

2021 年度日本医療ソーシャルワーカー協会全国大会（千葉大会）で行われました、松本俊彦先生のご講演「人はなぜ依存症になるのか～コネクションの対義語としてアディクション～」の「抄録」「講演録」「講演の際のパワーポイント」を掲載しました。当日聞かれた方はもちろん、参加できなかった方も是非ご一読ください。

社会貢献事業部 依存症リカバリーソーシャルワークチーム

【抄録】

人はなぜ依存症になるのか～コネクションの対義語としてアディクション～

松本俊彦先生

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 部長

「人はなぜ依存症になるのか?」のか。

薬物依存症患者の多くが、薬と名のつくものであれば何でも手当たり次第に手を出し、どんな種類の薬物にも依存しているのかといえば、必ずしもそうではない。大抵は、数種の薬物を遍歴した後に最終的に自分に最もしっくり来る「好みの薬物」にたどり着くといったパターンをとる。その意味で、薬物依存症の原因を、「嗜癖な性格」とか「自己破壊的な性格」だけに求めるのは無理がある。

興味深いのは、さまざまな薬物遍歴の果てにたどりついた薬物が、その効果や依存性において、必ずしもこれまで経験したなかで最も「ハードなもの」とも限らないということである。実際、「自分は覚せい剤よりも咳止め薬の方が合う」とか、「覚せい剤よりもシンナーの方がいい」と語る患者は確かに存在する。このことは、その後の時代において主張された次の仮説にも限界があることを示している。その仮説とは、「依存症になるのは、依存性のある薬物を使ったからだ。依存性薬物は、一度使うとその快感が脳に刻印されてしまい、その後の人の行動を支配する性質があるのだ」というものである。この仮説では、多数の習慣的飲酒者のうち、アルコール依存症に罹患する者はごく一部でしかないという事実を説明できない。

そもそも、人はいかなる快感にも呆れるほどすぐに倦んでしまう生き物である。我々の中枢神経は悲しいほど簡単にさまざまな刺激に鈍麻し、いかなる快楽に倦んでしまいやすい。それにもかかわらず、一部の限られた人たちだけがいつまでも倦むことなく、その物質を使い続けるのはなぜなのか。

人が依存症になるのは、それによって快感が得られるからではなく、苦痛——それまで続いてきた悩みや痛み、苦しみ——が一時的に緩和される(=「負の強化」)からではないか。それであれば、飽きるどころか、生き延びるためにその物質は手放せないものとなろう。

筆者は、まさにこの「負の強化」こそが依存症の本質であると考えている。実は、どのような重篤な依存症患者でも簡単にアルコールや薬物をやめている——もっとも、数日ないしは数時間単位の話だが。むずかしいのは、「やめること」ではなく、「やめ続けること」である。それがかくもむずかしい理由は、アルコールや薬物が、一時的には、患者にとっていわば「こころの松葉杖」として機能していたからだ。

今回の講演では、Khantzian の「自己治療仮説」を紹介しながら、「孤立の病」としての依存症からの回復のために、支援者や社会はいかにあるべきかについて、私見を述べたい。

(略歴)

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 部長
日本社会精神医学会理事、日本精神科救急学会理事、日本学術会議アディクション分科会
特任連携委員

1993年 佐賀医科大学医学部卒。

1993年 横浜市立大学医学部附属病院臨床研修医

1995年 国立横浜病院精神科シニアレジデント

1996年 神奈川県立精神医療センター医師

2000年 横浜市立大学附属病院精神科助手

2004年より国立精神・神経センター(現 国立精神・神経医療研究センター)精神保健研究
所司法精神医学研究部室長

2010年 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所同研究所 自殺予防総合対策
センター副センター長

2015年より現職

2017年より国立精神・神経医療研究センター病院 薬物依存症センター センター長を併任。

【講演録】



稗田里香(司会):

これから松本俊彦先生のご講演を始めます。テーマは「人はなぜ依存症になるのか——コネクションの対義語としてのアディクション」です。私は当協会に昨年度から設置されました依存症リカバリーソーシャルワークチームの委員長を務めております稗田と申します。松本先生、本日はお忙しい中、お時間をとってくださりましてありがとうございます。チーム一同、本日のご講演を楽しみにしておりました。松本先生は現在、国立研究開発法人国立精神・神経医療センター精神保健研究所薬物依存研究部部長でいらっしゃいます。国立精神・神経医療研究センター病院薬物依存症センター長も務めておられます。松本先生は精神医学、保健領域、特に自殺予防、依存症治療研究においては日本の第一人者であり、所属学会や、この領域のご著書は多数あります。診療報酬化された薬物依存症支援のSMARPPの開発についても著名です。我々協会が協力団体となっている救急認定ソーシャルワーカー認定機構の「救急患者支援 地域につなぐソーシャルワーク 救急認定ソーシャルワーカー標準テキスト」もご執筆をいただいています。松本先生の魅力はたくさんあります。依存症から回復されている方々、元NHKアテウンサーの塚本さん、俳優の高知さん、元プロ野球選手の清原さんなどのご本の中から先生との信頼関係や先生のお人柄を伺い知ることができるかと思えます。


個人的には、常に依存症に苦しむ方々の世界に先生は身を置いて、その苦しみを科学的根拠に基づきながら世の中にあるスティグマや不正義、政策の矛盾に立ち向かっておられる、その勇敢さに、ソーシャルワーカーとして、また研究者として教えられたことがたくさんあります。今まさにマスコミ等でも取り上げられていますが、大麻使用罪創設に対する反対を孤軍奮闘でやってくださっています。診療や研究はもちろん、少年院や鑑別所、地域の依存症やご家族のプログラムなど、お身体は大丈夫なのかなと心配するくらいですけど、世のため、人のために身を粉にして働いておられる姿に敬意を表する気持ちでいっぱいです。依存症対策は国際的に取り締まりから予防ケアへと大きく変化しています。日本はまだ、その変化に対応するためには多くの課題がありますが、それでもソーシャルワーカーへの期待が高まっているところです。今日は松本先生のお話を聴き、依存症回復支援者、代弁者として私たちソーシャルワーカーの責任や自覚を高めていただくということで聴いていただければと思います。本日は松本先生のお話をじっくり聴いていただきたいということで質疑応答の時間はありません。このライブは先生のご許可をいただき、オンデマンド配信をすることになっています。先生、それではどうぞ、よろしくお願いいたします。

松本俊彦先生:

稗田先生、過分なご紹介をどうもありがとうございます。あちこち僕が顔を出してワーカホリックみたいに働いているので一部の人から「松本はヤバイ薬物を使っているのではないか」と薬物疑惑をかけられることがあります。もちろんそんなことはありません。今日は自宅からこの講演をさせていただいています。



