

博士論文

2024（令和6）年度

薬物犯罪により法的処遇の対象となった者への
継続的な地域支援

慶應義塾大学大学院
健康マネジメント研究科

堤史織

目次

第一章 序章.....	1
第一節 背景：薬物犯罪の法的処遇の対象となった者に対する治療とサポート	1
1. 世界の動向	1
2. 日本の動向	2
第二節 VOICE BRIDGES PROJECT：「声」の架け橋プロジェクト	5
1. プロジェクトの背景と目的	5
2. 対象者と参加手順	5
3. 実施内容とその方法：電話を使った地域での「ゆるやかな見守り」	6
4. これまでの VBP の経過	9
第三節 本論文の目的	11
 第二章 VBP から脱落した者の特徴と脱落に関連する要因に関する研究	12
第一節 緒言	12
第二節 研究方法	15
1. 解析対象者	15
2. メインアウトカム：脱落の定義	16
3. 共変量および説明変数	16
4. 統計学的解析	16
5. 倫理的配慮	17
第三節 研究結果	18
1. 非完了者と完了者の比較：単変量解析によるベースライン変数の関係	18
2. COX 比例ハザード回帰モデルによる生存時間分析：脱落に影響を与える変数	20
第四節 考察	24
1. VBP の TM からの脱落に関連するリスク因子と保護因子	24
2. 研究の限界	26
第五節 まとめ	28

第三章 薬物犯罪の法的処遇の対象となり更生保護施設を利用する者の健康格差に関する研究.....	29
第一節 緒言.....	29
第二節 研究方法.....	31
1. 解析対象者	31
2. 使用した変数.....	32
3. 統計学的解析.....	32
4. 倫理的配慮	32
第三節 研究結果.....	33
第四節 考察.....	38
1. 薬物犯罪の法的処遇の対象となり更生保護施設を利用する者の特徴と健康格差...38	
2. 更生保護施設を利用する者の支援・サポートへの示唆	40
3. 本研究の限界.....	41
第五節 まとめ	42
 第四章 総括	43
第一節 本論文に関する総括	43
第二節 今後の展望：ハームリダクションという世界的な流れ	45
 謝辞	48
利益相反	48
引用文献	49

本論文の構成

本論文は、法務省保護局と精神保健福祉センターの協力のもと、国立精神・神経医療研究センターにて 2017 年から進行中の Voice Bridges Project における薬物犯罪により法的処遇の対象となった者の地域コホート調査の参加者を対象とした以下の論文を基盤に、加筆・修正をして構成したものである。

1. Tsutsumi S, Takano A, Usami T, Kumakura Y, Kanazawa Y, Takebayashi T, Sugiyama D, Matsumoto T. Risk and protective factors for early dropout from telephone monitoring for individuals with drug convictions in community mental health centers in Japan. *J Subst Use Addict Treat*. 2024;162:209347.
2. 堤 史織, 宇佐美 貴士, 高野 歩, 熊倉 陽介, 金澤 由佳, 武林 亨, 杉山 大典, 松本 俊彦. 薬物犯罪の更生保護施設利用者における健康格差. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*. 2025; 59 巻 3 号

第一章 序章

第一節 背景：薬物犯罪の法的処遇の対象となった者に対する治療とサポート

1. 世界の動向

薬物使用に関連する問題は、世界の疾病負荷 (GBD: Global Burden of Disease) に寄与し、個人、家族、およびコミュニティに影響を及ぼす主要な公衆衛生の懸念事項のひとつである¹。The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) が 2024 年に発表した World Drug Report 2024 の最新データ²によると、2022 年には、世界で推定 2 億 9,200 万人が過去 1 年間に薬物^aを使用しており、10 年前と比較して人口増加も相まって 20% の増加となっている。薬物使用は健康面でさまざまな有害な影響を引き起こすことが多い。特にオピオイドは、過剰摂取等によるオピオイド関連の死亡や、慢性的な健康被害などが、世界的に深刻な問題である²。また、薬物の種類に関わらず、注射による薬物使用は、特に血液媒介疾患の感染など、健康リスクの増大につながる可能性がある。2022 年には推定 1,390 万人が注射による薬物使用をしており、注射による薬物使用をする者の約 12.5% (推定 160 万人) が HIV、約 50% (推定 680 万人) が C 型肝炎に感染しているとされる²。C 型肝炎による肝疾患は、薬物使用に起因する死亡の半分以上を占めている²。

薬物の有害な使用は、薬物使用症につながる可能性があり、2022 年時点で世界中で推定 6,400 万人が薬物使用症に苦しんでおり、年々増加している²。さらに問題なのは、その多くが治療・支援を受けていないことである。2022 年のデータによると、薬物使用症を持つ人のなかで必要な治療・支援を受けている人は約 9% に過ぎず、2015 年のデータと比較してさらに減少している²。治療・支援を受けている/受けることができる人と、受けていない/受けることができない人の間の格差が広がっているといえる。さらに、性別で見ると、薬物使用症を持つ女性の治療・支援アクセス率が約 5.6%、男性が約 14.3% であり、女性の方が男性よりもアクセスへの障壁があることがわかる²。これまで数々の先行研究で、薬物使用の問題を抱える人々は、あらゆる形態の薬物使用症の治療・支援全般へのアクセス率が低いことは指摘されてきている³⁻⁵。さらに、治療や支援を受け始めたとしても、その過程で多くの人が途中で離脱してしまうことが明らかに

^a 大麻、オピオイド、覚醒剤、コカイン、エクスタシーなどの薬物が含まれている。

なっており⁶⁻⁹、これは薬物使用による問題を抱える人々への効果的で継続的な支援を提供する上で、重大な課題となっている。

薬物使用の問題を抱える人にとって、治療・支援を求める行動をさらに複雑化させる要因として、その国で違法薬物に指定された薬物を使用した場合、それが触法行為とされ、逮捕、起訴、そして有罪判決を受ける可能性があることが挙げられる。2022年には、世界中で約700万人が薬物犯罪で逮捕され、その約3分の2は違法薬物の使用または個人使用目的での所持によるもので、約270万人が起訴され、約160万人以上が有罪判決を受けているとされる²。2020年のデータによると、世界中で約47万人が違法薬物の使用または個人使用目的での所持によって収監されている¹⁰。違法薬物使用やそれに関連する薬物犯罪の法的処遇の対象となった者は、物質使用症の治療・支援にアクセスし、継続することがさらに困難であるとされる¹¹。薬物関連の問題で収監された者が釈放された際、薬物の再使用や過剰摂取、薬物関連死のリスクの増加など、多くの問題に直面する。これらのリスクは、多くの場合、治療・支援の中断から生じている¹²⁻¹⁴。先行研究によると、釈放後1週間以内に薬物関連の原因で死亡するリスクは、女性では一般人口の69倍、男性では29倍に増加することが示されている¹²。さらに、この集団は、重篤な精神疾患の併発率が高いこと¹⁵や、薬物使用に起因する社会的スティグマや差別^{16,17}、安全な住居の確保、雇用問題、ソーシャルネットワークの欠如など¹⁸の多くの問題に直面していることも示されている。このような複雑な問題を抱えた、薬物犯罪で法的処遇の対象となり服役する者は、適切な治療・支援や包括的な社会的サポートを受ける必要があるにも関わらず、それにアクセスすることすら困難な状態にあり、課題はさらに増幅される¹⁸。釈放後の継続的な治療・支援、ケースマネージャーやソーシャルワーカーなどの地域資源の活用、家族や友人からの支援は、薬物の再使用や過剰摂取を防ぎ、彼らがコミュニティに再統合され、健康的で安定した生活を送るために重要である^{18,19}。そのためには、刑事司法関連機関と地域の治療・支援機関が、効果的かつ円滑に連携することが重要である²⁰。

2. 日本の動向

最新の日本の一般住民を対象とした全国規模の薬物使用に関する調査²¹によると、国内における違法薬物の生涯使用経験の推定値は、大麻1.5%（約134万人）、有機溶剤1.2%（約104万人）、覚醒剤0.5%（約47万人）、MDMA0.5%（約44万人）、コカイン0.4%（約37万人）、危険ドラッグ0.3%（約29万人）、LSD0.3%（約22万人）となっている。大麻が最も一般的に使用される薬物ではあるが、全国の精神科医療施設による調査²²では、薬物使用症の患者のうち大

麻を主たる薬物とする患者は全体の約 7.8%に過ぎず、大麻使用により実際に医療介入を必要とする事例は少ないことが示されている。一方で、我が国において覚醒剤を使用する者は年々減少しているものの²³、依然として覚醒剤は国内での主要な問題薬物として懸念されている。覚醒剤は覚醒剤取締法による取り締まり対象となる違法薬物として位置づけられ、その検挙数は薬物犯罪の中で最も多い。2022 年度のデータによると、年間 6,289 人が覚醒剤関連の犯罪で検挙されており、検挙数は減少傾向にあるものの、依然として高い²⁴。検挙された者の約 60%が実刑判決を受け、その多くは 1 年から 3 年程の間収監される²⁵。刑務所で受刑する者の中で覚醒剤取締法違反の割合は男性 22.0%、女性 27.2%となっており、再入率は他の犯罪と比較しても高く、2022 年度のデータでは男性 78.0%、女性 61.3%が 2 度以上収監され、再犯と服役を繰り返していることがわかる²⁴。また、全国の精神科病院における調査では、薬物使用症の症例のなかでもその大多数が覚醒剤を主たる薬物とする患者が占めていることが明らかになっている²²。この調査結果は、医療においても覚醒剤が健康に及ぼす深刻な影響を示唆している。しかしながら、覚醒剤関連犯罪で法的処遇の対象となった者の地域の回復資源の利用率は、医療機関(23.9%)、精神保健福祉センター(5.8%)、自助グループ(12.9%)、民間リハビリ施設(16.5%)となっており、治療・支援へのアクセスは限られている²⁶。

日本は他の先進国や主要な民主主義国家と比べて、厳しく薬物の取り締まりを行っている国のひとつである。「ダメ。ゼッタイ。」「覚醒剤やめますか？それとも人間やめますか？」に象徴されるような薬物乱用防止の教育や啓発運動においても、違法薬物をおぞましいものとして捉えるような内容が多く、薬物使用に対して強い警戒心を抱き、違法薬物を使用する者を否定的に見なす社会的風潮が形成されてきた²⁷⁻³⁰。その成果なのか、我が国では、違法薬物を使用する者の数は欧米諸国に比べると極めて低いとも考えられている²¹。しかし一方で、ひとたび違法薬物の問題を抱えた者は、「薬物使用者」、「薬物犯罪者」としてのレッテルを貼られ、社会から排除され孤立しやすい状況に陥る構造となっている。それは、社会への再統合を困難にするだけでなく、適切な治療・支援へのアクセスの障壁ともなっており、その結果、抱えている問題が解決されず、前述した高い再犯率に繋がっていると考えられる。現在、日本では薬物犯罪で法的処遇の対象となった集団に対して、地域コミュニティの治療・支援につなげるような仕組みや制度は確立されていない³¹。

しかし、近年、日本においても、薬物使用問題に対するアプローチは、単なる刑罰ではなく、薬物使用症を疾病の一形態として捉え、治療と支援を重視する方向へと変化してきている。2015 年には、法務省保護局と厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部が共同で「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³²」を策定し、地域社会における薬物使用症を抱える者の支援を強化することが強調された。このガイドラインは、地域支援の理念を示すにとどまり、保護観察から地域支援への移行方法や、地域でどのような治療・支援を提供すべきかについての具体的な指針は記されていないものの、これまで薬物問題に対して主に刑罰による対処に対峙してきた日本にとって、パラダイムシフトを引き起こすものであった。文書内では、1)規制薬物の使用が犯罪であると同時に、薬物使用症という「疾病」の症状でもあること、2)薬物を使用する者に対する偏見や先入観を排除し、彼らを精神的な問題を抱え苦しんでいる一人の地域生活者として見なし、薬物依存からの回復と社会復帰を支援する必要性、3)保護観察中および保護観察終了後の薬物を使用する人々に対する地域支援体制の整備が「わが国の喫緊の課題」と強調されている。さらに、2016年には「刑の一部の執行猶予制度」が施行され、刑務所からの早期解放と地域社会への移行が可能となり、地域生活のなかで薬物使用症に対する支援をしていくことがますます求められるようになった。

第二節 Voice Bridges Project : 「声」の架け橋プロジェクト

1. プロジェクトの背景と目的

前述した通り、「わが国の喫緊の課題」とされた、薬物犯罪により法的処遇の対象になった人々に対する地域支援体制を考える際に、1)薬物事犯で保護観察に付された者の長期的な経過や保健・医療・福祉サービスの効果に関する基礎資料とエビデンスが不足していること、2)保護観察から地域支援をつなぐ仕組みなく、保護観察終了後も持続的に地域で支援を受けられないこと、の2つの課題があった³³。これらの課題に対処するために、法務省保護局と精神保健福祉センターの協力のもと、国立精神・神経医療研究センター（NCNP）が、保護観察と地域の薬物使用症からの回復に資する資源との橋渡しをしながら、薬物事犯で保護観察に付された者の長期転帰を調査する Voice Bridges Project : 「声」の架け橋プロジェクト（以下 VBP）を計画し、2017 年 3 月より開始した³³。VBP は、薬物犯罪によって保護観察の対象となり地域で生活している者を 3 年間追跡し情報収集をするコホート研究の枠組みを活用し、地域の支援者と接触する機会を提供することや、司法（保護観察所）と保健医療（精神保健福祉センター）の連携促進を目指す、アクション・リサーチとしての側面も持っている。

VBP の目的は、1)保護観察に付され地域で生活する薬物犯罪の法的処遇の対象となった者の転帰を明らかにするとともに、2)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³³。

2. 対象者と参加手順

VBP は 2017 年の開始当初は 3 か所の保護観察所と 4 か所の精神保健福祉センターで開始したが、2024 年 7 月現在、19 か所の保護観察所管轄地域と 25 か所の精神保健福祉センター^bの協力を得て広域で行われている。VBP の参加対象

^b 2024 年 7 月時点で、VBP 調査対象地域は、東京都 23 区東部および島嶼部、23 区西部、多摩地域、神奈川県域、横浜市、川崎市、相模原市、福岡県域、福岡市、北九州市、栃木県、三重県、広島県、鹿児島県、大阪府域、堺市、滋賀県、愛知県域、北海道、島根県、岡山市、高知県、群馬県、香川県、名古屋市となっており、19 ケ所の保護観察所（東京保護観察所および立川支部、横浜保護観察所、福岡保護観察所および北九州支部、宇都宮保護観察所、津保護観察所、広島保護観察所、鹿児島保護観察所、大阪保護観察所および堺支部、大津保護観察所、名古屋保護観察所、札幌保護観察所、松江保護観察所、岡山保護観察所、高知保護観察所、前橋保護観察所、高松保護観察所）と 25 ケ所の精神保健福祉センター（東京都立精神保健福祉センター、東京都立中部総合精神保健福祉センター、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、横浜市こころの健康相談センター、川崎市総合リハビリテーション推進センター、相模原市精神保健福祉センター、神奈川県精神保

となる者は以下の条件：①20歳以上であること、②VBPの対象地域に居住していること、③違法薬物の個人使用または所持に関する犯罪で保護観察の対象となっていること、④参加に同意していること、を満たす者である。参加者のリクルートは保護観察所にて行われた。保護観察官は、保護観察開始後に、VBPに関する情報提供（地域の精神保健福祉センターの情報資材も含む）をし、任意で参加者を募った。VBPへの参加意思を有する者は、配布された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は、届いた登録申請書を確認後、申請書に記載された電話番号に基づいて研究対象候補者に電話で連絡を取り、面談の日時を設定した。面談当日には、本研究の概要説明と書面による正式な参加同意取得を行い、初回の調査を実施するという流れである。

3. 実施内容とその方法：電話を使った地域での「ゆるやかな見守り」

VBPは、MottoとBostromによる自殺予防に関する研究³⁴を元に着想が得られた。この研究では、自殺リスクのある患者で退院後の継続的な治療を拒否した者を対象に、退院後年に数回短い手紙を送るグループ（接触群）と、一切連絡を取らないグループ（非接触群）と、に分けて追跡調査を行った。その結果、接触群は非接触群に比べ自殺の再企図率および自殺死亡率が有意に低く、2年間は有意な予防効果を発揮することが示され、わずかな「おせっかい」でも命を救う可能性があることが示唆された。VBPも同様に、薬物犯罪によって保護観察の対象となった者が、地域で生活する中で地域の支援者と「ゆるやかな見守り」というコンセプトのもとで「おせっかいな電話」で繋がり、長期的・継続的な支援を提供することを重視してデザインされた³⁵。

刑務所内の「passive(受け身)」なケアと、釈放後の地域にある「more motivated, persistent, and action-intensive（より自発的で、持続的で、積極的）」なケアとのギャップは大きく、地域支援へのスムーズな移行が困難な場合が多い¹⁸。これ

健福祉センター、福岡市精神保健福祉センター、北九州市立精神保健福祉センター、福岡県精神保健福祉センター、栃木県精神保健福祉センター、三重県こころの健康センター、広島県立総合精神保健福祉センター、鹿児島県精神保健福祉センター、堺市こころの健康センター、大阪府こころの健康総合センター、滋賀県立精神保健福祉センター、愛知県精神保健福祉センター、北海道立精神保健福祉センター、島根県立心と体の相談センター、岡山市こころの健康センター、高知県県立精神保健福祉センター、群馬県こころの健康センター、香川県精神保健福祉センター、名古屋市精神保健福祉センター）に協力をいただいている。対象地域は年々拡大しており、今年度は、大阪市、千葉県域、千葉市の保護観察所、精神保健福祉センターが新規参加予定となっている。

・2022年度から対象者が16歳以上の少年と成人に拡大されている。しかし、対象が拡大されて間もないため、本論文で扱うデータには、まだ16歳以上の少年に関するデータは含まれていない。

