

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事ができた。
- ・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。

・様々な当事者と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。
- ・所在地が近いこともあり、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つてしまった。

・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、電話が繋がらなくなり、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、突然電話がつか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。

・電話がつかない場合に、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。
- ・「ダメゼツタイ」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つ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つ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も思う。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。当センターは薬物依存の方との接点はほとんどなかつたが、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いくつあると思う。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」としての挑戦も含んでいる。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くいること、(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—. *学燈* 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	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	正式同意者数	調査実施中	
	初回実施	3か月後実施	6か月後実施	9か月後実施	12か月後実施	18か月後実施	24か月後実施	30か月後実施	36か月後実施			
1	0	1	0	2	6	0	0	0	0	3	13	10
2	0	0	1	0	4	3	2	0	1	5	16	10
3	0	4	1	3	11	7	6	4	9	92	137	36
4	1	1	5	1	0	1	1	0	0	0	9	9
5	1	0	0	0	0	2	1	0	2	5	10	3
6	0	1	0	2	4	3	3	0	0	15	32	17
7	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	4	2
8	2	0	0	2	1	2	2	0	7	14	29	8
9	1	0	0	0	0	0	2	1	13	5	21	3
10	1	0	0	0	1	0	1	1	0	2	5	3
11	4	2	4	2	2	7	1	0	0	4	22	18
12	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	4	3
13	2	2	3	4	2	3	2	4	3	13	26	23
14	1	4	1	2	2	2	3	2	9	17	42	16
15	2	1	2	2	1	4	2	2	16	12	42	14
16	5	0	2	1	2	3	1	1	2	31	44	11
17	1	4	2	0	0	0	1	0	0	2	9	7
18	0	1	2	0	1	0	1	0	10	72	87	5
19	2	3	7	5	7	3	0	0	0	3	28	25
20	0	0	0	3	0	0	2	4	2	13	26	11
	23	25	31	27	20	39	34	16	84	324	642	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	
	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	
	司法関連機関	9	45.0	152	65.2	
	ダルク	0	0.0	17	7.3	
	自助グループ	0	0.0	17	7.3	
	その他	0	0.0	0	0.0	
DAST-20得点		11.1	3.2	11.0	4.0	0.917
	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	0.415	
	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	
	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
	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

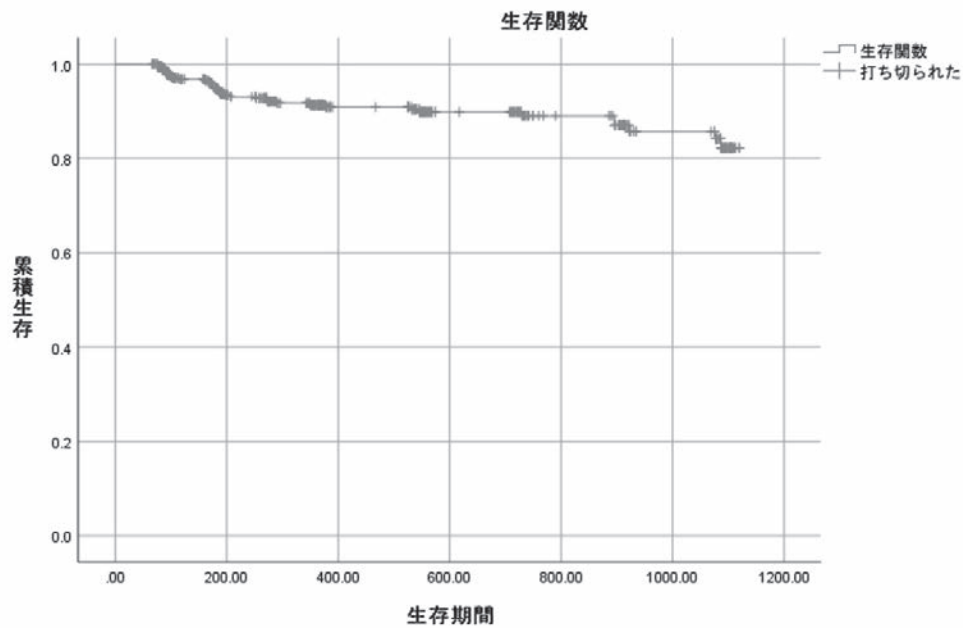
DAST-20: Drug abuse screening test

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)