

スペイン

2012年度 プロジェクト・オンブレ研究所報告
Informe 2012 del Observatorio Proyecto Hombre

薬物依存者のプロフィールについて
—プロジェクト・オンブレ研究所—
Observatorio Proyecto Hombre
sobre el perfil del drogodependiente

発行：プロジェクト・オンブレ協会

Asociación Proyecto Hombre

訳者：井上智恵（立命館大学大学院社会学研究科博士後期課程）
翻訳監修：近藤京子（NPO 法人 ASK：アルコール薬物問題全国市民協会）

訳者まえがき

私は、2008年4月に立命館大学大学院に入学し、アディクションについての研究を始めました。日本にある民間の薬物依存症回復施設ダルクで実習をさせてもらい、薬物依存者の特徴と回復プログラムについて研究を行いました。その中で、ダルクの地道な支援活動や自助組織に任される仕事量の多さなどを知りました。また、ダルクで薬物を断ち、生き方を見つけ、自立・自律していく人がいる一方で、頻繁に薬物を再使用する人やドロップアウトする人が見受けられました。後者の回復を願い、海外で行われている支援や回復プログラムを摸索する中で、プロジェクト・オンブレを知りました。

日本では、NPO 法人 ASK（アルコール薬物問題全国市民協会）『季刊 Be!』編集部の近藤京子さんが、プロジェクト・オンブレの調査研究を行っていたことから、お話を伺いました。プロジェクト・オンブレの多様なプログラムや多職種連携のアプローチ、家族も含めた回復支援など、関心が高まり、現地で調査研究をすることにしました。大学の派遣プログラムで、グラナダ大学に1年間の留学をし、同地のプロジェクト・オンブレで実習を行いました。

プロジェクト・オンブレでは、薬物を断つことに重点を置くのではなく、生き方が問われます。人生の再構築が行われる場で、支援者はその人の潜在能力、生きる力を引き出し、関係性の構築にアプローチします。一連の治療的教育プログラムに感銘を受け、現在は、博士課程で、このプログラムの研究を行っています。

この度、プロジェクト・オンブレ協会の許可を得て、同協会が2013年6月25日に公表した『2012年度プロジェクト・オンブレ研究所報告』を翻訳しました。プロジェクト・オンブレの薬物依存者の特徴に応じた対応と支援、研究開発などの効果的な体制を知ってもらいたかったからです。また、近い将来、日本においてもこのような支援活動や研究ができることを願ってでもありました。

私にとって、初めての翻訳作業でしたが、まずプロジェクト・オンブレ協会が翻訳の許可を与えてくれたことに感謝しています。また、この翻訳の監修を務めて下さった近藤京子さんをはじめ、指導教官である立命館大学の野田正人教授、同じくスペイン語学専門の仲井邦佳教授には、忍耐強くかつ温かい指導と助言を頂きました。その他にも協力して頂いたスペイン語教員の方々、友人、家族も助言や励ましの言葉を下さりました。皆様のおかげで、この日本語版を作成できたことを感謝申し上げます。

この日本語版は、原本であるスペイン語版の報告書を基に、英語版も参考にしながら翻訳をしています。原文の第2章の文章中の数字と図表に記載している数字とにずれが見られますが、そのまま翻訳しています。また、原本にある写真は、技術的な理由から、大幅にカットをしています。お気づきの点など、ご指摘頂けると幸いです。

2014年7月17日

井上智恵

(立命館大学大学院社会学研究科)

Agradecimiento

La traducción del “Informe 2012 del Observatorio Proyecto Hombre” al japonés se realiza con el objetivo de que los japoneses conozcan y aprendan las actividades que desarrolla la Asociación Proyecto Hombre, especialmente, las intervenciones tempranas y adecuadas a la realidad de los usuarios desde equipos multidisciplinares de profesionales. La elaboración de este informe ha sido posible gracias a la colaboración solidaria de los distintos centros de Proyecto Hombre y entidades externas de los ámbitos académicos e investigadores. De esta manera, quisiera que conociesen este sistema eficaz y eficiente los profesionales dedicados al área de las adicciones en Japón. También es un deseo de que podamos hacer tales actividades e investigaciones como Proyecto Hombre en nuestro país, un día cercano.

El trabajo de traducción ha sido el primero para mí, por lo cual la Asociación Proyecto Hombre me dio el permiso con indulgencia. Quiero mostrar mi agradecimiento desde el fondo de mi corazón. También dirijo unas palabras de agradecimiento a la supervisora de esta traducción, Kyoko Kondo, quien se dedica a trabajar en el ámbito de las adicciones en *Japan Specified Non-profit Corporation to Prevent Alcohol and Drug Problems* y a investigar sobre Proyecto Hombre desde hace unos diez años; a mi tutor, Prof. Masato Noda, profesor del Departamento de Sociología en la Universidad Ritumeikan; y al Prof. Kuniyoshi Nakai, profesor de Lingüística Española en el mismo departamento. Me apoyaron y orientaron con paciencia y consideración, por lo cual les estoy agradecida de todo corazón por sus ayudas y atenciones. Además quisiera añadir a otras personas, quienes son los profesores de Lingüística Española y mis compañeros en la Universidad Ritsumeikan, mis amigos y mi familia. Sin su ayuda no habría sido posible realizar esta traducción. Expreso mi más sentido agradecimiento, ya que sus colaboraciones han significado un gran honor para mí. Muchas gracias.

Esta traducción al japonés se basa en el informe español, refiriéndose al informe inglés, puesto que había unos números diferentes entre las frases y los diagramas gráficos en el capítulo 2, esos son los mismos que están escritos en el informe español. Y la otra cuestión es la de eliminar las fotos por causas técnicas, desafortunadamente.

El día 17 de julio del 2014

CHIE INOUE

(Departamento de Sociología en la Universidad Ritsumeikan)

ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

プロジェクト・オンブレ協会

Presidente 代表 :

Luis Manuel Flórez García ルイス・マヌエル・フロレス・ガルシア

Director General 事務局長 :

Francisco Recio Martín フランシスコ・レシオ・マルティン

Secretaría de la Asociación 協会秘書 :

Elena Presencio Serrano エレナ・プレセンシオ・セラノ

Comunicación 広報 :

Beatriz Sánchez Pedraz ベアトリス・サンチェス・ペドラス

*電話番号 : 91 357 0928

*FAX 番号 : 91 307 0038

*Email : asociacion@proyectohombre.es

COMISIÓN DE EVALUACIÓN. PROYECTO HOMBRE

プロジェクト・オンブレ評価委員会

Responsable del programa プログラム責任者 :

Antonio Jesús Molina Fernández アンтониオ・ヘスース・モリナ・フェルナンデス

Equipo Técnico 技術チーム :

Amalia Clavo Ríos アマリア・クラボ・リオス

Belén Aragonés Pastor ベレン・アラゴネス・パストール

Estrella Rueda Aguilar エストレリャ・ルエダ・アギラル

Félix Rueda López フェリックス・ルエダ・ロペス

I+D 研究開発部 :

Unai Trecet Acarreta ウナイ・トレセツト・アカレータ

Diego González Rodríguez ディエゴ・ゴンサレス・ロドリゲス

Encarnación Muñoz Suárez エンカルナシオン・ムニョス・スアレス

*電話番号：91 357 0928

*FAX 番号：91 307 0038

*Email：asociacion@proyectohombre.es

ASESORAMIENTO TÉCNICO

技術アドバイス

M^a Cristina Fernández Coll マリア・クリスティーナ・フェルナンデス・コル
Directora Insular de Atención a la Mujer, Infancia, Juventud, Drogodependencias e
Inmigración. Consell Insular de Menorca
マヨルカ州議会／女性、子ども、若者、薬物依存、移民対策委員長

M^a José Fernández Serrano マリア・ホセ・フェルナンデス・セラノ
Profesora Universidad de Jaén. Investigadora en Grupo Neuropsicología CTS-581 de la
Universidad de Granada
ハエン大学教授／グラナダ大学神経心理学 CTS-581 リサーチグループ研究員

Carlos Mora Rodríguez カルロス・モラ・ロドリゲス
Coordinador Docente. Instituto de Drogodependencias de la Universidad Complutense
de Madrid
教育コーディネーター／マドリード・コンプルテンセ大学薬物依存研究所

デザイン・レイアウト：Doblehache Comunicación ドブレアチェ・コミュニケーション

印刷：Afanías アファニアス

英語版訳：Caro Acarreta Cruz カロ・アカレータ・クルス

写真提供：imagenaccion.org

謝辞

マドリード・コンプルテンセ大学心理学科の教授の方々； Ana Barrón de Roda、Elena Ayllón、 Francisco Gil、 José Luis Graña、 José Ángel Medina、 Raúl Piñuela。この研究において、何が重要で、何が重要でないかについての助言や勧告を下された方々。そして、「薬物に関する国家計画」と「la Caixa 社会事業団」。プロジェクト・オンブレの施設とプログラム。それらに携わる専門家とボランティアの方々。皆様に感謝いたします。

治療を受けている全ての人たちと彼らの家族へ。

いつも我々を信頼して下さい、感謝しています。

目次

プロジェクト・オンブレ協会の紹介	04
1. EuropASI (嗜癮重症度指標ヨーロッパ版)	06
2. 分析結果	08
2.1. 社会人口学的データ：概観	09
2.2. 社会人口学的データ：性別比較	15
2.3. 社会人口学的データ：主たる薬物別比較	21
2.4. データ分析についての注記	31
3. 結論と課題	32
3.1. 結論	32
3.2. 課題と提案	34
4. 方法論	36
4.1. 目的	36
4.2. 報告書作成の過程	36
4.3. サンプル・デザイン	37
4.4. 情報収集と妥当性の基準	38
4.5. 分析の段階	39
5. プロジェクト・オンブレのネットワーク	41
6. 研修センターと評価委員会	43
6.1. 研修センター	44
6.2. 評価委員会	45
6.3. 研究開発部と PH Nemos の適用	46
6.4. プロジェクト・オンブレ協会の経験と実績	47
7. おわりに	48
8. 引用・参考文献一覧	49
プロジェクト・オンブレ支部一覧	51

プロジェクト・オンブレ協会の紹介

ルイス・マヌエル・フロレス・ガルシア
プロジェクト・オンブレ協会代表

プロジェクト・オンブレ協会は、1980年代のヘロイン流行に際して、その治療に応える一団体として誕生した。我々の取り組みが始まってから、プロジェクト・オンブレ協会にとって、社会に対し薬物依存とアディクションの問題に関する的確な答えを提示し、人道主義、連帯を提供することは、1つの義務であった。これらの問題に苦しむ人々（薬物依存者だけでなく、その家族、パートナー、友達、同僚など）の現実を受け入れていくことは、これまでも、そしてこれからも、我々の主要目的のひとつである。

アディクション問題の解決策における我々の使命は、後に予防、社会／労働への参画にまで発展し、近年では研究のために事業を拡大している。どのようなケースにおいても、その過程はよく似ており、それは学びから自律・自立への道のりのようなものである。我々は、民間・公立機関や他のNGO団体と常に協力している。当初から、我々だけではミッションを完了することはできないと理解しており、アディクションの世界のように複雑で変容する問題に対しては、力を合わせ、また相乗効果をもたらす必要があった。こうした世界観は、「プロジェクト・オンブレ」の基本的考えにある。スペイン 15 自治州に点在するプロジェクト・オンブレ支部が連携することも、各々の治療プログラムの観点から理に叶っている。その多様性が我々を団結させ、異なる現実を受け入れていく力が我々を強くする。そして、全支部の連合体であるプロジェクト・オンブレ協会が持つビジョンは、我々の視野をローカルからグローバルなものに広げ、その上で再び身近な環境に立ち返るための柔軟性を与えてくれるのである。我々の歩みは緩やかであるが、実りある過程である。

この報告書では、2012年にプロジェクト・オンブレの施設で対応をした、薬物依存者の一連の特徴を明らかにする。どのようなアディクション問題であっても、我々の施設に助けを求めてくる人々やその人を取り巻く社会に、プログラムや仕組みを合わせていくことを目指している。プロジェクト・オンブレで治療を受ける人々の変遷を研究し続けることは、我々の責務である。プログラムを改善し、より適切で発展したプログラムを提供するためには、この継続性が必要である。昨今の厳しい社会状況の中で、それを貫くのは容易なことではないが、我々の活動にある「最善を尽くす」という使命感を見失うことはない。それぞれの資金、それぞれの努力、それぞれの労働時間を形にすること。つまり、我々はより一層、効果的かつ効率的な存在になりたい。

この薬物依存者のプロフィールについての報告書に、特筆に値する様々な手がかりがある。長年に渡り然るべき専門技術を開発してきた我々の努力、全国プロジェクト・オンブレの参加とプログラムの提携、そして、「薬物に関する国家計画」「la Caixa 社会事業団」

との連携、マドリード・コンプルテンセ大学薬物依存研究所による技術協力なくしては、この事業は不可能であった。この他にも、報告書が作成できるように導いてくれた外部機関によるサポート、プロジェクト・オンブレ協会内部の研究開発部、評価委員会、研修センター…。

我々は、この機会を借りて次の点を述べたいとおきたい。プロジェクト・オンブレ研究所による本報告書に記されているデータを見ると、薬物依存とアディクションの治療と予防に関する社会政策は、科学的・社会心理学的有効性を考慮した方向へ足並みを揃えていくことになるだろう。民間・公共機関と連携を図ることが、我々の目的を達成する 1 つの手段になると信じている。この報告書は、連携をとることで社会的状況を変えていこうとする 1 例である。しかし、昨今では連携に難色を示されがちである。我々は知識だけでなく、社会政策にも影響を与えるような報告書を提供したい。特に、治療、社会参加／就労、早期発見、早期介入、薬物依存の予防について示唆したい。プロジェクト・オンブレは、謙虚さと社会的使命感を持って、これらの社会政策に協力していきたいと考えている。

最後に、この報告書の主旨は、治療を受けている人たちを助けることである。これらの人たちとその環境、家族と社会の存在は、我々の真の存続理由である。それらなくしては何の意味もなさないだろう。プロジェクト・オンブレにとって、この努力は人なしでは意味がないのである。

プロジェクト・オンブレに携わる全ての人たちに、感謝の意をここに記しておく。この報告書に述べていることを、読み、考えてもらいたい。この冷徹なデータの背後には、人の存在があるということ、彼らは人間であるということをお忘れしないで頂きたい。人は、時には道を誤るが、家族と共に新しい生き方を学び、獲得していく力を持っている。日々の生活が年数を刻んでいくのであって、年数が人生をもたらすのではないのである。

1. EuropASI (嗜癮重症度指標ヨーロッパ版)

世界保健機関 (WHO) と米国精神医学会は、アルコールを含む薬物の乱用およびアディクションを分類するために多大な労力を費やしてきた。しかし、これまで作成された指標の多くは現状を適切に捉えることができず、薬物使用者一人ひとりの臨床的重症度も捉えきれていない。これまで多くの試みがされてきたが、精神測定学的特性 (信頼性と妥当性) に欠けており、相互評価や再試験による整合性が欠如した重症度指標になっていた。結果として、これらは薬物使用者の現状を部分的に評価するに留まっていた。こうした評価ツールは不十分であったことから、標準化された形で臨床的重症度と強度を評価すると共に、薬物使用者個人がケアや治療の必要性を評価できる実用的なツールが求められていた。この目的を達成するための最も確実な試みが、EuropASI である。

EuropASI は、1990 年に McLellan らが米国で開発した嗜癮重症度指標 (Addiction Severity Index: 以下 ASI) 第 5 版のヨーロッパ版である。ASI は、アルコールを含む薬物の乱用問題を抱えた患者の初期臨床評価において、重要な情報を得ることができるツールとして 1980 年にペンシルバニア大学で作成された。このツールを通し、治療を計画するもしくは他の専門機関に送るなどの判定を下すことができ、また研究目的で活用することもできる。

ヨーロッパにおける ASI 導入の意義は、アディクション治療における科学的正当性を担保することにある。EuropASI は、半構造化面接にて実施される。EuropASI は標準化されていることから、臨床において上述のような観点や生活領域にまたがる多次元的な診断をするのに非常に有効である。このようにして、この症候群を生物・心理・社会的観点 (Mayor, 1995) からとらえることができ、また、薬物依存の重症度も計ることもできる。

EuropASI は、3 つの目的での利用が可能である。1 つ目は、臨床現場で必要不可欠な面接としての利用である。面接は臨床医が患者の依存問題を多次元的に診断するための情報を提供し、同時にそれらがその個人の生物学的・心理学的・社会学的な文脈と関係している点を示唆する。このような情報は、一人ひとりの現状に適した介入を行なうもしくは総合的な治療計画を立てていくにあたり、プロフィールを十分に把握するために不可欠であろう。2 つ目は、1 つ目の目的と関連しているが、患者の追跡調査の実施である。EuropASI を用いた 2 回目の面接を実施することで、患者の治療過程について情報を得、治療の再構成に関わる文脈の変化などを見ることができる。

最後に、EuropASI はヨーロッパ地域で活用するため、研究チームの努力によって作成された。従って、この面接の 3 つ目の目的は、薬物依存を専門とする研究者により、科学領域で使用されることである。EuropASI で個人の薬物依存重症度を計り、また社会人口学的情報を得ることで、この領域の調査と研究を発展させることが可能になる。

EuropASI は、次の 7 つの領域について、それぞれの重症度を評定するものである。

- ・医学的状态（16 項目）
- ・雇用 / 生計状态（26 項目）
- ・薬物 / アルコール使用（28 項目）
- ・法的状态（23 項目）
- ・家族歴（51 項目）
- ・家族 / 人間関係（26 項目）
- ・精神医学的状态（22 項目）

これらの各領域は、一連の客観的評価項目と重要評価項目からなっており、患者自身による自己評価、面接担当者による重症度の評価、面接担当者による患者から得た情報の妥当性の評価によって構成される。

各領域には厳選された項目が設けられており、これらの項目の中に、重要項目と呼ばれるグループも存在する。これは、その領域において、特に個人の重症度の評価を行うために重視すべき項目である。

全ての領域において、2 項目は自己評価であり、0（ない）から 4（極めて）段階の尺度を用いて、各領域での最近 1 ヶ月の苦悩と不安の程度を計り、治療の必要性を明らかにする。

領域における重症度は、面接担当者が評価する。面接の最後に、各領域の重症度プロフィールにおいて治療の必要性を 5 段階評価で行う。この尺度の範囲は、「0-1（問題はない、治療、支援、診断の必要なし）」から「8-9（重篤な問題があり、治療は絶対に必要）」までとなっている。

最終的に、面接担当者は個々人から得た情報の妥当性を確認しなければならない。矛盾した情報がある場合は、確認と質問後に、患者の回答を基に妥当性の確認を行う（例：無収入との回答であったのにも関わらず、薬物への支出は 600 ユーロと答えている）。すなわち、面接担当者は、患者の説明に間違いがないか、理解力の欠如がないかどうかを評価しなければならない。

EuropASI には、アスタリスク記号の付いた質問項目があり、これらは追跡調査として 2 回目の面接を行った際に、回答が変化し得る。2 回目の面接は、1 回目の面接終了後 1 ヶ月以内に行うことを勧めている。その時点までの介入結果の評価を行うためである。

2. 分析結果

はじめに、プロジェクト・オンブレの利用者のデータを基に、薬物依存者の一般的なプロフィールを考察した。一連の指標を測定するために使用したツールは、EuropASI（嗜癮重要度指標ヨーロッパ版）である。複数の利用者を対象に、ある一時点で調査した結果を年齢別や性別などに分類して、薬物依存者の特徴を分析する横断的調査を行った。今後、依存者の変化を時系列に見ていくため、EuropASI を用いた縦断的調査も視野に入れている（Bobes, 2007）。

指標を選択し、サンプルを抽出した後、薬物の使用またはそれに由来する特徴を用い、薬物使用者のグループ（少ない割合であるが、他の依存を重複しているケースも分類に含める）を分類した（Escobar, 2007）。このグループ分けから、アディクション問題に共通する一連のパターンをプロフィールとして明らかにする。なお、これにより今後の研究に必要なテーマを得ることもできる（今後の課題）。また、サンプル数は異なるが、性別による測定の結果も分析し、利用者における男女の根本的な違いを述べる。

調査で用いた変数は、利用者の年齢、性別、婚姻状態、核家族世帯、家族問題、パートナーとの問題、教育水準、収入源、借金／金銭上の問題、薬物使用、使用経路、使用期間、使用開始年齢、治療経験、病気／HIV 感染、薬物の過量摂取／振せん譫妄、法的状態、犯罪歴である。また、サンプル全体において、国籍および出身地の変数でも分析を行った。

これらの変数の設定は、調査に実用性をもたせる意図から定めていることを、私たちは認識しておかなければならない。この調査は研究目的ではなく、2012年にプロジェクト・オンブレを利用した者の主な特徴を捉える目的で行われた。

この調査の内容は上記で説明した通りであり、調査のために2910名のデータを利用した。一連の社会人口学的変数、あらかじめ設けた基準（主たる薬物別、性別）で分類した変数などを用いて、最終的に記述統計でプロフィールを示した。分析に使用した統計値は次の通りである。

- ・度数：質的変数における回答から得た様々なカテゴリーの度合い。
- ・平均値：量的変数の平均値。
- ・平均値の比較：2つの量的変数における平均値の比較。
- ・コンティンジェンシー係数：クロス集計表における変数間の関連の強さについての指標。
- ・ANOVA（分散分析）：2つ以上の標本の量的変数における平均値の比較。
- ・Pearson のカイ二乗検定：2つもしくはそれ以上の質的変数の様々なカテゴリーにおける回答の分布比較。
- ・独立標本 T 検定：各変数における性別（もしくは主たる薬物別）による差異を見る。独立したサンプルの T 検定と等分散とのために Levene 検定（リーベン検定）を使用。
- ・多変量分散分析の近似 F 検定：一度に様々な変数の分析をするため、Pillai のトレース検

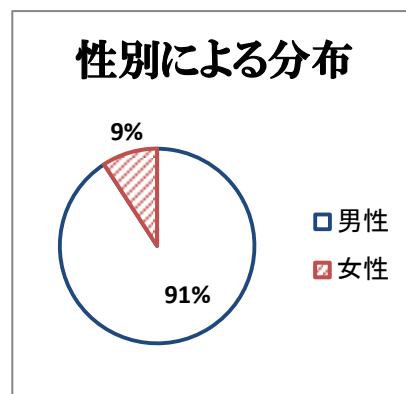
定、Wilks のラムダ、Hotelling のトレース、Roy の最大根などの統計を使用。

