

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)

再犯防止推進計画における薬物依存症者の
地域支援を推進するための政策研究

令和3年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 松本俊彦

令和4(2022)年3月

目 次

I. 総括研究報告書

再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究 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.....	15
松本 俊彦	
2. 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	87
嶋根 卓也	
3. 薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究	127
白川 教人	
4. 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.....	157
森田 展彰	
5. 薬物依存症者への就労支援のあり方に関する研究.....	211
引土 絵未	
6. 司法と福祉の連携による薬物依存症者への地域支援とその回復過程に関する 質的研究.....	225
高橋 康史	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表.....	243
--------------------------	-----

再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究

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】本研究班の目的は以下の2つの課題を解決することで、再犯防止推進法制定下の薬物依存症者地域支援体制の構築に資することである。その課題とは、1つは、薬物依存症支援に係る中長期的予後の実態を把握することであり、もう1つは、初期介入からリハビリ期間を経て社会復帰に至るまでの、回復ステージに応じた切れ目のない支援体制を構築することである。

【方法】本研究は、以下の6つの分担研究課題から構成される。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）、2)「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）、3)「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」（研究分担者：白川教人）、4)「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）、5)「薬物依存症者への就労支援のあり方に関する研究」（研究分担者：引土絵未）、6)「司法と福祉の連携による薬物依存症者への地域支援とその回復過程に関する質的研究」（研究分担者：高橋康史）。

【結果】薬物問題を抱える保護観察対象者のコホート調査（VBP）は、今年度も20箇所の精神保健福祉センターの管轄エリアで継続したが、コロナ禍での保護観察所でのリクルート率低下への対策として、2021年10月より刑務所釈放前教育時でのリクルート情報の提供を開始し、「矯正施設—保護観察—地域精神保健福祉」連携の礎石を築いた。「ダルク追っかけ調査」では、コホート全体の50%について5年後転帰を追跡することに成功し、その高い断薬継続率が確認された。精神保健福祉センターの調査からは、薬物依存症の相談件数の増加、薬物依存症回復プログラムの普及が確認されるとともに、精神保健福祉センター主催の生活保護担当者研修を通じて、支援力の向上、ならびに薬物依存症者に対する忌避的感情の低減が進みつつあることが明らかにされた。更生保護施設における調査を通じて、SMARPP実施を通じて職員の意識改革が起こっている実態を確認するとともに、地域連携に資するパンフレットの開発と配布を行った。民間回復施設の就労支援に関する調査では、これまでの実態調査と海外での情報収集の知見を踏まえ、「薬物関連問題をもつ人の就労ワークブック」を開発した。地域生活定着支援センター利用者の調査からは、薬物依存症に限局しない包括的・総合的支援の必要性、ならびに保護観察対象者に対するSMARPPの好ましい機能が明らかにされた。

【結論】本研究班では、3年間の活動を通じて、エビデンス創出とともに、研究活動そのものや、研究の一環として実施される研修会や意見交換会を通じて、薬物依存症者の地域支援体制の構築を推進した。本研究班終了後も、いくつかの分担課題については研究活動、研修会、意見交換会を継続し、薬物依存症者の地域支援体制の構築を推進する予定である。

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)

白川 教人 (横浜市こころの健康相談センター
センター長)

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)

引土 絵未 (日本女子大学人間社会学部社会福
祉学科 専任講師)

高橋 康史 (名古屋市立大学大学院 人間文化研
究科 講師)

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」(規制・取り締まりの強化)に偏り、「需要の低減」(依存症の治療・回復支援)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、平成28年6月には「刑の一部の執行猶予制度」が施行され、これを機に、関係機関や団体が緊密に連携した、地域における薬物依存症者支援の必要性が高まった。さらに、平成28年12月には再犯防止推進法が制定され、これにもとづき、平成29年12月には、犯罪対策閣僚会議において自治体の「再犯防止推進計画策定」の努力義務化などが定められ、地域に薬物依存症者の支援体制を構築することは、もはや努力目標ではなく、国や自治体の義務となった。いまや、保護観察から切れ目のない地域における支援の実現に向けて、地域の関係機関や民間支援団体の連携をより緊密とし、必要な支援を提供できる体制を確立することは、わが国喫緊の課題といえるであろう。

しかし、いまだ地域の医療機関や相談支援機関の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、対策の企画立案

にあたって参照できる基礎的データも存在しない状況である。すでに2015年11月19日には「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」(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)が発出されており、その基本方針として、薬物依存者に対する支援を刑事施設や保護観察所又は医療機関いずれかの単一の機関に委ねるのではなく、相互に連携し、それぞれが有する責任、機能又は役割に応じた支援を、切れ目なく(シームレスに)実施するよう努めること、さらには、民間支援団体との連携体制構築の重要性が示されている。

すでに研究代表者は、平成28～30年度の厚生労働科学研究において、「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」の課題、ならびに各論部分に関する補強的提言を行っているが、その提言を地域に根づかせていくためには、さらに克服すべき課題が山積している。具体的には、薬物問題を抱える人たちの中長期的な転帰に影響を与える要因を明らかにし、リハビリから社会参加までの支援のあり方、あるいは、更生保護施設に対する地域側からの支援、さらには、地域における薬物依存症者支援を、当事者の視点から明らかにする必要がある。

そこで本研究は以下の2つを目的とする。1つは、薬物依存症支援に係る中長期的予後の実態を把握することであり、もう1つは、初期介入からリハビリ期間を経て社会復帰に至るまでの、回復ステージに応じた切れ目のない支援体制を構築することである。

B. 研究方法

本研究は、以下の6つの分担研究課題から構成される。

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)
2. 「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)
3. 「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」(研究分担者: 白川教人)
4. 「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)
5. 「薬物依存症者への就労支援のあり方に関する研究」(研究分担者: 引土絵未)
6. 「司法と福祉の連携による薬物依存症者への地域支援とその回復過程に関する質的研究」(研究分担者: 高橋康史)

以下に、各分担課題の具体的な研究方法を述べる。

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)

本分担研究の目的は、保護観察の対象となった薬物事犯者の転帰を明らかにし、転帰に影響する要因を明らかにするとともに、保護観察から地域支援への橋渡しをするシステムの構築である。

この目的を達成するために、すでに分担研究者らは、保護観察所と精神保健福祉センターなどの地域支援機関との橋渡しをしながら、保護観察の対象となった薬物事犯者の長期転帰を調査する、「Voice Bridges Project (VBP): 「声」の架け橋プロジェクト」を平成 29 年 3 月より実施している。これは、保護観察所にて対象者をリクルートし、管轄の精神保健福祉センターにて研究参加の同意を得て、対面もしくは電話による追跡を 3 年間実施するコホート研究のデザインで実施されている。

こうしたなかで今年度は従来継続している保護観察対象者コホート調査のデータ解析を行う量的研究セクション(研究 1)に加え、VBP を通して見える薬物依存症地域支援体制における現状と課題に関する質的研究セクション(研究 2) も実施した。

研究 1: 引き続き VBP を継続し、保護観察対象者コホート調査データの中間解析を行い、保護観察開始以降の薬物再使用状況、生活状況、回復プログラム参加状況、困りごと・悩みごとや相談相手の変化に関する量的な解析を行った。なお、法務省保護局観察課から調査実施地域における全薬物事犯保護観察対象者のデータの提供を受け、調査に参加した者としなかった者の特徴(性別、年齢、保護観察の種類、保護観察終了時の転帰)を比較し、VBP 参加者の偏りについても明らかにした。

研究 2: 今年度は、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の世界的な感染拡大により、地域における薬物依存症支援体制のあり方を改めて見直すことを余儀なくされたことを受け、急遽、COVID-19 による地域の薬物依存症支援体制への影響に関する質的研究を追加実施した。具体的には、対象地域の精神保健福祉センターを対象に質問紙を用いたヒアリング調査を行い、COVID-19 の流行に伴う対象者の変化や各機関との連携体制の変化に関する質的情報を収集・整理した。

2. 「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)

本分担研究の目的は、民間支援団体利用者の予後と支援の課題を明らかにすることである。研究事業の最終年度にあたる今年度は、次の 4 点を主たる研究目的として、研究成果を報告する。第一に、5 年間に渡って追跡を完遂した者(追跡完遂者)の特徴を明らかにする(研究 1)。第二に、継続的な断酒・断薬率、薬物関連問題

の重症度の時点変化を検討する(研究2)。第三に、最終フォローアップ調査における自記式アンケートに基づき、自助グループの活動状況と断酒・断薬との関係性について検討を行う(研究3)。第四に、ダルク意見交換会を通じて、コロナ禍が回復支援活動に与える影響について課題を抽出・整理する(研究4)。

上述の目的を達成するために、今年度、以下の3つの研究を実施した。

研究1: コホート全体(694名)を5年間に渡って追跡を完遂した追跡完遂群347名、途中で追跡できなくなった追跡不能群347名に分類し、ベースライン情報を比較した。

研究2: コホート全体(694名)を新規利用群225名(ダルク利用開始から12ヶ月以内)と、継続利用群469名(利用開始から13ヶ月以上)に分類し、継続的な断酒・断薬率やDAST-20スコアの時点変化を調べた。

研究3: 自記式アンケート(最終フォローアップ)に回答した293名を断酒・断薬が継続した者を継続アブステナンス群(188名)と、対照群(再使用があった者、再使用の情報が得られなかった者)105名に分類し、自助グループ活動との関連性を調べた。また、コロナ禍でのストレスあり群205名とストレスなし群86名に分類し、自助グループ活動との関連性を調べた。

研究4: 「第9回ダルク意見交換会」に参加した33施設の職員計53名の事前アンケート(自由記載)をコード化し、意味のまとまりごとにコードに名前を付けて整理した。

3. 「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」(研究分担者: 白川教人)

本分担研究の目的は、全国の市区町村における薬物依存症支援の理解向上・均てん化および地域連携・支援の円滑化および「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」

の最適化(研究①)、全国精神保健福祉センターにおける薬物依存症の相談件数および回復プログラム等の実施状況の把握(研究②)、スティグマ尺の開発と自治体職員を対象とした薬物依存症に対する意識調査(研究③)を行った。この目的を達成するために、今年度、以下の3つの研究を実施した。

研究1: 「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」を用いて市区町村生活保護担当ケースワーカーに研修を実施した。この研修会は、研修実施者に薬物依存症の当事者が加わり、回復に関する実体験を語るという内容を盛り込むことを必須とした。研修前・中・直後・6か月後に自記式アンケート(J-DDPPQ: 薬物依存症の支援従事者の態度を測定する心理尺度)と研修前・直後に12の質問、研修直後に感想の自由記述を用いて研修効果を測定した。

生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」を用いて市区町村生活保護担当ケースワーカーに研修を実施した。研修実施者に当事者が加わり、実体験を語ることが特徴である。研修前・中・直後に自記式アンケートと研修直後に感想の自由記述を用いて研修効果を測定した。

研究2: 全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを介して調査票を送付し、各精神保健福祉センターより1) 薬物依存症の相談件数 2) 指定相談機関の選定状況 3) 治療・回復プログラムの実施状況 4) 新型コロナウイルス感染症の影響に関する情報収集を行った。

全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを介して調査票を送付し、各精神保健福祉センターより1) 薬物依存症の相談件数 2) 指定相談機関の選定状況 3) 治療・回復プログラムの実施状況 4) 新型コロナウイルス感染症の影響 5) 関係機関との連携状況を回答頂いた。集計し、経年モニタリングを実施した。

研究 3: 文献レビューと当事者や家族へのインタビューを行い、スティグマ尺度を開発した。全国の 2 つの自治体の生活保護担当ケースワーカーと、全国 69 の精神保健福祉センターで相談業務にあたる職員を対象に本尺度を用いて違法薬物使用に対する意識調査を実施した。また、研究①でも本尺度を使用し、研修によるスティグマの変化を解析した。

4. 「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)

本分担研究の目的は、更生保護施設における薬物問題を持つ人の回復状況やそれに対して刑の一部執行猶予制度や施設の支援や関連機関との連携状況が与える影響を明らかにすることである。

この目的を達成するために、今年度、以下の 3 つの研究を実施した。

研究 1: 施設利用者に対する縦断的アンケート調査: 施設利用者に対して、入所時と退所時、退所後に薬物依存に対応する動機づけ (SOCRATES)、精神健康 (K6)、適応上の問題 (薬物巻れ問題尺度) を測定し、またその変化に刑の一部執行猶予制度の対象であることや、支援内容が与える影響を分析した。

研究 2: 更生保護施設の利用者や支援者の質的研究: 面接記録について、複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach、TEA と記す) による質的分析を行った。

研究 3: 更生保護施設と関連機関の意見交換会: 更生保護施設・保護観察所、医療保健機関、ダルク等の援助者を集めて意見交換会を開催し、支援におけるポイントをまとめ、これを小冊子にまとめた。

5. 「薬物依存症者への就労支援のあり方に関する研究」(研究分担者: 引土絵未)

先行研究により、依存症治療の成功要因の一つが有益な雇用であり、依存症治療と職業訓練の統合の必要性が指摘されているにもかかわらず、日本国内では支援者の創意工夫による部分が大きく、支援内容も共有されていない現状にある。

そこで、本分担研究では、地域の民間依存症回復支援施設等における就労支援について焦点をあて、薬物依存症者の就労支援の実態と課題を明らかにするとともに、実際に行われた支援の好事例を収集することを目的としている。この目的を達成するために、2019 年度には民間依存症回復支援施設ダルクを対象としたインタビュー調査を実施し、先駆的事例として米国ニューヨーク州においてヒアリング調査を実施した。2020 年度、アルコール依存症を主な対象とし薬物依存症の受け入れ実績のある就労支援を実施する民間依存症回復支援団体 3 施設を対象にインタビュー調査を実施し、2019 年度の調査対象を含め 11 施設のインタビューデータについて質的分析を行った。今年度、依存症の利用者のいる就労移行支援事業所 2 施設、および、出所者の採用支援・教育支援団体 2 施設、薬物事犯者を採用している企業 3 社へのインタビュー調査を実施した。上記 18 機関のインタビュー調査から、薬物依存症者の就労における困難性とその支援の創意工夫について抽出することを試みた。

6. 「司法と福祉の連携による薬物依存症者への地域支援とその回復過程に関する質的研究」

(研究分担者: 高橋康史)

薬物依存症者に対する地域支援を当事者の視点を踏まえて捉え直すことを試みる。地域生活定着支援事業 (現・地域生活定着促進事業) が開始され、医療・福祉的ニーズをもつ矯正施設等入所者が、矯正施設等出所後、ただちに医療・福祉につながる仕組みが地域生活定着支援センターを中心に整備されてきた。しかしなが

ら、こうした司法と福祉の連携において、第1に、薬物依存症者のニーズとそれに対する具体的な対応の実態、第2に、支援を受けた当事者の生活再建過程については十分に明らかにされていない。

そこで、本分担研究は、司法と福祉の連携による地域支援が、薬物依存症者にいかなる影響を与え、薬物依存症者の回復過程にどのような機能を与えているのかを、支援者と当事者に対するインタビュー調査によって明らかにする。同時に、ポジティブ/ストレングスな視点から薬物依存症者の回復モデルの試案を提言することを目指す。ことを目的に設定した。

この目的を達成するために、今年度は3つの研究を実施した。

研究1: 地域生活定着支援センターによる薬物依存症者の地域支援に関する聞き取り調査を実施した。

研究2: 地域生活定着支援センターによる支援を受け、刑事施設等から出所した薬物依存症者の出所後の予後についてインタビュー調査を実施した。

研究3: 昨年度実施したグループ・インタビューを実施した24名の薬物依存症者（ピア・サポートから始まった民間施設の利用者）に対して、追加インタビュー調査を行い、その「語り」の構造を解析した。また、薬物依存症から回復した後に支援者となった6名に対してもインタビュー調査もを行い、それらのナラティブを検討した。

研究4: 24名の薬物依存症者を対象としたグループ・インタビュー調査に加えて、補足調査を行いその内容を分析に加えて、その「語り」の構造を実証的に解明することを試みた。そのうえで、薬物依存症から回復した後に薬物依存症者を支援する立場になった者6名を対象としたインタビュー調査を行い、そのナラティブを検討した。

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）

研究1: 「保護観察対象者コホート調査」では、平成29年3月から令和3年12月末までに、20の精神保健福祉センターから計642名の保護観察対象者が調査に参加した。1年後追跡完了者は253名、2年後の追跡完了者は127名、3年後の追跡完了者は63名であった（追跡率は1年後80.1%、2年後76.5%、3年後70.8%）。初回調査時における対象者の平均年齢は46.1歳で、男性が76.0%、週4日以上働いている者が39.1%であり、保護観察の種類の内訳としては、仮釈放の者が63.4%と最多であった。主たる使用薬物としては覚せい剤が93.5%、逮捕時DAST-20の平均値は11.0と中程度、89.9%が中等症以上の薬物問題の重症度を示し、治療プログラムを受けている者が75.1%であった。

追跡中の各調査期間における違法薬物再使用率は、3か月後では3.0%、9か月～1年では3.2%、1年6か月～2年では3.2%、2年6か月～3年では7.9%であった。治療プログラム参加率は1年後には45.5%に減少し、2年後38.6%、3年後23.8%と年々低下したが、それに比べると、累積断薬継続率は、約1年経過時点で約90%、約2年経過時点で約90%、約3年経過時点で約80%と、その低下は緩徐であった。 Kaplan-Meier解析を実施したところ、約1年経過後の累積断薬継続率は約90%、2年経過後の累積断薬継続率も約90%であり、3年経過後の累積断薬継続率は約80%であった。

1年以内に再使用した者の特徴としては、初回調査時点で精神障害者保健福祉手帳や身体障害者手帳所持者が多いこと、刑務所への服役回数が多いことが確認された。3年以内に使用

した者の特徴としては、初回調査時点で未婚の割合が多い傾向がみられた。1年後調査でQOLを「良好」と申告した者は男性が多く、初回調査時点で有職者が多かった。「不良」と申告した者は初回調査時点で治療中の身体疾患が多かった。3年後調査では有意な差はなかった。また、男性・覚醒剤使用者に限定し、1年後までの違法薬物使用に関連する要因を検討したところ、「無職」と「相談相手の存在」が保護要因として、「社会福祉サービスの利用」がリスク要因として同定された。

なお、法務省保護局観察課から提供されたデータを分析した結果、調査実施地域における薬物事犯保護観察対象における本調査同意率は9.8%で、同意者（701名）は非同意者（6,444名）に比べ男性が有意に少なく、平均年齢は高かった。保護観察の転帰では、期間満了した者の割合が同意群は87.3%、非同意群は73.6%で同意群には身体拘束や死亡、余罪での保護観察取り消しの転帰者は確認されていない。（令和3年12月末）。

研究2: VBPを通して見える薬物依存症地域支援体制における現状と課題に関するヒアリング調査 VBPに参加する精神保健福祉センターを対象としたアンケート調査から、これまでは支援につながっていなかった薬物依存症当事者が、VBPを通して精神保健福祉センターにつながっており、調査という枠組みを通して年単位で関わる中で、潜在的な切実な支援ニーズが浮き彫りになるケースがあることが明らかになった。精神保健福祉センターの職員が薬物依存症の当事者に対する理解を深め、他の自治体の支援体制や状況を知る機会が増えるなど、VBPを通して支援者・支援組織の側に様々なポジティブな変化が生じていることが伺えた。頼れる人がいない、仕事がない、身体疾患や精神疾患がある、母子家庭であるなど、健康度が低い人が調査・支援関係の中断に至りやすい可能性が示唆された。就労を開始するな

どの生活の変化により、精神保健福祉センターの業務時間である平日の日中に電話することが難しくなり、中断に至るケースがあることもわかった。女性、携帯電話を所持している人、家族等の相談できる人や医療機関などとのつながりをもっている人、誰かと話したいという気持ちを持っている人、誰かの役に立ちたいと思っている人、仕事や家庭などの生活が比較的安定している人、などが、調査・支援関係を継続しやすいケースの特徴として挙げられた。単なる調査のみの関わりでなく、薬物以外の生活上の悩みなどを聴くことで中断が少なくなるという意見や、調査への協力を依頼するという関係性が継続しやすさと関わっている可能性も示唆された。精神保健福祉センター職員の負担の軽減や、調査・支援に対するアクセシビリティの向上、リクルートの際の対象者への丁寧な説明など、プロジェクト全体で引き続き努力を重ねていく必要がある点があることも明らかになった。

2. 「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）

（1）5年後まで追跡することができたのはコホート全体の50%であり、追跡完遂者には、「回復のモデルとなる仲間がいる」という特徴がみられた。本研究における高い追跡完遂率の背景には、フォローアップを担当したダルク職員と利用者との良好な関係性が影響している可能性がある。また、スタッフの持つ当事者性が、対象者にとっての回復のモデルとなる「先行く仲間」となっていた可能性がある。

（2）コホート全体の約30%が5年間に渡って、一度もアルコール・薬物の再使用がない状態、いわゆるクリーンの状態を保っていることが明らかになった。ダルクの継続利用群は、新規利用群に比べて、断酒・断薬率が10%以上高いという結果が得られた。追跡完遂者に絞って、

断酒・断薬率を算出すると、継続断酒・断薬率は59%であり、これはコホート全体の2倍近く高い結果となった。

(3) 薬物関連問題の重症度は、ダルク入所時には集中的な治療を必要とする相当程度であったが、ベースライン調査から1年が経過した時点では中程度(外来治療で対応できるレベル)まで低下し、その後も緩やかに減少傾向が続いた。

(4) 断酒・断薬の状態を維持した継続アブステナンス群は、対照群に比べて、自助グループ活動を積極的に行っていることが明らかになった。継続アブステナンス群には、ホームグループがある、会計、電話・メール対応などのサービスを経験している、スポンサーがいる、ミーティング以外の時間にスポンサーに相談するなどの特徴がみられた。積極的な自助グループ活動は、断酒・断薬を維持する可能性がある。

(5) コロナ禍で自助グループや施設外プログラムが制限され、コロナ禍での自粛生活にストレスを感じる者が多い中で、オンラインミーティングが新たな受け皿になっている可能性が示唆された。

3. 「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」(研究分担者: 白川教人)

研究1: 令和3年8月13日および10月29日にウェブ形式の研修を実施した。研修にはそれぞれ46名と34名が参加し、アンケートの回収数はそれぞれ33名(71.7%)と24名(70.6%)であった。研修効果はJ-DDPPQ尺度上、合計得点で有意な変化が見られたが、8月分は効果量の変動が小さかった。また、自由記述では、薬物依存症に関する基本的な知識を得られたという感想と当事者の体験談から当事者の環境や心境の理解が進んだという感想が目立った。実際の支援にすぐ役立つという意見や、失敗をしても伴走する支援を目指したいという

意見もあった。8月の研修は通信環境不良の意見が挙がったが、10月はオンライン形式は好評であり、更にブレイクアウト機能などの活用で講師と参加者あるいは参加者同士の交流を希望する意見もあった。

研究2: 全国の精神保健福祉センター69箇所に調査票を送付し、全ての精神保健福祉センターより回答を得た(回答率は100%)。全国の精神保健福祉センターでの薬物相談の平均件数は168.5件で、平成27年度(平均77.3件)から一貫して増加傾向にあった。薬物依存症を対象にした回復プログラムを45箇所で実施されていた。プログラムを実施していないセンターでは、人員がいない、ノウハウがない、予算がつかないといった理由からプログラムの実施をしていない傾向にあった。家族教室などの家族向けプログラムを実施しているセンターは48で前年度よりも1減っていた。

コロナウイルス感染症の流行に伴うセンターの依存症事業への影響では、個別の相談では感染対策を実施して事業を実施しているセンターが多かったが、本人プログラムでは19センターが、家族教室では26センターが感染症拡大時期に事業を中止していた。センターを訪れる相談者も、在宅時間の増加や自助グループが利用できないことにより悪化したケースが34センターから報告された。管轄地域の民間団体も活動規模を縮小したり(57)中止した(51)グループが多くセンターで報告されており、共催のイベントが開催できない(27)といった弊害も生じていた。

外部機関との連携では、ダルクや医療機関などの連携状況は前回調査(令和元年度)と大きく変わらなかったが、本年度では保護観察所との連携が多かったとする回答が多かった。専門医療機関が選定済みのセンターは53で、前回調査(39)よりも増加していた。

研究3: 文献レビューと、当事者や家族に対するインタビューから24項目による尺度原案

が提案された。生活保護担当ケースワーカー58名と、精神保健福祉センターの相談員229名の回答より尺度の統計学的妥当性が示されたほか、ティグマが高い要因として、生活保護担当ケースワーカーであること、薬物依存症の支援従事者であること、年齢が60代以上であること、ピアと連携して支援に当たった経験がないこと、支援の中で被暴力被害の体験があること、回復した薬物依存症者にあった経験がないこと、プログラムに参加した経験がないことといった要因が挙げられた。また、当事者の講演を聞く研究①の研修では本尺度に測定されるスティグマが有意に減少した。

4. 「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)

研究1: 入所時400事例、退所時220事例、退所後3か月時66事例のデータを収集して、それらを分析した結果、以下の所見を得た。

・入所時と退所時のデータの比較したところ、薬物関連問題尺度の生活困難の得点やK6得点の低下が認められた。更生保護施設での支援を受けて就労や子育て精神的なつらさを乗り越える生活上の自信を高めることができおり、精神健康状態も改善している。このように安定化できた実感もあり、退所時の施設におけるケアに対する主観的な評価は95%の人が肯定的であった。

・SOCRATESの総得点、病識、迷いの得点が、3時点(入所時・退所時・退所後差3か月)で低下していた。自分の薬物問題を受け止め、これを変えていく動機づけが時間とともに低下することが確かめられた。退所後3か月時において半数以上の回答者が薬物欲求を生じていると答えており、薬物依存の回復を継続する働きかけの重要性があらためて確かめられた。

・刑の一部執行猶予制度の対象者では、非対象者に比べて、3時点を通じてのSOCRATESの

得点の低下が少ないことが確認された、同制度が薬物問題へ取り組む意識の継続に効果を上げていることが確認された。

・退所後の相談継続やそれに向けた働きかけの実態については、①入所中に導入された支援としては、認知行動療法は45.0%、ダルクや自助グループは35.9%、精神保健福祉センター・医療機関20.9%、更生保護施設職員の個別相談は54.5%であった。②退所後3か月のアンケートでは、退所後に受けている支援としては、ダルク・自助グループは12.5%、精神保健福祉センター・医療機関6.3%、定着支援センター2.1%、更生保護施設職員の個別相談は29.2%、就労支援27.1%であった。退所後3か月に地域の相談機関につながっていることを目的変数とした重回帰分析では、入所中のダルク・自助グループの紹介や刑の一部執行猶予制度の対象者であること、退所時のSOCRATES総得点が有意に関連していた。また、この退所時のSOCRATESの総得点を目的変数とした重回帰分析により、この得点に対してダルク・自助グループや精神保健福祉センター・医療機関の導入および刑の一部執行猶予制度の対象となっていることが有意な関連があることが確かめられた。制度を用いて地域の機関につなぐ働きかけが退所後の回復支援の継続に役立っていることが確かめられた。

研究2: 更生保護施設の利用者の回復過程に関してTEAを用いた質的研究を行ない、職員の個別的な関わりをもとに自分の問題を受け止めてくれると感じたことが、生活パターンや薬物使用における自分の感情の内省あるいは退所後に支援機関につながる力を育むことにつながっていることが示された。

研究3: 上述の調査所見と、更生保護施設の職員と関連機関の関係者を集めた意見交換会で意見聴取をもとに、多職種多機関の連携を円滑にするためのポイントをまとめたパンフレット作成を行った。

5. 「薬物依存症者への就労支援のあり方に関する研究」(研究分担者: 引土絵未)

代表的なカテゴリーについて「薬物関連問題をもつ人の就労支援ガイド」としてまとめ、ニューヨーク州の雇用リソース開発チームで開発された雇用リソースブックを基盤とし「薬物関連問題をもつ人と就労のためのワークブック」を作成した。

また、①情報開示、②連携、③フォローアップ体制の充実の3点について考察した。

①情報開示: 本調査にて情報収集することができた薬物依存症者の就労の概況を総括すると、その多くは薬物関連問題を非公表にすることにより就労機会を確保せざるを得ない状況にある。薬物関連問題に対する情報開示には、公表・一部公表・非公表の3つの立場があるが、メリット、デメリット考える機会を提供し、選択を支援していくことが重要であることが指摘された。また、薬物依存症者が自分自身で情報開示について選択するには、薬物関連問題に対する誤解や偏見を解消するための啓発が重要であると考ええる。

②重複障害や高齢などの理由により一般就労が難しく、何らかの就労支援が必要になる薬物依存症者においては、依存症回復支援施設を中心に薬物依存症者の利用受け入れに理解のある一部の就労支援機関との連携が図られる中で支援が行われている。また、出所者の就労支援においては、協力雇用主でも薬物事犯者(特に累犯)の受け入れは多くないなかで、薬物事犯者を受け入れている希少な企業では、依存症回復支援施設と同様に孤立を防ぐなどの工夫が行われていた。これらの取り組みは現時点では局地的なものであるが、実際の支援事例を通して薬物関連問題を持つ人に対する誤解や偏見が解消され、さらなる地域連携が図られている点は、今後の薬物依存症者の就労支援の発展において重要な点であると考ええる。

③フォローアップ体制の充実: 薬物関連問題を持つ人の就労継続においては、依存症回復支援施設や就労支援機関、または薬物事犯者を受け入れている協力雇用主などによるフォローアップ体制が非常に重要となる。就労移行支援事業所で実施される、障害者総合支援法による移行支援・定着支援事業による就労後のフォローアップを除き、現在、これらのフォローアップの多くはボランティアな取り組みであり、明確な枠組みがない状態では、関係が途絶えてしまうことが指摘されている。今後はその財源や制度的基盤について検討する必要があると考える。

6. 「司法と福祉の連携による薬物依存症者への地域支援とその回復過程に関する質的研究」(研究分担者: 高橋康史)

研究 1: 障害福祉サービスの活用により、薬物依存症者の地域生活支援が行われ、その支援が薬物再使用を阻止することに寄与していることが明らかになった。このことから、ポジティブ/ストレングスな視点から、薬物依存症者に関わることのできる社会福祉による支援の有効性が確認された。また、地域生活定着促進事業の下で、薬物依存症者が支援を受けるには特別調整に該当することが前提条件であったが、現在は、一般調整による支援を実施していることが明らかになった。

研究 2: 地域生活定着支援センターによる支援を受けた薬物依存症者の予後についてのインタビュー調査を SCAT で分析した結果、「薬物依存症」特有のニーズに対するスペシフィックな観点からのアプローチよりも、障害者総合支援法による地域支援を得ることで、地域生活を営む1人の人間として支援を受けることが重要であると示唆された。

研究 3: 司法領域における薬物処遇プログラムを実施する看護師を対象としたインタビュー調査では、SMARPP が単に、薬物依存症か

らの回復を促すだけでなく、SMARPPを行う場が司法の領域から地域社会へ移行するための1つの「居場所」となることが示唆された。

研究 4: 薬物依存症者に対するインタビュー調査と共に MAXqda を用いて実証的に解析した。その結果、薬物依存症者という当事者から、多様な役割の変化のプロセスが明らかになった。そして、それが、ポジティブ/ストレングスな視点を活かした薬物依存症からの回復の1つのルートとなりうる可能性も見出すことができた。

D. 考察

本研究班では、①すでに実施してきた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研究をさらに継続・拡大し、②地域保健福祉機関および自治体関係者の薬物依存症者に対する支援力を高めるべく、実態調査と研修を実施した。また、③更生保護施設の支援の実態を明らかにすべく調査を実施し、④民間回復施設における就労支援の実態と課題を検討した。さらに、地域生活定着支援センターを利用する薬物依存症当事者に対するインタビューを実施し、当事者の視点から見た地域支援の効果と課題を検討した。

その結果、薬物問題を抱える保護観察対象者のコホート調査 (VBP) は、順調に対象者と調査実施エリアを拡大することができ、VBP を通じて、精神保健福祉センターを起点とした、保護観察対象者の地域支援体制を国内各地に構築されつつある。今年度は、コロナ禍の影響で保護観察所における対象者リクルートが停滞したことへの対策として、法務省との協議により、2021年10月以降、刑務所釈放前教育時にも対象候補者に本プロジェクトに関する情報提供を実施するようになった。これにより「矯正施設—保護観察—地域精神保健福祉」の

つながりが実現した。今後も対象者と調査実施エリアの拡大に努めつつプロジェクトを継続し、国内の多くの地域に「声の架け橋 (voice-bridges) を作っていく予定である。

「ダルク追っかけ調査」においては、薬物依存症者を対象とする縦断研究としては、現時点では国内随一の規模を誇り、そのデータから、今年度は覚せい剤依存症者の断薬継続と自助グループ参加頻度との正の相関関係が明らかにされた。このコホート研究では、対象者を最長5年間追跡する計画であり、今後も臨床的・行政的・学術的に意義の高いエビデンスを多数創出することが期待されている。

また、自治体の生活保護担当者の支援技術向上を目的とした研修の効果については、すでに昨年度、支援力の向上、ならびに薬物依存症者に対する忌避的感情の低減に資することが確認されていたが、今年度、その効果は研修終了6ヶ月後も維持されていることが確認された。今後、本研修プログラムのパッケージ化と全国への普及を促進し、生活保護担当ケースワーカーに対する継続的な支援技術の向上を目指す計画である。また、精神保健福祉センターにおける SMARPP 等の回復プログラム、家族プログラムの普及率は7割に達し、数年前とは明らかに隔世の感があるものの、今年度の調査では、コロナ禍の影響でプログラム実施施設に若干の減少が確認された。今後も進捗をモニタリングしつつ、普及・均てん化に努め、国内の隅々までの支援ネットワークを広げたい。

更生保護施設利用者の縦断調査、ならびに施設職員へのインタビュー調査からは、刑の一部執行猶予制度が対象者の問題意識に好ましい影響を与えており、施設退所後も社会資源の利用可能性を高めている可能性が示唆された。また、更生保護施設での SMARPP 実施により、職員の意識が、従来の「指導・教育」重視のスタンスから、「安心・安全の関係性」重視のスタンスへと移行していることも確認された。今年

度は、意見交換会で出た疑問や質問を中心に、「更生保護施設支援者を対象としたパンフレット」を開発し、国内各地の更生保護施設に配付した。これまで地域精神保健福祉の分野では光が当たらなかった更生保護施設をフィールドにした研究活動は、それ自体が施設職員の意識や文化に好ましい影響を与え、ひいては利用者の再犯防止に資するものと考えている。

民間回復施設の就労支援に関する調査からは、今年度は、テキストやワークブックを開発し、個人の尽力によらない構造化された就労支援開の必要性が明らかになり、また、薬物依存症者の就労支援を可能なら占める財源確保の必要性も確認された。今年度は、3年間の調査結果を踏まえ、「薬物関連問題をもつ人の就労支援ガイド」としてまとめ、国内の就労支援機関に配布した。また、ニューヨーク州の雇用リソースブックを参考にして、分担班独自に「薬物関連問題をもつ人の就労ワークブック」も開発した。今後、依存症から依存症回復支援の1つの「出口」として就労の意義をさらに声を大にして主張していく必要がある。

地域生活定着支援センターを利用した薬物依存症者の調査からは、次の3点が明らかにされた。第1に、障害者総合支援法を中心とした障害者福祉サービスの活用による地域支援の有用性が確認された。第2に、司法から地域への移行を促す「居場所」としての保護観察所処遇プログラムの意義が確認された。そして最後に、薬物依存症者当事者および回復に向けたポジティブ／ストレングスな視点からの支援においては、対人援助レベルだけでなく、制度・社会構造的な次元において、薬物依存症者の「強さ」を引き出す為の仕組み作りが求められることが明らかになった。

本研究班における3年間の研究活動では、エビデンスを創出するだけにとどまらず、研究活動の一環として開催された研修会や意見交換会を通じて、薬物依存症者の地域支援体制の構

築を推進するに貢献することができた。その意味で、本研究班の研究活動全体が、地域を耕し、支援者を育てるアクション・リサーチとしての機能を持っていたとえるだろう。そして、その活動は、ごく近い将来、薬物依存症者支援を通じて国民の健康増進に資するだけでなく、薬物依存症者の再犯防止につながることで社会安全維持にも貢献し、さらには、近い将来行われるであろう、「刑の一部執行猶予制度」の見直しにも資する基礎資料として高い価値を持つと自負している。

E. 結論

本研究班では、①すでに実施してきた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研究をさらに継続・拡大し、②地域保健福祉機関および自治体関係者の薬物依存症者に対する支援力を高めるべく、実態調査と研修を実施した。また、③更生保護施設の支援の実態調査とともに、地域連携に資するパンフレットの開発と配布を行い、④民間回復施設における就労支援の実態と課題を検討するとともに、「薬物関連問題をもつ人の就労ワークブック」を開発した。さらに、⑤地域生活定着支援センターを利用者調査からは、司法領域から地域支援に移行する際の課題を整理した。

本研究班終了後も、いくつかの分担課題については研究活動、研修会、意見交換会を継続し、薬物依存症者の地域支援体制の構築を推進する予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

各分担報告書巻末に記載の通り。

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

【方法】保護観察所と精神保健福祉センターなどの地域支援機関との橋渡しをしながら、保護観察の対象となった薬物事犯者の長期転帰を調査する、「Voice Bridges Project (VBP)：「声」の架け橋プロジェクト」を平成29年3月より実施している。これは、保護観察所にて対象者をリクルートし、管轄の精神保健福祉センターにて研究参加の同意を得て、対面もしくは電話による追跡を3年間実施するコホート研究のデザインで実施されている。令和3年度は、従来継続している保護観察対象者コホート調査のデータ解析を行う量的研究セッション（研究1）に加え、VBPを通して見える薬物依存症地域支援体制における現状と課題に関する質的研究セッション（研究2）も実施した。前者の量的研究セッションでは、初回調査で、基本属性や薬物依存重症度などを調査し、2回目以降は薬物再使用の有無、生活状況（就労、住居など）、調査時点で受けている治療プログラム、困りごと・悩みごとや相談相手などを調査した。また、法務省保護局観察課から調査実施地域における全薬物事犯保護観察対象者のデータの提供を受け、調査参加者と非参加者の特徴（性別、年齢、保護観察の種類、保護観察終了時の転帰）を比較した。後者の質的研究セッションでは、対象地域の精神保健福祉センターを対象に質問紙を用いたヒアリング調査を行い、各地域におけるVBPの実践を通してみえてくる現状と課題に関する質的情報を収集・整理した。

【結果】[研究1: 保護観察対象者コホート調査] 平成29年3月から令和3年12月末までに、20の精神保健福祉センターから計642名の保護観察対象者が調査に参加した。1年後追跡完了者は253名、2年後の追跡完了者は127名、3年後の追跡完了者は63名であった（追跡率は1年後80.1%、2年後76.5%、3年後70.8%）。初回調査時における対象者の平均年齢は46.1歳で、男性が76.0%、週4日以上働いている者が39.1%であり、保護観察の種類の内訳としては、仮釈放の者が63.4%と最多であった。主たる使用薬物としては覚せい剤が93.5%、逮捕時DAST-20の平均値は11.0と中程度、89.9%が中等症以上の薬物問題の重症度を示し、治療プログラムを受けている者が75.1%（半分以上は保護観察所のもの）であった。追跡中の各調査期間における違法薬物再使用率は、3か月後では3.0%、9か月～1年では3.2%、1年6か月～2年では3.2%、2年6か

月～3年では7.9%であった。治療プログラム参加率は1年後には45.5%に減少し、2年後38.6%、3年後23.8%と年々低下したが、それに比べると、累積断薬継続率は、約1年経過時点で約90%、約2年経過時点で約90%、約3年経過時点で約80%と、その低下は緩徐であった。カプランマイヤー解析を実施したところ、約1年経過後の累積断薬継続率は約90%、2年経過後の累積断薬継続率も約90%であり、3年経過後の累積断薬継続率は約80%であった。

1年以内に再使用した者の特徴としては、初回調査時点で精神障害者保健福祉手帳や身体障害者手帳所持者が多いこと、刑務所への服役回数が多いことが確認された。3年以内に使用した者の特徴としては、初回調査時点で未婚の割合が多い傾向がみられた。1年後調査でQOLを「良好」と申告した者は男性が多く、初回調査時点で有職者が多かった。「不良」と申告した者は初回調査時点で治療中の身体疾患が多かった。3年後調査では有意な差はなかった。また、男性・覚醒剤使用者に限定し、1年後までの違法薬物使用に関連する要因を検討したところ、「無職」と「相談相手の存在」が保護要因として、「社会福祉サービスの利用」がリスク要因として同定された。

なお、法務省保護局観察課から提供されたデータを分析した結果、調査実施地域における薬物事犯保護観察対象における本調査同意率は9.8%で、同意者(701名)は非同意者(6,444名)に比べ男性が有意に少なく、平均年齢は高かった。保護観察の転帰では、期間満了した者の割合が同意群は87.3%、非同意群は73.6%で同意群には身体拘束や死亡、余罪での保護観察取り消しの転帰者は確認されていない。(令和3年12月末)。

【研究2: VBPを通して見える薬物依存症地域支援体制における現状と課題に関するヒアリング調査】 VBPに参加する精神保健福祉センターを対象としたアンケート調査から、これまでには支援につながっていなかった薬物依存症当事者が、VBPを通して精神保健福祉センターにつながっており、調査という枠組みを通して年単位で関わる中で、潜在的な切実な支援ニーズが浮き彫りになるケースがあることが明らかになった。精神保健福祉センターの職員が薬物依存症の当事者に対する理解を深め、他の自治体の支援体制や状況を知る機会が増えるなど、VBPを通して支援者・支援組織の側に様々なポジティブな変化が生じていることが伺えた。頼れる人がいない、仕事がない、身体疾患や精神疾患がある、母子家庭であるなど、健康度が低い人が調査・支援関係の中断に至りやすい可能性が示唆された。就労を開始するなどの生活の変化により、精神保健福祉センターの業務時間である平日の日中に電話することが難しくなり、中断に至るケースがあることもわかった。女性、携帯電話を所持している人、家族等の相談できる人や医療機関などとのつながりをもっている人、誰かと話したいという気持ちを持っている人、誰かの役に立ちたいと思っている人、仕事や家庭などの生活が比較的安定している人、などが、調査・支援関係を継続しやすいケースの特徴として挙げられた。単なる調査のみの関わりでなく、薬物以外の生活上の悩みなどを聴くことで中断が少なくなるという意見や、調査への協力を依頼するという関係性が継続しやすいと関わっている可能性も示唆された。精神保健福祉センター職員の負担の軽減や、調査・支援に対するアクセシビリティの向上、リクルートの際の対象者への丁寧な説明など、プロジェクト全体で引き続き努力を重ねていく必要がある点があることも明らかになった。

【結論】各地域の「ご当地性」を活かした薬物依存症地域支援の連携構築に向けて、「Voice Bridges Project（「声」の架け橋プロジェクト）」はさらなる広がりをみせており、また少しずつ追跡終了者も増えている。この事実は、足かけ6年間におよぶ研究活動のなかで、ようやくVBPが持つ保護観察と精神保健福祉の支援との橋渡し機能が定着しつつあることを示している。

研究協力者

(事務局メンバーのみここに記し、各地域精神保健福祉センター・保護観察所・法務省・システム管理担当者の研究協力者は巻末に記す)

宇佐美貴士	北九州市立精神保健福祉センター
熊倉陽介	東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野
高野 歩	東京医科歯科大学大学院精神保健看護学分野
金澤由佳	成城大学治療的司法研究センター
堤 史織	国立精神・神経医療研究センター
窪田和巳	横浜市立大学医学部臨床統計学

A. 研究の背景と目的

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

平成 28 年 6 月には「刑の一部執行猶予制度」が施行された。刑事施設内の処遇だけではなく社会内処遇への移行をはかり、支援機能を充実させていこうという動きである。特に薬物事犯に関しては累犯者であっても一部執行猶予が

可能となり、制度施行後の裁判所の動向をみると、第一審で刑の一部執行猶予を言い渡すケースが確実に増加している。刑事施設収容から社会内処遇へという刑事政策上の大きな方針転換は、地域内で処遇を受ける薬物依存症をもつ者の増加につながり、必然的に、さらなる地域支援体制強化や関係機関の緊密な連携構築が必要となってくる。

しかし、刑の一部執行猶予制度施行から早 5 年を経過した現在も、依然として二つの課題に継続して取り組むべき必要があることに変わりはない。

一つは、効果的な地域支援に資する薬物事犯保護観察対象者の転帰に関する基礎資料の準備であり、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の蓄積である。現在までのところ、我々のプロジェクトから得られるデータ以外に、我が国にはそうした資料は存在しない。この背景には、我が国では薬物の自己使用が犯罪行為であり、薬物使用や薬物使用者に対する偏見やスティグマが根強いことなどを背景として、調査対象者が薬物使用に関して正直に回答しにくく、データの信頼性が保ちづらいことが指摘できる。

もう一つの課題は、保護観察と地域支援をつなぐ仕組みが依然として不十分である点である。保護観察所における薬物再乱用防止プログラムをうけながら長期にわたる保護観察を終了した人が、その後も引き続き支援機関を訪れ、自発的に治療や回復に取り組むケースは、現状では少ない。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、保護観察から地域支援へのシームレスな移行を促すために、保護観察開始時点から地域の様々な支援機関の支援者が、薬物依存症を抱える保護観察対象者にかかわる体制の構築・強化は不可欠である。そして、そのような体制を構築できれば、たとえ保護観察終了後に地域の支援者との関

係性が途切れたとしても、薬物の再使用があった際には、重篤な乱用状態に至る前に、地域の支援者に援助希求できる可能性がある。

以上のような問題意識に基づいて、我々は、保護観察と地域の薬物依存症からの回復に資する資源との橋渡しをしながら、保護観察の対象となった薬物事犯者の長期転帰を調査する「Voice Bridges Project（以下VBP:「声」の架け橋プロジェクト）」を、平成29年3月より実施している。

本研究の目的は、各地域で保護観察対象となった薬物事犯者を精神保健福祉センターへとつなぎ、そこを起点として、地域の様々な資源へと紹介することを含めた継続的な支援を行いながら、保護観察所に継続した薬物事犯者の地域における転帰に影響する要因を明らかにすることである。

同時に、本研究は単なるコホート調査にとどまらない、アクション・リサーチとしての側面も兼ね備えている。その具体的な「アクション」には3つの種類がある。1つ目のアクションは、「対象候補者全員に地域の精神保健福祉センターの案内や啓発資材を配付する」というものである。このことは、調査に参加していない者に対しても、「情報提供」という介入を実施していることを意味する。2つ目のアクションは、調査を通じて、保護観察所と精神保健福祉センターの職員が顔を合わせ、対話と連携の機会を増やすことを通じて地域連携体制を構築することである。そして3つ目のアクションは、刻一刻と変化する各現場の状況を、ヒアリング調査を繰り返すことによってプロジェクト内部で共有し、リクルートや対象者との関わりの方法を微修正し続けることである。

たとえば令和2年以降、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の感染拡大に伴い薬物依存症地域支援体制も大きな影響を受けたため、VBPにおいても対応を必要とした。薬物依存症の地域支援は、自助グループなどのコミュニ

ティにおけるつながりが脅かされたり、来所での相談が行いづらくなったり、自粛のストレス、生活困窮の影響など、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）をめぐる様々な課題が生じた。これまで本分担研究班では、毎年分担班会議を開催し、地域間の情報共有に努めてきたが、このコロナ禍においては、そうした支援者や支援機関同士の横のつながりももちづらくなり、VBPを継続しつつ、それを通して各地域の薬物依存症地域支援のあり方を社会状況にあったものにしていくことが喫緊の課題であると考えられた。

そこで、令和2年以降は方針を変更し、対象地域の各精神保健福祉センターに対して質問紙を用いたヒアリング調査を行い、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による相談者の変化や、連携体制の変化といった実態を迅速に把握することに努めてきた。調査結果を整理し、プロジェクト内で共有した。その上で、コホート調査の手続きを改変し、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が流行する中でも調査と支援が継続できるために方法を工夫した。

現時点までのコホート調査の結果、ならびに、VBPを通して生じた変化に関する質的調査の結果について報告する。

B. 研究の方法と結果

以下では、研究1：保護観察対象者コホート調査、研究2：Voice Bridges Projectを通して見える薬物依存症地域支援体制における現状と課題に関するヒアリング調査の2つのパートにわけ、それぞれ方法と結果、および小括としての考察を述べる。

【研究1：保護観察対象者コホート調査】

a. 方法

1) 研究デザイン

規制薬物の使用または所持の罪で有罪となり、保護観察対象となった者を追跡するコホート研究とした。追跡期間は3年とし、調査1年目は計4回（3か月ごと）、2年目・3年目はそれぞれ2回（半年ごと）実施し、初回調査を含め計9回とした。調査開始後に対象者が逮捕・死亡により追跡不可となった場合、調査を実施している精神保健福祉センターの管轄外地域に転居した場合、連続した2回の調査の実施ができなかった場合（1年目は6か月間、2・3年目は1年間追跡不可であった場合）は調査打ち切りとした。本報告書における調査期間は、平成29年3月1日から令和3年12月末であった。

2) 研究対象者

本研究における対象者の選択基準は、成人の保護観察対象者で、調査を実施している20地域に居住し、指標犯罪が規制薬物の使用または所持である者とした。20歳未満の者、指標犯罪が規制薬物の営利のみである者、研究同意を得るために必要な能力を有していないと保護観察所が判断した者は対象から除外した。

3) 協力機関および調査実施地域

本研究の協力機関は20地域（保護観察所管轄15地域）の精神保健福祉センターである。令和3年12月末時点で、東京都多摩地区、川崎市、神奈川県、福岡市、東京都23区、栃木県、相模原市、広島県、三重県、北九州市、横浜市、滋賀県、大阪府、堺市、福岡県、鹿児島県、愛知県、北海道、島根県の精神保健福祉センターが本研究の協力機関として参画しており、当該センターが管轄している地域で調査を実施した。

4) リクルートおよび調査の手続き

対象者のリクルートは保護観察所にて実施することとした。調査地域を管轄する保護観察所では、処遇を担当する保護観察官が、薬物事犯保護観察対象者に精神保健福祉センターの資料を配布し、精神保健福祉センターが薬物使用の有無を含め守秘義務を有する支援機関であることを紹介した。また、選択基準を満たす対象者には本研究の概要について説明を行った。調査協力意思を有する者は、リクルート時に配布される登録申請書を精神保健福祉センターに郵送した。

精神保健福祉センターでは、郵送された登録申請書の確認後、登録申請書記載の電話番号に基づき研究対象候補者に電話連絡し、センターに来所の上面談を行う日時を設定した。面談日当日は本研究の説明と書面による同意取得を行い、初回調査を実施した。

なお、令和2年以降は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による影響や就労等の事情により来所が難しい対象者が増加したことから、これまで対面実施必須としていた初回調査を、電話によっても実施できるよう研究計画の変更を行った。具体的には、精神保健福祉センターからの電話連絡時に研究説明を行い、口頭で研究参加の同意取得を得たのちに初回調査を実施する手続きの追加である。研究参加意思は、後日同意書を郵送し、記名の上で精神保健福祉センターに返送してもらうことで補完的に確認することとした。

2回目以降は原則電話による調査実施であったが、仕事等の事情により電話連絡が難しい対象者については補足的な手段として調査票を郵送し、記入後に返送を依頼することとした。また、本人の希望があった場合には精神保健福祉センターまたは対象者の自宅で対面調査を実施した。調査時に支援を求める相談を受けた場合には、精神保健福祉センターが通常機能と

して備えている相談支援業務も実施し、調査実施によって心身の負荷があると判断した場合には調査の一時中断や種々の社会資源につなげるなどの配慮を講じた。

さらに令和3年10月以降は、法務省保護局および矯正局との協議の結果、刑務所服役中の釈放前教育や各更生保護委員会調査面接時にもあらかじめ情報提供を行うことで、保護観察所でのリクルート促進を試みた。

上記手続きで収集したデータは、あらかじめ各精神保健福祉センターに配布した専用タブレットを通じ、調査担当職員が調査専用システムに入力した。専用タブレットは調査以外に使用ができず、システムへのアクセスは調査担当職員のみにも権限を付与した。調査システムへのアクセス権限を付与された者は調査担当の精神保健福祉センター職員、研究者であるが、それぞれ閲覧・編集権限が異なり、精神保健福祉センターでは他機関の情報の閲覧はできず、研究者は各機関の研究対象者の個人情報を確認できない仕組みとなっている。また、調査システムには情報漏洩や不正アクセス防止のため、その管理に暗号化・難読化・匿名化を用いた。データ分析時、研究者は匿名化されIDが付与された対象者のデータをシステムからダウンロードして使用した。

5) 調査項目

初回調査では人口動態的変数、教育歴、犯罪歴（逮捕歴・矯正施設入所歴）、身体疾患・精神疾患の有無、アルコール・薬物依存症の家族歴、薬物依存症に対する治療歴、治療プログラム利用有無と種類、自殺念慮・自殺企図（生涯・過去1年）、保護観察の種類（全部執行猶予、仮釈放、一部執行猶予）、薬物のことも含めて相談できる人の有無と種類、困りごとや悩みごとの有無と種類、逮捕時における薬物問題の重症度（日本語版DAST-20得点）²⁾、QOLを調査した。

1年ごとの調査（5回目、7回目、9回目調査）では、就労状況、居住状況、同居人、婚姻状況、社会保障制度の利用、身体疾患・精神疾患の有無、過去1年の自殺念慮・自殺企図、薬物のことも含めて相談できる人の有無と種類、困りごとや悩みごとの有無と種類、治療プログラム利用有無と種類、QOL、薬物再使用の有無を調査した。

1年ごとの調査をのぞく2回目以降の調査では、就労状況、居住状況や同居人の有無、相談相手・困りごとの有無と種類、治療プログラムの利用有無と種類、QOL、薬物再使用の有無を調査した。

6) 調査非同意群との比較

本調査に同意した保護観察対象者がどのような特徴を有する集団であるのかを検討するために、調査に同意しなかった群との比較を行った。分析にあたり、法務省保護局観察課より調査実施地域における薬物事犯保護観察対象者の匿名データの提供を受けた。

7) 解析方法

追跡状況の把握のため、調査実施全地域の登録申請者数、各調査回の実施状況を集計した。また、初回調査時の参加者の属性、時点ごとの薬物使用状況、調査開始時点から2年後調査までの対象者の特徴を半年ごとに記述統計により集計した。QOLの変化は調査開始時と1年後及び2年後時点の結果を記述統計で集計した。初回調査から1年後調査までに規制対象となる薬物（以下、「違法薬物」）の使用があった者と使用がなかった者とで、初回調査時点の属性、薬物に関連する問題や治療プログラムの利用有無、相談できる人や困りごと・悩みごとの有無をt検定あるいはカイ二乗検定で比較した。

さらに今年度は、対象を男性の覚醒剤使用者に限定し、1年後までの違法薬物再使用に関連する要因を明らかにするために、ロジスティック

ク回帰分析を試みた。従属変数は1年後までの違法薬物再使用有無、独立変数はベースライン時の基本属性(性別、就労状況、最終学歴)、生活保護等の社会福祉サービスの利用有無、治療プログラム参加有無、保護観察の種類(全部執行猶予、仮釈放、一部執行猶予)、相談相手の有無、薬物使用開始年齢、薬物依存重症度(逮捕時のDSAT-20)、薬物関連犯罪による逮捕回数とした。なお、1年後までの違法薬物使用者に婚姻ありの者がいなかったため、婚姻状況を独立変数から除外した。また、ロジスティック回帰分析に用いる変数に欠損がある者を解析から除外した。

また、3年後調査までの違法薬物の再使用をイベント発生と定義した Kaplan-Meier 解析を行った。解析では調査に2回連続して回答がなかった者を打ち切りと定義した。そのため、2回目調査に回答せず3回目調査に回答した者は、解析対象者として取り扱った。1回目調査からイベント発生までの日数、または解析時点における最終調査時点までの日数を生存期間とした。

調査同意者と非同意者の比較は、t検定あるいはカイ二乗検定で行った。検定実施項目は本調査への同意有無、保護観察開始時年齢、性別、保護観察の種類、保護観察の転帰であった。

8) 倫理的配慮

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会における承認を受け実施した。本研究への参加、保護観察中の調査対象者の転居、調査打ち切りについては保護観察所が把握する必要があったことから、調査対象候補者または調査対象者が上記ケースに該当した場合は、氏名のみが各精神保健福祉センターから各保護観察所に伝えられた。薬物使用状況に関する情報については、原則として守秘義務が優先され、保護観察所に伝えられることがないように

した。また、上記は研究説明時に対象者に説明した。

調査システム開発時には、委託先企業と「システム開発者はデータを利用しない」という契約書を交わした。

b. 結果

1) 調査実施状況

各精神保健福祉センターにおける登録申請者数を表1に、調査の進捗を表2に示す。平成29年3月から令和3年12月末までに、895名の保護観察対象者からの登録申請書が各精神保健福祉センターに送られた。そのうち、642名(71.7%)から正式同意が得られ、初回面接を行った。正式同意者のうち令和3年12月末の時点で調査が継続されている者は234名(36.4%)であった。

2) 初回調査結果

初回調査結果が得られた642名における初回調査結果を表3~9に示す。調査対象者の平均年齢は46.1歳(標準偏差10.1)であり、男性は488名(76.0%)、女性は154名(24.0%)であった。初回調査時点では「自宅」に居住する者が最も多く(355名、55.3%)、次いで「更生保護施設」(200名、31.2%)、「ダルク」(24名、3.7%)が続いた。同居者については、「家族と同居」(313名、48.8%)が最も多く、次いで「単身」(200名、31.2%)、「家族以外と同居」(96名、15.0%)であった。就労状況については、「週4日以上働いている」者が251名(39.1%)いた一方で、「無職」の者も318名(49.5%)と約半数を占めていた。最終学歴としては、「中学卒業」(369名、57.5%)の者が最も多く、婚姻状況については、「離婚」(303名、47.2%)が最も多かった。社会保障制度の利用状況については、162名(25.2%)が利用しており、生活保護、自立支援医療、精神障害者保健福祉手帳の順に利用者が多かった。

また、保護観察の種類の内訳としては、全部執行猶予が 36 名 (5.6%)、仮釈放が 407 名 (63.4%)、刑の一部執行猶予のみが 55 名 (8.6%)、刑の一部執行猶予と仮釈放の両方が 144 名 (22.4%) であった。保護観察にあたって、「禁酒」を遵守事項に盛り込まれていた者は 185 名 (28.8%) であった。

表 4・5 に、健康問題や医療等の利用状況、薬物使用に関する属性に関する結果を示す。対象者のなかで、現在治療中の身体疾患を持つ者が 291 名 (45.3%) であり、そのうち C 型肝炎が 79 名 (12.3%)、HIV が 24 名 (3.7%) であった。治療中の精神疾患を持つ者が 187 名 (29.1%) であった。アルコール・薬物問題の家族歴を持つ者は 143 名 (22.3%) であった。また、自殺念慮と自殺企図の生涯経験を持つ者はそれぞれ 176 名 (27.4%)、131 名 (20.4%)、過去 1 年以内の経験を持つ者はそれぞれ 73 名 (11.4%)、15 名 (2.3%) であった。

主たる使用薬物としては、覚せい剤が 600 名 (93.5%)、大麻が 19 名 (3.0%)、その他の違法薬物が 7 名 (1.1%)、危険ドラッグが 4 名 (0.6%)、処方薬が 5 名 (0.8%)、多剤が 3 名 (0.5%)、その他 (シンナー 2 名、トルエン 1 名) が 3 名 (0.5%) であった。初使用年齢の平均値は 19.6 歳 (標準偏差 7.3) であった。482 名 (75.1%) が現在治療プログラムを受けており、その内訳としては、司法機関 366 名 (57.0%)、自助グループ 30 名 (4.7%)、ダルク 33 名 (5.1%)、医療機関 26 名 (4.0%)、精神保健福祉センター 16 名 (2.5%) であった。

表 6~8 に、相談相手の有無と種類、悩み事の有無と種類、QOL の状況に関する結果を示す。「薬物のことも含めて相談できる人」について、113 名 (17.6%) が「一人もいない」と答えた。528 名 (82.2%) が相談できる人がいると答え、その内訳の代表としては、友人 (315 名 49.1%)、両親 (141 名 22.0%)、保護司 (126 名 19.6%)、保護観察官 (117 名 18.2%)、きよ

うだい (115 名 17.9%) などが挙げられた。「困りごと・悩みごと」について、424 名 (66.0%) が「ある」と回答しており、その内訳として、経済的問題 (206 名 32.1%)、仕事のこと (182 名 28.3%)、家族のこと (163 名 25.4%)、自分の健康 (160 名 24.9%)、薬物のこと (111 名 17.3%) などが多かった。

また、QOL は、生活の質については、「まったく悪い」28 名 (4.4%)、「悪い」110 名 (17.1%)、「ふつう」288 名 (44.9%)、「良い」128 名 (19.9%)、「非常に良い」78 名 (12.1%) であった。健康状態については、「まったく不満」67 名 (10.4%)、「不満」185 名 (28.8%)、「どちらでもない」171 名 (26.6%)、「満足」169 名 (26.3%)、「非常に満足」40 名 (1.6%) であった。

表 9 に逮捕時における DAST-20 得点を示す。合計得点の平均値は 11.0 (標準偏差 4.0) であり、Low (0-5) が 65 名 (10.1%)、Intermediate (6-10) が 207 名 (32.3%)、Substantial (11-15) が 285 名 (44.5%)、Severe (16-20) が 84 名 (13.1%) であった。

3) 薬物使用状況

表 10 に各調査時点における調査の実施状況を示す。令和 3 年 12 月末時点で各調査時点での回答割合 (調査該当者における調査実施者の割合) は、70.8%~80.1%であり、調査開始から 3 年経過後の割合が最も低く、それでも調査該当者の約 7 割は調査に回答していた。調査同意者である 642 名のうち 1 年後調査に該当した者は 49.2%、2 年後調査に該当した者は 25.9%、3 年後調査に該当した者は 13.9%で、調査を開始して 2 年以内の者が 8 割程度であった。

表 11 に各調査時点における薬物再使用状況 (区間薬物使用率) を示す。何らかの薬物の再使用があった者は、調査開始から 3 か月後調査に回答した者 464 名のうち 24 名 (5.2%)、3 か

月～6 か月後調査に回答した者 366 名のうち 22 名 (6.0%)、6～9 か月後調査に回答した者 292 名のうち 16 名 (5.5%)、9 か月～1 年後調査に回答した者 252 名のうち 12 名 (4.8%)、1 年 6 か月～2 年後調査に回答した者 127 名のうち 4 名 (3.1%)、2 年 6 か月～3 年後調査に回答した者 63 名のうち 5 名 (7.9%) であった。その内、違法薬物使用者は、調査開始～3 か月後調査回答者で 14 名 (3.0%)、3 か月～6 か月後調査回答者で 15 名 (4.1%)、6 か月～9 か月後調査回答者で 11 名 (3.8%)、9 か月～1 年後調査回答者で 8 名 (3.2%)、1 年 6 か月～2 年後調査回答者で 3 名 (2.4%)、2 年 6 か月～3 年後調査回答者で 5 名 (7.9%) であった。

4) 3 年後調査までの半年ごとの推移

表 12～16 に 3 年後調査までの回答者の属性、治療プログラムの利用状況、相談相手の有無、困りごと・悩み事の有無、QOL の推移を示す。

男女の割合については、初回調査では男性 76.0% (488 名)、女性 24.0% (154 名) であったが、3 年後調査では男性 82.5% (52 名)、女性 17.5% (11 名) であった。初回調査時点では「住居」が「自宅」である者が 55.3%、「更生保護施設」31.2%、「ダルク」3.7% であったが、3 年後調査時点では「自宅」92.1%、「ダルク」3.2% の順に多く、更生保護施設を住居とする者は 1 年後調査時点で大きく減少 (0.4%) していた。同居者については、初回調査時点では「家族と同居」(48.8%) が最も多く、3 年後調査でも同様の傾向がみられた (60.3%)。

就労状況については、初回調査時点で「無職」49.5%、「週 4 日以上働いている」39.1% であったが、3 年後調査では「週 4 日以上働いている」50.8%、「無職」33.3% であった。婚姻状況については、初回調査で「未婚」は 31.8% であったが、3 年後調査では 44.4% であった。一方「離

婚」は初回調査 47.2%、3 年後調査 28.6% であった。

社会保障制度の利用状況については、「利用あり」と回答した者は初回調査時点で 25.2% であったが、3 年後調査では 33.3% であった。利用の内訳は、生活保護 (12.5% から 23.8%)、自立支援医療 (7.6% から 17.5%)、精神障害者保健福祉手帳 (4.5% から 9.5%) の順に多かった。

治療中の身体疾患がある者の割合は、初回調査では 45.3% であったが、3 年後調査では 36.5% であった。治療中の精神疾患がある者は、初回調査では 29.1% であったが、3 年後調査では 44.4% であった。過去 1 年の自殺念慮・企図の有無については、「なし」は初回調査時点で 34.0% であったが、3 年後調査では 85.7% だった。

治療プログラムの利用状況については、「あり」と回答した者の割合は初回調査時点で 75.1% であったが、3 年後調査では 23.8% であった。利用する治療プログラムの内訳は、初回調査時点では「司法関連機関」が 57.0% と最も多かったが、3 年後調査で 3.2% と大幅に減少していた。一方、ダルクのプログラム利用については初回調査時点では 5.1% であったが、3 年後調査では 4.8%、精神保健福祉センターは 2.5% から 7.9% へと増加していた。

困りごと・悩みごとが「ある」と回答した者は、初回調査では 66.0% であったが、3 年後調査では 46.0% であった。困りごと・悩みごとの内訳では、初回調査では「経済的問題」(32.1%) を挙げる者が多く、3 年後調査でも同様の傾向であった (20.6%)。初回調査では「薬物のこと」を挙げた割合は 17.3% であったが、3 年後調査では 4.8% へと減少していた。

薬物のことも含め相談できる相手の有無については、各調査時点でいずれも 8 割以上が「相談できる人がいる」と回答した。相談相手として 4 割以上が「友人」を挙げており、初回調査時点では、そのほかに「両親」、「きょうだ

い」、「保護観察官」、「保護司」を挙げる者が多かった。初回調査から3年後調査までの相談できる相手に関する推移では、「保護観察官」が18.2%から1.6%に減少していたものの、「保護司」の割合には大きな変化がなかった。一方、「保健機関関係者」を挙げる者の割合は、初回調査では5.8%であったのが、3年後調査では15.9%に上昇していた。

QOLについては、生活の質を「良い」、「非常に良い」、健康状態を「満足」、「非常に満足」と回答している者の割合が初回調査より3年後調査では増加を示した。

5) 違法薬物使用者・非使用者の比較

表17～19に、1年後調査までに違法薬物を使用した者と使用していない者、表23～表25に、3年後調査までに違法薬物を使用した者と使用していない者の、初回調査時点の属性、薬物に関連する問題や治療プログラムの利用有無、相談できる人や困りごと・悩みごとの有無を比較した結果を示す。1年後調査までの累積違法薬物使用者は20名、一方、非使用者は233名、3年後調査までの累積違法薬物使用者は7名、一方、非使用者は56名であった。

1年後の違法薬物使用者と非使用者間で有意差を認めた属性は、社会保障制度の有無($p=0.032$)、その中でも身体障害者手帳所持の割合($p=0.002$)で使用者に高かった。精神障害者保健福祉手帳の所持も高く有意な傾向があった($p=0.051$)。生涯の自殺念慮・企図も有意差を認めた($p=0.044$)。刑務所の服役回数、使用者は平均3.1回、非使用者は平均2.1回と有意な差($p=0.042$)を認めた。

調査開始時点の治療プログラムの利用状況については、非使用者に司法関連機関の治療プログラムを利用する者の割合が高く有意な傾向があった($p=0.090$)。3年後の違法薬物使用者と非使用者間で有意差を認めた属性は、婚姻状況では使用者に未婚が多い傾向がみられた

($p=0.054$)、過去1年の自殺念慮・企図も有意な傾向がみられた($p=0.081$)。

6) QOL「良好」・「不良」の比較

1年後及び3年後調査時に自分の生活の質の質問に対し、「まったく悪い」または「悪い」と回答した群をQOL「不良」、「ふつう」または「良い」または「非常に良い」と回答した群をQOL「良好」にそれぞれわけ、表20～22、表26～表28に初回調査時点の属性、薬物に関連する問題や治療プログラムの利用有無、相談できる人や困りごと・悩みごとの有無を比較した結果を示す。

1年後調査時のQOL不良は47名、QOL良好は203名、3年後調査時がQOL不良は15名、QOL良好は48名だった。1年後のQOL不良者と良好者で有意差を認めた属性は、性別がQOL良好は男性が多く有意差を認め($p=0.033$)、治療中の身体疾患はQOL不良は多く有意差を認め($p=0.039$)、就労状況はQOL良好に有職者が多い傾向を認めた($p=0.058$)。

3年後のQOL不良者と良好者で有意差を認めた属性は、過去1年の自殺念慮・企図に有意な傾向を認め($p=0.071$)、初めての薬物使用年齢の平均がQOL不良は23.6歳、QOL良好は19.0歳と有意な傾向を認め($p=0.057$)、現在の治療プログラムの参加者がQOL不良に多い傾向を認めた($p=0.053$)。

7) 男性・覚醒剤使用者における1年後までの違法薬物使用に関連する要因

表29にロジスティック回帰分析の対象者($N=177$)の特徴を、表30にロジスティック回帰分析の結果を示す。就労している人より無職の人の方が($OR:0.25, 95\%CI:0.06-0.95, p=0.042$)、相談相手がいない人よりいる人の方が($OR:0.19, 95\%CI:0.04-0.86, p=0.032$)、違法薬物を使用していなかった。また、社会福祉サービスの利用がある人は利用がない人よ

り違法薬物使用を使用していた (OR : 10.59、95%CI : 2.45-45.8、 $p=0.002$)。

8) 生存時間解析

図 1 に Kaplan-Meier 解析の結果を示す。解析対象者は 487 名で、そのうちイベント発生 (違法薬物使用) が認められたのは、41 名であった。約 1 年経過後の累積断薬継続率は約 90%、2 年経過後の累積断薬継続率も約 90% であった。イベント発生が少数であり、解析時点で 50% 以上の研究対象者に違法薬物使用が認められなかったため、生存期間中央値は算出されなかった。

9) 調査非同意群との比較

調査実施地域において本研究に同意した群と同意しなかった群の 2 群間で属性、保護観察の種類、令和 3 年 12 月末時点の転帰を比較した結果を表 31 に示す。全薬物事犯保護観察対象者 7,145 名のうち、本研究に同意した者は 701 名 (9.8%) であった。年齢は、同意群 45.9 歳 (標準偏差 10.3)、非同意群 44.3 歳 (標準偏差 10.7) で、同意群において有意に年齢が高かった ($p<0.001$)。男性の割合は、同意群 5538 名 (76.7%)、非同意群 5393 名 (83.7%) で、2 群間に有意な性差を認めた ($p<0.001$)。

保護観察の種類は、2 群間で有意な傾向が認められた ($p<0.001$)。刑の一部執行猶予以外で仮釈放を与えられた者が、同意群 65.9%、非同意群 61.8% であり、同意群で多い傾向にあった。一部執行猶予で仮釈放を与えられた者が、同意群 26.2%、非同意群 22.3% であり、同意群で多い傾向にあった。全部執行猶予者は、同意群 4.9%、非同意群 8.7% であり、非同意群で多い傾向にあった。刑の一部執行猶予 (実刑部分執行終了した者) は、同意 3.0%、非同意群 7.2% であり、非同意群で多い傾向にあった。

保護観察の転帰においても 2 群間に有意差が認められた ($p<0.001$)。期間満了は、同意群

87.3%、非同意群 73.6% であり、同意群で多い傾向にあった。同意群において、身柄拘束、保護観察取り消し (余罪)、所在不明といった転帰は確認されなかった。また、保護観察中である者が、同意群 8.6%、非同意群 17.3% であり、非同意群で多い傾向にあった。

c. 小括 (研究 1 の考察)

1) 調査実施状況

平成 28 年の刑の一部執行猶予制度および再犯防止推進法の施行以降、薬物依存症者に対する治療や一貫した支援体制の構築がいっそう求められている。本プロジェクトは、刑事的処遇を終え地域に戻る薬物依存症者の中長期的な転帰について基礎的な資料を提供するとともに、精神保健福祉センターという地域資源への「架け橋」としての役割を果たすことも期待されている。

本プロジェクトは、平成 29 年 3 月に 4 か所の精神保健福祉センター管轄地域から開始されたが、令和 2 年 10 月までに 20 の精神保健福祉センター管轄地域にまで拡大した。こうした調査実施地域の広がりには、各地域の精神保健福祉関係者ならびに更生保護関係者における薬物依存症者支援の必要性に対する意識の高まりを反映したものといえるであろう。

令和 2 年度以降、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に伴い度々外出の制限がなされ、調査への影響が予想されたが、調査方法に郵送も追加し、調査実施率の低下を防ぎ、は各タイミングでも 70% と高い水準と考えられる。調査同意者の潜在的な精神保健福祉的な支援ニーズをうかがわせる数値ともいえるであろう。

2) 対象者の特徴

本調査対象者は男性の占める割合が 70% を超え、平均年齢は 40 歳代であり、最終学歴では中学卒業者が最も多く、過半数を占める。こ

れは、隔年で実施している全国約 1600 施設の有床精神科医療機関で治療を受けた薬物関連障害患者を対象とした直近の調査（以下、全国病院調査）³⁾でも大きな変化がなく、ある程度一定した傾向である。

一方、本調査では主たる薬物として覚せい剤が 90%超を占めたのに対し、全国病院調査におけるその割合は 53.5%であった。本調査の対象者は規制薬物の使用・所持によって逮捕・起訴され保護観察に至った者であるため、必然的に検挙総数の最も多い覚せい剤取締法違反、すなわち覚せい剤の使用・所持によって保護観察が付されることになった者が最も多く含まれていたものと考えられる。

また、本調査では調査開始時点で対象者の約 5 割が何らかの形で就労していたが、全国病院調査の患者群において有職者の割合は 28%であった。さらに、本調査対象者の 7 割近くが「治療中の精神疾患」について「なし」と回答していた。この点からは、薬物依存をはじめ併存精神疾患の治療を受けている者が対象となる全国病院調査の患者群に比べ精神的健康度が高いことが考えられる。その傍証となるのが QOL に関する項目の得点（得点範囲 1～5）である。本調査対象者では平均値が 3 程度であり、決して QOL が悪い状態とはいえなかった。

以上のことから、本調査対象者は、医療機関で治療を受けている薬物依存症患者と比較して、覚せい剤使用者が多く、薬物犯罪による逮捕歴は複数回あるものの、その半数は就労し、人間関係や社会生活が維持され精神的健康が保たれている者が多い可能性が示唆される。保護観察対象者には、医療ニーズの高い患者とは特徴が異なる支援ニーズがある可能性が高く、その意味で、VBP は、医療にはアクセスしない層にも支援を提供することに成功している可能性が高い。

本調査では、初回調査時点において対象者の約 8 割が薬物のことを含め相談できる相手が

いると回答しており、経済的問題、家族または仕事のことに悩んでいると回答した者はそれぞれ 3 割前後であった。また、8 割近くの者が現在治療プログラムを受けていると回答したが、そのうち約 6 割が受けているプログラムは司法関連機関のものであった。医療機関のプログラムを受けている者は 4.0%、精神保健福祉センターのプログラムを受けている者は 2.5%、ダルク利用者は 5.1%であった。

このことは、薬物依存症の地域支援という観点から重要な知見を示している。すなわち、調査対象者の多くは、保護観察開始当初は保護観察所で実施される薬物再乱用防止プログラムのみを受けており、地域の関係機関で提供されるプログラムにつながっていない、ということである。そのような結果の背景には、対象者の多くで社会生活が維持され精神的健康度が高い保護観察対象者においては、医療や精神保健福祉機関による支援のニーズが少ないこと、社会資源や支援に関する情報が周知されていないこと、仕事のため保護観察所以外の治療プログラムに参加する時間的余裕がないことなどが考えられるであろう。

法務省保護局観察課から提供されたデータからは、調査対象者には刑の一部執行猶予で仮釈放が与えられた者が多い傾向があることが明らかになった。このことは、調査対象者には保護観察期間が長い者が多く含まれていることを意味し、それだけに、安全に地域生活を過ごすうえで一定の支援ニーズが存在した可能性を示唆する。

なお、本研究対象の条件を満たす保護観察対象者のうち、刑の一部執行猶予に該当する者は、今回の令和 3 年 12 月末まででは同意群 29.2%、非同意群 29.5%であったが、平成 30 年 12 月末時点では同意群 24.9%、非同意群 16.4%であった。このことは、同意群と非同意群における刑の一部執行猶予該当者の割合の差が次第に小さくなっていることを意味する。

3) 薬物再使用状況および違法薬物再使用者の特徴

調査開始から3年後までの各調査時点における薬物再使用者の割合を明らかにし、調査開始後1年および3年時点で違法薬物再使用者と非使用者の比較を行った。

1年後調査では、252名中12名(4.8%)、1年半後調査では186名中10名(5.4%)に何らかの薬物の再使用が認められた。いずれにしても、薬物再使用率は予想以上に低く、安全な社会生活を送ることができている者が多い可能性を示唆する数値である。

しかし、刑の一部執行猶予制度における保護観察期間は通常2年間前後が多いことを考慮すれば、2年後以降の再使用率こそが重要である。その意味では、3年後調査では63名中5名(7.9%)という結果が得られており、調査数が少なくはっきりしたことは言えないものの、保護観察が終了した影響か、その割合はやはり上昇しているといえる。3年後調査の実施割合は70.8%であり、他の調査期間が80%前後であることを考慮すれば、3年間の追跡完遂は難しく再使用との関係は推測せざるを得ない。引き続き調査を実施し、より多くの人の長期転帰について可視化することが重要と考える。

1年後までの違法薬物再使用者20名と非使用者233名の比較では、再使用者率が低いために、統計学的なパワーに欠けているが、そのなかでもいくつかの知見がもたらされている。違法薬物再使用者には、精神障害者保健福祉手帳の所持者($p=0.051$)や身体障害者手帳の所持者($p=0.002$)の割合が多いという特徴が認められた。また、初回調査で生涯での自殺念慮を抱いた者、企図をした者も多かった($p=0.044$)。

このことは、再使用の防止には司法的支援だけでは不十分であり、濃厚な地域保健福祉的支援が必要であることが示唆された。昨年度の解

析に引き続き、刑務所の服役回数でも有意な関連が示された($p=0.042$)。このことは、刑務所の服役は再使用を防ぐ手段として有効ではない可能性が示唆された。

本年度は3年後までの違法薬物再使用者7名と非使用者56名の比較も行った。調査実施者、再使用者共に少ないが、違法薬物再使用者には、未婚者が多い傾向($p=0.054$)がみられている。今後も調査継続し調査実施者を増やす必要がある。

本年度、追加分析として、男性・覚醒剤使用者に限定し、1年後までの違法薬物使用に関連する要因の検討も試みた。その結果、無職であることと相談相手がいることが保護要因として、社会福祉サービスを利用していることがリスク要因として同定された。その一方で、臨床的にリスク要因と考えられている薬物使用開始年齢や依存症重症度、逮捕回数に関しては有意な関連が認められなかった。

以上の結果から推測されるのは、保護観察開始早期に就労する者では、職場でのストレスや再使用の引き金に遭遇した際の対処が十分に身につかないうちに支援から遠ざかってしまっている実態である。特に、逮捕前と同じ職場に復帰する場合は、同じ引き金に遭遇しやすいと考えられ、早期に就労する場合でも継続的に支援を受けることが重要かもしれない。

もともと、早期の就労はリスク要因となるからといって、就労そのものを否定するべきではない。むしろ長期的な視点に立つと、就労することで社会とのつながりや生きがいなどを得ることができ、就労は保護要因となり得ることも十分に予想される。その意味では、就労と薬物使用の関連を明らかにするには、より長期的な調査が求められるであろう。

また、相談相手がいることは、薬物使用のことを含め様々な困難に対処する際にサポートが得られるということである。対象者のうち約8割が未婚であったことから、相談相手の多く

は家族ではなく支援者であることが想像され、保護観察開始時から支援機関のスタッフに何でも相談できる関係性を築くことが重要であると考えられた。

ただし、薬物使用があった場合には、司法関係者には相談しにくいことが想像されるため、精神保健福祉センターや医療機関、民間支援団体などのスタッフと早期に関係を築くことが重要であると思われる。生活保護等の社会福祉サービスを利用している人は、単身者や就労の障壁となる何らかの困難（身体障害・精神障害など）を抱えている人が多いと考えられる。

このような場合、経済的な困難を抱えやすく、複雑な困りごとに対する理解者が得られにくいため、社会から孤立しやすいことが考えられる。薬物再使用を予防する援助だけでなく、複雑な「生きづらさ」を支える支援や、社会とのつながりを維持するような支援が必要である。

令和3年12月までに収集された調査対象者に関してカプランマイヤー解析を行ったが、その結果は、昨年度同様非常に良好な転帰を示すものであった。違法薬物使用が認められたのは487名中わずかに41名であり、3年経過時点で8割以上のものが違法薬物の断薬を継続していた。刑の一部執行猶予に該当する対象者が全体の4分の1を占め、VBP開始当初よりその割合が増えていることを考えると、保護観察期間が長い対象者が増加することに伴い、断薬を継続している対象者が増加したことが、その理由であると推測される。現時点ではイベント発生数が少なく正確な解析が難しいが、今後、さらに長期追跡者のデータを追加し、Cox回帰分析を実施し薬物使用に影響する要因を検討する必要があるであろう。

4) QOLの比較

1年後調査時にQOL不良と回答した者は47名、QOL良好と回答した者は203名であった。

QOL不良者には女性が多く、また初回調査時点で身体疾患を有する者、就労状況が悪い者が多かった。3年後調査時はQOL不良が15名、QOL良好が48名だった。有意差はなかったものの、不良者は初回の薬物使用年齢が高い傾向にあり、治療プログラムに参加している傾向があった。

これらの結果は、QOL向上には、治療や地域保健福祉的支援が必要であることを示唆しているのかもしれない。

5) 調査開始後半年ごとの変化

自宅に住む者は初回調査時では55.3%であるが、半年後には、約85%以上の人が自宅に住み以降横ばいで推移し、無職者は初回調査時では49.5%であるが、半年後には28.7%となりこちらも横ばいで推移している。治療プログラムを受けている者は初回調査時では75.1%であるが、1年後には45.5%に減少し、3年後には23.8%とさらに低下していた。

内訳をみると保護観察所などの司法機関で実施されるプログラムを受けている者の減少が顕著であるが、医療機関のプログラムにつながっている者は増加しておらず、精神保健福祉センター、ダルク、自助グループで実施するプログラムに利用者は微増していた。

対象者の困りごと・悩みごとの内容は、初回調査時・1年後・2年後調査ともに、経済的問題や仕事、家族に関するものが多かったが、全体としていずれの困りごと・悩みごとも1年後・2年後には減少傾向にあり、特に薬物問題に関する困りごと・悩みごとの減少が著しかった。徐々に薬物の問題が薄れ、現実的な問題に目が向き、プログラムだけでなく、社会的な支援を検討する必要があるのかもしれない。

治療プログラム参加率は1年後には45.5%に減少し、2年後38.6%、3年後23.8%と年々低下したが、それに比べると、累積断薬継続率は、約1年経過時点で約90%、約2年経過時

点で約 90%、約 3 年経過時点で約 80%と、その低下は緩徐であった。累積断薬継続率は高い数値ではあるが、現時点では、調査完了者が少ないことから、さらに本調査を継続し、サンプル数を十分に増やしてからの解釈が必要であろう。

【研究 2：VBP を通して見える薬物依存症地域支援体制における現状と課題に関するヒアリング調査】

a. 方法

VBP 参加地域の全ての精神保健福祉センターの職員を対象として、質問紙を用いたアンケート調査を行い、自由記載で回答を得た。回答期間は、令和 3 年 7 月 21 日から 9 月 9 日までであり、その時点で VBP に参加していた全 20 センターから回答を得た。得られたデータを、

