

《論 文》

外国で開発された対人援助プログラムが日本で普及するときにおこること  
～ Community Reinforcement and Family Training(CRAFT)の場合～

山 本 彩

要 旨

2010年に厚生労働省班研究は社会的ひきこもりへの介入方法としてCommunity Reinforcement and Family Training (以下, CRAFT) の適用可能性を示唆した。CRAFTとはアルコール依存や薬物依存などの問題をもつ本人が治療を拒否する際に, まずはその家族を支援することで本人を治療に結びつけるプログラムである。CRAFTは優れた治療成績が実証されており, 世界中で用いられている。社会的ひきこもりの場合も本人が支援を求めることは少ないため, CRAFTの応用的適用が期待される。しかし2018年現在日本でのCRAFTの普及は緩やかで研究も少ない。外国で開発された他の対人援助プログラムを見ても, 日本での普及のされ方は同様の緩やかさのように感じる。本研究ではCRAFTを例に, 外国で開発された対人援助プログラムが日本で普及されていく際にどのようなことがおこるか, 専門家へのインタビュー調査を元に質的に分析することを目的とした。またその結果から, 外国で開発された対人援助プログラムを日本に普及する際にどのような要因に配慮すればよいか考察を加えた。

キーワード: CRAFT (Community Reinforcement and Family Training), 異文化, 認知行動療法

I. はじめに

厚生労働省研究班による平成14年から平成17年の調査では全国約26万世帯にひきこもり状態にある人がいると推察されている(小山ら, 2007)。社会的ひきこもりのうち51%で家庭内暴力が見られた等(斎藤, 1998)不適応行動の併存の多さからも, 社会的ひきこもりは社会問題になっている。厚生労働省班研究は『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』(斎藤, 2010)の中で, Community Reinforcement and Family Training (以下, CRAFT; Meyers et al., 1996) の適用可能性を示唆している。CRAFTとはアルコール依存や薬物依存などの問題をもつ本人が治療を拒否する際に, まずはその家族を支援することで本人を治療に結びつけるプロ

グラムである。それに加え、CRAFTでは本人のアルコール薬物依存使用の減少や家族自身の生活の質を高めることも目指しており、家族全体の幸福度を高めることに寄与できるプログラムと言える。CRAFTは臨床比較化試験で優れた治療成績が実証されており、世界中で用いられている。社会的ひきこもりの場合も本人が支援を求めることは少ないため(境, 2007)、CRAFTの応用的適用が期待される。

一方、日本でのCRAFTの広がり是非常に緩やかで研究も少ない。2012年に初めてCRAFTの訳本が出版されたが(スミス&メイヤーズ, 2012)、2018年現在CRAFTの公認ワークショップは日本で2回しか開催されておらず、公認ワークショップ受講後にスーパーバイズを受けることで認定される公認CRAFTセラピストは日本に一人もいない。CRAFT以外の他の外国で開発された対人援助プログラムを見ても、日本での普及のされ方は同様の緩やかさのように感じる。そればかりか日本に導入される際に様々な摩擦や衝突がおきているようにも見受けられる。そういったことは一体なぜ生じるのだろうか。また摩擦や衝突を避け、外国で開発された対人援助プログラムを日本にソフトランディングさせることはできないのだろうか。

本研究ではCRAFTを例に、外国で開発された対人援助プログラムが日本に普及されていく際にどんなことがおこるか、専門家へのインタビュー調査を元に質的に検討することを目的とする。またその結果から外国で開発された対人援助プログラムを日本に普及する際にどのような要因に配慮すればよいか考察を加える。

## II. 方法

### (1) 倫理的配慮

インタビュー対象者へ口頭と書面にて本研究の内容について説明し、文書による同意を得た。説明には、研究の目的や、協力同意をいつでも取り消すことができること、同意の拒否や取り消しによって本人が不利益をこうむることは一切ないこと、個人情報の取り扱い方、結果の発表の仕方、インタビューで取得したデータの保存と破棄の方法などが含まれていた。以上について札幌学院大学大学院臨床心理学研究科研究倫理審査委員会で確認された。

### (2) インタビュー方法と分析方法

インタビューは、CRAFT、日本の地域性、アメリカX州の地域性の相互作用を見る目的で、以下の手順と内容で進めた(図1)。尚、CRAFTは現在A/CRA/FTという、より包括的な支援プログラム体系として整理されていることから、インタビューの際はより包括的にA/CRA/FTについて尋ねることとした。A/CRA/FTとは3つのプログラム、CRA、CRAFT、ACRAの総称である。この3つのプログラムは全て同じ理論に基づき類似した構成になっているが対象がそれぞれ異なっており、CRAでは物質使用障害がある成人を、CRAFTでは物質使用障害が

