

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「刑の一部執行猶予制度下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究」
研究分担報告書

保護観察の対象となった薬物依存症者のコホート調査システムの開発と
その転帰に関する研究

研究分担者 松本 俊彦

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 部長

研究要旨：

【目的】平成 28 年 6 月に「刑の一部執行猶予制度」が施行され、薬物依存症を抱える保護観察対象者を保護観察所と地域支援機関とが連携し、社会の中で支援していくニーズが高まっている。本研究の目的は、保護観察の対象となった薬物事犯者の転帰を明らかにし、転帰に影響する要因を明らかにするとともに、保護観察から地域の任意の社会資源への連携を促進するシステムを構築することである。

【方法】保護観察所と精神保健福祉センターなどの地域支援機関との橋渡しをしながら、保護観察の対象となった薬物事犯者の長期転帰を調査する、「Voice Bridges Project：「声」の架け橋プロジェクト」を開始した。研究は、保護観察対象者コホート調査を行う定量的研究のセクション（研究 1）と、同調査を進めるにあたっての地域支援体制に関する定性的研究のセクション（研究 2）に分けて展開された。前者では、保護観察所にて保護観察対象者をリクルートし、管轄の精神保健福祉センターにて研究参加の同意を得て、対面もしくは電話による調査を 3 年間実施する計画とした。初回調査で、基本属性や薬物依存重症度などを調査し、2 回目以降は薬物再使用の有無、生活状況（就労、住居など）、調査時点で受けている治療プログラム、困りごと・悩みごとや相談相手などを調査した。また、法務省保護局観察課から調査実施地域における全保護観察対象者のデータの提供を受け、調査に参加した者としなかった者の特徴（性別、年齢、保護観察の種類、保護観察終了時の転帰）を比較した。一方、後者の研究セクションでは、研究者が対象地域の精神保健福祉センターに赴き、調査実施状況の進捗や課題、保護観察所との連携体制に関するヒアリングを実施した。

【結果】研究 1「保護観察対象者コホート調査」では、平成 29 年 3 月から平成 30 年 12 月末までに、11 の精神保健福祉センターから計 209 名の保護観察対象者が調査に参加し、最長 1 年半後までの追跡調査が行われた。初回調査時における対象者の平均年齢は 45.3 歳で、男性が 76.1%、就労している者が 47.4%であった。保護観察の種類の内訳は、仮釈放の者が 67.5%と最多であった。主たる使用薬物が覚せい剤であった者が 95.2%、逮捕時における DAST-20 の平均値は 11.2 と中程度であった。治療プログラムを受けている者が 76.6%いたが、その多くは保護観察所で実施されるプログラムであった。1 年後調査では、保護観察終了している者が 78.3%で、就労している者が 73.9%まで増加した一方で、生活保護などの社会保障制度の使用が増加した。治療プログラムを受けている者が約 4 割に減少し、中でも保護観察所で実施されるプログラムを受けている者が 13.0%まで減少した。一方で、精神保健福祉センターで実施するプログラムに参加する者が 8.7%に増加

した。対象者の困りごと・悩みごとの内容は、初回調査・1年後調査ともに、経済的問題や仕事に関するものが多かった。薬物再利用率は時間経過とともに増加する傾向にあったが、1年後・1年半後調査の回答者が少なく、引き続き調査を継続しデータを蓄積する必要があると考えられた。

なお、法務省保護局観察課から提供されたデータを分析した結果、調査実施地域における保護観察対象における本調査同意率は22.1%であることが明らかになった。そして本調査対象者は、本調査に参加しなかったものと比較し、刑の一部執行猶予に付された者、さらに解析時点で保護観察が終了していない者が多かった。また、調査対象者における保護観察の転帰は、期間満了が52.9%と最も多く、身柄拘束、保護観察取消し、死亡は確認されなかった。

一方、研究2「調査実施地区ヒアリング調査」からは、精神保健福祉センターと保護観察所の間で、本プロジェクトを通して良好な連携が築かれつつあることが示唆された。当初の計画よりも保護観察対象者全体におけるリクルート率は低かったが、個別の支援ニーズを拾い上げながらリクルートへとつなげる工夫もなされており、地域ごとに具体的な課題を解決しながら順調にプロジェクトが展開している様子がうかがわれた。

また、現在、精神保健福祉センター同士の横のつながりの中で本プロジェクトの経験が肯定的なものとして伝わっており、それによって、今後、対象地域の拡大に発展することが期待される。

【結論】各地域の「ご当地性」を活かした薬物依存症地域支援の連携構築に向けて、「Voice Bridges Project（「声」の架け橋プロジェクト）」はさらなる広がりをみせている。本プロジェクトを通して各地域での取り組みを共有することにより、他の地域にも保護観察対象者を地域で支える体制構築が広がることが期待される。また、調査の結果を共有しながら、地域支援のあり方を各現場と共に検討し、有効な支援の実践へとつなげていくための基盤が出来上がりつつある。

研究協力者

高野 歩	横浜市立大学医学部看護学科精神看護学	大海善弘	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
窪田和巳	横浜市立大学医学部臨床統計学	高橋百合子	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
熊倉陽介	東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野	田口由貴子	元・東京都立多摩総合精神保健福祉センター
宇佐美貴士	国立精神・神経医療研究センター病院	野崎伸次	元・東京都立多摩総合精神保健福祉センター（現、昭和大学横浜市北部病院）
伴恵理子	国立精神・神経医療研究センター	谷合知子	元・東京都立多摩総合精神保健福祉センター（現、東京都立小児総合医療センター）
井上 悟	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	竹島 正	川崎市精神保健福祉センター
橋本直季	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	津田多佳子	川崎市精神保健福祉センター
山田俊隆	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	柴崎聡子	川崎市精神保健福祉センター
苅部春夫	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	南里清香	川崎市精神保健福祉センター
		佐野由美	川崎市精神保健福祉センター

木下 優	川崎市精神保健福祉センター	工藤博英	東京都立中部総合精神保健福祉センター
山本友晃	川崎市精神保健福祉センター		
河合顕宏	川崎市精神保健福祉センター	荒井 力	東京都立中部総合精神保健福祉センター
谷川美佐子	川崎市精神保健福祉センター		
原島 淳	川崎市精神保健福祉センター	中島明日美	元・東京都立中部総合精神保健福祉センター
田中香里	川崎市精神保健福祉センター		
小西麻子	川崎市精神保健福祉センター	平賀正司	東京都立精神保健福祉センター
植木美津枝	川崎市精神保健福祉センター	源田圭子	東京都立精神保健福祉センター
柴山陽子	元・川崎市精神保健福祉センター	植松恭子	東京都立精神保健福祉センター
鈴木 剛	元・川崎市精神保健福祉センター	桜井 清	東京都立精神保健福祉センター
本田洋子	福岡市精神保健福祉センター	西 絵里香	東京都立精神保健福祉センター
武藤由也	福岡市精神保健福祉センター	増茂尚志	栃木県精神保健福祉センター
徳永弥生	福岡市精神保健福祉センター	山田知弥	栃木県精神保健福祉センター
神前洋帆	福岡市精神保健福祉センター	黒崎 道	栃木県精神保健福祉センター
河野 亨	元・福岡市精神保健福祉センター	大賀悦郎	栃木県精神保健福祉センター
山田正夫	神奈川県精神保健福祉センター	杉山和平	栃木県精神保健福祉センター
川本絵理	神奈川県精神保健福祉センター	佐伯真由美	広島県立総合精神保健福祉センター
西尾恵子	神奈川県精神保健福祉センター		
中込昌也	神奈川県精神保健福祉センター	松岡明子	広島県立総合精神保健福祉センター
三尾早苗	神奈川県精神保健福祉センター		
佐藤智子	神奈川県精神保健福祉センター	米田千鶴	広島県立総合精神保健福祉センター
歳川由美	神奈川県精神保健福祉センター		
大沼三那子	神奈川県精神保健福祉センター	井口妙子	広島県立総合精神保健福祉センター
黒沢 亨	元・神奈川県精神保健福祉センター		
		楠本みちる	三重県こころの健康センター
原井智美	元・神奈川県精神保健福祉センター	宍倉久里江	相模原市精神保健福祉センター
		小口祐典	相模原市精神保健福祉センター
熊谷直樹	東京都立中部総合精神保健福祉センター	平松さやか	相模原市精神保健福祉センター
		新井紘太郎	相模原市精神保健福祉センター
菅原 誠	東京都立中部総合精神保健福祉センター	三井敏子	北九州市立精神保健福祉センター
菊池晴美	東京都立中部総合精神保健福祉センター	南 秀幸	北九州市立精神保健福祉センター
桑島千春	東京都立中部総合精神保健福祉センター	松浦由美	北九州市立精神保健福祉センター
佐藤理恵	東京都立中部総合精神保健福祉センター	土屋達郎	北九州市立精神保健福祉センター
藤原佑美	東京都立中部総合精神保健福祉センター	濱根大雄	北九州市立精神保健福祉センター

久富さくら 北九州市立精神保健福祉センター
 宮崎悠生 元・北九州市立精神保健福祉センター
 柳沢真希子 元・法務省保護局観察課（現・東京保護観察所）
 石井周作 元・法務省保護局観察課
 高尾正義 法務省保護局観察課
 中野智之 法務省保護局観察課
 田中恵次 株式会社 要
 松田淳一郎 株式会社 要
 朝倉貴宏 株式会社 要

A. 研究の背景と目的

平成27年11月に「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」が、法務省保護局・矯正局と、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部からの連名で公表された。¹⁾ そこには、規制薬物等の乱用が犯罪行為であると同時に、しばしば薬物依存の一症状でもあること、薬物依存症をもつ人に対して刑事処分の対象となったことに伴う偏見や先入観を排し、精神症状に苦しむ一人の地域生活者として薬物依存からの回復と社会復帰を支援する必要があることが明記されている。その上で、保護観察下および保護観察終了後の薬物依存症者に対する地域支援体制の構築はわが国喫緊の課題であるとされている。

平成28年6月には「刑の一部執行猶予制度」が施行された。刑事施設内の処遇だけではなく社会内処遇への移行をはかり、支援機能を充実させていこうという動きである。特に薬物事犯に関しては累犯者であっても一部執行猶予が可能となり、地域内で処遇される薬物事犯者の急激な増加が予想されている。刑事施設収容から社会内処遇へという刑事施設の大きな方針転換をうけて、薬物依存症をもつ人が地域で安

心して暮らせるための保健・医療・福祉の充実や、関係機関や民間支援団体の緊密な連携構築がより一層求められている。

しかし、刑の一部執行猶予制度をうけた地域支援体制を考えるうえで、二つの重要な課題が存在する。一つは、基礎資料の不足である。効率的な地域支援の展開のためには、薬物事犯による保護観察対象者の長期的な転帰、および、保護観察対象者への保健・医療・福祉サービスの効果に関するエビデンスが必要であるが、現在までのところ日本にはそうしたデータは存在しない。薬物依存症の調査においては、薬物使用が犯罪行為であることや、薬物使用や薬物使用者に対する偏見やスティグマが根強いことなどを背景として、調査対象者が薬物使用に関して正直に回答しにくく、データの信頼性が保ちづらいことも基礎資料の不足の一因である。

もう一つの課題は、保護観察と地域支援をつなぐ仕組みが不十分である点である。刑の一部執行猶予制度は、薬物事犯者の社会内処遇への移行による生活場面での支援機能の充実によって、刑務所を出所した後に薬物を再使用してしまう人を減少させるための仕組みであると言える。しかし、薬物依存症が再発と寛解をくりかえす慢性疾患であることを考えると、保護観察終了後に地域における支援者とのつながりがなければ、保護観察終了後の再使用のリスクが高まってしまうと考えられる。薬物依存症の地域支援のための資源は未だに絶対的に不足している。それに加えて、保護観察所における薬物再乱用防止プログラムをうけながら長期にわたる保護観察を終了した人が、その後に改めて自発的に支援機関を訪れることは少ないことが予想される。

保護観察から地域支援へのシームレスな移行を促すために、保護観察の開始時点から保護観察官や保護司に加えて地域の様々な支援機関の支援者が、薬物依存症をもつ保護観察対象

者にかかわる仕組み作りが必要である。それによって、対象者が保護観察期間中から地域の支援者と信頼関係を築くことができ、保護観察終了後も地域支援につながり続ける可能性が高まると考えられる。また、たとえ保護観察終了後に地域の支援者との関係性が途切れたとしても、薬物の再使用があった際には、重篤な乱用状態に至る前に、地域の支援者に援助希求できる可能性が高まると期待される。

こうした薬物依存症の地域支援をめぐる近年のニーズの高まりを背景として、保護観察と地域の薬物依存症からの回復に資する資源との橋渡しをしながら、保護観察の対象となった薬物事犯者の長期転帰を調査する、「Voice Bridges Project (以下VBP: 「声」の架け橋プロジェクト)」を平成29年3月より開始した。この研究プロジェクトは、各地域で保護観察対象となった薬物事犯者を精神保健福祉センターへとつなぎ、そこを起点として、地域の様々な資源へと紹介することを含めた継続的な支援を行いながら、保護観察が終了した後まで追跡してコホート調査を行うことを目的としている。

VBPは単なるコホート調査ではなく、保護観察所と精神保健福祉センターの間の支援のための連携を構築し、そこから更に保護観察対象者が医療機関や民間支援団体など、本人のニーズに沿った支援機関へとつながることを促進する、アクション・リサーチとしての意義を含んでいる。つまり、調査の枠組みを利用しながら各保護観察所と精神保健福祉センターの職員が顔を合わせ、調査と支援の連携について話し合う機会を重ねることで、対象者のニーズを中心として各地域での支援の連携が強化されることを意図している。そこで、コホート調査に加えて、VBP開始後の各地域における連携の工夫や新たな取り組みに関するヒアリング調査を行い、刑の一部執行猶予制度下の薬物依

