

を解剖するという監察医制度がなければ、薬毒物による死亡例の検出は不可能であると言える。

さらに、ここに紹介した医務院検査科のような薬化学検査を行うシステムを有するか否かによって、薬毒物検出の精度が大きく異なることが容易に推察され、救命救急部のような機関にも検査システムの充実が望まれる。

監察医制度の意義は、単に一体一体の死因を究明することだけに留まるのではなく、得られた結果、疫学調査研究の結果を広く医療に、そして社会に還元することにある。衛生行政、公衆衛生の向上に貢献するために、この死因究明制度の根幹となるべき「監察医制度」が全国的に拡充されることが期待される。そして、これが薬毒物の乱用防止につながるものである。³⁾

E. 結論

東京都監察医務院において平成 19 年に取り扱った解剖例から、薬毒物検出の実態を報告した。少数ながら覚醒剤、ガス類、脱法ドラッグ類、その他睡眠鎮静剤・向精神病薬などを検出した。このような薬毒物の濫用は、自殺のみならず、不慮、不詳の死例について検出された。

このような薬毒物検出のためのシステム作り、死因不明死を解剖する制度の拡充が今後の重要な課題である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

3. その他

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

文献

- 1) 水上 創. 中毒死—監察医の立場から. *Clinical Neuroscience* 2007 Aug 1; 25(8): 939-41.
- 2) 水上 創, 加藤幸久, 原 修一, 永井智紀, 森晋二郎, 松井健一, 栗岩ふみ, 荒川礼二郎, 福永龍繁, 遠藤任彦. 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) が検出された 5 剖検例の検討. *法医学の実際と研究* 2008 Dec; 51: 125-30.
- 3) 福永龍繁. 日本の死因究明制度の現状と将来展望. *警察学論集*, 2009 Jan 10; 62(1): 56-70.

表1. 薬化学検査状況

(ア) 薬化学検査依頼状況

種別		年	15	16	17	18	19
検 体 数			6,150	6,469	6,341	6,219	6,435
検 査 依 頼 総 数			9,760	9,977	10,297	9,981	10,909
検 査 依 頼 種 類 別 内 訳	薬毒物スクリーニング		1,844	1,969	1,974	1,932	2,113
	エタノール		2,296	2,384	2,379	2,348	2,452
	青 酸		540	477	409	441	372
	一酸化炭素		272	287	302	194	225
	睡・精・他の毒物		471	490	481	495	591
	覚醒剤定性		50	58	30	23	21
	血液型		232	229	270	255	198
	生 化 学		2,556	2,506	2,422	2,428	2,890
	肝 炎 検 査		980	1,000	1,291	1,177	1,361
	梅 毒 検 査		274	308	366	313	329
	細 菌 検 査		186	195	282	288	271
ウ イ ル ス 検 査		7	12	21	19	27	
H I V 検 査		52	62	70	48	59	

(イ) 検査実施状況

年(平成)		15	16	17	18	19	
総検査件数		18,690	17,806	18,510	18,119	19,336	
検査種類 内訳	予試験	マウス経口毒性	1,877	1,988	2,000	1,956	2,122
		pH測定	1,877	1,990	2,000	1,956	2,122
		シェーバイン反応	1,877	1,988	1,998	1,949	2,122
		免疫的検出	15	20	19	33	55
		その他	2	2	0	5	1
	エタノール	G C 定量	3,455	3,698	3,513	3,597	3,752
	その他の有機溶媒		36	30	6	7	4
	青酸	G C 定性	536	480	419	440	368
		比色法定量	29	36	41	24	40
	一酸化炭素	定性	274	285	300	191	224
		吸光度法定量	51	39	61	28	46
	その他のガス類		4	4	4	5	9
	糖・糖・他の毒物	アルコール抽出	406	432	414	456	547
		その他の抽出	974	993	998	967	1,181
		T C L	981	845	696	513	-
		呈色反応	974	845	696	513	-
		G C	832	890	847	857	714
		H P L C	1,016	1,052	1,050	1,071	1,249
		G C - M S	390	360	429	505	864
	覚醒剤定性		103	83	45	32	49
	血液型	A B O	181	179	215	184	140
		熱解離試験	50	54	50	73	54
	生化学検査		1,674	1,367	1,394	1,491	2,168
肝炎検査		672	604	787	751	992	
梅毒検査		182	184	188	189	223	
細菌検査		183	207	276	273	245	
ウイルス検査		7	33	26	22	26	
H I V 検査		32	12	41	26	39	
マス・スクリーニング		-	-	-	5	10	

※ 19年からTCL、呈色反応による検査は、他の検査方法で定性可能なため、実施していない。

(ウ) 毒物検出状況

種類		年	15	16	17	18	19
総 数			1,491	1,407	1,346	1,269	1,333
内	青 酸		29	33	41	23	41
	ア ル コ ー ル		644	639	608	561	592
	有 機 溶 媒		15	2	2	2	2
	一 酸 化 炭 素		48	39	51	26	45
	そ の 他 の ガ ス		3	-	-	-	-
	医 薬 品		708	656	599	630	612
訳	覚 醒 剤 等		40	30	41	26	37
	農 薬 そ の 他		4	8	4	1	3

- 注1. 件数は胃内容、血液、胸腔液、尿それぞれにつき一件と数える。
 2. アルコールは0.50mg/dl以上でn-プロパノールの値は考慮しない。
 3. 医薬品は睡眠剤、精神神経用剤、抗てんかん剤、解熱鎮痛剤等を含む。

表3-1. 平成18年薬毒物検出状況(1)

