

## 第2章 治療共同体

### 1. 歴史

「治療共同体 (TC: Therapeutic Community)」の基になる考え方は、19世紀の常習飲酒者や精神病者の収容所で普及していた「道徳療法 (moral treatment)」に始まり、1950年代初めのマクスウェル・ジョーンズの先駆的研究につながる。ジョーンズは精神科病院の全ての資源が治療共同体を作り上げるために、いかに組織されるかについて論じた。

その後1960年代、アメリカ西海岸で、アルコール薬物依存者による自助組織シナノンによって、回復策としての有効性が認められた。シナノンはカルト的方向に向かったが、元薬物依存者を薬物依存症領域のカウンセラーとして導入するという現代的手法の礎を築いた。新しい技術を導入したシナノンは第2世代の治療共同体において、更に改良されていく。シナノンを去った後、その治療技術は、対象となる人や設定を変えて取込まれた。例をあげると、デランシー・ストリートの創始者であるジョン・マーハやデイトップビレッジの初期の指導者であった、デイビッド・デイチなどである。治療共同体はニューヨークのデイトップ・ビレッジによって大きな発展を遂げ、現在はほとんどの西欧諸国始め、世界各国に治療共同体施設が普及し、64ヶ国が参加する「世界治療共同体連盟 (World Federation of Therapeutic Communities :WFTC)」が形成されている。

### 2. 概念と特徴

「治療共同体」とは、ある個人の直接的な環境あるいは生活環境を変えることで、その環境の圧力とそこに生活している個人の欲求との相互関係を組織的・意図的に組み合わせることにより、そこで生活している個人の行動そのものを変えることを目的とする組織をいう。

今日世界各地の治療共同体は、それぞれの地域の文化環境を生かしそれぞれの施設の特徴をもつが、治療共同体の理論的リーダーである George De Leon は治療共同体の共通項として以下を挙げる。

- 包括的な介入とサービス提供
- 主要な治療主体としてのコミュニティ（共同体）と回復の具体的モデルとしてのリカバード（回復者）スタッフの重視、今日的には加えて専門他職種との協働
- 物質依存問題の本質と回復に対しての独自の視点

治療共同体では協働的で科学的に裏付けられた処遇プログラムの配分が必要であり、また、環境と一体となってこれらのプログラムを操作し、そこでの経験全体が、自然に改善効果が上がるように意識的にデザインされた施設を用意することが必要となるのである。したがって、治療共同体とは、施設内処遇の一断面を問題とするのではなく、施設全体を問題とするところに特徴がある。

### 3. 4つの視点

De Leonによって示される治療共同体の視点とは、以下の4つの相互に関連する視点から成り立つ。

#### (1) 「障害」の視点 (View of the Disorder)

薬物乱用は個人の全体性に及ぶ障害であって、認識及び行動上の問題は顕著である。思考は非現実的で混乱し、生活上の価値判断も混乱と反社会性を帯びる。道徳的、若しくは霊的な問題の存在は明白である。治療共同体では、薬物ではなく「人」を問題とする。また、アディクション（嗜癖）は兆候あるいは症状であり、障害の本質としてとらえない。したがって、解毒は治療共同体環境への参入に際しての一条件であり、治療のゴールとはされない。リハビリテーションの焦点は、薬物なしの生活を維持することに絞られる。

#### (2) 「人」の視点 (View of the Person)

治療共同体では、依存者は薬物使用のパターン（使用薬物の種類、帰還、状況）よりも、心理的な機能不全と社会的な欠乏の次元で区別され取り扱われる。職業的・教育的問題は注目されるが、その理由は多くの場合、入寮者が中流階級ではなく社会的不利を担った社会階級から出現することによる。彼らにとって、薬物乱用は心理的な障害というより社会的な反応であり、社会的な生産性と当たり前の生活様式を入寮において初めて獲得・開発するという意味で、治療共同体での治療はリハビリテーションととらえるべきものである。社会的不利の少ない層の薬物依存は、より直接的な心理障害と実存的不調とを表現し、薬物使用によって絶縁された生活様式への復帰、いわばリハビリテーションが強調される。これらの社会的な違いにもかかわらず、治療共同体における薬物依存者は自己発達上の障害と社会的機能の低下という重要な同一性を共有するため、すべての利用者が同じ治療的処遇に従う。

#### (3) 「回復」の視点 (View of Recovery)

治療共同体におけるリハビリテーションの目的は、生活様式と個人のアイデンティティ両面における変化を重視した全体的なものである。心理的ゴールの中心は、薬物使用につながる行動・思考・感情の否定的なパターンを変化させることにあり、社会的ゴールの中心は、薬物使用のない責任ある生活様式の技術・態度・価値を発展させることである。安定した回復は、上記2つの側面の統合の可否にかかっている。

- ① 動機づけ：すべての利用者は治療に留まるために、変化に向けた継続的な動機が求められる。リハビリテーションの要素として、動機の維持又はプログラム未了段階での脱落を防ぐよう設定される。
- ② 自助と互助：治療共同体においては、治療は受動的に「提供されるもの」ではなく、利用者自身がスタッフと仲間とを通して継続的・全面的にプログラムに関与することによって利用可能となる。
- ③ 社会的学習：生活様式の変化は社会的な文脈で起こり、コミュニティ（共同体）自体が「教師」として役立つ。そのダイナミックな学習は、行動と参加を引き起こし、協力的な仲間と

信頼できる役割モデルとしてのスタッフに手助けされ、社会的な役割もまた修得可能となる。

- ④ 1つのエピソードとしての治療：個人の人生の中ではごく短い期間である治療共同体での生活は、その後の社会的影響との競合を必然とするため、入寮中は治療共同体外部の不健康な影響は最少になるように制限される。ニューヨークのある著名な治療共同体では、本格的な職業訓練プログラムを含む最低 18 カ月の入寮プログラムをすべて施設内で行う設定であったが、それは職業訓練期にあっても施設外に出ることは治療プログラム自体の終了を意味する、との認識に基づいていた。このような治療共同体内部の生活には高い集中と日々多くの取組が求められ、治療的な直面化もまた手加減ない厳しいものとなる。

#### **(4) 「正しい生活」の視点 (View of Right Living)**

治療共同体では、健康で、個人的かつ社会的な生活の視点を構成する一定の指針を共有する。例えば、社会的・性的な指導においては、道徳的な立場から善悪の行動規範が明確に示され、それらは報酬と制裁とに表現される。治療共同体が重視する特定の価値は、社会的学習と個人的成長に必須のものとして強調され、言葉と行動における真実と誠実さ、労働の倫理、自己への信頼、報酬及び達成感、個人の責任、他者への責任ある関与、社会的なマナー、共同体への関与といったものが含まれる。

治療的介入は、薬物使用に伴う過去の行為と現在の状態との対峙に集中できるよう援助し、過去の体験は、機能不全による行動と否定的な態度や展望を説明するために探究される。入寮者は現実と運命とに対して責任を負うよう励まされ、かつ訓練される。

ここでは、12 ステッププログラムで基本となる「病気の症状としての薬物使用」は否定され、使用しないことを選択できる主体として個人の責任が強調される。しかしこのことは、ある著名な治療共同体のディレクターによれば、AA (Alcoholics Anonymous) で言われる「依存者は自分の病気には責任はないが、回復には責任を負う」という考えに矛盾せず、具体的に利用者が求められるものはきわめて近い、とも説明される。

## **4. アプローチ**

治療的な変化をもたらすため、治療共同体は多様な要素と活動を用いる。

### **4.1 構造**

治療共同体は相対的に少数のスタッフと居住をともにする仲間とで構成され、その「仲間-共同体」構造は、受容と相互関与による個人の認識を強化し、プログラム各段階における他者との相互責任性を育成する。共同体での毎日の活動は、入寮者がスタッフの監督の下で共同して行う労働に具体化される。

