

依存症からの回復を支援するために必要な専門性とは何か？ —SBIRTS に対する批判的検討—

安高真弓*

What expertise is necessary to support recovery from addiction? — Critical Review of “SBIRTS” —

Mayumi ATAKA

要旨

本論文は、物質使用障害対策の簡易介入法である SBIRT および SBIRT を援用して取り組まれている「SBIRTS」を取り上げ、「SBIRTS」の取り組みにおけるセルフヘルプ・グループとの関係性、相談援助を行ううえで専門職に求められる専門性と専門的知識について論じることを目的とした。(1)「SBIRTS」の効果検証の内容は適切か、(2)紹介される「自助グループ」が、断酒会に限定されることの是非、(3)ギャンブル障害への適応の有無について、先行研究論文等を参考にそれぞれ確認・検証した。結論として(1)効果検証のためのアウトカムは、断酒会への新入会率だけでなくアルコール依存症の治療に寄与する医学的な指標を加える必要がある、(2)紹介される「自助グループ」に偏りがあるのは問題である、(3)ギャンブル障害への適応の可能性は確認できない、の三点が確認された。結果をふまえて、必要とされる専門性について考察した。

【キーワード：依存症，SBIRT，SBIRTS，セルフヘルプ・グループ，専門的知識】

はじめに

本論文では、物質使用障害対策の簡易介入法として国際的に展開されている SBIRT (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment、以下 SBIRT)、この SBIRT を援用する形で日本型として取り組みが展開されている「SBIRTS」(下線太字は筆者が加筆。SBIRT との混同を避けるため「」を付す)を取り上げ、日本での「SBIRTS」の取り組みにおけるセルフヘルプ・グループとの関係性、相談援助を行ううえでの専門職に求められる専門性と専門的知識について論じることを目的とする。

用語の定義

本論文で使用されている語と定義は以下の通りである。

(1)「依存問題」とは、のめり込むことで何らか

の生活課題が生じ、治療や援助を必要とする状態を指すものとする。医療機関における診断がない場合も含む¹。

- (2)「ギャンプリング」とは、「物やお金など価値あるものを賭ける行為」またはそのような行為を商業化したもの。
- (3)「ギャンブル障害」とは、米国精神医学会 (APA) の精神疾患の診断分類 DSM-5-TR に記載されている「Gambling Disorder」(APA2023: 642)¹⁾と同義とする。日本では、ギャンブル等依存症対策基本法によって国際的診断基準にはない「ギャンブル等依存症」という用語が使用されているが、法に則って記載されている場合のみ「」を付して記述し、医学的診断がある場合は「ギャンブル障害」と記述する。それ以外は「ギャンブル依存問題」とする。

*島根大学人間科学部

¹「依存症」と同義であるが、医療の介入の有無を要件としない場合を含むため、「依存問題」とする。

これまでの依存問題対策の経過

人が何かにのめり込み、それがもとでさまざまな生活課題が生じることは、公衆衛生、精神保健の課題として広く知られている。「のめり込む」対象は、アルコールや薬物といった物質、賭けごとやゲームといった行為（ギャンブリング）やプロセスと広範にわたる。

のめり込む物質のうち、最も自他への害が大きいのはアルコールである（Nutt et al. 2010）²⁾。日本では、のめり込む対象ごとに法律が策定、あるいは適用されてきた（安高 2026）³⁾。2013年にアルコール健康障害対策基本法として施行されたのが、対策の第一歩である。国際的な診断基準では、アルコールも薬物も物質として対策が立てられているが、日本ではアルコールと薬物は対策も法律も別立てとなっている。薬物依存については、1998年以降薬物乱用防止五か年戦略が5年ごとに策定され、2023年には第六次薬物乱用防止五か年戦略まで引き継がれているほか、2016年に施行された薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律、再犯防止推進法（薬物に関連する類型のみ）の2法が適用されている。

アルコールや薬物といった物質に対する依存問題が法的に整備されるには、さまざまな経過があり、時間がかかった。反してギャンブリングについては、統合型リゾート（Integrated Resort：IR）の設立を推進する「特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律」が異例ともいえる速さで2016年12月に公布・施行された。それに伴って依存対策が必要とされたことから、2018年にギャンブル等依存症対策基本法が施行された。

依存問題に関する法律や対策が整備されたことで各根拠法に基づいた基本計画が定期的に（3～5年ごとを目安）に作成され、都道府県や市町村によって具体的な対策が検討、実施されるに至っている²⁾。

依存症の回復支援には、伝統的に当事者の体験談、セルフヘルプ・グループ（以下、SHG）や回復施設を中心とする「当事者活動」の強みが強調されてきた（依存の問題の支援に携わる人たちの勉強会 2025）⁴⁾。その傾向は、精神保健福祉センターや医療機関で行われている相談や家族教室等の実践、各推進計画においても同様である。

アルコール問題への介入の枠組み

依存対策への取り組みが実施されるうえで、先

に述べた基本計画や情報提供において、SHGが「相談先」として一覧に組み込まれたり、相談に行った拠点相談機関からSHGに「相談」するよう紹介されたりする事例が散見されることが指摘されている。