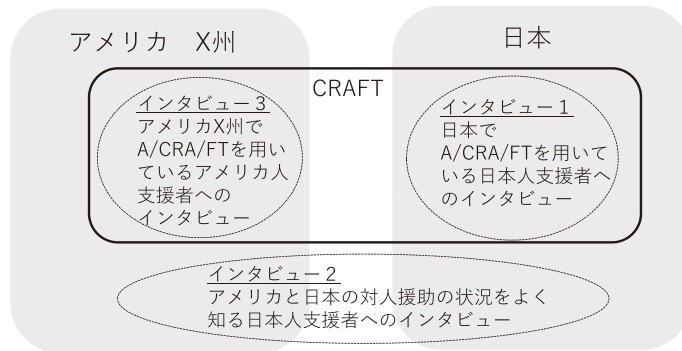


図1 インタビューの方法

ある人の家族や友人、恋人などを、ACRAでは物質使用障害がある思春期クライアントとその養育者を対象とする。この順番で開発されており、相互補完的にこれらのプログラムが使用される。尚日本では、この3つのプログラムの中でCRAFTが最初に、次いでCRAの翻訳本が出版された。ACRAについては2018年現在まだ翻訳本が出版されていない状況である。インタビュー1では日本でA/CRA/FTを用いている日本人支援者6名にインタビューを行いA/CRA/FTについて尋ねた。その際、インタビュアーである筆者は相槌をうつのみでインタビュイーからの自発的な発言を引き出すPre期と、インタビュイーからの自発的な発言が終了した後にインタビュアーである筆者の見解を述べ、インタビュイーとインタビュアーの相互交流が生じるPost期に分けて、インタビューを実施、分析した。インタビュー2ではアメリカと日本で対人援助を行い、異文化コミュニケーションや日本とアメリカの対人援助職の資格制度にも詳しい日本人支援者1名にインタビュー1同様にインタビューを実施し、分析した。インタビュー3ではアメリカX州でA/CRA/FTを用いているアメリカ人支援者1名にインタビュー1同様にインタビューを実施し、分析した。尚アメリカX州はA/CRA/FTが誕生したアメリカの中にあるものの、A/CRA/FT誕生との所縁はないことから、日本と同様に対人援助プログラムが導入され普及されたものの、異文化摩擦や衝突はそう大きくなかったと想定して、モデル地区として選定した。

すべてのインタビューはインタビュー対象者に同意を得た上でICレコーダーに録音、逐語録をつくり、分析に用いた。

インタビュー1～3の詳しい方法は以下のとおりである。

#### インタビュー1 日本でA/CRA/FTを用いている日本人支援者へのインタビュー

対象:A/CRA/FTワークショップを日本語同時通訳により外国人公認セラピストから受けたことがある6名。6名の中には、日本でA/CRA/FTが用いられている社会的ひきこもり領域、物質依存領域、発達障害領域の実践家がまんべんなく入るように配慮した。

インタビュー内容:

Pre期最初にインタビューの背景を知るために行動理論を大学院修士で学んだことがあるか否か、A/CRA/FTのトレーニング歴、臨床の専門分野、対人援助職を日本でやっているか否か、現在のA/CRA/FTの用い方、英語をどのくらい話すかを尋ねた。その後A/CRA/FTが、自国で普及されていくために、どのようなことが必要と思うか尋ね、自由に話してもらった。

Post期自発的な回答が概ね終了した時点で、下記を口頭と書面で伝え(表1)、さらに自由に話してもらった。これは筆者が日本でのワークショップ受講の際に、受講者からよく聞くものをまとめたものである。「私は、A/CRA/FTの普及と質の担保、両輪で進めていくことが必要と考えていますが、そこには日本の以下の要因が、影響してくるように考えています。①語学の問題:日本人の多くが英語を流暢に話せないため、欧米のトレーニング制度のステップアップが困難。②医療保険制度や福祉制度の影響:皆保険制度により全員が医療を享受できるが、一方で特に精神療法などの質の保証はない。福祉も同様。つまりスペシャルよりはジェネラルな対人援助技術が求められる。③国民性:個よりも集団、特別な技法よりも全体的(ホリスティック)や折衷を好む。④A/CRA/FTのどれが最初に着目されたか:日本ではCRAFTへのニーズが高いのではないか。再度、A/CRA/FTが、自国で普及されていくために、どんなことが必要と思うかお話ししていただけますか。」

インタビュー内容の分析方法:すべてのインタビューは一度ICレコーダーに録音した上で逐語録を作成した。その後Pre期とPost期ごとにKH法(葛西, 2008)を参考にいくつかの項目が集まるようにして表を作成した。KH法(葛西, 2008)は、KJ法(川喜田, 1967)と数量化Ⅲ類(林, 1974)を組み合わせた分析法であり、プロトコルの抽象度をあげたり、調査者の発想や概念化を混合させたりすることなく、プロトコルを客観的に集計することができる。その後、Pre期とPost期をあわせた表を作成し必要に応じて新たなラベルをつけた。

表1 Post期に提示した文

私は、A/CRA/FTの普及と、質の担保、両輪で進めていくことが必要と考えていますが、そこには日本の以下の要因が、影響してくるように考えています。

①語学の問題:

日本人の多くが英語を流暢に話せないため、欧米のトレーニング制度のステップアップが困難。

②医療保険制度や福祉制度の影響:

皆保険制度により全員が医療を享受できるが、一方で特に精神療法などの質の保証はない。福祉も同様。つまりスペシャルよりはジェネラルな対人援助技術が求められる。

③国民性:

個よりも集団、特別な技法よりも全体的(ホリスティック)や折衷を好む。

④A/CRA/FTのどれが最初に着目されたか:

日本ではCRAFTへのニーズが高いのではないか。

再度、A/CRA/FTが、自国で普及されていくために、どんなことが必要と思うかお話ししていただけますか。

### インタビュー 2 アメリカと日本の対人援助の状況をよく知る日本人支援者へのインタビュー

対象:アメリカと日本で対人援助を行い、異文化コミュニケーションにも詳しい日本人支援者1名。インタビュー1同様複数名にインタビューをするべきところであるが、本研究ではパイロット的にまずは1名にインタビューを行った。

インタビュー内容:インタビュー1と同じとした。ただしA/CRA/FTの専門家ではないことからA/CRA/FTについての説明を適宜加えた。

インタビュー内容の分析方法:インタビューをICレコーダーに録音し逐語録を作成した。インタビュー1で最終的に作成された表のどこかに対比させるかたちでインタビュー2の逐語録を配置させた。

### インタビュー 3 アメリカX州でA/CRA/FTを用いているアメリカ人支援者へのインタビュー

対象:アメリカでA/CRA/FTを物質依存領域で用いる専門家1名。インタビュー1同様複数名にインタビューをするべきところであるが、本研究ではパイロット的にまずは1名にインタビューを行った。

インタビュー内容:インタビュー1と同じとした。

インタビュー内容の分析方法:インタビュー2と同じとした。

## Ⅲ. 結果

インタビュー1のPre期の逐語録をKH法(葛西, 2008)を参考に集めラベルをつけたものが表2である(表2)。同様にインタビュー1のPost逐語録を集めラベルをつけたものが表3である(表3)。インタビュー1のPre期とPost期をまとめ、さらにインタビュー2およびインタビュー3を対比させたものが表4である(表4)。尚、集まったものにラベルをつける際、明らかに障壁となっている場合は「課題」、障壁と言えるかわからない場合は「要因」、今後必要なことについては「必要性」と語尾を統一した。