これらの統計技法を用いて、主要な統計的結果を示す手続きをとった。最も重要な結論は第3章で示しているが、ここではいくつかの差異について説明をしていく。

2.1. 社会人口学的データ：概観

▶性別

2910名の男女の割合は、男性90.9%、女性9.1%であった。

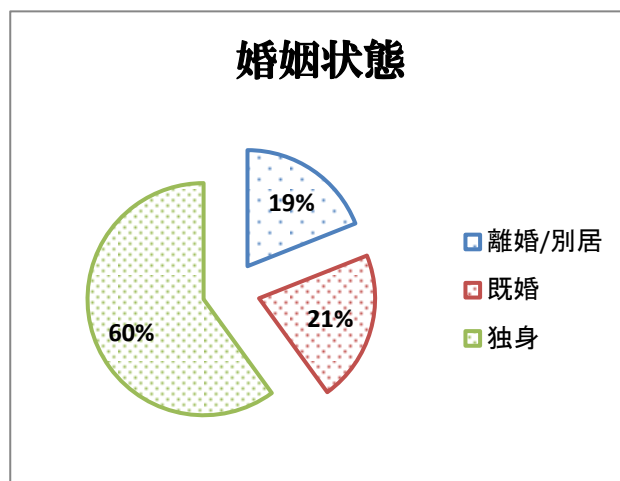


▶年齢

平均年齢は35.5歳、年齢範囲は17歳から65歳までであった。年齢分布は、18歳から28歳までが26.4%、20歳から38歳までが31.7%、39歳から48歳までが22.3%であった。

▶国籍

99%がスペイン人であり、他国籍人は極少数であった（主にモロッコ、コロンビア、ポルトガル、ドイツ、エクアドル国籍）。

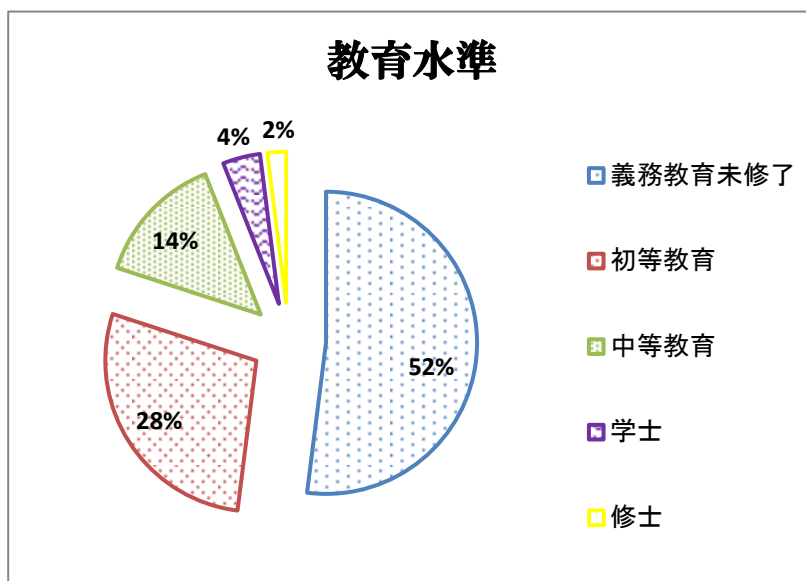


▶出身地

利用者の44.5%が人口10万人以上の都市の出身で、27.5%が人口1万から10万人までの中間都市、20%が農村地域の出身であった。

▶婚姻状態

調査段階において、利用者の60%が独身であり、21%が既婚、19%が離婚もしくは別居の状態であった。



▶教育水準

79.2%が義務教育修了のみもしくは未修了であった。これは、極めて興味深いデータである。中等教育修了14%、学士4.1%、修士2%であった。

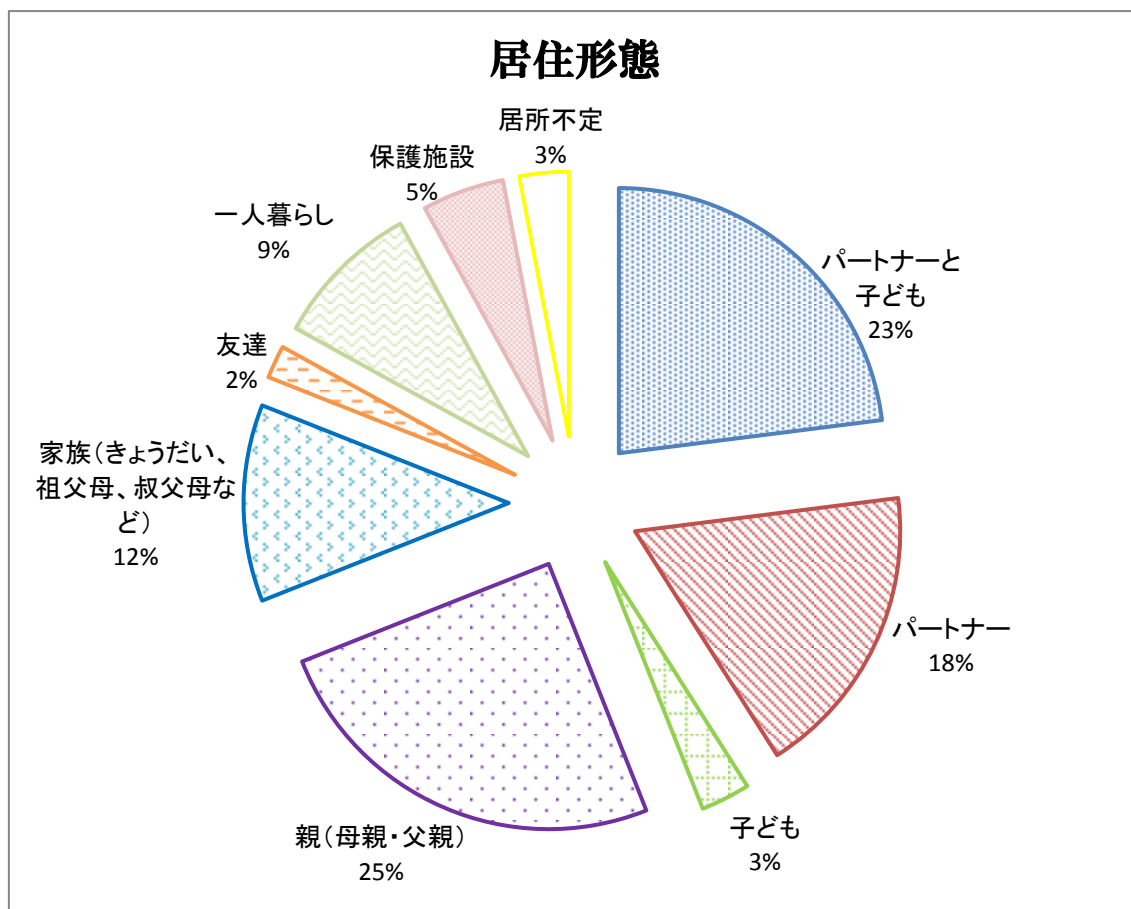
※教育水準について訳者補足:

スペインの義務教育期間は、1990年に制定された「Ley de Ordenación General del Sistema Educativo」により8年から10年へと延長され、義務教育年限は6歳から16歳までとなった。1992年には新制度の導入に伴い、学校形態も従来の8-3-1-5制から6-4-2-5制へと編成された。2006年に新たに「Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación」が制定され、現在は6-4-2-4（医学部は6）制となっている。本稿の教育水準の調査結果は、旧制度下で教育を受けた利用者の特徴になる。（「国・地域の詳細情報」『諸外国・地域の学校情報』http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/world_school/05europe/infoC52300.html, 2014年1月31日閲覧）

▶居住形態

主な居住形態に関しては、一人暮らしが9.2%で、最も多いのは核家族もしくは原家族との同居37%であった。その他では、パートナーとの同居18.1%、パートナーと子どもとの同居23.3%、子どもとの同居2.6%であった。

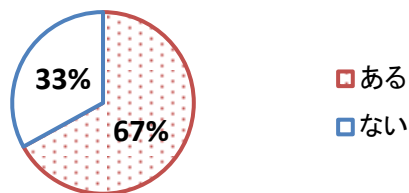
原家族に関しては、24.7%が親との同居であった。12.6%が他の家族メンバー（きょうだい、祖父母、叔父母など）と一緒に暮らしていた。また、4.8%は保護施設（更生保護施設、救護施設、シェルターなど）、3.3%は居所不定であった。



▶家族問題と葛藤・対立

「葛藤・対立」については、EuropASI マニュアルと同様、「危険な関係性になるのに十分な期間または強度がある深刻な問題。ここでは単なる意見の相違ではなく、深刻な葛藤・対立（激しい口論・暴言）について扱う。コミュニケーション不足、信頼感や共感の不足、敵意、口喧嘩も含む（Bobes, 2007）」と定義する。利用者の 67.4%が深刻な家族問題を抱えていた。

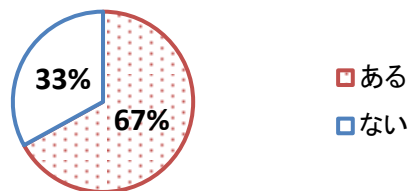
家族問題と葛藤・対立



▶パートナーとの問題

家族問題と似た割合で、67.3%が「パートナーとの問題がある」と答えた。

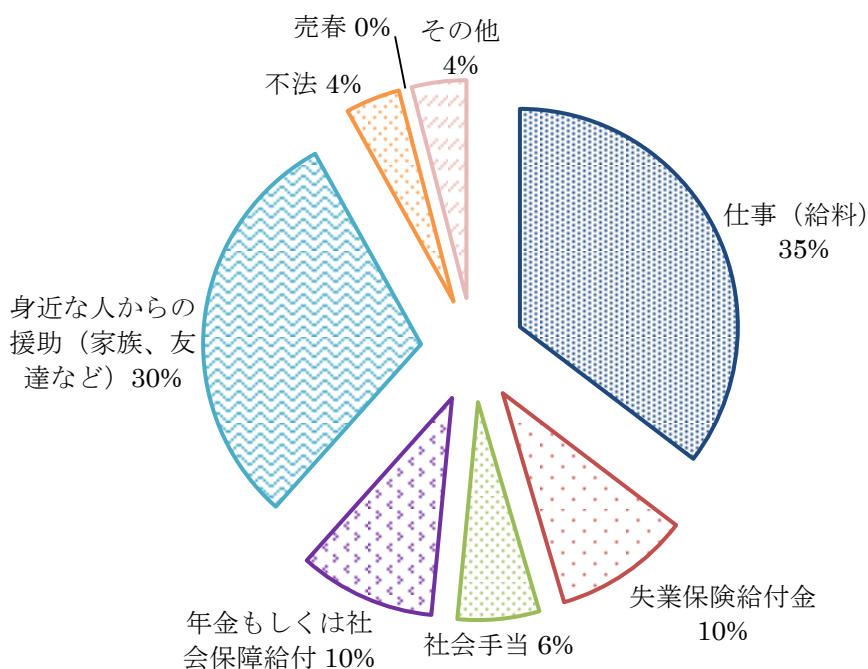
パートナーとの問題と葛藤・対立



▶収入源と雇用形態

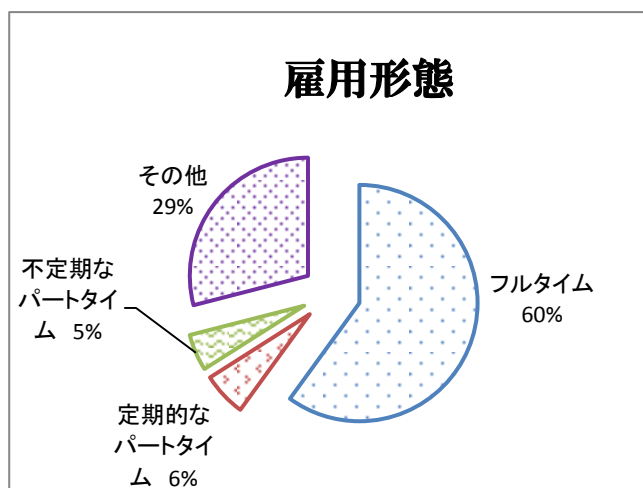
約 46%が労働力人口であった（35.3%が給料を受け取り、10.5%が失業手当給付金を受給）。その他の収入源は、家族や友達など身近な人からの援助によるもの（30.7%）、社会保障給付、年金、社会手当のいずれかによるもの（9.6%）であった。少数ではあるものの、不法行為による収入（3.8%）、売春（0.2%）などがあつた。

収入源



▶雇用形態

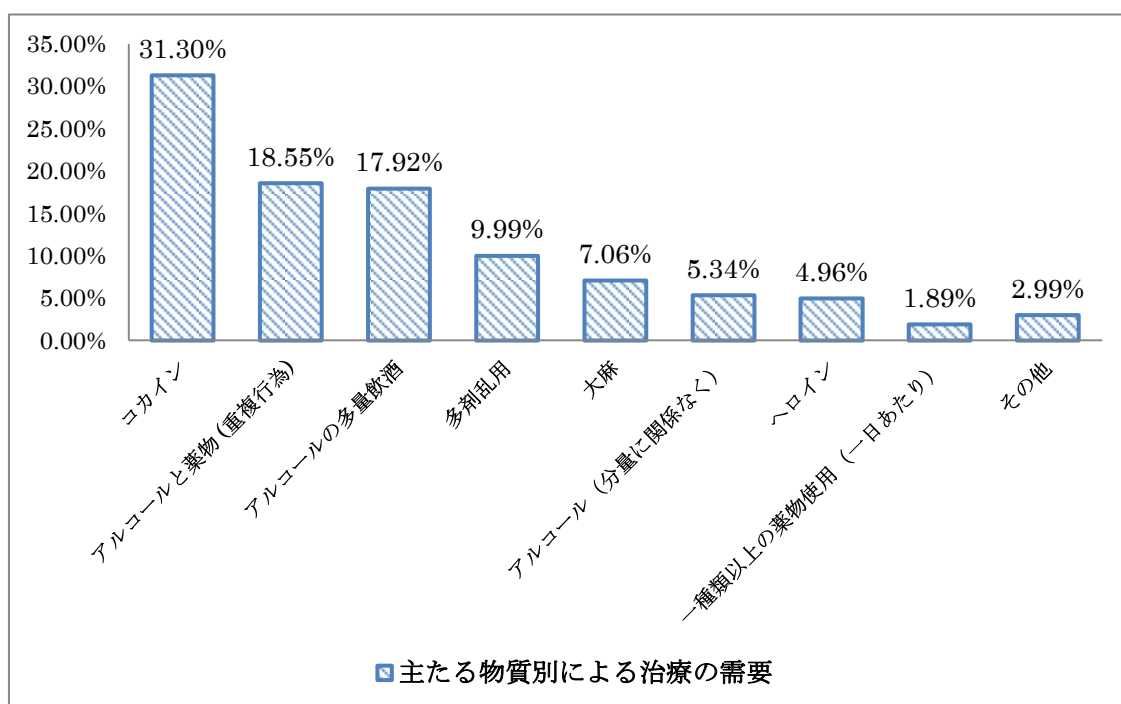
60.2%がフルタイムの雇用であり、6.1%が定期的なパートタイム、4.9%が不規則なパートタイムであった。



▶薬物の使用

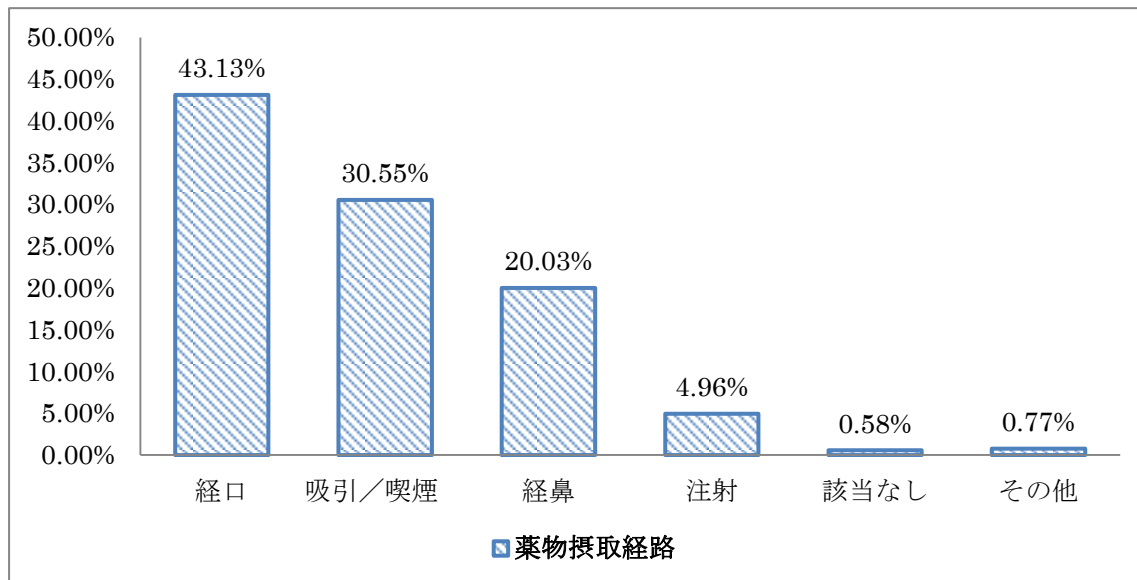
主たる薬物について (治療に至る要因となった薬物) :

- ・単独もしくは他の薬物との併用という形で、最も使用されていたのはアルコール (41.7%) であった。アルコール問題 (種類に関係なく多量飲酒) があることを自覚している者も、アルコールと他の薬物を併用する者 (重複依存) もいた。
- ・主たる薬物の 2 番目は、コカイン (31.4%) であった。摂取経路は、経鼻吸引であった。
- ・利用者の 12% が、多剤乱用であった。多剤とは主にヘロインとコカインを混ぜた「スピードボール(Speedball)」「スクランブル(Scrambled)」と呼ばれるものである。主な摂取経路は吸引で、非経口は少数派であった。
- ・ごくわずかな割合ではあるが、主たる薬物として大麻 (7%)、アンフェタミン (0.8%)、ベンゾジアゼピン (0.6%) もあった。
- ・主たる薬物がヘロインの場合でも、多剤乱用者と似た特徴を持つことから、同一のプロフィールとして扱っている。



▶薬物摂取経路

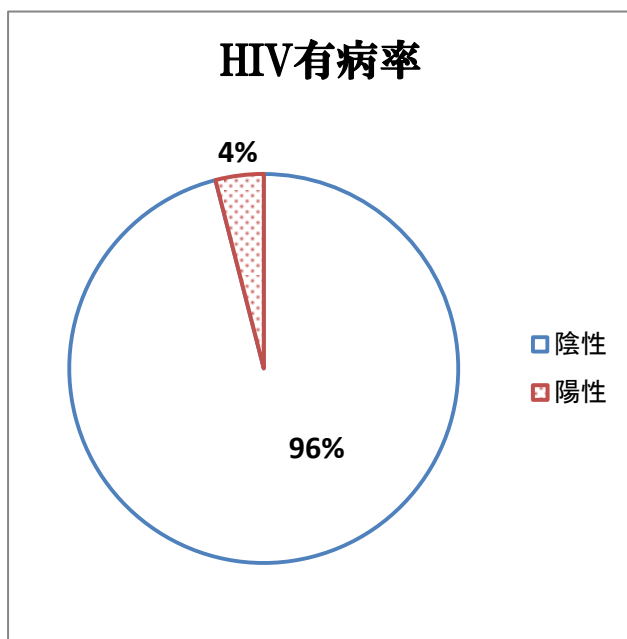
主たる薬物摂取経路は、経口 43.1%、吸引・喫煙 30.8%、経鼻 19.9%であった。注射は、5%でほとんど見られなかった。



主たる薬物の問題摂取行動の開始平均年齢は 19.8 歳で、治療に繋がる前の薬物使用平均期間は 14 年であった。

▶健康状態

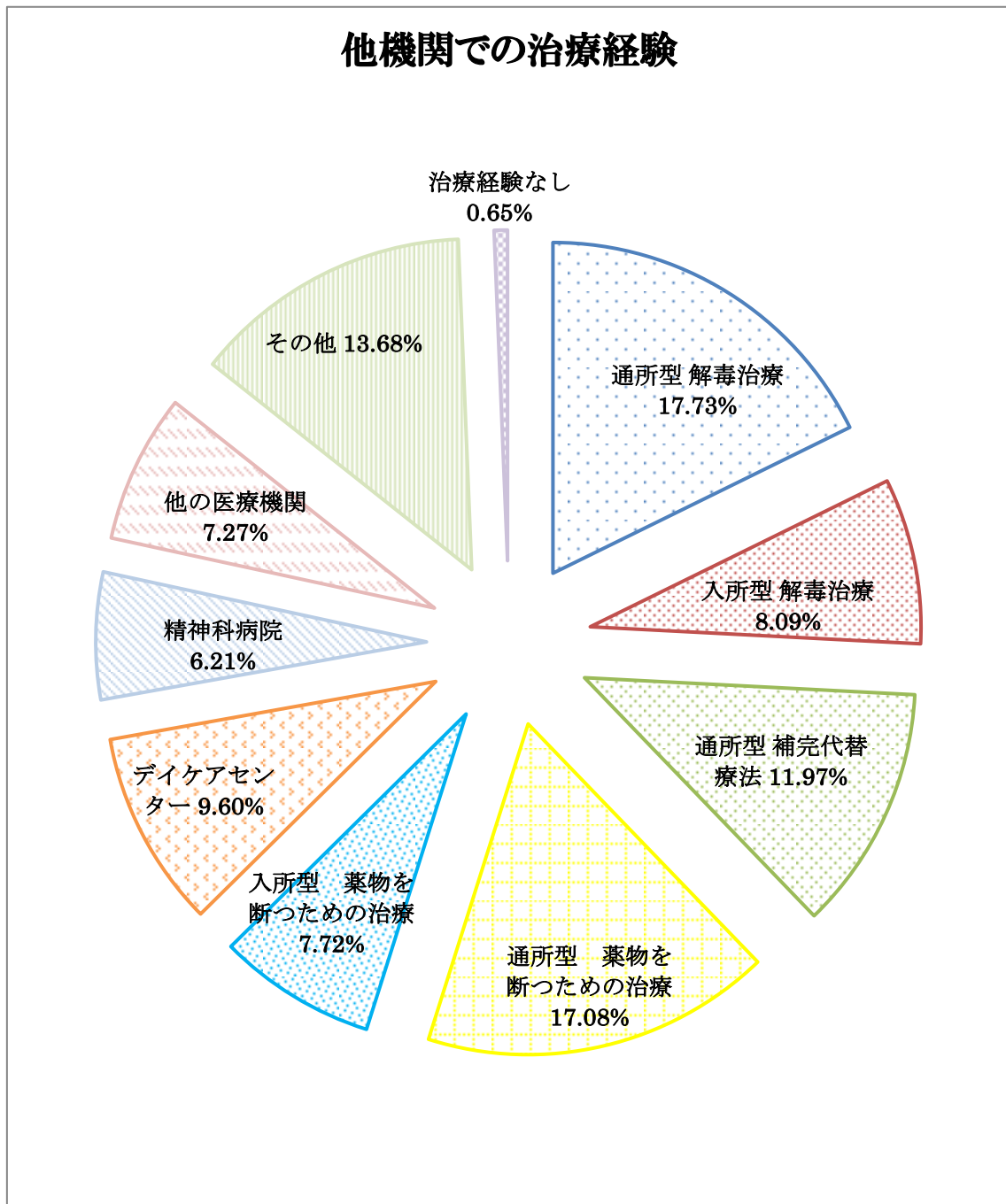
健康と疾病の指標については、薬物依存プログラムに関連するものではあるが、HIV 有病率はわずか 4.2%であった。これは、治療開始前の 6 ヶ月間における検査結果である。後に HIV 有病率に関連した特徴を述べる。



