

薬物使用者の家族の非機能的認知が
精神的健康に与える影響についての実証的研究

An empirical study on the effects of dysfunctional cognition
of substance abusers' families on mental health

令和2年度

北海道医療大学大学院心理科学研究科

臨床心理学専攻

辻 由依

「薬物使用者の家族の非機能的認知が精神的健康に与える影響についての実証的研究」

第1章	薬物使用者の家族支援の研究動向と課題	
第1節	薬物使用障害の概要と診断基準	1
第2節	家族支援の必要性和研究動向	3
第1項	家族支援の必要性	3
第2項	薬物使用に起因して家族が経験する問題と支援に至るまでの課題	3
第3項	家族に生じる非機能的認知	4
第4項	家族の非機能的認知の理解と重要性	4
第5項	非機能的認知が精神的健康に与える影響	6
第6項	精神的健康の二側面	8
第3節	薬物使用者の家族支援における課題	8
第1項	従来の家族支援	8
第2項	家族を対象とした認知行動療法	11
第3項	薬物使用者の家族を対象とした認知行動療法で扱われる非機能的認知 —システムティックレビュー (研究1)	13
第2章	本研究の目的と意義	
第1節	薬物使用者の家族に対する認知行動療法の問題点と本研究の目的	32
第2節	本研究の意義	33
第3章	家族の非機能的認知の内容および心理学的構造の検討 (研究2)	
第1節	問題と目的	35
第2節	家族の非機能的認知の内容の検討 (研究2-1)	35
第1項	本節の目的	35
第2項	方法	35
第3項	結果	36
第4項	考察	37
第3節	家族の非機能的認知の心理学的構造の解明 (研究2-2)	37
第1項	本節の目的	37
第2項	方法	37
第3項	結果	38
第4項	考察	40
第4節	本章の考察	40

第4章 家族の非機能的認知を測定する尺度の信頼性と妥当性の検討 (研究3)	
第1節 問題と目的	42
第2節 方法	42
第3節 結果	44
第4節 本章の考察	49
第5章 家族の非機能的認知が精神的健康に与える影響の実証的検討 (研究4)	
第1節 問題と目的	51
第2節 方法	51
第3節 結果	53
第4節 本章の考察	63
第6章 総合考察	
第1節 本論文の結果のまとめ	67
第2節 本論文の臨床的意義	68
第1項 薬物使用者の家族を対象とした点	68
第2項 薬物使用者の家族の非機能的認知の内容および 心理学的構造を明らかにした点	68
第3項 Cognitive Scale for Families of Drug user (CSFD) の有用性	69
第4項 薬物使用者の家族の精神的健康を, 精神的不調と well-being の 二側面から検討した点	69
第5項 臨床場面での利用可能性の点	70
第6項 薬物使用者の回復に貢献できる点	71
第3節 本論文の限界点と今後の課題	72
第1項 研究協力者について	72
第2項 well-being に影響を与える要因の精査の必要性	72
第3項 非機能的認知への介入効果	72
引用文献	75
謝辞	85
付録目録	87

第1章 薬物使用者の家族支援の研究動向と課題

第1節 薬物使用障害の概要と診断基準

薬物使用障害に関する診断基準として、*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (以下, DSM-5) (American Psychiatric Association: 以下, APA, 2013 高橋・大野監訳, 2014) では、「物質関連障害および嗜癖性障害群」の中に「物質関連障害群」という分類を設けている。「物質関連障害群」は、「物質に関連した重大な問題が生じているにもかかわらず、その人が物質を使用し続けることを示す、認知的、行動的、生理学的症状の一群」を本質的特徴とし、さらに、物質使用に起因する病的な行動様式が伴う状態であるとされる (APA, 2013 高橋・大野監訳, 2014)。「物質関連障害群」には、アルコール、カフェイン、大麻、幻覚薬 (フェンシクリジン [または類似作用を有するアリルシクロヘキシラミン]) と、別に他の幻覚薬の一群)、吸引剤、オピオイド、鎮静薬・睡眠薬・および抗不安薬、精神刺激薬 (アンフェタミン型物質、コカイン、および他の精神刺激薬)、タバコ、他の (または不明の) 物質、といった10の物質が含まれる。また、「物質関連障害群」の下位分類として、「物質使用障害」が設けられている。「物質使用障害」は「制御障害」、「社会的障害」、「危険な使用」、そして「薬理的基準」の4つを基に診断が行われるなど、物質使用と関連した病的な行動様式が重視される (APA, 2013 高橋・大野監訳, 2014) (Table1)。また、「物質使用障害」が対象とする物質にはカフェインは含まれず、アルコール、大麻、幻覚薬、吸引剤、オピオイド、鎮静剤・睡眠薬または抗不安薬、精神刺激薬、タバコ、他の (または不明の) 物質が対象となる。

このように、「物質」には様々な内容が含まれる。しかし、アルコールやタバコが合法であるのに対し、大麻、幻覚薬、精神刺激薬、そしてオピオイドの一部は違法であり、法規制の点で違いが生じるものが存在する。また、鎮静剤、睡眠薬および抗不安薬は合法であるが、薬物使用者が使用する主たる薬物として、処方薬 (睡眠薬・抗不安薬) は覚せい剤について2番目に使用率が高い薬物であることが報告されている (松本・宇佐美・船田・村上・谷淵, 2017)。そして、薬物使用者の家族を対象とした研究においては、違法性薬物だけではなく合法の薬物を使用している薬物使用者の家族も対象となる (e.g. 安高, 2017; 西川, 2008; Orford et al., 1992)。以上のことから、本研究では薬物使用障害に含まれる物質を、「大麻、幻覚薬、吸引剤、オピオイド、鎮静剤・睡眠薬または抗不安薬、精神刺激薬、他の (または不明の) 物質」とし、これらの物質を「薬物」と定義する。また、アルコールは「アルコール」と表記し、「アルコール」と「薬物」の両方を示す時は DSM-5 (APA, 2013 高橋・大野監訳, 2014) に従い「物質」と表記する。

Table1. Diagnostic criteria for substance use disorders (DSM-5) (APA, 2013).

A. 物質の使用様式で、臨床的に意味のある障害や苦痛が生じ、以下のうち少なくとも2つが12か月以内に起こることにより示される。

- (1) 物質を意図していたよりもしばしば大量に、または長期間にわたって使用する。
- (2) 物質の使用を減量または制限することに対する、持続的な欲求または努力の不成功がある。
- (3) 物質を得るために必要な活動、その使用、またはその作用から回復するのに多くの時間が費やされる。
- (4) 渴望、つまり物質使用への強い欲求、または衝動。
- (5) 物質の反復的な使用の結果、職場、学校、または家庭における重要な役割の責任を果たすことができなくなる。
- (6) 物質の作用により、持続的、または反復的に社会的、対人的問題が起こり、悪化しているにもかかわらず、その使用を続ける。
- (7) 物質の使用のために、重要な社会的、職業的、または娯乐的活動を放棄、または縮小している。
- (8) 身体的に危険な状況においても物質の使用を反復する。
- (9) 身体的または精神的問題が、持続的または反復的に起こり、悪化しているらしいと知っているにもかかわらず、物質の使用を続ける。
- (10) 耐性、以下のいずれかによって定義されるもの：
 - (a) 中毒または期待する効果に達するために、著しく増大した量の物質が必要。
 - (b) 同じ量の物質の持続使用で効果が著しく減弱。
- (11) 離脱、以下のいずれかによって明らかとなるもの：
 - (a) 特徴的な物質離脱症候群がある。
 - (b) 離脱症状を軽減または回避するために、物質を摂取する。

Note. 「物質」には、アルコール、大麻、幻覚薬（フェンシクリジン）、吸引剤、オピオイド、鎮静剤・睡眠薬・または抗不安薬、精神刺激薬、タバコ、他の（または不明の）物質のいずれかが入るものとする。

(11)の離脱は幻覚薬、吸引剤では特定されていない。

(11)の(b)の「物質を摂取する」はそれぞれの物質によって表記が異なる。

第2節 家族支援の必要性和研究動向

第1項 家族支援の必要性

2017年の我が国における薬物使用（有機溶剤，大麻，覚せい剤，ヘロイン，コカイン，MDMA，危険ドラッグ，いずれかの薬物）の生涯経験率は2.3%であると報告されている（厚生労働省，2017）。また，薬物使用者の身近な人の約5人は薬物使用による影響を受けていると推定される（Pons, Barrón, & Guijarro, 2016）。薬物使用の診断基準はTable1に示した通りであるが，診断基準の中には家族への影響が懸念されるものが含まれる。例えば，社会的障害に関する項目として，「(5) 物質の反復的な使用の結果，職場，学校，または家庭における重要な役割の責任を果たすことができなくなる.」，「(6) 物質の作用により，持続的，または反復的に社会的，対人的問題が起こり，悪化しているにもかかわらず，その使用を続ける.」，「(7) 物質の使用のために，重要な社会的，職業的，または娯楽的活動を放棄，または縮小している.」があるが，これらの項目を考慮すると，薬物使用者の薬物使用によって薬物使用者本人の日常生活に影響が生じることはもちろんであるが，薬物使用者の身近に存在する家族にも様々な支障が生じていることが考えられる。また，薬物使用者の家族には，不眠，パニック発作，抑うつ，不安といった精神的健康の問題が生じることが報告されている（Morita et al., 2011; Vellman et al., 1993）。したがって，薬物使用の問題においては，薬物使用者だけではなく，家族にも焦点をあて，家族の精神的健康を回復させる方法を検討していくことが重要である。

また，薬物使用者の家族として，親，配偶者やパートナー，きょうだい，子どもなどがあげられるが，内縁のパートナーや親しい友人なども薬物使用者の薬物使用によって影響を受けることが考えられる。そのため，本研究では，血縁関係の有無に関わらず，薬物使用者と関わりがあり，薬物使用問題によって影響を受けている家族および関係者を支援が必要な存在と捉え，「重要な関係者（Concerned Significant Others; 以下，CSO）」と定義する。また，薬物使用者本人は Identified Patient（以下，IP）と表記する。

第2項 薬物使用に起因して家族が経験する問題と支援に至るまでの課題

薬物使用者の家族は，経済的な問題，家族全体や家庭内の問題（家族内のコミュニケーションの問題，薬物使用者が家事をしないことに関する問題など），他の人やコミュニティへの関与に関する問題，家族の社会的な生活への影響，事故や危機，といったストレスを経験していることが報告されている（Orford et al., 1998）。また，西川（2007）は物質の問題からCSOが受ける影響を，1) 健康問題（IPの身体的・精神的問題），2) 経済問題（物質使用に関連した支出の増加，収入の減少），3) 労働問題（物質使用による就業上の問題，解雇や失業等），4) 事故と自殺（物質使用に伴う事故，物質使用中または断酒・断薬中の自殺未遂・既遂），5) 非行・犯罪（物質使用による様々な非行・犯罪），6) 家族問題・子どもの問題（家族機能の低下，子どもの情緒的・社会適応上の問題），にまとめている。このように，CSO

は IP の薬物使用によってさまざまな影響を受けているといえる。

一方、CSO は、IP の望ましくない行動により影響をうけると共に、スティグマの影響を受けていることが指摘されている (Room, 2005)。特に、薬物問題に対する社会のスティグマは高く、身体疾患 (肺気腫) や統合失調症の CSO と比較して、薬物使用者の CSO は病気の発症または再発において責任があると見なされやすい (Corrigan, Miller, & Watson, 2006)。McCann, Mugavin, Renazaho, & Lubman (2016) はスティグマが支援を求める際の障壁になることを報告している。また、Butler & Bauld (2005) は、CSO は自分の家族に起こったことを深く恥じており、外で薬物の問題を明らかにすることに抵抗があり、支援を受けることの障壁になること、CSO の中にはよくない親だと思われることへの恐怖から専門家につながることを不快に感じる人がいることを指摘している。また、山野 (2002) は、薬物の種類によっては「薬物使用=犯罪」との問題認識が CSO 自身にも生じると述べている。以上のことから、家族には薬物問題に伴うさまざまな考えが生じていると考えられる。Marshall (1993) は、CSO が支援につながるのは困難であり、最初はかなり期間において自分自身で対処しようとすることを指摘している。したがって、CSO には薬物使用に関連するさまざまな認知が生じると共に、支援につながりにくい状態であると考えられる。

第3項 家族に生じる非機能的認知

本節、第1項および第2項で述べたように、IP の薬物使用によって CSO はさまざまな心理社会的な影響を受けているが、支援につながりにくい状況であると考えられる。また、支援につながった場合でも、薬物使用について「家族の責任のように責められた」という経験を有する家族が 4.3%~29.3%いることが報告されている (森田他, 2010)。森田他 (2011) は薬物使用者の CSO を支援する際の前提として、CSO も被害者であるとの認識を持ち、まずはその苦しさに共感し、CSO の回復を重点的に取り上げることを推奨している。また、薬物の問題を抱える CSO には、「育て方が悪かった」、または「お金を渡さないと問題を起こすかもしれない」等の認知が生じることが報告されている (西川, 2007)。認知は、「個人の中に一貫した固定的な反応スタイルとして存在し、将来の経験や行為に影響を及ぼす認知的な構え」として説明される (坂野, 1995)。また、CSO を対象にした調査研究では、「薬物使用によって生じるネガティブな結果からパートナーを守るため最善を尽くさなくてはいけない」、「パートナーは私の助けがないとやっていけない」といった認知が生じていることも報告されている (Rotunda, West, & O'Farrell, 2004)。つまり、薬物使用といった予想していない出来事や薬物使用に起因する問題に関わる中で、CSO にはさまざまな認知が生じると考えられる。

第4項 家族の非機能的認知の理解と重要性

CSO に対する支援について、小西 (2016) は、CSO は「～してはいけない」といった指摘だけを受ける経験を続けていると述べている。安高 (2017) もこれまでの家族支援におい

て、CSO を通じた IP の薬物再使用防止が重視されていたことを指摘している。つまり、従来の家族支援では IP の薬物使用行動を強化する CSO の行動を減らすことに焦点が置かれていたと言える。実際、「第四次薬物乱用防止五か年戦略」（薬物乱用対策推進会議, 2013）では、「薬物問題に最初に気付くのは家族などの身近な人が多いこと、長期間本人の薬物問題に巻き込まれ消耗した家族等自身のケアが必要であることから、早期発見・早期対応とともに家族等へのケアを行うため、相談窓口の周知と相談体制の充実が必要である。」と家族自身のケアの必要性が述べられる一方で、「薬物乱用の問題への対応や薬物依存症からの回復のためには、本人への支援のみではなく、家族等による薬物乱用者への適切な対応が重要である」といった記載も見られ、家族自身の回復と同時に“家族への支援の充実強化による薬物再使用防止”にも重きが置かれている内容であった。“第五次薬物乱用防止五か年戦略”（薬物乱用対策推進会議, 2018）においてようやく、「精神保健福祉センター等において、民間団体との連携を図りつつ、本人に対する治療・回復支援や家族に対する支援に取り組む。」または「薬物依存症からの回復に向けて、薬物依存症者やその家族を切れ目なく支援するため、地域で活動する自助グループ等民間団体の活動を促進する ための取組の充実を図る。」といった内容が明記され、家族自身の回復が重要であることが強調されるようになったといえる。このような背景もあり、これまでの家族支援においては、薬物使用行動を強化しないために CSO が IP にどのように接していくことが必要であるのかといった、CSO の行動に焦点が置かれがちであった。

しかし、Rotunda et al. (2004) は、CSO は潜在的に薬物使用行動を強化する広域な行動をとるが、そのような行動は責任感などの家族が抱いている認知と相関があることを報告している。森田他 (2011) は CSO を支援する際の前提として、CSO も被害者であるとの認識を持ち、まずはその苦しさで共感し CSO の回復を重点的に取り上げることを推奨している。また、石川 (2006) は、CSO は「自分の育て方が原因だ」、「世間に申し訳ない」、「他人に危害を加えるのではないか」などの認知を抱きやすいこと、IP の問題だと理解しているにも関わらず、どうにかしなければいけないと考えるほど CSO は苦境に立たされていることを報告しており、このような背景は援助の場において軽視されてはならないと述べている。

つまり、CSO の行動の背景には様々な非機能的認知が生じており、非機能的認知によって CSO の様々な行動が生起していると考えられる。山本・室橋 (2014) は行動理論に基づいた支援を行う際にも、「背景にある CSO の認知的要因への理解や認知的要因の変容の支援を試みる必要があるだろう (p. 79)」と述べており、行動に焦点を当てた支援の際にも認知を考慮することは重要であるといえる。したがって、薬物使用の CSO への支援として、これまでは行動に焦点が当てられがちであったが、その背景には薬物使用問題に関連して生じた様々な非機能的認知があると考えられるため、支援の場においては、まず最初に CSO の非機能的認知を理解しこれまでの困難を受容した上で、必要とされる支援について考えていくことが重要であると言える。また、認知的要因の変容によって行動も変化すると考えられるため非機能的認知に焦点をあてることの意義は大きいと考えられる。

第5項 非機能的認知が精神的健康に与える影響

Beck (1976 大野訳, 1990) は、心理的問題は、誤った学習、不十分な情報や不正確な情報に基づく誤った推測、想像と現実の区別の不適切さなど、ありふれた過程を経て生じた可能性がある」と述べた。また、Beck (1976 大野訳, 1990) は、そうした区別を明確化し、誤った概念化を修正し、より適応的な態度を身に着けることによって心理的な問題が克服できるようになる可能性がある」と述べ、認知療法を考案した。さらに、Beck, Rush, Shaw, & Emery (1979 坂野監訳, 2007) は「認知モデルは、抑うつ症候群の症状や兆候を、否定的な認知型が活性化された結果である」と考える (p. 10)」と述べ、心理的問題を説明する上で認知の役割を重視する理論モデルを提唱した。同じく、Ellis (1957) も認知の役割を重視し、Rational therapy (論理療法) を提唱した。論理療法はABC理論とも呼ばれるが、Aは「Activating event (出来事)」、Bは「Belief (信念)」、Cは「Consequences (結果)」を示している。また、「Consequences (結果)」は「Activating event (出来事)」によって直接引き起こされるのではなく、「Activating event (出来事)」をどのように認知するかという「Belief (信念)」によって決まるとされる (Ellis, 1991)。また、論理療法は後に Rational Emotive Behavior Therapy (以下、REBT: 理性感情行動療法) と呼ばれるようになるが、ABCの枠組みは維持されており、認知の役割を重視していることに変わりはない (Ellis, 1994 野口訳, 1995)。つまり、A.T. Beck も A. Ellis も共に精神的健康に問題が生じる過程において認知を重視していたと考えられる。また、Vaida & Ormenişan (2013) は REBT の前提について、1) 感情は出来事ではなく、出来事を解釈する方法によって決定される、2) 出来事を解釈するために使用する認知を特定できる、3) 必要に応じて特定した認知を心理的手法で変えることができるため、より適応的になる、と整理しており、認知に焦点を当てた心理療法の有効性を示唆している。

A.T. Beck は不適応状態を引き起こす認知を「Negative Automatic Thought (否定的な考え)」と定義し、A. Ellis は「Irrational Beliefs (非合理的信念)」と定義した。しかし、重要なことは認知の内容ではなく、結果、あるいはプロセスの機能である (Kanter, Busch, & Rusch, 2009 岡本監訳, 2015)。つまり、精神的健康を悪化させる「機能」を有する認知が問題であると考えられることから、本研究では精神的健康に影響を与えられられる認知を「非機能的認知」と定義する。

非機能的認知と精神的健康の相関関係や、非機能的認知が精神的健康をどの程度説明するのかについて、これまでもさまざまな実証的研究が行われている。以下に、非機能的認知と精神的健康の相関関係や非機能的認知が精神的健康をどの程度説明するのかについて検討した研究について整理する。

まず、非機能的認知と精神的健康の相関関係について報告している研究について述べる。Hollon & Kendall (1980) は、うつ病に関連する非機能的認知はうつ病の人において高く、BDI や MMPI-D といった抑うつ症状およびうつ病の重症度を測定する尺度との間に中程度から強い有意な正の相関 ($r=.45\sim.70$) があることを報告している。また、Hollon & Kendall

(1980) は非機能的認知と不安の間にも有意な強い正の相関 ($r = .79$) があることを明らかにしている。さらに Lindner & Kirby (1992) は、18 歳から 45 歳の女性を対象とし、非機能的認知と月経前の心理的症状の相関関係を調査した結果、非機能的認知と月経前の心理的症状に有意に弱い正の相関があることを報告している ($r = .23, p = .01$)。

次に大学生を対象とした調査結果を以下に述べる。Thyer, Papsdorf, & Kilgore (1983) は、非機能的認知と精神症状の相関関係について調査した。その結果、非機能的認知と身体化症状、強迫性症状、対人的な過敏性、うつ症状、不安症状の間に中程度の有意な負の相関があることを明らかにした (身体化症状; $r = -.38, p < .01$, 強迫性症状; $r = -.30, p < .05$, 対人的な過敏性; $r = -.36, p < .01$, うつ症状; $r = -.42, p < .01$, 不安症状; $r = -.31, p < .01$)。Cash (1984) は、非機能的認知を測定する尺度の下位尺度である、承認欲求 (Demand for approval), 高い自己期待 (High Self-Expectations), 欲求不満への反応 (Frustration Reactivity), 過度な不安 (Anxiety Overconcern), 問題回避 (Problem Avoidance), 過去への無力感 (Hopelessness over Past) とうつ症状の間に弱いから中程度の有意な正の相関があることを報告している (承認欲求; $r = .22, p < .05$, 高い自己期待; $r = .32, p < .001$, 欲求不満への反応; $r = .30, p < .001$, 過度な不安; $r = .47, p < .001$, 問題回避; $r = .22, p < .05$, 過去への無力感; $r = .21, p < .05$)。一方、完全主義のみ、うつ症状と有意な弱い負の相関を示していた (完全主義; $r = -.20, p < .05$)。Chang & Bridewell (1998) は、非機能的認知が高い群は非機能的認知が低い群と比較して、うつの得点が高いことを明らかにしている ($t = 2.87, p < .01$)。一方、不安の得点は両群で有意差がないことを報告している ($t = 1.24, n.s.$)。Ziegler & Smith (2004) は、非機能的認知が高い学生は非機能的認知が低い学生と比較して特性不安の得点が有意に高かったことを報告している ($F(3, 182) = 6.06, p < .05$)。Calvete & Cardenoso (2005) は、情動的問題の得点によって一般群、境界群、臨床群の 3 群に分けたところ、臨床群の非機能的認知が有意に高かったことを報告している (他者に対する非機能的認知; $F(2, 826) = 34.36, p < .01$), 自身に対する非機能的認知; $F(2, 826) = 41.62, p < .01$)。

また、非機能的認知が精神的健康を説明することも様々な研究によって明らかにされている。例えば、Tanaka et al. (2006) は非機能的認知と抑うつ症状の間に有意な強い正の相関 ($r = .79, p < .001$) があることだけでなく、構造方程式モデルを用い、抑うつ症状が非機能的認知によって説明されることを明らかにしている ($\beta = .72, p < .001$)。Jibeen (2015) は非臨床群を対象に、非機能的認知と、抑うつまたは不安の間に弱いから中程度の有意な正の相関があることに加え (うつ; $r = .22, p < .05$, 不安; $r = .37, p < .01$), 構造方程式モデリングを用いて、人格特性の一つである神経症傾向がうつまたは不安を説明するプロセスを非機能的認知が媒介していることを明らかにしている。Hjemdal, Stiles, & Wells (2013) は非機能的認知が抑うつ症状を予測することを報告している ($F = 9.13, p < .01, R^2 = .03, \beta = .30$)。さらに、David, Cardoso, & Matu (2019) は 10 歳~16 歳の子どもを対象とし、非機能的認知に焦点を当てた介入を行った結果、非機能的認知と情動的問題および抑うつ気分の中程度の有意な正の相関が見られたこと ($r = .31 \sim .47, p < .05$ または $p < .01$), 媒介分析を用いた分

析の結果、非機能的認知が情動的問題や抑うつ気分を説明することを報告している（情動的問題; $\beta = .28, p < .05$, 抑うつ気分; $\beta = .41, p < .01$ ）。Hyland, Shevlin, Adamson, & Boduszek (2014) は少なくとも一つの心的外傷経験を有する軍人、警官、救急隊の人を対象に調査を行い、心的外傷後の症状（Posttraumatic Stress Symptomology, 以下 PTS）と非機能的認知に有意に強い正の相関関係（ $r = .60 \sim .73, p < .01$ ）があること、そして非機能的認知が PTS を説明することを報告している（モデル全体の $R^2 = .662, p < .01$, 非機能的認知から PTS への $\beta = .19 \sim .40, p < .05$ ）。

最後に、Vislä, Flückiger, Holtforth, & David (2016) は非機能的認知と精神的不調の関係について報告している 83 編の研究を対象にメタアナリシスを行い、非機能的認知と抑うつや不安を初めとした精神的不調との間に中程度の有意な正の相関があることを報告している（抑うつ; $r = .33, p < .01$, 不安; $r = .41, p < .01$, 一般的な精神的不調; $r = .36, p < .01$ ）。

以上のことから、非機能的認知と精神的健康には相関関係があり、非機能的認知は精神的健康を説明すると考えられる。

第 6 項 精神的健康の二側面

World Health Organization (以下, WHO; 2004, p.12) は精神的健康について、「精神的健康は身体的、精神的、そして社会的 well-being の完全な状態であり、単に疾患や虚弱の欠如ではない」と宣言しており、精神的健康のポジティブな側面も強調している。また、Keyes (2005) は、探索的因子分析を用いて精神的健康の構造を明らかにしており、その結果、精神的健康は mental illness と well-being の 2 軸からなっていること、そして mental illness と well-being は直交の関係ではなく斜交の関係にあることを報告している。さらに、Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff (1992) は、精神的不調（抑うつ）と well-being (life satisfaction) の相関係数は $r = -.44 \sim -.51$ であることを報告している。つまり、精神的健康は精神的不調と well-being といった 2 側面から捉えることが可能であり、かつ、精神的不調と well-being は独立していると考えられるため、クライアントを全体的に理解するためには両方の視点を持つことが必要であると考えられる。また、岩野・樋町・坂野 (2012) は非機能的認知が well-being を予測することを報告していることから（ $\beta = -.35 \sim -.36$ ）、非機能的認知が精神的健康に与える影響について検討する際も、精神的不調と well-being の双方から検討することが必要であると考えられる。

第 3 節 薬物使用者の家族支援における課題

第 1 項 従来 of 家族支援

家族支援の必要性が高まる中、1950 年代、アルコール使用障害の CSO を対象とした自助グループである Al-Anon がアメリカで誕生し、Al-Anon に続く形で 1971 年、薬物使用者の CSO を対象とした自助グループである Nar-Anon がアメリカで発足した（西川, 2007）。日

本では1989年からNar-Anonが開始され(西川, 2007), 現在は全国各地でミーティングが開催されている。薬物使用者のCSOに対する支援方法として、「12ステップ」という回復指針を中心とした自助グループが伝統的に利用されてきた(Nar-Anon Family Groups, 2017)。しかし、自助グループ以外にも様々な支援が行われてきたため、本項ではこれまでの家族支援について整理する。一部にアルコールまたはアルコールと薬物の両方を対象とした支援も含まれるため、本項では、物質使用障害のCSOに対する支援として整理する。

Copello, Velleman, & Templeton (2005) は物質使用障害のCSOに対する支援を、a) Working with family members to promote the engagement of substance misusers into treatment (IPの相談機関の利用を促進するためにCSOに働きかける支援)、b) Joint involvement of family members and substance-misusing relatives in treatment (CSOとIPの双方に働きかける支援)、c) Interventions aimed at supporting those family members affected by the substance misuse of a relative (物質使用者の物質使用によってダメージを負ったCSOをサポートすることに焦点を当てた支援)、の3つに分類している。Copello et al. (2005) の分類を参考に、家族支援について整理したものがTable2である。

a) の支援方法には、1) Johnson Institute Intervention, 2) Unilateral Family Therapy (以下, UFT), 3) Co-operating Counseling, 4) Pressures to change approach, 5) A Relational Intervention Sequence for Engagement (以下, ARISE), 6) Community Reinforcement and Family Training (以下, CRAFT) の6つがあげられた。a) の支援方法には、必ずしもIPの参加は必要とされおらず、CSOのみを対象とした支援方法が4つ確認された(UFT, Co-operating Counseling, Pressures to change approach, CRAFT)。さらにIPを相談につなげることを目的としているため、a) に含まれる全ての研究において、IPの相談機関の利用が促進されていることが報告されていた。

一方、b) のCSOとIPの双方に働きかける支援では、1) Network therapy, 2) Behavioral Family/Couples (Marital) Therapy, 3) Social Behavior and Network Therapy (以下, SBNT) の3つがあげられた。また、b)の支援では、IPの参加が必須とされていた。しかし、物質使用障害のIPは相談機関の利用に至りにくいことが指摘されているため(Compton, Thomas, Stinson, & Grant, 2007), IPが相談機関の利用を拒否している場合、b)の方法では支援を開始するまでに時間がかかる、または困難が伴うと考えられた。さらに、3) Behavioral Family/Couples (Marital) Therapyでは、IPの物質使用量の低下や夫婦間の関係の改善が見られることが報告されているもの(e.g. Stanton & Shadish, 1997; Powers, Vedel, & Emmelkamp, 2008), 支援の対象者が配偶者やパートナーに限られるという問題点があげられる。

最後に、c) CSO自身のケアに焦点を当てた支援としては、1) 自助グループ(Self-help groups), 2) Concurrent group treatment, 3) Psychoeducational approach, 4) CRAFT, 5) 5-step approachの5つが挙げられた。IPの参加について、2) Concurrent group treatment以外の支援方法ではIPの参加は必要ではなかった。また、CRAFTがCSOの精神的健康の回復、IPの相談機関の利用、そしてIPの薬物使用行動の低下というCSOとIP双方の回復において効

Table2. Types of family interventions.

