

3 薬物乱用者の家族を対象としたプログラム

(1) 目的・特徴・効果等

ア 家族援助の必要性

薬物使用者は、治療につながるなどして、いったん断薬をした後も、再使用や治療プログラムからの離脱、逮捕など複雑なプロセスを歩む。薬物以外に抱え持つ問題も違い、社会復帰を含め、長期的・多角的な視野に立った家族サポートが必要である。

- 家族は薬物問題に関する知識を持てば、有効な介入者・回復の伴走者になる。
- 家族は身内の薬物問題によって傷つき動揺し、対応する力を失っている。
- 家族をサポートすることは、薬物使用者の回復をサポートすることにもなる。

イ 家族の状況

2009年度に、心とからだのヘルスケアに関する市民活動支援ファイザープログラム助成を受け、5つの家族会（仙台家族会、アディクション家族会とちぎ、茨城ダルク家族会、ドムクス・しずおか、愛知家族会）の191名の家族に対して調査を実施した（実施期間：平成21年3月～5月／有効回答187名）。その結果は、

- 家族の9割以上が親の立場。本人の年齢は20歳～39歳が9割を占める（20代は38%）。
- 家族会参加半年未満では、本人の所在地は「家族と同居中」や「拘置所・刑務所」が多いが、半年から2年では「ダルク」が増え、5年以上では「ダルク」以外に「別所帯」や「拘置所・刑務所」が増える。
- 本人のダルク入寮経験は「ある」が約7割。平均利用回数は2.2回（最多20回）であった。

ウ 家族の支援介入を行う際の7つの基本姿勢

- 家族を責めたり批判したりしない。
- これまで様々な努力をしてきた家族に対して、敬意の気持ちを表す。
- 「自責の念」にとらわれすぎず「希望」を持ち、未来のために行動できるよう働きかける。
- 薬物依存症という病気や家族関係など、現状を正しく理解できるよう支援する。
- 回復のために効果がない関わりを減らし、効果のある関わりを増やせるよう支援する。
- 共に支援計画を作成し、適宜見直ししながら、継続的に支援を行う。
- 家族及び本人が利用できる地域資源についてよく理解しておく。

(2) 家族のためのプログラム

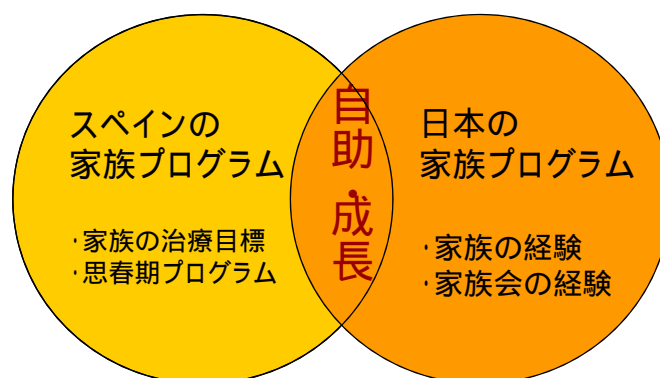
ア 大切な人の薬物問題で悩む家族による家族のためのプログラム（薬物依存症者家族連合会作成）

(ア) プログラム作成の経緯

薬物依存症者家族連合会は、2008～2010年度に、心とからだのヘルスケアに関する市民活動支援ファイザープログラム助成事業として、家族の多様なニーズに対応するプログラムを作成することを目的に事業を実施した。2008年度は、スペイン治療共同体プロジェクト・オンブレの調査・研修と家族会実態調査を行った。2009年度は、プログラムの試行、プログラム検討会を行った。2010年度においては、家族プログラムの作成を行い、ファシリテーター講座を実施した。

(イ) プログラムの特徴

スペインと日本で共通の重点項目であった自助と成長を軸に、PH（プロジェクト・オンブレ）基本プログラムの家族に対する治療目標と、思春期プログラム（親用）の内容を参考に、日本の家族や家族会の経験を合わせて構成される。主語は「私たち」で書かれている。



*主役は家族。経験を力に変えていく＝自助

(ウ) プログラムの内容

- 薬物問題について学ぶ。
 - 本人の問題や人生の肩代わりをやめる。
 - 家族会で気持ちを楽にする。
- 自分を再構築する。
 - 自分の生活を取り戻す。
 - 過去からの課題や家族内の新たな課題に取り組む。
 - 本人との適切な距離を学ぶ。
 - 自分の人生や生活を発展させる。
- 家族関係を再構築する。
 - それまで培ったものを維持しつつ、その時々の問題に向き合い、学んできたことや支援関係を活用しながら、自分なりに解決を見出していく。

(エ) ワークブック実践編の構成

- 基礎編：イネイブリング（依存症者が使い続けるのを可能にする（周囲の人の）行為）や治療の勧め方など基本的な知識を得る。
- 対応編：本人の人格を否定せず薬物に対しNOという姿勢を示すための知識を得る。

- 自分と向き合う編：自分の変化をチェックし薬物問題の影響や家族関係を振り返る。
- 自分を取り戻す編：自分の価値観やコミュニケーションを振り返り、何をどう変えていくか考える。
- 新しい関係編：自分の後戻りを防ぎ、本人の回復を見守りつつ問題に対応していく方法を知る。
- 家族の回復編：セルフケアと自助。

(オ) ワークブック実践状況

- 愛知家族会
 - 2012年5月 テーマ：家族が変わる意味
 - 2012年6月 テーマ：イネイブリング
 - 2012年7月 テーマ：境界
 - 2012年8月 テーマ：コミュニケーション
 - 2012年10月 テーマ：本人の回復プロセスを見守る
 - 2012年11月 テーマ：自律・自立をサポートする
- 茨城家族会（家族会参加3年以上のグループ・1クール6回）
- びわこ家族会（2012年4月）
テーマ：薬物に対しNOという姿勢を示す。私たちが後戻りするとき。本人の回復を見守る。
- 新潟家族会（2012年9月）
テーマ：私たちはなぜイネイブリングをしてしまうのか
- 千葉菜の花家族会（2012年11月）
テーマ：私たちが後戻りするとき

(カ) プログラムの反応

愛知家族会に対してアンケート調査を行った（22名）結果は以下のとおりである。

- 一つ一つのケースに具体性があり大変わかりやすい。
- 他の人の話を聴け、一緒に勉強する感じで楽しい。
- 話を進めやすい。
- 心の整理ができる。
- 自分を見つめ直すことができる。
- いろいろと参考になる、勉強になる。
- 同居なので自分が後戻りしないようにしたい、など。

以上、この「やっかれんワークブック」は、2010年度ファイザープログラム～心とからだのヘルスケアに関する市民活動・市民研究支援『薬物使用者を抱える家族への介入・援助プログラム作成に関する事業』によって作成された。

●作成責任者

小松崎未知（全国薬物依存症者家族連合会）

近藤京子（全国薬物依存症者家族連合会プログラムコーディネーター）

イ 依存症者をもつ家族を対象にした心理教育プログラム

平成 22 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）として、「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」（主任研究者 和田清）の一環として、プログラム全体の中心となる基本的な事柄をまとめた 4 種類の教材を作成し、関係機関職員を対象に研修会を実施した。

（ア） 家族心理教育プログラムの目標

目標 1：薬物依存症という病気や快復について正しく理解できる。

目標 2：薬物依存症者に対する適切な対応法を学び実施できる。

目標 3：家族自身の心身の健康を取り戻せる。

（イ） 家族心理教育プログラムの学習内容

- ① 脳内の依存形成のメカニズム
- ② アルコールが回復に与える影響
- ③ 自助グループと 12 ステップ
- ④ 薬物の作用と心身への悪影響
- ⑤ 依存症からの回復の段階
- ⑥ 再発に備える
- ⑦ 依存症の影響による家族の変化
- ⑧ 信頼関係を再び築くために
- ⑨ 依存症者と上手く生活するために
- ⑩ コミュニケーションスキルの改善
- ⑪ 問題行動に対し効果的に働きかける
- ⑫ 暴力を避け安全に働きかける
- ⑬ 家族の生活を豊かにする
- ⑭ 効果的な治療の勧め方
- ⑮ 薬物関連の用語を理解する
- ⑯ 依存症者と家族との関係性
- ⑰ 依存症者の心理
- ⑱ 依存症治療の段階
- ⑲ 薬物関連の法律

