

2) この先の検討中

この先の検討点としては、一般施設の視点による指摘を取り入れ、改善を検討すべきところは計り知れない。

一方、検討すべきところとして明確なものは、精神科救急を受け持つ施設との関係である。

全国的に見ると、薬物乱用者に精神科医療を提供することに積極的な施設は少ないか、アルコール症と精神科救急に積極的にかかわろうとする施設は数多くある。また、薬物乱用者は中毒精神病の状態で、精神科救急に受診することか少なくない。

結果に示した系は、千葉県精神科医療センターを中心に成り立っている精神科救急の体制と適合させる検討が不十分である。この先、物質関連精神疾患患者に精神科医療を提供する体系への精神科救急の効果的なかわり方を検討し、申し合わせ、人務への導入を進めて行く必要性がある。

2 千葉県内の精神科医療施設への呼びかけと反応

この研究に参加する施設は、呼びかけた施設の内10.5%の16施設である。この数値を高いと判断するか、低いと判断するかは困難であるか、一つの体系成立を目指した活動を開始するための数としては十分であると把握している。

また、この先、実務においては、これまで通りに国立下総療養所か薬物乱用者を受け入れることを期待して要請をする精神科医療施設かあると予想される。そのような精神科医療施設には、その施設

の状況に合わせ、関われる範囲で研究に協力してもらえるように働きかけることで受け入れられると考える。

このようにして薬物乱用者に対応する精神科医師を増やすことにより、薬物乱用者への対応法かアルコール依存症患者への対応法のように発展して行くことか期待される。

D 結論

- 1 薬物乱用者に対する精神科医療は、専門施設か全て引き受けるべきものではなく、薬物乱用者の特性、女性度に応じて専門施設と一般施設か分担して対応すべきである。また、患者の状況の変化に応じて専門施設と一般施設の間で患者の移動かなされるべきであり、その体系の系を示した。
- 2 系に従って薬物乱用者に対応することを千葉県内の精神科を持つ施設に呼びかけたところ、16施設かその体系に参加する意思を示した。

福祉による保護及び医療費の円滑な提供の研究

分担研究者 西城春彦 国立小児療養所

研究要旨

薬物依存者は、その病気の進行とともに、社会生活上の問題も抱えていく。就労不能になり、家族の援助も失えば、生活保護を受給する場合が多い。その行政を担う福祉事務所は、薬物依存問題に重要な地位を占めるはずだが、今のところ、適切な対応が確立されているとは言えない。本研究では、福祉事務所として望まれる対応について、これまでのソーシャルワーカーとしての経験から考えてみた。現在の福祉事務所の対応は典型的には治療不干涉タイプと関係拒否タイプにわけられる。治療不干涉タイプは、薬物依存者を他の被保護者と区別せず、通常の対応をする、というものである。治療には深入りせず、医師にお任せ、という形である。関係拒否タイプは、「違法薬物への依存は問題だから」ということで、生活保護の適用自体を避けるというものである。数としては治療不干涉タイプが圧倒的に多く、関係拒否タイプは散見される程度である。

さて、今回の本論である福祉事務所の望まれる対応をあけるとすると、まず、市は、専門機関との連携がある。本研究の主題である「関係機関の連携」のうちでは、まず治療との関わりが優先されるだろう。薬物を使用しない生活を確立できなければ、社会生活そのものか成り立たない。生活保護開始時に、治療と生活保護継続の条件を確認し、本人が契約することか必要である。他に保護観察所などに定期報告することか必要な場合もある。主眼は、福祉事務所として、他の被保護者とは異なった対応をすることである。たとえば、保護費を週単位に分割支給すること、訪問回数を通常より増やすこと、家族か専門家の指導を受ける経費を認めること、などが考えられる。自助グループへの参加のための費用やタルクへの入所などについて、福祉事務所が認可する例が増えているようだが、制度化されることか望ましい。総じて言えば、また薬物依存の専門治療機関が少ない段階で、この対応を行なうこと自体、困難は大きいと言わざるを得ない。どのようにモデルを普及していくか、これからの研究課題としたい。

A 研究目的

薬物依存者の中で、労働能力の低下、家族との疎遠などにより、生活費や医療費を生活保護に頼らざるを得ない人々がいる。生活保護は経済生活のセーフティ

ネットとして機能している。生活の最終的な拠り所であり、行政措置として強制力もあり、利用の仕方によっては依存症治療にも大きな力になる。この研究は、薬物依存者の治療と社会生活の遂行にと

って、望ましい福祉事務所のあり方、及び医療機関等との相互の連携を考えることか目的である。

B 研究方法

今回は、研究者の経験に基づいて、福祉事務所の典型的な対応方法をモデル化し、さらに今回の本研究の趣旨である「関係機関の連携」にとって最も望ましい福祉事務所のあり方を提案したい。研究者の経験を述べると、精神科ソーシャルワーカーとしての経験は1980年からである。職場は、地域的には、静岡県浜松市、千葉県東金市、成田市、千葉市で、経営主体は、社会福祉法人、医療法人、日本赤十字社、厚生労働省である。医療機関の種別としては、精神科単科と、総合病院の両方であった。薬物依存者については、アルコール依存者とは最初から関わりがあったか、専門的なものは、当療養所着任の平成10年4月からである。

C 研究内容

まず、典型的な福祉事務所の対応を、二つに分けた。

一つは「治療不干涉タイプ」である。これは、他の被保護者と変わらない対応をし、治療は医師に言われたとおりに、干涉しない、というものである。保護費の月初め全額支給、訪問も定期回数などである。もう一つは、「関係拒否タイプ」である。覚醒剤や大麻、有機溶剤など違法薬物を使用しているため、基本的に生活保護は支給しない、というのか本音で対応する場合である。薬物依存後遺症治療のために、生活保護申請を希望してい

る、と言っても、他は優先と主張し、拒否したい、という思惑が見え隠れしている。あるケースでは、申請自体を先延ばしにし、たまたま見つかった生命保険の解約料で補填してきた、ということがあった。