存症地域支援体制に関する現状と課題などについて質的に検討した。

よって、ここに現時点までにおけるコホート調査の結果、ならびにVBP開始後の地域連携に関するヒアリング調査の結果を報告する。

B. 研究の方法と結果

以下では、研究1: 保護観察対象者コホート調査、研究2: 調査実施地区ヒアリング調査研究の2つのパートにわけ、それぞれ方法と結果、および小括としての考察を述べる。

【研究1: 保護観察対象者コホート調査】

a. 方法

1) 研究デザイン

規制薬物の使用・所持・譲渡の罪で起訴され保護観察の対象となった者を3年間追跡するコホート調査とした。調査は、1年目は3か月おきに計4回、2年目・3年目は半年おきに計2回実施し、計9回の調査を行う計画とした。調査期間中に、対象者が再逮捕などの理由から保護観察取り消しとなった場合、死亡した場合、精神保健福祉センターの管轄外に移居した場合、2回連続して調査が実施できなかった場合(1年目6ヶ月間、2・3年目1年間追跡不能となった場合)は、打ち切りとした。本報告書における調査期間は、平成29年3月1日から平成30年12月末であった。

2) 研究対象者

本研究の対象候補者は、調査実施地域における成人の保護観察対象者で、指標犯罪が規制薬物の使用・所持・譲渡である者であった。

対象候補者のうち、所定の手続きで登録申請書を精神保健福祉センターに郵送し、精神保健

福祉センターにおいて研究説明を受け、書面にて研究参加に同意した者を本研究の対象者とした。

3) 調査実施地域

平成 29 年 3 月のプロジェクト開始時点から平成 30 年 12 月末までの間に本プロジェクトに参加したのは、精神保健福祉センター管轄 11 地域（保護観察所管轄 8 地域）であった。平成 29 年 3 月のプロジェクト開始時点では、東京都多摩地区、川崎市、神奈川県、福岡市が参加し、平成 29 年 12 月より東京都 23 区、平成 30 年 4 月より栃木県、平成 30 年 6 月より相模原市、広島県、三重県、平成 30 年 7 月より北九州市が加わった。

4) 研究実施手順

研究対象候補者のリクルートは保護観察所にて実施した。保護観察開始から薬物再乱用防止プログラム（コアプログラム）受講中の期間（約 3 か月間）に、保護観察官が調査の概要及び、精神保健福祉センターの支援機能等に関する説明を行い、精神保健福祉センターの職員は守秘義務を有していることや、特に薬物使用の有無を含めた個人情報を守られることを伝えた。研究参加を希望する者は、登録申請書を精神保健福祉センターに郵送した。

登録申請書を受け取った精神保健福祉センター職員は、登録申請書に記載された電話番号に電話をかけ、研究説明と初回調査のための来所日を調整した。初回調査に来所した候補者に対し、研究説明、同意取得を行った。

初回調査は対面調査とし、2 回目以降の調査は原則電話で実施した。本人から対面調査の希望があった場合は、精神保健福祉センターや対象者の自宅等で調査を行った。調査の際に本人からの支援ニーズがあった場合には、調査に加えて精神保健福祉センターとしての通常の相談支援業務も並行して実施した。

対面または電話調査で収集した調査結果は、精神保健福祉センター職員が調査専用ウェブシステムに入力した。各精神保健福祉センターに調査専用ウェブシステムにのみ接続可能な専用タブレット貸与し、調査担当職員にアクセス権限を付与した。ウェブシステムへのアクセスは、ログイン管理（職員ごとの ID とパスワード）とし、通信やデータベース管理には暗号化・難読化・匿名化を用い、不正アクセスや情報漏えい対策を万全に実施した。

このウェブシステムでは、研究者や精神保健福祉センター職員それぞれにおいて操作権限が異なり、精神保健福祉センター職員は自機関以外のデータを閲覧・編集できない仕組みとなっている。また、研究者は研究用 ID が付与され匿名化された全対象者のデータをダウンロードし分析を行った。

5) コホート調査における調査項目

初回調査と 1 年おきの調査では、人口動態的変数、学歴、犯罪歴（逮捕歴・矯正施設入所歴）、アルコール・薬物依存症の家族歴、薬物依存症に対する治療歴、治療プログラム利用有無と種類、自殺念慮・自殺企図（生涯・過去 1 年）、保護観察の種類（全部執行猶予、仮釈放、一部執行猶予）、薬物のことも含めて相談できる人の有無と種類、困りごとや悩み事の有無と種類、逮捕時における薬物問題の重症度（日本語版 DAST-20 得点）、³⁾ QOL を調査した。

2 回目以降の調査では、前回の調査から調査時点までの薬物使用の有無、治療プログラム利用有無と種類、住居、同居者、婚姻状況、就労状況、自殺念慮・自殺企図、薬物のことも含めて相談できる人の有無と種類、困りごとや悩み事の有無と種類、QOL を調査した。

6) 保護観察対象者全体との比較

本調査対象者は、保護観察対象者の一部であり、どのような保護観察対象者にどのような支

援ニーズがあるか検討するには、保護観察対象者全体と本調査対象者における特徴の違いを把握する必要がある。そこで、法務省保護局観察課より、本調査実施地域の保護観察対象者全員のデータを個人が特定されない形で提供していただき、本調査に参加した者と参加しなかった者における特徴の比較を行った。項目は、本プロジェクト同意有無、保護観察開始時の年齢、性別、保護観察の種類、保護観察終了時の転帰であった。また、平成 29 年時点でプロジェクトに参加していた地域（東京都多摩地区、川崎市、神奈川県、福岡市）における保護観察終了時の転帰を提供していただき、全国の保護観察終了時の転帰と比較した。

7) 解析方法

研究のフェージビリティ調査として、登録申請者数、調査の進捗状況を集計した。

初回調査時の参加者の特徴、時点ごとの薬物使用状況、調査開始時点と 1 年後調査時点における対象者の特徴を記述統計により集計した。QOL を調査開始時と 1 年後時点において、t 検定またはカイ二乗検定にて比較した。2 回目調査への回答が得られた者を対象に、何らかの薬物の再使用をイベント発生と定義した Kaplan-Meier 解析を行い、調査期間における累積生存率、生存時間の推定中央値を算出した。

法務省保護局観察課より提供されたデータを用いて、研究同意者と非同意者の 2 群間における、年齢、性別、保護観察の種類、保護観察終了時の転帰の差を t 検定またはカイ二乗検定で検証した。また、「平成 29 年度保護統計年報」 「保護観察終了者の終了事由・終了時状況別罪名および非行名」から保護観察終了時の転帰を集計し、提供されたプロジェクト実施地域における保護観察終了時の転帰を比較した。

8) 倫理的配慮

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会による承認を受け実施した。本研究への正式な参加有無を保護観察所が把握する必要があったため、正式同意者（調査対象者）の氏名のみ各精神保健福祉センターから各保護観察所に伝えられた。また、調査打ち切りとなった場合も、その対象者の氏名のみが伝えられた。それ以外の情報、特に薬物使用状況に関する情報については、原則として守秘義務が優先され、保護観察所に伝えられないように取り決めた。上記について、研究説明時に対象者に伝え、個人情報保護への懸念に対する配慮を行った。

また、ウェブシステム開発を委託した企業と「システム開発者はデータを利用しない」という契約書を交わした。

b. 結果

1) 調査実施状況

各精神保健福祉センターにおける登録申請者数を表 1 に、調査の進捗を表 2 に示す。平成 29 年 3 月から平成 30 年 12 月末までに、273 名の保護観察対象者からの登録申請書が各精神保健福祉センターに送られた。そのうち、209 名（76.6%）から正式同意が得られ、初回面接を行った。正式同意者のうち調査が継続されている者は 164 名（78.5%）であった。各精神保健福祉センターにおける調査対象者は、3～52 名であった。

2) 初回調査結果

初回調査結果が得られた 209 名における初回調査結果を表 3～9 に示す。調査対象者の平均年齢は 45.3 歳（標準偏差 10.1）であり、男性は 159 名（76.1%）、女性は 50 名（23.9%）であった。現在は「自宅」に居住する者が最も多く（130 名、62.2%）、次いで「更生保護施設」（51 名、24.4%）、「ダルク」（11 名、5.3%）が続いた。同居者については、「家族と同居」（110

名、52.6%) が最も多く、次いで「単身」(53名、25.4%)、「家族以外と同居」(41名、19.6%)であった。就労状況については、「週4日以上働いている」者が85名(40.7%)いた一方で、「無職」の者も98名(46.9%)と約半数を占めていた。最終学歴としては、「中学卒業」(114名、54.5%)の者が最も多く、婚姻状況については、「離婚」(90名、43.1%)が最も多かった。社会保障制度の利用状況については、51名(24.4%)が利用しており、その内訳としては生活保護と自立支援医療、精神障害者保健福祉手帳が多かった。

また、保護観察の種類の内訳としては、全部執行猶予が18名(8.6%)、仮釈放が141名(67.5%)、刑の一部執行猶予のみが15名(7.2%)、刑の一部執行猶予と仮釈放の両方が35名(16.7%)であった。保護観察にあたって、「禁酒」を遵守事項に盛り込まれていた者は53名(25.4%)であった。

表4・5に、健康問題や医療等の利用状況、薬物使用に関する属性に関する結果を示す。対象者のなかで、現在治療中の身体疾患を持つ者が88名(42.1%)であり、そのうちC型肝炎が25名(12.0%)、HIVが6名(2.9%)であった。治療中の精神疾患を持つ者が64名(30.6%)であった。アルコール・薬物問題の家族歴を持つ者は51名(24.4%)であった。また、自殺念慮と自殺企図の生涯経験を持つ者はそれぞれ67名(32.1%)、41名(19.6%)、過去1年以内の経験を持つ者はそれぞれ26名(12.4%)、6名(2.9%)であった。主たる使用薬物としては、覚せい剤が199名(95.2%)、大麻が4名(1.9%)、その他の違法薬物が2名(1.0%)、危険ドラッグが1名(0.5%)、処方薬が1名(0.5%)、多剤が1名(0.5%)、その他(シンナー)が1名(0.5%)であった。初使用年齢の平均値は19.7歳(標準偏差7.3)であった。160名(76.6%)が現在治療プログラムを受けており、その内訳としては、司法機関

139名、自助グループ17名、ダルク13名、医療機関13名、精神保健福祉センター8名であった。

表6~8に、相談相手の有無と種類、悩み事の有無と種類、QOLの状況に関する結果を示す。「薬物のことも含めて相談できる人」について、39名(18.7%)が「一人もいない」と答えた。170名(81.3%)が相談できる人がいると答え、その内訳の代表としては、友人(106名)、両親(60名)、保護司(51名)、保護観察官(47名)、きょうだい(46名)などが挙げられた。「悩み事」について、137名(65.6%)が「ある」と回答しており、その内訳として、経済的問題(68名)、仕事のこと(63名)、家族のこと(61名)、自分の健康(51名)、薬物のこと(40名)などが多かった。また、QOLは、生活の質については、「まったく悪い」7名(3.3%)、「悪い」35名(16.7%)、「ふつう」86名(41.1%)、「良い」45名(21.5%)、「非常に良い」33名(15.8%)であった。健康状態については、「まったく不満」23名(11.0%)、「不満」62名(29.7%)、「どちらでもない」47名(22.5%)、「満足」58名(27.8%)、「非常に満足」16名(7.7%)であった。

表9に逮捕時におけるDAST-20得点を示す。³⁾合計得点の平均値は11.2(標準偏差4.2)であり、Low(0-5)が23名(8.5%)、Intermediate(6-10)が60名(22.0%)、Substantial(11-15)が95名(34.8%)、Severe(16-20)が31名(11.4%)であった。

3) 薬物使用状況

表10に各調査時点における調査の実施状況を示した。2018年12月末時点で各調査の回答割合(調査該当者における調査回答者の割合)は、73.2%~87.7%であり、調査開始から1年経過した後も約8割の者が調査に回答していた。一方で、調査実施中である209名のうち1

年後調査に該当した者は12.9%で、調査を開始して1年以内の者が8割程度であった。

表11に各調査時点における薬物再使用状況を示す。何らかの薬物の再使用があった者は、3か月後調査に回答した者135名のうち8名(5.9%)、6か月後調査に回答した者78名のうち8名(10.3%)、9か月後調査に回答した者52名のうち3名(13.0%)、1年後調査に回答した者23名のうち3名(13.0%)、1年半後調査に回答した者5名のうち5名(100.0%)であった。使用薬物の内訳は、不明の者が一部存在したため正確な結果ではないが、覚せい剤がどの時点においても半数程度を占め、それ以外は処方薬や市販薬の乱用であった。

図1に Kaplan-Meier 解析の結果を示す。1年半後の再使用率が100.0%であったため、1年半後時点で累積生存率がゼロとなっていた。生存時間の推定中央値は、540日(95%信頼区間:377.7-702.3)であった。

4) 1年後調査結果

表12~16に1年後調査に回答した23名における初回調査時と調査開始から1年後時点における属性、相談相手、困りごと・悩み事、QOLの結果を示す。平均年齢は、39.4歳(標準偏差12.5)であり、全調査対象者の平均(45.3歳)よりも若い傾向にあった。住居、同居者、婚姻状況は、初回調査時とほぼ同じ割合であったが、就労状況は週4日以上働いている者が47.8%から56.5%に、週4日未満働いている者が4.3%から17.4%にそれぞれ増加し、一方で無職の者が47.8%から21.7%に減少した。社会保障制度を利用している者が21.7%から39.1%に増加した。内訳として、生活保護が17.4%から26.1%に、自立支援医療が13.0%から26.1%に、年金が0.0%から8.7%に増加した。治療中の身体疾患または精神疾患がある者の割合は同程度であった。過去1年に自殺念慮・企図がなかった者が、43.5%から91.3%に増加

した。保護観察の種類が仮釈放であった者が約7割を占め、1年後の時点で保護観察を終了した者が78.3%であった。治療プログラムを受けている者が、73.9%から39.1%に減少した。内訳として、司法関連機関のプログラムを受けている者が65.2%から13.0%に減少し、一方で精神保健福祉センターのプログラムを受けている者が0.0%から8.7%に増加した。