1. VBP に参加したことによる変化について、
2. VBP 参加者（調査・支援対象者）との関わりについて、
3. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴う変化について、
4. 今後の薬物依存症地域支援体制について、

それぞれ整理した。それぞれの質問ごとに、得られた質的データを元に結果の要約を作成した。

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴い、各地域の状況や取り組みを情報共有する機会が少なくなっている中で、地域ごとに状況は異なっている。そのため、以下には、結果の要約と合わせて、個々の精神保健福祉センターの記載内容も要約せずに結果として列挙する。なお、調査対象者が特定されないよう、個人情報保護に配慮している。

b. 結果

1. VBP に参加したことによる変化について伺います。

1-1. 精神保健福祉センターの職員に関して、どのような変化がありましたか？

(要約)

VBP に参加することによって、精神保健福祉センターの職員が薬物依存症の当事者と関わる機会が増えた。それに伴い、薬物依存症のある人を身近に感じるようになった、理解が深まったと感じている職員が多い。

また、当事者の抱える困難に耳を傾けることで、薬物問題だけに注目するのではなく、生活全般をみた上で支援を行うことが大切であるという意識が高まった。

保護観察所と関わる中で連携が深まると共に、司法とのつながりの中で依存症支援を考える機会になった。本プロジェクトに関わることで、組織全体として依存症対策を考えたり、他の自治体の支援体制や状況を知ったりする機会が増えている。

(個々のセンターの記載内容)

- ・薬物依存症の当事者と会う機会が増えた。
- ・薬物依存の方を身近に感じることができた。
- ・薬物依存症について身近なものとして感じられるようになった。
- ・依存症の方との面接の経験がなかったので、良い経験になった。
- ・薬物依存症者に対する理解が深まった。
- ・当事者が薬物を使うようになった経緯などを知ることができた。
- ・依存症者が現在に至るまで抱えてきた様々な背景を聴かせていただくにつれて、不安全感や生きづらさを抱えていることに気付かされた。
- ・2019 年の調査以後は担当者が変わっていないので、あまり大きく変化はしていないが、依存症者にも様々な人がいることの気づきはさらに深まった。また、当センターから積極的に電話連絡などを行うという援助の仕方も、定着してきている。

- ・薬物依存症の当事者との面接にあたり、情報収集が必要なことを学ぶきっかけとなった。
- ・当事者に聞き取りをする内容が決まっているので、聞き取りやすく、普段の来所相談でもどのような事を聞けば良いか参考になった。
- ・調査研究に使用される質問項目が分かりやすく簡潔であるため、コホート調査以外の依存症の方への面談時にも参考になった。
- ・当事者と関わる際の気持ちの面でのハードルが下がった。
- ・調査研究に参加する前は、「薬物問題を抱える方＝怖い」「よく分からない」という漠然とした忌避感情を持っていたが、そういった忌避感情は減少した。
- ・依存症患者への積極的な働きかけ（電話連絡等）に慣れ、抵抗を感じにくくなった。
- ・参加者との直接的なやりとりや、調査項目を通して薬物使用した背景等の個別的なことを伺うことで、当事者理解につながった。
- ・通常ならセンターにつながらないようなタイプの依存症の方と出会う機会となり、理解の幅が広がった。
- ・課員全員で調査を行っているため、薬物依存症への理解を深めようと意欲が高まった。
- ・日頃より研修会への参加等を通して、薬物依存症に対する知識および理解を深め、より良い対応方法を模索しているが、本プロジェクトに参加したことで当事者と関わる機会が増え、対応職員がこれまでに学んだ知識や技術を生かす機会となり、センター内外で行われている依存症支援を各機関と連携しながらより一層強化することに役立った。
- ・司法と福祉の役割の違いについて明確に考えるようになった。
- ・調査を重ねるごとに、薬物問題だけに注目するのではなく、生活全般をみるのが大切という意識がより高まった。
- ・依存症対策と司法の繋がりを意識するようになった。
- ・司法の流れや、保護観察所の業務が少し理解できた面がある。
- ・薬物問題に対して司法がどのように対応するかを知っておくことが重要と以前から感じていたこともあり、VBPに参加することでより具体的なイメージを持つことができた。
- ・保護観察期間から連携することにより、保護観察期間の確認や、保護観察所で行われているプログラムの状況を把握するなど、司法の視点も意識するようになった。また、保護観察期間終了後も、定期的に状況確認の連絡をすることで、切れ目のない支援につなげることができている実感を持てるようになった。
- ・薬物依存症を抱える人が、司法関係以外の支援機関につながることの意義について意識するようになった。
- ・本人の社会復帰を支援する社会資源を知ることができた。
- ・連携している機関を知ることができた。
- ・他センターとの情報交換が出来るようになった。
- ・保護観察所とのやりとりが増えて、連携強化につながった。
- ・プロジェクトに参加している保護観察所や他自治体センターの支援体制や状況、課題を把握することができた。
- ・薬物の問題を抱える方のケースについて、共有できる様になった。
- ・薬物依存症当事者の面接について、センター内で統一した面談ができる一助となっている。
- ・センターとしてどのように取り組むべきか、支援していくべきか何ができるのか等考える機会となった。また考える機会が増えた。
- ・経過を記録として共有することで、担当職員だけでなく他の職員も薬物依存症の回復過程をイメージできるようになった。
- ・これまで薬物に関する当事者からの相談は少なかったが、相談業務に従事する全相談員が

VBP 調査を担当することで、全相談員が薬物依存の問題を抱える当事者につながる機会となった。

・研究報告書や分担班会議、研究成果報告会等を通して、他県の地域に応じた取組みや、薬物依存症に関する最新の研究の動向を学ぶことができ、大変参考になった。

・新型コロナウイルス感染症の感染拡大のため当、センターのグループも十分な活動はできなかったが、研究で同意してくださった方の状況等を電話で丁寧に向うことができた。

・まだ1事例の対応で、大きな変化なし。

1-2. 精神保健福祉センターと薬物依存症の当事者との関わりに関して、どのような変化がありましたか？

(要約)

VBP を通して精神保健福祉センターの職員が多くの当事者と出会うことができ、それによって特徴を理解した上で対応ができるようになった。「回復することのイメージができた」

「スティグマが軽減した」「共通言語で話すことができるようになった」「相談が継続するようになった」「調査のみではない関わりが生まれた」「調査を通して信頼関係が構築され、相談や近況報告があった」などの声もあった。

また VBP は、精神保健福祉センターの職員が、当事者のニーズは「薬物をやめる」ことだけではなく、家族関係や就労などの多岐にわたる課題を抱えていることに気がつき、個別的な課題に対応していく必要性を再確認する機会にもなっている。精神保健福祉センターで実施している回復プログラムだけではなく、定期的な連絡や個別相談など、様々な方法で支援を行うきっかけにもつながった。

さらに、当事者にとって、精神保健福祉センターを知る機会となり、直接相談に訪れる当事者の数が増えた地域もあった。

(個々のセンターの記載内容)

・当事者の方と出会う機会となっている。出会う機会が増えている。

・当事者と接する機会が増え、経験値が増え、スキルが向上した。

・VBP で多くの当事者と会うことで、薬物依存症者の特徴を考えることができた。

・様々な当事者に関わる機会が増えて回復の過程を実感することで、薬物依存症に対するスティグマが減った。

・薬物使用の契機や目的、率直な思いを聞くことで戸惑うこともあるが、薬物依存症の方に対しての苦手意識が少なくなった。

・今までは当事者が面接に来るとなると身構えていたが、コホート調査で色々な当事者と面談することにより、自然と面談できるようになった。

・共通言語で話すことができ、関係が作りやすくなった。

・VBP 調査を通じて、全体的に相談が長く継続するようになった。

・生活全般の話を意識して聴くようにしてきたことにより、定例調査以外の相談も増加傾向にある。

・最初はとまどいがあったが、直接的にかかわることにより、調査のみでない関わりがみられるようになった。

・VBP の対象者から、精神保健福祉センターが地域の相談相手として認識されてきたのではないかと感じている。

・調査を通じて、センターと当事者との信頼関係が構築され、当事者から相談や近況報告もあった。

・当事者の方と直接会い、お互いの顔を見て話す機会が増えたことで、センターは当事者との関わりへのハードルが、当事者はセンターでの相談へのハードルが、それぞれ下がったのではないかと感じる。

・当事者の方にセンターを知ってもらう機会となっている。

・当センターでは、依存症専門相談や薬物依存症家族教室、薬物依存症者回復支援プログラムを行なっている。相談が無料であることは、精神保健福祉センターの強みの一つであり、投薬が必要でない方に関しては特に、精神保健福祉センターが支援の選択肢の広がりを生むと思われる。そのため、VBP 調査時に対象者へ当センターでの支援内容を案内している。実際に当センターの回復プログラムにつながった対象者も存在する。

・当事者が当センターに直接相談に来所する頻度は、以前に比べて、かなり増えた。職員も当事者から直接相談を受けることに、かなり習熟した。

・複数の職員が、薬物にまつわる相談に対応できるようになった。

・薬物に関連することはもちろん、それ以外の困りごとや生活のこともしっかり尋ねる習慣がついた。

・当事者にとって、課題は「薬物をやめる」という事だけではなく、周囲の環境の変化（家族関係・就業）にも対応していくなど、個別的な課題にも対応していく必要性を再確認することにつながった。

・研究対象者については、当センターのグループ、地域の自助グループにつなげてサポートしていこうとより一層意識した。

・回復し、自立して生活をしている方のイメージができた。一方で、連絡がなくなったりする方もいた。

・自発的にはセンターに相談に来なさそうな当事者がつながるようになった。

・これまで来所されていた方は、何とか治したい、依存症のグループに参加したいという方がほとんどだったが、それ以外の方（もう治っている、ほかの病院にかかわっている）とも関わ

ることになり、薬物が遠い存在ではないことを痛感させられた。

・当センターの家族相談を利用しているケースがVBPに参加して下さることが多く、日ごろの関わりの大切を感じるようになった。

・「自分は絶対に薬物は使わない。もう二度と使うことはない」と思っており、「仕事を見つけて、こういう暮らしをして」と、出所後の生活への希望を持っている方が多いという印象である。当事者が回復過程のどのステージにいるのかを考えながら、精神保健福祉センターとしてどのようなことを情報提供し、当事者にどう関わっていくのが良いかを考えながら関わることができるようになった。

・当センターの支援は必要ないが、「自分の経験が参考になれば」と登録してくださった当事者の方でも、継続して調査を行う中で、日常の困り事等を掘り下げて話される方がおり、VBPの「おせっかい」の声かけで少しでも役に立てたのではという実感を持つことがあった。

・依存症問題の相談や支援の場から、回復過程を確認する場としてのセンターという役割も生まれた。

・センターで実施している回復プログラムを通しての関わりのみでなく、定期的な連絡や個別相談での対応など、今までと違う方法での支援を行うことができるようになった。（支援方法は一つではない）

・地域に戻ってからは、再利用のリスクと隣り合わせでもあると感じた。

・調査の枠組みでの関わりであり、調査からなかなか支援に繋がっていない状況がある。調査で「困っている・悩んでいることがある」と回答があっても、精神保健福祉センター職員に相談するまでには至らないことが多い。

・もともと、回復支援プログラムで当事者と関わる経験があるので、特に変化はないと思う。

・大きな変化はない。

・変化なし (VBP 対応ケースについては、電話調査の対応のみ)。

1-3. 精神保健福祉センターと保護観察所との連携に関して、どのような変化がありましたか？

(要約)

精神保健福祉センターの職員と保護観察所の職員が相互に連絡をとる機会が増え、ケースの状況等のやりとりをとおして、連携がとりやすくなった。互いにプログラムに参加するなど、出向く機会も増え、顔の見える関係性が築きやすくなった。定例会議を開催したり、イベントを共催したりするなど、VBP やそれに限らない業務の面でも連携しやすくなったという地域もある。

それぞれの立場や視点の違いを知ること、連携支援を行う上で重要であると述べる職員もいる。一方で、新型コロナウイルス感染症の影響等による VBP 参加者の減少に伴い、連携の機会が少なくなった地域もある。

(個々のセンターの記載内容)

- ・保護観察所に出向く機会が増えた。
- ・コホート調査について相互に連絡する機会が増えた。
- ・定期的なつながりや連絡が取れるようになった。
- ・保護観察所担当者とケースの状況等連絡を取りやすくなった。
- ・連絡等やりとりが増え、明らかに連携が深まった。
- ・以前より意見交換する機会が増えた。
- ・保護観察所の担当者と連絡をすることが増えた。
- ・所在地に近いこともあり、見学へ行ったり、双方の事業について情報交換する等、顔のみえる関係性をつくりやすくなった。

・保護観察所の担当者とは、メール等でのやりとりが増え、連携がとりやすくなった。

・参加者についての連絡など直接電話をしたり、来所できない方の面談のため保護観察所の面談室を貸していただいたり、以前よりも直接話をするが増え、身近に感じられるようになった。

・(コロナ禍以前は) 職員が保護観察所で実施しているプログラム見学等の交流があった。

・連絡が取りやすくなり、業務の参考に保護観察所のプログラムに入ったりもしている。

・センター職員の、保護観察所プログラムへの協力や、お互いの施設やプログラムの見学を行い、業務内容の理解をはかるようになった。保護観察所で行われているプログラムの見学を通し、センターでのプログラムとの違いを知ること、プログラムの進め方や話題(テーマ)の広げ方等を考えるヒントになり、職員の質的向上につながった。

・これまでにやりとりのなかった保護観察所の支部とやりとりする機会を得られ、関わりがあった本所ともやりとりする機会が増え、顔の見える関係をベースに率直なやりとりがしやすくなった。

・共に同じ人(ケース)に関わっているということから、距離感が近づき他の業務面でも連携がとりやすくなった。

・保護観察所との連絡調整や相談、問い合わせを行うことで、組織間のハードルが下がった。

・集団プログラムとの連携がもてたことで、職員とのつながりができた。

・本プロジェクトを契機に、保護観察所と精神保健福祉センターの間で月 1 回の定例会議が作られ、交流が増えた。保護観察対象者の支援において、どのような機関と連携したら良いのかなどを両機関で考える場があることで、医療の視点からの支援方針を検討しやすくなったと感じている。お互いの資源を確認していくことで、より良い支援を行える可能性がある。

- ・保護観察所との共催による家族会では、家族の思いを知ることができ、センターの役割を知ってもらえる機会になっている。
- ・個別のケースの相談や連携等ケースを共有し、個々のケースへの支援協力・役割分担・それぞれの視点からケースの理解を深めることができ、支援ができるようになった。お互いに意見交換をすることができるようになった。
- ・従前から、家族教室の共催や保護観察所ステップアッププログラムの代替えなど連携を深めていたが、参加者の連絡などを通じて、保護観察所がより身近となり、連絡を取り合うことも増えた。事例を通じての連携が増え、当センターのことも知ってもらいやすくなった。今後も、事業等を通じて連携を深めていく予定である。
- ・コホート調査で繋がった対象者に対する回復プログラム（遵守事項）を精神保健福祉センターで実施する等、保護観察中に地域支援に繋ぐケースが複数あった。
- ・プロジェクトに同意しなかったり対象外となったりした当事者に対しても、回復プログラムの一環として精神保健福祉センターの見学に来たり、保護観察所でのプログラム後にセンター職員と面接する機会をとったりするようになり、支援の幅の広がりを感じる。
- ・今年度より、担当者間で年三回の連絡会を行うことになった。直接顔をあわせて話すことでお互いの業務への理解が深まった。
- ・保護観察所の役割をより知ることができた。
- ・元々、当事者向けプログラムや研修等の事業において連携は図られていた。新型コロナウイルス感染症の流行により、職員の異動や事業の中止等により、VBP 調査についても連携が一旦途絶えていたが、新担当者を中心に事業の状況報告等を行いつつ、新たに連携できることはないか、お互い積極的に連携を図ることで、顔の見える連携を継続できている。

- ・調査以前より、ギャンブル等依存症支援を中心に密に連携をしており、VBP 実施以後も同様の連携を継続している（ギャンブル障害のケースは安定して紹介を得られている）。
- ・全体としての連携はスムーズに図れているが、担当観察官によって温度差を感じる面もある。
- ・一時、保護観察所との連携が増えたが、新型コロナウイルス感染症対策のため、昨年度は電話連絡程度の関係となり、直接対面しての相談、連携等はなかった。
- ・保護観察所からの紹介後、ケースについて連絡等は取り合っておらず、今後どのように連携していくかが課題と感じている。
- ・保護観察所が主催する実務者検討会に出席する等、保護観察所と顔の見える関係性ができていたが、コロナ禍で連携の機会が少なくなっている。
- ・紹介されるケースが少ないため、VBP 参加後も大きな変化はない。

1-4. 薬物依存症地域支援における連携体制に関して、どのような変化がありましたか？

(要約)

VBP を通して定期的なつながりや、ケースを通じての連携が取れるようになることで、それぞれの機関の役割を知り、顔の見える関係性の構築ができている。特に精神保健福祉センターと保護観察所が、出所後の対象者の支援を連携して行うことなど、VBP が地域における連携が深まるきっかけとして機能している。VBP の対象者以外のケースに対しても有効な支援を提供するために、地域におけるネットワークや切れ目のない地域支援の必要性について、精神保健福祉センターの職員が考えるきっかけにもなっている。一方で、対象となるケースが少なく、地域における連携体制の変化は実

感できていないと述べる精神保健福祉センターもある。

(個々のセンターの記載内容)

- ・定期的なつながり、連携が取れるようになった。
- ・ケースを通じての連携が取れるようになった。
- ・ネットワーク連絡会で、薬物支援に関わる各関係者が集い、それぞれの機関の役割を知り、顔の見える関係性の構築ができた。
- ・当センターの事業の中で協力いただいている、医療機関（医師）、民間復帰施設や自助グループの方との関わりが、事業に関する単一の視点だけではなく、具体的に事例を通し検討するような内容に変化している。各施設の得意、不得意等を把握し相談することで、当事者に提示する支援方法も選択肢が増えたと思う。中でも司法的立場の保護観察所とは「薬物」というキーワードのみのつながりだったため、VBPをきっかけとして双方連絡する関係になれたことは、とてもよい変化であったと思う。今後、薬物依存症者に対する切れ目のない支援を行うために、定期的なつながりを持てるよう整備する必要がある。他にも、依存症相談拠点となり、連携会議を持つことで更に幅広く関係機関と繋がるきっかけとなった。関係機関ごとの得意、不得意を知ることで支援の幅が広がったことは利点であるが、一方課題としては、関係機関が限られ相談先が限局的になることがあげられる。
- ・VBPをきっかけに、本県で実施している薬物再乱用防止教育事業や、就労支援事業等につながるケースが増えている。
- ・VBPを通して、これまでつながることのなかった方々との継続した関わりができるようになってきている。その中で、依存症の問題を抱える方々を理解することができ、現在の制度のはざまに落ちてしまっていてなかなか十分な

制度利用が難しい現実をみることができた。これまでとは違い、より連携が必要であると感じたことで、県内でのネットワーク連絡会の大切さを感じている。

- ・依存症支援に関わる関係機関の連携強化を目的として、依存症支援者連携会議が発足し、現在では10を超える団体（マックやダルクなどの施設、麻薬取締部、保護観察所、保護司会、精神科病院、行政、精神保健福祉センター等）が参加している。令和2年度は新型コロナウイルス感染症のため開催できなかったが、本年はリモートにて会議を開催した。
- ・コホート調査で保護観察所から精神保健福祉センターに紹介があったケースの相談を受けるなど、当事者の出所後の支援が円滑に行えるようになった。
- ・保護観察所での回復プログラム助言者として、月1回ペースで精神保健福祉センター職員が回復プログラムにかかわれた。
- ・保護観察所での回復プログラムでかかわった当事者に対して、保護観察終了後、保護観察所より紹介があり、顔の分かる精神保健福祉センター職員として相談等、円滑に関わることができた。
- ・保護観察所との連携は必須であるため、より連携体制が強化され、お互いが実施しているプログラムの内容把握や体制について理解が深まり、顔のみえる関係性が構築された。
- ・VBPに参加する前から、保護観察所や医療機関との連携は比較的スムーズにいていた。この関係を利用し、VBPの参加者を希望する医療機関につなげる等、より踏み込んだ個別の支援が実現している。
- ・元々、連携をしながら支援していく体制はできていたため、大きな変化はないが、今年は保護観察所と共催で家族教室を行うこととした。
- ・保健所や地域の支援機関に繋ぐケースもあり、ケース会議等に参加する機会が増えた。

・依存症連携会議の中で当調査の報告等行い
つつ困難事例等が出た場合は共有していく予
定。

・保護観察所からの切れ目のない地域支援に
ついて改めて考える機会となりました。

・保健医療にとどまらない連携の重要性を感
じ、様々な分野や職種の方へ依存症を知って頂
けるような働きかけを模索している。

・VBP 調査とは直接関係ないが、当センター
が依存症相談拠点になったことで、地域連携会
議の開催等を通して、地域の関係機関との連携
は深まった。

・ダルクさんがご尽力いただいております地域で
貢献されているが、他の機関はあまり変わらな
いようにも見える。

・VBP 参加後に大きな変化はないが、VBP 以
外に関わるケースに対しても有効となる地域
連携について日頃から考え、充実させていくこ
とが重要と考えている。

・必要に応じて、各保健福祉事務所・センター
と連携して、支援を行うこととしていたが、仕
事を持ち自立されている方が多く、相談・支援
を希望するケースはなかった。

・対象事例がまだ少なく地域との連携までを
感じるには至っていない。

・VBP の実施による変化は特でない。

・特に変化なし

2. VBP 加者(調査・支援の対象者)との関わりに
ついてお伺いいたします。

2-1. 初回調査や関係性の構築において、印象
的な出来事(困難、戸惑い、気付き等)があれば
ご記載ください。

(要約)

登録申請書を自ら記入しているものの、研究
内容についての理解や認識はそれぞれ異なっ
ており、初回調査の日程調整に難渋することが
多いことが指摘されている。本人が携帯電話を

持っておらず、仕事をしているなど、連絡がと
りづらい場合に、どこまで連絡すべきか悩まし
いと精神保健福祉センター職員は感じている。

「役に立ちたい」という思いで参加する人や、
「薬物をやめ続けたい」「どこかにつながる必
要がある」と感じて研究に参加する人がいる。

初回調査を対面で行うことで、その後の電話
での調査がしやすくなる。保護観察所内で面接
を行っている場合には、相談の約束を取りやす
い一方で、警戒している人もいるようである。
支援ニーズはないと明確に述べる人や、表面的
に調査に応じるのみで終わってしまうことも
多い。

その一方で、次第に相談の電話を受けるよう
になったケースや、VBP が本人の励みになっ
ているケースもある。

(個々のセンターの記載内容)

・「こんな自分でも役に立てるのならば」と、
コホート調査について説明をする前から研究
協力する意気込みをもって初回調査に応じて
くださる人や、調査の説明書を熟読し、沢山質
問してから調査協力の同意が得られる方もあ
り、様々な印象がある。

・初回調査の回数が激減しており、初回面談が
ほとんどないが、対象者が正直に安心できる雰
囲気を心掛け、センター来所時には職員であ
たたく迎え入れるようにしている。

・初回調査で面接をすることにより、2回目か
らも電話の聞き取りがしやすくなる。

・何となく了承しているのか、調査の説明をす
ると驚く人が多い。

・登録申請書は記入したが、来所の目的につい
てあまり理解されていないことが多かった。

・最初は本人も何に同意したのか、不明瞭な状
況で出会う事も多いが、初回面接により「大事
な研究ですね」と理解してくださる方もおられ
る。

・初回面接時、保護観察所でどの程度の説明で、どのように納得されてきているかを確認する必要がある。説明内容などは、一律であろうが、個人により理解が異なるので確認は必要だと感じている。センターでも再度研究の同意内容を確認すると「保護観察所で説明されたことと違う」という事はない。研究への協力理由については、「やめ続けたいから」「どこかにつながる必要を感じたから」との返答が多い。

・保護観察期間とセットで行われて、影響するものと捉えている人が多い印象。

・コホート調査で精神保健福祉センターにつながったケースで、当事者から継続的に電話相談や来所相談があることはないが、コホート調査の時期に困り事について伺うと、大体の方が話をされ、「また相談させてください」と言われる。

・比較的、初回より友好的に来所していただける方が多いので、関係性の構築において大きな問題と感ずることはない。

・初回調査で来所時に「自分はこういうところ（精神保健福祉センター）の相談は必要ないと思っている」

と明確に発言があり、困って相談に来所等する人との違いを感じた。

・人なつこく距離が近い方については、具体的な話が多きかれ、これからどうしていけば良いだろうかという相談もあった。言われたから来ただけでももう何ともないという態度の方については、きいたこと以外は答えてくれず、今後の調査もどうでも良いという感じだった。

・ある参加者は、複数回の服役を経ても、薬物の問題についてこれまで支援者に相談することはなかったと発言した。同様の当事者が他にもいることが推察され、VBP プロジェクトの意義が垣間見えた。

・初回面接で、今後当所に「精神科通院を中断している交際相手のことを相談できるか」と問われた。自身の逮捕等で迷惑をかけた、という

思いからのようだったが、「ご自身の相談が基本」と返し、交際相手が相談できる地域の窓口を案内した。

・電話調査の際に、何度か酒を飲んでいて、いくつかの質問項目に怒りをみせていたが、調査中止は希望せず、2年目の途中からは時々ご自分からセンターに相談の電話をしてくるようになったケースがある。このケースは、最後の調査は来所を希望しており、コホート調査が本人にとって何らかの励みになっていると思われる。

・VBP 参加者は大別すると、①今度こそ薬物を止め続けるためには何かしらの支援が必要と思い参加した、②VBP が何なのかよく分からないが保護観察所から言われたから精神保健福祉センターへ来た、③自分が少しでも役に立ちたいという思いで参加した、の3パターンいるように感じている。VBP を通じ、従来地域の相談につながりにくかった、②と③の層が、精神保健福祉センターの相談につながったと感じている。その一方、②の層では、初回面接時に説明が長くなってしまうと面倒だと感じ、調査協力を拒否する者がいるのが現状である。

・当センターでは調査対象者が少なく個別のエピソードもあまり多くないが、対象者が就労していると日中の時間での面接設定が難しかったり、電話で連絡が取れずにやむなく調査がスキップとなってしまったという経験がある。

・「薬物関連の経験を活かして、薬物使用者の支援を考えている（いずれは仕事としたい）が、どのような方法があるか」と投げ掛けられた時に、どのように応答するか、戸惑った。

・VBP 調査につながらなかった例として、初回来所時に記入する申込用紙に個人情報（氏名・住所など）を記入したくない、地元ではない地域の更生施設へ入所したため土地勘がなくセンターまで到着できない、などの事例があった。

・当センターでは初回面接が保護観察所内の面接室であり、相談の約束を取りやすいが、保護観察所内であるため、警戒している人も印象がある。

・調査への参加意欲があっても様々な事情で精保センターへの来所が難しいなど、初回面接の設定（主に場所）の難しいケースがあった。

・登録申請書が届いても、初回調査の同意が得られないことが多い。登録申請書を送ったことも認識が不十分なケースが多い。

・初回調査の日程調整に難渋することが多い。本人自身の携帯などが無い場合には連絡がとりづらく、仕事をはじめていると平日日中に連絡がとりづらい。どこまで連絡すべきか悩むケースがある。特に、出所後すぐに仕事を始めた参加者の場合、連絡がつながりにくく、初回調査面接の約束もしにくい。初回に会うというハードルは高く、参加者に相談ニーズがあまりないとながりにくい印象をもっている。

・初回調査の日程調整でTELしたところ、調査でどのようなことを聞かれるのか質問があり、説明すると「忘れた頃に薬物使用について聞かれるのはちょっと。思い出してしまうのでは」と難色を示されて初回調査に至らなかった方がいた。初回の面接調査のことを知らず、「え、俺が行くの？」と驚かれて、初回調査に至らなかった方もいた。また、登録申請書に雇用主の電話番号の記載しかなく、何度かTELしても本人とのやりとりができず、初回調査に至らなかった方もいた。

・診断名の項目を確認した際に、「物質使用障害」と診断を受けているが対象者より「障害ではない」と拒否反応があった。

・初回場面ではフレンドリーで調査項目以外のこともたくさん話して下さる方が多い印象である。ただ、電話調査場面では初回面接時と印象が異なるケースもあり、どちらかという関係を築くよりも維持することが難しいように感じる。

・初回調査自体ができない方がいる。保護観察所では同意したものの、数多くの説明の中の一つとしてあまり深く考えず、記入したのではないかと思われる。

・ご本人が、何のために、どのようなものなのか、という理解があいまいなままに登録申請書にご記入されたためか、初回調査のための電話の際に説明がうまく伝わらない難しさを感じて少し困った。

・保護観察所の面接日に初回調査を実施していたが、対象者の方の勤務状況等の関係もあり、初回調査の日程調整が困難になることがあった。また、申請書を提出されているが、連絡がつかないケースもある。

・初回申請書が届き、連絡をすぐにしないと就労等により連絡がなかなかつかなくなる人が多い。

・仕事をしている方がほとんどであるため、日中の連絡が取りにくい。折り返しの連絡もしていただけない場合もある。

・対象者は調査だと認識されていて支援を求めておらず、困りごとを聞くと「ない」と答えられる方が多い。上辺では良好な関係だが、関係が深まらない印象がある。

・調査を機に、センターのプログラムにつながってくれることもあれば、調査自体は、何ら抵抗なく対応されるものの、悩みなどの本音を話すことにはつながらず、表面的に調査に応じるのみで終わってしまうことも多いように感じる。

・困ったときや薬物を使いたくなったら電話をください、と伝えているが、令和2年度では対象者からの連絡はなかった。

・特になし。

2-2. 調査・支援が中断となった参加者に関して、印象的な出来事(参加者の特徴、調査や支援の枠組みの問題、関わり方等)があればご記載ください。調査・支援が中断となった理由が想

定される場合には、それについてもご記載ください。

(要約)

就労を開始するなどの生活の変化により、精神保健福祉センターの業務時間である平日の日中に電話することが難しくなり、中断に至るケースがある。

電話番号が変更となる、通話拒否となつてつながらなくなる人もいる。薬物の再使用による逮捕で中断となるケースもある。結婚や職場異動などの環境の変化によって過去を知られたくないと心配する人もいる。頼れる人がいない、仕事がない、身体疾患や精神疾患がある、母子家庭であるなど、健康度が低い人が中断しやすい印象がある。

逆に、身近に家族などの相談できる人がいる場合にも、支援を必要とせず中断となる印象もある。担当職員の交代に伴い中断となるケースなど、職員との関係性が重要である側面もある。

(個々のセンターの記載内容)

・中止ケースの多くは、更生保護施設やダルク入寮者のケースである。初回面接につながりやすい一方で、退寮と同時に連絡が取れなくなって中止となってしまう印象がある。

・頼れる人がいない、仕事がない、身体・精神疾患を抱えている等により不安定な状態であるなど、精神的な健康度の低い方が中断している印象がある。

・精神症状の悪化や逮捕により調査・支援の継続が難しくなったケースや、保護観察期間が終了した頃から電話がつながらなくなったケースもある。

・調査の中断について、携帯電話番号の変更があつてつながれなくなったり、手紙でのやり取りも住所が変更になって返送されてしまうケースがある。

・調査の過程で就労の場に新たに通うようになった方では、調査の日程調整が難しく、限られた対象者の時間の中で調整をしても、その日の調査が難しくなった時に、こちらが次の日程を調整しようと連絡をしてもつながらなくなってしまった。

・困った時の相談窓口として精神保健福祉センターを案内するものの、調査以外での対応はほとんどない状況がある。困りごとがあつた場合は身近な家族へ相談している参加者が多い印象があり、行政機関の支援をそれほど必要としなくなった参加者については、調査が中断してしまうこともあると思われる。

・現時点で、調査中止はないが、参加者の都合（仕事をはじめた）と、新型コロナウイルスの感染拡大が重なつたことが、継続しにくさにつながっているものと想定される。

・「しつこく電話がくるのが嫌だ」「電話に出るのが煩わしい」「仕事で忙しいので回答する時間がない」と訴え、調査打ち切りを希望する当事者が多い印象がある。

・初回面接を実施した職員が転勤となり、別の職員が電話をすると、「〇〇さん以外の電話には出ない」と中断になったことがある。その他、会つたことのある職員以外には話さない等、特定の人以外へのつながりにくさがある印象がある。

・4回目まで順調に調査を重ねてきた対象者と急に連絡がとれなくなり、後に、本人が失踪していて保護観察官や保護司との関わりも中断していることがわかつた。大麻の使用を肯定していた方だつた。失踪の理由は薬物問題ではなく、他のことで警察に捕まることを恐れての失踪だつたと聞いている。

・母子世帯やもともとの疾患治療が必要なケース、就労等生活そのものが落ち着いていない場合、調査協力の余裕が持てなかつたのではないかと思われた。

・生活保護を受給されている方で、登録申請書を受領したのち、「調査には協力したいが、生活保護費から面接に行く交通費が支払われないので協力できない」と終了になったケースがあった。

・初回の面談で内容の説明を終えてから中止を希望された方がいるが、もしかしたら今後の電話で他人に聞かれるのではないかということと、本当に外部に漏れないか安全なのかという不安を持たれていた。

・中断の理由として、結婚、新しい就職先など環境変化があり、「新しい環境の中では自分の過去を知られたくない」「センターからかかる電話が困る」といった理由で数名連絡がつかなくなった。

・逮捕、服役中に家族が当センターに来所相談し、家族教室に参加していたケース。うつ病を患っていたが、電話がつながらなくなり、心配だったので家族に電話したところ、再逮捕されていた。家族と連絡できたために状況がわかったので、家族との相談関係があることも大切だと再認識した。

・中断した方は、電話そのものがつながらなくなった方が多いため、中断理由を把握しにくい。単に保護観察期間が終わったなどの理由だけではないため、経済的理由なのか、薬物再使用なのか、憶測の域を出ない。調査には協力してくれたが、地域で支援者を持つ必要性をあまり感じていないなど、表面的に調査に応じていた方が多いのではないかと思う。

・センター事業が平日昼間のため、その時間内での対応に限られる。そのため調査・支援の時間も限定され中断につながると考える。

・それまで頻繁にやり取りしていた人が、就労し始めて忙しくなり、平日・日中は全く連絡が取れなくなった。厳しい条件下での就労は、ストレスがかかり、スリップのリスクも高いと思われるが、フォローが難しい。

・更生保護施設へ行って初回面接を行い、同意書にて同意を得たが、翌週に同意撤回書が送られてきた。

・当事者が逮捕されて電話がかからず、スキップや打ち切りになるケースもある。

・転居・スリップによる中断。

・数回調査継続し、関係性も良好であったと思われる方でも、「現在使われておりません」とのアナウンスが流れ、突然電話がつながらなくなる方がいました。

・通話拒否となり連絡がつかない事例がある。

・電話をしても、「現在、使われておりません」と、連絡が取れなくなる場合がある。

・電話がつながらない場合に、どこまで電話をかければよいのか迷う。

2-3-1. 調査・支援関係を継続することができている参加者に関して、印象的な出来事(参加者の特徴、調査や支援の枠組み、関わり方等)があればご記載ください。調査・支援関係を継続することができた理由が想定される場合には、それについてもご記載ください。

(要約)

女性、携帯電話を所持している人、家族等の相談できる人や医療機関などとのつながりをもっている人、誰かと話したいという気持ちを持っている人、誰かの役に立ちたいと思っている人などが、調査・支援関係を継続しやすいケースの特徴として挙げられた。

単なる調査のみの関わりでなく、薬物以外の生活上の悩みなどを聴くことで中断が少なくなるという意見や、調査への協力を依頼するという関係性が継続しやすさと関わっているという意見などもみられた。

過去の話を振り返ることや、継続的・長期的に働きかけることも関係性を継続する上で重要である。

(個々のセンターの記載内容)

- ・継続ケースは、仕事が続いている、更正保護施設入所中であっても携帯電話を所持しているケースが多い。
- ・仕事や住まいや家族など相談できる人が安定している方等は、継続しやすいように思う。
- ・継続している方の印象として、家族等のサポートしてくれる人がいる人、自営で仕事をしている等、社会活動をしており、健康度が高い人。
- ・医療機関に受診している方は、調査日でなくても声をかけてくれたり、面談につながる人もいる。
- ・つながりをもっている人は、困っていることや現状について定期的に電話をくださり、継続できている。
- ・生活をしている中で薬物問題以外にも相談できる相手がいる方などは、調査と支援を良い意味で「別もの」と理解し、調査を自身の回復状況を確認する場として利用されていた。
- ・初回面談の時のご本人との関係がスムーズであれば継続して相談できることを感じる。
- ・初回調査面接を終えてさえいけば、電話による調査には協力的な参加者が多い。時間的な負担が少ないためと思われる。
- ・複数受刑歴のある方は、つながり続けやすい様に思う。
- ・数は男性の方が多いが、女性の方がつながりやすい様に思う。
- ・自ら希望して精神保健福祉センターに直接来所し、調査が開始された参加者がおり、毎回の電話調査にも快く応じてくれており、切電の際には必ず感謝の気持ちを述べてくれる等、良好な支援関係が継続できている。理由としては、定期的にVBPの連絡が入ることで、断薬を継続するモチベーションにつながっていることが想定される。
- ・話をすることがうれしいと話される対象者や、郵送であっても手紙を入れておくと電話が

あったり、つながりを持っていることに前向きな人は継続できているように思う。

- ・聞き取り調査のようではなく、相談といった枠で電話するとつながりやすいと感じる。
- ・当センターでは7人の相談員は調査に従事しているため、「担当のこの人以外には話しません、調査に答えません」というスタンスの方以外であれば、本人からの折り返し電話等にもその場で応えることができ、継続しやすい感覚がある。
- ・順調に調査していた対象者が、調査途中で「時間がとれない」と拒否的な反応を見せ、聞き取りが中断したことがあった。その際は、本人が子どもとの生活を再開したばかりで本人の医療機関の利用も中断していた。3か月後に調査で電話したところ、本人の受け入れも良く医療機関の利用も再開しており、当センターが医療機関につないだことを感謝しているという言葉も聞かれた。対象者の気持ちに揺れがあることを実感し、支援者があきらめずに継続的・長期的に働きかけることの意味を感じた。
- ・薬物以外の生活上の悩みなどを話す・聞く関係になれると、中断は少ないのではないかという印象がある。
- ・調査項目をベースに、具体的に個別の生活状況を伺ったり、薬物使用に関する部分(過去の使用、価値観等)を掘り下げたり、単なる調査にならないよう定期フォローのスタンスで質問の仕方を工夫して話をした。本人からも過去の話振り返ったり、少しずつ家族の話がされたり、変化が見られた。
- ・自助グループの利用に至っていないケースでも、個別で安全が保障された手段であれば、他者と話(特に依存症に関連が深い部分)をすることのメリットを「悪くないかな」程度に少しずつでも感じてもらえたのではないかと思う。
- ・「調査」を「依頼」という形式で、当センターからも定期的に連絡することができ、本人

からの主体的な相談ではなくても話をする機会をもてたように思う。

- ・継続的に調査に協力していただいている方の特徴として、調査自体へのかかわり方を把握されてからは、いつも変わらず坦々と応答されるところがある。

- ・初回面談で話をしてくれる方については2回目以降も積極的に話してくれる。面談し顔と顔を合わせることで安心感にもつながると思われる。

- ・継続調査になっている方は、精神保健福祉センターのプログラムへの参加や、担当者との個別相談等、VBP の調査以外の関わりが多い。中でも、自助グループや医療機関などとのつながりが無い方は、精神保健福祉センターでの個別相談でつながることで、VBP も途切れることなく継続できたケースがあった。

- ・コホート調査に協力するだけでなく、当センターの当事者プログラムにも参加していたケース。医療機関のデイケアにも通っていたが、就職する際に、医療機関には相談せず、就職後には医療機関受診も中断してしまった。当センターのプログラムにも参加しなくなったが、コホート調査だけは協力してくれている。プログラムを通して、関係ができていたことと、コホート調査が電話調査なので、気軽に応じられることがプラスになっていると思われる。

- ・調査継続されている方たちは、調査を義務的に受けるばかりでなく、健康のことや仕事のことなど、たわいもない日常のことを電話でも話せる雑談力がある方や、ご自身の話をしたい方が多いように感じる。

- ・比較的継続して調査できている（できていた）方は女性が多く、主婦であったり、当時は仕事をされていなかった方だった。継続できた方は、当センターの回復支援プログラム参加や自発的な相談には抵抗があっても、誰かの役に立ちたい、誰かとつながりたいという思いがあり、

担当職員が同性で話しやすかったこともあって継続できたのかもしれない。

- ・（精神保健福祉センターの相談員と話したいというわけでもなくとも）誰かと接点を持っていたい、おしゃべりをしたい、と言う方が多い印象。

- ・生活基盤（住居、仕事、家族関係）が安定していたり、スリップしていない人が調査継続しやすい。

- ・工作中であってもしっかりと電話に対応して頂けることが多かった。

- ・まだ初回調査のみなので今後継続できていくのか不明。

- ・追跡調査で電話をかけた際、精神保健福祉センターと名乗っても分かっていない方が何人かいた。自分から希望して来所相談されたわけでは無いので何のことだったかすぐには思い出せない様子だった。

- ・「これまで支援機関があることを知らなかった」と言う参加者が多い印象である。また「通報されないということで、安心して話せる」と言う参加者もいる。積極的にセンターに来所する場合、電話だけであれば協力するという場合がある。

- ・ダルク内で「コホート調査」が認識されており、入所者の中には自分の順番はまだかと待っている人もいる様子。

- ・今年度で調査が終了することをつたえると、残念そうな反応を示された方がいた。

- ・当センターでの参加者5名のうち、3名が売人経験者だった。

2-3-2. (3年間の追跡を終了した参加者のいるセンターのみにお伺いします)3年間の追跡を終えた参加者に関して、印象的な出来事(参加者の特徴、調査や支援の枠組み、関わり方等)を御記載ください。3年間の調査・支援関係を継続することができた理由が想定される場合には、それについても御記載ください。

(要約)

支援機関とつながっている、複数の場所に相談先を持っている、仕事や家庭などの生活が比較的安定しているなどのケースが、3年間の調査・支援関係を継続しやすかった。

また、調査に対して前向きであること、薬物に関することだけでなく、生活全般の相談をしていることも継続しやすい要因と考えられた。

調査項目の確認にとどまらず、日常の状態を気にかけて、「いつでも声をかけてほしい」と伝えるなど、支援者側の向き合い方が重要であることも示唆された。

(個々のセンターの記載内容)

- ・支援者との関係性がよく、薬物以外の悩みについても保護司、保護観察官、勤務先の社員など複数の場所に相談先を持っていた。

- ・VBPにおいても、薬物に関するだけでなく生活全般について相談をしていた。また担当者からもVBP以外の事柄で必要に応じ電話連絡をした。

- ・3年間追跡できた方は、調査について前向きな態度で受け答えしてくれる人が多かった印象がある。

- ・調査終了後に調査という形ではないが、引き続き3カ月後にセンターから連絡することを希望する方がいたが、終了後1回目の連絡時には再連絡の必要はないと話され追跡を終えている。3年間という長期間調査に協力していただいた参加者は、終了時にはどこかの支援機関としっかり繋がっている印象がある。

- ・出所後、仕事や家庭などの生活が比較的安定して、困り事を相談できる相手を見つけている人は毎回のコホート調査に協力してくれた。

- ・本人の希望で、電話での聞き取り調査から郵送での調査に変更があった方は、比較的、3年間の追跡を終了している。

- ・初回面談時に、センターや保護観察所のある県庁所在地に来るのが困難だということで、本人の居住地まで出向いて、保健所のある県庁舎の一室を借りて、面談をしたことが印象に残っている。3年間継続できたのは、本人の生活や人格が安定していたことが大きいのではないかと考えている。

- ・他県からの転居に伴う、担当センターの交代があった。その際、前担当者、当事者が一緒に当センターへの丁寧な申し送りをしてもらったことで、当事者のみではなく、そのパートナーも支援の必要性があり適切な支援につなげることができた。逆に、転居の事例で、前センター職員との信頼関係ができていたので調査終了まで担当を変更せず継続したケースもあった。いずれのケースの場合も、調査項目の確認にとどまらず、日常の状態を気にかけて、「いつでも声をかけてほしい」という支援者側の気持ちに当事者に伝わったためではないかと思う。VBPを通し、センターのプログラムを終了した方で「再使用してしまったので再度プログラムに参加したい」と連絡が入り、再度センタープログラムに参加を開始した事例があった。

- ・当センターでの継続的な来所面接、プログラム参加など直接関係があり、調査を継続しやすかったケース。定職あり、専業主婦などで社会的な安定があったケース。どちらかの条件がある場合は、比較的調査を継続しやすいと思われる。

- ・他都市から引継がれたケースで、終了予定の方がいる。

- ・当センターはVBPの参加者が少なく、調査以外の関わりが乏しいため、調査以上の参加者の状況は把握できていない現状がある。

3. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行に伴う変化について伺います。

3-1. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行に伴い、VBP 継続や、薬物依存症の相談・支援、地域における連携体制の構築において、どのような変化がありましたか? 特に印象的な点について御記載ください。

(要約)

保護観察所のプログラムが休止となった影響などもあり、新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴い、新規のVBP 参加者の数は減少した。地域連携のための集まりなどが開催しづらくなった。自助グループが休止となったり、オンラインになったことに伴い、相談件数が増加した精神保健福祉センターもあった。

VBP は電話であるため、大きな影響なくつながら続けることができたという側面もあった。調子を崩すケースが増える一方で、ミーティングにオンラインで参加できるようになったことなど、当事者にとってポジティブな変化もあった。

調査を郵送に切り替えたことで、就労中の方などにとって調査に協力しやすくなるなど、アクセシビリティの重要性が再認識された。現在では、感染対策を行った上で、プログラムや対面での相談を再開している地域も少なくない。

(個々のセンターの記載内容)

- ・新規の面接者数が激減した。
- ・調査につながる数は減少している。コロナの影響は不明である。
- ・保護観察所のプログラムが休止になった影響もあるのか、登録申請書が届かなくなった。
- ・集団指導を延期したことで家族教室のみ参加している相談者は、相談機会が減ることになった。電話での相談が増加することはなかった。
- ・VBP については、令和2年度は新規登録に至る方がいなかった。司法関係機関からの当センターの薬物依存回復支援プログラムへの紹介者も1例もなく、新型コロナウイルス感染拡大に伴い、司法関係機関からの当事者への積極的な働きかけがなかった結果と思われる。

大に伴い、司法関係機関からの当事者への積極的な働きかけがなかった結果と思われる。

・当センター自体が事業を中止・縮小したことも大きいと思うが、他の相談に比較して薬物の相談自体が減少した印象がある。VBP 自体も激減したが、保護観察所との積極的な情報交換などを通して、連携や調査数も回復している。

・昨年4月に発令された第1回緊急事態宣言下では、当センターでも回復プログラム・家族教室を中止し、個別相談についても面接は緊急時以外は原則中止、なるべく電話相談で対応するなどの体制となった。その影響か、令和2年度の薬物依存症を含め依存症相談件数が増加した。

・保護観察所のミーティングが中止になるなど、十分な取組(リクルートの機会)ができなかったかもしれない。

・新型コロナウイルス感染症のために、NAが休止になったり、オンラインになったりしたため、初めて参加するには敷居が高くなってしまい、紹介しにくくなった。また回復施設の見学もできないことがあった。

・断酒会やAA等が休会中のところも多く、各関係機関と連絡が取りづらくなった。

・緊急事態宣言の発出等に伴い、双方での見学や事業への協力が中断した。保護観察所内でのプログラム運営方法の変化により、コホート調査の案内ができずセンターに繋がりにくくなったと聞いている。相談件数は毎年増加傾向にあり、感染症拡大の影響は不明だが、民間施設での家族会や、本人グループの中断に伴い当センタープログラムへの参加を希望する方が、やや増加した印象がある。今後も、当センターの事業内容を周辺民間機関に周知していくと同時に、お互いの資源を知るなど情報共有を進めていく必要があると思った。

・集合でのグループ開催が困難になってしまった(相談・支援の面で)。

・連絡会議等はオンラインになり、関係者が直接顔を合わせる機会が減ってしまった。

・保護観察所と合同で薬物依存症に向き合う家族や支援者向けの研修会を予定しているが、新型コロナウイルス感染状況が日々異なるため具体的な計画に移れずにいる。

・顔を合わせての会議等は難しい状況だと思う。オンラインミーティング等何らかの方法で必要時に必要な関係機関と連携をして行く必要があると思う。その時々状況に応じてどのように連携していくかできる方法で連携出来たらよいと感じる。保健所等コロナ対策の中心となっている機関においては連携自体が難しいところがあるのでその部分において難しさを感じる。

・ネットワーク連絡会については、実際に集まることが難しくなり、オンラインでの開催を実施している。

・新型コロナウイルス感染症の流行に際し、一般の相談は感染症対策をした上で継続実施している。

・再乱用防止教育プログラム、家族教室等、集団で行うプログラムについては令和2年度は感染拡大に伴い中止したものもあった。その中で参加者からは出来る限り中止しないでほしいとの声が上がっていたため、令和3年度は感染症対策を徹底した上で可能な限り実施するようにしている。

・プログラムを継続して実施しているので、そこに参加いただいているダルクの職員の方とは、お会いすることができている。

・薬物依存症支援ネットワーク会議における支援機関の顔の見える関係性づくりの実施により、各機関の支援内容を具体的に知ることができた。

・ダルク等の施設では、入所中は携帯電話を持っていない対象者が多く、調査方法は面接が基本であったが、新型コロナウイルス感染症の流

行によって、調査方法を面接から電話に変えざるを得ない状況があった。

・コロナ禍の緊急事態宣言中において、対面面接が設定できずに郵送対応に切り替えざるを得ない変化があったが、就労中の対象者にとっては調査に協力し易いメリットもあったと思われる。

・集団プログラムの中止や関係機関による会議の書面開催など、直接的にも間接的にも支援しづらい状況であった。ただ、研修や会議がオンラインになることで、知識を深める機会は持ちやすかった。

・刑の一部執行猶予制度により保護観察中の対象者が、保護観察所でのプログラム受講に代えてセンターでの集団回復プログラムを受けている場合、緊急事態宣言やまん延防止等重点措置により集団プログラムが休止になるなどしたため、状況に応じて担当保護観察官とのやりとりが増えた。

・当事者に対する個別相談は継続していた。コロナに対する不安感が強い当事者については電話での相談を実施し、面接相談は延期した。

・VBPは初回を除き基本的に電話調査が主となるため、あまり影響はなかったと感じている。

・昨年度一時的に来所相談や集団プログラムを中止した時期があったが、それ以外は通常の相談業務を行っていたので、特に新型コロナウイルス感染症の影響で相談や連携が途絶えるということはなかった。

・VBPについては特に大きな影響はなかったように思う。薬物依存の相談体制については、地域の自助グループの人々は、オンラインでミーティングをするようになったことが大きな変化である。

・グループが休止になることが多かったが、宣言終了後、いつものメンバーがグループに参加してくれ皆からもあって良かったと声が挙がっている。

・ミーティングが休止することでの不安等の声を実際に聞き、地域において重要な位置づけであることを知った。

・コロナの関係で何カ所も移動するのは怖いと言う方がいたため、保護観察所に行かれる日に合わせて会場を借りつつ面談を実施した。

・VBPの調査は基本的には電話調査なので、多くのケースでは直接的な影響はない。ただ、初回面接で、更生保護施設の方針で外出が制限され、面接調査が電話調査に切り替えたケースがあった。このケースでは、その後も就労の関係で面接調査が実施できず、電話は通じるが、郵送での同意書のやりとりも返送がない状態になっている。

・当センターの当事者プログラム参加などで継続して支援しているケースでは、昨年の秋ごろから、調子をくずし精神的に不安定になったり、スリップしたりするケースがかなりみられた。緊急事態等に伴う生活制限が、当事者のメンタルヘルスに悪影響を及ぼしているのではないかと推察される。

・通所の就労支援事業所がオンラインになったり、在宅作業になったりして、通所できなくなり、調子をくずすケースがみられた。

・日常生活における活動の制約、自助グループなどの活動自粛で、再使用の誘惑を感じたり、不安定になる事例があった。

・大きな変化はなし。

4. 今後の薬物依存症地域支援体制について

4-1. 今後の薬物依存症地域支援体制において必要になるとと思われる支援について、ご自由にご記載ください。

(要約)

顔の見える関係性の構築や地域における定期的な交流の場づくりなど、支援機関同士の連携体制の構築が重要である。夜間や休日にも利用できる相談機関、WEBや電話等を活用した

相談など、必要な際にタイムリーに相談できる仕組みを整え、支援に対するアクセシビリティを向上させることも必要である。どこに行けばどのような支援が受けられるのかという具体的な情報の保障も重要である。

依存症の診療ができる医療機関の拡充や、支援者の人材育成も課題である。地域の現状を認識した上で、圏域の中で地域に根ざした支援体制を構築する必要がある。

保護観察終了後も引き続き支援者となることができることが望ましい。地域における当事者の回復のためには、地域全体での啓発活動が必要であり、教育機関等と連携して啓発を行っていく必要がある。

(個々のセンターの記載内容)

・保護観察所、精神保健福祉センター、薬務課、ダルク等支援機関、更生保護施設、医療機関等の関係機関が一同に介する連携会議を早急に整備し、より顔の見える関係となることが必要だと改めて感じている。

・保護観察所とのより一層の連携が必要となると思われる。

・当所では、自助グループや家族会に協力していただき、家族講座や相談会等を実施することが多くあり、連携して事業を行い、関係性を築いている。行政、自助グループ、民間団体等、様々な機関がそれぞれの立場で協力、連携していくことが必要だと感じる。

・必要な時にタイムリーにつながれる関係づくり。

・就労支援、医療機関との連携、行政の理解。
・精神保健福祉センター、専門医療機関、保護観察所の引き続きの連携。

・日中活動の場、生活の場、等の地域の支援者と地域の医療機関との定期的な交流の場作り。

・救急医療機関と精神医療機関との連携。

・依存症専門医療機関と地域の精神科医療機関との交流の場作り。

- ・(外来レベルの) 薬物依存症を診てくれる医療機関の地域での拡充。
- ・薬物依存症専門医療機関や治療拠点機関が現時点で選定されていないこともあり、相談先の医療機関を特定することや、公的機関の縛りの中で支援施設と直接連携を取ることが出来ず、当事者、家族への情報提供にとどまることが多い。
- ・「ダメゼッタイ」と切り離して、相談ができる窓口(精神保健福祉センター、保健所、医療機関等)が増えること。人材育成が必要。
- ・窓口として相談を受ける人材、直接支援していく人材共に質の向上が必要であると思う。
- ・どこに行けばどのような支援が受けられるのかという具体的な情報があれば相談の際に説明しやすいと思う。
- ・夜間帯や休日でも利用できる相談機関。
- ・(地理的にも、気持ちの面でも) 通いやすい相談の場の確保。
- ・遠方の当事者のため、リモートでの相談やグループの提供が必要。
- ・地方の当事者・家族の方たちの支援が必要。
- ・県全体で取り組むということも必要であるが、併せて保健圏域単位でダルクの有無であったり、実態も違うと思われるため、圏域単位で支援体制を考えていかなければいけないと思う。
- ・より地域に根ざした圏域での支援体制(医療機関の確保や関係機関の連携体制等)を強化し、依存症者やその家族が地域で相談やプログラムを受けられるようになる。
- ・各市区役所各課や福祉・医療・司法等地域の身近な支援者に向けたガイドラインを作成し、依存症の相談に自ら来所される市民だけでなく、日ごろから市民の相談を受ける中で依存症の問題に気づき、必要な支援を提供できるような体制を地域全体で構築していくこと。
- ・匿名で安心して参加できる、当事者グループ及び家族グループそれぞれのオンラインミー

ティングによる支援や、グループ支援をオンラインで行う場合の、技術支援・機材類・環境確保における支援等が必要になると思われる。その一方で、オンラインでの個別性の高い内容に対するセキュリティ問題があり、他の自治体の状況も確認したい。

- ・感染予防が必要な中でも安定した環境で、継続して可能な支援(WEBや電話等の仕方)を常日頃から考えていく必要がある。
- ・コロナ禍であるからこそ、家族教室や面談の継続など支援体制の維持が重要であると考え
- る。
- ・コロナ禍に置いても安心して思いを吐き合える場の継続。
- ・一時的に当センター内の管轄にいる当事者の支援、県外の相談機関との連携について。
- ・保護司への信頼を寄せる当事者が一定数存在するが、保護観察期間が終了するとそこでつながりが途切れてしまう。そのため、保護観察終了後も引き続き保護司と相談できるシステムにできれば、継続した支援システムを組みやすいと思われる(法的な整理が必要)。当事者は住居、金銭や就労など日常生活における悩みを抱えていることもあるため、繋ぎ先については精神保健福祉センターとともに身近な保健所や市町村を中心とした窓口を設けて身近に相談できる体制を整えていくことが重要と思われる。
- ・医療面だけでなく生活面で対象者を支えることが必要なので、保護観察所以外にも市区町村の福祉部門担当者とも地域支援体制整備等について共通認識ができる機会が必要かと思う。
- ・包括的支援のためには、依存症の関係機関だけではなく、地域全般の依存症に対する理解や支援の底上げが必要であり、普及啓発や事例を通じての細やかな連携が必要と考える。医療機関の依存症に対する苦手意識も課題であり、医療にも支援を知ってもらえるとよい。

- ・地域に帰った薬物使用者や家族が安心して生活できるよう、薬物依存症の正しい情報の普及・啓発活動および予防教育の実施。
- ・回復した当事者の方について一般住民に理解していただく機会が増えるとよいのではないか。
- ・地域で依存症当事者が生活をしていけるように、専門機関のみではなく、地域全体に依存症に関する普及啓発が必要である。
- ・地域で回復していくために、市民にいかに理解してもらうか。
- ・教育機関との連携も予防・啓発の観点から必要。
- ・回復支援施設などの活動費の捻出

5. 今後のVBP展開について

5-1.VBPに参画された中で、どのようなことを感じられましたか？感想や意見を自由に御記載ください。

(要約)

回復者と関わる機会となり、回復過程や、回復者の生活のイメージをもつことができた。一人一人が異なる背景を持っており、個別性に合わせたアプローチが大切であるということを経験する機会となった。

「調査」という枠組みがあることで、支援関係が途切れがちな対象者にアクセスしやすいことがメリットであり、継続するうちにこれまでには語られなかった困りごとが語られることがあるなど、継続支援の重要性を考えるきっかけとなった。

登録申請書を送った段階では、VBPについてよく理解できていない対象者が少なくない。また、保護観察所から提供される情報が少ない中で初回調査を行うことに困難を感じている精神保健福祉センター職員もいる。当事者が安心できる形での、施設間での情報共有の体制が求められる。

リクルート数が多い場合や、対象者の都合で勤務時間外に電話調査を行わなければならない場合があるなど、精神保健福祉センター職員の負担も指摘されている。

(個々のセンターの記載内容)

- ・自立して生活し、回復している方とかかわる機会となり、回復者の生活のイメージが持てた。
- ・薬物依存症の方の社会復帰支援や、地域の理解不足などの課題がまだまだあることを改めて実感している。職場に本当のことを言えず、嘘をついて勤務しているため、休みがなかなかとりづらくプログラムの参加ができないと言われた方もおられる。理解があれば、回復のためにプログラムに参加し、仲間と出会う本音を話せる場に参加できるだろうし、そういうことが必要不可欠だと実感する。なかなかつながりづらい方たちであるが、だからこそつながる場所、相談する場所、愚痴を言い合う場所が必須であるとVBPを実施する中で感じる。自分がVBPでつながったからと、刑務所から今年でできた息子に今度会ってほしいと言われる方もおられる。私自身が学ぶ機会になっている。
- ・以前は「薬物依存症の人たち」とひとくくりに考えていたが、一人一人異なる背景を持っているため、例えば必要な項目さえ埋まれば終了する電話調査などの場面でも、個別性のあるアプローチが大切だということを感じた。
- ・初回調査で1度面接すると対象者の生活について今まで以上に気にかかるようになった。
- ・薬物依存症の方が、どのような経過を取り地域での生活が送れるようになっていくか、一端を知ることが出来た。覚せい剤使用者の刑事施設への入所が繰り返され、次第に社会生活への復帰が困難となっていく。このような流れを減らし、病気として治療を継続しながら社会生活を送れるようになっていく必要性を感じた。

- ・調査を通じて薬物依存症から回復をされている方の話を直接聞くことが出来て、その体験を依存症の相談対応に活かすことが出来た。
- ・依存症に陥る要因として、環境要因が大きいことを改めて実感している。
- ・自ら支援を求めてはもらえない、当センターの業務の中では接することのないような方との接点ができ、貴重な機会となった。薬物使用について、調査という形で率直に伺ううちに、普段の回復支援プログラムの中では聞けないようなことが聞けることもあった。
- ・通常、薬物依存症の当事者からの相談は少ない為、やりとりを通じて理解が深まった。
- ・依存症当事者とセンター職員が統一した面談等できるようになり感謝。
- ・学びを得ながら参画しています。この参画を通して当事者の状況等を把握しながら業務にも生かしていきたいと思っています。
- ・電話調査だけでは、やはり表面的に調査対応のみされる方が多い。しかし、数は少なくとも、センターのプログラムにつながったり、電話だけでも体調の変化など話してくれる方もいらっしゃるため、通常のセンター事業だけでは、つながることができなかった潜在的に支援を必要としている方に接触するためのきっかけとしては、良いチャンスをいただいたと感じる。
- ・通常の相談業務ではおそらく早いうちに相談が途切れたであろう相談者と、調査という名目で長くつながることができ、その中で初めは語られなかった困りごとが語られることもあり、継続支援の必要性を改めて実感することができた。
- ・薬物相談では何らかの枠組みがないと本人が相談につながるケースが大半であると感じている。VBPは「調査」という枠組みがあることで、定期的に面接や電話で対象者と支援者が繋がる事が出来る。これは支援者、対象者双方がアクセスしやすいというメリットがあると感じている。

- ・定期的にこちらから電話を入れる、という手法は、支援が途切れがちな当事者との関係を切らさないという点で、画期的な方法と感じた。VBP対象者以外の相談者に対して、次の連絡の約束をしておく、支援が切れずにつながりやすいことがわかり、結構利用させてもらっている。
- ・調査での枠組みではあるが、VBPに参加したことで関わりを持てた当事者がいることも良かったと思われ、支援に繋がりにくい当事者へのアプローチについて考える機会となっている。
- ・社会をかえていくためには、このような試みを積み重ねていくことが大切だと思う。
- ・「多重のザル」という構想に賛同する。支援の手をゆるめないことが重要であり、電話での追跡調査はそれ自体が支援に繋がっていると考えられる。
- ・転居された場合においても、どの都道府県においても継続して調査ができる様になればよいと感じる。
- ・1回目に説明はするが、センターの役割が認識されているかわからない。
- ・内容が分からずに申込みをされる方が多いように感じた。申込みの前にもう少し説明が受けられるようになっていた方が参加しやすいのではないかと思う。
- ・面接は最初の1回だけなので、3か月ごとの電話で、本当のところは言いづらいのではないかと思う。表面的なかわりになりがち。
- ・当センターのマンパワー不足もあり、職員が参加できなかったのが残念である。しかし、内容について可能な範囲内で伝えて情報共有に努めたので、研究の目的やその成果などは理解できたのではないかと。当センターは薬物依存の方との接点はほとんどなかったが、少し接点があったことで（そこには職員も関与できた）職員にとっての勉強になったと思う。

・リクルート数が減ったことや、コロナ禍で保護観察所との連携した事業が行えないことで、コホート調査の主旨等、引き継いだ担当がよく理解できない状況があった。調査なのか、相談支援なのか、初めての職員に分かりにくい。

・人事異動により、組織としてのVBP事業協力の担当が変わることがある。関係機関間との安定した連携体制を構築する必要があると感じる。

・登録申請書からの情報のみで紹介調査に関する連絡を取ることは難しいと感じる。その人のことをよく知らない時点での連絡は難しい。

・司法の刑事施設と保護観察所間では情報共有がされ、本人、家族への支援が行われている。保護観察期間終了後、必要時に応じ精神保健福祉センターなど関係機関への引継ぎが行われることとなっているが、VBPにおいても十分な情報共有がされているわけではない。現状では、VBP調査開始時センターに来所し、他の新規ケースと同様何も情報のない状態から経緯など聞き取りアセスメントを行っている。センター側で把握できるのは、事前に送付される同意書に記載の項目だけである。できる限り情報を知られたくない方や、何度も過去の経緯を話したくない方等様々な方がいる中で、当事者が安心して施設間の情報共有に同意できるような環境を構築していくことが必要だと感じている。

・相談支援の希望がないので、淡々と調査をこなしてきた。リクルート数が多かったときは、面接や電話対応、全体の進捗管理等が負担であった。

・対象者の都合で時間外に電話することが多く、負担であった。

・対象者の多くが県外の方であり、その後の支援につながりにくい。連携の必要性を感じる。

・一定の地域内において取組みが統一されている方が望ましいと感じた。

・会議の際などに全国の方々の報告を聞いてみると、もともとの当事者数が少ないとわかっ

ていても件数が少ないことに引け目を感じ、件数が多い地域との悩みの質も異なるように感じる。同じ特性の地域での意見交換の時間があると有り難い。

・VBPの対応ケースは1ケースのみので、特段感想や意見はありません。

5-2. 今後のVBPの展開に向けて、課題や改善すべき点など、自由に意見を御記載ください。

(要約)

転居に伴い調査対象から外れてしまうことに落胆している対象者もいる。VBPが全国で行える事業になることを希望している。支援が必要と思われるケースにつながりにくいことや、初回面接につながらないケース、中断してしまうケースに対してどのように対応していくかが課題である。精神保健福祉センターがひらいている時間にはつながりにくい当事者もいることから、SNS等を用いての調査や日程調整ができるとアクセシビリティが高まるかもしれない。VBPの対象者を保護観察対象者以外の者へと広げることによって、支援から途切れてしまいやすい人につながる手段となり得る可能性がある。中断となった人達がどのような人達なのか、その背景や転居も含めて知る必要がある。

(個々のセンターの記載内容)

・現在、VBPは全国で実施されている訳ではなく、調査対象地域以外に転居してしまうと繋がりが途切れてしまうという現状がある。今後は全国どの地域でもVBPの対象となるような仕組みが構築されるとより多くの方が相談機関に繋がることが出来るのではないかと考えている。

・VBPへ協力同意が得られた当事者であっても、今後VBP対象外地域への転居予定がある人は、「転居したら対象外なのか...」と落胆し

た様子になる方がいる。特定の地域だけではなく、VBP が全国で行える事業になれば良いと思う。

- ・調査対象者の転居先がVBPに参加しておらず、支援が途切れてしまったため、より広い範囲で活用されると良いと思った。

- ・素晴らしい取り組みに参加することが出来て大変光栄である。調査期限が迫っているが、調査終了後もこのような保護観察期間終了後の方への電話などを使用した支援は継続が望ましいと思う。

- ・住所や電話番号が変わったとしても、精神保健福祉センターには連絡がないので、それ以降、連絡がとれなくなってしまう。

- ・健康な人は意識が高く調査に協力してもらえるが、支援が必要だと思われる人はつながることが課題に感じた。

- ・途中で中断してしまうケース、初回調査もつながらないケースに対してどうしていくか。特に初回調査の場合は登録申請書にご記入いただきご本人の了承も得ていると思われるので、登録申請書記入の際に初回調査のことをどのように伝えるべきか等も場合によっては検討がいるのかもしれないと思う。つながらないケースについてはどの時点で終了とするのか、どう判断するのか難しさを感じる。

- ・初回面談がなかなか繋がりづらいため、保護観察所での初回面談が実施できればいいと感じる。精神保健福祉センターは、車がない方にとってはアクセスが大変であり、時間もかかるため、スムーズな繋がり方を模索していく必要がある。

- ・人が変わっても続けられるような、持続可能な体制。

- ・現在は、調査がメインで相談を希望される方はおらず、少ない職員で対応できている。今後事業化され相談対応がメインとなると少ない職員数では厳しいと感じた。

- ・精神保健福祉センターが開庁している平日の日中は就労している当事者が多いため、行政機関のプログラムに繋がりにくく、課題に感じている。

- ・できるだけ当事者の意向にそった時間に対応するようにしているが、「子どもが寝てから」等曖昧な時間を言われたり夜遅い時間を指定されたりと対応が難しい時がある。

- ・どうしても、センターの開所時間の対応となるため、対象者が工作中などで、短時間で淡白な調査になりがちである。

- ・連絡がなかなかつかない当事者に対して、どのようにアプローチしていけばよいか。電話での対応はセンターの業務時間と当事者の時間の都合が合わないなど困難なこともあり、LINEなど身近なSNS等を用いた調査やそれに対するフィードバック、面談の日程調整などの情報交換ができればよいと思われる。

- ・精神保健福祉センターにはオンライン会議に接続できるパソコンが常備されていないため、オンライン会議等の場合には早めに日程を連絡いただきたい。

- ・保護観察所も当センターも職員が異動する職場なので事業が継続できるように進めていくことが必要。例えば4月に行った班会議等を半期に一度行うなど。

- ・登録申請された方も、「なぜこんな面談をしないといけないのか」と言われることがある。つなぎ方にも課題があるのではないかと。

- ・すでに保護観察所では対応されているかもしれないが、就労中の当事者には精神保健福祉センターだけではなく、夜間に開催している自助グループ等の情報提供があると良いと思われる。

- ・2022年3月以降の取組みがどうなるかによって、今後のリクルートに影響が出るのではないかと。

- ・当事者の家族へのアプローチ、身近な支援者として期待される参加者の家族へのアプロー

チがあまり行えていない。家族に対する依存症心理教育、緊急時の対応方法や望ましい接し方、および環境の調整をともに考えるなど、家族だけでも継続相談につながれば、長期的には当事者の再発防止にもつながるのではないかと。具体的には当事者の同意を得た上で、家族に対しても連絡を試みることを手段として考えられる。

- ・調査修了者に、簡易的なものでも証書が発行できるとよいのではないかと。最終回は来所を検討しているという意向もきかれています。

- ・分かりやすくまとめられた（何ページにもならないような）リーフレットなどがあれば良いのではないかと。

- ・継続した支援（関わり）が大切であると感じている。今後も保護観察所との連携方法についてともに検討し、支援の中断を作らないような大切づくりをしていきたいと思う。保護観察所プログラム参加者の中には、当センターまでのアクセスが悪く、保護観察所からの連携ができないケースがある。このような場合、保護観察所の一部屋をお借りして初回面接を実施することでコホート調査につらがることのできるケースがあると思う。その後調査期間の関わりで、当センタープログラム参加を促していくこともできるのではないかと。現在の状況では、マンパワーが不足しているが、センター外の会場でのプログラム開催も検討する余地があるのではないかと。その場合、担当職員のスキルアップを計画的に行うこと、当事者がWEBなどを通じて簡単に参加の意思表示ができること。安全性を保ちながら、オンラインでのプログラム開催など検討する必要がある。

- ・研究としては、各自治体の裁量の部分が大きいことに疑問もあるが、支援事業としては、保護観察所で積極的に精神保健福祉センターの存在を周知していただけることは、地域支援体制の充実につながるのではないかと。

- ・VBPの対象者を保護観察中の者以外に広げられないだろうか。例えば、病院から退院する

ケース、施設を退所するケースなど。その後の支援が途切れてしまう可能性がある場合に、センターに紹介してもらおうと、支援を継続させることができるかもしれない。

- ・調査期間が半年開いてしまうと、関係が切れがちになってしまう。

- ・難しいかもしれないが、途切れてしまった人たちの追跡ができると良いかもしれない。

- ・調査項目の中で、話をしやすい人の項目に「両親」とあるが、どちらか一方である場合もあるため別の欄があるとよいと感じる。

c. 小括（研究2の考察）

本プロジェクトは、各精神保健福祉センターと保護観察所の連携のもと、順調に成果をあげていると言える。

これまでには支援につながっていなかった薬物依存症当事者が、VBPを通して精神保健福祉センターにつながっている。調査という枠組みを通して年単位で関わる中で、潜在的な切実な支援ニーズが浮き彫りになるケースがある点は特筆すべき事柄であろう。

精神保健福祉センターの職員にとって、薬物依存症の当事者と関わる機会が増え、身近に感じるようになり、理解が深まる機会となっている。また、精神保健福祉センターが、組織全体として依存症対策を考えたり、他の自治体の支援体制や状況を知る機会が増えるなど、VBPを通して支援者・支援組織の側に様々なポジティブな変化が生じていることが伺える。

精神保健福祉センターの職員と保護観察所の職員が相互に連絡を取り合う機会が増えるなど、薬物依存症地域支援における連携体制の構築においても、ポジティブな変化が生じるきっかけとなっている。

このように、VBP によって、様々なポジティブな変化が得られることが、昨年度までの研究からも示唆されている。今後のさらなる発展のためには、対象者との調査・支援関係の継続性について調査し、各地域における経験やグッドプラクティスを共有しながら、前向きな対策をおこなっていく必要がある。そのため、調査・支援関係が中断となった者や、継続できた者に関する質的な調査を行った。

頼れる人がいない、仕事がない、身体疾患や精神疾患がある、母子家庭であるなど、健康度が低い人が中断しやすい可能性が示唆された。逆に、身近に家族などの相談できる人がいる場合にも、支援を必要とせず中断となる可能性も示唆された。

就労を開始するなどの生活の変化により、精神保健福祉センターの業務時間である平日の日中に電話することが難しくなり、中断に至るケースがあることも課題である。

女性、携帯電話を所持している人、家族等の相談できる人や医療機関などとのつながりをもっている人、誰かと話したいという気持ちを持っている人、誰かの役に立ちたいと思っている人、仕事や家庭などの生活が比較的安定している人、などが、調査・支援関係を継続しやすいケースの特徴として挙げられた。単なる調査のみの関わりでなく、薬物以外の生活上の悩みなどを聴くことで中断が少なくなるという意見や、調査への協力を依頼するという関係性が継続しやすさと関わっている可能性も示唆された。

COVID-19 の感染拡大に伴い、新規の VBP 参加者の数は減少している。一方で、VBP は電話であるため、大きな影響なくつながり続けることができたという側面もあった。調査を郵送に切り替えたことで、就労中の方などにとって調査に協力しやすくなるなど、アクセシビリティの重要性も再認識された。

転居に伴い、調査対象から外れてしまうことに落胆している対象者もあり、今後も VBP 実施エリアの拡大を検討していく必要がある。また、中断となった人達がどのような人達なのか、その背景や転機をより深く知った上で、保護観察対象者以外の者へと VBP の対象範囲を広げ、支援から途切れてしまいやすい人とつながる手段として発展させていく必要性も示唆されている。

このような VBP に伴うポジティブな変化や今後の発展の可能性が精神保健福祉センター職員から様々に語られる一方で、向き合うべき課題もある。対象者と連絡がとりやすい時間が、職員の業務時間外となりやすいことによる、精神保健福祉センター職員の負担を軽減すべく、対策を講じていく必要がある。SNS 等を用いての調査や日程調整ができると、アクセシビリティが高まるかもしれないという改善策の提案もあり、今後の検討課題の一つであると思われる。

初回調査の日程調整の段階で、対象者が VBP の趣旨を理解できておらず、コミュニケーションに困難を伴うケースがあることも指摘されている。今年度より、刑務所服役中の釈放前教育や、各更生保護委員会調査面接時にもあらかじめ情報提供を行うことで、保護観察所でのリクルート促進を試みていることと合わせて、保護観察所でのリクルートの際の対象者への丁寧な説明に関して、プロジェクト全体で引き続き努力を重ねていく必要がある。

C. 考察

1. VBP の意義

本研究は、薬物乱用・依存の問題を抱える保護観察対象者を、地域支援機関である精神保健福祉センターにおいて追跡する、という研究デザインを採用したコホート調査である。これま

で保護観察対象者の転帰調査としては、法務省において、再び逮捕されて刑事施設に服役した者に関して情報収集する、いわば「再入調査」という形で実施されてきた。しかし、保護観察対象者の追跡を、地域側の機関で情報収集を行い、しかも保護観察終了以降の期間という比較的長期にわたって実施する研究は、これまでわが国には存在しなかった。

さらに本研究は、調査を通じて保護観察所と精神保健福祉センターとの連携関係を深め、刑の一部執行猶予制度以降における薬物依存症者の地域支援体制の構築に貢献する、いわば「アクション・リサーチ」としての挑戦も含まれている。その意味でも、本研究はこれまでのわが国には類似のものが存在しない、きわめて画期的な試みであると自負している。

当初、4つの精神保健福祉センターからはじまった本プロジェクトは、すでに20の精神保健福祉センターに対象地域がひろがり、各地域で展開されている。薬物依存症地域支援体制の構築・普及という観点からは、この広がり自体が特筆すべき成果であるといえるだろう。

とはいえ、いくつかの課題は残されている。コホート調査においては、十分な期間の追跡ができた保護観察対象者数はまだ少なく、また、条件を満たす保護観察対象者のうち、本研究への同意した者の割合は当初の想定よりも低かった。広く保護観察対象者の予後を知るためには、同意率を増やす努力が必要であり、支援の観点からはより複雑困難な課題を抱えた保護観察対象者の潜在的な支援ニーズを浮き彫りにするかかわりがリクルート段階から必要であるといえよう。なお、この課題に対する対応策として、本研究では、法務省保護局の協力により、同意者の対象候補者における位置づけを明らかにし、研究知見の意義と限界を説明可能なものとしている。

ここで、上述した独自性を持つ本プロジェクトの意義について、改めて確認しておきたい。

すでに昨年度までの本プロジェクトの活動から、以下の5点が明らかにされていた。(1) 本プロジェクトの対象者は、早期に就労して比較的満足度の高い生活を送る多数派と、様々な健康上の問題を抱え無職のまま福祉サービスを受給する少数派の2群に大別されること、

(2) これら両群ともに保護観察終了とともに支援から離れていき、多数派の前者は再乱用防止プログラムへの参加をやめており、少数派の後者では社会内で孤立しているように感じられること、(3) そのなかでも、追跡経過中に保健行政機関（精神保健福祉センター）の治療プログラムに新たににつながる者がおり、本研究プロジェクトが保護観察と地域支援のシームレスなつながりに多少とも貢献している可能性があること、(4) 違法薬物再使用のことを精神保健福祉センターの職員に告白することができている人が少なくなっていること、(5) 本調査を通じて精神保健福祉センター職員の側にアンチスティグマ的な変化がおきていること、などである。

今年度の研究活動から得られた定量的および定性的な知見からも、上述の5つの知見はおおむね支持されている。なかでも、(2)の、保護観察終了後、「(支援ニーズの乏しい)多数派の前者は再乱用防止プログラムへの参加をやめてしまう」という点については、今年度の集計・解析からも確認された。確かに、職を有し、通常の世界生活を取り戻している者にとっての最優先事項は仕事であり、仕事を犠牲にして民間回復施設に入所したり、平日日中に医療機関や精神保健福祉センターに通ったりするのは現実的ではない。

このような者に対する夜間・休日プログラムの開設が必要であるとともに、本プロジェクトにおける電話コンタクトという「ゆるやかな見守り」にも一定の意義があると思われる。電話によるかかわりを継続し、困った時にアクセスしやすい相談支援関係を維持するといった方

策は、現状では、数少ない現実的な介入方法といえるであろう。また、研究2の質的調査においては、精神保健福祉センター職員から「SNS等を利用し、調査・支援のアクセシビリティをさらにあげる必要がある」という前向きな提案もみられた。新型コロナウイルス感染症の影響が続く中でとり得る方策について、地域ごとに実行可能性を検討しながら、アクセシビリティを確保するための工夫を模索していく必要がある。

2. 薬物依存症者の地域支援のあり方とVBPの将来について

今年度の研究では、調査開始から1年後までの違法薬物使用の有無の比較では使用者は非使用者と比較し刑務所服役回数が多く、有意差がみられた。この結果は、服役を繰り返すことが乱用防止に有益ではないどころか、孤立や孤独を深めて更なる薬物乱用の原因となるという臨床実感と合致している。

また、社会保障制度の利用も多く有意差を認め、中でも身体障害者手帳の取得では有意差を認めた。再乱用を防ぐためには、医療や福祉などの支援も必要であり、保護観察と医療や福祉の連携が重要であることが示唆される。

今年度は調査開始から3年が経過し、3年間の追跡調査終了者のデータが得られた。その中でも違法薬物の再使用率は2年までは概ね5%であったが、3年後では7.9%とやや増大していた。刑の一部執行猶予による保護観察期間も多くが2年となっており、3年後では全ての対象者が保護観察機関を終了していると考えられ、その影響があるのかもしれない。昨年度は18.2%であり、変動が大きい。3年後調査終了者のデータが少しずつ増えており反映しているものと思われる。今年度は3年後までの違法薬物使用の有無での比較も行った。有意差があった項目はみられなかったが、引き続きデータ収集に努めていく必要性が痛感された。

さらに今年度も対象者の困りごと・悩みごとは、1年後・2年後には減少傾向にあり、特に薬物問題に関する困りごと・悩みごとが減少していくことも明らかにされた。薬物の問題以外の現実的な様々な困りごと・悩みごとに対応するためには、単にプログラムを継続することを重視するというだけではなく、総合的な社会的な相談支援を提供できるようなかかわり方もまた模索していく必要があると思われる。

研究2の質的調査の結果と合わせて考えると、精神疾患や身体疾患の併存をはじめ、複合的な課題を抱える当事者が、再使用や調査・支援関係の中断に至りやすい可能性が示唆される。薬物使用以外の様々な生活上の困難に対して耳を傾けながら、必要な支援を提供していくための継続的な関わりと、地域における薬物依存症支援体制の構築が引き続き必要である。

今年度末でVBPの計画から6年となった。本プロジェクトを通じて、徐々に3年の調査終了者が増加し、それに伴って得られる知見も増えている。何よりも、研究を通して各地域で連携が生まれ支援者に好ましい変化がみられるなど、1つの研究プロジェクトが、その実施を通じて地域や関係者に変化を引き起こす、というドラマを、文字通り現在進行形で体験することができた。

今後も、引き続きコロナ禍の薬物依存症地域支援体制のあり方を模索しつつ、リクルート率の向上と調査対象者の追跡からの脱落を防ぐべく、厳密な調査の進捗管理を継続していきたいと考えている。同時に、マッチする社会資源の不足から、これまで地域支援対象として射程に入らなかった「未成年者」にも、追跡と支援を広げ、本プロジェクトをさらに包括性を持つものへと発展させていきたい。

D. 結論

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

対象地域は順調に拡大し、現在 20 の地域でプロジェクトが進行している。地域ごとに浮き彫りになった具体的な課題を解決しながら本プロジェクトを展開し、得られた知見を現場へとフィードバックすることを続け、刑の一部執行猶予制度施行以降の薬物依存症地域支援のあり方を構築することを目的として、今後も調査を継続していく予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yamada, R., Shimane, T., Kondo, A., Yonezawa, M. Matsumoto, T. The relationship between severity of drug problems and perceived interdependence of drug use and sexual intercourse among adult males in drug addiction rehabilitation centers in Japan. *Substance Abuse Treat Prevention Policy* 16, 5 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00339-6>
- 2) Toshihiko Matsumoto, Takashi Usami, Taisuke Yamamoto, Daisuke Funada, Maki Murakami, Kyoji Okita, Takuya Shimane : Impact of COVID-19-related stress on methamphetamine users in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2021 Apr 19. doi: 10.1111/pcn.13220.
- 3) Shimane T, Takahashi M, Kobayashi M, Takagishi Y, Takeshita Y, Kondo A, Omiya S, Takano Y, Yamaki M, Matsumoto T. Gender Differences in the Relationship between Methamphetamine Use and High-risk Sexual Behavior among Prisoners: A Nationwide, Cross-sectional Survey in Japan. *J Psychoactive Drugs.* 2021 May 12:1-9. doi: 10.1080/02791072.2021.1918805. Epub ahead of print. PMID: 33977855."
- 4) Chika Yamada, Kristiana Siste, Enjeline Hanafi, Youdiil Ophinni, Evania Beatrice, Vania Rafelia, Peter Alison, Albert Limawan, Tomohiro Shinozaki, Toshihiko Matsumoto, Ryota Sakamoto. (2021). Relapse prevention group therapy via video-conferencing for substance use disorder: protocol for a multicentre randomised controlled trial in Indonesia. *BMJ Open* 11, e050259. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050259>
- 5) Kyoji Okita, Koichi Kato, Yoko Shigemoto, Noriko Sato, Toshihiko Matsumoto, Hiroshi Matsuda: Effects of an Adenosine A2A Receptor Antagonist on Striatal Dopamine D2-type Receptor

- Availability: A Randomized Control Study using Positron Emission Tomography. *Front. Neurosci.*, 13 September 2021 | <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.729153>
- 6) 松本俊彦：10代の薬物乱用・依存. *こころの科学* 217 : 43-49, 2021.
 - 7) 松本俊彦：COVID-19と社会的孤立、依存症の臨床を中心に. *日本社会精神医学会雑誌* 30(2) : 167-173, 2021.
 - 8) 松本俊彦：精神科救急で違法薬物が検出されたときの対処. *精神科 Resident* 2(2) : 13-14, 2021.
 - 9) 松本俊彦：アルコール関連問題への対応. *産業精神保健* 29 特別号 : 104-107, 2021.
 - 10) 松本俊彦：薬物依存症の今—乱用薬物の動向と今後の課題—. *Animus* 107 : 32-37, 2021.
 - 11) 松本俊彦：保護観察所—保護観察所と精神保健福祉センターが連携した新しい薬物依存症地域支援システム—. *精神科治療学* 36(7) : 825-829, 2021.
 - 12) 松本俊彦：アディクションと複雑性PTSD. *精神療法* 47(4) : 475-477, 2021.
 - 13) 松本俊彦：依存症は「孤立の病」—アディクションの対義語はコネクション—. *月刊福祉* 104(11) : 42-45, 2021.
 - 14) 松本俊彦：特集 ハームリダクションとは何か?—その理念と意義, わが国での実施. *週刊 日本医事新報* 5081 : 18-30, 2021.
 - 15) SHIMANE Takuya, INOURA Satoshi, MATSUMOTO Toshihiko : Proposed indicators for Sustainable Development Goals(SDGs) in drug abuse fields based on national data from Japan. *保健医療科学* 70(3) : 252-261, 2021.
 - 16) 松本俊彦：ひとはなぜ「ドラッグ」を恐れ、嫌悪するのか. *こころの科学* 220 : 58-64, 2021.
 - 17) 宇佐美貴士, 松本俊彦：3. 鎮静薬, 睡眠薬または抗不安薬使用症群. *精神科治療学 今日精神科治療ハンドブック* 36 増刊号 : 164-165, 2021.
 - 18) 松本俊彦：COVID-19の依存症への影響—薬物依存症外来から見た風景を中心に—. *医療の広場* 61(11) : 4-7, 2021.
 - 19) 松本俊彦：わが国において薬物依存症に対する薬物療法の導入を妨げているものは何か? *臨床精神薬理* 24 : 1191-1199, 2021.
 - 20) 松本俊彦：依存症. *精神医学* 63(11) : 1683-1690, 2021.
 - 21) 松本俊彦：わが国におけるハームリダクション政策の可能性と課題. *精神科臨床 Legato* 7(3) : 60-62, 2021.
 - 22) 松本俊彦：人はなぜ薬物依存症になるのか—コネクションの対義語としてのアディクション—. *学鏡* 118(4) : 30-33, 2021.
 - 23) 松本俊彦：C 物質依存と精神保健福祉. *系統看護学講座 別冊 精神保健福祉*, 医学書院, 東京, pp265-279, 2021.
 - 24) 松本俊彦：薬物依存症から回復しやすい社会づくり・地域づくり. *格差時代の医療と社会的処方—病院の入り口に立てない人々を支える SDH (健康の社会的決定要因) の視点*, 日本看護協会出版会, 東京, pp170-181, 2021.
 - 25) 宮地尚子, 松本俊彦：トラウマと依存症臨床の未来. *感情島へようこそ トラウマのポリフォニー*, 日本評論社, 東京, pp207-227, 2021.
 - 26) 松本俊彦：大麻の取り締まりは健康問題であり、政治問題. 日本人のための大麻教科書 「古くて新しい農作物」の再発見, イースト・プレス, 東京, pp122-127, 2021.