に対して、定期的な電話によるモニタリング（Telephone Monitoring: TM）は、対象者にとって受け身な支援のかたちのひとつであり³⁶、TM は、薬物使用により法的処遇の対象となった者が釈放後に、地域で支援を受けるハードルを下げ、継続的なサポートを提供できる可能性がある。TM の特徴は、支持的かつ偏見のない対話を通じた、継続的かつ低強度の接触、薬物使用やその他の主要な生活上の問題のモニタリング、物質使用症に対する治療・支援が継続できるような支援、および必要に応じて積極的な治療への導入することである³⁶とされる。先行研究によれば、TM は、物質使用の転帰を改善し³⁷⁻⁴⁰、費用対効果が高いことが示され⁴¹、物質使用症に対する効果的な治療法のひとつである。ただし、TM の有効性は、患者の特性と治療背景によって異なる。例えば、TM は、うつ症状が軽度である者や、変化に対する動機付けが低い者に対して、より効果的であることが示されている⁴²⁻⁴⁴。アルコール使用症に対する標準的な外来治療に TM を追加すると、女性において、特に高い有効性が示された^{38,42}。さらに、TM は収監歴のある者において、アルコール使用の重症度を軽減させ、断酒に対する自己効力感を高めることに効果的である研究結果も示されている⁴⁴。この結果は、薬物犯罪の法的処遇の対象となった集団へTMを適応できる可能性を示唆している。そこで、VBP は薬物犯罪によって保護観察の対象となった者を追跡し情報収集をするコホート研究の枠組みを活用し、TMを通して、地域の支援者と接触する機会を提供し、地域での「ゆるやかな見守り」の実現を目指した。具体的な実施内容は以下の通りである。

【TM 実施者】

VBP における TM は、精神保健福祉センターの担当者の協力によって実施された。TM を実施するスタッフは、通常センターで依存症相談を担当している、心理士、精神保健福祉士、保健師、医師等の資格を有する専門家である。VBP における TM はセンターの通常の相談業務の延長として実施してもらっているため、事前に特別な TM に関するトレーニング等を行っておらず、プロジェクト開始前に各センターで研究プロトコルのオリエンテーションのみ行った。

【TM の頻度】

VBP 参加者は最初にセンターに来所し研究同意をした後に、初回の対面セッション（約 60 分）を受け、その後、1 年目は 3 ヶ月に 1 回、2 年目と 3 年目は 6 ヶ月に 1 回、定期的に電話によるセッション（約 15 分）を受ける。

VBP における TM の頻度は、高くない。これは、1)センターのスタッフの都合や仕事量、地域での実施可能性を考慮してデザインされたものであることと、2)地域での「ゆるやかな見守り」というコンセプトのもと、長期的・継続的な支

援を重視しているからである。

【TM の内容】

TM は、VBP の調査項目の枠組みを用いて、進められる。会話の中で、参加者からのニーズに応じて、適宜センターの通常業務の対応^dをすることもある。調査項目は以下の通りである。

- ① 社会人口学的変数：年齢、性別、婚姻状況、教育歴、居住場所の種類⁺⁺（自宅、知人・友人宅、更生保護施設、民間リハビリ施設、その他）、同居者の有無⁺⁺、就労の有無⁺⁺
- ② 健康状態に関する項目：身体疾患・精神疾患の有無⁺、生涯/過去一年⁺自殺念慮・企図の有無、健康満足度⁺（『自分の健康状態に満足していますか？』、1. まったく不満～5. 非常に満足、の 5 段階）⁴⁵、生活の質⁺（QOL：『自分の生活の質をどのように評価しますか？』、1. まったく悪い～5. 非常に良い、の 5 段階）⁴⁵
- ③ 薬物関連項目：主要薬物、生涯使用薬物の種類、初回薬物使用年齢、逮捕時における薬物問題の重症度（日本語版 DAST-20 ⁴⁶ 得点）、アルコール・薬物使用症の家族歴、直近の薬物使用の有無⁺⁺
- ④ 犯罪歴：薬物犯罪による逮捕歴、薬物犯罪以外の逮捕歴、矯正施設入所歴、少年院入所回数、保護観察の種類（執行猶予の有無）、保護観察中のアルコールに関する遵守事項
- ⑤ 社会保障制度の受給状況⁺：生活保護、年金、自立支援医療、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、身体障害者手帳、雇用保険
- ⑥ 現在および過去の薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用状況⁺⁺：精神保健福祉センター、医療機関、司法関連機関、民間リハビリ施設、自助グループ
- ⑦ 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⁺⁺

【守秘義務の厳守】

VBP では、薬物犯罪の法的処遇の対象となった者が、地域の保健医療機関に

^d 精神保健福祉センターが本来業務として日常的に提供しているサービス：依存症からの回復に資する情報提供、相談対応や再乱用防止プログラムの提供などの直接支援。

* 3 ヶ月、6 ヶ月、9 ヶ月、18 ヶ月、30 ヶ月の調査で収集

+ 12 ヶ月、24 ヶ月、26 ヶ月の調査で収集

安心して薬物使用を含む現在の困りごとを相談できるよう、調査内容の守秘義務を厳格に遵守している。保護観察所は、NCNP および法務省保護局観察課との協定に基づき、VBP 参加者の氏名のみを共有し、精神保健福祉センターで得られた薬物使用の有無を含む調査内容は一切共有しないことで、情報の秘密保持を徹底している。

4. これまでの VBP の経過

VBP は現在進行形のプロジェクトであるが、2024 年現在で明らかになっていることを以下にまとめる。VBP 参加同意者と非同意者の傾向を把握するために、2017 年度～2021 年度の期間、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ていた。2017 年度～2021 年度の期間における VBP の参加対象となる者 7,145 名のうち、研究に同意した者は 701 名（9.8%）であった⁴⁷。VBP のリクルートは保護観察所で行われているものの、実際の参加者との接触は TM を通じて地域の精神保健福祉センターが担当し、地域の保健機関を基盤とし、司法とは独立して実施されている。司法の強制力は行使されず、参加者の自由意志が尊重されている。この方針が、同意率に影響を与えたと考えられる。年齢平均は同意群 45.9 歳（対非同意群 44.3 歳）で、同意群は非同意群よりもやや高い傾向が見られるが、大きな差異はなかった⁴⁷。同意群の男性割合は 76.7%、非同意群は 83.7%で、同意群における女性の割合がやや高い傾向にあった⁴⁷。同意群では刑の一部執行猶予なしで仮釈放を与えられた者が 65.9%（対非同意群 61.8%）、一部執行猶予付きで仮釈放を与えられた者が 26.2%（対非同意群 22.3%）、全部執行猶予された者が 4.9%（対非同意群 8.7%）、刑の一部執行猶予付きで仮釈放なく実刑部分執行終了した者が 3.0%（対非同意群 7.2%）であった⁴⁷。同意群は仮釈放した者がやや多い傾向が見られるが、これらの差異は数パーセントの範囲内で、大きな差異はないと考えられる。保護観察の転帰に関しては、期間満了が同意群 87.3%（対非同意群 73.6%）、保護観察中は同意群 8.6%（対非同意群 17.3%）、再犯、余罪および遵守事項違反を含む保護観察の取消しが同意群 2.7%（対非同意群 4.8%）であり、同意群は比較的保護観察を順調に終了する傾向が強いことが示唆された⁴⁷。

このように、2021 年度までのデータ⁴⁷によると、参加同意率は低く、同意群と非同意群の特性に若干の差異は見られるものの、薬物犯罪で法的処遇の対象となった人々の地域コホートに関する貴重なデータが蓄積されてきている。VBP は年々エリアを拡大し、参加者が着実に増加しており、VBP が開始された 2017 年から 2023 年 12 月時点まで、25 エリアの精神保健福祉センターから総計 851 名の対象者が調査に参加している³³。

2023 年度の最新データ³³によると、追跡完了者数は、1 年後 387 名、2 年後 232 名、3 年後 142 名であった。ベースラインデータから参加者の属性をみると、平均年齢は 46.3 歳、男性が 74.0%、就労者（福祉的就労を含む）が 47.5%であった³³。居住先に関しては、「自宅」に居住する者が最も多く（55.3%）、次いで「更生保護施設」（30.2%）、「民間リハビリ施設」（3.9%）が続いた³³。最終学歴は「中学卒業」（58.2%）の者が最も多く、婚姻状況については、「離死別」（45.3%）が最も多かった³³。主たる使用薬物としては覚醒剤が 94.1%で、ほとんどが覚醒剤を使用する者であった。逮捕時における薬物問題の重症度に関しては、90.4%が中等症以上の薬物問題の重症度を示した³³。

対象者の薬物使用の転帰として、約 1 年経過時点の累積断薬継続率は約 90%、2 年経過時点でも約 90%、3 年経過時点では約 75%であった³³。1 年以内に違法薬物の再使用をした者の傾向として、年齢が若く、社会保障制度の利用、なかでも身体障害者手帳の所持者の割合が有意に多かった³³。身体障害者手帳の保持は、HIV 感染症という内部障害を理由とした身体障害者手帳である可能性が高いことも示唆されている⁴⁸。覚醒剤事犯の再犯率が高い現状²⁴を鑑みると、VBP 参加者の累積断薬継続率は非常に高く、薬物使用に関する転機は一見良好である。しかし、参加者の約半数が追跡期間中に TM から脱落しており、この断薬継続率には VBP から脱落してしまった者のデータは反映されていない点に注意が必要である。

第三節 本論文の目的

VBP は対象者にとって低負担で、受動的で、支援へのアクセスのハードルも比較的低い、電話を使った地域での「ゆるやかな見守り」というアプローチであるにもかかわらず、そのゆるやかな繋がりからも離れてしまう人が多いのが現状である。本論文の目的は、VBP から脱落した人々の特性やその関連要因を明らかにし、地域社会における薬物犯罪の法的処遇の対象となった者に対する継続的かつ効果的な治療・支援の方策を模索することである。本論文は、2つの研究をもとに構成されている。まず、VBP から脱落した者の特徴と脱落に関連する要因に関する研究(第二章)では、性差に着目しながら、TM から脱落した者の特徴と、脱落に関連する要因を特定し、継続的な地域支援を行う上で重要な因子を明らかにすることを目的とする。次に、薬物犯罪の法的処遇の対象となり更生保護施設を利用する者の健康格差に関する研究(第三章)では、第二章で脱落のリスク因子として明らかになった、更生保護施設を利用する者の集団特性と必要なサポートについて深掘りして、ハイリスク集団に対する継続的な地域支援を行う上で具体的な方策を検討することを目的とする。

薬物犯罪の法的処遇の対象となった者に対する地域における治療・支援を検討するにあたり、VBP から脱落し、そのゆるやかな支援からも自ら関係を絶つ人々こそが、覚醒剤事犯の高い再犯率に寄与している可能性がある。これらの人々は、脆弱性を持つグループで、何かしらの理由で支援から途切れやすい性質を持つ可能性がある。また、TM のようなゆるやかな支援では不十分で、より集中的な支援が必要な集団なのかもしれない。だからこそ、VBP から脱落した人々を精査することが重要であり、彼らがどのような特徴を持ち、どのような特別なサポートが必要なのかを理解するための鍵となる。本論文は、薬物犯罪の法的処遇の対象となった者に対する地域における継続的かつ効果的な支援を実現するための重要な知見を提供し、日本の地域支援システムの構築に寄与することが期待される。

第二章 VBP から脱落した者の特徴と脱落に関連する要因に関する研究

第一節 緒言

物質使用の問題を抱える人の治療・支援のアクセス率が低い問題に加え、治療・支援に辿り着いた人の中でも、その高い脱落率は課題である。物質使用症の治療・支援からの脱落に関する研究はこれまで多くされてきている。主に海外のデータではあるが、医療機関における解毒治療の脱落率は 約 20～40%^{49,50}、外来治療では約 50%^{51,52}、入所型プログラムでは 約 20～60%^{7,53}、日本では行われていないがメサドンやブプレノルフィンの代替治療では 約 30%～70%^{54,55}であった。また、医療機関や入所施設以外の地域支援の文脈では自助グループの脱落率は 40%⁸であった。必ずしも、より多くの治療を受けることや、長く継続することが最善ではあるとはいえないが、既存の研究では治療・支援から脱落した者の転帰は、継続する者に比べて好ましくない結果となることが多い。例えば、脱落に関連して再使用、法的および経済的困難、健康状態の悪化、再入院のリスクが増加することが示されている^{56,57}。さらに、治療からの脱落は、犯罪の助長、HIV の蔓延、家族などのサポートしてくれる周囲の人間に与える影響という点においても、社会に大きな代償をもたらす²。物質使用症は寛解と再発を繰り返す慢性疾患として捉えられ^{58,59}、他の慢性疾患同様、継続的な治療・支援は重要である。治療・支援からの脱落には、患者要因、治療要因、治療プロセス要因の3つの要因が関係する⁶⁰。患者要因に着目すると、一部、高いリソースや機能レベルにより早期に治療を離脱することを指摘している研究⁶¹はあるものの、一般的には、途中離脱した者は、治療完了者と比較して、より問題を抱えている。これらの問題は社会経済的地位（低い教育水準⁶²、失業^{62,63}、若年^{63,64}）、併存する精神疾患の診断⁶⁵、薬物使用パターン^{63,65}、犯罪歴⁶⁶、低い治療動機⁶⁷、個人および社会的関係（認知機能⁶⁸、小児逆境の体験⁶⁹、家庭・生活環境^{65,70}）など、複数の機能領域にわたることが示されている。

しかし、これらの治療・支援からの脱落に関する先行研究の多くは、物質使用症の治療・支援に特化した医療機関や入所施設を対象としており、それらからの脱落に関する議論が中心であった。一方で、地域で生活している薬物使用者を対象とし、無料で平等に利用できる地域支援における脱落に関する研究は、自助グループに関する研究⁸を除けばほとんど存在していない。このような地域支援の文脈では、医療機関や入所施設へアクセスできる限られた層のみならず、社会

的・経済的背景や支援ニーズが多様な人々を含むため、これまでの研究では捉えきれなかった層の実態を明らかにする可能性がある。また、地域支援は利用者との接触頻度や支援の柔軟性が異なるため、脱落を引き起こす要因やその影響は医療機関や入所施設とは大きく異なることが予想される。そのため、地域支援における脱落を体系的に理解し、これまで見過ごされてきた要因を明らかにするには、さらなる調査と詳細な検討が必要である。また、第一章第二節 3 で詳述した通り、TM を用いた物質使用症支援に関する研究はまだ新しく、その有効性に関する研究は徐々に蓄積されつつあるものの、TM からの脱落に関する研究は存在していない。TM は、費用対効果が高く、物質使用症支援における新たな有効な手段として期待されている一方で、対象者の応答率に大きく依存するという特性を持ち、そのため脱落のリスクを慎重に捉える必要がある。このような TM 特有の課題に着目した研究は、今後の物質使用症支援における多様な支援体制の構築に寄与するだけでなく、TM そのものの発展や改良にも大きく貢献する可能性がある。

VBP のような「緩やかな見守り支援」は、対象者にとって低負担で受動的かつ継続的な接触を可能とする TM を活用した支援形式であり、支援への参加障壁を低減することを目的としている。しかしながら、これにもかかわらず自らその関係を絶つ者が一定数存在するという事実は、彼らが支援から途切れやすい特性を有する可能性を示唆している。この層は、従来の支援システムでは十分に把握されてこなかった、より脆弱で支援へのアクセスおよび継続に困難を抱える層であると考えられる。こうした背景を持つ者は、支援にアクセスするだけでなく、継続的な関与を維持すること自体にも課題を抱えている場合がある。したがって、脱落しやすい層を特定し、その特徴や支援ニーズを明らかにすることは、既存の支援方法の限界を認識し、包括的かつ柔軟性のある支援プログラムの設計に向けた重要な一歩となる。また、この層はこれまでの研究や支援システムでは十分に考慮されてこなかった可能性が高く、本研究を通じて得られる知見は、地域支援の新たな方向性を提示する上で貴重な示唆を提供するものと期待される。本研究の目的は、薬物犯罪により法的処遇の対象となった者を対象に、地域での「緩やかな見守り」というコンセプトのもと、電話を用いた長期的かつ継続的な支援を行う VBP における TM からの脱落者の特徴および脱落に関連する要因を明らかにすることである。さらに、これまでの先行研究で指摘される、物質使用の問題を抱える者における性差⁷¹、薬物問題を抱え服役した者における性差⁷²、および TM のアウトカムにおける性差^{38, 42}を考慮し、TM からの脱落と性別による違いに関しても検討を行う。本研究では、予め特定の仮説を設定せず、探索的研究デザインを採用し、脱落に関連する可能性のある幅広い要因を検討する。これにより得られる知見は、薬物関連の法的処遇対象者に対する継続的な

地域支援に関する文献に寄与し、包括的かつ効果的な支援システムを構築するための政策や方策の開発に貢献するものと考えられる。

第二節 研究方法

VBP の対象者、参加手順、調査方法に関しては第一章第二節に詳述した通りである。

1. 解析対象者

本研究は、2017 年 3 月 1 日から 2022 年 9 月 30 日の期間の VBP 参加者のデータを用いた。保護観察所にて、上記期間の間に、合計 996 人の VBP への参加意思を有する者を精神保健福祉センターに紹介し、紹介された者のうち、272 人が除外され（260 人が参加辞退、12 人が正式な同意待ち）、合計 724 人が正式に参加同意し、登録された。分析の前段階で、以下の理由により 178 人の参加者を除外した：1）覚醒剤が主要薬物でない 44 人（全体の約 6-7%に相当）は、研究の整合性と解析の精度を高めるために除外、2）2022 年 9 月 30 日時点で追跡調査期間が 1 年に達していなかった 93 人は、追跡調査が進行中であったため除外、3）逮捕、死亡、または VBP 管轄外地域への転居などのやむを得ない事情により TM を中断せざるを得なかった 41 人は除外。このように、分析の妥当性を確保するために慎重に参加者を選別し、最終的なサンプル（n=546；図 1）には、上記の基準を満たした者のみが含まれた。

