

平成 28 年度研究論文

薬物犯罪における再犯防止対策

～薬物依存症リハビリ施設「ダルク」の現状と課題～

東京大学大学院 公共政策学教育部

51-158001 川島佑介

目次

<u>I. 研究の背景</u>	4
1. 序論	4
2. 薬物犯罪における再犯防止	4
(1) 薬物犯罪の現状	4
(2) 再犯防止対策の変遷	7
(3) 薬物依存症対策の必要性	10
<u>II. 薬物依存症対策の現状</u>	12
1. 刑務所	12
(1) 薬物依存離脱指導	12
(2) 薬物依存回復プログラム	14
2. 保護観察所	14
(1) 類型別処遇	14
(2) 覚せい剤事犯者処遇プログラム	15
(3) 引受人会・家族会	16
3. 医療機関	16
(1) 治療行為	16
(2) SMARPP	16
4. 精神保健福祉センター	18
(1) 個別相談	18
(2) 家族教育	19
(3) 回復プログラム	19
5. 民間団体	19
(1) NA	19
(2) ダルク	20
(3) アパリ	21
6. 小括	21

Ⅲ. ダルクの抱える課題	23
1. 全国ダルク調査	23
(1) 他機関との連携	23
(2) 運営資金の確保	24
2. 薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査	25
(1) 他機関との連携	25
(2) 運営資金の確保	27
3. ヒアリング調査	27
(1) 調査の目的	28
(2) 対象者	30
(3) 質問項目	30
(4) 結果	31
第一回：岩井喜代仁 氏（茨城ダルク 今日一日ハウス）	32
第二回：石井周作 氏（法務省 保護局）	35
第三回：森田邦雅 氏（NPO 法人 東京ダルク）	37
第四回：朝倉崇文 氏（厚生労働省 社会・援護局）	40
増田大樹 氏（同上）	
第五回：白川雄一郎 氏（一般社団法人 千葉ダルク）	42
第六回：栗坪千明 氏（NPO 法人 栃木 DARC）	45
ヒアリング結果の整理	48
4. 考察	51
(1) ダルクによる出所者引き受けの際の配慮	51
(2) SMARPP の普及促進	51
(3) 生活保護受給の容易化	52
(4) 総合支援法上の施設への移行	53
(5) 自立準備ホームへの委託と医療費の関係	53
謝辞	56

I. 研究の背景

1. 序論

近年、薬物犯罪関連の事件が世間を騒がせる機会が多い。2014年には東京・池袋で脱法ハーブを使用した男が車を運転し7人を死傷させた事件が起こり、いわゆる「危険ドラッグ」関連の事件への注目が高まった。2016年に入ってから著名人が薬物使用の疑いで逮捕される事件が続いている。

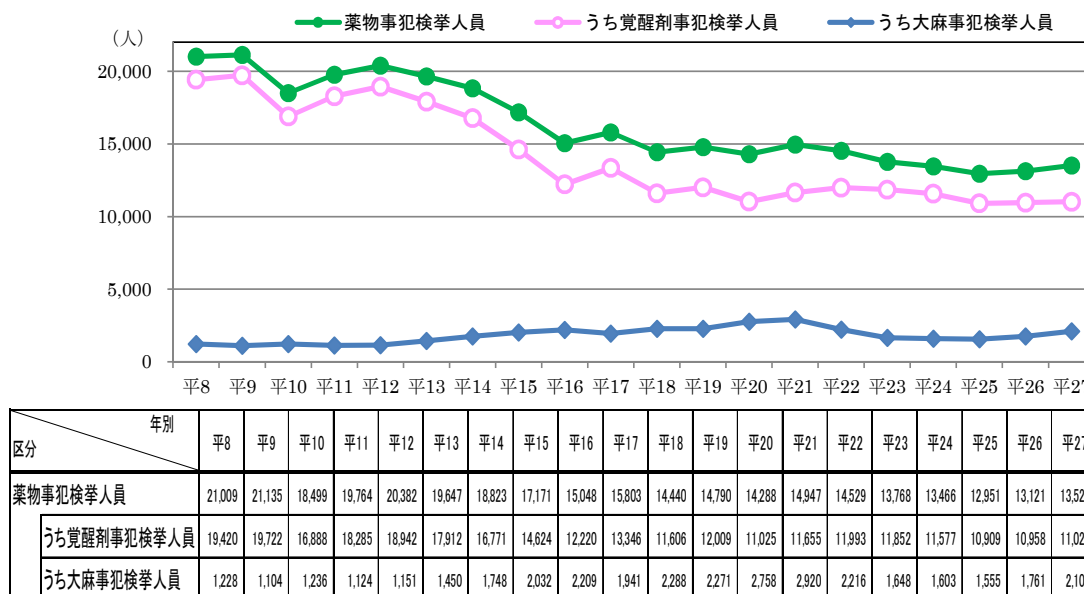
日本の薬物犯罪対策は、初めての薬物乱用を防止する「一次予防」には成功しているものの再度の薬物乱用を防止する「二次予防」には課題を残しており、今後の対策が必要である。本稿は、薬物犯罪における再犯防止に焦点を絞り、薬物依存症者に回復の場を提供している民間のリハビリ施設「ダルク」の現状と課題について考察するものである。

2. 薬物犯罪における再犯防止

(1) 薬物犯罪の現状

日本の薬物犯罪は、覚せい剤取締法、大麻取締法、麻薬及び向精神薬取締法、あへん法によって薬物毎に規制がなされている。薬物毎の検挙人員を比較すると、大部分は覚せい剤取締法違反が占めており、次いで大麻取締法違反が多い(図表1)。薬物犯罪全体での検挙人員は、1997年をピークとする覚せい剤乱用期には約21,000人まで増加したが、その後は減少していき、ここ数年は約13,000人で落ち着いている。

図表1 薬物事犯検挙人員の推移



出典：警察庁『平成27年の薬物・銃器情勢』

違反態様別に見ると、2014年の覚せい剤取締法違反の検挙人員のうち87.8%は非営利の所持・使用に占められており¹、検挙人員の大部分は営利犯ではなく、末端の乱用者であることが窺える。また2015年の大麻取締法違反においては、営利犯を含めた所持全体で79.9%を占めている。大麻取締法違反の検挙人員2,101人のうち営利犯は124人(5.9%)に過ぎず、少なくとも全体の74.0%は非営利の所持によるものである²。

薬物犯罪は再犯者率³が高いという特徴があり、2015年の検挙人員に占める再犯者率は、覚せい剤取締法違反で64.8%、大麻取締法違反で23.2%である⁴。同一罪名に限らない一般刑法犯全体での再犯者率が48.0%である⁵ことと比較しても、覚せい剤取締法違反の再犯者率は非常に高い。覚せい剤取締法違反の再犯者率は1990年以降低くてもう約50%であり、近年は増加の傾向がある(表1)。2000年頃を境に検挙人員全体、再犯者数共に減少しているが、再犯者数の減少は検挙人員全体の減少と比べて小さく、再犯者数が減少しにくいことが結果として再犯者率を押し上げている。

再犯の多さは、刑務所の再入状況にも表れている。2014年の覚せい剤取締法違反での入所者6,016人のうち、1度目の入所の者は1,597人(26.5%)に過ぎず、2度目の者が1,095人(18.2%)、3度目以上の者が3,324人(55.3%)を占めている⁶。刑務所への再入は出所後間もない期間に多く、2010年出所者のうち、およそ半分もの入所者が5年以内に刑務所に再入している(図1)。

表1 覚せい剤取締法違反の再犯者率

	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2015年
検挙人員(人)	15,038	17,101	18,942	13,346	11,993	11,022
再犯者数(人)	8,577	8,399	9,436	7,351	7,114	7,147
再犯者率	57.0%	49.1%	49.8%	55.1%	59.3%	64.8%

出典：平成13年版犯罪白書、警察庁『平成17年中の薬物・銃器情勢』、警察庁『平成27年の薬物・銃器情勢』より作成。

¹ 平成27年版犯罪白書。

² 警察庁『平成27年における薬物・銃器情勢』、7・15頁。

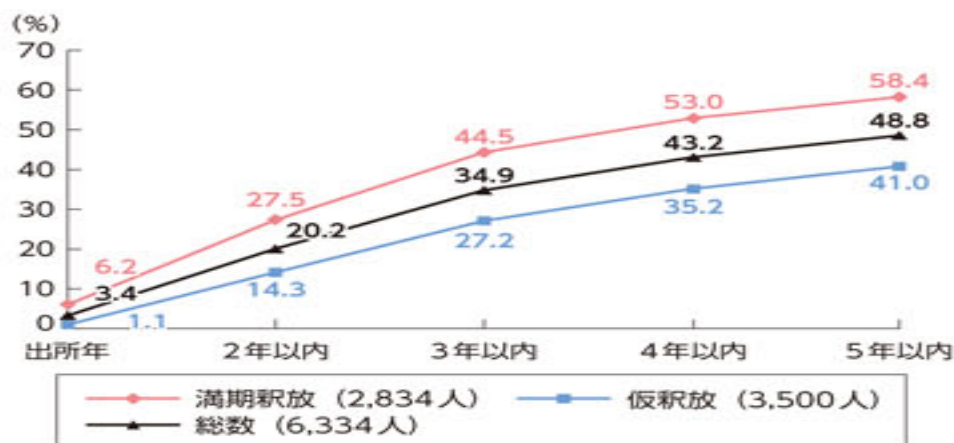
³ 検挙人員のうち、同一罪名で検挙歴を有する者の割合。

⁴ 注2、5・7頁。

⁵ 警察庁『平成27年の犯罪』、310頁。

⁶ 平成27年版犯罪白書。

図1 2010年出所受刑者（覚せい剤取締法違反）の5年内再入率



出典：平成27年版犯罪白書

表2 危険ドラッグに係る犯罪の検挙状況

区分	年別		平23		平24		平25		平26		平27		平27 1～6月		平28 1～6月	
	事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員	事件数	人員
指定薬物に係る医薬品医療機器法違反 うち乱用者による単純所持・使用等	5	6	34	57	21	37	401	492	895	950	498	536	354	379		
							312	326	671	695	408	421	227	239		
麻向法違反	0	0	17	26	57	89	80	98	133	145	82	85	64	74		
交通関係法令違反	0	0	19	19	38	40	157	160	36	36	23	23	3	3		
その他法令違反	0	0	6	10	9	10	68	90	36	52	29	44	18	17		
合計	5	6	76	112	125	176	706	840	1100	1196	632	688	437	473		

出典：警察庁『平成28年上半期における薬物・銃器情勢』

いわゆる危険ドラッグ⁷に係る犯罪の検挙人員は、2014年を境に急激に増加し、2015年には過去最大の1,196人に上っている（表2）。この増加は、従来の規制のなかった指定薬物の単純所持・使用が新たに禁止されるようになったことの影響も大きく、2015年検挙人員の半数以上は単純所持・使用による検挙である。また同年の検挙人員のうち、乱用者⁸が80.8%、薬物犯罪の有前科者が25.2%を占めている。2014年に一気に社会問題化した一方で、危険ドラッグが

⁷ 法令上の定義はないが、警察庁の統計では「規制薬物（覚せい剤、大麻、麻薬、向精神薬、あへん及びけしがら）又は指定薬物（医薬品医療機器法2条15項にいう指定薬物をいう。）に化学構造を似せて作られ、これらと同様の薬理作用を有する物品をいい、規制薬物及び指定薬物を含有しない物品であることを標ぼうしながら規制薬物又は指定薬物を含有する物品を含む。」と定義されている。

⁸ 危険ドラッグに係る犯罪の検挙人員のうち、危険ドラッグを販売するなどにより検挙された供給側の検挙を除いたものをいう。

原因と疑われる死者数は2014年には112人であったのが2015年には11人まで激減し、また2016年上半期の検挙人員は前年上半期の検挙人員と比較して軒並み減少している⁹。

薬物犯罪の現状は、再犯者率の高さと危険ドラッグに係る犯罪の社会問題化の2つに特徴付けられる。危険ドラッグについては取り締まりの強化の結果、沈静化を始めており、店舗販売からインターネット販売へと移行し流通ルートが潜在化していること等の懸念は残るものの、死亡者数・検挙人員は減少するなど対策の効果が現れていると見ることができる。一方で、再犯者率の高さについては大きな改善は見られず、寧ろ初犯者数の減少が再犯者率の増加を招き、社会課題として一層顕在化していると言える。

(2) 再犯防止対策の変遷

日本の薬物犯罪対策のうち、末端の乱用者等の需要側へのアプローチの中心は、取り締まりや処罰を厳しく行い抑止力を働かせるというものであった。例えば、覚せい剤取締法違反を例にとると、その法定刑は単純所持や自己使用でも10年以下の懲役とされ¹⁰、営利目的の輸出入や製造であれば無期懲役まであり得る¹¹。実際の運用においても一般刑法犯全体よりも厳しい対応がなされており、2014年の一般刑法犯全体の起訴猶予率が50.6%であったのに対し、覚せい剤取締法違反の起訴猶予率は8.0%と非常に低いものとなっている。この傾向は懲役刑の執行猶予率においても同様であり、一般刑法犯全体では57.8%、覚せい剤取締法違反で38.7%である¹²。刑期についても、覚せい剤取締法違反で言い渡される刑期も徐々にではあるが長期化しており(図2)、薬物犯罪に対する厳格な態度は一貫している。

このような厳しい対応は、薬物乱用の中でも初めて薬物使用を防止する一次予防の手法としては、薬物乱用が犯罪であることを明示し刑罰の抑止力を働かせるという点で評価もなされている¹³。実際、日本における薬物の生涯経験率¹⁴は低く、有機溶剤を含む全薬物の生涯経験率は2015年時点で2.4%に過ぎない¹⁵。薬物別の生涯経験率を欧米諸国と比較しても、日本の生涯経験率の低さは際立っている(表3)。

しかしながら、薬物を再使用する者は薬物に対する依存が形成され、渴望を自分でコントロールすることができなくなっている場合が多く、刑罰による抑止力が働きにくい。そこで二次予防では、薬物への依存をある種の病気として捉え、彼らに渴望をコントロールする術を身に