利用者の約半数が、薬物の過量摂取と振せん譫妄など、何らかの重篤な症状に苦しんだことがあった（薬物の過量摂取一人あたり 0.48 回、振せん譫妄一人あたり 0.5 回）。過去の治療経験に関しては、多くの利用者が他機関での治療を受けており（もしくは並行して治療を受けており）、通所型治療を受けている者が最も多かった。初めに通所型解毒治療を受け、直後に薬物を断つための通所型治療、通所型補完代替療法、デイケアセンターなどを利用している。

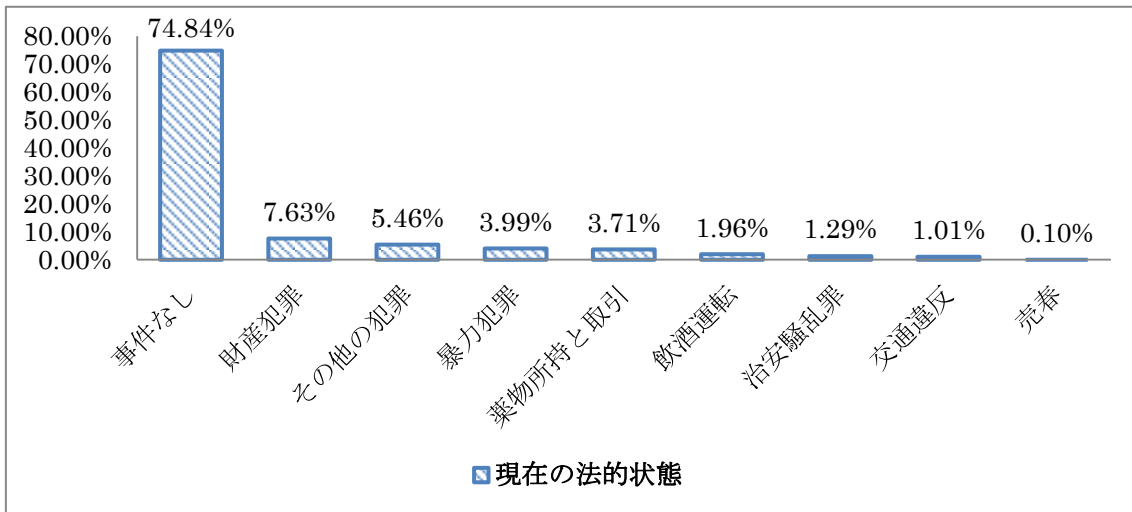
他機関による治療の有効性は、13.68%という評価であった。

他機関での治療経験



▶法的状態

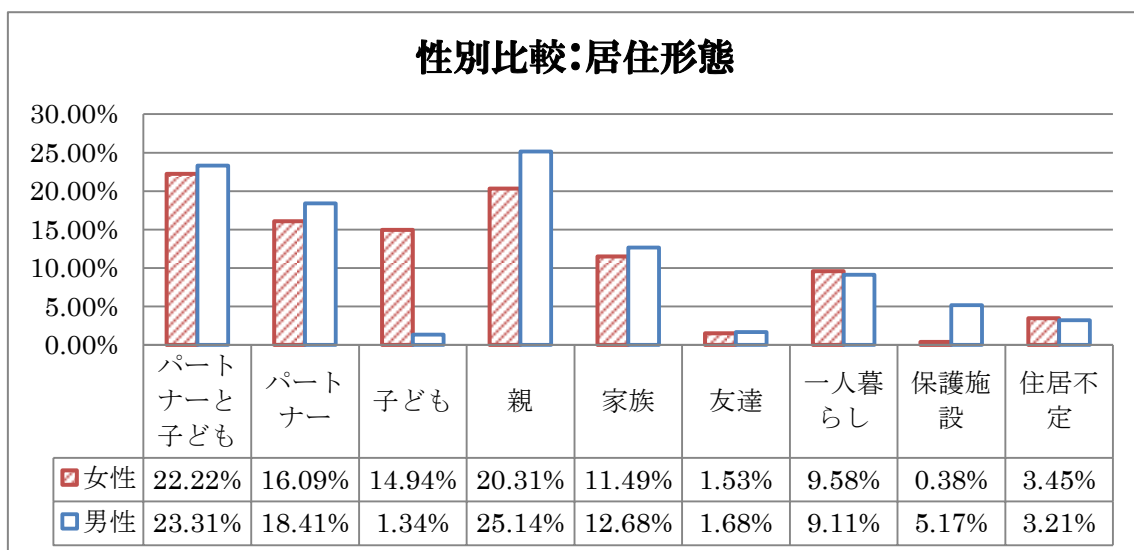
利用者の 34.5%が、これまで典型的な犯罪を繰り返していた。また、このデータは主たる薬物別に分けた利用者の特徴と相関関係が見られた。面接した時点では、74.8%の利用者が「現在、刑事訴追されていない」と答えている（図表では、「事件なし」で記載）。刑事訴追されている者のうち、最も多く見られる罪状は、財産犯罪 7.8%、暴力犯罪 4%、薬物所持と売買 3.8%、その他の犯罪 5.4%であった。



2.2. 社会人口学的データ：性別比較

利用者の男女の割合を見てみると、女性の割合は9人に1人であった。従って、男女間のサンプル数の差異と、この分析には限界があることを考慮した上で、データの分析を行った。この分析の限界については、Nuria Romo (Romo, 2000) などの研究者による他の調査報告においても示されている。女性が治療に繋がることができるように取り組むことは、プロジェクト・オンブレ協会が掲げる目標の1つである。

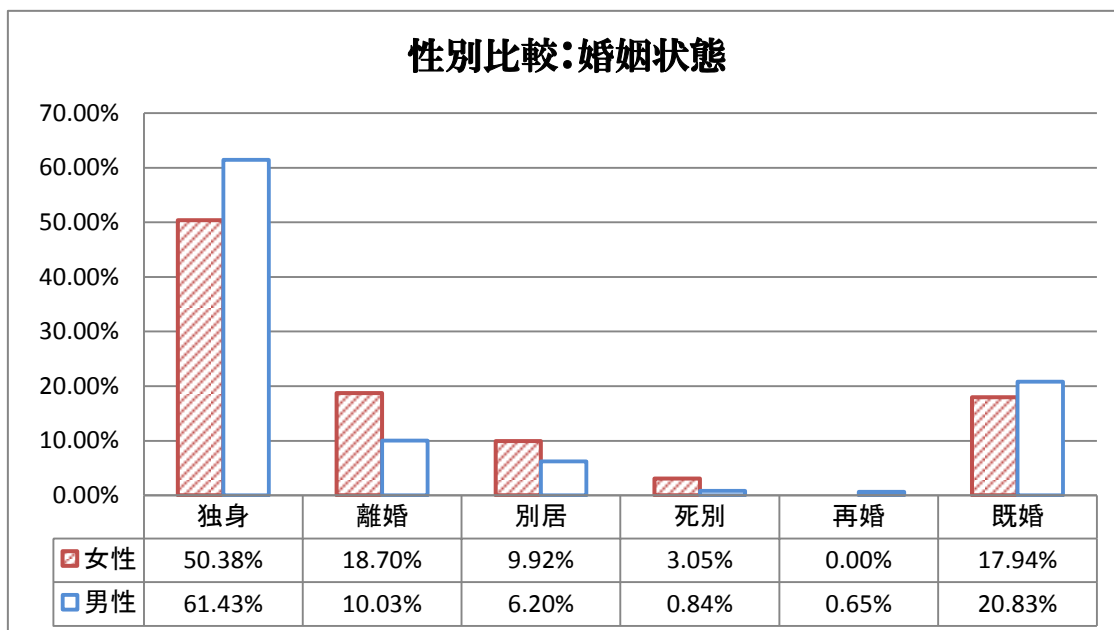
Nuria Romo が調査報告書において指摘する問題の1つは、女性の薬物依存者が感じる家庭への役割責任である。これに関連する項目で、今回、男女差が確認されているのは、子育ての負担を担っている女性が37.3%であるのに対して、同じ状況にある男性は24.6%に留まっている点である。



男女の平均年齢に関しては有意差が見られなかった。

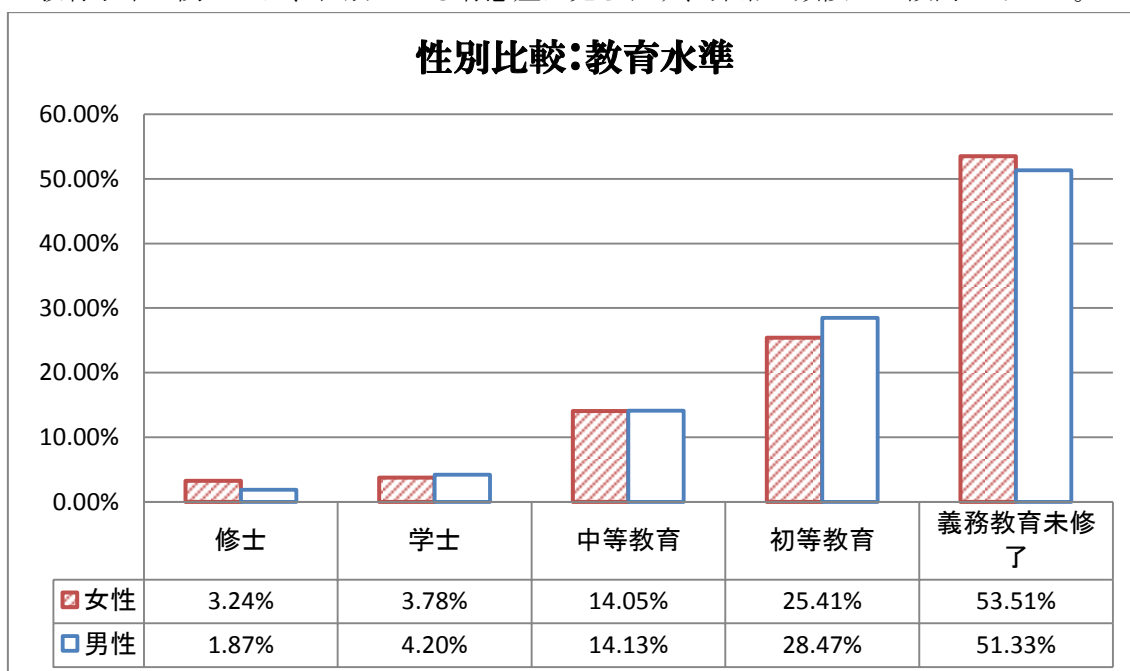
▶婚姻状態

独身者の割合は、女性より男性の方が高かった（男性 61.4%、女性 50.4%）。この相違点については、パートナーと破局（別居 - 離婚 - 死別）を考慮して見る必要があるだろう。こうした一連の事態が生じる割合は、男性より女性の方が高かった（女性 31.8%、男性 18%）。

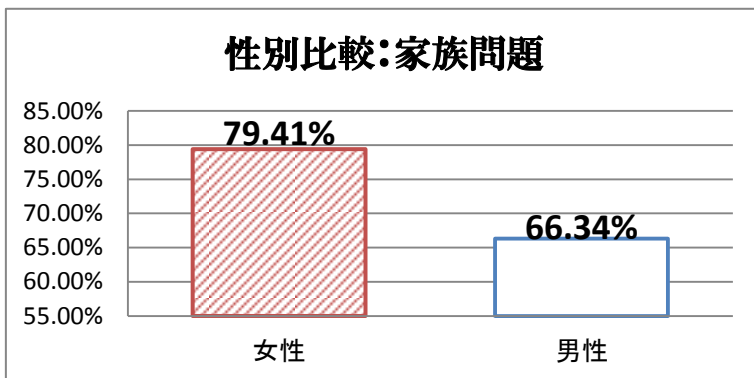


▶教育水準

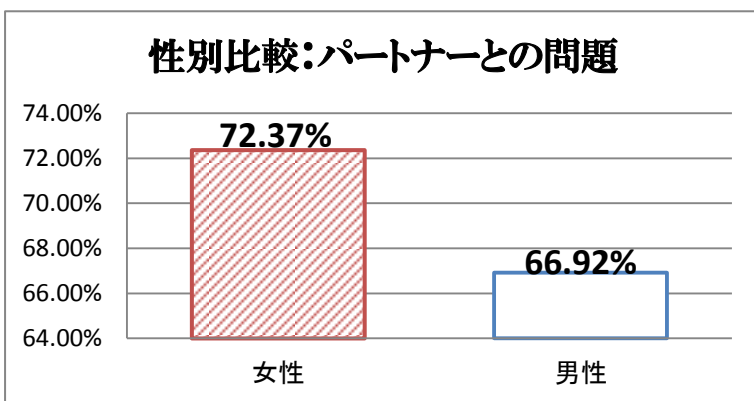
教育水準に関しては、性別による有意差は見られず、非常に類似した傾向にあった。



▶同居と家族問題



家族との問題、パートナーとの問題において、以下のような男女差があった。女性の79.4%が家族問題を認識し、男性では66.3%という結果であった。

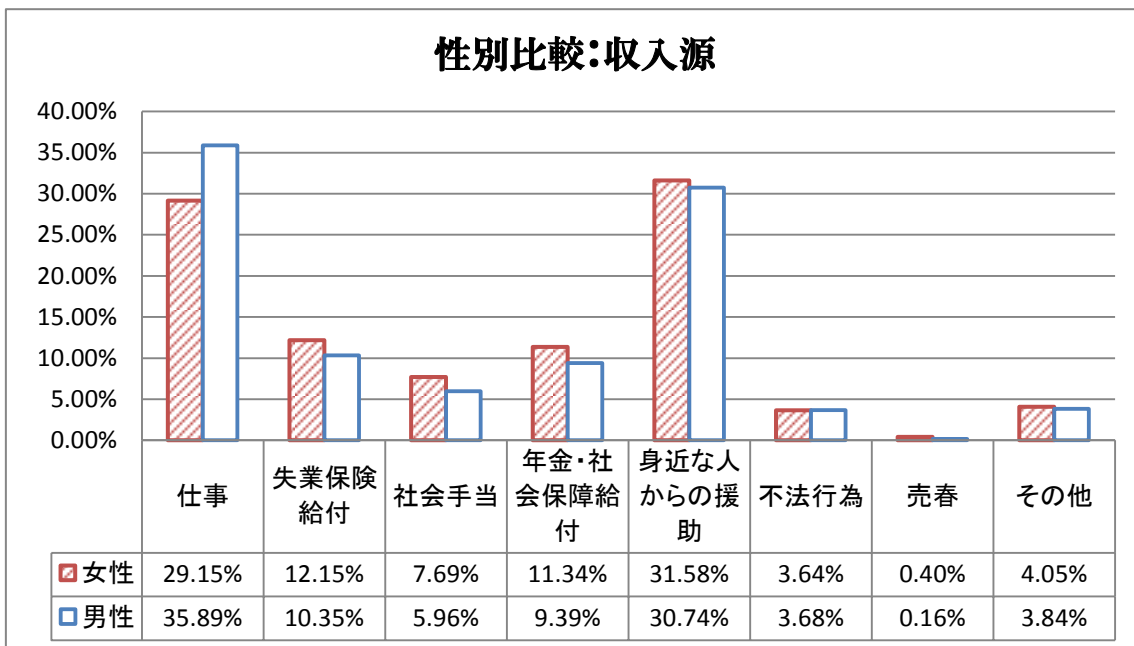


パートナーとの問題認識に関しても同様の結果がみられ、女性の72.3%がパートナーとの問題を把握しているのに対して、男性は67%という結果であった。

両項目において、女性の方がこうした問題に対する認知度が高かった。

▶収入源

収入源については、治療開始前の最近1ヵ月における主な収入源を「仕事」と答えた者が、女性29.1%であるのに対し、男性は35.9%であった。

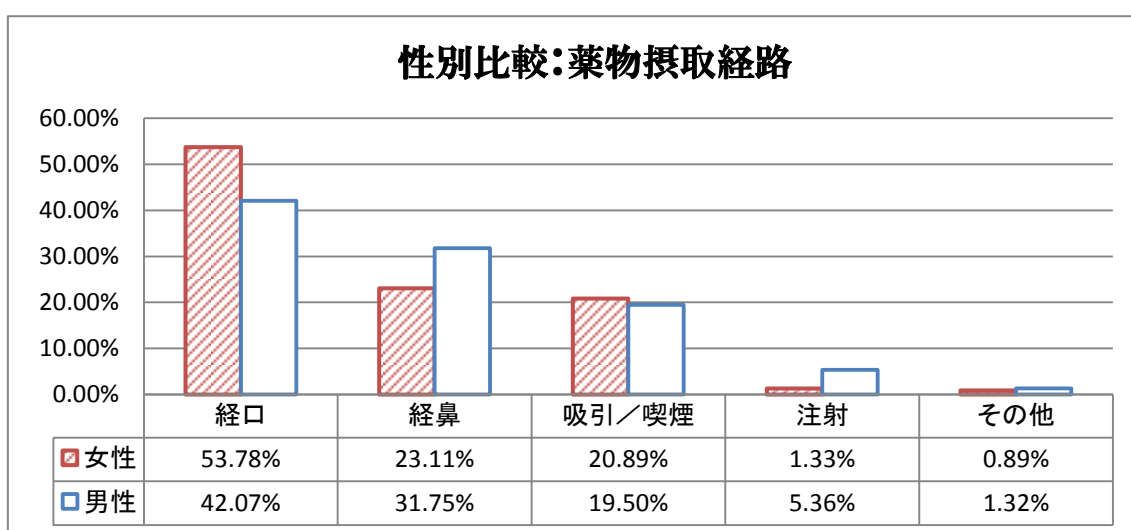
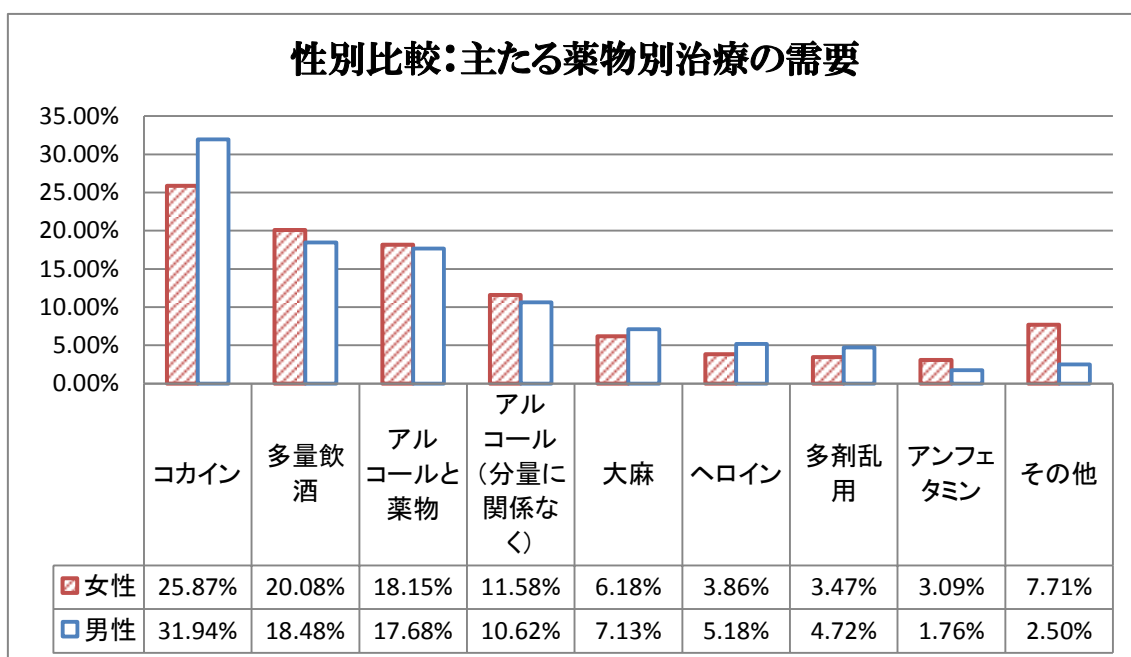


▶主たる薬物

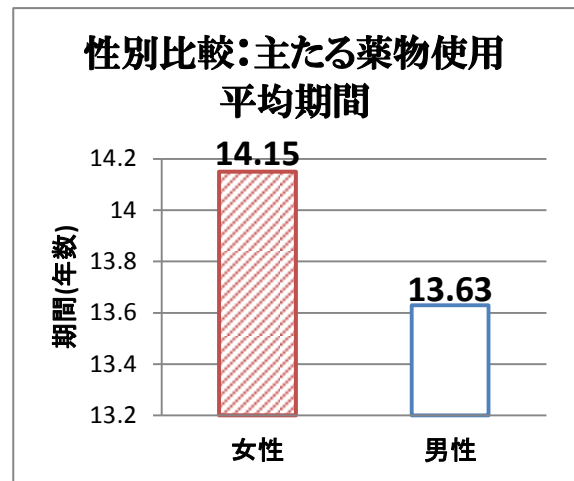
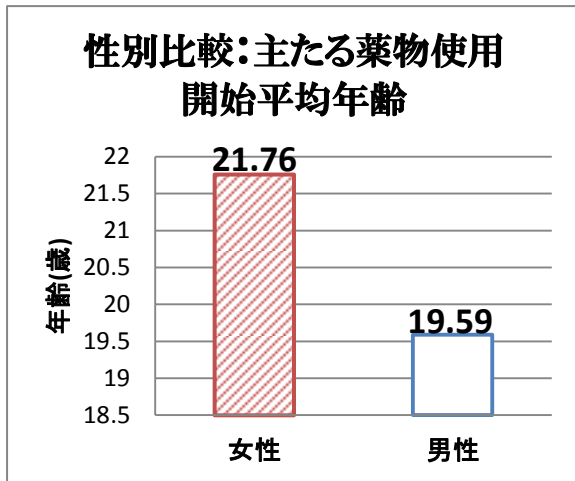
男女間において、主たる薬物に違いがある。