H18.5.11 B-15-3		平成18年度(1~12月)												合計		
分類	薬名	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月			
食 材 C 有 限 製 薬 剤	青酸	4	2	3		1	1							8	23	
	エタノール	53	60	53	29	53	37	48	34	42	51	53	48		561	
	一酸化炭素	5	4	4		1			2	1	1	1	7		26	
	トルエン											2			2	
	【0100番台は養護剤です】															
	プロムフェリル薬		1					2	1			2	3	2		11
	クアセバム												2	2		4
	ニメタセバム							1	1				2			2
	塩酸フルラセバム								1	1			1	1		4
	ニトラセバム							1	1			1		2		4
	フルニトラセバム		1				1	2	2			2				8
	エスタゾラム							2				2		2		6
	ミダゾラム										1					1
	アモバルビタール		4	2		1	3	2		1		5	1	3		22
	フェニバルビタール		14	11	9	6	9	13	8	17	7	8	14	8		124
ペンチバルビタールCa		2	6	3	3	2	2	1			3	4	4		30	
遊石酸ゾルピデム				2					1		2	1	1		7	
抗 か か	【0200番台は抗てんかん剤です】															
	フェニトイン											1			1	
	カルバマゼピン		3	3	2	5	3	5	7	6	1	2	2	6	45	
	バルプロ酸ナトリウム		2			1			1			1		2	7	
ゾニサミド											2			2		
精 神 薬 の 医 薬	【0300番台は精神神経用剤です】															
	塩酸クロルプロマジン		6	6	6	3	12	11	4	6	3	5	5	7		74
	マレイン酸レボプロマジン		4	3	3	2	8	7	3	5	1	2	3	3		44
	プロペリドン												2			2
	ハロペリドール		1				1									2
	プロムペリドール						1									1
	塩酸フロロピバミド							4						2		6
	オランザピン												1			1
	ジアセバム							3	1			2	3	1		10
	プロマセバム			1	1		5	4					4			15
	クロラゼパムニカリウム		1	1				1	1		1		1	3		9
	エチゾラム							1				2				3
	フル酸クエチアピン			3		1					4					8
	塩酸イミプラミン							4	1			2	2	1		10
	塩酸クロミプラミン				1		1		1		2	1				6
	塩酸アミトリプチリン		2					1	2							5
	塩酸ノルトリプチリン					2		1	1							4
	塩酸トラゾドン							1								1
	塩酸スルトプリド						3	2								5
	アモキサピン						2		1			1	2			6
	塩酸マプロチリン			1									2			3
	ソチピン					3	2	1	1							7
	マレイン酸フルボキサミン			2			1	2				1	2			8
	アスピリン												2			2
	エテンザミド						1						1			2
	イブプロフェン						1						1			2
	アリルイソプロピルアセチル薬			3												3
塩酸ピペリデン										1					1	
塩酸プロメタジン		7	10	7	4	14	13	3	10	4	4	10	9		95	
塩酸ジフェンヒドラミン			2			2	1			1	4				10	
【薬原剤別】																
塩酸リドカイン													1		1	
【強心剤】																
ジゴキシン								1							1	
【呼吸器系用剤】																
テオフィリン						1					1	1			3	
【不整脈用剤】																
塩酸ビルジカイニド												2			2	
【0950番台はアルカロイドです】																
カフェイン						1	1						1		3	

表 3-2. 平成 18 年薬毒物検出状況 (2)

覚 醒	メタンフェタミン	1	2	3	2					3	11
	アンフェタミン	1	1	3	2					3	10
農 薬	MDMA								2		2
	【0910番台は麻薬 (opiates)類 です】										
	【1000番台は農薬です】										
	【1100番台は有機リン系農薬です】										
	【1200番台は有機燐系農薬です】										
	【1300番台は有機7系系農薬です】										
	【1400番台は3系系農薬です】										
	【1500番台は2系系農薬】										
【1600番台はその他の農薬類です】											
そ の 他	【その他に分類される薬毒物】										
	サンポール										
	台所用洗剤										
	フッ素化合物 (防水スプレー)										
	防臭剤										
	界面活性剤								1		1
	次亜塩素酸										
	テトロドトキシン										
	塩酸										
	硫酸										
	硝酸										

表4-1. 平成17年薬毒物検出状況(1)

H18.5.23 10:43:0		平成17年度													
分類	薬毒物名	合計	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
青 緑		41	10	5	6	4	2		3						41
赤 →	エタノール	608	66	58	51	59	52	50	43	38	33	50	47	61	608
C O	一酸化炭素	51	9	7	7	3	1	1	6		1	3	6	7	51
有	トルエン	2	2												2
精 製 ・ 調 剤	【0100番台は確実剤です】														
	プロムワレリル炭素	16	1	1	1	1	4		1	5			2		16
	メタカロン														
	グルチナミド														
	クアゼパム	3		1						2					3
	ニメタセパム	3		3											3
	塩酸フルウセパム	2		1						1					2
	ニトラゼパム	6	1				1		2	1			1		6
	フルニトラゼパム	9		5		2							2		9
	エスタゾラム	6	1			2	3								6
	ハロキソゾラム														
	トリアゾラム	3											3		3
	プロチゾラム														
	アモバルビタール	28			4	2	4			9	1	2	4	2	28
	バルビタール	2					2								2
	フェノバルビタール	116	11	11	15	11	8	1	6	13	5	12	7	16	116
	ヘキソバルビタール														
	ペンチバルビタールG	22	6	4		2		2	3				3	2	22
	清石酸ゾルビデム	11			1	4				2	1		1	2	11
抗 か	【0200番台は抗てんかん剤です】														
	フェニトイン	1				1									1
	カルバマゼピン	42	5	5	3	5	3	2	1	2	1	2	2	11	42
	バルプロ酸ナトリウム	5	1		1		1							2	5
	ゾニアミド	1									1				1
精 神	【0300番台は精神神経剤です】														
	塩酸クロロプロマジン	78	10	9	10	14	7	2	3	9	2	5	5	2	78
	マレイン酸レボプロマジン	55	6	7	9	9	6		2	5		2	5	4	55
	ハロペリドール	7		2		1	1			1			2		7
	オランザピン	3					2						1		3
	クロルシアゼボキシル	2						2							2
	リアゼパム	5			1	2	1			1					5
	プロマゼパム	8		1		2	1						4		8
	クロラゼピルニカルウム	4	1		1	1				1					4
	エチゾラム	3						2					1		3
	フマル酸タエチアピン	2	2												2
	塩酸イミプラミン	6			1	1				1				3	6
	塩酸クロミプラミン	8		1						2		1	1	3	8
	塩酸アミトリプチリン	9		2		1			4					2	9
	塩酸トラゾドン	2	2												2
	スルピリド	1								1					1
	塩酸スルトブリド	1				1									1
	塩酸ミアンセリン	1		1											1
	アモキサピリン	2						1		1					2
	塩酸マプロチリン	1		1											1
そ の 他 の 医 薬	【0400番台は解熱鎮痛剤です】														
	アセトアミノフェン	1		1											1
	アスピリン														
	エタンザミド	7	1		2				2			2			7
	イブプロフェン	1							1						1
	アリルイソプロピルアセチル炭素	3	3												3
	塩酸ビベリデン	1											1		1
	塩酸プロメタジン	90	9	14	11	11	7	2	3	10	1	6	8	8	90
	マレイン酸クロルフェニラミン	2		1	1										2
	【局所麻酔剤】														
	塩酸リトカイン	1				1									1
	【全身麻酔剤】														
	【鎮心剤】														
	ソコキシリン	3				1		1						1	3

