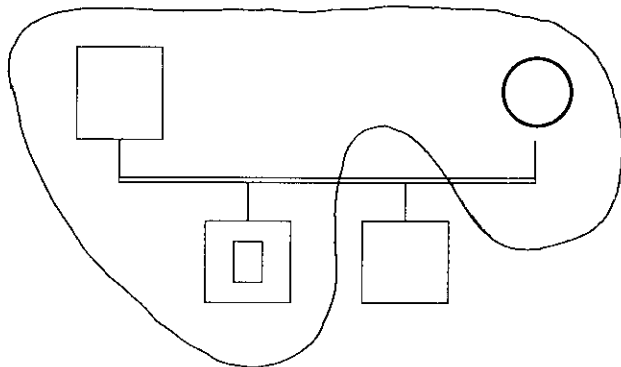


FACE SHEET 記録の手引き

- 記録した日付と記録者名を記入してください。
- 本人の名前、DARC入所日を記入してください。
- 退所日・退所理由はあける（退所後記入してください。）
- 初めて使った薬物の名前と年齢を記入してください。（タバコ・アルコールは除く）
- 最後に使った薬物の名前と日付を記入してください。
- DARCへ来るきっかけについて当てはまるもの一つに○を付けて下さい。
他のDARCから移動の場合はどこのDARCか記入してください。
- 家族がDARCの家族会に参加しているかどうか記入してください。
- 本人の経済状況について当てはまるもの一つに○を付けて下さい。
- 薬物依存に関連する問題に関して、医療を受けた経験を問うものです。
治療内容（入院or通院）と処方薬の有無を聞いてください。
- 上記で「あり」の場合、初めて治療を受けた年齢を聞いてください。
- DARC利用経験を問うものです。
利用期間とどこのDARCにどのくらいの期間いたか、また退所理由も記入してください。
- 最終学歴について当てはまるもの一つに○を付けて下さい。
- 最終学歴の時にどこに住んでいたか、都市名を記入してください。
- 職歴を問うものです。
正社員として働いたことがある人は一番長く続いた職種と期間を聞いてください。
アルバイトの人も同じく一番長く続いた職種と期間を聞いてください。
- 前科前歴の有無を聞いてください。
- 体の病気について当てはまるものがあれば○を付けて下さい。
- 自殺未遂の経験について当てはまるものがあれば○を付けて下さい。
- 家族について問うものです。
両親について、DARC入所直前に誰と住んでいたか家族図を用いて記入してください。
例）両親と本人、弟の4人家族
一緒に住んでいる人を線で囲む
亡くなった方は斜線を引く

男性は□、女性は○、本人は二重線で



- 親兄弟・親族に精神科にかかる病気の人があったか聞いてください。
（病名がわかれば記入してください）
- 結婚しているか否かを記入してください。

資料 スタッフ用 FACE SHEET (H 年 月 日、記録者名)			
氏名	(才)		
入所年月日	H 年 月 日		
退所年月日	H 年 月 日		
退所理由	1. 自主退所 (スリップ あり or なし) 2. 他のDARCへ移動 (スリップ あり or なし) 3. プログラム終了		
初回使用薬物		初回使用年齢	才
最終使用薬物		最終使用年月日	H 年 月 日
入所経路	1. 直接相談 a.家族 b.本人 2. 紹介 a.病院 b.保健所(センター) c.警察 d.その他() 3. 他のDARCより移動 (施設名)		
家族会参加	1. あり 2. なし		
経済状況	1. 生活保護 2. 家族の援助 3. 本人の貯金から 4. チャリティ		
治療歴	1. あり a.入院(回) b.通院(回) 2. なし 3. 現在通院中(処方薬あり)		
療開始年齢	才		
DARC利用歴	1. あり (回) 2. なし	入所年月日 期間 施設名 退所理由 H 年 月 ケ月 H 年 月 ケ月 H 年 月 ケ月	
最終学歴	1. 中卒 2. 高校中退(年時) 3. 高校卒 4. 専門学校・大学中退 (年時) 5. 専門学校・大学卒		
最終学歴時の居住地			
職歴	1. 正社員 (), 年間 2. アルバイト (), 年間		
前科前歴	1. あり ⇒ a. 薬物関連 逮捕(回) 刑務所(回) b. 薬物以外 逮捕(回) 刑務所(回) 2. なし		
身体疾患	1. あり a.C型肝炎 b.B型肝炎 c.糖尿病 d.喘息 e. その他() 2. なし		
自殺の既往	1. あり a.大量服薬 b.リストカット c.その他() 2. なし		
家族構成	* 精神科にかかる病気を持っている親族 1. あり (誰 病名) (誰 病名) 2. なし		
婚姻歴	1. 未婚 2. 既婚 3. 離婚		

本人記録用シート

氏名 _____

1. 薬物使用について伺います。

それぞれの薬物についてあてはまるものに○を付けて下さい。

A. 今まで一番多く使っていた時の薬物使用回数について教えてください。

- | | | | | | |
|-------------------------|-------|-------------|---------------|-------------|-------|
| 1. 覚醒剤 | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 2. 有機溶剤 (シンナー・ボンド・ガス) | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 3. 鎮咳剤 (ブロン・トニン) | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 4. 大麻 (マリファナ・ハッシッシ) | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 5. コカイン | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 6. 向精神薬 (睡眠薬、抗不安薬、リタリン) | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 7. アルコール | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 8. その他 () | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |

B. 最近一ヶ月間の薬物使用回数について教えてください。

- | | | | | | |
|-------------------------|-------|-------------|---------------|-------------|-------|
| 1. 覚醒剤 | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 2. 有機溶剤 (シンナー・ボンド・ガス) | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 3. 鎮咳剤 (ブロン・トニン) | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 4. 大麻 (マリファナ・ハッシッシ) | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 5. コカイン | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 6. 向精神薬 (睡眠薬、抗不安薬、リタリン) | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 7. アルコール | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |
| 8. その他 () | I. なし | II. 月に1~10日 | III. 月に10~20日 | IV. 月に20日以上 | V. 毎日 |