Interventions	Study	Involvement of substance abuser
<i>a) Working with family members to promote the engagement of substance misusers into treatment</i>		
Johnson Institute Intervention	Johnson (1986)	Yes
Unilateral Family Therapy (UFT)	Thomas et al. (1987)	No
Co-operating Counseling	Yates (1988)	No
Pressures to change approach	Barber & Crisp (1995)	No
A Relational Intervention Sequence for Engagement (ARISE)	Garrett et al. (1997)	Yes
Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)	Meyers et al. (1998) Smith & Meyers (2004)	No
<i>b) Joint involvement of family members and substance-misusing relatives in treatment</i>		
Network therapy	Galanter (1993)	Yes
Behavioral Family/Couples (marital) Therapy	e.g.) Epstein & McCrady (1998)	Yse
Social Behavior and Network Therapy (SBNT)	Copello et al. (2002)	Yse
<i>c) Interventions aimed at supporting those family members affected by the substance misuse of a relative</i>		
Self-help group (Al-Anon/Nor-Anon, 12-step facilitation)	e.g.) Gorman & Rooney (1979) Miller et al. (1999)	No
Concurrent group treatment	Ewing et al. (1961)	Yes
Psychoeducational approach	Dittrich & Trapold (1984)	No
Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)	Meyers et al. (1998) Smith & Meyers (2004)	No
5-step approach	Copello et al. (2000)	No

果があることが示されている一方で (Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey, & LaMonaca, 1999; Meyers, Miller, Hill, & Tonigan, 1998; Roozen, de Waart, & Kroft, 2010), 他の支援方法においては IP の相談機関の利用と物質使用量の低下の両方に効果があることは必ずしも示されていない。

以上のことから、家族支援には複数の選択肢があるといえる。IP を相談機関につなげることを目的とする場合は a) の支援方法が、IP が支援につながる事が可能であり CSO と共に相談を行うことが可能な場合は b) の支援方法が、CSO の精神的健康の回復を目的とする場合は c) の支援方法が第一選択肢となると考えられる。つまり、IP が支援に参加できるかどうか、または何を支援の目的とするかによって用いる支援方法は異なってくると考えられる。

一方、CRAFT は a) と c) の両方に含まれる支援方法であり、どのような CSO (例えば、両親、配偶者、子ども、兄弟姉妹、祖父母など) を対象としても実施が可能であるなど、b) に含まれる支援方法と比較して実施できる CSO の範囲が広いといえる。また、Sission & Azrin (1986) が CRAFT を対象とした初の臨床試験を行った後、CRAFT を対象とし、Randomized Controlled Trial (無作為比較試験; 以下 RCT) を含む様々な研究が実施されてきた。Roozen et al. (2010) による CRAFT の RCT を対象としたメタ分析では、AI-Anon や Nar-Anon などの自助グループの群と比較して CRAFT 群では約 3 倍、IP の相談機関の利用促進効果が示されたこと (RR3.25, 95% CI = 2.11 to 5.02, $p < .001$, NNT = 2), CRAFT の前後において CSO の抑うつ得点が有意に改善したこと (WMD3.60, 95% CI = 0.99 to 6.22, $p < .01$), CSO の関係幸福感得点が有意に改善したこと (WMD-1.28, 95% CI = -2.16 to -0.39, $p < .01$) が報告されている。野中・境 (2015) によるメタ分析では、CSO の精神的健康に関して CRAFT 実施の前後で有意な改善が報告されており (抑うつ: SMD0.58, 95% CI = 0.39 to 0.77, $p < .001$, $d = 0.23-0.85$; 怒り: SMD0.59, 95% CI = 0.35 to 0.82, $p < .01$, $d = 0.31-0.96$; 不安: SMD0.79, 95% CI = 0.40 to 1.18, $p < .001$, $d = 0.04-1.13$), さらに家族機能においても CRAFT 実施前後で有意な改善が報告されている (関係性幸福度: SMD-0.49, 95% CI = -0.73 to -0.24, $p < .001$, $d = 0.35-0.55$; 家族凝集性: SMD0.29, 95% CI = 0.04 to 0.54, $p < .05$, $d = 0.19-0.41$)。

したがって、CRAFT は 1) 幅広い CSO を対象として実施が可能である、2) IP が相談機関につながっていない場合でも CSO を通じて支援を開始出来る、3) IP の相談機関の利用促進において他の家族支援の方法を比較しても優れた効果がある、4) IP の薬物使用行動の低下および CSO の精神的健康の回復においても効果がある、5) エビデンスが蓄積されている、といった特徴があげられる。以上のことから、CRAFT は CSO に対する支援方法として優れた側面を有し、今後も薬物使用者の家族への支援として用いられることが期待されると言える。

第 2 項 家族を対象とした認知行動療法

本節第 1 項で述べたように、CRAFT は家族支援の方法として優れた側面を有する。CRAFT

は R. J. Meyers によって開発されたプログラムであるが、行動原理と認知・行動技法に基づくプログラムであり、「Community Reinforcement Approach（コミュニティ強化アプローチ；以下、CRA）」の発展形とされる（Smith & Meyers, 2004 境・原井・杉山監訳, 2014）。CRA は IP を対象としたアプローチであるが、「先行事象—行動—結果事象」といった三項随伴性の枠組み（Cooper, Heron, & Heward, 2007 中野監訳, 2013）から IP の行動を理解する手続きが取り入れられている。しかし、IP が相談機関につながるケースは少なく（長, 2015）、自発的な相談機関の利用に至りにくいことが指摘されている（Compton et al., 2007; Probst, Mantney, Martinez, & Rehm, 2015）。さらに、相談機関へのファーストコンタクトは CSO が多いことや（Miller, Meyers, & Tonigan, 1999）、IP が相談機関の利用を決意するきっかけとして CSO からの影響が大きいことが報告されており（Counningham, Sobell, Sobell, & Kapur, 1995）、CSO の重要性に目が向けられる中で CRAFT が考案された（Meyer & Smith, 1995 吉田・境・渋谷(翻訳), 2016）。CRAFT の目的は 1) CSO の精神的健康の回復, 2) IP の相談機関の利用促進, 3) IP の薬物使用行動の低下, の 3 つとされる（Meyers, Smith, & Lash, 2005）。また、CRAFT でも三項随伴性の枠組みに基づく手続きが取り入れられているが、CRAFT は CSO の動機づけを高めること、薬物使用問題の責任が CSO がないことを明確に伝え CSO に肯定的な期待を抱いてもらうなど、CSO の認知的側面にも配慮したアプローチである。

認知行動療法は個人の行動と認知の問題に焦点を当て、そこに含まれる行動上の問題、認知の問題、感情や情緒の問題、身体の問題、そして動機づけの問題を合理的に解決するために計画された、構造化された治療法であり、自己理解に基づく問題解決と、セルフ・コントロールに向けた教授学習のプロセスである（坂野, 1995）。その中でも、坂野（1995）は認知を取り上げることのメリットについて、1) 患者の問題を具体的な反応として理解できる、2) 何らかの評価方法を用いることによって、認知的変数を客観的に査定することができる、3) 認知的変数はいずれも、治療過程において操作可能な概念であり、その操作によって具体的な治療効果が期待できる、4) その結果、治療効果を客観的に理解することができ、症状の変化との対応関係を理解しやすい、5) 面接を構造化しやすく、より積極的に患者に働きかけることができる、6) 無意識や幼児期の性的問題、防衛機制といった説明の難しい仮定を排除して症状を理解することができる、7) 治療経過や治療効果を患者に理解しやすいように説明することができる、の 7 点を挙げている。さらに、患者が自分の抱える問題を認知の問題として理解することによって、1) 自分の問題を具体的に理解することができる、2) 自分自身の認知をモニタリング（自己監視）し、自分の変化に気づきやすい、3) 治療過程や治療効果が理解しやすい、4) したがって、患者の自己コントロールへ移行しやすく、セルフ・ヘルプが容易である、とまとめている（坂野, 1995）。つまり、CSO に生じやすい認知に焦点を当てることによって、支援者も CSO も、CSO の問題や治療効果を客観的に理解しやすくなるといえる。

CRAFT も、薬物使用に伴う様々な状況や問題を CSO が理解し、解決方法を学習するために構造化されている認知行動療法である。認知行動療法はエビデンスのある心理療法と

して世界でもゴールドスタンダードになっており、本邦でもうつや不安に対する心理療法としてエビデンスが蓄積されるとともにマニュアルの開発と普及が進んでいる（厚生労働省, 2013）。抑うつ、不安といった精神的健康の問題が生じることが報告されている（Morita et al., 2011; Vellman et al., 1993）薬物使用者の CSO への支援として、認知行動療法は効果が期待できるアプローチであると言える。

第3項 薬物使用者の家族を対象とした認知行動療法で扱われる非機能的認知—システムティックレビュー（研究1）

1. 問題と目的

第2節, 第1項で述べたように CSO にはさまざまな精神的問題が生じていることから、CSO 自身を支援の対象と捉え CSO の精神的健康の回復にも焦点を当てることが重要である。同時に、CSO の精神的健康に影響を与える要因についての知見を蓄積することが必要である。本節, 第1項および第2項で述べたように、CSO の精神的健康の回復において効果が示されている方法として、認知行動療法の CRAFT があげられる。また、非機能的認知は認知行動療法において扱われる重要な要因であり、第2節, 第4項で述べたように精神的健康に影響を与える要因と考えられる。CSO の非機能的認知について検討している CRAFT の研究として、ひきこもりの CSO を対象とした野中・境・大野 (2013) と境他 (2015) の研究があげられる。野中他 (2013) と境他 (2015) はひきこもりの CSO を対象として CRAFT を実施しており、CSO の否定的認知を測定する尺度である「ひきこもり状態に対する否定的評価尺度 (境他, 2009)」を使用していた。野中他 (2013) は6名の CSO を対象に CRAFT を実施し、CSO の否定的認知が改善したことを報告している。境他 (2015) は CRAFT 群と Self-help 群、それぞれ7名の計14名を対象に CSO の否定的認知が変化するかどうか検討を行っていた。その結果、群と時期の主効果および群と時期の交互作用は見られなかったが、CRAFT 群の効果サイズ (d) が 0.23 であるのに対し、Self-help 群 は効果サイズ (d) が -0.30 であった。つまり、ひきこもりの CSO に認知行動療法を行うことによって、否定的認知という非機能的認知が変化することが考えられる。また、Smith & Meyers (2004 境・原井・杉山監訳, 2014) は、CSO を自責の念から解放し苦しみを軽減することによって、CSO は新しいスキルを学ぶという考えを受け入れやすくすると述べていることから、非機能的認知を軽減させることは新たなスキル獲得を促進させることにつながると考えられる。さらに、第2節の第4項で述べたように、非機能的認知が精神的健康に影響を与えていると考えられることから、CSO に対する認知行動療法を行う際に非機能認知に焦点を当てることは重要であると考えられる。しかし、薬物使用者の CSO を対象とした認知行動療法において、CSO の非機能的認知、そして非機能的認知が精神的健康に与える影響についてどの程度検討されているのかは明らかではない。

そこで、本研究では CSO を対象とした認知行動療法である CRAFT の効果検討を行っている研究を系統的に展望し、効果指標を用いた非機能的認知の変化が検討されているかど

うかについて整理する。また、CSO の非機能的認知が効果指標を用いて検討されている場合、CSO の非機能的認知が CSO の精神的健康に与える影響について検討されているかどうか、検討されている場合どのような影響があるのかについても整理することを目的とする。

CSO の非機能的認知が CSO の精神的健康に及ぼす影響を明らかにすることで、CSO の精神的健康の回復を目的とする場合に、非機能的認知に焦点を当てた介入を行うことの根拠を示すことができ、CSO のニーズに応じたより効果的な認知行動療法の実施が可能となる。森田他 (2010) は薬物問題への家族支援を社会的な理解を得ながら展開していくためには、その必要性や有効性のエビデンスを示していくことが重要であると述べていることから、本研究の結果は、薬物問題における家族支援体制の構築に寄与できると考えられる。

2. 方法

1) 対象となる論文の包含基準

本研究における包含基準は、1. 認知行動療法 (CRAFT) を用いた支援を行っている、2. 効果指標を用いた実証的な検討を行っている、3. 日本語または英語で書かれている、4. peer-reviewed journal である、であった。また、本研究は PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses; Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & the PRISMA Group, 2009) に準拠して実施した。

2) 検索方法

英文論文は United States National Library of Medicine が提供するデータベース “PudMed” と American Psychological Association が提供するデータベース “PsycINFO” を対象とした。また、PsycINFO は学術誌に限定した。邦文論文については、国立情報学研究所が提供する論文情報ナビゲーター「CiNii」と医学中央雑誌刊行会が提供する「医学中央雑誌」を対象とした (2019 年 7 月 3 日時点)。CRAFT を用いた研究論文を検索するため、対象となる疾患名、および支援方法 (CRAFT) の単語を組み合わせた Search strategy を作成した (Table3)。また、本研究では広く CRAFT の研究を検討するため、IP の疾患は限定しなかった。

3) 論文抽出

論文抽出に至る手続きを Figure1 に示した。重複した論文は除き、博士後期課程の院生 2 名と大学教員 1 名の計 3 名の著者 (Y.T., S.A. and H.R) が包含基準に基づいて、「適格」、「除外」、「不明」の評価を独立に行った。「適格」と「不明」で評価が一致した論文および評価が一致しなかった論文を対象に、2 名の博士後期課程の院生 (Y.T. and S.A.) が独立して本文精読を行い、システマティックレビューの対象とするかを判断した。また、評価の妥当性を確認するため、評価の一致率および κ 係数を算出した。

Table3. Search Strategy.

PubMed (1946 - present)

Filter: language (English and Japanese)

#26 Search **#20 and #25**

#25 Search **#21 or #22 or #23 or #24**

#24 Search **CRAFT**

#23 Search **“community reinforcement and family training”**

#22 Search **“family training”**

#21 Search **“community reinforcement”**

#20 Search **#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19**

#19 Search **developmental disorders**

#18 Search **autism**

#17 Search **hikikomori**

#16 Search **social withdrawal**

#15 Search **problem gambling**

#14 Search **pathological gambling**

#13 Search **gambling related disorder**

#12 Search **cannabis related disorder**

#11 Search **amphetamine related disorder**

#10 Search **cocaine related disorder**

#9 Search **opiate related disorder**

#8 Search **opioid related disorder**

#7 Search **substance use disorder**

#6 Search **alcohol use disorder**

#5 Search **drug related disorder**

#4 Search **alcohol related disorder**

#3 Search **drug abuse**

#2 Search **substance abuse**

#1 Search **alcohol abuse**

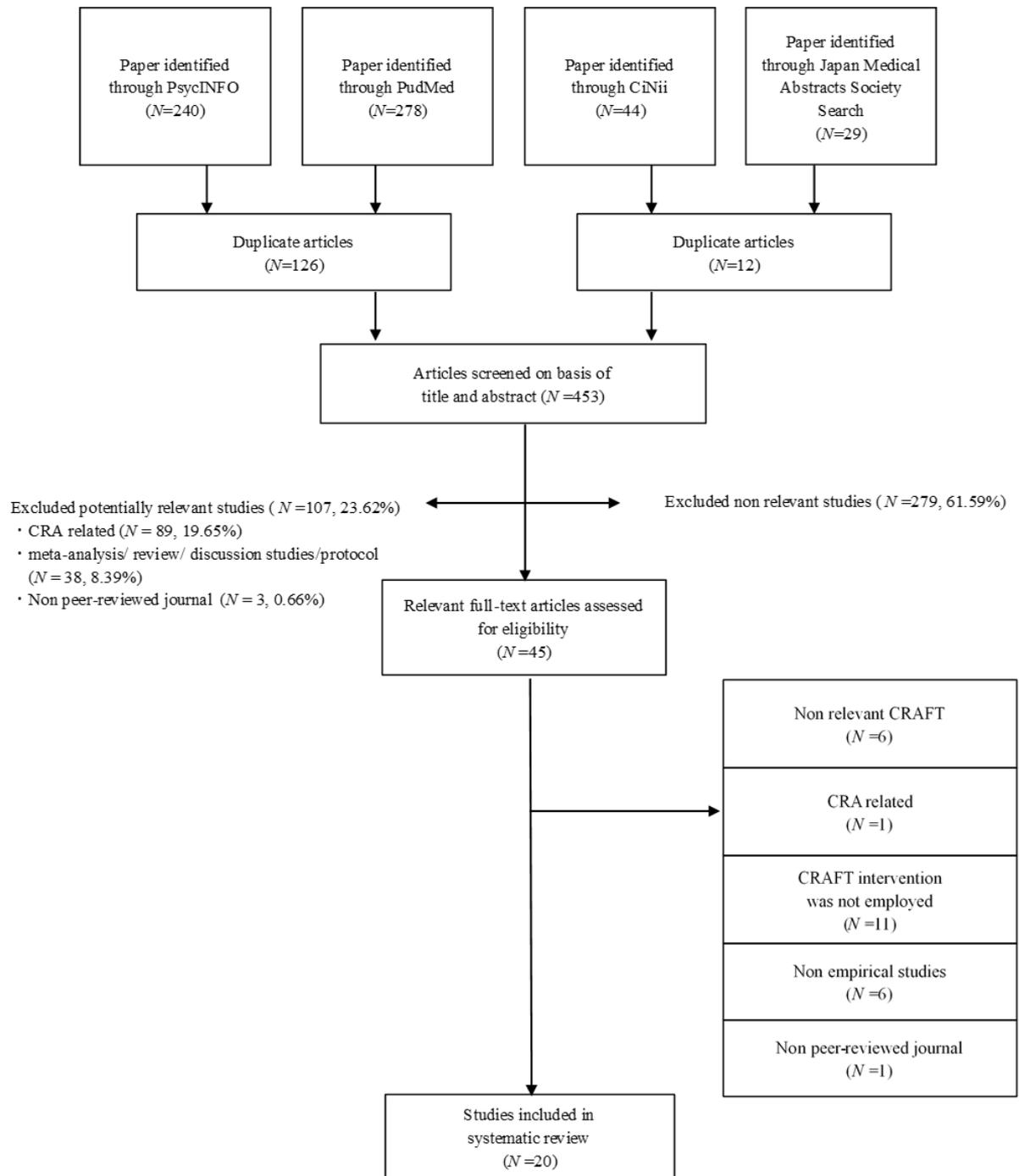


Figure 1. Flowchart of this study.

4) 研究のリスクバイアスの評価

抽出された 21 編の論文について、Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias (CCAR: Higgins & Green, 2008) を用いて、2 名の博士後期課程の院生 (Y.T. and Y.T.) がリスクバイアスの評価を行った。CCAR では、無作為割り付けの生成、割り付けの予測、参加者の盲検化、評価者の盲検化、不完全なアウトカム指標の取り扱い、選択的な結果報告、その他 (ベースラインデータの考慮) の 7 領域について、「質が高い」、「質が低い」、「不明」、「該当なし」で評価した。ベースラインデータの考慮では、ベースライン時のアウトカム指標に関する群間差に適切に対処しているかどうか、またはプログラム実施前後においてアウトカム指標が測定されているかどうかを評価の基準とした。評定者間の一致率 80.7% ($\kappa = 730, p < .001$) であり、一致しない箇所は協議のうえで評価を確定させた。

5) 効果指標の選定基準と効果指標の分類方法

効果指標は、CSO に関する効果指標であることを選定の基準とした。

効果指標の分類は、2 名の博士後期課程の院生 (Y.T. and S.A.) が独立して行った。分類の評価が一致しない箇所は協議のうえで評価を確定させた。

3. 結果

1) 論文抽出

Search Strategy を用いて検索した結果、英語論文に関しては、PudMed から 240 編、PsycINFO から 278 編が抽出され、重複 126 編を除いた 392 編が対象となった。邦文論文に関しては、CiNii から 44 編、医学中央雑誌から 29 編が抽出され重複 12 編を除いた 61 編が対象となった。英語論文と邦文論文を合わせると 453 編が抽出された。

対象となった英語論文 392 編、邦文論文 61 のアブストラクトを 3 名が独立して確認し、包含および除外基準に基づいて、「適格」、「除外」、「不明」、「該当なし」の評価を行った結果、英語論文と邦文論文全体の一致率は 95.3% ($\kappa = 0.64, p < .001$) であり、一致率は許容可能な水準であった (Higgins & Green, 2008)。また、評価が「適格」または「不明」で一致した論文および評価が一致しなかった 45 編の論文について、2 名が独立して本文精読を行い、システマティックレビューの対象とするかを判断した。その結果、英文論文 15 編、邦文論文 5 編が対象となった。

システマティックレビューに組み込まれた論文のリスクバイアスの評価を Table4 および Figure2 に示す。

2) 抽出された論文の特徴

抽出された論文の特徴を Table5 に示す。IP と CSO の続柄は、両親 (father, mother, parent), 配偶者・パートナー (内縁のものを含む) (spouse, partner, wife, fiancée, common law), 子ども (child(ren), son, daughter), 兄弟姉妹 (sibling), 恋人 (boy/girlfriend), 祖父母 (grandparent),

Table4. Assessment of the risk of bias.

Study Area	Sission & Azrin (1986)	Kirby et al. (1999)	Meyers et al. (1999)	Miller et al. (1999)	Makarchuk et al. (2002)	Meyers et al. (2002)	Hodgins et al. (2007)	Waldron et al. (2007)	Dutcher et al. (2009)	Manuel et al. (2012)	Nonaka et al. (2013)	Brigham et al. (2014)	Yamamoto & Murohishi (2014)	Sakai et al. (2015)	Yoshida & Konishi (2015)	Bischof et al. (2016)	Nayoski & Hodgins (2016)	Pons et al. (2016)	Kirby et al. (2017)	Hirao et al. (2018)
Random sequence generation ^{a)}	Y	U	—	N	U	N	U	—	—	N	—	N	—	N	—	Y	N	—	U	—
Allocation concealment ^{a)}	U	U	—	U	U	U	U	—	—	U	—	U	—	N	—	Y	U	—	U	—
Blinding of participant and personal ^{a)}	U	U	—	U	U	U	U	—	—	U	—	U	—	U	N	U	U	N	U	—
Blinding of outcome assessment ^{a)}	N	U	—	Y	U	U	U	—	—	U	—	U	—	U	U	U	U	U	U	—
Incomplete outcome data ^{b)}	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	Y	—	U	—	U	U	U	U	Y
Selective reporting ^{b)}	N	Y	N	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	—	Y	—	N	Y	Y	Y	Y
Other bias ^{c)}	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	U	U	U	Y	Y	Y	Y	Y
Number of Y	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	3	0	1	0	3	2	2	2	3

Note : Y = High quality, N = Low quality, U = Unclear, — = not applicable

a) 無作為比較試験以外の研究であり、評価項目が該当しない研究は“— (該当なし)”とした。

b) IPの相談機関の利用率だけが効果指標として用いられている場合は“— (該当なし)”とした。

c) ベースライン時において介入群と統制群が等質であるかどうかを確認されている場合、または、ベースライン時のデータの差が確認されている場合はYと評価した。

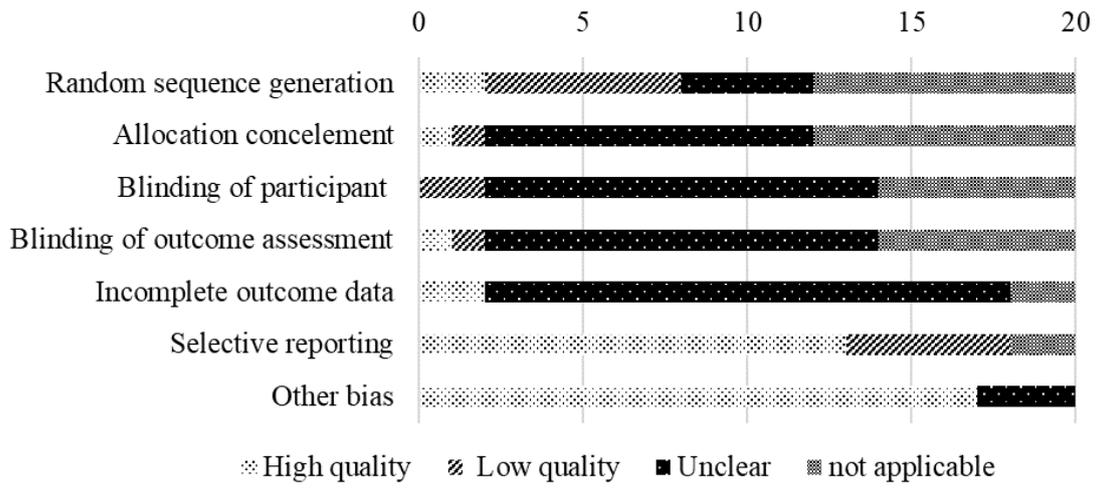


Figure2. Evaluation of quality of study

Table 5. Descriptive characteristics of studies.

Study	Control group	Detail of substance or problem behavior	CSO				Result ^{a)}			
			Sample size	Gender	Relation to IP	Range of age (Mean)	Improvement of CSO	Engagement of IP (rates) ^{b)}	Decrease of IP's problem behavior	
Sission & Azrin (1986)	Yes [ⓐ]	CRAFT versus AI-Anon	100% alcohol	12	100% female	75% spouse 8% children 17% other (siblings, father)	28-62	NA	86% versus 0% ⓐ	ⓐ
Meyers et al. (1998)	No	CRAFT	39% cocaine 29% stimulants 18% marijuana 9% opiates 5% other drug	62	97% female	56% parents 34% spouse 6% siblings 4% children	18-73 (44.7)	○ improvements in terms of mood states (depression, anxiety, and anger), medical symptoms and physical symptoms.	74% ○	○ ^{c)}
Kirby et al. (1999)	Yes [ⓐ]	CRAFT versus Nar-non	56% cocaine 22% heroine 22% other	32	93.8% female	56.3% spouse/partner 37.5% parent 6.3% sibling	20-70 (39.6)	○ improvements in terms of financial, health issues mood states (anger, confusion, depression, fatigue, tension, and vigor), family unit, and social leisure in both groups.	64% versus 17% ⓐ	○
Miller et al. (1999)	Yes [ⓐ]	CRAFT versus Johnson Institute intervention versus AI-Anon	100% alcohol	130	91% female	59% spouse/partner 30% parent 8% boy/girlfriend 1.5% child 1.5% grandparent	21-81 (47)	○ improvements in terms of mood states (depression and anger), family conflict, family cohesion and relationship happiness in all conditions.	64% versus 23% versus 13% ⓐ	NA
Makarchuk et al. (2002)	Yes [ⓐ]	self help CRAFT versus standard practice	gambling	31	87% female	58% spouse/common law 13% boy/girlfriend 13% parent 13% child 3% sibling	(45)	○ improvements in terms of psychologic symptom patterns and relationship happiness in both groups.	20% versus 23% Not analyzed ^{d)}	○

Table 5 Continued.

Meyers et al. (2002)	Yes [⊙]	CRAFT versus CRAFT+aftercare versus AI-Nar FT	41% cocaine 16% heroin 27% marijuana 16% other	90	88% female	53% parent 30% spouse/partner 17% close friends, family members other than parent or spouse	19-76	○ improvements in terms of depression, physical symptoms and family function in all groups.	58.67% versus 76.7% versus 29% ⊙	NA
Hodgins et al. (2007)	Yes [⊙]	self help CRAFT (workbook) versus self help CRAFT (workbook + telephone) versus control condition	gambling	186	82% female	56% spouse/partner 18% child 7% sibling 6% boy/girlfriend 6% parent 5% friend 3% extended family	20-77 (45)	○ improvements in terms of psychologic symptom patterns, emotional and behavior consequences of CSO, and relationship happiness in all conditions.	14 versus 15% versus 17% ×	⊙
Waldron et al. (2007)	No	CRAFT	100% drug	42	83% female	100% parent	(46)	○ improvements in terms of mood states (depression and anxiety).	71% ○	○
Dutcher et al. (2009)	No	CRAFT	90.5% alcohol 7.4% cocaine 1.1% heroine 1.1% metamphetamine	99	89.9% female	25.3% mother 24.2% wife 16.2% significant other 12.1% other 7.1% husband 6.1% other relative 4.0% son 3% father 2% daughter	(51)	○ improvements in terms of mood states (depression, anger and anxiety) and general happiness.	55% ×	NA
Manuel et al. (2012)	Yes [⊙]	group CRAFT versus self-directed CRAFT	100% alcohol or drug	40	85% female	62.5% parent 12.5% spouse 7.5% sibling 2.5% child 2.5% friend 7.5% boy/girlfriend 5% other	26-76 (51.3)	○ improvements in terms of family cohesion, family conflict and anger in both groups.	group CRAFT 71% ^{e)} × self-directed CRAFT 40% ×	NA

Table 5 Continued.

Nonaka et al. (2013)	No	CRAFT	hikikomori	6	100% female	100% parents	49-62 (54.67)	○ improvements in terms of negative evaluation.	83% Not analyzed [†]	○
Brigham et al. (2014)	Yes [⊙]	CRAFT-T versus treatment as usual (TAU)	opioid	52	87% female	50% parent/ aunt/ grandparent 13.5% spouse/ common law 25% boy/girlfriend/ fiancee 5.8% sibling 5.8% friend	(29)	NA	hazard ratio of 57% [‡] ×	○
Yamamoto & Murohashi (2014)	No	CRAFT	ASD ^{h)} + hikikomori	30	93.3% female	83% mother 10% parents 3% father 3% sister		NA	70% ⁱ⁾ ○	NA
Sakai et al. (2015)	Yes	CRAFT versus selfhelp group	hikikomori	14	100% versus 85.7% female	100% parents	43-68	○ improvements in terms of mood states (depression/anxiety and bad mood/anger), self-efficacy and hikikomori relationship function (positive reinforcement and negative reinforcement) in both groups.	28.6% versus 0% ×	×
Yoshida & Konishi (2015)	Yes	Participating in CRAFT versus non-CRAFT	88% alcohol 8% drug 4% illegal herb	25	92%	32% spouse 28% mother 16% parent 16% daughter 4% husband 4% father	24-78 (49.5) versus 24-84 (59.7)	NA	83.3% versus 0% ⊙	NA

Table 5 Continued.

Bischof et al. (2016)	Yes [⊙]	CRAFT versus wait List	100% alcohol	94	92.3% female	62.8% spouse 16.7% cohabitating person 10.8% adult children 6.4% parents 2.1% siblings 1.0% third degree relative	(48.8, 48.9)	⊙ improvements in terms of depression, mental health, psychological symptoms and relationship happiness in CRAFT.	40.5% versus 13.9% ⊙	NA
Nayoski & Hodgins (2016)	Yes [⊙]	self help CRAFT versus individual intervention(not CRAFT)	gambling	31	93% versus 88% female	44% versus 18% spouse 47% versus 13% common law 13% versus 13% parent 13% versus 20% children 6% versus 7% boy/girlfriend 6% versus 0% separated spouse	(47, 46)	×	0% versus 0% × ^{d)}	○ ^{j)}
Pons et al. (2016)	Yes	CRAFT versus control	56% cannabis 28% cocaine 12% alcohol 4% heroine	50	76% versus 68% female	100% parent	(48.2, 51.6)	○ improvements in terms of mood states (depression and anger) in CRAFT.	60% ^{k)} ×	NA
Kirby et al. (2017)	Yes [⊙]	CRAFT versus TEiT (CRAFT components) versus Al/Nar-Anon (ANF)	59.1% alcohol 29.6% stimulants 7.8% opiates 3.5% other	115	77.4% female	26.1% parent 52.2% spouse/partner 21.7% other	(50)	○ improvements in terms of mood states (depression, anxiety and anger) and CSO's problems (emotional, relationship and family problems) in all conditions. decrease in term of sobriety behavior in ANF.	62% versus 63% versus 37% ⊙	○

Table5 Continued.

