

Title	ベトナムにおける薬物依存症治療施設視察報告
Author	瀧尻 明子, 植本 雅治
Citation	大阪市立大学看護学雑誌, 9 巻, p.59-67.
Issue Date	2013-03
ISSN	1349-953X
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	Publisher
Publisher	大阪市立大学大学院看護学研究科
Description	その他
DOI	10.24544/ocu.20180403-056

Placed on: Osaka City University

ベトナムにおける薬物依存症治療施設視察報告

Inspection Report of Drug Addiction Recovery Institutions in Vietnam

瀧尻 明子¹⁾ 植本 雅治²⁾
Haruko Takijiri Masaharu Uemoto

要 旨

在日ベトナム人コミュニティでは阪神大震災以降ヘロイン依存症が増加している。その回復支援のあり方を考える上で、ベトナム本国でのヘロイン依存症に対する人々の認識、治療や社会復帰の過程などについての情報を得ることが必要であると考え、ベトナムの薬物依存症治療回復施設を視察した。

ベトナムでは依存症治療回復施設が各省に1～2か所以上と数多く設置され、そこでの治療・回復過程にかかる費用のほとんどを国が負担している。ヘロイン依存症者を犯罪者とは見なさず、犠牲者として専門施設で社会復帰させること、国際機関の協力による新たな治療法の導入や入所リハビリ体制の変革など、国を挙げた対策は日本も見習うべき点は多い。しかし非任意での施設収容、人権への配慮不足、法の未整備、医療人員の少なさ、HIV感染率や再入所率の高さなど解決すべき問題も多く抱えていた。今後は退所後の地域での取組みの実際も把握する必要がある。

キーワード：ベトナム、薬物依存症、ヘロイン、回復施設

Key Words : Vietnam, Drug addiction, Heroin, recovery institutions

I. はじめに

ベトナム戦争が終結し、1979年に日本政府がインドシナ難民を受け入れてから30年あまりが経過した。2005年度末にはその受け入れを終了したが、来日した難民の多くは日本に定住した。2011年末現在、全国で約4万5千万人のベトナム人が外国人登録をしている。その背景は難民出身者だけでなくその呼び寄せ家族や研修生、留学生など様々である。経済不況や震災、原発事故により、ここ数年で若干減少はしたものの、その数は2001年の約1万9千人から10年間で2.3倍強となっており、今後再び増え続けることが推測される。これは、あくまでも合法的に入国して居住している人々の数であり、統計に表れない不法な滞在者も相当数存在する（法務省、2001、2011）。また、帰化して日本国籍を取得し

た場合や、日本で出生し、両親のどちらかが日本人という場合はここには計上されないため、その数はさらに多いと考えられている。

兵庫県には、難民受け入れ当初より姫路市に定住促進センターが設置されていた影響で、ベトナム人が集住している。2011年末現在で約4,500人と報告されており、これは神奈川、愛知に次いで全国で3番目に多い数となっている（法務省、2011、兵庫県、2011）。

在日ベトナム人は2世、3世の世代も増え、その多くは日本の生活に適応し社会参加しているが、その一方で、移民難民に起こりやすい様々な問題を抱えている人も多い。神戸市のベトナム人コミュニティでは、阪神淡路大震災をきっかけとして、違法薬物であるヘロインに依存する人が増えた（沖田、2008、麻生、2002）。麻生（2002）によれば、ベトナム人ヘロイン依存症者は神戸市近辺に

2012年9月10日受付 2012年12月1日受理

¹⁾ 大阪市立大学医学部看護学科

²⁾ 神戸市看護大学

* 連絡先：瀧尻明子 〒565-0051 大阪市阿倍野区旭町1-5-17 大阪市立大学看護学研究科

とどまらず、関東地方からも神戸市内の病院に断薬目的で来院している。また、大槻ら（2005）は関東地方の精神科病院におけるヘロイン依存症の症例を報告しており、その広がりは一時的な限局的なものではない。

このところ国内の麻薬ヘロイン事犯については横ばいが続いているが、検挙人員が過去10年で最多となった2003年には、その約8割がベトナム人であった（警察庁、2004）。この数字を見ると、ベトナム人コミュニティのヘロイン汚染は看過できないものである。

筆者らは2005年より2年間、神戸市のベトナム人支援団体とともに薬物防止キャンペーンに取り組んだ（Nga, 2006）。一般に、薬物依存症からの回復は当事者だけの力では困難であり、継続的なサポートやセルフヘルプグループが欠かせない。我々のキャンペーンでも当事者会や家族会などの開催を試みたが、在日ベトナム人にとっては、言葉の問題、社会経済的問題、世間体などからそうした活動は受け入れにくいようであった。治療目的で入院しても、無保険である場合が多く、経済的負担回避のため解毒完了後すぐに退院する。そして社会に戻れば再び薬物に手を染め、薬物を得るために何らかの犯罪に絡み服役するか、再入院するかを繰り返す依存症者はコミュニティ内でも少なくない。