薬物のことも含め相談できる相手がいると回答した者は約8割で、初回調査時と1年後で同程度であった。相談相手の内訳として、保護観察官が26.1%から4.3%に、保護司が39.1%から8.7%にそれぞれ減少し、一方で保健機関関係者が0.0%から8.7%に増加した。困りごと・悩み事があると回答した者は、30.4%から43.5%に増加した。1年後の困りごと・悩み事の内訳として、経済的問題が26.1%と最も多く、次いで自分の健康、仕事のことがそれぞれ17.4%であった。薬物のことは、21.7%から0.0%に減少した。2時点におけるQOLに関する2項目の得点に有意差は見られなかった。

5) 保護観察者全体との比較

表17に、調査実施地域において本研究に同意した群と同意しなかった群の2群間で属性、保護観察の種類、保護観察終了時の転帰を比較した結果を示す。全保護観察対象者1018名のうち、本研究に同意した者は225名(22.1%)であった。2018年12月末時点における初回調査実施者は209名であったため、225名のうち16名は初回調査をこれから実施する者と考えられた。

年齢は、同意群45.7歳(標準偏差10.0)、非同意群43.4歳(標準偏差10.5)で、同意群において有意に年齢が高かった($p=0.003$)。男性の割合は、同意群225名のうち175名(77.8%)、非同意群293名のうち247名(84.3%)であり、2群間に性別の有意差は認められなかった($p=0.35$)。

保護観察の種類は、2群間で有意差が認められた ($p=0.012$)。一部執行猶予以外で仮釈放を与えられた者が、同意群 66.7%、非同意群 70.4%であり、非同意群で多い傾向にあった。一部執行猶予で仮釈放を与えられた者が、同意群 21.8%、非同意群 13.9%であり、同意群で多い傾向にあった。どちらの群でも仮釈放で保護観察を受けている者が8割以上を占めていた。全部執行猶予は、同意群 8.4%、非同意群 13.2%であり、非同意群で多い傾向にあった。一部執行猶予(実刑部分執行終了した者)は、同意群 3.1%、非同意群 2.5%であった。よって一部執行猶予に該当する者は、同意群 24.9%、非同意群 16.4%であり、同意群に一部執行猶予該当者が多い傾向にあった。

保護観察の転帰においても2群間に有意差が認められた ($p=0.006$)。期間満了は、同意群 52.9%、非同意群 62.8%であり、非同意群で多い傾向にあった。同意群において、身柄拘束、保護観察取り消し、死亡、所在不明といった転帰は確認されなかった。また、保護観察中である者が、同意群 44.0%、非同意群 29.4%であり、同意群で多い傾向にあった。

表 18 に、参考資料として、調査実施地域における保護観察対象者の転帰を示す。集計できる最新のデータが平成 29 年中に保護観察を終了した者のデータであったため、平成 29 年時点で調査を開始していた地域(東京都多摩地区、川崎市、神奈川県、福岡市)における転帰を法務省保護局観察課に集計を依頼した。期間満了の者が 97.5%であり、転居(1.8%)や保護観察取り消し(0.6%)は、ごくわずかであった。参考として集計した全国における保護観察終了時の転帰は、期間満了 92.8%、保護観察取り消し 6.7%であり、調査実施地域では期間満了の者が多く保護観察取り消しが少ない傾向にあった。

c. 小括(研究1の考察)

1) 調査実施状況

平成 29 年 3 月にプロジェクトを開始してから、約 2 年弱の間に実施地域が 4 から 11 に増加した。刑の一部執行猶予制度が開始され、地域で関係機関の連携が期待される中、具体的な連携体制の構築や対象者への対応は地域ごとに手探りで行われていたため、このプロジェクトを通して連携体制構築を図りたいと考える地域のニーズが高かったのではないかと考えられる。また、調査実施地域の保護観察対象者における調査参加同意率は約 2 割であり、保護観察対象者の一部に何らかの支援ニーズが存在することが考えられた。各時点の調査への回答率は 7~8 割であり、脱落率が比較的低いことから、調査の枠組みを通して、精神保健福祉センター職員とのつながりを保ちたいと考える保護観察対象者が存在すると考えられた。

現時点では 1 年後調査に該当する者が 1 割程度と少なく、多くの対象者が調査を開始してから 1 年未満であった。よって、現時点で長期的な転帰を結論することは難しいと思われる。これまでわが国では薬物使用者における長期予後調査が実施されず、薬物使用者の長期予後や自然経過に関する基礎資料が不足していた。可能な限り調査を継続し、薬物使用者および保護観察対象者における長期的な転帰に関する基礎資料が作成されることが望まれる。

2) 対象者の特徴

本調査対象者は、男性が約 75%を占め、年齢は約 45 歳で、最終学歴が中学卒業である者の割合が約 55%であった。これは、全国の精神科医療機関を受診した薬物関連障害患者を対象とした調査(以下、全国病院調査)における年齢および性別、最終学歴と同程度であった。²⁾一方で、全国病院調査の患者群とは異なる特徴も確認された。本調査における主たる薬物は、覚せい剤が約 95%を占めた。全国病院調査においても主たる薬物として覚せい剤が一番多い

のは同様であるものの、全国病院調査におけるその割合は約53%である。保護観察対象者は当然ながら規制薬物の使用・所持等の罪で起訴され保護観察に付されるため、対象者の多くが覚せい剤使用者であったと考えられる。また、本調査対象者の約5割が就労していたが、全国病院調査の患者群で就労している者は約2割である。さらに、本調査対象者の7割近くは精神疾患の治療を受けておらず、薬物依存や併存する様々な精神疾患の治療を受けている全国病院調査の患者群に比べ精神的健康度が高いことが考えられる。QOLに関する項目の得点(得点範囲1~5)も、平均値が3程度であり、決してQOLが悪い状態とは言えなかった。よって、本調査対象者は医療機関で治療を受けている薬物依存患者と比較し、覚せい剤使用者が多く、薬物事犯による逮捕歴は複数回あるものの半数が就労しており、人間関係や社会生活が維持され精神的健康が保たれている者が多かったと考えられる。保護観察対象者には、医療ニーズの高い患者とは異なる特徴があり、患者とは異なる支援ニーズがあることを考慮する必要がある。

調査対象者の約8割は薬物のことを含め相談できる相手があり、経済的問題や仕事について悩んでいる者がそれぞれ3割程度存在した。治療プログラムを受けている者は7割近く存在したが、そのうち半数は司法関連機関のプログラムを受けており、医療機関のプログラムを受けている者は約7%、精神保健福祉センターのプログラムを受けている者は約3%、ダルク利用者は約7%であった。このことから、調査対象者の多くは、保護観察開始当初は保護観察所で実施される薬物再乱用防止プログラムのみを受けており、地域の関係機関で提供されるプログラムにつながっていないと考えられた。要因として、社会生活が維持され精神的健康度が高い保護観察対象者においては医療や精神保健福祉機関による支援のニーズが少ないこ

と、社会資源や支援に関する情報が周知されていないこと、仕事のため保護観察所以外の治療プログラムに参加する時間的余裕がないこと、が考えられる。

法務省保護局観察課から提供されたデータからは、調査対象者は調査に参加しなかった保護観察対象者とは異なる特徴を持つことが明らかとなった。調査対象者には刑の一部執行猶予対象となった者が多い傾向にあった。刑の一部執行猶予は、複数回の逮捕や執行猶予中の再犯などにより長期的な保護観察が必要と判断された者に付与されることが多い。つまり、調査対象者には薬物使用が繰り返され度重なる逮捕に至った者や薬物依存の重症度が高い者が多く含まれると考えられる。刑務所入所中や保護観察期間中は薬物の入手や使用が困難であり、薬物使用の欲求は自然と抑えられると言われている。また、保護観察対象者には社会生活の再建を第一の目標としている者が多く、経済的問題や仕事に関する悩みを解決することが優先されている状況を考えると、薬物再使用のリスクは自覚されにくいと考えられる。しかしながら、刑の一部執行猶予によって長期的な社会内処遇が必要であると判断された者における薬物再使用リスクは低いとは言えず、むしろ自覚されないリスクや支援ニーズを長期に渡る保護観察期間で見出していく必要があると考えられる。

また、調査対象者に刑の一部執行猶予に該当する者が多かったことから、保護観察終了時の転帰として保護観察期間中である者が多かったと考えられる。調査対象者に身柄拘束、保護観察取消しとなった者は確認されなかったが、長期的に経過を確認する必要がある。

3) 薬物再使用状況

本調査では、調査開始から1年半後までの各調査時点における薬物再使用者の割合を明らかにした。3か月後調査では多くの対象者が保

護観察中であつたと考えられ、薬物再使用は135名中8名(5.8%)に確認されたものの半数は市販薬または処方薬の乱用であつた。1年後調査では、23名中3名(13.0%)に再使用が認められ、時間経過とともに再使用者割合が増加する傾向にあると考えられた。また、1年半後調査では5名中5名(100.0%)に再使用が認められた。しかしながら、1年後調査該当者は全対象者の1割程度であり、1年半後調査該当者は6名と調査対象の母数が少ないことから、引き続き調査を実施し調査対象者全体における薬物再使用状況と経時的変化を確認する必要がある。

また、精神保健福祉センター職員に対し薬物再使用について正直に打ち明けることができている点について、調査対象者と支援者との間に信頼関係が形成されていると解釈することもできる。薬物再使用に関する会話から、調査の枠組みを超えた支援が展開されることも十分に考えられ、支援の側面からはこの結果を前向きに評価することができると思われる。

Kaplan-Meier解析の結果から、生存時間の推定中央値が540日(95%信頼区間:377.7-702.3)であり、保護観察開始から間もないタイミングから1年半後までの間に本調査対象者の半数に何らかの薬物再使用が認められると解釈できる。しかしながら、長期追跡者が少なく生存時間の推定中央値95%信頼区間が広いと、さらに長期追跡者のデータを追加し経過をみる必要がある。

わが国において、司法に関連したアウトカム(再犯率など)以外で薬物使用者の長期予後を検討した研究はほとんど存在しない。本コホート調査を継続し3年後調査の対象者を一定数確保し、薬物再使用率を確認することには重要な意義があると思われる。また、今回は調査対象者数に限りがあったため、薬物依存重症度や保護観察の種類などの要因が薬物再使用に影響するかどうかを検討できなかった。今後は長期

追跡者数を増やし、ログランク検定やCox回帰分析を用いて薬物再使用に影響する要因を検討する必要がある。

4) 調査開始1年後における変化

調査開始から1年後には、約8割の対象者が保護観察を終了し、生活、悩みごとや相談相手に一部変化が生じていた。無職の者が2割程度まで減り、7割以上が就労していた。一方で、生活保護や年金、自立支援医療の利用が増え、主に無職の者において社会保障制度の利用が進んだと考えられる。これは、精神保健福祉センターという健康と福祉の両方を支援する公的機関につながった結果とも考えられ、就労が難しい場合であっても適切な福祉サービスを利用することで保護観察対象者の生活の安定が図られていると考えられる。調査開始から1年間に自殺念慮・企図がなかったものが約9割を占め、精神疾患の治療を受ける者の割合やQOLの状態も横ばいであつた。以上のことから、調査対象者は、就労により生活再建を図り、もしくは福祉サービスを利用しながら比較的安定した生活を送っていたと推測される。

困りごと・悩みごとを抱える者は増加し、依然として経済的問題や仕事のことで悩む者が多かった一方で、薬物のことで悩むものは皆無となった。相談相手がいる者は8割程度で割合に変化は見られなかったが、相談相手が大きく変化していた。家族や友人に相談する者の割合は変化しなかったが、保護観察終了とともに保護観察官と保護司に相談する者が減り、保健機関関係者に相談する者が現れた。また、治療プログラムを受けている者は約7割から約4割に減り、その要因は保護観察終了に伴い保護観察所におけるプログラムを受ける者が約65%から約13%まで減ったことが考えられた。その一方で、精神保健福祉センターのプログラムを受けている者が現れた。以上のことから、保護観察対象者が支援を受ける場や相談相手が司

法から地域精神保健へとシフトしていること、一部の保護観察対象者に対し保健福祉サービスが新たに導入されたこと、薬物依存に対する支援に限らず健康や生活を支える多様な援助が提供されるようになったこと、関係機関の連携体制構築が促進されたこと、が考えられた。

現時点で保護観察対象者のうち精神保健福祉センターにつながる者は多いとは言えないが、このプロジェクトによって保護観察所と精神保健福祉センターの連携強化が進むに伴い、さらに精神保健福祉センターを利用する者が増える可能性がある。調査をきっかけに対象者と信頼関係を構築し支援ニーズを見出していくことにより、健康や生活面における個々のニーズに合った支援を検討していくことが可能となる。保護観察期間中から対象者と信頼関係を築いておくことで、保護観察終了後の支援もより容易となると考えられ、シームレスな支援提供が可能となる。調査結果から、本プロジェクトにより以上のことが実現可能であることが示唆された。

一方で、無職で福祉サービスを利用しながら生活をする保護観察対象者においては、保護観察終了後は保護観察官や保護司との関係がなくなり、薬物のことを含め相談できる相手が少なくなることが考えられる。福祉サービス担当者は、保護観察中の早い段階から薬物依存者支援を担う社会資源の紹介を行うなど、生活面だけでなく薬物依存の問題に関する援助も提供することが求められる。

【研究 2：調査実施地区ヒアリング調査】

a. 方法

VBP 参加地域の精神保健福祉センター職員および VBP 調査対象地域を管轄する保護観察所職員を対象として、ヒアリング調査を行った。ヒアリング場面の設定は、精神保健福祉センタ

一職員、保護観察所職員の業務状況等を考慮し、地域によって①研究者を含めた三者合同、②研究者および精神保健福祉センター職員、③研究者および保護観察所職員というように柔軟に設定した。調査の対象となる職員に 2 時間程度の半構造化フォーカスグループインタビューを実施し、精神保健福祉センター職員には以下の項目について聴取した。

