

表7-3. 主な使用薬物について

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
主たる使用薬物 (複数回答可)	覚せい剤	9 (69.2)	2 (100.0)	11 (73.3)
	有機溶剤	1 (7.7)	1 (50.0)	2 (13.3)
	睡眠薬	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	抗不安薬	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	鎮痛薬	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	鎮咳薬	2 (15.4)	0 (.0)	2 (13.3)
	大麻	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	コカイン	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	ヘロイン	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	MDMA	1 (7.7)	0 (.0)	1 (6.7)
	マジックマッシュルーム	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	その他	1 (7.7)	0 (.0)	1 (6.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
最近1年間の入手経路	1年間使用していない	2 (15.4)	0 (.0)	2 (13.3)
	友人	1 (7.7)	0 (.0)	1 (6.7)
	知人	1 (7.7)	0 (.0)	1 (6.7)
	恋人・愛人	1 (7.7)	1 (50.0)	2 (13.3)
	家族	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	密売人(日本人)	2 (15.4)	1 (50.0)	3 (20.0)
	密売人(外国人)	5 (38.5)	0 (.0)	5 (33.3)
	医師	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	薬局	2 (15.4)	0 (.0)	2 (13.3)
	その他	2 (15.4)	0 (.0)	2 (13.3)
合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)	

表7-4. 薬物使用開始年齢および使用期間

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
使用開始年齢	15才未満	1 (7.7)	1 (50.0)	2 (13.3)
	15-19才	9 (69.2)	1 (50.0)	10 (66.7)
	20-24才	1 (7.7)	0 (.0)	1 (6.7)
	25-29才	1 (7.7)	0 (.0)	1 (6.7)
	30-34才	1 (7.7)	0 (.0)	1 (6.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
使用期間	5年未満	1 (7.7)	0 (.0)	1 (6.7)
	5-10年未満	4 (30.8)	1 (50.0)	5 (33.3)
	10-15年未満	5 (38.5)	1 (50.0)	6 (40.0)
	15-20年未満	2 (15.4)	0 (.0)	2 (13.3)
	20-25年未満	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	25-30年未満	1 (7.7)	0 (.0)	1 (6.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表8. 精神病エピソードの既往および発症年齢

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
精神病エピソードの既往	あり	11 (84.6)	2 (100.0)	13 (86.7)
	なし	2 (15.4)	0 (.0)	2 (13.3)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
発症年齢	20才未満	3 (27.3)	1 (50.0)	4 (30.8)
	20-24才	3 (27.3)	1 (50.0)	4 (30.8)
	25-29才	4 (36.4)	0 (.0)	4 (30.8)
	30-34才	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	35-39才	1 (9.1)	0 (.0)	1 (7.7)
	合計	11 (100.0)	2 (100.0)	13 (100.0)

表9. 薬物依存症に関する治療歴

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
精神科治療(通院)	あり	5 (38.5)	1 (50.0)	6 (40.0)
	なし	8 (61.5)	1 (50.0)	9 (60.0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
精神科治療(入院)	あり	8 (61.5)	1 (50.0)	9 (60.0)
	なし	5 (38.5)	1 (50.0)	6 (40.0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
依存症リハビリテーション施設(通所)	あり	2 (15.4)	1 (50.0)	3 (20.0)
	なし	11 (84.6)	1 (50.0)	12 (80.0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
依存症リハビリテーション施設(入所)	あり	2 (15.4)	0 (.0)	2 (13.3)
	なし	11 (84.6)	2 (100.0)	13 (86.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表10. M.I.N.I.による主たる精神疾患の評価

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
特になし		1 (12.5)	0 (.0)	1 (12.5)
薬物乱用(最近1年)		7 (87.5)	0 (.0)	7 (87.5)
薬物依存(最近1年)		7 (87.5)	0 (.0)	7 (87.5)
アルコール乱用(最近1年)		2 (25.0)	0 (.0)	2 (25.0)
アルコール依存(最近1年)		1 (12.5)	0 (.0)	1 (12.5)
高い自殺の危険性		2 (25.0)	0 (.0)	2 (25.0)
合計		8 (100.0)	0 (.0)	8 (100.0)

表11. 対象者の入寮時のPOMSおよびSUBI得点と一般男性得点の比較

		一般男性	対象者
		平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	12.0 (6.3)	14.5 (7.7)
	抑うつ	9.9 (9.8)	15.1 (13.9)
	怒り敵意	8.0 (8.2)	9.0 (11.8)
	活気	14.2 (6.1)	14.0 (7.3)
	疲労	9.3 (6.2)	9.6 (7.3)
	混乱	8.6 (4.7)	11.6 (5.0)
SUBI	陽性感情	35.6 (6.1)	33.5 (4.7)
	陰性感情	52.2 (5.6)	42.9 (3.4)

表12-1. 入寮0-3ヶ月および3-6ヶ月の生活について

		入寮0-3ヶ月	入寮3-6ヶ月
		度数 (%)	度数 (%)
施設での生活	有意義に過ごせている	6 (85.7)	4 (80.0)
	どちらともいえない	1 (14.3)	1 (20.0)
	有意義に過ごせていない	0 (.0)	0 (.0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
毎朝決まった時間帯に起きる	よくあてはまる	4 (57.1)	1 (20.0)
	どちらかというにあてはまる	2 (28.6)	2 (40.0)
	どちらともいえない	0 (.0)	1 (20.0)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (14.3)	1 (20.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
身の回りの掃除や片づけをこまめにする	よくあてはまる	1 (14.3)	0 (.0)
	どちらかというにあてはまる	5 (71.4)	2 (40.0)
	どちらともいえない	0 (.0)	3 (60.0)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	1 (14.3)	0 (.0)
合計	7 (100.0)	5 (100.0)	
毎日歯磨きや洗顔をする	よくあてはまる	6 (85.7)	3 (60.0)
	どちらかというにあてはまる	1 (14.3)	1 (20.0)
	どちらともいえない	0 (.0)	1 (20.0)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)
合計	7 (100.0)	5 (100.0)	
食事の回数や時間帯は規則的である	よくあてはまる	4 (57.1)	1 (20.0)
	どちらかというにあてはまる	3 (42.9)	3 (60.0)
	どちらともいえない	0 (.0)	1 (20.0)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)
合計	7 (100.0)	5 (100.0)	
計画的に時間を使い毎日を過ごしている	よくあてはまる	2 (28.6)	0 (.0)
	どちらかというにあてはまる	2 (28.6)	2 (40.0)
	どちらともいえない	3 (42.9)	2 (40.0)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (.0)	1 (20.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)
合計	7 (100.0)	5 (100.0)	
夜更かしをすることはほとんどない	よくあてはまる	2 (28.6)	2 (40.0)
	どちらかというにあてはまる	2 (28.6)	1 (20.0)
	どちらともいえない	1 (14.3)	1 (20.0)
	どちらかといえばあてはまらない	2 (28.6)	1 (20.0)
	まったくあてはまらない	0 (.0)	0 (.0)
合計	7 (100.0)	5 (100.0)	
自助グループへの参加	3ヶ月で数回	0 (.0)	0 (.0)
	月に数回	0 (.0)	2 (40.0)
	週に数回	7 (100.0)	3 (60.0)
	ほぼ毎日	0 (.0)	0 (.0)
	まったく参加していない	0 (.0)	0 (.0)
合計	7 (100.0)	5 (100.0)	
最近3ヶ月の飲酒生活	まったく飲まなかった	5 (71.4)	3 (60.0)
	3ヶ月で数回飲んだ	1 (14.3)	2 (40.0)
	月に数回飲んだ	1 (14.3)	0 (.0)
	週に数回飲んだ	0 (.0)	0 (.0)
	ほぼ毎日飲んだ	0 (.0)	0 (.0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)