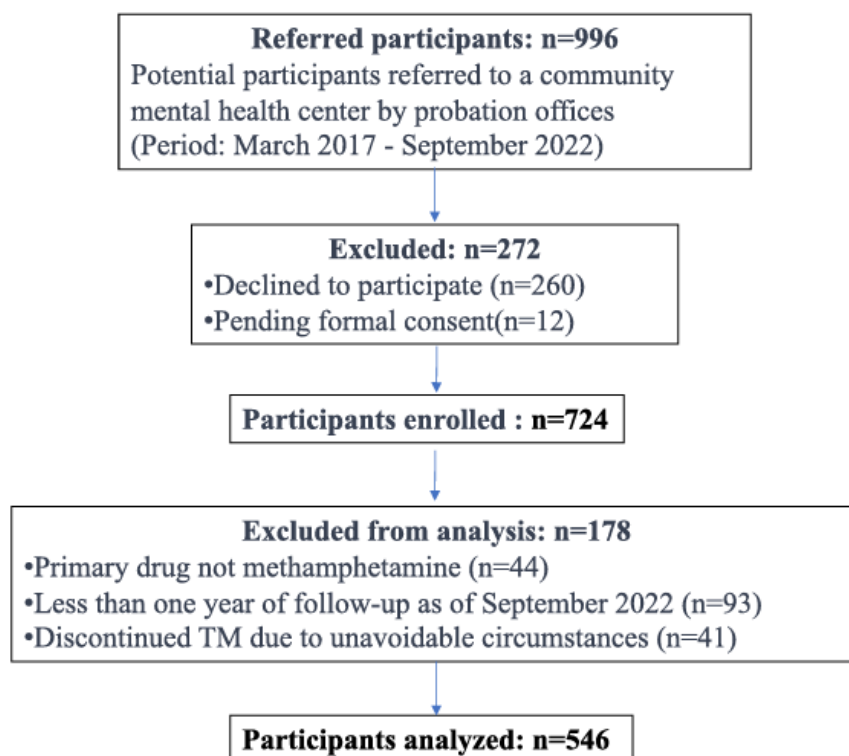


図 1 第二章：研究分析対象者の選定フローチャート

2. メインアウトカム：脱落の定義

VBP では3年間の TM を通した追跡を行なっているが、1年以内の早期脱落する者の特性や要因を理解することが、脱落を防ぐための対策を講じ継続的で効果的な支援を検討する上で重要であると考えた。そのため、本研究における「脱落」の定義は、一年以内の早期脱落とした。「脱落」には、1) 参加者本人から中止の要請と、2) 一定期間参加者から応答がないケースが含まれる。2) に関して以下に詳述する。

VBP 参加者は最初に1回の対面セッションを受け、その後、1年目は3ヶ月に1回、合計4回の定期的な TM を受ける。参加者が電話に応答しない場合、担当者は週1回以上の電話を4週続けて試みる。これらの追加の電話に対しても応答がない場合、その期の TM は「スキップ」として記録された。2期連続（すなわち、6ヶ月間応答なし）して「スキップ」が記録された場合、2) のケースとして「脱落」とみなされた。この6ヶ月間の不応答による脱落基準に基づき、1年を評価期間として早期脱落を定義することで支援開始後の早期段階における脱落リスクの高い参加者を特定し、脱落防止策の構築に向けた知見を得ることが期待される。

VBP の TM からの脱落は、本研究の主要なアウトカムとして扱われた。脱落は、「イベントが発生するまでの時間」を測定する方法で評価された。具体的には、参加者が TM から脱落するかどうか、そして脱落した場合は、精神保健福祉センターの担当スタッフが記録した脱落日をもとに分析した。脱落することなく、1年間 TM を完了した参加者を、開始から1年後の日付で打ち切った。

3. 共変量および説明変数

共変量および説明変数として、VBP の調査項目（第一章第二節 2.参照）のうち、以下の調査項目を使用した：社会人口学的変数、健康状態に関する項目（精神疾患の有無、過去一年自殺念慮・企図の有無、健康満足度、QOL）、DAST-20、犯罪歴（薬物犯罪による逮捕歴、矯正施設入所歴）、現在の薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用状況、および薬物に関する相談相手の有無。

4. 統計学的解析

まず、探索的分析として、単変量解析（連続変数には t 検定、カテゴリカル変数には χ^2 二乗検定）を用いて、1年間の追跡状況（非完了者または完了者）とベースラインの人口統計学的、臨床的、社会的支援および犯罪関連変数との関連を調べた。「非完了者」とは、1年以内に TM から脱落した参加者を指す。次に、多変量で調整した Cox 比例ハザード回帰分析を用いて、脱落に関連する危険因

子と保護因子を特定した。この分析では、各参加者の VBP 参加期間をアウトカム変数とし、TM からの脱落（はい／いいえ）をイベント変数とした。リスク時間は、参加者が最初のセッションを受けた日から、参加者が脱落した日または 1 年間の TM を完了した日までの時間とした。Cox 比例ハザード回帰モデルに組み入れられた変数は、先行する物質使用症の治療・支援からの脱落に関する研究⁷³⁻⁷⁵、専門家の臨床的な知見、および各説明変数との単変量 Cox 比例ハザード回帰分析で脱落に有意に関連したもの（ $p < .05$ ）に基づいている。最終的に、性、年齢、配偶者の有無、住居、教育、精神疾患の有無、過去 1 年間の自殺念慮／未遂の有無、QOL、健康満足度、薬物犯罪による逮捕歴、現在の薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用状況、および薬物に関する相談相手の有無の 12 変数が共変量として選択された。多変量モデルは、これら 12 の候補変数に基づいて、多変量調整ハザード比（HR）とその 95%信頼区間（CI）を推定した。さらに、先行研究⁷⁶⁻⁷⁹と、記述統計および単変量解析に基づいて、結果の精度と有用性を向上させるために、性別および更生保護施設利用の有無で層別化した 2 つの感度分析を実施した。さいごに、前述の Cox 比例ハザード回帰モデルを用いて、全集団の生存曲線と、性別および更生保護施設利用の有無による層別化した生存曲線を作成し比較した。すべての統計解析と生存曲線の作成は、IBM SPSS Statistics version 29 を用いて行った。この研究では、統計的有意性を両側 $p < .05$ と定義した。

5. 倫理的配慮

本研究は、NCNP と法務省保護局観察課との協定締結のもと、NCNP センター倫理委員会の承認を得て実施された（承認番号 A2016-088）。

第三節 研究結果

1. 非完了者と完了者の比較：単変量解析によるベースライン変数の関係

本研究における、平均追跡期間は 315.6 日、総観察期間は 172,368 人年であった。参加者 546 人のうち男性は 410 人（75%）であった。1 年後の追跡調査では、238 人（43.6%）が脱落した。表 1 は、1 年後の追跡状況（すなわち、非完了者または完了者）と、ベースラインの社会人口学的変数、健康状態及び支援状況、犯罪関連変数との関連を示している。非完了者は、完了者に比べ、女性、やや高齢、低学歴（中卒以下）の傾向が強かった。さらに、非完了者は、更生保護施設に居住する者の割合が有意に高かった。薬物問題の重症度に関しては、両群に有意差はなかったが、非完了者は完了者よりも健康満足度と QOL が有意に低いことに加え、精神疾患の併存や過去一年の自殺企図経験がある者が多い傾向も僅かに見られた。現在の薬物使用症に対する治療・支援の利用状況については、非完了者は完了者に比べ、利用率が有意に低いのに加え、相談相手すら不在である傾向も僅かにみられた。さいごに、非完了者は薬物関連の前科が複数ある可能性がやや高く、収監歴が 2 回以上ある繰り返し服役している者が有意に多かった。

表 1 1年後の追跡状況と、ベースラインの社会人口学的変数、健康状態及び支援状況、犯罪関連変数との関連 (N=546)

	Non-completers		Completers	
	N	% or mean (SD)	N	% or mean (SD)
Sex				
Men	161	67.6	249	80.8
Women	77	32.4***	59	19.2
Age	238	47.3 (10.52)†	308	45.8 (9.58)
20-29	11	4.60	14	4.50
30-39	43	18.1	63	20.5
40-49	85	35.7	126	40.9
50-59	71	29.8	82	26.6
over60	28	11.8	23	7.5
Marital status				
Single	69	29.0	99	32.1
Married/Partnered	46	19.3	70	22.7
Wid./Divorced	123	51.7	139	45.1
Education				
Junior High graduate or less	158	66.4***	160	52.1
High school graduate or higher	80	33.6	147	47.9
Data missing			1	
Employment status				
Employed full/part-time	104	43.9	149	48.5
Unemployed	133	56.1	158	51.5
Data missing	1		1	
Housing				
Own apartment/home	89	37.4	218	71.2
Acquaintance/friend's place	13	5.50	33	10.8
Halfway house	129	54.2***	41	13.4
Rehabilitation centers	7	2.90	14	4.60
Data missing			2	
Comorbid mental health diagnosis(other than SUD)				
No	179	75.2	252	81.8
Yes	59	24.8†	56	18.2
Health satisfaction (0-5)	236	2.75 (1.13)*	301	2.95 (1.07)
Data missing	2		7	
Quality of Life (0-5)	236	3.06 (0.99)*	301	3.24 (0.98)
Data missing	2		7	
Past-year suicide ideation/attempt				
Never	201	84.8	266	86.4
Ideation	25	10.5	38	12.3
Attempt	11	4.64†	4	1.30
Data missing	1			
Drug problem severity (DAST-20)				
Low	21	8.8	31	10.1
Intermediate	76	31.9	101	32.8
Substantial	107	45.0	144	46.8
Severe	34	14.3	32	10.4
Current use of SUD services				
None	108	45.4***	91	29.5
Yes	130	54.6	217	70.5
Trust relationship with others				
None	38	16.0†	33	10.7
More than one	200	84.0	275	89.3
Recidivism: drugs control act				
First time	9	3.80	23	7.50
Second or more times	229	96.2†	285	92.5
Incarcerations				
None	8	3.40	35	11.4
First time	72	30.5	109	35.5
Second or more times	156	66.1***	163	53.1
Data missing	2		1	

Note: Pearson χ -squared test (for categorical variables) and t-test (for continuous variables) were used to compare non-completers and completers at the one-year follow-up point.

*p<0.05, **p<0.01, ***p<.001, †p<.10

SUD: Substance use disorder

2. Cox 比例ハザード回帰モデルによる生存時間分析：脱落に影響を与える変数

多変量で調整した Cox 比例ハザード回帰モデルでは、TM の脱落に影響する、4 つの有意な因子が特定された（表 2）。まず、1 年以内に TM から脱落するリスク因子として、更生保護施設に居住していること（HR：3.55、95%CI：2.61-4.84）、過去 1 年間の自殺企図の経験があること（HR：3.17、95%CI：1.66-6.08）が示された。逆に、教育水準が高いこと（HR：0.69、95%CI：0.52-0.93）、現在何らかの薬物使用症の治療・支援を受けていること（HR：0.69、95%CI：0.52-0.91）は保護因子として示され、脱落リスクを減少させた。

次に、男女の脱落に関連する要因の系統的な違いの可能性を調査するために、性による層別分析を行った結果（表 3 の A）、更生保護施設に居住していることは男女に共通した、リスク因子として示された。しかし、他の因子に関しては男女間に相違が見られた。教育水準が高いことと、現在治療・支援を受けていることは、男性に対してのみ、脱落の保護因子として示された。一方で、過去 1 年間の自殺企図歴があることは、女性に対してのみ、脱落のリスク因子として表れた。次に、更生保護施設に居住している者と居住していない者による層別解析を行った結果（表 3 の B）、過去 1 年間の自殺企図歴は、更生保護施設居住の有無に関わらず、脱落の有意なリスク因子であった。一方で、教育水準が高いことと、現在治療・支援を受けていることは、居住者に対してのみ脱落の保護因子として示された。全集団と層別サンプルの生存曲線の結果を図 2 に示す。

表 2 多変量で調整した Cox 比例ハザード回帰モデルの結果：1 年以内の脱落に関連する因子(N = 530)

	Crude HR (95% CI)	P-value (Crude)	Adjusted HR (95% CI)	P-value (Adjusted)
Women (vs. Men)	1.59 (1.21-2.09)	<0.001	1.07 (0.79-1.45)	0.68
Ageclass (Ref: 20-29)				
30-39	0.90 (0.46-1.74)	0.75	0.88 (0.45-1.74)	0.71
40-49	0.91 (0.49-1.71)	0.78	0.88 (0.46-1.68)	0.69
50-59	1.08 (0.57-2.04)	0.82	1.02 (0.52-2.00)	0.95
over 60	1.46 (0.73-2.94)	0.29	0.96 (0.46-2.02)	0.92
Marital status (Ref: Married/Partnered)				
Single	1.01 (0.69-1.46)	0.98	1.01 (0.67-1.52)	0.98
Widowed/Divorced	1.24 (0.88-1.74)	0.21	1.03 (0.72-1.48)	0.87
Housing (Ref: Own apartment/home)				
Acquaintance/friend's place	0.98 (0.55-1.75)	0.94	0.78 (0.42-1.46)	0.44
Halfway house	4.06 (3.09-5.33)	<0.001	3.55 (2.61-4.84)	<0.001
Rehabilitation centers	1.23 (0.57-2.66)	0.59	1.32 (0.58-2.98)	0.50
Education				
High school graduate or more (vs. Junior high graduate or less)	0.65 (0.50-0.85)	0.002	0.69 (0.52-0.93)	0.01
Mental health diagnosis (other than SUD)				
Yes (vs. No)	1.39 (1.03-1.86)	0.03	1.1 (0.79-1.55)	0.57
Past-year suicide ideation/attempt (Ref: Never)				
Ideation	0.88 (0.58-1.33)	0.54	0.84 (0.54-1.31)	0.44
Attempt	2.53 (1.38-4.65)	0.003	3.17 (1.66-6.08)	<0.001
Quality of life	0.87 (0.76-0.98)	0.03	0.91 (0.79-1.03)	0.14
Health satisfaction	0.86 (0.77-0.97)	0.02	0.95 (0.84-1.08)	0.46
Incarcerations (Ref: None)				
First time	2.37 (1.14-4.91)	0.02	1.73 (0.82-3.64)	0.15
Second or more times	3.18 (1.56-6.46)	0.001	1.67 (0.79-3.51)	0.18
Current use of SUD services				
Yes (vs. No)	0.57 (0.44-0.73)	<0.001	0.69 (0.52-0.91)	0.01
Trusted relationship with others				
More than one (vs. None)	0.69 (0.49-0.98)	0.04	1.22 (0.83-1.78)	0.31

Note: The multivariable Cox proportional hazards regression model included 12 variables: sex, age, marital status, housing, education, mental health diagnosis (other than SUD), past-year suicide ideation/attempt, quality of life, health satisfaction, number of incarcerations, current use of SUD services, and trusted relationship with others.

表 3 性別 (A) および更生保護施設利用の有無(B)で層別化した 2 つの感度分析結果

A. Stratified by sex

Results of multivariable Cox proportional hazards regression model for predicting dropout from TM of VBP within one year stratified by sex (N = 530).

	Women (N=132)				Men (N = 398)			
	Crude HR (95% CI)	P-value (Crude)	Adjusted HR (95% CI)	P-value (Adjusted)	Crude HR (95% CI)	P-value (Crude)	Adjusted HR (95% CI)	P-value (Adjusted)
Ageclass (Ref: 20-29)								
30-39	1.22 (0.42-3.52)	0.72	0.70 (0.22-2.3)	0.56	0.68 (0.29-1.60)	0.38	0.82 (0.34-1.98)	0.65
40-49	0.95 (0.33-2.72)	0.93	0.46 (0.14-1.52)	0.20	0.93 (0.42-2.03)	0.85	1.09 (0.49-2.46)	0.83
50-59	0.89 (0.30-2.66)	0.83	0.55 (0.16-1.9)	0.34	1.21 (0.55-2.66)	0.63	1.32 (0.58-3.02)	0.51
over 60	1.21 (0.35-4.15)	0.76	0.56 (0.14-2.23)	0.41	1.63 (0.69-3.83)	0.26	1.17 (0.48-2.88)	0.73
Marital status (Ref: Married/Partnered)								
Single	0.94 (0.49-1.81)	0.86	1.08 (0.48-2.44)	0.86	1.34 (0.81-2.21)	0.26	1.26 (0.74-2.16)	0.40
Widowed/Divorced	0.97 (0.59-1.61)	0.92	0.87 (0.45-1.7)	0.68	1.64 (1.02-2.65)	0.04	1.30 (0.79-2.14)	0.30
Housing (Ref: Own apartment/home)								
Acquaintance/friend's place	1.26 (0.49-3.23)	0.63	1.01 (0.33-3.05)	0.99	0.81 (0.38-1.77)	0.60	0.69 (0.31-1.51)	0.35
Halfway house	4.82 (2.75-8.46)	<0.001	5.98 (3.00-11.9)	<0.001	3.64 (2.63-5.04)	<0.001	3.10 (2.14-4.48)	<0.001
Rehabilitation centers	-	-	-	-	1.24 (0.57-2.69)	0.59	1.35 (0.58-3.11)	0.49
Education								
High school graduate or more (vs. Junior high graduate or less)	0.61 (0.36-1.04)	0.07	0.68 (0.35-1.31)	0.25	0.71 (0.51-0.97)	0.03	0.68 (0.48-0.95)	0.02
Mental health diagnosis (other than SUD)								
Yes (vs. No)	1.10 (0.68-1.78)	0.69	1.11 (0.61-2.02)	0.75	1.42 (0.97-2.08)	0.07	1.11 (0.72-1.72)	0.64
Past-year suicide ideation/attempt (Ref: Never)								
Ideation	0.96 (0.51-1.83)	0.91	0.76 (0.33-1.73)	0.51	0.78 (0.45-1.34)	0.37	0.73 (0.41-1.3)	0.29
Attempt	2.73 (1.24-5.99)	0.01	7.93 (2.91-21.6)	<0.001	1.86 (0.69-5.03)	0.22	1.94 (0.66-5.67)	0.23
Quality of life	0.75 (0.60-0.95)	0.02	0.79 (0.61-1.03)	0.08	0.92 (0.79-1.07)	0.27	0.92 (0.78-1.08)	0.32
Health satisfaction	0.96 (0.77-1.19)	0.69	1.13 (0.87-1.47)	0.36	0.85 (0.74-0.98)	0.03	0.91 (0.78-1.06)	0.24
Incarcerations (Ref: None)								
First time	5.10 (1.21-21.52)	0.03	2.46 (0.55-11.07)	0.24	1.78 (0.76-4.18)	0.18	1.36 (0.57-3.24)	0.48
Second or more times	4.70 (1.14-19.33)	0.03	1.62 (0.34-7.73)	0.55	2.75 (1.21-6.25)	0.02	1.39 (0.59-3.29)	0.45
Current use of SUD services								
Yes (vs. No)	0.85 (0.54-1.34)	0.49	0.74 (0.44-1.23)	0.24	0.49 (0.36-0.67)	<0.001	0.65 (0.46-0.91)	0.01
Trusted relationship with others								
More than one (vs. None)	0.85 (0.43-1.71)	0.66	1.29 (0.56-2.95)	0.55	0.62 (0.42-0.93)	0.02	1.17 (0.75-1.81)	0.50

Note: The multivariable Cox proportional hazards regression model included 11 variables: age, marital status, housing, education, mental health diagnosis (other than SUD), past-year suicide ideation/attempt, quality of life, health satisfaction, number of incarcerations, current use of SUD services, and trusted relationship with others.