Hirao et al. (2018)	No	CRAFT	hikikomori	12 ^{d)}	66.7% female	100% parents	43-71 (43)	○ improvements in terms of stress response, mental health, and self-efficacy.	70% ×	○
------------------------	----	-------	------------	------------------	-----------------	--------------	---------------	--	----------	---

Note. ①は無作為比較試験を示す, a)の指標は以下を参照。◎:統制群と比較して有意な改善あり, ○:介入前後において有意な改善が認められるが, 統制群と比較した場合に有意差なし, または統制群が設定されていない, ×:有意な改善なし, NA: 該当なし, b) 相談機関の利用, 治療継続, サポートの情報を集める行動も含む, c) 相談機関を利用したIPを持つCSOのグループの結果, d) 3か月後のフォローアップ時, e) ドロップアウトを除いた際の人数比較, f) 2名が相談機関の利用, 1名が就労, 1名が就学, 1名が就労後ドロップアウト, g) ドロップアウト率を用いた治療継続率の比較, h) ASD: Autism Spectrum Disorder (自閉症スペクトラム障害), i) フレーズ1が終了時の割合, j) CRAFT群において, ギャンブルを行った日数, ギャンブルに費やす費用が低下, k) サポートに関する情報を集めたCSOのパーセンテージ. 統制群の記載なし, l) 父親と母親が共に参加した家族が3組, IPが2名いる家族が1組. 全体のIPの数は10名.

友人 (close friends), その他 (family members other than parent or spouse, extended family, close relatives, significant other, other relatives, aunt, cohabitating person, third degree relative, other) であった。

CRAFT の 3 つの目標について、1) CSO の精神的健康の回復に関する内容は Result の “Improvement of CSO” に、2) IP の相談機関の利用促進に関する結果は “Engagement of IP” に、3) IP の薬物使用行動の低下は “Decrease of IP's problem behavior” に示した。また、有意な改善が認められ、統制群との有意差が確認された場合には “◎”，有意な改善が認められるが統制群との有意差なし、または統制群なしの場合は “○”，改善が見られない場合は “×”，該当なしまたは効果指標についての記載はあるが結果の記載がない場合は “NA” と表記した。2) IP の相談機関の利用促進に関する結果について、統計的検定が行われていない論文については、元の論文に記載されている数値を基に、 χ^2 検定を用いて結果を算出した (Table6)。

「CSO の精神的健康の回復」は 20 編中 16 編で確認が行われていた。物質を対象とした研究 13 編の内、10 編において、CRAFT 実施前後の精神的健康の有意な回復が認められた。ギャンブルを対象とした 2 編 (Hodgins, Toneatto, Makarchuk, Skinner, & Vincent, 2007; Makarchuk, Hodgins, & Peden, 2002) とひきこもりを対象とした 3 編 (平生・稲葉・井澤, 2018; 野中他, 2013; 境他, 2015) においても CRAFT 実施前後において有意な効果が認められた。また、物質を対象とした研究で統制群を設けている 10 編の内 1 編において、統制群と比較し CRAFT 群に有意に高い精神的健康の回復が認められた。

「IP の相談機関の利用促進」については、20 編全ての研究で検討が行われていた。物質を対象とした研究 13 編の内、9 編において、CRAFT 実施前後の IP の相談機関の利用率の向上が確認された。ギャンブルを対象とした 3 編 (Hodgins et al., 2007; Makarchuk et al., 2002, Nayoski & Hodgins, 2016) と引きこもりを対象とした 3 編 (平生他, 2018; 野中他, 2013; 境他, 2015) では CRAFT 実施前後における相談機関の利用率の向上は見られなかった。また、物質を対象とした研究で統制群を設けている 10 編の内 6 編において、統制群と比較し CRAFT 群に有意に高い相談機関の利用が認められた

「IP の薬物使用行動の低下」については、20 編の内 12 編で検討が行われていた。物質を対象とした研究 13 編の内、6 編において、CRAFT 実施前後の薬物使用行動の有意な低下が認められた。ギャンブルを対象とした 3 編全てと引きこもりの 2 編 (平生他, 2018; 野中他, 2013) において、CRAFT 実施前後のギャンブル行動またはひきこもり行動の低下が認められた。また、物質を対象とした研究で統制群を設けている 10 編の内 2 編において、統制群と比較し CRAFT 群に有意な薬物使用行動の低下が認められた。

3) 効果指標

抽出された論文で使用されていた CSO の変化を測定する効果指標を Table7 に示す。

Cognition (認知) に関する効果指標を用いた論文は 9 編であり、セルフ・エフィカシー

Table6. Chi-squared of IP engagement.

Study	Control Group	the number of CSO		χ^2
		IP entered treatment	IP didn't enter treatment	
CRAFT				
Meyers et al. (1999)	No	46 (74.2%)	16 (25.8%)	14.516 ***
Waldron et al. (2007)	No	30 (71.0%)	12 (29.0%)	7.714 **
Dutcher et al. (2009)	No	54 (55.0%)	45 (45.0%)	0.818 <i>n.s.</i>
Manuel et al. (2012)	group CRAFT	12 (70.6%)	5 (29.4%)	2.882 <i>n.s.</i>
	self-directed CRAFT	8 (40%)	12 (60%)	0.800 <i>n.s.</i>
Yamamoto & Murohashi (2014)	No	21 (70.0%)	9 (30.0%)	4.800 *
Pons et al. (2016)	No ^{a)}	15 (60.0%)	10 (40.0%)	1.000 <i>n.s.</i>
Hirao et al. (2018)	No	7 (70.0%)	3 (30.0%)	1.600 <i>n.s.</i>
CRAFT versus Control				
Hodgins et al. (2007)	self help CRAFT (workbook)	9 (14.8%)	52 (85.2%)	0.084 <i>n.s.</i> ^{b)}
	self help CRAFT (workbook + telephone)	11 (17.0%)	54 (83.1%)	0.001 <i>n.s.</i> ^{c)}
	Control	10 (16.7%)	50 (83.3%)	
Sakai et al. (2015)	CRAFT	3 (42.6%)	4 (57.4%)	0.193 <i>n.s.</i> ^{d)}
	self-help	0 (0%)	7 (100%)	
Yoshida & Konishi (2015)	CRAFT	10 (83.3%)	2 (21.7%)	14.750 *** ^{d)}
	Control	0 (0%)	13 (100%)	

Note . * $p < .05$, ** $p < .01$

a) 統制群は設定されているが、統制群におけるIPの相談機関の利用人数または利用率の記載なし、 b) self help CRAFT (workbook) versus Control, c) self help CRAFT (workbook + telephone) versus Control, d) 0人のセルがあるため、イエーツの補正を用いた。

Table7. Measures used in study.

	Scale		Study
1. Cognition			
Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA) Drug Efficacy scale	unpublished	Manuel et al. (2012)	×
Self-Efficacy Ratings	no description	Meyers et al. (1998)	—
ひきこもり状態への対処に関する家族のセルフ・エフィカシー尺度	(境・坂野, 2009)	Nonaka et al. (2013)	×
		Sakai et al. (2015)	×
		Hirao et al. (2018)	○
State Self-esteem Scale	(Heatherton & Polivy, 1991)	Meyers et al. (1998)	—
		Miller et al. (1999)	—
		Meyers et al. (2002)	—
Self-Esteem Scale	(Rosenberg, 1965)	Kirby et al. (1999)	×
		Pons et al. (2016)	×
ひきこもり状態に対する否定的評価尺度	(境他, 2009)	Nonaka et al. (2013)	○
		Sakai et al. (2015)	× ^{a)}
2. Mental health			
<i>Mental illness</i>			
Beck Depression Inventory	(Beck, 1978; Beck et al., 1988; Beck et al., 1996)	Meyers et al. (1998)	○
		Miller et al. (1999)	○
		Meyers et al. (2002)	○
		Waldron et al. (2007)	○
		Dutcher et al. (2009)	○
		Manuel et al. (2012)	×
		Bischof et al. (2016)	◎
		Pons et al. (2016)	○
		Kirby et al. (2017)	○
Profile of Mood States	(McNair et al., 1997,1992)	Kirby et al. (1999)	○
State/Trait Anxiety Inventory	(Spieberger, 1988; Spielberger et al., 1982, 1983)	Meyers et al. (1998)	○
		Miller et al. (1999)	○
		Meyers et al. (2002)	—
		Waldron et al. (2007)	○
		Dutcher et al. (2009)	○
		Manuel et al. (2012)	×
		Pons et al. (2016)	×
		Kirby et al. (2017)	○
State/Trait Anger Inventory	(Spielberg, 1996)	Meyers et al. (1998)	○
		Dutcher et al. (2009)	○
State/Trait Anger Expression Inventory	(Miguel-Tobal et al., 2001; Spielberg, 1988, 1999, 2001)	Miller et al. (1999)	○
		Meyers et al. (2002)	—
		Waldron et al. (2007)	○
		Manuel et al. (2012)	○
		Pons et al. (2016)	○
		Kirby et al. (2017)	○

Table7 continued.

The Mental Health Inventory	(Berwick et al., 1991)	Bischof et al. (2016)	◎
The Symptom Checklist	(Derogatis, 1992)	Bischof et al. (2016)	◎
Stress Response Scale	(鈴木他, 1997)	Nonaka et al. (2013)	×
		Sakai et al. (2015)	○
		Hirao et al. (2018)	○
GHQ-28	(中川・大坊, 1985)		○
The Brief Symptom Inventory	(Derogatis, 1993)	Makarchuk et al. (2002)	○
		Hodgins et al. (2007)	○
		Nayoski & Hodgins (2016)	×
2. Mental health			
Well-being and QOL			
Purpose in Life Scale	no description	Meyers et al. (1998)	—
		Meyers et al. (2002)	—
The Satisfaction with Life Scale	(Diener et al., 1985)	Bischof et al. (2016)	×
Relationship Happiness Scale	(Azrin et al., 1973; Sission & Azrin, 1986; Smith & Meyers, 2004)	Meyers et al. (1998)	×
		Miller et al. (1999)	○
		Meyers et al. (2002)	—
		Dutcher et al. (2009)	○
		Bischof et al. (2016)	◎
WHO/QOL-26	(田崎・中根, 2007)	Nonaka et al. (2013)	×

Note. ◎: 統制群と比較して有意な改善あり, ○: 介入前後において有意な改善が認められるが, 統制群と比較した場合に有意差なし, または統制群が設定されていない, ×: 有意な改善なし, —: 該当なし, a) 統制群と比較してCRAFT群の効果量は高い.

(self-efficacy) やセルフ・エスティーム (self-esteem) が含まれていた。一方、非機能的認知に関する効果指標を用いていた研究は引きこもりを対象とした研究のみであり (野中他, 2013; 境他, 2015), 物質を対象とした研究では確認されなかった。CSO の精神的健康 (mental health) に関する効果指標は 14 編で用いられていた。Beck Depression Inventory (以下, BDI) を用いたうつ重症度の評価を行っている研究が 9 編, State/Trait Anxiety Inventory (以下, STAI) を用いた状態-特性不安の評価を行っている研究が 8 編, State/Trait Anger Expression Inventory (以下, STAXI) を用いた怒りの評価を行っている研究が 6 編であった。また, well-being や QOL を測定している研究も 7 編確認された。well-being を測定していた 7 編の論文では, mental illness の効果指標を用いた検討も行われていた。

4. 考察

1) 抽出された論文の特徴

CSO の続柄としては, 両親, 配偶者, 子どもに始まり, さまざまな続柄が含まれていた。第 3 節, 第 1 項において, さまざまな CSO を対象として実施できることが CRAFT の特徴であることについて述べたが, システマティックレビューの結果からも CRAFT は様々な CSO を対象として実施可能であることが示されたと言える。

CRAFT の 3 つの目的について, 「CSO の精神的健康の回復」は対象疾患に限らず CRAFT 実施前後で有意な回復がみられたが, 統制群と比較した場合において CRAFT 群に有意な効果が確認された研究は 1 編のみであった (Bischof, Iwen, Freyer-Adam, & Rumpf, 2016)。一方, 「相談機関の利用」は全ての研究で確認がされていた。また, 他の支援方法と比較しても有意に優れた効果を示している研究が 7 編あったことから, CRAFT は IP を相談機関につなげたいときに有効な方法であるといえる。Meis et al. (2013) は CRAFT の効果について, IP の相談機関の利用促進については中程度の効果 (moderate strength evidence) があるとしながらも, CSO の回復について他の支援方法と比較して有意な効果があるかどうかについて十分なエビデンスはないとしている。本研究においても, CRAFT は「CSO の精神的健康の回復」については CRAFT 前後において有意な効果があり, 「IP の相談機関の利用」においては他の支援方法と比較した場合でも優れた効果があるという, これまでの結果 (e.g. 野中・境, 2015; Roozen et al., 2010) を支持したといえる。

「CSO の精神的健康の回復」は, 15 編の研究において CRAFT 実施前後で有意な回復が確認されているが, 他の支援方法と同等の効果である。今後, CSO の精神的健康の回復に影響を与える要因について詳細に検討し, CSO の精神的健康の回復を促進する効果的な支援を構築することが期待される。

2) 認知と精神的健康に関する効果指標

認知を測定する効果指標としては, セルフ・エフィカシー (self-efficacy) やセルフ・エスティーム (self-esteem) が用いられていた。CRAFT では, CSO は IP の問題の原因ではなく,

解決の一部になりうることを認め、CSO のセルフ・エスティームやセルフ・エフィカシーを高めることを重視していることから (Smith & Meyers, 2004 境・原井・杉山監訳, 2014), CSO のセルフ・エフィカシーとセルフ・エスティームを確認する効果指標が用いられていたと考えられる。また、セルフ・エフィカシーは行動変容に先立つ認知であり、セルフ・エフィカシーはその後の行動に影響を与えるとされる (Bandura, 1980)。CRAFT では CSO の行動変化も重視されるため、セルフ・エフィカシーに焦点が当てられていたことが考えられる。しかし、CRAFT を行うことによるセルフ・エフィカシーおよびセルフ・エスティームの変化としては、変化が確認されていないまたは変化していなかったという結果が多く、CRAFT によってセルフ・エフィカシーおよびセルフ・エスティームが有意に改善するとは言えない結果であった。さらに、CSO の非機能的認知についての検討は引きこもりを対象とした研究 (野中他, 2013; 境他, 2015) のみであり、薬物使用者の CSO の非機能的認知が CRAFT によって変化するのかどうかについて知見を収集することができなかった。さらに、野中他 (2013) そして境他 (2015) において、非機能的認知の変化は確認されているが、非機能的認知が CSO の精神的健康に影響を与えているのかどうかについては検討されていない。非機能的認知が精神的健康に影響を与えるという理論モデルを考慮すると、薬物使用者の CSO への支援を検討する際、薬物使用者の CSO の非機能的認知が精神的健康に与える影響について検討することは重要であるといえる。

一方、CSO の精神的健康 (Mental Health) を測定する効果指標は 13 の論文で使用されていた。また、抑うつや不安といった精神的不調 (mental illness) を測定する効果指標だけではなく、well-being を測定する効果指標も 7 編の論文で取り入れられていた。精神的不調と比較すると well-being の効果指標を用いていた論文は約半数であったが、CRAFT では CSO の精神的不調の改善だけではなく、well-being を高めることも期待されていると考えられる。

5. まとめ

CSO に CRAFT という認知行動療法を行うことで、CSO の精神的健康の回復、IP の相談機関の利用促進、そして薬物使用行動の低下に効果があることは確認されたものの、薬物使用者の CSO の非機能的認知については十分に検討されていなかった。したがって、薬物使用者の CSO の非機能的認知が精神的健康にどのような影響を与えているのかを明らかにすることが出来なかった。CRAFT は本来、テーラーメイド式で、CSO のニーズや状態に応じて順番を入れ替える、必要なステップを実施することが可能であるなど柔軟性のある認知行動療法である。一方、研究として効果検討を行う場合には、一定のプロトコルに沿った内容を実施する必要がある。しかし、高垣・岡島・坂野 (2012) はパッケージ化された包括的な支援方法では対象者のより詳細な特徴に合わせた支援が行われていない可能性があること、対象者の特徴に合わせた支援を行うためには対象者の問題の維持・悪化に関連のある要因を明らかにする必要があると述べている。今後は CSO の非機能的認知という個人内要因にも焦点をあて、非機能的認知が CSO の精神的健康の維持・悪化にどのような影響を与え

るのかについて詳細に検討することが必要である。

また、薬物使用者の CSO の非機能的認知を測定する尺度が用いられていなかった理由として、尺度が整備されていないという点が指摘できる。CSO の非機能的認知に焦点を当てた研究として、Rotunda et al. (2004) は Behavioral Enabling Scale (Rotunda, 1996) の下位尺度である “enabling beliefs subscale” を使用していた。しかし、本尺度は薬物使用者の薬物使用行動を強化する周囲の人の行動(enabling)に関連のある認知を測定する尺度であるため、薬物使用者の CSO の非機能的認知を理解する尺度としては偏りがあるといえる。さらに、尺度作成に関する論文が出版されておらず (unpublished), 標準化の点で疑問が残る尺度である。我が国においても、西川 (2007) が薬物使用者の CSO の非機能的認知について触れているが、西川 (2007) の報告は西村・安高 (不明) が作成した「薬物問題を持つ家族のための家族教室」から引用されている。しかし、「薬物問題を持つ家族のための家族教室」も現在は入手不可能となっており、報告された CSO の非機能的認知がどのような内容であるのか、どのような手続きや調査材料によって得られたのか不明であり、尺度として使用することはできない。つまり、薬物使用者の CSO の非機能的認知がどのような内容から構成されるのかについて十分な検討が行われておらず、かつ CSO の非機能的認知を実証的に測定する尺度そのものも整備されていないことが問題点としてあげられる。

最後に、システマティックレビューの結果、CSO の精神的健康が精神的不調 (mental illness) と well-being といった二側面から検討されていることが明らかとなった。Keyes (2005) が、精神的健康は精神的不調と well-being といった二側面から成り立つことを報告していることから、精神的健康を精神的不調と well-being の二側面から理解することは妥当であり、今後、CSO の非機能的認知が精神的健康に与える影響について検討する際にも、精神的不調と well-being の二側面から検討することが必要であると考えられる。

6. 本研究の限界

本研究の限界として以下の点があげられる。リスクバイアスの評価について、抽出した研究の記載が不十分であったため、十分な評価が出来なかったことがあげられる。また、RCT をターゲットとしたリスクバイアス評価の基準を用いていたため、RCT 以外の研究については“該当なし”となる部分が生じた。今後は RCT に該当しない研究においては、Risk of Bias In Non-randomized Studies of Interventions (Higgins et al., 2019) を使用するなど、適切なリスクバイアス評価の基準を用いることが必要であると考えられた。さらに、効果指標についても、CRAFT 実施後において使用されているかどうか不明な指標が含まれていたため (Meyers et al., 1998; Meyers et al., 2002; Miller et al., 1999), リスクバイアスが高い研究が含まれていた可能性があることにも留意することが必要である。

第2章 本研究の目的と意義

第1節 薬物使用者の家族に対する認知行動療法の問題点と本研究の目的

第1章をまとめると、CSOはIPの薬物問題によってさまざまなストレスにさらされており、多くの社会生活上の問題を抱えている。また、薬物使用の問題に関連してCSOには様々な非機能的認知が生じていることが報告されており、A.T. BeckやA. Ellisの理論モデルを考慮すると、非機能的認知が精神的健康に影響を与えていることが考えられた。しかし、認知行動療法であるCRAFTを対象としたシステマティックレビューの結果、薬物使用者のCSOの非機能的認知を測定する尺度は使用されておらず、検討されていないことが明らかとなった(研究1)。

CRAFTは包括的なパッケージであることもあり、CSOの個人内要因としての非機能的認知に焦点を当てた詳細な検討が行われていないことが考えられた。坂野(1995)は「認知行動療法では、単一の技法を適用することによって治療を行うというよりもむしろ、これまで有効であるとされてきた様々な治療技法を有効に組み合わせることによってより大きな治療効果を得ようとする『パッケージ治療法』の発想を取ることが一般的である(p. 157)」としながら、「このとき、認知行動療法の適用症例が拡大し、その効果が確認されたとしても、パッケージ治療全体として治療効果は認められても、どのような症例の、どのような症状の改善に、パッケージ治療法のどの部分が功を奏したかという点は不明確なまま残されることになりかねない(p. 157)」と述べている。

高垣他(2012)は、包括的なパッケージを実施する際、対象者の問題の維持・悪化に関連のある要因を明らかにする必要があると述べていることから、画一化されたパッケージ療法を行うことで、個々人の問題の維持・悪化に関連がある要因を見落としやすくなり、治療効果が低下することが懸念される。したがって、複数の技法を含むパッケージ化された認知行動療法を実施する際にもCSOの非機能的認知といった個人内要因に焦点を当てる必要があると考えられる。

また、薬物使用者のCSOの個人内要因である非機能的認知が検討されていない理由として、薬物使用者のCSOの非機能的認知を測定する尺度が整備されていないことが問題点としてあげられた。具体的にどのような問題があるのかを以下に整理する。まず、薬物使用者のCSOの非機能的認知について検討している研究が少なく、薬物使用者のCSOにはどのような非機能的認知が生じているのかについて十分に検討されていないという問題点があげられる。さらに、CSOの非機能的認知がどのような内容から構成され、どのような構造を有しているのかについても不明であるという問題点があげられる。そこで、まず、薬物使用者のCSOにはどのような内容の非機能的認知が生じているのかを詳細に検討することが必要であると考えられる。したがって、研究2-1では薬物使用者のCSOの非機能的認知を測定する尺度を作成する際のベースとなる、CSOの非機能的認知の内容について明らかにすることを目的とする。次に、研究2-1で明らかにした内容をもとに、CSOの非機能的認知を

測定する尺度を作成し、心理学的構造を明らかにすることを目的とする（研究 2-2）。また、尺度を作成するには信頼性と妥当性を確認することが必須である。そこで、研究 3 では研究 2-2 で作成した尺度の信頼性と妥当性を確認することを目的とする（研究 3）。また、A.T. Beck や A. Ellis の理論モデルおよび先行研究から、CSO の非機能的認知が精神的健康に影響を与えることが仮定される。さらに、第 1 章、第 2 節、第 5 項において、CSO の精神的健康も精神的不調（*mental illness*）と *well-being* の二側面から明らかにすることが必要であることを指摘した。しかし、薬物使用者の CSO の非機能的認知が精神的不調と *well-being* に影響を与えているのかどうかは検討されていない。そこで、本研究では CSO の非機能的認知が精神的不調と *well-being* といった精神的健康の二側面に影響を及ぼしているのかどうかを実証的に確認することを目的とする（研究 4）。本論文の構成を Figure3 に示した。

第 2 節 本研究の意義

第 2 節の第 4 項で述べたように、非機能的認知が精神的不調または *well-being* といった精神的健康に影響を与えることは先行研究によって示されているといえる。したがって、薬物使用者の CSO においても非機能的認知が精神的健康に影響を与えるという理論モデルが成立すると考えられる。しかし、薬物使用者の CSO の非機能的認知が精神的健康に影響を与えているかどうかについては実証的な検討は行われていない。さらに、薬物使用者の非機能的認知がどのような内容から構成されるのか不明であり、また、非機能的認知を測定する尺度も整備されていない。本論文ではこれらの問題点に対して、薬物使用者の CSO の非機能的認知を測定する尺度を作成し、非機能的認知が精神的健康に与える影響について実証的に検討することを目的とする。

本研究の結果、これまで十分に検討されてこなかった CSO の非機能的認知の内容が明らかになるため、CSO の状況や CSO が抱えている問題をより具体的に理解することが可能となる。さらに、CSO の非機能的認知を測定する尺度を整備することによって、CSO の非機能的認知の変化を客観的に理解することが出来るようになる。CSO の非機能的認知を客観的に理解することによって、CSO および支援者は治療経過や治療結果を理解しやすくなると考えられる。さらに、CSO の非機能的認知が CSO の精神的不調や *well-being* のそれぞれに与えている影響が明らかとなることによって、CSO の精神的不調の改善を目的とする場合、または *well-being* の維持・促進を目的とする場合において、非機能的認知に焦点を当てることの根拠を示すことができる。

本研究を通して、薬物使用者の CSO の非機能的認知の機能について明らかにすることが出来るため、薬物使用者の CSO に対する認知行動療法の治療効果の向上に貢献することが出来ると考えられる。また、薬物使用者の CSO の精神的健康の回復を促進する知見を提供することができるため、CSO の精神的健康の回復を目的とする研究および臨床の発展に貢献することが可能となる。

第1章 薬物使用者の家族支援の研究動向と課題

(1) 薬物使用者の家族の非機能的認知が精神的健康に及ぼす影響が実証的に確認されているか不明瞭である。
→ 薬物使用者の家族に対して認知行動療法を行っている研究を対象にシステマティックレビューを行い、家族の非機能的認知と精神的健康の変化、および家族の非機能的認知が家族の精神的健康に与える影響について検討する（研究1）。

(2) 家族の個人内要因である非機能的認知を測定する尺度が整備されていない。

1. 家族に生じている非機能的認知の内容が明らかではない。

→ 家族の非機能的認知の内容を明らかにする（研究2-1）。

2. 家族の非機能的認知の心理学的構造は検討されていない。

→ 家族の非機能的認知の因子構造と内的整合性を確認し、家族の非機能的認知の心理学的構造を明らかにする（研究2-2）。

→ 第3章で検討

(3) 家族の非機能的認知を測定する尺度の安定性および外的基準との比較による妥当性が検討されていない。

→ 再検査法を用いた再検査信頼性の確認、および併存的妥当性を用いた妥当性の確認を行う（研究3）。

→ 第4章で検討

(4) 家族の非機能的認知が精神的健康に影響を与えていることが実証的に検討されていない。さらに、精神的健康は精神的不調と well-being といった二側面に分けられるが、家族の非機能的認知が精神的健康の二側面に与える影響について詳細な検討が行われていない。

→ 家族の非機能的認知が、家族の精神的不調と well-being に与える影響について検討する（研究3-2）。

→ 第5章で検討

第2章 本研究の目的と意義

第3章 家族の非機能的認知の内容および心理学的構造の解明

1. 家族の非機能的認知の内容の検討（研究2-1）

2. 家族の非機能的認知の心理学的構造の解明（研究2-2）

第4章 家族の非機能的認知を測定する尺度の信頼性と妥当性の検討

・ 家族の非機能的認知を測定する尺度の安定性および外的基準との比較に基づく妥当性の確認（研究3）

第5章 家族の非機能的認知が精神的健康に与える影響の実証的検討

・ 家族の非機能的な認知が、家族の精神的不調と well-being といった精神的健康の二側面に与える影響についての検討（研究4）

第5章 総合考察

Figure3. 本研究の構成.

第3章 家族の非機能的認知の内容および心理学的構造の検討（研究2）^{注1}

第1節 問題と目的

第1章および第2章にて、薬物使用者のCSOの非機能的認知がどのような内容から構成されるのかについて十分な検討が行われておらず、かつCSOの非機能的認知を測定する尺度そのものも整備されていないことが問題点として指摘された。本研究ではCSOの非機能的認知にはどのような内容が含まれているのか、どのような概念から構成されているのかについて明らかにすることを目的とする（研究2-1）。次に、研究2-1で得られた内容を基に、CSOの非機能的認知を測定する尺度の因子数および因子構造を確認することによって、薬物使用者のCSOの非機能的認知の心理学的構造を明らかにすることを目的とする（研究2-2）。

第2節 家族の非機能的認知の内容の検討（研究2-1）

第1項 本節の目的

本研究ではCSOの非機能的認知にはどのような内容が含まれているのかを明らかにすることを目的とする。また、明らかにされた非機能的認知の内容的妥当性について確認することも目的とする。

第2項 方法

1. 対象者

本研究ではCSOと、CSOを支援する医師、精神保健福祉士、臨床心理士、看護師等（以下、医療専門職）を対象とした。

2. 調査材料

薬物使用者の薬物問題に関連して生じる非機能的認知について尋ねる調査票の配布、または調査票に基づく半構造化面接を実施した。CSOには、「本人の薬物使用により、あなたにはこれまでとは異なるいろいろな考えが生じると思います。本人の薬物使用によりあなたに生じた考えについて、いくつでも自由に述べてください。」という質問を、医療専門職には「本人の薬物使用によって、家族にはこれまでとは異なるいろいろな考えが生じると思います。家族に生じやすい考えについて、いくつでも自由に述べてください。」という質問を用いた。

注1 本章および第4章で実施した研究の一部は、日本アルコール・薬物医学会雑誌に掲載済である。辻 由依・青木 俊太郎・坂野 雄二 (2020). 薬物使用者の家族の認知を測定する尺度の作成 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 55(1), 25-38.