表12-2. 入寮0-3ヶ月および3-6ヶ月の生活について

	入寮0-3ヶ月		入寮3-6ヶ月	
	度数	(%)	度数	(%)
困った事や悩み事があるとき相談できる	家族	0 (.0)	0 (.0)	
	共に依存症からの回復を目指す仲間	5 (83.3)	3 (75.0)	
	昔からの友人	1 (16.7)	1 (25.0)	
	新しくできた友人	0 (.0)	0 (.0)	
	相談できる人がいない	0 (.0)	0 (.0)	
	無回答	1 (16.7)	1 (25.0)	
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)	
現在クスリを使っている人とのつきあい	まったくない	7 (100.0)	4 (80.0)	
	ときどきある	0 (.0)	0 (.0)	
	よくある	0 (.0)	1 (20.0)	
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)	
クスリが手に入る場所に行くこと	まったくない	7 (100.0)	4 (80.0)	
	ときどきある	0 (.0)	1 (20.0)	
	よくある	0 (.0)	0 (.0)	
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)	
クスリが欲しくなるような情報を見聞きす	まったくない	3 (42.9)	3 (60.0)	
	ときどきある	3 (42.9)	2 (40.0)	
	よくある	1 (14.3)	0 (.0)	
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)	

表13. 入寮時から入寮3ヶ月までのPOMSおよびSUBI得点の経時的変化

		入寮時		入寮3ヶ月	
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	14.5 (7.7)	12.0 (2.8)		
	抑うつ	15.1 (13.9)	11.7 (8.7)		
	怒り敵意	9.0 (11.8)	9.8 (4.1)		
	活気	14.0 (7.3)	15.3 (7.2)		
	疲労	9.6 (7.3)	7.8 (3.1)		
	混乱	11.6 (5.0)	10.2 (3.4)		
SUBI	陽性感情	33.5 (4.7)	33.8 (6.2)		
	陰性感情	42.9 (3.4)	45.2 (3.2)		

表14-1. 退寮0-3ヶ月の生活について

		度数 (%)
現在の住居	実家	1 (12.5)
	自分の持ち家	1 (12.5)
	賃貸住宅	6 (75.0)
	入院	0 (0)
	依存症治療施設に入所	0 (0)
	不定	0 (0)
	合計	8 (100.0)
共同生活者	パートナー(と子ども)	0 (0)
	両親(とその子ども)	1 (12.5)
	友人	0 (0)
	1人暮らし	7 (87.5)
	合計	8 (100.0)
毎朝決まった時間帯に起きる	よくあてはまる	5 (62.5)
	どちらかというにあてはまる	2 (25.0)
	どちらともいえない	0 (0)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (12.5)
	まったくあてはまらない	0 (0)
	合計	8 (100.0)
身の回りの掃除や片づけをこまめにする	よくあてはまる	3 (37.5)
	どちらかというにあてはまる	3 (37.5)
	どちらともいえない	1 (12.5)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (12.5)
	まったくあてはまらない	0 (0)
	合計	8 (100.0)
毎日歯磨きや洗顔をする	よくあてはまる	7 (87.5)
	どちらかというにあてはまる	1 (12.5)
	どちらともいえない	0 (0)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)
	合計	8 (100.0)
食事の回数や時間帯は規則的である	よくあてはまる	2 (25.0)
	どちらかというにあてはまる	3 (37.5)
	どちらともいえない	1 (12.5)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (12.5)
	まったくあてはまらない	1 (12.5)
	合計	8 (100.0)
計画的に時間を使い毎日を過ごしている	よくあてはまる	0 (0)
	どちらかというにあてはまる	3 (37.5)
	どちらともいえない	5 (62.5)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)
	合計	8 (100.0)
夜更かしをすることはほとんどない	よくあてはまる	2 (25.0)
	どちらかというにあてはまる	1 (12.5)
	どちらともいえない	3 (37.5)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (12.5)
	まったくあてはまらない	1 (12.5)
	合計	8 (100.0)
自助グループへの参加	3ヶ月で数回	0 (0)
	月に数回	2 (25.0)
	週に数回	3 (37.5)
	ほぼ毎日	0 (0)
	まったく参加していない	3 (37.5)
	合計	8 (100.0)
最近3ヶ月の飲酒生活	まったく飲まなかった	2 (25.0)
	3ヶ月で数回飲んだ	0 (0)
	月に数回飲んだ	0 (0)
	週に数回飲んだ	5 (62.5)
	ほぼ毎日飲んだ	1 (12.5)
	合計	8 (100.0)

表14-2. 退寮0-3ヶ月の生活について

最近3ヶ月の主な勤務形態	常勤の正社員	1 (12.5)
	常勤のアルバイト	3 (37.5)
	非常勤(週20-30時間)	2 (25.0)
	非常勤(週10-20時間)	0 (.0)
	非常勤(週10時間以下)	0 (.0)
	無職	2 (25.0)
	合計	8 (100.0)
1ヶ月の平均収入	5万円未満	2 (25.0)
	5-10万未満	2 (25.0)
	10-15万未満	3 (37.5)
	15-20万未満	1 (12.5)
	合計	8 (100.0)
主な生活費の出所	自分で賄っている	5 (62.5)
	生活保護	0 (.0)
	親の補助	3 (37.5)
	その他	0 (.0)
	合計	8 (100.0)
自由時間を共に過ごす人	家族	1 (12.5)
	共に依存症からの回復を目指す仲間	3 (37.5)
	昔からの友人	0 (.0)
	新しくできた友人	1 (12.5)
	ひとり	3 (37.5)
合計	8 (100.0)	
自由時間の過ごし方に対する満足度	満足している	2 (25.0)
	どちらともいえない	6 (75.0)
	不満足である	0 (.0)
	合計	8 (100.0)
困った事や悩み事があるとき相談できる人	家族	1 (12.5)
	共に依存症からの回復を目指す仲間	5 (62.5)
	昔からの友人	2 (25.0)
	新しくできた友人	0 (.0)
	相談できる人がいない	0 (.0)
合計	8 (100.0)	
現在クスリを使っている人とのつきあい	まったくない	7 (87.5)
	ときどきある	1 (12.5)
	よくある	0 (.0)
	合計	8 (100.0)
クスリが手に入る場所に行くこと	まったくない	7 (87.5)
	ときどきある	1 (12.5)
	よくある	0 (.0)
	合計	8 (100.0)
クスリが欲しくなるような情報を見聞きする	まったくない	3 (37.5)
	ときどきある	5 (62.5)
	よくある	0 (.0)
	合計	8 (100.0)