表4-2. 平成17年薬毒物検出状況(2)

	【呼吸器系用剤】										
	テオフィリン	2		1		1				2	
	【感覚器用剤】										
	【不整脈用剤】										
	【0950番台はアルカロイドです】										
	アトロピン	1		1						1	
	カフェイン	3		1			2			3	
	医薬品合計	599									
覚醒剤	メタンフェタミン	20	1	4	2	1	2	5		5	20
	アンフェタミン	20	1	4	2	1	2	5		5	20
	MDMA	1							1		1
	【0910番台は麻薬 (opiates) 類です】 覚せい剤類 合計	41									
麻薬	【1000番台は麻薬です】										
	【1100番台は有機リン系麻薬です】										
	ビリホスメチル	1						1			1
	マラソン	2							2		2
	【1200番台は有機塩素系麻薬です】										
	【1300番台は有機リン系麻薬です】										
	【1400番台は3,4'-D-系麻薬です】										
	【1500番台は7,8,8'-D-系麻薬】										
	【1600番台はその他の麻薬類です】										
	STAM (除草剤)										
	石灰窒素合剤 (多硝化3,4-D)										
	カルタップ (殺虫剤)	1	1								1
不詳麻薬											
その他	【その他に分類される薬毒物】										
	薬毒物・その他 合計	4									

表5. MDMA中毒5例の概要²⁾

事例番号	年齢	性別	職業	死因	血中濃度 (μg/ml)	尿中濃度 (μg/ml)	その他薬物	エタノール (n-プロパノール) (mg/ml)	病型	その他
1	19	F	アルバイト	急性 MDMA 中毒	6.03 (血清)	検出されず	-	血液 0.00 (0.00)	なし	ライブハウスで倒れる。搬送先では血中/尿中より覚醒剤 (-) (Triage?)
2	22	M	アルバイト	不詳 (死後変化高度)	定性+**	定性+**	-	血液 1.72 (0.08) 尿 2.32 (0.02)	なし	深夜ライブ後に行方不明。付近の運河より水中死体で見られる。
3	19	F	風俗嬢	MDMA 中毒 (推定)	検出限界以下	6.47	+**	血液 0.20 (0.01) 尿 0.01 (0.02)	うつ病 境界型人格障害	自宅で発見。リストカットあり。Triage AMP (+)
4	25	M	工員	外傷性血胸/ 大動脈損傷	0.19 (全血)	1.10	-	血液 0.00 (0.00) 尿 0.26 (0.00)	なし	トランス・パーティー参加。転落? Triage AMP (+)
5	25	F	大学生	急性 MDMA 中毒	3.82 (全血)	97.84	-	血液 0.00 (0.00) 尿 0.00 (0.00)	うつ病	自宅トイレ内で死亡を発見。低体温症 (?)

-: 検出されず *1: 定性のみ **1: アミトリプチリンおよびカフェイン (いずれも検出限界以下)

分 担 研 究 報 告 書
(2-1)

薬物依存者に対する社会復帰資源に関する研究（2）

分担研究者 宮永 耕 東海大学健康科学部社会福祉学科

研究要旨 わが国における薬物依存者処遇の相対的に大きな領域を占める司法及び医療の諸制度と関連しつつ、社会福祉援助領域の中で大きな役割を担ってきたダルクの今日的な機能を明確にし、現在の法体系のもとで運営されるダルクが抱える問題点を明らかにするために、障害者自立支援制度と関わって運営されている1か所のダルクの例を取り上げて検討した。合わせて、ヨーロッパ諸国で行政による経費負担によって運営されるTC施設の運営状況をヒアリング調査し、その結果からダルクとTCにおけるサービス委託関係の異同についても検討した。

①行政から運営費補助を受けることになったダルクは、財政全体に占めるその割合が拡大するにつれ、不可避免地に社会制度を反映した委託者側のコントロールに関わらざるを得ない。②上記のコントロールは、行政機関から直接援助スタッフに対して向けられるものではなく、指導監査等とおした「改善指導」という形で、団体内部の運営に間接的に代行させる。それにより運営主体と援助スタッフとの間にコンフリクトを抱えるリスクが発生する。③現行の障害者自立支援法において、入寮を伴った大半のダルクの場合は特に、制度に合わせて運営を変える（NPO法人化）以外に補助金を受託する方法はなく、利用者の要援助ニーズの内容とは必ずしも即応しない規準に対しても同様の選択をせざるを得ない。④行政からの運営費補助を受けて運営されるTC施設の場合、直接援助サービスの提供に関わるスタッフも回復者と専門援助職とで構成されているため、あるいは団体運営にも回復者と専門職とが同一の目的で関与するために、ダルクの場合におけるスタッフと支援者という関係でのコンフリクトは回避し易い。⑤社会制度の変化の中で多様に理解されてきているダルクの本来の価値と独自の機能については、意識的に別の環境を創出して援助機能を相対化することがどうしても必要となる。

A. 研究目的

薬物依存者処遇の中に社会福祉的援助、すなわちソーシャルモデルとして運営される機能の重要性が注目されて久しいが、依然として依存者自身の回復運動に基づく民間回復援助施設ダルク以外に、この領域に活動する施設・機関は皆無に等しい。

昨年度の本研究でも報告したが、2008（平成20）年2月現在の調査によれば、ダルクは2003（平成15）年2月調査時の25か所から今回は48か所へ施設数自体が約2倍に拡大していた。そして、地域で回復に取り組むダルク利用者のうち生活保護受給者の割合は、42.7%から62.1%へと過半数を超えて大きく拡大していた。

今年度は、現行制度下で運営される一つのダルクで生じた運営をめぐる諸問題を、時系列的に整理し検討することから、全国の他のダルクでも共通に抱え得るいくつかの問題点を抽出し

た。合わせて、薬物依存者の地域でのリハビリテーションあるいは回復の援助について、地方政府が主体となって公費支出によるサービス給付を行っているヨーロッパ諸国の例との比較から考察を試みる。

