

表12. 入寮時から入寮3・6・9ヶ月におけるPOMSおよびSUBI得点の経時的変化

		入寮時 (n=23)	入寮3ヶ月 (n=16)	入寮6ヶ月 (n=9)	入寮9ヶ月 (n=6)
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	14.5 (7.6)	12.9 (7.2)	15.4 (6.1)	11.7 (3.4)
	抑うつ	18.8 (13.4)	15.5 (12.5)	22.0 (9.9)	16.7 (5.5)
	怒り敵意	9.4 (9.2)	12.5 (11.7)	14.8 (7.5)	11.7 (4.3)
	活気	11.8 (6.6)	12.9 (7.5)	15.1 (4.8)	15.0 (5.1)
	疲労	10.6 (6.6)	9.8 (6.2)	11.8 (4.6)	8.8 (4.1)
	混乱	12.0 (6.1)	10.3 (4.8)	13.7 (4.7)	11.5 (2.4)
SUBI	人生に対する前向きな気持ち	4.7 (1.5)	4.8 (1.4)	4.7 (1.6)	5.5 (1.5)
	達成感	5.2 (1.4)	5.3 (1.6)	4.4 (1.2)	4.3 (1.4)
	自信	5.4 (1.8)	5.3 (1.3)	5.2 (1.4)	6.0 (1.1)
	至福感	5.3 (1.6)	5.1 (1.5)	5.0 (1.3)	5.3 (2.1)
	近親者の支え	7.4 (1.4)	7.1 (1.6)	6.1 (1.6)	6.3 (1.0)
	社会的な支え	6.7 (2.1)	6.4 (2.0)	5.4 (2.6)	5.8 (2.6)
	精神的なコントロール感	16.3 (2.7)	15.3 (3.5)	14.7 (2.8)	14.3 (2.5)
	身体的不健康感	15.3 (1.6)	15.5 (2.3)	14.4 (2.3)	14.8 (2.9)
	社会的なつながりの不足	6.8 (1.4)	6.5 (1.2)	6.1 (1.3)	6.2 (1.2)
	人生に対する失望感	6.6 (1.5)	6.7 (1.7)	6.3 (1.9)	7.0 (1.8)
	陽性感情合計	34.8 (7.2)	34.3 (7.2)	30.9 (6.8)	33.3 (7.8)
	陰性感情合計	45.0 (5.8)	43.9 (6.3)	41.6 (6.2)	42.3 (3.6)

表13-1. 退寮3・6・12ヶ月の生活状況

		退寮0-3ヶ月 (n=10)	退寮3-6ヶ月 (n=9)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
		度数 列 %	度数 (%)	度数 (%)
現在の住居	実家	2 (20.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	自分の持ち家	1 (10.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	賃貸住宅	7 (70.0)	6 (66.7)	5 (71.4)
	入院	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	依存症治療施設に入所	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	不定	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計		10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
共同生活者	パートナー(と子ども)	0 (0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	両親(とその子ども)	2 (20.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	友人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	1人暮らし	8 (80.0)	6 (66.7)	4 (57.1)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計		10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
自由時間を共に過ごす人	家族	1 (10.0)	0 (0)	1 (14.3)
	共に回復を目指す仲間	5 (50.0)	2 (22.2)	3 (42.9)
	昔からの友人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	新しくできた友人	0 (0)	2 (22.2)	0 (0)
	ひとり	4 (40.0)	4 (44.4)	3 (42.9)
	無回答	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
合計		10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
自由時間の過ごし方に対する満足度	満足している	3 (30.0)	3 (33.3)	4 (57.1)
	どちらともいえない	5 (50.0)	5 (55.6)	2 (28.6)
	不満足である	2 (20.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計		10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
困ったとき相談できる人	家族	1 (10.0)	1 (11.1)	3 (42.9)
	共に回復を目指す仲間	8 (80.0)	5 (55.6)	3 (42.9)
	昔からの友人	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)
	新しくできた友人	0 (0)	2 (22.2)	0 (0)
	相談できる人がいない	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)
合計		10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
自助グループへの参加	この3ヶ月で数回	0 (0)	3 (33.3)	0 (0)
	月に数回	2 (20.0)	3 (33.3)	2 (28.6)
	週に数回	4 (40.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	ほぼ毎日	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	まったく参加していない	4 (40.0)	1 (11.1)	4 (57.1)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計		10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
現在薬物を使っている人とのつきあい	まったくない	9 (90.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
	ときどきある	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)
	よくある	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計		10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
薬物が手に入る場所に行く	まったくない	9 (90.0)	7 (77.8)	7 (100.0)
	ときどきある	1 (10.0)	1 (11.1)	0 (0)
	よくある	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計		10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
薬物が欲しくなるような情報を見聞きする	まったくない	6 (60.0)	6 (66.7)	4 (57.1)
	ときどきある	4 (40.0)	3 (33.3)	2 (28.6)
	よくある	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
合計		10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
最近3ヶ月の飲酒生活	まったく飲まなかった	2 (20.0)	3 (33.3)	2 (28.6)
	この3ヶ月で数回飲んだ	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
	月に数回飲んだ	0 (0)	2 (22.2)	0 (0)
	週に数回飲んだ	4 (40.0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	ほぼ毎日飲んだ	3 (30.0)	2 (22.2)	3 (42.9)
	無回答	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)

表13-2. 退寮3・6・12ヶ月の生活規律性

		退寮0-3ヶ月 (n=10)		退寮3-6ヶ月 (n=9)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
		度数	列 %	度数 (%)	度数 (%)
毎朝決まった時間帯に起きる	よくあてはまる	5	(50.0)	5 (55.6)	3 (42.9)
	どちらかというにあてはまる	3	(30.0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	どちらともいえない	0	(.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	どちらかといえばあてはまらない	2	(20.0)	2 (22.2)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0	(.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	無回答	0	(.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10	(100.0)	9 (100.0)	7 (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	(30.0)	3 (33.3)	0 (.0)
	どちらかというにあてはまる	3	(30.0)	3 (33.3)	5 (71.4)
	どちらともいえない	2	(20.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	どちらかといえばあてはまらない	2	(20.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0	(.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	無回答	0	(.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10	(100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
毎日歯磨きや洗顔をする	よくあてはまる	8	(80.0)	7 (77.8)	5 (71.4)
	どちらかというにあてはまる	2	(20.0)	0 (.0)	0 (.0)
	どちらともいえない	0	(.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	どちらかといえばあてはまらない	0	(.0)	0 (.0)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0	(.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	無回答	0	(.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10	(100.0)	9 (100.0)	7 (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	3	(30.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	どちらかというにあてはまる	3	(30.0)	5 (55.6)	2 (28.6)
	どちらともいえない	3	(30.0)	0 (.0)	2 (28.6)
	どちらかといえばあてはまらない	1	(10.0)	2 (22.2)	2 (28.6)
	まったくあてはまらない	0	(.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	無回答	0	(.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10	(100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
計画的に時間を遣い毎日を過ごしている	よくあてはまる	1	(10.0)	0 (.0)	0 (.0)
	どちらかというにあてはまる	3	(30.0)	4 (44.4)	2 (28.6)
	どちらともいえない	4	(40.0)	3 (33.3)	5 (71.4)
	どちらかといえばあてはまらない	2	(20.0)	2 (22.2)	0 (.0)
	まったくあてはまらない	0	(.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0	(.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10	(100.0)	9 (100.0)	7 (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	3	(30.0)	1 (11.1)	3 (42.9)
	どちらかというにあてはまる	1	(10.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	どちらともいえない	4	(40.0)	2 (22.2)	0 (.0)
	どちらかといえばあてはまらない	1	(10.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	まったくあてはまらない	1	(10.0)	2 (22.2)	2 (28.6)
	無回答	0	(.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10	(100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)

