HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	薬物乱用経験者の社会参加促進に関する研究
Author(s)	益山, 桂太郎
Citation	教育福祉研究, 20, 121-133
Issue Date	2015-03-25
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/58352
Type	departmental bulletin paper
File Information	AN10264662_20_121-133.pdf



Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

薬物乱用経験者の社会参加促進に関する研究

益　山　桂太郎

はじめに

（1）研究目的と問題意識

近年、薬物乱用に関する問題が世間の関心を集めている。芸能人の薬物乱用や危険ドラッグ乱用による事故や事件の増加などが TV 等で度々特集が組まれ報道されているが、その殆どは薬物の薬理作用の危険を強調すると共に、乱用者を社会の安全を脅かす危険な存在として道徳的問題性や意志の弱さを非難する向きが強い。

薬物依存症者当事者であり、薬物回復支援施設ダルクの創始者である近藤は薬物依存とは社会の中で必要とされていない、役に立たないという気分の悪さ、寂しさ、疎外感、虚しさなどの「心の痛み」の表現であると述べている（近藤 2009）。医学の視点からは、人が薬物依存に陥る理由について、薬物乱用の目的は単に快楽を求めているのではなく、孤独や劣等感など不快な感情を一時的に忘れる、緩和する「自己治療」であるという報告がある（松本 2013）。社会の不寛容な態度は、薬物からの回復をしようとする当事者の「心の痛み」を増幅させ、再乱用を促進させると考えられる。

内閣府の社会的排除リスク調査チームが報告した「社会的排除にいたるプロセス」によると、社会的排除に至るリスクのひとつとして薬物乱用があげられており（内閣府 2012）、薬物乱用は一過性の問題行動にとどまらず、薬物乱用の結果として起きる様々な薬物関連問題はそれぞれに社会的排除を促進する作用があり、連鎖、複合、重層化された不利は「生きづらさ」として表出する。しかしこれまで、薬物乱用経験者が抱えている生活上の困難さについては自己責任とされ、社会が解決すべき問題からは置き去りにされ十分に認識されてこなかったように思える。

本稿はこのような問題意識に基づき、多面的な角度から薬物乱用経験者の「生きづらさ」を捉えた上で、薬物乱用経験者の社会参加について考察することを目的としている。

本稿で示す薬物とは、特に説明がない場合はアルコール以外の精神作用物質を指すが、筆者は、薬物乱用経験者の生きづらさは、薬物による健康障害だけではなく、私たちが身につけている道徳的な認識、常識により、スティグマ化することに深く関与すると考えるからである。

（2）本論文の構成と分析の視点

本稿では 2 つの調査を実施している。

1 章では精神科病院を受診した薬物乱用者の診療録調査により、量的に薬物乱用経験者が置かれている社会的弱者としての現状と課題を報告する。

2 章では回復支援施設の入寮者へのインタビュー調査により、薬物乱用経験者の「生きづらさ」を質的に検証する。

3 章ではこれまでの議論をふまえ、薬物乱用経験者の社会参加促進に関する考察をおこなう。

本稿では貧困などの生活困難な状況と薬物使用の直接的な関係については深く言及しない。その関係は表裏一体であり、必ずしも分けて考えるのが妥当ではないと考えるためである。

一方、媒介関係については、複合的、重層的にとらえられる問題であり、図 0-1 のように単純には因果関係として証明はできないものの、薬物乱用経験はその後の人生に与えるインパクトは大きいと考えられるため、可能な限り実態を把握する事を試みる。

直接関係	薬物乱用→貧困　又は　貧困→薬物乱用
媒介関係	薬物乱用　→　学業からの離脱　→　就職困難　→　貧困
	薬物乱用　→　欠勤の多さ　→　解雇　→　家庭内不和　→　離婚

図 0-1　因果関係

1．調査Ⅰ：X精神病院のカルテ調査から見る〝社会的弱者〟としての薬物乱用経験者

（1）目的

調査Ⅰの目的は、X病院にて薬物乱用に関する治療を受けた者の診療録より、生活状況や心理的状況を調査し、支援ニードを考察することである。

（2）調査対象

2009 年 7 月 1 日～2014 年 6 月 30 日の期間にX病院にて初診（外来・入院ともに含む）で診療を受けた、アルコール以外の薬物を主たる使用薬物とする薬物関連疾患患者のうち、初診時に詳細な生活状況を聞き取れた 167 名（男性 112 名　女性 55 名）年齢 37.1[±9.5] を対象とした。尚、自殺念慮については調査項目を加えた 2013 年 9 月以降に受診した 94 名（男性 64 名、女性 30 名）、年齢 36.3[±9.5] を対象とした。

初診時年齢は 10 代～60 代までの広範に及ぶが、30 代が最も多く 40 代、20 代の順であった（表 1-1 参照）。薬物乱用にはその当事者が生活した社会的背景が強く関連することから 10 年幅の出生コーホートに分類した結果、70 年代が最も多く、次いで 80 年代、60 年代の順で多い（表 1-2 参照）。全体として女性が少ない傾向がある。

尚、カルテ調査については後向き観察研究であり、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」及び「疫学研究に関する倫理指針」の規定により、患者・家族への説明と同意は必ずしも要しない。本研究の目的を含む研究の実施に関する文書をX病院内に掲示することにより、情報の公開を行った。