⁹ 警察庁『平成28年上半期における薬物・銃器情勢』、10・11頁。

¹⁰ 覚せい剤取締法41条の2、41条の3。

¹¹ 覚せい剤取締法41条2項。

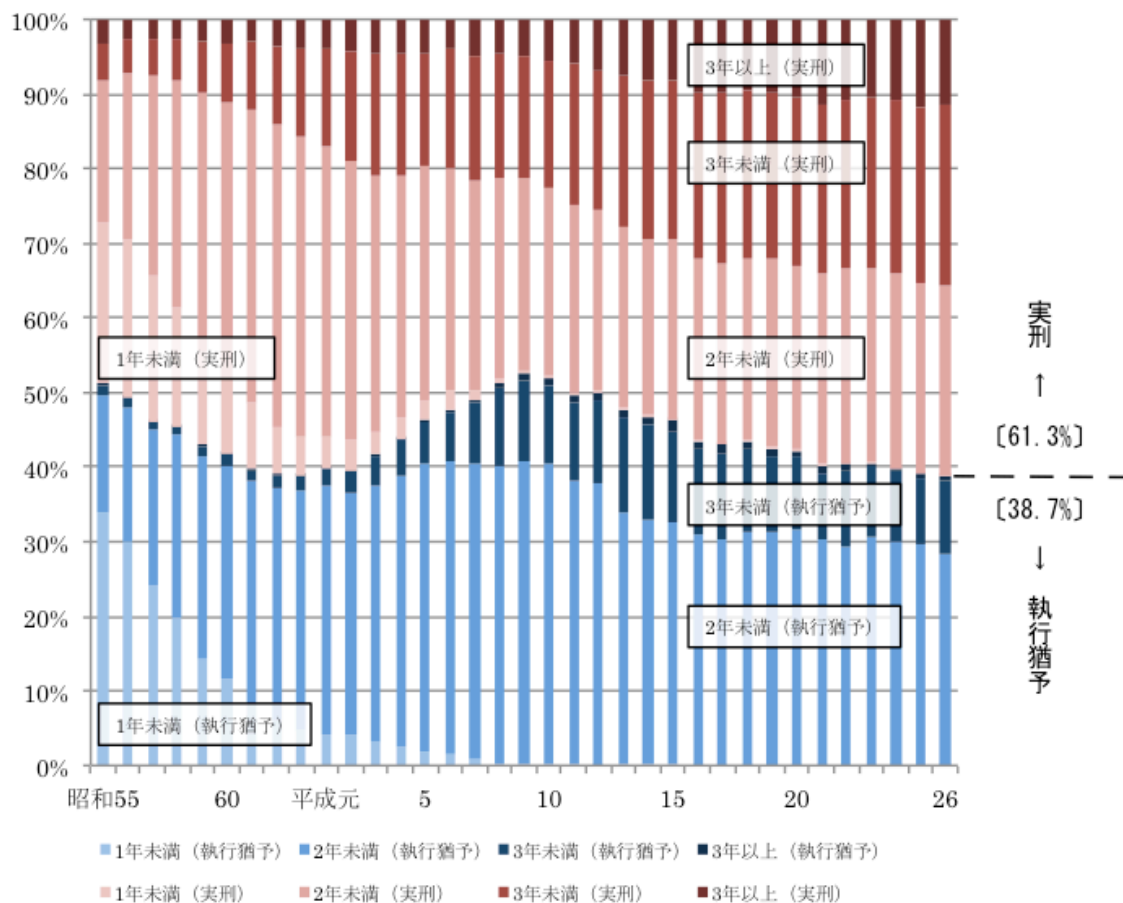
¹² 平成27年版犯罪白書。

¹³ 川出敏裕・金光旭『刑事政策』(2012年)、386頁。

¹⁴ 15歳以上64以下の者のうち、これまでに1度でも薬物を経験したことがある者が占める割合。

¹⁵ 平成27年度厚生労働科学研究「薬物使用に関する全国住民調査(2015)」、7頁。

図2 覚せい剤取締法違反 有罪人員の刑期別構成比



出典：平成 27 年版犯罪白書より作成。

表3 主要な国の薬物別生涯経験率

国別	調査年	対象年齢	生涯経験率(%)				
			大麻	覚醒剤※	MDMA	コカイン	ヘロイン
ドイツ	2009	18-64歳	25.6	3.7	2.4	3.3	—
フランス	2010	15-64歳	32.1	1.7	2.4	3.7	—
イタリア	2008	15-64歳	32.0	3.2	3.0	7.0	—
イギリス	2006	16-59歳	30.2	11.9	7.5	7.7	—
アメリカ	2010	12歳以上	41.9	5.1	6.3	14.7	1.6
日本	2011	15-64歳	1.2	0.4	0.1	0(誤差内)	0(誤差内)

※アメリカ、日本はメタンフェタミン、その他の国はアンフェタミンの生涯経験率

出典：厚生労働省ホームページ「現在の薬物乱用の状況」¹⁶

¹⁶ <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/torikumi/>

付けさせるべく、医療や福祉を提供して回復を支援していくべきであるという指摘もなされてきた¹⁷。かつてはこのような薬物依存に対する理解に基づいた再犯防止対策は乏しかったが、1990年代以降、行刑改革で受刑者処遇のあり方の見直しが行われたことも相俟って、再犯防止対策の充実が図られている。

中高生によるファッション感覚での薬物乱用が社会問題化し、第三次覚せい剤乱用期のピークを迎えた1997年には、内閣府に薬物乱用対策推進本部（現在の薬物乱用対策推進会議）が設置され、翌年には「薬物乱用防止五か年戦略」が策定された。この五か年戦略においては、目標の1つとして「薬物依存・中毒者の治療と社会復帰を支援し、再乱用を防止する」と、再犯防止の重要性が指摘されていたものの、需要削減対策の中心はあくまで「啓発の強化により薬物乱用を拒絶する国民意識の醸成を図る」ことであった。1998年以降、政府の方針として5年毎に新たな戦略が策定されていったが、回を重ねるに従い再犯防止はより大きく取り上げられるようになっており、2013年に策定された「第四次薬物乱用防止五か年戦略」においては、特に留意すべき課題として「薬物の再乱用防止対策の強化」が掲げられている。

具体的な取り組みにおいても再犯防止対策は徐々に拡充してきている。施設内処遇では、覚せい剤乱用による受刑者が急増した1979年頃から、一部刑事収容施設においては薬物事犯者に対し特別の処遇が行われ始めた。それがやがて全国の施設にも広がっていき¹⁸、1993年からは処遇類型別指導として各施設でグループワークや感想文記述等の「覚せい剤乱用防止教育」が行われるようになる。この段階では全国統一的な薬物指導の指針は示されていなかったが、2007年の「刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律」の施行後は特別改善指導として「薬物依存離脱指導」が行われるようになり、これに伴い法務省矯正局によって全国統一的な指針が示された形での指導が行われるようになった。現在では、指導のプログラムに認知行動療法のアプローチも取り入れられている。

社会内処遇でも、1990年に保護観察対象者に効率の良い処遇を行うために類型別処遇が導入され、対象者を「覚せい剤事犯対象者」として処遇することになった。2004年からは本人の意思に基づく簡易尿検査が開始されたが、2008年の更生保護法施行後にはこの検査も専門的処遇プログラムの中に組み入れられ、現在では認知行動療法を用いた教育課程と合わせて実施されている。2016年には刑の一部執行猶予制度が施行され、刑の一部を実刑、残りを執行猶予とすることで施設内処遇と社会内処遇を繋ぎ、対象者に対して社会内で長期的に関与することが可能となった。特に、薬物依存の可能性が高い薬物事犯の累犯者に対して一部執行猶予を言い渡す場合には、必ず保護観察に付することになっている。

¹⁷ 例えば、石塚伸一「薬物対策モデルの再検討」『日本版ドラッグ・コート：処罰から治療へ』（2007年）、56～58頁。

¹⁸ 平成16年版犯罪白書。

(3) 薬物依存症対策の必要性

法務省を中心に以上のような再犯防止対策がなされてきたものの、毎年の再犯者数への影響は小さく、一層の取り組みの必要である。薬物犯罪の再犯者の多さは、薬物の依存性によるものであり、薬物乱用者が薬物依存に陥ると、薬物探索行動という形で表面化する。依存の概念には、①薬物が切れた際に手の震えや振戦せん妄といった離脱症状が現れ、その苦痛を避けるために薬物探索行動を行う身体依存と、②離脱症状はないものの薬物が切れると再使用の渴望が湧いてきて薬物探索行動を行う精神依存の2つがあるが、薬物依存の本態は精神依存であるとされる。日本の薬物乱用の大部分を占める覚せい剤は、この精神依存性が非常に高く(表4)、薬物乱用が単なる乱用に留まらず、薬物依存症に陥っている場合が多いのではないと思われる。

この精神依存は、薬物に含まれる精神作用物質がA10神経系と呼ばれる脳内報酬系に異常を引き起こすことによって発生するものであるが、一旦異常になったA10神経系は半永久的に戻ることはなく、元に戻す方法もないとされている¹⁹。また、薬物への渴望というものは、刑務所のような薬物を絶対に入手できない状況では消えてしまったかのように収縮するものの、再度入手可能な状況に置かれると再び蘇ってくるという性質を持っている。このことは、刑務所出所者が5年以内という短い期間内に約半数が再入していることから窺える。

表4 薬物の依存性と主な作用の特徴

法律上の分類	中枢作用	薬物のタイプ	精神依存	身体依存	乱用時の主な症状
麻薬 (麻薬及び向精神薬取締法:麻向法)	抑制	あへん類(ヘロイン・モルヒネ等)	+++	+++	鎮痛、縮瞳、便秘、呼吸抑制、血圧低下
	興奮	コカイン、合成麻薬(MDMA)	+++	—	瞳孔散大、血圧上昇、興奮、不眠、食欲低下
覚せい剤 (覚せい剤取締法)	興奮	アンフェタミン類(メタンフェタミン等)	+++	—	瞳孔散大、血圧上昇、興奮、不眠、食欲低下
大麻 (大麻取締法)	抑制	大麻(マリファナ、ハシッシン等)	+	±	眼球充血、感覚変容、情動の変化
毒物劇物(毒物及び劇物取締法)	抑制	有機溶剤(トルエン、シンナー等)	+	±	酩酊、運動失調
—	興奮	ニコチン(たばこ)	++	±	発熱、食欲低下
—	抑制	アルコール(お酒、ビール)	++	++	酩酊、運動失調
指定薬物 (違法ドラッグ)	抑制	セロトニン系、フェネチルアミン系化合物(麻薬や覚せい剤の類縁化合物)	+	±	幻覚、筋弛緩、運動失調

+-:有無及び相対的な強さを表す

出典:ユースアドバイザー養成プログラム(改訂版)

¹⁹ 和田清「わが国の薬物乱用・依存問題の現状と政策的課題」論究ジュリスト9号(2014年)、98頁。

薬物依存症は、薬物に対する渴望を完全に消し去ることはできないが、訓練により薬物を使わない生活を取り戻すことはできるという意味で「完治することはないが、回復することはできる」病気であるとされており、薬物犯罪の再犯を減少させるには、いざとなれば薬物入手が可能である一般社会の中で、薬物を使わない生活を身に付けさせていくことが重要である。薬物依存症者と長期的に関わり合いを持ちながら、その回復を支援できるような社会資源を、一般社会の中で充実させていくことが必要であろう。

II. 薬物依存症対策の現状

薬物依存症者の回復のために実施されている支援や指導には、刑務所や保護観察所と言った刑事司法の取り組みだけでなく、医療機関や精神保健福祉センターによる医療・福祉の取り組み、「NA」や「ダルク」といった薬物依存症の当事者による民間団体の取り組みがある。これらの取り組みは、他の機関の取り組みと一部重複するものもあるが、各々特色を有しているものであり、互いに補い合いながら薬物依存症者の回復のための社会資源として機能している。そこで、ここでは各機関の取り組みを概観し、各々どのような役割を担っているのかを整理する。

1. 刑務所

(1) 薬物依存離脱指導

2006年に刑事収容施設法が施行されて以降、刑務所内においては受刑者処遇の中核である矯正処遇²⁰の1つとして、改善指導²¹が導入されている。この改善指導は、受刑者に犯罪の責任を自覚させ、社会生活に適応するのに必要な知識や生活態度を習得させるために必要な指導を行うものであるが、その中で特定の事情を有することによって改善更生、円滑な社会復帰に支障が認められる受刑者を対象に特別改善指導²²が実施されている。その中で、薬物に対する依存がある者に対しては薬物依存離脱指導が行なわれている。

薬物依存離脱指導の目標は、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、の3点であるされている。法務省矯正局が作成した全国で共通の「標準プログラム」(表5)を踏まえ、刑務所毎で受刑者の犯罪傾向の深度、指導に必要な知識及び技能を習得している職員数等を考慮した「実践プログラム」が策定され、この実践プログラムに基づき実際の指導が行なわれている。標準プログラムにおいては、「薬物の薬理作用と依存症」「薬物依存からの回復」「再使用防止のための方策」「出所後の生活の留意事項と社会資源の活用」等の10項目が指導項目として設定されており、グループワークを通じて受講者同士に話し合いをさせながら自己の問題性に気付かせていくよう定められている。全国76の刑務所で、1単元50分の指導を計12単元、3～6ヶ月掛けて実施されており、2014年の受講開始人員は6,694人である²³。

指導にあたっては、ダルク等の民間団体の協力もなされている。民間協力者を指導に取り入れるのは、出所後に利用できるものの1つとして受講者に紹介する意味合いが強く、受講者に

²⁰ 刑事収容施設法 84 条 1 項。

²¹ 刑事収容施設法 103 条。

²² 刑事収容施設法 103 条 2 項。

²³ 平成 27 年版犯罪白書、2-4-2-3 表。

表5 薬物依存離脱指導カリキュラム

項目	指導内容	方法
オリエンテーション	受講の目的と意義を理解させる。 (カリキュラムの説明, 動機付け)	・講義 ・薬物使用チェックリスト作成
薬物の薬理作用と依存症	薬物の薬理作用と依存状態が形成される過程, 回復のための方法など薬物依存症について理解させる。	・講義 ・視聴覚教材の視聴
薬物を使用していたときの状況	グループワークの方法を説明し, 共通する問題を全員で真しに考える構えを持たせる。薬物を使用していたときの状態を振り返らせる。	・視聴覚教材の視聴 ・グループワーク
薬物使用に関する自己洞察	どんなときに薬物を使用していたのかを考えさせ, 薬物に依存する背景を明確にし, 自己理解を深めさせる。	・グループワーク
薬物使用の影響	薬物使用の良いところばかりでなく, 周りに掛けた迷惑や引き起こした問題, 社会的責任など, 薬物使用以外にも問題点があることに気付かせ, 罪障感を喚起する。	・視聴覚教材の視聴 ・グループワーク
薬物依存からの回復	依存症の認識と再使用を防止するための方策を考える姿勢を持たせる。やめ続けることに成功した人たちとその活動について紹介し, 依存症からの回復への希望を持たせる。	・視聴覚教材の視聴 ・講話 ・グループワーク ・読書指導
薬物依存離脱に関する今後の決意	薬物使用の損得について具体的かつ現実的に考えさせ, 薬物使用と自分自身のこれからの人生に関する洞察を深めさせる。	・グループワーク
再使用防止のための方策(危機場面について)	再使用防止の方策を考える第一段階として①再使用のおそれのある場面や状況, ②薬物に頼りたくなる場面や状況を具体的に考える。	・グループワーク
再使用防止のための方策(対処スキルについて)	再使用のおそれのある場面や状況に関し, ①薬物に頼らずに回避する方法, ②その方法を身に付けるためにはどうすればよいかを考える。	・グループワーク ・SST
出所後の生活の留意事項と社会資源の活用	出所後の留意事項について注意を喚起するとともに, 民間自助グループの活動について情報提供する。	・講義 ・視聴覚教材の視聴

出典:「改善指導の標準プログラムについて」

(平成18年5月23日矯成第3350号矯正局長依命通達)

ダルク利用が自身の回復のために有用かどうかの判断材料を提供している²⁴。

薬物依存離脱指導の効果については、指導職員や受刑者から、「プログラム前半は『施設でこうやって我慢して生活できているのだから、社会に出ても自分自身をコントロールできると思う』という認識にとどまっていた受講者が、プログラム終盤には、薬物依存症であると認識し、ダルクに入ることを検討するに至った」「(薬物を)止める方法を教えてもらったと思う。知識

²⁴ 千葉健司「府中刑務所における薬物依存離脱指導の実際」罪と罰 50 巻 2 号 (2013 年)、49 頁。

が増えたことに感謝です。」等の意見や感想が寄せられており²⁵、一定の効果を発揮していることが窺える。

一方、総務省の行政評価報告²⁶では多くの対象者に対して出所時までには十分な指導ができていないとの指摘もなされている。その理由としては、①毎年多くの受刑者が入所しており、指導の対象者が非常に多いこと、②グループワークを取り入れているが、指導効果や保安上の観点から1グループ10名ほど度と限られた人数での実施になること、③指導職員、施設設備の不足等が挙げられている。

