

表7

薬物規制法違反は働きかけの・・・	他領域の専門職に対する教育研修を別枠を設けて・・・	
	行う	行わない
	要素としない	5 1
	個々で変化	5 0
要素とする	2 0	

表8

取締機関の対応は・・・	他領域の専門職に対する教育研修を別枠を設けて・・・	
	行う	行わない
	不適切である	2 0
	適切である	8 1
わからない	2 0	

表9

薬物規制法違反は働きかけの・・・	総合的なネットワークの整備を精神保健福祉センターが主導することが・・・		
	適切	不適切	わからない
	要素としない	2 4 7	
	個々で変化	2 3 8	
要素とする	7 3 4		

表10

取締機関の対応は・・・	総合的なネットワークの整備を精神保健福祉センターが主導することが・・・		
	適切	不適切	わからない
	不適切である	2 1 6	
	適切である	7 10 8	
わからない	1 0 6		

への態勢、及び、取締機関への期待に関する回答との相関

質問Ⅱ-4-2) -①の選択肢において、「現在、行っている。」「この先、行う。時期が決定している。」「この先、行う計画があるが、時期が決定していない。」を「行う」としてまとめ、「行わない方針である。」を「行わない」として表に示す。これらを、前記と同様の手続きを踏み、表7及び表8に示し、相関関係を検定した。これらのいずれにおいても、それぞれの項目は他方と有意な相関関係はなかった。

e) 薬物乱用者の社会復帰を支援する対策の総合的なネットワークの整備を精神保健福祉センターが主導することを適切とする意見と薬物規制法違反への態勢、及び、取締機関への期待に関する回答との相関

質問Ⅱ-5-1) の選択肢において、「適切で

あると考えている。」を「適切」、「不適切であると考えている。」を「不適切」、「適切かどうか、わからない」を「わからない」として表に示す。これらを、前記と同様の手続きを踏み、表9及び表10に示す。これらのいずれにおいても、それぞれの項目は他方と有意な相関関係はなかった。

f) 薬物乱用者の回復を支援する対策の内、地域の相談指導のネットワークの整備を精神保健福祉センターが主導することを適切とする意見と薬物規制法違反への態勢、及び、取締機関への期待に関する回答との相関

質問Ⅱ-5-2) の選択肢において、「適切であると考えている。」を「適切」、「不適切であると考えている。」を「不適切」、「適切かどうか、わからない」を「わからない」として表に示す。これらを、前記と同様の手続きを踏み、表11及び

表 11

薬物規制法違反は働きかけの・・・		相談指導のネットワークの整備を精神保健福祉センターが主導することが・・・		
		適切	不適切	わからない
要素としない	5	3	5	
個々で変化	6	1	6	
要素とする	9	1	4	

表 12

取締機関の対応は・・・		相談指導のネットワークの整備を精神保健福祉センターが主導することが・・・		
		適切	不適切	わからない
不適切である	6	0	3	
適切である	11	6	8	
わからない	2	0	5	

表12に示す。これらのいずれにおいても、それぞれの項目は他方と有意な相関関係はなかった。

D. 考察

1 精神保健福祉センターの現場での態勢と取締機関への期待について

取締機関の役割については、56%の精神保健福祉センターが、取締を優先することが適切であると理解しているが、依存への対応を優先することを20%の精神保健福祉センターが求めており、全国の5分の1の地域で、精神保健福祉センターと取締機関の摩擦が起こるかと思うと、決して少なくない数である。また、薬物規制法違反に対する精神保健福祉センターの態勢が、大きく分かれていることには重大な問題があると考えられる。

これらの原因は、各センターが年間に経験する薬物乱用例が数ケース程度というところが多く、経験が積まれないことが、十分な検討につながらないところにあるのであろう。

精神保健福祉センターの対応における方針を示す必要がある。精神科医療は病院が得意とする分野であり、精神保健福祉センターは、相談指導が個別の主なかわりとなる。精神保健福祉センターにおける個別相談指導の方法は、末尾に付録2として付ける。

2 薬物規制法違反に対する精神保健福祉センターの態勢及び取締機関への期待とその他の要素の関係から

表題の要素は前述の基本項目であり、これらと、協力の詳細を示す重要項目は、いずれの間においても、相関関係を持たなかった。このことは、精神保健福祉センターの薬物乱用者への対応の態勢が仮に一定のものになったとしても、依然、他機関との連携の方針が定まらないことを示している。この原因も、基本項目に対する回答が多様となったものと同様であると考えられる。

これらのことから、薬物乱用対策における連携について、全国で共通となるものを構想し、普及させる必要があると考える。

報告者は、平成10年度のこの研究で、薬物乱用問題に対する精神保健福祉センターの役割を検討する際に、薬物乱用対策における関係機関の連携のあり方を構想し、報告書に記したので、今年度

の報告では省略する。

3 精神保健福祉センターに求められている役割と課題

平成10年5月に薬物乱用対策推進本部から出された薬物乱用対策五か年戦略には、「・・・、精神保健福祉センターを中核として医療機関、麻薬取締官事務所等の公的機関、相談員・ボランティア等による地域の相談・指導のネットワークを整備し、薬物依存・中毒者の社会復帰の支援を図る。」、また、異なる部分では、「・・・また、精神保健福祉センターを中核として薬物乱用・依存に対する相談・指導業務のネットワークの整備を図り、関係機関相互の連携を確保する・・・」とある。意味するところは不明確ではあるが、地域の相談業務における、ケースの紹介のあり方等に関して、関係機関に共通の認識を設定することを精神保健福祉センターが主導的に行うこと、及び、相談指導を提供すべき薬物乱用者を異なる分野から精神保健福祉センターが受け入れることなどを促している可能性が高い。

また、平成11年7月に、厚生省医薬安全局麻薬課長から各都道府県衛生主管部（局）長宛に出された「薬物乱用防止対策事業の運用について」の中では、「精神保健福祉センターにおける薬物関連問題相談事業について」の項目で、「地域の実態や精神保健福祉センターの体制に応じて」実施するものとして「薬物関連問題に関する相談事業に従事する関係機関の職員等に対する研修会の実施（精神障害に関する医学的知識、治療及び社会復帰の方法など）」と記されている。さらに、これに留意することが、平成11年7月に厚生省大臣官房障害福祉部精神保健福祉課長から各都道府県精神保健福祉主管部（局）長宛に出された「精神保健福祉センターにおける薬物関連問題相談事業の実施について」の中に記されている。

これらからは、薬物乱用者への対応に関して、精神保健福祉センターがかなりの活躍をすることが期待されていることが読める。

平成12年度の調査結果からは、経験する薬物乱用者のケースが、平成11年度一年間に0ケースと数ケース程度であるところの合計は、50%となり、10ケース程度までを加えると、72%となる。全国の精神保健福祉センターを見渡すと、薬物乱用者への対応数は多くはないと言えよう。薬物乱用者

