

厚生労働科学研究費補助金
障害者政策総合研究事業(精神障害分野)

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

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 松本俊彦

平成 29 (2017) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

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 研究代表者 松本 俊彦	1
--	---

II. 分担研究報告書

1. 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	11
松本 俊彦	
2. 自治体による薬物依存症支援のあり方と支援体制の構築に関する研究	53
白川 教人	
3. 薬物依存症者に対する包括的支援ガイドラインの開発に関する研究	67
和田 清	
4. 多機関連携による薬物依存症者地域支援の好事例に関する研究	69
近藤あゆみ	
5. 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	83
嶋根 卓也	
6. 更生保護施設における薬物事犯への支援に関する研究	99
森田 展彰	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	129
---------------------------	-----

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

研究代表者 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】本研究の目的は、薬物依存症者の地域支援にかかる包括的な地域連携ガイドライン案（改訂版）を開発し、薬物依存症者の転帰調査システムを開発し、地域における薬物依存症者支援の好事例に関する情報を集積・整理することである。

【方法】本研究では、自治体（精神保健福祉センター、保健所、保健センター等）、保護観察所、更生保護施設、民間支援団体などをカバーする6つ分担研究班の体制によって研究を行った。研究班初年度にあたる今年度は、保護観察所および民間支援団体における薬物依存症者コホート調査システムを開発・実施するとともに、精神保健福祉センターに対するアンケートおよび聞き取り調査、ならびに更生保護施設に対するアンケート調査を通じて、支援の実態と課題、ならびに、医療機関、保護観察所、民間支援団体などの連携の実態を調べた。

【結果】今年度、保護観察対象者ならびに民間支援団体利用者を対象としたコホート研究の準備が整い、前者においては2017年3月より調査を開始し、後者においては調査開始時点の横断的情報収集を終了した。また、精神保健福祉センターを対象としたアンケート調査、および聞き取り調査から、精神保健福祉センターにおける薬物依存症に対する回復プログラムの実施・準備状況が明らかになり、また、地域関係機関との連携の実態と課題が明らかになった。さらに更生保護施設に対するアンケート調査からは、更生保護施設における薬物依存症支援の実態と課題が明らかにされた。

【結論】今年度の研究によって、わが国最初の保護観察対象者、および民間支援団体利用者を対象とした比較的調査のコホート研究が開始し、今後の政策提言に資する基礎敵情報を収集できる体制が構築された。また、次年度以降、薬物依存症者の地域支援に関する包括的ガイドライン案の開発に資する、地域関連機関の現状と課題に関する情報を整理することができ、今後、関係機関との意見交換に有用な情報を得ることができた。

研究分担者

白川教人	横浜市こころの健康相談センター 所長
和田 清	埼玉県立精神医療センター 依存症治療研究部長
近藤あゆみ	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 診断治療開発研究室長
嶋根卓也	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 心理社会研究室長
森田展彰	筑波大学大学院人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻 准教授

A. 研究の背景と目的

これまでわが国の薬物問題対策は「供給の断絶」に偏り、「需要の低減」には多くの課題がある状況で推移してきた。こうしたなかで、「世界一安全な日本」創造戦略（平成 25 年 12 月閣議決定）や「第四次薬物乱用防止五か年戦略」（平成 25 年 8 月薬物乱用対策推進会議決定）等において、関係機関や団体が緊密に連携して、地域における薬物依存症者支援の必要性が強調されるようになった。また、「刑の一部の執行猶予制度」が平成 28 年 6 月までに施行されることから、地域の関係機関や民間支援団体の連携をより緊密にする必要もある。しかし、いまだ地域側には薬物依存症者支援の経験が乏しく、薬物依存症者の転帰情報など、対策立案に際して参照できる基礎的データも存在しない状況である。

そこで本研究は、第 1 に、薬物依存症者の地域支援にかかる包括的な地域連携ガイドライン案（改訂版）を開発し、これを普及させることであり、第 2 に、今後、薬物依存症者の地域支援のあり方を検討、改善させる際の基礎資料となるように、薬物依存症者の転帰調査システムを開発し、地域における薬物依存症者支援の

好事例に関する情報を集積・整理することを目的として計画された。

B. 研究方法

本研究班は、その目的を達成するために、自治体（精神保健福祉センター、保健所、保健センター等）、保護観察所、更生保護施設、民間支援団体などをカバーする 6 つ分担研究班から構成する体制を採用した。そのうえで、初年度には、①保護観察所および民間支援団体における薬物依存症者コホート調査システムを開発し、②地域保健機関および自治体関係者、医療機関、保護観察所、民間支援団体、更生保護施設などの連携の実態を把握し、支援好事例の収集と地域支援の課題を明らかにする予定である。2 年度には、①保護観察対象者および民間支援団体利用者のコホート調査を開始し、②さまざまな地域における薬物依存症者支援の好事例の分析、ならびに関係する援助者への聞き取り調査を行う。最終年度では、コホート調査の結果を踏まえ、関係機関職員との意見交換を重ね、薬物依存症者の地域支援に関する包括的ガイドライン案の開発を行う計画とした。

以下に、各分担課題の研究計画・方法を述べる。

1. 「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）

本分担研究では、仮釈放ないしは保護観察付き執行猶予者のなかで、保護観察官によって薬物依存症に対する指導を要すると判断された対象者のコホート調査体制を整備する。具体的には、保護観察開始時点で調査リクルートを開始し、保護観察終了後も含めた長期間（3 年）の追跡を行う。初年度にシステム整備・開発、2 年度に調査開始、最終年度に短期間の転帰をまとめる。研究協力者として保護局職員、保護観察所職員が参加する予定である。

今年度は、法務省保護局観察課との調整、研究に参加する精神保健福祉センターのリクルートと調査方法に関する協議を通じて、研究デザインを確定した。また、全国展開にも応用可能なデータ入力とウェブシステムのシステム開発を行った。

2. 「自治体による薬物依存症者支援のあり方と支援体制の構築に関する研究」(研究分担者: 白川教人)

本分担研究では、主として自治体側から見た薬物依存症者地域支援の課題を明らかにし、精神保健福祉センターを起点とした地域支援のあり方を検討するとともに、複数地域の精神保健福祉センター長等に研究協力を要請し、地域特性を踏まえた連携のあり方を模索する。初年度は、自治体職員を主たる情報源として課題を抽出・整理する。2年度には、保護観察所職員や民間支援団体職員も含めて地域支援の課題を整理し、最終年度に、行政側から見た「ガイドライン案の叩き台」を開発する予定である。

今年度は、全国の精神保健福祉センターの薬物依存症支援に関する依存症治療・回復プログラムの現状を明らかにし、今後の回復プログラム策定・推進のための基礎資料を得るために、全国69か所の精神保健福祉センター宛に対するアンケートを送付し、依存症治療・回復プログラムの実施状況、ならびにワークブックを提供された場合の利用可能性に関する調査を行った。

3. 「薬物依存症者に対する包括的支援ガイドラインの開発に関する研究」(研究分担者: 和田清)

本分担研究では、他の分担研究の成果を踏まえ、平成27年11月に公表された薬物依存症者に対する法務省保護局・矯正局、厚生労働省社会・保護局障害保健福祉部から2015年11月19日に発出された「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」の再検討を行い、改定すべき課題の整理を行う。初

年度は、地域連携ガイドラインの再検討を行い、2年度・最終年度に、他の分担研究の成果を踏まえ、改訂案を作成する予定である。

今年度は、「刑の一部執行猶予」制度の内容、判決状況、危惧される問題点を論文化すると共に、今後の議論のために、このガイドラインの総論部分である「3 関係機関の基本的な役割」の内容について、視覚的に要約した図の作成を行った。

4. 「多機関連携による薬物依存症者地域支援の好事例に関する研究」(研究分担者: 近藤あゆみ)

本分担研究では、研究者が直接複数の地域に出向いて行政機関、医療機関、民間支援団体から情報収集を行い、地域支援の課題抽出・整理を行うとともに、好事例の収集し、分析する。研究班初年度・2年度は、上述の情報収集・意見交換を行い、最終年度は好事例のデータベース化と、地域支援の「ガイドライン案の叩き台」を開発する予定である。

今年度は、精神保健福祉センター(69機関)を対象機関とし、連携状況に関するアンケート調査を行った(回収率85.5%)。次に、調査協力を得られたセンター17機関に対して、具体的な連携に関するインタビュー調査を行った。

5. 「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」(研究分担者: 嶋根卓也)

本分担研究では、複数の民間支援団体利用者の追跡調査を行う。研究班初年度にコホート調査実施の準備・調査の開始とし、2年度は調査の進行管理とともに、民間支援団体側から見た、地域連携の課題に関する聞き取り調査を行う。最終年度は、転帰調査および聞き取り調査の結果を踏まえ、「ガイドライン案の叩き台」を開発する予定である。

今年度は、コホート研究のベースラインとなる横断調査を実施した。対象は、全国のダルク

57 施設のうち、本研究の対象者が存在した 53 施設における入所者・通所者・研修中スタッフ（無給）である。

具体的には、対象施設を個別訪問し（平成 28 年 7 月から 9 月）、施設長（施設長不在時は常勤職員）に対して研究の意義や目的を説明した。調査協力が得られた施設に対して、利用者人数分の説明書、同意書、調査用紙、回収用封筒を送付した（平成 28 年 10 月から 12 月）。各施設の施設長（あるいは調査担当者）は調査マニュアルに基づき、利用者に対して調査説明を行い、同意書への署名および自記式調査票への回答を求めた。

6. 「更生保護施設における薬物依存者支援の課題と地域連携体制のあり方に関する研究」（研究分担者：森田展彰）

本分担研究では、刑務所や保護観察所等で処遇された薬物使用者の社会復帰を支援する更生保護施設において、薬物問題を持つ人の利用状況やそうした利用者の支援状況、回復・社会復帰の状況、関連機関との連携状況の実態、そしてそれが刑の一部執行猶予制度の前後でどのように変化するか、対応する職員が感じている困難や成果について明らかにすることを目的としている。同時に、そのデータにもとづいて、刑の一部執行猶予制度下における更生保護施設を中心とした薬物問題を持つ人に対する地域支援ガイドラインを作成することを目的としている。

今年度は、刑の一部執行猶予制度下における更生保護施設を中心とした薬物問題を持つ人に対する地域支援の進め方について検討するために、25 の薬物処遇重点実施更生保護施設へアンケートを送り、回答のあった 13 施設の責任者およびスタッフのアンケートの内容を分析した。

C. 研究結果

1. 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）

今年度の研究により、コホート研究のデザインが確定された。具体的には、精神保健福祉センターにおいて、東京都多摩地区、川崎市、神奈川県、福岡市における薬物事犯保護観察対象者を、保護観察開始時点より 3 年間追跡することとした。対象者リクルートは保護観察所で行い、研究に関する同意取得や定期的な情報収集は調査対象地域の精神保健福祉センター（東京都立多摩総合精神保健福祉センター、川崎市精神保健福祉センター、神奈川県精神保健福祉センター、福岡市精神保健福祉センター）で行うとなった。また、法務省保護局観察課からデータを提供してもらい、各精神保健福祉センターから提供される同意者の情報をもとに、薬物事犯による保護観察対象者を同意者と非同意者の比較から、同意者の偏りを明確に説明できる体制も確保した。さらに、データ管理のためのウェブシステムを開発し、不正アクセスや情報漏えい対策が万全なシステムを構築するとともに、各精神保健福祉センターより専用のタブレットを通じて情報入力ができる体制を整備した。以上の決定事項にもとづいて、2017 年 3 月よりコホート研究を開始した。

なお、本分担研究におけるコホートプロジェクトには、「Voice Bridges Project（「声」の架け橋プロジェクト）」という名前を与えられた。

2. 「自治体による薬物依存症者支援のあり方と支援体制の構築に関する研究」（研究分担者：白川教人）

今年度実施したアンケート調査から、以下の 2 点が明らかにされた。

1 つは、平成 28 年 9 月 1 日現在における依存症治療・回復プログラムの実施状況についてである。全国のセンターにおいて、SMARRP 類縁のプログラムを、すでに実施しているのは 25 セ

ンター(36%)、計画中は 7センター (10%)、実施予定なしは 37センター (54%) であった。SMARRP 類縁のプログラムを実施しているセンターの対象とする依存は、薬物のみを上げるセンター (11センター) が一番多かった。また、実施予定なしと回答したセンターが SMARPP 類縁のプログラムを実施できない理由として、マンパワーと予算の確保不足が一番多く、次いで、管轄内の医療機関がすでに薬物に関するプログラムを実施していることを挙げるセンター (10センター) が多かった。

もう 1 つは、「長野県版依存症治療回復プログラムテキスト (ARPPS)」の活用可能性についてである。61センター (88%) が ARPPS を活用できると回答し、活用方法は職員の基礎知識学習が最も多いという結果であった。一方、活用しないと回答したセンターでは「独自のテキストがあるから」という理由が一番多かった。

3. 「薬物依存症者に対する包括的支援ガイドラインの開発に関する研究」(研究分担者: 和田清)

本研究は、他の分担研究による成果の上に成り立つ研究であるため、研究班初年度に当たる今年度は、「刑の一部執行猶予」制度の内容、判決状況、危惧される問題点を論文化するとともに、今後の議論のために、「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」の総論部分である「3 関係機関の基本的な役割」の内容について、視覚的に要約することを試みた。

2年度はこの図を利用しながら、このガイドラインの各論である「1 薬物依存者本人に対する支援」と「2 家族に対する支援」に関して、関係機関毎、ないしは、関係機関相互が果たすべき役割について、関係者間でエキスパート・コンセンサス作りに取り組む予定である。

4. 「多機関連携による薬物依存症者地域支援の好事例に関する研究」(研究分担者: 近藤あゆみ)

平成 29 年 2 月 10 日時点で、17 機関のうち 12 機関のインタビューを終了した。その結果、現段階において精神保健福祉センターと良好な連携関係が構築できている主な機関は、保護観察所と依存症回復支援施設であることが明らかになった。保護観察所との連携内容については、観察期間が終了して保護観察所の関与が途切れる前に、本人及び家族を精神保健福祉センターにつなぐ経路が確保されていることに加え、保護観察所が精神保健福祉センターから様々な助言を受けることでよりよい支援につながっている可能性が示唆された。

依存症回復支援施設との連携は他機関と比較して多様であったが、特に施設入所が必要な状態にあるケースを支援していく場合の連携が重要であると思われた。センターで本人支援を行っている、施設に入所しないで断薬を継続していくことが困難なケースに一定数出会うことになるが、よいタイミングをみはからって早期に施設入所につなげるためには、依存症回復支援施設職員との密接な連携が欠かせないからである。また、ケース紹介や助言についても、本人家族ともに双方向で行われており、互いの可能性や限界をよく理解したうえでの連携が行われていることが示唆された。

5. 「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」(研究分担者: 嶋根卓也)

全 53 施設のうち 46 施設から調査協力を得て (施設協力率 86.8%)、697 名より有効回答を得た。対象者の平均年齢は 43.3 歳 (20~85 歳)、女性 6.9%であった。利用形態は、入所中 79.5%、通所中 10.3%、スタッフ研修中 10.2%であった。主たる依存対象は、薬物依存 70.4%、アルコール依存 24.7%、ギャンブル依存 2.3%であった。主たる依存物質は、覚せい剤 42.9%、アルコール 24.7%、危険ドラッグ 9.3%、有機溶剤 4.3%、処方薬 4.2%、大麻 3.7%、市販薬 3.0%と続いた。8割を超える高い協力率で、700名近くの有効回答を得ることができた背景には、各施設との

顔が見える信頼関係の構築が影響していると考えられる。今回は、対象全施設を個別に訪問し、研究計画を口頭と文書を使って丁寧に説明することを心がけた。また、協力施設の職員を対象に調査結果のフィードバックおよび意見交換会を開催し、民間支援団体との密なコミュニケーションを図った（平成29年1～2月）。

以上により、追跡を伴う民間支援団体の予後調査としては、わが国で初めての大規模研究が開始された。

6. 「更生保護施設における薬物依存者支援の課題と地域連携体制のあり方に関する研究」 （研究分担者：森田展彰）

アンケートの結果、調査対象となった25施設のうち、13施設における平成27年6月から1年間の利用者は、総数942名（男性797名、女性145名）であり、そのうち薬物問題のある事例は321名（男性246名、女性75名）であったことが明らかにされた。1年間で各施設の薬物問題をもつ利用者は72.5±38.4名とかなり多い人数であった。

また、入所中の支援やプログラムは、中心となる就労支援に加え、スマーブをはじめとする再発防止のプログラムが施設内外でほとんどの施設で行われていることが明らかにされた。スタッフの方の薬物依存症者への治療的な態度をJ-DDPPQという尺度で測定したところ、医療機関の看護師よりも治療的な態度が高く、薬物問題をもつ人への回復支援の手法や視点が定着しつつあることが確かめられた。刑の一部執行猶予制度についても、治療的な働きかけに手ごたえを得ている人を中心に、処罰だけでない治療的な働きかけが早く導入できることに意義を感じている人も多いが、自分の問題についての認識が十分でない段階で入ってくることで、指導が入りにくくなってしまうことなどの懸念があることも判明した。

しかしその一方で、就労や住まいが安定しない状況の者も少なくなく、入所中から自助グループや医療保健福祉機関との連携も始められ

ているものの、退所後の継続は多いとはいえない点も明らかにされた。

D. 考察

本研究班では、①保護観察所および民間支援団体における薬物依存症者コホート調査システムを開発し、②地域保健機関および自治体関係者、医療機関、保護観察所、民間支援団体、更生保護施設などの連携の実態を把握し、支援好事例の収集と地域支援の課題を明らかにし、最終年度までに、コホート調査および実態調査の知見を踏まえて、関係機関職員との意見交換を重ね、薬物依存症者の地域支援に関する包括的ガイドライン案の開発を行うことを目指している。そのなかで、今年度は、各フィールドにおけるコホート調査・実態調査の準備を行う必要があったが、その進捗はほぼ計画通りの達成が得られたと考えている。

まず、コホート研究については、保護観察対象者と民間支援団体ダルク利用者を対象とした研究の準備を行った。保護観察対象者については、精神保健福祉センターを情報収集地点に設定し、東京都多摩地区、川崎市、神奈川県、福岡市における薬物事犯保護観察対象者を、保護観察開始時点より3年間追跡する計画が確定し、2017年3月よりコホート研究を開始することができた。一方、全国の民間支援団体ダルク利用者のコホート研究では、今年度はベースライン調査を実施し、全国46施設の利用者約700名から有効回答を得ることができており、追跡を伴う民間支援団体の予後調査としては、わが国で初めての大規模研究が開始された。

実態調査および聞き取り調査としては、「保護観察→地域」のつなぎの起点となる2つの機関として、地域支援精神保健福祉センターおよび更生保護施設において実施した。

精神保健福祉センターに関しては、同機関における薬物依存症に対する直接支援の実態、ならびに、同機関を起点とした連携の実態につい

て調査した。まず、直接支援の実態としては、全国の精神保健福祉センターのうちほぼ半数が SMARRP 類縁のプログラムを実施もしくは具体的に計画を立ており、なかでも薬物依存症をターゲットとした援助を提供している機関が最も多いことが判明した。精神保健福祉センターを起点とした多機関連携については、保護観察所と依存症回復支援施設との連携が密接であることが明らかになった。そして、今後、良好な連携関係を可能にするための関係性については、高い頻度で双方の職員が顔を合わせ、相互理解を深めることが可能な体制づくりが求められることが明らかになった。

更生保護施設の調査からは、薬物処遇重点実施更生保護施設では SMARPP などの認知行動療法の導入に積極的に取り組み、治療的な視点での関わりに手ごたえを感じている実態が明らかにされた。その一方で、自分の問題を十分認識していない事例への対応に関する懸念、あるいは、女性事例や高齢事例などで社会復帰が困難な状況も明らかになり、今後の課題となっていた。また、ダルクなどの民間リハビリ施設や自助グループ、さらには医療保健福祉機関との連携が十分とはいえない状況にあり、その点も課題となっていることが明らかにされた。

以上、今年度の研究活動を通じて、大規模なコホート研究実施体制が予定通り進み、刑の一部執行猶予制度施行後の地域支援の核となるべき地域機関における課題も明らかにされた。次年度以降、コホート研究の進捗を管理するとともに、地域における課題をさらに掘り下げ、実際の支援活動に資するガイドライン案の提言を行っていく予定である。

E. 結論

本研究は、薬物依存症者の地域支援にかかる包括的な地域連携ガイドライン案（改訂版）を開発し、薬物依存症者の転帰調査システムを開発し、地域における薬物依存症者支援の好事例

に関する情報を集積・整理することを目的として、自治体（精神保健福祉センター、保健所、保健センター等）、保護観察所、更生保護施設、民間支援団体などをカバーする6つ分担研究班の体制をもって研究班活動を開始した。

研究班初年度にあたる今年度は、保護観察所および民間支援団体における薬物依存症者コホート調査システムを開発・実施し、②地域保健機関および自治体関係者、医療機関、保護観察所、民間支援団体、更生保護施設などの連携の実態を把握し、地域支援における課題を明らかにした。

今後は、コホート調査および実態調査の知見を踏まえて、関係機関職員との意見交換を重ね、薬物依存症者の地域支援に関する包括的ガイドライン案の開発を行う予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 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 158:118-125, 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) 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.
 - 7) 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.
 - 8) 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.
 - 9) 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.
 - 10) 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.
 - 11) 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.
 - 12) 松本俊彦: 妊婦の薬物依存. *日産婦医会報* 68(11) : 10-11, 2016.
 - 13) 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.
 - 14) 和田 清: 「刑の一部執行猶予」とは?. *精神科* 30(1) : 22-27, 2017.
 - 15) 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.
 - 16) 嶋根卓也: 「ゲートキーパー」としての薬剤師の役割. *医薬ジャーナル* 52(2), 101-104, 2016.
 - 17) 嶋根卓也: 学校における薬物乱用防止教育. *精神科治療学*, 31(5) : 573-579, 2016.
 - 18) 嶋根卓也: ユーザーに最も身近な相談窓口として~多剤併用を防ぐ薬剤師の取り組み~. *月刊薬事* 58(8) : 68-70, 2016.
 - 19) 嶋根卓也: LGBT における HIV 感染症と薬物依存. *精神科治療学*, 31(8) : 1045 - 1052, 2016.
 - 20) 嶋根卓也: 飲酒・喫煙・薬物乱用. VIII 学校保健における健康課題 特集 学校保健パーフェクトガイド, *小児科診療* 79(11) : 1657 - 1663, 2016.
 - 21) 森田展彰: アディクション問題の与える子供への影響 *臨床心理学 増刊第8号 やさしいみんなのアディクション* 松本俊彦(編) 金剛出版 152-154 2016.
 - 22) 森田展彰: アディクション治療が先か、トラウマ治療が先か? *臨床心理学 増刊第8号 やさしいみんなのアディクション* 松本俊彦(編) 金剛出版 123-125 2016.
 - 23) 森田展彰: ハームリダクションの展開を考える—医療、回復支援、法的処遇の視点でディベート、*日本アルコール・アディクション医学会雑誌* 51(4) 128, 2017

- 24) 森田展彰：日本のアディクション特に薬物問題に対するハームリダクションの導入に関する論点、日本アルコール・アディクション医学会雑誌 51 (4) 129, 2017
- 25) 森田展彰：「トラウマ関連問題を背景にもつ薬物依存症に対するプログラム—女性事例を中心とした支援」, 精神療法 43(1) : 104-117, 2017
2. 学会発表
- 1) Shimane T, Matsumoto T : Reliability and validity of the Japanese version of the DAST-2. CPDD 78th Annual Scientific Meeting, Palm Springs, CA(USA), 2016. 6. 11-16.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 近藤あゆみ：薬物依存症外来治療プログラム STEM の有効性評価, シンポジウム 3 薬物依存症に対する心理療法の現状, 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. (シンポジウム)
- 15) 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 森田展彰：薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラムの理解度と有用性, 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.
- 16) 吉岡幸子, 新井清美, 森田展彰, 成瀬暢也：アルコール・薬物依存症の家族支援～全国家族調査の結果を踏まえて～, 第

- 38 回日本アルコール関連問題学会秋田市にぎわい交流館、2016年9月9日
- 17) 吉岡幸子、成瀬暢也、森田展彰、新井清美：アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査その1-アルコール依存症家族の背景と支援の必要性-
- 18) 新井清美、成瀬暢也、森田展彰、吉岡幸子：アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査 その2-薬物依存症家族の背景とニーズ-第38回日本アルコール関連問題学会秋田市にぎわい交流館、2016年9月9日
- 19) 森田展彰、新井清美、成瀬暢也、吉岡幸子：アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査その3-家族の精神健康を中心とした分析-第38回日本アルコール関連問題学会秋田市にぎわい交流館、2016年9月9日
- 20) 成瀬暢也、吉岡幸子、森田展彰、新井清美：アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査：その4-刑の一部執行猶予制度に伴う家族支援-第38回日本アルコール関連問題学会秋田市にぎわい交流館、2016年9月9日
- 21) 森田展彰、嶋根卓也：シンポジウム：ハーム・リダクションの展開を考える：医療、回復支援、法的処遇の視点でディベート、第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、タワーホール船堀（東京）、2016年10月8日。
- 22) 梅野 充、南 保輔、森田展彰、高原恵子、幸田 実、秋元恵一郎、阿部幸枝、谷部陽子、源田圭子、伊波真理雄危険ドラッグ乱用者に対する回復支援～全国ダルクスタッフ・利用者調査から～、第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、タワーホール船堀（東京）、2016年10月8日。
- 23) 源田圭子、梅野 充、幸田 実、秋元恵一郎、南 保輔、阿部幸枝、高原恵子、伊波真理雄、谷部陽子、森田展彰：女性にと
- っての依存症からの回復とは？～全国ダルク関連施設調査から、第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、タワーホール船堀（東京）、2016年10月8日
- 24) 秋元恵一郎、森田展彰、南 保輔、梅野充、阿部幸枝、高原恵子、源田圭子、高橋百合子、谷部陽子、幸田 実：回復支援の立場からみた一部執行猶予制度～全国ダルク調査から～、第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、タワーホール船堀（東京）、2016年10月8日
- 25) 阿部幸枝、梅野 充、森田展彰、秋元恵一郎、幸田 実、加藤 隆、高原恵子、南 保輔、源田圭子、谷部陽子：総合支援法のもとでの薬物依存症回復支援施設～全国ダルク関連施設調査から、第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、タワーホール船堀（東京）、2016年10月8日
- 26) 森田展彰：アディクションにおける関係性の回復ーオープン・ダイアログへの期待、オープン・ダイアログについて考える、第27回日本嗜癖行動学会、2016年10月22日

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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】 2016年6月に「刑の一部の執行猶予制度」が施行され、保護観察下および保護観察終了後の薬物事犯者に対する地域支援体制の構築は喫緊の課題である。そのなかで、薬物事犯者に対する長期的な転帰調査と、その知見に基づく地域支援体制の構築は喫緊の課題である。本研究の目的は、保護観察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ことともに、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にある。

【方法】 今年度は、法務省保護局観察課との調整、研究に参加する精神保健福祉センターのリクルートと調査方法に関する協議を通じて、研究デザインを確定した。また、全国展開にも応用可能なデータ入力とウェブシステムのシステム開発を行った。

【結果および考察】 今年度の研究により、コホート研究のデザインが確定された。具体的には、精神保健福祉センターにおいて、東京都多摩地区、川崎市、神奈川県域、福岡市における薬物事犯保護観察対象者を、保護観察開始時点より3年間追跡することとした。対象者リクルートは保護観察所で行い、研究に関する同意取得や定期的な情報収集は調査対象地域の精神保健福祉センター（東京都立多摩総合精神保健福祉センター、川崎市精神保健福祉センター、神奈川県精神保健福祉センター、福岡市精神保健福祉センター）で行うとなった。また、法務省保護局観察課からデータを提供してもらい、各精神保健福祉センターから提供される同意者の情報をもとに、薬物事犯による保護観察対象者を同意者と非同意者の比較から、同意者の偏りを明確に説明できる体制も確保した。さらに、データ管理のためのウェブシステムを開発し、不正アクセスや情報漏えい対策が万全なシステムを構築するとともに、各精神保健福祉センターより専用のタブレットを通じて情報入力ができる体制を整備した。以上の決定事項にもとづいて、2017年3月よりコホート研究を開始した。

【結論】 我々は、コホート研究と薬物依存症者の地域支援を同時に進行させることができる体制を整備するとともに、本研究プロジェクトに、「Voice Bridges Project（「声」の架け橋プロジェクト）」という名前を与えた。

研究協力者

高野 歩	東京大学大学院医学系研究科精神看護分野
熊倉陽介	東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野
熊谷直樹	東京都立多摩総合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
野崎伸次	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）
谷合知子	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
津田多佳子	川崎市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
木下 優	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
河野 亨	福岡市精神保健福祉センター
宇佐美貴士	福岡市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
黒沢 亨	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
原井智美	神奈川県精神保健福祉センター
前川洋平	法務省保護局
石井周作	法務省保護局
田中恵次	株式会社 要
藤井啓喜	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

2016年6月に「刑の一部執行猶予制度」が施行され、ごく近い将来、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。こうした状況の中で、すでに2015年11月に法務省・厚生労働省連名で「薬物依存症者の地域処遇ガイドライン」が公表されており、そこには、

薬物依存症が犯罪であるとともに、精神疾患としての側面もあることが明記されるとともに、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ことが明記されている。

しかし、刑の一部執行猶予制度施行後の地域支援体制を考えるうえで、わが国には2つの重要な課題がある。一つは、基礎資料の不足である。すなわち、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、現在までのところわが国にはそうしたデータは存在しない。

そしてもう一つは、保護観察と地域支援をつなぐ仕組みの欠如である。いうまでもなく、「刑の一部執行猶予制度」は、薬物事犯者の地域内処遇へと向けての一步前進であり、「刑務所出所直後に再使用」となってしまう者を大幅に減少させるシステムができたことを意味する。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任意の社会資源につながらなければ、今度は「保護観察終了後の再使用」のリスクが高まってしまうであろう。

とはいえ、ここには困難な問題がある。なるほど、現状ではわが国には薬物依存症の地域支援のための資源が絶対的に不足しているが、たとえ充足されていたとしても、はたして長期にわたる保護観察を終了した者が、その後改めて任意による地域資源の活用を希望するのか、という問題である。しかも、保護観察期間に薬物依存症再発防止プログラムを受けているだけに、通常で終了後にあえて地域でもプログラムの継続を希望する者はきわめて少ないと予想せざるを得ない。

そこで、必要となるのが、保護観察の開始時点から地域の援助者が保護観察対象者にかかわり、保護観察から地域支援への移行を促す仕組みである。そのような仕組みがあれば、対象者は地域の援助者と関係性を築くことができ、

保護観察終了後にも地域支援につながる可能性は高まると考えられる。たとえ、保護観察終了後に地域の援助者との関係性が切れたとしても、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、地域の援助者にアクセスする者が増えると推測される。

今回、我々は、本研究の目的として以下の二つの課題を設定した。一つは、地域の精神保健福祉センターを情報収集場所として、保護観察対象となった薬物事犯者のコホート研究を行い、その転帰ならびに転帰に影響する要因を明らかにすることであり、もう一つは、保護観察と地域の薬物依存症からの回復に資する社会資源との橋渡しをするシステムを構築することである。そして、研究班初年度にあたる平成28年度は、コホート調査の研究デザインを検討し、パイロット的に4つの地域で研究実施の準備を進めるとともに、今後、実施地域をスムーズに増やすことができるように、データ入力と対象者の追跡を容易にするウェブシステムの開発を行うことを目指した。

B. 研究方法

本年度の研究は、本分担研究事務局（松本、高野、熊倉）の協議において、以下の4つの段階で検討を進めた。

以下に、事務局における議論のプロセスに関する要旨を述べる。

1. 事務局における研究デザインの検討

1) 対象者リクルートの場所

保護観察対象者のコホート研究を行うにあたって、対象者をリクルートする期間として最も適しているのは、いうまでもなく保護観察所である。保護対象者が保護観察における最初の面接に訪れた際に本研究に関する説明をすれば、すべての保護観察対象者に対してリクルートを行うことができるはずである。

そこで、さっそく我々は法務省保護局観察課に赴いて、この研究に関する説明を行い、協力するとの回答を得ることができた。

2) 対象者の追跡期間

対象者の追跡期間は3年間を設定した。研究開始の準備のために1年間を要し、本来、3年間の研究班活動のなかでは、残り2年間でリクルートと追跡を終了しなければならないこととなる。しかし、昨年6月から出されはじめた「一部執行猶予判決」を見ると、その多くが2年間の保護観察を言い渡されており、保護観察終了後から最低1年間は地域内での追跡を行わなければ、「刑の一部執行猶予制度」以降の地域支援施策の検討に有用な情報は収集できないと考えた。また、保護観察終了前に追跡をやめてしまえば、そもそもの問題意識である、「保護観察から地域支援へのつなぎを促進するにはどうしたらよいのか」に応えることはできない。

そこで、本研究では、対象者の追跡期間を3年間に設定した。

3) 追跡期間における情報収集の場所

次に重要なのは追跡期間における情報を行う機関である。確実に対象者とコンタクトをとり続けることができる可能性が高いのは保護観察所であるが、保護観察所で情報収集する場合には、次の3つの問題点があると考えた。

- ① 保護観察所で収集した保護観察対象者の情報は、対象者の同意なしに収集された個人情報であり、それをそのまま研究に用いるのは、クリアすべき倫理的問題がある。
- ② 保護観察所では、「薬物使用」に関する告白はそのまま刑事司法的対応の対象となることから、対象者の正直な申告がなされない可能性がある。
- ③ 保護観察所を情報収集場所とした場合、情報が得られるのは保護観察期間中に限られ、保護観察終了後の追跡が困難と

なってしまう、また、保護観察から任意による地域の社会資源へのつなぎを促進するという本研究の主旨にも反する。

以上のような理由から、情報収集の場として保護観察所ではなく、地域の機関を考える必要があると考えた。

その場合、薬物依存症を抱える保護観察対象者とかかわる可能性がある機関としては、薬物依存症の専門外来を持つ医療機関か、ダルクなどの民間リハビリ施設がある。しかし、薬物事犯による保護観察対象者のすべてに対して狭義の医療が必要とはいえないこと、そもそも薬物依存症専門医療機関の数はきわめて限られており、将来における本プロジェクトの全国展開を考えた場合、大きな足かせになると考えた。一方、民間リハビリ施設は全国に存在している点では、民間機関という点で対象者の情報を管理するという責任の重さやリハビリ施設職員の負担を考えると、現実的ではないと判断した。

最終的に我々は、精神保健福祉センターを情報収集機関として選定した。その理由は、次の4つのメリットによった。

- ① 全国の都道府県・政令指定都市に最低1箇所は存在し、今後の全国展開の可能性があること。
- ② 行政機関としての信頼性、ならびに対象者の福祉的支援ニーズにも、同じ自治体の当該セクションとの連携がより円滑に進むと予想されること。
- ③ 地域の相談支援機関であれば、相談業務の中で知り得た個人情報については守秘義務を優先でき、対象者の正直な申告を期待することができること。
- ④ 精神保健福祉センターは厚労省より依存症本人および家族の相談支援を行う地域の基幹施設として指定されており、地域の依存症からの回復のための社会資源に関する情報を持っており、すでに薬物依存症当事者に対して再発防止プログラムや家族教室を開催しているな

ど、薬物依存症支援を展開している機関が少なくないこと。

一方、精神保健福祉センターを情報収集機関とすることのデメリットとしては、2つ考えられた。

- ① 保護観察所が追跡して情報収集する場合とは異なり、あくまでも本人の同意のもとづく研究参加と情報収集となるため、本研究に同意するのは対象候補者の一部に限られ、コホート集団が保護観察対象者全体のなかで偏った属性の者になってしまう可能性があること。
- ② 精神保健福祉センターはすでに多数の精神保健関係の事業を実施しており、本研究に参加することで職員の業務負担が過重なものになってしまう可能性があること。

しかし、これらのデメリットは部分的に解消することが可能である。本研究に同意しなかった保護観察対象者の属性と保護観察の転帰といった個人特定困難な情報を、保護観察所より得ることができれば、本研究における対象が保護観察対象者の中でどのような位置づけを占める集団なのかを説明することができる。また、情報収集を容易にするようなデータ入力支援システムを開発すれば、精神保健福祉センター職員の労力を最小限に抑えることができると判断した。

4) 研究実施地域の検討

保護観察対象者のコホート研究としては、パイロット研究に位置づけられる本研究の性質を考え、まずは、保護観察対象者にコンタクトをとり、情報収集とともに相談支援を実施することができる精神保健福祉センターを2~4箇所選定し、そのセンターが管轄する地域を調査実施地域とする必要があると考えた。

そこで、すでに薬物依存症者に対して再発防止プログラムと家族教室を実施しており、管轄エリアがある程度限定されている精神保健福祉センター中心に協力の可能性を打診するた

めに、直接訪問し、説明を行った。というのも、そのようなセンターであれば、薬物依存症者の相談支援に熟練しており、エリアが限定されているために、対象者のアクセスも比較的よいのではないかと考えたからである。その結果、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、川崎市精神保健福祉センター、福岡市精神保健福祉センターから協力可能との回答を得た。

さらに、この研究プロジェクトの話聞いた神奈川県精神保健福祉センターからも、調査に協力できる可能性があるとの連絡を受け、研究の説明をするために訪問を行った。同センターは、独自の再発防止プログラムは実施していないが、ごく至近に薬物依存症の専門外来・専門病棟を持つ神奈川県立精神医療センターがあり、ダルクなどの民間リハビリ施設との連携した活動の実績もある。その一方で、神奈川県域という広範なキャッチメントエリアが、はたして対象者のアクセスという点でどのような影響を及ぼすかが懸念された。しかし、神奈川県精神保健福祉センターでの取り組みは、将来、全国的に本研究と支援実践を拡大する際、広い地域において保健所などの連携した支援システムを開発する際のモデルになるとも考えられ、調査実施施設に組み込むこととした。

以上の経緯から、本研究は、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、川崎市精神保健福祉センター、福岡市精神保健福祉センター、神奈川県精神保健福祉センターのキャッチメントエリアで実施することとした。したがって、連携する保護観察所としては、東京保護観察所立川支部、横浜保護観察所、福岡保護観察所の3箇所となり、法務省保護局観察課を通じて、各保護観察所への研究協力の要請をし、了解をえた。

5) データ入力および対象者追跡のためのウェブシステムの開発

本研究は、最終的には全国展開を想定しつつも、現時点では、まずは4つの地域におけるパイロット研究を実施するという位置づけを考

えている。したがって、今後、実施地域が増えることを想定した情報収集・管理システムの構築が望まれる。すなわち、精神保健福祉センター職員の負担をできるだけ軽減するかたちで情報収集を行い、また、集計やデータ解析にも混乱が生じないシステムを準備しておく必要がある。

本研究では、最初からパソコンを介して情報を電子的に入力し、外部のサーバーで情報管理を行うことを考えた。ただし、その場合、精神保健福祉センターのような行政機関の場合、職場のパソコンからの外部接続には制限があることを考慮する必要がある。そこで、本研究では、各精神保健福祉センターに外部接続可能な専用タブレット貸与し、情報入力はこのタブレットを介して行う方法を採用することとした。

その際、問題となるのは、不正アクセスや情報漏えいへの対策である。これに対しては、サーバーへのアクセスをログイン管理(個別のIDとパスワード使用)とするとともに、通信やデータベース管理には暗号化・難読化・匿名化を用いる必要があると考えられた。また、電話や面談によって相談支援を提供する精神保健福祉センターでは、対象者の実名が把握できる一方で、研究者や他地域の精神保健福祉センターの職員には閲覧権限やマスキングを行い、管轄地域以外のデータには触れられない仕組みとすることも必要である。

さらに、情報入力用のタブレットには、対象者へのコンタクト時期に関するリマインド、あるいは、情報入力に関するガイド機能をつけることで、精神保健福祉センター職員の情報入力に際しての省力化を行う必要もあると考えた。

2. 研究班会議での討議

今年度、上述の事務局の研究計画を、研究班会議において、研究協力者である精神保健福祉センター担当者、ならびに法務省保護局観察課職員と討議し、研究デザインの修正と問題点の洗い出しを行った。

そのなかで、特に多くの議論を行ったのは、対象者との同意取得の方法、対象者とのコンタクトの方法、および調査項目に関してであった。

以下に、その議論の要旨を述べる。

1) 同意取得の方法

本研究では、当初より対象者リクルート場所を保護観察所と定め、同所において説明と同意を行うことを想定していた。

しかし、研究同意後の情報収集は精神保健福祉センターが行うこと、そして、保護観察所はあくまでも研究の入り口部分にすぎないことを考えると、研究の同意をとった機関と情報収集のためにコンタクトをとる機関とが一致しないのは、対象者にとって情報の流れがわかりづらく、守秘に関する不安も生じる。また、精神保健福祉センター側の立場からしても、一度も会ったことのない保護観察対象者に電話でコンタクトを取り、情報収集するのは、非常に「やりにくい」という印象があるという意見が出た。

