

学位論文

「薬物使用に対するスティグマの把握と低減方法の検討」

指導教授名： 稲田 健

申請者氏名： 片山 宗紀

## 著者の宣言

本学位論文は、著者の責任において実験を遂行し、得られた真実の結果に基づいて正確に作成したものに相違ないことをここに宣言する。

## 論文要旨

### 1. はじめに

スティグマは「ラベリング・ステレオタイピング・分離・社会的立場の損失・差別といった要素が、それを維持する力の下で存在している、複雑で多面的な社会的プロセス」と定義され(Link & Phelan, 2001; McGinty & Barry, 2020; Thornicroft et al., 2022)、メンタルヘルスの問題を抱える人たちに否定的な影響を与える。

中でも大麻・精神刺激薬・オピオイドといった違法薬物を使用する人(People Who Use Drugs:以下PWUD)は物質使用に伴う直接的な害以上に、スティグマによる社会生活への否定的影響が無視できない。しかしながら、PWUDに対するスティグマに関する全国的・定量的な調査は日本では存在せず、一部の専門家による個人的発信に限られる。そこで、本研究ではPWUDやその家族との協働により薬物使用に対するスティグマを定量的に把握可能な日本初の尺度を開発し(研究1)、全国の精神保健福祉センター(研究1)および1都2県の依存症専門医療機関(研究2)に調査を行ってその実態およびスティグマに影響を与える要因についての調査を行った。そのうえで、PWUDに対する支援者のスティグマを低減するための研修会の効果検証を行った(研究3)。

### 2. 方法

【研究1】精神障害に対するスティグマを測定するLinkスティグマ尺度をベースに、文献レビュー及びPWUDと家族計8名に対してインタビューを行って、薬物使用に対するスティグマ尺度(Drug Stigma Scale:以下DSS)を開発した。その上で、全国の精神保健福祉センターの支援者を対象としたアンケート調査を行い、DSSおよびスティグマに関連すると思われる項目について聴取した。回答結果について単純集計を求め、DSSの因子構造を把握したうえで、DSSおよび各因子を従属変数とした一般化線形混合効果モデル分析により尺度得点に影響すると思われる要因の分析を行った。

【研究2】研究1にて開発された尺度を用いて、1都2県に所在する依存症専門医療機関5施設の医療従事者を対象に研究1と同様の調査を行った。単純集計を求め、研究1にて示された因子構造の検証を行ったうえで、DSSおよび各因子を従属変数とした一般化線形混合効果モデル分析により尺度得点に影響すると思われる要因の分析を行った。

【研究3】全国の生活保護担当ケースワーカー、精神保健福祉相談員、精神保健福祉センター職員を対象とした研修会を実施し、DSSを用いてその効果を検証した。

### 3. 結果

【研究1】インタビューおよび文献レビューより、24項目の尺度が開発された。18項目の因子構造が示され、公的支援機関の支援者は顕著なスティグマ的態度を有しており、支援経験が有意に高いスティグマ尺度得点と関連しており、支援者自身の相談経験や当

事者との協働経験が有意に低いスティグマ尺度得点と関連している事を把握した。

【研究 2】因子構造の安定性が確認された。更に依存症専門医療機関の医療従事者は自治体職員よりも有意にスティグマ尺度得点が高い事、支援者自身の相談経験や、当事者との協働経験が研究 1 と同様に有意に低いスティグマ尺度得点と関連している事を確認した。

【研究 3】支援者として活動する PWUD と協働で地域の支援者を対象とした研修が支援者の PWUD に対するスティグマ的態度に有意に肯定的な変化をもたらす可能性を明らかにした。

#### 4. 考察

本研究より、日本において薬物使用の経験がその人の生活にスティグマとなって影響を与えている事、そして PWUD との協働によってスティグマに対処することの重要性和有効性が示された。当事者と連携して対象者の支援に当たる事はアクション領域における一つの活動スタイルとして古くから知られているが、必ずしもこの支援モデルは一般に普及していない。それゆえ、PWUD に対するスティグマの軽減という観点からも、このような協働モデルを支援者の養成における基本的な考えとして積極的に普及していく事の意義は大きいと考える。

#### 5. 結論

薬物使用がある事によって経験される社会生活における様々な差別や機会損失は当事者の健康や安全を損なっている。本研究の知見を通して PWUD の安全な社会生活・健康増進・地位向上や薬物使用に対する理解が促進されることを望む。



## 目次

1. はじめに .....	1
1-1. 薬物使用に対するスティグマ .....	1
1-2. スティグマ研究の概況と課題 .....	2
1-3. 本研究の目的 .....	2
2. 研究1 薬物使用に対するスティグマ尺度の開発と、自治体職員を対象としたスティグマに関する調査の実施 .....	3
2-1. 目的 .....	3
2-2. 方法 .....	3
2-2-1. 薬物使用に対するスティグマ尺度 (Drug Stigma Scale: 以下 DSS) の開発 .....	3
2-2-2. アンケート調査の実施 .....	5
2-2-3. 分析 .....	5
2-2-4. 倫理的配慮 .....	6
2-2-5. 研究資金 .....	6
2-3. 結果 .....	6
2-3-1. インタビューの結果 .....	6
2-3-2. アンケートの結果 .....	9
2-3-3. 因子構造 .....	9
2-3-4. 内的一貫性 .....	9
2-3-5. 各因子の命名 .....	9
2-3-6. GLMM .....	9
2-4. 考察 .....	10
2-4-1. 本研究の限界 .....	12
2-5. 結論 .....	12
2-5. 本研究の発表 .....	12
3. 研究2 医療従事者を対象としたスティグマに関する調査の実施 .....	12
3-1. 目的 .....	12
3-2. 方法 .....	13
3-2-1. アンケート調査の実施 .....	13
3-2-2. 分析 .....	13
3-2-3. 倫理的配慮 .....	14
3-2-4. 研究資金 .....	14
3-3. 結果 .....	14
3-3-1. アンケートの結果 .....	14
3-3-2. 因子構造 .....	14

3-3-3. GLMM.....	14
3-3-4. 自治体職員の DSS スコアとの比較 .....	15
3-4. 考察.....	15
3-4-1. 本研究の限界 .....	16
3-5. 結論 .....	16
3-6. 本研究の発表 .....	17
4. 研究 3 支援者に対する研修のスティグマ低減効果の測定.....	17
4-1. 目的.....	17
4-2. 方法.....	17
4-2-1. 対象.....	17
4-2-2. 介入.....	17
4-2-3. 効果測定の方法 .....	18
4-2-4. 分析.....	18
4-2-5. 倫理的配慮.....	18
4-2-6. 研究資金 .....	19
4-3. 結果.....	19
4-3-1. 対象者の属性 .....	19
4-3-2. DSS 尺度の変化 .....	19
4-3-3. 自由記述 .....	19
4-4. 考察.....	21
4-4-1. 本研究の限界 .....	22
4-5. 結論 .....	22
4-6. 本研究の発表 .....	22
5. 総合考察 .....	22
6. 結語 .....	24
7. 参考文献 .....	24
8. 謝辞 .....	30
9. 業績一覧 .....	31
9-1. 研究発表.....	31
9-2. 論文発表.....	33
9-3. 受賞.....	34
10. 図表.....	35

## 1. はじめに

### 1-1. 薬物使用に対するスティグマ

大麻・オピオイド・精神刺激薬といった薬物は、社会性の向上、痛み・不安・抑うつ<sup>1</sup>の緩和、注意集中の向上など多くのメリットをもたらす<sup>1</sup>一方で、様々な害も生じる<sup>2,3</sup>。代表的な心身への害には、自死・急性中毒や事故死による死亡リスク、HIV などの感染症の罹患、循環器・呼吸器や内臓などの臓器へのダメージ、幻覚妄想を始めとした精神症状の発症や認知機能への影響が知られている。日本における違法薬物の生涯経験者数は約 215 万人と推計されており<sup>4</sup>、薬物の使用に伴うこれらの害に晒される可能性ある人は決して少ないとは言えない。それゆえ、薬物を使用する人 (People Who Use Drugs, 以下、PWUD)<sup>a</sup>がこれらの害に直面した際にその害を解消ないし最小化し、PWUD の健康な生活を支えていくため、医療・相談機関へのスムーズなアクセスは極めて重要と言える。しかしながら、PWUD の支援では治療ギャップの大きさが国際的な問題として認識されている<sup>5</sup>。治療ギャップの背景にはアクセス可能な治療資源の不足・エビデンスに基づく治療プログラムの不足・支援者のスキル不足・政治的／経済的状況といった要因があり、これが PWUD に対するスティグマによって維持・拡大されていると指摘されている<sup>5</sup>。

スティグマは、奴隷に押される烙印を意味するギリシャ語の” *stizein*” を語源としており<sup>6</sup>、「ラベリング・ステレオタイピング・分離・社会的立場の損失・差別といった要素が、それを維持する力の下で存在している、複雑で多面的な社会的プロセス」と定義される<sup>7-9</sup>。スティグマは (1) 自己スティグマ (self-stigma: ある属性からもたらされる自身に対する否定的な価値づけや、これに伴う社会参加の抑制)、(2) 関係スティグマ (affiliate stigma: スティグマ化された集団と接することにより生じる家族や支援者など周囲の人に付与される否定的な属性や差別体験)、(3) 公的スティグマ (public stigma: ある属性に対する否定的なイメージや態度、社会参加機会の制限)、(4) 構造的スティグマ (structural stigma: ある属性に対して不利益となるような組織の制度やポリシー) に分類され<sup>8</sup>、各々がメンタルヘルスの問題を抱える人たちに否定的な影響を与えることが知られている。

PWUD は他の精神疾患よりも多くのスティグマに晒される<sup>10</sup>と言われる。代表的なスティグマには、薬物使用は自己責任である<sup>11,12</sup>・道徳的に劣っている<sup>13,14</sup>・意思が弱い<sup>12,14</sup>・危険<sup>12</sup>・怖い<sup>12,15</sup>などの偏見がある。これらの偏見が PWUD の治療資源へのアクセスの障害となる事によって問題がより重症化する<sup>16-18</sup>のみならず、緊急時に通報を躊躇することによって時に致死的になる事<sup>19,20</sup>、他の精神疾患と同等のケアを受けられない事<sup>20-25</sup>、支援からドロップアウトしやすくなる事<sup>19,20,26</sup>、医療の受診に際して薬物使用を開示せず、適切なアセスメントを受けられない事<sup>18,20,27</sup>といった問題が報告されている。更に、前述したような

---

<sup>a</sup> 薬物使用に対する海外のスティグマ研究や啓発では、言語表現がスティグマにつながるという視点から、Drug Addict (薬物依存症者)ではなく、People Who Use Drugs(薬物を使用する人)という人第一言語を用いることを推奨している (i.e. Kennedy-Hendricks et al., 2022<sup>75</sup>)。本研究がスティグマに関する研究論文であることを踏まえ、本論文でも特に必要がない限り、同様の表現を採用した。



薬物使用に伴う心身の害はPWUD全員に生じるわけではないが、直接的な心身の害を生じないPWUDに対しても、QOLの低下<sup>28,29</sup>、社会的孤立と排除<sup>30-35</sup>、就労や住居確保の機会損失<sup>31,36,37</sup>、尊厳を傷つけられる体験<sup>15,24</sup>を生じ、結果的にスティグマが心身の健康状態を悪化させ<sup>38-40</sup>、これがさらに薬物使用を加速させて薬物使用に伴う問題を生じてしまう<sup>41</sup>という悪循環を招く。そのため、医療福祉的ケアの要否に関わらず、PWUDの地域生活を支える支援者の薬物使用に対するスティグマを解消し、サポートティブな地域社会を形成していくことの必要性は大きい<sup>9,42</sup>。

## 1-2. スティグマ研究の概況と課題

精神疾患に対する支援者のスティグマの解消／低減に関する研究は(1)正しい知識の提供、(2)技術向上、(3)アクティブラーニング、(4)スティグマの対象となる当事者との交流、(5)当事者のエンパワメント、(6)法制度の変更が有効なアプローチであると示している<sup>8,43</sup>。薬物使用の場合には、ワークショップを通じた知識の提供や当事者との接触により支援者のスティグマを低減する研究が主流となっている<sup>44-46</sup>が、これらの研究の効果は一貫していない。単なる知識の提供や、当事者との接触だけではスティグマを助長しかねない事さえ指摘されており<sup>21,46,47</sup>、当事者との効果的な交流の形に関して十分なコンセンサスが得られているとはいいがたい。加えて、既存の研究は全て日本国外において実施されたものであり、薬物使用に対して異なる文化的価値背景を有する日本で支援者の薬物使用に対するスティグマを低減するための介入法に関するエビデンスは存在しない。

更に、本邦では薬物使用に対するスティグマを定量的に測定可能な尺度が存在しないことも、本分野における知見の蓄積を阻んでいる大きな要因である。RIBS-J<sup>48</sup>、King スティグマ尺度<sup>49</sup>、MIDUS<sup>50</sup>、Link スティグマ尺度<sup>51</sup>など、精神障がいに対するスティグマを量的に測定可能な日本語の質問紙は開発されている。しかしながら、特にスティグマに関する研究では対象者が経験するスティグマが地域の文化・法制度・慣習などによって大きく異なることから、対象となる属性を有する人たちが研究に関与することが推奨されている<sup>8,52-57</sup>中で、これらの尺度はPWUDやその家族などが日本語版の開発に関与しておらず、日本における薬物使用に対するスティグマ経験を十分に反映しているか明らかでない。それゆえ、本邦でPWUDを取り巻くスティグマの低減のためには、当事者の経験を反映した尺度を開発したうえで、支援者が有するスティグマの実態とこれに影響を与える要因を把握し、支援者の有するスティグマを低減するための効果的な介入についての検討が求められる。

## 1-3. 本研究の目的

以上より、PWUDに対する地域生活における課題として、日本におけるPWUDに対する支援者のスティグマやこれに影響を与える要因に関する定量的知見がない事、それゆえPWUDに対する地域の支援機関のスティグマを低減介入に関するエビデンスがなく、これを測定可能な尺度も存在しない事が挙げられる。本研究では上記の課題に対して、以下の3つの研究

を実施した。

- (1) 薬物使用に対するスティグマ尺度の開発と、自治体職員を対象としたスティグマに関する調査の実施・尺度の標準化 (研究 1)
- (2) 同尺度を用いた、医療従事者を対象としたスティグマに関する調査の実施・尺度構造の検証 (研究 2)
- (3) 支援者のスティグマ的態度の低減を目的とした研修の効果測定 (研究 3)

以上 3 つの研究を通し、PWUD の安全な社会生活および必要に応じた支援機関へのつながりの促進のため、PWUD を取り巻くスティグマの実態を把握し、これを低減するための効果的な介入に関する検討を行った。

## 2. 研究 1 薬物使用に対するスティグマ尺度の開発と、自治体職員を対象としたスティグマに関する調査の実施

### 2-1. 目的

薬物使用に対するスティグマ尺度の開発と、自治体職員を対象としたスティグマに関する調査の実施・尺度の標準化

### 2-2. 方法

#### 2-2-1. 薬物使用に対するスティグマ尺度 (Drug Stigma Scale: 以下 DSS) の開発

本研究では精神障害を有する人に対するスティグマを測定可能な日本語版 Link スティグマ尺度 (12 の質問・4 件法のリッカート尺度) を日本語版の開発者より許可を得て改変した。同尺度は、スティグマの評価に関して重要と考えられる、回答者の社会的望ましさバイアスを統制する教示になっていることが大きな特徴である。この教示は、本研究が援助者を対象としており、社会的な望ましさに影響されやすいと想定されることから重要であると考えたため、本尺度の基本構造を採用した。

尺度の改変に当たっては、以下の手続きが行われた。

#### (1) 先行研究の収集

本研究では、まず研究実施当時に刊行されていた 2 本のシステマティックレビュー論文<sup>12, 21</sup>を参照し、著者を含む共同研究者らで同論文にて紹介されていた文献を精査した。加えて、国内の薬物使用に対するスティグマ研究論文についてもレビューを行った。国内文献のレビューは CiNii および Google Scholar の 2 つの検索エンジンにて、“薬物依存症” AND “スティグマ” OR “偏見” OR “差別” をキーワードとして検索を行った。しかしながら、上記のキーワードでは査読付論文を発見することができなかったため、追加調査として雑誌の記事、短報、未査読の論文、インターネットの記事なども対象とした。

