

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究」
研究分担報告書

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。更に、令和2年度は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的な感染拡大により、地域における薬物依存症支援体制のあり方を改めて見直すことを余儀なくされたことを受け、各地域における影響や対応について明らかにすることも目的とした。

【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。今年度は、従来が継続している保護観察対象者コホート調査のデータ解析を行う量的研究セクション（研究1）に加え、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）による地域における薬物依存症の相談・支援に対する影響に関するヒアリングを行う質的研究セクション（研究2）も実施した。前者の量的研究セクションでは、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、調査に参加した者としなかった者の特徴（性別、年齢、保護観察の種類、保護観察終了時の転帰）を比較した。後者の質的研究セクションでは、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、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴う対象者の変化や各機関との連携体制の変化に関する質的情報を収集・整理した。

【結果】[研究1: 保護観察対象者コホート調査]今年度新たに愛知県、北海道、島根県の3カ所の精神保健福祉センターがVBPに参加した。平成29年3月から令和2年11月末までに、20の精神保健福祉センターから計508名の保護観察対象者が調査に参加し、今年度は、VBP開始後初の3年間の追跡完了者からのデータを収集することができた。1年後追跡完了者は173名、2年後の追跡完了者は83名、3年後の追跡完了者は11名であった（追跡率は1年後78.6%、2年後

80.6%、3年後 64.7%)。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 74.8%、週 4 日以上働いている者が 39.8%であり、保護観察の種類の内訳としては、仮釈放の者が 64.2%と最多であった。主たる使用薬物としては覚せい剤が 94.3%、逮捕時 DAST-20 の平均値は 10.9 と中程度、89.8%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 76.8% (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 2.0%、3~6 か月のインターバルでは 3.6%、6~9 か月では 2.8%、9 か月~1 年では 3.5%、1 年 6 か月~2 年では 2.4%、2 年 6 か月~3 年では 18.2%であった。 Kaplan-Meier 解析を実施したところ、約 1 年経過後の累積断薬継続率は約 90%、2 年経過後の累積断薬継続率も約 90%であり、1 年以内に再使用した者の特徴としては、身体障害者手帳所持者が多いこと、薬物事犯による逮捕回数が多いこと、刑務所への服役回数が多いこと、精神保健福祉センターのプログラム参加者が多いことが確認された。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 10.4%であることが明らかになった。

【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新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の影響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、地新型コロナウイルス感染拡大とその防止対策に伴い、保護観察所集団処遇プログラムの中止や自助グループの活動停止が各地で起こったことが確認された。精神保健福祉センターにおいても、再乱用防止プログラムや対面個別相談、依存症家族教室、ケア会議の中止となり、地域における薬物依存症支援体制が脆弱になっていたことが明らかにされた。同様の影響は VBP 本体にもあり、保護観察所の集団処遇プログラム中止に伴って対象者リクルートが不活発化するとともに、精神保健福祉センターにおける初回調査面接・対面による同意取得が滞った。そうしたなかで、VBP におけるフォローアップ時の電話による情報収集が、コロナ禍の続く現状ではそれ自体が支援実践としての機能をはたした。なお、この研究 2 の結果を受けて、今年度、やむを得ない事由により面接調査が実施できない場合に限り、電話による研究説明を行って口頭同意を得た上で、後日郵送手続きを用いて正式な同意取得を行えるように、VBP の研究計画を微修正した。

【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見せており、今年度、初の追跡終了者も出すことができた。この事実は、足かけ 5 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的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。今年度、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) による予期せぬ影響を受けて、薬物依存症の地域支援体制も脆弱化した。電話というツールを介して「ゆるやかなつながりの保持」を実践する VBP は、図らずも、ウィズ・コロナの時代における数少ない実現可能な支援実践として、その存在意義が改めて確認されることとなったといえるであろう。

研究協力者

伴恵理子	国立精神・神経医療研究センター	山田 敦	川崎市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	柴崎聡子	川崎市精神保健福祉センター
宇佐美貴士	国立精神・神経医療研究センター病院	松島敦子	川崎市精神保健福祉センター
高野 歩	東京医科歯科大学大学院精神保健看護学分野	内藤早希	川崎市精神保健福祉センター
金澤由佳	国立精神・神経医療研究センター	山本友晃	川崎市精神保健福祉センター
窪田和巳	横浜市立大学医学部臨床統計学	沢口裕樹	川崎市精神保健福祉センター
井上 悟	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	伊藤佳子	川崎市精神保健福祉センター
橋本直季	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	谷川美佐子	川崎市精神保健福祉センター
山田俊隆	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	原島 淳	川崎市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	田中香里	川崎市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	小西麻子	川崎市精神保健福祉センター
高橋百合子	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	木下 優	元・川崎市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	河合顕宏	元・川崎市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	南里清香	元・川崎市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	柴山陽子	元・川崎市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	鈴木 剛	元・川崎市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	植木美津枝	元・川崎市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，昭和大学横浜市北部病院）	津田多佳子	元・川崎市精神保健福祉センター
谷合知子	元・東京都立多摩総合精神保健福祉センター（現，東京都立小児総合医療センター）	佐野由美	元・川崎市精神保健福祉センター
竹島 正	川崎市精神保健福祉センター	本田洋子	福岡市精神保健福祉センター
		徳永弥生	福岡市精神保健福祉センター
		松口和憲	福岡市精神保健福祉センター
		松本 舞	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
		山田正夫	神奈川県精神保健福祉センター
		川本絵理	神奈川県精神保健福祉センター
		西尾恵子	神奈川県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
		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
		新井麻友子	神奈川県精神保健福祉センター
		黒沢 亨	神奈川県精神保健福祉センター
		中込昌也	元・神奈川県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	天野 託	栃木県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	斎藤保子	栃木県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	大賀悦朗	栃木県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	杉山和平	栃木県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	山田知弥	元・栃木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	黒崎 道	元・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	増茂尚志	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	佐伯真由美	広島県立総合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	井口妙子	広島県立総合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	上原由記子	広島県立総合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	岡田未咲	広島県立総合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	川村学子	広島県立総合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	熊井麻世	広島県立総合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	桑原桃子	広島県立総合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	新宅葉月	広島県立総合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	米田千鶴	元・広島県立総合精神保健福祉センター（現、広島県西部こども家庭センター）
桑島千春	元・東京都立中部総合精神保健福祉センター	松岡明子	元・広島県立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	楠本みちる	三重県こころの健康センター
源田圭子	東京都立精神保健福祉センター	穴倉久里江	相模原市精神保健福祉センター
植松恭子	東京都立精神保健福祉センター	平松さやか	相模原市精神保健福祉センター
桜井 清	東京都立精神保健福祉センター	新井紘太郎	相模原市精神保健福祉センター
西 絵里香	東京都立精神保健福祉センター	清水 理	相模原市精神保健福祉センター
		稲葉 奏	相模原市精神保健福祉センター
		本間優子	相模原市精神保健福祉センター
		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

三井敏子	北九州市立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
藤田浩介	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
土屋達郎	北九州市立精神保健福祉センター	楯林英晴	福岡県精神保健福祉センター
逆瀬川由美	北九州市立精神保健福祉センター	岡島祐子	福岡県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	池田朋子	福岡県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	藤野 勝	福岡県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	福山順子	元・福岡県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	竹之内薫	鹿児島県精神保健福祉センター
白土紗綾香	北九州市立精神保健福祉センター	堤 聖子	鹿児島県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	尾上夕美	元・鹿児島県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	井川大輔	堺市こころの健康センター
大森史子	横浜市こころの健康相談センター	山根信子	堺市こころの健康センター
坪田美弥子	横浜市こころの健康相談センター	今津浩美	堺市こころの健康センター
永田幸子	横浜市こころの健康相談センター	大上裕之	堺市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	垣内千栄子	堺市こころの健康センター
片山宗紀	横浜市こころの健康相談センター	吉井 侑	堺市こころの健康センター
鈴木頼子	横浜市こころの健康相談センター	遠藤晃治	元・堺市こころの健康センター
石田みどり	横浜市こころの健康相談センター	村上瑞英	元・堺市こころの健康センター
山崎三七子	横浜市こころの健康相談センター	籠本孝雄	大阪府こころの健康総合センター
		平山照美	大阪府こころの健康総合センター
		原るみ子	大阪府こころの健康総合センター
		道崎真知子	大阪府こころの健康総合センター
		飯田未依子	大阪府こころの健康総合センター
		高田宏宗	大阪府こころの健康総合センター
		喜納温子	大阪府こころの健康総合センター
		湯浅安津子	大阪府こころの健康総合センター
		山田春佳	大阪府こころの健康総合センター

藤田知己	大阪府こころの健康総合センター	勝田 聡	札幌保護観察所
鹿野 勉	大阪府こころの健康総合センター	猪間徳子	宇都宮保護観察所
池田美香	大阪府こころの健康総合センター	古川芳昭	東京保護観察所
仙波由美	元・大阪府こころの健康総合センター	藤井淑子	東京保護観察所立川支部
吉田智子	元・大阪府こころの健康総合センター	杉山弘晃	横浜保護観察所
辻本哲士	滋賀県立精神保健福祉センター	原沢和茂	名古屋保護観察所
平井昭代	滋賀県立精神保健福祉センター	倉谷浩一	津保護観察所
後藤有加	滋賀県立精神保健福祉センター	吉村満晴	大津保護観察所
栗林悦子	滋賀県立精神保健福祉センター	鈴木庄市	大阪保護観察所
中山昌代	滋賀県立精神保健福祉センター	藤田 博	大阪保護観察所堺支部
藤城 聡	愛知県精神保健福祉センター	穂坂英樹	松江保護観察所
船崎初美	愛知県精神保健福祉センター	山田浩司	広島保護観察所
角田玉青	愛知県精神保健福祉センター	古山正成	福岡保護観察所
村田修一	愛知県精神保健福祉センター	古山正成	福岡保護観察所北九州支部
今井祉織	愛知県精神保健福祉センター	濱田康秀	福岡保護観察所北九州支部
桑原由美	愛知県精神保健福祉センター	田畑義弥	鹿児島保護観察所
立松敏子	愛知県精神保健福祉センター	田中恵次	株式会社 要
石川美雪	愛知県精神保健福祉センター	松田淳一郎	株式会社 要
横井千恵	愛知県精神保健福祉センター	朝倉貴宏	株式会社 要
市古芽以	愛知県精神保健福祉センター		
加藤陽子	愛知県精神保健福祉センター		
柳村恵子	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		
横山有里恵	北海道立精神保健福祉センター		
田附美奈子	北海道立精神保健福祉センター		
山本志乃	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		
田代晶子	法務省保護局観察課		
高尾正義	法務省保護局観察課		
影山美郷	法務省保護局観察課		

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約4年が経過した現在も、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。というのも、保護観察対象者は、保護観察終了後にも地域の任意の社会資源につなが

り、アフターケアをうけ続ける必要があるからである。そうした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。

なお、VBPは単なるコホート調査にとどまらない、アクション・リサーチの側面も兼ね備えている。その具体的な「アクション」には2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。そしてもう1つのアクションは、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。

さらに今年度は、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。VBP では毎年班会議を開催して地域間の情報共有に努めていたが、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った。そうした中で、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。そのため今年度は、まずは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た。調査結果を迅速に整理し、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、こうした経緯の元に行った新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴う質問紙調査の結果、及び、調査の手続きについて微修正した点について報告する。

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新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響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2年11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2年11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、今年度は、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。研究参加意思是、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。

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で権限を付与した。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)³⁾、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。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カプランマイヤー解析を行った。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2年11月末までに、703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、508名（72.3%）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2年11月末の時点で調査が継続されている者は292名（57.5%）であった。各精神保健福祉センターにおける調査対象者は、1～55名であった。

2) 初回調査結果

初回調査結果が得られた508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10.2）であり、男

性は380名(74.8%)、女性は128名(25.2%)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(285名、56.1%)、次いで「更生保護施設」(157名、30.9%)、「ダルク」(22名、4.3%)が続いた。同居者については、「家族と同居」(249名、49.0%)が最も多く、次いで「単身」(157名、30.9%)、「家族以外と同居」(81名、15.9%)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202名(39.8%)いた一方で、「無職」の者も245名(48.2%)と約半数を占めていた。最終学歴としては、「中学卒業」(293名、57.7%)の者が最も多く、婚姻状況については、「離婚」(246名、48.4%)が最も多かった。社会保障制度の利用状況については、133名(26.2%)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31名(6.1%)、仮釈放が326名(64.2%)、刑の一部執行猶予のみが40名(7.9%)、刑の一部執行猶予と仮釈放の両方が111名(21.9%)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146名(28.7%)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227名(44.7%)であり、そのうちC型肝炎が68名(13.4%)、HIVが16名(3.1%)であった。治療中の精神疾患を持つ者が157名(30.9%)であった。アルコール・薬物問題の家族歴を持つ者は113名(22.2%)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140名(27.6%)、104名(20.5%)、過去1年以内の経験を持つ者はそれぞれ59名(11.6%)、11名(2.2%)であった。主たる使用薬物としては、覚せい剤が479名(94.3%)、大麻が10名(2.0%)、その他の違法薬物が6名(1.2%)、危険ドラッグが3名(0.6%)、処