「治療不干涉タイプ」となる理由としては、基本的に薬物依存者はもちろん、アルコール依存者への専門的な対応方法さえ確立されていない、ということがある。一部福祉事務所では、積極的にアルコール依存者に関わり、保護費の分割支給などを行なっている。たか、大半は、型とありて、指導上は無難な対応をする、ということになる。医療については、医師の指示通り、事務的に間違いなく行なう。実際には、アルコールを含めた薬物問題に、あまり知識や経験のない医師が診療をしていることも少なくないだろう。一方的に、福祉事務所の認識不足、ということもできない。

では、福祉事務所の望ましい対応、とは何か。第一点は、専門治療機関等との連携である。専門治療機関が非常に少ない現状では、あくまでモデルにしかならないか、考えてみたい。本研究事業の研究者の一人である干井が報告している尿検査を用いた対応は⁹⁹⁾、薬物の使用を食い止める、という点で効果がある。また、この治療法は、本人との契約という形式であり、その契約者の中に福祉事務所等が参加する、ということも考えやすい。関係機関の連携に向けた治療方法でもある。判断が難しいのは、もし契約に背いて本人が違法薬物を使用し、しかも目首しない、という場合である。医師として

の自首勸奨と、福祉事務所の立場は異なるはずである。保護の打ち切りを含めた行政措置を行なうのか、それともそこまてしないのかは、今回は課題としておきたい。治療機関以外との連携については、保護観察所など司法関係機関が考えられる。これまでほとんど手つかずの部分だったと思う。保護観察所か、福祉事務所と同様に条件契約療法の契約者の構成体になるべきかとも、今後、検討したい。

第二点は、他の被保護者とは異なった対応をする、ということである。アルコール依存症では保護費をヶ月分まとめて支給するのではなく、週間毎に支給する、という例はよく聞かれる。まとまったお金が入ると、アルコールに向かいやすいからだ。薬物依存でも事情は同じである。分割支給の他には、家庭訪問の回数を増やしたり、医療機関、保健所等関係機関と合同で訪問する、ということも考えられる。薬物をやりにくい環境をつくるためである。また、本人の自助グループ参加やタルクへの入所はもちろん、家族がこの問題で専門家の有朴指導を受ける費用が認められないか、考慮してほしい。言うまでもなく、依存症の治療には家族の参加が必要であり、それは専門家の指導を受けた方がよい。家族の自助グループもあるか、紹介してすぐにつながる場合は少ない。

上記の福祉事務所の対応を成り立たせる前提は、専門治療機関の存在であろう。薬物使用をしない、ということか、薬物依存者の社会生活の基本条件であると思う。治療機関を確保した上で、その支援

のもとに、特別な対応を行なう、という方が自然であろう。結局、本来的には第一点の問題に帰着してしまう。

D 結論

今回は研究者の経験から整理した。今後の福祉事務所のモデル的な対応を考えたいか、それを実施するための基本とも言える、薬物依存症治療の専門機関があまりに少ない。これと別に福祉事務所独自の対応があつていいことはもちろんだが、こと精神障害の分野では、医療との関係の比重が大きい現実がある。少なくない精神科治療機関が「薬物依存は専門ではありません」という消極的な状態では、いくら理想的なモデルを作っても、『地域限定』になりかねない。次回の報告までに、一つは、福祉事務所の、薬物依存者に対する現在の対応についてアンケート調査を行ない、状況を考察したい。二つに、専門治療機関がある場合のモデルを提示してみたい。これには、本研究事業の他報告も活用したい。

そして、その次の報告には、福祉事務所か、事情の異なる各地域で薬物依存者への専門的対応が可能になるような道を検討していきたい。

社会復帰施設の研究

－香港、タイ、シンカホールの施設を視察して－

分担研究者 小田晶彦 国立ト総療養所
研究協力者 松本俊彦 国立精神 神経センタ
－精神保健研究所司法精神医学
研究部
山口伸希子 関東学院大学カウ
ンセリング センター

研究要旨

薬物乱用者の社会復帰施設について、わか国でもっとも乱用が問題視される Methamphetamine を対象に構想した。東南アジア諸国はヘロイン乱用が長く問題とされ、その治療およびリハビリテーションのシステムの開発が進んできた。またこの地域は近年 MDMA や錠剤型の覚せい剤である Yaba の乱用が急速に広がっており、ヘロイン乱用者を対象にして作られた施設の中でこのような中枢刺激薬の乱用者かどのように処遇されているかを調査した。平成16年2月1日から2月12日までに、香港、タイ、シンカホールの3カ国を訪問した。施設内の医療という点では、タイの Treatment Center は Yaba の乱用者を受け入れており、解毒病棟にて軽い幻覚妄想症候群に対する医療は可能であったが、激しい精神病症状がある場合は他の一般精神病院に転院させていた。また乱用者の背景に起因する暴力行為や威嚇などのトラブルは3カ国ともほとんど見られなかった。理由として、中枢抑制薬の乱用者が多かったこと、薬物の再使用に厳しい罰則が伴うこと、犯罪傾向の強い者は取り締まられ、比較的このような傾向が少ない者がトリートメントセンターに集まったこと、などが考えられる。わか国で覚せい剤乱用者を対象にした施設を構想する場合は、慢性の精神病患者や犯罪傾向の強い乱用者の入所も想定し、医療的対応と危機管理がてき条件を満たす必要があると考えた。

A 研究目的

わか国の薬物乱用対策のなかで欠落していると思われる薬物乱用者の社会復帰施設を構想する。過去の報告例は欧米を中心に治療共同体（TC）や薬物裁判所（Drug Court）を視察したものが多いか、

ヘロインのようなアヘン類を対象として構想されたシステムをそのままわか国における乱用対策に持ち込むことは困難であると考えられる。ヘロイン依存の場合は重篤な離脱症状を解毒治療したあと、依存症に焦点を当てたプログラムを導入すれ

はよいか、わか国でもっとも問題視される Methamphetamine は慢性的な使用により徐々に精神病の発病準備性が高まり¹⁾、事例化する時は幻覚妄想などの精神病状態であることが多いからである²⁾。また幻覚妄想が軽快した後も、長期にわたって再燃準備性が高いと考えられ(俗にフラッシュバックと呼ばれる)、医療的対応を多く必要とされると考えられる。東南アジア諸国は黄令の三角地帯に近いという地理的な条件から、ヘロインの乱用が長く問題とされ、その治療およびリハビリテーションのシステムの開発が進んできた。またこの地域は近年若年者を中心に MDMA や錠剤型の覚せい剤である Yaba の乱用が急速に広がっており、ヘロイン乱用者を対象にして作られた施設の中でどのように処遇されているのかを調査することにより、わか国における社会復帰施設を構想する上で重要な示唆が得られると考えた。