(2) 薬物依存回復プログラム

薬物事犯受刑者が持つ問題性は多種多様であり、薬物への依存が進んだ者の中には薬物依存に対する否認が強く、薬物依存離脱指導の実践プログラムを実施しても考えが深まらない者も存在した。そのような問題に対処するため、新たに「薬物依存回復プログラム」が策定され、2010年から4施設において試行されている。

薬物依存回復プログラムは、アメリカの物質依存者用のプログラム「マトリックス・モデル」を参考にして、「薬物事犯者が、出所後、薬物を再使用しないために身に付ける必要のある知識とスキルは何か」という視点で策定されたものである。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の2点を目標として掲げている。プログラムでは薬物使用を「引き金」「思考」「渴望」「使用」のサイクルとして説明されており、ワークブック及びマニュアルに基づいた指導が、1単元60分を計12単元、3～4ヶ月の期間を標準として実施されている。

2016年からは、薬物依存回復プログラムを標準プログラムのカリキュラムに取り入れ、保護観察所で行うプログラムとスムーズに連携を図ることが予定されている²⁷。

2. 保護観察所

(1) 類型別処遇

類型別処遇とは、犯罪・非行の態様、特徴的な問題性等によって保護観察対象者を類型化し、類型毎に共通する問題性に応じて効果的な処遇を実施するものである。薬物事犯対象者については、「覚せい剤事犯対象者」と「シンナー等乱用対象者」の2類型が定められている。

²⁵ 小島まな美「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1416号（2011年）、32頁。

²⁶ 「薬物の乱用防止対策に関する行政評価・監視～需要根絶に向けた対策を中心として～結果に基づく報告」（2010年）。

²⁷ 中村望「刑事施設における薬物事犯受刑者の処遇の現状について」更生保護66巻12号（2015年）、34頁。

このうち、覚せい剤事犯対象者に対しては、①断薬意志の強化、②不良集団との絶縁、③生活習慣の改善、④就労指導、⑤自助グループへの参加等を重点とした処遇が実施されている。覚せい剤事犯対象者とシンナー等乱用対象者の2014年12月末時点での人数は、それぞれ仮釈放者で1,589人、17人、保護観察付き執行猶予者で1,423人、48人である²⁸。

(2) 覚せい剤事犯者処遇プログラム

更生保護法²⁹に規定する「医学、心理学、教育学、社会学その他の専門的知識に基づく特定の犯罪的傾向を改善するための体系化された手順による処遇として法務大臣が定めるもの」は、「専門的処遇プログラム」と呼称されており、そのうちの1つに「覚せい剤事犯者処遇プログラム」がある。

このプログラムは、覚せい剤使用を反復する犯罪傾向を有する保護観察対象者に対し、認知行動療法等の専門的知見に基づき、犯罪に結び付くおそれのある認知の偏りや自己統制力の不足といった自己の問題性を理解させた上で、再犯に及ばないための具体的な方法を習得させ、その改善更生を図ろうとするものである。対象となるのは、犯罪事実に覚せい剤の自己使用の罪に当たる事実が含まれる者のうち、①保護観察期間が6ヶ月以上の仮釈放者及び、②プログラムを受けることを特別遵守事項³⁰に定めるのが相当である旨の裁判所の意見が示された保護観察付き執行猶予者であり、これらの者に対してはプログラムの受講が義務付けられる。

プログラムは、簡易薬物検出検査とワークブックを用いた教育課程で構成される全5課程を、指定された日時に保護観察所に出頭させて実施し、最長でも保護観察開始後6ヶ月以内に全課程を終了する。簡易薬物検出検査は、従来から実施されていた簡易尿検査³¹に唾液検査を含めて名称変更したものであり、覚せい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り、断薬の努力についての達成感を与え、断薬意志の維持及び促進を図ることを目的としている。検査結果が陽性の場合、保護観察官は実施対象者に対し、警察に出頭するよう促し、これにに応じないときは通報するという対応がなされている。教育課程は、コアプログラムとその内容の定着を図るためのフォローアップ・プログラムからなり、コアプログラムをおよそ2週間に1度、フォローアップ・プログラムをおよそ1月に1度のペースで実施する。なお、医療機関等で同様のプログラムを受けた場合には、それによる代替も認められており³²、プログラムが重複しないよう配慮がなされている。

²⁸ 平成27年版犯罪白書。

²⁹ 更生保護法51条2項4号。

³⁰ 更生保護法51条2項。

³¹ 元々は対象者の同意を得て任意で実施されていたが、覚せい剤事犯者処遇プログラムに組み入れられたことで検査を義務付けられるようになった。

³² 更生保護法65条の3、4項。

2012 年からはマトリックス・モデルを参考にした新たなプログラムが実施されており、従来からの変更点として①刑務所で実施されている薬物依存離脱指導との一貫性が考慮されていること、②覚せい剤だけでなく、規制薬物全般に対応し得る内容となったこと挙げられる³³。また従来は保護観察官が単独で実施していたが、新たなプログラムでは、保護観察官以外に薬物依存症の専門家やダルク等民間の薬物依存症リハビリテーション施設のスタッフが実施補助者として同席することや、集団での実施も可能となった。2014 年の実施人数は、仮釈放者で 913 人、保護観察付き執行猶予者で 357 人であった³⁴。

(3) 引受人会・家族会

全国の保護観察所では、覚せい剤事犯の類型認定者や薬物依存のある保護観察対象者等の引受人・家族等関係者に対する講習会や座談会等を内容とした引受人会・家族会を実施している。専門家による講義や薬物使用経験者の断薬経験に関する講話等が行われており、2014 年には全国 49 の保護観察所で合計 199 回実施されている³⁵

3. 医療機関

(1) 治療行為

薬物依存症が進行すると慢性中毒に至り、幻覚妄想状態を主症状とする覚せい剤精神病等を発症する場合もある。このような幻覚・妄想の症状を脱するには向精神薬等による治療行為が必要となってくる。しかしながら、日本において、精神科医の間で薬物依存の領域は伝統的に最も不人気な分野であり、薬物依存を専門とする精神科医は少なく、治療を引き受ける医療機関も限られていると言われている。精神科医療機関は全国に約 1,600 あるにも関わらず、薬物依存の治療に取り組む医療機関は僅か数十カ所に過ぎない³⁶。

(2) SMARPP

中毒状態の治療では薬物療法が有効だが、薬物依存の治療では心理療法が中心となる。現在日本で主流になっているのは、SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) と呼ばれる認知行動療法のプログラムである。これは当時アメリカで有効性を指摘されていたマトリックス・モデルと呼ばれる治療プログラムを基に、2006 年、依存症専門医療機関である神奈川県立精神医療センターせりがや病院で開発されたプログラムである。プログラムの実施

³³ 田中佳代子「保護観察所における薬物事犯者の処遇」罪と罰 50 巻 2 号 (2013 年)、59 頁。

³⁴ 平成 27 年版犯罪白書。

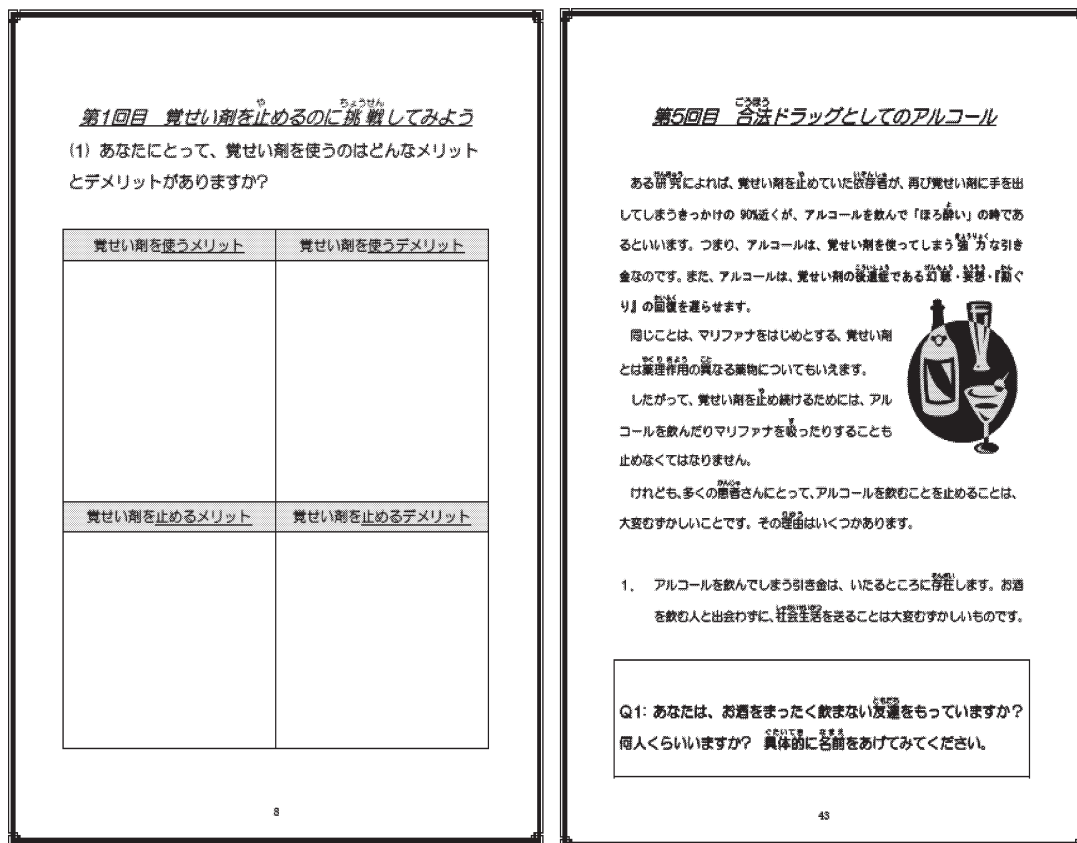
³⁵ 平成 27 年版犯罪白書。

³⁶ 田辺等「精神保健福祉センターの覚せい剤問題への相談支援」更生保護 (2014 年 10 月)、30 頁。

期間は8週間で、全16回のものと同全28回のものがある。週3回の外来通院（うち2回はワークブックによる認知行動療法を実施、1回はミーティングを実施）と週1回の尿検査の実施を基本としている。ワークブックでは、覚せい剤依存のメカニズム、心身への弊害といった内容の他に、渴望のトリガーの同定や渴望に対する対処行動等、幅広いテーマが取り上げられている（図3）³⁷。

今まではSMARPPは保険診療の対象外であり、費用は全額自己負担であった。しかし、2016年6月から刑の一部執行猶予制度が施行されることを受けて、同年4月に診療報酬化しており、医療機関は患者1人あたり1回3,400円の報酬を受けることができるようになった。2016年9月時点で、36箇所の医療機関でプログラムが実施されている。

図3 SMARPP ワークブックのサンプル



出典：小林桜児「統合的外来薬物治療プログラム~SMARPPの試み~」

精神神経誌 112 巻 9 号

37 松本俊彦「マトリックスモデルとは何か？：治療プログラムの可能性と限界」龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報 7 号（2010 年）、71 頁。

4. 精神保健福祉センター

(1) 個別相談

精神保健福祉センターとは、精神保健福祉法 6 条により規定される、都道府県における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターである。自治体の裁量が認められているため、「心の健康センター」「こころのセンター」など、名称や組織は多様である。規模は施設毎によって大きく異なり、常勤職員が 3～9 人の施設が半数近くある一方で、少数ではあるが東京都の多摩総合精神保健福祉センターのように職員数 70 人を超える大規模の施設もある（表 6）。全ての都道府県と 20 の指定都市に、合計 69 のセンターが設置されており、その業務は①精神保健福祉知識の普及、②調査研究、③複雑困難な事例の相談、④関係期間への技術支援、⑤人材育成、⑥団体への組織育成支援等の業務を行っている。原則として、発達障害、引きこもり、各種依存症等の一般の相談機関や医療機関で扱いにくい対象の相談支援を行っており、その中に薬物依存症の相談支援も含まれる。

2013 年に実施された精神保健福祉センターの全国調査によれば、全施設の約 95%が薬物問題に取り組んでいるとおり、その内容として最も多いのは、依存症者本人やその家族を対象にした個別相談であった。精神保健福祉センターにおける相談事業は、多くの医療機関とは異なり、家族のみの相談も実施しており、家族相談から始まって依存症者本人が精神保健福祉センターに繋がることも多い³⁸。

表 6 精神保健福祉センターの規模³⁹

常勤職員数（人）	所数
3～9	30
10～19	24
20～29	8
30～39	2
40～49	1
70～	2
1 施設あたり平均 14.4 人	合計 67 施設

出典：谷合知子「精神保健センターにおける薬物相談のとりくみ」

罪と罰 50 巻 2 号

³⁸ 前掲注 36、29 頁。

³⁹ 調査実施時にはまだ開設されていなかったセンターが 2 箇所ある為、表の所数合計は 67 となっている。

(2) 家族教育

家族相談だけで順調に対応することが難しい家族もいるため、他の家族と苦しい実体験を共有できるように、薬物依存症者家族の学習会や交流グループ等の取り組みも一部のセンターでは行われている。規模が小さい施設や利用者が集まらず実施ができない施設もあるため、実施センターは半数ほどに留まっている⁴⁰。

(3) 回復プログラム

精神保健福祉センターにおいても SMARPP 同様の認知行動療法を用いた回復プログラムが実施されており、薬物依存症の回復支援が特に充実している東京都の多摩総合保健福祉センターでは、TAMARPP という独自のプログラムも実施されている。これは、SMARPP をベースに精神保健福祉センターで取り組みやすいよう改良されたものであり、合計 8 回に編集されたコンパクトさ等の特徴がある。

本人向けの回復プログラムは相談事業や家族教育ほど普及しておらず、実施機関は 2015 年時点では 11 箇所と限られていた。しかし、精神・神経医療研究センターの検証により、単なる外来治療を行った場合よりも外来治療とプログラムを併用した場合の方が治療継続に繋がるということが示された結果、厚労省の主導で今後全国 69 箇所全ての精神保健福祉センターでプログラムが導入されることになっている⁴¹。

5. 民間団体

(1) NA

NA (Narcotics Anonymous) とは、薬物依存症からの回復を目的とした非営利の自助グループである。アルコールの問題を抱えた者の集まりである AA (Alcoholics Anonymous) からヒントを得て、1953 年アメリカのカリフォルニア州で最初のミーティングが開かれたのがきっかけで誕生した。その後は世界各地に拡大しており、2005 年時点で 116 カ国において 21,500 以上のグループが毎週 33,500 回のミーティングを行っている⁴²とされる。日本国内でも、2016 年 10 月時点で 186 グループにより毎週 484 回のミーティングが行われている⁴²。

NA の主たる活動は、教会やコミュニティセンター等を借りて行うグループミーティングである。このミーティングは「12 ステップ・プログラム⁴³」と呼ばれるものをベースにした回復プロ

⁴⁰ 前掲注 36、30 頁。

⁴¹ 日本経済新聞「薬物依存の治療プログラム導入へ 厚労省、69 精神保健施設に」（2015 年 1 月 10 日）。

⁴² NA ホームページ。

<http://najapan.org/whatisna.html>

⁴³ アルコール依存症からの回復のために AA が作成した 12 項目であり、依存対象の部分置き

グラムに基づいており、参加者はこれまでの人生や現在と向き合い、心の痛みや感情をありのままに語り、仲間と分かち合うことで、依存からの回復と自己の成長を促すことができるとされる⁴⁴。

後述するダルクとの関係では、ダルクの役割は、NA のプログラムを実践するために薬物を使わない生き方の基礎を作ることであるとされており、ダルクでのプログラムを終えた後 NA に通いながら社会復帰していくことが目指されている。しかしながら、NA メンバーの約 6 割はダルクのメンバーで占められているという報告⁴⁵もあり、NA の維持自体がダルクに支えられている側面も否定できない。