そこで、本研究では、保護観察所ではあくまでも説明にとどめ、研究参加を希望する者は「研究登録申請書」を精神保健福祉センターに郵送することとした。そして、申請書を確認した精神保健福祉センターから対象候補者に連絡を取り、一度、来所してもらって面接を行い、そのなかで同意を取得することとした。

この方法の場合、当初の計画よりも同意率が低下する可能性が高いが、その一方で、最初から電話だけで対象者とコンタクトをとるよりも、一度は、精神保健福祉センター担当者と対象者が顔合わせしている方が、今後の相談支援関係を築く上ではメリットがあると考えられた。また、本研究がパイロット研究であることを考えれば、対象者が多くなりすぎて、精神保健福祉センターの業務に支障が出ることを避ける必要もあると考えた。その代わりに、登録申請書を保護観察所からそのまま発送できるように、あらかじめ切手付き封筒を用意することとした。

2) 対象者とのコンタクトに関する検討

精神保健福祉センターにおける対象者とのコンタクト方法については、面接、電話、メールなどの方法が考えられた。しかし、毎回、対面面接によってコンタクトをすれば、それ自体が具体的な直接支援となるが、対象者の負担が大きく、追跡研究からの脱落率が高くなると予想された。また、メールによるコンタクトは、対象者の就労状況などを気にすることがなく、簡便であるという利点があるものの、現状では、どの精神保健福祉センターもメールを用いた相談支援は原則実施しておらず、通常の業務から大きく逸脱する可能性があると考えられた。

そこで、現実的なコンタクト方法として電話による方法を採用することとし、電話対応のなかで必要に応じて、直接来談などの対応をすることとした。

3) 調査項目の検討

本研究における調査項目ならびに情報収集時点については、研究班会議、およびメーリングリストにおいて、研究に参加する4箇所の精神保健福祉センター、ならび法務省保護局観察課の職員と意見交換をしながら決定した。その際、精神保健福祉センター職員の負担を軽減することから、できるだけ調査項目を減らすように努めた。

しかしその一方で、保護観察の転帰や薬物再使用のリスク要因、あるいは必要な支援内容などを検討する際には、薬物問題の重症度をコントロールしなければ、実際の地域支援に役立つ情報を得ることはできない。そこで、本研究では、初回収集情報として20項目の自記式質問票である日本語版DAST-20(嶋根ら, 2015)を組み込むことにした。

3. 研究実施に向けての準備

上述の検討を踏まえ、今年度は以下の手続きで作業を進めた。

- 1) 対象者リクルート、および非同意者に関する個人特定困難な情報(性別、年齢、

保護観察の種類、保護観察の転帰)に関する集計済みのデータ提供について、分担研究者所属施設と法務省保護局観察課とのあいだで研究協力協定の締結。

- 2) 法務省保護局観察課より、研究実施エリアを管轄する保護観察所への協力要請。
- 3) 分担研究者所属施設との各精神保健福祉センターとのあいだでの契約締結。
- 4) 研究主幹施設・研究協力施設における倫理審査申請と承認。
- 5) 情報入力および対象者追跡のためのウェブシステムの開発。
- 6) 精神保健福祉センター職員に、完成した情報入力システム利用法に関する研修。
- 7) 保護観察所におけるリクルートに用いる書類(研究参加申請書、研究説明文、各精神保健福祉センター案内パンフレット、返信用封筒)、精神保健福祉センターで用いる書類(同意書、同意撤回書、研究説明書)の確認と送付。
- 8) 情報入力用のタブレットの送付(各精神保健福祉センターに2基ずつ)
- 9) 研究開始(2017年3月1日)

C. 研究結果

本分担研究における今年度の活動は、関連機関との調整を行い、研究計画を確立と倫理委員会の承認、外部サーバーを起点とする情報入力・管理システムの開発、そして最終的に研究を開始したことである。

以下には、今年度における本分担研究の結果として、最終的に確定され、倫理委員会で承認された研究計画を示す。

1. 本研究の対象

本研究の対象者数は、薬物関連事犯による保護観察対象者のうち、保護観察所が薬物処遇の対象とする者であり、かつ、本研究への参加に同意した者である。調査対象地域における薬物

処遇の対象となる保護観察対象者数は、2年間の調査対象者リクルート期間で、東京都多摩地域は約180名、川崎市約120名、神奈川県域約140名、福岡市約160名であるが、このうち本研究への同意率を約50%と仮定すると、各調査対象地域における調査対象者は、3年間の調査期間で東京都多摩地域約90名、川崎市約60名、神奈川県域約70名、福岡市約160名となり、総計で約380名程度と推定される。

1) 対象の選択基準

本研究の対象者は、次の3条件をすべて満たす必要がある。平成29年3月1日～平成31年3月31日の保護観察が開始となった者のうち、①居住地が東京都多摩地域、川崎市、神奈川県域、福岡市である成人の保護観察対象者、②指標犯罪が規制薬物の使用・所持・譲渡である者、そして、③上記2つの基準を満たす対象候補者のうち、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た後、精神保健福祉センターにおいて面談を実施し、そこで書面にて同意した者である。

2) 除外基準

薬物事犯による成人の保護観察対象者のうち、指標犯罪が規制薬物の営利のみである場合には、薬物依存症に対する支援の必要性は乏しく、支援環境を非治療的なものとするおそれがあることから、対象候補者から除外する。

2. インフォームド・コンセントを受ける手続と事例登録の方法

1) 保護観察所における口頭同意

上記の1.1)①と②の条件を満たす対象候補者に対し、管轄の保護観察所(東京都多摩地域⇒東京保護観察所立川支部、川崎市・神奈川県⇒横浜保護観察所、福岡市⇒福岡保護観察所)の職員は、保護観察所における初回面接の際に本研究の説明を行い、口頭で同意した者に対し、本研究に対する登録申請書を渡す。

その際、本研究への協力の有無、あるいは同意後の撤回によって保護観察における処遇にはいっさい関係がないこと、また、精神保健福祉センターにおける聞き取り調査や相談の内容については、原則として保護観察所が知ることはないことの説明がなされる。

2) 精神保健福祉センターにおける正式同意

口頭同意した対象候補者は登録申請書に必要事項を記入し、それを居住地の精神保健福祉センター（東京都多摩地域⇒東京都立多摩総合精神保健福祉センター、川崎市⇒川崎市精神保健福祉センター、神奈川県全域⇒神奈川県精神保健福祉センター、福岡市⇒福岡市精神保健福祉センター）に郵送する。

登録申請書を受け取った各精神保健福祉センター職員は、申請書に記された電話番号にもとづいて電話で対象候補者に連絡を取り、面談の日程を調整する。

精神保健福祉センターでの面談において本研究の説明を行い、書面による同意を得る。

その際、本研究への協力の有無、あるいは同意後の撤回によって保護観察における処遇にはいっさい関係がないこと、また、精神保健福祉センターにおける聞き取り調査や相談の内容については、原則として保護観察所が知ることはない旨の説明がなされる。

3) 事例登録の方法

- ① 保護観察所において、本研究の説明を行い、選択基準を満たす保護観察対象者（対象候補者）リクルートする。そして口頭同意した者に対して、当該地域を管轄する精神保健福祉センターのパンフレットや研究説明文（巻末資料1）とともに登録申請書（巻末資料2）が入った書名一式（巻末資料3）を渡す。
- ② 対象候補者は自ら登録申請書に必要事項を記入し、各管轄地域の精神保健福祉センターに記入済みの登録申請書を郵送する。

- ③ 登録申請書を受け取った精神保健福祉センターは、対象候補者と電話で連絡を取り、初回面接の予定を設定する。そして初回面接において本研究の説明を行ったうえで、書面による正式な同意を得る。この手続きを経た者を研究対象者として登録する。

- ④ 精神保健福祉センターは、正式同意をした者の名前を電話で管轄の保護観察所に連絡する。

4) 個々の対象者における追跡中止の基準

以下の3つのいずれか1つに該当した場合には、対象者の観察を中止（追跡打ち切り）とする。

- ① 週1回以上のコンタクトを4週続けて試み、その状況が2回の調査時点（初年度は半年、次年度以降は1年）で連続した場合、調査打ち切りとする。
- ② 追跡期間中に各精保センターの管轄地域外に転居した者は、調査打ち切りとする。
- ③ 「逮捕」「死亡」で保護観察終了となった者は、調査打ち切りとする。

3. 研究方法

各調査地域の精神保健福祉センターは、対象者（本研究に同意した薬物関連事犯による保護観察対象者）を、3年間、薬物使用状況、薬物依存症に対する社会資源の利用、住居・同居者に関する状況、就労などの社会的機能に関する状況に関して定期的な観察を行う。

1) コホート研究:

本研究は、コホート研究のデザインによって行う。具体的には、精神保健福祉センターにおいて、東京都多摩地区、川崎市、神奈川県、福岡市における薬物事犯保護観察対象者を地域生活の状況を、保護観察開始時点より3年間追跡する。現在までのところ、裁判所は刑の一部執行猶予判決では通常2年間の保護観察を言い渡すことが多いことから、本研究では保護観

察期間中の2年間と保護観察終了後の1年間を追跡の射程に入れている。

対象者のリクルートは、調査対象地域（東京都多摩地区、川崎市、神奈川県、福岡市）の保護観察所（東京保護観察所立川支部、横浜保護観察所、福岡保護観察所）で行い、研究に関する同意取得や定期的な情報収集は調査対象地域の精神保健福祉センター（東京都立多摩総合精神保健福祉センター、川崎市精神保健福祉センター、神奈川県精神保健福祉センター、福岡市精神保健福祉センター）で行う。

2) 薬物事犯による保護観察対象者における同意者と非同意者の比較

法務省保護局観察課において、各精神保健福祉センターから提供される同意者の情報をもとに、薬物事犯による保護観察対象者を同意者と非同意者の2群に分類し、個人が特定されない属性（属性比較、性別、保護観察開始時年齢、保護観察の種類、罪名）、および、転帰に関する情報（保護観察終了または観察中の数・割合、保護観察終了者のうちの期間満了、取消し、所在不明、身柄拘束、死亡等の数・割合）を比較する。その結果は、公表可能な表のかたちで、国立精神・神経医療研究センターの申請者に提供され、コホート研究同意者の位置づけ・偏りを明確にする資料として利用される。

4. 収集する情報（評価項目と評価方法）

1) 評価項目

初回評価では、人口動態的変数（性別・年齢）、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、自殺念慮・自殺企図に関する生涯経験、保護観察の種類（全部執行猶予、仮釈放、一部執行猶予）、薬物問題の重症度（日本語版 DAST-20 得点）に関する評価を行う（巻末資料 4）。

次回以降は、前回の観察時点以降の薬物使用の有無、観察時点における薬物依存症に対する社会資源の利用、住居・同居者に関する状況、

就労状況、QOL について評価を行う（参考資料 5, 6）。

primary endpoint は薬物使用／断薬の継続であり、**secondary endpoint** は、薬物依存症からの回復に資する社会資源利用や援助希求行動、および QOL の向上である。

なお、調査項目は、いずれも通常の精神科診療や精神保健相談において聴取するものであり、侵襲性はなく、問題はないと判断している。

2) 評価方法

観察頻度は、最初の1年目は調査開始時点とその後3ヶ月毎に1回（年間4回の情報収集）、2年目は6ヶ月毎に1回（年間2回の情報収集）であり、3年間で合計9回の情報収集を行う予定である。追跡期間中に、対象者が再逮捕や死亡した場合、観察時点にして2回連続（1年目6ヶ月間、2・3年目1年間）して対象者と連絡がつかない場合には、追跡打ち切りとする。

情報収集の方法としては、観察開始時点のみ精神保健福祉センターにおける面接によって行い、それ以降は原則として電話によって行い、面接および電話による聞き取りを行うのは、調査実施施設である精神保健福祉センターの依存症担当職員である。

5. 統計解析方法

1) 対象全体に関する解析

保護観察開始から最初の再使用までの時間経過とそれに影響を与える要因について、**Kaplan-Meier** 生存曲線を用いた解析を行う。また、薬物依存症からの回復に資する社会資源利用、援助希求行動、QOL 向上を従属変数とした多変量解析により、これらの指標に影響を与える要因について検討する。

2) 保護観察の種類による転帰の違い

本研究における保護観察対象者は、保護観察の種類により、「全部執行猶予による保護観察（刑務所服役なし）」、「仮釈放による保護観察」、「刑の一部執行猶予による保護観察」、「仮釈放

「+刑の一部執行猶予による保護観察」という 4 つのパターンにタイプがある。本研究の対象者を保護観察の種類によって分類し、薬物使用／断薬継続を比較する。また、DAST-20（薬物乱用スクリーニングテスト）を指標とする薬物問題の重症度をコントロールしたかたちで、薬物使用／断薬継続、社会資源の利用、援助希求行動、QOL 向上を指標とした解析を行い、保護観察の種類による薬物使用障害の転帰に対する影響を検討する予定である。

6. 倫理的配慮

1) 法務省保護局観察課との研究協力協定・倫理審査

本研究では、対象者のリクルート、ならびに、本研究の同意者と非同意者とのあいだで、個人が特定されない属性、および、転帰に関する情報を比較し、公表可能な表のかたちで情報を提供することに関して、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターと法務省保護局観察課とのあいだで、平成 28 年 9 月 15 日に「研究協力協定」を締結している。

これを踏まえて、以上の決定事項にもとづいて、研究主幹施設・研究協力施設における倫理審査申請を行い、承認を得た。

2) 情報の流れ

本研究において、精神保健福祉センターでは、対象者を実名で扱い、面接（初回）や電話（2 回目以降）という方法で情報を収集するとともに、必要に応じて相談対応や社会資源の情報提供を行う。このようにして収集されたデータは、連結可能匿名化の手続きにより、個人の特定な不可能なかたちとなって、研究主幹機関である国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部に集積される。

本研究では、各精神保健福祉センターが収集した情報（特に薬物使用状況に関する情報）は、原則として守秘義務が優先され、保護観察所に

伝えられることはない。ただし、以下の場合には例外に保護観察所への情報提供を行う。

- ① 調査開始時: 正式同意者（=対象者）の名前。
- ② 調査打ち切り時: 観察中止となった対象者の名前。
- ③ 薬物使用によって自傷・他害のおそれが切迫している場合: 精神保健福祉センター職員が、薬物の再使用によって本人の精神状態が不安定になっている場合、あるいは、事件事故につながる危険性が大きいと判断した場合。

以上により、保護観察所は、通常の場合では、「いま現在誰が研究に参加しているのか」という情報以外は、対象者に関する情報を知り得ないこととなる。

3) 連結可能匿名化の方法

本研究では、情報入力および対象者追跡のためのウェブサイトを開発してデータ管理を行う。各精神保健福祉センターに外部接続可能な専用タブレット（巻末資料 7）貸与し、情報入力はこのタブレットを介して行う者とする。サーバーへのアクセスはログイン管理（個別の ID とパスワード使用）を実施し、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する。また、不当にデータを改ざん・修正・削除などの行為ができないシステムとする。

本研究では、この情報入力と対象者追跡のためのウェブシステムを用いて、研究者や精神保健福祉センター単位で閲覧権限の絞り込みやマスキングを行い、管轄地域以外のデータには触れられない仕組みとする。また、データを最終的に集積し、分析を行う国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部には、研究用 ID に置き換えられて匿名化された、調査実施施設横断的な情報が提示される。これによって、「個人名・研究用 ID 対応表」を作ることなく、連結可能匿名化を実現する。

このシステムでは、パスワードは本人のみ知りうる情報とし、本人のみがリセットできるものとし、システム管理者においても、運用開始後は個人を特定する情報の閲覧およびダウンロードはできない仕組みとする。また、認証 ID のサイクルにおいて、通常の利用停止は施設から研究責任者への連絡においてロックまたは削除を実施し、加えて一定期間未使用の ID は自動でロックがかかるようにする。さらに、このウェブシステム開発者に対しては、「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すこととする。

4) 情報の保管及び廃棄の方法

本研究で収集されたデータは、研究主幹機関である国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部に帰属する。同意書を除く研究の実施に係わる文書（申請書類の控え、理事長からの通知文書、各種申請書・報告書、その他データの信頼性を保証するのに必要な書類または記録など）、ならびに電子データは、本研究の最終的な結果の公表後、5 年間は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部にて保管する。

なお、対象者と管轄の精神保健福祉センターとのあいだで交わした同意書、ならびに、研究参加の中止を申請する際に提出した同意撤回書については、対象者の実名が書かれていることから、各精神保健福祉センターにて、本研究の最終的な結果の公表後 5 年間保管することとする。

D. 考察

研究班初年度にあたる今年度、本分担研究では、保護観察対象者のコホート研究を実施するための準備を行い、平成 29 年 3 月 1 日より研究開始とすることができた。

本研究では、保護観察終了後の地域生活の状況についても情報収集する必要性から、対象者

の追跡機関を 3 年間と設定し、詳細な解析を可能とするためには十分なサンプル数を蓄積する必要があるとの判断から、研究班活動期限（平成 31 年 3 月 31 日）まで対象者のリクルートを行う予定である。したがって、最終的に全対象者の追跡が終了するのは平成 34 年 3 月 31 日の予定となり、本研究班の活動期限を大きく越えている。

しかし、本研究から得られる成果は、次の 3 つの観点から、今後のわが国における薬物依存症者対策に大きく貢献することが期待される。第 1 に、薬物問題の重症度をコントロールしたかたちで、刑務所出所者の薬物使用に関するリスク要因を明らかにすることで、保護観察のあり方や地域支援のあり方に関して具体的な対応策や介入のポイントを検討する際の基礎的情報が得られる。第 2 に、本研究の対象者には、刑の一部執行猶予判決にもとづく保護観察対象者に加え、従来の「全部執行猶予」や「仮釈放」による保護観察対象者も含まれており、刑事司法政策そのものの評価を行うことができる。そして最後に、保護観察から任意の地域支援へのつなぎを促進し、シームレスな薬物依存症者支援を実現する可能性を高める、ということである。

特に最後の点は重要である。地域の精神保健機関からの積極的なコンタクトは、ときに「おせっかい」なパターンリズムとの批判がなされることがあるが、その意義は決して小さくはない。たとえば、自殺予防の領域では、Motto と Bostrom (2001) が興味深い介入研究を行っている。それは、重篤なうつ病など自殺リスクの高い状態のために入院治療を受けた患者のうち、退院後の通院を拒絶した者をランダム（無作為）に 2 つのグループに分け、1 つのグループには退院後に何らの連絡もせず、もう 1 つのグループには、2~4 か月に 1 回、「その後、いかがお過ごしですか。よろしかったら連絡をください」という、ごく短い手紙を送る、というものである。そして、両者のあいだで退院 1 年以内に再企図率（再び自殺を企てる割合）や自

殺死亡率を比較したところ、後者のグループにおいて有意に再企図率や自殺死亡率が低かったのである。この結果は、ちょっとした「おせっかい」が人の命を救う可能性を示唆するものといえる。

我々は、同じようなことが、薬物依存症者の回復にも資する可能性があるのではないかと考えている。少なくとも保護観察終了後の地域の社会資源につながる可能性を高め、また、保護観察終了後にただちに具体的な再発防止プログラムにつながらなかったとしても、再使用した際に逮捕される前にプログラムにアクセスする可能性を高めると予想している。そのような思いから、我々はこのコホート研究と連動した、精神保健福祉センターからの電話による、いわば「おせっかいコール」のプロジェクトを、「Voice Bridges Project（「声」の架け橋プロジェクト）」と命名した。

次年度以降、本研究を実際に展開しながら、研究遂行上の課題や問題点を明らかにし、修必要に応じて適宜修正を行うとともに、可能であれば、さらに実施施設の拡大も目指していきたいと考えている。

E. 結論

今年度の研究により、コホート研究のデザインが確定された。具体的には、精神保健福祉センターにおいて、東京都多摩地区、川崎市、神奈川県、福岡市における薬物事犯保護観察対象者を、保護観察開始時点より3年間追跡することとした。対象者リクルートは保護観察所で行い、研究に関する同意取得や定期的な情報収集は調査対象地域の精神保健福祉センター（東京都立多摩総合精神保健福祉センター、川崎市精神保健福祉センター、神奈川県精神保健福祉センター、福岡市精神保健福祉センター）で行うとなった。また、法務省保護局観察課からデータを提供してもらい、各精神保健福祉センターから提供される同意者の情報をもとに、薬物

事犯による保護観察対象者を同意者と非同意者の比較から、同意者の偏りを明確に説明できる体制も確保した。さらに、データ管理のためのウェブシステムを開発し、不正アクセスや情報漏えい対策が万全なシステムを構築するとともに、各精神保健福祉センターより専用のタブレットを通じて情報入力ができる体制を整備した。

以上の決定事項にもとづいて、2017年3月よりコホート研究を開始した。

F. 健康危険情報

なし

G. 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* 158:118-125, 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) 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.
 - 7) 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.
 - 8) 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.
 - 9) 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.
 - 10) 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.
 - 11) 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.
 - 12) 松本俊彦: 妊婦の薬物依存. 日産婦医会報 68(11): 10-11, 2016.
 - 13) 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.
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.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用文献

- 1) Motto, J.A. & Bostrom, A.G. (2001) A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services* 52:828-833.
- 2) 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.

ちょうさけんきゅう きょうりょく ねが 調査研究への協力のお願い

(研究名：「保護観察の対象となった薬物依存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」)

けんきゅうじっしゅうたい こくりつせいしん しんけいiryōけんきゅう せいしんほけんけんきゅうじやくぶついぞんけんきゅうぶ
研究実施主体：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

1. ちょうさけんきゅう がいよう 1. 調査研究の概要

1) もくてき 1) 目的

みな ほごかんさつちゅう しゅうりょうご やくぶつ さいしりょう けんこう せいかつ
皆さんが保護観察中や、その終了後も薬物を再使用することなく、健康な生活を
しえんたいせい つく、ちょうさ つう ひつよう じょうほう え もくてき
きるための支援体制を作るため、調査を通じて必要な情報を得ることが目的です。

2) たいしりょう かた ほんちりょうさ きょうりょく 2) 対象となる方と本調査への協力のメリット

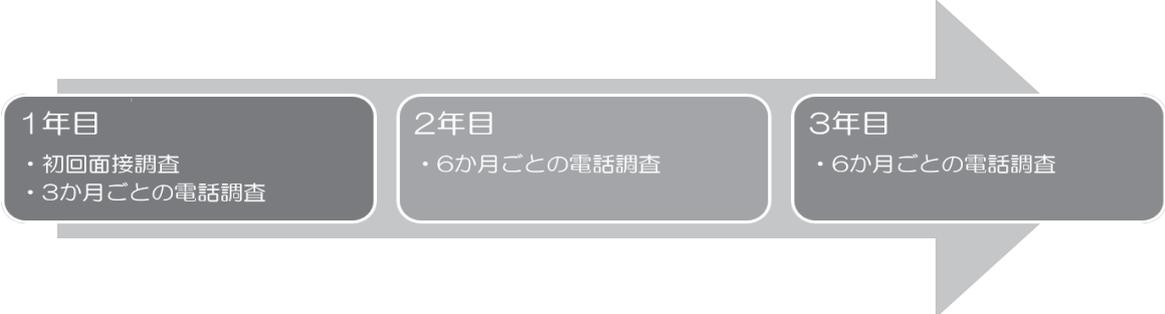
- とうきりょうと たまちいき かながわけん よこはまし さがみはらし のぞ ちいき ふくおかし す
東京都多摩地域、神奈川県（横浜市、相模原市を除く地域）、福岡市にお住
いで、きせいやくぶつとう しりょう しりょう つみ ほごかんさつ う かた
いで、規制薬物等の使用・所持の罪で保護観察を受けることになった方
- とうろくしんせいしりょう せいしんほけんふくし ゆうそう あと そこに きさい
登録申請書を精神保健福祉センターに郵送していただいた後、そこに記載さ
れた電話番号にそのセンターから連絡しますので、めんだんについで き
れた電話番号にそのセンターから連絡しますので、面談日程を決めてくださ
い。よてい にちじにそのセンターに行き、くわ ちょうさ せつめい めんだん う
い。予定の日時にそのセンターに行き、詳しい調査の説明と面談を受けてい
ただいた後、あつて しりょうめん どうい かた さいしりょうてき たいしりょう
ただいた後、書面にて同意した方を最終的に対象とします。
- ほんちりょうさ きょうりょく せいしんほけんふくし むりりょう
本調査に協力したことをきっかけとして、精神保健福祉センターで、無料
けんこう せいかつ そうだん う で き
で健康や生活の相談をしたり、プログラムを受けたりすることも出来ます。

3) ちょうさ きょうりょく きかん こじんじりょうほう ほご 3) 調査に協力していただく期間と個人情報の保護

- ちょうさ きょうりょく どうい ねんかん
調査への協力に同意してから3年間です。
- ちょうさ きょうりょく にんい とちゅう と
調査への協力は任意です（途中で取りやめることもできます）。
- ほんちりょうさ きょうりょく ほごかんさつ えいきりょう
本調査に協力してもしなくても、あなたの保護観察に影響しません。
- こじんじりょうほう やくぶつしりょうじりょうきりょう ひみつ まも ちょうさ きょうりょく
個人情報や薬物使用状況など秘密は守られます。調査に協力する
ことを決めた事実は保護観察所に伝わりますが、そのほかの情報は
げんそく ほごかんさつじりょう ふく つた
原則として保護観察所を含めどこにも伝わりません。

2. 協力いただく調査方法

精神保健福祉センターから、次のような方法で調査します。



(調査でお聞きする内容)

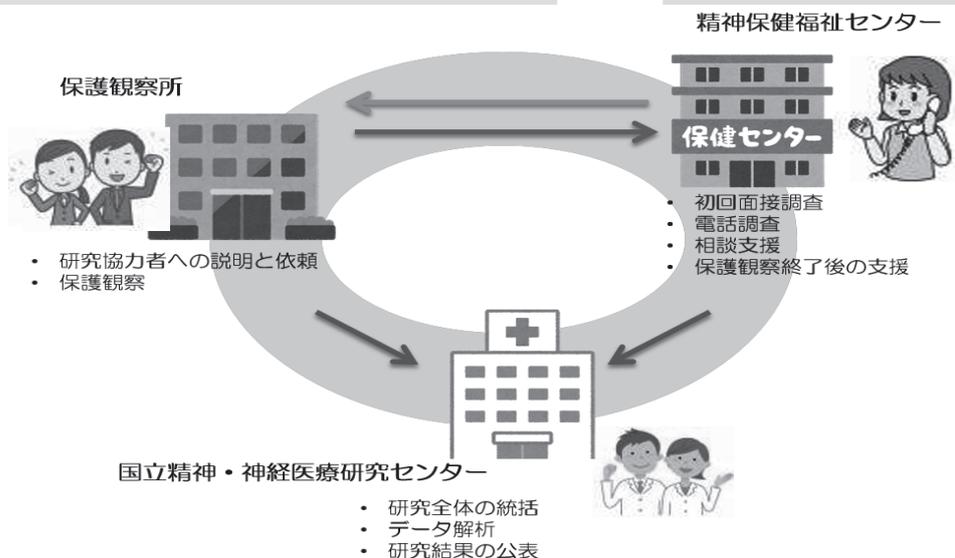
氏名、住所、生年月日、教育歴、使用していた薬物の種類や使用状況、保護観察の種類や逮捕歴、生活状況、健康状態など

3. 調査研究機関の役割と調査情報の流れ

情報の流れ

- 正式に研究協力した方の氏名
- 研究に協力した方の転居や保護観察終了時の状況
- 個人情報を含まない情報

- ◆ こころの健康の維持・向上を目的として活動する行政機関です
 - ◆ こころの健康を専門とする職員が対応します
 - ◆ 無料で健康や生活の相談ができます（家族の方も相談できます）
 - ◆ 秘密は守られます（情報がセンター以外のごとくに伝えられることはありません）
 - ◆ 専門プログラムを提供しているセンターもあります
- ※相談支援の内容は各センターで異なりますので、個別にご相談ください。



4. お問い合わせ

研究代表者 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)

〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1 TEL: 042-341-2712 (内線) 6221

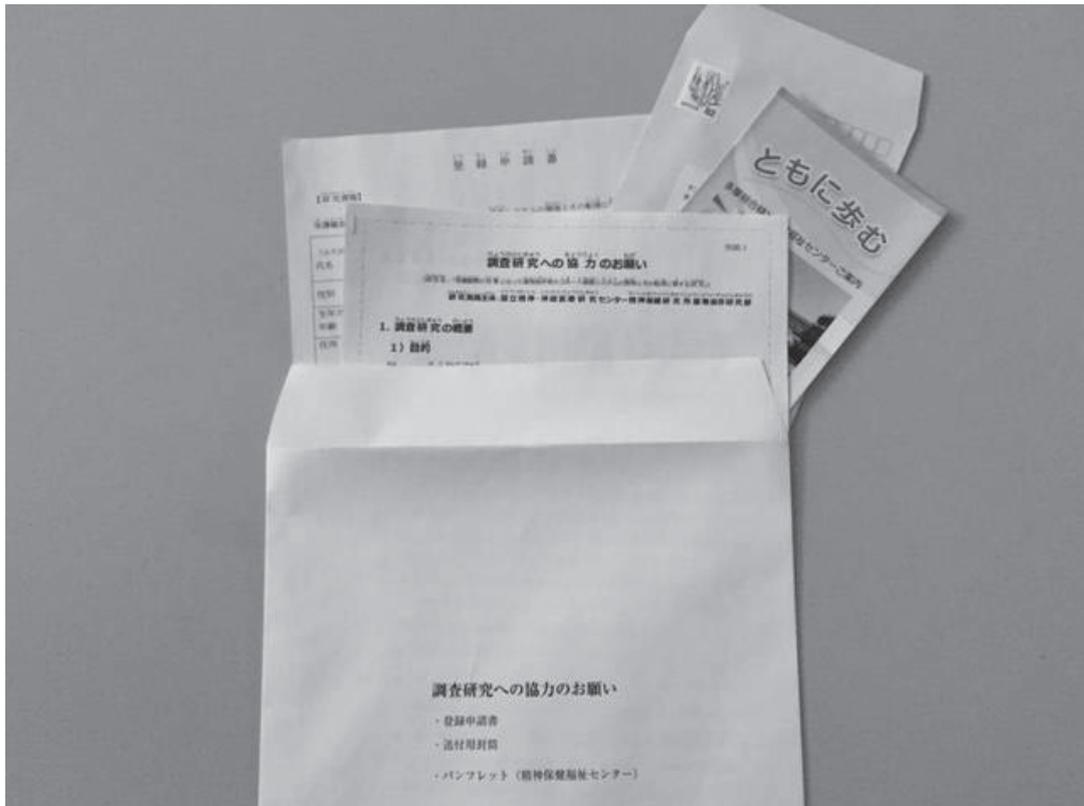
けんきゅうかだい
【研究課題】

ほ ご かんさつ たいしょう やくぶついぞんしゃ ちょうさ かいほつ てんき かん けんきゅう
保護観察の対象となった薬物依存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

氏名 (ふりがな)	()			
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> その他	国籍 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他 ()
生年月日・ 年齢	せいれき 年 月 日生 (満 歳)			
住所	〒 —			
電話番号	1			
つながりや すい番号か ら記入して ください	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自分の携帯 <input type="checkbox"/> 自分以外の人(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()			
	2			
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自分の携帯 <input type="checkbox"/> 自分以外の人(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()			
	3			
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自分の携帯 <input type="checkbox"/> 自分以外の人(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()			
	4			
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自分の携帯 <input type="checkbox"/> 自分以外の人(続柄:) <input type="checkbox"/> その他()			
保護観察 期間	かいし 開始日	平成	年	月 日
		(西暦	年)	
	しゅうりょうよてい 終了予定日	平成	年	月 日
		(西暦	年)	
	※仮釈放中であるが、保護観察付きの刑の一部執行猶予の言渡しも受けている場合、刑の一部執行猶予期間中の保護観察の終了予定日だけを記入してください。			
その他	※原則、平日の昼間に電話連絡をさせていただきますが、電話を受けるのに都合の良い曜日や時間帯がありましたら記入してください。			

この情報は、精神保健福祉センターで厳重に管理されます。

巻末資料 3 保護観察所で渡す書類一式



「保護観察の対象となった薬物依存者の

コホート調査システムの開発とその転帰に関する研究」

第 1 回調査

回答した日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

あなた自身についてお聞きします。

1) 生物学的性別 (sex_T1)

1. 男
2. 女

2) 生年月日 (age_T1)

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3) 住居 (house_T1)

1. 自宅
2. 知人・友人宅
3. 更生保護施設
4. ダルク
5. 簡易宿泊所
6. その他 ()

4) 同居者 (cohabiter_T1)

1. 家族と同居
2. 家族以外と同居
3. 単身
4. その他 ()

5) 現在の就労 (job_T1)

1. 週4日以上働いている
2. 週4日未満働いている
3. 福祉的就労 (就労移行支援、就労継続支援A型・B型)
4. 無職
5. 専業主婦/主夫
6. 学生
7. その他 ()

6) 最終学歴 (edu_T1)

1. 中学
2. 高校
3. 専門学校
4. 短大
5. 大学
6. 大学院
7. その他 ()

7) 現在の婚姻状況 (marital_T1)

1. 未婚
2. 結婚している
3. 離婚
4. 死別

8) 生活保護、年金、雇用保険などの社会保障制度の利用 (welfareuse_T1)

1. ない
2. ある

9) 8)で「あり」の場合、社会保障制度の種類 (複数回答可)

1. 生活保護 (welty_hogo_T1)

2. いる (いた)
 3. わからない
- 14) 13)で「いる (いた)」の場合、アルコールや薬物の問題があった家族 (複数回答可)
1. 父 (famisub_fa_T1)
 2. 母 (famisub_ma_T1)
 3. きょうだい (famisub_sib_T1)
 4. 配偶者 (famisub_spo_T1)
 5. その他 () (famisub_ta_T1)
- 15) 生涯における自殺念慮と自殺企図 (suicide_life_T1)
1. ない
 2. 自殺したいと思った
 3. 自殺行動におよんだ
- 16) 15)で 2. 自殺したいと思った、あるいは 3. 自殺行動におよんだ場合、過去 1 年間に
おける自殺念慮と自殺企図 (suicide_T1)
1. ない
 2. 自殺したいと思った
 3. 自殺行動におよんだ

薬物の使用についてお聞きします。

- 17) 今回の逮捕直前まで最もよく使っていた薬物、あるいは、今回の逮捕のきっかけに
なった薬物 (ただし、処方薬、市販薬については、乱用目的で不適切に使用した場合)
(pridrug_T1)
1. 覚せい剤
 2. 大麻
 3. その他の違法薬物
 4. 危険ドラッグ

5. 処方薬（病院でもらう薬）
 6. 市販薬（咳止め薬など）
 7. 多剤（複数の薬物を同じくらい使っていて、複数の取締法で逮捕されている場合）
 8. その他（薬物の名前： _____ ）
- 18) これまで使用したことのある薬物（ただし、処方薬、市販薬については、乱用目的で不適切に使用した場合）（複数回答可）
1. 覚せい剤(pasdru_meth_T1)
 2. 大麻(pasdru_taima_T1)
 3. その他の違法薬物(pasdru_ihou_T1)
 4. 危険ドラッグ(pasdru_kiken_T1)
 5. 処方薬（病院でもらう薬）(pasdru_syohou_T1)
 6. 市販薬（咳止め薬など）(pasdru_shihan_T1)
 7. その他（ _____ ）(pasdru_other_T1)
- 19) 初めて 18)に記載してある薬物を使用した年齢（startage_T1）
_____ 歳
- 20) 今回の保護観察の種類（probationtype_T1）
1. 全部執行猶予（服役なし）
 2. 仮釈放
 3. 刑の一部執行猶予
 4. 刑の一部執行猶予と仮釈放の両方
- 21) 「アルコールを飲まない」という保護観察中の遵守事項の有無（alrule_T1）
1. ない
 2. ある
- 22) 過去の薬物に関連した犯罪での逮捕回数（今回は含まない、ない場合は0と入力）
(arrestdrug_T1)
_____ 回

23) 過去の薬物に関連しない犯罪での逮捕回数 (今回は含まない、ない場合は0と入力)
(arrestother_T1)

_____回

24) 少年院の入院回数 (ない場合は0と入力) (reformatory_T1)

_____回

25) 刑務所の服役回数 (ない場合は0と入力) (prison_T1)

_____回

26) 現在受けている、薬物乱用・依存に関する治療プログラムの有無 (program_T1)

1. 受けていない
2. 受けている
3. 受ける予定がある
4. わからない

27) 26)で「受けている」の場合、プログラムを受けている場所 (複数回答可)

1. 精神保健福祉センター (proty_center_T1)
2. 医療機関 (proty_iryuu_T1)
3. 司法関連機関 (保護観察所、刑務所・少年院、警察署、麻薬取締部)
(proty_shihou_T1)
4. ダルク (proty_darc_T1)
5. 自助グループ (proty_shg_T1)
6. その他 (施設の名称 : _____) (proty_ta_T1)

28) 過去に受けていた薬物乱用・依存に関する治療プログラムの有無 (pastprogram_T1)

1. ない
2. ある
3. わからない

29) 28)で「ある」の場合、プログラムを受けた場所 (複数回答可)

1. 精神保健福祉センター (pasproty_center_T1)

2. 医療機関(pasproty_iryu_T1)
3. 司法関連機関（保護観察所、刑務所・少年院、警察署、麻薬取締部）
(pasproty_shihou_T1)
4. ダルク(pasproty_darc_T1)
5. 自助グループ(pasproty_shg_T1)
6. その他（施設の名称： _____ ）(pasproty_ta_T1)

30) 困りごと・悩みごとの有無 (worry_T1)

1. 困っている・悩んでいることはない
2. 困っている・悩んでいることがある

31) 30) で「ある」の場合、困りごと・悩み事の種類（複数回答可）

1. 薬物のこと(worty_drug_T1)
2. 自分の健康(worty_health_T1)
3. 経済的問題（収入、借金など）(worty_fin_T1)
4. 家族のこと（育児、介護、家族の健康、家族関係など）(worty_fam_T1)
5. 友人のこと(worty_fri_T1)
6. 恋人のこと(worty_love_T1)
7. 仕事のこと(worty_job_T1)
8. その他（ _____ ）(worty_ta_T1)
9. わからない(worty_hume_T1)

32) 心を開いて相談できる相手の有無 (talk_T1)

1. 一人もいない
2. 相談できる人がいる

33) 薬物のことを含めて悩みや困りごとを相談している相手の種類（複数回答可）

1. 友人(talkty_fri_T1)
2. 恋人(talkty_love_T1)
3. 隣人(talkty_nei_T1)

4. 配偶者 (talkty_spo_T1)
5. 両親 (talkty_par_T1)
6. 子供 (talkty_chi_T1)
7. きょうだい (talkty_sib_T1)
8. 上記以外の家族 (talkty_fam_T1)
9. 職場の関係者 (talkty_job_T1)
10. 自助グループの仲間 (talkty_shg_T1)
11. 民間リハビリテーション施設(ダルクなど)のスタッフ (talkty_darc_T1)
12. 入所施設職員 (ダルク以外の施設) (talkty_shisetsu_T1)
13. 保護観察官 (talkty_kansatsu_T1)
14. 保護司 (talkty_hogoshi_T1)
15. 警察官 (talkty_poli_T1)
16. 医療関係者 (talkty_iryuu_T1)
17. 保健機関関係者 (精神保健福祉センター職員、保健所職員など)
(talkty_hoken_T1)
18. 福祉関係者・就労支援関係者 (生活保護担当者、ハローワーク職員など)
(talkty_hukushi_T1)
19. その他 () (talkty_ta_T1)

※この先の質問は、口頭でたずねるのではなく、ご本人にタブレット端末または調査用紙を渡してご本人に入力・記入してもらってください。

過去2週間の、あなたの生活についてうかがいます。もっともよくあてはまるものを1つ選んでください。答えに迷ったら、直感で思いついたものを選んでください。

34) 自分の生活の質をどのように評価しますか？ (Q0L01_T1)

1. まったく悪い
2. 悪い

3. ふつう
4. 良い
5. 非常に良い

35) 自分の健康状態に満足していますか？ (QOL02_T1)

1. まったく不満
2. 不満
3. どちらでもない
4. 満足
5. 非常に満足

薬物使用（飲酒を除く）に関連するさまざまな経験をお尋ねします。逮捕時からさかのぼって1年間の状況を教えてください。

注意事項：ここでいう「薬物使用」とは、以下の1～3のいずれかを指します（使用回数にかかわらず）。

1. 違法薬物（大麻、有機溶剤、覚せい剤、コカイン、ヘロイン、LSD など）を使用すること
2. 危険ドラッグ（ハーブ、リキッド、パウダーなど）を使用すること
3. 乱用目的で処方薬・市販薬を不適切に使用すること（過量摂取など）