B 研究方法

公的な機関が社会復帰施設の運営に力を注いでいる東南アジアの社会復帰施設について、特に設備が充実していると思われる香港、タイ、ノンカホールを訪問し、施設を視察するとともに研究者と意見を交換した。平成 16 年 2 月 1 日(日)から 2 月 12 日(木)までに以下のような旅程で視察を実施した。

2 月 1 日 日本から香港へ移動

2 月 2 日 Castle Peak Hospital, Hei Ling Chau Drug Addiction Rehabilitation Center, Shek Kwu Chau Drug Rehabilitation Center 訪問

2 月 3 日 Violet Peel Methdone Clinic 訪問

2 月 4 日 香港からタイへ移動

2 月 5 日 Thanyarak Institute 見学

2 月 6 日 Bangkok から Chiang Mai へ移動、Northern Drug Treatment Rehabilitation Center 訪問

2 月 7 日 Chiang Mai 大学病院精神科訪問

2 月 8 日 休日

2 月 9 日 タイからノンカホールへ移動

2 月 10 日 Seralang Park Drug Rehabilitation Center 見学

2 月 11 日 日助グループ「The Helping Hand」「Pertapis」見学

2 月 12 日 帰国

C 研究結果

【香港における薬物乱用対策】

1 背景

香港は人口約 677 万人(2002 年現在)、面積が 1098km²で東京都の約十分くらいの人きさであるが、実際は山岳部も多いため狭い山岳部に人口が蓄集している。1997 年にイギリスから中国に返還されてから、正式な国名は中華人民共和国香港特別行政区というが、今のところ外交と軍事以外は香港人の自治が認められている。香港における薬物乱用対策には以下の 4 つのポイントがある。

①中央薬物乱用登録制度 Central Registry of Drug Abuse

関係諸機関から集められた薬物乱用者の個人情報を一括して集積・管理したものである。例えば病院などの治療機関を受診した者も警察などの取り締まり機関に逮捕された者も同じ質問紙に記載され一括して集計される。そのため薬物乱用

者の実態を把握しやすく、効果的な対策を講じられるという利点がある。当外任員登録であり、原則的にはその情報が犯罪捜査などに利用されることはない。氏名、性別、生年月日、婚姻状況、学歴、職歴、過去の犯罪歴、薬物の乱用状況などが記載される。

② 矯正局 Correctional Service による強制収容施設

裁判において犯罪傾向が少ない薬物乱用者を裁判所命令で収容する施設である。男性用の施設が2つで総収容能力が869名、女性用施設が1つで、収容能力が126名、あわせて995名収容できる。2004年2月23日現在で男性567名、女性120名、計687名収容されている。

③ 香港戒毒会 SARDA その他民間施設による入所型治療施設

SARDA は薬物乱用者の社会復帰のために、1961年に地域の有志が集まって結成された薬物乱用者の支援団体である。香港内に4つの施設を持ち、その総収容可能人員は436名である。他にもNGO、民間設立の入所型治療施設がある。

④ メサトン クリニック

メサトンはヘロインよりも快効果も依存性も少ないと言われている合成麻薬である。これに置き換えることによってヘロインへの渴望を断つことを目的としている。香港全体でメサトンクリニックは20ある。1日に延べ7,000人が通所している。人口から考えると、1,000人に1人が治療を受けていることになる。日本とは比較にならないくらい深刻な実態が伺える。

2 香港における薬物乱用の状況

CRDA 52nd Report によると³⁾、毎年 CRDA に 16,000～18,000 人の登録者がいる。男女比は約 5 : 1 で、近年女性の登録者の占める比率が高くなってきている。過去に報告例のない新規登録者は 2000 年から 2002 年にかけて 5,000 人台を推移している。男女比は 7 : 3 くらいである。また 4 割が 21 歳未満である。1980 年代までは報告例のほとんどがヘロインの乱用だったか、近年若年乱用者を中心にさまざまな薬物乱用が広まっている。2003 年上半期の新規登録者の中ではヘロインの乱用は全体の 32.7% に過ぎず、ケタミン 32.3%、大麻 22.7%、MDMA 17.8% などが続く。21 歳以下の乱用者に限定すると、トランプがケタミンの 55.1% で、次いで MDMA と大麻が 33.5% で、ヘロインはわずかに 5.2% に過ぎない。日本でもっとも乱用が問題視されている Methamphetamine は(香港ではアイスと言われている) 4.7% である。また過去犯罪歴のない者の占める比率が 7 割を越す。犯罪傾向のない若年者に薬物乱用が浸透し、MDMA や大麻が流行していることは日本と似たような状況であると思われる。

3 訪問施設

① Castle Peak Hospital

新界 New Territories の Tsuen Mun にある。新界は香港内では比較的開発が遅れた所で低所得者が多い。CRDA に報告される薬物乱用の登録者の 4 割以上がこの地域の出身者である。Castle Peak Hospital は香港を代表する国立の大規模単科精神病院の1つである。入院病床は 2001 年 1 月 4 日時点で 1,641 床である。1996 年に建物の大部分が改築されたため概観はとても

美しい。外来部門にアルコール 薬物依存 外来 Tsuen Mun Substance Abuse Clinic(TMSAC)がある。アルコール外来が週に3回、薬物外来が週に2回あり、毎回30人くらいの通院がある。臨床心理士、看護師、ノンヤルワーカー、Occupational worker がチームになっている。薬物依存のグループセラピーを看護師が担当したり、境界性人格障害のグループセラピーを臨床心理士が担当したりしていることから、コメディカルが良く訓練されていると感じられた。後に病棟を案内してくれた看護師も流暢な英語を話した。また離脱症状の管理や合併精神障害の治療のための入院も受け入れる。Methamphetamine (アイス)の精神病による入院もあるが、入院中にけんか等のトラブルを起こすことが多いので、一般精神科の閉鎖病棟に入院させるとのことであった。また精神病が軽快後も依存症のプログラムにはほとんど乗らないと語っていた。