PWUD に対して豊富な臨床経験を有する研究者らが各文献の精査を行い、論文で報告され



ていた内容がLink スティグマ尺度に記載されている質問項目には存在しないと判断された場合、新たな質問項目を追加した。すべての文献の精査が終了したのち、研究者らによって各質問項目の表現や内容的妥当性を検討した。その結果、新たに 10 項目を追加した 22 項目が本尺度の原案として採用された。これらの追加された質問項目は†にて示されている(表 1)。

## (2) PWUD および家族に対するインタビュー調査

PWUD および PWUD の家族に対して半構造面接によるスティグマに関するインタビュー調査を行った。この手続きは (a) 日本国内外の既存の研究では報告されておらず、尺度に反映されていない薬物使用に対するスティグマを把握し、これを尺度の質問項目に追加する事、(b) 既存の質問項目について PWUD および家族から意見を受けることを通して質問項目の内容的妥当性を確認する事、の 2 点を目的として実施された。

インタビューに当たっては、PWUD もしくは家族の回復支援を行う NPO 法人の代表者に研究の説明を行い、各法人でインタビュー可能な対象者をリクルートした。インタビューは任意である事を事前に説明し、個別で約 1 時間行われた。インタビューは「あなたが薬物依存症からの回復に向けて社会とのつながりを取り戻すなかで、何が大変だと感じますか？」という教示から始まり、就職活動、住居探し、行政機関での対応、育児関係など様々な社会生活場面での困難について聴取した。さらに、インタビューの最後には尺度の原案が提示され、内容について自由に意見を述べてもらう形でディスカッションを行った。

インタビューデータは全て録音され、逐語を作成してインタビューごとに分析した。そして分析結果を尺度の質問項目と比較し、結果が既存の尺度に反映されていないと判断された際に、新しい質問項目が追加された。

インタビューは、(a) 分析方法である再帰的テーマ分析の実施に必要な最低限のサンプルサイズ (>6) を満たす事<sup>58</sup>、(b) インタビューデータから追加すべき新たな質問項目がない事、(c) PWUD および PWUD の家族に対して同数のインタビューを実施する事の 3 つの条件を満たすまで継続された。3 つすべての条件を満たしたことが確認されたのち、再度すべてのデータについて解析を行い、質問項目との整合性を確認した。

解析には再帰的テーマ分析<sup>59</sup>を用いた。本分析法は、社会的に疎外されている人たちの声を社会に届ける事を可能にする<sup>60</sup>のみならず、当事者にとって当たり前になっており、必ずしもスティグマと認識されていない様々なエピソードについて、その潜在的な意味を拾い上げ、解析することを得意とした解析手法である<sup>61</sup>。逐語データについて、著者が繰り返しデータを読むことによってデータに精通したのち、切片化・コード化を行い、共通するテーマごとにまとめ上げた。コーディングには Dedoose<sup>62</sup>を用いた。

この手続きでは、2 問の質問が追加され、合計 24 問による尺度原案が作成された。この手続きで追加された質問項目は‡にて示されている(表 1)。



### (3) 研究者らによる最終ディスカッションと質問項目についての合意形成

24 問の質問項目について著者を含む研究者らで最終のディスカッションを行い、各質問項目の適格性を検討し、合意を得た。

## 2-2-2. アンケート調査の実施

### (1) アンケート対象者

全国 47 都道府県にある全 69 精神保健福祉センターにて、精神保健福祉に関する相談業務に従事する支援者にスティグマ尺度を含むアンケートをメールにて送付した。アンケートは、回答者が任意でウェブフォーム・pdf・ワード・エクセルのいずれの形式から選択して回答する形式とした。

### (2) スティグマ尺度以外の聴取情報

薬物使用に対するスティグマに関する 24 の質問以外に、以下の情報を聴取した。

- (a) 自認する性
- (b) 年代
- (c) PWUD に対する支援に現在従事しているか
- (d) 近親者に PWUD がいるか
- (e) 公私に限らず、回復した PWUD に会ったことがあるか
- (f) 自身が薬物使用に悩んだことがあるか
- (g) 自身もしくは近親者の薬物使用について誰かに相談したことはあるか
- (h) PWUD に対する治療グループに参加／見学したことはあるか
- (i) PWUD に対する自助グループに参加／見学したことはあるか
- (j) 回復した PWUD から回復についての話を聞いたことがあるか

更に、PWUD に対する支援に現在従事している回答者 ((c) にて“はい”と回答した者) については、

- (k) 支援頻度
- (l) 支援年数
- (m) 回復した PWUD との協働経験
- (n) 支援の中で PWUD から何らかの暴力被害を受けた経験があるか

について聴取した。

## 2-2-3. 分析

まず、スティグマ尺度の 24 の質問項目について探索的因子分析 (EFA) および確認的因子分析 (CFA) を行い、尺度の因子構造を明らかにした。EFA の実施に際しては Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性 (KMO) と Bartlett の球面性検定を行い、EFA 実施の妥当性を確認した。KMO の妥当性は 0.9 以上を、Bartlett の球面性検定は有意水準を 0.05 とした<sup>63</sup>。EFA はプ

ロマックス回転(最尤法)にて実施された。因子数は対角 Squared Multiple Correlation 平行分析によって決定された。因子負荷の最低基準は 0.4 とし<sup>63</sup>、複数の因子に負荷するか、いずれの因子にも十分に負荷しなかった質問項目を削除し、全ての質問項目がいずれか一つの因子に負荷するまで解析を繰り返した。

続けて、EFA によって示された因子構造を CFA によって確認した。CFA の適合度指標には Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Goodness Fit Index (GFI) の 3 つを採用し、いずれも基準値は 0.9 とした<sup>64</sup>。

加えて、クロンバッハのアルファ係数により内的一貫性を確認した。クロンバッハのアルファ係数の基準値は 0.6 とした<sup>65</sup>。

最後に、スティグマ尺度の合計得点及び各因子の得点を従属変数とした一般化線形混合効果モデル解析 (GLMM) による有意差検定を実施した。GLMM では、まず項目 c から j までを独立変数として投入した。そのうえで、独立変数 c について有意であった従属変数に関して、同項目 c にて”はい”と回答したデータを対象に項目 k から l を独立変数として再度 GLMM 解析を行った。すべての解析を通して、項目 a と b、およびアンケートの回答方法(ウェブ・pdf・ワード・エクセル)をランダム変数として投入した。有意水準は、全て 0.05 とした。統計解析は全て R<sup>65</sup> を使用し、CFA には”lavaan” パッケージを、GLMM には”lme4” および”lmerTest” パッケージを使用した。

#### 2-2-4. 倫理的配慮

本研究の実施に際しては、全国精神保健福祉センター長会研究倫理審査委員会の承認を得て行われた。インフォームドコンセントはインタビューについては書面および口頭にて、アンケート調査は書面にてそれぞれ説明し、書面による同意を得た。

#### 2-2-5. 研究資金

本研究は令和 3 年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究(19GC1014)」(代表研究者:松本俊彦)の一環として、同研究資金の提供を受けて行われた。

### 2-3. 結果

#### 2-3-1. インタビューの結果

インタビューは 4 名の PWUD および 4 名の PWUD の家族に行われた。PWUD は 4 名とも男性であり、全員が 10 年以上薬物を使用しておらず、また就労していた。3 名の PWUD は 1 名以上の子どもがいた。4 名の PWUD の家族はみな PWUD の親であった。8 名の対象者のうち、2 名は覚せい剤を、2 名は危険ドラッグを、4 名は大麻・危険ドラッグ・覚せい剤を含む複数の薬物を使用していた。インタビューは平均して 67 分 23 秒(標準偏差:15 分 23 秒)実施された。

再帰的テーマ分析より、以下の8つの独立したテーマを生成した。以下に、各テーマの概要と説明、および代表的な引用を示す(表2)。

#### テーマ1:『悩んでも相談できない』

薬物使用を受け入れてもらえずに非難されてしまうのでと思い、地元の相談機関には相談に行きづらい。公共交通機関などで相談の啓発があっても、周囲の目が気になるためメモを取れない。本人の薬物使用による症状でそのきょうだいも学業不振や心身の不調を生じるが、同様の理由で学校で相談することができないという社会生活上の障害がある。

“きょうだいが眠れなくなっちゃって。その時期は私と一緒にの部屋で耳栓させて寝かしました。謝りましたね、申し訳ないって。何とか、何とかするからって”

#### テーマ2:『自分のことを誇れない』

薬物使用や回復施設に対するだらしない人や怖い人といったイメージのために劣等感を感じていたり、自分が回復施設で働いていることを誇れない。子どもたちも、親が回復施設で仕事をしていても誇れないはずだという、否定的な自己イメージ。

“子どもたちは、親がダルクで仕事をしてたことを誇れないと思うし、堂々とできないと思う”

#### テーマ3:『偏見を持たれても仕方ない』

自身が行った盗みや暴力などへの罪悪感から、偏見を持たれても仕方ないと考え、薬物使用の問題があることによって生じる不利益を甘受してしまう当事者の態度がある。

“自分がひどかったから。病気とは言え、盗みを働いたりといった行為は許されることではないと思いますし、その部分があるから、偏見を持たれるのも「そうだろうな」って”

#### テーマ4:『違法でなかったのあまり偏見がなかった』

違法ではない薬物を使用していたため、周囲に話をしてもあまり否定的なイメージを持たれず、薬物対象によっても社会の受け入れ具合に差がある。

“その当時は違法じゃないんで、あらあらってそんな感じで、馬鹿な子だね、みたいな。そのくらいでしたね。あれが覚せい剤だとか大麻だと、まだ違ってたと思います”

#### テーマ5:『理解が進んでいない』

支援者、学者、報道機関などで薬物を含む依存症が病気だという理解が進んでおらず、病



気の症状なのに非難される、人間性を否定するようなことを言われてしまうという、社会生活上の不利益がある。

“支援者の人がみんなの前で本人を怒ったわけですよ。何やってんだと。あんたは約束守らないでって。病気なのに”

テーマ 6:『理解を示し、変わらず接してくれた』

本人は理解を示してくれる人たちと関わることで自身が回復できたと感じ、家族では薬物依存症であることを話しても距離を置かずに変わらず接し、寄り添ってくれる人がいたことが力になった。周囲が偏見を持たずにサポートしてくれた事への感謝など、回復の促進要因として分け隔てなく接してくれる人がいることの重要性。

“担任の先生が「できる範囲のことをします」って言ってくださったので。本当あの先生がいなかったら駄目だったと思います。”

テーマ 7:『病気のことを話せない』

薬物使用歴によってきょうだいや子どもにも薬物依存症の悪い属性が付与されてしまい、いじめられる、人間関係が壊れてしまうという不安。また、ダルクで正直になることに取り組んできたのに、社会生活では隠したり嘘をつかないといけない場面が多く、疲弊してしまう。テレビや周囲の人が薬物に批判的な発言をしていると、自分や家族も同様に非難されてしまうのではないかと感じ、話すことができなくなるという心理的負担感。

“私自身の問題なので、私が何か言われるのは構わない。でも、話すことで子どもがいじめられたり、そういったところまで影響がいかないかは心配している”

テーマ 8:『社会生活が制限された』

薬物使用歴を告白するとだらしない人であるとか悪い人であるというイメージを付与されてしまうことを危惧し、冠婚葬祭など経歴をオープンにしないといけない場面への参加を躊躇してしまうほか、近所の人々との交流も制限される。仕事でも、自分の家族に PWUD がいるのに人と関わる仕事をしていいのかと葛藤する。

“本人の同級生のお母さんには、なるべく接触したくないなって気持ちは、なんか今でもあります”

分析より、合計 24 項目がスティグマ尺度の質問とされた。また、8 人全員のインタビュー対象者は、スティグマ尺度の質問が理解可能であり、インタビュー対象者が経験したステ

ィグマを十分に反映できていると回答した。

#### 2-3-2. アンケートの結果

合計 229 名がアンケートに回答した(回答率: 66.4%)。7 名は属性情報に欠測値があったため、解析から除外した。222 名の回答のうち、75.7%が女性であり、88.7%が PWUD に対する支援に従事していた。また、スティグマ尺度のいずれの質問項目にも天井効果ないし床効果は確認されなかった。対象者の属性を表 3 に、スティグマ尺度の結果を表 4 に示す。

#### 2-3-3. 因子構造

スティグマ尺度の回答結果について EFA および CFA を実施した。事前検定として、KMO は 0.93 であり、Bartlett の球面性検定は  $p < 0.01$  であったことから、回答データは EFA に適格であると判断された。対角 SMC 平行分析より、因子数は 6 である事が示されたため、これに基づいて EFA を実施したところ、5 つの質問項目がいずれの因子にも負荷しなかったため、また 1 つの質問項目は 2 つの因子に負荷していたため、削除された。再度 EFA を行った結果、全ての質問項目は 6 つの因子のいずれか一つに負荷した(表 5)。

本結果に基づき CFA を行ったところ、適合度指標は CFI=0.953, TLI=0.939, GFI=0.911 であり、いずれも基準値を十分に満たしていた。

#### 2-3-4. 内的一貫性

尺度全体のクロンバッハのアルファ係数は 0.89 であった。因子 1 から 6 までのアルファ係数は順に 0.75、0.79、0.75、0.65、0.67、0.86 であり、全ての数値は基準値を満たしていた(表 5)。

#### 2-3-5. 各因子の命名

各因子は、因子負荷に基づき以下の通り命名された(表 5)。

因子 1(項目 2・3) : 不信 (Mistrust)

因子 2(項目 18・22・23・24) : 軽視 (Disregard)

因子 3(項目 5・6・7・9) : 無価値化 (Devaluation)

因子 4(項目 20・21) : 否認 (Denial)

因子 5(項目 10・11・13・14) : 排除 (Discrimination)

因子 6(項目 17・19) : 危険 (Dangerousness)

#### 2-3-6. GLMM

GLMM の解析結果を表 6 および表 7 に示す。PWUD への支援に従事していることは、尺度の

合計得点 (coefficient=5.30, standard error=1.70,  $t=3.12$ ,  $p\text{ value}=0.01$ ) ・ 軽視 (coefficient=1.41, standard error=0.52,  $t=2.72$ ,  $p\text{ value}=0.01$ ) ・ 無価値化 (coefficient=1.30, standard error=0.54,  $t=2.40$ ,  $p\text{ value}=0.02$ ) ・ 排除 (coefficient=1.34, standard error=0.41,  $t=3.27$ ,  $p\text{ value}=0.00$ ) ・ 危険 (coefficient=0.82, standard error=0.30,  $t=2.74$ ,  $p\text{ value}=0.01$ ) の下位尺度と有意な正の相関があり、より高いスティグマ尺度得点と関係していた。また、身近な PWUD がいる事は不信 (coefficient=0.54, standard error=0.26,  $t=2.05$ ,  $p\text{ value}=0.04$ ) の下位尺度と有意な正の相関があり、より高いスティグマ尺度得点と関係していた。

他方、自身ないし近親者の薬物使用について相談した経験は尺度の合計得点 (coefficient=-5.47, standard error=2.77,  $t=-1.98$ ,  $p\text{ value}=0.05$ ) ・ 排除 (coefficient=-1.39, standard error=0.67,  $t=-2.08$ ,  $p\text{ value}=0.04$ ) ・ 危険 (coefficient=-0.96, standard error=0.49,  $t=-1.97$ ,  $p\text{ value}=0.04$ ) の下位尺度と有意な負の相関があり、より低いスティグマ尺度得点と関係していた。また、自助グループに参加／見学した経験がある事は、尺度の合計得点 (coefficient=-2.43, standard error=1.16,  $t=-2.10$ ,  $p\text{ value}=0.04$ ) ・ 排除 (coefficient=-0.61, standard error=0.28,  $t=-2.15$ ,  $p\text{ value}=0.03$ ) の下位尺度と有意な負の相関があり、より低いスティグマ尺度得点と関係していた。その他の独立変数は、合計得点ないしいずれの下位尺度と有意な相関は認めなかった (表 6)。