（ウ） 家族心理教育プログラムの構成

全て 3 つの目標のいずれかに焦点を当てた内容である。実施者向けの解説（ファシリテーター用マニュアル）と、家族向けの配布資料（家族向け教材）と 2 冊 1 組とし、1 冊の分量は、90～120 分の家族教室等で実施することを想定して作成されている。内容には、それぞれの回の目標と、目標を達成するための課題が含まれており、必要な知識が身につくだけでなく、参加者が得た知識を実際の生活の中で活かせるよう工夫されている。

(エ) プログラム実施状況

以下の施設で本プログラムは実施されている。

- 多摩総合精神保健福祉センター
- 東京都中部精神保健福祉センター
- 兵庫県精神保健福祉センター
- 静岡市精神保健福祉センター
- 岡山県精神科医療センター
- 医療法人せのがわ
- 他、4家族会で実施

4種類の教材は、家族心理教育プログラムの中心に位置する基本的な内容であったが、今後も、補足的な内容の教材を作成し、多様な家族のニーズに応えることができる包括的なプログラムの開発を目指す予定である。

以上の、「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム」は、平成22年度厚生労働省科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラとリーサイエンス総合研究事業）の「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」の一環として制作された。

<プログラムを実施する前に>

●作成責任者

近藤あゆみ（新潟医療福祉大学社会福祉学社会福祉学科）

●作成協力者

高橋郁絵（原宿カウンセリングセンター）

森田展彰（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

<薬物依存症とは Vol.1>

●作成責任者

森田展彰（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

●作成協力者

近藤あゆみ（新潟医療福祉大学社会福祉学社会福祉学科）

高橋郁絵（原宿カウンセリングセンター）

<家族の本人に対する関わり方 Vol.1 上手なコミュニケーションで本人を治療につなげる>

●作成責任者

近藤あゆみ（新潟医療福祉大学社会福祉学社会福祉学科）

●作成協力者

高橋郁絵（原宿カウンセリングセンター）

森田展彰（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

<家族の本人に対する関わり方 Vol.2 長期的な回復を支え、再発・再使用に備える>

●作成責任者

森田展彰（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

●作成協力者

近藤あゆみ（新潟医療福祉大学社会福祉学社会福祉学科）

高橋郁絵（原宿カウンセリングセンター）

<家族のセルフケア Vol.1 家族のセルフケア>

●作成責任者

高橋郁絵（原宿カウンセリングセンター）

●作成協力者

近藤あゆみ（新潟医療福祉大学社会福祉学社会福祉学科）

森田展彰（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

（3） 今後の課題

今後の課題としては、

- 薬物使用者は、治療につながるなどして、いったん断薬をした後も、再使用や治療プログラムからの離脱、逮捕・受刑など複雑なプロセスを歩むことが少なくない。また、薬物の問題以外に併せ持つ課題が違い、社会復帰の形もさまざまである。前述の2つのワークブックは集団を対象にしたものであり、個々の微妙なケースには対応しにくい。本人の問題や進捗状況を考慮せず、家族のみにプログラムを提供するには限界がある。プログラムの普及や関係機関からのつながりが求められると同時に、特に若年者とその家族に対しては、本人と家族、両方の状況を把握したサポート体制が求められる。
- 若年の薬物使用者を持つ親は、薬物問題への介入だけでなく、本人の社会参加や自立を支援する必要に迫られる場合も多い。その際、親としてのスタンスを示し、意思疎通のできるコミュニケーションをとっていくために、親の役割などを取り入れたプログラムまたは家族サポートが必要になってくるであろう。

4 委員による所見

若年層向け薬物再乱用防止における関係機関の取組等を踏まえて、本企画分析会議の委員がそれぞれの専門的見地から、我が国における若年層向け薬物再乱用防止プログラムに関して、課題、今後の在り方について所見を整理した。

我が国における薬物犯罪者の処遇の現状について

中央大学名誉教授・常磐大学大学院被害者研究科教授
藤本哲也

1. はじめに

若年層向け薬物犯罪者の処遇プログラムに特化したことではないが、我が国においては、従来、薬物犯罪者を、その呼び名のとおり「犯罪者」として捉えることで、刑事司法機関内で厳格に対応することにその主眼が置かれていた。

しかしながら、薬物犯罪の依存性・常習性という特殊な性格に鑑みた場合、薬物犯罪者を「病人」と捉えることで、薬物犯罪者を刑事司法制度からダイバートさせ、刑事司法機関の枠を超えた多機関連携による、より専門的な施策を展開し、薬物犯罪者の再犯の危険性の除去を効果的に行う必要性のあることが、現在、認識されつつある。

本報告書においては、認知行動療法をベースとした若年層向けの薬物再乱用防止プログラムである OPEN が紹介されているが、こうしたプログラムの開発と運用こそが、我が国の将来の薬物再乱用防止策を考える上で重要な意味をもつことはいままでもないであろう。

そこで、以下においては、若年層を含めた、我が国における薬物犯罪者に対する処遇の現状について考察してみたいと思う。

2. 即決裁判手続

まず、最近の新しい動向として、2004(平成16)年に成立した「刑事訴訟法等の一部を改正する法律」(平成16年法律第62号)によって、即決裁判手続が創設されたことに注目しなければならない。この手続は、争いのない明白軽微な事件について、原則として即日判決を言い渡すものであり、その判決においては、懲役・禁錮の言渡しをする場合には、刑の執行猶予の言渡しをしなければならないものである。具体的には、即決裁判手続は、検察官が捜査段階において、被疑者の同意を得るなどによって、起訴と同時に即決裁判手続の申立てを行い、公判期日の冒頭手続において、被告人は起訴状記載の訴因について有罪である旨の陳述を行う手続であり、アメリカで採用されているアレイメントと類似の制度である。なお、アレイメントは被告人の有罪答弁に基づき事実審理を経ずに有罪とされる制度であるが、即決裁判手続においては、事実審理自体は省略されない点において、両者は異なる制度設計となっている。¹

このことから、都道府県警察は、薬物犯罪者で即決裁判手続により執行猶予判決が見込まれる者などに対し、薬物再乱用防止に関する自主的な努力の一助となるべく、起訴後、捜査が終了し、なお警察施設に勾留されている期間を利用し、対象者の任意でパンフレットの閲覧および配布を行うことにより、薬物再乱用防止に関する基礎的な知識や官・民の相談先に関する情報を提供している。²

また、警察庁と薬務部門、民間団体等との連携による薬物再乱用防止に関する取組を促進する

ために、栃木県警察では、薬物事犯により検挙され、初犯等で執行猶予判決が見込まれる者に対して、栃木県が実施する「薬物再乱用防止教育事業」の概要を説明し、その後、栃木県薬務課の職員が対象者と面接を行い、対象者の任意で、民間団体である栃木ダルクにおける薬物再乱用防止プログラムを受講させる取組を行っている。³

具体的には、薬物再乱用防止プログラムにおいては、月4回開催される講習会を10回受講し、県が作成したアンケートにより回復の度合いが判定され、教育の継続の必要性が判断される。講習では薬物の再使用に至る生活習慣や行動と思考のパターンの見直しに目を向け、どのようにしたらそのパターンを変えることができるのかを、ブレインストーミングやロールプレイング、絵を描く療法によって答えを導いていくカリキュラムを行っている。

また、受講者には、任意で不正薬物を検出する尿検査も行っており、薬物からの離脱の達成感や家族に対する信頼回復に役立っている。そして、本プログラムを進めるにあたっては、本人の努力に加えて、家族の適切な対応が必要不可欠となるため、本人がプログラムを申し込んだ後、家族に対しても面談を行い、栃木県精神保健福祉センターで実施している「薬物依存症を家族とともに考える会」に参加してもらい、回復につながる対応方法を学習する機会を与えている。

さらに、プログラムを終了したものに対しては、麻薬取締員が定期的に連絡を取り、3年間の経過観察指導を行うこととしているのである。⁴

本プログラムは現在進行中であり、今後、プログラムの効果についての評価・検討を積み重ねていく必要があるものと思われる。そして、より多くの自治体において、栃木県と同様の取組を展開させていくことで、薬物依存に対する治療体制を全国的に拡大させていくことが期待される。

3. 保釈中の刑事被告人に対する薬物研修プログラム

本プログラムは、特定非営利活動法人アジア太平洋地域アディクション研究所(略称：アパリ)(Asia-Pacific Addiction Research Institute: APARI)によって展開されているものである。アパリは、全国約50か所ある民間の薬物依存症リハビリ施設であるダルク(Drug Addiction Rehabilitation Center: DARC)の内部にある薬物依存症研究所であり、ダルクと密接な連携を図りながら、薬物犯罪者に対して様々な支援を行い、薬物研修プログラムをコーディネートする業務を行っている。アパリによって展開される薬物研修プログラムは、基本的には対象者がダルクに入寮し、そこにおいてグループ・セラピー、生活習慣の改善、自立生活訓練等が行われることになっている。⁵

