また、月におおよそ10例以上を診る患者には◎群を、1～9例は○群をつけて下さい。記載例 アルコール使用障害（1位・◎群）、病的賭博（3位・○群）、買い物依存（○群）（ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい。）

アルコール使用障害	()	薬物依存・乱用	()
病的賭博	()	病的窃盗	()
ネット・ゲーム障害	()	摂食障害	()
買い物依存	()	性依存	()
その他_____		依存	()

質問3 副病名（あるいは併存問題）としてなら、どの患者が多いでしょうか、1位から3位まで特定していただき数字を各診断名の後にお書き下さい。また、月におおよそ10例以上を診る患者には◎群を、1～9例は○群をつけて下さい。記載例 アルコール使用障害（1位・◎群）、病的賭博（3位・○群）、買い物依存（○群）（ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい。）

アルコール使用障害	()	薬物依存・乱用	()
病的賭博	()	病的窃盗	()
ネット・ゲーム障害	()	摂食障害	()
買い物依存	()	性依存	()
その他_____		依存	()

質問4 現状では、依存症・嗜癖問題の患者が来られた場合どのように対応されていますか。

当てはまるものに○群をつけて下さい。（複数回答可）

- () 受付でお断りしている
- () いちおうは診ている
- () 専門医療機関を紹介する
- () 受診を継続させ、一緒に考え、治療する
- () コメディカル・スタッフが相談にのる
- () 依存・嗜癖の専門的治療を行う
- () 自助グループ・家族会などの情報提供をする
- () パンフレット・本の紹介など情報提供をする
- () その他：

質問5 今後の、依存症・嗜癖問題への先生の対応・スタンスについてお尋ねします。当てはまるものに、ひとつ○群をつけて下さい。

- ① 受付をお断りしたい
- ② できれば関わりたくないが、いちおうは診る
- ③ どちらとも言えない
- ④ やや積極的に関わりたい
- ⑤ 積極的に関わりたい

質問6 依存症・嗜癖問題について、どこに治療の工夫をしていますか。

該当するものには○群、特に工夫しているものに◎群をお付け下さい。（複数回答可）

- () 治療の動機付けを意識して通院継続を図っている
- () 身体的健康・身体的合併症に目配りしている
- () 発達障害・パーソナリティ障害など精神科併存疾患に目配りしている
- () 依存・嗜癖用の治療プログラムを用意している
- () 自助グループ・家族会などの情報を提供できるようにしている
- () 家族と連携するようにしている
- () 患者さんが所属する職場・学校・保健所などと連携するようにしている
- () 特に工夫している点はない

() その他：

質問7 治療のやりにくさ、取り組みにくさの要因についてお尋ねします。

該当するものには○群、特に大きいと思われるものには◎群、をお付け下さい。(複数回答可)

診療所側の問題

- () 依存症・嗜癖問題には興味を持ってない
- () 対応するコメディカル・スタッフがいない
- () 忙しくて依存症・嗜癖問題に手が回らない
- () 取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い
- () 回復した人を見たことがない
- () その他：

患者側の問題

- () 嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為
- () 借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題
- () 自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題
- () その他

家族側の問題

- () 治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為
- () 家族の情緒安定機能が損なわれている
- () 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている
- () その他：

医療供給体制側の問題

- () 依存症・嗜癖問題について医学教育の中で、教育・学習が十分でない
- () 依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない
- () コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題
- () 通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制の問題
- () 緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題
- () その他：

社会的問題

- () 社会政策としての国・地方自治体の取り組みが乏しい
- () 依存・嗜癖をさそうコマーシャルや環境があふれている
- () 依存症・嗜癖問題への社会的偏見が根深い
- () その他：

その他、治療をやりにくくしている要因があればお書き下さい。

質問 8 「通院集団精神療法」(270点/日)について伺います。

8-A 先生の診療所では「通院集団精神療法」を施行・算定していますか。

- ①施行していない ②施行しているが算定していない ③算定している

8-B 実際のところ、「通院集団精神療法」への医師の同席義務についてどうお考えですか。

- ①同席は必要である ②医師の指示/管理のもとでの施行なら、同席の必要はない

質問9 先生の診療所では「依存症集団療法」(340点/回)を施行していますか。

- ①施行していない ②施行する予定である ③施行する予定はない

質問10-A 先生はパチンコ・パチスロ依存について、どのくらい関心をお持ちですか

- ①強い関心がある ②まあまあある ③どちらとも言えない ④あまりない ⑤全くない

質問10-B 刑法では「賭博」は厳格に非合法化されていますが、パチンコ・パチスロの非合法化/規制について、先生はどのようにお考えですか。

- ①非合法化すべきである
②もっと厳しく規制すべきである
③現状のままでよい
④規制をゆるめてもよい
⑤規制は無くてもよい
⑥分からない

質問10-C 先生はカジノ建設に伴うギャンブル依存症問題について、どのくらい関心をお持ちですか

- ①強い関心がある ②まあまあある ③どちらとも言えない ④あまりない ⑤全くない

質問10-D 先生はカジノ建設に賛成ですか、反対ですか

- ①反対である ②賛成である ③どちらとも言えない

質問11 自助グループについてうかがいます。

11-A 先生は自助グループに関心がありますか。

- ①全くない ②ない ③どちらとも言えない ④ある ⑤大いにある

11-B メンタルヘルス領域における自助グループの存在価値を評価していますか。

- ①全くしていない ②いない ③どちらとも言えない ④している ⑤大いにしている

11-C 患者さんや家族等に依存・嗜癖関係の自助グループを勧めたことはありますか。

- ①ない ②ある (→あるの場合は9-Dへ)