私自身、依存症の中でも薬物を専門としています。薬物が、なぜ規制や禁止だけではだめなのかということ、みなさんに理解していただくヒントを提供することができるのかなど。今日、まずもってみなさんにお伝えしたいのはアディクションの回復で大事なものは、おそらく専門職種もっている方たちの支援が半分、当事者の方たちの自助グループをはじめとした支援が半分だと思います。専門機関における支援の半分のうち、8割方をソーシャルワークが占める気がしています。実は狭義の医療で出来ることは限られていて、いかにしてさまざまな社会資源につないで地域の中で彼らが孤立しないように、アルコール、薬物、ギャンブルに立ち向かっていける素地をつくっていくのか、それはまさにソーシャルワーカーにかかっていると思います。その意味で今日の私の話が少しでもみなさまにアディクション問題と立ち向かっていこうという勇気を与えることができればと思っています。



人はなぜ依存症になるのか

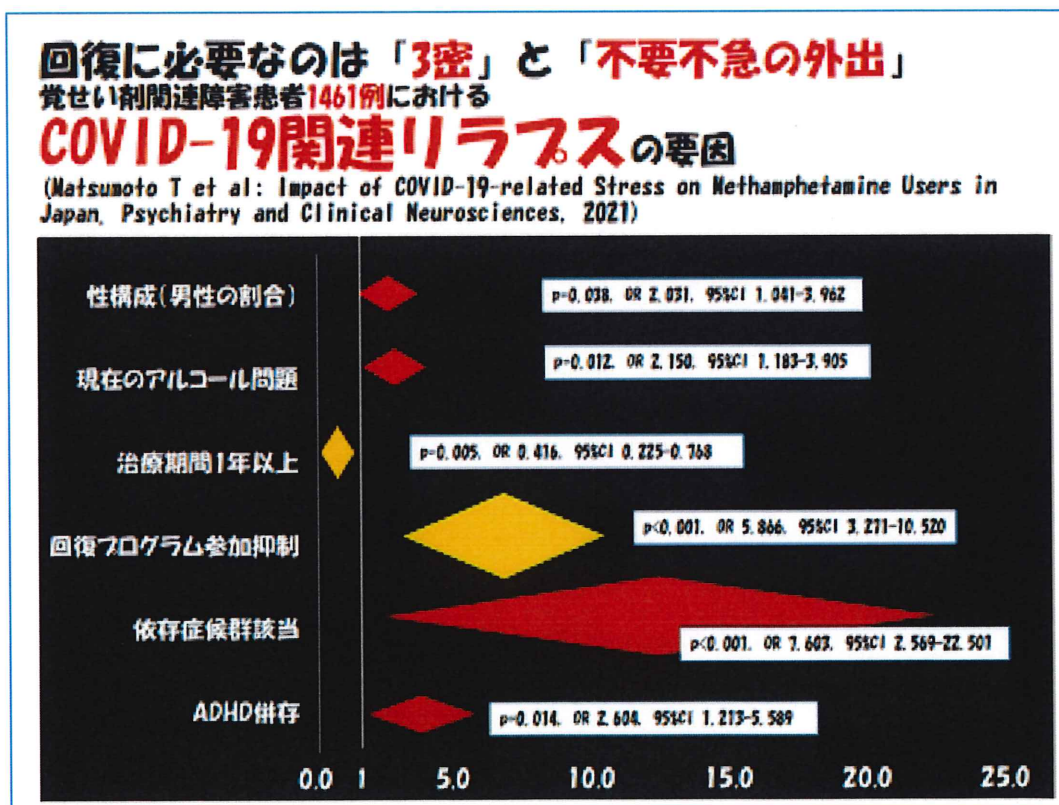
～コネクションの対義語としてアディクション～

松本俊彦
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 部長
同センター病院 薬物依存症センター センター長

「人はなぜ依存症になるのか——コネクションの対義語としてのアディクション」というタイトルです。時節柄ということもあり、興味深い、私自身の最近の研究データを発表させていただきます。

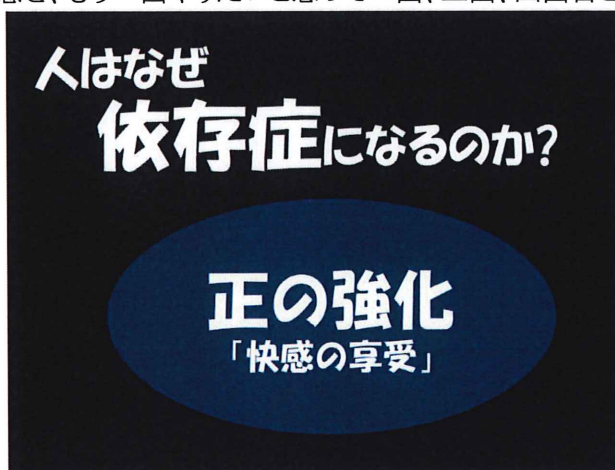
昨年春先からコロナによって「不要不急の外出は避けましょう」「3密は防ぎましょう」という息苦しい生活を送っております。その中で依存症の回復も、もちろん影響を受けています。アルコール、薬物依存症の方たちがお酒や薬をやめ続けるためには自助グループのミーティングに参加し続ける必要があるんですけども、そういう会場となっている公民館や公的機関の会場を借りることができなくなって対面でのミーティングが、かなりの割合で減っています。緊急事態宣言、第一回目の時は医療機関の依存症に対するグループ療法を取りやめましたし、保護監察所も薬物依存症の集団療法をやっていますが、それも未だに中止になったままです。「不要不急の外出は辞めましょう」「3密を避けましょう」と家の中でじっとステイホームをしている依存症の方たちは、コロナの関連のストレスによって、やめていたお酒をまた飲んでしまう。あるいは薬物を使ってしまう状況がございました。昨年度の調査では国内で治療中の1461例、覚醒剤の患者さんたちが、これまでやめていた覚醒剤にコロナのストレスがあり、また手を出してしまった。薬はちょこちょこ使っていたが、このストレスで使い方がひどくなってしまったという患者さんたちはどんな特徴があるのかを調べてみました。

その中でわかったこと。依存症の診断に該当していることは当然ですが、大事なのは、これまで通っていた自助グループのプログラム、病院や保護監察所のプログラム、あるいは精神育成保健センターのプログラム、ダルク、マックという地域にある民間リハビリ施設のプログラムに通えなくなったことが影響しているという人たちが非常に多かったんです。そういう意