具体的には、アパリは、薬物事犯で逮捕され、起訴された者について、保釈期間中にアパリの薬物研修プログラムを受講することを条件に保釈決定を得る活動も行っている。これは、刑事訴訟法93条3項が、保釈に際し、「被告人の住居を制限しその他適当と思われる条件を付することができる」としていることから、ダルクの施設で薬物研修を受けることを条件に保釈決定を得ることができれば、薬物事犯の被告人は再犯防止に向けたプログラムを受講することができ、その進捗状況を裁判所によって評価してもらうことができるからである。そして、プログラムの進捗状況が評価され、被告人に執行猶予の言渡しがなされた場合には、継続してアパリの薬物研修プログラムを受講することも可能であり、また、被告人に実刑の言渡しがなされた場合であっても、アパリが受刑者の身元引受人となり、刑務所収容中も連絡を取り合い、通信教育を行わせるなどの援助を行い、刑務所から釈放された場合には、その日からダルクの施設に入寮させ、薬物研修プログラムを受講させることなども行っている。⁶

これまでにアパリで保釈プログラムを実行した被告人の数は、この6年間で約150人であり、

受刑中にアパリを身元引受人とした受刑者の数は、この6年間で約20名である。しかしながら、このアパリによる薬物研修プログラムは未だ制度的なものとなっておらず、必ずしもこのプログラムが裁判所によって受け入れられるとは限らないということ、また覚醒剤事件における保釈率は極めて低い数値であること、⁷ さらには、保釈プログラムを行うにあたっては、アパリへのコーディネート料20万円、ダルクへの入寮費月額16万円を支払うことが必要となるという点において、⁸ 保釈プログラムの利用者が限定されていることが、本プログラムの今後の課題であろう。

4. 刑事施設での薬物依存離脱指導

我が国の刑事施設における薬物事犯受刑者の多くは、覚せい剤取締法違反であり、薬物事犯受刑者に対しては、改善指導の中でも、特定の事情を有する受刑者に対して行われる特別改善指導として、「薬物依存離脱指導」が行われている。薬物依存離脱指導は、①薬物依存症を正しく理解させる、②薬物依存に係る自己の問題を理解させる、③薬物を使用しない生活のための具体策を考えさせる、ことを目的としている。そして、この目的を達成させるために、標準プログラムが用意されている。

標準プログラムのカリキュラムは、「オリエンテーション」から始まり、「薬物の薬理作用と依存症」、「薬物を使用していたときの状況」、「薬物使用に関する自己洞察」、「薬物使用の影響」、「薬物依存からの回復」、「薬物依存離脱に関する今後の決意」、「再使用防止のための方策（危機場面について）」、「再使用防止のための方策（対処スキルについて）」、「出所後の生活の留意事項と社会資源の活用」の10項目であり、これを受刑者同士のグループワークにより、1単元50分を12単元行い、3か月から6か月の期間において実施している。指導にあたっては、民間協力者としてダルクの援助も得ており、現在、全国77庁の刑事施設のうち、76庁において薬物依存離脱指導が行われている。年間受講者数は約4,000人となっている。⁹

さらに、2010（平成22）年度からは、薬物依存離脱指導プログラムの多様化を図るために、刑事施設4庁と外部有識者の協力でもって、新プログラムである「薬物依存回復プログラム」が策定され、当該施設4庁でこの試行が行われている。薬物依存回復プログラムにおいては、認知行動療法とリラクス・プリベンションの手法が取り入れられており、①薬物依存と再使用のメカニズムに関する知識を身に付けさせること、②出所後、薬物の再使用を防止するためのスキルを身に付けさせること、を達成させるために策定されたワークブックやマニュアルに基づき、1単元60分を12単元行い、3か月～4か月の期間において実施されている。¹⁰

薬物依存離脱指導の効果については、職員や受刑者から相当の効果があるとの意見が寄せられているようであるが、今後、薬物依存離脱指導及び薬物依存回復プログラムを受講した受刑者の再犯率等のデータを集積することで、更なる効果検証を行い、プログラムの充実強化のために修正を図っていく必要があるのではないかと思われる。

5. 保護段階における処遇

（1）保護観察対象者に対する類型別処遇

我が国の保護観察処遇においては、犯罪・非行の態様に応じて処遇が類型化された「類型別処遇」が採用されている。そのため、薬物依存がある保護観察対象者は、「シンナー等乱用対象者」あるいは「覚せい剤事犯対象者」の類型に該当し、体系化された処遇指針や留意事項に沿って、効果的な処遇が行われている。

一部の保護観察所では、医療関係者を講師に招き、覚醒剤事犯対象者の類型認定者の保護者・

引受人に対して、本人に対する接し方の改善、薬物乱用の有害性に関する知識等を付与する講習会や座談会を開催している。また、保護観察対象者のうち、暴力的犯罪を繰り返していた者で、覚醒剤事犯、シンナー乱用等のいずれかの類型に認定された者及び極めて重大な暴力的犯罪を行うなどした者については、「特定暴力対象者」と指定し、保護観察官が、頻繁に対象者やその家族と面会することによって、生活状況の把握に努めるようにし、問題が生じた場合には、迅速に始動を行うほか、関係機関とも連携して、保健医療機関での薬物依存治療処遇を行っているのである。¹¹

(2) 簡易薬物検出検査を活用した保護観察処遇

覚醒剤事犯の保護観察対象者に対しては、その者の自発的意思に基づく簡易薬物検出検査（簡易試薬による尿検査又は唾液検査により、覚醒剤使用の有無を推定する検査）を活用した保護観察処遇が実施されている。本制度は、覚醒剤を使用していないことを示す結果を積み重ねることによって、断薬意志の維持及び促進を図ることを目的とする制度であるが、検査結果が陽性の場合には、保護観察官は対象者に対して警察等へ自ら出頭するように説得し、それに応じない場合には警察等に通報することになる。2011（平成23）年の簡易薬物検出検査の実施件数は7,741件となっている。¹²

(3) 覚せい剤事犯者処遇プログラム

保護観察対象者のうち、覚醒剤の自己使用により保護観察に付された者（保護観察付執行猶予者については、規制薬物の使用を反復する傾向が強い者に限る）に対して、その傾向を改善するために専門的処遇プログラムを受けることが特別遵守事項として義務付けられている。

覚せい剤事犯者処遇プログラムは、保護観察官が5回にわたって、認知行動療法等の専門的知見に基づき対象者と面接を行い、ワークシートに書き込ませるなどの方法で認知のゆがみや自己統制力の不足を考えさせるものである。また、ロールプレイングによる指導も行われる。

具体的には、覚せい剤事犯者処遇プログラムは、簡易薬物検出検査と教育課程で構成される全5課程を、おおむね2週間に1回の頻度で、指定された日時に保護観察所に出頭させて行き、最長保護観察開始後6か月以内に全課程を終了することとされている。2011（平成23）年における覚せい剤事犯者処遇プログラムの開始人員は、1,344人（仮釈放者926人、保護観察付執行猶予者418人）であった。

なお、特別遵守事項として覚せい剤事犯者処遇プログラムの受講が義務付けられていない者及びプログラム課程を終了した者については、自発的意思に基づく簡易薬物検出検査が実施されるのである。¹³

6. おわりに

以上においてみたごとく、我が国で展開されている伝統的な薬物犯罪者の処遇は、「犯罪者モデル」に「病人モデル」を加味した方向性を志向していることがわかるであろう。「病人モデル」においては、「刑罰」ではなく、「治療」が再犯防止と更生につながるという考えが基盤にある。この病人モデルの基盤にある考えを、近年においては、「治療法学」(therapeutic jurisprudence)と呼んでおり、そこには、治療によって犯罪者の抱える問題を解決することにより、再犯防止を目指すという、「治療介入的なアプローチ」が見られるのである。マレーシア、タイ、シンガポール、香港、アメリカ、オーストラリア、カナダ、イギリス、オランダ、スペイン等の諸国における「病人モデル」に基づく施策は、まさに1960年代に世界的規模で進展をみた「治療共同体構想」

と、近年において注目されている「治療法学」の理念に適うものであると言えるであろう。

いまさら改めて指摘するまでもなく、このような治療共同体や治療法学の視点からすれば、犯罪者の抱える薬物依存の問題は、できる限り早期に治療を行った方が、犯罪者自身ひいては他者にとっても好ましいことであるということになり、マレーシア、シンガポール、タイ、オーストラリア等で行われている、警察段階での薬物治療を条件としたダイバージョンの施策等が、それに適ったものであると考えられるであろう。