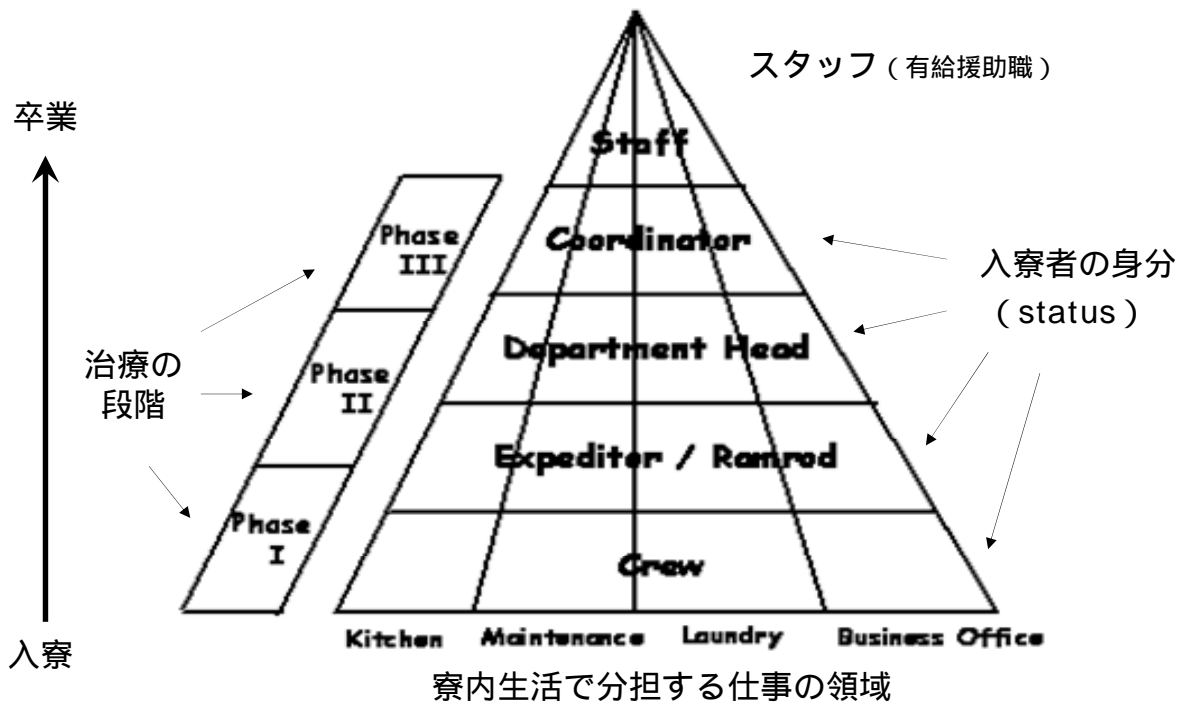


図 2-1 治療共同体における基本構造

出所：「治療共同体」導入の有効性と可能性、東海大学 宮永耕

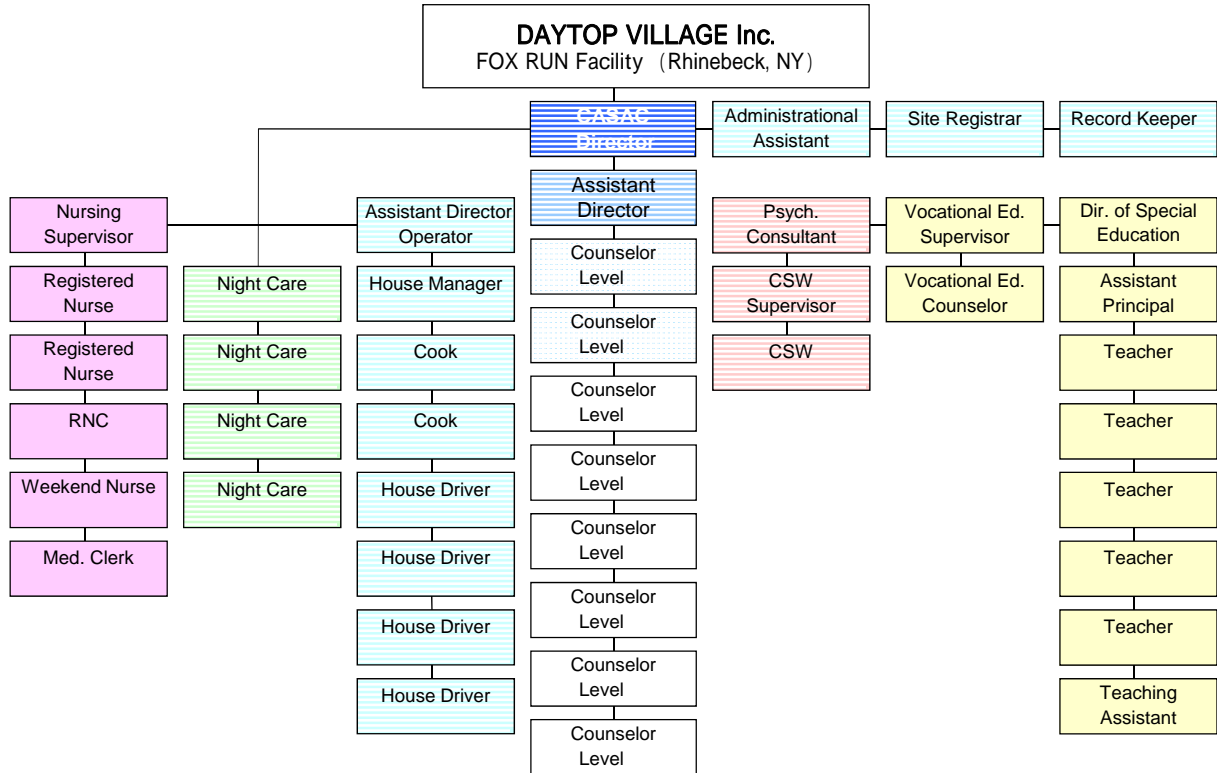


図 2-2 治療共同体の組織構成の例

出所：「治療共同体」導入の有効性と可能性、東海大学 宮永耕

スタッフは有給の専門援助職として、入寮者のステータスを評価・決定し、施設内の仕事を割り当て、管理し、治療上のグループ運営と個別カウンセリングとを実施し、外部や他機関との協議を行う。入寮者は階層性の明確な、上下に可動的な集団の設定の中に置かれ、「患者」として入所し、施設の「スタッフ」として退所していくことができる。治療共同体のこの社会的な組織構造は、治療共同体におけるリハビリテーションの基本的要素を反映している。

- ① 教育及び治療としての労働：労働と割り当てられた仕事の変更は治療的な妥当性を持ち、垂直的な上下の仕事の移動は、地位と特権という明確な報酬体系として表される。「転職」は行動と態度の変化を誘発する動機ともなり得る。共同体の期待への反応によって優位性が決定され、昇進は自己の治療的果敢と成長を示すものとされる。
- ② 相互のセルフヘルプ：治療共同体における必須の原動力として、入寮者は共同体の主要なメッセージと期待とを相互に送り合い、それらを受け取る。
- ③ 「役割モデル」としての仲間：仲間関係は役割モデルとして意味を成し、スタッフは合理的な権威として存在することで回復プロセスを仲介する。すべてのメンバーが役割モデルとなることを期待され、共同体の一致と社会的な学習効果の拡大のために、治療共同体は複合的な役割モデルを必要とする。「そうあるべく行動すること（“act as if”）」は自己認識の変化に先行し、役割モデルによる責任ある関与は、共同体の期待に背く利用者の否定的サインに対しても積極的に立ち向かう自発性をもたらす。
- ④ 合理的権威としてのスタッフ：入寮者は信頼を欠いた権威、また自分を導くべき権威との間に問題を抱えており、回復の体験者として信用できる、協力的・矯正的・保護的な権威との間での積極的な体験が必要である。合理的な権威として、スタッフは決定の理由を示し、結果の意味を説明する。

## 4.2 プロセス：基本的なプログラムの要素

他の治療的アプローチと違い、治療共同体の治療的介入は構造的・非構造的両面における行動、公式・非公式それぞれの設定で起こる社会的交流による高度に構造化された毎日のプログラムである。その介入は以下の3つに分類される。

- ① 治療的-教育的活動：様々なグループプロセスと個別カウンセリングからなり、感情の表現と否定的行動表現の転換を目的に、コミュニケーションと対人関係能力の向上と代替的行動様式の手順を提供する。グループ活動の主な形式は、エンカウンター、探索、マラソン（注：個人の発達を妨害してきた人生経験の解決策を探る）、チュートリアルであり、これらがジェンダー、エスニックグループ、年齢集団別に組み合わせられて様々な設定で用いられる。
- ② 共同体強化活動：主要なミーティング形式の活用によって、利用者の共同体への同化を促進する。ミーティングは毎日開催される朝のミーティング、セミナー、ハウスミーティングと、必要に応じて召集される総会がある。
- ③ 共同体と臨床的管理の要素：以下の各要素は、環境の物理的・心理的安全を維持し、利用者の生活が整然と、生産的であることを保証する。主要な構成要素は特権、規律上の制裁、監督、ハウス運営、尿検査である。

## 5. 治療プロセス

治療共同体における回復と社会復帰は、社会的な学習設定で起こる発展的なプロセスとして、いくつかの学習段階を通過する。主要な3つの標準的プログラム段階が、長期入寮型治療共同体における変化を特徴づける。

■ステージⅠ：オリエンテーション＝導入段階（0～60日）：ドロップアウトに対して最も無防備な時期であり、コミュニティへの同化の促進に焦点が当てられる。

■ステージⅡ：初期治療段階（2～12カ月）：プラトー期。①2～4カ月、5～8カ月、8～12カ月に細分類される。②入寮12カ月では、グループプロセス内の熟練した参加者となり、ファシリテーターとしての役割も果たす。

■ステージⅢ：リエントリ（社会復帰）段階（13～24カ月）：意思決定と自己管理能力の強化期。①初期リエントリ期（13～18カ月）は、コミュニティからの分離の準備、②後期リエントリ期（18～24カ月）は、分離の成功と「ライブ・アウト（治療共同体外部での独立した生活の完成）」が課題とされる。

■修了：アクティブなプログラム関与の終結であり、同時に生涯にわたる継続的な変化の出発点として意識される。

■アフタケア段階：ソブラエティ（sobriety：薬物使用しない生き方）と前向きな生活様式の維持。今日の治療共同体では修正型システムとして、又は外部機関との連携によるアフタケア・コンポーネントが機能している。

## 6. 治療期間

治療共同体における従来の治療期間は12ヶ月から18ヶ月であるが、2年から3年滞在する場合もある。最近では患者の多様化、治療の有効性、経済状況、資金の変化によって治療期間が3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月と短縮された修正入寮型治療共同体プログラムや治療共同体指向の矯正施設、シェルター、外来デイプログラムが実施されている。治療共同体での成功は治療期間と深く関係している。治療共同体で90日以上の治療を終えた者は概して短期治療者に比べて遙かに良い結果を出している。

DATOS：Drug Abuse Treatment Outcome Study スタディ（NIDS実施）によると、90日以上の治療を受けたコカイン中毒者で治療成果の比較を行っている。治療1年後に再びコカインを週に1回使用した者の割合を調べた結果、3週間以上の入院では38%、外来治療90日以上の場合には29%、そして治療共同体で90日以上の治療を受けた場合にはわずか15%であった。

## 7. デイトップの取組

### 7.1 歴史

1950年代、世間一般は薬物依存者に対して「一度はまったらやめられない」という見方をし

ていた。刑務所、病院、どちらに滞在しても少しの効果も薬物依存者には見られなかった。

デイトップ代表・創設者ウィリアム・オブライアン神父は、ギャングメンバーの母親から必死に助けを求められ、薬物乱用や薬物犯罪の世界に引き込まれた。オブライアン神父は、ギャングやその他の路上犯罪における共通点は薬物であると感じた。そして、成功を収めている薬物乱用治療プログラムがぞっとするほど不足していることを知ったのである。

効果的な治療手段を研究するため、オブライアン神父は、薬物、犯罪、そして刑務所というサイクルパターンを観察していたキングス郡裁判所のアレキサンダー・バシン博士を訪れた。さらに、コネチカット州ウェストポートにあるシナノンという薬物依存者の回復施設を訪れた際に、ダン・キャスリエル博士を含む本分野の研究者たちに出会った。シナノンは、1958年に元アルコール依存者であるチャールズ(チャック)・ディードリックによって設立された。このシステムは、集団療法グループ及び薬物依存者が互いに対面し自己啓示や自己責任を問いただすものであった。

彼らの研究成果に基づき、ブルックリン裁判所のバシン博士のチームは、1963年にスタテン島のバトラーマノアにあるデイトップ・ロッジの創設につながる助成金を受け取った。第1リハビリ施設は、ブルックリンリハビリテーション施設の保護観察下にある22名の男性を対象に設立された。

この施設における治療プログラムの原則は、グループセラピーセッション、役割モデル、仕事の割り当て、そして階層制度などの実施である。施設居住者たちは、前進するごとに、より責任のある役割や多くの特権が与えられた。新規入居者たちは、彼らと同様の依存者である先輩入居者たちが尊敬を得て、薬物なしでの生活が可能であることを目の当たりにした。これらの基本的な要素を残しながら、治療共同体は患者層の変化とニーズに合わせて展開していった。

1964年後半、デイトップはデイトップ・ビレッジとして法人化した(本部:ニューヨーク市)。デイトップ・ビレッジは、今や権威ある治療共同体として知られており、施設居住者は男女ともに、自発的又は逮捕に伴い強制的に入居する。

デイトップの薬物治療の成功が人々に知られるようになるに連れ、治療センターへのニーズは高まった。オブライアン神父及び取締役会は、ニューヨークのサリバン郡に最初の住居施設である、デイトップ・スワンレークを1966年6月に開設した。

その後数年間で、重度の薬物依存者と同様に、外来センターでの治療が可能な軽度の薬物愛用者にも問題があることが明らかになった。デイトップ初の外来患者用施設は、1968年にウェストチェスター郡のマウントバートンに設立された。そして、デイトップはニューヨークエリア全域に居住施設や外来患者用施設を拡大していった。

組織化された上下構造の家族的環境の中で仲間と積極的に関わり合うというコンセプトを具現化するデイトップは世界各国における治療共同体プログラムのパイオニア的存在であり、モデル

となっている。

## 7.2 基本

30年以上に亘る調査の結果、デイトップの治療手法に共通する主たる概念、信念、治療・教育、及びプログラムが判明している。これらにはデイトップの運営を支える2つの原則、すなわち①共同体ベースの社会復帰のための治療（community as a method）②セルフヘルプ／相互のセルフヘルプの有効性、が反映されている。

