

に向けて販売ルールが検討されています。薬局が存在しない離島居住者や、障害などを様々な理由で薬局に行けない住民にとって、インターネットによる販売は利便性が高い手段であることは事実です。しかし、「クスリはリスク」と呼ばれるように、医薬品は間違った使い方をすることで、薬物依存をはじめとする新たな病気を生む可能性があることも事実です。

患者との対面のないインターネット販売では、薬物乱用のリスクに気づき、使用目的を確認するなどの「声かけ」をすることは容易ではありません。一方、乱用者側の立場からすれば、インターネット販売解禁は、抑止力であった薬剤師の目を気にすることなく、安心して乱用を続けることができる環境が整うことを意味します。結果として、乱用者の存在は表面化しづらく、薬物依存が深刻化する危険性があります。

わが国の薬物依存治療の選択肢は乏しく、専門病院も限られています。しかし、都道府県や政令指定都市に設置されている精神保健福祉センターは、薬物依存相談の中核的な役割を果たしています。また、民間の回復支援施設であるダルクは70施設以上に増加し、ナルコティクス・アノニマス(NA)のような自助グループも全国で活動しています。

今後は、インターネットが持つ特性を十分に活かしながら、医薬品の適正使用を推進するとともに、薬物乱用・依存の早期発見や早期介入に資する取り組みを考えていく必要があると思います。例えば、薬物依存が危惧される医薬品をインターネット販売する際には、これらの薬物依存の治療資源(購入者の居住地にある団体や施設)に関する情報も併せて提供できるような仕組みを構築する必要があります。

- 1) 松本俊彦, 他: わが国における最近の鎮静剤(主としてベンゾジアゼピン系薬剤)関連障害の実態と臨床的特徴 覚せい剤関連障害との比較. 精神神経学雑誌 113(12): 1184-1198, 2011.
- 2) 平成14年度~平成22年度厚生労働科学研究費補助金: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査
- 3) 嶋根卓也, 他: 薬剤師を情報源とする医薬品乱用の実態把握に関する研究. 平成23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)「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究」平成23年度総括分担研究報告書. pp.127-134, 2012.
- 4) 嶋根卓也, 他: 薬剤師を情報源とする医薬品乱用の実態把握に関する研究. 平成24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)「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究」平成24年度総括分担研究報告書. pp.85-109, 2013.

## 『大阪保険医雑誌』原稿募集

### なにわ友あれ

このコーナーは、①日常診療におけるエピソードや②医療問題に関するご意見をはじめ、③“アフター5”の活動や趣味、④社会問題への持論など、自由なテーマで発言していただく会員交流のページです。「開業のごあいさつ」や友人への「近況報告」などとしてもご利用いただけます。

●字数1,100~1,200字程度

### ほんだな

日常診療や社会的見識、あるいは人生、趣味など、開業医にとって何らかの意味で有用だと思われる出版物を紹介するコーナーです。紹介された本がありましたら、お気軽にご投稿ください。

●字数1,100字程度

- ◆原稿用紙やワープロ原稿以外に、電子メールも歓迎。
  - ◆電子メールは、雑誌部のメールアドレス [zasshi@osaka-hk.org](mailto:zasshi@osaka-hk.org) に添付文書としてお送り下さい。
  - ◆掲載分には薄謝を呈します。
  - ◆送り先  
〒556-0021浪速区幸町1-2-33  
大阪府保険医協会雑誌部
  - ◆切は毎月10日です。
- なお、詳細につきましては、編集事務局まで直接お問い合わせください。(☎06-6568-7721)

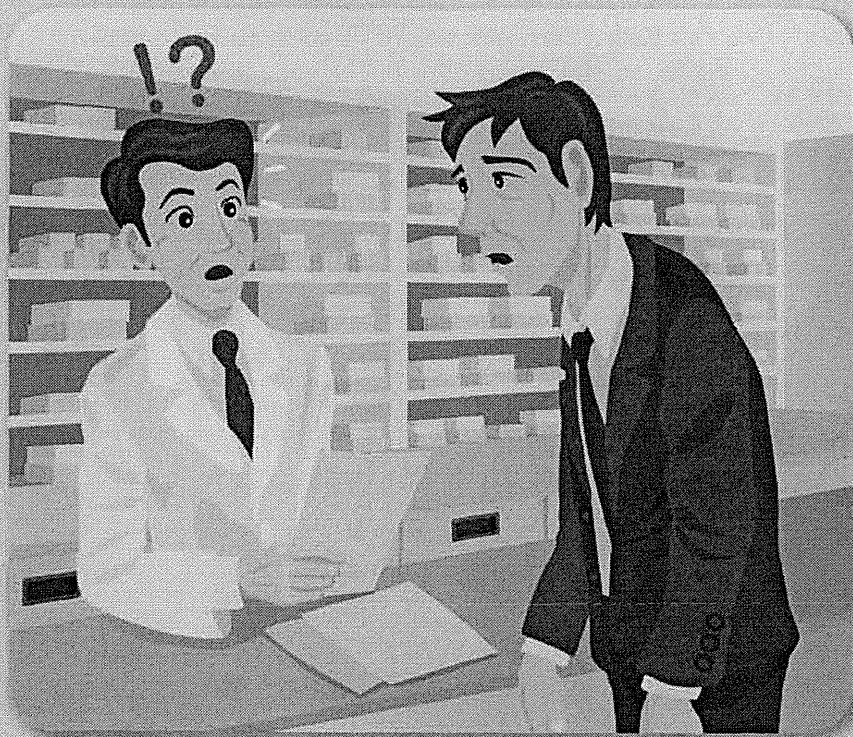
# ゲートキーパーとしての 薬剤師

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部 鳴根 卓也

ゲートキーパーという波が、確実に薬剤師のもとに向けられている。過量服薬対策は、その波の1つであろう。生前に精神科医療につながっていた自殺既遂者の多くが、自殺行動に及ぶ直前に向精神薬（主にベンゾジアゼピン系薬剤）を過量服薬していたことが自死遺族対象の研究で指摘され、自殺の背景として過量服薬の存在が注目されている。

過量服薬がなければ、これらの自殺は防げたかもしれない。また、手元に大量の残薬がなければ、過量服薬そのものを防げたかもしれない。さらに言えば、薬剤師が残薬確認を徹底していれば、処方薬が凶器として使われることはなかったかもしれない。医薬品の適正使用を推進する立場にある薬剤師にとっては何ともやるせない状況である。

こうした事実を踏まえ、厚生労働省の自殺・うつ病等対策プロジェクトチームは2010年9月、「過



量服薬への取組—薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて—」を公表し、薬剤師を「過量服薬のリスクの高い患者のゲートキーパー」として位置づけた。自殺対策におけるゲートキーパーとは「悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人」のことである。薬局を訪れる患者への声かけ、処方医への疑義照会、医療従事者間の連携などの具体的な役割が言及されている。このあたりから、ゲートキーパーという波が薬剤師に向かい始めた。

2012年には自殺総合対策大綱が改正され、調剤・医薬品販売などを通じて住民の健康状態などに関する情報に接する機会が多い薬剤師をゲートキーパーとして養成することが明記され、全国各地で薬剤師を対象とするゲートキーパー研修会が開催されるようになった。薬剤師に向けた波はさらに大きくなった。

患者の過量服薬リスクに気づいた経験や、過量服薬の事実を告白された経験を持つ薬剤師は決して少なくない。しかし、過量服薬者に対し、漠然とした苦手意識を持つ薬剤師も見られる。こうした薬剤師には「患者の気持ちがわからず、接し方がわからない」、「患者をどこにつないだらいいかわからない」という本音があるようだ。

第Ⅷ章(薬剤師から見た「処方薬を適切に使えない患者たち」)では、過量服薬対策に焦点を当て、ゲートキーパーとしての薬剤師の役割を論じていきたい。過量服薬者の「こころ」を理解し、適切な接し方を論じることで、波の乗り方を考えていく。そして、薬局から診察室、地域へのつながりを論じることで、波に飲み込まれないようにする。荒波と感じる人もいるかもしれないが、ぜひ、ゲートキーパーの波を乗り切ってほしい。