依存問題については、2017年に「依存症対策総合支援事業実施要綱」が定められ、都道府県、指定都市に実施を呼びかける文書が発出されたことで本格的に動き出したと言えるだろう。本稿で取り上げるSBIRTは、米国薬物乱用精神保健管理局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 以下、SAMHSA）によって、危険なアルコール・薬物使用のある個人に対する早期介入の提供および物質使用障害を有する者に対する、より集中的な物質乱用治療への適時な紹介を目的とした、包括的かつ統合的な公衆衛生アプローチとして定義されている介入の枠組みである（SAMHSA2011）⁵⁾。SBIRTの構成要素は、図1に示すとおりである（図1）。国際的な研究の動向としては、PubMedを検索した結果、2007年に救急外来にSBIRTを組み込むための基礎と必要性について検討する論文が発表されたのが初出である（Vaca, & Winn. 2007）⁶⁾。以降、実証研究を重ねながら次々と論文が発表され、英語で発表された論文は2025年12月末日までに793編に上る。そのうち、エビデンスレベルが高いとされるシステムティック・レビューは12編あり、さまざまな研究で効果検証が行われている。

日本では、医中誌Webの検索によると、会議録や特集で言葉のみが登場し内容の記述がないものを除くと、2013年に日本アルコール・薬物医学会雑誌に掲載された猪野・長による「SBIRTの意義と普及への対策」というタイトルの総説論文が初出である（猪野・長 2013）⁷⁾。初出論文の発表以降、2020年までの間に18編ほどが発表されている。そのうち15編は解説であり、原著論文3編は医療機関や一般企業での実証研究であった。

問題の所在（素朴な疑問）

依存対策の法制化の整備状況の概観、アルコール対策の近年の重点課題となっている介入の取り組みについて整理したところで、素朴な疑問が湧いた。注目したいのは、日本独自の枠組みである「SBIRTS」の登場である。図1にSBIRTの構成要素を示したが、「SBIRTS」は、SBIRTの最後に自助グループへの紹介（and Self-help groups）を加え医療者が普遍的に行うべき「一連の治療課程」として提示されたものである（猪野・吉本ら 2018）⁸⁾。

²⁾ 感染症流行による計画の遅れはある。

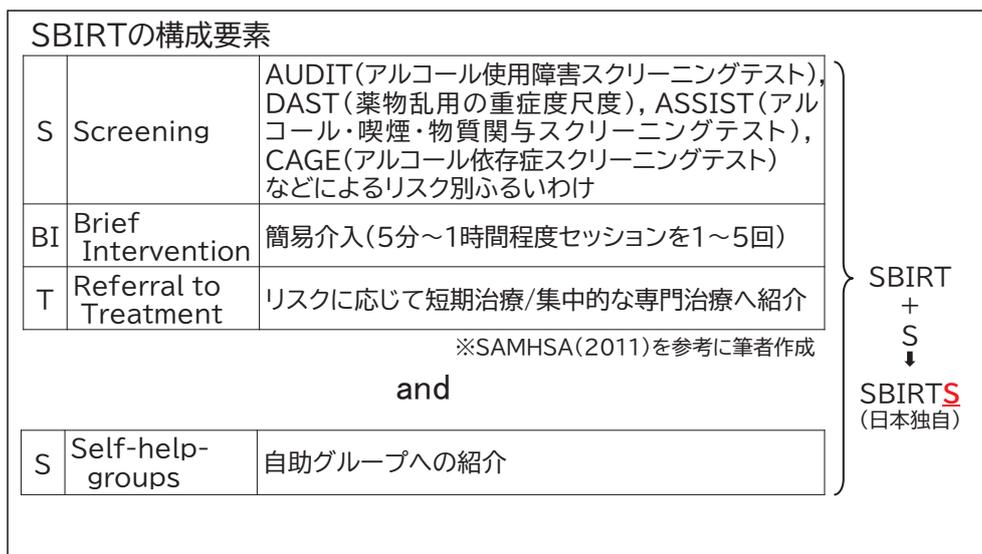


図1 SBIRTの構成要素と「SBIRTS」 ※筆者作成

素朴な疑問は、次の3点である。

- (1) 「SBIRTS」の効果検証の内容は適切か。
- (2) 紹介される「自助グループ」(Self-help groups)が、断酒会に限定される是非。
- (3) ギャンブル障害への適応の有無。

素朴な疑問の整理と検証

前項で挙げた問題の所在(素朴な疑問)について、以下に、一つずつ整理してみたい。

(1) 「SBIRTS」の効果検証の内容は適切か。

「SBIRTS」のモデルであるSBIRTについて、SAMHSAは「危険な薬物使用を減少させる効果に関するエビデンスは有望ではあるものの蓄積中である」としたうえで、「危険な飲酒を減少させる効果については相当数の研究がある」と述べている(SAMHSA 2011)⁵⁾。そのほか、前述の通り、SBIRT開発後はランダム化比較試験(以下、RCT)が行われ、介入のエビデンスが確認されている。12編のシステマティック・レビューの結果を見てみると、青少年を対象とした介入では、緊急時の傷害あるいはSBIRTの介入プロセスが保護効果を持つことが示唆された(Yuma-Guerrero et al. 2012)⁹⁾というレビューが発表されたのが2012年、救急外来における介入によってリスクのある飲酒の減少に短期的な効果があるという結果が導き出されたのが2017年9月(Barataet al.2017)¹⁰⁾である。これらの結果を受けて、日本でSBIRTの取り組みが始まったことはエビデンスに基づく実践という点において、何