に対応する経験数が比較的多いと思われる麻薬取締部、及び、警察の存在がある中で、精神保健福祉センターが相談・指導のネットワークの中核となろうとすること、また、関係機関の職員に対して研修会を実施することは、職員数を増やすことが必要となる。これに対して、すでに相談業務にかかわる専門職を増やす動きがあり、しばらく、相談数の増加の状況を観察して、再度、対応数から職員の増員を検討する必要がある。

他方、精神保健福祉センターが相談・指導のネットワークの中核となることに関しては、量的な課題だけでなく、対応の方針という質的な課題が残される。これについては、すでに平成10年度の研究の中でも触れたが、薬物乱用者に対する相談指導は、特に依存の対象が規制薬物であればかかわった先が取締機関か援助機関かで正反対と言えるまで方針は異なり、また、薬物乱用者の年齢や社会での立場により対応の方針あるいは詳細が異なるのである。また、本年度のアンケート調査の結果からも、精神保健福祉センターが薬物乱用対策の中で各機関の現場での対応を明確に把握しているとは言えず、協力方法の詳細を構想するには、現在経験しているケース数が不十分であることが示唆された。これらのことを考えあわせると、相

談指導のネットワークに関しても、精神保健福祉センターを中核的な機関とするのは、再度、検討を要すると考える。

E. 結論

- 1、多くの精神保健福祉センターで、薬物乱用者への対応の経験数が少なく、対応法、及び、連携のあり方を深く検討するには至っていないと考える。
- 2、関係機関の協力によって成立する薬物乱用対策における連携連携について、共通となるものを構想し、普及させる必要がある。
- 3、精神保健福祉センターの対応の方針が多様であり、個別相談の詳細を提示する必要がある。これについては末尾に付録2として付ける。
- 4、精神保健福祉センターを地域の相談指導のネットワークの中核とすることは、再度、検討することが適切であろう。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
 2. 学会発表 なし
- ## G. 引用文献
- なし

付録 1

I 薬物乱用者の薬物規制法違反に対する態勢についてお尋ねします。

I-1 精神保健福祉センターの薬物規制法違反への態度姿勢について

対象者の規制薬物使用という違法行為に対して、貴センターはどのように働きかけていますか。もしくは、この先どのように対応しようと考えていますか。次の中から最も近いものの番号に丸を付けて下さい。

- 1) 規制薬物乱用者には対応しない。
 - 2) 依存に焦点を当てるので、違法行為であることには触れるが、違法行為であることは働きかけの方針には影響しない。
 - 3) 違法行為であることを根拠とした対応をするかどうかは、個々に応じて検討する。
 - 4) まずは依存に焦点を当てて働きかけるが、違法行為であることにも焦点を当てるので、違法行為であることは働きかけの方針を決定する要素の一つである。
 - 5) まず、取締の対応がなされるようにして、センターはその後に働きかける。
 - 6) その他（方針をお書き下さい。）
-
-

Ⅰ-2 精神保健福祉センターが取締機関に期待する方針について

取締機関は、規制薬物乱用に対してまずは取り締まることを方針としており、これは処分の端緒となります。取締機関のこの方針について、どのように考えているでしょうか。次の中から最も近いものの番号に丸を付けて下さい。

- 1) 取締機関でも依存症への対応を優先することがあり、けっして取締を優先するだけではないので、問題はない。
- 2) 取締機関の対応は、依存症への対応を優先していないので、不適切である。
- 3) 取締機関が取締を優先していることは適切である。
- 4) 取締機関はもっとしっかり規制薬物乱用者を取り締まってほしい。
- 5) 取締機関の対応の実際に知識がなく、何とも言えない。
- 6) その他（お考えをお書き下さい。）

Ⅱ 薬物乱用問題に対して精神保健福祉センターが持つべきサービス及び担うべき役割についてお尋ねします。アルコール問題に対してのものは、この調査の対象外と致します。

Ⅱ-1 薬物乱用問題を持つ者に対する個別相談指導についてお尋ねします。

1) 有無及び今後の計画について

貴センターで、薬物乱用問題を主な対象とする継続的な個別相談指導は、・・・

- a 現在、ある。
- b この先、設定する。時期が決定している。
- c この先、設定する計画があるが、時期は決定していない。
- d 設定しない方針である。
- e 未定あるいは未検討である。
- f その他

2) 他機関からの受け入れについて

薬物乱用問題に対して継続的な個別相談指導を提供する対象者を、保健所、学校、保護観察所、警察等の他の施設から、精神保健福祉センターが受け入れることを通常の流れとすることについて。

- x 継続的な個別相談指導がない、及び、それを設定しない。
- a 現在、そうすることを方針としている。
- b この先、そうする。時期が決定している。
- c この先、そうする計画があるが、時期は決定していない。
- d そうしないことを方針としている。
- e 未定あるいは未検討である。
- f その他

3) 貴センターが、相談を受けた薬物乱用問題のケースは、昨年度はおおよそどのくらいありましたか。前年度からの持ち越し、及び、新規の両方を合わせてお答え下さい。また、この質問に関しては、相談が継続的となったかどうかは問いません。

- a 0ケース
- b 数ケース程度
- c 10ケース程度

- d 数十ケース以上
- e 100ケース以上
- f 不明

II - 2 薬物乱用問題を主な焦点とする講義形式の集団療法についてお尋ねします。

1) 有無及び今後の計画について

貴センターに、薬物乱用問題を主な対象としている講義形式の集団療法は、・・・

- a 現在、ある。
- b この先、設定する。時期が決定している。
- c この先、設定する計画があるが、時期は決定していない。
- d 設定しない方針である。
- e 未定あるいは未検討である。
- f その他

2) 対象の広さについて

貴センターで開催している、あるいは、将来設定する講義形式の集団療法での対象は、

- x 講義形式の集団療法がない、及び、それを設定しない。
- a 貴センターに個別にかかわっている例だけを対象とする。
- b 貴センターに個別にかかわっているかどうかは問わない。
- c その他

3) 対象の種類について

- x 講義形式の集団療法がない、及び、それを設定しない。
- a 薬物乱用者本人を主とする。
- b 薬物乱用者の家族等周辺の者を主とする。
- c その他

4) 講師について

貴センターで開催している、あるいは、将来設定する講義形式の集団療法において、取締処分及び教育等の他の領域の専門職を講師とすることについて、・・・

- x 講義形式の集団療法がない、及び、それを設定しない。
- a 現在、そうしている。
- b この先、そうする。時期が決定している。
- c この先、そうする計画があるが、時期は決定していない。
- d そうしないことを方針としている。
- e 未定あるいは未検討である。
- f その他

5) 頻度について

貴センターで現在開催している、あるいは、将来設定する講義形式の集団療法の頻度は、1年間に何回開催しますか。

- ・ 1年間に () 回

II - 3 薬物乱用問題を持つ者に対する自助形式あるいは参加形式の集団療法についてお尋ねします。(参加形式とは、指導に従って寸劇や応答などの作業を行うことを主として啓発を促進するような形式であると、ここでは捉えて下さい。)

