

若年者の薬物乱用の現状と回復へのプロセス

講演者 引士 絵未 氏*

はじめに

- I. 一人の依存症者家族として (自己紹介)
- II. 薬物依存症とその背景
 - 日本の薬物問題の現状
 - 依存症へのプロセスと回復への道を妨げる不正確な知識
 - 日本の回復支援の現状
- III. アメリカの実践から学ぶ
 - 治療共同体Amityの活動とその意義 —
 - 日本の抱えている課題
 - Amityとは
 - Amityの理念
- IV. 共に生きる社会を目指して — 日本での取り組み —
 - 週1日カフェの運営 (バザールカフェと京都ダルク)
 - メンバーシップ・フィードバックの実践 (旧奈良ダルク)
 - 当事者によるリカバリーパレード

おわりに

はじめに

今日は「若年者の薬物乱用の現状と回復へのプロセス」というテーマでお話をさせていただこうと思うのですが、まず最初に、皆さんに一つお聞きしたいと思います。若年者の薬物乱用という言葉を目に思い浮かべた時に、どのようなことをイメージされますでしょうか。

おそらく最初に浮かんでくるのは、この「ダメ。ゼッタイ。」のポスターではないかと思えます。近年、人気テレビドラマシリーズの『ごくせん』もこのポスターに一役買って、「ダメ。ゼッタイ。」を訴えています。もう一方も、「ダメ。ゼッタイ。」のポスターでよく使われている「NO! DRAG」というポスターです。このように日本は、ゼロ・トレランスとあって、薬物乱用問題を撲滅することを最終的な目標にしている政策を用いています。

なので、皆さんが最初に薬物と聞いてイメージすることは、「使ってしまうと、その人の人生

はだめになってしまう」、そのような印象をポスターや啓発活動の中から抱かれているのではないかと思います。

実際に、世界的に日本は薬物の使用・乱用問題がどのような状況にあるのかを見てみたいと思います。「薬物使用に関する全国住民調査」(2005)の中で、アメリカ・イングランド・ウェールズ・フランス・日本等8ヶ国の薬物問題をまとめたものです。用いられている対象薬物や対象年齢が異なるため、正確に比較することは難しいのですが、概要として理解していただければと思います。

まず、薬物の生涯経験率についてですが、日本は8ヶ国中最も少なく、3%とされています。もし仮にここに100人いらっしゃれば3人だけ、一生のうちに何らかの薬物、大麻や覚せい剤、マリファナ、MDMA等全てを含み、薬物を使ったことがあるというのが日本の現状です。

一方、8ヶ国中最も多いアメリカを見ていただくと46%です。この会場におられる約半分の方が、何らかの薬物を人生の中で1回以上は使ったことがあるということです。

このようにアメリカと日本の薬物使用経験の違いが、この国際比較から見えてきます。日本は薬物に接する機会が少ないと言われており、この調査報告書でも「奇跡的な数」と表現されています。

次に依存症の実態について、もう一つのグラフをご紹介します。「OECD Factbook 2009」の中で、OECD加盟国中、アメリカ、ニュージーランド、オランダ、日本等10ヶ国について、薬物とアルコールを含む物質乱用者の年間有病率を示したもので、どれぐらい治療している人がいるかまとめたものです。

先述した統計と対象国も違いますし、対象物

* 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部研究生

質にアルコールが含まれるということで、単純に比較することはできないのですが、日本は、先程と比べて10ヶ国中上位5番目に位置されています。そして、最も多いのは先程と同じアメリカで、最も少ないのはイタリアとなっています。

これらの結果から何が読み取れるかというところ、「ダメ。ゼッタイ。」「薬物を使ったら人生終わり」という啓発や社会の世論の中で、実際に薬物を使ったことのある人が少なからず存在し、その中で治療を必要とする深刻な状態になっている人が多いということです。しかし、問題を抱えていながら「ダメ。ゼッタイ。」の中で社会から排除され、回復のためのメッセージが送られない人たちがいるということが現状であるかと思えます。

今日は、このような薬物の問題を抱えている人たちがどのように回復していくことができるのかということ、皆さんと一緒に考えていければと思っております。

まず、なぜ私が依存症というテーマを職業に選んだのかということ、自己紹介も含め自分史を簡単にお話しさせてもらいたいと思います。そのあとに薬物依存症とその背景について、そして今日のもう一つのテーマであるアメリカの治療共同体の実践についてご紹介させていただいて、最後に、日本でどのようなことを学びとして活かしていけるのか、私たちは何ができるのかということ、皆さんと一緒に考えていきたいと思っております。

I. 一人の依存症者家族として(自己紹介)

まず最初に、なぜ私が依存症の支援を選んだのかということなのですが、「一人の依存症者家族として」とあります。もともと私は父子家庭で、広島県東広島市の山間部で育ちました。今から30年以上前の山間部では、父子家庭というだけで珍しい存在で、私が存在するだけで好奇の目で見られていたのです。