表13-3. 退寮3・6・12ヶ月の就業状態および主な生活費の出所

		退寮0-3ヶ月 (n=10)	退寮3-6ヶ月 (n=9)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
		度数 列 %	度数 (%)	度数 (%)
勤務形態	常勤の正社員	1 (10.0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	常勤のアルバイト	3 (30.0)	5 (55.6)	3 (42.9)
	非常勤(週20-30時間)	2 (20.0)	0 (.0)	1 (14.3)
	非常勤(週10-20時間)	0 (.0)	1 (11.1)	0 (.0)
	非常勤(週10時間以下)	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無職	4 (40.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
主な生活費の出所	自分で賄っている	5 (50.0)	3 (33.3)	6 (85.7)
	生活保護	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	親の補助	4 (40.0)	5 (55.6)	0 (.0)
	その他	0 (.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	無回答	1 (10.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)

表14. 退寮3・6・12ヶ月におけるPOMSおよびSUBI得点の経時的変化

		退寮3ヶ月 (n=10)	退寮6ヶ月 (n=9)	退寮12ヶ月 (n=7)
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	13.9 (6.8)	14.3 (9.6)	10.6 (2.4)
	抑うつ	18.9 (14.5)	15.3 (13.1)	10.1 (4.7)
	怒り敵意	15.6 (11.5)	16.1 (12.0)	9.3 (5.4)
	活気	12.3 (6.2)	11.8 (4.7)	11.4 (5.0)
	疲労	12.4 (8.0)	11.0 (9.1)	6.6 (4.4)
	混乱	11.5 (5.5)	12.3 (9.1)	7.3 (1.6)
SUBI	人生に対する前向きな気持ち	5.0 (0.9)	5.4 (1.1)	5.1 (1.5)
	達成感	5.1 (0.9)	5.0 (1.2)	5.1 (1.3)
	自信	5.7 (1.2)	5.4 (1.2)	6.1 (0.4)
	至福感	4.6 (0.9)	5.4 (1.3)	5.0 (1.2)
	近親者の支え	6.2 (1.3)	7.1 (1.6)	5.7 (1.7)
	社会的な支え	6.3 (1.7)	7.0 (1.1)	6.9 (1.8)
	精神的なコントロール感	15.7 (2.3)	14.3 (3.3)	16.3 (2.4)
	身体的不健康感	14.6 (3.1)	14.8 (4.1)	15.6 (1.7)
	社会的なつながりの不足	6.1 (1.3)	6.3 (1.6)	6.7 (1.1)
	人生に対する失望感	6.2 (1.4)	7.5 (0.8)	7.4 (0.8)
	陽性感情合計	32.9 (4.7)	35.3 (4.9)	34.0 (6.3)
	陰性感情合計	42.6 (6.1)	42.1 (8.8)	46.0 (4.0)

表15. 退寮後3・6・12ヶ月の再使用率

	退寮0-3ヶ月 (n=19)	退寮3-6ヶ月 (n=14)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
職員による評価	3 (15.0)	4 (20.0)	7 (35.0)
本人による評価	2 (10.0)	3 (15.0)	6 (30.0)

注) 平成19年2月28日時点で退所していた21名のうち、職員が所在を確認できている20名が対象

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（２）

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
	白川 雄一郎	千葉ダルク
	近藤 あゆみ	国立精神・神経センター 精神保健研究所
	森田 展彰	筑波大学大学院人間総合科学研究科
	松本 俊彦	国立精神・神経センター 精神保健研究所
	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、一昨年度までの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、現在まで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。

上記の目的に沿って、世界で実施されている TC 治療の現状と課題を総括的に理解するため WFTC（治療共同体世界連盟）の第 23 回世界会議に出席した他、これまでわが国に紹介される機会の少なかった「民主的モデル」と分類される英国の TC 実践についても調査を実施し、資料収集を行った。

また今年度は、薬物乱用・依存問題を対象とした実践領域に関わる実務者や研究者との間で TC に関する諸情報を共有し、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」を定期的で開催して課題を整理した他、より広く一般向けに TC 治療に関する公開セミナー、ワークショップ等も企画・開催し、今後の議論のための土台作りを行った。

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 の直訳的導入を急ぐのではなく、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を視野に入れ、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、そのことはこれまでの研究でも確認されてきた。平成 16 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これまでの先行研究・資料に基づ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。

昨年度からは、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

いて検討していくため、わが国での実践領域に関わる幅広い実務者や研究者等との間で TC に関する情報を共有し、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するための場を設けた。今年度も引き続き TC の導入に関する諸課題の整理を目的とした。

B. 研究方法

治療共同体 (Therapeutic Community、以下 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 に関して公開されている海外の文献に加えて、これ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公刊物等の記述をもとに、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情報を共有し、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して「TC 研究会」を昨年度より開始しているが、本年度は公開ワークショップも含めほぼ 2 ヶ月に 1 回定期的に行われ、今後の本分担任の検討課題と合わせて啓発的活動も行った。

その他、昨年度末の計画に従って 9 月初旬にアメリカ・ニューヨーク市で開催された WFTC

(World Federation of Therapeutic Communities : 治療共同体世界連盟) による世界会議 (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等について情報収集し、TC 研究会での検討課題に加えた。また、TC 実践の主流を構成する Structured (構造的) Model に対する Alternative (もう一つの) Model として紹介される Democratic (民主・合議的) Model の伝統を持つヨーロッパ諸国、特に今年度はイギリスにおいて、その運営の考え方、特徴について実地調査した。具体的には後述する ATC

(Association of Therapeutic Communities) によって年 1 回開催されている The Winsor Conference に参加し、合わせて Oxford にある TC、Ley Community においてもヒアリングを実施した。

C. 研究結果

1. わが国で行われるべき TC 治療の諸課題 (リプライ)

昨年度の本研究報告書において、わが国における TC に求められる諸課題として、以下の 10 項目を提示し、それぞれ考察した。

- (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

「TC 研究会」が課題として検討していくテーマは、これらのすべてについて複合的に関わり得るが、大別すれば 1) 回復プログラムの内容に関すること、2) 制度及び社会システムとのかかわりに関すること、3) 治療環境である TC の運営・維持管理に関すること、の 3 点にまとめられる。これらは、後述する WFTC 世界会議においてもそれぞれ主要なテーマとされており、世界各地で TC 実践を行っている現場での共通課題であることが確認された。

昨年度整理して提示したように、まず TC とは何か、その有効性はどのように理解すべきか、について共通理解を広め、現状の薬物依存者処遇システムの中に TC の位置すべき場所を設定することが重要である。その中で既存の制度、施設、サービス等とどのように関わらせていくことが可能であるのか、その個別な課題が浮上する。実際に TC 環境が日本において実現して運営された後には、その評価が不可欠となり、そのことは TC 治療の継続性、ひいてはそれを含む治療的処遇システム全体の経営 (財政の確保) に関わるが、このことも視野におきつつまずは TC 実践の開始に当たり最低限必要な条件について整理し、それらを確保することから始めるべきである。その意味では、たとえば上記 (10) に挙げた専門援助職 (スタッフ) の養成と確保の課題は、まず取り組まれるべき最初の分野に分類され、ここにおいて先行

する海外諸国の経験も幅広く取り入れられるべきことがわかる。

2. 世界の TC 治療の現状と課題

TC に関する実践理論に関する情報はこれまでわが国に紹介される機会は少なかったが、既に海外では多くの書籍が刊行され、日常的にも実践に関する様々な情報交換が行われている。その代表的な機会として位置づけられる WFTC 主催の世界会議 World Conference での議論に今回参加する機会を得た。