B. 研究方法

民間薬物依存者回復援助施設である一か所のダルク（DARC）をとりあげ、運営団体（現在はNPO法人）が発行してきた既存の運営経過に関する資料、ニューズレター及び総会資料等をもとに、運営状況に関して事例検討（Single-Case study）した。

また、今年度海外渡航研究として行ったポーランド、ベルギー及びノルウェーでの治療共同体（Therapeutic Community: TC）等の運営関係者に対するヒアリング調査の内容をもとに、そ

ここで教示された文献資料を参考にして、現行の運営費補助に関する課題について検討した。

C. 研究結果

1. 精神障害者社会復帰対策と障害者自立支援法によるダルク運営の変化について（再掲）

ダルクは薬物依存者の回復援助施設として、平成6（1994）年度に自治体事業による精神障害者社会復帰対策として、小規模作業所運営費補助制度を根拠とした補助金の受託を契機とした「障害者地域作業所」要綱による運営が始まり、以後は全国的に自治体からのさらには精神保健福祉法による国の制度である精神障害者地域生活援助事業の一部に位置づけられるグループホーム（含、ケアホーム）として、徐々に補助金対象事業としての運営が広がりつつあった。

2006（平成18）年10月に始まった障害者自立支援法では、障害の種別を根拠としたサービスではなく、その必要の程度に応じた共通のサービスを提供する仕組みへと変更された。同法に基づくサービス提供を受ける利用者は、自立支援法の手続きによって「障害者」としての認定を受け、自立支援給付及び地域生活支援事業による給付を受けることになっている。たとえば、ダルクが運営するものであっても「グループホーム」入居者は、個別にサービス利用申請に基づく障害程度区分の認定を受け、個別支援計画の策定によって支給決定され、障害福祉サービス受給者証の交付を受けるという手続きを要することになる。

これは、ダルクという団体を対象に、平均利用者数等を根拠（作業所はA～Cランクに認定するなど）に補助金給付することで、間接的にその利用者にサービス給付してきたものから、自立支援法によって対象者への給付が、サービス提供事業者であるダルクに支払われる形に変更された。一人当たりの単価でダルクの提供するサービス費用が公費負担されることは重要だが、同時にサービス報酬の支払いが利用者の前月利用実績による日割り後払い方式へと変更されたことがもたらす事務量増加の影響も大きい。

平成19（2007）年3月の東京ダルクによる調査によれば、デイケア（小規模作業所）ナイトケア（グループホーム）等のプログラム運営主体となった37団体のうち、16団体が特定非営利活動法人（NPO法人）格を取得済みで、その他にも5団

体が19年度中に法人格取得予定となっていた。20年度中にも引き続き相当数のダルクが変更を完了し、現在では既に半数以上がNPO法人へと組織替え、もしくはそれら法人の一部を構成する形となっている。これは前述の障害者自立支援法により、ナイトケア（入寮）施設を運営するためには、制度に合わせるとグループホームもしくはケアホームとなるため、設置運営主体に対して指定事業者として法人格の取得が求められたことによる。ダルクは当初より、入寮による共同生活をとおしてプログラム利用することが想定されており、多くのダルクでこの機に組織の見直しを進め、安定した運営を目的としてNPO法人化を選択していったことは自然な流れでもあった。

さらに、並行する特筆すべき変化として、1つの運営団体が複数の施設プログラムを提供する例が大半を占めるようになったこと、さらに現在も進行しているのが、自立支援制度における市町村実施の事業である地域生活支援事業として位置づけられる「地域活動支援センター」等へのデイ（ケア）部門の転換（種別変更）である。早いところでは平成19年度より、その他の施設でも20年度中の移行を目標に準備を進めている。

このように、ダルクは全国的規模で自立支援制度への移行が進行しており、その制度の内在する課題がそのままダルクの運営に影響を及ぼし得る現状が理解できよう。

2. ダルクが「専門施設化」することの意味

～事例を通して考える～

以下では、現在全国で50か所以上にも広がる全国のダルクのうち、制度による運営費補助を受けている現在では多数派の一例を取り上げ、そこで現在までにどのような変化が起こり、プログラムの提供にも影響を与えてきたか、その経過を時系列的に整理して検討を加える。