3. 手続き

CSO には薬物使用者の家族が集まる家族会を利用して調査票の配布または半構造化面接を行った。調査票の返送は返信用封筒を利用し、厳封した上で返送するよう依頼した。医療専門職について、調査票は協力を依頼した医療専門職に配布し返送を依頼した。半構造化面接は協力を依頼した機関で行った。

倫理的配慮として、本研究は、所属機関の倫理委員会の承認を得た上で実施した（承認番号: 第 16012 号）。研究協力者に配布した協力依頼文章には、研究の目的、方法、個人情報取り扱い、緊急時の対応、研究への参加は任意であることを明記し、調査への回答をもって同意の取得とした。また、一旦回答した後も、不利益なく回答を撤回できる旨を記載した。調査票と協力依頼文章には撤回可能性を保つため ID 番号を用いた連結可能化の手続きを踏み、研究協力者が回答を撤回したい場合は研究責任者に ID 番号を伝えることで撤回できるものとした。また、調査を依頼する機関に倫理委員会が設置されていた場合は適時、倫理委員会の承認を得た上で実施した。

4. 回答内容の整理と内容的妥当性の確認

得られた回答を基に、臨床心理士の資格を有し、認知行動療法を専門とする大学院博士課程の 2 名 (Y.T. and S.A.) が以下の手続きにしたがって整理を行った。まず、2 名が独立して、同一の概念を測定していると思われる回答に分類した。分類において 2 名の意見が一致しなかった回答は協議を行った上で分類を行った。また、認知に関係がないと判断された回答は削除し、類似した表現であると判断された回答は一つに統合した。

また、IP の支援および CSO の支援に携わっており、臨床経験が 20 年以上の精神科医に、得られた回答の内容が CSO の認知として妥当であるかどうかの確認を依頼した。

第 3 項 結果

1. 研究協力者

CSO が 7 名 (男性 2 名, 女性 5 名), CSO を支援する医療専門職 11 名 (男性 8 名, 女性 3 名) が対象となった。CSO は 5 名が半構造化面接, 2 名が調査票での回答であった。医療専門職は 7 名が半構造化面接, 4 名が調査票での回答であった。

2. 回答内容の整理と内容的妥当性の検討

2 名が独立して項目を整理した結果, 61 項目, 13 カテゴリーが得られた。13 のカテゴリーの内訳は, 自責, 無力さ, 孤独, 自身の将来への悲観, 本人の将来への悲観, 他の家族への影響, 仕事への影響, 取締や逮捕の可能性, 責任, 現状への不満, 薬物使用への疑惑, 否認, 周囲との軋轢であった。また, 精神科医による内容的妥当性の検討の結果, 内容的に不適切である項目 1 項目が削除され, 最終的に 60 項目が得られた。

第4項 考察

本研究では、薬物使用の問題に起因してCSOに生じると考えられる非機能的認知が60項目、13カテゴリー抽出された。また、抽出された60項目は、CSOおよびCSOを支援する医療専門職から得られた内容で構成され、さらに精神科医による確認を行ったことから、内容的妥当性を備えていると考えられる。

第3節 家族の非機能的認知の心理学的構造の解明（研究2-2）

第1項 本節の目的

研究2-1で得られた60項目の内容を基に、CSOの非機能的認知を測定する尺度の因子数および因子構造の確認を行い、非機能的認知の心理学的構造を明らかにすることを目的とする。

第2項 方法

1. 対象者

家族会に参加しているCSOを対象とした。

2. 調査材料

(a) デモグラフィックデータ

性別、年齢、IPとの関係、居住状況、婚姻状況、就業状況、家族会への参加歴、IPが現在あるいは過去に使用した薬物の内容

(b) 薬物使用者の家族の非機能的認知を測定する尺度（Cognitive Scale for Families of Drug user, 以下CSFD）

研究2-1で選定した60項目を使用した。教示は「以下の文章を読んで、あなたにどのくらい当てはまるか、もっとも適していると思う番号に○をつけてください。」とし、5件法（1:「まったくそう思わない」、2:「あまりそう思わない」、3:「どちらとも言えない」、4:「とてもそう思う」、5:「完全にそう思う」）で回答を求めた。

3. 手続き

薬物使用者のCSOが集まる家族会を利用して調査票の配布を行った。調査票の返送は返信用封筒を利用し、厳封した上で返送するよう依頼した。倫理的配慮として、本研究は、所属機関の倫理委員会の承認を得た上で実施した（承認番号:17002号）。具体的な倫理的配慮（インフォームド・コンセントの取得を含む）の内容は研究2-1と同様である。

4. 分析方法

統計解析には SPSS Statistics Version 25.0, および HAD on 16.0 を使用した。項目の選定方法は以下の手続きで行った。G-P 分析において、各項目の弁別力を調べるために、CSFD の合計得点を基に高群と低群に分け、項目ごとに高群と低群の項目の平均得点に対して t 検定を行い、高群と低群間で有意差が確認された項目のみを採用した。次に、平行分析を用いて因子数を確定した後、因子分析（一般化された最小 2 乗法, プロマックス回転）を行い、因子負荷量が .40 未満の項目および .35 以上の二重負荷がある項目は削除した。信頼性の検討には Cronbach の α 係数を用いた。Cronbach の α 係数の基準は先行研究に基づき (Kline, 2000), $.60 \leq \alpha < .70$ で容認できる, $.70 \leq \alpha < .90$ で良い, $.90 \leq \alpha$ で優れている, とした。

第 3 項 結 果

1. 対象者と回収率, 欠損値処理

調査票は 154 部配布し, 74 部を回収した (回収率: 48.05%)。また, 欠損値が 10%以上ある場合は統計結果にバイアスが生じやすいとされるため (Bennett, 2001), 10%以上の欠損値が確認された 3 名はその後の分析から除外した。10%以下の欠損値が確認された 19 名には回帰代入法を用いた欠損値の処理を行った。CSO と IP のデモグラフィックデータを示したものが Table8 である。最終的に 71 名の CSO (男性 23 名; 平均年齢 68.65 ± 6.18 歳, 女性 48 名; 平均年齢 63.00 ± 8.37 歳) を分析対象とした。IP との続柄は母親 37 名 (51%), 父親 15 名 (21%), 子ども 11 名 (15%), 兄弟姉妹 5 名 (7%), 配偶者・パートナー 2 名 (3%), その他 2 名 (3%) であった。また, IP の使用薬物についての情報は 49 名の家族から得られた。使用薬物の内訳は, 覚せい剤 28 名 (57.1%), 危険ドラッグ 5 名 (10.2%), 精神安定剤・睡眠薬 4 名 (8.2%), 大麻 2 名 (4.1%), シンナー 1 名 (2.0%), 咳止め 1 名 (2.0%), 鎮痛剤 1 名 (2.0%), 不明 7 名 (14.3%) であった。

2. 因子構造および内的整合性の確認

G-P 分析を行った結果, 各項目の高群と低群間の項目平均得点に有意差が見られなかった 9 項目を削除した。平行分析の結果, 因子数は 3 因子が妥当であると考えられたため, 抽出する因子を 3 因子に固定し, 探索的因子分析を行った。因子負荷量が .40 未満の項目および .35 以上の二重負荷がある項目は削除した結果, 3 因子, 21 項目となった。各因子の項目内容を概観した結果, 第 1 因子は「本人が問題を起こすかもしれない」や「これからのことが何も見えない」といった, 将来や IP に対する否定的な考えが中心となる内容であったため, 「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」と命名した。第 2 因子は, 「私がこんなにつらい思いをしていることを, 誰も分かってくれない」や「誰とも顔を合わせたくない」といった, CSO が周囲から孤立する内容が中心であったため, 「家族の孤立」と命名した。第 3 因子は, 「今後も, 私が本人の面倒を見なければいけない」, 「私が責任を持って, 本人の薬物使用をやめさせなければいけない」といった, CSO が IP や薬物使用問題に対して責任を

Table8. Characteristics of family members ($n=71$).

Sex ($n, \%$)		
男性	23	32.4 %
女性	48	67.6 %
Age (mean years, SD)		
男性	68.7	(6.2)
女性	63.0	(8.4)
Relationships ($n, \%$)		
母親	36	50.7 %
父親	15	21.1 %
子ども	11	15.5 %
兄弟姉妹	5	7.0 %
配偶者/パートナー	2	2.8 %
その他	2	2.8 %
Marital status ($n, \%$)		
未婚	1	1.4 %
既婚	41	57.7 %
離婚	5	7.0 %
その他	2	2.8 %
不明	22	31.0 %
家族会への参加歴 (mean years, SD)		
	7.2	(5.5)

持つ内容が中心であったため、「責任」と命名した。

因子負荷量，因子行列相関，および α 係数を記載したものが Tabel9 である。各因子の Cronbach の α 係数は「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」 ($\alpha = .93$)，「家族の孤立」 ($\alpha = .90$)，「責任」 ($\alpha = .83$) であった。

第4項 考察

本研究では CSFD の因子構造および内的整合性の確認を行うことを目的とした。因子分析の結果から，CSFD は3因子構造であることが示された。第1因子としては「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」が抽出された。CSO の過半数は悲観的であり，将来に対する不確実な感情を有するなどネガティブな展望を抱いていることから (Vellman et al., 1993)，「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」が抽出されたと考えられる。第2因子として，「家族の孤立」が抽出された。CSO が支援につながることは困難であり，長期間にわたり自分自身で対処しようとする事 (Marshall, 1993)，人との関わりも回避しがちであることから (山野, 2002)，「家族の孤立」が抽出されたと考えられる。第3因子として，「責任」が抽出された。CSO の中でも特に親は薬物使用の問題に関し，自身の養育の失敗であるという認知，または薬物使用者の断薬に関する責任は自身にあるという認知を有している (山野, 2002)。また本研究では親の続柄の CSO が多かったこともあり，「責任」が抽出されたと考えられる。以上のことから，CSFD は3因子が妥当であると判断できる。

また，全ての因子において Cronbach の α 係数が.80 以上であり，良いまたは優れた値を有していた。一方で，Cronbach の α 係数は再検査によって得られる真の信頼性を，1回の測定だけから得られる量を用いて下側から推定する，信頼性の下界 (lower bound) の一つであるとされる (岡田, 2015)。つまり，本研究では信頼性の一つの側面としての Cronbach の α 係数を用いて，最低限の信頼性を確認したといえる。

第4節 本章の考察

本研究では CSO の非機能的認知を構成する内容について明らかにした。また，CSO の非機能的認知が，「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」，「家族の孤立」，「責任」の3因子から成る心理学的構造を有することを明らかにした。さらに，各因子において十分な値の α 係数が確認されたことから，必要最低限の信頼性が確認されたといえる。今後は再検査信頼性を検討することによる尺度の安定性を明らかにすることが必要である。さらに，外的基準との比較による併存的妥当性の確認を行い，本尺度で明らかにできる内容が CSO の非機能的認知の概念を反映しているのかについて確認を行うことが必要である。

Table9. Results of the factor analysis.

質問項目	抽出因子			
	I	II	III	
I. 将来や薬物使用者に対する否定的な考え ($\alpha = .93$)				
2 本人に何を言っても分かってくれない	.943	.059	-.180	
47 何度約束しても、本人は薬物使用をやめない	.942	-.167	.034	
44 本人が問題を起こすかもしれない	.909	-.124	-.047	
1 これからのことが何も見えない	.752	.060	.045	
9 本人は、自分の責任を自覚していない	.735	.098	-.128	
56 本人が、誰かに迷惑をかけるかもしれない	.713	-.065	.102	
13 本人の薬物使用が続くと、私の仕事（家事）に支障が出る	.699	.006	.092	
40 近所の人に通報されるかもしれない	.666	.159	-.017	
10 どうやって薬物使用をやめさせればいいのか分からない	.613	.211	.063	
18 本人もいつかは回復するだろう*	.588	-.046	.091	
58 今後、どうなるか分からない	.494	.313	-.034	
6 今の家（地域）に住めなくなるかもしれない	.444	.083	.095	
II. 家族の孤立 ($\alpha = .90$)				
59 家には人を呼べない	-.128	.997	-.100	
46 私ばかりつらい思いをしている	-.096	.964	-.049	
17 私がこんなにつらい思いをしていることを、誰も分かってくれない	.005	.745	.048	
53 誰とも顔を合わせたくない	.126	.715	.062	
35 周囲の人は私を責めるようなことを言うだろう	.123	.615	.019	
43 本人との適切な関わり方が分からない	.183	.557	.161	
III. 責任 ($\alpha = .83$)				
33 今後も、私が本人の面倒を見なければいけない	-.143	.030	.942	
51 私が責任を持って、本人の薬物使用をやめさせなければいけない	.070	-.120	.761	
25 私が本人の世話をしないと、もっと大変なことになる	.096	.097	.742	
	I	1.000	.671	.480
	因子相関行列 II	.671	1.000	.528
	III	.480	.528	1.000

Note. 「本人」は薬物使用者, 「私」は家族を示している, ※は逆転項目.

第4章 家族の非機能的認知を測定する尺度の信頼性と妥当性の検討（研究3）

第1節 問題と目的

尺度作成において、信頼性の検討および妥当性の検討は必須の手続きである。また、信頼性の検討について、岡田（2015）は本邦における尺度作成の論文を対象として、どのような信頼性の評価が行われているかを調査した。その結果、Cronbachの α 係数を報告した論文が146編（91.8%）、再検査信頼性を報告した論文が66編（41.5%）であることを報告している（併用の論文を含む）。また、岡田（2015）は、Cronbachの α 係数は信頼性係数を推定するための指標であると述べているが、 α 係数は様々な要因に依存し、特に項目数の単調増加関数となることを指摘している。したがって、Cronbachの α 係数のみによる信頼性の確認では不十分であり、一定期間を空けた場合においても回答が安定しているかどうかといった指標（再検査信頼性）も確認することが必要である。さらに、妥当性の検討について、研究2-1において専門家に項目を確認してもらうことによる内容的妥当性を検討したが、内容的妥当性だけでは妥当性の検討としては不十分である。新たな尺度を作成する際には、同様の構成概念または理論的に関連のある概念を測定する尺度との相関関係を確認することによって示される併存的妥当性について検討することが必要である。

したがって、本研究では研究2で作成された尺度（CSFD）の再検査信頼性および併存的妥当性を検討することを目的とする。

第2節 方法

1. 対象者

家族会に参加しているCSOを対象とした。

2. 方法

1) 調査材料

(a) デモグラフィックデータ

CSOに関する内容：性別、年齢、続柄、居住状況、婚姻状況、就業状況、家族会への参加歴
IPに関する内容：性別、年齢、居住状況、婚姻状況、就業状態、最終学歴、薬物使用開始年齢、現在あるいは過去に使用した薬物の内容、薬物の使用状況、これまでの医療機関や自助グループとのつながりの有無、逮捕・服役・保護観察の経験の有無

(b) Cognitive Scale for Families of Drug user（CSFD）

研究2で作成した薬物使用者のCSOに生じる認知について尋ねる尺度であり、3因子21項目である。得点範囲は21～105点である。

(c) 日本語版 Dysfunctional Attitude Scale-24（以下DAS24-J）（Tajima et al., 2007）

DAS24-J は認知の歪みの原因となる個人のスキーマ（個人の中にあるかなり一貫した知覚・認知の構え（坂野，1995））を明らかにする際に用いられる尺度である。24項目である。回答は「全くそう思わない（1点）」～「完全にそう思う（7点）」の7件法であり、得点範囲は24～168点である。下位因子として「達成動機（Achievement）」、「セルフ・コントロール（Self-control）」、「他者依存性（Dependency）」がある。「達成動機」の得点は、高い理想をもちそれを達成しなければならないと考える程度を示す。「セルフ・コントロール」の得点は、自分の行動や感情をうまくコントロールしなくてはならないと考える程度を示す。「他者依存性」の得点は、他者からどう見られるかが自分の幸せには重要であるという考えを示す。内的整合性（ $\alpha = .85 \sim .89$ ）と再検査信頼性（級内相関係数；Intraclass Correlation Coefficients, 以下 ICC = .79, 95%CI = .63 to .88）による信頼性、および併存的妥当性（ $r = |.41| \sim |.76|$ ）が確認されている（Tajima et al., 2007）。

(d) 知覚されたストレス尺度（Perceived Stress Scale；以下、PSS）（鷲見，2006）

本尺度はストレス評価の包括的な評価を行う尺度であり、10項目版と14項目版があるが本研究では10項目版を使用した。回答は「全くなかった（0点）」～「いつもあった（4点）」の5件法であり、得点範囲は0～40点である。内的整合性（ $\alpha = .69 \sim .71$ ）と再検査信頼性による信頼性（ $r = .72$ ）、および弁別的妥当性（ $r = .25 \sim .44, p < .01$ または $.001$ ）と予測的妥当性が確認されている（ $r = .39 \sim .49, p < .001$ ）（鷲見，2006）。

2) 手続き

CSO が集まる家族会を利用して調査票の配布を行った。調査票は返信用封筒に厳封した上で返送するよう依頼した。再検査信頼性の算出について、研究協力者には調査票2部を配布し、1回目の回答・返送後、約2週間後に2回目の回答・返送を依頼した。

倫理的配慮として、本研究は所属機関の倫理委員会の承認を得た上で実施した（承認番号：第18008号）。研究協力者に配布した協力依頼文章には、研究の目的、方法、個人情報取り扱い、緊急時の対応、研究への参加は任意であることを明記し、調査票への回答をもって同意の取得とした。また、一旦回答した後も、不利益なく回答を撤回できる旨を記載した。調査票と協力依頼文章には撤回可能性を保つためID番号を用いた連結可能化の手続きを踏み、研究協力者が回答を撤回したい場合は研究責任者にID番号を伝えることで撤回できるものとした。

3) 分析方法

統計解析にはSPSS Statistics Version 25.0を使用した。再検査信頼性の確認には級内相関係数（ICC）を用いた。ICCは.60以上の値で許容できるとされている（桑原・斉藤・稲垣，1993）。併存的妥当性を検討するため、1時点目の回答をもとに、CSFDと、DAS24-JおよびPSSとの相関係数（Pearsonの積率相関係数）を求めた。本研究における関連の大きさは先

行研究 (Cohen, 1988) に基づき相関係数が, $.10 \leq r < .30$ で弱い相関, $.30 \leq r < .50$ で中程度の相関, $.50 \leq r$ で強い相関とした。

第3節 結果

1. 対象者と回収率, 欠損値処理

調査票は 130 部配布し, 54 部を回収した (回収率: 41.5%)。欠損値が 10%以上ある場合は統計結果にバイアスが生じやすいとされるため (Bennett, 2001), 10%以上の欠損値が見られた 2 名はその後の分析から除外した。10%以下の欠損値が確認された 7 名については多重代入法を用いた欠損値の補完を行った。その結果, 薬物使用者の家族 52 名 (男性 14 名; 平均年齢 66.15 ± 5.84 歳, 女性 37 名; 平均年齢 62.4 ± 9.10 歳, 性別不明 1 名 63 歳) が分析対象となった。妥当性の検討は上記 52 名を対象に行った。続柄は, 母親 32 名 (64%), 父親 12 名 (24%), 子ども 2 名 (4%), 兄弟姉妹 1 名 (2%), 配偶者・パートナー 0 名 (0%), 無回答 1 名 (2%) であった。52 名の家族から得られた情報によると, 使用薬物の内訳は, 覚せい剤 26 名 (50.0%), 大麻 6 名 (11.5%), 精神安定剤・睡眠薬 6 名 (11.5%), 危険ドラッグ 5 名 (9.6%), シンナー 4 名 (7.7%), 咳止め 2 名 (3.8%), コカイン 1 名 (1.9%), 不明 2 名 (3.8%) であった。

また, 2 回目の調査票の回収数は 40 部であった (回収率: 30.8%)。1 回目の調査票への回答から 2 回目の回答までの期間の平均は 16.43 ± 4.03 日であった。再検査法による ICC の算出については 2 回目の回収が行えた 40 部を対象とした。40 名の内, 2 名に欠損値が見られたが, 10%以下の欠損であったため, 回帰代入法を用いた欠損値の補完を行った。その結果, 薬物使用者の家族 40 名 (男性 10 名; 平均年齢 66.1 ± 6.44 歳, 女性 30 名; 平均年齢 61.53 ± 9.34 歳) が分析対象となった。CSO のデモグラフィックデータを Table10 に, CSO が回答した IP のデモグラフィックデータを Table11 に示す。

2. 再検査信頼性と併存的妥当性の検討

各尺度の記述統計量を示したものが Table12 である。SPSS Missing Values を使用し, 多重代入法による欠損値補完を行った場合, 標準誤差が算出されるため, 標準誤差を記載した。再検査法の結果, $ICC = .803$ (95%CI = .657 to .890) であった。

妥当性の検討について, CSFD と外的基準となる尺度との相関係数を示したものが Table13 である。「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」および「家族の孤立」と, DAS24-J の下位因子である「他者依存性」に有意な中程度の正の相関が見られた ($r = .32 \sim .34, p < .05$)。また, 「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」および「家族の孤立」と PSS に有意な中程度の正の相関が見られた ($r = .37 \sim .42, p < .01$)。

Table10. Characteristics of family members ($n=52$).

	Time1 ($n=52$)		Time2 ($n=40$)	
Sex (n, %)				
男性	14	26.9 %	10	25.0 %
女性	37	71.2 %	30	75.0 %
不明	1	1.9 %		
Age (mean years, SD)				
男性	66.2	(6.1)	66.1	(6.8)
女性	62.4	(9.2)	61.5	(9.5)
不明	63.0			
Relationships (n, %)				
母親	33	63.5 %	27	67.5 %
父親	12	23.1 %	10	25.0 %
子ども	2	3.8 %	1	2.5 %
兄弟姉妹	1	1.9 %	1	2.5 %
配偶者/パートナー	0	0.0 %	0	0.0 %
その他	3	5.8 %	1	2.5 %
不明	1	1.9 %		
Marital status (n, %)				
未婚	3	5.8 %	3	7.5 %
既婚	42	80.8 %	32	80.0 %
離婚	5	9.6 %	3	7.5 %
その他	2	3.8 %	2	5.0 %
家族会への参加歴 (mean years, SD)				
	6.0	(5.3)	6.5	(5.5)

Table 11. Characteristics of substance abusers ($n=52$).

Sex (n, %)		
男性	47	90.4 %
女性	5	9.6 %
Age (mean years, SD)		
男性	38.4	(7.6)
女性	27.6	(9.5)
Marital status (n, %)		
未婚	31	59.6 %
既婚	4	7.7 %
離婚	14	26.9 %
その他	3	5.8 %
薬物開始年齢 (mean years, SD)	20.59	(6.2)
最大年齢 (years)	14	
最小年齢 (years)	45	
主な使用薬物		
覚せい剤	26	50.0 %
大麻	6	11.5 %
処方薬 (精神安定剤・睡眠薬)	6	11.5 %
危険ドラッグ	5	9.6 %
シンナー	4	7.7 %
咳止め	2	3.8 %
コカイン	1	1.9 %
その他	2	3.8 %

Table12. Mean and standard deviation.

	<i>Mean</i>	<i>SD</i>
CSFD		
否定的な考え (12)	32.11	1.33
家族の孤立 (6)	12.73	0.66
責任 (3)	5.33	0.33
合計得点 (21)	50.17	2.13
DAS24-J		
達成動機 (8)	24.34	1.10
セルフ・コントロール (8)	26.92	0.91
他者依存性 (8)	21.59	1.34
PSS (10)	20.57	0.82

Note: ()内は項目数

CSFD = Cognitive Scale for Families of Drug user

DAS24-J = 日本語版 Dysfunctional Attitude Scale-24

PSS = 知覚されたストレス尺度

Table13. Correlation analysis of CSFD, DAS-24, and PSS.

	DAS-24			PSS
	達成動機	セルフ・コントロール	他者依存性	
CSFD				
否定的考え	0.28	0.06	0.32 *	0.37 **
家族の孤立	0.26	-0.03	0.34 *	0.42 **
責任	0.26	0.20	0.21	0.11

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$

CSFD = Cognitive Scale for Families of Drug user

DAS24-J = 日本語版 Dysfunctional Attitude Scale-24

PSS = 知覚されたストレス尺度

第4節 本章の考察

1. 本章のまとめ

本研究では CSFD の再検査信頼性および併存的妥当性を検討することを目的とした。再検査の結果、 $ICC = .803$ (95%CI = .657 to .890) であったことから、十分な再検査信頼性を備えていることが示された。

妥当性の検討の結果、CSFD の「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」と「家族の孤立」が、DAS24-J の「他者依存性」と中程度の有意な正の相関を示していることが明らかとなった。「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」には「今の家（地域）に住めなくなるかもしれない」等の認知が、「家族の孤立」には「周囲の人は私を責めるようなことを言うだろう」等の認知が含まれる。薬物使用に対する社会のスティグマは高く、薬物使用者の家族もまた、スティグマの影響を受けることが指摘されている (Corrigan et al., 2006)。DAS24-J の「他者依存性」と CSFD の「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」または「家族の孤立」には、他者からどう見られているのかを重視する認知が含まれているため、「他者依存性」との相関がみられたと考えられる。また、CSFD の「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」および「家族の孤立」と PSS に中程度の有意な正の相関があることが示された。CSO が経験する IP に関するストレスには、CSO への身体的暴力、IP の予測できない行動、IP が CSO からお金を盗む、IP が他者の前で困るようなことをする、等が含まれ、ストレスは平均して 7.3 個あると報告されている (Vellman et al., 1993)。また、CSO は IP によって引き起こされたストレスへの対処としてさまざまな対処行動を行うが、対処行動の中には薬物使用行動を維持・強化する行動も含まれていることが指摘されている (Rotunda et al., 2004)。薬物使用に起因するストレスに対して、家族が対処行動を行っているにもかかわらず状況が改善しないことが、ストレスの評価および将来や薬物使用者に対する否定的な考えを強めると考えられた。さらに、薬物には違法性のものも含まれる。CSO の薬物使用問題に対するストレス評価が高まる一方で、CSO は薬物の問題を外で明らかにすることに抵抗を感じやすいため (Butler & Bauld, 2005)、結果として「家族の孤立」が高まると考えられた。本研究の結果、CSFD は外的基準となる DAS24-J の「他者依存性」および PSS との間に中程度の有意な正の相関係数が確認されたことから、併存的妥当性を備えていることが示された。

一方、CSFD の下位因子と DAS24-J の「達成動機」、「セルフコントロール」には相関関係が見られなかった。DAS24-J の「達成動機」は高い理想をもち、それを達成しなければならないと考える内容が含まれ、「セルフコントロール」には自分の行動や感情をうまくコントロールしなくてはならないと考える内容が含まれる。つまり、DAS24-J が示す「達成動機」または「セルフコントロール」は CSO 自身が対処可能な内容を含む認知の構えである。しかし、薬物使用者の CSO は IP の薬物使用という予期していない状況に直面し、薬物使用に起因する様々なストレスに曝されている (Vellman et al., 1993)。また、CSFD は IP の薬物使用や薬物使用に関連する諸問題に関連した認知を測定する内容である。薬物使用およ

び薬物使用に起因する問題は IP の行動に帰属するものであり、CSO 自身では統制困難なものが多いと考えられる。Otani, Suzuki, Matsumoto, & Shirata (2017) は自己に対するネガティブな認知が DAS24-J の「達成動機」と「セルフコントロール」を説明する一方で、他者に対するネガティブな認知は「達成動機」と「セルフコントロール」を説明しないことを報告している。したがって、CSO 自身が対処できる内容を含む DAS24-J の「達成動機」および「セルフコントロール」と、CSO には統制が難しい状況に起因する認知を含む CSFD には相関が見られなかったと考えられる。

2. 限界点と今後の展望

本研究の限界点としては以下の点があげられる。1 点目として、「責任」と DAS24-J および PSS に相関関係は確認されなかったことから、「責任」は「将来に対する否定的な考え」や「家族の孤立」とは質的に異なる概念であることが考えられた。しかし「責任」の認知が強くなることで CSO にどのような影響が生じるのかについて本研究では明らかにできなかったため、今後、詳細に検討していくことが必要である。2 点目として、本研究ではサンプル数が少なく、続柄別の検討は行えていない。認知は続柄によって異なることも考えられるため、今後は父親、母親、配偶者、子どもなど、続柄別のデータを収集し、因子構造が変化するかどうか、項目内容の修正が必要であるかどうかを確認する必要がある。3 点目として、回収率が低かったことから、調査票に回答した CSO と回答しなかった CSO の間に違いがあることが考えられた。例えば、スティグマを強く感じている CSO や、そもそも CSFD で測定できる非機能的認知が強い CSO は回答に抵抗を感じるなど、回答者にバイアスがあった可能性についても留意する必要がある。

以下に今後の展望について述べる。まず、本尺度は項目内容を概観するだけでも意義があると考えられる。薬物使用者の CSO に対する社会的スティグマ (Corrigan et al., 2006) も考慮すると、CSO が薬物問題について自発的または積極的に相談することには困難が伴うと考えられる。一方、CSO には帯状疱疹、潰瘍、高血圧、不眠またはパニック発作、抑うつ、不安、怒りといった身体的・精神的不調が生じることが報告されていることから (Kirby et al., 1999; Morita et al., 2011; Vellman et al., 1993)、CSO は IP の薬物問題を伏せたまま、医療機関・相談機関を利用することが考えられる。医師や支援者が CSFD の項目内容を把握していることで、CSO が発している SOS に気がつきやすくなり、また、CSO が抱えている非機能的認知に考慮することでニーズに沿った適切な支援機関につながりやすくなると考えられる。さらに、CSO に対する理解促進だけではなく、本研究で作成した CSFD を用いることで、CSO に認知行動療法を行ったときの変化を客観的に理解する際の効果指標として用いることができる。つまり、CSO の病態理解や治療効果のアセスメントに役立てていくことができるといえる。CSFD が認知行動療法を初めとして、広く薬物使用者の家族支援に用いられることが期待される。

第5章 家族の非機能的認知が精神的健康に与える影響の実証的検討（研究4）^{注2}

第1節 問題と目的

第1章、第2節、第5項において、CSOの精神的健康も精神的不調（mental illness）とwell-beingの二側面から明らかにすることが必要であることを指摘した。また、本研究では、精神的健康に影響を与えると考えられる認知を「非機能的認知」と定義しているが、実際に、本研究で明らかとなった薬物使用者のCSOの非機能的認知がCSOの精神的健康に影響を与えているかどうかについては検討が行われていない。そこで、本研究ではCSOの非機能的認知が精神的不調とwell-beingといった精神的健康の二側面に影響を与えているのかどうかを実証的に確認することを目的とする。

第2節 方法

1. 対象者

家族会に参加しているCSOを対象とした。

2. 方法

1) 調査材料

(a) デモグラフィックデータ

CSOに関する内容：性別、年齢、続柄、居住状況、婚姻状況、就業状況、家族会への参加歴
IPに関する内容：性別、年齢、居住状況、婚姻状況、就業状態、最終学歴、薬物使用開始年齢、現在あるいは過去に使用した薬物の内容、薬物の使用状況、これまでの医療機関や自助グループとのつながりの有無、逮捕・服役・保護観察の経験の有無

(b) Cognitive Scale for Families of Drug user（CSFD）（辻・青木・坂野, 2020）

研究2で作成し、研究3で再検査信頼性と併存的妥当性を確認した尺度である。3因子21項目、得点範囲は21～105点である。薬物使用者の家族の認知を、「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」、「家族の孤立」、「責任」の3因子から測定する尺度である。本尺度の得点が高くなるほど非機能的認知が高くなることを示す。内的整合性（Cronbach's $\alpha = .83 \sim .93$ ）と再検査信頼性（ICC = .803; 95%CI = .657 to .890）による信頼性が確認されている（研究2-2および研究3）。また、内容的妥当性および併存的妥当性（ $r = .32 \sim .43$ ）が確認されている（研究2-1および研究3）（辻他, 2020）。

注2 第4章で実施した研究の一部は、*The American Journal of Family Therapy* に掲載済みである。Tsuji, Y., Aoki, S., Irie, T., & Sakano, Y. (2020). Dysfunctional cognition and the mental health of substance abusers' family members. *The American Journal of Family Therapy*, doi: 10.1080/01926187.2020.1783387.