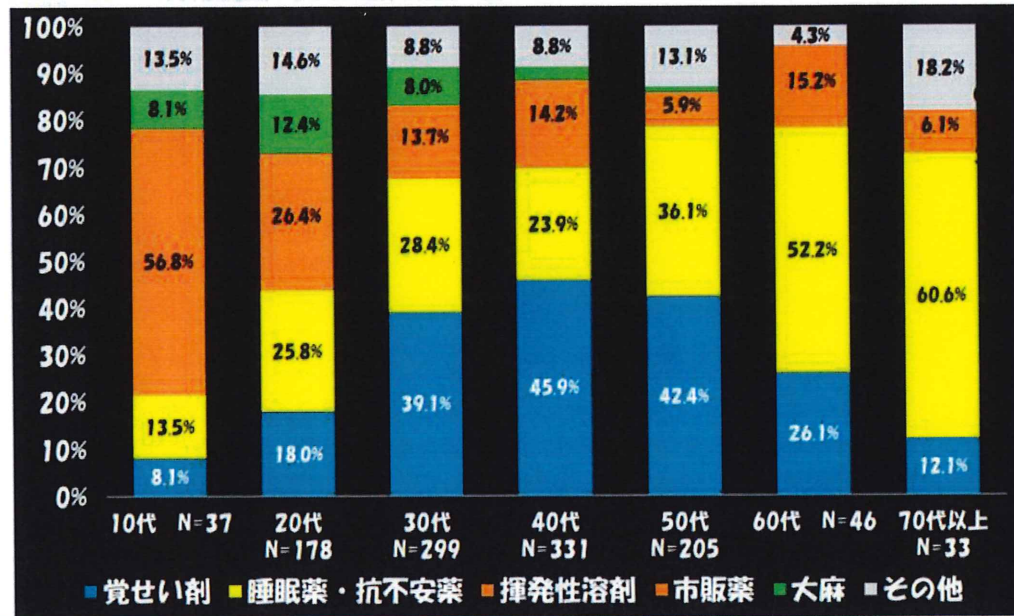
味でも今日の一つのテーマである「コネクション」、これがいかに依存症からの回復に必要なのかということはコロナ禍のストレスによる再発からのデータからもわかります。依存症の回復に必要なのは、もしかすると3密と不要不急の外出かもしれない、なんてことも思っています。もちろん感染拡大防止には細心の注意を払う必要があるけれども、注意を払いながら、いかにすれば彼らが孤立しないで済むのかということも考えていかないといけないなと思ったりしています。余談ですが、因みにADHDが合併している人たちも、結構、再発している。じっとしていらぬ方たちも依存症とADHDは密接な関係があるんですが、この人たちはステイホームが苦手なんです。こういう人たちへのストレスも格別に配慮する必要があるだろうと思います。

人はなぜ依存症になるのでしょうか。医師免許をもっているお医者さんだって依存症についてよく知っているわけではありません。6年間の医学部の教育課程の中で依存症に関して勉強するのはなんと90分だけです。6年間で90分だけ。精神医学の講義の1コマとしての90分しか勉強しないんですよ。お医者さんといえども、あまり知らないんですね。医学部で習うことより中学、高校で年1回、実施されている薬物濫用防止教育、「ダメ。ゼッタイ」というもののトータルの時間の方が、医学部で勉強する時間よりはるかに長い。医師免許をもっている専門職種も実は「ダメ。ゼッタイ」の大きな影響を受けていることを知っておいて欲しいと思います。「ダメ。ゼッタイ」教育では依存症に人がなっていくメカニズムが、どう説明されているのかというと、覚醒剤、大麻、シンナー、そのような依存性薬物を一回でも使うと、その依存性薬物が引き起こす、めくるめく快感、これが脳の報酬系といわれる場所に刻みこまれ、刷り込まれ、インプットされ、もう取り去ることができなくなってしまう。一回でもやってしまうと、その快感が忘れられなくなってしまう。あの快感を、もう一回やりたいと思って二回、三回、四回目と手を出し、依存症になってしまう。だから最初の一回、「ダメ。ゼッタイ」と教わるわけです。今いったこのメカニズムを専門的な言葉でいうと「正の強化」という表現になります。つまり「正」とは何か、これまで経験しなかった、めくるめく快感、これがご褒美となって薬物を接種する行動を学習するわけなんですね。そして依存症になってしまう。ほんとでしようか？人は一回でも薬を使ったら依存症になってしまうのでしょうか。



年代別 わが国における乱用薬物

(松本ら: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患実態調査2020年: 全症例2733例中、「1年以内に薬物使用あり」症例1129例の年代別「主たる薬物」比率)



これは私自身が最近10年くらい、2年に一回、全国の1600くらいある入院病床のある精神科医療機関、精神科病院、総合病院の精神科、大学病院の精神科、そこをお願いして9月~10月の2カ月間、外来でも入院でいいので薬物に絡む問題で治療に提供した患者さんのデータをすべてくださいと経年的にやっているものです。その中の直近データ、2020年9月~10月、全国の患者さんたち、2733例ですが、1年以内に薬物を使っている患者さんだけをピックアップして主な濫用薬物ごとに年代別に示してみました。パッと目につくのは覚醒剤、確かに覚醒剤は第二次世界大戦から一貫して我が国で問題となっている濫用薬物です。しかし覚醒剤を使う人は30代~50代の中年が多い。中年の男性、おっさんの薬物、ちよい悪オヤジの薬物というのが覚醒剤の位置づけで、70歳、60歳以上の高齢者は、まさに精神科やかかりつけの医から処方される睡眠薬や抗不安薬です。高齢者は医者からもらう処方薬でおかしくなっている人たちがいることを押さえておいてほしいと思います。それから若年者を見てみると最近、若年者の大麻が問題でいいですが、「大麻よりもっと問題の薬物があるよ」というのが私の言い分なんです。これは市販薬です。ドラッグストアやインターネットでも簡単に入手できる風邪薬や咳止め薬、痛み止めをやめられない、止まらないという状態になって、さまざまな健康被害の人たちが10代で多いわけです。

みなさんで考えてもらいたいのは処方薬や市販薬をこれまでの人生で一回も使ったことがない人がいますか？ もしいたとすれば別の意味で特異な人だと思います。どんな人であれ、多かれ少なかれ、市販の痛み止め、風邪薬、かかりつけの先生から眠剤とか安定剤をもらった人は多いと思うんです。その人たちがみんな依存症になっているかということ、そうではないですよ。一回やったら依存症になるという理屈は科学的にも正しくない。「それは医薬品だ

からであって覚醒剤とか大麻なら違おうだろう」という人がいるかもしれませんが、それも違います。私自身、20年来、少年院とか刑務所に通って犯罪を犯した方たちの診察をしてきました。薬物だけに限った犯罪ではありません。結構、「若い時にヤンチャしてヤバイ薬を使ったけど、つまらないからやめた」という人もたくさんいるんです。2016年、国連が出した世界薬物報告書にも書いてありますが、ヘロインとかモルヒネなどを含めた違法薬物の経験者のうち依存症の状態になっている人は使用経験者のうちの約11%というんです。「全員じゃない」ということも、とても大事なことで、このあたりを啓発で間違えると逆に使用経験者とか使用経験者が知り合いにいる人たちは、その啓発の情報を信じなくなってしまったりするんですね。

ここで考えないといけないのは、どんな人が依存症になりやすいのか。1回使って、それきり使わない人と依存症になってしまう人では何が違うのかを考えてみる必要があると思います。古来、依存症になりやすい人は性格に問題があるとか意思が弱いといわれてきましたが、これもその後の研究で明らかに否定されているんですね。依存症の人たちもさまざまな性格があって、健康な人と比べて性格のばらつきの度合いに違いはないということもわかっているし、「意思が弱い」というのも直感的に間違っているのもわかると思います。アルコール、薬物で多くのもを失って刑務所に何度も入っている人たちは、いっぱい痛い思いをしているのに、それでも薬を使うというのはどういうことか。尋常な意思の強さではないですよ。めちゃくちゃ意思が強いと思うんですよ。意思の強さで説明するのは成り立たない。じゃあ、どんな人が依存症になりやすいのか。