（3）結果

1）薬物の種類と初回乱用年齢、学歴との関係

図 1-1 は薬物初回乱用年齢を義務教育終了年齢である 15 歳と、成人となる 20 歳をメルクマールとして 3 期に分けて集計したものである。15 歳以前に薬物乱用をしたものが 57 名（全体の約 34%）、20 歳未満の未成年までを加えると 114 名であり、全体の約 68%が未成年で薬物乱用が始まっている。しかし乱用された薬物の種類毎に比較すると（表 1-3 参照）、有機溶剤やガスは 15 歳未満の若年で開始しているが、大麻は 16 歳を超え 20 歳までに多く、危険ドラッグ、処方薬は他の薬物に比べると高い年齢で開始している傾向が認め

表 1-1　初診時年齢別

単位：人、%

	60 代	50 代	40 代	30 代	20 代	10 代	計
男性	5(4.5)	7(6.3)	25(22.3)	49(43.8)	23(20.5)	3(2.7)	112(100.0)
女性	0(0.0)	2(3.6)	17(30.9)	20(36.4)	16(29.1)	0(0.0)	55(100.0)
合計	5(3.0)	9(5.4)	42(25.1)	69(41.3)	39(23.4)	3(1.8)	167(100.0)

表 1-2　出生年代別

単位：人、%

	50 年代前	60 年代	70 年代	80 年代	90 年代	計
男性	10(8.9)	20(17.9)	47(42.0)	31(27.7)	4(3.6)	112(100.0)
女性	2(3.6)	13(23.6)	20(36.4)	18(32.7)	2(3.6)	55(100.0)
合計	12(7.2)	33(19.8)	67(40.1)	49(29.3)	6(3.6)	167(100.0)

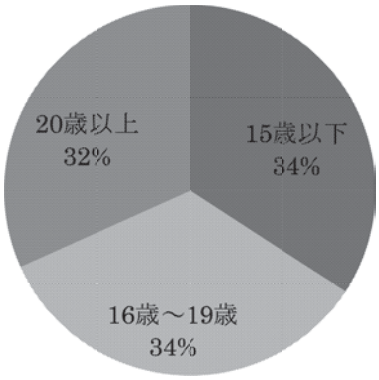


図 1-1　初回乱用年齢

表 1-3　乱用薬物と初回乱用時期　　単位：人、%

初回乱用薬物	15 歳以下	16 歳～19 歳	20 歳以上	全体
有機溶剤	41(71.9)	18(31.6)	0(0.0)	59(35.3)
ガス	4(7.0)	2(3.5)	0(0.0)	6(3.6)
覚醒剤	2(3.5)	5(8.8)	3(5.7)	10(6.0)
大麻	5(8.8)	15(26.3)	5(9.4)	25(15.0)
危険ドラッグ	0(0.0)	1(1.8)	7(13.2)	8(4.8)
処方薬	1(1.8)	7(12.3)	7(13.2)	15(9.0)
市販薬	4(7.0)	7(12.3)	4(7.5)	15(9.0)
その他	0(0.0)	1(1.8)	0(0.0)	1(0.6)
不明	0(0.0)	1(1.8)	27(50.9)	28(16.8)
計	57(100.0)	57(100.0)	53(100.0)	167(100.0)

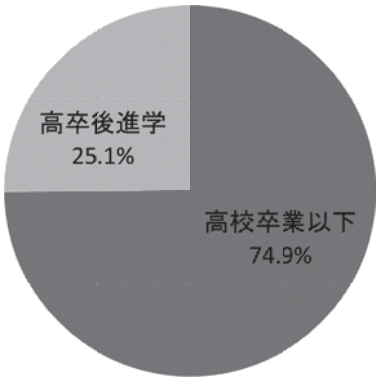


図 1-2　学歴（全体）

表 1-4　学歴（薬物の種類別）

単位：人、%

初回乱用薬物	高校卒業以下	高卒後進学	計
有機溶剤	54(91.5)	5(8.5)	59(100.0)
ガス	5(83.3)	1(16.7)	6(100.0)
覚醒剤	9(90.0)	1(10.0)	10(100.0)
大麻	17(68.0)	8(32.0)	25(100.0)
危険ドラッグ	3(37.5)	5(62.5)	8(100.0)
処方薬	7(46.7)	8(53.3)	15(100.0)
市販薬	6(40.0)	9(60.0)	15(100.0)
その他	1(100.0)	0(0.0)	1(100.0)
不明	23(82.1)	5(17.9)	28(100.0)
薬物全体	125(74.9)	42(25.1)	167(100.0)

られた[1]。

次に学歴と薬物乱用の関係を見てみると、薬物乱用者全体としては、高校卒業以下（中卒、高校中退、高校卒業）の学歴の者が 74.9%を占め（図 1-2 参照）、学歴が低い傾向がある。しかし、乱用薬物別に詳細を見ていくと薬物乱用者が一概に低い学歴とは言い難い。学歴を乱用薬物の種類毎に比較したのが表 1-4 である。初回乱用薬物が有機溶剤であった者で高校卒業後進学したのはわずか 8.5%であったのに対し危険ドラッグ、処方薬、市販薬は過半数を超えている。