- 27) 松本俊彦：物質使用症と接触症群. 講座 精神疾患の臨床 4 身体的苦痛症群 解離症群 心身症 食行動症または摂食症群, 中山書店, 東京, pp303-308, 2021.
- 28) 松本俊彦：乱用薬物の実態と診断. やってみたいくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで. 文光堂, 東京, pp172-180, 2021.
- 29) 松本俊彦：覚せい剤. やってみたいくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで. 文光堂, 東京, pp181-184, 2021.
- 30) 松本俊彦：薬物依存症と併存精神障害—自己治療仮説に基づく理解—. やってみたいくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで. 文光堂, 東京, pp195-200, 2021.
- 31) 松本俊彦：覚醒剤依存の治療上の留意点. やってみたいくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで. 文光堂, 東京, pp215-219, 2021.
- 32) 松本俊彦：患者の違法薬物使用を知った場合の司法的対応. やってみたいくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで. 文光堂, 東京, pp305-308, 2021.
- 33) 松本俊彦：依存症・自傷「やめられない・止まらない」の臨床. 精神症状の診かた・聴きかた はじめてまなぶ精神病理学, 金剛出版, 東京, pp161-188, 2021.
- 34) 松本俊彦：逸脱行動への認知行動療法(薬物依存症を中心に). 更生保護学辞典, 成文堂, 東京, pp46-47, 2021.
- Prabowo, Evania Beatrice, Vania Refella, Peter Allison, Toshihiko Matsumoto, Ryota Sakamoto. Evidence of Telemedicine from a Developing Country During COVID-19 pandemic—A Virtual Relapse Prevention Program Among a Clinical Sample of Substance-Use Disorder Patients. Poster presented at the 2021 NIDA International Forum/ College on Problems of Drug Dependence International Research Posters session, Online. June 21-24, 2021.
- 2) 松本俊彦：アルコールとうつ、自殺～「死のトライアングル」を防ぐために. 第 19 回日本旅行医学界大会, オンライン, 2021.4.11.
- 3) 松本俊彦：自殺と自傷. 日本心理臨床学会 第 40 回大会, オンライン, 2021.9.5.
- 4) 松本俊彦：最近の薬物関連精神障害の傾向と対策. 第 117 回日本精神神経学会学術総会, 京都, 2021.8.19.
- 5) 松本俊彦：依存症臨床からみたハームリダクションの必要性. 第 117 回日本精神神経学会学術総会, 京都, 2021.8.19.
- 6) 松本俊彦：自己破壊的で嗜癖な問題行動とどう向き合うか？—自殺の保護的因子にして危険因子としてのアディクション. 第 117 回日本精神神経学会学術総会, Web, 2021.8.20.
- 7) 松本俊彦：日本社会精神医学会相模原事件特別委員会の問題意識と活動. 第 117 回日本精神神経学会学術総会, 京都, 2021.8.21.
- 8) 松本俊彦：児童思春期における精神科救急の役割を考える～精神科救急に期待されることはなにか～ 児童・思春期と薬物乱用. 第 29 回日本精神科救急学会学術総会, Web, 2021.10.24.

2. 学会発表

- 1) Enjeline Hanafi, Kristiana Siste, Chika Yamada, Youdiil Ophinni, Albert

- 9) 松本俊彦: 発達障害と薬物依存症. 第8回成人発達障害支援学会滋賀大会, 滋賀, 2021.11.7.
- 10) 松本俊彦: 救急医療施設に搬送される市販薬中毒患者の依存・乱用について—他施設共同調査の中間報告—. 第34回日本総合病院精神医学界総会, Web, 2021.11.20.
- 11) 松本俊彦: 死のトライアングル—アルコールとうつと自殺. 2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, オンライン, 2021.12.18.
- 12) 松本俊彦: 薬物依存症臨床における最近のトピック. 2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, オンライン, 2021.12.19.
- 13) 松本俊彦: 2021年度版SMARPPにおける改訂のポイント～HCV治療も含めて～. 2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, オンライン, 2021.12.18.
- 14) 引土絵未, 嶋根卓也, 小高真美, 秋元恵一朗, 加藤隆, 栗栖次郎, 栗坪千明, 山村りつ, 吉野美樹, 松本俊彦: 依存症者の就労支援に関する研究: 就労支援機関を対象とした依存症者の就労に関する実態および意識調査. 2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, オンライン, 2021.12.18.
- 15) 猪浦智史, 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 松本俊彦: 回復支援施設におけるアルコール依存症者の予後に関する研究. 2021年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, オンライン, 2021.12.18.
- 16) 高野歩, 大野昂紀, 野沢恭介, 松本俊彦, 松下幸生, 湯本洋介, 小貫真希, 妙園園香苗, 佐藤牧人, 瀬々潤: モバイルデバイスを用いたアルコール・薬物使用リアルタイムデータ収集と介入プログラムの開発. 21年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, オンライン, 2021.12.18.
- 17) 喜多村真紀, 嶋根卓也, 服部真人, 高橋哲, 竹下賀子, 小林美智子, 松本俊彦: 薬物使用のトリガーとしての月経前症状と薬物関連問題重症度の関係について. 21年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, オンライン, 2021.12.19.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

H. 引用文献

1) 法務省保護局、法務省矯正局、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部：薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン。

<http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf>

2) 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.

3) 松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔, ほか (2021) : 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業) 薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の社会復帰に向けた支援に関する研究 (研究代表者 嶋根卓也) 総括・分担研究報告書 : pp41-104.

研究協力者

(各地域精神保健福祉センター・保護観察所・
法務省・システム管理担当者の研究協力者)

井上 悟 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
山田俊隆 東京都立多摩総合精神保健福祉
センター
大海善弘 東京都立多摩総合精神保健福祉
センター
山崎美重 東京都立多摩総合精神保健福祉
センター
有安優子 東京都立多摩総合精神保健福祉
センター
村山朋子 東京都立多摩総合精神保健福祉
センター
古田靖子 東京都立多摩総合精神保健福祉
センター
大塚志津子 東京都立多摩総合精神保健福祉
センター
荻部春夫 東京都立多摩総合精神保健福祉
センター
林いづみ 東京都立多摩総合精神保健福祉
センター
田口由貴子 元・東京都立多摩総合精神保健福
祉センター
野崎伸次 元・東京都立多摩総合精神保健福
祉センター（現、公益財団法人十
愛会十愛病院 理事長・病院長）
谷合知子 元・東京都立多摩総合精神保健福
祉センター（現、東京都立小児総
合医療センター）
高橋百合子 元・東京都立多摩総合精神保健福
祉センター
竹島 正 川崎市総合リハビリテーション
推進センター

柴崎聡子 川崎市総合リハビリテーション
推進センター
野口一治 川崎市総合リハビリテーション
推進センター
沢口裕樹 川崎市総合リハビリテーション
推進センター
小泉朋子 川崎市総合リハビリテーション
推進センター
根岸葉子 川崎市総合リハビリテーション
推進センター
森合詩織 川崎市総合リハビリテーション
推進センター
山本友晃 元・川崎市総合リハビリテーショ
ン推進センター
木下 優 元・川崎市精神保健福祉センター
河合顕宏 元・川崎市精神保健福祉センター
南里清香 元・川崎市精神保健福祉センター
柴山陽子 元・川崎市精神保健福祉センター
鈴木 剛 元・川崎市精神保健福祉センター
植木美津枝 元・川崎市精神保健福祉センター
津田多佳子 元・川崎市精神保健福祉センター
佐野由美 元・川崎市精神保健福祉センター
山田 敦 元・川崎市精神保健福祉センター
松島敦子 元・川崎市精神保健福祉センター
内藤早希 元・川崎市精神保健福祉センター
伊藤佳子 元・川崎市精神保健福祉センター
谷川美佐子 元・川崎市精神保健福祉センター
原島 淳 元・川崎市精神保健福祉センター
田中香里 元・川崎市精神保健福祉センター
川口貴子 福岡市精神保健福祉センター
家村智和 福岡市精神保健福祉センター
式町佳代子 福岡市精神保健福祉センター
平山賢子 福岡市精神保健福祉センター
神前洋帆 元・福岡市精神保健福祉センター
河野 亨 元・福岡市精神保健福祉センター
武藤由也 元・福岡市精神保健福祉センター
木下彩乃 元・福岡市精神保健福祉センター
本田洋子 元・福岡市精神保健福祉センター
徳永弥生 元・福岡市精神保健福祉センター

松口和憲	元・福岡市精神保健福祉センター	荒井 力	東京都立中部総合精神保健福祉センター
松本 舞	元・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	我妻妙子	東京都立中部総合精神保健福祉センター
川本絵理	神奈川県精神保健福祉センター		
石井利樹	神奈川県精神保健福祉センター	茂木真弓	東京都立中部総合精神保健福祉センター
小杉敦子	神奈川県精神保健福祉センター		
歳川由美	神奈川県精神保健福祉センター	山本 修	東京都立中部総合精神保健福祉センター
大沼三那子	神奈川県精神保健福祉センター		
進 香織	神奈川県精神保健福祉センター	太田 恵	東京都立中部総合精神保健福祉センター
原 未典	神奈川県精神保健福祉センター		
中込昌也	元・神奈川県精神保健福祉センター	勝又るい	東京都立中部総合精神保健福祉センター
原井智美	元・神奈川県精神保健福祉センター	茂木慧太	東京都立中部総合精神保健福祉センター
三尾早苗	元・神奈川県精神保健福祉センター	工藤博英	東京都立中部総合精神保健福祉センター
佐藤智子	元・神奈川県精神保健福祉センター	菊池晴美	元・東京都立中部総合精神保健福祉センター
西尾恵子	元・神奈川県精神保健福祉センター	中島明日美	元・東京都立中部総合精神保健福祉センター
新井麻友子	元・神奈川県精神保健福祉センター	藤原佑美	元・東京都立中部総合精神保健福祉センター
黒沢 亨	元・神奈川県精神保健福祉センター	桑島千春	元・東京都立中部総合精神保健福祉センター
熊谷直樹	東京都立中部総合精神保健福祉センター	平賀正司	東京都立精神保健福祉センター
		源田圭子	東京都立精神保健福祉センター
菅原 誠	東京都立中部総合精神保健福祉センター	植松恭子	東京都立精神保健福祉センター
		桜井 清	東京都立精神保健福祉センター
小松美和	東京都立中部総合精神保健福祉センター	西絵里香	東京都立精神保健福祉センター
		天野 託	栃木県精神保健福祉センター
壇上園子	東京都立中部総合精神保健福祉センター	家入香代	栃木県精神保健福祉センター
		山田 梓	栃木県精神保健福祉センター
小澤壽江	東京都立中部総合精神保健福祉センター	杉山和平	栃木県精神保健福祉センター
		増茂尚志	元・栃木県精神保健福祉センター
中村真弓	東京都立中部総合精神保健福祉センター	黒崎 道	元・栃木県精神保健福祉センター
		斎藤保子	元・栃木県精神保健福祉センター
佐藤理恵	東京都立中部総合精神保健福祉センター	大賀悦朗	元・栃木県精神保健福祉センター
		山田知弥	元・栃木県精神保健福祉センター

佐伯真由美	広島県立総合精神保健福祉センター	中尾美佐子	北九州市立精神保健福祉センター
新宅葉月	広島県立総合精神保健福祉センター	土屋達郎	北九州市立精神保健福祉センター
片良友美	広島県立総合精神保健福祉センター	有松史織	北九州市立精神保健福祉センター
岡田未咲	広島県立総合精神保健福祉センター	猪上徳子	北九州市立精神保健福祉センター
熊井麻世	広島県立総合精神保健福祉センター	用松敏子	北九州市立精神保健福祉センター
桑原桃子	広島県立総合精神保健福祉センター	赤須奈津子	北九州市立精神保健福祉センター
岡野純子	広島県立総合精神保健福祉センター	逆瀬川由美	元・北九州市立精神保健福祉センター
米田千鶴	元・広島県立総合精神保健福祉センター	白土紗綾香	元・北九州市立精神保健福祉センター
松岡明子	元・広島県立総合精神保健福祉センター	白川教人	横浜市こころの健康相談センター
井口妙子	元・広島県立総合精神保健福祉センター	佐々木祐子	横浜市こころの健康相談センター
上原由記子	元・広島県立総合精神保健福祉センター	大森史子	横浜市こころの健康相談センター
川村学子	元・広島県立総合精神保健福祉センター	坪田美弥子	横浜市こころの健康相談センター
楠本みちる	三重県こころの健康センター	湯浅麻衣子	横浜市こころの健康相談センター
宍倉久里江	相模原市精神保健福祉センター	片山宗紀	横浜市こころの健康相談センター
奥亜希子	相模原市精神保健福祉センター	鈴木頼子	横浜市こころの健康相談センター
清水 理	相模原市精神保健福祉センター	石田みどり	横浜市こころの健康相談センター
平松さやか	相模原市精神保健福祉センター	相澤香織	横浜市こころの健康相談センター
新井紘太郎	相模原市精神保健福祉センター	永田幸子	元・横浜市こころの健康相談センター
稲葉 奏	相模原市精神保健福祉センター	山崎三七子	元・横浜市こころの健康相談センター
落合万智子	元・相模原市精神保健福祉センター		
小口祐典	元・相模原市精神保健福祉センター		
藤田浩介	北九州市立精神保健福祉センター		
三井敏子	北九州市立精神保健福祉センター		

佐々木正茂	元・横浜市こころの健康相談センター	新安弘佳	大阪府こころの健康総合センター
楯林英晴	福岡県精神保健福祉センター	仙波由美	元・大阪府こころの健康総合センター
池田朋子	福岡県精神保健福祉センター	吉田智子	元・大阪府こころの健康総合センター
福山順子	元・福岡県精神保健福祉センター	高田宏宗	元・大阪府こころの健康総合センター
岡島祐子	元・福岡県精神保健福祉センター	喜納温子	元・大阪府こころの健康総合センター
藤野 勝	元・福岡県精神保健福祉センター	鹿野 勉	元・大阪府こころの健康総合センター
竹之内薫	鹿児島県精神保健福祉センター	池田美香	元・大阪府こころの健康総合センター
堤 聖子	鹿児島県精神保健福祉センター	辻本哲士	滋賀県立精神保健福祉センター
上村真弓	鹿児島県精神保健福祉センター	平井昭代	滋賀県立精神保健福祉センター
尾上夕美	元・鹿児島県精神保健福祉センター	後藤有加	滋賀県立精神保健福祉センター
井川大輔	堺市こころの健康センター	栗林悦子	滋賀県立精神保健福祉センター
中西葉子	堺市こころの健康センター	小口圭子	滋賀県立精神保健福祉センター
大上裕之	堺市こころの健康センター	中山昌代	元・滋賀県立精神保健福祉センター
垣内千栄子	堺市こころの健康センター	藤城 聡	愛知県精神保健福祉センター
今津浩美	堺市こころの健康センター	船崎初美	愛知県精神保健福祉センター
吉井 侑	堺市こころの健康センター	村田修一	愛知県精神保健福祉センター
山根信子	堺市こころの健康センター	今井祉織	愛知県精神保健福祉センター
遠藤晃治	元・堺市こころの健康センター	桑原由美	愛知県精神保健福祉センター
村上瑞英	元・堺市こころの健康センター	石川美雪	愛知県精神保健福祉センター
籠本孝雄	大阪府こころの健康総合センター	市古芽以	愛知県精神保健福祉センター
道崎真知子	大阪府こころの健康総合センター	山下泰恵	愛知県精神保健福祉センター
飯田未依子	大阪府こころの健康総合センター	足立幸恵	愛知県精神保健福祉センター
平山照美	大阪府こころの健康総合センター	阪東貞子	愛知県精神保健福祉センター
原るみ子	大阪府こころの健康総合センター	井上光代	愛知県精神保健福祉センター
湯浅安津子	大阪府こころの健康総合センター	山口 至	愛知県精神保健福祉センター
山田春佳	大阪府こころの健康総合センター	角田玉青	元・愛知県精神保健福祉センター
藤田知巳	大阪府こころの健康総合センター	立松敏子	元・愛知県精神保健福祉センター
伊藤亜澄	大阪府こころの健康総合センター	横井千恵	元・愛知県精神保健福祉センター
		加藤陽子	元・愛知県精神保健福祉センター
		柳村恵子	元・愛知県精神保健福祉センター
		岡崎大介	北海道立精神保健福祉センター

松木 亮 北海道立精神保健福祉センター
正木慎也 北海道立精神保健福祉センター
横山有里恵 北海道立精神保健福祉センター
児玉愛美 北海道立精神保健福祉センター
土田 愛 北海道立精神保健福祉センター
田附美奈子 元・北海道立精神保健福祉センター
山本志乃 元・北海道立精神保健福祉センター
小原圭司 島根県立心と体の相談センター
花谷慶子 島根県立心と体の相談センター
佐藤寛志 島根県立心と体の相談センター
生駒貴弘 法務省保護局観察課
守谷哲毅 法務省保護局観察課
平畑昇平 法務省保護局観察課
山口保輝 法務省保護局観察課
勝田 聡 札幌保護観察所
西元雅夫 宇都宮保護観察所
古川芳昭 東京保護観察所
藤井淑子 東京保護観察所立川支部
滝田裕士 横浜保護観察所
弥永理絵 名古屋保護観察所
吉原克紀 津保護観察所
藤田 博 大津保護観察所
鈴木庄市 大阪保護観察所
杉本浩起 大阪保護観察所堺支部
西江尚人 松江保護観察所
山田浩司 広島保護観察所
南元英夫 福岡保護観察所
濱田康秀 福岡保護観察所北九州支部
細木直久 鹿児島保護観察所
田中恵次 株式会社 要
松田淳一郎 株式会社 要
朝倉貴宏 株式会社 要
菊池 元 株式会社 要

表1 各精神保健福祉センターにおける登録申請数（2021年12月末時点）

	N	%
1 愛知県精神保健福祉センター	13	1.5
2 横浜市こころの健康相談センター	16	1.8
3 広島県立総合精神保健福祉センター	137	15.3
4 堺市こころの健康センター	10	1.1
5 三重県こころの健康センター	11	1.2
6 滋賀県立精神保健福祉センター	32	3.6
7 鹿児島県精神保健福祉センター	4	0.4
8 神奈川県精神保健福祉センター	31	3.5
9 川崎市精神保健福祉センター	22	2.5
10 相模原市精神保健福祉センター	6	0.7
11 大阪府こころの健康総合センター	26	2.9
12 島根県立心と体の相談センター	4	0.4
13 東京都立精神保健福祉センター	64	7.2
14 東京都立多摩総合精神保健福祉センター	43	4.8
15 東京都立中部総合精神保健福祉センター	44	4.9
16 栃木県精神保健福祉センター	49	5.5
17 福岡県精神保健福祉センター	10	1.1
18 福岡市精神保健福祉センター	87	9.7
19 北海道立精神保健福祉センター	30	3.4
20 北九州市立精神保健福祉センター	26	2.9
取り消し（初回面接実施せず）	224	25.0
同意撤回	6	0.7
登録申請合計	895	100.0

正式同意者/登録申請者（642/895） 71.7%

調査継続者/正式同意者（234/642） 36.4%

表2 各精神保健福祉センターにおける調査の進捗（2021年12月末時点）

	仮登録中										調査実施中		
	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T9			
1 愛知県精神保健福祉センター	0	0	0	2	6	0	0	0	0	0	3	13	10
2 横浜市の健康相談センター	0	0	1	0	4	3	2	0	0	1	5	16	10
3 広島県立総合精神保健福祉センター	0	4	1	3	11	7	6	4	9	92	137	36	36
4 堺市こころの健康センター	1	1	5	1	0	1	1	0	0	0	0	9	9
5 三重県こころの健康センター	1	0	0	0	0	2	1	0	0	2	5	10	3
6 滋賀県立精神保健福祉センター	0	1	0	2	4	3	3	0	0	15	32	17	17
7 鹿児島県精神保健福祉センター	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	4	4	2
8 神奈川県精神保健福祉センター	2	0	0	2	1	2	2	0	0	7	14	29	8
9 川崎市精神保健福祉センター	1	0	0	0	0	0	2	1	13	5	21	21	3
10 相模原市精神保健福祉センター	1	0	0	0	1	0	1	1	0	2	5	5	3
11 大阪府こころの健康総合センター	4	2	4	2	2	7	1	0	0	4	22	22	18
12 鳥根県立心と体の相談センター	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	4	4	3
13 東京都立精神保健福祉センター	2	2	3	4	2	3	2	4	3	13	26	62	23
14 東京都立多摩総合精神保健福祉センター	1	4	1	2	2	2	3	2	2	9	17	42	16
15 東京都立中部総合精神保健福祉センター	2	1	2	0	1	4	2	2	2	16	12	42	14
16 栃木県精神保健福祉センター	5	0	2	1	2	3	1	2	1	2	31	44	11
17 福岡県精神保健福祉センター	1	4	2	0	0	0	1	0	0	0	2	9	7
18 福岡市精神保健福祉センター	0	1	2	0	1	1	0	0	0	10	72	87	5
19 北海道立精神保健福祉センター	2	3	7	5	7	3	0	0	0	0	3	28	25
20 北九州市立精神保健福祉センター	0	0	0	3	0	2	4	2	2	13	26	26	11
	23	25	31	27	42	39	34	16	84	324	642	234	234

表3 初回面接時対象者属性1～住居、就労状況、社会保障制度の利用状況 (N=642)

		N/Mean	%/SD
年齢		46.1	10.1
性別	男性	488	76.0
	女性	154	24.0
住居	自宅	355	55.3
	知人・友人宅	20	3.1
	更生保護施設	200	31.2
	ダルク	24	3.7
	簡易宿泊所	2	0.3
	その他	41	6.4
同居者	家族と同居	313	48.8
	家族以外と同居	96	15.0
	単身	200	31.2
	その他	32	5.0
	不明（未回答）	1	0.2
就労状況	週4日以上働いている	251	39.1
	週4日未満働いている	49	7.6
	福祉的就労	6	0.9
	無職	318	49.5
	専業主婦/主夫	8	1.2
	学生	2	0.3
	その他	7	1.1
	不明（未回答）	1	0.2
最終学歴	中学	369	57.5
	高校	187	29.1
	専門学校	36	5.6
	短大	6	0.9
	大学	35	5.5
	大学院	1	0.2
	その他	8	1.2
婚姻状況	未婚	204	31.8
	結婚している	132	20.6
	離婚	303	47.2
	死別	3	0.5
社会保障制度の利用	利用なし	479	74.6
	利用あり	162	25.2
	不明（未回答）	1	0.2
	生活保護	80	12.5
	年金	20	3.1
	自立支援医療	49	7.6
	精神障害者保健福祉手帳	29	4.5
	療育手帳	2	0.3
	身体障害者手帳	23	3.6
	雇用保険(失業保険)	11	1.7
	その他	24	3.7

表4 初回面接時対象者属性2～健康問題や自殺企図歴 (N=642)

		N/Mean	%/SD
治療中の身体疾患	なし	349	54.4
	あり	291	45.3
	わからない	2	0.3
	C型肝炎	79	12.3
	HIV	24	3.7
治療中の精神疾患	なし	447	69.6
	あり	187	29.1
	わからない	6	0.9
	不明 (未回答)	2	0.3
	物質関連障害	47	7.3
	統合失調症圏	18	2.8
	気分障害	66	10.3
	神経症性障害	18	2.8
	その他(不眠等)	72	11.2
	わからない	17	2.6
アルコール・薬物問題家族歴	なし	481	74.9
	あり	143	22.3
	わからない	11	1.7
	不明 (未回答)	7	1.1
	父	72	11.2
	母	23	3.6
	きょうだい	36	5.6
	配偶者	23	3.6
	その他(おじ、いとこ等)	25	3.9
自殺念慮・企図：生涯	なし	334	52.0
	念慮	176	27.4
	企図	131	20.4
	不明	1	0.2
自殺念慮・企図：過去1年	なし	218	34.0
	念慮	73	11.4
	企図	15	2.3
	不明	336	52.3

表5 薬物使用に関する属性 (N=642)

		N/Mean	%/SD
主たる薬物	覚せい剤	600	93.5
	大麻	19	3.0
	その他の違法薬物	7	1.1
	危険ドラッグ	4	0.6
	処方薬	5	0.8
	市販薬	1	0.2
	多剤	3	0.5
	その他	3	0.5
生涯使用薬物	覚せい剤	596	92.8
	大麻	419	65.3
	その他の違法薬物	248	38.6
	危険ドラッグ	200	31.2
	処方薬	124	19.3
	市販薬	43	6.7
	その他	183	28.5
	初使用年齢 (n=630)		19.6
保護観察の種類	全部執行猶予	36	5.6
	仮釈放	407	63.4
	刑の一部執行猶予	55	8.6
	刑の一部執行猶予と仮釈放の両方	144	22.4
保護観察状況 (2021年12月末時点)	保護観察終了	481	74.9
	保護観察中	161	25.1
禁酒の遵守事項	なし	454	70.7
	あり	185	28.8
	不明 (未回答)	3	0.5
逮捕回数：薬物事犯 (n=641)		2.8	2.2
逮捕回数：薬物事犯以外 (n=640)		1.7	2.9
少年院入所回数 (n=640)		0.3	0.6
刑務所入所回数 (n=639)		2.7	2.2
治療プログラム：現在	なし	160	24.9
	あり	482	75.1
	精神保健福祉センター	16	2.5
	医療機関	26	4.0
	司法関連機関	366	57.0
	ダルク	33	5.1
	自助グループ	30	4.7
	その他(更生保護施設など)	101	15.7
治療プログラム：過去	なし	210	32.7
	あり	432	67.3
	精神保健福祉センター	15	2.3
	医療機関	54	8.4
	司法関連機関	347	54.0
	ダルク	49	7.6
	自助グループ	44	6.9
	その他	18	2.8

表6 薬物のことも含めて相談できる人 (N=642)

	N	%
一人もいない	113	17.6
相談できる人がいる	528	82.2
不明（未回答）	1	0.2
相談相手		
友人	315	49.1
恋人	49	7.6
隣人	8	1.2
配偶者	86	13.4
両親	141	22.0
子ども	49	7.6
きょうだい	115	17.9
上記以外の家族	22	3.4
職場の関係者	81	12.6
自助グループの仲間	33	5.1
ダルク職員	31	4.8
ダルク以外の施設職員	39	6.1
保護観察官	117	18.2
保護司	126	19.6
警察官	40	6.2
医療関係者	59	9.2
保健機関関係者	37	5.8
福祉関係者・就労支援関係者	11	1.7
その他	40	6.2

表7 困りごと・悩み事 (N=642)

	N	%
なし	217	33.8
あり	424	66.0
不明 (未回答)	1	0.2
薬物のこと	111	17.3
自分の健康	160	24.9
経済的問題	206	32.1
家族のこと	163	25.4
友人のこと	39	6.1
恋人のこと	37	5.8
仕事のこと	182	28.3
その他	98	15.3

表8 QOL (N=642)

	N/Mean	%/SD
自分の生活の質をどのように評価しますか? (n=632)	3.2	1.0
まったく悪い	28	4.4
悪い	110	17.1
ふつう	288	44.9
良い	128	19.9
非常に良い	78	12.1
不明	10	1.6
自分の健康状態に満足していますか? (n=632)	2.9	1.1
まったく不満	67	10.4
不満	185	28.8
どちらでもない	171	26.6
満足	169	26.3
非常に満足	40	6.2
不明	10	1.6

表9 DAST-20得点 (N=641)

	N/Mean	%/SD
合計 (0-20)	11.0	4.0
Low (0-5)	65	10.1
Intermediate (6-10)	207	32.3
Substantial (11-15)	285	44.5
Severe (16-20)	84	13.1

表10 調査実施状況（2021年11月末時点、正式同意者642名）

	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9
	開始～3か月	3～6か月	6～9か月	9～12か月	12～18か月	18～24か月	24～30か月	30～36か月
該当者	581	493	385	316	236	166	116	89
実施者	464	366	293	253	187	127	88	63
各調査実施割合（調査実施者/調査該当者）	79.9%	74.2%	76.1%	80.1%	79.2%	76.5%	75.9%	70.8%
調査該当割合（調査該当者/正式同意者）	90.5%	76.8%	60.0%	49.2%	36.8%	25.9%	18.1%	13.9%
調査実現割合（調査実施者/正式同意者）	72.3%	57.0%	45.6%	39.4%	29.1%	19.8%	13.7%	9.8%

表11 薬物再使用状況（2021年11月末時点、正式同意者642名）

	T1-T2	T2-T3	T3-T4	T4-T5	T5-T6	T6-T7	T7-T8	T8-T9
	開始～3か月	3～6か月	6～9か月	9～12か月	12～18か月	18～24か月	24～30か月	30～36か月
n	464	366	292	252	186	127	88	63
使用あり（全薬物）	24 5.2%	22 6.0%	16 5.5%	12 4.8%	10 5.4%	4 3.1%	4 4.5%	5 7.9%
違法薬物	14 3.0%	15 4.1%	11 3.8%	8 3.2%	6 3.2%	3 2.4%	3 3.4%	5 7.9%
違法薬物以外	10 2.2%	7 1.9%	4 1.4%	2 0.8%	3 1.6%	0 0.0%	1 1.1%	0 0.0%
その他薬物（詳細不明）	0 0.0%	0 0.0%	1 0.3%	2 0.8%	1 0.5%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%

※違法薬物：覚せい剤、大麻、危険ドラッグ、その他違法薬物

※違法薬物以外：処方薬、市販薬

表12 3年後調査時点までの生活状況および心身の状態の半年ごとの変化

		T1 (n=642)		T3 (n=366)		T5 (n=253)		T6 (n=187)		T7 (n=127)		T8 (n=88)		T9 (n=63)	
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD
性別	男性	488	76.0	286	78.1	206	81.4	147	78.6	103	81.1	73	83.0	52	82.5
	女性	154	24.0	80	21.9	47	18.6	40	21.4	24	18.9	15	17.0	11	17.5
住居	自宅	355	55.3	314	85.8	223	88.1	163	87.2	113	89.0	80	90.9	58	92.1
	知人・友人宅	20	3.1	7	1.9	5	2.0	2	1.1	3	2.4	2	2.3	0	0.0
	更生保護施設	200	31.2	5	1.4	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	ダルク	24	3.7	17	4.6	14	5.5	11	5.9	7	5.5	3	3.4	2	3.2
	簡易宿泊所	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	その他	41	6.4	23	6.3	10	4.0	11	5.9	4	3.1	3	3.4	3	4.8
同居者	家族と同居	313	48.8	205	56.0	147	58.1	108	57.8	79	62.2	51	58.0	38	60.3
	家族以外と同居	96	15.0	27	7.4	23	9.1	15	8.0	12	9.4	7	8.0	2	3.2
	単身	200	31.2	122	33.3	79	31.2	62	33.2	36	28.3	29	33.0	21	33.3
	その他	32	5.0	10	2.7	4	1.6	2	1.1	0	0.0	1	1.1	2	3.2
	不明	1	0.2	2	0.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
就労状況	週4日以上働いている	251	39.1	220	60.1	151	59.7	113	60.4	73	57.5	53	60.2	32	50.8
	週4日未満働いている	49	7.6	23	6.3	22	8.7	8	4.3	11	8.7	5	5.7	3	4.8
	福祉的就労	6	0.9	5	1.4	4	1.6	7	3.7	5	3.9	2	2.3	1	1.6
	無職	318	49.5	105	28.7	64	25.3	50	26.7	30	23.6	22	25.0	21	33.3
	専業主婦/主夫	8	1.2	5	1.4	5	2.0	6	3.2	5	3.9	4	4.5	3	4.8
	学生	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	その他	7	1.1	7	1.9	6	2.4	3	1.6	2	1.6	2	2.3	3	4.8
	不明	1	0.2	1	0.3	1	0.4	0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0
婚姻状況	未婚	204	31.8	—	—	100	39.5	—	—	54	42.5	—	—	28	44.4
	結婚している	132	20.6	—	—	62	24.5	—	—	29	22.8	—	—	17	27.0
	離婚	303	47.2	—	—	90	35.6	—	—	44	34.6	—	—	18	28.6
	死別	3	0.5	—	—	1	0.4	—	—	0	0.0	—	—	0	0.0
	不明	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
社会保障制度の利用	利用なし	479	74.6	—	—	164	64.8	—	—	83	65.4	—	—	41	65.1
	利用あり	162	25.2	—	—	89	35.2	—	—	44	34.6	—	—	21	33.3
	不明(未回答)	1	0.2	—	—	0	0.0	—	—	0	0.0	—	—	1	1.6
	生活保護	80	12.5	—	—	62	24.5	—	—	33	26.0	—	—	15	23.8
	年金	20	3.1	—	—	9	3.6	—	—	4	3.1	—	—	3	4.8
	自立支援医療	49	7.6	—	—	35	13.8	—	—	23	18.1	—	—	11	17.5
	精神障害者保健福祉手帳	29	4.5	—	—	22	8.7	—	—	16	12.6	—	—	6	9.5
	療育手帳	2	0.3	—	—	0	0.0	—	—	0	0.0	—	—	0	0.0
	身体障害者手帳	23	3.6	—	—	7	2.8	—	—	2	1.6	—	—	0	0.0
	雇用保険	11	1.7	—	—	1	0.4	—	—	4	3.1	—	—	1	1.6
その他	24	3.7	—	—	9	3.6	—	—	1	0.8	—	—	1	1.6	
治療中の身体疾患	なし	349	54.4	—	—	147	58.1	—	—	80	63.0	—	—	40	63.5
	あり	291	45.3	—	—	105	41.5	—	—	47	37.0	—	—	23	36.5
	わからない・不明	2	0.3	—	—	1	0.4	—	—	0	0.0	—	—	0	0.0
	C型肝炎	79	12.3	—	—	12	4.7	—	—	5	3.9	—	—	3	4.8
HIV	24	3.7	—	—	11	4.3	—	—	5	3.9	—	—	2	3.2	
治療中の精神疾患	なし	447	69.6	—	—	162	64.0	—	—	78	61.4	—	—	35	55.6
	あり	187	29.1	—	—	87	34.4	—	—	49	38.6	—	—	28	44.4
	不明	6	0.9	—	—	4	1.6	—	—	0	0.0	—	—	0	0.0
	物質関連障害	47	7.3	—	—	35	13.8	—	—	19	15.0	—	—	15	23.8
	統合失調症	18	2.8	—	—	8	3.2	—	—	5	3.9	—	—	2	3.2
	気分障害	66	10.3	—	—	19	7.5	—	—	13	10.2	—	—	12	19.0
	神経症性障害	18	2.8	—	—	6	2.4	—	—	3	2.4	—	—	2	3.2
	その他(不眠等)	72	11.2	—	—	25	9.9	—	—	13	10.2	—	—	4	6.3
わからない	17	2.6	—	—	8	3.2	—	—	4	3.1	—	—	1	1.6	
自殺念慮・企図：過去1年	なし	218	34.0	—	—	217	85.8	—	—	108	85.0	—	—	54	85.7
	念慮	73	11.4	—	—	31	12.3	—	—	17	13.4	—	—	9	14.3
	企図	15	2.3	—	—	3	1.2	—	—	2	1.6	—	—	0	0.0
	不明	336	52.3	—	—	2	0.8	—	—	0	0.0	—	—	0	0.0

表13 3年後調査時点までの治療プログラム利用状況の半年ごとの推移

	T1 (n=642)		T3 (n=366)		T5 (n=253)		T6 (n=187)		T7 (n=127)		T8 (n=88)		T9 (n=63)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
治療プログラム：現在	160	24.9	173	47.3	136	53.8	115	61.5	78	61.4	67	76.1	48	76.2
あり	482	75.1	193	52.7	115	45.5	72	38.5	49	38.6	21	23.9	15	23.8
不明	0	0.0	0	0.0	2	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
精神保健福祉センター	16	2.5	20	5.5	18	7.1	8	4.3	9	7.1	6	6.8	5	7.9
医療機関	26	4.0	25	6.8	12	4.7	9	4.8	7	5.5	1	1.1	3	4.8
司法関連機関	366	57.0	137	37.4	67	26.5	37	19.8	17	13.4	3	3.4	2	3.2
ダルク	33	5.1	22	6.0	20	7.9	15	8.0	12	9.4	7	8.0	3	4.8
自助グループ	30	4.7	25	6.8	20	7.9	13	7.0	14	11.0	6	6.8	6	9.5
その他(更生保護施設など)	101	15.7	8	2.2	4	1.6	1	0.5	2	1.6	1	1.1	1	1.6

表14 3年後調査時点までの相談できる相手有無に関する半年ごとの推移

	T1 (n=642)		T3 (n=366)		T5 (n=253)		T6 (n=187)		T7 (n=127)		T8 (n=88)		T9 (n=63)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
一人もいない	113	17.6	37	10.1	17	6.7	14	7.5	13	10.2	6	6.8	10	15.9
相談できる人がいる	528	82.2	328	89.6	234	92.5	173	92.5	113	89.0	82	93.2	50	79.4
不明	1	0.2	1	0.3	2	0.8	0	0.0	1	0.8	0	0.0	3	4.8
相談相手	315	49.1	169	46.2	101	39.9	79	42.2	55	43.3	41	46.6	29	46.0
友人	49	7.6	40	10.9	29	11.5	23	12.3	21	16.5	19	21.6	7	11.1
恋人	8	1.2	3	0.8	3	1.2	3	1.6	2	1.6	1	1.1	0	0.0
隣人	86	13.4	58	15.8	44	17.4	37	19.8	24	18.9	17	19.3	13	20.6
配偶者	141	22.0	86	23.5	60	23.7	50	26.7	35	27.6	27	30.7	12	19.0
両親	49	7.6	27	7.4	20	7.9	16	8.6	6	4.7	5	5.7	3	4.8
子ども	115	17.9	60	16.4	40	15.8	26	13.9	23	18.1	21	23.9	11	17.5
きょうだい	22	3.4	13	3.6	6	2.4	4	2.1	0	0.0	3	3.4	2	3.2
上記以外の家族	81	12.6	56	15.3	40	15.8	32	17.1	20	15.7	12	13.6	8	12.7
職場の関係者	33	5.1	26	7.1	18	7.1	15	8.0	13	10.2	8	9.1	5	7.9
自助グループの仲間	31	4.8	23	6.3	20	7.9	15	8.0	15	11.8	7	8.0	5	7.9
ダルク職員	39	6.1	6	1.6	1	0.4	1	0.5	0	0.0	2	2.3	1	1.6
ダルク以外の施設職員	117	18.2	45	12.3	27	10.7	10	5.3	11	8.7	3	3.4	1	1.6
保護観察官	126	19.6	70	19.1	46	18.2	29	15.5	20	15.7	12	13.6	9	14.3
保護司	40	6.2	13	3.6	6	2.4	6	3.2	5	3.9	4	4.5	0	0.0
警察官	59	9.2	47	12.8	28	11.1	22	11.8	22	17.3	9	10.2	13	20.6
医療関係者	37	5.8	32	8.7	32	12.6	23	12.3	18	14.2	15	17.0	10	15.9
保健機関関係者	11	1.7	5	1.4	7	2.8	7	3.7	4	3.1	4	4.5	1	1.6
福祉関係者・就労支援関係者	40	6.2	21	5.7	15	5.9	8	4.3	8	6.3	3	3.4	3	4.8
その他														

表15 3年後調査時点までの困りごと・悩みごと有無に関する半年ごとの推移

	T1 (n=642)		T3 (n=366)		T5 (n=253)		T6 (n=187)		T7 (n=127)		T8 (n=88)		T9 (n=63)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
なし	217	33.8	214	58.5	148	58.5	101	54.0	70	55.1	49	55.7	34	54.0
あり	424	66.0	152	41.5	105	41.5	86	46.0	57	44.9	39	44.3	29	46.0
不明	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
薬物のこと	111	17.3	23	6.3	9	3.6	8	4.3	2	1.6	4	4.5	3	4.8
自分の健康	160	24.9	47	12.8	27	10.7	29	15.5	17	13.4	15	17.0	4	6.3
経済的問題	206	32.1	49	13.4	34	13.4	30	16.0	27	21.3	10	11.4	13	20.6
家族のこと	163	25.4	34	9.3	24	9.5	29	15.5	17	13.4	7	8.0	8	12.7
友人のこと	39	6.1	8	2.2	6	2.4	4	2.1	7	5.5	3	3.4	2	3.2
恋人のこと	37	5.8	12	3.3	8	3.2	3	1.6	5	3.9	4	4.5	2	3.2
仕事のこと	182	28.3	46	12.6	34	13.4	30	16.0	14	11.0	15	17.0	10	15.9
その他	98	15.3	42	11.5	28	11.1	23	12.3	16	12.6	7	8.0	6	9.5

表16 3年後調査時点までのQOLの変化

	T1 (n=632)		T5 (n=250)		T7 (n=126)		T9 (n=63)	
	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD
自分の生活の質をどのように評価しますか？	3.2	1.0	3.3	1.0	3.4	1.1	3.3	1.0
まったく悪い	28	4.4	9	3.6	7	5.6	2	3.2
悪い	110	17.1	38	15.2	15	11.9	13	20.6
ふつう	288	44.9	103	41.2	45	35.7	21	33.3
良い	128	19.9	61	24.4	40	31.7	20	31.7
非常に良い	78	12.1	39	15.6	19	15.1	7	11.1
自分の健康状態に満足していますか？	2.9	1.1	3.2	1.1	3.3	1.1	3.2	1.1
まったく不満	67	10.4	14	5.6	5	4.0	2	3.2
不満	185	28.8	68	27.2	33	26.2	17	27.0
どちらでもない	171	26.6	64	25.6	31	24.6	15	23.8
満足	169	26.3	72	28.8	37	29.4	23	36.5
非常に満足	40	6.2	32	12.8	20	15.9	6	9.5

表17 調査開始から1年後までの違法薬物使用有無による初回調査時点の属性比較(n=253)

		使用者(n=20)		非使用者(n=233)		p値 ^a	
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD		
年齢		46.1	10.8	45.3	9.8	0.739	
性別	男性	17	85.0	189	81.1	1.000	
	女性	3	15.0	44	18.9		
住居	自宅	12	60.0	170	73.0	0.811	
	知人・友人宅	1	5.0	9	3.9		
	更生保護施設	4	20.0	26	11.2		
	ダルク	1	5.0	13	5.6		
	簡易宿泊所	0	0.0	1	0.4		
	その他	2	10.0	14	6.0		
同居者	家族と同居	8	40.0	150	64.4	0.181	
	家族以外と同居	3	15.0	25	10.7		
	単身	8	40.0	52	22.3		
	その他	1	5.0	6	2.6		
就労状況	週4日以上働いている	9	45.0	95	40.8	0.673	
	週4日未満働いている	3	15.0	15	6.4		
	福祉的就労	0	0.0	3	1.3		
	無職	8	40.0	112	48.1		
	専業主婦/主夫	0	0.0	4	1.7		
	学生	0	0.0	0	0.0		
	その他	0	0.0	4	1.7		
教育歴	中学	10	50.0	119	51.1	0.932	
	高校	7	35.0	77	33.0		
	専門学校	2	10.0	11	4.7		
	短大	0	0.0	4	1.7		
	大学	1	5.0	19	8.2		
	大学院	0	0.0	1	0.4		
	その他	0	0.0	2	0.9		
婚姻状況	未婚	8	40.0	74	31.8	0.583	
	結婚している	2	10.0	53	22.7		
	離婚	10	50.0	105	45.1		
	死別	0	0.0	1	0.4		
社会保障制度の利用	利用なし	10	50.0	175	75.1	0.032	
	利用あり	10	50.0	58	24.9		
	生活保護	4	20.0	39	16.7		0.756
	年金	1	5.0	5	2.1		0.393
	自立支援医療	3	15.0	28	12.0		0.720
	精神障害者保健福祉手帳	4	20.0	15	6.4		0.051
	療育手帳	0	0.0	0	0.0		
	身体障害者手帳	4	20.0	4	1.7		0.002
雇用保険	0	0.0	4	1.7	1.000		
治療中の身体疾患	なし	10	50.0	130	55.8	0.836	
	あり	10	50.0	102	43.8		
	不明	0	0.0	1	0.4		
治療中の精神疾患	なし	12	60.0	167	71.7	0.462	
	あり	8	40.0	64	27.5		
	不明	0	0.0	2	0.9		
	物質関連障害	3	15.0	23	9.9		0.443
	統合失調症圏	1	5.0	8	3.4		0.529
	気分障害	3	15.0	20	8.6		0.406
神経症性障害	0	0.0	5	2.1	1.000		
自殺念慮・企図：生涯	なし	6	30.0	119	51.1	0.044	
	念慮	11	55.0	66	28.3		
	企図	3	15.0	48	20.6		
自殺念慮・企図：過去1年 [※]	なし	12	85.7	80	70.2	0.442	
	念慮	2	14.3	30	26.3		
	企図	0	0.0	4	3.5		

a：t検定またはカイ二乗検定

※自殺念慮・企図：過去1年のみ使用者n=14、非使用者n=114

表18 調査開始から1年後までの違法薬物使用有無による薬物関連問題の比較(n=253)

		使用者(n=20)		非使用者(n=233)		p値 ^a
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	
初めての薬物使用年齢	※非使用者n=231	21.3	6.8	20.0	7.6	0.467
逮捕回数：薬物事犯	※非使用者n=232	3.0	2.6	2.3	2.0	0.174
逮捕回数：薬物事犯以外		1.9	2.8	1.4	2.3	0.345
少年院入院回数		0.3	0.6	0.2	0.5	0.366
刑務所服役回数		3.1	3.0	2.1	1.9	0.042
保護観察の種類	全部執行猶予	2	10.0	21	9.0	0.655
	仮釈放	14	70.0	134	57.5	
	刑の一部執行猶予	1	5.0	26	11.2	
	刑の一部執行猶予と仮釈放の両方	3	15.0	52	22.3	
アルコールに関する遵守事項	ない	16	80.0	184	79.0	1.000
	ある	4	20.0	48	20.6	
治療プログラム：現在	なし	7	35.0	52	22.3	0.267
	あり	13	65.0	181	77.7	
DAST-20得点	精神保健福祉センター	2	10.0	6	2.6	0.125
	医療機関	1	5.0	15	6.4	1.000
	司法関連機関	9	45.0	152	65.2	0.090
	ダルク	0	0.0	17	7.3	0.375
	自助グループ	0	0.0	17	7.3	0.375
			11.1	3.2	11.0	4.0
DAST-20得点	Low(0-5)	1	5.0	24	10.3	0.600
	Intermediate(6-10)	7	35.0	70	30.0	
	Substantial(11-15)	11	55.0	109	46.8	
	Severe(16-20)	1	5.0	30	12.9	

a：t検定またはカイ二乗検定

表19 調査開始から1年後までの違法薬物使用有無による相談できる人、困りごと・悩みごとと有無の比較(n=252)

		使用者(n=20)		非使用者(n=232)		p値 ^a
		N/Mean	%	N/Mean	%	
相談できる人の有無	一人もいない	5	25.0	39	16.8	0.360
	相談できる人がいる	15	75.0	193	83.2	
困りごと・悩みごとの有無	なし	6	30.0	84	36.2	0.636
	あり	14	70.0	148	63.8	

a：カイ二乗検定

表20 調査開始から1年後時点のQOLでわけた初回調査時点の属性比較(n=250)

		QOL不良(n=47)		QOL良好(n=203)		p値 ^a	
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD		
年齢		45.5	9.7	45.3	10.0	0.880	
性別	男性	33	70.2	172	84.7	0.033	
	女性	14	29.8	31	15.3		
住居	自宅	33	70.2	146	71.9	0.937	
	知人・友人宅	3	6.4	7	3.4		
	更生保護施設	6	12.8	24	11.8		
	ダルク	2	4.3	12	5.9		
	簡易宿泊所	0	0.0	1	0.5		
	その他	3	6.4	13	6.4		
	同居者	家族と同居	29	61.7	126		62.1
家族以外と同居		5	10.6	23	11.3		
単身		10	21.3	50	24.6		
その他		3	6.4	4	2.0		
就労状況	週4日以上働いている	11	23.4	92	45.3	0.058	
	週4日未満働いている	6	12.8	11	5.4		
	福祉的就労	1	2.1	2	1.0		
	無職	28	59.6	91	44.8		
	専業主婦/主夫	1	2.1	3	1.5		
	学生	0	0.0	0	0.0		
	その他	0	0.0	4	2.0		
教育歴	中学	24	51.1	103	50.7	0.470	
	高校	15	31.9	69	34.0		
	専門学校	3	6.4	10	4.9		
	短大	2	4.3	1	0.5		
	大学	3	6.4	17	8.4		
	大学院	0	0.0	1	0.5		
	その他	0	0.0	2	1.0		
婚姻状況	未婚	15	31.9	65	32.0	0.967	
	結婚している	10	21.3	45	22.2		
	離婚	22	46.8	92	45.3		
	死別	0	0.0	1	0.5		
社会保障制度の利用	利用なし	36	76.6	146	71.9	0.588	
	利用あり	11	23.4	57	28.1		
	生活保護	8	17.0	35	17.2		1.000
	年金	2	4.3	4	2.0		0.315
	自立支援医療	6	12.8	25	12.3		1.000
	精神障害者保健福祉手帳	4	8.5	15	7.4		0.763
	療育手帳	0	0.0	0	0.0		
	身体障害者手帳	1	2.1	7	3.4		1.000
	雇用保険	0	0.0	4	2.0		1.000
	治療中の身体疾患	なし	21	44.7	117		57.6
あり		25	53.2	86	42.4		
不明		1	2.1	0	0.0		
治療中の精神疾患	なし	31	66.0	146	71.9	0.521	
	あり	16	34.0	55	27.1		
	不明	0	0.0	2	1.0		
	物質関連障害	5	10.6	21	10.3		1.000
	統合失調症圏	1	2.1	8	3.9		1.000
	気分障害	5	10.6	17	8.4		0.576
	神経症性障害	1	2.1	4	2.0		1.000
自殺念慮・企図：生涯	なし	23	48.9	102	50.2	0.279	
	念慮	11	23.4	64	31.5		
	企図	13	27.7	37	18.2		
自殺念慮・企図：過去1年 [※]	なし	18	75.0	72	71.3	0.610	
	念慮	6	25.0	25	24.8		
	企図	0	0.0	4	4.0		

a：t検定またはカイ二乗検定

※自殺念慮・企図：過去1年のみ不良n=24、良好n=101

表21 調査開始から1年後時点のQOLでわけた初回調査時点の薬物関連問題の比較(n=250)

		QOL不良(n=47)		QOL良好(n=203)		p値 ^a
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	
初めての薬物使用年齢	※QOL不良 (n=46) QOL良好 (n=202)	18.9	5.7	20.4	7.9	0.241
逮捕回数：薬物事犯	※QOL良好 (n=202)	2.6	2.1	2.4	2.1	0.496
逮捕回数：薬物事犯以外		1.2	2.7	1.5	2.2	0.517
少年院入院回数		0.2	0.4	0.2	0.5	0.615
刑務所服役回数		2.4	2.0	2.1	2.0	0.385
保護観察の種類	全部執行猶予	2	4.3	20	9.9	0.219
	仮釈放	29	61.7	119	58.6	
	刑の一部執行猶予	8	17.0	18	8.9	
	刑の一部執行猶予と仮釈放の両方	8	17.0	46	22.7	
アルコールに関する遵守事項	ない	39	83.0	159	78.3	0.688
	ある	8	17.0	43	21.2	
治療プログラム：現在	なし	10	21.3	48	23.6	0.849
	あり	37	78.7	155	76.4	
DAST-20得点	精神保健福祉センター	2	4.3	6	3.0	0.647
	医療機関	0	0.0	15	7.4	0.081
	司法関連機関	31	66.0	128	63.1	0.740
	ダルク	2	4.3	15	7.4	0.747
	自助グループ	4	8.5	13	6.4	0.535
			11.8	3.5	10.8	4.0
DAST-20得点	Low(0-5)	1	2.1	24	11.8	0.219
	Intermediate(6-10)	16	34.0	60	29.6	
	Substantial(11-15)	25	53.2	93	45.8	
	Severe(16-20)	5	10.6	26	12.8	

a：t検定またはカイ二乗検定

QOL不良：自分の生活の質を「まったく悪い」または「悪い」と回答した群

QOL良好：自分の生活の質を「ふつう」または「良い」または「非常に良い」と回答した群

表22 調査開始から1年後時点のQOLでわけた初回調査時点の相談できる人、困りごと・悩みごとと有無の比較(n=249)

		QOL不良(n=47)		QOL良好(n=202)		p値 ^a
		N/Mean	%	N/Mean	%	
相談できる人の有無	一人もいない	11	23.4	31	15.3	0.197
	相談できる人がいる	36	76.6	171	84.7	
困りごと・悩みごとの有無	なし	12	25.5	77	38.1	0.129
	あり	35	74.5	125	61.9	

a：カイ二乗検定

QOL不良：自分の生活の質を「まったく悪い」または「悪い」と回答した群

QOL良好：自分の生活の質を「ふつう」または「良い」または「非常に良い」と回答した群

表23 調査開始から3年後までの違法薬物使用有無による初回調査時点の属性比較(n=63)

		使用者(n=7)		非使用者(n=56)		p値 ^a		
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD			
年齢		41.1	10.7	46.1	8.7	0.173		
性別	男性	6	85.7	46	82.1	1.000		
	女性	1	14.3	10	17.9			
住居	自宅	5	71.4	43	76.8	0.528		
	知人・友人宅	0	0.0	3	5.4			
	更生保護施設	0	0.0	3	5.4			
	ダルク	2	28.6	4	7.1			
	簡易宿泊所	0	0.0	1	1.8			
	その他	0	0.0	2	3.6			
同居者	家族と同居	4	57.1	36	64.3	0.693		
	家族以外と同居	2	28.6	7	12.5			
	単身	1	14.3	12	21.4			
	その他	0	0.0	1	1.8			
就労状況	週4日以上働いている	4	57.1	22	39.3	0.925		
	週4日未満働いている	0	0.0	2	3.6			
	福祉的就労	0	0.0	1	1.8			
	無職	3	42.9	27	48.2			
	専業主婦/主夫	0	0.0	3	5.4			
	学生	0	0.0	0	0.0			
	その他	0	0.0	1	1.8			
	教育歴	中学	2	28.6	29		51.8	0.240
高校		4	57.1	13	23.2			
専門学校		1	14.3	3	5.4			
短大		0	0.0	0	0.0			
大学		0	0.0	10	17.9			
大学院		0	0.0	1	1.8			
その他		0	0.0	0	0.0			
婚姻状況		未婚	5	71.4	15	26.8	0.054	
	結婚している	1	14.3	13	23.2			
	離婚	1	14.3	28	50.0			
社会保障制度の利用	利用なし	4	57.1	41	73.2	0.397		
	利用あり	3	42.9	15	26.8			
		生活保護	1	14.3	8	14.3	1.000	
		年金	0	0.0	2	3.6	1.000	
		自立支援医療	0	0.0	8	14.3	0.581	
		精神障害者保健福祉手帳	0	0.0	3	5.4	1.000	
		療育手帳	0	0.0	0	0.0		
		身体障害者手帳	1	14.3	1	1.8	0.211	
		雇用保険	0	0.0	2	3.6	1.000	
	治療中の身体疾患	なし	4	57.1	34	60.7	1.000	
あり		3	42.9	22	39.3			
治療中の精神疾患	なし	6	85.7	38	67.9	0.605		
	あり	1	14.3	16	28.6			
	不明	0	0.0	2	3.6			
		物質関連障害	0	0.0	7		12.5	1.000
		統合失調症圏	0	0.0	3		5.4	1.000
		気分障害	0	0.0	7		12.5	1.000
	神経症性障害	0	0.0	2	3.6	1.000		
自殺念慮・企図：生涯	なし	3	42.9	24	42.9	0.932		
	念慮	3	42.9	21	37.5			
	企図	1	14.3	11	19.6			
自殺念慮・企図：過去1年 [※]	なし	1	25.0	24	75.0	0.081		
	念慮	3	75.0	7	21.9			
	企図	0	0.0	1	3.1			

a: t検定またはカイ二乗検定

※自殺念慮・企図：過去1年のみ使用者n=4、非使用者n=32

表24 調査開始から3年後までの違法薬物使用有無による薬物関連問題の比較(n=63)

		使用者(n=7)		非使用者(n=56)		p値 ^a
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	
初めての薬物使用年齢		23.6	8.3	19.7	8.1	0.236
逮捕回数：薬物事犯		1.6	0.8	2.0	1.6	0.534
逮捕回数：薬物事犯以外		1.1	1.2	0.8	1.7	0.654
少年院入院回数		0.0	0.0	0.1	0.3	0.499
刑務所服役回数		1.6	0.8	1.7	1.7	0.891
保護観察の種類	全部執行猶予	0	0.0	8	14.3	0.740
	仮釈放	4	57.1	29	51.8	
	刑の一部執行猶予	1	14.3	5	8.9	
	刑の一部執行猶予と仮釈放の両方	2	28.6	14	25.0	
アルコールに関する遵守事項	ない	7	100.0	48	85.7	0.581
	ある	0	0.0	8	14.3	
治療プログラム：現在	なし	1	14.3	10	17.9	1.000
	あり	6	85.7	46	82.1	
	精神保健福祉センター	0	0.0	3	5.4	1.000
	医療機関	1	14.3	5	8.9	0.522
	司法関連機関	4	57.1	42	75.0	0.375
	ダルク	2	28.6	4	7.1	0.129
	自助グループ	0	0.0	7	12.5	1.000
	DAST-20得点		13.4	2.9	11.3	4.3
	Low(0-5)	0	0.0	7	12.5	0.478
	Intermediate(6-10)	1	14.3	15	26.8	
	Substantial(11-15)	4	57.1	27	48.2	
	Severe(16-20)	2	28.6	7	12.5	

a：t検定またはカイ二乗検定

表25 調査開始から3年後までの違法薬物使用有無による相談できる人、困りごと・悩みごとと有無の比較(n=63)

		使用者(n=7)		非使用者(n=56)		p値 ^a
		N/Mean	%	N/Mean	%	
相談できる人の有無	一人もいない	1	14.3	8	14.3	1.000
	相談できる人がいる	6	85.7	48	85.7	
困りごと・悩みごとの有無	なし	2	28.6	18	32.1	1.000
	あり	5	71.4	38	67.9	

a：カイ二乗検定

表26 調査開始から3年後時点のQOLでわけた初回調査時点の属性比較(n=63)

		QOL不良(n=15)		QOL良好(n=48)		p値 ^a		
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD			
年齢		47.3	10.0	45.0	8.7	0.394		
性別	男性	14	93.3	38	79.2	0.272		
	女性	1	6.7	10	20.8			
住居	自宅	10	66.7	38	79.2	0.192		
	知人・友人宅	1	6.7	2	4.2			
	更生保護施設	1	6.7	2	4.2			
	ダルク	1	6.7	5	10.4			
	簡易宿泊所	0	0.0	1	2.1			
	その他	2	13.3	0	0.0			
	同居者	家族と同居	9	60.0	31		64.6	0.871
	家族以外と同居	2	13.3	7	14.6			
	単身	4	26.7	9	18.8			
	その他	0	0.0	1	2.1			
就労状況	週4日以上働いている	5	33.3	21	43.8	0.551		
	週4日未満働いている	0	0.0	2	4.2			
	福祉的就労	0	0.0	1	2.1			
	無職	10	66.7	20	41.7			
	専業主婦/主夫	0	0.0	3	6.3			
	学生	0	0.0	0	0.0			
	その他	0	0.0	1	2.1			
	教育歴	中学	7	46.7	24		50.0	0.321
高校		4	26.7	13	27.1			
専門学校		0	0.0	4	8.3			
短大		0	0.0	0	0.0			
大学		3	20.0	7	14.6			
大学院		1	6.7	0	0.0			
その他		0	0.0	0	0.0			
婚姻状況	未婚	5	33.3	15	31.3	0.407		
	結婚している	5	33.3	9	18.8			
	離婚	5	33.3	24	50.0			
社会保障制度の利用	利用なし	8	53.3	37	77.1	0.104		
	利用あり	7	46.7	11	22.9			
		生活保護	3	20.0	6		12.5	0.434
		年金	1	6.7	1		2.1	0.422
		自立支援医療	3	20.0	5		10.4	0.382
		精神障害者保健福祉手帳	2	13.3	1		2.1	0.138
		療育手帳	0	0.0	0		0.0	
		身体障害者手帳	1	6.7	1		2.1	0.422
		雇用保険	1	6.7	1		2.1	0.422
	治療中の身体疾患	なし	7	46.7	31		64.6	0.241
あり		8	53.3	17	35.4			
治療中の精神疾患	なし	10	66.7	34	70.8	0.623		
	あり	5	33.3	12	25.0			
	不明	0	0.0	2	4.2			
		物質関連障害	2	13.3	5		10.4	0.667
		統合失調症圏	0	0.0	3		6.3	1.000
		気分障害	4	26.7	3		6.3	0.049
		神経症性障害	0	0.0	2		4.2	1.000
自殺念慮・企図：生涯	なし	6	40.0	21	43.8	0.686		
	念慮	5	33.3	19	39.6			
	企図	4	26.7	8	16.7			
自殺念慮・企図：過去1年 [※]	なし	4	44.4	21	77.8	0.071		
	念慮	4	44.4	6	22.2			
	企図	1	11.1	0	0.0			

a: t検定またはカイニ乗検定

※自殺念慮・企図：過去1年のみ不良n=9、良好n=27

QOL不良：自分の生活の質を「まったく悪い」または「悪い」と回答した群

QOL良好：自分の生活の質を「ふつう」または「良い」または「非常に良い」と回答した群

表27 調査開始から3年後時点のQOLでわけた初回調査時点の薬物関連問題の比較(n=63)

		QOL不良(n=15)		QOL良好(n=48)		p値 ^a
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	
初めての薬物使用年齢		23.6	10.8	19.0	6.9	0.057
逮捕回数：薬物事犯		1.4	1.2	2.1	1.6	0.140
逮捕回数：薬物事犯以外		1.3	2.9	0.8	1.1	0.299
少年院入院回数		0.0	0.0	0.1	0.4	0.284
刑務所服役回数		1.2	0.9	1.8	1.8	0.216
保護観察の種類	全部執行猶予	2	13.3	6	12.5	0.413
	仮釈放	6	40.0	27	56.3	
	刑の一部執行猶予	3	20.0	3	6.3	
	刑の一部執行猶予と仮釈放の両方	4	26.7	12	25.0	
アルコールに関する遵守事項	ない	13	86.7	42	87.5	1.000
	ある	2	13.3	6	12.5	
治療プログラム：現在	なし	0	0.0	11	22.9	0.053
	あり	15	100.0	37	77.1	
	精神保健福祉センター	2	13.3	1	2.1	0.138
	医療機関	3	20.0	3	6.3	0.141
	司法関連機関	12	80.0	34	70.8	0.740
	ダルク	1	6.7	5	10.4	1.000
	自助グループ	2	13.3	5	10.4	0.667
DAST-20得点		11.7	4.5	11.4	4.2	0.816
	Low(0-5)	1	7.7	6	11.1	0.840
	Intermediate(6-10)	4	30.8	12	24.4	
	Substantial(11-15)	7	53.8	24	51.1	
	Severe(16-20)	3	7.7	6	13.3	

a：t検定またはカイ二乗検定

QOL不良：自分の生活の質を「まったく悪い」または「悪い」と回答した群

QOL良好：自分の生活の質を「ふつう」または「良い」または「非常に良い」と回答した群

表28 調査開始から3年後時点のQOLでわけた初回調査時点の相談できる人、困りごと・悩みごとと有無の比較(n=63)

		QOL不良(n=15)		QOL良好(n=48)		p値 ^a
		N/Mean	%	N/Mean	%	
相談できる人の有無	一人もいない	2	13.3	7	14.6	1.000
	相談できる人がいる	13	86.7	41	85.4	
困りごと・悩みごとの有無	なし	3	20.0	17	35.4	0.349
	あり	12	80.0	31	64.6	

a：カイ二乗検定

QOL不良：自分の生活の質を「まったく悪い」または「悪い」と回答した群

QOL良好：自分の生活の質を「ふつう」または「良い」または「非常に良い」と回答した群

表29 男性・覚醒剤使用者における1年後までの違法薬物使用有無によるベースライン時の特徴の比較 (N=177)

		違法薬物使用なし (n=162)		違法薬物使用あり (n=15)		p ^a
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	
年齢 (mean/SD)		45.9	9.4	44.9	12.0	0.70
就労状況	就労	85	52.5%	10	66.7%	0.42
	無職	77	47.5%	5	33.3%	
最終学歴	中学	82	50.6%	8	53.3%	0.69
	高校	58	35.8%	4	26.7%	
	専門学校・大学	22	13.6%	3	20.0%	
婚姻状況	婚姻なし	127	78.4%	15	100.0%	0.04
	婚姻あり	35	21.6%	0	0.0%	
社会福祉サービスの利用	なし	125	77.2%	8	53.3%	0.06
	あり	37	22.8%	7	46.7%	
治療プログラムの参加	なし	35	21.6%	4	26.7%	0.75
	あり	127	78.4%	11	73.3%	
保護観察の種類	全部執行猶予	15	9.3%	1	6.7%	0.32
	仮釈放	86	53.1%	11	73.3%	
	一部執行猶予	61	37.7%	3	20.0%	
相談相手の有無 ^b	1人もいない	28	17.3%	4	26.7%	0.48
	いる	134	82.7%	11	73.3%	
薬物使用開始年齢 (Mean/SD)		20.0	6.8	21.3	6.5	0.47
薬物依存重症度: DAST-20 (Mean/SD)		10.9	4.0	11.6	2.7	0.52
薬物関連犯罪による逮捕回数 (Mean/SD)		2.5	1.9	2.8	2.4	0.60

a: t-test or chi-square test/Fisher's test

DAST-20: Drug abuse screening test 20

b: 薬物のことも含め心を開いて相談できる人はいますか？

表 30 男性・覚醒剤使用者における1年後までの違法薬物使用に関連する要因 (N=177)

		OR	95% CI	p	
年齢		0.95	0.88	1.03	0.223
就労状況	就労	Ref.			
	無職	0.25	0.06	0.95	0.042
最終学歴	中学	Ref.			
	高校	0.66	0.15	2.80	0.568
	専門学校・大学	1.65	0.31	8.86	0.558
社会福祉サービスの利用	なし	Ref.			
	あり	10.59	2.45	45.8	0.002
治療プログラムの参加	無し	Ref.			
	あり	1.31	0.32	5.47	0.708
保護観察の種類	全部執行猶予	Ref.			
	仮釈放	6.93	0.50	95.7	0.148
	一部執行猶予	1.67	0.12	23.2	0.704
相談相手の有無 ^a	1人もいない	Ref.			
	いる	0.19	0.04	0.86	0.032
薬物使用開始年齢		1.06	0.96	1.17	0.259
薬物依存重症度: DAST-20		1.09	0.91	1.29	0.358
薬物関連犯罪による逮捕回数		1.04	0.73	1.48	0.833

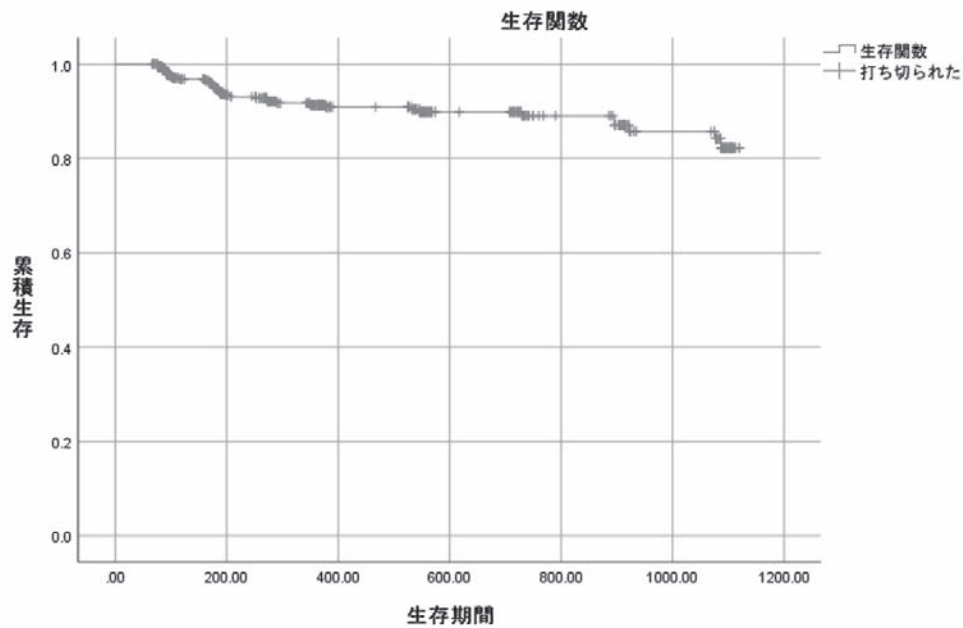
DAST-20: Drug abuse screening test

a: 薬物のことも含め心を開いて相談できる人はいますか？

表31 調査への同意有無による保護観察対象者の属性比較(n=7145)

	同意 (n = 701)		非同意 (n = 6444)		p ^a
	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	
年齢	45.9	10.3	44.3	10.7	<0.001
性別：男	538	76.7	5393	83.7	<0.001
保護観察の種類					<0.001
仮釈放者（一部猶予者以外）	462	65.9	3981	61.8	
仮釈放者（一部猶予者）	184	26.2	1438	22.3	
全部猶予者	34	4.9	563	8.7	
一部猶予者（実刑部分執行終了）	21	3.0	462	7.2	
保護観察の転帰					<0.001
期間満了	612	87.3	4742	73.6	
転居	8	1.1	255	4.0	
身柄拘束	0	0.0	3	0.0	
保護観察取消し（再犯）	5	0.7	138	2.1	
保護観察取消し（遵守事項違反）	14	2.0	167	2.6	
死亡	2	0.3	17	0.3	
保護観察取消し（余罪）	0	0.0	5	0.1	
所在不明	0	0.0	1	0.0	
保護観察中	60	8.6	1116	17.3	

a: t検定またはカイ二乗検定



生存時間の平均値および中央値							
平均値 ^a				中央値			
推定値	標準誤差	95% 信頼区間		推定値	標準誤差	95% 信頼区間	
		下限	上限			下限	上限
1016.564	15.553	986.081	1047.047				

a. 推定が調査済みの場合は最長生存時間までに制限されます。

図 1 調査開始から 3 年後までの違法薬物再使用 (N=487)

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策」
研究分担報告書

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
(ダルク追っかけ調査 2021)

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】本研究の目的は、民間支援団体利用者の子後と支援の課題を明らかにすることである。研究事業の最終年度にあたる今年度は、次の4点を主たる研究目的として、研究成果を報告する。第一に、5年間に渡って追跡を完遂した者（追跡完遂者）の特徴を明らかにする（研究1）。第二に、継続的な断酒・断薬率、薬物関連問題の重症度の時点変化を検討する（研究2）。第三に、最終フォローアップ調査における自記式アンケートに基づき、自助グループの活動状況と断酒・断薬との関係性について検討を行う（研究3）。第四に、ダルク意見交換会を通じて、コロナ禍が回復支援活動に与える影響について課題を抽出・整理する（研究4）。

【方法】研究1：コホート全体（694名）を5年間に渡って追跡を完遂した追跡完遂群347名、途中で追跡できなくなった追跡不能群347名に分類し、ベースライン情報を比較した。

研究2：コホート全体（694名）を新規利用群225名（ダルク利用開始から12ヶ月以内）と、継続利用群469名（利用開始から13ヶ月以上）に分類し、継続的な断酒・断薬率やDAST-20スコアの時点変化を調べた。

研究3：自記式アンケート（最終フォローアップ）に回答した293名を断酒・断薬が継続した者を継続アプステナンス群（188名）と、対照群（再使用があった者、再使用の情報が得られなかった者）105名に分類し、自助グループ活動との関連性を調べた。また、コロナ禍でのストレスあり群205名とストレスなし群86名に分類し、自助グループ活動との関連性を調べた。

研究4：「第9回ダルク意見交換会」に参加した33施設の職員計53名の事前アンケート（自由記載）をコード化し、意味のまとまりごとにコードに名前を付けて整理した。

【結果・考察】

(1) 5年後まで追跡することができたのはコホート全体の50%であり、追跡完遂者には、「回復のモデルとなる仲間がいる」という特徴がみられた。本研究における高い追跡完遂率の背景には、フォローアップを担当したダルク職員と利用者との良好な関係性が影響している可能性がある。また、スタッフの持つ当事者性が、対象者にとっての回復のモデルとなる「先行く仲間」となっていた可能性がある。

(2) コホート全体の約30%が5年間に渡って、一度もアルコール・薬物の再使用がない状態、いわゆるクリーンの状態を保っていることが明らかになった。ダルクの継続利用群は、新規利用群に比べて、断酒・断薬率が10%以上高いという結果が得られた。追跡完遂者に絞って、断酒・断薬

率を算出すると、継続断酒・断薬率は59%であり、これはコホート全体の2倍近く高い結果となった。

(3) 薬物関連問題の重症度は、ダルク入所時には集中的な治療を必要とする相当程度であったが、ベースライン調査から1年が経過した時点では中程度(外来治療で対応できるレベル)まで低下し、その後も緩やかに減少傾向が続いた。

(4) 断酒・断薬の状態を維持した継続アブステナンス群は、対照群に比べて、自助グループ活動を積極的に行っていることが明らかになった。継続アブステナンス群には、ホームグループがある、会計、電話・メール対応などのサービスを経験している、スポンシーがいる、ミーティング以外の時間にスポンサーに相談するなどの特徴がみられた。積極的な自助グループ活動は、断酒・断薬を維持する可能性がある。

(5) コロナ禍で自助グループや施設外プログラムが制限され、コロナ禍での自粛生活にストレスを感じる者が多い中で、オンラインミーティングが新たな受け皿になっている可能性が示唆された。

【結論】 民間支援団体ダルク利用者を対象としたコホート調査が完了した。694名(うち薬物依存症者491名)を5年間に渡って追跡した本研究は、薬物依存症者を対象とするコホート調査としては、わが国では最大規模かつ最長の追跡期間を伴うプロジェクトであった。ダルク利用者の断酒や断薬の背景には、「回復のモデルとなる仲間」の存在が大きく関与しており、依存症という同じ課題を抱えた「先行く仲間」との出会いが、ダルクの回復支援活動の本質と言える。追跡期間中、新型コロナウイルス感染症のパンデミックが起これ、自助グループや施設外の活動が制限されるなど新たな課題が浮上したが、オンラインミーティングの導入などの新たな取り組みを加えて、回復支援活動が続けられていることが明らかになった。

研究協力者

猪浦智史 国立精神・神経医療研究センター
薬物依存研究部

喜多村真紀 国立精神・神経医療研究センター
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
薬物依存研究部

山田理沙 国立精神・神経医療研究センター
薬物依存研究部

引土絵未 日本女子大学人間社会学部社会
福祉学科/国立精神・神経医療研
究センター薬物依存研究部

近藤あゆみ 国立精神・神経医療研究センター
薬物依存研究部

新田慎一郎 国立精神・神経医療研究センター
薬物依存研究部

高岸百合子 駿河台大学心理学部/国立精神・
神経医療研究センター薬物依存
研究部

近藤恒夫 日本ダルク・NPO 法人アパリ

A. 研究目的

本研究では、再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進する上で重視されているダルク等の民間回復支援施設の有効性や課題に着目する。ここでいうダルクとは、Drug Addiction Rehabilitation Centerの頭文字をとったDARCのことである。当事者が主体となった回復支援活動を1985年から開始し、

その活動は全国に広がり、現在では約 60 団体が各地域で活動を続けている。

研究分担者らは、2016 年度より「ダルク追っかけ調査」というプロジェクト名で、全国のダルク利用者を対象としたコホート調査を実施してきた¹⁵⁾。2016 年 10 月から 2021 年 12 月までの 5 年間に渡り、ダルク利用者を前向きに追跡し、計 8 回の追跡調査（フォローアップ調査）を実施した。また、民間回復支援施設における課題を抽出するために、ダルク等の施設職員を対象とする意見交換会を定期的に開催し、課題の抽出・整理を行ってきた。

研究事業の最終年度にあたる今年度は、次の 4 点を主たる研究目的として、研究成果を報告する。第一に、コホート調査における追跡調査の実施状況を整理する。具体的には、5 年間に渡って追跡できた者（追跡完遂者）と、途中で追跡できなくなった者（追跡不能者）におけるベースライン情報を比較することで、追跡完遂者にはどのような特徴があるのかを明らかにする（研究 1）。第二に、対象者の継続的な断酒・断薬率や、薬物関連問題の重症度などの時点変化を検討する。その際には、コホート全体の状況把握に加えて、ダルク利用期間に応じたサブグループ（新規利用群/継続利用群）の差異についても明らかにする（研究 2）。第三に、最終フォローアップ調査（8 回目）で実施した自記式アンケートに基づき、自助グループの活動状況について検討を行う。その際には、回答者全体の状況把握に加えて、断薬状況に基づくサブグループ（継続アブステナンス群/対照群）の差異についても明らかにする（研究 3）。第四に、ダルク等の民間回復支援施設職員を対象とした意見交換会を通じて、コロナ禍が回復支援活動に与える影響について課題を抽出・整理する（研究 4）。

B. 研究方法

研究方法は、それぞれの研究目的ごとに（1）分析対象者と（2）調査項目・統計解析において記載した。なお、本研究の実施にあたり、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）。

研究 1

（1）分析対象者

コホート全体（694 名）を分析対象とした。これまで、コホート全体の対象者数を 695 名と報告してきたが、追跡調査を実施する中で、1 名の対象者がデータベース上で重複していたことが発覚したため、本報告書において訂正したい。次に、第 8 回の追跡調査（ベースライン調査から 5 年後）において、連絡がとれた対象者 347 名を追跡完遂群、途中で追跡できなくなった 347 名を追跡不能群として分類した。追跡不能群とは、コホート調査における打ち切り対象者であり、連絡がつかなくなった行方不明者のみならず、死亡者や施設の協力辞退を理由にコホートから離脱した対象者も含まれる。

（2）調査項目・統計解析

各追跡時点におけるベースライン調査からの経過時間、協力施設数、同意取得者数を整理した。また、本人との連絡状況（連絡がとれた/とれなかった）、施設利用状況（入所中、通所中、退所）、生活拠点（ダルク、自宅、他施設、入院中、逮捕・勾留・受刑中、死亡、その他、不明）の変化について調べた。次に追跡完遂群の特徴を明らかにするために、追跡完遂群と追跡不能群のベースライン情報を比較した。ベースライン情報には、基本属性（年齢、性別、自認する性、性的指向）、依存症関連項目（主たる依存症、主たる依存薬物、DAST-20 スコア）、最終学歴、生活保護の受給状況、就労状況、受刑歴、併存障害（依存症以外の精神疾患）の有無、慢性疾患（糖尿病、循環器疾患、ガンなどの身体疾患）の有無、治療歴、ダルク利用状況、

性感染や性行動に関する項目、薬物使用歴などが含まれる。ベースライン調査の各変数と、追跡完遂群/追跡不能群とのクロス集計を行い、群間の差異を検討した。なお、有意差検定はカテゴリカル変数についてはカイ 2 乗検定を採用した。ただし、期待値が 5 未満のセルが全体の 20%を上回る場合は、フィッシャーの直接確率法を採用した。量的変数については、t 検定を用いた。

研究 2

(1) 分析対象者

コホート全体 (694 名) を分析対象とした。ベースライン調査実施時点におけるダルク入所期間に基づき、新規利用群 225 名 (利用開始から 12 ヶ月以内) と、継続利用群 469 名 (利用開始から 13 ヶ月以上) に分類し、それぞれのアウトカムを調べた。また、追跡を完遂した 347 名を分母とする断酒・断薬率も算出した。

(2) 調査項目・統計解析

①断酒・断薬率

薬物およびアルコールの再使用は各追跡調査において、担当スタッフが聞き取りを行い「再使用あり」「再使用なし」「不明」から選択する形をとった。本研究では、アルコールの再使用がない場合を断酒、薬物の再使用がない場合を断薬、アルコールおよび薬物の再使用がない場合を断酒・断薬と定義した。断酒・断薬率は、追跡調査を繰り返し実施する中で、薬物やアルコールの再使用がない状態が継続している状況を示す指標として、継続断酒率、継続断薬率、継続断酒・断薬率を算出した。