方薬が3名(0.6%)、多剤が3名(0.6%)、その他(シンナー2名、トルエン1名)が3名(0.6%)であった。初使用年齢の平均値は19.5歳(標準偏差7.3)であった。390名(76.8%)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297名(58.5%)、自助グループ27名(5.3%)、ダルク27名(5.3%)、医療機関17名(58.5%)、精神保健福祉センター12名(2.4%)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、94名(18.5%)が「一人もいない」と答えた。413名(81.3%)が相談できる人がいると答え、その内訳の代表としては、友人(245名48.2%)、両親(111名21.9%)、保護司(104名20.5%)、保護観察官(93名18.3%)、きょうだい(93名18.3%)などが挙げられた。「困りごと・悩みごと」について、333名(65.6%)が「ある」と回答しており、その内訳として、経済的問題(158名31.1%)、仕事のこと(143名28.1%)、家族のこと(136名26.8%)、自分の健康(120名23.6%)、薬物のこと(84名16.5%)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」20名(3.9%)、「悪い」90名(17.7%)、「ふつう」227名(44.7%)、「良い」103名(20.3%)、「非常に良い」59名(11.6%)であった。健康状態については、「まったく不満」54名(10.6%)、「不満」144名(28.3%)、「どちらでもない」135名(26.6%)、「満足」134名(26.4%)、「非常に満足」32名(6.3%)であった。

表9に逮捕時におけるDAST-20³⁾得点を示す。合計得点の平均値は10.9(標準偏差4.0)であり、Low(0-5)が48名(9.4%)、Intermediate(6-10)が168名(33.1%)、Substantial(11-15)が227名(44.7%)、Severe(16-20)が61名(12.0%)であった。

3) 薬物使用状況

表 10 に各調査時点における調査の実施状況を示した。令和 2 年 11 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、64.7%～82.3%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 6 割は調査に回答していた。調査同意者である 508 名のうち 1 年後調査に該当した者は 43.3%、2 年後調査に該当した者は 20.3%、3 年後調査に該当した者は 3.3%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 348 名のうち 17 名（4.9%）、3 か月～6 か月後調査に回答した者 276 名のうち 17 名（6.2%）6～9 か月後調査に回答した者 215 名のうち 11 名（5.1%）、9 か月～1 年後調査に回答した者 173 名のうち 10 名（5.8%）、1 年 6 か月～2 年後調査に回答した者 83 名のうち 3 名（3.6%）、2 年 6 か月～3 年後調査に回答した者 11 名のうち 2 名（18.2%）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 7 名（2.0%）、3 か月～6 か月後調査回答者で 10 名（3.6%）、6 か月～9 か月後調査回答者で 6 名（2.8%）、9 か月～1 年後調査回答者で 6 名（3.5%）、1 年 6 か月～2 年後調査回答者で 2 名（2.4%）、2 年 6 か月～3 年後調査回答者で 2 名（18.2%）であった。

4) 2 年後調査までの半年ごとの推移

表 12～16 に 1 年半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（QOL のみ初回調査と 1 年後及び 2 年後調査）の推移を示す。男女の割合については、初回調査では男性 74.8%（380 名）、女性 25.2%（128 名）であったが、2 年後調査では男性 84.3%（70 名）、

女性 15.7%（13 名）であった。初回調査時点では「住居」が「自宅」である者が 56.1%、「更生保護施設」30.9%、「ダルク」4.3%であったが、1 年半後調査時点では「自宅」85.5%、「ダルク」7.2%の順に多く、更生保護施設を住居とする者は半年後調査時点で大きく減少（0.0%）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」（49.0%）が最も多く、2 年後調査でも同様の傾向がみられた（59.0%）。就労状況については、初回調査時点で「無職」48.2%、「週 4 日以上働いている」39.8%であったが、2 年後調査では「週 4 日以上働いている」54.2%、「無職」27.7%であった。婚姻状況については、初回調査で「未婚」は 30.1%であったが、2 年後調査では 43.4%であった。一方「離婚」は初回調査 48.4%、2 年後調査 31.3%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 26.2%であったが、1 年後調査では 34.9%であった。利用の内訳は、生活保護（13.4%から 25.3%）、自立支援医療（8.3%から 16.9%）、精神障害者保健福祉手帳（4.9%から 10.8%）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 44.7%であったが、2 年後調査では 34.9%であった。治療中の精神疾患がある者は、初回調査では 30.9%であったが、2 年後調査では 34.9%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 34.3%であったが、2 年後調査では 83.1%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 76.8%であったが、2 年後調査では 38.6%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 58.5%と最も多かったが、2 年後調査で 14.5%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 5.3%であったが、2 年後調査では 10.8%へと増加していた。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2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18.3%から10.8%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6.1%であったのが、1年半後調査では19.3%に上昇していた。困りごと・悩みごとが「ある」と回答した者は、初回調査では65.6%であったが、2年後調査では43.4%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」(31.1%)を挙げる者が多く、2年後調査でも同様の傾向であった(20.5%)。初回調査では「薬物のこと」を挙げた割合は16.5%であったが、2年後調査では2.4%へと減少していた。QOLについては、自分の健康状態を「非常に満足」と回答している者が初回調査では6.3%であったが、2年後調査では16.9%へと増加を示した。

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との、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11名、一方、非使用者は162名であった。生活状況において、違法薬物使用者は非使用者に比べて身体障害者手帳所持の割合では有意な差($p=0.033$)を認めた。薬物事犯による逮捕回数は、使用者は平均3.6回、非使用者は平均2.3回と有意な差($p=0.035$)を認めた。刑務所の服役回数は、使用者は平均3.4回、非使用者は2.0回と有意な差($p=0.029$)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、違法薬物使用者に精神保健福祉センターの治療プログラムを利用する者の割合が高く、有意差を認めた($p=0.006$)。相談できる人、困りごと・悩みごとの有無では、違法薬物使用者に相談できる人が「一人もいない」と回答する者の割合が高く、有意な傾向を認めた($p=0.072$)。その他の項目(人口動態的変数、学歴、治療中の身体疾患・精神疾患、自殺関連行動、薬物使用歴・DAST-20得点など)については、有意差は認められなかった。

6) 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367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、24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。

7) 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2年11月末時点の転帰を比較した結果を表20に示す。全薬物事犯保護観察対象者4,970名のうち、本研究に同意した者は515名(10.4%)であった。年齢は、同意群45.7歳(標準偏差10.5)、非同意群44.0歳(標準偏差10.4)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515名中383名(74.4%)、非同意群4455名中3686名(82.7%)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65.4%、非

同意群 63.0%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が与えられた者が、同意群 26.8%、非同意群 21.4%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 5.4%、非同意群 9.0%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、同意群 2.3%、非同意群 6.6%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 83.1%、非同意群 68.9%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 12.8%、非同意群 23.2%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つ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。

今年度は新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴い外出の制限がなされ、調査へも影響が予想されたが、調査実施地

域における保護観察対象者の調査同意率は約 1 割で例年と比較し大きな変化はなかった。また本調査に同意し、追跡対象となった者に関しては、各調査時点における調査実施率（回答率）は約 65～80%とこちらも例年と変化はなくいずれも高い水準と考えられ、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）²⁾でも大きな変化がなく、調査開始後 3 年が経過したが、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 56%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約 26%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。本調査対象者ではその平均値が 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異なる特徴と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ついて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 4.5%、精神保健福祉センターのプログラムを受けている者は 2.4%、ダルク利用者は 5.3%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された。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 2 年 11 月末まででは同意群 29.1%、非同意群 28.0%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、昨年度までの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

本調査では、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 年以内の違法薬物再使用者と非使用者の比較を行った。半年ごとの推移をみると、3 か月後調査では多くの対象者が保護観察中であったと考えられ、何らかの薬物の再使用は 348 名中 17 名 (4.9%) に確認されたものの半数以上は市販薬または処方薬の乱用であった。1 年後調査では、173 名中 10 名 (5.8%)、1 年半後調査では 121 名中 6 名 (5.0%) に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。今年度では 3 年の追跡が終了し、3 年後調査では 11 名中 2 名 (18.2%) という結果が得られた。保護観察が終了すれば、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64.7%であり、他の調査期間が80%を概ね超えていることを考慮すれば、3年間の追跡完遂の難しさは再使用との関係を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11名と非使用者162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、身体障害者手帳所持の割合が多いという特徴が認められた。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、濃厚な地域保険福祉的支援が必要であることが示唆された。また、昨年度は有意差が得られなかったものの、今年度は、薬物事犯による逮捕回数と刑務所の服役回数とのあいだに関しても有意な関連が示された。このことは、逮捕や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。さらに、精神保健福祉センターで治療プログラムを受けている割合も多かった。このことは、保護観察開始から比較的早い段階で再使用を呈した者では、支援ニーズが高まり、VBPを介して精神保健福祉センターの直接サービスにつながりやすくなっている可能性が示唆され、その意味で、VBPの意義は大きいと考えられる。

今年度も、令和2年11月までに収集された調査対象者に関して Kaplan-Meier 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367名中わずかに24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からである。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) 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56.1%であるが、半年後には、約85%以上の人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48.2%であるが、半年後には約30%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48.2%であるが、1年後には45.1%に減少し、2年後には38.6%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。

【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新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響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

ート調査を行い、自由記載で回答を得た。回答期間は、令和2年6月3日から6月22日までであり、その時点でVBPに参加していた全17センターから回答を得た。得られたデータを、1. 精神保健福祉センターについて、2. 地域の連携体制について、3. Voice Bridges Project 参加者について、4. 今後の薬物依存症地域支援体制について整理した。1～3については、はじめに新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴う影響・変化の有無について尋ね、「はい」と回答したセンターにはその詳細について詳細な記載を求めた。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ことが伺われたため、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. 精神保健福祉センターについて

1-1. 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行に伴い、精神保健福祉センターにおけるVoice Bridges Project の継続や、薬物依存症の相談・支援に対して影響・変化がありましたか？

はい：15センター

いいえ：1センター

不明：1センター

1-2. Voice Bridges Project には、どのような影響・変化がありましたか？（自由記載）

（要約）

3 密を避けて感染予防策を行ったうえで初回調査を行っているセンターもあるが、調査開始を延期したり、初回調査を電話で行っているセンターもある。感染対策の観点から初回調査を対面で行うことを避けて電話での聞き取り調査としたことによって、表面的なやりとりになってしまった印象をうけたセンター職員もいる。保護観察所自体の面接がしばらく見合わせるようになってきていることと合わせて、保護観察所からのリクルートが減ったり、初回調査の日程調整ができず中止となったケースがあるなど、COVID-19 がリクルートに影響を及ぼしている可能性がある。今のところ目立った影響がないというセンターもあることから、電話でのかわりであるという長所が活かされている可能性も考えられる。

（個々のセンターの記載内容）

- ・初回調査について、対面での面接ができず、電話での聞き取りとなった。
- ・初回面談を実施できず、電話での聞き取りで代替した。
- ・初回調査の1ケースが、更生保護施設の方針で外出自粛となったため、電話調査になった。
- ・面接による調査を電話対応に切り替えた。
- ・面識の無い中で個人的な状況を話していく為、お互い表面的なやりとりになってしまった印象がある。
- ・電話での調査ということもあり、対象者の集中が継続できなくなってしまった。
- ・初回面接について、3密を避けた環境やマスクの着用など感染予防対策に配慮している。
- ・初回調査について、急ぎの希望でなければ、一月後に再度調整連絡をいれるケースもあった。
- ・保護観察所の面接日に初回調査を実施していたが、保護観察所自体の面接をしばらく見合わせるようになったため初回調査の日程調整