(2) ダルク

ダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center) とは、薬物依存からの回復を目指す民間のリハビリ施設である。1985 年、自らも薬物依存の当事者であった近藤恒夫氏が薬物依存症者のリハビリ施設を作ろうと荒川区の一軒家を借りたのが始まりで、最初のダルク (現東京ダルク) が誕生した。ダルクの特徴はスタッフもまた依存症の当事者であることであり、当事者同士の共感や分かち合いによって回復を目指すという点で、SMARPP 等の専門技術による回復とは異なる⁴⁶。ダルクで回復した当事者が、別の地域でダルクを作るという形で全国に拡大しており、2016 年時点では、全国で 59 のダルクが、85 施設で活動している⁴⁷。基本的に各々ダルクは独自の運営がなされており、ダルク間で入寮者の受け入れ等の融通を行うことはあるものの、ダルク同士はフラットな関係でそれぞれの地域で自由に活動している。

ダルクの主な活動は 1 日 3 回のグループミーティングである。午前中に 1 回、午後に 1 回、夜は地域で行われる NA のミーティングに 1 回、約 1 時間ずつ参加することになる。これらミーティングも NA の 12 ステップ・プログラムに基づいたプログラムを実践するものであり、「言いつぱなしの聞きっぱなし」のスタイルで行われる。施設内での薬物の再使用はスリップと呼ばれ、回復の一過程であると捉えられており、再使用を 1 人で抱え込まずにミーティングで打ち明けることで回復に近づくと考えられている。ミーティング以外にも、スポーツ、農作業、地域の伝統芸能等を取り入れたプログラムが実施されている場合もある。

換えて、NA をはじめとした他の依存症の自助グループでも多く用いられている。

⁴⁴ 嶋根卓也「処遇をめぐる爽やかな風～ダルク～」『日本版ドラッグ・コート：処罰から治療へ』(2007 年)、169 頁。

⁴⁵ 加藤武士「薬物を使わないで生きていくための実践～社会は何ができるのか?～」『薬物政策への新たな挑戦：日本版ドラッグ・コートを超えて』(2013 年)、26 頁。

⁴⁶ 泉啓「薬物依存症者を支える人的ネットワーク～仙台市における様々な依存症「当事者」たち～」更生保護 (2015 年 12 月)、13 頁。

⁴⁷ 日本ダルクホームページ。

<http://darc-ic.com/darc-list/>

施設の利用の仕方には、入所と通所がある。どちらも行っている施設もあれば、片方のみしか行っていない施設もある。入所する場合の利用金額は月 14～16 万前後であり、生活保護受給者等で全額負担できない場合はダルクへの寄付や献金で賄われている⁴⁸。

(3) アパリ

アパリ (Asia Pacific Addiction Research Institute) とは、ダルクの活動を支援するために 2000 年に設立された研究所である。元薬物依存症者が自らの問題を社会に対して主張していくには限界があるという問題意識から、医師、弁護士、研究者等を構成員とするシンクタンクとして設立された。アパリもダルクも薬物依存症者のサポートを行っているという点では同じであるが、当事者スタッフのみで構成されるダルクと異なり、アパリでは専門家スタッフが専門技能を活かして活動している。

活動内容は、①薬物事犯者に対する司法サポート、②家族教室の開催、③電話・来所による相談業務、④研究・啓発活動、⑤国際協力活動、⑥ニュースレターの発行、⑦ボランティアの受け入れ、⑧日本ダルク・アウェイキングハウス (群馬県藤岡市) の運営である⁴⁹。アパリの活動に特徴的なのは薬物事犯者に対する司法サポートであり、薬物事犯者とコーディネート契約を結び、刑事司法手続の各段階において必要なサポートを提供している。サポートの内容としては、裁判段階での回復プログラムの実施や、情状証人としての証言、出所後のダルクへの入寮の手配等が行なわれている。

2007～2009 年には警察庁のモデル事業として、警視庁管内で検挙され即決裁判で執行猶予となった者に対して、アパリでのプログラムを受けるよう捜査官から教示を行い、任意でプログラムへの参加を働きかけるという取り組みも実施された⁵⁰。

6. 小括

ここまで各機関が薬物依存症者に対してどのような取り組みを行っているかを概観したが、以下ではそれぞれの長短について検討する。

まず、刑務所での取り組みの長所は、回復プログラムへの確実な参加を期待できる点である。依存症は「否認の病」とも呼ばれており、客観的には依存症に陥っている人であっても、本人が自らの症状を自覚していない場合も多い。自覚のない薬物依存症者が任意の回復プログラム

⁴⁸ 西村直之「ダルク (DARC) の活動について」精神科治療学 19 巻 12 号 (2004 年 12 月)、1406 頁。

⁴⁹ アパリホームページ。

<http://www.apari.jp/npo/apari.html>

⁵⁰ プログラムへの参加は完全に任意であったため参加者が少なく、全国的に実施されることのないまま、事業は 2009 年 3 月末で終了している。

に参加するとは考えづらく、まずは何らかの形の関与を確保し、自己の問題性を気付かせる必要がある。刑務所での処遇は、依存症の自覚のない者や回復への意欲の低い者に対しても働きかけることができるという点で優れている。一方、薬物を入手することが不可能で、薬物の誘惑のない刑務所内において「薬物を使わない生活習慣」を身に付けるのには限界があり、出所後の継続した対応が不可欠である。

保護観察所の取り組みは、刑務所の場合と同様、プログラムへの参加に法的な強制力が働き、点で優れている。また、社会内での処遇となるため、認知行動療法のプログラムの効果も得やすい。短所は関与できる期間が限られていることであり、2014年に仮釈放で開始された保護観察では、6ヶ月以内のものが約8割を占めている⁵¹。刑の一部執行猶予制度の導入により、今後の保護観察期間は1～5年と長期化することも予想されるが、まだ判決が言い渡され始めた段階である。

医療機関に特有なのは、解毒治療を行える点であるが、薬物依存症を取り扱う医療機関は少なく、全国で数十カ所に過ぎない。精神保健福祉センターは、全国69箇所依存症者本人や家族の相談窓口として機能している一方で、施設毎の規模が大きく異なり、薬物依存症への取り組みの盛んな所からそうでない所まで多様である。

ダルクを中心とする民間団体の活動は薬物依存症の当事者同士による支援であり、専門家による技術的な支援だけでは得られない、共感に基づく回復を可能にしている。ダルク全体はフラットな横の連携がなされているのみであり、ダルクとしての統一的な基準は存在しないため、全てのダルクでプログラムの質が担保されているとは言い難いが、その反面、ダルク毎での柔軟な運営が可能であり、現在では全国59団体にまで拡大している。

各機関の長所は相互に補完し合うものであるが、薬物依存症者の回復支援に長期的に携われる点、日本全国に比較的広く分布している点、経済的に困窮している依存症者の住居確保にも貢献している点を考慮すれば、薬物依存症対策の社会資源として特にダルクの果たしている役割が大きいとすることができる。

⁵¹ 平成27年版犯罪白書、2-5-2-3 図。

Ⅲ. ダルクの抱える課題

ダルクは薬物依存症者の回復支援において大きな役割を果たしており、今後、刑の一部執行猶予制度の運用が本格化し、社会内で処遇される薬物依存症者が増加するにあたっては、各機関とダルクの連携をより緊密なものにしていくことが望ましい。法務省及び厚生労働省でも2015年11月に「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」⁵²を策定し、その基本方針の1つとして「民間支援団体⁵³との連携」を掲げ、「関係機関は、薬物依存症者に対する支援において、民間支援団体との連携が極めて重要であることを踏まえ、民間支援団体との連携体制を構築する」としている。

一方で、現状の連携は「薬物依存症の仲間の回復の助けになりたい」というダルクの善意に支えられている面も大きい。今後も良好な協力関係を維持していくためには、ダルクの抱える課題への配慮しつつ、ガイドラインでも指摘されているように連携がダルクにとって「過重な負担とならないように」支援を行うことも必要である。

本稿では、以上のような問題意識から、ダルクの抱える課題として①ダルクと他の機関との連携の課題（特に回復支援に直接関わる刑務所、保護観察所、医療機関、精神保健福祉センターの4機関との連携）、②ダルクの運営において課題として挙げられることの多い運営資金の課題の2点について検討を行う。

ダルクの実態調査を行った先行研究として「全国ダルク調査」⁵⁴⁵（2004～2005年）と「薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査」⁵⁶（2008年）の2つを分析した上で、関係者にヒアリング調査を行い、ダルクの現状と課題を明らかにする。

1. 全国ダルク調査

(1) 他機関との連携

調査では、ダルクと他の機関との連携状況について、26施設から回答を得ている（図4）。「よ

⁵² 法務省プレスリリース「『薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン』について」（2015年11月24日）。

http://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo02_00062.html

⁵³ 更生保護施設、ダルク等の回復支援施設、NA等の自助グループやその他薬物依存からの回復を支援する民間の団体をいうとされる。

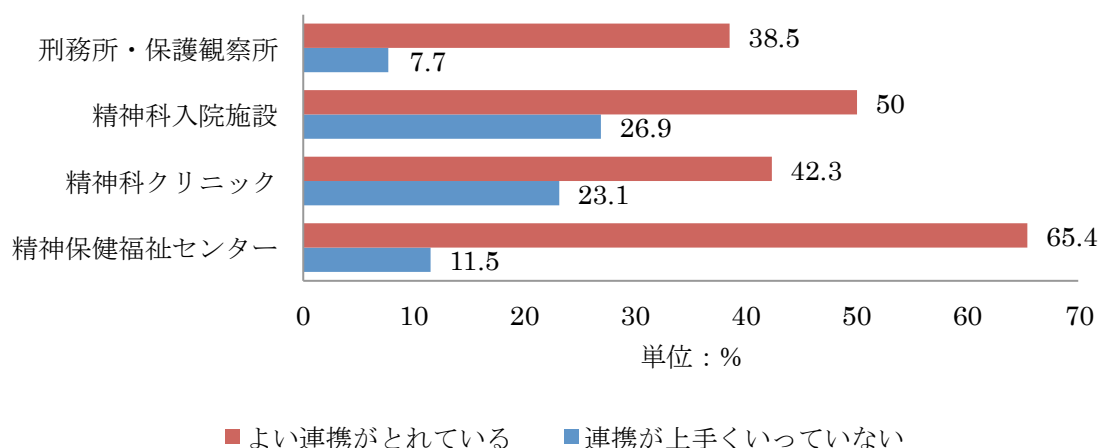
⁵⁴ 嶋根卓也、森田展彰、末次幸子、岡坂昌子「薬物依存症者による自助グループのニーズは満たされているか～全国ダルク調査から～」日本アルコール・薬物医学会雑誌 41巻2号（2006年）。

⁵⁵ 森田展彰、嶋根卓也、末次幸子、岡坂昌子「日本において薬物依存症者の自助施設はどのように機能しているか？～全国ダルク調査から～」日本アルコール・薬物医学会雑誌 41巻4号（2006年）。

⁵⁶ 平成19年度障害者自立支援調査研究プロジェクト「薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査」報告書。

<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu/suisin-h21/268.html>

図4 26施設と他機関との連携状況



出典：全国ダルク調査

「よい連携がとれている」という回答が最も多かったのは、精神保健福祉センターであり、逆に刑務所・保護観察所は4割弱に留まっている。「連携が上手くいっていない」という回答は、いずれも3割以下ではあるものの、精神科入院施設や精神科クリニックとの連携で比較的多い傾向がある。医療機関との連携についてこのような回答がなされた背景には、医療機関との連携がダルクにとって特に欠かせないものであり、他の3機関に対してよりも積極的に連携を図っている一方で、依然として課題も残されており上手くいっていない点が意識され易いということがあるのではないかとと思われる。

実際、ダルク利用者には精神科の処方を受けている者も多く、入寮者の44.4%、通所者の53.4%を占めている。医療機関との連携の課題に関しては、53.8%の施設が「精神病症状への対応」を課題として挙げており、ダルクのスタッフからも「(精神病症状と薬物依存症の)合併症の問題はダルクでは限界があります」等の回答がなされている。調査では、ダルクでできることとできないことの峻別の必要性を説きつつ、精神病症状に対する治療やケアは、医療が積極的に引き受けていく必要がある事項であると結論付けられている。

(2) 運営資金の確保

ダルクが直面している問題や課題として最も多く挙げられたのが「運営費の確保など経済的問題」(84.6%)であった。活動運営費の財源は、施設利用者からの入寮費や通所費に頼る割合が高く、1ヶ月当たりの平均入寮費は155,217円、通所費は無料とする施設もあり、平均で11,944円であった。一部のダルクでは行政からの公的資金援助を受けている場合もあり、その他の財源としては、寄付金、講演活動による謝金、民間助成、チャリティーイベントによる収益等が

挙げられている。

26 施設のうち、公的資金援助を受けているのは 11 施設であり、グループホーム、小規模作業所、精神障害者福祉ホームとして公的資金援助を受けていた。活動運営費の中で入寮費が占める割合は、援助を受けている 11 施設では 30.4%であったのに対し、援助を受けていない 15 施設では 74.8%を占めており、援助を受けていないダルクでは活動運営費を施設利用者の入寮費に頼っている部分が多い（図 5）。公的資金援助を受けることについて、ダルクのスタッフからは「ダルクは他の障害者の施設とはプログラムが違っているため、助成金を受けるとダルクのプログラムの良い所が失われてしまう」等の回答あり、ダルクの経営安定化のために公的資金援助を受けることへの懸念が示されている。他にも、資金援助を受けるに伴い、事務作業が増加し、スタッフが慣れない作業に追われ、回復者スタッフとしての本来の役割を果たせなくなってしまう可能性も指摘されている。

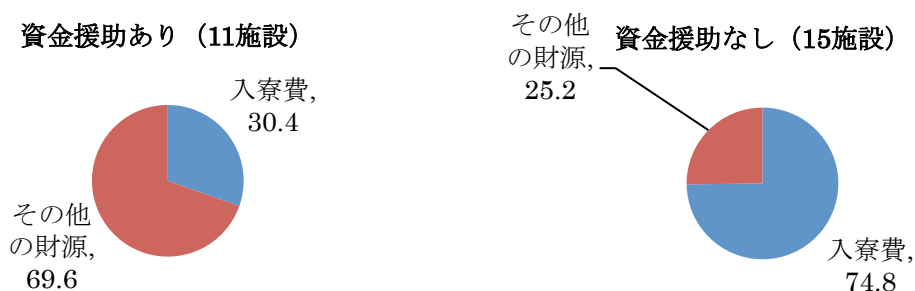
26 施設の生活保護利用者は、入寮者 241 人のうち 130 人（53.9%）、通所者 88 人のうち 12 人（13.6%）となっており、活動運営費の大部分を入寮費から賄っている公的資金援助のない施設は、生活保護費によって支えられている面が大きいと推察される。しかし生活保護の受給に関して、ダルクのスタッフからは「当県のダルクに対する対応は冷ややかである」、「生活保護受給者のメンバーが再発した場合、福祉事務所との回復イメージの違いで生活保護が打ち切られることがある」等の回答もなされており、生活保護を取り扱っている各自治体の福祉事務所の理解がまだ十分には得られていない様子が窺える。