1) 有無及び今後の計画について

貴センターに、薬物乱用問題を主な対象とする自助形式あるいは参加形式の集団療法は、・・・

- a 現在、ある。
- b この先、設定する。時期が決定している。
- c この先、設定する計画があるが、時期は決定していない。
- d 設定しない方針である。
- e 未定あるいは未検討である。
- f その他

2) 対象の広さについて

x 自助形式あるいは参加形式の集団療法がない、及び、それを設定しない。

- a 貴センターに個別相談にかかわっている例だけを対象とする。
- b 貴センターに個別にかかわっているかどうかは問わない。
- c その他

3) 対象の種類について

x 自助形式あるいは参加形式の集団療法がない、及び、それを設定しない。

- a 薬物乱用者本人を主とする。
- b 薬物乱用者の家族等周辺の者を主とする。
- c その他

4) 頻度について

貴センターで現在開催している、あるいは、将来設定する自助形式あるいは参加形式の集団療法の頻度は、1年間に何回開催しますか。

1年間に（ ）回

II-4 薬物乱用問題に対応する関係機関の専門職の教育研修についてお尋ねします。

1) 次の①②は精神保健福祉機関の専門職に対する教育研修についての質問です。

①有無及び今後の計画について

貴センター主催で、精神保健福祉機関の専門職が対象となる教育研修を、・・・

- a 現在、行っている。
- b この先、行う。時期が決定している。
- c この先、行う計画があるが、時期は決定していない。
- d 行わない方針である。
- e 未定あるいは未検討である。
- f その他

②講師について

貴センター主催の、精神保健福祉機関の専門職を対象とした研修教育において、取締処分及び教育等、他領域の専門職を講師とすることについて。

- x 精神保健福祉機関の専門職を対象とした研修教育がない、及び、それを設定しない。
- a 現在、そうしている。
- b この先、そうする。時期が決定している。
- c この先、そうする計画があるが、時期は決定していない。
- d そうしない方針である。
- e 未定あるいは未検討である。

f その他

2) 次の①は精神保健福祉機関以外の専門職（例えば、学校に勤務する養護教諭・教員、取締処分にかかわる職員）に対する教育研修についての質問です。

①有無及び今後の計画について

貴センター主催で、精神保健福祉機関以外の専門職を対象とした教育研修を、精神保健福祉機関の職員に対するものとは別の枠を設けて、・・・

- a 現在、行っている。
- b この先、行う。時期が決定している。
- c この先、行う計画があるが、時期は決定していない。
- d 行わない方針である。
- e 未定あるいは未検討である。
- f その他

II-5 貴道府県あるいは貴都地区、貴市における、薬物乱用者の社会復帰を支援する対策のネットワークの整備と精神保健福祉センターの関係についてについてお尋ねします。

1) 貴道府県あるいは貴都地区、貴市において、薬物乱用者の社会復帰を支援する対策の総合的なネットワークの整備を貴センターが主導することが、・・・

- a 適切であると考えている。
- b 不適切であると考えている。
- c 適切かどうか、わからない
- e その他

上を選んだ理由をお教え下されば幸いです。

.....
.....
.....

2) 貴道府県あるいは貴都地区、貴市において、薬物乱用者の回復を支える対策の内、地域の相談指導のネットワークの整備を貴センターが主導することが、・・・

- a 適切であると考えている。
- b 不適切であると考えている。
- c 適切かどうか、わからない
- e その他

上を選んだ理由をお教え下されば幸いです。

.....
.....
.....

付録 2

薬物乱用問題を持つ者に対する精神保健福祉センターにおける相談指導

分担研究者 平井愼二 国立下総療養所

1 対象

精神保健福祉センターの個別指導は、薬物乱用者本人よりも、家族などの周囲の者が対象となることが多い。

精神科医療ならば、不眠あるいは幻聴、妄想等の不快な症状を改善する精神科薬の処方が可能であるため、これを求めてそのような症状を持つ薬物乱用者が通院する。しかし、不快な症状を軽減するわけでもなく、また、渴望に逆らって薬物摂取を避けることを勧める相談指導が、通所を継続する動機とならないことは当然である。

薬物乱用者本人に対する相談指導には固執せず、家族などの周囲の者への働きかけを通じて効果をあげることが可能であり、当初からその方針をとり、来所者に伝えておくこと、あるいは、広く報じておくことが、家族等の通所の継続性を高めることにもつながる。

従って、ここでは、主に家族などの周囲の者を対象とした相談指導について記す。

本人に対するものは、これに工夫を加え、発展させたもので対応することが求められる。

2 規制薬物乱用に対する相談指導の焦点

相談指導では、家族が、本人の薬物乱用を意図せず支えてしまっている状態を解決する指導を、根気よく継続しなければならない。家族関係を改善させる方法について著した指導書は多くある。ここでは、薬物規制法違反の取り扱いにおいて発生する効果を、回復を促進するものとして利用する方法に焦点を当てる。

この相談指導の方法も、報告書中にある薬物乱用対策における連携のあり方の上に成立するものである。

3 相談指導の進め方

相談指導に当たる職員が遵守すべきことは、薬物規制法違反を根拠にした取締機関への通報を避けることである。この態勢により、相談指導を受けたいと考える者がサービスへかかわることを躊躇しなくなる。

しかし、新たな薬物規制法違反に対しては取締機関が対応を開始しやすいようにするため、家族が取締機関に出向き、事情を説明し、協力を要請することを指導し、同時に、家族から本人に、この行動の目的は予防を主とするものであること、さらに、この行動の前に、そうすること、後に、そうしたことを伝えるよう指導する。

この取締機関の協力を要請するという指導に、家族はなかなか従えない。しかし、決して、この行動を家族がとることを、相談指導を継続する条件などにはしてはならない。

相談指導においてはこの抑止力の発現だけに焦点を当てず、違法行為が関係しない部分における指導を十分に行わなければならない。その上で、集団処遇において取締機関の専門職による講義及び自助的な集団処遇に参加してもらい、取締を受けた場合には処分の端緒となり、回復を促進する強力な指導を受けられる可能性があることも理解してもらい、家族の変化を気長に待ち、相談を継続することが求められる。

4 本人あるいは家族等の反応

家族が取締機関に協力を要請し、それを本人に告げた場合には、前もって本人に告げていても、激しい反応がみられることがあるので、これに対しては家族のとった行動が適切であったことを繰り返し伝えるなどの、支持的な働きかけが必要である。

他方、本人が薬物を廃用する努力を始め、劇的な効果がみられることがある。依存に理解が浅い家族が早い段階で、抑止力による劇的な効果を得た場合、もう治ったと早合点し、相談をうち切る

うとすることがあるので、これについても前もって、相談を継続する重要性を伝えておくことが必要である。

5 相談指導の頻度

報告者が千葉県精神保健センター(名称は当時)で相談指導に当たっていたときには、相談開始当初は2週間に一度程度の頻度で通所してもらった。来所の間、家族と本人との会話あるいは注目する事件を、メモしておくように指導し、相談日に、家族の取った行動を一つ一つ、薬物乱用を支えるものでなかったかを一緒に検討する作業を繰り返した。家族が、本人のためによかれと思ってやっていたことが実は薬物乱用を継続させていたものであったと気づき、講義形式の集団療法でも体系的な知識を得て、自助式の集団療法で他の家族の体験を聞き、自らも適切な対応を実行に移すことができはじめると、警察の協力を得ることをも選択できるようになり、家族は安定してくる。対象者が安定してくると、個別相談の頻度を4週間から8週間に一度、あるいはそれより低い頻度とした。しかし、集団療法には規則的に通うことを十分指導した。