B. Stratified by halfway-house residency

Results of multivariable Cox proportional hazards regression model for predicting dropout from TM of VBP within one year stratified by halfway-house residents and non-residents (N = 530).

	halfway-house residents (N = 168)				non-residents (N = 362)			
	Crude HR (95% CI)	P-value (Crude)	Adjusted HR (95% CI)	P-value (Adjusted)	Crude HR (95% CI)	P-value (Crude)	Adjusted HR (95% CI)	P-value (Adjusted)
Women (vs. Men)	1.29 (0.91-1.82)	0.16	1.05 (0.71-1.57)	0.79	1.09 (0.68-1.74)	0.73	0.99 (0.59-1.65)	0.97
Ageclass (Ref: 20-29)								
30-39	1.08 (0.41-2.88)	0.88	0.88 (0.31-2.53)	0.82	0.88 (0.36-2.15)	0.77	0.7 (0.28-1.78)	0.46
40-49	1.26 (0.50-3.17)	0.62	1.03 (0.38-2.8)	0.96	0.71 (0.30-1.69)	0.44	0.54 (0.22-1.34)	0.19
50-59	1.30 (0.51-3.31)	0.59	1.13 (0.4-3.16)	0.82	0.96 (0.40-2.29)	0.93	0.76 (0.3-1.91)	0.56
over 60	1.08 (0.41-2.89)	0.87	0.92 (0.32-2.69)	0.88	1.17 (0.40-3.36)	0.78	1.06 (0.35-3.23)	0.92
Marital status (Ref: Married/Partnered)								
Single	0.83 (0.47-1.45)	0.51	0.83 (0.44-1.57)	0.57	1.02 (0.62-1.69)	0.93	1.08 (0.62-1.87)	0.79
Widowed/Divorced	0.95 (0.58-1.56)	0.84	1.01 (0.59-1.73)	0.97	0.99 (0.61-1.59)	0.95	0.92 (0.55-1.51)	0.73
Education								
High school graduate or more (vs. Junior high graduate or less)	0.62 (0.42-0.91)	0.01	0.62 (0.41-0.96)	0.03	0.76 (0.51-1.11)	0.16	0.79 (0.52-1.2)	0.26
Mental health diagnosis (other than SUD)								
Yes (vs. No)	1.52 (1.05-2.21)	0.02	1.24 (0.79-1.95)	0.36	0.90 (0.54-1.49)	0.68	0.89 (0.52-1.54)	0.68
Past-year suicide ideation/attempt (Ref: Never)								
Ideation	1.06 (0.63-1.79)	0.83	0.86 (0.48-1.56)	0.62	0.68 (0.34-1.35)	0.27	0.63 (0.31-1.29)	0.21
Attempt	3.14 (1.37-7.16)	0.01	4.64 (1.86-11.6)	<0.001	2.35 (0.96-5.78)	0.06	3.3 (1.26-8.67)	0.02
Quality of life	0.94 (0.80-1.12)	0.50	0.94 (0.78-1.13)	0.50	0.90 (0.74-1.09)	0.26	0.83 (0.67-1.02)	0.08
Health satisfaction	0.88 (0.75-1.04)	0.13	0.87 (0.73-1.05)	0.14	1.01 (0.85-1.20)	0.93	1.03 (0.85-1.25)	0.76
Incarcerations (Ref: None)								
First time	2.93 (0.40-21.5)	0.29	1.88 (0.24-14.7)	0.55	1.65 (0.74-3.69)	0.23	1.5 (0.66-3.39)	0.34
Second or more times	2.69 (0.37-19.3)	0.33	1.55 (0.2-12.33)	0.68	1.96 (0.90-4.29)	0.09	1.86 (0.82-4.2)	0.14
Current use of SUD services								
Yes (vs. No)	0.58 (0.41-0.82)	0.002	0.51 (0.35-0.75)	<0.001	0.97 (0.64-1.47)	0.90	1.03 (0.66-1.61)	0.90
Trusted relationship with others								
More than one (vs. None)	1.17 (0.77-1.76)	0.46	1.27 (0.81-1.99)	0.29	0.92 (0.46-1.82)	0.81	0.89 (0.42-1.88)	0.77

Note: The multivariable Cox proportional hazards regression model included 11 variables: sex, age, marital status, education, mental health diagnosis (other than SUD), past-year suicide ideation/attempt, quality of life, health satisfaction, number of incarcerations, current use of SUD services, and trusted relationship with others.

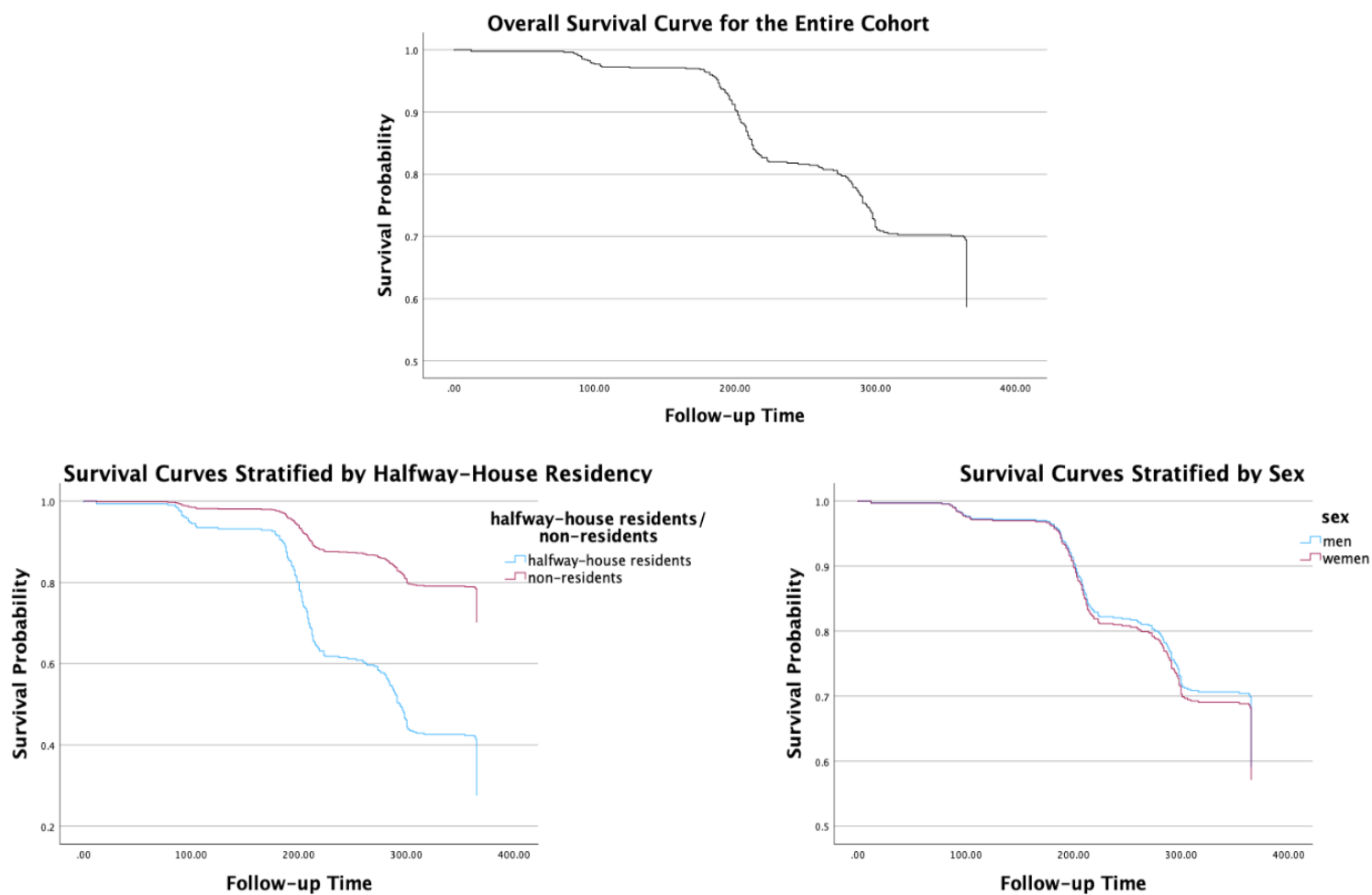


図 2 全集団の生存曲線と、性別および更生保護施設利用の有無による層別化した生存曲線

第四節 考察

1. VBP の TM からの脱落に関連するリスク因子と保護因子

本研究の目的は、薬物犯罪による法的処遇の対象となり、保護観察に付され、地域で生活する者を対象に、地域コミュニティ内の支援者から電話を用いて長期的かつ継続的な支援を行う VBP の TM からの脱落に関連する要因と性差を明らかにすることであった。本研究では、TM の脱落に影響する、4 つの有意な因子が特定された。1 年以内に TM から脱落するリスク因子として、更生保護施設の居住と過去 1 年間の自殺企図経験、保護因子として、教育水準の高さと現在の薬物使用症治療・支援の利用が明らかになった。さらに、性差に注目すると、女性に対してのみリスク因子として自殺企図経験、男性に対してのみ保護因子として教育水準の高さと現在の薬物使用症治療・支援の利用、両群に共通するリスク因子として、更生保護施設の居住が示された。

過去 1 年間の自殺企図経験は TM からの脱落の有意なリスク因子として明らかになった。薬物使用症は心理社会的問題を引き起こし、自殺企図のリスクを増大させ、両者の間には強い相関関係がある^{80,81}。自殺リスクのある人は、治療・支援へのアクセスが限られている傾向があり、希死念慮の強さは、希求行動と逆相関している⁸²。さらに、自殺リスクの高い集団は長期的な治療の継続が困難であることも指摘されている⁸³。したがって、本研究結果は先行研究の傾向と一致している。TM は、医療機関への受診などの、治療・支援を受けるための「能動的」な行動をほとんど必要としない、「受動的」な支援形態であるにもかかわらず、それでも尚、困難な状況を改善するために他者や機関からの支援を受け入れ、それを継続することは、自殺リスクが高い人々にとって困難である可能性が示唆される。先行研究では、TM はうつ症状の重症度が低い患者に対してより効果的であると示されており^{43,44}、自殺企図経験や重篤な精神的健康問題を抱える者に対しては、TM のような低強度のアプローチよりも、適切な治療調整を伴うよりインテンシブな心理社会的支援が必要であることも示唆される。特に、VBP は、地域での「ゆるやかな見守り」というコンセプトのもと、TM の実施頻度は先行研究よりも低くデザインされている。TM の介入頻度を増やすことで、重篤な精神的健康問題を抱える人の脱落リスクを軽減できるかもしれない。また、本プロジェクトでは、コホート調査という枠組みの中で TM を展開しているため、決まった質問項目をベースに対話を進める形式を取っているが、今後この調査の枠組みを超えて、動機付け面接やトラウマインフォームドケアなどの様々なアプローチを介入内容に盛り込むことができれば、さらなる支援の質の向上が期待される。

男女別で感度解析を実施すると、このリスク因子は、女性に限定された。薬物犯罪による法的処遇の対象となった者を含め、薬物問題を抱える女性は、男性に比べて多岐にわたる生活の困難に直面しており、精神疾患を併発している割合が高い^{71,72}。本研究結果でも、女性がより脆弱な集団であることを示唆している。物質使用の問題を抱える女性は、特有の社会的および心理的要因により、支援を求める際の障壁が大きく、多くの場合、より複雑な心理的・社会的な支援のニーズがある。そのため、個々の女性のニーズに合わせた治療の必要性が指摘されている⁸⁴。VBPのTMは性別に関係なく一律に実施されていたため、女性のニーズに特化したアプローチの模索が不可欠である。

次に、教育水準の高さ、現在の薬物使用症治療・支援の利用が脱落リスクを減少する保護因子として特定された。男女別で感度解析を実施すると、男性のみで保護因子として示された。高学歴は物質使用症の治療の中断に対して保護的に働くことが明らかになっており⁶⁰、先行研究の傾向に一致する。さらに、ソーシャルサポートは物質使用症の治療の継続にとって重要であり^{85,86}、何らかの治療・支援を受けることは脱落リスクを低下させることが示されている。例えば、自助グループのNarcotics Anonymous (NA)の「スポンサー」と呼ばれる回復の道のを助けるメンター役や、共に回復を目指す仲間など、親族以外のメンバーとの社会的ネットワークを広げることが、脱落率の低下に繋がる⁸⁷。特に男性においては、非親族ネットワークの入れ替わりのプロセス、つまり、回復に対する支援や理解が不十分な非親族メンバーとの関係を減らし、より協力的な非親族ネットワークに置き換えが起こっていることが示唆された⁸⁷。対照的に、女性は友人関係などの社会的関係を長期にわたって維持する傾向があり⁸⁸、男性のような非親族ネットワークの入れ替わりが少ない可能性がある。このような男女間の社会的ネットワークのパターンの違いによって、男性に限定して、薬物使用症治療・支援の利用が、TMの脱落に対する保護因子になり得ることが説明できる。具体的には、ダルク、自助グループ、精神保健福祉センター、医療機関など、地域の回復資源とつながりを持ち、薬物使用やその人が求める回復に対してサポートティブな仲間や支援者とできるだけ多く繋がっていくことが重要である。

更生保護施設の入居は、男女ともに共通して、TMから脱落する重要なリスク因子であることが確認された。更生保護施設は、頼ることができる人がおらず、恵まれない生活環境にある、または社会生活上の問題を抱えることで、犯罪を犯した人や非行のある少年たちの中でも自立や更生が困難な人々を一定期間保護し、彼らの円滑な社会復帰を支援し再犯の防止に寄与している。保護観察の対象となる者は原則として住居を確保しなければならず、帰住先がない人は、更生保護施設を選択するケースが多い。更生保護施設利用者に関する文献は非常に限られているものの、先行研究において、利用者は学歴、社会経済的地位が低い傾

向にあり^{79,89,90}、親族との不和により十分な支援を受けられない者が多いことが示されている⁷⁹。本研究結果は、先行研究⁹¹と同様に、社会経済的に恵まれない背景を持つ人々、十分な社会的支援が得られない人々、および不安定な生活環境にある人々などの困難に直面している集団が TM から脱落するリスクが高い可能性を示唆している。さらに、更生保護施設の居住の有無で層別化した感度分析では、教育水準の高さ、現在の薬物使用症治療・支援の利用が、居住者のみの脱落の保護因子であることが示された。前述した親族以外のメンバーとの社会的ネットワークの拡大が脱落率の低下に繋がることが示されているように⁸⁷、本研究結果は、更生保護施設を利用する者が家庭環境や既存のネットワークに制約されることなく、地域の回復資源にアクセスし、支援的な非親族ネットワークを拡大できるように積極的に支援することが、TM からの脱落を低下させることを示唆している。この「支援的な非親族ネットワーク」の拡大においては、地域のダルク、自助グループ、精神保健福祉センター、医療機関などの、薬物使用を含む悩み事を相談できる相手や薬物使用問題に対してサポート的な仲間や支援者と繋がりを持つことが鍵となる。しかし、更生保護施設の平均入所日数は 81.5 日とされ²⁴、退所後に TM から脱落することも考えられることや、施設利用者は施設入所期間中には携帯電話の使用が制限されていることなど、VBP 参加と継続には構造上の問題も存在することを念頭に置いておく必要がある。更生保護施設を利用する者に関する文献は依然として限られており、彼らの実態やニーズに関するより詳細なさらなる分析が必要とされる。

2. 研究の限界

VBP の研究全体における限界について 2 点を挙げる。まず、日本全国の保護観察所でリクルートを実施することはできておらず、地域的に限定された調査である点である。加えて、保護観察所での募集及び参加者の自発的な参加による自己選択バイアスが存在し、これにより支援・援助を求める意欲の高い個人や更生や回復に前向きで積極的な個人がサンプル内で過剰に代表されている可能性がある。第一章第二節で述べたとおり、法務省保護局観察課から提供されたデータから、低い同意率と同意者群と非同意者群の傾向に差異が認められるもの³¹、研究参加資格を有する個人の詳細な情報の不足により、両群間の正確な比較分析ができない。このため、本研究のサンプルが薬物問題を抱える保護観察対象者全体を代表しているという保証が不十分であり、研究結果の一般化可能性には限界がある。次に、VBP の調査項目で用いた薬物使用の重症度を測定するために用いられた DAST-20 は、参加者の逮捕前 1 年間の状況に基づく回顧的評価に依存している。逮捕前 1 年間の状況とした理由は、日本の刑務所環境下では薬物使用が不可能であるため、参加者の過去 1 年間の薬物使用が薬物問題を正確に

反映していない可能性があるからであった。しかし、この方法には記憶の歪みを含む想起バイアスが生じるリスクが存在し、この点の信頼性は未だ十分に検証されていない。また、健康満足度および QOL の評価尺度として、WHOQOL 簡略版のそれぞれ 1 項目を用いて評価を行ったが、この方法にはいくつかの制約が存在することが示唆される。具体的には、1 項目による評価では、測定の包括性が制限される可能性があり、健康満足度や QOL の多面的な側面を十分に反映できていないリスクがある。したがって、これらの評価結果に基づく解釈は、注意深く行う必要がある。

次に、本章の脱落に関する研究において特に指摘すべき限界として、以下 3 点が考えられる。本研究では、TM からの脱落を 2 期連続（すなわち、6 ヶ月間応答なし）して「スキップ」が記録された場合と定義した。これは、地域の精神保健福祉センターの業務負担や限られた人的資源など、実現可能性を考慮して決定された。この基準は、現場レベルでの適用可能性と妥当性を確保するという目的に沿ったものであったが、科学的根拠は不足している。そのため、本研究結果の一般化や比較可能性に影響を与える可能性がある。次に、VBP の TM から脱落した人々の最終的な転帰を取り巻く不確実性も存在する。脱落に関連する因子はより悪い結果を示唆するかもしれないが、脱落が必ずしも悪い結果につながるわけではない。本研究では、脱落後の追跡調査ができておらず、最終的な転帰は不明であるため、結果を解釈する上で限界が生じる。最後に、実際に対象者に電話で交流を図った TM 実施者の詳細なデータがないことと、実際に調査項目を聴取する以外で、どのようなやり取りや関わりが行われたか等 TM の実施内容詳細のモニタリングがないことも、本研究の限界である。VBP において TM を実施する担当者は、精神保健福祉センターで通常依存症カウンセリングに従事している有資格の専門家で構成されており、高い水準が確保されている。しかしながら、VBP 参加者と担当スタッフの関係性によって TM から脱落した参加者における潜在的な調査バイアスと相まって、結果の解釈に影響を及ぼす可能性がある。脱落した理由の詳細なデータがないことは、結果の解釈を制限するものである。