2. 薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査

(1) 他機関との連携

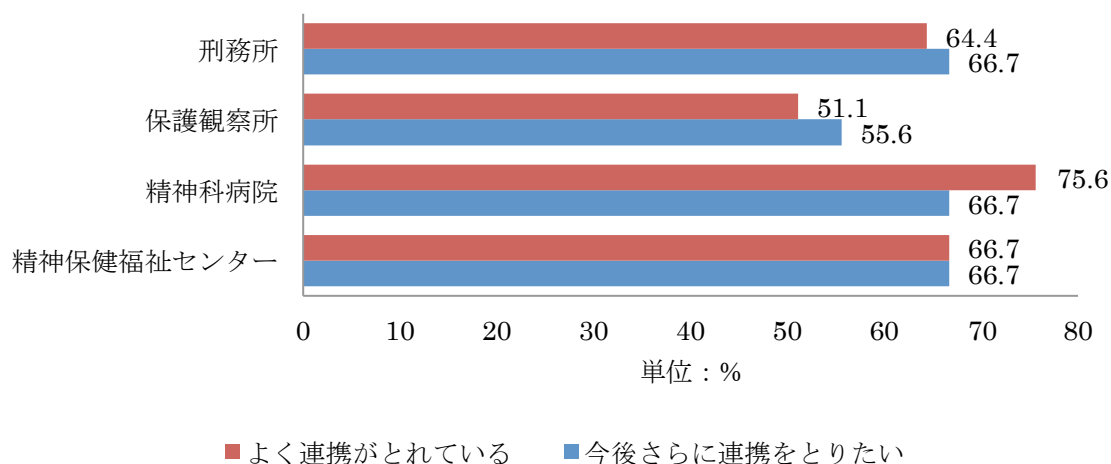
調査では、ダルクと他の機関との連携状況について、45 団体から回答を得ている。4 機関の中で「よく連携がとれている」という回答が最も多かったのは、精神科病院（75.6%）であり、逆に少なかったのは、保護観察所（51.1%）であった（図 6）。「今後さらに連携をとりたい」と

図 5 活動運営費の中で入寮費が占める割合



出典：全国ダルク調査

図6 45団体と他機関との連携の状況



出典：薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査

という回答もほぼ同様の結果である。調査が異なるため、単純な比較はできないが、「全国ダルク調査」が実施された2004～2005年と比べて、刑務所や保護観察所との連携の伸びが顕著であった。

各機関との連携について見ていくと、まず刑務所に関しては、「法務省からの要請で矯正施設へのメッセージ活動（矯正教育における再犯防止教育指導）としての連携も増加している」としており、連携の強化を読み取っている。ダルクのスタッフからの回答では、刑務所内での再犯防止教育等に関しては好意的な意見も多かった一方、刑務所出所者をダルクで引き受けることについては課題も指摘されている。具体的には、出所者が刑務所内で処方箋依存の状態になっている場合があること、刑務所内での処方内容が明らかにされず引き受け後の現状把握が困難な場合があること等が挙げられている。

保護観察所に関しても刑務所同様に連携の拡大を読み取っているが、課題としては、出所者が仮釈放をもらうためだけにダルクへの入寮を希望する場合があることが挙げられており、保護観察所の環境調整の段階でこれらの見極めを望む意見もある。

医療機関に関しては、そもそも薬物依存症の治療に当たる医療機関が少ないこと、加えて国の方針で精神科病院の病床数が削減されていることが指摘されている。連携の課題としては、地域によっては病院での受診そのものを拒否される場合があること、個人の医師がダルクに理解を示していたとしてもその医師の異動で医療機関の利用が困難になる場合があること、過剰な量の向精神薬を処方される場合があること等が挙げられている。

精神保健福祉センターとの連携においては、センターでの相談事業に来た薬物依存症者をダルクに繋げる等の協力もなされている一方、依存症であればアルコール依存やギャンブル依存

も含めて、丸投げ状態でダルクへの紹介が行われるような場合もあることが課題として指摘されている。

(2) 運営資金の確保

全国 68 施設のうち、障害者自立支援法上⁵⁷の施設として資金援助を受けているものが 23 施設、計画中または希望しているものが 21 施設、予定もないものが 24 施設であり、ほぼ 3 分の 1 ずつであった。自立支援法上の施設は、支援法上の施設に移行する予定のない施設と比較して、年間収入の平均が低く、経済的に恵まれた施設ほど自立支援法上の施設に移行する必要性を感じていないことが窺える。

2006 年の障害者自立支援法の施行に伴い、公的資金援助を受けるために法人格を取得するダルクが増えている。実際、施設運営を行う 45 団体のうち、24 団体が既に法人格を取得、9 団体が法人化を計画中であり、法人化を予定していないのは 12 団体のみであった。法人化した団体のほとんどは NPO 法人であり、法人化した主な理由として最も多かったのは「公的補助金を受けるため」(83.3%)であった。逆に、法人化しない理由には「法人化によって活動に制限が出てくるから」(38.1%)等が挙げられた。

生活保護の受給状況は、依然として高く、1 施設当たりの受給率の平均は 67.7%である。利用者全員が生活保護受給者であるという施設は 16 にも上っている。福祉事務所との関わりでは、以前と比べればダルク利用者の生活保護が認められやすくなっているものの、依然として福祉事務所毎での対応の違いは残されている。

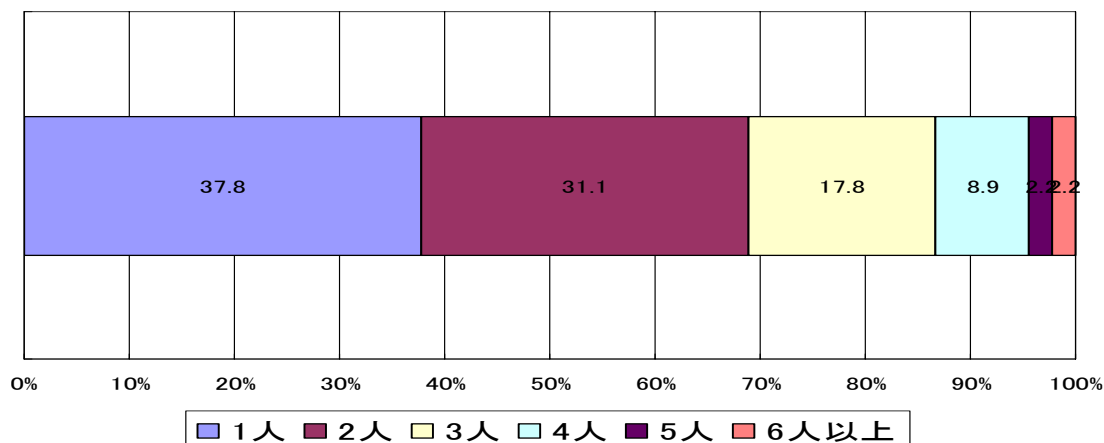
これらの資金面での課題は、ダルクのスタッフの人数・給与といった労働環境にも影響を与えている。ダルクの運営資金で雇用できるスタッフの人数は限られており、37.8%の団体ではプログラムに関わる有給常勤職員は 1 人のみである(図 7)。また、スタッフの 70.9%は年収 300 万円未満の者である(図 8)。このように、スタッフの福祉厚生は充実しているとは言い難く、スタッフ個人の意欲や責任感によって活動が支えられている実態が窺える。

3. ヒアリング調査

以上、先行研究として「全国ダルク調査」(2004~2005 年)と「薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査」(2008 年)を取り上げた。本稿では、先行研究で示された課題を基礎としつつ、それらを 2016 年現在のダルクの状況と擦り合せ、今まさに何が課題となっているかを明らかにするためにヒアリング調査を行った。

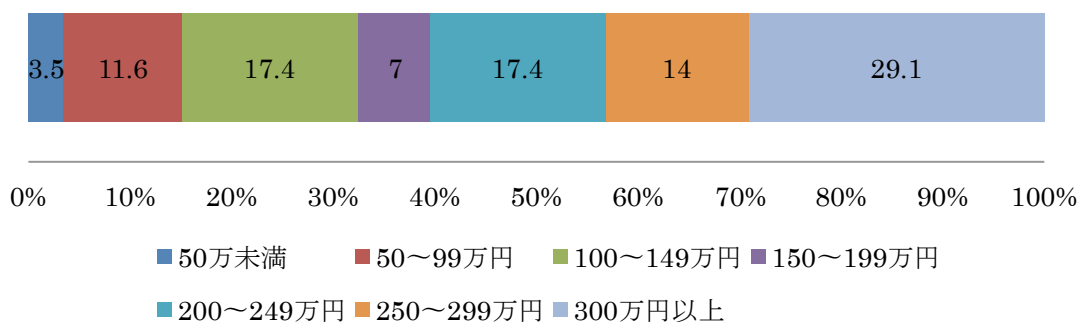
⁵⁷ 法改正により、2013 年 4 月からは「障害者総合支援法」となっている。

図7 プログラムに関わる有給常勤職員



出典：薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査

図8 ダルクにおける1年間の給料



出典：薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査

(1) 調査の目的

ヒアリング調査の目的は2つあり、1つは先行研究で示された課題（表7）が2016年現在でどのような進展を見せているのかを追跡すること、もう1つは先行研究当時にはなかった新しい事情がダルクの現状にどのような影響を与えているかを調査することである。

先行研究当時にはなかった新しい事情として、特に「自立準備ホーム」について検討する。これは、保護観察所が民間の事業者に対して、行き場のない刑務所出所者等への宿泊場所・食事の提供等を委託するというものであり、法務省の「緊急的住居確保・自立支援対策」として2011年から開始された。住居の定まらない薬物事犯者について、自立準備ホームとして登録されたダルク等に宿泊場所の供与等を委託する取り組みが行なわれている他、2012年からは薬物

表 7 先行研究で示された課題

① 他機関との連携	刑務所との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・刑務所内での処方薬依存になった出所者を引き受けることの懸念。 ・刑務所内での処方内容の不開示。
	保護観察所との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・仮釈放目当てでダルクに身元引き受けを申し込む者の環境調整段階での見極め。
	医療機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ダルクで精神病症状のある者に対応することの困難。 ・違法薬物使用者に対する受診拒否。 ・特定の医師との間でのみの連携。 ・向精神薬の過剰な処方。
	精神保健福祉センターとの連携	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物に限らない依存症者全般のダルクへの丸投げ。
② 運営資金の確保	生活保護の利用	<ul style="list-style-type: none"> ・地域毎での福祉事務所の対応の違い。 ・ダルクと福祉事務所との間での回復イメージの隔たり。
	総合支援法上の施設への移行	<ul style="list-style-type: none"> ・元々の自由な活動の制限。 ・慣れない事務作業の増加。

依存回復訓練⁵⁸の委託も行うことができるようになっている⁵⁹

自立準備ホームに対して支払われる委託費は、慢性的に資金不足に悩むダルクにとっては、運営資金確保のための新たな選択肢になり得る。一方、ダルクが法務省からの委託を受けるにあたっては、入寮者が薬物を再使用してしまった場合の対応が問題となる恐れがある。入寮者の再使用を発見した際、ダルクがそれを通報しなければならないと解するならば、再使用をスリップと呼び、回復の一過程であると認めているダルクにとって、自立準備ホームは非常に利用しづらいものとなる。ヒアリング調査により、自立準備ホームの登録状況とその通報義務について明らかにする。

⁵⁸ 覚せい剤等の使用経験のある者のグループミーティングにおいて、保護観察対象者等が自らの体験を発言し、そして他者の体験を聴くことによって、薬物依存に至った自分の問題性について理解を深めるとともに、覚せい剤等に対する依存の影響を受けた生活習慣等を改善する方法を習得することを目的として、入所又は通所の形態で行うものとされる（平成 24 年版犯罪白書）。基本的には自立準備ホームの委託と共に行われるが、通所の形式の場合では回復訓練単独での委託もあり得る。

⁵⁹ 平成 24 年版犯罪白書。

(2) 対象者

ヒアリング調査は、以下の通り、関東圏の 4 ダルクのスタッフで施設運営に携わる方、及び法務省・厚労省の職員の方を対象に計 6 回実施した。なお、ダルクのスタッフへのヒアリングでは質問項目全てについて話を伺ったが、法務省・厚労省の職員の方には各省の所掌の範囲内で伺った。

第一回：岩井喜代仁 氏（茨城ダルク 今日一日ハウス）

第二回：石井周作 氏（法務省 保護局）

第三回：森田邦雅 氏（NPO 法人 東京ダルク）

第四回：朝倉崇文 氏（厚生労働省 社会・援護局）

増田大樹 氏（同上）

第五回：白川雄一郎 氏（一般社団法人 千葉ダルク）

第六回：栗坪千明 氏（NPO 法人 栃木 DARC）

(3) 質問項目

①他機関との連携に関しては、対象となるダルクが、刑務所、保護観察所、医療機関、精神保健福祉センターの 4 機関と連携して各々どのような取り組みを行なっているのか、その取り組みの中でどんな不具合が生じているかについて尋ねた。

②運営資金の確保に関しては、ダルク利用者には経済的に余裕のない者も多いとされるが、彼らの生活保護申請において福祉事務所の協力は得られているのかについて尋ねた。また、ダルクの資金不足を補うために行政から援助を受け得る場合として、自立準備ホームに登録する場合と総合支援法上の施設へ移行する場合とがあるが、これらの制度を利用しているかどうか、利用するにあたってどのような不具合が生じているかについて尋ねた。

①他機関との連携について

- ・ 刑務所との連携
- ・ 保護観察所との連携
- ・ 医療機関との連携
- ・ 精神保健福祉センターとの連携
- ・ その他の課題

②運営資金の確保について

- ・ 生活保護の利用

- ・ 自立準備ホームの登録
- ・ 自立準備ホーム登録時の通報義務
- ・ 総合支援法上の施設への移行

(4) 結果

ヒアリング調査の結果は以下の通りである。なお、各回の調査における質問内容はそれまでの調査結果に影響を受けているため、調査の実施順に記載した。

第一回：岩井喜代仁 氏（茨城ダルク 今日一日ハウス）

①他機関との連携について

・刑務所との連携

刑務所での薬物依存離脱指導には、茨城ダルクも協力している。しかし、ダルクに対する理解度は部署毎でかなり差がある。受刑者本人がダルクでの身元引き受けを望んでいても、ダルクに不信感を持つ刑務官に親を身元引受人にするよう指導され、結局断念してしまうケースもある。このような形で受刑者がダルクに繋がる機会が失われることもあるので、刑務所との連携はあまり役に立っているとは感じていない。

刑務所の情報開示には不満を感じている。ダルクで身元引受人をする場合、例えば、「今までどんな薬を飲んでいたか」とか「刑務所の中でこの薬を飲んでいるから、出所したら治療して下さい」とかいった出所者についての情報開示がない。

・保護観察所との連携

身元引受をする場合の環境調整等で連携を取っている他、保護観察所での覚せい剤事犯者処遇プログラムにも参加している。プログラムの対象者が1人しかしないと、ミーティングにならないので、1人のために4、5人で行く場合もある。

・医療機関との連携

ダルクを作る時には、最初に医療機関を探す。医療機関が面倒を見てくれなかったら、ダルクは成り立たない。

医療機関については、茨城は恵まれている。私が24年間掛けて関係を築いてきたので、今のところ連携は良い。もっとも、医者が変わってしまったらどうなるか分からない。病院は医者次第だから、医者がもう診ないと言ったら全部潰れてしまうかもしれない。

・精神保健福祉センターとの連携

精神保健福祉センターでSMARPPをやる動きが広がっているが、SMARPPに関して誤解が広まりはしないか懸念している。SMARPPは本来、自助グループに繋ぐための入り口でしかないのに、それ自体に治療効果があるかのように勘違いしている人もいる。SMARPPだけで回復するものではないと注意喚起することが必要だと考えている。

・その他の課題

精神障害を持っている人は、一旦は精神病院に入れて、社会に出られるようであれば社会復帰、出られないようであれば精神障害者施設に行く。しかし、一般の施設には薬物依存の障害

者は入れてもらえない。施設内で薬物を蔓延させられると困るから受け入れてもらえないので、茨城では薬物依存且つ精神障害の人のための施設を作らざるを得なかった。

今は、刑務所を出所した人が、直接ダルクに来ているが、この間を埋める中間施設が必要だと感じている。出所したばかりの人は、欲求が大きかったり我が儘だったりするので、刑務所での生活の「垢」を抜いて、一般社会に受け入れられるようにしなければならない。そうしないとダルクの元々の目的であるプログラムに専念できない。