こうした経緯から、ベトナム本国でのヘロイン依存症に対する認識、治療や社会復帰の過程、社会資源の利用状況などについての情報を得る必要性を感じ、2009年と2011年にベトナム国内数か所の施設を視察する機会を得た。本稿では、様々なデータや政府、国際機関からの報告から見たベトナムの薬物依存症をとりまく環境および筆者らが実際に見聞したヘロインに関する問題の実態と依存症者への入所施設での支援の実際を中心に報告する。

しかしながら、社会主義国家であるための情報統制や面子を重んじる文化のなか、国家の恥を取って表面化しつづける姿勢も強く、視察中に得た情報が正確でない可能性も否めない。とはいえ、公表されている情報が乏しい現状においては有用な資料となり得るため本稿で取り上げたという点をあらかじめご理解いただきたい。

II. ベトナムにおける薬物依存症を取り巻く環境

ベトナムでは、薬物依存症はエイズとの関連や、病院での離脱期治療についてはわずかに保健省の関与があるものの、解毒や社会復帰プログラムの過程の多くを労働傷病兵社会福祉省が担っている。2008年のベトナム国内の薬物依存症者数は約17万人であり、そのうちの94%

は男性、また70%が30歳未満の若年者である。15歳から40歳までの男性の200人に1人は薬物依存症であるとも報告されている（United Nations Office on Drug and Crime: UNODC, 2010）。主に使用されている薬物はヘロインで薬物依存の88%を占めている。64%の依存症者が静脈注射によって薬物を使用しており、42%がHIV陽性と報告されている。特に多くのHIV感染者が確認されているのは、ハイフォン市、ホーチミン市、ハノイ市、クアンニン省であり、これらの地域では注射器使用の薬物依存症も多いと考えられる（UNODC, 2010）。

ベトナム全土には132ヶ所の薬物依存症治療センターがあり、5～6万人を収容することができる。そのうち123ヶ所が各省によって設立されており、残り9ヶ所が民間施設である。ベトナムは58の省から成るため、各省に1～2施設以上設置されていることになる。2009年の上半期に33,076名の薬物依存症者が新たにこうした施設を利用して治療を受けている（UNODC, 2010）。

薬物依存症治療センターでの標準的な治療は、入所してから1) 受け入れとアセスメント、2) 解毒と身体管理、3) 矯正教育、4) 職業訓練、社会復帰準備、再発予防、5) アフターケアモニタリングの流れで行われる（UNODC, 2010）。しかしながら、薬物依存症治療センターからの集団脱走事件が毎年報じられ（AP news, 2011、同、2012、HUFFPOST WORLD, 2010）、強制労働をはじめ、施設の在り方を疑問視する声もある（Amon, 2010）。

ベトナム議会は、2008年に薬物療法の有効性の向上とリハビリテーションに関して法改正を行い、同年保健省は国際機関の協力のもと、南北2つの大都市でメサドン維持療法¹プロジェクトを試験的に行った。このプロジェクトに参加した薬物依存症者の74%は心身ともに体調の改善を感じ、23%は就労に至った。また治療の3ヵ月後にヘロインを再使用したのはわずか18%にとどまり、使用頻度は月に1～2回に減ったと伝えた。薬物依存症者1人当たりにかかるメサドンのコストは1日1ドル程度と他の治療法に比べて低く、費用対効果は高い。この結果を受けて、ベトナム保健省はメサドンの使用範囲を他の省、都市にも拡大し、2015年までに80,000人に対して治療を開始する方針を打ち出している（FHI, 2010）。

また法改正により、施設入所については2011年以降、薬物再使用の可能性が高いと判断される場合や社会復帰が困難なケースに対しては強制入所期間の延長が認められるようになった。

Ⅲ. 薬物依存症治療関連施設訪問

筆者らは、2009年と2011年に、通訳を伴ってベトナムを訪れ、3か所の公的薬物依存症治療リハビリ施設、2か所の民間施設を視察した。それぞれについて報告する。

1. TRUNG TÂM GIÁO DỤC-LAO ĐỘNG XÃ HỘI VŨ OAI QUẢNG NINH(クアンニン省薬物解毒センター)

クアンニン省は首都ハノイから東へ約150km(車で約3時間)のところに位置している(図1)。人口は約110

万人で、15歳未満の人口が37.6%を占める。この省は、前述したように国内でもHIV陽性者が国内で二番目に多く確認されている地域であり、薬物依存症者も多いと推測できる。

このセンターは省都ハロン市中心部からさらに車で未舗装の悪路を1時間ほど行った山中に設置されている。周囲には職員宿舎と思われる数棟の建物があるだけで、他には何もない世間から隔絶された土地であり、敷地は有刺鉄線を廻らした高い塀に囲まれていた。以下にセンター長であるTRẦN DANH MAI氏および医療スタッ