2. 子ども時代の家庭環境について伺います。

あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1. 両親からかわいがられた | 7. 父親から暴力を受けていた |
| 2. 家にいるとほっとした | 8. 母親から暴力を受けていた |
| 3. 家庭は明るく楽しかった | 9. 両親の離婚があった |
| 4. 父親と母親がよくケンカをしていた | 10. 家の中は散らかって汚かった |
| 5. 父親の異性問題があった | 11. 経済的に苦しかった |
| 6. 母親の異性問題があった | |

分 担 研 究 報 告 書
(2-1)

薬物乱用・依存によるマクロ的社会的経済的損失に関する研究

分担研究者 池上 直己 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授
研究協力者 山内 慶太 慶應義塾大学看護医療学部 助教授
湯尾 高根 精神医学研究所付属東京武蔵野病院

研究要旨 我が国の薬物乱用・依存によって発生する経済的損失（費用）を推計するための前段階として、諸外国で行なわれた既存の経済的損失の研究を収集・分析し、我が国で推計する際の方法とその問題点を検討した。欧米での推計は、①直接費用の中では、「司法における費用」の割合が「医療費」よりも大きく、特に警察と矯正施設の費用が大きい、②総費用全体では、若年での死亡や罹病に伴う生産性の損失の費用、いわゆる間接費用の占める割合が大きい、等の特徴があることを示している。これらの特徴と方法論上の議論を踏まえた上で、我が国における費用の推計に含むべき費用項目と推計手法について検討すると共に、推計に必要なデータの収集を開始した。次年度は、より精緻なデータの収集を行い、薬物乱用・依存によって我が国で一年間に発生する経済的損失を推計する。

A. 研究目的

薬物乱用・依存は、医療・福祉・司法等の様々な領域において、個人及び社会に多大な影響をもたらす、経済的に見ても大きな損失が生じているものと考えられる。この薬物乱用・依存によって発生する経済的損失を推計することによって、薬物乱用・依存の経済的特徴を明らかにすることができ、薬物対策の課題を検討する際の有益な示唆が得られることが期待される。しかし、米国・カナダなどの諸外国では、薬物乱用・依存の経済的損失の推計がなされているものの、我が国では過去に行なわれていなかった。そのような状況を踏まえて、本分担研究では、薬物の乱用・依存によって我が国で一年間に発生する費用（経済的損失）を推計することを目的としている。

第1年度の平成13年度は、欧米諸国における薬物乱用・依存の経済的損失の研究を収集・分析し、我が国で推計する際の方法とその問題点を検討した。また、推計に必要なデータの収集を開始した。なお、第2年度の平成14年度には、薬物乱用・依存によって我が国で一年間に発生する経済的損失を推計する予定である。

B. 研究方法

MEDLINEをはじめとする文献データベース、欧米研究者への問い合わせ等を通じて、欧米諸国で

の薬物乱用・依存の経済的損失の推計を収集し、その内容を検討した。併せて、疾病に伴う経済的損失(Cost-of Illness)の推計の方法論上の課題についても検討した。また、これらの検討を踏まえた上で、推計に必要なデータの収集を開始した

C. 研究結果・考察

1. 疾病の費用

疾病に伴って発生する費用 (Cost-of-Illness) は、直接費用 (direct cost) と、間接費用 (indirect cost) に大別される。

直接費用とは、その疾患に対する医療などの介入によって直接的に消費された資源の費用、すなわち診療に要した薬剤、検査、備品、医療スタッフの人件費などの費用である。これらの医療サービスの費用に加えて、患者が受診の際に医療機関と自宅の間の移動に要する時間や、家族やボランティアなどが患者にケアを提供する為に要する時間なども直接費用に含まれる。また、薬物乱用・依存においては行政や司法に関わる費用も重要であるが、これも直接費用に含まれる。

間接費用とは、疾患並びにその結果生じた障害や死亡に起因する生産性の低下や損失であり、罹病による費用 (morbidity cost) と死亡による費用 (mortality cost) に分けられる。罹病による

費用は、離職や欠勤による生産性の損失と、就労しているものの仕事の能力や能率が低下していることによる損失である。死亡による費用は、若年で死亡することによる生産性の損失である。なお、間接費用は、その内容が直接反映するように“生産性費用 (productivity cost)” と呼ばれることもある。

間接費用については、複数の計算方法が提唱されており、どの手法を用いるかによって結果が大きく変わる為、いずれを用いるか慎重に検討する必要がある。従来汎用されてきた手法は“human capital approach”で、たとえば死亡による費用は、死亡時点から死亡しないで働き続けた場合の標準的な退職年齢までの総賃金分を計算するように、各個人の疾病に伴って失われた生産性の損失をすべて計上する方法である。しかし、実際の労働市場には、就労できなくなった人と交代可能な失業者等のプールがある為、社会全体で見ると間接費用が過大に見積もられることになる。そこで、他の人に仕事が置き換わるまでの期間のみ生産性の損失を計算する“friction cost approach”も提唱されている(1)。

実際に費用の推計を行う際の限界として、推計に必要な項目をすべて挙げ、すべてのデータを入力することは不可能であるということがある。取り分け、我が国の場合には、大規模な疫学調査や診療内容に関する調査研究が殆どなされていない。このような状況下で推計を行う際には、次の点に留意する必要がある。第一に、入手できない項目に関しては、最適な近似値とその幅を推計することになるが、その幅が大きい場合は、更に感度分析を行って、最小の見積もりと最大の見積もりを求めて、提示する方法をとる。第二に、費用項目の中でも、特に構成比の大きいと思われる項目では、どのような近似値を当てはめるかによって、結果に大きな影響を与えることになる為、見積もりの精緻化がより重要となる。