治療共同体は薬物環境とは切り離された居住施設である。治療共同体に入寮して治療を受ける者は明確に示された厳しい行動規範に従わなければならない。このような規範は自制心、責任感、規範意識を発達させることを目的としており、報酬と懲罰が与えられる。入寮者は上下関係がはっきりとした階層社会の中で徐々に重要な役割や仕事をまかされ、それに伴い特権や責任は大きくなる。

デイトップという治療共同体の一員になった患者（入寮者）は薬物なしの生活をおくる中で仲間などの周囲の人々の影響を受け、習慣、態度、価値観、行動などを習得していく（社会的学習）。このように仲間と密に関わる中で、入寮者は向社会的価値を学ぶと共に、自己破壊的な反社会行動の結果を考え、規範意識を高める。デイトップは個人／グループカウンセリング、家族を対象とするサービス、医療／メンタルヘルスサービス、教育プログラム及び職業プログラムを行っている。さらに、デイトップ固有の特別なグループを通じて入寮者は社会生活の中で他者と生きていく上での行動（社会的スキル）を学ぶと共に、ハウス運営のために与えられた仕事を責任を持ってこなさなければならない。治療共同体は入寮者の感情、精神及び知性を成長させる方法を提供することを目的としている。

治療共同体は治療スタッフと回復期にある患者が共に協力し合い、これまでの患者の行動などを変える治療という点で他の治療方法とは異なっている。このようなユニークな治療方法は「共同体ベースの社会復帰と治療（community as a method）」と言われる。治療共同体では家族的な雰囲気の中で入寮者同士は組織化された／されていない方法で深く関わり合うことで互いに影響し合い、薬物利用に伴う生活態度、感じ方、行動や不適応行動を変えていく。

治療共同体の枠組みにおいては、回復にはリハビリテーションが含まれる。すなわち体と心の健康を取り戻すことはもちろんのこと、健康的な生き方、社会的スキルや価値観などを学び直す又は構築し直すのである。しかしながら、このような実生活上のスキルをこれまでまったく習得してこなかった患者もいる。このような患者に対しては、まず秩序ある生活をおくらせる。彼らにとっての回復はリハビリテーション、すなわち規範意識に基づく行動、生活態度、価値観をゼロから学び、習得するのである。

治療共同体は共同体という形態で変化を仲介するだけであり、大前提はセルフヘルプである。セルフヘルプは自らが回復しようとするのであるが、変化のプロセスにおいては共同体の仲間



の存在が不可欠であることを黙示的に意味している。「相互セルフヘルプ」とは共同体の仲間同士で互いに回復を助け合うことを意味している。この仲間との助け合い、相互セルフヘルプは各個人の治療においても不可欠である。

治療共同体は物質乱用を一人の人間の複雑な障害と見なしている。自滅又は破壊的行動や考え方は生き方や個人の生活上の価値判断が混乱していることを示している。遺伝的、生理的、社会的、化学的影響を勘案したとしても、その障害と回復の責任主体は個人である。したがって、治療共同体では物質依存は症状であり、障害の本質ではない。問題は「人」であり、薬物ではないと考えている。

デイトップは治療共同体によって物質乱用、依存及び不適応行動の患者の回復を47年間以上に亘り支援してきた。デイトップによって社会復帰を果たした患者の性別、年齢、人種、宗教、文化は様々である。デイトップで行われているドラッグ・アルコールリハビリテーションプログラムは世界の中でも最も歴史があり、成功したプログラムのひとつである。

デイトップには異なる文化、人種、宗教の成年及び未成年がいる。さらに、デイトップに来るようになった背景も様々である。例えば、妊娠中及び出産後に薬物依存になった女性もいれば、HIV感染者／エイズ患者やC型肝炎感染者、物質乱用の精神病患者、薬物犯罪者、ホームレス、身体障害者もいる。調査によれば、特別又は複雑な事情のある身体障害者、薬物犯罪者、高齢者、退役軍人及び母親等が治療共同体で治療を受けている。例えば、精神病を同時発症している物質乱用者はシェルター、グループホーム、外来治療、隔離、病院で治療共同体指向プログラムの治療を受ける場合もある。共同体ベースの治療共同体プログラムは犯罪に関与した患者に効果を上げているが、薬物犯罪者にも矯正施設での治療共同体プログラムが成功裏に行われている。

このような人々に対しては特別な治療戦略とサービスが治療共同体に組み込まれる場合が多い。例えば、母親には母親の代わりに子供の世話をするサービスや未成年には正常な発達プロセスに戻すためのプログラムが実施され、精神病と物質乱用を併発した人にはメンタルヘルスと社会福祉サービスの提供、犯罪者には犯罪者の思考と行動を変えることを促進するプログラム、そしてHIV感染者／AIDS患者には医療と社会福祉サービスの提供を行う。

考えられ得る問題の複雑さを考えた場合、各人に合わせた滞在日数など、個別の治療方法が特に重要である。さらに、ある特定の時代の社会文化における規範が変われば、治療共同体の医療活動及び運営管理活動は規律上の制裁、仲間との交わり及びグループ内で問題の根本的解決のための徹底的かつ建設的な話し合いの度合いの観点から修正しなければならない場合もある。

### 7.3 プログラム

デイトップ治療プログラムは主に4つの段階に分けられる。

- ステージ1： 入寮して最初の30日間はデイトップを理解する期間となる。新入寮者は治療共同体の方針、やり方を学び、スタッフや他の入寮者との信頼関係を築き、スタッフ

の支援を得て自分自身、今までの状況及び足りない点の自己評価を行い、中毒という性質を理解し始め、回復への道を歩み始める。

- ステージ2： 組織化された昇進モデルを用いて向社会的態度、行動及び責任のレベルを徐々に上げる。スタッフが介入するのは、薬物使用に関係する態度、感じ方、行動を変える時や、社会上、教育上、職業上、心理上の問題や家族との関係に対応する時である。
- ステージ3： リエントリ（社会復帰段階）は治療共同体から離れて、実社会に戻ることを促進する。治療共同体の「卒業生」は薬物なしの生活をおくり、就労又は学校に通う。リエントリは本人やその家族へのサポート体制を強化して、薬物乱用者の居る社会へ再び逆戻りしないようさせる。
- ステージ4： アフタケアサービスには本人と家族のカウンセリング、グループカウンセリング、職業上、教育上指導が含まれる。デイトップは外来治療施設であるアウトリーチセンターで継続的なケアを提供している。プログラムは継続的にケアし、逆戻りする機会を最小限に抑える。AA:アルコホーリクス・アノニマス（Alcoholics Anonymous）やNA:ナルコティクス・アノニマス（Narcotics Anonymous）などのセルフヘルプグループも治療共同体の治療の一環としてしばしば組み入れられており、治療後はこのようなグループに参加することが推奨されている。

## 7.4 システム

デイトップは入寮者に共同体と仲間という二つの要素を物理的及びプログラム上で経験させることを重視している。新たな入寮者は共同体に溶け込み、日々の活動に全面的に参加することが期待される。これにより、これまでの社会不適合な生活を断ち切り、向社会的態度、行動及び責任を新たに吸収するために必要なスキルを学ぶことができると考えられている。

## 7.5 ミーティング

治療共同体におけるミーティングは心の治療と健康な生活行動、態度などを教えるための主たる方法である。治療共同体で行われるミーティングは居住者に共同体の一員であるということ強く認識させることにある。各々のミーティングの進め方や目標は異なっている。共同体内の事務的な申し送りを目的として開かれるミーティングもあれば、治療上の有効性や心理的影響を中心に考えて開くミーティングもある。

朝のミーティングは朝食後に毎日行われ、すべての入寮者とスタッフが出席する。朝のミーティングの一般的な目的はモチベーションを高め、一日の活動を開始することだが、特に入寮者に「さあやるぞ」という気持ちにさせ、ふざけた、又は消極的な態度を改めさせて共同体の一員であることを再度自覚させることを目的としている。朝のミーティングでの目的は居住者たちによって管理、実施される一連の決められた活動によって達成される。このような活動でよく行われるのが、治療理念を大声で唱える、格言を自分の解釈と共に示す、その日の天気や運勢を伝える、歌う、共同体での消極的な姿勢及び行動を指摘するプルアップス（引き上げ）である。

セミナーは共同体の強化と治療の有効性を高めることを目的としている。セミナーの教育的側面は自分で考え、その考えを伝えられるようになることに軸足が置かれている。セミナーでは人の話を注意して聞く訓練や知的興味を喚起し、社会への参加を促す手法を取っている。セミナーでどのようなトピックを取り上げるかは、参加する入寮者や共同体全体の回復状態による。

ハウスミーティングは共同体内の事務的申し合わせを目的に行われる。ハウスミーティングは入寮者のポジティブ又はネガティブな行動が発表され、他のメンバーが圧力をかけ個人の変化を促すという治療上の目的も有している。毎晩開かれ、地位の上の入寮者が計画し、先導するが、スタッフは出席し監督しなければならない。

## 7.6 グループプロセス

治療共同体における治療及び教育は、仲間同士が相互に影響を及ぼし合い、共同体として発展していくグループプロセスである。このグループプロセスはセルフヘルプ／相互セルフヘルプをベースとしている。グループでは、多くの個人の集合体である共同体の一員として生きていく上で求められる様々な心理的要素や学力、及び他者及び社会と交わって生きていく上での様々な問題が取り上げられる。

リゾリュージョングループ（エンカウンターグループ）は治療共同体内のグループプロセスの基礎であり、問題の根本的解決のための徹底的かつ建設的な話し合いを主たる手法として用いるグループを一般的に指す。リゾリュージョングループは仲間同士が心の底にある気持ちを当事者にぶつけて向かい合いあって問題解決を図るのだが、その根本的な目的は直さなければいけない態度又は行動に対する個々の自覚を高めることにある。このようなグループは入寮者同士の個人的な関わり合いでの出来事や行動も取り上げる。

スタティック（平穏）グループも徹底的かつ建設的な話し合い手法を取るが、エンカウンターグループほど激しくない。姿勢や行動は、相手への思いやりや関心という観点から取り上げられる。エンカウンターグループとは異なり、スタティックグループはポジティブとネガティブ両方の性質を持つ問題を取り上げ、入寮者同士の個人的な関わり合いでの出来事や行動は取り上げない。すべてのグループは最低一週間に一回開かれ、治療共同体スタッフが進行を主導する。

## 7.7 職業訓練と教育訓練

職業プログラムは現在及び今後の労働市場のニーズを満たす職業能力の開発や就職という目標達成に向けて行われる。プロのスタッフと各人が一丸となって雇われうる能力（注：一般的に最低限必要とされるのは、コミュニケーション力と新しい職場への適応力、さらに、問題解決に優れ、積極的な態度で仕事に取り組むことを指す）を習得する。

このようなサービスはデイトップの居住型治療に参加した患者に提供され、退院後の外来治療でも引き続き行われる。このようなサービスには包括的な職業適性能力評価、就労前／後のカウ

ンセリング、転職支援、家族へのサポートネットワーク、逆戻り防止プログラム、職探しサポートなどが含まれる。さらに、デイトップのカウンセラーは最も適した訓練、教育、リハビリテーションを成年、未成年に提供することに尽力している。デイトップは他の教育訓練プログラムとパートナーシップを確立し、入寮者の教育上及び職業上の目標達成を支援している。このようなプログラムを通じて、入寮者は様々な分野の教育プログラムや職業訓練機会を得ることができる。このようなサービスは個々の入寮者のニーズ及びスキルに合わせて提供される。