※飲酒は「薬物使用」に含みません。

当てはまる方に
○をつけてください
はい=1、
いいえ=0

1	dast01_T1	薬物使用しましたか？（治療目的での使用を除く）	はい	いいえ
2	dast02_T1	乱用目的で処方薬を使用しましたか？	はい	いいえ
3	dast03_T1	一度に2種類以上の薬物を使用しましたか？	はい	いいえ
4	dast04_T1	薬物を使わずに1週間を過ごすことができますか？	はい	いいえ
5	dast05_T1	薬物使用を止めたいときには、いつでも止められますか？	はい	いいえ
6	dast06_T1	ブラックアウト（記憶が飛んでしまうこと）やフラ	はい	いいえ

		ツシュバック（薬を使っていないのに、使っているような幻覚におそわれること）を経験しましたか？		
7	dast07_T1	薬物使用に対して、後悔や罪悪感を感じたことはありますか？	はい	いいえ
8	dast08_T1	あなたの配偶者（あるいは親）が、あなたの薬物使用に対して愚痴をこぼしたことがありますか？	はい	いいえ
9	dast09_T1	薬物使用により、あなたと配偶者（あるいは親）との間に問題が生じたことがありますか？	はい	いいえ
10	dast10_T1	薬物使用のせいで友達を失ったことがありますか？	はい	いいえ
11	dast11_T1	薬物使用のせいで、家庭をほったらかしにしたことがありますか？	はい	いいえ
12	dast12_T1	薬物使用のせいで、仕事（あるいは学業）でトラブルが生じたことがありますか？	はい	いいえ
13	dast13_T1	薬物使用のせいで、仕事を失ったことがありますか？	はい	いいえ
14	dast14_T1	薬物の影響を受けている時に、ケンカをしたことがありますか？	はい	いいえ
15	dast15_T1	薬物を手に入れるために、違法な活動をしたことがありますか？	はい	いいえ
16	dast16_T1	違法薬物を所持して、逮捕されたことがありますか？	はい	いいえ
17	dast17_T1	薬物使用を中断した時に、禁断症状（気分が悪くなったり、イライラがひどくなったりすること）を経験したことがありますか？	はい	いいえ
18	dast18_T1	薬物使用の結果、医学的な問題（例えば、記憶喪失、肝炎、けいれん、出血など）を経験したことがありますか？	はい	いいえ
19	dast19_T1	薬物問題を解決するために、誰かに助けを求めたことがありますか？	はい	いいえ
20	dast20_T1	薬物使用に対する治療プログラムを受けたことがありますか？	はい	いいえ

「保護観察の対象となった薬物依存者の

コホート調査システムの開発とその転帰に関する研究」

追跡調査（フルバージョン）

第5回、第7回、第9回調査

回答した日： 平成 年 月 日

調査方法 (method_TX)

1. 電話
2. 面接

調査場所 (place_TX)

1. 電話
2. 精神保健福祉センター
3. その他()

あなた自身についてお聞きします。

1) 住居 (house_TX)

1. 自宅
2. 知人・友人宅
3. 更生保護施設
4. ダルク
5. 簡易宿泊所
6. その他()

2) 同居者 (cohabiter_TX)

1. 家族と同居
 2. 家族以外と同居
 3. 単身
 4. その他 ()
- 3) 現在の就労 (job_TX)
1. 週 4 日以上働いている
 2. 週 4 日未満働いている
 3. 福祉的就労 (就労移行支援、就労継続支援 A 型・B 型)
 4. 無職
 5. 専業主婦/主夫
 6. 学生
 7. その他 ()
- 4) 現在の婚姻状況 (marital_TX)
1. 未婚
 2. 結婚している
 3. 離婚
 4. 死別
- 5) 生活保護、年金、雇用保険などの社会保障制度の利用 (welfareuse_TX)
1. ない
 2. ある
- 6) 5)で「あり」の場合、社会保障制度の種類 (複数回答可)
1. 生活保護 (welty_hogo_TX)
 2. 年金 (welty_nenkin_TX)
 3. 自立支援医療 (welty_jiritsu_TX)
 4. 精神障害者保健福祉手帳 (welty_seishin_TX)
 5. 療育手帳 (知的障害) (welty_ryouiku_TX)

6. 身体障害者手帳 (welty_shintai_TX)
 7. 雇用保険 (失業保険) (welty_koyou_TX)
 8. その他 () (welty_ta_TX)
 9. わからない (welty_hume_TX)
- 7) 現在、治療中の身体の病気 (psysical_TX)
1. ない
 2. ある (病名 :)
 3. わからない
- 8) 現在、治療中の精神の病気 (mental_TX)
1. ない
 2. ある
- 9) 8) で「あり」の場合、あてはまる病名 (複数回答可)
1. 物質関連障害 (ICD-10 F1) (mddiag_sub_TX)
 2. 統合失調症圏 (統合失調症、統合失調感情障害など) (ICD-10 F2) (mddiag_schizo_TX)
 3. 気分障害 (うつ病、双極性障害など) (ICD-10 F3) (mddiag_mood_TX)
 4. 神経症性障害 (パニック障害など) (ICD-10 F4) (mddiag_neurotic_TX)
 5. その他 () (mddiag_ta_TX)
 6. わからない (mddiag_hume_TX)
- 10) 過去 1 年間における自殺念慮と自殺企図 (suicide_TX)
1. ない
 2. 自殺したいと思った
 3. 自殺行動におよんだ

前回の調査から今日までの間の薬物の使用についてお聞きします。

- 11) この 3 ヶ月間／半年間に薬物を使用しましたか? (drugreuse_TX)

1. 一度も使用していない

2. 使用した

12) 11) で「使用した」と回答した方にお聞きします。使用した薬物の種類と使用した時期について教えてください。(ただし、処方薬、市販薬については、乱用目的で不適切に使用した場合)

	使用あり	使用時期					
		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
覚せい剤	<input type="checkbox"/>						
大麻	<input type="checkbox"/>						
その他の違法薬物	<input type="checkbox"/>						
危険ドラッグ	<input type="checkbox"/>						
処方薬（病院でもらう薬）	<input type="checkbox"/>						
市販薬（咳止め薬など）	<input type="checkbox"/>						
その他 (薬物名:)	<input type="checkbox"/>						

<薬物再使用変数ラベルの定義>

覚せい剤使用=meth_MX

大麻=taima_MX

その他の違法ドラッグ=ihou_MX

危険ドラッグ=kiken_MX

処方薬=syohou_MX

市販薬=shihan_MX

その他=other_MX

※Mは調査開始から何か月目かを意味し、1~36の値を入れる

<選択肢ラベルの定義>

使用なし=1

使用あり=2

<電話調査の方法>

1年目は過去3か月間について、2年目以降は過去6か月間について尋ねる。シ

システム上では、「使用時期」の欄には調査登録月から換算して「〇年〇月」と表示される。調査者は「使用あり」と回答したものに対して、「使用したのはいつですか？」と尋ね、使用時期に相当する「〇年〇月」のチェック欄にチェックを入れる。システム内で薬物再使用変数に「2」と記録される。例：「meth_M12」＝「2」

13) 現在受けている、薬物乱用・依存に関する治療プログラムの有無 (program_TX)

1. 受けていない
2. 受けている
3. 受ける予定がある
4. わからない

14) 13)で「受けている」の場合、プログラムを受けている場所（複数回答可）

1. 精神保健福祉センター (proty_center_TX)
2. 医療機関 (proty_iryuu_TX)
3. 司法関連機関（保護観察所、刑務所・少年院、警察署、麻薬取締部）
(proty_shihou_TX)
4. ダルク (proty_darc_TX)
5. 自助グループ (proty_shg_TX)
6. その他（施設の名称： _____） (proty_ta_TX)

15) 困りごと・悩みごとの有無 (worry_TX)

1. 困っている・悩んでいることはない
2. 困っている・悩んでいることがある

16) 15)で「ある」の場合、困りごと・悩み事の種類（複数回答可）

1. 薬物のこと (worry_drug_TX)
2. 自分の健康 (worry_health_TX)
3. 経済的問題（収入、借金など） (worry_fin_TX)
4. 家族のこと（育児、介護、家族の健康、家族関係など） (worry_fam_TX)
5. 友人のこと (worry_fri_TX)

6. 恋人のこと (warty_love_TX)
 7. 仕事のこと (warty_job_TX)
 8. その他 () (warty_ta_TX)
 9. わからない (warty_hume_TX)
- 17) ころを開いて相談できる相手の有無 (talk_TX)
1. 一人もいない
 2. 相談できる人がいる
- 18) 薬物のことを含めて悩みや困りごとを相談している相手の種類 (複数回答可)
1. 友人 (talkty_fri_TX)
 2. 恋人 (talkty_love_TX)
 3. 隣人 (talkty_nei_TX)
 4. 配偶者 (talkty_spo_TX)
 5. 両親 (talkty_par_TX)
 6. 子供 (talkty_chi_TX)
 7. きょうだい (talkty_sib_TX)
 8. 上記以外の家族 (talkty_fam_TX)
 9. 職場の関係者 (talkty_job_TX)
 10. 自助グループの仲間 (talkty_shg_TX)
 11. 民間リハビリテーション施設(ダルクなど)のスタッフ (talkty_darc_TX)
 12. 入所施設職員 (ダルク以外の施設) (talkty_shisetsu_TX)
 13. 保護観察官 (talkty_kansatsu_TX)
 14. 保護司 (talkty_hogoshi_TX)
 15. 警察官 (talkty_poli_TX)
 16. 医療関係者 (talkty_iryuu_TX)
 17. 保健機関関係者 (精神保健福祉センター職員、保健所職員など) (talkty_hoken_TX)

18. 福祉関係者・就労支援関係者（生活保護担当者、ハローワーク職員など）
(talkty_hukushi_TX)

19. その他（ ） (talkty_ta_TX)

過去2週間の、あなたの生活についてうかがいます。もっともよくあてはまるものを1つ選んでください。答えに迷ったら、直感で思いついたものを選んでください。

19) 自分の生活の質をどのように評価しますか？ (QOL01_TX)

1. まったく悪い
2. 悪い
3. ふつう
4. 良い
5. 非常に良い

20) 自分の健康状態に満足していますか？ (QOL02_TX)

1. まったく不満
2. 不満
3. どちらでもない
4. 満足
5. 非常に満足

「保護観察の対象となった薬物依存者の

コホート調査システムの開発とその転帰に関する研究」

追跡調査（簡易）

第 2 回、第 3 回、第 4 回、第 6 回、第 8 回調査

回答した日： 平成 年 月 日

調査方法 (method_TX)

1. 電話
2. 面接

調査場所 (place_TX)

1. 電話
2. 精神保健福祉センター
3. その他()

あなた自身についてお聞きします。

1) 住居 (house_TX)

1. 自宅
2. 知人・友人宅
3. 更生保護施設
4. ダルク
5. 簡易宿泊所
6. その他()

2) 同居者 (cohabiter_TX)

1. 家族と同居
 2. 家族以外と同居
 3. 単身
 4. その他 ()
- 3) 現在の就労(job_TX)
1. 週4日以上働いている
 2. 週4日未満働いている
 3. 福祉的就労(就労移行支援、就労継続支援A型・B型)
 4. 無職
 5. 専業主婦/主夫
 6. 学生
 7. その他 ()

前回の調査から今日までの間の薬物の使用についてお聞きします。

- 4) この3ヶ月間／半年間に薬物を使用しましたか？(drugreusel_TX)
1. 一度も使用していない
 2. 使用した
- 5) 4)で「使用した」と回答した方にお聞きします。使用した薬物の種類と使用した時期について教えてください。(ただし、処方薬、市販薬については、乱用目的で不適切に使用した場合)

	使用 あり	使用時期					
		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
覚せい剤	<input type="checkbox"/>						
大麻	<input type="checkbox"/>						
その他の違法薬物	<input type="checkbox"/>						
危険ドラッグ	<input type="checkbox"/>						

処方薬（病院でもらう薬）	<input type="checkbox"/>						
市販薬（咳止め薬など）	<input type="checkbox"/>						
その他 （薬物名： ）	<input type="checkbox"/>						

<薬物再使用変数ラベルの定義>

覚せい剤使用=meth_MX

大麻=taima_MX

その他の違法ドラッグ=ihou_MX

危険ドラッグ=kiken_MX

処方薬=syohou_MX

市販薬=shihan_MX

その他=other_MX

※Mは調査開始から何か月目かを意味し、1～36の値を入れる

<選択肢ラベルの定義>

使用なし=1

使用あり=2

<電話調査の方法>

1年目は過去3か月間について、2年目以降は過去6か月間について尋ねる。システム上では、「使用時期」の欄には調査登録月から換算して「〇年〇月」と表示される。調査者は「使用あり」と回答したものに対して、「使用したのはいつですか？」と尋ね、使用時期に相当する「〇年〇月」のチェック欄にチェックを入れる。システム内で薬物再使用変数に「2」と記録される。例：
「meth_M12」=「2」

6) 現在受けている、薬物乱用・依存に関する治療プログラムの有無(program_TX)

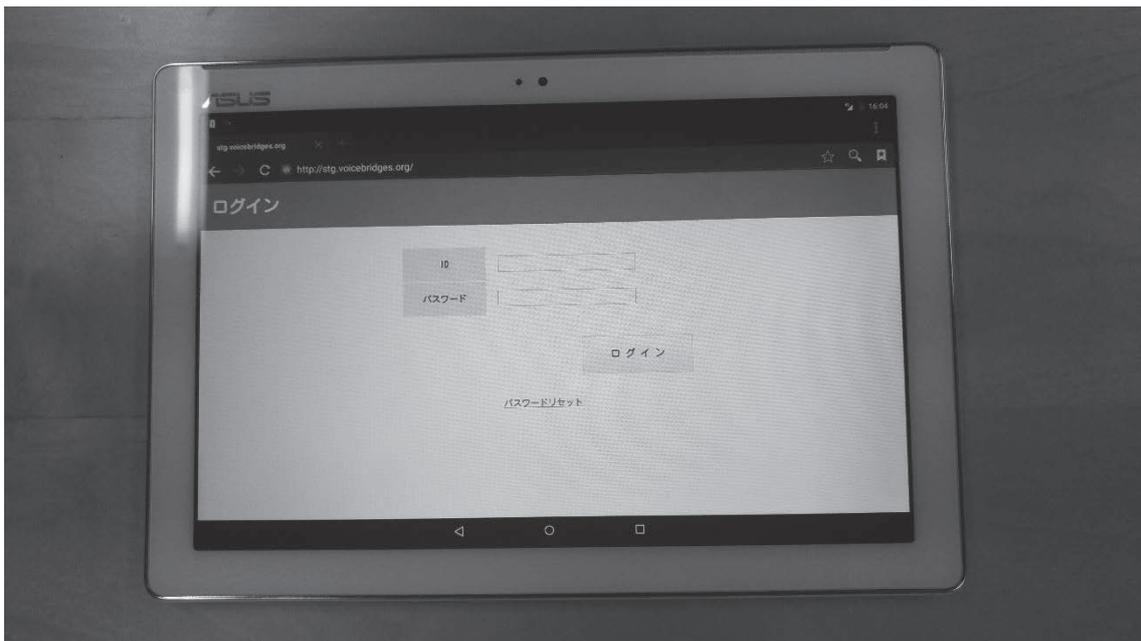
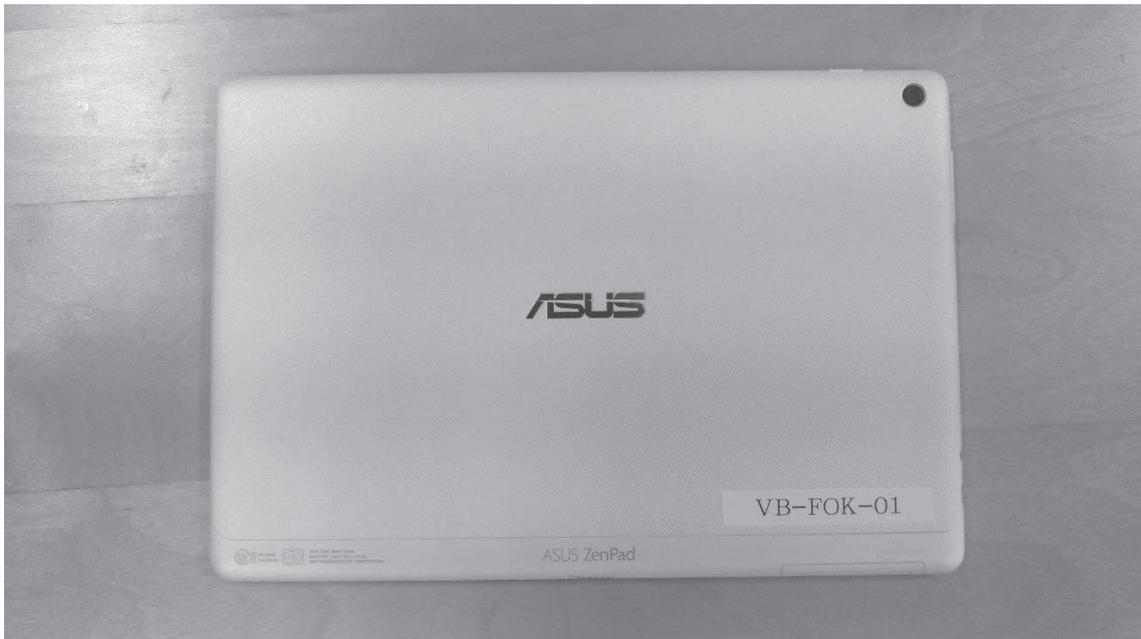
1. 受けていない
2. 受けている
3. 受ける予定がある
4. わからない

7) 6)で「受けている」の場合、プログラムを受けている場所（複数回答可）

1. 精神保健福祉センター (proty_center_TX)
 2. 医療機関 (proty_iryuu_TX)
 3. 司法関連機関（保護観察所、刑務所・少年院、警察署、麻薬取締部）
(proty_shihou_TX)
 4. ダルク (proty_darc_TX)
 5. 自助グループ (proty_shg_TX)
 6. その他（施設の名称： _____ ） (proty_ta_TX)
- 8) 困りごと・悩みごとの有無 (worry_TX)
1. 困っている・悩んでいることはない
 2. 困っている・悩んでいることがある
- 9) 8) で「ある」の場合、困りごと・悩み事の種類の種類（複数回答可）
1. 薬物のこと (warty_drug_TX)
 2. 自分の健康 (warty_health_TX)
 3. 経済的問題（収入、借金など） (warty_fin_TX)
 4. 家族のこと（育児、介護、家族の健康、家族関係など） (warty_fam_TX)
 5. 友人のこと (warty_fri_TX)
 6. 恋人のこと (warty_love_TX)
 7. 仕事のこと (warty_job_TX)
 8. その他（ _____ ） (warty_ta_TX)
 9. わからない (warty_hume_TX)
- 10) ころを開いて相談できる相手の有無 (talk_TX)
1. 一人もいない
 2. 相談できる人がいる
- 11) 薬物のことを含めて悩みや困りごとを相談している相手の種類の種類（複数回答可）
1. 友人 (talkty_fri_TX)
 2. 恋人 (talkty_love_TX)

3. 隣人 (talkty_nei_TX)
4. 配偶者 (talkty_spo_TX)
5. 両親 (talkty_par_TX)
6. 子供 (talkty_chi_TX)
7. きょうだい (talkty_sib_TX)
8. 上記以外の家族 (talkty_fam_TX)
9. 職場の関係者 (talkty_job_TX)
10. 自助グループの仲間 (talkty_shg_TX)
11. 民間リハビリテーション施設(ダルクなど)のスタッフ (talkty_darc_TX)
12. 入所施設職員 (ダルク以外の施設) (talkty_shisetsu_TX)
13. 保護観察官 (talkty_kansatsu_TX)
14. 保護司 (talkty_hogoshi_TX)
15. 警察官 (talkty_poli_TX)
16. 医療関係者 (talkty_iryuu_TX)
17. 保健機関関係者 (精神保健福祉センター職員、保健所職員など)
(talkty_hoken_TX)
18. 福祉関係者・就労支援関係者 (生活保護担当者、ハローワーク職員など)
(talkty_hukushi_TX)
19. その他 () (talkty_ta_TX)

巻末資料 7 専用タブレット



自治体による薬物依存症支援のあり方と支援体制の構築に関する研究

分担研究者 白川 教人
横浜市こころの健康相談センター センター長

研究要旨：

【目的】平成 28 年 9 月 1 日現在における全国の精神保健福祉センターの薬物依存症支援に関する依存症治療・回復プログラムの実施状況を調査し、今後の回復プログラム策定・推進のための基礎資料を得る。

【方法】全国 69 か所の精神保健福祉センター宛に、アルコール・薬物・ギャンブルの依存症を対象とし、長野県版依存症治療・回復プログラム（ARPPS・アルプス）のテキスト（平成 28 年 3 月発行）を郵送し、テキストに目を通した上で、以下 2 点の調査項目についてアンケート方式で回答を依頼した。（全国センター69/69 で、回収率は 100%）

- 1) 平成 28 年 9 月 1 日現在における依存症治療・回復プログラムの実施状況
- 2) 長野県版依存症治療回復プログラムテキスト（ARPPS）について

【結果】

1) 平成 28 年 9 月 1 日現在における依存症治療・回復プログラムの実施状況

全国のセンターにおいて、SMARRP 類縁のプログラムを、既に実施しているのは 25 センター（36%）、計画中は 7 センター（10%）、実施予定なしは 37 センター（54%）であった。SMARRP 類縁のプログラムを実施しているセンターの対象とする依存は、薬物のみを上げるセンター（11 センター）が一番多かった。また、実施予定なしと回答したセンターが SMARRP 類縁のプログラムができない理由として、マンパワーと予算の確保不足が一番多く、次に管轄内の医療機関がすでに薬物に関するプログラムを実施していることを挙げるセンター（10 センター）が多かった。

2) 長野県版依存症治療回復プログラムテキスト（ARPPS）について

61 センター（88%）が ARPPS を活用できると回答し、活用方法は職員の基礎知識学習が一番多かった。活用しないと回答したセンターでは「独自のテキストがあるから」という理由が一番多かった。

【考察】全国精神保健福祉センターにおける依存症治療・回復プログラムの実施状況については、ほぼ半数のセンターが SMARRP 類縁のプログラムを実施もしくは具体的に計画を立てていた。また、対象とする依存症は、薬物が一番多かった。依存症治療、特に外来の治療プログラムを行う機関は少ないが、薬物事犯の刑の一部執行猶予制度が開始されたこともあり、治療体制の整備が課題となっている。専門職のスタッフが運営しながらも、無料で参加できる精神保健福祉センターの SMARRP プログラムは支援の一翼を担っていくと思われる。

長野県では平成 26 年かくれ SMARRP 実施から平成 28 年 ARPPS 本格導入にかけて当事者グループの参加者が増加した。また今回のアンケート調査での ARPPS 配布を契機に、幾つかのセンターから個別および集団面接で ARPPS テキストの活用予定を検討したいという問合せがあっ

た。SMARRP 類縁の分かりやすく、取り組みやすいプログラムは、スタッフやグループ参加者のモチベーションを上げ、参加者の増加やグループの活性化に繋がる可能性を持っていると考えられる。

また、今回のアンケートで、既にグループを行っているセンターでは、SMARRP の実施方法を骨子にしつつ、参加者や地域の状況に合わせて工夫した運営を行っていることが窺えたので、センター同士が役立つ情報を交換し合い、相談体制の強化に繋がることが望ましい。

研究協力者

小泉典章	長野県精神保健福祉センター所長
半場有希子	長野県精神保健福祉センター
田辺 等	北海道立精神保健福祉センター所長
増茂尚志	栃木県精神保健福祉センター所長
藤城 聡	愛知県精神保健福祉センター所長
小原圭司	島根県立心と体の相談センター所長
馬場俊明	東京大学大学院医学系研究科精神保健分野

A. 研究目的

平成 28 年 9 月 1 日現在における全国の精神保健福祉センターの薬物依存症支援に関する依存症治療・回復プログラムの実施状況を調査し、今後の回復プログラム策定・推進のための基礎資料を得る。

B. 研究方法

全国 69 か所の精神保健福祉センター宛にアルコール・薬物・ギャンブルの依存症を対象とし、長野県版依存症治療・回復プログラム（ARPPS・アルプス）のテキスト（平成 28 年 3 月発行）を郵送し、テキストに目を通した上で、以下 2 点の調査項目についてアンケート方式

で回答を依頼した。（全国センター69/69 で、回収率は 100%）

- I. 平成 28 年 9 月 1 日現在における依存症治療・回復プログラムの実施状況
- II. 長野県版依存症治療回復プログラムテキスト（ARPPS）について

（倫理面への配慮）

本研究に際しては、個人情報には抵触しないため、問題は生じないと考えられる。

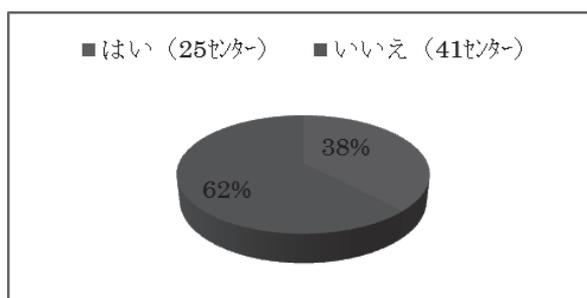
C. 結果

全国の精神保健福祉センターにおける、SMARRP 類縁のプログラムの実施状況について調査することができたので、報告したい。

I. SMARRP 類縁の依存症治療・回復プログラムの実施状況

- (1) 当事者に対する依存症治療・回復プログラムの実施状況

全国 69 の精神保健福祉センターのうち、SMARRP 類縁の依存症治療・回復プログラムを実施しているのは 25 センター（62%）であった。



(2) (プログラムを行っている場合) 対象とする依存症 (複数回答)

SMARRP 類縁のプログラムを実施している全てのセンターで、薬物をプログラムの対象としていた。

対象とする依存症	センター数
薬物のみ	11
薬物+アルコール	5
薬物+ギャンブル	1
薬物+アルコール+ギャンブル	7
薬物+アルコール+ギャンブル+インターネット	1

(3) (プログラムを行っている場合) グループの開催頻度 (1か月あたりの回数・時間・曜日等)

SMARRP 類縁のプログラムを実施しているセンターのグループ開催頻度は、毎週行っているセンターが一番多い。

プログラムを行っているとは回答した 25 センターのうち、開催頻度が月 4回は 11 センター、月 3回は 2 センター、月 2回は 9 センター、月 1回は 1 センター、個別に対応が 2 センター。ただし、開催期間は通年開催と期間限定開催の 2 パターンがある。

(4) (プログラムを行っている場合) グループ 1 回あたりの平均参加人数

SMARRP 類縁のプログラムの参加者数は、平均約 4 人。

プログラムを行っているとは回答した 25 センターのうち、平均参加人数が 10 人以上は 1 センター、9~6 人は 5 センター、5~2 人は 15 センター、1 人以下は 4 センター。

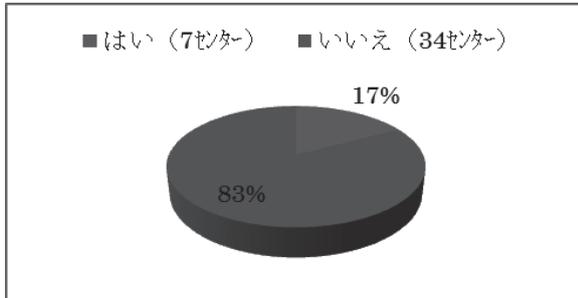
(5) (プログラムを行っている場合) 運営の際に工夫・配慮している点

SMARRP 類縁のプログラム実施にあたり、各センターが挙げた主な工夫や配慮は以下のとおり。SMARRP 類縁のプログラム実施にあたり、SMARRP の実施方法を骨子にしつつ、参加者や地域の状況に合わせて工夫している。

- ・ 支援機関 (回復施設、保護観察所等) との連携
- ・ 回復施設スタッフと連携してのグループ運営
- ・ 個別の担当者決め
- ・ 視覚からの理解 (ホワイトボード、パワーポイント、動画の作成等)
- ・ 職員間の情報交換 (打合せ、振り返りの実施等)
- ・ 当事者へ情報が届きやすいよう、ネットでグループの情報を発信
- ・ グループだけでなく、当事者の状況に合わせ、個別相談や電話相談を実施
- ・ 安心できる場づくりのためのルール提示
- ・ 参加しやすい雰囲気づくり (ウェルカム、お茶や菓子の準備等)
- ・ スタッフと参加者の良好なコミュニケーション (誉める、批判しない等)
- ・ 参加者が自身の回復過程を確認できるようカレンダーを導入
- ・ 内的な動機を引き出す工夫 (動機づけ面接をとり入れる等)
- ・ 能力や学力の差による恥の感覚を持たせない配慮

(6) (プログラムを行っていない場合) 行う予定が具体的に決まっているか

SMARRP 類縁のプログラムを行っていない 41 センターのうち、依存症治療・回復プログラムを今後実施する予定が具体的に決まっているのは 34 センター (83%) であった。



(7) (プログラムを行っていないが、今後行う予定が決まっている場合) 対象とする依存症

対象とする依存症のうち、一番多いものは薬物の 7 センター (47%)、以下、アルコール 6 センター (検討中 1 センター含む) (40%)、ギャンブル 2 センター (検討中 1 センター含む) (13%)。

(8) (プログラムを行っていないが、今後行う予定が決まっている場合) 計画の際に工夫・配慮している点

負担軽減や支援方針拡充のため、関係機関との連携を念頭に計画を立てているセンターが多い。

SMARPP 類縁のプログラムを今後行うにあたり、各センターが挙げた計画の際の工夫や配慮は別紙アンケート集計参照。

(9) (プログラムを行っておらず、今後行う予定もない場合) 行っていない理由・例えばプログラムが実施できる条件

マンパワーと予算の確保不足、管轄内の医療機関がすでに薬物に関するプログラムを、実施していることを挙げるセンターが多い。

SMARPP 類縁のプログラムができない理由として挙げた主なものは以下のとおりである。詳細は別紙アンケート集計参照。

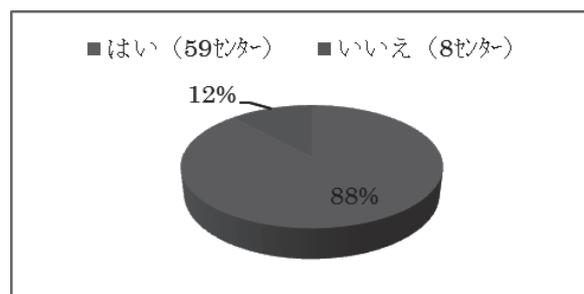
- ・ 管轄内の医療機関がすでにプログラムを実施している (10 センター)
- ・ マンパワーと予算
- ・ 対象者の相談件数が少ない
- ・ まずは家族支援を中心に実施
- ・ 保護観察所のプログラムに職員を派遣
- ・ 連携できる医療機関がない
- ・ スタッフのスキル不足
- ・ 12 ステップを用いたプログラムを既に実施している

II. 長野県版依存症治療・回復プログラムテキスト (ARPPS) についての感想

(1) このテキストは、貴センターの業務における活用の機会はあるそうですか？

全国 69 の精神保健福祉センターのうち、業務における ARPPS 活用の機会があると回答したのは 59 センター (88%) であった。

活用の機会がないと回答したセンターが挙げた理由としては、独自のテキストがあるから、という理由が一番多かった。



(2) 活用の場面 (どのような場面での活用か?)

ARPPS 活用の場面について、職員の基礎知識学習を挙げるセンターが一番多かった。

活用の場面	センター数
職員の基礎知識学習	53
個別相談	43
支援者向け研修会・勉強会	24
当事者グループでの学習	23
家族グループでの学習	20
その他	6

(3) 活用できる部分(どの部分が役に立ちそうか?)(複数回答可)

テキストの活用できる部分として挙げたものは、別紙アンケート集計参照。

(4) 長野県版依存症治療回復プログラムのテキストにおいて、他に掲載が望ましいと思われる情報

ARPPS への掲載が望ましい情報として挙げたものは、別紙アンケート集計参照。

D. 考察

(1) 刑の一部執行猶予制度を踏まえた地域における薬物依存症対策

全国精神保健福祉センターにおける依存症治療・回復プログラムの実施状況については、ほぼ半数のセンターが SMARPP 類縁のプログラムを実施もしくは今後行うべく具体的に計画を立てており、対象とする依存症は、薬物が一番多かった。

近年、薬物事犯などの刑の一部執行猶予制度が開始され、依存症問題について取り上げられる機会が増えたことを契機に、当センターにおいても依存症に関する相談件数は増加している。「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」によれば、精神保健福祉センターは、保護観察所と連携し家族や支援者に対する相談支援を行うとともに、当事者からの求めに応じて保護観察期間終了後

も引き続き必要な支援が受けられるよう調整を行なうとある。

依存症治療、特に外来の治療プログラムを行う機関は少なく、今後治療体制の整備が課題となってくると思われる。専門職のスタッフが運営しながらも、公的機関の事業として無料で自宅から参加できる、精神保健福祉センターの SMARPP プログラムは、今後支援の一翼を担っていくと思われる。

(2) SMARPP 類縁プログラムの拡がり

SMARPP 類縁のプログラムを行っておらず、今後行う予定がないセンターが、プログラム未実施の理由として、マンパワーおよび予算の不足と、管轄内の医療機関がすでに薬物に関するプログラムを実施している点を挙げるセンターが多かった。

長野県では、管轄内の医療機関が薬物に関するプログラムを実施しているが、精神保健福祉センターでもプログラムを実施している。平成 21～23 年度に「長野県薬物依存症対策推進事業(厚生労働省地域依存症対策推進モデル事業)」の取組みとして、こころの医療センター駒ヶ根で治療・回復プログラム「KOMARPP(コマープ)」が開始された。しかし、「KOMARPP」は、実施対象がこころの医療センター駒ヶ根で入院している薬物依存症の人に限られ、遠方の人や他の依存症で悩む人は、プログラムを受けたくても難しい状況だった。当センターでは、従来から、アルコール・薬物・ギャンブルの当事者グループを実施しており、そこから GA(ギャンブラーズアノニマス)が誕生したことや、平成 26 年度から SMARPP プログラムを活用していたことから、平成 27 年度厚生労働省の新規事業である「依存症者に対する治療・回復プログラムの普及促進事業」に採択されたことを契機に、SMARPP プログラム等を基に長野県版依存症治療・回復プログラム「ARPPS」を作成し、平成 28 年 3 月にテキストを発行した。かくれ SMARPP を実施していた平成 26 年度から ARPPS を本格導入した平成 28 年にかけて、当事者グループの

延べ参加者数は着実に増加している。一方で、当センターやこころの医療センター駒ヶ根だけでは、広い県内の対象者をカバーしきれないという課題があることから、昨年度から北信の長野市だけでなく、松本市の松本保健福祉事務所の会場を借り、月1回、依存症者に対する治療・回復プログラムにセンター職員が出張している。また、平成28年11月に県内各機関の支援者向けにARPPSの内容を周知することを目的とした「ミニARPPS」を作成し、各関係機関への配布を行うことによって、長野県内のARPPS普及促進を図っている。

SMARPP 類縁プログラムのような、数少ない依存症専門医に頼らざるも実施できる、分かり易く取り組み易いプログラムは、参加者の増加やグループの活性化、身近な地域の相談機関で気軽に依存症の相談ができる体制づくりに繋がる可能性を持っている。

(3) 全国精神保健福祉センター相互の連携

刑の一部執行猶予制度やアルコール健康障害対策基本法、統合型リゾート（IR）法の成立などを受け、我が国では依存症問題への対応が求められており、平成29年度の国の依存症対策総合事業の中でも、全国精神保健福祉センターへの依存症相談員の配置が盛り込まれた。

今回のアンケート調査でARPPSを配布し、センターの業務でのARPPS活用の機会を質問したところ、59のセンターが、職員の基礎知識学習や個別相談等の業務において活用の機会があると回答があった。また、今回のアンケート調査を契機に、全国の幾つかのセンターから、個別面接および当事者グループミーティングでARPPSテキストを活用したいという問合せがあった。

地域の関係機関同士との連携はもちろん、全国精神保健福祉センター同士でも役立つ情報を交換し合い、互いの相談体制の強化を図ることが望まれる。

E. 結語

全国精神保健福祉センターにおけるSMARPP 類縁プログラムの実施状況調査をアンケート方式で行い、その結果を報告した。考察では、刑の一部執行猶予制度を踏まえた地域における薬物依存症対策の中で、精神保健福祉センターの担う役割やSMARPP 類縁プログラムの拡がり、全国精神保健福祉センター同士の連携の必要性について触れた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

謝辞：

業務が多忙な中で、アンケート回答にご協力いただいた都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターの担当者の皆さまに、心からお礼を申し上げます。

別紙 全盟精神保健福祉センターアンケート回答＜自由記載集計＞

	I (4)	I (5)	I (8)	I (9)	II (2)	II (3)	II (4)
1	17人	参加のしやすさ(ウェルカムの雰囲気)に心がける ・DARCや依存症相談施設との協力関係及び保護観察官との連携		プログラムが有効と思われる依存症関連の本 人著作による特製冊子がほとんどないため、今 後冊子が揃えるようであればプログラム実施を 積極的に考えたい。	その他(当センタープログラム作成のための参考 文献等)	第9回「各論 センタープログラム」無い	
2					依存症当事者グループでの学習 ・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会	p.1～3 「はじめに」の部分に関心があり設定されて いる ・参加者が初めからでも実施しやすいように、参加 ルールがテキストに入らなくてもよい、使用し易い ・p.18～19 写真付きで分かりやすい、使用し易い ・p.33 自分が今どのステップにいるか考えやすい 2)があるのが良い ・p.55 スケジュールを考えるとポイントも記載されて いて、受講者が考えやすい ・p.56 仕事についての話題⇒当センター参加者におい ては、仕事のストレスが引き金になっている方や、仕事を休 している関係の方も数人いらしているため	
3	1～2人	勤務ついで研修の誘いを要請し、特選「取得するの ではなく、対話の中での内的な動機を引き出すこと 」を毎回参加してもらえよう。スタッフが参加者と良 好なコミュニケーションを持ち続けること		・依存症当事者からの相談件数が少ない為 ・家族支援を中心にっており、今後は依存症 家族教育から実施していく予定である	依存症当事者グループでの学習	p.70～79 コミュニケーションスキルアップは家族によつ ても必要で学習し、具体的に記載されており(特にTRYの部 分)当センターの家族支援でも活用できそうだと感じた ・p.124～143 各論が記載されている事で構築、プログラ ムで学んだ内容がさらに深まると感じた	長年専門内の依存症治療を行っている精神科医療機 関、相談機関、自助グループ団体の情報を記載した 方がよいのではないかと
4				・専門職がプログラムや面接等に割ける時間定 ・確保できる人員配置(現在は専門職も手帳職員が や医療従事者、事務局等の事務、非常勤職員が 行う仕事の後方支援に多くの時間を割いてい る) ・精神科医の配置(現状は常勤、非常勤共にな し) ・プログラムを行う職員が研修を受けたい ・参加者「派遣中の確保(現状はいずれも予定 の人数を確保できない)」「研修費用の負担(研 修する事を求められており、新規獲得は非常に困 難) ・プログラムを行なったりプログラムを作成する ための予算の確保(現状は不足し、不足もなし、全て の予算を毎年一定の割合で削減することを求 められており、新規獲得は非常に困難)	個別相談時の対応 ・職員基礎知識学習	全体 当センターではキャンセル依存の基幹相談が他の 依存症よりも多い、SMARTPを参考にしているが、 SMARTPは主に物質依存を中心に書かれているため、 参考として良いのかどうか迷う部分もある。一方本書は依 存症共通の部分と依存対象によって異なる部分「各論」に 分けてあるため、分りやすいと思われる。特にキャンセル については本人にそのまま見せられざるを資料が少ない と感じており、本書は貴重だと感じる ・p.48～51 本人を自助グループから自助グループ の標準や目的等が口頭で説明し書きながら、公的機関が 文字で説明している事で理解感が増すとと思われる、理 解もしやすいと思われる ・8回 依存の問題を抱える本人と相談をしていて、ストレ スの対応やその前の問題として感情の扱い方や感情への 気付き方について課題を感じることが多いため、取り組む必要 性を感じているため ・9回 本人には、同様に感情表現やコミュニケーションの 課題もあると感じ、今後取り組む必要性を感じているため	仕事しながら依存症の回復に取り組む場合の置 きかたがわからない
5				・マンパワーと予算の確保	依存症当事者グループでの学習 ・依存症家族グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会	・4～8回 わかりやすい裏取りであり、キャンセル依存症を答 めた内容であること。 ・9～11回 自助グループの学習で使った資料等がないた り、学習が得意な方 ・124～131 キャンセル依存症に特化した資料等がないた り、日々の支援等に非常に役立つと思う。	
6					依存症当事者グループでの学習 ・依存症家族グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会	p.48～49 中間の必要性や効果も具体的に分りやすい ・p.60～69、p.70～79 具体的に分りやすい	
7					依存症当事者グループでの学習 ・依存症家族グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員基礎知識学習	・75 INOを伝えるデモンストラティブに列挙していること ろ ・130 借金問題への対応について解説していること	
8	3人	回復施設利用者に参加いただいている。			依存症当事者グループでの学習 ・依存症家族グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員基礎知識学習	p.124、132、138 本書で使用しているテキストに取り上げ ていないテーマである	非常に楽しみにしており、これで必要十分だと思われま す。特にキャンセル、措置など個人レベルまで取り上 げており、汎用性が高く、秀逸であると感じました
9	0.5人	27年4月開始 月2回(第2、4木曜日午 後1時～1時半 各回1時間半)			依存症当事者グループでの学習 ・依存症家族グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会		