② Hei Ling Chau Addiction Treatment Center

香港島からフェリーで約1時間の孤島にある、矯正局 Correctional Service による強制収容治療施設である。1950年に最初の収容施設として始まり、その後らいの治療法が普及してから、らい病者は帰され、かわりに薬物依存症者の収容施設になった。総収容可能人数784名で、2004年2月23日現在は502名の収容者がいる。もともとオピウム乱用者の専門施設で6~18ヶ月の入所だったか、対象者がヘロイン乱用者になり、入所期間は4~12ヶ月に変わった。1986年から精神作用物

質 psychotropic drug にも対象を広げ、入所期間は2~12ヶ月になった。入所中は Physical work、Psychological therapy、Social skill training、Occupational therapy などさまざまなプログラムに参加する。また1人1人に観察指導員という専門のカウンセラーがつく。観察指導員は、出所後の1年間の観察指導期にも同じ人が担当し、家庭や職場を訪問することもある。観察指導期には月1回尿の薬物検出検査が行われ、結果が陽性だと施設に戻される。

③ Shek Kwu Chau Drug Addiction Treatment Center

SARDA 設立による任意性の人寮施設で、香港島からフェリーで45分の孤島にある。総収容可能人員は350名である。最大収容可能期間は6ヶ月である。NGOの設立であるためか、矯正局の施設に比べて、自由でひのひとした雰囲気があった。ここでは入島して巨解毒病棟に入院し、7日間のメサドン置換漸減療法を受ける。その後20人くらいずつのトミトリーに割り当てられる。トミトリーは明るく清潔で、筆者が訪問したトミトリーは2段ベントか10個くらい並ぶ収容室に2階か教室になっていて、別棟にホールがあり、日中自由時間はここで過ごすということであった。庭にはハーヘルと鉄アレイが数個転っており、大型犬を飼っていた。

④ Violet Peel Methadone Clinic

当クリニックは香港では規模にして3番目の施設である。香港島のオフィス街の地下鉄駅のすぐそばに目立たない形である。朝7:00~夜10:00まで開いている。登録者の約75%である700名が毎日通所

してくる。朝出勤前にここでメサトンを服用してから職場に行く人もいるそうた。Detoxification Program か Maintenance Program かは患者自身か選択することになる。患者は毎日 1HK\$を支払う。年齢層は 20 歳から 40 歳代か中心である。近年の傾向として若年化と女性乱用者の増加かある。また 4 ヶ月に 1 回ヘロイン使用の有無を確認するための尿検査か行われるか、結果か陽性ても通報されることはない。再度教育プログラムを受けることか要求されるたけである。たたくクリニックの外て逮捕されたら刑罰を逃れられるわけてはない。

4 香港のまとめ

矯正局による強制的な治療システムも民間や NGO 設立の任意性の社会復帰施設もともに良く整備されていると考えられた。しかしメサトンクリニックに通所する患者の数が膨入て、日本とは比較にならないほど深刻な薬物乱用状況であることか察せられた。2 施設て収容者の面接をさせてもらった。ヘロインの乱用者か 3 人と、MDMA の乱用者か 1 人である。ヘロインの乱用者に関しては、おとなしくシャイな印象て、アイスの使用経験かほとんないせいか幻覚妄想の体験はないとのことてあった。低所得者てあり、チャイニーズマフィアのメンバーたったりして、知人の影響から乱用に入つたとのことてあった。活気は乏しいか、警戒心、敵対心はみられず、穏やかである。日本の見せえ剤乱用者にみられるイライラしやすさ、性急さ、猜疑的傾向は感しられなかつた。施設の職員に聞いても暴力事件のようなトラブルはほとんないとの

ことてあった。上記のような特徴か中枢刺激薬使用による性格変化てあれば、中枢抑制薬使用による性格変化として無気力という状態に陥つたという推測か成り立つ。それならば Physical work や Occupational therapy か労働意欲を高めるという意味て有効てあると考えられる。MDMA の乱用者は友人とカラオケボックスて使用してて、帰るところを警察に捕まつたという 22 歳の男性てある。機会的な使用段階てあり、犯罪傾向も少ないように感しられた。幻覚妄想か持続するような Methamphetamine の heavy user はみられなかつた。Castle Peak Hospital の Dr Leung の示唆するところによれば、般の精神病院て処遇されることか多く、既存の依存症プログラムには乗りにくいということてあった。

【タイにおける薬物乱用対策】

1 背景

人口 5940 万人て、面積は 51 万 4000km²てある。この日も薬物乱用問題は深刻て、タイ人のすへての薬物の生涯経験率は 16.4%、1 年以内は 14.3%、1 ヶ月以内は 2.2%てある。かつてはヘロインの乱用かほとんとしてあつたか、1990 年代後半から錠剤型の Methamphetamine てある Yaba か爆発的に流行し、2003 年には乱用者全体の 73.4%に達した。そのためタイ政府は 2003 年 2 月より「Drug War」という政策を施行した。これは、以下の 3 つの要素から構成されている。1) Supply 法制度の改革による薬物の取り締まりと規制、2) Demand 薬物需要の減少、すなわち、薬物乱用者への治療への動機付けと治療内

容の質的向上と社会復帰への援助、3) Potential Demand 学生や労働者に対する乱用防止教育である。取り締まりは苛烈なもので、25 錠以上の Yaba を持っている人と見なされ、警察官に抵抗したり逃亡しようとするとう問答無用で射殺されることもあった。そのため法律が施行された 2002 年 2 月から 3 ヶ月で 3000 人が殺されたとのことであった。そのかわり以前は覚せい剤乱用者が幻覚妄想状態で子供を殺すといった凄惨なニュースが毎日のように新聞に載っていたか、それはほとんどみられなくなった。そのため一般市民はこの政策を支持しているものが多いか、知識人は眉をひそめている。そしてとりあえず現在はタイにおいて「Yaba」の乱用は全くと言っていいほど見られなくなった。一方薬物需要の削減という点では、政府は薬物乱用者に対して、病院で治療プログラムを受ければ、法的処分はされず犯罪歴として残さないという政策を取った⁴。その結果、多くの薬物乱用者が医療機関に流れ込んだ。また治療を望まない者も執行猶予期間中に医療に係属させるような措置が取られた。さらに、初期乱用者に対しては、若年者のハイリスク群に対する Behavior changing camp と学校や地域における Matrix program (後述) を行い、依存の進行した者に対しては、modified Matrix (週 3 日の外来患者用プログラム) や FAST Matrix (入院患者用プログラム) を行なった。Matrix とは、アメリカにおいて、cocaine 乱用者を対象として発達した認知行動療法の治療プログラムであり、個人 集団精神療法、家族教育、再発予防