- i) 精神保健福祉センター全体および薬物依存症支援に従事するスタッフの体制
 - ii) 地域特性（特に薬物依存症と関連した地域の特徴）
 - iii) 保護観察所、医療機関、ダルク等関係機関との連携状況
 - iv) 地域ならではの強み（「ご当地」活動、力を入れている取り組み等）
 - v) 面接に要する時間、必要となる人員、電話連絡時のつながりやすさ等 VBP に関わる業務負担
 - vi) 調査対象者の実態（重症度や支援ニーズ等）
 - vii) VBP 開始前後での変化
- また、保護観察所職員に対しては以下の項目を聴取した。
- viii) 保護観察所における保護観察対象者の総数や特徴
 - ix) 保護観察所で行なっているプログラムについて
 - x) 精神保健福祉センター、医療機関、ダルク等関連機関との連携
 - xi) リクルートの実際
 - xii) 調査対象者の反応

ヒアリング対象地域は、調査開始初年度は、①一定数の薬物依存症をもつ人が存在すること、②キャッチメントエリアが限られていて対象者の精神保健福祉センターへのアクセスが比較的良好であり、調査のリクルートと支援が行いやすいことを選定基準とし、福岡市および川崎市とした。調査 2 年度目は地域の精神保健

センターのモデルとなることから神奈川県とした。調査3年度目は、東京都多摩地区、広島県にヒアリングを行った。3年間の調査で計5つの地域が調査対象となった。

それぞれの地域における薬物依存症支援の取り組みと、プロジェクト開始前後での変化（参加したことで生じたポジティブな変化等）を以下に記す。VBPでは、こうしたヒアリングにおいても精神保健福祉センターと保護観察所の両機関合同で開催することをこころがけており、それによって顔の見える関係性構築の場を作り出している。

b. 結果

1) 福岡市の取り組み(平成29年8月時点)

福岡市は福岡県西部に位置する人口156万人の政令指定都市であり、九州の中では薬物依存症が多い街である。精神保健福祉センターに相談にくる薬物依存症の人は、保護観察所や更生保護施設からつながることも多く、福岡市に住まいがなく他県に住んでいる人もいる。依存症専門相談や薬物依存症家族教室、薬物依存症者回復支援プログラム等を行なっている。相談が無料であることは精神保健福祉センターの強みの一つであり、投薬が必要でない人に関しては特に、精神保健福祉センターが支援の選択肢の広がりを生むと思われる。依存症支援に関わる関係機関の連携強化を目的として、福岡市依存症支援者連携会議が平成26年に発足し、現在では15団体（マックやダルクなどの施設、麻薬取締部、保護観察所、保護司会、精神科病院、福岡市行政、福岡市精神保健福祉センター等）が参加している。

福岡市精神保健福祉センターでは、VBPは専門相談を行う相談指導係の2名の職員が対応している。調査に関わる実務負担は現時点ではそこまで大きいとは感じていないという。福岡保護観察所との物理的な距離が近いこともあり、密な情報交換をしており、薬物依存から

回復して地域での生活を長く続けて欲しいという想いを共有しながら協働できると感じている。

福岡保護観察所では、薬物支援ユニットが存在し、専門的な対応を行なっている。医療機関への紹介や地域連携を強めていこうと活動している。薬物乱用防止プログラムの対象者は常時30名ほどおり、ダルクの協力のもと、当事者スタッフがアドバイザーとしてプログラムに入っている。

コアプログラムの期間中に対象者の状況に合わせて保護観察官が研究のリクルートを行っている。保護観察所と精神保健福祉センターの物理的な距離が近いことから、プロジェクト開始前から両機関の間で顔の見える連携関係が構築されていたこともあり、研究リクルートと合わせて本人からの支援ニーズがある場合には電話や顔を合わせての情報共有も行うことができている。

本プロジェクトを通して、保護観察所と精神保健福祉センターの間で月1回の定例会議が作られた。プロジェクトの開始以前から話し合いを持ち、平成29年7月から月に1回、日を決めて場所を持ち回りとして定例会議を開催している。今までは両機関の間で定例会はなかったため、本プロジェクトを通して交流が増えた。保護観察対象者の支援において、どのような機関と連携したら良いのかなどを精神保健福祉センターと相談しながら考えることで、医療の視点からの支援方針を検討しやすくなったと保護観察官は感じている。

今後は合同でのケア会議を開催していくことを検討している。その際には互いの守秘義務を考慮し、情報共有の在り方のルールを確認しながら進めることが必要であることなどを話し合っている。対象者本人のニーズを中心とし、対象者も交えてのケア会議を行えるように検討していく予定である。

2) 川崎市の取り組み(平成 29 年 9 月時点)

川崎市は神奈川県の北東部に位置する政令指定都市で、平成 29 年 8 月 1 日現在で人口 1,502,599 人であり、政令指定都市の中では最も面積が小さいが、人口は非都道府県庁所在地の中では最大である。川崎南部 2 区(川崎区・幸区)には生活困窮の問題を抱える人も多く、川崎区には簡易宿泊所街が存在する。中国・韓国・朝鮮・フィリピン・ベトナムなどを中心に外国人人口が増え続けており、歓楽街や競馬場・競輪場等も存在している。

精神保健福祉センターの診療・相談係に、保健師、看護師、社会福祉職、心理職が配置されて多職種による依存症の相談を行なっている。川崎市内に依存症を扱う医療機関が少ないため、依存症の相談業務を精神保健福祉センターが担ってきた。平成 28 年度の年間相談延件数 1,005 件のうち、依存症に関する相談件数は 440 件であり、その中で薬物に関する相談は 84 件であった。潜在的に薬物の支援ニーズがある人が多いと思われるが、実際に自ら支援を求め人はあまり多くない。アルコール依存症家族セミナー、薬物・ギャンブル問題家族セミナー、SMARPP をベースとした「だるま〜ぷ」等を定期的で開催している。

川崎ダルク、川崎マック、川崎断酒新生会、アルコールケアセンターたんぽぽ、DA、GA、精神保健福祉センターなど行政と民間支援団体が毎年共同で「川崎アクションフォーラム」を開催しており、毎月行われる実行委員会が、川崎市内の依存症に関わる様々な支援団体の間の情報共有や連携のための場として有効に機能している。

横浜保護観察所には薬物処遇班がある。プログラムにはダルクのスタッフにアドバイザーとして入ってもらっており、そのつながりからダルクを見学したいという人もいる。神奈川県内で薬物依存症を専門的に診療する医療機関と保護観察官、県内の各精神保健福祉センター

の職員が集まり、3 ヶ月に 1 回程度のペースで勉強会を開催している。

保護観察所から精神保健福祉センターにつなげるケースは現時点ではまだ少ない。対象者のニーズを探りきれていないことや、どのようなケースを紹介することが適切なのかを把握しきれていないことが原因と考えられる。対象者からみても、精神保健福祉センターがどのようなことをしてくれる場所かイメージが湧きづらく、相談することとはどういうことかも想像しづらいという印象を受けている。顕在的な支援ニーズがないように見える人も多いが、本プロジェクトを通して、保護観察所でのプログラムを行う中で潜在的なニーズを探る働きかけを行っている。調査に同意した対象者から、保護観察所のプログラムの中で、「万が一薬物を再使用してしまっても話をきいてくれるだけで逮捕されない場所があるということを知って、嬉しく思った」という趣旨の発言があった。そのような役割の違いを伝えた上で、本人を中心とした支援の連携を構築していくことが重要であると考えている。

川崎市精神保健福祉センターだけで実際の支援を行なっていくわけではないが、行政機関や地域の支援のための資源を把握し、適切な相談先につないでいくケアマネジメントの入り口として、精神保健福祉センターを有効利用していくことで、薬物依存症を持つ人の地域生活支援が充実していく可能性があることなどを話し合っている。

3) 神奈川県の取り組み(平成 30 年 2 月時点)

隣に神奈川県立精神医療センターがあるため、神奈川県精神保健福祉センターでは直接の当事者支援を密に行っていないが、匿名による電話相談を受けている。また、年 2 回の家族講座や年 1 回の支援者向け研修を開催している。職員の研修として、神奈川県立精神医療センター、横浜保護観察所、横浜ダルク・ケア・

センターの協力を得て SMARPP 等のプログラムを見学したり、保護観察所と神奈川県立精神医療センターが合同で開催している依存症に関する勉強会に参加しているなど、地域の中で依存症に関する情報交換をする場がある。

本プロジェクトには相談課の職員 5 人程度で対応している。担当者みみの負担とならぬよう課として相談しあえる体制を整えると共に、本研究を、薬物依存症をもつ当事者への対応力のスキルアップを図る機会としても捉えている。働いている参加者も多く、初回面接や電話調査の日程調整が難しいため、電話をかけるタイミングなどの工夫をしている。初回面接で1度会っただけでは研究参加者の支援ニーズはなかなか表出されないため、ニーズや困り具合を把握するためには、単なる調査としてではなく相談支援として関わる必要性を感じている。また、本調査は本人が対象であるが、家族とも関わり、家族の困り感も知る必要があるなど、支援のためにはより総合的な関わりが必要であると感じる。プログラムが受けられると聞いて精神保健福祉センターに来たと訴える対象者が、帰りに隣の神奈川県立精神医療センターに寄っていった事例があった。効果的なソーシャルワークを行うため、保護観察所や保健所や市区町村とも一緒に対応する必要がある。

神奈川県精神保健福祉センターは当事者支援よりも支援者支援が主な役割だが、このプロジェクトをきっかけに、担当職員だけでなくセンター全体として薬物依存症者と関わりスキルアップを図ろうとする機運が高まっている。

4) 東京都(多摩地域)の取り組み(平成30年7月時点)

東京都多摩地域は30の市町村があり、人口は約421万人である。7つの保健所及び東京都の112の精神科病院の半数以上となる67病院が配置されている。

多摩地区全域を管轄する多摩総合精神保健福祉センターでは、依存症に関する相談は特定相談事業として毎週火曜日に①来所による個別相談、②再発予防プログラム「TAMARPP」、③依存症家族教室の3本柱で支援を行っている。TAMARPP や依存症家族教室では、精神科医師、ソーシャルワーカー、弁護士、司法書士、依存症回復支援スタッフ、自助グループ等の外部講師による講義と、センター職員による講義やグループワークを組み込んで、依存症についての知識と適切な対応について学ぶ機会を提供している。

管轄地域内の精神科病院は多いものの、薬物依存症に対応可能な医療機関は少ないため、治療については区部や神奈川県の医療機関を案内する場合もあり、薬物依存症プログラムが受けられる入院対応が可能な医療機関が少ないことが地域としての大きな課題である。一方で、保健所や管轄地域内の精神科医療機関からは、日常的に依存症当事者やその家族に対する個別相談およびプログラム参加に関する打診があることから、情報を共有しながら連携して支援に当たっている。

東京保護観察所立川支部との間では、例年立川支部が実施する身元引受人会へ講師として参加し、センターでの薬物・アルコール等相談事業の取り組みを紹介している。平成27年7月からは薬物依存症者等処遇の連携事業として、保護観察対象者のセンターでの個別相談やTAMARPP利用の受け入れを開始した。また、平成29年度からはアディクション担当職員が保護観察所内で立ち上げられた薬物再乱用防止プログラムのスーパーバイザーとして参加している。

ダルクや自助グループとの連携については、八王子・川崎・相模原ダルクに対しては当事者スタッフとして相談員やTAMARPP助言者、家族教室講師を依頼していることから、センターに相談に訪れた者がダルクスタッフとの相

談関係を築き、ダルクにつながるケースが多い。同時にダルクからは、ダルクメンバーの TAMARPP 併用や、ダルク利用者家族の家族教室参加を打診されるケースも少なくない。この他、立川マック、ナラノン等の自助グループとは、家族教室を通して連携しており、年 6 回、NA メンバーによる TAMARPP 参加者対象のプレミーティングを開催している。

地域に対しては、例年市の健康推進課や保護司会、薬物乱用防止協議会等から薬物依存症とセンターの特定相談事業について講演依頼があり、アディクションチーム職員が講師を担当している。また、毎年 1 回、多摩地域の関係機関職員を対象に「TAMARPP ファシリテーション研修」を開催し、依存症対応業務の参考にしてもらう機会を提供している。昨年度からは保釈中の薬物事犯者の TAMARPP 利用が急増し、弁護士からの問い合わせや TAMARPP 見学依頼が途切れることなく続いている状況である。

VBP の調査対象者の中には支援ニーズがある者もあり、調査時に相談したいことがあると明言する者や、話を聴いてほしいと言う者もみられる。毎回の調査時に直接面談をしているケースもある。一方で、仕事をしている者は忙しく時間が取れないことから、センターへの来所は難しい。悩みがあると言う者は多いが、何らかのニーズがないとセンターにはつながりづらいため、就労相談等がセンターでの支援のきっかけになる可能性もあると考えられる。

多摩総合精神保健福祉センターでは、保護観察所のフォローアッププログラムの代替としても TAMARPP を実施している。しかし TAMARPP を受けても尿検査は保護観察所となるため、出頭の機会が増えてしまうことから TAMARPP につながりづらい現状がある。また、センターまでの距離が遠いということも障壁になりやすい。対象者をプログラムにどのようにつなげていくかは今後の課題である。

5) 広島県の取り組み(平成 30 年 12 月時点)

広島県は 23 市町からなり、人口約 284 万人。政令指定都市である広島市に約 119 万人が住んでいる。県内は東西に広く、中核市である福山市は、県東部の県境に位置している。広島県精神保健福祉センターは、広島市以外の 22 市町を管轄しているが、県の南西部（広島市中心から車で 30 分程度）に位置し、最寄りの JR 駅から徒歩 20 分とアクセスは悪い。センターに相談している薬物依存症者は、広島市の住民が多い。広島市精神保健福祉センターも薬物依存症支援を実施しているが、地域における相談機関が少ないため、例外的に対応している。