WFTC は本部を米国・ニューヨーク市に置き、今日ではアフリカ大陸を除くほぼ全世界の TC によって構成される世界連盟である。今回の大会は第 23 回目の世界会議とされているが、第 1 回目は 1976 年に Sweden の Norrköping で開催されており、2006 年はちょうど 30 周年にあたっていた。そのためか 1979 年の第 4 回会議以来となる本部所在地ニューヨークでの開催は、50 か国から約 700 人の関係者を集めた盛大な大会となった。同会議は 1976 年から 1994 年までの間は毎年開催（うち 2 回はキャンセル）され、以後は 2 年に一度の隔年開催となっている。ちなみにアジア諸国では、これまでに 3 回（1981 6th World Conference Manila – Philippines / 1988 11th World Conference Bangkok – Thailand / 1993 16th World Conference Kuala Lumpur - Malaysia）同会議が開催されている。

WFTC は加盟する 66 カ国から構成される 6 つの地域別連盟の集合体としての側面も持ち、この世界会議は各地域別連盟の枠を超えて一つの都市に集まり、実践現場の体験報告を行ってその評価を求め、また共通に解決していくべき課題の所在を明らかにするなど、重要な役割を持っている。

今回の会議の特徴として、前述のとおり 30 周年に当たる記念大会の要素も至るところにみられたが、歓迎の意を表明する M. Bloomberg ニューヨーク市長及び G. Pataki ニューヨーク州知事の挨拶も含めて、プログラムや会議中発行されたニュース等印刷物ほとんどの文章が英語の他にスペイン語でも表記され第 2 公用語となっていたことは、開催地と本会議参加者の構成を知る上で興味深かった。

(1) 第 23 回 WFTC 世界会議 (WC) でのトピックス

23rd WC では会期中のスケジュールとして、主に午前中はテーマごとの Plenary Sessions（総会）とされ、連盟の事業報告や活動提案を含めて総論に関わるまたは新規参入者向けの入門的内容を含むプログラムで構成され、午後からは Breakout Session として各種の分科会や Workshop, Poster Session 等が行われた。加えて夜間には Social Events として、レセプションや表彰式なども盛大に開催された。

上記 Plenary Sessions では、TC のこれまでの展開を知る上で非常に有益な講義が多数開催されたが、本稿では TC 実践の現状と課題の所在を知る目的で、以下では午後の分科会等の個別討議課題の分類も含めて検討する。(Mini) Plenary Sessions、Technical Assistance (TA) Workshop 及び Breakout Sessions でのテーマ領域は、以下の 4 つであった。

- 1) TC- Original Concept and their Challenges
- 2) Evolution of the Modern TC: Populations, Settings, Issues
- 3) Management and Administration of the Modern TC
- 4) Beyond TC Treatment: Prevention and Intervention in Family and Community

これら 4 つのテーマは、端的に今日の TC が直面する課題の領域を表している。すなわち、1) ではこれまでの実践の継承・共有及び到達点と評価について、2) ではいわゆる多様なニーズに対応した修正型 TC モデルについて、3) では TC の安定的な経営・運営について、4) ではこれまでの依存者本人の治療から予防や家族・地域への介入戦略との関わりについて、であり、世界各地で主流を占める TC にとって共通の課題として意識せざるを得ない領域である。

初期の TC が事業を開始してから既に 40 年以上が経過し、初期の実践者の遺産は Mission（使命）とともにその共有が課題とならざるを得ないことから 1) での議論は重要な課題として意識されている。また、伝統的モデルから展開して今日の薬物依存を巡る幅広い課題に対応すべく TC 自体もそのプログラムを発展させる必要が生じており、それらについて使用者集団や条件設定や問題群に適合したあり方が世界各地で求められ、既に試行錯誤の実践が展開されている事実に伴い 2) のテ

ーマが設定されていた。さらに3) が取り扱うように、広義のNPOとして民間非営利経営を原則とするTCについては、安定的な財源確保は常に重要な課題であって、これまでも治療プログラムとは別にあるいは連動して、多くの紆余曲折を経験してきたことは想像に難くない。そして4)では、TCでの集中的な回復への取り組みの先にRe-Entry(再入場)していきべき現実社会との関わりもまた等しく重要課題であり、TC治療において修得したライフスタイルの維持という面からだけでなく、より早期の予防的活動または家族・地域への積極的介入も求められるようになってきていることを表している。

以下には、実際の1)～4)の討議テーマから主要なものを挙げた。これらの各項目をとおしてもTCの共通課題の所在を把握することができる。

1) TC- Original Concept and their Challenges

- Integrating and Fostering Spirituality in the TC (TCにおけるスピリチュアリティ＝霊性の統合と涵養)
- Evolution and Diversity (in the European Landscape/ in the British TC/ Asian Perspectives/ an Alaskan Native Cultural Adaptation-Therapeutic Village of Care ; 進歩と多様性)
- Keys to Recovery: Aftercare and Relapse Prevention
- Improving TC Treatment through Research and Evaluation (調査と評価をとおしてのTC治療の改善)
- Creating Sanctuary: The Curriculum Based Teaching and Therapeutic Communities
- The Prison Based TC: Treatment and Re-entry Issues (刑務所で展開されるTC ; 治療と社会復帰の問題)
- Measuring TC Effectiveness: Finding and Interpreting the Evidence (TC治療の効果測定)
- TC Approach to Institutional Early Release Programming (早期退所のアプローチ)
- Cultural Developments and the Challenge of Diversity (文化的展開と多様性への挑戦)
- "Treating the Whole Person"- Aspects of Comprehensive TC Treatment (全人的治療の試み)

- Passing the Torch—A Roundtable Discussion between TC Pioneers and Newcomers (TCの先駆者から新規参入者へ灯火の継承)
- #### 2) Evolution of the Modern TC: Populations, Settings, Issues
- Vocation and Education: Keystones to Independence (職業と教育：自立への鍵)
 - Innovative Approaches to Early Intervention and Treatment Engagement for Adolescents and Young Adults
 - Expanding Treatment Options Through Inter-Agency Collaboration: The Methadone and TC Example (機関協働による治療的選択肢の拡張；メタドン処方とTC)
 - Criminal Justice Collaborations and the TC (TCと司法の協働)
 - Special Considerations for Women's treatment Needs (女性の治療的ニーズへの配慮)
 - Enhancing Treatment Options for the Dually Diagnosed Client (二重診断ある利用者に対する機能的な治療的選択肢)
 - Treatment of Co-occurring Psychiatric Issues and Substance Abuse (精神疾患重複診断例と薬物乱用)
 - Motivational Interviewing (MI) in the TC (「動機付け面接法」の活用)
 - Addressing Tobacco Dependence in the TC (タバコ依存への取り組み)
 - Utilization of Buprenorphine in the Therapeutic Community (Buprenorphine: 代替置換薬の効用)
 - Targeted Interventions for Young Adults and the Elderly (若年者及び高齢者に焦点を当てた介入)
 - Clinical Microskills: Improving Counselor Skills around Mental Health, Trauma, and Violence Issues (精神疾患・トラウマ・被暴力問題への臨床的面接技法の改善)
- #### 3) Management and Administration of the Modern TC
- Improving Retention in Therapeutic Communities: Using a System's Approach
 - Assessing and Improving TC Staff Competency (TCスタッフの技術向上)
 - Promoting Organizational Functioning and Change