最終的にまとめた表から(表4)、今後A/CRA/FTの普及を考える際、以下の課題や要因、必要性を加味する必要があると言えた。課題としては、日本の医療福祉システム、語学の問題、費用から、専門家がトレーニング費用を払ってトレーニングをつんでもそれに見合う見返りが無いということがあった。アメリカでは、専門家が所属する組織やまたはコミュニティからの寄付などでトレーニング費用を賄っており個人が負担することは無いしその額すら知らないこともあった。そうしてアメリカでトレーニングを受けた専門家は個人としてその氏名が知られるようになるわけではなく、あくまでもその組織の一員として専門性を発揮するようになるということだった。この違いにより、アメリカで開発されたプログラムを日本に紹介する際に、費用と時間が問題になることがあると考えられた。

表2 Pre期の逐語録の例とラベル

Large Label	Middle Label	Label	逐語訳の例	
LL1 トレーニング費用がペイできるか、という課題		pre1	やっぱりその人自身お金がかかってそこまでとりついていくと思うので、トレーニングを受けてその専門的トレーナーが生まれるまでにかかる費用が個人になるのか、何かつのかかっていうところは考えたりしますし、	
		pre2	例えばそのプログラムを行うことによって診療報酬上にこれだけの影響力を及ぼして、やるだけお金になりますよってなれば絶対出してくれると思うけど、残念ながら今の段階だとそれはない。	
	ML1 スペシャルなことを仕事に取り入れて、今の日本の体制でやっていけるか、という課題		pre3	それを専門的に仕事に取り入れるってなっても、やっぱりスペシャルなことではあると思うので、じゃあそれに対して何かどこからお金が発生するのか、補助がつくのかっていうのは、本当に進んでいったときにちょっと思うところはあるですね。
		L1 支援の体制ができていない、支援者に依存する、という課題	pre4	その場その場の支援者に依存するって言うですかね。中核になる人がいかに動いてやっていくかというところに依存しているんじゃないかな。体制としてできているわけではないので。
		L2 本人支援に有効なものがないとCRAFTをしても繋ぐことができない、という課題	pre5	例えば、CRAにしても他の治療法にしてもまず本人支援に有効なものがないと、CRAFTで繋ぐっていても、うーん、すっきりしないというところ。
LL2 トレーニング受ける人を増やすために、日本人向けに日本語でかみ砕いて、CRAを含めて、きちんと発信できる人が必要		pre6	もっと日本向けに誰か発信できるような人がいるともっと普及すんだろうなーとは思いますが。知ってもらうのがまず最初かなという感じがします。	
		pre7	ひきこもりはまあCRAFT、やっている人はいないんじゃないですか。家族支援っていうのは結構皆さんやっているけど、まとまったプログラムとしては他にはないとおもうんですけどね	
		pre8	日本はCRAFTが先にやっぱり先行して行ってしまっているんで、そこはわかるんですけどね、ちゃんとしたかたちでのCRAFTをレクチャーできる人がいたらいいかなって。ちゃんとCRAっていうものを知った上でのFTを、やっぱりやらないと	
		pre9	あとはトレーニング受ける人自体の数がまだ圧倒的に少ないというのもあるので、普及だったりっていうのも必要なかなってところは思いますね。	
		pre10	そうですね、うーん、まず、ニーズはあると思うんですが、研修の情報とかがなかなか、まだ伝わりにくいと思うんです。	
		pre11	ワークショップでもいいですけどね。認定プログラムをさらにかみ砕いた方がいい気はします。	
		pre12	まずCRAFTがそんなに知られていないっていう、説明からスタートするというかたちになっているかな、という風に思います	
	ML2 先行して広がっている治療法と比べてのメリットを話せることが必要		pre13	A/CRA/FTがどんなメリットとか効果があるとか、どんな適用範囲なのかとかどんな特徴なのかとかをきちんと説明できる知識とか理解とかがないと普及は絶対無理で、そうなるをやっぱりワークショップとかトレーニングシステムはすごく大事だし、蓄積での独学もある程度いいと思うんですけど。
			pre14	けっこう似たようなやつがあるんで、それと比べてどんなメリットがあるっていうのがわからないと、そういう先行して広がっているのがかなりあるので、似たものとの兼ね合いっていうのが大事なんじゃないですかね

