

全国精神保健福祉センターにおける
各種依存症対応プログラムの実施状況など活動状況の調査
インタビュー調査 報告書

令和7年3月

令和6年度依存症に関する調査研究事業

薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究

目次

I 実施概要	1
1 目的	1
2 インタビューの実施状況	1
II 結果の概要	2
(1) 基本情報_処方薬・市販薬、大麻相談の内容・傾向.....	2
(2) どのような対応をすることが多いか.....	11
(3) 相談対応にあたって工夫していること.....	14
(4) 相談対応にあたって連携する機関.....	17
(5) 保健所との連携について.....	19
(6) 救急における身体科・精神科の連携について.....	20
(7) 効果的と思うこと.....	21
(8) 困りごと.....	24
(9) 必要だと思う情報や資源等.....	28
(10) 相談勧奨のための取り組み.....	31
III インタビューガイド	33
IV 資料	34
(1) 基本情報_処方薬・市販薬、大麻相談の内容・傾向.....	34
(2) どのような対応をすることが多いか.....	38
(3) 相談対応にあたって工夫していること.....	41
(4) 相談対応にあたって連携する機関.....	43
(5) 保健所との連携について.....	46
(6) 救急における身体科・精神科の連携について.....	46
(7) 効果的と思うこと.....	47
(8) 困りごと.....	48
(9) 必要だと思う情報や資源等.....	50
(10) 相談勧奨のための取り組み.....	51

I 実施概要

1 目的

本研究の目的は、全国の精神保健福祉センターが大麻・市販薬・処方薬の依存や過量服薬(OD) (以下、まとめて大麻・市販薬・処方薬依存)に関する相談の実施状況、工夫されていること、困難を感じていることなどを聴取することにある。

本調査の実施により、全国の精神保健福祉センターにおける大麻・市販薬・処方薬依存に関する相談の実態及び課題を把握するとともに、今後全国の精神保健福祉センターが大麻・市販薬・処方薬依存の相談対応をスムーズに行うことができるような支援体制の構築を進展したい。

2 インタビューの実施状況

場 所	Zoomによるリモート
日 時	第1回 令和7年1月7日(火) 15:00~17:00 第2回 令和7年1月20日(月) 10:00~12:00 第3回 令和7年2月10日(月) 10:00~12:00
インタビュアー	愛知県精神保健福祉センター 藤城 聡 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 片山宗紀
インタビュイー	以下、11か所のセンター 札幌市精神保健福祉センター 茨城県精神保健福祉センター 東京都立多摩総合精神保健福祉センター 千葉市こころの健康センター 浜松市精神保健福祉センター 滋賀県精神保健福祉センター 堺市こころの健康センター 神戸市精神保健福祉センター 高知県立精神保健福祉センター 香川県精神保健福祉センター 熊本県精神保健福祉センター

II 結果の概要

以下は、「IV 資料」をもとに、類似した内容を集めて匿名化し、【 】にキーワードを記載のうえ、参加したセンターから得られた回答を箇条書きしている。

なお、オーバードーズはすべて「OD」と記載している。

(1) 基本情報：処方薬・市販薬、大麻相談の内容・傾向

①相談の形態・枠組み

【対応部署】

- 依存症：専門相談として相談係
OD：自殺未遂者支援として未遂者支援担当係が対応
- 処方薬・市販薬の依存に関する相談：依存症と自殺未遂者支援でフォロー
依存症：個別相談や家族相談、グループで対応
- 依存症と自殺で担当も相談自体も完全に分かれている。思春期の担当はいないので、相談内容によってどちらが受けるかを相談する
- 依存症対策：薬物・アルコール・ギャンブル等の依存症全般の対策
OD：思春期対策も含めた二本柱、どちらも相談と普及啓発を実施
依存症：医師相談
思春期相談：定期的に月に3回医師相談

【相談方法】

- 依存症の相談：電話と面接（来所）相談で対応
- 電話とメールと面接では、圧倒的に電話が多い
- 市販薬、処方薬の相談は、基本的に電話→センターに来所という流れ
- 2024年8月にOD専用ダイヤルを開設

②件数等

【市販薬・処方薬の相談件数 → 年間1～2桁】

- 相談件数は1～2桁
- 相談（昨年度）は、薬物の約36件中10件以内
- 電話相談は12月まで20件、電話以外今年12月まで9件
- 令和4年ぐらいから5～6件、約3名
- 今年度は処方薬が新規4件、市販薬が新規6件、合計延べ48件
- ODの専用ダイヤル（2024年8月～）で8月～2月まで15件
- 来所と電話と合算（今年度）で市販薬相談は12月末86件、去年度34件

【処方薬、市販薬の相談 → 割合は高くない】

- 令和4年度から最も多い依存対象はギャンブル、次いでアルコール、薬物依存は三依存の中で最も少ない、令和6年度11月末で処方薬6件、市販薬5件
- 令和5年時点で大麻、覚せい剤が多く、処方薬・市販薬の相談ケースは3番目、薬物相談累計内訳の15%ぐらいが処方薬・市販薬の依存相談

【処方薬・市販薬の相談 → 増加傾向】

- 処方薬・市販薬の相談割合は、相談全体の約10～15%から約25%に増加、件数自体は多いわけではない
- 近年の傾向として、OD相談は増えている
- 10代のODに関連するご相談は増えている
- 去年度からは、相談件数も増えている
- 電話のご相談自体も増えている
- 電話相談は増加の傾向
- 昨年度から2倍ぐらいの件数に増加

【大麻相談】

- 大麻自体の相談はほぼない、電話相談で大麻のことでというのもほぼない

【電話相談について】

- 令和元年度の途中から開設して6年目を迎え、電話相談は104件、300件、359件、430件、519件
- ODの専用ダイヤル（2024年8月～）あり

③年齢層・性別

【市販薬・処方薬は若年層が多い】

- 対象者は若年層の方が多い
- 特に若年層の相談が増えている
- 市販薬・処方薬は違法薬物よりもう少し若い世代で、自殺や自傷の絡みが大きい
- 市販薬は若干若い方、学生が多い
- ODの相談のうち20代の割合が最多
- 令和4年度以降、OD相談41人のうち16人が10～20代
- 市販薬、処方薬の電話相談20件のうち半数近くが10代
- 中高大学生ぐらいの年代が多い
- 小学校5年の例もある
- 違法薬物よりは少し若い世代

【年齢層に幅がある】

- 年齢層は偏りがなく、20代から50代まで
- 処方薬・市販薬依存相談件数は、令和3年に30代、60～70代が増加、令和5年は10代、20代、30代が増加
- 年代は10～30代、最も多いのが30代、40代以降は覚せい剤が多い
- 年代は未遂者支援事業は10代、依存は20～30代

【女性が多い】

- 女性が多い
- OD案件のうち8割以上が女性。薬物依存症は約男性7割、3割女性。処方薬・市販薬依存は約6割が女性

④相談者の特徴

【保護者、母親からの相談が多い】

- 思春期年代の家族からの相談が多い
- 家族が8～9割を占めている
- 保護者、特に母親からの相談が圧倒的に多い
- 全年代20人のうち、保護者からの相談は12人、6割
- ODの相談ダイヤルは保護者からのご相談がほとんどを占め、ODをやめさせるにはどうしたらいいかという相談内容が多い
- 来所する場合は家族の来所が多い

【傷つき体験、他者への不信】

- 家族も本人も傷ついてきた経験が多い
- 他者への不信感が強い当事者と家族が多い

【拠り所として】

- やめるタイミングの相談ではなく、拠り所として細く長くつながっている

【市販薬・処方薬をやめられない】

- 違法薬物はやめた→市販薬・処方薬をやめられない方が残っている

⑤センターにつながる入口

【自殺未遂者支援から】

- 自殺未遂者支援の中でつながり、支援をすることが多い
- 平成 21 年から令和 4 年度末まで自殺未遂 897 件のうち 215 人が OD 関連
- OD は、依存症の専門相談より自殺未遂者支援から入ってくるほうが多い、警察と救急隊、救急児病院で自殺未遂案件→本人・家族が支援に同意→センターで直接支援を実施
- 自殺未遂者支援→18 歳未満が救急搬送の場合→同意→センターが出勤支援

【家族の相談から】

- 本人がつながることは少なく、心配した家族からつながる
- 高校生の娘さんを持つ父母から、OD をどうしたらいいかという相談
- 本人が拒否をするとつながらないが、親御さんがいる方はつながってくる
- 依存相談は、全て入り口は家族相談を経て本人につながり、安定してくるとグループに移行する方もいる
- 処方薬依存です、市販薬依存ですという言葉で相談してくる家族も結構いるが、話を聞いていると思春期心性の問題と思うことも多い

【思春期相談等から】

- 電話受理の時点で思春期心性の問題→思春期相談の枠を使うことが多い
- 思春期の相談は、市町村でケース検討する中であがってくるという形が多く、内容は処方薬依存になって不登校というケースが多い
- 依存症の相談枠より思春期の枠に案内することが多い
- 思春期の家族教室
- 思春期のところから入ってくるケースも結構あり、これは継続的に関わるケースが多いというようなイメージ

【依存症のプログラムから】

- 薬物依存症のプログラムの中で処方薬・市販薬を扱っている

【電話相談から】

- OD の相談ダイヤルは保護者からの相談がほとんどを占め、OD をやめさせるにはどうしたらいいかという相談内容が多い
- OD の電話相談は、匿名でパッとかけてくるっていう単発電話で継続はゼロ
- 自殺未遂で入ってきたケースは、電話継続でフォローを半年程度続けてやっているなどがある
- 電話相談から、VBP（国立精神・神経医療研究センターが行う調査研究事業）の事業でつながった方に大麻の方が数名おられて、その方が個別でつながる

- 市販薬、処方薬の相談は、電話→センターに来所していただくということが基本
- オーバードーズに関しては匿名でパッとかけてくる単発電話という印象

【教育現場から】

- 学校の保健室の先生が対応→卒業でつながる先がないからセンターへ
- 大学と一緒に思春期のケース会議を年何回か持っている

【センターの入り口について】

- 相談ダイヤルの精神保健（依存症と思春期）のラインと自殺予防対策のラインで連携してOD相談対応している。思春期専門医師相談の児童精神科医と依存症専門医師相談の精神科医に見ていただいてマニュアルを作成し、統一して対応を進めている
- マニュアルは本人・家族・支援機関ごとにカテゴリーを作っている

※後日提供があったマニュアルの概要（研究班まとめ）

- マニュアルは自殺対策・思春期相談・依存症相談等、様々な視点を組み合わせ、想定される相談状況毎に望ましい対応を具体的に記載している
- マニュアルと共に、使用される頻度の高い医薬品の特徴や危険性についての資料を整備し、自殺ハイリスク者への介入についての資料等と併せて参照しながら、相談にあたっている

⑥相談の内容、傾向

【家族に課題がある】

- 複雑な家庭環境、課題を抱えている
- 家庭内のコミュニケーションがうまくいってない場合が多い
- 親の過干渉や逆に極端に距離がありすぎる
- 思春期の専門医師相談までつなげると母親が孤立している様子が見える
- 家族が乱用の原因になっていたりすることがある

【対処行動的に飲んでいる】

- 依存症の専門相談から入ってくる人→死にたいから飲むという相談は少なく、生きづらを忘れたいから飲む
- 依存症手前の相談として、つらいとき、落ち着かないときに対処行動的に飲んでいるケースが多い

【市販薬と処方薬一緒にという相談が多い】

- 処方薬だけという相談はあまりなく、市販薬と処方薬を一緒にという相談が多い

【依存症レベルではない】

- ODの相談が依存症レベルではなく、医療につながっているケースも多い
- オーバードーズの相談が必ずしも依存症レベルでもないような印象があって対応に苦慮している

【乱用か依存か曖昧】

- 乱用か依存か非常に曖昧

【精神疾患を発症している】

- ODのうち約6割の方は何らかの精神疾患がある印象がある

【未遂、自傷がある】

- ODでリストカットの問題を併発しているケースが多い
- 市販薬、処方薬のODの問題だけというよりは、背景にリストカットや不登校などもあるケースが多い
- 自殺・自傷の絡みが多い
- リストカットの問題を併発しているケースは多い

【薬をやめる・やめないという話ではない】

- 飲んでしまうという問題行動の背景やきっかけ、しんどいところとどう付き合っていくか

- 薬をやめる・やめない、どうやってやめさせようかという話ではない

【SNSの影響】

SNSの影響を強く受けている傾向

⑦家族相談・支援の特徴

【家族に課題がある】

- 家庭問題や複雑な問題を抱えているケースが多い
- 家族が精神疾患、家族内でのDV→関係機関を巻き込みながら支援
- 親も色々な問題を抱えている→家族・当事者と途切れない支援
- 家族自身も問題を抱えている、一緒に扱う方がよい場合は一緒に対応
- 過干渉の母親に対し、母親と子どもをともにサポート
- 父親は問題にノータッチで、母親が孤軍奮闘している印象