そのことを考えていただくのに非常に象徴的な実験があります。1970年代終わりに行われた実験、ネズミを使った動物実験です。オス・メス、同数のネズミ32匹をランダムに二つのグループに分ける。一つ目のグループは一匹ずつ檻の中に閉じ込める。檻の四方は横の側面は全部板で覆われています。隣の檻のネズミといっさいコミュニケーションをとることはできません。

とても孤独な場所です。餌や水は決められた時間に決められた量しかとれないので息苦しい、窮屈で、飯の時間以外は何もすることができないという留置所、牢屋と全く同じ環境です。もう一方のグループのネズミは16匹まとめて全部一カ所に集めました。集めた場所はネズミたちのための楽園というような、壁に絵が描かれている。床にはふかふかのオガ屑が敷かれていて巣づくりにも適しています。ガラクタがあってそれを使って遊んだり、かくれんぼをしたりして、たまには引きこもりたいネズミは空き缶の中で引きこもったりすることができる。餌や水は食べたい時に飲みたい時に好きなだけ摂取することができます。そして何よりもオス・メス同数が、ここにいる。いっしょにじゃれあったり、遊んだりするんですが、まもなく交尾を始めます。ひとしきり交尾に飽きると今度はパートナーを変えて「今度はお前とやりたい」ということで、あたかも「ビバリーヒルズ青春白書」のような、もうこちらとこちらがくっついているの、と、順列組合せ、文字通り、乱交パーティの様相を呈しています。



この二つのグループのネズミに二つの飲み物を用意します。一つは普通の水、もう一つはモルヒネ入りの水です。モルヒネはご存じ、麻薬です。薬理的な依存性の強さは覚醒剤の比ではありません。非常に強力です。ただしモルヒネをそのまま水に溶かすと苦くて、苦くて、クソまずくてとても飲めた代物ではなくなります。そこでネズミたちが飲みやすいように砂糖シロップをたっぷり入れて甘露な麻薬水をつくります。この檻の中のネズミと楽園のネズミに二つの飲み物を与えて57日間、観察します。57日後、どちらのネズミが、よりたくさんモルヒネ水を消費するかという実験です。みなさん、どちらだと思います？

やっぱり楽園の中で酒池肉林というか、乱交状態、そこでさらにモルヒネ水の中で多幸感とか陶酔感が加わって頹廃と享樂の極み、「絶対、楽園の奴らの方がモルヒネ水を大量に摂取するよね」と思われるかもしれませんが、実際の結果は圧倒的に檻の中のネズミの方なんです。檻に入れられたネズミの16匹中16匹が普通の水よりもモルヒネ水を好みました。しかもその消費量も大量でした。モルヒネはどんどん繰り返し摂取していくうちに慣れが生じて耐性が生じて、当初生じた多幸感や陶酔感を得るためには摂取する頻度と量を増やさないといけなくなります。どんどん摂取量が増えていった。実験する側がびっくりして途中から砂糖シロップを除いて薬のモルヒネ水に切り換えたんですが、どんどん摂取量が多くなっていったことがわかっています。楽園の方のネズミは16匹中、15匹が水の方を好みました。最初は両方の水を試したんですが、モルヒネ水は気に入らなかったみたいで普通の水を使って普通の水でハイになって仲間たちと交尾を始めていました。ネズミたちにとってはモルヒネ水がもたらす多幸感や酩酊感よりも仲間とのコミュニケーションやインタラクションの方が、はるかに楽しかったのだらうと思います。モルヒネ水はむしろそういったものを邪魔してしまう、頭をボーッとさせてしまう、運動能力が落ちてしまう。乱交パーティ仲間でのモチ度が下がってしまってパートナーが見つからなくなる憂き目にあったのかもしれませんが。もちろん楽園にいるネズミも1匹だけ、そこそこモルヒネ水に関心を示すネズミがいました。水と同程度、モルヒネ水を摂取しました。しかしながら檻の中にいたネズミと比べるとモルヒネの摂取量は20分の1以下だったことがわかっています。これはあくまでもネズミの実験ですが、人間がどんな人が依存症になりやすいのかを考える上でのヒントをくれるような気がします。



つまり、依存症になりやすい人はどんな人か。他の人とのつながりから孤立して自分の裁量がきかない、息苦しい、そのような環境、状況にいる人たち。もっとざっくりいうと、しんどい状況にいる人の方が依存症になりやすいのではないか。こういうことが成り立つと思います。依存症の背景には何らかの生きづらさ、しんどさがある。もしもこれが正しいとするならば「正の強化」ということは「負の強化」という言葉に



置き換えなければいけなくなると思っています。「負の強化」とは、依存性薬物を使うと、以前からずっと悩んでいた痛みや苦しみが一時的に消える、軽くなるんです。そして苦痛を緩和されることが報酬となって、薬物を摂取するという行動を学習していくわけです。私自身も25年間、依存症の臨床にかかってきましたが、自分が出会った依存症の患者さんたちを思い浮かべてみると「まさにこれだよな」という気がするんです。別に快感が忘れられなくて病院にきているわけじゃありません。本人たちは「やめたい」という気持ちが幾ばくかあるからこそ医療機関にくるんですよ。「やめたくない」といっている人ですら。なんでやめたくないかという、がんばってやめようとする薬が無い時がすごく辛いんですよ。薬を使って、やっと素の自分になったと思ったのに、また手放して、好きになれない昔の自分にならないといけない。このことが諦めがつかないで悩んでいるのが正直なところなんです。

考えてみれば快感だったら人は飽きるんですよ。どんなおいしいもの、どんな気持ちのいいもの、面白いものでも、それがあたりまえに手を伸ばせばいつでも摂取できる状況にあると、人は関心を失います。実際、みなさんだって毎日、高級フランス料理や高級会席料理を食べたいとは思いませんよね。たまにはラーメン食べたくなる、立ち食いソバが魅力的に見えたりするかもしれません。ポツと出てきた、めっちゃくちゃ面白い芸をやる若いお笑い芸人が出てきた。アツという間に人気者になってテレビのチャンネルのどこをあわせても、その人が出ているという状況も、おそらく3、4カ月後には一発屋で消えているわけなんですよ。露出が多くなりすぎると我々はアツという間に飽きてしまう。人間はこんなにも、あまのじゃくで飽きっぽいんです。