ら疑問はない。

日本でのSBIRTの初出論文の筆頭執筆者である猪野らが、2015年に日本独自の展開である「SBIRTS」への取り組みを始めている。その結果は「「SBIRTS」と呼称して取り組む」という副題がついた論文にまとめられ2018年に発表されている。当該論文によると、2013年から2016年末日までの4年間にAクリニックを受診し、ICD-10によりアルコール依存症と診断された患者を調査対象として(除外基準あり)、「SBIRTS」未実施期(前半2年間)と実施期(後半2年間)の2群に分け、断酒会への新入会数をアウトカムとして前後比較することで分析し、実施期には有意に新入会者が増えたという。確かに論文の主タイトルは「アルコール依存症者を専門外来から断酒会へ繋げる試みと効果検証」であるので、断酒会への新入会者数はアウトカム指標となりうる。しかし、サブタイトルで「「SBIRTS」と呼称する」と宣言するのであれば、ヒントを得たおもとのSBIRTにならい、効果のアウトカムは、治療につながった後の依存行動・症状(飲酒による問題行動等)の減少やその他健康状態の改善ではあるまいか。

また、上記の論文で紹介されている海外の「SBIRTS」として紹介されている論文の原典にあたってみたが、いずれの論文にもSBIRTという単語は登場しておらず、正確には12ステップグループ(ここではAlcoholics Anonymous(以下、AA))を紹介するTwelve-Step Facilitation(以下、TSF)³⁾であると思われる。そして指標となるアウトカムは、SHGへの参加率だけでなく

³⁾ TSFは、この大規模なランダム化比較試験であるプロジェクトマッチで実施された(臨床研究向けに開発された最初のTSFとされる)(Recovery Research Institute: RRI)¹¹⁾。

アルコールや薬物使用の状況（禁酒あるいは薬物使用の中断）であった。「SBIRTS」と称するならば、断酒会への新入会率に加えて、禁酒あるいは健康状態など、アルコール依存症の治療に寄与する医学的な指標をアウトカムに加えることが必要であろう。

このように効果検証の方法や内容には、一考の余地があると考えられるが、猪野らの論文発表に先駆け、2017年にはASK（アルコール薬物問題市民協会）が発行している季刊「ビィ」Be! 127号に「こんな手応えは初めて！ アルコール専門医が驚くSBIRTSの威力」というタイトルで特集が組まれた（ASK2017：68-72）¹²。さらに、アルコール健康障害対策推進基本計画（第二期）（以下、推進基本計画）にも「連携体制（SBIRTS）の構築推進」が明記され（内閣府2021：23）¹³、第三期計画にも盛り込まれる予定である（厚生労働省2025：8）¹⁴。法のもとに作成される推進基本計画に盛り込まれるのであれば、その効果は精査されるべきである。今後の効果検証の方法や内容について注視し、効果的な依存問題の対策となるか、エビデンスの確認と蓄積が今後の課題である。

(2) 紹介される「自助グループ」(Self-help groups) が、断酒会に限定される是非

日本のアルコールに関する自助グループと呼ばれる組織は、断酒会とAAの二つに大別される。いずれも、「言いつばなし」の「聴きつばなし」のスタイルによるミーティング（断酒会は断酒例会、AAはミーティング）を通して、断酒を目指す、あるいは飲まない生き方を手にするために自主的に集まる団体である。断酒会ホームページには、「AAの日本版をつくる機運が高まり、昭和28年（1953年）9月、禁酒同盟の中に日本で初めての断酒会として「断酒友の会」（会長・土堀内秀雄）が発足した。」とある（西暦は筆者による加筆）。その後、「（中略）AAを手本としながらも国民性に適合した、『日本的な断酒会』への性格づけが行われた。」（公益財団法人全日本断酒連盟）¹⁵。AAのアメリカ本国での発足は1935年、日本での発足は1975年である（ASK編著2002：84-85）¹⁶。

前述のように海外では、集中的に12ステップグループを紹介するプログラムや認知行動療法（CBT）と動機づけ面接/動機づけ強化療法（MI/MET）に基づいて1980年代に開発された治療法であるマトリックスモデルなど、12ス

テップグループやその他のグループ環境を紹介するプログラムが定着している。国立アルコール乱用・依存症研究所（NIAAA）の支援を受け1989年に米国で始まったプロジェクトMATCH（Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity：アルコール依存症治療と患者の多様性のマッチングの頭文字をとったもの）でも、TSF、CBT、MI/METのいずれも同等レベルの治療効果があり、治療終了3年後の断酒率はわずかではあるがTSF群が高かったという結果が示されている（Project MATCH Research Group1998）¹⁸。

科学的根拠が積み上げられているAAを自助グループとして紹介しないことには、どのような合理的な意味があるだろうか。海外で行われているTSFにおいて協力するメンバーは、AAプログラムの重要な部分である12番目のステップ⁵の実践として行っており、完全なボランティアである（Blondell et al.）¹⁹。また、AAには、運営と回復を健全に進めるための約束ごととして「12の伝統」があり、その7番目によって外部からの寄付を辞退して、完全に自立すべきであることをすべてのAAグループに伝えている。断酒会は「AAの非組織、匿名、献金制の三原則を捨て、組織化、非匿名、会費制によって運営」（ホームページの表記のママ）しており、外部からの寄付を受け入れることができる。「SBIRTS」普及のために、2018年から厚生労働省の「依存症民間団体支援事業」による助成金を得て普及のための研修会を各地で開催しており、これもまたAAが参画しにくい因の一つではあろう。

このように紹介される側の団体の方向性や方針による事情の違いはあっても、紹介する側（つまり医療者側）が紹介するSHGを選別する理由にはならないのではないだろうか（主管省庁である厚生労働省も、しかり）。特に、アルコール健康障害対策基本法を根拠法として作成される推進基本計画であるという位置づけにおける公共性、実施する公的機関での機会均等、公平性には配慮が必要であり、一団体への偏りは問題ではないだろうか。