## デイトップ職業能力リハビリテーション(VR)サービス

### 1) 特徴

職業能力リハビリテーションサービス部門は以下を行う。

- 職能評価診断
- 職業能力リハビリテーションに関する個人カウンセリング
- 職業能力リハビリテーションに関するグループカウンセリング
- 他機関の教育訓練プログラムに関する情報の提供
- 他機関の職業プログラムに関する情報の提供
- 職探し支援

### 2) プログラム

デイトップの職業能力リハビリテーション (VR) プログラムは治療の領域を超えて、デイトップを卒業後、コミュニティにおいて自立した生活ができるようになることを目標としている。VR担当部門はこのような目標を達成するため、目標の設定、職業的スキルと雇われ得る能力の取得、その他の教育訓練プログラムの紹介、そして就職斡旋支援を行う。VRカウンセラーはリハビリテーションカウンセリング又は関連分野で修士号を取得しており、ほとんどのVRカウンセラーが公認リハビリテーションカウンセラー (CRC) の認定書も持っている。

治療での進捗状況を踏まえて未成年、成人に様々なVRサービスが提供される。VRカウンセラーは各患者のこれまでの学歴や職歴、そして職能テストや学力テストの結果を踏まえた包括的な職能評価を行い、患者の長所、欠点、関心、能力を判断する。その後VRカウンセラーはその結果を基に患者と共に希望する職業を獲得するのに必要とされるスキルを取得する上での短期的／長期的目標を決める。職業リハビリテーションは継続的なプロセスであり、個人カウンセリングによって患者の目標達成を支援すると共に、その進捗状況を観察する。

またグループカウンセリングでは、VRカウンセラーは患者が互いにサポートし合えるような状況を作る。彼らの関心は職探しなどの就労前の問題や、社会／家族への責任感及び職の維持など就労後の問題にある。

患者は以下のクラスをはじめとするデイトップのプログラムのみならず、外部機関の様々な教育プログラムを受けられる。

- デイトップ・プレパラトリー・スクール
- 高校卒業と同等の学力があることの証明 (GED : General Equivalency Diploma)

- 成人基礎教育（ABE）
- 第二言語としての英語（ESL）
- 単科大学

職業上の目標を達成するためにはさらなる技能の習得が必要な患者には職業訓練プログラムが紹介される。このプログラムは州の高等教育機関、地域のコミュニティ、私立の学校が提供している。患者が資格を満たしていれば、ほとんどの場合州より訓練費用が助成される。

雇用ネットワークは患者の職探しを支援する。レジメの書き方、インタビューでの受け答え方などを患者に伝授する。

VR カウンセラーは家探しの手助けもする。連邦政府のシェルター・プラス・ケアプログラムではホームレスだった患者に家賃助成を行っている。

## 7.8 刑務所等への収容の代替策としてのデイトップ

アメリカの刑務所等に収容されている者は、1980 年はわずか 50 万人であったが、現在、世界で最も多い 230 万人である。刑務所等への収容は州及び地方政府の予算を最も圧迫する支出項目の一つである。アメリカにおける刑務所等の維持費用は推定年間 600 億ドルである。薬物中毒者に刑事司法手続きを取る際には、本人、家族及び社会へのダメージが深刻であることが前提となる。薬を買うために様々な薬物犯罪に手を染めた者を社会復帰させるには集中的な介入とリハビリテーションが必要となる。すなわち、長期滞在による治療である。

デイトップは薬物中毒者を刑務所等に収容する代わりにリハビリテーションを施す収容代替治療プログラム（Alternative to Incarceration）を実施している。デイトップはニューヨーク州で実施されている薬物中毒者を収容する代わりにリハビリテーションを施す Drug Treatment Alternative to Prison（DTAP）プログラムや、ニューヨーク市が刑事司法システムと治療機関との橋渡しとして実施している Treatment Alternative to Street Crimes（TASC）プログラムなどの実施機関と密に協力し治療を法的処罰の代替とし、中毒者にモチベーションを内部及び外部から与え、リハビリテーションを促進させている。すなわち、デイトップの収容代替治療プログラムを受ける非暴力犯罪者の患者は完全に治るまで治療を受けなければ、刑務所生活となる可能性が高いという外的モチベーションを与える。治療に従わなければ刑務所行きということを実感させることで、治療を途中で止めることなく、良い治療結果が出ていることが示されている。さらに、このプログラムによる恩恵は参加者、その恋人、家族のみならず、刑事司法関連費用、ヘルスケア費用の引き下げや生産性の向上など多くは資金的な面になるが、社会全体も恩恵を享受することになる。図 2-3 は刑務所にかかる費用と DTAP プログラムのコストを比較したものである。DTAP により、多くのコスト削減（特に矯正コスト）が図られている。

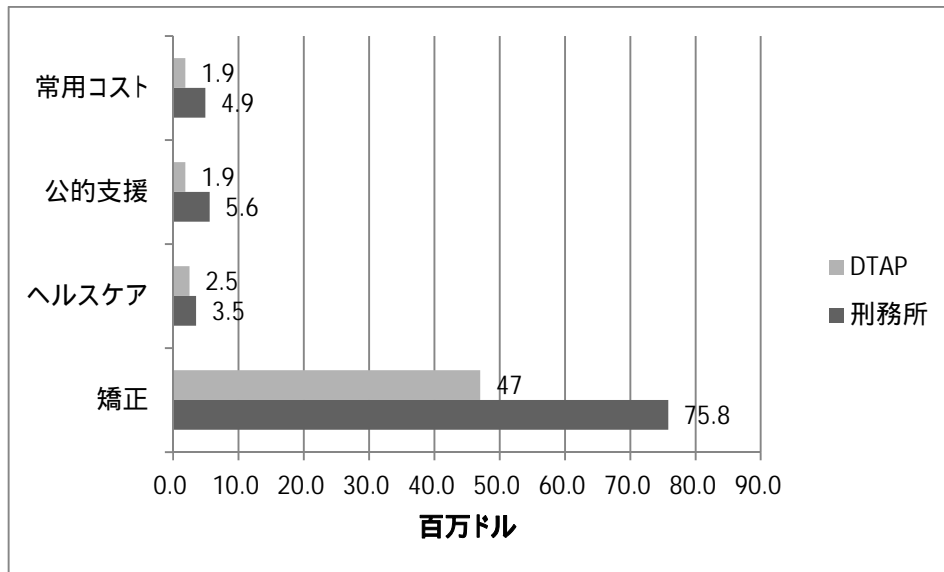


図 2-3 刑務所とリハビリテーションプログラム (DTAP) とのコスト比較

出所 : Daytop and the Therapeutic community

## 7.9 思春期プログラム

思春期の青少年が治療プログラムに参加するとき考慮すべき唯一の問題は、薬物乱用の問題である。思春期の患者は、大人の患者と同じように、過去の薬物使用の経歴、健康状態、法的問題などを初めに調べられる。思春期の青少年は、それ以外にも今後の状態や更生に大きく影響を及ぼすさまざまな要因を抱えている。

デイトップ思春期プログラムの任務は、薬物乱用の治療及び教育プログラムを思春期の男女へ提供することである。プログラムは、家庭、コスト効果、同期生志向に基づいた個々人に合わせて構成されており、本質的に様々である。十分な財源がなく、あるいは刑務所の代わりになる場所が必要な青少年を治療することを強調している。

### (1) 治療

デイトップでは、薬物乱用問題を持つ青少年のニーズをみたすために個々人化され、行動に基づいた治療が行われる。それに加え、心の問題や、怒りやその他の感情のコントロールの仕方を患者に指導している。家族も治療に参加することは少年の更正のために必要不可欠であることから、強く奨励されている。

デイトップのプログラムは、すべての人を対象とする。基本的な医療手段は、グループ及び個人のカウンセリング、そして、間違った行動やプログラムへの不参加などの「ズル」を決して許さない、目標を達成している仲間からの良いプレッシャーである。これらの基礎治療は、特定の目的を持つグループ活動やセミナーに参加することで、より完全なものとなる。これらの協力的なカウンセリング活動は以下を含む。

- 家族カウンセリング
- 危機介入
- ストレスマネジメント
- 一方の性に特定したグループ活動
- ゴール設定
- 再発防止
- トラウマカウンセリング
- メンタルヘルスサービス（精神疾患ケア）

精神疾患/併存疾患：デイトップは薬物乱用をもたらす直接的な疾患に加えて、間接的にもたらされる精神疾患（鬱、不安神経症、双極性うつ病など）の診断を受けた青少年を受け入れ、彼らとともに治療に取り組んでいる。

デイトップでは以下の治療が提供される。

- 長期入寮：3ヶ月～12ヶ月
- 短期入寮：1ヵ月～3ヶ月
- 集中外来：1週間に3～5回の訪問
- 外来：1週間に1～2回の訪問
- 再入寮/ 暫定支援施設

同時に以下のものも提供される。

- 教育
- 家族カウンセリング

## (2) 教育

教育は、デイトップにおけるもうひとつの欠かせない要素である。全日若しくはステイプログラムに参加する青少年は、デイトップ施設内の学校に通う。10代の青少年における薬物乱用の初期兆候の一つは、彼らの勉強の姿勢や学校活動において見受けられる。更生中、施設内の学校での成功が彼らに自信を与え、同級生と同じように近所の学校へ戻れるよう心の準備をさせる。デイトップのクラスは小さく、教師は彼らが必要とする教科科目に焦点を当てて指導する。

ニューヨーク市出身の10代の青少年は、アウトリーチ若しくはステイプログラムにおいてニューヨーク市の講師より指導を受ける。ニューヨークの郊外又は北部出身の子供たちは、単位移行が可能なデイトップ主催の民間の予備学校に通う。すべての教師が州の教師免許を持っている。思春期の青少年においては、十分な教育なしでの更生は不可能である。

## (3) The Rev. Joseph H. Hennen デイトップ予備学校

3万5千平方フィート以上の広さを持ち、以下の施設とサービスを含む。

(施設)

- 教室
- 科学実験室
- 図書館
- コンピュータルーム
- 美術センター
- 音楽室
- 講堂

(サービス)

- 地元学区での自立と学力向上を促すための、少数グループ指導
- GED (高校卒業と同等の学力があることを証明する資格) への準備
- 薬物乱用によって学習に困難を持つ生徒のための特殊教育学校

#### **(4) New Day School**

- 感情的にも行動的にも困難があるとされ、薬物乱用の治療を必要とする地元学生のための学校
- ニューヨークモリス郡地区の地元の学校を紹介される

#### **(5) 外来プログラム**

家族と共にいることが理想であり、初診のあとにこの外来プログラムが適応されると診断を受けた場合は、治療のため彼らのコミュニティ内、又は近くにあるアウトリーチセンターに参加する。

#### **(6) 外来患者のアフタケア**

アフタケアプログラムでは、患者は地元近所の高校に戻り、大学に入学又は働き始める。彼らは引き続きカウンセリングに参加し、午後か夜にはデイトップセンターでグループ活動を支援する。カウンセラーは、10代の青少年が学校へ復帰し旧友と再会することを支援し、新たなゴールを達成することを奨励する。