私は、普通の家庭であること、普通の家庭として見られることを一番の人生の目標として幼

少期を生きてきました。なので、困った時に、「困りました、私は問題を抱えています」ということを言いたくない、言えないというのが私の大きな課題となっていました。

その中でどのようなことが起こっていったかというところ、父には支え手としての妻もいませんし、私には兄がいましたが、兄と私は年を重ねる度に父から離れていきますし、その孤独の中からたくさんの問題を抱えるようになりました。

一つ目が多重債務の問題で、複数のサラ金から借金を抱え、その利息を払うためにまた次のサラ金に借金を抱えという形で、最終的に私が知る限りでは700万円の借金を抱えました。一度退職金でそれを清算しましたが、またすぐに600万円の借金を抱えていました。これも一つの依存の状況になっていたのではないかと思います。

それと同じようにアルコールの問題が深刻になっていきました。

今日お越しいただいている大学生の皆さんと同じ、大学2年生の時、父はお酒を飲み続けて会社に行けなくなりました。無断欠勤を何日も繰り返す、ある夜、酔っ払った状態で私にぼそっと「わしゃもう働けん」と言ったのです。その時私は父に何と言ったかというところ、「わかった。じゃあ私が養うから、お父さんは働かんでいい」と約束をしました。これは、共依存と言われる状態で、本人の責任を全て肩代わりしてしまっていました。

私は本気で父を養うつもりで、皆さんと同じように大学の授業を受け、それが終わると、夕方から夜中までパチンコ屋でアルバイトをしました。夜中、家に帰ると、家中酒瓶だらけなのです。そして、父が失禁した衣類がゴミ袋に押し込められていました。そんな惨状の家に毎晩帰っていきました。

そのような状態を泣きながら片づけました。「こんな地獄みたいな日々がいつまで続くんだろう」と思いながら、誰にも、一言も相談できませんでした。友人もそれなりにいましたし、大学の指導教員もいましたが、それでも私は誰にもSOSが出せませんでした。なぜかというところ、

「普通の家庭に見られたい。」それが私の一番の目標だったので。

そして、ある夜、兄が父に「明日から働かんかったら、わしがおまえを殺してやる」と宣言をしました。

その次の日の朝、兄はそのまま仕事に出かけ、私が昼ごろ出かける準備をして玄関にいくと、珍しく父が見送りにきました。そして父が私に言いました。「ここに生命保険の証書がある。もし自分に何かあったら、この生命保険の証書を使ってくれ」と私に訴えてきました。その時私はどう思ったか。

皆さんがもしこのような立場だったら、その時どう思いますか。おそらく「お父さんに何かあってはいけない。お父さんの話を聞いてあげないと。ここで出かけてはいけない」と思われるのが普通の精神状態だと思います。私はどう思ったかということ、「ああ、また言ってる、この人」と思いました。

父は、お酒を飲んで酔っ払うと、「もう死ぬ。しんどい、苦しい、助けてくれ。ここに生命保険の証書がある。何かあったらこれを使え」と毎晩、毎晩言っていたのです。なので、「ああ、またこの人言ってる」と思い、私は父のそのOSを無視して出かけることを選びました。

その日の夕方、父は自宅で首をつって亡くなっていました。

それぐらい私は、依存症という家庭の中でおかしくなっていたのです。病に巻き込まれていたということが、後になって分かってきました。

どれだけ父が孤独と社会的孤立の中で苦しんでいたのかということを実感したのは、葬儀のための白い衣装を父に着せた時でした。父の体に触れた時に、父の体が数時間前まで生きていたのが不思議なぐらい硬く、本当に軽かったです。初めてその時に父がどれだけ孤独で苦しかったのか、病と借金と家族からの孤立の中でどれだけ苦しんでいたのかということを実感させられました。

私はずっと後悔の念に苦しめられました。自死遺族が必ず抱える感情に自責の念という感情があるのですが、私も同じように自分を責め続

けました。なぜあの時出かけたのか、なぜ話を聞いてあげなかったのかと、ずっと責め続けました。

そして、父と同じような人を助けることができれば、自分は楽になれるかもしれない、そう思って無意識に精神科のソーシャルワーカーという仕事を選んでいました。そして、父と同じようにアルコール依存症の方を支援する仕事を始めたのです。

私は楽になったのかということ、全く楽になりませんでした。父と同じような人と毎日接する中で、とにかく苦しかったのです。自分がなぜ父を亡くしたことで苦しいのか、これまでの生活の中で自分がどのような影響を受けているのかということは一切棚上げにしたまま、父と同じような人と出会う中で、毎日感情に振り回されました。父への感情が、フラッシュバックしてくるのです。

そのような状況で5年半勤めていた仕事を退職して、大学院に進学することを選びました。そして、いろんな縁があり、このあとお話しする治療共同体Amityというアメリカの施設に出会いました。

そこで初めて、感情に向き合うという機会を与えられたのです。エモーショナル・リテラシー、これは「感情における知性」と言われていますが、自分の感情を知ること、そしてその自分の感情をきちんと表現する力を身につけることです。