2. 欧米における推計例

欧米における薬物乱用・依存の費用の推計は、Robsonらもまとめているが(2)、カナダ、米国、オーストラリア、スイスなどで行われてきた(3)(4)。

このうちカナダにおいては、Canadian Centre on Substance Abuseが中心となって、従来の推計

において散見された費用の算出方法の違いをなくし、共通の枠組みを持つことを目的に、International Symposium on the Economic and Social Costs of Substance Abuseを開き、国際ガイドラインを提示した(5) (2001年に第2版(6)が作成されている)。このように薬物乱用・依存の費用の推計方法を標準化する試みは、推計結果の信頼性を高めるだけでなく、異なる国や施設でなされた推計結果の国際比較や経年比較を容易にするもので、有意義である。

カナダにおいて1992年に生じた費用の推計(3)は、このガイドラインに基づいてなされている。この推計は、先行研究の検討、ガイドラインの策定(推計方法の標準化)、費用の推定の一連のプロセスが適当で、且つその各段階が報告書として公開されている点で、我が国での推計に先立って特に参照する研究として適当であると判断される。そこで、様々な先行研究の中から、特にカナダにおける推計を参照して検討した。

1992年のカナダにおける薬物乱用・依存に関わるコストは以下の通りであった。(この推計ではアルコール、タバコ、非合法的な薬物による費用をそれぞれ算出しているの、このうちの非合法的な薬物についてのみ引用・言及する。)

直接費用 547.9百万カナダドル

内 訳	
(単位:百万カナダ\$ 1カナダ\$:約80円)	
・医療費	88.0
入院	38.3
外来	13.8
comorbidity	4.7
救急医療	1.1
グループホーム・デイケア等	28.8
その他	1.3
・職場における費用	5.5
・生活保護費支給等の管理費用	1.5
・予防・研究費	41.9
研究	5.0
予防プログラム	36.7
医師や看護婦の研修	0.2
・司法における費用	400.3
警察	208.3
裁判所	59.2
矯正施設(刑務所等)	123.8
税関	9.0
・その他	10.7

間接費用 823.1百万カナダドル

内 訳	(単位:百万カナダ\$)
・罹病による生産性の損失	275.7
・死亡による生産性の損失	547.4

総費用 1,371.0百万カナダドル

以上の結果、総費用は13億7100万カナダドルであった。これは、国内総生産(GDP)の0.20%に相当し、国民一人当たり換算すると、48カナダドルである。

この推計から見た薬物乱用・依存の費用の特徴は、第一に、総費用に占める間接費用の割合が60.0%と大きいこと、第二に、直接費用中に占める司法に関わる費用の割合が73.1%と大きく、これに比して医療費は少ないことである。

総費用に占める間接費用の割合が大きい背景には、薬物乱用による早期死亡、就業不能、早期離職が多いことがある。早期の死亡は、人数の上ではアルコールやタバコに比べて少ないが、若年での死亡が多いことによって、死亡に伴う間接費用が大きくなっている。ちなみに、1992年にカナダで薬物に関連した死亡者数は732人であったが、死亡一件当たりの損失年は42.6年である。

直接費用のうち司法の費用は、「警察」と「矯正施設」の費用で80%以上を占めている。なお、殺人、傷害、窃盗、器物破損等の犯罪に起因する費用は、国際ガイドラインに費用を構成する項目に挙げられてはいるが、このカナダの調査では算出されていない。また、医療費の中では、入院費及びグループホーム・デイケア等の費用で大半を占めている。Comorbidityは、精神疾患との合併と身体疾患との合併があり、前者は気分障害や人格障害等の合併、後者は例えば注射のまわし打ちによるHIV、B型肝炎、C型肝炎の感染等が挙げられる。

3. 日本における費用推計の課題

日本における費用の推計を行うにあたって、費用に含むべき主な項目は、疾患の費用(Cost of Illness)の概念と前節で検討したカナダの推計をはじめとする先行研究等から、以下の通りであると考えられる。

直接費用

- ・医療
 - 入院治療(一般・精神病院)
 - 外来治療(一般・精神病院)
 - comorbidity(精神疾患との合併)
 - 気分障害、人格障害、摂食障害などの合併した精神障害の治療
 - 身体疾患の合併
 - 禁断症状、肝障害、感染症、脳出血などの身体合併症の治療
 - 家族のケア
 - その他
- ・社会復帰活動
 - 精神保健福祉法によるもの
 - デイケア、小規模作業所、グループホーム、援護寮、福祉ホーム
 - 生活保護法によるもの
 - 救護施設、更正施設、授産施設
 - 回復者施設(DARCなど)
 - その他
- ・司法
 - 警察
 - 少年鑑別所
 - 家庭裁判所
 - 矯正施設(少年院、刑務所、医療刑務所)
 - 保護観察所
 - 凶悪犯罪による被害者の健康・財産の損失
 - 法整備(薬物売買規制)
- ・行政
 - 保健所
 - 精神保健福祉センター
 - 福祉事務所
- ・調査研究
 - 調査・研究
 - 医療スタッフ等の研修

間接費用

- ・罹病による生産性の損失
- ・死亡による生産性の損失
- ・犯罪による生産性の損失

実際に推計を行うにあたっては、主として以下のような課題がある。

第一に、推計に必要な基礎的データが十分に得られていないことである。既に述べたように、入手できない項目については、推定値を当てはめる必要があるが、特に先行研究において構成比が大きい項目については、当てはめる推定値の精度を出来る限り高める必要がある。その点で特に重要な項目は、入院医療費、社会復帰活動、司法(特に警察と矯正施設)、罹病・死亡に伴う生産性の損失である。このうち、入院医療費については、厚生労働省の『患者調査』『社会医療診療行為別調査報告』等で概要の把握は可能である。したがって、その他の以下に列記する費用項目について

のデータの収集が、薬物乱用・依存の費用推計の鍵となると言えよう。すなわち、1) 社会復帰活動の費用算出に必要となる、社会復帰施設の入所者・利用者数と1日当たりの費用等、2) 司法の費用に関して、警察の麻薬・覚醒剤部門に使われる予算、矯正施設の入所者数と1日当たりの費用、3) 若年死に伴う間接費用に関して年齢別の死亡者数、4) 罹病に伴う間接費用に関して、就労不能になる年齢層とその期間等が挙げられる。その他の項目についても、例えばcomorbidityに関しては、注射の回し打ち等によるHIV、B型肝炎、C型肝炎等の併発は欧州では深刻な問題になっており、その費用の分析も有用な資料となろう。