【家族が不安を抱えている】

- 家族にODの背景を伝えることで家族の対応も変わってくる→家族も支援を求めているという意識で関わる
- 家族様は困り感がすごくあるので、継続して来る方が多い
- 家族からの相談は、主治医等のつながっているところとどう付き合わせるかという単発の相談が多い
- 必要に応じて医療対応を考え、具体的な対応を含めて家族と相談する

【支援者への不信→家族が孤立】

- 発達や知的な傾向を言われて支援者に恐怖感と不安感等→その後は支援者とつながらず、家族自体も孤立しがち

【それぞれの家族に合った支援の必要性】

- 学校関係、友人関係、発達の問題、家族関係など聞き取り、その家族に合う会につなげることで本人が家庭にしやすい環境をつくる

(2) どのような対応をすることが多いか

本人への対応	家族等への対応
日常や困りごとからアプローチ	家族に寄り添う
OD以外の視点からアプローチ	家族が本人に寄り添うよう支援する
しんどさを共有する	留意していること
OD後の対処方法を一緒に考える	自殺につながらないように留意する
市販薬の正しい知識を伝える	関係機関等との連携
集まりやプログラム等を紹介する	地域の関係機関と一緒に対応してもらう
	ケース会議を実施して連携・フォローを推進する

【日常や困りごとからアプローチ】

- ODだけに着目せず、背景を一緒に考える
- 何に困っているかニーズを聞き取る
- 市販薬の話は出さず、日常生活をメインに聞く

【OD以外の視点からアプローチ】

- 依存の段階であれば依存症の対応、ひきこもり、不登校、親子関係の問題であればそこにアプローチ
- 医師相談が適応と判断したり、相手方のニーズがある場合は、児童思春期の医師相談を案内する。基本的にODの問題であっても、児童思春期の年代の方であれば、児童思春期の枠に案内する

【しんどさを共有する】

- 薬を取り上げたり、買えないようにする前に本人のしんどさにアプローチ
- トラウマインフォームド・ケア：安全な環境でしんどさを徐々に出してもらえる関係づくり、安易に触れに行かない繊細さが必要
- 本人が嘘つかなくてもいい、隠さなくていいような関係性を考えるよう投げかけている

【OD後の対処方法を一緒に考える】

- ODをした後の対処方法を一緒に考える→救急車を呼ぶ等

【市販薬の正しい知識を伝える】

- 市販薬の正しい知識を伝え、本人との関係性を作っていく

【集まりやプログラム等を紹介する】

- 教室などに1回出てみてはと案内
- SMARPPをベースに処方薬・市販薬に特化したプログラムを作成
- アルコールと薬物を一緒にSMARPP系のプログラムにしている
- 依存の心配が強ければ、ダルクや依存症のグループなどの情報提供をする
- 自殺未遂者支援とコラボしながら特化した家族教室をやっている=分かち合いの場

【家族に寄り添う】

- 一番最初に家族の不安の解消に取り組む
- 相談者自身のしんどさを受け止める
- 法的なこと、司法関係機関から帰ってきた時の受け入れ方法などを話す
- 継続して家族を支援する
- 孤立している母親支援として、医療、区役所、地域、児童相談所につなぐ
- 病院に相談したらいいか、〇〇が起きたらどうしようか、具体的な対応も含めて家族とお話ししている

【家族が本人に寄り添うよう支援する】

- 相談者が本人のしんどさに寄り添えるよう助言
- 傷つきをどう家族で取り扱うか
- 家庭に居場所がない、家族が原因になっている→家を安全な居場所とすることを伝える
- 家族が安全かつ本人が多少家庭にしやすい環境になるように支援する

【自殺につながらないよう留意する】

- 生きるための手段として最初的手段が過量服薬の人が、実は完遂で亡くなる中では一番割合が多いというデータが出ている、注意深く対応していく必要があると感じる

【地域の関係機関と一緒に対応してもらう】

- 嘱託医、依存症専門相談員、病院、ダルク、女性支援団体に連絡して、訪問支援をしてもらう

【ケース会議を実施して連携・フォローを推進する】

- 関係機関が疲弊しないよう、こまめにケース会議や連絡を取りフォロー

- ケース会議：ネガティブな内容のため難航することが多いが、キーとなる機関には先に個別で話をしておく、ケース会議はこまめに実施しないと息があわない、退院前などに地域で一番近い方（障害サービス等）に中心となって動いてもらう

【大麻相談に関する対応について】

- 逮捕、収監、刑が確定したタイミングで相談が来る
- 法的な話が必要である場合、対応できる相談員がいる依存症の枠組みで相談を受ける
- 本人には改めてどうしてここに来たのか、あなた自身は何に困っているのかを聞いて、必要以上に引っ張りすぎない
- 大麻を使ったのは不眠だった→病院での睡眠指導や検査を案内

(3) 相談対応にあたって工夫していること

本人への対応	アプローチの方法
生きづらさを共有する場をつくる	ハーム・リダクションを活用する
やめなさいと言わない、飲んだことを責めない	依存症に特化した視点でアプローチをしない
本人の対応を尊重する	電話対応でつながりを保つ
しんどい時の対応を一緒に考える	
人への信頼、関係づくりを支援をする	関係機関等との連携
センター以外にもつながる場があることを伝える	依存症対応・思春期対応・自殺対策との連携
障害福祉サービスにつなぐ	自殺未遂者支援との連携
	依存症対応との連携
ご家族への対応	思春期、ひきこもり対応との連携
家族には再開の可能性など予防的な情報を伝える	関係機関が疲弊しないよう支援する
家族に課題がある場合は職員対応を工夫	関係機関と一緒に取り組む

【生きづらさを共有する場をつくる】

- 処方薬乱用やその弊害、生きづらさの話をしながら分かち合いの場をつくる
- 話せる仲間、しんどい時に励ましの手紙をやりとりするなど、女性ならではのしんどさ（寂しさとか育児の不安等）を語れる場
- 少しでもわかってくれる支援者で仲間を作っていくことを意識・工夫

【やめなさいと言わない、飲んだことを責めない】

- 飲んだことそのものはさほど問題にしない
- 「飲んでしまってからでもいいから電話して欲しい」「その時に私が救急車も呼べるからね」「平日の昼間しか役に立てないけれど、どんな時でも、飲んでても飲んでなくても、あなたのこと大事」というところを伝える
- 「やめなさい」は一切言わず、困りごとについて「一緒に考えませんか」という切り口で、細く長くつながってもらう
- できないことを問題にするのではなく、「一旦それでやってみる、ダメだったらしょうがない、でも市販薬で体が傷むのは嫌だよ」と、長い目で見ていく対応が重要

【本人の対応を尊重する】

- 市販薬、処方薬の人には自傷、自殺未遂歴を率直に聞き、死なないため、生きるためにしているところを尊重する
- 本人の中で工夫や努力がみえたら、そこを強調してフィードバックする

【しんどい時の対応を一緒に考える】

- 信頼関係の構築、しんどい時に市販薬を別の方法に変えた方がいいと思ってもらう動機づけ面接が大事

【人への信頼、関係づくりを支援をする】

- 人との関係を取り戻すところから取り組んでいく

【センター以外にもつながる場があることを伝える】

- センターとつながりにくい時のため、ネット上のOD倶楽部やミーティングルームをその場で一緒にスマホを開いて見てもらう
- 医師相談は基本的に1回だけの相談なので継続相談は難しく、つなぐことに意識を置いて対応をしている
- 児童専門の医療機関、発達障害支援センター、ダルク、児相などの情報提供を行う
- ダルクを紹介
- 傷つき体験が多く、新しいところをつなげるタイミングでもない場合もあるので、関係を広げていくタイミングかは意識して対応する
- センターへの来所以外にも対応できる外部の機関を確保する

【ハーム・リダクションを活用する】

- ハーム・リダクションを活用して相談に乗る
- 死なないで欲しいという切り口ではなく、本人の困りごと、例えば、バイトをクビになるのは困るから行く前は減らそうというような、ハーム・リダクション的な話をするほうが細く長くつながってもらえる

【依存症に特化した視点でアプローチをしない】

- 依存に特化しすぎず、全体を見て、少しでも長く相談してもらえるように工夫
- 違法に比べ大したことじゃないと感じないよう、それぞれ辛さがあることを伝える
- 背景にある生きづらさに目がいなくなってしまうので、依存症という言葉を使わないように意識
- 依存症という言葉を使わないように意識して対応

【電話対応でつながりを保つ】

- 市販薬・処方薬の相談に限らず、全ての依存症に継続して電話をしている（応答されない方が一番多いが、応答された方の約 3 割は依存症を自力でやめ、約 3 割が紹介した医療機関に受診・通院）

【依存症対応・思春期対応・自殺対策との連携】

- ODは、依存症対応・思春期対応・自殺対策と絡む特徴があり、協力、助言し合って対応

【自殺未遂者支援との連携】

- 未遂者支援担当係、自殺未遂者支援とコラボして家族教室を実施

【依存症対応との連携】

- 依存症に関してはSMARPPの集まりを年 19 回実施している。10 代の 18 歳以上はSMARPPに案内して継続的なフォローアップをしている

【思春期、ひきこもり対応との連携】

- 思春期相談は不登校の相談が多い。ひきこもりの相談と処方薬のODの相談は、親の対応として似ているところがあるので、ひきこもりのノウハウを使っている
- ODは思春期チーム実施の若者の居場所、ひきこもりグループが効果的

【関係機関が疲弊しないよう支援する】

- 関係機関が疲弊しないように支援する
- 関係機関もすごく忙しいので、ボンと投げってしまうと抵抗が生じてしまうかなと思うので、何をやってほしいかを具体的に説明する

【障害福祉サービスにつなぐ】

- 必要であれば障害福祉サービスの調整や基幹相談につなぐ

【関係機関と一緒に取り組む】

- かかりつけ医との関わりや同行を行う
- 人への不信感が強い方には、人との関係を取り戻すため、関係機関と一緒に取り組む工夫

【家族には再開の可能性など予防的な情報を伝える】

安定している時に、また再開はあり得ることを共有し、冷静な対応ができるように予防の話をする

【家族に課題がある場合は職員対応を工夫】

母親を担当する職員と本人を担当する職員を分けて対応することもある

(4) 相談対応にあたって連携する機関

<p>医療機関及び 医療関連団体・ サービス・専門職等</p>	<p>教育関係</p>	<p>高齢・障害福祉関係</p>
<p>救急病院 (かかりつけ) 精神科病院 薬物の専門医療機関 児童専門の医療機関</p> <p>医師会 民間病院協会</p> <p>訪問看護師 精神科訪問看護</p> <p>薬剤師</p> <p>病院独自の夜間専用ダイヤル</p>	<p>教育委員会 中学 高校 スクールソーシャルワーカー スクールカウンセラー</p>	<p>介護保険事業所 地域包括支援センター 就労支援事業所 基幹相談支援センター</p>
	<p>民間の団体等</p>	<p>児童福祉関係</p>
	<p>ダルク ナルコティクス アノニマス 女性支援している方々</p> <p>居場所</p>	<p>児童相談所 発達障害支援センター 児童福祉対応部署</p>
	<p>司法</p>	<p>自治体</p>
	<p>保護観察所 少年院</p>	<p>市町村保健師 生活保護担当 女性相談 保健所・保健センター</p> <p>自殺対策連携会議</p>

【連携機関】

- ダルク、ナルコティクス アノニマス(NA)、女性支援している方々、薬物の専門医療機関
- かかりつけ精神科、学校、市町村保健師、訪問看護師、薬剤師等
- 精神科嘱託医、精神科病院、精神科訪問看護、生活保護担当、保健センター、女性相談、家庭児童相談室、OD倶楽部
- 学校、介護保険事業所
- 救急病院
- 医療機関、保健所、児童相談所(18歳未満)
- 依存症を診る病院がないため、近隣自治体の病院
- 処方薬→精神科の病院やクリニック、訪看、就労支援事業所、居場所
- スクールソーシャルワーカー
- 学校→スクールカウンセラーをメンタルヘルスサポーターとして養成

- 児童専門の医療機関、発達障害支援センター、ダルク、児相、市販薬の当事者がいる大学、教育部門では中学、高校、保護観察所
- 病院、民間病院協会、医師会、自殺対策連携会議、教育委員会、学校
- 依存症：拠点病院の医師
- 保健福祉センターが住民の相談の窓口であり、そこから薬物乱用、オーバードーズの問題がセンターの方に吸い上げられている、そちらと連携しながら取り組んでいる
- 救急の先生に自殺対策の委員に入ってもらおう
- 病院独自の夜間専用ダイヤル
- 教育委員会とは自殺予防教育との関係から連携している

【連携にあたっての工夫・留意点_同意書】

- 情報共有の際には、必ず発信する方、もらう方双方から同意書を得た上で連携する

【連携にあたっての工夫・留意点_対応マニュアル】

- 相談ダイヤルの精神保健（依存症と思春期）のラインと自殺予防対策のラインで連携してOD相談対応している。思春期専門医師相談の児童精神科医と依存症専門医師相談の精神科医に見ていただいてマニュアルを作成し、統一して対応を進めている
- マニュアルは本人・家族・支援機関ごとにカテゴリーを作っている