(c) 日本語版 POMS2 短縮版 (Profile of Mood States^{2nd} Edition-Brief Form, 以下 POMS2)

本尺度は気分状態を測定する尺度であり、35 項目、7 尺度 (「怒り-敵意」, 「混乱-当惑」, 「抑うつ-落込み」, 「疲労-無気力」, 「緊張-不安」, 「活気-活力」, 「友好」) から成る。薬物使用者の CSO にさまざまな精神的不調が生じることは第 1 章, 第 2 節, 第 1 項で述べているが, 精神的不調の中でも抑うつ, 不安, 怒りは薬物使用者の CSO に生じやすい症状であり, 薬物使用者の CSO を対象とした研究においても効果指標を用いた評価の対象となっている (e.g. Kirby et al., 2017; Meyers et al., 1998; Miller et al., 1999; Pons et al., 2016; Wardlon et al., 2007)。したがって, 本研究では抑うつ, 不安, 怒りを含んだ精神的健康を測定できる尺度であり, 項目数が比較的少ない POMS2 を用い精神的不調を測定する。また, 本研究では「活気-活力」, 「友好」の得点を除いた 5 尺度の合計得点から総合的気分得点 (Total Mood Disturbance; 以下, TMD) を精神的不調の指標として用いる。TMD は得点が高いほど, 精神的不調 (ネガティブな気分) が強いことを示す。再検査信頼性 ($r = .70 \sim .82$), および臨床群と非臨床群を用いた検証から判別的妥当性が確認されている (横山, 2015)。

(d) 人生に対する満足度尺度 (Satisfaction With Life Scale, 以下 SWLS) (角野, 1994)

本尺度は, 主観的なウェルビーイング (subjective well-being) に含まれる, 人生に対する満足度 (life satisfaction) を測定する尺度である。内的整合性 (Cronbach の α 係数 = .84) と再検査信頼性 ($r = .80$) による信頼性が確認されている (角野, 1994)。また, 幸福感 ($r = .63$), 充実感 ($r = .70$), 自尊心 ($r = .59$) との間に有意に強い正の相関が示されていることから構成概念妥当性が確認されている (角野, 1994)。本研究では家族の well-being を示す指標として SWLS の得点を用いる。

2) 手続き

CSO が集まる家族会を利用して調査票の配布を行った。調査票は返信用封筒に厳封した上で返送するよう依頼した。研究協力者には 1 時点目 (Time1) と 2 時点目 (Time2) の調査票 2 部を配布し, 1 回目の回答・返送後, 約 2 週間後に 2 回目の回答・返送を依頼した。

倫理的配慮として, 本研究は, 所属機関の倫理委員会の承認を得た上で実施した (承認番号: 第 18008 号)。研究協力者に配布した協力依頼文章には, 研究の目的, 方法, 個人情報取り扱い, 緊急時の対応, 研究への参加は任意であることを明記し, 調査票への回答をもって同意の取得とした。また, 一旦回答した後も, 不利益なく回答を撤回できる旨を記載した。調査票と協力依頼文章には撤回可能性を保つため ID 番号を用いた連結可能化の手続きを踏み, 研究協力者が回答を撤回したい場合は研究責任者に ID 番号を伝えることで撤回できるものとした。

3) 分析方法

統計解析には R version 3.6.1 を使用した。CSFD と TMD, SWLS の相関係数を算出するため、Pearson の積率相関係数を用いた。CSFD の合計得点および CSFD の因子ごとの得点と、TMD および SWLS の相関係数を算出した。次に、CSFD (Time1) の項目ごとの TMD および SWLS との相関係数を、Time1 と Time2 のそれぞれにおいて算出した。しかし、同じサンプルに対し、何度も検定を繰り返すことによって、第 1 種の過誤（本来は “差がない” という帰無仮説が正しいが、“差がある” という対立仮説 (alternative hypothesis) が採択される) の確率が高くなってしまいうという「検定の多重性の問題」が生じる (水本, 2009)。検定の多重性の問題に対処するため、本研究では、Benjamini & Hochberg 法による False Discovery Rate の調整を用いた。False Discovery Rate (以下、FDR) は、棄却された帰無仮説全体の中に、何%くらいの第 1 種の過誤が含まれているかを見積もるための指標であるとされる (吉沢, 2016)。Pearson の積率相関係数の有意水準 (p 値) が、Benjamini & Hochberg 法による False Discovery Rate の調整を用いて算出された有意水準と比較して小さい場合に、有意な相関係数であると判断される (Benjamini & Hochberg, 1995)。本研究における相関係数の効果量は Cohen (1988) に基づき、 $.10 \leq r < .30$ で弱い相関、 $.30 \leq r < .50$ で中程度の相関、 $.50 \leq r$ で強い相関とした。

CSFD が TMD または SWLS に影響を与えているかどうかの検討は Time1 と Time2 の両方の回収が行えたデータを対象とし、CSFD の得点を独立変数、Time2 の TMD または SWLS を従属変数とした階層的重回帰分析を用いた。また、研究 2-2 において、各因子の因子間相関が高いことが示されたことから、CSFD の各因子を独立変数として用いた場合、多重共線性の問題が生じると考えられたため、本研究では CSFD の合計得点を用いた。具体的な Step としては、統制変数として、Step1 にデモグラフィックデータ (age, sex) を、Step2 に Time1 の TMD または SWLS を、Step3 で Time1 の CSFD を投入した。本研究における重回帰分析の効果量は Cohen (1988) に基づき、 $.02 \leq R^2 < .13$ で小、 $.13 \leq R^2 < .26$ で中、 $.26 \leq R^2$ で大とした。階層的重回帰分析の β (標準化係数) の算出には "lm.beta" (Behrendt, 2014) のパッケージを用いた。また、本研究ではサンプル数が $n=37$ 名と少ないため、ブートストラップ法を用いて信頼区間を算出した (標本数 2000)。ブートストラップに使用したパッケージは "simpleboot" (Peng, 2019) であった。

欠損値処理について、欠損値が 10%以上ある場合は統計結果にバイアスが生じやすいとされるため (Bennet, 2001)、尺度の 10%以上に欠損値が見られたデータはその後の分析から除外した。10%以下の欠損値が確認されたデータは回帰代入法を用いた欠損値の補完を行った。

第 3 節 結 果

1. 回収率と欠損値処理、デモグラフィックデータ、および記述統計量

Time1 の調査では、調査票を 130 部配布し、54 部を回収した (回収率: 41.5%)。尺度の 10%以上に欠損値が見られた 4 名はその後の分析から除外した。10%以下の欠損値が確認さ

れた6名については回帰代入法を用いた欠損値の補完を行った。その結果、50名（男性14名；平均年齢66.15±6.08歳，女性35名；平均年齢62.40±9.34歳，性別不明1名63歳）が分析対象となった。CSOのデモグラフィックデータを示したものがTable14である。続柄は、母親35名（70.0%），父親12名（24.0%），子ども2名（4.0%），その他2名（4.0%），兄弟姉妹1名（2.0%），配偶者・パートナー0名（0%），無回答1名（2.0%）であった。

IPのデモグラフィックデータを示したものがTable15である。IPは、男性45名（平均年齢38.2±7.4歳），女性5名（平均年齢27.6±9.5歳）であった。薬物使用開始年齢について、平均年齢は20.29±6.9歳，最小年齢は14歳，最高年齢は45歳であった。

また、2回目の調査票の回収数は40部であった（回収率：30.8%）。尺度の10%以上に欠損値が見られた3名はその後の分析から除外した。10%以下の欠損値が確認された7名については回帰代入法を用いた欠損値の補完を行った。その結果、37名（男性10名；平均年齢66.1±6.79歳，女性27名；平均年齢61.93±9.76歳）が分析対象となった。

CSOの非機能的認知，精神的不調，そしてwell-beingの平均値と標準偏差をTable16に示した。

2. 相関分析

CSOの非機能的認知，精神的不調，そしてwell-beingの相関係数を示したものがTable17である。Time1では、非機能的認知と精神的不調には有意に強い正の相関（ $r = .503, p < .01$ ）が見られ、非機能的認知とwell-beingには中程度の有意な負の相関（ $r = -.445, p < .01$ ）が見られた。また、精神的不調とwell-beingには有意に強い負の相関が見られた（ $r = -.545, p < .01$ ）。Time2では、非機能的認知と精神的不調には有意に強い正の相関（ $r = .561, p < .01$ ）が見られ、非機能的認知とwell-beingには有意に強い負の相関（ $r = -.527, p < .01$ ）が見られた。また、精神的不調とwell-beingには有意に強い負の相関が見られた（ $r = -.674, p < .01$ ）。

非機能的認知の項目ごとに、精神的不調またはwell-beingとの相関係数を示したものがTable18である。Benjamini & Hochberg法によるFDRの調整を行った結果、Time1の精神的不調と有意な相関が見られた非機能的認知の項目は11項目であり、Time2の精神的不調と有意な相関が見られた非機能的認知の項目は12項目であった。Time1で有意な相関が見られた11項目は、Time2で有意な相関が見られた12項目の内の11項目と同様の項目であった。有意な相関が見られた項目内容を以下に示す。また、「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」の因子には“N”，「家族の孤立」の因子には“L”，「責任」には“R”を、項目内容の後ろに記載した。Time1およびTime2の精神的不調と有意な相関が見られた項目は、

「12: 本人との適切な関わり方が分からない (L)」, 「4: 本人は、自分の責任を自覚していない (N)」, 「17: 誰とも顔を合わせたくない (L)」, 「2: 本人に何を言っても分かってくれない (N)」, 「15: 何度約束しても、本人は薬物使用をやめない (N)」, 「7: 私がこんなにつらい思いをしていることを、誰も分かってくれない (L)」, 「5: どうやって薬物使用をやめさせればいいのか分からない (N)」, 「13: 本人が問題を起こすかもしれない (N)」, 「3: 今の

Table 14. Characteristics of family membersn ($n=50$).

	Time1 ($n=50$)		Time2 ($n=37$)	
Sex (n, %)				
男性	14	28 %	10	27.0 %
女性	35	70 %	27	73.0 %
不明	1	2 %		
Age (mean years, SD)				
男性	66.2	(6.1)	66.1	(6.8)
女性	62.4	(9.3)	61.9	(9.8)
不明	63.0			
Relationships (n, %)				
母親	32	64.0 %	24	64.9 %
父親	12	24.0 %	10	27.0 %
子ども	2	4.0 %	1	2.7 %
兄弟姉妹	2	4.0 %	1	2.7 %
配偶者/パートナー	1	2.0 %	1	2.7 %
その他	0	0.0 %	0	0.0 %
不明	1	2.0 %		
Marital status (n, %)				
未婚	3	6 %	3	8.1 %
既婚	40	80 %	29	78.4 %
離婚	5	10 %	3	8.1 %
その他	2	4 %	2	5.4 %
家族会への参加歴 (mean years, SD)				
	6.0	(5.3)	6.8	(5.6)

Table15. Characteristics of substance abusers (n=50).

	Time1 (n=50)	
Sex (n, %)		
男性	45	90 %
女性	5	10 %
Age (mean years, SD)		
男性	38.2	(7.4)
女性	27.6	(9.5)
Marital status (n, %)		
未婚	30	60 %
既婚	4	8 %
離婚	14	28 %
その他	2	4 %
薬物開始年齢 (mean years, SD)	20.7	(6.3)
最大年齢 (years)	14	
最小年齢 (years)	45	
主な使用薬物		
覚せい剤	25	50 %
大麻	6	12 %
処方薬 (精神安定剤・睡眠薬)	6	12 %
危険ドラッグ	5	10 %
シンナー	4	8 %
咳止め	2	4 %
コカイン	1	2 %
その他	1	2 %

Table16. Means and standard deviations.

	男性		女性		Total	
	<i>Ave</i>	<i>SD</i>	<i>Ave</i>	<i>SD</i>	<i>Ave</i>	<i>SD</i>
Time1 (<i>n</i> = 50) ※ ¹						
CSFD	46.43	(14.03)	51.89	(15.74)	50.68	(15.38)
否定的考え	29.57	(8.60)	33.26	(9.84)	32.42	(9.59)
家族の孤立	11.93	(4.67)	13.17	(4.90)	12.90	(4.81)
責任	4.93	(1.90)	5.46	(2.57)	5.36	(2.40)
TMD	17.43	(17.69)	22.14	(26.02)	21.12	(23.72)
SWLS	18.86	(4.17)	17.09	(5.93)	17.50	(5.49)
Time2 (<i>n</i> = 37)						
CSFD	46.70	(17.40)	48.56	(11.78)	48.05	(13.29)
否定的考え	28.9	(10.43)	30.70	(6.72)	30.22	(7.78)
家族の孤立	12.2	(5.31)	12.44	(4.17)	12.38	(4.43)
責任	5.6	(2.27)	5.41	(2.06)	5.46	(2.09)
TMD	17.90	(21.30)	16.93	(23.18)	17.19	(22.40)
SWLS	17.30	(6.15)	19.07	(5.66)	18.59	(5.76)

Note :

※¹ 性別不明の1名はTotalにのみ含まれている.

CSFD = Cognitive Scale for Families of Drug user

TMD = Total Mood Disturbance

SWLS = Satisfaction With Life Scale

Table17. Descriptive statistics and correlation coefficients of each scale.

	Correlation coefficient ^{※1}					
	1	2	3	4	5	6
Time1 (n = 50)						
1. CSFD	—	.50 ***	-.45 **	.86 **	.56 **	-.39 *
2. TMD		—	-.54 ***	.33 *	.78 **	-.45 **
3. SWLS			—	-.51 **	-.56 **	.75 **
Time2 (n = 37)						
4. CSFD				—	.56 ***	-.53 ***
5. TMD					—	-.67 ***
6. SWLS						—

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

※1 Time 1と Time2の相関はTime2の回収が行えた37人を対象としている.

CSFD = Cognitive Scale for Families of Drug user

TMD = Total Mood Disturbance

SWLS = Satisfaction with Life Scale

Table 18. Correlation analysis between each item of CSFD and TMD or SWLS
(Controlling the false discovery rate by Benjamini & Hochberg).

TMD (Time1)			TMD (Time2)			SWLS (Time1)			SWLS (Time2)			FDRの 有意水準
CSFD item	<i>r</i>	<i>p</i>										
8	.12	.4105	21	.02	.9077	19	-.06	.6652	21	.00	.9930	.0500
16	.17	.2404	11	.12	.4884	9	-.13	.3514	19	.06	.7091	.0476
9	.18	.2145	19	.15	.3655	6	-.15	.2928	9	-.07	.6852	.0452
20	.19	.1961	6	.20	.2449	8	-.16	.2603	16	-.11	.5161	.0429
11	.20	.1746	9	.23	.1720	11	-.19	.1899	6	-.14	.4214	.0405
19	.20	.1726	20	.23	.1653	21	-.21	.1339	11	-.15	.3711	.0381
21	.24	.0978	16	.24	.1516	16	-.22	.1286	1	-.25	.1427	.0357
6	.28	.0522	1	.29	.0770	4	-.25	.0799	8	-.25	.1417	.0333
1	.29	.0422	8	.30	.0699	20	-.26	.0669	15	-.27	.1093	.0310
4	.30	.0374	12	.40	.0141	17	-.31	.0289	3	-.28	.0988	.0286
5	.32	.0260	4	.40	.0136	12	-.31	.0269	4	-.28	.0933	.0262
12	.37	.0083	17	.41	.0118	15	-.33	.0208	17	-.31	.0613	.0238
15	.40	.0038	2	.41	.0114	1	-.33	.0207	20	-.32	.0534	.0214
3	.43	.0021	15	.44	.0071	5	-.35	.0139	7	-.33	.0447	.0190
17	.43	.0019	7	.46	.0038	3	-.38	.0065	5	-.35	.0364	.0167
2	.43	.0018	5	.48	.0027	7	-.39	.0055	12	-.35	.0319	.0143
13	.48	.0004	13	.50	.0017	14	-.39	.0048	2	-.36	.0266	.0119
7	.51	.0002	3	.52	.0011	2	-.42	.0027	14	-.40	.0155	.0095
14	.51	.0002	18	.62	.0000	10	-.44	.0012	13	-.41	.0122	.0071
18	.55	.0000	14	.63	.0000	13	-.52	.0001	10	-.43	.0078	.0048
10	.55	.0000	10	.64	.0000	18	-.54	.0000	18	-.45	.0054	.0024

Note.

CSFD = Cognitive Scale for Families of Drug user, TMD = Total Mood Disturbance, SWLS = Satisfaction With Life Scale

FDR = Benjamini & Hochberg法による False Discovery Rateの調整.

※ *p* 値は大きい値から降順に記載している.

※ FDRの有意水準と比較して小さい*p* 値 (有意であると判断される) を斜体にした.

家（地域）に住めなくなるかもしれない（N）」、「18: 本人が、誰かに迷惑をかけるかもしれない（N）」、「14: 私ばかりつらい思いをしている（L）」、「10: 周囲の人は私を責めるようなことを言うだろう（L）」であった。Time2のみ相関が見られた項目は、「4: 本人は、自分の責任を自覚していない（N）」であった。Time1 および Time2 のそれぞれにおいて中程度から強い有意な正の相関が確認された（Time1: $r = .32 \sim .55$, Time2: $r = .40 \sim .64$ ）。また、Time2との相関において、「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」の因子に含まれる項目が7つ、「家族の孤立」の因子に含まれる項目が5つであり、「責任」の因子の項目は含まれなかった。

well-being について、Time1 の well-being と有意な相関が見られた非機能的認知の項目は10項目であり、中程度から強い有意な負の相関が見られた（ $r = -.33 \sim -.54$ ）。しかし、Time2の well-being と有意な相関が見られた項目はなかった。Time1 の well-being と有意な相関が見られた非機能的認知の項目は、「15: 何度約束しても、本人は薬物使用をやめない（N）」、「1: これからのことが何も見えない」、「5: どうやって薬物使用をやめさせればいいのか分からない（N）」、「3: 今の家（地域）に住めなくなるかもしれない（N）」、「7: 私がこんなにつらい思いをしていることを、誰も分かってくれない（L）」、「14: 私ばかりつらい思いをしている（L）」、「2: 本人に何を言っても分かってくれない（N）」、「10: 周囲の人は私を責めるようなことを言うだろう（L）」、「13: 本人が問題を起こすかもしれない（N）」、「18: 本人が、誰かに迷惑をかけるかもしれない（N）」であった。また、「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」の因子に含まれる項目が7つ、「家族の孤立」の因子に含まれる項目が3つであり、精神的不調と同様、「責任」の因子の項目は含まれなかった。

3. 階層的重回帰分析

階層的重回帰分析の結果を示したものが Table19, Table20 である Time1 の非機能的認知を独立変数とし、Time2 の精神的不調を従属変数とした場合、Step1 では年齢が Time2 の精神的不調を説明していた（ $SE = .53$, $95\%CI = -2.574$ to -0.504 ）。Step2 では、年齢と Time1 の精神的不調が Time2 の精神的不調を説明していた（年齢: $SE = .33$, $95\%CI = -1.562$ to -0.282 , Time1 の精神的不調; $SE = .33$, $95\%CI = 0.420$ to 0.886 ）。Step3 では効果量は小さいながら、非機能的認知を加えることで説明力が増加し、モデルとしても有意であった（ $R^2 = .776$, $F(4, 32) = 27.69$, $p < .001$ ）。また、非機能的認知は Time2 の精神的不調を説明していた（ $SE = .17$, $95\%CI = 0.093$ to 0.745 ）。また、Step3 では、非機能的認知の他に、年齢（ $SE = .30$, $95\%CI = -1.278$ to -0.087 ）と Time1 の精神的不調（ $SE = .15$, $95\%CI = 0.315$ to 0.901 ）が Time2 の精神的不調を説明していた。

Time1 の非機能的認知を独立変数とし、Time2 の well-being を従属変数とした場合、Step1 では年齢も性別も Time2 の well-being を説明していなかった。Step2 では性別と Time1 の well-being が Time2 の well-being を説明していた（性別: $SE = 1.32$, $95\%CI = 0.548$ to 5.723 , Time1 の well-being; $SE = .17$, $95\%CI = 0.454$ to 1.138 ）。Step3 では、非機能的認知を加えるこ

Table 19. Hierarchical multiple regression analysis with TMD at the Time 2 as the dependent variable (2,000 Bootstrap Samples).

Steps / Variables	<i>F</i> value	<i>R</i> ²	<i>b</i>	<i>β</i>	<i>SE</i>	95% CI
<i>Step1</i>	10.4 ***	.380				
Age			-1.54	-.63 ***	.53	(-2.574 to -0.504)
Sex			-7.40	-.15 <i>n.s.</i>	6.87	(-20.856 to 6.056)
<i>Step2</i>	28.83 ***	.724				
Age			-.92	-.38 ***	.33	(-1.562 to -0.282)
Sex			-6.51	-.13 <i>n.s.</i>	5.26	(-16.811 to 3.799)
TMD (Time1)			.65	.64 ***	.12	(0.420 to 0.886)
<i>Step3</i>	27.69 ***	.776				
Age			-.68	-.28 **	.30	(-1.278 to -0.087)
Sex			-6.75	-.14 <i>n.s.</i>	4.43	(-15.428 to 1.919)
TMD (Time1)			.61	.59 ***	.15	(0.315 to 0.901)
CSFD (Time1)			.42	.26 *	.17	(0.093 to 0.745)

Note: **p* < .05, ***p* < .01, ****p* < .001

TMD = Total Mood Disturbance

CSFD = Cognitive Scale for Families of Drug user

Table20. Hierarchical multiple regression analysis with SWLS at the Time 2 as the dependent variable (2,000 Bootstrap Samples).

Steps / Variables	<i>F</i> value	<i>R</i> ²	<i>b</i>	β	<i>SE</i>	95% CI
<i>Step1</i>	2.31 <i>n.s.</i>	.120				
Age			.20	.32 <i>n.s.</i>	.10	(0.013 to 0.395)
Sex			2.62	.21 <i>n.s.</i>	2.15	(-1.597 to 6.846)
<i>Step2</i>	18.46 ***	.627				
Age			.10	.17 <i>n.s.</i>	.07	(-0.029 to 0.237)
Sex			3.14	.25 *	1.32	(0.548 to 5.723)
SWLS (Time1)			.80	.73 ***	.17	(0.454 to 1.138)
<i>Step3</i>	14.35 ***	.642				
Age			.07	.11 <i>n.s.</i>	.07	(-0.075 to 0.212)
Sex			3.14	.25 *	1.29	(0.616 to 5.661)
SWLS (Time1)			.76	.70 ***	.19	(0.387 to 1.133)
CSFD (Time1)			-.06	-.14 <i>n.s.</i>	.05	(-0.152 to 0.032)

Note : **p* < .05, ****p* < .001

SWLS = Satisfaction With Life Scale

CSFD = Cognitive Scale for Families of Drug user

とで説明率が増加し、モデルとしても有意であったが ($R^2 = .642, F(4, 32) = 14.35, p < .001$), 非機能的認知は Time2 の well-being を説明していなかった ($SE = .05, 95\%CI = -0.152 \text{ to } 0.032$)。また、性別 ($SE = 1.29, 95\%CI = 0.616 \text{ to } 5.661$) と Time1 の well-being ($SE = .19, 95\%CI = 0.387 \text{ to } 1.133$) は Time2 の well-being を説明していた。

第4節 本章の考察

1. デモグラフィック

研究協力者の続柄としては、母親が 64.0~64.9%であり最も多かった。薬物使用者の CSO を対象とした研究では母親またはパートナーの参加率が高いことが報告されており

(e.g. Kirby et al., 1999; Kondo & Wada, 2009; Meyers et al., 1998; Miller et al., 1999; Sission & Azrin, 1986), 本研究でも同様の結果であったといえる。次に年齢について、男性では Time1 で 66.2 ± 6.1 歳, Time2 で 66.1 ± 6.8 歳であった。女性は Time1 で 62.4 ± 9.3 歳, Time2 で 61.9 ± 9.8 歳であった。全体で見ると 60 代以上の割合が過半数であった (Time1: 75.5%, Time2: 75.7%)。本研究では母親または父親の続柄の人が多いため平均年齢の高さに関係していると考えられる。

精神的不調 (TMD) について、一般の方を対象とした際の TMD の平均値は 50 代, 60 代, 70 代のそれぞれにおいて、男性で 16.9 ($SD = 18.1$), 8.7 ($SD = 12.5$), 8.7 ($SD = 15.9$) であり、女性で 20.1 ($SD = 20.0$), 11.1 ($SD = 16.2$), 8.0 ($SD = 15.2$) であった (横山, 2015)。本研究では人数が少ないため、年代別に分けた検討は行わなかったが、Time2 の女性の TMD 得点 (16.93, $SD = 23.18$) が一般の 50 代女性の平均値と比較して低かったことを除くと、男女共に本研究の研究協力者の平均値が一般の方と比較して高いことから、本研究の対象者の精神的不調の程度は高かったといえる。

well-being (SWLS) について、河田・和田 (2017) は 60 代と 70 代の男女計 400 名 (平均年齢 68.34 ± 5.33 歳) を対象に SWLS を実施し、男性の平均値が 21.42 ($SD = 5.62$), 女性の平均値が 21.12 ($SD = 6.08$) であることを報告している。本研究には 50 代の者も含まれているが、河田・和田 (2017) と比較したところ、本研究の SWLS 得点が低かったことから、本研究の対象者の well-being は低かったといえる。

2. 相関分析と階層的重回帰分析

非機能的認知の合計得点と下位因子である「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」および「家族の孤立」と精神的不調に中程度から強い有意な正の相関が見られた。また、「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」および「家族の孤立」の下位因子は項目ごとに検討した場合においても、精神的不調と有意な負の相関がみられた。したがって、項目レベルで相関のあった内容に注意しながらアセスメントを行うことも有効であると考えられる。さらに、階層的重回帰分析の結果、家族の非機能的認知が精神的不調を説明することが示された。

以上のことから、家族の非機能的認知が高まることによって精神的不調も高まり、かつ非機能的認知は精神的不調を説明すると考えられる。Beck et al. (1979, 坂野監訳, 2007) は個人に特有の認知パターンとして認知の 3 要素を挙げており、認知の 3 要素には「自分の現在」、「自分の将来」、「自分を取り巻く世界」が含まれると述べている。「自分の現在」は自分自身を否定的に見るという認知であり、「自分の将来」は将来に対する否定的な見方から成り、困難や苦悩がずっと続く考える認知であり、「自分を取り巻く世界」は自分を取り巻く世界を否定的に理解する認知である (Beck et al., 1979 坂野監訳, 2007)。Beck et al. (1979 坂野監訳, 2007) は抑うつといった精神的不調の症状や兆候は、これらの認知が活性化された結果であると考えている。CSFD には薬物使用問題や IP の将来に対する否定的な認知や、CSO が自分を取り巻く世界を否定的に理解し、周囲と距離を取ろうとする認知が含まれており、Beck et al. (1979 坂野監訳, 2007) が挙げている認知の 3 要素と重なる部分がある。つまり、CSFD に含まれる CSO の非機能的認知が活性化することで精神的不調に影響を与えていることが考えられた。しかし、「責任」については、因子としても項目ごとに分けた場合も、精神的不調とは有意な相関がみられなかった。Rotunda et al. (2004) は自分自身の責任について考える CSO の認知が、IP の薬物使用行動を助長させる CSO の行動と相関関係にあることを報告している。IP の薬物使用によって CSO のライフスタイルが変化することが報告されていることから (Orford et al., 1998)、「責任」の因子は CSO の行動に影響を与えていることが考えられる。今後は「責任」が CSO の行動にどのような影響を与えているのかについても詳細に検討していくことが必要である。

一方、well-being について、非機能的認知の合計得点は Time1 および Time2 の well-being と有意な負の相関関係にあることが示されたが、階層的重回帰分析の結果、家族の非機能的認知は well-being を説明しないことが示された。精神的不調と well-being は 1 軸の両端にあるものではなく異なる側面を有することから (Frisch et al., 1992; Keyes, 2005)、非機能的認知が精神的不調に影響を与えることが示された一方で、well-being にも影響を与えなかったことは十分に考えられる結果である。

また、本研究では非機能的認知が精神的不調および well-being に与える影響を検討したが、非機能的認知から精神的不調または well-being に至るまでのプロセスには様々な緩衝要因や媒介要因が存在していると考えられる。例えば、精神的不調を緩衝する要因としては、ソーシャルサポート (Cohen, 2004; 福岡, 2010)、ソーシャルスキル (田中, 2007)、達成的なライフイベント (福井・青野, 2007) などがあげられる。また、Lazarus & Folkman (1984) のストレス理論を考慮すると、ストレッサーにどのように対処するかといったコーピングによってその後の精神的不調も変化してくると考えられるため、コーピングも緩衝要因の一つとなると考えられる。一方、well-being を高める要因としては、ソーシャルサポート (中川・根津・穴倉, 2007) や良好な対人関係 (Miao, Koo, & Oishi, 2013) が報告されている。また、岩野 (2015) はウェルビーイングを高めることを目的とした認知行動的介入において、ウェルビーイング促進行動、将来への自己イメージが共通要素として扱わ

れていることを報告していることから、これらの要因もwell-beingを高める際に検討すべき重要な要因であると考えられる。

以上のことから、ソーシャルサポートは精神的不調と well-being の両方に影響を与えると考えられるが、精神的不調と well-being に影響を与えうる要因必ずしも同じではないと考えられる。本研究の結果、非機能的認知が精神的不調に与える影響と well-being に与える影響が異なったのも、非機能的認知が精神的不調または well-being を説明するプロセスに介在する要因の違いが影響していることも考えられる。薬物使用者の CSO への支援において、非機能的認知に焦点をあてることが重要であることは第 1 章、第 2 節、第 3 項で述べたところであるが、非機能的認知に焦点をあてた支援を行う際には非機能的認知と共に、先述した要因にも着目し、それらの要因の影響を確認する、または影響を統制した上で、非機能的認知が精神的不調や well-being に与える影響を詳細に検討することが必要であると考えられる。

3. 本研究のまとめ

本研究の結果、家族の非機能的認知は、well-being を説明しないが、精神的不調は説明することが示された。したがって、家族の精神的不調をアセスメントする際には、家族の非機能的認知について尋ねることが有用であるといえる。また、家族の精神的健康の悪化または改善といった病態変化の理解において非機能的認知を考慮することでより詳細なアセスメントを行うことが可能になると考えられる。特に、家族の非機能的認知が強くなっている場合には家族の精神的不調も強くなることが想定される。例えば、家族が非機能的認知を強く抱いていると考えられる場合や家族が非機能的認知に関する内容について話した際には、精神的不調が高まっていないかについて確認することなど、非機能的認知に焦点を当てることで家族の変化をより早く適切に把握することが可能になると考えられる。

また、非機能的認知が精神的不調に与える影響についてメタアナリシスを行った Vıslä et al. (2016) は、今後の展望として、異なる臨床サンプルの異なる文化的文脈で実施されるべきであり、特定の疾患に関連した、より具体的な非機能的認知を測定する必要があると述べている。本研究は、本邦における薬物使用者の CSO の非機能的認知が精神的不調を説明していることを明らかにできたという点で、重要な知見を提供できたといえる。

4. 本研究の限界と展望

本研究では非機能的認知が well-being を説明しないことが明らかとなった。今後は well-being に影響を与える要因について詳細に検討していくことが必要であると考えられる。そして、本研究では Self-help group に参加している薬物使用者の CSO が対象となっていた。Katz (1992) は Self-help group に共通する特徴の一つとして、認知の再構成をあげていることから、Self-help group に参加している CSO と参加していない CSO では非機能的認知が異なることが考えられる。そのため、今後はより広範囲な CSO を対象として、非機能的認知