6 他機関からの受け入れ

個別の相談指導を受けるべきケースを他機関から受け入れることを通常の流れにすべきではない。

地域における、相談指導で対応すべきケースは、おそらく量的には精神保健福祉センターだけで対応しきれるものではなく、また、他機関にも相談に当たる職員はいる。

特に、取締処分機関にかかわっており、抑止力を提供する環境にあるケースを、いわゆる丸投げの状態、わざわざ精神保健福祉センターが受けるべきではない。また、生徒の薬物乱用に関しては、対象者の問題の性質のため、精神保健福祉センターが対応するよりも教職員による対応が適切である可能性が高い。

参考文献

1) 平井慎二、野村正剛：精神保健センターにお

ける家族のための「家族教室」「家族会」が発足するまで、アルコール依存とアディクション、Dec,1992,Vol.9 No.4 PP273-278

2) 平井慎二：有機溶剤乱用者に対する病院の役割と地域に望まれる支援体制、精神保健研究、第7号(通巻40号)、p29-37,1994.,

分 担 研 究 報 告 書
(2-3)

薬物依存・中毒者を抱える家族に対する支援システムに関する研究

分担研究者 山野 尚美 皇学館大学 社会福祉学部 講師

研究要旨 薬物使用者の家族を対象とした初期介入型グループワークを立案、実施し、1998年10月より2000年3月までの18ヶ月間（36回）における参加者の属性および参加時の発言等をもとに、家族が直面している困難を明らかにすると共に必要とされる援助について検討した。薬物使用者の家族は、1. 治療・援助を必要とする問題であることをはじめ薬物依存に関して基礎的な知識をもっておらず、2. 使用者の薬物使用開始の原因について過剰な自責感を抱え、3. 使用者に断薬させることについての責任は全て家族が負うべきものであると考えおり、4. 問題の露見を防ぐために家族自身が社会生活において孤立化し、心理・社会的に脆弱な状態（psychosocial vulnerable state）におかれていることが明らかとなった。また、薬物問題発生以降の家族の心理過程には、E. Kubler-Rossが示した死の受容過程と重なる部分が多く見られた。このような結果から、本研究においては薬物依存に関する基礎知識の提供を通じ、過剰な自責感の軽減と、適切な対処方法の習得を中核とする初期介入プログラムの必要性とその指針を示すと共に、家族支援システムの全体的枠組みについて検討した。さらに、これらの機能促進にあたり、家族関係等の病的側面のみには偏向しないアセスメントの必要性および一般予防啓発における相談・援助機関の利用促進の取り組みの必要性についても言及した。

A. 研究目的

本研究においては、薬物使用者の家族が直面している困難を明確化すると共に必要とされる支援プログラムおよびその供給システムのあり方について検討し、そのモデルを提示することを目的としている。

B. 研究方法

アクションリサーチ法に基づき、以下のようなプロセスで研究を進めた。

1. 薬物使用者の家族を対象とした初期介入型グループワークを立案、実施した（表1）。
2. 1998年10月より2000年3月までの18ヶ月間（36回）における参加者の属性および発言記録から抽出した、参加者に共通する発言に基づいて、家族が直面する困難について明確化した。
3. 家族のニーズについて考察し、必要とされる支援のあり方について検討した。

C. 研究結果

1. 家族支援プログラム参加者および薬物使用者の属性

参加者の延べ人数および新規参加人数と薬物使用者との続柄、そして新規参加者のケースにおける薬物使用者の属性は、以下の通りである。

1) プログラム参加者数および使用者との続柄（表2）

この期間のプログラム参加者の延べ人数は250名で、このうち新規参加者数は55名であった。一回あたりの平均参加者数は約7名である。薬物使用者との続柄別にみると、母親が197名と全参加者の80%近くを占めており、これに父親、配偶者、きょうだいが続いている。また、参加継続の状況は、母親がそれ以外の参加者よりも高いことが判明した。

2) 薬物使用者の属性（表3、表4、表5）

新規参加者の相談内容にあった薬物使用者は、男性の割合が女性に対して非常に多く、全体の80%を占めている。

年齢層別では、20-24歳が15名（33%）と最も高く、25-29歳の9名（24%）と合計すると、半数

表1 薬物関連問題をもつ人の家族支援プログラム

1. 対象・参加要件
 - 1) 身近な人の薬物依存の問題に悩んでいる方（家族関係でなくても可）
 - 2) 事前の予約は不要
 - 3) 開始時期および参加回数は自由
 - 4) 一旦終了後の参加再開は自由
 - 5) 匿名（仮名）での参加
2. 会場 大阪市内の貸会議室
3. 日時 平日午後 / 1回2時間
4. 期間 1ヶ月2回 / 6回1クール
5. 形式
 - 1) グループワーク形式
 - 2) 前半は予め設定したテーマの講義、後半は各参加者の発言とフィードバック
 - 3) 「他の参加者やその発言内容について他言しないこと」「発言したくない場合はパスしてもよいこと」を毎回最初に確認する。
6. 各回のテーマ
 - 「薬物依存とは」
 - 「薬物依存が周りの人に与える影響 1」
 - 「薬物依存が周りの人に与える影響 2」
 - 「自分の生活を見つめ直す」
 - 「あなたにとって家族とは」
 - 「回復の道のりとセルフヘルプグループ」
7. 広報・案内
 - 1) 大阪DARCおよび大阪ダルク支援センター電話相談事業での紹介
 - 2) 要請のあった医療機関及び保健所等の担当者への案内文書送付

表2 家族支援プログラム参加者と薬物使用者との続柄

薬物使用者との続柄	人数
母親	197 (34)
父親	37 (14)
配偶者	8 (4)
きょうだい	7 (2)
その他	1 (1)
参加者数合計	250 (55)

注（ ）内は新規参加者における人員内数

表3 薬物使用者の性別

性別	人数
男性	37
女性	9

表4 薬物使用者の年齢層

年代	人数
-14	0
15-19	7
20-24	15
25-29	10
30-34	7
35-39	2
40-	1
不明	4

表5 使用薬物の法規制区分

法規制区分	人数
非合法	38
市販・処方薬	6
上記複合	2

表6 薬物使用と使用者本人に関する参加者の認識

1. 新規参加者参加者全員
 - 1) 今すぐ薬物使用を止めさせる方法を知りたい
 - 2) 薬物依存が病気であることを初めて知った
 - 3) この問題に関する悩みは、これまで誰にも打ち明けられなかった
 - 4) 薬物使用者が、薬さえ止めてくれたらそれでいい
2. 母親および父親
 - 1) 薬物使用は、自分の養育態度に起因するものであると思っていた
 - 2) 使用者の薬物問題の解決については、全て自分が責任を負うべきである
3. きょうだいおよび配偶者
 - 1) 冷たいかもしれないが、本人の薬物使用とそれに伴う問題によって、自分がその巻き添えになるのことは受け入れられない