なお、断酒や断薬に該当しない者は、必ずしも再使用があったことを意味せず、再使用の状況がわからなかった「不明」、「死亡者」も含まれる点に注意が必要である。

②DAST-20 日本語版⁶⁾

薬物関連問題の重症度を測定する DAST-20 をベースライン、2 回目、4 回目、6 回目、8 回

目の追跡調査、計 5 時点で測定した。信頼性・妥当性が検証された日本語版を用いて、対象者自身による自記式調査として実施した。分析対象は、ベースライン時点において主たる依存症を薬物依存症とした者であり、スコアの平均点、標準偏差、重症度判定 (None から Severe までの 5 段階)、カットオフ値 (6 点以上)⁷⁾を超える陽性率について算出した。

③自助グループの参加状況

調査時点における自助グループの参加頻度を「ほぼ毎日」「週に数回」「週に 1 回程度」「月に 1 回程度」「ほとんどなし」から一つを選択する形で聞き取りを行った。

④生活保護の受給状況

調査時点における生活保護の受給状況について、「受給あり」「受給なし (申請中)」「受給なし (以前受けた)」「一度も受給せず」から一つを選択する形で聞き取りを行った。回答に基づき、「受給あり」「受給なし」に分類した。

⑤就労状況

調査時点における就労状況について、「就労なし」「福祉的就労 (非常勤)」「福祉的就労 (常勤)」「一般就労 (非常勤)」「一般就労 (常勤)」「ダルク・ボランティア」「ダルク・非常勤」「ダルク・常勤」「その他 (復学・通学など)」「不明」から選択する形で聞き取りを行った (複数選択あり)。回答に基づき、「就労あり」「就労なし」に分類した。

研究 3

(1) 調査方法

最終フォローアップである第 8 回目の追跡調査では、通常の聞き取り調査に加えて、自記式アンケートを実施した (別添 2)。アンケート用紙の配布方法は、直接対象者に会える場合は、説明文書とアンケート用紙を封筒に入れ、本人に手渡した。しかし、多くの対象者はすでにダルクを退所しているため、直接対象者に会えない場合は、担当スタッフから郵便で、説明文書、

アンケート用紙を送った。記載済のアンケート用紙の回収は、ダルクで直接回収、あるいは返送用の封筒を用いて郵便で回収した。

(2) 分析対象者

自記式アンケートの回答者 293 名を分析対象とした。5 年間の追跡期間中、アルコールや薬物の再使用がなく、断酒・断薬が継続した者を継続アブステナンス群 (188 名) として分類した。一方、再使用があった場合や、再使用に関する情報が得られなかった場合を対照群 (105 名) として分類した。さらには、自記式アンケート内で尋ねた新型コロナウイルス (COVID-19) 流行下での自粛生活が与えるストレスについて、「かなりストレスを感じていた」から「まったくストレスを感じていなかった」までの 4 段階で尋ねた。回答に応じてストレスあり群 (205 名) とストレスなし群 (86 名) に分類した。

(3) 調査項目・統計解析

①主観的幸福感

島井らが日本語版を開発した主観的幸福感尺度 (Subjective Happiness Scale, SHS) ⁹⁾ を用いた。4 項目 7 件法から構成される。SHS 尺度は、1 因子構造であり、自分の幸福の主観的評価について信頼性・妥当性のある測定が可能な尺度である。

②スピリチュアリティ

比嘉が開発したスピリチュアリティ尺度 (Spirituality Rating Scale, SRS-A) ⁹⁾ を用いた。この尺度では、スピリチュアリティ (神気性) を「何かを求め、それに関係しようとするところのモチようであり (意気)、自分自身やある事柄に対する感じまた思い (概念)」と定義している。SRS-A は、15 項目 5 件法で構成される。尺度は 5 因子構造 (意欲、深心、意味感、自覚、価値観) から構成され、その合計得点が高いほど私的なスピリチュアリティ (personal spirituality) が高いことを示す。

③自助グループ活動に関する項目

自助グループの活動を構成するミーティング、サービス、スポンサー、フェロシップについて、計 8 項目の設問を作成した。設問作成にあたり、自助グループの経験が豊かな 3 名の当事者から聞き取りを行うとともに、NA 関連の文献 ¹⁰⁾、NA のホームページを参照した。

ミーティングについては、自助グループ参加の有無 (過去 1 年)、参加した自助グループの種別 (NA/AA/GA/その他)、オンラインミーティングへの参加 (過去 1 年)、ホームグループの有無 (現在) について尋ねた。サービスは、セクレタリー、司会、電話やメール対応など、計 10 項目のサービスについて、過去 1 年間の経験の有無を尋ねた。スポンサーについては、現在スポンサー (相談する人) およびスポンサー (相談される人) がいるかについて尋ねた。フェロシップについては、自助グループのメンバーとのミーティング以外での交流状況を尋ねた。具体的には、「ミーティングの前後の時間にメンバーと交流した」「ミーティング以外の時間にメンバーと会った」「ミーティング以外の時間にスポンサーに相談した」「ミーティング以外の時間にメンバーと連絡を取り合った」という項目について、当てはまるものすべてを選択する形で尋ねた。

なお、有意差検定はカテゴリカル変数についてはカイ 2 乗検定を採用した。ただし、期待値が 5 未満のセルが全体の 20% を上回る場合は、フィッシャーの直接確率法を採用した。量的変数については、t 検定を用いた。

研究 4

(1) 分析対象者

2021 年 9 月に実施された「第 9 回ダルク意見交換会」に参加した 33 施設の職員計 53 名が分析の対象である。

(2) 調査項目・統計解析

事前アンケートとして、次の 3 項目を自由記載で尋ねた。

Q1 コロナ禍が続いていることで、ダルクの活動にどのようなネガティブな変化がありましたか？（プログラムやミーティングが制限されているなど）

Q2 コロナ禍が続いていることで、ダルクの活動にどのようなポジティブな変化がありましたか？（オンラインミーティングの活用により新しいつながりができたなど）

Q3 コロナ禍が続いていることで、新しく始めたプログラムや活動はありますか？

自由記載の回答は、2名の研究者によってコード化された。意味のまとまりごとにコードに名前をつけた。

C. 研究結果

研究1

表1に各追跡調査の状況および本人との連絡状況、施設利用状況、生活拠点に関する結果を示した。追跡調査は計8回実施され、ベースライン調査からの経過時間はそれぞれFU1（6ヶ月）、FU2（12ヶ月）、FU3（18ヶ月）、FU4（24ヶ月）、FU5（32ヶ月）、FU6（42ヶ月）、FU7（50ヶ月）、FU8（60ヶ月）であった。協力施設数および同意取得者数は、FU1（46施設、694名）、FU2（46施設、694名）、FU3（46施設、694名）、FU4（46施設、694名）、FU5（42施設、456名）、FU6（40施設、454名）、FU7（40施設、460名）、FU8（38施設、462名）であった。

本人と連絡がとれた割合は、FU1（90.9%）、FU2（84.9%）、FU3（80.8%）、FU4（76.5%）、FU5（69.3%）、FU6（58.6%）、FU7（57.2%）、FU8（50.0%）であった。施設利用状況は、FU1では、入所中（70.6%）、通所中（9.8%）、退所（19.6%）であったが、FU8では入所中（23.2%）、通所中（2.2%）、退所（56.9%）、不明（17.7%）となった。生活拠点は、FU1では

ダルク（67.4%）、自宅（14.4%）、他施設（5.6%）、入院中（4.2%）、逮捕・勾留・受刑中（1.2%）、死亡（0.4%）、その他（1.9%）、不明（4.9%）であったが、FU8では、ダルク（22.5%）、自宅（20.9%）、他施設（7.5%）、入院中（2.6%）、逮捕・勾留・受刑中（1.4%）、死亡（4.5%）、その他（1.0%）、不明（39.6%）となった。

なお、本報告書は2021年12月時点での情報が記載されている。FU8については、2施設が調査中であり、最終的なデータではない。

表2～6に、追跡完遂群（347名）と追跡不能群（347名）のベースライン情報を比較した結果を示した。ほとんどの項目では、追跡完遂群と追跡不能群との間に有意な差は認められなかった。ただし、ベースラインにおいてダルク利用形態が「研修中スタッフ」である割合は、追跡不能群（5.8%）に比べて追跡完遂群（15.3%）が高く、群間に有意差が認められた（ $p<0.001$ ）。また、ダルクの平均利用期間は、追跡不能群（28.8ヶ月）よりも追跡完遂群（35.9ヶ月）の方が長く、群間に有意差が認められた（ $p=0.013$ ）。さらには、回復のモデルとなる仲間が複数いるという回答は、追跡不能群（55.9%）よりも追跡完遂群（65.4%）において高く、群間に有意差が認められた（ $p=0.022$ ）。

研究2

表7、および図1～3に断酒・断薬状況の経時的変化に関する結果を示した。コホート全体の継続断酒率は、FU1（80.5%）、FU2（67.6%）、FU3（61.5%）、FU4（55.9%）、FU5（46.7%）、FU6（38.0%）、FU7（35.6%）、FU8（31.1%）であった（図1）。コホート全体の継続断薬率は、FU1（88.3%）、FU2（76.7%）、FU3（69.7%）、FU4（62.8%）、FU5（52.6%）、FU6（44.1%）、FU7（40.9%）、FU8（35.3%）であった（図2）。コホート全体の継続断酒・断薬率は、FU1（79.1%）、FU2（64.7%）、FU3（58.5%）、FU4（52.2%）、FU5（43.2%）、FU6（35.7%）、FU7

(33.9%)、FU8 (29.4%) であった (図 3)。断酒・断薬に関するどの指標も、継続利用群は新規利用群を上回っていた。

追跡完遂群の継続断酒率は、FU1 (90.2%)、FU2 (84.1%)、FU3 (82.4%)、FU4 (79.0%)、FU5 (73.2%)、FU6 (66.9%)、FU7 (64.6%)、FU8 (62.2%) であった (図 1)。追跡完遂群の継続断薬率は、FU1 (94.5%)、FU2 (91.4%)、FU3 (88.2%)、FU4 (84.4%)、FU5 (79.3%)、FU6 (73.8%)、FU7 (72.0%)、FU8 (69.7%) であった (図 2)。追跡完遂群の継続断酒・断薬率は、FU1 (88.5%)、FU2 (81.6%)、FU3 (78.7%)、FU4 (73.8%)、FU5 (68.3%)、FU6 (63.1%)、FU7 (61.4%)、FU8 (58.8%) であった (図 3)。

表 8 および図 4 に DAST-20 スコアの経時的変化に関する結果を示した。DAST-20 の平均値は、ベースライン (13.4 点) から FU2 (7.0 点) にかけて急激に減少した後は、FU4 (6.8 点)、FU6 (6.0 点)、FU8 (5.4 点) と緩やかに減少していた。ベースライン調査では、新規利用群、継続利用群の平均値は同じであったが、その後の経時的変化をみると、継続利用群の平均値は新規利用群を下回っていた。

表 9 に自助グループ参加状況の経時的変化に関する結果を示した。コホート全体における自助グループ参加頻度は、FU1 においては、ほぼ毎日 (66.3%)、週に数回 (12.8%)、週に 1 回程度 (4.5%)、月に 1 回程度 (2.9%)、ほとんどなし (7.5%)、不明 (6.1%) であった。FU8 においては、ほぼ毎日 (18.9%) が大幅に減少し、不明 (50.6%) が大幅に増加した。新規利用群に比べて継続利用群の方が自助グループの参加頻度が高い傾向がみられた。

表 10 に生活保護受給状況の経時的変化に関する結果を示した。コホート全体の生活保護受給率は、FU1 (74.4%)、FU2 (68.0%)、FU3 (64.4%)、FU4 (59.7%)、FU5 (47.4%)、FU6 (41.1%)、FU7 (37.0%)、FU8 (31.7%) であ

った。新規利用群に比べて継続利用群の方が生活保護受給率の高い傾向がみられた。

表 11 に就労状況の経時的変化に関する結果を示した。コホート全体の就労率は、FU1 (26.7%)、FU2 (30.3%)、FU3 (39.2%)、FU4 (39.2%)、FU5 (36.7%)、FU6 (32.1%)、FU7 (33.6%)、FU8 (30.4%) であった。就労なしは、FU1 (66.0%)、FU2 (56.5%)、FU3 (45.1%)、FU4 (40.6%)、FU5 (29.0%)、FU6 (26.4%)、FU7 (23.9%)、FU8 (20.2%) であった。新規利用群に比べて継続利用群の方が就労率の高い傾向がみられた。

研究 3

表 12 に主観的幸福度、スピリチュアリティ尺度、コロナ禍でのストレスに関する結果を示した。主観的幸福度 (SHS) の平均値は回答者全体 (4.4 点)、継続アプステナンス群 (4.5 点)、対照群 (4.3 点) であった。スピリチュアリティ尺度の平均値は、回答者全体 (46.6 点)、継続アプステナンス群 (47.3 点)、対照群 (45.1 点) であった。

回答者の多くがコロナ禍での自粛生活にストレスを感じており、「かなりストレスを感じていた」25.4%、「どちらかと言えばストレスを感じていた」45.0%であった。コロナ禍での自粛生活が薬物・アルコール使用の渴望に与える影響は、それほどみられず、「どちらかと言えば影響していなかった」33.4%や、「まったく影響していなかった」41.0%という回答が多かった。

表 13 に自助グループの活動状況に関する結果を示した。回答者全体の 93.9%が過去 1 年以内に自助グループのミーティングに参加した経験があった。参加した自助グループの種別は NA (86.3%)、AA (19.1%)、GA (9.2%)、その他 (8.9%)、いずれもなし (2.7%) であった。過去 1 年以内にオンラインミーティングに参加した経験は、回答者全体の 56.0%であった。

回答者全体の 82.9%にはホームグループがあった。

過去 1 年以内に経験したサービスは、ミーティングの司会 (53.6%)、セクレタリー (47.1%)、コーヒーの準備やミーティング終了後の片付け (46.8%)、会計 (21.5%)、グループの代表 (15.4%)、書記 (13.0%)、電話やメール対応 (11.9%)、エリア・リージョンでのサービス (11.9%)、オンラインミーティング関連 (7.2%) と続いた。

スポンサーがいるのは回答者全体の 54.3% に該当し、スポンサーがいるのは 19.9%であった。ミーティング以外の時間でのフェローシップは、「ミーティング以外の時間にメンバーと会った」48.8%、「ミーティング以外の時間にメンバーと連絡を取り合った」47.8%、「ミーティングの前後の時間にメンバーと交流した」38.6%、「ミーティング以外の時間にスポンサーに相談した」37.5%と続いた。

継続アプステナンス群は、対照群に比べて、過去 1 年以内の自助グループ参加率が高く ($p=0.025$)、ホームグループがあり ($p=0.025$)、会計 ($p=0.026$)、電話やメール対応 ($p=0.040$) といったサービスを経験し、スポンサーがおり ($p=0.021$)、ミーティング以外の時間にスポンサーに相談することが多く ($p=0.044$)、それぞれに有意差が認められた。

表 14、15 にコロナ禍での自粛生活によるストレス群 (あり群/なし群) の比較結果を示した。主観的幸福度 (SHS)、スピリチュアリティ尺度の平均値について群間に有意差は認められなかった (表 14)。自助グループ活動についても、多くの項目において群間に有意差は認められなかったが、オンラインミーティング (過去 1 年以内) に参加した経験は、ストレスなし群 (46.5%) に比べて、ストレスあり群 (60.0%) の方が有意に高かった ($p=0.039$)。また、その他のグループサービスの経験は、ストレスなし群 (5.8%) に比べて、ストレスあり群 (17.1%)

の方が有意に高かった ($p=0.014$)。

研究 4

「第 9 回ダルク意見交換会」に参加した 33 施設の職員計 53 名より得られた事前アンケートより、次のラベルが得られた。各コードの詳細は別添 1 を参照のこと。なお、括弧内には該当するコード数を記載した。

Q1 コロナ禍で、ダルクの活動にどのようなネガティブな変化がありましたか？

自助グループへの影響(18)、施設外プログラムの減少(18)、交流機会の減少(8)、人数制限(7)、メンバー個人への影響(7)、コミュニケーションへの影響(6)、外部活動の減少(5)

Q2 コロナ禍で、ダルクの活動にどのようなポジティブな変化がありましたか？

オンラインミーティングの導入(11)、予防・衛生の向上(8)、プログラムの充実(7)、メンバー間の交流増加(7)、利用者と職員との交流増加(6)、ゆとり(4)、相談件数の増加(3)

Q3 コロナ禍で、新しく始めたプログラムや活動はありますか？

オンラインミーティング(13)、アウトドア(11)、農作業(3)、アート(3)、調理(2)、感染対策(2)

D. 考察

1. 高い追跡完遂率の背景

2016 年に開始されたダルク追っかけ調査は、2016 年 10 月～12 月に実施されたベースライン調査を起点として、2021 年 10 月～12 月までの 5 年間に渡り、ダルク利用者の予後を追跡することができた。薬物依存症者を対象とする大規模かつ長期的な追跡研究は、英国¹¹⁾や米国¹²⁾では報告されているものの、国内ではこれまでに報告されていない。694 名 (このうち、薬物依存症者は 491 名) の依存症者を 5 年間に渡って追跡した本研究は、薬物依存症者を対象

とする追跡研究としては、わが国では最大規模であると同時に最長の追跡期間を伴うコホート調査となった。

5年予後の追跡調査となるFU8(フォローアップ8回目)では、694名のうち、347名の対象者をフォローアップすることができた。これはコホート全体の50%に該当する。米国で実施された大規模な追跡研究として知られるDrug Abuse Treatment Outcome Studies(DATOS)は、全米11都市における96のプログラム(外来メサドンプログラム、長期入所型プログラム、外来プログラム、短期入院プログラム)につながる患者を対象とする大規模コホートであり、オリジナルのコホートには計10,010名の患者が登録されていた¹²⁾。5年予後における治療アウトカムを調べた研究によれば、5年後のフォローアップ調査でインタビューができたのは、1,393名であり、これはコホート全体の約14%である。ダルク追っかけ調査は、DATOSと比較して、コホート全体の規模は小さいものの、追跡完遂率は遥かに高いことが明らかになった。本研究における高い追跡完遂率の背景には、フォローアップを担当したダルク職員と利用者との良好な関係性が影響している可能性がある。一般的にダルクでは、施設を退所したあとも、同地域で活動する自助グループ(NA)などを通じて、利用者スタッフとの関係性が続いていくことが多い。一方、引っ越しに伴う居住地の変更などにより、自助グループ活動でのつながりがなくなった場合であっても、定期的なフォローアップ調査を通じてコミュニケーションが生まれていたことが想像される。こうした対象者とスタッフとのやり取りが、結果としてコホートからの脱落を防いでいた可能性が考えられる。

また、追跡完遂者には、「回復のモデルとなる仲間がいる」という特徴がみられた。それぞれのダルク職員は、薬物依存やアルコール依存の当事者でもあり、依存症から回復した経験を

活かしながら働く当事者スタッフでもある。こうしたスタッフの持つ当事者性が、対象者にとっての回復のモデルとなる「先行く仲間」となっていた可能性が考えられる。

2. 断酒・断薬の継続

本研究では、ダルクによる回復支援活動の有効性を示す指標として断酒や断薬率に着目した。ダルクでは、主たる依存対象が覚醒剤などの違法薬物であっても、入所中はアルコールも使わないことを共通ルールとしている。そこで、本研究は断酒率・断薬率に加えて、その両者の再使用がない状態を示す指標として断酒・断薬率を算出した。コホート全体の約30%が5年間に渡って、一度もアルコール・薬物の再使用がない状態、いわゆるクリーンの状態を保っていることが明らかになった。とはいえ、残りの70%の対象者がすべてアルコールや薬物の再使用をしているかと言えば、必ずしもそうとは限らない。本研究では本人への聞き取り調査を通じて、薬物やアルコールの再使用を確認している。結果で示された30%は、本人と毎回連絡がとれ、かつ再使用が一度もないことが確認できた対象者を意味する。残りの70%には、アルコールや薬物の再使用があった者が当然含まれるが、再使用をした対象者以外にも、フォローアップ調査で情報がとれなかった対象者、コホートから脱落した対象者、施設として協力辞退があった対象者、死亡者なども含まれる点に注意が必要である。

また、ダルクの利用開始から13ヶ月以上が経過している継続利用群は、利用開始から12ヶ月以内の新規利用群に比べて、断酒・断薬率が10%以上高いという結果が得られた。継続利用群は、新規利用群に比べて、ダルクでの共同生活に順応し、安定的な生活が送れていることが予想される。また、継続利用群は回復支援をより長く受けていることから、ミーティングな

どの参加回数が多くなり、ダルクや自助グループによる回復プログラムの治療効果をより強く受けている可能性がある。こうした回復プログラムの曝露量の相違が、断酒や断薬率に影響した可能性が考えられる。

追跡完遂者に絞って、断酒・断薬率を算出すると、継続断酒・断薬率は59%であり、これはコホート全体の2倍近く高い結果となった。入所型の薬物依存治療施設の患者を対象とした英国の追跡研究（施設退所から4-5年後まで追跡できた142名が対象）によれば、4-5年後の断酒・断薬率は、オピオイド47%、覚醒剤（Stimulants）61%、アルコール34%と報告されている¹⁾。この英国の研究における入所型施設とは、ダルクのような12ステップベースの施設に加えて、治療共同体、キリスト教系の施設などが含まれており、本研究におけるダルクとは若干の相違がある。そのため、断酒・断薬率を単純に比較することは難しいが、ダルクにおける断酒・断薬率は、これら英国における指標と比べて、同等あるいは同等以上に高い断酒・断薬率を維持できている可能性がある。

3. 薬物関連問題の重症度の低下

本研究では、薬物関連問題の重症度を測定するためにDAST-20日本語版²⁾を採用し、ベースライン調査、FU2、FU4、FU6、FU8の5回に渡り、測定を行った。ベースライン調査における平均値13.4点であり、これは集中的な治療を必要とする相当程度（Substantial、11～15点）の重症度として判断される²⁾。しかし、その後、FU2で7.0点まで一気に低下し、その後も緩やかに減少傾向が続いていた。これは外来での治療でも対応可能な中程度（Intermediate、6～10点）の重症度として判断される。ベースライン調査では、ダルクにつながった時点を起点する過去12ヶ月間の状況について評価したため、ダルクにつながった時点で対象者の多くは薬物使用に関連した問題がかなり深刻な状

態にあったことを示唆する結果と言える。しかし、1年後には中程度まで一気に重症度が低下し、その後も低下した状態が維持できていると考えられる。ダルク利用開始から12ヶ月以内の新規利用群は、ダルクで受けた回復プログラムによる自然経過が反映された対象者であり、新規利用群においてもベースラインからFU2にかけてのスコアの急激な減少がみられることを確認した。DAST-20は薬物使用に伴うエピソードの数を反映した重症度評価であり、断薬の状態が維持できていれば、それに伴いスコアも減少する結果となる。したがって、DAST-20スコアの低下は、対象者の高い断薬率を反映した結果とも言えよう。

4. 積極的な自助グループ活動

本研究では、毎回の追跡調査において自助グループのミーティング参加頻度を調査しており、参加頻度と断酒率との間に関連性があることを報告してきた。最終フォローアップでは、自助グループでの活動をミーティング、サービス、スポンサー、フェロシップの4つに整理した。Zemoreらは¹⁰⁾、12ステップの活動を8つの変数で捉えている。つまり、①Meeting attendance（ミーティングへの参加）、②use of a sponsor（スポンサーの利用）、③service work（サービス）、④reading the literature（文献を読むこと）、⑤social interaction with members（メンバーとの社会的交流）、⑥use of a home group（ホームグループの利用）、⑦incorporation of 12-step members into the social network（12ステップメンバーのソーシャルネットワークへの組み込み）、“working” the Steps（ワーキングステップ）の8項目である。本研究では、これらの情報をもとに、NAメンバーとしての経験が長いダルクスタッフと協議を重ね、わが国の自助グループの状況に合わせた質問を作成した。

断酒・断薬が5年に渡って継続した継続アブ

ステナンス群は、対照群に比べて、ホームグループがあり、会計、電話やメール対応などのサービスを経験し、スポンサーがおり、ミーティング以外の時間にスポンサーに相談することが多いという結果が得られた。これらの結果は、自助グループのミーティングに参加するだけでなく、サービスを積極的に経験することや、ミーティング以外の時間にスポンサーやスポンサーと交流するといった積極的な自助グループ活動が断酒・断薬を維持するために役立っている可能性を示唆している。

5. オンラインミーティングという新たな受け皿

コロナ禍が続くなかで、自助グループの活動が制限される、施設外のプログラムが減少した、他のダルクとの交流機会が減少したといったネガティブな変化がみられた。一方、オンラインミーティングが増えた、予防・衛生に対する意識が向上し、風邪をひく仲間が減った、プログラムを集中的に取り組める時間が増えたといったポジティブな変化もみられた。また、アウトドア、農業、アートなど、コロナ禍で新たに始めたプログラムも報告されている。

自記式アンケートでは、多くの対象者がコロナ禍での自粛生活に対してストレスを感じている一方で、そうしたコロナ関連のストレスがアルコールや薬物に対する渴望に結びついていくケースは想像以上に少ないことが明らかになった。ストレスを感じている群は、感じていない群に比べてオンラインミーティングに参加している割合が有意に高いことから、オンラインミーティングがこうしたストレス群の新たな受け皿として機能している可能性が示唆された。

主な結果と考察のまとめ

(1) 5年後まで追跡することができたのはコホート全体の50%であり、追跡完遂者には、「回復のモデルとなる仲間がいる」という特徴がみられた。本研究における高い追跡完遂率の背景には、フォローアップを担当したダルク職員と利用者との良好な関係性が影響している可能性がある。また、スタッフの持つ当事者性が、対象者にとっての回復のモデルとなる「先行く仲間」となっていた可能性がある。

(2) コホート全体の約30%が5年間に渡って、一度もアルコール・薬物の再使用がない状態、いわゆるクリーンの状態を保っていることが明らかになった。ダルクの継続利用群は、新規利用群に比べて、断酒・断薬率が10%以上高いという結果が得られた。追跡完遂者に絞って、断酒・断薬率を算出すると、継続断酒・断薬率は59%であり、これはコホート全体の2倍近く高い結果となった。

(3) 薬物関連問題の重症度は、ダルク入所時には集中的な治療を必要とする相当程度であったが、ベースライン調査から1年が経過した時点では中程度（外来治療で対応できるレベル）まで低下し、その後も緩やかに減少傾向が続いた。

(4) 断酒・断薬の状態を維持した継続アブステナンス群は、対照群に比べて、自助グループ活動を積極的に行っていることが明らかになった。継続アブステナンス群には、ホームグループがある、会計、電話・メール対応などのサービスを経験している、スポンサーがいる、ミーティング以外の時間にスポンサーに相談するなどの特徴がみられた。積極的な自助グループ活動は、断酒・断薬を維持する可能性がある。

(5) コロナ禍で自助グループや施設外プログラムが制限され、コロナ禍での自粛生活にストレスを感じる者が多い中で、オンラインミーティングが新たな受け皿になっている可能性が示唆された。

E. 結論

民間支援団体ダルク利用者を対象としたコホート調査が完了した。694名（うち薬物依存症者491名）を5年間に渡って追跡した本研究は、薬物依存症者を対象とするコホート調査としては、わが国では最大規模かつ最長の追跡期間を伴うプロジェクトであった。ダルク利用者の断酒や断薬の背景には、「回復のモデルとなる仲間」の存在が大きく関与しており、依存症という同じ課題を抱えた「先行く仲間」との出会いが、ダルクの回復支援活動の本質と言える。追跡期間中、新型コロナウイルス感染症のパンデミックが起これ、自助グループや施設外の活動が制限されるなど新たな課題が浮上したが、オンラインミーティングの導入などの新たな取り組みを加えて、回復支援活動が続けられていることが明らかになった。

F. 健康危険情報

(省略)

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Shimane T, Takahashi M, Kobayashi M, Takagishi Y, Takeshita Y, Kondo A, Omiya S, Takano Y, Yamaki M, Matsumoto T: Gender Differences in the Relationship between Methamphetamine Use and High-risk Sexual Behavior among Prisoners: A Nationwide, Cross-sectional Survey in Japan. *J Psychoactive Drugs* 12: 1-9, 2021.
- 2) Shimane T, Inoura S, and Matsumoto T: Proposed indicators for Sustainable Development Goals (SDGs) in drug abuse fields based on national data in Japan. *Journal of the National Institute of Public Health* 70(3): 252-261 2021.8.
- 3) Matsumoto T, Usami T, Yamamoto T, Funada D, Murakami M, Okita K, Shimane T: Impact of COVID-19-related stress on methamphetamine users in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 19:10. 1111/pcn.13220, 2021. Online ahead of print.
- 4) 嶋根卓也: 新型コロナウイルス禍の薬物依存への影響. *Frontiers in Alcoholism* 9(2): 52-56, 2021.7.
- 5) 嶋根卓也: 依存性薬物に関する教育の今とこれから. *保健の科学* 63(8): 513-518, 2021.8.
- 6) 嶋根卓也: 違法薬物に限らない薬物依存の現状: 処方薬と市販薬の乱用・依存. *刑政* 132(10): 12-21, 2021.10.
- 7) 嶋根卓也: 市販薬乱用・依存の実態とその課題. *臨床精神薬理* 24(12): 75-84, 2021.12.
- 8) 嶋根卓也: 第2章-4 性的マイノリティと薬物依存症および感染症. やってみたいくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで (松本俊彦編著), 金剛出版, 東京, pp300-304, 2021.9.
- 9) 嶋根卓也: SMARPP-24 物質使用障害治療プログラム [改訂版] (監修: 松本俊彦, 今村扶美, 近藤あゆみ) 金剛出版, 東京, 2022.1.
- 10) 猪浦智史, 嶋根卓也, 加藤隆: 物質使用障害者に対する生活習慣病予防プログラムに関する予備的研究. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 56(5), (印刷中).
- 11) 湯本洋介, 嶋根卓也: ジェネラリストのためのLGBT講座 第16回物質使用障害と

LGBT. 治療 103(7) : 2-6, 2021.7.

2. 学会発表

- 1) Shimane T, et al.: Relationship between drug recidivism and the severity of problems related to drug use among male and female prisoners: A nationwide, cross-sectional survey in Japan. Asian Criminology Society 12th Annual Conference, web,18-21 June 2021.
- 2) Shimane T: Understanding and support for marijuana using youth in Japan. 2021 International symposium on prevention and counseling of drug abuse for juveniles, Ministry of education, Republic of China (Taiwan), November 11-12 2021.
- 3) Shimane T: SDG3.5 Indicators for prevention and treatment of substance abuse in Japan. The 80th Annual Meeting of Japanese Society of Public Health, Tokyo (web), December 21-23 2021.
- 4) 嶋根卓也: 薬物依存と「選択」のストーリー. シンポジウム4「薬物の与えるインパクト: 選択」. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重 (オンライン), 2021.12.18.
- 5) 嶋根卓也, 高橋 哲, 小林美智子, 高岸百合子, 竹下賀子, 近藤あゆみ, 大宮宗一郎, 高野洋一, 山木麻由子, 服部真人, 松本俊彦: 覚醒剤事犯者の危険な性行動および覚醒剤の使用動機. 第 35 回日本エイズ学会学術集会, 東京 (オンライン), 2021.11.21-12.20.
- 6) 引土絵未, 嶋根卓也, 小高真美, 秋元恵一郎, 加藤 隆, 栗栖次郎, 栗坪千明, 山村りつ, 吉野美樹, 松本俊彦: 依存症者の就労支援に関する研究: 就労支援機関を対象とした依存症者の就労に関する実態および意識調査. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重 (オンライン), 2021.12.18.
- 7) 猪浦智史, 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 松本俊彦: 回復支援施設におけるアルコール依存症者の予後に関する研究. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重 (オンライン), 2021.12.18.
- 8) 喜多村真紀, 嶋根卓也, 服部真人, 高橋 哲, 竹下賀子, 小林美智子, 松本俊彦: 薬物使用のトリガーとしての月経前症状と薬物関連問題重症度の関係について. 2021 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 三重 (オンライン), 2021.12.19.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用文献

- 1) 嶋根卓也, ほか: 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. 平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業 (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 (研究代表者: 松本俊彦)」平成 28 年度総括・分担研究報告書: pp83-98, 2017.
- 2) 嶋根卓也, ほか: 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. 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) 平成

- 29年度総括・分担研究報告書 :107-118, 2018.
- 3) 嶋根卓也、ほか：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. 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）平成30年度総括・分担研究報告書 :117-141, 2019.
- 4) 嶋根卓也、ほか：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（ダルク追っかけ調査2019）. 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究（研究分担者松本俊彦）令和元年度総括・分担研究報告書 :59-80, 2020.
- 5) 嶋根卓也：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（ダルク追っかけ調査2020）. 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究（研究代表者松本俊彦）令和2年度総括・分担研究報告書 :63-90, 2021.
- 6) 嶋根卓也、ほか：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(6) : 310-324, 2015.
- 7) Cocco, K. M., et al. Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. *Psychological Assessment*, 10(4), 408–414. 1998.
- 8) 島井 哲志、ほか：日本版主観的幸福感尺度 (Subjective Happiness Scale: SHS) の信頼性と妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌 51(10),2004.
- 9) 比嘉勇人：スピリチュアリティの評価法. 医学のあゆみ 216(2), 163-167,2006.
- 10) Zemore SE, Subbaraman M, Tonigan JS. Involvement in 12-step activities and treatment outcomes. *Subst Abus.* 2013;34(1):60-9.
- 11) Gossop, M., et al. "Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: a 5-year follow-up study." *Addiction* 103(1): 119-125. 2008.
- 12) Hubbard RL, et al. Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *J Subst Abuse Treat.* 25(3):125-34.2003.

表1.各追跡調査の状況および本人との連絡状況、施設利用状況、生活拠点

	FU1	FU2	FU3	FU4	FU5	FU6	FU7	FU8*
	6ヶ月	1年	1年6ヶ月	2年	2年8ヶ月	3年6ヶ月	4年2ヶ月	5年
	(6ヶ月)	(12ヶ月)	(18ヶ月)	(24ヶ月)	(32ヶ月)	(42ヶ月)	(50ヶ月)	(60ヶ月)
	46施設	46施設	46施設	46施設	42施設	40施設	40施設	38施設
	694名	694名	694名	694名	456名	454名	460名	462名
	n	n	n	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
ベースライン調査からの経過時間	6ヶ月	1年	1年6ヶ月	2年	2年8ヶ月	3年6ヶ月	4年2ヶ月	5年
(月換算)	(6ヶ月)	(12ヶ月)	(18ヶ月)	(24ヶ月)	(32ヶ月)	(42ヶ月)	(50ヶ月)	(60ヶ月)
協力施設数	46施設	46施設	46施設	46施設	42施設	40施設	40施設	38施設
同意取得者数	694名	694名	694名	694名	456名	454名	460名	462名
	n	n	n	n	n	n	n	n
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
本人との連絡状況								
あり	631 (90.9)	589 (84.9)	561 (80.8)	531 (76.5)	481 (69.3)	407 (58.6)	397 (57.2)	347 (50.0)
施設利用状況								
入所	490 (70.6)	409 (58.9)	363 (52.3)	319 (46.0)	276 (39.8)	205 (29.5)	183 (26.4)	161 (23.2)
通所	68 (9.8)	62 (8.9)	51 (7.3)	48 (6.9)	22 (3.2)	24 (3.5)	27 (3.9)	15 (2.2)
退所,不明	136 (19.6)	223 (32.1)	280 (40.3)	327 (47.1)	346 (57.1)	402 (67.0)	337 (69.8)	395 (74.6)
生活拠点								
ダルク	468 (67.4)	391 (56.3)	337 (48.6)	305 (43.9)	256 (36.9)	193 (27.8)	185 (26.7)	156 (22.5)
自宅	100 (14.4)	127 (18.3)	157 (22.6)	167 (24.1)	157 (22.6)	141 (20.3)	155 (22.3)	145 (20.9)
他施設	39 (5.6)	70 (10.1)	84 (12.1)	78 (11.2)	77 (11.1)	92 (13.3)	65 (9.4)	52 (7.5)
入院中	29 (4.2)	20 (2.9)	20 (2.9)	19 (2.7)	12 (1.7)	14 (2.0)	8 (1.2)	18 (2.6)
逮捕・勾留・受刑中	8 (1.2)	17 (2.4)	22 (3.2)	19 (2.7)	18 (2.6)	21 (3.0)	13 (1.9)	10 (1.4)
死亡	3 (0.4)	9 (1.3)	12 (1.7)	17 (2.4)	19 (2.7)	21 (3.0)	25 (3.6)	31 (4.5)
その他	13 (1.9)	8 (1.2)	13 (1.9)	11 (1.6)	8 (1.2)	9 (1.3)	5 (0.7)	7 (1.0)
不明	34 (4.9)	52 (7.5)	49 (7.1)	78 (11.2)	147 (21.2)	203 (29.3)	238 (34.2)	275 (39.6)

FU=フォローアップ(追跡)調査

*FU8: 2021年12月現在の情報を記載した。2施設は依然として調査期間中であり、最終的なデータと異なる可能性がある。

表2. 追跡完遂群と追跡不能群とのベースライン情報の比較（基本属性、薬物依存関連）

	コホート全体 (n=694)		追跡完遂群 (n=347)		追跡不能群 (n=347)		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
平均年齢(SD)	43.3	(11.2)	43.6	(11.1)	43.0	(11.4)	0.524
年代							0.038
20代	68	(9.8)	24	(6.9)	44	(12.7)	
30代	204	(29.4)	115	(33.1)	89	(25.7)	
40代	227	(32.8)	108	(31.1)	119	(34.4)	
50代	133	(19.2)	70	(20.2)	63	(18.2)	
60代以上	61	(8.8)	30	(8.6)	31	(9.0)	
性別（生まれた時の性）							0.767
男性	645	(92.9)	321	(92.5)	324	(93.4)	
女性	48	(6.9)	25	(7.2)	23	(6.6)	
その他	1	(0.1)	1	(0.3)	0	(.0)	
自認する性（こころの性）							0.210
男性	563	(81.1)	280	(80.7)	283	(81.6)	
女性	80	(11.5)	36	(10.4)	44	(12.7)	
トランスジェンダー	11	(1.6)	8	(2.3)	3	(0.9)	
いずれも当てはまらない	31	(4.5)	16	(4.6)	15	(4.3)	
性的指向							0.635
異性愛者（ストレート）	584	(84.1)	285	(82.1)	299	(86.2)	
同性愛者（ゲイ・レズビアン）	23	(3.3)	15	(4.3)	8	(2.3)	
両性愛者（バイセクシュアル）	11	(1.6)	5	(1.4)	6	(1.7)	
決めたくない	15	(2.2)	7	(2.0)	8	(2.3)	
わからない	37	(5.3)	20	(5.8)	17	(4.9)	
その他	13	(1.9)	8	(2.3)	5	(1.4)	
主たる依存症							0.064
薬物依存	491	(70.7)	259	(74.6)	232	(66.9)	
アルコール依存	169	(24.4)	75	(21.6)	94	(27.1)	
その他	34	(4.9)	13	(3.7)	21	(6.1)	
主たる依存薬物							0.688
有機溶剤	29	(4.2)	15	(4.3)	14	(4.0)	
ガス	10	(1.4)	5	(1.4)	5	(1.4)	
大麻	24	(3.5)	16	(4.6)	8	(2.3)	
覚醒剤	300	(43.2)	154	(44.4)	146	(42.1)	
コカイン	2	(0.3)	1	(0.3)	1	(0.3)	
ヘロイン	1	(0.1)	1	(0.3)	0	(.0)	
MDMA	3	(0.4)	2	(0.6)	1	(0.3)	
危険ドラッグ	65	(9.4)	34	(9.8)	31	(8.9)	
処方薬	29	(4.2)	17	(4.9)	12	(3.5)	
市販薬	21	(3.0)	10	(2.9)	11	(3.2)	
アルコール	170	(24.5)	76	(21.9)	94	(27.1)	
いずれも当てはまらない	38	(5.5)	15	(4.3)	23	(6.6)	
DAST-20							
平均スコア (SD)	11.8	(5.2)	12.1	(5.0)	11.6	(5.3)	0.184
カットオフ値 (6点以上)	588	(84.7)	300	(86.5)	288	(83.0)	0.246

不明データは掲載していない

追跡完遂群：FU8において、本人と連絡がついたケース

追跡不能群：FU8において、本人と連絡がつかなかったケース、死亡者、コホートから離脱した施設利用者も含まれる。

表3. 追跡完遂群と追跡不能群とのベースライン情報の比較（生活履歴、犯罪歴、併存障害、治療歴）

	コホート全体 (n=694)		追跡完遂群 (n=347)		追跡不能群 (n=347)		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
最終学歴							0.499
高卒以上	343	(49.4)	178	(51.3)	165	(47.6)	
中卒・高校中退	348	(50.1)	167	(48.1)	181	(52.2)	
生活保護の受給							0.854
あり	542	(78.1)	270	(77.8)	272	(78.4)	
なし	152	(21.9)	77	(22.2)	75	(21.6)	
就労							0.076
あり	163	(23.5)	93	(26.8)	70	(20.2)	
なし	530	(76.4)	254	(73.2)	276	(79.5)	
受刑歴（薬物）							0.549
あり	235	(33.9)	122	(35.2)	113	(32.6)	
なし	442	(63.7)	215	(62.0)	227	(65.4)	
受刑歴（薬物以外）							0.590
あり	166	(23.9)	82	(23.6)	84	(24.2)	
なし	524	(75.5)	264	(76.1)	260	(74.9)	
併存障害							0.181
あり	263	(37.9)	132	(38.0)	131	(37.8)	
なし	360	(51.9)	188	(54.2)	172	(49.6)	
わからない	62	(8.9)	24	(6.9)	38	(11.0)	
慢性疾患							0.176
あり	164	(23.6)	90	(25.9)	74	(21.3)	
なし	482	(69.5)	229	(66.0)	253	(72.9)	
わからない	39	(5.6)	24	(6.9)	15	(4.3)	
治療歴							
他の回復支援施設（ダルクなど）							0.834
はい	136	(19.6)	67	(19.3)	69	(19.9)	
いいえ	546	(78.7)	273	(78.7)	273	(78.7)	
精神病院・クリニック							0.843
はい	448	(64.6)	223	(64.3)	225	(64.8)	
いいえ	234	(33.7)	117	(33.7)	117	(33.7)	
自助グループ（NA,AAなど）							0.321
はい	163	(23.5)	89	(25.6)	74	(21.3)	
いいえ	519	(74.8)	251	(72.3)	268	(77.2)	
精神保健福祉センター・保健所							0.696
はい	48	(6.9)	26	(7.5)	22	(6.3)	
いいえ	634	(91.4)	314	(90.5)	320	(92.2)	
刑務所・保護観察所での離脱指導							0.842
はい	103	(14.8)	51	(14.7)	52	(15.0)	
いいえ	579	(83.4)	289	(83.3)	290	(83.6)	
いずれも受けていない							0.768
はい	122	(17.6)	63	(18.2)	59	(17.0)	
いいえ	560	(80.7)	277	(79.8)	283	(81.6)	

不明データは掲載していない

追跡完遂群：FU8において、本人と連絡がついたケース

追跡不能群：FU8において、本人と連絡がつかなかったケース、死亡者、コホートから離脱した施設利用者も含まれる。

表4. 追跡完遂群と追跡不能群とのベースライン情報の比較（ダルク利用状況）

	コホート全体 (n=694)		追跡完遂群 (n=347)		追跡不能群 (n=347)		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
ダルク利用形態							<0.001
入所者	552	(79.5)	262	(75.5)	290	(83.6)	
通所者	69	(9.9)	32	(9.2)	37	(10.7)	
研修中スタッフ	73	(10.5)	53	(15.3)	20	(5.8)	
ダルクにつながった時点での法的状態							0.574
保釈中	10	(1.4)	6	(1.7)	4	(1.2)	
執行猶予中	85	(12.2)	42	(12.1)	43	(12.4)	
仮釈放中	52	(7.5)	25	(7.2)	27	(7.8)	
満期釈放後	101	(14.6)	56	(16.1)	45	(13.0)	
いずれも当てはまらない	444	(64.0)	218	(62.8)	226	(65.1)	
ダルク平均利用期間（ヶ月）（標準偏差）							0.013
	32.3	(37.4)	35.9	(38.7)	28.8	(35.7)	
プログラム参加への積極性							0.922
大変前向き	234	(33.7)	116	(33.4)	118	(34.0)	
どちらかと言えば前向き	348	(50.1)	179	(51.6)	169	(48.7)	
どちらかと言えば前向きではない	84	(12.1)	39	(11.2)	45	(13.0)	
全く前向きではない	22	(3.2)	10	(2.9)	12	(3.5)	
メンバーとの関係性							0.387
大変良好	155	(22.3)	76	(21.9)	79	(22.8)	
どちらかと言えば良好	469	(67.6)	233	(67.1)	236	(68.0)	
どちらかと言えば良くない	50	(7.2)	30	(8.6)	20	(5.8)	
大変良くない	13	(1.9)	4	(1.2)	9	(2.6)	
スタッフとの関係性							0.448
大変良好	193	(27.8)	86	(24.8)	107	(30.8)	
どちらかと言えば良好	438	(63.1)	226	(65.1)	212	(61.1)	
どちらかと言えば良くない	40	(5.8)	23	(6.6)	17	(4.9)	
大変良くない	15	(2.2)	8	(2.3)	7	(2.0)	
回復のモデルとなる仲間							0.022
複数いる	421	(60.7)	227	(65.4)	194	(55.9)	
一人だけいる	108	(15.6)	54	(15.6)	54	(15.6)	
一人もいない	139	(20.0)	54	(15.6)	85	(24.5)	

不明データは掲載していない

追跡完遂群：FU8において、本人と連絡がついたケース

追跡不能群：FU8において、本人と連絡がつかなかったケース、死亡者、コホートから離脱した施設利用者も含まれる。

表5. 追跡完遂群と追跡不能群とのベースライン情報の比較（性感染症、性行動関連）

	コホート全体 (n=694)		追跡完遂群 (n=347)		追跡不能群 (n=347)		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
診断歴のある感染症							
A型肝炎	3	(0.4)	1	(0.3)	2	(0.6)	0.655
B型肝炎	21	(3.0)	12	(3.5)	9	(2.6)	0.605
C型肝炎	136	(19.6)	66	(19.0)	70	(20.2)	0.734
クラミジア	46	(6.6)	24	(6.9)	22	(6.3)	0.724
梅毒	22	(3.2)	12	(3.5)	10	(2.9)	0.691
HIV感染症	18	(2.6)	9	(2.6)	9	(2.6)	0.769
淋菌感染症	48	(6.9)	28	(8.1)	20	(5.8)	0.356
いずれもない	437	(63.0)	216	(62.2)	221	(63.7)	0.755
注射器による薬物使用経験							
ない	304	(43.8)	158	(45.5)	146	(42.1)	0.135
ある（1回～数回程度）	73	(10.5)	42	(12.1)	31	(8.9)	
ある（何回も）	298	(42.9)	141	(40.6)	157	(45.2)	
注射器の回し打ちや共有経験							
ない	379	(54.6)	193	(55.6)	186	(53.6)	0.288
ある（1回～数回程度）	122	(17.6)	64	(18.4)	58	(16.7)	
ある（何回も）	173	(24.9)	84	(24.2)	89	(25.6)	
性交（セックス）経験のある相手							
男性のみ	68	(9.8)	38	(11.0)	30	(8.6)	0.624
女性のみ	565	(81.4)	282	(81.3)	283	(81.6)	
男性と女性の両方	38	(5.5)	16	(4.6)	22	(6.3)	
性交経験がない	17	(2.4)	9	(2.6)	8	(2.3)	
MSM（Men who have sex with men）							
当てはまる	62	(8.9)	31	(8.9)	31	(8.9)	1.000
当てはまらない	632	(91.1)	316	(91.1)	316	(91.1)	
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	146	(21.0)	68	(19.6)	78	(22.5)	0.603
ある（1回～数回程度）	139	(20.0)	73	(21.0)	66	(19.0)	
ある（何回も）	398	(57.3)	199	(57.3)	199	(57.3)	
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	234	(33.7)	114	(32.9)	120	(34.6)	0.864
ある（1回～数回程度）	112	(16.1)	54	(15.6)	58	(16.7)	
ある（何回も）	332	(47.8)	170	(49.0)	162	(46.7)	
薬物使用とセックスとの結びつき							
かなり強い	196	(28.2)	104	(30.0)	92	(26.5)	0.073
どちらかと言えば強い	193	(27.8)	100	(28.8)	93	(26.8)	
どちらかと言えば弱い	123	(17.7)	47	(13.5)	76	(21.9)	
かなり弱い	150	(21.6)	78	(22.5)	72	(20.7)	

不明データは掲載していない

追跡完遂群：FU8において、本人と連絡がついたケース

追跡不能群：FU8において、本人と連絡がつかなかったケース、死亡者、コホートから離脱した施設利用者も含まれる。

表6. 追跡完遂群と追跡不能群とのベースライン情報の比較（薬物使用歴）

	コホート全体 (n=694)		追跡完遂群 (n=347)		追跡不能群 (n=347)		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯使用経験							
タバコ	661	(95.2)	332	(95.7)	329	(94.8)	0.722
アルコール	678	(97.7)	341	(98.3)	337	(97.1)	0.449
有機溶剤	383	(55.2)	189	(54.5)	194	(55.9)	0.760
ガス	172	(24.8)	86	(24.8)	86	(24.8)	1.000
大麻	447	(64.4)	232	(66.9)	215	(62.0)	0.205
覚醒剤	456	(65.7)	228	(65.7)	228	(65.7)	1.000
コカイン	231	(33.3)	119	(34.3)	112	(32.3)	0.629
ヘロイン	80	(11.5)	48	(13.8)	32	(9.2)	0.074
MDMA	242	(34.9)	124	(35.7)	118	(34.0)	0.690
危険ドラッグ	255	(36.7)	132	(38.0)	123	(35.4)	0.529
睡眠薬（処方薬）	308	(44.4)	160	(46.1)	148	(42.7)	0.401
抗不安薬（処方薬）	182	(26.2)	97	(28.0)	85	(24.5)	0.342
抗うつ薬（処方薬）	153	(22.0)	80	(23.1)	73	(21.0)	0.583
抗精神病薬（処方薬）	175	(25.2)	89	(25.6)	86	(24.8)	0.861
鎮痛薬（処方薬）	142	(20.5)	72	(20.7)	70	(20.2)	0.925
鎮咳薬（市販薬）	150	(21.6)	74	(21.3)	76	(21.9)	0.927
風邪薬（市販薬）	108	(15.6)	57	(16.4)	51	(14.7)	0.601
鎮痛薬（市販薬）	101	(14.6)	51	(14.7)	50	(14.4)	1.000
鎮静薬・睡眠改善薬（市販薬）	94	(13.5)	48	(13.8)	46	(13.3)	0.912
初回使用平均年齢（SD）**回答者のみ							
タバコ	14.6	(4.0)	14.7	(4.0)	14.5	(3.9)	0.554
アルコール	14.7	(3.9)	14.6	(4.1)	14.8	(3.7)	0.445
有機溶剤	15.3	(3.2)	15.2	(3.3)	15.3	(3.2)	0.759
ガス	19.0	(7.3)	18.6	(6.7)	19.4	(7.8)	0.489
大麻	19.2	(5.0)	19.4	(5.1)	19.0	(5.0)	0.334
覚醒剤	20.9	(6.2)	21.1	(6.3)	20.8	(6.1)	0.590
コカイン	22.5	(6.1)	22.9	(6.4)	22.0	(5.6)	0.264
ヘロイン	22.8	(6.4)	23.3	(7.1)	22.0	(5.4)	0.410
MDMA	22.5	(6.2)	23.0	(6.7)	22.0	(5.7)	0.232
危険ドラッグ	27.1	(9.3)	27.1	(9.3)	27.2	(9.4)	0.901
睡眠薬（処方薬）	24.7	(8.1)	24.9	(8.2)	24.4	(8.0)	0.586
抗不安薬（処方薬）	25.1	(8.4)	26.1	(8.4)	23.9	(8.3)	0.101
抗うつ薬（処方薬）	25.7	(8.4)	26.2	(8.1)	25.1	(8.8)	0.418
抗精神病薬（処方薬）	25.0	(7.9)	25.6	(7.6)	24.4	(8.2)	0.317
鎮痛薬（処方薬）	23.4	(9.3)	24.3	(9.6)	22.5	(8.9)	0.265
鎮咳薬（市販薬）	24.5	(7.7)	24.8	(7.8)	24.2	(7.6)	0.627
風邪薬（市販薬）	22.0	(8.5)	22.5	(8.7)	21.5	(8.3)	0.572
鎮痛薬（市販薬）	23.6	(9.8)	24.1	(9.3)	23.1	(10.3)	0.649
鎮静薬・睡眠改善薬（市販薬）	25.1	(8.1)	25.7	(6.8)	24.6	(9.4)	0.533

追跡完遂群：FU8において、本人と連絡がついたケース

追跡不能群：FU8において、本人と連絡がつかなかったケース、死亡者、コホートから離脱した施設利用者も含まれる。

表7. 断酒・断薬状況の経時的変化

	FU1	FU2	FU3	FU4	FU5	FU6	FU7	FU8
継続断酒率								
新規利用群 (n=225)	69.8%	51.1%	44.4%	41.3%	33.3%	25.3%	23.6%	20.0%
継続利用群 (n=469)	85.7%	75.5%	69.7%	62.9%	53.1%	44.1%	41.4%	36.5%
全体(n=694)	80.5%	67.6%	61.5%	55.9%	46.7%	38.0%	35.6%	31.1%
追跡完遂群 (n=347)	90.2%	84.1%	82.4%	79.0%	73.2%	66.9%	64.6%	62.2%
継続断薬率								
新規利用群 (n=225)	80.9%	65.8%	56.0%	52.9%	44.4%	35.1%	31.6%	26.2%
継続利用群 (n=469)	91.9%	81.9%	76.3%	67.6%	56.5%	48.4%	45.4%	39.7%
全体(n=694)	88.3%	76.7%	69.7%	62.8%	52.6%	44.1%	40.9%	35.3%
追跡完遂群 (n=347)	94.5%	91.4%	88.2%	84.4%	79.3%	73.8%	72.0%	69.7%
継続断酒・断薬率 (薬物+アルコール使用)								
新規利用群 (n=225)	67.6%	49.3%	42.7%	39.1%	31.6%	24.9%	23.6%	20.0%
継続利用群 (n=469)	84.6%	72.1%	66.1%	58.4%	48.8%	40.9%	38.8%	33.9%
全体(n=694)	79.1%	64.7%	58.5%	52.2%	43.2%	35.7%	33.9%	29.4%
追跡完遂群 (n=347)	88.5%	81.6%	78.7%	73.8%	68.3%	63.1%	61.4%	58.8%

新規利用群：ベースライン時点でダルク利用が12ヶ月以内の対象者

継続利用群：ベースライン時点でダルク利用が13ヶ月以上の対象者

追跡完遂群：FU8までの追跡調査を完遂した者

ベースライン調査からの経過時間：FU1 (6ヶ月)、FU2 (12ヶ月)、FU3 (18ヶ月)、FU4 (24ヶ月)、FU5 (32ヶ月)、FU6 (42ヶ月)、FU7 (50ヶ月)、FU8 (60ヶ月)

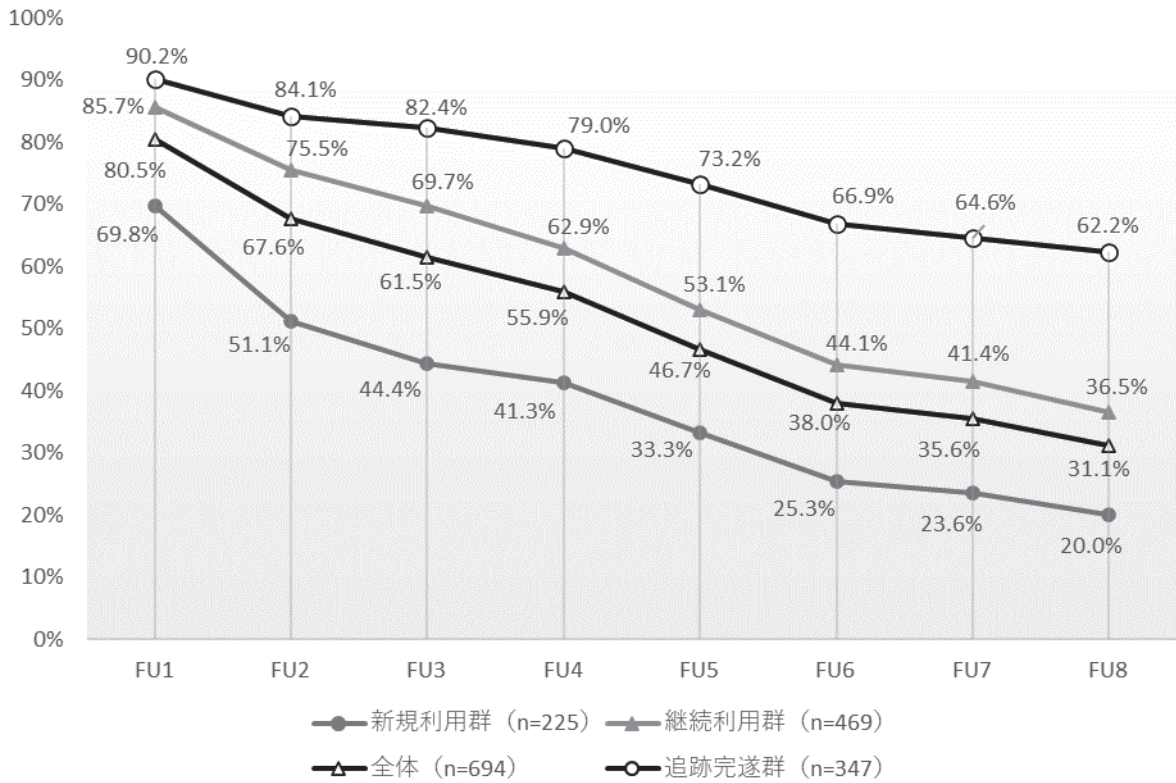


図 1. 継続断酒率の推移 (FU1~FU8)

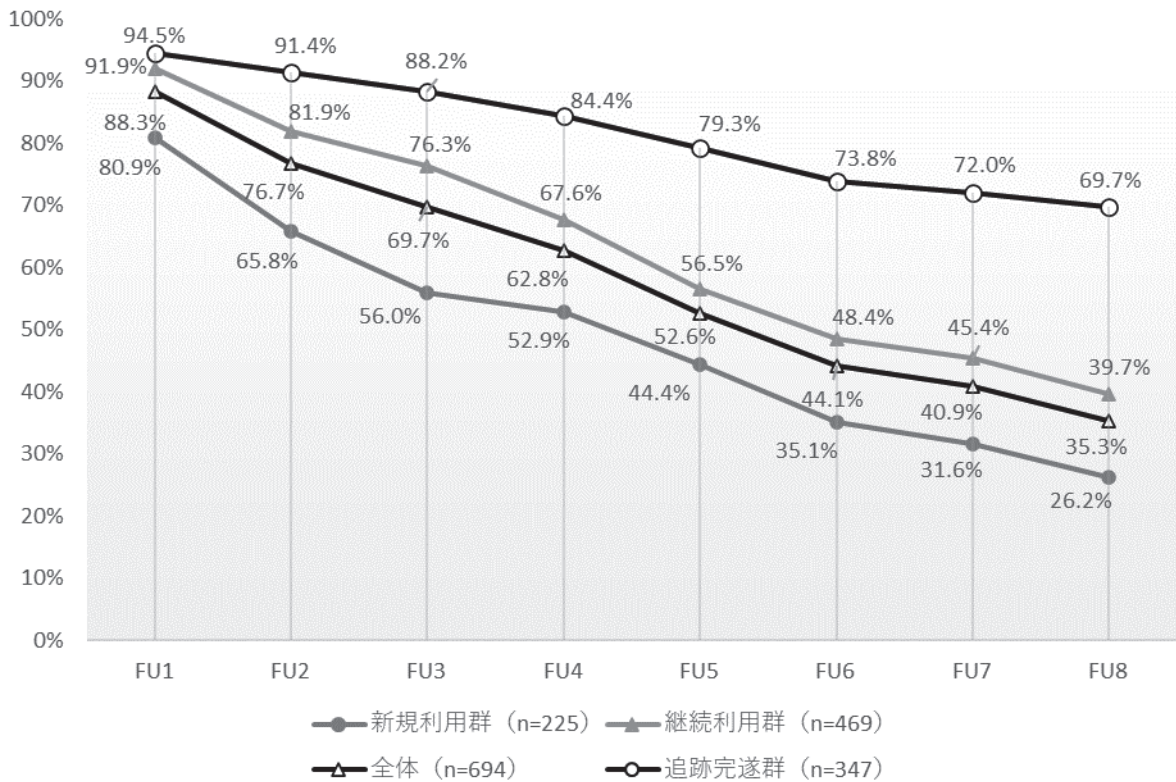


図 2. 継続断薬率の推移 (FU1~FU8)

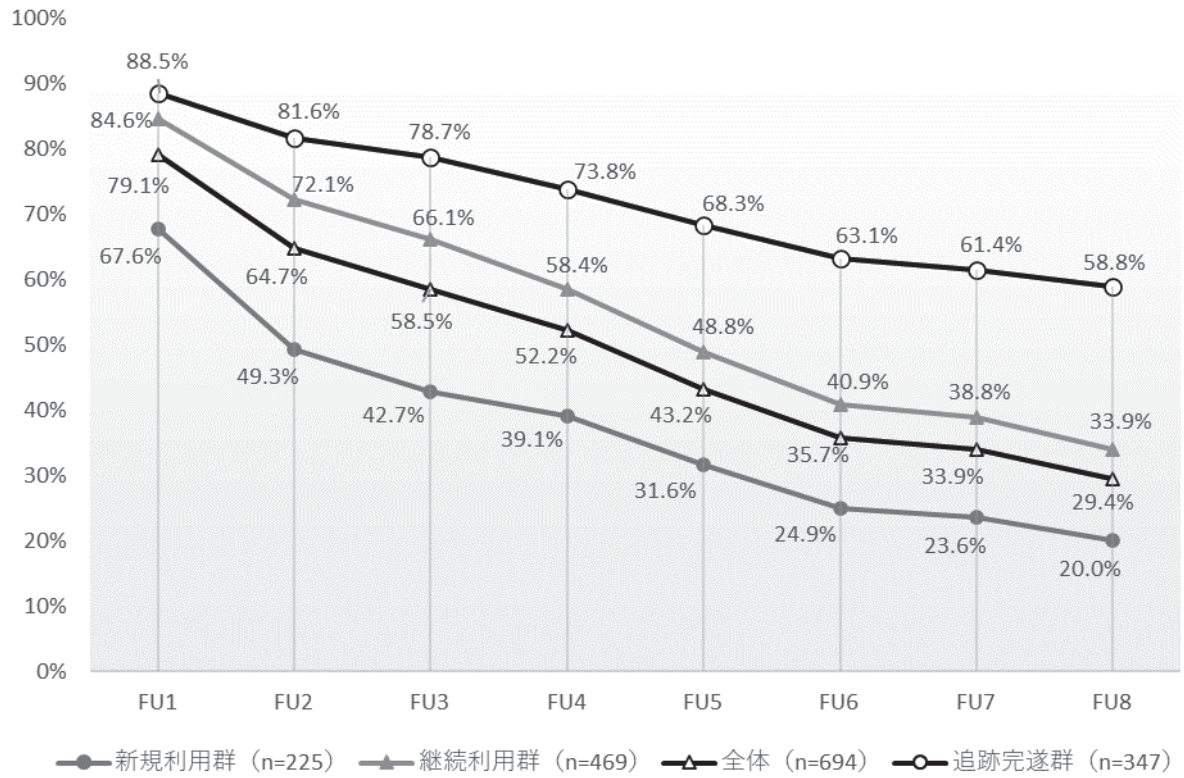


図 3. 継続断酒・断薬率の推移 (FU1~FU8)

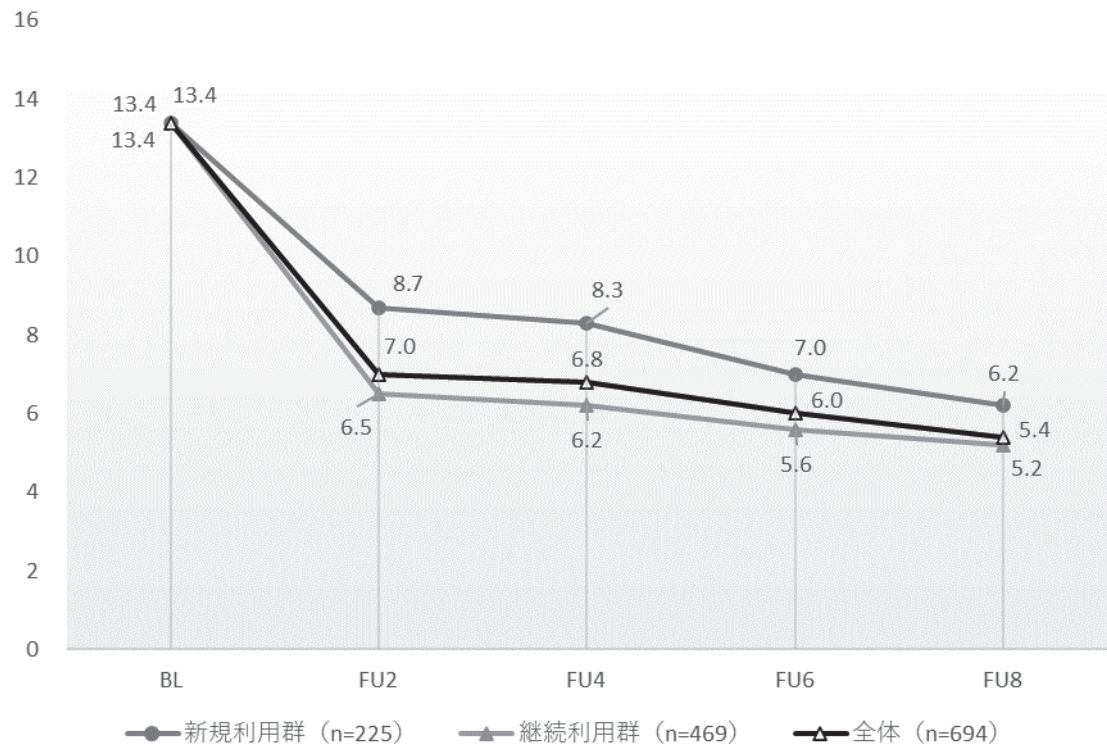


図 4. DAST-20 スコアの推移 (BL~FU8)

表8.薬物関連問題の重症度（DAST-20）の経時的変化（薬物依存症者のみ）

	BL n=491	FU2 n=206	FU4 n=192	FU6 n=192	FU8 n=212
DAST-20（平均値, SD）					
新規利用群	13.4 (3.7)	8.7 (4.9)	8.3 (5.6)	7.0 (5.3)	6.2 (5.3)
継続利用群	13.4 (4.2)	6.5 (5.1)	6.2 (5.1)	5.6 (4.9)	5.2 (5.4)
全体	13.4 (4.0)	7.0 (5.1)	6.8 (5.3)	6.0 (5.0)	5.4 (5.3)
DAST-20重症度					
None	0.2%	1.9%	4.7%	3.6%	10.4%
Low	5.7%	51.5%	51.6%	60.4%	56.1%
Intermediate	15.3%	13.1%	13.5%	11.5%	10.4%
Substantial	43.4%	28.6%	24.0%	20.3%	16.0%
Severe	35.4%	4.9%	6.3%	4.2%	7.1%
DAST-20（陽性率）					
新規利用群	97.5%	60.8%	58.0%	44.9%	39.1%
継続利用群	92.5%	41.9%	38.7%	32.9%	31.9%
全体	94.1%	46.6%	43.8%	35.9%	33.5%

新規利用群：ベースライン時点でダルク利用が12ヶ月以内の対象者

継続利用群：ベースライン時点でダルク利用が13ヶ月以上の対象者

ベースライン調査（BL）からの経過時間：FU2（12ヶ月）、FU4（24ヶ月）、FU6（42ヶ月）、FU8（60ヶ月）

表9. 自助グループ参加状況の経時的変化

	FU1	FU2	FU3	FU4	FU5	FU6	FU7	FU8
新規利用群 (n=225)								
ほぼ毎日	70.7%	52.9%	46.2%	43.6%	32.4%	23.6%	19.6%	13.8%
週に数回	7.1%	8.9%	9.8%	8.4%	8.0%	7.1%	8.0%	8.9%
週に1回程度	1.3%	1.3%	1.3%	2.2%	3.1%	4.4%	3.6%	2.2%
月に1回程度	1.8%	1.3%	1.8%	2.7%	2.2%	1.8%	4.0%	3.1%
ほとんどなし	8.0%	11.6%	15.6%	12.9%	12.0%	13.3%	12.0%	11.1%
不明	11.1%	24.0%	25.3%	30.2%	42.2%	49.8%	52.9%	60.9%
継続利用群 (n=469)								
ほぼ毎日	64.2%	53.5%	49.3%	41.4%	35.2%	30.7%	27.1%	21.3%
週に数回	15.6%	20.7%	20.0%	19.8%	17.3%	12.8%	14.7%	12.8%
週に1回程度	6.0%	4.9%	6.2%	7.0%	5.3%	5.1%	4.3%	5.1%
月に1回程度	3.4%	2.6%	3.6%	4.1%	3.8%	3.4%	4.3%	3.8%
ほとんどなし	7.2%	8.1%	10.0%	10.0%	6.8%	10.7%	10.9%	11.3%
不明	3.6%	10.2%	10.9%	17.7%	31.6%	37.3%	38.8%	45.6%
全体 (n=694)								
ほぼ毎日	66.3%	53.3%	48.3%	42.1%	34.3%	28.4%	24.6%	18.9%
週に数回	12.8%	16.9%	16.7%	16.1%	14.3%	11.0%	12.5%	11.5%
週に1回程度	4.5%	3.7%	4.6%	5.5%	4.6%	4.9%	4.0%	4.2%
月に1回程度	2.9%	2.2%	3.0%	3.6%	3.3%	2.9%	4.2%	3.6%
ほとんどなし	7.5%	9.2%	11.8%	11.0%	8.5%	11.5%	11.2%	11.2%
不明	6.1%	14.7%	15.6%	21.8%	35.0%	41.4%	43.4%	50.6%

新規利用群：ベースライン時点でダルク利用が12ヶ月以内の対象者

継続利用群：ベースライン時点でダルク利用が13ヶ月以上の対象者

ベースライン調査からの経過時間：FU1（6ヶ月）、FU2（12ヶ月）、FU3（18ヶ月）、FU4（24ヶ月）、FU5（32ヶ月）、FU6（42ヶ月）、FU7（50ヶ月）、FU8（60ヶ月）

表10. 生活保護受給状況の経時的変化

	FU1	FU2	FU3	FU4	FU5	FU6	FU7	FU8
新規利用群 (n=225)								
受給あり	68.0%	60.0%	56.9%	53.3%	41.3%	32.4%	29.8%	24.4%
受給なし	19.1%	19.6%	19.1%	18.2%	17.3%	16.9%	17.3%	16.9%
不明	12.9%	20.4%	24.0%	28.4%	41.3%	50.7%	52.9%	58.7%
継続利用群 (n=469)								
受給あり	77.4%	71.9%	68.0%	62.7%	50.3%	45.2%	40.5%	35.2%
受給なし	19.0%	21.5%	21.7%	22.4%	18.6%	17.7%	21.5%	21.3%
不明	3.6%	6.6%	10.2%	14.9%	31.1%	37.1%	38.0%	43.5%
全体 (n=694)								
受給あり	74.4%	68.0%	64.4%	59.7%	47.4%	41.1%	37.0%	31.7%
受給なし	19.0%	20.9%	20.9%	21.0%	18.2%	17.4%	20.2%	19.9%
不明	6.6%	11.1%	14.7%	19.3%	34.4%	41.5%	42.8%	48.4%

新規利用群：ベースライン時点でダルク利用が12ヶ月以内の対象者

継続利用群：ベースライン時点でダルク利用が13ヶ月以上の対象者

ベースライン調査からの経過時間：FU1（6ヶ月）、FU2（12ヶ月）、FU3（18ヶ月）、FU4（24ヶ月）、FU5（32ヶ月）、FU6（42ヶ月）、FU7（50ヶ月）、FU8（60ヶ月）

表11. 就労状況の経時的変化

	FU1	FU2	FU3	FU4	FU5	FU6	FU7	FU8
新規利用群 (n=225)								
就労あり	16.9%	19.1%	28.4%	28.0%	32.9%	26.2%	25.3%	23.1%
就労なし	68.9%	56.9%	44.9%	42.2%	25.8%	23.1%	21.8%	18.2%
不明	14.2%	24.0%	26.7%	29.8%	41.3%	50.7%	52.9%	58.7%
継続利用群(n=469)								
就労あり	31.3%	35.6%	44.3%	44.6%	38.6%	35.0%	37.5%	33.9%
就労なし	64.6%	56.3%	45.2%	39.9%	30.5%	27.9%	24.9%	21.1%
不明	4.1%	8.1%	10.4%	15.6%	30.9%	37.1%	37.5%	45.0%
全体 (n=694)								
就労あり	26.7%	30.3%	39.2%	39.2%	36.7%	32.1%	33.6%	30.4%
就労なし	66.0%	56.5%	45.1%	40.6%	29.0%	26.4%	23.9%	20.2%
不明	7.3%	13.3%	15.7%	20.2%	34.3%	41.5%	42.5%	49.4%

新規利用群：ベースライン時点でダルク利用が12ヶ月以内の対象者

継続利用群：ベースライン時点でダルク利用が13ヶ月以上の対象者

ベースライン調査からの経過時間：FU1（6ヶ月）、FU2（12ヶ月）、FU3（18ヶ月）、FU4（24ヶ月）、FU5（32ヶ月）、FU6（42ヶ月）、FU7（50ヶ月）、FU8（60ヶ月）

表12. 主観的幸福度、スピリチュアリティ尺度、コロナ禍でのストレスに関する結果（継続アブステナンス群/対照群）

	回答者全体		継続 アブステナンス群		対照群		p-value
	(n=293)		(n=188)		(n=105)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
主観的幸福度（SHS）							0.162
平均値（SD）	4.4	(1.1)	4.5	(1.1)	4.3	(1.1)	
スピリチュアリティ尺度（SRS-A）							0.067
平均値（SD）	46.6	(9.9)	47.3	(9.7)	45.1	(10.1)	
コロナ禍での自粛生活に対するストレス							0.217
かなり感じていた	74	(25.4)	42	(22.3)	32	(31.1)	
どちらかと言えば感じていた	131	(45.0)	92	(48.9)	39	(37.9)	
どちらかと言えば感じていなかった	68	(23.4)	44	(23.4)	24	(23.3)	
まったく感じていなかった	18	(6.2)	10	(5.3)	8	(7.8)	
コロナ禍での自粛生活が欲望・渴望に与える影響							0.215
かなり影響していた	18	(6.2)	9	(4.8)	9	(8.7)	
どちらかと言えば影響していた	56	(19.3)	34	(18.3)	22	(21.2)	
どちらかと言えば影響していなかった	97	(33.4)	59	(31.7)	38	(36.5)	
まったく影響していなかった	119	(41.0)	84	(45.2)	35	(33.7)	

継続アブステナンス群：5年間の追跡期間中、アルコールや薬物の再使用がなく、断酒・断薬が継続した者

対照群：アルコールや薬物の再使用があった者、再使用に関する情報が得られなかった者

表13. 自助グループの活動状況に関する結果（継続アブステナンス群/対照群）

	回答者全体		継続 アブステナンス群		対照群		p-value
	(n=293)		(n=188)		(n=105)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
自助グループでのミーティング参加（過去1年以内）							0.025
あり	275	(93.9)	181	(96.3)	94	(89.5)	
なし	18	(6.1)	7	(3.7)	11	(10.5)	
過去1年以内に参加した自助グループ（複数回答）							
NA	253	(86.3)	166	(88.3)	87	(82.9)	0.216
AA	56	(19.1)	39	(20.7)	17	(16.2)	0.358
GA	27	(9.2)	22	(11.7)	5	(4.8)	0.058
その他	26	(8.9)	15	(8.0)	11	(10.5)	0.523
いずれもなし	19	(2.7)	8	(3.9)	11	(2.2)	0.305
オンラインミーティングの参加（過去1年間）							0.540
あり	164	(56.0)	108	(57.4)	56	(53.3)	
なし	129	(44.0)	80	(42.6)	49	(46.7)	
ホームグループ（現在）							0.025
あり	242	(82.9)	162	(86.6)	80	(76.2)	
なし	50	(17.1)	25	(13.4)	25	(23.8)	
過去1年以内に経験したサービス（複数回答）							
セクレタリー（会場係）	138	(47.1)	91	(48.4)	47	(44.8)	0.626
コーヒーの準備やミーティング終了後の片付け	137	(46.8)	89	(47.3)	48	(45.7)	0.808
ミーティングの司会	157	(53.6)	107	(56.9)	50	(47.6)	0.143
会計（献金）	63	(21.5)	48	(25.5)	15	(14.3)	0.026
書記（ビジネスミーティングなど）	38	(13.0)	24	(12.8)	14	(13.3)	1.000
オンラインミーティング関連	21	(7.2)	17	(9.0)	4	(3.8)	0.105
電話やメール対応	35	(11.9)	28	(14.9)	7	(6.7)	0.040
グループの代表	45	(15.4)	32	(17.0)	13	(12.4)	0.316
その他のグループサービス	40	(13.7)	27	(14.4)	13	(12.4)	0.724
エリア・リージョンでのサービス	35	(11.9)	25	(13.3)	10	(9.5)	0.357
いずれもなし	54	(18.4)	26	(13.8)	28	(26.7)	0.007
スポンサーはいるか（現在）							0.392
はい	159	(54.3)	106	(56.4)	53	(50.5)	
いいえ	134	(45.7)	82	(43.6)	52	(49.5)	
スポンサーはいるか（現在）							0.021
はい	58	(19.9)	45	(23.9)	13	(12.5)	
いいえ	234	(80.1)	143	(76.1)	91	(87.5)	
ミーティング以外の時間でのフェロウシップ							
ミーティングの前後の時間にメンバーと交流した（カフェに行ったなど）	113	(38.6)	74	(39.4)	39	(37.1)	0.802
ミーティング以外の時間にメンバーと会った（映画・食事に行ったなど）	143	(48.8)	91	(48.4)	52	(49.5)	0.903
ミーティング以外の時間にスポンサーに相談した（電話、メール、SNSなど）	110	(37.5)	79	(42.0)	31	(29.5)	0.044
ミーティング以外の時間にメンバーと連絡を取り合った（電話、メール、SNSなど）	140	(47.8)	98	(52.1)	42	(40.0)	0.052
いずれも当てはまらない	88	(30.0)	52	(27.7)	36	(34.3)	0.288

継続アブステナンス群：5年間の追跡期間中、アルコールや薬物の再使用がなく、断酒・断薬が継続した者

対照群：アルコールや薬物の再使用があった者、再使用に関する情報が得られなかった者

表14. 主観的幸福度、スピリチュアリティ尺度に関する結果（コロナ禍ストレスあり群/なし群）

	コロナ禍での自粛生活			p-value
	回答者全体 (n=293)	ストレスあり群 (n=205)	ストレスなし群 (n=86)	
主観的幸福度 (SHS)				0.416
平均値 (SD)	4.4 (1.1)	4.4 (1.1)	4.5 (1.0)	
スピリチュアリティ尺度 (SRS-A)				0.567
平均値 (SD)	46.5 (9.9)	46.3 (10.3)	47.1 (9.1)	
ストレスあり群：新型コロナウイルス（COVID-19）流行下での自粛生活が与えるストレスについて 「かなり感じていた」「どちらかと言えば感じていた」と回答した者				
ストレスあり群：新型コロナウイルス（COVID-19）流行下での自粛生活が与えるストレスについて 「どちらかと言えば感じていなかった」「まったく感じていなかった」と回答した者				

表15. 自助グループ活動状況に関する結果（コロナ禍ストレスあり群/なし群）

	コロナ禍での自粛生活						p-value
	回答者全体 (n=293)		ストレスあり群 (n=205)		ストレスなし群 (n=86)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
自助グループでのミーティング参加（過去1年以内）							0.183
あり	275	(93.9)	195	(95.1)	78	(90.7)	
なし	18	(6.1)	10	(4.9)	8	(9.3)	
過去1年以内に参加した自助グループ（複数回答）							
NA	253	(86.3)	180	(87.8)	71	(82.6)	0.264
AA	56	(19.1)	35	(17.1)	21	(24.4)	0.192
GA	27	(9.2)	17	(8.3)	10	(11.6)	0.381
その他	26	(8.9)	20	(9.8)	6	(7.0)	0.508
いずれもなし	19	(2.7)	11	(5.4)	8	(9.3)	0.297
オンラインミーティングの参加（過去1年間）							0.039
あり	164	(56.0)	123	(60.0)	40	(46.5)	
なし	129	(44.0)	82	(40.0)	46	(53.5)	
ホームグループ（現在）							0.493
あり	242	(82.9)	172	(84.3)	69	(80.2)	
なし	50	(17.1)	32	(15.7)	17	(19.8)	
過去1年以内に経験したサービス（複数回答）							
セクレタリー（会場係）	138	(47.1)	99	(48.3)	38	(44.2)	0.607
コーヒーの準備やミーティング終了後の片付	137	(46.8)	101	(49.3)	35	(40.7)	0.199
ミーティングの司会	157	(53.6)	109	(53.2)	47	(54.7)	0.898
会計（献金）	63	(21.5)	43	(21.0)	19	(22.1)	0.876
書記（ビジネスミーティングなど）	38	(13.0)	24	(11.7)	14	(16.3)	0.341
オンラインミーティング関連	21	(7.2)	16	(7.8)	5	(5.8)	0.628
電話やメール対応	35	(11.9)	24	(11.7)	11	(12.8)	0.844
グループの代表	45	(15.4)	27	(13.2)	18	(20.9)	0.110
その他のグループサービス	40	(13.7)	35	(17.1)	5	(5.8)	0.014
エリア・リージョンでのサービス	35	(11.9)	24	(11.7)	10	(11.6)	1.000
いずれもなし	54	(18.6)	34	(16.6)	20	(23.3)	0.182
スポンサーはいるか（現在）							0.700
はい	159	(54.3)	113	(55.1)	45	(52.3)	
いいえ	134	(45.7)	92	(44.9)	41	(47.7)	
スポンサーはいるか（現在）							0.872
はい	58	(19.9)	40	(19.5)	18	(21.2)	
いいえ	234	(80.1)	165	(80.5)	67	(78.8)	
ミーティング以外でのフェロシップ							
ミーティングの前後の時間にメンバーと交流した（カフェに行ったなど）	113	(38.6)	86	(42.0)	27	(31.4)	0.114
ミーティング以外の時間にメンバーと会った（映画・食事に行ったなど）	143	(48.8)	102	(49.8)	39	(45.3)	0.522
ミーティング以外の時間にスポンサーに相談した（電話、メール、SNSなど）	110	(37.5)	79	(38.5)	30	(34.9)	0.597
ミーティング以外の時間にメンバーと連絡を取り合った（電話、メール、SNSなど）	140	(47.8)	99	(48.3)	40	(46.5)	0.798
いずれも当てはまらない	88	(30.0)	59	(28.8)	29	(33.7)	0.485
ストレスあり群：新型コロナウイルス（COVID-19）流行下での自粛生活が与えるストレスについて「かなり感じていた」「どちらかと言えば感じていた」と回答した者							
ストレスあり群：新型コロナウイルス（COVID-19）流行下での自粛生活が与えるストレスについて「どちらかと言えば感じていなかった」「まったく感じていなかった」と回答した者							