	ML3 臨床家のニーズに合致することが必要		pre15	専門家とか臨床家のニーズと合致することも大事なのかなって、これを使えるとか。自分がこれまでやってきた、CRAFTはいろんなエッセンスが入っているので、いろんな派閥の人のニーズと一致していくといいのかなって	
	ML4 ライセンスとの問題を整理することが必要		pre16	あのライセンスの問題がやっぱりでけると思うので、それができないっていうのもまた一つ弊害があるんじゃないかなっていう気がしますけどね。安易にレクチャーできないので。	
LL3 系統だった日本語での研修が必要			pre17	まずはあの一日本語の研修だと思います。	
			pre18	一つは当たり前ですけど、トレーニングが必要、系統だったトレーニングが必要なのかなっていうのと、	
			pre19	エッセンスが、一つ一つのエッセンスがそれだけ専門分野ができるほどなんかやっぱり高度、簡単に見えるけどすごく実は高度なことをやっているなってことを、やってみることですごく気づくことなので、日々の研鑽が絶対必要なのと、	
		ML5 日本人トレーナーが必要	pre20	やっぱり一番大きいのは今で言ったら言葉の問題が大きいので、CRAFTもCRAもサーティフィケーションの仕組みが海外にあるけど、日本にはそのトレーニングを受けられる、日本語のトレーナーがいなくてというのが一番	
			pre21	あと英語ですね。英語問題が圧倒的に。早く日本人のトレーナーが生まれることを切望しています。あとあのインタビュー、日本語でとって見てもらう、全部英語なのでそこですかね。語学の壁が日本にはなぜか壁が厚いですね。	
		L3 トレーナーは誰でもいいってもんじゃないと思うんで、ちゃんとね、その分野で経験がある人がなった方がいいかなと思うんですね。ちゃんとアルコールだったらアルコール治療を充分やっている人じゃないと、質疑応答がね、	pre22		
			pre23	分野の枠組みとか、やっぱりできるところの限界って、専門性を発揮できる限界であると思うんですけど、それをきちとわかった上で、その枠の中でさらにやる部分っていうのは、そこは工夫が必要だったりするところだと思うので、	
		ML6 日本語で安くできるトレーナーが必要		pre24	だから多分日本語でもっと安くできる人がいた方がいいと思うんですね。
		ML7 研修の回数が多さが必要		pre25	しかも回数多く研修あったらいいと思いますけどね。
		ML8 スーパーバイズが必要		pre26	トレーニングプラス、うんとやっぱりケースで行き詰まることは絶対でとくとと思うので、スーパーバイズの議論は必要だと思いますね。
			pre27	実践をしながらバイズが受けられないかなと言うのがあると	
	ML9 どこまで言っているのか		pre28	個人的に気になるのは、どこまでアレンジを加えてA/CRA/FTって言っているのかっていうのは臨床をされていて感じます	
	ML10 トレーナーが地域ごとに必要		pre29	トレーナーが増えるにまた近いんですけど、日本は世界から見たらすごいっちゃいかもしれないですけど、地域ごとにきちとあった方がいいのかなと思います。	
LL4 文化の違いを考えた工夫が必要	ML11 日本と海外の親子関係の違いへの配慮が必要		pre30	日本と海外だと親子関係、家族関係とかも違うと思うんですよね。海外だったらもう子どもが成人したら極端な話、働かなかつたら家を追い出すとかだったり文化のところももちろんあると思うけど、日本ではそういう部分は、できにくいとか	
		L4 ひきこもりと物質依存の違いへの配慮が必要	pre31	本人から見ると家族が強化係をもっているような関係があるんじゃないかなと思うんですけど、なんかひきこもりだとひきこもりの人って家族を避けているのがよく見られるので	
		pre32	まったくこれまでの歴史も違うし、		
		pre33	あとはやっぱり本人支援の体制とか治療法、支援法が、		

			pre34	薬物アルコールをどれくらい使っているかとか、依存症の重症度みたいなものがある程度客観的なデータが蓄積されているものがあると思うんですけど、日本ではまだそれが整備されていない。ひきこもりでは整備されていない。
			pre35	ひきこもりだとひきこもり以外の行動っていうのがケースによっては、家族からは見えづらかったりとか、つかみづらい、増やしづらいところがまああるんじゃないかな。
			pre36	確立しているエビデンスなんかも全く違うので、
LL5 専門家に限らず世間の理解が増えることが必要	ML12 物質依存にも治療が必要だと思ってもらえることが必要		pre37	専門家とかに限らず、世間とかのなんか理解ももっと増えてくれるといいなって。今うつかも治療が必要だなって思ってくれるじゃないですか、でも薬物ってやっぱりまだ思ってもらえないと思うんですね、薬物も治療が必要だって
	ML13 家族も支援対象になると思ってもらえることが必要		pre38	家族が主観的な認知とかニーズとか、が、ちょっと家族自身も気づいてないところがきつとあるんだろうと思ってて、本人なんとかしたいと思いきすぎて、自分自身のこと考えれてなかったりするっていうか。自分の幸せとか、生活の質の向上
	ML14 今、浸透している家族支援との壁が課題		pre39	薬物、物質の方に偏っているんですけど、AとかBがすごい浸透していると思うんですね、なんかそこでベースとなるのが、なんか愛のあるつき離しがなんか言われるじゃないですか、何もするな、手を出すなキレみたいなの、だからそれちょっとCRAFTと相反するところがあるなってずっと思ってて
		L5 信頼できるかたちで、信頼できる人からの発信が必要	pre40	有効なんだよってことを信頼できるかたちで発信していかないと、Aが悪いとは思っていないんですけど、Aでいいじゃんってなると思うんですね。きちんと啓発じゃないんですけどこれ効果あるんだよって、言ってくれる信頼できる専門家とか上の