表7 プログラム参加以前に試みられた参加者に共通する対処

1. 問題を隠す
2. 周囲から孤立する
3. 叱責、哀願、説得によって、薬物使用を止めるよう約束を取り付ける
4. 事態の悪化を防ぐために当事者が引き起こす問題の処理に奔走する
(当事者が取るべき責任の肩代り)
5. 使用者の薬物問題への関わりを生活における最優先課題とする

を超える。これに続くのは、15-19歳と30-34歳の各7名(15%)、40歳以上の1名(9%)である。同期間においては、14歳以下のケースは0件であった。

また、その使用薬物の法規制区分別では、覚せい剤を中心とする非合法薬物を使用しているケースが、市販・処方薬との複合を含めると90%以上にのぼり、圧倒的に多くなっている。尚、全体に占める割合は低いとはいえ、市販・処方薬のみを使用しているケースが、延べ参加者のケースで21件、新規参加者では6件あることも注目すべき点である。

2. 薬物使用と使用者本人に関する参加者の認識
(表6)

薬物使用および薬物使用者本人に関する認識については、使用者との関係ごとに共通する発言が見られた。

1) 新規参加者全員

初回参加の時点では全ての参加者が、「どのように薬物使用者に断薬させればいいのか、その方法を知りたい」と切望していた。そして、「薬物依存が治療・援助の対象となる問題であることを

全く知らなかった」、「他者にこの悩みに気づかれないよう、隠し続けてきた」、また「薬物使用者が断薬しさえすれば、悩んでいる問題の全てが解決されるはずである」といった発言も共通していた。

2) 母親および父親

薬物使用者の母親および父親に共通して見られた発言は、「薬物使用者の薬物使用開始の原因が、自らの過去における何らかの養育の失敗にある」というものと、「薬物使用者の断薬についての全ての責任は親である自らがその一切を背負うべきである」というものであった。

3) きょうだいおよび配偶者

きょうだいおよび配偶者においては、「家族でありながら冷たいかもしれないが」というためらいと共に、「本人の薬物使用とそれによって引き起こされるトラブルの巻き添えにはなりたくない」という発言が共通して見られた。

3. プログラム参加以前に試みられた対処(表7)

参加者がプログラム参加以前に試みた対処には、次の共通点がみられた。

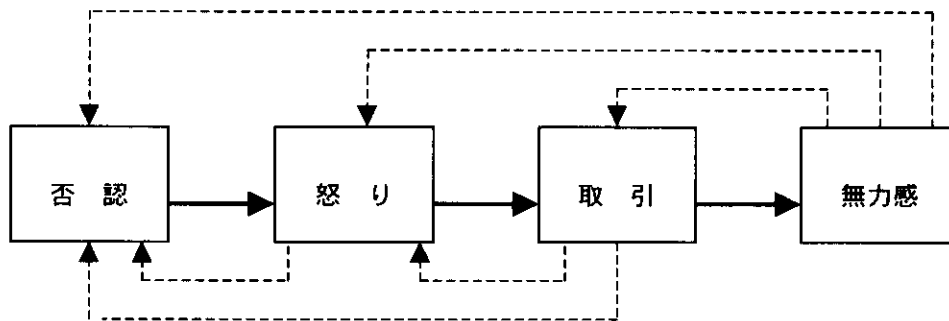


図1 薬物問題に直面した家族の心理過程(E. Kubler Ross の理論を参考に山野が改変・作成, 2001)

身内の者が薬物を使用していることを周囲に悟られないように努力する。そして問題の露見を避けるため、あるいは使用者の薬物使用を防ぐために、できる限り目を離さないように努める。そのために仕事や親戚・友人との交際をはじめとするあらゆる社会的活動から遠ざかることなどである。

そして薬物使用者に対しては、叱責、哀願あるいは説得によって、「二度と薬物を使用しない」と約束することを迫ると共に、事態の悪化を恐れて、当事者の薬物使用によって引き起こされる諸問題の処理にあたることなどである。

またこうした一連の薬物使用者への関わり、すなわち薬物使用の防止のための監視と薬物使用に伴うトラブルの処理が、家庭内の生活における最優先課題とされるということも、共通してみられた点である。

D. 考察

1. 薬物問題に直面した家族の心理過程

薬物使用者の家族が最初に薬物使用の問題に気づいた後、経験する心理過程には、E. Kubler Ross が示した死の受容プロセスと重なる部分が見られた。これを参考にし、著者が薬物問題に直面した家族に適用し、改変・作成したものが図1である。

使用者の言動等の変化に気づいた家族が、当初からその変化を薬物使用と結びつけることは稀である。また、事実から目をそらす、または事実を軽く見積もろうとするような態度もみられた。しかし、薬物使用の現場を目撃、あるいは薬物や関連する器具等を発見した場合には、身内の薬物使用という事実を否認し続けることは不可能となる。事実を否認することができなくなった家族は、使用者に対して「なぜ悪いとわかっていることを

するのか」という怒りを露わにする。また共に使用する者がいる場合には、彼らに対しても怒りが向けられる。そして、報酬や罰を提示して使用者に「二度と薬物を使用しない」と誓約させることによって、薬物使用を止めさせようと試みる。しかし、薬物使用によって依存が生じている場合には、このような働きかけのみによって、断薬を継続することは困難であるため、結局は一時的な断薬と再使用が繰り返されることとなる。薬物依存についての知識を持たない家族は、再使用を薬物使用者の人格的欠点によるものとして認識し、誓約とその破棄を繰り返す使用者に対する信頼は著しく低下する。それと同時に、薬物使用を止めさせる責任は家族にあるとの認識から、使用者に誓約させるという自らの試みの失敗に自責感を募らせる。

こうした薬物依存に関する知識を持たないままに繰り返される、使用者に断薬させるための試みとその失敗により、次第に家族は無力感を強めていく。否認、怒り、取引、無力感の各段階は、一定方向でのみ経験されるわけではなく、各段階から逆方向に推移する場合もある。

これら一連の反応は、必ずしも特殊なものではなく、薬物問題が自分の身近に起こり得るものと想定しておらず、薬物の使用を制御できなくなる薬物依存という疾病とその対処に関する知識をもたない状況では、当然起こり得るものであると考えられる。

2. 薬物使用者の家族が直面する困難への焦点化の必要性

家族には、薬物使用者が断薬を継続できないことのみが悩みであり、問題を抱えて援助を必要としているのは薬物使用者であるとの訴えが見られた。しかし、警察への通報や問題の露見によって予想される社会生活上の困難等への恐れにもかか