Amityで初めてエモーショナル・リテラシーに出会いました。そこでは、依存症当事者が回復して自ら専門的な教育を受けて、スタッフとして同じ依存症者を支援するということが行われていたのです。自分の経験から人を導くということの素晴らしさを、私はそこでの体験を通して知ることができました。

私にとって自分自身の経験、例えば父を自殺で亡くしたこと、惨めな父子家庭生活を送ってきたことは、恥ずかしいことでしかありませんでした。でも、Amityでその経験が人を導くことができる大きな力になるということを教えられました。そのことが私にとって大きな力に

なりましたし、それがこれからの日本の回復支援の中でも必要なことなのではないかと考えています。

このようなことを念頭に置きながら、今日のお話を聞いていただければと思います。

Ⅱ. 薬物依存症とその背景

では、薬物依存症とその背景ということで、日本の現状についてお話ししたいと思います。

日本の薬物問題の現状

まず薬物問題の現状ですが、覚せい剤乱用者が推計200万人はいると言われています。しかし、実際に検挙された人は、23年度の資料ですが、1万3,768人と言われています。

さらに、治療の実態はというと、薬物関連の入院患者は約2,000人で、ごく一部という現状になっています。それに加えて、ダルクという民間回復施設がありますが、そこに入所されている人、通所されている人を含めても、おそらく数百人という人数だと思いますので、全く問題を抱えている人に治療が追いついていないという現状にあります。

薬物問題で最も大きな問題が覚せい剤です。覚せい剤の再犯率は59.4%と言われ、さらには、50代以上になると81.5%となっています。年齢が高くなればなるほど、社会に復帰していく、回復していくことの難しさを抱えているという現状が見えてきます。

実際に平成23年度薬物事犯別検挙人数を見ますと、やはり圧倒的に多いのが覚せい剤で11,852人になります。続いて、覚せい剤に比べるととても少ない数にはなりますが、1,648人で近年若者の中で問題視されている大麻です。

また、同じく平成23年度の覚せい剤について検挙人員を年齢別で見ますと、最も多いのが30～39歳で35%、続いて40～49歳で29%ということで、30代、40代が最も多い現状です。皆さんが該当する20代、10代の方は、合わせても20%で、このうち21人の大学生が23年度中に検挙されています。

続いて同じく大麻では、圧倒的に多いのが20～29歳で49%です。大麻で検挙されている人数は20代の方が圧倒的に多くなり、そのうち大学生は23人です。やはり大学生の薬物乱用問題としては、近年報道もされていますとおり大麻が若年層に広がっているという問題がありますが、全体で見ますと、圧倒的に大きな問題は覚せい剤だと考えていただければと思います。また、大学生の検挙人員では、覚せい剤と大麻はほぼ同様であることから、大学生の覚せい剤問題も注目しなければならないと思います。

依存症へのプロセスと

回復への道を妨げる不正確な知識

では、このような覚せい剤や大麻を使用する、または乱用するという状態から、実際に問題を抱えて依存症になっていく過程についてお話ししたいと思います。

アディクション（依存）というのはいろんなものがあります。アルコール依存、ギャンブル依存、共依存と様々ありますが、まず、アルコールや薬物、ニコチンなど、物質に対して依存が形成されるものは「物質依存」と言われています。また、ギャンブルや仕事、ショッピング、皆さんが日常的に行っていることにも依存が形成されると言われていて、このような過程や行為に対する依存を「過程・行為依存」、そしてもう一つ、恋愛や共依存と言われる関係性に依存するものは「関係依存」と言われています。

このような依存は総じて、「害があるのにやめられない、分かっちゃいるけどやめられない」ということが、依存が形成される大きなポイントだとされています。

では実際に、ちょっと使った状態から依存症になるまで、どのようなプロセスかを簡単にお話しさせていただきます。最初のきっかけは、ちょっとした好奇心です。私が出会った若年層の薬物依存症の方々に最初のきっかけが何だったか聞いてみると、例えば失恋とか、仲間と一緒にクラブに行っていてそこに薬があったからとか、音楽を聞くのにもっと楽しみたいくて大麻を始めたとかいう形で、本当にちょっとしたき

かけて薬物を始めることが多いのです。

もちろんそれ以外にも、例えばセックスの中で覚せい剤を使うことを勧められたり、強制されたという方や、ヤクザという家業の中から使った方、売人の方等、日常的に問題を抱えていた方もおられますが、一方、ちょっとしたきっかけということもとても多いのです。

そういうちょっとした好奇心から使い始めると、徐々に反復的乱用という形で、毎日使いたくなってきます。その中で少しずつ罪悪感が減少し、重症の乱用が始まります。

そうすると、薬を服用することで脳内である物質が分泌され、その物質によって「快楽」という感覚が忘れられなくなる、条件付け刺激になるのです。つまり、脳が刺激をして、薬を使えと指令をするようになるのです。