- Assessing and Building Chemical Dependency Counselor Skills in a TC (TC における薬物依存カウンセリング技法の養成と査定)
 - Program Accreditation and Quality Improvement (プログラムの信頼獲得と質の向上)
 - Partnering With the Community (外部機関との連携)
 - TC Counselor Training: Turning Experience into Expertise (スタッフ訓練：経験から知識へ)
 - Challenges for the Modern TC: Balancing Tradition with the Demands of Today's Health Care System (TC 治療の伝統と精神保健制度の今日的要求とのバランスのあり方)
 - Fostering Staff Development through Supervision and Education (スーパービジョンと教育によるスタッフ技能の向上)
- 4) Beyond TC Treatment: Prevention and Intervention in Family and Community
- A Community-Based Prevention Program
 - A Healing Community for Mother and Children (母と子にとっての癒しの共同体とは)
 - Trauma and Substance Abuse: Issues and Treatment (トラウマと薬物乱用；問題の所在と対応)
 - Working with Families in the TC (TC における家族との関わり)
 - Family Treatment— Relevance and Strategies for Supporting Family Recovery (家族のケア；家族の回復を支える適合性と戦略)
 - From Dependency to Inter-Dependency: Working with Individuals, Families, Communities (「依存」から「相互依存」へ；個人・家族・地域との協働)
 - Prevention and Early Intervention (予防と早期介入)

これらのセッションにおける発表とそれに基づく質疑応答が連日繰り返され、その前後にも世界各地から集まった TC の実践者、運営者、研究者らによる情報交換が絶えることはなかった。「TC とは何か」について新参者に解説する講座等は設けられておらず、WC への参加者には TC に関する基本的理解が不可欠であることも確認された。

(2) 世界各国の TC と薬物依存治療の概況；6 つの地域連盟ごとに

WFTC は前述のように、6 つの地域別の TC で構成される連盟の上部組織ともなっており、各連盟は独自にも連携協力関係を維持している。6 つの連盟はそれぞれ、TCA (Therapeutic Communities of America；北米 3 か国)、EFTC (European Federation of Therapeutic Communities；西・北部欧州 16 か国)、ATCA (Australasian Therapeutic Communities Association；オセアニア 3 か国)、FLACT (Federación Latino Americana de Comunidades Terapéuticas/ Latin-American Federation of Therapeutic Communities；中南米 19 か国)、AFTC (Asian Federation of Therapeutic Communities；アジア 13 か国)、FTCCCE (Federation of Therapeutic Communities of Central and Eastern Europe；中・東部欧州 12 か国) として組織されている。

以下では、上記 6 連盟が活動する地域における薬物依存関連問題の概況をまとめた。

1) TCA

アメリカ合衆国（及びカナダ）は、言うまでもなく TC 実践領域の先駆的・中心的役割を担って今日に至るが、40 年間の社会変化に伴って多様化して展開する薬物乱用・依存問題への対応を常に余儀なくされてきた。DAYTOP Village や Phoenix House, GAUDENZIA, Second Genesis 等の東海岸で展開する代表的な TC の他、Walden House や Amity Foundation など西海岸にも先導的な実践で知られる TC が存在するが、共通する課題として Over-professionalization、すなわち過度に進んだ専門職化がサービスコストの高騰につながり、医療保障制度の問題と重なって、結果として TC 治療の敷居をも高くし、必要な利用者すら排除しかねない状況を招いているとの指摘がある。

2) EFTC

西部及び北部ヨーロッパの EU 諸国が加盟するが、薬物行政・司法政策など統一されている側面と、異なる文化的背景の影響とが混在する。アメリカからの TC Movement の導入以前、主に 1960 年代までの伝統、特に精神医療領域の伝統との関連で、今日でも総じて精神分析学や現代社会思想、社会学からの影響が強いといわれる。その中で後述する Democratic TC Model と呼ばれるような特徴ある TC 実践も展開されてきた。

3) ATCA

オセアニアでは西ヨーロッパの影響を受けつつも、地理的な環境からそれらとは異なる TC が展開されている。薬物の供給、使用状況との関わりで Harm Reduction が幅広く展開され、精神疾患に対する処方薬治療に関わる問題もより早期から取り上げられてきた。その意味でヨーロッパ型、アメリカ型、そして後述する隣接のアジア諸国型のそれぞれの要素が混在する TC 実践が行われている。

4) FLACT

メキシコ以南のラテンアメリカ諸国における薬物関連問題は、国家経済や政策のあり方にも大きく関連することが広く知られるほどの規模で存在し、多くの国民が直接間接に薬物問題と関わらざるを得ない状況が続いている。その様な中で、TC はイタリアやスペインといったヨーロッパ諸国を経由して導入され、主に 1980 年代以降に展開してきた。開発問題として括られる貧困者人口との関わりも顕著で、ストリートチルドレンやホームレス援助領域とも深く関わらざるを得ない。1986 年には 3 か国にしか存在しなかった TC 実践は現在では加盟国を 19 に増やし、提供されるプログラム数も 600 以上に上って急速に拡大しつつある。

5) AFTC

アジアは世界の薬物供給における中心地を抱え、ヘロイン使用問題への対応が中心となってきたが、日本の場合はメタンフェタミンを中心とした独自の問題状況が形成されてきた。外部的に見る限り、アジア諸国の薬物政策は連動して機能しているとは認めがたく、その組織化も課題として指摘される。HIV 感染の広がりが拡大する中で、Harm Reduction 政策、たとえば Needle Exchange（注射針の無料交換）と断薬による薬物使用からの回復推進政策の間で現実的に軋轢と混乱も生じており、わが国にとっても対岸の出来事とはなり得ない。それらに加え、欧米諸国に比べて総じて調査研究も立ち遅れている。なお、現在の加盟国は中国、香港、インド、インドネシア、韓国、マレーシア、ネパール、パキスタン、フィリピン、シンガポール、スリランカ、タイ、ベトナムの 13 か国となっている。

トピックスとして、次回 2008 年に開催予定の 24th WC は、AFTC 加盟国である中国、雲南省・昆明市において開催されることが発表された。

6) FTCCEE

ロシアを含め主にスラブ系の影響が大きい中央・東ヨーロッパ諸国は、総じて 1990 年前後まで社会主義体制の中で、薬物乱用・依存問題はアンダーグラウンドな取り扱いのもと未組織に放置されざるを得なかった。90 年代以降の急激な社会体制変動の中で、資本主義化の進行に合わせて薬物問題も顕在化し、その対応は急務となった。その際、アメリカ型の TC モデルがより直接的・翻訳的に導入されたことは、同じヨーロッパでも前述の EFTC 諸国とは状況を異にしている。旧体制下でも実践的対応の土台が存在し先駆的役割を果たしたポーランド等を経由して、順次旧ソビエト連邦諸国等へも TC 実践が導入され、現在では 30 以上の組織が TC 運営を行っている。

3. Democratic TC Model とは何か

これまで TC をめぐる世界の状況を報告してきたが、本分担研究課題でもある、現状で TC をもたない日本において、今後導入されるべき TC プログラムのあり方に関して考察する。その際、これまで TC 実践の理解におけるテキストの役割を果たしてきた伝統的 TC モデルとは異なる Alternative として、西ヨーロッパ、特にイギリスで展開しているもう一つの TC モデルについて以下で取り上げる。

これらは外部的には Democratic（民主的・合議的）Model とも呼ばれる。これまで述べてきた WFTC を構成する TC 群がいずれも薬物依存、Addiction を治療のターゲットにおくことで共通性を確保したのに対し、以下で紹介する TC 群はその治療・援助対象領域を薬物（アルコール）等の物質使用問題に限定しない。ATC を構成する TC メンバーの名称にもそのことが表れており、“一House”、“一Lodge”、あるいは直接的に“一Therapeutic Community”といった名称の他に、例えば“一Clinic”、“一Hospital”といったものが含まれ、CHT（Community Housing & Therapy；精神疾患やホームレス者に対する治療サービスを伴う住居提供プログラム）として運営される施設も多数含まれている。特に、“therapeutic community”が固有名詞の後に小文字で表記・付加されている場合は、それが一般名詞として扱われていることもわかる。