PWUD への支援に従事している者を対象とした二次解析より、何らかの被暴力体験は排除 (coefficient=1.13, standard error=0.41,  $t=2.75$ ,  $p\text{ value}=0.01$ ) の下位尺度と有意な正の相関があり、より高いスティグマ尺度得点と関係していた。他方、回復した PWUD と連携して支援に当たった経験がある事は尺度の合計得点 (coefficient=-2.73, standard error=1.25,  $t=-2.18$ ,  $p\text{ value}=0.03$ ) ・ 無価値化 (coefficient=-0.98, standard error=0.40,  $t=-2.45$ ,  $p\text{ value}=0.01$ ) ・ 危険 (coefficient=-0.45, standard error=0.21,  $t=-2.11$ ,  $p\text{ value}=0.04$ ) の下位尺度と有意な負の相関があり、より低いスティグマ尺度得点と関係していた。その他の独立変数は、合計得点ないしいずれの下位尺度と有意な相関は認めなかった (表 7)。

#### 2-4. 考察

研究 1 では、PWUD や PWUD の家族と協働により日本における薬物使用に対するスティグマを定量的に測定する初めての尺度を開発した。さらに、統計学的解析より、公的機関で PWUD の支援に当たる人、その中でも特に対象者から何らかの暴力の被害経験を有する事がより高いスティグマ尺度得点と関連している可能性を明らかにした。反対に、自身ないし近親者の薬物使用について相談したことがある事、自助グループに参加／見学したことがある事、回復した PWUD と協働で支援に従事した経験がある事がより低いスティグマ尺度得点と関連していた。



これらの結果の多くはこれまでに諸外国で報告されていた研究を支持する内容となったが、ひとつの特徴的な発見として諸外国とは違い、PWUD に対する臨床経験が日本の支援者が有するスティグマを強めてしまう可能性がある事は興味深い発見であった。加えて、本研究結果は単なる当事者との接近体験ではなく、協働による支援の経験がスティグマに肯定的な変化をもたらす可能性がある事を初めて発見した。

スティグマ低減のための臨床教育の重要性を考えると、本邦において繰り返し指摘されている PWUD の支援に関する教育カリキュラムの不足<sup>66</sup>が、本研究で観察された臨床経験と支援者のより高いスティグマ尺度得点とのつながりに関係している可能性が考えられる。それゆえ、スティグマへの対処という観点からは支援者の臨床教育に際して回復した PWUD との協働を支援のモデルとして積極的に提示する事、自助グループへの参加・見学を勧める事、自身や近親者に薬物使用の問題がある(ないしあった)場合には積極的に支援を求めるよう援助していくことが望ましい。スティグマの定義にあるように、これらの方法は PWUD と支援者の間の力の不均衡を是正する作用があると考えられる。特に、本邦では PWUD に多くの偏見を植え付けるダメ絶対教育を殆どの人が学校教育の過程で受けていることを踏まえれば、回復した PWUD が支援の中で果たすことのできる役割を知ること、支援者の中に PWUD のイメージに肯定的な変化を生じ、当事者の尊厳の回復につながる可能性がある。

また、本研究の副次的発見として、PWUD の支援に従事する人の中で、対象者から暴力の被害を受けた経験のある人がわずか 15.7%に留まっていたことは重要な発見といえよう。精神科医療機関における、医療従事者の精神疾患を有する人からの暴力被害の経験率は 70%から 90%と言われている<sup>67,68</sup>。調査対象機関に違いがある事から厳密な比較はできないが、本結果は多くの人たちが信じている、薬物を使用する人は特に危険であるという間違った認識に反論する量的データとなる可能性がある。もちろん、これは暴力被害の経験を有する支援者を軽視してよいという事ではなく、暴力被害の予防および万が一被害に遭った際には十分なアフターケアを提供することは不可欠であるが、本研究結果は一般に喧伝されている PWUD に対する様々な否定的なイメージが実際には間違いである可能性を示唆する。

本研究によって開発されたスティグマ尺度 (Drug Stigma Scale: DSS) は、日本における PWUD を取り巻くスティグマの実態を正確に把握し、これに影響を与える要因を検討するための重要なツールとなる可能性がある。本尺度は当事者との協働により、当事者の声を取り入れただけでなく、スティグマに関する 6 つの因子を発見した。これは、本尺度を利用することで、尺度の合計得点では有意な差が得られずとも、スティグマのある一側面に影響を与えた要因を特定することが可能となるという点において、今後の研究が Null-result として間違った解釈をされてしまうのを防ぐことができる。さらに、本尺度を様々な支援機関における調査に活用することで、各支援機関の支援方針や組織制度が当事者に対するスティグマにどのような影響を与えるか分析し、スティグマの低減につながる制度設計を検討することも可能となる。

#### 2-4-1. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。まず、インタビューの過程におけるセレクションバイアスとして、男性の PWUD や PWUD の親のみがインタビューされていたことが挙げられる。女性の PWUD や PWUD の子ども・きょうだい・親戚、断薬していないか期間が長くない PWUD では別のスティグマを経験する可能性があることから、これらを本尺度で十分に把握できているとは言いがたい。加えて、文献のレビューの手続きはシステムティックレビューではなかったため、抜け落ちてしまった文献がある可能性は否定できない。また、アンケートへの回答は任意であったことから、より高いスティグマを有している人たちが回答に躊躇した結果、回答に好意的なバイアスがかかってしまった可能性がある。最後に、自記式アンケートであることから、情報バイアスがあった可能性や、本調査では収集していなかった回答者の保有資格や教育歴などの変数を統制できていなかった可能性がある。

#### 2-5. 結論

スティグマは PWUD やその家族の生活に大きな否定的影響を与える。研究 1 では当事者に対するインタビューから日本に暮らす PWUD やその家族が顕著なスティグマを経験していることを把握し、その経験をもとにスティグマを量的に測定する尺度を開発した。更に尺度を用いた調査より、自治体の支援者において薬物使用に対するスティグマは重大な課題であり、これに対処するためには支援における当事者との協働や支援者自身が相談できる環境の整備を進める事が重要であることを日本で初めて示した。日本に暮らす全ての PWUD やその家族が何らかの形で行政機関と関わる機会があり、自治体に存在するスティグマに対処することは PWUD やその家族が安全で幸せな地域生活を日本で営むために欠かすことができない。今後は、本研究により提示されたエビデンスに基づいた効果的な自治体職員への啓発や職場環境に対する積極的介入、研修の開催が求められる。

#### 2-5. 本研究の発表

本研究の内容は原著論文” Factors influencing stigma among healthcare professionals towards people who use illicit drugs in Japan: A quantitative study” として Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports (2023; e125) にて公開済みである。

### 3. 研究 2 医療従事者を対象としたスティグマに関する調査の実施

#### 3-1. 目的

DSS 尺度を用いた、医療従事者を対象としたスティグマに関する調査の実施・DSS の尺度構造の確認

### 3-2. 方法

#### 3-2-1. アンケート調査の実施

##### (1) アンケート対象者

1 都 2 県に所在する全 5 つの依存症専門医療機関の医療従事者を対象に、DSS を含むアンケート調査を実施した。アンケートは各機関の担当者と話し合いのうえ、紙媒体かウェブフォームのどちらかの形式にて回答を依頼した。

##### (2) DSS 以外の聴取情報

研究 1 にて開発した 24 項目の DSS 以外に、以下の情報を聴取した。

- (a) 自認する性
- (b) 年代
- (c) 所有資格（研究 1 から新たに追加）
- (d) 教育年数（研究 1 から新たに追加）
- (e) PWUD に対する支援に従事しているか
- (f) 近親者に PWUD がいるか
- (g) 公私に限らず、回復した PWUD に会ったことがあるか
- (h) 自身が薬物使用に悩んだことがあるか
- (i) 自身もしくは近親者の薬物使用について誰かに相談したことはあるか
- (j) PWUD に対する治療グループに参加／見学したことはあるか
- (k) PWUD に対する自助グループに参加／見学したことはあるか

更に、PWUD に対する支援に現在従事している回答者（(e) にて“はい”と回答した者）については、

- (l) 支援頻度
- (m) 支援年数
- (n) 回復した PWUD との協働経験
- (o) 支援の中で PWUD から何らかの暴力被害を受けた経験があるか

について聴取した。

#### 3-2-2. 分析

研究 1 にて精神保健福祉センター職員を対象に確認された DSS の因子構造の医療従事者に対する因子的妥当性を確認するため、研究 1 で示された因子構造に基づいて CFA を実施した。CFA の適合度指標には Comparative Fit Index (CFI)、Tucker-Lewis Index (TLI)、Goodness Fit Index (GFI) および Root Mean Square of Approximation (RMSEA) の 4 つを採用した。CFI、TLI、GFI の 3 つはいずれも基準値を 0.9 以上とし、RMSEA は 0.6 未満とした

<sup>64</sup>。



続けて、DSS の合計得点及び各因子の得点を従属変数とした一般化線形混合効果モデル解析 (GLMM) による有意差検定を実施した。GLMM では、まず項目 e から k までを独立変数として投入した。そのうえで、研究 1 にて得られた解析結果との比較のため、独立変数 e にて「はい」と回答したデータについて、l から o を独立変数として再度 GLMM 解析を行った。すべての解析を通して、項目 a と b・所属機関・およびアンケートの回答方法 (ウェブか紙か) をランダム変数として投入した。

また、研究 1 で得られた公的機関の支援者の DSS のスコアとの比較のため、DSS の合計得点及び各因子の得点を従属変数とした Welch の t 検定を実施した。

有意水準は、全て 0.5 とした。統計解析は全て R<sup>65</sup> を使用し、CFA には”lavaan”パッケージを、GLMM には”lme4”および”lmerTest”パッケージを使用した。

### 3-2-3. 倫理的配慮

本研究の実施に際しては、国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認を受けた。また、インフォームドコンセントは書面にて説明し、同意を得た。

### 3-2-4. 研究資金

本調査は令和 4 年度全国依存症拠点調査研究事業「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」(事業担当者 白川教人) の一環として、資金提供を受けて行われた。

## 3-3. 結果

### 3-3-1. アンケートの結果

アンケートには、5 つの医療機関より合計 218 名が回答した (総回答率: 28.3%)。属性情報に欠測値のあった回答はなかった。回答者の 64.2% が女性であった。56.4% が回答時点で PWUD に対する支援に従事していた。対象者の属性を表 8 に、DSS の結果を表 9 に示す。

### 3-3-2. 因子構造

研究 1 で得られた因子構造に基づいて CFA を行ったところ、適合度指標は CFI=0.942、TLI=0.925、GFI=0.914、RMSEA=0.054 であり、いずれも基準値を十分に満たしていた。

### 3-3-3. GLMM

GLMM の解析結果を表 10 および表 11 に示す。独立変数のうち、DSS の得点と有意な関係があったのは自身ないし近親者の薬物使用について誰かに相談したことがある事で、不信の下位尺度 (coefficient=-1.82, standard error=0.56, t=3.28, p value<0.01) と有意な負の相関があり、より低いスティグマ尺度得点と関連していた。その他の独立変数は DSS 合計得点およびいずれの下位尺度とも有意な相関は認めなかった (表 10)。

PWUD への支援に従事している者を対象とした二次解析より、回復した PWUD と連携して支援に当たった経験がある事は尺度の合計得点 (coefficient=-3.50, standard error=1.44,  $t=2.44$ ,  $p\text{ value}=0.02$ )・軽視 (coefficient=-1.48, standard error=0.41,  $t=3.59$ ,  $p\text{ value}<0.01$ )・無排除 (coefficient=-0.95, standard error=0.34,  $t=2.81$ ,  $p\text{ value}=0.01$ ) の下位尺度と有意な負の相関があり、より低いスティグマ尺度得点と関係していた。その他の独立変数は、DSS 合計得点およびいずれの下位尺度と有意な相関は認めなかった (表 11)。

#### 3-3-4. 自治体職員の DSS スコアとの比較

研究 1・2 の DSS の合計得点及び各下位尺度の得点を従属変数とし、それぞれの研究を独立変数とした Welch の  $t$  検定の結果を表 12 に示す。全ての回答者を対象とした解析では、医療従事者 (研究 2) が DSS の不信、無価値化の下位尺度において 1%水準で、DSS の合計得点が 5%水準でそれぞれ自治体職員 (研究 1) よりも有意にスティグマ尺度得点が高かった。また、その効果量は 0.23~0.46 の範囲であった。また、PWUD への臨床 (支援) 経験がある対象者では、医療従事者が不信と無価値化の下位尺度において 1%水準で自治体職員 (研究 1) よりも有意にスティグマ尺度得点が高かった。また、その効果量は 0.35~0.46 の範囲であった (表 12)。

#### 3-4. 考察

研究 2 では、研究 1 で作成された DSS 尺度を用いて、1 都 2 県に所在する 5 つの依存症専門医療機関の医療従事者を対象に薬物使用に対する医療従事者のスティグマの実態把握と、これに影響を与える要因についての調査を行った。その結果、自身ないし近親者の薬物使用について相談した経験がある事、回復した PWUD と協働で支援に当たった経験がある事がより低いスティグマ尺度得点と関連している可能性が示唆された。他方で、自身の薬物使用で悩んだことのある人は 1.8%、薬物使用に悩んだ近親者がいる人は 7.3%だが、自身が援助を受けた経験がある人はわずか 2.8%に留まるほか、当事者と連携して支援に当たったことがある回答者が 42.3%であった事が分かった。

これらの結果について研究 1 と比較してみると、公的機関の支援者と違い暴力被害の経験は医療従事者のより高いスティグマ尺度得点と有意な関係はなかったが、公的機関の支援者と比較し、医療従事者では相対的に高いスティグマ的態度を有していたことは特筆すべきと考える。公的機関の支援従事者と比較して暴力被害の経験を有する支援者が医療従事者において多い事 (公的機関の支援者が 15.7%であったのに対し、医療従事者が 40.7%) や、自身ないし近親者の薬物使用に悩んだ経験がある人は同程度の割合でありながらも相談した経験が少ない事 (公的機関の支援者が 3.6%であったのに対し、医療従事者が 2.8%) といった回答結果にも示されているように、PWUD との肯定的なつながりを増やし、PWUD に対するイメージの転換を図る事は特に医療従事者では重要といえよう。具体的には、自身が



相談した経験や当事者との協働経験が 2 つの研究で共通してより低いスティグマ尺度得点と関係していた事を踏まえ、研究 1 で示されたような臨床教育における当事者との連携モデルの提示や協働での支援プログラムの運営<sup>69</sup>が様々な機関の支援従事者における共通したアプローチとして提案されることが有効に作用する可能性がある<sup>69</sup>。

なお、医療従事者においては公的機関の支援者と比べると被暴力体験の経験率は高かったものの、研究 1 同様、医療機関における精神科患者一般からの被暴力体験の経験率よりも低い結果であったことは、医療機関においても PWUD が特に危険であるというイメージは間違いである可能性が高いことを示唆している。さらに、PWUD に対する偏見が支援場面において十分なケアを提供しないという差別体験となって PWUD の反発を招き、暴力の遠因となっている可能性<sup>70</sup>を踏まえれば、データによって PWUD に対する偏見を是正していく事は、それ自体が支援者の被害リスクを低減する可能性がある。

加えて、CFA の結果より DSS は医療従事者・公的機関の支援者双方において安定した因子構造を示したことがわかった。それゆえ、DSS は様々な機関における支援者の薬物使用に対するスティグマを横断的・定量的に把握する汎用性の高いツールといえる。

なお、薬物使用に対する医療従事者のスティグマ解消のためには PWUD との協働が有効となる可能性が共通して示されたが、あるべき協働の形については十分な知見の蓄積がない。医療機関における当事者の経験知を活かす支援から生じるひとつの懸念として、このような協働によって支援者が期待する、薬物使用のある人の“あるべき当事者像”という新たなスティグマを生み出してしまい、薬物使用があったり、使用に悩む人たちの多様な生き方がむしろ見えづらくなってしまう事が懸念される。それゆえ、支援者に提示すべき効果的な協働のあり方を提示するとともに、多様な PWUD の生き方を支援するよう、社会全体の理解を促進する必要もあろう。