その状態について、ある実験をご紹介します。ネズミに暗い部屋と明るい部屋を2つ用意します。ネズミというのは、もともと本能的に外敵から身を守るために暗いところに行く習性があるのです。これは何百万年も前から繰り返されているネズミの本能です。そして、明るい部屋に入れたネズミにほんの一かけらの薬物、ほんの一滴のアルコールを与え、もう一度2つの部屋の前へ放すと、ネズミは明るい部屋に行こうとするのです。何百万年も繰り返されてきたネズミの本能を覆す程、薬物は脳に働きかける作用を持っているということです。

よく依存症になった人たちに対して、「意志を強くもてば大丈夫だろう」と考えがちですが、実は意志などでは全く抵抗もできない程脳が刺激を与えてしまうという状態になっているのです。

では、そのような薬物依存に対してどのようになれるのかというと、意志の強さではなく、どうやってアルコールや薬物を使わない生活を続けることができるかという賢さを身につけるしか回復はないと言われていています。

さらに、依存症から回復する難しさとして、心理的な難しさというものがあります。最も言われているのが「否認の病」というものです。アルコール・薬物依存症の方は、例えば「私は

まだ仕事をしているから大丈夫」等と言われます。実際には仕事を続けている方はたくさんおられ、普通に仕事をしながら覚せい剤や大麻を使っていた、今も使っているという方がたくさんおられます。

ですから、例えば「依存症者は、映画で見たような、真っ暗な部屋の中で、よだれを垂らし、のたうち回りながら使っている人だけが依存症だ」という偏見が私たちの中にあり、それが、自分の中で「自分は違う」という否認につながっていくのです。

次に、「やめようと思ったらやめられる」という否認で、先程説明した意志の問題ですね。「意志を強くもてばいつでもやめられる。今はちょっと使っているけれど、これからやめると決意をして意志をもてば、いつだって自分はやめられる」という大きな誤解があります。

ここにも依存症は意志でコントロールできるという大きな誤解があり、実際は意志では全くコントロールできない脳的作用によってやめられなくなっているということなのです。

そして、三つ目の否認が「もうだめだ、自分はやめられない」というものです。ほかの人はやめられるかもしれないが、自分はやめられないという考えです。これはある意味、日本に特徴的なのかと思うのですが、回復していくイメージの乏しさが影響していると思います。

例えばアメリカでは、「ブリトニー・スピアーズがリハビリ施設に入所しました」というニュースが次々流れてきます。回復者という存在が例えばセレブや有名人の中に次々と現れてくると、「ああ、自分も依存症になってもやめられる」というイメージがもてると思うのですが、残念ながら日本には回復のイメージがないのですね。依存症に自分になってしまったら、どのような回復があるのかということを全くイメージすることができない。これが日本にとって回復の難しさの大きな壁になっていると思います。

そしてもう一つの回復の難しさが「人間関係の病」というものです。これは依存症になる以前から抱えている問題と考えていただいたら良いかと思うのですが、「薬を使ったら人とうまく

つきあえた」とか「薬を使っていたら、自分が昔から抱えていた辛い経験を忘れることができる」ということを話す方はとても多くおられます。

これはもともと自分がもっていた「生きにくさ」の杖として薬物を使っていたと考えることができます。例えば、松葉杖をついているけがをした人をイメージしてください。もともとけがをして生きにくさを抱えているのですね。そのために薬という松葉杖を使ってどうにか人生を歩いていたのに、いきなり松葉杖をとられてしまったら歩くことができなくなってしまいます。そういう方がとても多くおられるのです。

では、どうしたら良いかという、どのようなかたがをしているのか、その人がどのような生きづらさを抱えているのかということをもとに解決しなければ、ただ薬を取ってしまうだけでは物事は解決しない。これが依存症からの回復の難しさの大きな課題になっていると思います。

日本の回復支援の現状

では実際に、依存症からの回復支援としてどのようなものがあるかということですが、大きく分けて、専門職による支援、そして、ダルク等の薬物依存症者、当事者が支援をしている当事者による支援、または、友人や家族というような形のインフォーマルな支援などさまざまな支援があります。実際に、専門職による支援と当事者による支援がどのように違うのかということも少しイメージしていただくために、ある当事者のメッセージをご紹介します。

このエピソードは、私がかかわっていましたが旧奈良ダルク、今は名前が変わり「ガーデン」になっているのですが、スタッフの久世さんという方がメッセージで使われているものです。

久世さんは20代中頃で、とてもハンサムで素敵な男性です。皆さんの中に一緒に座っていても、依存症とは全く分からない程知的でスマートな男性です。その方は現在スタッフとして働かれていて、薬物使用の最初のきっかけは、失恋だったということでした。

毎日使う中で、やはり薬が止まらなくなり、

最終的には自宅のトイレから出られなくなった。そこで両親がようやく発見し、精神科に入院させられることになったということでした。

入院すると、離脱症状のために、口からよだれが出てきたそうです。周りを見ると、薬物専門の病棟ではなかったのも、統合失調症の方やうつ病の方等、いろんな精神科の病状の方と一緒に自分は入院している。そういう状況の中で、「こんなはずじゃない」という思いがよぎったそうです。