しかしながら、これらの病人モデルに基づくプログラムを検討するにあたっては、実証研究を継続的に行い、それを緻密に分析していく努力が必要である。諸外国における実証研究の中には、ドラッグ・コートプログラムを展開することにより、再犯の防止に貢献することができたということに加えて、ジェイルや刑務所の拘禁費用の削減や裁判所に係争する事件数を減らすことができたという、興味深い報告もなされている。

それゆえに、これら病人モデルを展開している諸外国の実情を研究し検証していくことで、今後、我が国においても、治療共同体や治療法学に基づく効果的な処遇の在り方について検討することが、期待されるのである。

¹ 藤本哲也「即決裁判手続について」『戸籍時報』663号(2010年)89-90頁。

² 高尾裕司「『薬物対策重点強化プラン』の策定について」『警察学論集』64巻3号(2011年)58頁。

³ 高尾・前掲論文・59頁。

⁴ 厚生労働省編『平成22年版厚生労働白書』347-348頁。

⁵ <http://www.apari.jp/npo>を参照。

⁶ <http://www.apari.jp/npo>を参照。

⁷ 川出・「薬物犯罪対策の現状と課題」『ジュリスト』1416号(2011年)・15頁。

⁸ <http://www.apari.jp/npo>を参照。

⁹ 小島・「刑事施設における薬物事犯受刑者処遇の現状」『ジュリスト』(2011年)・31-32頁。

¹⁰ 小島・前掲論文・33-34頁。

¹¹ 法務省法務総合研究所編『平成22年版犯罪白書』(2010年)参照。

¹² 法務省法務総合研究所編『平成24年版犯罪白書』(2012年)77頁参照、田中一哉「薬物事犯対象者に対する保護観察の現状」『ジュリスト』1416号(2011年)36頁。

¹³ 法務省法務総合研究所編『平成24年版犯罪白書』(2012年)77頁参照、田中・前掲論文・37頁。

1. あるTVドラマのシーンから

「彼のような麻薬乱用者は、刑務所に入れても治りません。出所後は、ホームレスか、より悪質な犯罪者になることでしょう。将来有望な青年が麻薬にはまっています。助けを受ければ世の中の役に立ちます。(刑務所に入れば)役に立たないでしょう。治療も教育もリハビリも受けられず、出所したときには有望な若者の姿はそこにありません。」

これは、「ハリーズ・ロー 裏通り法律事務所」(*1)の第1話の中で、キャシー・ベイツ扮する女性弁護士ハリーが陪審員に向けて行った最終弁論の下りである。コカインを再乱用した若者A(大学生)は、今度はその罪を逃れられず刑務所へ行くほかないものと、失意の底に陥っていた。運命的な出会いによって知り合ったこの若者Aをハリーは助けるべく、弁護を引き受けた。弁論は陪審員の胸を打ったが、さすがに薬物乱用の罪を無罪とする評決は望みがたく、全員一致の評決は「有罪」である。通常であれば2年の拘禁刑は避けられない。しかし、判事の判決はふるっていた。刑の執行を猶予し、その間、再乱用の治療に専念することを命じたのである。保護観察の監督下におかれているとはいえ、Aは大学にも続けて通い、貧困地区にあるハリーの事務所の手伝いをしながら、物語は続いていく。

アメリカでは、12歳以上の大麻生涯経験率が41.9%であり、コカイン生涯経験率でさえも14.7%に及んでいる(*2)。また、約230万人にも達する全米の連邦および州立刑務所、拘置所等に収容されている受刑者等の生涯薬物経験率は80%を超えており(*3)、また彼らの約半数に、薬物の影響による何らかの精神的疾患が見られるという(*4)。刑務所における薬物離脱のための治療は、受刑者の合意を前提に、認知行動療法を主軸とするプログラムへの参加を通じて行われている。プログラムへの参加者は4万人ほどに過ぎない。こうした状況は、薬物と犯罪との密接な関係を示しているが、薬物の自己使用者、とりわけ刑務所の中に収容された受刑者の依存を断ち切る取組の深刻さは、こうした状況からも推測できる。ハリーならずとも、前途ある若者を薬物依存から離脱できない犯罪者に育ててしまうよりも、地域社会が離脱へ向けて努力する若者を支えていくことがいかに大切かと、思い知らされる。90年代に飛躍的に拡大した米国のドラッグ・コートをいかに重要な使命を担っているかがうなずける(*5)。

2. 我が国における近時の薬物乱用状況

たしかに我が国においては、米国に比べて薬物乱用の数字はかなり少ない。少年の薬物乱用事件も、一部の規制薬物やいわゆる「脱法ハーブ」などの問題があるとはいえ、平成10年代に比べ減少してきており、社会的に注目されることも少なくなってきた。しかし、薬物乱用事件が消失し、乱用少年がいなくなったわけではない(*6)。

少年期の薬物乱用が犯罪として検挙され家庭裁判所へ送致される事案が減少してきたことは、もとより歓迎すべきことであろう。薬物の危険性について青少年への周知・啓発が促進され、新たな薬物乱用者を生み出さないという「1次予防」の効果が表れたものと、素直に喜んでよい。それでも薬物乱用を助長するような情報や環境を青少年から遠ざける必要性は、なお継続的に存在するし、とくに薬物経験者がその再乱用を克服するために、家族を含む周囲の人々や本人自身

がかかえている薬物離脱への苦悩は、消え去りにくい状況にある。同時にこうした克服への支援の必要性は、いっそう高まっており、青少年や若者へ向けた再乱用防止への取組は、これまで以上に重要性を増している。その意味でも、今年度の企画分析会議において報告されたOPENプログラムは、魅力的であり、地方自治体においてその活用の組織化と運用実績の向上が期待されるところである。

3. 薬物乱用者は、薬物犯罪の被害者である

ところで、「薬物犯罪」には大別すると、薬物の製造や輸出入・販売行為を厳しく規制し、規制薬物を市民社会に拡散させることが犯罪として概念化されるものと、規制薬物を取得し自己使用する行為をもって犯罪とされるものとに分けられる。前者は、諸外国とりわけアジア諸国においては死刑を科す類型があるほどに、厳しい刑罰が規定される犯罪である。後者は、自己の心身の健康を損ね、ある場合には他害行為の危険性をもたらすのみならず、規制薬物を入手するために財産犯をはじめとする他の犯罪へと傾斜する可能性を高めるという理由から、所持や自己使用であっても犯罪とする必要性が肯定されてきたものである。換言すれば、規制薬物の所持や自己使用を犯罪として規定し、何人に対してもこの規範を遵守させることによって、社会の秩序と安全を確保してきたのである。薬物乱用者は、国のこの法規範を犯した者として制裁の対象とされているのである。

しかし後者の薬物犯罪は、刑罰を科す対象行為なのであろうか、疑義がある。自己使用によって被る損害は、自らの心身の健康、さらには自らの生命であり、他者の法益の侵害ではない。薬物を乱用した結果としての他害行為にしても、別の侵害行為であり、薬物乱用は原因行為にすぎない。しいて言えば、自己使用それ自体が法規範の侵害であって、これを放置することが社会秩序の崩壊をもたらすという理由からのみ、犯罪概念として存在する意味をもつだけである。すなわち、自己使用は犯罪として形成しにくい概念なのである。そうであるならば「非犯罪化」すべきという論理になるが、法秩序の維持の観点からそれも難しいところがある。

なるほど薬物乱用者は法規範に対する侵害者である。しかし、実のところ薬物の乱用によって侵害されているのは、乱用者の心身であり生命である。法はこれを守ることこそすれ、処罰の対象としてはならないであろう。薬物乱用者は、自らの心身を害されるという意味で被害者というべきであるが、さらに犯罪者として刑務所に収容され、受刑生活後においてなお、乱用被害を乗り越えることを困難なものにしている。その意味でいえば二重の被害者である。少なくとも、二次的被害ともいうべき刑罰（懲役）の対象から、薬物乱用者をはずすことを検討する意味はある。いわゆる「非刑罰化」の検討である。