②運営資金の確保について

・自立準備ホームの登録

茨城ダルクでも自立準備ホームの制度は利用している。出所者がダルクにいる 6 ヶ月間は法務省からお金が出ている。金額的には、1 日当たり、およそケア費 2,000 円、食事代 1,500 円、宿泊費 1,300 円、プログラム費が 1,000 円ちょっとで、6,000 円ほど度。月々 180,000 円もらっている。

問題として感じているのが、この中に医療費が含まれていないこと。刑務所から出てきたら、刑務所内で飲んでた薬の問題等があるので、茨城ダルクでは必ず病院に通わせるが、その医療費が出ない。

・生活保護の利用

自立準備ホームの期間中の医療費については、自治体に生活保護の中から医療扶助を単給してもらおうことで賄うように法務省からは言われている。しかし、いざ福祉事務所に医療扶助の単給を申請に行くと断られることがある。人口 35,000 人ほど度の結城市が何十人も生活保護で面倒を見るのは難しいという現実があるのだろうが、同じ行政なのだから法務省と厚労省の間で調整をしてもらいたいと感じている。

自立準備ホームの期限が切れると、今度は医療扶助の単給から通常的生活保護に切り替えることになる。この申請も嫌がられているのは同様だが、この段階で断られたケースはない。

・自立準備ホーム登録時の通報義務

ダルクの創設者の近藤恒夫氏は、再使用時の通報義務があるから嫌だと言っている。

茨城ダルクは自立準備ホームを利用しているが、再使用したと思われる入寮者が戻ってきても通報はしない。本人達には「使ったら通報する」と言っているが、実際に通報したことはない。

・総合支援法上の施設への移行

最近だと NPO 法人に切り替えて、グループホームとか、ダルクでもいろんなことができるようになってきている。全国のダルクでも半分くらいは制度を利用している。

ただ、茨城ダルクは、自立準備ホームの登録はしているが、他の制度で補助金を受けてはいない。制度を利用しないのは、行動が縛られて、自由がなくなるのが嫌であるから。例えば、制度を利用するとなると、「施設長は1日6時間以上施設にいないといけない」とかいった縛りが出てくる。

また私の場合、全国を飛び回って身元引受人をやっている。面会のための交通費を親が払ってくれる場合もあるが、それもごく僅かに過ぎない。制度を利用するとなると、全国を飛び回る経費を自由に支出することも難しくなる。

もっとも、補助金をもらった方が、運営が楽になるのは間違いない。そこは各ダルクが選択している。

第二回：石井周作 氏（法務省 保護局）

①他機関との連携について

・ 刑務所との連携

薬物依存離脱指導を全ての刑務所で実施している。その中で自助グループとの関わりという項目があり、ダルクの人やNAの方に来て頂いて、ミーティングを実際に体験したり、話を聞いたりしている。イメージとして、ダルクに行く人は依存がかなり進んだ人であるという印象が強く、「自分はそこまでじゃない」と思っている人にとってはハードルが高い。そこで、これをきっかけに「少し行ってみても良いか」と思ってもらおうという連携を行っている。

ダルクが身元引受人になる場合でも、出所者の情報というのは機微情報ではあるので、その出し方については非常に慎重である必要がある。仮に出所者本人が同意していたとしても、最終的にダルクの側が引き受けを拒否する場合もある。言われたまま全部出せるものではないと考えている。

・ 保護観察所との連携

ダルクの方には、保護観察所でのプログラム提供に協力してもらったり、自立準備ホームでの住居確保に協力してもらったりしている。その他に、引受人家族会という、引受人の家族が困った場合にどこに連絡をしたら良いか、どんな苦労があるかという話し合いにもダルクの方に参加してもらっている。

②運営資金の確保について

・ 自立準備ホームの登録

法務省としてできるのは、実際に法務省としてお願いをした場合に、それに見合う分のお金を支援するということである。そこで自立準備ホームという住居確保の仕組みがあって、登録してもらえると保護観察中ではあるけど保護観察対象者を受け入れてもらったことに対してお金を払うという形を取っている。後は、ダルクで行っているミーティングに参加させてもらうということに対して、薬物依存の回復訓練という形でお金を支払っている。

障害者総合支援法の自立訓練等と法務省の自立準備ホームは、基本的に、住居確保という意味では同じなので、そこに対する費用が二重払いにならないように調整されてはいる。薬物依存回復訓練の委託に関しては、厚生省の側からはお金が出ないので、厚労省の制度を利用している場合でも法務省からお金を出すことができる。

・ 自立準備ホーム登録時の通報義務

通報義務をどこまで考えるかは難しい所であるが、グループミーティングの中で入寮者が再

使用を告白したとして、それを我々に教えなくとも別に問題はないと考えている。使っている場面を現認する等であれば別だが、我々は捜査機関ではないので、どちらかと言えば支援の立場に立って保護観察を実行していく。

・総合支援法上の施設への移行

ダルクは一応施設運営をしているので、それなりにお金をもらっている。施設自体はそもそも入寮者の数が限られており、受け入れることができない場合もある。受け入れを拒否するという選択も当然可能である。後は、ダルクがどうしたいかそれぞれの考え方次第ではないか。補助金なり委託なりをやるとすれば、ある程度の影響下に置く必要が出てくる。ダルクとしては、自分たちの独自性を保ちたいという所も大きいだろう。

障害者総合支援法は元々、障害福祉の枠を柔軟に活用できるようになっている。制度の利用がダルクの活動を阻害しているようなことは、あまりないのではないか。

第三回：森田邦雅 氏（NPO 法人 東京ダルク）

①他機関との連携について

・ 刑務所との連携

東京ダルクとしては、刑務所内の受刑者を対象に行われるプログラムの講師として平成 19 年から呼ばれている。薬物依存症は病気であって適切なケアをすれば回復できるというメッセージを届けたり、刑務所にいる間からダルクに触れる機会を作り、出所後に繋がりやすくしたりしている。ダルクは公的な施設ではないので、安くはあるが、ある程度の謝金は頂いている。

・ 保護観察所との連携

保護観察所では、6 ヶ月以上の保護観察の人に対して SMARPP を土台にしたプログラムを実施しており、東京ダルクからもアドバイザーやコメンテーターとして概ね一月に 1、2 回の頻度で人を出している。

他にも、新任の保護観察官の研修会の講師として薬物依存のリハビリとはどういうものかを話したり、引受人会での勉強会の講師として観察所に行ったりといった連携を 4、5 年ほど続けている。監獄法が変わって以降、国としても薬物依存症の問題を放っておけなくなったのではないか。

・ 医療機関との連携

医療機関との関係では、違法薬物の依存症者が薬物を止めたくて医療に繋がった場合、医者に通報される場合がある。違法薬物の依存症者とは関わりたくないということなのか、受診拒否のような態度を取られ、「うちの病院に来るなら通報を前提として来てください」と言われてしまう。通報が前提となると、本当に止めたいと思っている依存症者や家族もどうしたら良いのか分からなくなる。ダルクでは医療行為はできないので、まず病院で解毒入院させ、その後リハビリを行うが、病院を紹介しようにも通報されるか分からないのでは難しい。医療機関での守秘義務と通報義務のどちらが優先するのかが法的に明確でなく、個々の病院や医者の判断に委ねられているのが現状である。

懇意にしてもらっている医者もいるが、組織単位ではなく、あくまで病院に勤めている 1 ドクターである。依存症者が来るのは、その先生が当直に出ているときにだけとは限らない。

薬物依存症に人の中には精神障害との合併症の人が多く、ダルクでも半数の人は向精神薬を切ると精神症状が出る。医者の一部には、薬物さえ使わなければそれが「回復」だと考え、妄想や不眠の症状があればすぐに薬を出し、なかなか薬を切りたがらないような人もいる。多量の向精神薬に依存してしまうと、逆に解毒治療が必要になる場合もある。薬物依存を診ることができる医者が少ないというのもあるが、依存症者が通報を恐れて精神症状のみを伝えた結果、

医者が薬物依存に気付かないということもある。

- ・精神保健福祉センターとの連携

精神保健福祉センターでは、依存症者の家族に対して家族教育プログラムや相談事業を行っている。家族教育プログラムは全7回ほどあり、うち2回に講師として参加している。相談事業に関しては、精神保健福祉センターに非常勤の相談員として出向したダルクスタッフが、家族の相談を聞き、その内容を精神科医やソーシャルワーカーと一緒にケースカンファレンスにかけるといった活動を行っている。これらの活動を平成10年頃から続けている。

②運営資金の確保について

- ・生活保護の利用

薬物依存症者がお金のあるうちは薬物を使ってしまうので、止めたいと思っている人は経済的に破綻している人が多い。福祉事務所に相談すると、ダルクの利用を条件に生活保護を受給できる場合がある。

ダルク利用者が生活保護を断られることは、最近はあまりない。最初の頃は「薬物依存は犯罪ではないのか」「働こうと思えば働けるのではないか」と言われることもあったと聞いているが、今は、ダルクのスタッフが付いて行って且つ本人が正直に「人生を立て直したい」と伝えれば生活保護を受給することができる。もっとも、都市と地方で温度差があるとは聞いている。

- ・自立準備ホームの登録

刑の一部執行猶予が施行される前段階として、保護観察所が全国のダルクに自立準備ホームの登録を呼びかけてきた時期があり、一度は東京ダルクも登録を検討したものの、結局登録はしていない。自立準備ホーム期間中の医療扶助の単給や期間終了後の生活保護への切り替えについて、ダルクのスタッフが保護観察所と一緒にダルクホームのある荒川区の福祉事務所に相談に行ったことがあるが、荒川区には応じてもらうことはできなかった。

それに加えて、刑務所を早く出するためにダルクを利用する人もいるのではないかと懸念した。仮釈放で来る人は、満期になった段階で出て行ってしまう場合が多い。満期後もプログラムを継続することを条件にダルクで受け入れても、結局満期で出て行ってしまうので、仮釈放の人の受け入れは行っていない。

- ・自立準備ホーム登録時の通報義務

再使用は、ダルクのスタンスとしては病気の再発なので、通報義務よりも守秘義務を優先し、それを言わなければ良いのではないかと思う。他のダルクで通報したという話は聞いている。

法務省としても「察してください」というような対応で、立場上、通報しなくても良いとは言えないということではないか。

・総合支援法上の施設への移行

現在、数え方にもよるが、全国で 40 くらいの地域で約 60 のダルクが活動しており、その半数以上が法人格を持っている。ほとんどが NPO 法人である。以前は補助金が得られなかったダルクだけれども、今は法人格を作れば制度を利用できるようになっている。障害者総合支援法上の生活訓練、就労継続支援 B 型、グループホーム、福祉ホーム等の枠組みで、安定的に活動をしていこうと思えば制度を利用できるようになっている。

ダルクの中でも補助を受けたいダルクと受けたくないダルクがある。受ける場合のデメリットとして、申請や報告といった事務作業が煩雑になり、以前ならしなくても良かった仕事をしなければならなくなることがある。個別に支援計画を立てたり、どういう支援をしたか書類を残したりということが必要になってくるが、ダルクのスタッフは今まであまりそういうことはしておらず、どちらかと言えば大工の職人のように、人との関わりの中で先輩の良い所を真似していきながらケアを学ぶというやり方だった。現在は制度を利用するか否か選択できるようになっており、ダルクによっては今までの補助金を受けない方法でやっていく所もある。ただ、今のスタッフは、ダルクを最初に始めて広めていった世代の次の世代や更にその次の世代になっている。彼らが家族を持てるようにするには、ある程度収入が必要で、何らかの制度を利用するダルクの方が多い。

東京ダルクも NPO 法人として法人格を持っている。当施設（ダルク・セカンドチャンス）は定員 20 名。元々は生活訓練の施設だったが、平成 27 年から生活訓練と生活介護の多機能型になっている。日暮里の寮（東京ダルク）は定員 9 名で、福祉ホームを利用している。

制度の利用にあたっては施設基準の面でしっくり来ない部分も感じている。昨年東京ダルクから独立した八王子ダルクも制度利用を目指していたのだが、その際にはバリアフリー条例の適用を受けてエレベーターの設置を義務付けられたり、多機能トイレの設置が必要になったりと、薬物依存症者の生活に必要なことまで求められた。

第四回：朝倉崇文 氏（厚生労働省 社会・援護局）

増田大樹 氏（同上）

①他機関との連携について

・医療機関との連携

依存症を専門的に診ることのできる医療機関が不足しているという指摘が前々からあり、まず地域の拠点となるよう医療機関を整備しようと、全国 5 箇所モデル事業を実施している。モデル事業の中では、拠点となる医療機関を中心に、民間団体、家族会、地域の医療機関が連携して、協議会を開催し、その地域の現状認識や依存症治療に対する知見を共有するといった取り組みが行なわれている。

薬物依存症を診ることができないという医師、看護師は多いが、それは、対処できないという怖さから来るものではないか。対処できるよう技術を身に付けてもらうやり方も今後は必要かもしれない。依存症の人の話を聞くというのはそんなに難しいことではなく、SMARPP くらいの認知行動療法ならば医者が 2、3 時間読み込めば分かってしまう。SMARPP は有名になりつつあり、今のところ全国 65 箇所で開催されている。

SMARPP を実施する医療機関が少ないことの理由の一つに、診療報酬が付かず、手間が掛かる割に報酬がないことが指摘されていた。そこで、今年 4 月から診療報酬を取れるようにした。ただ、SMARPP 自体に手が掛からないかと言うとそうでもなく、診療報酬算定のためには医者を 1 人、1 回 90 分のプログラムで、説明も含めて計 2 時間ほど拘束することになる。医師の拘束時間が長く、患者が多く来ない限りは赤字になる。それでも診療報酬化はニュースとなり、医療機関や精神保健福祉センターに知られることで、全体の機運を高める効果を果たしている。

・精神保健福祉センターとの連携

精神保健福祉センターで実施している SMARPP のプログラムに、ダルクのスタッフを当事者講師として呼ぶことは多い。多くの場合は、当事者講師を 1 人呼んで、精神保健福祉センターの職員が 2、3 人入るといったような運営がなされている。当事者講師を呼ぶのは、当事者講師がいなくてワークが進まないからという訳ではなく、ダルクの人に合わせるが目的であると言われている。最初は皆「ダルクなんて怖い所には行きたくない」と言うので、徐々に慣れさせるという意味がある。もっとも、一口にダルクと言っても玉石混合であり、声の掛からないダルクもある。

その他には、特定相談の事業でピアカウンセラーのような形で当事者を呼んでいる所や、家族教育プログラムの実施にあたってダルクのスタッフがアドバイザーのような形で入っている所もある。これは厚労省に直接関係ない事業にはなるが、回復者を何ヶ月かに 1 度呼んで来て依存症者の家族に話をしてもらい、その都度講師にお金が払われるという形で実施されている。

②運営資金の確保について

・生活保護の利用

ダルク利用者が生活保護の受給を断られるのは、かなり減っているのではないかと。働けるのに生活保護を受給するのが良いのか悪いのかは難しいところであり、ダルクの考えとしては「対人関係のストレスが引き金になって再使用をしてしまうので、まずはある程度の回復が必要」ということであろうが、外から見れば疑問にも思う部分もある。

ダルクを利用することで生活保護が受けやすくなることもあるが、必ずしも間違ったことではない。ダルク入所が、回復に対してやる気のない人のやる気を育てるきっかけになる。