薬物乱用者は若年での乱用開始、低い学歴といった傾向があるものの、薬物の種類によって乱用開始年齢や学歴に違いがあることが示された。

2）生活状況

表 1-5 は初回薬物乱用から薬物依存症専門治療に至るまで期間を示したものである。覚醒剤乱用経験のある者（初回乱用は覚醒剤ではない者も含む）と覚醒剤乱用経験のない者を、初回乱用から初めて専門治療を受けるまでの期間を比較した結果、覚醒剤乱用経験者が 10.2 年も長かった。覚醒剤乱用経験のない者でも初乱用から医療機関につ

表 1-5　初回使用年齢から専門治療受診までの期間の差

単位：歳、年、人

	初乱用年齢	初診時年齢	初回から治療までの年数	男性	女性	総数
全体	18.0	33.6	15.6	112	55	167
覚せい剤	16.2	38.7	22.5	66	31	97
覚せい剤以外	20.0	32.4	12.3	46	24	70

表 1-6　収入の状況　　単位：人、％

	男性	女性	計
生保	59(52.7)	27(49.1)	86(51.5)
雇用（非正規含む）	11(9.8)	7(12.7)	18(10.8)
自営	5(4.5)	0(0.0)	5(3.0)
学生	3(2.7)	0(0.0)	3(1.8)
扶養・無職	34(30.4)	21(38.2)	55(32.9)
不明	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
計	112(100.0)	55(100.0)	167(100.0)

表 1-7　世帯類型　　単位：人、％

	男性	女性	計
独居	31(27.7)	20(36.4)	51(30.5)
同居家族あり	46(41.1)	26(47.3)	72(43.1)
施設	32(28.6)	7(12.7)	39(23.4)
その他（住所地なしなど）	3(2.7)	2(3.6)	5(3.0)
不明	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
計	112(100.0)	55(100.0)	167(100.0)

注）「施設」は依存症回復支援施設に入所した後に依存症治療のためＸ病院を受診した者である。Ｘ病院と回復施設とは連携関係にあるため、その患者数割合は他の医療機関の受診患者比べ偏りがあると思われる。

ながるまでに 12.3 年という長い経過を辿ってたどり着いており、その間に健康問題の重篤化、仕事や家族関係など社会的問題が悪化、深刻化していることが推測される。

初診時点での本人の収入状況を示したのが表 1-6 である。被雇用者として稼働収入があるものは僅かに 10.8％、生活保護率が 51.5％、32.9％は親や配偶者による扶養や預貯金等で生計を立てている。多くの者が深刻な経済的困窮状態であることがわかった。世帯類型（表 1-7 参照）は家族から離れ独居生活をしている者は 30.5％、施設入所が 23.4％と約半数であった。43.1％が親や配偶者、パートナー、子どもなどと同居生活をしていたが、家族内で薬物乱用や金銭問題を巡って不信感や怒り、愛憎絡み合う混沌とした対立状態にあることが想像に難くない。

薬物乱用経験者の家族関係が不安定であることは婚姻歴からも見て取れる。表 1-8 は薬物乱用経験者の結婚・離婚歴を示したものであるが、結婚歴がある者の内約 80％に離婚経験があり、さらに離婚経験がある者の内 31.4％が複数回の離婚を経験している。結婚離婚歴の性差を調べてみると、

表 1-8　結婚・離婚歴　　単位：人、％

		男性	女性	計
結婚歴なし		60(53.6)	19(34.5)	79(47.3)
結婚歴あり		52(46.4)	36(65.5)	88(52.7)
離婚経験なし		12(23.1)	5(13.9)	17(19.3)
離婚歴有		39(75.0)	31(86.1)	70(79.5)
	１回	28(71.8)	20(64.5)	48(68.6)
	複数	11(28.2)	11(35.5)	22(31.4)
不明		1(0.9)	0(0.0)	1(0.6)
計		112(100.0)	55(100.0)	167(100.0)

表 1-9　年代別による、逮捕・服役経験　単位：人

逮捕・服役経験		総数	90 年代	80 年代	70 年代	60 年代	50 年代前
逮捕歴なし		60	4	24	25	4	3
＊逮捕歴あり		106	2	24	42	29	9
	刑務所服役なし	37	2	17	16	2	0
	刑務所 1 回	22	0	6	9	7	0
	刑務所 2 回	14	0	1	8	5	0
	刑務所 3 回以上	33	0	0	9	15	9
不明		1	0	1	0	0	0
計		167	6	49	67	33	12

結婚歴についてカイ二乗検定を行った結果、有意に女性の結婚率が高かった（$\chi^2=5.36$、$p=0.02$）。一方で離婚率には男女で有意な差は認められなかった（$\chi^2=1.25$、$p=0.26$）。

3）服役経験

薬物乱用経験者の多くが専門治療に至る前に、逮捕・服役歴がある事が認められた（表 1-9 参照）。服役期間中は社会から切りはなされ、そのまま専門治療受診までの遅れにつながる。複数回の受刑経験を持つ者の割合が年代を追うごとに増えており、再犯率の高さ、薬物乱用からの回復の困難さが示されている。