I (3)	I (4)	I (5)	I (8)	I (9)	I (2)	I (3)	I (4)
10			<p>・本事業を行うことにより、参加者にとのようになつて欲しいか、係全員で話し合いして目標を設定した</p> <p>・本事業に精通している職員がいなかったため、対象について、今年度は依存対象を限定することも不特定多数への周知はせず、関係機関（保護観察所や専門医療機関）からの紹介や当センター職員による相談等を通じての紹介や当センターの職員による相談等を行うことにより、多様な方々も参加していただくことを目指している</p> <p>・担当者だけでなく係全員で運営できるよう、全員で話し合いながら準備を進めている</p> <p>・地域の医療機関等へ認知行動療法を普及していくことを念頭に考えている</p>	<p>・同建物内に依存症専門治療を実施する単立精神医療センターがあり、アルコール及び薬物依存症を抱える当事者が通院可能であれば、医療に繋ぐ方針であるため、当センターではアルコール依存症のある本人を対象とする個別の対応を実施している</p> <p>・また、平成28年度から依存的な状態にある当事者や当事者家族を対象とした個別相談が毎月職員を派遣し、事業部が実施しているため</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習</p> <p>・職員の基礎知識学習</p> <p>・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・p5 依存症の特徴はSMARTPには盛り込まれていないが、家族や支援者等には説明している内容なので、当事者にも理解してもらう必要があると思う</p> <p>・p55 スケジュールを立てるポイントや仕事のやり方、睡眠についての内容が具体的に分かりやすく、行動に繋がると思う</p> <p>・p65 ～ ～ 止めるための動機を育てて継続参加するための意識付けとして、ひとりで悩まずに仲間と一緒に悩むのも難しい内容であるが、TRY4-7は、薬物にコントロールプレイングや体験を通して学べるので役に立つと思う</p> <p>・各論 分かりやすくまとまっているので、活用させて頂きます</p>	
11					<p>・個別相談時の対応</p> <p>・職員の基礎知識学習</p> <p>・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・p70～79 コミュニケーションスキルについて具体的に学ぶ機会となる</p> <p>・p124～131 キャンパブル依存の対処方法について詳しく学べるため</p>	
12	毎週金曜日（祝日除く）午後	6人	事後にメールでスタッフ間の情報交換を実施している		<p>・職員の基礎知識学習</p>	<p>・p124～キャンパブル依存の部分</p>	<p>①差し出がましいですが、ネット、スマホ依存について</p> <p>②その他：出来ましたら、印刷製本費をお救下さい</p>
13	毎月第1水曜日（7ヶ月間）4回）午後2時～3時30分	2.6人	<p>・スタッフ間の情報関係なく単に置き置きの中で行動変容への動機を高めるように心がけている</p> <p>・「薬物について何でも話せる場」「自分のことを素直に話せる安全な場」という雰囲気づくりを大切にしている</p> <p>・お茶やお菓子を用意しリラックスした雰囲気を作っている</p> <p>・リカバリースタッフにも入ってもらい、回復の具体的なイメージを話せるよう心がけている</p> <p>・14回のセッション終了後にもOJ台座を実施するなど事後フォローを実施するようにしている</p> <p>・個別相談は出張先からグループの中で十分対応できない部分は個別にフォローしている</p>		<p>・個別相談時の対応</p> <p>・職員の基礎知識学習</p>		
14	毎週火曜日 午後2時～4時	11人	<p>・学力の差、言語理解能力の差による恥の感覚を持たせない様な働きかけ</p> <p>・ホワイトボードなどを活用し、視覚的に理解の手助けができるように工夫している</p> <p>・グループを安全な場にする</p>		<p>・依存症当事者グループでの学習</p> <p>・個別相談時の対応</p> <p>・職員の基礎知識学習</p> <p>・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・p116～ 各種FIG：依存対象別にまとめられており、様々な参加者に対応できる</p> <p>・p120～ アサーション：コミュニケーションに焦点をあてて※上記、共に当センターのテキストにはないものである為</p>	
15	毎週火曜日 午後2時～3時30分	約6人	<p>・話しやすい雰囲気</p> <p>・良い点は家の批判しない</p> <p>・作業を用意</p>		<p>・依存症当事者グループでの学習</p> <p>・職員の基礎知識学習</p> <p>・その他（SMARTPテキスト資料）</p>		
16							
17			事前アンケート、面接により、参加希望者の状況が把握でき、参加者数も把握でき、補助を依頼		<p>・依存症当事者グループでの学習</p> <p>・職員の基礎知識学習</p> <p>・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・p68～ 基礎的知識が豊富であり、支援者向けの評価に役立つ</p>	
18					<p>・依存症当事者グループでの学習</p> <p>・個別相談時の対応</p> <p>・職員の基礎知識学習</p>	<p>・アルコール、薬物、キャンパブル等、各依存症に対応できる点</p> <p>・p23 プログラム参加に当たっての心構えや、ルールについて明記されている点</p>	<p>・宗教等の動向に関する注意事項（参加のルールの中）</p> <p>・相談機関や自助グループの連絡先など</p>
19	月2回 第1、3火曜日 13:30～15:00（変更時あり）	2.5人	毎回グループ前後に、打合せと振り返りの時間を設け、当該担当の職員間で話し合うことにより参加者の状況に応じた進捗の工夫を行っている。		<p>・依存症当事者グループでの学習</p> <p>・個別相談時の対応</p>	<p>・p68～143 当センターテキストに含まれない各論部分を、各グループや個別相談の補助資料として活用できそうだから。</p>	

別紙 全国精神保健福祉センターアンケート回答＜自由記述集計＞

I (3)	I (4)	I (5)	I (8)	I (9)	II (2)	II (3)	II (4)
<p>20</p> <p>原則毎週金曜日 15:30～17:00 3人</p>	<p>・お茶やお菓子を提供し、くつろいだ雰囲気の中で実施している ・プログラムの中で話された内容について、外で話さないネットルールを基本的な約束の出来る場を提供している</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		
<p>21</p> <p>・長野県は広いので、北信と中信の2会場で開催。 【長野(北信)会場】毎月第1・3 火曜日 【松本(中信)会場】毎月第4 火曜日 いずれも13:30～15:30</p>	<p>グループ開始当初に必ずルール(この場ではの話しをする、アルコールや薬物やギャンブルを勧めない、仕事上の関係や迷惑禁止、匿名可等)を伝える。 ・つねに相談やグループ参加を歓迎し、『ようこそ』の姿勢や共感を大切に。 ・進捗を重視し、緊張を和らげリラックスできるような工夫を取り入れる。 ・「やってしまった」「やりたい」「つらい」など正直な気持ちを話せる雰囲気づくり。 ・「話を聞いてくれる」とも伝える。その場で聞かれなかったことを大切に。わからぬのみで時間切れとならないように。 ・グループ参加だけでなく、個別面談、電話相談など相談者に合わせて対応。</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		
<p>22</p> <p>・1月2回(第2・第4木曜日) 13:30～15:30 ・1年間で(クール)8回×2回(4月～7月、10月～1月) ・1クール終了後、次クールまではフアロミーティングを実施。</p>	<p>・緊急せず気軽に参加しやすい場となるよう、お茶やお菓子等で歓迎の意を表したり、雰囲気づくりに心がける等、継続参加に繋がるよう工夫している。</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		
<p>23</p> <p>・1月2回(第2・第4木曜日) 13:30～15:30 ・1年間で(クール)8回×2回(4月～7月、10月～1月) ・1クール終了後、次クールまではフアロミーティングを実施。</p>	<p>・緊急せず気軽に参加しやすい場となるよう、お茶やお菓子等で歓迎の意を表したり、雰囲気づくりに心がける等、継続参加に繋がるよう工夫している。</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		
<p>24</p> <p>・1月2回(第2・第4木曜日) 13:30～15:30 ・1年間で(クール)8回×2回(4月～7月、10月～1月) ・1クール終了後、次クールまではフアロミーティングを実施。</p>	<p>・緊急せず気軽に参加しやすい場となるよう、お茶やお菓子等で歓迎の意を表したり、雰囲気づくりに心がける等、継続参加に繋がるよう工夫している。</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		
<p>25</p> <p>・毎週水曜日 14:00～15:30</p>	<p>・緊急せず気軽に参加しやすい場となるよう、お茶やお菓子等で歓迎の意を表したり、雰囲気づくりに心がける等、継続参加に繋がるよう工夫している。</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		
<p>26</p>	<p>・緊急せず気軽に参加しやすい場となるよう、お茶やお菓子等で歓迎の意を表したり、雰囲気づくりに心がける等、継続参加に繋がるよう工夫している。</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		
<p>27</p>	<p>・緊急せず気軽に参加しやすい場となるよう、お茶やお菓子等で歓迎の意を表したり、雰囲気づくりに心がける等、継続参加に繋がるよう工夫している。</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		
<p>28</p>	<p>・緊急せず気軽に参加しやすい場となるよう、お茶やお菓子等で歓迎の意を表したり、雰囲気づくりに心がける等、継続参加に繋がるよう工夫している。</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		
<p>29</p>	<p>・緊急せず気軽に参加しやすい場となるよう、お茶やお菓子等で歓迎の意を表したり、雰囲気づくりに心がける等、継続参加に繋がるよう工夫している。</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		
<p>30</p>	<p>・緊急せず気軽に参加しやすい場となるよう、お茶やお菓子等で歓迎の意を表したり、雰囲気づくりに心がける等、継続参加に繋がるよう工夫している。</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・当センター全体に若者も広く通ずる労働、かつ人的・学問的な措置も無いため、家族支援を行っているが、市町村や保健所から依頼されるものも多く、本センターに存在しないため、支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・依存症当事者グループでの学習 ・個別相談時の対応 ・職員との基礎知識学習 ・支援者向け研修会・勉強会</p>	<p>・P28-59/70-74/100-131 家族に知って貰うことで、本人への対応が上手になりそうだから。 ネット依存やゲーム依存についても相談があるようなのですが、科学的に整合性のとれた議論になっていない現状では、このようなテキストに入れるのも難しいだろうと思います。</p>		

I (3)	I (4)	I (5)	I (6)	I (7)	I (8)	I (9)	I (10)	I (11)	I (12)	I (13)	I (14)	I (15)
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												

長野県精神保健福祉センター 小泉典章宛
FAX : 026-227-1170
E メール koizumi-noriaki@pref.nagano.lg.jp

<依存症治療・回復プログラム調査>

回答機関名【 センター 】
担当者職氏名【 】

I. 貴センターの SMARRP 類縁の依存症治療・回復プログラムの実施状況について教えてください。

(1) 当事者に対する依存症治療・回復プログラムを行っているか
 はい (質問 2～5 へ) いいえ (質問 6 へ)

(2) (プログラムを行っている場合) 対象とする依存症
 アルコール 薬物 ギャンブル その他 ()

(3) (プログラムを行っている場合) グループの開催頻度 (1 か月あたりの回数・時間・曜日 等)

(4) (プログラムを行っている場合) グループ 1 回あたりの平均参加人数
 人

(5) (プログラムを行っている場合) 運営の際に工夫・配慮している点<自由記載>

(6) (プログラムを行っていない場合) 行う予定が具体的に決まっているか
 はい (質問 7・8 へ) いいえ (質問 9 へ)

(7) (プログラムを行っていないが、今後行う予定が決まっている場合) 対象とする依存症
 アルコール 薬物 ギャンブル その他 ()

(8) (プログラムを行っていないが、今後行う予定が決まっている場合) 計画の際に工夫・配慮している点<自由記載>

(9) (プログラムを行っておらず、今後行う予定もない場合) 行っていない理由・整えばプログラムが実施できる条件<自由記載>

薬物依存症者に対する包括的支援ガイドラインの開発に関する研究

研究分担者 和田 清
埼玉県立精神医療センター依存症治療研究部長

研究要旨：

【目的】法務省保護局・矯正局、厚生労働省社会・保護局障害保健福祉部から2015年11月19日に発出された「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」の各論部分についての補強的提案の作成を目的とした研究の初年度である。

【方法、結果、考察、結論】本研究は、他の分担研究による成果の上に成り立つ研究であるため、初年度は「刑の一部執行猶予」制度の内容、判決状況、危惧される問題点を論文化すると共に、今後の議論のために、このガイドラインの総論部分である「3 関係機関の基本的な役割」の内容について、視覚的に要約した図の作成を行った。

A. 研究目的

「刑の一部執行猶予」制度が2016年6月1日から施行された。この制度は、「刑法等の一部を改正する法律」（以下、「刑法の一部執行猶予」と「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」（以下、「薬物法の一部執行猶予」）の2つの法律から成り立っている。この両法律に共通していることは、従来判決では、実刑と執行猶予との関係が刑期全部の実刑または刑期全部の執行猶予という二者択一的選択しかなかったものが、3年以下の懲役・禁固を言い渡すときには判決でその一部の執行を猶予できると同時に、実刑の執行後、執行猶予期間中に社会内でも犯罪を犯すことなく生活するよう促すという点にあり、そのことが「刑の一部執行猶予」と称される由縁でもある。

「刑の一部執行猶予」制度の中でも、薬物事犯は再犯率が他に比べて高率であり、この制度の成否は「薬物法の一部執行猶予」制度の運営

の成否にかなりの部分がかかっている。2015年11月19日、法務省保護局・矯正局、厚生労働省社会・保護局障害保健福祉部から、「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」が発出された。このガイドラインは、総論として「3 関係機関の基本的な役割」を明記すると共に、各論として「1 薬物依存者本人に対する支援」と「2 家族に対する支援」に関して、関係機関毎、ないしは、関係機関相互が果たすべき役割を明記しているが、特に各論部分については、現状に沿った具体的連携方法の検討が必要である。

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」では、いくつかの関係機関、民間支援団体の現状把握と望まれる活動の提言をその研究目的としているが、本研究では、それらの成果をもとに、このガイドラインの各論部分についての補強的提案の作成を目的とした。

B. 研究方法、C. 研究結果、D. 考察、E. 結論

本研究は、他の分担研究による成果の上に成り立つ研究であるため、初年度は、「刑の一部執行猶予」制度の内容、判決状況、危惧される問題点を論文化（G. 研究発表 1. 論文発表 参照）すると共に、今後の議論のために、「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」の総論部分である「3 関係機関の基本的な役割」の内容について、視覚的に要約することを試みた（図）。

2年度はこの図を利用しながら、このガイドラインの各論である「1 薬物依存者本人に対する支援」と「2 家族に対する支援」に関して、関係機関毎、ないしは、関係機関相互が果たすべき役割について、関係者間でエキスパート・コンセンサス作りに取り組む予定である。（倫理面への配慮）

なお、本調査研究は埼玉県立精神医療センター倫理委員会にて、「埼玉県立精神医療センター倫理委員会設置要綱第2条2(1)の研究には該当せず、倫理委員会では審査を要しない」と判断された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

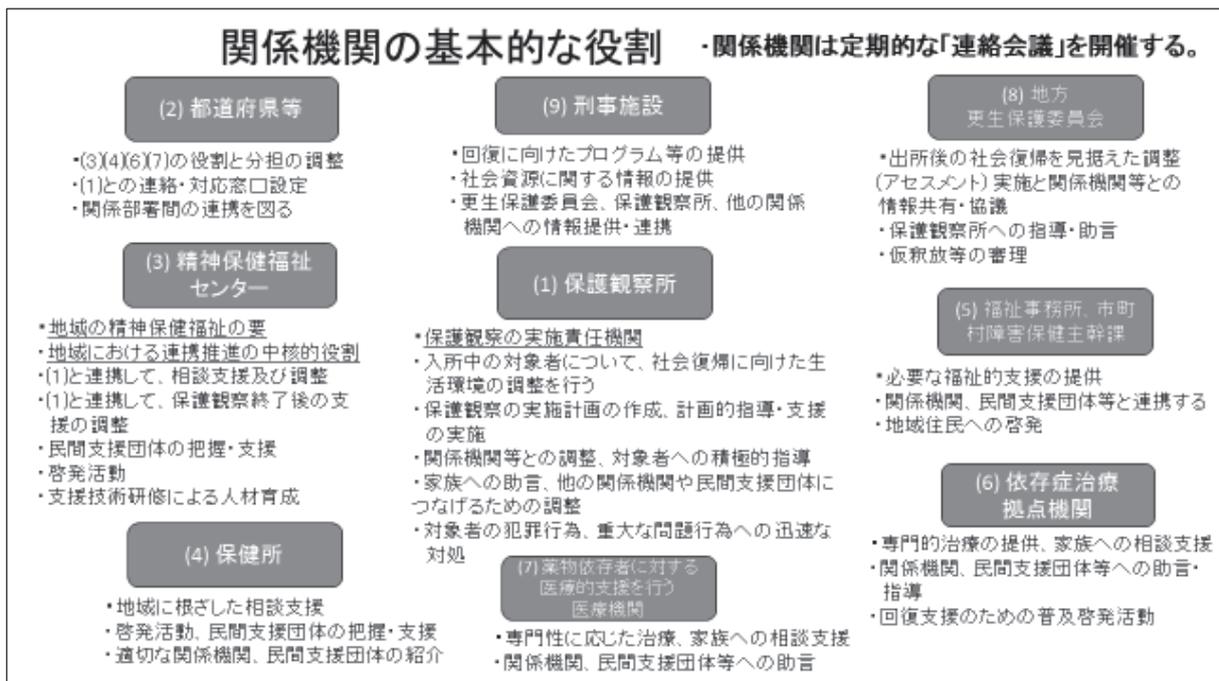
1) 和田 清：「刑の一部執行猶予」とは？. 精神科 30(1)：22-27, 2017.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



多機関連携による薬物依存症者地域支援の好事例に関する研究

研究分担者 近藤あゆみ

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 診断治療開発研究室長

研究要旨：

【目的】薬物依存症者本人とその家族の支援を行う関係諸機関の連携に関する好事例を収集すること。

【方法】初年度は、精神保健福祉センター（69 機関）を対象機関とし、連携状況に関するアンケート調査を行った（回収率 85.5%）。次に、調査協力に同意を得られたセンター17 機関に対して、具体的な連携に関するインタビュー調査を行った。平成 29 年 2 月 10 日時点で、17 機関のうち 12 機関のインタビューを終えたので、今回はその結果を報告する。

【結果および考察】現段階において精神保健福祉センターと良好な連携関係が構築できている主な機関は、保護観察所と依存症回復支援施設であることが明らかになった。保護観察所との連携内容については、観察期間が終了して保護観察所の関与が途切れる前に、本人及び家族を精神保健福祉センターにつなぐ経路が確保されていることに加え、保護観察所が精神保健福祉センターから様々な助言を受けることでより良い支援につながっている可能性が示唆された。今後多くの地域で早急に構築することが求められる重要な連携関係であろう。依存症回復支援施設との連携は他機関と比較して多様であったが、特に、施設入所が必要な状態にあるケースを支援していく場合の連携が重要であると思われた。センターで本人支援を行っている、施設に入所しないで断薬を継続していくことが困難なケースに一定数出会うことになるが、良いタイミングをみはからって早期に施設入所につなげるためには、依存症回復支援施設職員との密接な連携が欠かせないからである。また、ケース紹介や助言についても、本人家族ともに双方向で行われており、互いの可能性や限界をよく理解したうえでの連携が行われていることが示唆された。ほぼすべての都道府県に依存症回復支援施設が存在するようになった今日、いかにして良好な連携関係を築いていけるかは、多くのセンターにとって重要な課題であると思われる。さいごに、良好な連携関係を可能にするための関係性については、高い頻度で双方の職員が顔を合わせ、相互理解を深めることが可能な体制づくりが重要であることが示唆された。

【結論】センターと良好な連携関係が構築できている主な機関は、保護観察所と依存症回復支援施設であることが明らかになるとともに、これらの機関との連携内容についても整理することができた。また、良好な連携関係を可能にするためには、高い頻度で双方の職員が顔を合わせることが可能な体制づくりが重要であると示唆された。

研究協力者

白川教人 全国精神保健福祉センター長会
会長

A. 研究目的

平成 28 年 6 月、刑の一部の執行猶予制度が施行された。本制度は、薬物事犯者等を対象に、懲役や禁錮刑の一部を執行した後、残りの刑期を猶予するものであり、執行猶予期間中の保護観察や各種支援を通して円滑な社会復帰と再犯防止をはかることが目的である。新制度導入により薬物事犯者の更生や再犯率の低下が期待されている一方で、治療プログラムの充実、受け皿となる医療保健福祉機関の確保や連携体制の構築など多くの課題が指摘されており、そのための体制整備が急がれている。

今後すみやかに体制整備を進めるためには、薬物依存症者の地域支援にかかる包括的な地域連携ガイドラインを策定すること、薬物依存症者の地域支援のあり方を考える際の基礎資料を得るため薬物依存症者の転帰調査システムを開発することなどに加え、地域における薬物依存症者支援の好事例に関する情報を集積・整理することが必要である。

本研究の目的は、薬物依存症者本人（以下、本人と記す）とその家族の支援を行う関係諸機関の連携に関する好事例を収集することである。全国的にみて薬物依存症のサポートネットワークが十分機能しているとは決していえないが、関係機関の創意工夫により、有機的な連携体制の構築に成功している地域も存在する。これらの地域の関係機関から情報を収集・整理し、その結果を広く共有することにより、今後の連携体制構築が急がれる多くの地域に対して、具体的な方法を提示することができる。

B. 研究方法

初年度は、本人とその家族に対する支援を行う行政組織の要である精神保健福祉センター（以下、センターと記す）を対象機関とし、連携状況に関するアンケート調査を行った（横断的研究、質問紙調査）。69 機関に対して調査を行い、59 機関（85.5%）から回答を得た。

次に、アンケート調査で明らかになった、少なくともひとつ以上の関係機関と良好な連携体制が構築できているセンター43 機関のなかで調査協力に同意を得られたセンター17 機関（39.5%）に対して、具体的な事例に関する聞き取り調査を行った（事例研究、インタビュー調査）。インタビュー調査の対象者が 1 名の場合は単独のインタビュー調査、複数名の場合はグループ・インタビュー調査を実施した。平成 29 年 2 月 10 日時点で、17 機関のうち 12 機関のインタビューを終えたので、今回はその結果を報告する。

データの分析手順は以下のとおりである。録音したインタビューの記録から逐語録を作成し、ケースの支援をめぐる連携と関連すると思われる内容を抽出した。抽出した文章は、内容的にまとまりをもつ範囲で区切り、そのすべてに、それぞれの連携内容を表す短いラベルをつけた（表 2～7 のラベル参照）。ラベル同士のもつ意味が近似したものについてはひとつのカテゴリーにまとめ、そのカテゴリーにもタイトルをつけた（表 2～7 のカテゴリー（小）参照）。これらのカテゴリーは、最終的に、実際の連携内容に関するものと連携する機関同士の関係性に関するものとの 2 つに分類することができた（表 2～7 のカテゴリー（大）参照）。

（倫理面への配慮）

本研究は、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. センターからみた連携良好な機関

センターがどのような関係機関と連携良好と感じているか、アンケート調査した結果を表1に示す。

都道府県の薬務主管部 (32.2%)、都道府県の精神保健福祉担当課 (23.7%)、市区町村の精神保健福祉担当課 (13.6%) については、1～3割のセンターが連携良好と回答していたが、実際その後のインタビュー調査を行う中で、直接的にケースの支援に関連した連携というよりは、地域支援の体制づくりに関する連携が主であることがわかった。

上記の3機関を除くと、センターが連携良好と感じている割合が高いのは、保護観察所 (47.5%)、依存症回復支援施設 (45.8%)、医療機関/精神科 (30.5%)、保健所 (22.0%) と続いていたので、以下、この順に連携状況を報告し、最後に、その他の機関との連携状況についても述べることとする。

2. 保護観察所との連携

センターと保護観察所との連携について表2に示す。表最右列の数字(n)は、該当機関が3以上あった場合に、その該当機関数を表したものである。保護観察所との連携内容としては、「ケース紹介 (本人及び家族)」「助言」があった。

「ケース紹介 (本人)」で本人をセンターの個別相談につなぐ経緯や理由としては、保護観察対象者の観察期間が切れた後の相談先として事前に関係を作っておきたい、医療を必要とする本人の受診に対する動機を高め受診につないでほしい、ということがあった。センターの本人プログラムに紹介する経緯や理由としては、保護観察所のプログラム参加者を期間終了前に地域のプログラムにつなげたい、未成年の少年院仮退院者であったり、仮釈放の期間が短かったりするなどの理由で、保護観察所のプログラムに参加できない対象者にプログラム参加機会を与えたいということがあった。

「ケース紹介 (家族)」で家族をセンターの家族支援につなぐ経緯や理由としては、観察期間が切れた後の相談先として事前に関係を作っておきたい、保護観察所の支援だけでは不十分と感じるのでさらなるサポートが必要、家族教室への参加等を通じて病気の理解や家族の対応をしっかりと学んでもらいたいなどがあった。

「助言」では、センターの職員が保護観察所に対して、ケースの見立てや支援の方向性、制度利用等について助言を行っていた。

上記のような連携を可能にする保護観察所との関係性については、保護観察所が実施する引受人会や本人プログラムに、センター職員が定期的に参加している場合が多かった。センター職員は、引受人会への出席を通じて、センターの業務について説明したり、引受人となる家族が継続的に支援を受けることの重要性を強調したり、直接顔を合わせる機会を利用して、支援の必要性が高いと判断したケースを積極的にセンターへつないだりしていた。また、本人プログラムへの参加については、センター職員がファシリテーターやコ・ファシリテーターとしての役割で入る場合もあれば、外部の関係機関としてセンターの業務内容等に関する情報提供を行う役割として入る場合もあった。

3. 依存症回復支援施設との連携

センターと依存症回復支援施設との連携について表3に示す。依存症回復支援施設との連携内容は他機関と比較して多様であり、「施設入所への動機づけ・手続き」「ケース紹介 (本人及び家族)」「プログラムの併用」「助言」「他県の社会資源へのつなぎ」があった。

最も多かった「施設入所への動機づけ・手続き」では、センターで支援している本人に施設入所が必要となった際に、依存症回復支援施設職員はセンター職員と連携をはかりながら、本人に対する動機づけや手続きに関する支援を行っていた。本人が施設入所に至る経緯や理由にはいくつかの種類があるが、まずひとつめは、本人がセンターの本人プログラムに参加して

いて、そのなかで継続的な断薬が難しかったり、定期的に再使用を繰り返したり、薬物使用以外の罪を犯すなど生活が安定しなかったりする場合である。双方の機関が連携しながら継続的に本人に関わっていくことで、動機が徐々に高まり施設入所に至っていた。2 つめは、個別相談から施設入所に至る場合である。センター職員が家族の個別相談を継続する中で、家族が徐々に本人の施設入所の必要性を認識するようになっていたり、家族の依存症回復支援施設に対する信頼度が増していったりして、そのタイミングで本人が相談場面に登場し、依存症回復支援施設職員も面接に同席してそのまま施設入所に至っていた。3 つめは、センターで双方の機関が本人に関わる中で、本人が再使用などにより逮捕されて収監された場合に、回復支援施設職員が本人に面会し、出所後の施設入所につなげるという場合である。4 つめは、センターで関わる本人の状態が悪化し、精神科病院に入院した場合である。本人や家族にとって医療機関への入院は薬物問題の深刻さを認識する機会となり得るので、このタイミングで依存症回復支援施設職員が精神科病院に足を運び本人に働きかけることで退院後の施設入所に至っていた。また、施設入所する際に生活保護の手続きが必要となる場合があるが、それらについても両機関で必要性について協議しながら手続き等の支援も行っていった。

「ケース紹介（本人）」では、依存症回復支援施設利用者がセンターの支援を必要とした場合に、依存症回復支援施設職員を通じてセンターにつなぐということがあった。その経緯や理由については、転院等医療面での相談が必要ということと、施設を退所した後の日中の居場所としてセンターの本人プログラムにつなぎたいということがあった。

「ケース紹介（家族）」では、双方向への紹介があった。依存症回復支援施設からセンターへ家族を紹介する経緯や理由については、家族支援は主にセンターに任せたいという役割分担の意識による場合が多かった。逆に、センター

から依存症回復支援施設へ家族を紹介する経緯や理由としては、当事者からの助言や支援が必要とセンター職員が感じた場合や、家族が来所可能な曜日や時間帯を考えると、センターよりも依存症回復支援施設のほうが都合が良いという場合があった。

「プログラムの併用」は、本人の状況をみながら、双方の機関が提供しているプログラムを同時期に併用することが望ましいと考えられる場合に行われていた。

「助言」も双方向に行われており、依存症回復支援施設からセンターへの助言は、ケースの見立てや支援の方向性に関するものであり、センターから依存症回復支援施設への助言は制度利用等に関するものであった。

「他県の社会資源へのつなぎ」では、本人の緊急的な入院が必要にも関わらず、県内で入院先の確保が困難な場合に、依存症回復支援施設職員がこれまでの支援の中で培ってきた県外医療機関との関係を活かして入院につなげたり、また、全国の依存症回復支援施設同士のつながりを活かして、より本人に合った県外の施設につなげたりということが行われていた。

上記のような連携を可能にする依存症回復支援施設との関係性については、施設職員がセンターの事業活動へ参加する場合と、センター職員が施設の事業活動へ参加する場合の両方があった。

多かったのは、センターで実施している本人プログラムや家族教室に、依存症回復支援施設職員がコ・ファシリテーターや講師として参加する場合であったが、施設で行う家族会やカンファレンスに、センター職員や講師や助言者として参加する場合もあった。

4. 精神科病院との連携

センターと精神科病院との連携について表 4 に示す。連携内容としては、「医療が必要な人の橋渡し」「ケース紹介（本人及び家族）」「助言」「プログラムの併用」「施設入所への動機づけ・手続き」があった。

最も多かった「医療が必要な人の橋渡し」では、本人にとって良いタイミングをみはからいながら医療につなげるという通常の橋渡し以外に、本人にとって医療が必要であるという認識を家族や関係機関が持っていない場合に、これら周囲の人々に働きかけていくことによって本人の受診や入院が可能になるという場合があった。また、地域の医療機関の医師を招いて医師相談を実施しているセンターでは、その事業を通じて、医療への抵抗が強いクライアントを医療につなぐことに成功していた。また、センターと病院が近隣の場合は、病院職員がセンターの本人面接に同席したり、センター職員が本人の受診に付き添ったりする工夫もみられた。

「ケース紹介」については、本人家族ともに、精神科病院からセンターへの紹介であった。本人については、自宅からの距離等の事情により病院の本人プログラムに通いにくい場合、よりアクセスしやすいセンターにつなぐということを行っていた。家族については、病院で十分な家族支援を行うことが難しいため、センターにサポートを求めてつなぐケースが多かったが、家族教室への導入も含めて家族支援全体を引き受けるセンターがある一方、家族教室の利用は受けるものの、個別支援については病院に返すとしているセンターもあった。

「プログラムの併用」については、先述の依存症回復支援施設の場合と同様である。

「助言」は病院医師からセンターに対して行われており、内容は、ケースの見立てや支援に関するものの他、センターで実施する本人プログラムのスーパーバイズもあった。

「施設入所への動機づけ・手続き」も、先述の依存症回復支援施設の場合と同様であり、このケースは、センター、依存症回復支援施設、精神科病院が足並みをそろえて入院中の本人に対して働きかけることで施設入所に至ることができた。

上記のような連携を可能にする精神科病院との関係性については、病院職員がセンターの

家族教室や研修会の講師として参加したり、センターに出張して医師相談をしたりするなどの関わりがあった。

5. 保健所との連携

センターと保健所との連携について表5に示す。連携内容としては、「地域生活の見守り支援」「ケース紹介」「助言・技術指導」「多機関連携のつなぎ」「就労支援」があった。

多かった「地域生活の見守り支援」では、地域で生活する本人や家族の生活が不安定であったり多問題であったりする場合に、センターより身近で訪問等も行える保健所と協働して支援を行っていた。特に子どもがいる家庭では、保健所が子育て支援の役割を担う他、養育困難や虐待の観点から複数の地域機関が関与する場合には、それらの機関をつなぐ重要な役割も担っていた。

「ケース紹介」は双方向に行われていたが、保健所からセンターへの紹介のほうが多く、センターの家族教室につないだり、保健所で関わっていたケースの支援が難しくなった場合にセンターにサポートを求めたりすることが行われていた。

「助言・技術指導」もセンターから保健所に対してであり、ケースの支援に関する助言や家族教室等の援助技術指導が行われていた。

「多機関連携のつなぎ」では、先述の、保健所がセンターを含む多機関連携の要となる場合の他、薬務課が薬物依存症家庭を訪問する際、センターからの提案により、保健所職員を同行することで、保健所によるその後の継続支援が可能になったというケースがあった。

「就労支援」では、センターが本人の就労支援を行う際に、都道府県が行う精神障害者の社会適応訓練事業を活用したいと考えたため、事業の窓口となっている保健所につなぐというケースがあった。

上記のような連携を可能にする保健所との関係性はセンターにより異なっていた。明確な役割分担はせず必要に応じて協働する場合も

あり、ある程度の役割分担を行っている場合もあった。役割分担の内容としては、保健所からセンターに紹介されたケースについては、センターに求められる関与が終了した後は保健所に返すというものがあつた。また、薬物依存症を含む特定相談はセンター、その他の一般相談は保健所という役割分担をしている地域もあつた。

6. その他の機関との連携

センターとその他の機関との連携について表6及び表7に示す。福祉事務所との連携については、生活保護を受給している本人の支援に関してセンター職員が助言を行ったり、福祉事務所が必要に応じてセンターの支援につないだりしていた。また、センターで支援している本人が自分の力で生活保護の手続きを行うことが難しい場合に、センターが福祉事務所と連絡を取り合つて手続きを進めることで生活保護の受給が可能となつたケースもあつた。

ケースの支援を巡つてセンターが薬務課と積極的に連携する自治体は多くないが、薬務課が都道府県の薬物再乱用防止事業の要となつている場合には、薬務課を通じてセンターへ本人や家族が紹介されていた。また、その他の地域でも、センターで支援する家族を、家庭内で発見された薬物の種類を特定するために薬務課の相談につないだり、継続的な回復支援については薬務課の相談からセンターにつないだりという相互のケース紹介がみられた。

更生保護施設との連携については、センター職員が出張相談や本人プログラムの実施等で定期的に施設に出向くことにより、更生保護施設利用者のなかで医療が必要な人をセンターの医師相談につないだり、センターの本人プログラムにつないだりすることを可能にしていた。

児童相談所との連携では、児童相談所が関与する児童の薬物問題についてセンター職員が助言をしたり、必要に応じて児童相談所がセンターの支援に本人や家族をつなげたりしてい

た。また、センターが支援する家庭で虐待が疑われるケースなどは、保健所に加えて、児童相談所や子ども家庭支援センターも関与しながら支援や見守りを行っていた。

D. 考察

1. 保護観察所との連携

刑の一部執行猶予制度施行を見据えて、平成27年11月、法務省と厚生労働省の連名による「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」¹⁾が公表された。ガイドラインによると、「センターは、保護観察所と連携し、支援対象者及びその家族に対する相談支援及び必要な他の支援に結び付けるための調整を行うとともに、保護観察所又は支援対象者若しくはその家族からの求めに応じて、保護観察期間終了後も引き続き必要な支援が受けられるよう調整を行う」とされており、保護観察所とともに、薬物依存症者とその家族を支援する際の地域連携の要として重要な役割が期待されている。

高まる期待のなかで、地域のニーズや社会資源の現状を勘案しながら、関係諸機関との連携体制の構築を模索している段階のセンターも多いと思われるが、本研究により、既に良好な連携関係の構築がある程度実現している地域も複数あることが明らかになった。全体的にみて、センターと良い連携関係にある機関としては、保護観察所が最も多く、アンケート調査でも約半数のセンターが連携良好であると回答していた。

保護観察所との連携内容については、保護観察所の関与が途切れる前に、本人及び家族をセンターにつなぐ経路が確保されていることに加え、保護観察所がセンターから様々な助言を受けることでより良い支援につながっている可能性が示唆された。今後多くの地域で早急に構築することが求められる重要な連携関係であろう。

2. 依存症回復支援施設との連携

保護観察所に次いで、センターと良い連携関係にあったのは依存症回復支援施設であった。連携のなかで特に重要であると思われたのは、施設入所が必要な状態にあるケースを支援していく場合である。センターで本人支援を行っている、施設に入所しないで断薬を継続していくことが困難なケースに一定数出会うことになるが、良いタイミングをみはからって早期に施設入所につなげるためには、依存症回復支援施設職員との密接な連携が欠かせない。また、ケース紹介や助言についても、本人家族ともに双方向で行われており、互いの可能性や限界をよく理解したうえでの連携が行われていることが示唆された。ほぼすべての都道府県に依存症回復支援施設が存在するようになった今日、いかにしてこのように良好な連携関係を築いていけるかは、多くのセンターにとって重要な課題であると思われる。

3. 保護観察所や依存症回復支援施設との良好な連携を可能にする関係性

インタビュー調査の結果から、保護観察所や依存症回復支援施設との良好な連携関係を築いているセンターの多くは、日常的に双方の職員が顔を合わせられる体制を維持していることが明らかになった。センター職員が保護観察所の引受人会や本人プログラムに参加したり、依存症回復支援施設職員がセンターの相談事業、本人プログラム、家族教室に参加したりすることによって、高い頻度で双方の職員が顔を合わせることが可能になり、相互理解が深まっていく。必要な時に初めて顔を合わせたのでは良い連携は難しいことから、まずは、このような体制を作ることが重要であろう。

4. その他の機関との連携

その他の機関との連携について、今回は多くを聞くことができなかったが、薬物依存症者の支援を考えると、特に、福祉事務所や保健所、更生保護施設との連携は重要度が高いと思わ

れるので、さらなる情報収集につとめていきたい。

E. 結論

薬物依存症者とその家族を支援する際の地域連携の要である精神保健福祉センターを対象に、地域関係諸機関との連携状況に関するアンケート調査と、具体的な連携に関するインタビュー調査を行った。

その結果、現段階において良好な連携関係が構築できている主な機関は、保護観察所と依存症回復支援施設であることが明らかになるとともに、これらの機関との連携内容についても整理することができた。また、良好な連携関係を可能にするためには、高い頻度で双方の職員が顔を合わせることが可能な体制づくりが重要であると示唆された。

次年度以降は、依存症回復支援施設、保護観察所等にも調査対象を広げ、さらなる情報収集と整理を行うことにより、今後の連携体制構築に役立つ資料を作成したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 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.

2. 学会発表

1) 近藤あゆみ: 薬物依存症外来治療プログラム STEM の有効性評価, シンポジウム3 薬物依存症に対する心理療法の現状, 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。（シンポジウム）

- 2) 近藤あゆみ，高橋郁絵，森田展彰：薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラムの理解度と有用性，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.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用文献

- 1) 法務省保護局・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，2015.