表15. 退寮3ヶ月時点のPOMSおよびSUBI得点と一般男性得点の比較

		一般男性	対象者
		平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	12.0 (6.3)	14.3 (5.4)
	抑うつ	9.9 (9.8)	18.0 (13.7)
	怒り敵意	8.0 (8.2)	15.7 (12.2)
	活気	14.2 (6.1)	12.9 (5.4)
	疲労	9.3 (6.2)	10.7 (9.0)
	混乱	8.6 (4.7)	12.0 (4.7)
SUBI	陽性感情	35.6 (6.1)	32.3 (5.2)
	陰性感情	52.2 (5.6)	43.1 (6.7)

表16. 退寮者の入寮中および退寮後3ヶ月の薬物使用

	入寮中 (本人)	入寮中 (スタッフ)	退寮3ヶ 月(本人)	退寮3ヶ 月(スタッ
No.1	●	●		▲
No.2				
No.3				
No.4	-	-	-	-
No.5				
No.6				
No.8				
No.12			●	●
No.13				
No.16				
再使用率	11.1	11.1	11.1	22.2

●=再使用あり

▲=再使用が強く疑われる

- =調査同意得られず

分担研究報告書
(2-4)

わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究(1)

分担研究者 宮永 耕 東海大学健康科学部社会福祉学科
研究協力者 栗坪 千明 栃木ダルク
森田 展彰 筑波大学大学院人間総合科学研究科
梅野 充 東京都立松沢病院精神科
松本 俊彦、和田 清 国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究要旨 薬物依存者に対する処遇は、世界的に見ると「治療共同体＝(原語では、”Therapeutic Community” : TC)」を用いて行なわれているものが主流であるといわれる。しかし、わが国においては、そのような治療共同体を地域の中での治療的処遇システムに位置づけた実践は、その必要性の指摘や社会的要請の有無とは別に、いまだ実現していない。本研究では、昨年度までの2年間に実施した、主に世界各地で実際に運営されている治療共同体とその関連システムに関する実地調査の成果を基に、現在の治療共同体概念の整理を行い、その特徴とメリットについて検討する。その上で、この治療共同体のわが国への導入について現状の処遇システムから出発してその方策について検討することを目的とした。今年度は、まず昨年度までの研究成果を実践領域に関わる多くの実務者や研究者との間で共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC研究会(仮称)」を組織し、そこで数回の研究会を試験的に開催して、今後の検討課題を整理した。

TC研究会での討議を通して共有された課題として、以下のことが挙げられた。

1. TC コンセプトに基づいた実際の治療施設・サービス機関の不在と薬物関連問題の実態から見たニーズの整理
2. なぜ、わが国にもTCが必要か？(敢えてDARCではなく、TCであることの意味は何か)
3. TCを導入していく場合の基本原則(文化的・制度的・社会的)の明確化と共有
4. 日本において求められるTCのMission(使命)の明文化とAdministration(施設運営)領域に関わる課題の整理

既に世界各地で実施されているTCの直訳的な導入ではなく、わが国の歴史・社会的、制度的あるいは薬物乱用・依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的な側面までも視野に入れ、既存の資源との連携を前提とした具体的方策について明らかにしていく必要が確認された。

A. 研究目的

薬物依存者に対する治療的処遇は、世界的な潮流として、ここで取り上げる「治療共同体＝(原語で”Therapeutic Community”)」を用いて行なわれているといわれる。昨年度まで2年間の本分担研究においては、この治療共同体の概念について総括的に調査し、その実際の状況について詳細に報告した。本年度からは、これまで調査した南北アメリカや欧州社会とわが国との社会諸状況の差異を考慮しつつ、この効果的な治療的処遇施設の導入について今後検討していくため、わが国での実践領域に関わる実務

者や研究者との間でTCに関する情報と共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場を設けた。今年度はTCの導入に関する諸課題の概括的を整理を目的とした。

B. 研究方法

「治療共同体(Therapeutic Community、以下ではTCとする)」の現状に関する諸情報について総合的に理解するために、TCに関して公刊されている海外の文献に加えて、昨年度までの実地調査で得られた

各施設の事業概要パンフレットや年度統計報告書や記念誌等の記述を基に TC 概念の整理を行った。

さらに、実践領域に関わる多くの実務者や研究者との間で共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC 研究会（仮称）」を組織し、そこで数回の研究会を開催して、今後の本分担研究の検討課題を順次整理した。

C. 研究結果

1. TC 概念の再整理（リプライ）

薬物依存者を対象とした TC は、1960 年代以降にアメリカにおいて、AA 等自助グループの活動の広がりを中心に、当時の既存治療に対するオルタナティブ（alternative＝自助的代替策）として発展してきた。伝統的 TC においては、共同体運営を基本とする長期の入寮型プログラムを基本とし、回復モデルとしてのリカバードスタッフの活用と専門職とのコラボレーションによる包括的な介入とサービスの提供を行っていることについては、これまでの本分担研究において報告した。

しかしながら、わが国では領域を問わず一様に、TC という言葉そのものについてのなじみは薄く、協働すべき専門諸領域をはじめ、地域住民・ボランティアまでを含めた広範な人々との連携を考慮するとき、まずどのようにしてこの概念の共有を図るか、という課題に突き当たる。その意味で、後述する「TC 研究会」においても、まず取り上げるべきテーマは「TC とは何か」ということだった。

昨年度の本分担研究報告書でも冒頭で述べた TC とは何か、という課題について、いま一度ここでの記述を以下に引用して確認する。

(1) TC という言葉が示すもの

TC という用語が示しているものは、その文脈において若干の読み替えを要する場面がある。すなわち、TC とは、集団形態をとる生活そのものであり、治療的介入の方法であり、また目的概念でもある。TC はプロセスであり、施設やその運営であり、相互関係についての理念でもある。また、わが国では治療施設というと設備や建物あるいは団体や組織をイメージしがちであるが、TC を治療施設ととらえるとき、その内容はそこで展開されるプログラム自体（いわばソフトウェア）を指している。（中略）

治療的アプローチとしての TC は、そのプロセスを大きく 3 つのステージに分けて考えるが、その中心となる第 2 段階が、そのものとして一般に” TC Phase” と呼ばれることから、狭義には中・長期間の共同化された入寮生活場面をもって TC として議論される。しかしながら、その前後となる導入に主眼を置いた第 1 段階と、社会への再適応を目指す第 3 段階も含めた一連の治療戦略もまた同様に TC の用語を用いてそのあり方が議論され、その改良と修正方法が世界各地の実践現場でも模索されていた。

なお、後述する WFTC では、以下のように TC について定義し Web Site に掲載している。

治療共同体とは何か？（by WFTC；宮永試訳）

「治療共同体（TC）」とは、薬物乱用行動をやめ個人の成長を促進することをその主要な目的とする、薬から解放された自助的援助プログラムである。TC モデルは 9 つの必須の要素を取り入れる。これら要素は、行動と態度の変化に共同体（コミュニティ）を利用するという社会的学習理論に基づいている。それら要素とは、以下のものである：