第二に、方法論上の課題である。既に述べたように、間接費用の算出方法には、主としてhuman capital approachとfriction cost approachの二種類があり、そのいずれを用いるかで、結果が大きく異なる。カナダの推計では前者を用いているが、いずれが適当か更に検討を加える必要があろう。また間接費用のうち早期死亡による生産性の損失の金額は、将来の所得を現在の価値にいかにして換算するか、その換算方法によって大きく変動する。高い割引率を選択するほど、生涯所得の現在価値は低くなる。通常、割引率は2～10%の間で決められるが、カナダの推計では割引率を4%、5%、6%そして10%から選択し、6%を基本として計算している。ちなみに10%での生産性損失の費用は354百万カナダドルであり、4%では724百万カナダドルと大きな相違が生じている。したがって、特にhuman capital approachを採用した場合には、早期死亡による間接費用の計算に適用する割引率についても慎重に検討する必要がある。

C. 結論

初年度である平成13年度は、欧米諸国における薬物乱用・依存の経済的損失の研究を収集・分析し、我が国で推計する際の方法とその問題点を検討した。費用の推計にあたって必要となるすべてのデータを収集することは困難であり、推定値を当てはめることもやむを得ない。しかし、特に構成比が大きいと思われる費用については出来る限り精緻な推計を行うことが必要である。カナダ等の推計からは、間接費用が総費用中の大きな割合を占める、直接費用の中では「司法における費用」

の割合が大きい、等の傾向が確認された。これらの特徴を踏まえた上で、我が国における費用の推計に含むべき費用項目と推計手法について検討すると共に、推計に必要なデータの収集を開始した。

次年度は、より精緻なデータの収集を行い、薬物乱用・依存によって我が国で一年間に発生する経済的損失を推計する。

参考文献

- (1) Richard, C., Sculpher, M.: Productivity Costs: Principles and Practice in Economic Evaluation. Office of Health Economics, London, 2000.
- (2) Robson, L., Songle, E.: Literature Review of Studies on the Economic Costs of Substance Abuse. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, 1995.
- (3) Single, E., Robson, L., Xie, X., et al: The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction* 93(7): 991-1006, 1998.
- (4) Office of National Drug Control Policy: The Economic Costs of Drug Abuse in the United States, 1992-1998. Executive Office of the President Washington, DC, 2001.
- (5) Single, E., Collins, D., Easton, B., et al: International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, 1996.
- (6) Single, E., Collins, D., Easton, B., et al: International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse; Second Edition, 2001. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, 2001.
- (7) Jager, J.C., Limburg, L.C.M., Postma, M.J., Draft Final Report: Project to analysis impact and costs of HCV, HBV, and HIV in infection in injecting drug users in the EU. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2000.

分 担 研 究 報 告 書
(2-2)

薬物乱用・依存による個人的社会経済的損失に関する研究

分担研究者	妹尾栄一	東京都精神医学総合研究所
研究協力者	大原美知子	東京都精神医学総合研究所
	梅野 充	東京都立松沢病院
	高柳陽一郎	東京都立松沢病院

研究要旨 1990年代に入って、アメリカ合衆国やカナダ等から、薬物乱用にかかわる社会的コストの研究がまとめられるようになり、その背景として、特に1980年代以降に明らかとなった、1) コカイン乱用の深刻な蔓延、2) HIV/AIDS感染の広範化、3) 刑務所に収容された薬物事犯者の増大、4) 薬物乱用に起因する関連犯罪の倍増などが挙げられている。平成13年度の研究目標として、① ミクロレベルで薬物乱用/依存の社会経済的損失のコストを精査するための、個人調査票の作成、② 乱用自体（薬物購入）に投入された金額と、薬物の乱用に併合して生じた事態、例えば逮捕拘留、器物損壊などの深刻さなどを検討とした。試行的な調査票に基づくインタビューの結果を振り返って、いくつかの検討課題が明らかとなった。a) 直近の薬物使用事情は患者本人がある程度記憶しているものの、数年以上前の状況を回想するのは困難を伴う。とりわけ30代の患者に対して、10代の頃（のシンナー常用歴など）を記憶していることは希である。薬物使用に要した購入代金の累積を求めることは本研究にとって最も重要な課題であるが、「使用頻度」と「購入単価」のそれぞれの推移を、正確に記録することは困難である。b) 合衆国での先行研究を参照すると、個体レベルでも「生産性の損失」を算定する必用があるが、同年齢・同学歴での標準的な賃金モデルを確立する必用がある。c) 今回の調査では、単に列挙するにとどまったが、「矯正処遇歴」「精神科入院歴」「合併身体疾患や救急医療での治療歴」など、該当事象ごとにどの程度のコストとして算定するか、検討が必要である。

A. 研究目的

1990年代に入って、アメリカ合衆国やカナダ等から、薬物乱用にかかわる社会的コストの研究がまとめられるようになり、ONDCPからの報告も発表されている。「麻薬撲滅」のスローガンを維持しつつも、合衆国政府が社会・経済的コストの計算に踏み込んだ最大の契機は、特に1980年代以降に明らかとなった、1) コカイン乱用の深刻な蔓延、2) HIV/AIDS感染の広範化、3) 刑務所に収容された薬物事犯者の増大、4) 薬物乱用に起因する関連犯罪の倍増などが挙げられている。

ひるがえって、日本でも1990年代の後半から覚醒剤が社会に広く蔓延し始めており、より有効な薬物乱用対策を考えていく上で、実証的なデータの積み重ねが求められている。

平成13年度の研究目標として、① ミクロレベルで薬物乱用/依存の社会経済的損失のコストを

精査するための、個人調査票の作成、② 乱用自体（薬物購入）に投入された金額と、薬物の乱用に併合して生じた事態、例えば逮捕拘留、器物損壊などの深刻さなどを検討課題とした。