にもかかわらず、なぜ一部の人が薬物に夢中になっているのか、それは快感ではないと思うんですよ。「苦痛が緩和されるから」、私はこんなふうに考えています。

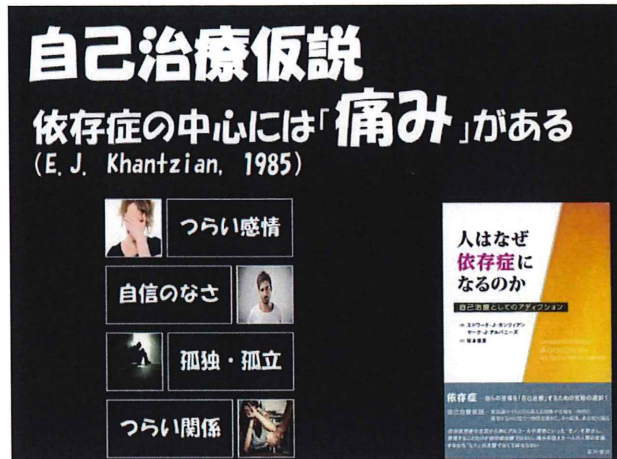
この苦痛の緩和こそが報酬となって人は依存症になるのだ、この理論は決して私のオリジナルではありません。今から35年以上前にエドワード・カンツィアンというアメリカの依存症を専門とする精神科医が同じことをいっていました。「自己治療仮説」という言葉です。カンツィアンはこういいました。「依存症の本質というのは快感ではない、苦痛なんだ。人がある化学物質、アルコールであれ、覚醒剤やヘロインであれ、化学物質を手放さなくなるのは、それが快感をもたらしてくれるからではなく、苦痛を緩和してくれるからだ」と言っています。

たとえば過酷な生活背景、虐待を受けたり、学校でのいじめを受けたりしながら、いつのま

にか自分の中で「自分はいない存在、価値がない存在」、そして「消えたい、いなくなりたい、死んでしまいたい」、こんな気持ちを十代から抱えていた子ども、その気持ちを抱えながらも、いろいろやらないといけなことがある。仕事だったり、勉強だったり。だからその辛い気持ちを一時的に意識の隅っこに遠ざけるために、つまり辛い気持ちを緩和するのに、ある薬物が役に立って手放せなくなってしまうたり、でもその薬物があるおかげで自殺しないで済んで死ぬことを今日の日まで延期してきた、そんな人も実際の臨床場面では、よく遭遇します。昔から勉強、運動、見た目も何一つ自信がもてなかった。「自分には価値がないんだろうな、意味がないんだろうな」と思っていたんだけど、学校を卒業して肉体労働をする中で薬物を使いながら仕事をすると仕事のパフォーマンスが上がって、そこで初めて人から褒められる。親方から「お前、最近、がんばってるな。お前、すげえな。寝ずこでトラックの運送の仕事やってんだ。お前、偉いな」といわれる。稼ぎも増える。「俺は人から初めて認められた。俺もこの世にいてもいいんだ」。そのような気持ちから薬を手放せなくなっている人もいます。あるいは女性であれば自分の容姿に自信がなかったんだけど、覚醒剤を使うようになってから「痩せてきれいになった」と周りから言われるようになり、異性から告白とかもされるようになり、「もう昔の、モテない自分には戻りたくない」と思って手放せなくなって依存症になっている人もいます。

これは依存症であるか無いかは別として、すべての依存性薬物、一番、最初にその人をクセにさせるものは薬理的な効果ではない。人とのつながりなんです。思い浮かべてください。講義を聴いている人の中にもお酒が好きで毎晩、媒酌する人もいると思います。でも初めてお酒を飲んだ時って最初からお酒がうまかったですか？ もちろんごく稀に初めてのお酒からおおいかったという方もいます。しかし私自身の臨床経験を振り返ってみると後にアルコール依存症になって専門病院で治療を受けている患者さんですら「最初のお酒は味がわからなかった。味がわからなかいけれど、酒の席だったら人間関係をつくるのが苦手な性格の自分でも先輩や上司、異性や友だちともコミュニケーションを安心してとることができ、胸襟を開いてざっくばらんな話ができ、仕事でもプラスの影響が出たんだ」といいます。習慣的な飲酒においても最初に人を虜にするのはエチルアルコールの薬理的な効果ではなく、「人とのつながり」という社会的な効果なんですよ。

じゃ、覚醒剤のような違法薬物はどうでしょうか。確かに日本のような薬物に関してクリーンな国では、たとえば高校の教室で「俺、シャブやったことあるよ」と言うと、どうなるか。孤立してしまいますよね。みんなビビって近寄らなくなります。でも子どもの時から家に居場所がなく、学校時代でもずっといじめられどうして学校にも居場所がない。家にもいたくないけど、学校にいきたくない。そう思って「行ってきます」と朝学校に行ったフリをせずと町を彷徨っている、家にも帰りたくないから夜になっても町を彷徨っている。こういう風な子どもたちを想像してほしいんですよ。そして彼らは夜の町の中で同じような境遇の居場所がない仲間