プログラム、尿検査から構成されている。タイ政府は、覚せい剤乱用者にこれを用いるために、数年前に多数のスタッフを UCLA の Matrix Institute に留学させ、国内での普及につとめた。Matrix program では、尿中薬物検出検査も実施されるか、これは多くは任意によるものであり、仮に陽性としても通報されることはない。心理面接が実施され、あくまでも治療関係の中で入院治療を勧められる程度の対応である。

2 訪問施設

①Thanyarak Institute

バンコクから車で 1 時間ほど離れた場所にある。1960 年代に設立された薬物乱用者の専門治療、社会復帰施設である。病床数は 670 床で、毎年約 1 万人の入院がある。2003 年の薬物別の内訳では Methamphetamine の乱用者が 49.3%、ヘロインの乱用者が 19.8%、アルコールが 19.4% などである。入院前に 1 週間の pre-admission programme (動機付けのための入院前準備面接) がある。入院するとまず treatment phase (解毒) に入るか、ヘロイン乱用者「流の時代には離脱症候が重篤であり、また身体合併症の治療にも時間を要したためこの期間は 3 週間であった。しかし、覚せい剤乱用では深刻な離脱症候はなく、解毒自体は 3 日~1 週間で終了できるようになった。解毒病棟はすべて準開放病棟であり、日中は開放し、夜間は施錠している。覚せい剤乱用の場合は 3 日~1 週間が解毒期間とされている。解毒が終了すると rehabilitation phase に移行するか、病棟はそのままその解毒病棟である。棟内のプログラムに加え、棟外の作

業（職業訓練 農作業、運動、製造業など）に参加する生活を、約3週間続けるので、都合、約1ヶ月はこの病棟で過ごすことになる。rehabilitation phaseでは、治療共同体 therapeutic community に参加することを勧められる。これは乱用者か共同生活し、管理 運営を自治的に行い、また依存症プログラムを受けることで回復しようとする試みである。回復者スタッフか中心になって、自治組織を構成し運営しているので、病院のスタッフは定期的に顔を出すだけで、夜間の生活もメンバーに完全に任されている。また運営にあたっての規則は、「no drug, no violence, no stealing, no sex」という単純なものである。メンバーの中には序列があり、長くいる者か次第に上の序列に行き、もっとも上位なメンバーは運営委員としてグループ全体の運営や違反者の罰則などに関する決定を行う。違反すると、グループ内の序列は下位に戻されこともあり、メンバー内の人間関係か薬物再使用を抑止するような方法か採用されている。この治療共同体プログラムか開始されてから2003年9月現在までに352名か卒業した。うち121名(34.4%)は1年~5年の期間断薬を続け、116名(33.0%)か5年以上断薬を続け、91名(25.9%)か再使用、他は精神科合併症などで死亡している¹⁾。

②Northern Drug Treatment Center

タイの第2の都市チェンマイから自動車で20分くらい北上したメイリムにある。タイでは2番目に古く、1982年に設立された。男性か240床で、女性か40~50床である。基本的な治療コンセプトはThanyarak Instituteと同じなので細かい説明は省略する。ここの特色としては患者の3分の1か高地民族のアヘン乱用者であること、解毒治療にハーブサウナ、マッサージなどを取り入れていることかある。年間に3,000人近くの入院（そのうち強制入院か半数である）と外来通院か6,000人である。幻覚妄想などの精神病の症状か強い者は近くのスアンプルン精神病院に入院になる。男性のみのTherapeutic Community Programを持つ(60床)。市内からの交通の便か良い所に外来クリニックかあり、ここでMatrix Programが行なわれている。

明は省略する。ここの特色としては患者の3分の1か高地民族のアヘン乱用者であること、解毒治療にハーブサウナ、マッサージなどを取り入れていることかある。年間に3,000人近くの入院（そのうち強制入院か半数である）と外来通院か6,000人である。幻覚妄想などの精神病の症状か強い者は近くのスアンプルン精神病院に入院になる。男性のみのTherapeutic Community Programを持つ(60床)。市内からの交通の便か良い所に外来クリニックかあり、ここでMatrix Programが行なわれている。

③Chiang Mai University Hospital

Chiang Mai 大学医学部精神科のマニト教授と情報 意見交換を行った。まずDrug Warについては、その成果について懐疑的であった。つまり末端の売薬人が殺されたたけで売薬組織は地下に潜ったまま存在しており、いずれは活動を再開するということと、売薬人と目され2,000人もの犠牲者を出したことか人権上問題かあるということである。またスアンプルン精神病院に入院した覚せい剤精神病患者は統合失調症と診断か変わって、統合失調症はその病名による入院は減ってしまったのではないかと言われた。また覚せい剤精神病について、欧米では精神病院での持続期間は1ヶ月以内と言われており、1ヶ月以上症状か持続する場合は統合失調症の2重診断と考えられる。しかしわが国の臨床研究からは1ヶ月以上精神病か持続する覚せい剤の精神病かあるという主張がなされてきた。マニト教授も同様の意見であった。欧米で使用される中枢刺激薬はAmphetamineであること

が多く、精神病発起性の強い Methamphetamine の経験が少ないことから見落とされてきた可能性もある。しかしオーストラリアのように Methamphetamine の乱用があまりないから、持続性の精神病が報告されない国もあるため、西洋人とアジア人で代謝が違うことによる可能性も示唆された。

2 タイのまとめ

Thanyarak Institute と Northern Drug Treatment Center の解毒病棟で入所者の面接をさせてもらった。Yaba の乱用者だが、精神病症状は過性であり、乱用中止と抗精神病薬の服薬にて簡単に消滅していた。精神病症状の強い患者は他の精神病院に転院になるとのことであった。もともとヘロイン乱用者を対象に構築された治療施設であり、激しい精神病症状を持つ者には対応することが困難なのではないかと考えられた。また入所者は穏やかで礼儀正しい人柄を感じさせる者ばかりであり、反社会的あるいは暴力的な印象は感じられなかった。看護師に聞いても職員に対する暴力行為や自殺企図などは少ないとのことであった。これは文化伝統の違いなのかも知れないかわれわれがタイ風の顔の前で合掌するお辞儀をすると、あわてて姿勢を直し合掌してお辞儀をするのでびっくりした。薬物乱用が広範に拡大したため、ごく普通の生活背景を持つ者までが薬物乱用に手を染めていた現実を反映しているのだろうか。