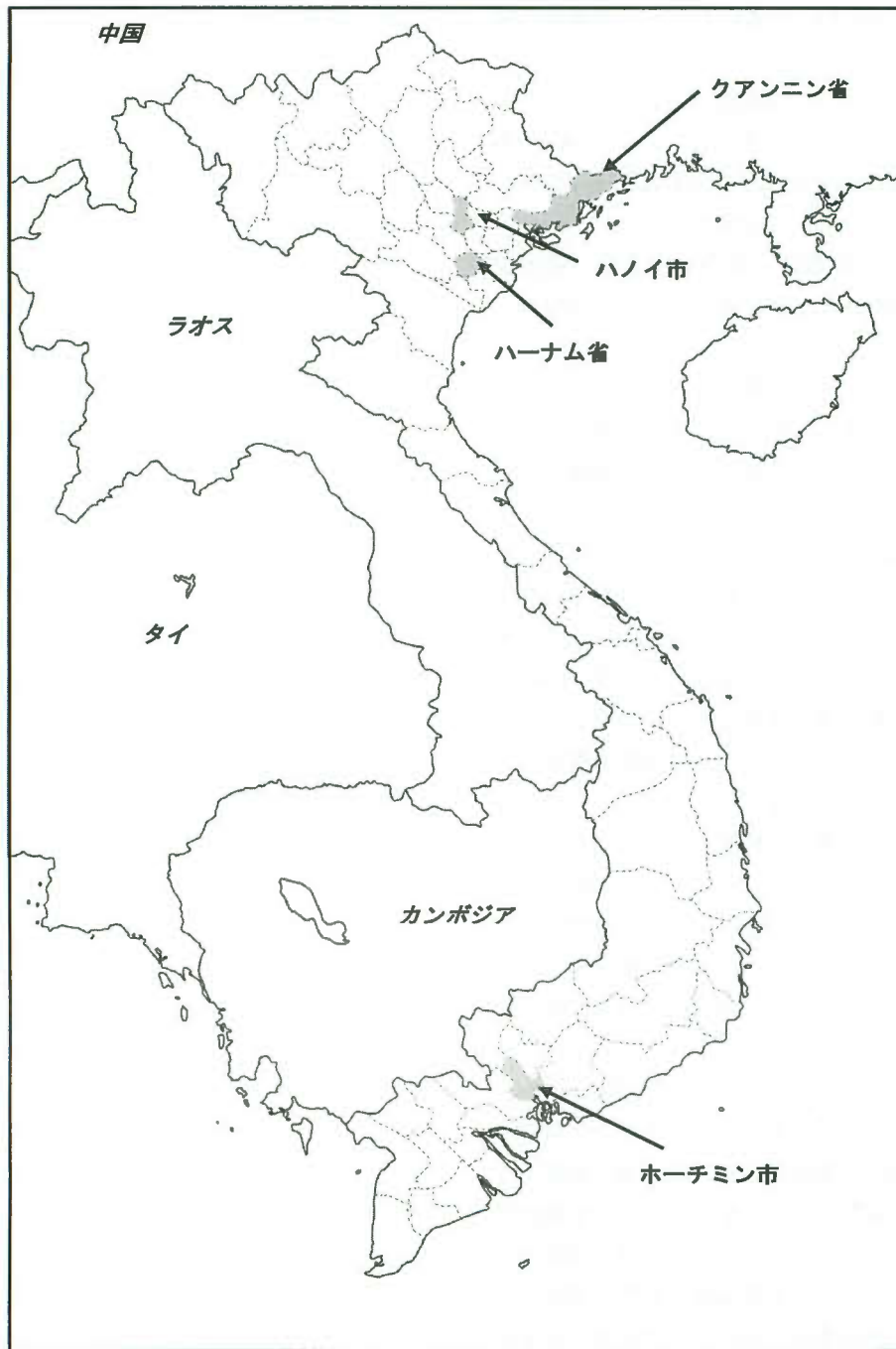


図1. ベトナム全土地図

フからの話をまとめた。

設立は1992年であり、2006年に現在の形になった。労働傷病兵社会福祉省の管轄で設置されている。敷地面積は約40ヘクタール（甲子園球場を39,600㎡として約10個分）で、職業訓練場、農場、居住施設、医療関連施設、管理施設などが整えられている。

収容人数は最大800名であり、2009年には1,000名を受け入れられる体制となった。入所者はすべてヘロイン依存症の男性で、女性を受け入れる設備はない。ヘロインの販売や製造に関与した者は、本センターではなく犯罪者として懲罰施設に収監される。入所者のほとんどがクアンニン省の住民であるが、他省のセンターが満床の場合や緊急性が高い場合、あるいは任意入所については省外からも受け入れている。この施設にはまとまったデータが存在しないため、平均年齢は不明である。2008年現在の最高齢は51歳で、25歳から35歳が約80%を占める。18歳未満はおらず、別の施設に収容される。

このセンターの主な役割は、社会復帰支援、職業訓練、解毒中の身体管理、入所者の身体合併症の治療などとなっている。

入所形態には、強制入所と任意入所とがある。強制入所の場合、公安から送致されるケースもあるが、大半はあらかじめ薬物依存症者の家族がその存在を地域行政に申告、登録しておき、センターの受け入れ枠が空いた時点で地域行政の勧告により本人の意思に関係なく順次収容されるという流れになる。ただし重症とみなされた場合は優先的に収容される。任意入所も受け入れるが希望者は極めて少なく、2008年1月の時点ではわずか15名ほどであった。任意入所の場合は規定の24カ月間を待たず退所することも可能で、なかには2～3週間の解毒のみで退所してしまうケースもある。