# 調剤<sup>Re Info</sup>と情報

---

別刷

発行：じほう

# VII

## ゲートキーパーとしての 薬剤師



# 薬剤師から見た「処方薬を適切に 使えない患者たち」

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部 嶋根 卓也

## 処方薬を適切に使えない患者たち

それは服薬指導中のことであった。いつもの睡眠薬が処方され、処方せんを持って薬局を訪れた若い女性が突然語り出した。「実は先週の週末、OD（オーバードーズ、過量服薬）しちゃったんですよ。彼氏とケンカしちゃって…。まあ、先生（処方医）には話していないんですけどねえ」。処方薬を交付するだけでなく、服薬カウンセリングを通じて服薬状況や副作用の発生をモニタリングする立場にある薬剤師が、「処方薬を適切に使えない患者」と出会う機会は少なくない。

近年、自殺の背景として過量服薬の存在が注目されている。精神科の受診歴を有する自殺既遂者の60%が、自殺行動に及ぶ直前に向精神薬（主にベンゾジアゼピン系薬剤）を過量服薬していたことが自死遺族対象の研究で報告されている<sup>1)</sup>。一般的に、ベンゾジアゼピン系薬剤の安全域は広く、急性中毒が死因となる可能性は高くはない。ベンゾジアゼピン系薬剤には鎮静作用があるが、過量服薬した際に、鎮静作用とは逆に衝動性や攻撃性が高まる奇異反応（逆説的効果）と呼ばれる反応が見られることがある。前述の研究では、過量服薬によって惹起された酩酊状態あるいは脱抑制効果が、衝動性の高い致死的な行動を促進した可能性が指摘されている<sup>1)</sup>。

「処方薬を適切に使えない患者」が引き起こす問題は、過量服薬だけにとどまらない。処方薬の乱用を繰り返し、薬物依存となる患者も増加傾向にある。全国の精神病院に入院している薬物依存患者を対象とした調査によれば、睡眠薬・抗不安薬（多くがベンゾジアゼピン系薬剤）といった向精神薬に依存する患者は、過去10年間で2倍以上に増加している<sup>2)</sup>。こうした患者は、抑うつ気分・不安・不眠など直面する不快症状を何とか緩和させようと

自己判断で増量した結果、依存症に陥るケースが多い。また、特定の薬剤を手に入れるために、多重受診（いわゆる、ドクターショッピング）を繰り返す事例も見られる。

もちろん、向精神薬依存患者のすべてが過量服薬を行うわけではなく、過量服薬者のすべてが薬物依存というわけではない。しかし、向精神薬依存患者の中には、自殺リスクが高い者も見られ、自殺企図の手段として手元にある向精神薬を過量服薬する場合が少なくない<sup>2)</sup>。一方、救急外来における過量服薬者の大部分が、薬物依存で問題となっているベンゾジアゼピン系薬剤を過量服薬の対象として用いている現実がある<sup>3)</sup>。これらの事実を踏まえれば、薬物依存と過量服薬は互いに重複する問題であり、両者を切り離して議論することはできない。過量服薬者の背後には薬物依存を疑う必要があり、薬物依存者の過量服薬リスクにも注意を払うべきであろう。

いずれにせよ、本来、つらい症状を緩和するための処方薬が、むしろ自殺を後押しする凶器や、薬物依存の対象として用いられている現実、医薬品の適正使用を推進する立場にある薬剤師にとって無視できない事態と言える。

## 薬剤師に向けられた ゲートキーパーという波

今、ゲートキーパーという波が、確実に薬剤師のもとに向けられている。過量服薬対策は、その波の1つであろう。厚生労働省の自殺・うつ病等対策プロジェクトチームが2010年9月に発表した「過量服薬への取組—薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて—」において、薬剤師は「過量服薬のリスクの高い患者のゲートキーパー」と位置づけられた。具体的には、薬局を訪れ

る患者への声かけ、処方医への疑義照会、医療従事者間の連携などの役割が言及されている。このあたりから、ゲートキーパーという波が薬剤師に向かい始めた。

自殺対策におけるゲートキーパーとは「悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人」のことである。現在、医療関係者に限らず、地域のさまざまな立場にいる人たちが自殺リスクの高い人たちのゲートキーパーとして養成する取り組みが進められている。2012年8月に改正された自殺総合対策大綱において、調剤・医薬品販売などを通じて住民の健康状態などに関する情報に接する機会が多い薬剤師をゲートキーパーとして養成することが明記された。薬剤師に向けた波はさらに大きくなった。

薬剤師に向けられたゲートキーパーという波を上手に乗りこなした事例として、「富士モデル事業」が知られている。富士モデル事業とは、静岡県精神保健福祉センターが関係機関との協働により進めている、自殺の多い働き盛り世代の男性をターゲットとした「うつ・自殺予防対策事業」である。富士市薬剤師会も関係機関の1つとして、2007年10月より、富士モデル事業に参加している。市販睡眠改善薬の頻回購入者を「うつ病のハイリスク者」とし、2週間以上続く不眠の有無や、医療機関受診の有無を薬剤師が確認し、リーフレットなどを用いて受診勧奨を行っている。

このように、未治療のうつ病ハイリスク者をターゲットとし、適切な医療につないでいくことが、富士モデル事業においてゲートキーパーに期待されている役割であるが、前述した向精神薬の過量服薬や薬物依存患者の増加を踏まえれば、医療につながっているものの、過量服薬のように決められた量を超えて飲み過ぎてしまう、「処方薬を適切に使えない患者」という波への対策も考えていく必要がある。

過量服薬対策という波に果敢に挑戦する動きも見られる。例えば、長野県薬剤師会では、会員向けのゲートキーパー研修会を継続開催するとともに、精神保健福祉センターとの連携のもと過量服薬防止パンフレットを作成し、かかりつけ薬局・薬剤師から関係機関へつなぐための基礎資料として県内で活用されている。本章では、他地域の取り組み事例についても紹介されている。

## 医者に知られていない薬局の様子

院外処方化が進んだ今、向精神薬の調剤・交付が地域の薬局で行われる機会が増えている。精神科を標榜する診療所の院外処方率は72.8%であり(2007年社会医療診療行為別調査)、診療所全体(56.8%)を大きく上回っている。つまり、精神科外来で薬物治療を受けている患者の多くが、地域の薬剤師と面会し、向精神薬などを交付されていることになる。しかし、院外処方せんを発行する医師にとって、薬局での患者の様子を知る機会や、患者と薬剤師とのやり取りを知る機会は意外と少ない。

冒頭の事例のように、服薬指導中に過量服薬の事実を告白された経験を持つ薬剤師は少なくない。筆者らが埼玉県薬剤師会の会員を対象に行った質問紙調査(1,414人が回答)によれば、全体の26%、つまり4人に1人以上の薬剤師が、過去1年間に向精神薬などの過量服薬者との対応経験を有していた<sup>4)</sup>。特定の薬剤を入手するために重複受診を行う、いわゆるドクターショッピングも14%の薬剤師が経験していた。過量服薬やドクターショッピングを行う患者の中には、すでに薬物依存が形成されている患者も含まれている可能性を考えるべきであろう。

このような重篤エピソードとまではいなくても、患者の服薬状況をモニタリングする立場にある薬剤師にとって、服薬指導を通じて、大量の残薬が自宅にあることや不眠時における自己判断での増量など、処方薬を正しく服用できていない様子に気づけるチャンスは多い。また、ベンゾジアゼピン系薬剤などの向精神薬は精神科のみならず、内科・整形外科などさまざまな診療科から処方される機会の多い薬剤である。このため、地域のかかりつけ薬局は、精神科のみならず、複数の診療科の処方せんに目を光らすことができる立場にある。

## 過量服薬者の「こころ」

過量服薬という自らの健康を害するような行動を続ける患者に対し、漠然とした苦手意識を持つ薬剤師も少な

くない。このように感じる薬剤師の本音としては「患者の気持ちがわからず、接し方がわからない」ことが、苦手意識の根源となっているのかもしれない。ゲートキーパーという波を乗りこなすには、過量服薬者の「こころ」を理解する必要があるだろう。

過量服薬の動機を探ることで、過量服薬者の「こころ」が見えてくる。青少年(15～16歳)を対象とした研究によると、過量服薬の動機は「つらいこころの状態から解放されたかった」が最も多く、意外にも「死にたかったから」を上回っている。また、「自分が絶望しているさまを見せつけたかった」、「自分が本当に愛されているのかを確かめたかった」といった周囲への理解や共感を求める動機も報告されている<sup>5)</sup>。このように、明確な希死念慮(死にたいという気持ち)が認められない過量服薬者も見られる。つらい感情を緩和したいという動機や、つらい感情を周囲に理解してもらいたいという動機からは、むしろ「生きたい」というメッセージを感じ取れよう。