広島県における薬物依存症相談の傾向として、県東部で少年が大麻栽培事犯で検挙されるなど、大麻の検挙数が増加傾向にある。県東部での大麻の相談が増えている印象がある。

広島県精神保健福祉センターでは、VBP に参加する以前から、保護観察所や更生保護施設への技術支援を行っていた。平成 12 年頃より薬物依存症の家族教室を開始し、平成 22 年度には SMARPP を開始した。薬務課が予算を確保し、始めることができた。最初はセンターが更生保護施設に依頼して SMARPP を始めたが、翌年度からも継続の要望があり、現在まで続けることができています。家族教室を継続するなかで、次第に当事者も来所するようになり、更生保護施設での回復プログラムだけではなく、センターでも回復プログラムを開始した。平成 24 年度から月に 1 回、定期的に回復プログラムを開始し、平成 25 年度には、広島版の SMARPP である“ひま～ぶ”を作成した。センターはアクセスが悪く、通い続けるのが難しいため、平成 25 年頃から県東部の県福山庁舎の会場で家族教室と回復プログラムを開始し、平成 27 年度からは県西部の県庁会場でプログラムを開始した。

広島県では VBP 開始後、以前からの保護観察所や更生保護施設との密接な連携もあり、調

査対象者のエントリーは順調に進んでいる。VBP がなければセンターと繋がることがなかった方と、センターは接触する機会を得ている。また保護観察所との情報共有では、薬物の使用に関する情報は共有を避けることで、支障をきたすことはない。調査対象者の内、もともと広島県民だった方は半数以下で、更生保護施設に入所者も多く、退所後そのまま広島に住むという方も多いが、広島県外に転居すると VBP の調査が打ち切られてしまう。調査を実施することで対象者からセンターへ相談ニーズが表明されるなど、おせっかいが効果的に働いている事例もある中、現状では、キャッチメントエリアから転居すると調査が切れてしまうため不安になる対象者もいる。

今後は転居に伴う調査の移管についても考える必要がある。業務としての関わりと調査としての関わりを整理しながら、転居するケースへの関わりをどう考えていくかが一つの課題として浮かび上がった。

c. 小括（研究2の考察）

本プロジェクトは、各精神保健福祉センターと保護観察所の間で連携を取りながら、順調に進んでいると言えるが、課題も浮かび上がってきている。

1) 対象者リクルートと支援導入

課題の一つとして、当初の研究計画よりも、現状では保護観察対象者全体における調査同意者の割合が低いことがあげられる。支援を自分から積極的に求めないものの、本来的には支援が必要であると思われる人達をリクルートしきれない可能性も考えられ、検討と改善が必要と思われた。こうした課題について要因を検討した上で、標準的かつ効率的に対象者リクルートを行うための調整を行いながら進めている。各地域へのヒアリング等から考えられる要因としては、保護観察官によるリクルー

トの仕方に地域ごとのばらつきがあることや、精神保健福祉センターへの物理的なアクセスの問題、保護観察対象者の顕在的な支援ニーズの低さ、調査に対する心理的抵抗などが挙げられた。プロジェクト全体として研究対象者リクルートの標準化をはかると共に、各地域によって保護観察所と精神保健福祉センターの距離や関係性が異なることなども加味しながら、個別の地域ごとに効率的にリクルートを行うための工夫をヒアリングや意見交換会を重ねることによって適宜進めてきている。

たとえば、調査開始以降に、保護観察官からの意見を参考にして、リクルートのタイミングを、保護観察開始直後に限らず、保護観察所におけるコアプログラムの実施期間中に保護観察官が対象者との関係性を築きながら柔軟に行うことができるように変更した。これによって、保護観察対象者の潜在的な支援ニーズを引き出しつつ、スムーズにリクルートが行えるようになった。今後は、各保護観察所と意見交換を重ねながら、潜在的に保護観察所以外の支援機関による支援を必要とする人のニーズを探り、リクルート及び実際の支援につなげていくためのノウハウを蓄積し、他の地域へ水平展開していく必要がある。

研究1の結果に示されているように、調査対象者は様々な悩み事を抱えている。こうした対象者に対して、地域によっては、初回調査を行うと同時に積極的なケアマネジメントを開始する例もみられている。これまで出所後に保健医療福祉の支援者につながることをないままに再犯に至っていた人が、様々な支援を受けて安心できる暮らしを構築する可能性が生まれてきていると考えられる。

2) 個人情報保護に配慮した地域の強みを活かした連携のあり方

個人情報に配慮しながら保護観察対象者の調査と支援のための連携会議を重ねることに

より、保護観察所と精神保健福祉センターの間の顔の見える関係性が構築されつつあることも本プロジェクトを通じた重要な成果であると言える。

支援のための連携としては、各地域によって保護観察所と精神保健福祉センターのそれぞれの役割や関係性は様々であり、地域の「ご当地性」を重視した薬物依存症地域支援のための連携構築が必要であることがヒアリングを通して浮き彫りになった。本調査を通して、両機関が情報共有を行う機会が増え、共通の対象者を共に支援することによって、連携の強化がすでに各地で進み始めている。

今後の課題としては、当事者との信頼関係を築くためにも、互いの守秘義務を考慮し、情報共有の在り方のルールを確認しながら進めることが必要であると考えられる。当事者本人のニーズを中心とし、当事者も交えた合同のケア会議を行うことなども具体的に検討されはじめており、刑の一部執行猶予制度を受けた今後の薬物依存症地域支援のあり方の方向性を示唆する重要な調査を進めることができていると言えるだろう。

福岡市や広島県など、精神保健福祉センターと更生保護施設との連携が強い。更生保護施設には薬物依存症支援のニーズがあり、両センターは以前から回復プログラムの技術支援や、相談業務でそれに応えている。VBP 開始後もその連携を活かし、調査も順調に展開されている。このようなケースは全国的にも珍しいと思われるが、他地域における薬物依存症地域支援の体制を構築する上で、このような地域の取り組みを参考にすることは有用だろう。

3) 転居に伴う課題

現状の本プロジェクトの仕組みの中では、転居に伴って調査と支援が終了となってしまう点も課題である。センターから転居にあたって支援継続の必要性が高いと思われる人がいる

ということも示唆されており、転居先への調査と支援の移管の方策についても、今後積極的に考えていく必要がある。

C. 考察

本研究は、薬物乱用・依存の問題を抱える保護観察対象者を、地域支援機関である精神保健福祉センターにおいて追跡する、という研究デザインを採用したコホート調査である。これまで保護観察対象者の転居調査としては、法務省において、再び逮捕されて刑事施設に服役した者に関して情報収集する、いわば「再入調査」という形で実施されてきた。しかし、保護観察対象者の追跡を、地域側の機関で情報収集を行い、しかも保護観察終了以降の期間という比較的長期にわたって実施するという発想の研究は、わが国にはかつて存在しなかったものである。さらに本研究は、調査を通じて保護観察所と精神保健福祉センターとの連携関係を深め、刑の一部執行猶予制度以降における薬物依存症者の地域支援体制の構築に貢献する、いわば「アクション・リサーチ」としての挑戦も含んでいる。そのような意味を踏まえると、本研究はこれまでのわが国には類似のものが存在しない、きわめて画期的な試みであると自負している。

もちろん、いくつかの課題は残されている。そもそも、コホート調査においては、十分な期間の追跡ができた保護観察対象者数は非常に少なく、また、条件を満たす保護観察対象者のうち、本研究への同意した者の割合は当初の想定よりも低かった。しかし本研究では、法務省保護局の協力により、同意者の対象候補者における位置づけを明らかにし、研究知見の意義と限界が説明できるようにしている。それからまた、現状における同意率の低さが、プロジェクトの展開に有利に働いた側面も否定はできな

い。本研究期間において、調査協力を表明する精神保健福祉センターが相次いだ背景には、同意率の低さゆえに過重な業務負担とならないという判断が影響した可能性は否めない。その意味では、地域支援体制の普及という観点からは、まずは国内における調査実施エリアを広げ、次の段階として同意率を高め、研究としての精度を高めるという手法もありえるかもしれない。いずれにしても、いくつかの課題を抱えつつも、本研究は、今後さらなる発展の可能性を秘めたプロジェクトであるといえるであろう。

さて、現時点ではいまだ調査途上といわざるをえない本研究であるが、そのなかでも、刑の一部執行猶予制度施行以降における薬物依存症の地域支援に関して、いくつか重要な知見が明らかにされた。

その知見は以下の5つに整理できる。(1) 対象者には、大別して、保護観察期間中に就労し、主観的には比較的満足度の高い生活を送る、対象者中の多数を占める一群と、その一方で、様々な健康上の問題を抱え、無職のまま生活保護を受給している少数派の一群が存在するということ、(2) 上述した両群ともに、保護観察期間中に地域の社会資源にアクセスしていない者が多く、前者は、仕事を優先する生活のなかで保護観察終了とともに再乱用防止プログラムから遠ざかってしまい、後者では、保護観察終了とともに社会のなかで孤立してしまう可能性が推測されたこと、(3) 保護観察開始時点でダルクなどの民間回復施設や自助グループ、あるいは医療機関につながっていなければ、1年を経過しても新たにつながる可能性がほとんどないこと、(4) そのなかでも、本研究プロジェクトの影響で、保健行政機関（精神保健福祉センター）に限っては新たにつながる者がおり、本研究プロジェクトが保護観察と地域支援のシームレスなつながりに多少とも貢献している可能性があること、そして最後に、(5) あくまでも仮釈放者に限定した知見であるとはい

え、保護観察終了後の薬物と再使用は、我々の予想以上に高率に生じていることである（この知見を得ることができたのは、追跡中の情報収集を、守秘義務を優先する地域側で実施したからともいえる）。

この最後の点については、長期追跡者数がまだ少ない段階での知見であることから慎重な解釈が必要であるが、薬物依存症者の地域支援を考えるうえでは重要な示唆を与えてくれる。それは、保護観察終了後には相当な頻度で再使用は発生しており、おそらく再逮捕として事例化するの全体の一部にすぎない、ということであり、むしろ再使用の頻発を前提として、いかに彼らの生活や回復を支援していく必要がある、ということである。

このような知見を踏まえ、我々は、刑の一部執行猶予制度施行以降における薬物依存症の地域支援に関して、2つの提言をしたいと考えている。

1つは、本研究プロジェクト「Voice Bridges Project」は、対象者の「安心・安全」を確保しつつ、司法（保護観察）と地域精神保健福祉との連携の端緒を作り、かつ、保護観察対象者の潜在的な支援ニーズをすくい上げる機会を維持する方法として期待が持てるものであり、国内に広く普及させる必要がある、というものである。「Voice Bridges Project」はその運用のプロセスにおいて、司法（保護観察）と地域精神保健福祉との連携、協働、意見交換の機会を増やし、司法と地域支援とのシームレスなつながりを促進し、対象者の社会内での孤立を防ぐ効果が期待される。しかしその際、個人情報への配慮は必須であり、保健医療福祉機関が薬物再使用に関する守秘義務を遵守しない限り、薬物依存症からの回復に資する安全・安心な場を提供することは困難であることは銘記すべきである。

もう1つは、保健医療福祉による、濃厚な支援を要しない薬物依存症者に対する支援体制

を整備する必要性である。本研究でも明らかのように、薬物依存症を抱える保護観察対象者には、仕事を失い、集中的な保健医療福祉サービスを受ける必要がある者が一定数存在する一方で、職を有し、社会生活を送っているなど、濃厚な支援を必要としない者が多数存在している。そのような者にとって最優先事項は仕事であり、仕事を犠牲にして民間回復施設に入所したり、平日日中に医療機関や精神保健福祉センターに通ったりするのは現実的ではない。しかし注意すべきなのは、このことは彼らが薬物依存症から回復しやすいことを意味するわけではない、ということである。現実には、仕事や家庭生活を続ける中での様々なストレスや誘惑に曝され、薬物の再使用にいたるケースは少なくない。

そこで、このような平日日中の支援にアクセスできない有職の保護観察対象者向けの支援のあり方を検討する必要がある。たとえば、夜間や休日にも参加できる依存症回復プログラムの選択肢を増やすことは喫緊の課題である。しかし現状では、この「Voice Bridges Project」で試みられたような、電話コンタクトという「ゆるやかな見守り」を継続し、困った時にアクセスしやすい相談支援関係を維持するといった方策は、数少ない現実的な介入方法といえるであろう。

我々は本研究プロジェクトを通じて、薬物依存症者の地域支援における精神保健福祉センターのプレゼンスを高めたいと考えている。すでに精神保健福祉センターのミッションの1つとして、依存者家族相談対応が規定されており、全国精神保健福祉センターの半数あまりでは、SMARPPもしくはそれに準じた薬物依存症者本人向けの薬物再使用防止プログラムが実施されている。しかもそのプログラムは、医療機関のそれとは異なり費用を要しないものである。刑務所出所直後の保護観察対象者の多くが保険証を所有していない現実を考えた

場合、そのアクセシビリティは医療機関をはるかに凌駕しているといわざるをえない。

実は我々は、本プロジェクトで最も重要な介入は、保護観察所で対象者をリクルートする時点で、対象候補者全員に地域の精神保健福祉センターの案内や啓発資材を配付している点であると考えている。保護観察対象者における精神保健福祉センターの周知度は想像以上に低く、その意味では、まず情報を与えることが重要である。本報告書ではあくまでも参考資料として提示するにとどめたが、調査実施地域と全国との保護観察対象者転帰の比較（表18）では、調査実施地域においてかろうじて期間満了者が多い傾向と保護観察取り消し者の少ない傾向が認められるにとどまった。しかし将来的には、地域の精神保健福祉センターが本プロジェクトに参加しているだけで、対象候補者が本研究に同意するか否かに関係なく、当該地域における保護観察対象者の転帰に好ましい影響が生じるような状況を作り出せることを願っている。

D. 結論

平成29年3月より開始した「Voice Bridges Project（「声」の架け橋プロジェクト）」は、当初の計画よりも保護観察対象者全体におけるリクルート率は低いものの、各地域における課題を解決しながら順調に進んでいる。その取り組みのなかでは、調査対象者の支援ニーズを聴き取りながら実際の個別支援を展開することを通して、保護観察所と精神保健福祉センター、そしてその他の薬物依存症地域支援を行う機関の間の連携を促進するために本プロジェクトが有効であることがヒアリングの結果から示唆されている。