つまり、対象となる問題へのアプローチが Therapeutic Community という方法を採用するのであ

て、「薬物問題への効果的戦略としてのTC」といった設定が一時的に不要になることを意味している。ここで扱われてきた問題群は、今日でもなお理論的な支柱として意識される Maxwell Jones が 1938 年 Mill Hill において開始したとされる当初の意味での治療共同体の構成者とも直接的関係を保持しており、精神保健領域を中心に構成されている。このことは、WFTC に代表される Addiction Treatment Model としての TC を相対化するものでもあり、歴史的には TC の源流が今日の社会状況の中で異なった形で社会的に機能し得ることを主張するものとして理解することも可能と思われる。

(1) ATC (Association of Therapeutic Communities)

ATC は主に英国（イングランドに限定せず）内の TC によって構成され、現在 UK として 50 団体（プログラム）が登録されている。その他、国外からも各 1 施設（プログラム）ずつ、ニュージーランド、インド、ギリシア、スウェーデン、ブルガリア、イタリアの TC が参加している。

その名のとおり、構成団体は TC プログラムを運営しているが、その対象領域は大別して以下の 5 つになる。

- ・ Personality Disorders（人格障害）；including complex PTSD, BPD, eating disorders
- ・ Mental Health Problems（精神保健；慢性精神疾患）→統合失調症
- ・ Offending Behaviour（触法行為）→刑務所処遇 Prison-based
- ・ Addictions（アディクション；薬物使用問題）drug and alcohol misuse
- ・ Learning Disability（学習障害）→青少年問題

これら幅広い要援助の問題群に対し、保健、教育、社会（福祉）サービス、司法処遇（刑務所）の領域において、TC の環境・方法を用いて児童及び成人に対する援助を行っている機関が ATC に加盟する TC である、と説明される。すなわちここにおいては、WFTC に加盟するような薬物依存を専門の対象とする TC 治療は、より幅広い TC 環境による治療的処遇の一部分を構成するにとどまっており、同時に上記の精神保健その他の分野と基本的な方法論を共有していることを示している。

その治療哲学とは、歴史的には霊性と宗教的信条の共有に根ざした根本的な価値を共有するとこ

ろから出発し、成員相互の助け合いと尊重とに基づいた積極的な関係作りとその維持に目標設定され、他者の生活に深く関与する積極的な生活と労働の分かち合いによって作られる相互依存関係を重視する。このような共同体においては、スタッフと利用者といった階層性をも不要なものとして、平等を目指した環境が形成される。このことこそ Democratic を鍵概念として特徴付けられる、ATC をともに構成する英国型 TC 群の特徴となっている。

またこれら TC は、Social System としての医療制度、具体的には英国 NHS（National Health Service）とも深く関わって展開してきた経緯がある。TC は 1950 年代より NHS system の中に順次位置づけられ、そのコントロールを受けると同時に運営の保障も確保しながら展開し、司法制度などその外側のシステムとも協働して現在に至っている。

今回参加した ATC の The Windsor（Annual）Conference では、“Insiders and Outsiders”というテーマで 4 日間にわたる議論が行われたが、各 TC 現場での実践を基点としつつ、レポート報告のレジュメには数多く哲学的あるいは現代思想に基づく考察が盛り込まれていた。引用された文献は、たとえば Foucault M. や Heidegger M. であり、Heraclitus, Sophocles といったギリシア思想に及びつつ現実の精神保健問題に対して言語分析的な検討・批判が展開されていた。数多くの実践に基づく考察が展開された WFTC での会議とは明らかに趣を異にしており、伝統的に精神分析学、哲学・現代思想、社会学等との関連が強いとされるヨーロッパの思想的背景を、ATC という TC ネットワークの研修の場で確認できた。

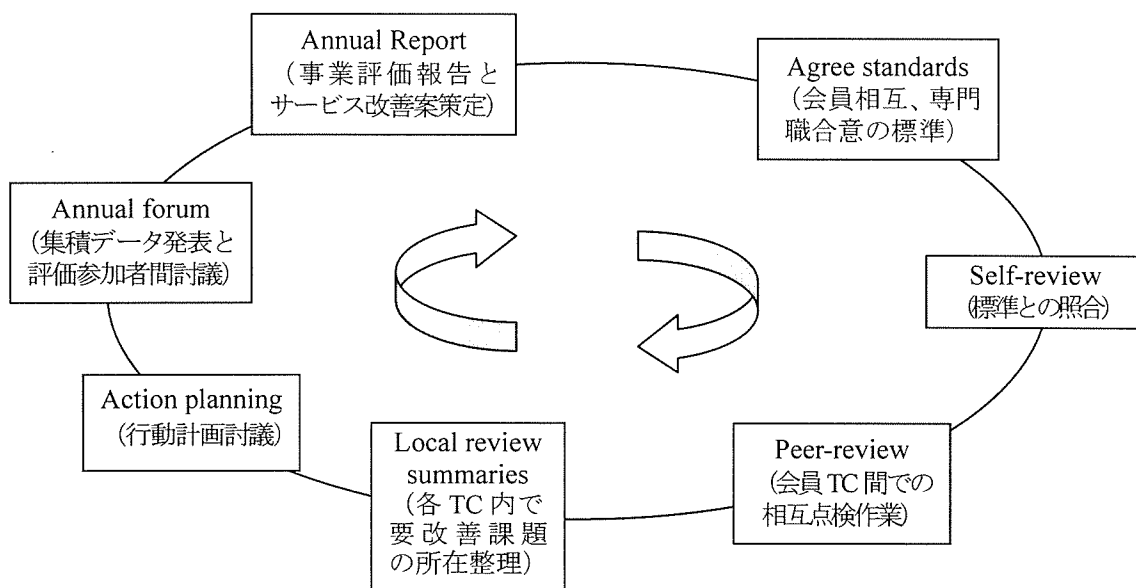
(2) C of C (Community of Communities) と The Annual Cycle（年間行動計画）

C of C (Community of Communities) とは、the Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit (CRTU) と Community Fund からの財政援助を得た前出の ATC によって 2002 年に始められた、TC サービスの標準化と質の向上を目的としたネットワーク・プロジェクトである。異なる実践フィールドで展開する TC での経験を共有することで、それぞれのサービス事業者間の相互理解を深め、アイディアを分かち合い、さらに質を高める

ために具体的な行動計画に基づいて共同事業を行う。それは The Annual Cycle（年間行動計画）として、7つのチェックポイントを設定し、TC 実践を評価基準によって再検討（standard-based review）するプロセスである。

Cycle の各ポイントは以下のとおりで、これらが循環的に1年かけて毎年展開される。このプロセスには援助職であるスタッフだけでなく、共同体に参加するメンバーや卒業した元利用者も可能な限り討議に参加すべきことが謳われている。

図1 C of C による年間行動プロジェクト



Appendix 1- The Annual Cycle : Service Standards for Therapeutic Communities 5th Edition, 2006

評価ツールとして重要となる Service Standards については、2006 年時点ですでに第5版を重ねている。そこでは、Core Standards（中核となる基準）と5つの分野別の詳細な基準を明示している。

Core Standards（16項目；すべての共同体メンバーは…、「定期的にミーティングを持つか」「全員で食事を共にするか」「さまざまな種別の役割と程度の異なる責任を担うか」「新規の参加者（スタッフ）決定の過程に関与するか」「共同体は全参加者に理解される明確な境界・限界・基準を持つか」等）

- 1: Physical Environment（物理的環境：7／個人空間：4／（環境への）関与：3、計14項目）
- 2: Staff（人員確保：4／採用：1／臨床的管理-Clinical Supervision：3／実践への反映：5／チームワーク：4／訓練への援助：6／援助理論：5／経験的訓練：3／訓練の質：2、計33項目）