4. 非刑罰的対応の必要性

「刑事司法制度が新たな犯罪者を作り出すようなことがあってはならない」というラベリング論の展開は、半世紀ほど前の米国において非犯罪化や非刑罰化、非施設化を推進させた。わが国にも刑事政策・犯罪学の理論としてインパクトを与え（*7）、以前からの微罪処分（警察）、起訴猶予（検察）、執行猶予（裁判）、仮釈放（行刑）など既定の諸制度の運用をより確かなものにした。少年事件においても不介入主義が前面に示され、保護処分といえども慎重な対応がのぞまれて、少年事件の多くは審判不開始として処理された。いわばダイバージョンという救済措置が、我が国の犯罪処理に活用されたのである。その結果、施設収容される事案は、重大事件を除いて、再犯や知的障害など病的背景を有するものなどに限られていくが、覚醒剤乱用事件もまさしくその典型であった。かくして薬物乱用者は、懲役刑受刑者となり、せいぜい行刑という場で限られ

た治療的処遇を受けるにとどまっている。これでは出所後の再乱用のない生活を期待することは難しい。

刑事制裁は、単に行為者に対して科される不利益（応報）という性格だけでなく、行為者の社会復帰に役立つという性格をもたなければならない。今日、それは心身ともに社会生活における自立を可能とする福祉的性格を意味する。「司法福祉」という言葉で示されるこの特性は、施設内処遇の場でも追及されるものであるが、より積極的には、社会内処遇の場で実効性の高いものにすることができる。薬物乱用者に薬物とかかわらない生活を確かなものにするための手立ては、施設収容ではない新たな非刑罰的対応に求められるべきであろう。とくに、少年や若年成人の乱用事件に対しては、何よりも再乱用防止の視点を重視し、乱用防止プログラム参加への働きかけとなる処分を講じるべきものとする。

具体的には、少年に対する保護処分として、「治療施設への入所」や「治療プログラムへの参加」を独立して命じる道を拓くべきである。成人についても同様の制裁を講じる可能性を検討しなければならぬ。犯罪に対応する刑罰という色合いを、できる限り薄めて、医療の対象として保護を受け、やがては社会的自立を促すという性格をもった新たな司法制度の構築が必要であろう。昨年度の報告書でも指摘したように（*8）、少年事件の専門機関である家庭裁判所が、保護観察として有効な治療プログラムへの参加を命じることもあり得ようし（*9）、新たな治療共同体的治療施設を構成してそこに収容決定することも可能であろう。平成24年度から少年院等の一部に導入開始されたJ-MARPPの成果にも期待が寄せられるが、家庭裁判所の権限と責任はますます重くなるものと思われる。

5. 刑の一部執行猶予制度と再乱用防止

非刑罰的対応は現実的ではないというのであれば、行刑における特別改善指導としての薬物依存離脱指導（R1）の充実と、さらには執行猶予制度や仮釈放と結びついた保護観察の活用によらざるを得ない。それでも薬物乱用者に対する刑の一部執行猶予制度の導入が進めば、より長期にわたる保護観察中のプログラム参加を命じる道筋がつけられることになる。その場合、保護観察所の監督下において治療への動機づけを強化することが求められる。遵守事項の徹底はもちろんのこと、少なくとも、保護観察中の者の所在が不明となるような事態は避けなければならない。乱用者がプログラムへの参加に積極的でなく（遵守事項違反）、保護観察所にもこれを確保する手立てがないという場合には、執行猶予を取消し、刑務所に再収容したうえで処遇を進めるほかはないだろう（*10）。治療プログラムを推進するためには社会内処遇よりも施設内処遇へと転換して治療の確保をはかる道もたしかに必要である。乱用者の状況に応じて、施設内処遇と社会内処遇の往来があってもよい。また、処遇プログラムの充実はもちろんのこと、医療機関や福祉機関との連携とサポートなど幅広い対応も求められる。刑の一部を執行する過程において、当然、施設内での薬物依存離脱指導は強化され、保護観察における処遇に連続させるという「一体型処遇」が重要となろう。

さらには、自立更生促進センターのような施設を、中間処遇施設として活用することも検討すべきであろう。本来、自立更生促進センター構想は、社会内処遇を進めるうえで完全に民間に委託できないような処遇困難者の支援のためのものではなかったのだろうか。薬物を断ち切る意思を強くする者の支援に役立つ中間処遇施設が必要に思う。もちろん地域住民の生活環境との折り合いも考慮に入れなければならぬが、場所の選定や医療や福祉機関との協力・支援体制の強化に時間をかけて検討すべきことではなかろうか。

6. OPEN プログラムの普及と周知へ向けて

以上、薬物乱用者を被害者と捉えたうえで、刑罰ではなく治療を促進するという視点から司法改革のバリエーションを示してきた。薬物乱用を刑罰に値する行為としてとらえている限り、薬物乱用者は刑罰におびえて医療や福祉の手の届きにくいところに影をひそめてしまう。医療機関等に家族等が相談に行くことも、高いハードルをやっとの思いで超えてのことである。本報告書に示された OPEN プログラムがどんなに効果的でしたものであっても、これにつながる乱用者（とくに初期の乱用者）がその道を阻まれるものとなるハードルは、取り除かれねばならないであろう。

OPEN プログラムを大学など教育関係機関などに周知して、初期乱用者の若者にその目を向けさせることは重要である。しかし大学の保健センターなどに相談すると、薬物使用の履歴が表出することにより、場合によっては法に抵触する違法行為（犯罪）を行った者として、教育機関から停学や退学など身分上の制裁を受けないとも限らない。この不安がある限り、薬物を使用することで悩み苦しむ若者が、他者に相談することは難しいであろう。事柄は秘匿され、当事者の苦しみが取り除かれることはない。不幸にも犯罪として司法的な介入がなされることで初めて、治療プログラムへの道を進むことが可能になる。前途ある有望な青年が犯罪者として行刑施設の中で暮らし、治療を受ける。それはやはり不幸である。そうならないほうがよいに決まっている。そうならないための道筋が、OPEN プログラムの普及によって示されることを期待したい。

* 後 注

- 1) 2011年にアメリカ NBC で放映され人気を博した。オハイオ州シンシナティを舞台にした法廷ドラマであり、第2シーズンまで制作されている（全34話）。
- 2) 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課『薬物乱用の現状と対策』2012年10月を参照。
- 3) Bureau of Justice Statistics, Substance Abuse Treatment, State and Federal Prisoners, 1997.
- 4) The Federal Bureau of Prisons, Annual Report on Substance Abuse Treatment Programs Fiscal Year 2011.
- 5) 内閣府『平成23年度アメリカにおける青少年の薬物乱用対策に関する企画分析報告書』（2012年）7頁参照。
- 6) 警察庁の統計によると、シンナー等の乱用で送致された少年は、この10年間に2,835人（2003年）から74人（2012年）へと激減したし、コカインやMDMAを含む麻薬等乱用少年も、80人（2004年）から7人（2012年）となった。大麻の乱用は、221人（2004年）から66人（2012年）、覚醒剤の乱用は、524人（2003年）から148人（2012年）へと減少している。警察庁『少年非行情勢（平成24年1～12月）』2013年2月。<http://www.npa.go.jp/safty/life/syonen/syour> 参照。
- 7) 藤本哲也『犯罪学入門』立花書房（1980年）、同『刑事政策概論（全訂6版）青林書院（2008年）参照。
- 8) 内閣府、前掲報告書80頁。
- 9) 丸山泰弘「薬物依存症者の社会内処遇—自己決定に基づく積極的支援の可能性についての一試論—」龍谷大学大学院法学研究 No. 8（2006年）99頁では、日本型ドラッグ・コートの実践の場を「試験観察」の活用を求めている。賛成である。
- 10) ひとつの事例研究として、拙稿「執行猶予取消しに係る保護観察遵守事項違反の『その情状が重いとき』にあたりと判断された事例（東京高裁平成22年3月5日第7刑事部決定）刑事裁判例批評157」（刑事法ジャーナル25号、2010年、71頁以下）を参照されたい。

ここ数年、米国の Matrix model を参考に松本俊彦氏が開発した SMARPP を始めとする、薬物依存症に対する認知行動療法プログラムが少しずつ普及してきた。医療機関、精神保健福祉センター、ダルクなど地域だけでなく、刑務所や保護観察所、少年院など司法機関でも実施され、一つの大きな流れを作り始めている。

一方その家族に対するサポートは、家族自身やダルクによって運営される家族会があるほか、医療機関や精神保健福祉センターなどで家族教室が実施されており、保護観察所の身元引受人会で情報提供も行なわれるようになってきている。とは言え受け皿は少なく、薬物使用者を抱える家族の多様なニーズには十分対応できていないのが現状である。こうした背景から、平成 22 年度には家族プログラム用のパッケージとして利用できる「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム」(森田展彰氏ら)が、平成 23 年度にはピアサポートを基盤にした「大切な人の薬物問題で悩む家族による家族のためのワークブック」(全国薬物依存症者家族連合会)が開発された。