4）自殺リスク

全体の 60.6％で自殺念慮があり、26.6％は実際に自殺行動を起こしている（表 1-10 参照）。薬物乱用者の自殺リスクは非常に高く、臨床の場面で最も留意すべき点のひとつであることが確認された。

（4）考察

薬物乱用経験者に対し、医療と福祉のニードを必要とする「社会的弱者」という視点が必要であるという考えは、支援の現場ではもはや主流となっていると思われるが、本調査においても薬物乱用者の多くに低学歴、経済的困窮、家族からの離縁など多くの社会的困難を抱える要因を持っており、心理的にも自殺リスクが高く、心身ともに追い詰められている社会的弱者としての状態像が確認された。

薬物乱用者の多くは学校生活からの離脱、家族関係の崩壊、無職、長い刑務所の生活など、ある種の空白を体験している。そのため、社会的役割の遂行方法やその規範等を身につけて社会化していくための「経験」が不足していることも推測された。

また、本調査では薬物乱用者が持つ普遍的な社会的弱者としての状態像を示した一方、乱用された薬物の種類によって、その乱用開始時期や学歴等に違いが見られ、生活背景や社会性等が異なる面を有することが示唆された。筆者は精神科病院の精神保健福祉士として薬物依存症患者と関わる中で、薬物の種類によって当事者が抱えている問題、必要な支援内容が異なることを経験的に感じ

表 1-10　自殺念慮・自殺企図　単位：人、％

自殺念慮	男性	女性	計
なし	25(39.1)	12(40.0)	37(39.4)
死にたいと考える	19(29.7)	5(16.7)	24(25.5)
具体的に計画	5(7.8)	3(10.0)	8(8.5)
未遂	15(23.4)	10(33.3)	25(26.6)
不明	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
計	64(100.0)	30(100.0)	94(100.0)

ているが、その一部が本調査によって明らかになったと考える。薬物乱用経験者の支援を検討する際には「薬物」として一括りにして考えるのではなく、薬物の種類によって持っている支援ニードが異なる可能性、つまり個別性に十分留意する必要性があると思われる。

本調査により明らかになった薬物乱用者の実態から必要と考えられた援助ニード整理すると①学力など個人の能力を高めるような支援②生活保護や雇用等、安定した経済基盤を得るための援助③心身の医療を受けやすくなるための支援④孤立化を防ぐため、余暇活動や人との出会いや関係をつくるための場づくりの（コミュニティー）支援等が必要であると考えられた。

2．調査II：回復支援施設入寮者へのインタビュー調査による社会参加に関する考察

（1）目的

調査IIでは、薬物乱用が当事者にとってどのような意味があり、生活にどのような「生きづらさ」をもたらしたかについて、当事者によって解釈された主観的意味や観念に着目することで、薬物乱用者の社会参加を阻害する要因を質的に検討し、社会参加の支援課題について明らかにすることを目的にしている。

（2）調査の方法と手続き

1）Y県のZ薬物依存症回復支援施設を利用する薬物乱用経験当事者に調査協力を依頼した。

調査の目的や内容について「研究内容説明文書」を用いて説明し、同意を得られた5名から協力を得て、インタビューガイドを使用した、1対1の半構造化インタビューを実施した。期間は2014年7月24、25日の2日かけ、所要時間は1人約50分～90分程度、Z薬物依存症回復支援施設の個室にて行った。

2）質問項目と分析方法

3つの分析枠組みに基づく質問項目を設定し、その質問項目に自由回答する半構造化面接を行った。質問項目は①薬物乱用に関するもの：薬物を初めて使用した時のきっかけを教えてください、薬物が自分にとってどのように役に立っていたか？②社会的排除に関するもの：現在、生活をする上で薬物乱用経験者として不利を感じるような事はどのようなことですか？③社会参加に関するもの：クスリを止めていてよかったと感じるような時はどのような場面ですか？、これからの目標や将来の希望を教えてください、の5項目である。インタビュー後に、逐語録を作成し、意味内容ごとに分析枠組みに沿って整理した。項目ごとに分析を行った上で、薬物乱用と社会生活との関連性やプロセス等について注目し、総合的に検討して薬物乱用者がおかれている現状と課題を検討した。

3）インタビュー協力者

表2-1はインタビューに協力をいただいた5名の年齢、性別、主な乱用薬物など、基本属性を表したものである。

4）凡例

インタビューの引用の中で、場所や固有名詞、注釈、省略、沈黙、笑い声は、以下のかたちで表記している。

- 文頭が＊の表記は筆者、アルファベットは研究協力者の語りである。
- 場所や個人の特定を避けるために、X病院、Z施設とアルファベット、または○○、△△の形で匿名化して表記している。
- 市販薬や処方薬の商品名は、薬剤の分類名に置き換え、［　］で囲い、［咳止め薬］［抗不安薬］等の表記している。
- 筆者による注釈は《　》で囲っている。
- インタビューの内容が一部省略されている場合には《略》と表記している。
- インタビュー中の沈黙は「・・・(全角の中黒3つ)」と表記している。