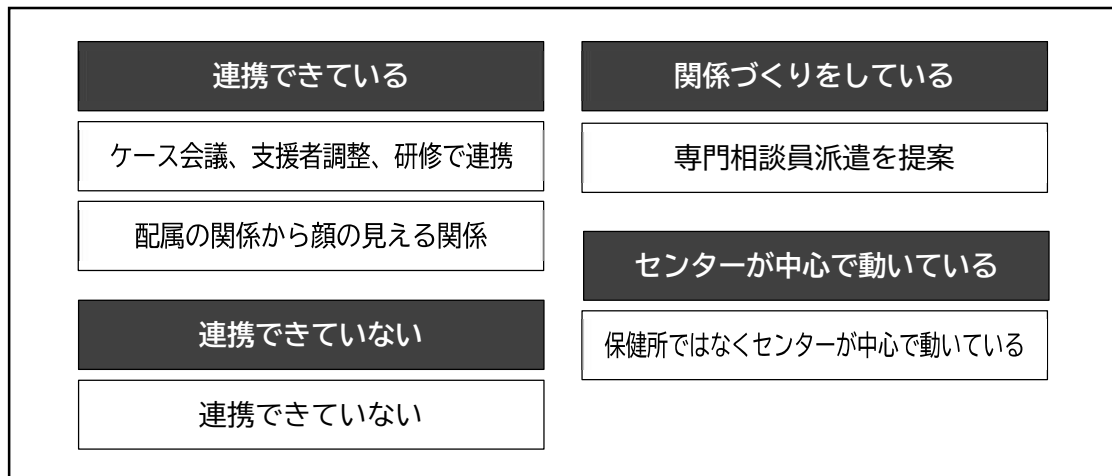
【薬剤師との連携が必要】

- 薬剤師会と連携を取りたい

【救急との連携が必要】

- 関係部局の方からODの搬送人員が増えていると連絡
- 依存症対策の目標に救急医療との連携を掲げ、依存症の連携会議を開催→依存症治療拠点機関病院も、精神科だけではなく身体科や救急医療とつながることが必要と考えている

(5) 保健所との連携について



【ケース会議、支援者調整、研修で連携】

- ケース会議の音頭をとってもらい、支援者を調整してもらい
- 保健所とは一緒に研修をすることがある
- 保健所から、協議会のテーマを依存症にしたい、事例検討に来てほしいという話はある

【配属の関係から顔の見える関係】

- 保健センターに精神相談員、精神保健福祉士が配置されていて精神保健全般を担っている、我々もそこに配置されることがあり、顔の見える関係ができている
- 関係機関の状況を聞いたり、つないでもらったりしやすい

【専門相談員派遣を提案】

- 専門相談員を派遣する提案をしている

【連携できていない】

- 現状はあまりうまくは連携できていない

【保健所ではなくセンターが中心で動いている】

- ケースを共有して一緒に動くことはない
- センターに直接的な支援がたくさん入ってくる
- 依存は保健所からセンターを紹介され、センターで長く関わることが多い
- 依存症の相談は依存症の拠点の精神保健福祉センターへという流れ

(6) 救急における身体科・精神科の連携について

実 態	課 題
未遂者は精神科で受ける	救急搬送された時の身体科・精神科の連携が難しい
救急においては精神科が関与する	救急後の身体科・精神科の連携が難しい
	救急医療はネガティブな印象を持っている

【未遂者は精神科で受ける】

- 未遂者に関しては精神科の方で受ける

【救急においては精神科が関与する】

- 救急の総合病院に運ばれてきたとき精神科がコンサルテーションで入関わる。内科的に問題がなければ入院させる必要はないと言う先生方が結構いて、精神科的に軽症、内科的に軽症でストレッチャーの上で点滴だけ受けて帰るケースが非常に多い

【救急搬送された時の身体科・精神科の連携が難しい】

- ODをした時には身体科の病院には断られがち
- 救急搬送時「それは身体科で」「いやそれは精神科で」と身体科と精神科の軋轢がある
- 救急搬送調整にあたり、例えばリストカットなど、精神科で処置できるのではと思っても、精神科としては身体科でのお墨付きが欲しいという

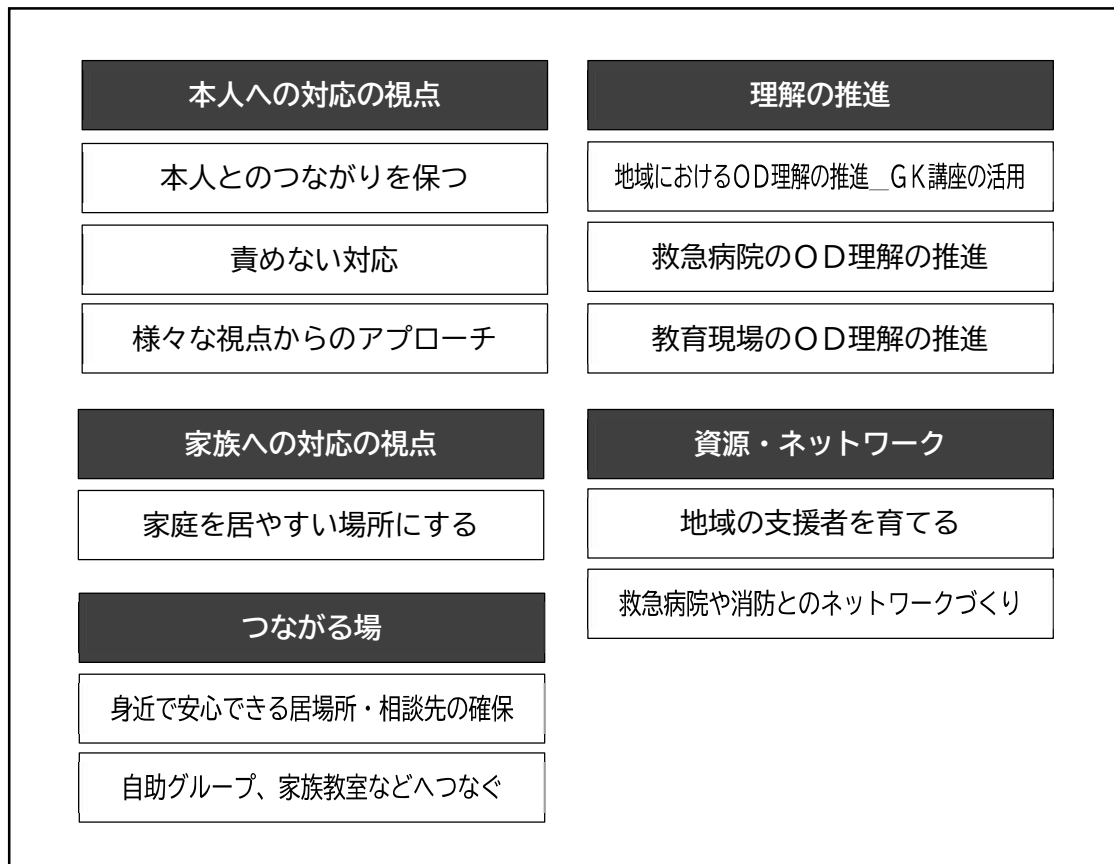
【救急後の身体科・精神科の連携が難しい】

- ODで身体科に運ばれた方が精神科に確実につながる仕組みができるとよい
- 精神科につなげたい先生はいるが、精神科に行ったとしても、後でセンターに相談に来た時には、ほぼ精神科にはつながってない人が多い
- 次に出す時、どこも対応してくれないという問題が出てきている

【救急医療はネガティブな印象を持っている】

- 救急医療の現場は精神科の自傷行為にネガティブな印象を持っている
- 救急医療現場における医療従事者が陰性感情を持っていると感じる

(7) 効果的と思うこと



【本人とのつながりを保つ】

- 家族も本人も結構傷ついてきた経験が多いので、新しいところへつなげるといふより、まずは今センターとのつながりを大切にする
- 死亡リスクもあるので、関係が途切れないようにする
- ハーム・リダクション的な関わりを重視することにより、本人と継続的なつながりができる

【責めない対応】

- 味方と思える対応、責めない対応、強固に指示しない対応が大事
- 本人は自分を大事にできなくて苦しいので、「自分を大事にしてね」といふより、今まで1人で抱えて言いづらかったことなどを想像し、共感をもって伝える

【様々な視点からのアプローチ】

- 見相と連携するケースは、知的に低かったり発達上の偏りが、生きづらさや劣等感、辛さにつながっているケースや療育手帳を絡めるケースなど、虐待対応ではない発達支援ベースの場合もある。

- 療育手帳を取得すると、教育だけではなく、放課後デイやグループホームのなどにもつながることがある
- 色々な関係機関と連携しながら対応する、色々な角度からアプローチを考える

【本人を取り巻く環境(つながり、家族等)を整える】

- 色々な活動に参加してもらい、良い人に出会ってもらう環境調整
- 今までのコミュニティの枠組みを変えていくというところは効果的
- 個別の面談や家族教室を通して家族の対応が変化していくと、家庭が居やすい場所になり、別の対処法が取れるようになり、乱用度合いが軽減
- 家族は病院に受診させればなんとかかなと考えている場合が多いので、面談の中でそれを家族にいかにつたえられるかが重要

【ピア相談】

- ODのしんどさを理解できるのは、同じ経験のあるピアだと思う。ODのピアがいれば相談につながりやすいと思う

【身近で安心できる居場所・相談先の確保】

- 本人、特に若者とのつながりは難しいが、怒られないで報告できる居場所
- 身近なところで相談を聞く人たちがもっといるとよい
- 人に対する不信感を持っている方が多い
- ODの若者は自分から居場所に参加したい意向で来る方がいる

【家庭を居やすい場所にする】

- 家族の対応が変化して家庭が居やすい場所になれば、処方薬や市販薬で自分を傷つけなくなることを、家族に伝える
- 家族が気持ちを処理する場として、家族教室などで家族がつながる

【自助グループ、家族教室などへつなぐ】

- 本人と関係性が悪い家族は、本人に対する怒りや焦り不安が大きい、気持ちを処理するために家族教室や自助グループなどへつなぐ

【地域の支援者を育てる】

- センターの対応には限りがあるので、地域で対応できる支援者を育てていくことが大事
- センター・拠点病院・ダルクと連携して、ODや若者の生きづらさの問題に理解がある支援者を養成するためのイベントを開催
- 保健所には保健師、薬剤師、専門職がいるのでODの相談を受けられるとよいと思い、保健所の方にイベントに積極的に来ていただき、一般県民、地域の方にも周知し、普及啓発も兼ねてイベントを実施

【地域におけるOD理解の推進_ゲートキーパー講座の活用】

- ゲートキーパー研修の中でODをする人の心理状態や背景を伝え、意識を持ってもらえるようにする
- ゲートキーパー養成講座でODのスキルを学ぶ取り組みを行っている。年4回のうち2回を教職員向けに実施し、学校と連携している。研修に参加した先生からODの相談を受けることがある

【救急病院のOD理解の推進】

- 救急病院との連携→ODの説明なども救急病院にしている

【教育現場のOD理解の推進】

- 教育関係の方ニーズが高く、先生たちに自傷の基礎知識、ODに関する研修を始めた。先生方に自傷を目撃した時の声かけや、子どもの反応の背景には何があるだろうかというグループワーク
- 学校現場の先生方が、ODに直面することが非常に多く、情報を欲しがっている、基礎知識や対応、相談窓口を提供している

【救急病院や消防とのネットワークづくり】

- 救急との連携、消防とネットワークを作り、理解が深まってきている

(8) 困りごと

相談・支援に課題	市販薬の入手
相談に結びつきにくい、相談件数が少ない	市販薬の入手を止めることが難しい
違法薬物と同じ支援ではない	
周知・啓発に課題	本人との関係
十分な普及啓発ができていない	つなげるための本人の同意を得にくい
若年層への普及啓発が難しい	本人とのつながりを継続しにくい
児童福祉現場への周知	
教育現場への周知	家族との関係
	家族に課題がある
	家族の不安への対応
精神保健福祉センターの課題	地域資源・関係機関
センターに業務が集中する	資源が少ない
センター職員の知識及び経験不足	教育現場との連携が必要
夜間対応ができない	児童福祉現場との連携が必要
医療機関・医師の理解	
医療機関における負の感覚	
ODに関する医師の認識	

【相談に結びつきにくい、相談件数が少ない】

- 色々取り組んでいるが相談に結びついていない、ほしい情報ではないのかもしれない
- 当事者がなかなか来ない
- 世間で騒がれている割には相談件数が少ないと思う。X（旧ツイッター）に告知を投稿してもあまり効果を感じない
- 相談件数自体が少なく、その分析ができていない

【違法薬物と同じ支援ではない】

- 市販・処方薬相談は違法薬物と支援が全く同じではないところが難しい

【十分な普及啓発ができていない】

- 一般的に多くの方に知ってもらえる取り組みができていない
- どうして相談件数が少ないのか分析できていないため、普及啓発のターゲットが不明確

【若年層への普及啓発が難しい】

- 10代の子が多い中で学校への周知が難しい（依存症オンライン講演会の周知を教育委員会に依頼をしたが、子どもたちに刺激と断わられた）

【資源が少ない】

- 地域に資源が少ない
- 病院が少なく、若い世代を見てくれる病院はなく、ODをした時には身体科の病院には断られがち

【精神保健福祉センターに業務が集中する】

- 悪循環を背景に、センターのフォローケースが増えていく
- 相談が精神保健福祉センターに一極集中する
- 地域の機関で受けてほしいと思う内容も相談がくる
- 保健所でのケース対応はスキルの難しい
- 学校と市の所管課へ相談はあるが、そこから保健所にはつながりにくい
- 専門相談でセンターに相談が流れてくる