が困難であった。連絡がつかず初回調査中止となったケースもあった。

- ・緊急事態宣言下のため、初回面接を本人の意向を確認のうえ延期した。

- ・インテーク面接が延期になったことで、保護観察期間が切れ、面接日の設定が難しくなった。

- ・目立っての大きな影響・変化はないのですが、遠隔地在住のため、初回の調査面接を保護観察所のプログラム参加からの帰宅時に当センターに立ち寄って貰う予定になっていた対象者が、保護観察のプログラムが長らく休止だったため、結局規定の3ヶ月以内に面接実施に至らず、取り消しとなったケースがありました。

- ・具体的に影響があった事例はなかったが、保護観察所のリクルートの時点で、初回面談のための当センターへの来所に不安を感じ、登録申請書を郵送されなかった方はおられたかもしれない。

- ・緊急事態宣言により、面接ができなくなったことによって延期された面接を中止する方が見られた。

- ・月1~2件程あった新規の研究協力者の紹介がなくなった。継続者の電話連絡に特段の変化はない。

- ・影響・変化なし(期間中、対象となる新たなケースもなかった)

- ・今のところ目立った影響はないように見える。

1-3. 貴精神保健福祉センターにおける薬物依存症の相談・支援には、どのような影響・変化がありましたか？(自由記載)

(要約)

令和2年4月・5月は依存症全般で相談件数が減少傾向にあったセンターもあった一方で、当事者の就労先の休業等の影響により、薬物の再使用をしたとの相談を受けることが増えたセンターもあった。NHKで心の相談窓口とし

て電話番号がテロップで流れたために相談件数が激増し、従来からの依存症相談等がつながりにくくなったこともあった。新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の拡大の影響により、緊急対応以外の個別面談の休止、新規相談希望者のインテーク面接の延期、本人向け回復プログラムの休止、家族教室の休止、支援者を対象にした研修の休止、市民を対象とした家族講座等の開催休止などの対応が必要になったセンターもあった。オンラインによる家族サポートプログラムの実施を試みたが、キャンセルや「忘れていた」などの理由で実施できず、「直接会って話したい」という対象者からの声があるなど、支援のオンライン化に向けた課題も浮かび上がっている。相談者の中には外出自粛によるストレスコーピングとして薬物使用が選択肢にあがるという相談をした者もいた。

(個々のセンターの記載内容)

- ・薬物に限らず、4月・5月は依存症全般で相談件数が減少傾向にあった(前年度同月比55%減)ため、相談につながるよう普及啓発を積極的に行った。

- ・依存症相談においては、当事者の就労先の休業等の影響により、薬物の再使用をしたとの相談を受けることが増えている。

- ・相談内容も、コロナ禍での再使用への不安や、自助グループや様々な社会資源の閉鎖・縮小や裁判が延期されていることによるストレスなどに関する相談が目立った。

- ・面接相談は継続したが、相談者の方で自粛することもあり、相談件数は減少した。

- ・電話相談は、NHKで心の相談窓口として電話番号がテロップで流れたために件数が激増した。そのため従来からの依存症相談、メンタル相談がつながりにくくなった。

- ・月平均3~4件程あった来所相談が、月1件弱になり、月平均10件程あった電話相談は月7件程度に減少気味。

- ・面接相談を緊急事態宣言解除まで延期した。特に希望する方については面接相談を行った。
- ・個別面接においては、対面相談ではなく電話相談に切り替えていた。
- ・大きく相談件数が増えることはなかったが、相談者の中には外出自粛によってストレスコーピングとして薬物使用が選択肢に挙がることのあるとの内容があった。
- ・緊急対応以外の個別面談を休止
- ・新規相談希望者のインテーク面談を延期
- ・定期的な個別相談は継続していたので、電話連絡を行い、希望がなければ相談は延期した。
- ・日頃から家族教室後に個別で相談を受けることが多かったが、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。しかし、特に電話での相談が増加することはなかった。
- ・対面での面接ができず、電話のみでのかわりとなったことで、本人や家族の状況把握や医師疎通が十分にできず、関係を深めることが難しかった。
- ・オンラインによる家族サポートプログラムの実施を試みたが、キャンセルや“忘れていた”などの理由により結局実施できず、家族からは、直接会って話したいと言われた。
- ・当センターでは相談・支援の一環として簡易薬物尿検査を希望者に対して定期的に実施していますが、遠方の親族のもとに寄住して生活している方(20歳代)が、緊急事態宣言のために県を超えた移動が出来ず、2回連続でキャンセルとなりました。なお、宣言解除後からは再び来所する予定になっています。
- ・個別の来所相談については緊急事態宣言発令中も継続したが、来所に至る事例はなかった。
- ・本人向け回復プログラムの休止
- ・再発予防プログラムおよび家族教室が、緊急事態宣言解除まで中止となった。
- ・家族教室の休止
- ・精神保健福祉センターで開催している家族セミナー等の事業の中止。
- ・4月・5月は回復プログラム・家族教室は中止し、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した。
- ・新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大防止のため、支援者を対象とした研修並びに県民を対象とした家族講座等が開催中止になっている。
- ・薬物依存症集団プログラム、アディクションセミナー、家族交流会等のセンター主催の事業が休止となった。
- ・緊急事態宣言発令後、5月末まで薬物依存回復支援プログラムと薬物依存家族教室を休止した。
- ・当事者向け回復プログラム「SMARPP」、依存症家族教室とも、感染症拡大防止のために4月8日から5月末までのプログラムを中止とした。6月からは順次再開した。
- ・回復プログラム参加者には、定期的に電話連絡し、相談を受けた。希望者には個別の来所面接を実施した。
- ・集団で行う事業は全て中止となり、職員は保健所応援業務に割かれている。
- ・令和2年2月～5月にかけて、月1回開催予定だった依存症家族教室が中止となりました。中止が長期に及んだため、参加予定家族には「つながり」を強調した『依存症家族教室だより』を発行した。
- ・当センターと県内自助グループで共同委託事業を実施しているが、依存症フォーラムが延期になった。
- ・当センターで把握する限りでは、幸い大きく調子を崩したケースは今のところなかった。

2. 地域の連携体制について

2-1. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行に伴い、地域の関係機関との連携体制

(VBP に伴う連携、および、それにとどまらない連携)に対して影響・変化がありましたか？

はい：14 センター

いいえ：2 センター

不明：1 センター

2-2. 保護観察所との連携に関して、どのような影響・変化がありましたか？（自由記載）

(要約)

VBP に伴う保護観察所との定例の進捗連絡会が中止となったり、保護観察所での対象者の面接を見合わせる事となったりしたことに伴い VBP の調査研究のリクルートの時間をとることがしばらくは難しいと連絡があるなど、感染拡大の影響が出ている。通常では保護観察所でのインテーク面接をする機会が多かったセンターも、所外事業を中止延期としたことに伴い面接の機会が減少となった。連携事業として保護観察所の薬物再乱用プログラムに SV として参加していたセンター職員も、プログラムが中止になったことで直接顔を合わせて情報交換する機会がなくなったという。人事異動の時期とも重なったため、保護観察所の新担当との顔合わせや打ち合わせをするタイミングが遅くなったり、連絡をとる機会が無くなったりしており、連携を途切れさせない工夫が必要とされている。一方で、連携への大きな影響を感じていないセンターもあり、地域によって状況は異なる。

(個々のセンターの記載内容)

- ・保護観察所からの送付件数は、大きく変化なし。
- ・保護観察所プログラムと同日に、保護観察所担当職員付添で調査実施をする方向性で検討していた方について、調整が延期になっている。

・年度当初に新任職員が挨拶に伺う予定だったが、保留となっている。また、治療拠点と一緒に定期的なカンファレンスを行っているが延期になっている。

・4月の異動と重なり、担当者同士の話し合いや顔合わせがタイムリーにできなかった。

・通常では保護観察所でのインテーク面接をする機会が多く、所外事業を中止延期としたため、面接の機会が減少となった。

・緊急事態宣言発出中も、通常と変わらないほぼ一定のペースで適正なリクルートがなされ、また、保護観察所のプログラムの休止、さらに休止解除等についても随時連絡をいただき、保護観察所との連携については目立った影響はなかったと思います。

・年2回開催されていた県内の薬物再乱用対策推進会議が中止となり、関係機関が一堂に会する貴重な機会が減った。

・保護観察所とセンターの互いの集団プログラムや会議などが中止となり、連絡を取ったり、顔を合わせたりする機会がなくなった。人事異動の時期も重なったため、連携が途切れないうにしないといけないと感じる。

・新担当との顔合わせ・打ち合わせするタイミングが遅くなった。

・共催家族教室の日程変更

・保護観察所コアプログラムの代替としていた当センターの回復プログラムが休止になった。

・薬物関係者等の CPA 会議が中止になった。

・連携事業として保護観察所の薬物再乱用プログラムに SV として参加していたが、プログラムが中止になったことで、直接顔を合わせて情報交換する機会がなくなった。

・VBP に関する連携については、特に影響はなかったと思われる。その他の保護観察所との連携では、例年この時期に新任者の挨拶などをしてきたが、今年度はまだできていない。

・保護観察所での対象者の面接を見合わせる
こととなったことで、VBP の調査研究のリク
ルートの時間をとることがしばらくは難しい
と連絡があった。

・VBP に伴う大津保護観察所との 2 か月に 1
回の進捗連絡会が休止となった。

・今のところ特に目立った影響はない。

2-3. 医療機関との連携に関して、どのような 影響・変化がありましたか？（自由記載）

（要約）

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の
流行により、外来や入院の受入が縮小となり、
相談者に情報提供できる医療機関案内の選択
肢が少なくなっている。たとえば、アルコール
依存症者の医療保護入院を希望していたケー
スについて通常ならば受け入れ可能な医療機
関であったが、コロナ禍においては県外から
の入院は不可と断られたということがあった。例
年、年度末に開催されていた県立の精神科医療
機関と精神保健福祉センターとのアディクシ
ョン関連の会議が中止となるなど、連携に対
しても影響が出ている。特に間接的に関わっ
ているケースの場合には、会議がひらかれない
ことにより状況が把握することが困難となる
こともある。新型コロナウイルス感染症
（COVID-19）拡大予防に伴う専門医療機関や
治療拠点機関のプログラム・家族教室・外来
対応などについて、あらかじめホームページ等
で情報収集するなど、相談者に情報を提供
できるように準備する必要性も示唆された。

（個々のセンターの記載内容）

・医療機関との連携会議や職員の研修受け
入れ等の事業実施が不透明になっている。

・新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の
流行により、外来や入院の受入が縮小となり、
相談者に情報提供できる医療機関案内の選択

肢が少なくなっている。また、呼吸器症状等が
ある場合、診てくれる医療機関の情報がない。

・アルコール依存症者の医療保護入院を希望
していたケースについて、通常なら受け入れ可
能な医療機関であったが、コロナ下において
は県外からの入院は不可と断られた。

・依存症相談事業が止まり、医療機関との情報
交換は少なかった。対象者の受診頻度も、自粛
のため減少した。

・どの医療機関も診療はほぼ通常どおりだっ
たが、デイケアについては、多くの医療機関は
感染に注意しながら実施していたが、一部中止
していた医療機関もあった。

・関係機関が参加してのカンファレンスは、延
期・中止になることが多かった。ケース支援が
間接的となる精神保健福祉センターの場合は、
ケースの状況がわかりにくくなってしまった。

・例年、年度末に開催されていた県立の精神科
医療機関と精神保健福祉センターとのアディ
クシオン関連の会議が中止となった。

・当センターが直接に医療機関と薬物依存症
関連のケースについて連携を取るという体制
には元々なっていないので、特に影響を受けた
ということはないと思います。

・依存症の連携という点では、大きな変化はな
い。センターのこころのケア事業として、感染
症に係る連携をしている。

・影響・変化なし

・今のところ特に目立った影響はない。

・新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡
大予防に伴う、専門医療機関や治療拠点機関
のプログラム・家族教室・外来対応などにつ
いて、あらかじめホームページ等で情報収集
した。相談時には、相談者にそれらの情報
をお伝えした。

2-4. その他の関係機関との連携に関して、ど のような影響・変化がありましたか？（自由記 載）

(要約)

ダルク等の施設や NA、AA などの自助グループが閉じていて困っている、という利用者の声が多く聴かれており、それに伴ってセンターからの連絡や情報共有もしくくなっている。薬物依存症支援のネットワーク会議なども中止となるなど、顔を合わせて情報交換をする機会が少なくなっている。元々の通所メンバーに限定してプログラムを実施している機関も少なくないため、新規の相談・見学などは延期せざるを得ない状況が続いていた。研修会等の開催も今年度の開催は見通しが立たないため、情報共有や啓発の機会の喪失も懸念されている。