（3）結果

1）薬物乱用に関するもの

1)-a　薬物乱用のきっかけ

薬物乱用のきっかけは個々様々である。社会規範に反する行為であり、心身に害があると知っていても〝心のスキ〟に入り込み乱用に至る。

表 2-1　インタビュー協力者

協力者	年齢	性別	主な乱用薬物 （下線は初回乱用薬物）	初回乱用年齢	最終学歴	結婚歴
A	40 代	男性	危険ドラッグ・覚醒剤・アルコール・抗不安薬・市販薬（咳止め薬）	19 歳頃	大学中退	あり （現在独身）
B	50 代	男性	アルコール・有機溶剤・市販薬（鎮痛剤）・覚醒剤	15 歳	高校卒業	2 回 （現在独身）
C	40 代	男性	覚醒剤・大麻・コカイン・ヘロイン・有機溶剤等	11 歳	大学中退	あり
D	30 代	男性	ガス・大麻・抗不安薬・市販薬（咳止め薬）	18 歳	専門学校	なし
E	40 代	男性	抗不安薬	35 歳頃	大学卒業	あり

Aが薬物乱用を始めたきっかけは、強迫神経症の症状の苦しみを緩和するために薬物の乱用がきっかけだった。

A：ノイローゼになっちゃって、強迫神経症って病気なんですけど、それがもうハンパなくて、日常生活が普通に送れなくなっちゃたんですね。もう地獄でしたね。その関係で大学にも行けなくなって、電車乗れないし、隣に人がいると苦しいし《略》クスリ［咳止め薬］が入ってさらにアルコールが入ってやっと人並っていうか普通っていうか、症状の苦しさを紛らわしてくれるっていうか。

強迫神経症の症状を和らげ、電車に乗り、大学に通うという学生役割を果たすため、生活をするための対処法だったといえる。

Dの場合は友人からの誘いである。

D：きっかけは暴走族仲間の家に遊びに行ったんですよ。そこで勧められて吸ったのが初めてですね。
＊：勧められた時はどんな気持ちでしたか？
D：正直ビビッてましたね。やばいなぁって。
＊：ビビったけど？
D：断れなかった。断ると・・・仲間外れにされるんじゃないかとかそう思って。それの方が強くて。

Dはドラッグによる心身への悪影響は認識していたが、その恐怖より「仲間外れ」される恐れが強かった。薬物乱用は一般社会からは逸脱とされその使用者は排除されるが、ドラッグコミュニティーの中では薬物を使わない者が逸脱者として排除され、逆に乱用によって所属と承認を得ている。

Eが薬物使用をはじめたきっかけは不安神経症の発病だった。はじめから乱用していたわけではなく、当初は医師の処方の範囲内で服用しており薬物による生活上の問題はなかった。その後、過量服薬を始めたきっかけは、仕事や家庭でのストレスである。

E：35 過ぎてくると会社でも責任とか増えてきますよね。でも、自分にはふさわしくないと思うところがあって、自分の力量を超えかけてしまっているというところ、ストレスですね。
＊：ストレス・・・薬を使うと楽になる？
E：楽になるっていうか、気休めになった。飲んだから大丈夫って。

過量服薬することで仕事上の不安を緩和し、その場しのぎではあるものの、社会人として仕事をし（職業人役割）、家族関係（夫役割）を保つため

の対処法としての処方薬乱用であった。

しかし、「薬を飲む」という薬理効果により不安をてっとり早く、一時的に抑える方法によって対処し続ける事は、「薬を飲んだから大丈夫」という根拠がなく、本質的なものは何も変わらない対処であるため、「薬の力がないと乗り越えられない」と薬に依存的な心理状態が増長している。

1)-b　薬物のメリット

本人が主観的に薬物に対してどのようなメリットを感じていたかについて質問をした。薬物乱用の危険性について身を持って知っている薬物乱用者がなぜ乱用し続けるのかについて、医学的に説明される身体依存・精神依存といった生理的な変化だけでは説明がつかないと考えたからである。

Dは薬物乱用の薬理効果による〝やる気（興奮作用）〟のおかげで得た、仕事上の評価、承認体験を語った。

D：[咳止め薬] を使って仕事してたんですけど、すごいやる気がでるんですよ。《ガードマンの》仕事中にですね、電話工事の現場に警備員として入って、電話工事の仕事を手伝うようになったんですね。ガードマンなのに。材料を覚えたりとか。そうしたらうちに来ないかって誘われて。[咳止め薬] でやる気だしたおかげで。

AとBは自己破壊的な目的で乱用した経験を語った。

A：やっぱ苦しいんで、300 メートルの鉄塔に片足で立って両目をつむるようなそういう苦しみが 24 時間分刻み秒刻みで襲ってきてて、みんなは普通に生活ができているっていうのもあったし、なんで僕だけこんなんなんだ？　て絶対おかしいって。《略》処方薬を 100 錠集めて飲んだんですけど死ねなくて、死にたくて手首切ったけど 48 針縫って・・・

＊：死にたくて・・・

A：死にたかったですね。苦しすぎて、この先苦しいだけの人生かって。しかも治んないって言われていたんで。

B：大きな事故起こして、飲酒運転で。で、仕事ができなくなっちゃって。右手のじん帯を切っちゃったんですよ。包丁が握れなくなって・・・半年くらい飲んだくれてましたね。午前中リハビリに行って、午後はパチスロやってました。飲みながら。行っているパチンコ屋の向いが酒屋だったんで。店出る度に酒飲みに行って。飲み方が病的でしたね、当時はもう。