- 3: Joining and Leaving：入退所（情報提供：6／受け入れ：4／アセスメント：4／退所過程：5／事後の生活：3、計22項目）
- 4: Therapeutic Environment（感受性：1／開放度：5／問い求めと反応-Culture of Enquiry：3／運営の民主性：5／境界意識：2／（治療的）構造：5／生活による学び：7／TCプロセスの質：3、計31項目）
- 5: External Relations（ネットワーク：4／経営との疎通：1／有効性：5／研究参加：4、計14項目）

このような明確な評価基準によってメンバーTC間相互に、また客観的にも評価可能となり、そこで発見された諸課題に対しては、上記のような自覚的な計画に基づき展開されるTCサービス向上への取り組みは、外部からの研究資金獲得も可能にしている。ATCに未加盟なまま各地に散在する近接領域のプログラムについても、このC of

Cの作業ネットワークをとおして組織化していく可能性が生まれる。

(3) Ley Community, in Oxford

ATCの会員の中から、主に薬物依存者の回復援助を行うTCにおいてヒアリング調査を行い、その運営上に表れるDemocratic TCとしての特徴を検討した。

Oxfordの中心部からはやや離れた郊外に位置するLey Communityは、1960年代終盤にLittlemore Hospital内に設置されたThe Ley Clinicの一部として始まっているが、1971年にニューヨークのPhoenix Houseでの治療を卒業して帰国した回復者McCabe, J.によってSynanon- Daytop- Phoenix Houseモデルが紹介されたことにより、それまでの形態を変えてConcept-Based programに再編されて医療機関から独立した院外TCとして成立した。依存者の治療に最適なのは医師や看護師ではなく回復者であるというイギリスTCの伝統的思想に基づいていたが、一方で当初より関心を寄せる法廷、精神医療、保護観察、社会福祉サービスの専門職や地元有力者らがボランティアで運営委員会を組織して援助し、特に財政面での責任を担保した。McCabe, J. 引退後、後継の所長もLey Communityの卒業生である回復者Donnelan, B.が、更には長年スタッフを勤めたToon, P.らが就任し、高い回復率を維持したとされる。その結果、財団より多額の寄付金を受けて現在地Oxford郊外のSandy Croftに広大な土地を取得して移転し、メンバーの労働を中心医に施設の整備を進めていく。1989年には、HIV/AIDSプログラムも別施設で開始する。1993年には、NHS systemの改正と地域ケア法（Community Care Act）成立により運営上大きな変更を余儀なくされるが、ロンドンの保護観察機関との間で保釈者の取り扱い協定も結ばれ、アセスメントのため4週間程度の対象者送致を法廷より受託することになった。

2001年までの間にProgramme Stageは6段階に拡張し、特にResettlement staff teamが編成されてLey Communityを退所していく利用者への継続的サービスも行われるようになった。現在では回復者が大半を占める有給専任スタッフは9時から5時までの勤務であるが、別に配置されるCare Workerが交代で夜間援助と宿直に対応している。

Ley Communityは年齢18歳以上で、居住型プログラム未経験の薬物・アルコール依存者が対象となっている。その他の精神疾患を2年以内に発症していないこと、放火・性犯罪・児童に対する犯罪歴のないことが入所条件に示され、少数のスタッフの下で居住環境内のほとんどの仕事を利用者の協働によって維持されていた。訪問時は21歳から52歳までが在所し、男女比では男性のほうが多かった。28人と23人が居住する2棟のスタッフは各3人で、他に上記のCare Workerと呼ばれる回復者スタッフがいる。

TC内の案内を担当してくれた30代の男性入所者は、入寮して6ヶ月経過して第3段階の治療レベルにあったが、司法命令（Court order：最長40ヶ月間）による送致のため、週£421の入寮費に対する自己負担は免除されていた。Leyでの生活は入寮者間の関係強化と維持が重視され、安全が確保されたコミュニティ内での「失敗」は自分が選択した行動の結果として、懲罰の対象ではなく学習課題と理解される。この面で特に、回復者がスタッフの大半を占めている意味は大きいといえる。

プログラム段階は以下の6つに分けられ、以下のガイドラインに対し最長12ヶ月までの延長があり得る。入寮中の個人的な金銭使用は認められず、社会保障給付等の口座管理はスタッフが行う。

Stage 1: Safety Net (2 weeks)

Stage 2: Introduction (8 weeks)

Stage 3: The Work (22 weeks) → TC治療の中心段階

Stage 4: Moving on (8 weeks) → 以後の段階が広義の社会復帰段階

Stage 5: Re-entry (12 weeks) → この段階終了時にプログラム修了

Stage 6: Aftercare (12 weeks)

第5段階を修了後12か月後にも薬物の再使用がなければ、正式の卒業式（Graduation Ceremony）に招待され、そこで銀製の指輪が授与される。

プログラムの特徴としては、個人の感情の変化に焦点を当てた心理的介入を積極的に行うものが中心で、以下のような独自の概念が示されている。

- 1) The Feeling Wheel: 毎日の自己感情を外・中・内側3層からなる円周図に表示し、即時的なものからその根源にあるものまでを辿る。同時に共同生活する他者の感情に気付く。

2) The Community Wheel : The Word/ Phrase for the Day を書いて表示し、他者へ感情を Feedback する。

3) Stress and Lemming Concept : ストレス構造の学習。他者との交流の遮断状況に自暴自棄が加わって自己憐憫や合理化をとおして薬物使用につながり、さらに罪悪感から抜けられなくなる構造を図式化して理解する。

4) The Onion Concept : 外見がどのようにして本人の内面を防御しているか、自己理解を妨げているか。

これらのツールは、日常的な Peer Group Exercises and Therapeutic Activities の中では、主として専門心理職スタッフ以外の Senior (時間の経過した) Residents がファシリテータとなって運用されており、プログラムの中における自己の役割もまた治療の進展とともに変化していくことを体験するようになっていた。

なお、施設外部の 12 ステップグループ等との関わりは、Stage 4 以後にパート就労等のために外出することが認められた際に、自己の責任でそれらへの参加を選択した個人の例を除き、総じて一般的ではない、とのことで、Aftercare としても積極的な導入は図られていなかった。

We came here to free ourselves from our past
and to change the way we feel and think without drugs or drink.
To achieve our goals we must learn to see ourselves as others see us.
It is easier to change ourselves than it is to change the world.
So with trust honesty and respect,
we will not use our past as a sofa to lay back on.
But as a springboard to our future.
Alone we have a ray of hope.
Together we have sunshine.
For today is the first day of the rest of our lives.
What you see here
What you hear here
When you leave here
Carry it with you.

D. 考察

わが国における TC に求められる諸課題を検討する上で、今年度の調査をとおして以下の各点が明らかになった。

(1) わが国の回復援助施設をめぐる展開の客観的評価について

Ley Community は、これまで調査してきたアメリカ・ヨーロッパ・南米の TC と介入の具体的プログラム自体では共通する点も多いが、その反面よく整備された静寂な環境とともに、独自の歴史と社会システムとの関連の下に Democratic を本旨とする運営の特徴を示している。医療機関の中に TC プログラムが持ち込まれたことから発展し、医療職主導の伝統的施設治療に対して異を唱える運動が結果する独特の「平等性への希求」は、40 年近い歳月を経てここで回復して社会復帰した卒業生たちの指導と保護の下に、きわめて安定感の高い治療的環境を実現し維持していることが理解できた。