このように、本研究結果にはいくつかの限界があるものの、日本で初めて地域で生活する薬物犯罪で法的処遇の対象となった集団を追跡したコホートデータを用いており、日本の薬物使用症への治療・支援において、新たな視点をもたらすものとなる。また、地域支援や TM からの脱落に関する研究が限られていることを踏まえると、本研究はこれまで積み上げられてきた薬物使用症の治療・支援からの脱落に関する文献にも寄与することが考えられる。

第五節 まとめ

本研究は、地域で生活する薬物使用に関連する犯罪で法的処遇の対象となった人々に対する継続的な支援において、重要な知見を提供するものである。本研究は、電話を用いたゆるやかな地域支援からも脱落してしまうことに関連する要因を特定した。男女ともに脱落のリスク因子として更生保護施設に居住していること、女性においてのみ、自殺企図歴がリスク因子、男性においてのみ、教育水準が高いこと現在何かしらの治療・支援を利用していることが脱落の保護因子として明らかになった。このような性差は、物質使用の問題を抱える集団に対する支援において、性別によるニーズの違いを明らかにし、性別の特性を考慮したアプローチの必要性を浮き彫りにしている。健康問題や生活上の問題など複雑な課題に直面している可能性の高いといわれる女性に対しては、TMの頻度を増やすことや、個々のニーズに合わせた心理社会的支援を提供することの重要である。また、男性に対しては、薬物使用症の治療・支援ネットワークへの参加を積極的に促すアプローチが重要である。そのような回復資源の利用を促進し、親族以外の社会的ネットワークを広げるような支援は、男女を問わずTMから脱落するリスクが高い、更生保護施設を利用する人々に対しても、脱落リスクを軽減できる可能性が示唆された。本研究は、地域で生活する薬物使用に関連する犯罪で法的処遇の対象となった人々に対して、継続的な地域支援を検討する上で重要な知見を提供する。また、これらの知見は今後の効果的で継続的な地域支援システムの確立に寄与することが期待される。

第三章 薬物犯罪の法的処遇の対象となり更生保護施設を利用する者の健康格差に関する研究

前章で示されたように、更生保護施設に居住していることは、他に特定された因子と比較しても、男女共通し、1年以内に TM から脱落する主要なリスク因子として顕著であった。本章では、VBP のデータを用いて更生保護施設を利用する人々に関する詳細な解析を行い、その特徴や治療・支援へのアクセスを含む健康格差の現状を明らかにする。

第一節 緒言

更生保護施設は、頼ることができる人がおらず、恵まれない生活環境にある、または社会生活上の問題を抱えることで、犯罪を犯した人や非行のある少年たちの中でも自立や更生が困難な人々を一定期間保護し、彼らの円滑な社会復帰を支援し再犯の防止に寄与している。刑務所から地域へ移行する際の重要な民間支援機関の 1 つとして、更生保護施設は位置づけられており、刑の一部執行猶予制度の中でも重要な帰住先となることが期待されている。2023 年時点で、全国に 102 の更生保護施設が存在し、収容定員は総計 2,399 人であり、その内訳は男性が 2,202 人、女性が 197 人となっている²⁴。これらの施設では、薬物犯罪により法的処遇の対象となった者に対して特化した処遇も期待されており、2013 年度以降、法務省は 25 施設を薬物処遇重点施設として指定し、専門的資格を持つ薬物専門職員を国費として配置し薬物依存からの回復に資する処遇が実施されている⁹²。薬物処遇重点施設では、通常の支援に加え、薬物再使用防止プログラムの実施、自助グループや民間リハビリ施設のミーティングへの参加調整、保護観察所と協力し簡易薬物検出検査の実施、医療・福祉サービスの関係機関との連絡調整などを行っている。さらに、近年では更生保護施設退所者へのフォローアップの重要性が指摘され、更生保護施設退所後、地域に生活の基盤を移した薬物依存が認められる保護観察の対象となった者等へ 2017 年度から更生保護施設での通所型のフォローアップ、2021 年度から職員が対象者の自宅等を訪問し支援を行う、フォローアップ事業が開始されている⁹³。

先行研究によれば、更生保護施設のなかで薬物犯罪により法的処遇の対象となった者の割合は約 26%となっている^{79, 90}。更生保護施設利用者は全体的に教育歴や社会経済的状態が低く、親族との不和により十分な支援を受けられないことが多い⁷⁹。薬物重点施設において、薬物問題のある利用者の年齢は 40 代の

中年層が多く、男性においては高齢層が特に多い⁸⁹。健康面に関しては、薬物問題のある女性利用者は男性よりも精神障害の合併割合が高かった⁸⁹。施設内での支援内容として、更生保護施設全体で一番多かったのが、就労支援プログラムであった^{89,90}。薬物重点施設であっても、薬物再使用防止プログラムの実施、自助グループや民間リハビリ施設のミーティングへの参加調整、医療・福祉サービスの関係機関との連絡調整を実施していない施設も存在した⁸⁹。特に、施設外への支援や調整に関しては、民間リハビリ施設や自助グループのミーティングへの参加支援は13施設中6施設(46.2%)、精神科病院やクリニックの治療のための支援に関しては、わずか3施設(23.1%)に留まった⁸⁹。多くの更生保護施設の利用者は保護観察対象であり、継続的な就労をすることが遵守事項として課され、さらに更生保護施設の大半は、速やかな就労と就労を継続することに関する規則が設けられている⁹⁴。更生保護施設における「更生」とは、再犯をしないで就労して生活の「自立」を達成することを意味していることが考えられ⁹⁴、就労に多くの時間を割いているため、施設内でのプログラムの実施や、施設外への支援や調整の実施が困難であると指摘されている⁹⁵。

更生保護施設に関する研究は依然として限られており、いずれも施設内のみで収集されたデータであるため、薬物犯罪により法的処遇の対象となった者の中で更生保護施設を利用する者の特徴や健康問題に関する相対的な理解は不足している。上記先行研究を踏まえ、我々は、薬物犯罪により法的処遇の対象となった者の中でも更生保護施設を利用する者は、利用しない者に比べて健康問題が多く、治療・支援へのアクセスが限られているという仮説を立てた。この仮説に基づき、更生保護施設を利用する者の特徴と健康格差との関連性を調査した。薬物使用症の治療・支援においては、単に薬物を断つことでなく、生活の質(QOL)や健康満足度の向上が重要な健康アウトカムである⁹⁶。しかし、従来の更生保護施設に関する研究では、QOLや健康満足度を利用者本人から収集した量的研究はほとんどない。また、更生保護施設を利用する者の薬物使用症に対する治療・支援プログラムの利用についても、先行研究で調査されているが、施設外のプログラム利用が進んでいない傾向が見られる⁸⁹。治療支援プログラムの利用が進んでいないことは、薬物使用症からの回復や健康行動の観点から重要な課題であり、大事なアウトカムであると考えられる。このような背景から、本研究では更生保護施設の健康格差を探るため、QOL、健康満足度、薬物使用症の治療支援プログラム利用の3つのアウトカムに焦点を当てた。本研究は、施設利用者と非利用者の比較を通じて、更生保護施設利用者の集団特性と必要なサポートについての重要な知見を提供することを目指す。

第二節 研究方法

VBP の対象者、参加手順、調査方法に関しては第一章第二節に詳述した通りである。

1. 解析対象者

本研究は、2017 年 3 月 1 日から 2022 年 9 月 30 日の期間の VBP 参加者のデータを用いた。保護観察所にて、上記期間の間に、合計 996 人の VBP への参加意思を有する者を精神保健福祉センターに紹介し、紹介された者のうち、272 人が除外され（260 人が参加辞退、12 人が正式な同意待ち）、合計 724 人が正式に参加同意し、登録された。分析の前段階で、以下の理由により 47 人の参加者を除外した：1）覚醒剤が主要薬物でない 44 人（全体の約 6-7%に相当）は、研究の整合性と解析の精度を高めるために除外、2）データ欠損のあった 3 人を除外。このように、最終的なサンプル（n=677；図 3）には、上記の基準を満たした者のみが含まれた。

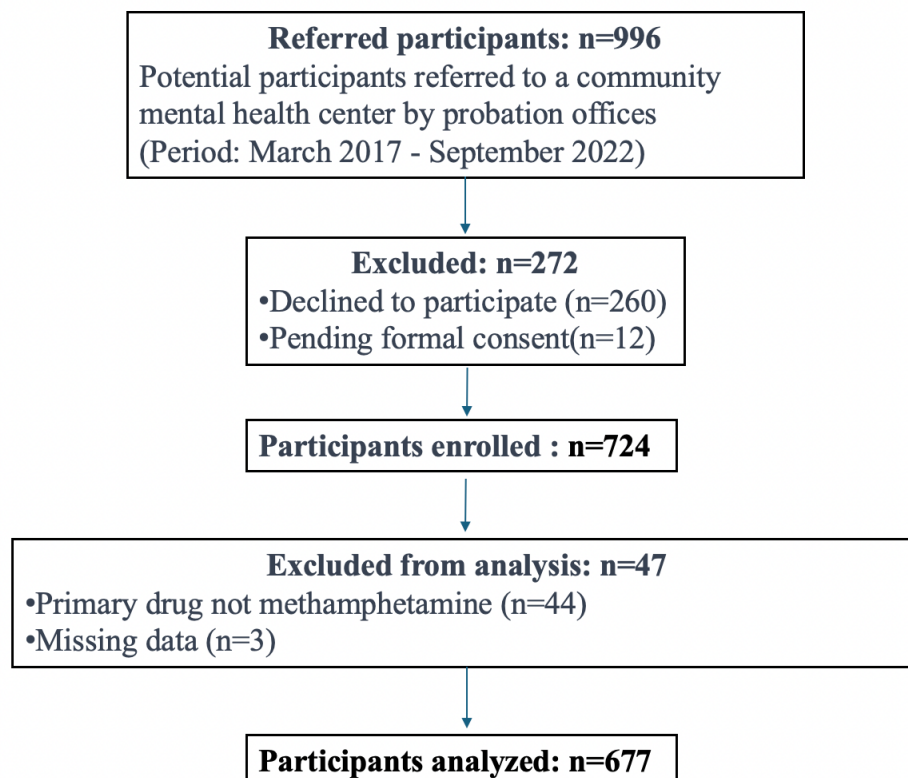


図 3 第三章：研究分析対象者の選定フローチャート

2. 使用した変数

本研究では、VBP の調査項目（第一章第二節 2.参照）のうち、以下の調査項目のみ使用した：社会人口学的変数、健康状態に関する項目（身体疾患の有無、精神疾患の有無、生涯および過去一年自殺念慮・企図の有無、健康満足度、QOL）、DAST-20、犯罪歴（逮捕歴、矯正施設入所歴、執行猶予の有無）、社会保障制度の受給状況、現在の薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用状況、および薬物に関する相談相手の有無。これらうち、健康満足度、QOL、現在の薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用状況をアウトカム変数として指定した。

3. 統計学的解析

本研究では 2017 年 3 月から 2022 年 9 月までに行われた VBP 調査データを基に、677 名の初回調査時のデータを用いて解析を行った。初めに、更生保護施設の利用者と非利用者を区別し、初回調査時のデータを基に 2 群の比較検定を行なった。連続変数には t 検定、カテゴリカル変数には χ^2 二乗検定、または期待度数が 5 未満の場合に Fisher の正確確率検定を用いて 2 群の比較を行い、利用者の特徴を明らかにした。次に、更生保護施設利用者の健康に関する格差を探るため、アウトカムとして QOL、健康満足度、薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用の 3 点を設定し、それぞれに対する多変量で調整した解析を実施した。QOL と健康満足度の連続変数については、共分散分析にて、年齢、性別、婚姻状況、就業状況、薬物使用症の重症度、精神疾患の有無を共変量として調整を行い、更生保護施設利用の有無による平均±標準誤差を算出し比較した。カテゴリカル変数である薬物使用症治療・支援プログラムの利用には、同様の共変量で調整した多変量ロジスティック回帰分析を適用した。全てのモデルにおいて更生保護施設の利用有無を主要な効果とし、モデル 1 は単変量の未調整の結果、モデル 2 は共変量による調整後の結果を示した。共変量の選択に際しては、各説明変数に対する単変量解析で有意に関連していること（ $p < .05$ ）を確認した上で、先行研究⁹⁶⁻⁹⁸および臨床実践からの知見に基づいて依存症領域において意味のある、妥当な変数を選定した。統計学的解析には IBM SPSS Ver.25 を使用し、すべての検定は両側検定で実施した。基本的な属性や特徴を説明するため 2 群間比較については、有意水準を 5% と設定し、3 つのアウトカムに対する多変量解析については、ボンフェローニ補正を適用し、修正後の有意水準を 0.0167 とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、NCNP と法務省保護局観察課との協定締結のもと、NCNP センター倫理委員会の承認を得て実施された（承認番号 A2016-088）。

第三節 研究結果

まず、調査開始時点で更生保護施設を利用する者（ $n=215$ ）と利用しない者（ $n=462$ ）を対象に調査開始時点の基本属性、健康関連情報、犯罪歴の記述統計と比較検定結果を表 4 に示す。性別の分布については、非利用者群では女性が群全体の 20.3%を占めているのに対し、利用者群では女性が 36.3%を占めており、統計的に有意な差異があり、利用者群の方が女性の割合が高いことが示された($p<.001$)。年齢の平均においては、非利用者群が 46.0 歳（標準偏差=9.86）、利用者群が 48.9 歳（標準偏差=10.1）であり、利用者群の方が平均年齢が高かった($p<.001$)。年齢層別に見ると、利用者群では 40-49 歳層が最も多く（36.7%）、50-59 歳層（32.1%）、60 歳以上（14.9%）の順に続き、非利用者群と比較して利用者群の年齢層が高いことが示された（ $p<.01$ ）。婚姻状態を見ると、既婚者の割合は利用者群で 15.3%(対非利用者群 24.0%)と低く、離死別の割合が 60.0%（対非利用者群 42.9%）と高かった($p<.001$)。教育水準に関しては、利用者群は非利用者群に比べ、中学卒業以下の最終学歴が多い傾向にあった($p<.10$)。就労状況は両者に有意差は示されなかった。

健康状態に関しては、利用者群では現在治療中の身体疾患がある者が 54.4%（対非利用者群 41.6%, $p<.01$ ）、薬物使用症以外に併存する精神疾患がある者が 29.8%(対非利用者群 18.2%, $p<.001$)と、身体・精神ともに健康状態が不良である者が多く、QOL と健康満足度が利用者群では統計的に有意に低かった（ともに $p<.001$ ）。薬物使用症重症度に関しては両群で有意差は示されなかった。

犯罪歴に関しては、利用者群では非利用者群に比べ、薬物関連の逮捕回数が 2 回以上の再犯の者が多い傾向にあり($p<.10$)、刑務所服役回数が 2 回以上のものが 74.4%(対非利用者群 54%)と有意に多かった($p<.001$)。執行猶予の有無に関しては、利用者群では、執行猶予なしの仮釈放の身分の人が 74.9%(対非利用者群 56.1%)と多いことが示された($p<.001$)。

表 4 更生保護施設利用者と非利用者の基本属性、健康関連情報、犯罪歴に関する記述統計および比較検定結果 (N=677)

		非利用者 n=462 n(%) / mean(SD)	利用者 n=215 n(%) / mean(SD)	
性別	男性	368 (79.7%)	137 (63.7%)	
	女性	94 (20.3%)	78 (36.3%)	***
年齢		46.0 (9.86)	48.9 (10.1)	***
年齢階級	20-29	21 (4.50%)	9 (4.20%)	
	30-39	96 (20.8%)	26 (12.1%)	
	40-49	183 (39.6%)	79 (36.7%)	
	50-59	126 (27.3%)	69 (32.1%)	
	over60	36 (7.80%)	32 (14.9%)	**
婚姻	既婚	111 (24.0%)	33 (15.3%)	
	未婚	153 (33.1%)	53 (24.7%)	
	離死別	198 (42.9%)	129 (60.0%)	***
学歴 (n=676)	中学卒業以下	259 (56.1%)	136 (63.6%)	†
	高校卒業以上	203 (43.9%)	78 (36.4%)	
就労 (n=675)	有職	213 (46.2%)	95 (44.4%)	
	無職	248 (53.8%)	119 (55.6%)	
身体疾患の有無 ^a	なし	268 (58.0%)	97 (45.10%)	
	あり	192 (41.6%)	117 (54.4%)	**
	不明	2 (0.40%)	1 (0.50%)	
精神疾患の有無	なし	378 (81.8%)	151 (70.2%)	
	あり	84 (18.2%)	64 (29.8%)	***
生涯自殺念慮/企図 (n=674)	なし	242 (52.4%)	108 (50.5%)	
	念慮あり	123 (26.6%)	63 (29.4%)	
	企図あり	97 (21.0%)	43 (20.1%)	
過去一年自殺念慮/企図 (n=674)	なし	403 (87.6%)	181 (84.6%)	
	念慮あり	46 (10.0%)	26 (12.2%)	
	企図あり	11 (2.39%)	7 (3.27%)	
QOL (n=667)		3.24 (0.97)	2.95 (1.05)	***
健康満足度 (n=667)		2.99 (1.09)	2.6 (1.10)	***
薬物使用症重症度DAST (n=676)	Low(0-5)	41 (8.90%)	22 (10.2%)	
	Intermediate(6-10)	146 (31.7%)	77 (35.8%)	
	Substantial(11-15)	215 (46.6%)	95 (44.2%)	
	Severe(16-20)	59 (12.8%)	21 (9.80%)	
薬物逮捕回数 (n=676)	1 回目(初犯)	31 (6.70%)	7 (3.30%)	
	2 回目以上 (再犯罪)	430 (93.3%)	208 (96.7%)	†
刑務所服役回数 (n=674)	なし	46 (10.0%)	3 (1.40%)	
	1 回	165 (35.9%)	52 (24.2%)	
	2 回以上	248 (54.0%)	160 (74.4%)	***
執行猶予の有無	全部執行猶予	35 (7.60%)	1 (0.50%)	
	一部執行猶予	168 (36.4%)	53 (24.7%)	
	仮釈放(執行猶予なし)	259 (56.1%)	161 (74.9%)	***