対象地域は順調に拡大し、現在11の地域でプロジェクトが進行している。地域ごとに浮き

彫りになった具体的な課題を解決しながら本プロジェクトを展開し、得られた知見を現場へとフィードバックすることを続け、刑の一部執行猶予制度施行以降の薬物依存症地域支援のあり方を構築することを目的として、今後も調査を継続していく予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Takano A, Miyamoto Y, Kawakami N, Matsumoto T: Web-Based cognitive behavioral relapse prevention program with tailored feedback for people with methamphetamine and other drug use problems: Development and Usability Study. JMIR Mental Health 3: 1-17, 2016.
- 2) Okumura Y, Shimizu S, Matsumoto T: Prevalence, prescribed quantities, and trajectory of multipleprescriber episodes for benzodiazepines: A 2-year cohort study. Drug and Alcohol Dependence 158:118- 1 25, 2016.
- 3) Matsumoto T, Tachimori H, Takano A, Tanibuchi Y, Funada D, Wada K: Recent changes in the clinical features of patients with new psychoactive-substances-related disorders in Japan: Comparison of the Nationwide Mental Hospital Surveys on Drug-related Psychiatric Disorders undertaken in 2012 and 2014. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 70: 560–566, 2016.
- 4) 近藤あゆみ, 佐藤嘉孝, 松本俊彦: 薬物依存症外来治療プログラム「STEM」の有効性評価. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(1) : 26-37, 2016.
- 5) 谷渕由布子, 松本俊彦, 今村扶美, 若林朝子, 川地拓, 引土絵未, 高野歩, 米澤雅子, 加藤隆, 山田美紗子, 和知彩, 網干舞, 和田清: 薬物使用障害患者に対する SMARPP の効果: 終了1年後の転帰に影響する要因の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(1) : 38-54, 2016.
- 6) 近藤あゆみ, 栗坪千明, 白川雄一郎, 松本俊彦: 民間依存症回復支援 DARC 利用者を対象とした認知行動療法 SMARPP の有効性評価, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 51 (6), 414-424, 2016.
- 7) 大曲めぐみ, 嶋根卓也, 松本俊彦: 日本の刑事施設における薬物依存離脱指導の評価方法についての文献レビュー. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(5) : 335-347, 2016.
- 8) 池田朋広, 常岡俊昭, 松本俊彦, 高木のり子, 石坂理江, 種田綾乃, 小池純子, 齋藤勲, 森田展彰, 稲本淳子, 岩波 明: 措置指定病院における精神病性障害と物質使用障害を併せ持つ「精神病性併存性障害者」への集団認知行動療法プログラム実施の意義とその有効性の検討. 日社精医誌 26: 11-24, 2017.
- 9) 伊藤絵美, 吉村由未, 森本雅理, 小畑輝海, 松本俊彦: 報告 女性覚せい剤乱用者に対する回復プログラムの構築と実践 – ローズカフェ第1報–. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 52(1): 34-55, 2017.
- 10) 谷渕由布子, 松本俊彦, 船田大輔, 川副泰成, 榊原聡, 成瀬暢也, 池田俊一郎, 角南隆史, 武藤岳夫, 長徹二: わが国の依存症専門医療機関における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本ア

- ルコール・薬物医学会雑誌 52 (5) : 141-155, 2017.
- 11) 松本俊彦: 健康問題としての薬物依存症—薬物依存症からの回復のために医療者は何ができるか. 日本医事新報 4808:19-23, 2016.
 - 12) 松本俊彦: 薬物使用障害に対する外来治療プログラム「SMARPP」. 精神療法 42(4) : 571-579, 2016.
 - 13) 松本俊彦: 物質使用障害における自殺—薬物療法のリスクとベネフィット. 臨床精神薬理 19(8) : 1125-1136, 2016.
 - 14) 松本俊彦, 今村扶美: ワークショップ2 : SMARPP の理念と実際—講義とデモセッション—. 日本アルコール関連問題学会雑誌 18(1) : 123-125, 2016.
 - 15) 谷渕由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ使用者への安全管理. 精神科治療学 31(11) : 1449-1454, 11, 2016.
 - 16) 松本俊彦: 妊婦の薬物依存. 日産婦医学会報 68(11) : 10-11, 2016.
 - 17) 谷渕由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ使用者への安全管理. 精神科治療学 31(11) : 1449-1454, 11, 2016.
 - 18) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: Voice Bridges Project—薬物依存症地域支援のための「おせっかい」な電話による「声」の架け橋プロジェクト—. 精神科治療学, 32(11): 1445-1451, 2017.
 - 19) 松本俊彦: 司法機関から地域の支援資源にどうつなげるべきか. 臨床心理学 17 (6) : 814-817, 2017.
 - 20) 松本俊彦 : 5. オピオイド鎮痛薬による依存の現況と新たな展開 3) オピオイド鎮痛薬依存症並びにケミカルコーピングの予防と治療. ペインクリニック 38: S137-S146, 2017.
 - 21) 松本俊彦 : 薬物依存をめぐる法整備. 臨床精神医学 46(4): 437-442, 2017.
 - 22) 松本俊彦 : 物質使用障害. トラウマティック・ストレス 15(1): 49-57, 2017.
 - 23) 松本俊彦 : 多剤処方規制と背景. 臨床精神薬理 20(9): 975-982, 2017.
 - 24) 松本俊彦 : 特集 アルコール健康障害対策の推進 医療機関におけるアルコール・薬物依存症の治療プログラム. 公衆衛生 81(9): 730-736, 2017.
 - 25) 松本俊彦 : 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害・中毒・離脱. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群(第2版)-物質関連障害および嗜癖性障害群からてんかんまで-III, 85-89, 2017.
 - 26) 松本俊彦 : 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害の対応と治療. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群(第2版)-物質関連障害および嗜癖性障害群からてんかんまで-III, 90-94, 2017.
 - 27) 松本俊彦 : ケミカルコーピングとオピオイド鎮痛薬. Locomotive Pain Frontier 6(2): 46-47, 2017.
 - 28) 松本俊彦 : 薬物依存症に対する最近のアプローチ. 精神科治療学 32(11): 1403-1404, 2017.
 - 29) 松本俊彦 : 専門医でなくてもできる薬物依存症治療-アディクションの対義語としてのコネクション-. 精神科治療学 32(11): 1405-1412, 2017.
 - 30) 谷渕由布子, 松本俊彦 : 規制強化は「危険ドラッグ」関連障害患者をどう変えたか. 精神科治療学 32(11) : 1483-1491, 2017.
 - 31) 松本俊彦 : 人はなぜ依存症になるのか. 日本アルコール関連問題学会雑誌 19 (1) : 31-34, 2017.
 - 32) 松本俊彦 : 特集 さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療に生かすか. 精神神経学雑誌 119(12) : 911-917, 2017.
 - 33) 松本俊彦, 船田正彦, 嶋根卓也, 近藤あゆみ: 薬物関連問題とどう対峙するか 疫学

- 研究、毒性評価、臨床実践、政策提言, 精神保健研究, 30, 53-61, 2017.
- 34) Hamamura T, Suganuma S, Takano A, Matsumoto T, Shimoyama H: The Efficacy of a Web-Based Screening and Brief Intervention for Reducing Alcohol Consumption Among Japanese Problem Drinkers: Protocol for a Single-Blind Randomized Controlled Trial. JMIR Res. Protoc. 2018;7(5):e10650 doi:10.2196/10650
- 35) Tanibuchi Y, Matsumoto T, Funada D, Shimane T: The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan. Neuropsychopharmacol Rep. 2018 Oct 19. doi: 10.1002/npr2.12035.
- 36) 引土絵美, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦: 治療共同体エンカウンター・グループの効果とその要因について. 日本アルコール薬物医学会雑誌 53(2) : 83-94, 2018.
- 37) 花岡晋平, 平田豊明, 谷渕由布子, 宋龍平, 合川勇三, 山崎信幸, 撰尚之, 加賀谷有行, 津久江亮太郎, 門脇亜理紗, 今井航平, 佐々木浩二, 松本俊彦: わが国の精神科救急医療施設における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(85) : 212-225, 2018.
- 38) 松本俊彦: 嗜癖性障害. 最新精神医学 23(2) : 121-129, 2018.
- 39) 松本俊彦: 薬物依存症と対人関係. 精神科治療学 33(4) : 435-440, 2018.
- 40) 松本俊彦: 向精神薬乱用・依存を防ぐために精神科医と薬剤師にできること. 日本精神薬学会誌 1(2) : 12-15, 2018.
- 41) 松本俊彦: 最近の危険ドラッグ関連障害患者における臨床的特徴の変化: 全国精神科医療施設における薬物関連障害の実態調査: 2012年と2014年の比較. 精神神経学雑誌 120(5): 361-368, 2018.
- 42) 松本俊彦: ワークブックを使った認知行動療法的アプローチはどのようなものか教えてください. モダンフィジシャン 38(8) : 844-846, 2018.
- 43) 松本俊彦: 物質使用障害とトラウマ. 臨床精神医学 47(7) : 799-804, 2018.
- 44) 谷渕由布子, 大宮宗一郎, 松本陽一郎, 石田恵美, 松本俊彦: 薬物事犯の精神科的治療. 精神科治療学 33(8) : 959-964, 2018.
- 45) 松本俊彦: 睡眠薬は是か非か—Pros and Cons: Consの立場から—睡眠薬は精神科薬物療法における「悪貨」である. 精神医学 60(9) : 1019-1023, 2018.
- 46) 松本俊彦: 人はなぜ依存症になるのか—子ども薬物乱用—. 児童青年精神医学とその近接領域 59(3) : 278-282, 2018.
- 47) 松本俊彦: 「やりたい」「やってしまった」「やめられない」—薬物依存症の心理—. こころの科学 202 特別企画 : 40-46, 2018.
- 48) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: 刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援の課題—保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridge Project. 日本アルコール関連問題学会雑誌 20(1) : 39-41, 2018.
- 49) 松本俊彦: 特集 I 依存と嗜癖—その現状と課題—人はなぜ依存症になるのか. 精神科 33(6) : 463-468, 2018.
- 50) 松本俊彦: なぜオピオイド鎮痛薬依存症に陥るのか—臨床の立場から—. ペインクリニック 39(12) : 1570-1578, 2018.
- 51) 高野歩, 郡健太, 熊倉陽介, 佐瀬満雄, 松本俊彦: ハームリダクションの理念と実践.

日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(5) : 151-170, 2018.

- 52) Hiroko Kotajima-Murakami, Ayumi Takano, Yasukazu Ogai, Shotaro Tsukamoto, Maki Murakami, Daisuke Funada, Yuko Tanibuchi, Hisateru Tachimori, Kazushi Maruo, Tsuyoshi Sasaki, Toshihiko Matsumoto, Kazutaka Ikeda. Study of effects of ifenprodil in patients with methamphetamine dependence: protocol for an exploratory, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2019 (in press).

2. 学会発表

- 1) 松本俊彦: 教育講演 ト라우マとアディクション. 第15回日本トラウマティック・ストレス学会, 宮城, 2016.5.20.
- 2) 松本俊彦: 教育講演 法医学との連携が精神医学を変える～薬物乱用と自殺に関する研究を通じて～. 第100次日本法医学会学術全国集会, 東京, 2016.6.17.
- 3) 松本俊彦: 公開講座 人はなぜ依存症になり、回復ができるのか. 第38回日本アルコール関連問題学会秋田大会, 秋田, 2016.9.10.
- 4) 松本俊彦: 教育講演 薬物依存症の治療～SMARPPを中心に～. 第51回アルコール・アディクション医学会新学会誕生記念特別研修プログラム, 東京, 2016.10.8.
- 5) 松本俊彦: 特別企画シンポジウム 人はなぜ依存症になるのか? 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 6) 松本俊彦: 教育講演 SMARPP の理念と課題—プログラムの「学習」ではなく、支援ネットワークの交差点を目指して. 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 7) 松本俊彦: 特別講演 よくわかるSMARPP—あなたにも出来る薬物依存者支援. 集団認知行動療法研究会 第7回学術総会, 東京, 2016.10.30.
- 8) 松本俊彦: 特別企画講演 専門家のいない薬物依存治療—依存症集団療法「SMARPP」. 第34回日本神経治療学会総会, 鳥取, 2016.11.4.
- 9) 松本俊彦: 記念講演 生き延びるための依存症、生き直すための回復. 第23回関西アルコール関連問題学会滋賀大会, 滋賀, 2016.11.27.
- 10) 引土絵未, 岡崎重人, 加藤 隆, 山本 大, 山崎明義, 松本俊彦: 日本型治療共同体モデルとしてのエンカウンター・グループの効果とその要因について. 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 11) 近藤千春, 藤城 聡, 松本俊彦: 依存症の認知行動療法のグループにおける治療要因の測定結果からの考察. 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 12) 大曲めぐみ, 嶋根卓也, 松本俊彦: 日本の刑事施設における薬物依存離脱指導の評価方法についての文献レビュー. 日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.7.
- 13) 松本俊彦: 【シンポジウム 2】精神科救急—措置入院制度運用の現状と今後の取り組みをめぐって. 公益社団法人日本精神神経科診療所協会主催 第23回学術研究会東京大会, 東京, 2017.6.17.
- 14) 松本俊彦: 【シンポジウム 35】異常酩酊を考える 薬物依存臨床における異常酩酊. 第113回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.23.