・総合支援法上の施設への移行

厚労省として数を把握している訳ではないが、グループホーム、生活訓練等の形式でやっているダルクがあるとは聞いている。本来は、例えば本当に生活に困る人がバスに乗る練習をするような場合を意図した制度であるのに対し、ダルクではスポーツ等のレクリエーションが行なわれており、元々の趣旨からは違っている気もする。しかし、薬物依存のためのシステムというものはないので、他の制度の基準を甘くして地域毎で流用しているということではないか。

制度の利用とはまた別に、責任者の経営能力の高い低いという問題がある。薬物依存症者には少ないが、元経営者であった施設長であれば、潤沢な資金の確保とまでは行かずともちゃんと運営ができている場合が多い。

厚労省としてダルクの運営資金を補助するということはしておらず、現状においては、研修事業を通してダルク等のスタッフの質の担保を図っている。

第五回：白川雄一郎 氏（一般社団法人 千葉ダルク）

①他機関との連携について

・刑務所との連携

今はもう全国ほぼ全ての刑務所での薬物依存離脱指導にダルクが協力している。私が千葉ダルクの責任者になってから、横須賀刑務所と横浜刑務所、あとは久里浜少年院に通ってきており、連携は進んでいると感じている。

刑務所出所者の身元引受人をする際には、保護観察所を通して情報をもらうことができている。昔は、刑務所内で飲んでいた薬も数日分も渡されないまま、飲んでいた薬の情報も持たない状態が出てきていたが、今でかなり改善されている。千葉では、地元の保護観察所に行けばどんな薬を飲んでいるかという情報はもらうことができる。しかし、これも刑務所・保護観察所毎で対応が異なる。

・保護観察所との連携

仮釈放で出てきた人に対しては保護観察官が全 5 回のプログラムをやるが、その後、保護観察期間が終わるまでの間のアフターフォローのプログラムを月に 1 回、ダルクから人を出して保護観察所で実施している。他にも、3 ヶ月に 1 回、引受人会に行き話をしている。

・医療機関との連携

医療機関はダルクの生命線のようなもので、千葉ダルクの利用者は 40 人くらいであるが、そのうち 6 割は向精神薬を飲んでいる。千葉には下総精神医療センターという、日本では数少ない薬物専門病棟を持った医療機関があるため、全国にあるダルクの中でもかなり連携の取れている方である。

しかし、一般の精神科との連携には課題を感じている。薬物に詳しい医者は一般の精神病に詳しくなく、薬物使用自体は止まっているけれども慢性の精神疾患になっているようなケースでは、下総だけでは面倒を見切れない。薬物依存に強い医療機関だけでなく、一般精神に強い医療機関とも連携を取っておく必要がある。

・精神保健福祉センターとの連携

今から 9、10 年前から多摩の精神保健福祉センターから要請があり、月に 2 回、TMARPP のコ・ファシリテーターとして 5 年ほど通った。この 2、3 年は、千葉の精神保健福祉センターに週 1 で通って認知行動療法を実施している。

②運営資金の確保について

・生活保護の利用

千葉氏の中央区では、生活保護の利用を煙たがられるようなことはない。今までにも断られた人はいない。

しかし、生活保護の金額は徐々に減額されている。例えば、家賃 150,000 円の建物を 8 人で利用している場合、頭数で割ると 1 人 20,000 円の家賃になる。これを昔は千葉市は生活保護の上限である 45,000 円まで出してくれていたため、その差分でスタッフの給料を捻出することができていた。最近では減額されているため、スタッフの給料を払うのが難しくなっている。

・自立準備ホームの登録

自立準備ホームには千葉ダルクも登録している。ただ医療費は出ないので、法務省が自立準備ホームで面倒を見てくれている大体 3 ヶ月の間は、千葉市に医療扶助を単独給付してもらわないといけない。

金額としては、地域の生活保護と満額の入寮費の丁度中間で 150,000 円くらいである。千葉市であれば生活保護が通常 125,000 円で、ダルクの入寮者はそれに NA に通う交通費が付いて 135,000 円前後になる。自立準備ホームの金額は、家族負担で入寮費を満額もらう場合の 160,000 ～170,000 円には満たないものの生活保護費よりは割高であり、自立準備ホームでの引き受けに対しては積極的である。

・自立準備ホーム登録時の通報義務

もし仮に目の前で入所者が注射を打っていたとしても、私は覚せい剤かどうか判断するキットを持っている訳ではなく確認もできないので、通報はしない。法務省も取り締まり機関ではないので、通報しなくて良いとは言わないが、そういう空気感にはなっている。

・総合支援法上の施設への移行

千葉ダルクは今年の 7 月 15 日に一般社団法人になっており、10 月 1 日から生活訓練の施設として運営する予定。法人化するまでは、利用者本人やその家族からの利用費、生活保護、保護観察所や精神保健福祉センターに行った時の謝金を運営資金に充てていた。しかし、利用者 40 人がいるとスタッフも 6、7 人で、彼らが共働きしながら結婚できるくらいの給料を払おうとすると制度を利用する他ない。

制度を利用するデメリットは、今までの自由な活動ができなくなること。今までであれば、雰囲気が悪いときはその日のプログラムを休みにするようなこともあったが、制度を利用して月間予定、週間予定を出すことになるとそういう動きはできなくなる。ただ、今までのフリー

ハンドな部分を残すために、生活訓練の建物だけ法人化し、ナイトケアに関しては今まで通りの運営を続ける。

制度利用にあたって、事務負担の増加が嫌がられるのは、ダルクのスタッフには就労経験がない人が多く、彼らにとっては負担が大きいのということではないか。

第六回：栗坪千明 氏（NPO 法人 栃木 DARC）

①他機関との連携について

・ 刑務所との連携

現在、2 箇所の刑務所（黒羽刑務所、喜連川社会復帰促進センター）と 1 箇所の少年院（榛名女子学園）と連携をしており、刑務所では認知行動療法系のプログラムの提供を、少年院では SMARPP のスーパーバイズとダルク・ミーティングの提供を行っている。これら薬物依存離脱指導への協力は、受刑者が出所した後に、ダルク等のプログラムに繋がれるよう慣れさせるという意味合いであると考えている。

刑務所出所者の身元引き受けをするにあたって、出所者が刑務所内で精神薬をどれくらい飲んでいるか、精神障害の有無がどのくらいあるかといった情報が提供されないといったことがかつてはあった。情報を出してくれないなら引き受けないと言って、保護観察所を通してやり取りした結果、今では過不足ない程度の情報が提供されるようになってきている。情報提供が難しいのは、個人情報であることに加えて、ただでさえ少ない刑務所内のドクターの負担が増えるからではないか。

刑務所内での処方薬依存については、若干ある。薬物依存症で精神症状が出ている受刑者が、刑務所の生活が辛くて向精神薬を多く要求してしまい、結果それに依存してしまう場合がある。

・ 保護観察所との連携

最初にやっていたのは保護観察所での講習会で、覚せい剤事犯の人たちを引き受ける家族とその担当保護士に向けて行っている。宇都宮保護観察所で年に 3 回ほど実施している。他には、保護観察所のフォローアップ・プログラムにおける SMARPP のファシリテーターとコ・ファシリテーターを東京と宇都宮の保護観察所でやっている。

認知行動療法では「薬を使ってしまった」とか自分の失敗を拾う方が効率は良いのだが、保護観察所のプログラムにおいては順守事項違反で再逮捕ということにもなり得るため、言い出すことは難しい。その所にはやりにくさも感じる。

・ 医療機関との連携

今は県立の岡本台病院と連携している。元々アルコール病棟があった病院なので、依存症に対する理解が深い。依存症と思われる人が病院に入院してきたら、ダルクに打診があり、本人との面接の後、ダルクに入寮というケースが多い。その連携をスムーズにするために、病院内でダルクのミーティングを行ったり、医療従事者とダルクで連絡会議を 2 ヶ月に 1 度開いたりしている。今のところ、関係はかなり良い。

しかし、医療機関の場合はドクターによるので、今の薬物依存症への理解のある院長が定年

を迎えた後のことは心配している。

- ・精神保健福祉センターとの連携

精神保健福祉センターで行っている家族教室に講師として関わっている。

平成 21 年頃からは、栃木ダルク、精神保健福祉センター、県警、県の薬務課の 4 機関で連携し、初犯の執行猶予者に対するプログラム提供を全国に先駆けて行っている。過去に犯罪歴のない人が覚せい剤取締法違反で捕まった場合に、県警から薬務課に連絡がなされる。薬務課の方で本人と面接をして、本人に参加の意思があれば、ダルクでの通所のプログラムや精神保健福祉センターの尿検査に繋げていくということを行っている。

- ・その他の課題

これまでは本人たちがハローワークに行き仕事を見つけていたが、経済的理由だけで仕事を選んでしまい、職業適性が考慮されないケースもあった。薬物依存症者には若い頃から薬物を使っていて、一度も働いたことのない人も多い。この人は一般職で大丈夫なのか、それとも障害者枠の方が良いのではないかと見極めをダルクで行うことは難しいので、ハローワークとの連携も進めていきたいと考えている。

ダルクの専門は薬物依存の回復支援であり、全ての問題に対応できる訳ではない。例えば薬物依存症者であっても、根本の問題は発達障害であったという場合もある。今は、薬物依存症者であればとりあえずダルクに繋いでおこうという雰囲気もあるが、事前に問題のコーディネートを行い適切な機関へ繋ぐようになれば、ダルクとしてもより専門性を発揮出来るようになるのではないかと。

②運営資金の確保について

- ・生活保護の利用

ダルク利用者の 7 割以上が生活保護受給者であり、運営資金の確保には苦勞している。栃木では福祉事務所に申請を断られるようなことはあまりなく、寧ろダルクに行ってもらった方が安心だという意識すらあるように感じる。

- ・自立準備ホームの登録

自立準備ホームに登録したのは平成 23 年の 6 月である。自立準備ホームの委託費に含まれない医療費については、当初は医療費の単給を断られてしまっていた。その後、保護観察所と県の医事厚生課で話し合いがなされ、家族もおらず医療費の確保が難しい人には医療費を単給するという事になった。当初、福祉事務所に医療費の単給を断られた際には、「入院であれば医

療扶助の単給で構わないが、通院であれば自己負担 1 割の自立支援医療費制度を利用してほしい」と伝えられた。

自立準備ホームの期限が切れた後の通常の生活保護への移行に関しては、県と 2 度ほど話をし、快く引き受けてもらっている。

自立準備ホームの期限は、今は大体 3 ヶ月であるが、薬物依存症者に回復動機が生まれるには短いのではないかと感じる。感覚的には 9 ヶ月ほどあれば、回復率はもっと上がるのではないかとと思う。

・自立準備ホーム登録時の通報義務

通報義務が課せられているのは、ダルクとしては本意ではない。しかし、ダルクの考えだけでやる訳にもいかないため、妥協点として現認主義に落ち着いている。今でも自立準備ホームを受けていない所はそこを理由に言う場合もある。

・総合支援法上の施設への移行

総合支援法内の施設として稼動するための基準は自治体毎で様々であり、栃木県の基準は厳しい。稼動のためにはサービス管理責任者を置く必要があるが、ダルクでの勤務はサービス管理責任者となるための実務経験として扱われない。一部の建物について総合支援法の施設にすることは必要だと考えているが、やりたくてもできない状況である。

運営費の足しにするために、一昨年からは他の営利事業として便利屋のようなことをやっている。具体的には草刈り、墓の管理、競売物件の室内清掃等である。本業を補填する事業をやらないと経営的に厳しい。

ヒアリング結果の整理

①他機関との連携について

・ 刑務所との連携

刑務所内での薬物依存離脱指導への協力や刑務所出所者の引き受け等の連携がなされている。薬物依存離脱指導への協力はいずれのダルクでもなされており、ダルクの協力の意義についても、受刑者が出所後にダルクに繋がりやすくすることであるということでも法務省とダルクの見解は一致している。しかし、受刑者本人がダルクでの身元引き受けを望んでいても、刑務官に指導され断念してしまう場合があることも聞かれた。

出所者を引き受ける場合、刑務所内での処方内容の情報提供については地域差があり、交渉の結果情報提供がなされるようになった地域がある一方で、依然として情報が開示されない地域もある。情報提供がなされない背景には、出所者の情報は機微情報であり、情報提供には慎重にならざるを得ない刑務所側の事情も窺われた。

・ 保護観察所との連携

保護観察所でのプログラムのファシリテーターや引受人会の講師を務めるといった形での連携がなされている。保護観察という制度の中で認知行動療法のプログラムを実施することの限界についての指摘はあったが、ダルクと保護観察所との連携で特に不具合が生じているという声は聞かれなかった。

・ 医療機関との連携

いずれのダルクも、今のところ医療機関との連携は取れていると回答している。しかし、薬物専門の医療機関がある地域を除いて、医療機関との連携は特定の医師との間のものであり、医師の転勤等の事情で連携が途切れることが懸念されている。

他にも、違法薬物の場合、医者守秘義務と通報義務のどちらが優先されるかが個々の医者・病院の判断に委ねられており、薬物を止めたいと思っているにも関わらず通報を恐れて病院に繋がれない場合があることや、向精神薬が多量に処方され逆に解毒入院が必要になる場合があること等が指摘された。

薬物依存症を診ることができる医療機関を整備するための施策として、モデル事業による拠点作りや診療報酬化による SMARPP の普及促進が行なわれている。

・ 精神保健福祉センターとの連携

精神保健福祉センターでの相談事業や家族教育プログラムにダルクのスタッフが協力している場合がある。また、地域連携が特に順調な地域では、ダルク、精神保健福祉センター、県警、

県の薬務課の 4 者で共同して、薬物事犯の執行猶予者にプログラム提供をしている事例も見られた。

依存症者をダルクへ丸投げするといった、連携面の課題は言及されなかったが、精神保健福祉センターでの SMARPP 実施が拡大することに対しては、SMARPP の過大評価に繋がるのではないかという懸念が示された。

②運営資金の確保について

・自立準備ホームの登録

ヒアリング調査を行ったダルクの中には、自立準備ホームの登録をしているものと登録をしていないものがあり、登録をしていないダルクでは、その理由として生活保護と自立準備ホームの調整に関して福祉事務所の協力を得られなかったことと、仮釈放目当ての者が入所を懸念したことが挙げられた。

登録をしているダルクでは、自立準備ホームの委託で支給される金額が生活保護費よりも高額であるとして制度利用に積極的な反応も得られた。一方で、制度を利用する際の不満な点としては、委託費の中に医療費が含まれておらず、委託期間中の医療費については福祉事務所に医療扶助の単給を申請し、期間が過ぎれば通常的生活保護に切り替える作業が必要であることが挙げられた。このような生活保護との調整は地域の福祉事務所と個別に行われており、保護観察所がその調整に協力している場合も見られたが、それでも不調に終わったものもある。

委託期間は 3～6 ヶ月であり、回復動機が低い者の動機付けを行うのには期間が短いとの指摘もなされた。

・自立準備ホーム登録時の通報義務

自立準備ホームでダルクに入所している者の再使用があった場合の通報義務に関しては、行為を現認したような場合を除けば、特に通報をしなければならないと解しているダルクは見られなかった。また、保護観察所としても再使用があった場合の通報をダルクに求めるようなことはしておらず、両者の間で認識の齟齬も見られなかった。

その他のダルクでは、自立準備ホームの登録を行わない理由に通報義務の存在を掲げているものも僅かながらあることは聞かれたが、ヒアリング対象のダルクにおいては再使用時の通報義務が自立準備ホームの登録を妨げているような事実は存在しない。

・生活保護の利用

ダルク利用者の多くが生活保護受給者であることは変わっていない。一般論としては福祉事務所との関係は良くなっており、ダルクへの入所を条件に生活保護が開始される場合がある等、