#### **(7) 入寮プログラム**

思春期の青少年入寮プログラムの施設は、成人用施設とは完全に切り離されている。10代の青少年の入寮プログラムは、まず入居の手続きから始まり、地元のアウトリーチセンター若しくは実際入居する施設で行われる。初診によって、個人のプログラムが決定され、期間も3ヶ月から12ヶ月までと異なる。入寮施設での生活は、構造化された生活や良い仲間たちと徹底的に接する機会が与えられる。医療や教育施設に加え、入寮施設は娯楽、運動、交流、そしてリラクゼーションも提供する。

#### **(8) 再入寮プログラム**

多くの思春期の青少年は、地元の外来患者用施設の再入寮プログラムに参加する。彼らは、全日行われるプログラムから初め、次第に午後や夕方行われるアフタケアプログラムに移行する。



カウンセラーは、患者が生活の中心を家族や、学校、友達との時間に次第に戻せるよう支援を行う。教会や宗教プログラム、クラス又は 12 ステップの会合などを含む地元支援にも参加する。

## **(9) 家族**

思春期の青少年にとって家や家族はもっとも重要なものである。治療の過程に家族が参加することは、思春期の青少年の継続した回復を大きく高めると証明されている。家族そして周りの環境は、10 代の彼らの生活に大きな影響を与え、彼らがデイプログラム又は入寮プログラムに参加する必要性を左右するかもしれない。家族治療は、すべての治療プランにおいて継続的な構成要素である。家族間におけるコミュニケーションの量や形は、思春期の青少年が薬物を使うとき、そしてまた彼らが更生するときに変化する。

## **7.10 同窓会サービス**

デイトップの同窓会サービスはデイトップでのケアにおける最終ステージである。同窓会に参加するメンバーはすでにデイトッププログラムを卒業した者たちである。デイトップを離れて間もない卒業生が立派に社会復帰を果たした先輩たちと会って、話をすることで日常生活の中でセルフヘルプ／相互ヘルプサポートシステムを実現するのが同窓会サービスであり、一般的な滞在日数というのではない。同窓会サービスはデイトップ共同体、そして一般社会への恩返しという役割モデルを担っている。セミナー、ワークショップ、サポートグループ、リクレーション活動を通じてデイトップの同窓会サービスは希望と回復のメッセージを発信すると共に、デイトップの精神を具現化している。さらに、同窓会サービスはデイトッププログラムを卒業したばかりの患者にサポートと励ましを与える存在となっている。同窓会に参加することで再発、逆戻りのリスクを更に低減できるというのがデイトップの信念である。

## **7.11 家族会**

デイトップの家族会は、「普通」の日常を取り戻せる避難所である。家族の誰かや大切な人がドラッグやアルコールに溺れていたり、デイトップなどのプログラムで治療中である場合はもちろんのこと、治療を受けたことがない場合でも、家族会に参加することができる。家族会は家族のメンバーが家族のメンバーのために開き、必要に応じてスタッフとデイトップの卒業生が参加する。家族会では週に 1 回のサポートグループをはじめとし、ドラッグに耽溺している者のガールフレンドや妻、夫婦、義父母、祖父母、兄弟／姉妹、子供の窮状を取り上げる特別グループも行われる。各人はデイトップのプロのメンタルヘルススタッフによるカウンセリングも受けられる。特別セッションやワークショップは逆戻りや逆戻り防止など重要な問題を取り上げる。デイトップでは薬物乱用は程度に関わらず家族の問題であると考えている。

## **7.12 デイトップインターナショナル**

世界各国からデイトップの治療サービスを受けたいという声が寄せられ、デイトップインターナショナルが 1984 年に設立された。デイトップインターナショナルでは薬物乱用のリハビリテー

ションに対する治療共同体モデルの包括的訓練を提供している。治療共同体モデルは柔軟性があるため、文化、居住型治療、外来治療を問わず、適用することができる。デイトップインターナショナルが提供する訓練は世界各国の施設に患者の文化、治療の必要性、環境に合ったプログラムを実施する上で必要な情報及び手段を提供することを目的としている。

多くの教育プログラムは参加者が理論を実践に移す力を育てる体験的アプローチを取る。デイトップのスタッフは政府職員や地方のメディカル／メンタルヘルスの専門家による包括的な国家物質乱用治療計画の策定を支援する場合もある。

このような訓練プログラムは大規模な研究結果で、すでに評価されており、ドラッグに関するカウンセリングスキルや治療成果の向上、そして治療後には患者が生産的活動を行うことが増えるなど、その効果が実証されている。デイトップインターナショナルの治療共同体モデルは薬物依存症から回復する中で人として社会で生きていくために必要な身体的、心理的、精神的、学力、社会的、職業的能力を再び取り戻す、習得アプローチ（whole-person approach）である。デイトップインターナショナルはデイトッププログラムの一翼を担うまでに成長し、過去 27 年間に於いて世界各国 60 ヶ国以上がデイトップの治療共同体モデルを導入している。デイトップインターナショナルは米国務省の国際麻薬・法執行局や 200 以上の政府／非政府機関と協力し、デイトップの治療共同体モデルを世界各国に広める使命を果たしている。

### 7.13 年次報告書（2007～2008 年）

以下に入手できる最新の年次報告書を要約する。

デイトップが治すのは単に薬物乱用の症状ではなく、その人そのものである。各々の患者があらゆる面から評価され、個々の問題に対応する治療計画が作成される。デイトップでは各人の長所を伸ばし、ニーズに応じた治療が完全回復を目指したケアとサービスと共に行われる。

デイトップのプログラムは治療共同体モデルに基づいている。このモデルでは仲間同士が「家族」として各々の役割を果たすと共に、従来のカウンセリング、教育、支援サービスが提供される。

デイトップの目標はデイトップ卒業後に薬物を使用しない生産的かつ自立した生活を送れるようにさせることである。デイトップの教育プログラムを通じて患者は健康的な充実した生活をお送るための学力、職業能力、そしてライフスキルを獲得する。

患者がデイトップに入寮／通院するきっかけは、学校教師、医者、企業、労働組合、裁判所などからの勧めである。彼らのバックグラウンドは様々であるため、各々の治療計画に組み込まれる支援サービスは各人のニーズに合ったものでなければならない。そのようなサービスとして、怒りのコントロール、家族／カップルカウンセリング、危機介入、逆戻り防止、ストレスコントロール、性別カウンセリングなどが挙げられる。

1963年の創設以来デイトップは患者構成の変化に合わせてサービスの内容を改良してきた。今日、男性、女性、10代の青少年、都市居住者、郊外居住者、地方都市居住者が薬物乱用の問題を抱えている。このためデイトップでは通院プログラム（終日、放課後）、居住型プログラムや成年とは別に10代の青少年専用施設を運営している。

ドラッグは患者の生活そのものに影響を及ぼす。このため薬物乱用からの回復は薬物を止めるというだけのことではない。まず患者は変わるんだということを学ぶ。そして、自分自身が成長し、自分自身の将来に責任を持てるようになるためのプログラムやサービスを受ける。

デイトップではニューヨーク市内及び郊外の9ヶ所で外来治療プログラムを実施している。より高度なケアが必要な患者には居住型治療プログラムを提供しており、未成年用として2ヶ所、成人用には7ヶ所の施設がある。図2-4に全米の患者数、図2-5にニューヨークの患者数を示す。

	Census on 7/1/2007		Admissions 7/07 - 6/08		Total Clients
	Residential	Outpatient	Residential	Outpatient	
Adults	866	967	1,860	2,342	6,035
Adolescents	245	240	740	888	2,113
Total	1,111	1,207	2,600	3,230	8,148

図 2-4 全米患者数

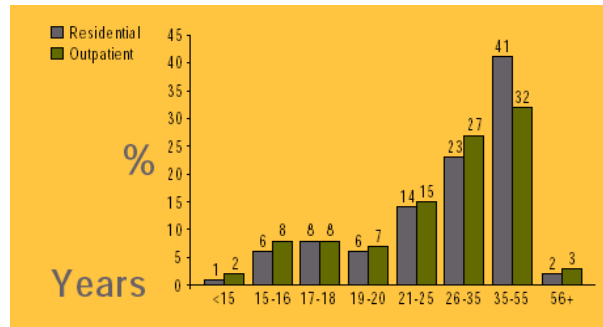
	Census on 7/1/2007		Admissions 7/07 - 6/08		Total Clients
	Residential	Outpatient	Residential	Outpatient	
Adults	866	967	1,860	2,342	6,035
Adolescents	149	184	480	748	1,561
Total	1,015	1,151	2,340	3,090	7,596

図 2-5 ニューヨークの患者数

## 1. 年齢別

### 年齢別

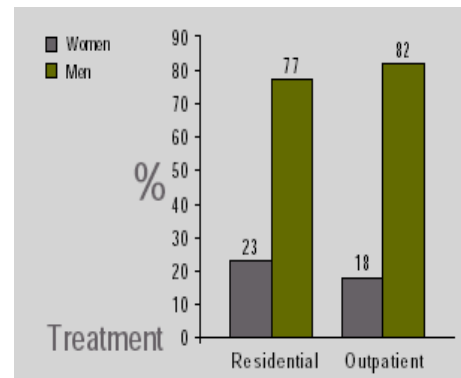
- 平均年齢
- 21歳以上の成人
- 居住型：36.9歳
- 外来：35.8歳
- 21歳未満の未成年
- 居住型：17.7歳



## 2. 成人

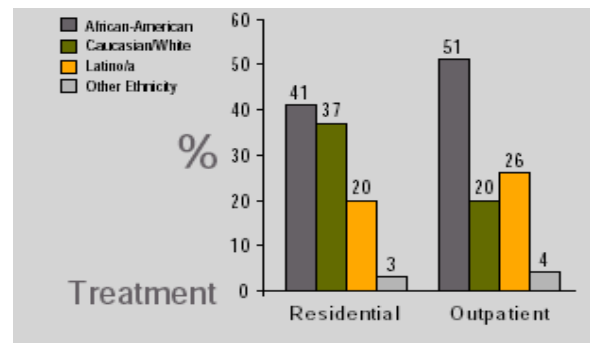
### 男女別

- 成人患者の大多数が男性であり、居住型治療よりも外来治療においてでさえも男性の割合が多い。
- 居住型及び外来治療において女性患者数は前年度に比べて各々1%、2%増となっている。
- 居住型治療プログラムにおいて中期及び長期治療の女性は、女性専用施設（スプリングウッド）で治療を受けている。



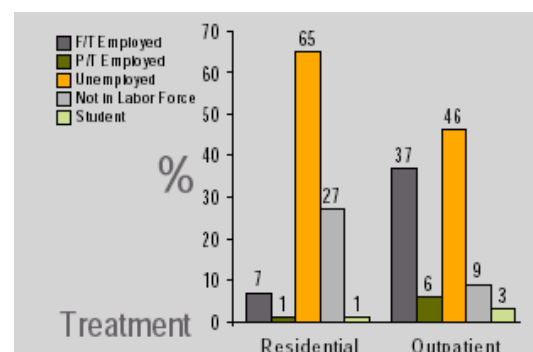
### 民族別

- これまでと同様、アフリカ系アメリカ人の患者が大多数を占める。
- 居住型治療プログラムにおけるラテン系患者の割合は3%減であったが、外来治療におけるアフリカ系アメリカ人の患者数が昨年比べて3%増となった。