1. 活発な参加、
2. メンバーシップ・フィードバック、
3. 役割のモデリング、
4. 個々の変化を導くための総体的なフォーマット、
5. 共有された基準と価値、
6. 構造とシステム、
7. 開かれたコミュニケーション、
8. 個人間のまたはグループの関係、そして
9. ユニークな言葉の使い方、である。

TC は、専門家とそれに共同するスタッフ、その両者を含む。自らのプログラムを修了し、カウンセリングにおける研修期間のトレーニングを完了した TC プログラムの卒業生は、プログラムの持つ効果の重要な一部分である。そしてそのことは、医学、精神保健、教育および法律領域からの専門家の包含と同等である。

共同体活動は、メンバーが個人的な発展における以下の 5 つの、別個ながらも重なりあう領域で探求し、自分自身について学ぶことを援助する：それは行動管理（感情的または心理的で、知的で、霊的で、職業あるいは教育と生き残るための技術）である。

TC は、人間とは変化することが可能で、共通の人間としての経験を理解し共有して、学習が挑戦と行動とを通して達成されることを信じる。

TC における治療は、共同体への参入（入寮）から始まる。ここで、メンバーは価値と共同体の規範を学ぶが、それは社会によって保持されたそれらの反映されたものでもある。治療の中間段階においては、メンバーは個々の物語と経験とを探究し、新しい行動を行い、自身に対する大いなる自尊心と知識とを獲得し始める。新しい態度と行動が発展させられる時に、また、職業上あるいは教育的トレーニングを含め、未来のための個々のゴールと可能性もまた発展する。

治療の次なる段階は、より大きな共同体への再入場（Re-Entry）という重要な仕事に関係する。他者と関係する新しい方法が実施され、メンバーは共同体からサポートを受けながら TC 外部で働くか学校に通うという貴重な経験を得る。最終的には、メンバーは独立して住み、アフタケア・プログラムからのサポートを受け続けていく用意ができるだろう。

TC モデルは異なるクライアントの集団と設定とに適応可能である。青年期向けのプログラムは、完全な教育的なカリキュラムと、家族へのより大きな関与を含む。そのモデルは、通所利用者に対する設定に、また長期間またはより短期間での治療にも応用可能で、それらの特別な医療的関与または他の生活様式における変化を引き起こす専門的なグループを含むことができる。

TC は回復プロセスにおいて、人間全体を、その個人の完全で健康的協力的な人間関係と、満足な仕事とを伴った積極的な生活に引きつける。

（中略）

（2）世界標準としての WFTC

WFTC は今日全世界的な TC の連合体として、各地で行われる TC 実践の方向に大きな影響力を持っている。Mission（使命）と Vision（展望）とを共有し、それは Philosophy（哲学・人生観）として TC に参加するあらゆる人々に、その生活実践場面で共有されている。また、それら全体が TC 治療の Value（価値）を宣言する。この領域における治療的介入の最大エージェントは世界的に見て TC であることから、薬物問題を抱える多くの政府関連機関が取り組みを進めようとする際にも、外部機関として治療経験に裏打ちされた一定の影響力を持ち得る。（中略）

また、運営方針や戦略の違いなどにより WFTC に加盟しないその他の TC 実践も、全世界においてこの外側に展開されている現実を考えると、民間施設 DARC（Drug Addiction Rehabilitation Center）が独自に 1980 年代半ばより行ってきた援助実践活動において他にほとんど進展が見られなかったわが国の状況に対して、TC はこの上ない具体的な素材としても我々の前に提示されていることが理解できる。

2. TC 導入により想定されるメリット

薬物依存者の回復援助をめぐるわが国の現状から見たとき、今後 TC が導入されることによって期待されるメリット（利得）は、以下のように指摘することができる。

（1）既存制度・施設で対応不十分な乱用・依存者層へのアプローチ

薬物乱用者・依存者を処遇する施設群は、現状では司法施設と精神病院に大別され、その他の数的にはわずかの層に対して民間リハビリテーション施設 DARC（ダルク）が対応している実態については、これまでも本研究班を中心としてその他からも繰り返し指摘されてきた。また、もう少しその状況を詳しく述べるなら、現行制度下では、司法施設が処遇対象とするのは違法性を根拠にした「薬物乱用」者であり、依存の問題もまた再犯・再乱用防止の範囲において定義付けられる。司法施設処遇の経験者が刑期を終えて、または仮釈放、執行猶予・保護観察、試験観察といったさまざまな条件で地域生活を再開する中での依存問題そのものへの具体的援助は、実際に必要な取り組みが体系化されて機能しているとは言えず、その結果として DARC や APARI 等の民間団体がそのケアの役割を担ってきた。

またその一方で、精神科医療の処遇対象は本来的に医療的介入の可否を根拠とするため、不可避免的に院内における精神病症状（psychotic states）への対応が中心となり、一部の医療機関で行われている薬物依存をターゲットとした病院内での体系的治療プログラムも存在するものの、急性期症状を中心とした症状消失後に移行する退院後の施設外処遇に関しては総じて限界があり、ここでも DARC のような入寮または通所による長期間ケアの存在を前提としてアフタケアを組み立てざるを得ない現状にある。

筆者らがこれまで調査・報告してきた TC は、その存在する各地において、上記の司法施設や医療施設

と並存する形で薬物乱用・依存問題に関与し、わが国の DARC に見られるような回復者の経験を最大限活用しつつそこに医療・保健、司法、心理・教育、ソーシャルワークといった専門援助職が多面的に関与することで機能しており、明確な運営体制と安定した財政基盤を有する専門援助機関として認知されている。このような機関が地域の中に必要な量において存在することで、医療機関や司法機関が本来的に対応することが難しい周辺層を含めた、より幅の広い薬物使用者層にもアプローチすることが可能になっていた。利用者（クライアント）は治療のための自発的自覚的な申請者の他、他機関による判定と送致・紹介による「援助を求める前段階」の利用者も含んで構成し、個々の生活状況に対応した多様な財源によるプログラム利用が可能となっていた。また、施設内で行われる集団でのさまざまな共同体活動（グループ）を基本に、担当カウンセラー等による個別援助プログラムも合わせて提供され、基本的に利用者一人ひとりのニーズに合わせた利用期間やプログラムメニューに対応するものとなっていた。

(2) 地域における専門的援助の可能性

TC では、上記のとおり各種の専門職が配置確保されていることから、これまで特に DARC 等の民間リハ施設では対応が困難だった各種の層に対する専門的介入が期待される。その例を挙げれば、慢性期の精神疾患と薬物乱用・依存とを合併し、処方薬を用いたコントロールが長期にわたって不可欠な Co-occurring/Dual diagnosis と呼ばれる状態の者、あるいは継続した管理を必要とする身体的な疾患や障害状態を持つ薬物依存者、教育的・職業訓練的介入が必要な若年の薬物依存者、民族的・性的マイノリティに属する薬物依存者、児童養育、特に乳児をかかえて治療に取り組みざるを得ない薬物依存者、ホームレス状態に陥った薬物依存者、等に対しても、それぞれに必要とされる専門的援助機能の組み合わせにより、独自の援助プログラムを提供している実例を多く見る事ができた。