両者の間での回復イメージの隔たりも埋まってきている。

しかし、地域毎の差も大きく、財政状況に余裕のない自治体では受給人数が制限されたり、受給額が減額されたりしている。

・総合支援法上の施設への移行

ヒアリング対象のダルクには、従来から総合支援法上の施設として運営しているものから、移行を直前に控えているもの、移行の必要性は感じつつも基準をクリアできないもの、移行を選択していないものまで、多くのバリエーションが見られた。

移行を選択する最大の理由は、「ダルクの運営を安定させるため」「スタッフに給料を支払うため」であった。移行をしない理由及び移行後に生じた不具合としては、「自由な活動が制限されること」「事務作業の増加」が挙げられた。

総合支援法上の施設への移行は、一般論としてはかつてより容易になってきており、従来の任意団体としての自由な活動を維持するために敢えて移行を選択していないダルクがある一方で、地域によっては移行の基準が厳しく、移行を選択する余地がないダルクも見られた。移行すること自体を困難にしている要因として、バリアフリー等の障害者施設として満たさなければならない施設基準や、施設稼動のために必要なサービス管理責任者の実務要件としてダルク勤務がカウントされない場合があること等が挙げられた。

4. 考察

ダルクの抱える課題として、①4つの他機関との連携、②ダルクの運営資金の確保の2点について、先行研究（2004～2005年、2008年）とヒアリング調査を踏まえた上で考察を行う。

(1) ダルクによる出所者引き受けの際の配慮

①他機関との連携に関しては、先行研究の頃と現在で大きな変化は見られない。刑務所・保護観察所との連携では、特に出所者の引き受け段階が焦点となっており、「刑務所内での処方薬依存になった出所者を引き受けることの懸念」「刑務所内での処方内容の不開示」「仮釈放目当てでダルクに身元引き受けを申し込む者の環境調整段階での見極め」が先行研究で課題として示されていた。

このうち「刑務所内での処方薬依存になった出所者を引き受けることの懸念」についての言及は一部に留まっており、少なくとも悪化はしていないと思われる。「刑務所内での処方内容の不開示」については、一部の地域では保護観察所を通じたやり取りによって詳細な情報提供がなされるようになってきており、改善も見られている。刑務所を出所した者がダルクに入所すると、まず医療機関での解毒がなされるが、刑務所内での処方内容が分からないままではこの段階での支援が困難になる。出所後に医療機関で一から治療をやり直させることは、スタッフの人数が限られているダルクの労力を浪費させることになりかねない。今後は、出所者の効率的な回復支援のためにも、刑務所内でどのような処方がなされたのかという情報をできる限り提供していくよう配慮がなされるべきである。

また、「仮釈放目当てでダルクに身元引き受けを申し込む者の環境調整段階での見極め」についても、以前として課題であり続けている。自立準備ホームの登録していないダルクは、その理由の1つとして、ダルクを「腰掛け」として利用される不安について言及しており、保護観察所による環境調整の段階で出所者の回復動機をより詳細にアセスメントすることができれば、ダルクの側も安心して出所者の引き受けを行えるようになるのではないかと。

(2) SMARPP の普及促進

先行研究により、医療機関との連携に関しては、「ダルクで精神病症状のある者に対応することの困難」「違法薬物使用者に対する受診拒否」「特定の医師との間でのみの連携」「向精神薬の過剰な処方」という課題が、精神保健福祉センターとの連携に関しては「薬物に限らない依存症者全般のダルクへの丸投げ」という課題が示されていた。

ヒアリング調査から分かる範囲では、医療機関との連携は現在においても改善が見られず、精神保健福祉センターとの連携に関しては、「丸投げ」について直接の言及はなかったものの、課題が改善したというよりは、ヒアリング対象のダルクでは連携が比較的うまくいっていると

いうことに過ぎないと思われる。

ダルクの運営には医療機関との連携が不可欠であるにも関わらず、現状の連携の多くは特定の医師との連携に過ぎず、安定した連携が築けているとは言い難い。このような現状の根本的な原因は薬物依存症を治療する医療機関が非常に少ないということであり、厚生労働省が推し進めている SMARPP の普及促進により今後、薬物依存症を扱う医師が増加することが望まれる。一方、SMARPP が急激に普及することで、その効果が過大評価されるのではないかという懸念も示されており、普及促進にあたっては注意が必要である。

(3) 生活保護受給の容易化

②運営資金の確保については、先行研究の頃から状況に変化が見られた。先行研究では、生活保護に関するものとして「地域毎での福祉事務所の対応の違い」「ダルクと福祉事務所との間での回復イメージの隔たり」、総合支援法上の施設への移行に関するものとして「元々の自由な活動の制限」「慣れない事務作業の増加」という課題が挙げられていた。

生活保護は、かつては福祉事務所とダルクの間で回復イメージの隔たりがあり、入所中のスリップにより生活保護を打ち切られることもあったとされるが、現在では寧ろダルクに入寮することを条件に生活保護が開始されている場合もある。自治体の財政状況毎で対応が異なるのは現在でも同じであるが、一般論としてダルク入寮者の生活保護受給は容易になっている。

生活保護法は、「保護は、生活に困窮する者が、その利用しうる資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる⁶⁰」と保護の補足性について定めているが、この点については地域毎で柔軟な対応がなされていることが推察される。ダルク入寮者は一見すると「働くことができる者」であり、彼らに生活保護の受給を認めることは社会的にコストであるとも考えられるが、薬物依存症の回復が十分でないまま彼らを無理に就労させることは、結局彼らに薬物の再使用をさせることに繋がりがかねず、また結果として刑事司法手続きのコスト増をもたらす恐れもある。薬物依存症という病気、及びその回復のあり方について認知が広がり、現在のような柔軟な対応がなされつつあることは、日本の薬物依存症対策の1つの進展であろう。

一方、薬物依存症者の回復という利益は、国レベルで示されることはあっても、自治体レベルでは実感されにくい性質のものである。生活保護費の負担は、4分の3が国、4分の1は自治体であり、自治体の財政状況が福祉事務所のダルクへの対応にも影響を及ぼしている。ダルクによる回復支援では、薬物依存症者を他のダルクに紹介し、地元から遠ざけることも少なくない。そのため、地元出身者でもない者をわざわざ呼び込んで生活保護を受給させることに対し

⁶⁰ 生活保護法 4 条 1 項。

ては、自治体の反発も見られている。今後は、自治体が薬物依存症の回復支援に取り組むインセンティブをどのように確保していくのかという検討も必要であろう。

(4) 総合支援法上の施設への移行

総合支援法上の施設への移行は、自由な活動の制限や事務作業の増加と引き換えにはなるが、経営を安定させるために選択されている場合が多い。移行のための具体的な基準は自治体毎で異なっており、移行していない施設には、従来の活動を守るため敢えて移行していないものもあるが、基準を満たしていないために移行ができないものもある。

総合支援法上の施設へ移行する際の不利益として、自由な活動の制限や事務作業の増加が伴うことは、公的助成を受ける上では不可欠な要素であり、この点に関しては特に改善の余地はないと思われる。では、ダルクとしては移行の希望があるにも関わらず、自治体毎の基準をクリアできない場合があることに関してはどうか。例えば、ダルクが利用していることの多い自立訓練（生活訓練）では、事業所毎にサービス管理責任者の設置することが義務付けられている⁶¹が、サービス管理責任者となるために必要な実務経験としてダルクでの勤務がカウントされるか否かは都道府県毎で異なっている。仮に全国一律にダルクでの勤務を実務経験として認めようとするならば、「ダルク」を行政が何らかの形で定義することが必要になるが、団体毎で自由に活動しそれ故に拡大してきたダルクを、行政が定義付けするというのは、今までのダルクのあり方と馴染まないものであろう。結局、総合支援法上の施設への移行が叶わない場合はあるにしても、今まで通り地域毎で回復支援の実績を積み重ね、行政の理解を得ていくという方法しかないのではなかろうか。

(5) 自立準備ホームへの委託と医療費の関係

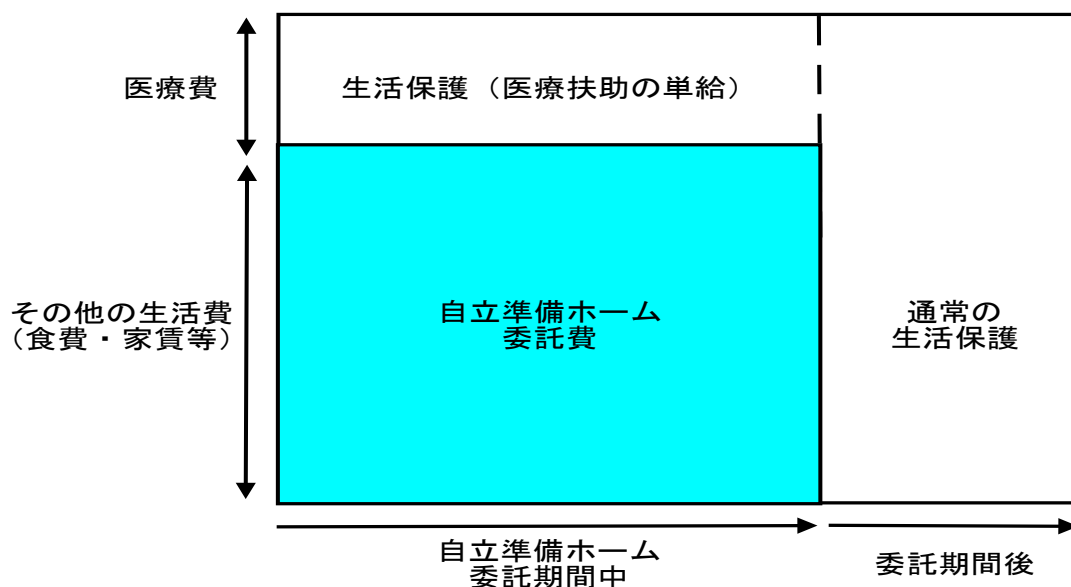
生活保護と総合支援法の 2 つの制度の他に、現在は保護観察所から委託される自立準備ホームの制度も利用されている。自立準備ホームの委託費は生活保護費より若干割高であり、且つ総合支援法上の施設への移行のような負担もないため、ダルクにとって比較的使い勝手の良い制度となっている。

しかし、その制度を利用する際の不満な点として、委託費の中に医療費が含まれていないことが挙げられている。そのため、自立準備ホーム委託期間中の医療費については生活保護の中の医療扶助を単給⁶²してもらい、委託期間後には通常の生活保護に移行するという形になる（図

⁶¹ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年九月二十九日厚生労働省令第百七十一号）、166 条 1 項 3 号。

⁶² 医療扶助のみの保護申請というものはなく、あくまでも生活保護の申請とそれに伴う要否判

図9 自立準備ホームと生活保護のイメージ



9)。今のところ、自立準備ホームの委託を受けるにあたっては、予めダルクが地域の福祉事務所に医療扶助の単給と期間終了後の通常的生活保護への移行について打診を行っている。保護観察所がこれに協力している場合もあるが、必ずしも福祉事務所の協力を得られている訳ではない。

福祉事務所が協力を拒む理由としては、委託期間中の医療扶助の単給と委託期間後の通常的生活保護への切り替えの2つが考えられるが、通常的生活保護自体はかつてと比べて受給しやすくなってきていることを考慮すれば、特に医療扶助の単給の部分がネックになっていると思われる。福祉事務所が医療扶助の単給に消極的な理由については、今回の調査からは必ずしも明らかではないが、ダルクが協力を断られる際に「通院であれば自己負担1割の自立支援医療費制度⁶³を利用してほしい」と伝えられている場合もある。日本全体の生活保護費の中で医療扶助が約半分を占めている⁶⁴状況もあり、福祉事務所としては安易な医療扶助を認めないように、

定の結果、全体に及ぶ保護か、医療扶助だけの保護かということになる。

入間市ホームページ「生活保護のしくみ」

http://www.city.iruma.saitama.jp/kenkou_fukushi/seikatsushien/seikatsushien01.html

⁶³ 精神疾患のため通院による継続的な治療を受ける場合の負担軽減を図る制度で、通常、医療保険では医療費の3割が自己負担となるが自立支援医療費制度を併用した場合、自己負担が原則1割に軽減される。

東京都「自立支援医療（精神通院）制度リーフレット」

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/chusou/tetuzuki/tetuzuki.files/H28ri-furextuto.pdf>

⁶⁴ 厚生労働省「生活保護制度の概要等について」

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/kijun23_05.pdf

生活保護の要否の判断を厳格に行っているということではないか。即ち、自立準備ホームへ委託されている者について保護観察所から施設に支払われている委託費を、本人のある種の収入とみなし、これが最低生活費を上回っているとして保護の必要性が否定されているということが考えられる。もしそうであるならば、ダルクが受け取る委託費は一般に生活保護費よりも割高であり、保護は認められないということになるが、委託費には委託に掛かる実費だけでなくダルクへの報酬も含まれており、少なくとも委託費の全額を本人の収入とみなすのは適当ではない。

福祉事務所で実際にどのような取り扱いがなされているかは、今回の調査だけでは不明であるが、いずれにせよ「委託期間中の生活保護の要否判定」、特に「保護観察所から支払われる委託費を本人の収入とみなすかどうか」が問題となっていると推察される。委託期間中の保護の要否の判断は地域毎で異なるのが現状だが、ダルクが刑務所出所者を引き受けるにあたっては本人を医療機関に連れていくことが少なくなく、仮に医療費をダルクの運営資金の中から自費負担しなければならないのだとすれば、自立準備ホームの制度はダルクにとって使い勝手の悪いものになりかねない。実際、自立準備ホームの登録を行っていないダルクには、その理由の1つとして福祉事務所の協力が得られなかったことを挙げているものもある。自立準備ホームの登録促進、及び現場でのスムーズな運用のためには、生活保護制度を所管する厚生労働省が、自立準備ホーム委託期間中の生活保護の要否判定について全国の福祉事務所に指針を示すことが望ましい。自立準備ホームを所管する法務省においても、厚生労働省へ制度趣旨の説明を徹底し、自立準備ホーム委託期間中の医療費の扱いが明確になるよう一層の連携を図っていくことが望まれる。

謝辞

研究論文の執筆にあたっては、指導教官を務めて下さった川出敏裕教授をはじめ多くの方にお力添えを頂きました。私は学部時代に卒業論文を執筆した経験がなく、論文執筆を思い立った当初は論文を書き上げることができるかどうか心許ないような状況だったのですが、川出先生にはそんな私の指導教官を快くお引き受け頂いただけでなく、なかなか進まない論文執筆を辛抱強くご指導頂きました。おかげ様でなんとか論文の提出まで漕ぎ着けることができました。ご多忙の中お付き合い頂き、誠にありがとうございます。

ヒアリング調査にあたっては、茨城ダルクの岩井喜代仁様、法務省の石井周作様、東京ダルクの森田邦雅様、厚生労働省の朝倉崇文様、増田大樹様、千葉ダルクの白川雄一郎様、栃木ダルクの栗坪千明様にご協力頂きました。拙いヒアリングではありましたが、皆様が熱心にお答え下さったおかげで充実した内容になったのではないかと思います。心よりお礼申し上げます。私自身の力不足もあり、論文では皆様にお話頂いた内容のほんの一部しかまとめられておりませんが、どうかご容赦下さい。

この論文執筆のきっかけは昨年の川出先生の授業で薬物犯罪について発表を行ったことでした。刑罰による抑止力が働きにくい薬物犯罪の再犯防止について考えるうちに、薬物依存症という病気及びダルクという団体について知り、「薬物依存症の回復支援」という私にとって目新しかったそのアプローチに惹かれ、研究を始めました。私はその研究を投げ出さずに論文という形でまとめることができたのも、皆様のご協力があったることだと思えます。最後に重ねてお礼申し上げます。