表 1. 精神保健福祉センターからみた連携良好な機関

連携良好な機関	n (%)
市区町村の精神保健福祉担当課	8 (13.6)
都道府県の精神保健福祉担当課	14 (23.7)
都道府県の薬務主管部	19 (32.2)
福祉事務所	3 (5.1)
依存症回復支援施設	27 (45.8)
保健所	13 (22.0)
教育機関	1 (1.7)
医療機関/精神科	18 (30.5)
医療機関/精神科以外	2 (3.4)
警察	0 (0.0)
刑務所	7 (11.9)
保護観察所	28 (47.5)
更生保護施設	5 (8.5)
職業安定所	0 (0.0)
地域生活定着支援センター	3 (5.1)
その他	6 (10.2)
合計	59 (100.0)

表 2. 保護観察所との連携

カテゴリー (大)	カテゴリー(小)	ラベル	n
連携内容	ケース紹介(本人)	センターの相談につなぐ	4
		センターの本人プログラムにつなぐ	4
	ケース紹介(家族)	センターの家族支援につなぐ	3
	助言	センター職員から保護観察対象者の処遇や支援に関する助言を行う	3
関係性	センター職員が施設の事業活動へ参加	センター職員が機関の引受人会に参加する	8
		センター職員が機関の本人プログラムに参加する	3

表 3. 依存症回復支援施設との連携

カテゴリー (大)	カテゴリー(小)	ラベル	n
連携内容	施設入所への動機づけ・ 手続き	センターのプログラム参加から施設入所への 動機づけ	4
		個別相談等から施設入所への動機づけ	4
		刑務所から施設入所への動機づけ	
		入院(医療)から施設入所への動機づけ	
		施設入所のための手続き	
	ケース紹介(本人)	施設利用者をセンターにつなぐ	5
	ケース紹介(家族)	施設からセンターへの家族紹介	5
		センターから施設への家族紹介	3
	プログラムの併用	本人プログラムの併用	3
	助言	施設職員からケースの見立てや支援に関する 助言を受ける	
		センター職員から制度利用等に関する助言 を行う	
他県の社会資源へのつな ぎ	医療機関へつなぐ		
	回復支援施設へつなぐ		
関係性	施設職員がセンターの事 業活動へ参加	施設職員がセンターの本人プログラムに参 加	7
		施設職員が家族教室に参加	6
		施設職員がセンターの事例検討会に参加	
		施設職員を相談員として雇用	
	センター職員が施設の事 業活動へ参加	センター職員が施設の家族会に参加	
		センター職員が施設のカンファレンスに参加	

表 4. 精神科病院との連携

カテゴリー (大)	カテゴリー(小)	ラベル	n	
連携内容	医療が必要な人の橋渡し	医療が必要な人を病院につなぐ	8	
	ケース紹介(本人)	センターの本人プログラムにつなぐ	3	
	ケース紹介(家族)	センターの家族支援につなぐ	3	
	助言	病院医師からケースの見立てや支援に関する助言を受ける		3
		病院医師がセンターの本人プログラムに関する助言指導を行う		
	プログラムの併用	本人プログラムの併用		
	施設入所への動機づけ・手続き	入院(医療)から施設入所への動機づけ		
関係性	病院職員がセンターの事業活動へ参加	病院職員が家族教室に参加		
		病院医師が出張医師相談を行う		
		病院医師が研修会や講演の講師をつとめる		

表 5. 保健所との連携

カテゴリー (大)	カテゴリー(小)	ラベル	n	
連携内容	地域生活の見守り支援	依存症家庭の地域生活を見守る	5	
		子育て支援を行う		
	ケース紹介	センターの支援につなぐ	4	
		保健所の支援につなぐ		
	助言・技術指導	センター職員から支援に関する助言を行う		
		センター職員から支援に関する技術指導を行う		
	多機関連携のつなぎ	保健所が多機関連携のつなぎ役を担う		
センターが薬務課と保健所をつなぐ				
就労支援	保健所を通じて社会適応訓練事業につなぐ			
関係性	協働と役割分担	協働して支援する		
		支援について役割を分担する	3	

表 6. その他の機関との連携(1)

連携機関	カテゴリー (大)	カテゴリー(小)	ラベル
福祉事務所	連携内容	助言	センター職員から支援に関する助言を行う
		生活保護の受給	センターと保護課が生活保護の受給に関して協働する
		ケース紹介	センターの支援につなぐ センターの本人プログラムにつなぐ
	関係性	情報共有	生活保護受給者のセンター利用について情報を共有する
都道府県の薬務主管部	連携内容	県の再乱用防止事業における連携	センターの本人プログラムにつなぐ センターが尿検査を実施する 家族をセンターの支援につなげる
		ケース紹介	薬務へのケース紹介 センターへのケース紹介
		多機関連携のつなぎ	センターが薬務課と保健所をつなぐ
		関係性	情報共有
	家族会	連携内容	ケース紹介(家族)
家族会	関係性	家族会がセンターの事業活動へ参加	メンバーが家族教室に参加
		センター職員が施設の事業活動へ参加	家族会のイベント等に参加
教育機関	連携内容	助言	教員からの相談について助言指導を行う
警察	連携内容	情報提供	本人及び家族にセンターの業務に関する情報提供を行う
		危機介入	本人及び家族の安全を守る
刑務所	連携内容	情報提供	本人にセンターの業務に関する情報提供を行う
更生保護施設	連携内容	医療が必要な人への橋渡し ケース紹介(本人)	医療が必要な人を病院につなぐ センターの本人プログラムにつなぐ
		関係性	センター職員が施設の事業活動へ参加
	子ども家庭支援センター	連携内容	地域生活の見守り支援
作業所	連携内容	ケース紹介(本人)	センターの本人プログラムにつなぐ
自助グループ	連携内容	ケース紹介(家族)	センターの家族支援につなぐ
	関係性	自助グループがセンターの事業活動へ参加	メンバーが家族教室に参加

表 7. その他の機関との連携(2)

連携機関	カテゴリー(大)	カテゴリー(小)	ラベル
児童相談所	連携内容	助言	センター職員から支援に関する助言を行う
		地域生活の見守り支援	子育て支援を行う
		ケース紹介(本人)	センターの相談支援につなぐ
		ケース紹介(家族)	センターの相談支援につなぐ
精神保健福祉センター	連携内容	ケース紹介	クライアントの状況により管轄を超えてつなぐ
		プログラムの併用	本人プログラムの併用
弁護士	連携内容	情報提供	本人及び家族にセンターの業務に関する情報提供を行う
		ケース紹介(家族)	センターの家族支援につなぐ
	関係性	情報提供	弁護士会主催の勉強会でセンターの業務に関する情報提供を行う
ホームレス支援施設	連携内容	ケース紹介(本人)	センターの本人プログラムにつなぐ
民間相談機関	連携内容	助言	機関職員からケースの見立てや支援に関する助言を受ける

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

研究分担者 嶋根 卓也

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 心理社会研究室長

研究要旨：

【目的】本研究では、薬物依存の民間支援団体であるダルク利用者の基礎情報を横断的に把握すると共に、コホート研究デザインにより、アルコール・薬物使用状況等の予後を前向きに追跡する。今年度は、コホート研究のベースラインとなる横断調査を実施し、ダルク利用者の基礎情報を得ることを目的とした。

【方法】対象は、全国のダルク 57 施設のうち、本研究の対象者が存在した 53 施設における入所者・通所者・研修中スタッフ（無給）である。なお、有給職員、20 歳未満の未成年、日本語の読み書きができない外国人等は対象から除外した。対象施設を個別訪問し（平成 28 年 7 月から 9 月）、施設長（施設長不在時は常勤職員）に対して研究の意義や目的を説明した。調査協力が得られた施設に対して、利用者人数分の説明書、同意書、調査用紙、回収用封筒を送付した（平成 28 年 10 月から 12 月）。各施設の施設長（あるいは調査担当者）は調査マニュアルに基づき、利用者に対して調査説明を行い、同意書への署名および自記式調査票への回答を求めた。

【結果および考察】全 53 施設のうち 46 施設から調査協力を得て（施設協力率 86.8%）、697 名より有効回答を得た。対象者の平均年齢は 43.3 歳（20～85 歳）、女性 6.9%であった。利用形態は、入所中 79.5%、通所中 10.3%、スタッフ研修中 10.2%であった。主たる依存対象は、薬物依存 70.4%、アルコール依存 24.7%、ギャンブル依存 2.3%であった。主たる依存物質は、覚せい剤 42.9%、アルコール 24.7%、危険ドラッグ 9.3%、有機溶剤 4.3%、処方薬 4.2%、大麻 3.7%、市販薬 3.0%と続いた。8 割を超える高い協力率で、700 名近くの有効回答を得ることができた背景には、各施設との顔が見える信頼関係の構築が影響していると考えられる。今回は、対象全施設を個別に訪問し、研究計画を口頭と文書を使って丁寧に説明することを心がけた。また、協力施設の職員を対象に調査結果のフィードバックおよび意見交換会を開催し、民間支援団体との密なコミュニケーションを図った（平成 29 年 1～2 月）。

【結論】全国の民間支援団体ダルクの利用者を対象としたコホート研究のうち、今年度はベースライン調査を実施した。全国 46 施設の利用者約 700 名から有効回答を得ることができた。追跡を伴う民間支援団体の予後調査としては、わが国で初めての大規模研究が開始された。

研究協力者

大曲めぐみ	国立精神・神経医療研究センター 一薬物依存研究部
近藤あゆみ	国立精神・神経医療研究センター 一薬物依存研究部
米澤雅子	国立精神・神経医療研究センター 一薬物依存研究部
近藤恒夫	日本ダルク・NPO 法人アパリ

A. 研究目的

刑の一部の執行猶予制度が開始され、地域における薬物依存症支援が注目されている。ダルク (DARC: Drug Addiction Rehabilitation Center) は、地域における薬物依存の重要な受け皿となっている民間支援団体である。これまで30年以上に渡り、依存症の当事者が主体となって回復支援活動を続けてきた。本研究では、ダルク利用者の基礎情報を横断的に把握すると共に、コホート研究デザインにより、アルコール・薬物使用状況等の予後を前向きに追跡する。今年度は、コホート研究のベースラインとなる横断調査を実施し、ダルク利用者の基礎情報を得ることを目的とした。

B. 研究方法

対象は、平成28年7月時点で運営が確認できた全国のダルク57施設のうち、本研究の対象者が存在した53施設における入所者・通所者・研修中スタッフ(無給)である。なお、有給職員、20歳未満の未成年、日本語の読み書きができない外国人等は対象から除外した。対象の全施設に研究説明文書を事前送付すると共に、訪問に対する同意が得られた全施設を訪問し(平成28年7月から9月)、施設長(施設長不在時は常勤職員)に対して研究の意義や目的を説明した。

調査協力が得られた施設に対して、利用者

人数分の説明書、同意書、調査用紙、回収用封筒を送付した(平成28年10月から12月)。各施設の施設長(あるいは調査担当者)は調査マニュアルに基づき、利用者に対して調査説明を行い、同意書への署名および自記式調査票への回答を求めた。回答後は、対象者自らが回収用封筒に厳封してから回収した。

研究実施にあたり、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た(承認番号A2016-022)。

C. 研究結果

1. 対象者の社会的属性

対象53施設のうち46施設から調査協力を得て(施設協力率86.8%)、701名よりコホート研究のベースラインとなる自記式調査を回収した。2名の白紙回答、1名の未成年者を除外した。性別(生物学的な性)で、その他(インターセックス)と回答した者が1名みられたが、個人の特定を避けるために、この1名も分析対象から除外した。結果として、679名が本研究の分析対象者となった。

対象者の平均年齢は43.3歳(20~85歳)、男性93.1%、女性6.9%であった。利用形態は、入所中79.5%、通所中10.3%、スタッフ研修中10.2%であった。対象者の78.6%が生活保護を受給しており、受給率は年代が高くなるにつれて上昇していた($p<0.001$)。対象者の60.4%は回復モデルとなる仲間が複数存在し、利用者あるいはスタッフとの関係性は概ね良好であった。

施設利用開始時点での法的状態としては、満期釈放後14.5%、仮釈放中7.3%、執行猶予中(保護観察なし)8.3%、執行猶予中(保護観察あり)4.0%、保釈中1.4%であった。薬物事犯による刑事施設への受刑歴は「1回」11.8%、「3~5回」10.9%、「2回」6.6%、「6回以上」4.6%と続いた。

2. 依存症・併存障害・治療歴

主たる依存対象は、薬物依存 70.4%、アルコール依存 24.7%、ギャンブル依存 2.3%であった。主たる依存物質は、覚せい剤 42.9%、アルコール 24.7%、危険ドラッグ 9.3%、有機溶剤 4.3%、処方薬 4.2%、大麻 3.7%、市販薬 3.0%と続いた。DAST-20 スコアは、薬物依存群 13.4、アルコール依存群 8.4、ギャンブル依存群 6.0、その他依存群 7.1 であった。

併存障害（物質使用障害以外の精神障害）の診断率は 37.7%であり、年代による有意差はないが、男性（35.6%）に比べて女性（66.7%）における診断率が有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。慢性疾患（糖尿病やガンなど）の診断率は 23.8%であり、年代が上がるにつれて上昇していた（ $p < 0.001$ ）。これまでの治療歴は、精神病院・クリニック 64.7%、自助グループ（NA, AA など） 23.0%、他の回復支援施設 19.4%、刑務所・保護観察所での離脱指導 15.1%であった。

3. 性感染症とセクシュアルヘルス

診断歴のある性感染症は C 型肝炎 19.4%、淋菌感染症 7.0%、クラミジア 6.7%、梅毒 3.2%、B 型肝炎 3.2%、HIV 肝炎 2.4%であり、薬物依存群における C 型肝炎陽性率は 24.0%と他の依存群に比べて高く、注射器の回し打ち経験も他群に比べて有意に高かった（ $p < 0.001$ ）。

薬物依存群では薬物使用とセックスとの結びつきが「かなり強い」という回答や、自分（あるいは相手）の薬物使用の影響でコンドームを使わないセックスをした経験が「何回もある」という回答が他群に比べて有意に高かった（いずれも $p < 0.001$ ）。

D. 考察

今年度は、薬物依存の民間支援団体であるダルクの利用者を対象としたコホート研究のベースラインにあたる調査結果を報告した。民間支援団体の予後調査に関する報告事例は

限られており、サンプルサイズも 30 名程度（1～5 施設）と比較的に小規模なものである（平成 17 年厚生労働科学研究）。本研究は、全国のダルクに対する悉皆調査であり、追跡を伴うコホート研究としてはわが国で初めての大規模な全国調査となった。

8 割を超える高い協力率で、700 名近くの有効回答を得ることができた背景には、各施設との顔が見える信頼関係の構築が影響していると考えられる。今回は、対象全施設を個別に訪問し、研究計画を口頭と文書を使って丁寧に説明することを心がけた。また、平成 29 年 1～2 月には、協力施設の職員を対象に調査結果のフィードバックおよび意見交換会を開催し（大阪、東京）、民間支援団体との密なコミュニケーションを図った。

来年度は、ベースラインデータの詳細な分析によってダルク利用者の疫学的特徴を明らかにする共に、フォローアップ調査を進める。

E. 結論

全国の民間支援団体ダルクの利用者を対象としたコホート研究のうち、今年度はベースライン調査を実施した。全国 46 施設の利用者約 700 名から有効回答を得ることができた。追跡を伴う民間施設団体の予後調査としては、わが国で初めての大規模研究が開始された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 嶋根卓也：「ゲートキーパー」としての薬剤師の役割. 医薬ジャーナル 52(2), 101-104, 2016.
- 2) 嶋根卓也：学校における薬物乱用防止教

- 育. 精神科治療学, 31(5) : 573-579, 2016.
- 3) 嶋根卓也 : ユーザーに最も身近な相談窓口として~多剤併用を防ぐ薬剤師の取り組み~. 月刊薬事 58(8) : 68-70, 2016.
 - 4) 嶋根卓也 : LGBT における HIV 感染症と薬物依存. 精神科治療学, 31(8) : 1045 - 1052, 2016.
 - 5) 嶋根卓也 : 飲酒・喫煙・薬物乱用. VIII 学校保健における健康課題 特集 学校保健パーフェクトガイド, 小児科診療 79(11) : 1657 - 1663, 2016.
 - 6) 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.

2. 学会発表

- 1) Shimane T, Matsumoto T: Reliability and validity of the Japanese version of the DAST-2 . CPDD 78th Annual Scientific Meeting, Palm Springs, CA(USA), 2016. 6. 11-16.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用文献

なし

表1. 性別にみた基本属性と現在の状態

	性別						p-value
	男性		女性		合計		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
平均年齢(最年少-最年長)	43.8	(20-85)	36.3	(20-62)	43.3	(20-85)	<0.001
年代							<0.001
20歳代	60	(9.2)	8	(16.7)	68	(9.8)	
30歳代	178	(27.4)	27	(56.3)	205	(29.4)	
40歳代	220	(33.9)	9	(18.8)	229	(32.9)	
50歳代	131	(20.2)	3	(6.3)	134	(19.2)	
60歳代以上	60	(9.2)	1	(2.1)	61	(8.8)	
ダルク利用形態							<0.001
入所利用者	526	(81.0)	28	(58.3)	554	(79.5)	
通所利用者	53	(8.2)	19	(39.6)	72	(10.3)	
スタッフ研修中	70	(10.8)	1	(2.1)	71	(10.2)	
主たる依存症							0.050
薬物依存	452	(69.6)	39	(81.3)	491	(70.4)	
アルコール依存	166	(25.6)	6	(12.5)	172	(24.7)	
ギャンブル依存	16	(2.5)	0	(0)	16	(2.3)	
その他の依存症・依存症以外	15	(2.3)	3	(6.3)	18	(2.6)	
主たる依存薬物							0.181
有機溶剤	29	(4.5)	1	(2.1)	30	(4.3)	
ガス	10	(1.5)	0	(0)	10	(1.4)	
大麻	26	(4.0)	0	(0)	26	(3.7)	
覚せい剤	270	(41.6)	29	(60.4)	299	(42.9)	
コカイン	2	(.3)	0	(0)	2	(.3)	
ヘロイン	1	(.2)	0	(0)	1	(.1)	
MDMA	3	(.5)	0	(0)	3	(.4)	
危険ドラッグ	62	(9.6)	3	(6.3)	65	(9.3)	
処方薬	24	(3.7)	5	(10.4)	29	(4.2)	
市販薬	20	(3.1)	1	(2.1)	21	(3.0)	
アルコール(お酒)	166	(25.6)	6	(12.5)	172	(24.7)	
その他	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
いずれも当てはまらない	34	(5.2)	3	(6.3)	37	(5.3)	
現在の就労状況							0.040
就労していない	497	(76.6)	37	(77.1)	534	(76.7)	
就労中(福祉的就労・非常勤)	20	(3.1)	1	(2.1)	21	(3.0)	
就労中(福祉的就労・常勤)	10	(1.5)	4	(8.3)	14	(2.0)	
就労中(一般就労・非常勤)	32	(4.9)	3	(6.3)	35	(5.0)	
就労中(一般就労・常勤)	23	(3.5)	0	(0)	23	(3.3)	
就労中(ダルクのボランティア・研修中)	60	(9.2)	1	(2.1)	61	(8.8)	
その他(復学、通学中など)	6	(.9)	2	(4.2)	8	(1.1)	
現在の生活保護受給							0.104
受けている	517	(79.7)	31	(64.6)	548	(78.6)	
受けていない(申請中)	20	(3.1)	3	(6.3)	23	(3.3)	
受けていない(以前受けていた)	16	(2.5)	2	(4.2)	18	(2.6)	
受けていない(一度も受けていない)	96	(14.8)	12	(25.0)	108	(15.5)	
現在診断を受けている併存障害(物質使用障害以外の精神障害)							<0.001
あり	231	(35.6)	32	(66.7)	263	(37.7)	
なし	347	(53.5)	12	(25.0)	359	(51.5)	
わからない	61	(9.4)	4	(8.3)	65	(9.3)	
現在診断を受けている慢性疾患(糖尿病、循環器疾患、ガンなどの身体疾患)							0.401
あり	159	(24.5)	7	(14.6)	166	(23.8)	
なし	446	(68.7)	36	(75.0)	482	(69.2)	
わからない	35	(5.4)	4	(8.3)	39	(5.6)	

表2. 性別にみた治療歴・受刑歴等とダルクでの生活について

	性別				合計		p-value
	男性		女性		n=697		
	n=649	n=48	n	(%)	n	(%)	
最終学歴							0.256
中学校卒業・高校中退	332	(51.2)	19	(39.6)	351	(50.4)	
高等学校以上	314	(48.4)	29	(60.4)	343	(49.2)	
ダルクにつながった時点での法的状態							0.470
保釈中であった	9	(1.4)	1	(2.1)	10	(1.4)	
執行猶予中であった(保護観察なし)	54	(8.3)	4	(8.3)	58	(8.3)	
執行猶予中であった(保護観察あり)	27	(4.2)	1	(2.1)	28	(4.0)	
仮釈放中であった	47	(7.2)	4	(8.3)	51	(7.3)	
満期釈放後であった	99	(15.3)	2	(4.2)	101	(14.5)	
いずれも当てはまらない	411	(63.3)	36	(75.0)	447	(64.1)	
これまでの受刑歴(薬物犯罪)							0.169
一度もない	404	(62.2)	39	(81.3)	443	(63.6)	
1回	79	(12.2)	3	(6.3)	82	(11.8)	
2回	44	(6.8)	2	(4.2)	46	(6.6)	
3回～5回	73	(11.2)	3	(6.3)	76	(10.9)	
6回以上	32	(4.9)	0	(.0)	32	(4.6)	
平均(標準偏差)	1.1	(1.9)	0.3	(0.8)	1.0	(1.9)	<0.001
これまでの受刑歴(薬物犯罪以外:窃盗、傷害など)							0.005
一度もない	477	(73.5)	48	(100.0)	525	(75.3)	
1回	74	(11.4)	0	(.0)	74	(10.6)	
2回	40	(6.2)	0	(.0)	40	(5.7)	
3回～5回	40	(6.2)	0	(.0)	40	(5.7)	
6回以上	14	(2.2)	0	(.0)	14	(2.0)	
平均(標準偏差)	0.7	(1.7)	0.0	(0.0)	0.6	(1.6)	<0.001
これまでの治療歴							
他の回復支援施設(ダルクなど)	128	(19.7)	7	(14.6)	135	(19.4)	0.394
精神病院・クリニック	414	(63.8)	37	(77.1)	451	(64.7)	0.143
自助グループ(NAAAなど)	145	(22.3)	15	(31.3)	160	(23.0)	0.248
精神保健福祉センター・保健所	44	(6.8)	2	(4.2)	46	(6.6)	0.466
刑務所・保護観察所での離脱指導	98	(15.1)	7	(14.6)	105	(15.1)	0.605
いずれも受けていない	114	(17.6)	6	(12.5)	120	(17.2)	0.386
ダルク平均利用期間(ヶ月)(標準偏差)	32.6	(37.4)	27.4	(35.0)	32.3	(37.2)	0.350
プログラム参加への積極性							0.928
大変前向き	219	(33.7)	16	(33.3)	235	(33.7)	
どちらかと言えば前向き	325	(50.1)	26	(54.2)	351	(50.4)	
どちらかと言えば前向きではない	78	(12.0)	5	(10.4)	83	(11.9)	
全く前向きではない	21	(3.2)	1	(2.1)	22	(3.2)	
メンバーとの関係性							0.098
大変良好	149	(23.0)	6	(12.5)	155	(22.2)	
どちらかと言えば良好	437	(67.3)	33	(68.8)	470	(67.4)	
どちらかと言えば良くない	46	(7.1)	7	(14.6)	53	(7.6)	
大変良くない	10	(1.5)	2	(4.2)	12	(1.7)	
スタッフとの関係性							0.139
大変良好	176	(27.1)	17	(35.4)	193	(27.7)	
どちらかと言えば良好	416	(64.1)	24	(50.0)	440	(63.1)	
どちらかと言えば良くない	38	(5.9)	3	(6.3)	41	(5.9)	
大変良くない	12	(1.8)	3	(6.3)	15	(2.2)	
回復のモデルとなる仲間							0.474
複数いる	393	(60.6)	28	(58.3)	421	(60.4)	
一人だけいる	98	(15.1)	11	(22.9)	109	(15.6)	
一人もいない	132	(20.3)	8	(16.7)	140	(20.1)	

表3. 性別にみた性感染症およびセクシュアリティ

	性別				合計		p-value
	男性		女性		n=697		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
診断歴のある感染症							
A型肝炎	3	(.5)	0	(.0)	3	(.4)	0.123
B型肝炎	22	(3.4)	0	(.0)	22	(3.2)	0.065
C型肝炎	128	(19.7)	7	(14.6)	135	(19.4)	0.109
クラミジア	35	(5.4)	12	(25.0)	47	(6.7)	<0.001
梅毒	22	(3.4)	0	(.0)	22	(3.2)	0.065
HIV感染症	17	(2.6)	0	(.0)	17	(2.4)	0.077
淋菌感染症	44	(6.8)	5	(10.4)	49	(7.0)	0.076
いずれもない	412	(63.5)	28	(58.3)	440	(63.1)	0.134
注射器による薬物使用経験							
ない	289	(44.5)	17	(35.4)	306	(43.9)	0.628
ある(1回～数回程度)	71	(10.9)	6	(12.5)	77	(11.0)	
ある(何回も)	271	(41.8)	24	(50.0)	295	(42.3)	
注射器の回し打ちや共有経験							
ない	361	(55.6)	20	(41.7)	381	(54.7)	0.276
ある(1回～数回程度)	111	(17.1)	12	(25.0)	123	(17.6)	
ある(何回も)	159	(24.5)	14	(29.2)	173	(24.8)	
性交(セックス)経験のある相手							
男性のみ	31	(4.8)	37	(77.1)	68	(9.8)	<0.001
女性のみ	566	(87.2)	2	(4.2)	568	(81.5)	
男性と女性の両方	31	(4.8)	7	(14.6)	38	(5.5)	
性交経験はあるが相手は不明	2	(.3)	0	(.0)	2	(.3)	
性交経験がない	16	(2.5)	1	(2.1)	17	(2.4)	
自分あるいは相手の飲酒の影響でコンドームを使わないセックスをした経験							
ない	137	(21.1)	9	(18.8)	146	(20.9)	0.150
ある(1回～数回程度)	133	(20.5)	5	(10.4)	138	(19.8)	
ある(何回も)	370	(57.0)	32	(66.7)	402	(57.7)	
自分あるいは相手の薬物の影響でコンドームを使わないセックスをした経験							
ない	218	(33.6)	15	(31.3)	233	(33.4)	0.952
ある(1回～数回程度)	106	(16.3)	7	(14.6)	113	(16.2)	
ある(何回も)	310	(47.8)	25	(52.1)	335	(48.1)	
薬物使用とセックスとの結びつき							
かなり強い	184	(28.4)	12	(25.0)	196	(28.1)	0.915
どちらかと言えば強い	184	(28.4)	12	(25.0)	196	(28.1)	
どちらかと言えば弱い	113	(17.4)	10	(20.8)	123	(17.6)	
かなり弱い	138	(21.3)	12	(25.0)	150	(21.5)	
自認する性(ジェンダーアイデンティティ)							
男性	565	(87.1)	0	(.0)	565	(81.1)	<0.001
女性	37	(5.7)	44	(91.7)	81	(11.6)	
トランスジェンダー	8	(1.2)	2	(4.2)	10	(1.4)	
いずれも当てはまらない	31	(4.8)	1	(2.1)	32	(4.6)	
性的指向(恋愛や性愛の対象)							
異性愛者(ストレート)	548	(84.4)	38	(79.2)	586	(84.1)	0.009
同性愛者(ゲイ、レズビアン)	24	(3.7)	0	(.0)	24	(3.4)	
両性愛者(バイセクシュアル)	7	(1.1)	4	(8.3)	11	(1.6)	
決めたくない	13	(2.0)	1	(2.1)	14	(2.0)	
わからない	35	(5.4)	3	(6.3)	38	(5.5)	
その他	12	(1.8)	1	(2.1)	13	(1.9)	

表4. 性別にみた薬物使用行動

	性別				合計		p-value
	男性		女性		n=697		
	n=649	n=48	n	(%)	n	(%)	
生涯使用経験							
タバコ	626	(96.5)	38	(79.2)	664	(95.3)	<0.001
アルコール	636	(98.0)	45	(93.8)	681	(97.7)	0.141
有機溶剤	366	(56.4)	19	(39.6)	385	(55.2)	0.069
ガス	164	(25.3)	8	(16.7)	172	(24.7)	0.325
大麻	414	(63.8)	33	(68.8)	447	(64.1)	0.776
覚せい剤	422	(65.0)	35	(72.9)	457	(65.6)	0.394
コカイン	217	(33.4)	14	(29.2)	231	(33.1)	0.745
ヘロイン	79	(12.2)	1	(2.1)	80	(11.5)	0.085
MDMA	221	(34.1)	22	(45.8)	243	(34.9)	0.254
危険ドラッグ	233	(35.9)	23	(47.9)	256	(36.7)	0.249
睡眠薬(処方薬)	279	(43.0)	31	(64.6)	310	(44.5)	0.006
抗不安薬(処方薬)	163	(25.1)	22	(45.8)	185	(26.5)	0.006
抗うつ薬(処方薬)	135	(20.8)	19	(39.6)	154	(22.1)	0.009
抗精神病薬(処方薬)	157	(24.2)	21	(43.8)	178	(25.5)	0.009
鎮痛薬(処方薬)	121	(18.6)	21	(43.8)	142	(20.4)	<0.001
鎮咳薬(市販薬)	140	(21.6)	11	(22.9)	151	(21.7)	0.966
風邪薬(市販薬)	96	(14.8)	14	(29.2)	110	(15.8)	0.031
鎮痛薬(市販薬)	90	(13.9)	12	(25.0)	102	(14.6)	0.109
鎮静薬・睡眠改善薬(市販薬)	81	(12.5)	14	(29.2)	95	(13.6)	0.005
初回使用年齢(平均、min-max)**回答者のみ							
タバコ	14.7	(3-47)	13.9	(6-20)	14.6	(3-47)	0.225
アルコール	14.7	(3-47)	14.4	(2-25)	14.7	(2-47)	0.610
有機溶剤	15.3	(6-35)	15.5	(11-24)	15.3	(6-35)	0.762
ガス	18.9	(8-44)	21.4	(14-46)	19.0	(8-46)	0.368
大麻	19.2	(8-42)	19.3	(13-29)	19.2	(8-42)	0.966
覚せい剤	21.0	(8-52)	20.2	(12-35.5)	21.0	(8-52)	0.481
コカイン	22.5	(8-42)	22.3	(14-35)	22.4	(8-42)	0.919
ヘロイン	22.8	(8-43)	-	-	22.8	(8-43)	
MDMA	22.6	(13-42)	21.7	(13-35.5)	22.5	(13-42)	0.531
危険ドラッグ	27.3	(12-55)	26.0	(16-43)	27.2	(12-55)	0.523
睡眠薬(処方薬)	25.2	(12-57)	20.7	(8-36)	24.7	(8-57)	0.004
抗不安薬(処方薬)	25.6	(12-53)	21.3	(8-39)	25.1	(8-53)	0.031
抗うつ薬(処方薬)	26.2	(12-53)	21.3	(14-36)	25.6	(12-53)	0.021
抗精神病薬(処方薬)	25.7	(12-50)	20.1	(9-36)	25.0	(9-50)	0.003
鎮痛薬(処方薬)	24.3	(6-52)	19.4	(7-36)	23.6	(6-52)	0.011
鎮咳薬(市販薬)	24.6	(10-46)	21.8	(12-30)	24.4	(10-46)	0.295
風邪薬(市販薬)	22.6	(3-43)	21.3	(10-30)	22.4	(3-43)	0.638
鎮痛薬(市販薬)	23.9	(6-52)	22.1	(10-36)	23.7	(6-52)	0.585
鎮静薬・睡眠改善薬(市販薬)	25.4	(13-52)	24.2	(10-36)	25.3	(10-52)	0.629
ダルク利用前の薬物使用*							
ダルク利用開始前の6ヶ月間	258	(57.1)	24	(61.5)	282	(57.4)	0.550
ダルク利用開始前の1ヶ月間	190	(42.0)	18	(46.2)	208	(42.4)	0.318
薬物依存の重症度スコア(DAST-20)*(平均、標準偏差)	13.5	(4.0)	12.9	(4.4)	13.4	(4.0)	0.419

*主たる依存症が薬物依存の者(n=491)

表5. 年代別にみた基本属性と現在の状態

	年代										p-value
	20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代以上		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別											<0.001
男性	60	(88.2)	178	(86.8)	220	(96.1)	131	(97.8)	60	(98.4)	
女性	8	(11.8)	27	(13.2)	9	(3.9)	3	(2.2)	1	(1.6)	
ダルク利用形態											0.934
入所利用者	55	(80.9)	156	(76.1)	183	(79.9)	109	(81.3)	51	(83.6)	
通所利用者	6	(8.8)	24	(11.7)	24	(10.5)	12	(9.0)	6	(9.8)	
スタッフ研修中	7	(10.3)	25	(12.2)	22	(9.6)	13	(9.7)	4	(6.6)	
主たる依存症											<0.001
薬物依存	60	(88.2)	168	(82.0)	170	(74.2)	73	(54.5)	20	(32.8)	
アルコール依存	3	(4.4)	29	(14.1)	46	(20.1)	58	(43.3)	36	(59.0)	
ギャンブル依存	0	(.0)	3	(1.5)	7	(3.1)	1	(.7)	5	(8.2)	
その他の依存症・依存症以外	5	(7.4)	5	(2.4)	6	(2.6)	2	(1.5)	0	(.0)	
主たる依存薬物											<0.001
有機溶剤	0	(.0)	4	(2.0)	21	(9.2)	4	(3.0)	1	(1.6)	
ガス	1	(1.5)	1	(.5)	6	(2.6)	2	(1.5)	0	(.0)	
大麻	6	(8.8)	12	(5.9)	6	(2.6)	2	(1.5)	0	(.0)	
覚せい剤	21	(30.9)	94	(45.9)	110	(48.0)	55	(41.0)	19	(31.1)	
コカイン	1	(1.5)	1	(.5)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
ヘロイン	1	(1.5)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
MDMA	1	(1.5)	2	(1.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
危険ドラッグ	21	(30.9)	33	(16.1)	10	(4.4)	1	(.7)	0	(.0)	
処方薬	5	(7.4)	9	(4.4)	9	(3.9)	6	(4.5)	0	(.0)	
市販薬	3	(4.4)	10	(4.9)	7	(3.1)	1	(.7)	0	(.0)	
アルコール(お酒)	3	(4.4)	29	(14.1)	46	(20.1)	58	(43.3)	36	(59.0)	
その他	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
いずれも当てはまらない	5	(7.4)	9	(4.4)	13	(5.7)	5	(3.7)	5	(8.2)	
現在の就労状況											0.025
就労していない	54	(79.4)	148	(72.2)	172	(75.1)	107	(80.5)	53	(86.9)	
就労中(福祉的就労・非常勤)	1	(1.5)	6	(2.9)	10	(4.4)	2	(1.5)	2	(3.3)	
就労中(福祉的就労・常勤)	3	(4.4)	2	(1.0)	9	(3.9)	0	(.0)	0	(.0)	
就労中(一般就労・非常勤)	2	(2.9)	19	(9.3)	11	(4.8)	3	(2.3)	0	(.0)	
就労中(一般就労・常勤)	1	(1.5)	10	(4.9)	6	(2.6)	5	(3.8)	1	(1.6)	
就労中(ダルクのスタッフ研修中)	6	(8.8)	20	(9.8)	19	(8.3)	12	(9.0)	4	(6.6)	
その他(復学、通学中など)	1	(1.5)	0	(.0)	2	(.9)	4	(3.0)	1	(1.6)	
現在の生活保護受給											<0.001
受けている	44	(64.7)	139	(67.8)	195	(85.2)	115	(85.8)	55	(90.2)	
受けていない(申請中)	3	(4.4)	9	(4.4)	3	(1.3)	5	(3.7)	3	(4.9)	
受けていない(以前受けていた)	2	(2.9)	7	(3.4)	8	(3.5)	1	(.7)	0	(.0)	
受けていない(一度も受けていない)	19	(27.9)	50	(24.4)	23	(10.0)	13	(9.7)	3	(4.9)	
現在診断を受けている併存障害(物質使用障害以外の精神障害)											0.208
あり	28	(41.2)	80	(39.0)	94	(41.0)	44	(32.8)	17	(27.9)	
なし	31	(45.6)	102	(49.8)	108	(47.2)	79	(59.0)	39	(63.9)	
わからない	9	(13.2)	22	(10.7)	21	(9.2)	9	(6.7)	4	(6.6)	
現在診断を受けている慢性疾患(糖尿病、循環器疾患、ガンなどの身体疾患)											<0.001
あり	6	(8.8)	23	(11.2)	55	(24.0)	49	(36.6)	33	(54.1)	
なし	56	(82.4)	167	(81.5)	158	(69.0)	76	(56.7)	25	(41.0)	
わからない	5	(7.4)	15	(7.3)	12	(5.2)	7	(5.2)	0	(.0)	

表6. 年代別にみた治療歴・受刑歴等とダルクでの生活について

	年代										p-value
	20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代以上		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
最終学歴											0.007
中学校卒業・高校中退	33	(48.5)	80	(39.0)	129	(56.3)	73	(54.5)	36	(59.0)	
高等学校以上	35	(51.5)	125	(61.0)	99	(43.2)	60	(44.8)	24	(39.3)	
ダルクにつながった時点での法的状態											<0.001
保釈中であった	0	(.0)	6	(2.9)	2	(.9)	1	(.7)	1	(1.6)	
執行猶予中(保護観察なし)	6	(8.8)	24	(11.7)	20	(8.7)	7	(5.2)	1	(1.6)	
執行猶予中(保護観察あり)	7	(10.3)	6	(2.9)	6	(2.6)	6	(4.5)	3	(4.9)	
仮釈放中であった	3	(4.4)	15	(7.3)	25	(10.9)	6	(4.5)	2	(3.3)	
満期釈放後であった	3	(4.4)	17	(8.3)	36	(15.7)	28	(20.9)	17	(27.9)	
いずれも当てはまらない	49	(72.1)	137	(66.8)	140	(61.1)	84	(62.7)	37	(60.7)	
これまでの受刑歴(薬物犯罪)											<0.001
一度もない	55	(80.9)	156	(76.1)	126	(55.0)	71	(53.0)	35	(57.4)	
1回	7	(10.3)	29	(14.1)	32	(14.0)	14	(10.4)	0	(.0)	
2回	2	(2.9)	11	(5.4)	22	(9.6)	7	(5.2)	4	(6.6)	
3回~5回	1	(1.5)	5	(2.4)	37	(16.2)	23	(17.2)	10	(16.4)	
6回以上	0	(.0)	2	(1.0)	7	(3.1)	14	(10.4)	9	(14.8)	
平均(標準偏差)	0.2	(0.6)	0.4	(0.9)	1.2	(1.7)	1.7	(2.5)	1.9	(2.8)	<0.001
これまでの受刑歴(薬物犯罪以外:窃盗、傷害など)											0.002
一度もない	54	(79.4)	174	(84.9)	163	(71.2)	88	(65.7)	46	(75.4)	
1回	10	(14.7)	16	(7.8)	25	(10.9)	21	(15.7)	2	(3.3)	
2回	1	(1.5)	9	(4.4)	20	(8.7)	6	(4.5)	4	(6.6)	
3回~5回	2	(2.9)	4	(2.0)	14	(6.1)	14	(10.4)	6	(9.8)	
6回以上	0	(.0)	1	(.5)	6	(2.6)	5	(3.7)	2	(3.3)	
平均(標準偏差)	0.3	(0.8)	0.3	(0.8)	0.7	(1.6)	1.0	(2.4)	0.8	(1.9)	<0.001
これまでの治療歴											
他の回復支援施設(ダルクなど)	15	(22.1)	39	(19.0)	50	(21.8)	21	(15.7)	10	(16.4)	0.400
精神病院・クリニック	48	(70.6)	148	(72.2)	149	(65.1)	85	(63.4)	21	(34.4)	<0.001
自助グループ(NA,AAなど)	19	(27.9)	52	(25.4)	53	(23.1)	26	(19.4)	10	(16.4)	0.310
精神保健福祉センター・保健所	3	(4.4)	20	(9.8)	16	(7.0)	5	(3.7)	2	(3.3)	0.148
離脱指導*	9	(13.2)	25	(12.2)	45	(19.7)	20	(14.9)	6	(9.8)	0.150
いずれも受けていない	12	(17.6)	32	(15.6)	31	(13.5)	26	(19.4)	19	(31.1)	0.026
ダルク平均利用期間(ヶ月)(標準偏差)											
	25.1	(28.6)	29.0	(33.5)	33.4	(38.0)	32.8	(38.9)	45.8	(46.9)	0.014
プログラム参加への積極性											0.107
大変前向き	24	(35.3)	67	(32.7)	80	(34.9)	36	(26.9)	28	(45.9)	
どちらかと言えば前向き	37	(54.4)	110	(53.7)	113	(49.3)	65	(48.5)	26	(42.6)	
どちらかと言えば前向きではない	4	(5.9)	23	(11.2)	26	(11.4)	25	(18.7)	5	(8.2)	
全く前向きではない	1	(1.5)	5	(2.4)	8	(3.5)	7	(5.2)	1	(1.6)	
メンバーとの関係性											0.565
大変良好	13	(19.1)	48	(23.4)	54	(23.6)	22	(16.4)	18	(29.5)	
どちらかと言えば良好	49	(72.1)	135	(65.9)	150	(65.5)	98	(73.1)	38	(62.3)	
どちらかと言えば良くない	4	(5.9)	16	(7.8)	20	(8.7)	10	(7.5)	3	(4.9)	
大変良くない	0	(.0)	5	(2.4)	2	(.9)	3	(2.2)	2	(3.3)	
スタッフとの関係性											0.500
大変良好	24	(35.3)	47	(22.9)	70	(30.6)	31	(23.1)	21	(34.4)	
どちらかと言えば良好	39	(57.4)	139	(67.8)	138	(60.3)	90	(67.2)	34	(55.7)	
どちらかと言えば良くない	4	(5.9)	12	(5.9)	13	(5.7)	9	(6.7)	3	(4.9)	
大変良くない	0	(.0)	6	(2.9)	4	(1.7)	2	(1.5)	3	(4.9)	
回復のモデルとなる仲間											0.500
複数いる	39	(57.4)	130	(63.4)	149	(65.1)	77	(57.5)	26	(42.6)	
一人だけいる	13	(19.1)	30	(14.6)	31	(13.5)	23	(17.2)	12	(19.7)	
一人もいない	13	(19.1)	39	(19.0)	42	(18.3)	27	(20.1)	19	(31.1)	