#### 3-4-1. 本研究の限界

本研究の限界として、まず本研究の対象となったのは精神科医療機関の中でも依存症の支援を専門に行っている専門医療機関であり、精神科医療機関全体の状況を反映しているとは言えない事が挙げられる。加えて、専門医療機関の中でも 5 機関を抽出した調査であるため、専門医療機関全体の傾向であるかは明らかでない。また、本調査への参加は任意であり、かつ回答率が 28.3%と低かったため、調査結果が PWUD に対して好意的な印象を抱く回答者に偏ってしまい、実際にはスティグマはより深刻な状況である可能性がある。

#### 3-5. 結論

研究 2 より、研究 1 で開発された尺度が職業・所属を異にする集団においても適用可能な尺度であることが確認された。また、医療従事者は自治体職員よりも高いスティグマ的態度を有している可能性や、当事者との協働が自治体職員と同様にスティグマに対処するために有効に作用する可能性が示された。PWUD に対する適切かつ効果的な医療的ケアのため



には当事者に対する医療場面のスティグマを解消していく事が必要不可欠である。今後は、本研究によって示された定量的な知見を通してスティグマに対処するための取り組みを実践するとともに、その効果を検証することが求められる。

### 3-6. 本研究の発表

本研究の内容の一部は原著論文” Stigmatized attitudes of medical staff toward people who use drugs and their determinants in Japanese medical facilities specialized in addiction treatment” として Neuropsychopharmacology Reports (2023) にて公開済みであり、研究報告書も公開されている。

## 4. 研究3 支援者に対する研修のスティグマ低減効果の測定

### 4-1. 目的

支援者のスティグマ的態度の低減を目的とした研修の効果測定

### 4-2. 方法

#### 4-2-1. 対象

生活保護担当ケースワーカーの支援技術の向上を目的とした薬物依存症対応研修に関する先行研究<sup>71</sup>では、研修の効果量が  $d=0.86$  (1%水準) であったと報告されている。本研究では、前記の効果量に基づき、検出力 99%、有意水準 1%として解析に必要な最小のサンプルサイズを  $n=60$  と設定した (検出力 : 99.01%)。

対象は全国の自治体で PWUD の支援に従事する機会が多い生活保護担当ケースワーカーないし精神保健福祉センター職員とした。精神保健福祉センター長会のメーリングリストを通して研修会の情報を全国の自治体に周知し、複数回の研修を開催した。そのうえで、必要なサンプルサイズが確保された段階の研修参加者の回答データを本研究における解析対象とした。

#### 4-2-2. 介入

研修は先行研究<sup>71</sup>によって効果が示された薬物依存症に関する生活保護担当ケースワーカー研修と同じ形式で行われた。具体的には 3 時間半のプログラム構成とし、前半で PWUD の臨床に従事している専門医より薬物を中心とした依存症の基礎知識、支援の基本方針、社会資源の情報について講義を行った。後半では全国 2 か所のダルクの代表者より、自身の薬物使用の体験談、ダルクでの支援内容と自治体との連携について講義を行った。先行研究からの変更点として、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴って集合型研修の実施が困難となったため、オンラインであった事がある。本研究では 2021 年 9 月開催分及び 2022 年 9 月開催分の計 2 回の研修を解析の対象とした。

#### 4-2-3. 効果測定の方法

本研修の効果測定の方法として、量的な評価に DSS を用いた。また、全ての研修参加者に属性情報として現在の職種と所属自治体名を研修申込時に聴取し、研修終了後に任意で研修の感想の記入を依頼した。DSS および研修の感想はウェブフォームへの直接の入力か、word ファイルで作成されたフォームを電子メールで返送するかのどちらかを任意で選択する形式とした。また尺度への回答および研修後の感想の記入に際しては、回答者のスティグマを聴取するという研究の性質上、バイアス統制のため研修前後の回答データをマッチングするための識別情報を含む、個人が特定されうる全ての情報の入力を排除した。そのため、研修前後の回答データには対応がない。

#### 4-2-4. 分析

研修効果の解析として、GLMM による有意差検定を行った。独立変数（固定効果）を研修前後とし、従属変数は DSS の合計得点及び 6 つの下位尺度とした。ランダム効果には研修会情報（第一回ないし第二回）および評価尺度の回答方法（ウェブないしワード形式）を投入した。有意水準は先行研究に基づき 1%とし、効果量 (Cohen' s d) を併せて算出した。

更に、研修内容のうち何がスティグマの低減に有効であったのかを検証するため、参加者の感想について、リサーチクエスチョンを「研修の内容のうち、参加者のスティグマ的態度に影響を与えた要因は何か？」として質的分析を行った。具体的には、再帰的テーマ分析の手法に基づき、以下の具体的な手続きを行ってリサーチクエスチョンに対応するテーマを生成した。①データに精通する：参加者の感想について、著者が全て集計し、全記述内容を複数回通読し、明らかな誤字脱字を修正した。②コーディング：全記述内容について切片化しコーディングを行った。この際、記述内容から影響を与えた要因が何であったか明らかな記述はその文言をそのままコード化し、記載内容から要因が明らかでない記述は、スティグマに関する研究の知見を参考に潜在的な意味を著者が考察してコーディングした。③初期テーマの生成：類似したコード同士をカテゴリー化してテーマを帰納的に生成した。④テーマの開発とレビュー：生成されたテーマについて、構成するコードとそのデータ切片を全て通読し、テーマとコードが一致しているか検証した。その上で、再度全ての感想データを通読し、各カテゴリーに分類されるべき記述内容に漏れがないか確認し、必要に応じてテーマないしコードを修正した。⑤テーマの磨き上げ・定義と命名：各コードのカテゴリーを最も適切に説明すると思われるテーマ名を命名し、構成されるコードに基づいて定義づけをした。

解析ソフトウェアは量的解析に R (ver4. 1. 2) を、質的分析に NVivo12 を使用した。一般化線形混合効果モデル解析には lmerTest パッケージを使用した。

#### 4-2-5. 倫理的配慮

本研究の実施に当たっては、全国精神保健福祉センター長会研究倫理審査委員会の承認を

得て行われた。研究対象者には研修申込時と開始前に書面及び口頭にて説明を行い、同意を得た。

#### 4-2-6. 研究資金

本研究は令和3年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「再犯防止推進計画における薬物依存症者の地域支援を推進するための政策研究（19GC1014）」および、令和4年度全国依存症拠点調査研究事業「薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究」（事業担当者 白川教人）の一環として研究助成を受けて行われた。

#### 4-3. 結果

##### 4-3-1. 対象者の属性

第一回研修には42名が、第二回研修には182名が参加した（合計224名）。参加者のうち、第一回は生活保護担当ケースワーカーが27名、生活保護担当部局の査察指導員などのケースワーカー以外の者が4名、精神保健福祉センター職員が11名参加した。第二回は生活保護担当ケースワーカーが98名、生活保護担当部局の査察指導員などのケースワーカー以外の者が21名、精神保健福祉センター職員が63名参加した。所属自治体では第一回研修は全国67の都道府県政令市のうち22から、第二回研修は27の自治体から参加があった。事前事後の評価尺度への回答者数は事前が124名（55.6%）、事後が93名（41.5%）であり、181名がウェブフォームで、36名がword形式で回答した。

##### 4-3-2. DSS 尺度の変化

研修会情報および評価尺度の回答方法をランダム効果とした一般化線形混合効果モデル解析より、DSSの合計得点及び6つすべての下位尺度において1%水準で有意な変化を認め、研修後のスティグマ尺度得点が有意に低かった。効果量は無価値化の下位尺度は0.41（小程度）であり、無価値化以外の下位尺度と合計得点では0.53から0.74の範囲（中程度）であった（表13）。

##### 4-3-3. 自由記述

76件の記述に対する再帰的テーマ分析より、研修が参加者のPWUDに対するスティグマ的態度に影響した要因に関して3つの独立したテーマを生成した。以下で各テーマの定義と、代表的な引用を示す。

テーマ1：体験談をきいて当事者の気持ちが分かった

多くの参加者は、当事者の体験談を聞いて当事者の気持ちが分かったと述べた。

“ダルクの施設長の方の話を聞いたことがよかった。体験談はいつも色々な気づきを頂



けます。研修の際には体験談があると、より薬物依存症の方の気持ちが分かるようになると思います”

より詳細な記述からは、困難な状況にあるクライアント以外の回復した当事者の体験談を聞いたことによって肯定的なイメージを築けたという記述も多かった。

“私が担当した薬物依存症から生活保護受給となったケースでは依存症からの回復の困難を痛感していましたが、今回の研修で長い時間を経て回復された方に会えて、嬉しく思いました”

テーマ2：知識を得て病気としてのPWUDへの理解が深まった

薬物使用の問題に関する具体的な知識を得たことで、病気としての理解が深まったと参加者は述べた。

“噛み砕いた説明をしていただいたことや、ダルクの方から生の声を聞いたことは、薬物依存の方を理解することにつながった”

また、アルコールや処方薬などといった身近な物質でも依存症になりうるのだと知ったことで、薬物使用の問題の身近さを実感し、病気としての理解が深まったとの記述も複数あった。

“アルコール依存症に関しても薬物依存のカテゴリーであることを認識していなかったため、薬物依存が少し身近な問題であると感じ、興味深く研修を受けることができました”

他方で複数の参加者は地域や関係機関の理解が十分でなく、薬物依存症という病気に関する知識が社会全体に広がる必要性を語った。

“回復を支援する上で、生活保護が必要な期間は、遠慮することなく適応になるような寛容な社会であってほしいと思う”

テーマ3：具体的な支援方法を知ることで支援の見通しが立てられた

感想の中には、具体的な支援技術の教授によって支援の道筋を立てることができ、当事者と接する際の忌避感が減ったとの記述が複数見られた。

“現在担当しているケースに薬物依存の方もいらっしゃるのので、接し方や関係機関との関わり方が今までよりも掴めたと思います”

また、講義の中で紹介されていた、多くの関係機関が連携して支援に当たる PWUD への支援の考え方に触れ、支援の負担感が低減されたという記述も目立った。

“薬物依存症の方に対し福祉事務所だけではなく、様々な機関や団体が連携して、社会復帰のために協力していることが知れ、今後相談等する際は利用させてほしいと思いました”

一方で、実務に当たる支援者の話がなかったため、支援方針についての理解が深まりづらかったという記述も参加者の中に認めた。

“[生活保護担当] ケースワーカーとして、どう対応すべきなのかについて結論がわからなかった”

#### 4-4. 考察

量的及び質的分析から、PWUD 臨床に従事する専門医と支援者として活動する PWUD の協働による研修は自治体支援者のスティグマ低減に寄与する可能性ことが示された。研修効果の要因を分析した先行研究<sup>71</sup>では精神科医による講義が研修参加者の支援知識向上につながると考察したが、本研究ではスティグマへの対処には当事者による講義が有効に作用する可能性が質的解析から示唆された。それゆえ、スティグマ低減を目的とした研修では当事者による講義を加えることが重要となるかもしれない。

また参加者の感想にあるように、本研修で講義を行った当事者が支援者として活動していたことも、研修後により低いスティグマ尺度得点を得た要因であったと考える。これは研究 1 および 2 で得られた結果を一貫して支持しており、横断的調査のみならず、縦断研究においても PWUD との単なる接近体験ではなく、当事者との協働による支援経験が有効に作用する可能性が示された。体験談にとどまらず、自身の経験を活かして PWUD の支援に従事している姿を当事者が語ったことや、連携による支援のノウハウを知ることができたことは、被支援者としての PWUD というイメージから、ともに支援に従事してくれる支援チームの一員としての PWUD というイメージへの転換が研修参加者にもたらされた可能性がある。ゆえに、スティグマ解消を目的とした介入では単なる当事者の体験談だけでなく、“支援を必要とする人”という当事者に対するステレオタイプに変化をもたらし、対等な社会の一員というイメージへの転換につながるメッセージを参加者に提供することが有効に作用すると考える。

他方、社会で活躍している当事者の姿を見せることは、逆説的に薬物使用が止まっていなかったり、重い後遺症を抱えているために社会参加が難しい当事者の排除につながりかねないことが危惧される。薬物使用に対するスティグマを解消し、当事者にとって回復しやす

い環境を整備するためには、個々の支援者のみならず、組織や制度単位で存在する構造的スティグマへの対処が必要となる<sup>71</sup>。本研究の構造は支援者個々が抱えるスティグマの低減に有効に作用するが、このような研修開催を以てPWUDに対するスティグマが完全に解消されるとの見方には懐疑的である。むしろ、継続的な研修開催を通して現場の支援者のスティグマ的態度に介入することに加え、ハームリダクション<sup>72</sup>やトラウマインフォームドケア<sup>73,74</sup>といった活動も展開し、組織の意思決定者を巻き込んだスティグマのない環境整備を同時に進めていくことが求められる。

#### 4-4-1. 本研究の限界

本研究では対照群を設けていないことに加え、研修前後の回答データをマッチングできていないため、群間差の比較に留まる点には注意が必要である。また本研究がスティグマに関わる研究であるという事を踏まえれば、よりスティグマ的態度が高い参加者が陰性感情から回答に抵抗感を示したために回答率が下がった可能性があり、本研究結果のバイアスにつながっている可能性は否定できない。それゆえ、今後の研究ではこれらの限界点について補完した研究を実施し、より厳密な効果検証が求められる。

#### 4-5. 結論

本研究より、PWUDの支援者のスティグマ的態度に肯定的な変化を与えるための研修の手法として、当事者と協働による研修の開催が有効である可能性が示された。スティグマの存在はPWUDに提供される支援の質に無視できない影響を与える。本研究で示された形式の研修を展開し、当事者との協働を支援者における標準的な支援方略として推進することが求められる。

#### 4-6. 本研究の発表

本研究の内容は原著論文「自治体の支援者のスティグマ解消策としての当事者と専門職との協働による研修の有効性」としてアルコール関連問題学会雑誌(2023; 24巻2号)に掲載済みである。

### 5. 総合考察

本論文では(1)当事者に対するインタビューや文献の調査を通して日本のPWUDに対するスティグマの存在を明らかにしたうえでその実態を量的に把握可能な尺度化し、(2)自治体の支援者や医療従事者を対象とした調査を実施してそれぞれの支援機関におけるスティグマとこれに影響する要因を調査した。そのうえで、(3)自治体職員を対象とした研修を開催して支援者のスティグマ的態度に肯定的な変化をもたらす介入の効果検証を試みた。

研究1より、日本に暮らすPWUDやその家族は社会生活の様々な場面でスティグマを経験しており、その背景には薬物使用が犯罪行為であることや、学校で行われているダメ絶対教



育が関係している可能性を明らかにした。また、全国の自治体の支援者を対象とした調査より公的支援機関の支援者はスティグマ的態度を有しており、支援経験がある事がより高いスティグマ尺度得点と関係する事、支援者自身の相談経験や当事者との協働経験がより低いスティグマ尺度得点と関連する事を把握した。更に支援者の中にも PWUD やその家族が一定数おり、薬物使用の経験は自治体支援者にとって身近なテーマである可能性も示唆された。

続けて研究 2 より、研究 1 にて開発された DSS 尺度の尺度構造の安定性が確認され、依存症専門医療機関の医療従事者は自治体職員よりも高いスティグマ尺度得点を有している事を明らかにした。加えて、研究 1 と同様に支援者自身の相談経験や当事者との協働経験がより低いスティグマ尺度得点に関連している事を確認した。

研究 3 では、支援者として活動する PWUD と協働で実施する地域の支援者を対象とした研修が支援者の PWUD に対するスティグマ的態度に有意に肯定的な影響を与える可能性を明らかにし、研究 1 および 2 から明らかになった PWUD に対するスティグマに影響を与えうる要因に関する知見を支持した。

これらの研究結果は、日本において薬物使用の経験がその人の生活にスティグマとなって影響を与えている事、そして PWUD と協働で活動することでこの固定観念や権力勾配に対処することの重要性と有効性を示している。自助グループやダルクなどと連携して対象者の支援に当たる事は、アディクション領域における一つの活動スタイルとして古くから知られている。しかしながら、研究 1 および 2 で明らかになったように、この支援モデルは必ずしも一般に普及しているわけではなく、PWUD に対するスティグマへの対処という観点からもこのような協働モデルを支援者の養成における基本的な考えとして積極的に普及していく事の意義は大きいと考える。