【センター職員の知識及び経験不足】

- 市販薬、処方薬にそれほど詳しくない
- 違法薬物と支援が全く同じでないところに難しさ
- スタッフも経験や技術、知識が足りない
- ケース対応はスキルが必要
- 市販薬を使ってしまうのを、別の方法に変えた方がいいと思ってもらう動機づけ面接は非常に大事だが、技術的に学んでも信頼関係がないと難しい

【センター対応の限界:夜間対応ができない】

- 夜間に飲む人が多いが、土日や夜間の対応ができない

【つなげるための本人の同意を得にくい】

- 居住圏域内の市町や保健所へ情報提供することでつながるところがあるが、若者の女性は同意を得られにくい場合がある

【本人とのつながりを継続しにくい】

- 親から言われて来た、仕事をしているなどでフェードアウトしてしまうことが多い。家族はつながるが、本人が継続でつながることは非常に難しい

【家族に課題がある】

- 親も境界知能、何らかの精神疾患を持っている
- 親自体がODしてしまう場合があり、どう取り組むかが難しい
- コミュニケーションを取ることが難しい親子関係が多い

【家族の不安への対応】

- 市販薬依存の行動に家族が着目しすぎるあまり、親から入院させてほしいというニーズが非常に高く、しんどさに寄り添いましょうという話をすると、遠回りな助言と感じられてしまう
- 母親から「病院に入ったら治るんでしょうか」との質問が多く、期待をして無理やり入院をさせても、問題が解決しない限り大きな変化はないと伝えている

【市販薬の入手を止めることが難しい】

- 市販薬の入手ルートを止めることが難しい

【ODに関する医師の認識】

- 処方薬は、特に内科の先生と共通認識を持ちにくい
- ODの捉え方は先生によって差があり、範疇外と思っている方もいる
- 「ダメ。ゼツタイ。OD」みたいなイメージを持っている医師もあり、薬物乱用防止教育自体を見直した方がいいと思うこともある

【医療機関における負の感覚】

- 市販薬、処方薬飲みすぎました＝困った行動する人みたいな感じで捉えられがちで、看護師の立場も汲みながら連携することが難しい
- ODで単科の精神科に救急搬送されると身体科へ回され、身体科は「何回も来ない」という感じになり、地域の訪問看護師も何回もという空気になり悪循環
- 入院しても未遂等困った行動をしたり、治療方針どおり進まなかったりするので精神科医療機関との連携も難しい

【教育現場への周知、教育現場との連携が必要】

- 学校からどう対応したらよいかを知りたいというニーズは多い
- OD、自傷、自殺対策、薬物乱用防止がオーバーラップするので、学校の先生は混乱する

- 薬物乱用との関係から「ダメ。ゼッタイ。」という視点で対応しがちであり、そうではない対応をとる意識が学校現場には浸透していない

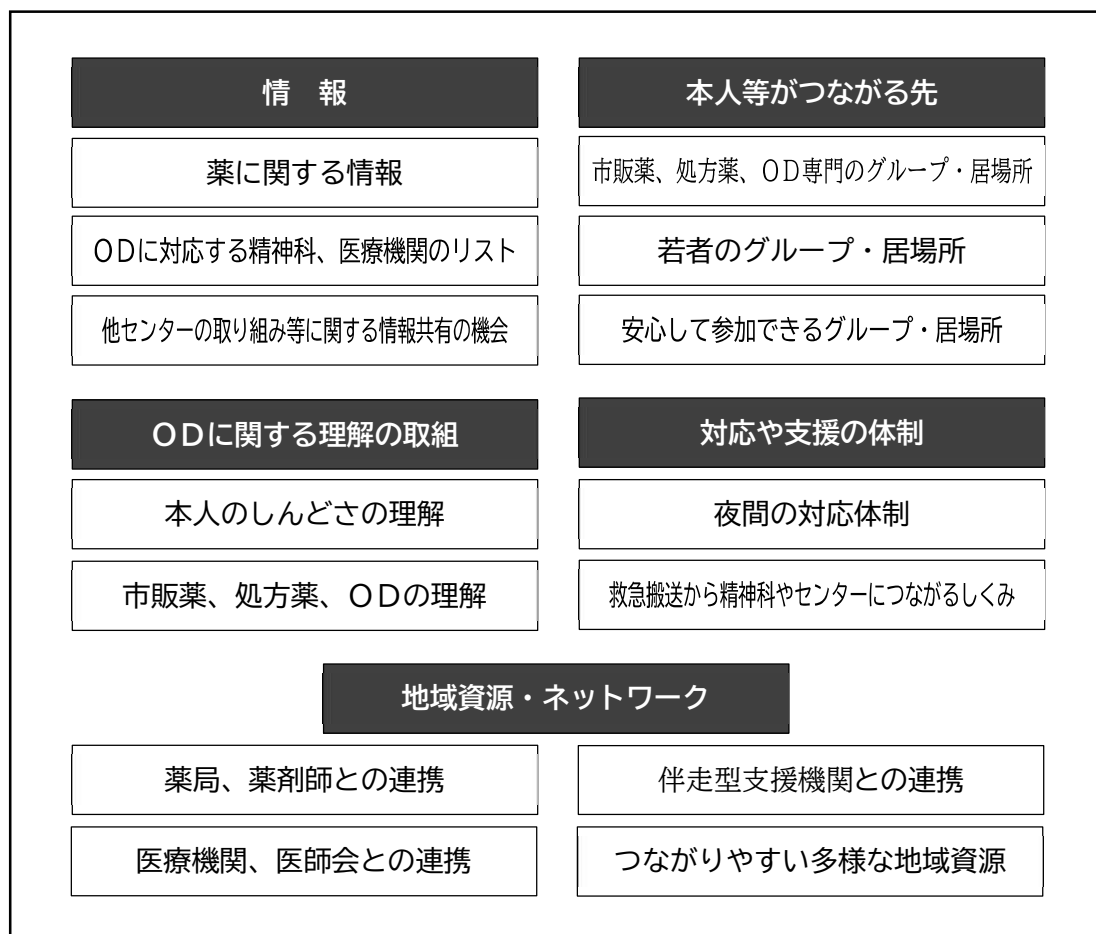
【児童福祉現場への周知、児童福祉現場との連携が必要】

- 児童相談所につながっている子がODを繰り返しているケースや親自体がODをするケースなどがあり、児相職員へのOD研修が課題
- 親に何らかの精神疾患がある、お母さんがODをしているなどについて、児相は対応が難しく、それをセンターに相談しようというところまで行かないのが課題

【参考:救急隊員へのアンケートの結果から】

- 依存症の問題を抱えた方との関わりの中での困りごとや問題点として、本人との関係構築が難しい、かかりつけの精神医療機関に断られる、支援体制が整っていない、搬送先の調整が難しいということが挙げられた

(9) 必要だと思う情報や資源等



【薬に関する情報】

- 薬の名前や説明等の情報一覧
- センターの職員として客観的に話ができるように、薬の名前や写真も含めた錠剤の形状、説明等の情報の一覧表
- 本人向けと一般向けに、市販薬、処方薬のリーフレット
- 電話相談時に、薬の危険について一般論的なレベルで説明できる情報

【ODに対応する精神科、医療機関のリスト】

- ODに対応可能な精神科、医療機関のリストがあると家族の安心につながる

【夜間の対応体制】

- 24時間の電話相談
- 夜間のLINE相談
- 夜間の安全な居場所

【救急搬送から精神科やセンターにつながるしくみ】

- ODで身体科に救急搬送された方が、確実に精神科につながる仕組み
- 精神科につながらなかった方について、センターに情報が入る仕組み

【市販薬、処方薬、OD専門のグループ・居場所】

- 違法か違法じゃないかでグループの中で割れてしまい難しいところがある
- 若者の市販薬、処方薬、ODという属性専門のグループがオンラインでもあるとよい

【若者のグループ・居場所】

- 若者が薬物のことを正直に話せる、ピタッとはまる居場所
- 薬物問題のグループは参加者が若者ではない地域の若者グループでは薬物の話がしにくい

【安心して参加できるグループ・居場所】

- 自助グループでクローズのところはリアルなところがわからないので勧めにくい。情報をもどくよう得ればよいか難しい
- ODケースの子は、学校にも居場所がなく、お家でもじっくりいっていない子たちなので、サードスペース・居場所があるとよい
センターは本人が来て相談をする、グループに参加することがメインで、「体調が悪い、いけません」が続く本人にとって安心できる居場所ではない
- 夜間の居場所はどこでもいいわけではなく、安全が守られ保障される、支援者が中に入っているなど、そういう場があればいい

【本人のしんどさの理解】

- 若者自身の背景やしんどさに寄り添っていることが見えないと、信頼関係の構築は難しい
- 若者の置かれている背景やその子自体に興味をもつことが支援の一步であることを支援者や周りの人たちに広めていくことが必要

【市販薬、処方薬、ODの理解】

- 教育の現場で市販薬乱用する本人・家族にどう対応したらいいかわからないという声があり、出前講座での具体的な対応方法は非常に勉強になるというアンケート結果がある
- ODはクラスに1人ぐらいの割合でいる、学校の関係者の方にODを知ってもらう取り組みが必要

【薬局、薬剤師との連携】

- ODを防ぐ取り組みとして、薬局、薬剤師との連携

【医療機関、医師会との連携】

- 医療体制の整備という根本的な話になってくるので、医師会の力も必要

- 医療機関との取り組み、医療的な関わりをもっと知りたい

【伴走型支援機関との連携】

- 継続フォローができる児童相談所、保健所、保健センターの連携は、今後構築していかないといけない

【つながりやすい多様な地域資源】

- 入所できるダルク、入院できる病院、訪問で対応できる訪問看護など、本人にとってつながりやすい、色々な資源を検討していく必要を感じる

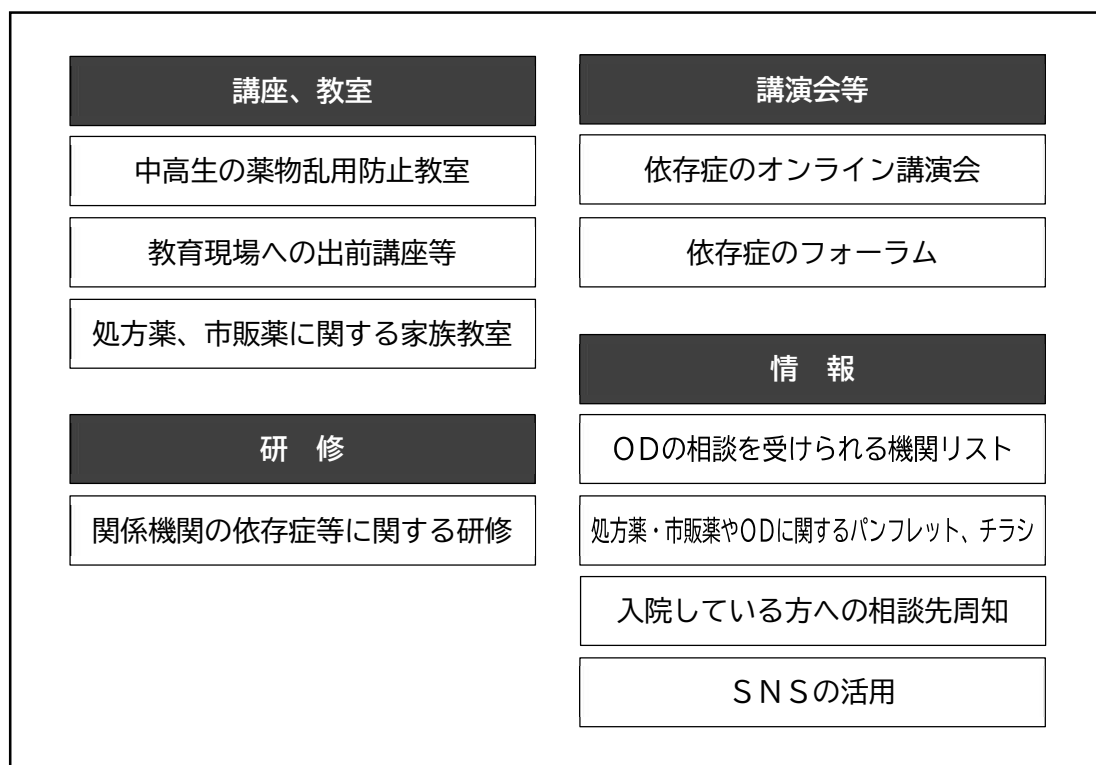
【他センターの取組み等に関する情報共有の機会】

- 他センターの実践や状況を知ることに取り入れたいことがあった。こうしたインタビューも資源の1つ

【参考:救急隊員へのアンケートの結果から】

- 必要なネットワークとして
 - 孤立させないこと
 - 自損行為防止のための支援制度
 - 病院搬送後の支援体制
 - かかりつけ医療機関としての責任
 - かかりつけ病院の受入が不能であった場合のバックアップ体制の構築
 - 精神的ケア面での後方支援の充実の6点が挙げられた