(3) ギャンブル障害への適応の有無

(1)では、「SBIRTS」の効果検証についての疑問、今後の課題について述べた。「SBIRTS」の取り組みについて先行研究をあたっているうちに、「SBIRTS」のギャンブル障害に対する転用の有効性に関する2論文を発見した（常岡・杉沢

⁴ 当初は、AAと名乗っていたが4年で三つの異なる名称の断酒会へと変わっていった。「断酒会がAAと似ているところが多いのは、AAを参考にして作ったからではなく、当初はAAそのものだったから」という説もある（心の家路）¹⁷。

⁵ 「Step12. これらのステップを経た結果、私たちは霊的に目覚め、このメッセージをアルコールに伝え、そして私たちのすべてのことにこの原理を実行しようと努力した」（AA日本ゼネラルサービス）²²

ら2023²⁰⁾、堀川・村田ら2025²¹⁾。常岡らの論文では、ヒストリカルコホート研究による前後比較で、アウトカムはギャンブル障害の人のSHGであるGamblers Anonymous（以下、GA）への参加経験率である。堀川らの研究は活動報告で、全国ギャンブル依存症家族の会・福岡（以下、家族の会）と連携し、初診時から家族の会会員、GAあるいは公益財団法人ギャンブル依存症を考える会ギャンブル依存症当事者支援部の部員が同席し、家族の会やGAへの紹介を行うというもので、アウトカムは自助グループへの導入率であった。いずれの研究も、「SBIRTS」はギャンブル障害にも効果が認められることが示唆されていた。果たして、それは真実であろうか。

SBIRTは、アルコール、薬物といった物質使用障害の治療導入への介入ツールである。SAMHSAによってその効果が確認されていることはすでに述べたが、確認できるのはタバコを含む物質使用障害のみである。引用したSAMHSAの白書は公式ホームページからダウンロードした2011年の文書であるが、2025年ごろから同ホームページは段階的・部分的に閲覧が制限されるようになり、2026年2月1日現在では完全に閲覧不能である⁶⁾。2011年以降にSAMHSAによってギャンブル障害のSBIRTの適応が検証されたか否かは、確認することができない。

そのため、SBIRTがギャンブル障害に適応され、効果が検証されているか海外論文を探索した。論文検索サイトであるPubMedで、「SBIRT」または「Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment」と「Gambling (MeshTerm)」を条件検索したところ、ヒットした論文は2編であった。

そのうち1編は、Heinleinらが行った都市部のHIV/プライマリクリニックでギャンブル障害の基準を満たす被験者を対象に行ったギャンブルに特化したSBIRTの、パイロット事業としての実現の可能性を検証する研究であった。アウトカムはギャンブル障害の診断基準における該当項目の減少、ギャンブル日数、支出金額等で評価された。結果として、ギャンブルに特化したSBIRTは実施可能であり参加者にも受け入れられ、アウトカム指標は1ヶ月後の追跡調査で減少した。介入の有効性を評価するためのRCTの実施が、次のステップとして推奨されることが示唆されたという結論であった(Heinlein et al 2022)²³⁾。

もう1編は、Wrightらによるギャンブルの害に対する電子媒体を通じたSBIRT (e-SBIRT)

が利用者に受け入れられるかどうかを調査する研究であった。結果として、ギャンブルの重症度スコアが高い参加者は、e-SBIRTの受容性が高く、介入後に治療を求める傾向が高かった。半構造化面接(n=7)で質的にも検討したところ研究結果は、ギャンプリングに対するe-SBIRTの受容性を支持するものであった。結論として、介入手法の改良と、ギャンブルによる害を被っている人々に対する有効性の検証には、さらなる研究が必要であると示唆された(Wright et al. 2025)²⁴⁾。

SBIRTのエビデンスが蓄積されている海外においても、ギャンブル障害への適応は試み的に行われている段階であり、効果の検証にはさらなる研究、特にRCTが必要であることが明言されている。そして、SBIRTと同じくアウトカムはどれだけ治療につながったかではなく、アウトカム指標とした診断基準の該当数の減少や、問題行動、費やされた金額であった。これらのことから、ギャンブル障害への適応があるとは、現段階では判断できないと思われる。

考察と提言

以上、素朴な疑問を整理し検証した。日本で「SBIRTS」実施するためには、効果検証として使用するアウトカムをSHGにつながったかどうかではなく、症状や問題行動の減少（治療への寄与）へと転換し、真の意味での効果検証を行うことが必要であろう。前後比較だけでなく対象群を設けたRCTが望まれるし、そのアウトカムは治療成果に置かれるべきであろう。そうした道筋を経てアルコール依存などの物質使用障害でのエビデンスを得て、そののちにギャンブル障害への試行が行われるべきだと考える。

素朴な疑問を整理したところで、ここからは、依存問題の回復支援に関して、いくつかの指摘と提言をしたい。

(1) SHGと協働するうえでの留意点

SHGとの協働を考えるうえで、専門職が留意すべき点について具体的な例を挙げておきたい。まず、第一に、ステップグループの12のステップと伝統を理解しておくことである(図2)。

12ステップグループのメンバーは、この12のステップと12の伝統(以下、12&12)に従って活動している。12ステップの1ステップは、AAの場合は「私たちはアルコールに対し無力であり、人生が手に負えなくなっていたことを認め

⁶⁾ うつ病、外傷後ストレス障害・不安障害に関しては、SBIRTの有効性に関するエビデンスは確認されていないことが文献には記してある。トランプ政権の方針によってLGBTQの記載が変更され、閲覧制限され始めたことから、最終的に全ページの閲覧制限に至ったと予測されている。