他方で研究 3 に於いても触れられているように、支援場面において PWUD と連携する事が、新たなスティグマを生じてしまったり、既存の他のスティグマをより強固なものとしてしまう可能性にも留意する必要がある。本研究では深く調査することのできなかった、薬物使用によって特段の社会生活への支障を生じておらず Occasional Drug User として社会生活を営んでいる PWUD や、やめているか否かに関わらず、何らかの事情があり積極的な社会参加が難しい PWUD が新たなスティグマに晒される可能性や、薬物使用をやめることを無条件に是とする社会の価値観を強化してしまう事が危惧される。

また研究 1 および研究 2 に共通してスティグマと有意に肯定的な関連があった、当事者との協働以外の要因として自身ないし重要な他者の薬物使用について相談したことがあることが挙げた。支援者が薬物使用の当事者ないし家族でいる事は決して稀ではないことを本研究は示したが、薬物使用に関連して自身ないし近親者に生じた問題が未処理のまま心的外傷体験として蓄積されていく事が、少なくない支援者にスティグマとなり支援場面で出会う PWUD に対する関わりに影響している可能性を考慮する必要がある。支援者が PWUD に対して抱えるスティグマ的な視点や態度を、社会通念・法制度・教育の視点のみならず、

トラウマインフォームドな視点から見返すことの必要性を本研究は示唆する。本研究ではこれに対する直接の改善策を検証することはできなかったが、支援者の個人史を軽視せず、支援者の抱える困りごとや悩みごとをオープンに相談することのできる職場環境や社会資源が広く導入されることが望ましいかもしれない。さらに、薬物使用に関して特徴的と言えるのは、薬物使用に対する公的スティグマが支援者にとっても自身や家族の薬物使用を開示したり相談することに対するハードルとなっている可能性があり、公的スティグマが支援者の抱える傷つきを更に悪化させ、支援場面における更なるスティグマを形成するという悪循環をもたらしている可能性に目を向ける必要があるかもしれない。

以上より、支援機関における現実的なスティグマへの対処という観点からは、身近で連携可能な PWUD と支援機関との関係づくりを進め、支援者が PWUD への支援や PWUD との個人的な関係に関して躊躇せず相談できる環境を整備することが望ましいが、これらの活動によって PWUD に対するスティグマが完全に解消されるという事は難しく、スティグマを維持する社会構造的要因への視点が求められる。そのため、今後は本研究では詳しく取り上げる事ができなかった、法制度などといったスティグマ形成に関連すると考えられている他の要因についても調査を行い、その影響を科学的に検討していく事が必要と言えよう。また、今後の研究課題として、本研究で示されたスティグマに対処するための策の長期的な効果検証を行うとともに、その全国的な普及や低減を阻む要因を把握することも求められる。更に、薬物使用に対する社会全体の理解を促進し、本研究から漏れてしまっている、薬物を使用しながら社会生活を営んでいる人の生活実態やスティグマがこれらの人たちの社会生活に与えている影響を把握する事も必要であろう。

## 6. 結語

本研究では、日本で生活する PWUD やその家族は顕著なスティグマを経験している事を把握したとともに、支援者におけるスティグマ的態度に肯定的な変化をもたらす可能性のある策を提案した。本研究の知見が広く活用されることで、地域における PWUD の安全な社会生活や健康増進、社会の一員として PWUD の存在が認められること、ひいては薬物使用という行為に対する理解が促進されることを期待する。

## 7. 参考文献

1. Hart C: Drug Use for Grown-Ups. 1<sup>st</sup> Edition. Penguin Books: London; 2022.
2. Morgan CJA, Noronha LA, Muetzelfeldt M, Fielding A, Curran HV. Harms and benefits associated with psychoactive drugs: Findings of an international survey of active drug users. *Journal of Psychopharmacology* 2013;27 (6) :497-506.
3. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Articles Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet* 2010;376:1558-1565.



4. 嶋根卓也: 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 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薬物依存研究部, 東京, 2022.
5. Connery HS, McHugh RK, Reilly M, Shin S, Greenfield SF. Substance Use Disorders in Global Mental Health Delivery: Epidemiology, Treatment Gap, and Implementation of Evidence-Based Treatments. *Harv Rev Psychiatry* 2020;28 (5) :316-327.
6. Arboleda-Flórez J, Stuart H. From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2012;57 (8) :457-463.
7. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol* 2001;27 (1) :363-385.
8. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, Baker S, Brohan E, el Chammy R, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet* 2022;400 (10361) :1438-1480.
9. McGinty EE, Barry CL. Stigma Reduction to Combat the Addiction Crisis - Developing an Evidence Base. *New England Journal of Medicine* 2020;382 (14) :1291-1292.
10. Barry CL, McGinty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: Public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services* 2014;65 (10) :1269-1272.
11. Room R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev* 2005;24 (2) :143-155.
12. Yang LH, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: An international phenomenon. *Curr Opin Psychiatry* 2017;30 (5) :378-388.
13. Partnership to End Addiction. RETHINKING SUBSTANCE USE PREVENTION An Earlier and Broader Approach. 2022. Accessed June 21, 2022.  
<https://drugfree.org/reports/rethinking-substance-use-prevention-an-earlier-and-broader-approach/#:~:text=It%20describes%20barriers%20to%20change,prevention%20and%20youth%20health%20promotion>.
14. Kennedy-Hendricks A, Busch SH, McGinty EE, Bachhuber MA, Niederdeppe J, Gollust SE, et al. Primary care physicians' perspectives on the prescription opioid epidemic. *Drug Alcohol Depend* 2016;165:61-70.
15. 深谷裕. 包摂型社会実現の課題: 薬物依存症回復施設と地域住民の関係性. 北九州市立大学地域戦略研究所 2019年度 地域研究課題 2019;13-22.



16. Lan CW, Lin C, Thanh DC, Li L. Drug-related stigma and access to care among people who inject drugs in Vietnam. *Drug Alcohol Rev* 2018;37 (3) :333-339.
17. Stringer KL, Baker EH. Stigma as a Barrier to Substance Abuse Treatment Among Those With Unmet Need: An Analysis of Parenthood and Marital Status. *J Fam Issues* 2018;39 (1) :3-27.
18. Garpenhag L, Dahlman D. Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2021;16 (1).
19. Muncan B, Walters SM, Ezell J, Ompad DC. “They look at us like junkies” : Influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduct J* 2020;17 (1).
20. Biancarelli DL, Biello KB, Childs E, Drainoni M, Salhaney P, Edeza A, et al. Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug Alcohol Depend* 2019;198:80-86.
21. Van Boekel LC, Brouwers EPM, Van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2013;131 (1-3) :23-35.
22. Mendiola CK, Galetto G, Fingerhood M. An exploration of emergency physicians’ attitudes toward patients with substance use disorder. *J Addict Med* 2018;12 (2) :132-135.
23. Carlisle VR, Maynard OM, Bagnall D, Hickman M, Shorrock J, Thoman K, et al. Should I Stay or Should I Go? A Qualitative Exploration of Stigma and Other Factors Influencing Opioid Agonist Treatment Journeys. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20 (2).
24. 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) :717-722.
25. 成瀬暢也: ハームリダクションアプローチ やめさせようとしない依存症治療の実践. 中外医学社, 東京, 2019.
26. Simon R, Snow R, Wakeman S. Understanding why patients with substance use disorders leave the hospital against medical advice: A qualitative study. *Subst Abuse* 2020;41 (4) :519-525.
27. Kurtz SP, Surratt HL, Kiley MC, Inciardi JA. Barriers to Health and Social Services for Street-Based Sex Workers. *J Health Care Poor Underserved* 2005;16 (2) :345-361.

28. Stringer KL, Baker EH. Stigma as a Barrier to Substance Abuse Treatment Among Those With Unmet Need: An Analysis of Parenthood and Marital Status. *J Fam Issues* 2018;39(1):3-27.
29. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *Public Health* 2013;103:813-821.
30. Volkow ND. Stigma and the Toll of Addiction. *New England Journal of Medicine* 2020;382(14):1289-1290.
31. Spooner C, Saktiawati AMI, Lazuardi E, Worth H, Subronto YW, Padmawati RS. Impacts of stigma on HIV risk for women who inject drugs in Java: A qualitative study. *International Journal of Drug Policy* 2015;26(12):1244-1250.
32. A S K (アルコール薬物問題全国市民協会) : 季刊 [ビィ] Be!増刊号No. 28「依存症」偏見とスティグマ ―― 私たち、黙っているのはやめました. アスク・ヒューマン・ケア, 東京, 2019.
33. 引土絵未: 薬物依存症者の就労支援に関する研究特例子会社を対象とした意識調査報告. 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, 東京, 2020.
34. 熊谷晋一郎. スティグマへの抵抗 ―― 障害と依存症を例に ―. 日本社会福祉学会中国・四国ブロック 2020;7:1-13.
35. Takeda A. Kyoto drug recovery facility divides local community. *The Japan Times*. Published June 13, 2021. Accessed July 11, 2023. <https://www.japantimes.co.jp/news/2021/07/13/national/social-issues/kyoto-drug-center/>
36. Lloyd C. The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2013;20(2):85-95.
37. van Olphen J, Eliason MJ, Freudenberg N, Barnes M. Nowhere to go: How stigma limits the options of female drug users after release from jail. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2009;4.
38. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend* 2007;88(2-3):188-196.
39. Young M, Stuber J, Ahern J, Galea S. Interpersonal discrimination and the health of illicit drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2005;31(3):371-391.
40. Kulesza M. Substance Use Related Stigma: What we Know and the Way Forward. *J Addict Behav Ther Rehabil* 2013;2(2).
41. Venniro M, Zhang M, Caprioli D, Hoots JK, Golden SA, Heins C, et al.

- Volitional social interaction prevents drug addiction in rat models. *Nat Neurosci* 2018;21(11):1520-1529.
42. Tsai AC, Kiang MV., Barnett ML, Beletsky L, Keyes KM, McGinty EE, et al. Stigma as a fundamental hindrance to the United States opioid overdose crisis response. *PLoS Med* 2019;16(11).
  43. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, McLean R, et al. Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it. *BMC Med* 2019;17(1).
  44. Bielenberg J, Swisher G, Lembke A, Haug NA. A systematic review of stigma interventions for providers who treat patients with substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2021;131.
  45. Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction* 2012;107(1):39-50.
  46. Gonzalez M, Clarke DE, Pereira A, Boyce-Gaudreau, Waldman C, Demczuk L, et al. The impact of educational interventions on attitudes of emergency department staff towards patients with substance-related presentations: a quantitative systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep* 2017;15(8):2153-2181.
  47. Crapanzano K, Vath RJ, Fisher D. Reducing stigma towards substance users through an educational intervention: Harder than it looks. *Academic Psychiatry* 2014;38(4):420-425.
  48. Yamaguchi S, Koike S, Watanabe KI, Ando S. Development of a Japanese version of the Reported and Intended Behaviour Scale: Reliability and validity. *Psychiatry Clin Neurosci* 2014;68(6):448-455.
  49. Mizuno M, Yamaguchi S, Taneda A, Hori H, Aikawa A, Fujii C. Development of Japanese version of King's Stigma Scale and its short version: Psychometric properties of a self-stigma measure. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017;71(3):189-197.
  50. Tanaka G. Development of the Mental Illness and Disorder Understanding Scale. *International Journal of Japanese Sociology* 2003;12.
  51. 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史, 坂野雄二. Linkステイグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. *精神科治療学* 2006;21(5):521-528.
  52. Parekh R, Childs EW: Stigma and Prejudice: Touchstones in Understanding Diversity in Healthcare. Humana Press, New Jersey, 2016.
  53. Stevelink SAM, Wu IC, Voorend CGN, Van Brakel WH. The psychometric



- assessment of internalized stigma instruments: a systematic review. *Stigma Res Action* 2012;2 (2) :100-118.
54. Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: Updated systematic review on evidence and impact. *Evid Based Ment Health* 2021;24 (3) :124-130.
  55. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quinonez HR, Young SL. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Front Public Health* 2018;6.
  56. Freeman M, Mulutsi NE. Law and policy are essential but insufficient to end stigma and discrimination in mental health. *The Lancet* 2022;400 (10361) :1387-1389.
  57. Mburu E, Sartor C. Centring lived experience in anti-stigma programmes. *The Lancet* 2022;400 (10361) :1389-1391.
  58. Braun V, Clarke V. Thematic Analysis -FAQ. University of Auckland. Accessed March 5, 2023. <https://www.thematicanalysis.net/faqs/>
  59. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3 (2) :77-101.
  60. Braun V, Clarke V, Hayfield N, Terry G: Thematic Analysis, In *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. Liamputtong P, editor, Springer, Singapore; 2019, 843-860.
  61. Braun V, Clarke V. Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern - based qualitative analytic approaches. *Couns Psychother Res* 2021;21 (1) :37-47.
  62. Dedoose. Published online 2021. Accessed October 29, 2022. <https://dedoose.com/>
  63. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE: *Multivariate Data Analysis*. 7<sup>th</sup> edition. Pearson Education Limited, London, 2014.
  64. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* 1999;6 (1) :1-55.
  65. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Published online 2020.
  66. 松本俊彦, 今村扶美: SMARPP24 物質使用障害治療プログラム. 金剛出版, 東京, 2015.
  67. 中野知恵子, 飯田智博. 精神科病棟における暴力対策と安全管理. *IRYO* 2019; 73 (5) : 278-281.

68. 後藤成人. 精神科看護師の暴力を受けた経験が精神疾患患者の隔離早期解除へ与える影響. Published January 6, 2022. Accessed July 11, 2023.  
<https://www.oita-nhs.ac.jp/site/daigakuanai/4431.html>
69. 片山宗紀, 永田幸子, 白川教人. 精神保健福祉センターにおける, 依存対象を限定しないクロースド型SMARPP回復プログラムの効果. 精神科治療学 2022;37 (6) :675-682.
70. Torrey EF. Stigma and violence: Isn't it time to connect the dots? Schizophr Bull 2011;37 (5) :892-896.
71. 片山宗紀, 白川教人, 藤城聡, 田辺等, 小泉典章, 増茂尚志, 小原圭司, 本田洋子, 馬場俊明, 松浦良昭, 山田貴志. 専門家と薬物依存症当事者による協働的な研修が生活保護担当ケースワーカーの薬物依存症の支援態度に与える影響. 日本アルコール関連問題学会雑誌 2019;21 (2) :54-59.
72. Denning P, Little J: Practicing Harm Reduction Psychotherapy: An Alternative Approach to Addictions. 2<sup>nd</sup> Edition. Guilford Press, New York, 2011.
73. Bowen EA, Shaanta N. Trauma-Informed Social Policy: A Conceptual Framework for Policy Analysis and Advocacy. Public Health 2016;106:223-229.
74. Varcoe CM, Wathen CN, Ford-Gilboe M, Smye V, Browne A. VEGA Briefing Note on Trauma-and Violence-Informed Care. ; 2016. [www.projectVEGA.ca](http://www.projectVEGA.ca)
75. Kennedy-Hendricks A, McGinty EE, Summers A, Krenn S, Fingerhood MI, Barry CL. Effect of Exposure to Visual Campaigns and Narrative Vignettes on Addiction Stigma among Health Care Professionals: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open 2022;5 (2).