B. 研究対象と方法

平成3年10月1日から平成14年2月28日まで、公立A病院の依存症外来を受診した薬物依存症の患者に、所定の調査用紙に基づく面接を行った。事例の概要は、表1に示す。

a) 調査票を作成するに当たって、以下の点を研究協力者と合議しながら作成した。

1. 薬物の使用歴

最も基本的なデータとして生涯での薬物使用経過と過去3年間の経過に分けて、面接を行った。生涯の使用経過を各年度の各月ごとに精査することは、回想の限界を超えていることから、今回の

試作版では「年」単位での聞き取りにとどめた。過去3年間については月単位で使用期間を特定するように務めた。

2. 薬物購入単価の推定

対象薬物が覚醒剤の場合はいわゆる「1パケ」単位での購入が通例である。密売人と使用者の間では「1パケ=1グラム」との認識が共有されているが、通常は「水増し」が行われているので正味での価格は不明である。また売人が知人の場合には、「これは上物だ」と事前に純度や効果などを示唆してくれる場合もあるが、依存症の病態で「連続摂取」に陥っている場合には、薬物の取捨選択は出来ない。本研究では、購入に投じた金銭の総額を、コストとして定義している。対象薬物が市販鎮咳剤の場合には、ほとんどの場合1本あたり1,000円のコストは一定である。希に安売りのドラッグストアを探索して、1本700円で購入する患者も見かける。

大量の一括購入で単価を下げる努力もしばしば行われているが、この場合には短期間に多額の資金を要することから、高額所得者に限定される。また事例のうち月収300万円を得ていた会社経営者は、1回の購入で5パケ=5万円を投じた経験があるが、この様に大量一括購入した後に逮捕された場合、大量の所持で刑が加算されることを懸念し、以後大量購入は控えるようにした。

3. 医学的医療歴

主として精神病院や診療所での入院治療・外来治療の経過について質問した。

4. 医学的治療以外の治療処遇経過

ここでは養護施設、教護院、女性センター、更正施設など主として福祉的処遇を尋ねている。全国各地のダルクへの入所歴もこの項目に包摂している。

5. 収入の在り方と類型

対象者の社会経済的レベルを推定する判断材料として、賃金をはじめとする収入の在り方について多面的に質問した。まず収入ないし金銭取得を試験的に3つのカテゴリーに分けた。第1に正規の収入。この中には常勤として勤務した例や、非常勤・アルバイトとしての収入が包摂される。非

常勤であっても月給に換算して表示する。第2に、不正な収入。この中には、ここで言う「不正」とは、現行法に照らして正当ではない方法で入手した現金収入を示す。具体的には、「薬物の密売」「売春」「その他の刑法犯罪」などが挙げられる。第3に「非正規」の収入。ここで言う「非正規」とは、親や友人への無心や、家族に無断でのサラ金からの借金など、法令には違反しないが、薬物を購入する目的に没頭して、無責任な購入資金の捻出手段とすること。親への無心、サラ金、友情からの借金などが挙げられる。

6. その他

以上の質問項目以外に、「司法処遇歴」を設け、拘置所、刑務所、少年鑑別所、少年院などでの入所経過や、保護観察、試験観察などの処遇経過を尋ねている。また依存症や中毒性精神病の(精神科)治療歴以外に、中毒状態で受傷した経過など、身体疾患での治療経過も尋ねている。

C. 症例の概略

本調査表を用いて面接を行った症例の概略は、表1にまとめた。

D. 考察と今後の課題

本報告書をまとめる途上で、Office of National Drug Control Policyから「合衆国における薬物乱用の経済的コスト 1992-1998」と題する報告書がまとめられている。研究分担として「マイクロレベルでの」コスト計算を主眼に研究を遂行しているが、調査の項目を吟味するに当たって、先行研究を参照する必用がある。同報告書にはコスト計算の重点領域として以下の3種類を挙げている。

- 1) 健康管理 (Health Care) コスト
- 2) 生産性コスト
- 3) 犯罪、その他

「健康ケアコスト」として具体的には医学的治療費、病院および救急部門医療費、特殊疾病コスト(薬物へ暴露された新生児)(結核)(HIV/AIDS)(C型肝炎B型肝炎)、健康保険運営などがカウントされている。

薬物依存症への治療コストとしては、その資金基盤から

- ① コミュニティ基盤の専門治療

- ② 連邦政府からの専門治療
(予防部門)(インディアン健康サービス部門)(刑務所管理局)(復員軍人部門)
- ③ 補助金
(連邦予防基金)(州および地方の予防基金)(訓練)(予防調査)(治療調査)(保険運営)

以上の3類型に分けられている。

2)の生産性損失コストとしては、不審死、薬物乱用関連疾病、施設収容/病院入院、犯罪被害者の生産性損失、投獄、犯罪歴などが間とされている。

最後の3)その他のコストカテゴリーにはまず、刑罰システムやその他の公共的成本が挙げられ、

- 1) 警察による取り締まり
 - 2) 司法的
 - 3) 州と連邦の矯正施設
 - 4) 地域矯正施設
 - 5) 供給削減への州レベルでの支出
- などから構成されている。

それ以外には、私的コストとしての私的弁護士使用、犯罪被害者の財産損壊、社会福祉費用などが挙げられている。

今回の調査で試作した面接評価の質問項目を再検討してみると、いくつかの検討課題が見つまっている。

- a) 直近の薬物使用事情は患者本人がある程度記憶しているものの、数年以上前の状況を回想するのは困難を伴う。とりわけ30代の患者に対して、10代の頃(のシンナー常用歴など)を記憶していることは希である。薬物使用に要した購入代金の累積を求めることは本研究にとって最も重要な課題であるが、「使用頻度」と「購入単価」のそれぞれの推移を、正確に記録することは困難である。
- b) 合衆国での先行研究を参照すると、個体レベルでも「生産性の損失」を算定する必要があるが、同年齢・同学歴での標準的な賃金モデルを確立する必要がある。
- c) 今回の調査では、単に列挙するにとどまったが、「矯正処遇歴」「精神科入院歴」「合併身体疾患や救急医療での治療歴」など、該当事象ごとのどの程度のコストとして算定するか、検討が必要である。