連続変数にはt検定、カテゴリー変数には χ^2 検定を実施。aの変数についてはFisherの正確確率検定を適用。

***p<.001, **p<.01, *p<.05, † p<.10

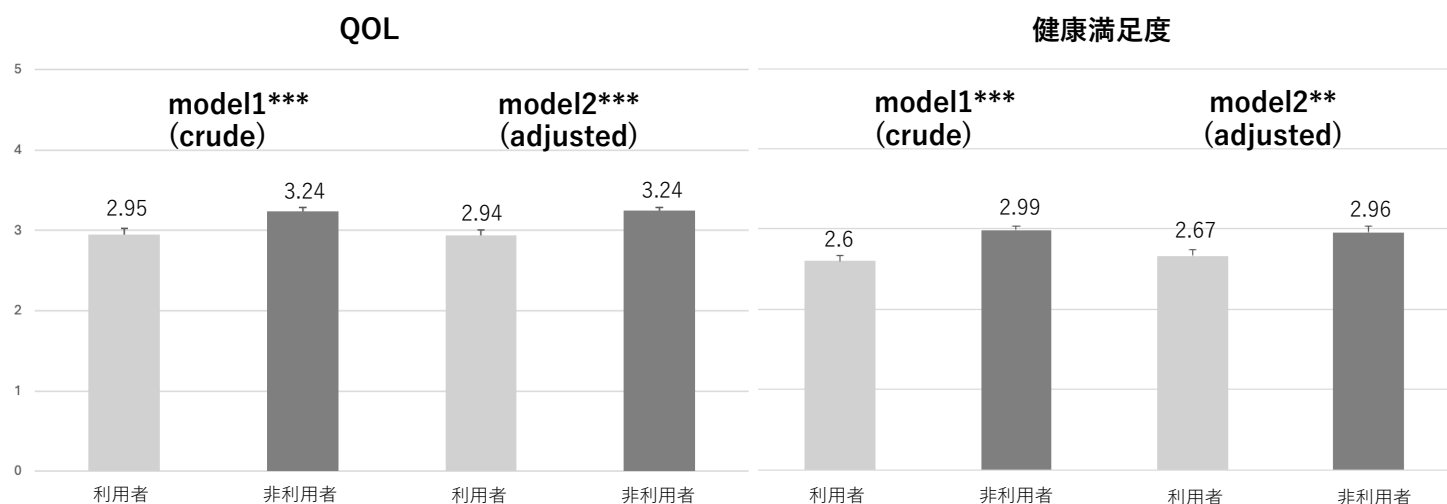
表 5 に、利用者群と非利用者群の調査開始時点の社会保障制度の受給状況、薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用状況、相談相手の有無に関する記述統計と比較検定結果を示す。社会保障制度の受給状況に関しては、利用者群では、受給している者が 16.3%(対非利用者群 26.4%)と少なく($p<.01$)、特に、生活保護、自立支援医療、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳の受給が低かった。逆に、年金は更生保護施設利用者群の方が非利用者群に比べ受給率が高かった。薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用状況については、更生保護施設利用者群では更生保護施設以外の外部の支援・プログラムを受けている者が 43.7%(対非利用者群 70.8%)と有意に少なかった($p<.001$)。特に、医療機関、司法関連機関、民間リハビリ施設、自助グループの利用が低かった。薬物のことも含めて相談できる人に関しては、利用者群では相談相手がいると回答した者が 74.4%(対非利用者群 92.4%)と有意に少なかった($p<.001$)。

表 5 更生保護施設利用者と非利用者の社会保障制度の受給状況、薬物依存症に対する治療・支援プログラム利用状況、相談相手の有無に関する記述統計および比較検定結果 (N=677)

		非利用者 n=462	利用者 n=215	
		n(%)	n(%)	
社会保障制度の受給状況	あり	122 (26.4%)	35 (16.3%)	**
	生活保護	76 (16.5%)	6 (2.80%)	***
	年金	11 (2.40%)	15 (7.00%)	**
	自立支援医療	50 (10.8%)	6 (2.80%)	***
	精神障害者保健福祉手帳	30 (6.50%)	2 (0.90%)	**
	療育手帳 ^a	0 (0.00%)	2 (0.90%)	*
	身体障害者手帳	21 (4.50%)	11 (5.10%)	
	雇用保険 ^a	11 (2.40%)	2 (0.90%)	
薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用状況	あり	327 (70.8%)	94 (43.7%)	***
	精神保健福祉センター	12 (2.60%)	5 (2.30%)	
	医療機関	28 (6.10%)	3 (1.40%)	**
	司法関連機関	296 (64.1%)	90 (41.9%)	***
	民間リハビリ施設	33 (7.10%)	6 (2.80%)	*
	自助グループ	30 (6.50%)	5 (2.30%)	*
薬物のことも含め相談できる相手	あり	427 (92.4%)	160 (74.4%)	***

χ^2 検定を実施。aの変数についてはFisherの正確確率検定を適用。 *** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$, † $p<.10$

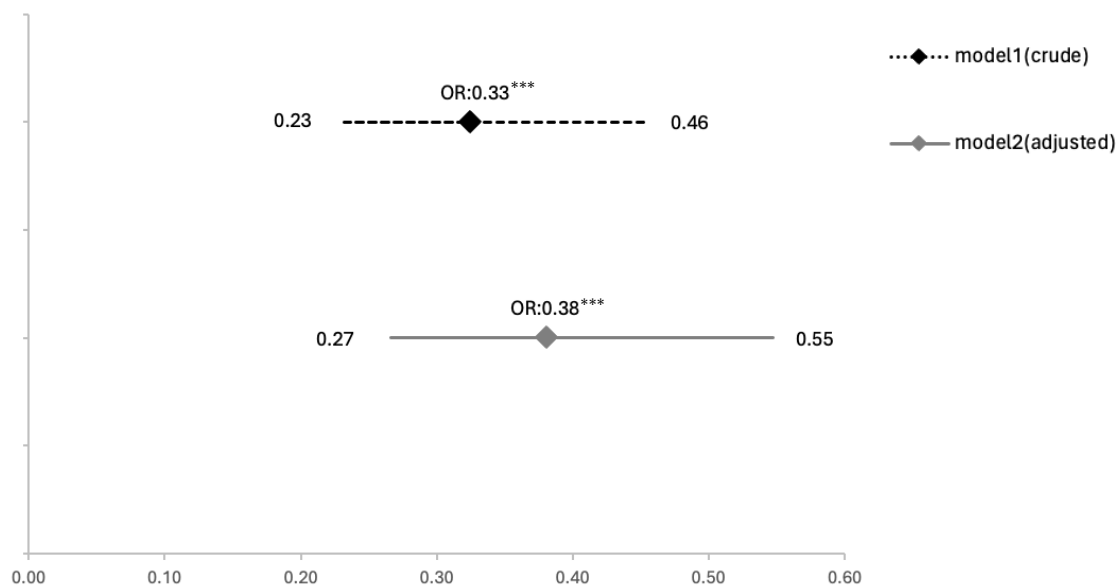
さいごに、更生保護施設利用者の QOL、健康満足度、および薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用に関する健康格差との関連を調べるための多変量で調整した解析結果を図 4 と図 5 に示す。モデル 1 では単変量の未調整の結果、モデル 2 は共変量による調整後の結果を示し、更生保護施設利用の有無との関連性を評価した。QOL と健康満足度における分析結果では、更生保護施設利用の利用者と QOL、健康満足度との間に有意な負の関連が示された (図 4)。モデル 1 では、更生保護施設の利用者は非利用者に比べて QOL および健康満足度が統計的に有意に低く、(QOL: 利用者 2.95 ± 0.07 , 非利用者 3.24 ± 0.05 ; 健康満足度: 利用者 2.6 ± 0.08 , 非利用者 2.99 ± 0.05)、さらに、モデル 2 での多変量調整後もこの関連性が維持された (QOL: 利用者 2.94 ± 0.07 , 非利用者 3.24 ± 0.05 ; 健康満足度: 利用者 2.67 ± 0.07 , 非利用者 2.96 ± 0.07)。さらに、薬物使用症に対する治療・支援プログラム利用については、モデル 1 でのオッズ比は 0.33 (95%CI: 0.23-0.46) であり、モデル 2 でオッズ比は 0.38 (95%CI: 0.27-0.55) となり、共変量を調整した後も更生保護施設の利用と治療・支援プログラムの利用は有意な負の関連が示された (図 5)。



model1は未調整平均と標準誤差を、model2は年齢、性別、婚姻状態、就労状況、薬物使用症重症度DAST、精神疾患の有無を共変量として調整した平均値と標準誤差を示す。それぞれのモデルはt検定と共分散分析の結果を含む。ボンフェローニ補正を適用し、修正後の有意水準を0.0167とした。p値が0.0167未満の場合、統計的に有意であると判断した。

***p<.001,**p<.0167

図 4 更生保護施設利用者と非利用者の QOL と健康満足度の比較：未調整と多変量調整平均



ORと95%信頼区間

薬物依存症に対する治療・支援プログラム利用をアウトカムとしたロジスティック回帰の結果、更生保護施設の利用の有無に対するORと95%信頼区間を示す。model1は単変量回帰、model2は共変量として、年齢、性別、婚姻、就労、薬物使用症重症度DAST、精神疾患の有無を入れ調整した。ボンフェローニ補正を適用し、修正後の有意水準を0.0167とした。p値が0.0167未満の場合、統計的に有意であると判断した*** $p < .001$, ** $p < .0167$

図 5 薬物依存症に対する治療・支援プログラム利用をアウトカムとしたロジスティック回帰：更生保護施設利用者と非利用者のオッズ比（OR）と 95%信頼区間

第四節 考察

1. 薬物犯罪の法的処遇の対象となり更生保護施設を利用する者の特徴と健康格差

本研究では、薬物犯罪の法的処遇の対象となった者のなかでも更生保護施設利用者は、非利用者に比べ、基本的な健康問題に加え、医療・支援へのアクセスが限られた、健康格差がある集団であるという仮説のもと、薬物事犯の更生保護施設利用者と非利用者を比較して、利用者の特徴や健康問題に関する相対的な理解を促すことを目的としている。本研究により、更生保護施設利用者と非利用者の間には、多くの社会経済的背景と健康状態、社会的支援ネットワークの面で大きな違いがあり、特定の社会的、健康的、ソーシャルサポートに関連する課題を抱えていることが示唆された。さらに多変量で調整した解析の結果、利用者はQOL、健康満足度、および薬物使用症に対する治療・支援プログラムのアクセスの低さと強く関連が示され、仮説と同様、更生保護施設利用者は、非利用者に比べ、健康格差がある集団であることが明らかにされた。以下に、更生保護施設を利用する者の特徴と健康格差に関する結果の考察を詳述する。

まず、更生保護施設利用者は非利用者と比べて、女性の割合が高く、平均年齢が比較的高く（特に40歳以上の年齢層が多く）、最終学歴が中学卒業以下と教育水準は低い傾向にあり、更生保護施設内で調査した先行研究と同様の結果が示された^{79,89}。婚姻関係に関して、利用者は非利用者に比べ、離婚や死別を経験している人が多く、既婚者や未婚者の割合が低い。今福⁷⁹の研究によると、更生保護施設利用者は親族との不和により十分な支援を受けられないことが多いとされ、これらのデータから判断すると、更生保護施設利用者は、家族との緊張や関係の解消を経験しており、親族や他の近い関係者からの十分なサポートを得ることが困難な状況にある可能性が高い。犯罪歴をみると、更生保護施設利用者は、薬物関連の再犯や刑務所服役回数が非利用者より多く、薬物事犯を繰り返し、服役を重ねている人が多く、執行猶予なしの仮釈放の割合が多かった。

一方で、就労に関しては、更生保護施設の利用者と非利用者との間に大きな差は見られなかった。更生保護施設における「更生」とは、再犯せず、就労して生活の自立を達成することを意味していると考えられ⁹⁴、施設内では就労支援に重点が置かれる傾向がある^{89,90,95}。このような更生保護施設内の就労支援事業の効果のためか、本研究結果において、更生保護施設利用者は、社会経済的背景や健康状態、犯罪歴など、非利用者に比べて様々な社会的な障壁を抱えているにもかかわらず、就労面においては、利用者と非利用者との間に顕著な差異を示さなかった。

健康状態に関しては、更生保護施設利用者は非利用者に比べて良好ではない傾向があり、森田⁸⁹が指摘していた精神疾患に限らず、身体疾患も有している人が多く、QOL、健康満足度共に低く、健康上の課題があることが示された。このように利用者は非利用者に比べ、健康上のハンデを負っている一方で、社会保障制度の受給状況や、薬物使用症の治療・支援の利用が低く、医療・福祉などの支援を受けている者が少なかった。社会保障制度の中でも、特に、生活保護、自立支援医療、精神障害者保健福祉手帳の受給率が低かった。精神疾患を有している者が更生保護施設利用者全体の約 30%にもかかわらず、精神疾患で通院による精神医療を続ける必要がある者の医療費の自己負担を軽減する自立支援医療は 2.8%、精神障害のため日常生活や社会生活への制約がある方を対象とした精神障害者保健福祉手帳はわずか 0.9%に留まっており、非利用者に比べ有意に低い。生活保護に関しては、生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助及び葬祭扶助の 8 種類があり、何らかの生活保護の受給があると答えた者は施設利用者全体の 2.8%のみで、非利用者に比べてかなり低い値であった。本研究では上記 8 種類の扶助の種類や、単給または併給の有無の細かい聴取はできていないので断定できないが、おそらく、この回答の中には医療扶助の受給が多く含まれていると考えられる。これらを鑑みると、更生保護施設利用者は一定のニーズの可能性のあるにも関わらず、社会保障制度の利用が十分になされていない傾向が示唆された。一方で、年金受給者は更生保護施設利用者では多くみられ、これは利用者の高齢化の影響が考えられる。

また、薬物使用症の重症度は利用者と非利用者間に差異はみられないものの、薬物逮捕回数・刑務所服役回数が利用者では有意に高く、薬物関連犯罪で再犯を繰り返している者が多いことが考えられ、それにも関わらず、地域の薬物使用症の治療・支援の利用が低いことが示された。更生保護施設の薬物重点施設では、薬物再使用防止プログラムなどの支援が行われているため、施設内のプログラムに留まり、地域の回復資源へと繋がっていない傾向が考えられる。森田⁸⁹の結果と同様、薬物重点施設であっても、施設外への支援や調整に関してはあまり進んでいないことが支持された。また、鈴木⁹⁵が指摘するように、就労に多くの時間を割いているため、施設内でのプログラムの実施や、施設外への支援や調整の実施が困難である可能性が高い。さらに、更生保護施設利用者群では、薬物問題含め心を開いて相談できる相手がいると回答した者が、非利用者群に比べ、有意に少なかった。利用者は上記に述べたような、社会的、健康的、ソーシャルサポートに関連する困難を抱えているにもかかわらず、それらを相談する相手が不在である者が多いことは問題である。

次に多変量で調整した解析を用いて、QOL、健康満足度、および薬物使用症に対する治療・支援プログラムへのアクセスを健康のアウトカムとし、更生保

護施設利用者と健康格差を検討した。共変量を考慮した上でも、施設利用者は非利用者に比べて QOL、健康満足度、薬物使用症に対する治療・支援プログラムへのアクセス全てにおいて統計的に有意に低かった。したがって、仮説と同様、更生保護施設利用者は、薬物犯罪の法的処遇の対象となった者のなかでも、健康格差がある集団であることが明らかにされた。

このように、本研究では、更生保護施設を利用する者は、社会経済的背景や健康状態、再犯歴など、非利用者に比べて様々な社会的な障壁がある傾向が見られ、健康格差のある社会的に脆弱な集団であることが明らかになった。第2章の TM からの脱落に関する研究結果では、社会経済的に恵まれない背景や社会的支援が不足している人々が TM から脱落しやすいことが示唆されていたが、本研究結果は、それを裏付けする結果となった。また、第2章の研究で示されたように、更生保護施設を利用する者は、電話による低負担で受動的な支援形態である TM からの脱落以前に、そもそも治療・支援プログラム全般へのアクセスも有意に低く、希求行動全般が行わない/行うことができない傾向が明らかになった。更生保護施設を利用する者は特別なニーズが存在し、健康格差を少しでも埋めるために特別な支援が必要であることが強調された。

2. 更生保護施設を利用する者の支援・サポートへの示唆

本研究では、更生保護施設を利用する者は、薬物犯罪の法的処遇の対象となった者のなかでも、健康格差が認められ、社会的に脆弱な集団に属することが示された。その健康格差を解消するために、どのような支援が必要か以下に検討していく。本研究結果から、更生保護施設を利用する者は、女性や高齢者の割合が高く、これらの集団は一般集団とは異なった独自のニーズを持つことが考えられ、それに合わせた特別な支援が求められる。例えば、女性にはトラウマに対する専門的な支援などの治療的な関わりや、女性に適した職業訓練・教育、子育て支援等、男性とは異なるアプローチが必要である。また、高齢の利用者は健康問題やそれに起因する就労の困難さや、施設退所後住居や経済的な課題や社会的孤立の問題など、福祉的な視点で関わっていくことも求められる。

更生保護施設利用者は非利用者に比べ、家族や親しい関係からの支援を得ることが困難な状況にあるうえに、再犯を繰り返して度重なる服役を経験している者が多いことから、利用者の社会統合の困難さや社会からの孤立の問題が浮き彫りになった。更生保護施設の平均入所日数は 81.5 日であり²⁴、施設退所後も社会からの孤立を防ぐために継続的な支援やフォローアップが重要である。近年開始された法務省のフォローアップ事業のような取り組みは、この問題に対処する一助となるだろう。しかし、更生保護施設の利用者は、身体的・精神的

な健康問題を多く抱えているにも関わらず、彼らの社会保障の利用や地域の薬物使用症の治療・支援の利用が限られているという本研究結果を鑑みると、施設利用者を更生保護事業だけでサポートするのではなく、より積極的に医療・福祉へ繋げてフォローアップしていくことも重要であることが示唆された。更生保護事業と地域の医療・福祉サービスとの間で、法務省と厚生労働省がより綿密に協働し、部門間の壁を超えた連携を強化すること求められる。