入所費用は強制入所の場合、政府から一人当たり年間500万ベトナムドン（VND）（約18,820円²）が給付される³。食事、治療、衣類など入所中にかかる経費を自己負担する必要はない。ただし、ここの食事が非常に質素であるため、家族がそれを補うため月30万VND程度の仕送りをするのが認められている。任意での入所には年間850万VND（約31,990円）の自己負担が必要となる。

入所者の生活は、厳密なスケジュールによって管理されている。入所直後は1週間を目安に治療棟の隔離室を使用し、24時間監視体制のもと、解毒および一般健康状態をスクリーニングする。ここでは複数名同室隔離が認められている。自傷他害行為がある場合以外は身体拘束をすることはない。離脱期は、ベンゾジアゼピン系薬のジアゼパムを多用し、鎮静を中心とした治療が行われる。

2種類の国産伝統治療薬⁴も使用されていた。メサドンやブプレノルフィンなどの代替薬は、本センターではまだ用いていないとのことであった。離脱期を脱し、身体状態が安定すれば、一般病室（12人部屋）に転室する。治療棟は40床を有し、急性期以外の入所者でも身体合併症により医療処置が必要な場合はここで生活している。

身体的に健康を取り戻した入所者は、WHOの指針に沿って政府が定めたプログラムに則って日々生活を送る。職業訓練としては、石材加工、畜産、木工・家具製造、建築、レンガ製造、調理、農耕などが行われており、全体の約7割を占める身体的に問題のない入所者はいずれかの職業訓練に参加する。センター内の土木・補修工事・造園などは入所者自身が行い、日々の食事も入所者グループが当番制で調理している。職業訓練の作品販売や工賃等で収益が出た場合は、必要経費を差し引いて入所者に報酬を分配する。

入所期間中は電話を掛けることは禁止される。面会は2ヶ月に1回許可しており、面会者の荷物はすべてチェックされる。入所者への差し入れは一切禁止である。家族以外が面会する場合は、身分証明書の提示が求められ、不携帯であれば面会はできない。

退所に向けては、家族との面談、職親探しなどによって地域での受け入れ態勢を整えているものの、再入所する割合は3割を超える。その主な理由は就労困難、地域生活での偏見や差別などによる居づらさ、薬物がらみの交友関係である。再発を防ぐために、入所期間中に薬物依存に陥った理由を明確にし、それに応じた支援を個別的に考えるだけでなく、地域と連携し、行政機関が退所後の監視を行うとともに、地域の有力者に対して偏見や差別がなくなるように働きかけるとのことだった。

職員数は117名で、何らかの専門技術を有する職業訓練指導員、教育関係者、労働傷病兵社会福祉省幹部、医療関係者としては中級医⁵が2名、看護師10名が勤務している。また、これ以外に公安（日本でいう警察官）も10名常駐し、これら職員の7割はセンター内に居住している。

現在施設が抱える最大の問題は、HIV感染である。入所者の約4割がHIV陽性であり、入所中にエイズを発症するケースも少なくない。入所時の血液検査で感染の事実を初めて知る人も多い。感染者に対しては、国際機関からの援助によって無料で治療薬が提供されており、退所後も治療を継続することが可能である。感染によって入所者間の公平性が損なわれないように、居住空間を区別せず、同じ生活を続けるようにしている。医療が必要となった場合は、相応の医療機関に搬送すること

となる。

2. TRUNG TÂM BỆNH GIÁO DỤC LAO ĐỘNG XÃ HỘI HÀ NAM (ハナム薬物常習者治療センター)

ベトナム北部首都ハノイ市から南へ約100kmにあるハナム省フーリー市の市街地からさらに車で小1時間ほどのところに、ハナム薬物常習者治療センターがある(図1)。クアンニン省薬物解毒センター同様、周囲には民家や商業施設などは一切なく、険しい山合いに建てられている。

以下、センター長VU ANH ĐHINH氏からの説明と視察の印象をまとめた。

ここは、1994年に刑務所の建物を利用して設置された公的な施設で、2007年に改装整備され、現在の形になった。整備資金の一部は日本のODA草の根資金協力による。運営資金はベトナム政府からの予算で人件費、食費、医療費を賄い、その他家族からの仕送り、職業訓練での製品販売による収益、国際機関や各国からの援助によって成り立っている。

敷地面積は186万㎡(甲子園球場47個分)、建物のみ面積は1万1千㎡(約3,300坪)あまりで、広大な敷地内には7つの棟(管理行政棟、男性居住棟、女性居住棟、未成年専門棟、面会棟、医療棟、職業訓練棟)が設置されている。

入所定員は男性が700～800名、女性が200～250名、未成年棟は80～100名である。この施設は先のクアンニン省のセンターと異なり、ヘロイン依存症男性だけでなく、女性、主に売春婦の社会復帰・教育目的の入所を受け入れている。また、訪問当時は準備段階であったが未成年棟を備え、18歳以下の薬物依存症者を収容する予定である。面会棟では、一度に50～70名が面会できるようになっており、面会者が宿泊することも可能である。医療棟では、解毒治療、一般診察、感染症治療が中心に行われている。