(個々のセンターの記載内容)

- ・ダルク等や自助グループが閉じていて困っている、という利用者の声が聞かれた。
- ・ダルクの入所では、新規の相談を受けているところと、ストップしているところがあった。
- ・ダルクの通所部門は、元々のメンバーに限定して実施していることが多かった。新規の相談、見学等は、延期せざるを得なかった。
- ・NA、AA はほとんど中止となっていた。一部の NA などはオンラインミーティングを実施していた。新規に NA を紹介するのは、見合わせていた。
- ・障害の通所系サービスは、多くは在宅での作業に切り替えていた。新規ケースの相談をするのはむずかしい状況だった。
- ・断酒会や AA 等が休会中のところが多く、連絡が取りにくくなった。
- ・昨年度は新規移転した地域のダルクを研修の会場にして、回復の現場を見てもらい、ダルクのスタッフなども含めてのグループ討議なども実施しましたので、大変有意義であったと思っていますので誠に遺憾です。
- ・毎月開催されており、保護観察所や精神保健福祉センター職員も参加しているダルクを支援する会が 4、5 月は中止となった。

・当センターと県内自助グループで共同委託事業を実施しているが、依存症フォーラムが延期になった。

・関係機関との連携については、当センターで毎年開催する薬物依存症関連の研修会に参加して貰うことが「連携のきっかけ作り」という意味で貴重な機会であったのですが、本年度については感染拡大防止（今後の感染状況の推移の予測が全く立たない）のために研修会の開催そのものが困難であり、その面での影響はあると思っています。

・集団プログラムへの関係団体からの講師派遣や自助グループの会議開催などが、全て中止となり、顔を合わせての連携の機会は減ったが、適宜電話連絡等を行っている。

・5 月に予定していた薬物依存症支援ネットワーク連絡会について事務局の打ち合わせは延期となり、連絡会自体も中止しなければいけなかった。

・当センターの精神保健福祉研修が 8 月まで中止となった。他機関の研修もほとんどが中止になった。

・再発予防プログラム、家族教室を停止したので、ダルクスタッフ等の関係機関と顔を合わせて情報交換する機会が減った。

・4 月から新体制に伴う顔合わせや関係機関との話し合いの機会が延期となり、今後の連携について詰めきれていないところがある。

・ダルクスタッフによっては、勤務体制が変わったため、当所への職員派遣が出来ないところがあった。

・保健所、福祉事務所等との連携は、おおむね通常どおりだった。

・新型コロナウイルス感染症（COVID-19）拡大予防に伴う、自助グループ・依存症関連団体の運営状況をホームページや聞き取りであらかじめ情報収集した。相談場面では、それらの情報をお伝えした。例）自助グループのミーテ

ィング開催状況、家族会が来所相談ではなく電話相談のみの対応をしているなど。

・県内の自治体に対し、プログラム等開催状況等について確認を行った。自助グループ等の情報と共に、地域の福祉保健センターとも共有した。

・影響・変化なし

3. Voice Bridges Project 参加者について

3-1. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に伴い、VBP 参加者(調査・支援の対象者)に対して影響・変化がありましたか？

はい：10 センター

いいえ：3 センター

不明：4 センター

3-2. Voice Bridges Project 参加者(調査・支援の対象者)に対して、どのような影響・変化がありましたか？かかわりの中で気がついたことについてご自由に記載してください。

(要約)

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に伴い、仕事が休みになり不安を感じている人が多くみうけられる。経済的に厳しい状況におかれた方が実際にいる。また、就労を希望していたが、仕事が見つからないケースもある。仕事が減り、収入の心配が大きくなる中で、薬物再使用への渴望が生じていることを語る人もいる。「暇になると薬物を思い出す。NAに通いたい、閉じているので開いたら情報が欲しい」と述べる人もいた。コホート調査による困りごとや悩み事の項目で、コロナ関連での家族や経済面の心配事が増えた印象がある。

自助グループがオンライン形式となり、「そこまでして参加するのは…」と、自助グループへの参加が途切れるなどの影響があった。特に、参加が初めて、あるいは間もない人は、オンラ

インでの自助グループについて、「表情が分かりにくい、音声聞き取りにくい、連帯感を感じられない」などの理由で継続参加とならなかった。また、保護観察所のプログラムが休止となり、抑止力が低下しているのではないかと感じている対象者もいる。ダルク入所者の中で普段の調査では来所して施設内の愚痴を話していた方が、事務所内からの電話調査に切り替わったことによって施設内の愚痴を安全に言える場が減少したと思われた。

コロナ禍の自粛生活中に、調査とは別に自分からセンターへ近況報告や日々の思いを共有する趣旨での電話をくれたケースがあり、「支援者とつながること」を生活の中でうまく活用されていると思われた。また、ひきこもり傾向の人は、世の中全体が自粛ムードで、生活しやすいと感じている様子もあった。

(個々のセンターの記載内容)

・新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に伴い、建築関係の職業の方は特に、仕事が休みになり不安を感じている人が多くみうけられた。

・外出自粛となり、通院や求職活動等も縮小していた。中には仕事が減り、経済的に厳しい状況におかれた方もいた。

・就労を希望していたが、仕事が見つからないケースがあった。

・第1回調査時「新型コロナの影響で仕事が減り、経済的に不安」との言及があった。

・新型コロナで「仕事が減り、収入の心配が大きく、渴望が生じた」との声があった。

・飲食店勤務者が休業・時短等のために収入が減り、生活費が逼迫した人がいた。

・対象者の一名が工場勤務 (正社員) の他に、収入不足を補う意味で週末に居酒屋勤務をしていましたが、この居酒屋が自粛の一環として休業状態となり、収入が減少したことを訴えていました。このケースの場合、その居酒屋の経

営者が所謂“パートナー”であるので、単なる経済的影響以上の心理的影響もあるように受け取られました。

- ・コホート調査による困りごとや悩み事の項目でコロナ関連での家族や経済面の心配事が増えた印象がある。

- ・VBP 対象の方ではなくとも起こり得ることではあるが、仕事が減少し収入が減ったことで経済的な不安を抱えておられた方もいた。

- ・この人とは別に、新規対象者の中にもやはり家族経営で食堂をやっている方がおり、この方は「緊急事態宣言解除後は店を再開する」と語っていましたが、実際、今後は経済的に厳しいものがあると思われました。

- ・保護観察所プログラムが休止となり、抑止力が低下しているのではないかと感じている対象者もいた。

- ・保護観察所で実施している薬物依存グループが中止になったと聞いているが、当センターのVBP 参加者がそれが原因で再発や病状不安定になったようには、今のところ見受けられない。

- ・調査の際に「暇になると薬物を思い出す。NA に参加したいが、閉じているので開いたら情報が欲しい」と言う人がいた。

- ・通常でも暇な時間をどう過ごせばよいか課題だと感じている方は、さらに苦しい状況だったのではないかと話の中で感じた。その反面、通常以上に忙しくなっている方もおり、聞く限りでは、そこに使命を感じられている様子だった。

- ・ダルク入所者の参加者について、通常であれば来所面接で対応しているが、ダルク事務所内の電話を用いた調査へ変更した事により、参加者が本音をどこまで話すことが出来るか。(ダルク入所者にとって施設内の愚痴を安全な環境で言える場が減少した)

- ・コロナ禍の自粛生活中に、調査とは別に自分から当センターへ近況報告や日々の思いを共

有する趣旨での電話をくれたケースあり。「支援者につながることを生活の中でうまく活用されていると感じた。

- ・自助グループがオンライン形式となり、「そこまでして参加するのは……」と自助グループへの参加が途切れるなどの影響があった。

- ・特に、参加が初めて、あるいは間もない人は、オンラインでの自助グループについて、表情が分かりにくい、音声聞き取りにくい、連帯感を感じられないなどの理由で、継続参加とならなかった。

- ・あまり影響の無い参加者は、「元々外出するよりも自宅内で過ごす時間が多い」「NA へ行けていないが、ダルク内での交流は図れている」「ネット環境があるためオンラインミーティングに参加出来ている」等

- ・調査のタイミングで、実際にコロナ疑いの身体症状の相談があった。

- ・ひきこもり傾向の人は、世の中全体が自粛ムードで、生活しやすいと感じていた。

4. 今後の薬物依存症地域支援体制について

4-1. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に伴い、今後の薬物依存症地域支援体制において必要になるとされる支援について、ご自由に記載してください。

(要約)

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行で、人との接触が制限され、誰もが孤独を感じやすくなっていると思われる。人との「つながり」の減少、経済的な不安、家族との関係性の変化(近すぎてしまうなど)によって、薬物の再使用のリスクが増大している。自助グループが休止となり、生活のリズムが崩れる人も少なくない。新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行が「免罪符」のようになり、医療機関等とのかかわりが中止となってしまう事態も生じている。依存症支援は人との

「つながり」に重点が置かれていただけに、つながりが切れてしまいやすい状況下での対策が望まれる。

ミーティングが可能な場合には、マスクや消毒液などの感染対策のための物資が必要である。電話などを通じて支援者から声かけを行うことが重要である。オンラインなど、通所しなくても実施できる薬物プログラムの提供のための、技術・機材・環境の整備も求められる。特にすでに関係性が構築できており、オンライン環境も整っている人であれば、オンラインを活用した支援は有効であると思われる。今後の感染拡大の可能性も視野に入れると、グループミーティングやプログラムが開催できない時に、対象者や家族との「つながり」を維持する代替手段(個別面接、電話、メール、手紙など)を用意しておく必要がある、回復プログラムへのアクセス方法の多様化が望まれる。また、それらを実施するための支援者のスキルアップも必要である。

身体疾患のある人も少なくない。中には治療が必要な身体疾患を放置してしまっている人もいる。医療現場が混乱しており、アクセスしづらくなる中で、身体的健康のケアにも改めて気を配っていく必要がある。

(個々のセンターの記載内容)

- ・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。
- ・オンラインなど通所しなくても実施できる薬物プログラムの提供。
- ・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。
- ・インターネット等による情報提供の強化(当事者、家族、支援者向け)。
- ・インターネットを利用したウェブ面談やリモートでのプログラム実施など、回復プログラムへのアクセス方法の多様化。

・すでに関係が構築できていて、オンラインの環境が整っている人であれば、オンラインを活用することも可能であると思われる。

・人との距離をとることで、再使用のリスクが高まることを感じた。自助グループが休止となった際、県内では回復施設のミーティング以外は休止となった。一度ついたリズムが休止を経て取り戻すのは困難であると感じる。オンライン等の整備に併せて、支援者から電話等を通じて声かけを行う等の支援が大切であると感じた。

・密に配慮した形でのミーティングや分かち合いの場の提供(オンラインや会場確保、代用事業等) グループ活動でのオンラインツールの活用。

・緊急事態の中でも継続して可能な支援方法(WEBや電話等の活用)を常日頃から考えていく必要がある。

・今後の感染第2波等で、所内で実施する依存症プログラムが再び開催できない事態も考えられる。当センターにおいても個人情報保護等に十分配慮したうえで、オンラインでの事業を検討する必要がある。

・自宅に居ることが多くなるため、時間をもてあそばないようにリモートでのプログラムの提供。

・定期的なリモートでの本人面接をし、状況を把握することで、孤立しないようにする働きかけ支援。

・セキュリティ上の問題も考えられるが、オンラインでの面談やミーティング等の拡充が進むとよいかもかもしれない。

・集団事業の開催が困難となり、オンラインなど直接会わない開催方法を工夫する必要性は感じるが、具体的な検討は進んでいない。

・グループミーティングやプログラムが開催できない時に対象者や家族との『つながり』を維持する代替手段(個別面接、電話、メール、

手紙など)を用意しておく必要があると感じます。

- ・薬物を使用しなくなった時に相談できる 24 時間体制の相談電話。

- ・再発予防プログラムや個別面接ができない時に、センターからの電話連絡により対象者をフォローする支援を検討したい。

- ・感染症予防のため面接が困難になることが多いと思われるが、電話などの直接接しない支援を有効に実施していくための技術を磨くことが必要になると思う。所内でもそのような話し合いをして確認している。

- ・すでに VBP による電話支援を行っているケースについては感染症を気にすることなく電話支援することができ、本プロジェクトの有用性を実感しました。

- ・ミーティングが可能な場合、マスクや消毒液等の物資の支援。

- ・感染症対策を行ったうえで、対面で面接相談ができる体制と、安心して集える場の確保。

- ・集会形式の講演会や会議等の見直し。

- ・保護観察所のプログラムが中止となった際に、代替案として個別でのアプローチ等が人によっては必要とされているのではないかとやりとりを通して感じた。それを希望されている方も存在していた。