の内容および非機能的認知が精神的健康に与える影響について検討を行うことが必要である。

また、今回、階層的重回帰分析に投入するデモグラフィックデータとしては年齢、性別のみを投入した。しかし、薬物が違法性のものである場合、「薬物使用＝犯罪」という認知が生じることが指摘されていることから（山野，2002）、薬物の種類，例えば合法であるか違法であるかによってもCSOの非機能的認知は異なってくると考えられる。また、続柄によって、IPに対する認知が異なることも報告されている（山野，2002）。特に、CSOが親や祖父母などIPの養育に携わる立場である場合、またはIPの薬物開始年齢が低年齢であればあるほど、「責任」の非機能的認知が強まることや、将来に対する様々な非機能的認知が生じることが考えられる。さらに、IPが医療機関や相談機関または自助グループにつながっている場合、CSOが家庭内のみで問題を抱えることがなくなるため、CSOの非機能的認知は異なってくることが考えられる。今後は、薬物の種類、CSOの続柄、IPの外部機関とのつながりの有無といった要因がCSOの精神的健康へ与える影響を検討すること、またはこれらの要因をデモグラフィックデータとして統制した上で、CSOの非機能的認知が精神的健康へ与える影響をより詳細に検討することが必要であると考えられる。

第6章 総合考察

第1節 本論文の結果のまとめ

本論文では、第1章において、薬物使用者のCSOは精神的不調に至りやすく支援が必要であること、薬物使用者のCSOに対する支援として認知行動療法があげられることについて述べた。また、CSOのストレスと支援に至るまでの課題、そしてCSOに生じる非機能的認知と精神的健康の関係について整理した。そして、精神的健康は精神的不調とwell-beingの二側面から検討することが必要であることについて述べた。しかし、CSOの非機能的認知が精神的不調とwell-beingにどのような影響を与えているのかは明確ではないという問題点があげられた。そこで、認知行動療法によってCSOの非機能的認知が変化するかどうか、そしてCSOの非機能的認知がCSOの精神的健康にどのような影響を及ぼすのかを明らかにするため、CSOを対象とした認知行動療法を行っている研究を対象にシステマティックレビューを行った(研究1)。その結果、CSOの非機能的認知を、効果指標を用いて検討している研究はひきこもりのCSOを対象とした研究のみであり、認知行動療法によって薬物使用者のCSOの非機能的認知が変化するかどうか、CSOの非機能的認知がCSOの精神的健康にどのような影響を及ぼしているのかは明らかに出来なかった。

また、薬物使用者のCSOの非機能的認知が効果指標を用いて測定されていないことの原因として、CSOの非機能的認知にはどのような内容が含まれているのか不明である、また、CSOの非機能的認知を測定する尺度そのものが整備されていない、という問題点があげられた。そのため、本研究ではCSOの精神的健康を回復・促進させるために必要と考えられる非機能的認知についてより詳細に検討することが出来るよう、CSOの非機能的認知を測定する尺度を作成すること、および、実際に、CSOの非機能的認知がCSOの精神的健康を説明するかどうかを実証的に確認することを目的とすることを第2章にて述べた。

第3章では、薬物使用者のCSOに生じる非機能的認知の内容を明らかにするため、CSOおよびCSOを支援する医療専門職を対象に調査票の実施または調査票に基づく半構造化面接を行った(研究2-1)。その結果、自責、無力さ、孤独、自身の将来への悲観、本人の将来への悲観、他の家族への影響、仕事への影響、取締や逮捕の可能性、責任、現状への不満、薬物使用への疑惑、否認、周囲との軋轢、といった61項目13のカテゴリーの内容が収集された。また、IPおよびCSOの支援に携わっている臨床経験が20年以上の精神科医による確認の結果、内容的に不適切である1項目が削除され、最終的に60項目の非機能的認知を示す内容が得られた。次に、研究2-1で得られた60項目をもとに、CSOの非機能的認知を測定する尺度の因子数および因子構造の確認を行い、非機能的認知の心理学的構造を明らかにした(研究2-2)。その結果、CSOの非機能的認知は、「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」、「家族の孤立」、「責任」の3因子構造からなることが明らかとなった。また、各因子のCronbachの α 係数は.83~.93であり十分な値であったことから、信頼性の下界が保証されていることが示された。研究3では、研究2で作成されたCSOの非機能的認知を測

定する尺度の再検査信頼性と外的基準との比較による併存的妥当性を検討した。その結果、級内相関係数 (ICC) は .803 (95%CI = .657 to .890) であり、十分な再検査信頼性を備えていることが示された。また、非機能的態度を測定する DAS24-J および知覚されたストレスを包括的に測定する PSS との間に中程度の相関係数 (DAS24-J: $r = .32\sim.34$, $p < .05$, PSS: $r = .37\sim.42$, $p < .01$) が確認されたことから併存的妥当性が確認された。研究 4 では、CSO の非機能的認知が、精神的不調と well-being といった精神的健康の二側面を説明するかどうかについて検討した。その結果、CSO の非機能的認知は、精神的不調は説明するが ($SE = .17$, $95\%CI = 0.093$ to 0.745), well-being は説明しないことが明らかとなった ($SE = .05$, $95\%CI = -0.152$ to 0.032)。

以上のことをまとめると、本研究では、薬物使用者の CSO の非機能的認知の内容を明らかにすると共に、CSO の非機能的認知を客観的に測定する尺度を作成した。さらに、CSO の非機能的認知が精神的不調を説明すること、および well-being は説明しないことを実証的に明らかにした。本研究の結果から、CSO の精神的不調の回復において、非機能的認知が重要な役割を担うことが示唆された。

第 2 節 本論文の臨床的意義

第 1 項 薬物使用者の家族を対象とした点

第 1 章、第 2 節、第 1 項および第 2 項において、CSO は多様な心理社会的影響を受けていることについて述べた (西川, 2007; Orford et al., 1998)。また、薬物使用者の CSO には、不眠、パニック発作、抑うつ、不安といった精神的健康の不調が生じることも報告されている (Morita et al., 2011; Vellman et al., 1993)。したがって、CSO への支援は必要不可欠である。しかし、薬物使用の問題において、IP と比較すると CSO への支援は十分とはいえない状況であることが指摘されている (安高, 2017)。本研究において、CSO に焦点を当て、CSO の精神的健康の回復のために必要となる要因について検討できたことは大変意義深いといえる。森田他 (2010) は、薬物に関する家族支援を社会的な理解を得ながら展開していくためには、その必要性や有効性のエビデンスを示していくことが重要になると述べている。本研究の結果は、薬物使用の問題に関わる CSO への理解を深めること、および、CSO に対する支援方法を構築していく際の知見として非常に貴重である。

第 2 項 薬物使用者の家族の非機能的認知の内容および心理学的構造を明らかにした点

Beck et al. (1979 坂野監訳, 2007) の抑うつの認知モデルに基づく自動思考を測定する尺度として、Automatic Thoughts Questionnaire-Revised (以下、ATQ-R; 児玉・片柳・嶋田・坂野, 1994) が作成されている。ATQ-R は抑うつの認知モデルをベースとしているが、うつ病に限らず、不安、パニック、強迫性障害、精神作用物質乱用、摂食障害、社交不安、心的外傷後ストレス障害には特定の認知的テーマがあることが報告されている (Wills, 2009 大野

監訳,2016)。また,セラピストが介入点を見つける際にこうした疾患ごとに特有の認知が有用な指針になる可能性が指摘されている (Wills,2009 大野監訳,2016)。したがって,本研究において,薬物使用者のCSOの非機能的認知に焦点をあてたことは,薬物使用者のCSOへの支援および介入を行う際に,重要な指針となりうるという点で意義があると言える。また,これまでRotunda et al. (2004) または西川 (2007) が薬物使用者のCSOの非機能的認知について報告しているが,CSOの非機能的認知がどのような手続きによって得られた内容であるか不明であり,また,CSOに生じる非機能的認知を十分に網羅しているかどうか不明であった。研究2-1では,薬物使用者のCSOおよびCSOの支援に携わる支援者に対し,調査票および半構造化面接を行い,CSOに生じる非機能的認知について広く情報の収集を行った。その結果,これまで十分に検討されてこなかったCSOの非機能的認知の内容が明らかになり,CSO自身そして支援者が,CSOの状況やCSOが抱えている問題をより具体的に理解することが可能となった。また,質的研究にとどまらず量的な検討も行い,因子分析を用いてCSOの非機能的認知が3因子構造であることも明らかとした。本研究の結果は,CSOの理解を深め,CSOの非機能的認知にも配慮したより柔軟で効果的な支援方法の構築に貢献すると考えられる。

第3項 Cognitive Scale for Families of Drug user (CSFD) の有用性

CSOの非機能的認知を測定する尺度を整備することによって,CSOの非機能的認知の変化を客観的に理解することが出来るようになったことも,本研究における重要な成果である。CSOの非機能的認知を客観的に測定し,明らかにすることによって,CSOの状態や支援ニーズについて深く掘り下げやすくなると考えられる。さらに,CSOの非機能的認知が精神的不調を説明することが明らかとなったことから,非機能的認知を精神的不調のアセスメントに役立てていくことが出来ると考えられる。さらに,精神的不調の回復を目的とする場合においても,非機能的認知をターゲットとした介入を行うことが有効である可能性が示唆された。

また,相談機関の窓口や医療機関のインテークの面接時に本研究で作成したCSFDの内容を概観する,または,相談に訪れたCSOにCSFDの内容で当てはまるものがないかについて確認することで,CSOが薬物使用問題や現在の状況をどのように認識しているのかについて理解を深めることができる。そのため,CSOにはどのような支援や治療が必要なのかといったアセスメントに生かしていくことができると考えられる。CSOを理解する際の一つのツールとしてCSFDを用い,CSOのニーズに沿った支援を行うことが望まれる。

第4項 薬物使用者の家族の精神的健康を,精神的不調とwell-beingの二側面から検討した点

薬物使用者のCSOには精神的健康の不調が生じるため (Morita et al., 2011; Vellman et al., 1993), 精神的不調を回復させることが重要である。一方で,CSOを対象とした認知行動療

法では CSO の well-being を測定する効果指標も用いられているなど (Bischof et al., 2016; Dutcher et al., 2009; Meyers et al., 1998; Meyers et al., 2002; Miller et al., 1999), 精神的不調の改善だけではなく well-being の回復も重要であると考えられた。Keyes (2005) は精神的不調と well-being は独立した 2 軸から成り、かつ、直交の関係ではなく相関関係が仮定される斜交の関係であること報告している。つまり、精神的不調と well-being には、精神的不調が高くなると well-being が低くなるという相関関係がありながら、1 次元の両極の概念ではなく独立しているため、精神的不調と well-being という両方の視点を持つことで精神的健康をより包括的に理解することが可能になる。本研究の結果、精神的不調と well-being には強い負の相関関係があることが示された (Time1; $r = -.54, p < .001$, Time2; $r = -.67, p < .001$)。同じ概念を測定しているまたは、1 軸の両極にある概念を測定している場合の相関係数が限りなく 1 (または-1) に近づくと考えられることから、本研究の相関係数が $r = -.54 \sim -.67$ であったことは、精神的不調と well-being が独立していることを支持する結果であると言える。したがって、本研究では精神的不調と well-being という二側面から、薬物使用者の CSO の精神的健康を検討できたと考えられる。さらに、本研究では CSO の非機能的認知が精神的不調に与える影響と、well-being に与える影響が異なることを明らかにした (精神的不調; $SE = .17, 95\%CI = 0.093 \text{ to } 0.745$, well-being; $SE = .05, 95\%CI = -0.152 \text{ to } 0.032$)。薬物使用者の CSO への支援を行う際、精神的不調の回復を目的とする場合と、well-being の維持・回復を目的とする場合では、有効となる支援方法が異なってくることを示唆できたと考えられる。

第 5 項 臨床場面での利用可能性の点

第 1 章において、CSO の精神的健康の回復に効果がある方法として認知行動療法をあげた。認知行動療法は、個人の行動と認知の問題に焦点を当て、そこに含まれる行動上の問題、認知の問題、感情や情緒の問題、身体の問題、そして動機づけの問題を合理的に解決するために計画された構造化された治療法であり、自己理解に基づく問題解決とセルフ・コントロールに向けた教授学習のプロセスである (坂野, 1995)。また、認知行動療法では、行動的技法と認知的技法を効果的に組み合わせ、特定の標的症状の改善に焦点をあてる (坂野, 2011)。本研究では薬物使用者の CSO の非機能的認知に焦点を当て、CSO の非機能的認知が「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」、「家族の孤立」、そして「責任」の 3 因子から成ることを明らかにした。また、これらの認知を測定する CSFD の合計得点が精神的健康を説明することから、CSFD で測定できる非機能的認知を低下させることで精神的健康が回復することが考えられた。認知に焦点を当てた技法として、認知的再体制化、気晴らし法、認知的不協和の活用、原因帰属の型の修正、セルフ・エフィカシーの向上があげられる (坂野, 2011)。本研究で明らかとなった、「将来や薬物使用者に対する否定的な考え」や「責任」は現実を過度に否定的に捉える、または、自身を責めすぎる認知であり、不十分な情報や不正確な情報に基づく歪んだ認知であると考えられる。非機能的認知に焦点を当てた認知行動療法として、宮澤・小関・小関 (2012) は、子育てに困難を感じている保護者を対象として、認知

的再体制化の手続きを取り入れたペアレントトレーニングを実施している。その結果、認知的再体制化の手続きが保護者の認知変容において有効であったことを報告している。また、Shimotsu et al. (2010) は抑うつ患者を対象に、認知的再構成化の手続きを中心に構成された集団認知行動療法を実施し、非機能的認知が有意に改善することを報告している。したがって、認知的再体制化の手続きは薬物使用者のCSOの非機能的認知を変化させる際にも有効であることが考えられる。

一方、「家族の孤立」にはCSOが周囲と距離を取ろうと考える認知が含まれており、行動的側面も関係してくる認知であると考えられる。Beck et al. (1979, 坂野監訳, 2007) は、認知療法家にとって行動変容は目標ではなく、目標に至るための手段と述べている。つまり行動変容も認知的変容のための手段であるということである。Manos, Kanter, & Busch (2010) は行動の活性化の増加と回避的で抑うつ的な行動の減少、そして多様な正の強化子を伴う環境を再構築するという行動活性化の治療モデルを提唱しており、行動の活性化により抑うつ気分は軽減すると述べている。したがって、「家族の孤立」といった非機能的認知には行動的な側面からアプローチすることも有用であることが考えられる。

以上のことから、本研究で明らかにした非機能的認知は、これまで用いられてきており、効果が確認されている認知行動的な技法によってアプローチできる可能性がある。今後、薬物使用者のCSOに実際に上記のアプローチを用いた介入を行い、非機能的認知および精神的健康が変化するかどうか実証的な確認を行うことが必要である。

第6項 薬物使用者の回復に貢献できる点

CSOの非機能的認知がCSOの行動(IPの薬物使用行動を維持・悪化させる可能性のある行動)と相関関係にあることから(Rotunda et al., 2004)、CSOの非機能的認知が変化することで、CSOの行動も変化し、結果としてIPの薬物使用行動も変化することが考えられる。例えば、CSOの「責任」の非機能的認知が低下することで、CSOがIPと適度な距離を保てるようになり、薬物使用行動を維持・悪化させる行動の頻度が減ることが考えられる。または、CSOの「孤立」の非機能的認知が低下することでCSOが支援者となりがやすくなり、結果としてCSOが自分自身の精神的健康の回復が必要であることや、IPへの適切な関わり方を学ぶ機会を得られるといったことも考えられる。

つまり、CSOの非機能的認知が改善することによって、CSOのIPへの関わり方が変化する、またはCSO自身そしてIPへの関わり方について新しい知見を得る機会が増え、結果としてIPの回復が促進することが期待される。

第3節 本論文の限界点と今後の課題

第1項 研究協力者について

本研究では家族会 (Self-help group) に参加している薬物使用者の CSO を対象に調査票への回答を依頼した。しかし、研究4でも述べたように、Self-help group に共通する特徴の一つとして、認知の再構成があげられる (Katz, 1992)。したがって、Self-help group に参加している CSO と参加していない CSO では認知が異なることが考えられるため、今後は家族会に参加していない CSO も対象として非機能的認知について検討することが必要である。次に、本研究では、続柄別、性別ごとの検討は行っていない。続柄によって、IP に対する認知が異なることが報告されていることから (山野, 2002)、今後は続柄の違いによって、非機能的認知が異なるのかどうかを確認することも必要である。また、本研究ではうつなど他の疾患の影響が考慮されていない。うつ病の方や情動的問題の得点が高い方は非機能的な認知が生じやすいことが報告されていることから (e.g. Calvete & Cardeñoso, 2005; Hollon & Kendall, 1980)、うつ病や情動的な問題を抱えている場合、本研究で作成した CSFD の得点も高くなることが考えられる。今後は、CSO の併存疾患についても考慮した上で詳細な検討を行うことが必要である。最後に、本研究で CSO から得られた情報によると、IP の使用薬物の内訳としては、覚せい剤、大麻、危険ドラッグなど違法性の薬物が約 70% を占めていた。違法性と違法性ではない物質では、CSO に生じる非機能的認知にも差が生じることが考えられるため、今後は IP が使用している薬物の種類や違法性かどうかといった観点からも CSO の認知を検討する必要がある。

第2項 well-being に影響を与える要因の精査の必要性

本研究において、非機能的認知が精神的不調を説明することが明らかとなり、精神的不調をアセスメントする際に CSFD の尺度を有効に活用していくことが出来ること、そして、精神的不調に対するアプローチにおいて非機能的認知を考慮することの重要性について言及した。本研究の結果、非機能的認知と well-being の間に有意な負の相関関係が示されたものの、階層的重回帰分析の結果、非機能的認知が well-being を説明することは示されなかった。また、非機能的認知が well-being に影響を与えるプロセスには様々な媒介要因が関与していることが考えられたが、具体的にどのような要因が関与しているのかについて本研究で明らかには出来なかった。今後は、薬物使用者の CSO の well-being に影響を与える要因について広く検討することが必要である。

第3項 非機能的認知への介入効果

第5章 (研究4) で明らかになった結果を考慮すると、CSO の非機能的認知を低下させることが、CSO の精神的不調の改善につながると考えられる。しかし、これまで薬物使用者の CSO を対象とした認知行動療法の中で、CSO の非機能的認知の変化を効果指標を用いて

検討している研究はなく、実際に、非機能的認知の変化がCSOの精神的不調の改善に有効であるのかどうかは明らかにされていない。本章第2節、第5項で述べたように、本研究の結果明らかとなったCSOの非機能的認知に対しては認知的再体制化が有効な可能性がある。今後は認知的再体制化の手続きによってCSOの非機能的認知がどのように変化するか、そして非機能的認知が精神的健康にどのような影響を与えるのかについて介入研究および効果評価を行いながら検討することが必要である。

また、本章第2節、第5項で述べたように、本研究の結果明らかとなったCSOの非機能的認知に対しては行動活性化アプローチも有効であることが考えられる。行動活性化アプローチによって、行動が活性化し、正の強化子が伴う環境が再構築された結果、抑うつ気分の軽減が期待できることは前述した通りである(Manos et al., 2010)。また、行動活性化そのものによって精神的不調が軽減することが先行研究によって支持されている(e.g. Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008)。したがって、結果としてCSOの精神的健康が回復するならば、必ずしも非機能的認知に焦点を当てたアプローチではなくてもよいと考えられる。しかし、高垣他(2012)が、対象者の特徴に合わせた支援を行うためには対象者の問題の維持・悪化に関連のある要因を明らかにする必要があると述べていることから、CSOの個人内要因としての非機能的認知を明らかにすることは重要であると考えられる。

さらに、岡島・国里・中島・高垣(2011)は行動活性化療法についての展望を行う中で、1970年代後半～1990年代の第2世代の行動活性化アプローチについて、「P. M. Lewinsohnが提唱した行動活性化はうつ病に対する認知療法(Beck et al., 1979)の中に取り込まれ、認知理論の枠組みから行動活性化が説明されるようになった。つまり、正の強化随伴性の観点から、純粋な行動変化によってうつ病が改善するのではなく、信念の妥当性を検証し認知を変容するための手段として実際に行動させる方法(行動実験)として利用されるようになった。(pp. 477-478)」と述べている。薬物使用者のCSOに当てはめて考えた場合、例えば、「私がこんなにづらい思いをしていることを、誰も分かってくれない」という非機能的認知を有しているCSOに対しては、実際に誰かに話してみるという行動計画を立て、実施することが考えられる。誰かに話した結果、相手から共感が得られた場合、自身の認知が現実とは異なっていたことが理解でき、非機能的認知が変化することが考えられる。

また、岡島他(2011)は、2000年代から台頭してきた第3世代の行動活性化アプローチと従来の行動活性化アプローチを比較し、「近年の行動活性化療法では、認知の機能的側面を重視するため、(中略)、認知(言語行動)がある文脈の中でどのような機能を持っているかを明らかにし、対処法を検討していく点が異なる」と述べている。つまり、第3世代の行動活性化アプローチの枠組みの中においても、認知は重要な役割を担っていると考えられる。

一方、Kanter et al. (2009 岡本監訳, 2015)は行動活性化アプローチに認知的再体制化の技法は含まないとしている。これは、Jacobson et al. (1996)が、1) 行動活性化アプローチ、2) 行動活性化スケジューリングと認知的再体制化、3) 行動活性化スケジューリング、認知

的再体制化を含む包括的認知療法，といった 3 群の介入を実施した結果，1) の行動活性化を単独で実施した群においても，認知的再体制化を含む他の 2 群と同様の効果が見られたという研究結果に基づいている。つまり，Kanter et al. (2009 岡本監訳, 2015) は，Jacobson et al. (1996) の研究結果に基づき，行動活性化アプローチでは最も単純で訓練しやすい介入（認知的再体制化を含まない行動活性化アプローチ）を推奨すべきとしている。しかし，認知の変化は認知への介入と同様に行動活性化のアプローチを用いても生じる可能性が高いとされる（Jacobson et al., 1996; Zeiss, Lewinsohn, & Muñozl, 1979）。用いる手続きが異なっていたとしても，非機能的認知が変化し，その結果として，その後の精神的健康が変化することが重要であるといえる。

したがって，CSO の非機能的認知を変化させるアプローチとして行動活性化アプローチは効果が期待できる選択肢の一つになると考えられる。しかし，薬物使用者の SCO を対象として行動活性化アプローチを行った際に，CSO の非機能的認知が変化するかどうかは明らかではない。今後は，行動活性化アプローチを行うことで非機能的認知が変化するかについて介入研究および効果評価を行うことが必要である。

本項では，認知的再体制化と行動活性化アプローチが CSO の非機能的認知を変化させる可能性があることについて触れた。それぞれ重なる部分もあるが，独自の理論と技法からなるアプローチである。軽度のうつ病のクライアントに対しては，認知療法，行動活性化アプローチ，そして薬物療法のすべての介入において十分な効果が示される一方，重度のうつ病のクライアントには認知療法よりも行動活性化アプローチや薬物療法が有効であるとする報告（Dimidjian et al., 2006）も考慮すると，クライアントの状態を考慮してアプローチを検討することが重要である。しかし，提供できるアプローチが複数あるということは，クライアントの特徴やニーズに合わせて柔軟に技法を組み合わせることが可能になるという点で非常に重要である。今後は，認知的再体制化および行動活性化アプローチを行うことによって，CSO の非機能的認知が変化するかどうか，そして非機能的認知の変化が CSO の精神的不調や *well-being* にどのような影響を与えているのかについて RCT を用いた効果検討を行うことが必要である。

引用文献

- 安高 真弓 (2017). 薬物依存問題を持つ人の家族支援についての文献検討——支援の対象と関連問題に着目して—— 社会福祉学, 58(1), 41-56.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
(アメリカ精神医学会 高橋 三郎・大野 裕 (監訳) 染矢 俊幸・神庭 重信・尾崎 紀夫・三村 将・村井 俊哉 (訳) (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院)
- Bandura, A. (1980). Gauging the relationship between self-efficacy judgment and action. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 263-268.
- Barber, J. G., & Crisp, B. R. (1995). The “pressures to change” approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction*, 90, 269-276.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
(ベック, A. T. 大野 裕訳 (1990). 認知療法 精神療法の新しい発展 岩崎学術出版社)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
(ベック, A. T., ラッシュ, A. J., ショウ, B. F., & エメリイ, G. 坂野 雄二(監訳) 神村 栄一・清水 里見・前田 基成 (共訳) (2007) うつ病の認知療法 新版 岩崎学術出版社)
- Behrendt, S. (2014). *Add Standardized Regression Coefficients to lm-Objects*. CRAN, Retrieved from <https://rdrr.io/cran/lm.beta/> (December. 8, 2019)
- Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: A practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society*, 57(1), 289-300.
- Bennett, D. A. (2001). How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(5), 464-469.
- *Bischof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., & Rumpf, H. J. (2016). Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 179-185.
- *Brigham, G. S., Slesnick, N., Winhusen, T. M., Lewis, D. F., Guo, X., & Somoza, E. (2014). A randomized pilot clinical trial to evaluate the efficacy of Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention (CRAFT-T) for improving outcomes for patients completing opioid detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 240-243.
- Butler, R., & Bauld, L. (2005). The parents' experience: Coping with drug use in the family. *Drug: Education, Prevention and Policy*, 12(1), 35-45.
- Calvete, E., & Cardenoso, O. (2005). Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 179-92.
- Cash, T. F. (1984). The irrational beliefs test: Its relationship with cognitive-behavioral traits and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 40(6), 1399-1405.

- Chang, E. C., & Bridewell, W. B. (1998). Irrational beliefs, optimism, pessimism, and psychological distress: A preliminary examination of differential effects in a college population. *Journal of Clinical Psychology, 54*(2), 137-142.
- 長 徹二 (2015). 依存とは害か？——自己治療仮説を治療に活かす *こころの科学, 182*, 27-31.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Academic press.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist, 59*, 676-684.
- Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry, 64*(5), 566-576.
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007) *Applied behavior analysis* (2nd ed.). Harlow: Pearson Education Press.
- (クーパー, J. O., ヘロン, T. E., & ヒューワード, W. L. (2006). 中野 良顯 (監訳) (2013). 応用行動分析学 明石書店)
- Copello, A., Orford, J., Hodgson, R., Tober, G., Barrett, C., & UKATT Research Team. (2002). Social Behaviour and Network Therapy: Basic principles and early experiences. *Addictive behaviors, 27*(3), 345-366.
- Copello, A., Templeton, L., Krishnan, M., Orford, J., & Velleman, R. (2000). A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addiction Research, 8*(5), 471-484.
- Copello, A. G., Velleman, R. D. B., & Templeton, L. J. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review, 24*, 369-385.
- Corrigan, P. W., Miller, F. E., & Watson, A. C. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology, 20*(2), 239-46.
- Counningham, J. A., Sobell, L., Sobell, M. B., & Kapur, G. (1995). Resolution from alcohol treatment problems with and without treatment: Reasons for change. *Journal of Substance Abuse, 7*, 365-372.
- David, O. A., Cardoso, R. A. I., & Matu, S. (2019). Changes in irrational beliefs are responsible for the efficacy of the RETHink therapeutic game in preventing emotional disorders in children and adolescents: Mechanisms of change analysis of a randomized clinical trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 28*, 307-318.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.
- Dittrich, J. E., & Trapold, M. A. (1984). A treatment program for wives of alcoholics: An evaluation. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 3*, 91-102.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477.
- *Dutcher, L. W., Anderson, R., Moore, M., Luna-Anderson, C., Meyers, R. J., Delaney, H. D., & Smith, J. E. (2009). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): An effectiveness study. *Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness & Medicine*, 2, 80-90.
- Edwards, M. E., & Steinglass, P. (1995). Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 475-509.
- Ellis, A. (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13, 38-44.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: A comprehensive method of treating human disturbances. Revised and update*. New York: Citadel Press.
(エリス, A. (1994). 野口 京子(訳) (1995). 理性情動行動療法 金子書房)
- Epstein, E. E., & McCrady, B. S. (1998). Behavioral couples treatment of alcohol and drug use disorders: Current status and innovations. *Clinical Psychology Review*, 18(6), 689-711.
- Ewing, J. A., Long, V., & Wenzel, G. G. (1961). Concurrent group psychotherapy of alcoholic patients and their wives. *International Journal of Group Psychotherapy*, 11(3), 329-338.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92-101.
- 福井 義一・青野 明子 (2007). 大学生活において環境要因と個人内要因が大学生活不安や抑うつ、状態不安に与える影響について 国際研究論叢: 大阪国際大学紀要, 20(3), 45-59.
- 福岡 欣治 (2010). ソーシャル・サポートとソーシャル・ネットワーク 相川 充・高井 次郎 (編著) コミュニケーションと対人関係 誠信書房
- Galanter, M. (1993). Network therapy for addiction: A model for office practice. *The American Journal of Psychiatry*, 150(1), 28-36.
- Garrett, J., Landau-Stanton, J., Stanton, M. D., Stellato-Kabat, J., & Stellato-Kabat, D. (1997). ARISE: A method for engaging reluctant alcohol-and drug-dependent individuals in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(3), 235-248.
- Gorman, J. M., & Rooney, J. F. (1979). The Influence of Al-Anon on the Coping Behavior of Wives of Alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 40(11), 1030-1038.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of intervention*. Chichester, England: Wiley.
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2nd). Cochrane; Wiley.
- *平生 尚之・稲葉 綾乃・井澤 信三 (2018). 自閉症スペクトラム障害特性を背景とするひきこもり状態にある人の家族支援——発達障害支援センターにおける CRAFT 適用の検討——認知行動療法研究, 44(3), 147-158.
- Hjemdal, O., Stiles, T., & Wells, A. (2013). Automatic thoughts and meta-cognition as predictors of depressive or anxious symptoms: A prospective study of two trajectories. *Scandinavian Journal*

- of Psychology*, 54, 59–65.
- *Hodgins, D.C., Toneatto, T., Makarchuk, K., Skinner, W., & Vincent, S. (2007). Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: A randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 23, 215-230.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4(4), 383-395.
- Hyland, P., Shevlin, M., Adamson, G., & Boduszek, D. (2014). The moderating role of rational beliefs in the relationship between irrational beliefs and posttraumatic stress symptomology. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 312-26.
- 石川 昭見 (2006). 薬物依存問題の「家族」相談援助—ジェンダーの視点を取り入れた支援の可能性について— 名古屋市立大学大学院人間文化研究科 人間文化研究第 5 号, 50-65.
- 岩野 卓 (2015). ウェルビーイングを高めるための認知行動的介入法の精緻化, 北海道医療大学 博士論文.
- 岩野 卓・樋町 美華・坂野 雄二 (2012). 就労者の心理的ウェルビーイング促進要因 健康心理学研究, 25(1), 52-63.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., … Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jibeen, T. (2015). Personality dimensions and emotional problems: The mediating role of irrational beliefs in Pakistani adult non - clinical sample. *International Journal of Psychology*, 50(2), 93-100.
- Johnson, V. E. (1986). *Intervention: How to help those who don't want help*. Minneapolis: Johnson Institute.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). Behavioral activation: The CBT distinctive features series. London: Routledge Ltd.
- (カンター, J. W., ブッシュ, A. M., & ラッシュ, L. C. (2015). 認知行動療法の新しい潮流 2 行動活性化 大野 裕(監修) 岡本泰昌(監訳) 西川美樹(訳) 明石書店)
- Katz, A. H. (1992). *Self-help in America: A social movement perspective*. New York: Twayne Publishers.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- *Kirby, K. C., Benishek, L. A., Kerwin, M. E., Dugosh, K. L., Carpenedo, C. M., Bresani, E., … Meyers, R. J. (2017). Analyzing components of community reinforcement and family training (CRAFT): Is treatment entry training sufficient? *Psychology of Addictive Behaviors*, Online First Publication, August 24, 2017. <http://dx.doi.org/10.1037/adb0000306>
- *Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Garvey, K. A., & LaMonaca, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 56, 85-96.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing*. London: Routledge Ltd.
- 児玉 昌久・片柳 弘司 嶋田 洋徳・坂野 雄二 (1994). 大学生におけるストレスコーピングと自動思考, 状態不安, および抑うつ症状との関連 ヒューマンサイエンス, 7(1), 14-26.