*刑務所・保護観察所での離脱指導を指す。

表7. 年代別にみた性感染症およびセクシュアリティ

	年代										p-value
	20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代以上		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
診断歴のある感染症											
A型肝炎	0.0	(.0)	1.0	(.5)	1.0	(.4)	0.0	(.0)	1.0	(1.6)	0.371
B型肝炎	1	(1.5)	3	(1.5)	12	(5.2)	4	(3.0)	2	(3.3)	0.170
C型肝炎	5	(7.4)	9	(4.4)	49	(21.4)	53	(39.6)	19	(31.1)	<0.001
クラミジア	8	(11.8)	24	(11.7)	9	(3.9)	6	(4.5)	0	(.0)	0.002
梅毒	2	(2.9)	10	(4.9)	7	(3.1)	1	(.7)	2	(3.3)	0.256
HIV感染症	2	(2.9)	7	(3.4)	8	(3.5)	0	(.0)	0	(.0)	0.141
淋菌感染症	5	(7.4)	13	(6.3)	23	(10.0)	8	(6.0)	0	(.0)	0.100
いずれもない	52	(76.5)	151	(73.7)	136	(59.4)	68	(50.7)	33	(54.1)	<0.001
注射器による薬物使用経験											
ない	35	(51.5)	93	(45.4)	84	(36.7)	56	(41.8)	38	(62.3)	0.096
ある(1回~数回程度)	9	(13.2)	21	(10.2)	29	(12.7)	16	(11.9)	2	(3.3)	
ある(何回も)	23	(33.8)	86	(42.0)	110	(48.0)	57	(42.5)	19	(31.1)	
注射器の回し打ちや共有経験											
ない	42	(61.8)	126	(61.5)	112	(48.9)	63	(47.0)	38	(62.3)	0.062
ある(1回~数回程度)	13	(19.1)	35	(17.1)	47	(20.5)	24	(17.9)	4	(6.6)	
ある(何回も)	12	(17.6)	38	(18.5)	64	(27.9)	42	(31.3)	17	(27.9)	
性交(セックス)経験のある相手											
男性のみ	9	(13.2)	28	(13.7)	17	(7.4)	8	(6.0)	6	(9.8)	0.010
女性のみ	48	(70.6)	159	(77.6)	187	(81.7)	121	(90.3)	53	(86.9)	
男性と女性の両方	4	(5.9)	15	(7.3)	16	(7.0)	1	(.7)	2	(3.3)	
性交経験はあるが相手は不明	0	(.0)	0	(.0)	1	(.4)	1	(.7)	0	(.0)	
性交経験がない	6	(8.8)	2	(1.0)	6	(2.6)	3	(2.2)	0	(.0)	
自分あるいは相手の飲酒の影響でコンドームを使わないセックスをした経験											
ない	17	(25.0)	41	(20.0)	47	(20.5)	27	(20.1)	14	(23.0)	0.947
ある(1回~数回程度)	11	(16.2)	45	(22.0)	43	(18.8)	28	(20.9)	11	(18.0)	
ある(何回も)	39	(57.4)	118	(57.6)	134	(58.5)	77	(57.5)	34	(55.7)	
自分あるいは相手の薬物の影響でコンドームを使わないセックスをした経験											
ない	24	(35.3)	66	(32.2)	61	(26.6)	56	(41.8)	26	(42.6)	0.016
ある(1回~数回程度)	8	(11.8)	40	(19.5)	36	(15.7)	21	(15.7)	8	(13.1)	
ある(何回も)	36	(52.9)	96	(46.8)	124	(54.1)	56	(41.8)	23	(37.7)	
薬物使用とセックスとの結びつき											
かなり強い	17	(25.0)	51	(24.9)	70	(30.6)	41	(30.6)	17	(27.9)	0.121
どちらかと言えば強い	17	(25.0)	70	(34.1)	64	(27.9)	35	(26.1)	10	(16.4)	
どちらかと言えば弱い	16	(23.5)	36	(17.6)	37	(16.2)	22	(16.4)	12	(19.7)	
かなり弱い	15	(22.1)	44	(21.5)	47	(20.5)	30	(22.4)	14	(23.0)	
自認する性(ジェンダーアイデンティティ)											
男性	55	(80.9)	169	(82.4)	187	(81.7)	109	(81.3)	45	(73.8)	0.616
女性	9	(13.2)	25	(12.2)	23	(10.0)	15	(11.2)	9	(14.8)	
トランスジェンダー	2	(2.9)	4	(2.0)	1	(.4)	1	(.7)	2	(3.3)	
いずれも当てはまらない	1	(1.5)	6	(2.9)	15	(6.6)	6	(4.5)	4	(6.6)	
性的指向(恋愛や性愛の対象)											
異性愛者(ストレート)	58	(85.3)	184	(89.8)	192	(83.8)	112	(83.6)	40	(65.6)	<0.001
同性愛者(ゲイ、レズビアン)	2	(2.9)	7	(3.4)	11	(4.8)	3	(2.2)	1	(1.6)	
両性愛者(バイセクシュアル)	1	(1.5)	5	(2.4)	4	(1.7)	0	(.0)	1	(1.6)	
決めたくない	2	(2.9)	2	(1.0)	5	(2.2)	4	(3.0)	1	(1.6)	
わからない	2	(2.9)	6	(2.9)	14	(6.1)	9	(6.7)	7	(11.5)	
その他	1	(1.5)	0	(.0)	2	(.9)	4	(3.0)	6	(9.8)	

表8. 年代別にみた薬物使用行動

	年代										p-value
	20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代以上		
	n=68	n=205	n=229	n=134	n=61	n	(%)	n	(%)		
生涯使用経験											
タバコ	63	(92.6)	195	(95.1)	224	(97.8)	126	(94.0)	56	(91.8)	0.079
アルコール	66	(97.1)	200	(97.6)	225	(98.3)	132	(98.5)	58	(95.1)	0.294
有機溶剤	28	(41.2)	102	(49.8)	155	(67.7)	83	(61.9)	17	(27.9)	0.000
ガス	34	(50.0)	81	(39.5)	39	(17.0)	17	(12.7)	1	(1.6)	<0.001
大麻	54	(79.4)	158	(77.1)	152	(66.4)	69	(51.5)	14	(23.0)	<0.001
覚せい剤	38	(55.9)	146	(71.2)	167	(72.9)	82	(61.2)	24	(39.3)	<0.001
コカイン	26	(38.2)	80	(39.0)	81	(35.4)	37	(27.6)	7	(11.5)	0.006
ヘロイン	3	(4.4)	18	(8.8)	35	(15.3)	22	(16.4)	2	(3.3)	0.016
MDMA	29	(42.6)	107	(52.2)	72	(31.4)	28	(20.9)	7	(11.5)	<0.001
危険ドラッグ	52	(76.5)	111	(54.1)	73	(31.9)	17	(12.7)	3	(4.9)	<0.001
睡眠薬(処方薬)	42	(61.8)	103	(50.2)	101	(44.1)	54	(40.3)	10	(16.4)	<0.001
抗不安薬(処方薬)	27	(39.7)	73	(35.6)	57	(24.9)	26	(19.4)	2	(3.3)	<0.001
抗うつ薬(処方薬)	23	(33.8)	54	(26.3)	49	(21.4)	24	(17.9)	4	(6.6)	0.006
抗精神病薬(処方薬)	22	(32.4)	63	(30.7)	63	(27.5)	25	(18.7)	5	(8.2)	0.005
鎮痛薬(処方薬)	15	(22.1)	48	(23.4)	42	(18.3)	30	(22.4)	7	(11.5)	0.374
鎮咳薬(市販薬)	17	(25.0)	57	(27.8)	61	(26.6)	13	(9.7)	3	(4.9)	<0.001
風邪薬(市販薬)	14	(20.6)	38	(18.5)	37	(16.2)	15	(11.2)	6	(9.8)	0.144
鎮痛薬(市販薬)	12	(17.6)	33	(16.1)	28	(12.2)	22	(16.4)	7	(11.5)	0.336
鎮静薬(市販薬)	14	(20.6)	34	(16.6)	27	(11.8)	16	(11.9)	4	(6.6)	0.122
初回使用年齢(平均、min-max)**回答者のみ											
タバコ	13.7	(6-25)	14.6	(6-35)	14.1	(7-35)	14.5	(3-33)	17.9	(10-47)	<0.001
アルコール	13.9	(4-20)	14.4	(5-21)	14.3	(2-28)	14.7	(3-35)	18.2	(10-47)	<0.001
有機溶剤	14.6	(10-24)	15.8	(9-35)	15.1	(10-33)	15.1	(6-30)	15.6	(13-20)	0.399
ガス	16.1	(12-23)	17.5	(8-33)	23.5	(11-46)	22.6	(13-44)	23.0	(23-23)	<0.001
大麻	16.3	(10-27)	18.2	(10-33)	20.0	(8-42)	21.5	(14-40)	23.8	(16-40)	<0.001
覚せい剤	17.9	(12-26)	20.0	(12-35.5)	21.6	(8-41)	21.3	(14-51)	25.7	(16-52)	<0.001
コカイン	18.3	(12-27)	21.1	(15-36)	23.5	(8-40)	25.1	(14-42)	28.5	(18-40)	<0.001
ヘロイン	18.3	(17-20)	21.8	(16-32)	23.3	(8-43)	23.2	(14-41)	26.5	(26-27)	0.607
MDMA	17.3	(13-21)	20.4	(15-35.5)	24.9	(13-40)	29.7	(14-42)	31.4	(28-40)	<0.001
危険ドラッグ	18.8	(12-27)	24.4	(14-37)	33.8	(14-47)	41.0	(20-55)	46.5	(45-48)	<0.001
睡眠薬(処方薬)	17.7	(12-23)	22.4	(8-38)	26.6	(14-42)	29.2	(16-53)	37.5	(18-57)	<0.001
抗不安薬(処方薬)	18.1	(12-23)	22.3	(8-39)	28.7	(16-44)	33.5	(16-53)	21.0	(21-21)	<0.001
抗うつ薬(処方薬)	18.8	(12-29)	22.4	(14-31)	29.7	(16-44)	31.9	(19-53)	24.0	(24-24)	<0.001
抗精神病薬(処方薬)	17.2	(9-23)	22.1	(13-31)	29.3	(16-44)	28.9	(19-50)	28.7	(16-40)	<0.001
鎮痛薬(処方薬)	16.7	(7-27)	20.6	(10-36)	24.8	(6-44)	29.0	(10-52)	32.3	(16-50)	<0.001
鎮咳薬(市販薬)	19.9	(12-26)	24.3	(14-37)	25.8	(10-46)	25.2	(13-42)	14.0	(10-18)	0.035
風邪薬(市販薬)	17.8	(10-26)	22.1	(5-36)	23.9	(3-43)	25.3	(6-42)	19.8	(10-30)	0.186
鎮痛薬(市販薬)	16.2	(10-27)	22.5	(10-36)	22.0	(6-39)	30.7	(10-52)	31.0	(16-50)	<0.001
鎮静薬(市販薬)	19.3	(14-26)	23.4	(10-31)	26.5	(13-40)	30.9	(14-52)	34.0	(18-50)	0.001
ダルク利用前の薬物使用あり*											
過去6ヶ月間	36	(60.0)	112	(66.7)	91	(53.5)	35	(47.9)	8	(40.0)	0.052
過去1ヶ月間	23	(38.3)	85	(50.6)	65	(38.2)	29	(39.7)	6	(30.0)	0.356
薬物依存の重症度スコア(DAST-20)*(平均、標準偏差)											
	13.7	(4.2)	13.5	(3.9)	13.52	(3.6)	13.12	(5.1)	12.82	(4.3)	0.880

*主たる依存症が薬物依存の者(n=491)

表9. 主たる依存症別にみた基本属性と現在の状態

	主たる依存症								p-value
	薬物		アルコール		ギャンブル		その他		
	n=491		n=172		n=16		n=18		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
平均年齢(最年少-最年長)	40.7	(20-76)	50.6	(25-79)	51.9	(30-85)	37.3	(26-57)	<0.001
年代									<0.001
20歳代	60	(12.2)	3	(1.7)	0	(.0)	5	(27.8)	
30歳代	168	(34.2)	29	(16.9)	3	(18.8)	5	(27.8)	
40歳代	170	(34.6)	46	(26.7)	7	(43.8)	6	(33.3)	
50歳代	73	(14.9)	58	(33.7)	1	(6.3)	2	(11.1)	
60歳代以上	20	(4.1)	36	(20.9)	5	(31.3)	0	(.0)	
性別									0.050
男性	452	(92.1)	166	(96.5)	16	(100.0)	15	(83.3)	
女性	39	(7.9)	6	(3.5)	0	(.0)	3	(16.7)	
ダルク利用形態									0.027
入所利用者	377	(76.8)	151	(87.8)	12	(75.0)	14	(77.8)	
通所利用者	55	(11.2)	11	(6.4)	2	(12.5)	4	(22.2)	
スタッフ研修中	59	(12.0)	10	(5.8)	2	(12.5)	0	(.0)	
主たる依存薬物									<0.001
有機溶剤	30	(6.1)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
ガス	10	(2.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
大麻	26	(5.3)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
覚せい剤	299	(60.9)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
コカイン	2	(.4)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
ヘロイン	1	(.2)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
MDMA	3	(.6)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
危険ドラッグ	65	(13.2)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
処方薬	29	(5.9)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
市販薬	21	(4.3)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
アルコール(お酒)	0	(.0)	172	(100.0)	0	(.0)	0	(.0)	
その他	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
いずれも当てはまらない	3	(.6)	0	(.0)	16	(100.0)	18	(100.0)	
現在の就労状況									0.010
就労していない	364	(74.3)	146	(84.9)	9	(56.3)	15	(83.3)	
就労中(福祉的就労・非常勤)	16	(3.3)	4	(2.3)	1	(6.3)	0	(.0)	
就労中(福祉的就労・常勤)	10	(2.0)	1	(.6)	1	(6.3)	2	(11.1)	
就労中(一般就労・非常勤)	32	(6.5)	3	(1.7)	0	(.0)	0	(.0)	
就労中(一般就労・常勤)	16	(3.3)	5	(2.9)	2	(12.5)	0	(.0)	
就労中(スタッフ研修中)	48	(9.8)	10	(5.8)	2	(12.5)	1	(5.6)	
その他(復学、通学中など)	4	(.8)	3	(1.7)	1	(6.3)	0	(.0)	
現在の生活保護受給									0.173
受けている	375	(76.4)	147	(85.5)	13	(81.3)	13	(72.2)	
受けていない(申請中)	17	(3.5)	6	(3.5)	0	(.0)	0	(.0)	
受けていない(以前受けていた)	17	(3.5)	1	(.6)	0	(.0)	0	(.0)	
受けていない(一度も受けていない)	82	(16.7)	18	(10.5)	3	(18.8)	5	(27.8)	
現在診断を受けている併存障害(物質使用障害以外の精神障害)									0.492
あり	190	(38.7)	60	(34.9)	5	(31.3)	8	(44.4)	
なし	247	(50.3)	95	(55.2)	10	(62.5)	7	(38.9)	
わからない	48	(9.8)	14	(8.1)	0	(.0)	3	(16.7)	
現在診断を受けている慢性疾患(糖尿病、循環器疾患、ガンなどの身体疾患)									0.005
あり	104	(21.2)	57	(33.1)	2	(12.5)	3	(16.7)	
なし	349	(71.1)	106	(61.6)	13	(81.3)	14	(77.8)	
わからない	34	(6.9)	4	(2.3)	0	(.0)	1	(5.6)	

表10. 主たる依存症別にみた治療歴・受刑歴等とダルクでの生活について

	主たる依存症								p-value
	薬物		アルコール		ギャンブル		その他		
	n=491	n=172	n=16	n=18	n=16	n=18	n=18	n=18	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
最終学歴									
中学校卒業・高校中退	268	(54.6)	77	(44.8)	2	(12.5)	4	(22.2)	<0.001
高等学校以上	223	(45.4)	92	(53.5)	14	(87.5)	14	(77.8)	
ダルクにつながった時点での法的状態									
保釈中であった	9	(1.8)	1	(.6)	0	(.0)	0	(.0)	0.001
執行猶予中であった(保護観察なし)	48	(9.8)	9	(5.2)	1	(6.3)	0	(.0)	
執行猶予中であった(保護観察あり)	18	(3.7)	7	(4.1)	1	(6.3)	2	(11.1)	
仮釈放中であった	49	(10.0)	1	(.6)	1	(6.3)	0	(.0)	
満期釈放後であった	81.0	(16.5)	17.0	(9.9)	2.0	(12.5)	1.0	(5.6)	
いずれも当てはまらない	285	(58.0)	136	(79.1)	11	(68.8)	15	(83.3)	
これまでの受刑歴(薬物犯罪)									
一度もない	271	(55.2)	141	(82.0)	15	(93.8)	16	(88.9)	<0.001
1回	76	(15.5)	5	(2.9)	0	(.0)	1	(5.6)	
2回	40	(8.1)	6	(3.5)	0	(.0)	0	(.0)	
3回～5回	68	(13.8)	7	(4.1)	1	(6.3)	0	(.0)	
6回以上	27	(5.5)	4	(2.3)	0	(.0)	1	(5.6)	
平均(標準偏差)	1.3	(2.0)	0.4	(1.3)	0.3	(1.0)	0.4	(1.7)	<0.001
これまでの受刑歴(薬物犯罪以外:窃盗、傷害など)									
一度もない	367	(74.7)	127	(73.8)	14	(87.5)	17	(94.4)	0.113
1回	58	(11.8)	15	(8.7)	1	(6.3)	0	(.0)	
2回	33	(6.7)	5	(2.9)	1	(6.3)	1	(5.6)	
3回～5回	21	(4.3)	19	(11.0)	0	(.0)	0	(.0)	
6回以上	9	(1.8)	5	(2.9)	0	(.0)	0	(.0)	
平均(標準偏差)	0.57	(1.5)	0.9	(2.1)	0.2	(0.5)	0.1	(0.5)	0.067
これまでの治療歴									
他の回復支援施設(ダルクなど)	94	(19.1)	36	(20.9)	3	(18.8)	2	(11.1)	0.570
精神病院・クリニック	310	(63.1)	117	(68.0)	8	(50.0)	16	(88.9)	0.092
自助グループ(NAAAなど)	108	(22.0)	44	(25.6)	6	(37.5)	2	(11.1)	0.208
精神保健福祉センター・保健所	36	(7.3)	8	(4.7)	2	(12.5)	0	(.0)	0.297
刑務所・保護観察所での離脱指導	93	(18.9)	11	(6.4)	0	(.0)	1	(5.6)	0.001
いずれも受けていない	92	(18.7)	21	(12.2)	5	(31.3)	2	(11.1)	0.121
ダルク平均利用期間(ヶ月)(標準偏差)	32	(36.9)	32	(39.6)	43.8	(32.6)	13.9	(13.3)	0.114
プログラム参加への積極性									
大変前向き	165	(33.6)	60	(34.9)	7	(43.8)	3	(16.7)	0.067
どちらかと言えば前向き	256	(52.1)	77	(44.8)	7	(43.8)	11	(61.1)	
どちらかと言えば前向きではない	53	(10.8)	27	(15.7)	2	(12.5)	1	(5.6)	
全く前向きではない	12	(2.4)	7	(4.1)	0	(0.0)	3	(16.7)	
メンバーとの関係性									
大変良好	114	(23.2)	36	(20.9)	3	(18.8)	2	(11.1)	0.428
どちらかと言えば良好	335	(68.2)	110	(64.0)	12	(75.0)	13	(72.2)	
どちらかと言えば良くない	30	(6.1)	20	(11.6)	1	(6.3)	2	(11.1)	
大変良くない	6	(1.2)	5	(2.9)	0	(0.0)	1	(5.6)	
スタッフとの関係性									
大変良好	139	(28.3)	46	(26.7)	5	(31.3)	3	(16.7)	0.326
どちらかと言えば良好	314	(64.0)	106	(61.6)	10	(62.5)	10	(55.6)	
どちらかと言えば良くない	24	(4.9)	12	(7.0)	1	(6.3)	4	(22.2)	
大変良くない	9	(1.8)	5	(2.9)	0	(0.0)	1	(5.6)	
回復のモデルとなる仲間									
複数いる	315	(64.2)	90	(52.3)	10	(62.5)	6	(33.3)	<0.001
一人だけいる	78	(15.9)	28	(16.3)	2	(12.5)	1	(5.6)	
一人もいない	78	(15.9)	47	(27.3)	4	(25.0)	11	(61.1)	

表11. 主たる依存症別にみた性感染症およびセクシュアリティ

	主たる依存症								p-value
	薬物		アルコール		ギャンブル		その他		
	n=491	n=172	n=16	n=18	n	(%)	n	(%)	
診断歴のある感染症									
A型肝炎	1	(.2)	2	(1.2)	0	(.0)	0	(.0)	0.481
B型肝炎	20	(4.1)	2	(1.2)	0	(.0)	0	(.0)	0.311
C型肝炎	118	(24.0)	14	(8.1)	2	(12.5)	1	(5.6)	<0.001
クラミジア	42	(8.6)	3	(1.7)	1	(6.3)	1	(5.6)	0.072
梅毒	21	(4.3)	1	(.6)	0	(.0)	0	(.0)	0.162
HIV感染症	17	(3.5)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	0.139
淋菌感染症	42	(8.6)	6	(3.5)	0	(.0)	1	(5.6)	0.201
いずれもない	278	(56.6)	135	(78.5)	12	(75.0)	15	(83.3)	<0.001
注射器による薬物使用経験									<0.001
ない	149	(30.3)	127	(73.8)	16	(100.0)	14	(77.8)	
ある(1回～数回程度)	59	(12.0)	18	(10.5)	0	(.0)	0	(.0)	
ある(何回も)	271	(55.2)	20	(11.6)	0	(.0)	4	(22.2)	
注射器の回し打ちや共有経験									<0.001
ない	213	(43.4)	136	(79.1)	16	(100.0)	16	(88.9)	
ある(1回～数回程度)	105	(21.4)	17	(9.9)	0	(.0)	1	(5.6)	
ある(何回も)	161	(32.8)	12	(7.0)	0	(.0)	0	(.0)	
性交(セックス)経験のある相手									0.063
男性のみ	53	(10.8)	12	(7.0)	0	(.0)	3	(16.7)	
女性のみ	391	(79.6)	152	(88.4)	13	(81.3)	12	(66.7)	
男性と女性の両方	31	(6.3)	5	(2.9)	1	(6.3)	1	(5.6)	
性交経験はあるが相手は不明	2	(.4)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	
性交経験がない	10	(2.0)	3	(1.7)	2	(12.5)	2	(11.1)	
自分あるいは相手の飲酒の影響でコンドームを使わないセックスをした経験									0.004
ない	96	(19.6)	34	(19.8)	8	(50.0)	8	(44.4)	
ある(1回～数回程度)	94	(19.1)	40	(23.3)	4	(25.0)	0	(.0)	
ある(何回も)	293	(59.7)	96	(55.8)	3	(18.8)	10	(55.6)	
自分あるいは相手の薬物の影響でコンドームを使わないセックスをした経験									<0.001
ない	116	(23.6)	91	(52.9)	12	(75.0)	14	(77.8)	
ある(1回～数回程度)	85	(17.3)	24	(14.0)	3	(18.8)	1	(5.6)	
ある(何回も)	287	(58.5)	45	(26.2)	0	(.0)	3	(16.7)	
薬物使用とセックスとの結びつき									<0.001
かなり強い	172	(35.0)	22	(12.8)	1	(6.3)	1	(5.6)	
どちらかと言えば強い	150	(30.5)	43	(25.0)	2	(12.5)	1	(5.6)	
どちらかと言えば弱い	86	(17.5)	31	(18.0)	2	(12.5)	4	(22.2)	
かなり弱い	76	(15.5)	54	(31.4)	9	(56.3)	11	(61.1)	
自認する性(ジェンダーアイデンティティ)									0.064
男性	409	(83.3)	131	(76.2)	14	(87.5)	11	(61.1)	
女性	56	(11.4)	20	(11.6)	1	(6.3)	4	(22.2)	
トランスジェンダー	7	(1.4)	2	(1.2)	0	(.0)	1	(5.6)	
いずれも当てはまらない	15	(3.1)	14	(8.1)	1	(6.3)	2	(11.1)	
性的指向(恋愛や性愛の対象)									0.004
異性愛者(ストレート)	417	(84.9)	141	(82.0)	14	(87.5)	14	(77.8)	
同性愛者(ゲイ、レズビアン)	23	(4.7)	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.6)	
両性愛者(バイセクシュアル)	9	(1.8)	2	(1.2)	0	(.0)	0	(.0)	
決めたくない	8	(1.6)	5	(2.9)	0	(.0)	1	(5.6)	
わからない	25	(5.1)	13	(7.6)	0	(.0)	0	(.0)	
その他	3	(.6)	7	(4.1)	1	(6.3)	2	(11.1)	

表12. 主たる依存症別にみた薬物使用行動

	主たる依存症								
	薬物		アルコール		ギャンブル		その他		p-value
	n=491		n=172		n=16		n=18		
n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
生涯使用経験									
タバコ	475	(96.7)	160	(93.0)	16	(100.0)	13	(72.2)	<0.001
アルコール	478	(97.4)	172	(100.0)	16	(100.0)	15	(83.3)	<0.001
有機溶剤	309	(62.9)	66	(38.4)	4	(25.0)	6	(33.3)	<0.001
ガス	147	(29.9)	20	(11.6)	1	(6.3)	4	(22.2)	<0.001
大麻	379	(77.2)	58	(33.7)	3	(18.8)	7	(38.9)	<0.001
覚せい剤	402	(81.9)	48	(27.9)	2	(12.5)	5	(27.8)	<0.001
コカイン	206	(42.0)	20	(11.6)	2	(12.5)	3	(16.7)	<0.001
ヘロイン	68.0	(13.8)	9.0	(5.2)	1.0	(6.3)	2.0	(11.1)	0.033
MDMA	219	(44.6)	20	(11.6)	2	(12.5)	2	(11.1)	<0.001
危険ドラッグ	234	(47.7)	18	(10.5)	2	(12.5)	2	(11.1)	<0.001
睡眠薬(処方薬)	259	(52.7)	45	(26.2)	2	(12.5)	4	(22.2)	<0.001
抗不安薬(処方薬)	153	(31.2)	27	(15.7)	1	(6.3)	4	(22.2)	0.002
抗うつ薬(処方薬)	123	(25.1)	26	(15.1)	1	(6.3)	4	(22.2)	0.094
抗精神病薬(処方薬)	145	(29.5)	28	(16.3)	1	(6.3)	4	(22.2)	0.012
鎮痛薬(処方薬)	114	(23.2)	24	(14.0)	1	(6.3)	3	(16.7)	0.125
鎮咳薬(市販薬)	125	(25.5)	21	(12.2)	2	(12.5)	3	(16.7)	0.018
風邪薬(市販薬)	86	(17.5)	20	(11.6)	2	(12.5)	2	(11.1)	0.519
鎮痛薬(市販薬)	81	(16.5)	17	(9.9)	1	(6.3)	3	(16.7)	0.338
鎮静薬(市販薬)	78	(15.9)	15	(8.7)	0	(0)	2	(11.1)	0.129
初回使用年齢(平均、min-max)**回答者のみ									
タバコ	14.1	(6-35)	16.0	(3-47)	16.6	(10-20)	14.4	(10-30)	<0.001
アルコール	14.3	(2-35)	15.5	(3-47)	17.1	(10-20)	14.2	(4-20)	0.001
有機溶剤	15.3	(9-35)	15.0	(6-23)	20.5	(14-33)	15.3	(14-17)	0.011
ガス	18.5	(8-46)	20.7	(12-44)	23.0	(23-23)	25.5	(17-41)	0.161
大麻	19.2	(10-42)	19.5	(8-40)	26.3	(19-40)	17.4	(10-22)	0.069
覚せい剤	20.7	(12-51)	22.5	(8-52)	35.0	(20-50)	18.7	(17-20)	0.003
コカイン	22.5	(12-42)	21.8	(8-37)	30.5	(21-40)	18.5	(17-20)	0.199
ヘロイン	22.6	(13-41)	24.7	(8-43)	27.0	(27-27)	17.0	(17-17)	0.572
MDMA	22.8	(13-42)	19.5	(14-27)	25.0	(21-29)	22.0	(22-22)	0.191
危険ドラッグ	27.1	(12-55)	29.0	(19-46)	20.5	(17-24)	25.0	(25-25)	0.633
睡眠薬(処方薬)	24.3	(8-57)	27.7	(14-54)	22.5	(18-27)	22.0	(18-25)	0.089
抗不安薬(処方薬)	25.0	(8-53)	26.0	(14-40)	21.0	(21-21)	22.0	(18-25)	0.821
抗うつ薬(処方薬)	25.1	(12-53)	28.6	(18-40)	24.0	(24-24)	22.0	(18-25)	0.319
抗精神病薬(処方薬)	24.6	(9-50)	27.3	(15-40)	30.0	(30-30)	21.5	(18-25)	0.349
鎮痛薬(処方薬)	23.0	(7-52)	25.5	(6-45)	50.0	(50-50)	21.0	(18-24)	0.028
鎮咳薬(市販薬)	24.4	(10-46)	24.4	(14-43)	18.5	(18-19)	30.0	(26-34)	0.538
風邪薬(市販薬)	22.2	(5-42)	23.6	(3-43)	19.5	(19-20)	31.0	(31-31)	0.662
鎮痛薬(市販薬)	23.4	(10-52)	21.2	(6-45)	50.0	(50-50)	35.5	(26-45)	0.008
鎮静薬(市販薬)	24.4	(10-52)	29.8	(14-50)			26.0	(26-26)	0.103
薬物依存の重症度スコア(DAST-20)(平均、標準偏差)									
	13.4	(4.0)	8.4	(5.6)	6.0	(5.4)	7.1	(5.8)	

更生保護施設における薬物事犯への支援に関する研究

研究分担者 森田 展彰
筑波大学医学医療系 准教授

研究要旨：

【目的】本研究は、刑務所や保護観察所等で処遇された薬物使用者の社会復帰を支援する更生保護施設における薬物問題を持つ人の利用状況やそうした利用者の支援状況、回復・社会復帰の状況、関連機関との連携状況の実態、そしてそれが刑の一部執行猶予制度の前後でどのように変化するか、対応する職員が感じている困難や成果について明らかにすることを目指す。さらにそのデータをもとに、刑の一部執行猶予制度下における更生保護施設を中心とした薬物問題を持つ人に対する地域支援ガイドラインを作成することを目的としている。

【方法】刑の一部執行猶予制度下における更生保護施設を中心とした薬物問題を持つ人に対する地域支援の進め方について検討するために、25 の薬物処遇重点実施更生保護施設へアンケートを送り、回答のあった13施設の責任者およびスタッフのアンケートの内容を分析した。今回の調査時点では、まだ、刑の一部執行猶予制度を用いた薬物問題事例は更生保護施設に入所してきていない。そこで今年度は、この制度の対象者が入所する前における対応・支援状況や施設代表者やスタッフの考えをまとめた。今後対象者が入所した時期と比較する予定である。

【結果および考察】アンケートの結果、以下の知見を得た。

- ・ 25施設の内、13施設における平成27年6月から1年間の利用者は、総数942名（男性797名、女性145名）でそのうち薬物問題のある事例は321名（男性246名、女性75名）であった。男性で30%、女性で50%が、薬物問題を持つ者であった。1年間で各施設の薬物問題をもつ利用者は 72.5 ± 38.4 名とかなり多い人数であった。
- ・ 入所中の支援やプログラムは、中心となる就労支援に加え、スマーブをはじめとする再発防止のプログラムが施設内外でほとんどの施設で行われていた。スタッフの方の薬物依存症者への治療的な態度をJ-DDPPQという尺度で測定したところ、医療機関の看護師よりも治療的な態度が高く、薬物問題をもつ人への回復支援の手法や視点が定着しつつあることが確かめられた。刑の一部執行猶予制度についても、治療的な働きかけに手ごたえを得ている人を中心に、処罰だけでない治療的な働きかけが早く導入できることに意義を感じている人も多いが、自分の問題についての認識が十分でない段階で入ってくることで、指導が入りにくくなってしまふことなどの懸念も指摘されている。こうした懸念に応える体制が必要であると思われた。
- ・ また、一方、就労や住まいが安定しない状況の者も少なくなく、特に女性や高齢の者ではこれが難しい状況が生じている。その意味でも刑の一部執行猶予制度を期に、関連機関との連携がいっそう必要になる。入所中から自助グループや医療保健福祉機関との連携も始められているが、退所後の継続は多いとは言えず、さらなる地域連携に向けた取り組みが

必要と思われた。

【結論】薬物処遇重点実施更生保護施設ではスマープ等の認知行動療法の導入に積極的に取り組み、治療的な視点での関わりに手ごたえを感じている。刑の一部執行猶予制度で早期から治療導入をする意義は理解されているが、自分の問題を十分認識していない事例への対応への懸念や、女性事例や高齢事例などの社会復帰の困難などが認められる。その意味でも、ダルク等の自助グループや医療保健福祉機関との連携が重要であるが、まだ十分といえず、その点を今後向上させていくことが必要である。

研究協力者

新井清美 首都大学東京健康福祉学部看護
学科 助教
山口玲子 筑波大学医学医療系 研究員
大宮宗一郎 筑波大学医学医療系 研究員
望月明見 自治医科大学看護学部 助教
受田恵理 小学館集英社プロダクション
渡邊敦子 共立女子大学看護学部 准教授
山田理絵 東京大学大学院博士課程
小池純子 国際医療福祉大学保健医療学部
看護学科 講師

A. 研究目的

覚醒剤や大麻などの薬物の使用が広がっており、刑務所に収監されても半数前後の者が再犯をするということで厳罰のみでは不十分であることが指摘され、「世界一安全な日本」創造戦略（平成25年12月閣議決定）や「第四次薬物乱用防止五か年戦略」（平成25年8月薬物乱用対策推進会議決定）等において、関係機関や団体が緊密に連携して、地域における薬物依存症者支援の必要性が強調されるようになった。また、「刑の一部の執行猶予制度」が平成28年6月までに施行されることから、地域の関係機関や民間支援団体の連携をより緊密にする必要もある。

しかし、いまだ地域側には薬物依存症者支援の経験が乏しく、薬物依存症者の転帰情報など、対策立案に際して参照できる基礎的データも存在しない状況である。そこで平成28年度に

AMEDの研究として「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」が開始され、地域支援のあり方を検討、改善させる際の基礎資料となるように、薬物依存症者の転帰調査システム、ならびに、地域における薬物依存症者支援の好事例データベースを開発することを目標としている。

本研究は、この研究プロジェクトの1つとして行われるもので、刑務所や保護観察所等で処遇された薬物使用者の社会復帰を支援する更生保護施設を取り上げ、そこでの薬物乱用者への対応人数や、プログラムなどの支援状況、回復・社会復帰の状況、関連機関との連携状況の実態を調べる。特に平成28年度から始まる刑の一部執行猶予制度の開始により、それがどのような影響や効果をもつかを検証するとともに、課題があればそれを解決し、制度の有効な活用に向けての知見を得ることが目的である。

B. 研究方法

研究の方法としては、刑の一部執行猶予制度が進める中で、薬物事犯の処遇を中心に行うことが期待されている「薬物処遇重点実施更生保護施設」の施設スタッフに対してアンケートを行った。

①スタッフ代表者1名に対して施設における対応状況の調査（アンケートとヒヤリング）：各施設における施設運営全体を把握できる立場の者1名に、その施設における薬物問題を抱えた者の背景や利用状況（人数、性・年齢、利用

期間、薬物・アルコール使用歴、前歴、生活保護、治療歴、重複障害など)、入所者を決定し各人の目標を定める方針、支援状況(生活・就労に関する支援、プログラム、アフターフォロー、家族支援、子育て支援など)、修了後の状況(住居、就労、他の回復機関や自助グループにつながる率)、どのように他機関との連携を行っているかという基本的な情報をアンケートにより調査する。尚、調査は同じ施設について2回の調査を予定している。すなわち、一部執行猶予制度が始まったばかりの平成28年度に一度行い、その2-3年後の同制度が定着した時期に2度目の調査を行う予定である。アンケートを添付資料に、インタビューガイドを添付資料9に示した。

②各施設の1-4名のスタッフの薬物利用者に対する意識調査(アンケート):薬物問題を抱えた利用者に対応する上でのスタッフとして果たす役割や実施状況、利用者との関係性、新しい制度に関しての有効性や困難点、今後にむけてのニーズなどをアンケートにより調査した。司法的な枠組みに、治療的な側面を導入する上で、薬物依存症者への処罰的でなく、治療的な態度をもてることが重視されているので、スタッフに対して、The Drug and Drug Problems Perception Questionnaire (DDPPQ)の日本語版を施行した。この尺度は、援助者の薬物乱用者に対する治療的な態度を測定する心理テストである。

(倫理面への配慮)

下記の(1)から(3)の倫理的配慮を行った。このことで、筑波大学医の倫理委員会の承認を得た上で調査を施行した。

(1) 研究等の対象となる個人の人権擁護

スタッフに対するアンケート調査は無記名で行い、個人情報を取扱しない。回収した質問紙のデータを入力した記憶媒体は、筑波大学総合研究棟DD-743号室 社会精神保健学研究室にて、施錠できる書棚に厳重に保管する。また、

データを分析する際に用いるコンピューターには、セキュリティソフトをインストールしてファイルが外部に流出することを防ぐ。研究終了後保存期間の10年を過ぎた後には、紙媒体のデータはシュレッダーで細断して消去し、電子データについてはデータ消去の専用のソフトを用いて、確実に消去する。

(2) 研究等の対象となる個人に理解を求め同意を得る方法(説明の具体的な内容を記し、書面の写等も添付すること。)

本研究は、調査対象の施設責任者に対して、施設スタッフに対する調査について、書面にて①研究の趣旨や方法、②データは研究目的のみに用いられ、個人情報、外部に漏らされないこと、③協力は自由であり、協力を断っても不利益を被らないことを文章により、十分に説明した上で、研究への協力の同意を文章で得た。

被験者になるスタッフに対しては、以下の方法で研究依頼および同意を得る。調査対象者に対して、実施責任者や学生分担者が、書面で①研究の目的と方法、②期待される成果、③データは研究目的のみに用いられ個人情報は外に漏らされないこと、④協力が任意でありいつでも止める自由があること、⑤不利益なく協力を断ること⑥質問紙は無記名であり、記入後封筒に入れて厳封して直接返送いただくことで、個人の秘密が保てること、⑦返送をもって了解を得たことについて文章で説明を行った。了承していただいた利用者の方には質問紙に記入してもらい、封筒に入れて封をしたものを郵送していただいた。研究の同意については、アンケートの提出や返送によって確認した。ヒヤリングに関する同意に関しては、アンケートとは別に文章で同意を得た。

(3) 研究等によって生ずる個人への不利益及び危険性に対する配慮(具体的に箇条書きで記入すること。)

本研究は、援助機関のスタッフに対応の実態や意見を尋ねるもので大きな心身の負担はないと考えられるが、それでも面接などに関す

る負担感などを感じれば、途中で中止してもよいことを保証する。研究協力に同意しなくても、不利益を生じることがないことを保証した。

C. 研究結果

1. 施設代表者のアンケート調査

25 の薬物重点処遇施設の内、13 の施設から回答があった。

(1) 回答者やその施設の職員 (表 1-1)

1) 回答者の内訳

年代は60代以上が84.8%、男性が92.3%を占める。勤務年数は5年以上10年未満が46.2%で最も多く、それに次ぐのは5年未満と20年以上であった。

2) 入所者

性別では、男性のみの施設は69.2%であり、女性のみが23.1%で、男女両方の施設が1つあった。入所者定員は、20-29名が53.8%を占め、それに次ぐのは30-39名が30.8%であった。

3) 職員

常勤職員は平均6.9±2.1名であり、非常勤職員は平均4.9±3.3名であった。薬物専門職員は全ての施設で1名であった。資格としては、保護司が最多であり、平均5.2±2.0名であった。

(2) 利用者数 (表 1-2)

平成27年6月1日から1年間における今回調査で回答をいただいた更生保護施設の利用者は、総数で942名、そのうち男性797名、女性145名であった。各施設の平均利用者人数は、72.5±38.4名であり、そのうち男性利用施設では61.3±50.2、女性利用施設では36.3±21.9であった。

このうち薬物問題のある者は、総数では321名、男性246名、女性75名であった。

(3) 薬物問題のある者の内訳

薬物問題のある者について、背景要因との関係を分析した結果を以下に示す。但し、回答してくださった施設の内いくつかの施設では、利用者全体（つまり薬物問題のない者も含んだ対象）について回答していたので、その分は除いている。さらに各背景要因に関する変数について無回答があった事例を除いているため分析後に対象となった総数が少しずつ異なっている。