- ・コロナの流行で人との接触が制限されて、誰もが孤独を感じやすくなっていると思われる。これまで依存症の支援は「人とのつながり」に重点が置かれていただけに、つながりが切れてしまうリスクがあると感じる。感染予防に留意しながらも、個別相談でのフォローをメインに、新しい生活様式に対応した手法（少人数のプログラム開催等）での体制整備や先を見越した対策が必要だと思われる。

- ・人とのつながりの減少、経済不安、家族との距離感の変化(密接しすぎてしまうなど)による、再使用のリスク増大への対応。

- ・感染症フェーズをふまえた調査方法の選択
→緊急事態宣言下では電話調査としつつも、次回調査までの調査機関が長ければ面接を提案したり等、関係性の維持に努める。

- ・支援機関が閉じている時に、再発やスリップのリスクが高いなど、配慮が必要な人の情報共有を関係機関同士でできると良い。

- ・VBP 対象者以外でも、薬物依存症者の職業には土木作業関係者、居酒屋をはじめとした飲食店関係者、自営業者（実質的に本人一人でやっている）が圧倒的に多いという印象があります。当然、今回の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）により大きく収入が減少している人が多いと思われます。政府、各自治体なども各種の給付金の制度を設けているようですが、必要書類の準備など手続きが煩雑なようで、本人が単独でこの手続きを行政窓口で遺漏なく行えるかどうか、疑問もあります。この辺りを担当の窓口とも連携して適正に支援する体制が必要と思います。また、VBP を実施していると感じるのですが、身体的な疾患を持っている人（なかには放置状態に近い方もいます）が一定数おります。報道を見ると、直接に新型コロナウイルス感染症（COVID-19）とは関係なくとも医療の現場自体が混乱しているようで、これをきっかけに、なお一層身体疾患のケアが等閑（なおざり）にならないかと心配されます。世間では IT 機器を駆使してのオンライン診療のことなども盛んに言われていますが、このようなトレンドと最も遠いところにいるのが経済弱者でもある薬物依存症者（もちろん一定数の例外は存在するでしょうが）ではないかと思われます。この辺をどうするか、予想される第 2 波、第 3 波の可能性を考えると、今のうちに検討しておかなければならない課題かと思われれます。

- ・コロナ感染症の影響で直接的な支援や介入が困難になり、対象者も様々な問題を抱えていることが分かったが、その一方で緊急事態宣言

解除後も仕事にはいくが、コロナという「免罪符」で継続的な医療資源の支援やかかわりを中止しようとする者も散見された。面談がコロナ前よりも困難であることで薬物の再使用に至りやすい環境にあることも感じた。やむを得ず、支援者との関係が物理的に疎になる環境下では対面による面談が困難であっても電話などなんらかの手段を使用することで対象者だけでなく、その他機関との連携を密にする必要がある(定期報告の回数を増やすなど)と感じた。

c. 小括 (研究2の考察)

地域差はあるものの、新型コロナウイルス感染拡大防止対策の影響で、薬物依存症地域支援体制は脆弱化している。保護観察所における集団処遇プログラムの中止や自助グループの活動停止、さらには、精神保健福祉センターの多くで、再乱用防止プログラムや対面の個別相談、依存症家族教室の実施が一時的に見合わせとなった。また、ケア会議の中止など、関連機関同士の連携不活発化も認められる。

当然ながらVBPも影響を受けている。まず保護観察所においては、集団処遇プログラムが中止となったことで、保護観察官による対象者リクルートの機会が減じている。改めて法務省や保護観察所にプロジェクトへの協力要請をするとともに、リクルートが滞っている地域では、今回のアンケート結果を個別に保護観察所と共有し、新しい連携のあり方を模索する必要があるかもしれない。また、精神保健福祉センターでも、初回調査面接の設定が滞り、対面での同意取得が困難となっており、今後は郵送やオンラインでの同意取得などの代替策を検討する必要がある。

精神保健福祉センターの多くが、調査実践のなかで、対象者が置かれた状況の変化を感じ取っている。実際、いくつかの精神保健福祉センターは、本プロジェクトにおけるフォローアップ時の情報収集のなかで、経済的困難や社会的

孤立、あるいは、治療・支援からの離脱、家族との関係性の変化など、再使用リスクの高い状況に瀕している対象者の存在を確認している。また、対象者側に支援ニーズがありながらも、新型コロナウイルス感染拡大を危惧する関連機関の消極的な姿勢によって連携が困難となる事態も指摘されている。

ウィズ・コロナの時代における薬物依存症者の地域支援においては、オンライン相談など多様な支援アクセス方法の確保が必要である。ただし、その実現には技術上およびシステム上の面から克服すべき課題は多いといわざるを得ない。そのようななかで、電話を介したフォローアップと支援を特徴とする本プロジェクトは、現状において実現可能な支援実践としての意義があるといえるであろう。

d. 研究2の結果に基づき修正を行った研究1の調査手続きの改変

前述したように、令和2年6月、1度目の緊急事態宣言が終了して早々に行った研究2の結果に基づき、研究1の調査手続きの改変を行った。具体的には、すでに研究1の方法に記載したように、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。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を追加した。研究参加意思是、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。

倫理審査を修正した上で、各センターに周知して調査手続きを改変し、コロナ禍の中でも調査が継続しやすくなることを心がけた。

C. 考察

本研究は、薬物乱用・依存の問題を抱える保護観察対象者を、地域支援機関である精神保健福祉センターにおいて追跡する、という研究デザインを採用したコホート調査である。これまで保護観察対象者の転帰調査としては、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という発想の研究は、わが国にはかつて存在しなかったものである。さらに本研究は、調査を通じて保護観察所と精神保健福祉センターとの連携関係を深め、刑の一部執行猶予制度以降における薬物依存症者の地域支援体制の構築に貢献する、いわば「アクション・リサーチ」としての挑戦も含んでいる。そのような意味を踏まえると、本研究はこれまでのわが国には類似のものが存在しない、きわめて画期的な試みであると自負している。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。

もちろん、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。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が説明できるようにしている。

すでに昨年度までの本プロジェクトの活動からは、以下の5つの点が明らかにされている。(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ぎに多少とも貢献している可能性があること、(4) 違法薬物再使用のことを精神保健福祉センターの職員に告白することができている人が少なくなっていること、(5) 本調査を通じて精神保健福祉センター職員の側にアンチスティグマ的な変化がおきていること、などである。

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

いう「ゆるやかな見守り」にも一定の意義があると思われる。電話によるかかわりを継続し、困った時にアクセスしやすい相談支援関係を維持するといった方策は、数少ない現実的な介入方法といえるであろう。

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薬物事犯による逮捕の回数及び刑務所服役回数が多く、有意差がみられた。これらは昨年度までも傾向はみられたものの有意差はみられなかった。この結果は、逮捕や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、有意差はないものの、昨年度までと同様に治療中の精神疾患があるという割合や、社会保障制度の利用の割合が多い傾向にある。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%以下であったが、3年後では18.2%と増大していた。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。現時点では3年後調査終了者のデータが少なく、また当然脱落率も大きくなってしまいうことから、データが少ない状況で、使用者と非使用者で比較はできていない。今後も調査を継続して収集を続けたい。

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わかってきた。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の質的調査からは、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の感染拡大の影響を受けて、薬物依存症の地域支援体制も大きな影響を受けていることが浮き彫りになった。互いにつながりを持ちにくくなる社会の中で、保護観察対象者も孤立しやすくなっている。そうした中で、コロナ禍の中でも電話を用いてゆるやかなつながりを保ち続けることを可能とするVBPは、厳しい社会状況の中でも実現可能な支援実践の一つの形であると言える。本質的調査は、ウィズ・コロナの時代に突入するタイミングで、VBPの方法を時代に合わせて改変すると共に、互いに見えづらくなった薬物依存症の地域支援のあり方について、地域を横断して情報共有すべく、令和2年6月に行ったものであり、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行状況をめぐる状況が刻一刻と変化するなかで、現時点ではまた新たな課題が各現場で生じていることが推測される。本プロジェクトは、精神保健福祉センターと保護観察所の交流をはじめとして、各地域の連携構築を推進するために機能してきたことに加えて、地域を超えて全国的に薬物依存症地域支援のあり方を相互に知り、その「ご当地性」を含めて知見を共有することにも役立ってきた。今年度は全国の精神保健福祉センターの関係者が集まったの研究班会議が開催できなかったことなど、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響は情報共有や人材育成の観点からも小さくない。本プロジェクトが全国的に広がり続けているという利点を活かし、次年度以降も工夫を重ね、地域間の情報共有をはかることを改めて模索したいと考えている。

ともあれ、今年度末でようやくVBP開始から3年が経過した。まだ3年後調査終了者は

少ないが、次年度以降、3年間の追跡期間終了者が増えてくる。このことは、刑の一部執行猶予者に多い2年間の保護観察が終了した者の地域生活での転帰や実態が明らかにされることを意味する。本分担研究班では、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ながら、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。

D. 結論

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

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

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Ayumi Takano, Yuki Miyamoto, Tomohiro Shinozaki, Toshihiko Matsumoto, Norito Kawakami: Effect of a web-based relapse prevention program on abstinence among Japanese drug users: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 111: 37-46, 2020.
- 2) Toshihiko Matsumoto, Toshitaka Kawabata, Kyoji Okita, Yuko Tanibuchi, Daisuke Funada, Maki Murakami, Takashi Usami, Rie Yokoyama, Nobuya Naruse, Yuzo Aikawa, Aizo Furukawa, Chie Komatsuzaki, Nozomu Hashimoto, Osamu Fujita, Aiko Umemoto, Ariyuki Kagaya, Takuya Shimane: Risk factors for the onset of dependence and chronic psychosis due to cannabis use: Survey of patients with cannabis-related psychiatric disorders. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2020; 00: 1-10. <https://doi.org/10.1002/npr.2.12133>
- 3) Inoura S, Shimane T, Kitagaki K, Wada K, Matsumoto T: Parental drinking according to parental composition and adolescent binge drinking: findings from a nationwide high school survey in Japan. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1878. <http://doi.org/10.1186/s12889-020-09969-8>.
- 4) Ayumi Kondo, Takuya Shimane, Masaru Takahashi, Yoshiko Takeshita, Michiko Kobayashi, Yuriko Takagishi, Soichiro Omiya, Youichi Takano, Mayuko Yamaki, Toshihiko Matsumoto:

- Gender Differences in Triggers of Stimulant Use Based on the National Survey of Prisoners in Japan. *Subst Use Misuse*. 2020 Oct 24;1-7. doi: 10.1080/10826084.2020.1833930
- 5) Masahiro Takeshima, Tempei Otsubo, Daisuke Funada, Maki Murakami, Takashi Usami, Yoshihiro Maeda, Taisuke Yamamoto, Toshihiko Matsumoto, Takuya Shimane, Yumi Aoki, Takeshi Otowa, Masayuki Tani, Gaku Yamanaka, Yojiro Sakai, Tomohiko Murao, Ken Inada, Hiroki Yamada, Toshiaki Kikuchi, Tsukasa Sasaki, Norio Watanabe, Kazuo Mishima, Yoshikazu Takaesu: Does cognitive behavioral therapy for anxiety disorders assist the discontinuation of benzodiazepines among patients with anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2021 Jan 15. doi: 10.1111/pcn.13195. Online ahead of print.
 - 6) Risa Yamada, Takuya Shimane, Ayumi Kondo, Masako Yonezawa, Toshihiko Matsumoto: 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. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2021 Jan 7;16(1):5. doi: 10.1186/s13011-020-00339-6.
 - 7) 今井航平, 浅見隆康, 松本俊彦: 依存症家族支援プログラム GIFT の有効性に関する検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 54(6) : 247-259, 2020.
 - 8) 宇佐美貴士, 松本俊彦: 10代における乱用薬物の変遷と薬物関連精神障害患者の臨床的特徴. *精神医学* 62(8):1139-1148, 2020.
 - 9) 松本俊彦: 特別企画: 「依存症が社会に与えるインパクト」に寄せて. *ストレス科学* 34(3) : 153, 2020.
 - 10) 松本俊彦: 人はなぜ依存症になるのか. *ストレス科学* 34(3) : 154-160, 2020.
 - 11) 松本俊彦: 薬物依存症の対策. *日本医師会雑誌 特集 痛みの診断と治療最前線* 149(1) : 56, 2020.
 - 12) 松本俊彦: 麻酔科医の薬物依存 徹底分析 シリーズ 誰に相談したらよいか 救いの道は, ある. *Lisa* 27(4) : 432-437, 2020.
 - 13) 松本俊彦: 薬物依存症と孤立. *精神科治療学* 35(4) : 385-390, 2020.
 - 14) 松本俊彦: 十代の自殺死亡率. *小児内科* 52(5) : 657-660, 2020.
 - 15) 松本俊彦: ハームリダクションについて. *精神科治療学* 35(5) : 541-545, 2020.
 - 16) 村上真紀, 松本俊彦: Self-harm in over8s: long-term management (NICE clinical guideline,CG133). *精神医学* 62(5)増大号 : 775-778. 2020.
 - 17) 松本俊彦, 今村扶美: 薬物依存症—認知行動療法の手法を活用した依存症集団療法 「SMARPP」. *西晋療法 増刊第7号*:136-147, 2020.
 - 18) 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. *看護* 72(9) : 88-89, 2020.
 - 19) 松本俊彦: 向精神薬乱用・依存を防ぐために臨床医にできること. *中央区医師会雑誌* 33 : 5-7, 2020
 - 20) 松本俊彦: ゴルピデムの依存リスクは低い. *Lisa* 27(7) : 676-678, 2020.
 - 21) 松本俊彦: 薬物依存症の治療. *CLINICAL NEUROSCIENCE 「ドラッグ」の神経科学* 38(8) : 1001-1004, 2020.