「つらいこころの状態から解放されたかった」はリストカットなどの自傷患者において頻繁に聞かれる動機であるため、過量服薬と自傷行為を同一視する見方もある。しかし、身体に与える影響を比較すると、外部観察が可能なリストカットとは異なり、過量服薬では体内で起きているダメージを把握しにくく、結果の予測が困難である。また、安全域が広いとされるベンゾジアゼピン系薬剤であっても、吸収や代謝の個体差、他の薬剤との相互作用、アルコールとの併用などにより、予期せぬ事態にもなりかねない。過量服薬の長期的な影響についても深刻である。過量服薬エピソードを持つ者を追跡した研究によれば、過量服薬エピソードを持つ者は、その後の自殺リスクがはるかに高いという報告もある<sup>6)</sup>。「死にたいなんて言っている人ほど死なない」というのは都市伝説に過ぎないのである。

## 「まちの科学者」は敷居が低い

では、過量服薬に気づいた薬剤師は、いかに患者と接すればよいのか。ゲートキーパーという波を乗りこなす

ためには、患者との適切な接し方も理解する必要がある。

彼らが援助者に求めているのは、説教ではなく、受容と共感の態度である。過量服薬の意図も理解しないうちに、「そんなことしちゃ、ダメ」と即座に患者の行動を否定したり、「自分を傷つけるようなことはしちゃ、ダメ」と一方的に叱ったり、患者から「なぜダメなの?」と聞かれて返答に窮した経験を持つ援助者も少なくない。

薬剤師はカウンセラーではない。したがって、患者の心理分析は専門ではないし、そのようなことをする必要もない。しかし、受容と共感の態度で服薬指導に臨み、患者の訴えをじっくり傾聴し、患者の抱えるつらい気持ちを徐々に理解していくことは薬剤師にもできる。医療者としての責任感や正義感が強い薬剤師の中には、患者の気持ちに先行して、「ダメ、ゼツタイ」という自分の価値観を押しつけてしまう者もいるのかもしれない。患者の健康リスクを気遣って、自分の健康を害する行動を何とかやめさせたいと考える気持ちは十分にわかる。しかし、彼らが求めているのは、説教でもなければ難解な薬理学の話でもない。まずは、患者の訴えに耳を傾けてじっくりと話を聞いてもらいたい。

そして冒頭の事例を思い出してほしい。医師に伝えていない事実(過量服薬以外のことも含めて)を服薬指導中に告白された経験を持つ薬剤師は少なくない。「医者には言いにくいですが、薬剤師になら言える」という患者が存在する事実は、現場の薬剤師は誰もが知っているだろう。

メンタルヘルスに不調が見られる患者の中には、医師の前ではなかなか正直になれない患者もいる。医師が望まなくとも、医師は権威的な存在として捉えられることが多いのではないだろうか。また、治療する側、治療される側という構造的な理由から、医師との利害関係を極端に気にする患者がいることも否定できない。医師との信頼関係は患者にとって重要なものであり、その関係性が壊れることを恐れ、結果として不都合な出来事は隠そうとするのかもしれない。

一方、薬剤師と患者との利害関係は、医師と患者とのそれと比べれば小さなものであろう。患者からしてみれば薬剤師はしよせん、薬局のおばちゃん(おじちゃん)に過ぎないのかもしれない。かつて地域の薬剤師は、「まちの科学者」と呼ばれていた。専門知識を持った薬局のお



ばちゃん(おじちゃん)は、地域住民から信頼され、尊敬される存在であったという。専門的な知識や高度な技術を身につけ、より良いヘルスサービスを追求することはもちろん必要である。しかし、「まちの科学者」としての敷居の低さが、患者にとっては心地良い相談環境を生み出していることも忘れてはならない。権威的ではない患者との関係性こそが、かかりつけ薬局や地域の薬剤師の職能なのではなからうか。

## 波に飲み込まれないために「つなぐ」

患者の過量服薬リスクに気づき、適切な関わりを持った薬剤師の中には、問題を抱え込んでしまう者もいるかもしれない。しかし、ゲートキーパーという波に飲み込まれてはいけな。問題を薬剤師1人で解決しようせず、薬局から処方医にフィードバックしていくこと、つまり「つなぎ」の役割が期待される。

前述の埼玉県薬剤師会の調査によれば、過量服薬などのリスク行動に気づきながらも、約40%の薬剤師が処方医に疑義照会や情報提供を積極的にしていない<sup>4)</sup>。「主治医であれば、患者の状況はわかっているだろうからあえて連絡する必要はない」、「処方医や患者とのトラブルを避けたいから」と答える薬剤師が見られる。医師への疑義照会や情報提供を巡って苦い経験を持つ薬剤師も少なくないが、疑義照会は薬剤師法で定められた義務である。処方せん内容に限らず、患者とのやり取りで疑わしき事項があれば、迷わず疑義照会してほしい。

もっとも、薬剤師から医師への疑義照会や情報提供は、処方せんの記載内容を正すような事務的なやり取りや、添付文書情報をもとにした機械的な確認作業になりがちである。過量服薬や重複受診の事実を処方医に話せていない患者もいることを改めて思い出してほしい。医師がゲートキーパーとしての薬剤師に期待しているのは、診察室では知り得ない患者の様子や服薬状況に関する情報提供ではなからうか。

また、過量服薬者の抱える問題は、精神医学的な問題だけではない。家族関係の不和、職場ストレス、介護疲

れ、育児不安、いじめ、家庭内暴力、経済不安など、メンタルヘルス不調の背後には複数の問題を抱えている可能性がある。

薬局のヘルスサービスはこれまで、「身体健康」(フィジカルヘルス)に重点が置かれてきたように感じる。一方、「こころの健康」(メンタルヘルス)に対する支援については、ほとんど議論されておらず、そもそもメンタルヘルスに対し漠然とした苦手意識を持っている薬剤師も少なくない。その苦手意識の背後には「患者をどこにつなげばよいかわからない」という本音があるのかもしれない。

地域の薬局で働く薬剤師であれば、視野を広げ、改めて地域を眺めてほしい。つなぎ先は、医療機関だけではない。地域にはさまざまなメンタルヘルスの支援資源が存在する。例えば、精神保健福祉センターは全国の都道府県および政令指定都市に設置されているメンタルヘルス支援機関である。精神科医をはじめ、精神保健福祉士、保健師、臨床心理士といった専門家が働いている。そのほかにも、保健所、福祉事務所、児童相談所、ダルク、自助グループなどの支援資源がある。地域のメンタルヘルス支援資源の役割とサービスを理解し適切な支援につないでいくことも、ゲートキーパーの波に飲み込まれないためには検討すべきであろう。

薬剤師に向けられたゲートキーパーという波を荒波と感じる人もいるかもしれないが、ぜひ、この波を乗り越えてほしい。薬剤師1人ひとりがゲートキーパーとしての役割を考え、明日の臨床で実践していくことは、薬剤師が身体健康(フィジカルヘルス)のみならず、こころの健康(メンタルヘルス)にも貢献できること示すビッグウェーブなのだ。

## 参考文献

- 1) 廣川聖子 他：死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴：心理学的剖検による調査。日本社会精神医学会雑誌, 18(3): 341-351, 2010
- 2) 松本俊彦 他：わが国における最近の鎮静剤(主としてベンゾジアゼピン系薬剤)関連障害の実態と臨床的特徴：覚せい剤関連障害との比較。精神神経学雑誌, 113(12): 1184-1198, 2011
- 3) 大倉隆介 他：精神科病床を持たない二次救急医療施設の救急外来における向精神薬過量服用患者の臨床的検討。日本救急医学会雑誌, 19(9): 901-913, 2008

## VIII ゲートキーパーとしての薬剤師

- 4) 嶋根卓也：ゲートキーパーとしての薬剤師：医薬品の薬物乱用・依存への対応. YAKUGAKU ZASSHI, 133 (6) : 617-630, 2013
- 5) Rodham K, et al. : Reasons for deliberate self-harm : comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43 (1) : 80-87, 2004
- 6) Owens D, et al. : Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning : 16-year outcome study. Br J Psychiatry, 187 : 470-475, 2005