<p>■AA12のステップ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 私たちはアルコールに対し無力であり、人生が手に負えなくなっていたことを認めた。 2. 自分を越えた大きな力が、私たちを健康な心に戻してくれると信じるようになった。 3. 私たちの意志と生き方を、自分なりに理解した神の配慮にゆだねる決心をした。 4. 恐れずに、徹底して、自分自身の棚卸しを行ない、それを表に作った。 5. 神に対し、自分に対し、そしてもう一人の人に対して、自分の過ちの本質をありのままに認めた。 6. こうした性格上の欠点全部を、神に取り除いてもらう準備がすべて整った。 7. 私たちの短所を取り除いて下さいと、謙虚に神に求めた。 8. 私たちが傷つけたすべての人の表を作り、その人たち全員に進んで埋め合わせをしようとする気持ちになった。 9. その人たちやほかの人を傷つけない限り、機会あるたびに、その人たちに直接埋め合わせをした。 10. 自分自身の棚卸しを続け、間違ったときは直ちにそれを認めた。 11. 祈りと黙想を通して、自分なりに理解した神との意識的な触れ合いを深め、神の意志を知ることと、それを実践する力だけを求めた。 12. これらのステップを経た結果、私たちは霊的に目覚め、このメッセージをアルコールに伝え、そして私たちのすべてのことにこの原理を実行しようと努力した。 (AAワールドサービス社の許可のもとに再録) 	<p>■AA12の伝統</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 優先されなければならないのは、全体の福利である。個人の回復はAAの一体性にかかっている。 2. 私たちのグループの目的のための最高の権威はただ一つ、グループの良心のなかに自分を現される、愛の神である。私たちのリーダーは信頼されたしもべであって、支配はしない。 3. AAのメンバーになるために必要なことはただ一つ、飲酒をやめたいという願っだけである。 4. 各グループの主体性は、他のグループまたはAA全体に影響を及ぼす事柄を除いて、尊重されるべきである。 5. 各グループの本来の目的はただ一つ、いま苦しんでいるアルコールにメッセージを運ぶことである。 6. AAグループはどのような関連施設や外部の事業にも、その活動を支持したり、資金を提供したり、AAの名前を貸したりすべきではない。金銭や財産、名声によって、私たちがAAの本来の目的から外れてしまわないようにするためである。 7. すべてのAAグループは、外部からの寄付を辞退して、完全に自立すべきである。 8. アルコホーリクス・アノニマスは、あくまでも職業化されずアマチュアでなければならない。ただ、サービスセンターのようなところでは、業務に従事する人を雇うことができる。 9. AAそのものは決して組織化されるべきではない。だがグループやメンバーに対して直接責任を担うサービス機関や委員会を設けることはできる。 10. アルコホーリクス・アノニマスは、外部の問題に意見を持たない。したがって、AAの名前は決して公の論争では引き合いに出されない。 11. 私たちの広報活動は、宣伝よりもひきつける魅力に基づくものであり、公のレベルでの文字、音声、映像においては、私たちはつねに無名にとどまる必要がある。 12. 無名であることは、私たちの伝統全体の霊的な基礎である。それは各個人よりも原理を優先すべきことを、つねに私たちに思い起こさせるものである。 (AAワールドサービス社の許可のもとに再録)
---	--

図2 アルコホーリクス・アノニマス®「AA12のステップ」「AA12の伝統」
AA日本ゼネラルサービスの許可を得て掲載 ※図中の太字もAAに掲載されているものを忠実に再録

た。」であるが、Narcotics Anonymous (NA：薬物)の場合は「アディクションに対して無力であり～」、Gamblers Anonymous (GA：ギャンブル)の場合は「ギャンブルに対して無力であり～」と読み替えられて使用されている(下線は、いずれも筆者による)。

前述したように、伝統7によって、外部からの寄付を辞退し、自立している。長文の伝統には、「伝統7. AAメンバーは、そのメンバーによる自発的な献金だけで完全に自立すべきである。(中略)多額の贈り物や何らかの義務が生じるような寄付を受けることは賢明ではない。」とも記されている。つまり、活動は自立して行われ、助成金や寄付を外部から受け取ることはできないのである。

伝統8ではアマチュアであることが記されており、ミーティングで行われることは「相談」や「教育」でないことは、理解しておくべきだろう。

伝統10では、外部の問題に意見を持たないこと、したがって、AAの名前は決して公の論争で

は引き合いに出されないことが記されている。つまり、たとえ専門職がステップグループの12 & 12に詳しくなく、誤った関係性の持ち方をしたとしても、グループ全体の総意として意見や苦情の申し立てをすることはできないのである(「個人」の意見としては可能である)。

以下は、その例示であり、いずれもルール違反である。

＜例1＞

ミーティング会場の貸し出しの際に実名を記入した貸出申し込み簿を使用し、行政機関が主催する会議にグループ名と代表者として実名を載せ、印刷物として配布した。

〔無断使用・個人情報漏洩〕

＜例2＞

他団体の一員として実名で参加している場で、その団体員は全員が〇〇グループ(12ステップグループ)のメンバーであることを公表した⁷。

〔個人情報漏洩〕

⁷ 堀川・村田らの活動報告でも、このルール違反が確認できる。

(2) 依存問題の支援における専門性とは

本論文では「SBIRTS」を批判的に検討してきたが、もちろん断酒会をはじめとするSHGを忌避、排除することが目的ではない。経験と力と希望をわかちあい、新しい生き方を模索する営みは、非常に魅力的で、素晴らしいものである。そこには、参加する当事者だけが持ちうる「体験的知識」がある (Borkman 1976)²⁵⁾。