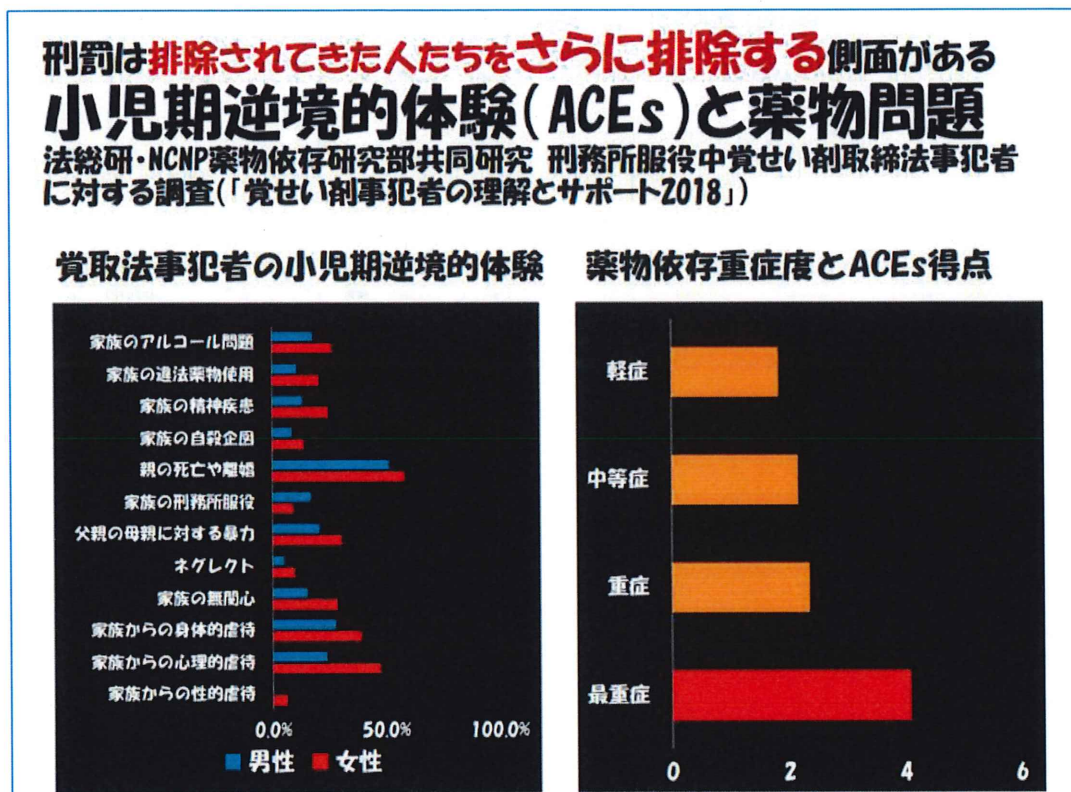


と出会うんですよ。彼らは世間全体から見ればマイノリティです。少数派です。マイノリティの人たちが初めて自分と同じ境遇の奴と出会って「お前、仲間だよな」という風に結束していく。このマイノリティの絆を深める時には共通の秘密をもつ、それが踏み絵となって。「共通の秘密」というのは、ちょっと悪いことならいいと思うんですよ。マジョリティの人たちが信じている道徳とは反することが大事です。それがやれるか、やれないかで、自分たちの仲間なのか、そうでないのか、それが別れ道です。だからこそ1980年代においては集団万引きとかシンナーが、居場所がない若者たち、子どもたちの踏み絵となっていたところがあるんです。違法薬物ですら実は「人とのつながり」がきっかけになっている。仲間と会うために、仲間とつながるために。けれども、その中で一番生きざまがしんどい人間が気づくと、仲間と使って余ったシンナーを家に持ち帰って一人で使うようになる。最終的には仲間と使うよりは一人で使った方が楽しいので仲間を裏切ってでもシンナーを使い続けるというようなことになるのは事実です。しかしその始まりは「人とのつながり」だということも、とても大事なことです。

女性のアルコール依存症、薬物依存症の方、特に市販薬や処方薬を濫用する女性たちは辛い関係に堪えるためにその薬を必要としています。一例を上げると主婦のアルコール依存症がそうです。結婚してからは結婚前と違ってダンナは冷たい、やさしい言葉は何ひとつかけてくれずに「バカ」とか「ボケ」とか「デブ」とか「ブス」とかそんな言葉しかいってくれない。稼いだお金も家計に入れてくれない。文句をいうと暴力を振るう、「もうこの人といっしょにいられない、別れたい」。でもその頃には子どもがいて自分一人の稼ぎでは到底この子を一人前にすることができない。だから「この子が一人前になるまでは我慢しよう」と思って現在の辛い関係に堪えるために、脳を麻痺させるためにアルコール、かかりつけの先生からもらった睡眠薬とか、これを飲んで脳を麻痺させて何とか生き延びている方たち。その結果、依存症になってしまう。依存症の患者さんたちの背景には、このような痛みがあるんですよ。

ここからわかることは何かというと、ただ酒や薬を止めただけではだめだということです。酒や薬を使って生き延びた部分もあり、その背景にある問題に手を入れていかないとどうにもならないこと。やめ続けるためにも支援が必要だし、最終的に酒や薬を必要としない生き方を手に入れるためには、さまざまな長い支援をプログラムが必要だということも強調しておきたいと思います。

そしてアルコールや薬物を使って脳を麻痺させて何とか生き延びる、その背景には一体何が
あるのでしょうか。一例を上げると子ども時代のトラウマのような問題も無視できない要素の
一つです。こちらに示したのは、私が所属する薬物依存研究部が法務省と協力して行った調

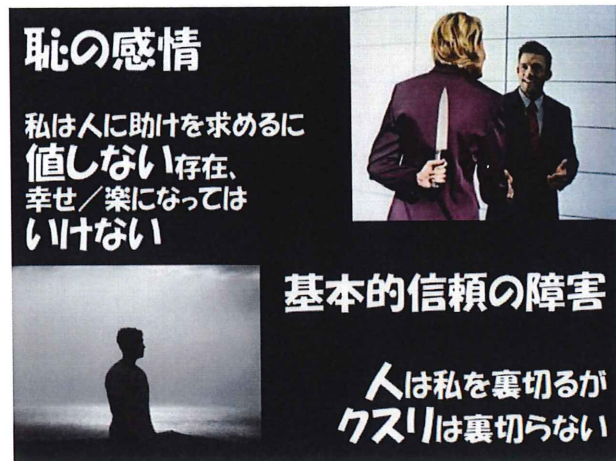


査です。全国の刑務所に覚醒剤取締法違反で入っている受刑者の方たちに調査をしました。「子ども時代の逆境的な体験でどんなものがありましたか?」と聞いてみると親のアルコール問題、親の違法薬物、あるいは親が精神疾患に罹っていて、時々殺されそうになったりとおっかない思いをしたりとかする。親が自殺未遂を繰り返していたり、実際、死んでしまったり、親が刑務所に入ったり、両親のドメスティック・バイオレンスの画面を繰り返し見たり、虐待、ネグレクトの被害を受けたり、その経験者、男女ともに、かなり高いですね。一般の国民と比べても圧倒的に高い割合です。ことに女性の場合は常に男性よりも高い。さらに子ども時代に限ってもそうですが、女性の覚醒剤の問題をもっている方は成人してからも性暴力の被害を受けたり、パートナーからのドメスティック・バイオレンスの被害を受けたりして、ほとんどトラウマの固まりのようになっている。さらに子ども時代の逆境的な体験の数を加算して得点にしていくと得点が高くなればなるほど何が生じるか。縦軸に「薬物問題の重症度」、下にいけばいくほど重症になります。横軸に「子ども時代の逆境的な体験」の数を示しています。一瞥するとわかるように逆境的な体験の数が多い人ほど依存症も重症になっている。正の相関関係がある。つまりなかなか薬をやめられない背景には何があるか。これまでの人生における生きづらさや、しんどさですね。これを心の痛みを緩和するのに少なくとも一時的には薬が役に立ってきた部分があるということです。

そして子ども時代にさまざまな傷つきやトラウマ的な体験をすると、長じてその人の心の底には二つの信念、思い込みがこびりつくようにして住み着くようになります。一つは「恥の感情、セルフスティグマ」、自分には価値がない、生きている意味がない存在。だから辛い時にも人にSOSを出せない。なぜなら自分は価値がない存在だからです。ある時、がんばって生活を建て直そう、治療プログラムに参加してみようと、しばらくがんばるんだけど、ふっとある時に別の考えがよぎってきます。「お前は楽になっちゃいけない、幸せになっちゃいけない。なぜなら存在してはいけない存在だから」。それで突然、意欲を失い、気力からドロップアウトしてしまう人たちもいます。

もう一つの心にこびりつく信念は「人に対する不信感」です。基本的な信頼感の障害とはいええます。人は私を裏切る、今までもそうだった。いつもSOSを出そうと思ってても最初だけ周りの人たちは優しくしてくれるけど、途中で自分を見捨てたり、逃げたりしている。だから人は必ず私を裏切る。でも薬は絶対に私を裏切らない。どんなひどい目にあっても辛い気持ちに襲われても、この薬さえあれば、お酒さえあれば、普通の平静な自分でいることができる。そう思って人に頼らずに、化学物質に頼って生きてきた人たちです。