- Kondo, A., & Wada, K. (2009). The effectiveness of a mutual-help group activity for drug users and family members in Japan. *Substance Use & Misuse, 44*, 482-489.
- 小西 友 (2016). 民間医療機関における依存症者の家族に対する CRAFT. 依存症者やひきこもり者の家族に対する CRAFT の応用——型と機能の位置づけ——, 日本認知・行動療法学会第 42 回大会抄録集, 86-87.
- 河野 賢一・和田 裕一 (2017). シニア層ユーザーの PC 活用が主観的ウェルビーイングと QOL に及ぼす影響. *心理学研究, 88*(2), 113-122.
- 厚生労働省 (2013). 心の健康; 認知行動療法, 厚生労働省, Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kokoro/index.html (February. 5, 2020)
- 厚生労働省 (2017). 薬物使用の生涯経験率の推移(1995-2017) 推計値, 厚生労働省, Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/torikumi/dl/index-h30-04.pdf> (March. 26, 2020)
- 薬物乱用対策推進会議 (2013). 第五次薬物乱用防止五か年戦略, 厚生労働省, Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/4_5strategy.pdf (December. 28, 2020)
- 薬物乱用対策推進会議 (2018). 第五次薬物乱用防止五か年戦略, 厚生労働省, Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/11126000/000341876.pdf> (December. 24, 2020)
- 桑原 洋一・斉藤 俊弘・稲垣 義明 (1993). 検者内および検者間の Reliability (再現性, 信頼性) の検討——なせ統計学的有意が得られないのか—— 呼と循, *41*, 945-952.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- (ラザルス, R. S.・フォルクマン, S. 本明 寛・春木 豊・織田 正美 (監訳)(1991). ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究— 実務教育出版)
- Lindner, H., & Kirby, R. J. (1992). Premenstrual symptoms: The role of irrational thinking. *Psychological Reports, 71*, 247-252.
- ※Makarchuk, K., Hodgins, D. C., & Peden, N. (2002). Development of a brief intervention for concerned significant others of problem gamblers. *Addictive Disorders & Their Treatment, 1*, 126-134.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review, 30*, 547-561.
- ※Manuel, J. K., Austin, J. L., Miller, W. R., McCrady, B. S., Tonigan, J. S., Meyers, R. J., ... Bogenschutz, M. P. (2012). Community Reinforcement and Family Training: A pilot comparison of group and self-directed delivery. *Journal of Substance Abuse Treatment, 43*, 129-136.
- Marshall, A. (1993). Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of fifty close relatives' by Orford Rigby Miller Todd Bennett and Velleman. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 3*(1), 67-69.
- 松本 俊彦・宇佐美 貴士・船田 大輔・村上 真紀・谷渕 由布子 (2017). 平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金 医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事, 分担研究報告書, 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査, 研究責任者: 松本 俊彦

- McCann, T. V., Mugavin, J., Renazaho, A., & Lubman, D. (2016). Sub-Saharan African migrant youth's help-seeking barriers and facilitators for mental health and substance use problems: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 16*(275), doi: 10.1186/s12888-016-0984-5.
- Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., McDonald, R., Carlyle, M., ... Wilt, T. J. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*, 275–286.
- *Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse, 10*, 291-308.
- *Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., & Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1182-1185.
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
(メイヤーズ, R. J. & スミス, J. E. 吉田 精次・境 泉洋・渋谷 繭子(翻訳) (2016). アルコール依存のための治療ガイド——生き方を変える「コミュニティ強化アプローチ」 [CRA] 金剛出版)
- Meyers, R. J., Smith, J. E., & Lash, D. N. (2005). A program for engaging treatment-refusing substance abusers into treatment: CRAFT. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy, 1*(2), 90-100.
- Miao, F. F., Koo, M., & Oishi, S. (2013). Subjective Well-being. In S. A. David, I. Boniwell, & A. C. Ayers (Eds.), *The Oxford Handbook of Happiness* (pp.174-184). Oxford: Oxford University Press.
- *Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 688-697.
- 宮澤 翔平・小関 真実・小関 俊祐 (2012).ペアレント・トレーニングにおける強化随伴性の手続きと認知的再体制化の手続きの有効性の比較 愛知教育大学教育臨床総合センター紀要, 2, 45-51.
- 水本 篤 (2009). 複数の項目やテストにおける検定の多重性: モンテカルロ・シミュレーションによる検証 外国語教育メディア学会機関誌, 46, 1-19.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & the PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of International Medicine, 151*, 264-269.
- 森田 展彰・成瀬 暢也・吉岡 幸子・西川 京子・岡崎 直人・辻本 俊之 (2010). 家族から見た薬物関連問題の相談・援助における課題とニーズ 日本アルコール関連問題学会雑誌, 12, 141-148.
- Morita, N., Naruse, N., Yoshioka, S., Nishikawa, K., Okazaki, N., & Tsujimoto, T. (2011). Mental health and emotional relationships of family members whose relatives have drug problems. *Japanese Journal of Alcohol & Drug Dependence, 46*, 525-541.
- 森田 展彰・岡崎 昌子・谷部 陽子・近藤 あゆみ・高橋 郁絵・岩井 喜代仁 … 小松崎 未知 (2011). 薬物問題を持つ人の家族に対する心理教育プログラムの研究——長期的な再発予防・回復に向けた家族のスキルトレーニング—— 日本アルコール関連学会雑誌

- 誌, 13, 149-158.
- 中川 薫・根津 敦夫・穴倉 啓子 (2007). 在宅重症心身障害児の母親のケア役割に関する認識と well-being への影響 社会福祉学, 45(2), 30-42.
- Nar-Anon Family Groups (2017). The Nar-Anon Principles, Nar-Anon, Retrieved from <https://www.nar-anon.org/our-principles> (March. 8, 2019)
- *Nayoski, N., & Hodgins, D. C. (2016). The efficacy of individual Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) for concerned significant others of problem gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 33, 189-212.
- 西川 京子 (2007). アルコール・薬物問題を持った家族への支援とソーシャルワーク——自助グループとの連携の中で—— ソーシャルワーク研究, 32(4), 295-301.
- 西川 京子 (2008). 薬物問題をもつ家族へのグループ援助の研究——グループ参加者の状態と援助目的の検討—— 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 43(5), 720-735.
- 西村 直之・安高 真弓 (不明). 薬物問題を持つ家族のための家族教室 NPO 法人アパリ・ファミリーセンター沖縄
- 野中 俊介・境 泉洋 (2015). Community reinforcement and family training の効果——メタアナリシスを用いた検討—— 行動療法研究, 41, 179-191.
- *野中 俊介・境 泉洋・大野 あき子 (2013). ひきこもり状態にある人の親に対する集団認知行動療法の効果: Community Reinforcement and Family Training を応用した試行的介入 精神医学, 55, 283-291.
- 岡田 譲介 (2015). 心理学と心理測定における信頼性について——Cronbachano α 係数とは何なのか, 何でないのか—— 教育心理学, 54, 71-83.
- 岡島 義・国里 愛彦・中島 俊・高垣 耕企 (2011). うつ病に対する行動活性化療法 心理学評論, 54(4), 473-488.
- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., & Shirata, T. (2017). Relationship of negative and positive core beliefs about the self with dysfunctional attitudes in three aspects of life. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 2585-2588.
- Orford, J., Natera, G., Davies, J., Nava, A., Mora, J., Rigby, K., ... Vellman, R. (1998). Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21(1), 1-13.
- Orford, J., Rigby, K., Miller, T., Tod, A., Bennett, G., & Vellman, R. (1992). Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2(3), 163-183.
- Peng, R. D. (2019). *Simple bootstrap routines*. CRAN, Retrieved from <https://github.com/rdpeng/simpleboot> (December. 7, 2019)
- *Pons, D. B., Barrón, R. G., & Guijarro, A. B. (2016). Family-Based Intervention Program for Parents of Substance-Abusing Youth and Adolescents. *Journal of Addiction*, doi: 10.1155/2016/4320720
- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 952-962.
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: A cross-sectional study in European primary care practices. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. doi: 10.1186/s13011-015-0028-z
- Rotunda, R. (1996). *Behavioral Enabling Scale*. Unpublished questionnaire.

- Rotunda, R. J., West, L., & O'Farrell, T. J. (2004). Unintentional behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*, 269-276.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review, 24*, 143-155.
- Roosen, H. G., de Waart, R., & van der Kroft, P. (2010). Community reinforcement and family training: An effective option to engage treatment-resistant substance-abuse individuals in treatment. *Addiction, 105*, 1729-1738.
- *境 泉洋・平川 沙織・野中 俊介・岡崎 剛・妹尾 香苗・横瀬 洋輔 … 溝口 暁子 (2015). ひきこもり状態にある人の親に対する CRAFT プログラムの効果 行動療法研究, *41*, 167-178.
- 境 泉洋・瀧沢 瑞枝・中村 光・植田 健太・石川 信一・永作 稔 … 坂野 雄二 (2009). 子どものひきこもり状態に対する親の否定的評価とストレス反応の関連 カウンセリング研究, *42*, 207-217.
- 坂野 雄二 (1995). 認知行動療法 日本評論社
- 坂野 雄二 (2011). 認知行動療法の基礎 金剛出版
- Stanton, M. D., & Health, A. W. (1997). Family couple approach to treatment engagement and therapy. In J. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (pp. 680-690). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Stanton, M. D., & Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin, 122*(2), 170-91.
- Shimotsu, S., Horikawa, N., Emura, R., Ishikawa, S., Nagao, A., Ogata, A., … Honsomi, J. (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in reducing self-stigma in Japanese psychiatric patients. *Asian Journal of Psychiatry, 10*, 39-44.
- *Sisson, R. W., & Arzin, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 17*, 15-21.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. New York: Guilford Press.
- (スミス, J. E., & メイヤーズ, R. J. 境 泉洋・原井 宏明・杉山 雅彦(監訳) (2014). CRAFT 依存症患者への治療動機づけ 家族と治療者のためのプログラムとマニュアル 金剛出版)
- 鷺見 克典 (2006). 知覚されたストレス尺度 (Perceived Stress Scale) 日本語版における信頼性と妥当性の検討 健康心理学研究, *19*(2), 44-53.
- 角野 善司 (1994). 人生に対する満足尺度 The Satisfaction with Life Scale [SWLS] 日本語版作成の試み 日本心理学会第 58 回大会発表論文集, 192.
- 高垣 耕企・岡島 義・坂野 雄二 (2012). 大学生の認知行動的特徴と抑うつ症状の変化との関連性——スキーマと行動の選択要因に焦点をあてて—— パーソナリティ研究, *21*(1), 63-73.
- Tajima, M., Akiyama, T., Numa, H., Kawamura, Y., Okada, Y., Sakai, Y., … Power, M. J. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the 24-item Dysfunctional Attitude Scale. *Acta Neuropsychiatrica, 19*, 1-6.

- 田中 健吾 (2007). ソーシャルスキルと職場ストレス・心理的ストレス反応との関連 大阪経大論集, 58(1), 253-261.
- Tanaka, N., Uji, M., Hiramura, H., Chen, Z., Shikai, N., & Kitamura, T. (2006). Cognitive patterns and depression: Study of a Japanese university student population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(3), 358-64.
- Thomas, E. J., Santa, C., Bronson, D., & Oyserman, D. (1987). Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics. *Journal of Social Service Research*, 10(2-4), 145-162.
- Thyer, B. A., Papsdorf, J. D., & Kilgore, S. A. (1983). Relationships between irrational thinking and psychiatric symptomatology. *The Journal of Psychology*, 113, 31-34.
- 辻 由依・青木 俊太郎・坂野 雄二 (2020). 薬物使用者の家族の認知を測定する尺度の作成 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 55(1), 25-38.
- Vaida, S., & Ormenișan, M. C. (2013). From Plato to Ellis. A short investigation of the concept of emotions. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 571- 575.
- Vellman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K., & Tod, A. (1993). The Families of problem drug users: A study of 50 close relatives. *Addiction*, 88, 1281-1289.
- Vislă, A., Flückiger, C., Holtforth, M., & David, D. (2016). Irrational beliefs and psychological distress: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 8-15. Doi: 10.1159/000441231.
- *Waldron, H. B., Kern-Jones, S., Turner, C. W., Peterson, T. R., & Ozechowski, T. J. (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 133-142.
- Wills, F. (2009). *The CBT distinctive features series. Beck's cognitive therapy*. Routledge: London.
(ウィルス, F. 大野 裕 (監修/監訳)・坂本 律 (訳) (2016). 認知行動療法の新しい潮流 ベックの認知療法 明石書店)
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. World Health Organization, Retrieved from https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf (February, 27, 2019)
- *山本 彩・室橋 春光 (2014). 自閉症スペクトラム障害特性が背景にある (または疑われる) 社会的ひきこもりへの CRAFT を応用した介入プログラム——プログラムの紹介と実施後 30 例の後方視的調査—— 児童青年精神医学とその近接領域, 55(3), 280-294.
- 山野 尚美 (2002). 薬物依存症者の家族に対するソーシャルワーク——家族自身の心理・社会的脆弱性と初期介入の試み—— 社会福祉学, 43(1), 67-79.
- Yates, F. (1988). The evaluation of a “co-operative counselling” alcohol service which uses family and affected others to reach and influence problem drinker. *British Journal of Addiction*, 83, 1309-1319.
- 横山 和仁 (2015). POMS2 日本語版マニュアル 金子書房
- *吉田 精次・小西 友 (2015). 依存性物質使用障害者の家族に対する CRAFT の実践報告 行動療法研究, 41(3), 205-214.
- 吉沢 明康 (2016). どのデータベースを使うか——データベース検索と配列解析・誤解と難題—— 日本プロテオーム学会誌, 1, 63-80.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., & Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in

depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47(3), 427-439.

Ziegler, D. J., & Smith, P. N. (2004). Anger and the ABC Model Underlying Rational-Emotive Behavior Therapy. *Psychological Reports, 94, 1009-1014.*

※がついているものはシステマティックレビューにおいて使用した論文。

謝 辞

本論文を作成するにあたり多くの方のお力添えとご指導をいただきました。この場を借りて厚くお礼申し上げます。

指導教授でありました坂野雄二先生には修士課程の時からお世話になっておりました。一度臨床に出てから、再度、博士課程に戻ろうと思いましたが、坂野先生のもとで学べる環境があったからこそでした。博士課程では、修士課程の時とは違い、研究とはなんであるかについて教えてくださいました。リサーチクエスションの重要性や、チャーハンの作り方を例にした研究の組み立て方の大切さ、大事なことながらユーモアあふれる伝え方でご指導いただけましたこと、大変ありがたく思っております。また、「自分が分かることと人が分かることは違う」というお言葉は、これからの研究においても臨床においても大切にしていきたいと考えております。時に坂野先生からの指導中に頭が回らなくなったり、涙が頬をつたうこともありましたが、今となれば全てがつながっており、先を見据えた指導をしてくださっていたのだと思えました。約14年にわたり大変お世話になりました。本当にありがとうございました。心より感謝申し上げます。

中野倫仁先生にも修士課程の頃からお世話になっておりました。博士課程に入学する際にも相談に乗っていただきありがとうございました。倫仁先生とお話する時間は、どこか気持ち落ち着く時間でありました。倫仁先生の真面目な話は非常に勉強になりますが、同時に研究以外の話で盛り上がる時間も大変楽しく心地よい時間でした。博士課程の指導をしてくださるようになってからも、細やかなサポートをしていただき大変感謝しております。本当にありがとうございました。

私が博士課程に入学した時、先輩でありました青木俊太郎さんには言い尽くせないほどのサポートをしていただいております。修士課程卒業からしばらく時間が経っており、基礎的なことをかなり忘れていた私に対し、いつも温かく丁寧なご指導をしてくださりました。青木さんが博士課程にいらっしゃったときの私は研究の見通しが立たず負のオーラを出していることが多かったのですが、そんな私と研究室のあのテーブルで一緒にお昼ご飯を食べ、励ましてくれましたね。青木さんが卒業されてからも、分からないことがあるとすぐ連絡をしておりました。そのたびに、一緒に考えてくださり、丁寧にお返事をくださるお姿は、本当に仏のようでした。本当にありがとうございました。

私と同期で博士課程に入学し、いつも2歩も3歩も先に進んでいた入江智也さん。研究で迷ったときに相談すると、いつもお知恵を貸してくれましたね。入江さんに相談すればなんとかなるようなそんな心強さがありました。丁寧で優しい入江さんが時々吐くブラックなセリフも心地よく、苛立たしい出来事もふっと楽しく思えてくるほどでした。いつも本当にありがとうございました。

研究室の博士課程であります、河村麻果さん、高野裕太さん、井端累衣さんにも大変お世話になりました。皆さんと同じ時期に博士課程に在籍し、いろいろと話し、そして、刺激をいただけたこと、大変ありがたく思っております。本当にありがとうございました。

また、修士課程の同期であり、現在、医療大の教員となられた本谷亮先生、金澤潤一郎先生には、友人であることをいいことに、本当にいろいろなサポートをしていただきました。忙しい中、突然捕まえ、研究のことを相談して申し訳ありませんでした。研究以外の様々なことも気にかけて心配してくれて本当にありがとうございました。

また、本論文は多くの方のご協力とご支援によって支えられてきました。薬物使用者のご家族の皆さんや医療関係者の皆さまのおかげで進めることが出来た研究であります。皆さまから教えていただいたことを社会に還元し、少しでもお役に立てる形にしていけるよう取り組んでまいりたいと思います。改めまして、ご協力いただきました皆さまにこの場を借りて感謝申し上げます。誠にありがとうございました。

最後に、博士課程に進むことを後押ししてくれ、在学期間中も、時に負担をかけているにも関わらず、温かく支え続けてくれた家族に心より感謝いたします。

2020年10月19日

辻 由依

付録目録

研究 2-1 調査協力依頼文章

研究 2-1 調査票（家族用）

研究 2-1 調査票（支援者用）

研究 2-2 調査協力依頼文章

研究 2-2 調査票 研究 2-2

研究 3-1 調査協力依頼文章

研究 3-1 調査票 1 回目

研究 3-1 調査票 2 回目

研究 4 調査協力依頼文章

研究 4 調査票 1 回目

研究 4 調査票 2 回目

『薬物の問題を持つ方のご家族に関する調査協力のお願い』

1)本調査の目的

本調査の目的は、薬物使用のリスクがあるご本人を支えているご家族が、日々、どのようなこと考えたりどのような行動をとられているのかなどを知ることです。ご家族が普段どのように過ごされているのかを知ることは、ご家族の心情に寄り添った支援を築いていく上で大変重要なことであると考えています。そのため、本調査は薬物の問題を抱えるご本人と共に歩んでいるご家族、または、ご家族を支援されておりご家族のことをよくご理解されている支援者を対象として行っております。以下の説明をお読みになり同意していただけた場合に回答をお願いしたく思っております。

2)本調査により期待されること

薬物の問題は使用者ご本人だけではなくご家族も巻き込む問題であり、ご家族の皆様が感じるご心配やご負担は非常に大きなものであると感じています。本調査の結果は、ご家族の皆様がより充実した生活を送る上でお役立ていただけたと考えています。また、薬物問題でお困りのご家族の皆様にとって役立つ支援方法を考えていく上で非常に重要な知見となると考えています。少しでも多くのご家族の皆様の生活に役立てていけることを願い、本調査を実施しています。何卒ご理解とご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

3)本調査の方法と内容

本調査票では、いくつかの質問に答えていただきます。内容は以下のものになります。

(質問内容) 約 15 分～30 分

- ①ご本人の薬物使用に関して考えること
- ②ご本人の薬物使用によって生じる困ったこと
- ③困ったことが生じたときの対応について
- ④ご本人の薬物使用が減るときの状況

4)個人情報について

本調査では、個人情報は次のように管理され、使用されます。

- ①個々人が特定できるような情報は取得いたしません。
- ②本調査で得られた調査票は鍵のついた書庫にて保管されるため、情報が外部に漏れることはありません。
- ③得られた回答結果はインターネットに接続されていないコンピューター上で統計処理を

行うため、情報が外部に漏れることはありません。また、統計処理は集団で行われるため、個人が特定されることもありません。

④記入いただいた調査票は、研究終了後に責任を持って裁断処理し、廃棄いたします。

⑤本調査で得られた結果は学会発表、学術論文という形で公表される場合がありますが、個人が特定されることはありません。

5) 起こりうる可能性のあることについて

①本調査への回答を行うことで嫌なことを思い出したり、不快な気持ちになることがあるかもしれません。

②自分の考えなど内面について表現することに抵抗を感じる方、自分自身について誰かに伝えることで嫌な気持ちになったことがある方、家族に関する話をするに抵抗がある方は回答をお控えください。

③もしも不快な感情が起こった場合はすぐに回答を中断し、気分転換ができることを行ってください（例：テレビを見る、買い物に行く、好きなお茶を飲む、等）。

6) 本調査への参加について

①本調査への回答は皆様の自由意思に任されています。回答しないことによる不利益は一切ありません。

②いったん調査票への回答をしていただいた後でも、いつでも不利益を受けることなく、回答を撤回することができます。その際は、本用紙の上部に記載されている 2 文字のアルファベットを下記連絡先までお伝えください。

③質問紙への回答・返送をもって調査への同意の確認とさせていただきます。

7) 調査票の郵送について

ご回答いただきました調査票は同封した封筒に入れ、送り返していただきますようお願いいたします。また、送っていただいた調査票は研究実施責任者のみが開封・閲覧いたしません。

8) 緊急時の対応について

調査票への回答によって気分が悪くなった方は次ページに記載されています連絡先までご連絡ください。また、参加者の方が希望される場合には相談機関あるいは医療機関の情報をお伝えさせていただきます、適切なサポートを行います。

調査の説明は以上で終了です。上記の点をご理解いただいた上で、調査へのご協力をご検討いただけると幸いです。ご不明な点がございましたら、以下の連絡先までご連絡いただきたく存じます。調査にご協力いただける方は、引き続き調査票へのご回答をよろしくお願

いたします。

研究実施責任者

辻 由依 (つじ ゆい)

〒002-8072 北海道札幌市北区あいの里 2 条 5 丁目

北海道医療大学大学院心理科学研究科博士課程

TEL : 011-778-8916

E-mail : fam.sup.iry@gmail.com

アンケート調査へのご協力のお願い

本アンケートは薬物の問題を抱えるご本人と共に歩んでいるご家族または支援者の方を対象として実施しています。また、本アンケートは、より有効で効果的なご家族への支援方法を構築していくことを目的としています。ご家族が日々考えていることや行っていることを理解することで、ご家族の心情に寄り添った支援を築いていくことができると考えています。何卒ご理解とご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

なお、本アンケートへの回答をもって同意の確認をさせていただきます。また、本アンケートへの回答は、みなさまの自由意志によるものであり決して強制ではございません。ご回答されないことによる不利益は一切生じず、同様に、ご回答後の撤回も一切の不利益は生じません。本アンケートの結果は、研究目的（博士論文、学会発表等）に使用いたしますが、アンケートの回答内容はすべて集団で統計的に処理されますので、あなた個人の情報や回答内容が特定されたり、公表されたりすることはございません。ご安心してご回答下さい。

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

年 齢 ： _____ 歳

性 別 ： 男 • 女

1. 本人の薬物使用により、あなたにはこれまでとは異なるいろいろな考えが生じると思います。
本人の薬物使用によりあなたに生じた考えについて、いくつでも自由に述べてください。
(具体的に書いてください。例：私が責任をもってなんとかしなければいけない)



2. 本人が薬物を使用することにより、あなたはどのようなことで困りましたか？
いくつでも自由に述べてください。



以上でアンケートは終了です。

ご協力いただきまして、
まことにありがとうございました。

ご不明な点がございましたら、

辻 由依

TEL：011-778-8916

までお願いいたします。

担当：北海道医療大学大学院心理科学研究科 博士課程後期
臨床心理士 辻 由依

アンケート調査へのご協力をお願い

本アンケートは薬物の問題を抱えるご本人と共に歩んでいるご家族または支援者の方を対象として実施しています。また、本アンケートは、より有効で効果的なご家族への支援方法を構築していくことを目的としています。ご家族が日々考えていることや行っていることを理解することで、ご家族の心情に寄り添った支援を築いていくことができると考えています。何卒ご理解とご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

なお、本アンケートへの回答をもって同意の確認をさせていただきます。また、本アンケートへの回答は、みなさまの自由意志によるものであり決して強制ではございません。ご回答されないことによる不利益は一切生じず、同様に、ご回答後の撤回も一切の不利益は生じません。本アンケートの結果は、研究目的（博士論文、学会発表等）に使用いたしますが、アンケートの回答内容はすべて集団で統計的に処理されますので、あなた個人の情報や回答内容が特定されたり、公表されたりすることはございません。ご安心してご回答下さい。

記入年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

年 齢 ： _____ 歳

性 別 ： 男 ・ 女

1. 本人の薬物使用により、家族にはこれまでとは異なるいろいろな考えが生じると思います。本人の薬物使用によって家族に生じやすくなると思う考えについていくつでも自由に述べてください。
(できるだけ具体的に書いてください。例: 私が責任をもってなんとかしなければいけない)



2. 本人が薬物を使用することにより、家族はどのようなことで困っていますか？
いくつでも自由に述べてください。



以上でアンケートは終了です。

ご協力いただきまして、
まことにありがとうございました。

ご不明な点がございましたら、

辻 由依

TEL：011-778-8916

までお願いいたします。

担当：北海道医療大学大学院心理科学研究科 博士課程後期
臨床心理士 辻 由依

『ご家族への調査協力をお願い』

1) 本調査の目的

本調査の目的は、薬物使用のリスクがある本人を支えているご家族の皆さまが、日々、どのようなこと考えたりどのように過ごされているのかを知ることです。薬物の問題は使用者本人だけではなくご家族も巻き込む問題であるため、ご家族の皆さまに対する支援を充実させることが重要であると考えられます。ご家族の皆さまの日常生活の様子を知り、ご家族の皆さまの気持ちに寄り添った支援体制を構築していくことが本調査の目的となります。

本調査は薬物の問題を抱えるご本人と共に歩んでいるご家族を対象として行っております。以下の説明をお読みになり同意していただけた場合に回答をお願いしたく思っております。

2) 本調査により期待されること

本調査の結果から、ご家族の皆さまのお役に立てる支援内容を明らかにできると考えています。少しでも多くのご家族の皆さまの生活に役立てていけることを願い、本調査を実施しています。何卒ご理解とご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

3) 本調査の方法と内容

本調査票では、いくつかの質問に答えていただきます。内容は以下のものになります。

(質問内容) 約 15 分

- ①あなた自身について
- ②あなたが日頃思うことや感じることについて
- ③あなたが日頃行う行動について

4) 個人情報について

本調査では、個人情報は次のように管理され、使用されます。

- ①本調査で得られた調査票は鍵のついた書庫にて保管されるため、情報が外部に漏れることはありません。
- ②得られた回答結果はインターネットに接続されていないコンピューター上で統計処理を行うため、情報が外部に漏れることはありません。また、統計処理は集団で行われるため、個人が特定されることもありません。
- ③記入いただいた調査票は、研究終了後に責任を持って裁断処理し、廃棄いたします。

④本調査で得られた結果は学会発表、学術論文という形で公表される場合がありますが、個人が特定されることはありません。

5) 起こりうる可能性のあることについて

①本調査への回答を行うことで嫌なことを思い出したり、不快な気持ちになることがあるかもしれません。

②自分の考えなど内面について表現することに抵抗を感じる方、自分自身について誰かに伝えることで嫌な気持ちになったことがある方、家族に関する話をするに抵抗がある方は回答をお控えください。

③もしも不快な感情が起こった場合はすぐに回答を中断し、気分転換ができることを行ってください（例：テレビを見る、買い物に行く、好きなお茶を飲む、等）。

6) 本調査への参加について

①本調査へのご参加・ご協力は自由意思によるものであり、一度ご了承いただいた後で、断っていただいても全く問題ありません。

②本調査への回答はご家族の自由意思に任されています。回答しないことによる不利益は一切ありません。調査票を受け取らない、または受け取り後、破棄していただいても構いません。

③いったんご家族が調査票への回答をしていただいた後でも、いつでも不利益を受けることなく、回答を撤回することができます。その際は、ご家族に配布する『ご家族への調査協力をお願い』の上部に記載されている3文字の英数字を下記連絡先までお伝えください。

④調査票への回答・返送をもって調査への同意の確認とさせていただきます。

7) 調査票の返送について

ご回答いただきました調査票は同封した封筒に入れ、送り返していただきますようお願いいたします。送っていただいた調査票は調査実施責任者のみが開封・閲覧いたします。

8) 緊急時の対応について

調査票への回答によって気分が悪くなった方は次ページに記載されています連絡先までご連絡ください。また、参加者の方が希望される場合には相談機関あるいは医療機関の情報をお伝えさせていただき、適切なサポートを行います。また、相談・受診に伴い費用が発生した場合、個人でのご負担をお願い申し上げます。

調査の説明は以上で終了です。上記の点をご理解いただいた上で、調査へのご協力をご検討いただけると幸いです。ご不明な点がございましたら、以下の連絡先までご連絡いただきたく存じます。調査にご協力いただける方は、引き続き調査票へのご回答をよろしく願います。

調査実施責任者

辻 由依（つじ ゆい）

〒002-8072 北海道札幌市北区あいの里 2 条 5 丁目

北海道医療大学大学院心理科学研究科博士課程

TEL : 011-778-8916

ID:

こちらの調査票に
ご回答ください。
どうぞよろしく
お願いいたします。

※調査票を受け取りましてから、2週間以内をメドに
ご回答・ご返送いただきますようお願い申し上げます

(説明)