以下では、対象とするダルクを便宜的に「Xダルク」として記述する。

Xダルクは、最も初期に公費による運営費補助を受けることに成功し、以来今日まで約20年同地域で事業を継続している。

<経過年表①>

- 1) 1990年6月 A市に開設、回復者スタッフ2名によるデイケア、ナイトケア開始（定員等

- 規定なし)。運営資金は、民間個人・団体からの善意の寄付金及び利用者（家族）の支出する入寮費（月額14万円）のみ。
- 2) 1992年11月 ボランティア（スタッフ、地域の専門援助職、家族等で構成）による「運営委員会」が公的助成に向けて活動開始。A市、B県行政等に陳情活動。
 - 3) 1993年4月 第1回総会開催、市民による任意団体として運営団体の設立を承認、(旧)運営委員会に代えて理事会が発足。8月 行政に要望書を提出、12月 補助金受託の条件となる地域住民・利用者家族等を含めた運営委員会が発足。
 - 4) 1994年4月 市より（B県も分担して費用負担）補助金受託開始、所管は市衛生局、種別はデイケアセンターをA市精神障害者地域作業所設置運営要綱による「精神障害者地域作業所」として認定（運営費・借地借家費・指導員研修費で年額1,400万円：Bランク、初年度のみ設置費250万円）、入寮（ナイトケア）施設は引き続き自主財源で運営。5月 総会と合わせ「開所式」開催。12月 「第1回ダルクフォーラム」開催。
 - 5) 1995年4月 初代責任者（施設長）、他地域にて新規ダルク開設のため退職、施設長交代、新スタッフ1名採用。第1回理事改選、一部交代。通所者増加により補助金が年額1,600万円（Aランク）に変更。
 - 6) 1997年2月 デイケアセンター移転、4月スタッフ1名増員。5月 総会にて理事長交代、デイケア移転開所式開催。12月 スタッフ1名採用。
 - 7) 1998年3月 民間財団からの助成により単行本出版、12月 地元弁護士会より団体が「人権賞」を受賞。
 - 8) 1999年3月 ナイトケア移転（定員6名）、「精神障害者グループホーム」としての認可を得、補助金対象となる。年度内の補助金額は2,847万円となる。
 - 9) 2000年12月 「10周年記念フォーラム」開催、「10周年記念誌」刊行。
 - 10) 2001年度より、地域の刑務所内の教育プログラム（試験の実施事業）にスタッフが依頼を受けて定期参加。
 - 11) 通所者の増加に対応して、2001年4月よりスタッフ1名増員。常勤回復者スタッフが計4名体制に。
- <経過年表②>
- 12) 2002年度総会には、啓発活動としての講演依頼の増加、会費収入の大幅な減少の指摘。年間運営費支出約4,600万円の65%にあたる3,000万円が市からの補助金で構成。会費・寄付等が1,100万円、利用者負担が300万円。財政構造改善のため自主財源＝会員の増加のため広報啓発にも重点化。
 - 13) 2002年度当初の人員費予算額が年間2,500万円超に。社会保険料増と労働環境整備義務により。
 - 14) 2003年度の補助金額は、デイケア2,042万円、ナイトケア770万円。9月最も新しい常勤スタッフが退職。
 - 15) 2004年4月よりスタッフ1名増員補充。
 - 16) 2005年10月 障害者自立支援法成立、2006年度当初からの施行が決定。
 - 17) 2006年3月 自立支援法の施行に伴い、障害者サービス指定事業者の要件として法人格が必要となり、2006年2月 グループホーム運営に対する補助金運営継続のため、団体の特定非営利活動法人化を臨時総会で議決。3月 県に設立申請、特例的に短期間で認証取得、年度内に登記完了。会則に代えて定款が発効。
 - 18) 2006年4月 ナイトケア施設は居住型障害者サービスとしてのグループホーム（共同生活援助）及びケアホーム（共同生活介護）に事業種別変更。入居者には、障害程度区分による分類が求められるようになる。
 - 19) 2006年6月 キリスト教会等県内ボランティアの支援を得て、Xダルク施設長が準備・サポートし、同ダルクのプログラム修了生スタッフが代表となって、隣接のC県に入寮型ダルク（Yダルク）を開設、活動を開始。直後に地域住民との間にコンフリクトが発生、2007年2月 住民説明会を開催も立ち退き要求は変わらず。
 - 20) 2006年度決算では、会費収入等の減少により約400万円の赤字となる。2007年度予算作成時には、職員の賞与額を大幅に減額変更す

ることを理事会が決定し、職員に通知、合意を得た。

- 21) 2007年4月 精神障害者地域作業所として運営してきたデイケアセンターを「経過的小規模通所施設」に、1年を期限に運営変更。新制度への対応準備を検討する必要により。補助金額は前年度と同様の方式で算定。
- 22) 2007年3月末で常勤スタッフ2名が退職。援助職員確保が突如困難となり、市当局とも協議の結果、グループホームの運営を補助金対象から外す(4月のみ対象)。2008年5月グループホームを「休止」とし、同区内の低額家賃物件に転居。制度による定員等の規定からも外れ、入居者からの入寮費収入による運営へ。早期の新スタッフ雇用の方針を確認。
- 23) 2008年4月 経過的小規模通所施設として運営されていたデイケア・センターが、自立支援法の地域生活支援事業(市町村実施：単独予算)による地域活動支援センターへ種別変更。2008年夏で賃貸契約満了となったC県Yダルクの賃貸契約更新は認められず、貸主より立ち退き要求と損害賠償請求が提訴される。新規移転先探しは難航し、裁判審理(口頭弁論)も開始。
- 24) 2009年1月 入寮施設専従スタッフの欠員期間が続いたことを理由に、理事会で同施設の一時休止(閉鎖)を決議。入居者の転居をめぐりスタッフ、理事の合意できず(スタッフは反対)。
- 25) 2009年度総会にて、理事会による入寮施設事業休止の経過報告。3月 入居中の利用者全員に月末での退去を提示、打診(両者の同意は得られず)。

<コメント>

上記、経過年表①及び経過年表②からわかることを、以下にまとめてコメントする。

- 1) 経過年表①の前半10年間は、自主的に回復者自身が開設、活動開始したダルクの地域定着とボランティアを中心とした理解の拡大、行政への支援要求・陳情と早い段階での補助金受託の実現、充実した物理的環境確保のための転居の実現、そして活動の継続と周知による新たな支持層の獲得、といった運動体としての成長が認められる。ボランティア会員の拡大は、会費

図(スライド)1

公費補助金額(1)	
・グループホーム(ケアホーム)	
2008(H20)年度(1か月)	
国庫: 599,416	市費: 175,100
2007(H19)年度実績	
国庫: 6,865,569	市費: 2,491,200
2006(H18)年度実績	
国庫: 7,012,190	市費: 2,041,210

図(スライド)2

公費補助金額(2)	
・デイケア(地域活動支援センター)	
2008(H20)年度(未確定)	
地域活動支援センター	市費: 22,593,000
2007(H19)年度実績	
経過的小規模通所施設	市費: 19,573,400
2006(H18)年度実績	
精神障害者地域作業所	市費: 18,610,400

収入の増加だけでなく、家族を含めた新規利用者へのアプローチも可能にした。

- 2) それに対し、経過年表②の時期には、全国的なダルク施設の拡大、補助金受託運営の普及が背景にあり、長期的な不況による社会福祉・医療等の拡大にブレーキがかかり、「見直し」が要求された。社会福祉基礎構造改革、社会保障構造改革、医療費見直し等の方針と規制緩和・地方分権の推進により、社会福祉実施運営における地方自治体のイニシアチブが拡大する。

制度の整備拡大に伴い、障害者サービス領域に位置づけられるダルクのサービスも運営費の中心を構成する費用負担と表裏となる行政(地方政府)による管理指導下に位置づけられていることが明確になる。書面と実地ヒアリングにより毎年実施される市当局による指導監