再犯防止や社会統合の観点で、生活の自立のための就労は、「更生」の重要な要素のひとつである。しかし、本研究結果にも示されたように、多くの利用者が健康問題を抱えているため、個々のニーズに合わせた医療や福祉サービスの提供が不可欠である。利用者のニーズによって、就労よりも治療を優先し専念できるような制度や環境の整備が必要である。薬物使用は、小児期の逆境的体験、トラウマ、精神疾患、発達上の特性など、様々な要因によって複雑化している。したがって、「更生」を考える際に、社会的な自立という視点と同時に、治療的なアプローチで薬物使用に対処し、必要な治療と支援を提供することが、長期的な更生、自立、そして再犯防止に繋がるという視点を持って利用者に関わることが重要である。

3. 本研究の限界

VBP の研究全体における限界として、サンプルの代表性の欠如と、本調査で使用した DAST-20 および健康満足度と QOL の尺度に関しては、第二章第四節 2. で述べた通りである。次に、本章の更生保護施設利用者に関する研究において特に指摘すべき限界として、以下 2 点が考えられる。第一に、本研究における参加者は保護観察下にある薬物犯罪の法的処遇の対象となった者に限定されており、更生緊急保護による更生保護施設の利用者は含まれていない点を考慮する必要がある。年間における更生緊急保護の申し出人数に対して、宿泊を伴う更生保護施設などの支援を受けられる人数は、全申請者の一部に限られており、施設を利用できる人数は申請者全体の一定の割合に過ぎない。したがって、本研究に参加している保護観察に付された更生保護施設利用者は、施設を利用できる機会を得られた一部の集団であり、更生緊急保護制度を通じて施設を利用している者や施設利用の選択肢を与えられなかった者を含む全体を考慮すると、相対的に恵まれた状況にある可能性が示唆される。このことは、本研究の結果が更生保護施設利用者全体の状況を完全に反映しているわけではないことを意味し、その解釈に際しては注意が必要である。第二に、本研究では横断的なデータを用いて更生保護施設利用者と健康格差との関連を検討したが、このアプローチには限界がある。今回の研究では時間の経過とともに生じる変化や因果関係の把

握はできていない。今後の研究では縦断的なデータを利用し、健康格差の発展過程や背後にある要因の詳細な分析が必要とされる。これらの研究の限界を認識しつつも、本研究は日本における地域で生活する薬物犯罪の法的処遇の対象となった者に関する情報を収集した最初の試みであり、その点で非常に貴重なデータと成果を提供していると考えられる。

第五節 まとめ

本研究は、薬物犯罪の法的処遇の対象となり更生保護施設を利用している者の特徴と健康格差に関する検討を行った。分析の結果、更生保護施設利用者は非利用者と比べて顕著な、社会経済的背景や健康状態の不均衡、医療・福祉等の社会的支援ネットワークの欠如に直面していることが明らかになった。これらは、第二章の研究を裏付けする結果となった。さらに多変量で調整した解析の結果、更生保護施設利用者は、QOL や健康満足感が低く、地域の薬物治療・支援へのアクセスの低さと関連を強く示し、利用者は非利用者と比べて、健康格差がある集団であることが明らかにされた。本研究により得られたデータは、薬物犯罪の法的処遇の対象となった者の中でも更生保護施設利用者が直面する特有の課題に対し、どのような特定のサポートが求められるかについての深い理解を促すものである。本研究の結果が、施設利用者に存在する健康格差に対処するためにも治療的なアプローチをさらに重視し、更生保護事業と地域の医療・福祉サービスが協働し、存在する健康格差を縮小するための制度や環境の整備に貢献することが期待される。

第四章 総括

第一節 本論文に関する総括

薬物犯罪により法的処遇の対象となった者が治療・支援へのアクセスと継続が困難であるという課題に対し、NCNP はその集団に対して地域の治療・支援へのスムーズな移行を促す地域支援システムの確立を目指し、電話を用いた長期的・継続的な支援を重視した VBP を開始した。本論文では、この VBP のデータを用いて、薬物犯罪の法的処遇の対象となった者に対する地域における継続的かつ効果的な治療・支援を行うための方策について検討した。まず、VBP から脱落した者の特徴と、脱落に関連する要因を明らかにする研究（第二章）を行った。そしてその結果から浮かび上がってきた、脱落する主要なリスク因子として顕著であった、更生保護施設に居住する人々に関する詳細な解析を行い、その特徴や治療・支援へのアクセスを含む健康格差の現状を明らかにする研究（第三章）を行った。

第二章では、薬物犯罪による法的処遇の対象となった者に対して、電話を用いて長期的かつ継続的な支援を行う VBP の TM から脱落した者の特徴と脱落に関連する 4 つの要因が明らかになった。男女共通のリスク因子として、更生保護施設に居住していること、女性においては、自殺企図歴がリスク因子であり、男性においては、教育水準の高さと治療・支援利用が脱落の保護因子として示された。第三章では、VBP のデータを用いて更生保護施設を利用する人々に関する詳細な解析を行い、更生保護施設を利用する者は、社会経済的背景や健康状態、再犯歴などの点で非利用者より多くの社会的障壁を抱えており、社会的に脆弱な集団であることが示された。また、更生保護施設を利用する者は、電話による低負担で受動的な支援形態である TM からの脱落以前に、治療・支援プログラム全般へのアクセスも有意に低く、希求行動が少ない/できない傾向が明らかになりその健康格差が浮き彫りになった。第三章の研究は、第二章の研究を裏付ける結果となった。

これらの結果を踏まえ、薬物使用問題を抱える人々、特に法的処遇の対象となった者に対する長期的・継続的な支援を行うための方策を検討した。第二章の研究結果で示された性差は、物質使用問題を抱える集団に対する支援において、性別によるニーズの違いを明らかにし、性別特性を考慮したアプローチの必要性を強調した。男性に対しては、治療・支援ネットワークへの参加を積極的に促すアプローチが有効であることが示された。女性は健康問題や生活上の問題など複雑な課題に直面している可能性が高く、個々のニーズに合わせた心理社会的

支援をテラーメイドで行っていくことや、TM の頻度を増すなどより集中的なサポートや、TM の介入内容の改善を検討することが重要である。本研究では、男女差についてしか深掘りできなかったが、本研究結果から、女性のみならず、性的マイノリティの集団に対しても、男性中心のプログラムや支援システムでは十分に対応できない性差が生じることが予測される。女性・性的マイノリティなどの薬物使用の問題を抱える者の中で少数派集団のニーズに配慮したアプローチを充実させ、個別の特性や背景を考慮した柔軟な支援体制が求められる。男女共通して重要な因子として示された、更生保護施設を利用する者に対しては、第三章の研究で示された健康格差を是正するための取り組みが求められる。独自のニーズを持つ女性や高齢者などに対応した特別な支援、法務省と厚生労働省が部門間の壁を超えた連携を強化し、積極的に司法から医療・福祉へ繋げてフォローアップすること、利用者の健康問題を考慮し、「更生」としての就労よりも治療を優先し専念できる制度や環境の整備やサポートが重要であると示唆された。これらの更生保護施設を利用する者の課題への対応は、一朝一夕には進まないかもしれないが、本研究で利用者の健康格差を明確に示したことは、エビデンスに基づく政策形成の第一歩となるものである。健康格差の是正に向けた政策提言や支援体制の改善が進むことで、更生保護施設が社会復帰支援の拠点としてより効果的に機能し、利用者の生活の質向上や社会的包摂の促進に繋がることが期待される。

本論文では、薬物犯罪により法的処遇の対象となった者に対する継続的な支援における課題を明らかにし、特有の課題に対してどのような特定のサポートが求められるか検討した。本研究結果を通じて、継続的な支援の実現に向けた重要な示唆を提供することができたが、VBP はアクションリサーチとしても重要な意義を持っており、その展望についても最後に述べたい。まず、VBP の対象者は保護観察所でリクルートされ、これまでの多くの研究で扱われてきた、ある程度能動性がある臨床集団とは異なり、治療・支援につながりにくい集団である。VBP への参加を同意してくれた人々は限られているものの、本プロジェクトはリクルートの段階から、非同意者に対しても精神保健福祉センターなど地域の回復資源に関する情報を提供する機会を作り出している。これにより、VBP を通じてセンターに繋がれなかった人々にも地域資源の存在を周知することが可能となっており、参加者以外にも影響を与え、地域支援システム全体の強化に寄与しているといえる。このように、VBP は「治療・支援につながりにくい集団」に対して地域支援の存在を広める役割を果たしており、治療・支援へのアクセスを改善するための基盤として重要な意義を持つ。さらに、VBP は地域連携を促進する機会を創出し、保護観察所と精神保健福祉センターの間で顔見知りの関係を構築することに寄与している。このことは、地域ごとの交流を促進し、薬物

事犯に対する地域支援の活性化にも繋がっている。

2017 年から始まった VBP はコホート調査という枠組みを活用し、見守り電話支援を提供する形式をとっているが、その調査内容が中心となる性質上、必ずしも対象者にとって最善の支援やテラーメイドの支援ではない。支援方法には改善の余地があり、今後研究の枠組みを超えて支援の質を向上させるための関わり方のトレーニングや支援内容の改善を進めることで、脱落率の改善や支援の効果向上が見込まれる可能性がある。現在、VBP は 28 の保護観察所、精神保健福祉センターに協力地域が拡大し、研究としてスタートした段階から協力地域が着実に増加しており、こうした進展が地域支援の未来を切り開く一步となることを期待する。このような取り組みが、地域支援の形としていつの日か事業化され、日本における薬物事犯に対する効果的な支援モデルへと発展することを願っている。本論文で得られた知見は、薬物犯罪により法的処遇の対象となった者に対する継続的な支援の実現に向けた重要な示唆を提供するとともに、今後、日本における効果的で継続的な地域支援システムの確立に寄与することが期待される。

第二節 今後の展望：ハームリダクションという世界的な流れ

本研究の最大の問題意識は、薬物使用問題を抱える人々が治療や支援に繋がりにくく、継続的な支援を受けることが困難であるという重大な課題に対し、どのように治療や支援へ繋げ、継続的な関わりを実現するかという点にある。本研究の結果から、VBP は対象者に対して低負担で受動的な、比較的「繋がりがやすい」支援形態であるものの、それでも脱落してしまう人々の特徴が明らかになった。それらの特徴として社会経済的背景、犯罪歴、健康格差などが顕著に関連しており、社会的に脆弱な集団である傾向が示された。このような集団に対しては、薬物使用問題に限らず、社会経済的背景や健康、生活全般にわたる支援が必要であり、既存の治療・支援システムの枠を超えた柔軟かつ包括的なアプローチが求められる。その解決策の一つとして、ハームリダクションという、薬物を使用する者に対してより人道的で包括的なアプローチに関する世界的な流れを紹介し、本論文の結びとしたい。

ハームリダクションとは、薬物の違法性にかかわらず、使用量の削減や断薬を直接的な目標とせず、薬物使用、政策や法により生じる健康、社会、経済上の被害(ハーム)を減少させることを目指す政策や実践を指す⁹⁹⁾。このアプローチは、薬物使用の問題を刑罰ではなく、必要な治療・支援および社会的統合に焦点を当てるものであり、治療や支援に繋がりにくい社会的に脆弱な集団を包括する柔軟性を有している。ハームリダクションの具体的な実践内容の例として、安全な

薬物使用に関する情報提供や健康リスクを減らすための教育、医療スタッフ監視下で安全に薬物を使用できる施設 (Drug Consumption Rooms)、感染症の予防のための無菌針の配布 (Needle & Syringe Programs)、薬物過剰摂取予防 (ナロキソン投与など)、オピオイドアゴニスト療法 (メサドンやブプレノルフィン提供など)、安定した住居と社会サービスの提供、薬物の成分や純度を検査するサービス (Drug Checking Services)、薬物使用に関連する法的問題への支援などが挙げられる¹⁰⁰。これらのハームリダクションアプローチによって、薬物の過剰摂取による死亡や HIV 等の感染症の減少、スティグマと差別の減少、そして、治療・支援へのアクセス向上といった重要な成果を出しており、多くの研究によってエビデンスが示されている¹⁰¹⁻¹⁰³。

本論文では、薬物犯罪の法的処遇の対象となった者に対する地域における継続的かつ効果的な治療・支援を行うための方策を検討してきたが、彼らを取り巻く治療・支援へのアクセスと継続という課題に対処するためには、公衆衛生的な視点にとどまらず、薬物政策や変動する文化、時代、政治状況に影響を受ける薬物に対するイデオロギーを考慮し、より広範で多角的かつ包括的な視点で取り組んでいく必要がある。特に、違法薬物の使用は逮捕や有罪判決のリスクがあり、これが治療・支援を求める行動をさらに複雑化させている。薬物使用により法的処遇の対象となってしまった者にとっては、治療・支援へのアクセスと継続が一層困難となる。薬物使用が犯罪とされることで、薬物を使用する人々に対する社会的なスティグマが形成され、さらに、国が推進する「ダメ。ゼッタイ。」という薬物乱用防止の啓発運動や、薬物事件の報道によって強化されている。これらの影響で、多くの人々が薬物に対する偏った先入観によって薬物問題を抱える人を社会的に排除する方向へと導いている。その結果、薬物を使用する者は自らに対する社会的スティグマを内面化し、セルフスティグマが醸成され、必要な治療や支援を受ける際の大きな障壁となっている¹⁰⁴。薬物使用という個人の問題が刑事司法関連機関による法的処遇の対象となったのは、1970年代にアメリカを中心に始まった「War on Drugs (薬物戦争)」の影響によるものと考えられる。この世界的な厳罰政策は、薬物犯罪に対する取り締まりを強化し、法的な対応を重視する流れを生み出した。しかし、後にこの厳罰政策の限界や意図しない結果が広く報告され、公衆衛生、人権、公共の福祉に対する様々な悪影響が先行研究で示されてきた。薬物の厳しい取り締まりにより、合法的な薬物でより危険性の高いものに切り替えたり、喫煙から注射に移行したり、よりリスクの高い薬物消費行動につながる可能性がある。その結果、感染症や過剰摂取のリスクを高め、健康リスクが増加することが示されている¹⁰⁵。さらに、厳罰政策により、法的制裁を恐れるあまり、助けを求めることを躊躇し、治療・支援へのアクセスの障壁を作り出し、公衆衛生上の問題をさらに悪化させることも指摘されている¹⁰⁵。

薬物使用の犯罪化はスティグマを助長し、個人が援助や支援を求める意欲を失わせるだけでなく、医療者を含む支援者の薬物を使用する者に対する否定的な態度により、医療トラウマ形成や治療・支援からの脱落とも関連している¹⁰⁶。薬物の消費と個人使用目的の所持の犯罪化は差別を助長し、就労、教育、社会的包摂の機会も低下させ、多くの基本的人権の侵害につながる¹⁰⁷。公共政策の観点からも、薬物の厳しい取締りが銃犯罪や生命を脅かす犯罪を助長していること、また、薬物の流通に関わる組織を取り締まることで、組織が暴力的な手段をとる可能性が増加することも示唆されている¹⁰⁸。このように厳しい薬物取締政策は、薬物使用とそれに関連する害を減らすことを目的としているが、公衆衛生、人権、社会的に重大な問題を引き起こす可能性の根拠となるデータが蓄積されている。こうした背景から、国際機関は従来の薬物政策を見直す傾向が強まった。2013年、国連は「法の支配による薬物問題の解決は限界があり、刑罰は決して万能の解決策ではない」との立場を明確にし、人権および公衆衛生の観点からの対応の必要性を強調した¹⁰⁹。さらに、2016年の国連特別総会では、これまで掲げられた「薬物のない世界の実現」という目標が撤回され、「世界各地で起こるさまざまな犯罪や暴力は、薬物の使用によるものではなく、むしろ規制の結果である」との見解が示された¹⁰⁹。このようにして、薬物問題は保健・医療・福祉的支援が必要とされる健康問題として認識されるようになりつつあり、欧米諸国を中心に薬物厳罰政策からハームリダクション政策に舵を切り始めている。

一方で、日本では近年、大麻使用罪の創設などによる厳罰化の動向が見られ、ハームリダクションヘシフトする国際的な流れと逆行している。もちろん、欧米諸国のように違法薬物の非犯罪化や合法化をわが国に導入すべきだと主張するつもりはない。しかし、本研究の問題意識は、薬物使用の問題を抱える人々をいかにして治療・支援に繋げ、継続的な関わりを実現するかであり、特に厳罰化に伴って医療者を含む社会全体が薬物使用者に対してスティグマを強めることへの懸念がある。繰り返し述べているように、スティグマが強化されることで薬物問題を抱える人々が治療・支援を求めることをさらに困難にするためである。このため、まずは、薬物を使用する者に対してより人道的で包括的なアプローチであるハームリダクション的な視点を普及させ、その重要性を広く認識してもらうことが重要であると考え。今後の展望として、日本におけるハームリダクションの可能性について検討していくことが、法的処遇の対象となった者を含めた薬物使用問題を抱える人々の治療・支援へのアクセスと継続を改善し、彼らの生活の質を向上させるための重要なステップとなるであろう。

謝辞

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科後期博士課程に入学してから今日に至るまで、どんな時もあたたかく優しく見守ってくださり、適切な助言とご指導を賜りました指導教官である武林亨先生に深く感謝致します。また、統計解析に関して、何度も丁寧にご相談にのっていただき、多くのことを学ばせていただいた、杉山大典先生にも深く感謝申し上げます。主査の岡村智教先生、副査の福田紀子先生、堀田聡子先生にも心よりお礼申し上げます。

本博士論文では、法務省保護局と精神保健福祉センターの協力のもと、国立精神・神経医療研究センター（NCNP）にて実施されている Voice Bridges Project のデータを用いました。本プロジェクトに参画する機会をくださった、NCNP の松本俊彦先生、そして VBP の事務局の先生方に感謝致します。また、本研究における対象者募集と情報提供にご協力いただいた調査地域の保護観察所および精神保健福祉センターの関係者の皆様と、様々な手配や統計データの提供をしていただいた法務省保護局保護観察課の皆様に深く感謝いたします。そして、VBP へ参加してくださった参加者の皆様の健康と、地域で安心して安全に暮らせる環境が整うことを願い、心より感謝申し上げます。

なお、本研究は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使用症者の地域支援を推進するための政策研究」(19-GC1-014, 研究代表者:松本俊彦)と国立研究開発法人科学技術振興機構の JST SPRING(JPMJSP2123, 研究代表者:堤史織)の助成を受けて実施することができました。ここに記して深謝いたします。

さいごに、研究に対する理解と支援を惜しみなくしてくれた家族の存在は、私にとって大きな支えとなり、今日までの研究を無事に完了できた力となりました。心から感謝致します。