こんなふうにとえることができるかもしれません。つまり彼らは一時的に心の痛みを乗り越えるために、今すぐ死んでしまうのを避けるために、死ぬポイントを延期するために、アルコールや薬物という化学物質を使って痛みを押しえているんです。しかしそれは結局のところ一時しのぎです。足の骨を骨折して痛い、もちろん鎮痛薬を使いますが、一時的に痛みを押しえながら最終的には整復することが必要です。しかし依存症になっている方たちは骨が折れたまま整復することがなく、ただ毎日、鎮痛薬を飲んで一時しのぎをしているだけ。だから長期的には悪い結果がもたらされる。そう意味では問題の解決策としてベストなものではない。けれど注意してください。だからといって最悪でもない。最悪だったら痛みさえ鎮痛しない、緩和しない。ただほったらかしというのが最悪です。あるいは今すぐ死ぬのは最悪だけでも、死ぬのを延期するために一時しのぎをすることは最悪ではないというふうに思ったりもします。



恥の感情
私は人に助けを求めるに
値しない存在、
幸せ/楽になつては
いけない

基本的信頼の障害
人は私を裏切るが
クスリは裏切らない

Chemical coping

「クスリ=モノ」による鎮痛とは

骨折に鎮痛剤だけの処置……

最善ではないが、最悪でもない

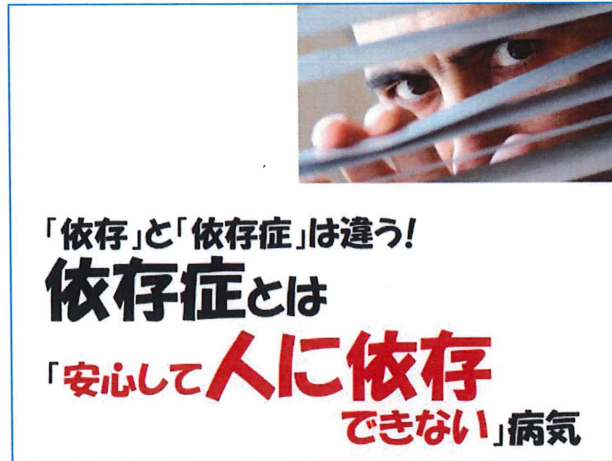


こう考えてみると依存症というのはこんなふうにいえるんじゃないでしょうか。「人に依存できない病」、これが依存症、と、こんなふうには考えます。

実は私は「依存症」という言葉が嫌いです。なぜかという依存症というと、まるで人に依存するのがよくないことのように誤解を招きます。ともすれば自立を促すような、自己責任を追及するような世論を巻き起こしてし

まうからです。依存するのは悪くありません。というのはみんな依存しています。朝起きて仕事に行く前にコーヒーを一杯、あるいは二杯飲まないといけない方もいるんじゃないでしょうか。仕事の合間にちょっとしたお茶を飲んだり、コーヒーを飲んだり、チョコレートを食べたりする。仕事が終わって帰宅するまで電車の中で夢中になってゲームをやる。でもそうすることによって、その日あった嫌な気持ちも遠ざけることができますよね。家に帰って缶ビールをプシュッと開けて気持ちをリフレッシュして翌日も元気に仕事に行くことができる。そういう人はいっぱいいますよね。でも何よりも一番癒されるのは友だちや恋人や家族に、その日あったことを話して愚痴ったり、上司の悪口をいったりして聴いてもらう。最終的にはさまざまなものを、ちょこちょこちょこちょこやって依存しながら、一番は人に依存しながら、我々はしんどい毎日を生きているわけです。

依存症の人はどうかというと、典型的なアルコールや覚醒剤の依存症の方たちは、シラフにはびっくりするほどいい人ですよ。大人しい、あまり愚痴をいいません。それどころか人の悪口もいいません。「どう考えても俺よりも性格がいいな」と思えるような患者さんたちがたくさんいます。でも酒や薬が入るとトラになっちゃうんですよ。彼らは人に弱音を吐いたり、相談したりして、人に依存することなく、アルコール、薬物という化学物質一本だけで自分を支えようとしているうちにコントロールを失ってしまうんですよ。そういう意味でも、この依存症というのは「安心して人に依存できない病」なんだろうと思います。そして安心して人に依存できない病の人たちの前に支援者が現れて「そうか、俺に依存しなさい。私と共依存になりましょう」と言っても、彼らはそれを信じることはできません。「こいつはまた裏切るんじゃないか、こいつは最初だけ調子のいいことをいって、最後、面倒くさくなると、ほっぽり出すんじゃないか」、いつもそう思って疑って試してきます。だから試し行動の一つとして振り回したり、しがみついたり、支援者は疲れきってしまって立ち去る。「ほうらね、やっぱり逃げたんじゃないか、やっぱり人に頼っちゃいけないんだ」。石橋叩いて橋を壊して「ほうらね、橋は壊れるから、渡っちゃいけないんだ」。こういうふうにして人に頼ることを、ずっと回避している人たち。それが依存症の人たちの典型例だと私は思っています。



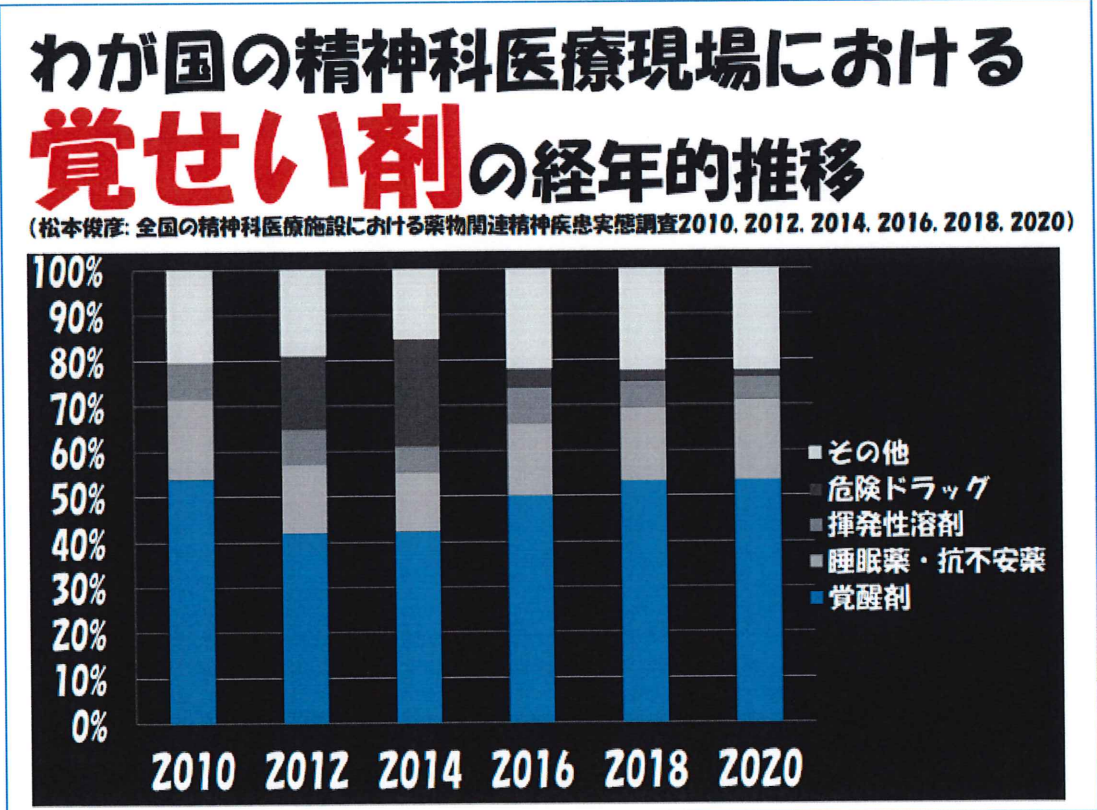
ここまでの考えを、こんなふうにとまとめることができるかもしれません。アルコール、薬物、ギャンブル、いずれの依存症も実は自殺の危険因子です。うつ病、それ以上に長期的には自殺するリスクが高いことが、さまざまな研究によってわかっています。しかしながらそれは長期的にはなんですよ。短期的には実は自殺を延期することにも成功しています。一時的に生き延びるのには成功しているんだけど、生き延び方を漫然と繰り返していると死につながってしまう。「アディクションは死への迂回路」ということができるかもしれません。迂回することは悪いわけではないと思います。直ちに死ぬよりは、はるかにマシで迂回している間に根本的な問題解決ができていれば自分で生き延びることができるんです。アディクションについてはこういうふうを考える必要があると思います。「それはベストではないけど、最悪ではない」。では我々は、どういう支援が必要なのかを考えてみる必要があるでしょう。