別添 1. 第 9 回ダルク意見交換会（事前アンケート）

Q1 コロナ禍が続いていることで、ダルクの活動にどのようなネガティブな変化がありましたか？（プログラムやミーティングが制限されているなど）

ラベル	コードNo.	コード
自助グループへの影響(18)	Q1-01	県外の仲間とのフェローシップが激減
	Q1-02	NA会場の閉鎖、買い物制限など
	Q1-05	自助グループのミーティングの制限、家族会の中止
	Q1-32	自助グループの参加に関する制限 運動プログラムに関する外出制限
	Q1-13-04	NA参加の制限。
	Q1-44	NAに行けない
	Q1-14	夕方の自助Gへ、毎日自由に行かせてあげられていないこと。
	Q1-21	一時期はNAも開かれず、施設内でミーティングをやるしかなく、閉塞感があった。
	Q1-22	NAミーティングが減った。
	Q1-26	ミーティング会場が制限された
	Q1-27	多少ある。(会場が使えなくなるなど)
	Q1-29	自助グループのミーティングに参加するのに制限がある
	Q1-32	自助グループの参加に関する制限
	Q1-33	他県のNAミーティングに行けなくなった
	Q1-36-02	自助グループの実施が出来なくなっている
	Q1-37-02	NAミーティングに参加する回数が減った。
Q1-39-04	外部の参加できる自助グループの減少。	
Q1-41-02	他施設やAAなどオンラインMの種類は増えたが、オンラインそのものに飽きがきている仲間が増えてきた。	
施設外プログラムの減少(18)	Q1-03	外部でのプログラムの自粛(自助グループ含む)
	Q1-06	施設外活動や外出機会が減ってしまった。
	Q1-07	プログラムを午前中にしたり、遊びに行く機会も少なくなりました。
	Q1-37-01	課外プログラムなどイベント行事が無くなった。
	Q1-42-02	エイサーなどのイベントが行われていない。
	Q1-28-02	外出するプログラムが減った。
	Q1-30	毎月行っていたレクリエーションの中止や外部プログラムに参加する機会の減少
	Q1-31	リアルミーティングの減少、レクリエーション、食事会の減少
	Q1-25	公共施設などの使用が出来なくなり、身体を動かすプログラム等が出来なくなった
	Q1-36	公共の施設を使用するプログラムの実施が出来なくなっている
	Q1-38	プログラムのために外出できない、ストレスが解消できない
	Q1-34	レクリエーションやイベントの参加を自粛しているため施設外でのプログラムが出来なかった
	Q1-30	毎月行っていたレクリエーションの中止や外部プログラムに参加する機会の減少
	Q1-31	レクリエーション、食事会の減少
	Q1-39-01	レクリエーションの制限。
	Q1-39-05	子ども同伴のプログラムを行えない時がある。
Q1-07	プログラムを午前中にしたり、遊びに行く機会も少なくなりました。	
Q1-16	皆で遊ぶ機会が減った	
交流機会の減少(8)	Q1-13-02	近隣施設との交流がほぼなくなった。
	Q1-18	他施設交流やイベントに参加できずに、色々な仲間とのかかわりが減ってしまった。
	Q1-23	他ダルクとの交流ができずマンネリ化する傾向がある。
	Q1-24	他の団体との交流が制限されてきた
	Q1-28-01	他ダルクとの交流が減った。
	Q1-35	他のダルクとの交流の機会が減った。
Q1-39-06	他施設との会っての交流がなくなった。	
Q1-40	ステイホーム的な生活スタイルになった事で、外(ダルクフォーラム/研修会/セミナー等)外部との関りが極端に少なくなった。	
人数制限(7)	Q1-07	プログラムを午前中にしたり、遊びに行く機会も少なくなりました。
	Q1-08-01	ミーティングが制限される
	Q1-10	ミーティングの人数制限など
	Q1-11	ミーティングの人数制限
	Q1-13-01	プログラム参加人数や利用時間の制限と利用者同士の関わりが減った。
	Q1-42-01	デイケアでの集まりを人数制限、時間短縮。
Q1-17	以前のような通常のプログラムは出ていない。	
メンバー個人への影響(7)	Q1-04-01	ダルクに来ることができないメンバーが増えた。
	Q1-08-02	就労にも影響出てる
	Q1-39-03	相談や見学の連絡の減少。
	Q1-13-05	入寮者の公共交通機関の利用がほぼできなくなり、会場に足を運ぶ習慣がなくなる。
	Q1-13-06	スポーツなどのプログラムが減り、運動不足やストレスがたまる。
	Q1-13-07	セルフケアの取り方が難しくなる。
Q1-45	個人行動の制限	
コミュニケーションへの影響(6)	Q1-13-08	いつも同じ仲間と一緒に過ごさなければならぬストレスが増える。
	Q1-13-01	プログラム参加人数や利用時間の制限と利用者同士の関わりが減った。
	Q1-19	NAもなく、寮にいる時間が増えたことで仲間同士のいざこざ・トラブルは増えた気がする。
	Q1-41-01	AA会場に行くことができず、グループ所属やスポンサー探しなど、プログラムが進んでいない仲間が増えた。
	Q1-39-07	ハンドリングやハグなどのコミュニケーションの減少。
Q1-43	他人と接触するようなプログラムが出来ない	
外部活動の減少(5)	Q1-04-02	外部のプログラム参加が減り収入にも影響する時期があった。
	Q1-12	予定されていた講演、離脱指導の中止、延期
	Q1-13-03	外部講師プログラムの停止。
	Q1-36-01	社会貢献活動の実施が出来なくなっている
	Q1-39-02	ボランティア活動やバザーなどの参加ができなくなった。

Q2 コロナ禍が続いていることで、ダルクの活動にどのようなポジティブな変化がありましたか？(オンラインミーティングの活用により新しいつながりができたなど)

ラベル	コードNo.	コード
オンラインミーティングの導入 (11)	Q2-04-01	オンラインミーティングが盛んになりこれまでより頻繁に参加できる人が増えた。
	Q2-05	オンラインミーティングにより地方の仲間とのミーティングができた。
	Q2-12-01	オンラインミーティングによる新たなつながりや普段聞くことのできない話を聞くことができなくなった。
	Q2-23-01	ZOOMを利用することで離れた仲間とのミーティングをする機会が増えたと思います。
	Q2-27-01	オンラインミーティングの活用により新しいつながりができた
	Q2-37	他施設、AAのオンラインミーティングが増え、今まで会うことができなかった仲間とのつながりが増えた。
	Q2-29	オンラインミーティングの開催が多くありいろいろな仲間の話が聞けるようになった
	Q2-30	オンラインミーティングやオンラインでのイベントなどに参加出来るようになった。
	Q2-33	オンラインミーティングの活用で遠くの仲間と分かち合える機会が増えた。
	Q2-26	オンラインを活用して会議やコミュニケーションができることを学んだ
	Q2-36-01	インドアorステイホーム的な日常生活のサイクルが不得意とするコミュニケーショントレーニングの良い機会となった
予防・衛生の向上(8)	Q2-12-04	手洗いうがい等が徹底され、健康管理ができるようになった。
	Q2-22	風邪をひく仲間が減った(マスク・手洗いのおかげ?)
	Q2-35-02	健康観察を丁寧に行うようになった。
	Q2-40	うがい、手洗いが徹底されるようになった
	Q2-01	掃除、整理整頓の時間が豊富に取れて綺麗な空間で生活できている。
	Q2-31-02	清潔になった。
	Q2-35-03	非常時に備えることで防災意識も持てるようになった。
	Q2-21	感染防止を考え、社会と足並みを揃える行動を考える良い機会になった、
プログラムの充実(7)	Q2-02	施設内での物作り、施設内でのイベント開催
	Q2-25	運動プログラムなどに積極的に取り組めた
	Q2-38	屋外でのプログラムが充実した。(釣り、サーフィン等)
	Q2-28	施設内でのプログラムが増えたことによる充実
	Q2-36-02	12ステッププログラムを集中的に行える時間が多くなり、物質的ではなく霊的な成長に向けたプログラムの充実をはかれた。
	Q2-23-02	施設で過ごす中で内省の時間にあてることが出来ました。
	Q2-41	個人のプログラムの充実
メンバー間の交流増加(7)	Q2-03	いい意味で関りが密になった
	Q2-06	寮で過ごす時間が長く、一緒に食事を作ったりコミュニケーションする機会が増えた。
	Q2-07	仲間が常に一緒に活動に参加できる
	Q2-14	寮で過ごす時間が長く、コミュニケーションの機会が増えた
	Q2-39	より一層コミュニケーションが増えた
	Q2-12-05	コロナ禍を乗り越えることで一体感がでてきた
	Q2-31-01	連帯感が強まった。
利用者と職員との交流増加(6)	Q2-12-02	職員の外部仕事が減り、利用者への職員の関わりが深くなった。
	Q2-16	仕事の量も減り、その分仲間と接する時間が増えた。
	Q2-09	利用者と一緒に過ごす時間が増えた。
	Q2-10	利用者に関わる時間が増えた
	Q2-19	スタッフの出張が減りミーティングが充実し、スタッフと仲間との交流の機会が増えた。
	Q2-08	逆により密になり、連絡等小まめにしています。
ゆとり(4)	Q2-04-02	慰労金などが職員に支給された。
	Q2-04-03	仕事の量が減りスタッフの負担が減った。
	Q2-17	時間短縮によって、職員のセルフケアも増えた。
	Q2-15	日中活動では午後からのプログラムにしている、ゆったりしているせいか調子を崩す・再発する仲間は比較的少ない。
相談件数の増加(3)	Q2-18	相談が増えた
	Q2-12-03	影響かどうかは不確かですが、当事者本人からの相談がコロナ以前よりも多くなった。
	Q2-32	引きこもりからの依存症が増えて、相談が増えダルクの認知度が上がった様に感じる

Q3 コロナ禍が続いていることで、新しく始めたプログラムや活動はありますか？

ラベル	コードNo.	コード
オンラインミーティング(13)	Q3-1	zoomオープンスピーカーズミーティング
	Q3-6	オンラインミーティングの参加
	Q3-8	オンラインを使ったプログラムが増えた
	Q3-9	オンラインでのミーティングなど
	Q3-12	zoomを利用しての月例勉強会など。
	Q3-19	オンラインミーティングなど
	Q3-27	オンラインでの研修会への参加 オンラインの自助グループの(オープンスピーカミーティング)
	Q3-31-01	オンラインミーティング
	Q3-32-01	オンラインミーティングへの参加。
	Q3-34-02	入院患者や遠方の方に見ていただけるよう、定期的に行うオンラインメッセージ、オンラインセミナーの開催。
	Q3-38	ズームミーティング
	Q3-11-02	施設合同オンラインミーティング
	Q3-26	各プログラムのオンライン化 他ダルクとの合同ミーティング
アウトドア(11)	Q3-5	自然の中でのウォーキング
	Q3-11-01	ウォーキング
	Q3-20	公共施設が使えなくなり、運動のプログラムが出来なくなったため、朝のプログラムをウォーキングに変えて運動不足解消に繋がっています
	Q3-2-02	藤岡ダルク駅伝
	Q3-34-01	講師を招いてのプログラムが減ったため、職員が指導できるボッチャ(パラリンピック種目)の導入。
	Q3-31-02	ZOOMを利用したヨガ
	Q3-7-01	釣り
	Q3-16-02	山・海等の密にならないような場所に出かけることが増えた。
	Q3-15	今までは土曜日にアクティビティーとして出かけていたが、人の少ない平日にアクティビティーを設け、遊びに行くようにした。
Q3-17	よその地域に出かける事が減った代わりに、自分達だけで出かけたりする事が増えた。	
Q3-3	外部活動の際のチーム分け(少人数制)	
農作業(3)	Q3-7-02	畑づくり
	Q3-24	農業プログラム
	Q3-28	野菜作り
アート(3)	Q3-14	塗り絵プログラム
	Q3-32-02	フリースペースやレンタルBOXでの手芸品販売
	Q3-37	映画鑑賞
調理(2)	Q3-16-01	出かけずにできるという意味で、気晴らしにデイケアで食事を作って食べた
	Q3-36	ハウスでの食事会
感染対策(2)	Q3-11-03	感染症対策講義の拡張
	Q3-29	毎朝の検温と健康管理票の記入。

施設ID(_____) - 個人ID(_____)

追^{ダルク} っかけ^{調査}

フォローアップアンケート

これはダルク追っかけ調査の最後のフォローアップのためのアンケートです。

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
プロジェクト名：ダルク追っかけ調査

質問1

ここでは薬物使用に関連した問題についてお聞きします。過去1年間を振り返り、薬物使用に関連する各エピソードについて「はい」「いいえ」のどちらか当てはまる方をお答えください。

注意事項：ここでの「薬物使用」とは、以下の1~3のいずれかを指します（使用回数に関わらず）。
ただし、飲酒は「薬物使用」に含みませんのでご注意ください。

- ① 違法薬物（大麻、有機溶剤、覚醒剤、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）

↓ 回答は次のページ ↓

過去1年間の状況についてお答えください。

(1)	薬物を使用しましたか？(治療目的での使用を除く)	はい	いいえ
(2)	乱用目的で処方薬を使用しましたか？	はい	いいえ
(3)	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)	薬物を使わずに1週間を過ごすことができましたか？	はい	いいえ
(5)	薬物使用を止めたいときには、いつでも止められましたか？	はい	いいえ
(6)	ブラックアウト(記憶が飛んでしまうこと)やフラッシュバック(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？	はい	いいえ
(7)	薬物使用に対して、後悔や罪悪感を感じたことはありましたか？	はい	いいえ
(8)	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したか？	はい	いいえ
(9)	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したか？	はい	いいえ
(10)	薬物使用のせいで友達を失ったことがありましたか？	はい	いいえ
(11)	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したか？	はい	いいえ
(12)	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したか？	はい	いいえ
(13)	薬物使用のせいで、仕事を失ったことがありましたか？	はい	いいえ
(14)	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したか？	はい	いいえ
(15)	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したか？	はい	いいえ
(16)	違法薬物を所持して、逮捕されたことがありましたか？	はい	いいえ
(17)	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したか？	はい	いいえ
(18)	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したか？	はい	いいえ
(19)	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したか？	はい	いいえ
(20)	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したか？	はい	いいえ

質問2

ここではあなたの幸福感についてお聞きします。
次の文章あるいは質問について、あなたが最も当てはまる数字に○をつけてください。

(1) 全般的にみて、わたしは自分のことを であると考えている。

1 (非常に不幸) ~ 7 (非常に幸福) の中から、あなた自身が の部分に最も当てはまる数字に○をつけてください。

非常に不幸

非常に幸福

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7

(2) わたしは、自分と同年輩の人と比べて、自分を であると考えている。

1 (より不幸な人間) ~ 7 (より幸福な人間) の中から、あなた自身が の部分に最も当てはまる数字に○をつけてください。

より不幸な人間

より幸福な人間

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7

(3) 全般的にみて、非常に幸福な人たちがいます。この人たちは、どんな状況のなかでも、そこで最良のものをみつけて、人生を楽しむ人たちです。あなたは、どの程度、そのような特徴をもっていますか？

1 (まったくない) ~ 7 (とてもある) の中から、あなた自身が最も当てはまる数字に○をつけてください。

まったくない

とてもある

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7

(4) 全般的にみて、非常に不幸な人たちがいます。この人たちは、うつ状態にあるわけではないのに、はたから考えるよりも、まったく幸せではないようです。あなたは、どの程度、そのような特徴をもっていますか？

1 (まったくない) ~ 7 (とてもある) の中から、あなた自身が最も当てはまる数字に○をつけてください。

まったくない

とてもある

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7

質問3

新型コロナウイルス（COVID-19）の感染流行が続いています。
ここでは、いわゆる新型コロナウイルスがあなたに与える影響についてお聞きします。

(1) この1年間についてお答えください。新型コロナウイルスの感染拡大に伴って、日常生活や学校生活などの様々な場面で自粛（コロナ禍での自粛生活）が求められ続けていることにあなたはどのくらいストレスを感じていましたか？

1. かなりストレスを感じていた
2. どちらかと言えばストレスを感じていた
3. どちらかと言えばストレスを感じていなかった
4. まったくストレスを感じていなかった

(2) (1)のようなコロナ禍での自粛生活は、あなたにとって、薬物やアルコール使用に対する欲求・渴望にどのくらい影響していましたか？

1. かなり欲求・渴望に影響していた
2. どちらかと言えば欲求・渴望に影響していた
3. どちらかと言えば欲求・渴望に影響していなかった
4. まったく欲求・渴望に影響していなかった

質問4

ここでは、自助グループ（NA, AA, GA など）との関わりについてお聞きします。

(1) ここでは、ミーティングについてお聞きします。あなたは過去1年以内に自助グループのミーティングに参加しましたか？

1. はい
2. いいえ

(2) 過去1年以内に参加した自助グループをすべてお答えください。(当てはまるものすべてに○)

1. NA
2. AA
3. GA
4. その他の自助グループ

(3) あなたは過去1年以内にオンラインのミーティングに参加したことがありますか？

1. はい
2. いいえ

(4) 現在、あなたにはホームグループがありますか？

1. はい
2. いいえ

別添2: 自記式アンケート(最終フォローアップ)

(5) ここでは、自助グループでのサービスについてお聞きします。あなたが過去1年間で経験したサービスにすべて○を付けてください。

1. セクレタリー (会場係)
 2. コーヒーの準備やミーティング終了後の片付け
 3. ミーティングの司会
 4. 会計 (献金)
 5. 書記 (ビジネスミーティングなど)
 6. オンラインミーティング関連 (ホスト、チラシ作成など)
 7. 電話やメール対応
 8. グループの代表 (GSR)
 9. 1～8以外のグループサービス
 10. エリア・リージョンでのサービス (メッセージ、翻訳、オフィス、コンベンション関連など)
-

(6) ここでは、スポンサーシップについてお聞きします。現在、あなたにはスポンサー (相談をする人) がいますか？

1. はい
 2. いいえ
-

(7) 現在、あなたはスポンサー (相談を受ける人) がいますか？

1. はい
 2. いいえ
-

(8) フェロウシップとは自助グループのメンバーであること、自助グループの輪の中にいる所属感・仲間意識・スピリチュアルなつながりを意味すると私なりに理解しています。ここでは自助グループのメンバーとのミーティング以外での交流についてお尋ねします。あなたがこの1年間で経験したメンバーとの交流について当てはまるものすべてに○を付けてください。

1. ミーティングの前後の時間にメンバーと交流した (カフェに行ったなど)
2. ミーティング以外の時間にメンバーと会った (映画をみた、食事に行った、サーフィンに行ったなど)
3. ミーティング以外の時間にスポンサーに相談した (電話、メール、SNSなど)
4. ミーティング以外の時間にメンバーと連絡を取り合った (電話、メール、SNSなど)
5. いずれも当てはまらない

質問5

最後にスピリチュアリティについてお聞きします。ここでいうスピリチュアリティとは、何かを求め、それに関係しようとするところのモチようであり（意気）、自分自身やある事柄に対する感じまたは思い（概念）と定義します。

次の（１）～（１５）の質問すべてについて、現在、最もよく当てはまると思う番号に○をつけてください。

		全く思 わない	少しは 思う	中程度 思う	とても 思う	非常に 思う
(1)	自分の生き方は自分で決められると、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(2)	自分の夢・願いを実現させたい（かなえたい）と、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(3)	自分と自然（宇宙）との間にはつながりがあると、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(4)	自分と自分の先祖（過去の世代）とは結びつきがあると、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(5)	自分の人生は超自然的な力（見えない力）によって導かれていると、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(6)	自分には何らかの目的（めざすもの）があると、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(7)	自分は意味のあること（有意義なこと）をやってきたと、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(8)	自分は誰かに必要とされている（誰かの役に立てている）と、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(9)	自分がすべきこと（成すべきこと）はできるかぎりやってきたと、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(10)	今の自分は好きだ（自分を肯定的に評価できる）と、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(11)	「理想の自分」と「実際の自分」とは一致していると、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(12)	今の自分の状況を受け入れることができる（許容できる）と、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(13)	自分自身の考え（信念）にもとづいて生きていると、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(14)	自分の人生への態度（物事の見方）はこのままでよいと、どの程度思いますか	1	2	3	4	5
(15)	自分は安定した人生観（価値・手段についての考え方）をもっていると、どの程度思いますか	1	2	3	4	5

質問6

ダルク追っかけ調査のフォローアップはこれで一旦、終了とします。ただし、今後、ダルク職員を通じて、再びあなたの回復の様子をお聞きする機会があるかもしれません。そのような機会があれば、またお声がけをしてもよろしいでしょうか？

1. はい
2. いいえ

アンケートは以上です。最後までご協力いただきありがとうございました。みなさまにご協力いただいた結果をもとに、ダルクの活動の有用性を広く社会に伝えていきたいと思えます。

回答後

1

お手数ですが、アンケートをもう一度見直し、記入していない箇所がないかチェックしてください。

2

チェックが完了しましたら、同封したクリーム色の封筒に入れて、封をしてください。

3

お近くの郵便ポストに入れてください（こちらが郵送費を負担しますので、切手を貼る必要はありません）

令和3年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究」
研究分担報告書

薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究 第3報

研究分担者 白川 教人
横浜市こころの健康相談センター センター長
全国精神保健福祉センター長会 常任理事 依存症対策担当

研究要旨：

【目的】 全国の市区町村における薬物依存症支援の理解向上・均てん化および地域連携・支援の円滑化および「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」の最適化（研究①）、全国の精神保健福祉センターにおける薬物依存症の相談件数および回復プログラム等の実施状況の把握（研究②）、スティグマ尺の開発と自治体職員を対象とした薬物依存症に対する意識調査（研究③）を行った。

【方法】

<研究①> 「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」を用いて市区町村生活保護担当ケースワーカーに研修を実施した。研修実施者に当事者が加わり、実体験を語ることが特徴である。研修前・中・直後に自記式アンケートと研修直後に感想の自由記述を用いて研修効果を測定した。

<研究②> 全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを介して調査票を送付し、各精神保健福祉センターより 1) 薬物依存症の相談件数 2) 指定相談機関の選定状況 3) 治療・回復プログラムの実施状況 4) 新型コロナウイルス感染症の影響 5) 関係機関との連携状況を回答頂いた。集計し、経年モニタリングを実施した。

<研究③> 文献レビューと当事者や家族へのインタビューを行い、スティグマ尺度を開発した。全国の2つの自治体の生活保護担当ケースワーカーと、全国69の精神保健福祉センターで相談業務にあたる職員を対象に本尺度を用いて違法薬物使用に対する意識調査を実施した。また、研究①でも本尺度を使用し、研修によるスティグマの変化を解析した。

【結果】

<研究①> 令和3年8月13日および10月29日にウェブ形式の研修を実施した。研修にはそれぞれ46名と34名が参加し、アンケートの回収数はそれぞれ33名(71.7%)と24名(70.6%)であった。研修効果はJ-DDPPQ尺度上、合計得点で有意な変化が見られたが、8月分は効果量の変動が小さかった。また、自由記述では、薬物依存症に関する基本的な知識を得られたという感想と当事者の体験談から当事者の環境や心境の理解が進んだという感想が目立った。実際の支援にすぐ役立つという意見や、失敗をしても伴走する支援を目指したいという意見もあった。8月の研修は通信環境不良の意見が挙がったが、10月はオンライン形式は好評であり、更にブレイクアウト機能などの活用で講師と参加者あるいは参加者同士の交流を希望する意見もあった。

<研究②>全国の精神保健福祉センター69 箇所に調査票を送付し、全ての精神保健福祉センターより回答を得た(回答率は100%)。全国の精神保健福祉センターでの薬物相談の平均件数は168.5件で、平成27年度(平均77.3件)から一貫して増加傾向にあった。薬物依存症を対象にした回復プログラムを45箇所で実施されていた。プログラムを実施していないセンターでは、人員がいない、ノウハウがない、予算がつかないといった理由からプログラムの実施をしていない傾向にあった。家族教室などの家族向けプログラムを実施しているセンターは48で前年度よりも1減っていた。新型コロナウイルス感染症の流行に伴うセンターの依存症事業への影響では、個別の相談では感染対策を実施して事業を実施しているセンターが多かったが、本人プログラムでは19センターが、家族教室では26センターが感染症拡大時期に事業を中止していた。センターを訪れる相談者も、在宅時間の増加や自助グループが利用できないことにより悪化したケースが34センターから報告された。管轄地域の民間団体も活動規模を縮小したり(57)中止した(51)グループが多くセンターで報告されており、共催のイベントが開催できない(27)といった弊害も生じていた。

外部機関との連携では、ダルクや医療機関などの連携状況は前回調査(令和元年度)と大きく変わらなかったが、本年度では保護観察所との連携が多かったとする回答が多かった。専門医療機関が選定済みのセンターは53で、前回調査(39)よりも増加していた。

<研究③>文献レビューと、当事者や家族に対するインタビューから24項目による尺度原案が提案された。生活保護担当ケースワーカー58名と、精神保健福祉センターの相談員229名の回答より尺度の統計学的妥当性が示されたほか、スティグマが高い要因として、生活保護担当ケースワーカーであること、薬物依存症の支援従事者であること、年齢が60代以上であること、ピアと連携して支援に当たった経験がないこと、支援の中で被暴力被害の体験があること、回復した薬物依存症者にあつた経験がないこと、プログラムに参加した経験がないことといった要因が挙げられた。また、当事者の講演を聞く研究①の研修では本尺度に測定されるスティグマが有意に減少した。

【考察と結論】自治体の生活保護担当者の支援技術向上を目的として、「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」を用い、当事者が直接経験を共有する方法で研修を実施し効果を認めた。また、精神保健福祉センター対象の調査により、全国で薬物依存症の相談件数が増加しているが、新型コロナウイルス感染症の影響により相談事業や連携体制に影響が生じていることが分かった。さらに、スティグマ尺度開発より、薬物依存症に対するスティグマを量的に測定することが可能となった。

研究協力者

田辺 等 北星学園大学社会福祉学部教授
 小泉典章 長野大学
 小原圭司 島根県立心と体の相談センター所長
 藤城 聡 愛知県精神保健福祉センター所長
 川口貴子 福岡市精神保健福祉センター所長
 天野 託 栃木県精神保健福祉センター所長
 松浦良昭 特定非営利活動法人三河ダルク代
 表

山田貴志 特定非営利法人横浜ダルクケアセンター施設長
 杉浦寛奈 横浜市こころの健康相談センター
 ※執筆担当
 片山宗紀 横浜市こころの健康相談センター
 ※執筆担当

A. 研究目的

平成 28 年度に、センター長らとダルク代表が、各ダルク施設の特徴、生活保護担当部門や精神保健福祉センター等との連携に関する意見交換会を行った。その結果、薬物依存症者の回復に向けて生活保護担当者がダルクの役割を理解することの必要性が強調された。

これを受け、平成 29 年度に 12 箇所の自治体の管理職 (12 名) と生活保護担当ケースワーカー (465 名) に対して薬物依存症についての支援の現状と意識調査を実施した。その結果、支援に自治体差があることが確認され、49.1% の生活保護担当ケースワーカーが薬物依存症を有する生活保護受給者を担当した経験があるものの、薬物依存症に関する研修等を受講したことのあるケースワーカーは全体の 23.4% にとどまることが分かった。この結果を受け、本研究班では平成 30 年度に全国の生活保護担当ケースワーカーの薬物依存症を有する生活保護受給者への支援の技術の向上を目的とした研修会を開催し効果検証することとした。研修では「生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修テキスト」を資料とし、専門家に加え当事者も講師になる様式をパッケージ化し、その効果を検証した。別の地域で同様の研修会と効果測定を継続することとした。

また、全国の精神保健福祉センターの薬物相談の概況やコロナウイルス感染症の影響、外部機関の連携状況について平成 28 年度より継続モニタリングを行った。

併せて、違法薬物使用に対するスティグマを量的に測定する尺度の開発を行った。

B. 研究方法

1. 研究①

研修会は、以下のスケジュールで開催された。

第一回：令和 3 年 8 月 13 日 13：30～16：45 (オンライン)

第二回：令和 3 年 10 月 29 日 13：30～16：45 (オンライン)

講師は、両研修とも愛知県精神保健福祉センター所長の藤城聡、特定非営利法人横浜ダルクケアセンター施設長の山田貴志、特定非営利活動法人三河ダルク代表の松浦良昭が担当した。研修は全面オンラインで実施した。

内容は、順に①薬物依存症および支援の基礎知識 (講義 1) を藤城聡が担当、②薬物依存症当事者の体験談 (講義 2) を山田貴志が担当、生活保護受給中のダルク利用者の支援事例の紹介と生活保護受給中のダルク利用者の課題の共有 (講義 3) を松浦良昭が担当し講義形式で実施した。

効果測定には、参加者の属性、J-DDPPQ、感想の自由記述を用いた。J-DDPPQ (1～7 の 7 件法による 20 の質問を 5 つの下位尺度に分類し、薬物使用障害者に対して仕事をする際の従事者の態度を評価するもの。Takano ら (2015) が開発した DDPPQ の日本語版) は研修開始前(pre)・薬物依存症および支援の基礎知識に関する講義 (講義 1) 後(mid)・研修終了後(post)の計 3 回実施した。加えて、研修前に薬物依存症のケースと関わるにあたって困ること (自由記述)、研修後に研修の感想 (自由記述) とを聴取した。

参加者の募集にあたっては全国精神保健福祉センターの連絡先を通して全国 69 の都道府県・政令市の生活保護担当部署への周知を行った。また、希望のあった自治体の障害部局の相談員や精神保健福祉センター職員に対しても参加申し込みを受け付けた。

2. 研究②

全国 69 か所の精神保健福祉センターに対し、令和 2 年度 (令和 2 年 4 月 1 日から令和 3 年 3 月 31 日) における薬物依存症相談の相談体

制と相談件数や連携状況、ならびに令和3年9月1日時点における依存症治療・回復プログラムの実施状況を調査した。加えて、新型コロナウイルス感染症の影響、関係機関との連携状況も調査した。

調査はMicrosoft Excel形式の電子ファイルを全国精神保健福祉センター長会のメーリングリストを用いて配布し、直接ファイルに回答を記載し、電子メールでの返信を依頼した。

なお、本研究は令和3年度障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）研究費「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究」分担研究「ギャンブル障害の保健・福祉的支援のあり方についての研究」（分担研究者：白川教人）と合同で実施した。

調査期間は令和3年9月13日～令和3年10月26日（最終回収日）であった。

3. 研究③

まず、文献レビューを行って22項目からなるスティグマ尺度の原案を作成した。

次に、薬物依存症の当事者（以下、当事者）4名、家族に薬物依存症の当事者がいる人（以下、当事者家族）4名に対してスティグマ体験に関するインタビューを行うとともに、スティグマ尺度についての意見を求めた。

インタビュー結果を踏まえてスティグマ尺度を改訂し、名古屋市を除く愛知県域と横浜市の生活保護担当ケースワーカー、並びに全国の精神保健福祉センターの相談担当職員に本尺度を使用したアンケート調査を実施し、尺度の妥当性を統計学的に解析した。アンケート調査は個人情報保護を保護する観点から外部の協力会社に委託し、個人の回答を調査者がみることができないよう配慮を行った。アンケート調査は、生活保護担当ケースワーカーを対象としたものが11月9日から12月6日まで、精神保健福祉センター職員を対象としたものが12月8

日から12月31日まで実施した。調査はgoogle form および excel・word 形式のデータファイルを E メールで全国の精神保健福祉センターに送付し、いずれか任意の形での回答を求めた。

4. 倫理的配慮

全ての研究は全国精神保健福祉センター長常任理事会倫理委員会の承認を受けて行われた。

C. 研究結果

研究① 生活保護担当ワーカー向け薬物依存症対応基礎研修

＜第一回研修会＞

研修には10府県、15自治体から46名が参加した。アンケート回収率（完全データ）は71.7%（33/46）であった。

(1) 参加者の属性

参加者の属性を表1の通り示す。研修参加者のうち、生活保護担当の実務を担当していたのは22名であった。残りの11名は査察指導員などの生活保護担当部署や精神保健福祉相談を担う職員であった。

(2) J-DDPPQの結果

J-DDPPQの結果を表2・図1の通り示す。合計得点について、ボンフェローニの多重比較を行った結果、Pre-post（研修前後）で1%水準の有意差を認め、研修後に得点が増加していた（ $d=.79$ ）。

pre-mid（研修前-休憩中）では5%水準で有意差を認め、有意に得点が増加していた（ $d=.26$ ）。mid-post（休憩中-研修後）では1%水準で有意差を認め、得点が増加していた（ $d=.48$ ）。

(3) 薬物依存症のケースと関わるにあたって困ること（自由記述）

記述内容の一覧を表 3 の通り示す。参加者は、薬物依存症のケースは理解しにくく、関係性を築くのが困難で、支援の継続が難しいことに困りを感じていることが読み取れる。

(4) 研修に参加しての感想

記述内容の一覧を表 4 の通り示す。研修参加者からは、薬物依存症に関する基本的な知識を得られたという感想と、当事者の体験談から当事者の環境や心境の理解が進んだという感想が目立った。実際の支援にすぐ役立つという意見もあり、また失敗をしても伴走する支援を目指したいという意見もあった。オンライン講義環境が悪く聞き取りにくかったとの指摘もあった。

<第二回研修会>

研修には 10 道府県、22 自治体から 34 名が参加した。アンケート回収率（完全データ）は 70.6%（24/34）であった。

(1) 参加者の属性

参加者の属性を表 1 の通り示す。研修参加者のうち、生活保護担当の実務を担当していたのは 16 名であった。残りの 8 名は査察指導員などの生活保護担当部署や精神保健福祉相談を担う職員であった。

(2) J-DDPPQ の結果

J-DDPPQ の結果を表 2・図 1 の通り示す。合計得点について、ボンフェローニの多重比較を行った結果、pre-post（研修前後）で 1%水準の有意差を認め、研修後に得点が上昇していた（ $d=.77$ ）。

pre-mid（研修前-休憩中）では 1%水準で有意差を認め、有意に得点が上昇していた

（ $d=.46$ ）。mid-post（休憩中-研修後）では 5%水準で有意差を認め、得点が上昇していた（ $d=.30$ ）。

(3) 薬物依存症のケースと関わるにあたって困ること（自由記述）

記述内容の一覧を表 5 の通り示す。当事者を理解しにくく、暴力を認めたり逮捕されたりして支援の継続が困難という困りがあった。

(4) 研修に参加しての感想

記述内容の一覧を表 6 の通り示す。第一回研修と同様に当事者の話が参考になったという意見が多くみられた。関係づくりを学べる機会が欲しいや寛容な社会が重要であり無理して生活保護廃止に至らないように支援したいなどの意見があった。オンライン研修環境に関しては参加もしやすく好評であったが、双方向もしくは参加者同士の交流を求める声もあった（ブレイクアウトなどの活用）。

研究② 精神保健福祉センター薬物相談調査

(1) 回収状況

調査票を全国全ての精神保健福祉センター（69ヶ所）に配布、全てのセンターから返信があった。（回答率 100%）

(2) 全国の精神保健福祉センターの薬物及び全相談の概況（表 7）

問 1-1.令和 2 年度の貴センターの精神保健福祉相談の全件数、および薬物関連問題相談件数をご教示ください（メール・電話・来所相談の総計）。

全国の精神保健福祉センターでの薬物関連相談件数の令和 2 年度の平均件数は 168.5 件で、平成 27 年度の 77.3 件から一貫して増加傾向にあった。

(3) 刑の一部執行猶予中の薬物依存症の相談件数

問 1-2. 令和 2 年度の貴センターの薬物関連問題相談件数のうち、刑の一部執行猶予中の相談件数をご教示ください。

刑の一部執行猶予中の薬物相談実績があるセンターは、全 69 か所のうち 16 か所であった(令和 2 年度は 15)。平均延べ相談件数は 26.4 件で、平均実人数は 6.6 人であった(参考: 令和元年度: 延べ 25.3 件/実 7.8 人)。

(4) 依存症相談拠点の設置状況

問 1-3. 令和 3 年 9 月 1 日時点で、貴センターは薬物依存症相談拠点の指定を受けていますか

すでに 63 センターが指定を受けていた。令和 3 年度以降にセンターが指定を受ける予定になっているのは 1 のセンターであった(令和 2 年度は 56 センター)。4 センターは指定を受けていないか、現在検討中であった。相談拠点を外部に委託している/委託する予定であったセンターが 1 箇所あった。

(5) 回復プログラムの実施状況

問 2-1. 貴センターで実施している依存症の当事者向け治療・回復プログラムで受け入れている依存対象を選択してください(個別・集団は問わず)(アルコール・薬物・ギャンブル・プログラムを実施していない・その他、からの選択式。複数可)

薬物依存症を対象にした集団・個別の回復プログラムの実施状況では、45 センター(65.2%)で何らかの形で回復プログラムが実施されていた(令和 2 年度: 47 センター)。

問 2-3. 問 2-1 で「プログラムを実施していない」と回答したセンターにお伺いします。貴センターでプログラムを実施していない理由を教えてください(複数可)

プログラムを実施していない理由として、人員がない(6 センター)、ノウハウがない(4 センター)、予算がつかない(4 センター)、相談がない(1 センター)、医療センターが実施しているため(3 センター)があった。また、1 センターが現在実施に向けて検討を進めているとの事であった。

(6) 家族向け支援の実施状況

問 2-2. 貴センターで実施している依存症の家族教室・家族会で受け入れている依存対象を選択してください(アルコール・薬物・ギャンブル・プログラムを実施していない・その他、からの選択式。複数可)

48 センターで何らかの形での薬物依存症の家族向けプログラムが実施されていることが分かった(令和 2 年度: 49 センター)。

(7) コロナウイルス感染症の流行に伴うセンターの依存症事業への影響

(表 8)

問 3-1. 貴センターで実施している依存症の当事者・家族向け個別相談(特定相談事業)の令和 3 年度の実施状況について、令和 3 年 9 月 1 日時点での状況としてあてはまるものを選択してください(複数可)

規模を縮小した(人数・実施時間を制限・回数を減らすなど)(12 センター)、対面相談を電話・リモート相談に切り替えた(14 センター)、事業を中止・休止した(13 センター)、コロナ禍以前と比較して変化はない(6 センター)、感染対策(検温など)を行って実施した(61 センター)

一)、二週間以内の行動歴を確認している(1 センター)となった。

問 3-4. コロナウイルス感染症によって貴センターで対応する相談者(当事者・家族)に生じた影響について、以下から該当するものを選択してください(複数可)

症状が悪化ないし再発した(34 センター)、医療機関・自助グループなどが利用できなかった・紹介できなかった(44 センター)、事業への参加者が減った(1 センター)、面談が継続できなかった(1 センター)、事業への参加を促しにくかった(1 センター)、症状が軽快・改善した(3 センター)、問題が目立つようになった(12 センター)、依存対象が変わった(8 センター)、変化なし(5 センター)という回答となった。

問 3-4-1. 上記の問 3-4. にて「症状が悪化ないし、再発した」とご回答されたセンターの方にお伺いいたします。その理由(要因)として考えられるものを、以下から選択してください(複数可)

自助グループや回復施設が利用できない(21 センター)、医療機関への受診控え・受診間隔が空く(9 センター)、在宅時間の増加(24 センター)、空き時間の増加(19 センター)、外出頻度の低下(1 センター)、対人交流の減少(1 センター)、人間関係・家族関係の悪化(12 センター)、感染への不安(12 センター)、失業(8 センター)、休校(7 センター)、特別定額給付金(3 センター)、経済状況の悪化(11 センター)、継続支援の停滞(1 センター)、ワクチン接種映像を見ること(1 センター)という回答となった。

問 3-5. コロナウイルス感染症によって、貴センターが連携する自助グループ・民間回復施設との連携にはどのような影響がありましたか?以下から該当するものを選択してください(複数可)

連携・交流の機会が増えた(1 センター)、相談者を自助グループや回復支援施設に紹介できなかった(22 センター)、相互の人員交流(プログラムへの派遣など)が制限された(24 センター)、自助グループや回復支援施設の動向が把握しづらかった(31 センター)、協力して実施しているミーティング・プログラム・会議などが開催できなかった(27 センター)、実施状況を直前に確認してから出向いたり紹介するようになった(2 センター)、オンラインでの実施が増え遠方の情報が入るようになった(1 センター)、変化なし(6 センター)が挙げられた。

問 3-6. 貴センターが所轄している地域で、依存症の自助グループや回復施設の活動に対して、コロナウイルス感染症拡大により、どのような影響がありましたか?以下から該当するものを選択してください(複数可)

会場が借りられずミーティングなどができない(52 センター)、ミーティング参加者・施設の利用者が減少(31 センター)、外出制限のためミーティングなどができない(24 センター)、訪問支援やメッセージ活動を実施できない(22 センター)、資金の確保が困難になる(11 センター)、ミーティングや活動の形態の変更・規模の縮小(オンライン化・時間短縮など)(57 センター)、参加人数を絞ったため参加できない人がいた(1 センター)、事業内容が変化し参加者交流が減った(1 センター)、把握していない(1 センター)、となった。

(8) 関係機関との連携状況

問 4-1. 以下の機関について、貴センターの薬物依存症支援における連携状況を選択してください。

問 4-2. 上記問 4-1 のいずれかの機関について、具体的な連携の好事例などがありましたらご記載ください（自由記述）。

(表 9)

管内のダルク、NA、ナラノン、医療機関、ダルク以外の回復施設、福祉事務所、保護観察所、児童相談所、その他の機関について、5 件法（連携の機会は非常に多い、連携の機会は多い、連携することはある、連携の機会は少ない、連携の機会はほとんどない・もしくはない）で連携状況（センターにおける相談者の紹介、共同での事業運営、家族教室や回復プログラムの運営における職員派遣、連携会議等の開催）を聴取したところ、ダルクでは連携する機会がすくないかないと答えたセンターは 9 センターで、残り 60 センターは連携の機会がある事が分かった（令和元年度：61 センター）。同様に NA は 32（令和元年度：33 センター）、ナラノンは 26（令和元年度：30 センター）、医療機関が 63（令和元年度：60 センター）、その他の回復施設は 21（令和元年度：28 センター）であり、いずれも令和元年度よりも減少していた。今年度初めて調査した機関については、保護観察所が 60 センター、福祉事務所が 26 センター、児童相談所 14 センターであった。

上記以外の自由記述では、司法矯正機関（9 センター）、保健所（7 センター）、民間相談機関（6 センター）と連携があると回答したセンターが多かった。

連携における好事例では多くの機関の名前があがり、会議の開催や個別ケースの対応で連携していることが明らかになった。また、VBP による連携への好影響を述べる声も多かった。

(9) 専門医療機関との連携状況

問 4-3. 貴自治体における依存症専門医療機関との連携状況について、該当するものを選択してください。

- ① 薬物依存症に対応可能な依存症専門医療機関は選定されていますか？
- ② 貴センターにおける薬物依存症の相談・支援において、依存症専門医療機関へ相談者を紹介したことはありますか？
- ③ 相談者の紹介以外で、薬物依存症の相談・支援において依存症専門医療機関と連携する機会はありますか？
- ④ 前問③で「ある」と回答したセンターにお伺いします。具体的な連携の内容をご回答ください。

(表 10)

専門医療機関が選定済みのセンターは 53 ヶ所であり、前回調査（39 ヶ所）よりも大幅に増加していた。また、専門医療機関との連携の内容ではケースの紹介があると回答したセンターが 51 ヶ所、その他に研修講師（39 ヶ所）、会議の開催（34 ヶ所）、家屋会の講師（21 ヶ所）、ケースカンファレンスの開催（12 ヶ所）、本人向けプログラム講師（6 ヶ所）といった形で連携していた。

専門医療機関との連携における好事例では相互にプログラムに人員を派遣するなどといった交流がある事が示された。

研究③ スティグマ尺度の開発と、自治体職員を対象とした意識調査

(1) 文献レビューと原案作成（表 11）

文献レビューでは、まず Yang らが 2017 年に行ったレビュー研究を基盤とし、同研究で参照されていた文献を通読した。そのうえで、Yang らの研究で参照されていない国内外の研究報告について、google scholar、pub med、

cinii を使用して 2021 年 1 月から 2021 年 4 月までの間に検索を行い、文献のリサーチを行った計 39 の研究論文・書籍を参照した。

スティグマ尺度の基盤には、Link らが開発し、下津らが邦訳を行った、精神障害に対するスティグマを測定する Link Stigma Scale を使用した。本研究では、Link Stigma Scale 本来の 12 項目に加え、研究者らのレビューで新たに 10 項目を追加した、22 項目の質問紙を作成し、これを尺度原案とした。

(2) 当事者と当事者家族インタビュー

次に、(1) の尺度原案の妥当性を確認し、また追加すべき質問がないかを確認するため、当事者および当事者家族に対するインタビューを行った。

インタビューは Cognitive Interviewing と呼ばれる手法 (Beatty & Willis, 2007) を用い、当事者 4 名、当事者家族 4 名に対して、2021 年 10 月から 11 月の間に個別インタビューを行った。インタビューでは、インタビュー者がこれまでの生活の中で感じたスティグマに関するエピソードを聴取したうえで、最後に (1) にて作成した尺度についてどう思うか質問し、また内容についての確認を行った。その結果、尺度に新たに 2 つの質問が追加され、合計 24 項目のスティグマ尺度を尺度原案とした。また、対象者のコメントより、①「自業自得」など一部の言葉の意味が分かりづらい②断薬初期の人では否認を引き起こしやすい、といった尺度に関する意見を受けた。

また、副次的な発見として、インタビューから、多くの当事者は自身が薬物使用に陥る中で周りを傷つけてしまったことを悔いており、このような罪の意識が自己スティグマの形成に関係している事、家族では同居しているきょうだいや親族、その結婚相手などに薬物使用の話をするべきか悩んでいるケースが多いといった事が分かった。更に、家族の体験では「薬物乱

用対策に関する啓発資材作成に携わった際に、薬物依存症に対する間違った知識が啓発されていたが、自分の近親者に薬物依存症の当事者がいることが言い出せず、辛い思いをした」といった体験もきかれた。

(3) 自治体職員を対象とした意識調査 (表 12・表 13)

(2) にて確認された 24 項目のスティグマ尺度について、名古屋市を除く愛知県域と、横浜市の生活保護担当ケースワーカーを対象に意識調査を行った。本調査では 58 名より回答を得た。さらに、統計解析に必要なサンプルサイズを確保するため、全国 69 の精神保健福祉センターの相談員に対しても同様の調査を行った。調査では、回答者の基本的属性のほか、薬物支援従事経験、支援の中での暴力の経験、回答者自身や周囲の身近な依存症者の有無、プログラムや研修の参加経験、薬物依存症に対する知識などを聴取した。

アンケートは、生活保護担当ケースワーカー 58 名、精神保健福祉センター相談員 229 名から回答を得た。探索的因子分析の結果、5 因子 21 項目による尺度構造が導き出され、確認的因子分析より適合度指標も良好な値を示した (RMSEA=0.057, CFI=0.943, TLI=0.932)。尺度は高い内的一貫性を示し ($\alpha=0.92$) スティグマが高い要因として、生活保護担当ケースワーカーであること、薬物依存症の支援従事者であること、年齢が 60 代以上であること、ピアと連携して支援に当たった経験がないこと、支援の中で被暴力被害の体験があること、回復した薬物依存症者にあつた経験がないこと、プログラムに参加した経験がないことといった要因が挙げられた (いずれも $p<0.05$)。

また、調査の副次的発見として、支援者の中で、支援の場面以外で薬物を使用した経験がある人が身近にいる人の割合は 10.1%、アルコールやギャンブルでは 26.8%に上る事がわかっ

た。また、1%の支援者に、自信が薬物使用の事で悩んだことがあることが分かった。

(4) 生活保護担当ケースワーカー研修での尺度の試用 (表 14)

スティグマ尺度の有用性を検証するため、(3)の調査に加えて、研究2の生活保護担当ケースワーカーを対象とした薬物依存症対応基礎研修の事前(pre)、休憩中(mid)、事後(post)で本尺度の入力を参加者に依頼し、研修を通じた本尺度の変化について解析を行なった。完全データ(n=24)について、Bonferroniの多重比較を行った結果、のpre-post比較では有意な変化を認めなかった(p=.071, d=.31)。pre-midの比較でも同様に有意差は認めなかった(p=1.0, d=.005)が、mid-postの比較では1%水準で有意差を認め、介入後にスティグマが減少していた(p=.010, d=.26)。

D. 考察

研究①では、全国の生活保護担当ワーカーの薬物依存症を有する生活保護受給者への支援の技術の向上を目的とした研修会を開催し、その効果を検証した。各回とも有意な研修効果を認め、参加者の感想からは、基本的な知識の習得に加え、当事者に伴走しながら関係を築き支援を継続していけそうといった態度の変化を認め、令和2年度に実施した研修参加者に対する追跡調査より、その効果は研修終了後6か月を経過しても維持されていた。また、研修に参加することでダルクなどの当事者とケースワーカーの連携機会が増えることも確認された。当事者の体験談や取り組みの報告が効果的であった可能性があり、今後の研修でも当事者団体と積極的に協働積極的に取り入れるべきと考えている。オンラインでの研修は全国的に参加しやすいことも分かったが、安定した通信環

境は重要であり、またグループワークなど双方向のやりとりも要望がある。薬物依存症からの回復において、生活保護を受給していることは保護因子となると先行研究でも指摘しており、生活保護担当ケースワーカーに対して薬物依存症に関する研修を継続的・全国的に実施していくことの意義は極めて大きいであろう。

研究②では、全国の精神保健福祉センターの薬物相談の現状を調査し、相談の増加傾向より薬物相談における精神保健福祉センターの役割の重要性は年々高まっている。一方で、回復プログラムの実施状況は、人員やノウハウの不足が要因で増加しておらず、これらの課題への対処が必要である。

コロナウイルス感染症予防の関連で、相談事業が中止・縮小・変更するなどしており、相談事業の新規開始ができなかったり、継続できずに依存問題が再発したりしている。精神保健福祉センターで開催されるプログラムは地域の薬物依存症の当事者の回復に一定の役割があり、コロナウイルス感染症によってこれが開催できない状況が対象者の回復に与える影響は決して無視できるものではない。特に、2年間の調査でともに家族支援プログラムの中止数が大きかったことを考えてみると、本人たちに比べて社会資源が限られている家族にとって、家族支援プログラムの中止は本人たち以上に影響が大きいものと推察される。それゆえ、感染症下でも開催可能となるような形態を検討し、その実施を積極的に支援していくことと、家族支援プログラムを診療報酬算定することでこれが医療機関での実施を普及していくことの重要性も大きいと考えられた。

研究③では文献レビューと当事者やその家族へのインタビューを通じてスティグマ尺度を開発した。ここでも当事者や家族の経験知を重視した尺度の構成は、統計学的にも妥当であることが示された。今後は、自治体などで実施される啓発活動や講演会、当事者の活動などに

において本尺度を利用することで、薬物依存症に対するスティグマを低減する方策についてのエビデンスが蓄積されていくことが期待される。

また、当事者家族に対するインタビューでは、薬物乱用対策の啓発資材の作成場面などで薬物依存症者のスティグマを助長する内容の啓発が一部の有識者からなされており、これらの否定的なイメージを助長する啓発活動が当事者やその家族が声を上げづらくする要因として作用している可能性が考えられた。補足するように、意識調査でも実に10%の回答者に近親者に薬物使用者がいることから、違法薬物などの薬物依存症は決して珍しいものではなく、これまでの否定的な啓発活動がスティグマを助長しており、当事者やその家族の存在が社会で十分に認知されていない可能性が考えられた。

本研究より、当事者との接近体験やプログラムへの参加など、当事者の存在をより身近に感じられることがスティグマを軽減させることにつながる可能性が指摘された。このように薬物依存症が広く一般社会に覚知され、スティグマ化された違法薬物使用者像から離れ、多様な使用者／回復者像があることが十分に社会によって認識されることが、当事者の回復にとって有効に作用するとともに、多様な回復者像から薬物依存症を予防するための正しい教育・啓発活動の指針が得られる可能性が考えられた。

E. 結語

本分担研究では、精神保健福祉センター、生活保護担当部局など、薬物依存症支援に関わる行政機関への知識の啓発、支援体制の充実についての研究を行った。今後も、支援状況のモニタリングと課題抽出、エビデンスに基づく啓発活動や教育機会の提供、などを通して、薬物依

存症からの回復を支援していくことが重要となる。

F. 健康危険情報

(省略)

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 謝辞

大変多忙な業務の中、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と、研修にご参加いただいた全国の生活保護担当ワーカー等の方々に心よりお礼を申し上げます。

J. 参考文献

なし

表 1 参加者の属性

	8月	10月
男性：女性	11：22	14：10
資格		
社会福祉士	16	4
精神保健福祉士	8	4
看護師	3	2
保健師	5	4
心理師・士	2	1
作業療法士	1	1
その他	3	0
特になし	7	12
生保 W：それ以外	22：11	16：8
経験年数（Wのみ）	3.55年	2.19年
薬物ケース経験	14(63.6%)	9(56.3%)

表 2 J-DDPPQ の結果

	pre		mid		post		pre-mid		mid-post		pre-post	
	平均	標準 偏差	平均	標準 偏差	平均	標準 偏差	p 値	効果量	p 値	効果量	p 値	効果量
8 月	73.58	23.17	79.82	24.67	90.33	19.01	.012	.26	.001	.48	<.001	.79
10 月	75.21	22.32	85.5	22.08	92.04	21.1	.002	.46	.012	.3	<.001	.77

図 1

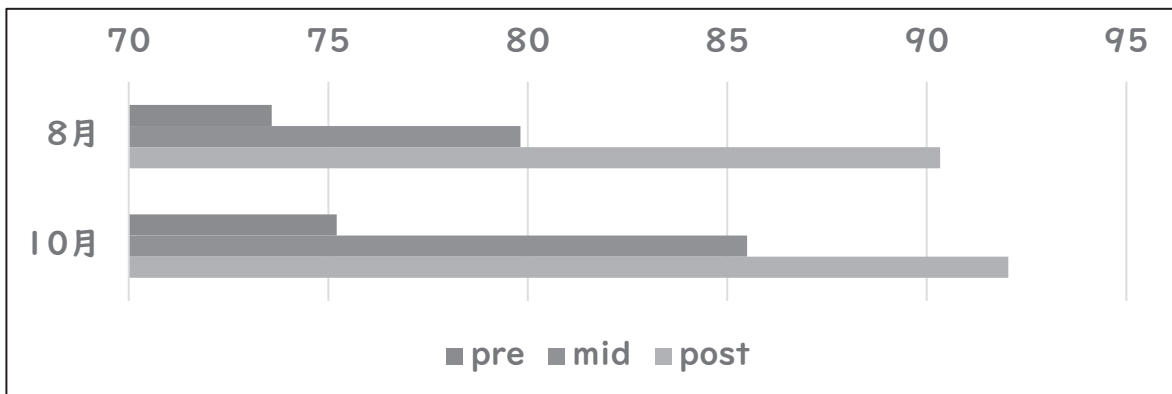


表3 ケース対応で困る事（第一回研修）

- 思考力等の低下により病院や施設の職員に暴力行為等を働いた結果、面会不能となり定例訪問が困難な状態が長期化したことがある。
- 何を言ってるか分からない時があります
- 感情の起伏が激しい
- 思いと行動のギャップ
- どんな人なんだろう
- 薬物による後遺症なのか、性格なのか、判断の難しいところだが、対人関係の取りにくさを感じる。
- 本人が相談・回復プログラムの場に現れない、継続しないこと
- 相談希望を受けても長期的な関わりを維持しづらく、相談が途切れてしまう。

表4 研修に参加しての感想（第一回研修）

8月	
視聴環境が悪かった	なるほどと思った。でも声小さいし環境面が良くなかった
	先生の声が聞こえずらかったので、あまり内容が理解できませんでした。マイクをもう少し近くにしてもらいたかったです。他の講師の方のお話はとてもよく聞こえました。事例も多く聞くことができ勉強になりました。
経験者の意見を聞けて自分の支援方法に役立つ	相談を受ける方法は薬物依存だけでなく、自身と違う感性を持った人と話す際にも使えると感じた。
	当事者の方の体験談や考え方の変化が聞けて、ケースへの支援に役立てられます。
	先生のご講義から体験談、またダルクの話しを含め勉強できることができ今後の薬物依存者への相談に活かしていきたいと思います。
ダルクに関する知識が深まった	ダルクについて知れてよかった。
	ダルクの方の体験談はいつも参考になります
薬物利用者の経験への理解	実際に過去に薬物を使用した方で、更生されて支援をする側になった方のお話を聞き、薬物依存には簡単になってしまうものの、抜け出すのはとても大変であるのだと感じた。

	<p>生活保護担当ではないのですが、依存症関連問題を担当している立場として、生活保護の観点からも学ぶことができました。やはり当事者の方のお話は刺さるものがありました。</p> <p>実際に薬物依存性を経験された方達の話は、その苦悩など話してくださり、胸に響きました。しらふでいることの辛さなども伝わってきました。</p> <p>薬物依存に至る過程やその当事者の感情面を詳しく知ることができてとても勉強になりました。</p> <p>当事者の生の話が聞けてとてもよかった。先生の話は分かりやすい。</p> <p>講義と体験談、ケースとバランス良く色んな話を聴くことができ良かったです。</p> <p>当事者の方のお話は、大変興味深く拝聴させていただきました。</p>
	<p>先生の話も、ダルクの方々の話もとても参考になりました。依存症の話は、聞けば聞くほど、奥が深いなと思います。また、多くの方が、依存の状態にある（因子を持っている）と思うので、多くの人に、このことを知ってもらい、より生きやすい世の中になるといいなと思います。</p>
薬物治療への理解が深まった	<p>薬物治療についての知識があまりなかったのですが、その知識を少しでも得られてよかった。</p>
守秘義務についての知識を得た	<p>守秘義務優先の説明を丁寧にしていただけてよかった。</p>
事例が勉強になった	<p>事例も多く聞くことができ勉強になりました。</p> <p>事例を多く取り上げていたので、わかりやすく現実味が伝わってきました。</p> <p>講義と体験談、ケースとバランス良く色んな話を聴くことができ良かったです。</p>
専門機関へつなぐ流れが確認できた	<p>専門的な機関につなぐまでの段階をどう踏んでいくのか、どうかかわっていくのか、そのコツやクライアントの捉え方が見えてきた気がした。</p>
様々な内容で理解が深まった	<p>講義と体験談、ケースとバランス良く色んな話を聴くことができ良かったです。</p>
対応全般を知れた	<p>薬物相談を受けても、どのように対応してよいか悩んでいたため、とても参考になりました。回復のための具体策について、また教えていただける研修があれば嬉しいです。</p>
自助グループへの繋ぎ方を知りたい	<p>当事者の方のお話は、大変興味深く拝聴させていただきました。</p> <p>自助グループが依存性の回復に有効なのは理解できましたが、自助グループにつながるまでのハードルが高い方がいらっしゃいます。つなぐタイミングや声かけが、課題です。</p>

表 5 ケース対応で困る事（第二回研修）

- 特になし
- 理解力の程度不明
- 来所相談の継続が難しい
- 刑務所から出所した覚醒剤後遺症のケースですが、投薬による病状が安定するまで意思疎通も困難で、粗暴性があり、複数職員で毎月訪問する等、対応に苦慮しました。投薬の効果で病状、精神状態が安定してからは、障害サービスの利用などにより落ち着いた居宅生活が送れています。
- 薬物依存に特化した専門知識がないこと
- これまで逮捕歴がある方であっても、生活保護ケースワーカーに薬物に関わる相談をしにくい（相手方にとっては通報されるリスクや保護を廃止されるかもしれないといったことや援助関係の構築ができていないことがあると思いますが）ため、CWとして積極的に関わることがなく、逮捕されていくことがあります。逮捕歴がある方でもそうなので、他の方も相談できないことがあるのだらうと思います。
- 適切な面談、関わり方等

表 6 研修に参加しての感想（第二回研修）

10 月	
Web 形式で参加しやすかった	web 研修という形態は参加しやすかった。事前資料も見やすかった。
説明が分かりやすかった	噛み砕いた説明をしていただいたことや、ダルクの方から生の声を聞いたことは、薬物依存の方を理解することにつながった。
双方向もしくは参加者同士が交流できると良い（ブレイクアウトルームなど）	ブレイクアウトルームを使って、双方向のやり取りができたり、CW どうしの交流をしたりする機会があるとなお良いと思います。本市では生活保護担当者も事務局に入って、ダルク、NA、AA、断酒会などの方と専門医療機関の方と地域の支援者などが参加する研修会（主に事例検討会）をしています。ブレイクアウトルームだと皆さんが気軽に自分の困りごとを当事者の方に質問されています。また、研修講師が精神保健福祉センターやダルクが入っていますが、生活保護担当者がいないように見受けられました。そのためか生活保護制度に関する知識や事務局メンバー内の共有がうまくできていなくて、双方向のやり取りをする分には良いですが、研修として提供するにはちょっと不安に思うことがありました。
関連相談先を知ることができた	薬物依存症の方に対し福祉事務所だけでなく、様々な機関や団体が連携して、社会復帰のために協力していることが知れ、今後相談等する際は利用させてほしいと思いました。

保護費を理解できた	保護費支給根拠を知れてよかった
警察への通報の基準を知りたい	実際に薬物の所持等を確認した際に警察に通報する基準がわかりません。
	薬物使用者に対し、通報かダルクに繋ぐか二択を迫る対応でいいのでしょうか？
担当ケースと繋げて理解が深まった	覚醒剤を使用して逮捕された保護者を担当しているが、今回の研修を参考にしたい
	現在担当しているケースに薬物依存の方もいらっしゃるの、接し方や関係機関との関わり方が今までよりも掴めだと思えます。
日々の業務に生かせそう	今回の研修で得たことをできる限り、日々の業務に活かしていきたい
誰でもなりうると理解できた	薬物依存症には咳止めの薬等も含まれるため、薬物依存に陥る可能性は誰にでもあり得ると気づけました。
体験談で理解が深まった	薬物依存の体験談を聞き、体験者の気持ちを知ることができてよかったです。"
	ダルクの方から生の声を聞いたことは、薬物依存の方を理解することにつながった。
	依存症について学ぶとともに、生活保護を受けている方の体験談を聞くことができ、よかったです。
体験談で前向きに理解が深まった	薬物依存から脱却しようとするケースへの対応の勉強になりました。ありがとうございました。私が担当した薬物依存症から生活保護受給となったケースでは、再犯してしまった世帯が2世帯、後遺症で就労が絶望的な世帯が2世帯あります。依存症からの回復の困難を痛感していましたが、今回の研修で長い時間を経て回復された方に会えて、嬉しく思いました。
依存症について理解が深まった	引き金となるものがごく身近に存在すること、また本人の気持ちかたで何とかなるものではないということを学びました。職場でも共有したいと思えます。
失敗があっても支え続けられるようになりたい	実際の体験談を聞いたことで、依存症に対する理解が深まったと思います。自身のことを、言葉で表せれるようになるまでの道のは、きっと想像している以上のものだと思います。自分が依存性の方を担当するときには、失敗があっても責めず、回復しつづけることを支えられるように、今日の研修での学びを活かしていきたいです。
関係づくりを学びたい	当事者の方のお話を聞くたびに（このような研修があれば、よく参加させていただくのですが、その度に）今を生き生きとしていらっしゃる姿に、感動し、リスペクトせずにはられません。本日はありがとうございました。ケースワーカーは、制度としての

	援助はルールに沿ってしか動けないので、具体的な援助は面接対応にあると思います。受給者に対し、法律の文面通り指導的に関わると反発されてしまうことが多い（当たり前のことですが）ので、関係づくりの部分で、援助技術を学べる機会があるといいと思います。"
寛容な社会が望ましい	回復を支援する上で、生活保護が必要な期間は、遠慮することなく適応になるような寛容な社会であってほしいと思う。
生活保護担当者が依存症を理解することは重要	生活保護担当者向けのアディクションに関する研修はとても有意義だと思います。地域の支援者の中で最もアディクトと接するのが生活保護担当者だと思います。
無理して生活保護廃止することないようにしたい	生活保護法で廃止になる場合が定められていますし、経済的な保障が第一義的に重要であるため生活保護を直ちに廃止することはできませんが、今日の内容ではもしかしたら「ダルクの人もけじめとして生活保護を切るべきだと言っていた」というように使われてしまって無茶な生活保護の廃止に繋がらないか心配に思いました。

表7 全国の精神保健福祉センターの薬物及び全相談の概況

	回答数	平均値	最小値	最大値	標準偏差
H26 薬物相談	68	104.8	0	1197	222
(参考) 全相談	69	3799.6	622	14268	3301.2
H27 薬物相談	69	77.3	0	690	138
(参考) 全相談	69	3946.7	53	15625	3424.5
H28 薬物相談	69	90.1	0	935	161
(参考) 全相談	69	4059.4	28	14914	3468.2
H29 薬物相談	69	98.2	0	833	152.6
(参考) 全相談	69	4810.4	87	12702	3324.1
H30 薬物相談	69	126.8	1	1157	223.3
(参考) 全相談	69	5461.1	185	14520	3461.3
R1 薬物相談	69	145.2	1	1348	221.8
全相談	69	5312.9	112	12683	3346.7
R2 薬物相談	69	168.5	3	1408	252.1
全相談	69	5890.3	141	14849	3778.7

表 8 コロナウイルス感染症による精神保健福祉センターの相談体制への影響

	相談	本人 PG	家族教室
検温などの感染対策	65	47	44
規模の縮小	12	11	16
中止	12	19	26
リモート開催	11	5	9
新規の受け入れ停止	0	3	2
形態の変更	0	2	0
COVID-19 以前から変化なし	6	4	2

表 9 関係機関との連携状況

	非常に多い	多い	することはある	少ない	ほとんどない、もしくはない
ダルク	20 (20)	24 (23)	16 (18)	5 (5)	4 (3)
NA	0 (1)	10 (5)	21 (27)	17 (16)	20 (20)
ナラノン	0 (3)	11 (9)	14 (18)	10 (9)	33 (30)
医療機関	14 (12)	22 (20)	27 (28)	4 (4)	2 (5)
ダルク以外の施設	2 (2)	6 (7)	13 (5)	5 (19)	43 (36)
福祉事務所	1	6	19	19	24
保護観察所	12	23	25	6	3
児童相談所	0	3	11	16	39

※ カッコ内は令和元年度調査時の回答

表 10 専門医療機関との連携の状況

	ある (n=53)
ケース紹介	51
研修講師	39
会議の開催	34
家族会の講師	21
ケースカンファレンス	12
プログラム講師	6

表 11 レビュー文献一覧

	筆者	文献名	備考
1	Yang, L. H., Wong, L. Y., Grivel, M. M., & Hasin, D. S.	Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. <i>Current opinion in psychiatry</i> , 2017; 30(5): 378-388.	
2	Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., Meltz, H.	Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. <i>World Psychiatry</i> . 2005; 4:106-13.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
3	Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, et al.	The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. <i>Am J Public Health</i> . 1999; 89:1339-45.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
4	Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, et al.	The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. <i>Alcohol Alcohol</i> . 2011; 46:105-12	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
5	Corrigan PW, Kuwabara SA, O'Shaughnessy J.	The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample. <i>J Soc Work (Lond)</i> . 2009; 9:139-47.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
6	Semple SJ, Grant I, Patterson TL.	Utilization of drug treatment programs by methamphetamine users: The role of social stigma. <i>Am J Addict</i> . 2005; 14:367-80.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
7	Mannarini S, Boffo M.	Anxiety, bulimia, drug and alcohol addiction, depression, and schizophrenia: what do you think about their aetiology,	Yang のメタ解析にて

		dangerousness, social distance, and treatment? A latent class analysis approach. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015; 50:27-37.	含まれていた文献
8	Crisp AH, Gelder MG, Rix S, et al.	Stigmatisation of people with mental illnesses. Br J Psychiatry. 2000; 177:4-7.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
9	Hengartner MP, Loch AA, Lawson FL, et al.	Public stigmatization of different mental disorders: A comprehensive attitude survey. Epidemiol Psychiatr Sci. 2013; 22:269-74.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
10	Mushtaq S, Mendes V, Nikolaou V, Luty J.	Analysis of the possible components of stigmatised attitudes towards depression and heroin dependence. J Subst Use. 2015; 20:399-406.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
11	van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF.	Public opinion on imposing restrictions to people with an alcohol- or drug addiction: a cross-sectional survey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013; 48:2007-16.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
12	Sorsdahl K, Stein DJ, Myers B.	Negative attributions towards people with substance use disorders in South Africa: variation across substances and by gender. BMC Psychiatry. 2012; 12:101.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
13	Sorsdahl KR, Stein DJ.	Knowledge of and stigma associated with mental disorders in a South african community sample. J Nerv Ment Dis. 2010; 198:742-7.	Yang のメタ解析にて含まれ

			ていた文献
14	Marie D, Miles B.	Social distance and perceived dangerousness across four diagnostic categories of mental disorder. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> . 2008; 42:126-33.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
15	Crespo M, Perez-Santos E, Munoz M, Guillen AI.	Descriptive study of stigma associated with severe and persistent mental illness among the general population of Madrid (Spain). <i>Community Ment Health J</i> . 2008; 44:393-403.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
16	Koski-Jannes A, Hirschovits-Gerz T, Pennonen M.	Population, professional, and client support for different models of managing addictive behaviors. <i>Subst Use Misuse</i> . 2012; 47:296-308.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
17	Thege BK, Colman I, El-Guebaly N, et al.	Social judgments of behavioral versus substance-related addictions: A population-based study. <i>Addictive Behaviors</i> . 2015; 42:24-31	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
18	Herek GM, Capitano JP, Widaman KF.	Stigma, social risk, and health policy: public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness. <i>Health Psychol</i> . 2003; 22:533-40.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献
19	Capitano JP, Herek GM.	AIDS-related stigma and attitudes toward injecting drug users among Black and White Americans. <i>Am Behav Sci</i> . 1999; 42:1148-61.	Yang のメタ解析にて含まれていた文献

20	Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine	Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change	
21	国立精神神経医療研究センター	薬物依存症者の就労支援に関する研究 特例子会社を対象とした意識調査報告書	
22	熊谷 晋一郎	スティグマへの抵抗～障害と依存症を例に～. 日本社会福祉学会中国・四国ブロック 第7号 2020.9	
23	深谷 裕	包摂型社会実現の課題：薬物依存症回復施設と地域住民との関係性. 北九州市立大学地域戦略研究所. 2020. 3	
24	Gonzalez M, Clarke DE, Pereira A, et al.	The impact of educational interventions on attitudes of emergency department staff towards patients with substance-related presentations: a quantitative systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017;15(8):2153-2181.	
25	Janulis, P., Ferrari, J. R., & Fowler, P.	Understanding public stigma toward substance dependence. Journal of Applied Social Psychology, 2013 ; 43(5), 1065-1072.	
26	Link, B. G.	Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection.	

		American Sociological Review, 1987 ; 52(1), 96-112. https://doi.org/10.2307/2095395	
27	Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L.	On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. J Health Soc Behav. 1997;38(2):177-190.	
28	Link, B. G., & Phelan, J. C.	Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology, 2001 ; 27, 363-385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363	
29	Link BG, Yang LH, Phelan JC, Collins PY.	Measuring mental illness stigma. Schizophr Bull. 2004;30(3):511-541. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098	
30	Volkow ND.	Stigma and the Toll of Addiction. N Engl J Med. 2020;382(14):1289-1290. doi:10.1056/NEJMp1917360	
31	National Institute on Drug Abuse	Words Matter – Terms to Use and Avoid When Talking About Addiction. https://www.drugabuse.gov/nidamed-medical-health-professionals/health-professionals-education/words-matter-terms-to-use-avoid-when-talking-about-addiction . Nov 29, 2021	
32	Venniro, M., Zhang, M., Caprioli, D. et al.	Volitional social interaction prevents drug addiction in rat models. Nat Neurosci 21, 1520-1529 (2018). https://doi.org/10.1038/s41593-018-0246-6	
33	Tuliao AP, Holyoak D.	Psychometric properties of the perceived stigma towards substance users scale: factor structure, internal consistency, and associations with help-seeking variables. Am J Drug Alcohol Abuse. 2020;46(2):158-166. doi:10.1080/00952990.2019.1658198	
34	van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF.	Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug Alcohol Depend. 2013;131(1-2):23-35. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018	

35	Wogen J, Restrepo MT.	Human Rights, Stigma, and Substance Use. Health Hum Rights. 2020;22(1):51-60.	
36	谷口俊恵	薬物依存症者の親たちの困難感—自助グループにつながった親たちの語りより—Core Ethics Vol. 12 (2016) : 197-208.	
37	ASK(アルコール薬物問題全国市民協会)	季刊ビィ増刊号「依存症」偏見とスティグマ. 28. 2019年12月.	
38	松本俊彦	なぜ発言するのか—薬物依存症田にするスティグマ低減のために—. 精神科治療学. 2020 ; 35 (7) : 717 ^ 722	
39	Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA.	Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. Am J Public Health. 1999;89(9):1328-1333. doi:10.2105/ajph.89.9.1328	

表 12 因子負荷表

		ML1	ML2	ML3	ML4	ML5
s1	多くの人は、以前薬物を使用した人を親友として喜んで受け入れる	0.046	0.509	-0.068	0.217	-0.023
s2	多くの人は、薬物を使用した人を平均的な人と同じくらい知的であると信じている	0.188	0.686	-0.136	-0.066	-0.117
s3	多くの人は、以前薬物を使用した人を平均的な人と同じくらい信用できると信じている	-0.057	0.934	0.064	-0.049	0.001
s4	多くの人は、以前薬物を使用した人が、現在は完全に回復した人を、公立校の幼い子どもの教師として受け入れる	-0.067	0.533	0.032	0.096	0.235
s20	多くの人は、以前に薬物を使用した人は自分の身近にはいないと思う	0.221	-0.108	0.511	0.124	-0.137
s21	多くの人は、自分がその人のように薬物を使用することはないと思う	-0.089	0.014	0.881	-0.054	0.095
s5	多くの人は、薬物を使用することは人としての失敗のしるしだと感じている	0.258	0.057	0.011	-0.093	0.449
s6	多くの人は、たとえその人がかなり長い間良い状態を保っていても、以前薬物を使用した人を子どもの世話のために雇わない	-0.033	0.026	0.007	0.035	0.765
s9	多くの雇用者はほかの応募者の方を選んで、以前薬物を使用した人の応募をさける	0.023	0.017	-0.069	0.190	0.475
s11	多くの若者は、薬物の使用歴のある若い男女とデートしたがる	-0.128	0.005	-0.058	0.452	0.154
s13	多くの人は、たとえその人がかなり長い間良い状態を保っていても、以前薬物を使用した人の子どもと、自分の子どもを遊ばせない	0.100	0.107	0.070	0.567	0.035
s14	多くの人は、以前薬物を使用した人と近所づきあいをしたいと思わない	0.185	0.059	0.057	0.746	-0.080
s12	多くの人は、ひとたび、ある人が薬物を使用したことがあると知ってしまったら、その人の意見をあまり真剣に聞き入れなくなる	0.475	-0.021	-0.111	0.207	0.166
s15	多くの人は、以前に薬物を使用した人のことを道徳的に劣っていると思う	0.719	-0.026	-0.046	0.173	0.028
s16	多くの人は、以前に薬物を使用した人のことを意志が弱いと思う	0.934	-0.114	0.006	-0.082	0.067
s17	多くの人は、以前に薬物を使用した人のことを危険だと思う	0.586	0.035	0.099	0.284	-0.063
s18	多くの人は、一度薬物を使用してしまった人でも、今後幸せな生活を送ることができると思う	0.615	0.069	-0.063	-0.207	0.083
s19	多くの人は、以前に薬物を使用した人のことを怖いと思う	0.579	0.006	0.086	0.213	-0.032
s22	多くの人は、薬物を使用した人の気持ちを理解できる	0.501	0.136	0.186	-0.096	-0.097
s23	多くの人は、以前に薬物を使用した人のことを自業自得だと思う	0.899	-0.099	0.102	-0.178	0.091
s24	多くの人は、以前に薬物を使用した人の話に耳を傾ける	0.797	0.123	-0.111	-0.136	-0.009
s7	多くの人は薬物を使用したことのある人を軽視している	削除				
s8	多くの雇用者は、その人に仕事をする資格があるならば、以前薬物を使用した人でも雇う	削除				
s10	地域の多くの人は、他の誰かを扱うのとまったく同じように、以前薬物を使用した人を扱う	削除				

表 13 意識調査の結果

		合計	ML1	ML2	ML3	ML4	ML5
信頼性係数		0.92	0.91	0.80	0.65	0.71	0.67
職場の違い	p value	0.00	0.00	0.00	0.64	0.00	0.00
	CW	61.90	25.10	12.20	6.20	9.30	9.10
	MHWC	56.00	23.00	10.60	6.30	8.10	8.00
性差		0.45	0.40	0.27	0.14	0.20	0.20
年齢差		0.06	0.01	0.90	0.40	0.02	0.20
臨床経験の有無	p value	0.00	0.00	0.13	0.24	0.04	0.03
	なし	52.50	20.78	10.34	6.00	7.75	7.59
	あり	57.70	23.76	10.90	6.29	8.44	8.30
経験年数相関		0.12	0.14	0.05	-0.03	0.09	0.12
頻度差	p value	0.08	0.06	0.60	0.60	0.15	0.09
ピアとの連携経験	p value	0.08	0.19	0.70	0.01	0.21	0.03
	なし	58.88	24.21	10.99	6.51	8.59	8.57
	あり	56.76	23.38	10.87	6.11	8.32	8.05
被暴力体験の有無	p value	0.00	0.00	0.08	0.09	0.00	0.11
	なし	56.68	23.24	10.79	6.22	8.25	8.18
	あり	61.03	25.41	11.39	6.51	9.07	8.66
近親者薬物使用の有無	p value	0.61	0.35	0.62	0.79	0.08	0.60
	いない	57.05	23.35	10.85	6.25	8.40	8.19
	いる	57.86	24.14	11.07	6.31	7.97	8.38
近親者の飲酒・ギャンブル問題の有無	p value	0.72	0.15	0.12	0.70	0.58	0.94
	いない	56.98	23.15	11.00	6.24	8.39	8.20
	いる	57.43	24.09	15.55	6.30	8.27	8.22
回復した薬物依存症者との接近体験の有無	p value	0.04	0.12	0.01	0.33	0.13	0.10
	なし	59.98	24.47	11.76	6.41	8.71	8.63
	あり	56.50	23.18	10.69	6.22	8.28	8.12
プログラム参加経験の有無	p value	0.10	0.48	0.06	0.74	0.03	0.01
	なし	58.11	23.64	11.14	6.24	8.59	8.50
	あり	56.22	23.21	10.63	6.28	8.15	7.95
自身の薬物問題の有無	p value	0.70	0.77	0.55	0.60	0.46	0.71
	なし	57.16	23.43	10.90	6.25	8.37	8.22
	あり	51.33	21.33	9.00	6.67	7.00	7.33
自身または家族の薬物問題についての相談経験の有無	p value	0.23	0.28	0.18	0.70	0.05	0.86
	なし	57.19	23.46	10.91	6.25	8.38	8.20
	あり	53.00	21.30	9.80	6.10	7.50	8.30
クイズとの相関		-0.19	-0.13	-0.12	-0.12	-0.23	-0.19
自分が薬物使用で悩んだら相談したいと思うか	p value	0.89	0.54	0.58	0.80	0.68	0.45
	いいえ	56.60	22.20	11.30	6.40	8.10	8.60
	はい	57.08	23.47	10.81	6.27	8.35	8.18
自分が薬物使用に悩んだら周囲に隠したいと思うか	p value	0.40	0.74	0.62	0.26	0.15	0.42
	いいえ	56.33	23.30	10.73	6.15	8.10	8.05
	はい	57.48	23.54	10.88	6.34	8.46	8.26
困っている薬物使用者がいたら助けたいと思うか	p value	0.08	0.12	0.02	0.42	0.29	0.57
	いいえ	61.58	25.33	12.25	6.58	8.92	8.50
	はい	56.85	23.33	10.76	6.26	8.31	8.18

赤字が $p < 0.05$ となった項目。太字が、スティグマが高かった群

表 14 生活保護担当ケースワーカー向け研修でのスティグマ尺度の変化

		合計	ML1	ML2	ML3	ML4	ML5
pre	平均	59.90	25.25	12.08	5.92	8.81	7.92
	SD	9.70	4.46	2.12	1.21	1.79	1.91
mid	平均	59.46	24.83	12.08	5.54	8.67	8.33
	SD	9.93	4.58	1.84	1.41	1.86	1.83
post	平均	56.79	23.71	11.25	5.50	8.29	8.04
	SD	10.33	4.93	2.03	1.41	1.71	1.71
pre-mid	p value	1.00	1.00	1.00	0.23	1.00	0.76
	effect(d)	0.05	0.09	0.00	0.29	0.08	-0.22
mid-post	p value	0.01	0.07	0.05	1.00	0.30	0.90
	effect(d)	0.26	0.24	0.43	0.03	0.21	0.16
pre-post	p value	0.07	0.06	0.13	0.32	0.51	1.00
	effect(d)	0.31	0.33	0.40	0.32	0.30	0.17

※ 有意水準は 0.05 Bonferroni の多重比較による

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
筑波大学医学医療系 准教授

研究要旨：

【目的】本研究の目的は、更生保護施設における薬物問題を持つ人の回復状況やそれに対して刑の一部執行猶予制度や施設の支援や関連機関との連携状況が与える影響を明らかにすることである。

【方法】以下の3つの研究を行った。

研究1：施設利用者に対する縦断的アンケート調査：施設利用者に対して、入所時と退所時、退所後に薬物依存に対応する動機づけ（SOCRATES）、精神健康（K6）、適応上の問題（薬物巻れ問題尺度）を測定し、またその変化に刑の一部執行猶予制度の対象であることや、支援内容が与える影響を分析した。

研究2：更生保護施設の利用者や支援者の質的研究：面接記録について、複線径路等至性アプローチ（Trajectory Equifinality Approach、TEAと記す）による質的分析を行った。

研究3：更生保護施設と関連機関の意見交換会：更生保護施設・保護観察所、医療保健機関、ダルク等の援助者を集めて意見交換会を開催し、支援におけるポイントをまとめ、これを小冊子にまとめた。

（倫理面への配慮）研究1、2、3とも筑波大学医の倫理委員会で承認されている。

【結果と考察】

（研究1）入所時400事例、退所時220事例、退所後3か月時66事例のデータを収集して、それらを分析した結果、以下の所見を得た。

- ・入所時と退所時のデータの比較したところ、薬物関連問題尺度の生活困難の得点やK6得点の低下が認められた。更生保護施設での支援を受けて就労や子育て精神的なつらさを乗り越える生活上の自信を高めることができおり、精神健康状態も改善している。このように安定化できた実感もあり、退所時の施設におけるケアに対する主観的な評価は95%の人が肯定的であった。
- ・SOCRATESの総得点、病識、迷いの得点が、3時点（入所時・退所時・退所後差3か月）で低下していた。自分の薬物問題を受け止め、これを変えていく動機づけが時間とともに低下することが確かめられた。退所後3か月時において半数以上の回答者が薬物欲求を生じていると答えており、薬物依存の回復を継続する働きかけの重要性があらためて確かめられた。
- ・刑の一部執行猶予制度の対象者では、非対象者に比べて、3時点を通じてのSOCRATESの得点の低下が少ないことが確認された、同制度が薬物問題へ取り組む意識の継続に効果を上げていることが確認された。
- ・退所後の相談継続やそれに向けた働きかけの実態については、①入所中に導入された支援としては、認知行動療法は45.0%、ダルクや自助グループは35.9%、精神保健福祉センター・医療機

関 20.9%、更生保護施設職員の個別相談は 54.5%であった。②退所後 3 か月のアンケートでは、退所後に受けている支援としては、ダルク・自助グループは 12.5%、精神保健福祉センター・医療機関 6.3%、定着支援センター 2.1%、更生保護施設職員の個別相談は 29.2%、就労支援 27.1%であった。退所後 3 か月に地域の相談機関につながっていることを目的変数とした重回帰分析では、入所中のダルク・自助グループの紹介や刑の一部執行猶予制度の対象者であること、退所時の SOCRATES 総得点が有意に関連していた。また、この退所時の SOCRATES の総得点を目的変数とした重回帰分析により、この得点に対してダルク・自助グループや精神保健福祉センター・医療機関の導入および刑の一部執行猶予制度の対象となっていることが有意な関連があることが確かめられた。制度を用いて地域の機関につなぐ働きかけが退所後の回復支援の継続に役立っていることが確かめられた。