＊：どんな気持ちで飲んでたんですか？

B：別に、もうどうにでもなれやって。仕事ができなくなった事で俺は喪失しましたね。生きることが・・・死にたくて仕方なかったですね当時は。離婚もしたし、仕事も失って、包丁握れなくなったから、もうどうにでもなれやって。

先の希望の見えない、絶望的な状態では自暴自棄な心理状態を招き、薬物の持つ〝危険性〟の意味は歯止めではなく、むしろ薬物乱用を促進する要因となっている。

2）社会的排除に関する事

2)-a　居場所、不利

A：みっともないですよね、酒とクスリで生活保護って。世の中の人から見たらふざけんなよって感じですよね。しかも人様の税金で生活させてもらっていて、回復するのは義務っていうかあたりまえっていうか。

Aは薬物乱用に加え、生活保護受給者である事によって、世間からの偏見と差別の目を強く意識している。ここには罪悪感や恥の概念が強く付きまとっている。

B：健常者さんたちと比べるってことはしてないけど、ただ電車とか乗ってて違うんだなって感じることはありますね。

＊：違うっていうのは？

B：酔っ払って乗ってくるじゃないですか。ホワイトカラー族は平気で。そういうの見ると飲める人は病気じゃないんだなって思いますね。もう普通の人と比べるってのはもうできないですね。もう違うんですよ。前科も持っちゃっているから。

Bの語りからは、同じ空間にいながらも他者との〝違い〟を強く意識し、心理的には異空間にいる。健常者、ホワイトカラー族、前科などの言葉で表された複合した要因から生まれる〝違い〟は埋めたり、変えられたり、共存できたりすることに対しての諦めが感じ取られる。

さらにBは刑務所出所時に次のように逡巡している。

B：クスリの売人に誘われていたんですよ。出所の日は〝××までくれば迎えに行くから〟って言われていたんで。売人の仕事すれば1年で○○万儲かるよって。出所して4時間くらい考えましたよ。売人になろうかって。どうせ後何年も生きられないから儲けて、捕まったら捕まったで9年10年でも《服役すれば》いいやって思って。それの考えが半分と、まっとうな、貧乏でもいいから素面で生活していく方とどっちを選ぶか、考えましたよ。

Bの語りからは、社会に居場所のない絶望感は、薬物から回復する意欲を失わせ、排除される自分を受け入れてくれる反社会的コミュニティーへの所属や薬物売買という社会の薬物汚染を拡大させるリスクを高めるような方向に向かわせているように見える。刑務所でさえも罰を受ける場ではなく、最後の居場所として存在していた。

E：再就職するにあたって「結局、今の社会って一回離脱しちゃうと元の路線に戻るのって難しいじゃないですか。自分でやる気があっても戻れなくて、一回ドロップアウトしちゃうと。《略》通院をしてますとか口が裂けても言えないじゃないですか。

離職(ドロップアウト)、履歴書の空白が再就職を困難とし、必要な医療を受けることさえも薬物問題への偏見のため誰にも相談できない問題として秘め事とされ、困っていても援助希求できずに追い詰められていく様子がうかがえる。

Cは回復の道を歩むきっかけについて次のように語った。

C：《刑務所に》◎さんって人が面会にきてくれて、《略》最終的にはどこでも僕は排除されちゃうんですね。そんな僕を本当に排除しなかったのはココ《回復支援施設》。ココは排除しなかったんですね。

回復のきっかけは何度失敗しても、そのままの自分を受け止め、本人の苦悩や葛藤を理解しようとしてくれた人と場所の存在であった。強くなくてもいい、弱い自分をさらけ出せる安心できる信頼関係があったからこそ助けを求められたのである。

3）社会参加に関するもの

3)-a　クスリを使わない生活のメリット

さまざな苦悩を和らげ、忘れさせてくれるなど薬物に助けられていた実感持つ彼らにとって、薬物のない生活は良いことばかりではなく、現実に直面し向き合わなければならない苦痛を伴う。彼らが薬物を止めようとする努力を支えるものはなんなのであろうか？

A：仲間ができたこと。それまでは酒や薬で暴言はいたりとかで、どんどん人が遠ざかっていたんで。しらふでこの間海に行ってきて楽しめて。

D：一番うれしかったことは、両親と関係性を取り戻したとき、うれしかったですね。止め

てて良かったなあと。

＊：止めようしている努力を親が認めてくれたんですね。他にもありますか？

D：細かいことをいうと、天気が良くて気持ちがいいなとか、そう思えている時とか。そんなことクスリを使っているときには考えもしなかったですから。本当に。

AとDは薬物を乱用している時には感じられなかった、日常にあふれている幸せや喜びがようやく自分のところにも届いてきたと感じられるようになり、その喜びを一人ではなく他者と共に共有することで薬物なしの生活の良さを実感している。