表3 Post期の逐語録の例とラベル

Large Label	Middle Label	Label	逐語訳の例		
LL1 言葉と費用の課題			post1	大きいのは言葉と費用の問題ですよ。	
			post2	そうですね。①は間違いなく関係する話ですよ。難しさがありますよね。	
			post3	まあ①はまさにそのとおりですね、	
LL2 日本人の曖昧で薄利多売で折衷的な国民性という要因			post4	日本ってその資格とか、すごい曖昧じゃないですか、だから色々なものが自由に使えたりもするんですけど、なんかそういう点でなんか極めようっていう意識が低くなるのかもなって思いますよね。	
			post5	日本って、商売って薄利多売じゃないですか。ま、どっちがもうかるか知らないんですけど、薄利多売になれているんで、	
	ML1 何十万払ってトレーニングを受けるという文化がないという要因			post6	なんかね、3日間がつりワークショップ受けて大枚はたいてピラミッド昇るみたいなことをいうと、やっぱ向こうもあの、ちょっとロイヤリティが厳しそうだしみたいな話がでて、やっぱ二の足踏むんですよ、
				post7	自己満足はできますけどね。冷静に考えたら回収できないですよ。
				post8	あの人すごいみたいに感じていうよりは、ちょっと冷ややかな感じになりますよね、私も続きたいみたいな感じにならない。
				post9	やっぱそれには回収できないっていうのは大きく影響していると思いますし
	ML2 薬物療法中心で、心理療法を受けづらい制度という要因			post10	まあこれ心理療法に対するまあようはたいへんじゃないですか、コストがかかりすぎるじゃないですか、心理療法って、医療って、日本の医療ってやっぱり薬物が中心なんで、それに比べたらけた違いにコストがかかりすぎると思うんですよ、
				post11	カウンセリングがもっと頻繁に受けれるような制度ができたらいいのになって前からすごい思っていたんですよ。A/CRA/FT受けたいって言っても、じゃあ一回病院からしないとだめなのかってなったら、病院につながるとそれ以外の診断とか薬物療法とかもあるから必要だとも思うんですけど、とにかく精神療法受けるまでが壁があると思っています。
			L1 軽い人を救って結果を出そうという精神科全体の要因	post12	で中途半端にやっても重い人は救えないから、軽い人を救ってなんとか結果だそうみたいな、やっぱそういうのって日本の精神科全体にそういうのあるんじゃないかなって思いますけどね。
ML3 怖いと思う課題			post13	ジェネラルだつてことで、どこか許されると思っているというか。一番怖いっておもうのはジェネラルな領域でいながらにして、スペシャルなことに踏み入れていることに気づかず、土足でやって荒らしているっていうのが、	
			post14	その方の生活の質とかハピネススケールとか、そこをきちんと把握するというか、客観的に把握した上で、それが変化していくとか、ちゃんと注目してやるというのは私の臨床には欠けてた部分だったので、すごく、わりとこう、はっ、そうよなって	
		L2 よくわかっていないという課題	post15	よくわかっていないから折衷しちゃう人がいる気がして、	
			post16	ちょっとあれっなのは、えー、うーん、まあジェネラルなものをしたがるのはわかりますけれど、求めてるかっていうとなんか、みんな自分にあつたものをね、がっちりやってほしいと思っていると思うんですよ、	

			post17	まあそれ③も似たようなところだと思っんですね、ユーザーはそうじゃないと思います、プラクティチャーのほうがそういう傾向が強いと思っんですね
			post18	でも医療現場の人ってジェネラルなことでおさめようと思っすよね。うーん。なんかあの、ま、お医者さんとかも人によりますけど、あの、なんか職人よりうーん、広く浅く数って合計かけたいみたいな、
LL3 開発者の意図という要因			post19	相手にしないって言われたらそれはそこまでなんですけど。
			post20	やっぱりCRAFTは独自なんですよね、そういう意味で。
			post21	それでも開発者がどういう意図を持っているかっていうのが大事なんで、そういうところがあるかなと思っんですね。
LL4 日本での支援現場の要因	ML5 本人支援に入っていくのは難しいかもしれないという要因		post22	CRAは入っていく余地がないかもしれないですね。Cもあるし、Dも
			post23	本人支援は治療者の今までのやり方みたいな、理論的背景みたいなのがあって治療者の好みみたいなものがあるなって。それこそ新しい黒船みたいな、本人支援みたいなのが特にそれが顕著なんじゃないかなって。
	ML6 CRAFTへのニーズは高いという要因		post24	本人が来れないときに使える技法っていうのが、すごい特徴的だと思ったんですよね。だからなんかCRAFTは今までにないところをカバーするものとしてニーズが高まってしまふのは、まあ妥当なのかなって思っところありますよね
			post25	④は自分自身もそうなので。CRAFTから入っているっていうのが大きいですね。
			post26	本人支援っていうのが広がりづらいたいなこと、もしかしてあるんじゃないかって思ったんですけど。家族支援ってなんか、家族が困っているっていうことが、家族の相談がすごい多くて、一方でこの家族支援で体系された結果が少ないのでこれやっていったら有効かみたいなCRAFTが強いんだらうなって。
			post27	あと④もそうですね。
			post28	主にCRAFTになると思っんですけどね、
			post29	せっかくよいプログラムだし、きっと患者さん、家族、若者がよくなるためにはあるはずのプログラムだと思うので、条件が整わないから使わなくていいよ、というのはプログラムって違うんじゃないかな、考え方が違うんじゃないかって思っますけどね。
LL5 折り合いをつける必要性	ML7 国全体としてやっていく必要性		post30	それからけっこう大きなプロジェクトにもやっぱりなると思っるので、
			post31	日本ではこういう風にした方が普及しやすいんじゃないかっていうことを、まさにやっていただいたほうがいいと思っすけどね。いくらがんばっても国の代表としてお願いしたいと言える人がいればもっと変わるんだらうなって思っますけどね。
			post32	国がとりまとめたら絶対普及しますよ。無料で使えるってなったら。
	ML8 臨床と研究を同時にやっていく必要性		post33	効果が出たよっていう研究と臨床も同時にやっていくということをしていかないと、いいよいいよと言っても効果がなかったら意味がないですからね。
	L3 効果測定のための必要性		post34	その効果を測るツールもちろん必要でしょうけどね。
			post35	それって折衷しちゃうのが、本当に効果的な場合と、
ML9 日本ではジェネラルの上にスペシャルを重ねる必要性	L4 堅苦しくない必要性		post36	本当は多分誰でもできた方が自分たちになじむと思っすよね。
			post37	いいプログラムだと思っっているので、臨床の末端にいる人たちが敷居の高さを感じなくて、そのプログラムに取り組めるような機会が増えればいいなと。
			post38	誰もがワークショップに出れて誰もができるっていうものをうった方が普及はするとやっば思っすよね。