まず、女性の主たる薬物はアルコールで、第2位がコカインであった。男性ではこの順位が逆になり、第1位がコカイン、次いでアルコールという結果であった。男性では多剤乱用の割合が高く、女性では向精神薬など、その他の薬物使用の割合が高かった。また、薬物以外の問題に関しては、女性の多くに見られた。

多剤乱用は、女性3.5%、男性10.6%に見られた。男性31.75%と女性20.95%が、薬物使用摂取経路として吸引を選択していた。

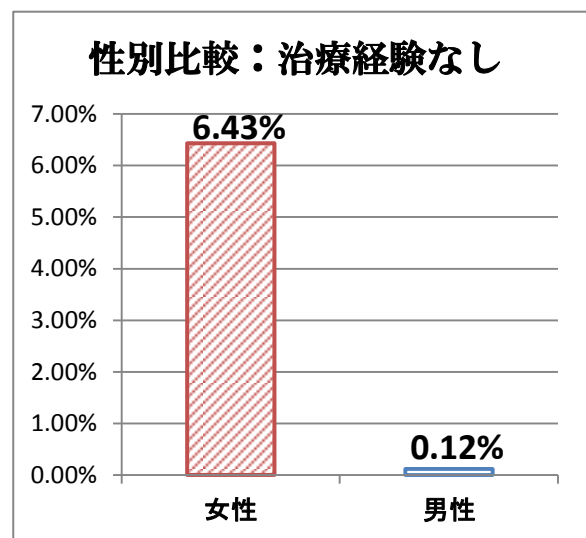
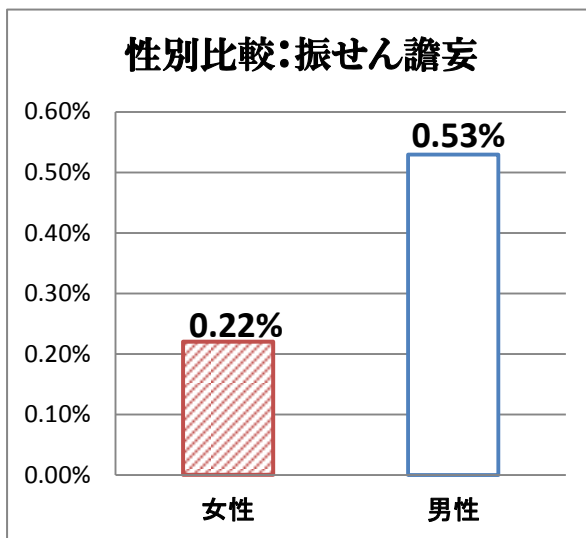
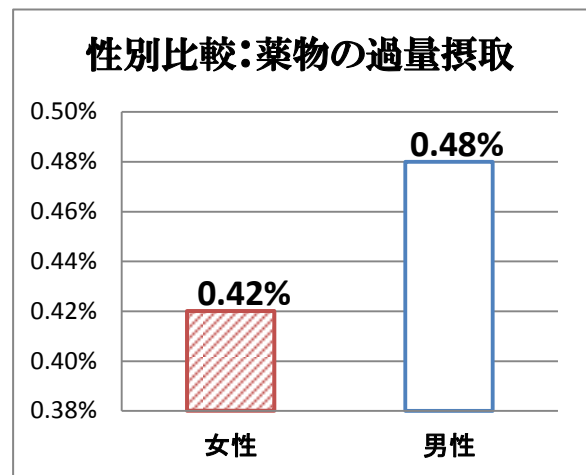
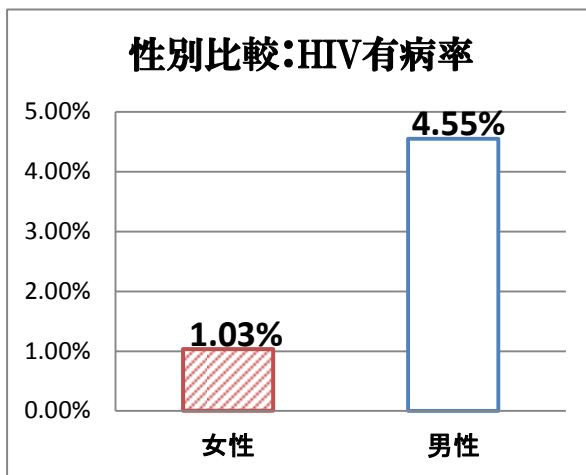


主たる薬物使用開始平均年齢は、女性が21.8歳、男性が19.6歳という結果であり、女性の方が年齢が高かった。

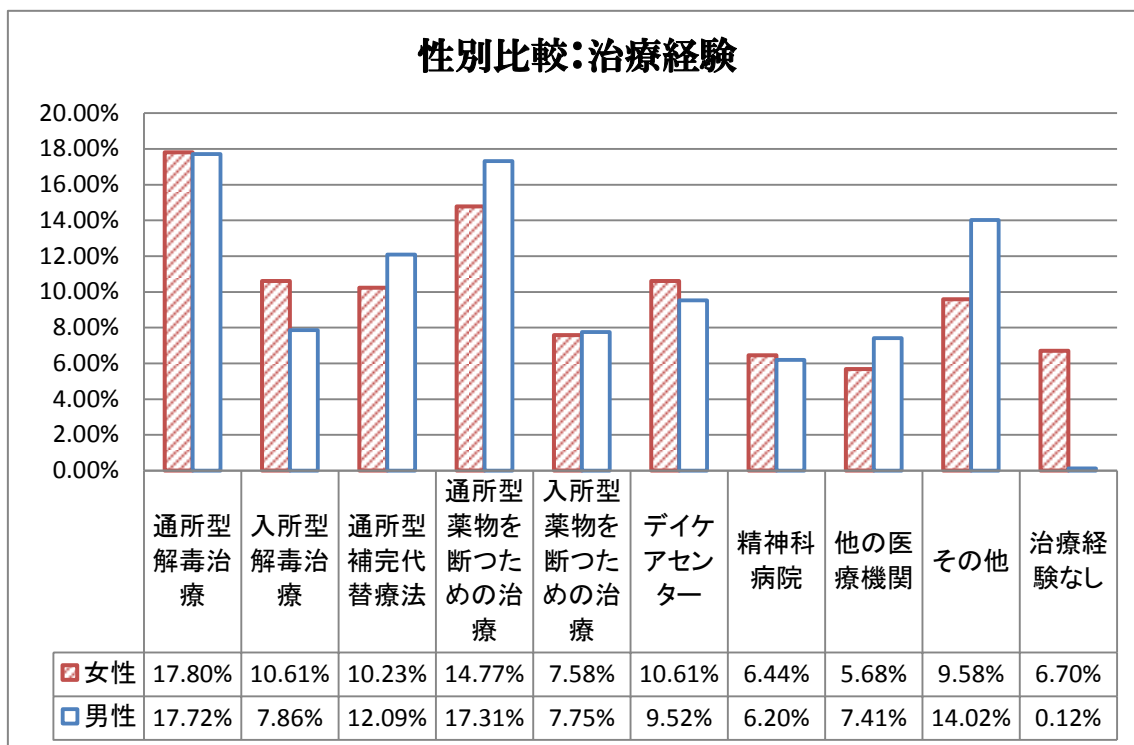


▶健康状態

利用者の HIV-AIDS 有病率は (4.2%) であり、男性の方が女性より高いという結果であった (男性 4.5%、女性 1%)。

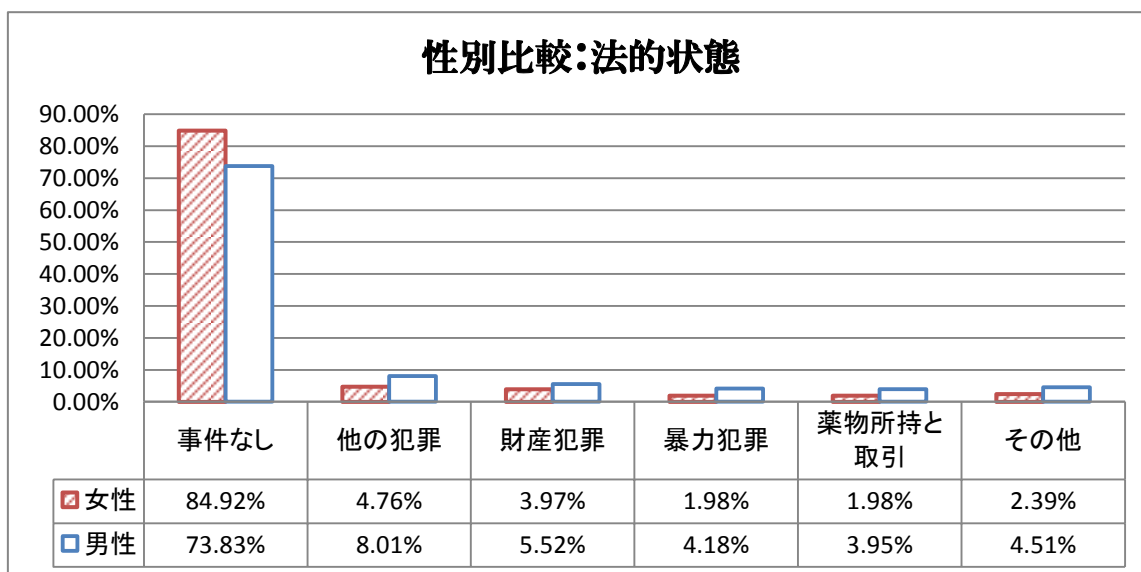


過去の治療経験に関しては、「治療経験なし」の割合が男性（0.12%）より女性（6.43%）の方が高い結果になっており、プロジェクト・オンブレで初めてアディクション治療プログラムを受ける者がいた。



▶法的状態

最後に、男性の犯罪率は、女性と比較して有意に高かった（男性 36.2%、女性 16.5%）。



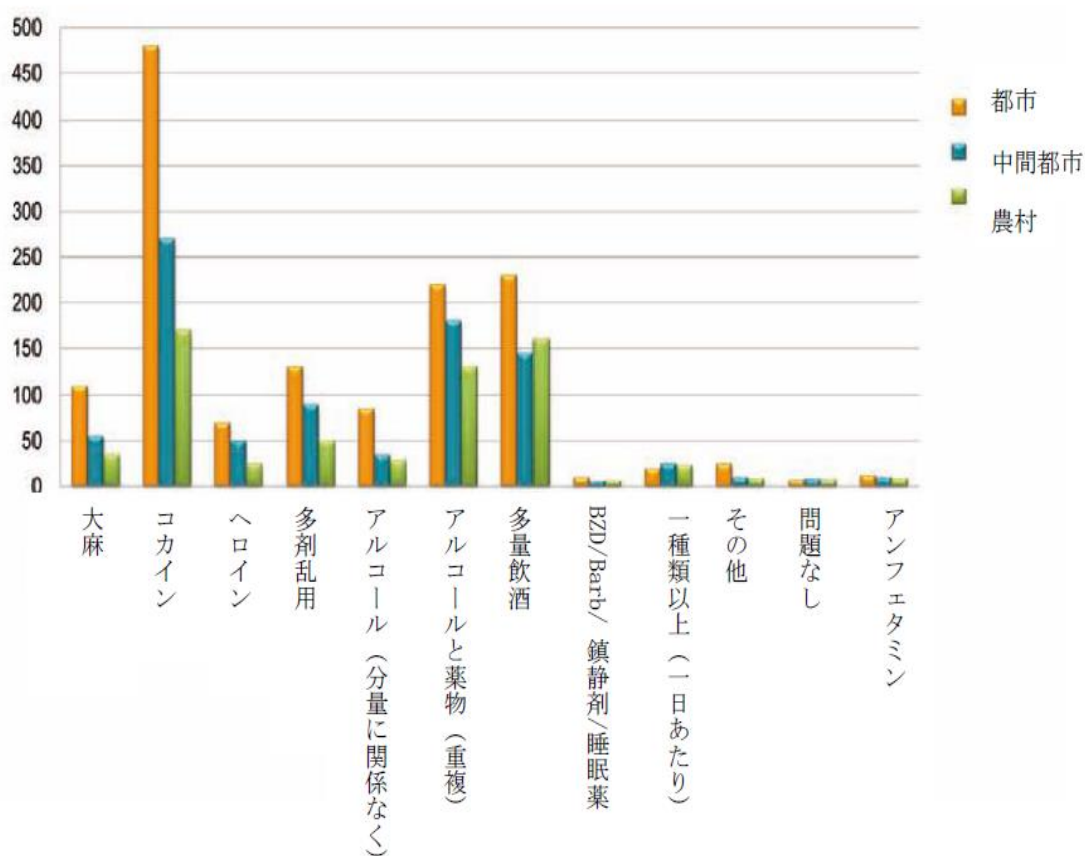
「現在、刑事訴追されていない」と答えた利用者は70%を超えており、女性84.9%、男性73.8%という結果であった。

2.3. 社会人口学的データ：主たる薬物別比較

これまで考察してきたように、全般的なサンプル分析を徹底的に行った後、主たる薬物別の分類を行った。これは、それぞれの薬物使用者に見られる主要な変数を識別するためである。それらの相違点を述べ、利用者のプロフィールを明らかにしていく。

▶出身地

主たる薬物別比較：出身地



※BZD は、Benzodiazepine (ベンゾジアゼピン) の略。

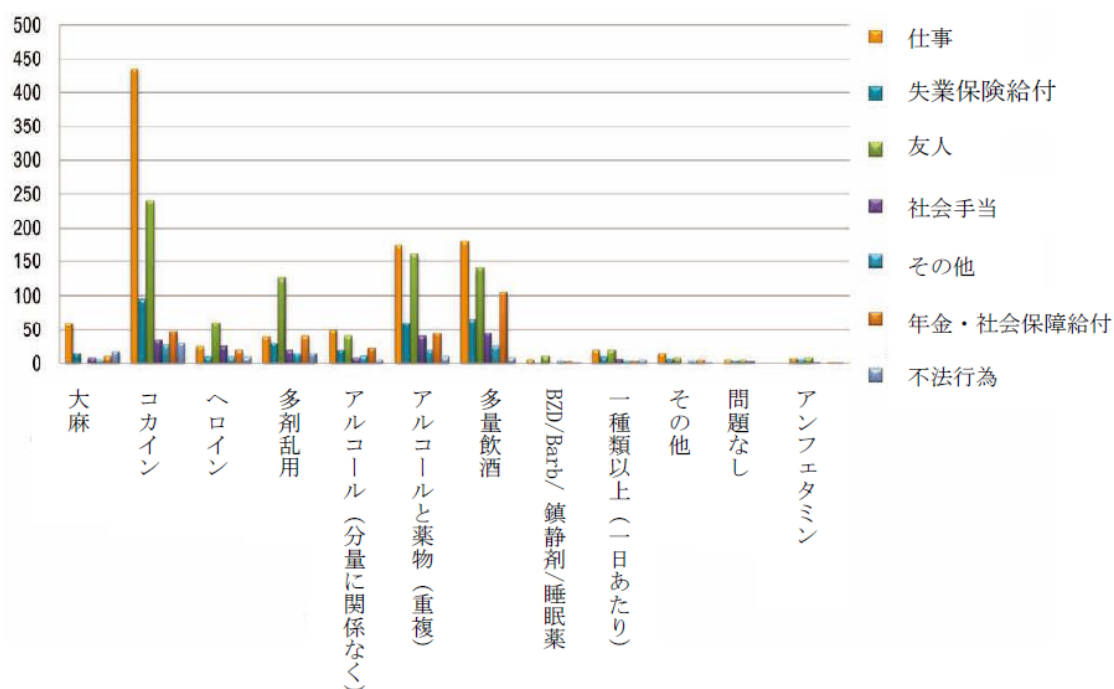
Barb は、Barbiturate (バルビツール) の略。

農村地域においては、多くの者に主たる薬物として多量飲酒やコカインが見られた。

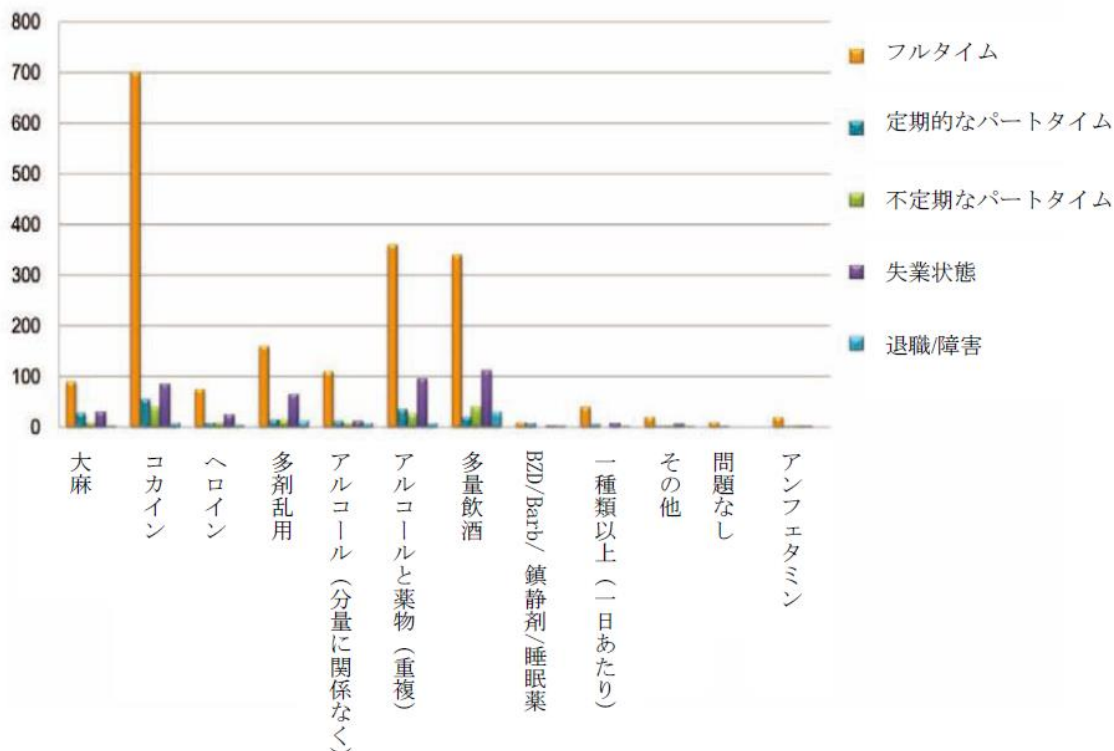
▶収入源と雇用形態

主な収入源を「仕事」とする割合を主たる薬物別に見ると、コカイン 48.3%、アルコール 35%であり、興味深い結果となった。仕事を収入源とする者は、ヘロインではわずか 19.6%、多剤乱用では 14.1%という結果であった。

主たる薬物別比較：収入源



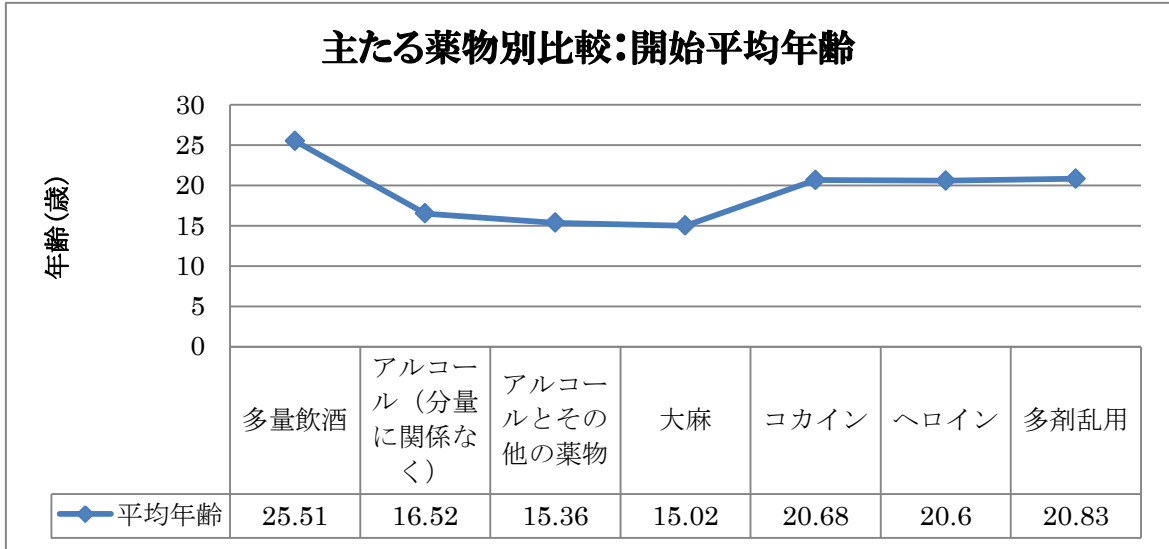
主たる薬物別比較：雇用形態



コカインとアルコールの使用者は、安定した雇用形態を持っていることが、改めて明らかとなった（同様に、これまでの雇用実績が失業手当受給に繋がっている）。

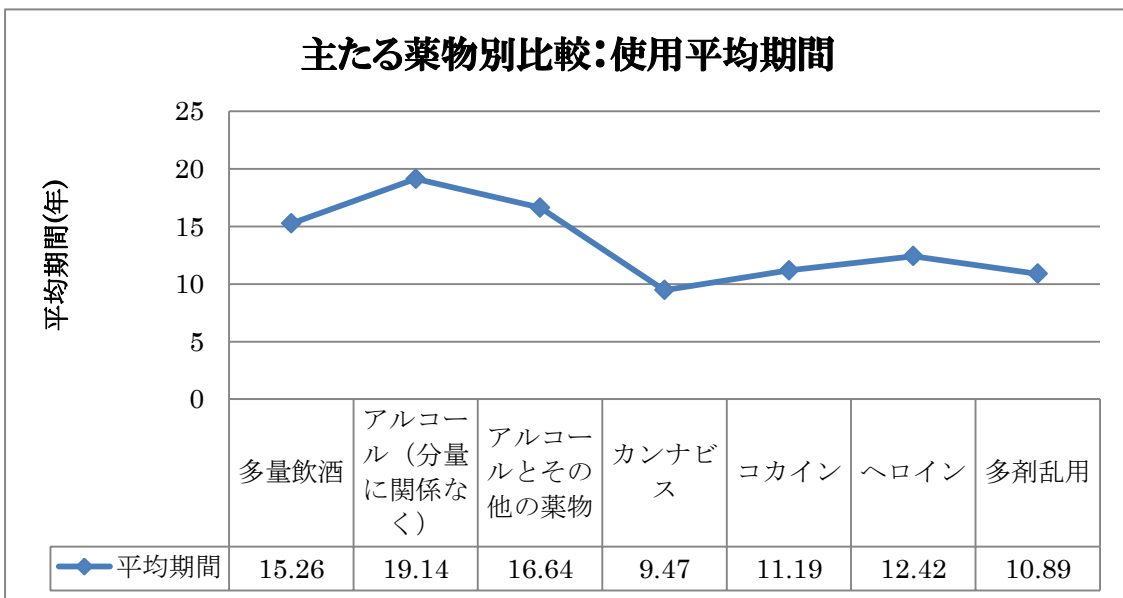
▶治療時の年齢と薬物使用年数

開始平均年齢の最も早い薬物は、大麻 15.33 歳、アルコール 16.61 歳であった。最も遅く開始され、主要な問題となる薬物は、多量飲酒 25.4 歳、ベンゾジアゼピン 23.67 歳となっていた。