2010年の同センター統計報告によれば、360名の入所のうち13名が女性で、いずれも売春に関わり、且つヘロイン依存状態であった。この年は90名が無事に退所、社会復帰でき、2011年2月に訪問した時点で270名が入所していた。

入所者の年齢は18～35歳が7割、35～55歳が残り3割で、55歳を超える人はいなかった。一番多く使われている薬物はヘロインで、注射器による使用が7割、吸入法が3割であった。職歴のある人が3割であり、残りの7割は一度も就労の経験がなかった。入所時の就労状況は有職者5割、無職5割であった。入所者の多くが経済

的に困窮しており、その苦しみから逃れるために薬物に手を出してしまうケースが目立つ。薬物使用のきっかけとして最も多いのは、「友人からの誘い」で5割、次いで「悲観、絶望からの逃避」が3割、「流行っているから」が2割と報告されていた。

ここでは、前章で述べたUNODCに沿った薬物依存回復プログラムに従って労働傷病兵社会福祉省や保健省が定めたプログラム用いて支援が行われている。本施設では、第2段階の解毒治療として、対象の状態によって主にATK(ジアゼパム中心の薬物療法)、鍼治療、時々メサドンも用いられる。

入所経路は、公安からの送致で行政処分を受けた人がほとんどであり、この場合は2年間の強制入所となる。これはクアンニン省のセンターと同様であるが、ここでは任意での入所は最低6カ月と決められているため、離脱のみで退所することはできない。その後については家族、本人の話し合いにより入所を継続することも可能である。

入所費用については、必要最低限の生活を国が保障するため、食費として一人当たり30万VND/月⁶(約1,128円)の自己負担金を支払えばよい。

職員数は54名の党幹部を含む192名で、そのうち、医療関係者は8名のみである。その他、教育関係、職業訓練担当者、事務経理関係、心理相談、広報、安全管理(公安)など、さまざまな職種が入所者の支援に当たっている。

ここでも問題となるのはHIV感染で、2010年は入所者の25%に当たる90名がHIV陽性者であり、うち27名がAIDSを発症したため退所して家族のもとに帰したとのことだった。退所後の薬物再使用率は高く、再入所や家族からの報告などを合わせて約7割である。

3. TRUNG TÂM GIÁO DỤC LAO ĐỘNG HƯỚNG NGHIỆP THANH NIÊN HÀ NỘI (ハノイ青少年職業教育センター)

2006年設立の公立施設であり、首都ハノイ市中心部から北へ約25kmの水田に囲まれた土地に建てられている。

ハノイ青少年職業教育センターはこれまでの2施設とはその役割が異なっている。通常は、先述のように2年間強制入所して治療、リハビリを受けた後は家族のもとに戻って生活をする。しかし、このような従来のプロセスでは薬物再使用率、再入所率が高く、効率が悪い。そのため解毒後の管理体制が見直され、2003年の国会決議により再使用の可能性の高い依存症者については入所期間を延長することが可能になった。この決議に従い2011年より断薬直後の解毒段階にある依存症者ではなく、一

般の施設で2年間過ごした後、再使用を防止するための更なる訓練や静養を必要とする者を主に受け入れているのがこの施設である。以下の5項目のうち、1つでも当てはまれば入所の対象となる。(1) 薬物を5年以上使用していた、(2) 3回以上センターへの入退所を繰り返した、(3) 注射器を使用していた、(4) 退所する半年前になっても施設のルールを守れない、(5) 住所不定無職である。ただし、健康状態が非常に悪い人、エイズを発症している人を入所させることはない。薬物の販売は犯罪となるため対象外だが、服役した上での入所は可能である。受け入れるのは男性のみである。2011年2月時点は移行期であり、従来の形態(強制2年)の入所者が200名、追加期間の入所者が40名である。ハノイ市民が中心だが、他の地域出身者がハノイ市で薬物起因のトラブルを抱えた場合などには収容されることもある。

入所期間は1~2年である。社会との接触を遮断しないように、一般的なセンターと比較して面会の頻度が週1回と多く許可され(一般のセンターは2ヶ月に1回程度)、職員同伴の下ではあるが、スポーツ大会や他のセンターとの交流のために外出が認められるなど、自由度が高くなっている。ただし、ここから外勤の形で就労することはなく、単独での外出も許可されない。入所者の身内が死去した場合などに一時帰宅が認められる程度である。

職業訓練は一般就労に近く、ミシン縫製、自転車部品の組み立て、セメント袋の再利用処理作業、葬儀用紙細工の製作などがあり、土・日・祝日は休みとなる。得た報酬は必要経費を除いて入所者の貯蓄に回すことも可能である。ただし現金の自己管理は認められていない。入所にかかる費用は政府予算で賄われ、自己負担は不要である。

職員は幹部を含めて65名であり、そのうち医療関係者としては、中級医が1名、看護師3名、助手数名が存在する。ここでは解毒治療を行わないため、医療行為としては簡単な外傷処置や精神安定剤の投与などを行う程度である。しかし、入所者は体力が低下しており、様々な感染症等に罹患しやすい。特に多いのは結核、皮膚感染症、気管支炎、エイズである。重篤な場合は病院で専門的な治療を受ける。