## 8. 謝辞

本学位論文の執筆にあたり、北里大学 医学部 精神科学 主任教授 稲田健 先生には、大変ご多忙な中指導教授をお引き受け頂き、研究の内容や論文執筆、査読への対応など多岐にわたり本当に多くのご指導をいただきました。暖かい言葉をかけていただくとともに、励ましの言葉をいただいたことについて、心から感謝するとともに、厚く御礼申し上げます。

横浜市こころの健康相談センター センター長 白川教人 先生には、7 年という長期に渡り依存症臨床及び研究の最前線での仕事ぶりについて学ぶ機会をいただきました。また、学位論文の執筆について後押しと本当に多くの応援をいただきましたことについて、心から感謝申し上げます。

研究の着想や研究対象者のリクルートおよび解析など、多方面で多くのご助言・お力添えをいただきました愛知県精神保健福祉センター 所長 藤城聡 先生、横浜市こころの健康相談センター 杉浦寛奈 先生、同 小西潤 先生、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 松本俊彦 先生に、心より御礼申し上げます。

日本国外での薬物使用や薬物使用に対するスティグマの実態に関する様々な知識を提供していただいたとともに、英語論文の執筆に際して英文校正を引き受けてくださった友人 Martin Alexandre さんに、心より感謝申し上げます。

本研究の実施に際しては、大変多くの方に研究協力をいただきました。インタビューを引き受けてくださった当事者および家族の方、アンケート調査の配布及び回答にご協力いただいた支援者の皆様に、心より御礼申し上げます。

最後に、長年に渡り私の臨床や研究活動を支え、心の底から応援してくれた私のパートナーと子どもに心からの感謝を申し上げます。ここまでの時間と労力をさき、自分の目標に向かって活動をすることができたのも、偏に私を応援し続けてくれた二人あってこそでした。本当に、ありがとうございます。

## 9. 業績一覧

○があるものは本論文に関連した業績 ◎が主論文

### 9-1. 研究発表

1. 片山宗紀, 藤城聡, 杉浦寛奈, 小西潤, 稲田健, 白川教人, 松本俊彦: 薬物使用のある人に対する依存症専門医療機関の医療者のスティグマ的態度と、影響を与える要因. 2023 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 口頭発表. 2023.
2. 白木富幸, 土屋あずさ, 寺川拓郎, 片山宗紀, 山内航, 小西潤, 加藤智哉, 田辺有理子, 叶谷由佳, 山田典子. 横浜市の精神保健福祉法第 23 条通報における未成年者の通報件数及び自傷件数の増加. 第 31 回日本精神科救急学会学術総会 ポスター発表. 2023.
3. 白川教人, 片山宗紀, 佐々木祐子: 物質使用症の予防・対策 ―地域における予防・対策― 樋口進(編) 講座 精神疾患の臨床 8 物質使用症又は嗜癖行動症群 性別不合. 中山書店. 2023.
4. ○片山宗紀, 藤城聡, 杉浦寛奈, 小西潤, 稲田健, 白川教人, 松本俊彦: 薬物を使用した人に対する医療従事者の意識態度の調査 調査報告書. 2023.
5. 片山宗紀, 藤城聡, 杉浦寛奈, 小西潤, 白川教人: 薬物使用者に対する支援者のスティグマへの支援経験の影響 ―全国の精神保健福祉センター職員に対する調査から―. 2022 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 ポスター発表. 2022.
6. 白川教人, 田辺等, 小泉典章, 天野託, 藤城聡, 小原圭司, 川口貴子, 本田洋子, 杉浦寛奈, 片山宗紀. 精神保健福祉センターにおける回復プログラムの効果検証医療・福祉・社会的支援のあり方についての研究 研究報告書. 2022.
7. 白川教人, 田辺等, 小泉典章, 小原圭司, 藤城聡, 川口貴子, 天野託, 松浦良昭, 山田貴志, 杉浦寛奈, 片山宗紀. 薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究 第 3 報 研究報告書. 2022.
8. 片山宗紀, 藤城聡, 杉浦寛奈, 白川教人: 薬物を使用した人に対する意識・態度の調査



調査報告書. 2022.

9. 片山宗紀, 小原圭司, 佐藤寛志, 白川教人: ウェブ形式による SAT-G (嶋根ギャンブル障がい回復トレーニングプログラム) 研修の効果. 2021 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会. 口頭発表. 2021.
10. 白川教人, 田辺等, 小泉典章, 小原圭司, 藤城聡, 本田洋子, 天野託, 松浦良昭, 山田貴志, 近藤あゆみ, 杉浦寛奈, 片山宗紀. 薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究 第 2 報 研究報告書. 2021.
11. 片山宗紀: 近年の海外の催眠研究・臨床研究の動向 田中新正, 鶴光代, 松木繁 (編) 催眠心理面接法. 金剛出版. 2020.
12. 白川教人, 田辺等, 小泉典章, 増茂尚志, 藤城聡, 小原圭司, 本田洋子, 松浦良昭, 山田貴志, 近藤あゆみ, 杉浦寛奈, 片山宗紀. 薬物依存症者に対する地域支援体制の実態と均てん化に関する研究 第 1 報 研究報告書. 2020.
13. 片山宗紀, 白川教人, 藤城聡, 田辺等, 小泉典章, 増茂尚志, 小原圭司, 本田洋子, 馬場敏明, 松浦良昭, 山田貴志: 専門家と薬物依存症当事者による協働的な研修が生活保護担当ケースワーカーの薬物依存症の支援態度に与える影響. 2019 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 ポスター発表. 2019.
14. Katayama M, Aizawa K, Shirakawa N: Community-based Approach for Behavior Addiction. 6th International Conference on Behavioral Addictions (ICBA2019) Oral Presentation. 2019.
15. 白川教人, 田辺等, 小泉典章, 増茂尚志, 藤城聡, 小原圭司, 馬場敏明, 本田洋子, 松浦良昭, 山田貴志, 片山宗紀. 自治体による薬物依存症支援のあり方と支援体制の構築に関する研究 研究報告書. 2019.
16. 相良洋子, 馬場敏明, 白土なほ子, 片山宗紀. 産後の自殺予防に関する連携体制の構築に関する研究 研究報告書. 2019.
17. 片山宗紀, 田辺等, 小泉典章, 小原圭司, 櫻井善啓, 馬場敏明, 白川教人: ギャンブル障害の保健・福祉の支援のあり方についての研究 第 2 報. 2018 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 ポスター発表. 2018.
18. 片山宗紀, 田辺等, 小泉典章, 小原圭司, 櫻井善啓, 馬場敏明, 白川教人: ギャンブル障害の相談支援にかかわる支援従事者の態度の測定 -J-GGPPQ の作成 (I)-. 2018 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 ポスター発表. 2018.
19. 古川秀樹, 新海隆生, 永田幸子, 片山宗紀, 相澤香織, 新妻達生, 白川教人. 横浜市こころの健康相談センターにおける依存症対策事業への取り組みと地域連携について. 平成 30 年度全国精神保健福祉センター長会 第 54 回全国精神保健福祉センター研究協議会 口頭発表. 2018.
20. 片山宗紀: 生活臨床における催眠的関わりの可能性. 日本臨床催眠学会第 19 回大会・日本催眠医学心理学会 第 63 回大会 合同学術大会 ポスター発表. 2017.

21. 片山宗紀, 小野竹美, 山村桂子, 長縄瑛子, 大石裕代, 大石雅之: 性的問題行動者に対する家族支援—外来クリニックにおける家族教室の実践報告—. 第27回日本嗜癮行動学会京都大会 口頭発表. 2016.
22. 朝倉芳, 片山宗紀, 菅野真由香, 玉榮伸康, 澤口彩映香, 野村和孝, 長縄瑛子, 大石裕代, 大石雅之. 逮捕・起訴を契機として受診した症例への医療機関側の対応が治療継続率に与える影響. 2016年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 ポスター発表. 2016.
23. 片山宗紀, 長縄瑛子, 大石裕代, 大石雅之: 外来クリニックにおける通院型内観プログラムの試み. 第39回日本内観学会・第19回日本内観医学会併催〈東京大会〉 口頭発表. 2016.

#### 9-2. 論文発表

1. ○Katayama M, Fujishiro S, Sugiura K, Konishi J, Inada K, Shirakawa N, Matsumoto T: Stigmatized attitudes of medical staff toward people who use drugs and their determinants in Japanese medical facilities specialized in addiction treatment. *Neuropsychopharmacology Reports* 00:1-11, 2023. (原著論文)
2. ◎Katayama M, Sugiura K, Fujishiro S, Konishi J, Inada K, Shirakawa N, Matsumoto T: Factors influencing stigma among healthcare professionals towards people who use illicit drugs in Japan. A quantitative study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports* e125, 2023. (原著論文)
3. ○片山宗紀, 藤城聡, 稲田健, 松浦良昭, 山田貴志, 白川教人, 松本俊彦: 自治体の支援者のスティグマ解消策としての当事者と専門職との協働による研修の有効性. *日本アルコール関連問題学会雑誌* 24(2): 89-94, 2023. (原著論文)
4. ○Katayama M, Kobara K, Shirakawa N: Gambling and Gambling Problem Perception Questionnaire as a tool to evaluate professionals' attitudes towards problem gamblers and training programmes in Japan. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 39(6): 634-650, 2022. (原著論文)
5. ○片山宗紀, 杉浦寛奈, 藤城聡, 小原圭司, 本田洋子, 天野託, 小泉典章, 田辺等, 白川教人: 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行拡大が依存症に関する全国精神保健福祉センターの支援体制, 民間支援団体, およびその相談者に与えた影響. *精神神経学雑誌* 124(10): 700-709, 2022. (資料論文)
6. 片山宗紀, 永田幸子, 白川教人: 精神保健福祉センターにおける, 依存対象を限定しないクローズド型 SMARPP 回復プログラムの効果. *精神科治療学* 37(6): 675-682, 2022. (原著論文)
7. 片山宗紀: 自発的催眠 (Spontaneous Hypnosis) とその臨床的活用. *臨床催眠学* 21・22: 10-18, 2021. (総説論文)

8. 片山宗紀, 大森史子, 白川教人: 横浜市の一般相談機関におけるアルコール関連問題相談の現状と課題. 日本アルコール関連問題学会雑誌 22 (2): 59-65, 2020. (原著論文)
9. 片山宗紀, 白川教人, 藤城聡, 田辺等, 小泉典章, 増茂尚志, 小原圭司, 本田洋子, 馬場敏明, 松浦良昭, 山田貴志: 専門家と薬物依存症当事者による協働的な研修が生活保護担当ケースワーカーの薬物依存症の支援態度に与える影響. 日本アルコール関連問題学会雑誌 21 (2): 54-59, 2019. (原著論文)
10. 小原圭司, 片山宗紀, 佐藤寛志, 白川教人, 田辺等, 小泉典章, 本田洋子, 馬場敏明: J-GGPPQ (Japanese Version of the Gambling and Gambling Problems Perception Questionnaire) を用いたギャンブル障害支援者研修の効果測定. 日本アルコール関連問題学会雑誌 21 (1): 199-205, 2019. (原著論文)
11. Jensen M P, 安達友紀, Hakimian S, 川嶋新二, 片山宗紀: 翻訳論文 脳波と催眠および催眠感受性. 臨床催眠学 20: 3-19, 2019. (翻訳論文)
12. 片山宗紀, 田辺等, 小泉典章, 小原圭司, 櫻井善啓, 馬場敏明, 白川教人: 精神保健福祉センターにおけるギャンブル障害の相談体制の現状と課題. 日本アルコール関連問題学会雑誌 20 (2): 56-61, 2018. (原著論文)
13. Jensen M P, 川嶋新二, 片山宗紀: 特別記念講演 疼痛知覚と催眠による疼痛緩和の神経生理学: 臨床実践との関連から. 臨床催眠学 19: 23-39, 2018. (翻訳論文)
14. 片山宗紀, 小野竹美, 山村桂子, 長縄瑛子, 大石裕代, 大石雅之: 性的問題行動者の家族支援. アディクションと家族 33 (1): 76-79, 2017. (資料論文・査読なし)
15. 片山宗紀, 長縄瑛子, 大石裕代, 大石雅之: 外来クリニックにおける通院型内観プログラムの試み. 内観研究 23 (1): 27-38, 2017. (原著論文)
16. 片山宗紀, 松本繁: International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 要約. 催眠学研究 56 (1・2): 17-21, 2017. (資料論文)
17. 片山宗紀: レジリアンスという視点から見た、心理面接の中断と“距離を置く力”. 平成 26 年度鹿児島大学大学院臨床心理学研究科修士論文 2015. (修士論文)

### 9-3. 受賞

1. 精神科治療学 第 19 回 優秀論文賞 (2023)
2. 日本アルコール関連問題学会 第 7 回 小杉好弘記念賞 (2018)



## 10. 図表

表1 スティグマ尺度の教示と24の質問項目

教示：あなたが所属している組織の職員が、覚せい剤などの薬物を使用したことのある人のことをどう思っているかについて、あなたの意見をお伺いします。下の4段階の数字を使って、以下の文章にどの程度そう思うか、あるいはそう思わないかを文章の右にある数字から1つを選んで○で囲んで示してください。  
(選択肢・・・全くそう思わない：1、あまりそう思わない：2、少しそう思う：3、非常にそう思う：4)

1	多くの人は、以前薬物を使用した人を親友として喜んで受け入れる※
2	多くの人は、薬物を使用した人を平均的な人と同じくらい知的であると信じている※
3	多くの人は、以前薬物を使用した人を平均的な人と同じくらい信用できると信じている※
4	多くの人は、以前薬物を使用した人が、現在は完全に回復した人を、公立校の幼い子どもの教師として受け入れる※
5	多くの人は、薬物を使用することは人としての失敗のしるしだと感じている
6	多くの人は、たとえその人がかなり長い間良い状態を保っていても、以前薬物を使用した人を子どもの世話のために雇わない
7	多くの人は薬物を使用したことのある人を軽視している
8	多くの雇用者は、その人に仕事をする資格があるならば、以前薬物を使用した人でも雇う※
9	多くの雇用者はほかの応募者の方を選んで、以前薬物を使用した人の応募をさける
10	地域の多くの人は、他の誰かを扱うのとまったく同じように、以前薬物を使用した人を扱う※
11	多くの若者は、薬物の使用歴のある若い男女とデートしたがる
12	多くの人は、ひとたび、ある人が薬物を使用したことがあると知ってしまったら、その人の意見をあまり真剣に聞き入れなくなる
13	多くの人は、たとえその人がかなり長い間良い状態を保っていても、以前薬物を使用した人の子どもと、自分の子どもを遊ばせない‡
14	多くの人は、以前薬物を使用した人と近所づきあいをしたいと思わない‡
15	多くの人は、以前に薬物を使用した人のことを道徳的に劣っていると思う†
16	多くの人は、以前に薬物を使用した人のことを意志が弱いと思う†
17	多くの人は、以前に薬物を使用した人のことを危険だと思う†
18	多くの人は、一度薬物を使用してしまった人でも、今後幸せな生活を送ることができると思う†※
19	多くの人は、以前に薬物を使用した人のことを怖いと思う†
20	多くの人は、以前に薬物を使用した人は自分の身近にはいないと思う†
21	多くの人は、自分がその人のように薬物を使用することはないと思う†
22	多くの人は、薬物を使用した人の気持ちを理解できる†※
23	多くの人は、以前に薬物を使用した人のことを自業自得だと思う†
24	多くの人は、以前に薬物を使用した人の話に耳を傾ける†※