アルコールについて特に問題があると認識する者の平均年齢は 42.7 歳であり、その他の薬物使用者が問題を認識する平均年齢 35 歳に比べ、顕著に年齢が高かった。大麻使用者は、問題を認識する平均年齢が 26 歳前後と低い結果であった。

治療に繋がるまでの平均使用期間は、アルコールは分量に関係なく 19 年、多量飲酒 15 年、多剤乱用 14.4 年、コカイン 11.5 年、大麻 9.5 年、ヘロイン 12.4 年という結果であった。アルコール使用者が治療に繋がるまで時間を要しているのは、アルコールが社会に広く受容されている点や、問題を自己認識することが難しいためと推測される。

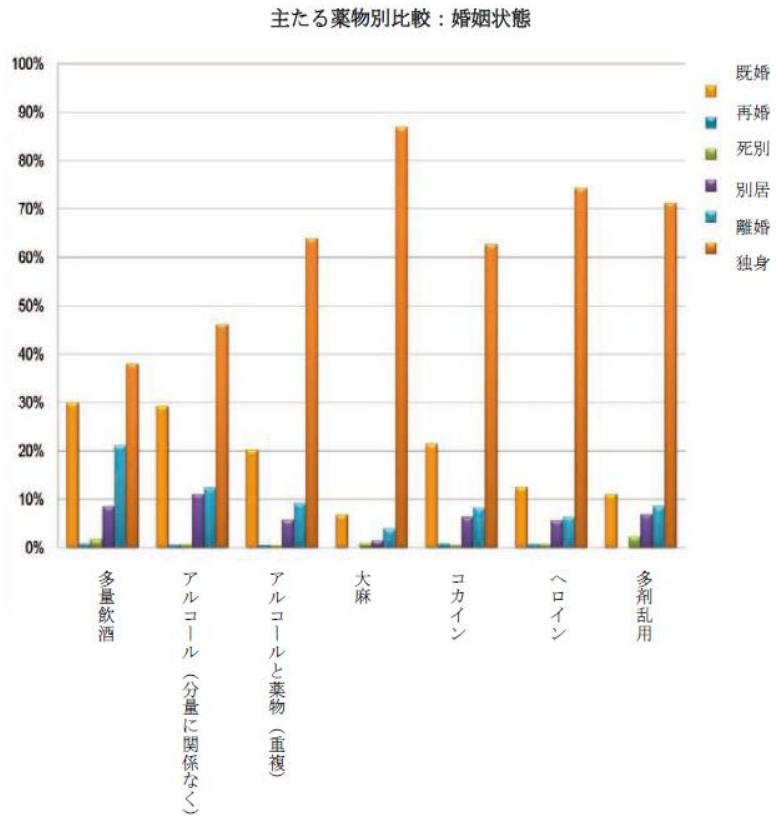


▶婚姻状態

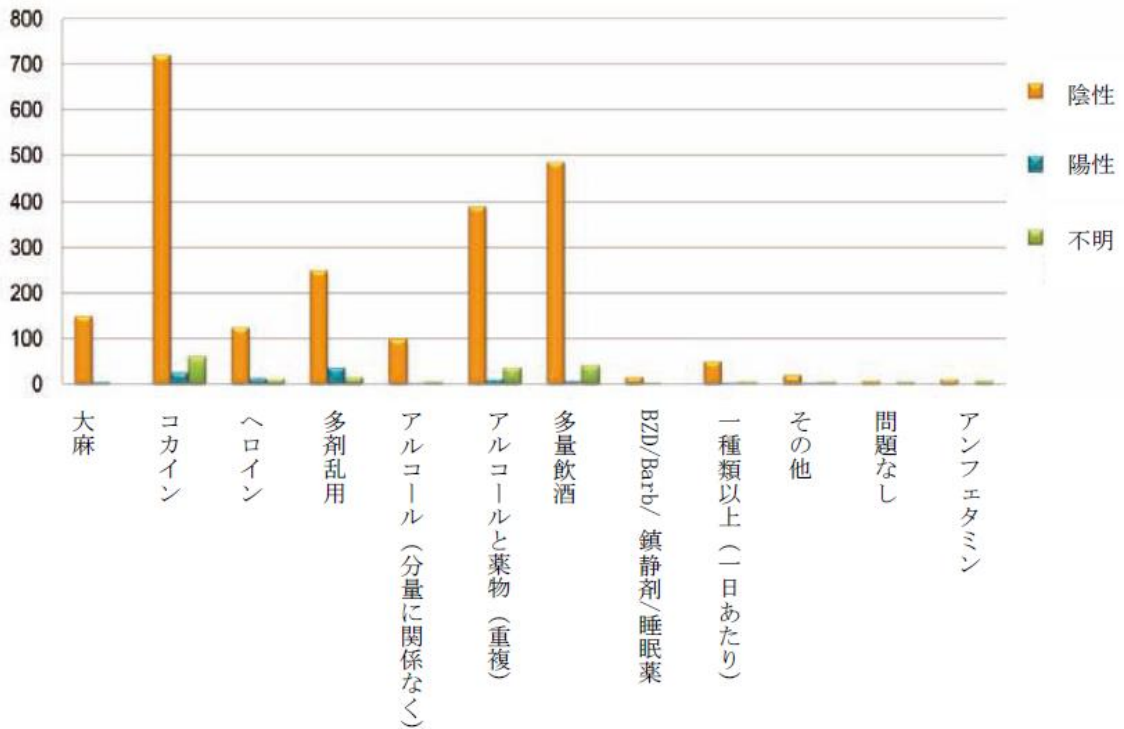
主たる薬物別に見た独身の割合は、大麻 86.9%、ヘロイン 74.3%、多剤乱用 71.1%、コカイン 62.7%であった。アルコールでは、多量飲酒 37.9%、分量に関わらず飲酒の場合では 46%であった。

▶健康状態

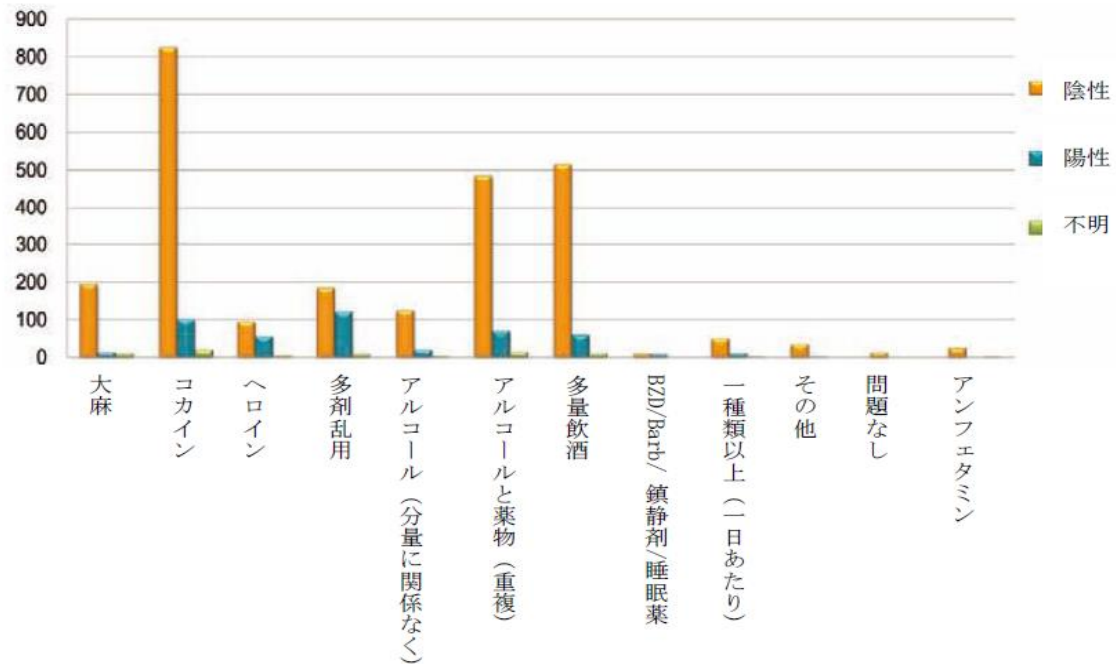
主たる薬物別に見た HIV-AIDS 有病率が高かったのは、多剤乱用 11.5%、ヘロイン 7.5%であった。注目すべき点は、アルコールとその他薬物の使用においては 3.4%、コカインでは 3.8%となっていることで、前者との特徴の相違が明らかとなった。



主たる薬物別比較：HIV



主たる薬物別比較：C型肝炎

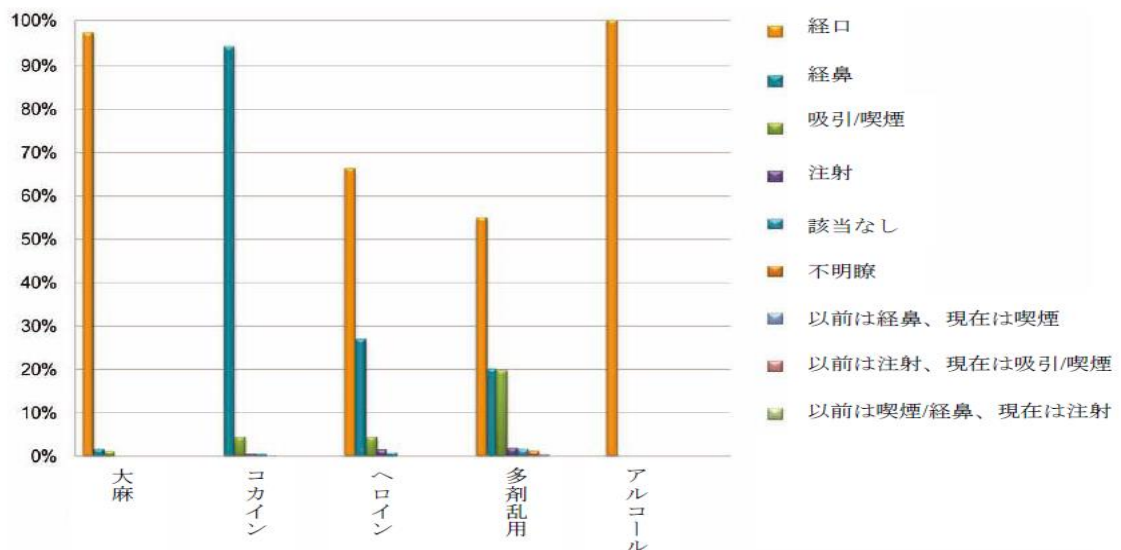


C型肝炎の割合が最も多く見られたのは、ヘロインと多剤乱用であった (Bars 3、4)。特筆事項として、薬物の過量摂取は、ヘロイン (1人あたり 1.09回) と多剤乱用 (1人あたり 1.27回) に顕著に見られた。振せん譫妄の出現は、分量に関係ないアルコールにおいて1人あたり 1.22回であった。

▶薬物摂取経路

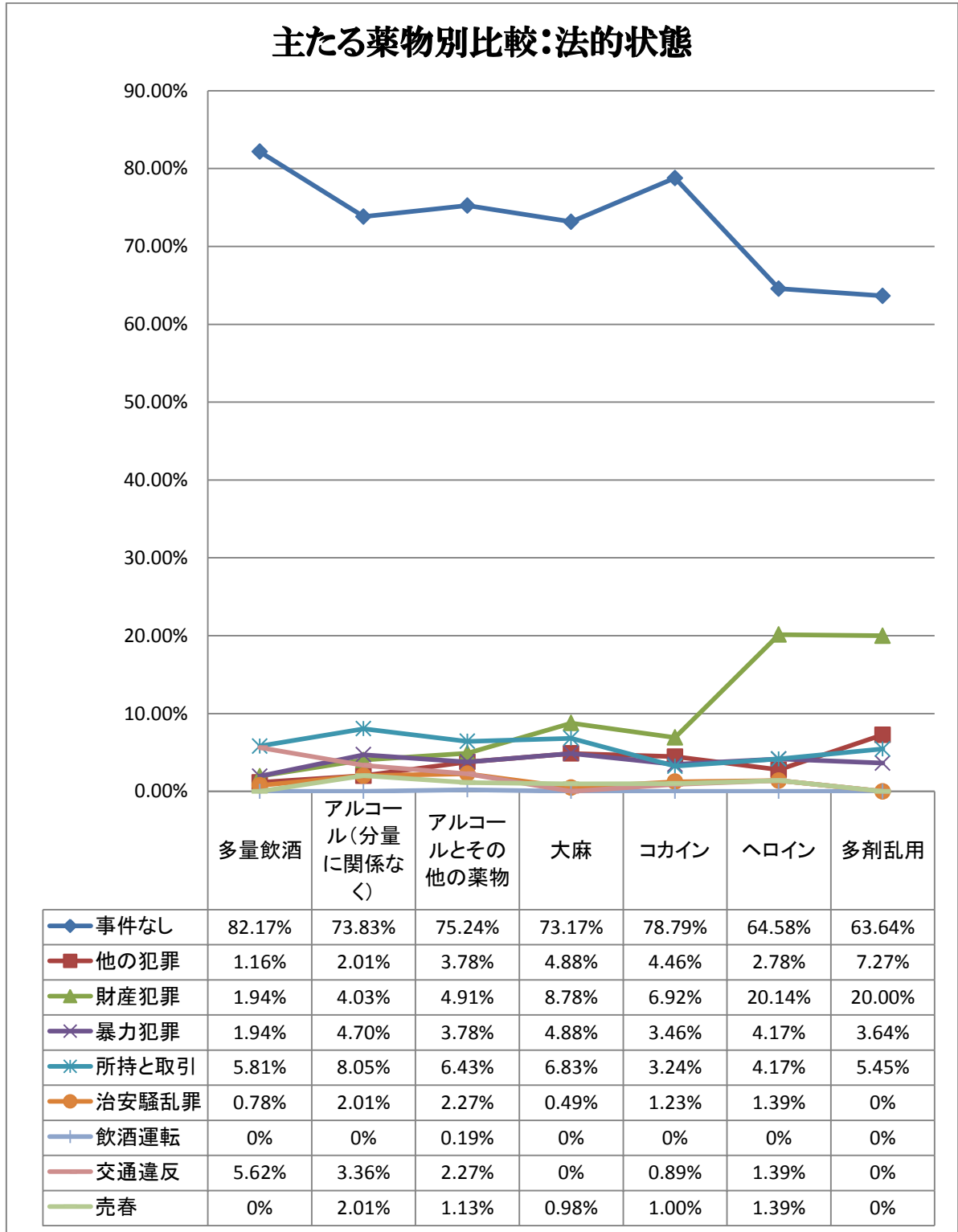
薬物摂取経路については、注射器使用は利用者全体のわずか 4.99%であり、ヘロイン (27.14%) と多剤乱用 (19.77%) において見られた。多剤乱用 (55.13%) とヘロイン (66.43%) は吸引もしくは喫煙経路が主流であった。コカインの多くは経鼻経路であった。

主たる薬物別比較：薬物摂取経路



▶法的状態

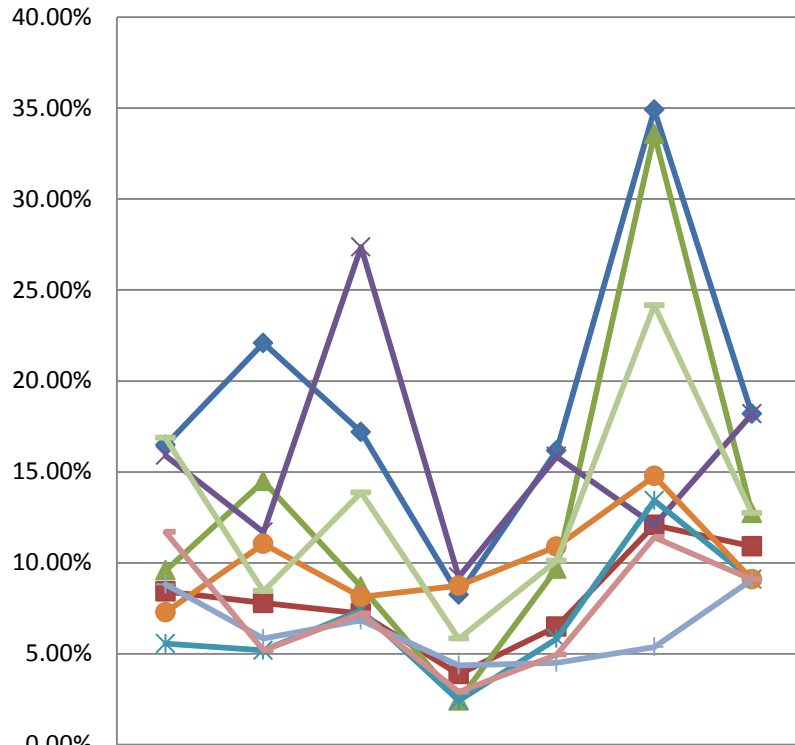
犯罪類型を見ると、多剤乱用 66%、ヘロイン 64.6%が何らかの罪を犯していた。犯罪率が低いのは、コカイン (28.48%)、大麻 (30%)、アルコールとその他の薬物 (33%) であった。



▶治療経験

ヘロイン 35%や多剤乱用 24.8%は、通所型（12.1%）や入所型（16.3%）で解毒治療を受けた割合が高いことが明らかとなった。ヘロイン 33.5%が補完代替療法を受け、同様に多剤乱用 24.5%がメサドン維持療法を受けていた。

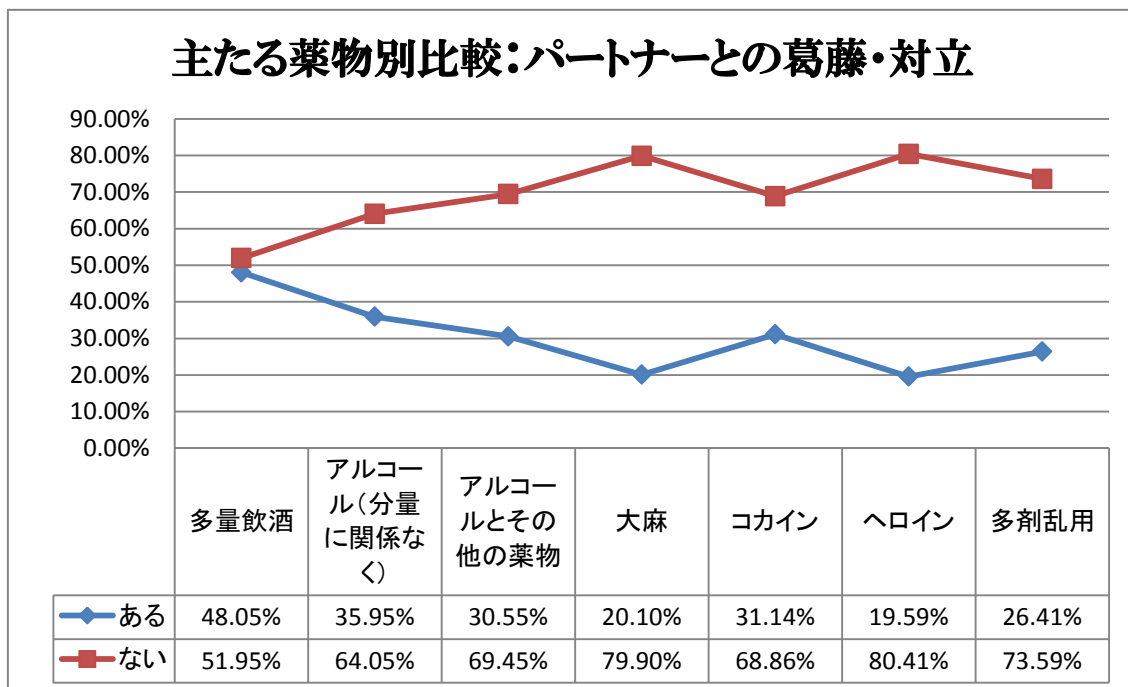
主たる薬物別比較：治療経験



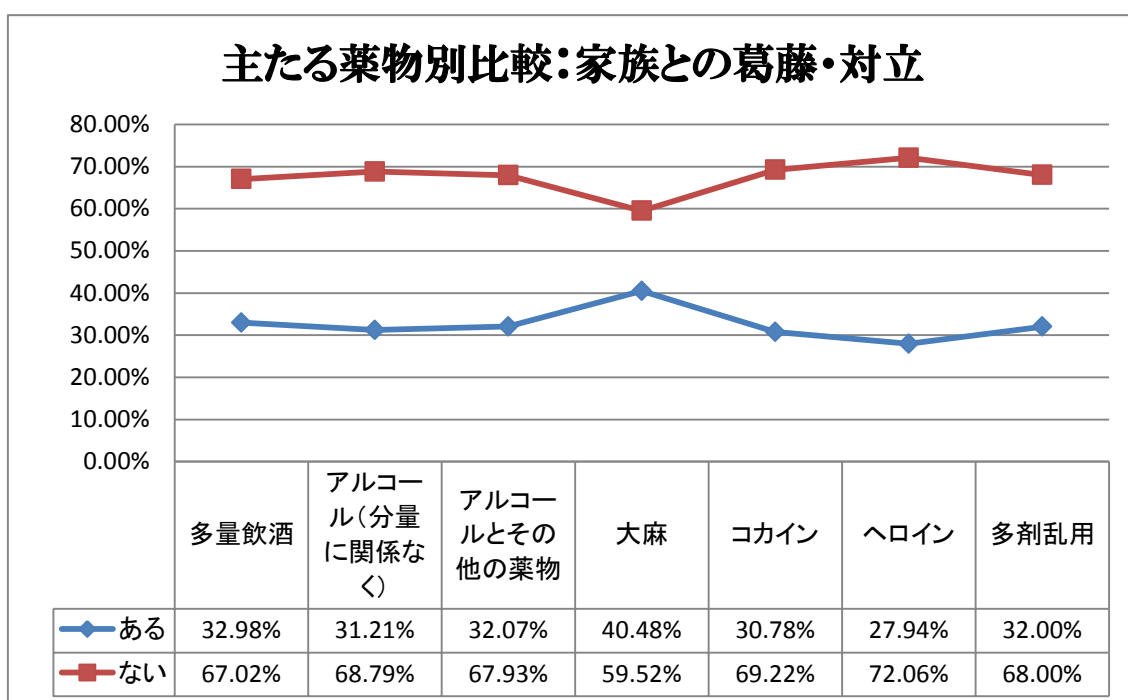
	多量飲酒	アルコール(分量に関係なく)	アルコールとその他の薬物	大麻	コカイン	ヘロイン	多剤乱用
◆ 通所型 解毒治療	16.48%	22.08%	17.19%	8.25%	16.17%	34.90%	18.18%
■ 入所型 解毒治療	8.43%	7.79%	7.21%	3.88%	6.49%	12.08%	10.91%
▲ 補完代替療法	9.58%	14.49%	8.69%	2.43%	9.68%	33.56%	12.73%
✕ 通所型 薬物を断つための治療	15.90%	11.69%	27.36%	9.22%	15.84%	12.08%	18.18%
✱ 入所型 薬物を断つための治療	5.56%	5.19%	7.39%	2.43%	5.83%	13.42%	9.09%
● デイケアセンター	7.28%	11.04%	8.13%	8.74%	10.89%	14.77%	9.09%
+ 精神科病院	8.81%	5.84%	6.84%	4.37%	4.51%	5.37%	9.09%
— 他の医療機関	11.69%	5.19%	7.21%	2.91%	4.95%	11.41%	9.09%
— その他	16.86%	8.44%	13.86%	5.83%	10.12%	24.16%	12.73%