精神科には、今はもうほとんどないかもしれませんが、喫煙所というものがあり、喫煙所の灰皿にはライターがくくりつけてありました。そのライターを使って自分の顔に火をつけたそうです。こんなはずじゃないという思いで。久世さんの顔には、今でも少しだけその火でつけられた火傷の痕が残っています。それぐらい久世さんは葛藤したそうです。

精神科の中にも治療プログラムがあり、そこに参加したそうです。でも、退院したらまた覚せい剤を使いたくなった。

そんな時にダルクのスタッフのことを思い出したそうです。そこで、ここならと思ってダルクを訪れた。そこではどんなことをしても、どんなことを言っても受け入れられた。久世さんは何度も脱走し、何度も薬物を再使用して、繰り返しダルクから出て行っても、いつでもスタッフが必ず笑顔で受け入れてくれた。それが彼にとって大きな体験になりました。

専門職の中で治療プログラムを受けただけでも、やっぱり薬を使いたくなった。でも、ダルクに行っているような失敗を繰り返しながら、何度でも受け入れられる経験をして少しずつ回復していくことができた。その違いを久世さんは次のように表現しています。

「自分はずっと暗い穴の下でうずくまっていた。専門家は、穴の上から『上がっておいで』と言ってくれたけど、どうやって上がっていいか分からなかった。一方、ダルクの仲間は、穴の下まで一緒に降りてきてくれて、『そこは寂しいだろう、一緒に上がっていこう』と言ってくれた。どうやって上がったらいいか、一緒に上

がってくれた」とその違いを表現しています。

このような当事者支援は自助グループの活動が根底にあります。もともとはアルコール依存症は不治の病とされていた時代に、アルコール依存症者の2人が集まって、一晚話をしたことでアルコールをやめることができたという経験から広がり、現在では薬物依存症等、多様な自助グループに発展しています。

この自助グループの大きな特徴は、メンバー同士の中で相互的な支援関係が形成されることだと言われています。ヘルパーセラピー原則と言われるのですが、援助をすることで自分が回復することができるということがこの原則だと言われています。先程の久世さんの例で言うと、久世さんが何度も何度も脱走し、その度に笑顔で受け入れ、何時間でも話をする。そうやってケアを提供することで、スタッフ自身が回復できていく。これが当事者同士の支援の源になっているのです。

このような当事者支援を基盤として、自助グループは通所が基本なのに対して、入所施設等も併設しているのがダルクなどのリハビリ施設です。こちらでは、当事者スタッフ、回復者スタッフが運営し、先程の医療機関などの専門職の支援とは違い、当事者支援の理念を基盤に運営されているのが大きな特徴だと言われています。

Ⅲ. アメリカの実践から学ぶ

— 治療共同体Amityの活動と

その意義 —

このような日本の現状なのですが、いくつかの課題を抱えています。ここからは、日本でどのような課題を抱えていて、アメリカの施設から何を学ぶことができるのかということを考える上で、まずアメリカの施設のことを少しご紹介していきたいと思います。

私はアメリカのAmityという治療共同体に、延べ3ヵ月間フィールドワークという形で滞在してきました。実際に薬物依存症者と同じ部屋で、二段ベッドで共同生活を送り、寝食をとも

にする中で、Amityという施設がどのように運営されているのか、そこでどのような支援が行われているのかということ、学んできた経験から少しご紹介したいと思います。

今日は時間が制約されていますので、もし興味をもたれた方は、参考資料にオレンジリボンネットというホームページのアドレスが書いてあります。そこに私の体験記を詳しく書いてありますので、よろしければそちらを参照していただければと思います。

日本の抱えている課題

日本が抱えている課題としては、以前はアルコール依存症や薬物依存症などの問題は、アルコールの問題だけ、薬物の問題だけ抱えているということが主流だったのですが、近年では、多様な問題を同時に抱えている方がとても多くなりました。摂食障害や発達障害、知的障害や精神障害等、合併症の問題を抱えている方が多くなっています。

また、ダルク等の民間の社会復帰施設が重要な役割を果たしているのですが、実際は非常に数が少ないということが大きな問題となっています。

さらには、このような合併症など複合的な問題を抱えている場合に、当事者支援を基盤とするダルクの中には、専門的な介入が難しいという課題を抱えることもあり、満たされないニーズがあることも指摘されています。

このようなニーズの多様化に対して、現在の体制では限界だということで、アメリカを発祥とする治療共同体が必要だと言われているのです。

治療共同体とは、当事者同士の相互支援を基盤にし、専門職の支援とこのような当事者の支援が統合されている回復施設と理解していただけたらと思います。

では、何が治療共同体かということで、治療共同体の定義を9つ挙げていますが、最も大きな特徴は、2番目にあるメンバーシップ・フィードバックです。

これは当事者同士がお互いにフィードバック

し合うことなのですが、先程挙げた自助グループでは、「言いつばなし、聞きつばなし」という形で、フィードバックをしないことを基本にしています。誰かの話にただ耳を傾けて、話したいことを話したいだけ話す。これが基本なのです。