① 年齢分布 (表 1-3)

分析対象総数275名の年齢分布をみると、40歳代が94名(27.2%)で最も多く、次いで30歳代(21.1%)、50歳代(16.2%)、60歳代またはそれ以上39名(11.3%)という順であった。20歳代以下の若年層は少ない割合であった。男女に分けても、第一位は40歳代であったが、男性ではこの年代層が30.0%であるのに対して、女性では48.4%であり、女性は男性よりも中年層に集中している。男性は50歳代以上が4割(女性では1.5割)を占め、高齢層が女性よりも多い傾向であった。

② 薬物種 (表 1-4)

主に用いていた薬物種では、分析対象の286名中、274名(95.8%)が覚醒剤であり、次いで10名(3.5%)が大麻で、この2種類の薬物でほとんどを占めた。男女ともほぼ同様の分布であった。但し、男性事例では、危険ドラッグ1名、その他の薬物1名が含まれた。

③ 合併する問題 (表 1-5)

合併する問題として、最も多かったのは、精神障害で、分析対象228名中、37名(16.2%)を占めた。精神障害の合併について、男女で比べると、女性では37.1%で、男性の8.4%よりも高い割合であった。

他の合併する問題としては、アルコール問題が、7名(3.1%)であった。これも男性に比べて、女性の方が割合が高かった。

それ以外の合併する問題は1%以下であった。

但し、こうした合併する問題はあまり注目されていないため、後方視的な調査では把握できない潜在事例が多いと思われた。

④犯罪種 (表1-6)

行った犯罪について尋ねたところ、分析対象228名中、薬物関連犯罪173名(75.5%)が最も多く、それに次いで窃盗29名(12.7%)、交通事故8名(3.5%)、暴行傷害7名(3.1%)、詐欺4名(1.7%)、性犯罪4名(1.7%)であった。

男女で比べると、薬物関連犯罪以外は、男性の方が高い割合であった。

⑤入所期間 (表1-7)

入所期間は、分析対象228名中、最も多かったのは、3ヶ月以上4か月未満54名(23.7%)であり、次いで5ヶ月以上6か月未満46名(20.2%)、4ヶ月以上5か月未満26名(11.4%)であった。男女で分布の形が異なり、男性では3-6ヶ月にピーク(この範囲で6割以上)があるが、女性では2か月未満が最も多く16名(25.8%)で、これより長い期間になるほど割合が低下した。

⑥退所状況 (表1-8)

分析対象205名中、円満退所180名(87.8%)で、ほとんどを占めた。他に無断退所15名(7.3%)、勧告退所(2.0%)が認められた。男女を比べると、女性の方が無断退所が多く、14.5%を占めた(男性では4.2%)。

⑦就職状況 (表1-9)

分析対象219名中、最も多いのは非正規雇用170名(77.6%)で、次いで正規雇用26名(11.9%)で、入所中雇用なし23名(10.6%)であった。男女で比べると、女性は正規雇用が全くおらず、男性15.0%と大きく異なっていた。更に入所中就労なしは、男性9.2%で、女性15.2%であった。女性の方が男性より就職状況は悪いといえる。

⑧退所先 (表1-9)

分析対象233名中、最も多いのは家族・知人宅75名(32.2%)で、次いで賃貸住宅で独居65名(27.9%)、通勤寮・社宅等50名(21.5%)であった。医療機関3名(1.3%)、福祉施設4名(1.7%)で、ダルク等は0名であった。また居住先不明が16名(6.9%)であった。

男女を比較すると、就職状況を反映して通勤寮・社宅等が男性で28.7%であるのに対して、女性はわずかに1.6%である点が大きく異なった。一方、家族・知人宅は、女性が40.0%、男性29.2%と女性の方が高い割合であった。賃貸住宅で独居も女性38.7%で、男性24.0%よりも高い割合を占めた。

(4) 支援やプログラム

薬物問題のある者に対して、回答いただいた13の更生保護施設で提供した支援を表1-11に示した。

①施設内の支援やプログラム

最も多かったのは、就労支援10施設(76.9%)で、次いで個人での再発防止に対する認知行動療法9施設(69.2%)、グループでの再発防止に対する認知行動療法7施設(53.8%)、ダルク等による施設内での薬物指導5施設(38.5%)、SSTやマンドフルネスなど感情や対人関係の心理療法5施設(38.5%)、個人的な心理療法・カウンセリング3施設(23.1%)であった。

②施設外での支援やプログラム

最も多かったのは、保護観察所等における再発防止に対する認知行動療法7施設(53.8%)、ダルクやNAのミーティング参加6施設(46.2%)、精神科・クリニックでの治療(スマーブ以外)3施設(23.1%)、断酒会やAAのミーティング参加6施設(15.4%)であった。

③アフターケア状況

施設スタッフによる電話相談や訪問相談や心理相談などの退所後のアフターケアが、7施設(53.8%)であった。ダルクやNAなどの自助グループ継続の確認は4施設(30.8%)、医療

機関・精神保健福祉センターの継続利用の確認
2施設（15.4%）であった。

(5) 薬物問題のある方への支援に関する意見

各施設の責任者に薬物問題のある方への支援に関する意見を自由回答形式で尋ねた。書く質問に対する回答を列挙する。

① 施設として、薬物問題のある人への対応において、心がけているポイントや力を入れている支援内容

・「動静観察を密に行い、職質問のおける引継励行を徹底している。また対象者に対し、職員から積極的に声をかけたり、居室点検を抜き打ちで月2回硫黄実施するほか、必要に応じ適宜行っている。薬物指導重点実施施設として、ヒマープの教材を使用し、月4回集団または個人を対象に行うほか、勉強会として施設会議室を使用し、矯正管区、保護観察所、市の社会福祉担当者、麻薬事務官、近隣の矯正施設などから指導に参加している。」

・「当施設は2名相部屋であるが、覚せい剤事犯者同士相部屋にしないこととしている。刑務所における生活環境調査面接で、施設内におけるスマープやダルクミーティングの実施について説明し、帰住可のためには参加が条件である旨確認している。また、入寮時の面接でも確認している。施設内においては、薬物処遇専門職員が随時相談に応ずることとしている。また、当施設はスマープを日曜日にも実施し、就労と両立できるよう心がけている。」

・「薬物問題のある人への対応において、基本的には他の寮生との対応と変わりございません。なお、当施設では薬物再乱用防止プログラムにおいて、スマープを実施しており、薬物専門職員中心に担当職員、他の職員と連携し取り組んでいます。」

・「対象者は犯罪者であるという先入観を持たず、依存症という病気であるという視点で処遇している。」

・「薬物の克服には長い時間を要することから、

対象者には継続的に支援を受け入れる心構えを持たせるよう工夫していきたい。」

② 施設全体の薬物問題への対応として、うまくいっている点（手ごたえを感じている点）や困っている点

・「施設から退寮した後も、指導に参加する者や、薬物に手を出しそうになったとき、相談に来るものもいることは手ごたえを感じる点であるが、材寮中に薬物を再開し逮捕される者、退所後すぐ薬物を再開する者もいる。」

平成27年10月に薬物処遇専門職員を採用し、スマープの実施などにあたっているが、以前は入寮中の覚せい剤の再使用が散見されていたが、以後は激減しており、入寮中のプログラムの実施は相応の効果が認められる。ただし、受講を嫌がる寮生も散見され、刑務所内の動機付けが更に必要と感じている。

・「全体的には、スマープを集団で実施し、現在のところ特に問題はあります。他、寮内尿検査を月2回実施していますが、12月に初めて陽性反応が出たため、対応に苦慮いたしました。」

・「対象者については、薬物専門職員のみならず、他の補導員も常に声かけをして、全職員が一体となって再発・再使用を注意喚起している。」

・「指導者とのレポートが形成され、退所後に相談してくる例が増えてきた。回復訓練などへの参加意欲が乏しい対象者がおり、意欲喚起が課題である。」

③ 刑の一部執行猶予制度への期待や不安あるいは要望

・「施設に受け入れることは、不安は全くないが、在寮期間が長くなることで対象者がマンネリ化し、気が緩むことが懸念されるため、指導方法を再考する必要がある。」

・「特にない。あるとすれば、執行猶予であり、入寮期間が長期化するのが困る。覚せい剤を重点的に行う施設の確立（医師、専門職員の複数配置）が必要である。」

・「すでに環境問題が始まっていますが、その中

で刑の一部執行猶予を受けた方の受け入れ先に困るケースが出てくるのではないかと心配しています。」

・「対象者の保護観察期間が終了するまで、更生保護施設で処遇しなければならないのか。同一人が長期間滞在することになると、他の在寮者との間に種々あつれきが生じることが予想される。」

・「在所期間が長期安易なることが予想されることから、マンネリ化しない指導体制が望まれる。そのため、施設内での指導方法を多種多彩にすることに加えNA、AA、ダルクなどの施設外活動に参加する機会を増やしたい。そのための職員体制を整えたい。」

④薬物問題のある方への対応全体についての意見

・「薬物重点指導施設としては、薬物対象者の受け入れが多くなることから犯罪学校となりやすく、薬物対象者を同窓にしないよう工夫しているものの、職員の目の届かない所で接触してもわからない。近隣住民に対しては立ち退き運動が起こらないよう、不安を与えないための工夫が必要である。」

・「当施設に入寮する覚せい剤事犯者の多くは*犯者であり、覚せい剤に紳士に向き合おうとする者は限られている。薬物処遇専門職員への負担が大きく、このまま継続できるか不安のあるところである。初犯の段階で時間をとって処遇にあたる、ハーフウェイハウスのような施設作りが必要と考える。」

・「薬物問題に特化せず、当施設に入所する方の中には、生きづらさを抱えた寮生が多く見受けられます。薬物問題のある方だけではなく、嗜癖問題など関連問題として対応していく必要があるように思われます。」

・「対象者が仮釈放の場合、仮釈放期間が1ヶ月、2ヶ月と短い場合は、効果のある支援が来ないことが多い。」

・「薬物方の回復は容易ではない事や、自分一人の力では限界がある事など「弱い自分」を発見・

自覚させ、継続的な支援を受け入れる心構えの育成に努めたい。」

2. スタッフアンケート

各施設で薬物問題に対応しているスタッフに対して、アンケートを行った。各施設で1-4名の回答があり、全部で34名の回答があった。

(1) 回答者の内訳 (表2-1)

年代は60歳代以上が14名(43.8%)と最も多く、次いで40歳代10名(31.3%)、50歳代7名(21.9%)であった。

性別は7割が男性であった。

勤務年数は、1年未満(24.2%)

が最多で、次いで2年以上3年未満(18.2%)、1年以上2年未満(15.2%)で、3年未満のみで半数以上を占めた。それより長期の者は10年以上まで散らばっている・

職種は、薬物専門職員が16名(41.7%)で、次いで14名(41.2%)であり、残りは福祉スタッフであった。資格は、保護士が24名(70.8%)で最も多く、次いで精神保健福祉士7名(20.6%)、社会福祉士6名(17.6%)、看護師5名(14.7%)、臨床心理士2名(5.9%)であった。

(2) 扱った薬物問題のある事例数

これまでに扱った薬物問題のある事例数の分布を図2-1に示した。最も多かったのは100人以上という回答で、30.3%を占めた。次いで、50-100人、30-39人がどちらも18.2%同率であった、このように4分の3が30名以上であったが、5人以下という人も12.1%存在した。

平成27年6月から1年間に絞った薬物問題のある者への対応は表2-2に示した。薬物問題のある事例で入所した事例数は、男性事例で11.2±12.8名であり、女性事例は3.5±8.3名であった。また薬物問題で生活環境訓練をした事例は、男性事例で5.3±6.9名、女性事例で0.6±2.1名であった。

(3) 平成27年6月から1年間に扱った薬物問題のある事例の用いた薬物種

表2-3に示すように、覚せい剤の事例が最多で19.1±0.5名で、次いで大麻0.5±0.9名であった。割合では平均95.6%が覚醒剤であった。

(4) 平成27年6月から1年間に扱った薬物問題のある事例の年齢分布

表2-4に示す通り、40歳代が最も多く、7.4±4.9名であり、各スタッフが1年間に担当した事例中の割合で40歳代の事例は、平均36.7%であった。それに次ぐのが30代、50代であり、30-60歳代で8割以上を占めた。60歳代も平均の割合が8.6%認められた。

(5) 平成27年6月から1年間に各スタッフが対応した薬物問題のある事例の合併する問題や障害

表2-5に示す通り、最も多く認められた問題は精神障害であり、2.8±4.8事例であり、各スタッフが1年間に担当した事例中の割合は、平均11.1%であった。

(6) 平成27年6月から1年間に各スタッフが対応した薬物問題のある事例の入所期間

表2-6に示す通り、最も多いのは3-4ヶ月の5.6±5.4名であり、割合としては平均27.7%であった。次いで、2-3ヶ月3.7±4.1名、22.4%であった。4か月以内がほとんどであるが、5か月以上も2割認められた。

(7) 平成27年6月から1年間に各スタッフが対応した薬物問題のある事例の転帰

表2-7に示す通り、非常勤職に就いた事例が最も多くで平均数9.3±12.4名であった。次いで、常勤職に就いた事例で4.3±6.3であった。各スタッフ中の担当事例中の割合の平均値は、非常勤職43.9%で、常勤職20.9%であった。

(8) 平成27年6月から1年間に各スタッフが対応した薬物問題のある事例に提供した支援

表2-8に示す通り、最も多いのはスマーブ等の認知行動療法を行った事例は、平均8.6±11.9名であった。各スタッフの担当事例数中の割合では、平均40.6%であった。次いで多かった支援は、ダルク・NAへのつなぎで、例数としては3.9±9.9名で、担当事例数中の割合の平均は13.5%であった。病院へのつなぎ、精神保健福祉センターへのつなぎ、家族支援の実施は平均数で1事例に満たず、割合としても3%未満であった。子育て支援につないだ例はなかった。

(9) 薬物依存症者に対する支援者の治療的な態度に関する心理テストJ-DDPPQの結果

今回回答して下さった更生保護施設スタッフのJ-DDPPQの得点と、対照となる看護師のデータ(Takano, A.ら、2013)を、表2-9に示した。今回の対象のJ-DDPPQの総得点は平均値が81.8±17.7であり、内科・救急医療の看護師の得点60.4±14.8より有意に高い得点であった(t検定、Welch法)。精神科の看護婦の平均値75.6±17.9に対しては数字としては高いものの有意差はなかった。「相談と助言」「知識とスキル」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」「役割意識」のサブスケールでは、今回の対象は全てのサブスケールの平均得点において、内科・救急医療の看護師の平均得点よりも有意に高かった(t検定、Welch法)。精神科の看護師の平均値の比較では、今回の対象の方が「知識とスキル」「仕事満足と自信」「患者の役に立つこと」の3つのサブスケールで有意に高い得点であったが、残りの2スケールでは有意差はなかった(t検定、Welch法)。

(10) 薬物問題のある方への支援に関する個々のスタッフの意見(自由回答)

①刑の一部執行猶予制度への期待や不安あるいは要望

出された主な意見は以下の通りである。

・「執行猶予を終えて再犯に至る例がしばしばあるので、これの順序を変えるとどうなるのか。結果を知りたい。」

・「社会内で彼らに関わる機関を持てることは、前向きにとらえている。しかし、医療機関の貧弱さ、医師の臨床の乏しさという現状に不満を抱えながら、受け入れ施設として機能している事は不安を覚える。」

・「保護会での入所期間は原則 6 月であるが、一部猶予期間が 6 月以上ある場合、どのような対応になるのか不透明である。他の入所者とのバランスを考えると不安が残る。」

・「保護観察機関が長期にわたるので対象者に緊張感が薄れてくることが思慮される。薬物の再使用またはほかの犯罪を惹起することが懸念される。」

・「薬物依存者に周囲に関わる期間を長くすることは意義があると思います。一方で、依存症者が社会生活する（就労、治療、コミュニケーション、余暇など）ための受け入れ態勢、社会全体の意識はまだまだ不十分なので、見切り発車してから社会で考えていくという状態でしょうか。薬物専門指定施設として、地域の方々の困りごとにも対応していけたら存在意識がある。チャンスではありますよね・・・。」

・「必ずしも『薬物依存を認めていて、そのためには地域で治療に取り組む必要がある』と感じている人が、この制度で救われるかどうか疑問に感じる部分があります。裁判官や弁護士、刑務官などの薬物依存に対する知識が重要になってくると思います。今まで以上に、判決・収監過程での動機付けが必要なので。」

・「実際に関わりを持ってみないと分からないとはいえ、保護観察状態で社会にいる期間が長いことが有用に働くとも言えるのではないかと。その一方で、受刑生活の質（過ごし方など）への不安も残る。受刑中の薬物指導と保護観察中のプログラムの連携と連動が特に大切と考える。」

・「社会で生活する上で、引き金を避け続けるこ

とは不可能なため、覚せい剤を絶対に使用できない環境下に隔離するよりも、覚せい剤の使用を選択できる環境下で治療した方が有用なのは明らか。保護観察期間、および尿検査実施期間の延長に伴い、社会内でのクリーン期間がのびればのびるほど、薬物離脱につながる可能性は確実に向上するため、刑一部執行猶予制度には大いに期待している。ただ、帰住先や支援者の有無を問わず、刑一部執行猶予判断を下すことには疑問が残る。」

・「まだ嗜好されたばかりで、実際に出所した方々への支援できるのはまだまだ先になってしまうので、全くの未知数である。仮釈放者とは断薬意志にかなりの差があると思われるため、一部執行猶予中の再犯率など、憂慮される点が多々ある。」

・「社会での薬物依存症に対する認知度がまだまだ低く偏見するある現状で、犯罪傾向の強い薬物事犯が一部執行猶予を受けた場合、真摯に回復を目指すかが疑問であるし、それを受け入れるだけのハード面もまだまだ不十分であると感じる。また、そのハード面とも言える医療機関との連携が不可欠である中、薬物事犯者と係わる人間で法的権限を有しない者の負担はかなり増えるであろうと予想される。このことを勘案すると、先に打ち出されたガイドラインの徹底化が必要であり、きめ細かいマニュアルが作成され関係者に周知されなければならないと考える。また、現場に於いては、法的権限を有する者の綿密で迅速なサポート、対応が重要となるであろうと考える。」

・「1. 理論上、実施に於ける効果として「中毒性精神病での受信機会の増加」、「稼動～納税による労働力と税収の確保」、「稼動先への定着率の増加～年金納付」などが挙げられ、重症化や年金未納による医療費、生活保護費の抑制等がある程度考えられる。*現実的には、対象者本人の病識や就労意欲を付与するのが至難である点、薬事犯への根深い恐れを払拭されているとは言い難い点を各々鑑みると、一般社会に於ける制度に対する認知不足も相まって、諸効果

の定着までには相当の年数がかかるものと思われる。2. 保護観察による心理的規則が図られる点にて、厳罰感を得る効果が生まれる。*担当保護司の負担増による「退任者増加～新任者減少」、刑の長期化に因る「更生意欲の減退～心理的弛緩～再犯増」のリスクが各々考えられるため、事実上の減刑化となるのではないか。」

・「現状では、猶予制度の対象者は確認できないが、仮釈放期間が長期間になることが考えられ、断薬意思の継続をどうしていくかが問題である。当施設では月2回の回復プログラム、簡易薬物検査との2本立てで断薬意識の啓蒙活動を行っているが、今後も継続させていきたい。」

・「刑務所を出てきたときは、二度と手を出さないと口にするが、時間が経過すると、その気持ちが徐々に薄れていく傾向を感じる。心から断薬を決心させる方法が難しく思っている。」

・「刑の覚せい剤は一度やったら終わりですので、最初に厳しい処分が必要と思うので、刑を猶予する際は刑に変わる治療施設へ強制入院させる制度が必要と思う。

大丈夫なのかな？と思う。」

・「地域住民の不安や心配が増すばかりで、本人にとっても好ましくない。公的支援機関での専門的指導が改善更生への道となる。」

・「保護施設（重点施設）として一般保護司の対象も受け入れるシステムを構築する必要があると思います。」

・「早期に治療、離脱プログラムに取り組むことは有効だと思っています。そのことが薬物事犯者に対して規範意識が低下しないか心配もしています。」

・「仮釈放期間、執行猶予期間も長くなり、対象者との関わりが長くなることに少し不安もあります。対象者は矯正施設での生活よりも社会生活するつらさも出てくると思います。」

・「一部猶予の導入により、早い段階のうちに地域社会で生活を送れることは生活の基礎作りや地域社会に溶け込みやすくなる点などのメリットも考えられると思いますが、一方で社会内処遇の拡充の必要性や、また保護観察の期間

が長くなる分、保護司への負担の増加等が考えられるかと思います。」

・「結果的に、施設で引き受ける薬物事犯の方の人数が増加することになるのかどうかという点、及び、在所期間が極端に短いほうが増えることにはならないのかといった点が気になります。」

・「制度だけが先走りしている感は否めない。受け皿はまだまだであると思う。日本はアメリカのように、海外の施設や制度と違うので、まずは違法というだけで責めることがないよう援助することも必要であることを一般社会でも受け入れられるようにならなければ無理！」

・「社会内で就労し、プログラムを受講するなど、円滑な社会復帰が望める。保護観察が長期となるため、期間内での再犯となるケースが増加することが予想される。」

②薬物問題のある方への対応全体についての意見

出された主な意見は以下の通りである。

・「アディクションは、依存対象を「断ち」、離脱、回復への道筋を示すことがアディクションアプローチ、ソーシャルワークと考えます。更生保護施設の薬物回復訓練が始まり、「回復」という視点が盛り込まれた事に対しては評価しています。しかし、更生保護施設におけるソーシャルワークという共通言語を持っていない中で各種施策の施行に対しては矛盾を感じます。」

・「私自身、まだまだ経験不足であるため研修などに参加し、一人でも多くの対象者が再犯防止につながるよう勉強していきたい。」

・「SMARPP 以外の適当な教材を開発していただきたい。軽すぎる対象者に、気長に対応していくしかないのかな。」

・「薬物プログラムは開始当初はやる気を示さない対象者も一定数いると思うが、丁寧に指導していくことで変化を見せる者が多いと実感している。これまでもワークブックを記載し、実際のプログラムを行う過程で、改めて断薬の大切さや必要性に思い至る者を見てきた。矯正

と社会内のいわゆる「シームレス」な支援は必須であると感じる次第である。」

・「認知行動療法、SMARPPなどを活用し、福祉的視点やコミュニケーション能力、スキル向上に日々努めながら、薬物問題有無にとらわれすぎないような対人援助を行っていきたい。」

・「仕事、生活態度少しでも良いところがあれば褒めてあげる。」

・「1. 対象者に「中毒性精神病＝慢性疾患」と捕捉させ、治療～再使用抑止を促す。また、長期に渡る治療を見越して自立支援医療の申請を勧め、治療にかかる経済的負担を最小限に抑制する方策を立てる。2. 現在のところ、薬物が原因となる医療・福祉との連携例は些少ではあるが、連携を要する場面ではほぼ確実に対象者が重篤な症状や生活困難に陥っているがゆえに、数の多少による軽視・予断は許されない。今後とも危機発生時の医療・福祉資源の確保に努め、対象者、支援者共々のリスク低減を図る必要がある。」

・「薬物事犯は精神疾患だと囚われているものの、更生保護施設内では、医療機関ではないので、本人へ警察署への出頭を促すこととなる。薬物回復施設とのギャップを感じる事が多々ある。犯罪ととるか、精神疾患ととるか、難しい問題である。」

・「施設面接時は、手を出さないと約束するが、入寮し経過すると、徐々に気持ちは薄れてくる傾向を感じる。断薬を決心させる処遇方法に難しさを感じている。」

・「施設面接時、断薬を約束するが、寮に入寮し満期となれば再び覚せい剤にのめり込む傾向が見受けられ、処遇の難しさを感じています。」

・「今後は矯正施設、保護観察所、保護施設および医療機関とのよりいっそうの協力連携が必要と思われる。」

・「刑よりも専門治療施設への入院を優先させる法整備をお願いしたい。」

・「やっぱり少し怖いなという感は、ぬぐいきれない（病気とはわかっていますが・・・）」

・「ダルクばかりを頼っていることが問題の根

の深さである。」

・「専門スタッフの教育も必要と思うが、補導員への教育もする必要があると思います。」

・「更生保護施設を退所後の生活に関わることはできないのですが、本来はそのことのほうが大切ではないかと思っています。」

・「自分はもうクスリを止めた（止められる）との自己意識が高い者がおり、薬物の本当の怖さを上手く気づかせられないというところが課題と感じています。また、現在施設でSMARPP-16を実施していますが、集団で実施する特性上、途中から参加者同士に仲間意識が芽生えてしまい、集中にかけることが出てきてしまうことがあります。」

・「プログラムで人が変わる事を理解できないスタッフの認知を変えなければ難しい。まずは、スタッフの認知行動療法、動機付けが必要となります。」

D. 考察

今回は25の薬物処遇重点実施更生保護施設へアンケートを送り、回答のあった13施設の責任者のアンケートと34名のスタッフのアンケートを分析した。今回のアンケートを行った時点ではまだ刑の一部執行猶予制度を用いた薬物問題事例は入所してきていない、そのためそうした対象者が入所する前における対応・支援状況や施設代表者やスタッフの考えをまとめることを目的としている。以下に結果から得られた主な知見についてまとめ、適宜考察を加えた。

・13施設における平成27年6月から1年間の利用者は、総数942名（男性797名、女性145名）でそのうち薬物問題のある事例は321名（男性246名、女性75名）であった。男性で30%、女性で50%が、薬物問題を持つ者であった。1年間で各施設の薬物問題をもつ利用者は72.5±38.4名とかなり多い人数であること、施設間の差が大きいことがわかる。

・年齢分布をみると、40歳代が94名(27.2%)で最も多く、次いで30歳代(21.1%)、50歳代(16.2%)、60歳代以上39名(11.3%)という順で、20歳代以下の若年層は少ない。特に男性では50歳代以上が4割を占め、高齢層が女性よりも多い傾向であった。高齢の薬物依存者が今後増えてくる可能性が高く、どのような社会復帰を目指させていくかが課題になってくると思われる。

・更生保護の働きかけで、主要な目標である就労について分析対象219名中、最も多いのは非正規雇用170名(77.6%)で、次いで正規雇用26名(11.9%)で、入所中雇用なし23名(10.6%)であった。これまでの事例のたどってきた経緯を考えれば、非常勤でもこれだけの就労が決まっていること自体、施設の働きかけの有効性を示している。その一方で、非正規が大半であり、特に高齢、女性の場合は正規雇用は難しい状況といえ、そうした背景もあって女性では入所が半年を超える人も1割以上いる。

・入所中の支援やプログラムは、中心となる就労支援に加え、スマーブをはじめとする再発防止のプログラムが施設内外でほとんどの施設で行われ、定着しつつある様子がうかがえる。就労活動等との時間的兼ね合いなどからグループでは難しい場合、個人で行う場合も多いようであり、その運営や効果的なやり方については更に有効な方法を試行錯誤している様子もある。自由回答でも非常に手ごたえを感じているスタッフと、まだあまりその効果を実感していないスタッフの間での違いがある様子であり、今後そうしたプログラム施行の方法や効果を共有・向上していく研修やスパービジョンが重要になると思われる。

・刑の一部執行猶予制度についても、上記のような治療的な働きかけに手ごたえを得ている人を中心に、処罰だけでない治療的な働きかけが早く導入できることに意義を感じている人も多いが、自分の問題についての認識が十分でない段階で入ってくる可能性があることで、指導が入りにくくなってしまふことなどの懸念

も指摘されている。こうした懸念に 대응していくようなサポートが必要であると思われる。

・職員の方の薬物依存症者への治療的な態度をJ-DDPPQという尺度で測定したところ、一般内科や救急の看護師よりも治療的な態度であった。精神科の看護師比べた場合は総得点には差がなかったが、多くのサブスケールでは更生保護施設のスタッフの方が良好な治療的な態度を示した。その理由を考えてみると、更生保護施設のスタッフは、医療者よりも法的な問題をもつ方と接する時間が長く、支援的な態度が醸成されていること、今回の対象としたスタッフが薬物処遇重点実施更生保護施設のスタッフであるので、スマーブなどの支援ツールを経験している者が多く、そうした支援ツールを用いてきた経験が治療的な態度を高めている可能性が考えられた。

・関連機関との連携について触れる。入所中にダルクやNAのミーティング参加6施設(46.2%)、精神科・クリニックでの治療(スマーブ以外)3施設(23.1%)、断酒会やAAのミーティング参加6施設(15.4%)であったが、退所後のダルクやNAなどの自助グループ継続の確認は4施設(30.8%)、医療機関・精神保健福祉センターの継続利用の確認2施設(15.4%)がなされていた。しかし、実際に退所後にダルク等に入寮した者はおらず精神保健福祉センターや福祉機関などの長期的な支援につながるケースは少ない。刑の一部執行猶予制度を用いた利用が増えると、更に個人の状態に合わせた長期的な支援体制を作っていく必要がでてきて、医療保健福祉機関との連携を行うソーシャルワーク的な機能を高めていく必要があると思われた。

・もともと帰住先が難しい中で、更生保護施設に入るが、就労などによる住み込みなどは可能になる事例は少なく、家族や親類のところへ退所する場合も少なくない。特に女性の場合はその割合が高い。その点で家族関係への支援が必要であるが、提供されるプログラムとして家族支援や子育て支援をやっているところは非常

に少なかった。今後、家族関係や子育て支援も行っていく必要があると思われた。

・女性の事例では、精神障害の合併が男性より多く、就労状況も厳しいといえるので、今後女性事例への対応について力を入れる必要があると思われた。

E. 結論

刑の一部執行猶予制度下における更生保護施設を中心とした薬物問題を持つ人に対する地域支援の進め方について、ガイドラインを作成するために、25 の薬物処遇重点実施更生保護施設へアンケートを送り、回答のあった 13 施設の責任者のアンケートと 34 名のスタッフのアンケートの内容を分析した。今回のアンケートを行った時点ではまだ刑の一部執行猶予制度を用いた薬物問題事例は入所してきていない、そのためそうした対象者が入所する前における対応・支援状況や施設代表者やスタッフの考えをまとめることを目的とした。その結果、以下の知見を得た。

・13 施設における平成 27 年 6 月から 1 年間の利用者は、総数 942 名（男性 797 名、女性 145 名）でそのうち薬物問題のある事例は 321 名（男性 246 名、女性 75 名）であった。男性で 30%、女性で 50%が、薬物問題を持つ者であった。1 年間で各施設の薬物問題をもつ利用者は 72.5 ± 38.4 名とかなり多い人数であった。

・入所中の支援やプログラムは、中心となる就労支援に加え、スマーブをはじめとする再発防止のプログラムが施設内外でほとんどの施設で行われていた。スタッフの方の薬物依存症者への治療的な態度を J-DDPPQ という尺度で測定したところ、医療機関の看護師よりも治療的な態度が高く、薬物問題をもつ人への回復支援の手法や視点が定着しつつあることが確かめられた。

・一方、就労や住まいが安定しない状況の者も少なくなく、特に女性や高齢の者ではこれが難

しい状況が生じている。その意味でも刑の一部執行猶予制度を期にさらに関連機関との連携が必要になる。入寮中からの自助グループや医療保健福祉機関との連携も始められているが、退所後の継続はまだ多いとは言えず、より積極的な地域連携に向けた取り組みが必要と思われた。

・家族関係や子育て支援などはあまり取り組まれておらず、こうした面も含めた包括的な支援が必要と思われた。

・刑の一部執行猶予制度についても、治療的な働きかけに手ごたえを得ている人を中心に、処罰だけでない治療的な働きかけが早く導入できることに意義を感じている人も多いが、自分の問題についての認識が十分でない段階で入ってくる可能性があることで、指導が入りにくくなってしまふことなどの懸念も指摘されている。こうした懸念に答えていくようなサポートが必要であると思われた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 森田展彰：アディクション問題の与える子供への影響 臨床心理学 増刊第8号 やさしいみんなのアディクション 松本俊彦（編）金剛出版 152-154 2016.
- 2) 森田展彰：アディクション治療が先か、トラウマ治療が先か？ 臨床心理学 増刊第8号 やさしいみんなのアディクション 松本俊彦（編）金剛出版 123-125 2016.
- 3) 森田展彰：ハームリダクションの展開を考える-医療、回復支援、法的処遇の視点でイベート、日本アルコール・アディクション医学会雑誌 51(4) 128, 2017
- 4) 森田展彰：日本のアディクション特に薬物問題に対するハームリダクションの導入

- に関する論点、日本アルコール・アディクション医学会雑誌 51(4)129, 2017
- 5) 森田展彰：「トラウマ関連問題を背景にもつ薬物依存症に対するプログラムー女性事例を中心とした支援」, 精神療法 43(1) : 104-117, 2017
2. 学会発表
- 1) 吉岡 幸子、新井 清美、森田展彰、成瀬 暢也：アルコール・薬物依存症の家族支援～全国家族調査の結果を踏まえて～、第38回日本アルコール関連問題学会秋田市にぎわい交流館、2016年9月9日
 - 2) 吉岡幸子、成瀬暢也、森田展彰、新井清美：アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査その 1-アルコール依存症家族の背景と支援の必要性-
 - 3) 新井清美、成瀬暢也、森田展彰、吉岡幸子：アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査 その 2-薬物依存症家族の背景とニーズ-第38回日本アルコール関連問題学会秋田市にぎわい交流館、2016年9月9日
 - 4) 森田展彰、新井清美、成瀬暢也、吉岡幸子：アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査その 3-家族の精神健康を中心とした分析-第38回日本アルコール関連問題学会秋田市にぎわい交流館、2016年9月9日
 - 5) 成瀬暢也、吉岡幸子、森田展彰、新井清美：アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査：その 4-刑の一部執行猶予制度に伴う家族支援-第38回日本アルコール関連問題学会秋田市にぎわい交流館、2016年9月9日
 - 6) 森田展彰、嶋根卓也：シンポジウム：ハーム・リダクションの展開を考える：医療、回復支援、法的処遇の視点でディベート、第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、タワーホール船堀（東京）、2016年10月8日。
 - 7) 梅野 充、南 保輔、森田展彰、高原恵子、幸田 実、秋元恵一郎、阿部幸枝、谷部陽子、源田圭子、伊波真理雄危険ドラッグ乱用者に対する回復支援～全国ダルクスタッフ・利用者調査から～、第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、タワーホール船堀（東京）、2016年10月8日。
 - 8) 源田圭子、梅野 充、幸田 実、秋元恵一郎、南 保輔、阿部幸枝、高原恵子、伊波真理雄、谷部陽子、森田展彰：女性にとっての依存症からの回復とは？～全国ダルク関連施設調査から、第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、タワーホール船堀（東京）、2016年10月8日
 - 9) 秋元恵一郎、森田展彰、南 保輔、梅野 充、阿部幸枝、高原恵子、源田圭子、高橋百合子、谷部陽子、幸田 実：回復支援の立場からみた一部執行猶予制度～全国ダルク調査から～、第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、タワーホール船堀（東京）、2016年10月8日
 - 10) 阿部幸枝、梅野 充、森田展彰、秋元恵一郎、幸田 実、加藤 隆、高原恵子、南 保輔、源田圭子、谷部陽子：総合支援法のもとの薬物依存症回復支援施設～全国ダルク関連施設調査から、第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会、タワーホール船堀（東京）、2016年10月8日
 - 11) 森田展彰：アディクションにおける関係性の回復ーオープン・ダイアログへの期待、オープン・ダイアログについて考える、第 27 回日本嗜癖行動学会、2016年10月22日
- H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）
なし

I. 引用文献

- 1) Takano, A., Kawakami, N., Miyamoto, Y., Matsumoto, T.: A Study of Therapeutic Attitudes Towards Working With Drug Abusers: Reliability and Validity of the Japanese Version of the Drug and Drug Problems Perception Questionnaire., Arch Psychiatr Nurs. 29(5):302-8, 2015

表 1-1. 更生保護施設責任者アンケートの回答者の内訳

回答者			人数	%
年代	20代	20代	1	7.7%
		30代	0	0.0%
		40代	1	7.7%
		50代	1	7.7%
		60代以上	11	84.6%
	性別	男性	12	92.3%
		女性	1	7.7%
		不明	1	7.7%
	勤務年数	5年以下	3	23.1%
		5年以上10年未満	6	46.2%
		10年以上15年未満	1	7.7%
		15年以上20年未満	0	0.0%
20年以上25年未満		3	23.1%	
入所定員			人数	%
性別	男女	1	7.7%	
	男のみ	9	69.2%	
	女のみ	3	23.1%	
人数	10-19	1	7.7%	
	20-29	7	53.8%	
	30-39	4	30.8%	
	40-49	1	7.7%	
職員			平均値	標準偏差
常勤職員			6.9	2.1
非常勤職員			4.5	3.3
常勤職員の内訳				
・薬物専門			1.0	0.0
・福祉			0.8	0.6
・上記以外補助職員			4.6	1.8
・調理			1.1	1.0
・その他			0.6	1.4
補助職員の内訳				
・保護司			5.2	2.0
・精神保健福祉士			0.4	0.7
・社会福祉士			0.4	0.7
・その他			0.5	0.7
その他の内訳			介護士	
			看護師	
			臨床心理士	
・薬物専門職員およびその補助			2.7	2.9

表 1-2. 平成 27 年 6 月 1 日から 1 年間における更生保護施設利用者の内訳

利用者	全施設(N=13)		男性利用施設(N=10)		女性利用施設(N=4)	
	平均人数±標準偏差	総人数	平均人数±標準偏差	総人数	平均人数±標準偏差	総人数
平均人数±標準偏差	72.5	38.4	61.3	50.2	36.3	21.9
総人数	942		797		145	
分布	0	0.0%	1	10.0%	0	0.0%
	10	7.7%	0	0.0%	1	25.0%
	20	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	30	15.4%	0	0.0%	2	50.0%
	40	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	50	7.7%	1	10.0%	0	0.0%
	60	23.1%	2	20.0%	1	25.0%
	70	15.4%	2	20.0%	0	0.0%
	80	7.7%	1	10.0%	0	0.0%
	90	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	100	7.7%	1	10.0%	0	0.0%
	110	7.7%	1	10.0%	0	0.0%
	120	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	130	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	140	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	150	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	160	7.7%	1	10.0%	0	0.0%
薬物問題のある者	平均人数±標準偏差	24.6	12.0	18.8	13.7	24.7
	総人数	321		246		75
	利用者中の割合	34.1%		30.9%		51.7%
分布	0	1	7.7%	2	20.0%	1
	10	4	30.8%	1	10.0%	2
	20	3	23.1%	3	30.0%	0
	30	4	30.8%	3	30.0%	1
	40	1	7.7%	1	10.0%	0

表 1-3. 更生保護施設を利用した薬物問題のある者の年齢分布

		10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上	total
男性	人数	0	7	56	64	48	38	213
	割合	0.0%	3.3%	26.3%	30.0%	22.5%	17.8%	100.0%
	施設平均	1.4	0.8	6.2	7.1	5.3	4.2	
	施設標準偏差	2.0	0.8	5.7	4.7	5.1	4.9	
女性	人数	1	5	17	30	8	1	62
	割合	1.6%	8.1%	27.4%	48.4%	12.9%	1.6%	100.0%
	施設平均	0.3	1.7	5.7	10.0	2.7	0.3	
	施設標準偏差	0.5	0.5	3.8	6.4	3.1	0.5	
合計	人数	1	12	73	94	56	39	275
	割合	0.3%	3.5%	21.1%	27.2%	16.2%	11.3%	79.5%

薬物問題のある者についての回答を求めたが、利用者全体（つまり薬物問題のない者も含んだ対象）について回答された方がいたため、その分は除いている。さらに十分な回答のあった者に絞り、275名に関する分析となっている。

表 1-4. 更生保護施設を利用した薬物問題のある者の用いていた主な薬物

		覚せい剤	大麻	危険ドラッグ	その他	総数
男性	人数	199	8	1	1	209
	割合	95.2%	3.8%	0.5%	0.5%	
	施設平均	19.9	0.8	0.1	0.1	
	施設標準偏差	12.6	1.2	0.3	0.3	
女性	人数	75	2	0	0	77
	割合	97.4%	2.6%	0.0%	0.0%	
	施設平均	18.8	0.5	0.0	0.0	
	施設標準偏差	10.6	0.9	0.0	0.0	
合計	人数	274	10	1	1	286
	割合	95.8%	3.5%	0.3%	0.3%	100.0%

薬物問題のある者についての回答を求めたが、利用者全体（つまり薬物問題のない者も含んだ対象）について回答された方がいたため、その分は除いている。さらに十分な回答のあった者に絞り、286名に関する分析となっている。