(10) 相談勧奨のための取り組み



【中高生の薬物乱用防止教室】

- 中高の薬物乱用防止教室（年3～4回）では、違法薬物、自傷行為、市販薬・処方薬、ネットやゲームも含めて話をしている
- 「ダメ。ゼッタイ。」ではうまくいかないというスタンス。爪噛み、ピアス、タトゥーなどを網羅して話をするようにしている

【教育現場への出前講座等】

- 高校や専門学校、大学から依頼をいただき出前講座を実施
- ネットゲームや市販薬、若者の依存症について話をしに行ったとき、相談の周知もしている
- 子どものSOSの出し方教育、自殺予防教育ということで、学校で授業したり、先生向けの研修の方もしている

【処方薬、市販薬に関する家族教室】

- 処方薬、市販薬を大きく謳った依存症の家族教室を実施

【依存症のオンライン講演会】

- 薬物依存に関するオンライン講演会を実施（年1回）したところ、講演会に参加した当事者が個別相談につながった

【依存症のフォーラム】

- アディクションフォーラムを年1回開催

【関係機関の依存症等に関する研修等の活用】

- 依存症全般の取組みに関して関係機関、医療機関、訪問看護師、自助グループ、民間の団体に集ってもらいODの話もする
- 依存症治療拠点機関の協力のもと、身体科や救急という地域の支援者の方に向けて依存症を知ってもらう研修を実施
- 学校の先生、保護司など、より身近なところにアンテナを張る工夫をして効果が上がってきている
- 地域の支援者と事例検討
- 広く研修の案内をしている

【ODの相談を受けられる機関リスト】

- ODの相談を受けられる機関リストの作成

【処方薬・市販薬やODに関するパンフレット、チラシ】

- 処方薬、市販薬のODについて、パンフレット作成して頒布し、処方薬・市販薬の相談受けている機関であることを周知
- ODをして運ばれる身体科の救急病院で配るチラシを作成
「STOP OD」「ダメ。ゼッタイ。」ではなく「お話聞きます」という内容
- 講演会の時にチラシを配る、各公的な施設に貼り紙をする、市政だよりで案内をするなど、地道な相談勧奨、情報提供を実施

【入院している方への相談先周知】

- 一部の医療機関ではODで救急外来患者の帰宅・退院時にOD相談ダイヤルチラシを渡し
ていただいたり、院内の掲示板にODの相談ダイヤルを掲載していただいたりしている

【SNSの活用】

- X(旧ツイッター)で告知している
- 関係部局のX(旧ツイッター)に投稿したが、そこからODの方の相談があったり、それを見て電話してきたという方はいない
- 普及啓発として、県全体の公式Xを使って発信していく
- 自殺と思春期・依存症の分野で、X(旧ツイッター)とインスタグラムをやっているが、ODに関する部分に関しては、そこから連絡が来るといったことはない

Ⅲ インタビューガイド

全国精神保健福祉センターにおける各種依存症対応プログラムの実施状況など活動状況の調査
インタビューガイド

<質問内容(例)>

【(i)センターにおける相談の現状について】

- ① 貴センターにおける処方薬・市販薬相談の現状を教えてください(相談内容・傾向)

【(ii)相談対応について】

- ① 貴センターでは、市販薬や処方薬の依存・オーバードーズに関する相談でどのように対応していますか
② 貴センターでは、市販薬や処方薬の依存・オーバードーズに関する相談でどういった工夫をされていますか
③ 貴センターでは、市販薬や処方薬の依存・オーバードーズに関する相談でどういった関係機関と連携していますか
④ 貴センターでは、市販薬や処方薬の依存・オーバードーズに関する相談勧奨のため実施している取り組みはありますか

【(iii)対応の効果について】

- ① 上記の対応について、効果的だと感じたものを教えてください。

【(iv)センターの課題について】

- ① 貴センターでは、市販薬や処方薬の依存・オーバードーズに関する相談でどういった困りごとがありますか。どういった課題を感じていますか？

【(iv)センターの課題について】

- ① 貴センターでは、市販薬や処方薬の依存・オーバードーズに関する相談対応をするにあたってどういった情報や資源があると有益だと思えますか

IV 資料

以下は、各回インタビューの逐語おこしをもとに、内容を要約して掲載している。
なお、オーバードーズはすべて「OD」と記載している。

(1) 基本情報_処方薬・市販薬、大麻相談の内容・傾向

①相談の形態・枠組み

- 依存症の問題については、専門相談として相談係、ODは自殺未遂者支援として、未遂者支援担当係が対応している
- 処方薬・市販薬の依存に関する相談は、依存症の枠組みと自殺未遂者支援の枠組みでフォローしている
- 依存症の枠組みでは、相談員の個別相談や家族相談、グループで対応している
- 依存症の相談は、電話と面接（来所）相談で対応
- 相談を受ける形態は、電話とメールと面接と三形態で、圧倒的に電話が多い
- 依存症と自殺で担当が完全に分かれている
- 相談自体も分断されていて、思春期の担当もない
- 相談内容によってどちらが受けるかを相談するかたち
- 依存症対策というところで、薬物、アルコール、ギャンブル等の依存症全般の対策と、ODということで、思春期対策も含めた二本柱で、相談と普及啓発等を実施
- 依存症は医師相談
- 思春期相談も医師相談を定期的に月に3回

②年齢層・性別

- 年齢層は偏りがなく、20代から50代まで
- 市販薬・処方薬は、違法薬物よりもう少し若い世代で、自殺や自傷の絡みが大きい
- 対象者は、中高年の男性から若い女性にわたり、市販薬は若干若い方、学生が多い
- 専門相談では概ね18歳以上の人を対象とし、本人と家族の相談を受けている
- 年代は、未遂者支援事業は10代、依存は20～30代
- 薬物依存症は約7割が男性、3割が女性に対し、処方薬・市販薬依存は約6割が女性
- 年代は10～30代、最も多いのが30代で、40代以降は比較的少なくなって覚せい剤のほうが多くなっていく
- 処方薬・市販薬依存相談件数は、令和3年に30代、60代と70代が増加し、令和5年は10代と20代、30代が増加
- 対象者は若年層の方が多い
- 特に若年層の相談が増えている
- 中高大学生ぐらいの年代で、女性が多い
- 小学校高学年という低年齢から入ってくることもある

- 市販薬、処方薬の電話相談 20 件のうち半数近くが 10 代

④相談者の特徴

- 年齢が高くなるほど長く使っているのも違法薬物も使い、最終的に薬物はやめられたけれど、市販薬・処方薬がどうしてもやめられないという方が残っている
- やめるタイミングで相談するというよりも、拠り所として時々連絡がある。細く長くというイメージでつながっている
- 思春期年代の家族からの相談が多い
- 相談自体は本人からではなく、保護者、特に母親からの相談が圧倒的に多い
- 家族が 8 割 9 割を占めている
- ご家族も本人も結構傷ついてきた経験がすごい多い
- 他者への不信感が強い当事者とご家族が多い
- 全年代 20 人のうち、保護者からの相談は 12 人、6 割が保護者からの相談

⑤センターにつながる入口

- スマホからプログラム（OD 倶楽部）にエントリーできるので、そこから支援につながる方がいる
- 自殺未遂者支援の中でつながってきて支援をすることが多い
- 多く薬を飲んで学校の保健室の先生が対応していたが、卒業にあたってつながる先がないからセンターへくる場合もある
- 思春期相談は市町村が出向いてケース会議をしたり、大学と一緒に思春期のケース会議を年何回か持っているもので、センターはどちらかというと後方支援
- 思春期の相談は、市町村でケース検討する中であがってくるという形が多く、内容は処方薬依存になって不登校やいろいろな問題を起こしたりというケースであがってくるが多い
- 思春期のところから入ってくるケースも結構あり、これは継続的に関わるケースが多いというようなイメージ
- 警察と救急隊、救急児病院で自殺未遂案件として取り扱われた方のうち本人あるいは家族が支援に同意をされた場合にセンターで直接支援を実施する
- OD は、依存症の専門相談より自殺未遂者支援から入ってくるほうが多い
- 自殺未遂で入ってきたケースは、電話継続でフォローを半年程度続けてやっているなどがある
- OD に関しては匿名でパッとかけてくる単発電話という印象
- 自殺未遂者支援の枠組みでは、18 歳未満の若年層が救急搬送の場合、同意を得た方に対しセンターが出動する支援を行っている
- 依存相談は、全て入り口は家族相談で、家族相談を経て本人につながり、安定してくると、グループに移行する方もいる
- 処方薬・市販薬の相談が 2 番目に多いのは、薬物依存症のプログラムの中で女性のグループ

ブがあり、その中で処方薬・市販薬を扱っているため

- 本人がつながることは少なく、心配した家族からつながる
 - 電話受理の時点で思春期心性の問題と思うことが多く、一旦思春期相談の枠で受けてその後で振り分ける。最初から依存と固定しないで思春期相談の枠を使うことが多い
 - 基本的に電話相談から、VBP（国立精神・神経医療研究センターが行う調査研究事業）の事業でつながった方に大麻の方が数名おられて、その方が個別でちょっとつながるみたいな感じはある
 - 依存症ではなく、思春期相談という形で入ってくることも結構ある
 - 自殺未遂支援の方で、救急病院の方に搬送されたケースで同意を得られた方がつながってくる
 - 処方薬依存なんです、市販薬依存なんですという言葉で相談してくるご家族も結構いるが、話を聞いていると思春期心性の問題と思うことも多い
 - 市販薬、処方薬の相談は、電話→センターに来所していただくということが基本
 - どちらかというと、依存症の相談枠より思春期の枠に案内することが多い
 - 相談ダイヤルの精神保健（依存症と思春期）のラインと自殺予防対策のラインで連携してOD相談対応している。思春期専門医師相談の児童精神科医と依存症専門医師相談の精神科医に見ていただいてマニュアルを作成し、統一して対応を進めている
-
- マニュアルは本人・家族・支援機関ごとにカテゴリーを作っている

⑥相談の内容、傾向

- 2年ほどかけて家族からの相談で本人と関係をつくり、プログラム参加、面談、嘱託医などを通して関わったケースがある
- 依存症の専門相談から入ってくる人の特徴は、死にたいから飲むという相談は少なく、生きづらさを忘れたいから飲むという方が多い
- 自殺未遂者支援から入ってくる人の特徴は、複雑な家庭環境があったり、課題を抱えておられることも多く注意深く関わっていく必要がある
- 家庭内のコミュニケーションがうまくいってない場合が多いので、本人が実際に家族に伝えたい事を聞き取って、共有し理解を深めて、スムーズになったところで終結という流れ
- 薬をやめるとかやめない、どうやってやめさせようかという話ではなくて、自傷行為の背景を伝え、しんどいところを取り除くことを共有する
- 相談の内容は、一番はODでリストカットの問題を併発しているケースが多い
- SNSの影響も強く受けている傾向があり、「いいね」が欲しいとか、SNSから情報をもらっているとか、SNSで知り合った人から勧められるなどの問題がある
- ODの相談が必ずしも依存症レベルではなく、実は医療につながっているケースも多い
- やめたくてもやめられなくて飲み続けているっていうよりは、依存症手前の相談として、つらいとき、落ち着かないときに対処行動的に飲んでいるケースが多い

- 市販薬が一番多くて、処方薬だけの相談はあまりなく、市販薬と処方薬一緒の相談が多い印象
- 大麻自体のご相談はほぼない
- 高校生の10代の娘さんを持つお母さん、お父さん、保護者からの相談。OD、薬を飲むのでどうしたらよいかという相談が、実際に入っている
- ODの電話相談は、匿名でパッとかけてくるっていう単発電話で継続はゼロ
- 未遂者や思春期のところから入ってくるケースは継続的に関わるケースがある
- 子どものSOSの出し方教育、自殺予防教育ということで、学校で授業したり、先生向けの研修の方もしている。学校現場の先生方が、ODに直面することが非常に多く、情報を欲しがっている、基礎知識や対応、相談窓口を提供している
- 市販薬、処方薬のODの問題だけというよりは、背景にリストカットや不登校などもあるケースが多い
- ODの相談が必ずしも依存症レベルでもないような印象があって対応に苦慮している
- 処方薬だけという相談はあまりなく、市販薬と処方薬を一緒にという相談が多い
- リストカットの問題を併発しているケースは多い