なぜ日本ではこのような形式が用いられているかということ、それが安全だからなのです。誰かの話に何か発言をすることで、批判をしたり傷つけたりということ避けるために、「言いつばなし、聞きつばなし」という方法が行われています。

では、なぜ治療共同体ではフィードバックができるのかということ、安全にメンバー同士でフィードバックをし合う方法を学んでいくのです。これが非常に効果的に作用しているというのが、私がフィールドワークの中で学んだ大きな印象です。この点についてはあとでご紹介したいと思います。

そして、次に大きな特徴としては、利用者・依存症者当事者が媒介者になるということです。どういうことかといいますと、一方的に受益者、利益を受ける当事者であるということではなく、その当事者自身が自分自身のオーナーシップをもって、自分が援助者として作用していくことができるかと認識し、力をもっていくことができます。これが治療共同体の大きな特徴だと考えています。

Amityとは

では、アメリカのAmityについて少しご紹介しますと、アリゾナ州という南西部の砂漠地帯にあり、1981年に設立されています。

滞在期間は、49日～1年以上と設定されていて、6人部屋や8人部屋の二段ベッドで共同生活を送ることから始まり、回復に従って2人部屋等へ移行します。

入所経路が非常に大きな特徴になっており、日本と同様に家族等に勧められて入所することもあります。大きな特徴は、ドラッグコートという選択肢です。これは、薬物事犯による裁判の際に、刑務所に服役をするか、それ

ともAmityなどのリハビリ施設に入所するかという選択を委ねられるのです。

裁判所で「入所しますか、刑務所へ行きますか」と言われたら、刑務所には行きたくないから、「リハビリ施設に行きます」と言う方が大多数だと思います。このような形で、早期発見、早期介入がこのドラッグコートで達成されているということが、アメリカの大きな特徴になっています。

そして、ごくまれに本人の希望で入所してくる方もおられます。

Amityの効果としては、刑務所プログラムによる効果が研究結果として提示されています。先程言いましたように、日本でも薬物事犯の再犯率は非常に高いのですが、アメリカでも同様に、この研究では再犯率は87%と高い数値でした。しかし、Amityのプログラムを受けた場合には、この再犯率が42%まで下がったと、その効果が認められています。

Amityの理念

では、Amityの特徴について、Amityの理念を通して少しだけご紹介させていただこうと思うのですが、Amityの理念の中の特徴的な3つを挙げさせていただきます。

まず「援助者からの慰めではなく当事者との関係を」とあります。例えば、学生同士で何か重大なトラブルがあった、医療機関で患者さん同士に何かトラブルがあった時には、必ず医療機関ではスタッフが、学生同士の場合には先生が間に入って、収めることがとても多いと思うのです。問題はなかったことのように、その共同体やコミュニティには通知されないということが、当たり前に行われていると思います。一方、治療共同体では、援助者や専門職、先生といわれる方が介入するのではなく、当事者がその問題を自分たちで解決をするということが行われています。

そのために、当事者がいかに解決できるか、そのグループの中でどのようなことができるのかを、援助職がその場を提供し、その方法を示していきます。このような中で社会で生きてい

く力を身につけていきます。

では、どうやってその解決する力を身につけるのかというと、2つ目の特徴にあります「指示や命令ではなく実践を」という理念に示されています。例えば、「グループで話し合うことが大事ですよ、自分が感じたことを言葉にすることが大事ですよ」と言いますが、言うのはとても簡単です。でも、どうやってそれを言葉にすることができるのか、その方法が分からないのです。先程の久世さんのメッセージのように、専門家はおいでと言うけれど、やり方は示してくれない。

どうするのかといいますと、専門家といわれるスタッフ自身がそのやり方を見せるのです。感情を話すことが大事だと言うだけではなく、自分の感情を話します。自分自身の人生の課題からどう回復してきたのかということ話し、どのような困難を抱えているのかをシェアして、どうやってそれを解決していくのかをスタッフ自身が示していくのです。まさに体験から人を導くということをスタッフがやっていく。これが大きな特徴になっています。

そして、Amityで最終的な目標として掲げられているのが「自分の感情に支配され振り回されるのではなく、エモーショナル・リテラシーを」という理念で、「感情における知性」というものを獲得していくことを目標としています。

なぜエモーショナル・リテラシーかというと、依存症の問題の背景には感情が大きく影響していると言われています。自分の中で怒り、悲しみ、孤独という感情がうまく整理できないために、それを暴力という方法で、例えば他人に対する暴力であったり、自分に対する暴力である依存症という行為を繰り返してしまうという考え方があります。

このような自分や他人に対する暴力を克服するためには、まず、自分の感情について何が起きているのかをきちんと理解をする。そして、きちんと言語化して、新しい生き方としてそれに対処する方法を身につける。これが大事であると言われています。そのためにAmityでは感情における知性を獲得していくということが