【シンカポールにおける薬物乱用対策】

1 背景

人口は 2000 年時点で 402 万人、面積は

659 9km² である。多民族国家で、中国系、マレー系、インド系など様々な人種が混交している。シンカポールにおける薬物乱用対策は、薬物乱用法による強制的治療処分が主体である。シンカポール矯正局 Prison Department により Drug Rehabilitation Center が管理運営されている。

2 訪問施設

① Selarang Park Drug Rehabilitation Center

シンカポール矯正局 Prison Department による Drug Rehabilitation Center の一つである。2003 年 11 月 30 日の時点で総数 1134 人（実際に DRC のプログラムに参加している者は 180 人）、平均年齢は 37.8 歳である。治療哲学として「Drug addiction は医学的問題ではない。社会的、行動学的問題である。彼自身に責任があり、その習慣を捨てられるかどうかは彼自身にかかっている。」と強調した。入所期間は 6 ヶ月から 36 ヶ月である。初期のオリエンテーションが済むと、入所者は 25～30 人ずつのトミトリーに分けられる。作業療法、職業訓練、フィナンシャルエクササイズ、カウンセリング、教育プログラム、レクリエーションなどのプログラムを受ける。シンカポールは多民族国家で多民族の調和をはかるため、わざと違う人種を同じトミトリーに入れて、一緒にレクリエーションをするなどの工夫をしている。また特別なプログラムとして異常性犯罪者や相暴犯を対象にしたプログラムがある。退院前の準備期として家に帰るグループ、Community-based rehabilitation としてーフウェイハウスに入るグループに分けられる。その双方にナルトレキ

ノン治療を行っている。ハーフウェイハウスは提携している民間の自助グループに9ヶ月入所する。その間も定期的に尿中薬物検出検査が行われる。家に帰る場合は6ヶ月間、電気モニター装置を片足に装着させられ、所有をチェンクされる。ちなみに電気モニターは1個800\$するとのことであった。ナルトレキソン治療は医学的に適応がある場合双方に行われ、期間は1年間である。これはナルコーティクスのアナロジストであり、オヒオイトの効果をフロクし、多幸感を除去する。また出所後もAfter Careとして2年間観察下に置かれる。その間も尿中薬物検出検査が行われる。

②The Helping Hand

キリスト教系のハーフウェイハウスである。スタッフ30人、入居者60人(うち半分が刑務所のCommunity-based rehabilitationとして入居している)。1年間の入居プログラムで、Spiritual(朝晩の礼拝)、Physical(フットホールなど)、Work(作業療法など)から成る。なかでもWork therapyは非常に充実しており、連込公社、看板製作、ペンキ塗り、写真の加工、家具の製作やリニューアルなどを行なって、そこから得た資金だけで運営されているとのことであった。細かなルール違反は外出などの特権が一時的に剥奪されるだけか、薬物使用に関しては厳しく刑務所に戻るか、追い出すことになる。また医療を受けている人はほとんどいないか、必要ならスタッフが同伴して病院を受診させる。しかし実際はスタッフは医学的なトレーニングを受けているわけではないので、薬を管理するのは困難たとのこ

とてあった。

③Pertapis

イスラム教徒を対象としたハーフウェイハウスである。設立母体はNGO団体である。1993年、シンカポール政府は、薬物乱用対策のひとつとして、Community-based rehabilitationを打ち出して、Pertapisをはしめとする民間のハーフウェイハウスに協力を要請した。これにより、この施設への入所は、利用者本人の希望ではなく、刑務所の薬物依存治療プログラムの一環として、強制的な入所によって行われることとなった。この施設には、現在21人のスタッフがいるか、そのうち70%は回復者スタッフである。施設の規模としては、最大収容人数は200人程度まで可能であるか、現在、入所しているのは90人程度で、その約95%が刑務所から来ている。精神症状があるものは近くの精神病院を受診し、薬物療法を受けている。不眠かもっとも多く、幻覚妄想は少ない。また、ミーティングにも力を入れている。1日3回のミーティングを実施し、原則として、12 steps & traditions形式を採用している。夜間には施設の一角かNAミーティングのために開放されており、入所者も参加している。任意入所の頃はdropoutが3割以上いたか、93年に連携が開始されてからは15%くらいに下がった。

3 シンカポールのまとめ

矯正局 Prison Department による Drug Rehabilitation Center のシステムが高度に発達しており、そのプログラムの一環であるCommunity-based rehabilitationに組み込まれることによって自助グループであ

る The Helping Hand も Pertapis も安全に機能しているという印象を得た。

D 考察

わか国で公的な社会復帰施設を構想する場合、慢性の Methamphetamine 乱用者、特に精神病か遷延したため抗精神病薬を継続服用する必要がある者の入所を想定する必要がある。視察前は、筆者が国立下総療養所内で経験したことから、鎮痛薬や睡眠薬などの頻回な要求、看護スタッフへの威嚇、暴力団関係者などの不適切な面会者、患者同士のけんかなどが当然施設内でも起こりうると考えられ、訪問団ではどのように対処しているかか興味を中心であった。しかし実際のところはこれらの問題はほとんど存在しなかったと言ってよい。穏やかな入所者が多く、女性スタッフでもなんら脅威を感じずに管理できるような施設もあった。理由として以下のような推測が成り立つ。まず激しい精神病加 入者を持つ者は一般の精神病院に入院し、依存症のシステムの中には現れてこない（香港の Castle Peak Hospital、タイの Thanyarak Institute と Northern Drug Treatment Center の例）、薬物の再使用に厳しい罰則が伴う（香港の矯正局 Correctional Service による強制収容施設、シンカポールのシステム全体）、そもそも威嚇や暴力行為は覚せい剤精神病による易刺激性や性格変化に特有のものでヘロイン乱用者にはこのような行動は少ない（香港の例）、犯罪傾向の強いものは取り締まられ、このような傾向の少ないものがトリートメントセンターに残った（タイの例）などである。慢性の精