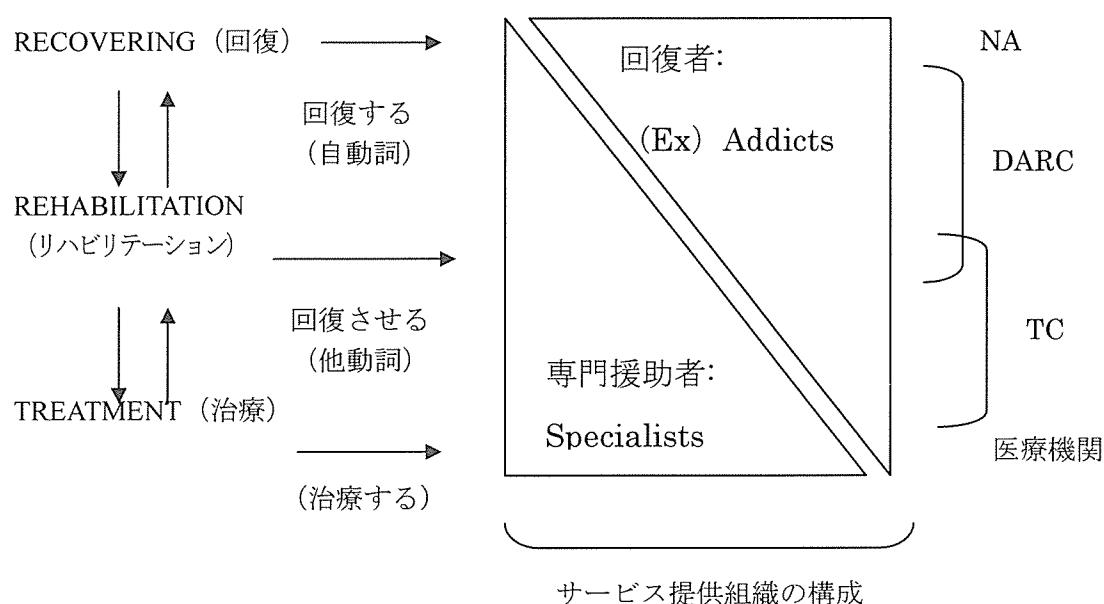
ATC に加盟し、DAYTOP 等の源流をもちつつも現在の WFTC とは独立して展開する Ley Community で日々暗誦されていた Philosophy は、形式もその表現も、たとえば直接的に”drugs or drink”と登場するように異なった印象を与える。それは他のやり方の否定というよりは、歴史的経過の中で選び取られた伝統に近いものとしてとらえるべきと考えられる。

これまでの世界各地で集めた情報によってみても、わが国の DARC に還元される回復援助の経過は独自のものであることがわかる。そのため、現状に直接接合すべき TC モデルを探すことは困難な作業とならざるを得ない。

TCについては、本稿中も「TC 治療」という表現を用いてきたことにあるように TC Treatment として今日的には理解される。それに対して、DARC が日本で行ってきたことは薬物依存の「治療」ではなく、回復を目指した場、あるいは環境の提供と維持であった。その名のとおり DARC は 1980 年代半ば以降「リハビリテーション・センター」を自認して始められ、治療施設として運営されたことも自らそれを標榜したこともなかった。そのような施設で「援助」というより回復を望むアディ

クトの「サポート」を担うのは当然に回復を体験したアディクトがふさわしく、ごく自然にそのような体制が維持・継承されて現在に至っている。この 20 年間に变化したことは、このプログラムを体験して回復していった人々が増加し、代替となる社会施設の不備が改善しないことによって、全国各地で同種の間、環境が求められ、現状で 40 か所以上にも拡大してきたことである。しかし、そのことをもって DARC の機能が拡大したり変化したと評価することは適切ではない。

図2 「回復」と「治療」のキーワードと機関の位置づけ（模式図：宮永, 2006）



上記の図は、自助組織である AA/NA と医療機関との間に放置される領域に TC と DARC を模式的に位置づけようとしたものである。これまで説明したように、TC は社会的に社会的な側面を含む広義の Treatment をその役割として引き受けて発展してきたと理解できる。対して DARC は、回復者の体験を基礎にその道筋をスタッフが「仲間」として同行すること、そしてそのプロセスは同時に援助者役割を担う同じ依存者 (Addict) であるスタッフ自身の回復の維持にも役立ってきた事実が知られ、DARC 独自の価値として理解されている。

実際のサービス提供組織の構成もどちらに属するものが中心を占めるべきか、ということに関わらず、それぞれの異なる性質と限界、メリットと

デメリットもここでは明らかになっている。専門職が中心となって構成される TC は論理的には考えられるが、DARC の場合それは成立し得ず、その時点で DARC ではなくなってしまうことすら意味する。

たとえば、重い慢性精神疾患と薬物乱用問題を併せ持っている対象者には、どのような種別の治療施設が対応することが合理的か、という問題について、上記の図上でそれはどこにプロットされるべきか。薬物使用を取り除いた生活の中に残存する後遺障害や、処方による症状のコントロールが関わる問題へのケアは、本来的に DARC などリハビリテーション施設に委ねられるべき範疇に属さないことは明白である。では、TC では対応可能か。それら事例に合理的に対応可能な TC のセ

ッティングについては、数多くの実践例をとおり、現在世界各地で共通する主要課題でもあったことは既に述べてきた。

DARC がわが国の社会で期待されてきた役割と、上記の整理に基いた本来的な機能とを細部にわたりつき合わせ、そのメリットをより活用していくためにも、協働する別カテゴリーの施設、たとえば TC が求められている理由が確認できよう。これまで述べてきたように、20 年に及ぶわが国社会での独自の経験を今後 TC の導入過程にどのように生かしていくことが可能なのか、今後の「TC 研究会」を初め薬物依存者処遇に関わる専門職にとっても、世界の TC による過去 40 年の歩み自体が既存システムに対してそうであったと同じく「チャレンジ（挑戦）」であることは間違いない。

(2) TC 導入をめぐる条件の整備

前項に報告したとおり、今日アジア諸国においても薬物乱用・依存者処遇の重要な役割を担うものとして TC は位置づけられ実践が重ねられている。WFTC の次回世界会議は、国際的なヘロインの生産、輸送そして治療の問題にも苦闘し、紆余曲折を重ねつつ中国の TC 治療におけるモデル地域となってきた南部・雲南省昆明（Kunming）市が会場となって、世界からの代表を迎える予定になっている。予定会期の 2008 年 9 月は、中国に TC モデル治療が開始されてちょうど 10 年の節目に当たる。

昆明にはかつて「戒毒所」とも呼ばれる政府運営の巨大な犯罪者矯正施設（Reform-through-labor camps）が多数集中していたが、そこでの治療成績は芳しくなく、退所者の多数が再犯者となって再収用される効率の悪さが問題視されていた。

1998 年 9 月に DAYTOP の援助を受けて DAYTOP China, Yunnan-Kunming が創設され、アメリカ型のプログラムが輸入された。この 8 年間に述べ 3,000 人（実数で 1,400 人）が入寮による治療を受け、外来・通所部門では 50,000 人以上がプログラムを利用した。その結果、再使用による再犯率で効果的な結果を示したことから、今日中国政府も 800 万人民币元（100 万 USD）の資金補助をもって全国的な TC の導入促進を決定した、と WFTC 会議でも報告されていた。

また近年では、HIV 予防についても事業を展開し、Harm Reduction の取り組みも進めている。こ

れらの変化は 1998 年の DAYTOP プログラムの導入以降急速に起こってきたことであり、それまでの中国の薬物政策自体に大きなインパクトを与えてきた事実は、日本の関係者にもまず知られるべきと思われる。

中国の例と同様に、アメリカの TC プログラムを直接導入することがもっとも近道であるのか、そのことも含め、まずは TC 導入がもたらす施策全体に対するメリットを薬物乱用・依存問題に関わるすべての関係者が共有することから始められなければならない。以下に示したとおり DAYTOP China では、WFTC に集結する世界各地の TC が共通に掲げる英語の Philosophy をそのまま中国語訳して指針としている。