11-D 勧めたことのある自助グループはどれですか。下位項目に○群を記入して下さい。(複数回答可)

- アルコール：① AA ② アラノン ③ 断酒会 ④ その他 ()
薬 物：① NA ② ナラノン ③ 薬物家族会 ④ その他 ()
ギャンブル：① GA ② ギャマノン ③ ギャンブル家族会 ④ その他 ()
そ の 他：()

質問12 本人が依存症になったのは自業自得・自己責任だと思いますか。

- ①全くそう思う ②そう思う ③どちらとも言えない ④そうは思わない ⑤全く思わない

質問13 精神障害者の職場での理解と受け入れは円滑であるとお考えですか

13-A うつ病の場合は

- ①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いくらか難渋 ⑤難渋

13-B 統合失調症の場合は

- ①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いくらか難渋 ⑤難渋

13-C アルコール使用障害の場合は

- ①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いくらか難渋 ⑤難渋

質問14 今後、以下のようなものがあればよいと思うことに○群を付けて下さい。(複数選択可)

- () アカンプロサート・ナルメフェンなど依存症に対する治療薬に関する勉強会や情報提供
- () 日精診の学会や研修会で依存症・嗜癖問題をもっと取り上げる機会
- () 質問票・ワークシート・各種尺度・記録票など、治療上のツールに関する情報提供
- () 自助グループについて知る機会
- () その他：

以下の質問について、数字的なものを教えて下さい。月間患者数につきましては大凡の数で結構です。レセコンから正確な数を出そうとする必要はありません。

質問15 先生の診療所のスタッフ数について教えてください。

- | | | |
|------------------|----------|-----------|
| 1 医師 | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |
| 2 看護師・准看護師 | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |
| 3 精神保健福祉士 | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |
| 4 臨床心理士・公認心理師 | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |
| 5 その他のメディカル・スタッフ | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |
| 6 事務職員・等 | 常勤_____名 | 非常勤_____名 |

質問16 主病名(あるいは主問題)で、月間の依存症・嗜癖問題の患者総数(アルコール使用障害、病的賭博、ネット・ゲーム依存、薬物依存・乱用、病的窃盗、性依存、摂食障害、買い物依存など)は、実数でおよそどのくらいですか。(ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい。)

- ①0～9人 ②10～29人 ③30～59人 ④60～99群人 ⑤100人以上

質問17 副病名(あるいは併存問題)としてなら、月間の依存症・嗜癖問題の患者総数(アルコール使用障害、病的賭博、ネット・ゲーム依存、薬物依存・乱用、病的窃盗、性依存、摂食障害、買い物依存など)は、実数でおよそどのくらいですか。(ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい。)

- ①0～9人 ②10～29人 ③30～59人 ④60～99群人 ⑤100人以上

最後に、依存症や嗜癖医療に関して思うこと、日精診依存症対策プロジェクトチームに期待すること、などがあればお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

編集後記

日本精神神経科診療所協会（日精診）は2019年6月、第25回学術研究集会・埼玉大会のうちに依存症プロジェクトチームを発足させました。プロジェクトチームの初回の会合（委員会）は学術研究集会の会場の一室で開催されました。委員会では、日精診加盟診療所を対象とした依存嗜癖疾患診療にかんする実態調査の実施が確認され、山崎茂樹（白峰クリニック）が担当することになりました。

アンケート調査の回収率は31.7%で、この数字はひとえに会員の依存嗜癖疾患に対する関心が高まっている事の現れとも受け止められました。報告書の執筆・編集には多大な時間を必要としました。統計ソフトは手慣れていたStatViewに対応する周辺機器がなくなるなかで、ついにspssに乗り換えざるをえなくなりました。OfficeもひょんなことからOffice365に乗り換えて戸惑うことがしばしばでした。報告書をまとめる過程では委員の皆様のご意見と討論の結果を反映するように努めました。なお、自由記載欄の分析にあたっては質的帰納的研究法に詳しい金田一賢顕氏の援助なしにはできませんでした。改めて深謝する次第です。

最後に、アンケート調査および報告書作成にかかわった堀江良和氏ら日精診事務局の皆さま、埼玉県精神神経科診療所協会・浦和精神科医会の皆さま、および河西有奈氏をはじめとする白峰クリニックのスタッフの皆さまに感謝するとともに、これからは調査結果をふまえた実践の季節になりますので、思いを新たに進みたいと念じるものです。

なお、この報告書の詳細に関するお問い合わせがありましたら山崎までご連絡ください。連絡先は以下のとおりです。

所属 白峰クリニック さいたま市浦和区上木崎 4-2-25 郵便番号 330-0071

E-mail : mont-blanc.yama@jcom.home.ne.jp

(山崎・記)

依存嗜癮疾患診療実態調査報告書 2019

●発行日 2020年11月

●発行 公益社団法人日本精神神経科診療所協会
〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-38-2 ミヤタビル701号
TEL (03) 3320-1423 FAX (03) 3320-1426

●編集 日精診・依存症対策プロジェクトチーム

制作／有限会社フィリア 印刷／モリモト印刷