▶家族およびパートナーとの葛藤・対立

パートナーとの問題では、ヘロイン 80.4%が最も高い割合で「ない」を示していた。次いで、大麻 79.9%、多剤乱用 73.6%となっていた。



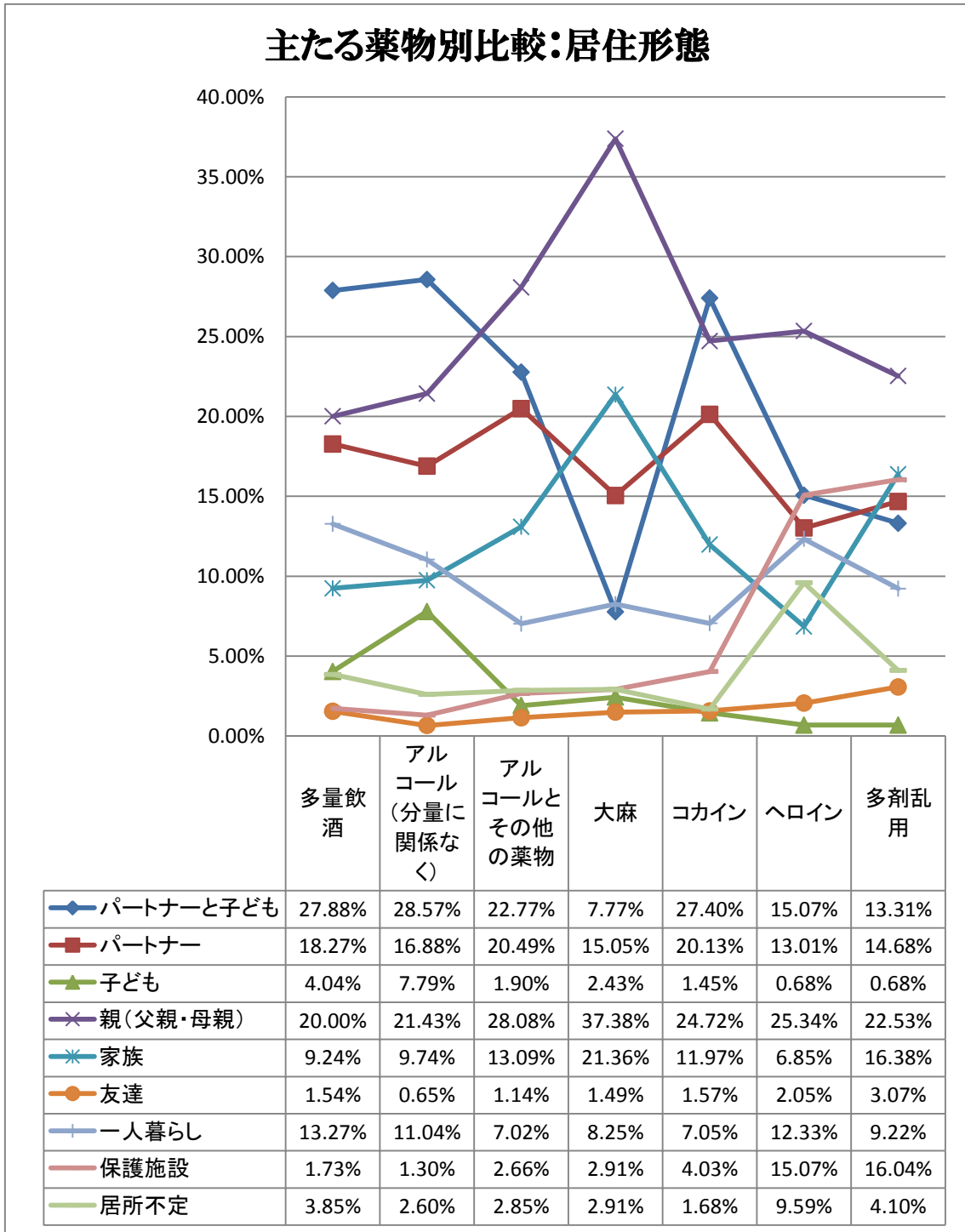
家族問題については、大麻 59.5%が「問題がない」と捉えており、それを除けば、全ての群でよく似た傾向が見られる（約 68%）。



▶居住形態

この指標においては、2つの特徴がある。

- ・大麻の58%が、原家族と暮らしている。
- ・ヘロインと多剤乱用は保護施設もしくは居所不定の暮らしであり、前者は24.6%、後者は20.1%という結果である。



まとめ：薬物依存者の特徴「4 類型」

データの分析後、異なる特徴を持つ利用者を 4 つの類型に分けて考察した。ヘロイン使用者と多剤乱用者は特徴が類似していることから、一類型として扱っている。

プロフィール A.：主たる薬物はアルコール

- ・年齢が高く、飲酒期間も長い。
- ・既婚、核家族の家庭。
- ・家族およびパートナーとの問題を持っている。
- ・アルコール依存問題は男性に多いが、治療においては女性の割合も高い。
- ・仕事を持っており、3分の1以上の利用者に収入がある。
- ・HIV 感染は見られない。
- ・法的問題がある割合は低い。
- ・治療経験があり、特に通所型の治療を受けている（解毒もしくは断酒治療）。

プロフィール B.：主たる薬物はコカイン

- ・特に男性が多い。
- ・50%が仕事を持っている。
- ・大半が独身者である（しかし、ヘロイン使用者、多剤乱用者と比較すると割合が低い）。
- ・家族やパートナー（特定のパートナーがいる場合）との問題。
- ・アルコール使用者より平均年齢が低い。
- ・パートナーとの関係が続かない。これは他の薬物使用者でも同様の傾向が見られる。
- ・犯罪率が低い。
- ・HIV 有病率は低い（危険な性交渉による感染の可能性）。

プロフィール C.：主たる薬物は多剤乱用とヘロイン

- ・大半が男性である。
- ・家族およびパートナーとの問題を持つ割合が非常に高い。
- ・大半が独身者で、1人暮らしをしている。治療に繋がる以前に、子どもとの生活経験を持っている者もほとんどいない。
- ・大半が保護施設もしくは居所不定の暮らしである。
- ・家族からの援助、年金、社会手当を収入源とする。
- ・大半に犯罪歴と受刑経験がある。
- ・HIV 有病率は高い。
- ・補完代替療法やメサドン維持療法の経験率が高い。

プロフィール D. : 主たる薬物は大麻

- ・大半が男性。
- ・約 10 人に 9 人の割合で独身者。
- ・原家族と一緒に暮らしている。
- ・家族問題について認識が低い。
- ・家族や仲間からの経済的援助を受けている。
- ・低年齢で、薬物使用期間も短い。
- ・HIV 感染は見られない。

2.4. データ分析についての注記

この研究では、利用者全体のプロフィールとして分析してしまうと、誤解を招く項目があった。つまり、1つの類型と他の類型にある違いが大きいため、一定の基準（性別、主たる薬物）で分析をしなければ、いくつかの変数（受刑歴、HIV 感染、薬物使用経路、経済的収入源）によって全体が影響を受けてしまうのである。しかし、社会的文脈や包括的な支援を必要とされる共通の変数（使用開始年齢、教育水準、家族との葛藤・対立、パートナーとの葛藤・対立など）があるという点で、類似点を示すことができた。次章では、これらの点について触れていく。

3. 結論と課題

3.1. 結論

これらのデータ分析結果を受け、プロジェクト・オンブレとしては、スペインにおけるアディクションは、都市社会、男性、大人に見られる現象であると考える。

利用者の使用薬物や薬物摂取経路は、顕著に変化し、明らかに変遷がある。今日、主たる薬物としてヘロインも多少は見られるが、主流はアルコールとコカインである。薬物摂取経路に関しては、注射経路はほとんど見られない。これは、我々の施設では HIV 有病率が低いことと関係している。HIV-AIDS のケースは 4.2% であり、非常に肯定的な実態として評価している。

この傾向において、使用薬物から 3 つのプロフィールに分類することができる。ヘロイン使用者と多剤乱用者は、同様の特徴を持つことから一類型とする。

プロフィール A：主たる薬物はアルコール

プロフィール B：主たる薬物はコカイン

プロフィール C：主たる薬物は多剤乱用とヘロイン

これらの主要なプロフィールに加え、大麻依存者のようにたとえ少数であっても、異なる特徴を持つ他のプロフィールがある。大麻依存者の大半は、年齢が若く、独身で、パートナーとの関係で問題を抱え、雇用率は低いという特徴を持っている。このプロフィールは、近い将来より重要視されていくことになるだろう。他の薬物の場合のように特異性に応じた支援が求められており、そのことを考慮していくべきである（今後の課題）。

利用者のエビデンスは、アディクションに関連する問題により強い関心を寄せていく必要があることを示唆している。さらに、治療に繋がる前の平均使用期間のデータ（大麻以外の薬物は 10 年間以上）は、その人の害を最小限に抑え、かつ予後を良くするために、早期介入の戦略と支援手順の開発が求められていることを示唆している。

これまで述べてきたように、最も使用された薬物はアルコール（41.7%）であり、アルコールは容易に入手できる上、値段が安く、社会的な制裁が少ない。すでいくつかの施設でアルコールに特化した治療プログラムが存在しているが、おそらく、アルコールに関する様々な予防・介入手段のあり方や、実践上の課題と可能性などを研究する必要があるだろう。さらに後年、経済危機が使用スタイルに及ぼす影響を調べるために、アルコール使用の傾向を分析する必要がある（特に「アルコールとその他の薬物」のケースにおいて。なぜなら、その他の薬物使用者が、今の時期、経済的理由により、主たる薬物としてアルコールに回帰している可能性がある）。もしかすると、これは危機が続く間の傾向となるかも知れない。

男女とも利用者の義務教育未修了率は非常に高く、教育水準は低い。この領域に特化した戦略を施す必要がある。利用者の職業訓練については、施設内もしくは他機関との連携

で、就労の可能性を広げていかなければならない。これまで、薬物使用と学業の失敗や深刻なライフ・イベントの相関関係において、これほど明白なエビデンスを得たことはなかった。

雇用については、面接をした時点で約半数が仕事に就いている状態であり（仕事があるもしくは失業手当を受給）、これは注目すべき点である。この変数を用いると、コカイン使用者（さほど生活が崩れておらず、仕事あり）と、伝統的な多剤乱用者とヘロイン使用者（仕事がなく、学歴がない）との間に、二極化があることが分かる。

性別による分布（91%男性、9%女性）は、女性には治療に繋がりにくい傾向があることを示唆している。治療現場において、これほど顕著な不均衡が示されたことに対し、その理由を分析し、改善策を検討していく必要があるだろう。男性的社会システムになっていることがほぼ明らかになったからには、こうした現実がプログラムの運用や効果にどのような結果をもたらすか研究することが重要である。アディクション問題を持つ女性のニーズに、より適した治療アプローチをデザインし、選択肢を提供していくことが必要である。とりわけ女性の依存者が表面化しにくい状況を変え、女性である、依存者である、教育を受けていない、家庭への責任などの性別役割分業を負っていると、彼女たちの多くが直面している多面的因子による傷つきやすさを回避するためのデザインが必要である。

このような観点から、男女間で顕著に表れた差異をいくつか分析した。性差を考慮し、異なる治療アプローチをデザインしていくことが検討されるべきであろう。

治療施設に繋がる前に、子どもとだけの同居生活をしていたケースは、女性の方が多かった（女性 15%、男性 1.3%）。治療に繋がることは親子分離を意味するため、この生活実態がアクセスを困難にしており、子どもの年齢が低いほど難しいと考えられる。

女性の方が原家族およびパートナーとの問題に気づいており（原家族との問題 79.4%、パートナーとの問題 72.3%）、どのようなケースにおいても非常に高い割合で問題があることを感じている。人との関係における愛情面、家庭内で受け持つ役割について、特化した支援が必要である。

治療に繋がる前の雇用状態については、仕事に就いていたのは 29%のみで、このデータから、女性にとって就労は非常に困難であると結論づけることができる。明らかに、女性利用者が社会に参入できるような仕組みが検討されるべきであろう。職業訓練と進路相談にも直接関わるので、彼女たちのニーズや不足している部分、見通しが図り得ない部分も考慮していかなければならない。

また、薬物使用と関連行動の特徴においても差異が存在し（主たる薬物の類型、使用経路、開始年齢、犯罪歴など）、それが様々な行動パターンに関連している。これらのパターンは、治療アプローチの枠組みを作る参考になるだろう。

女性の薬物使用者の類型によっては、女性のアディクション問題自体が隠されてしまいがちである。そのため、治療にアクセスしにくくなっている。

スペインでは、他にも研究があまりされていない不透明な部分がある。プロジェクト・オンブレにおける外国籍の利用者の割合は1%であるが、これは一握りにすぎない。我々は、アディクション問題を抱える外国人はもっといると見ている。その理由として、2つ挙げられる。

「薬物に関する国家計画」による2012年度 EDADES 調査において、スペインに住む外国人の約4%が、アディクション問題を持っていると説明されているように、統計が存在する。(刑事施設のデータによると) 刑務所に入っている外国人で、薬物乱用問題を抱えている割合は高い。この概観は、必ずしも移民への直接的、効果的な介入を進めていくことを進言するものではない。同様に、この「不可視性」の問題を助長する抵抗や障害を解決するために、調査研究を行うことを進言しているわけでもない (Molina Fernández, 2010)。

プロジェクト・オンブレは創設以来、人間の回復、支援、機能における基本軸の1つとして家族を捉えてきた。我々が手掛ける治療では、常に家族関係やパートナーとの関係について治療的取り組みを行っている。今回のデータから、この視座で支援を継続する必要性を再確認した。我々の社会における家族の形は多様化し続けており、家族の関与や自発性が不足していることで、時に支援計画がもつれることがある。支援をする際には、変わり行く現実を受け入れ、計画を修正していく努力が必要になる。

3.2. 課題と提案

薬物使用者の多様な特徴に合わせ、様々な治療の選択肢を持つ必要がある、と結論付けるのは容易なことである。プロジェクト・オンブレに参画する様々な施設には、非常にバリエーション豊かなプログラムがある。利用者のニーズに応えようと試みているのは喜ばしいことであるが、我々は常に、薬物使用のあり方や利用者が求めるニーズなど変わり行く現象を捉え、その上で治療を提供していかなければならない。

利用者に見られる微妙な違いを掘り下げ、継続して見直し作業を続けていくことが必要である。

アヘン問題を切り口にした「伝統的」と言われる治療様式が、これほど展開され続けている現状に違和感を覚える。なぜなら、利用者を見る限り、「伝統的」と呼ばれる多剤乱用者とヘロイン使用者が減少しているからである。この伝統的な薬物使用者像は、スペイン国民が思い描くステレオタイプの「薬物依存者」であり、固定観念であることを思い出すべきであろう。

我々が手掛けるのは、1人ひとりにより適した支援計画を立て、治療においても個別化を重視し、多様なニーズに応えられる包括的治療モデルである。

犯罪行為については、治療を受けながら服役している場合、アディクション問題に取り組む刑務所やその他の収容施設の効果とその逆（アディクション問題が刑務所生活に及ぼ

す影響)を掘り下げて見る必要があるだろう。また、これらが社会復帰(家族-社会)の際にもたらす結果を分析し(因果関係や併存状況など)、その分析結果に留意しながら、可能な限りプログラムを実行する必要があるだろう。その際、以下のことを考慮する。

- ・包括的な介入モデル
- ・プロフィールと特徴の多様性
- ・教育水準の低さ
- ・家族およびパートナーとの問題を抱えている割合の高さ
- ・HIV 有病率は低い。現存の危険因子(性交渉、注射器使用)から見ると、リスクが高まる可能性がある。

薬物依存の研究は、問題への早期介入、支援における質の向上、介入効果の向上、利用者の現実に即した対応など、彼らを取り巻く現状の基盤となる。変わり行く現状に即していくためには、プログラムを革新していかなければならない。技術の開発とその実用化、データの分析、結論の導きといった全ての過程をまとめた本報告書を作成することは、この事業において非常に重要なことだと考えている。この事業は過程と結果の連続であり、まさに革新、発展、普及の観点から企画されているからである。

我々は、「二次的アディクション」の分析も含めた情報収集用のフォーマットを見つける必要がある。一種類以上の薬物使用を見るだけでなく、主たる薬物が他の薬物に移行もしくは代替として使用するケースもあるからである。特にアディクション問題に並行した問題を捉えるためには、これまで中心的問題としてあまり考察されてこなかったケース(特に、ベンゾジアゼピンや病的なゲーム/オンラインゲーム)について捉える必要がある。この研究において調査済みのデータはいくつかあるが、確かな変数を確証するまで慎重に扱いたいと考えている(二次的薬物として、抗不安薬やベンゾジアゼピン使用の増加、コカイン+アルコール+ニューテクノロジー)。また、経済的変数(購買力、借金)についても、今後、分析が必要である。

4. 方法論

4.1. 目的

この研究の主な目的は、スペインの薬物使用者像と薬物依存の現状に関する認識を深め、この現象の実態について社会全体に問題提起していくことである。そのため、プロジェクト・オンブレの利用者におけるプロフィールの多様性を分析し、依存行動と関連する重要な社会人口学的変数と心理社会的変数の解明を試みた。この方法から、スペインにおける薬物依存とアディクションに関する今日の社会問題の説明を補足できると信じている。

「薬物使用について語る時、相互作用をもたらす3つの要素が挙げられている。それは、使用される薬物、使用する者、薬物使用が行われる文脈である。この事実を回避して、いずれかの要素を省いたり、特出して重きを置いたりすることは、問題に対して行われる厳密な分析と適用しようとする解決策を最初から歪めてしまうことになる (Becoña y Martín 2004)。」

プロフィールが定義されることで、支援計画やその適合性、導入、社会的影響力も促進され (Chambers, 1995; IUDC, 1997)、生物・心理・社会的モデルに基づく包括的支援の視点から個々に即したより効果的な介入 (Mayor, 1996, Jaffe, 1982; Bobes, Bascarán, et al., 2007) ができる。このような方法で、古典的な治療プログラムの観点を広げながら、利用者の社会的ニーズや健康面でのニーズに見合ったプログラムを作成していく。

この事業は、継続的に行われる。数年後、この国で薬物依存の治療を受けている人たちによって、スペインにおける薬物使用の傾向とその変遷が描かれることを期待している。社会人口学的、心理社会的特徴についても同様である。

4.2. 報告書作成の過程

当初からの狙いは、プロジェクト・オンブレ協会の研究開発チームによって収集された独自のデータを用い、独自のチームによって分析された、社会人口学的な報告書を作成することだった。我々の施設で定期的にこれを行うためには、技術や方法論を普及させるのと同様に、報告書としてまとめ、形にすることが重要であったのである。

この報告書を実現するために、アプリケーション PH Nemos が最適化された。近年、収集した治療データの蓄積量からすると、即時に作動するデータバンクから情報を得て、それを分析するクエリー (a query pattern: データベースへの検索要求の型) の開発は必要不可欠であった。このモジュールが開発されたことで、データ処理、予測、誤りの制御、対比などがプロジェクト・オンブレの中で自在に活用できるようになった。

PH Nemos には、デジタル化されたフォーマットを通して、情報収集やデータ処理ができる様々なツールが組み込まれている。例えば、EuropASI (嗜癮重症度指標ヨーロッパ版)、

RIF (Registro Inicial de Familias: 家族の新規登録)、RIA (Registro Inicial de Adolescentes: 未成年者の新規登録)、治療のための利用契約書、司法・公判記録などである。この報告書は、EuropASI のデータを分析したものである。