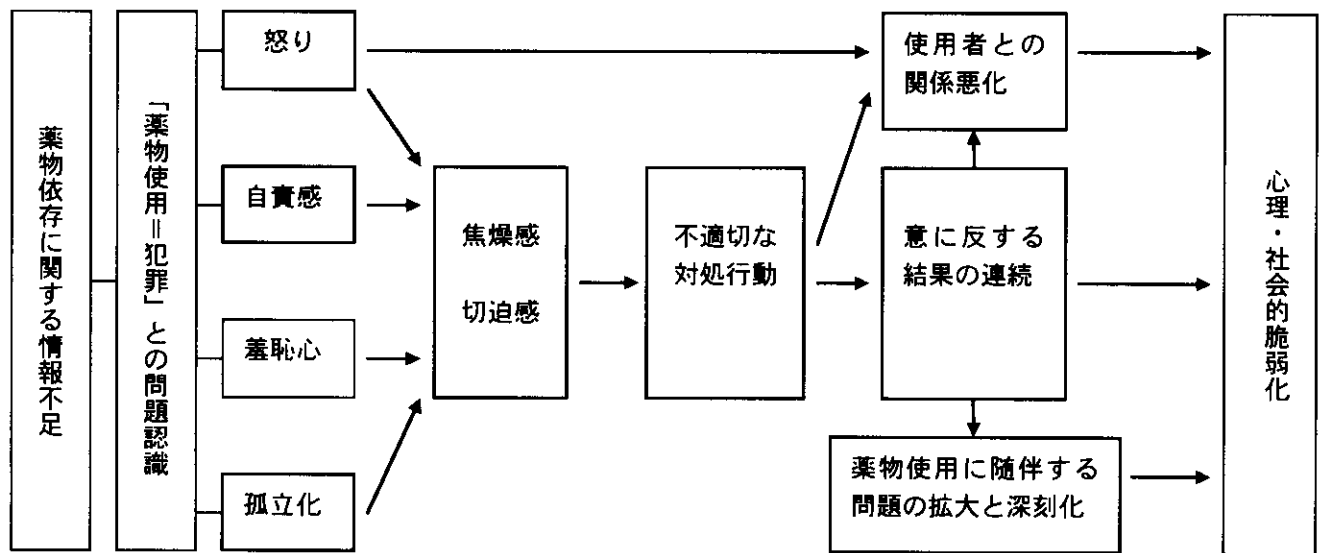


図2 薬物使用者の家族の心理・社会的脆弱化の過程(山野, 2001)

ならず、問題の隠蔽を諦め、外部に助けを求めようとする契機となっているのは、使用者の薬物使用そのものではない。

家族は、薬物使用者に断薬させようと様々な試みを繰り返す一方で、薬物使用に伴う金銭問題その他の、本来薬物使用者自身が負うべき責任の肩代わりによって事態の悪化を防ごうとする。しかし、薬物使用が繰り返される中で、これらの問題も繰り返し出現し、ついには家族もこれらに対処することが不可能な状況に陥ることとなる。こうした家族自身の進退窮まった状況が、実際には外部に助けを求める直接的契機になっているのである。つまり現状においては、この段階に至るまで、家族は問題を外部に対して伏せ続け、自力のみで当事者の薬物使用とそれに伴う問題の解決に当たろうとしているということである。したがって、家族支援においては、薬物使用者の薬物使用状況よりも、家族自身が直面している問題に積極的に焦点化される必要があると言える。

3. 薬物使用者の家族の心理・社会的脆弱化の過程

自力のみで全ての問題解決に当たろうとする家族は、自身が困難な状況に陥り、心理・社会的に脆弱化していく。その過程をまとめて図式化したものが図2である。

薬物依存についての知識を持たず、薬物使用を犯罪としてのみ認知している場合、薬物使用者に

対する怒りと共に身内の社会的に容認されない行為に対する羞恥心と自責感が生じる。そのため、身内の不始末は家庭内で自助努力によって処理されるべきと考える家族は、周囲に助けを求めようとは考えず、また身内の恥を隠すために孤立化する。そして、「怒り」「自責感」「羞恥心」「孤立化」は、薬物使用者のために何かしなければならないとの「焦燥感」や「切迫感」を生み出す。これにより家族は、薬物使用者の監視、叱責や哀願、そして報酬や罰をとまなう断薬の誓約等によって、薬物使用を防ごうと試みる（不適切な対処行動）。しかし、これらが薬物使用者の断薬の継続につながることはないばかりか、断薬の誓約を迫られ、再使用の度にそれを人格上の欠点と結びつけられて一方的な非難にさらされる薬物使用者との間には、本来必要のない葛藤が生じる（使用者との関係悪化）。この葛藤により、家庭内の雰囲気は陰悪なものとなり、薬物使用者との会話は全般に減少して、薬物使用に直接関係する内容がその大半を占めるようになる。そして家族は、薬物使用者とのやりとりにおいて、会話そのものよりも薬物の使用状況を探ることに全神経を集中させるようになっていく。また、非難された薬物使用者に暴言や暴力が見られた場合には、更に家族の怒りは増幅されることとなる。

家族による薬物使用者を断薬させるための試みと、事態の悪化を防ぐためになされる薬物使用者が取るべき責任の代行は、いずれも家族が切望す

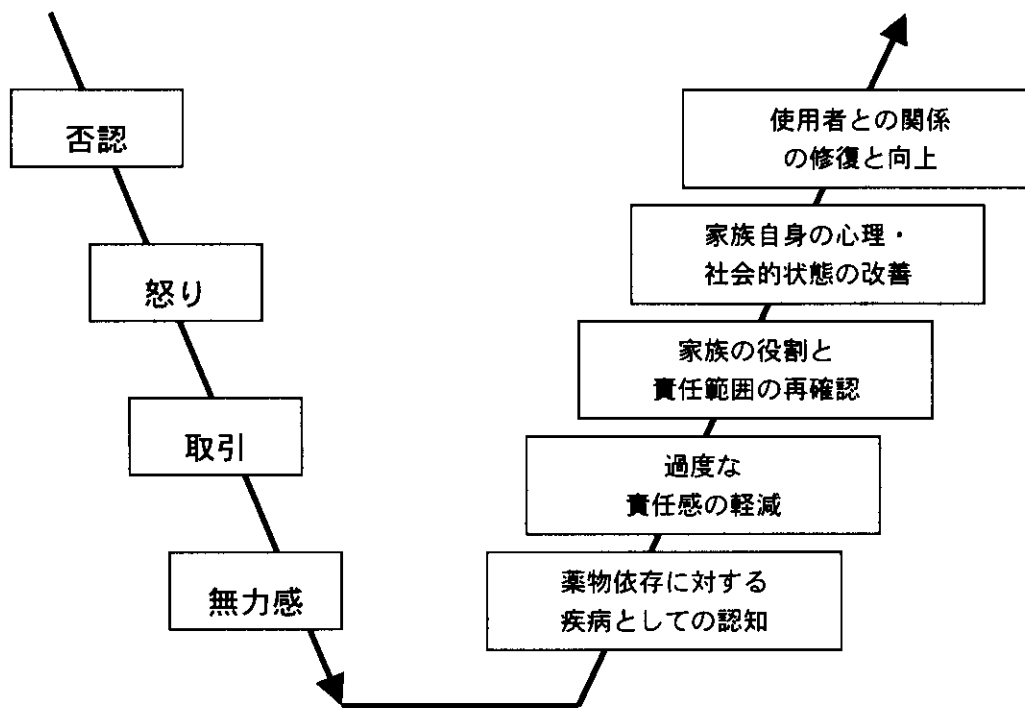


図3 薬物使用者の家族の問題受容および適応過程(山野, 2001)