利益相反

本研究に関して、利益相反のある企業等はありません。

引用文献

1. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrara A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(12):987–1012.
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2024: Special Points of Interest*. Vienna: United Nations; 2024.
3. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J, et al. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(1):39–47.
4. Mojtabai R, Crum RM. Perceived unmet need for alcohol and drug use treatments and future use of services: Results from a longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*. 2013;127(1–3):59–64. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.06.012.
5. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2020: Booklet 1*. Vienna: United Nations; 2020 [cited 2024 Jul 5]. Available from: <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/unodc-wdr20-booklet-1.pdf>
6. Brecht ML, Greenwell L, Anglin MD. Methamphetamine treatment: trends and predictors of retention and completion in a large state treatment system (1992–2002). *J Subst Abuse Treat*. 2005;29(4):295–306.
7. Deane FP, Wootton DJ, Hsu CI, Kelly PJ. Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012;73(2):216–25.
8. Kelly JF, Moos R. Dropout from 12-step self-help groups: Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences. *J Subst Abuse Treat*. 2003;24(3):241–50. doi: 10.1016/s0740-5472(03)00021-7.
9. Lappan SN, Brown AW, Hendricks PS. Dropout rates of in - person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta - analysis. *Addiction*. 2020;115(2):201–17.
10. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2020: Booklet 6*. Vienna: United Nations; 2020 [cited 2024 Jul 5]. Available from: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_6.pdf
11. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Criminal Justice DrugFacts*. Bethesda (MD): National Institute on Drug Abuse; 2020 [cited 2024 Jul 5]. Available from: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/criminal-justice>

12. Farrell M, Marsden J. Acute risk of drug - related death among newly released prisoners in England and Wales. *Addiction*. 2008;103(2):251–5.
13. Lyons S, Walsh S, Lynn E, Long J. Drug-related deaths among recently released prisoners in Ireland, 1998 to 2005. *Int J Prison Health*. 2009;5(1):26–32.
14. Rigoni R, Tammi T, van der Gouwe D, Oberzil V, Csak R, Schatz E. Civil society monitoring of harm reduction in Europe, 2020. Data Report. Amsterdam: Correlation – European Harm Reduction Network; 2021.
15. Baranyi G, Fazel S, Langerfeldt SD, Mundt AP. The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2022;7(6):e557–68.
16. Lloyd C. The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs Educ Prev Policy*. 2013;20(2):85–95.
17. Scher BD, Neufeld SD, Butler A, Bonn M, Zakimi N, Farrell J, et al. "Criminalization causes the stigma": Perspectives from people who use drugs. *Contemp Drug Probl*. 2023;00914509231179226.
18. Jamin D, Vanderplasschen W, Sys O, Jauffret-Roustide M, Michel L, Trouiller P, et al. "My first 48 hours out": Drug users' perspectives on challenges and strategies upon release from prison. *Harm Reduct J*. 2021;18(1):1–12.
19. Joudrey PJ, Khan MR, Wang EA, Scheidell JD, Edelman EJ, McInnes DK, et al. A conceptual model for understanding post-release opioid-related overdose risk. *Addict Sci Clin Pract*. 2019;14:1–14.
20. Vandevelde S, Vander Laenen F, Mine B, Maes E, De Clercq L, Deckers L, et al. Linkage and continuity of care after release from prison: An evaluation of central registration points for drug users in Belgium. *Int J Prison Health*. 2021;17(1):19–30.
21. 嶋根卓也, 水野聡美, 猪浦智史, 邱冬梅. 薬物使用に関する全国住民調査 (2023 年) . 令和 5 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のための全国調査と近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究 (研究代表者: 嶋根卓也)」分担研究報告書. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所; 2023.
22. 松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔, 沖田恭治, 槇野絵里子, 山本泰輔. 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 4 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. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所; 2023.
23. 嶋根卓也, 猪浦智史, 山口裕貴, 邱冬梅, 和田清. 薬物使用に関する全国住民調査

- (2021 年) . 令和 3 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)」分担研究報告書. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所; 2022.
24. 法務省. 令和 5 年版犯罪白書. 2024 [cited 2024 Jul 5]. Available from: <https://www.moj.go.jp/content/001410095.pdf>
 25. 法務省. 令和 3 年版犯罪白書. 2022 [cited 2024 Jul 5]. Available from: <https://www.moj.go.jp/content/001365724.pdf>
 26. 法務省. 研究部報告 62: 薬物事犯者に関する研究. 2020 [cited 2024 Jul 5]. Available from: https://www.moj.go.jp/housouken/housouken03_00025.html
 27. Christensen P. Symptomatic trauma: Japan, drug addiction, and the limits of treatment. Soc Sci Jpn J. 2021;24(2):311–26.
 28. Brewster D. A critical assessment of indications of the national prevalence of illegal drug use in Japan. Contemp Drug Probl. 2018;45(4):425–40.
 29. 松本俊彦, 古藤吾郎, 上岡陽江. ハームリダクションとは何か: 薬物問題に対する, あるひとつの社会的選択. 東京: 中外医学社; 2017.
 30. Kingsberg M. Moral nation: Modern Japan and narcotics in global history. Berkeley (CA): Univ of California Press; 2013.
 31. 松本俊彦, 高野歩, 熊倉陽介, 宇佐美貴士, 伴恵理子, 窪田和巳. 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: Voice Bridges Project. 更生保護学研究. 2019;(14):3–18.
 32. 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. 2015 [cited 2024 Jul 5]. Available from: <http://www.moj.go.jp/content/001164749.pdf>
 33. 松本俊彦. 令和 5 年度厚生労働省依存症調査研究事業「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」(研究代表者 松本俊彦) 研究報告書. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所; 2023.
 34. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. Psychiatr Serv. 2001;52(6):828–33.
 35. 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. 2021;36(7):825–9.
 36. Stout RL, Rubin A, Zwick W, Zywiak W, Bellino L. Optimizing the cost-effectiveness of alcohol treatment: A rationale for extended case monitoring. Addict Behav. 1999;24(1):17–35.
 37. McKay JR, Gustafson DH, Ivey M, Pe - Romashko K, Curtis B, Thomas T, et al. Efficacy and comparative effectiveness of telephone and smartphone remote

- continuing care interventions for alcohol use disorder: A randomized controlled trial. *Addiction*. 2022;117(5):1326–37.
38. McKay JR, Van Horn D, Oslin DW, Ivey M, Drapkin ML, Coviello DM, et al. Extended telephone - based continuing care for alcohol dependence: 24 - month outcomes and subgroup analyses. *Addiction*. 2011;106(10):1760–9.
 39. McKellar J, Wagner T, Harris A, Oehlert M, Buckley S, Moos R. One-year outcomes of telephone case monitoring for patients with substance use disorder. *Addict Behav*. 2012;37(10):1069–74.
 40. Timko C, Below M, Vittorio L, Taylor E, Chang G, Lash S, et al. Randomized controlled trial of enhanced telephone monitoring with detoxification patients: 3- and 6-month outcomes. *J Subst Abuse Treat*. 2019;99:24–31.
 41. McCollister K, Yang X, McKay JR. Cost-effectiveness analysis of a continuing care intervention for cocaine-dependent adults. *Drug Alcohol Depend*. 2016;158:38–44.
 42. Lynch KG, Van Horn D, Drapkin M, Ivey M, Coviello D, McKay JR. Moderators of response to telephone continuing care for alcoholism. *Am J Health Behav*. 2010;34(6):788–800.
 43. McKay JR, Van Horn DH, Lynch KG, Ivey M, Cary MS, Drapkin M, et al. Who benefits from extended continuing care for cocaine dependence? *Addict Behav*. 2014;39(3):660–8.
 44. Woodhead EL, Ilgen M, Timko C. Telephone monitoring and 15-month outcomes for patients with co-occurring substance use and mental health disorders: Moderating effects of high-risk patient characteristics. *J Subst Use Addict Treat*. 2023;209094.
 45. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
 46. 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, 山本政弘, 辻麻理子, 長与由紀子, et al. 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*. 2015;50(6):310–24.
 47. 松本俊彦. 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. 厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究(研究代表者松本俊彦)令和3年度総括・分担研究報告書. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所; 2022.
 48. 宇佐美貴士, 熊倉陽介, 高野歩, 金澤由佳, 松本俊彦. 薬物犯罪による保護観察対象者の1年後転帰に関する検討: 保護観察から地域精神保健的支援への架け橋「Voice Bridges Project」. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*. 2022;57(3):143–57.

49. Gilchrist G, Langohr K, Fonseca F, Muga R, Torrens M. Factors associated with discharge against medical advice from an alcohol and drug inpatient detoxification unit in Barcelona between 1993 and 2006. *Heroin Addict Relat Clin Probl*. 2012;14(1):35–44.
50. Specka M, Buchholz A, Kuhlmann T, Rist F, Scherbaum N. Prediction of the outcome of inpatient opiate detoxification treatment: Results from a multicenter study. *Eur Addict Res*. 2011;17(4):178–84.
51. Santonja-Gómez FJ, Sánchez-Hervás E, Secades-Villa R, Zacarés-Romaguera F, García-Rodríguez O, García-Fernández G. Pretreatment characteristics as predictors of retention in cocaine-dependent outpatients. *Addict Disord Treat*. 2010;9(2):93–8.
52. McHugh RK, Murray HW, Hearon BA, Pratt EM, Pollack MH, Safren SA, et al. Predictors of dropout from psychosocial treatment in opioid-dependent outpatients. *Am J Addict*. 2013;22(1):18–22.
53. Samuel DB, LaPaglia DM, Maccarelli LM, Moore BA, Ball SA. Personality disorders and retention in a therapeutic community for substance dependence. *Am J Addict*. 2011;20(6):555–62.
54. Lin HC, Chen KY, Wang PW, Yen CF, Wu HC, Yen CN, et al. Predictors for dropping out from methadone maintenance therapy programs among heroin users in southern Taiwan. *Subst Use Misuse*. 2013;48(1–2):181–91.
55. Smyth BP, Fagan J, Kernan K. Outcome of heroin-dependent adolescents presenting for opiate substitution treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2012;42(1):35–44.
56. Alterman AI, McKay JR, Mulvaney FD, McLellan AT. Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. *Drug Alcohol Depend*. 1996;40(3):227–33.
57. Moos RH, Pettit B, Gruber V. Longer episodes of community residential care reduce substance abuse patients' readmission rates. *J Stud Alcohol*. 1995;56(4):433–43.
58. Dennis M, Scott CK. Managing addiction as a chronic condition. *Addict Sci Clin Pract*. 2007;4(1):45.
59. McKay JR, Hiller-Sturmhöfel S. Treating alcoholism as a chronic disease: Approaches to long-term continuing care. *Alcohol Res Health*. 2011;33(4):356.
60. Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(8):1010–24.
61. Meier PS, Donmall MC, McElduff P, Barrowclough C, Heller RF. The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug Alcohol Depend*. 2006;83(1):57–64.
62. Butzin CA, Saum CA, Scarpitti FR. Factors associated with completion of a drug

- treatment court diversion program. *Subst Use Misuse*. 2002;37(12-13):1615-33.
63. Choi S, Ryan JP. Completing substance abuse treatment in child welfare: The role of co-occurring problems and primary drug of choice. *Child Maltreat*. 2006;11(4):313-25.
 64. Sinha R, Easton C, Kemp K. Substance abuse treatment characteristics of probation - referred young adults in a community - based outpatient program. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003;29(3):585-97.
 65. Amodeo M, Chassler D, Oettinger C, Labiosa W, Lundgren LM. Client retention in residential drug treatment for Latinos. *Eval Program Plann*. 2008;31(1):102-12.
 66. Knight DK, Logan SM, Simpson DD. Predictors of program completion for women in residential substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2001;27(1):1-18.
 67. Callaghan RC, Hathaway A, Cunningham JA, Vettese LC, Wyatt S, Taylor L. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addict Behav*. 2005;30(9):1834-47.
 68. McKellar JD, Harris AH, Moos RH. Predictors of outcome for patients with substance-use disorders five years after treatment dropout. *J Stud Alcohol*. 2006;67(5):685-93.
 69. Kang SY, Deren S, Goldstein MF. Relationships between childhood abuse and neglect experience and HIV risk behaviors among methadone treatment drop-outs. *Child Abuse Negl*. 2002;26(12):1275-89.
 70. Scott-Lennox J, Rose R, Bohlig A, Lennox R. The impact of women's family status on completion of substance abuse treatment. *J Behav Health Serv Res*. 2000;27(4):366-79.
 71. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;22(2):241-52.
 72. Langan NP, Pelissier BM. Gender differences among prisoners in drug treatment. *J Subst Abuse*. 2001;13(3):291-301.
 73. Arnaudova I, Jin H, Amaro H. Pretreatment social network characteristics relate to increased risk of dropout and unfavorable outcomes among women in a residential treatment setting for substance use. *J Subst Abuse Treat*. 2020;116:108044.
 74. Krawczyk N, Feder KA, Saloner B, Crum RM, Kealhofer M, Mojtabai R. The association of psychiatric comorbidity with treatment completion among clients admitted to substance use treatment programs in a US national sample. *Drug Alcohol Depend*. 2017;175:157-63.
 75. Perron BE, Bright CL. The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: Results from a national survey. *Drug Alcohol Depend*. 2008;92(1-

- 3):123–31.
76. Brady TM, Ashley OS. Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS). Citeseer; 2005.
 77. Chen LY, Strain EC, Crum RM, Mojtabai R. Gender differences in substance abuse treatment and barriers to care among persons with substance use disorders with and without comorbid major depression. *J Addict Med.* 2013;7(5):325.
 78. Green CA. Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Res Health.* 2006;29(1):55.
 79. 今福章二. 更生保護施設における処遇に関する研究. 法務総合研究所; 2002.
 80. Dragisic T, Dickov A, Dickov V, Mijatovic V. Drug addiction as risk for suicide attempts. *Mater Sociomed.* 2015;27(3):188.
 81. Maloney E, Degenhardt L, Darke S, Mattick RP, Nelson E. Suicidal behaviour and associated risk factors among opioid - dependent individuals: A case-control study. *Addiction.* 2007;102(12):1933–41.
 82. Hom MA, Stanley IH, Joiner TE Jr. Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2015;40:28–39.
 83. Gibbons CJ, Stirman SW, Brown GK, Beck AT. Engagement and retention of suicide attempters in clinical research. *Crisis.* 2010;31:62 – 8. doi: 10.1027/0227-5910/a000018.
 84. McCrady BS, Epstein EE, Fokas KF. Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Res Curr Rev.* 2020;40(2).
 85. Dobkin PL, Civita MD, Paraherakis A, Gill K. The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction.* 2002;97(3):347–56.
 86. Kelly JF, Kahler CW, Humphreys K. Assessing why substance use disorder patients drop out from or refuse to attend 12-step mutual-help groups: The "REASONS" questionnaire. *Addict Res Theory.* 2010;18(3):316–25.
 87. Falade-Nwulia O, Felsher M, Kidorf M, Tobin K, Yang C, Latkin C. The impact of social network dynamics on engagement in drug use reduction programs among men and women who use drugs. *J Subst Abuse Treat.* 2022;137:108713.
 88. Ogolsky BG, Bowers JR. A meta-analytic review of relationship maintenance and its correlates. *J Soc Pers Relat.* 2013;30(3):343–67.
 89. 森田展彰, 渡邊敦子, 新井清美, 小池純子, 望月明見, 大宮宗一郎, et al. 更生保護施設における薬物事犯への支援に関する研究. *更生保護学研究.* 2019;(15):3–17.
 90. 渡邊敦子, 森田展彰, 受田恵理, 安里明友美, 小池純子, 新井清美, et al. 更生保護施

- 設における薬物事犯者に対する地域支援: 刑の一部執行猶予制度導入後の施設の利用実態. 法と心理. 2020;20(1):150–8.
91. Şimşek M, Dinç M, Ögel K. Determinants of the addiction treatment drop-out rates in an addiction counseling centre: A cross-sectional study. *Psychiatry Clin Psychopharmacol*. 2019;29(4):446–54.
 92. 柏木範毅. 薬物処遇重点実施更生保護施設での処遇について. 更生保護. 2015;66(12):40–3.
 93. 法務省. 令和 5 年犯罪防止推進白書. 2024 [cited 2024 Jul 5]. Available from: <https://www.moj.go.jp/content/001407646.pdf>
 94. 相良翔. 更生保護施設在所者の「更生」——「更生」における自己責任の内面化——. ソシオロジ. 2017;62(1):115–31. doi: 10.14959/soshioroji.62.1_115.
 95. 鈴木英一. 更生保護施設における薬物依存のある刑務所出所者に対する支援. 司法精神医学. 2017;12(1):107–10.
 96. Laudet AB. The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addict Sci Clin Pract*. 2011;6(1):44.
 97. Foster JH, Peters T, Marshall E. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol*. 2000;22(1):45–52.
 98. Millson P, Challacombe L, Villeneuve PJ, Strike CJ, Fischer B, Myers T, et al. Determinants of health-related quality of life of opiate users at entry to low-threshold methadone programs. *Eur Addict Res*. 2006;12(2):74–82.
 99. Single E. Defining harm reduction. *Drug Alcohol Rev*. 1995;14(3):287–90.
 100. Harm Reduction International. What is harm reduction? 2022 [cited 2024 Jul 11]. Available from: <https://hri.global/what-is-harm-reduction>
 101. Ritter A, Cameron J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2006;25(6):611–24.
 102. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009;373(9682):2234–46.
 103. Tsui M-S. The harm reduction approach revisited: An international perspective. *Int Soc Work*. 2000;43(2):243–51.
 104. 松本俊彦. なぜ発言するのか: 薬物依存症に対するスティグマ低減のために. 精神科治療学. 2020;35(7):717–22.
 105. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J, et al. Public health and international drug policy. *Lancet*. 2016;387(10026):1427–80.
 106. Aronowitz S, Meisel ZF. Addressing stigma to provide quality care to people who use drugs. *JAMA Netw Open*. 2022;5(2):e2146980–e.

107. Wogen J, Restrepo MT. Human rights, stigma, and substance use. *Health Hum Rights*. 2020;22(1):51.
108. Werb D, Rowell G, Guyatt G, Kerr T, Montaner J, Wood E. Effect of drug law enforcement on drug market violence: A systematic review. *Int J Drug Policy*. 2011;22(2):87–94.
109. 松本俊彦. ハーム・リダクションの理念とわが国における可能性と課題. *精神神経学雑誌*. 2019;121(12):914–25.