4.3. サンプル・デザイン

研究のための学習過程を内部で主体的に進めることができるよう、独自のデータ情報収集システムを活用し、この報告書に特化した統計分析を行った。サンプル・デザインに関しては、様々な観点を想定し、最終的に2つの点を決めた。

この統計分析は全国規模のサンプルに基づいて行うものであり、その結果を地域および自治体レベルに細分化はしていない。このような性質の研究が、具体的な文脈に注目することが必要であることは明らかだが、支部によってサンプル数に差があるため、国レベルでのデータベースから情報を分析することを選択せざるを得なかった。とはいえ、有意な結果を示すのに十分なサンプル数がある地域も存在した(ムルシア、アストゥリアス、バレアレス諸島、セビージャ、マラガ、マドリード、ガリシア)。

情報収集ツールとして、EuropASI を採用する。サンプル数が少ないことを自覚しながらも、国際的に知られかつ有効なこのツールを使用する。収集した情報をより厳密に分析するために、次のようなデータ制御を行った。

- ・2012年において、PH Nemos のデータベースには、プロジェクト・オンブレで対応した15,799名分のデータが入力され、その数には治療中の者と治療前の者が含まれている。
- ・プロジェクト・オンブレで対応した者のうち8,995名が、面接段階に移ることになった。
- ・面接段階を終えた者のうち6,280名が、何らかの成人プログラムに繋がった。
- ・利用者3,280名(52.8%)にEuropASIを行った。EuropASIの適用は、治療開始1ヵ月後に、アルコールとその他の薬物を断っている者を対象にしている(この段階はプログラムの放棄と薬物の再使用率が非常に高い)。

さらに相当数のサンプルが減る犠牲を払っても、収集したデータを適合させる一連の基準を設けた。1つは、有効なデータであっても不完全の質問表は使用しないこと。もう1つは、治療の進捗を対比できるEuropASIの有用性と豊かさを念頭に置きつつ、利用者個人に実施した最初のEuropASIのみを使用することである。なお、複数回の施設利用もしくはプログラム利用経験がある場合でも、プロジェクト・オンブレに繋がるごとにEuropASIを行った。

この有効基準を適用した後、2012年のプロジェクト・オンブレ利用者のサンプルは2,910まで減少した。これはEuropASIを実施し、前述の有効基準を満たした者の数である。

EuropASIを用いて収集した情報から、データの記述統計を行った。性別と主たる薬物を考慮しつつ記述を行った。比較をするのではなく、これらの違いを記述するに留めた。最初から有意差がある場合、比較は不可能であった。

サンプルは、男性 2,636 名、女性 264 名で構成されていた。分析するために、主要な使用薬物によるグループを設定した。具体的には少なくとも 5%のサンプル数があることを前提にしている。結果的に、選抜した独立変数は次の通りである。

薬物名	サンプルの割合
アルコール（分量に関係なく）	5.55%
多量飲酒	18.80%
アルコールとその他の薬物	19.49%
大麻	7.42%
コカイン	32.74%
ヘロイン	5.37%
多剤乱用	10.63%

4.4. 情報収集と妥当性の基準

プロジェクト・オンブレの成人プログラム利用者に関する有意な情報を得るには、独自に情報を収集し、データ処理を行う必要があった。PH Nemos で処理されたデータバンクから、社会人口学的指標データを抽出して行われた。

EuropASI から得るデータは、そのまま得点に変換できる尺度に限定し、(利用者だけでなく面接担当者からの) 尺度に関する意見は省いた。それは、信頼性を保つには困難があるからである(面接担当者が異なる方法で記入するため)。そのため、質問表に空白のあるデータなど疑いのあるデータは全て調査から除外した。

量的方法論を用いて、具体的に記述統計を行った (Corbeta, 2003)。データ処理には、SQL Software (SQL ソフトウェア) を活用した。統計的分析の補助ツールとして、Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS) のバージョン 21.0 を使用した。

データの質と収集効率を向上させるため、この事業の初期段階で技術者を養成する集中研修を行った。内容は、ソフトウェアの使用法や評価に関連する技術的概念(基準、指標、マトリックス、評価のデザイン、データ分析など)である (Amón, 2006)。

信頼できない情報を省き(妥当性、整合性が得られず、質問表に空白があるもの)、コンティンジェンシーによる関連係数を設け(比較では他の統計を含めない)、調査の妥当性を保証した。さらに、SQL を用いたデータ分析後は、SPSS のバージョン 21.0 プログラムを用いて、同様の操作を繰り返した(“ダブルチェック”)。

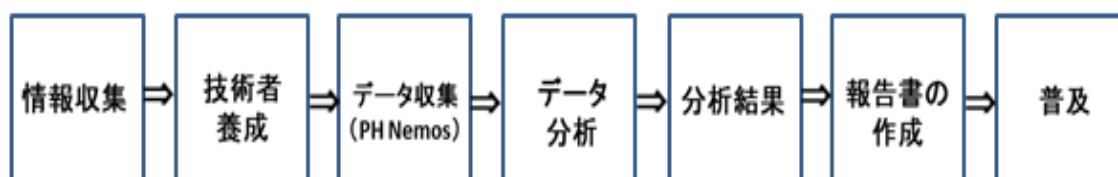
厳密な社会人口学的報告書を作成する際、求められる信頼性パラメーターは、統計的妥当性の原理に基づいている。妥当性の基準は、次のように留意された (León y Montero, 2002; Pardo y Ruiz, 2010)。

- ・信頼できる情報と客観的な情報 : EuropASI の中で意見を述べる尺度は省き、同様に空白のある調査票や未終了の調査票を除外すること。

- ・比較対照する全ての領域に、PH Nemos が適用され、正確に使用されていること。
- ・厳密なデータ収集：ツールの運用に関して、責任者を養成する研修があること。
- ・最新データ：2012年1月1日から2012年12月31日までの間に、PH Nemos に入力された利用者のデータであること。
- ・入力されたデータが、その情報源と照合されていること。収集されたデータの妥当性に関するフィルタリングがされていること。
- ・少数のサンプルによるバイアス効果を除外し、サンプル全体の重要性をとること (Amón, 2006)。
- ・SQL と SPSS を用いたデータのダブルチェックをすること。

4.5. 分析の段階

プロジェクト・オンブレは、28年に渡り薬物依存の分野で活動を行ってきた。2012年報告書の作成を企画した時、我々が培ってきた知識の一部を明らかにしたいと考えた。この事業は、これまで培ってきた専門的知識と改善への熱意が合わさったものでなければならなかった。そのため、様々な段階や分割レベルを含めた構想を練った。以下は、この事業の流れをまとめたものである。



「情報収集」とは、薬物依存に限らず、それに類似した知識や経験について検索することである。この報告書を作成するために、UNAD (2005, 2007, 2009) が実施したプロフィール研究や、Graña (2007) と Pérez del Río (2011) による調査など、社会的・心理社会的プロフィールに関する様々な研究を参照した。

この事業の初期段階で、セミナーを行った。情報を収集する専門家を対象にした特別セミナーで、EuropASI のツール、管理、分析について養成を行った。同様に、調査報告書の作成に特化したセッションも行った。

セミナー終了後、プロジェクト・オンブレ協会の研究開発チームはデータ収集に従事し、同様に PH Nemos 適用で生じた技術的な問題を解決するための指導を行った。

情報収集終了後、研修センター、評価委員会、外部機関から参加した専門家によって構成された研究チームが重要なデータに関する分析を行った。

次の段階では、改善策や将来の展望など、結論と提言を含めた報告書を作成した。スケジュールは次の通りである。

	2011月				2012月								2013年									
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
第1段階: 探求																						
第2段階: 準備																						
第3段階: 技術者の養成																						
第4段階: 現場実践・データ収集																						
第5段階: データ分析と解釈																						
第6段階: データの妥当性																						
第7段階: 調査報告書の作成																						
第8段階: 調査報告書の普及																						

この事業を実施している間、獲得した結果と同様にその過程についても分析を行った。プロジェクト・オンブレ協会は、2011年より改革と普及を戦略の1つとしてきた。その中でも要となるこの事業を始動させていった過程は、我々にとって大きな意味を持つ。そのため、研究の詳細を評価するだけでなく、この過程にも価値を見出そうとした。

この事業のメタ評価の枠組みには、予期せぬ結果（実施前には想定していなかったプラスおよびマイナスの影響部分）と社会的文脈に対する展望や提言に関する計画とその修正への影響度を評価するための一連の指標を含めている。特に、スペインにおけるアディクション治療やプログラムを、多様なプロフィールとニーズに合わせて改良する必要があるかどうかを客観的に評価するための指標を盛り込んだ。

5. プロジェクト・オンブレのネットワーク

プロジェクト・オンブレは、1984年にスペインで誕生した治療的教育プログラムである。薬物依存とアディクション問題を持つ人たちへの治療とリハビリテーション、予防を行っている。

プロジェクト・オンブレ協会は、スペイン 15 自治州に点在する 26 支部から成り立っている。毎年、19,000 名を超えるアディクション問題を抱える本人と家族に対応しており、各支部は治療論と哲学を共有しつつ、それぞれ独立した形で通所・入所施設を運営している。つまり、互いに経験を共有し、相互援助と協力関係の元で活動し、養成や研究を共有しているのである。

プロジェクト・オンブレ協会の全国ネットワーク

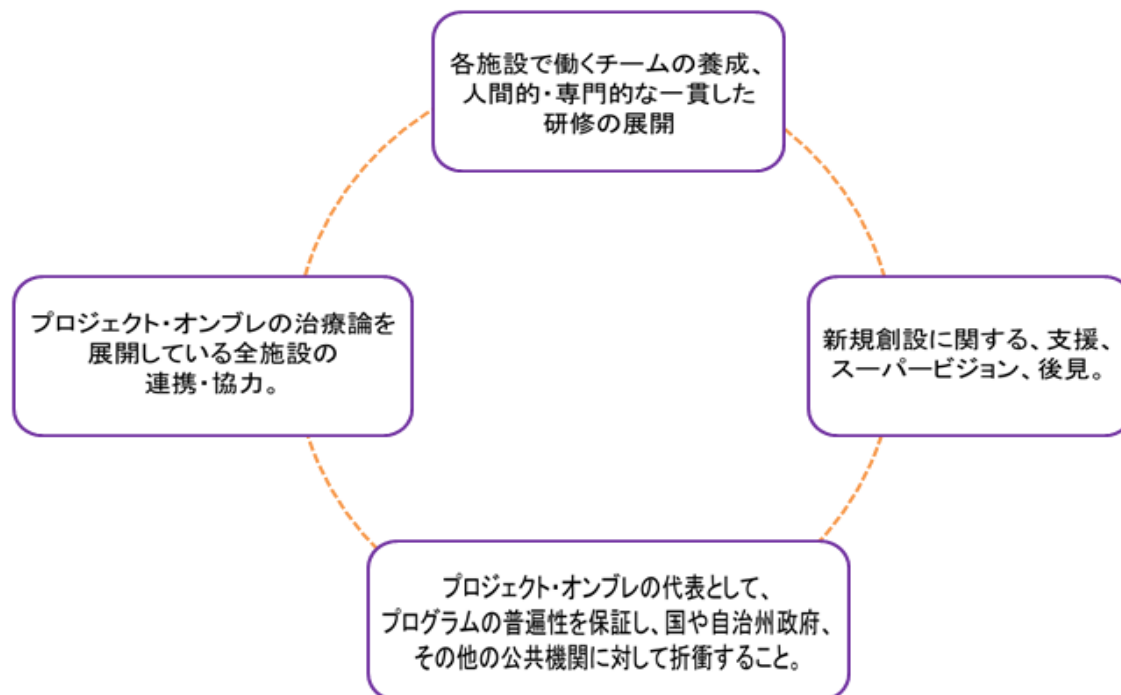


プロジェクト・オンブレのネットワークは、200 以上の内外の施設と、1,200 名の職員（医師、心理士、ソーシャルワーカー、教育者、モニター*1、セラピスト*2など）、2,500 名のボランティアによって築かれている。これまで各支部は、新たな層を対象にし、彼らのニーズに応えるべく様々なプログラムを導入してきた。この多様性は、依存という現象の変わり行く現実と社会的ニーズを受け入れてきた我々の努力の賜物である。

※訳者補足：*1 モニターとは、元依存者でピアサポーターのことである。職員として活動するモニターとそれ以外のモニターが存在し、前者は研修を受け、プログラムをサポートしている有給スタッフになる。後者は有給スタッフではなく、自らの回復と成長のために、プログラムの一環として仲間のサポートを行う者になる。相互援助システムがプログラムに内在しており、自らが回復モデルとして務め、集団の中で有益な一員であることを体験するようになっている。*2 セラピストとは、PH 研修センターが開講するセラピスト養成コースを1年間受講し、最終的にPHのセラピスト試験に合格した者を指す。セラピストのバックグラウンドは、元薬物依存者、心理士、教育者、ソーシャルワーカーなど多種多様である。

各支部は、包括的治療を行う場であり、現状を捉えていく場でもある。プロジェクト・オンブレ協会は、このネットワークの中心に位置する。同時に、国内・国際レベルにおいて各支部を代表する存在でもあり、養成、管理、国内外の事業、広報、研究開発の各部門に専従職員がいる。

プロジェクト・オンブレ協会は、次の図にあるような共通目的を掲げている。



本来あるべき予防の姿に基づく理論モデルと実践プログラムは、すべてにおいて、その人が自他尊厳、自由と責任、倫理観（真実性、正直さなど）、出会いとコミュニケーション、真の喜びや苦しみなどを発見できるようになっている。そうでないものは、依存問題だけでなく、その他の問題に対しても予防としては不十分だろう（Cañas, 2004）。

1984年にスペインで活動を始めてから、プロジェクト・オンブレは薬物依存者のリハビリテーションと支援における基盤を作ってきた。この分野で培われた知識と経験、この28年間に生じたアディクションの現実を受け入れてきた経験があつてこそ、変わり行く薬物依存とアディクション問題が突きつける新しいニーズに対し、様々な形で応えていくことができたのである。

この包括的で柔軟な方法によって、社会復帰と同様に予防プログラムの推進を模索しつつ、古典的な方法論の中に、プログラムの質を改善する重要な改革要素が徐々に組み込まれていった。

プロジェクト・オンブレが取り組む多岐に渡る活動を展開していくのは、プロジェクト・オンブレの専門家と外部助言者で構成される様々な委員会である。次章では、中でも今回の2012年報告書作成に携わった評価委員会の主な任務であるプロジェクト・オンブレ協会の知識管理（Knowledge Management）について触れていく。

6. 研修センターと評価委員会

2011年の間、スペイン全土に広がるプロジェクト・オンブレの施設で、17,000名以上の人を支援した。プロジェクト・オンブレが薬物問題の予防、リハビリテーション、社会復帰を手掛けてきた28年の間で、支援した人たちの特徴や社会的状況は変化してきた。利用者のプロフィールの変化は、1980年代後半から顕著な兆候があった。当時の利用者の特徴は、非経口摂取によるヘロイン使用者で形作られていたが、それは現在、治療現場でよく見受けられる多剤乱用者の特徴になっている。特定のプロフィールを確立することは、社会人口学的・心理社会的変数を明らかにすることでもあり、それによって生物・心理・社会学的モデルに基づく包括的アプローチを通じたより効果的かつ個別化された治療が可能になるだろう。

「薬物依存に応える援助機関のこうしたあり方は、薬物依存の説明において生物・社会・心理モデルと呼ばれる理論モデルが優位になっていることと一致する。薬物依存に関する還元主義的、つまり部分的な説明を試みて失敗したので、その分野の専門家の間では、薬物依存の多重原因説、多重要因説が基本的な合意となっている (Mayor, 1995)。」

アディクションに転じる心理社会的および社会人口学的因子が存在することを前提として、ステレオタイプの考え方や仮説にとらわれることなく、薬物依存という社会的現実を映し出すよう試みる。それが一連のイメージになることによって、プロジェクト・オンブレの利用者の変化を比較することができ、利用者の実態を一つひとつ対比することができる。

「薬物に関する国家計画 (PNSD)」は、スペイン人の薬物使用と態度に関する調査を定期的に行っている。よく知られているのは、「中等教育における薬物使用に関する全国調査 (ESTUDES)」「スペインにおけるアルコールと薬物に関する家庭調査 (EDADES)」である。欧州薬物・薬物依存監視センター (EMCDDA) や国際連合薬物犯罪事務所 (UNODC) のような国際的な団体も、同様の調査を行っている。プロジェクト・オンブレ協会は、この事業を企画するにあたり、前途の調査結果に、利用者の特徴やデータを補うような形を試みた。つまり、2つの価値基準を加えている。

- ・アンケートによる調査ではなく、個別面接を通じて得た利用者の個人データを情報源として使用している。
- ・採取したデータは、単に薬物を使用しているだけでなく、自らの薬物使用を問題と認識している利用者のものである。

この事業には、包括的・統括的な目的がある (House, 1994)。EuropASI (アディクションの指標として国際的に認められた量的ツール) をデータ収集ツールにし、様々なカテゴリーにおける情報源を活用しながら多要因分析をし、その理論と展開において、公衆衛生／心理的・社会的モデルに分類しようとするのである (McLellan, Luborsky et al., 1980;

1985; Kokkevi y Hartgers, 1995; Blanken, Pozzi, et al., 1996; Bobes, González, et al. 1996)。

このようにして、現時点において妥当性があり、信頼ができ、比較かつ説明ができる報告書を作成した。そこで示された結論は、薬物依存者とその家族にとって治療状態の向上に有益なものである。

この事業の技術発展において重要な役割を果たしたのが、プロジェクト・オンブレ協会の研修センター、評価委員会、研究開発部という3つの部門である。

6.1. 研修センター

プロジェクト・オンブレ協会のセラピストを対象にした養成講座は、1991年に開設された。スペインとポルトガルにあるプロジェクト・オンブレの治療と予防プログラムに従事する人たち（専門家およびボランティア）の専門性の向上を目指したものであり、すべての人たちにプロジェクト・オンブレの基本理念と支援哲学を身につけてもらうことが主な目的であった。ここ数年間で、3,700名以上が何らかの養成コースを受けている。

プロジェクト・オンブレ研修センター事業は、スペインにおける薬物依存の動向を見ていく研究所となることを目的に誕生した。プログラムを現状に合わせ、プログラムと施設とサービスの質を改善していくためである。

また、これまでのプロジェクト・オンブレの経験に則り、外部に対し開かれ、薬物依存とアディクション対策について、市民社会とプロジェクト・オンブレの間でフィードバックが行われるように、知識やバックグラウンドを共有し、活用すること（知識管理）を試みた。このようにして外部団体と連携を築く意思表明をし、他の養成団体、研究団体、市民活動団体、民間・公共団体との薬物依存に関する協力協定の実施が始まった。

さらに、我々には内外のニーズに応える義務がある。プロジェクト・オンブレが持つべき役割は、薬物依存の治療、リハビリテーション、予防について、常に国内外（基本的にはヨーロッパとラテンアメリカ）で発信していくことである。そのため、研修活動についても外部に開かれており、プロジェクト・オンブレで働く人に限らず、薬物依存とその他のアディクションの治療に関連したテーマに関心がある全ての人たちを受け入れている。

こうした目的を達成するには、積極的に参加してもらえよう、可能な限り全ての行政機関、法人団体を含めたモチベーションの向上を図ることが求められる。（全てのアイデアや提案は歓迎である。）そのため、公共・民間機関との間で積極的な協定と協力関係を築いてきた。

プロジェクト・オンブレにおける「知識管理」は、現状を捉える力、運営していく力、知識を蓄積していく力を知的財産として、関心のある全ての人と共有し、それぞれが有効に活用できるようにすることである。「知識管理」は、その施設が外部に対し開かれていることを約束すると同時に、学んだことを還元していく責任を生み出す。

研修センターによるこの事業では、「プロジェクト・オンブレ印」のものを開発していくことが、重要な柱の1つになる。これまでの経験から得たもの（知識管理によるもの）も、現在、取り組んでいる新しい活動も、質、革新、新しい現実への適応、公開性によって評価されるべきだろう。そこに関わってきた人たちに対する敬意と、薬物依存とアディクションに対する包括的な視点を忘れてはならない。本報告書が、プロジェクト・オンブレの活動の1例である。

6.2. 評価委員会

2000年、プロジェクト・オンブレ協会は、独自の戦略的事業計画に治療プログラムの評価を含めることを決めた。プログラムが豊富なこと、支援に関する方法論が多様であること、成果を公表する際の様式に統一性がないことから、可能な限り標準化された共通の評価システムを構築する必要があった。こうした目的で、評価の方法論を導入していくにあたり、研究チームとなる専門家をどう養成していくか、活発な意見が出された。そこで、マドリード・コンプルテンセ大学と連携を取り、処理・分析・評価に関する高等研究センター（Centro Superior de Estudios de Gestión, Análisis y Evaluación）の評価部門責任者であるマリア・ブステロ（María Bustelo）と、ファン・アンドレス・リヘロ（Juan Andrés Ligeró）、マルタ・マルティネス（Marta Martínez）によるチームの協力を得て、評価に関する養成講座を開講し、各施設に評価スキルを持つ者を少なくとも1名配置した。その後、各施設から選抜されたメンバーによる評価委員会が発足した。この委員会は、評価に対して生じ得る初期の抵抗に打ち勝ち、プロジェクト・オンブレ協会に属する26支部の中に評価文化を根付かせる手助けをするチームである。現在、このグループメンバーの役割は、総裁会議で設定された優先事項に基づき、プロジェクト・オンブレ協会から任された評価案を実行に移すことである。また各々の目標を達成するために、情報の検索と収集を行い、研究会を主催し、収集した情報を分析し、様々なオプションの選択と評価を行い（評価範囲を特定し、評価する内容を定め、一致させる基準と指標を決め、どのようなツールで情報を収集し、データを分析し、適切な評価報告書を作っていくか決める）、グループの目的について決定し、結果を公表する（出版物、フォーラムなど）。

評価委員会の仕事は、リヘロ（Ligeró, 2006）がまとめた評価の定義に基づいている。「1つのプログラムの中で起きていることを理解し、意味を見出すために、情報を体系的に収集し、分析を行うこと。それが、改善についての説明と判断の拠り所となるだろう。」

プロジェクト・オンブレにおける、評価の機能と趣旨は次の通りである。

- ・支援をより専門的にしていく・改善していく。
- ・国内および国際的なフォーラムに参加した際、よく似た経験を持つ人たちと知識を共有する。評価は組織の可視性を表す1つのツールであり、プロジェクト・オンブレでは2000