査の指摘(改善要求)項目をとおした行政指導が繰り返され、時間経過とともに、必然的に委託者である所管行政の意思がダルクの管理に徹底される。

- 3) その際、行政の管理を内在化して代行する役割を負うことになるのが、運営団体の実質的な意思決定機関となる理事会である。前述の指導監査指摘項目の中でも、時間的経過に伴い「理事会権限の明確化と強化」が徹底された。Xダルクの例で見れば、1994年市民による任意団体(法人格なき社団)の段階での会則は、類似の事業を行う先行団体の会則を参考にしつつ自主的に策定され、運営の過程で必要に応じて変更されたが、2006年2月に発効したNPO法人の定款では、役員としての理事会の権限が明確に規定され、正職員の任免権も理事長の職務に属することが明記されている。
- 4) 上記3)のような環境下では、利用者の援助を日常的に担う現場スタッフ(集団)と意思決定権限を有する理事会との間にパワーゲームが生じる余地を構造的かつ不可避的にはらんでいる。それは、利用者の権利を確保し、回復を支援するという抽象的な目標を共有するダルクの場合、表面的には薬物依存体験の有無を引き合いにしての駆け引きと他者拒絶に陥る危険性が回避できず、無意識的なパワーゲームは直接の当事者を超えて団体の全体にも影響を及ぼしかねない。スタッフ・理事双方、そして関係する者の身体的・精神的健康上のリスクをも増大させていた。
- 5) 前述の定款の中には、理事会に対するコントロールの機能として、「評議員」が規定(第4章 役員等 第21条第1から第4項)されており、これはまた従前の任意団体における会則にも評議員の規定として存在していた(第5章 会議 第24条第1から第3項)が、Xダルクの運営においてはこの評議員及び評議員会が果たすべき機能が重視されることなく、実際には評議員会組織が存在しない状態が継続してきた。
- 6) ダルクの運営においては、判断が困難な状況に陥った場合、これまで精神的な支柱である12ステッププログラムに立ち戻り、経験のあるスタッフが個人のスポンサーシップをも活用して判断することが自然であり暗黙の合意

事項だった。しかし、今日の問題となる対行政、対司法、対家族(グループ)といった、それぞれ独自に複雑な別の社会的要素によって成り立つシステムとの間では、アディクトの共同体の原理はそれのみでは機能する部分が限定されるのが現実であり、コンフリクトを生みやすい。

- 7) 上記の諸要素により、ダルクは既に条件によっては、独自の判断を制限されて活動していることが運営当事者によって明確に理解される必要がある。その上でダルクとして運営する方法が選択できない限り、Xダルクで経験されてきたこれらの事柄は同様に他のダルクでの、また今後生まれる新しい地域におけるダルクの活動においても再現する可能性があることが理解された。
- 8) 再度、ダルクの「専門施設化」がはらむ諸課題について、当事者だけでなくそのサービスを利用する法務省等国の機関、保健福祉行政を担当する自治体関係者や医療機関等関連サービス従事者、そして利用者家族やマスコミ、ボランティアも含めて、既存情報の点検や合意の再形成を行う時期にあるといえるのではないか。

3. 海外におけるソーシャルモデル諸施設の運営(公費負担を前提として)に学ぶ

今年度は、別記の通り欧州3カ国において薬物依存者を対象として地域内で援助を行う主にTC施設等の運営団体を訪問してヒアリング調査を実施した。特に今回は、アメリカ等の民間団体(保険会社を含む)の競争的資金獲得による大規模なプロジェクト運営型ではなく、国及び地方政府が税から支出する「補助金」、すなわち公費補助型の行政が主流となる欧州諸国を選択し、わが国で行われる同種の公費補助との異同について検討した。

対象国はポーランド(2都市)とベルギー(1都市)及びノルウェー(1都市)であり、これらの国では薬物依存者の回復援助にとどまらない関連対策において、TCを運営する非営利団体が大きな役割を担っている。

1) ポーランドにおけるTC施設の事業運営

ポーランドでは首都のワルシャワ(Warszawa)と南部の大都市クラクフ(Kraków)を訪問し、MONAR associationの関連施設において見学とヒアリング調査、質疑を行った。

社会主義体制下の1978年に活動を開始した全国的な非営利団体連合体であるMONARは、筆者も2004年度の調査で訪問した経験があるが、今日以下の図にみるように国内の薬物依存者等に対する地域における援助の主要な部分を担う最大の団体として活動し、実績を上げている。

図 (スライド) 3

Polish drug-free treatment

- started to develop independently / in isolation from World expertise
- based on activism of its actors
- perceived as highly effective
- people trust -> high treatment demand
- international recognition
- philosophy „drug-free“

John W. Koczarowski, Mada Charamst-Monar Warsaw, Poland - November 2008

図 (スライド) 4

Existing „DRUG FREE“ services (2005)

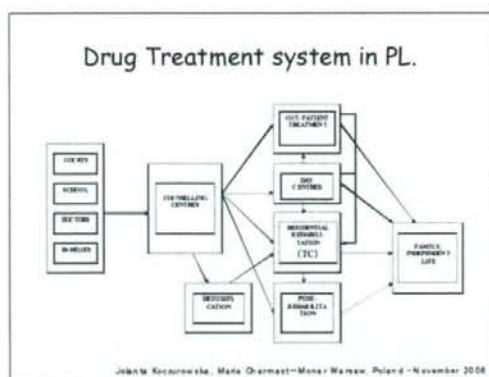
- Out-patient services (counselling centres and units, day-care centres) - 335
- Detoxification units - 40
- Residential services - 86
- Hostels / re-adaptation flats - 21

**Free for clients
Financed by state / insurance funds**

John W. Koczarowski, Mada Charamst-Monar Warsaw, Poland - November 2008

図3～5にあるように、ポーランドの地域での薬物依存者援助は先行するアメリカや西ヨーロッパ諸国とは独自に始まり、Drug freeを基本指針に実績を上げる中で次第にTCモデルによる共同体に修正されていったが、2005年時点でOut-patient services (相談センターやデイケアセンターといった通所型サービス：対象は薬物使用者とその家族)が国内に335か所、Detox. Units (解毒施設)が40か所、Residential Services

図 (スライド) 5



(入寮型サービス/TCも含まれる) 86か所、Hostels/ re-adaptation flats (社会復帰施設) 21か所が設置運営され、利用者からの費用徴収を求めない国もしくは(社会)保険給付によって運営されている。

特に図5では、基本的フォーマットとして、裁判所/学校/医師/家族からの紹介(送致)により、地域の中の相談センターが窓口となってアセスメントし、適切な治療方法・環境へとつなげることが示されている。その中の一つとしてTCといった入寮型サービスも位置付けられ、必要に応じて社会復帰のためのサービスに結び付けられたうえで家族や地域に帰っていくモデルと説明される。