る結果をもたらさない(意に反する結果の連続)。そればかりか、金銭問題をはじめ薬物使用に伴って生じる問題はその範囲を拡大し、深刻化していく(薬物使用に伴う問題の拡大と深刻化)。

これら一連の過程を経験する中で、家族は心理・社会的に脆弱化し、自力のみで薬物使用者に断薬させることができないばかりか、彼ら自身が援助を必要とする状態に至るのである。

4. 薬物使用者の家族の問題受容および適応過程

心理・社会的に脆弱化した薬物使用者の家族が、問題を受容し、適応していくプロセスを図式化したものが図3である。

まず家族は、使用者が断薬を継続できないことについて、それが人格上の欠点ではなく、薬物依存という疾病によるものであるということを理解することにより、それまでの問題認識やそれに基づいた試みのうち、不適切な部分に気づき、問題への新たな対処方法について模索し始めようとする。そして、特に使用者の親の場合には、薬物依存が養育における何らかの失敗を原因とするものではないこと、家族の努力によって断薬を継続させることは不可能であり、治療や援助が必要であること等が明確に示されることによって、過度な自責感が軽減される。これにより、家族は焦燥感

や切迫感から解放され、新たに得た知識を基に、冷静かつ客観的に身内による薬物使用の問題を検討することが可能となる。

そして、家族が負うべき責任の範囲に限度があることを再確認することにより、薬物使用者に対する断薬継続の支援を自身の健康な生活を犠牲にしてまで優先させる義務はないことを認識することができる。この段階を経ることにより、家族は積極的に自分自身の状態に目を向け、脆弱化した部分の改善に取り組むことが可能となる。

薬物使用者に対するの家族の感情は、図1の心理過程にも示されるように、不安定なものとなっており、また度重なる葛藤の過程で、薬物使用者が家族に対する怒りや恨みを募らせている場合もある。このため、薬物依存という疾病の受容によって、薬物使用者に対する「社会的に容認されないことを知っていながら、薬物使用を止めようとしない人間」という一面的な理解から脱却し、ひとりの人間として薬物使用以外の多様な側面に目を向けることが可能となり、関係修復が図られる。

家族は、図3の右側部分の各段階を必ずしも矢印の流れに沿って辿るわけではない。例えば薬物の再使用が起こった場合は、一旦冷静さを取り戻した家族が再び混乱し、図3左側部分の心理過程にまで引き戻されることも起こりうるのである。

表8 薬物使用者の家族支援活動における指針

1. 援助者との信頼関係の構築
 - 1) 「利用のしやすさ」に向けた、広報の段階からの配慮
 - 2) 「本人の薬物使用は親の養育の失敗によるものではないこと」を明確に示すことによる、過度な自責感の軽減
2. 適切な知識の提供
 - 1) 薬物依存は病気である
 - 2) 家族が自力のみで薬物使用者に断薬させることは不可能である
 - 3) 回復には薬物使用者自身が、自らの病について理解および受容し、治療・援助を受けることが必要である
 - 4) 薬物依存は慢性の病気であり、即効性のある根治療法は現在のところ存在しない
 - 5) 回復のための取り組みは当事者にしかできない
 - 6) 家族は自身の身体、精神および社会生活の状態の把握と改善を優先させてもよい
 - 7) 本人を薬物使用者としてのみ一面的に捉えるのではなく、それ以外の個性に目を向け、家族としての自然な関わりを大切にす
3. 同じ立場にある人との出会いの場の提供
 - 1) 匿名性の確保
 - 2) 緩やかな参加条件の設定
 - 3) 参加者同士の共感とそこから得られる気づきの促進
4. 家族の行動変容の促進
 - 1) 家族が自分自身に対する関心を深めていくことへの積極的支持
 - 2) 具体的な行動選択に関する問いかけへの慎重な対応
 - 3) ブランクがあっても、再発など必要な時にはいつでも相談に応じることの強調

5 薬物使用者の家族支援活動における指針

薬物使用者の家族に対しては、彼らの心理・社会的脆弱化とそこに至るプロセスに配慮した支援プログラムが必要であると考え、表8にその指針をまとめた。

まず、広報の段階では、支援プログラムが薬物使用者の検挙や家族に対する責任追及の場ではないことを明確に示し、孤立化している家族の参加を促進する。

プログラム実施時においては、プログラムが家族にとって安心できるものであることを重ねて強調し、それを実感できるように匿名での参加を認めるなどの配慮に努める。特に、初回参加時においては、家族に対するプログラム担当者の受容的態度での関わりが信頼関係の形成に影響を与える。こうしたプログラムの場に対する安心感や担当者に対する信頼感が与えられない状況では、プログラムの主要な課題である薬物依存に関する知識の提供と問題への対処の再検討が効果的に行われただけでなく、家族の支援プログラムへの参加継続自体も危ぶまれることとなる。

尚、家族に対するアセスメントにおいては、病理的側面からのみのアプローチではなく、現在の薬物使用に対する社会の態度および反応、薬物依存に関する情報と治療・援助機関の不足、そして家

族に対する薬物使用者への監督責任の過重な負担要求等の、家族を取り巻く社会状況が十分考慮されるべきである。

提供されるべき薬物依存とその対処に関する知識についてまとめたものが表8の2.1)-7)である。この知識の供与によって、家族の心理・社会的脆弱化に影響した「自責感」「羞恥心」を軽減し、家族がとってきた不適切な対処行動を改善し、さらに家族による自らの心理・社会的問題の改善への取り組みの促進が期待される。

しかしその一方で、こうしたプログラム担当者による知識の供与のみでは、家族が新たな対処行動への移行時に経験する、具体的な行動選択にあたっての迷いに、十分な対応を行うことは困難である。つまり、担当者は、薬物依存に関する知識や対処行動の原則について伝えることができても、家族が新たな知識に基づいて対処行動を刷新しようとする過程で経験する、具体的な行動選択における迷いに対して、家族に代わってそれらの答えを出すことはできないのである。そのため、薬物使用者の家族への介入においては、個別での相談・援助に加えて、同じ立場にある他の家族との交流の機会提供により、家族が他者の多様かつ具体的体験の内容に、自らの行動選択における手がかりを見いだすことが期待される。

薬物依存においては、薬物使用者が治療・援助を受けた後においても、再発（再使用）のリスクが常に伴う。このため、家族に対しては、一通りの知識を得て支援プログラムを離れた後も、必要が生じた際にはいつでも参加が可能であるということを常に強調しておくことが重要である。