⑦家族相談・支援の特徴

- 家族からの相談は、主治医等、今つながっているところとどう付き合わせるかという単発の相談が多い
- 具体例として、過干渉の母親に対し、何回か会って子どもから離れきれないだろうけれど、子どもの自立や幸せについて話すとともに、グループホームやダルクの支援者の協力もあり、離れることの不安はあるだろうけれども、失敗してもいいから本人の希望をまず叶え、自分の選択を全力で頑張ったという実績にしよう、母親と子どもをともにサポートをした
- 具体的な後方支援は、どうやってやめさせるという話ではなくて、親の過干渉や逆に極端に距離がありすぎるなどの場合は関係性の通訳みたいなこと、また、飲んでしまうという問題行動ではなくて、その背景やきっかけ、しんどいところとどう付き合っていくかなどを一緒に話をする
- 家族支援は家族自身も色々と問題を抱えていたりするので、その問題を一緒に扱う方がよい場合は一緒に話をする人が多い
- 専門相談で家族が手放すという話はするが、本人が10代の場合、軽々しく言えないところもあるので関係や距離感の話をする人が多い
- 未遂者支援で個別の対応する中で、家族にODの背景をきちんと伝えることで家族の対応も変わってくるので、家族も支援を求めている人という意識で関わるようにしている
- 家族自体の困りごととして、家族が何らかの精神疾患を発症している、家族内でのDVなどがあり、関係機関を巻き込みながら支援をしている
- 未遂のケースに関しては親も色々な問題を抱えているので、家族とまず途切れないようにすることで、当事者と途切れないようにすることが大事

- 発達や知的な傾向を一方的に言われて支援者に恐怖感と不安感と抵抗感を持ってしまって、その後は支援者などにつながらず、家族自体も孤立しがちな傾向がある
- 思春期相談向けの家族教室と依存症向けの家族教室を行っていて、学校関係、友人関係、発達の問題、家族関係など細かく聞き取り、その家族に合う会につなげることで本人が家庭にしやすい環境をつくることができる
- 必要に応じて医療対応を考え、具体的な対応を含めて家族と相談する
- 家族様は困り感がすごくあるので、継続して来る方が多い
- 父親は問題にノータッチで、母親が孤軍奮闘している印象
- 家族が乱用の原因になっていたりすることがある
- 母親から「病院に入ったら治るんでしょうか」との質問が多く、期待をして無理やり入院をさせても、問題が解決しない限り、大きな変化はないと伝えている

⑧その他

- 県の場合、病院は数が少なく、若い世代を見てくれる病院はなく、またODをした時には身体科の病院には断られがち

(2) どのような対応をすることが多いか

- 未遂者支援していない。依存症の相談で対応
- アルコールと薬物を一緒にSMARPP系のプログラムにしている、そこへの希望がセンターへの入口
- 対応としては囑託医かそのプログラムの対応で依存症専門相談員が8名、病院やダルク、女性支援しているところからの派遣で、月に何回か、相談があったら日程調整してきてもらう
- 学校や地域で対応し、精神科にも通ってお薬をもらっているがどうしようもないというケースへの対応が多く、それらのケースは根気がいる
- ODをして、訪問看護が緊急で対応、救急搬送、身体科に断られ、救急隊員にも怒られてみたいなことがあったりする。本人との確認を繰り返し、関係機関も疲弊しないように、こまめにケース会議や連絡を取ったりフォローをする
- ケース会議は、センターは一步引いた感じで、退院前などに地域で一番近い方（障害のサービス等）に段取ってもらう
- ネガティブな内容のため難航することが多いが、キーとなる機関には先に個別で話をしておく、あるいはドクターにおさめてもらうなどしながら、とにかくまめにしないと息が合っていないので、そこは重要である
- 市販薬、処方薬に限らず自殺未遂者支援を本人に相談意思がある場合は本人に、ない場合は家族支援という形で、継続して少しおせっかい気味に継続して支援することを意識しており、500人以上関わって、最長で数十年関わっている方もいる状況

- 専門相談の方は家族の相談が多く、家族教室を実施している
- SMARPPをベースに処方薬・市販薬に特化したプログラムを作成している。内容はアンガーマネジメントや人間関係に重点的に置いた内容、時間は約30分、個別で使えるよう準備している。認知行動療法やストレスマネジメントの本から取ってきている
- 自殺未遂者支援とコラボしながら特化した家族教室をやっている
- 生きるための手段として最初的手段が過量服薬の人が、実は完遂で亡くなられている中では一番割合としては多いというデータが出ている。非常に注意深く対応していく必要がある
- 面接の中で市販薬の話はあまり出さず、どんな日常生活を過ごしているかをメインに聞いている。そうすることで、本人との関係性を築きやすい
- 他者への不信感が強い当事者とご家族が多いので、まず今何に困っているかニーズを聞き取り、それに応じることで信頼関係を築いていく。ニーズに答えていく作業は、人によって数年要す場合もある
- ODしているという一面だけに着目しないで、その背景をアセスメントするところから関わっている
- 家族からの相談では、薬を取り上げたり、買えないようにする前にその子が持つしんどさにアプローチすることを心掛けている
- 本人が来れた時は、ODをした後の対処方法を一緒に考える。例えば「飲んだらちゃんと救急車呼びましょう」と伝えている
- 本人以外の相談も多いので、そういった方を通して本人の情報を集めて、相談者が本人のしんどさに寄り添えるよう助言したり、相談者自身のしんどさも受け止めることを大事にしている
- トラウマインフォームド・ケアとしては、しんどさの部分は成育歴と関わっている部分があり、トラウマにアプローチするのはシビアな面があるので、安全な環境でしんどさを徐々に出してもらえよう関係づくりをしていくこと、安易に触れに行かない繊細さが必要、大事と思う
- 虐待があり大人への不信感を抱いている子で色々関係を作りながら調整していった。周りの人が巻き込まれすぎず、適度に巻き込まれながら、ある程度処方薬依存から離脱して信頼できる大人に依存していけるようにシフトできた経験がある
- 大麻相談については、処方薬、市販薬と違って、基本的に子どもが逮捕されたか、子どもの部屋から大麻が見つかったか、子どもが収監されてもう刑が確定しましたというタイミングで来るので、法的な手続きの話が必要になり、対応できる相談員がいる依存症の枠組みで相談を受けることが多い
- 家族には法的なこと、これから起こることの不安、帰ってきた時にどういうふうを迎え入れるか、迎え入れない方法などを話すことが多い
- 大麻の方だと裁判が一段落して、弁護士や保護観察所の人に依存症の相談に行きなさいと言われて来る人が一定数いる
- 大麻の場合の工夫として、本人には改めてどうしてここに来たのか、あなた自身は何に困

っているのかを聞いて、必要以上に引っ張りすぎないようにしている。本人が大麻を使ったのは不眠だったからとか、処方薬、市販薬で体のことが心配とかなら病院での睡眠指導や検査を案内することが多い

- 思春期の家族教室の大きな軸は、ひきこもり、不登校の子どもに家族がどう対応するかである。思春期の家族教室の公開講座としては、今年度は処方薬、市販薬乱用の現状の話、インターネットゲーム依存などの巷で騒がれているような若者関係のトピックをピックアップしている。処方薬、市販薬の相談は思春期の心性の背景があって、それが内向きに出るとひきこもり、外向きに出ると非行になるという共通項はある
- 教室の目的を面談で明確に説明しつつ、こういう部分が役立つと思うから、1回出てみてはと案内をする
- 実際のケースとして、ひきこもりの子どもの部屋に入っていったら、処方薬や市販薬が見つかったというパターンもあるので、その場合は簡潔にひきこもりの問題で導入する
- 傷つきをどう家族で取り扱うか、押し出すでもなく、黙って関係を立ちきるでもなく、家族との程よい距離感が1つのテーマであり、そこを学んでいただきたくて導入している
- 処方薬、市販薬の相談にひきこもり相談のノウハウを活用できないかについて、ひきこもりも処方薬、市販薬の乱用も、思春期心性の生きづらさの表現形の1つだと思う。さらに依存の段階であれば依存症の対応、ひきこもり、不登校、親子関係の問題であれば、そこにアプローチしていく。特に家庭に居場所がないという子どもがたくさんいる。乱用は家族が原因になっていることがあるので家を安全な居場所することを伝えることは重要
- 依存の相談内容は4つのカテゴリーで、依存に関すること、入院治療に関すること、接し方に関すること、その他は話を聴いて欲しかったり、近況報告や不登校など
- 相談内容に対する対応は3つのカテゴリーで、電話継続、情報提供、助言指導を行うところが初期の対応である
- OD自体ではなく、ODを必要とする背景を一緒に考えることをスタンスにして対応する
- 保護者の方は不安がすごく大きくなっている状態で電話をしてくることが多いので、一番最初に不安の解消に取り組む
- 市販薬、処方薬のご相談は、基本的にお電話→センターに来所という流れ。家族の来所が多いが一定数ご本人さんも来てくれる状況
- 市販薬の正しい知識を伝え、本人との関係性を作っていく
- ODの相談ダイヤルは保護者からのご相談がほとんどを占め、ODやめさせるにはどうしたらいいかという相談内容が多い
- コミュニケーションを取ることが難しい親子関係が非常に多いと感じる
- 本人が嘘つかなくてもいい、隠さなくていいような関係性っていうのを考えるよう投げかけている
- 思春期の専門医師相談までつなげると、母親が孤立している様子が見えてくる。その支援として、医療や区役所、地域、児童相談所につないだりする
- 未遂者支援から入ってくる相談の特徴は、本人が拒否をするとつながらないので、実は10代の子とか、親御さんがいる方がつながってくる。母親を担当する職員と本人を担当する

職員を分けて対応することもある

- ODの背景にある親子関係の問題、虐待とかい隠れていないかを探りながら、虐待やネグレクトがあり見相につなぐ場合がある
- 逆にもう見相で相談したというケースが来ることもある
- 相談において、発達障害を感じる事が多く発達障害者支援センターは重要なつなぎ先である
- 依存の心配が強ければ、ダルクや依存症の家族会の情報提供をする
- 病院に相談したらいいか、〇〇が起きたらどうしようか、具体的な対応も含めて、ご家族とお話ししている
- ご家族が安全かつご本人が多少家庭にしやすい環境になるように支援する
- 医師相談が適応と判断したり、相手方のニーズがある場合は、児童思春期の医師相談を案内する。基本的にODの問題であっても、児童思春期の年代の方であれば、児童思春期の枠に案内する

(3) 相談対応にあたって工夫していること

- アルコールと違法薬物のプログラムの中に市販薬、処方薬が入ってきた時、違法に比べて大したことじゃないと感じないように、それぞれ辛さがあるということを、どちらにも伝えるようにしている
- センターとつながりにくいために、ネット上のOD倶楽部やミーティングルームをその場で一緒にスマホを開いて見てもらう
- 市販薬、処方薬の人には自傷、自殺未遂歴を率直に聞き、死なないため、生きるためにしているところを尊重するようにしている
- ハーム・リダクションを活用して相談に乗っている
- 具体的には、「飲んでしまってからでもいいから電話して欲しい」「その時に私が救急車を呼べるからね」「平日の昼間しか役に立てないけれど、どんな時でも、飲んででも飲んでなくても、あなたのこと大事」という基本のところを伝えている
- 人への不信感が強い方はカウンセリング的なことが大変難しい。まずは人との関係を取り戻すことが必要なので、関係機関と一緒に取り組む工夫が必要
- 今年度から未遂者支援担当係、自殺未遂者支援とコラボして家族教室を実施している
- 処方薬の乱用の現状、その害についての話、生きづらさの話をしながら分かち合いの場をつくっている
- センターとつながった方に関しては、かかりつけ医との関わり方や同行も行き、OD倶楽部を紹介したり、必要であれば障害福祉サービスの調整や基幹相談との連携も取っている
- 依存に特化しすぎず全体を見て、少しでも長く相談してもらえるように工夫している
- 何らかの報告をしてくれたとき、本人の中で工夫や努力がみえたら、そこを強調してフィードバックすることを意識している

- 家族に関しては、安定している時に今後の見通しとして再開はあり得るよということで対策について共有して、可能な限り冷静な対応ができるようにというような予防のお話をする
- 薬物依存、覚醒剤でつながった方たちがいる同じプログラムでも、女性の特徴は男性とつながって薬物という方が多く、寂しさとか育児の不安を抱えていることが多く、同じように話せる仲間、しんどい時に励ましの手紙を送り合など、男性のプログラムではない動きがあり、女性ならではのしんどさを共有できる場があってもよいと思う
- 飲んだことそのものはさほど問題にしないことが大事
- 長く市販薬で関わった若年の女性はグループに参加するけれど、過量服薬が止まらず、結局センターに通うのは難しく、結局近隣のダルクにつながった。来れないことを問題にするのではなく、「一旦それでやってみよう、ダメだったらしょうがない、でも市販薬で体が傷むのは嫌だよな」という感じで、長い目で見ていく対応が重要と感じる
- 電話継続というのは、市販薬・処方薬の相談に限らず、全ての依存症に通じてセンターで行っているもので、希望の方にその後の状況を聴いたり、心理面をフォローする電話を入れている
- フォローアップの電話の反応としては、残念ながら応答されない方が一番多いが、応答された方の中の約3割は、自力でギャンブル、アルコール、その他もろもろの依存症を自分の力でやめられている。また、約3割が紹介した医療機関に受診、通院している
- 相談対応は、依存症対応と思春期対応と自殺対策の3チームに分かれている。ODの問題は、どこにでも絡む特徴があるので、担当を決めてというより協力、助言し合いながら、知恵を出し合いながら対応している
- 薬物の集団療法でSMARPPを使っているが、ODは思春期チームでやっている若者の居場所事業、ひきこもりのグループなどの方があてはまると思う。最近、ODの若者は自分から居場所に参加したい意向で来る方が多い。残念ながら定着しないという難しさはある
- 依存症的な方には心理教育や自助グループを案内するが、対処法的にやっている方には、依存症という言葉を使うと病気に目がいって背景にある生きづらさに目がいかなくなってしまうので、依存症という言葉を使わないように意識している
- 「やめなさい」ということは一切言わず、困りごとについて「一緒に考えませんか」という切り口で、細く長くつながってもらおう注力している
- 死なないで欲しいという切り口では全然引かかってくれない。むしろ本人の困りごと、例えば、「バイトをクビになるのは困るから、せめて行く前は減らそう」というような、ホーム・リダクション的な話をするほうが細く長くつながってもらえる
- 思春期相談は不登校の相談が多い。ひきこもりの相談と処方薬のODの相談は、親の対応として似ているところがあるので、ひきこもりのノウハウを使っているところがある
- 医師相談は基本的に1回だけの相談なので継続相談は難しく、つなぐことに意識を置いて対応をしている。児童専門の医療機関、発達障害支援センター、ダルク、児相などの情報