薬物乱用防止の対象は使用者本人であり、医療や司法の枠組みでは家族への対応が後回しになるのは当然だが、より効果的な再乱用防止を目指すのであれば、家族へのアプローチも不可欠である。特に本人が若年で自立していない場合、比較的早い時期に家庭内で薬物の使用が発覚するため、家族が知識を得て介入することができれば方向転換が可能だけでなく、家族の理解やサポートが再乱用防止を後押しする。そこでこのコラムでは、全国薬物依存症者家族連合会のプログラムコーディネーターとしてワークブックの作成に関わった経験を踏まえながら、若者に対するプログラムと家族援助について考えてみたい。

1. 再乱用防止は「生活・人生プロジェクト」

今回ヒアリングを行なった若年層向け認知行動療法プログラム OPEN で特に目を引いたのは、「依存症であるかどうかを問わず、薬物のないよりよい生活を送るのにはどうすればよいかを一緒に考えていく」というスタンスだった。機会的な乱用段階にある若者を対象に開発されたプログラムということもあるが、こうした視点は、ともすればプログラムの方法論・手法や「乱用防止」という言葉の影で忘れられがちだからである。

全国薬物依存症者家族連合会でワークブックを作成するにあたり、スペインで年間一万 8000 人にプログラムを提供し、本人と家族両方に介入することでも知られている治療共同体プロジェクト・オンブレに、2009 年に滞在したが、そこでも同じような印象を受けた。プロジェクト・オンブレという名称自体、英語では「ヒューマン・プロジェクト」、つまり「人間計画」である。プログラムの目的は単に薬物をやめることではなく、その人が人として、社会の中でよりよく生きていけるようになることにあった。薬物使用者本人だけでなく、その影響を受けた家族も対象になっている。

薬物の使用は生活や人間関係などさまざまな分野に影響を及ぼし、また相互作用的に使用が進むため、プログラムには当然、薬物以外のテーマも含まれてくる。特に若年層の場合、断薬と併行して学業を継続したり、仕事を見つけたり自立したりと、進路や生活のサポートが必要になることが多い。つまり薬物問題を通し取り組んでいくのは、生活プロジェクトであり、人生プロジ

エクトなのである。一つ一つのプログラムやルールはすべてこの点に集約される。セラピストも利用者もこの点を共通認識とし、プログラムというツールを通し個々のプロジェクトを進めていく。

OPEN の特徴の一つは、認知行動療法に加えコミュニケーションスキルや健康教育を盛り込んでいることだが、参加者に最も人気のあるプログラムはコミュニケーションスキルだという。再び薬物の使用を勧められたときに断わる術を得るということはもちろんだが、多くの人は薬物の使用が進むうち、薬物を通した人間関係しかなくなってしまったり、周囲の人が離れていってしまったりと、何らかの形で人間関係やコミュニケーションの問題を抱えている。こうした問題は、単に薬物をやめただけでは解決せず、再乱用のリスクにもなるが、何より利用者にとって「リアルな生活問題」でもある。

OPEN にある要素自体は、決して目新しいものではない。けれども先に述べたように、コンセプトがはっきりしている。同じプログラムや要素でも、それがどこに向かって進められるのか、何を目指しているのかの認識があるかないかによって、プログラムの実際は変わってくる。「薬を使わないようにする」だけでなく、「薬のないよりよい生活を一緒に考えるため」という方向があれば、ファシリテートも違ってくるし、利用者のとらえ方も応用の仕方も違ってくるのである。「薬物のことで来たのに、ほかにも役立つことがあって得しちゃった」と思えるようなものがあれば、「自分のためにプログラムをしている」という感覚を持つこともできるだろう。

方向性をはっきりさせることのメリットは、プログラムや対応に一貫性が出ることである。OPEN は予防プログラムであり、テキストもパッと見て乱用防止関係の冊子に見えないようおしゃれな装丁にするなど拒否感が出ない工夫がされており、ホームページも明るく簡潔な雰囲気までまとまっている。インテークの段階からスタッフがしっかり関わり、生活上の問題など薬物以外の問題も受けとめ、プログラムに参加してからも個人面接で可能な限りフォローしていく。何のために薬をやめるのか、なぜやめなければいけないのかと考えている若者に対して、「どう生きていくか」を具体的に扱うことができるのが OPEN の強味ではないだろうか。処方薬依存や脱法ハーブの問題が顕在化する今、「薬は悪いものだから」「法律で禁止されているから」という理由だけでは再乱用防止の介入はできない。

2. 家族という単位で薬物の再乱用を防止する

本人へのアプローチと同時に大切なのが、周囲へのアプローチである。特に若年の薬物使用者の場合、親と同居しているケースも多く、家族は薬物使用の危険因子にも保護的因子にもなる。ところが問題が顕在化しても、どう対応したらいいかという具体的なサポートを得られる場所は少ない。

『薬物問題を持つ方の家族の実態とニーズに関する調査報告書』（2009 年 成瀬長也、他）でも、家族が使用を発見するピークは本人が 15 歳～20 歳のときがもっとも多くなっているが、家族が最初に相談をしたときの本人年齢のピークは 20～25 歳と、発見から最初の相談まで 3 年～5 年の時間がかかっている。しかもそこから本人をプログラムに結びつけるまでは、さらに時間を要するのが現状である。

全国薬物依存症者家族連合会でワークブックを作成するにあたり、日本から来た 3 名のメンバーとプロジェクト・オンブレを 1 ヶ月ほど視察したときも、メンバーのいちばんの関心は「なぜ、子どもをプログラムに参加させることができるのか」という点だった。「プログラムがあるのはわかった、それは素晴らしい。でも、それを勧めても、子どもが素直に親の言うことをきくとは思えない」と。

あちこちの支部で、思春期セラピストに「どうすれば子どもをここに連れてくることのできるのか?」と聞いた。どこでも「スペインの家族も、まさに同じ質問を最初にします」という答えが返ってきた。多くの家族が「子どもを連れてくるなんて無理です! まともに話もしないからです」と嘆くという。つまり薬物の問題は、コミュニケーションの問題でもあるのだ。そのため思春期プログラムでは、保護的因子を強化するため、親に対しては親業講座や問題解決も含め子どもへの接し方や関係の築き方に大きな重点を置く。

思春期の若者の場合、薬物の使用は問題行動・危険行動の氷山の一角であることも多く、薬物の使用以外にも夜遊びや怠学、親への反抗的態度など、他の問題が重ね合わさっている。親はすでに疲弊し、怒りや挫折感を抱え孤立して、冷静な対応ができず、もともと持っていたはずの親としての力を失ってしまっていることが多い。

そこでまずはこうした家族のやり切れなさを受けとめ、「すべて親が悪いわけではない」とそれまでの苦労を労わり、「できることがある」と伝え落ち着いてもらう。薬物の問題だけでなく、生活面での問題や金銭問題、交友関係など、子どもの問題を具体的に話してもらい、その中で自分が何に困っているのか、どんな対応をしているのか振り返ってもらう。そしてコミュニケーションをどう変えていくことがきでるか考え、実行しながら関係を変えていくことで本人への介入を進め、家族ぐるみのプログラムによって家族という単位に再乱用防止の環境を作っていくのである。ここで目指すのは必ずしも家族が一緒に暮らすことではなく、本人と家族の成長と自律である。

日本ではこうしたプロセスを、主に自助の中で行なっているのが現状だ。一口に薬物問題といっても、状況や併せ持つ問題はさまざま、家族は試行錯誤しながら本人に介入する。しかもいったんプログラムにつながるなどして断薬をした後も、本人は再使用や治療プログラムからの離脱、逮捕など複雑なプロセスを歩むことが少なくない。またプログラムを修了したりつながらないまま同居しつつ断薬したりした場合でも、仕事や生活をどこまでサポートするか、どう関係を築くかなど、家族は迷うことが多い。プログラムにつながっていてもいなくても、別居している家族は本人の状況がわからないまま、同居している家族は生活上の問題にどう対応したらいいかわからないまま、いろいろな課題に直面するのである。

そこでワークブック作成にあたっては、まずはこうした多様なニーズを発掘するため全国の家族会メンバーによる4回の検討会と当事者研究を行ない、さまざまな状況を想定し長期的な視野に立った内容を盛り込んだ。テキストを読み合わせ、ファシリテーターが分かち合いを進める方法で、家族会の一部を使い参加者の多様な経験と知恵と力を掘り起こす形になっている。昨年、ファシリテーター養成講座を二カ所で開催し、これから普及させていく中で使い勝手や内容を見ていく予定である。