## 11. 薬物使用障害者の福祉的支援をめぐる現状と課題

宮永 耕\*

## はじめに

近年まで、薬物依存者を対象とした「福祉的支援」の内容は、社会福祉援助の基本的な役割である地域での自立した生活維持が困難な状態に対して、それに最低生活保障の面から対応せざるを得ない生活保護制度をとおして行われてきたもの以外には、ダルク等の民間回復援助施設の提供するリハビリテーションプログラムだけ、といってもよい状態が続いてきた。しかし、1990年代半ばからの障害者政策、精神保健福祉施策の拡充とともに障害者サービスの面からも具体的な事業化が始まり、薬物使用障害者に対してもその試行の中で回復支援を進める「ソーシャルモデル」<sup>1)</sup>を形成するための条件が明らかになりつつある。同じく物質使用障害であるアルコール依存とその関連問題を対象とした社会的対策と比べて、methamphetamine など取締りの対象となる薬物の使用を想定してきた主に（刑事）施設内処遇中心のモデルから、違法薬物だけが依存問題を引き起こすのではない今日の多様な薬物使用の実態に基づき、どのように合理的に対応していくべきか、そこでの福祉的支援の役割も変化を求められていくことが予想される。

以下では、薬物使用により不可避的にもたらされる自立生活の破綻による、主に経済的困窮状態に対応する生活保護制度による援助、そして今日

\*東海大学健康科学部社会福祉学科  
〔〒259-1193 神奈川県伊勢原市下糟屋143〕  
Ko Miyanaga : Department of Social Work, Tokai University The School of Health Sciences, 143, Shimokasuya, Isehara-shi, Kanagawa, 259-1193 Japan.

では物質使用障害による障害者として対象化される精神障害者への福祉サービスとしての援助、さらには刑事収容施設退所後の地域生活への導入と定着を目的に開始されている特別なニーズを持った刑事施設等の出所者に対する各種事業の経過および現状と、そこから見える課題について検討する。

## I. 薬物依存者に対する社会福祉援助

1. 社会福祉援助の介入根拠としての最低生活保障  
薬物依存者の処遇における社会福祉援助、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。しかし、ダルク等以外で、この領域で専門的に活動する社会的施設あるいはサービスは現状においてもきわめて乏しい。

現状では、住民の生活問題に対応する社会福祉援助機関の窓口において、薬物依存問題が取り扱われる例は少なく、それらは多くの場合で薬物依存に起因する生活問題としての生活困窮・生活困難として対象化される。その場合の社会福祉援助は、生活保護制度を根拠とした、(a) 薬物依存によりもたらされる生活困窮問題に対応し、生存権保障を根拠とした「健康で文化的な最低生活保障」のための費用負担、(b) 法の目的である自立助長に照らし、その阻害要因となる薬物依存に対し、回復に必要な医療、社会サービスの利用を可能にする

註1：「ソーシャルモデル」の定義には、論者によってそのイメージが必ずしも一致しておらず、現時点では曖昧な部分を排除できないが、「石塚伸一編著：薬物政策への新たな挑戦—日本版ドラッグ・コートを越えて—（龍谷大学矯正・保護総合センター叢書第12巻）」（日本評論社、東京、2013）での記述が参考になる。

る諸費用の負担および現物給付、(c) 上記の目的を達成するための各種相談・援助および情報の提供を狭義の領域としている。その際の援助機関としては、行政機関たる福祉事務所であり、さらにそこと連携して対象者に関わる（生活）保護施設、住居喪失状態であればホームレス自立支援施設、精神保健福祉相談を業務とする「保健所」や精神保健福祉センター等の相談援助機関などが公的な社会福祉援助の窓口として想定され、実際に上記機関がこれまでも関与してきた。しかし、近年まで薬物依存者に対する援助指針は明確になることなく、その件数も少なかったことから、結果として積極的に取り組むべき援助課題になり得なかった。

上記のような制度的な援助とは独立して、1980年代半ばにダルクが活動を開始して以来、多くの薬物依存者がそこを利用して回復の手がかりを得てきているが、当初より利用者の一部はプログラム参加の期間、他の方法による最低生活の確保が困難なため生活保護を申請し受給してきた。2010年代に至って、社会全般における貧困問題の拡大と対策の未整備を背景として、生活保護受給者の増加は続いており、物質使用障害を困窮の原因に抱えた多様な薬物依存者が生活保護を利用しながら回復プログラムに参加する事例はかつてないほど拡大し、地域において薬物依存者が支援を受けながら生活する際の「標準的なフォーマット」を形成しているとも考えられる。

## 2. 社会福祉援助機関とダルク

ダルクやNA（ナルコティクス・アノニマス）が地域で活動を開始するまで、福祉事務所にとっても薬物依存問題に関する利用可能な社会資源は乏しく、精神症状の訴えに対する医療機関への紹介が唯一の手段であったといつてよい。そして援助関係の終結には、再使用によるリラプス（再燃あるいは再発、「ぶり返し」と再逮捕・拘留、居所不明による保護廃止など、「自立」ではないものも多く含まれていた。1980年代半ばにダルクが開設され、またNA等による地域でのミーティングやメッセージ活動が次第に拡大し、回復の具体例の出現とともにその資源も可視的になっていった。

生活保護制度による援助は、ダルクが各地で活動するようになった1990年代から試行錯誤を伴いつつ、事例が蓄積されていった。その中で顕在化した、薬物依存による生活困窮とそれに対する福祉事務所の援助実践が、別地域における制度運用の先行例として参照され、共有されていった。

しかし、依存者に対する生活保護の実施には、物質依存症の回復援助に限定することなく、一般的な低所得・生活困窮を対象とすることによる制度的限界もまた存在する。薬物依存を回復可能な「病気」として捉えるなら、病気である以上治療を提供すべき対象として、他の疾病と同様に回復と社会復帰のための具体的な方策がとられて当然に思われる。しかし、生活保護はその困窮理由を問わず、収入状況をとおして捕捉された貧困状態に無差別平等に対応すべき原則に立ち、稼働年齢層に対しては就労自立を優先するなど利用者に画一的な自助努力を求めめる傾向もある。また、国の事務を自治体が受託実施する性格上、国が定める実施要領が制度運用の基本となるが、実態としては社会資源の配置のみならず援助の条件にも多様な地域格差が存在するにもかかわらず、各実施機関はその矛盾の中にあつて不断に工夫しつつ実施要領の範囲内で対応を求められている。

現在の生活保護制度には、依存者の回復に活かせる仕組みはあまり多く用意されていない。現実に依存者の回復過程に関与せざるを得ないソーシャルワーカーは、既存の社会福祉施設が持つ規範とは違う論理で活動するダルクという回復支援組織と出会い、そこの関係を段階的に形成する過程で、新たな視野から自らの役割を模索するしかなかった。その中に、ダルクの利用を契機として、薬物依存という自立阻害要因を克服し、薬物を使用しない生活の構築をとおして、単なる元受給者ではなく、ともに援助過程に参画し得る「回復者スタッフ」も多数生み出されていき、後掲する精神障害者地域作業所等が制度化される過程で、主として自治体レベルで社会福祉援助のモデルが形成されてきた。生活保護担当のソーシャルワーカー等とダルクの回復者スタッフとが、利用者援助において日常的に分担・連携することが、全国的な福祉的支援のフォーマットになっていった。

## Ⅱ. 生活保護と障害福祉サービス、そして薬物再乱用防止事業とダルク

### 1. 障害者自立支援法の制定

近年における精神障害者の社会復帰をめぐる制度的変化の主要な部分、2005年10月に制定された障害者自立支援法（2013年度から障害者総合支援法に改称）と翌年からの実施によるが、それはダルクが提供してきた薬物依存者へのサービスが自立支援給付および地域生活支援事業に編入され得るということを意味した。

それまでダルクの運営に対しては、1994年横浜市において、当時の精神保健法のもと自治体が助成する小規模作業所運営費補助制度を根拠とした「障害者地域作業所」の指定を受けることで、初めて運営費への公費による補助が開始された。そのことを契機に、自治体による作業所助成のみなし認定は他地域に拡大し、さらに精神保健福祉法へ改正される中では、同法の精神障害者地域生活援助事業による「グループホーム」も、補助金対象事業に組み入れられた。その結果ダルクにおいても、デイケア＝地域作業所、ナイトケア＝グループホームとして、セットで公費助成を受けて財源を確保でき、職員雇用も含めた運営費に見通しが立つようになり、以後は全国各地にダルクが次々に開設されていくことにもつながった。