ここを退所した後の再発防止に向けた支援として、退所許可を出す際に必ず公安と地元の人民委員会、家族に連絡を入れる。そのため地域に戻っても監視は継続される。一般施設を2年で退所した従来のプロセスでは、地元の人民委員会の婦人会や青年会が予算を受け、当事者ミーティングなど、地域で何らかの活動をしているが、

新たに導入された延長入所の体制ではまだ何もない状態である。

4. THUNG TÂM ĐIỀU DƯỠNG CAI NGHIỆN MA TÚY THANH ĐÀ (麻薬回復ケアセンター:民間施設)

この施設は、ベトナム南部の中心都市ホーチミン(図1)の中心部から5kmほど西に外れたビンタイン地区に位置している。周辺には民家や市場などがあり、交通量も比較的多い賑やかな土地である。民間の運営によるもので、1999年に設立された。約3,000㎡(約908坪)の敷地面積を有する。市街地にあるため、先のクアンニン省やハーナム省の施設のような広大さはない。以下に、NGUYỄN HỮU KHÁNH DUY 所長からの説明と実際に視察した印象をまとめた。

定員は500名で、2009年1月時点で480名が入所していた。男女とも受け入れている。入所者の平均年齢等是不明だが、施設内で見かける入所者は20~30歳代と思われる若い世代が目立っていた。

すべて任意での入所で、その期間は2日から2年程度である。家族の受け入れが悪い場合は退所できず、入所が長期化する傾向にある。

費用は200USD/月(食費等込み)であり、2009年の一人当たりGDPが約1,000USDであったことを考慮すればかなり高額である。公立施設の任意入所費用(850万VND(408USD)/年)の6倍近い。

主な施設は居室、隔離室、診察室、静養室、食堂、シャワー室、カラオケルーム、図書室、中庭(バレーボールのコートつき)、プール、トレーニングルームなどであり、国立の施設に比べて娯楽が豊富である。社会復帰施設というよりは矯正教育とレクリエーションが中心である。一般居室は二段ベッドが6台の12人部屋であり、カーテンなどの間仕切りはない。2008年よりセンター内各所(玄関、中庭、シャワー室、屋根の上、全ての居室や廊下)に監視カメラ80台を設置した。このことは入所者にも周知している。設置した目的は、入所者の保護・管理および職員の労働管理であり、入所者の逸脱よりも職員の怠慢や不正の方が多いと話していた。もし施設の規律に違反したことが発覚した場合は、立場を問わず反省文提出を求められる。

薬物からの離脱に際して、ここでは通常10日間は隔離室に収容される。隔離室は4人部屋で、4人一緒に施設することもある。先にも述べたが、ベトナムではこれを違法とは見なされず、他施設でも行われている。法そのものも未整備といえる。センター長は、複数で隔離していれば孤独を感じることなく、お互いに監視し合い異変

に気づけるという利点の方が大きく、個室隔離にして自殺、急変することのほうが人道的に問題であると強く主張していた。離脱は4日間程度で完了する。解毒方法はこの施設で独自に考案したものであり、ベトナムの国産伝統治療薬は用いない。治療の詳細は企業秘密であるため明かせないと述べた。

解毒が完了してからは、入所者の個性性に合わせたプログラムを設定している。ここでは積極的な職業訓練は行われず、矯正教育や作業療法的な内容が中心であった。我々の訪問時は30名ほどの入所者が食堂ホールに会してカラオケに興じていたところであった。

入所者は、治療経過日数によって男女を問わず衣類の色が限定されている。入所直後から4日間は「緑を切る」意味を持つ紫色の病衣を着用し、隔離室を出てから6日間は「育つ」という意味合いの緑色を、その後の10日間は「希望」の水色を、以後退所までの期間はピンク色の病衣で「明るく生きよう」という意味合いを持たせているとのことであった。着衣によってどの段階にあるかが分かり、状態を考慮して声をかけやすく、管理しやすい、とセンター長は語っていた。

任意での入所とは言え、有刺鉄線が張り巡らされた高い塀や多数の監視カメラ、色分けされた着衣を見ると、入所者のプライバシーや権利の保障などは後回しになっているという印象を拭えなかった。

退所にあたって家族との連携調整は不可欠であり、電話相談等も行っている。センター長は自身の私用携帯電話番号も公開しており、24時間相談に応じる体制を作っていた。そうした真摯な姿勢が入所者にも伝わることにより、多数のカメラ設置など少々厳しい監視体制にも特に抵抗を示さず、社会復帰訓練を継続してくれると考えている、と語っていた。

センター職員は157名で、そのうち医療関係者は医師が9名（3名は上級医、6名は中級医で、精神科、循環器科、皮膚科、内科、歯科、耳鼻科）、看護師が19名である。その他に教員資格保有者など、社会復帰に関係する人が勤務している。

再入所率は10%程度であり、この数字は一般の公的施設の約50%、ハノイ市内の別の民間施設の約30%と比較するとかなり低く、この施設の有効性を強調しており、所長がここで問題と感ずることは特に語られなかった。