- 15) 松本俊彦 :【シンポジウム 64】さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療するか 物質依存症 : 否認の病の「病識」を治療に生かす. 第 113 回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.24.
- 16) 松本俊彦 : 教育講演 5 人はなぜ依存症になるのか. 日本ペインクリニック学会第 51 回大会, 岐阜, 2017.7.21.
- 17) 松本俊彦 : 大ラウンドテーブルディスカッション 身体経験の成り立ち. 臨床実践の現象学会第 3 回大会, 東京, 2017.8.6.
- 18) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦 :【シンポジウム 8】保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridges Project. 平成 29 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 19) 松本俊彦 :【シンポジウム 9】薬物依存症の全国拠点としての活動. 平成 29 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 20) 松本俊彦 :【シンポジウム】治療法学からの日本への提言. 第 2 回犯罪学会合同大会・公開シンポジウム, 東京, 2017.9.1.
- 21) 松本俊彦 :【教育講演】薬物依存の現状と治療. 第 1 回日本精神薬学会総会・学術集会, 東京, 2017.9.24.
- 22) 松本俊彦 :【教育講演 7】人はなぜ依存症になるのか? ~子どもの薬物乱用. 第 58 回日本児童青年精神医学会総会, 奈良, 2017.10.6.
- 23) 松本俊彦 :【プレナリーレクチャー】薬物依存症は孤立の病-安心して「やめられない」といえる社会を目指して. 第 31 回日本エイズ学会学術集会・総会, 東京, 2017.11.24.
- 24) Takano A, Miyamoto Y, Matsumoto T, Kawakami N : Satisfaction and Usability of a Web-Based Relapse Prevention Program for Japanese Drug Users. the 21st East Asian Forum of Nursing Scholars & 11th International Nursing Conference, Korea, 2018.1.11-12.
- 25) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦 : (ポスター) 保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人の地域支援 : Voice Bridges Project の対象地域における展開. 第 37 回日本社会精神医学会, 京都, 2018.3.1-2.
- 26) 松本俊彦 :【特別講演】人はなぜ依存症になるのか? ~依存症と環境・社会~. 第 37 回日本社会精神医学会, 京都, 2018.3.2.
- 27) Yuko Tanibuchi, Toshihiko Matsumoto, Daisuke Funada, Yasunari Kawasoe, Satoshi Sakakibara, Nobuya Naruse, Shunichiro Ikeda, Takashi Sunami, Takeo Muto, Tetsuji Cho : A study on factors of better treatment outcome for patients with new psychoactive-substances-related disorders in specialized clinics or wards for drug dependence in Japan. The College on Problems of Drug dependence 80th Annual Scientific Meeting, San Diego, 2018.6.9-14.
- 28) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦 :【シンポジウム 33】保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人を地域で支える Voice Bridges Project. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
- 29) 谷渕由布子, 松本俊彦 : 危険ドラッグ関連障害患者の急増と終息とその後. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
- 30) 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 近藤恒夫, 松本俊彦 :【シンポジウム 33】民間支援団体利用者のコホート調査と支援の課題に関する研究 (第二報). 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.

- 31) 宇佐美貴士, 神前洋帆, 徳永弥生, 本田洋子, 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人の地域視点 (Voice Bridges Project) の福岡市での実践報告. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.22.
- 32) 花岡晋平, 廣瀬祐紀, 松本俊彦, 平田豊明: 精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況 (第一報). 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.22.
- 33) 神前洋帆, 武藤由也, 徳永弥生, 本田洋子, 宇佐美貴士, 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 福岡市における保護観察対象の薬物依存者の地域支援 (Voice Bridges Project). 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 34) 田中紀子, 松本俊彦, 森田展彰, 木村智和: 病的ギャンブラーとギャンブル愛好家とを峻別するものは何か. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 35) 引土絵未, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦, 嶋根卓也: 回復支援施設における TC エンカウンター・グループの適用に関する研究. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 36) Ayumi Takano, Yousuke Kumakura, Eriko Ban, Takashi Usami, Toshihiko Matsumoto: Cohort study and development of community-based support for drug users on probation in Japan, Voice Bridges Project. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 37) Ayumi Takano, Sachiko Ono, Hayato Yamana, Hiroki Matsui, Toshihiko Matsumoto, Hideo Yasunaga, Norito Kawakami: Risk factors for long-term prescription of benzodiazepine: cohort study using a large health insurance claim database in Japan. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 38) Ayumi Takano, Mitsuo Sase, Toshihiko Matsumoto, Norito Kawakami: Smartphone-based self-monitoring application for drug users: co-production with targeted users. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 39) 廣瀬祐紀, 花岡晋平, 井上翔, 深見悟郎, 平田豊明, 松本俊彦: 精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況 (第二報). 第 26 回日本精神科救急学会学術総会, 沖縄, 2018.10.11.
- 40) 松本俊彦: 【特別講演】 刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援～Voice Bridges Project～. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.9.
- 41) 松本俊彦: 【特別講演】 ランチョン・レクチャー I 人はなぜ依存症になるのか. 日本精神病理学会第 41 回大会「往還する精神病理学—原点回帰と越境と—」, 兵庫, 2018.10.5.
- 42) 松本俊彦: 【教育講演】 アディクション問題の理解と援助. 第 32 回東京精神科病院協会学会, 東京, 2018.10.23.
- 43) 松本俊彦: 【特別講演】 薬物依存症からの回復のために必要なこと. 第 65 回日本矯正医学会総会, 東京, 2018.10.25.
- 44) 松本俊彦: 【ワークショップ】 自傷行為の理解と援助. 日本認知・行動療法学会第 44 回大会, 東京, 2018.10.28.

- 45) 松本俊彦：【特別講演】アディクション問題の理解と援助. 第35回愛媛県精神神経学会, 愛媛, 2018.12.1.
- 46) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, 山本政弘, 辻麻理子, 長与由紀子, 松本俊彦：薬物使用経験のある HIV 陽性者における亜硝酸エステル使用が服薬アドヒアランスに与える影響. 第32回日本エイズ学会学術集会・総会, 大阪, 2018.12.4.
- 47) 松本俊彦：【特別講演 1】人はなぜ依存症になるのか～患者と同僚、そして自らを薬物依存症から守るために～. 第25回日本静脈麻酔学会, 栃木, 2018.12.8.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

H. 引用文献

- 1) 法務省保護局、法務省矯正局、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン。
<http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf>
- 2) 松本俊彦, ほか (2016) 全国 of 精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。
https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/J_NMHS_2016.pdf
- 3) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, ほか (2015) DAST-20 日本語版の信頼性・妥当性の検討、日本アルコール・薬物医学会雑誌 50: 310-324.

表1 各精神保健福祉センターにおける登録申請数（2018年12月末時点）

	N	%
1 広島県立総合精神保健福祉センター	30	11.0
2 三重県こころの健康センター	6	2.2
3 神奈川県精神保健福祉センター	18	6.6
4 川崎市精神保健福祉センター	18	6.6
5 相模原市精神保健福祉センター	3	1.1
6 東京都立精神保健福祉センター	30	11.0
7 東京都立多摩総合精神保健福祉センター	16	5.9
8 東京都立中部総合精神保健福祉センター	24	8.8
9 栃木県精神保健福祉センター	11	4.0
10 福岡市精神保健福祉センター	57	20.9
11 北九州市立精神保健福祉センター	8	2.9
取り消し（初回面接実施せず）	51	18.7
同意撤回	1	0.4
登録申請合計	273	100.0

正式同意者/登録申請者（209/273） 76.6%

調査継続者/正式同意者（164/209） 78.5%

表2 各精神保健福祉センターにおける調査の進捗（2018年12月末時点）

	仮登録中											正式同意者数	調査実施中
	初回実施	3か月後実施	6か月後実施	9か月後実施	12か月後実施	18か月後実施	打ち切り						
1 広島県立総合精神保健福祉センター	0	8	15	5	0	0	0	2	30	28			
2 三重県こころの健康センター	1	2	3	0	0	0	0	0	5	4			
3 神奈川県精神保健福祉センター	0	1	1	1	3	7	1	4	18	14			
4 川崎市精神保健福祉センター	0	1	2	2	4	4	3	2	18	16			
5 相模原市精神保健福祉センター	0	2	1	0	0	0	0	0	3	3			
6 東京都立精神保健福祉センター	0	8	6	2	9	0	0	5	30	25			
7 東京都立多摩総合精神保健福祉センター	0	5	6	0	1	0	1	3	16	13			
8 東京都立中部総合精神保健福祉センター	1	8	2	6	6	0	0	1	23	21			
9 栃木県精神保健福祉センター	4	3	0	2	0	0	0	2	7	1			
10 福岡市精神保健福祉センター	5	9	5	9	7	7	1	14	52	33			
11 北九州市立精神保健福祉センター	1	3	4	0	0	0	0	0	7	6			
	12	50	45	27	30	18	6	33	209	164			

正式同意者/登録申請者 (209/273)

76.6%

調査継続者/正式同意者 (164/209)

78.5%

表3 初回面接時対象者属性1～住居、就労状況、社会保障制度の利用状況 (N=209)

		N/Mean	%/SD
年齢		45.3	10.1
性別	男性	159	76.1
	女性	50	23.9
住居	自宅	130	62.2
	知人・友人宅	8	3.8
	更生保護施設	51	24.4
	ダルク	11	5.3
	簡易宿泊所	1	0.5
	その他	8	3.8
同居者	家族と同居	110	52.6
	家族以外と同居	41	19.6
	単身	53	25.4
	その他	5	2.4
就労状況	週4日以上働いている	85	40.7
	週4日未満働いている	14	6.7
	福祉的就労	3	1.4
	無職	98	46.9
	専業主婦/主夫	6	2.9
	学生	2	1.0
	その他	1	0.5
最終学歴	中学	114	54.5
	高校	64	30.6
	専門学校	12	5.7
	短大	17	8.1
	大学	1	0.5
	その他	1	0.5
婚姻状況	未婚	79	37.8
	結婚している	40	19.1
	離婚	90	43.1
	死別	0	0.0
社会保障制度の利用	利用なし	158	75.6
	利用あり	51	24.4
	生活保護	26	12.4
	年金	5	2.4
	自立支援医療	19	9.1
	精神障害者保健福祉手帳	10	4.8
	療育手帳	1	0.5
	身体障害者手帳	9	4.3
	雇用保険(失業保険)	4	1.9
	その他	4	1.9

表4 初回面接時対象者属性2～健康問題や自殺企図歴 (N=209)

		N/Mean	%/SD
治療中の身体疾患	なし	121	57.9
	あり	88	42.1
	C型肝炎	25	12.0
	HIV	6	2.9
治療中の精神疾患	なし	142	67.9
	あり	64	30.6
	わからない	3	1.4
	物質関連障害	17	8.1
	統合失調症圏	8	3.8
	気分障害	21	10.0
	神経症性障害	8	3.8
	その他(不眠等)	17	8.1
	わからない	6	2.9
アルコール・薬物問題家族歴	なし	153	73.2
	あり	51	24.4
	わからない	5	2.4
	父	27	12.9
	母	11	5.3
	きょうだい	12	5.7
	配偶者	8	3.8
	その他(おじ、いとこ等)	10	4.8
自殺念慮・企図：生涯	なし	101	48.3
	念慮	67	32.1
	企図	41	19.6
自殺念慮・企図：過去1年	なし	76	36.4
	念慮	26	12.4
	企図	6	2.9
	不明	101	48.3

表5 薬物使用に関する属性 (N=209)

		N/Mean	%/SD
主たる薬物	覚せい剤	199	95.2
	大麻	4	1.9
	その他の違法薬物	2	1.0
	危険ドラッグ	1	0.5
	処方薬	1	0.5
	多剤	1	0.5
	その他(シンナー)	1	0.5
生涯使用薬物	覚せい剤	197	94.3
	大麻	140	67.0
	その他の違法薬物	80	38.3
	危険ドラッグ	67	32.1
	処方薬	52	24.9
	市販薬	20	9.6
	その他	69	33.0
	初使用年齢 (n=205)		19.7
保護観察の種類	全部執行猶予	18	8.6
	仮釈放	141	67.5
	刑の一部執行猶予	15	7.2
	刑の一部執行猶予と仮釈放の両方	35	16.7
保護観察状況 (2018年12月末時点)	保護観察終了	107	51.2
	保護観察中	102	48.8
禁酒の遵守事項	なし	155	74.2
	あり	53	25.4
逮捕回数：薬物事犯		2.5	1.9
逮捕回数：薬物事犯以外		1.4	2.4
少年院入所回数		0.2	0.5
刑務所入所回数		2.3	2.0
治療プログラム：現在	なし	49	23.4
	あり	160	76.6
	精神保健福祉センター	8	3.8
	医療機関	13	6.2
	司法関連機関	139	66.5
	ダルク	13	6.2
	自助グループ	17	8.1
	その他(更生保護施設など)	13	6.2
治療プログラム：過去	なし	67	32.1
	あり	142	67.9
	精神保健福祉センター	6	2.9
	医療機関	16	7.7
	司法関連機関	120	57.4
	ダルク	22	10.5
	自助グループ	15	7.2
	その他	2	1.0

表6 薬物のことも含めて相談できる人 (N=209)

	N	%
一人もいない	39	18.7
相談できる人がいる	170	81.3
相談相手		
友人	106	50.7
恋人	16	7.7
隣人	4	1.9
配偶者	26	12.4
両親	60	28.7
子供	15	7.2
きょうだい	46	22.0
上記以外の家族	8	3.8
職場の関係者	24	11.5
自助グループの仲間	16	7.7
ダルク職員	12	5.7
ダルク以外の施設職員	13	6.2
保護観察官	47	22.5
保護司	51	24.4
警察官	18	8.6
医療関係者	23	11.0
保健機関関係者	15	7.2
福祉関係者・就労支援関係者	7	3.3
その他	9	4.3

表7 困りごと・悩み事 (N=209)

	N	%
なし	72	34.4
あり	137	65.6
薬物のこと	40	19.1
自分の健康	51	24.4
経済的問題	68	32.5
家族のこと	61	29.2
友人のこと	11	5.3
恋人のこと	11	5.3
仕事のこと	63	30.1
その他	25	12.0

表8 QOL (N=209)

		N/Mean	%/SD
自分の生活の質をどのように評価しますか？	(n=206)	3.3	1.0
	まったく悪い	7	3.3
	悪い	35	16.7
	ふつう	86	41.1
	良い	45	21.5
	非常に良い	33	15.8
	不明	3	1.4
自分の健康状態に満足していますか？	(n=206)	2.9	1.2
	まったく不満	23	11.0
	不満	62	29.7
	どちらでもない	47	22.5
	満足	58	27.8
	非常に満足	16	7.7
	不明	3	1.4