- 22) 松本俊彦:麻薬中毒者届出制度の意義と課題. 精神神経学雑誌 122(8) : 602-6069, 2020.
- 23) 宇佐美貴士, 松本俊彦:2. 物質関連障害および嗜癖性障害群 1)物質関連障害. 臨床精神医学 49(8) : 1219-1226, 2020.
- 24) 松本俊彦:行動嗜癖と物質依存症. 日本医師会雑誌 149(6) : 10471-1044, 2020.
- 25) 松本俊彦:依存症から物質使用障害・嗜癖性障害へ. 精神科治療学 35(9) : 1005-1009, 2020.
- 26) 松本俊彦: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—「声の架け橋」プロジェクト (Voice Bridge Projects). 刑法雑誌 59(3) : 432-439, 2020.
- 27) 松本俊彦:アルコールとうつ、自殺 「死のトライアングル」に引き込まれないために. 月刊保団連 1334 : 4-10, 2020.
- 28) 松本俊彦:薬物使用者を支える地域づくり ハームリダクションに依拠した薬物使用者の支援. 公衆衛生 84(12) : 801-806, 2020.
- 29) 沖田恭治, 松本俊彦:アディクションに関わる不安とその対応. 精神科治療学 35(12) : 1349-1354, 2020.
- 30) 松本俊彦:「津久井やまゆり園」入所者殺傷事件に見る, 障害者差別・偏見を生み出す背景. 保健師ジャーナル 77(1):39-43, 2021.
- 31) 松本俊彦:物質使用症. 研修医の為の精神科ハンドブック, 医学書院, 東京, pp57-59, 2020.
- 32) 松本俊彦:精神医学の観点から見た裁判での議論. パンドラの箱は閉じられたのか, 創出版, 東京, pp170-175, 2020.
- 33) 松本俊彦:心はなぜアディクションに捕捉されるのか—痛みと孤立と嘘の精神病理学. アディクション・スタディーズ 薬物依存症を捉えなおす 13 章, 日本評論社, 東京, pp12-25, 2020.
- 34) 松本俊彦:なぜハームリダクションが必要なのか—つながりと包摂の公衆衛生政策. アディクション・スタディーズ 薬物依存症を捉えなおす 13 章, 日本評論社, 東京, pp116-139, 2020.
- 35) 松本俊彦:愚痴は生きのびるための技術だ. 「死にたい」「消えたい」と思ったことがあるあなたへ, 河出書房新社, 東京, pp63-72, 2020.

2. 学会発表

- 1) 松本俊彦:【ランチタイムセミナーⅡ】人はなぜ依存症になるのか? 第19回日本トラウマティック・ストレス学会, Web(オンデマンド)開催, 2020.9.21~2020.10.20.
- 2) 松本俊彦:【シンポジウム 62】わが国における市販薬乱用の実態と課題. 第116回日本精神神経学会学術総会, Web(オンデマンド開催), 2020.9.29.
- 3) 松本俊彦:【シンポジウム 98】摂食障害における食行動異常と物質使用との交代性サイクルは嗜癖なのか? 第116回日本精神神経学会学術総会, Web(オンデマンド開催), 2020.9.30.
- 4) 松本俊彦:【シンポジウム 6】最近の精神科医療における薬物乱用の動向. 第28回日本精神科救急学会学術総会 Web(ライブ), 2020.10.10.
- 5) 松本俊彦:【シンポジウム 2 精神】アディクションとトラウマ—支援者が気づく事ことの意義と気づいた後にしたいこと—. 第36回日本ストレス学会・学術総会, Web(オンデマンド開催), 2020.10.24.
- 6) 松本俊彦:【招待講演 10】人はなぜ依存症になるのか? 日本臨床麻酔学会第40回大会, Web(オンデマンド配信), 2020.11.6~30.

- 7) 松本俊彦：【シンポジウム 7】アディクション研究拠点設置において薬物依存症研究に求められるものは何か. 第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, Web 開催, 2020.11.23.
- 8) 松本俊彦：【シンポジウム 10】大麻使用による依存症と慢性精神病の発症リスク要因に関する研究:精神科医療施設における大麻関連精神障害患者に対する調査から. 第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, Web 開催, 2020.11.23.
- 9) 松本俊彦：【シンポジウム 8】精神科医療におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬関連障害の現状と課題. 第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, Web 開催, 2020.11.23.
- 10) 松本俊彦：【教育講演 1】ハームリダクションとは何か〜わが国の課題と可能性. 日本犯罪心理学会第 58 回大会, Web (オンデマンド開催), 2020.11.21~31.
- 11) リサ・ナジャヴィッツ, 松本俊彦：【対談】トラウマと薬物使用からの回復〜 Seeking Safety〜. 日本犯罪心理学会第 58 回大会, Web (オンデマンド開催), 2020.11.21~31.
- 12) 松本俊彦：【学術講演】ハームリダクションとは何か? —つながりと包摂の公衆衛生政策—. 第 27 回日本精神科看護専門学術集会, Web, 2020.12.5.
- 13) 松本俊彦：【シンポジウム 18】日本におけるハームリダクション的実践の可能性. 第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会, Web (オンデマンド配信), 2020.11.27~12.25.
- 14) 松本俊彦：【シンポジウム 5】薬物依存・乱用. 第 33 回日本総合病院精神医学会総会, Web (オンデマンド開催), 2020.12.7~13.
- 15) 松本俊彦：【シンポジウム 4】睡眠薬は安全?:高齢者に睡眠薬を処方する際に注意すべきこと. 第 35 回日本老年精神医学会, Web 開催, 2020.12.21.
- 16) 山本泰輔, 木村尚史, 玉腰暁子, 松本俊彦: 覚せい剤依存症患者の性別ごとの特性と治療予後の関連. 第 79 回日本公衆衛生学会総会 2020, 京都(オンライン開催), 2020.10.20.
- 17) 大宮宗一郎, 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 高岸百合子, 小林美智子, 酒谷徳二, 服部真人, 喜多村真紀, 伴恵理子, 松本俊彦: 薬物関連問題と飲酒問題を有する覚せい剤事犯者の特徴:信頼感に注目した分析から. 第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, Web 開催, 2020.11.22.
- 18) 引土絵未, 嶋根卓也, 小高真美, 秋元恵一郎, 加藤隆, 来栖次郎, 栗坪千明, 山村せつ, 吉野美樹, 松本俊彦: 薬物依存症者の就労に関する研究:特例子会社を対象とした依存症者の就労に関する意識調査. 第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, Web 開催, 2020.11.22.
- 19) 船田大輔, 今村扶美, 外山愛, 田川美保, 吉野直記, 近藤あゆみ, 堀越勝, 松本俊彦: 市販薬依存症と複雑性 PTSD を併存し、切迫した自殺行動を呈した際に CPT を施行した患者の治療経過. 第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, Web 開催, 2020.11.23.
- 20) 金澤由佳, 熊倉陽介, 伴恵理子, 宇佐美貴士, 高野歩, 松本俊彦: 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行に伴う VBP および薬物依存症地域支援への影響に関するアンケート調査〜Voice Bridges Project: 「声」の架け橋プロジェクト〜. 第 9 回 更生保護学会, 2020.12.6.

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](http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf)
- 2) 松本俊彦, ほか (2018) 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.
[https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/re
port/pdf/J_NMHS_2018.pdf](https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/J_NMHS_2018.pdf)
- 3) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, ほか (2015)
DAST-20 日本語版の信頼性・妥当性の検
討、日本アルコール・薬物医学会雑誌 50:
310-324.

表1 各精神保健福祉センターにおける登録申請数（2020年11月末時点）

	N	%
1 愛知県精神保健福祉センター	11	1.6
2 横浜市こころの健康相談センター	16	2.3
3 広島県立総合精神保健福祉センター	120	17.1
4 堺市こころの健康センター	2	0.3
5 三重県こころの健康センター	10	1.4
6 滋賀県立精神保健福祉センター	21	3.0
7 鹿児島県精神保健福祉センター	3	0.4
8 神奈川県精神保健福祉センター	27	3.8
9 川崎市精神保健福祉センター	21	3.0
10 相模原市精神保健福祉センター	5	0.7
11 大阪府こころの健康総合センター	14	2.0
12 島根県立心と体の相談センター	1	0.1
13 東京都立精神保健福祉センター	50	7.1
14 東京都立多摩総合精神保健福祉センター	36	5.1
15 東京都立中部総合精神保健福祉センター	36	5.1
16 栃木県精神保健福祉センター	41	5.8
17 福岡県精神保健福祉センター	3	0.4
18 福岡市精神保健福祉センター	79	11.2
19 北海道立精神保健福祉センター	6	0.9
20 北九州市立精神保健福祉センター	23	3.3
取り消し（初回面接実施せず）	173	24.6
同意撤回	5	0.7
登録申請合計	703	100.0

正式同意者/登録申請者（508/703）72.3%

調査継続者/正式同意者（292/508）57.5%

表2 各精神保健福祉センターにおける調査の進捗（2020年11月末時点）

	T1										調査実施中			
	初回実施	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	T9				
1 愛知県精神保健福祉センター	3	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8
2 横浜市こころの健康相談センター	1	2	5	2	2	0	0	1	0	0	0	0	1	15
3 広島県立総合精神保健福祉センター	2	5	16	5	2	8	10	9	0	0	0	63	118	55
4 堺市こころの健康センター	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
5 三重県こころの健康センター	0	0	0	2	1	0	1	2	0	0	0	0	4	10
6 滋賀県立精神保健福祉センター	0	4	4	1	2	5	0	0	0	0	0	5	21	16
7 鹿児島県精神保健福祉センター	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	2
8 神奈川県精神保健福祉センター	1	1	0	1	1	2	2	2	0	0	5	12	26	9
9 川崎市精神保健福祉センター	0	0	0	0	0	2	1	2	5	6	5	21	21	10
10 相模原市精神保健福祉センター	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	2	2	5	3
11 大阪府こころの健康総合センター	1	2	0	5	4	1	0	0	0	0	0	1	13	12
12 島根県立心と体の相談センター	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
13 東京都立精神保健福祉センター	0	4	0	1	3	5	3	8	10	0	16	50	50	34
14 東京都立多摩総合精神保健福祉センター	2	1	4	1	0	4	4	7	1	1	11	34	22	22
15 東京都立中部総合精神保健福祉センター	0	0	0	1	5	2	3	9	7	1	8	36	27	27
16 栃木県精神保健福祉センター	4	7	3	4	2	3	3	2	1	0	12	37	25	25
17 福岡県精神保健福祉センター	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	3	3
18 福岡市精神保健福祉センター	0	4	2	3	0	4	2	4	5	3	52	79	24	24
19 北海道立精神保健福祉センター	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
20 北九州市立精神保健福祉センター	1	1	0	1	3	5	2	3	0	0	7	22	15	15
	17	43	37	29	27	47	31	49	29	16	200	508	292	292

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=508)