表 1-5. 更生保護施設を利用した薬物問題のある者の合併する問題

		アルコール 問題	危険ドラ ッグの使用	処方薬の 乱用	ギャンブル 問題	暴力・虐待	精神障害	知的障害	発達障害	要介護認 定	摂食障害	総計
男性	人数	3	0	0	0	0	14	1	0	0	0	166
	割合	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.4%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	
	施設平均	0.43	0.00	0.00	0.00	0.00	2.00	0.14	0.00	0.00	0.00	
	施設標準偏差	1.05	0.00	0.00	0.00	0.00	3.42	0.35	0.00	0.00	0.00	
女性	人数	4	2	1	2	1	23	1	1	3	0	62
	割合	6.5%	3.2%	1.6%	3.2%	1.6%	37.1%	1.6%	1.6%	4.8%	0.0%	
	施設平均	1.33	0.67	0.33	0.67	0.33	7.67	0.33	0.33	1.00	0.00	
	施設標準偏差	1.25	0.47	0.47	0.94	0.47	5.31	0.47	0.47	0.82	0.00	
合計	人数	7	2	1	2	1	37	2	1	3	0	228
	割合	3.1%	0.9%	0.4%	0.9%	0.4%	16.2%	0.9%	0.4%	1.3%	0.0%	

薬物問題のある者についての回答を求めたが、利用者全体（つまり薬物問題のない者も含んだ対象）について回答された方がいたため、その分は除いている。さらに十分な回答のあった者に絞り、228名に関する分析となっている。

表 1-6. 更生保護施設を利用した薬物問題のある者の犯罪

		薬物関連	窃盗	詐欺	遺失物横領	放火	交通事故	性犯罪	暴行・障害	殺人(未遂)	その他	総計
男性	人数	113	28	4	0	0	8	3	5	0	4	166
	割合	68.1%	16.9%	2.4%	0.0%	0.0%	4.8%	1.8%	3.0%	0.0%	2.4%	
	施設平均	11.3	2.8	0.4	0.0	0.0	0.8	0.3	0.5	0.0	0.4	
	施設標準偏差	14.5	3.9	0.8	0.0	0.0	1.1	0.6	0.9	0.0	0.7	
女性	人数	60	1	0	0	0	0	1	2	0	0	62
	割合	96.8%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	3.2%	0.0%	0.0%	
	施設平均	5.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.0	0.0	
	施設標準偏差	10.5	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.6	0.0	0.0	
合計	人数	173	29	4	0	0	8	4	7	0	4	228
	割合	75.5%	12.7%	1.7%	0.0%	0.0%	3.5%	1.7%	3.1%	0.0%	1.7%	

薬物問題のある者についての回答を求めたが、利用者全体（つまり薬物問題のない者も含んだ対象）について回答された方がいたため、その分は除いている。さらに十分な回答のあった者に絞り、286名に関する分析となっている。

表 1-7. 更生保護施設を利用した薬物問題のある者の入所期間

		2ヶ月未満	2-3月	3-4月	4-5月	5-6月	6-7月	7月以上	入所中の事例	総数
男性	人数	25	23	44	18	42	9	5	0	166
	割合	15.1%	13.9%	26.5%	10.8%	25.3%	5.4%	3.0%	0.0%	
	施設平均	3.6	3.3	6.3	2.6	6.0	1.3	0.7	0.0	
	施設標準偏差	3.9	3.8	6.7	2.8	10.7	2.0	1.1	0.0	
女性	人数	16	12	10	8	4	9	3	0	62
	割合	25.8%	19.4%	16.1%	12.9%	6.5%	14.5%	4.8%	0.0%	
	施設平均	5.3	4.0	3.3	2.7	1.3	3.0	1.0	0.0	
	施設標準偏差	4.9	3.5	3.2	3.1	0.6	2.0	0.0	0.0	
合計	人数	41	35	54	26	46	18	8	0	228
	割合	18.0%	15.4%	23.7%	11.4%	20.2%	7.9%	3.5%	0.0%	

薬物問題のある者についての回答を求めたが、利用者全体（つまり薬物問題のない者も含んだ対象）について回答された方がいたため、その分は除いている。さらに十分な回答のあった者に絞り、286名に関する分析となっている。

表 1-8. 更生保護施設を利用した薬物問題のある者の合併する者の退所状況

		まだ入所中	円満	勧告	無断	その他	総数
男性	人数	0	130	3	6	4	143
	割合	0.0%	90.9%	2.1%	4.2%	2.8%	
	施設平均	0.0	18.6	0.4	0.9	0.6	
	施設標準偏差	0.0	13.9	1.0	1.4	0.9	
女性	人数	0	50	1	9	2	62
	割合	0.0%	80.6%	1.6%	14.5%	3.2%	
	施設平均	0.0	16.7	0.3	3.0	0.7	
	施設標準偏差	0.0	13.0	0.5	0.8	0.9	
合計	人数	0	180	4	15	6	205
	割合	0.0%	87.8%	2.0%	7.3%	2.9%	

薬物問題のある者についての回答を求めたが、利用者全体（つまり薬物問題のない者も含んだ対象）について回答された方がいたため、その分は除いている。さらに十分な回答のあった者に絞り、205名に関する分析となっている。

表 1-9. 更生保護施設を利用した薬物問題のある者の合併する者の就職状況

		正規雇用	非正規雇用	入所中就業なし	総数
男性	人数	26	131	16	173
	割合	15.0%	75.7%	9.2%	
	施設平均	3.7	18.7	2.3	
	施設標準偏差	8.3	12.4	3.1	
女性	人数	0	39	7	46
	割合	0.0%	84.8%	15.2%	
	施設平均	0.0	13.0	2.3	
	施設標準偏差	0.0	15.0	2.1	
合計	人数	26	170	23	219
	割合	11.9%	77.6%	10.5%	

薬物問題のある者についての回答を求めたが、利用者全体（つまり薬物問題のない者も含んだ対象）について回答された方がいたため、その分は除いている。さらに十分な回答のあった者に絞り、219名に関する分析となっている。

表 1-10. 更生保護施設を利用した薬物問題のある者の合併する者の退所先

		まだ入所中	賃貸住宅で独居	家族・知人宅	福祉施設	ダルク等	医療機関	通勤寮、社宅等	居住先不明	その他
男性 (N=171)	人数	0	41	50	3	0	1	49	10	17
	割合	0.0%	24.0%	29.2%	1.8%	0.0%	0.6%	28.7%	5.8%	9.9%
	施設平均	0.0	5.9	7.1	0.4	0.0	0.1	7.0	1.4	2.4
	施設標準偏差	0.0	4.1	6.0	0.5	0.0	0.3	6.5	1.7	3.2
女性 (N=62)	人数	0	24	25	1	0	2	1	6	3
	割合	0.0%	38.7%	40.3%	1.6%	0.0%	3.2%	1.6%	9.7%	4.8%
	施設平均	0.0	8.0	8.3	0.3	0.0	0.7	0.3	2.0	1.0
	施設標準偏差	0.0	3.6	9.1	0.5	0.0	0.5	0.5	1.6	0.8
合計 (N=233)	人数	0	65	75	4	0	3	50	16	20
	割合	0.0%	27.9%	32.2%	1.7%	0.0%	1.3%	21.5%	6.9%	8.6%

薬物問題のある者についての回答を求めたが、利用者全体（つまり薬物問題のない者も含んだ対象）について回答された方がいたため、その分は除いている。さらに十分な回答のあった者に絞り、233名に関する分析となっている。

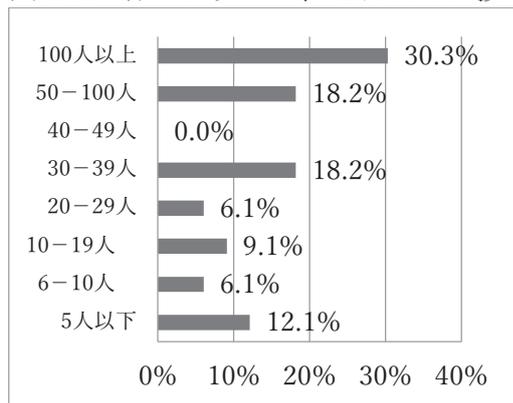
表 1-11. 更生保護施設を利用した薬物問題のある者に提供したプログラム

	「施行している」と回答した施設		施行した事例数(回答のあった施設のみ)					必要/希望に応じ施行	備考
	度数	%	0~4名	5~9名	0~14名	5~19名	20名以上		
1. 施設内でのスマーブなどの再発防止に対する認知行動療法(グループ)	7	53.8%	2	1	1	1	1	0	
2. 施設内でのスマーブなどの再発防止に対する認知行動療法(個人)	9	69.2%	4	0	0	1	0	0	
3. ダルク等による施設内での薬物指導(グループ)	5	38.5%	0	2	0	0	2	0	
4. SST・マインドフルネスなど感情や対人関係に対する心理療法(グループ)	5	38.5%	2	0	0	0	1	1	
5. その他のグループによる心理プログラム	2	15.4%	1	0	0	0	0	0	コラージュ2
6. 個人的な心理療法・カウンセリング	3	23.1%	1	1	1	0	0	0	
7. 職業訓練	1	7.7%	1	0	0	0	0	0	
8. 就労支援	10	76.9%	3	1	2	1	0	0	
1. 外部機関でのスマーブなどの再発防止に対する認知行動療法(グループ)の施行	7	53.8%	2	0	1	1	2	0	保護観察所5
2. 施設外のダルクやNAのミーティングへの参加	6	46.2%	4	0	0	0	1	0	
3. 施設外の断酒会やAAのミーティングへの参加	2	15.4%	2	0	0	0	0	0	
4. 精神科病院・クリニックの治療(スマーブ以外)	3	23.1%	4	0	0	0	1	1	
5. 精神保健福祉センターや市区町村との連携(スマーブ以外)	1	7.7%	2	0	0	0	0	0	
6. 家族会など家族支援サービスとの連携・紹介	0	0.0%	2	1	0	0	0	0	
7. 児童相談所や市区町村などにおける子育て支援サービスとの連携・紹介	1	7.7%	0	0	0	0	0	0	
8. その他の外部の支援	2	15.4%	0	0	0	0	0	0	
1. 施設スタッフによる電話相談や訪問相談や心理相談などの退所後のアフターケア	7	53.8%	0	1	0	0	0	0	
2. ダルクやNA等の自助活動の継続が確認できた例	4	30.8%	1	0	0	0	0	0	
3. 医療機関や精神保健福祉センターなどでの治療や相談を継続している事例	2	15.4%	1	0	0	0	0	0	

表 2-1 スタッフアンケートの回答者

	人数	%	
年代	20代	0	0.0%
	30代	1	3.1%
	40代	10	31.3%
	50代	7	21.9%
	60代以上	14	43.8%
	無回答	1	3.1%
性別	男性	23	71.9%
	女性	10	31.3%
	無回答	1	
勤務年数	1年未満	8	24.2%
	1年以上2年未満	5	15.2%
	2年以上3年未満	6	18.2%
	3年以上4年未満	1	3.0%
	4年以上5年未満	2	6.1%
	5年以上6年未満	2	6.1%
	6年以上7年未満	3	9.1%
	7年以上8年未満	4	12.1%
	8年以上9年未満	1	3.0%
	9年以上10年未満	0	0.0%
	10年以上	1	3.0%
無回答	1		
職種	1.薬物専門職員	16	47.1%
	2.福祉スタッフ	4	11.8%
	3.上記以外の補導職員	14	41.2%
	4.調理員	0	0.0%
	5.その他	0	0.0%
資格	1. 保護司	24	70.6%
	2.精神保健福祉士	7	20.6%
	3.社会福祉士	6	17.6%
	4.看護師	5	14.7%
	5.臨床心理士	2	5.9%
	6.保健師	0	0.0%
	7. その他	4	11.8%

図 2-1. 各スタッフが、これまでに扱った事例数



無回答 1 名を除く 33 名についての結果

表 2-2 各スタッフが H27 年 6 月～1 年間に対応したケース

	生活環境調整で 施設面接事例								入所事例							
	全体				薬物問題のある事例				全体				薬物問題のある事例			
	男性		女性		男性		女性		男性		女性		男性		女性	
有効解答数	29		29		29		29		28		28		28		28	
欠損値	10		10		10		10		11		11		11		11	
平均値	12.6		1.1		5.3		0.6		31.1		4.0		11.2		3.5	
標準偏差	16.0		3.1		6.9		2.1		46.5		13.0		12.8		8.3	
最小値	0		0		0		0		0		0		0		0	
最大値	60		12		30		11		164		58		34		36	
分布	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0～4	14	48.3%	25	86.2%	16	55.2%	28	96.6%	12	42.9%	24	85.7%	12	42.9%	26	92.9%
5～9	2	6.9%	2	6.9%	6	20.7%	0	0.0%	1	3.6%	1	3.6%	4	14.3%	0	0.0%
10～14	4	13.8%	2	6.9%	5	17.2%	1	3.4%	3	10.7%	1	3.6%	2	7.1%	1	3.6%
15～19	2	6.9%	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%	2	7.1%	0	0.0%	3	10.7%	3	10.7%
20～24	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%
25～29	1	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	7.1%	0	0.0%
30～34	2	6.9%	0	0.0%	1	3.4%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	4	14.3%	0	0.0%
35～39	2	6.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	1	3.6%
40～45	1	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
45～49	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
50～54	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
55～59	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	0	0.0%
60～64	1	3.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
65以上	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
欠損値	5		5		5		5		6		6		6		6	

表 2-3 各スタッフの担当薬物問題事例における主な薬物種

事例数		覚せい剤	大麻	危険ドラック	その他
		平均値	19.1	0.5	0.1
	標準偏差	11.0	0.9	0.3	0.2
	最小値	2	0	0	0
	最大値	35	4	1	1
各スタッフにおける 担当事例中の割合	割合 (%) の平均	95.6%	2.2%	0.2%	0.6%
	割合 (%) の標準偏差	5.5%	4.4%	0.7%	2.9%
	最小値	83.3%	0.0%	0.0%	0.0%
	最大値	100.0%	16.7%	2.7%	14.3%
	無回答を除く25名のスタッフの結果をまとめている。				

表 2-4 平成 27 年 6 月から 1 年間にスタッフが対応した薬物問題のある事例の年齢分布

		10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代
事例数	平均値	0.2	0.7	4.8	7.4	4.4	2.0
	標準偏差	0.6	0.6	4.2	4.9	3.6	2.4
	最小値	0	0	0	0	0	0
	最大値	2	2	20	18	11	8
各スタッフにおける担当事例中の割合	割合(%)の平均値	1.4%	3.2%	24.1%	36.7%	24.3%	8.6%
	割合(%)の標準偏差	3.5%	3.8%	12.7%	15.6%	15.0%	9.2%
	最小値	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	最大値	11.8%	15.4%	66.7%	60.0%	57.1%	29.6%

無回答を除く25名のスタッフの結果をまとめている。

表 2-5 平成 27 年 6 月から 1 年間に各スタッフが対応した薬物問題のある事例の合併する問題や障害

		精神障害	知的障害	発達障害	要介護認定	アルコール依存	危険ドラッグ使用	処方薬依存	ギャン物障害	摂食障害	暴力問題	暴力被害の問題	子育ての問題
事例数	平均値	2.8	0.4	0.6	0.0	0.6	0.2	0.7	0.5	0.2	0.4	0.1	0.1
	標準偏差	4.8	0.9	1.4	0.0	1.1	0.8	2.2	1.2	0.6	0.8	0.4	0.3
	最小値	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	最大値	18	3	5	0	4	4	8	4	2	2	2	1
各スタッフにおける担当事例中の割合	割合(%)の平均値	11.1%	1.6%	2.6%	0.0%	3.7%	1.5%	2.2%	3.3%	0.9%	3.7%	0.7%	0.2%
	割合(%)の標準偏差	14.1%	3.9%	7.0%	0.0%	7.5%	6.7%	6.1%	8.9%	2.1%	8.0%	2.6%	0.7%
	最小値	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	最大値	48.6%	12.5%	31.3%	0.0%	33.3%	33.3%	21.6%	33.3%	5.9%	28.6%	11.8%	2.7%

無回答を除く25名のスタッフの結果をまとめている。

表 2-6. 平成 27 年 6 月から 1 年間に各スタッフが対応した薬物問題のある事例の入所期間

		2ヶ月未満	2-3ヶ月	3-4ヶ月	4-5ヶ月	5-6ヶ月	6ヶ月以上
事例数	平均値	3.0	3.7	5.8	2.0	2.8	2.2
	標準偏差	3.0	4.1	5.4	2.2	5.9	2.6
	最小値	0	0	0	0	0	0
	最大値	9	16	16	6	30	7
各担当事例中の割合	割合(%)の平均値	15.1%	22.4%	27.7%	11.2%	10.8%	11.1%
	割合(%)の標準偏差	14.8%	24.3%	25.6%	11.8%	20.2%	13.6%
	最小値	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	最大値	66.7%	100.0%	94.1%	50.0%	100.0%	50.0%

無回答を除く25名のスタッフの結果をまとめている。

表 2-7. 平成 27 年 6 月から 1 年間に各スタッフが対応した薬物問題のある事例の就労状況

		まだ入所中	就職した(常勤)	就職した(非常勤)
事例数	平均値	0.5	4.3	9.8
	標準偏差	1.0	6.3	12.4
	最小値	0	0	0
	最大値	3	19	33
各担当事例中の割合	平均値	5.7%	20.9%	43.9%
	標準偏差	12.6%	28.8%	40.5%
	最小値	0%	0%	0%
	最大値	50.0%	100.0%	100.0%

無回答を除く25名のスタッフの結果をまとめている。

表 2-8. 平成 27 年 6 月から 1 年間に各スタッフが対応した薬物問題のある事例に提供された支援

	スマーブ等 認知行動療 法	その他心理 療法施行	ダルク・NA	病院へのつ なぎ	精神保健セ ンター	家族支援の 実施	子育て支援 の実施	その他
事例数	8.6	2.1	3.9	0.5	0.2	0.2	0.0	0.1
標準偏差	11.9	5.6	9.9	0.8	0.5	0.7	0.0	0.3
最小値	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
最大値	36	20	36	3.0	2.0	2.0	0.0	1.0
各担当事例 中の割合	40.3%	7.8%	13.5%	2.6%	0.8%	1.2%	0.0%	0.5%
標準偏差	46.4%	17.7%	28.3%	4.6%	1.9%	3.4%	0.0%	1.6%
最小値	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
最大値	100.0%	58.8%	97.3%	16.7%	5.9%	11.8%	0.0%	5.9%

無回答を除く25名のスタッフの結果をまとめている。

表 2-9.J-DDPPQ の回答結果

	A.更生保護施設のスタッ フ(N=31)		B.精神科の看護師 (N=267)		C.内科/救急の看護師 (N=85)		統計的検定 A-Bの比較	統計的検定 A-Cの比較
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
総得点	81.8	17.7	75.6	17.9	60.4	14.8	n.s.	***
相談と助言	14.1	4.5	12.1	4.7	8.0	4.2	*	***
知識とスキル	31.4	9.5	23.4	9.8	16.4	7.9	***	***
仕事満足と自信	19.8	4.5	14.8	3.9	13.1	3.1	***	***
患者の役に立つこと	21.3	4.3	16.3	4.1	15.6	6.4	***	***
役割意識	9.3	2.1	9.0	2.6	7.3	2.7	n.s.	***

統計的検定は、t検定(Welch法), n.s.:有意差なし, * : P<0.05, *** : P<0.001

Aは今回のデータ、BとCは、Takano,A. et al.,2013による。

施設スタッフの代表者の方(施設長/薬物問題のある方の出入り状況を把握されている方)に、お答えいただく薬物問題への対応状況に関するアンケート

■あなたのプロフィールをお尋ねします。あてはまる番号に○をして下さい。

質問1 年齢 1. 20歳代 2. 30歳代 3. 40歳代 4. 50歳代 5. 60歳代およびそれ以上

質問2 性別 1. 男性 2. 女性

質問3 現在の施設に勤めてどれくらいですか。 ()年 ()ヶ月

質問4 貴施設について伺います。

1) 貴施設で受け入れている利用者の定員数は何名ですか? 男性 ()名 女性 ()名

2) 貴施設の職員配置について伺います。括弧内に人数を記入下さい。

常勤職員 ()名 非常勤職員 ()名

3) 常勤職員の内訳について以下の括弧内に人数を記入下さい。

薬物専門職員 ()名 福祉スタッフ ()名 左記以外の補導職員(補導主任と施設長を含む) ()名

調理員 ()名 その他 ()名

3) 補導職員の内訳について、以下の括弧内に人数を記入下さい。

保護司 ()名 精神保健福祉士 ()名 社会福祉士 ()名

その他 ()名 →その他を具体的に ()例:保健師、臨床心理士など

4) 薬物専門職員およびその補助を行っている職員 ()名

その方の職種・資格について、あてはまる番号に全て○をつけてください。

1. 保護司 2. 精神保健福祉士 3. 社会福祉士 4. 看護師 5. 臨床心理士 6. 保健師
7. その他 ()

■平成27年6月1日から平成28年5月31日までの一年間に貴施設に入所した事例について、以下の質問にご回答をお願いします。(その期間より前に入所していた事例は含みません)。

質問5 この期間に入所した事例の人数を以下に記入ください。

男性 ()名 女性 ()名

質問6、質問5の事例のうち薬物問題を持つ事例の人数を以下に記入ください。

注)「薬物問題の事例」とは、刑務所内で、薬物依存離脱指導(R1)対象者のみでなく、薬物以外の問題の処遇を受けていた者(例:R2暴力団離脱処遇, R4被害者の視点を取り入れた教育などの対象者)でも、薬物の問題を抱えている事例全てが入ります。

男性 ()名 女性 ()名

質問7 質問6の薬物問題のある入所事例について、内訳を以下の表に書き込んでください。

薬物問題のある入所事例(H27. 6. 1—H28. 5. 31 入所開始した事例)				
性別	年齢	最も主要な薬物	併存する問題	併存する障害
男性	20歳代 ()名	覚せい剤 ()名	アルコール依存 ()名	精神障害 ()名
	30歳代 ()名	大麻 ()名	危険ドラッグ依存 ()名	知的障害 ()名
	40歳代 ()名	危険ドラッグ	処方薬依存 ()名	発達障害 ()名
	50歳代 ()名	()名	ギャンブル依存 ()名	要介護認定 ()名
	60歳以上 ()名	その他 ()名	暴力・虐待の問題 ()名	摂食障害 ()名
女性	20歳代 ()名	覚せい剤 ()名	アルコール依存 ()名	精神障害 ()名
	30歳代 ()名	大麻 ()名	危険ドラッグ依存 ()名	知的障害 ()名
	40歳代 ()名	危険ドラッグ	処方薬依存 ()名	発達障害 ()名
	50歳代 ()名	()名	ギャンブル依存 ()名	要介護認定 ()名
	60歳以上 ()名	その他 ()名	暴力・虐待の問題 ()名	摂食障害 ()名

以下は上表の続きです

性別	罪名 ★重複あり	入所期間	退所時状況	退所後の 帰住先
男性	薬物 ()名	◆ 退所事例	◆ 退所理由	まだ入所中 ()名
	窃盗 ()名	2月未満 ()名	まだ入所中 ()名	賃貸住宅で独居 ()名
	詐欺 ()名	2-3月 ()名	円満 ()名	家族・知人宅 ()名
	遺失物横領 ()名	3-4月 ()名	勧告 ()名	福祉施設 ()名
	放火 ()名	4-5月 ()名	無断 ()名	ダルク等 ()名
	交通事犯 ()名	5-6月 ()名	その他 ()名	医療機関 ()名
	性犯罪 ()名	6-7月 ()名	◆ 就労の可否	通勤寮, 社宅等 ()名
	暴行・傷害 ()名	7月以上 ()名	正規雇用 ()名	居住先不明 ()名
	殺人(未遂) ()名	◆ 入所中の事例	非正規雇用 ()名	その他 ()名
	その他 ()名	()名	入所中就労なし ()名	
女性	薬物 ()名	◆ 退所事例	◆ 退所理由	まだ入所中 ()名
	窃盗 ()名	2月未満 ()名	まだ入所中 ()名	賃貸住宅で独居 ()名
	詐欺 ()名	2-3月 ()名	円満 ()名	家族・知人宅 ()名
	遺失物横領 ()名	3-4月 ()名	勧告 ()名	福祉施設 ()名
	放火 ()名	4-5月 ()名	無断 ()名	ダルク等 ()名
	交通事犯 ()名	5-6月 ()名	その他 ()名	医療機関 ()名
	性犯罪 ()名	6-7月 ()名	◆ 就労の可否	通勤寮, 社宅等 ()名
	暴行・傷害 ()名	7月以上 ()名	正規雇用 ()名	居住先不明 ()名
	殺人(未遂) ()名	◆ 入所中の事例	非正規雇用 ()名	その他 ()名
	その他 ()名	()名	入所中就労なし ()名	

質問8 質問6で回答いただいた事例の支援状況について、下の表に書き込んでください。わかる限りの概算でかまいません。

施設内プログラム	1. 施設内で施行されるスマーブなどの再発防止に 対する認知行動療法（グループ）	1. なし 2. あり（ ）名
	2 施設内で施行されるスマーブなどの再発防止に 対する認知行動療法（個人）	1. なし 2. あり（ ）名
	3. ダルク等による施設内での薬物指導（グループ）	1. なし 2. あり（ ）名
	4. SST・マインドフルネスなど感情や対人関係に対 する心理療法（グループ）	1. なし 2. あり（ ）名
	5. その他のグループによる心理プログラム	1. なし 2. あり（ ）名 2の場合、具体的内容をお書き下さい 例：カラージュ療法
	6. 個人的な心理療法・カウンセリング	1. なし 2. あり（ ）名
	7. 職業訓練	1. なし 2. あり（ ）名
	8. 就労支援	1. なし 2. あり（ ）名
施設外の機関 やサービスに おける支援の 利用	1. 外部機関でのスマーブなどの再発防止に対 する認知行動療法（グループ）の施行.	1. なし 2. あり（ ）名 2の場合、施行場所を選び○で囲んで下さい 保護観察所 医療機関 ダルク 精神保健福祉センター その他（ ）
	2. 施設外のダルクや NA のミーティングへの参加	1. なし 2. あり（ ）名
	3. 施設外の断酒会や AA のミーティングへの参加	1. なし 2. あり（ ）名
	4. 精神科病院・クリニックの治療(スマーブ以外)	1. なし 2. あり（ ）名
	5. 精神保健福祉センターや市区町村との連携 (スマーブ以外)	1. なし 2. あり（ ）名
	6. 家族会など家族支援サービスとの連携・紹介	1. なし 2. あり（ ）名
	7. 児童相談所や市区町村などにおける子育て 支援サービスとの連携・紹介	1. なし 2. あり（ ）名
	8. その他の外部の支援	1. なし 2. あり 2の場合、具体的内容をお書き下さい 例：パソコン教室
退所後のケ アやモニタ リング	1. 施設スタッフによる電話相談や訪問相談や 心理相談などの退所後のアフターケア	1. なし 2. あり 2の場合、具体的内容をお書き下さい 例：電話相談
	2. ダルクや NA 等の自助活動の継続が確認できた例	1. なし 2. あり（ ）名
	3, 医療機関や精神保健福祉センターなどでの 治療や相談を継続している事例	1. なし 2. あり（ ）名

質問9 施設として、薬物問題のある人への対応において、心がけているポイントや力を入れている支援内容を、以下にお書き下さい。

質問10 施設全体の薬物問題への対応として、うまくいっている点（手ごたえを感じている点）や困っている点について、お書き下さい。

質問11 薬物問題のある方への対応を行う上で、刑の一部執行猶予制度が始まっていますが、そのことに対する期待や不安あるいは要望について、お書き下さい（特にこの制度を行う上での地域連携などについてもご意見などあればお書き下さい）。

質問12 薬物問題のある方への対応全体についてのご意見を自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。
ご記入もれがないかご確認頂き、よろしいようでしたら
同封の返信用封筒にてご投函下さい。

薬物問題のある方に対応しているスタッフの方に対するアンケート
(できれば4名の方をお願いします。ご無理な場合は可能な方のみでお願いいたします)

■あなたのプロフィールをお尋ねします。あてはまる番号に○をして下さい。

質問1 年齢 1. 20歳代 2. 30歳代 3. 40歳代 4. 50歳代 5. 60歳代およびそれ以上

質問2 性別 1. 男性 2. 女性

質問3 現在の施設に勤めてどれくらいですか。 ()年 ()ヶ月

質問4 あなたの職種について当てはまる番号に○をつけてください(1つに○)。

1. 薬物専門職員 2. 福祉スタッフ 3. 左記以外の補導職員(補導主任と施設長を含む)
 4. 調理員()名 5. その他()名

質問5 あなたの資格について当てはまる番号に○をつけてください(複数回答可)。

1. 保護司 2. 精神保健福祉士 3. 社会福祉士 4. 看護師 5. 臨床心理士 6. 保健師
 7. その他()

■以下にあなたが扱った事例について伺います。

質問6 これまでにあなたが支援者として関わってきた薬物問題のある人の人数はどれくらいですか?

1. 5人以下 2. 6-10人 3. 10-19人 4. 20-29人、5. 30-39人、
 6. 40-49人 7. 50-100人、8. 100人以上

質問7 H27年6月1日からH28年5月31日までに、あなたが関わった事例の数(おおよその数で結構です)について以下の表に書き込んでください。

処遇の形式	男女別の数	薬物問題のある事例
生活環境調整で施設面接をした事例	男()名 女()名	男()名 女()名
入所事例	男()名 女()名	男()名 女()名

質問8 上記事例のうちの「薬物問題のある入所事例」の内訳について、以下に回答下さい。

最も主要な薬物	合併する問題	年齢の分布	入所期間	その事例に関する支援の成果
覚せい剤 ()名	精神障害 ()名	20歳代 ()名	2月未満 ()名	まだ入所中 ()名
大麻 ()名	知的障害 ()名	30歳代 ()名	2-3月 ()名	就職した(常勤) ()名
危険ドラッグ ()名	発達障害 ()名	40歳代 ()名	3-4月 ()名	就職した(非常勤) ()名
その他 ()名	要介護認定 ()名	50歳代 ()名	4-5月 ()名	スマーブ等の再発防止に対する
★その他を選んだ場合、具体的な薬物名を記入ください。()	アルコール依存 ()名	60歳以上 ()名	5-6月 ()名	認知行動療法施行 ()名
	危険ドラッグ依存 ()名		6月以上 ()名	その他の心理療法施行 ()名
	処方薬依存 ()名			ダルク・NAや断酒会・AA等への つなぎ ()名
	ギャンブル依存 ()名			病院へのつなぎ ()名
	摂食障害 ()名			精神保健センターや市区町村などへのつなぎ ()名
	暴力の問題 ()名			家族支援の実施 ()名
	暴力被害の問題 ()名			子育て支援の実施 ()名
	子育ての問題 ()名			その他 ()

質問9 こうした事例への支援や介入についてあなたが困難に感じる要因は何ですか？
当てはまる回答すべてに○をしてください。

1. こうした困難な事例に対応する時間や余裕がないため
2. 薬物依存症がどういう病気であるかという知識が足りないため
3. 薬物依存症の治療や回復の方法や相談機関について十分知らないため
4. 薬物依存症は回復の可能性が低いので支援の意味を感じにくい
5. 薬物依存症のある方への嫌悪感があるため
6. 衝動的であったり、逸脱行動があったりするのを怖いため。
7. 一緒に助けてくれる援助機関などがみつからないため
8. その他 ()

質問10 薬物問題において、対応に苦勞した事例やエピソードについてお書きください。

質問11 薬物問題のある方への対応を行う上で、心がけている点やうまくいった事例やエピソードについて自由にお書きください。

質問 1 2 違法薬物を使用している方や医療目的以外で薬物を使用している方と関わる仕事についてお尋ねします。

以下の文章について、最もあてはまる答えに○をつけてください。

		全 く 思 わ な い	思 わ な い	思 わ な い	ど ち ら も 言 え な い	少 し 思 う	思 う	思 う
1	薬物や薬物関連問題に関する仕事上の知識がある。	1	2	3	4	5	6	7
2	薬物関連問題の原因について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。	1	2	3	4	5	6	7
3	薬物使用が及ぼす身体的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。	1	2	3	4	5	6	7
4	薬物使用が及ぼす心理的な影響について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。	1	2	3	4	5	6	7
5	薬物関連問題を生じさせるリスク因子について、自分の職務を果たすのに十分な知識がある。	1	2	3	4	5	6	7
6	薬物使用者に対して、長期にわたって相談にのり助言する方法を知っている。	1	2	3	4	5	6	7
7	薬物とその影響について、薬物使用者に適切にアドバイスできる。	1	2	3	4	5	6	7
8	必要な時は、薬物使用者に、薬物使用について尋ねてよい。	1	2	3	4	5	6	7
9	薬物関連問題に関するどのような情報でも、薬物使用者に尋ねてよい。	1	2	3	4	5	6	7
10	薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、自分が困ったことについて何でも話し合える人を、容易に見つけることができる。	1	2	3	4	5	6	7
11	薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、専門職としての責務を明確にできるように助けてくれる人を、容易に見つけることができる。	1	2	3	4	5	6	7
12	薬物使用者と関わる中で必要と感じたなら、薬物使用者への最善の関わり方を考えるのを助けてくれる人を、容易に見つけることができる。	1	2	3	4	5	6	7
13	薬物使用者に自分が援助できることはほとんどない。	1	2	3	4	5	6	7
14	薬物を使用していない人に対してと同じように、薬物使用者に対する仕事ができる。	1	2	3	4	5	6	7
15	薬物使用者に対して、役立てないと感じてしまう。	1	2	3	4	5	6	7
16	仕事で関わるそのほかの入所者に比べて、薬物使用者を尊重できない。	1	2	3	4	5	6	7
17	薬物使用者に対する仕事をする時に、しばしば不快な気持ちになる。	1	2	3	4	5	6	7

		全 く 思 わ な い	そ う 思 わ な い	あ ま り 思 わ な い	ど ち ら と も 言 え な い	少 し 思 う	そ う 思 う	と と も 思 う
18	一般的に、薬物使用者に対する仕事から満足を得ることができる。	1	2	3	4	5	6	7
19	一般的に、薬物使用者に対する仕事は働きがいがある。	1	2	3	4	5	6	7
20	薬物使用者のことを理解できる。	1	2	3	4	5	6	7
21	薬物をやめられないのは病気のせいだということが理解できている	1	2	3	4	5	6	7
22	薬物をやめられないのは本人の性格や意志の問題ではないと知っている	1	2	3	4	5	6	7
23	薬物依存症の相談や治療を助けてくれる機関・団体について知っている	1	2	3	4	5	6	7
24	薬物依存症の自助グループについて知っている	1	2	3	4	5	6	7
25	薬物依存症について、専門の医療・相談機関や自助グループを紹介したり、連携したことがある	1	2	3	4	5	6	7
26	薬物依存症への対応について研修など学ぶ機会が十分ある	1	2	3	4	5	6	7
27	薬物依存症者の家族への対応や支援を行っている	1	2	3	4	5	6	7
28	刑の一部執行猶予制度は有用であると感じている	1	2	3	4	5	6	7

質問 1 3 薬物問題のある方への対応を行う上で、刑の一部執行猶予制度が始まりましたが、そのことに対する期待や不安あるいは要望についてお書き下さい。

質問 1 4 薬物問題のある方への対応についてのご意見を自由にお書き下さい。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本俊彦	薬物依存臨床の焦点		薬物依存臨床の焦点	金剛出版	東京	2016	p176
松本俊彦	自己治療としてのア ディクション	松本俊彦	臨床心理学増刊 第8号 やさし いみんなのアデ ィクション	金剛出版	東京	2016	pp48-52
松本俊彦	「大麻(マリファナ) は安全」と主張する クライアントにどう 対応したらよいか?	松本俊彦	臨床心理学増刊 第8号 やさし いみんなのアデ ィクション	金剛出版	東京	2016	pp84-86
松本俊彦	クロスアディクショ ン事例とどうかかわ るか?	松本俊彦	臨床心理学増刊 第8号 やさし いみんなのアデ ィクション	金剛出版	東京	2016	pp121- 122
松本俊彦	第21章 物質関連障 害および嗜癖性障害 その他の嗜癖関連障 害を含む「総論」	下山晴彦・ 中嶋義文	公認心理師必携 精神医療・臨床 心理の知識と技 法	医学書院	東京	2016	pp295- 297
松本俊彦	第21章 物質関連障 害および嗜癖性障害 その他の嗜癖関連障 害を含む「アルコール 関連障害」	下山晴彦・ 中嶋義文	公認心理師必携 精神医療・臨床 心理の知識と技 法	医学書院	東京	2016	pp297- 299
松本俊彦	第21章 物質関連障 害および嗜癖性障害 その他の嗜癖関連障 害を含む「薬物関連 障害」	下山晴彦・ 中嶋義文	公認心理師必携 精神医療・臨床 心理の知識と技 法	医学書院	東京	2016	pp299- 302
松本俊彦	17 物質関連障害お よび嗜好性障害群 大麻依存	樋口輝彦, 市川宏伸, 神庭重信, 朝田 隆, 中込和幸	今日の精神疾患 治療方針 第2 版	医学書院	東京	2016	pp654- 655
松本俊彦	IV 薬物乱用防止対 策	精神保健福 祉士養成セ ミナー編集 委員会	精神保健福祉士 セミナー2(第6 版)精神保健学 —精神保健の課 題と支援	へるす出 版	東京	2017	pp109- 130

近藤あゆみ	依存症という「病」	池田理知子 五十嵐紀子	よくわかるヘル スコミュニケーション	株式会社 ミネルヴァ 書房	京都府	2016	pp26-27
近藤あゆみ	アディクション臨床 ではなぜ家族支援が 大切なのか、	松本俊彦	臨床心理学増刊 第8号 やさし いみんなのアデ ィクション	株式会社 金剛出版	東京都	2016	pp140- 141
近藤あゆみ	境界線を引くこと、 イネイブリングをや めること	松本俊彦	臨床心理学増刊 第8号 やさし いみんなのアデ ィクション	株式会社 金剛出版	東京都	2016	pp143- 144
近藤あゆみ	家族は本人を24時 間監視すべきなの か？	松本俊彦	臨床心理学増刊 第8号 やさし いみんなのアデ ィクション	株式会社 金剛出版	東京都	2016	pp144- 146
近藤あゆみ	物質関連障および嗜 癖性障害群 薬物関 連障害	下山晴彦	公認心理師必携 精神医療・臨床 心理の知識と技 法	株式会 社 医学書院	東京都	2016	pp101- 102
嶋根卓也	テンションを上げた い、嫌なことを忘れ たい	松本俊彦	大学生のための メンタルヘルス ガイド	大月書店	東京	2016	pp129- 143
嶋根卓也	市販薬にも安心でき ないものがある	松本俊彦	臨床心理学増刊 第8号 やさし いみんなのアデ ィクション	金剛出版	東京	2016	pp66-68
嶋根卓也	大学生のためのわか りやすい薬物乱用の 話	加藤哲太、 北垣邦彦、 嶋根卓也、 ほか	危険ドラッグ問 題の表と裏	薬事日報 社	東京	2016	pp11-43
森田展彰	アディクション問題 の与える子供への影 響	松本俊彦	臨床心理学増刊 第8号 やさし いみんなのアデ ィクション	金剛出版	東京	2016	pp152- 154
森田展彰	アディクション治療 が先か、トラウマ治 療が先か？	松本俊彦	臨床心理学増刊 第8号 やさし いみんなのアデ ィクション	金剛出版	東京	2016	pp123- 125

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
松本俊彦	なぜ多剤併用になってしまうのか —精神科医の処方意図	薬事	58(8)	27-29	2016
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
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
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
松本俊彦	子どもの薬物乱用の現状と予防	小児科	57(9)	1143-1150	2016
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
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	2016
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 薬物医学会雑誌	51(5)	335-347	2016
松本俊彦	妊婦の薬物依存	日産婦医会報	68(11)	10-11	2016
Toshihiko Matsumoto, Hisateru Tachimori, Ayumi Takano, Yuko Tanibuchi, Daisuke Funada, Kiyoshi Wada	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(12)	560-566	2016
和田 清	「刑の一部執行猶予」とは？	精神科	30	22-27	2017
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
嶋根卓也	「ゲートキーパー」としての薬剤師の役割	医薬ジャーナル	52(2)	101-104	2016
嶋根卓也	学校における薬物乱用防止教育	精神科治療学	31(5)	573-579	2016
嶋根卓也	ユーザーに最も身近な相談窓口として～多剤併用を防ぐ薬剤師の取り組み～	月刊薬事	58(8)	68-70	2016

<u>嶋根卓也</u>	LGBT における HIV 感染症と薬物依存	精神科治療学	31(8)	1045-1052	2016
<u>嶋根卓也</u>	飲酒・喫煙・薬物乱用	小児科診療	79(11)	1657-1663	2016
大曲めぐみ, <u>嶋根卓也</u> , <u>松本俊彦</u>	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
<u>森田展彰</u>	トラウマ関連問題を背景にもつ薬物依存症に対するプログラム—女性事例を中心とした支援—	精神療法	43(1)	104-117	2017