DAYTOP Philosophy : 「戴托普信条（中文）」

我来到这里、是因为我失去了最后的避护地、失去了做人的尊严、我不敢面对自己、不敢正视现实、我内心忍受着巨大的痛苦而无人可以倾诉、我正在堕落。除非有一天、我能将自己内心的痛苦和秘密告诉别人、并忍受由此带来的伤痛、否则、我的心灵没有寄托、也没有安全感、害怕被别人知道、又对自己和他人缺乏了解、我则会永远生活在孤独中。

除了这里之外、我还能在哪里找到这样一个环境、它像一面镜子、让我能清楚地看清自己的真实面目、既不是自己想象中的巨人、也不是心怀恐惧的懦夫、而是作为一个人、全体成员中的一员、为着共同的目的、与大家分享着痛苦和欢乐、在这个环境里、我们能生根、并且成长、再不会像过去一样的孤独、而是一个为自己和为别人活着的有意义的人。

本研究を一つの契機として、本来既存システムに向けられた運動概念である TC=治療共同体をめぐる議論が進み、新たな関連政策形成を進めるための本格的な「運動」が求められている。

E. 今後の研究課題

平成 17・18 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継続した。今年度より定期的に開催してきた「TC 研究会」での議論を今後も継続拡大し、次年度以降もより効果的に関係各機関に向けて情報発信し、運動となるよう喚起していく必要がある。その過程で日本

型 TC の原型（プロトタイプ）のイメージがより多くの関係者と共有できるかが、実際にどの時点で TC を始められるかの鍵ともなる。

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、これまでに調査できなかったアジア諸国で先行する共同体運営について実地調査することは重要である。合わせて今年度のイギリス調査によって概要を把握した Democratic Model による TC 実践について、その他の地域でも可能なシステムであるのか、順次別の地域でも追加調査し、オルタナティブとしての情報を収集して、随時「TC 研究会」等で資料提示していきたい。

既に TC プログラムを導入した各国の社会状況分析も、今後より深められなければならない。薬物乱用・依存対策の位置づけを近接する他の援助課題の展開と照合しつつ政策分析することも、わが国のシステムを構想する際に不可欠の資料となる。これまでアディクションを巡る暴力問題の取り扱いや虐待問題対策については意識的に関連づけて検討されてきたともいえるが、たとえばホームレス対策はどのように進められてきたか、そのことが薬物・アルコール依存者の回復援助とどのように関与してきたのか、という課題はここ 20 年間あまりのそれぞれの対策の評価の上で、今後より意識される必要があると考えられた。ホームレス者を処遇することを担わされた NPO 等の団体が、少なからず回復プログラムを必要とするアディクトに出会ってきたことは世界各地の例でも疑いようがなく、ホームレス対策を薬物乱用・依存者対策の特に導入段階にどのように連動させるかは、公費運営を避けられないこれら領域におけるソーシャルコスト対策面からも重要課題とされるべきである。

合わせて、今年度末には DAYTOP International Inc. より TC に関する教育訓練担当者を招聘し、東京及び大阪でワークショップを開催する予定で現在準備中である。次年度はそこに参加したより多くの関心ある専門職をきっかけに、TC 概念とそのメリットに関する理解の普及拡大を実効が期待できる「運動」の段階にまで高める努力を研究者としての課題としたい。

F. 結語

今年度の本分担研究による検討結果については、以下のとおりにとまとめられる。

1. WFTC 第 23 回世界会議で研究討議されたトピックスを整理すると、現状の TC 治療における共通課題は、以下の各点にまとめられる。
 - (1) 家族への治療的介入
 - (2) 再発予防プログラム
 - (3) 少数派集団への介入戦略（修正型 TC モデル）
 - (4) 職業訓練教育プログラム
 - (5) ホームレス者 / HIV (+) 依存者への早期介入
 - (6) 精神疾患・障害との重複例（Co-Occurring / Dual Diagnosis）
 - (7) 女性犯罪者への司法との共同介入
 - (8) PTSD 被害者の再犠牲化予防
 - (9) Harm Reduction プログラムへのスタンスと協働
 - (10) 高齢または若年依存者に特化したプログラム
 - (11) ヘルスケア・システムと TC のバランス
 - (12) NPO/NGO としての TC 運営における財源の確保
2. 薬物乱用・依存者治療の主流である伝統的 TC モデルに対して、別の流れを持つ Democratic（民主的）モデルとは、以下のような特徴とメリットが挙げられる。
 - (1) 医療機関に内在していた専門職支配の構造的環境の見直しに原点を持つ精神保健運動としての TC
 - (2) アディクション治療はその対象領域の一部を構成
 - (3) 入寮者自身が経験的に操作し治療に役立て得る心理介入技法の開発
 - (4) 異なってカテゴライズされた処遇課題群と共通の運営・評価指針
 - (5) サービスの質確保のための具体的なネットワーク
 - (6) Co-occurring / Dual Diagnosis（精神疾患重複例）処遇における一貫性と平易なアクセス確保

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- (1) 宮永 耕：薬物依存者回復支援の現状と展望.
第 14 回日本精神科救急学会総会. 公開プレ・セミナー (OP-3). 広島市. 2006.10.17

<参考文献>

- 1) De Leon, G. : The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method, Springer Publishing Company, Inc., 2000
- 2) Paradigms: Past, Present and Future, Proceedings of the Therapeutic Communities of America 1992 Planning Conference, 1994
- 3) Inaba, D. S. and Cohen W. E. : Uppers, Downers, All Arounders – Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs (5th Edition) , CNS Publications, Inc., 2004
- 4) White, W. L. : Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, Lighthouse Training Inst., 1998
- 5) Yablonsky, L. : The Therapeutic Community, A successful Approach for Treating Substance Abusers, Gardner Press, Inc., 1989
- 6) Service Standards for Therapeutic Communities 5th Edition, Community of Communities, the Royal Collage of Psychiatrists' Research and Training Unit (CRTU) / ATC (Association of Therapeutic Communities)
- 7) 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
- 8) 小池隆生 : 『現代アメリカにおけるホームレス対策の成立と展開』、専修大学出版局、2006.3
- 9) 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
- 10) 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
- 11) 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
- 12) 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
- 13) 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
- 14) 宮永耕 : 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)、平成 17 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・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究」(主任研究者 : 和田清)、2006.3、163-170

第 2 回 TC 研究会

参加者：宮永，梅野，桑山，堀口，今村，栗坪，松本，嶋根，和田，池田，原田，尾崎，近藤（敬称略）

15:15 開会

15:15 会の目的の再確認と今年度の計画についての話し合い

- 目的

- ① 欧米の治療共同体の実際について学ぶ
- ② 治療共同体の日本への導入の可能性について幅広い見地から検討する

- 今年度の計画

- ・参加者はそれぞれ TC のどんなことを深めたいか考えてくる（次回以降）
- ・めばさん、タケシさんなど当事者の方にお越しいただいて意見交換できるようにしたい（8 月以降で日程調整）
- ・日本語訳が必要な資料の翻訳を今後どのようにしていくか（次回以降）

15:30 最近の薬物依存症領域の動向について（宮永先生，和田先生）

15:55 講義：「プロジェクト・オンブレでメンバーの回復を評価するために用いているモジュールの紹介」（講師：宮永）

資料 2

16:55 今後の内容・日程・会場等について

- 日程は偶数月の第 1 土曜日（午後 3-5 時）
- 次回会場は順天堂大学を検討（嶋根さんより近藤に後日連絡）
- 次回内容は、AADAP のプログラム紹介（講師：堀口先生）

17:25 閉会

2006/08/05 順天堂大学本郷キャンパス 10 号館 1021 室

第 4 回 TC 研究会

参加者：宮永，堀口，今村，栗坪，松本，池田，染田，林，吉澤，森田，近藤（敬称略）