また、施設内にとどまらず、地域のボランティア（NA メンバーなど）や特にプログラム修了者で社会復帰を達成している人々等、施設外の援助資源との協働も視野に入れるべきであることが、昨年度までの調査を通して理解された。

(3) DARC の役割の明確化

わが国の状況を説明する際、非医療・非司法施設として頻繁に登場する DARC は、本来 NA (Narcotics Anonymous) の 12 ステップをその回復指針の中心に置く、依存者自身による主体的な運営を前提とした自助コミュニティである。薬物使用経験者として接近し得る独自のスタンスによって、先行く回復の体験者が、援助を必要としながらその方法に結びついていない薬物依存者に対して、経験に基づいて回復の環境に導き同伴する共同体として、薬物依存を治療する専門治療施設としての役割を負うことにはなじみにくい部分も持っている。自ら薬を使用せずに生きたい望んだ依存者が、薬物使用から解放されて安全に回復のためのプログラムに取り組めるように仲間同士でサポートする場であって、専門的な治療を提供する施設であることを自ら標榜してはいない。

たとえば、治療動機のまだ十分でない、回復を第一義に位置づけられない段階の依存者に対しては、治療に踏み止まらせるための権限も持ち得ず、必要な情報を順次提供しながら、回復を目指し仲間とともにプログラムに参加する自らの姿を見せる他には、そこで提供し得るものは少ない。依存者自身の治療経過に関わるため対応せざるを得ない家族に対するサポートも、本来的には DARC 外の機関で扱われた方が問題を引き起こしにくいことも、これまでの経験によって理解されてきている。しかし、現在では、一般地域や教育機関内の薬物乱用防止教育や司法施設内での再乱用防止教育にも DARC のスタッフらが関与する場面が増えている。

DARC はその周囲との関わりの中で、この 20 年余りの間に多様な社会的なニーズにも対応してきたが、その反面活動開始当初より変わらない本来の目的に専念することが困難となる事態も経験してきた。薬物乱用・依存の問題が現実の中で複雑多様に表出される中で、既存の社会資源が対応できないことを理由に、DARC に過大ともいえる期待が寄せられる事例を各地で聞いてきた。

TC という新たな治療的環境がわが国で開始されることで、これまで DARC が対応せざるを得なかった薬物依存者層の一部が TC へ方向付けされるとすれば、結果として DARC 自身の活動はより純粋なものに整理されることになる。TC が日本において DARC と施設利用者を競合することは考えにくく、むしろより DARC の本来的機能に適合した対象者の割合が増えていくことが期待される。エンカウンターグル

ープの方式をベースにした12ステッププログラムの共同実践が回復に効果的に機能する薬物依存者には、DARCの提供するプログラムが最も有効な治療的資源となり得る。

また、利用者側から見ても、現在のようにDARCへの入寮・通所に同意するか否か、という単純な選択肢から、それ以外の治療的環境、プログラムを選択することが可能となる。DARCを既に何度か利用した経験があり、そこで回復のチャンスが得られにくかった人々にとっては特に、オルタナティブの存在は治療動機確保の上でも大きな意味を持ち得ると考えられる。

TCは本来的に緊張感と密着度の高い環境となることから、そこでのプログラム参加には大きなエネルギーが求められる。さらに昨年度調査したアメリカのTCでは、プログラム卒業者の退寮5年後の断薬継続成績はきわめて良いとのデータが示され、ヨーロッパの施設でも修了者がボランティアとしてかつての施設のスタッフ補助の役割を担って活躍している事例に触れるなど、修了者の回復率は総じて良好との印象を受けた。ただし、共同体への参加からプログラム修了までの長い道のりの中では、決して少なくはないドロップアウト群も存在する。ここでの議論のポイントは、より多様な背景を持つわが国の薬物依存者層に対して、DARC以外の治療的オプションを示して選択の途を確保し、結果的に回復のチャンスを増やすメリットにある。

D. 考察

わが国におけるTCに求められる諸課題として、現時点では以下の各点が挙げられる。

(1) 共同体の運営による相互援助環境の維持と明確な治療（回復）指針

AA/NAの「12のステップ」については、DARC（あるいはそれに先行するMAC）がそれを明確に打ち出した実践を続けてきた。一方で、アメリカにおいても12ステップはアディクションからの回復を論じる際の共通認識の根底に存在するとはいえ、それだけですべてを説明するのではなく、たとえばヨーロッパでは12ステップに限定しない独自の形式による回復指針や規範が示されていた。DAYTOPでは、施設内の各所に”Unwritten Philosophy”という形の回復に役立つ考え方（標語）が掲示され、日々のミーティングのテーマにも取り入れられていた。わが

国の場合は、共同体に参加する主体となる日本人、あるいはアジア人の生活文化を考慮しながら、それと遊離しない形での治療指針、回復指針の提示ができれば有効かつ必要であると考えられる。

アメリカ、ヨーロッパ型の先行事例の直訳導入は、当初はやむを得ないにしろ、ある程度の期間が過ぎた今日では、再検討されるべき部分もあろう。12ステップの表現自体に拘束されるのではなく、実践のなかで治療的に機能する治療指針の積極的な言語化・日本語化とプログラムに即したその共有はTC概念の普及にも貢献すると考えられる。

(2) 共同体運営規範の実践的検討

TCは自覚的な参加に始まり、24時間の共同生活による緊張度の高い環境であることは既に述べた。入寮直後の者から経験の長いもの、さらには回復者カウンセラー、専門職スタッフまでが参加して形成される構造は、垂直的にも水平的にも公平で民主的に運営される必要がある。判断や決定の権限や指示系統の明確さなどから見る限り軍隊的組織にも近い印象を受けるが、治療目的に照らして各段階に属する個々の参加者がその権限の大きさに比例した責任を負い、相互評価により昇進・降格が行われる環境の「風通しの良さ」を確保するためには、どのような運営のルールがどのような形式で必要となるのか。また、日本で運営される際に特に注意されるべき点はどこか、経験を通して明確にされる必要がある。

(3) 生活スキルの獲得可能なプログラム

TCでは治療の第3段階にRe-Entryを共通に掲げるが、その際共同体から離れる以前に自立した日常生活管理能力を身に付けておくことが、その後の安定した断薬生活の維持の基本ともなる。この部分の援助にはどのような経験と技術を持ったスタッフに関わり援助していくべきか。また、具体的に施設内でどのようなトレーニングを、どのような順序で提供することが効果的であるのか。このことについては、児童を対象にしたTCと成人を対象にしたTCとでは、おのずとその戦略も異なることが予想される。

(4) 職業訓練と経済的自立に有効なプログラム

(3)と同様に、経済的自立の課題を退寮後に達成するためには、入寮期間中に行われるべき段階的な職業訓練のあり方にはどのような要素が求められるのか。症状としての薬物使用の再発を予防しながら、労働能力を活用して収入の拡大を図る道筋には、施設内プログラム以外の援助も組み合わせる必要がある