提供を行う

- 新しいところをつなげるっていうタイミングでもない場合もあるので、関係を広げていくタイミングかは意識して対応する
- 関係機関もすごく忙しいので、ボンと投げてしまうと抵抗が生じてしまうかなと思うので、何をやってほしいかを具体的に説明する
- センターへの来所以外にも対応できる外部の機関を確保する
- 依存症という言葉を使わないように意識して対応
- 依存症に関してはSMARPPの集まりを年間19回実施している。10代の18歳以上の方であれば、SMARPPに案内して継続的なフォローアップをしている

(4) 相談対応にあたって連携する機関

- 資源は少ない
- ダルクとナルコティクス アノニマス(NA)、女性支援している方々、薬物の専門医療機関2か所
- 死亡リスクもあるので、関係が途切れないようにすることと、かかりつけの精神科や学校、市町村の保健師、訪問看護師、薬剤師等身近な方々との連携、情報交換をする
- ODのうち約6割の方は何らかの精神疾患が併存しているので、精神科嘱託医の活用、精神科病院への受診調整、受診の同伴、精神科訪問看護との連携などの支援が多く、精神疾患の観点からアプローチするような形を取っている
- 家庭問題や複雑な問題を抱えているケースも多く、生活保護の担当、保健センター、女性相談、家庭児童相談室などの機関と連携している
- 10代の方の場合は学校との連携や高齢の方の場合は介護保険事業所との連携もある
- ODクラブとつながることもある
- 地域に依存症を診れる病院がないので近隣自治体の病院をご紹介する
- 処方薬であれば、精神科の病院やクリニック、訪看、就労支援事業所とも連携を取っている
- 1日の活動スケジュールに穴があると、考える時間に使うってしまうという方は多いので、日中の活動の場として、エネルギーがあれば就労も検討したり、居場所にもつなげている
- 学校との連携として、スクールカウンセラーをメンタルヘルスサポーターとして養成し、講師として学校に出向いていただき先生方に心理教育をするという子どものこころの健康づくり事業を行っている。その中のテーマとして自傷行為があって、年に数校はそのテーマを選択されるので、心理教育を行っている
- ODの捉え方は先生によって差があり、範疇外と思っている方もいる
- 各保健所の圏域の中で、それぞれの救急病院とは連携しているが、ODを含む自殺未遂をした人について、居住圏域内の市町や保健所へ情報提供することでつながるところがあるが、若者の女性はそこに同意を得られにくい実態がある

- センターとしては、今後薬剤師会と連携を取りたい。薬局の薬剤師からどうつながれるかは検討が必要だが、何かできればなどは思っている
- 医療機関につなげたり、保健所から情報をもらったり、逆に保健所に情報を聞いたり 18 歳未満だと児童相談所から連絡をもらったり、連絡したりが多い
- 今年 5 月に関係部局からセンターに電話が入り、ODの搬送人員がすごく増えているという実情があり、X(旧ツイッター)でPRしたいので、どこに相談したらよいのかも併せて紹介したいと連絡があり、関係部局とODのことでつながりを持てた
- 今年の依存症対策の目標に救急医療との連携を掲げ、依存症の連携会議を 11 月に開催した。その中で市の依存症治療拠点機関の病院も精神科だけではなく身体科や救急医療とつながることが必要と考えている。救急の現場で働く方々が持つ依存症の問題を抱えた方との関わりの中での困りごとや問題点を調べたいとの意向があり、関係部局にアンケートを取った
- その結果は、救急隊員のエキスパートの方 5 名の回答で、依存症の問題を抱えた方との関わりの中での困りごとや問題点として、本人との関係構築が難しい、かかりつけの精神医療機関に断られる、支援体制が整っていない、搬送先の調整が難しいということが挙げられた
- 必要なネットワークとしては、孤立させないこと、自損行為防止のための支援制度、病院搬送後の支援体制、かかりつけ医療機関としての責任、かかりつけ病院の受入が不能であった場合のバックアップ体制の構築、精神的ケア面での後方支援の充実の 6 点が挙げられた
- 現在、同じ内容で市内の二次救急医療機関にもアンケート調査を実施している
- 基本的には医療機関が多いが、継続的にフォローができる児童相談所、保健所との連携を構築していく必要は認識している
- 自殺リスクが高いケースの方に関しては、伴走型の支援ができる機関につなぐことを重視している
- 警察・消防で自殺のハイリスクの方がいたら、伴走型の支援ができる機関として本庁の障害福祉課の方で寄り添い相談支援センターを委託する形で立ち上げており、相談機関や医療機関にお願いするか、もしくは保健所、保健センターにつなぐ
- 大学の事業として自殺未遂者支援連携協議会がある。そこでは自殺未遂者が地域で円滑に継続的なケアができる体制の整備を目指して、救急、精神医療機関、保健、医療、福祉、消防関係など関係機関がネットワークの構築に取り組んでいる。当センターも参加している
- 日頃の連携会議としては、固くないざっくばらんに話し合える、思いを吐露できる会を色々なところでやっている
- 専門的な知識がある医師が不在なので色々なところから医師にサポートしてもらっている状況
- 依存症については、拠点病院の先生が、センターの依存症の専門的な顧問
- 拠点病院の先生がセンターで月 2 回、依存症の専門相談を受けてくださっている

- 最近スクールソーシャルワーカーが相談を受けて、センターつなぐとことも増えている。助言をするなど対応している
 - ODや依存症全般の夜間救急は拠点病院が独自で夜間専用ダイヤルを作っていて、対応に困ったケースがあったら電話できるシステムがある。他の一般病院だと説教をされて終わるパターンが多いと聞いている
 - 公立病院、民間病院協会、医師会を含めて、相談ダイヤルの周知啓発に協力をいただいている
 - 市内の自殺対策連携会議の中に教育委員会もメンバーに入っているの、家族・本人に届くような形で周知の方をお願いしている
 - 定例の自殺対策連携会議を実務者レベルで始めている。一番頻度が高い病院は月に1回、病院に出向いて情報交換してつないでもらうなど具体的な話をしている
 - 精神保健センターでの研修にSSWに参加していただき顔見知りになる機会を増やしている
 - 相談ダイヤルの精神保健（依存症と思春期）のラインと自殺予防対策のラインで連携してOD相談対応している。思春期専門医師相談の児童精神科医と依存症専門医師相談の精神科医に見ていただいてマニュアルを作成し、統一して対応を進めている
- 救急の先生に自殺対策の委員に入っている。一部の医療機関ではODで救急外来患者の帰宅・退院時にOD相談ダイヤルチラシを渡していただいたり、院内の掲示板にODの相談ダイヤルを掲載していただいたりしている
- 平成30年から教育委員会と自殺予防教育を進めてきた関係で、学校との連携は比較的とりやすい
 - 児童専門の医療機関、発達障害支援センター、ダルク、児相、市販薬の当事者がいる大学などがある
 - 教育部門では中学、高校、保護観察所と連携をとることもある
 - 6区それぞれにある保健福祉センターの健康課は市民の相談の窓口になっている。そこから薬物乱用やODの問題を吸い上げて、センターと連携しながら取り組んでいる
 - 情報共有の際には、必ず発信する方、もらう方双方から同意書を得た上で連携する情報伝える時には、必ず発信する方、もらう方、両方2枚同意書を書いていただいた上で連携するようにしている
 - 教育委員会とは自殺予防教育との関係から連携している
 - 保健福祉センターが住民の相談の窓口であり、そこから薬物乱用、オーバードーズの問題がセンターの方に吸い上げられている、そちらと連携しながら取り組んでいる

(5) 保健所との連携について

- 保健所は受け身である。最近やっと協議会のテーマを依存症にしたいという話や事例検討に来てほしいという話はあるが、ケースを共有して一緒に動くことはない。保健所のスタッフを育てるところには至っていないので、諦めずに専門相談員を派遣する提案をしている
- 保健所とは一緒に研修をすることはあるが、依存症の相談は依存症の拠点の精神保健福祉センターへという形である
- 県は東から西まで片道2時間以上かかるところもある中で、医療機関はあまり対応してくれないので、センターに直接的な支援がたくさん入ってくる。面積が広くて規模の小さい県の特徴と思うが苦勞している
- 身近なところ相談を聞く人たちがもっといとよい
- 市は政令市なので、保健所にあたるのは保健センターである。各区の保健センターに精神相談員が配置されていて精神保健全般を担っている。その中で依存や広く心の健康相談を受けているし、我々もそこに配置されることもあって、くるくと回っている。したがって、直接顔の見える関係ができていますので、地域の病院や関係機関の状況を聞いたり、つないでもらったりしやすい
- また、各区の保健センターに精神保健福祉士1名から4名配置されているので、私たちもそこにいることがあり、連携は取りやすい
- 障害保健福祉課が保健所になり、現状はあまりうまくは連携できていない
- どちらかというとなら保健所の方から、依存であればセンターを紹介されてきて、センターで長く関わることが多い
- 保健所にケース会議の音頭をとってもらったり、支援者を調整していただくところで協力してもらったところはあるので、何をしてほしいかを具体的に説明することで、その役割を担ってもらうことはできていると思っています

(6) 救急における身体科・精神科の連携について

- ODで身体科に運ばれた方が精神科に確実につながる仕組みができるとよいと思うが、精神科の病棟が少ないせいか、「それは身体科で」「いやそれは精神科で」と身体科と精神科の軋轢が激しく、どうしたらうまく連携できるか保健所が苦慮している現状がある
- 救急医療の現場は精神科の自傷行為に対してとてもネガティブな印象を持っている
- なんとか精神科につなげたい先生はいるけれども、精神科に行ったとしても、後でセンターに相談に来た時には、ほぼ精神科にはつながっていない人が多い
- 1回は行くけれどもなかなか継続してつながらないところはある
- 関係部局へのアンケートからで病院側の意見ではないが、搬送を調整するにあたって、軽微な外傷、例えばリストカットなど、精神科で処置できるのではと思っても、精神科としては身体科でのお墨付きが欲しいということであるし、その逆もなくはないということ

である

- 大学病院が厚労省の自殺未遂者支援拠点医療機関になっている。その事業の関係で、救急病院との連携は結構進めていて、ODの説明なども救急病院にされていて、一応未遂者に関しては精神科の方で受ける。ただ同意を得る必要があり、そこにハードルがあることと、次に出す時、どこも取ってくれないという問題が出てきている
- 昔から県の方でも救急の連携会議がある。身体科と救急の先生がメインで、ODの討議をすることはある
- 最近では、大学が自殺未遂者のことで救急との連携、あるいは消防とネットワークを作っているところなので、理解が深まってきている印象がある
- 救急の現場では総合病院の方で運ばれて精神科がコンサルテーションで関わる。内科的に問題がなければ、入院させる必要はないと言う先生方が結構いて、精神科的にも軽症、内科的にも軽症でストレッチャーの上で点滴だけ受けて帰るケースが非常に多いと聞いている
- リストカットやODの夜間対応は救急の先生で、夜間に精神科医を煩わせることはない。救急医療現場における医療従事者が陰性感情を持っていると感じる

(7) 効果的と思うこと

- 本人は自分を大事にできなくて苦しいので、「自分を大事にしてね」というより、今まで1人で抱えて言いづらかったことなどを想像し、共感をもって伝えるようにしている
- 家族も本人も結構傷ついてきた経験が多いので、新しいところへつなげるというより、まずは今センターとのつながりを大切にすること
- 色々な関係機関と連携しながら対応する、色々な角度からアプローチを考えること
- 自殺対策という観点で言うと、ゲートキーパー研修の中でODをする人の心理状態や背景を伝え、意識を持って見てもらえるようにする
- 人に対する不信感を持っている方が多いので、色々な活動に参加してもらおう中で、ちゃんと良い人に出会ってもらおう環境調整をする。今までのコミュニティの枠組みを変えていくというところは効果的と思う
- ODの子たちのしんどさを最も理解できるのは、過去にそういった経験のあるピアだと思う。ODのピアがいれば、かなり相談につながりやすいと思うが、現実的に可能なのかどうかはわからない
- 個別の面談や家族教室を通して家族の対応が変化していくと、本人にとって家庭が居やすい場所になり、別の対処法が取れるようになり、乱用度合いが軽減していく。家族は病院に受診させればなんとかなると考えている場合が多いので、面談の中でそれを家族にいかにつなげられるかが重要
- 本人と関係性が悪い家族は、本人に対する怒りや焦り不安が大きいので、気持ちを処理するために家族教室や自助グループなどつなぐことは大事