非常に大切にされています。

そして、治療共同体自体を小さな社会と位置づけ、その中で生きていく力を身につけます。社会で生き抜くための力、技術というものを、その小さなコミュニティの中で身につけていくということが目指されています。その一つの仕掛けとしてご紹介させていただくのが、この「段階的役割と仕事構造」になります。

具体的に説明すると、私も最初入所した時に、まずキッチンの仕事から任せられました。キッチンで、毎食後出てくるお皿を入所者と一緒にひたすら洗います。キッチンには調理人スタッフがいて、入所者はサポートとしてそこに加わるのですが、調理人スタッフが作ったものを提供し、お皿を洗うという仕事から新しい入所者は始めます。これは非常に重労働ですが、単純作業で、最も多くの入所者と顔を合わせる仕事です。

その次に、少しずつ責任やリスクが伴う仕事を任せられていきます。共同生活に必要な作業、例えば、土地を整備することや事務所の電話番号、誰がどういうプログラムに参加するかという入所者のプログラムコーディネート等、当事者自身が少しずつ役割を段階的に担っていきます。そうすることで、社会で働くための技術であったり心構え、人間関係のトラブルに対処していくこと、そして、人に対する寛容さであったり対人技術というものを身につけていくということが、この構造の中で行われていきます。そして、このような段階の中で、自分が今回復のどこにあるのかということ視覚化することができる、自覚することができるということが大きな特徴だと言われています。

また、Amityで大事にされていることに、セレモニーがあり、スピリチュアルな回復も大事にされています。私も様々な行事に参加しました。

例えば、ファイヤーピット・セレモニーというものでは、1週間の最後の週末の夜、たき火をしながらセレモニーをします。その1週間に自分がそこに捨ててしまいたいと感じた経験や感情というものをそこで宣言をして、たき火に

木をくべるのです。そして、次の週に自分もっていききたい感情、気持ちというものをそこで宣言をして、次の週に心構えをするというように行われます。これは一つの例ですが、こういうセレモニーがたくさんあり、自分自身の失った生きる喜びであったり尊厳というものをもう一度獲得していくということが行われています。

IV. 共に生きる社会を目指して —日本での取り組み—

では、このようなAmityの活動の中から、実際に日本でどのようなことを私たちは学ぶことができるのか、取り入れることができるのかということで、私が実際にかかわったいくつかの実践をご紹介します。

まず最初に、最近施行されたある法律について簡単に触れておきたいと思います。「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律」というものです。これは、薬物による軽微な犯罪を犯した方を、執行猶予という形で社会の中に受け入れていくということです。例えば、5年間刑に服しなさい、その中で1年間を社会の中で執行猶予となったら、本当は5年間服役していた方が、1年間は社会の中で生活することができるようになったのです。

つまり、これまでよりも多くの方、薬物の問題をもたれた方たちが社会に出るという流れができてきたということです。これには実はいくつか問題があり、例えば受け皿の少なさであったり、仮釈放制度などの現行法との関連など、さまざま問題は抱えているのですが、依存症の問題を抱えた方、薬物の問題をもたれた方が社会に出てくる流れができてきたことは事実です。

では実際に、社会の中に出てきた方に何をすることができるのかということで、1つ目に、地域の中で薬物依存症の方と社会をつなげる取り組みとして、カフェ運営という活動についてご紹介します。

週1日カフェの運営

(バザール・カフェと京都ダルク)

私は、現在は東京在住ですが、以前は京都在住でして、その時に、京都ダルクの利用者さんたちと一緒に活動してきました。

このプロジェクトでは、京都ダルクの利用者を対象に社会に接する場を提供することを目的に、コミュニティカフェとして活動しているバザール・カフェの中で、週1日、学生と依存症者の協働でカフェを運営するというプロジェクトを行いました。ここでは50代の男性の例をご紹介しますと思います。この方はもともとヤクザ稼業をやられていて、カフェでの仕事など全くしたことがなかった方でした。刑務所に3回服役されていて、ようやく3回目の出所の時に京都ダルクにつながり、このカフェプロジェクトに参加したという方でした。

両腕に刺青があり、カフェではサポーターで刺青を隠しながら働いていたのですが、最初は全く私たちと会話することすらできませんでした。ひたすら無言で厨房の中でお皿を洗って帰るという日々を繰り返していたのですが、少しずつ私たちと会話ができるようになり、少しずつ表に出て水を運ぶことができるようになり、最終的にはカウンターで全てのお茶類をつくるできるようになりました。そして、現在では京都ダルクのスタッフとして働かれています。

その方の回復の過程を見ていて思ったことは、例えば、カフェでアルバイトをすることになると、私たちはおそらく普通に、「いらっしゃいませ、どうぞ」と水を持っていくことは、何となくできると思うのです。それはなぜかということ、日常生活の中で自然に私たちが身につけている技術だからです。

では、この何度も服役を繰り返しヤクザの生活をしてきた方はどうかということ、いつ水を持って行ったらいいのか、食べ終わったものをどういうタイミングで、何と言って下げたらいいのか、そういうことが難しいのです。なので、こういう当たり前の生活を経験する場面を提供するということが非常に貴重な回復の場になる