当事者に体験的知識があるように、専門職は受けてきた教育実践の中で身につけてきた多くの経験と知識を持っている。90年代から日本のセルフヘルプ研究を行ってきた久保は、当事者、専門職の両者は、それぞれにエキスパートで互いが情報と技術を共有することが求められると述べている。そして、対等であることが強く求められるのは、専門職であろうと明言している。また、「専門職にある者は、まず当事者の置かれている状況を深く知ろうとする努力が必要だと思えてなりません。個々の当事者は、それぞれ多様に生きていることを」とも記し、専門職がセルフヘルプ・グループや当事者と関わるときに問われるのは、関わる人の「倫理」であり、「専門職 (研究者も) は、当事者の聖域に裸足でズケズケと踏み込んではいないでしょうか」と重ねている。そして、「専門職は『本当の援助とは何か』という厳しい問いかけをされた、専門職は自己変革を求められている」と結んでいる (久保 2002)²⁶⁾。この論文は、今から四半世紀近くも前に執筆されたものであるが、現代も全く同じ問いが投げかけられているように思えてならない。

それでは、Borkman や久保のいう専門職の専門性とは、どのようなことであろうか。私案 (思案) を交え提案するのは、①「依存症」とひとくくりにしなない見方を養う、②医学モデルから社会モデルへと転換する、の2点である。順を追って説明する。

①「依存症」とひとくくりにしなない見方を養う

「依存症」という診断名や概念が先行してしまうことで、問題の背景にある大事な情報が見落とされる可能性も忘れてはならない。前述の堀川らの活動報告では、初診時から家族の会会員、GAあるいは公益財団法人ギャンブル依存症を考える会ギャンブル依存症当事者支援部の部員が同席し、家族の会やGAへの紹介を行うというものであった。同席診察前には、インテークとして生活歴・現病歴が聴取されるとのことであるが、それでもニーズの把握や診断をする初診時から家族の会や当事者が同席するという設定がされていることには、すでに「依存症」という診断名が先行もしくは決定している印象が否めない。

ソーシャルワークでは、バイステックによって

提唱された援助関係を形成する七つの原則が重視される。なかでも、7原則の一番目に挙げられている「クライアントを個人としてとらえる (個別化)」(「個別化の原則」と呼ばれる) は、依存問題を考えるうえで重要であろう。前述のICFの考え方も合致する。バイステックは、「一人ひとりのクライアントが持っている独自のニーズをそれぞれに認識し、一人ひとりのクライアントが問題解決を図るために、そのクライアントに独特な能力や資源を活用するよう援助を進まなければならない」と述べ、加えて個人として捉えられることはクライアントの権利でありニーズであると強調している (Biestek = 2006 : 33-8)²⁷⁾。もちろん、依存問題に特化した原則ではないが、「依存症」と丸めてしまう危うさを回避するために役立つ理論である。非常に原則的、初歩的なことではあるが、今一度「一人ひとり」を見る (診る、観る、看る) ことが肝要である。

②医学モデルから社会モデルへの転換

SBIRT であれ、「SBIRTS」であれ、これらの介入が導入される目的は、介入によって未治療のまま重症化する依存問題とともに生きる人やその家族が治療につながり、救済されることである (はずである)。種々の介入方法の中で、SBIRT が歓迎されるのは、費用対効果に優れている点だけでなく、①簡潔で検証済みかつ普遍的なスクリーニングツールを利用すること、②多様な医療提供者が比較的容易に習得が可能であること、③専門治療に強力で紹介・連携し、組み込むことができる、といったSBIRTの特徴によるものである。しかし、SBIRTのメリットとして「自助グループ側の協力を得られれば医療者には高い能力が求められない点も挙げられる」という意見もあり (常岡・杉沢ら 2023)²⁰⁾、SHGへの「お任せ」あるいは「丸投げ」ともいえる状況が発生することが懸念される。また、そのような事態に陥れば、依存問題の拠点治療施設や拠点相談施設によって提供されることが期待される専門的知識が、ますます後退することも考えられる。

これまで、都道府県および政令市に設置されている精神保健福祉センターや地域の保健所等では依存問題に関する相談や講演などの取り組みが行われてきたが、これらの公的機関では3年から5年程度スパンで担当者が異動したり入れ替わったりすることが多く、専門的知識の蓄積はそれぞれの機関や個人の力量に左右される側面が否めない。また、地域によっては、公的機関が直接サービスをやめて後方支援のみを行うよう方針転換した地方自治体もあり、ますます細やかな支援は難しくなっている。辻本は、自助グループの効果について「孤独から回復し、再度社会参加・社

回復可能という希望を持つことができる。(中略)断酒後も、誤った人間関係を修復し自己肯定感を取り戻すこと(中略)、価値観や人生観を変えてスピリチュアルに回復することは医療が立ち入れない領域である」と指摘している。ここで考えたいのは、医療ですべてを完結させることを手放し、当事者が帰っていく地域社会での細く長い支援を考える必要があるということである。これは、いわば悪いところ(疾病)を見つけ、リハビリテーションを行い、治す(治療)という「医学モデル」から、ありのままの当事者を見つめ、そのストレングスに着目し、地域生活での活動への参加の機会を増やす「社会モデル」への転換が求められているということではないか(図3)。