5. THUNG TÂM ĐIỀU DƯỠNG CẢI NGHIỆN MA TÚY THANH ĐÀ (麻薬回復ケアセンター職業訓練施設：民間施設)

前項の離脱期を扱う民間施設から約300m離れた市街

地のはずれに設置されている同列母体の民間職業訓練施設である。

2009年1月時点で100名以上が入所しており、そのうちの30名強が女性であった。平均年齢は不明だが、若年層が中心である。入所形態は任意によるもののみである。入所期間は3～6ヶ月で、家族の希望と本人との話し合いによって期間が決定される。

入所者は、自身が希望する技術を入所中に身につけることができ、木工、電気工事、板金、塗装、手芸、紙細工などそれぞれ専用の作業室を有していた。その他、レクリエーションとして、カラオケ、トレーニングジム、図書館等を備えている。平日は職業訓練プログラムに沿って作業を行い、週末は作業せず、家族との面会等に充てるとのことだった。経済的に裕福な入所者が多いため、積極的に就労支援までは行わず、退所後は家業の手伝いなどで社会復帰していく。入所中に何らかの資格を取得するということが殆どなく、家族が入所者を受け入れる体制を整えるまでの居場所的役割が大きいという印象である。

職員数は約30名、うち看護師は11名である。中級医1名と看護師2名は常時勤務している。その他、作業を教える指導員、職業訓練校から派遣された教員等もいる。

V. おわりに

ベトナムでのヘロイン依存症の割合は全人口の0.2%である。日本ではすべての違法薬物（有機溶剤除く）の生涯経験率が1.5%、うちヘロインに限っては0%（誤差内）である（2012, 厚生労働省）ことを考えると、ベトナムでのヘロイン使用の拡がりが見える。街のあちこちに設置された麻薬撲滅スローガン入りの大きな立て看板からも、ベトナム人にとってヘロインがかなり身近な存在であることが伺えた。日本では依存対象として稀なヘロインだが、日本で暮らすベトナム人には馴染のある物質の一つであり、覚せい剤などよりもずっと安価で入手しやすく敷居の低い存在であろう。依存症者を取り巻く家族や友人にとっても、本国で多くのケースを見聞きしているとすれば、さして驚き慌てるものではないのかもしれない。

実際にいくつかの現地施設を視察し、ベトナムでは薬物の使用は違法ではあるが、薬物使用者は罰せられるべき犯罪者ではなく、治療や更生が必要な犠牲者、病人とみなし、刑務所ではなく解毒センター、常習者回復センターなどの専門施設に入所するという流れが国を挙げて構築されているのは日本と大きく異なる点である。また

国際機関の支援を受け、再発やHIV感染拡大を防ぐために、法の整備、施設収容期間の延長や新しい治療法の導入など、様々な対策を積極的に取り入れており、ベトナムにおいては早急に解決しなければならない深刻な社会問題の一つとなっていることは明確である。

しかしながら、治療やリハビリが必要な精神疾患と捉えられている割には、疾患として精神科病院で薬物依存症者を受け入れるケースはきわめて少ないうえ、依存症治療施設に勤める医療スタッフは乏しく、医療としての体制が充実しているとは言いがたい。また、施設への入所経路はほとんどが非任意・強制的なもので、施設内での生活は厳しく管理されている。生活上の管理が厳しい割には入所者のデータが管理されていない施設も存在する。任意での入所施設でも、回復の過程で着衣の色を限定されるなど、プライバシーは守られず、本人の意思はほとんど尊重されない環境である。複数名での隔離や過剰な監視体制など人権への配慮不足や法の未整備も散見される。これでは刑務所と大差なく、脱走者の続出や国際人権団体からの批判もやむを得まい。こうした状況では施設利用者自身が主体性を持ちづらく、地域との離断が長期化するほど差別偏見は強まる。退所後は地域の役所や人民委員会に自動的に通報され、監視下での生活となる。世間から信用されない自分に直面すれば、彼らの自尊感情はますます低下し、それが薬物の再使用や再入所を後押しすることにはならないだろうか。これだけの対策があってもヘロイン依存症者が減少しないのは、こうした社会主義的な徹底した管理体制にも一因があるのかもしれない。

今回の視察は入所施設に限られ、依存症者が地域に戻った場合に「監視される」と各所で述べられたものの、どのようなフォローやサポートがなされるのかを具体的に把握することはできなかった。国際機関が試験的にコミュニティベースの薬物依存症治療を開始したという報告(UNODC, 2012)はあるが、対象者の背景や効果的な介入のタイミング、規模、地域住民をどう巻き込むか、地域の反応など、その詳細については不明である。日本で暮らすベトナム人薬物依存症者に対して、特に考えておかなければならないのは、解毒を終えてからの再発防止策である。今後はベトナム本国のコミュニティレベルで行われる人民委員会の青年会、婦人会などによる活動の実際を理解し、在日ベトナム人が受け入れ、抵抗なく参加できる実現可能な地域支援活動の在り方を検討していくことが必要である。

謝辞

この視察調査は、平成21～23年文部科学省科学研究費補助金(基盤研究C課題番号:20592679)によって実施致しました。視察に当たりご協力いただきました、NGOベトナム in KOBEのスタッフの皆さま、ベトナムの各施設関係者の方々にこの場を借りて心より御礼申し上げます。