E：今までボーっとしてたりとか、自分ではわからなくて医者とかに言われるんですけど、のれんに腕押し状態だったのが反応が良くなったとか言われるんですね。

＊：物事が考えられるように戻ってきているんですね。医者から指摘されるってことでしたが、自分では実感してます？

E：言われてみればって感じです。自分では意識はしてないですが。

回復は一人だけでは感じられない。Eは回復している自分を医師などの会話を通し、他者から繰り返し言葉をかけられることによって実感をしている。

3)-b　目標、将来の希望

AとBは親や子どもとの関係の修復を挙げていた。

A：両親ですね。これ以上悲しませたくないっていう。あと娘にきちんとした姿で会いたい。それが一番でかいですね。もう一生会えないと思うんです。でも、もし訪ねてきたら・・・。

B：俺は1番最初の娘と会いたいんですよね。もう20数年会ってない娘と。父親面するわけではないけどただ顔を見たいってのがあって。そういうのもプログラム信じてやっていけばそのうち叶うのかなって思って。それだけが楽しみでやっている。

薬物を使用することで〝息子役割〞〝親役割〞を果たせなかった贖罪の気持ちとともに、他者から赦しを得、役割を取り戻すために、薬物を止めたいというモチベーションにつながっている。

Eからは家族関係の改善や再就職が今後の目標として語られたが、同時に不安や心配事として繰り返し語られる。

E：ただ、やっぱ心配なのは将来ですね。将来どのように施設を出て元のように就労して家族と一緒に暮らすってその辺のアプローチっていうのが心配ですね。

施設の仲間の体験を通して知ることは明るい未来、希望だけではない。依存症からの回復は苦難に満ちていることもまた実感する。彼らにとって回復への努力は、成功の保障がなく、具体的な回復の将来像すら見え難い状況の中で日々、葛藤している姿が映し出された。

（4）考察

5名の家族背景や学歴、職歴、乱用した薬物などは様々であった。しかし、彼らが薬物乱用をする主観的意味の共通点として①社会的役割の遂行、②人間関係の維持・形成③心的苦痛の緩和、の大きく3つの特徴が確認された。

薬物乱用者に対して世間の多くは、自己中心的で社会への迷惑を顧みない不道徳な者というイメージが強い。しかしながら、当事者の語りによって、また、定点ではなくプロセスから見えた実態は別の側面があった。学業や仕事などの社会的役割を果たすため、友人や家族からの期待に応え関係を保つため、そして辛く苦しい感情の痛みを緩和し生きるための薬物の力を借りてなんとか社会参加するための懸命の「努力」として使われてい

た一面が見られた。

確かに結果として起きた状況は本人の思いと反してむしろ悪化し、仕事などの社会的役割を果たせず、人間関係は破壊され孤立し、心は死にたいほどに苦痛に満ち、心身、社会的に追い詰められた状況であり、それがまた再乱用へとつながる悪循環となっている。家族等まわりの人間からは彼らのこの「努力」は理解され難いため、苦悩には耳を傾けず、乱用の結果のみに目を向けられ非難される。この事は薬物乱用者を支援する援助者からでさえも、薬物乱用の有無に主眼が置かれ、薬物乱用を正当化するための「言い訳」として理解され、彼らの声は届いていなかったように思う。これまで行われてきた支援の常識を問い直す必要性があるだろう。

インタビューではセルフスティグマや恥、無力感といった概念によって孤立し、社会参加が阻まれている状況が語られていた。生きていく目的や役割を見失い、自分の存在価値を見いだせず、10年先はおろか1年先、明日の希望を見いだせない者に「悪い結果が起きるのがわかっていてなぜ薬物を使うのか」「今使うと後になって困る」などと正論で諭す事は歯止めにならないだろう。社会の中に居場所がなく「どうせこれからも受け入れられることはなく、苦み続けるのなら、せめて今だけでもこの苦しさを忘れたい」と考えるのは自然な事のようにも思える。社会の不寛容がより一層彼らを追い詰め、回復する気持ちを奪い、薬物にしか救いを求められなくなるような状況を作り出していると言えないだろうか。

彼らが回復支援施設に入寮し、回復への努力の道を歩んでいる共通する目標は、薬物を使っていた時と同じく社会の中でまっとうな役割果たし、人との信頼関係を築きたいという気持ちである。薬物乱用という間違った対処法を止めたきっかけとなったのは、あるがままの自分を受け入れてくれる場所と人の存在である。人間関係の葛藤の中でかかった病いは、人間関係の中でのみ回復する。人に癒され、認められる体験が必要なのである。

3．まとめと今後の課題

（1）まとめ

回復支援施設に本論文の目的は、多面的な角度から薬物乱用経験者の「生きづらさ」を捉えた上で、薬物乱用経験者の社会参加促進をどのように援助していくかについて課題を考察することである。調査Ⅰにおいて薬物乱用経験者の社会的弱者としての実態を示し、その社会参加にまず必要なのは、医療・福祉など社会参加の基盤となる生活状況を改善させる援助が必要であることを示した。しかし、調査Ⅱにより明らかになった薬物乱用経験者が本当に必要としていることは、善意ある人からの同情や施し、助言や慰めではない。医療や福祉的な援助を受けて「薬物を止めた」だけ、「地域社会に暮らしている」だけでは社会参加とは言えない。彼らは社会的役割を果たし、責務を持った存在として社会の一員になりたいと望んでいるということである。