神病患者を含めた覚せい剤乱用者を対象にした場合、医療的対応と危機管理かてきる条件を満たす必要かあると考える。

E 結論

わか国で薬物乱用者用の社会復帰施設を作る場合、対象者に覚せい剤乱用者で精神病か慢性 遷延化した者も含まれてくると思われる。医療的対応かてきる環境設 置か必要である。処方薬を管理できる場所を用意し、適切な対応かてきるスタッフを確保する必要かある。また病状か再燃する場合を考え、精神病院の近くにあり、夜間の状態急変時は精神病院から援助か得られるようにする。運営については、本来の治療共同体のコンセプトは入居者の自治に多くをゆたねることになるか、慢性精神病の入居者か多くなると、自治能力は低トすると考えられる。入居者の自治に任せられる所と重要な管理 運営は医療スタッフ、麻薬取締官、保健所職員、福祉事務所職員、地域の有志（自治会長、民生委員、保護司、分教関係者など）で構成する相談機関の判断か要求される所を分ける。基本的には任意入所である。内省、洞察を強いられる心理療法は時に精神病を賦活する可能性かあるため、職業訓練などの作業療法を充実させることか好ましい。収容者の製作したものから収入か得られ、それか施設の運営に充当されるようにする。施設内で違法薬物を使用したものか出た場合は警察に通報する。違法でなくても咳止め薬やライターカスを施設内で使用していたものは一定期間退去してもらうことになるか、その際も精神病院や精神保健

福祉センターでの相談は継続する。施設は回復を望むものか入る場所なので、易接近的である必要はない。開放施設である以上、菓物の持ち込みや売人の接近は国立下総療養所よりもさらに容易になることから、ルール違反に対する対応はむしろ厳しくならざるを得ない。

今現在想定される問題については上記のような構想をまとめてみたか、次年度は社会復帰施設内での医療援助についてさらに問題を掘り下けて構想しようと考えている。

F 引用文献

- 1) 小沼杏坪 覚せい剤依存と関連精神障害 (C 治療) 臨床精神医学講座 8, 菓物 アルコール関連障害, 佐藤光源, 洲脇寛 (編) 236-253, 中山書店, 東京, 1999
- 2) 依存性菓物情報研究会編 平成 13 年度全期依存性菓物情報報告書の集計結果 2001
- 3) Central Registry of Drug Abuse Fifty-second Report
- 4) これは 2003 年 8 月までの期間限定の措置である。
- 5) Annual Report 2002-2003 Thanyarak Institute

薬物需要削減対策を計画するための調査体系

分担研究者 能重芳雄 千葉県健康福祉部業務課

研究要旨

関係機関全体を対象として共通の様式で薬物乱用者に関する調査を行い、薬物需要削減対策をとるよう計画し、調整すべきかの判断を可能にする調査体系を成立させ、これを実務に導入することをこの分担研究は目的としている。

一年目は、薬物乱用者に関するこれまでの統計等を概観し、また、種々の専門職と交換した意見から、現在の問題点、及び、調査体系成立の可能性を探った。

我が国では王な乱用薬物は規制の対象になっており、現時点では取締処分側と援助側の態勢に大きな隔たりがあり、これか2つの領域間にある摩擦の原因となっており、前記のような調査体系の成立には困難性が伴う。

薬物需要削減対策の力点を検討するための調査体制は、取締処分と援助の間で良好な連携関係が築かれ、両者が行政のレベルで十分に互いの機能を認め合ったときに成りすると予想される。

A 研究目的

これを実務に導入することを目的とする。

1 現状

現在、薬物乱用者に関する種々の統計が出されているか、実質的に関係機関全体を対象とするものはない。このことから現存の調査等は、薬物需要削減対策における弱点、問題点を把握し、その改善を検討する材料を提供するものとしては、いずれのものも不十分である。

B 研究方法

この研究の1年目においては、薬物乱用者に関するこれまでの統計等を概観し、また、種々の専門職と交換した意見から、現在の問題点、及び、調査体系成立の可能性を探る。

2 目的

薬物需要削減対策にかかわる薬物乱用者の状況を、取締処分側及び援助側の両方の領域において同様の様式を持って調査し、対策の中で力点をどこに置くかの判断を可能にする調査体系を成立させ、

C 研究結果および考察

1 これまでの調査からの概観

1) 覚せい剤乱用者に対する追跡調査の必要性

覚せい剤事犯検挙者数は、近年の変遷においては高原状態となっているか、1万8千人前後の数か維持されており、覚

せい剤乱用者はかなりの数に上ると考えられる（表1）。

検挙された者の一部は保護観察の対象となり観察指導が提供され、また、他の一部は矯正施設内で処遇されるか、覚せい剤事犯検挙者の再犯率は50%前後の高い水準で推移している。

覚せい剤乱用者への対応は、上記のように取締処分側のみではなく、援助側においても行われている。しかしながら、援助側で積極的に対応している施設は限られており、調査体系も十分には整備さ

れていない。また、刑事司法体系における対応において再犯者が多いことは、その体系のみでは不十分なことが証明されており、援助側のかかわりの充ちが待たれる。

このような現状の中、覚せい剤乱用者の動向を把握し、これへの対策を立て、各領域の効果的なかかわり方を探るためには、取締処分側と援助側の両領域に共通の調査体系を設け、薬物需削減対策を発展させることが急がれる。

表1 覚せい剤事犯における再犯率 (人、%)

	H9年	H10年	H11年	H12年	H13年	H14年
検挙人員	19,937	17,084	18,491	19,156	18,110	16,964
うち再犯者数	9,328	8,387	9,274	9,529	9,250	9,009
比率	46.8	49.1	50.2	49.7	51.1	53.1

2) 取締処分と援助の両領域共通の調査

過去には昭和30年代のアヘン系薬物乱用流行の時期に、取締処分側の機関及び援助側の機関において、いずれの職員も麻薬中毒者に対応しても、各都道府県知事に通報かなされる体系（麻薬中毒者に対する措置等 麻薬及び向精神薬取締法第58条の2～58条の18）が成立した。当時、この体系は法的に整備されただけでなく、よく稼働し、昭和38年には1,323人が通報され、101人が措置入院となっている¹⁾。