注

- ¹ ヘロインの同効薬であるメサドン(methadone)を投与してヘロインの離脱症状を緩和する方法。メサドン置換療法ともいう。欧米では一般的に行われているが、日本では認められていない。
- ² 1万VND=37.64円(2012年9月5日時点)。訪問年(2009年)の一人当たり名目GDP=1,068USD
- ³ 2011年には1,000万VNDに増額されていた。急激なインフレによると思われる。
- ⁴ Ci de mex, Bông Sen
- ⁵ ベトナムの医師には、上級医(大学医学部卒)と中級医(准医師ともいう。医学専門学校卒)とがあり、それぞれ人口1万人あたり7.07、6.02である(General Statistics Office of Vietnam 2009年データより算出)
- ⁶ 1万VND=37.64円として換算(2012年9月5日時点)

参考・引用文献

- 1 AP News (2012. 4. 3) Nearly 100 drug addicts escape rehab center in Vietnam. <<http://asiancorrespondent.com/48824/164-drug-addicts-bust-out-of-vietnam-rehab-center-2/>>. 2012. 7. 20.
- 2 Amon Joseph. (2010. 5) HUMAN RIGHTS WATCH, Why the Vietnamese Don't Want to Go to Rehab.<<http://www.hrw.org/news/2010/05/28/why-vietnamese-dont-want-go-rehab>>, 2011. 4. 24.
- 3 asian correspondent.com (2011. 2). 164 drug addicts bust out of Vietnam rehab center. <<http://asiancorrespondent.com/48821/164-drug-addicts-bust-out-of-vietnam-rehab-center/>>, 2011. 4. 24.
- 4 麻生克郎(2002):ヘロイン依存症入院治療の経験, 日本アルコール薬物医学会雑誌, 37(4), 444-445.
- 5 FHI (2010. 8), New Era of Drug Treatment in Vietnam FHI Scales Up Successful Methadone Programs. <<http://www.fhi.org/en/CountryProfiles/>>

- Vietnam/res_NewEraDrugTreatment.htm>, 2011. 4. 24.
- 6 General Statistics Office of Vietnam. <http://www.gso.gov.vn/default_en.aspx?tabid=474&idmid=3>, 2011. 4. 24.
- 7 Ha thi Thanh Nga, Katsuro Aso (2006) : ベトナム人コミュニティにおける薬物防止プログラム, 日本アルコール薬物医学会雑誌, 41(3), 246-247.
- 8 HUFFPOST WORLD (2010. 5), Vietnam Jailbreak. 578 Inmates Escape Rehab. <http://www.huffingtonpost.com/2010/05/17/vietnam-jailbreak-578-inm_n_578160.html>, (2011. 4. 24)
- 9 兵庫県, 県内外国人登録者数一覧 (2011), <<http://web.pref.hyogo.lg.jp/ie12/documents/2011gaikokujintoroku.pdf>>, 2012. 8. 30
- 10 法務省, 平成13年末現在における外国人登録者統計について, <http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/press_020611-1_020611-1.html>, 2012. 8. 30.
- 11 法務省, 登録外国人統計統計表2011年, <<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001089591>>, 2012. 8. 30.
- 12 警察庁 (2004), 平成16年警察白書<<http://www.npa.go.jp/hakusyo/h16/hakusho/h16/index.html>>, 2012. 8. 30.
- 13 厚生労働省, 麻薬ヘロイン事犯の検挙人員と押収量の推移, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/gyousei-gaikyo/dl/torishimari_01.pdf>, 2012. 8. 30
- 14 MINISTRY OF HEALTH VIETNAM., HEALTH POLICY 2000-2010 (2004). <<http://moh.gov.vn/English/?act=4>>, 2005. 4. 5.
- 15 日本外務省, 世界の医療事情ベトナム, <<http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/asia/viet.html>>, 2011. 4. 24.
- 16 野村陽平 (2004), ベトナム・ホーチミンの精神医療事情, 臨床精神医学33(6) : 811-817.
- 17 沖田和幸, 麻生克郎 (2008) : 東南アジア系難民における薬物依存症者の治療, 日本アルコール関連問題学会雑誌第10巻, 79-82.
- 18 大槻正樹, 小林桜児, 遠藤桂子 他 (2005), ヘロイン依存症の2例, 神奈川県立精神医療センター研究紀要13号, 23-25.
- 19 鈴木満・立見康彦 (1999), ヴェトナムの精神医療資源 —ホーチミンとハノイでの見聞より—, 文化とこころ3 : 85-86.
- 20 UNODC (2010. 9). United Nations Office on Drug and Crime. <http://www.unodc.org/docs/treatment/CoPro/Web_Viet_Nam.pdf>, 2011. 4. 1.
- 21 UNODC (2012. 3). Viet Nam communes trial community-based drug dependence treatment <<http://www.unodc.org/eastasiaandpacific/en/vietnam/2012/03/cbtx/story.html>>, 2012. 8. 31
- 22 WHO-AIMS (2006). WHO-AIMS REPORT ON MENTAL HEALTH SYSTEM IN VIETNAM.