社会の中に薬物乱用者の回復の場が必要なのは頭では理解したとしても、自分の住む地域に薬物乱用者が暮らすことへの抵抗感を取り除く事は容易ではない。薬物乱用を止めたとしても〝元〟薬物乱用者のラベルはくっついたままであり、一度ドロップアウトした者に対する偏見の眼差しは強く、過去の反省と謝罪を求められ続け、正当な社会的役割を得るチャンスも与えられてない。彼らをいつまでも社会的弱者にさせているのは、本人の反省が足らないわけでも、努力不足でもなく、社会の側の問題でもある可能性がある。

当事者のコントロールの外側にある社会システムや個人レベルでの偏見が社会参加を妨げているのであれば、社会参加のために必要なのは、受け入れる社会の側の意識変化であり、その人を社会の一員として迎え、受け入れることを可能にするコミュニティーを育てる支援が重要であると考えられる。

（2）今後の課題

本研究は、臨床の現場において薬物乱用経験者を支援し、社会参加を検討する際の資料となり得

る。

本研究の限界として、得られたデータは薬物乱用者が持つ「生きづらさ」のごく一部が明らかになったにすぎないし、精神病院で治療を受けた者、回復施設につながった者という偏りのある母集団からであり、薬物乱用者全体を充分に捉えられていないなどの課題がある。また、覚せい剤乱用者＝低学歴、薬物乱用経験者＝離婚経験者のような新たな固定観念や偏見へと導くものになってはならない。こうした課題を踏まえた上で、薬物乱用者の社会参加を促進するために社会が取り組むべき課題について今後、さらなる詳しく検討していく必要があると考えられる。

注

1）21年度版犯罪白書によると『毒物及び劇物取締法』違反、いわゆる有機溶剤乱用の送致人員は、1980年には3万人台で推移し、82年に36,796人でピークを迎えた。しかしその後急激に減少し、96年には1万人を割り、2013年にはわずか497人となった。

薬物の種類として有機溶剤が全体の35.3%を占めているが、これは本調査の対象者に60年代〜80年代に生まれた者が多く、その子ども期の社会的背景が反映されたものと考えられる。

文献

阿部彩（2011）『弱者の居場所がない社会　貧困・格差と社会的包摂』講談社現代新書.

Conrad, Peter. Joseph Schneider (1992) *Deviance and medicalization*. Temple University Press.（＝2003. 進藤雄三監訳、杉田聡、近藤正英訳.『逸脱と医療化　悪から病いへ』ミネルヴァ書房.）

Foucault, Michel (1994) *Dits et Ecrits 1954-1988*. Gallimard.（＝2000、小林康夫、松浦寿輝編『ミシェル・フーコー思考集成Ⅵ』筑摩書房.）

藤岡淳子(2009)『刑務所の民主化と再犯率低下を目指して』成文堂.

橋本省吾・芦沢健（2012）「北海道におけるAA有志を対象とした自殺リスクに関する調査」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』47(6)、308-316.

法務省（2010）『犯罪白書（平成21年版）』法務総合研究所.

Illich, Ivan (1976) *Limits to medicine: medical nemesis*. the expropriation of health（＝1979、金子嗣郎訳『脱病院化社会―医療の限界』晶文社.）

石塚伸一（2009）「新たな時代状況における薬物対策」『犯罪社会学研究』34、164-170.

岩田正美（2008）『社会的排除』有斐閣.

Katz, Alfred. H (1993) *Self-help in America*. Twayne Pub.（＝2007、久保紘章監訳『セルフヘルプ・グループ』岩崎学術出版社.）

近藤恒夫（2009）『拘置所のタンポポ』双葉社.

窪田暁子(1994)「精神障害者の社会復帰とクラブハウスモデル―患者役割からの脱出とスタッフ・メンバーの共動的相互関係」『東洋大学社会学部紀要』32(1)、49-66.

Lister, Ruth (2004) *Poverty*. Polity Press.（＝2011、松本伊智朗監訳　立木勝訳『貧困とはなにか―概念・言説・ポリティクス』明石書店.）

益山桂太郎・岩野卓・高橋陽介・ほか（2010）「薬物依存症に対する集団療法の有効性に関する検討―SMARPPテキストの導入による参加者及びスタッフへの影響」『アルコール関連問題学会雑誌』13、143-147.

松本俊彦・小林桜児（2008）「薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか？　―Matrix ModelとSerigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』43(3)、172-187.

松本俊彦(2013)『人はなぜ依存症になるのか　自己治療としてのアディクション』星和書店.

宮永耕(2010)「薬物依存症者の回復における社会福祉援助の役割と課題」『龍谷大学矯正・保護研究センター研究年報』7、99-111.

内閣府（2012）『社会的排除にいたるプロセス　若年ケース・スタディから見る排除の過程』社会的排除リスク調査チーム.

野口裕二(1996)『アルコホリズムの社会学　アディクションと近代』日本評論社.

坂上香（2000）「加害者の被害者性を受け止める試み

―治療共同体アミティのアプローチから」『アディクションと家族』17(3)、271-279.
嶋根卓也・三砂ちづる（2005）「青少年と薬物乱用・依存」『保健医療科学』54(2)、119-126.

（北海道大学大学院教育学院・修士課程）