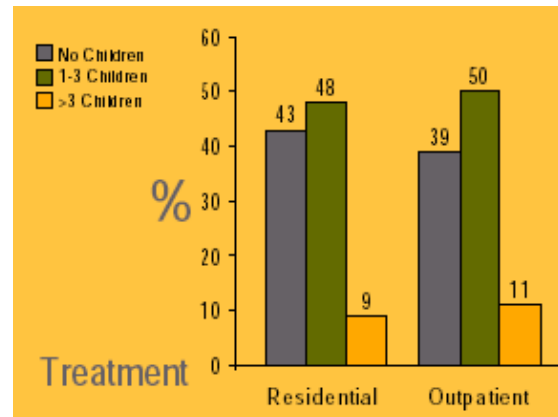
### デイトップ入寮／通院開始時の雇用状態

- 居住型及び外来治療のいずれにおいても職に就いていなかった患者の割合が最も高い。
- 昨年に比べて居住型治療プログラムでは雇用状態別の割合はまったく変化しておらず、外来治療率もほぼ同じである。



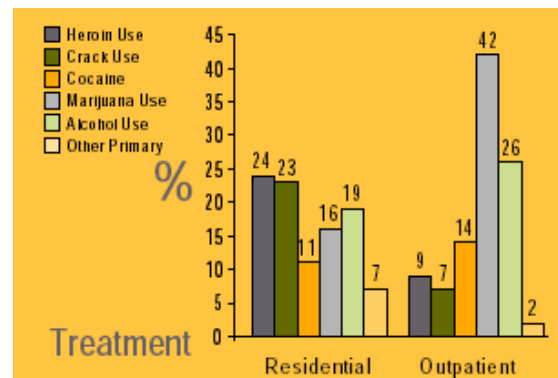
### 親子の状態

- 子供を持つ成人患者のうち、居住型治療患者の92%、外来治療では79%が子供と一緒に暮らしていないと述べている。
- 居住型及び外来治療を受けている親の3%がチャイルド・プロテクション・サービスの調査を現在受けており、2%が里親制度を利用していた。



### 主に使用したドラッグ使用履歴

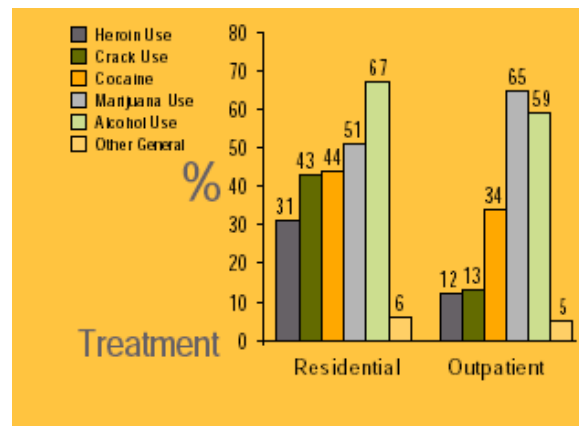
- 居住型と外来患者では主に使用したドラッグに大きな違いがある。
- 居住型患者の大多数はヘロイン、クラック又はコカインを主に使用していたと報告している。
- 外来治療患者の3分の2が大麻又はアルコール中毒患者である。



### 入寮／通院時のドラッグ使用割合

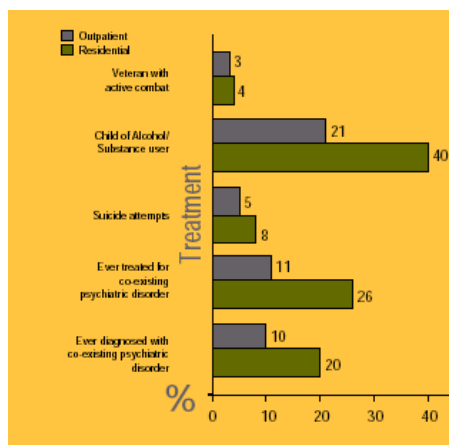
これまでと変わらず、アルコールと大麻が最も多い。約3分の2の患者が少なくともアルコールか大麻のいずれかを主要、第二、又は第三のドラッグとして使用している。

- コカインの使用は居住型、外来型共に高いが、ヘロインとクラックの使用に関しては居住型治療の患者のほうが圧倒的に多い。
- 居住型治療患者のクラック使用は2006年に比べて5%減となる一方、外来治療患者のアルコール使用は5%減となった。
- また居住型患者の56%、外来治療患者の49%が通常、タバコを吸っていると報告している。



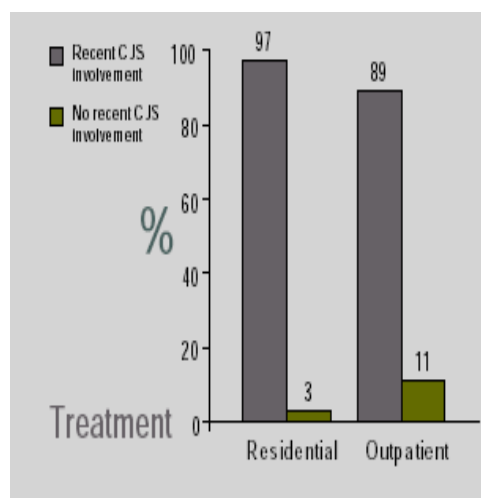
### メンタルヘルス状態

一般的に居住型治療の成人患者は外来治療患者に比べて、精神疾患や精神疾患を誘引又は増大させている可能性のある個人的体験を抱えている割合が高い。精神障害と診断された居住型患者と外来治療患者は2006年よりも各々3%、2%増となっている。



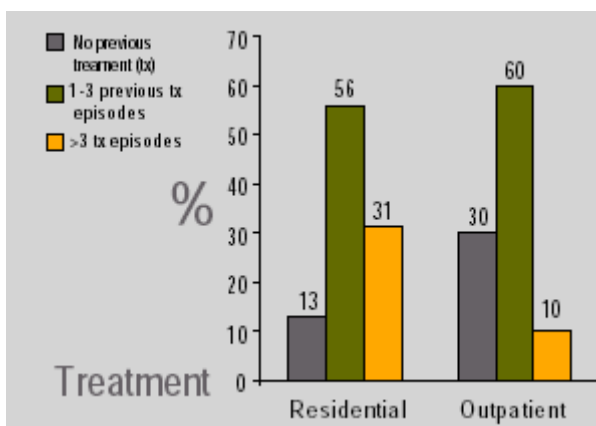
### 法的状態

- 成人患者の大多数が裁判所、矯正施設、仮釈放/保護観察又は警察などの刑事司法機関による法的措置の対象者である。入寮/通院患者のうち法的措置が講じられている者の割合は2006年に比べて居住型患者では15%増であったが、外来治療患者の割合は変わらなかった。
- 最近犯罪を犯した患者の33%が過去6ヶ月の中で少なくとも1回の逮捕歴があった。
- 罪状には以下が含まれる。
  - ドラッグ、アルコール関連 (49%)
  - 公俗秩序違反 (12%)
  - その他 (21%)
  - 窃盗 (9%)
  - 暴力 (8%)



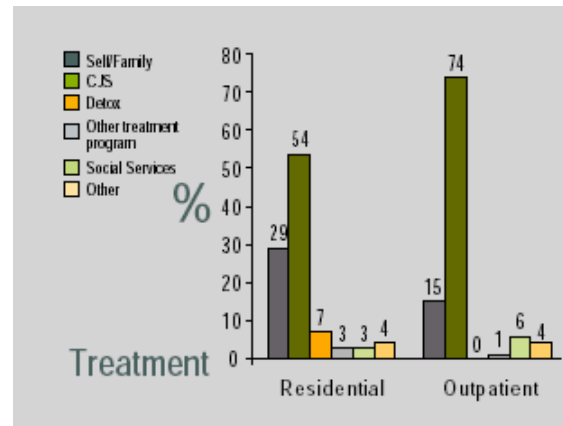
### ドラッグ治療履歴

- ほとんどの患者がデイトップへの入寮/通院以前にドラッグ治療を受けている。
- 居住型患者の約3分の1が3回以上の治療履歴があると報告している。この割合は昨年の入寮/通院者よりも5%増加しており、デイトップに来る前に治療を受けたことのある患者が増えていることを示唆している。
- 一方、外来治療患者の約3分の1はデイトップが初めての治療である。



### デイトップでの治療紹介先

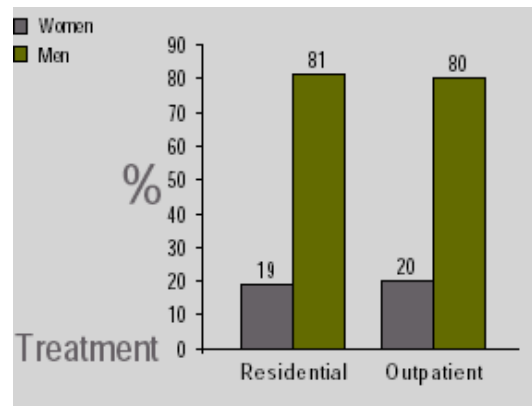
- デイトップでの治療勧告者の割合に関しては刑事司法システム（CJS）が圧倒的に多いが、居住型治療プログラムよりも外来治療のほうが多い。
- 自分自身又は家族からの勧めは外来治療よりも居住型治療プログラムに多い。しかし、昨年と比べて7%減となっており、CJSの勧告による入寮／通院が4%増となっている。
- ソーシャルサービスからの勧めは居住型治療患者よりも外来治療患者のほうが一般的である。



### 3. 未成年

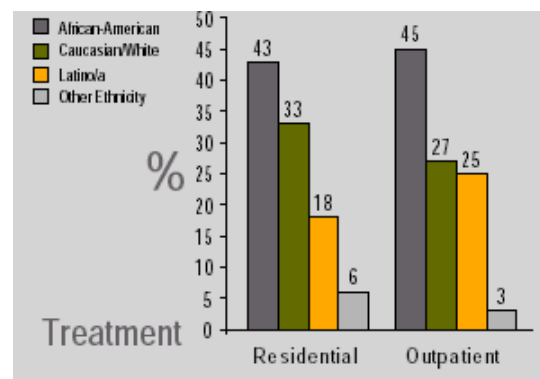
#### 男女別

- 未成年患者の大多数は若い男性であり、その割合は居住型治療でも外来治療でもほぼ同じである。
- 2006年に比べて、居住型治療と外来治療における若い女性患者の割合は各々6%、2%増となった。



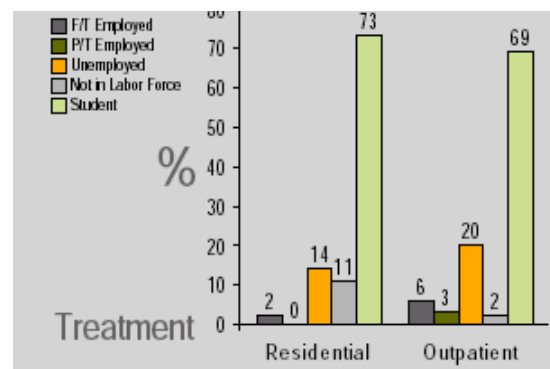
#### 民族別

- 未成年患者の大多数がアフリカ系アメリカ人であり、その割合は居住型治療でも外来治療でもほぼ同じである。
- 2006年に比べて、居住型治療のアフリカ系アメリカ人患者の数は5%増となる一方、白人患者の割合は6%減となった。