(研究 2) 更生保護施設の利用者の回復過程に関して TEA を用いた質的研究を行ない、職員の個別的な関わりをもとに自分の問題を受け止めてくれると感じたことが、生活パターンや薬物使用における自分の感情の内省あるいは退所後に支援機関につながる力を育むことにつながっていることが示された。

(研究 3) 上述の調査所見と、更生保護施設の職員と関連機関の関係者を集めた意見交換会で意見聴取をもとに、多職種多機関の連携を円滑にするためのポイントをまとめたパンフレット作成を行った。

【結語】 本年の研究の結果、更生保護施設では職員の支援的な関りを支えとして、生活上の自信をつけ、精神健康の改善する効果が出ていること、そしてそれは利用者にも高く評価されていることを確認した。薬物問題への回復の動機づけは時間がたつと低下していく傾向があるが、刑の一部執行猶予制度対象事例ではその低下を防ぐ効果を持っていること示唆された。薬物問題に取り組む動機づけの維持とともに施設でのダルク・自助グループや精神保健福祉センター・医療機関などへの導入は、退所後の支援に結び付いていることが確認された。以上のような更生保護施設の働きかけやその後の連携に関するポイントを関係者が共有し、交流を持つことが重要であり、そのためのパンフレットを作製した。

研究協力者

安里明友美 筑波大学ヒューマン・ケア科学専

攻

新井清美 信州大学学術研究院保健学系

有野雄大 法務省法務総合研究所

井ノ口恵子 医療法人社団翠会 慈友クリニック

板山 昂 関西国際大学人間科学部人間心理学
学科

受田恵理 法政大学大学院人文科学研究科心
理学専攻

大谷保和 筑波大学医学医療系

大宮宗一郎 上越教育大学大学院 学校教育研
究学科

川井田恭子 筑波大学医学医療系

菊地 創 中央大学文学部

喜多村真紀 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

染田 恵 法務省関東地方更生保護委員会

新田千枝 筑波大学医学医療系

望月明見 大手前大学国際看護学部、筑波大
学ヒューマンケア科学専攻

道重さおり 播磨社会復帰促進センター

渡邊敦子 共立女子大学看護学部

山田幸子 さがセレンティククリニック

山田義之 さがセレンティククリニック
山田理絵 東京大学大学院総合文化研究科

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、刑務所に収容されても再犯が多いことから、厳罰のみでは不十分である。平成 28 年 6 月に施行された「刑の一部の執行猶予制度」は、薬物のある人に対する刑事処分として裁判所で言い渡される場合、それらの者の地域での社会復帰支援を充実させるための一つの効果的な枠組みとなり得る。本研究は、薬物問題のある人が更生保護施設に入所した場合、入所者に対する支援状況、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導入の前後でどのように変化したか、処遇にあたる更生保護職員が感じている困難や成果について明らかにする。これをもとに、刑の一部執行猶予制度下における更生保護施設に入所した薬物問題を持つ人に対する地域支援の進め方のガイドライン作成を最終の目的としている。なおこの調査は「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究(H31 年度厚労省科 研費研究、代表：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])の一部を構成する研究である。

従来の研究を概観すると、更生保護施設の研究は多くないが、入所者の語りの分析(相良, 2013)や相談支援の実態調査(一般社団法人よりそいネットおおさか, 2014)などがある。これらの研究では地域定着への橋渡しする中間機能を果たし、入所者の意識の変容を助けていることが示されている。薬物問題のある人に焦点を絞った更生保護施設の対応状況については、研究責任者自身による更生保護施設職員に対する調査で、施設内外での薬物問題のある人

への支援や再発防止プログラム提供を行った事例が増加、定着していることがわかった。しかし、刑の一部執行猶予制度の対象者の占める比率は、H30 年 1 月～3 月の事例では 12%にとどまっており、まだこの制度の対象者が限られていることが示された。また、同調査における入所者インタビューでは、薬物問題のある更生保護施設の入所者は、多様な経過はあるものの、同施設において、人生上の回復(リカバリー)に必要な要素を経験していた。一方で、平均的な入所期間の短さを考慮すると、更生保護施設で継続した回復への処遇及び支援を実施することの難しさは残されていることが示された。

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重点処遇対象者の支援状況、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導入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。

B. 研究方法

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、平成 28 年、29 年度で得られた成果をさらに深め、時間的変化を継続的に検討するために、薬物処遇重点実施更生保護施設を中心とした更生保護施設に対して以下の研究を行った。以下の 3 つの研究を行った。

研究 1：更生保護施設の利用者に対する縦断調査

1. 調査対象

薬物処遇重点施設の指定を受けた更生保護

施設および薬物処遇重点施設以外の更生保護施設のうち直接やり取りのしやすい関東の施設に入所する薬物事犯の事例である。薬物処遇重点施設以外を取り上げる理由は、薬物処遇重点施設では比較的順調に経過しそうな対象者を選択する傾向があるため、薬物使用による深刻な精神的な後遺症のある事例は、それ以外の更生保護施設で対応している場合があるという話をきき、様々な背景の事例についての効果を検討するためには薬物処遇重点施設以外の施設も入れるべきであると考えた。

2. 手続き

更生保護施設の入所者に対する自記式アンケート調査により、入所時と退所時、退所後における薬物依存に対する行動変容の動機づけのレベル、精神健康、心理社会的な適応状態の変化を測定し、時系列的に、回復状況の変化を明らかにする。更生保護施設が薬物処遇重点施設に選定され専門の処遇職員を配置したこと、刑の一部執行猶予制度の対象になったこと、スマーブなどの依存症回復プログラムの参加状況、依存症回復支援に係る関係機関と更生保護施設との連携状況などが、対象者の回復状況に与える影響を調査する。この調査により、今後の更生保護施設を利用する薬物依存者に対する有効な支援方法の示唆を得る。

より具体的な手続きについて以下に記す。

調査協力依頼文を、対象施設を主管する保護観察所に送付し、更生保護施設に送っていただく。尚、調査依頼は、保護観察所長あてと更生保護施設あての両方である。

電話で、更生保護施設に調査の説明に上がりたい旨を伝えて、お願いに上がる日程を決めて伺う。

(すべての施設に伺うのは難しい場合は、返信用封筒などで同意書をいただく)

各施設の責任者と話しして、研究協力の許可をいただければ、調査用紙と入所者用の説明用紙をお渡しする。



調査協力の同意が得られた各更生保護施設で、薬物事犯(使用・使用目的所持)である場合には入所時に、調査対象者に「入所時のアンケート」を渡してもらう。アンケートの回答は、返信用封筒での提出を更生保護施設職員から調査対象者に説明して頂き、その際、送付をもって承諾とみなすと伝えて頂く。アンケート作成・返送の謝礼としてクオカード 500 円分を渡す。



調査協力の同意が得られた各更生保護施設で、退所時に、「退所時のアンケート」を渡してもらう。アンケートの回答は、返信用封筒での提出を更生保護施設職員から調査対象者に説明して頂き、その際、送付をもって承諾とみなすと伝えて頂く。アンケート作成・返送の謝礼としてクオカード 500 円分を渡す。

3. 測定項目: 以下のような項目の評価を行う。尚、具体的な質問紙は、昨年度の報告書(森田展彰: 更生保護施設における薬物依存症支援の課題と地域連携体制に関する研究、再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究 令和元年度総括・分担研究報告書、PP105-144, 2020年3月)を参考のこと。

表1に、3時点における評価項目を示した。このうちの主要なアウトカムは、生活・就労状況(退所時や退所後)とSOCRATESという質問票の得点である。SOCRATESという質問票の得点。SOCRATES(Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale, 8th version for Drug dependence)は、MillerとTonigan(1996)によって開発された、薬物

依存に対する問題意識と治療に対する動機付けの程度を評価する 19 項目からなる自記式評価尺度である。今回は、小林ら (2010) 作成した日本語版を用いた。

副次的なアウトカムは、K6 と薬物関連問題尺度の得点である。このうち、K6 は Kessler ら (2002) が開発し、古川ら (2003) が日本語版を作成した、気分・不安障害等のスクリーニング・テストである。日本語版の信頼性、妥当性は川上ら (2006) によって評価されている。この尺度は、軽症の気分・不安障害のスクリーニングをのみでなく、不安やうつ症状をもつ精神健康の問題をみることにも使われており、今回は薬物事犯の精神健康問題の程度を評価するために用いた。薬物関連問題尺度は、森田ら (2010) が作成した薬物に関連した問題の主観的な重症度を評価するための 15 項目の自記式尺度である。「生活問題」「精神症状」「家族問題」「身体問題」の 4 つのサブスケールから成っている。

これに加えて、スマーブ (薬物使用に対する認知行動療法) や就労支援や関連機関の利用状況とその有用、支援してくれると感じられる人との関係を調べる。これらの支援の利用状況と回復状況の関連を分析することで、どのような支援が回復に役立っているかを検証できると考えている。

研究 2 : 更生保護施設の利用者や援助者のインタビューによる更生保護施設における回復過程や好事例を見出す

1. 調査対象

本研究の調査対象となったのは、覚醒剤事犯にて受刑し、出所後に関東地方にある女性専用の更生保護施設に入所した女性 3 名であった。

2. 手続き

本研究では、薬物関連問題 (以下、薬物問題と記す) を持つ女性が更生保護施設に入所する

期間中に体験する葛藤や困難、有用だと感じた被支援及びそれらに伴う心理過程を明らかにし、限られた入所期間中に有用な薬物問題に関する支援について検討することを目的とした。そこで関東地方にある女性専用の更生保護施設 (以下、施設 X と記す) より、2020 年 12 月 ~2021 年 9 月までの間に薬物事犯にて受刑後に入所した女性の紹介を受けた。紹介を受けた女性は 4 名であり、研究について書面および口頭で説明をしたところ、4 名全員から研究協力の同意を得た。後述する分析方法の特性から、2 回のインタビューの実施が可能であった 3 名を研究協力者 (A,B,C) とし、この 3 名の逐語記録を分析に用いた。研究協力者の属性として、年齢、これまでに更生保護施設を入所した回数、覚醒剤取締法違反による逮捕回数、刑務所入所回数、調査時点での婚姻状態、子どもの有無、受刑前の精神科受診歴、調査時の精神科受診状況を表 2 に示す。

インタビュー項目は、施設 X に入所する期間中に体験する心理的危機や困難、施設職員 (以下、職員と記す) から受けた支援のうち、有用だと感じた支援およびそれに伴う心理過程についてであり、これらの項目を半構造化面接によって尋ねた。1 回のインタビュー時間は 30 分から 60 分程度とし、各人 2 回のインタビューを実施した。施設 X 内の面談室にて実施したインタビューに職員は同席せず、インタビュー内容が職員に知られることはない旨を説明し、研究協力者の許諾を得てインタビュー時の音声録音した。音声データから逐語記録を作成し、逐語記録と基に複線径路等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach, TEA と記す) を用いて質的に分析した。

3. 分析方法

本研究では、薬物問題を持つ女性が更生保護施設に入所する期間中に体験する葛藤や困難、有用だと感じた被支援およびそれらに伴う心

理過程を明らかにすることが目的であるため、人間の発達や人生径路の多様性・複線性の時間的変容プロセスの分析が可能である複線径路・等至性アプローチ (Trajectory Equifinality Approach; TEA と記す) (荒川ら, 2012) を分析に用いた。

TEA の主な概念として、分岐点 (Bifurcation Point ; BFP)、社会的方向づけ (Social Direction ; SD)、社会的助勢 (Social Guidance ; SG)、必須通過点 (Obligatory Passage Point : OPP) がある。分岐点は、非可逆的時間 (Irreversible Time) の中で、その人が等至点へと至るのに何らかの迷いや複線性が生じる点である。選択を歩み進めていく際に、何らかの援助的な力として働くものが社会的助勢である。一方、その働きかけが阻害・抑制的なものとして影響する場合は社会的方向づけと呼ばれる。必須通過点とは、多くの人々が生きる上で経験する出来事や行動が生じるポイントである (安田ら, 2015)。TEM の基本用語について表 3 に示す。

本研究では、半構造化面接で得られた内容を、被支援体験を含む出来事、認知、行動を複線径路・等至性モデル (Trajectory Equifinality Model、以下、TEM) 図によって時系列に描いた。TEA では、TEM 図の妥当性について研究協力者に確認し、必要であれば補足するための聞き取りを行うことが望ましいとされ、複数回のインタビューを実施する。そのため、本研究では、協力を得た 4 名のうち、インタビュー回数が 1 回であった対象者のデータは分析から除外し、TEM 図の確認のための 2 回目のインタビューを実施することが可能であった 3 名のデータを分析に用いた。

この研究協力者 3 名の逐語記録から TEM 図を作成し、研究協力者に対して 2 回目のインタビュー時に内容の確認を求めた。修正や補足などの指摘を受けた場合は、その音声データ内容をもとに加筆・修正した。その後、3 名の TEM

図から 2 名以上に共通する径路を抽出し、職員から受けた支援に焦点を当ててプロセス分析を重ねた。分析は依存症に関する臨床実務や研究経験を有する臨床心理士 3 名、精神科医 1 名によって協議し、行った。

研究 3 : 更生保護施設と関連機関職員の意見交換会の実施およびガイドライン作成の試み

平成 30 年度は、東京・栃木・大阪・佐賀において薬物依存者を対象とした「刑の一部執行猶予制度の回復支援における地域連携」というテーマについて意見交換会を行った。令和元年度は、大阪と東京において前年の意見交換会で出た課題や好事例を踏まえた上で、主催者らが作成した事例をそれぞれの立場から検討してもらい連携の可能性を探る内容の意見交換会を実施した。参加者の職種は、更生保護施設職員、司法行政機関職員、医療保健福祉機関職員、自助団体職員、大学教員であった。令和 2 年度は、新型コロナウイルス感染予防のため、意見交換会は開催せず、地域連携のためのガイドライン・人材育成の研修会の内容の検討および作成を試みた。内容に関しては、薬物依存症者の回復支援にはじめて携わる職員でも分かりやすい内容を心掛けるとともに、支援に関わるうえで必要な情報を掲載し、手に取りやすいようパンフレットという形式での作成を試みた。

令和 3 年度は、新型コロナウイルスの影響を鑑み、オンラインでの意見交換会を開催した (令和 3 年 11 月 5 日)。参加者には、事前にパンフレットの原案を送付し、内容を確認していただいた上で、意見交換会時に内容についての意見を伺いたい旨を事前に伝えた。

参加者数は、41 名であった。

意見交換会当日は、研究責任者よりこれまでの研究成果及びパンフレットの概要説明を参加者に行った上で、6 グループに分かれディスカッションを実施した。ディスカッションの内容は、①パンフレットの内容の確認、②パンフ

レットの内容をもとに、連携についての課題、連携に関する好事例についての共有が主な内容であった。グループディスカッション後に、各グループで討議された内容を全体で共有した上で、参加者全体で総合討議を実施した。

(倫理面への配慮)

全ての研究は、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。

<研究1について>

【研究等の対象となる個人の人権擁護】

研究協力者の方に対し、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、個人情報とは外部に漏らされないこと、③協力は自由意思であり、協力を断っても不利益を被らないことを説明して、入所時、退所時、退所後3か月の3つのアンケートを更生保護施設の職員の方から研究協力者の方に渡してもらう。本研究に用いる質問紙は無記名式であり、個人情報は取らない。但し、更生保護施設でアンケートを渡す時（入所直後と退所直前）に、2時点のアンケートの対象を紐づけることと後での調査同意の撤回に対応するために、渡した人の名前と調査票の番号の組み合わせを書いた対照表を作成しておく必要がある。この対照表は更生保護施設の外に持ち出さないで各施設で管理いただき、調査終了後には廃棄してもらう。得られた回答は全て電子データ化する。収集したデータを入力した記憶媒体は、筑波大学総合研究棟 D-743 号室 社会精神保健学研究室で、施錠できる書棚に保管する。また、データ分析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。

【研究等の対象となる個人に理解を求め同意を得る方法について】

調査対象者に対しては、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面接や質問紙の調査において、無記名であることについて伝える。質問紙の協力については、各施設責任者の方へ協力依頼の上、質問紙を配布、無記名式とし、その返送を持って本研究への同意を得る。

【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】

本研究で行うアンケートは、調査対象者に対して、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。しかし、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文章にて明確に伝える。

【本研究への参加をやめる自由について】

本調査研究への参加は、参加者の方の自由意思に基づいて決めていただくものです。一旦同意をされても、いつでもやめることができます。お申し出に基づき、質問票の中止等、あなたのご希望に従って対応いたします。これらのご要望を出されても、何らかの不利益を被ることはまったくありません。研究力者が途中で調査中止を申し出る場合には、実施責任者に伝えるようにしてもらう。

<研究2、3について>

【研究等の対象となる個人の人権擁護】

研究2の更生保護施設と関連機関の職員の意見交換会における調査では、個人情報を得ないで実施した。

研究3では、面接時の音声を録音してそれを文字起こしてデータにするが、この過程にお

いて個人情報の記録が残らないようにした。具体的には、職員に対して、職員本人や利用者の個人情報など守秘義務に関係する情報をインタビュー中に話さないように伝えた。更にインタビューをICレコーダーで録音して、その後それをトランスクリプトに起こすが、その際に個人情報に関連するものがあればそれを削除した。またトランスクリプトに起こした後で、音声情報そのものも削除する。回収した質問紙およびヒヤリングを文字起こした記録を入力した記憶媒体は、筑波大学総合研究棟D-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。

なお3つの研究で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D-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。

収集したデータを入力した記憶媒体は、筑波大学総合研究棟D-743号室 社会精神保健学研究室にて、施錠できる書棚に保管する。また、データ分析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。

【研究等の対象となる個人に理解を求め同意を得る方法について】

研究2と研究3では、更生保護施設職員や関係機関職員に対しては、以下の方法で研究依頼および同意を得た。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面接や質問紙の調査において、無記名であることについて文章と口頭で説明を行う。

了承していただいた利用者の方には、研究3の面接調査では書面により同意を得る。研究2の場合は意見交換会でアンケートを提出していただくことで了承とみなした。

【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】

研究2、研究3は、援助機関の職員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。しかし、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する。

C. 結果

研究1

1-1. 被験者の背景

入所時400事例、退所時222事例、退所後65事例のデータを収集した。被験者の背景を表4に示した。3時点の回答者とも、性別では、男性が8割を占めた。年齢では入所時、退所時は40歳代が最も多く、次が50歳代であったが、退所後3か月では50歳代が一番で、40歳代が2番目であった。学歴としては、3時点とも中卒がおおよそ3分の2を占めた。職歴としては、3時点とも約85%が常勤の経験があった。しかし、入所前における就労状況としては、入所時、退所時では、どちらでも、無職が78%であり、退所後3か月の回答者では、無職が

85%であった。生活保護を受けていた人は3時点の回答者とも3割であった。

各時点の背景を、男女で比べた結果を5、表6、表7に示した。3時点の回答者において、男女間に有意な分布の偏りがあったのは、職歴と入所前の就労状況であった。いずれの場合も、職歴では女性では男性に比べて、常勤経験のある者の割合が低く、非常勤のみの者の割合型が高かった。入所前の就労状況でも、男性は女性よりも常勤が多く、非常勤・パートの割合が高かった。但し、男女とも入所前の就労状況としては無職が8割程度であり、就労状況としては男女ともよくないが、その中でも女性がより悪いという結果であった。

ここまでは入所時点における背景であったが、退所後3か月のアンケートでは、退所後の生活医状況を尋ねている。その回答結果を図1に示した。就労としては、回答した50名のうち63.3%が常勤経験をもっていたが、非常勤のみ12.2%や無職も24.5%であり、更生保護施設を経ても就労が厳しい人もまれではないといえた。経済的状态は非常に困難、少し困難を合わせると6割以上になり、厳しい状況が示された。住まいとしては、アパートなどや会社の寮などをあわせると9割以上であり、ある程度住まいは確保できているといえる。家族との同居は17%であった。

① 薬物使用に関する変数

3時点の回答者ごとに、入所前の薬物使用歴についての回答を、表8、表9、表10に示した。入所時前の最大の薬物使用頻度は、「だいたい毎日」という人が最も多く、4-5割であった。入所前の薬物使用でも、「だいたい毎日」の割合が最も多く、3-4割であった。35.7%に留まった。薬物使用頻度の分布に、男女間に有意な偏りはなかったが、女性は男性以上に頻度の高い使用が認められた。

薬物の使用に関する時間的な経緯について表4に示した。どの時点の回答でも、中心となる薬物種の開始年齢の平均値は、約24歳で、使用期間は約13年間であった。クリーン期間の平均は、40-60か月すなわち4、5年であった。退所後3か月に回答してくれた人では他の2時点より長い傾向があった。男女間で有意差はなかった。

退所後3か月における薬物使用欲求について回答のあった50名では、「よく生じる」14.0%、「生じることがある」40.0%であり、半数以上に薬物欲求があるという回答であった。

② 心理テストの結果

1) 全体的な結果

3時点の回答における心理テストの結果を表12に、各時点での男女別の結果を表13、表14、表15に示した。なお心理テストの得点の基準を表11に示した。

K6の平均値では、入所時6.9、退所時6.1、退所後3か月5.7であり、5点以上で精神健康に問題があるという基準からとすると、精神健康上の問題が疑われる状態の群であることが示唆された。

SCORATESの結果は病識の平均得点は、入所時30.9、退所時29.7、退所後3か月28.3であり中の下限から低のレベルになっている。迷いは3時点とも中レベル、実行得点は3時点とも低であった。つまり全体的に自分の依存症を受け入れこれを変える動機づけの強さは、中から低のレベルであるといえる。

薬物関連問題尺度の平均得点は、精神症状や家族問題は3時点とも平均値では2以下であり、悩んでいる人もいるが全体と低いレベルであるといえる。身体問題や生活問題の平均得点は2から3で、相対的に高いといえる。つまり生活問題と身体問題について悩んでいる傾向がある。

男女の比較で、男女で有意差が認められたのは、入所時は K6 得点、SOCRATES の実行や総得点、薬物関連問題尺度の生活問題、家族問題、総得点であり、いずれも女性の方が有意に高かった。退所時は、K6 得点、薬物関連問題尺度の家族問題、総得点において女性の方が男性より有意に高かった。退所後 3 か月では、薬物関連問題の家族問題のみが女性の方が男性より有意に高かった。

2) 入所時と退所時の変化

更生保護施設の入所時と退所時の両方が行われた事例のみを取り出して、心理テストの得点について対応のある比較を行った結果を表 16 に示した。K6 得点の平均値において、退所時の得点は入所時に比べて、有意に低下していた（対応のある t 検定）。そして、SOCRATES は病識尺度得点と迷い尺度得点と総得点の平均値が有意に低下していたが、その一方で実行得点は有意に高くなっていった（対応のある t 検定）。薬物関連問題尺度のサブスケールである「精神症状」「生活問題」総得点が有意に上昇していた（対応のある t 検定）。

薬物関連問題尺度の各質問項目に関して、入所時と退所時を比較した結果を表 17 に示した。これによれば「仕事にうまくつけるかどうかについてなやんでいる」「刑務所をでてから生活をやっていく自信がない」「子育てがうまくできるか心配である」「薬物乱用による精神的な問題」「うつや不安に悩んでいる」の 5 項目に関して、入所時得点に比べて退所時得点が有意に低下していた（Wilcoxon の符号付き順位検定）。また、一方、「親から傷つけられることになやんでいる」の項目について入所時得点に比べて退所時得点が有意に高かった（Wilcoxon の符号付き順位検定）。

男女別に入所と退所の 2 時点の比較を行った結果を表 18 に示した。2 時点と性別の 2 元配置の分散分析で交互作用が認められたのは、

薬物関連尺度の精神症状であり、男女別に対応のある t 検定を行うと女性のみで有意差があった。つまり、精神症状の低下は女性のみでみられることが示された。

3) 入所時、退所時、退所後 3 か月の間の変化

更生保護施設の入所時と退所時と退所後 3 か月の全ての評価が行われた事例のみを取り出して、心理テストの得点の変化を調べた結果をについて対応のある比較を行った結果を表 19 に示した。時点間における平均値の差の検定には反復測定（対応のある因子）による一元配置分散分析を用いこれにより 3 時点間の比較で有意な変化が認められたのは、SOCRATES の病識尺度得点と総得点（低下）、薬物関連尺度の精神症状と生活困難（低下）であった。これらの項目について、図 3 にグラフで推移を示した。また、これらの項目の全てで、多重比較（Sidak 検定）で、入所時と退所後 3 か月の間で有意差が認められた。薬物関連問題尺度の生活困難のみで多重比較で、入所時と対象時の間にも有意差を認めた。

③ 刑の一部執行猶予制度に関する分析

刑の一部執行猶予制度の対象者を「制度対象者」の群として、これに当てはまらない者を「制度非対象者」の群とした。この 2 群の分類について、3 時点のアンケート回答者での分布を表 20 に示した。どの時点の回答者でも制度対象者の割合は、36%前後であった。

退所時の制度対象者群の者（82 名）について、この制度が有効なものと感じているかを尋ねた結果を図 4 に示した。これによれば、「役立つ」という回答が 57.3%で、あり、「ある程度役立つ」という回答が 17.1%であった。これらを合わせた肯定的な回答は、4 分の 3 を占めた。「あまり役立たない」「役立たない」という否定的回答は 2 割であった。

刑の一部執行猶予制度の対象者と非対象者で背景の比較を、3時点それぞれで行った結果を表21に示した。退所後3か月において入所前の就労状況の分布で有意差が認められたが、それ以外については性別、年齢、学歴、職歴、逮捕前の就労状況などの分布に、有意な偏りはなかった。

また制度対象者と制度非対象者の薬物使用頻度、開始年齢、使用期間、クリーン期間を3時点ごとに、比べた結果を表22に示した。入所時アンケート回答者では有意差を示した項目はなかった。退所時アンケート回答者の薬物開始年齢、退所後3か月アンケート回答者の薬物使用期間でのみ有意差を認めたが、それ以外では有意差のある項目はなかった。

制度対象者と制度非対象者の心理テストの得点について比較した結果を表23に示した。入所時では、制度対象群と制度非対象の間で有意差のある項目はなかった。一方、退所時、退所後3か月ではSOCRATESの病識、迷い、総得点において制度対象者が、制度非対象者に比べて有意に高い平均値を示した。

入所時と退所時の両方のデータがそろった対象を取り出して、2時点での変化について制度対象群と制度非対象者で比較をした結果を表24に示した。退所時の得点を目的変数にして、入所時の変数を説明変数、2群（制度対象者の群と制度非対象者の群）を共変量としたANCOVAを行ったところ、SOCRATESの病識、迷い、総得点のみで群間の有意な効果が見られた。

SOCRATESと薬物関連問題尺度の質問の各項目において、入所と退所の2時点の比較を行った結果を表25に示した。制度対象者では「仕事にうまくつけるかどうかについてなやんでいる」「子育てがうまくできるか心配である」「うつや不安に、なやんでいる」の3項目に関して、入所時得点に比べて退所時得点が有意に低下していた（Wilcoxonの符号付き順位検

定）。制度非対象者では「仕事にうまくつけるかどうかについてなやんでいる」「刑務所を出てから生活をやっていく自信がもてない」「子育てがうまくできるか心配である」「うつや不安に、なやんでいる」「薬物乱用による精神的な問題で悩んでいる」「エイズやC型肝炎など感染症について不安がある」の5項目で得点が有意に低下し、「親から傷つけられること（暴力、悪口、世話してくれないこと）になやんでいる」の項目について、入所時得点に比べて退所時得点が有意に上昇していた（Wilcoxonの符号付き順位検定）

3時点のデータがそろった対象を取り出して、3時点での変化について制度対象群と制度非対象者で比較をした結果を表26に示した。退所後3か月の得点を目的変数にして、入所時の変数を説明変数、2群（制度対象者の群と制度非対象者の群）を共変量としたANCOVAを行ったところ、群間の有意な効果が見られたのは、SOCRATESの迷い、総得点のみであった。制度対象者と制度非対象者を分けたうえで、3時点での変化についてANOVAを行ったところ、制度対象者では薬物関連問題尺度の生活困難尺度のみで有意差を認めた。制度非対象者では、SOCRATESの病識、迷い、総得点、薬物関連問題尺度の生活困難尺度で有意差を認めた。これらの分析で有意差を認めた尺度の平均値の変化について、図5において、グラフで示した。

④ 支援の利用状態・有用性

退所の時点で、入所中に導入されたり、受けたことのある支援について図6に示した。220名中、認知行動療法は45.0%、ダルクや自助グループは35.9%、精神保健福祉センター・医療機関20.9%、更生保護施設職員の個別相談は54.5%であった。

退所時における更生保護施設の支援全体に関する主観的な有効性を図7に示した。220名

中では「役立つ」77.7%、「少し役立つ」18.2%であり、合わせて95%が肯定的な回答であった。

退所後3か月の時点で、受けたことのある支援について図8に示した。回答した52名中、更生保護施設職員の個別相談は29.2%、就労支援27.1%、ダルクや自助グループは12.5%、精神保健福祉センター・医療機関6.3%、定着支援センター2.1%であった。地域の相談機関（ダルク・自助グループや精神保健福祉センター・医療機関や定着支援センター）につながっていたのは、7名(13.5%)であった。

受けた支援が与える効果を検討するために以下の2つの分析を行った。

退所時のSOCRATES総得点を目的変数として、性、年齢、入所中における支援の導入（認知行動療法、精神保健福祉センター・医療機関、ダルク・自助グループ、就労支援）、刑の一部執行猶予制度の対象になっている否かとした重回帰分析を行った（表27）。説明変数の選択は、変数増加法により行った。その結果、ダルクや自助グループの導入、刑の一部執行猶予制度の対象であること、精神保健福祉センター・医療機関の導入の3つが、退所時のSOCRATES得点に正の有意な関連を有していることが明らかになった。

薬物関連問題尺度総得点（退所時）を目的変数として、性、年齢、支援の導入（認知行動療法、精神保健福祉センター・医療機関、ダルク・自助グループ、就労支援）、刑の一部執行猶予制度の対象になっている否か説明変数とした重回帰分析を行った。説明変数の選択は、変数増加法により行った。その結果、性別（女性）、個別相談の導入、精神保健福祉センター・医療機関の導入が、有意な正の関連を有していることが示された（表28）。

目的変数を退所後3か月において地域の相談機関（ダルク・自助グループや精神保健福祉センター・医療機関、定着支援センター）につ

ながっていることとして、説明変数を、性、年齢、入所中の支援の導入（認知行動療法、精神保健福祉センター・医療機関、ダルク・自助グループ、就労支援）、刑の一部執行猶予制度の対象になっている否か、ソクラテス総得点（退所後3か月後）、薬物関連問題得点（退所後3か月後）とした重回帰分析を行った。説明変数の選択は、変数増加法により行った。SOCRATES総得点（退所後3か月）、刑の一部執行猶予制度の対象になっていること、入院中のダルク・自助グループの導入の3つの変数が有意に関連していた（表29）。

研究2：更生保護施設の利用者や援助者のインタビューによる更生保護施設における回復過程や好事例を見出す

本研究では、薬物問題を持つ女性が更生保護施設に入所する期間中に体験する葛藤や困難、有用だと感じた被支援およびそれらに伴う心理過程を明らかにするため、覚醒剤事犯によって受刑し、出所後に女性専用の更生保護施設である施設Xに入所していた女性3名にインタビューを実施した。

インタビュー内容を基にTEM図を作成し、分析した結果、全体を3期に区分することが可能であった（表30）。

1) 第I期 【職員への相談によって相談相手の条件を考えた】

第I期【職員への相談によって相談相手の条件を考えた】のTEM図を図9に示した。第I期では、まず、施設へ入所（OPP1）して間もない頃、他の入所者の雰囲気や陰鬱だと感じ、他者から見ると自分も同じように陰鬱なのかもしれないと考え、気分が落ち込んだ（OPP2）。また、受刑前に経験がある職業に就くことを望んでいたが、施設の定める門限などの条件に合う就労先が見つからず、焦りを感じた（OPP3）。日中、施設内で過ごすことは自身への嫌悪感を

増長させ、気分転換を必要としたが、経済的な余裕がなく、また費用のかからない気晴らし方略がわからなかった(SD1)。

職員からは、日常的に相談するように声をかけられていた(SG1)が自分の葛藤を職員に漏らしたり、訴えたりすることで、職員から厄介者扱いされるかもしれないという恐れ(SD2)から、自ら相談はしなかった。しかし、定期的な個別面談(SG2)の際に日常の些細な不満や不安などを話してみたところ、そのようなネガティブな感情を持つことについて、職員から否定されることなく傾聴してもらい、安心感を体験した(OPP4)。この体験を重ね、これまでは近い関係にある他者の要望を優先したり、聞き役に徹していたが、自分が困っていることを優先して他者に打ち明けたり、解消したいと伝えて良いのだと考えた(OPP5)。しかしながら、受刑以前には、そのような自己主張をした経験がほとんどなく、自身に対して自己主張の練習が必要だと感じた(OPP6)。一方、個別面談で葛藤を訴えたものの、職員から自身に対する指示はなく、自分の判断や選択した行動に対して不安感を持った(OPP7)。そのような不安から、安価な菓子を大量に購入して食べた始めたため、体重が増加した(OPP8)。そこで、職員に対して、不安感と共に過食行動について報告すると、職員から精神科の受診を提案された(SG3)。精神科治療を提案されたことによって、不安感という心理的な負荷は過食という危険な行動に関連があると理解(OPP9)し、過去に過食行動があった時期の環境や心理状態を振り返った。また、過去の生活や犯歴を丁寧に振り返るために施設内プログラム(SG4)ではどのような状況に置かれたときに薬物使用や関連する問題行動が生じ、薬物使用によって自分の感情にどのようなメリットをもたらしたのかを考えるきっかけとなった。このことによって退所後の生活には、自分の心理状態を把握することが重要なのだと理解した(OPP10)。

加えて、刑事施設等の施設内処遇では指示を受け、従っていればよかったが、社会内では自分で考えて行動する必要があることを理解した(OPP11)。

施設内プログラムや職員との個別面談(SG5)を通して、自身にとって率直な感情や困り事を話すことが可能な他者とは、自身の生活歴や家族関係、犯歴、性格傾向を把握している対象であるとなのだと理解(OPP12)した。そこで、退所後は、薬物問題を相談できる人や場所を確保したいと考えた(EFP)。

もしも、個別面談で傾聴される機会を得ることができなかった場合、施設に入所している期間だけ我慢すればいいと自身に言い聞かせ、ネガティブな感情に対処することを諦める(P-EFP1)だろうと考えた。しかし、心理的な負荷に耐え切れず、飲酒をしたり、門限を破ったり、施設を飛び出すなど、施設の定めるルールに反する方法で対処するだろうと考えた(P-EFP2)。また、自身の心理的な負荷と危険な行動に関連があると考えなかった場合、自身の不調を体調不良とし、その要因が心理的な負荷であると気がつくことができず、就労意欲が低下する(P-EFP3)だろうと考えた。

2) 第Ⅱ期【相談することで退所後の生活に対する見通しを持った】

第Ⅱ期【相談することで退所後の生活に対する見通しを持った】のTEM図を図10に示す。第Ⅱ期では、就労を開始し(OPP1)、退所やその後の生活に必要な準備について考え始めた(OPP2)。

未整理の債務問題があるために自身名義の携帯電話を所有することができず、債務整理など法的問題の解決が必要だと考えた(OPP3)。職員の仲介(SG1)によって債務問題について弁護士に相談する機会を得た(OPP4)ものの、自身の債務の全容が明らかになることで問題に直面せざるを得ないことへの恐れ(SD1)、

債務の全容を把握しておらず、専門家に説明できないのではないかという恐れ (SD2)、専門家による説明を理解できないかもしれないという不安 (SD3) を持った。しかし、これまでに個別面談やプログラムを通して自身の問題を一定程度把握している職員が同席し、調査対象者らと弁護士の双方に対して補足説明する役を担ってもらった (SG2) ことによって、問題解決の見通しを持つことができた (EFP)。もしも、法的問題の解決に関する見通しが持てなかった場合、退所後の生活に必要な携帯電話は、違法な方法によって入手するだろう (P-EFP1) と考えた。

就労開始後、退所やその後の生活を見越し、目標とする貯蓄額を設定した (OPP5)。職員より勧められた家計簿の記録 (SG3) や、1日や1週間単位の経費を設定し、職員に預けた金銭から設定した金額のみを渡してもらうよう金銭管理を依頼した (SG4)。しかし、受刑前には計画的に金銭を使用する習慣がなかったため、節約することへの不満が募った (SD4)。そのような感情を職員に対して訴えたところ、職員からは設定した目標金額の内訳の再確認を促された (SG5)。この再確認の際に自分はどのような物品を購入したいと考えているか、後々、誰とどのような生活をしたいかを考え (OPP6)、少なくとも退所までは節約して生活を送り、現在の就労を継続したいという意欲を持ち (OPP7)、目標金額を貯蓄する見通しを持つことができた (EFP)。もしも、退所後の生活の理想や希望を振り返る機会がなかった場合、節約に対する不満を職員にぶつけ、自由に買い物ができるよう金銭管理を解除するよう訴えるだろうと考えた (P-EFP2)。

3) 第Ⅲ期【退所後の相談先と気晴らし方略の模索した】

第Ⅲ期【退所後の相談先と気晴らし方略の模索した】の TEM 図を図 11 に示した。就労を

継続するに伴って、受刑以前よりも体力が低下していると感じたり、心身の疲労感を持ったりした (OPP1)。毎日、施設に戻ると職員から「お疲れ様」「よく頑張ったね」など労う声をかけてもらうこと (SG1) や職場の上司や同僚から勤務態度や作業能力について肯定的な評価を受け、嬉しくなった (SG2)。また、就労でき、肯定的な評価を受けることで、覚醒剤事犯による受刑歴があることや出所後に子どもと一緒に生活ができていないことなど、自分に対するスティグマによる心理的な葛藤が軽減した。その一方で、不満があっても就労を継続しなければならなかったと感じた (OPP2)。また、肯定的な評価を維持するためには、今以上に懸命に作業しなければならなかったのではないかというプレッシャーも感じ (SD1)、ストレス解消のために安価やお菓子の過食傾向が生じたり、他の入所者との接触を回避して自室にこもりがちになったりした (OPP2)。このことを職員に話したところ、精神的疲労感については専門家への相談を勧められ、精神科受診を提案された (SG3)。精神科を受診 (OPP4) し、受刑前や現在の薬物問題を話すことができ、退所後の相談先としてつながっておきたいと考えた (OPP5)。さらに、施設退所後も訪問や電話などによって施設に対して相談することが可能であると知り、安堵した (OPP7)。一方、身体疲労に関しては、食事や入浴、睡眠時間、休日の過ごし方など、休息を心がけることを勧められた (SG4)。

職員による個別面談では、過去の食事の質や回数、睡眠時間などの生活パターンや、収入を得るために長時間勤務し、得ていた収入は浪費していたことなど経済的な価値観を振り返った (OPP8)。また、施設内プログラムを通して、薬物使用のきっかけとなる感情について考えた (OPP9)。もしも、薬物使用と感情の関係について考える機会がなかった場合、退所後の心理的な負荷は、受刑以前と同

様に、身体的な疲労感として捉え、薬物使用で対処したいと思うだろうと考えた（P-EFP1）。気分を変える方法が必要だと考え、地域のヨガ教室へ行くことを検討したり、観たいDVDのリストを作るなど工夫した（EFP）。

研究3：更生保護施設と関連機関職員の意見交換会の実施およびガイドライン作成の試み

本年度にはこれまでおこなってきた調査の結果や意見交換会の成果をまとめ、更生保護施設に入所する薬物問題をも人の回復支援やその地域連携のポイントまとめたパンフレットを作成した。薬物依存症者の回復支援にはじめて携わる職員でも分かりやすい内容を心掛けるとともに、支援に関わるうえで必要な情報を掲載し、手に取りやすいようパンフレットという形式とした。

このパンフレットの内容や各関連機関の現状にもとづく地域での回復支援について、関係機関の方に集まっていたいただき、オンラインで意見交換会を行ったディスカッションが展開された。会に出席した関係者は41名（更生保護施設9名、ダルク・自助グループなど10名、保護観察所2名、刑務所3名、精神保健福祉センター3名、医療機関3名、大学・研究機関9名など）であった。そうグループで討議を行った内容を表31に示す。

なお、会でのアドバイスや議論をもとに、パンフレットの構成や内容を再検討したうえで修正を行った。主な修正内容は、薬物使用者への支援についての概要説明、支援を行う上でのポイント、更生保護施設の説明、更生保護施設における支援の好事例や工夫点、相談機関の一覧（QRコードの掲載）を掲載した。

なお、意見交換会でのアドバイスを踏まえ作成したパンフレットの内容の概要を表32に、表紙や一部頁のイメージを図12として示した。

D. 考察

1. 更生保護施設の利用者のもつ心理社会的な問題や薬物依存への認識とその変化

年齢は男女とも40歳代が最も多く、学歴は中学卒業が3分の2を占め、入所前の就労状況としては、無職が男女とも8割弱であり、保護は男女とも入所前に3割弱が受けていた。心理尺度でも、K6得点が高く、精神健康が低下している傾向がみられた。このように更生保護施設の薬物問題を持つ利用者は、教育歴や社会経済的状态や精神健康状態が低い傾向のものが多く、こうした厳しい状況を跳ね返して、仕事や住まいを得て、生活を安定化していく自信や精神的な余裕が持てるようになることが重要であろう。その点で、今回の調査により確認された更生保護施設の入所時から退所時の変化として、薬物関連問題尺度の生活困難の得点やK6得点の低下は生活の自信をつけ、精神的にも安定していくことを示していた。さらに本年度の調査では退所後3か月のデータも66名と少ないながらも得られ、生活困難感や精神健康問題は退所後3か月でも退所時レベルを維持していた。退所時における更生保護施設での支援全体に関する主観的な有効性では95%が肯定的な回答という高い評価であったが、これは入所者が、施設生活で気持ちを落ち着け、生活や就労への準備を整えることができたという実感があることを裏付けている。

一方、薬物問題に関する認識としては、SOCRATESという薬物依存問題を受け止め、これを変える動機づけを測定する尺度の得点を見ると、入所時には中から低の平均得点であり、動機づけがあまり高いといえない状態であることが確認された。大半の人が、覚せい剤などの違法性薬物の使用により刑務所に入り、出所指摘ばかりである場合が多いことを考えると、もっと動機づけが高いことを期待していた

ので意外な感じを受けた。そして入所から退所の変化あるいはさらに退所後 3 か月の変化をみると、SOCRATES の総得点や病識や迷いの得点の平均値は低下していく傾向がみられた。薬物事犯で受刑した人の再犯率が 6 割という報告がされていることを鑑みれば、受刑後にだんだんと自分の薬物問題への認識が薄まってしまおうという変化は、更生保護施設の入所者にも生じているわけではないと思われる。今回は、更生保護施設という場で縦断的なデータをとる機会をいただけたことから、そうした変化をたどることが改めて確認できたといえるだろう。

なお、退所後 3 か月における薬物使用欲求について回答のあった 50 名では、「よく生じる」14.0%、「生じることがある」40.0%であり、半数以上に薬物欲求があるという回答であった。薬物依存症者の臨床ではかなり長期にやめていても欲求そのものを尋ねるとあるという人が少ないので、欲求があることそのものは問題ではないが、SOCRATES の得点の低下と合わせて考えると、退所後にも回復を助けてくれる場につなげていくことの必要性を強く感じる所見といえた。生活上の自信が出てくることや、薬物問題への認識を薄めてしまうことにつながらずに、瀬生活と依存症への取り組むことを並行していける働きかけが必要と思われる。

2. 刑の一部執行猶予制度の効果

更生保護施設の入所と退所の間の変化について、刑の一部執行猶予制度の対象者と、非対象者の間での違いを分析した。具体的には、退所時の得点を目的変数にして、入所時の変数を説明変数、2 群（制度対象者の群と制度非対象者の群）を共変量とした ANCOVA を行ったところ、SOCRATES の病識、迷い、総得点のみで群間の有意な効果が見られた。制度対象者と制度非対象者の 2 群それぞれで入所と退所の比較をすると、制度非対象者のみで病識、迷い、

総得点の有意な低下がみられ、制度対象者はこれらの指標は低下しておらず、逆 SOCRATES の実行の得点では有意に増加していた。退所後 3 か月のデータを含めた 3 時点間の変化の分析でも SOCRATES の病識と迷いと総得点について、制度非対象者のみで低下がみられ、制度対象者では見られなかった。これは、つまり全体ではみられた薬物問題を変える動機づけの入所—退所間の低下が、刑の一部執行猶予制度の対象群では認められない（又は少なくなっている）ことを示す。制度はもともと早めに出所して社会内処遇の状況で、プログラムなどの働きかけを受ける期間を延ばすことで、良い変化を促す狙いがあり、そうした効果が生じていることを確かめる知見といえる。

3. 退所後の支援へのつながり

薬物依存という問題の特徴としては、一旦生じれば、完全な治癒は難しく、長期的にその問題と向きあっていく必要があるとされる。その点では、薬物問題を持つ人への更生保護施設での働きかけの目標は、更生保護施設の中での変化のみでなく、施設を出た後も地域での相談機関につなげるのが重要になる。今回の調査のうち、退所時のアンケートの所見によれば、入所中に導入された支援としては、認知行動療法は 45.0%、ダルクや自助グループは 35.9%、精神保健福祉センター・医療機関 20.9%、更生保護施設職員の個別相談は 54.5%であった。こうした働きかけが、退所後にも何らかの形で相談を受け続けるきっかけになっていると思われる。今回は 66 名というやや少数ながら退所後の状況のアンケートを回収できたが、そのうち回答のあった 52 名中、退所後に受けている支援としては、ダルクや自助グループは 12.5%、精神保健福祉センター・医療機関 6.3%、定着支援センター 2.1%、更生保護施設職員の個別相談は 29.2%、就労支援 27.1%、であることが確認された。更生保護施設でのアフターフォ

ローの利用が最も多く、地域の相談機関（ダルク・自助グループや精神保健福祉センター・医療機関や定着支援センター）につながっていたのは、7名(13.5%)にとどまっていたともいえるが、それでもこれは退所後3か月という途中の状況であり、更生保護施設を含む何らかの支援を受け続ける経験を持たせられれば、困ったときに他の機関へも支援希求行動をとる可能性を増やしているといえる。退所後3か月に地域の相談機関につながれていることを目的変数とした重回帰分析では、入所中のダルク・自助グループの紹介や刑の一部執行猶予制度の対象者であること、SOCRATESの総得点が有意に関連していることを確かめている。この分析は、サンプル数が少数であるため参考的な意味にとどまると思われるが、入所中のつなぎや回復への動機づけの高さが、その後に実際に地域での支援を利用することに結び付いていることを示す所見として注目される。退所時のアンケートは220名である程度分析に耐えるサンプル数を集められたが、そのデータの分析として、退所時のSOCRATESの総得点を目的変数として、性、年齢、入所中における支援の導入（認知行動療法、精神保健福祉センター・医療機関、ダルク・自助グループ、就労支援）、刑の一部執行猶予制度の対象になっている否かとした重回帰分析を行ったところ、ダルクや自助グループの導入、刑の一部執行猶予制度の対象であること、精神保健福祉センター・医療機関の導入の3つが、退所時のSOCRATES得点に正の有意な関連を有していることが確かめられた。この分析結果からも、入所中の支援導入が回復動機づけに重要であること、そうした働きかけをじっくり行う上で刑の一部執行猶予制度が役立っていることが示されていると考えられる。

4. 性差など事例の持つ多様な背景に適した支援の必要性

今回の縦断研究のデータにおいて、以下のような性差に関する所見が認められた。

- ・各時点の背景を、男女で比べた結果、有意な分布の偏りがあったのは、職歴と入所前の就労状況であった。いずれの場合も、職歴では女性では男性に比べて、常勤経験のある者の割合が低く、非常勤のみの者の割合型が高かった。入所前の就労状況でも、男性は女性よりも常勤が多く、非常勤・パートの割合が高かった。

- ・心理テストに関する男女の比較で、男女で有意差が認められたのは、入所時はK6得点、SOCRATESの実行や総得点、薬物関連問題尺度の生活問題、家族問題、総得点であり、いずれも女性の方が有意に高かった。退所時は、K6得点、薬物関連問題尺度の家族問題、総得点において女性の方が男性より有意に高かった。退所後3か月では、薬物関連問題の家族問題の得点が、女性の方が男性より有意に高かった。

- ・入所時から退所時への心理テストの変化について調べるために、時間（入所時と退所時）と性別の2元配置の分散分析を行ったところ、薬物関連尺度の精神症状で交互作用が認められた。そしてこの精神症状の得点の入所時と退所時の変化について、男女別に対応のあるt検定を行うと、女性のみで有意差があった。つまり、精神症状の低下は女性のみでみられることが示された。

- ・薬物関連問題尺度総得点（退所時）を目的変数とした重回帰分析を行った結果、性別（女性）、個別相談の導入、精神保健福祉センター・医療機関の導入が、有意な正の関連を有していた。これは女性の方が男性よりも退所時の薬物関連問題が大きいことを示している。

以上の所見から、女性事例は男性事例に比べて、社会経済的に不利な背景を持ち、心理テスト上でも精神健康問題、生活上の困難、家族問題が深刻である。女性は、更生保護施設入所後の精神面の改善効果が男性よりも明確であるが、それでも退所時においても女性事例の方が

問題を多く残している。特に家族問題は、入所から退所の過程で改善していない。一般に女性薬物依存事例では、家庭内暴力（DV、児童虐待）などのトラウマを背景に持つ場合が少ないことが指摘されており、更生保護施設を用いる薬物問題を持つ女性事例でも心理的な問題や家族環境などへの支援が男性事例以上に必要であることが示唆された。

5. インタビューに基づく入所者の変化とそれに対する更生保護施設職員の働きかけの分析

以上は主に研究1のアンケートのデータ分析を基下所見であったが、これとは別に利用者のインタビューをもとに複線径路等至性アプローチ（Trajectory Equifinality Approach、TEA と記す）を用いて質的に分析し、施設内での回復の時間的なプロセスとそれに対する職員の支援がどのように関係しているかをより詳細に検討した。

その結果、入所当初に有用であったと考えられた支援は、日頃から職員への相談を後押しし、日常的な相談を受けるということであった。

入所当初は、施設での生活に適應するまで気分の変調を体験するものの、気分転換の方法がわからなかった。このような困難を抱える時期の助けとなったのは、職員による個別面談や日常的に受ける職員からのサポート的な声かけであった。また、薬物問題に関連のある自身の課題への気づきを促進させたのは、過去の生活パターンや犯罪に関して振り返るプログラムであった。さらに、相談相手として率直に話すことができるのは、自身の生活歴や犯歴、性格傾向を把握している人であると気がついた。同時に、これまでの対人関係で自身の過去を把握しており、率直に話せた対象とは、薬物を一緒に使用した人や売人であったと考え、退所後は薬物問題を相談しても、薬物使用につながることはない安全な人や機関を確保したいと考えられるようになった。

職員と率直に対話し、過去の生活パターンを振り返ることは、入所者にとって、安全な人や機関へ相談することであり、退所後に必要な支援機関へ相談する力が育まれることになると考えられた。また、日常生活の些細な困り事を相談し、職員のサポート受けながら、その場で自ら解決や解消に取り組む体験を積み重ねることも相談することの成功体験の蓄積であり、相談する力の向上に有用であるといえよう。このため、入所者が職員に率直に相談することを後押しするためには、まずは職員が日頃から入所者に対して相談を促す声を掛け、日常生活の些細な困り事であっても、相談された場合は職員が応じることが有用だと考えられた。

薬物問題は、薬物の使用量や頻度の増加、薬物使用の契機となる、あるいは薬物使用の結果として生じる心身の症状といった医療的な問題のほかにも、法的な問題や家族関係の問題など多岐に渡ることが知られている。本研究の協力が得られた更生保護施設に入所する3名の女性のケースでは、出所後に使用する携帯電話の契約や債務整理などの法的問題が生じていた。このような法的な問題について弁護士へ相談した際に、専門家用語の理解や自身の状況説明ができないのではないかという恐怖心を抱いたが、職員が同席し、双方へ補足説明する役割を引き受けてくれたために相談が可能となった。また、精神的不調や不調に伴って表出される過食行動について、職員からは専門家への相談を提案された。このことによって、入所者は医療機関を受診し、更に医療機関が退所後の相談機関の選択肢となった。このように、職員が専門家への相談を提案したり、仲介したりすることは、入所者が持つ専門家への相談のハードルを下げ、更に退所後の相談機関の選択肢を増やすことにつながる可能性があると考えられた。

施設での生活において、周囲の人から向けられる肯定的な評価は自尊心を高め、セルフステ

イグマによる葛藤を軽減する一方で、調査対象者らにとってはプレッシャーとなった。しかし、職員による個別面談や施設内プログラムへの参加を通して、過去の生活パターンや経済的な価値観などを振り返り、薬物使用のきっかけとなる感情について考え、気晴らし方略について模索した。安全な相談相手である職員との関係性において、過去の薬物問題や薬物を使用せざるを得なくした自身の課題などを振り返る機会は、薬物の使用欲求への対処スキルの獲得について自ら取り組むことを支えると考えられた。

以上を踏まえると、更生保護施設に入所する薬物問題を持つ女性の支援にあたって、施設や職員は次の3つの役割を持つと考えられた。1) 社会内における安全な存在としてのモデル役割、2) 専門家への相談のハードルを下げる役割、3) 退所後に薬物問題を始め、多様な問題を相談する力を育む役割である。この3つの役割を担うことが、覚醒剤事犯により受刑し、出所後に更生保護施設に入所する女性の支援の根幹ともいえよう。

なお、本調査は政府による COVID - 19 感染拡大予防対策を求められた期間中に実施しているため 3 名を対象とした調査に止まっている。また、本調査期間は、会場にて対面で実施する自助グループの開催が控えられていた時期であり、調査対象者らが自助グループへの参加が制限されていた。よって、今後は、対象者の数を増やして検討を重ねることや、入所期間中に受けた支援が、自助グループへの参加や退所後の生活に及ぼす影響について検討することが求められる。

6. 更生保護施設を拠点とした地域での回復に対する地域連携を進めるポイント

新型コロナウイルスの影響により、対面式の意見交換会の実施が難しい中で、オンラインによる意見交換会の実施及び、多職種多機関の連

携を円滑にするためのポイントをまとめたパンフレット作成を行った。

これまで、各地域に分かれ実施されていた意見交換会では、関連機関が、顔の見える関係性を築き、地域の連携を強める効果が期待された一方で、地域間による連携の違いや有効な取り組みを共有する機会は限られていた。

他方、今年度は、新型コロナウイルスの影響により、オンラインでの開催を余儀なくされたものの、それぞれの職場または住まいから手軽にアクセスできる状況というオンライン開催のメリットを利用し、全国各地から参加者を募り、地域を超えての情報交換が可能となった点は、今後の多機関での意見交換や連携の幅を広げる一助となる試みであったと言えよう。

また、更生保護施設利用者の出所後の生活安定のための関連機関での情報共有の必要性が示され、地域や福祉に繋げる取り組みの重要性を多機関多職種で共有することができた。なお、今年度は、薬物依存症者の回復支援にはじめて携わる職員でも分かりやすい内容や、支援に関わるうえで必要な情報の提供を目的として、パンフレット形式での情報提供を試みたが、関わる立場により、困りごと異なるため、機関や職種別のガイドラインの必要性が今後の検討課題として示された。

E. 結論

本年度は行った更生保護施設の利用者に関する縦断研究のアンケート調査と、インタビューにより更生保護施設利用事例の時間的経過がどのような要因で決定されていくかの分析を行った結果以下の知見を得た。

1. 更生保護施設での支援を受けて就労や子育て精神的なつらさを乗り越える生活上の自信を高めることができおり、精神健康状態も改善している。このように安定化

できた実感もあり、退所時の施設のケアに対する主観的な評価は 95%の人が肯定的であった。

2. **SOCRATES** の総得点、病識、迷いの得点が、3 時点（入所時・退所時・退所後差 3 か月）で低下していた。自分の薬物問題を受け止め、これを変えていく動機づけが時間とともに低下することが確かめられた。退所後 3 か月時のアンケートで回答者の半数以上に薬物欲求があると答えており、薬物依存の回復を継続する相談機関につながることの重要性が改めて確かめられた。
3. 刑の一部執行猶予制度の対象者では、非対象者に比べて、3 時点を通じての **SOCRATES** の得点の低下が少ないことが確認された。
4. 退所後の相談継続やそれに向けた働きかけの実態については、①入所中に導入された支援としては、認知行動療法は 45.0%、ダルクや自助グループは 35.9%、精神保健福祉センター・医療機関 20.9%、更生保護施設職員の個別相談は 54.5%であった。②退所後 3 か月のアンケートでは、退所後に受けている支援としては、ダルク・自助グループは 12.5%、精神保健福祉センター・医療機関 6.3%、定着支援センター 2.1%、更生保護施設職員の個別相談は 29.2%、就労支援 27.1%であった。退所後 3 か月に地域の相談機関につながっていることを目的変数とした重回帰分析では、入所中のダルク・自助グループの紹介や刑の一部執行猶予制度の対象者であること、退所時の **SOCRATES** 総得点が有意に関連していた。また、この退所時の **SOCRATES** の総得点を目的変数とした重回帰分析により、この得点に対してダルク・自助グループや精神保健福祉センター・医療機関の導入および刑の一部執行猶

予制度の対象となっていることが有意な関連があることが確かめられた。制度を用いて地域の機関につなぐ働きかけが退所後の回復支援の継続に役立っていることが確かめられた。

5. 更生保護施設の利用者の回復過程に関して複線径路等至性アプローチ (**Trajectory Equifinality Approach**、**TEA** と記す) を用いた質的研究を行ない、職員の個別的な関わりをもとに自分の問題を受け止めてくれると感じたことが、生活パターンや薬物使用における自分の感情の内省あるいは退所後に支援機関につながる力を育むことにつながっていることが示された。この分析を通じて、更生保護施設の職員には、1) 社会内における安全な存在としてのモデル役割、2) 専門家への相談のハードルを下げる役割、3) 退所後に薬物問題を始め、多様な問題を相談する力を育むという 3つの役割を果たしていることが示された。
6. 上述の調査所見と、更生保護施設の職員と関連機関の関係者を集めた意見交換会で意見聴取をもとに、多職種多機関の連携を円滑にするためのポイントをまとめたパンフレット作成を行った。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 渡邊敦子, 井ノ口恵子, 受田恵理, 新井清美, 森田展彰, 安里明友美: 更生保護施設における薬物事犯者に対する地域支援—

職員が認識する刑の一部執行猶予制度導入の効果と課題一. 更生保護研究 19 : 4-14, 2021

2. 学会発表

- 1) 渡邊敦子, 森田展彰, 新井清美, 井ノ口恵子, 受田恵理, 大宮宗一郎, 川井田恭子, 道重さおり, 山田理絵, 染田恵 : 刑の一部執行猶予制度下での薬物事犯者に対する地域支援—更生保護施設で支援を受ける薬物事犯者の認識一. 第 56 回日本アルコール・アディクション医学会, 三重県(Web開催), 2021.12.19.
- 2) 喜多村真紀, 森田展彰 : 更生保護施設に入所する薬物関連問題を持つ女性の回復プロセス. 第 58 回日本犯罪学会総会, Web開催, 2021.11.27.
- 3) 森田展彰, 喜多村真紀 : 更生保護施設の薬物事犯者における入所時から退所時の回復状況. 第 58 回日本犯罪学会総会, Web開催, 2021.11.27.
- 4) 森田展彰, 渡邊敦子, 新井清美, 小池純子, 望月明見, 大宮宗一郎, 受田恵理, 山田理絵 : 更生保護施設における薬物事例犯への支援に関する研究, 更生保護学研究 15:4-18, 2019.
- 5) 山口創生, 松長麻美, 堀尾奈都記: 重度精神疾患におけるパーソナル・リカバリーに関連する, 精神保健研究 62 : 15-20, 2016.
- 6) 荒川歩, 安田裕子, サトウタツヤ. 複線径路・等至性モデルの TEM 図の書き方の一例. 立命館人間科学研究 2012;(25):95-107
- 7) 安田裕子, 滑田明暢, 福田茉莉, サトウタツヤ. TEA 実践編複線径路等至性アプローチを活用する. 株式会社新曜社 2015
- 8) 安田裕子, 滑田明暢, 福田茉莉, サトウタツヤ. TEA 理論編複線径路等至性アプローチを活用する. 株式会社新曜社 2015

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

H. 参考文献

- 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、平成 27 年 11 月 19 日 <http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf>
- 2) 松本勝編著, 前川康彦, 御厨勝則: 更生保護入門, 成文堂, 2019.
- 3) パウル・エンメルカンプ, エレン・ヴェーデ

表 1 研究 1 で行う測定項目

調査項目	更生保護施設 入所時	更生保護施設 退所時	退所後 3 か月
人口統計学的変数	○	なし	なし
薬物使用歴	○	なし	なし
生活・就労状況	○	○	○
刑の一部執行猶予制度の対象か否か、同制度の主観的有用性など	○	なし	なし
精神健康状態 (K6)	○	○	○
薬物依存への回復動機づけ (SOCRATES)	○	○	○
薬物関連問題尺度 (生活、薬物問題、感情・対人関係、健康の悩み)	○	○	○
スマーブ、就労支援、関連機関の利用状況と有用性	○ (入所以前に利用したもの)	○ (入所中受けたものと今後の予定)	○ (退所後の利用したもの)
支援者や近親者との関係	○	○	○

表 2 研究協力者の属性

協力者	年齢	施設利用 回数 ^a	逮捕回数 ^b	刑務所 入所回数	婚姻状態 ^c	子ども の有無	受刑前の精 神科受診歴	調査時の精 神科受診
A	30代	1	2	1	離婚	あり	なし	通院中
B	30代	1	4	2	離婚	あり	なし	通院中
C	30代	1	3	2	離婚	あり	あり	無

a: これまでに更生保護施設を利用した回数, b: これまでの覚醒剤取締法による逮捕された回数,
c: 調査時の婚姻状態

表 3 TEM の基本用語

等至点 (Equifinality Point; EFP)	複数の経路が到達する点
分岐点 (Bifurcation Point; BFP)	何らかの迷いや複雑性が生じる点
必須通過点 (Obligatory Passage Point; OPP)	経験する出来事や行動が生じる点
非可逆的時間 (Irreversible Time)	経験が時間の持続と不可分であることの象徴
社会的方向づけ (Social Direction; SD)	阻害・抑制的に働くもの
社会的助勢 (Social Guidance; SG)	援助的な力として働くもの
両極化した等至点 (Polarized Equifinality Point)	EFPと対極の意味を持つ補集合的地点

表4 3時点の被験者の背景

項目		入所時 (N=400)		退所時 (N=222)		退所後3か月 (N=66)	
		度数	割合	度数	割合	度数	割合
性	男性	324	81.0%	180	81.1%	52	78.8%
	女性	76	19.0%	42	18.9%	14	21.2%
年齢							
	20-29歳	10	2.5%	4	1.8%	1	1.5%
	30-39歳	71	17.8%	33	14.9%	7	10.6%
	40-49歳	145	36.3%	84	37.8%	19	28.8%
	50-59歳	122	30.5%	72	32.4%	33	50.0%
	60歳以上	52	13.0%	29	13.1%	6	9.1%
学歴							
	小学校卒	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%
	中学校卒	264	66.7%	149	67.7%	149	67.7%
	高校卒	94	23.7%	49	22.3%	49	22.3%
	専門学校卒	27	6.8%	15	6.8%	15	6.8%
	大学卒・大学院修了	10	2.5%	7	3.2%	7	3.2%
	無回答	4		2		0	
職歴							
	常勤経験あり	340	87.4%	188	87.0%	53	84.1%
	非常勤経験のみ	37	9.5%	23	10.6%	9	14.3%
	なし	12	3.1%	5	2.3%	1	1.6%
	無回答	4		6		3	
入所前の就労状況							
	常勤	58	14.5%	58	14.5%	6	9.1%
	非常勤・パート	30	7.5%	30	7.5%	4	6.1%
	無職	312	78.0%	312	78.0%	56	84.8%
入所前の生活保護							
	受けていた	112	28.7%	112	28.7%	20	30.8%
	以前にのみ受けた	91	23.3%	91	23.3%	16	24.6%
	受けたことない	187	47.9%	187	47.9%	29	44.6%
	無回答	10		10		1	

表 5 入所時アンケート
における被験者の背景
(男女別)

項目	合計 (N=400)		男性 (N=324)		女性 (N=76)		有意確率
	度数	割合	度数	割合	度数	割合	
性	男性	324	81.0%	—	—	—	—
	女性	76	19.0%				
年齢	20-29歳	10	2.5%	5	1.5%	5	6.6%
	30-39歳	71	17.8%	48	14.8%	23	30.3%
	40-49歳	145	36.3%	116	35.8%	29	38.2%
	50-59歳	122	30.5%	108	33.3%	14	18.4%
	60歳以上	52	13.0%	47	14.5%	5	6.6%
学歴	小学校卒	1	0.3%	0	0.0%	1	1.4%
	中学校卒	264	66.7%	220	68.3%	44	59.5%
	高校卒	94	23.7%	71	22.0%	23	31.1%
	専門学校卒	27	6.8%	22	6.8%	5	6.8%
	大学卒・大学院修了	10	2.5%	9	2.8%	1	1.4%
	無回答	4		2		2	
職歴	常勤経験あり	340	87.4%	293	93.3%	47	62.7%
	非常勤経験のみ	37	9.5%	12	3.8%	25	33.3%
	なし	12	3.1%	9	2.9%	3	4.0%
	無回答	4		10		1	
入所前の就労状況							
	常勤	58	14.5%	52	16.0%	6	7.9%
	非常勤・パート	30	7.5%	20	6.2%	10	13.2%
	無職	312	78.0%	252	77.8%	60	78.9%
入所前の生活保護							
	受けていた	112	28.7%	85	27.0%	27	36.0%
	以前にのみ受けた	91	23.3%	71	22.5%	20	26.7%
	受けたことない	187	47.9%	159	50.5%	28	37.3%
	無回答	10		9		1	

男女間の比較における統計的検定は、 χ^2 検定を行った。

表 6 退所時アンケート
における被験者の背景
(男女別)

項目	合計 (N=222)		男性 (N=180)		女性 (N=42)		有意確率
	度数	割合	度数	割合	度数	割合	
性	男性	180	81.1%	—	—	—	—
	女性	42	18.9%				
年齢	20-29歳	4	1.8%	2	1.1%	2	4.8%
	30-39歳	33	14.9%	22	12.2%	11	26.2%
	40-49歳	84	37.8%	66	36.7%	18	42.9%
	50-59歳	72	32.4%	65	36.1%	7	16.7%
	60歳以上	29	13.1%	25	13.9%	4	9.5%
学歴	小学校卒	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	中学校卒	149	67.7%	122	67.8%	27	67.5%
	高校卒	49	22.3%	40	22.2%	9	22.5%
	専門学校卒	15	6.8%	12	6.7%	3	7.5%
	大学卒・大学院修了	7	3.2%	6	3.3%	1	2.5%
	無回答	2		0		2	
職歴	常勤経験あり	188	87.0%	163	93.7%	25	59.5%
	非常勤経験のみ	23	10.6%	8	4.6%	15	35.7%
	なし	5	2.3%	3	1.7%	2	4.8%
	無回答	6		6		0	
入所前の就労状況							
	常勤	58	14.5%	52	16.0%	6	7.9%
	非常勤・パート	30	7.5%	20	6.2%	10	13.2%
	無職	312	78.0%	252	77.8%	60	78.9%
入所前の生活保護							
	受けていた	112	28.7%	85	27.0%	27	36.0%
	以前にのみ受けた	91	23.3%	71	22.5%	20	26.7%
	受けたことない	187	47.9%	159	50.5%	28	37.3%
	無回答	10		9		1	

男女間の比較における統計的検定は、 χ^2 検定を行った。

表7 退所後3か月アンケートにおける被験者の背景（男女別）

項目	合計 (N=66)		男性 (N=52)		女性 (N=14)		有意確率	
	度数	割合	度数	割合	度数	割合		
性別	男性	52	78.8%	—	—	—	—	
	女性	14	21.2%					
年齢	20-29歳	1	1.5%	0	0.0%	1	7.1%	n. s.
	30-39歳	7	10.6%	5	9.6%	2	14.3%	
	40-49歳	19	28.8%	14	26.9%	5	35.7%	
	50-59歳	33	50.0%	28	53.8%	5	35.7%	
	60歳以上	6	9.1%	5	9.6%	1	7.1%	
学歴	小学校卒	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	n. s.
	中学校卒	149	67.7%	35	67.3%	9	64.3%	
	高校卒	49	22.3%	9	17.3%	4	28.6%	
	専門学校卒	15	6.8%	6	11.5%	1	7.1%	
	大学卒・大学院修了	7	3.2%	2	3.8%	0	0.0%	
	無回答	0		0		0		
職歴	常勤経験あり	53	84.1%	46	93.9%	7	50.0%	***
	非常勤経験のみ	9	14.3%	3	6.1%	6	42.9%	
	なし	1	1.6%	0	0.0%	1	7.1%	
	無回答	3		3		0		
入所前の就労状況								
	常勤	6	9.1%	5	9.6%	1	7.1%	*
	非常勤・パート	4	6.1%	3	5.8%	1	7.1%	
	無職	56	84.8%	44	84.6%	12	85.7%	
入所前の生活保護								
	受けていた	20	30.8%	15	29.4%	5	35.7%	n. s.
	以前にのみ受けた	16	24.6%	12	23.5%	4	28.6%	
	受けたことない	29	44.6%	24	47.1%	5	35.7%	
	無回答	1		1		0		

男女間の比較における統計的検定は、 χ^2 検定を行った。n. s. :有意差なし、*: $P<0.05$, ***: $P<0.001$

表 8 入所までの薬物使用歴（入所時アンケート回答者）

項目	合計 (N=400)		男性 (N=324)		女性 (N=76)		有意確率
	度数	割合	度数	割合	度数	割合	
薬物使用頻度（最大頻度）							
だいたい毎日	214	54.0%	165	51.6%	49	64.5%	n. s.
1週間の半分	46	11.6%	42	13.1%	4	5.3%	
1週間の数日	60	15.2%	52	16.3%	8	10.5%	
1か月に数回	61	15.4%	49	15.3%	12	15.8%	
もっと少ない	15	3.8%	12	3.8%	3	3.9%	
無回答	4		4		0		
薬物使用頻度（入所前）							
だいたい毎日	131	32.9%	97	30.1%	34	44.7%	n. s.
1週間の半分	39	9.8%	30	9.3%	9	11.8%	
1週間の数日	59	14.8%	51	15.8%	8	10.5%	
1か月に数回	68	17.1%	59	18.3%	9	11.8%	
もっと少ない	101	25.4%	85	26.4%	16	21.1%	
無回答	2		2		0		

統計的検定は、 χ^2 検定。n. s. : 有意差なし

項目	合計			男性			女性			有意確率
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
クリーン期間（月）	399	48.2	66.0	324	49.0	68.4	75	44.8	54.5	n. s.
薬物使用開始年齢（歳）	381	23.8	8.6	313	23.7	8.5	68	24.1	8.9	n. s.
薬物使用期間（年）	381	13.3	9.5	311	13.7	9.8	70	11.7	8.0	n. s.

統計的検定は、t 検定。n. s. : 有意差なし

表 9 入所までの薬物使用歴（退所時アンケート回答者）

項目	合計 (N=222)		男性 (N=180)		女性 (N=42)		有意確率
	度数	割合	度数	割合	度数	割合	
薬物使用頻度（最大頻度）							
だいたい毎日	108	49.3%	83	46.9%	25	59.5%	n. s.
1週間の半分	29	13.2%	27	15.3%	2	4.8%	
1週間の数日	37	16.9%	32	18.1%	5	11.9%	
1か月に数回	38	17.4%	30	16.9%	8	19.0%	
もっと少ない	7	3.2%	5	2.8%	2	4.8%	
無回答	3		3		0		
薬物使用頻度（入所前）							
だいたい毎日	69	31.4%	52	29.2%	52	29.2%	n. s.
1週間の半分	24	10.9%	19	10.7%	19	10.7%	
1週間の数日	37	16.8%	31	17.4%	31	17.4%	
1か月に数回	37	16.8%	31	17.4%	31	17.4%	
もっと少ない	53	24.1%	45	25.3%	45	25.3%	
無回答	2		2		0		

統計的検定は、 χ^2 検定。n. s. : 有意差なし

項目	合計			男性			女性			有意確率
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
クリーン期間（月）	222	44.0	54.4	180	44.2	55.2	42	43.2	51.6	n. s.
薬物使用開始年齢（歳）	215	24.1	8.6	176	24.1	8.6	39	24.5	8.8	n. s.
薬物使用期間（年）	214	13.0	9.2	174	13.2	9.4	40	12.2	8.3	n. s.

統計的検定は、t 検定。n. s. : 有意差なし

表 10 入所までの薬物使用歴（退所後 3 か月時アンケート回答者）

月	項目	合計 (N=66)		男性 (N=52)		女性 (N=14)		有意確率
		度数	割合	度数	割合	度数	割合	
薬物使用頻度（最大頻度）								
	だいたい毎日	26	40.0%	20	39.2%	6	42.9%	n. s.
	1週間の半分	13	20.0%	12	23.5%	1	7.1%	
	1週間の数日	12	18.5%	9	17.6%	3	21.4%	
	1か月に数回	12	18.5%	8	15.7%	4	28.6%	
	もっと少ない	2	3.1%	2	3.9%	0	0.0%	
	無回答	1		1		0		
薬物使用頻度（入所前）								
	だいたい毎日	131	32.9%	97	30.1%	34	44.7%	n. s.
	1週間の半分	39	9.8%	30	9.3%	9	11.8%	
	1週間の数日	59	14.8%	51	15.8%	8	10.5%	
	1か月に数回	68	17.1%	59	18.3%	9	11.8%	
	もっと少ない	101	25.4%	85	26.4%	16	21.1%	
	無回答	0		0		0		

統計的検定は、 χ^2 検定。n. s. : 有意差なし

項目	合計			男性			女性			有意確率
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
クリーン期間（月）	66	57.8	82.1	52	55.4	82.1	14	66.6	84.8	n. s.
薬物使用開始年齢（歳）	64	24.5	8.8	51	24.0	8.3	13	26.6	10.5	n. s.
薬物使用期間（年）	64	12.6	10.0	50	13.3	10.8	14	10.3	6.1	n. s.

統計的検定は、t 検定。n. s. : 有意差なし

表 11 心理テストの点数の意味

項目	得点範囲	基準
K6得点（精神健康の問題）	0-24	5点以上で精神健康に問題あり
SOCRATES__病識	7-35	35以上：高, 31-34: 中, 30以下: 低
SOCRATES__迷い	4-20	17以上：高, 14-16：中, 13以下：低
SOCRATES__実行	8-40	36以上：高, 31-35：中, 26以下：低
SOCRATES__総得点	19-95	
薬物関連問題尺度__精神症状	1-5	悩みごとに関する項目について、「1:あてはまらない、2:あまりあてはまらない、3:どちらともいえない、4:ややあてはまる、5:あてはまる」という基準で自己評価した得点を領域ごとの平均値。得点範囲は1-5である。3以上だとその領域に関して悩んでいることが示唆される。
薬物関連問題尺度__身体問題	1-5	
薬物関連問題尺度__生活問題	1-5	
薬物関連問題尺度__家族問題	1-5	
薬物関連問題尺度__総得点	1-5	

表 12 3 時点の回答者における心理尺度得点

	入所時			退所時			退所後3か月		
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差
K6	398	6.9	5.5	221	6.1	5.8	65	5.7	5.8
SOCRATES__病識	398	30.9	4.4	225	29.7	5.4	63	28.3	5.7
SOCRATES__迷い	398	15.5	3.1	225	14.5	3.5	63	13.7	3.6
SOCRATES__実行	398	20.9	3.3	225	21.4	3.7	63	20.9	3.7
SOCRATES__総得点	398	67.2	8.1	225	65.6	10.5	63	62.9	10.0
薬物関連問題尺度__精神症状	400	1.8	0.9	223	1.8	0.9	64	1.7	0.9
薬物関連問題尺度__身体問題	400	2.7	1.4	223	2.8	1.4	64	2.4	1.2
薬物関連問題尺度__生活問題	400	2.7	1.0	223	2.3	0.9	64	2.2	0.9
薬物関連問題尺度__家族問題	400	1.7	0.8	223	1.7	0.9	64	1.5	0.7
薬物関連問題尺度__総得点	400	2.1	0.7	223	2.0	0.8	64	1.9	0.7

表 13 入所時アンケートにおける心理尺度得点（男女別）

項目	合計			男性			女性			有意確率
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
K6得点（精神健康の問題）	398	6.9	5.5	322	6.5	5.2	76	8.9	6.0	***
SOCRATES__病識	398	30.9	4.4	322	30.7	4.4	76	31.5	4.2	n. s.
SOCRATES__迷い	398	15.5	3.1	322	15.4	3.1	76	15.8	3.2	n. s.
SOCRATES__実行	398	20.9	3.3	322	20.7	3.3	76	21.7	3.0	*
SOCRATES__総得点	398	67.2	8.1	322	66.8	8.1	76	69.1	7.9	*
薬物関連問題尺度__精神症状	400	1.8	0.9	324	1.7	0.9	76	2.1	1.0	**
薬物関連問題尺度__身体問題	400	2.7	1.4	324	2.7	1.4	76	3.0	1.4	n. s.
薬物関連問題尺度__生活問題	400	2.7	1.0	324	2.6	0.9	76	3.2	1.1	***
薬物関連問題尺度__家族問題	400	1.7	0.8	324	1.5	0.6	76	2.3	1.1	***
薬物関連問題尺度__総得点	400	2.1	0.7	324	2.0	0.6	76	2.6	0.8	***

統計的検定は t 検定による。n. s. : 有意差なし、*: P<0.05, **: P<0.01, ***: P<0.001

表 14 退所時における心理尺度得点（男女別）

項目	合計			男性			女性			有意確率
	度数	平均値	標準	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準	
K6得点（精神健康の問題）	221	6.1	5.8	179	5.7	5.6	42	8.1	6.2	*
SOCRATES__病識	225	29.7	5.4	183	29.7	5.6	42	29.8	4.4	n. s.
SOCRATES__迷い	225	14.5	3.5	183	14.4	3.6	42	14.9	3.3	n. s.
SOCRATES__実行	225	21.4	3.7	183	21.3	3.8	42	21.6	2.9	n. s.
SOCRATES__総得点	225	65.6	###	183	65.4	10.9	42	66.3	8.3	n. s.
薬物関連問題尺度__精神症状	223	1.8	0.9	181	1.8	0.9	42	1.9	1.0	n. s.
薬物関連問題尺度__身体問題	223	2.8	1.4	181	2.7	1.4	42	2.8	1.3	n. s.
薬物関連問題尺度__生活問題	223	2.3	0.9	181	2.2	0.9	42	2.5	1.0	n. s.
薬物関連問題尺度__家族問題	223	1.7	0.9	181	1.5	0.7	42	2.3	1.0	**
薬物関連問題尺度__総得点	223	2.0	0.8	181	1.9	0.8	42	2.3	0.9	***

統計的検定は t 検定による。n. s. : 有意差なし、*:P<0.05, **:P<0.01, ***: P<0.001

表 15 退所後 3 か月における心理尺度得点（男女別）

項目	合計			男性			女性			有意確率
	度数	平均値	標準	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準	
K6得点（精神健康の問題）	65	5.7	5.7	51	5.0	5.5	14	8.1	6.3	+
SOCRATES__病識	63	28.3	5.7	49	28.0	5.7	14	29.4	5.7	n. s.
SOCRATES__迷い	63	13.7	3.6	49	13.7	3.7	14	13.6	3.4	n. s.
SOCRATES__実行	63	20.9	3.7	49	21.0	3.4	14	20.5	4.7	n. s.
SOCRATES__総得点	63	62.9	###	49	62.7	9.5	14	63.5	###	n. s.
薬物関連問題尺度__精神症状	64	1.7	0.9	50	1.6	0.9	14	2.1	1.0	n. s.
薬物関連問題尺度__身体問題	64	2.4	1.3	50	2.4	1.3	14	2.5	1.2	n. s.
薬物関連問題尺度__生活問題	64	2.2	0.9	50	2.0	0.9	14	2.6	1.1	+
薬物関連問題尺度__家族問題	64	1.5	0.7	50	1.4	0.6	14	1.8	0.8	*
薬物関連問題尺度__総得点	64	1.9	0.7	50	1.8	0.7	14	2.2	0.8	+

統計的検定は t 検定による。n. s. : 有意差なし、+: P<0.10, *:P<0.05, **:P<0.01, ***: P<0.001

表 16 入所時と退所時における心理尺度の得点の比較（全体）

	度数	入所時		退所時		有意確率
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	
K6得点（精神健康の問題）	218	7.2	5.3	6.1	5.8	*
SOCRATES__病識	222	30.9	4.5	29.8	5.4	**
SOCRATES__迷い	222	15.5	3.2	14.5	3.5	***
SOCRATES__実行	222	20.8	3.2	21.4	3.7	*
SOCRATES__総得点	222	67.2	8.3	65.6	10.4	*
薬物関連問題尺度__精神症状	222	1.9	0.9	1.8	0.9	*
薬物関連問題尺度__身体問題	222	2.8	1.4	2.8	1.4	n. s.
薬物関連問題尺度__生活問題	222	2.7	1.0	2.3	0.9	***
薬物関連問題尺度__家族問題	222	1.7	0.8	1.7	0.9	n. s.
薬物関連問題尺度__総得点	222	2.2	0.7	2.0	0.8	***

統計的検定は、対応のある t 検定, n. s. : 有意差なし, *: P<0.05, **: P<0.01, ***: P<0.001

表 17 薬物関連問題尺度において入所時と退所時で有意な変化があった項目

項目	N	入所時		退所時		Z	有意確率
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
1. 仕事にうまくつけるかどうかについてなやんでいる	222	3.32	1.55	2.53	1.58	-6.036b	0.000
2. 刑務所をでてから生活をやっていく自信がもてない	222	2.50	1.28	2.19	1.26	-2.834b	0.005
4. 子育てがうまくできるか心配である	222	2.27	1.46	1.93	1.32	-3.452b	0.001
5. 薬物乱用による精神的な問題（薬物をつかいたい気持ち・禁断症状・混乱・幻覚・ちゃんと頭がはたらかないことなど）にな	222	2.32	1.39	2.04	1.27	-2.752b	0.006
7. うつや不安に、なやんでいる	222	2.33	1.46	2.09	1.38	-2.450b	0.014
10. 親から傷つけられること（暴力、悪口、世話してくれないこと）になやんでいる	222	1.31	0.87	1.45	1.03	-2.223c	0.026

Wilcoxon の符号付き順位検定

得点の意味は、1:あてはまらない、2:あまりあてはまらない、3:どちらともいえない、4:ややあてはまる、5:あてはまるで、得点範囲は1-5である。3以上だとその領域に関して悩んでいることが示唆される

表 18 男女における入所時と退所時における心理尺度の得点の比較

	群分け（制度の対 象か否か）	度数	入所時		退所時		各群におけ る前後比較	時間の主 効果	群間の主 効果	交互作用
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差				
K6得点	男性	176	6.7	5.1	5.7	5.7	*	n.s.	**	n.s.
	女性	42	9.0	5.7	8.1	6.2	n.s.			
SOCRATES__病識	男性	180	30.8	4.6	29.8	5.6	*	**	n.s.	n.s.
	女性	42	31.3	4.1	29.8	4.4	*			
SOCRATES__まよい	男性	180	15.5	3.2	14.4	3.6	***	**	n.s.	n.s.
	女性	42	15.7	3.1	14.9	3.3	n.s.			
SOCRATES__実行	男性	180	20.7	3.3	21.3	3.9	*	n.s.	n.s.	n.s.
	女性	42	21.3	2.9	21.6	2.9	n.s.			
SOCRATES__総得点	男性	180	67.0	8.4	65.5	10.9	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	女性	42	68.2	7.9	66.3	8.3	n.s.			
薬物関連問題尺度__精神症状	男性	180	1.8	0.9	1.8	0.9	n.s.	**	n.s.	*
	女性	42	2.2	1.0	1.9	1.0	**			
薬物関連問題尺度__身体問題	男性	180	2.8	1.4	2.7	1.4	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	女性	42	3.0	1.4	2.8	1.3	n.s.			
薬物関連問題尺度__生活困難	男性	180	2.6	0.9	2.2	0.9	***	***	n.s.	n.s.
	女性	42	3.1	1.1	2.5	1.0	***			
薬物関連問題尺度__家族問題	男性	180	1.5	0.6	1.5	0.7	n.s.	n.s.	***	n.s.
	女性	42	2.3	1.2	2.3	1.0	n.s.			
薬物関連問題尺度__総得点	男性	180	2.1	0.6	2.0	0.8	*	***	***	n.s.
	女性	42	2.6	0.9	2.3	0.9	**			

統計的検定は、男女両方の入所時—退所時の変化に関して、2元配置の分散分析を行い、各群における入所時と退所時の比較は、対応のある t 検定を用いている。n.s.: 有意差なし、*: P<0.05, **: P<0.01, ***: P<0.01

表 19 心理テストの得点における 3 時点における変化

	度数	A.入所時		B.退所時		C.退所後3か月		時間における主効果	多重比較		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		A-B	B-C	A-C
K6得点	57	7.2	5.8	5.9	5.7	6.0	5.9	n.s	n.s.	n.s.	n.s.
SOCRATES__病識	56	30.8	3.9	29.2	5.8	27.9	5.8	***	n.s.	n.s.	*
SOCRATES__まよい	56	15.0	2.9	14.1	3.8	13.7	3.7	*	n.s.	n.s.	*
SOCRATES__実行	56	20.8	3.2	21.6	3.9	21.0	3.8	n.s	n.s.	n.s.	n.s.
SOCRATES__総得点	56	66.6	6.9	64.9	11.3	62.6	10.2	*	n.s.	n.s.	**
薬物関連問題尺度__精神症状	60	1.9	0.8	1.8	1.0	1.7	1.0	n.s	n.s.	n.s.	n.s.
薬物関連問題尺度__身体問題	60	2.6	1.2	2.6	1.3	2.5	1.3	n.s	n.s.	n.s.	n.s.
薬物関連問題尺度__生活困難	60	2.6	0.9	2.2	0.8	2.2	1.0	***	**	n.s.	*
薬物関連問題尺度__家族問題	60	1.6	0.7	1.6	0.8	1.5	0.7	n.s	n.s.	n.s.	n.s.
薬物関連問題尺度__総得点	60	2.1	0.7	2.0	0.8	1.9	0.7	n.s	n.s.	n.s.	n.s.