※本アンケートで書かれている“ご本人”は薬物問題を持つ方，“あなた”はご回答いただく方のことをお示ししています

※本アンケートに回答することで個人が特定されることはありません(個人が特定されるような内容は含まれておりませんのでご安心ください)

※本アンケートの回答をもって取締機関に連絡することや、ご本人がつかまることはありませんのでご安心ください

記入日: _____年 _____月 _____日

1. あなた自身についてお答えください

1) あなたの性別と年齢をおたずねします 1. 男性 2. 女性 _____ 歳

2) ご本人との関係

1. 父 2. 母 3. 配偶者・パートナー 4. 兄弟姉妹 5. 子ども 6. その他:

3) 居住状況

1. ご本人と同居している 2. ご本人と同居していない

4) 婚姻状況

1. 未婚 2. 既婚 3. 離婚 4. その他:

4) 就業状況

1. 正規雇用 2. 非正規雇用(パート, アルバイト等) 3. 求職中 4. 自営業
5. 定年退職した 6. その他:

5) 家族会に参加したことがある方にお聞きします

(家族会に参加されたことがない方は次のページにお進みください)

家族会に通い始めた時期	西暦	年	月	ぐらいから
家族会に通い始めてどのぐらい経つか	約	年	か	月

(※通っていない期間がある場合でも、通い始めた時からの通算の期間をご記入ください)

2. ご本人についてお答えください

1) ご本人の性別と年齢をおたずねします 1. 男性 2. 女性 _____ 歳

2) 居住状況

1. 同居中 2. 別世帯の住居 3. 回復施設(ダルクなど)に入寮中
4. 刑事施設などを利用中 5. その他:

3) 婚姻状況

1. 未婚 2. 既婚 3. 離婚 4. その他:

4) 就業状態

1. 正規雇用 2. 非正規雇用(パート, アルバイト等) 3. 求職中 4. 自営業
5. その他:

5) 最終学歴

1. 中学卒 2. 高校卒 3. 短大卒 4. 大学卒 5. 大学院卒 6. その他:

6) 薬物の使用開始年齢(分かる範囲内で構いません) _____ 歳頃

7) ご本人が主に使用している(いた)薬物はなんですか?(一つだけ選んで○)

1. 覚せい剤 2. 危険ドラッグ 3. 大麻・マリファナ 4. シンナー 5. ガス
6. 咳止め 7. 精神安定剤・睡眠薬 8. 鎮痛剤 9. ヘロイン 10. コカイン
11. LSD 12. 不明 13. その他:

8) ご本人が一度でも用いたことがある(と思う)薬物はなんですか?
(あてはまるもの全てに○)

1. 覚せい剤 2. 危険ドラッグ 3. 大麻・マリファナ 4. シンナー 5. ガス
6. 咳止め 7. 精神安定剤・睡眠薬 8. 鎮痛剤 9. ヘロイン 10. コカイン
11. LSD 12. 不明 13. その他:

10) ご本人は過去1週間において、薬物を使用していたと思いますか？

- 1. 使用していなかった
- 2. 使用していなかったと思う
- 3. 分からない
- 4. 使用していたと思う
- 5. 使用していた

11) ご本人は医療機関や自助グループにつながっていますか？

- ◆医療機関 → 1. つながっている 2. つながっていない
- ◆自助グループ → 1. つながっている 2. つながっていない

12) 以下に書かれている内容で、ご本人が経験されたものはありますか？
(これまでのものも含む。当てはまるものがない方は「5. なし」に○をつけてください)

- 1. 逮捕
- 2. 服役
- 3. 保護観察
- 4. その他:
- 5. なし

3. 以下の文章を読んで、あなたにどのくらい当てはまるか、
もっとも適していると思う番号に○をつけてください。

	ま っ た く そ う 思 わ な い	あ ま り そ う 思 わ な い	ど ち ら と も 言 え な い	と て も そ う 思 う	完 全 に そ う 思 う
1 これからのことが何も見えない……………	1	2	3	4	5
2 本人に何を言っても分かってくれない……………	1	2	3	4	5
3 本人の薬物使用に気づくのが遅かった……………	1	2	3	4	5
4 相談機関に相談しても、個人情報もれることはないだろう……………	1	2	3	4	5
5 本人が死んでしまうのではないか……………	1	2	3	4	5
6 今の家(地域)に住めなくなるかもしれない……………	1	2	3	4	5
7 薬物を使用するようになった責任は、本人にある……………	1	2	3	4	5
8 本人のことが周囲に知られたら、私の生活も脅かされる……………	1	2	3	4	5
9 本人は、自分の責任を自覚していない……………	1	2	3	4	5
10 どうやって薬物使用をやめさせればいいのか分からない……………	1	2	3	4	5
11 近所の人に、冷たい目で見られるかもしれない……………	1	2	3	4	5
12 機会があれば、本人は薬物を使用するだろう……………	1	2	3	4	5
13 本人の薬物使用が続くと、私の仕事(家事)に支障が出る……………	1	2	3	4	5
14 将来は決して暗くない……………	1	2	3	4	5
15 本人が意志を強く持てば、薬物使用はやめられる……………	1	2	3	4	5
16 本人にお金を要求されるかもしれない……………	1	2	3	4	5
17 私がこんなにづらい思いをしていることを、誰も分かってくれない……………	1	2	3	4	5
18 本人もいつかは回復するだろう……………	1	2	3	4	5
19 本人のことが周囲の人に知られたら大変だ……………	1	2	3	4	5
20 私が生きている間に、なんとか薬物をやめさせたい……………	1	2	3	4	5

	ま っ た く そ う 思 わ な い	あ ま り そ う 思 わ な い	ど ち ら と も 言 え な い	と と も そ う 思 う	完 全 に そ う 思 う
21 本人が, 誰かに危害を加えることはない……………	1	2	3	4	5
22 近所に悪い噂が流れるかもしれない……………	1	2	3	4	5
23 私には何も出来ることがない……………	1	2	3	4	5
24 どの相談機関に相談しても, 助けてくれないだろう……………	1	2	3	4	5
25 私が本人の世話をしないと, もっと大変なことになる……………	1	2	3	4	5
26 家の外に出たくない……………	1	2	3	4	5
27 本人が仕事を続けられない状態になるかもしれない……………	1	2	3	4	5
28 私の育て方がよくなかった……………	1	2	3	4	5
29 本人もいつかは自立するだろう……………	1	2	3	4	5
30 本人のことを, 周囲の人に絶対知られたくない……………	1	2	3	4	5
31 どこに相談したらいいのか分からない……………	1	2	3	4	5
32 本人の薬物使用もいつかは止まるだろう……………	1	2	3	4	5
33 今後も, 私が本人の面倒を見なければいけない……………	1	2	3	4	5
34 本人のことで, 他のきょうだいや家族に迷惑がかかる……………	1	2	3	4	5
35 周囲の人は私を責めるようなことを言うだろう……………	1	2	3	4	5
36 1人で抱え込まずに, 誰かに相談したい……………	1	2	3	4	5
37 本人のために, 何をしたらいいのか分からない……………	1	2	3	4	5
38 なぜ, こんなことになってしまったのだろう……………	1	2	3	4	5
39 周囲の人に, 本人のことを黙っていることはうしろめたい……………	1	2	3	4	5
40 近所の人に通報されるかもしれない……………	1	2	3	4	5

	まったくそう 思わない	あまりそう 思わない	どちらとも 言えない	とてもそう 思う	完全にそう 思う
41 周囲の人は助けてくれない	1	2	3	4	5
42 家族も、私のことを理解してくれない	1	2	3	4	5
43 本人との適切な関わり方が分からない	1	2	3	4	5
44 本人が問題を起こすかもしれない	1	2	3	4	5
45 周囲の人に、とても話せるような内容ではない	1	2	3	4	5
46 私ばかりつらい思いをしている	1	2	3	4	5
47 何度約束しても、本人は薬物使用をやめない	1	2	3	4	5
48 私の話を聞いてくれる相談機関がどこかにあるだろう	1	2	3	4	5
49 本人の問題なのだから、本人がなんとかするべきだ	1	2	3	4	5
50 もっとかまってあげればよかった	1	2	3	4	5
51 私が責任を持って、本人の薬物使用をやめさせなければいけない	1	2	3	4	5
52 周囲の人は理解してくれないだろう	1	2	3	4	5
53 誰とも顔を合わせたくない	1	2	3	4	5
54 今住んでいる所を、出ていかなければいけない	1	2	3	4	5
55 今のつらい気持ちも、やがて楽になる時が来るだろう	1	2	3	4	5
56 本人が、誰かに迷惑をかけるかもしれない	1	2	3	4	5
57 相談機関に相談しても、通報されることはないだろう	1	2	3	4	5
58 今後、どうなるか分からない	1	2	3	4	5
59 家には人を呼べない	1	2	3	4	5
60 家族間で本人の薬物使用に対する意見が合わない	1	2	3	4	5

『調査協力のお願い』

1) 本調査の目的と方法

本調査の目的は、薬物の問題がある方を支えているご家族の皆さまの日頃の様子（どのようなことでお困りなのか、どのような不安や心配を抱えているのか、など）や、日々のストレス状況、そして本人の薬物を使う行動をどのように捉えているのか、などを知ることです。ご家族の皆さまの現状を知ること、どのような支援内容または支援体制が必要であるのかを明らかにし、ご家族の皆さまにとってよりよい支援方法を検討することを目的としています。

本調査票では、いくつかの質問に答えていただきます。あまり深く悩まず、気軽にお答えください

2) 個人情報の取り扱いについて

本調査で得られた調査票または情報は鍵のついた書庫または、パスワードで管理されたコンピューターまたは記憶媒体で保管されます。得られた回答結果もパスワードで管理されたコンピューター上で統計処理を行うため、情報が外部に漏れることはありません。また、統計処理は集団データとして扱われるため、個人が特定されることもありません。本調査で得られた結果は関係機関での発信、博士論文、学会発表・学術論文という形で公表される場合がありますが、個人が特定されることはありません。

3) 本調査への参加と撤回方法

本調査へのご協力は自由意思によるものです。回答しないことによる不利益は一切ありません。調査票を受け取らない、または受け取り後、破棄していただいても構いません。一旦、調査票への回答をしていただいた後でも、いつでも不利益を受けることなく、回答を撤回することができます。その際は、本紙の上部（表面）に記載されている3文字の英数字を下に書かれてあります連絡先までお伝えください。

得られた情報を何らかの形で公表した後には回答が撤回できなくなる場合もあります。調査票へのご回答・ご提出をもって調査への同意の確認とさせていただきます。

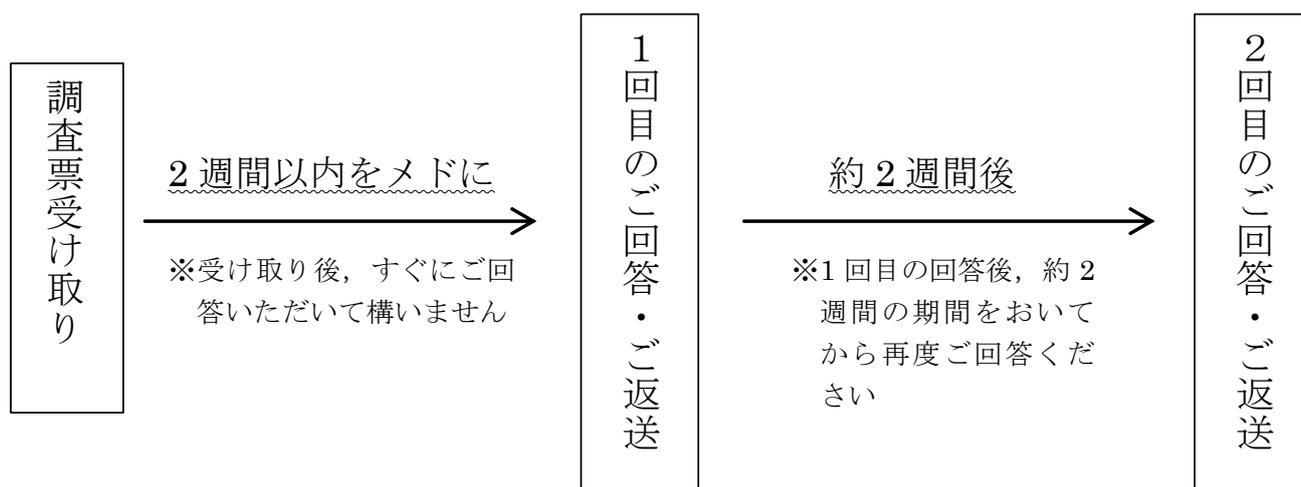
4) 緊急時の対応

本調査への回答を行うことで、不快な気持ちになる場合や、負担を感じる場合はすぐに回答を中断してください。回答を中断後も気分がすぐれない場合は、下記連絡先までご連絡ください。希望があります場合は、相談機関あるいは医療機関の情報をお伝えさせていただき、適切なサポートを行います。

5) 回答後の流れ

ご回答いただきました調査票は封筒に入れ、送り返していただきますようお願いいたします。調査票は受け取り後、2週間をメドにご回答・ご返送ください。送っていただいた調査票は研究実施責任者のみが開封・閲覧いたします。

2度目のご回答・ご返送は、一度目のご回答後、約2週間の間を置いてからお願いいたします



調査の説明は以上で終了です。上記の点をご理解いただいた上で、調査へのご協力をご検討いただけると幸いです。ご不明な点がございましたら、以下の連絡先までご連絡いただきたく存じます。調査にご協力いただける方は、引き続き調査票へのご回答をよろしくお願いいたします。

研究実施責任者

辻 由依 (つじ ゆい)

〒002-8072 北海道札幌市北区あいの里2条5丁目

北海道医療大学大学院心理科学研究科博士課程

TEL : 011-778-8916

E-mail : fam.sup.iry@gmail.com

ID:

調査票

(1回目)

※調査票を受け取りましてから、2週間以内をメドに
ご回答・ご返送いただきますようお願い申し上げます

(説明)

※本アンケートで書かれている“ご本人”は薬物問題を持つ方,
“あなた”はご回答いただく方のことをお示ししています

※本アンケートに回答することで個人が特定されることはありません(個人が特定されるような内容は含まれておりませんのでご安心ください)

記入日: _____年 _____月 _____日

1. あなた自身についてお答えください

1) あなたの性別と年齢をおたずねします 1. 男性 2. 女性 _____歳

2) ご本人との関係

1. 父 2. 母 3. 配偶者・パートナー(内縁を含む) 4. 兄弟姉妹 5. 子ども
6. その他:

3) 居住状況

1. ご本人と同居している 2. ご本人と同居していない

4) 婚姻状況

1. 未婚 2. 既婚 3. 離婚 4. その他:

5) 就業状況

1. 正規雇用 2. 非正規雇用(パート, アルバイト等) 3. 求職中 4. 自営業
5. 定年退職した 6. その他:

6) 家族会に参加したことがある方にお聞きします

(家族会に参加されたことがない方は次のページにお進みください)

家族会に通い始めた時期	西暦	年	月ぐらいから
家族会に通い始めてどのぐらい経つか	約	年	

(※通っていない期間がある場合でも, 通い始めた時からの通算の期間をご記入ください)

2. ご本人についてお答えください

1) 現在の年齢 _____歳

2) 性別 1. 男性 2. 女性

3) 居住状況

1. 親と同居中 2. 親と別世帯の住居 3. 回復施設(ダルクなど)に入寮中
4. 刑事施設などを利用中 5. その他:

4) 婚姻状況

1. 未婚 2. 既婚 3. 離婚 4. その他:

5) 就業状態

1. 正規雇用 2. 非正規雇用(パート, アルバイト等) 3. 求職中 4. 自営業
5. 定年退職した 6. その他:

6) 最終学歴

1. 中学卒 2. 高校卒 3. 短大卒 4. 大学卒 5. 大学院卒 6. その他:

7) 薬物の使用開始年齢(分かる範囲内で構いません) _____歳頃

8) ご本人が主に使用している(いた)薬物はなんですか?(一つだけ選んで○)

1. 覚せい剤 2. 危険ドラッグ 3. 大麻・マリファナ 4. シンナー 5. ガス
6. 咳止め 7. 精神安定剤・睡眠薬 8. 鎮痛剤 9. ヘロイン 10. コカイン
11. LSD 12. 不明 13. その他:

9) ご本人が一度でも用いたことがある(と思う)薬物はなんですか? (あてはまるもの全てに○)

1. 覚せい剤 2. 危険ドラッグ 3. 大麻・マリファナ 4. シンナー 5. ガス
6. 咳止め 7. 精神安定剤・睡眠薬 8. 鎮痛剤 9. ヘロイン 10. コカイン
11. LSD 12. 不明 13. その他:

10) ご本人は過去1週間において、薬物を使用していたと思いますか？

- 1. 使用していなかった
- 2. 使用していなかったと思う
- 3. 分からない
- 4. 使用していたと思う
- 5. 使用していた

11) ご本人は医療機関や自助グループにつながっていますか？

- ◆医療機関 → 1. つながっている 2. つながっていない
- ◆自助グループ → 1. つながっている 2. つながっていない

12) 以下に書かれている内容で、ご本人が経験されたものはありますか？
(これまでのものも含む。当てはまるものがない方は「5. なし」に○をつけてください)

- 1. 逮捕
- 2. 服役
- 3. 保護観察
- 4. その他:
- 5. なし

Cognitive Scale for Families of Drug user (CSFD) を挿入

<引用文献>

辻 由依・青木 俊太郎・坂野 雄二 (2020). 薬物使用者の家族の認知を測定する尺度の作成
日本アルコール・薬物医学会雑誌, 55(1), 25-38.

日本語版 Dysfunctional Attitude Scale-24（以下 DAS24-J）を挿入

<引用文献>

Tajima, M., Akiyama, T., Numa, H., Kawamura, Y., Okada, Y., Sakai, Y., … Power, M. J. (2007).
Reliability and validity of the Japanese version of the 24-item Dysfunctional Attitude Scale. *Acta
Neuropsychiatrica*, 19, 1–6.

知覚されたストレス尺度 (Perceived Stress Scal) を挿入

<引用文献>

鷺見 克典 (2006). 知覚されたストレス尺度 (Perceived Stress Scale) 日本語版における信頼性と妥当性の検討 健康心理学研究, 19(2), 44-53.

以上で調査票は終了です。

ご協力いただきまして
まことにありがとうございました。

※記入漏れがないか
再度ご確認くださいよう
お願い申し上げます。

何かご不明な点がございましたら、お手数をおかけしますが
研究実施責任者：辻 由依（つじ ゆい）
TEL：011-778-8916
E-mail：fam.sup.iry@gmail.com

までご連絡いただきますようお願いいたします

ID:

調査票

(2回目)

※1回目の調査票にご回答後、約2週間の間を空けた後に
再度ご回答いただき、ご返送いただきますよう
お願い申し上げます

(説明)

※本アンケートで書かれている“ご本人”は薬物問題を持つ方、
“あなた”はご回答いただく方のことをお示ししています

※本アンケートに回答することで個人が特定されることはありません(個人が特定されるような内容は含まれておりませんのでご安心ください)

記入日: 年 月 日

Cognitive Scale for Families of Drug user (CSFD) を挿入

<引用文献>

辻 由依・青木 俊太郎・坂野 雄二 (2020). 薬物使用者の家族の認知を測定する尺度の作成
日本アルコール・薬物医学会雑誌, 55(1), 25-38.

以上で調査票は終了です。

ご協力いただきまして
まことにありがとうございました。

※記入漏れがないか
再度ご確認くださいよう
お願い申し上げます。

何かご不明な点がございましたら、お手数をおかけしますが
研究実施責任者：辻 由依（つじ ゆい）
TEL：011-778-8916
E-mail：fam.sup.iry@gmail.com

までご連絡いただきますようお願いいたします

『調査協力をお願い』

1) 本調査の目的と方法

本調査の目的は、薬物の問題がある方を支えているご家族の皆さまの日頃の様子（どのようなことでお困りなのか、どのような不安や心配を抱えているのか、など）や、日々のストレス状況、そして本人の薬物を使う行動をどのように捉えているのか、などを知ることです。ご家族の皆さまの現状を知ること、どのような支援内容または支援体制が必要であるのかを明らかにし、ご家族の皆さまにとってよりよい支援方法を検討することを目的としています。

本調査票では、いくつかの質問に答えていただきます。あまり深く悩まず、気軽にお答えください

2) 個人情報の取り扱いについて

本調査で得られた調査票または情報は鍵のついた書庫または、パスワードで管理されたコンピューターまたは記憶媒体で保管されます。得られた回答結果もパスワードで管理されたコンピューター上で統計処理を行うため、情報が外部に漏れることはありません。また、統計処理は集団データとして扱われるため、個人が特定されることもありません。本調査で得られた結果は関係機関での発信、博士論文、学会発表・学術論文という形で公表される場合がありますが、個人が特定されることはありません。

3) 本調査への参加と撤回方法

本調査へのご協力は自由意思によるものです。回答しないことによる不利益は一切ありません。調査票を受け取らない、または受け取り後、破棄していただいても構いません。一旦、調査票への回答をしていただいた後でも、いつでも不利益を受けることなく、回答を撤回することができます。その際は、本紙の上部（表面）に記載されている3文字の英数字を下に書かれてあります連絡先までお伝えください。

得られた情報を何らかの形で公表した後には回答が撤回できなくなる場合もあります。調査票へのご回答・ご提出をもって調査への同意の確認とさせていただきます。

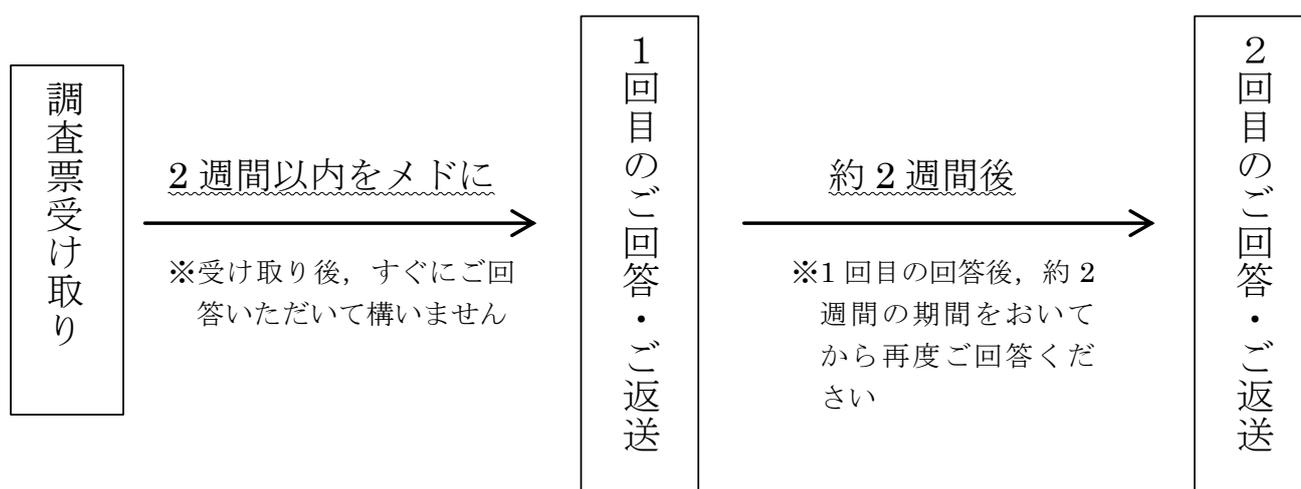
4) 緊急時の対応

本調査への回答を行うことで、不快な気持ちになる場合や、負担を感じる場合はすぐに回答を中断してください。回答を中断後も気分がすぐれない場合は、下記連絡先までご連絡ください。希望があります場合は、相談機関あるいは医療機関の情報をお伝えさせていただき、適切なサポートを行います。

5) 回答後の流れ

ご回答いただきました調査票は封筒に入れ、送り返していただきますようお願いいたします。調査票は受け取り後、2週間をメドにご回答・ご返送ください。送っていただいた調査票は研究実施責任者のみが開封・閲覧いたします。

2度目のご回答・ご返送は、一度目のご回答後、約2週間の間を置いてからお願いいたします



調査の説明は以上で終了です。上記の点をご理解いただいた上で、調査へのご協力をご検討いただけると幸いです。ご不明な点がございましたら、以下の連絡先までご連絡いただきたく存じます。調査にご協力いただける方は、引き続き調査票へのご回答をよろしくお願いいたします。

研究実施責任者

辻 由依 (つじ ゆい)

〒002-8072 北海道札幌市北区あいの里2条5丁目

北海道医療大学大学院心理科学研究科博士課程

TEL : 011-778-8916

E-mail : fam.sup.iry@gmail.com

ID:

調査票

（1回目）

※調査票を受け取りましてから、2週間以内をメドに
ご回答・ご返送いただきますようお願い申し上げます

(説明)

※本アンケートで書かれている“ご本人”は薬物問題を持つ方,
“あなた”はご回答いただく方のことをお示ししています

※本アンケートに回答することで個人が特定されることはありません(個人が特定されるような内容は含まれておりませんのでご安心ください)

記入日: _____年 _____月 _____日

1. あなた自身についてお答えください

1) あなたの性別と年齢をおたずねします 1. 男性 2. 女性 _____歳

2) ご本人との関係

1. 父 2. 母 3. 配偶者・パートナー(内縁を含む) 4. 兄弟姉妹 5. 子ども
6. その他:

3) 居住状況

1. ご本人と同居している 2. ご本人と同居していない

4) 婚姻状況

1. 未婚 2. 既婚 3. 離婚 4. その他:

5) 就業状況

1. 正規雇用 2. 非正規雇用(パート, アルバイト等) 3. 求職中 4. 自営業
5. 定年退職した 6. その他:

6) 家族会に参加したことがある方にお聞きします

(家族会に参加されたことがない方は次のページにお進みください)

家族会に通い始めた時期	西暦	年	月ぐらいから
家族会に通い始めてどのぐらい経つか	約	年	

(※通っていない期間がある場合でも, 通い始めた時からの通算の期間をご記入ください)

2. ご本人についてお答えください

1) 現在の年齢 _____歳

2) 性別 1. 男性 2. 女性

3) 居住状況

1. 親と同居中 2. 親と別世帯の住居 3. 回復施設(ダルクなど)に入寮中

4. 刑事施設などを利用中 5. その他:

4) 婚姻状況

1. 未婚 2. 既婚 3. 離婚 4. その他:

5) 就業状態

1. 正規雇用 2. 非正規雇用(パート, アルバイト等) 3. 求職中 4. 自営業

5. 定年退職した 6. その他:

6) 最終学歴

1. 中学卒 2. 高校卒 3. 短大卒 4. 大学卒 5. 大学院卒 6. その他:

7) 薬物の使用開始年齢(分かる範囲内で構いません) _____歳頃

8) ご本人が主に使用している(いた)薬物はなんですか?(一つだけ選んで○)

1. 覚せい剤 2. 危険ドラッグ 3. 大麻・マリファナ 4. シンナー 5. ガス

6. 咳止め 7. 精神安定剤・睡眠薬 8. 鎮痛剤 9. ヘロイン 10. コカイン

11. LSD 12. 不明 13. その他:

9) ご本人が一度でも用いたことがある(と思う)薬物はなんですか? (あてはまるもの全てに○)

1. 覚せい剤 2. 危険ドラッグ 3. 大麻・マリファナ 4. シンナー 5. ガス

6. 咳止め 7. 精神安定剤・睡眠薬 8. 鎮痛剤 9. ヘロイン 10. コカイン

11. LSD 12. 不明 13. その他:

10) ご本人は過去1週間において、薬物を使用していたと思いますか？

- 1. 使用していなかった
- 2. 使用していなかったと思う
- 3. 分からない
- 4. 使用していたと思う
- 5. 使用していた

11) ご本人は医療機関や自助グループにつながっていますか？

- ◆医療機関 → 1. つながっている 2. つながっていない
- ◆自助グループ → 1. つながっている 2. つながっていない

12) 以下に書かれている内容で、ご本人が経験されたものはありますか？
(これまでのものも含む。当てはまるものがない方は「5. なし」に○をつけてください)

- 1. 逮捕
- 2. 服役
- 3. 保護観察
- 4. その他:
- 5. なし

Cognitive Scale for Families of Drug user (CSFD) を挿入

<引用文献>

辻 由依・青木 俊太郎・坂野 雄二 (2020). 薬物使用者の家族の認知を測定する尺度の作成
日本アルコール・薬物医学会雑誌, 55(1), 25-38.

日本語版 POMS2 短縮版 (Profile of Mood States2nd Edition-Brief Form) を挿入

<引用文献>

横山 和仁 (2015). POMS2 日本語版マニュアル 金子書房

人生に対する満足度尺度 (Satisfaction With Life Scale, 以下 SWLS) を挿入

<引用文献>

角野 善司. (1994). 人生に対する満足尺度 The Satisfaction with Life Scale [SWLS] 日本語版
作成の試み 日本心理学会第 58 回大会発表論文集, 192.

以上で調査票は終了です。

ご協力いただきまして
まことにありがとうございました。

※記入漏れがないか
再度ご確認くださいよう
お願い申し上げます。

何かご不明な点がございましたら、お手数をおかけしますが
研究実施責任者：辻 由依（つじ ゆい）
TEL：011-778-8916
E-mail：fam.sup.iry@gmail.com

までご連絡いただきますようお願いいたします

ID:

調査票

(2回目)

※1回目の調査票にご回答後、約2週間の間を空けた後に再度ご回答いただき、ご返送いただきますようお願い申し上げます

(説明)

※本アンケートで書かれている“ご本人”は薬物問題を持つ方、“あなた”はご回答いただく方のお示ししています

※本アンケートに回答することで個人が特定されることはありません(個人が特定されるような内容は含まれておりませんのでご安心ください)

記入日: 年 月 日

Cognitive Scale for Families of Drug user (CSFD) を挿入

<引用文献>

辻 由依・青木 俊太郎・坂野 雄二 (2020). 薬物使用者の家族の認知を測定する尺度の作成
日本アルコール・薬物医学会雑誌, 55(1), 25-38.

日本語版 POMS2 短縮版 (Profile of Mood States2nd Edition-Brief Form) を挿入

<引用文献>

横山 和仁 (2015). POMS2 日本語版マニュアル 金子書房

人生に対する満足度尺度 (Satisfaction With Life Scale, 以下 SWLS) を挿入

<引用文献>

角野 善司. (1994). 人生に対する満足尺度 The Satisfaction with Life Scale [SWLS] 日本語版
作成の試み 日本心理学会第 58 回大会発表論文集, 192.

以上で調査票は終了です。

ご協力いただきまして
まことにありがとうございました。

※記入漏れがないか
再度ご確認くださいよう
お願い申し上げます。

何かご不明な点がございましたら、お手数をおかけしますが
研究実施責任者：辻 由依（つじ ゆい）
TEL：011-778-8916
E-mail：fam.sup.iry@gmail.com

までご連絡いただきますようお願いいたします