また、障害者自立支援法は、身体・知的・精神の障害種別でなく個々の障害者の測定されたニーズ（区分）に応じてサービス内容を決定し提供する仕組みを導入した。ダルクの利用者、特に同法の法定給付事業となったグループホーム入居者は、身体・知的障害者等と同じ手順と基準に基づく障害者としての認定が求められ、サービスの提供事業者となるダルクも、みなし法人や任意団体ではなく法人格が必須となった。障害者自立支援法施行に合わせ従前の補助事業を継続するダルクは、その大半がNPO（特定非営利活動）法人へと組織変更を進め、運営費給付の確保のためサービス提供（受託）事業者化を急いだ。グループホームを持たず自治体単独予算によるデイケアセンターだけを運営する場合に限り、利用者には障害認定

区分を求めずに即時利用も認める従前からの運営が継続できたが、反面入寮施設を持たない場合、地域活動支援センターの補助金根拠となる利用者の安定的確保は容易ではなかった。

利用者の不足はより直接的に給付費の減少として運営を左右するため、一定数の利用者を確保することは不可欠となり、プログラム利用期間の設定にも影響を与えている。利用者数確保が困難な状況下では、個々の利用者の在学期間は長期化しやすく、運営に最低必要な給付の確保が優先される可能性もあり、同時に利用者数実績報告を根拠とした後払い給付のため日報作成管理等の事務負担も拡大し、スタッフの確保は総じて困難となっていった。それでもなお、自主運営の困難さとも相まって、制度の普及に合わせてダルクでは全国的規模で自立支援制度への移行が進行しており、同制度に内在する課題は直接事業運営にも影響を及ぼすことになる。

### 2. 司法領域との接点の拡大

近年、薬物依存者を含む多くの薬物乱用者が処遇されてきた刑務所・少年刑務所・拘置所、少年院等の矯正施設とダルクとの関係も変化してきた。

法務省矯正局によれば、「薬物依存離脱指導」の名称で行われる改善教育プログラムは、2008年度には71庁中57庁の刑務所・拘置所においてダルクスタッフの参加を伴い実施されていたが、2013年現在では全国4カ所のPFI（Private Finance Initiative）運営方式の施設も含め、交通刑務所1庁を除く全庁へと拡大されている。これら再犯防止を目的とした改善指導は、2000年度に横浜刑務所で試行導入されたグループワークへの参加を契機に徐々に拡大していたが、2004年に省内の専門委員会である薬物事犯受刑者処遇研究会が「民間自助グループとの連携」を刑行改革会議に求めたことにより、法改正に先駆けて「薬物事犯受刑者に対し、民間協力者を招へいしたグループミーティングを充実する」目的で翌年度には予算措置が講じられ、教育プログラムが実施されるようになった。同様の動きは少年施設へも順次導入されている。同局少年矯正課の管轄施設52庁のうち47庁の少年院・医療少年院において「問題群別指

導」として、成人同様の特別指導がダルクスタッフ等によるグループワーク参加や講演の形で行われている。2005年5月に監獄法の改正により制定された「刑事施設及び受刑者の処遇等に関する法律」とその改正法（2006年施行）において、これらの教育指導プログラムは制度上もそこに掲げられた「受刑者の社会復帰に向けた処遇の充実」の具体策として位置づけられ、今日に至っている。

さらに、2009年度からは、福祉的な支援が必要な矯正施設出所者のサービス利用を支援する目的で、厚生労働省が都道府県事業として地域生活定着支援事業を創設し、各地の保護観察所と協働して住居や家族等の受入先がないなど調整の必要な対象者に対し、矯正施設在在時からの帰住地調整（コーディネート業務）、施設定着支援（フォローアップ業務）、地域定着支援（相談支援業務）を行う地域生活定着支援センター事業<sup>2)</sup>が開始された。今日では援助を受ける施設への入所後のフォローと、福祉サービス利用援助を拡充した地域生活定着促進事業へ展開している。

2013年6月には、薬物依存者を多くその中にも含む薬物事犯者の一部に対し、社会内処遇を拡大する大きな制度変更が実施されることになった。それは「刑法等の一部を改正する法律及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律」が成立したことによるが、今後矯正施設内での刑期を短縮されて地域で保護観察のもと新たな支援の仕組みが整理構築される中で、ダルクを運営する法人も受託者として保護観察所に登録し、薬物再使用防止を支える「自立準備ホーム」事業<sup>3)</sup>に参入を始めており、新たな制度との関わりは今後ダルクの運営にも少なからず影響を与える可能性がある。

## Ⅲ. 新たな薬物使用者の登場と社会福祉援助

これまで司法と医療は、結果的に薬物使用者を地域から切り離し、専門施設内で処遇してきた。その社会的な意義とは別に、依存者の回復から見る限り効果に乏しいことが明らかとなり、再乱用・再犯と再使用による症状の再燃に苦慮する中で、

地域において自身の動機に基づいた依存そのものへの取り組みに焦点を当てた回復援助のあり方に議論が移行していった。

一方で、治療目的に処方される向精神薬の乱用による薬物依存者の増加や、法規制の対象外にある物質使用がもたらす近年の「脱法ハーブ（合成カンナビノイド）」<sup>4)</sup>やガスブレー吸引問題に表現されている新しい実態は、すでにダルクにおける利用者の変化や精神保健相談の場面にも課題となって表れている。医療機関から処方される様々な薬物のコントロールを外れた使用が引き起こす、違法薬物問題の外側に進行する依存や、体内での作用機序や毒性も未解明な物質を自ら「人体実験」することがもたらす、急性中毒や他害の事件さえ引き起こす規制外物質乱用・依存問題への対応は、既存の薬物依存回復支援モデルの及ばない領域への挑戦を意味している。

それはまた、社会的に処遇対象となる部分を多く持たなかった社会福祉援助機関に対しても、医療・司法からの制度的関与の外側に広がり可視化するものでもある。確実に生活上の要援助性を持つ物質使用者に対し、当事者活動としての役割から関わるダルクや薬物を使用しない生き方を支え合うNAと協働して、どのような役割と機能をもって関わるができるのか、新たな課題を突き付けている。

ソーシャルモデルといわれる、地域を場として展開する多機関連携に基づく物質依存者の回復支援は、未だその具体的戦略が明確にされておらず試行段階の域を出ていないが、特別な例を除きそ

註2：地域生活定着支援センター事業については、一般社団法人全国地域生活定着支援センター協議会（<http://zenteikyo.org/>）を参照のこと。

註3：自立準備ホーム事業については、法務省保護局のウェブサイト内（<http://www.moj.go.jp/content/000095436.pdf>）を参照のこと。

註4：「脱法ハーブ」については、以下の論文が参考になる。1）船田正彦：違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）の乱用とその対策。こころのりんしょう a・la・carte, 29:127-131, 2010. 2）船田正彦：合法だから大丈夫？—合法ハーブの正体—。松本俊彦編：中高生のためのメンタル系サバイバルガイド（こころの科学 2012 増刊），日本評論社，東京，p.65-68, 2012.

のほとんどの事例で長期間にわたる支援が求められる薬物依存者の回復過程において、生活の基盤を再生し支えていく社会福祉制度および福祉サービスが果たすべき役割は、今後より大きなものになっていくことは確かであろう。

#### 文 献

- 1) 宮永耕：薬物依存症者の回復における社会福祉援助者の役割。石塚伸一編著：薬物政策への新たな挑戦—日本版ドラッグ・コートを越えて—（龍谷大学矯正・保護総合センター叢書第12巻），日本評論社，東京，p.97-110, 2013.