3. 選択肢と門戸を増やして介入し続ける必要性

地域の中で家族が相談することができ、そこに本人の受け皿があり、リアルタイムで家族もサポートを受けられる場所がもっと欲しい。OPENが開発された背景の一つには、精神保健福祉センターでの家族講座や相談だけは限界があり、直接本人をサポートする必要性を感じたことがあるという。現在、東京都中部精神保健センターの家族講座では、OPENの認知行動療法と同じ考え方を取り入れた「薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム」が使われている。本人と家族が同じ認識を持つことは非常に大切だ。

プロジェクト・オンブレでは、「それは例えば三本足のテーブルのようなもの」と表現する。本人とプログラムの二本足では不安定で、プログラムがなくなると簡単に倒れやすい。けれども

そこに家族という柱が加われば、より強固なものになるだけでなく、たとえ本人が倒れてもプログラムと家族で支えることが可能になる。ここでいう家族とは、肉親だけでなく「家族的要素」や「地域」という意味もある。

最後に、日本とスペイン、2つのケースを紹介したい。

まずは30歳の若者のケースである。中学生のときに親が薬物の使用を発見。その後二度警察に捕まり、高校を中退した。その頃、親がダルクを知り本人をミーティングに連れて行ったが、「ここは俺の行く場所じゃない」と言いつながらず、20歳で逮捕された。執行猶予を受け、親に「ダルクか自立を選べ」と迫られダルクに入寮したが、一年半で「もういい」と自主退寮してしまった。それからは自活したり実家に戻ったりをし、27歳のときに自ら大検資格を取り、現在は働きながら夜間大学に通っている。この間、親は家族会や自助グループに参加し続け、試行錯誤のうえ生活の援助をしたが、もっとも不安だったのは本人がダルクにも自助グループにもつながらず生きようとしたことだと言う。不安ながらもコミュニケーションを取りながら援助していったのは、「住民票はどう移せばいいのか」「福利厚生って何?」「あの料理の作り方は?」など些細なことで本人から連絡があり、少しずつ新しい関係が築かれていったからだった。自主退寮してしまったとはいえ、親子が一年半物理的に離れ、その間、本人はプログラムを受け親も家族会や自助グループ参加していたことで、一定の共通認識ができ双方に大きなずれができることなく進んだケースである。

スペインで出会った22歳の若者も、似たようなプロセスを進んだ。彼は12歳のときにコカインを使用し、家族に連れられプロジェクト・オンブレの思春期プログラムに参加した。しかし薬がとまらず通所プログラムを試したが、使ったりやめたりを繰り返し最後は路上生活をするとところまで行った。保護施設に助けを求め、そこから再びプロジェクト・オンブレにつながり入寮プログラムを始め、私が会ったときはすでに社会復帰プログラムまで進んでいた。彼が立てた当面のプロジェクトは大検資格を取ることで、入寮中から「勉強プログラム」に参加し、社会復帰寮に入ってからスクールに通った。「英語の勉強になるから」と、日本から視察にきたメンバーと一生懸命英語で話していたのを思い出す。彼はその後、無事合格して短大に進み、仕事を見つけ、今も元気に働いている。

若年の薬物使用者は薬物以外にも困難を抱えている場合が多く、これらはラッキーなケースかもしれない。けれどもこうしたケースは、常に選択肢があることと、介入し続けることの大切さを教えてくれる。

誰にでも合って効果的な、完璧なプログラムなど存在しない。だからこそ、プログラムに人を合わせるのではなく、人にプログラムを合わせていく方向で、選択肢が増えていくことを望む。

地域における薬物依存症治療プログラム普及の必要性

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
薬物依存研究部 診断治療開発研究室長
松本俊彦

I. はじめに——治療プログラムの必要性

我が国は、覚醒剤の乱用問題が、第二次大戦後から60年近くもの長きにわたって続いているという、国際的に見ても稀有な国である。それにもかかわらず、我が国の多くの精神科医療関係者にとって、薬物関連精神障害の臨床とは、幻覚や妄想といった中毒性精神病の治療でしかなく、薬物関連精神障害の根本的問題である依存症——「薬物を使わないではいけない」という使用コントロールの喪失——は、たんなる「犯罪」でしかない。残念ながら、「薬物依存症は医療ではなく司法で」、あるいは「治療ではなく取り締まりを」と考える者も少なくない。

そうした見解を反映してか、我が国には、薬物依存症の治療を引き受ける医療機関がきわめて少ないのが現状である。しかも、その数少ない医療機関に、つねに薬物依存症の治療プログラムがあるとはかぎらない。仮に入院治療プログラムがあったとしても、外来治療プログラムを持つ施設はきわめてまれである。これでは、入院治療プログラムによる介入効果を維持することがむずかしい。いかに優れた入院治療を提供したとしても、それだけでは地域生活におけるクリーン（薬物を使っていない状態）は約束されないのである。

なるほど、外来治療プログラムの代用として、薬物依存症患者をN.A. (Narcotics Anonymous) やダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center; DARC) につなげる方法もある。だが、ダルクにつなげば、それで問題解決とはかぎらない。近年では、統合失調症や気分障害、あるいは摂食障害や外傷後ストレス障害を併存する、医療的支援を要する薬物依存患者が安易にダルクに丸投げされ、その結果、当事者スタッフの疲弊を招いている現実もある。また、「ハイヤー・パワー」や「神」といった宗教的な表現が多い12ステッププログラムに抵抗感を抱いて、N.A. やダルクを利用したがる薬物依存症患者もいる。こうした者に対して、精神科医療者が、「まだ底をついていない」「否認が強い」と判断し、援助から切り捨ててしまう事態もないとはいえない。本来であれば、地域に12ステップ以外の治療プログラムがあつてしかるべきだが、現状では、薬物依存症患者の多様なニーズに答える選択肢がないのである。

II. Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) の開発

こうした現状を打開すべく、まず我々は、神奈川県立精神医療センターせりがや病院（以下、せりがや病院）において、ある治療プログラムを試みた。それが、せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program; SMARPP)¹⁾である。

このプログラムを行うにあたって我々が参考にしたのは、米国西海岸を中心に広く実施されている依存症治療プログラムであるMatrix model¹⁾であった。Matrix modelとは、ロサンゼルスにあるMatrix Instituteが開発した、覚醒剤などの中枢刺激薬依存を中心的な標的とする統合的外来治療プログラムであり、西海岸では多くのドラッグコートが、これを係属中の外来治療プログラムとして指定している。

我々がMatrix modelを参考にしたのには、2つの理由があつた。一つは、それが、認知行動療法的志向性を持つワークブックを用い、マニュアルに準拠した治療モデルという点である。これならば、薬物依存症の臨床経験をもつ者がきわめて少ないという我が国の現状のなかでも導入で

きる可能性が高いと考えた。もう一つは、Marix modelが中枢刺激薬依存を念頭に置いた外来治療法という点である。我が国の薬物依存臨床において最も重要な課題となっており、かつ、その数も多いのは、中枢刺激薬である覚醒剤だからである。

我々が開発したSMARPPの場合、プログラム実施期間こそ8週間全21回と短期間であったが、他のコンポーネントは原則としてMatrix modelと同じ構造を採用した。具体的には、週3回の外来通院（うち2回は認知行動療法的な再乱用防止スキルトレーニングを実施し、残り1回はA. A. スタイルの「いい放し・聴き放し」のミーティングを行った）と週1回の尿検査の実施を基本とし、動機付け面接の原則に沿った支持的な介入を大切にすることに心がけた。これは、「厳しい愛 (Tough Love)」の名のもとに直面化を多用する、従来のアディクション臨床の原則と全く正反対の試みであったといえる。また、セッションを無断欠席した参加者には、あらかじめ聞いておいた携帯電話に連絡し、「次回の参加を待っている」というメッセージを入れるようにした。これも、従来の「去る者は追わず」というアディクション臨床の原則と異なる対応であった。さらに我々は、薬物を使わないことよりも治療を続けていることを支持し、治療の継続率を高めるために、毎回、コーヒーと菓子を用意し、和やかで気楽な雰囲気を中心に心がけた。