現在、この体系は法的には存在しているか、この体系の対象が麻薬中毒者であり、現在我が国で最も大きな問題を引き起こしている覚せい剤の乱用者はこの対

象とはなっていない。このため、この体系において通報される麻薬中毒者数は、日本全体で年間10例から20例に留まっている（表2）。

つまり、法は残っているものの、ほぼ形骸化しており、その結果に基づいて薬物需削減対策のあり方を検討できる調査体系としては機能していない。

しかし、この体系が、これまでの我が国において、対応する機関の種類を問わず、唯一、一律に報告を得たものである。この側面は、薬物需削減対策の力を検討できる資料収集の方法として重要であり、高く評価されるべきである。

そのような体系が成立したのは、薬理学的な研究が現在のように発展してお

らす、全ての専門職に某物が漠然とした恐れを与え、麻薬中毒者の通報の体系が期待されたためか、あるいは、あへん系某物の反復使用者が離脱症状に苦しむためか、理由は不明であるか、某物規制法

違反等への対応と同時に、麻薬中毒に医療的に対応しなければならないという認識か、当時は、取締処分と援助の両方の領域で共通に持たれたためであろう。

表2 麻薬中毒者及び措置入院者年次別状況

年次	H7年	H8年	H9年	H10年	H11年	H12年	H13年	H14年
届出通報区分								
医師	7	5	5	11	9(1)	10(1)	13(2)	15
麻薬取締員	4						1	
麻薬取締員			1	1	2			
警察員		1						
その他								
計	11	6	6	12	11(1)	10(1)	14(2)	15

() 内は、措置入院された者で内数である

3) 取締処分と援助の間の摩擦²

現在は覚せい剤が流行しており、この流行の始まりの後、覚せい剤乱用者により、精神病症状に基づいてはあったか、残虐な他害事件の発生が重なった。これらも検調材料の一部となり、覚せい剤使用を厳格に取り締まることか正当な対応として揺るぎないものになっている。

このためか、取締処分側の機関は、援助側の機関が対象者の某物乱用を把握していながら取締機関に通報しないことを、不適切と判断しているようである。このような取締処分側の理解に従うと、調査体系の前提として援助側専門職が対象者の某物規制法違反を取締処分側に通報しなくてもよいというものかあれば、取締処分側がその調査に積極的に協力することは考えられない。

援助側にとっても、通報よりも援助を

優先する態勢を否定されるのであれば、取締処分側と協力して一つの調査体系を成立させようという意思は持てない。

このようなことか種々の専門職との意見交換からも気づかれ、取締処分と援助の態勢の差異に基づく摩擦があり、このために向領域に跨る共通の調査体系の成立には困難性が伴うと考えられる。

このようなことは、近年、増えつつある大麻事犯検挙者数と麻薬中毒者の通報届出数の関係(表3)においても見られる。

表3中の大麻事犯検挙者数Bは、取締処分側の専門職が対象者の大麻所持あるいは販売、違法栽培を検挙した数である。これに対する大麻中毒者通報届出数Aの割合は、表中で抜く年においては、1%を越えていない極めて小さい値となっている。

この数値は、それか小さすぎることから、大麻検挙事犯者中に大麻を依存的に使用している者が少ないことを示すのではないと考えられる。おそらく、取締処分側の専門職か、大麻乱用者に相談を持

って対応する効果に期待しておらず、大麻乱用者を麻薬中毒者として通報するという動機がなく、その結果、大麻乱用者が通報の対象であることさえ忘れ去られたことか予想される。

表3 大麻中毒者の通報届出の状況

年次	S40年	S45年	S50年	S55年	S60年	H元年	H13年	H14年
検挙者 通報者								
大麻中毒通報届出数 A	2	5	0	1	0	2	10	8
大麻事犯検挙者数 B	259	733	909	1,433	1,273	1,470	1,525	1,873
A/B×1000	7.7	6.8	0	0.7	0	1.4	6.5	4.3

2 取締処分と援助の両領域に跨る共通の調査体系成立の可能性

1) 設定すべき調査体系の成立条件

効果的な調査に必要な要素は種々のものか考えられるか、関係機関の連携による薬物需要削減対策の効果を把握するために最も重要であることは、取締処分側と援助側に共通の様式で調査かなされることであろう。

2) 調査体系阻害の問題点

前出「C-1-3」取締処分と援助の間の摩擦」で示したように、共通の調査体系成立を阻害する要素か現在の薬物乱用者への対応に関する専門職の意識においては多く見られる。

一方で、規制薬物乱用者への対応において効果を上げるためには、取締処分側の専門職と援助側の専門職の態勢には差異があるべきである。

これらのことから、薬物需要削減対策を効果的なものに設定するための調査体

系は、薬物需要削減対策における取締処分側と援助側の態勢の差異か当然あるべきものとして、両方の専門職により受け入れられた後に成立するものと考えられる。このためには、取締処分と援助の間で良好な連携関係か築かれ、両者が行政のレベルで十分に互いの機能を認め合わなければならぬ。

現在は、また、取締処分側と援助側か円滑に連携し合う関係にはなく、両領域に共通の調査体系を成立させる状況にはないと考えられる。

3 今後のこの研究の展開

前記のように今年度の報告は、この分担研究独自では、調査の成立さえ不可能であることを主張するものである。しかし、取締処分と援助か相互の機能を認めあえる状況に至ったときには直ちに稼働するため、次年度からは、調査票の様式、並びに、調査票の処理法に関する検討を進める。

D 結論

- 1 薬物需要削減対策を効果的なものにするための調査を行うべきであり、いずれの機関からも共通の様式をもって報告を受ける調査体系を成立させるべきである。
- 2 上記の調査体系を設定するためには、全機関に受け入れられる連携が成立せねばならず、特に、取締処分側と援助側の連携を円滑にする必要がある。
- 3 現状では、取締処分と援助の連携が成立しておらず、従って、上記1の調査体系を設定することはできない。

E 参考文献

- 1) 麻薬 見せしめ行政の概況 厚生労働省医薬食品局監視指導 麻薬対策課 2003年10月 p144
- 2) 十月 樋二 薬物依存者の治療予後調査体制の確立と再発防止に関する研究、平成13年度の厚生科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業