時点間における平均値の差の検定には反復測定（対応のある因子）による一元配置分散分析を用いた。多重比較はSidak検定を用いた。
n.s.:有意差なし、*:P<0.05, **:P<0.01, ***: P<0.001

表 20 時点の回答者における制度対象者の割合

項目	入所時 (N=400)		退所時 (N=222)		退所後3か月 (N=66)	
	度数	割合	度数	割合	度数	割合
制度対象群	142	35.5%	82	36.9%	24	36.4%
制度非対象群	258	64.5%	140	63.1%	42	63.6%

表 21 制度対象者と制度非対象者の背景の比較

入所時アンケート回答者

項目	刑の一部執行制度の対象者 (N=82)		刑の一部執行制度の非対象者 (N=140)		有意確率	
	度数	割合	度数	割合		
性別	男性	68	82.9%	112	80.0%	n. s.
	女性	14	17.1%	28	20.0%	
年齢	20-29歳	2	2.4%	2	1.4%	n. s.
	30-39歳	9	11.0%	24	17.1%	
	40-49歳	32	39.0%	52	37.1%	
	50-59歳	28	34.1%	44	31.4%	
	60歳以上	11	13.4%	18	12.9%	
学歴	小学校卒	1	0.7%	0	0.0%	n. s.
	中学校卒	53	64.6%	96	69.6%	
	高校卒	17	20.7%	32	23.2%	
	専門学校卒	6	7.3%	9	6.5%	
	大学卒・大学院修了	6	7.3%	1	0.7%	
	無回答	0		2		
職歴	常勤経験あり	65	82.3%	123	89.8%	n. s.
	非常勤経験のみ	11	13.9%	12	8.8%	
	なし	3	3.8%	2	1.5%	
	無回答	3		3		
入所前の就労状況						
	常勤	15	18.3%	14	10.0%	n. s.
	非常勤・パート	5	6.1%	8	5.7%	
	無職	62	75.6%	118	84.3%	
入所前の生活保護						
	受けていた	24	29.6%	44	32.6%	n. s.
	以前にのみ受けた	17	21.0%	35	25.9%	
	うけたことない	40	49.4%	56	41.5%	
	無回答	1		5		

統計検定はχ²検定による。n. s. :有意差なし。

退所時アンケート回答者

項目	刑の一部執行制度の対象者 (N=142)		刑の一部執行制度の非対象者 (N=258)		有意確率	
	度数	割合	度数	割合		
性別	男性	118	83.1%	206	79.8%	n. s.
	女性	24	16.9%	52	20.2%	
年齢	20-29歳	3	2.1%	7	2.7%	n. s.
	30-39歳	26	18.3%	45	17.4%	
	40-49歳	57	40.1%	88	34.1%	
	50-59歳	41	28.9%	81	31.4%	
	60歳以上	15	10.6%	37	14.3%	
学歴	小学校卒	1	0.7%	0	0.0%	n. s.
	中学校卒	91	64.5%	173	67.8%	
	高校卒	32	22.7%	62	24.3%	
	専門学校卒	11	7.8%	16	6.3%	
	大学卒・大学院修了	6	4.3%	4	1.6%	
	無回答	1		3		
職歴	常勤経験あり	118	84.9%	222	88.8%	n. s.
	非常勤経験のみ	15	10.8%	22	8.8%	
	なし	6	4.3%	6	2.4%	
	無回答	3		8		
入所前の就労状況						
	常勤	26	18.3%	32	12.4%	n. s.
	非常勤・パート	9	6.3%	21	8.1%	
	無職	107	75.4%	205	79.5%	
入所前の生活保護						
	受けていた	38	27.1%	74	29.6%	n. s.
	以前にのみ受けた	31	22.1%	60	24.0%	
	うけたことない	71	50.7%	116	46.4%	
	無回答	2		8		

統計検定はχ²検定による。n. s. :有意差なし。

退所後 3 か月アンケート
ト回答者

項目	刑の一部執行制度の対象者 (N=24)		刑の一部執行制度の非対象者 (N=42)		有意確率	
	度数	割合	度数	割合		
性別	男性	18	75.0%	34	81.0%	n. s.
	女性	6	25.0%	8	19.0%	
年齢	20-29歳	0	0.0%	1	2.4%	n. s.
	30-39歳	2	8.3%	5	11.9%	
	40-49歳	8	33.3%	11	26.2%	
	50-59歳	10	41.7%	23	54.8%	
	60歳以上	4	16.7%	2	4.8%	
学歴	小学校卒	0	0.0%	0	0.0%	n. s.
	中学校卒	19	79.2%	25	59.5%	
	高校卒	3	12.5%	10	23.8%	
	専門学校卒	1	4.2%	6	14.3%	
	大学卒・大学院修了	1	4.2%	1	2.4%	
職歴	常勤経験あり	15	68.2%	38	92.7%	n. s.
	非常勤経験のみ	6	27.3%	3	7.3%	
	なし	1	4.5%	0	0.0%	
	無回答	2		1		
入所前の就労状況	常勤	2	8.3%	4	9.5%	*
	非常勤・パート	3	12.5%	1	2.4%	
	無職	19	79.2%	37	88.1%	
入所前の生活保護	受けていた	7	29.2%	13	31.7%	n. s.
	以前にのみ受けた	7	29.2%	9	22.0%	
	うけたことない	10	41.7%	19	46.3%	
	無回答	0		1		

統計検定は χ^2 検定による。n. s. :有意差なし。*: P<0.05)

表 22 制度対象者と制度非対象者の入所前の薬物使用状況の比較

入所時回答者

項目	刑の一部執行制度の対象者 (N=142)		刑の一部執行制度の非対象者 (N=258)		有意確率
	度数	割合	度数	割合	
薬物使用頻度 (最大頻度)					
だいたい毎日	81	57.9%	133	52.0%	n. s.
1週間の半分	12	8.6%	34	13.3%	
1週間の数日	23	16.4%	37	14.5%	
1か月に数回	19	13.6%	42	16.4%	
もっと少ない	5	3.6%	10	3.9%	
無回答	2		2		
薬物使用頻度 (入所前)					
だいたい毎日	42	29.6%	89	34.8%	n. s.
1週間の半分	13	9.2%	26	10.2%	
1週間の数日	24	16.9%	35	13.7%	
1か月に数回	21	14.8%	47	18.4%	
もっと少ない	42	29.6%	59	23.0%	
無回答	0		2		

統計的検定は、t 検定、n. s. : 有意差なし

項目	刑の一部執行制度の対象者			刑の一部執行制度の非対象者			有意確率
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
薬物使用に関連する期間・年齢							
クリーン期間 (月)	142	46.9	83.5	257	48.9	54.0	n. s.
薬物使用開始年齢 (歳)	136	23.9	9.6	245	23.7	8.0	n. s.
薬物使用期間 (年)	137	13.6	10.1	244	13.1	9.3	n. s.

統計的検定は、t 検定、n. s. : 有意差なし

退所時回答者

項目	刑の一部執行制度の対象者 (N=82)		刑の一部執行制度の非対象者 (N=140)		有意確率
	度数	割合	度数	割合	
薬物使用頻度 (最大頻度)					
だいたい毎日	39	48.8%	69	49.6%	n. s.
1週間の半分	10	12.5%	19	13.7%	
1週間の数日	16	20.0%	21	15.1%	
1か月に数回	12	15.0%	26	18.7%	
もっと少ない	3	3.8%	4	2.9%	
無回答	2		1		
薬物使用頻度 (入所前)					
だいたい毎日	20	24.4%	49	35.5%	n. s.
1週間の半分	11	13.4%	13	9.4%	
1週間の数日	18	22.0%	19	13.8%	
1か月に数回	10	12.2%	27	19.6%	
もっと少ない	23	28.0%	30	21.7%	
無回答	0		2		

統計的検定は、t 検定、n. s. : 有意差なし

項目	刑の一部執行制度の対象者			刑の一部執行制度の非対象者			有意確率
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
クリーン期間 (月)	82	35.7	46.6	140	49.0	58.1	n. s.
薬物使用開始年齢 (歳)	78	25.7	10.4	137	23.3	7.3	*
薬物使用期間 (年)	79	12.9	10.1	135	13.1	8.6	n. s.

統計的検定は、t 検定、n. s. : 有意差なし、*: P<0.05

退所後 3 か月回
答者

項目	刑の一部執行制度の対象者 (N=24)		刑の一部執行制度の非対象者 (N=42)		有意確率
	度数	割合	度数	割合	
薬物使用頻度（最大頻度）					
だいたい毎日	9	39.1%	17	40.5%	n. s.
1週間の半分	3	13.0%	10	23.8%	
1週間の数日	8	34.8%	4	9.5%	
1か月に数回	3	13.0%	9	21.4%	
もっと少ない	0	0.0%	2	4.8%	
無回答	1		0		
薬物使用頻度（入所前）					
だいたい毎日	6	25.0%	11	26.2%	n. s.
1週間の半分	2	8.3%	6	14.3%	
1週間の数日	7	29.2%	5	11.9%	
1か月に数回	3	12.5%	9	21.4%	
もっと少ない	6	25.0%	11	26.2%	

統計的検定は、t 検定, n. s. : 有意差なし

項目	刑の一部執行制度の対象者			刑の一部執行制度の非対象者			有意確率
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
クリーン期間（月）	24	49.8	79.3	42	62.4	84.3	n. s.
薬物使用開始年齢（歳）	22	23.7	7.0	42	25.0	9.6	n. s.
薬物使用期間（年）	23	16.5	12.3	41	10.4	7.9	*

統計的検定は、t 検定, n. s. : 有意差なし, *: P<0.05

表 23 心理テスト結果に関する制度対象群と制度非対象群の比較（各時点における分析）

入所時										
	合計			制度対象群			制度非対象群			統計的 検定
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
K6	398	6.9	5.5	140	6.8	5.4	258	7.0	5.5	n.s
SOCRATES__病識	398	30.9	4.4	140	31.4	4.1	258	30.6	4.5	n.s
SOCRATES__迷い	398	15.5	3.1	140	15.6	3.2	258	15.4	3.0	n.s
SOCRATES__実行	398	20.9	3.3	140	20.8	3.3	258	20.9	3.3	n.s
SOCRATES__総得点	398	67.2	8.1	140	67.9	8.1	258	66.9	8.1	n.s
薬物関連問題尺度__精神症状	400	1.8	0.9	142	1.8	0.9	258	1.8	0.9	n.s
薬物関連問題尺度__身体問題	400	2.7	1.4	142	2.7	1.4	258	2.8	1.4	n.s
薬物関連問題尺度__生活問題	400	2.7	1.0	142	2.6	1.0	258	2.7	1.0	n.s
薬物関連問題尺度__家族問題	400	1.7	0.8	142	1.7	0.9	258	1.7	0.8	n.s
薬物関連問題尺度__総得点	400	2.1	0.7	142	2.1	0.8	258	2.2	0.7	n.s

退所時										
	合計			制度対象群			制度非対象群			統計的 検定
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
K6	221	6.1	5.8	80	5.5	5.5	141	6.5	6.0	n.s.
SOCRATES__病識	225	29.7	5.4	82	30.9	4.2	143	29.1	5.9	**
SOCRATES__迷い	225	14.5	3.5	82	15.2	3.0	143	14.0	3.7	**
SOCRATES__実行	225	21.4	3.7	82	21.7	3.3	143	21.2	3.9	n.s.
SOCRATES__総得点	225	65.6	10.5	82	67.9	8.3	143	64.3	11.3	*
薬物関連問題尺度__精神症状	223	1.8	0.9	82	1.7	0.9	141	1.8	1.0	n.s.
薬物関連問題尺度__身体問題	223	2.8	1.4	82	2.6	1.3	141	2.9	1.4	n.s.
薬物関連問題尺度__生活問題	223	2.3	0.9	82	2.2	0.9	141	2.3	1.0	n.s.
薬物関連問題尺度__家族問題	223	1.7	0.9	82	1.5	0.8	141	1.7	0.9	n.s.
薬物関連問題尺度__総得点	223	2.0	0.8	82	1.9	0.7	141	2.1	0.8	n.s.

退所後3か月										
	合計			制度対象群			制度非対象群			統計的 検定
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差	
K6	65	5.7	5.7	23	6.5	7.1	42	5.3	4.9	n.s.
SOCRATES__病識	63	28.3	5.7	23	30.8	3.6	40	26.9	6.2	**
SOCRATES__迷い	63	13.7	3.6	23	15.2	3.4	40	12.8	3.5	*
SOCRATES__実行	63	20.9	3.7	23	21.4	3.3	40	20.6	3.9	n.s.
SOCRATES__総得点	63	62.9	10.0	23	67.4	7.5	40	60.3	10.4	**
薬物関連問題尺度__精神症状	64	1.7	0.9	24	1.7	1.1	40	1.7	0.9	n.s.
薬物関連問題尺度__身体問題	64	2.4	1.3	24	2.6	1.1	40	2.3	1.3	n.s.
薬物関連問題尺度__生活問題	64	2.2	0.9	24	2.2	1.0	40	2.1	0.9	n.s.
薬物関連問題尺度__家族問題	64	1.5	0.7	24	1.5	0.6	40	1.5	0.7	n.s.
薬物関連問題尺度__総得点	64	1.9	0.7	24	1.9	0.8	40	1.9	0.7	n.s.

統計的検定は t 検定による。n.s.:有意差なし、*:P<0.05, **:P<0.01, ***: P<0.001

表 24 入所時と退所時における心理尺度の変化（制度対象者と制度非対象者の比較）

	群分け（制度の対象か否か）	度数	入所時		退所時		2時点の比較（対応のある変数に関するANOVA）注1		退所時得点に対する群の主効果（ANCOVA）注2
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差			
K6得点	制度対象群	78	6.3	4.8	5.5	5.5	n.s.	n.s.	
	制度非対照群	140	7.7	5.5	6.5	6.0	*	n.s.	
SOCRATES__病識	制度対象群	80	31.3	4.6	30.9	4.3	n.s.	*	
	制度非対照群	142	30.7	4.5	29.1	5.8	***		
SOCRATES__まよい	制度対象群	80	15.5	3.5	15.3	3.0	n.s.	**	
	制度非対照群	142	15.6	3.0	14.1	3.7	***		
SOCRATES__実行	制度対象群	80	20.8	3.3	21.7	3.3	*	n.s.	
	制度非対照群	142	20.8	3.2	21.2	3.9	n.s.		
SOCRATES__総得点	制度対象群	80	67.5	9.0	67.9	8.4	n.s.	*	
	制度非対照群	142	67.0	7.9	64.4	11.3	**		
薬物関連問題尺度__精神症状	制度対象群	82	1.8	0.9	1.7	0.9	n.s.	n.s.	
	制度非対照群	140	2.0	1.0	1.8	1.0	n.s.		
薬物関連問題尺度__身体問題	制度対象群	82	2.5	1.4	2.6	1.3	n.s.	n.s.	
	制度非対照群	140	3.0	1.4	2.9	1.4	n.s.		
薬物関連問題尺度__生活困難	制度対象群	82	2.5	1.0	2.2	0.9	***	n.s.	
	制度非対照群	140	2.7	0.9	2.3	1.0	***		
薬物関連問題尺度__家族問題	制度対象群	82	1.6	0.8	1.5	0.8	n.s.	n.s.	
	制度非対照群	140	1.7	0.8	1.7	0.9	n.s.		
薬物関連問題尺度__総得点	制度対象群	82	2.0	0.7	1.9	0.7	*	n.s.	
	制度非対照群	140	2.2	0.7	2.1	0.8	**		

注1：制度対象群と制度非対象群を分けたうえで、2時点の比較を、対応のあるt検定を行った。注2：退所時の得点を目的変数にして、入所時の変数を説明変数、2群（制度対象者の群と制度非対象者の群）を共変量としたANCOVA、*：P<0.05，**：P<0.01，***：P<0.001

表 25 薬物関連問題尺度において入所時と退所時で有意な変化があった項目

項目	N	入所時		退所時		Z	有意確率
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
制度対象者 1. 仕事にうまくつけるかどうかについてなやんでいる	82	3.16	1.58	2.40	1.54	-3.748b	0.000
4. 子育てがうまくできるか心配である	82	2.18	1.49	1.78	1.25	-2.464b	0.014
7. うつや不安に、なやんでいる	82	2.26	1.46	1.89	1.23	-2.231b	0.026
制度非対象者 1. 仕事にうまくつけるかどうかについてなやんでいる	140	3.41	1.54	2.6	1.60	-4.741	0.000
2. 刑務所をでてから生活をやっていく自信がもてない	140	2.64	1.29	2.2	1.26	-2.785	0.005
4. 子育てがうまくできるか心配である	140	2.31	1.44	2	1.35	-2.482	0.013
5. 薬物乱用による精神的な問題（薬物をつかいたい気持ち・禁断症状・混乱・幻覚・ちゃんと頭がはたらかないことなど）になやんでいる	140	2.41	1.40	2.1	1.29	-2.482	0.008
10. 親から傷つけられること（暴力、悪口、世話してくれないこと）になやんでいる	140	1.29	0.84	1.6	1.15	-2.892	0.004
15. エイズやC型肝炎など感染症について、不安がある	140	2.94	1.72	2.6	1.68	-2.746	0.006

Wilcoxon の符号付き順位検定

得点の意味は、1:あてはまらない、2:あまりあてはまらない、3:どちらともいえない、4:ややあてはまる、5:あてはまるで、得点範囲は1-5である。3以上だとその領域に関して悩んでいることが示唆される

表 26 3 時点の変化についての分析

記述統計	群分け (制度の 対象か否か)	度数	A.入所時		B.退所時		C.退所後3か月		3時点の比較 (対 応のある変数に 関するANOVA)			多重比較			退所後3か月に對 する群の主効果 (ANCOVA) 注1
			平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	A-B	B-C	A-C				
K6得点	制度対象群	17	6.9	6.0	5.5	6.8	7.1	7.7	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
	制度非対象群	40	7.3	5.8	6.1	5.2	5.5	4.9	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
SOCRATES__病識	制度対象群	18	32.1	3.2	30.7	3.4	30.5	3.6	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
	制度非対象群	38	30.2	4.2	28.5	6.6	26.8	6.3	**	n.s	*	n.s	n.s	n.s.	
SOCRATES__まよい	制度対象群	18	14.7	2.6	15.0	3.5	15.4	3.2	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	**	
	制度非対象群	38	15.2	3.0	13.7	3.9	12.8	3.6	**	n.s	*	n.s	n.s	**	
SOCRATES__実行	制度対象群	18	21.2	3.6	21.5	3.6	21.7	3.4	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
	制度非対象群	38	20.6	3.0	21.6	4.1	20.6	3.9	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
SOCRATES__総得点	制度対象群	18	68.0	5.4	67.2	7.5	67.6	7.3	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	*	
	制度非対象群	38	65.9	7.6	63.8	12.6	60.2	10.5	**	n.s	**	n.s	n.s	*	
薬物関連問題尺度 __精神症状	制度対象群	21	1.9	1.1	1.8	1.1	1.8	1.1	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
	制度非対象群	39	1.8	0.7	1.8	0.9	1.7	0.9	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
薬物関連問題尺度 __身体問題	制度対象群	21	2.6	1.1	1.8	1.1	1.8	1.1	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
	制度非対象群	39	2.6	1.3	2.6	1.3	2.3	1.4	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
薬物関連問題尺度 __生活困難	制度対象群	21	2.7	1.1	2.2	0.9	2.2	1.0	*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
	制度非対象群	39	2.6	0.9	2.2	0.8	2.1	0.9	*	*	n.s	n.s	n.s	n.s.	
薬物関連問題尺度 __家族問題	制度対象群	21	1.6	0.9	1.7	1.1	1.5	0.6	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
	制度非対象群	39	1.5	0.6	1.6	0.6	1.5	0.7	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
薬物関連問題尺度 __総得点	制度対象群	21	2.1	0.8	2.0	0.9	2.0	0.8	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	
	制度非対象群	39	2.1	0.5	2.0	0.7	1.9	0.7	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s.	

注 1：退所後3か月の変数を目的変数にして、入所時の変数を説明変数、2群（制度対象者の群と制度非対象者の群）を共変量としたANCOVA

表 27 SOCRATES 総得点（退所時）を目的変数とする重回帰分析の結果

	標準化係 数 (β)	t 値	有意確率
ダルクや自助グループの導入(0:なし, 1:あり)	0.119	2.339	0.020
刑の一部執行猶予制度 (0: 制度非対象, 1: 制度対象)	0.112	2.27	0.024
精神保健センター・医療機関の導入 (0:なし,1:あり)	0.106	2.109	0.036
定数		44.608	<.001

目的変数をソクラテス総得点（退所時）として、説明変数として、性、年齢、支援の導入（認知行動療法、精神保健福祉センター・医療機関、ダルク・自助グループ、就労支援）、刑の一部執行猶予制度の対象になっている否かとした重回帰分析を行った。説明変数の選択は、変数増加法により行った。

表 28 薬物関連問題尺度（退所時）を目的変数とする重回帰分析の結果

	標準化係 数 (β)	t 値	有意確率
個別相談の導入 (0 : なし、 1 : あり)	0.130	2.584	0.010
精神保健福祉センター・医療機関の導入 (0:なし,1:あり)	0.120	2.407	0.017
性別 (1 : 男性、 2 : 女性)	0.101	2.031	0.043
定数		16.703	<.001

薬物関連問題尺度総得点（退所時）を目的変数として、性、年齢、支援の導入（認知行動療法、精神保健福祉センター・医療機関、ダルク・自助グループ、就労支援）、刑の一部執行猶予制度の対象になっている否か説明変数とした重回帰分析を行った。説明変数の選択は、変数増加法により行った。

表 29 退所後 3 か月時に地域の相談機関につながっていることを目的変数とする重回帰分析の結果

	標準化係 数 (β)	t 値	有意確率
ソクラテス総得点（退所後3か月時）	0.209	4.306	<.001
刑の一部執行猶予制度 (0: 制度非対象, 1: 制度対象)	0.118	2.412	0.016
入所中のダルクや自助グループの導入(0:なし, 1:あり)	0.116	2.39	0.017
定数		-2.341	0.020

目的変数を退所後3か月において支援につながっていることとして、説明変数を、性、年齢、入所中の支援の導入（認知行動療法、精神保健福祉センター・医療機関、ダルク・自助グループ、就労支援）、刑の一部執行猶予制度の対象になっている否か、ソクラテス総得点（退所後3か月後）、薬物関連問題得点（退所後3か月後）とした重回帰分析を行った。説明変数の選択は、変数増加法により行った。

表 30 被支援に関する心理過程

第Ⅰ期	職員への相談によって相談相手の条件を考えた
第Ⅱ期	相談することで退所後の生活に対する見通しを持った
第Ⅲ期	退所後の相談先と気晴らし方略の模索した

表 31 意見交換会での小グループでの議論

グループ	話し合いの内容
A	<ul style="list-style-type: none"> ・(パンフレットについて)経済面、更生保護施設がどんな場所でどんな人が入所しているのか載せてほしい。 ・3~4か月の中で回復と自立というテーマを達成することが難しい。 ・更生保護施設の職員と信頼関係を作ることが大事である。
B	<ul style="list-style-type: none"> ・更生保護施設は、在所期間が短い。やめさせようとするのが目的になるが、女性は特に生きることが難しい人達。更生保護施設スタッフとの信頼関係が築けるかが重要である。 ・つながり、ホーム的な役割が更生保護施設で、ここにくれば安心という場所になることが望まれる。 ・在所期間にすべてすることは難しい、退所した後のプランが描け、うまくいかない時は戻ってこれる場所として機能すればよいと思う。 ・SMARPPについて説明を入れて欲しい。 ・更生保護施設は就労・自立更生を目指すところ。それぞれの立場が違うし、支援の仕方が違う。相手の顔が見える、ここにつなげばよいというのが分かれば良いのではないか？ ・動機付けをどうやっていくか、方向性が示されると良い。 ・更生保護施設はダルクとつながることは少ない。ハームリダクションに基づいた支援が難しい。
C	<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレットに関して、ウェブで見られるようにQRコードをのせられると良い。 ・動機付けに関して、職員の動機付けが高まるような文書が入っても良いのでは？ ・パンフレットの話は出来ていないがより深い話が出来た。 ・これまでの研究結果を聞くとダルクの利用者の方とは更生保護施設入所者の特徴が異なると思った。 ・ダルク入所の方は処方薬によりなかなか退所が出来ない人も多い。 ・ダルクと更生保護施設では受け入れ入所者の特徴に差があると思われる。お互いに接点を持つ必要がある。 ・お互い(ダルクと更生保護施設)の姿が見えていない印象。内容をもっと知りたい ・更生保護施設を出たり入ったりするところはダルクと変わらないという発見があった。 ・更生保護施設に向いてダルクミーティングを実施しても、なかなかつながらない。更生保護職員が外のミーティングに連れていくという話が印象に残った。
D	<ul style="list-style-type: none"> ・課題として共通しているところがある。好事例、失敗事例の報告があると良い。フォローできる場所がない。通院を検討するときに薬物の人を受け入れるところがない。 ・司法的な関わりだけだと限界、地域福祉との連携が重要であることを盛り込んで欲しい。 ・訪問看護など医療の利用も必要だと思う。
E	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体によって特徴が違う。情報の共有をどのようにやるのか？個人情報の問題もある。情報交換の仕方について紹介して欲しい。相手を知ることが大事だと思う。
F	<ul style="list-style-type: none"> ・保護司が一番困っている。保護司にも伝えて欲しい。保護司に安心して助けてと言える関係になって欲しい。病気を理解したいという人も多い。このツールを活かして欲しい。 ・どういう場面で相談機関を使えばよいか、イメージが持てるようになればよい。 ・連携として好事例を載せるとよい。 ・司法だけでなく、地域の行政や民間医療の受け皿が必要 ・その人が地域で生きていくという支え方が必要。

表 32 パンフレットの内容

表紙タイトル	更生保護施設に入所するの薬物事犯者の再犯防止と回復支援—更生保護施設や関連機関の支援者の方々に知ってほしいポイント—
I. はじめに	パンフレットが作成された背景と目的をのべる
	<ul style="list-style-type: none"> ・背景：更生保護施設においては、刑事施設で受刑した薬物事犯者のうち、頼るべき親族がいなかったり、帰る場所がないために社会復帰に困難を抱える方たちに対して、一時的に住む場所を提供し、必要な支援を行いながら社会復帰を支えていることを示したうえで、更生保護施設での取り組みは、地域や関係機関で十分に知られていない面があることを示した。 ・目的：このパンフレットは、厚生労働科学研究費補助金「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」および「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究」のうち、更生保護施設における薬物事犯者への支援に関する研究プロジェクトの成果をとりまとめたものであることを示した。薬物使用者・依存症者の治療・支援に携わる方々に、更生保護施設を利用している薬物事犯者の実態や、彼らを支援する更生保護施設の職員の実情を知っていただくことを狙いとして作成されたことを示す。
II. 薬物使用者の支援について	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物使用者のなかでも、特に違法薬物を使用する人は、触法行為を行った「薬物事犯者」と、薬物依存の問題を持つ「依存症者」としての2つの側面があることを述べ、刑罰のみではなく、「依存症」という疾患に対して治療的な関わりが必要であることを示す。さらに治療的な関わりについて、「薬物使用者の支援についての世界と日本の動き」と「人が薬物を使う理由・を示したうえで、「支援を行う上でのポイント」を示した。
III. 更生保護施設とは	<p>ここでは、以下の4つに分けて、更生保護施設での薬物事犯への対応とその効果や状況について、調査結果を交えながら説明した。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 薬物事犯者の処遇・支援の流れと更生保護施設、 ② 更生保護施設における薬物事犯者への支援、 ③ 更生保護施設の入所者の実態、そして、 ④ 更生保護施設における支援が施設入所者に与える影響
IV. 更生保護施設で入所者が役	<p>更生保護施設の入所者を対象に対するインタビュー調査で、入所中に体験した困りごとや、その困りごとに対して受けた支援が、どのように役に立ったかを聞いた。これをもとに、入所者にとって助かった、役に立ったと感じた支援を示した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日頃から「どんなことでも良いので相談してね」と声をかけてもらったこと ・自分のことを理解してくれている職員が専門的な知識が必要な相談の手助けをしてくれたこと ・更生保護施設は退所後も相談できることを知ること
V. 更生保護施設職員が感じているやりがい	<p>更生保護施設職員のインタビュー結果をもとに、薬物専門職員の方が、現場で感じているやりがいや困難、今後の課題をまとめた。</p> <p>この中には、「刑の一部執行猶予制度対象者を受け入れての状況」についても含めた。</p>
VI. 関連機関への橋渡し	<p>更生保護施設退所後にも、つながることができる機関や団体を示し、それぞれの役立つポイントを示した。つなぐ上でのコツについても触れた。</p> <p>薬物事犯者（使用者）に伝えるべき回復に取り組む重要性のポイントとして以下の3つのメッセージを示した。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①「薬物依存症」は完全には治らない病気ですが、回復することはできます。したがって、回復に取り組む場所につながることの重要性を繰り返し伝えることが必要です。 ②入所中にできるだけ、ダルクの人と話したり、NAや医療機関などを使ったりする体験をつむむことの大切さを伝えることが必要です。 ③個々の人が持つ多様な「生きにくさ」を取り上げて、その解決に役立つ支援機関につなげる必要があります。
VII. おわりに	<p>まとめとして、薬物事犯者の多くは、様々なトラブルが起きることをわかっていながらも、薬物を使い続けてきた人が多く、その点において依存症の問題が残っていることを取り上げていく必要があること、そのため退所者に対して「依存症が脳疾患の一種であり、終生断薬の努力を続ける必要があること」を繰り返し伝えて、退所者が退所後もダルクや自助グループ、あるいは医療保健機関などの地域の支援機関を利用しながら、依存症問題に取り組む動機づけを促進していくことの重要性を示した。</p>

図1 退所後3か月の状態

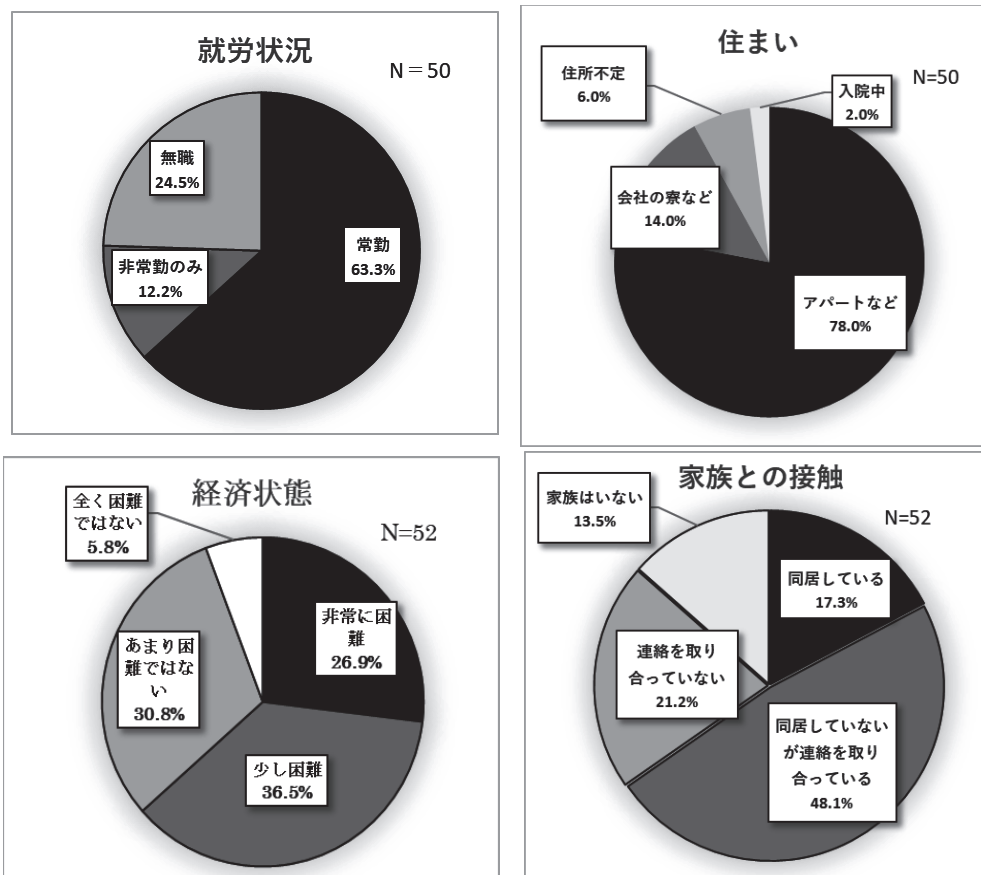


図2 退所後3か月時の薬物使用欲求の状況

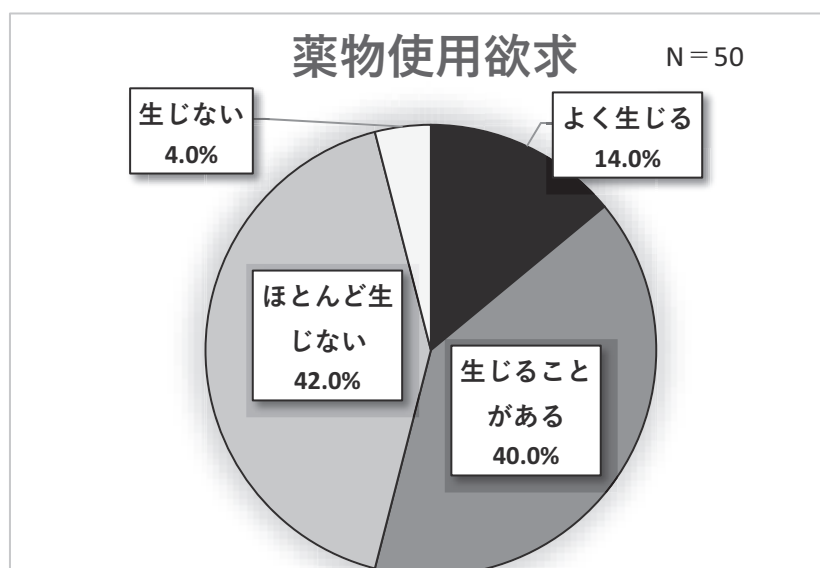


図3 3時点における心理テストの変化（有意な時間の効果が認めれた項目）

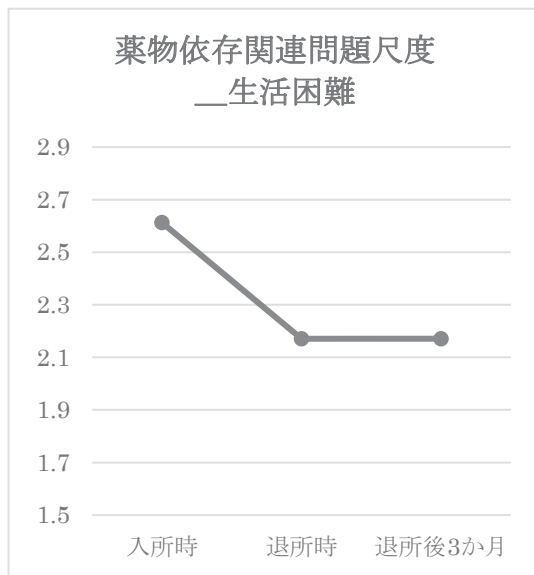
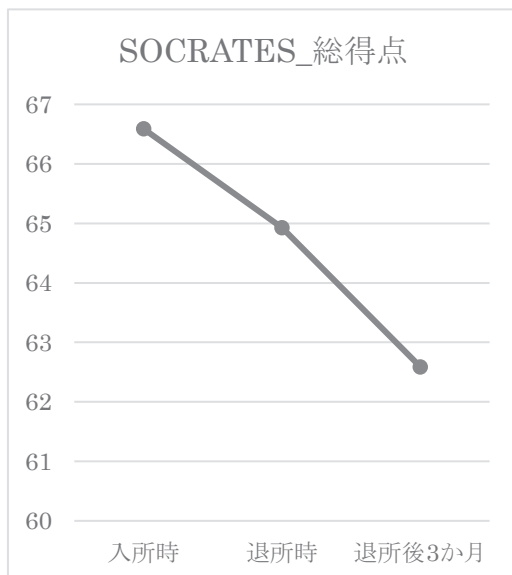
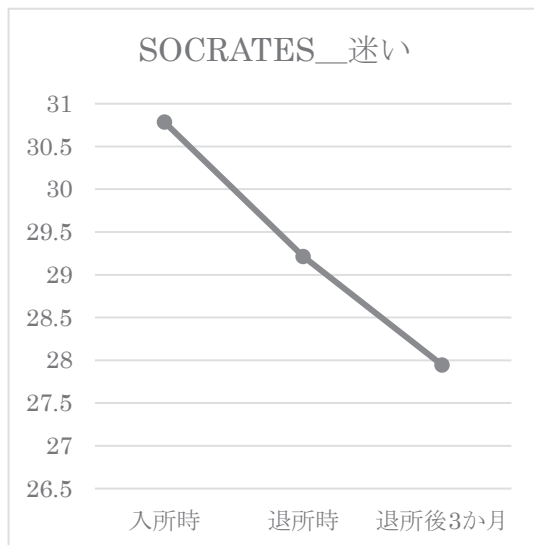
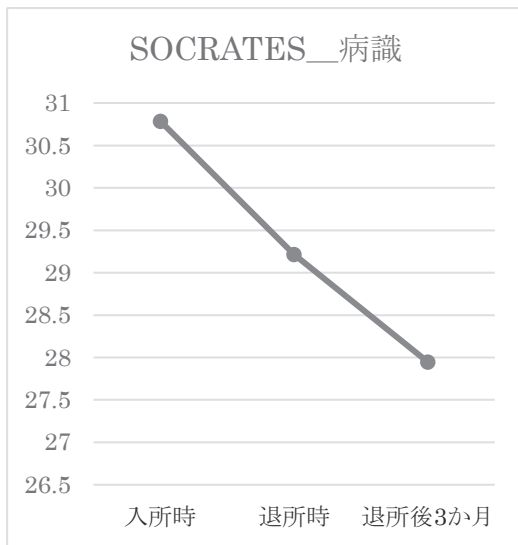


図4 刑の一部執行猶予制度の主観的な有用性（退所時における制度対象者の回答）

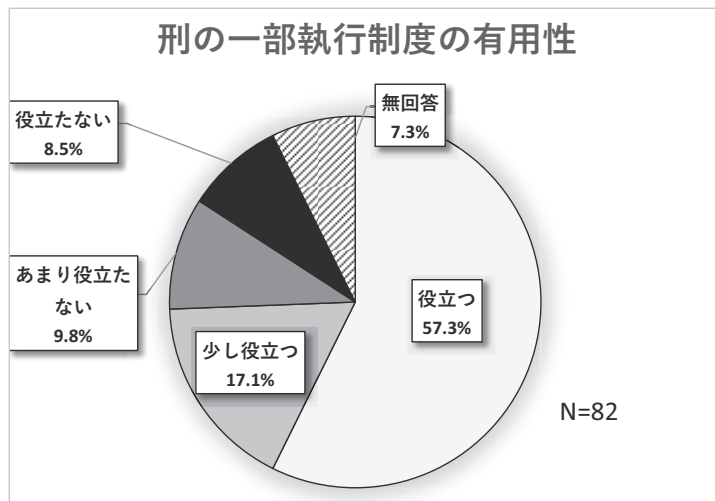


図 5 3 時点における心理テストの変化 (3 時点間の変化で有意な変化を認めるか、ANCOVA で群 (制度対象群と制度非対象群) が有意な影響を認めた項目)

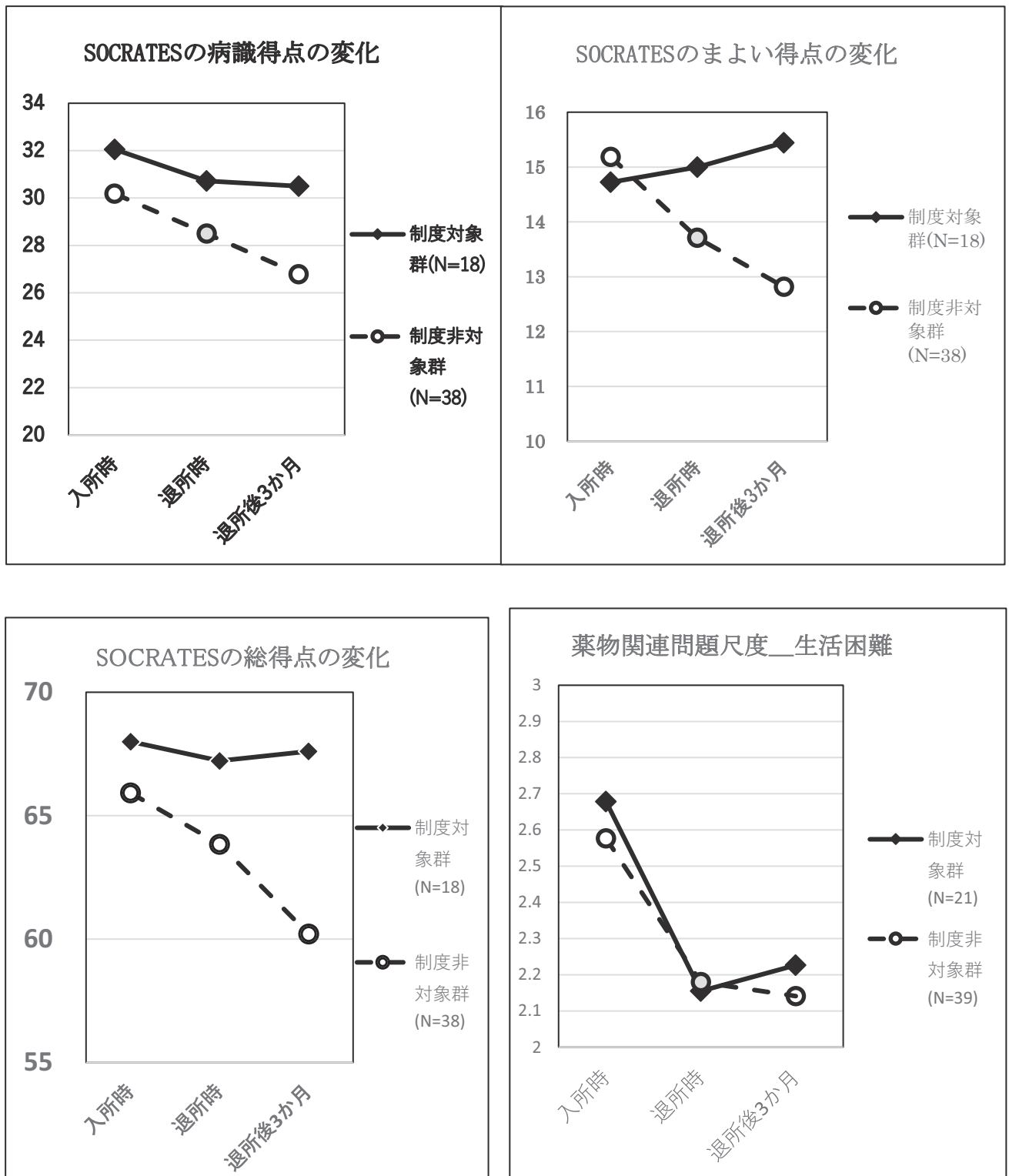


図 6 退所時に入所者が施設入所中に利用した支援として挙げたもの (N=220)

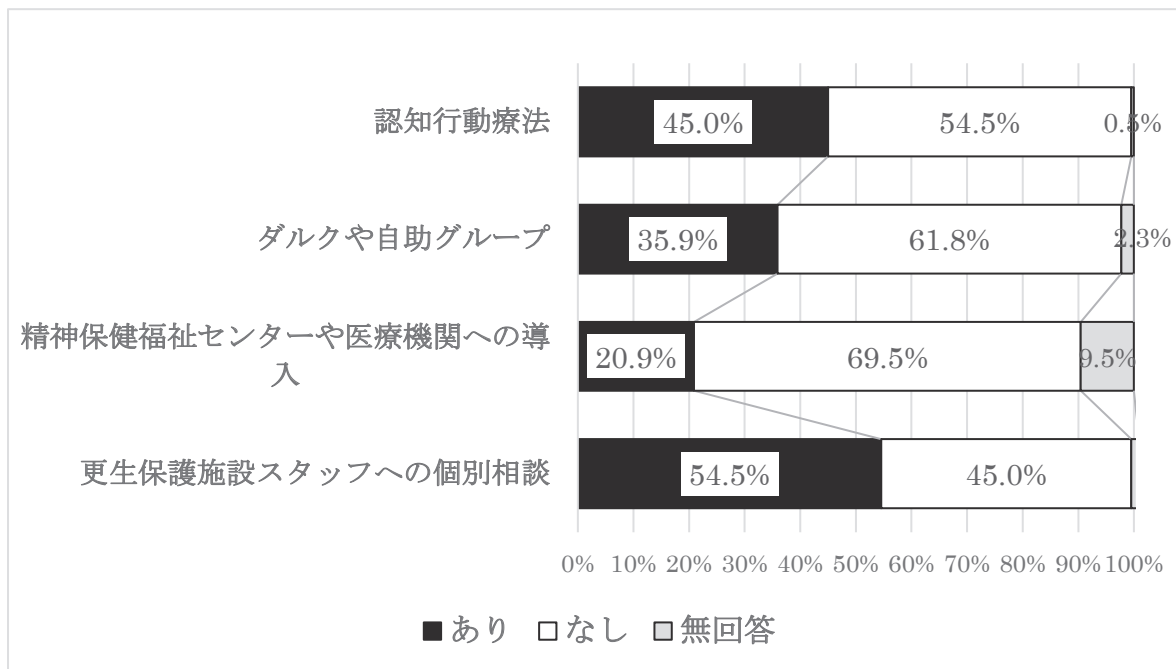


図 7 更生保護施設の有用性 (退所時アンケートの回答者)

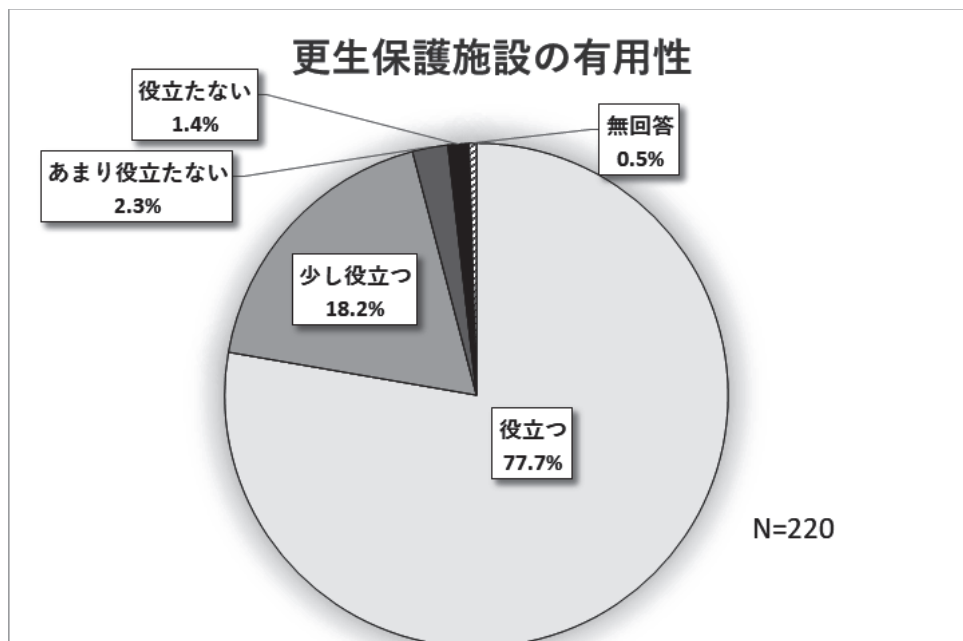


図 8 退所後 3 か月の支援の利用の利用状況 (N=52)

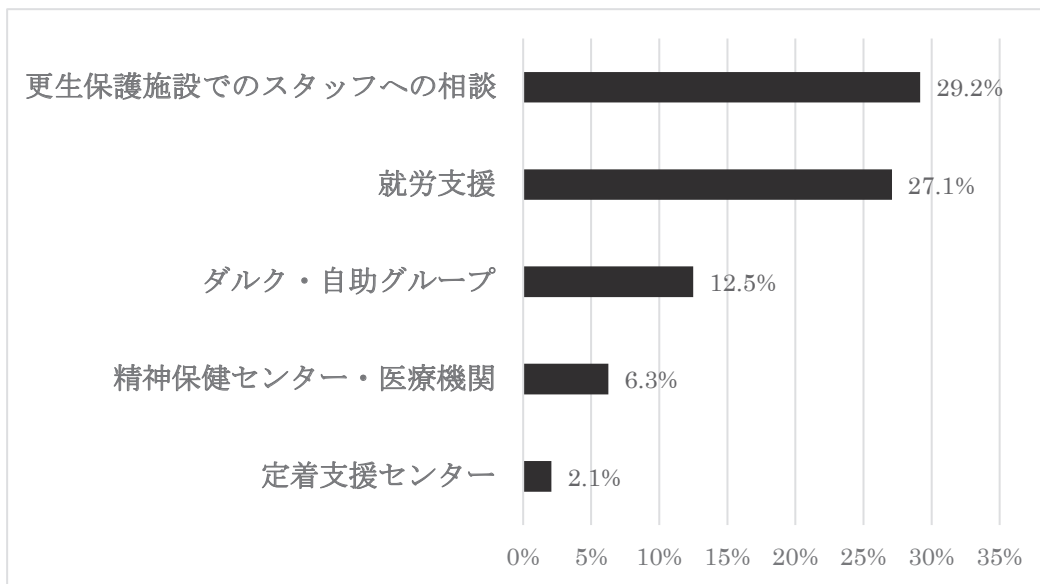


図9 第I期【職員への相談によって相談相手の条件を考えた】TEM図

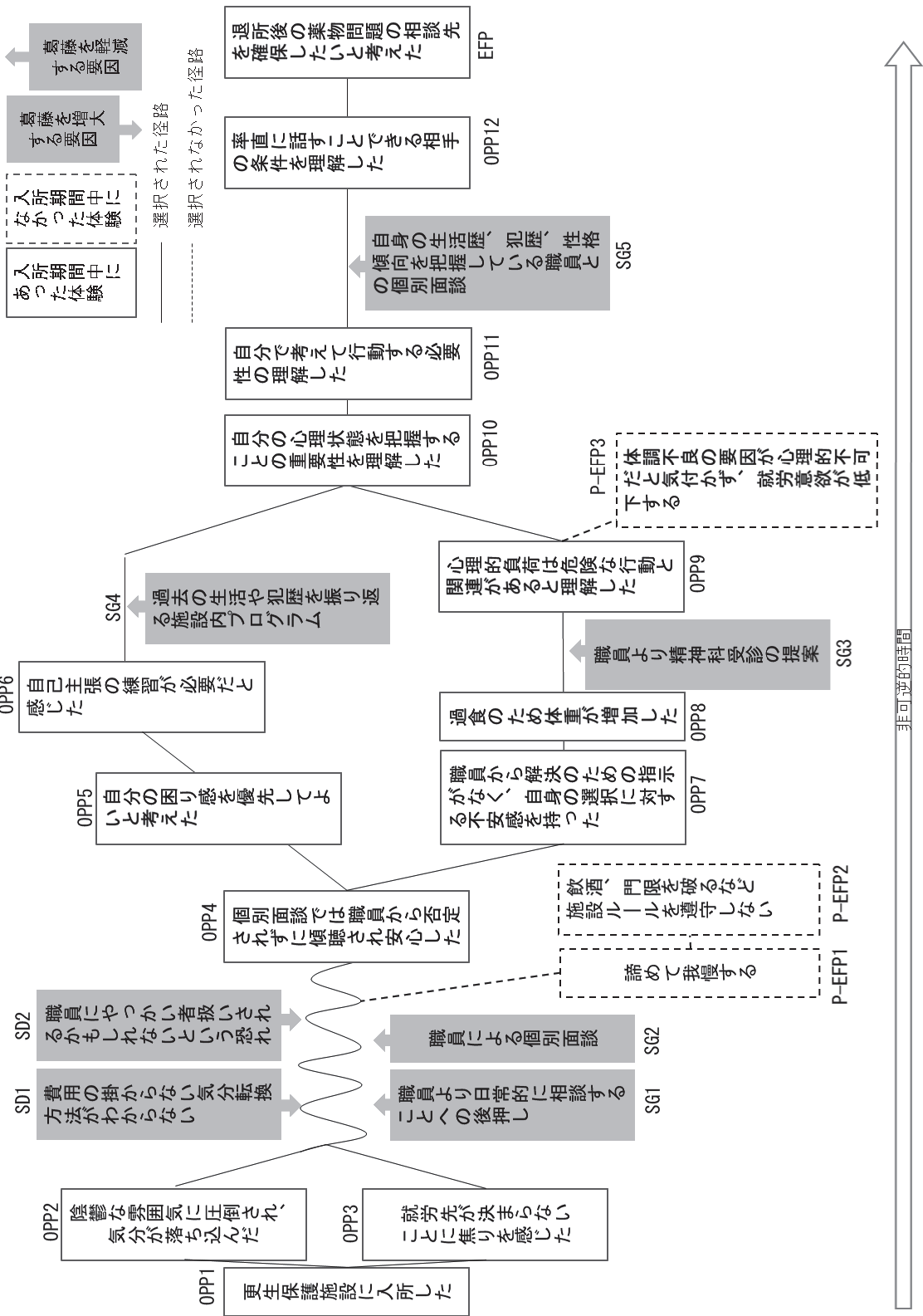


図 10 第Ⅱ期【相談する】で退所後の生活に対する見直しを持った】TEM 図

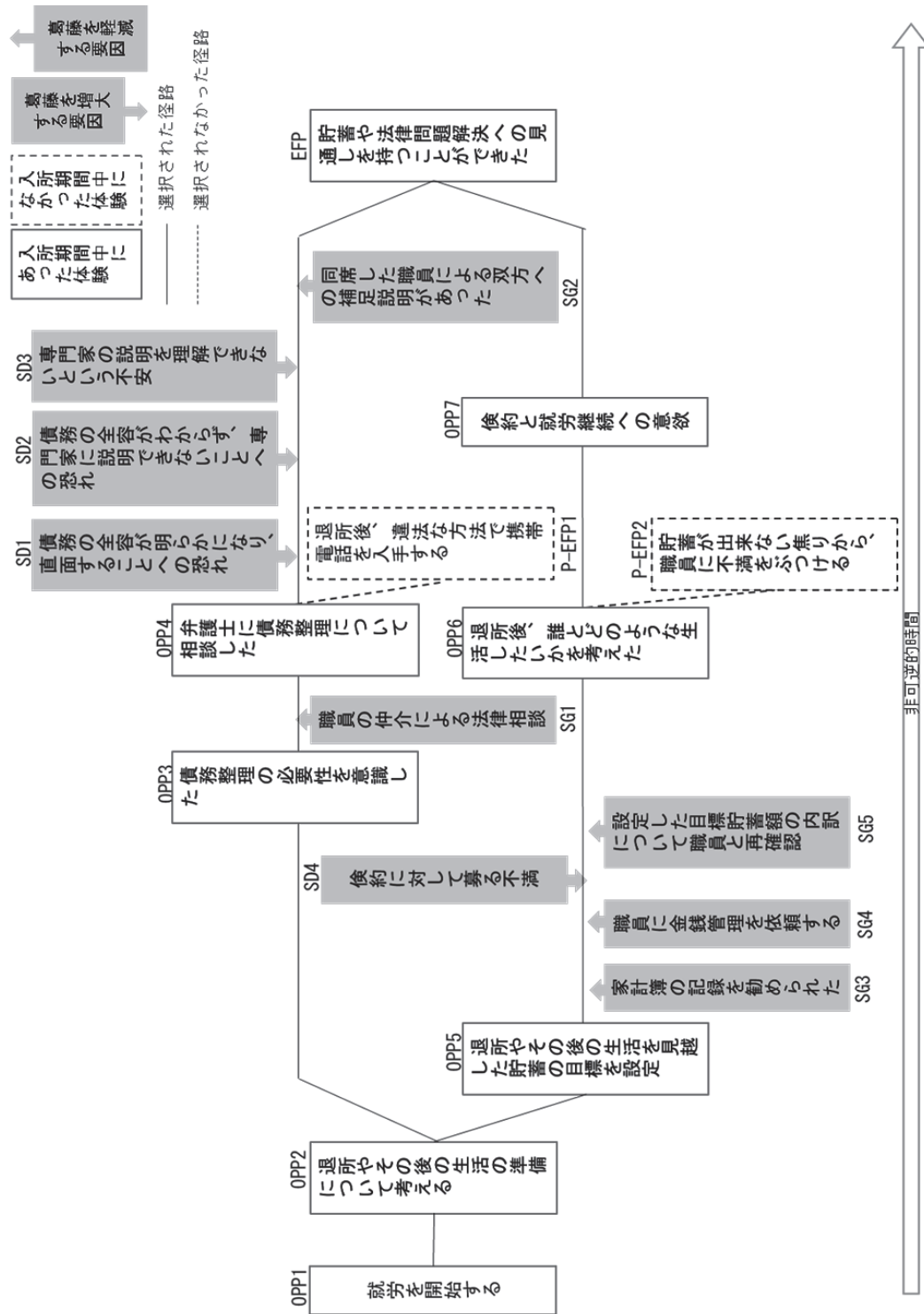


図 11 第三期【退所後の相談先と気晴らし方略の模索した】TEM 図

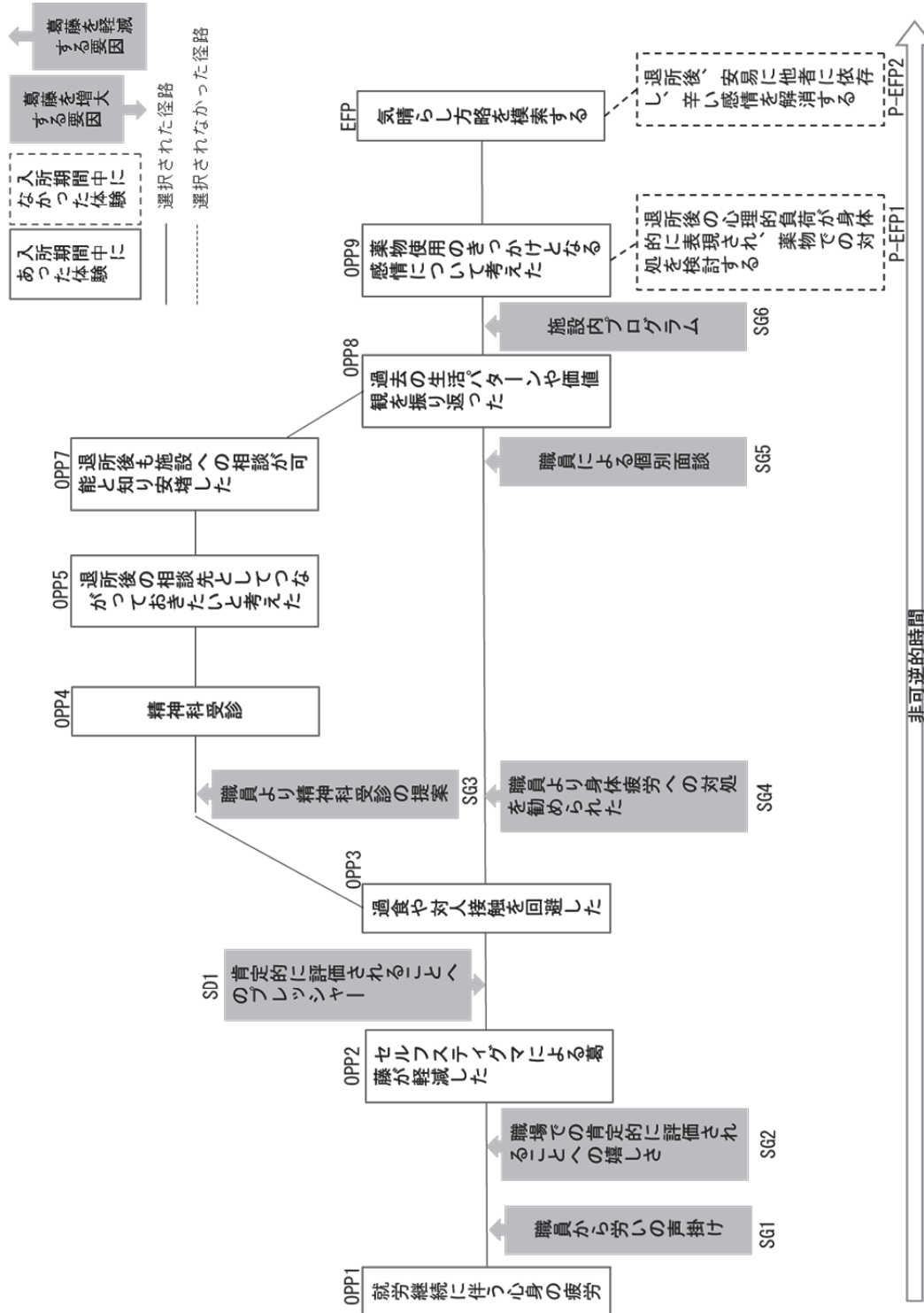


図 12 パンフレットのイメージ

(あくまでイメージを示すための抜粋で、最終版でないため修正の可能性があります。)



Ⅳ 更生保護施設で入所者が役立ったと感じた援助者の支援

更生保護施設に入所する4名の入所者を対象に、入所中に体験した困りごとや、その困りごとに対して受けた支援が、どのように役に立ったかについて明らかにするためにインタビュー調査を行いました。その結果、入所者にとって助かった、役に立ったと感じた支援として、次のようなことが挙げられました。

①日頃から「どんなことでも良いので相談してね」と声をかけてもらったこと

入所者は、これまで他者に相談した体験がほとんどなく、どのようなことを相談してよいか分からない状況でした。しかし、実際に更生保護施設の職員（以下、職員）に相談する体験を積み重ねていくと、問題解決につながるだけでなく、自分の考えや感情を理解することに役立つことがわかりました。

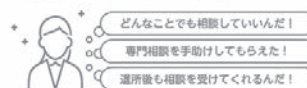
②自分のことを理解してくれている職員が専門的な知識が必要な相談の手助けをしてくれたこと

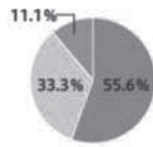
インタビュー調査の協力が得られた更生保護施設の入所者は、周囲から借金や契約関連などの法的な問題を、法テラスなどの専門家

へ相談するよう勧められていましたが、「自分の問題を説明することができるだろうか?」「相談したところで、専門家は説明を理解できるだろうか?」という不安を抱えていました。しかし、日頃から職員に相談し、自分のことを理解してくれていると思える職員が、法律相談の場に同席し、必要に応じて、入所者と専門家の双方に補足説明してくれたことで、自分の問題の解消の見通しを持つことができました。職員との安全・安心な関係を築くことができたことで、入所者が勇気を出して、問題解決のための行動に移すことができた好事例と言えます。

③更生保護施設は退所後も相談できることを知ること

薬物事犯を含む前科、抱えている法的な問題、生育歴や家族との関係などは、誰にでも話せる内容では、ありません。入所者が抱える困りごとの特徴から、入所者は、話す相手を選ばなければ違法薬物の使用や犯罪に近づくことになるかもしれないといった不安や、出所後の人間関係ではこのような困りごとを話せる相手などいないと考えていました。しかし、退所後も職員が相談を受けてくれることを知り、安心することができたそうです。





■ 役に立つ ■ ある程度役立つ ■ あまり役立たない・役立たない

更生保護施設の有用性に関する入所者の退所時の回答

④施設の支援で役立った体験

退所時のアンケート調査で得られた更生保護施設を利用した感想は、以下の通りです。

更生保護施設の支援に対する感想

分類	感想
薬物依存問題に対する有効性	薬物離脱プログラムが役立った 薬物のない生活ができた
社会生活への準備	食事や住居の供与が助かった 就労できた 落ち遅いて社会生活の準備ができた 自立に向けて必要な経験をした 刑務所との相違を感じた
規則正しい生活	規則正しい生活が送れた 仕事のため時間管理が必要だった
良い人間関係の体験	職員が相談に乗ってくれた 他の入所者と支え合ってきた 人間関係の勉強になった

15



薬物事犯者（使用者）に伝えるべき回復に取り組む重要性のポイント

- ①「薬物依存症」は完全には治らない病気ですが、回復することはできます。したがって、回復に取り組む場所につながることの重要性を繰り返し伝えることが必要です。

薬物使用をしていない期間が長くなると、自分にストレスがある時などに再度使いたくなる「薬物依存」の問題をもっていることを忘れがちです。薬物使用により受刑して刑務所を出た人の半数以上が、比較的短期間で違法薬物の再使用という再犯によって繰り返し受刑していることを伝えて、依存の問題に取り組む続けることで再犯の可能性が減らせることをしっかり伝えることが必要です。

- ②入所中にできるだけ、ダルクの人と話したり、NAや医療機関などを使ったりする体験をつむことの大切さを伝えることが必要です。

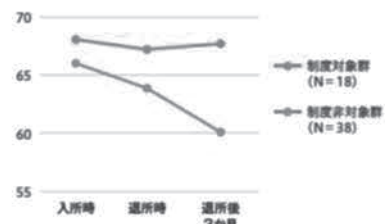
支援を行う職員自身が、自助グループやダルクのスタッフとのやり取りを行い、その内容や意味や効果を知っておくと役立ちます。例えば、入所者が自助グループに行き始めても、自助グループが役立つと思えない人も少なくありません。そこで、入所者の方に何度か通ってもらい、そこで本音を話せるようになったり、先行く仲間という目標になる人を見つけたりできると、自助グループに対する

27

施設での困難	共同生活で疲れた 人間関係が難しくかった 規則が厳しかった 仕事を見つけることが難しくかった 薬物の誘惑が多かった
--------	---

⑤更生保護施設の支援における刑の一部執行猶予制度の対象者と非対象者の特徴の違い

刑の一部執行猶予制度（以下、制度）¹²⁾の対象者は、右の図のように制度の非対象者でみられた薬物依存問題を軽く見るようになる変化は見られませんでした。つまり、制度の対象者は、更生保護施設での支援を通じて、生活上の自信が高くなっても、薬物依存という問題が自分にあるという自覚を持ち続けることができていました。



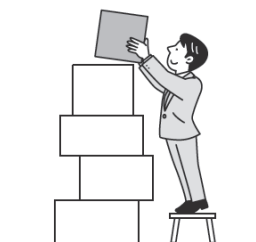
薬物依存の自覚と回復意欲の強さ (SOCRATES という尺度の得点) の変化

16

印象も大きく変わることができることを知っておきましょう。12ステップの内容を知り、ハイヤーパワーという概念を用いても、それは、自分が薬物依存であることを無条件に受け入れるための心の準備であり、宗教とは異なることなども理解しておくことが役に立ちます。

- ③個々の人が持つ多様な「生きにくさ」を取り上げて、その解決に役立つ支援機関につなげることが必要です。

精神的な問題、知的・発達のな問題、生活上の問題、家族関係などの多様な「生きにくさ」を抱えていても、それを言葉にして訴えることが難しい人がいます。そのため、そのような支援ニーズがないかどうか目に配り、本人が助けを求められるようにサポートすることが必要です



28

薬物依存症者への就労支援のあり方に関する研究

研究分担者 引土絵未

日本女子大学人間社会学部社会福祉学科

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 客員研究員

研究要旨：

【目的】 依存症治療の成功要因の一つが有益な雇用であることがこれまでの研究でも明らかにされており、依存症治療と職業訓練の統合が目指されているが、日本国内では支援者の創意工夫による部分が大きく、支援内容も共有されていない現状にある。本研究では、特に地域の民間依存症回復支援施設等における就労支援について焦点をあて、薬物依存症者の就労支援の実態と課題を明らかにするとともに、実際に行われた支援の好事例を収集することを目的としている。

【方法】 2019年度には民間依存症回復支援施設ダルクを対象としたインタビュー調査を実施し、先駆的事例として米国ニューヨーク州においてヒアリング調査を実施した。2020年度、アルコール依存症を主な対象とし薬物依存症の受け入れ実績のある就労支援を実施する民間依存症回復支援団体3施設を対象にインタビュー調査を実施し、2019年度の調査対象を含め11施設のインタビューデータについて質的分析を行った。今年度、依存症の利用者のいる就労移行支援事業所2施設、および、出所者の採用支援・教育支援団体2施設、薬物事犯者を採用している企業3社へのインタビュー調査を実施した。上記18機関のインタビュー調査から、薬物依存症者の就労における困難性とその支援の創意工夫について抽出することを試みた。

【結果および考察】

代表的なカテゴリーについて「薬物関連問題をもつ人の就労支援ガイド」としてまとめ、ニューヨーク州の雇用リソース開発チームで開発された雇用リソースブックを基盤とし「薬物関連問題をもつ人と就労のためのワークブック」を作成した。

また、①情報開示、②連携、③フォローアップ体制の充実の3点について考察した。

①情報開示：本調査にて情報収集することができた薬物依存症者の就労の概況を総括すると、その多くは薬物関連問題を非公表にすることにより就労機会を確保せざるを得ない状況にある。薬物関連問題に対する情報開示には、公表・一部公表・非公表の3つの立場があるが、メリット、デメリット考える機会を提供し、選択を支援していくことが重要であることが指摘された。また、薬物依存症者が自分自身で情報開示について選択するには、薬物関連問題に対する誤解や偏見を解消するための啓発が重要であると考えた。

②重複障害や高齢などの理由により一般就労が難しく、何らかの就労支援が必要になる薬物依存症者においては、依存症回復支援施設を中心に薬物依存症者の利用受け入れに理解のある一部の就労支援機関との連携が図られる中で支援が行われている。また、出所者の就労支援においては、協力雇用主でも薬物事犯者（特に累犯）の受け入れは多くないなかで、薬物事犯者を受け入れ

ている希少な企業では、依存症回復支援施設と同様に孤立を防ぐなどの工夫が行われていた。これらの取り組みは現時点では局地的なものであるが、実際の支援事例を通して薬物関連問題を持つ人に対する誤解や偏見が解消され、さらなる地域連携が図られている点は、今後の薬物依存症者の就労支援の発展において重要な点であると考ええる。

③フォローアップ体制の充実：薬物関連問題を持つ人の就労継続においては、依存症回復支援施設や就労支援機関、または薬物事犯者を受け入れている協力雇用主などによるフォローアップ体制が非常に重要となる。就労移行支援事業所で実施される、障害者総合支援法による移行支援・定着支援事業による就労後のフォローアップを除き、現在、これらのフォローアップの多くはボランティアな取り組みであり、明確な枠組みがない状態では、関係が途絶えてしまうことが指摘されている。今後はその財源や制度的基盤について検討する必要があると考ええる。

【結論】

本研究成果物は、就労支援機関に頒布すると同時に、ホームページにて公表予定としており、これらを通し、薬物依存症者の就労支援に従事する支援者の広がりの一助となることを期待したい。

研究協力者

秋元恵一郎 特定非営利活動法人東京ダルク
大吉 努 特定非営利活動法人栃木ダルク
加藤 隆 特定非営利活動法人八王子ダルク
栗栖次郎 湘南ダルク
栗坪千明 特定非営利活動法人栃木ダルク
小高真美 武蔵野大学
嶋根卓也 国立精神・神経医療研究センター
山村りつ 日本大学
吉野美樹 千葉大学医学部附属病院

ている現状にあるが、依存症に特化した制度ではないために、支援上の課題やニーズと齟齬が生じることも少なくないことが指摘されている。依存症治療の成功要因の一つが有益な雇用であることがこれまでの研究でも明らかにされており、依存症治療と職業訓練の統合が目指されている¹⁾が、日本国内では支援者の創意工夫による部分が大きく、支援内容も確立されていない現状にある。本研究では、特に前者である地域の民間依存症回復支援施設等における就労支援について焦点をあてる。

「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」によると、ダルクの2年後就労率は約4割とされており²⁾、「平成21年度社会福祉推進費補助金事業 依存症回復支援施設全国調査」によると、就労を困難にしている要因として、「精神科合併症」(89.1%)、「社会経験が少ない」(87.0%)、「高齢である」(74.0%)が上位3項目として挙げられている。以上のように民間依存症回復支援施設での就労支援においては、ダルク以外の精神障害者等を対象とした就労支援機関等との連携が必要とされる側面が挙げられている。しかし、就労支援に関する連携機関としてハローワークの認知度は高い反面、その他の障害者の就労支援

A. 研究の背景と目的

薬物依存症者の就労支援については、ダルクなど地域の民間依存症回復支援施設における就労支援と刑務所出所者に対する就労支援とに大別可能である。後者については「刑務所出所者等総合的就労支援対策」や「協力雇用主に対する刑務所出所者等就労奨励金」、司法と福祉の連携に基づく「地域生活定着支援センター」など制度の整備は順調に進んでいるが、薬物事犯者の受け入れは不可とされることも少なくない。前者については、障害者総合支援法による事業として行われることが徐々に増えてき

のために施設や施策については認知度が低く、連携も少ないことが指摘されているが³⁾、双方の連携を阻害する要因についてその実態は明らかになっていない。

薬物依存症者の就労に対する雇用主の意識調査として、全国の特例子会社を対象とした「令和元年度厚生労働省依存症に関する調査研究事業特例子会社を対象とした依存症に関する意識調査」では、回答を得た特例子会社(回収率 39%)における障害者雇用のうち依存症と診断を受けた人は 0.1%とごく少数であり、薬物依存症者の採用について懸念があると回答した人が 90.1%と、薬物依存症者の就労に対する偏見の大きさが指摘されている⁴⁾。

また、「令和 2 年度厚生労働省依存症に関する調査研究事業 就労支援機関を対象とした依存症に関する意識および実態調査」では、回答を得た就労支援機関 2353 施設(回収率 51.1%)のうち、依存症と診断を受けた人が利用している施設は 389 施設 16.5%であり、薬物依存症者の利用について懸念があると回答した人が 83.2%と、福祉専門職が従事する就労支援機関でも薬物依存症者への抵抗が強いことが指摘されている。

本研究の目的は、民間依存症回復支援施設等における薬物依存症者の就労支援の実態と課題を明らかにするとともに、実際に行われた支援の好事例を収集することである。そこで 2019 年度には民間依存症回復支援施設ダルク 7 施設を対象にインタビュー調査を実施し、実態と課題の集約をおこなった。また、先駆的事例として海外の知見を収集することを目的とし、米国ニューヨーク州において物質使用障害に対する治療と職業訓練の統合システムについてヒアリング調査を実施した。2020 年度には、アルコール依存症を主な対象とし薬物依存症の受け入れ実績のある就労支援を実施する民間依存症回復支援団体 3 施設を対象にイン

タビュー調査を実施し、昨年度の調査対象を含め 11 施設のインタビューデータについて質的分析を行った。

今年度、依存症の利用者のいる就労移行支援事業所 2 施設、および、受刑者の採用支援・教育支援団体 2 施設、薬物事犯者を採用している企業 3 社へのインタビュー調査を実施した。

B. 研究の方法と結果

(倫理面への配慮)

調査においては、対象者に書面にて調査概要、調査結果の取り扱いについて説明し、同意書を得た。

本研究は、日本女子大学の倫理委員会の承認を得て実施した(第 448 号)。

a. 研究の方法

薬物依存症者の就労支援については、ダルクなど地域の民間依存症回復支援施設における就労支援と刑務所出所者に対する就労支援とに大別可能であり、これまでの研究では前者を中心に調査対象としてきた。依存症の利用者のいる就労移行支援事業所 2 施設については、前者の調査対象となる。調査対象施設の選定方法については、令和 2 年度厚生労働省依存症に関する調査研究事業「薬物依存症者の就労支援に関する研究 就労支援機関を対象とした依存症に対する実態および意識調査」の回答者のうち、インタビュー調査に同意を得た就労移行支援事業所を調査対象とした。

続いて、後者である刑務所出所者への支援について情報収集を目的とし、受刑者の採用支援・教育支援団体 2 施設、薬物事犯者を採用している企業 3 社を対象にインタビュー調査を実施した。調査対象施設の選定方法については、

薬物依存症の就労支援を実施する就労支援機関について先行研究などから検索する合目的サンプリングとした。

調査対象者は、施設代表者および施設職員であり、1時間程度の半構造化面接を実施した。

調査項目は以下の通りである。

- ① 事業内容と成果
- ② 業務内容
- ③ 就労支援において特に留意している点
- ④ 企業や地域との関係づくりにおいて特に留意している点
- ⑤ 運営や支援の基盤となる理念など
- ⑥ 依存症者支援において特に留意している点・課題・要望
- ⑦ 就労支援に関する地域特性

b. 結果

【薬物依存症の方の就労支援経験のある就労移行支援事業所】

1) フレールカンパニー滝の原（2021年6月時点）

栃木県宇都宮市にて一般社団法人日本医療福祉サービスが就労継続支援A型事業所、B型事業所、関連施設の3施設を運営する。創業10年となるが、不動産業から就労継続支援を開始している。

業務内容は、施設内作業と施設外作業となっており、施設内作業：①事務系（PC入力作業）②軽作業（葬儀関係香典返し作成）、施設外就労：③②の葬儀会社山田園に職員同行、現地で②の香典返しに包装紙を巻く/のし貼り、倉庫に職員配置、ストック商品管理④胡蝶蘭生産販売（子会社：マロニエ洋ランパーク）となっている。

従業員は、サービス管理責任者として各施設1名の福祉職採用をしているが、その他は福祉職からは採用しない方針。就労支援においてはあくまで就職を目的にしており、企業経験のある支援者が必要だと考えている。

就労支援において特に留意している点としては、利用者さんが就職できること、保護的視点よりも企業的な考えを基盤に「背中を押す」ことを大切にしている。

一般企業においてフルタイムで働くことを想定し、就労支援の段階で企業と同じようなある程度厳しい環境を提供することが必要であると考えている。利用者の見学・体験・面接の際に、施設の方針を説明した上で利用を受け入れている。

企業や地域との関係づくりにおいて特に留意している点としては、企業開拓では企業に何度も足を運び、その人を見てもらえるように工夫している。なにかしらの取引など様々な場面で出会った人に障害者雇用について説明し、実際に採用の場面になった際には、どれだけ足を運び、関係性を築いていけるかが重要になると考えている。企業と信頼関係が築けていれば、薬物依存症でも関係ないと感じている。スタッフが同行見学し企業側に依存症と回復について丁寧に説明ができ、何かあった場合には責任を持って対応することを保証できれば、受け入れてもらえると感じている。

依存症支援において特に留意している点は、ダルクのプログラムを優先すること。実際の利用者のケースを通して、ダルクの考え方と事業所の考え方を議論し、同じ支援ができるように目指している。特に、利用受け入れ初期にはダルクと話し合いの場を設け、優先プログラムと勤務を折り合わせるようにしている。

実際に栃木ダルクから A 型・B 型事業所含め延べ 10 名程度受け入れているが、これまでダルクの利用者が何らかのトラブルを起こしたことはない。

依存症の方についても、オープン就労を目指している。これまで、ダルク利用者の一般就労（オープン）実績としては、1 名がお弁当屋さんで就労している。面倒見の良い店主で、依存症について説明した上で理解を示してもらい、ご本人が一生懸命やるタイプの人だったこともすごく気に入っていただいて、採用となった。

企業の中での依存症について理解を得ることは大きな課題となる。ダルク卒業者でアルコール依存症の方では、内定を得ていたが、役員の中で理解が得られず、最終段階で不採用となったことも。障害者の法定雇用率に到達していない会社があるが、精神障害は再発が懸念されやすい傾向があり、依存症も同様かと思われる。そこで、ダルクの取り組みやプログラムを企業にみてもらおうと理解につながりやすいと考えている。

スタッフ間の情報共有も重要であり、利用者受け入れ前に会議をおこなう。依存症の利用者に対して不安の声が上がることもあるが、ダルクのプログラムやその意味を説明し、職員の理解を得て受け入れている。

福祉に携わる上で公平性を考えれば、どのような障害であろうとその方の過去がどうであろうとその方のご希望があるのであれば断るべきではないと考えている。

2) 東京都就労移行支援事業所（2021 年 7 月時点）

本就労移行支援事業所は人材会社（株式会社）の子会社として設立。現在開所 4 年で登録者数は 12～13 名、一日平均 10 名。利用者障害種別は精神障害が半数、他身体・知的障害（重複含む）が半数となっている。これまでの就労実

績としては、10 名就職し 9 割が定着している。職員は、福祉経験者半数（管理者は福祉経験者）、民間企業出身半数（銀行、人材会社等）となっている。

業務内容は、就労準備、作業、就職訓練、就労定着支援が中心であり、規則正しい生活リズム、落ち込んだ時の対処法、相談の仕方などをサポートしている。就労先業種は、事務職・事務補助（区役所）、清掃系、ホテルのベッドメーカー、PC デザイン・ネット整備（デザイン事務所）、水耕栽培など。

就労支援において特に留意している点としては、緊急時に対応してくれる連携機関があると安心材料になると考えている。

就労支援という点で考えると、ご本人の選択ではあるが、オープン就労の場合は介入の機会が確保されやすいと考える。オープン就労でも病名は伝えず個別の症状と必要な配慮について企業に伝える（一部オープン）方法や、業務遂行上で必要最低限の従業員にのみ伝えるなど柔軟な対応が可能ではないかと考える。

福祉職経験者と企業職経験者の多種多様な職業経験を活かしているが、新規開拓の際には、一般企業の経験や情報が有効になることが多い。

企業や地域との関係づくりにおいて特に留意している点は、企業の不安に対応できること。分からないものに対して不安を抱きやすいため、病気や障害について適切に回答し、必要な配慮について合意を得ていくようにしている。また、職場実習をおこなうことで、で双方が安心できるようにしてる。