以上の課題を踏まえて、次年度の研究計画では

まず調査票の質問項目、質問事項の見直しから着手することとする。

表1. 調査症例一覧

事例No.	性別	調査時年齢	生涯薬物使用期間	過去3年間使用経過	薬物購入単価	過去3年間の最高賃金/月額	不正又は非正規の収入/月額
1	女性	27歳	25-27歳(覚醒剤)	25歳1ヶ月-27歳6ヶ月	覚醒剤1ﾊﾟｯｸ1.5万円	60万円	なし(最終的に生活保護)
2	男性	38歳	17-21歳(覚醒剤) 32-33歳(覚醒剤)	36歳1ヶ月-37歳6ヶ月	覚醒剤1ﾊﾟｯｸ1.5万円	30万円	サラ金20万円
3	男性	30歳	21-27歳(覚醒剤)	26-27歳	覚醒剤1ﾊﾟｯｸ1万円	2万円	サラ金20万円
4	男性	32歳	20-21歳(覚醒剤)	30歳で2回のみ	覚醒剤1ﾊﾟｯｸ2.5万円	30万円	なし
5	女性	29歳	20-26歳(鎮咳剤)	26歳6ヶ月-26歳12ヶ月	1本1000円	20万円	なし
6	男性	38歳	15-19歳(有機溶剤) 23-26歳(マリファナ) 30-38歳(鎮咳剤)	36-38歳10月	1本1000円	25万円	ゼロ(現在生活保護)
7	男性	32歳	17-25歳(覚醒剤) 15-31歳(有機溶剤)	29-32歳(有機溶剤)	1本1500円	15万円	200万円
8	男性	28歳	15-22歳(有機溶剤) 16歳(マリファナ) 22歳(覚醒剤)	24-25歳(覚醒剤)	1ﾊﾟｯｸ3万円	25万円	サラ金100万円
9	男性	24歳	19-24歳(鎮咳剤)	22-24歳(鎮咳剤)	1本1000円	15万円	親への無心10万円/月
10	男性	24歳	16歳(有機溶剤) 16-19歳(大麻) 16-19歳(覚醒剤) 20-21歳(大麻)	23-24歳(大麻)	1ｸﾞﾗﾑ10000円	20万円	サラ金200万円
11	男性	39歳	18-22歳(マリファナ) 18-19歳(LSD) 18-39歳(覚醒剤) 23-34歳(鎮咳剤)	35-39歳	1ﾊﾟｯｸ2.5万円(覚醒剤) 1本1000円(鎮咳剤)	30万円	親への無心20万円/月
12	男性	27歳	18-25歳(覚醒剤)	26-27歳(覚醒剤)	1ﾊﾟｯｸ2万円	25万円	借金20万円
13	男性	38歳	18-38歳(鎮咳剤)	36-38歳(鎮咳剤)	1本1500円	30万円	
14	男性	37歳	20-24歳(大麻) 22-24歳(コカイン) 16-17歳(覚醒剤) 36-37歳(覚醒剤)	35-37歳(覚醒剤)	1回1500円(大麻) 1回7500円(コカイン) 1回3500円(覚醒剤)	23万円	50万円/月 「みかじめ」料など

経済損失聞き取り調査用フォーマット

整理 No

氏名 生年月日

ID:

- 1) 実際の使用経過。全薬物の使用状況の全経過。
- I 使用薬物の使用経過。全薬物の使用状況の全経過。
- | | | | | | |
|-----------|---------------------|-----------------------|---------------|---------------|----|
| 生涯薬物の使用経過 | 1 喫煙、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 2 シンナー、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 3 経鼻吸入(コカイン型) | 4 経鼻吸入(コカイン型) | 年齢 |
| 1 使用薬物 | 1 喫煙、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 2 シンナー、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 3 経鼻吸入(コカイン型) | 4 経鼻吸入(コカイン型) | 年齢 |
| 2 使用薬物 | 1 喫煙、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 2 シンナー、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 3 経鼻吸入(コカイン型) | 4 経鼻吸入(コカイン型) | 年齢 |
| 3 使用薬物 | 1 喫煙、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 2 シンナー、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 3 経鼻吸入(コカイン型) | 4 経鼻吸入(コカイン型) | 年齢 |
| 4 使用薬物 | 1 喫煙、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 2 シンナー、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 3 経鼻吸入(コカイン型) | 4 経鼻吸入(コカイン型) | 年齢 |
- II 使用薬物の使用経過。全薬物の使用状況の全経過。
- | | | | | | |
|-----------|---------------------|-----------------------|---------------|---------------|----|
| 生涯薬物の使用経過 | 1 喫煙、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 2 シンナー、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 3 経鼻吸入(コカイン型) | 4 経鼻吸入(コカイン型) | 年齢 |
| 1 使用薬物 | 1 喫煙、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 2 シンナー、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 3 経鼻吸入(コカイン型) | 4 経鼻吸入(コカイン型) | 年齢 |
| 2 使用薬物 | 1 喫煙、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 2 シンナー、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 3 経鼻吸入(コカイン型) | 4 経鼻吸入(コカイン型) | 年齢 |
| 3 使用薬物 | 1 喫煙、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 2 シンナー、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 3 経鼻吸入(コカイン型) | 4 経鼻吸入(コカイン型) | 年齢 |
| 4 使用薬物 | 1 喫煙、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 2 シンナー、吸入、経鼻吸入(コカイン型) | 3 経鼻吸入(コカイン型) | 4 経鼻吸入(コカイン型) | 年齢 |
- 2-1) 医学的治療の経過
- | | | | | | |
|------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| 初回入院治療(入院の場合の形態) | この間の治療(入院の場合の形態) | 2回目入院治療(入院の場合の形態) | この間の治療(入院の場合の形態) | 3回目入院治療(入院の場合の形態) | この間の治療(入院の場合の形態) |
|------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|

4 回目治療 (入院の場合の形態)

この間の外来

2-1 初回入院 (医療的以外の場合の形態) 経過。福祉施設と法務 / 矯正施設の両者

この間の外来 (入院の場合の形態) (ここに記述)