のだということ、私はこのプロジェクトから学びました。

メンバーシップ・フィードバックの実践

(旧奈良ダルク)

続いて、もう一つの活動をご紹介します。これは旧奈良ダルク、現ガーデンでのAmityで行われている感情を身につけるためのグループ、エンカウンターグループの取り組みです。

これは治療共同体の特徴として最初に言いましたメンバーシップ・フィードバック、当事者同士がフィードバックをしながらグループを運営していくものです。このエンカウンターグループを旧奈良ダルクの中で取り入れながら一緒にやってきました。

一例としては、「自助グループに行きたくなくて、嘘をついて自助グループをサボってしまったこと」をテーマにしたグループや、「あの人に対して今自分はすごくとらわれている」とか、「あの人に対して今引っかかっている気持ちがある」ということもグループの中で話し合います。また、至って日常的な、「炊飯器をタワシで洗う人がいるのをどうにかしてやめさせたい」というようなささいなこともグループで話し合われます。

私たちにとっては、「炊飯器をタワシで洗わないで」と直接言えば解決することだと思いますね。でも、もともと生きづらさを抱えている人たちが共同生活を送ると、このようなことですら直接話し合って解決することが難しいことが多いのです。このような時に、グループの中で、お互いに多様な立場から、多様な角度で質問や意見を出し、解決をしていくということが行われています。

ここでいちばん大事にしていたのが、アフメーションでした。これは「肯定的な宣言づけ」と言われているのですが、当事者同士がフィードバックできるグループをやっていると、誰かを断罪する場になってしまいがちです。なので、安全にその人に意見をするために、最後には必ずその人の長所や感謝していることを言って終

わるという肯定的なコミュニケーションを大切にしています。

当事者によるリカバリーパレード

最後に、今日のテーマとして社会的包摂ということが挙げられていますが、依存症者自身が社会を変えていく力があるということ、社会に働きかけるためには、直接自分たちが声を出していくということが大事だと思います。

なぜ私たちが依存症者に偏見をもっているかということ、どんな人が依存症者か分からないから、廃人のような怖い人だという偏見があると思うのです。

なので、まず「私たち依存症者はこんな顔ですよ、こんな人生をもっています、隣にいる私が依存症者です」と声を上げていくことが大事だということで行われたのがリカバリーパレードです。全国各地の依存症者たちが集まってパレードをしています。

このように、私たちが依存症者です、偏見などをなくして、社会の中にどんどん受け入れてくださいと依存症者自身が活動していくことも、重要ではないかと考えています。

おわりに

そろそろ時間ですので、まとめに入らせていただきます。

私はAmityに行き、父を亡くしたことや、自分に対する自責感という自分の感情に初めて向き合うことができました。Amityの中で、私は回復と夢を与えられました。

私の夢というのは、Amityを日本全国に広めたいということです。ここでのAmityとは施設のことだけを示しているではありません。Amityという建物を建てるわけではなく、私の心の中に創られたAmityという癒しや回復の場というものを、もっと多くの人たちに広めていきたいという夢を抱いています。

これが社会的包摂ということを考える際に重要なことではないかと思っています。私がかかっている回復者イメージや回復への思いというも

のが、一人ひとりの心の中に創られること、これがまさに社会的包摂につながっていくのではないかと考えています。

社会の中で、依存症の問題を抱えた人のためにも、その周りにいるいわゆる「ふつう」とされる皆さんの中にも、Amityという癒しの場や回復の場が多く創られることを願って今日のみとめとさせていただきたいと思います。

ご静聴ありがとうございました。

【参考文献】

- De Leon, George (2000) *The therapeutic community : theory, model, and method*. Springer.
- 樋口 進 (2004)「アルコール依存症者の社会復帰施設の実態把握と支援モデル構築に関する研究」『厚生労働省 厚生労働科学研究補助金傷害保険福祉総合研究事業』平成16年度-18年度.
- 引土絵未 (2007)「「当事者」「援助者」を超えて—治療共同体Amityにみる援助方法の一考察—」, 首都大学東京大学院社会科学部社会福祉学修士論文.
- 引土絵未 (2010)「アディクション回復支援における治療共同体モデル構築—米国治療共同体Amityモデルを中心に—」同志社大学博士学位論文.
- 警察庁刑事局組織犯罪対策部薬物銃器対策課 「平成23年中の薬物・銃器情勢確定値
(http://www.npa.go.jp/sosikihanzai/yakubutu_jyuki/yakujyuu/yakujyuu1/h23_yakujyuu_jousei.pdf)
- OECD *Factbook 2009 : Economic, Environmental and Social Statistics*
- オレンジリボンネット
(http://www.orangeribbon-net.org/keyword/hikituchi/learn_1.html)
- 嶋根卓也・森田展彰・末次幸子・岡坂昌子 (2006)「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(2), 100-107.
- 和田 清・近藤あゆみ・尾崎 茂 (2003)「薬物使用に関する全国住民調査」平成17年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)分担研究報告書