年よりこれを発展の鍵として捉えている。

- ・薬物依存の治療を評価するための方法論をもたらすことで、社会的介入理論の発展に寄与する。
- ・現状を変えるため、組織的な力を強化していく。プロジェクト・オンブレにとって評価とは、報告書や結果の公表によって、組織の透明性を約束するものである。
- ・プロジェクト・オンブレ協会での新しい経験を体系化していくモデルを提案する。
- ・以下の目的で、協会を構成する支部の全プログラムにおいて、評価文化とその実践を発展させていく。
 - 介入方法を改善し、介入を進展させる。
 - フィードバックを通し、組織的な学びの過程を生み出す。
 - 今後、どのような介入方法があり、どのような介入が可能かなど、将来の介入について分析を進める。
- ・社会的責任・政策に対する責務について、管理の仕組みを作る。

6.3. 研究開発部と PH Nemos の適用

近年、プロジェクト・オンブレ協会は、治療データの採取と使用を近代的な形で促進するため、情報通信技術に基づく管理アプリケーションを開発してきた。

これは「社会のために」、そして「プロジェクト・オンブレから」要請されたことでもあった。組織を構成する 1,200 人の従業員と 2,500 名のボランティアは、リアルタイムで利用者の情報にアクセスし、取得できる新しいツールを求めていた。また、我々の作業の最終的な受け取り手は社会である。我々が取り組む全てのことは、公共施設という立場から、求められる可視性、質、専門性に答えることによって、最終的に社会に貢献していくことになるだろう (Vendung, 1997; Ballart, 1998)。

これらの要求に応え、この事業ではデータ収集と管理の過程を改善した (Stufflebeam y Shinkfield, 1987; León y Montero, 2002)。プロジェクト・オンブレのネットワークで受け入れる人は増加し、多様化し、情報量も顕著に増えている状況であった。

我々の施設はほぼスペイン全土にあり、毎年、相当数の人に対応している。利用者とその家族、予防プログラムの受講者を合わせると膨大な数になり、その情報量は大きな意味合いを持つ。この事業が発展することで、アディクションへの介入という我々のソーシャルアクションの領域に、国内最大規模のデータベースができるのである。

2007 年、プロジェクト・オンブレ協会は、治療データ管理・情報通信技術 PH Nemos の開発を始めた (González, Trecet y Molina, 2012)。これはオンライン上のアプリケーションであり、プロジェクト・オンブレの全支部からアクセスが可能で、情報管理のために日々使用し、治療プログラムで生じる全ての情報を処理することができる。

PH Nemos のようなツールを配置することは、情報収集とその科学的利用という、我々

の組織にある 2 つの問題を解決する。この事業では、利用者の様々な側面について多様な研究ができる技術を開発した。要するに、薬物使用とその他のアディクションから生じる問題に関する指標を提供する、最新のデータバンクである。この技術を選んだのは、協会の今後の活動を見据えてのことである。選択に関わった外部の専門家も、この事業の目的にもっとも適している技術は Web プラットフォームであるという点で一致した。

1 つのウェブサーバーで管理をすることは、製作、導入、維持管理（メンテナンス）のコストを下げるであろう。投資と収益性の確保が保障されるからである。機密データの取り扱いに関しては、我々のような非営利団体が「情報保護に関する法律（Ley Orgánica de Protección de Datos）」に則った情報システムを適用しようとするとは莫大な投資が必要になる。しかし、この事業によって、法的に見て不十分と思われる点は、包括的かつ恒久的な形で解決されるだろう。

このツールは、利用者の情報を様々な側面から収集することができる。これらの記録は、次のような形で二重に機能していく。

- ・異なる領域の専門家に対し、作業効率を上げるのに適したツールを提供する。
- ・全ての作業の履歴「ログデータ（Log Book）」を築いていく。データモデルの他の変数と関連させることも可能なため、各領域に極めて特化した研究に繋がるだろう。

6.4. プロジェクト・オンブレ協会の経験と実績

これまで、プロジェクト・オンブレ協会が 2004 年から継続してきた評価プログラムに関する開発事業について述べてきた。これらの活動により知識が蓄積され、根拠と信憑性を持った『2012 年度プロジェクト・オンブレ研究所報告』を出版するに至った。

この報告書事業では、新たに取り組んだ事業だけでなく、これまでプロジェクト・オンブレが参加してきた様々な研究を基盤にしている。特に参考にしたのは、いくつかの類似点がある次の 2 つの研究である。

- ・2004 年：ヘロインプログラム（200 名：男性 150 名と女性 50 名）とコカインプログラム（200 名：男性 150 名と女性 50 名）を受ける「利用者の心理社会的プロフィール」に関する 2 つの研究が行われた。この研究は、オビエド大学のアディクション行動研究チームによって行われた。ロベルト・セカデス（Roberto Secades）教授が率いるチームの下、評価委員会も技術的過程に参加している。この研究報告は発表され、主に、2004 年のプロジェクト・オンブレ協会年鑑に掲載されている（APH, 2004）。両研究とも、情報収集のツールとして EuropASI を使用している。
- ・2008 年：プロジェクト・オンブレ協会は、「プロジェクト・オンブレでプログラムを受けた若者の心理社会的プロフィール」を考察し、2009 年のプロジェクト・オンブレ協会年鑑の中で発表した。このプロフィールには、様々な心理社会的、社会人口学的指標を含めている。この研究は、2008 年の年鑑でも公表されている（APH, 2008）。

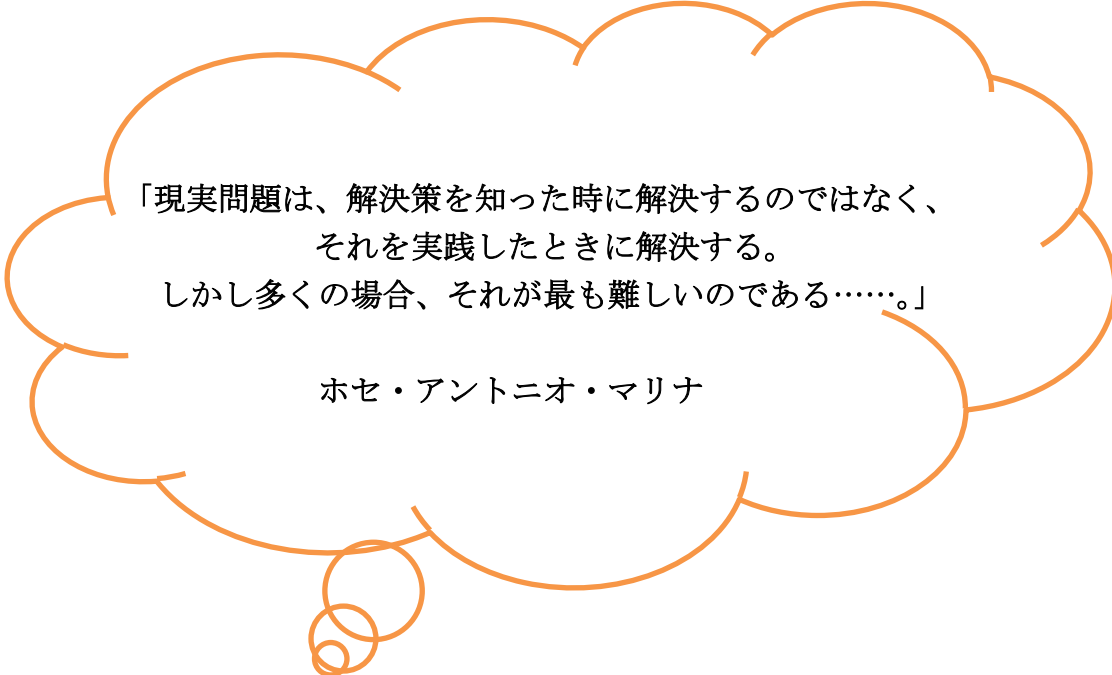
2004年から一貫して、プログラムの評価研究に関する報告には、治療様式ごとに利用者の心理社会的特徴が分析できる項目を設けている。

7. おわりに

この事業のために、公共機関および民間機関と連携を築いたことは（PNSD：薬物に関する国家計画、la Caixa 社会事業団、マドリード・コンプルテンセ大学）、我々にとって、事業の成果に加えもう1つの実りとなった。今日、様々なニーズと関心を結びつけることは、我々のような活動団体にとって、プロジェクトを効果的かつ有用的、可視的な形で普及させる方法である。「行政+民間企業+市民社会」の連携は、社会を変えていくことをそれぞれの立場から約束する1つの形なのである。

この厳しい時代において、評価と革新に投資をすることは、経済的な観点からだけでなく、人的資源、材料費、モチベーション、活動の創出、新たな対応、財源などの観点においても有益である。長期的視野に立つと、還元されるものは、この活動に充てられた費用以上のものがある。

「投資は浪費ではなく、革新も浪費ではない。革新は投資であるのだ。」



「現実問題は、解決策を知った時に解決するのではなく、
それを実践したときに解決する。
しかし多くの場合、それが最も難しいのである……。」

ホセ・アントニオ・マリナ

8. 引用・参考文献一覧

- ▶ Alvira, F (1991). Metodología de evaluación de programas. CIS, Madrid.
- ▶ Alvira, F (1997). Metodología de evaluación de programas: un enfoque práctico. Lumen/Humanitas. Buenos Aires.
- ▶ Amezcua, C. et al (1996). Evaluación de programas sociales. Díaz de Santos, Madrid.
- ▶ Amón, J. (2006) Estadística para psicólogos. Vol 1: Estadística descriptiva. (15ª ed.) Madrid: Pirámide
- ▶ APH (2009) Memoria de actividades 2008.
- ▶ APH (2005) Memoria de actividades 2004.
- ▶ Ballart, X. (1998) "La 'industria' de la evaluación y bibliografía básica". Gestión y Análisis de Políticas Públicas, nº 11-12. Enero-agosto, 1998. pp. 229-232.
- ▶ Becoña, E y Martín E (2007) Manual de intervención en drogodependencias. Madrid, Ed. Síntesis.
- ▶ Blanken P, Pozzi G, Hartgers C, Fahrmer EM, Kokkevi A, Uchtenhagen A.(1996) European Addiction Severity Index: EuropASI. A guide to training and administering EuropASI interviews. Versión española de Bobes J, González MP, Iglesias C, Wallace D.
- ▶ Bobes J, González MP, Saiz PA, Bousoño M.(1996) Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría; 201-218.
- ▶ Bobes, J; Bascarán, Mª T; BobesBascarán, Mª T; Carballo, J L; Díaz Mesa, E; Flórez, G; García Portilla, MªP; Saiz, P A (2007) Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. Socidrogalcohol/PNSD.
- ▶ Bustelo, M. (1999) "Diferencias entre evaluación e investigación: una distinción necesaria para la identidad de la evaluación de programas". Revista Española de Desarrollo y Cooperación. nº 4. Madrid, 1999.
- ▶ Calvo, A; Yubero, A; Aragonés, B, Rueda, E; Rueda F; Fernández, C y Molina, A (2013) Implantación de un modelo de Evaluación: cultura evaluativa en Proyecto Hombre. Revista Proyecto, nº 80.
- ▶ Cohen, E y Franco, R. (1993) Evaluación de proyectos sociales. Ed. SXXI. Madrid.
- ▶ Chambers, R. (1995) "Métodos abreviados y participativos a fin de obtener información social para los proyectos", en Cernea, Michael (coord.) Primero la gente: variables sociológicas en el desarrollo rural. Fondo de Cultura Económica. México, 1995.
- ▶ Corbetta, P. (2003). Metodología y técnicas de investigación social, Madrid, McGrawHillPennings
- ▶ Escobar, M (2007) El análisis de Segmentación. Madrid, CIS.
- ▶ Espinoza, M.(1983) Evaluación de proyectos sociales. Humanitas. Buenos Aires.
- ▶ García Ferrando, M., Ibañez, J., Alvira, F., (2008): El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación, Madrid, Alianza Editorial.
- ▶ González Rodríguez, D; Trecet Acarreta, U. Molina Fernández, AJ (2012) "Perfil sociodemográfico de los jóvenes que asisten a PH: la experiencia PH Nemos". En Revista Proyecto, nº 78.
- ▶ Graña, JL; Muñoz, JJ y Navas, E (2007) Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid. Madrid, Agencia Antidroga.
- ▶ Guerra D.(1992) Addiction Severity Index (ASI): un índice de severidad de la adicción. En: Casas M, editor. Trastornos psíquicos en las Toxicomanías. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 59-90.
- ▶ Gutiérrez Resa, A. (2007) Drogodependencias y Trabajo Social. Ed. Académicas, Madrid.
- ▶ Gutiérrez Resa, A (2007) Ontología del mercadillo: sociología de la vida diaria. Ed. Académicas, Madrid.
- ▶ House, E.(1994) Evaluación, ética y poder. Morata. Madrid
- ▶ IUDC. Evaluación de proyectos de ayuda al desarrollo. Manual para evaluadores y gestores. Ed. Instituto Universitario de Cooperación y Desarrollo-UCM/ CEDEAL. Madrid, 1997.
- ▶ IUDC. Guía comentada de recursos sobre evaluación y participación en Internet.

- ▶ Jaffe, J. H. (1995) Substance-related disorders. Introduction and overview. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th edn, Kaplan, H. I. and Sadock, B
- ▶ Kokkevi A, Hartgers C. (1995) EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. Eur Addict Res; 1: 208-210.
- ▶ Leon, O.G.; Montero, I. (2002) Métodos de investigación en Psicología y Educación. Madrid. McGraw-Hill.
- ▶ Mayor, J. (1995) El método biopsicosocial. Madrid, Revista Proyecto.
- ▶ McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith JE. (1985) New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centres. J Nerv Ment Dis; 173: 412-423.
- ▶ McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP, Woody GE. (1980) An improved evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. J Nerv Ment Dis; 168: 26-33.
- ▶ Molina Fernández, A.J; González J y Montero F (2010) Contextos Estructurales y Exclusión Social en los colectivos minoritarios con problemas de adicciones. Bethesda, NHSN.
- ▶ Romo Avilés, N. (2006). Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres. Monografía Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médica, volumen 5.
- ▶ Stufflebeam, D. & Shinkfield, A. (1987) Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica. Paidós. Madrid.
- ▶ Tezanos, J. F. (2006) La explicación sociológica. Ed. UNED, Madrid.
- ▶ Vedung, E. (1997) Evaluación de políticas públicas y programas. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales- Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.
- ▶ Weiss, C. (1975). Investigación evaluativa. Edit. Trillas. México.
- ▶ Yubero, A., Rueda, E., Molina, A.J., Rueda, F., Calvo, A., Menéndez, J.C., Aragonés, B. E. (2007) Guía de evaluación de programas de tratamiento de adicciones. Madrid. Asociación Proyecto Hombre.

ウェブサイト一覧

- ▶ Virtual Training Classroom of Proyecto Hombre:
<http://www.formacionph.es/>
- ▶ Family School:
<http://www.escueladefamiliasph.org/>
- ▶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA):
<http://www.emcdda.europa.eu/>
- ▶ National Drug Plan, Ministry of Health, Social Services and Equality:
<http://www.pnsd.msc.es/>
- ▶ Proyecto Hombre:
<http://proyectohombre.es/>
- ▶ World Health Organization (WHO):
http://www.who.int/substance_abuse/en/
- ▶ Obra Social La Caixa:
<http://obrasocial.lacaixa.es/>

プロジェクト・オンブレ支部一覧

ALICANTE (アリカンテ)

Partida de Aguamarga, s/n
03008 Alicante
Tel.: 965 11 21 25 Fax: 965 11 27 24
info@proyectohombrealicante.org
www.proyectohombrealicante.org

ALMERÍA (アルメリア)

Calle de la Almedina,32
04002 Almería
Tel.: 950 26 61 58 Fax: 950 27 43 07
proyectohombrealmeria@proyectohombrealmeria.a.es
www.proyectohombrealmeria.blogspot.com

ASTURIAS (アストゥリアス)

Pza del Humedal, 5-Entlo.2ª
33207 Gijón
Tel.: 98 429 36 98 Fax: 98 429 36 71
phastur@proyectohombreastur.org
www.projectohombreastur.org

BALEARES (バレアレス諸島)

Oblates, 23
07011 Palma de Mallorca
Tel.: 971 79 37 50 Fax: 971 79 37 46
info@projectehome.com
www.projectehome.com

BURGOS (ブルゴス)

Pedro Poveda Castroverde, 3
09007 Burgos
Tel.: 947 48 10 77 Fax: 947 48 10 78
proyectohombreburgos@sarenet.es
www.proyectohombreburgos.com

CÁDIZ (カディス)

Lealas,6
11404 Jerez · Cádiz
Tel.: 956 18 32 74 Fax: 956 18 32 76
sede@proyectohombreprovinciacadiz.org
www.proyectohombreprovinciacadiz.org

CANARIAS (カナリア諸島)

- Tenerife
Pedro Doblado Claverie, 34
38010 Ofra · Tenerife
Tel.: 922 66 10 20 Fax: 922 66 15 68
administración.tfe@proyectohombrecanarias.com
m
- Las Palmas de Gran Canaria
Inés Chemida, 55
35009 Las Palmas
Tel.: 928 33 02 03
direccion.gc@proyectohombrecanarias.com
www.proyectohombrecanarias.com

CANTABRIA (カンタブリア)

Isabel La Católica, 8
39007 Santander · Cantabria
Tel.: 942 23 61 06 Fax: 942 23 61 17
phcantabria@proyectohombrecantabria.org
www.proyectohombrecantabria.org

CASTELLÓN (カステジョン)

Avda. Enrique Gimeno, 44
12006 Castellón
Tel.: 964 20 52 55 Fax: 964 25 00 46
fundación@proyectoamigo.org
www.proyectoamigo.org

CASTILLA-LA MANCHA

(カスティーリャ・ラマンチャ)

Bolarque, 3

19005 Guadalajara

Tel.: 949 25 35 73 Fax: 949 25 35 66

info@phcastillalamancha.es

www.phcastillalamancha.es

CATALUÑA (カタルーニャ)

Riera de Sant Jordi, 151

08390 Montgat (Barcelona)

Tel.: 93 469 32 25 Fax: 93 469 35 28

info@projectehome.org

www.projectehome.org

CÓRDOBA (コルドバ)

Abderramán III, 10

14006 Córdoba

Tel.: 957 40 19 09 Fax: 957 40 19 26

phcordoba@phcordoba.com

www.phcordoba.com

EXTREMADURA

(エストレマドゥーラ)

Coria, 25 Bajo

10600 Plasencia · Cáceres

Tel.: 927 42 25 99 Fax: 927 42 25 99

phextrem@hotmail.com

www.conectatealavida.com

GALICIA (ガリシア)

Virxe da Cerca, 6

15703 Santiago de Compostela · A Coruña

Tel.: 981 57 25 24 Fax: 981 57 36 06

fmg@proxectohome.org

www.proxectohome.org

GRANADA (グラナダ)

Santa Paula, 20

18001 Granada

Tel.: 958 29 60 27 Fax: 958 80 51 91

ph@proyectohombregranada.org

www.proyectohombregranda.org

HUELVA (ウエルバ)

Pabellón de las Acacias. Ctra de Sevilla Km. 636

21007 Huelva

Tel.: 959 23 48 56 Fax: 959 22 77 31

info@proyectohombrehuelva.es

www.proyectohombrehuelva.es

JAÉN (ハエン)

Menéndez Pelayo, 21 bajo

23003 Jaén

Tel.: 953 27 62 29 Fax: 953 29 12 35

phiaen@angaro-phiaen.com

www.angaro-phiaen.com

LA RIOJA (ラ・リオハ)

Paseo del Prior, 6 (Edif. Salvatorianos)

26004 Logroño · La Rioja

Tel.: 941 24 88 77 Fax: 941 24 86 40

phrioja@proyectohombrelarioja.es

www.proyectohombrelarioja.es

LEÓN (レオン)

Médicos sin Fronteras, 8

24411 Fuentes Nuevas. Ponferrada · León

Tel.: 987 45 51 20 Fax: 987 45 51 55

comunicacion@proyectohombreleon.org

www.proyectohombreleon.org

MADRID (マドリード)

Martín de los Heros, 68

28008 Madrid

Tel.: 91 542 02 71 Fax: 91 542 46 93

informacion@proyectohombremadrid.orgwww.proyectohombremadrid.org**SEVILLA (セビージャ)**

Virgen de Patrocinio, 2

41010 Sevilla

Tel.: 95 434 74 10 Fax: 95 434 74 11

ces@phsevilla.orgwww.proyectohombresevilla.com**MÁLAGA (マラガ)**

Eduardo Carvajal, 4

29006 Málaga

Tel.: 952 35 31 20 Fax: 952 35 32 25

central@proyectohombremalaga.comwww.proyectohombremalaga.com**VALLADOLID (バジャドリード)**

Linares, 15

47010 Valladolid

Tel.: 983 25 90 30 Fax: 983 25 73 59

proyectohombre@proyectohombreva.orgwww.proyectohombreva.org**MURCIA (ムルシア)**

San Martín de Porres, 7

30001 Murcia

Tel.: 968 28 00 34 Fax: 968 23 23 31

general@proyectohombremurcia.eswww.proyectohombremurcia.es**NAVARRA (ナバーラ)**

Avda. Zaragoza, 23

31005 Pamplona · Navarra

Tel.: 948 29 18 65 Fax: 948 29 17 40

info@proyectohombrenavarra.orgwww.proyectohombrenavarra.org**SALAMANCA (サラマンカ)**

Huertas de la Trinidad, 2

37008 Salamanca

Tel.: 923 20 24 12 Fax: 923 21 99 80

phsalamanca@proyectohombresalamanca.eswww.proyectohombresalamanca.es

☆この報告書の原本（スペイン語版）、またはその翻訳（英語版）を読みたい方のために。

原本（スペイン語版）：

Asociación Proyecto Hombre (2013). Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente. *Informe 2012 del Observatorio Proyecto Hombre*, Madrid, España: Asociación Proyecto Hombre.

URL:http://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/Observatorio-PH_2012.pdf

翻訳（英語版）：

Asociación Proyecto Hombre (2013). Proyecto Hombre Observatory on the profile of drug addicts. *Proyecto Hombre Observatory Report 2012*, Madrid, España: Asociación Proyecto Hombre.

URL:<http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2013/06/Proyecto-Hombre-observatory-2012.pdf>