2 回目入院 (入院の場合の形態)

この間の外来

3 回目入院 (入院の場合の形態)

この間の外来

4 回目入院 (入院の場合の形態)

この間の外来

入院治療の様式。

3) 生涯・就労の勤務履歴 (概要) 賃金・労働期間と平均賃金

・ 。

・ 。

・ 。

・ 。

・ 。

・ 。

・ 。

上記のうち最良の就業状況 ()

1111 年間の勤続履歴 ()

過去 1 年間の平均賃金 ()

過去 1 年間の平均賃金 ()

過去 1 年間の平均賃金 ()

。

分 担 研 究 報 告 書
(2-3)

薬物依存者の社会福祉に関する研究（1）

薬物依存者の生活保護に関して

分担研究者 宮永 耕 東海大学健康科学部社会福祉学科

研究要旨 薬物依存者処遇の相対的に大きな領域を占める司法及び医療の諸制度と関連しつつも独立した領域として捉えられる社会福祉援助の役割とその特徴を明確にするために、とりわけ低所得の状態にある薬物依存者を対象として行われている生活保護制度の運用実態を明らかにし、今後の制度活用のあり方について考察した。具体的には、全国の20数ヶ所のダルクが所在する地域の中から今年度はまず5ヶ所（宜野湾市、大分市、津市、仙台市青葉区、安芸市）を選定し、そこを所管する福祉事務所とダルクの双方に対して訪問によるヒアリング調査（半構造化面接）を行い、主に生活保護受給する薬物依存者への援助について聴取することにより、そこでの課題を整理・検討した。その結果、明らかになったことは以下の各点に要約される。①生活保護の運用においては、一般扶助原則に基づく最低生活保障制度であるために、薬物依存者を対象とした取り扱いの指針は現在まで明確になっていなかった。アルコール依存症ケースに関するものと比べても明らかに処遇のための社会資源に乏しく、入寮者の指導はダルクに任せる他はない実態の中で、実施機関ではダルクを利用する薬物依存者ケースの保護取り扱いについての明確な指針、よりどころを求めていた。②概して、「病気」として医療給付他の援助を必要とする状態が認められ、就労困難な状態にあり、親族等からの扶養援助が困難、これらの事実を要件として生活保護は実施されているため、申請にあたっては薬物依存により「要医療・就労不可」とする医師の意見提出が複数の自治体で求められていた。ただし、一定期間の断薬継続後に求められる「就労可」の判断は必ずしも医師によらない（ダルクスタッフ等による）場合も多く、その妥当性・合理性を福祉事務所が担保できないことで苦慮するとの意見も出された。③多くの福祉事務所では、ダルクの活動開始後に薬物依存者の処遇と不可避的な接点を持つこととなり、先行する自治体での運用事例等を手がかりに要領（マニュアル）が作成されていた。マニュアルの内容にも地域の状況を反映して差異が見られる。④ダルクをグループホームと見るか、または精神障害者生活訓練施設と見るか、といった判断の違いから、最低生活費の計算や実施責任など具体的な依存者の取り扱いにも差異を生じていた。また、自治体による法外援護の有無や薬物依存被保護者ケースへの適用状況も異なっていた。⑤薬物依存者の回復援助においてもDV（Domestic Violence）ケースにおける「広域保護」の取り扱いにならい、薬物依存症の進行と回復のプロセスに応じた回復可能性の向上を目的とする自治体規模を超えた全国的な運用が検討されるべきである。⑥これまでダルクに対しては、回復援助のための「サービス委託費」ないし「プログラム利用費」は制度上考慮されてこなかったため、給付の仕組みも現状では用意されていない。生活保護制度を使って薬物依存者の援助をするためには、現行制度の運用を超えて新たな基準の設定が必要となると考察された。

A. 研究目的

薬物依存者に対する処遇の領域としては、司法・医療とともに社会福祉ないし「福祉的」処遇（援助）の領域が議論されるようになり、また再発防止やコスト削減の面から薬物依存者処遇のこれまでのあり方を見直す動きの中で、その社会福

祉援助の役割が注目されている。しかし、これまで薬物依存者を対象として、社会福祉援助機関の側からの積極的な関わりが行われてきたとはいえない状況にある。一方で、ここ数年間の厚生科学研究の中でも、生活保護被受給者における薬物問題事例の検討²⁾や児童福祉施設である教護院（現

・児童自立支援施設)における入所児童における薬物乱用・依存の研究等が取り組まれてきたが、それらも多くは社会福祉施設が行う制度的援助の内容を直接対象とするものではなかった。さらに、その他の社会福祉援助機関における薬物依存問題への積極的なアプローチも数少ない。

そのような状況の中で、実際には薬物依存に起因する生活困難の問題として、低所得者対策である公的扶助・生活保護制度による援助の領域でこの問題が不可避的に取り扱われてきた実態がある。1985年に薬物依存者自身の手による民間回復援助施設であるダルクの活動が開始され、16年にわたる活動の中で数多くの依存者が地域において回復を実現してきた。その過程にあって、当初よりダルクを利用する一部の薬物依存者は、生活保護受給による以外生計困難な状況にあり、生活保護の実施機関である福祉事務所でも制度の適用をめぐる実務的に検討が重ねられた結果、今日ではダルクの全国的な広がりとともに運用の実績も蓄積されつつある。

今年度は、特に薬物依存の問題を抱えた生活困窮者に対する生活保護運用の実態を把握し、そこでの問題整理をとおして、今後の制度の有効活用について検討することを目的とした。

B. 研究方法

薬物依存者民間回復援助施設であるダルク(DARC)の所在する地域を所管する計5ヶ所の福祉事務所を訪問し、生活保護担当者等に対するヒアリング調査を行った。同時に、同地区のダルクのスタッフからも生活保護制度の運用等に関するこれまでの事例や、そこで見出された課題について聴取し、合わせて検討した。