#### 第Ⅲ部 薬物使用障害

### 12. 薬物使用障害からの回復

—ダルクでの観察—

近藤 千春\*

#### はじめに

ダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center : DARC) は、1986年の夏、東京の東日暮里に近藤恒夫氏とカトリック教会の神父の努力によって誕生した。ダルクの草創期についてはダルク編集委員会・編「なぜ、わたしたちはダルクにいるのか」(ダルクで入手可能)に詳しく記されている。東京に次いで1989年には、東京ダルクの初代のスタッフであった外山憲治氏によって名古屋にダルクが開設された。本稿では名古屋ダルクの開設者である外山氏(以下T氏とする)の協力を得てダルク利用の薬物依存症者の回復について述べる。

#### I. ダルク利用の回復者は、回復の途上にあることを自覚している

T氏は、近藤恒夫氏との出会いが契機となり、アルコール依存症者の回復施設マック (Maryknoll Alcohol Center : MAC) で、アルコール依存症者と生活をともにすることになった。この生活によって1日100錠服用していたセデスを断薬することができたという。

マックでの生活は、日中はアルコール依存症の人たちのミーティングに参加し、夜間は薬物依存症者の自助グループNA (Narcotics Anonymous)

のミーティングに参加する毎日であった。当時薬物依存症者の回復施設はなかった。T氏はマックで生活を始めた当初、自分が飲んだコーヒーカップすら洗うことができず、開けたドアは閉めることなく開け放して、隙間風の入る部屋ですごした時期もあった。日常の些細なことでも自分がやったことは、自分で片づけなければ誰も片づけてくれないことをマックの生活で学んだと語る(1998年JCCA研修会記録「マック・ダルクの原点」より)。

T氏は断薬期間が30年に及ぶ。しかし自分のことを「回復した薬物依存者」とはいわない。「回復途上にある薬物依存者」だという。そして彼は現在もNAのミーティングに通い再び薬物依存の状態に戻ることがないように回復のプログラムに取り組んでいる。T氏にとってNAのミーティングに通うことは、回復していない薬物依存症の仲間と会うことを通し、過去の自分の姿と向き合い、自分が薬物依存症者であることを忘れずにいることだという。T氏は自助グループの「meeting」は、「会い続ける」こと「meet-ing」だという。つまり、薬物依存症者の回復に必要なことは、断薬期間がどれだけ長くなるろうとも、薬物依存から回復しようとする仲間とのつながりを保ち続けることのようなのだ。T氏はいったん薬物を使用すれば、自分の意思では薬物の使用がコントロールできなくなることを過去の体験から学んでいる。そして自分が薬物依存症者であることを自覚している。薬物依存の状態にある人は、依存性のある薬物を繰り返し使用したことにより「薬物依存神経回路」<sup>3)</sup>が形成され、わずかな量であっても自分の意思で薬物の使用を止めることが難しくなる。T

\*藤田保健衛生大学医療科学部  
〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1番地98)  
Chiharu Kondo : Fujita Health University School of Health Sciences, 1-98, Dengakugakubo, Kutsukakecho, Toyoake-shi, Aichi, 470-1192 Japan.

## 1 はじめに

筆者は、主に厚生労働科学研究費補助金による分担研究等により、2003年度より世界各地で行われている治療共同体（TC）について研究している。それまで、先行する研究業績により、日本にも治療共同体の存在は伝えられていたが、実際にそのフォーマットによって創設された薬物依存者を対象とした治療環境が日本ではスタートしていなかったことが、海外研究に着手する直接的な動機であった。

筆者がTCについて最初に文献を通して学んだのは1990年代の半ば頃であったが、日本語でその概要について系統的に記した教科書等も存在しておらず、共通する記述は1940年代・第2次世界大戦期の欧州、特にイギリスにおける精神医療の民主化運動についてのものが中心で、直接的な関心の対象であった薬物依存者を対象とした治療的環境やその運動について説明した資料は、極めて断片的なものに限られていた。実際に1990年代に入手できた文献では、社会学者Yablonsky, L. (カリフォルニア大)によるThe Therapeutic Community (1989)くらいであり、それも日本語に翻訳されたものは皆無だった。

その後、TCの研究とそのための情報収集を進めていく中で、何冊かの重要な文献に出会うことになったが、そのことにも増して世界各国でTCという共通のフォーマットを用いた幅広い薬物依存者への介入サービスがリアルタイムで展開している事実を知るにつれて、このことを日本の薬物依存問題を考える重要なカギとして考えるようになり、今日に至っている。

昨年度の報告書では、その源流に大きく関わるアメリカでのTCについて報告したが、今年度はこの間何度か実際に訪問して体験する機会を得たアジア諸国のTCプログラムについて報告し、そこから学ぶことについて検討したい。

## 2 スリランカのTC実践 —Mithuru Mithuro Movement—

WFTCは、世界治療共同体連盟とでも訳すべき世界各地のTC実践の国際的フォーラムである。その傘下には6つの地域の連盟があり、それらは北米（TCA）、中南米（FLACT）、西北欧（EFTC）、中東欧（EEFTC）、オセアニア（ATC）そしてアジアの諸国で構成されている。

アジア連盟（AFTC: Asian Federation of Therapeutic Communities）は現在China、Hong Kong、India、Indonesia、Korea、Malaysia、Nepal、Pakistan、Philippines、Singapore、Sri Lanka、Thailand、Vietnamの計13か国で構成されており、これらの諸国は主に1980年代よりTCとして運営される治療施設を複数有している。ここで分かるように、現在まで日本にはこの連盟に加盟してTCとして運営される施設等が存在していない。これまで、治療共同体を指向して治療的な介入を行ってきた実践が皆無だということでないが、国際的な共通の理念と認識、そして運動のフォーマットによりTCが展開してくるには至らなかった。そのため、アジアの社会文化的背景の下で展開している治療共同体に触れるため、現地で入寮者とともに生活し、質疑し、そのプログラムの中に同席する体験は極めて貴重な資料となりうる。今後、TCについてその治療的有効性が認められて本格的に日本においても実践環境が成立するまで、どれくらいの時間がかかるか知り知るところではないが、ただその表面的な形態を模倣することにとどまらず、日本の社会文化的側面に適合した形で展開でき得るなら、世界各地で機能してきたと同様な有用性を発揮することと思われる。

さて、スリランカのTCについてであるが、スリランカという国自体が北海道の約8割程度の面積をもつ熱帯の島で、人口も2,000万人強の多民族国家としても知られ、2009年まで25年以上続いたといわれる内戦の影響もあって、長期間ヘロイン使用を中心とした薬物乱用問題を抱えていた。そのような状況の中で、1984年3月に仏教の高僧として著名なKuppiyawatte Bodhananda Thero (Rev. Bodhi) 師によって創設された治療共同体がMithuru Mithuro Movementである。共同体の名称であるMithuru Mithuroとは英語でCompassionate Friendsを意味し、邦訳すれば「慈悲深き友人」という意味になる。Rev. Bodhi自身がアメリカ東海岸に留学して、Daytop Villageやその他多くのTCで実践を学び、合わせて大学で学位と州公認カウンセラーのライセンスを取得して帰国し、長期入寮型の極めてオーソドックスな伝統的TCプログラムとして始まった。政府からは1987年に薬物依存治療施設としての認証を受けている。地理的環境は、首都から車で2時間半あまり離れた山間の丘陵地に70名余りの収容能力を持った施設を有するほか、大都市コロンボからほど近い郊外にも入寮施設を持ち、相談等に対応するためコロンボ市街地にオフィスを構え、さらに市の公共施設を使って定例の利用者家族を対象とした家族セミナーも開催している。今日では、包括的な薬物依存・乱用さらには予防教育も含めたサービスを提供する国内唯一のNPO/NGO(非営利・非政府組織)として活動を続けており、創始者の活発な社会奉仕実績と合わせて、一般市民レベルにまで団体の名前は広く周知されている。

プログラムの特徴としては、現地の言語でVishodhanayaと表現される、単なるRehabilitation(ここでは行動の修正を意味する)を超える「精神的浄化(Mental Purification)」を掲げた、生涯にわたる回復の土台作りが目標とされる。世界のTC実践のプログラム類型では、Faith based practiceとして説明される場合もあるが、これはTCでのプログラムが断薬の技術的修得を目指したものに留まらないことを指している。その日常生活の形態も、ごく当然に上座部仏教の信仰実践に沿ったスピリチュアルな活動も日課の中に取り入れているが、それは宗教生活そのものを通して薬物依存からの回復を実現しようというのではなく、あくまでもTCのメソッドを展開する場の環境として仏教信仰に根差した生活スタイルが選択されていると理解すべきである。入寮者の日常生活は、早朝まだ暗いうちに始まる黙想・祈祷の時間から夕食後深夜まで続くコミュニティメンバー全員参加の歌とダンスの集いまで、一人で自由に時間を過ごすことがほとんどない非常に「積極的であること」が求められるもので、TCらしく入寮者自身による徹底した規律によってコントロールされていた。