ろう。実践的には、地域の職業紹介・訓練機関との連携、として課題を曖昧にすることなく、具体的に治療を中心においた生活から部分的就労と労働時間の拡大、施設外就労と独立した生活運営、完全な独立とアフタケア利用の維持までのプロセスを、TCの側でどこまでを守備範囲とするか明確にして利用者と外部機関に対し示す必要がある。年齢・性別・就労経験の異なる多様な利用者に幅広く対応できるトレーニングプログラムのメニューについても検討と開発が必要となる。

(5) 個別処遇及び Case Management の確保

TCの環境は基本的に集団行動がベースとなる中で、個々の異なる課題への対応が治療効果にも大きく影響する。Case Managementとは、本来的に個々の薬物依存者が有するニーズに共同体が提供できるサービスを届かせるための援助を指し、Re-Entry段階では特に施設外部の諸サービスや資源とも結び付けていく援助場面が想定される。就職や住居確保など地域の諸事情に左右されやすい援助課題もそこには含まれるため、それらに関する情報にも精通した社会福祉の専門援助職、ソーシャルワーカーが十分な数で配置されていることが求められる。

(6) Bio-Psycho-Social な課題への総合的ケア

他の項目とも相互に関連するが、TCで行われるべき薬物依存問題を持ったクライアントに対しては、生物学的、心理的、社会的な各側面からの理解に基づく統合的な援助が必要とされる。生理（医療）的視点やあるいは心理的側面、そして社会的側面のどれもが等しく回復の援助に重要な条件となり、いずれかが中心でその他が従属的な要素ではない。また、たとえ援助職として各領域のスペシャリストとして役割を担っている場合でも、その他の側面からの視点の意識を保持してクライアントの状況を多面的にとらえるなかで機能するような「専門的役割」が求められている。他職種による協働を前提とした環境であるからこそ、薬物依存者へのケアを

Bio-Psycho-Social な視点で常に意識して関わることは、わが国で今後専門援助を考える際にも特に重要な原則の一つとなろう。

(7) 司法処遇との連携（治療的視点に立った Diversion の可否とあわせて）

昨年度の報告でも紹介したように、アメリカのみならずヨーロッパでも裁判所からの指示を契機に TCでの治療につながる例が増加している。1990年代

にアメリカで徐々に始められたドラッグコート

(Drug Treatment Court) 制度が、既に地域で治療的実績を挙げていた TC およびそこで提供可能な治療的サービスと連携することにより実現し、現在までに国内にとどまらず海外にまで普及していった。わが国では裁判所及び司法制度自体がアメリカ等の国々とは大きく異なっているが、薬物関連犯罪によって送致される人口が増加し、その再犯率を低下させる方策の検討が求められている状況は共通している。司法制度自体の改正とは別の意味で、薬物依存者に対して裁判所が治療的処遇が必要かつ有効と判断し、送致する先に待機する期待できる「治療の受け皿」の存在なしには、ドラッグコート制度も現実的なシステムとして成立しない。そのために TCの導入と治療実績の蓄積は、わが国においても現時点での重要な検討課題となり得る。

(8) 治療契約の確立

ドラッグコート制度の導入を例として、アメリカやヨーロッパと同じく自発的な治療動機が十分でない利用者が多数送致されてくるとすれば、それらのクライアントを共同体に受け入れて処遇するプロセスにあっては治療契約の明確化が不可欠の手続きとされる。新たに参入される共同体の構成者になり得る人々に対し、TC環境の目的やプログラムの意味やルールについてインフォームドコンセントを確保し、また書面に記録保存することは非常に重要な事項であり、治療の全期間を通して退寮もしくは利用終了時まで続けられる。わが国では、総じてこれまでこれら手続きの重要性に関する意識が充分とはいえず、その改善に向けた取り組みが各機関で始められてからまだ日は浅い。

治療契約をめぐる利用者との現実場面でのやり取りは、治療にむけた意識の養成や維持にも影響することが考えられる。治療的・管理的両面から治療契約のあり方について詳細な検討が必要である。

(9) 治療効果の測定方法確立と結果の公開

TCによる治療・援助が開始されたならば、社会的施設として以後その効果について定期的に測定が行われ、社会的にも公表される必要がある。TCが治療的に見て効果のある援助方法であることを実証し、わが国の社会の中で専門治療施設として認知されていかななくてはならない。また、実際には TCを運営する団体は、海外での事例から判断して、わが国においては NPO等の民間団体が有力と考えられる。公的

な補助金を受託する場合や、外部からの寄付金を受けることが運営に不可欠な条件として想定されるが、その場合も治療効果測定に基づくデータが要求されることは、先行する海外の現状に照らしても当然課題となることが理解される。

(10) 専門援助職（スタッフ）の養成と確保

専門的な援助を担うスタッフの存在は、TC 導入の不可欠な条件の一つである。昨年度の研究報告書でもその重要性について指摘したが、TC 環境は回復者カウンセラーから外部教育機関での養成を前提とした各種専門技術職までの多様なスタッフ構成にも特徴がある。しかも、それぞれが専門技術を持ち寄るだけではなく、TC という独自の環境の目的に沿って具体的な役割を相互に再規定しあう必要があり、その意味で TC に必要な専門的援助技術は TC 環境の下でトレーニングを受けることが最も有効であるといえる。実際にアメリカ等の先行する国々では TC で働くスタッフの養成プログラムを TC 自身が運営し、段階的に実務への参加を通して次世代の援助スタッフの確保に取り組んでいた。

TC を現時点で持たないわが国の場合、TC 導入で必要となる最も実践的なスタッフ養成のためには、海外で実施されている TC スタッフの養成プログラムに参加して学び、実際の運営に必要な知識や技術を修得して日本で実践することが近道である。この場合、概して長期間の TC 環境下での生活体験をベースにした養成が行われており、そこに参加するには時間と費用の確保がさしあたっての課題となる。たとえば、DAYTOP International Inc. のような途上国からの援助依頼にも対応してきた団体の場合、研修費は TC 内の仕事に参加することを条件に一人一月 150 米ドルといわれ、費用面はさほど問題にならないとしても、言語コミュニケーション上の問題が残されている。現状では、仮に TC 環境における実践的なスタッフ研修を修了して帰国しても、そのスキルを生かす環境が未整備で帰国後のフィールドも保障されないために、海外での実務研修に参加する人材を募ることには無理がある。DARC の現場スタッフの場合でも、仮にその意思があったとしても長期間現場を離れて、また帰国後に DARC の中でその技能を生かす場が明確にならない限り、費用・コミュニケーション能力といったその他の条件をクリアすることと合わせ困難が予想される。

TC が不在の現状では、TC で働くべきスタッフの確保についても、現実的に多くの困難な条件をクリアする必要がある。

E. 今後の研究課題

今年度は、TC に関するこれまでの分担研究を今一度整理し、わが国の社会状況に適合する TC の諸条件を考察する準備をした。年度の途中に開始することができた「TC 研究会」での議論を、次年度はさらに展開することによって、日本型 TC の原型（プロトタイプ）をイメージできるようにしたい。そのための条件を整理して提示することにより、必要となる関係機関の協力の下にまずは TC としての自覚的な実践への足がかりを、研究会参加者と共同で作ることを到達課題とする。