			post39	だから何かでないと正式に使っちゃいけませんよというのはもう堅苦しい。なんとなく知ってなんとなくやってみて、で、こうもっと知りたいってなったらきつと研修とかにどんどん出て行って食いついていくんだと思うんですけど。
	L5 ジェネラルなパートとスペシャルなパートをつくる必要性		post40	ジェネラルにやるパートと、それプラス専門にやるパートっているのは分けてあったほうがいいのかもしれないですけどね。
			post41	ど基礎をしっかり学んだ上で崩れていくんだったらきつといいんだと思うんですけどね、
ML10 真の効率性、つまり簡易かどうかと質（の両面）を、考える必要性	L6 日本の医療制度にあわせる必要性		post42	医療離れたらあまりそういう議論ないんじゃないですか。でも精神保健福祉センターとかはあります。行政ですね。あんまりコストかけられないところ。みんなそういう話をしますね。
	L7 効率性を勘違いしない必要性		post43	効率性を勘違い、効率っていうのをなんか効果あげるっていうよりも簡単に終わることを効率って思っている、そういうのって日本だけじゃないかもしれませんけど。
	L8 介入インテンシティ（のアルゴリズム）を考える必要性		post44	ローインテンシティって言ってもね、やりっぱなしをローインテンシティにしちゃうと、ローインテンシティコール効果がないことだって思われたら、なんかあんまり意味がないと思うんですけどね。
	L9 機能（分析しないこと）と型の課題		post45	型と機能の話みたいにならないかという心配もあります
LL6 日本人による体制づくりの必要性	ML11 日本人スーパーバイザーをつくる必要性		post46	まずは日本人のスーパーバイズできる人をとにかく作らないといけないっていう。そこをしないとその下がなんか育たないというか、進まないだろうなって。
			post47	①の語学の問題は本当に切実で、本当にこれがいければもっとSVも受けれるのになって思う、切実な問題ですよ。
			post48	あとはその使っていることへのフィードバックをもっと簡単な場所のできるというか、あの、もっと身近な人にスーパーバイズしてもらえるシステムがあった方がいいんだらうなって思いますけどね。結局やったはいいいけどSVを受けられない人の方が多い。
			post49	そこにはもちろん英語の問題がでてくるだろうっていうのはありますけどね。
	L10 安くスーパーバイズを受けられる必要性		post50	そうなると費用的にも安く設定してあげて、
			post51	あとは個別でやるのか集団でやるのかっていうやり方の問題も色々でてくるかもしれませんけど。
			post52	あとはその使っていることへのフィードバックをもっと簡単な場所のできるというか、
	L12 身近な人にスーパーバイズをしてもらえる必要性		post53	あの、もっと身近な人にSVしてもらえるシステムがあった方がいいんだらうなって思いますけどね。結局やったはいいいけどSVを受けられない人の方が多い。
ML12 日本の文化や国民性を知った上で、質も担保しつつ、認定制度にも即して、語れる人がいる必要性			post54	ある意味、日本風になってしまう、折衷になっちゃうかもしれないけど、日本の文化だったりにも浸透しやすいというか、その背景も知った上で語れる人っていうのも、普及のためには必要なかなって思いますね。
			post55	SVまではいかなくても、講演、ワークショップとかで話ができる人を作ったほうがいいと思います。認定されてちゃんと話せる人を作ったほうがいいと思いますね。
	L13 日本の家族の文化も知っている必要性		post56	あと③ちょっとなんかは家族関係なんかでも関係してくるんじゃないかなって、家族の文化差みたいなものって言えるんじゃないかなって
	L14 ワークショップの意味を伝えられる必要性		post57	ワークショップ、高いは高いけど、それがどれだけ意味があるかって伝えられるいいですよ。

表4 インタビュー1で集まったことと、インタビュー2および3との対比

インタビュー1で集まったこと		今後日本では、検討が必要	インタビュー2で集まったこととの対比	インタビュー3で集まったこととの対比	
pre1	pre LL1 トレーニング費用がペイできるか、という課題	医療福祉システム、語学、費用からペイできない課題がある。	時間とお金がかかるので、やっぱりそこまで来る人も少ないっていうのと、無理ですとかお金がかかりすぎますみたいな人がある	私とその当時の上司を認定するためにエージェンシーがあるまとまった金額を支払ったのだと思います。ですので値段は知りません	
pre2					
pre3					
pre4					
pre5					
post1	post LL1 言葉と費用の課題	ユーザーはスペシャルを求めているだろうが、支援者はより軽い人、薬物治療などで、ジェネラルを求めがちでトレーニング文化がないという要因がある。	アメリカである程度使われているものって、使われているものだけ見るけどすごいけど、すごいなって思うものがあるとして、そのものを支えている部分っていうのが、それが可能になるために支えている部分っていうのは、見えないから、今のSVシステムとか、コミュニティメンタルヘルスのシステムとか、それがあってできているものだから、その支えている部分っていうのがまるで違うところで、同じような、どうやるかってことですよ。	私が寄付の対象になった理由としては、私達はその地域のいくつかの学校と関係をつくったということがあります。その結果物質依存の問題があると教師が考えた場合に私達のエージェンシーにカウンセラーがいると知っていて連絡がくるようになって、私が学校に向き、問題が予想される子供たちと、私の性格（を知ってもらって）で良い関係を築き、任意で参加できるサポートグループに来るようになってくれると、郡が、それを知って「彼らが提供しているサービスは必要だ。もっと予算金額を増やそう」ということになるのです	
post2					
post3					
post4					
post5					
post6					
post7					
post8					
post9					
post10					
post11					
post12					
post13					
post14					
post15					
post16					寄付提供者は、クライアントがなぜ私のところにやってくるようになったのか、詳しいことは知りません。ACRAはカウンセリングでクライアントを手助けするために使うツールにすぎません。
post17					
post18					
post22	post LL4 日本での支援現場の要因	アメリカ人からすると日本人のシステムってすごくらやましますよ。みんな生きていけるのかっていうのは生存にかかわる恐怖をみんな感じていて、保険がない、医療費が高いから、	NPOで働いていれば選り好みができないのです。NPOが無料でコミュニティに対してカウンセリングを提供したりするときに、「私はその専門家じゃないのでできません」と言うわけにはいかないのです。		
post23					
post24					
post25					
post26					
post27					
post28					
post19	post LL3 開発者の意図という要因	開発者の意図を知る必要がある。	ノームがとれていないところもっていくのはよくないって最初言われて、	ツールを全て学ぼうとすれば、そうやって学ぶしかないのです。	
post20					
post21					
post29	post LL5 折り合いをつける必要性	国全体でジェネラルの上にスペシャルをつくっていく、臨床と研究、真の効率性とは何か、折り合いをつける必要性がある。	パイロットプログラムやったりして、パイロット研究をやって、内容のある程度変えたんですね。	正しい方向に進んで行くために、いろいろな障壁があって、違う風に考える人たちがいて・・・と考えるときに、もし世界やより大きなシステムを変えられるのであればどのようにしてそれができるか？あるいは、どういったコミュニティや場所ですういったコントロールができるか？などのビジョンを持つことが大事ですね。	
post30					
post31					
post32					
post33					
post34					
post35					本部のほうと何度もやりとりをして、で、日本に合ったものになりましたっていうことで
post36					