図6及び7はポーランドでのTCの状況についてであるが、国内のTCは総数で158施設、そのうちMONARが運営するものが113か所、薬物依存者のサブグループとしてそれらに対応する専門のTCでみると、青少年向けTCが32、成人用TCが48、重複疾患・障害向けTCが6、そしてホームレス者用のTCが最大の72となっている。ホームレス生活をする薬物依存者に介入するTCの多さは、先駆的にサービスを始めたMONARが現在でも国内のTCサービスの7割以上を占めていることと関連すると思われる。

TCのもう一つの分類では、3～6ヶ月での短期プログラム、6～12ヶ月の中期プログラム、そして12ヶ月～2年の長期プログラムでは多くを長期プログラムが占め、国内の全TCが用意した2,784ベッド(定員)のうちMONARをはじめとするNPO/NGOによるものが1,831ベッド(66%)、キリス

ト教(カトリック)団体運営が 278 ベッド(10%)、残りの 675 ベッド (24%) が公設及び公立運営のものとしてされている。

MONAR は、国内に 35 か所の地域内の相談センター、34 か所 (うち 10 か所は青少年対象) の入寮型リハビリテーション施設を、そして 65 の多様なタイプのホームレスを対象としたサービスを展開している。各入寮型施設においては心理士、教育職及びソーシャルワーカーが 8~12 人で援助職チームを構成し、援助にあたっている。各センターは、それぞれ独立運営の MONAR オフィスによるが、いずれの施設においても、共同体には利用者援助者すべてが参加し、プログラムの卒業生を積極的に雇用し、利用者ニーズに合わせた多様なプログラムを提供しつつ、基本は国際的に共有された TC の方法論によって運営される。

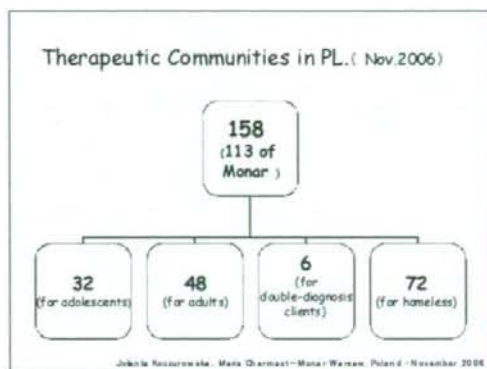
地域的な状況もその地域の MONAR の事業に濃淡を与えるが、特に MONAR Kraków では代表者 Marek Zygadlo 氏のリーダーシップを背景に、特に Harm Reduction を目的とした利用者へのアウトリーチ活動を展開し、近隣諸国の HR 対策におけるモデルともなっている。

1996 年から MONAR Kraków によって開始された Needles & Syringes Exchange Programs (注射器と針の交換プログラム)は、「ストリートワーカー」と呼ばれる回復者である専門職の入念な訓練と地域警察との度重なる交渉と同意を経て、市当局との連絡を保ちながら実施された。その目的は、注射器による薬物使用者 (IDU: Injection Drug Users) の HIV・HCV その他感染症の拡大を抑止することと合わせ、使用者が投棄する特に注射針が子

図 (スライド) 6



図 (スライド) 7



どもや住民を傷つける事故を防止する意味から、定期的な使用者の調査によって IDU が使用済みの針を投棄することなく次回の交換まで保管するようになったデータをフィードバックすることによって、プログラムの意義を認めさせてきた。

さらに、それらアウトリーチ活動はそれ単独ではなく、薬物に関する情報提供や教育、Methadone などの代替置換薬療法への導入等と併せて、意味を持つアプローチを構成し得る、と説明された。

2007 年でポーランドの人口は約 3,812 万人とされ、日本の 30% 程度であるが、西ヨーロッパ諸国とロシアとの間に位置し、短期間に激変した社会状況の中で複雑な様相を見せる薬物問題に対応して、1990 年の民主化以降 20 年足らずの間に、対応すべき相当数の社会施設を配置運営するに至っていることがわかる。

なお、使用される薬物は元来ヘロインが多いヨーロッパ型モデルであるが、当然近隣諸国等からの流入も多く多剤使用型の他国と同様であり、Harm Reduction による HIV 等の拡大阻止は不可避の課題として、国及び地方政府の公費投入の対象となっていた。しかしながら、その経緯については、当初よりそれら政府が積極的だったのではなく、MONAR 等の非営利団体が国内外のプロジェクト資金を活用して、その実績と方法を提示したことによってはじめて対策に位置付けられるようになっていった。今日ではその経験を、旧ソ連等の近隣諸国に向けて情報提供・技術協力指導を行っていた。

2) ベルギーにおける TC 施設の事業運営

ベルギーは人口 1 千万程度、フランスとオランダに挟まれて位置する小国ながら、EU の本部が首都に置かれていることもあり、ヨーロッパの中心としての役割を担っている。それは薬物政策についても、ベルギー王国単独のものというより今日の（西）ヨーロッパの基本政策が表現されているとみることができる。さらにベルギーの所得税率は OECD 諸国の中で最高であり、高い税負担と相応する手厚い社会サービスの一部を構成するであろう薬物関連問題対策の位置づけについても聴取することを目的とした。

当初、フランスでの TC 運営をヒアリングする予定だったが、EFTC (European Federation of Therapeutic Communities) への紹介依頼と回答の中で、フランスには現在 TC として運営されるサービスはなく、ベルギーがそこへの普及に向けて援助している段階であることがわかった。

中西部フランダースの中心都市 Gent に近い Gaveré にある、ベルギーで最初に TC プログラムを開始した De Kiem を訪問し、ヒアリング調査した。

De Kiem は 1976 年に当時の EFTC 会長の参加によって開始された NPO/NGO として Ministry of Social Health Care (MSHC: 社会保健省) からの費用を受けて運営されている。

ベルギー国内では、現在 5 つの TC が MSHC の支出のもとで運営されており、薬物関連政策上共通する 3 つのアプローチが示されている。

- ① 青少年に対する予防
- ② 薬物ディーラーに対する抑制
- ③ 薬物依存者の保健対策

プログラム利用者のサービスコストは基本的に社会保険給付によってカバーされるが、その管理は州の Health Care Insurance 委員会が行っている。社会保険加入のないクライアントがサービス利用する場合は、多くの場合入口となる Ambulatory (巡回サービス) を管理する Min. of Justice (法務省) により行われる。そこには心理士や教育の専門職が配置されてアウトリーチが行われる。経費の支出根拠は Alternative punishment of Drug addicts と説明されるように、通常とは手続きが異なる。