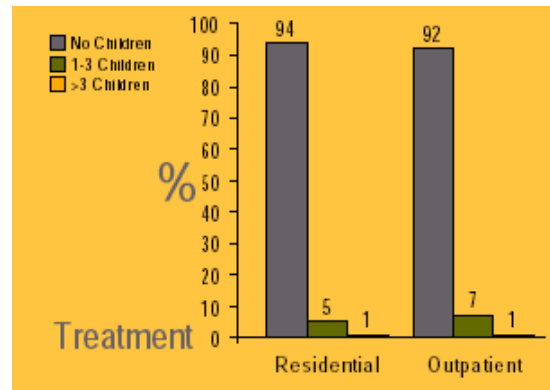
#### 入寮／通院時の雇用状態

- 年齢上、居住型、外来治療共に未成年患者の大多数は学生である。
- しかしながら、居住型治療及び外来治療の未成年患者の各々25%と22%が入寮／通院が認められた時に学校にも行っておらず、また無職であった。



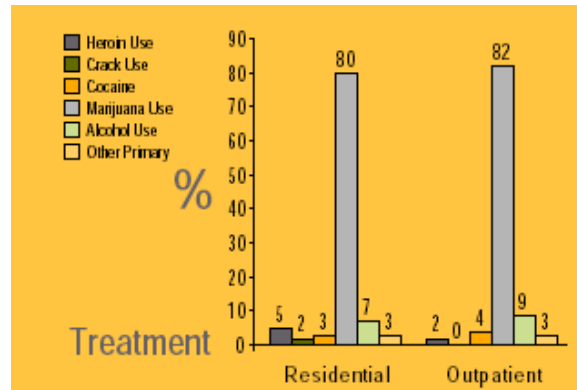
### 親子の状態

- 者のうち、64%が子供と一緒に暮らしていないと述べている。
- 子供を持つ未成年患者の 4%がチャイルド・プロテクション・サービスの調査を現在受けており、1%が里親制度を利用していた。



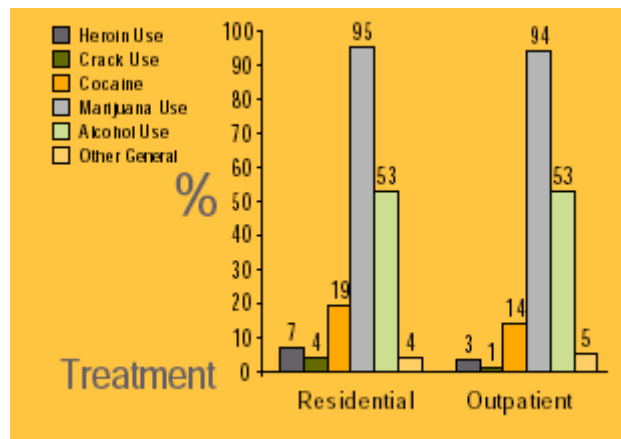
### 主に使用したドラッグ使用履歴

- これまでと同様、大麻の使用が他のドラッグよりも圧倒的に多かった。



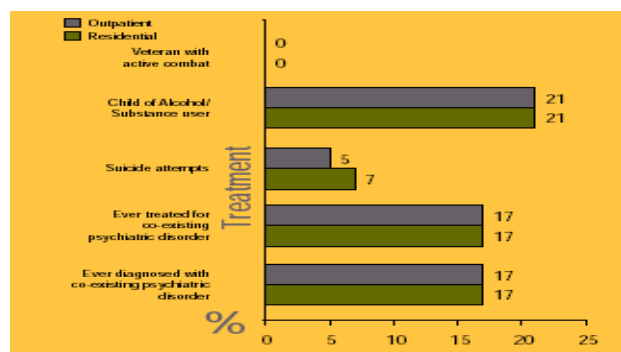
### 薬物の全体的な使用傾向

- これまでと変わらず、アルコールと大麻が最も多い。
- アルコール使用に関しては、昨年と比べて居住型患者と外来治療患者は各々13%、9%減となっている。
- コカイン使用に関しては、昨年と比べて居住型患者は8%減となっている。
- また居住型患者の30%、外来治療患者の44%が通常タバコを吸っていると報告している。居住型患者の喫煙率は2006年に比べて26%減となっている。



### メンタルヘルス状態

- 居住型治療と外来治療の未成年患者においては精神疾患の同時発症割合はほぼ同じである。成人患者の場合には、精神疾患の同時発症は居住型治療のほうが外来治療よりも多い。



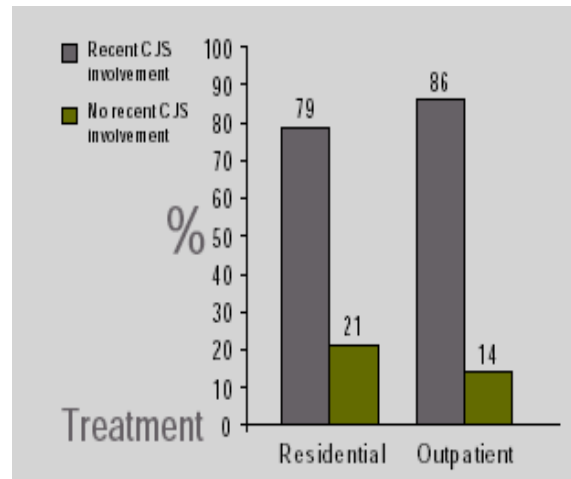


### 法的状態

- 未成年患者の大多数が裁判所、矯正施設、仮釈放／保護観察又は警察などの刑事司法機関による法的措置の対象者である。
- 最近犯罪を犯した患者の41%が過去6ヶ月の中で少なくとも1回の逮捕歴があった。

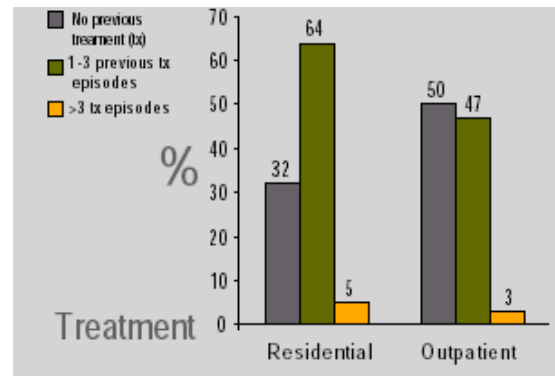
罪状には以下が含まれる。

- ドラッグ、アルコール関連 (35%)
- その他 (20%)
- 暴力 (19%)
- 窃盗 (9%)
- 公俗秩序違反 (7%)



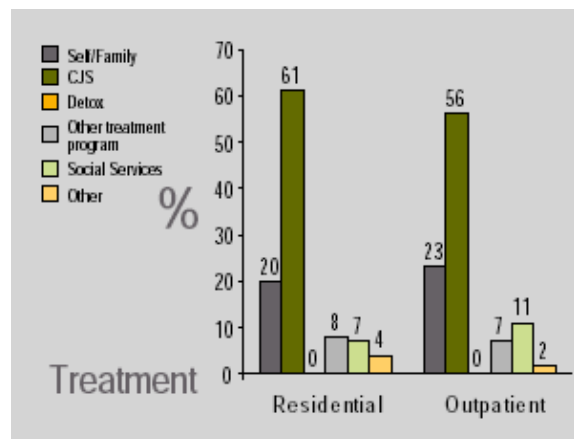
### ドラッグ治療履歴

- 治療型患者のほとんどがデイトップへの入寮／通院以前にドラッグ治療を受けている。
- 一方、外来治療患者の半数はデイトップが初めての治療である。



### デイトップでの治療紹介先

- デイトップでの治療勧告者の割合に関しては刑事司法システム (CJS) が圧倒的に多いが、外来治療プログラムよりも居住型治療のほうが多い。
- ソーシャルサービスからの勧めは居住型治療患者よりも外来治療患者のほうが一般的である。成人よりも未成年のほうがソーシャルサービスからの勧めを受けて来ている。



#### 4. 退院/退所パターンと治療後の成果

退院/退所パターン：全患者

- 居住型、外来治療を問わず、多くの患者が治療目標を達成する前に自ら治療を止めた。
- 一方、約4分の1の患者が所定の治療を終了した。

滞在日数：全患者

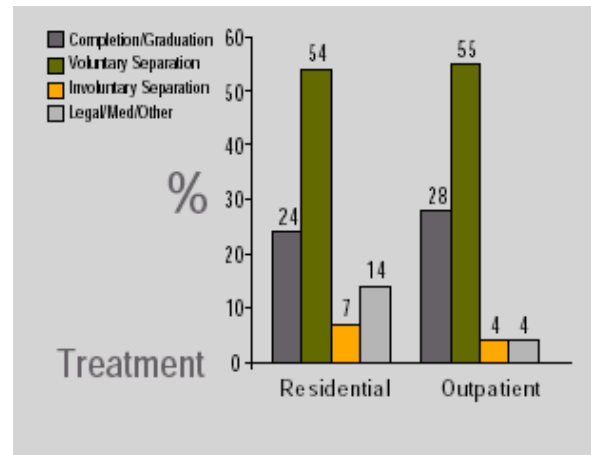
平均滞在日数

成人

- 長期居住型治療では 107 日
- 中期居住型治療では 107 日
- 短期居住型治療では 72 日
- 外来治療では 109 日

未成年

- 居住型治療では 119 日
- 外来治療では 88 日



#### 5. 経営状況

表 2-1 にデイトップの財務諸表（2008年6月時点）を示す。収入の内83%が政府/公的機関からである。総収入は59億5,430万円（1\$=100円）であり、収支計は▲7億8,400万円となっている。

表 2-1 デイトップ・ビレッジ及び関連機関の財務諸表 (2008年6月30日)  
 (非拘束自己資本に関しては運営による減少と運営以外での収益を合算したものを計上した)

(単位ドル)