社会モデルは、WHO(World Health Organization:世界保健機関)の総会で採択されたICF(International Classification of Functioning, Disability and Health:国際生活機能分類、以下ICF)を基本とする。ICFは、『『生きることの全体像』』についての『共通言語』』であり、生活機能の3レベル(「心身機能・構造」:心身の働き、「活動」:生活行為、「参加」:家庭・社会への関与・役割)が相互に影響を与え合い、また「健康状態」・「環境因子」「個人因子」からも影響を受ける。「生きることの全体像」は、人間全体をみること、個別性をとらえる、サービスの効果も全体的にとらえることとされている(大川2006)²⁸⁾。

「医療者には高い能力が求められない」のではなく、医療でしかできないことを限定的、先鋭化して実施することが求められるということではないか。アルコールや薬物といった物質依存であるか、行為やプロセスへの依存であるかによって、その背景にある問題は変わってくるが、依存問題の背景には、統合失調症や躁うつ病などの精神障害、事件、事故、DV、虐待からのサバイバルを起因とするPTSD、性的アイデンティティの獲得などを含む適応障害、一般的な思春期の問題行動、ADHD、自閉性障害、知的障害など発達上の問題が関連している。依存問題は、それらに対する「自己治療」という見方もある(Khantzian & Albanese 2013)²⁹⁾。一人ひとり違う背景を見きわめ、起こっている生活課題についてどのような支援を行えば、その人の暮らしが成り立ち、「活動」に参加できるのか。それは「依存症」という病名で丸めてしまうと見落とされてしまう危険性が高い。的確な診断と見立は、医療のもっとも重要な、そして医療が担うべき点であろう。

当然ながら、医療がかかわっている時間よりも地域での時間のほうが長く、地域生活が少しでも健康的になり安定することは、当事者にとっても、家族にとっても喫緊の課題である。すべて医療で完結できるわけではない。環境と人が相互に交わる場所に介入して活動と参加を促す、ICFを基盤とした社会モデルへの移行は、依存問題でも求められている。

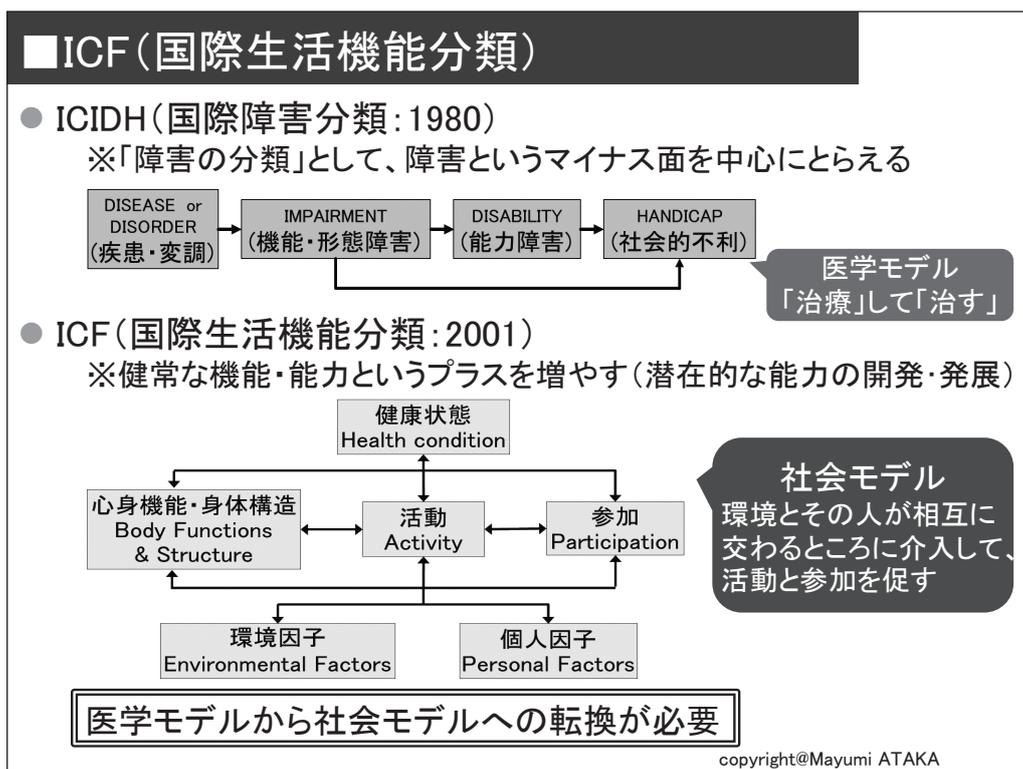


図3 ICIDH (医学モデル) と ICF (社会モデル) ※筆者作成

実際に、地域包括支援センターや社会福祉協議会など、地域生活を支援する役割を担う機関では、依存問題を含む多問題のある人を、生活者の視点で支え、一人ひとりの特性や背景に応じた相談や支援が行われ始めている。医療の得意分野と医療以外のほうが得意な分野について整理し、医療の得意分野ではない部分については、地域を基盤とする専門職に任せるといった役割分担が必要なのではないだろうか。そのうえで、「お任せ」「丸投げ」にならないような連携について、真剣に考えなければならないと思う。