我々が独自に作成したワークブックでは、覚醒剤依存のメカニズムや心身への弊害といった教育的内容に加え、「自分のトリガー（薬物渴望の引き金となるもの）を同定し、渴望に対する対処行動を身につける」という具体的な対処スキルの修得に重点が置かれている。その他にも、「アルコール、セックス、痩せ願望や食行動異常が、覚醒剤渴望とどのように関係しているか」「薬物依存者は、どのように言い訳をし、どのようにして再使用を正当化するか」、あるいは「信頼や正直さと回復との関係」といったように、クリーンを保つうえで有益と思われるトピックを数多く取り上げた。また、週3回のうち1回のセッションの終わりに抜き打ちで実施する尿検査結果については、家族にも伝えないだけでなく、診療録にも記載せず、あくまでも秘密を守り、検査結果は治療的に利用するのみという姿勢を明確にした。これは、治療の場が、なによりも「正直になれる場」であることを確かなものとするための工夫であった。

こうした外来治療プログラムを試行した結果は、実に興味深いものであった²⁾。まず、SMARPPの実施により、参加者の「薬物依存に対する自己効力感尺度」得点の上昇が認められたのだ。さらに、治療実施期間における治療継続率（100%）が、従来の、せりがや病院の治療を受けた対照群（39%）に比べて非常に高く、しかも驚くべきことに、治療機関中の断薬率は100%であったのである。ただし、プログラム終了後1ヶ月を経過した時点での治療継続率は、従来の治療法と差はなかった。

我々にとってこの試行結果は満足できるものであった。SMARPPが治療脱落率と治療中の覚醒剤使用率が低いのであれば、さらに長期間その治療を提供すればよい。海外の多くの研究が、薬物依存に有効な治療とは、ある特定の治療技法ではなく、いかなる治療技法でもよいからとにかく長く続けることであることを明らかにしている。つまり、地域プログラムに求められる重要な要素とは、治療脱落率の低いことであり、薬物依存者が長く参加したいと思うような内容を持っていることなのである。

III. SMARPP プロジェクトの展開

1. SMARPP の普及状況

SMARPP の開始から1年後、筆者が10年来、依存症家族教室の嘱託医を務めている東京都多摩総合精神保健福祉センターでも、SMARPP をサイズダウンした薬物再乱用防止プログラム「TAMARPP (Tama Relapse Prevention Program)」がスタートした。さらにその翌年には、埼玉県立精神医

療センター（「LIFE」）、肥前精神医療センター（「SHARPP」）でも同様のプログラムがはじまった。いくつかのプロジェクトでは、精神保健福祉センターなどの行政機関職員が地元のダルクと連携してプログラムを運営している（例：栃木ダルク「T-DARPP」、浜松市精神保健福祉センター「HAMARPP」、熊本県精神保健福祉センター「KUMARPP」など）。この共同運営を通じて、精神保健福祉センター職員が多数の回復者と知り合い、薬物依存症者に対する忌避的感情や苦手意識を克服するだけでなく、援助技術の向上も期待できる。今回の企画検討委員会で報告された、東京都中部総合精神保健福祉センターの再乱用防止プログラム OPEN もこの一連のプロジェクトのなかで展開されてきたものである。

本稿を執筆している 2013 年 2 月現在で、医療機関 29 箇所、保健・行政機関 9 箇所、民間機関 9 箇所で、SMARPP と同様のプログラムを実施、もしくは実施に向けて鋭意準備中である（10 頁、表 1-6 参照）。もちろん、表に示した施設のうち、外来で積極的に薬物依存症患者を受けていている施設は、太字で示したところのみであり、他は医療観察病棟限定とか、アルコール依存症限定といった形で対象者を絞っているが、まずはできるところから手をつけてもらい、徐々に対象を広げていただければと考えている。

我々は自分たちのプログラムが決して「最高の治療方法」などとは考えていない。やはりなんといっても最高の治療方法は、「かつて自分と同じように薬物に振り回される生活を体験したものの、いまは薬物をやめている人」と出会い、「あの人の生き方なんか格好いいな。ちょっと真似してみようか」と考えて、一緒に自助グループにミーティングに参加しているうちに薬物が止まるといった、具体的な「ロールモデル」と出会えるプログラムであろう。料理にたとえるならば、そうした治療プログラムこそが高級フレンチであり、高級懐石料理であり、一方、私たちがやっている治療は、いわばファーストフード程度のものでしかない。

何も自分たちの試みを卑下しているつもりはない。これまでの我が国における薬物依存者支援体制の問題点は、例えるたとえるならば、一人で外食するのに抵抗感のある人でも入りやすい、「ファーストフード」的な店がなかったのである。筆者らは、そのようなアクセシビリティのよいプログラムを国内各地に展開したいと考えている。

2. 治療プログラムの意義とは？

ところで、我々は、SMARPP の最大の効果は、比較的気軽につながることができるだけでなく、そこから自助グループやダルクなどの民間リハビリ施設への橋渡しができる点にもあると考えている。筆者は、SMARPP プロジェクトに参加している、ある機関のスタッフから、興味深いエピソードを教えてもらった。

その機関の依存症家族教室に、息子の覚醒剤のことで悩んで参加しつづける家族がいたという。なかなか本人の薬物使用は止まらず、本人も治療を受ける気持ちにならなかったが、家族が家族教室に通いはじめて 3 年目に、ついに転機が訪れた。その息子が自分の薬物問題を相談する決心をかため、実際に本人がやって来たのである。

しかしそこからが大変であった。相談員が面接してみると、彼はやはり重篤な覚醒剤依存を呈していることが判明したのである。生活自体が破綻しかけており、ダルクに入寮して、一から生活の立て直しが必要な状況だったのである。そこで相談員は、「かなり深刻な依存に陥っているから、ダルクに入寮した方がいいのではないかと」伝えたが、彼は、「絶対に嫌いやだ。そんなところに入るくらいなら、死んだ方がまし」と強硬に拒絶し、とりつくしまがなかったという。

以前だったならば、「困ったらまた相談に来てね」と伝えて、相談関係は一旦打ち切りとしたところだが、その相談員は、「じゃ、うちでやっている再乱用防止プログラムに参加する？」と提

案した。すると意外なことに、「そっちだったら、参加してやってもいい。ただし、俺は薬をやめる気はない」という返事であった。それで、ひとまずはプログラムに参加してもらうことになったわけである。彼はやや不規則ながらではあったが、プログラムに参加しつづけた。覚醒剤は相変わらず使っていたが、プログラムの雰囲気は気に入ったようであった。

プログラムに参加して1年ほどが経過した日のことである。彼から、「あんたたち一生懸命やってんのはわかるけど、こんなプログラムじゃ、俺、薬とまんないよ。ダルクに入るわ」という話があった。現在、彼はあるダルクに入寮し、もうすぐ1年になる。

これこそがプログラムの成果である、と筆者は考えている。彼が初めて相談員からのダルク入寮という提案を断ったときに相談関係を打ち切っていたら、おそらく彼はまだ覚醒剤を使っていたはずである。プログラムにつながり、そのなかで失敗を繰り返しながら、少しずつ自分の問題の深刻さと向き合うようになったのであろう。要するに、本当の「底つき」とは、家族や仕事を失うことでも逮捕されることでもなく、援助のなかで体験するものなのである。そのためには、「安全に失敗できる場所」、さらには「失敗したことを正直に言えるいえる場所」が必要であり、プログラムとはまさにそのような場といえる。

IV. おわりに——薬物依存症治療プログラムの将来

冒頭で述べたように確かに我が国には、薬物依存者を支援するための社会資源があまりにも乏しい。しかしだからといって、今の我が国に必要なのは、必ずしも専門病院であるとはいえない。なぜなら、専門病院がいかに優れた入院治療プログラムを提供しようとも、あるいは、矯正施設や保護観察所がどれほどすばらしい治療プログラムを実施しようとも、薬物依存者はやがては必ず退院・出所し、保護観察を終了する。そして、最後に治療をバトンタッチされるのは「地域」なのである。そう考えてみると、少数の専門病院——その多くは通院の便が悪い地理的条件となろう——よりも、地域に低コストで簡便かつ長期にわたって実施できる治療プログラムが、国内の至るところに点在する状況の方が、はるかに意義あるとは言えいえないだろうか？

その意味では、ワークブックとマニュアルに依拠することによって、「最低点」が担保された SMARPP や OPEN といった治療プログラムは、薬物依存に対する地域治療のモデルとして重要な価値がある。

文献

- 1) Matrix Institute: <http://www.matrixinstitute.org/index.html>
- 2) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹, ほか: 覚せい剤依存者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) —, 日本アルコール・薬物医学会誌, 42: 507-521, 2007.

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 9 時 30 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）、Expeditor（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、ひとたび始め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に、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 年間の標準としている。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 回の祈祷に関する事項を TC 生活の中で管理する役割を担うが、ムスリム以外の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ってその役割は 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、祈祷、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って、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