- 本人、特に若者とのつながりは難しいが、怒られないで報告できる居場所をつくるために、味方かもしれないと思える対応、責めない対応、強固に指示しない対応が大事
- センターだけの対応には限りがあるので、地域で対応できる支援者を育てていくことが大事と考える。センターと拠点病院、ダルクと連携して、ODや若者の生きづらさの問題に理解がある支援者を養成するためのイベントを開催した
- 保健所には保健師、薬剤師、専門職がいるのでODの相談を受けられるとよいと思っている。保健所の方にイベントに積極的に来ていただき、一般県民の方、地域の方にも周知し、普及啓発も兼ねてイベントを実施した。結果として知識が少し広まったと感じる
- ハーム・リダクション的な関わりをかなり重視することにより、本人と継続的なつながりができる
- 教育関係の方ニーズが高く、今年度から子どもたちの自殺予防教育と別枠で先生たちに自傷の基礎知識、ODに関する研修を始めた。先生方に自傷を目撃した時の声かけや、子どもの反応の背景には何があるだろうかというグループワークの時間を結構取るようにしたところ、非常に反応がよく手応えがあった
- ゲートキーパー養成講座でODのスキルを学ぶ取り組みを行っている。年4回のうち2回を教職員向けに実施し、学校と連携している。研修に参加した先生からODの相談を受けられることがある・
- 家族の対応が変化して家庭が居やすい場所になれば、処方薬や市販薬で自分を傷つけなくなることを、家族に伝える
- 家族が気持ちを処理する場として、家族教室などで家族がつながる
- 児相と連携するケースは、知的に低かったり発達の違いが、生きづらさや劣等感、辛さにつながっているケースや療育手帳を絡めるケースなど、虐待対応じゃない発達支援ベースの場合もある。療育手帳を取得すると教育だけではなく、放課後デイやグループホームなどにもつなげることがある

(8) 困りごと

- 市販薬、処方薬にそれほど詳しくない
- 精神、障害等色々な訪問看護師がいる中で、市販薬、処方薬飲みすぎましたとなったら、困った行動する人みたいな感じで捉えられがちで、看護師の立場も汲みながら連携することが難しい
- 入院しても未遂等困った行動をしたり、治療方針どおり進まなかったりするので精神科医療機関との連携も難しい
- ODで単科の精神科に救急搬送されると身体科へ回され、身体科は「何回も来ないで」という感じになり、地域の訪問看護師も何回もという空気になり悪循環となり、フォローしなければならぬところが増えていく
- 少しでもわかってくれる支援者で仲間を作っていくことを意識し工夫をしている

- 違法薬物と支援が全く同じでないところに難しさを感じており、スタッフも経験や技術、知識が足りず、そういった情報がほしい。薬の名前や説明等の情報一覧もよいと思う
- 夜間に飲む人が多く、土日や夜間の対応がどうしてもできないところに困っている
- 処方薬、市販薬の入手ルートを止めることが難しく、特に内科の先生と共通認識を持ちにくい
- 依存症オンライン講演会の周知を教育委員会に依頼をしたところ、子どもたちにとって刺激になる、どこかの学校で何かあったと勘繰られるとの理由で断られた。10代の子が多い中で学校への周知が難しい
- 学校からどう対応したらよいかを知りたいというニーズは多く、今年度国立精研の先生に市販薬依存の背景について、認定看護師に若者の背景やそういった辛さを紛らわすための対処行動的なODであるという研修を若者に関わっているような支援者向けに実施した
- 学校と市の所管課へ相談はあるが、そこから保健所やヘルス分野への連携は難しい
- センターと保健所は連携がとれているが、保健所でのケース対応はスキルの的に難しい
- 家族が市販薬依存の行動に着目しすぎるあまり、入院させてほしいというニーズが非常に高く、しんどさに寄り添いましょうという話をすると、遠回りの助言と感じられてしまう。特に両親が多く、そういうところも難しいと思う
- 当事者がなかなか来ない。世間で騒がれている割には相談件数が少ないと思う。X(旧ツイッター)に告知を投稿してもあまり効果を感じない
- 相談件数自体が少なく、逆にギャンブルの依存症がすごく多い。そのあたりの分析ができていないことが課題である
- そこが明らかになれば、普及啓発のターゲットが明確になってくると思う
- よくも悪くも相談が精神保健福祉センターに一極集中する
- 地域の機関自身で受けてほしいと思う内容も相談が流れてくるので難しいと感じている
- 10代や20代30代の女性も本人が何回か来所したケースがあるが、親から言われて来た、仕事をしているなどで月1回半年ぐらいつながる程度でフェードアウトしてしまうことが多い。家族はつながるが、本人が継続でつながることは非常に難しい
- ODと自傷や自殺対策、薬物乱用防止とオーバーラップするので、学校の先生は混乱しやすい
- 児童相談所につながるケースは、親も境界知能だったり、何らかの精神疾患を持っていて、親自体がODしてしまう場合があり、それに対してどう取り組むかが難しい
- 児童相談所につながっている子がODを繰り返しているケースや親自体がODをするケースなどがあり、児相の職員へのOD研修をどのようにすればよいかが課題である
- 児相の困りごととして、家庭内の養育調整が必要ないケースまでは振らないでほしいと思っている
- 児相では、精神科の医師の見立や助言等力を借りたいと思うケースがたくさんあるが、ベースの数が少ない。嘱託医も受け持ち患者が多く、予約も待たされるなど
- 違法薬物と支援が全く同じではないということが難しい
- 専門相談でセンターに相談が流れてくる

- 市販薬を使ってしまうのを、別の方法に変えた方がいいと思ってもらう動機づけ面接は非常に大事だが、技術的に学んでも信頼関係がないと難しい
- 一時保護の場合は、子どもはODできない環境になるが実生活との兼ね合いは難しくなる
- 「ダメ。ゼツタイ。」ODみたいなイメージを持っている先生もおり、薬物乱用防止教育自体を見直した方がいいと思うこともある
- 親に何らかの精神疾患がある、お母さんがODをしているなどについて、児相は対応が難しく、それをセンターに相談しようというところまで行かないのが課題
- 「ダメ。ゼツタイ。」という形ではない対応でというのが、学校現場には浸透していかない

(9) 必要だと思う情報や資源等

- センターの職員として客観的に話ができるように、薬の名前や写真も含めた錠剤の形状、説明等の情報が一覧表になったものがあるとよい
- 自助グループでオープンミーティングをしているところもあるが、クローズのところはリアルなところがわからないので勧めにくい。情報をどのような得ればよいか難しい
- 他センターの実践や状況を知ることに取り入れたいことがいくつかあった。このインタビューも資源の1つである
- 医療機関との取り組み、医療的な関わりをもっと知りたい
- ODを防ぐための取り組みとして、薬局、薬剤師との連携があったらいいと思う
- 夜間のLINE相談、24時間の電話相談、夜間の安全な居場所があるといいと思う
- 信頼関係の構築、しんどい時に市販薬を別の方法に変えた方がいいと思ってもらう動機づけ面接が非常に大事と思う
- 技術的に学んでも、若者は本当に自分の味方かを観察し、敏感に雰囲気を感じており、やはり若者自身の背景やしんどきにしっかりと寄り添っていることが見えないと信頼関係の構築は難しい。若者の置かれている背景やその子自体に興味をもつことが支援の一步であることを支援者や周りの人たちに広めていくことが必要と思う
- どうしても精神保健福祉センターは本人が来て相談をする、グループに参加することがメインになる。「体調が悪い」「いけません」が続く本人にとって安心できる居場所ではなくってしまう。いざとなれば入所できるダルク、いざという時に入院できる病院、訪問で対応できる訪問看護など、本人にとってつながりやすい、色々な資源を検討していく必要を感じる
- 家族はODについて色々調べているが、ODに対応可能な精神科、医療機関のリストがあると家族の安心につながると思う
- ODで救急搬送された方が、まずは身体科に運ばれて、その方が確実に精神科につながるような仕組みや精神科からこぼれてしまった方については、センターに情報が入るネットワーク、あるいは仕組みがあれば、取りこぼされる方が少なくなると思う
- 医療体制の整備という根本的な話になってくるので、医師会の力も必要で難しいとは思

ている

- やはり違法か違法じゃないかで同じグループの中で割れてしまい難しいところがある。若者の市販薬、処方薬、ODという属性専門のグループがオンラインでもあるとよいと思う
- 薬物問題がある方のグループは参加者が若者ではなかったりするし、地域の若者のグループでは薬物の話がしにくかったりする。若者でかつ薬物のことを正直に話せる、ピタッとはまる居場所、資源があるとよい
- 市販薬とか処方薬についてのリーフレットがあれば、親や本人に伝えやすいと思う。本人向けと一般向けの2種類あるとよい
- 教育の現場で市販薬乱用する本人・家族にどう対応したらいいかわからないという声があり、出前講座での具体的な対応方法は非常に勉強になるというアンケート結果がある
- ODのケースの子は、学校にも居場所がなくて、お家でも何かこうじっくりいっていないような子たちなので、サードスペース・居場所があるとよいと思う。そういう情報の必要を感じている
- ODはクラスに1人ぐらいの割合でいるので、学校の関係者の方にODを知ってもらう取り組みが必要
- 夜間の居場所はどこでもいいわけではなく、安全が守られ保障される、支援者が中に入っているなど、そういう場があればいい
- 継続フォローができる児童相談所、保健所、保健センターの連携は、今後構築していけないといけない
- 電話相談を受ける時に、その薬にはこういう危険があるということを一般論的なレベルで説明できる情報があると非常に心強い

(10) 相談勧奨のための取り組み

- 年に3~4回の中高の薬物乱用防止教室では、違法薬物だけではなく、自傷行為から市販薬・処方薬、ネットやゲームも含めて話をしている
- 「ダメ。ゼッタイ。」だけではうまくいかないというスタンスで、爪噛み、ピアス、タトゥーという自分なりにやっていることを全部網羅して話をするようにしている
- アディクションフォーラムを年1回開催
- 年3回、依存症全般の取組みに関して関係機関、医療機関や訪問看護師、自助グループ、民間の団体に集まってもらっている。そこでODの話もある
- 教育委員会の各部署と学校における若年層への普及啓発、正しい知識を届けることに取り組んでいる
- まず専門相談に来てほしいというところで、学校の先生や保護士、より身近なところにアンテナを張る工夫をしていて効果が上がってきている
- 薬物依存に関するオンライン講演会を実施したところ、講演会に参加した当事者が個別相談につながった

- チラシを作って相談へということは強くしていない。研修の案内を広くしている状況
- 処方薬、市販薬を大きく謳った依存症の家族教室を実施する。自治体のX(旧ツイッター)で告知している段階
- 処方薬、市販薬のODについて、パンフレット作成し住民に頒布し、処方薬・市販薬の相談受けている機関であることを周知している
- 長年力を入れていることとして、依存症治療拠点機関の病院の協力のもと、身体科や救急という地域の支援者の方に向けて、依存症がどんなものかを知ってもらう研修を実施している
- 5月6月ぐらいに関係部局のX(旧ツイッター)に投稿したが、そこからODの方の相談があったり、それを見て電話してきたという方は、残念ながらいない
- ODをして運ばれるのは身体科の救急病院なので、そこで配るチラシを作成。「STOP OD」「ダメ。ゼッタイ。」ではなく相談ベースで「お話聞きます」という感じで、伝えたいことが理解してもらえたのではと、前向きに感じている
- ODの相談を受けられる機関リストの作成
- 普及啓発として、県全体の公式X(旧ツイッター)を使って発信していく
- 出前講座を実施している。高校や専門学校、大学から依頼をいただきネットゲームや市販薬、若者の依存症について話をしに行ったとき、相談の周知もしている
- 一般的に多くの方に知ってもらえるような取り組みが今はできていない
- 自殺の分野と思春期と依存症の分野で、それぞれXとInstagramの方でやっているが、特にODに関する部分に関しては、そこから連絡が来るといったことはない
- 色々取り組んでいるが、相談に結びついていないところをみると、ほしい情報ではないのかもしれない
- 地域の支援者と事例検討
- 講演会の時にチラシを配るとか、各公的な施設に貼り紙をすとか、市政だよりで案内をするなど、地道な相談勧奨、情報提供を実施している。できるだけ絶やさないようにしたいと考えている

全国精神保健福祉センターにおける各種依存症対応プログラムの
実施状況など活動状況の調査 インタビュー調査 報告書

発行：令和7年3月

令和6年度依存症に関する調査研究事業

薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究（事業担当者 藤城聡）