まず、TC 研究会では、医療、司法、地域保健、DARC スタッフらの専門職の援助経験と TC コンセプトの出会いフィールドを確保し、わが国の実態からアプローチ可能な TC モデルを明確にする目的で議論し、整理する。

また、自らの文化的・社会的状況に合わせた TC を標榜する際に、欧米型 TC からは見えにくいアジア型の共同体イメージを検証する資料も必要となることが予想されるため、昨年度までに調査できなかったアジア諸国での先行する共同体運営について実地調査するとともに、昨年度のヨーロッパ調査の際に Democratic（民主的運営）Model として紹介されていたイギリス等での TC 実践についても追加調査し、オルタナティブとしての情報を収集して、随時 TC 研究会の議論に生かせるよう資料提示する。

合わせて、次年度には海外の TC 専門職らの招聘によるワークショップあるいは研修会を国内で開催し、より多くの関心ある専門職に対しての参加を呼びかけて、TC 概念に関する理解の普及拡大と広範な領域からの参加による議論の土台をつくる準備を始める。

その他、9 月初旬にアメリカ・ニューヨーク市で開催される WFTC（World Federation of Therapeutic Communities：治療共同体世界連盟）世界大会（World Conference：2 年ごとに開催）に参加し、世界各地の TC が現時点で共通に取り組む課題について情報収集し、随時研究会での検討課題に加えたい。

F. 結語

今年度の本分担研究による検討結果については、以下のとおりにまとめられる。

1. TCを導入することによって考えられるメリットは、以下の3点にまとめられる。

- (1) 既存制度・施設で対応不十分な乱用・依存者層へのアプローチ
- (2) 地域における専門的援助の可能性
- (3) DARCの役割の明確化

2. わが国におけるTCに求められる諸課題として、現時点では以下の各点が挙げられる。

- (1) 共同体の運営による相互援助環境の維持と明確な治療(回復)指針
- (2) 共同体運営規範の実践的検討
- (3) 生活スキルの獲得可能なプログラム
- (4) 職業訓練と経済的自立に有効なプログラム
- (5) 個別処遇及びCase Managementの確保
- (6) Bio-Psycho-Socialな課題への総合的ケア
- (7) 司法処遇との連携(治療的視点に立ったDiversionの可否とあわせて)
- (8) 治療契約の確立
- (9) 治療効果の測定方法確立と結果の公開
- (10) 専門援助職(スタッフ)の養成と確保

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- (1) 宮永 耕：薬物依存者を対象とした「治療共同体」実践の研究. 第40回日本アルコール・薬物医学会総会. 一般演題. 金沢市. 2005.9.8
- (2) 宮永 耕：薬物依存者を対象とした「治療共同体」実践の研究. 日本社会福祉学会第53回全国大会. ポスター発表. 東北福祉大学(仙台市). 2005.10.8

<参考文献>

- 1) De Leon G. : The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method, Springer Publishing Company, Inc., 2000, 137
- 2) Inaba D. S. and Cohen W. E. : Uppers, Downers, All Arounders ? Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs (5th Edition) , CNS Publications, Inc., 2004

- 3) White W. L. : Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, Lighthouse Training Inst., 1998
- 4) Yablonsky L. : The Therapeutic Community, A successful Approach for Treating Substance Abusers, Gardner Press, Inc., 1989
- 5) NPO ジャパンマック (J-MAC) : 治療からトータルサポートへの展望 -アメリカの治療共同体ドンファームと日本のリハビリ施設の現状-、(「アディクションリカバリーカウンセラーワークショップ」報告書)、社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金)助成事業、2003.3
- 5) 和田清：薬物乱用・依存の現状と鍵概念、「こころの科学 Vol.111 特別企画 薬物乱用・依存」、日本評論社、2003.9、14-21
- 6) 宮永耕：薬物依存からの回復 DARCについて、「こころの科学 Vol.111 特別企画 薬物乱用・依存」、日本評論社、2003.9、79-85
- 7) 宮永耕：「物質依存者のための治療共同体 -アメリカモデルについて-」、精神科治療学 第19巻第12号 特集-物質依存症の現状と治療-II、星和書店、2004.12、1411-1418
- 8) 宮永耕：「治療共同体」に関する研究(1)、薬物依存者を対象とした治療共同体の概念と展開、アメリカ合衆国中部における実地調査を通して、平成15年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)研究報告書「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」(主任研究者：和田清)、2004.3、165-186
- 9) 宮永耕：「治療共同体」に関する研究(2)、薬物依存者を対象とした治療共同体の実践状況、南北アメリカ、欧州諸国における実地調査を通して、平成16年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)研究報告書「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」(主任研究者：和田清)、2005.3、223-274

分 担 研 究 報 告 書
(2-5)

薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究

分担研究者	松本俊彦	国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部
研究協力者	梅野 充	東京都立松沢病院
	小田晶彦	独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター
	上條敦史	公立大学法人横浜市立大学医学部精神医学教室
	柑本美和	国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部
	小林桜児	神奈川県立精神医療センターせりがや病院
	成瀬暢也	埼玉県立精神医療センター
	比江島誠人	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター
	今村扶美	国立精神・神経センター武蔵病院
	津久江亮太郎	国立精神・神経センター武蔵病院
	吉澤雅弘	国立精神・神経センター武蔵病院

研究要旨 薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく通報義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者の退院など、医療機関が対応策を考えるうえで、十分な法律の知識が求められる機会が多い。また薬物関連障害の治療では、他患者や医療スタッフに対する暴力行為などが問題となることが多いが、これに対する医療機関の対応を判断する際にも、法律に関する知識・理解が必要となる。しかしこうした法律に関する知識・理解は、医療従事者に広く知られているとはいいがたく、これが、一般精神科医療機関における薬物関連障害に対する抵抗感の一因となっているように思われる。本研究では、このような薬物関連精神障害の治療過程における、様々な司法的問題を明らかにし、最終的には、薬物関連精神障害の治療における司法的対応のガイドラインを作成することを目的としている。今年度は、わが国を代表する薬物依存臨床の専門家に協力を求め、臨床現場で問題となりうる司法的問題に関する検討を行い、来年度に実施を予定している全国調査に用いる調査票の作成を行った。

A. 研究の目的

薬物関連精神障害の臨床では、その様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法（以下、麻向法）にもとづく届出義務、入院治療中の違法薬物の持ち込みや自己使用、通院治療過程における尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者への対応など、医療者に十分な薬事関連法に対する知識と理解が求められる場面が多い。

そこには、犯罪を告発する義務と守秘義務を遵守して治療を提供する立場との相克があり、さらにいえば、同じ薬物関連精神障害でも、主に薬物中毒性精神病を非自発的入院で治療する場合と、薬物使用障害を自発的入院という形態で治療する場合とでは、対応が異なる可能性もあろう。