post37								
post38								
post39								
post40								
post41								
post42								
post43								
post44								
post45								
pre30	pre LL4 文化の違いを考えた工夫が必要	日本人が、日本の状況や国民性、家族のありようを考えた上で体制をつくる必要性。また、身近な場所や人で、より安価であることが必要性がある。	倫理規定とか特につくっていないんです、で、日本の場合はそれがないと誰がやるかわからないし、	もし数名のセラピストと一緒に何か変革を起こしていこうと思っているのであれば、何かできることを成し遂げるときにとってもパワフルな力になります。				
pre31								
pre32								
pre33								
pre34								
pre35								
pre36								
post46	post LL6 日本人による体制づくりの必要性		規定がないとあぶないみたいな、心配、やる人も不安みたいなのがあって、で、いろんなことが必要だったので、そういうことを重ねて考えるに、日本に導入する際っていうのは、					
post47								
post48								
post49								
post50								
post51								
post52								
post53								
post54								
post55								
post56								
post57								
pre6	pre LL2 トレーニング受ける人を増やすために、日本人向けに日本語でかみ砕いて、CRAを含めて、きちんと発信できる人が必要	ライセンスとの問題を整理した上で、日本人で、臨床家のニーズに合わせかみ砕きながら以下をできる人が必要。ワークショップ、トレーナー、SV、どの段階で何をしてよいかを話せる必要性がある。	文化の相互対話みたいなのがすごく必要になるので、つくった本人がもとの人ですすね、開発者が日本の文化のことを理解しないと、そのどこまでOKかっていうことが言いつらい、これをやることで同じ効果が得られるのかっていうのはわからないので、やっぱりその一方通行でこれやります、OKみたいじゃない、日本はこういう文化なんだからこう教えるプロセスっていう、やっぱり相互のあゆみよりみたいな、適用するためには必要だと思って思うんで。	ただA/CRA/FTのスキルが使える認定セラピストになればいいということではなくて、認定セラピストになればそれについて話せまし、アメリカでの実践のように、そしてアメリカの他のメンタルヘルス領域のカウンセラーなども協働していくようなやり方もできます。日本でそのような形で実践的に根付かせていきたいのであれば、様々なサポーターとのネットワークを築くことは私たちがやっているようなアメリカや他の世界のどこかの政府からの財源をあてにするということが不可能だとしても、何かを持ち帰ることができると思うのです。				
pre7								
pre8								
pre9								
pre10								
pre11								
pre12								
pre13								
pre14								
pre15								
pre16								
pre17					pre LL3 系統だった日本語での研修が必要			
pre18								
pre19								

pre20			
pre21			
pre22			
pre23			
pre24			
pre25			
pre26			
pre27			
pre28			
pre29			
pre37	pre LL5 専門家に限らず世間の理解が増えることが必要	専門家に限らず理解が増える必要性がある。	社会体制が全然違うから、文化的によりからといってそれが根付くとは限らないし、それが可能になるかということも結構違うじゃないですか、
pre38			
pre39			
pre40			
			コミュニケーションをとっていくっていうのが、日本人は苦手だから、異文化間の。すごくハイコンテキストじゃないですか日本の場合は、言わずして理解するべきみたいな。そこに存在すること意味があるから
			どのようなメッセージを伝えたいか、そのツールで何をクライアントに伝えたいかによるのだと思います。
			郡や連邦政府からの交付金でサービスが提供されていました。それから、多くのNPO、毎年寄付をしてくれる個人や民間の寄付者なども多いです。

要因としては、日本人でもユーザーは専門的な治療を求めているだろうが、日本人支援者はより症状の軽い人や薬物治療を選択するという意味でよりジェネラルなものを求めがちであり、支援者が専門性を高めるためにトレーニングを積むという文化背景にないということがあった。アメリカでは効果があるサポートを行政が認識すると行政はその機関の予算金額を上げるし、コミュニティからの寄付の対象にもなり、その機関はより専門性を高める機会を得ることになった。この違いは、専門家育成のシステムやコミュニティのシステムの違いなど、多くのシステムの違いと連動することである。これは必ずしもアメリカのシステムが進んでいるということの意味するものではなく、逆にアメリカから見たら日本のシステムがうらやましい部分もあるとのことである。

必要性として5つ考えられた。1つ目として対人援助プログラム開発者の意図を知った上で普及させる必要があると考えられた。アメリカでもプログラムを開発した人の意図するトレーニング方法で学ぶことになる。また、そこにはそのプログラムがどの集団に対して用いられどのような科学的根拠を持っているかということが関連してくる。2つ目として日本人支援者の特徴を踏まえ、国全体としてジェネラルな支援の上にスペシャルな支援をつくっていくなどの仕組みづくりの必要性があった。その際臨床と研究を循環させ、真の効率性を追求することが重要と考えられた。色々な障壁があるかもしれないがビジョンを持って取り組んでいくとよいと考えられた。日本では、開発されたアメリカのプログラムのパイロットプログラムやパイロット研究をしたり、紹介講座を開いたりするとよいと考えられた。3つ目として日本人が日本の状況や国民性、家族のありようを考えた上で体制をつくる必要性があった。1人ではなく数名で体制づくりしていくとよいと考えられた。プログラムは、日本人にとってはより身近でより安価であるものが望まれる一方、アメリカでは自明である倫理規定などが日本にはないことや文化差などへの配慮も必要であると考えられた。4つ目としてライセンスとの問題を整理した上で日本人がかみ砕きながら