入寮者は成人男性のみで約70名、起床は午前5時25分、掃除など以後15分ないし30分単位の作業が続き、TCの重要な要素であるMorning Meetingは、毎日事前に15分間の準備・打ち合わせを行ったうえで全員参加により午前9時から1時間実施される。そのフォーマットは司会担当のメンバーによって時間とおりに進行するが、毎日行うものでありながらマンネリな印象は全く感じられず、緊張感と一体感に支えられて共同体の1日の活動をスタートさせる。Morning Meetingの最後は歌で終わることが多かったことも、共同体活動の導入プログラムとして重要な意味を持っている。その後は所属する各部署(Department)毎に仕事に戻り、15分間のティーブレイクを挟んで午前90分間のカウンセリング、会議、グループ討議のプログラムが毎日異なる内容で行われていた。終了後には30分のシャワーの後全員で昼食、午後は13時半から90分間のグループミーティング、セミナー、その他プログラムがあり、3時過ぎから4時までは一斉にスポーツの時間となる。その後に各部署での掃除と夕方のシャワータイム・ティーブレイク、そして夕方6時から1時間のスピリチュアル・プログラムとして黙想等があり、終了後は全員が集まって90分間の全体会議、これは途中から代わる代わる歌い踊り、大声を出して「一体感を楽しむ」プログラムである。さらに30分間のConfrontationがあり、その後30分で全員で夕食をとり、準備をして

9時55分就寝となる。全員参加のプログラム時間以外は、各部署は上部レベルの責任者(入寮者)の管理で分担された仕事をこなし、特に食事係はチームで3回の食事準備のため、朝番チームは早朝4時には担当の作業を開始していた。

入寮者が参入する、共同体活動の維持運営に関わる具体的な仕事は、大きく分けて、①Kitchen(調理配膳)、②Housekeeping(日用品管理)、③Coordination(共同体内外の情報管理、渉外含む)、④Environment(整美)、⑤Maintenance(修繕補修)5つの部署に編成されている。それぞれ、入寮期間と治療進行によって階層分けされた共通段階(Level)毎に、General Worker(第1段階)、Ramrod/Deputy Head(第2段階)、Department Head(第3段階)に構造化され、その上に5つの部署を総合的に管理するShingle(第4段階)、Expeditior(第5段階)とChief(第6段階)が配置され、さらに入寮者の最高位でそこに属する数人のチーム内で日々交代しながら施設内の全活動を管理するCoordinator On Duty(COD)が置かれている。前述の、プログラム修了者で所定の訓練修了後に雇用される有給スタッフは、入寮直後の新人からCODまでが役割と責任を分担して構成する共同体生活運営を必要に応じてサポートするが、治療段階にあるすべてのメンバーにとってのロールモデルとして、合理的な権威と大きな責任を担って共同体に参加する。

治療段階は、1)入寮から1か月程度までのOrientation Stageから始まり、ここでは身体的保護と愛情を持って取り扱われる「安全」の体験、身体的な健康管理、運動参加などを通して共同体生活への導入と動機づけを目的とする段階、2)共同体のルールに属し、仕事上の責任を担いながら、講義やミーティング、グループ体験等様々な治療ツールを駆使してTCが問題解決のために介入するPrimary Treatment Stageに移行するが、この段階は身体的、精神的、社会的、霊的な課題に具体的に取り組むTC治療の中心的な時期に当たり、標準で約1年程度の時間が想定されている。さらに、3)Primary Treatment 段階の課題達成を修了したと共同体に評価されて進むPre-Re Entry Stageでは、TCでの生活で獲得したPositiveな生活や態度、希望を維持しつつ、自己の理解を課題とし、ここに数か月の時間をかけて共同体内のより大きな役割と責任を体験し、4) Re Entry Stageでは、自宅へ戻って短期間の生活を体験し、金銭の自己管理や一般社会での日常体験を通じた自己決定が課題とされ、TCを離れた後の生活に不可欠な就職・就学について準備する時期でもある。この段階の課題達成をもって段階的に共同体生活から一般社会での生活に移行し、TC治療の区切りと認められて通常は退寮するが、問題全体に関する治療的関与はここで終了するわけではない。5) Aftercare 段階は、Mithuru Mithuroを退寮後、1年以上、TC入寮以前よりも良好な家族関係のもとに就職・就学を継続していることが、その後の定期的な治療的関与、多くはTCに週末等短期間戻ってカウンセリング等のケアを受け続け、安定した薬物使用のない生活の継続とその自己管理が共同体によって評価された段階でプログラムからの卒業が提案される。TC治療の達成者として相応の社会的責任のもと、またロールモデルとして、共同体が催す卒業式に招待され、その時点でTC治療の全体が完結する。但し、その後も自助グループや卒業生会に定期的に参加し、回復の手入れを怠らない生活スタイルが提案され、危機的状況が訪れたならばすぐに必要な援助を自ら求められることが卒業生の責任として確認される。

Mithuru Mithuro Movementのリハビリテーションシステムは、2年間以上の期間にも及ぶ包括的なプログラムであるが、その利用にあたって政府からの補助や給付は行われていないため、基本的には利用者家族からの入寮費負担を求めざるを得ない。ひと月の入寮にかかる実費はおよそ5,000Rs.(ルピー:日本円で約4,500円)と聞いたが、もちろんスタッフ給与などの経費も含まれない額であり、仮に家族が負担能力を持たない場合にもそのことを理由に入寮拒否することはしないという。結果として、家族は負担能力の範囲内でプログラムに委ねることができるが、NPOとしての財政運営は容易ではない。ちなみに、スタッフは約70名の入寮者に対し5名、いずれも

Mithuru Mithuro のプログラムを修了して回復の途を歩み続ける共同体の卒業生によって構成されていた。TCに必要なスタッフは、TC実践の過程で必要な訓練を受け、さらに外部の教育機関等での訓練と合わせて養成されていくため、最初期には既存のTCで訓練される必要があるが、ひとたび始まればその中で要請していくことが可能となる。

このような25年にわたる実践の中で、今日ではきわめて構造化されたTC治療プログラムを提供し得る団体となっている。スリランカでも時代の変化に応じて、乱用薬物の多剤化など複雑な状況が起こっていることが報告されているが、そのような状況変化にも対応しつつ、多くの若者を中心とした薬物依存者に世界標準のTC治療を提供している。

### 3 マレーシアのTC実践 —Persatuan PENGASIH Malaysia—

マレーシアは、マレー半島とボルネオ島の一部の13州からなる人口約2,800万人の熱帯性気候の複合民族国家で、過半数を占めるマレー人が信仰するイスラム教は国教として生活のあらゆる場面に影響を及ぼしている。薬物問題に関しては厳罰主義の政策で知られ、薬物事犯に対する最高刑は死刑とされ、外国人にも同じく適応されるため、外国人観光客が規制対象薬物の使用やトラフィックに関与することがないよう、外務省も繰り返し注意を喚起している。イスラム法でも薬物使用は厳しく禁じられているが、そのような状況下でも薬物使用は長期間社会問題となってきた。中国やタイ等の南部に位置する関係から、使用薬物の中心はヘロインといわれてきたが、近年特に若年層使用者の間では、MDMAやメタンフェタミン、大麻や鎮痛剤等の処方薬、そしてイスラム社会で禁忌とされるアルコール乱用とも重なって多剤化していることが知られているという。また、治療施設から見た特徴について、使用薬物に関しては40歳代以上の依存者の場合、その大半がヘロインであるのに対し、30歳代以下はメタンフェタミン使用の増加と多剤乱用化が顕著である、とのスタッフによる説明があった。

治療共同体が集結する前述のAFTCアジア連盟の中で、マレーシアで非常に実績のあるTCプログラムを提供する団体にPENGASIHが挙げられる。PENGASIHは1987年に4人の回復者による自助グループとして始まったが、1991年には薬物依存から回復者が創設した初めてのNGO団体として政府に公認され、1993年からは徐々にDAYTOP等アメリカの技術的支援のもとにTCアプローチを導入し、当初Morning Meetingのみの未構造化プログラムは95年には現在のような高度に構造化されたものへと変わっていき、以来22年以上にわたる薬物リハビリテーションプログラムのプロバイダーとなっている。現在では国内に6か所のセンターを持ち、その間5,000人以上がプログラムを修了し、その内350人はマレーシア国外からの利用者だった。女性専門のTCも同様のプログラムで運営されている。入寮は20歳以上の成人が対象であるが、通所も含めた利用者の年齢は15~44歳となっている。