いずれにしても、前年度の妹尾らの分担研究報告〔文献(1)〕において明らかにされているとおり、こうした法律に関する知識・理解は、必ずしも医療従事者に広く知られているとはいえない現状にある。かりに関連する法律を知っている場合でも、実際に

法で定められた事項と実際の臨床現場における運用にはいくつかの点で乖離が見られ、それが医療者側の不満となっていることも少なくない。

また薬物関連精神障害の臨床では、医療者は患者からの暴力・脅迫などの触法行為に相当する場面に曝されることも多く、このことが、一般精神科医療機関において薬物関連障害の患者が忌避される理由の一部となっているようにも思われる。医療者は、そのような事態への対応に際して、薬事関連法以外の法律についても理解しておく必要があるがこうした問題行動への対応を担保する法的問題については、これまであまり扱われてこなかった。

本研究では、このように薬物関連精神障害の臨床で想定される、様々な場面における司法的問題を明らかにし、現状の法制度における薬物関連精神障害臨床の司法的対応ガイドラインともいべきものを作成することを目的としている。最終的にはこの研究成果が、一般の精神科医療従事者が抱える、薬物関連精神障害に対する抵抗感を多少とも減じることに寄与することを期待している。

B. 研究方法

本研究は、2年間の研究期間のなかで、以下に述べる5つの段階にもとづいて進めることを予定している。

- ① わが国の公的な薬物依存専門機関の臨床医を招聘して会議を開催し、薬物関連精神障害の臨床において司法的な問題が考慮される局面、ならびにそれらの局面への対応のあり方について、エキスパート・コンセンサスを整理する。
- ② 上記①で得られた意見にもとづき、全国調査に使用するアンケートを作成する。
- ③ 全国の精神科医療機関を対象としたアンケート調査により、わが国の精神科医療従事者が薬物関連法の理解と運用の実態を明らかにし、薬物関連精神障害の臨床において、司法的な判断に苦慮する場面について明らかにする。
- ④ 上記①で得られた意見にもとづき、法学を専門とする研究協力者とともに、薬物関連精神障害の臨床において見られる司法的問題について、現行法制度における考え方の整理を行う。
- ⑤ 上記③によって得られた実態と上記④によ

て得られた知見を統合し、現状の薬物関連精神障害の臨床において現実的な治療の指針を作成する。

初年度である今年度は、上記の5つの段階のうち、②の段階まで進めこととした。具体的には、わが国における代表的な薬物依存専門医療機関である、独立行政法人国立病院機構下総精神医療センターおよび肥前精神医療センター、東京都立松沢病院、埼玉県立精神医療センター、神奈川県立精神医療センターせりがや病院において、薬物使用障害の臨床に従事している臨床医を研究協力者として招聘し、2回の研究班会議を開催した。そしてその会議における各研究協力者の発言をふまえて、アンケートを作成するとともに、法学を専門とする研究協力者によって司法的な立場からの意見をj得るという手続きを行った。

C. 結果

薬物関連精神障害臨床において司法的問題が考慮される局面として、以下のような局面が列挙された。

1) 通院治療における問題点

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">(1) 24条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題(5) 医療スタッフに対する威嚇・脅迫・暴力(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買 |
|--|

- (1) 24条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題
 - ・ 警察に事前採尿依頼をすべきではない。
 - ・ 事前採尿実施の確認・提案はするが、実施については警察にゆだねる。
 - ・ 入院治療後の情報を関連機関(保健所・警察)にフィードバックすることを通じて、今後の措置通報のあり方を検討する際に考慮してもらおう。

事前採尿に関する研究協力者の意見は、概ね「その一定の治療的意義はあり、あらかじめ医療機関・保健所・警察とのあいだで何らかのガイドラインを策定しておく必要があるとは思われるが、診察を引き受ける条件として医療機関から強く要請すべきことではないであろう」というものであった。

(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応

- ・ 患者本人の同意書があることが必須条件であり、原則として文書で照会を受け、文書にて事実のみを回答する。
- ・ 緊急性の高い場合には口頭での回答もやむを得ない。
- ・ 口頭での回答は安易である。回答に際しての発言は、本人の不利益になる可能性があり、慎重でありたい。

捜査情報照会のあり方については、各研究協力者は、本人の同意があること、ならびに文書での回答を原則とすることで一致していた。

(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い

- ・ 診断・治療目的で使用することはあり、その結果が陽性の場合に警察に通報することはなく、自首を強要することもない(本人・家族にゆだねる)。
- ・ 自首を勧めることはないが、その可能性も含めて患者と今後の治療のあり方について話しあい、治療の仕切り直しをする(頻回の通院、ダルク参加、麻薬取締官の相談指導の併用など)。
- ・ 尿検査の結果を通報することはないが、捜査情報照会依頼があれば、文書でその結果に言及する場合がある。
- ・ 警察官が同伴してきた場合には、診察終了後に診断名を伝えることがある。

いずれの施設でも、尿検査を診断・治療の目的で用いており、その結果にもとづいて通報したり、患者に自首を強く勧めたりすることはないという点で一致していた。しかし捜査情報照会での回答のなかで言及したり、警察官立ち会いの診察において患者の診断名を隠すことはしないという意見もあった。

(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題

- ・ 麻向法の通報対象薬物乱用者の場合には、精神依存が明らかとなって依存症の診断が確定し

た時点で、治療的な見地から積極的に通報する。

- ・ ヘロインなどの依存性の強い薬物の乱用者についてはただちに通報して措置入院で治療を行うが、大麻や MDMA にまず治療を行い、経過をみながら個別に判断する。
- ・ 通報しない。(理由: 実情にあっていない。基準が明確でない)

麻向法の届出については、研究協力者間でも一致しておらず、薬物依存の専門家のなかでも、麻向法の運用の実態にはばらつきがあることがうかがわれた。

(5) 医療スタッフへの威嚇・脅迫・暴力

- ・ 社会内において通報すべき行為であれば、病院内においても警察に通報すべきである。
- ・ 院内居座り、診療妨害、夜間敷地内侵入をし、かつ指示に従わなければ、通報する。
- ・ 威嚇・脅迫の場合には、理由を聴取した上で個別に検討する。

施設の多くが、患者の逸脱的行為に対しても、社会内における場合と同様の責任を求めている。

(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買

- ・ 明らかな場面・証拠を発見次第、警察に通報する。
- ・ 規制薬物の授受をした者は、病院への出入りを禁止する。
- ・ 規制薬物の授受・売買が疑われるが、証拠がない場合には、警告・注意にとどめる。

いずれの施設でも、明らかな証拠があれば、警察に通報し、薬事法関連犯罪としての対処をしていた。しかし多くは、明らかな証拠はなく、あくまでも患者間での噂にとどまっており、水面下で外来エリアの薬物汚染が広がってしまう可能性もあった。そうしたなかで、外来エリアをドラッグ・フリーに保つためには、通院治療において定期的に尿検査を実施することが有効であるという意見があった。

なお、規制薬物の授受・売買をした者を、病院への出入り禁止とすることについては、医師の応召義務との関連で検討を要する問題と考えられた。

2) 入院治療における問題点

- (1) 院内における薬物関連犯罪(規制薬物の