一般に薬物依存に関する情報が不足している現状においては、家族支援プログラムの成果を左右する鍵となるのは、問題を隠蔽し孤立化しがちな家族をいかにして支援プログラムの場に引き寄せ、参加継続に向けての動機づけをどれだけ高められるかという点にあると言えよう。

6 薬物使用者の家族支援プログラムの供給システム

平成11年の「精神保健福祉センターにおける薬物関連問題相談事業の実施について」の通知（障精第36号）により、個別相談や家族教室等の形式で初期介入型プログラムの提供が各都道府県の精神保健福祉センターによって開始されつつある。

しかし現在、薬物使用者に対しては、主には保健医療領域での治療・援助中心の処遇、成人の法的規制下にある薬物使用のケース（一部未成年者を含む）における司法領域での処罰中心の処遇、そして未成年者の薬物使用のケースにおける児童福祉領域での保護および健全育成を中心とする処遇等の対応が、その根拠法や機能を異とする機関で行われている。このため、例えば薬物依存を生じているケースでも、薬物使用者が保健医療機関の介入を全く受けず、行刑施設への入所を繰り返すということも起こっている。こうしたケースでは、薬物使用者の家族は、薬物使用者を「薬物使用という犯罪行為」を繰り返す「犯罪者」としてのみ認知し、「犯罪者の家族」としての生活に追い込まれ、先に示した心理・社会的脆弱化の過程から抜け出す機会を得ることができない。

薬物使用を繰り返す使用者の断薬継続の契機をつくるために、また無用の葛藤による家族関係の悪化を防ぐためにも、薬物使用者の家族に対しては、使用者本人が保健医療領域において処遇されていない状況にある場合においても、等しく薬物依存とその対処に関する基礎的知識が供与されることが必要である。このためには、どの領域の機関での処遇が開始された場合においても、家族が初期介入プログラムを利用できるような、関連機関に

よるネットワークが必要とされる。

そこではまず、司法および児童福祉領域における最初の介入機関である警察と児童相談所において、薬物使用者のケースを受理した段階で、家族に対して精神保健福祉センターにおける初期介入プログラムに関する情報提供が徹底されるべきである。この役割は、薬物使用が発見されることの多い、社会福祉事務所、地域行政機関の相談窓口および学校等にも求められる。この他、保護観察所における取り組みも期待される。

そして、家族に対する初期介入プログラムによって、さらに個別のニーズに応じた援助の必要性が認められるケースについて、これに対応したプログラムが用意されねばならない。現状において想定されるものは、薬物使用者の暴力団関係者との交際等に伴い家族が巻き込まれる問題の解決支援、薬物使用者の家庭内での暴力行為に対処するための家族に対する保護的支援、未成年者の薬物使用ケースにおける子どもの養育支援、薬物使用者以外の家族間（夫婦、きょうだい、親子）の関係調整等が挙げられる。

尚、医療機関においては、薬物使用者に対して最初の介入が直接開始されることも多いため、ここで初期介入プログラムが提供されることもあるが、同時に同機関の機能を生かし、薬物使用者の治療・援助についての理解促進を狙いとしたプログラムや、家族自身の心身の不調への治療・援助を視野に入れた介入が必要に応じて提供されることが期待される。

また、身近に起きてしまった薬物問題について話題にすることが地域においては困難な状況であることや、薬物使用者が再使用の危険を常に抱えていること等を踏まえ、上記の支援プログラム以外にも、家族同士の相互交流と支援の場作りを促進し、これを支援していくことも重要な課題である。

E. 結論

薬物使用者の家族は、1. 治療・援助を必要とする問題であることをはじめ薬物依存に関して基礎的な知識をもっておらず、2. 使用者の薬物使用開始の原因について過剰な自責感を抱え、3. 使用者に断薬させることについての責任も全て家族が負うべきものであると考えおり、4. 問題の露見を防

ぐために家族自身が社会生活において孤立化し、心理社会的に脆弱な状態 (psychosocial vulnerable state) におかれている。したがって、薬物使用者の家族支援においては、初期介入の段階で、薬物依存についての基礎的知識の提供を通じて過剰な自責感を軽減し、適切な対処方法の具体的検討と実践を支援することにより、家族自身の心理・社会的に脆弱化した状態の改善を目指すプログラムが必要とされる。またこうした初期介入型の個別および集団形式での家族支援プログラムに加え、各関連機関における家族のニーズに対応した介入と、家族の相互支援活動の促進が必要とされる。

そして各種のプログラムを含む家族支援システムが、その機能を果たすためには、家族への介入にあたってのアセスメントにおいて、病的側面からのアプローチのみならず、個人をとりまく社会・文化的背景を視野に入れたエコロジカルアプローチが用いられることが必要である。すなわち、現在の薬物使用に対する社会の態度および反応、薬物依存に関する情報と治療・援助機関の不足、そして家族に対する薬物使用者への監督責任の過重な負担要求等の、社会状況が十分考慮されるべきである。また、薬物使用が犯罪としての側面のみ注目され、使用の結果として生じる薬物依存が治療・援助の対象であること自体が広く知られているとは言えない現状においては、相談・援助機関の利用促進のために、この点への配慮した家族支援プログラム開催の広報や一般向け予防啓発のあり方が検討されるべきである。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会報告

- 1) 山野尚美「薬物依存者を抱える家族への介入～米国における実践モデルと国内での適用の可能性～」第35回日本アルコール・薬物医学会総会。平成12年7月
- 2) 山野尚美「民間リハビリ施設における薬物依存者の家族支援に関する研究」。日本社会福祉実践理論学会 第17回大会。平成12年7月

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

主要参考文献

1. American Psychiatric Association. (1995). Practice Guideline for Treatment of Patients with Substance Use Disorders: Alcohol, Cocaine, Opioids. Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Ashery R. S., Robertson E. B. & Kumpfer K. L. (Eds.), (1998). Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph 177. NIDA
3. Galanter M. & Kleber H. D. (Eds.), (1994). Textbook of Substance Abuse Treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press.
4. Keller DS, Galanter M, Weinberg S. (1997). Validation of a scale for network therapy: a technique for systematic use of peer and family support in addition treatment. American Journal of Drug Alcohol Abuse; 23(1):115-27
5. McCrady B. S. & Epstein E. E. (Eds.), (1999). Addictions: A comprehensive Guidebook. New York: Oxford University Press.
6. NIDA. (1999) Drug Abuse and Addiction Research: 25 Years of Discovery to advance the Health of the Public. NIDA.
7. Ross G. R. (1994). Treating Adolescent Substance Abuse: Understanding the Fundamental Elements. Allyn and Bacon.
8. エリザベス キューブラ ロス著 鈴木 晶 訳「死ぬ瞬間」(1998) 読売新聞社
9. 山野尚美「薬物依存に立ち向かうためのガイドブック 2 そばにいるあなたにできること」(1996) 大阪DARC・大阪ダルク支援センター
10. 山野尚美「薬物依存に立ち向かうためのガイドブック 1 薬物依存とは何か 改訂版」(2000) 大阪DARC・大阪ダルク支援センター