本論文は、2025年10月5日に「依存の問題の支援に携わる人たちの勉強会」の依頼を受けて講演した内容に大幅に加筆したものである。報告すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association (2022) Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., Text Revision (DSM-5-TR), American Psychiatric Association Publishing. (=2023日本精神神経学会監修, 高橋 三郎, 大野 裕監訳『DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院.)
- 2) Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376 (9752), 1558-1565.
- 3) 安高真弓「専門職がセルフヘルプ・グループと連携する際に考慮すべき点—薬物依存問題のある人の親にとっての「回復」を通して考える—」(2026)、社会福祉論集 (in printing).
- 4) 依存の問題の支援に携わる人たちの勉強会 (2025) 「健康モデル・生活づくり・環境調整の視点から見た依存問題基礎講座 (案内チラシ)」
- 5) SAMHSA: Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Behavioral health care. (<http://www.samhsa.gov/prevention/SBIRT/SBIRT-whitepaper.pdf> 2011. 2025. 10. 1).
- 6) Vaca, F. E., & Winn, D. (2007). The basics of alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in the emergency department. *Western Journal of Emergency Medicine*, 8(3), 88.
- 7) 猪野亜朗, 長 徹二 (2013) 「SBIRTの意義と普及への対策」日本アルコール・薬物医学会雑誌 48巻2号, 105-117.
- 8) 猪野亜朗・吉本 尚・村上 優・ほか (2018) 「アルコール依存症者を専門外来から断酒会へ繋げる試みと効果検証: SBIRTS (エスパーツ) と呼称して取り組む。」日本アルコール・薬物医学会雑誌, 53(1), 11-24.
- 9) Yuma-Guerrero, P. J., Lawson, K. A., Velasquez, M. M. et al. (2012). Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics*, 130(1), 115-122.
- 10) Barata, I. A., Shandro, J. R., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C. J., Duber, H. C., . . . & Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for alcohol use disorders in the emergency department: a systematic review. *Western journal of emergency medicine*, 18(6), 1143.
- 11) Recovery Research Institute, Addiction[®], Twelve-Step Facilitation (TSF), (<https://www.recoveryanswers.org/resource/twelve-step-facilitation-tsfc/>, 2026. 1. 31).
- 12) ASK (2017) 「こんな手応えは初めて! アルコール専門医が驚くエスパーツ (SBIRTS) の威力」, 季刊ビィ=Be! (127), 68-72.
- 13) 内閣府 (2021) 「アルコール健康障害対策推進基本計画 (第2期)」 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000760238.pdf>, 2026. 1. 20).
- 14) 厚生労働省 (2025) 「第37回アルコール健康障害対策関係者会議 資料「アルコール健康障害対策推進基本計画 (案)」」 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10601000/001617513.pdf>, 2026. 1. 20).
- 15) 公益財団法人全日本断酒連盟 (更新日不明) 「躍進する全断連『全断連の誕生』」 (https://www.dansyurenmei.or.jp/zendanren/rekishi_1.html, 2026. 1. 31).
- 16) ASK (アルコール薬物問題全国市民協会) 編著 (2002) 「アディクション まるごと改訂版: 治療相談先・自助グループ全ガイド」
- 17) なかやまひいらぎ『メンバー数減少に直面する日本のAA (5) AA内部に起きた変化と今後』(2026年1月12日新着記事) 「心の家路—依存症と回復、12ステップのスタディ (Web Site)」 (<https://ieji.org/2026/20177>, 2026. 1. 31).
- 18) Project MATCH Research Group (1998) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 22(6), 1300-1311.
- 19) Blondell, R. D., Looney, S. W., & Northington, AP. et al. (2001) Can Recovering Alcoholics Help Hospitalized Patients with Alcohol Problems? *The Journal of Family Practice*, 50(5), 447.
- 20) 常岡俊昭・杉沢 諭・田中紀子・ほか (2023) 「SBIRTSのギャンブル障害に対する転用の有効性」『臨床精神医学』, 52(10), 1247-1253.
- 21) 堀川智史・村田磨美・堀川公平・ほか (2025) 「当院とギャンブル依存症家族会福岡との連携について: 「久留米版 SBIRTS」と「繋がる」「繋げる」こと」『日本アルコール関連問題学会雑誌』 27(1), 67-74.
- 22) AA日本ゼネラルサービス「AA12のステップ」 (<https://AAjapan.org/12steps/>, 2026. 1. 31).
- 23) Heinlein, E., Rugle, L., Potts, W. et al. (2022) A within-subject pilot feasibility study of a gambling specific SBIRT intervention delivered in an urban HIV/primary clinic. *Journal of Gambling Studies*, 38(2), 545-558.

- 24) Wright, S., Smith, J., Dighton, G., Quigley, M., & Dymond, S. (2025). Electronic screening, brief intervention, and referral to treatment (e-SBIRT) for gambling harm: a mixed-methods acceptability study. Journal of Gambling Studies, 41(4), 1583-1596.
- 25) Borkman, T. (1976) Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. Social service review, 50(3), 445-456.
- 26) 久保紘章 (2002) 「専門職としてセルフヘルプ・グループにどう関わるか」へるす出版生活教育, 46(5), 41-45.
- 27) Biestek, F. P. (1957) The casework relationship, Loysla University Press. (=尾崎 新・福田俊子・原田和幸訳『ケースワークの原則－援助関係を形成する技法(新訳 改訂版)』誠信書房, 33-38).
- 28) 大川弥生 (2006) 「ICF (国際生活機能分類)－『生きることの全体像』についての『共通言語』－」厚生労働省第1回 社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会資料3. (<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ksqi-att/2r9852000002kswh.pdf>. 2026.2.1).
- 29) Khantzian, E. J., & Albanese, M. J. (2008) Understanding addiction as self medication: Finding hope behind the pain. Rowman & Littlefield Publishers. (=2013. 松本俊彦訳『人はなぜ依存症になるのか 自己治療としてのアディクション』星和書店, 25).