†：文献レビューより追加した質問 ‡：インタビューより追加した質問 ※：逆転項目

表2 テーマ分析の結果

テーマ	説明	コード数	代表的な引用
悩んでも相談できない	薬物使用を受け入れてもらえずに非難されてしまうの でと思い、地元の相談機関には相談に行きづらい。公 共交通機関などで相談の啓発があっても、周囲の目が 気になるためメモを取れない。本人の薬物使用による 症状でそのきょうだいの学業不振や心身の不調を生じ るが、同様の理由で学校で相談することができないと いう社会生活上の障害がある。	43	“きょうだいが眠れなくなっちゃって。その時期は私と一緒に部屋で耳栓 させて寝かせてました。謝りましたね、申し訳ないって。何とか、何とか するからって”(家族) “ダルクで正直になるプログラムだよ。でやってのに細かくしてコソコ ソ生きていかなきゃいけないような、なんかやっぱその部分では、当時は そんな感じじゃなかったんでしょけど、今思うとなんか、精神的には結構疲 弊したのかなって思いますね”(本人)
自分のことを 誇れない	薬物使用や回復施設に対するだらしない人や怖い人 といったイメージのために劣等感を感じていたり、自分 が回復施設で働いていること誇れない。子どもたち も、親が回復施設で仕事をしていても誇れないはずだ という、否定的な自己イメージ。	29	“子どもたちは、親がダルクで仕事をしてたことを誇れないと思うし、 堂々とできないと思う”(本人) “覚醒剤使ってたっていうこともあって、犯罪ですし。自分が社会的にこ う反したことをしてたわけですから、それは社会人として、恥ずかしいこ ともであると思った”(本人)
偏見を持たれて も仕方ない	実際に自身が行った盗みや暴力などへの罪悪感から、 偏見を持たれても仕方ないと考え、薬物使用があるこ とによって生じる不利益を甘受してしまう当事者の態 度がある。	24	“自分がひどかったから。病気とは言え、盗みを働いたりといった行為は 許されることではないと思いますし、その部分があるから、偏見を持たれ るのも「そうだろうな」って”(本人) “実際自分が当事者になって、そういった仲間とかです、理解のある人 たちと関わっていく中では、何かなんていうんですかね。普通の自分自身 の、何かその凝り固まったものが少しずつ溶けていくような感じがあっ て、良かったんですけど、まあ、いわゆるそういったことに興味の無い人 たちというか、社会的に一般的な人たちからしてみればそういうふうと思 うようになっていくような気持ちも確かにありましたね。仕方ないかなって いうか”(本人)
違法でなかった のであまり偏見 がなかった	違法ではない薬物を使用していたため、周囲に話をし てもあまり否定的なイメージを持たれず、薬物対象に よっても社会の受け入れ具合に差がある。	31	“その当時は違法じゃないんで、あらあらってそんな感じで、馬鹿な子だ ね、みたいな。そのくらいでした。あれが覚せい剤とか大麻だと、ま だ違ってたと思います”(家族) “近所の人たちは、僕言えてないんです。僕が依存症だっていう。僕は いいんですけど、子どもに影響するんじゃないか。例えばあそこの人、薬 やってた人だから何々ちゃんと遊んだらダメって。僕自身がオープンにす るのは、全然苦じゃないけど、なんか子供のことはやっぱりちょっと考え てあげなくちゃいけない。多分よく世の中の人たちとかテレビとかまだ 理解が、やっぱ病気になるって捉え方ではないと思うので”(本人)
理解が進んで いない	支援者、学者、報道機関などで薬物を含む依存症が病 気だという理解が進んでおらず、病気の症状なのに非 難される、人間性を否定するようなことを言われてし まうという、社会生活上の不利益がある。	35	“支援者の人がみんなの前で本人を怒ったわけですよ。何やってんだと。 あんたは約束守らないで。病気のなに”(家族) “まあ、かくしてというか、もう履歴書を改ざんしてダルクのこととかも 全部改ざんして履歴書とか作ったんで。なんでそういったところも含め て、職場での人間関係とか。そういったことは大変だったかなと思いま す。”(本人)
理解を示し、変 わらず接してく れた	本人は理解を示してくれる人たちと関わることで自身 が回復できたと感じ、家族では薬物依存症であることを 話しても距離を置かず変わらず接し、寄り添って くれる人がいたことが力になった。周囲が偏見を持た ずにサポートしてくれた事への感謝など、回復の促進 要因として分け隔てなく接してくれる人がいることの 重要性。	39	“担任の先生が「できる範囲のことをします」って言ってくださったの で。本当あの先生がいなかったら駄目だったと思います。”(家族) “ここで働くようになってからも、ここだと愚痴を言えるので、だいぶ バランスをとれますね。子供の事で何かあったとか、結構柔軟に休みと か、帰っていいよとか、そういうことを柔軟にスタッフとか、Xさんが対 応してくれるんで、その部分に関してすごい助けられてるんですよね。 だから、なんか楽なんです。多分、仲間といえることだったとか”(本人)
病気のことを話 せない	薬物使用歴によってきょうだいや子どもにも薬物依存 症の悪い属性が付与されてしまい、いじめられる、人 間関係が壊れてしまうという不安。また、ダルクで正 直になることに取り組んできたのに、社会生活では隠 したり嘘をつかないといけない場面が多く、疲弊して しまう。テレビや周囲の人が薬物に批判的な発言をし ていると、自分や家族も同様に非難されてしまうので はないかと感じ、話すことができなくなるという心理 的負担感。	38	“私自身の問題なので、私が何か言われるのは構わない。でも、話すこと で子どもがいじめられたり、そういったところまで影響がいけないかは心 配している”(本人) “脱法ハーブのパンフレットうちで作ったんですよ。でそれを作ってる私 が、息子は薬物依存症みたいな。脱法ハーブ気をつけましようみたいなパ ンフレットを作ってる自分がいるんですよ。こっち側は本人が薬物依存症 なわけですよ。なんかものすごい変なギャップを感じますよね”(家族)
社会生活が制限 された	薬物使用歴を告白するとだらしない人であるとか悪い 人であるというイメージを付与されてしまうことを危 惧し、冠婚葬祭など経歴をオープンにしないといけな い場面への参加を躊躇してしまうほか、近所の人々 との交流も制限される。仕事でも、自分の家族に PWUDがいるのに人と関わる仕事をしていいのか と葛藤する。	36	“本人の同級生のお母さんには、なるべく接触したくないなって気持ち は、なんか今でもあります”(家族) “自分のこう、薬物依存症、当事者になつて、社会に出ると、何とか飲み 会の席があったり、そういった場面というのは結構あると思うんです。そ ういった部分で、お酒をすすめられたり、何かそれを断らなきゃいけな かったり、何か飲めない理由をつけなきゃいけない。そんなことに不安を 感じたりすることがあったんです。やっぱりそこで何だろう、ごまかし たり嘘をつくっていうのもつらいですから”(本人)



表3 研究1の回答者の属性

回答	N(% / 標準誤差)	回答	N(% / 標準誤差)
(a) 自認する性		(g) 自身もしくは近親者の薬物使用について誰かに相談したことはあるか	
男性	53 (23.9%)	はい：いいえ	8 (3.6%) : 214 (96.4%)
女性	168 (75.7%)	(h) PWUDに対する治療グループに参加／見学したことはあるか	
その他	1 (0.05%)	はい：いいえ	134 (60.4%) : 88 (39.6%)
(b) 年代		(i) PWUDに対する自助グループに参加／見学したことはあるか	
20代	23 (10.4%)	はい：いいえ	140 (63.1%) : 82 (36.9%)
30代	53 (23.9%)	(j) 回復したPWUDから回復についての話を聞いたことがあるか	
40代	89 (40.1%)	はい：いいえ	67 (30.2%) : 155 (69.8%)
50代	42 (18.9%)	(k) 支援頻度	
60代	15 (6.8%)	毎日	7 (3.6%)
70代	0 (0.0%)	週に1回以上	23 (11.7%)
(c) PWUDに対する支援に現在従事しているか		月に1回以上	74 (37.6%)
はい：いいえ	197 (88.7%) : 25 (11.3%)	年に1回以上	69 (35%)
(d) 近親者にPWUDがいるか		年に1回未満	24 (12.2%)
はい：いいえ	27 (12.2%) : 195 (87.8%)	(l) 支援経験年数	4.84 (5.25)
(e) 公私に限らず、回復したPWUDに会ったことがあるか		(m) 回復したPWUDとの協働経験	
はい：いいえ	195 (87.8%) : 27 (12.2%)	はい：いいえ	107 (54.3%) : 90 (45.7%)
(f) 自身が薬物使用に悩んだことがあるか		(n) 支援の中でPWUDから何らかの暴力被害を受けた経験があるか	
はい：いいえ	3 (1.4%) : 219 (98.6%)	はい：いいえ	31 (15.7%) : 166 (84.3%)

表4 スティグマ尺度の結果

	平均 (標準誤差)	回答者数(割合)			
		全くそう 思わない	あまりそう思 わない	少しそう 思う	非常にそう 思う
質問1 親友として喜んで受け入れる※	2.77(0.04)	7(3.2)	57(25.7)	139(62.6)	19(8.6)
質問2 知的であると信じている※	2.32(0.05)	30(13.5)	99(44.6)	86(38.7)	7(3.2)
質問3 信用できると信じている※	2.71(0.05)	7(3.2)	75(33.8)	116(52.3)	24(10.8)
質問4 公立校の幼い子どもの教師として受け入れる※	2.76(0.05)	15(6.8)	55(24.8)	120(54.1)	32(14.4)
質問5 失敗のしるしだと感じている	2.44(0.06)	38(17.1)	70(31.5)	92(41.4)	22(9.9)
質問6 子どもの世話のために雇わない	2.66(0.05)	15(6.8)	74(33.3)	105(47.3)	28(12.6)
質問7 軽視している	2.40(0.06)	37(16.7)	76(34.2)	92(41.4)	17(7.7)
質問8 以前薬物を使用した人でも雇う※	2.52(0.05)	15(6.8)	91(41.0)	101(45.5)	15(6.8)
質問9 以前薬物を使用した人の応募をさける	2.88(0.05)	9(4.1)	40(18.0)	142(64.0)	31(14.0)
質問10 同じように、以前薬物を使用した人を扱う※	3.01(0.04)	4(1.8)	32(14.4)	144(64.9)	42(18.9)
質問11 デートしたがない	2.72(0.05)	8(3.6)	68(30.6)	124(55.9)	22(9.9)
質問12 その人の意見をあまり真剣に聞き入れなくなる	2.49(0.04)	12(5.4)	98(44.1)	104(46.8)	8(3.6)
質問13 自分の子どもを遊ばせない	2.64(0.05)	10(4.5)	80(36.0)	113(50.9)	19(8.6)
質問14 近所づきあいをしたいと思わない	2.77(0.05)	7(3.2)	62(27.9)	129(51.4)	24(15.8)
質問15 道徳的に劣っていると思う	2.44(0.06)	29(13.1)	85(38.3)	89(40.1)	19(8.6)
質問16 意志が弱いと思う	2.55(0.06)	27(12.2)	73(32.9)	94(42.3)	28(12.6)
質問17 危険だと思う	2.78(0.05)	11(5.0)	62(27.9)	114(51.4)	35(15.8)
質問18 幸せな生活を送ることができると思う※	2.14(0.05)	45(20.3)	107(48.2)	63(28.4)	7(3.2)
質問19 怖いと思う	2.92(0.05)	5(1.4)	47(9.5)	130(50.5)	40(38.7)
質問20 自分の身近にはいないと思う	3.01(0.05)	7(3.2)	36(27.0)	126(55.4)	53(14.4)
質問21 自分が使用することはないと思う	3.27(0.05)	3(1.4)	21(9.5)	112(50.5)	86(38.7)
質問22 気持ちを理解できる※	2.81(0.05)	7(3.2)	60(27.0)	123(55.4)	32(14.4)
質問23 自業自得だと思う	2.59(0.05)	19(8.6)	76(34.2)	103(46.4)	24(10.8)
質問24 耳を傾ける※	2.29(0.05)	33(14.9)	98(44.1)	85(38.3)	6(2.7)

※ 逆転項目



表5 因子負荷表

質問項目	Cronbach's $\alpha$ (total)=0.89	Factor 1:	Factor 2:	Factor 3:	Factor 4:	Factor 5:	Factor 6:
		不信 $\alpha=0.75$	軽視 $\alpha=0.79$	無価値化 $\alpha=0.75$	否認 $\alpha=0.65$	排除 $\alpha=0.67$	危険 $\alpha=0.86$
2 知的であると信じている※		0.57	-0.03	0	-0.15	-0.04	0.3
3 信用できると信じている※		0.98	-0.01	0.06	0.1	0.02	-0.08
18 幸せな生活を送ることができると思う※		0.03	0.59	0.15	-0.05	0.02	-0.1
22 気持ちを理解できる※		0.08	0.52	-0.1	0.2	0.03	0
23 自業自得だと思う		-0.06	0.44	0.14	0.11	0.11	0.23
24 耳を傾ける※		-0.02	0.93	-0.03	-0.13	0.07	0.03
5 失敗のしるしだと感じている		0.1	-0.08	0.71	0.05	-0.12	0.07
6 子どもの世話のために雇わない		0.04	-0.07	0.6	0.06	0.2	-0.11
7 軽視している		-0.04	0.18	0.71	-0.06	-0.19	0.24
9 以前薬物を使用した人の応募をさける		-0.02	-0.01	0.52	0.02	0.22	-0.12
20 自分の身近にはいないと思う		-0.11	-0.09	0	0.54	0.02	0.32
21 自分が使用することはないと思う		0.11	-0.09	0.03	0.87	0	-0.09
10 同じように、以前薬物を使用した人を扱う※		0.16	0.05	-0.18	0.03	0.5	-0.06
11 デートしながらない		-0.06	-0.21	0.14	-0.13	0.43	0.14
13 自分の子どもを遊ばせない		0.02	0.09	0.04	0.04	0.62	0.13
14 近所づきあいをしたいと思わない		-0.06	0.14	-0.05	-0.01	0.68	0.33
17 危険だと思う		0	0.09	0.06	0.01	0.33	0.66
19 怖いと思う		0	0.13	0	0	0.37	0.54
1 親友として喜んで受け入れる※				Deleted			
4 公立校の幼い子どもの教師として受け入れる※				Deleted			
8 以前薬物を使用した人でも雇う※				Deleted			
12 その人の意見をあまり真剣に聞き入れなくなる				Deleted			
15 道徳的に劣っていると思う				Deleted			
16 意志が弱いと思う				Deleted			

※ 逆転項目

表 6 GLMM (全ての回答者)

	Mean (S.E.)		(c) 支援に現在 従事している	(d) 近親者に PWUDがいる	(e) 回復した PWUDに会っ たことがある	(f) 自身が薬物 使用に悩んだ ことがある	(g) 薬物使用に ついて誰かに 相談したこと がある	(h) 治療グルー プに参加／見 学したことが ある	(i) 自助グルー プに参加／見 学したことが ある	(j) 回復した PWUDから話 を聞いたこと がある
尺度合計	48.35 (0.53)	Coef (S.E.)	5.3 (1.7)	2.47 (1.6)	-1.28 (3.14)	-2.9 (4.49)	-5.47 (2.77)	0.15 (1.32)	-2.43 (1.16)	0.12 (1.94)
		T	3.12	1.55	-0.41	-0.65	-1.98	0.12	-2.1	0.07
		P	0.01**	0.12	0.71	0.52	0.05*	0.91	0.04*	0.95
Factor 1 不信	5.02 (0.09)	Coef (S.E.)	0.36 (0.28)	0.54 (0.26)	-0.48 (0.46)	-0.54 (0.74)	-0.85 (0.63)	0.25 (0.19)	-0.15 (0.19)	-0.03 (0.21)
		T	1.31	2.05	-1.06	-0.72	-1.35	1.27	-0.78	-0.14
		P	0.19	0.04*	0.38	0.47	0.46	0.2	0.44	0.89
Factor 2 軽視	9.84 (0.16)	Coef (S.E.)	1.41 (0.52)	0.74 (0.5)	-0.27 (0.8)	-0.41 (1.38)	-1.5 (0.86)	0.39 (0.36)	-0.59 (0.46)	0.09 (0.4)
		T	2.72	1.47	-0.33	-0.3	-1.74	1.07	-1.27	0.23
		P	0.01*	0.14	0.75	0.77	0.08	0.29	0.29	0.82
Factor 3 無価値化	10.38 (0.16)	Coef (S.E.)	1.3 (0.54)	0.72 (0.52)	0.2 (0.73)	-1.74 (1.45)	-0.36 (0.9)	-0.66 (0.43)	-0.22 (0.38)	0.29 (0.45)
		T	2.4	1.39	0.28	-1.2	-0.4	-1.55	-0.59	0.65
		P	0.02*	0.17	0.79	0.23	0.69	0.17	0.55	0.56
Factor 4 否認	6.28 (0.08)	Coef (S.E.)	0.26 (0.27)	0.13 (0.25)	-0.29 (0.43)	0.73 (0.72)	0.28 (0.97)	0.22 (0.19)	-0.36 (0.19)	0.08 (0.29)
		T	0.95	0.52	-0.68	1.01	0.29	1.15	-1.94	0.27
		P	0.35	0.61	0.53	0.31	0.82	0.25	0.05	0.81
Factor 5 排除	11.13 (0.13)	Coef (S.E.)	1.34 (0.41)	0.01 (0.39)	-0.17 (0.71)	-0.62 (1.09)	-1.39 (0.67)	-0.02 (0.3)	-0.61 (0.28)	0 (0.53)
		T	3.27	0.02	-0.24	-0.57	-2.08	-0.07	-2.15	0
		P	0.00**	0.98	0.82	0.57	0.04*	0.95	0.03*	1
Factor 6 危険	5.7 (0.09)	Coef (S.E.)	0.82 (0.3)	0.35 (0.28)	-0.05 (0.51)	-0.6 (0.79)	-0.96 (0.49)	-0.16 (0.21)	-0.2 (0.23)	-0.1 (0.3)
		T	2.74	1.25	-0.09	-0.77	-1.97	-0.76	-0.86	-0.33
		P	0.01*	0.21	0.93	0.44	0.04*	0.45	0.44	0.76