依存症支援において特に留意している点は、関係機関と連携し、本人への対応を共有していくこと。実際に支援した方は、精神科疾患によ

る利用開始であったが、かかわりのなかで薬物依存症の問題が明らかになった方。服薬管理や薬の飲み方（頓服のタイミング）、フラッシュバックによる自傷行為など対応する上で気をつけることを主治医と相談しながら支援を行っている。薬物依存症は症例が少なく、スタッフの経験も少ないため、どこまで関わるべきか判断に迷うことが多いが、医療機関と連携することで、関わり方を共有することができるかと考える。

また、本人への関わりでは、基本的な情報提供として、職場での会話のマナーとして、薬物の話題を出さないことや、利用者間の会話に介入しないことなどを伝えている。

就職したいというお気持ちを尊重し、就労移行支援でサポートするため、医療機関など現在の支援機関の方と見学や体験に一步踏み出してほしい。

【受刑者の採用支援・教育支援団体】

1) ヒューマン・コメディ (2022年2月時点)

2018年より受刑者等専用求人誌『Chance!!』を発行し、全国の少年院、刑務所、拘置所に配布している。掲載企業には、寮や社宅、給料の日払いによる当面の生活費支援などを最低限の条件として提示し、企業の代表者と直接話した上で掲載を決定している。これまでの『Chance!!』の応募総数は延べ1,054件、内定者181名、うち現在就労中／50名、退職者／47名、所在不明者／19名、逮捕者／8名で、半年以上の就労定着率は46.8%、1年以上の定着率は29.8%となっている。

就労支援において留意している点は、『Chance!!』専用履歴書（A4×4枚）に記入してもらうこと。直近の事件の背景、きっかけ、再犯の可能性についての考えと具体策等を記

入してもらう形式となっており、本人の事件に対する捉え方、今後どう生きたいか等が伝わるようになっている。同社では履歴書の内容については原則、評価せずに事業主に送り、事業主の採用における判断材料としてもらう。

企業や地域との関係作りにおいて留意している点について、薬物等、依存性の高い罪状の方からの応募で企業が迷っている場合は、依存症回復支援施設や医療機関に通うこと前提で内定してはどうかと事業主に伝えている。

『Chance!!』の掲載企業の中でも、薬物事犯、特に累犯者の場合は、応募不可としている企業が多いのが現状。

『Chance!!』を見た服役中の方から手紙で相談がある場合には、「自分の力でどうにかすることを諦めることから回復が始まる」ということを伝え、依存症回復支援施設や自助グループに通うことを勧めている。他にも、刑務所を出所した方から薬物をやめられないと電話で相談があるため、国立精神・神経医療研究センター薬物依存研究部 松本俊彦部長の特集を組んだり、SMARPPを実施している相談支援機関の一覧を掲載するなどしている。

薬物関連問題をもつ人の多くは、仕事をしながら通所できるプログラムを希望している。依存症からの回復が最優先で就労は次の段階という考え方は理解できるが、応募者の多くは両立を希望しているため、通所プログラムが増えていくといいと考える。

現在は、受刑者にとって環境の整った会社を掲載することで情報提供しているが、何かに依存しなければならぬ精神状態や物事の捉え方が変わらなないと、同じことの繰り返しになることが多いため、学びの期間が必要と考えている。そこで、非行歴・犯罪歴のある方を対象とした教育の実績のある会社（ヒューマンハーバ

一) と協力し、社員教育プログラムを実施し、定着率を上げる試みをしていきたいと考えている。

2) 株式会社ヒューマンハーバー

そんとく塾 (2021年7月時点)

2012年12月に設立された株式会社ヒューマンハーバーは、「再犯を起こさせない社会の実現」に向けて、就労(ある蔵)、教育(そんとく塾)、宿泊(てんしん館)の3部門からなる事業を展開している。産廃・中間処理業を中心とし、出所者・出院者の自立更生のための就労・教育・宿泊の三位一体の取り組みを100年継続できるようにビジネスとして取り組んでいる。そんとく塾は、株式会社ヒューマンハーバーの教育支援部門をより特化させ、出所者・出院者の自立更生を加速化させるために分社化した取り組みであり、過去2年間で、そんとく塾の講座を修了した出所者の再犯率は0%。その実績を認められ、出所者雇用に取り組む企業だけでなく、大手企業からも教育の依頼を受けている。

そんとく塾の教育の基盤は、「心のスポンジプログラム」にある。「心のスポンジ」の意図は、柔軟な思考力を指している。更生保護・矯正施設などでは近年様々な心理教育や認知行動療法などが実施されているが、受刑者の多くはそれまでの生育歴や犯罪に至る経緯などから偏った価値観が強固であることが多く、まずは柔軟な思考力を培う必要があるとの考えに基づいている。そして、柔軟な思考力を培うために、小学校などで習った基礎的で理解しやすい教材を用いることが特徴となっている。理解しやすい教材から、自分自身の現在の社会生活上の課題に紐づけ、具体的な対処方法などを検討していく。そして、再犯防止のために必要と

なる物の見方、考え方を育て社会人としてのスキルを育てていく。

運営や支援の基盤となる理念は、『「だから」ではなく、「なのに」の人生を歩みなさい。』刑務所出身だからではなく、刑務所出所者なのに、と言われるようになりましょうと伝えている。

また、教育においては、授業は生き物と考え、プログラムの内容ができたかどうかではなく、その時間をどのように生きた形で過ごすかを大事にしている。受ける人たちの表情と様子を観察し、納得しているのか、どこに不信感をもっているのか、その場に応じて変化させていくことが大切。

心から「あ、そうか」と納得した時に、心のスポンジが膨らみ、膨らんでたくさんの空気を含んだスポンジの空いた部分に、専門プログラムを学ぶことで理解することができると考えている。

依存症支援において特に留意している点は1人1人の成育歴や性格、話し方、見方、考え方に応じてプログラムでの対応を変えること。例えば、前向きなタイプであれば、仕事のやりがいを持ち、成功体験を積むことを重視し、同時に教育の中では、安易に快楽を求めるのではなく、他の楽しみなどベクトルを他に向けるように留意する。一方、内向的な依存タイプの場合、不安を常に抱えていることが多いので、教育では、話をよく聞くとか表情を見るとか、価値観に働きかける以前のところを丁寧に取り組む。

そして、他者から言われたから行動するのではなく、自分で気づいて行動するという方向転換を重視している。例えば漢字の授業で、わからないことをすぐに他人の意見を聞き、自分で考え出すことができない。計算の授業で、面倒だからと途中の式を抜かして答えだけ書こうとする。そのような場合に、何が正しいか人の

話を聞いた上で受け入れながら、自分自身に置き換えて自分で行動していけるように取り組んでいく。

これまでの薬物関連問題の受講者は、男性2名、女性3名。男性は、反社会組織の出身で、覚醒剤を常習しており、傷害や恐喝により服役。女性は覚醒剤取締法違反により服役している。全員ヒューマンハーバーからの紹介で就労し（最長5年）、現在は退職しているものもいるが、再犯していないと聞いている。

企業や地域との関係作りにおいて特に留意している点は、企業内の雰囲気崩さないこと。依存症への偏見の原因は、実際に依存症の方が仕事を辞めたり、休んだり、または、表情が暗い、イライラしているなどの結果があるから。実際に就職の可能性がある中小企業において、採用の重要な条件は企業内の雰囲気、人間関係をうまくやれるか、仕事の割り当てがこなせるかにかかっている。スキルや資格はあまり関係ない。そのためには、どうしたら自分の依存症と付き合っていけるか、体調を崩した時にも段取りをつけられるかを準備していく必要がある。これらの準備が整っていると担保できる支援機関があることが重要と考える。

就労支援における地域特性としては、犯罪者に対する眼差しは厳しく、支援も難しい地域だと考える。反社会団体も多く、外国人就労者も多いためか、違法薬物を入手できる環境がある。そのため外部との接触等に規制が必要な場合もあるが実際は難しい。また、福岡県は性犯罪条例(再犯防止推進事業、少年への対応として)を制定しており、性犯罪による出所者は住所その他が全て登録制になっており、就労が大変困難な状況。薬物依存症を扱う公的機関も少なく、再犯防止について、相談支援窓口はあるが、民間で回復させる場を自力でやっている所は少ない状況。それでも、信頼関係を築き、こ

ちらが就労を担保できる受講生を紹介することで、何人も性犯罪の出所者が就労できている。普通の何倍もやっている姿を見ると、人は認めてくれると考えている。

【薬物事犯者を採用している企業】

1) 茨城県の建設会社（2021年6月時点）

全国から刑務所出所者を雇用しており、これまでに薬物事犯による出所者は数十人。現在勤務12年の薬物事犯による出所経験のある社員もおり、薬物事犯者に対する社内の偏見はなく、「立ち直れば大丈夫」と考えている。

薬物の問題がある場合には、採用面接の際に、「何か疑わしい言動がある場合には遠慮なく再使用について確認する」ことを伝えている。再使用の危険性が高まる時は、私生活の変化やそれに伴う孤独感・孤立感。だからこそ、特に最初の数年間は1人にならないように、会社の目の前の寮で生活し、現場へも往復も先輩と常に行動を共にするようにしている。

社員約50名のうち、気をつけて見守っている社員は3~4名。経験的に建設現場には薬物使用経験者が多いと感じており、会社内だけでなく、現場でのかかわりのなかで仲間をみつけて再使用に至ることもある。そのため、再使用につながる仲間ができないように現場配置に留意している。

また、薬物事犯の方は家族背景が複雑な人が多く、親代わりとして関わっている社員の場合は、結婚式にも親代わりにも出席したことも。

再使用が疑われるような言動(欠勤やこれまでとは違う人との付き合いなど)が見受けられたときには、率直に粘り強く問いかけ、再使用について確認し対処している。また勤務が可能な状態であれば、本人が希望する場合には雇用を継続している。

2) 栃木県の建設会社（2021年6月時点）

社員32名、協力雇用主として前科前歴のある社員を雇用（全体の7～8割）しており、薬物事犯者は3割程度。これまでに50名程度雇用してきた。

前科前歴のある社員を多く雇用している取り組みについて、メディアで取り上げられたこともあり、その映像などをみってもらうことで、取引会社からも理解を得ることができるように心がけている。

大切にしていることは、孤立させないこと。社長自ら夕食を手づくりしみんなで食卓を囲んで過ごす時間を大切にしている。実家に帰ってきたようなアットホームな雰囲気が特徴。

再使用が疑われる場合には、本人との話し合いを行う。再使用を認めた場合には、保護者同席のもとで再度話し合いを行い、また勤務が可能な状態であれば雇用を継続するが、やめられない社員にはダルクを勧めることもある。社会で薬物を使用せずに過ごしていくことが大切であるため、本人の意向がない限り通報はしない。

薬物を使用しない生活を維持するためにどうしたら良いのか試行錯誤している。社員が通所できる週末の治療プログラムや、再使用が疑われるときに対応を相談できる機関があるといいと考えている。

3) 埼玉県の建設会社（2021年7月時点）

創業51年目、父親の代から前科前歴のある人を雇用しており、平成17年から協力雇用主となり約160名雇用してきた。現在の社員は64名でそのうち前科前歴のあるものが34名。最年少は16歳、最高齢は70歳であるが、適材適所になるように作業内容を話し合いながら調整している。薬物事犯者は現在2名雇用しているが、前科の詳細については社員には共有

していない。顧客に対しては、自社の取り組みについて説明し、更生保護への協力をアピールしている。

会社の居心地を良くすることを心がけており、寮の住み心地や同僚と関係など、社長と幹部数名が目配っている。仕事柄早朝勤務となるが、勤務前に朝食を社員と一緒に食べるようにしている。薬物事犯の社員は、毎朝必ず顔を合わせて、何か雰囲気が違うと感じることがあれば保護司にも相談するようにしている。また、保護観察所の薬物再乱用防止プログラムに出席している社員については出欠状況を厳しく指導している。

地域への配慮として、刺青が見えない服装について指導したり、協力雇用主であることは控えるように留意している。

c. 小括

これら7機関のインタビューデータとこれまでの11機関のインタビューデータを含め、18機関のインタビューデータから、代表的な項目を抽出し、「薬物関連問題をもつ人の就労支援ガイドブック」を作成した。構成は以下の通りである。

1. 依存症と回復
2. 薬物関連問題と就労
回復支援を中心とした就労支援
モチベーションを上げる働きかけ
事例：ヒューマンハーバーの「こころのスポンジ」教育
3. つながる
多機関連携
事例：栃木ダルクと就労支援機関との連携
関係性の枠組みを明確に提示する
回復者スタッフと専門職スタッフとの協働

4. 理解を求める
情報開示について
雇用の創出
事例：出所者専用求人誌『Chance!!』
雇用主との信頼関係の構築
事例：東京ダルクとガソリンスタンドとのつながり
 5. 雇用機関の取り組み
孤立をふせぐ
事例：薬物事犯出所者の雇用機関の取り組み
 6. フォローアップ
就労後のフォローアップ体制
事例：八王子ダルクとダルク終了後のメンバーとのつながり
- 付録：各支援機関の役割と主な支援内容

「1. 依存症と回復」では依存症に関する基本的な理解についてまとめている。「2. 薬物関連問題と就労」～「6. フォローアップ」については、18 機関のインタビューデータから実践現場の方たちの創意工夫により積み重ねてきた就労支援のポイントとなる項目を抽出している。また、具体的な実践事例について複数の施設に執筆にご協力をいただき掲載した。

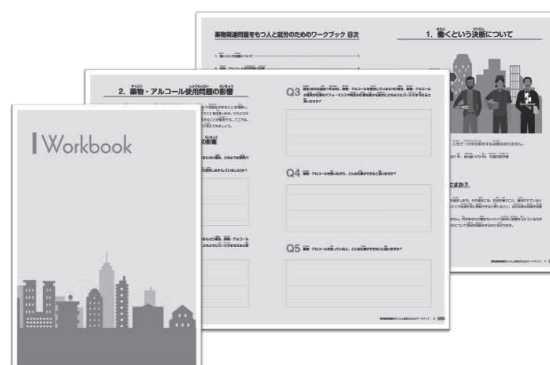


また、ニューヨーク州の雇用リソース開発チームで開発された雇用リソースブックを基盤とし「薬物関連問題をもつ人と就労のためのワ

ークブック」を作成した。構成は以下の通りである。

1. 働くという決断について
2. 薬物・アルコール使用問題の影響
3. 法的な問題と就職活動について
4. あなたの心の健康の影響
5. 情報の開示と自分自身の経歴について何をいうかを定める
6. 新しい仕事の最初の月の重要な考慮事項

雇用リソースブックは、仕事を探すのに役立つ効果的な雇用サービスの原則と実践であるIPS モデル（援助つき雇用）に基づいている。IPS モデルは、精神疾患と診断された人々の一般就労を支援する、化学的根拠に基づいたアプローチとされる。



上記資料は薬物依存研究部ホームページ各種資料よりダウンロード可能となっている。

(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/reference/index.html>)

詳細は各種資料を参照されたい。

C. 考察

薬物依存症者の就労においては、そのステイグマの影響から非公表での就労が大部分のため、実態は明らかになっていなかった。本研究では、民間依存症回復支援施設、就労移行支援事業所、出所者の採用支援・教育支援団体、薬物事犯者を採用している企業など18機関にインタビュー調査実施し、薬物依存症者の就労における困難性とその支援の創意工夫について抽出することを試みた。以下では主に3点について考察する。

1. 情報の開示について

本調査にて情報収集することができた薬物依存症者の就労の概況を総括すると、その多くは薬物関連問題を非公表にすることにより就労機会を確保せざるを得ない状況にある。

就労支援においては、薬物関連問題の公表・一部公表・非公表の3つの立場がある。

開示：情報を開示するメリットは、依存症とそれらに関連する課題について理解を得る可能性があることである。依存症からの回復として、「正直になる」ということが重要なプロセスの一部であることも指摘されている。また、職場に理解を得ることで、自助グループへの参加や、職場での飲酒機会を回避するなど、依存症からの回復を継続する上で重要な再使用の引き金を避けることができる。開示することのデメリットは、就労の機会を失う可能性が高まることである。薬物関連問題に対する誤解や偏見が根強い現状においては、その経験を開示することで、断られてしまうことは少なくない。数十社エント

リーしても面接に進むこともできず、やむなく非開示に変更したというケースも聞かれた。

一部開示：情報を開示するとしても、その情報を選択したり、情報を開示する相手を限定的にする方法もある。複数の課題がある場合には、その一部について開示することや、過去の病歴よりも就労においてできることと配慮が必要なことに焦点化することなどが挙げられる。また、職場内での人間関係を考慮し、まずは職場の社長や上司などに限定して情報を開示するということもある。一部開示のメリットとしては、開示の場合よりも就労の機会を失う可能性が低くなり、依存症からの回復を継続する上で必要な対処について職場と話し合う機会を得ることにある。

非開示：依存症であることを開示することなく就労するという方法は、おそらく現在最も用いられている方法と考えられる。非開示のメリットは、就労の機会を得る可能性が高まることである。依存症に対する誤解や偏見なく、業務遂行能力を評価してもらえる機会を得ることができる。デメリットは、再使用の引き金により多く遭遇する可能性が増すことである。また、「隠さなければならない事実」を抱えながら働き続けることが、心理的な負担となる場合も想定される。非開示の場合には、特に、このような課題について、安心して相談できる支援者がいることが非常に重要である。

以上の情報開示について、本人の希望と支援者の想定が一致しないこともあるが、自分自身の情報開示をどのようにするのか、メリット、デメリット考える機会を提供し、選択

を支援していくことが重要であることが指摘された。

本研究は、必ずしも薬物関連問題の公表を推奨する立場ではないが、本人が選択できる状況にあることが望ましいと考える。薬物依存症者が自分自身の情報開示について選択できるようになるには、薬物関連問題に対する誤解や偏見を解消するための啓発が重要であると考えられる。

2. 連携について

重複障害や高齢などの理由により一般就労が難しく、何らかの就労支援が必要になる方においては、依存症回復支援施設を中心に薬物依存症者の利用受け入れに理解のある一部の就労支援機関との連携が図られる中で就労支援が行われている。支援機関のつながりのある企業などから業務の一部を委託されたり、地道な職場開拓によって依存症の経験に理解のある環境での就労機会が提供されていた。多くの場合は、依存症に対する誤解や偏見が、真面目な勤務態度や実績によって払拭されていくことが経験的に指摘された。また、雇用主としては、より長期的に安定した就労が可能な人材を望んでいる中で、就労支援機関がその担保となり、何らかの緊急支援が必要となる場合には、対応できる体制があることも就労を促進する要因となっていることが挙げられた。

また、出所者の就労支援においては、協力雇用主でも薬物事犯者（特に累犯）の受け入れは多くない中で、出所者専用求人誌『Chance!!』の掲載企業である薬物事犯者を受け入れている希少な企業では、依存症回復支援施設と同様に孤立を防ぐための創

意工夫が行われていた。これらの企業が薬物依存症者を受け入れる際には、純粹に企業が求める業務遂行の適性がある人材かどうかを判断しており、人材不足の業種においては重要な人材として認識されている。

これらの取り組みは現時点では局地的なものであるが、実際の支援事例を通して薬物関連問題を持つ人に対する誤解や偏見が解消され、さらなる地域連携が図られている点は、今後の薬物依存症者の就労支援の発展において重要な点であると考えられる。

3. フォローアップ体制の充実

薬物関連問題を持つ人の就労継続においては、依存症回復支援施設や就労支援機関、または薬物事犯者を受け入れている協力雇用主などによるフォローアップ体制が非常に重要となる。例えば、依存症回復支援施設ではプログラム修了者が気軽に施設やプログラムに立ち寄れる関係を継続することを心がけている。また、薬物事犯者を受け入れている企業では、孤立を防ぐための工夫を重ね、再使用があった場合でも話し合いにより、本人の就労意欲がある場合には就労を継続している。

就労移行支援事業所で実施される、障害者総合支援法による移行支援・定着支援事業による就労後のフォローアップを除き、現在、これらのフォローアップの多くはボランティアな取り組みであり、明確な枠組みがない状態では、関係が途絶えてしまうことが指摘されている。今後はその財源や制度的基盤について検討する必要があると考えられる。

これらの薬物依存症者の就労支援は非常に局地的であり、冒頭の先行研究で述べたように、関東圏の就労支援機関を対象とした調査では、依存症の利用者を受け入れている施設は16.5%であり、決して多いとは言えない現状にある。多くの就労支援機関では知識不足や抵抗感などの理由から薬物依存症者の利用受け入れが行われていないことが指摘されている。

本研究成果物は、就労支援機関に頒布すると同時に、ホームページにて公表予定としている。これらを通し、薬物依存症者の就労支援に従事する支援者の裾野が広がることを期待したい。

D. 結論

薬物依存症者の就労においては、そのステイグマの影響から非公表での就労が大部分のため、実態は明らかになっていなかった。本研究では、民間依存症回復支援施設、就労移行支援事業所、出所者の採用支援・教育支援団体、薬物事犯者を採用している企業など18機関にインタビュー調査実施し、薬物依存症者の就労における困難性とその支援の創意工夫について抽出することを試みた。

インタビューデータについて、「薬物関連問題をもつ人の就労支援ガイド」としてまとめ、ニューヨーク州の雇用リソース開発チームで開発された雇用リソースブックを基盤とし「薬物関連問題をもつ人と就労のためのワークブック」を作成した。また、薬物依存症者の就労における課題として、①情報開示、②連携、③フォローアップ体制の充実の3点が挙げられた。現時点での薬物依存症者の就

労支援は局地的であり、多くの就労支援機関では知識不足や抵抗感などの理由から薬物依存症者の利用受け入れが行われていないことが指摘されている。本研究成果物は、就労支援機関に頒布すると同時に、ホームページにて公表予定としており、これらを通し、薬物依存症者の就労支援に従事する支援者の広がりの一助となることを期待したい。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

- 1) 引土絵未, 嶋根卓也, 小高真美, 秋元恵一郎, 加藤隆, 栗栖次郎, 栗坪千明, 山村りつ, 吉野美樹, 松本俊彦: 依存症者の就労支援に関する研究 就労支援機関を対象とした依存症者の就労に関する実態および意識調査. 2021年度(第56回)日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, オンライン開催, 2021.12.18.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

H. 引用文献

- 1) Substance Abuse and Mental Health Services Administration: Integrating Substance Abuse Treatment and Vocational Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 38. HHS Publication No. (SMA) 12-4216, 2000.
- 2) 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子ほか: 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. 厚生労働科学研究費補助金 (障害政策総合研究事業) 「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策 (研究代表者: 松本俊彦)」, 2019.
- 3) 高原恵子, 森田展彰, 大谷保和, ほか: 薬物依存症者に対する就労支援に関する研究—薬物依存症回復支援施設に対する全国調査から—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 49(2),104-118,2014.
- 4) 引土絵未, 嶋根卓也, 小高真美, 秋元恵一郎, 加藤隆, 栗栖次郎, 栗坪千明, 山村りつ, 吉野美樹, 松本俊彦: 薬物依存症者の就労に関する研究 特例子会社を対象とした依存症及び嗜癖性障害者の就労に関する意識調査.2020年度 (第55回) 日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, オンライン開催, 2020.11.22.

司法と福祉の連携による薬物依存症者への地域支援と その回復過程に関する質的研究

研究分担者 高橋 康史
名古屋市立大学大学院 人間文化研究科 講師

研究要旨：

【目的】本分担研究は、薬物依存症者に対する地域支援を当事者の視点を踏まえて捉え直すことを試みる。地域生活定着支援事業（現・地域生活定着促進事業）が開始され、医療・福祉的ニーズをもつ矯正施設等入所者が、矯正施設等出所後、ただちに医療・福祉につながる仕組みが地域生活定着支援センターを中心に整備されてきた。しかしながら、こうした司法と福祉の連携において、第1に、薬物依存症者のニーズとそれに対する具体的な対応の実態、第2に、支援を受けた当事者の生活再建過程については十分に明らかにされていない。そこで、本研究では、司法と福祉の連携による地域支援が、薬物依存症者にいかなる影響を与え、薬物依存症者の回復過程にどのような機能を与えているのかを、支援者と当事者に対するインタビュー調査によって明らかにする。

【方法】本分担研究では、司法と福祉の連携による支援が薬物依存症者にいかなる影響を与え、薬物依存症者の回復にどのような機能を与えているのかを明らかにする。同時に、ポジティブ/ストレングスな視点から薬物依存症者の回復モデルの試案を提言することを目指す。具体的には、第1に、地域生活定着支援センターによる薬物依存症者の地域支援に関する聞き取り調査を実施した（研究1）。第2に、地域生活定着支援センターによる支援を受け、刑事施設等から出所した薬物依存症者の出所後の予後についてインタビュー調査を実施した（研究2）。第3に、保護観察所において、薬物処遇プログラムを実施する看護師に対して司法領域での薬物依存症者との関わりの実際と課題についてのインタビュー調査を行った（研究3）。第4に、24名の薬物依存症者を対象としたグループ・インタビュー調査に加えて、補足調査を行いその内容を分析に加えて、その「語り」の構造を実証的に解明することを試みた。そのうえで、薬物依存症から回復した後に薬物依存症者を支援する立場になった者6名を対象としたインタビュー調査を行い、そのナラティブを検討した（研究4）。なお、これらのインタビュー調査は、名古屋市立大学大学院人間文化研究科研究倫理委員会からの承認を得た後に、実施した。

【結果】研究1では、障害福祉サービスの活用により、薬物依存症者の地域生活支援が行われ、その支援が薬物再使用を阻止することに寄与していることが明らかになった。このことから、ポジティブ/ストレングスな視点から、薬物依存症者に関わることのできる社会福祉による支援の有効性が確認された。また、地域生活定着促進事業の下で、薬物依存症者が支援を受けるには特別調整に該当することが前提条件であったが、現在は、一般調整による支援を実施していることが明らかになった。研究2では、地域生活定着支援センターによる支援を受けた薬物依存症者の予後についてのインタビュー調査をSCATで分析した結果、「薬物依存症」特有のニーズに対するス

ペシフィックな観点からのアプローチよりも、障害者総合支援法による地域支援を得ることで、地域生活を営む1人の人間として支援を受けることが重要であると示唆された。研究3では、司法領域における薬物処遇プログラムを実施する看護師を対象としたインタビュー調査では、SMARPPが単に、薬物依存症からの回復を促すだけでなく、SMARPPを行う場が司法の領域から地域社会へ移行するための1つの「居場所」となることが示唆された。研究4では、薬物依存症者に対するインタビュー調査と共にMAXqdaを用いて実証的に解析した。その結果、薬物依存症者という当事者から、多様な役割の変化のプロセスが明らかになった。そして、それが、ポジティブ/ストレングスな視点を活かした薬物依存症からの回復の1つのルートとなりうる可能性も見出すことができた。

【結論】 以上の研究結果から、薬物依存症者に対するポジティブ/ストレングスな視点にもとづく支援モデルとして、「薬物依存症者」という役割以外のアイデンティティを生きることができる政策の活用や援助の展開を提案することができる。そのためには、「薬物依存」につきまとうステレオタイプを社会福祉や医療といった対人援助サービスの担い手も含めて払拭していくことが求められる。

研究協力者

市川岳仁	特定非営利活動法人三重ダルク
大庭拓馬	名古屋市立大学人文社会学部現代社会学科
岡部昭子	特定非営利活動法人くらし応援ネットワーク
大山真澄	名古屋市立大学大学院人間文化研究科博士前期課程
幸田 実	特定非営利活動法人東京ダルク
今野貴矢	名古屋市立大学人文社会学部現代社会学科
中川賀雅	特定非営利活動法人長崎ダルク
中村 正	立命館大学産業社会学部
西井 開	日本学術振興会/立命館大学大学院人間科学研究科
船山健二	新潟県立看護大学地域生活看護学領域精神看護学
安田恵美	國學院大学法学部

視点を踏まえて捉え直すことを試みる。2008年以降、地域生活定着支援事業（現・地域生活定着促進事業）が開始され、医療・福祉的ニーズをもつ矯正施設等入所者が、矯正施設等出所後、ただちに医療・福祉につながる仕組みが地域生活定着支援センターを中心に整備されてきた。

しかしながら、こうした司法と福祉の連携において、第1に、薬物依存症者の生活課題とそれに対する具体的な対応の実態、第2に、当事者自身がいかにして生活再建をしていくのかについては十分に明らかにされていない。

そこで、本分担研究では、「司法と福祉の連携」による地域支援が、薬物依存症者にいかなる影響を与え、薬物依存症者の回復過程にどのような機能を与えているのかを、支援者による支援活動の実際と当事者に対するインタビュー調査によって明らかにする。

A. 研究の目的

本分担研究では、これまで実施されてきた薬物依存症者を対象とした地域支援を、当事者の

B. 研究の背景

2016年に再犯防止推進法が制定された。翌年2017年には「再犯防止推進計画」が策定さ

れるに至った。

再犯防止推進計画は再犯防止推進法の第7条に基づき閣議決定されたものである。その内容は、犯罪対策閣僚会議の下に再犯防止推進計画等検討会が設置され、法務副大臣を議長として警察庁や厚生労働省を始めとする関係省庁と、文部科学省も構成員に加えて議論がなされるものである。国民が安全で安心して暮らせる「世界一安全な日本」の実現のために、5つの基本方針と7つの重点課題からなり、2018年度から2022年度までの5年間で政府が取り組む施策が盛り込まれた。

再犯防止推進法に明記された基本理念をもとに、再犯防止推進計画で設定された基本方針は5つある（法務省 2017）。第1に、「誰一人取り残さない」社会の実現に向けて、国・地方公共団体・民間の緊密な連携協力を確保して再犯防止施策の総合的な推進、第2に、刑事司法手続きのあらゆる段階で切れ目のない指導及び支援の実施、第3に、犯罪被害者等の存在を十分に認識した上で犯罪をした者等に犯罪の責任や犯罪被害者の心情等を理解させ、社会復帰のために自ら努力させることの重要性を踏まえること、第4に、犯罪等の実態、効果検証・調査研究の成果等を踏まえ、社会情勢等に応じた効果的な施策の実施、第5に、再犯防止の取り組みを広報する等により、広く国民の関心と理解を醸成することである。

そして、この基本方針に基づいて行われる再犯防止施策は下記の7つの重点課題に整理された（法務省 2017）。それは、第1に、就労・住居の確保等、第2に、保健医療・福祉サービスの利用の促進等、第3に、学校等と連携した修学支援の実施等、第4に、犯罪をした者等の特性に応じた効果的な指導の実施等、第5に、民間協力者の活動の促進等、広報・啓発活動の推進等、第6に、地方公共団

体との連携強化等、第7に、関係機関の人的・物的体制の整備等である。

再犯防止推進法の特徴として、しばしば指摘されるのは次の2つの点である。第1に、法務省だけでなく、厚生労働省や文部科学省等、省庁の垣根を超えた施策展開の試みである点、第2に、国だけでなく地方公共団体も実施主体として位置づけられたという点である。金澤真理（2021）は「刑事施設を出所し、その後の生活を自ら再建する当事者の主体性の保障と確保の手立て」（金澤 2021：180）を再犯防止推進法制定にあたって、論じなければならなかったと指摘する。そこで、本稿では、薬物依存者自身が、刑事施設を出所した後に、どのように生活再建をしていくのかに着目する。

では、再犯防止推進法において薬物依存者はどのような対応がなされているのだろうか。表1を参照されたい。表1は、2021年8月時点での各都道府県における再犯防止推進計画を参照し、薬物依存者への対応を項目にわけて整理したものである。項目は①精神保健福祉相談、②回復プログラム、③乱用防止、④家族相談、⑤地域連携、⑥啓発、⑦専門職研修、⑧障害者福祉事業の活用の8つに整理した。

1つ目の精神保健福祉相談は、精神保健福祉センターあるいは保健所等の精神医療福祉機関を基盤とした、医療の提供を視野に入れた相談体制の構築、2つ目の回復プログラムは、SMARPP等の依存症回復プログラムの提供、3つ目の乱用防止は、小・中学校等における薬物乱用防止に関する教育の取り組み、4つ目の家族相談は、薬物依存者の家族が相談できる仕組みの構築、5つ目の地域連携は、精神保健福祉相談に収まりきらない民間団体や多様な支援機関を巻き込んだ地域での支援システムの構築、6つ目の啓発は、薬物依存者に対する理解や支援の必要性の啓発活動、7つ目の専門職養成は、薬物依存者の支援において求められる知識や専門性の研修の実施、8つ目の障害者福

祉事業の活用は、既存の「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」

(以下、障害者総合支援法と表記)にもとづくサービスの活用、という定義を設けて分類した。

ところで、これまでの薬物依存者の地域支援はダルクが担ってきた。市川岳仁(2010)はダルクについて次のように説明している。ダルクとは1985年に近藤恒夫らによって、東京都荒川区日暮里の古い一軒家を借りて始められた、薬物依存からの回復を願う者たちの共同生活が原点であり、当事者としての経験を分かち合う自助グループスタイルを用いた活動である。ダルクが創設された当時、国や自治体による薬物依存者の支援は、全くなかったと言ってよく、当時の近藤が所属していたMAC(マック:メリノール・アルコール・センターの略)ですら、薬物依存者の回復を積極的に支えようとしていなかった状況であった。その中で、薬物依存からの回復について助けが必要な当事者達が、お互いに支え合う場所を必要とした結果として生まれたものである。つまり、ダルクの最大の特徴は自助グループという点である。

こうした自助グループによる支え合いを行なっているダルクの活動も、再犯防止推進法における再犯防止推進計画に盛り込まれている。一方で、近年のダルク利用者の特徴として、被虐待経験、障がい等の課題を背景に抱える者の増加が指摘されている(市川2019)。このように、薬物依存者が抱える課題の現代的な特徴、そして、再犯防止推進計画にみられる障害者福祉サービスの活用可能性を鑑みれば、薬物依存者の生活再建においては医療あるいは自助に限らず社会福祉の活用の可能性を見いだすことが可能である。そこで障害者総合支援法を活用しながら地域における生活再建を目指している薬物依存者へのインタビュー調査を分析し、新たな地域支援のあり方を考察する。

C. 研究の方法とその結果

以下から、地域生活定着支援センターによる支援を受けた上で刑事施設を出所した薬物依存症者の予後についてのインタビュー調査の分析とその結果(研究1)、保護観察所において、薬物処遇プログラムを実施する看護師に対して司法領域での薬物依存症者との関わりの実態と課題についてのインタビュー調査を行った調査の結果(研究2)、当事者に対するインタビュー調査の分析の結果(研究3)を、明示する。

【研究1: 地域生活定着支援センターを対象としたヒアリング調査】

1) 調査の概要

地域生活定着支援センター(職員)に対してヒアリング調査を行った。本調査は、刑務所出所時の段階で、社会福祉の立場から薬物依存の課題を有する者と関わりを持つ可能性がある地域生活定着支援センターにおける現状と課題を把握することが最大の目的である。同時に、薬物依存の課題を有する者の地域支援における「司法と福祉の連携」の課題を明らかにすることも、目的として位置づけた。

調査は、2020年9月から実施した。単年度につき5か所の地域生活定着支援センターを対象に行うことを予定としていたが、4か所の地域生活定着支援センターから調査協力を得ることができた。

質問項目は、3つの大項目を設定した。具体的には、支援の現状と課題について、多職種連携の実態について、再犯防止と自己決定の尊重についての3つである。これらの質問項目を用いながら、半構造化面接形式によるヒアリングを実施した。

2) 倫理的配慮

調査は名古屋市立大学大学院人間文化研究科研究倫理委員会からの承認を得た後に実施した。具体的な手順は、以下の通りである。第1に、インタビュー調査に「研究協力をお願い（調査依頼説明書）—支援者の皆さまへ」をもとに研究の主旨や個人情報の管理の方法などを説明した。第2に、調査者が遵守する事項をまとめた誓約事項を記した「同意書」に著名による同意を得た。同時に、説明者（調査実施者）も著名を行った。なお、「同意書」は、研究協力者用と調査者用の2部用意した。第3に、「調査協力確認書」を用いて調査協力者から書類での同意を得た。

なお、その際に「同意撤回書」を手渡し調査協力への同意の撤回がいつでもできるようにした。

3) ヒアリングから得た統計的データ

【A県の事例数】

これまで薬物依存に関して対応したものは、2事例である。これは、全体事例数の1%を切る程度の割合である。また、入院して薬物依存の治療した人はいない。その他のアディクション関連問題に関しては、性的依存10事例（全体の5%）、アルコール依存が20事例（全体の10%程度）である。近年、ギャンブル依存の課題を抱える対象者もいる。

【B県の事例数】

これまで薬物依存に課題をもつ対象者を支援したのは、30事例を超える程度の数である。全体の対応事例が730件であるため、全体の約4%である。

【C県の事例数】

C県地域生活定着支援センターの意向により、この点は未回答であった。

【D県の事例数】

全体の20%くらいがアディクションの事例である。ただし、依存症の課題だけでなく、他の課題があるという方も少なくない。仕事を辞め、その逃げ場がお酒や薬物になってしまう。本質は、被虐待経験や障害のケースも多いと考える。

4) 小括

以上のヒアリング調査から、地域生活定着促進事業下における薬物依存症者に対する地域生活支援では、次のような3つの特徴があることがわかる。

第1に、ポジティブ/ストレングスな視点を持ちながら、当事者に関わることのできる社会福祉による支援によって薬物を使用しない暮らしが可能となる事例が確認された点である。具多的には、障害福祉サービスの活用により薬物依存症者の地域生活支援が行われ、その支援が薬物再使用を阻止することに寄与していることが明らかになった。

その根底には、対象者を、「犯罪者」や「薬物依存症者」ではなく、「生活者」として捉える視点が根強くあった〔D県〕。D県地域生活定着支援センターの職員らが、「私たちは、『人間性の回復』に焦点を当てているので、この点は依存症もそうでない人も同様であると考え」と述べていたように、ソーシャルワーク固有の視点である「生活者」として捉えていく実践を行っていた。

ただし、対象者に愛着に関する課題がある場合に、その対応については対象者を引き受けた側の裁量に委ねられてしまうという課題が見受けられた。そもそも、現行の社会福祉政策・公的なサービスでは、成人した者が愛着の課題をもつ場合に「育ち直し」ができるサービスが存在しない。これは、近年、「自立」を志向するようになった、社会福祉サービス全体の課題と

言える。

第2に、「司法と福祉の連携」をめぐる論点である。地域生活定着促進事業の下で支援を受けるには特別調整に該当することが前提条件であった。これに加えて、現在では一般調整でも支援が可能となり、実際に、地域生活定着支援センターから保護観察所を通じた刑務所への働きかけから、一般調整による支援を提供する事例も少なくなかった〔B県・C県・D県〕。以上を踏まえ、特別調整の対象となるには、刑務所の社会福祉士の力量・裁量に依存すること〔C県〕、また地域生活定着促進事業で一般調整も対象となったことが司法側に浸透しておらず、システムとして機能していない〔A県〕という「司法と福祉の連携」下のシステムに関する2つの課題が明らかになった。すなわち、今後において、地域生活定着支援センターにおける薬物依存の課題を抱える者への支援において、一般調整の活用が有効となる可能性が明らかになった。

第3に、帰住地がない時は、精神保健福祉センターとの連携を図っていた〔D県〕。しかし、薬物依存の支援を中心的に行っている精神保健福祉センターの対象地域は県下全域であるため、日常的に相談ができないという課題も確認された。

【研究2：地域生活定着支援センターを利用し、刑務所を出所した者を対象としたインタビュー調査】

1) 調査の概要

地域生活定着支援センターによって、刑事施設等を出所し、社会福祉サービスを受けながら地域生活を維持している者に対してヒアリング調査を行った。本調査は、地域生活定着支援センターからの支援を受けた者について、その後の社会福祉サービスの利用経験と、予後を把

握することが最大の目的である。

本調査では、AさんとBさんの2名の当事者から調査協力を得ることができた。調査は、合計2回実施した。2回目の調査を実施したのは、1回目の調査から半年が経過してからである。

Aさんは40代女性で、薬物使用に関する違法行為により3回の刑務所受刑経験がある。現在は、障害者総合支援法によるサービスを利用しながら、生活を営んでいる。Bさんは40代女性で、薬物使用に関する違法行為により2回の刑務所受刑経験がある。現在は、障害者総合支援法によるサービスを利用しながら、生活を営んでいる。

質問項目は、3つの大項目を設定した。第1に、刑務所の入所に至るまでの生活経験、第2に、刑務所の入所中から地域生活定着支援センターに繋がるまでの経緯、第3に、刑務所を出所した後の社会福祉サービスを利用しながらの生活経験である。これらの質問項目を用いながら、半構造化面接形式によってインタビュー調査を実施した。

2) 倫理的配慮

調査は名古屋市立大学大学院人間文化研究科研究倫理委員会からの承認を得た後に実施した。具体的な手順は、以下の通りである。第1に、インタビュー調査に「研究協力をお願い（調査依頼説明書）—支援者の皆さまへ」をもとに研究の主旨や個人情報管理の方法などを説明した。第2に、調査者が遵守する事項をまとめた誓約事項を記した「同意書」に著名による同意を得た。同時に、説明者（調査実施者）も著名を行った。なお、「同意書」は、研究協力者用と調査者用の2部用意した。第3に、「調査協力確認書」を用いて調査協力者から書類での同意を得た。

なお、その際に「同意撤回書」を手渡し調査協力への同意の撤回がいつでもできるように

した。本調査は研究協力を得た施設の職員の指示に従い、休憩や中止はいつでも可能であることを説明し、精神的な負担が可能な限り生じないようにした。また、仮に精神的な負担が生じた場合も、職員からアフターフォローを受けられるよう依頼した。

3) 分析の方法

本調査で得た経験的データは、SCAT (Steps for Coding and Theorization) を用いて分析を試みた (大谷 2011)。具体的な手順は次の通りである。インタビュー調査の音声データの文字起こしを行い、セグメント化した。このセグメントを、〈1〉データの中で注目すべき語句、〈2〉それをいいかえるためのデータ外の語句、〈3〉それを説明するための語句、〈4〉そこから浮かび上がるテーマ・構成概念という4つのステップに従ってデータのコーディングを行った。そして、コードの中のテーマ・概念構成のキーワードを、ストーリーライン、理論記述として再構成を行った。

SCATは、量的側面よりも、質的側面を重要視したコード化による分析手法である。そのため、経験的データの語りから潜在的な意味を導き出すことのできる分析手法である。また、1事例に対して、理論的な概念化も行いつつ、語りの文脈等を踏まえた分析が可能な手法である。

4) 分析の結果

a. Aさんの予後

Aさんは、【刑務所に入所する前】、逸脱文化をもつ社会関係を生きており、薬物を使用するに至った。そして、空虚感や強い孤独感、母親としての育児の負担感を理由に、薬物を使用し続けた。このように、薬物使用の背景には多様な生きづらさが存在していた。

その後、【刑務所に入所している期間】では、

刑務所の入所・出所を繰り返していく中で、断薬し続けることへの自信のなさ、福祉に頼ることに対するスティグマ感を経験しながらも、家族関係の再構築へのモチベーションから、現在利用している、障害者福祉サービスの利用へと繋がった。

そして、【刑務所を出所した後】も、家族関係の再構築へのモチベーションは維持されていた。その一方で、断薬し続けることへの自信のなさも継続していた。しかし、障害者福祉サービスによる地域生活支援が提供され続けるなかで、支援者との新しい社会的絆の構築を経験していた。さらに、利用する障害者福祉サービスの職員により、AさんとAさんの子どもの間に入り、関係を結びなおすという支援があり、家族関係の維持が語られ、Aさんの家族関係の再構築が目指されていた。それとともに、それらの社会関係の構築が、Aさんの断薬に向けた動機付けをもたらしていた。

b. Bさんの予後

【刑務所に入所する前】のBさんは、母親という存在の不確実性から家族との関係を構築することへの難しさを感じていた。逸脱文化をもつ男性関係を契機に、逸脱文化をもつ社会関係の中で生きていく中で、薬物依存状態が36年間続いた。BさんもAさんと同様に、多様な生きづらさを抱えていた。

その後の【刑務所に入所している期間】では、断薬の動機付けがなされていた。Bさんは、家族との再統合を希求していたため、障害者福祉サービスの利用に対しては拒否的な態度をとっていた。しかし、薬物による家族関係の喪失により、障害者福祉サービスを利用するに至った。

【刑務所を出所した後】においては地域生活定着支援センターの職員を中心として、社会福祉の支援による家族関係の維持を試みており、それらが断薬に向けた動機付けとなるとともに

に未来への視点の獲得に繋がっていた。また、日常的な障害者福祉サービスによる地域生活支援の提供と、失敗経験を乗り越えることによって、「覚せい剤を介さない人間関係」という新しい社会的絆の構築を経験していた。

5) 小括

地域生活定着支援センターによる支援を受け、障害者福祉サービスの活用によって生活再建を目指した薬物依存者 2 名を対象としたインタビュー調査を SCAT によって分析した。A さんおよび B さんの共通点は、地域における障害者福祉サービスとの出会いが、新たな社会的絆の構築に繋がっていた点に見出すことが出来る。

その絆は、新たに出会っていく、支援者だけでなく、薬物の使用を理由に破綻に近づいていた家族との関係や、薬物の使用に向かわせる逸脱文化をもつ社会関係との断絶という側面も含まれていた。A さんと B さんにとって地域生活定着支援センターの職員との出会いは、障害者福祉サービスを提供する職員を中心とした新しい人間関係を構築していくことに繋がり、そしてそれが断薬の動機付けに繋がっていたと解釈することが可能である。

【研究 3：司法領域でケアを担う看護師を対象としたヒアリング調査】

1) 調査の概要

研究 3 では、保護観察所において薬物処遇プログラムを実施する看護師を対象に、司法領域における薬物依存症者との関わりとその課題に関するインタビュー調査を行った。

司法と福祉の政策的な領域を往復し、当事者を各種サービスにつなげる役割を果たす、地域生活定着支援センターにおける薬物依存症者への対応の現状と課題の聞き取りを行うこと

で政策上の限界や課題を見出してきた。一方で、昨今の刑事司法領域においては、社会福祉士も含めた対人援助の専門職がケアの担い手となり、支援等を提供する機会が増えてきている。

再犯の防止を中心とした考え方にもとづく司法領域において、本人を中心とした考え方にもとづくケアを提供するにあたっては、社会防衛を目指す領域において個人の幸福追求を行うという、矛盾を含む立場に置かれる。そこで、本調査では、そうした矛盾に対して、実際の対人援助の専門職がどのように対応しているのかについて検討する。

研究 2 では、保護観察所で薬物処遇のプログラムを実施する／していた看護師を対象に、①看護師からみる回復の定義、②看護師としてのプログラムの狙い、③司法領域でケアを提供する際の課題、④司法領域におけるケアを提供する意義の 4 つの点を問うた。

2) 倫理的配慮

調査は名古屋市立大学大学院人間文化研究科研究倫理委員会からの承認を得た後に実施した。具体的な手順は、以下の通りである。第 1 に、インタビュー調査に「インタビューへの参加のお願い（調査依頼説明書）」をもとに研究の主旨や個人情報の管理の方法などを説明した。第 2 に、調査者が遵守する事項をまとめた誓約事項を記した「同意書」に著名による同意を得た。同時に、説明者（調査実施者）も著名を行った。なお、「同意書」は、研究協力者用と調査者用の 2 部用意した。第 3 に、「調査協力確認書」を用いて、調査協力者から書類での同意を得た。その際に、「同意撤回書」を手渡し調査協力への同意の撤回がいつでもできるようにした。

なお、個別の具体的なケースや事例についての聞き取りは行っていない。インタビュー調査実施時に、具体的な事例について言及された場合には、録音を停止した。また、メモに残す等

の記録を行っていない。

3) 聞き取り調査の結果

看護師からみる回復の定義

- ・人としての生活ができるようになっていくこと
- ・問題の大きさが変わってくること／その人がその人なりに行動して考えて生活ができている状態
- ・薬を使わずに社会の一員として生活していけること

看護師としてのプログラムの狙い

- ・プログラムを通じて使わないっていう選択肢で生活を続けられるような動機付けができるように、それこそテキストにプラスして〔対象者に対して〕何か〔専門的な〕フィードバックを返しなが、自然に振る舞うようにしていること
- ・義務でプログラムは受けているが、そのプログラムを通じて自分の生活の仕方や意識を変えていけるようなかかわりは意識していること
- ・SMARPPは流れが決まっているので、一定の基礎知識があれば、誰が何をやっても一定の質の担保はできる点はSMARPPのプログラムの良い所
- ・テキストを使っているため、一定の質は保てる。使いにくさはないこと

司法領域でケアを提供する際の課題

- ・保護観察所の薬物プログラムって、目の前の方、保護観察対象者ではあるけど患者さんとしては見るできないこと
- ・医療機関である病院でやる場合のプログラムとの位置づけ(=患者)と同じプログラム内容ではあるが、保護観察所でやる場合は患

者さんではない

- ・薬物の問題があったとしても、継続した医療の必要性がある人かどうかは、別問題である。薬物の使用=医療・依存症の治療の必要性があるとは言えない人たちを対象としていること
- ・病気の回復を支えるためのプログラムとしては捉えていない。生活の場面で、使わない手段や生活のスタイルを築き上げるって言うことを、なんていえばいいのかな、患者さん構造じゃなくて、人の生活レベル構造での指導をしていかなければいけないこと
- ・医療っていうのも強く押さないですし、必ずしも病院に行った方がとか、病院に相談した方がというようなアプローチはしないこと
- ・風邪症状がある時は、患者さんとして関わりますが、風邪症状ではないときには普通の人なのでアプローチはしない感覚と似ていること
- ・保護観察所のプログラムでは「使いたくなったらどうするか」という点を問うていること
- ・病院のデイケアでSMARPPをしていた時は「薬物を使いたくなったり、飲みなくなったら病院に電話してください」等の声かけができたが保護観察所ではその対処の方法を、SMARPPを用いて探りだすことを重視していること

4) 小括

以上のように、保護観察所で薬物処遇プログラムを担っている看護師は、SMARPPを有効的に活用しながら、生活の場に根差したプログラム・ケアの提供を行っていることがわかった。

インタビュー協力者らは、看護師として保護観察対象者にアプローチしているものの、そこでいかに生活者としての視点を取り入れられるかを実践の中で試みていた。その1つのツールにSMARPPを用いていた点は注目に値する。

SMARPPは、医療現場以外でも実用的に用

いることができる汎用性を有するだけでなく、SMARPPを行う場が、司法領域から地域社会へ移行するための1つの生活の場に根差した「居場所」となることが示唆された。

【研究4：当事者を対象としたインタビュー調査】

1) インタビュー調査の概要

研究4はXダルクの協力を得て実施した24名の当事者への調査にもとづいている。調査は、グループ・インタビューにより実施し、合計2つのセッションによって行った。1回目に「あなたにとってのダルク（仲間）とは？」をテーマに、2回目は「依存症とはどのような経験か？」をテーマに実施した。1回目については、24名全員を対象に行った。2回目については、Xダルク施設職員との打ち合わせを経て2つにグルーピングした。具体的に言うと、ダルクを利用して日が浅く薬物依存それ自体の課題と、現在進行形で向き合っていると判断される者13名（グループ1）、ダルクを利用して日が長く、薬物依存ではなく他の課題と向き合っていると判断される者11名（グループ2）に分類した。

加えて、グループ・インタビューの補足調査を行った。この調査を経験的データの分析の対象に追加し、グラウンデッド・セオリー・アプローチによる実証的な分析を再度試みた。補足調査は、「依存症とはどのような経験か？」をテーマに、2021年11月にインタビュー調査を実施した。調査協力者は、薬物依存症から回復した後に、薬物依存症者を支援する立場になった者6名である。以上の2つのインタビュー調査時間は、合計986分である。

なお、本報告書での研究結果は、分析の経過途中であるため、後に述べる理論的飽和に達していないことに留意されたい。

2) 倫理的配慮

補足調査は名古屋市立大学大学院人間文化研究科研究倫理委員会からの承認を得た後に実施した。具体的な手順は、以下の通りである。第1に、インタビュー調査に「グループ・インタビューへの参加のお願い（調査依頼説明書）」をもとに研究の主旨や個人情報の管理の方法などを説明した。第2に、調査者が遵守する事項をまとめた誓約事項を記した「同意書」に著名による同意を得た。同時に、説明者（調査実施者）も著名を行った。なお、「同意書」は、研究協力者用と調査者用の2部用意した。第3に、「調査協力確認書」を用いて、調査協力者から書類での同意を得た。その際に、「同意撤回書」を手渡し調査協力への同意の撤回がいつでもできるようにした。

3) 分析の手順と経過

この調査で得た経験的データは、質的データ分析ソフトMAXqdaを用いて解析を実施した。MAXqdaは、個別的・具体的な特性をもつ経験的データから、抽象度の高い概念や理論を導き出すことができるグラウンデッド・セオリー・アプローチの補助的な役割を担うソフトである。グラウンデッド・セオリー・アプローチは、新しい概念や理論が抽出されない状態を指す「理論的飽和」をその最終地点とする実証的な質的データの分析法である。本調査による実証的分析は、仮説生成を行うことを目指し、インタビュー調査を実施した。そのため、理論的飽和を目指すことよりも、調査協力者らの「語り」において、いかなる特徴があるのかを見出すことを目指した。したがって、グラウンデッド・セオリー・アプローチの手法に依拠しながら「語り」をコードに振り分けたうえで、そのコードの関連性および質的な特徴を実証的に解析することを目指した。

分析の手順は次の通りである。第1に、録音

したグループ・インタビューデータの文字起こしを行なった。第2に、文字起こしを行なったデータ(=トランスクリプト)をMAXqdaに取り込んだ。第3に、MAXqdaに取り込んだトランスクリプトを、切片化(=セグメント)して、それぞれにコードを振り分ける作業をした。その例として、コード【他者からの受容】セグメントを表2に示した。こうしたコードの割り振りをしたところ、2021年1月30日時点で1021コード(トランスクリプトの文脈を切って、それにコードを割り振ったものの数)および26コードを析出した(表3)。

4) 研究結果と小括

分析の結果、次のような特徴と傾向が明らかになった。第1に、「語り」の主軸となったコードは【仲間の存在/関わり】(19セグメント)であった。これは、コード間関係ブラウザによる解析(図2)で導き出された傾向である。このコードは、【仲間の存在/関わり】以外のコードよりも、他のコードとの何らかの因果関係を強く、かつ、多く持っていた。また【仲間の存在/関わり】の次に主軸となったコードは【施設での経験】(16セグメント)、【アディクト以外の私】(14セグメント)、【症状以外の生きづらさ】(13セグメント)、【施設に繋がった経緯】(12セグメント)、【家族の関わり】(12セグメント)、【先行く仲間の存在/関わり】(10セグメント)の6つであることが明らかになった。

以上のことを踏まえたうえで、コードの全体性のマッピングを行なった。その際、コード間の関係性を直線で示すツールに加えて、「語り」の質的な類似性を見ることが出来るクラスタの機能を用いた。今回は、クラスタを「7つ」に設定したところ(図2を参照)、次のように分類された。こうした解析から、次のような3つの点が解釈することが可能である。

第1に、ダルクでの経験が薬物依存者等にも

たらず点についてである。クラスタの連続性から治療や矯正の経験と回復の経験は別の次元に存在していると解釈することが可能である。図1にあるように19のコードは3つのクラスタに分類された。ここで注目したいのが《クラスタ1》と《クラスタ2》である。《クラスタ1》は、現に利用しているX地域におけるダルクでの仲間を中心とした経験や関わり等から構成されている。これに対し、《クラスタ3》は、ダルクでの経験より過去の経験あるいは、別の経験として位置づいていることがわかる。ここでは、【患者としての私】と【症状にかかわる生きづらさ】も含んでいることから治療の経験、【やらかし】と【逸脱者としての私】を含んでいることから矯正の経験等の特性を持っていることがわかる。以上から、治療と矯正の経験と、後に述べる回復の経験は別の次元にある可能性が明らかになった。

以上のように、《クラスタ3》が治療の経験、そして《クラスタ2》が矯正の経験に該当する。ダルクにおける経験は、《クラスタ2》と《クラスタ3》の先に位置づく、《クラスタ4》と《クラスタ5》における経験に繋がっていき、その後には、【アディクト以外の私】や【症状以外の生きづらさ】、【定まらない私】で構成される《クラスタ6》が位置づいていることがわかる。

したがってX地域におけるダルクでは、「薬物依存者」や「犯罪者」という役割に回収されない経験を薬物依存者等に提供していることが確認できる。《クラスタ6》に該当する「語り」の特徴は、X地域における生活の一部としてダルクという場が位置づいていることを意味している。このことは、薬物依存者等にとっては、X地域におけるダルクが薬物依存者等以外の自己との出会いと、地域における社会参加に結びついている、ということを示唆している。

ここで注意せねばならないのが、【回復の経験】は以上に説明してきた連続性と異なる位置

にあるということである。ここで注目したいのが、《クラスター7》である。《クラスター7》は、他の6つのクラスターの連続性と異なる位置にあり、【回復の経験】、【アディクトとしての私】、【新しい私の発見】、そして【排除の経験】で構成されている。

【排除の経験】というコードが、回復を志向する他のコードと同じクラスターに含まれていた点は非常に興味深い。【排除の経験】コードの象徴的なセグメントとして、「履歴書を書くときに、僕はその、一応高校中退になるんですけど、中退ってのがこう書けなくて。空白が多くなっちゃうんですね。で、それがこんなか年齢を重ねるごとに、なんかこう、ちょっと気になってくるっていうか。そういうのもあってやっぱ何か就職するにしても、やっぱ何か資格みたいなものは欲しい」という語りがあげられる。これに加えて、【アディクトとしての私】コードの代表的なセグメントとして、「アディクトとしての特性を生かせる仕事を探してた時、まあ、その時選べるものが自然とこのPSW〔＝精神保健福祉士〕だったっていう事だったですね」という語りもあげられる。

これらの2つの語りから、【排除の経験】と【アディクトとしての私】との親和性を見出すことが出来よう。具体的には【排除の経験】を乗り越える手立てとして資格取得があげられる。その一方、ポジティブな思考による【アディクトとしての私】を生かした職業選択が、その資格取得に繋がっているという点を踏まえるならば、この2つのコード間には何らかの因果関係があると考えることができる。

D. 結論

以上の研究結果から、薬物依存症者に対するポジティブ／ストレングスな視点にもとづく支援モデルとして、「薬物依存症者」という役

割以外のアイデンティティを生きることができ政策の活用や援助の展開を提案することができる。特に、それは障害者福祉サービスの活用により、地域生活を維持している当事者、ダルクにおけるインタビュー調査から明らかになった。

こうした支援モデルを有機的に機能させるには「薬物依存」へのステレオタイプを社会福祉や医療等の対人援助サービスの担い手も含めて払拭していくことが求められよう。薬物依存症者当事者および回復に向けたポジティブ／ストレングスな視点からの支援においては、対人援助レベルだけでなく、制度・社会構造的な次元において、薬物依存症者の「強さ」を引き出す為の仕組み作りが求められることが明らかになった。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 高橋康史, 大山真澄, 今野貴矢: 薬物依存の課題を抱える者の地域における生活再建に関する考察—障害者福祉サービス活用の可能性と課題. 都市と社会 6, 2022 (印刷中).
- 2) 高橋康史, 市川岳仁, 大庭拓馬: 薬物依存者の地域支援におけるダルクの役割に関する研究—グループ・インタビュー調査をもとに. 人間文化研究 37, 2022 (印刷中).

2. 学会発表

- 1) 高橋康史: 刺青とアイデンティティの社会学—不可視化されたスティグマの身体化—. 2021年度東北社会学会研究会大会, オ

ンライン, 2021.12.3.

謝辞 本分担研究の実施にあたって調査にご協力いただきました調査協力者の皆さまに心よりお礼申し上げます。

表1 各都道府県における再犯防止推進計画の概要

番号	都道府県	精神保健福祉相談	回復プログラム	乱用防止	家族相談	地域連携	啓発	専門職研修	障害者福祉事業の活用
1	北海道	○	—	○	○	○	○	○	—
2	青森県	○	—	○	○	—	—	—	—
3	岩手県	○	○	○	○	—	○	—	—
4	宮城県	△	○	—	—	○	—	—	—
5	秋田県	○	—	○	—	○	○	—	—
6	山形県	○	—	—	○	○	—	—	—
7	福島県	○	○	○	—	○	—	—	—
8	茨城県	○	○	○	○	○	—	○	○
9	栃木県	—	○	—	—	—	○	—	—
10	群馬県	△	○	—	○	○	○	○	—
11	埼玉県	△	—	—	○	○	○	—	—
12	東京都	○	○	—	○	○	○	—	—
13	千葉県	未確認							
14	神奈川県	○	○	—	○	○	○	○	—
15	新潟県	○	—	—	—	—	—	—	—
16	富山県	○	—	○	○	○	—	○	—
17	石川県	△	△	—	○	—	—	○	—
18	福井県	△	△	—	—	○	○	○	○
19	長野県	—	—	○	○	—	—	○	—
20	山梨県	○	○	○	○	○	—	○	—
21	岐阜県	—	—	—	○	○	○	—	○
22	静岡県	○	—	—	○	○	○	—	○
23	愛知県	○	○	○	○	○	○	—	—
24	三重県	○	—	—	○	○	○	—	—
25	滋賀県	○	○	—	○	○	○	—	○
26	京都府	○	○	○	○	○	○	—	—
27	大阪府	○	—	—	○	○	—	—	—
28	兵庫県	○	○	○	—	—	—	—	—
29	奈良県								
30	和歌山県	○	○	○	○	○	—	—	—
31	鳥取県	○	—	—	○	○	○	—	—
32	島根県	○	○	—	—	○	○	○	—
33	岡山県	○	—	—	○	○	—	○	—
34	広島県	○	○	—	○	—	—	—	—
35	山口県		○	○	○	—	○	—	—
36	徳島県	○	○	○	—	○	—	—	—
37	香川県	○	—	—	—	○	—	○	○
38	愛媛県	○	—	—	—	○	—	—	—
39	高知県	○	—	○	○	—	○	—	—
40	福岡県	○	○	—	—	○	—	—	—
41	佐賀県	○	—	—	○	○	○	—	—
42	長崎県	○	○	○	○	—	○	—	—
43	熊本県	○	—	—	○	—	○	—	—
44	大分県	○	○	—	○	—	○	—	—
45	宮崎県	○	—	—	○	—	—	○	—
46	鹿児島県	○	○	○	○	—	—	—	—
47	沖縄県	○	○	—	—	—	○	—	—

表2 【他者からの受容】セグメント一覧

文書名	セグメント
調査2回目 NO.2	ほんとにあのまあ、安かったけれども、いくら何枚かお金もらって手伝うようになってたっていうのもあって。ま、これが良かった。ZからXにダルクができたとか。〇〇さんがQで日本ダルクっていうのを始めたりとかして。Xと呼ばれてその後〇〇さんと呼ばれてQに行ったりして手伝いというんですかね。ちょっと手伝ってくれて言われて、ま、何ヶ所かダルク呼ばれて行きましたけど。あの、そういうことが良かったんじゃないですかね。僕が必要とされるという。
調査2回目 NO.3	と思って「もう一度やらしてください」って言ったら受け入れてくれたんで「じゃ良かった」って言うてくれて、そんな時に気持ちが変わって。
調査1回目 NO.3	僕も昨日いろいろ見てた中で、ま、居場所だとか、自分の椅子が用意されてるとか、言葉があるんですけど。
調査1回目 NO.3	したら、話聞いてくれて。で、「もう1回やり直す気あるのか？」って言われたから「あります、ある」っていうこと伝えて。したら90日9回ミーティングに出ろって言われて提案されて。で、それに出ようと思った。
調査1回目 NO.3	〇〇の施設長に電話をして、こう「どこでもいいのでダルク紹介してください」って伝えて。もういっぱいいっぱいですってこと伝えて、こう、限界ですってこと伝えたら、こう、「いい選択したね」っていうことを言われて。で、「どこでもいいんだね？」って言われたから「はいどこでもいいです」っていうことを伝えて。
調査1回目 NO.3	僕はダルクはこう、どんなひどい状態になってもこう受け入れてくれる場所であつたり。あと家みたいな感じなんですよ、
調査1回目 NO.3	ま、〇〇さんがあの、最後に言ってくれたのが、使っちゃってもきてもいい、あの、来た方がいいよって、言うてくれて。あの、ちょっと救われたって言うか。あの、興味がでた、あの、ダルクの最初のイメージは薬物をやめさせて、取り上げるところっていう。
調査1回目 NO.3	ま、その頃にはちょっとお酒もあんま飲んでなかったんですけど。えーと、その頃にはもう、薬も使ってなかったけど。そこでこう、え、こんな真剣に、なんか向き合ってくれるんやっていうのは感じて。あー真剣にちょっとやろっていうのが、ありました。
調査1回目 NO.3	その、僕が以前とった態度とか言ったことは一切触れないで、「大丈夫？」で心配してくれたり、「また一緒にやる気になったら一緒にやろう」とか「手紙待ってる」とか言うてくれて、ま、さっき〇〇さんがね「ダルクはその、受け入れないことはないですよ」って。ま、僕の経験、してもらったことがあったので、ダルクはそういうもんだと思ってるので。
調査1回目 NO.3	自分のこと以外に人の事喜んだりできるようになれるかな、て少し思いました。で、そうするとダルクにいるっていうのがあんまり普通じゃない、なくなって、ま、ちょっとだけ手伝う。
調査1回目 NO.3	ま、それで随分と楽にはなってきましたね。
調査1回目 NO.2	でも保証人にね、その、〇〇さんが、ま、なってくれたんですよ。
調査1回目 NO.2	あの、わからないところはね、仲間がね、ま、その、レポート見せてくれたりとかして、ま、そこでね、あの、合格したりとかしたんですけど。
調査1回目 NO.2	その時には〇〇さんにどうしたいの？って言われて、ま、もういちどこう、頑張りたいですって。あの、ま、もう一度やりたいですっていうふうに言っちゃった。言ったんですよ。ほんだから、わかっちゃった。
調査1回目 NO.2	で、ちょうど同じくらいにこうやり直して。でまあ、その後なんかめっちゃ仲間良くなってね。
調査1回目 NO.2	筋トレま、週2回一緒にするし、月1回絶対ゴハン（飯食い）食べに。
調査1回目 NO.2	1日1500円のとき2000円で、やりくりしてるんで。ギャンブル行けない状況下なので。その点はすごい安全とかいうかね。なんか守られてるなって気がしますね、はい。
調査1回目 NO.2	時にはなんかライブ観たりとか、時には励ましあいながらできる環境っていうのがすごくよくて。
調査1回目 NO.2	あの、毎日365日必ず私の椅子がここにはあるというか、それがすごく私は気に入っています。
調査2回目 NO.1	で、ま、〇〇の施設たどり着いた時に、こう、アウトローの世界で生きなくてもいいんだ、虚勢はらなくてもいいんだってことがわかった時にすごくほっとした。
調査1回目 NO.2	俗にいうやる気。ま、やる気ともちょっと違う。やる気に似た脅迫性が発動したんですけど。ま、それでいろいろなことをやりました。で、ま、つながって3年の履歴を持ってますが、今の自分にとってのダルクでやらないといけないこと。
調査1回目 NO.1	忘れもしない僕日記に書いてあるんでね、すごくうれしかったんだと思います、そんなこと聞いてくれて。嬉しかったと思うんですけど、そんな声掛けをもらった時が、多分よっついたらそこらへんが軋機だったんじゃないかと思うんですけど。
調査2回目 NO.1	だから、なんだろう、やっぱでも、ずっどこ、やっぱミーティングだと、なんかこうまあ、話せざるを得ないっていうか、段々やっぱこう慣れてくるってこともある。そういう自分、なんか、ま、いつまでも怒り続かないし、やっぱそういう反発する気持ちも持たなくなつて。ま、話した時に仲間がこう、聞いてくれてたっていうのは、あります。
調査2回目 NO.1	ダルクとか人間関係の輪に飛び込むのは得意だから、その辺は苦にもならないし。こう、ま、気楽っていうか、で、こっちのメンバーもね、こう、良い人っていうか、こう、オラオラもしてないし、付き合いやすいメンバーが多いっていうのが確かにあって。で、話も聞いてくれるし、心配してくれるし、こう、ま、楽しいですよ、こっちでやってることは楽しいし。
調査2回目 NO.1	こう、わがままについてきてもらうパターンもあるし、早く帰りたいのにな、でもそれでもついてきてくれる仲間には感謝してるし、
補足調査	ああ自分がほんとに受け入れられてるんだなっていうことがそこでわかって。
補足調査	自分の中に取り込んでいって、ウソをつかなくてもいいし、やらしたことをね、怖がらずに発言したら、逆に何ていうのかな、自分の中に安心感とか。
補足調査	(記憶が怒ってるね)はい、そうです。そこでそういうのもあったんですけど、ま、それがあってもここにいるってことがすごく不思議っていうか、まああのすごく寛容だなあと思ったりとか。
補足調査	なんか、ちょっと安心出来たっていうか。
補足調査	ちょっと安心できたというか。ちょっとそれは感じてたんですけど。
補足調査	どっか安心できたっていうか。それは感じてて。
補足調査	なんか、えっと、〇〇〇いたんで、なんかすごい、そこは救われたというか。
補足調査	こんだけ止めたって、お〜頑張ってるな！みたいな。だからその中でしか、自分も居場所ってこう見つけられなかったんで。
補足調査	日々の自分のおかしいところが見えてきてまたこれを認め合う受け入れ合うというか、ま、共有するっていう作業が始まっている。

表3 7つのクラスター分類

クラスター	コード
クラスター1	幼少期の経験、過去への否定的な意味付け
クラスター2	逸脱者としての私、失敗経験/やらかし、家族との関わり
クラスター3	患者としての私、クリーン、症状にかかわる生きづらさ、施設の拒絶/逃避、思い込みや規範への気づき
クラスター4	仲間の存在/関わり、施設に繋がった経緯、他者からの受容、
クラスター5	先行く仲間の存在/関わり、施設での経験
クラスター6	アディクト以外の私、定まらない私、症状以外の生きづらさ
クラスター7	アディクトとしての私、新しい私の発見、回復の経験、排除の経験

図1 コード間関係マッピング

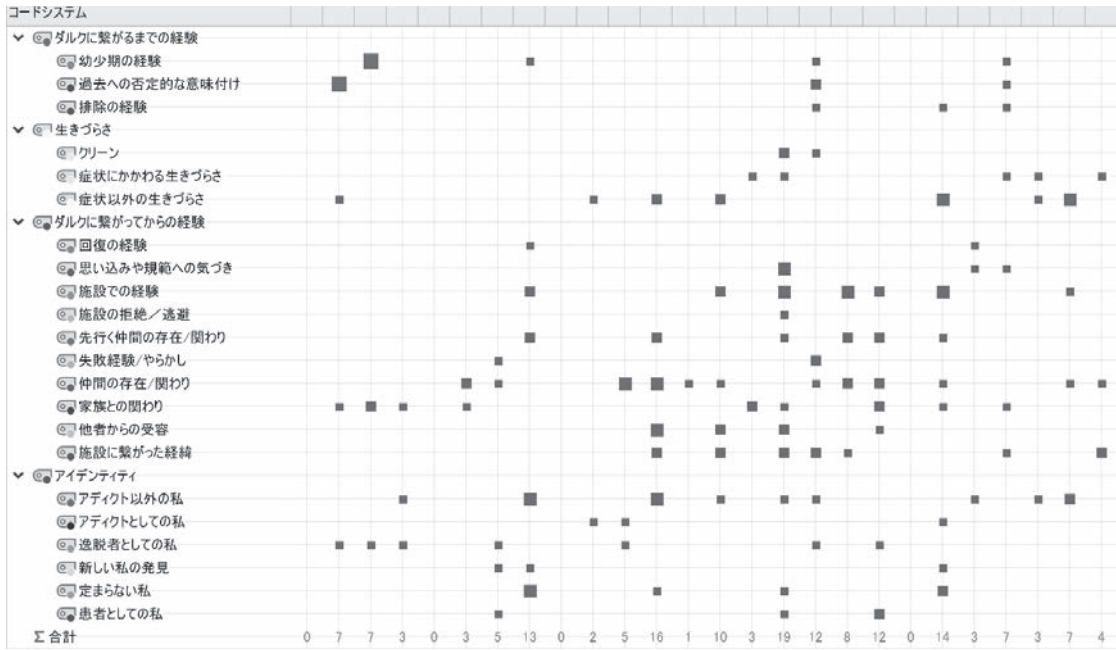
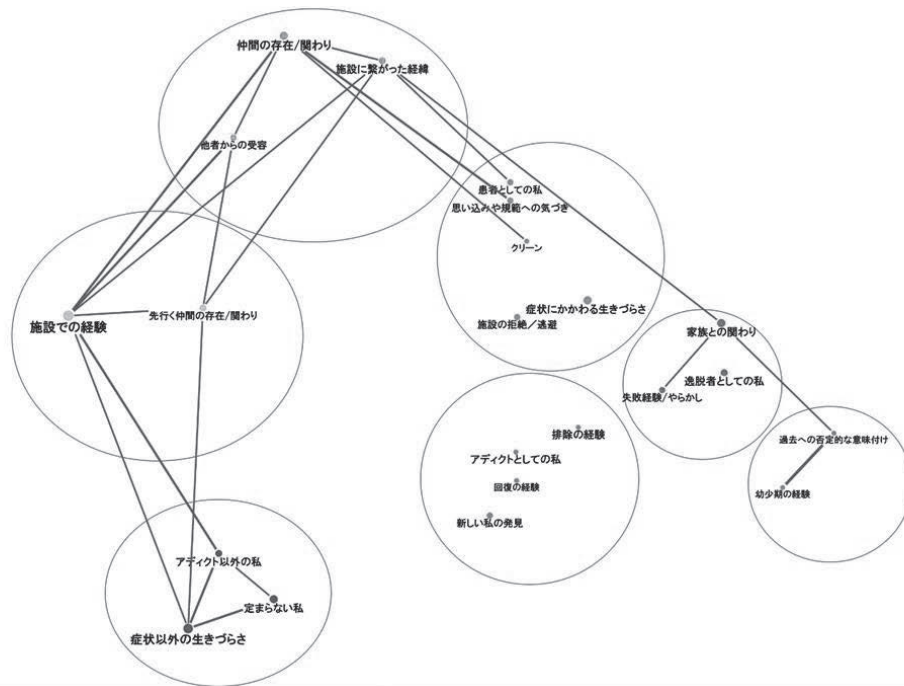


図2 語りのコードマップ (7クラスター)



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	C 物質依存と精神保健福祉		系統看護学講座別冊 精神保健福祉	医学書院	東京	2021	265-279
松本俊彦	薬物依存症から回復しやすい社会づくり・地域づくり		格差時代の医療と社会的処方ー病院の入り口に立てない人々を支えるSDH (健康の社会的決定要因)の視点	日本看護協会出版会	東京	2021	170-181
宮地尚子, 松本俊彦	トラウマと依存症臨床の未来		感情島へようこそ トラウマのポリフォニー	日本評論社	東京	2021	207-227
松本俊彦	大麻の取り締まりは健康問題であり、政治問題		日本人のための大麻教科書 「古くて新しい農作物」の再発見	イースト・プレス	東京	2021	122-127
松本俊彦	物質使用症と接触症群		講座 精神疾患の臨床4 身体的苦痛症群 解離症群 心身症 食行動症または摂食症群	中山書店	東京	2021	303-308
松本俊彦	乱用薬物の実態と診断		やってみたくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで	文光堂	東京	2021	172-180
松本俊彦	覚せい剤		やってみたくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで	文光堂	東京	2021	181-184
松本俊彦	薬物依存症と併存精神障害ー自己治療仮説に基づく理解ー		やってみたくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで	文光堂	東京	2021	195-200

松本俊彦	覚醒剤依存の治療上の留意点		やってみたくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで	文光堂	東京	2021	215-219
松本俊彦	患者の違法薬物使用を知った場合の司法的対応		やってみたくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで	文光堂	東京	2021	305-308
松本俊彦	依存症・自傷「やめられない・止まらない」の臨床		精神症状の診かた・聴きかたはじめてまなぶ精神病理学	金剛出版	東京	2021	161-188
松本俊彦	逸脱行動への認知行動療法（薬物依存症を中心に）		更生保護学辞典	成文堂	東京	2021	46-47
嶋根卓也	第2章-4 性的マイノリティと薬物依存症および感染症	松本俊彦	やってみたくなるアディクション診療・支援ガイド アルコール・薬物・ギャンブルからゲーム依存まで	金剛出版	東京	2021	300-304
嶋根卓也		監修：松本俊彦，今村扶美，近藤あゆみ	SMARPP-24物質使用障害治療プログラム [改訂版]	金剛出版	東京	2022	

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
Yamada, R., Shimane, T., Kondo, A., Yonezawa, M. Matsumoto, T	The relationship between severity of drug problems and perceived interdependence of drug use and sexual intercourse among adult males in drug addiction rehabilitation centers in Japan	Substance Abuse Treat Prevention Policy	16	5	2021
Toshihiko Matsumoto, Takashi Usami, Taisuke Yamamoto, Daisuke Funada, Maki Murakami, Kyoji Okita, Takuya Shimane	Impact of COVID-19-related stress on methamphetamine users in Japan	Psychiatry Clin Neurosci		doi: 10.1111/pcn.13220	2021

<u>Shimane T</u> , Takahashi M, Kobayashi M, Takagishi Y, Takeshita Y, Kondo A, Omiya S, Takano Y, Yamaki M, <u>Matsumoto T</u>	Gender Differences in the Relationship between Methamphetamine Use and High-risk Sexual Behavior among Prisoners: A Nationwide, Cross-sectional Survey in Japan	J Psychoactive Drugs		1-9 doi: 10.1080/02791072.2021.1918805. Epub ahead of print. PMID: 33977855	2021
Chika Yamada, Kristiana Siste, Enjeline Hanafi, Youdiil Ophinni, Evania Beatrice, Vania Rafelia, Peter Alison, Albert Limawan, Tomohiro Shinozaki, <u>Toshihiko Matsumoto</u> , Ryota Sakamoto	Relapse prevention group therapy via video-conferencing for substance use disorder: protocol for a multicentre randomised controlled trial in Indonesia	BMJ Open	11	e050259. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050259	2021
Kyoji Okita, Koichi Kato, Yoko Shigemoto, Noriko Sato, <u>Toshihiko Matsumoto</u> , Hiroshi Matsuda	Effects of an Adenosine A2A Receptor Antagonist on Striatal Dopamine D2-type Receptor Availability: A Randomized Control Study using Positron Emission Tomography	Front. Neurosci	13	https://doi.org/10.3389/fnins.2021.729153	2021
<u>松本俊彦</u>	10代の薬物乱用・依存	こころの科学	217	43-49	2021
<u>松本俊彦</u>	COVID-19と社会的孤立、依存症の臨床を中心に	日本社会精神医学会雑誌	30(2)	167-173	2021
<u>松本俊彦</u>	精神科救急で違法薬物が検出されたときの対処	精神科Resident	2(2)	13-14	2021
<u>松本俊彦</u>	アルコール関連問題への対応	産業精神保健	29特別号	104-107	2021
<u>松本俊彦</u>	薬物依存症の今ー乱用薬物の動向と今後の課題ー	Animus	107	32-37	2021
<u>松本俊彦</u>	保護観察所ー保護観察所と精神保健福祉センターが連携した新しい薬物依存症地域支援システムー	精神科治療学	36(7)	825-829	2021
<u>松本俊彦</u>	アディクションと複雑性PTSD	精神療法	47(4)	475-477	2021

松本俊彦	依存症は「孤立の病」ーアディクションの対義語はコネクションー	月刊福祉	104(11)	42-45	2021
松本俊彦	特集 ハームリダクションとは何か？ーその理念と意義，わが国での実施週刊 日本医事新報	週刊 日本医事新報	5081	18-30	2021
SHIMANE Takuya, INOURA Satoshi, MATSUMOTO Toshihiko	Proposed indicators for Sustainable Development Goals(SDGs) in drug abuse fields based on national data from Japan	保健医療科学	70(3)	252-261	2021
松本俊彦	ひとはなぜ「ドラッグ」を恐れ、嫌悪するのか	こころの科学	220	58-64	2021
宇佐美貴士, 松本俊彦	3. 鎮静薬，睡眠薬または抗不安薬使用症群	精神科治療学 今日の精神科治療ハンドブック	36増刊号	164-165	2021
松本俊彦	COVID-19の依存症への影響～薬物依存症外来から見えた風景を中心に～	医療の広場	61(11)	4-7	2021
松本俊彦	わが国において薬物依存症に対する薬物療法の導入を妨げているものは何か？	臨床精神薬理	24	1191-1199	2021
松本俊彦	依存症	精神医学	63(11)	1683-1690	2021
松本俊彦	わが国におけるハームリダクション政策の可能性と課題	精神科臨床 Legato	7(3)	60-62	2021
松本俊彦	人はなぜ薬物依存症になるのかーコネクションの対義語としてのアディクションー	學鐙	118(4)	30-33	2021
嶋根卓也	新型コロナウイルス禍の薬物依存への影響	Frontiers in Alcoholism	9(2)	52-56	2021
嶋根卓也	依存性薬物に関する教育の今とこれから	保健の科学	63(8)	513-518	2021
嶋根卓也	違法薬物に限らない薬物依存の現状：処方薬と市販薬の乱用・依存	刑政	132(10)	12-21	2021
嶋根卓也	市販薬乱用・依存の実態とその課題	臨床精神薬理	24(12)	75-84	2021
猪浦智史, 嶋根卓也, 加藤隆	物質使用障害者に対する生活習慣病予防プログラムに関する予備的研究	日本アルコール・薬物医学会雑誌	56(5)	151-166	2021
湯本洋介, 嶋根卓也	ジェネラリストのためのLGBT講座 第16回物質使用障害とLGBT	治療	103(7)	2-6	2021

渡邊敦子, 井ノ口恵子, 受田恵理, 新井清美, 森田展彰, 安里明友美	更生保護施設における薬物事犯者に対する地域支援—職員が認識する刑の一部執行猶予制度導入の効果と課題—	更生保護研究	19	4-14	2021
高橋康史, 大山真澄, 今野貴矢	薬物依存の課題を抱える者の地域における生活再建に関する考察—障害者福祉サービス活用の可能性と課題	都市と社会	6	186-194	2022
高橋康史, 市川岳仁, 大庭拓馬	薬物依存者の地域支援におけるダルクの役割に関する研究—グループ・インタビュー調査をもとに	人間文化研究	37	89-99	2022

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 薬物依存研究部・部長
(氏名・フリガナ) 松本 俊彦 (マツモト トシヒコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和 3 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 薬物依存研究部・心理社会研究室長
(氏名・フリガナ) 嶋根 卓也 (シマネ タクヤ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 横浜市
こころの健康相談センター

所属研究機関長 職 名 センター長

氏 名 白川 教人

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) センター長

(氏名・フリガナ) 白川 教人 (シラカワ ノリヒト)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	全国精神保健福祉センター長 会 研究倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 整備中)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立精神・神経医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人筑波大学

所属研究機関長 職 名 国立大学法人筑波大学長

氏 名 永田 恭介

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学医療系 社会精神保健学・准教授

(氏名・フリガナ) 森田 展彰 (モリタ ノブアキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	筑波大学医学医療系	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 学校法人日本女子大学

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 今市 涼子

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 人間社会学部社会福祉学科・専任講師
(氏名・フリガナ) 引土 絵未 (ヒキツチ エミ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	日本女子大学 人を対象とした実験研究に関する倫理審査委員会	<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 当研究機関では人を対象とする生命科学・医学系研究のみ COI 審査が義務付けられており、人を対象とした実験研究である本研究は COI 審査を受けることができなかったため、研究代表機関にて報告・審査を実施した)

当研究に係るCOIについての指導・管理の有無

有 無 (有の場合はその内容 :

)

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。
 - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 公立大学法人 名古屋市立大学

所属研究機関長 職 名 人間文化研究科長

氏 名 山本 明代

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業2. 研究課題名 再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究3. 研究者名 (所属部署・職名) 人間文化研究科・講師(氏名・フリガナ) 高橋 康史 (タカハシ コウシ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	名古屋市立大学大学院 人間文化研究科	<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。