		N/Mean	%/SD
年齢		46.1	10.2
性別	男性	380	74.8
	女性	128	25.2
住居	自宅	285	56.1
	知人・友人宅	16	3.1
	更生保護施設	157	30.9
	ダルク	22	4.3
	簡易宿泊所	1	0.2
	その他	27	5.3
同居者	家族と同居	249	49.0
	家族以外と同居	81	15.9
	単身	157	30.9
	その他	21	4.1
就労状況	週4日以上働いている	202	39.8
	週4日未満働いている	39	7.7
	福祉的就労	6	1.2
	無職	245	48.2
	専業主婦/主夫	8	1.6
	学生	2	0.4
	その他	5	1.0
	不明（未回答）	1	0.2
最終学歴	中学	293	57.7
	高校	152	29.9
	専門学校	23	4.5
	短大	5	1.0
	大学	28	5.5
	大学院	1	0.2
	その他	6	1.2
婚姻状況	未婚	153	30.1
	結婚している	107	21.1
	離婚	246	48.4
	死別	2	0.4
社会保障制度の利用	利用なし	374	73.6
	利用あり	133	26.2
	不明（未回答）	1	0.2
	生活保護	68	13.4
	年金	14	2.8
	自立支援医療	42	8.3
	精神障害者保健福祉手帳	25	4.9
	療育手帳	1	0.2
	身体障害者手帳	18	3.5
	雇用保険(失業保険)	8	1.6
	その他	23	4.5

表4 初回面接時対象者属性2～健康問題や自殺企図歴 (N=508)

		N/Mean	%/SD
治療中の身体疾患	なし	280	55.1
	あり	227	44.7
	わからない	1	0.2
	C型肝炎	68	13.4
	HIV	16	3.1
治療中の精神疾患	なし	344	67.7
	あり	157	30.9
	わからない	6	1.2
	物質関連障害	40	7.9
	統合失調症圏	16	3.1
	気分障害	56	11.0
	神経症性障害	13	2.6
	その他(不眠等)	59	11.6
	わからない	14	2.8
アルコール・薬物問題家族歴	なし	384	75.6
	あり	113	22.2
	わからない	8	1.6
	不明 (未回答)	3	0.6
	父	60	11.8
	母	17	3.3
	きょうだい	28	5.5
	配偶者	16	3.1
	その他(おじ、いとこ等)	20	3.9
自殺念慮・企図：生涯	なし	264	52.0
	念慮	140	27.6
	企図	104	20.5
自殺念慮・企図：過去1年	なし	174	34.3
	念慮	59	11.6
	企図	11	2.2
	不明	264	52.0

表5 薬物使用に関する属性 (N=508)

		N/Mean	%/SD
主たる薬物	覚せい剤	479	94.3
	大麻	10	2.0
	その他の違法薬物	6	1.2
	危険ドラッグ	3	0.6
	処方薬	3	0.6
	市販薬	1	0.2
	多剤	3	0.6
	その他	3	0.6
生涯使用薬物	覚せい剤	480	94.5
	大麻	324	63.8
	その他の違法薬物	196	38.6
	危険ドラッグ	161	31.7
	処方薬	99	19.5
	市販薬	33	6.5
	その他	149	29.3
	初使用年齢 (n=500)		19.5
保護観察の種類	全部執行猶予	31	6.1
	仮釈放	326	64.2
	刑の一部執行猶予	40	7.9
	刑の一部執行猶予と仮釈放の両方	111	21.9
保護観察状況 (2020年11月末時点)	保護観察終了	341	67.1
	保護観察中	167	32.9
禁酒の遵守事項	なし	360	70.9
	あり	146	28.7
	不明 (未回答)	2	0.4
逮捕回数：薬物事犯 (n=507)		2.8	2.1
逮捕回数：薬物事犯以外 (n=505)		1.7	2.9
少年院入所回数 (n=505)		0.2	0.6
刑務所入所回数 (n=506)		2.5	2.1
治療プログラム：現在	なし	118	23.2
	あり	390	76.8
	精神保健福祉センター	12	2.4
	医療機関	23	4.5
	司法関連機関	297	58.5
	ダルク	27	5.3
	自助グループ	27	5.3
	その他(更生保護施設など)	81	15.9
治療プログラム：過去	なし	168	33.1
	あり	339	66.7
	精神保健福祉センター	9	1.8
	医療機関	37	7.3
	司法関連機関	279	54.9
	ダルク	39	7.7
	自助グループ	35	6.9
	その他	10	2.0

表6 薬物のことも含めて相談できる人 (N=508)

	N	%
一人もいない	94	18.5
相談できる人がいる	413	81.3
相談相手		
友人	245	48.2
恋人	38	7.5
隣人	7	1.4
配偶者	68	13.4
両親	111	21.9
子ども	40	7.9
きょうだい	93	18.3
上記以外の家族	17	3.3
職場の関係者	61	12.0
自助グループの仲間	29	5.7
ダルク職員	27	5.3
ダルク以外の施設職員	33	6.5
保護観察官	93	18.3
保護司	104	20.5
警察官	29	5.7
医療関係者	51	10.0
保健機関関係者	31	6.1
福祉関係者・就労支援関係者	11	2.2
その他	32	6.3

表7 困りごと・悩み事 (N=508)

	N	%
なし	174	34.3
あり	333	65.6
不明 (未回答)	1	0.2
薬物のこと	84	16.5
自分の健康	120	23.6
経済的問題	158	31.1
家族のこと	136	26.8
友人のこと	28	5.5
恋人のこと	29	5.7
仕事のこと	143	28.1
その他	83	16.3

表8 QOL (N=508)

	N/Mean	%/SD
自分の生活の質をどのように評価しますか？ (n=499)	3.2	1.0
まったく悪い	20	3.9
悪い	90	17.7
ふつう	227	44.7
良い	103	20.3
非常に良い	59	11.6
不明	9	1.8
自分の健康状態に満足していますか？ (n=499)	2.9	1.1
まったく不満	54	10.6
不満	144	28.3
どちらでもない	135	26.6
満足	134	26.4
非常に満足	32	6.3
不明	9	1.8

表9 DAST-20得点 (N=506)

		N/Mean	%/SD
合計	(0-20)	10.9	4.0
Low	(0-5)	48	9.4
Intermediate	(6-10)	168	33.1
Substantial	(11-15)	227	44.7
Severe	(16-20)	61	12.0

表10 調査実施状況 (2020年11月末時点、正式同意者508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	438	364	281	220	147	103	49	17
実施者	348	276	215	173	121	83	34	11
各調査実施割合 (調査実施者/調査該当者)	79.5%	75.8%	76.5%	78.6%	82.3%	80.6%	69.4%	64.7%
調査該当割合 (調査該当者/正式同意者)	86.2%	71.7%	55.3%	43.3%	28.9%	20.3%	9.6%	3.3%
調査実現割合 (調査実施者/正式同意者)	68.5%	54.3%	42.3%	34.1%	23.8%	16.3%	6.7%	2.2%

表11 薬物再使用状況 (2020年11月末時点、正式同意者508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	348	276	215	173	121	83	34	11
使用あり (全薬物)	17	17	11	10	6	3	2	2
違法薬物	7	10	6	6	4	2	2	2
違法薬物以外	10	7	4	2	1	0	0	0
その他薬物 (詳細不明)	0	0	1	2	1	1	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 2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=508)		T3 (n=276)		T5 (n=173)		T6 (n=121)		T7 (n=83)	
		N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD
性別	男性	380	74.8	211	76.4	145	83.8	101	83.5	70	84.3
	女性	128	25.2	65	23.6	28	16.2	20	16.5	13	15.7
住居	自宅	285	56.1	237	85.9	151	87.3	105	86.8	71	85.5
	知人・友人宅	16	3.1	6	2.2	3.0	1.7	1	0.8	2	2.4
	更生保護施設	157	30.9	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	ダルク	22	4.3	14	5.1	11.0	6.4	8	6.6	6	7.2
	簡易宿泊所	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	その他	27	5.3	18	6.5	8	4.6	7	5.8	4	4.8
同居者	家族と同居	249	49.0	157	56.9	104	60.1	73	60.3	49	59.0
	家族以外と同居	81	15.9	21	7.6	16	9.2	11	9.1	9	10.8
	単身	157	30.9	91	33.0	50	28.9	37	30.6	25	30.1
	その他	21	4.1	6	2.2	3	1.7	0	0.0	0	0.0
	不明	0	0.0	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
就労状況	週4日以上働いている	202	39.8	163	59.1	102	59.0	76	62.8	45	54.2
	週4日未満働いている	39	7.7	18	6.5	16	9.2	6	5.0	8	9.6
	福祉的就労	6	1.2	4	1.4	1	0.6	2	1.7	1	1.2
	無職	245	48.2	82	29.7	46	26.6	30	24.8	23	27.7
	専業主婦/主夫	8	1.6	4	1.4	3	1.7	4	3.3	4	4.8
	学生	2	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	その他	5	1.0	5	1.8	4	2.3	3	2.5	1	1.2
不明	0	0.0	0	0.0	1	0.6	0	0.0	1	1.2	
婚姻状況	未婚	153	30.1	—	—	74	42.8	—	—	36	43.4
	結婚している	107	21.1	—	—	35	20.2	—	—	21	25.3
	離婚	246	48.4	—	—	64	37.0	—	—	26	31.3
社会保障制度の利用	利用なし	374	73.6	—	—	114	65.9	—	—	54	65.1
	利用あり	133	26.2	—	—	59	34.1	—	—	29	34.9
	生活保護	68	13.4	—	—	43	24.9	—	—	21	25.3
	年金	14	2.8	—	—	8	4.6	—	—	2	2.4
	自立支援医療	42	8.3	—	—	25	14.5	—	—	14	16.9
	精神障害者保健福祉手帳	25	4.9	—	—	17	9.8	—	—	9	10.8
	療育手帳	1	0.2	—	—	0	0.0	—	—	0	0.0
	身体障害者手帳	18	3.5	—	—	3	1.7	—	—	1	1.2
	雇用保険	8	1.6	—	—	1	0.6	—	—	4	4.8
	その他	23	4.5	—	—	6	3.5	—	—	1	1.2
治療中の身体疾患	なし	280	55.1	—	—	108	62.4	—	—	54	65.1
	あり	227	44.7	—	—	64	37.0	—	—	29	34.9
	わからない・不明	1	0.2	—	—	1	0.6	—	—	0	0.0
	C型肝炎	68	13.4	—	—	8	4.6	—	—	4	4.8
	HIV	16	3.1	—	—	5	2.9	—	—	4	4.8
治療中の精神疾患	なし	344	67.7	—	—	107	61.8	—	—	54	65.1
	あり	157	30.9	—	—	62	35.8	—	—	29	34.9
	不明	6	1.2	—	—	4	2.3	—	—	0	0.0
	物質関連障害	40	7.9	—	—	26	15.0	—	—	12	14.5
	統合失調症圏	16	3.1	—	—	3	1.7	—	—	3	3.6
	気分障害	56	11.0	—	—	14	8.1	—	—	9	10.8
	神経症性障害	13	2.6	—	—	4	2.3	—	—	2	2.4
	その他(不眠等)	59	11.6	—	—	16	9.2	—	—	7	8.4
	わからない	14	2.8	—	—	6	3.5	—	—	2	2.4
	自殺念慮・企図：過去1年	なし	174	34.3	—	—	156	90.2	—	—	69
念慮		59	11.6	—	—	15	8.7	—	—	12	14.5
企図		11	2.2	—	—	0	0.0	—	—	2	2.4
不明		264	52	—	—	2	1.2	—	—	0	0.0

表13 2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=508)		T3 (n=276)		T5 (n=173)		T6 (n=121)		T7 (n=83)	
	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD	N/Mean	%/SD
治療プログラム：現在	118	23.2	127	46.0	93	53.8	71	58.7	51	61.4
なし	390	76.8	149	54.0	78	45.1	50	41.3	32	38.6
あり	0	0.0	0	0.0	2	1.2	0	0.0	0	0.0
不明	12	2.4	15	5.4	11	6.4	4	3.3	7	8.4
精神保健福祉センター	23	4.5	20	7.2	8	4.6	4	3.3	3	3.6
医療機関	297	58.5	104	37.7	41	23.7	26	21.5	12	14.5
司法関連機関	27	5.3	19	6.9	17	9.8	12	9.9	9	10.8
ダルク	27	5.3	22	8.0	16	9.2	9	7.4	9	10.8
自助グループ	81	15.9	5	1.8	1	0.6	1	0.8	1	1.2
その他(更生保護施設など)										