Abbreviation; Coef: Coefficient, S.E.: Standard Error, T: T value, P: P value, \*: p&lt;.05, \*\*: p&lt;.01

表 7 GLMM (支援従事者のみ抽出)

	Mean (S.E.)		(k) 支援頻度	(l) 支援年数	(m) 協働経験	(n) 被暴力体験
尺度合計	48.97 (0.56)	Coef (S.E.)	-0.07 (0.64)	0.02 (0.11)	-2.73 (1.25)	5.46 (2.68)
		T	-0.12	0.14	-2.18	0.14
		P	0.90	0.89	0.03*	0.89
Factor 2 軽視	9.99 (0.17)	Coef (S.E.)	-0.11 (0.20)	0.05 (0.04)	-0.51 (0.39)	1.07 (0.53)
		T	-0.58	1.26	-1.31	2.02
		P	0.56	0.26	0.19	0.09
Factor 3 無価値化	10.52 (0.18)	Coef (S.E.)	0.01 (0.20)	0.03 (0.04)	-0.98 (0.40)	1.07 (0.83)
		T	-0.04	0.65	-2.45	1.28
		P	0.97	0.55	0.01*	0.29
Factor 5 排除	11.28 (0.13)	Coef (S.E.)	-0.01 (0.15)	-0.03 (0.03)	-0.29 (0.30)	1.13 (0.41)
		T	0.05	-1.03	-0.98	2.75
		P	0.96	0.31	0.33	0.01*
Factor 6 危険	5.80 (0.10)	Coef (S.E.)	0.01 (0.11)	-0.01 (0.02)	-0.45 (0.21)	0.79 (0.38)
		T	0.06	-0.76	-2.11	2.08
		P	0.96	0.45	0.04*	0.12

Abbreviation; Coef: Coefficient, S.E.: Standard Error, T: T value, P: P value, \*: p&lt;.05, \*\*: p&lt;.01

表 8 研究 2 の対象者の属性

回答	N(% / 標準誤差)
(a) 自認する性	
男性	78 (35.8%)
女性	140 (64.2%)
その他	0 (0.00%)
(b) 年代	
20代	44 (20.2%)
30代	53 (24.3%)
40代	59 (27.1%)
50代	48 (22.0%)
60代	12 (5.5%)
70代	2 (0.9%)
(c) 所有資格	
医師・歯科医師	26(11.9%)
看護師	95(43.6%)
准看護師	15(6.9%)
保健師	4(1.8%)
精神保健福祉士	37(17.0%)
社会福祉士	11(5.0%)
臨床心理士	17(7.8%)
公認心理師	24(11.0%)
臨床検査技師	5(2.3%)
薬剤師	12(5.5%)
作業療法士	13(6.0%)
その他	6(2.8%)
なし	4(1.8%)
(d) 教育年数	
高校卒業程度	5(2.3%)
専門学校卒業程度	72(33.0%)
短期大学卒業程度	7(3.2%)
4 年制大学卒業程度	67(30.7%)
大学院修士課程卒業程度	32(14.7%)
医・歯・薬学部（6 年制大学課程）卒業程度	25(11.5%)
大学院博士課程修了程度	10(4.6%)

回答	N(% / 標準誤差)
(e) PWUDに対する支援に現在従事しているか	
現在従事している	123(56.4%)
過去に従事していたが、現在はしない	38(17.4%)
従事していない	57(26.1%)
(f) 近親者にPWUDがいるか	
はい：いいえ	16 (7.3%) : 202 (92.7%)
(g) 公私に限らず、回復したPWUDに会ったことがあるか	
はい：いいえ	129 (59.2%) : 89 (40.8%)
(h) 自身が薬物使用に悩んだことがあるか	
はい：いいえ	4 (1.8%) : 214 (98.2%)
(i) 自身もしくは近親者の薬物使用について誰かに相談したことはあるか	
はい：いいえ	6 (2.8%) : 212 (97.2%)
(j) PWUDに対する治療グループに参加／見学したことはあるか	
ファシリテーターとして参加	94 (43.1%)
利用者として参加	3 (1.4%)
参加したことはない	124 (56.9%)
(k) PWUDに対する自助グループに参加／見学したことはあるか	
はい：いいえ	93 (42.7%) : 125 (57.3%)
(l) 支援頻度	
毎日	20 (16.3%)
週に1回以上	53 (43.1%)
月に1回以上	31 (25.2%)
年に1回以上	13 (10.6%)
年に1回未満	6 (4.9%)
(m) 支援経験年数	6.45 (6.50)
(n) 回復したPWUDとの協働経験	
はい：いいえ	52 (42.3%) : 71 (57.7)
(o) 支援の中でPWUDから何らかの暴力被害を受けた経験があるか	
はい：いいえ	50 (40.7%) : 73 (59.3%)



表9 DSS の結果

	平均 (標準誤差)	回答者数(割合)			
		全くそう 思わない	あまりそう 思わない	少しそう 思う	非常にそう 思う
質問1 親友として喜んで受け入れる※	2.07 (0.05)	35 (16.1)	138 (63.3)	37 (17.0)	7 (3.2)
質問2 知的であると信じている※	2.35 (0.05)	26 (11.9)	107 (49.1)	67 (30.7)	17 (7.8)
質問3 信用できると信じている※	2.03 (0.05)	39 (17.9)	138 (63.3)	34 (15.6)	6 (2.8)
質問4 公立校の幼い子どもの教師として受け入れる※	2.17 (0.05)	37 (17.0)	116 (53.2)	55 (25.2)	9 (4.1)
質問5 失敗のしるしだと感じている	2.62 (0.05)	16 (7.3)	78 (35.8)	95 (43.6)	28 (12.8)
質問6 子どもの世話のために雇わない	2.84 (0.05)	10 (4.6)	46 (22.5)	123 (56.4)	35 (16.1)
質問7 軽視している	2.72 (0.06)	12 (5.5)	74 (33.9)	93 (42.7)	38 (17.4)
質問8 以前薬物を使用した人でも雇う※	2.44 (0.05)	14 (6.4)	112 (51.4)	73 (33.5)	18 (8.3)
質問9 以前薬物を使用した人の応募をさける	3.02 (0.05)	4 (1.8)	34 (15.6)	133 (61.0)	46 (21.1)
質問10 同じように、以前薬物を使用した人を扱う※	2.12 (0.04)	30 (13.8)	135 (61.9)	47 (21.6)	5 (2.3)
質問11 デートしながらない	2.75 (0.05)	10 (4.6)	67 (30.7)	108 (49.5)	32 (14.7)
質問12 その人の意見をあまり真剣に聞き入れなくなる	2.56 (0.05)	12 (5.5)	83 (38.1)	110 (50.5)	12 (5.5)
質問13 自分の子どもを遊ばせない	2.65 (0.05)	12 (5.5)	78 (35.8)	101 (46.3)	26 (11.9)
質問14 近所づきあいをしたいと思わない	2.87 (0.05)	4 (1.8)	54 (24.8)	126 (57.8)	34 (15.6)
質問15 道徳的に劣っていると思う	2.55 (0.05)	10 (4.6)	96 (44.0)	94 (43.1)	18 (8.3)
質問16 意志が弱いと思う	2.55 (0.06)	22 (10.1)	78 (35.8)	94 (43.1)	24 (11.0)
質問17 危険だと思う	2.86 (0.05)	8 (3.7)	51 (23.4)	123 (56.4)	36 (16.5)
質問18 幸せな生活を送ることができると思う※	2.87 (0.05)	6 (2.8)	54 (24.8)	120 (55.0)	38 (17.4)
質問19 怖いと思う	2.89 (0.05)	9 (4.1)	43 (19.7)	130 (59.6)	36 (16.5)
質問20 自分の身近にはいないと思う	3.01 (0.05)	2 (0.9)	48 (22.0)	113 (51.8)	55 (25.2)
質問21 自分が使用することはないと思う	3.27 (0.05)	1 (0.5)	26 (11.9)	105 (48.2)	86 (39.4)
質問22 気持ちを理解できる※	2.01 (0.04)	39 (17.9)	138 (63.3)	40 (18.3)	0 (0.0)
質問23 自業自得だと思う	2.63 (0.05)	11 (5.0)	82 (37.6)	102 (46.8)	23 (10.6)
質問24 耳を傾ける※	2.56 (0.05)	9 (4.1)	101 (46.3)	86 (39.4)	22 (10.1)

※ 逆転項目

表 10 GLMM (全ての回答者)

	Mean (S.E.)		(e) 支援に現在 従事している		(f) 近親者に PWUDがいる		(g) 回復した PWUDに会っ たことがある		(h) 自身が薬物 使用に悩んだ ことがある		(i) 薬物使用に ついて誰かに 相談したこと がある		(j) 治療グルー プに参加／見 学したことが ある		(k) 自助グルー プに参加／見 学したことが ある	
	50.17 (0.51)	Coef (S.E.)	-0.53	1.12	0.07	2.12	-0.67	1.22	-1.28	4.30	-6.31	3.37	0.29	1.27	0.00	1.23
尺度合計		T	0.47		-0.03		0.55		0.30		1.87		-0.23		0.00	
		P	0.64		0.97		0.58		0.77		0.06		0.82		1.00	
Factor 1	5.62 (0.09)	Coef (S.E.)	0.00	0.19	0.23	0.35	-0.27	0.20	0.02	0.71	-1.82	0.56	0.28	0.21	-0.09	0.20
不信		T	-0.02		-0.65		1.36		-0.03		3.28		-1.35		0.46	
		P	0.99		0.51		0.18		0.97		0.00**		0.18		0.64	
Factor 2	10.19 (0.14)	Coef (S.E.)	-0.25	0.31	0.40	0.59	-0.27	0.34	-1.14	1.20	-1.40	0.94	0.01	0.35	-0.06	0.34
軽視		T	0.79		-0.68		0.81		0.95		1.49		-0.02		0.18	
		P	0.43		0.50		0.42		0.34		0.14		0.98		0.86	
Factor 3	11.21 (0.15)	Coef (S.E.)	0.26	0.33	0.55	0.62	-0.04	0.36	-0.89	1.27	-0.98	0.99	-0.18	0.37	0.01	0.36
無価値化		T	-0.79		-0.88		0.11		0.70		0.99		0.47		-0.04	
		P	0.43		0.38		0.91		0.48		0.32		0.64		0.97	
Factor 4	6.28 (0.08)	Coef (S.E.)	-0.17	0.18	-0.28	0.34	0.29	0.20	-0.91	0.70	-0.56	0.55	-0.20	0.20	0.0	0.20
否認		T	0.96		0.82		-1.46		1.30		1.03		0.96		-0.29	
		P	0.34		0.41		0.15		0.20		0.31		0.34		0.77	
Factor 5	11.14 (0.13)	Coef (S.E.)	-0.18	0.29	-0.48	0.54	-0.49	0.31	0.50	1.10	-0.60	0.87	0.10	0.32	0.01	0.32
排除		T	0.62		0.88		1.56		-0.45		0.69		-0.30		-0.02	
		P	0.54		0.38		0.12		0.65		0.49		0.76		0.98	
Factor 6	5.74 (0.09)	Coef (S.E.)	-0.09	0.20	-0.59	0.37	0.04	0.21	1.08	0.76	-0.70	0.60	0.05	0.22	0.20	0.22
危険		T	0.47		1.58		-0.17		-1.43		1.17		-0.24		-0.91	
		P	0.64		0.11		0.86		0.15		0.24		0.81		0.36	

Abbreviation; Coef: Coefficient, S.E.: Standard Error, T: T value, P: P value, \*: p&lt;.05, \*\*: p&lt;.01

表 11 GLMM の結果その 2

	Mean (S.E.)		(l)支援頻度		(m)支援年数		(n)協働経験		(o)被暴力体験	
	50.07 (0.68)	Coef (S.E.)	0.14	0.68	-0.01	0.12	-3.50	1.44	1.35	1.46
尺度合計		T	-0.21		0.10		2.44		-0.92	
		P	0.84		0.92		0.02*		0.36	
Factor 1	5.66 (0.11)	Coef (S.E.)	0.12	0.11	0.02	0.02	-0.19	0.24	0.07	0.25
不信		T	-1.01		-0.77		0.79		-0.28	
		P	0.31		0.44		0.43		0.78	
Factor 2	10.1 (0.20)	Coef (S.E.)	-0.02	0.19	-0.01	0.03	-1.48	0.41	0.33	0.42
軽視		T	0.11		0.37		3.59		-0.78	
		P	0.91		0.71		0.00**		0.44	
Factor 3	11.34 (0.20)	Coef (S.E.)	-0.05	0.20	-0.03	0.04	-0.61	0.43	0.49	0.45
無価値化		T	0.26		0.75		1.42		-1.09	
		P	0.80		0.45		0.1		0.28	
Factor 4	6.2 (0.10)	Coef (S.E.)	0.11	0.11	0.01	0.02	-0.09	0.23	-0.20	0.23
否認		T	-1.00		-0.50		0.40		0.87	
		P	0.32		0.62		0.69		0.38	
Factor 5	11.03 (0.16)	Coef (S.E.)	0.03	0.16	-0.03	0.03	-0.95	0.34	0.38	0.35
排除		T	-0.16		1.13		2.81		-1.09	
		P	0.87		0.26		0.01*		0.28	
Factor 6	5.75 (0.11)	Coef (S.E.)	-0.06	0.11	0.00	0.02	-0.37	0.24	0.35	0.25
危険		T	0.51		0.10		1.50		-1.43	
		P	0.61		0.92		0.14		0.16	

Abbreviation; Coef: Coefficient, S.E.: Standard Error, T: T value, P: P value, \*: p&lt;.05, \*\*: p&lt;.01

表 12 両研究の比較表

(1) すべての回答者

	研究②(n=218)		研究①(n=222)		P	d
	mean	SD	mean	SD		
合計得点	50.17	7.59	48.35	7.88	0.01*	0.23
不信	5.62	1.30	5.02	1.29	0.00**	0.46
軽視	10.19	2.08	9.84	2.37	0.10	0.16
無価値化	11.21	2.19	10.38	2.45	0.00**	0.36
否認	6.28	1.22	6.28	1.22	1.00	0.00
排除	11.14	1.91	11.13	1.93	0.96	0.01
危険	5.74	1.34	5.70	1.37	0.76	0.03

Abbreviation; SD: 標準偏差, P: P value, d: cohen's d, \*: p<.05, \*\*: p<.01

(2) 薬物臨床経験あり

	研究②(n=123)		研究①(n=197)		P	d
	mean	SD	mean	SD		
合計得点	50.07	7.50	48.97	7.81	0.21	0.14
不信	5.66	1.27	5.06	1.32	0.00**	0.46
軽視	10.10	2.17	9.99	2.39	0.67	0.05
無価値化	11.34	2.19	10.52	2.47	0.00**	0.35
否認	6.20	1.15	6.31	1.20	0.41	0.09
排除	11.03	1.75	11.28	1.88	0.23	0.14
危険	5.75	1.26	5.80	1.35	0.74	0.04

Abbreviation; SD: 標準偏差, P: P value, d: cohen's d, \*: p<.05, \*\*: p<.01

表 13 DSS の結果

	pre(n=124)		post(n=93)		P	決定係数	d
	mean	SD	mean	SD			
合計得点	52	7.78	46.52	8.53	0.00**	5.48	0.68
不信	5.87	1.06	5.29	1.16	0.00**	0.58	0.53
軽視	11.62	1.94	10.15	2.06	0.00**	1.47	0.74
無価値化	11.25	2.19	10.35	2.2	0.00**	0.9	0.41
否認	5.67	1.15	5.01	1.21	0.00**	0.66	0.56
排除	11.39	2.02	10.16	2.09	0.00**	1.22	0.6
危険	6.26	1.17	5.55	1.28	0.00**	0.71	0.58

Abbreviation; SD: 標準偏差, P: P value, d: cohen's d, \*: p<.05, \*\*: p<.01