その他、Detox (解毒) は地域の Crisis Center (一次救急センター) もしくは精神科医療機関内の特別区域で対応するが、地域の中には MSC (Medical Social-care Center) と呼ばれる部署が配置されてそこでも対応する。MSC は Min. Internal affairs (内務省) 及び地方政府 (市) が管理する救急センターで、地域社会の安全確保の役割を負うが、そこには医師 (MD) とソーシャルワーカーも配置されている。また、国内で行われている Methadone Treatment は同様に内務省の治安対策部署が管轄することになっている。

司法と保健システムの統合は、1990 年代よりさまざまな形で開始された。現在では州により取り扱いが異なっており、今後 5 年間に国内での扱いが統一される予定。政策方針として、若い世代に対しては、Prevention program へと送致、しかし Methadone program の方が TC での治療よりコストが安いとの批判もある。

De Kiem では成人男女のケアに対応しているが、特に子供を伴った女性のケアに特徴があり、Tipi という専門ユニットとスタッフを持っている。同様に他の 4 か所の TC でも青少年や重複疾患・障害の薬物依存者援助に特化したプログラムを行っている。個々の入寮者には、所在する地方政府から任命された Ombudspersoon (オンブズパーソン) が利用者の権利確保に関して責任を負い、意見を代弁することができるようになっている。

TC プログラムでの共同体運営に適切なサイズは概ね 35 人で、内訳として第 1 段階の導入期が 5 ~ 8 人、第 2 段階の TC プログラム期が 25 人、第 3 段階のリエントリ期が 5 人といった構成が標準で

図 (スライド) 8

De Kiem in Gaveré, Belgium

- De Kiem from 1976, the first TC in Be.
- As NPO/NGO sector
- Residential program includes ① Induction ② TC ③ Mom & Child (Tipi) and Re-entry Unit.
- 5 TCs in Belgium under Ministry of Social Health Care
- 3 approaches of Social Health Care in Be.
 - 1) Prevention to young people
 - 2) Repression for Drug dealer
 - 3) Health Care for Drug addiction people

あるとのことだった。

3) ノルウェーにおける TC 施設の事業運営

ノルウェーでは、EFTC の本部が置かれる代表的な TC 施設 Phoenix Haga (House) を訪問し、ヒアリング調査した。

ノルウェーは一般的に全国民と居住者を対象に加入させる国民健康保険加入者が一切の医療費支払い義務を負わない高福祉国家としても知られている。452 万人のほとんどは上記システムの中に該当するが、移民等の例外も含めて薬物問題対策、特に依存者のケアについては、国の The Ministry of Health and Care Services が管理し、The Regional Health Authorities (RHF) が The Specialist Health Care Service (専門職保健サービス) のプロバイダとして認定された民間団体との間に契約を結んで委託する形をとる。精神保健サービスは勿論、内科的な医療サービスや機能障害や慢性疾患を持つ児童リハビリ及びハビリテーションプログラムの提供、暴力被害やそのトラウマケアまでもが包括的に同様の仕組みに統合され、運営されている。

Phoenix Haga も上記の専門職保健サービスセクターとして TC プログラムによって薬物依存者のケアを行い、その費用は RHF によって負担される。ノルウェー全土で 5~6 か所の TC が活動しており、利用者は年に 2 回 1 か所に集まり合同でスポーツ等の屋外プログラムを実施している。

Phoenix の名の通り、アメリカ、イギリスで展開されていた Phoenix House の影響を受け、1990 年に現在の Mysen (Østfold 郡) の場所で TC プログラムを開始している。プログラムの構成は、以下のオーソドックスなものである。

第 1 期 Treatment (MOFA&UV)

第 2 期 Re-entry: contact weekly (4-5months)

第 3 期 Independent living: contact every month

第 1 期から第 3 期までを 24 か月かけて体験する。入寮者の年齢は 18 歳以上 30 歳程度まで、男女が利用可能。

共同体のサイズは、スタッフによれば 30 人がベストで、35 人までは対応可能とのことだった。訪問時には MOFA TRINNET (第 1 期) 5 人、UV TRINNET (第 2 期: TC phase) 12 人、OU. TRINNET (第 3

期: Re-entry phase) 9 人の計 26 人が入寮していた。

利用者の費用は、主に国からの費用配分を受けた前述の RHF から契約に基づいて支払われるため、利用者自身の支出はない。その契約の内容は、30 ベッド中の 22 ベッドが所在地 Mysen 地区の居住者のために確保されており、少なくともその 95% の 20 ベッドが使用されていることを条件に支出される。残りの 8 ベッドは Mysen 以外の居住者に充てられたもの。

スタッフは TC プログラムの卒業生を進んで雇用するが、開始当初は 3 ヶ月間のトレーニングのみで始めざるを得なかった。当時は 55 人の入寮者に対しスタッフ 9 人で援助していたが、現在では 30 人の利用者のために非常勤も含めて 26 人のスタッフが働いている。2009 年 1 月より TC 施設内での Methadone 管理が許可されることになるので、通常の内科薬だけの場合には義務付けられていない管理者として必要となる看護師を 1 名雇用する予定。

Phoenix Haga ではスタッフ (集団) の役割は、クライアントが経験しながら理解できるようにするための案内、と説明されたように、伝統的 TC のアプローチ、ストラクチャー (構造的環境) やジョブ・ファンクションといった要素が忠実に実践されていた。

近年、ノルウェーでも保健医療サービス支出のルールが変更されつつあり、国から RHF への財政支出が Activity-based funding と呼ばれる効率化を促す仕組みに試行的に変更されつつある。支出額の 60% を基本支出とし、残りの 40% を各事業者の実際の活動コストを Performance-based funding として 1970 年代にアメリカで導入されて広がった DRG (Diagnosis Related Groups) 等によって評価される活動にターゲットし、配分変更する方式で、精神保健サービスの導入は未定ながら、地域のクリニック等医療機関への配分については 2008 年にも実施される計画が公表されている。そういった状況の中で、費用対効果の検証は TC 運営にとって無縁のものではなく、むしろ今後シリアスな問題としてクローズアップされてくることが予想される、とのコメントが得られた。

D. 考察