表9 DAST-20得点 (N=209)

		N/Mean	%/SD
合計	(0-20)	11.2	4.2
Low	(0-5)	23	8.5
Intermediate	(6-10)	60	22.0
Substantial	(11-15)	95	34.8
Severe	(16-20)	31	11.4

表10 調査実施状況（2018年12月末時点、正式同意者209名）

	T2 3か月後調査	T3 6か月後調査	T4 9か月後調査	T5 1年後調査	T6 1年半後調査	T7 2年後調査
該当者	154	106	71	27	6	0
実施者	135	78	52	23	5	0
調査回答割合（調査回答者/調査該当者）	87.7%	73.6%	73.2%	85.2%	83.3%	
調査該当割合（調査該当者/正式同意者）	73.7%	50.7%	34.0%	12.9%	2.9%	
調査有効回答割合（調査回答者/正式同意者）	64.6%	37.3%	24.9%	11.0%	2.4%	

表11 薬物再使用状況（2018年12月末時点、正式同意者209名）

	T1-T2 開始～3か月		T2-T3 3～6か月		T3-T4 6～9か月		T4-T5 9～12か月		T5-T6 12～18か月	
n	135		78		52		23		5	
使用あり	8	5.9%	8	10.3%	3	5.8%	3	13.0%	5	100.0%
覚せい剤	4	3.0%	3	3.8%	1	1.9%	1	4.3%	-	-
大麻	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-	-
違法薬物	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-	-
危険ドラッグ	0	0.0%	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	-	-
処方薬	3	2.2%	3	3.8%	1	1.9%	0	0.0%	-	-
市販薬	1	0.7%	2	2.6%	0	0.0%	1	4.3%	-	-
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	-	-

表12 1年後調査実施者の属性 (N=23)

		登録時		1年後	
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD
年齢		39.4	12.5	—	—
性別	男性	18	78.3	—	—
	女性	5	21.7	—	—
住居	自宅	17	73.9	18	78.3
	知人・友人宅	1	4.3	1	4.3
	更生保護施設	0	0.0		
	ダルク	3	13.0	3	13.0
	簡易宿泊所	0	0.0		
	その他	2	8.7	1	4.3
同居者	家族と同居	15	65.2	14	60.9
	家族以外と同居	5	21.7	4	17.4
	単身	3	13.0	4	17.4
	その他	0	0.0	1	4.3
就労状況	週4日以上働いている	11	47.8	13	56.5
	週4日未満働いている	1	4.3	4	17.4
	福祉的就労	0	0.0	0	0.0
	無職	11	47.8	5	21.7
	専業主婦/主夫	0	0.0	0	0.0
	学生	0	0.0	0	0.0
	その他	0	0.0	1	4.3
婚姻状況	未婚	10	43.5	9	39.1
	結婚している	2	8.7	2	8.7
	離婚	11	47.8	12	52.2
社会保障制度の利用	利用なし	18	78.3	14	60.9
	利用あり	5	21.7	9	39.1
	生活保護	4	17.4	6	26.1
	年金	0	0.0	2	8.7
	自立支援医療	3	13.0	6	26.1
	精神障害者保健福祉手帳	0	0.0	1	4.3
	その他	1	4.3	3	13
治療中の身体疾患	なし	15	65.2	17	73.9
	あり	8	34.8	5	21.7
	不明	0	0.0	1	4.3
	C型肝炎	3	13.0	2	8.7
	HIV	0	0.0	0	0.0
治療中の精神疾患	なし	15	65.2	14	60.9
	あり	8	34.8	8	34.8
	不明	0	0.0	1	4.3
	物質関連障害	4	17.4	3	13
	統合失調症圏	1	4.3	0	0.0
	気分障害	5	21.7	1	4.3
	神経症性障害	1	4.3	0	0.0
	その他(不眠等)	0	0.0	1	4.3
	わからない	1	4.3	3	13.0
自殺念慮・企図：生涯	なし	10	43.5	—	—
	念慮	9	39.1	—	—
	企図	4	17.4	—	—
自殺念慮・企図：過去1年	なし	10	43.5	21	91.3
	念慮	3	13.0	1	4.3
	企図	0	0.0	0	0.0
	不明	10	43.5	1	4.3

表13 1年後調査実施者における薬物使用に関する属性 (N=23)

		登録時		1年後		
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	
主たる薬物	覚せい剤	22	95.7	—	—	
	大麻	0	0.0	—	—	
	その他の違法薬物	0	0.0	—	—	
	危険ドラッグ	0	0.0	—	—	
	処方薬	0	0.0	—	—	
	市販薬	0	0.0	—	—	
	多剤	1	4.3	—	—	
	その他(シンナー)	0	0	—	—	
逮捕回数：薬物事犯		1.6	1.1	—	—	
保護観察の種類	全部執行猶予	4	17.4	—	—	
	仮釈放	16	69.6	—	—	
	刑の一部執行猶予	0	0.0	—	—	
	刑の一部執行猶予と仮釈放の両方	3	13.0	—	—	
保護観察状況	保護観察終了	—	—	18	78.3	
	保護観察中	—	—	5	21.7	
治療プログラム：現在	なし	6	26.1	13	56.5	
	あり	17	73.9	9	39.1	
	不明	0	0.0	1	4.3	
		精神保健福祉センター	0	0.0	2	8.7
		医療機関	1	4.3	0	0.0
		司法関連機関	15	65.2	3	13
		ダルク	3	13.0	4	17.4
		自助グループ	2	8.7	2	8.7
DAST-20得点		11.6	4.5	—	—	
	Low (0-5)	2	8.7	—	—	
	Intermediate (6-10)	6	26.1	—	—	
	Substantial (11-15)	10	43.5	—	—	
	Severe (16-20)	5	21.7	—	—	

表14 1年後調査実施者における薬物のことも含めて相談できる人 (N=23)

	登録時		1年後	
	N	%	N	%
一人もいない	3	13.0	3	13.0
相談できる人がいる	20	87.0	19	82.6
不明	0	0.0	1	4.3
相談相手				
友人	14	60.9	14	60.9
恋人	2	8.7	2	8.7
隣人	2	8.7	1	4.3
配偶者	1	4.3	1	4.3
両親	5	21.7	4	17.4
子供	3	13.0	2	8.7
きょうだい	7	30.4	3	13.0
上記以外の家族	1	4.3	0	0.0
職場の関係者	3	13.0	3	13.0
自助グループの仲間	3	13.0	2	8.7
ダルク職員	2	8.7	2	8.7
保護観察官	6	26.1	1	4.3
保護司	9	39.1	2	8.7
警察官	1	4.3	0	0.0
医療関係者	1	4.3	1	4.3
保健機関関係者	0	0.0	2	8.7
福祉関係者・就労支援関係者	0	0.0	0	0.0

表15 1年後調査実施者における困りごと・悩み事 (N=23)

	登録時		1年後	
	N	%	N	%
なし	16	69.6	13	56.5
あり	7	30.4	10	43.5
薬物のこと	5	21.7	0	0.0
自分の健康	7	30.4	4	17.4
経済的問題	8	34.8	6	26.1
家族のこと	7	30.4	1	4.3
友人のこと	3	13.0	1	4.3
恋人のこと	3	13.0	0	0.0
仕事のこと	6	26.1	4	17.4
その他	5	21.7	4	17.4

表16 1年後調査実施者におけるQOL (N=22)

	登録時		1年後		t	p
	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD		
自分の生活の質をどのように評価しますか？	3.2	0.81	3.1	0.89	0.39	0.70
まったく悪い	0	0.0	0	0.0		
悪い	4	18.2	5	22.7		
ふつう	10	45.5	11	50.0		
良い	7	31.8	4	18.2		
非常に良い	1	4.5	2	9.1		
自分の健康状態に満足していますか？	3.0	1.20	3.4	0.95	-1.40	0.18
まったく不満	3	13.6	0	0.0		
不満	4	18.2	6	27.3		
どちらでもない	7	31.8	3	13.6		
満足	6	27.3	12	54.5		
非常に満足	2	9.1	1	4.5		

表17 調査への同意有無による保護観察対象者の属性および転帰の比較

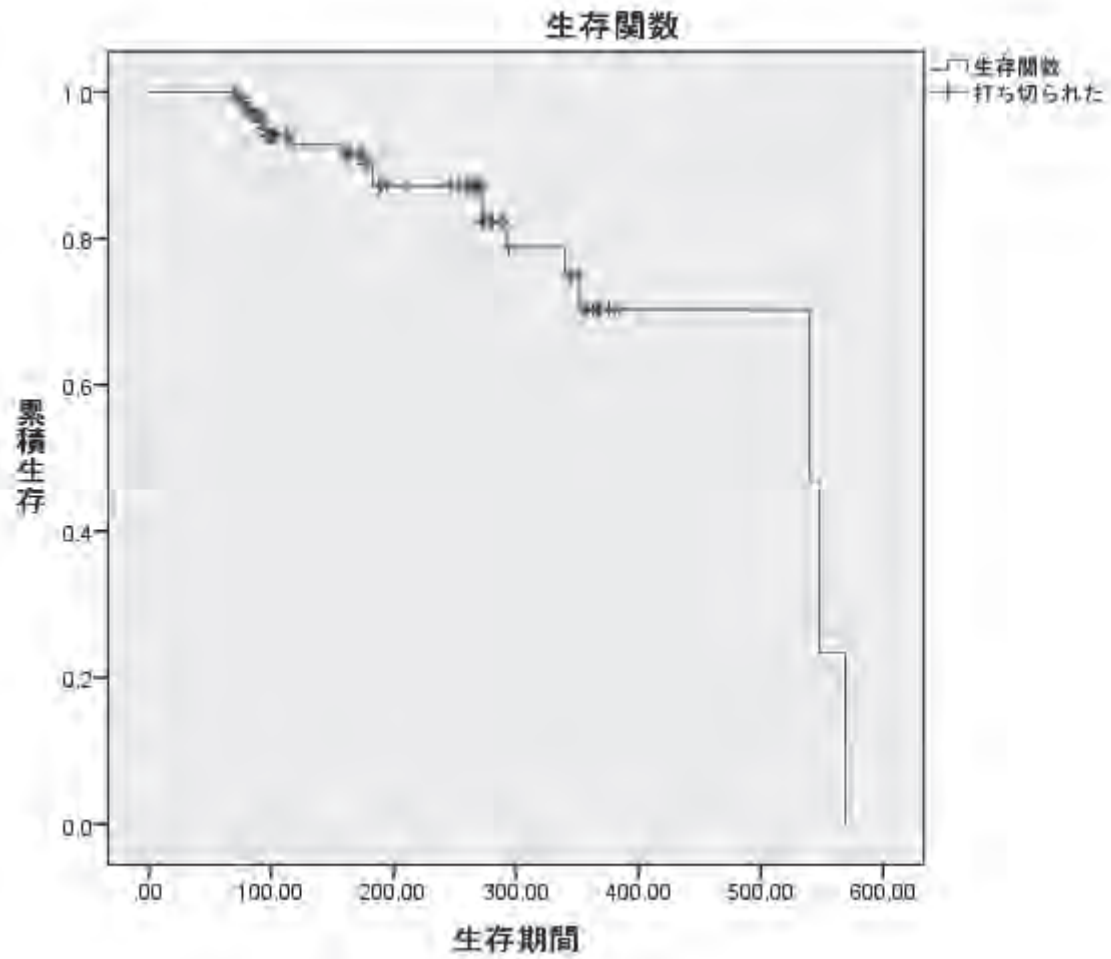
	同意 (n = 225)		非同意 (n = 793)		p ^a
	n/mean	%/SD	n/mean	%/SD	
年齢	45.7	10.0	43.4	10.5	.003
性別：男	175	77.8%	640	80.7%	.345
保護観察の種類					.012
仮釈放者（一部猶予者以外）	150	66.7%	558	70.4%	
仮釈放者（一部猶予者）	49	21.8%	110	13.9%	
全部猶予者	19	8.4%	105	13.2%	
一部猶予者（実刑部分執行終了）	7	3.1%	20	2.5%	
保護観察の転帰					.006
期間満了	119	52.9%	498	62.8%	
転居	5	2.2%	33	4.2%	
身柄拘束	0	0.0%	3	.4%	
保護観察取消し（再犯）	0	0.0%	8	1.0%	
保護観察取消し（遵守事項違反）	2	.9%	13	1.6%	
死亡	0	0.0%	2	.3%	
保護観察取消し（余罪）	0	0.0%	2	.3%	
所在不明	0	0.0%	1	.1%	
保護観察中	99	44.0%	233	29.4%	

a: t検定またはカイ二乗検定

表18 VBP実施地域における保護観察対象者の転帰（平成29年時点）

	立川 (東京都多摩エリア)		横浜 (川崎市+政令指定都市を除く神奈川県)		福岡 (福岡市)		合計	全国(参考値)		
	n	%	n	%	n	%				
期間満了	53	94.6%	67	98.5%	39	100.0%	159	97.5%	4176	92.8%
転居	2	3.6%	1	1.5%	0	0.0%	3	1.8%	-	-
保護観察取消し	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.6%	301	6.7%
合計	56	100.0%	68	100.0%	39	100.0%	163	100.0%	4498	

- 1) 調査対象者の保護観察の種類は、全部実刑の者及び一部猶予者のうち実刑部分の執行が終了した者である。
- 2) 一部猶予者のうち実刑部分の執行が終了した者は、「立川（東京都多摩エリア）」に7人、「横浜（川崎市+政令指定都市を除く神奈川県）」に6人、「福岡（福岡市）」に3人いた。
- 3) 一部猶予者のうち実刑部分の執行が終了した者の転帰は、実刑部分が終了した時点のものを調査しており、全員期間満了で終了していた。
- 4) 「保護観察取消し」は、遵守事項違反により保護観察が取り消された者である。



イベントの定義：何らかの薬物の使用あり

母数：3か月後調査に回答があった者（N=135）

生存時間の推定中央値：540日（95%信頼区間：377.7-702.3）

図1 調査開始から1年半後までの薬物再使用（ Kaplan-Meier解析）