	本部	ニューヨーク	ニュージャージー		カリフォルニア	インターナショナル	スクール	控除	計
			NJ	NJスクール					
<b>事業収益及びその他支援金</b>									
<b>患者へのサービス提供による純収入</b>									
政府機関	4008	20,159,799	4,373,218	0	0	219,474	435,930	0	25,192,429
公的支援	0	24,226,583	217,644	0	0	0	0	0	24,444,227
患者自己負担金等	0	1,663,438	955,332	0	0	0	0	0	2,618,770
授業料などの料金	0	0	1,006,923	724,165	0	0	2,212,678	0	3,943,766
計	4008	46,049,820	6,553,117	724,165	0	219,474	2,648,608	0	56,199,192
<b>その他収益及び支援</b>									
寄付 (純)	1,207,877	321,451	482,634	153,549	0	0	0	0	2,165,511
賃貸料 (関係機関)	3,636,665	0	0	0	0	0	0	-3,636,665	0
その他	58,790	91,661	0	1,119	0	3,700	0	0	155,270
自己資本	1,023,301	0	0	0	0	0	0	0	1,023,301
計	5,930,641	46,462,932	7,035,751	878,833	0	223,174	2,648,608	-3,636,665	59,543,274
<b>運営支出</b>									
給与及び諸手当	443,551	35,597,771	4,504,254	680,359	0	420,079	2,116,168	0	43,762,182
賃借料	0	3,880,546	456,179	105,952	0	0	10,220	-3,636,665	816,232
消耗品	1,601,188	13,935,166	1,609,594	138,558	0	137,851	880,729	0	18,303,086
利子	1,387,620	828,050			0	0	0	0	2,215,670
減価償却	1,885,974	0	161,746	5,310	0	0	34,316	0	2,087,346
貸倒引当金	-26290	200,269	179,372	0	0	0		0	353,351
計	5,292,043	54,441,802	6,911,145	930,179	0	557,930	3,041,433	-3,636,665	67,537,867
非拘束自己資本の増減	638,598	-7,978,870	124,606	-51,346	0	-334,756	-392,825	0	-7,994,593
<b>営業外活動</b>									
投資収益	76,370	393	8,005	0	0	93	0	0	84,861
その他収益	0	0	140,049	0	0	0	368	0	140,417
資産売却益	32,869	0	0	0	0	0	0	0	32,869
プログラム中止による利益	0	0	0	0	625,908	0	0	0	625,908
寄付サービス及び物品	-729,672	0	0	0	0	0	0	0	-729,672
関連機関への譲渡	-3,800,392	0	3,800,392	0	0	0	0	0	0
計	-4,420,825	393	3,948,446	0	0	93	368	0	154,383
非拘束自己資本の増減	-3,782,227	-798,477	4,073,052	-51,346	625,908	-334,663	-392,457	0	-7,840,210

出所：デイトップ年次報告書

## 8. AADAP (アジア・アメリカ人薬物乱用防止プログラム) の取組

アメリカにおけるアジア系文化の特色を踏まえた薬物依存症治療施設として、1972 年創設の Asian American Drug Abuse Program (AADAP)、カリフォルニア州ロサンゼルス South Central 地区在、を取り上げる。

### 8.1 ミッション

一番大事にしているのは“comprehensive” (包括的) なアプローチをしていくということである。薬物の治療だけではなく、予防教育 (一次予防、二次予防)、ティーンエイジャーへのプログラムの早期介入も含めたプログラム、男性だけではなく女性も含めたプログラム、治療が終わって必要な社会復帰のために必要な収入を得るためのジョブ・サーチ等を包括したアプローチとして関わっている。

### 8.2 文化的背景を考慮する重要性

「個」の集まりの「集団」 VS 「集団」の中の「個」、「自我」の発達の違い、家族の役割、感情表現の違いが日米にあることを認識したうえでプログラムを構築していくことが重要である。

### 8.3 サービス

- ① Residential Unit (居住ユニット) : 12~18 か月
- ② Outpatient Unit (外来サービス)
  - Day Treatment/Perinatal Program (女性のためのプログラムもあるが、白人の男性を中心にしたプログラムが中心である)
  - Outpatient Drug-Free Counseling Services
  - HIV/AIDS アウトリーチサービス
  - ドラッグコート
- ③ Employment Access Unit (雇用アクセスユニット) : ジョブ・トレーニング
- ④ Prevention Unit (予防プログラム)
  - Community Prevention : 東南アジア系コミュニティの薬物依存が大きな問題になっていた。
  - Indochinese Youth and Community Center (IYCC) : インド/中国人若年層センター
  - Youth Outpatient Treatment Program (YOT) : 若年層外来治療プログラム
- ⑤ Youth Treatment Unit (Olympia Academy) (13-17 歳対象)
- ⑥ Youth and Family Program (Gang Prevention and Intervention) : 少年たちの早期介入プログラム

## 8.4 ルールと規約（大原則）

- レジデント間又はスタッフとレジデント間の性交渉をしてはならない。
- 窃盗をしてはならない。
- レジデント間又はスタッフとレジデント間の暴力行為又は脅迫をしてはならない。
- 禁止された物質を所持してはならない（薬物、薬物使用のための道具、武器、等）

## 8.5 プログラムルール及び約束事（プロトコル）

全部で51項目あるが、例えば「ヘアカラー、バンダナ、帽子・ヘアーネット、エプロンなどはアクティビティエリアでは常に禁止されている」。これは昔の自分のイメージを保持したい人たちに多く、「いきがる」、「恰好をつける」ものを禁止している。新しい自己イメージを作っていこう！が一つの目標になっている。歩き方も注意される。

## 8.6 プログラムを通じて目指すもの

- 薬物中心の価値観を壊す
- 自己発見
- 新しい価値観の構築
- 建設的な対人関係の構築
- 薬物使用に打ち込んでいたエネルギーを他の建設的な行動に転換する
- 余暇の使い方を身につける

## 8.7 段階的な治療プロセス

第1段階：プログラム導入期（スラッシュオリエンテーション時期）

1カ月～2カ月は外部との交信は一切できない。

第2段階：治療期

第3段階：プログラムからの『解毒期』

家族のもとには帰さない。それはもとの共依存の世界に入っていくことになるため。

第4段階：卒業準備及び社会復帰準備期

## 8.8 卒業条件

- ① 最低一年間のクリーン期間
- ② ストレスに対する、自分なりの解決法、解消法を身につけている
- ③ 人生に対する明確な目標、ゴールを持つ
- ④ 経済的に自立している（ただし、学生の場合は別の条件になる）  
自分で仕事をみつけるために外にでる。戻ってきたら尿検査をする。この頃が再発のリスクが高い。外の人との接触でストレスがかかる。そのストレスをどう解消するかも学ぶ。グル

ープセッションで解消、共有していく。

- ⑤ 自分が選択する（選択した）職業に対する明確なビジョンを持ち、その仕事をするのに必要な訓練を始めている
- ⑥ NA、AA などの自助グループにつながっている  
卒業後は各々が自立することを前提としているため、以前の慣れ親しんだ地域に戻ることや家族との同居は避けるよう指示する。薬物依存症を自分で選択すれば離れられる選択の病気と考え、卒業した後も NA や AA などのグループにつながっていることでクリーンな状況を定着させる。

## 8.9 プログラム

毎日のプログラムの中にグループ・セッション、アクティビティ両方がある。

- ① グループ・セッション
  - 治療的グループ：ウーマンズ・グループ、メンズ・グループ、ハウス・グループ、2-A グループ、2-B グループ、3rd Phase グループ、スペシャル・グループ  
スペシャル・グループには性的虐待を受けた人がいる。
  - 教育的グループ：ペアレンティング・グループ、1st Phase グループ  
ペアレンティング・グループでは親になるにはどうしたらいいのか、子育てはどうしたらいいのかを話す。
- ② アクティビティ
  - レクリエーション（ピクニック、ハイキング）
  - イベント（餅つき大会、各種お祭り、文化的行事）
  - チームスポーツ（ソフトボール、バレーボール、バスケットボール等）
  - フィールド・トリップ（キャンプ、バーベキュー、博物館、美術館）
  - アート（美術・工芸等）
  - 農作業

## 8.10 経営状況

年次報告書 2009/2010 年によると、2010 年では収入は約 9 億 3,200 万円（1\$=100 円）、収支計は約 1,900 万円の黒字である。

表 2-2 収支報告 (2009/2010)

<b>AADAP, Inc</b>		
Annual Report—Fiscal 2009/2010		
Statement of Financial Position		
As of June 30, 2010	(UNAUDITED)	(AUDITED)
	2010	2009
	(in 000s)	(in 000s)
Assets	\$ 14,989	\$ 15,373
Liabilities	<u>9,603</u>	<u>9,954</u>
Net Assets	<u>\$ 5,386</u>	<u>\$ 5,419</u>
Statement of Activities		
For the Year Ending June 30, 2010		
	(UNAUDITED)	(AUDITED)
	2010	2009
	(in 000s)	(in 000s)
Support and Revenue:		
Total Support	\$ 8,987	\$ 8,685
Total Revenue	<u>330</u>	<u>282</u>
	<u>\$ 9,317</u>	<u>\$ 8,967</u>
Expenses:		
Total Program Services	\$ 7,171	\$ 7,002
Total Supporting Services	<u>1,957</u>	<u>2,088</u>
	<u>\$ 9,128</u>	<u>\$ 9,090</u>
NET INCREASE/(DECREASE) IN NET ASSETS	<u>\$ 189</u>	<u>\$ (123)</u>

出所：AADAP

## 9. 治療共同体の世界への広がり

治療共同体の世界への広がり、の結果、「世界治療共同体連盟 (WFTC)」が結成され、2年ごとに世界総会を各地で開いている。

WFTC の目標は、治療共同体を実践している世界各国の組織が情報を共有し、理解し、協力し合うと共に、国際的な／国家の関係機関や医療提供システムにおける治療共同体及び治療共同体のアプローチをより多くの人に知ってもらい、受け入れてもらうことにある。

WFTC は医師、精神科医、ソーシャルワーカー、訓練を受けたプロの治療共同体サービス提供者など、あらゆる分野の専門家による心身一体的な治療アプローチを提唱している。WFTC は世界各国の文化に合った治療共同体モデルを採用しなければ意味がないと考えている。

デイトップインターナショナルは欧州治療共同体連盟 (EFTC)、中央・東欧治療共同体連盟 (EEFTC)、アジア治療共同体連盟 (AFTC)、南米治療共同体連盟などの支部と提携することで、世界におけるその存在感はますます高まっており、WFTC を支援する重要なリソースとなっている。WFTC はデイトップインターナショナルと連携し、世界会議や委員会を通じて世界中の治療共同体モデルの向上に寄与し続けている。

伝統的治療共同体モデルは、実際には様々な治療共同体指向プログラムのプロトタイプである。今日の治療共同体の様相は、様々な種類の薬物を使用し、その薬物乱用に加え、複雑な社会心理的な問題に示される対象者の多様性に対応する複合的なプログラムとして成立している。その多様性は、臨床的要求と利用者の費用捻出能力の現実と同様に、治療共同体の方法論に沿った治療

期間を短縮した「修正入寮型治療共同体プログラム」や治療共同体指向のデイトッププログラム（外来通所モデル）を開発した。薬物乱用問題をかかえる矯正施設、医療及び精神病院、地域の入寮施設とシェルターでは、それら自組織の内部でも治療共同体プログラムが実施されている。

巻末資料に東海大学宮永耕准教授が調査された諸外国の治療共同体の様態や調査の結果を示す。

.....

#### 参考資料

- 「DAYTOP Village and therapeutic community」、Daytop International、2011年11月
- 「DAYTOP Program」、Daytop Village
- 「Daytop Adolescent Treatment」、Daytop Village
- 「Daytop's history」、Daytop Village、2010年
- Daytop 各種パンフレット
- 「Annual report (2007-2008)」、Daytop Village
- 「物質依存症治療のための治療共同体 - アメリカモデルについて -」、宮永耕、精神科治療学 19 (12)、2004年
- 「米国アディクション列伝」、ウィリアム・ホワイト、ジャパンマック、2007年4月
- 「治療共同体導入の有効性と可能性」、宮永耕、2012年1月（内閣府会議資料）
- 「Asian American Drug Abuse Program における TC（治療共同体）」、堀口忠利、2012年2月（内閣府会議資料）
- 「薬物依存からの脱出（治療共同体デイトップは挑戦する）」、ウィリアム・オブライアン、日本評論社、2008年4月
- 「世界治療共同体連盟(WFTC)」ウェブサイト