1990年代半ばからは、HIV/AIDS陽性者に向けたサービスも開始し、現在では地域の医療機関に訪問して行うカウンセリング、グループ支援サービス事業やPENGASIHプログラム利用者のターミナルケアとしてホスピスサービスも提供している。その他、薬物乱用・依存問題への予防啓発活動や家族支援等広範な関連サービスの事業者としても知られている。

マレー語でTedahan Kasihと呼ばれる入寮施設は、英語ではHalfway Houseと位置付けられるというが、ここで長期入寮型のTCプログラムが行われている。首都クアラルンプールの市街地からも近いRumah (House) PENGASIHでは、最大で100名の入寮者により共同体が構成され、TC構造化の中で組織的な活動が展開していた。

治療のフォーマットは、入寮当初14日までの解毒期に働きかけて入寮の動機づけを行い、続くEntry Assessment Unitにおいて家族等と治療指針の選択を行い、生活状況に応じ通所治療もし

くは入寮によるTCプログラムかを選択し、入寮ならばPrimary Treatmentへと導入される。そこから先はTC共通の治療過程を進むが、退寮までには約2年間を標準としている。①Induction Phaseは14日間まで、②Younger Member Levelとして1~3ヶ月、③Middle Peer Levelで3~6ヶ月、④Older Member Levelで6~9ヶ月、⑤Pre Re-Entry Levelで9~12ヶ月、即ち入寮後1年程度となり、⑥Re-Entry Levelで社会復帰のための取組に移行し、12~18ヶ月程度となり、⑦Aftercare Levelは入寮後16ヶ月以降、最終段階の⑧GraduationはTCに入寮後24ヶ月以上の期間が想定されている。退寮後は、PENGASIH Alumni (卒業生会)もしくはNA (Narcotics Anonymous)を、サポートグループとして選択し参加していく。

TC構造をクアラルンプールのハウスで見ると、基本は北米型、前述のスリランカの場合とも同様だが、日常生活を運営するDepartmentはBusiness Office、Maintenance、House Keeping、Laundry、Kitchen、SurauとExpeditor Teamで構成され、それぞれCrew member → Ramrod → Department Head → Expeditor → Shingle → Coordinator → COD → Mayorと階層化されている。部署の中にあるSurauとは、特にムスリムの生活に不可欠な1日5回の祈禱に関する事項をTC生活の中で管理する役割を担うが、ムスリム以外に入寮者も少数ながら存在し、信仰を理由にした差別的な処遇は法律で認められず、宗教生活を重視する多民族社会の中にあつてその役割はTCの中でも重要なものとされる。また、入寮者の役割の中で最高位に位置づけられるMayor (市長の意)とは、CODの段階のシニアメンバーの中から1名が週ごとに選出され、その日のTCでの活動全体の責任者となり、各部署の運営を管理し適宜必要な指示を出す。TC内を一つの社会に見立て、そこでMayor即ち市長として管理する体験をプログラムの中でも重ねている。

TCの構造化の程度は、日課、さらには週刊・月間スケジュールと共同体運営上の仕事の分担(Job Function)における階層化に表現される。PENGASIHでは、朝5時から深夜12時まで続く日課は、Morning MeetingやGroup Counseling、Static Group等の主要なセッション以外は、旗の掲揚、食事、祈禱、レクリエーションといったプログラムが30分以下の短い間隔に細分化して配置され、入寮者の緊張感が常に途切れないような工夫が見られた。

また、参与観察の過程で注意を引かれたことは、ほぼ毎日外部からの見学者が来所しており、行政・医療・司法機関等の援助職以外にも中学校から大学に至る学生の団体も多く、それら見学者を入寮者のアクティブなセッションでのコンフロンテーション (問題の直面化)の場面に同席させてフィードバックをとるなど、薬物依存リハビリテーションに関する啓発的な機能も担い、一般政策が厳罰主義で貫かれる社会にあつて、依存者・乱用者の事実を知らせるという意味で役割も大きい。

PENGASIHには23人の全て回復者である有給スタッフが雇用されているが、日々のTC実践の中で自身の回復の先にロールモデル、そして職業的自立を見据え、そこに続く入寮者も多い。また、TCスタッフの訓練施設としての役割も大きく、インドネシア、ブルネイ、パキスタン、サウジアラビアといったイスラム国やフィリピン、タイ、シンガポール等のアジアや南アフリカ、タンザニアといったアフリカからの研修にも対応してきた。日本からのTC研修にも対応する用意があるという。

### 4 おわりに アジアのTC実践の経験を日本社会に生かすには

これまで見てきたように、薬物乱用・依存問題はアジア諸国でも共通の社会問題となっており、そこへの対応は政策的な違いを超えて、今や国際的な協力の必要性を疑う余地のないものになっていると言える。

TCの現状を見るとき、そこでの生活は常時積極的な反応を要求される、緊張感の高い活動の連



続で構成されているため、そこに適応するには治療への積極的な動機とそれを支える体力・気力といった身体的精神的条件が不可欠であることから、典型的には若年層の薬物依存者の処遇に適応の可能性が大きいことは間違いない。日本でいえば、少年等若年層を処遇する機関が条件的にみて最も近い位置にあるとも考えられるが、刑事司法施設内へのTCプログラムの導入も世界各地で実践されており、また重複する様々な障害をもっていたり、年齢層が高く長期に孤立した対象者へのアプローチも試行されている状況から見れば、年齢層、性別、家族状況等を限定しない設定もまた条件次第で可能である。

TCの導入に関してみると、スリランカやマレーシアでは、日本においてダルクが活動を自発的に開始した1980年代に既にその模索が始まっており、WFTCの中心地でもあった北米の技術的援助を得て短期間のうちにその環境を整備し、プログラム、施設運営の両面における苦闘を経験しながら、より治療的効果が挙がるアプローチを目指してアップデートを続けてきた。AFTCの結成とその主要メンバーとして先行く実績を携え、今やこれからその援助を必要とするアジアの他国の薬物問題にも自信をもって手を差し伸べようとするこれらのTCの存在を知るとき、TC環境の未成熟さだけでなく、回復者の自助活動であるダルクだけに地域での役割のほとんどを委ねてきた、今も委ねている日本の状況を、今後どのようにして改善していくのか、この問題に関わる人々にとって、アジアのTCの経験とそこで日々薬物依存からの回復と自立に向けて取り組むアディクト（依存者本人）たちのエネルギーに学び、そこに教えられることは決して少なくはないはずである。

今後、TCによる回復援助を実現するために必要となる、開設当初のTCのスタッフを養成する際には、スリランカもマレーシアも日本からの将来の志願者たちに対する全面的協力を約束してくれており、またそのことを期待しながら今も待っていることを、稿の最後に付記しておきたい。

#### <文献>

De Leon, George. (2000). The Therapeutic Community: Theory, model, and method, New York: Springer Publishing Company, Inc.

Perfas, Fernando. B., (2012). Deconstructing The Therapeutic Community: A Practice Guide for Addiction Professionals, New York: Hexagram Publishing

Perfas, Fernando. B., (2004). Therapeutic Community: Social System Perspective, Lincoln: iUnivers Inc.

Perfas, Fernando. B., (2003). Therapeutic Community: A Practice Guide, Lincoln: iUnivers Inc.

Yablonsky, Lewis, (1989). The Therapeutic Community: A Successful Approach for Treating Substance Abuses, New York City, Gardner Press

藤野京子・桑山龍次(2005). 第3章 マレーシア：アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者処遇対策に関する調査研究（研究部報告 27）：法務総合研究所：180-203：  
<http://www.moj.go.jp/content/000051901.pdf>

宮永耕(2004)。「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）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（H15-医薬-007）研究報告書：165-186

宮永耕(2005)。「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）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（H16-医薬-062）研究報告書：223-274

宮永耕(2006)。「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）：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（H17-医薬-043）研究報告書：163-170

宮永耕(2007)。「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)：平成18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）：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（H17-医薬-一般-043）研究報告書：219-239

---

---

---

---