今年度の調査施設は以下のとおり。

<H13年度調査対象機関・施設一覧>

- ・沖縄県宜野湾市(宜野湾市福祉事務所)
- ・大分県大分市(大分市福祉事務所)
- ・三重県津市(津市福祉事務所)
- ・仙台市青葉区(青葉福祉事務所)
- ・高知県安芸市(安芸市福祉事務所)
- ・沖縄ダルク・リハビリテーション・センター
- ・大分ダルク
- ・三重ダルク
- ・仙台ダルク
- ・高知ダルク・インパクトハウス

なお、生活保護実施機関でのヒアリング調査においては、当該機関に対して事前に文書で調査の趣旨説明・依頼を行い、訪問先の福祉事務所では、実際にダルクを利用する薬物依存者を担当するケースワーカー(生活保護地区担当の社会福祉主事)とスーパーバイザーである査察指導担当係長もしくは保護担当課長(福祉事務所長)の同席により、ほぼ統一した質問項目に基づいて聞き取りを行った。その際、当該地区にあるダルクのスタッフも同席している。

C. 研究結果

1. 社会福祉処遇・援助の領域

わが国においては、薬物依存者処遇の大きな部分を司法領域が担っており、さらに急性中毒と精神病状態への対応として精神科を主とする医療領域が明確に位置付けられている。社会福祉領域は、それら制度と関わり取り扱われる大部分の薬物依存者との関係で捉えられるべきであるが、小沼¹⁾によれば、現状での処遇人員は、司法：医療：(社会)福祉の比率にすると、およそ100：10：1であるとされる。実際に社会福祉領域が法に基づいて薬物依存者の対応を行っている場面は少なく、Social Modelとしての機能が期待される役割に比して小さいことも指摘されている。

図1

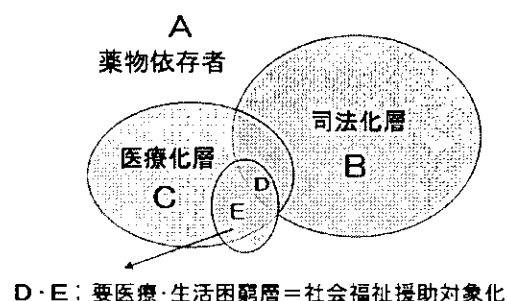


図1では、小沼の分類を基に薬物依存者の回復援助に大きな役割を果たしてきているダルク及び地域における薬物依存者の自助グループ(コミュニティという表現が最適であろう)であるNA(Narcotics Anonymous)を加えた概念図を示した。

現状では、地域住民の生活問題に対応する社会福祉援助機関の窓口で薬物依存問題が取り扱われる例は地域での薬物関連問題の広がりには比して少なく、薬物依存の発症に起因する生活問題としての生活困窮・生活困難として対象化され、問題発生的事後的に、低所得・貧困問題対策としての生活保護制度との関わりで福祉事務所が取り扱うことになる。このことを模式化したものが下図（図2）である。

図2

薬物依存者と社会福祉援助の模式図



上記の図では、Dは司法化され、施設外処遇となった者のうち要医療とされる者で、扶養者等による援助も稼働収入もない生活困窮者で、Eは司法化されないものの医療を要し、稼働収入がなく、同様に生活保護受給によるしかない困窮者層を示す。このように、社会福祉援助領域は、1) 薬物依存によりもたらされる生活困窮問題に対応し、生存権保障の観点から、「健康で文化的な最低生活保障」のための費用負担、2) 法の目的である自立助長に照らし、その自立阻害要因たる薬物依存に対し、そこから回復するために必要な医療、社会サービスの利用を可能にする諸費用の負担、3) 上記の目的を達成するための各種相談・援助サービスの提供（ケースワーク・サービス；精神保健福祉援助相談を含む）を狭義の領域としている。また、実際の援助機関としては福祉事務所、（生活）保護施設、隣保施設等の相談援助施設（条例設置の施設を含む）が公的な社会福祉援助の窓口となる。

ダルクが活動を開始して以来、多くの薬物依存者がそこを利用して回復の手がかりを得てきてい

るが、当初より一部の利用者はプログラム参加の期間、他の方法によることができずに生活保護を受給してきた。平成10年度の厚生科学研究での調査³⁾では、全国で活動するダルクの7ヶ所が公的補助金を受けており、「連携をとっている機関」としても大半のダルクが福祉事務所を挙げている。また、11年度の厚生科学研究の調査⁴⁾では、回復途上のある程度の断薬期間（本調査ではクリーンタイム1年以上を対象）の後でも、「主たる生計状況」の回答で50名のうち5名（10%）が「生活保護受給による」と回答している。回復の端緒となるダルク利用の初期にはさらに多くの依存者が生活保護を利用することも考えられ、薬物依存発症からの経過を考慮しても家族等からの援助期待できない場合が多いことから、生活保護による援助に焦点化して検討することは意義のあることと考えられる。

2. 生活保護運用の現状（1）

－基準生活費認定に関する問題－

現行の生活保護制度では、厚生労働大臣によって定められる生活保護基準を基に、世帯を単位として生活保護による給付の可否が測定され、要否判定と呼ばれるが、その基準となる最低生活費の算定の方法について、今回の調査をとおしてダルクの所在する自治体により差異があることがわかった。無論、生活保護制度自体は、生活保護実施要領に基づいて全国統一の基準で行われるものである。しかし実際には、周辺諸制度や地域の実態に対応した形で、自治体が細則を定めた取り扱いマニュアルは大半の自治体で存在し、「問答集」と併せて使われている。ダルク等の利用者についても、その取り扱いがマニュアルに記載されているところも多いことが確認された。

生活問題としての薬物依存を抱えた就労不能で要医療の生活困窮者を取り扱う場合、具体的にはダルクの入寮施設に入寮してダルク・プログラムを行う場合などであるが、基本的には生活保護法の保護施設内で生活扶助の現物給付する以外には、居宅による保護基準を用いる^①。考え方としては、グループホーム（精神障害者地域生活援助事業；精神保健福祉法第50条 - 3）入居者の場合と同様となる。社会資源の比較的整備されている大都市部を中心に多くの自治体でこの考え方が採られているが、具体的には生活扶助額の第1