体系を話すことができる必要性があった。そうすると様々なネットワークができ、政府からの財源がなくともできることが広がると考えられた。そのためには開発者にも日本文化を知ってもらい、日本でのシステムを共に作り上げていくというプロセスが必要となると考えられた。5つ目として、専門家に限らず世間一般に薬物依存や家族支援など対人援助について正しい理解が増える必要性があった。サービスの効果によって行政やコミュニティからの寄付金が増えるというアメリカと違い、体制が全然違う日本でどのように根付かせていくか考える必要があると考えられた。

#### IV. 考察

結果から考えると、以下の手順がCRAFTを日本で普及していくためには必要と言える。1) CRAFTが開発されたアメリカと日本の医療保険制度や風土の違いを加味して、まずは無料もしくは安価な紹介プログラムのようなものを、公的機関主導で行う。2) その後は、日本の対人援助のライセンスがアメリカのそれに比べて倫理教育やスーパーバイズシステムなどが未整備であることをふまえた上で、CRAFTの公認ワークショップや公認スーパーバイズ体系を紹介する。その前に、日本にはそうしたCRAFTの公認体系がまだ導入されていないことからそれらを整えることが急務と言える。3) 公認セラピストが育成された後、日本における臨床研究を行う必要があるだろう。なぜなら日本人文化に真にCRAFTがなじむかどうか、または欧米同様にCRAFTが効果的と言えるかどうかは、日本人データで研究を行わないと根拠ある結果を言及できない。特にコミュニティに依拠するプログラムであるがゆえに、そのコミュニティで臨床研究を行う必要性も高いと言えるだろう。4) それらを一巡したのち、効率化や日本文化に合わせたマイナーチェンジについて検討してみてもよいのかもしれない。

上記の手順をすすめる上で、以下の配慮をしなくてはならないと結果から考えられた。1) アメリカの地でCRAFTを開発した開発者の想いと、気軽さを求める日本人とを繋ぐような、通訳者のようなスタンスが必要となる。その際、単に言語を訳せばよいということではなく、それぞれの言葉が内包したり想起させたりする文化的背景や制度の違い、プログラムができるまでの研究システムの違いなどにも思いを馳せる必要があるだろう。根気よく互いに知り合う姿勢が必要となる。2) 日本におけるCRAFTの同業種ネットワークや地域ネットワークを同時につくっていく必要があるだろう。なぜならその業種にしかわからない背景や限界があったり、地域で顔と顔をあわせた学びあいから得るものがあったりすると考えられるからである。またアメリカと異なり日本では、行政や機関がエビデンスベースドな専門性を求めることは多くなく、意識の高い支援者が孤立してしまうことも考えられ、その点からもネットワークは有用と考えられる。3) 世間一般への正しい啓発も同時におこなっていく必要があるだろう。プログラムやシステムをいくら配備しても、最後に使うのは人である。専門性を追求しつつ、目線は世間一般に置くといっ

たバランス感覚が問われるだろう。

本研究はパイロット研究でありインタビューが少なく、対象地域も限られていた。今後インタビューや対象地域を増やした研究が必要である。

## 付記

本研究は2017（平成29）年度研究促進奨励金Cにより行われた（研究課題番号:SGU-CG2017-03）。

## COI報告

本研究について開示すべき利益相反（COI）関係にある企業等は存在しない。

## 文 献

林知己夫, 『数量化の方法』, 東洋経済新報社, 1974

葛西俊治, 関連性評定質的分析による逐語録研究—その基本的な考え方と分析の実際, 札幌学院大学人文学会紀要, 83, 61-100, 2008

川喜田二郎, 『発想法創造性開発のために』, 中公新書, 1967

小山明日香・三宅由子・立森久照・竹島正・川上憲人, 地域疫学調査による「ひきこもり」の実態と精神医学的診断について—平成14年度～平成17年度のまとめ—平成18年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（主任研究者 川上憲人）研究協力報告書, 119-127, 2007

Meyers, R. J., Dominguez, T. & Smith, J. E. , Community reinforcement training with concerned others. In V. B. Hasselt & M. Hersen(eds.) Source of psychological treatment manuals for adult disorders, New York: Plenum Press, 257-294, 1996

齊藤万比古, ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」（主任研究者 齊藤万比古）, 2010

斎藤環, 『社会的ひきこもり—終わらない思春期』, PHP 研究所, 1998

境泉洋, 「ひきこもり状態にある人の受療行動を促進するための支援」, 水野治久・谷口弘一・福岡欣治・古宮 昇(編), 『カウンセリングとソーシャルサポート:つながり支えあう心理学』, ナカニシヤ出版, 89-100, 2007

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), 『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, 2012(Smith, J. E. & Meyers, R. J. 2004 Motivating substance abusers to enter treatment: Working with families. New York: Guilford Press)



What happens when care service program that was developed in foreign country  
becomes widespread in Japan — a case of CRAFT —

Aya YAMAMOTO

Abstract

In 2010, the Ministry of Health, Labor and Welfare indicated application of Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) to Hikikomori. CRAFT is a program that when client with alcohol or substance dependency refuses treatment, at first it supports their family, then it connects the client to treatment. CRAFT has strong evidence. CRAFT is used all over the world, now. In the case of Hikikomori, client doesn't ask support so much, too. So, application of CRAFT to Hikikomori is expected, but widespread of CRAFT in Japan is slow, and there are few researches about it in Japan. Other programs are similar as CRAFT. The current research analyzed what happens when care service program that had been developed in foreign country became widespread in Japan, as an example CRAFT, by interview surveys. Which factors should be made consideration were also summarized.

Keywords:CRAFT(Community Reinforcement and Family Training),intercultural,  
cognitive behavioral therapy

(やまもと あや 札幌学院大学心理学部 臨床心理学科)