表14 2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=508)		T3 (n=276)		T5 (n=173)		T6 (n=121)		T7 (n=83)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
一人もいない	94	18.5	26	9.4	10	5.8	10	8.3	7	8.4
相談できる人がいる	413	81.3	250	90.6	161	93.1	111	91.7	75	90.4
不明	0	0.0	0	0.0	2	1.2	0	0	1	1.2
相談相手										
友人	245	48.2	132	47.8	73	42.2	52	43.0	38	45.8
恋人	38	7.5	29	10.5	23	13.3	14	11.6	12	14.5
隣人	7	1.4	2	0.7	2	1.2	1	0.8	1	1.2
配偶者	68	13.4	41	14.9	25	14.5	23	19.0	17	20.5
両親	111	21.9	71	25.7	51	29.5	37	30.6	26	31.3
子ども	40	7.9	18	6.5	10	5.8	4	3.3	3	3.6
きょうだい	93	18.3	49	17.8	32	18.5	18	14.9	18	21.7
上記以外の家族	17	3.3	9	3.3	3	1.7	2	1.7	0	0.0
職場の関係者	61	12.0	46	16.7	26	15.0	24	19.8	13	15.7
自助グループの仲間	29	5.7	25	9.1	15	8.7	12	9.9	9	10.8
ダルク職員	27	5.3	18	6.5	16	9.2	11	9.1	10	12.0
ダルク以外の施設職員	33	6.5	4	1.4	1	0.6	1	0.8	0	0.0
保護観察官	93	18.3	35	12.7	19	11.0	6	5.0	9	10.8
保護司	104	20.5	56	20.3	38	22.0	20	16.5	15	18.1
警察官	29	5.7	12	4.3	5	2.9	2	1.7	1	1.2
医療関係者	51	10.0	39	14.1	18	10.4	12	9.9	16	19.3
保健機関関係者	31	6.1	26	9.4	22	12.7	16	13.2	16	19.3
福祉関係者・就労支援関係者	11	2.2	4	1.4	4	2.3	2	1.7	3	3.6
その他	32	6.3	16	5.8	10	5.8	4	3.3	5	6.0

表15 2年後調査時点までの困りごと・悩みごと有無に関する半年ごとの推移

	T1 (n=508)		T3 (n=276)		T5 (n=173)		T6 (n=121)		T7 (n=83)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
なし	174	34.3	170	61.6	101	58.4	69	57.0	47	56.6
あり	333	65.6	106	38.4	72	41.6	52	43.0	36	43.4
不明	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
薬物のこと	84	16.5	15	5.4	5	2.9	5	4.1	2	2.4
自分の健康	120	23.6	35	12.7	15	8.7	18	14.9	12	14.5
経済的問題	158	31.1	35	12.7	25	14.5	19	15.7	17	20.5
家族のこと	136	26.8	23	8.3	14	8.1	21	17.4	11	13.3
友人のこと	28	5.5	6	2.2	5	2.9	3	2.5	6	7.2
恋人のこと	29	5.7	9	3.3	4	2.3	2	1.7	4	4.8
仕事のこと	143	28.1	30	10.9	26	15.0	16	13.2	9	10.8
その他	83	16.3	30	10.9	21	12.1	13	10.7	12	14.5

表16 2年後調査時点までのQOLの変化

	T1 (n=499)		T5 (n=171)		T7 (n=83)	
	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
まったく悪い	20	3.9	7	4.1	4	4.8
悪い	90	17.7	23	13.5	10	12.0
ふつう	227	44.7	76	44.4	30	36.1
良い	103	20.3	38	22.2	25	30.1
非常に良い	59	11.6	27	15.8	14	16.9
自分の健康状態に満足していますか？	2.9	1.1	3.3	1.1	3.3	1.1
まったく不満	54	10.6	8	4.7	2	2.4
不満	144	28.3	43	25.1	23	27.7
どちらでもない	135	26.6	40	23.4	19	22.9
満足	134	26.4	56	32.7	25	30.1
非常に満足	32	6.3	24	14.0	14	16.9

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=173)

		使用者(n=11)		非使用者(n=162)		p値 ^a	
		N/Mean	%	N/Mean	%		
年齢		49.6	—	45.3	—	0.152	
性別	男性	10	90.9	135	83.3	0.441	
	女性	1	9.1	27	16.7		
住居	自宅	6	54.5	123	75.9	0.080	
	知人・友人宅	0	0.0	7	4.3		
	更生保護施設	3	27.3	11	6.8		
	ダルク	0	0.0	11	6.8		
	簡易宿泊所	0	0.0	1	0.6		
	その他	2	18.2	9	5.6		
同居者	家族と同居	4	36.4	106	65.4	0.072	
	家族以外と同居	1	9.1	20	12.3		
	単身	6	54.5	33	20.4		
	その他	0	0.0	3	1.9		
就労状況	週4日以上働いている	5	45.5	64	39.5	0.968	
	週4日未満働いている	1	9.1	11	6.8		
	福祉的就労	0	0.0	2	1.2		
	無職	5	45.5	80	49.4		
	専業主婦/主夫	0	0.0	3	1.9		
	学生	0	0.0	0	0.0		
	その他	0	0.0	2	1.2		
教育歴	中学	6	54.5	80	49.4	0.968	
	高校	4	36.4	55	34.0		
	専門学校	1	9.1	10	6.2		
	短大	0	0.0	2	1.2		
	大学	0	0.0	13	8.0		
	大学院	0	0.0	1	0.6		
	その他	0	0.0	1	0.6		
婚姻状況	未婚	5	45.5	55	34.0	0.234	
	結婚している	0	0.0	34	21.0		
	離婚	6	54.5	73	45.1		
社会保障制度の利用	利用なし	6	54.5	121	74.7	0.134	
	利用あり	5	45.5	41	25.3		
	生活保護	3	27.3	29	17.9		0.331
	年金	1	9.1	3	1.9		0.233
	自立支援医療	2	18.2	19	11.7		0.396
	精神障害者保健福祉手帳	2	18.2	10	6.2		0.171
	療育手帳	0	0.0	0	0.0		
	身体障害者手帳	2	18.2	3	1.9		0.033
	雇用保険	0	0.0	3	1.9		0.820
治療中の身体疾患	なし	5	45.5	99	61.1		0.554
	あり	6	54.5	62	38.3		
	不明	0	0.0	1	0.6		
治療中の精神疾患	なし	7	63.6	116	71.6	0.763	
	あり	4	36.4	44	27.2		
	不明	0	0.0	2	1.2		
	物質関連障害	1	9.1	13	8.0		0.616
	統合失調症圏	1	9.1	5	3.1		0.330
	気分障害	2	18.2	15	9.3		0.295
	神経症性障害	0	0.0	4	2.5		0.767
自殺念慮・企図：生涯	なし	3	27.3	87	53.7	0.143	
	念慮	6	54.5	45	27.8		
	企図	2	18.2	30	18.5		
自殺念慮・企図：過去1年	なし	7	87.5	55	73.3	0.651	
	念慮	1	12.5	17	22.7		
	企図	0	0.0	3	4.0		

a: t検定またはカイニ乗検定

※自殺念慮・企図：過去1年のみ使用者n=8、非使用者n=75

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=173)

		使用者(n=11)		非使用者(n=162)		p値 ^a	
		N/Mean	%	N/Mean	%		
初めての薬物使用年齢		21.6	—	19.9	—	0.481	
逮捕回数：薬物事犯		3.6	—	2.3	—	0.035	
逮捕回数：薬物事犯以外		2.3	—	1.4	—	0.265	
少年院入院回数		0.6	—	0.2	—	0.100	
刑務所服役回数		3.4	—	2.0	—	0.029	
保護観察の種類	全部執行猶予	1	9.1	21	13.0	0.360	
	仮釈放	9	81.8	90	55.6		
	刑の一部執行猶予	0	0.0	15	9.3		
	刑の一部執行猶予と仮釈放の両方	1	9.1	36	22.2		
アルコールに関する遵守事項	ない	9	81.8	132	81.5	0.669	
	ある	2	18.2	30	18.5		
治療プログラム：現在	なし	3	27.3	35	21.6	0.450	
	あり	8	72.7	127	78.4		
	精神保健福祉センター	2	18.2	4	2.5		0.006
	医療機関	1	9.1	11	6.8		0.558
	司法関連機関	5	45.5	110	67.9		0.118
	ダルク	0	0.0	14	8.6		0.384
	自助グループ	0	0.0	13	8.0		0.412
DAST-20得点		11.2	—	10.8	—	0.785	
	Low(0-5)	0	0.0	20	12.3	0.275	
	Intermediate(6-10)	4	36.4	49	30.2		
	Substantial(11-15)	7	63.6	71	43.8		
	Severe(16-20)	0	0.0	22	13.6		

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=173)

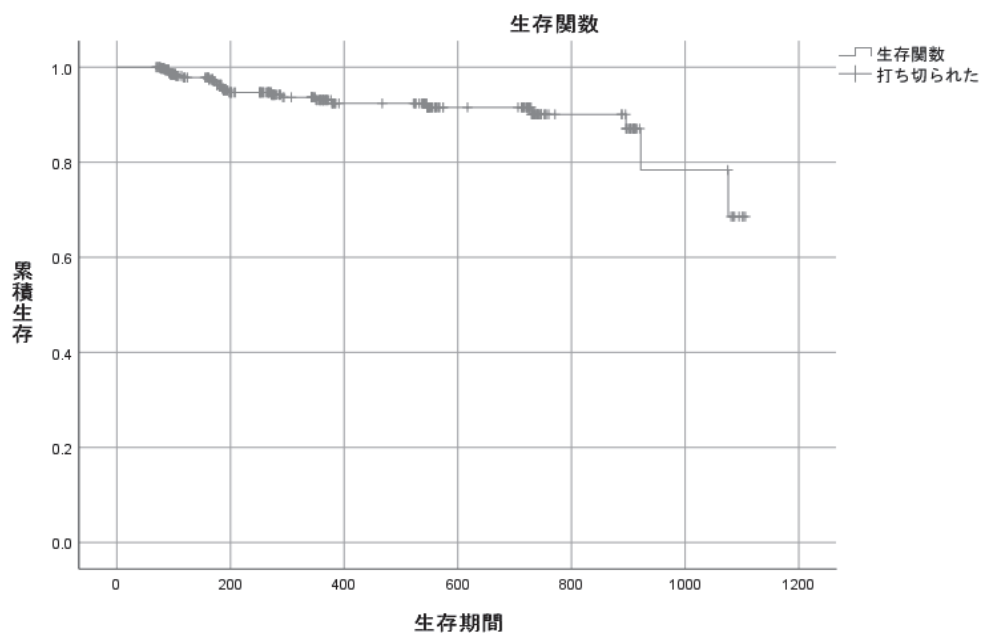
		使用者(n=11)		非使用者(n=162)		p値 ^a
		N/Mean	%	N/Mean	%	
相談できる人の有無	一人もいない	4	36.4	23	14.2	0.072
	相談できる人がいる	7	63.6	139	85.8	
困りごと・悩みごとの有無	なし	4	36.4	59	36.6	0.628
	あり	7	63.6	102	63.4	

a：カイ二乗検定

表20 調査への同意有無による保護観察対象者の属性比較

	同意 (n = 515)		非同意 (n = 4455)		p ^a
	n/mean	%/SD	n/mean	%/SD	
年齢	45.7	10.5	44.0	10.4	<0.001
性別：男	383	74.4%	3686	82.7%	<0.001
保護観察の種類					<0.001
仮釈放者（一部猶予者以外）	337	65.4%	2805	63.0%	
仮釈放者（一部猶予者）	138	26.8%	954	21.4%	
全部猶予者	28	5.4%	400	9.0%	
一部猶予者（実刑部分執行終了）	12	2.3%	296	6.6%	
保護観察の転帰					<0.001
期間満了	428	83.1%	3070	68.9%	
転居	5	1.0%	170	3.8%	
身柄拘束	0	0.0%	2	0.04%	
保護観察取消し（再犯）	1	0.2%	68	1.5%	
保護観察取消し（遵守事項違反）	13	2.5%	100	2.2%	
死亡	2	0.4%	8	0.2%	
保護観察取消し（余罪）	0	0.0%	4	0.1%	
所在不明	0	0.0%	0	0.0%	
保護観察中	66	12.8%	1033	23.2%	

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
1001.478	22.894	956.605	1046.351				

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=367)