アディクション

**長期的には
自殺の危険因子**

**しかし
短期的には
自殺の保護因子**





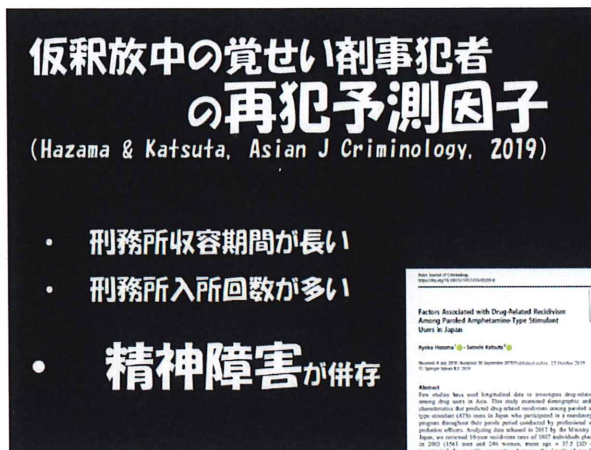
少し日本の薬物問題の状況についてお話したいと思います。先程来、何度も紹介している私が行っている病院調査のデータ。2010年からこの調査にかかわっていますが、集められたデータを主な濫用薬物ごとに示してみると「覚醒剤」が一貫して多いことは先程の説明のとおりです。確かに医療現場、薬物依存症臨床の現場では覚醒剤が問題ではありますが、しかし日本国内に存在する覚醒剤の患者さんたちの中で、病院につながっている人たちは全体のごく一部です。



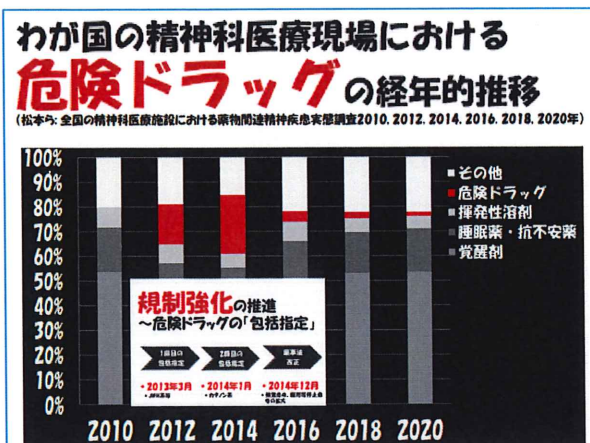
大半は犯罪者として刑務所で処遇されています。覚醒剤取締法によって覚醒剤は日本では使うことも所持することも犯罪行為です。覚醒剤取締法違反者の特徴は何か。数が多いことに加えて5年以内に再び刑務所に戻ってしまう人の割合が最も多い犯罪である。覚醒剤依存症の人たちは再犯率が高いといいますが、確かにそのとおりなんです。再犯率の高さは、つまり刑罰が全然役に立っていないことの裏返しなんじゃないかなと思うんです。なぜなら依存症という病気が刑務所の中で罰を与えるだけで自然によくなるわけではありません。最近ではプログラムもいろいろ刑務所内で行われていますが、絶対に使えない環境の中で、いくらプログラムをやっても本人が真剣になれないのは事実です。地域の中でプログラムをやらなければ、ほとんど意味がないというのも、私自身、ずっと実感していることです。

最近になって刑事的な処遇がほとんど役に立たないというエビデンスが日本からも出てきました。千葉大学の羽間先生が、もともと保護監察官だった方が教授をされていますが、その方の法的なデータを使った調査です。覚醒剤で捕まった方たちが再び再犯を起してしまう要因を分析してみると、いくつかの危険因子がわかりました。一つはこれまでの人生の中で刑務所に入ったトータルな期間が長ければ長いほど、再び捕まって刑務所に入ってしまう可能性が高いことがわかりました。刑務所に入ったケースが多ければ多いほど、再び覚醒剤で捕まって刑務所に入ることがわかりました。このことから何がわかるかという、刑務所が役に立たないのではなく、刑務所に入れば入るほど、治りづらくなっていくことがわかってきました。刑務所に入ること自体、回復を疎外していることがわかりました。具体的にどんな疎外があるか。仕事が見つからなくなって、地域の中で孤立が深まってしまふ。本人を相手にしてくれる家族がいなくなる、友だちから着信拒否される。仕事についても深く人間関係がつかなくなってくると自分の過去を話さないといけなくなるから、いつも人間関係を努めて表面的にするという中で、孤立感を呼ぶことの大きな要因です。

私は精神科医なので、一番ショックだった危険因子があります。それは薬物の問題とは別に、うつ病とか統合失調症とか、トラウマ関連の問題、発達障害、パーソナリティ障害、知的障害、メンタルヘルスの問題を他に抱えている方たちが、再び捕まって刑務所に入りやすいこと。つまり依存症が重篤で他にメンタルヘルスをもっている方ばかりが刑務所にどんどん蓄積していく。精神科医の歴史の中で18世紀の終わりにフランスのフィリップ・ピネルという医者が、それまで犯罪者といっしょに刑務所に入れられていた精神障害者を刑務所から解放して病院に移した。精神病者の解放として精神科医の近代における最初の動きと紹介されていますが、21世紀の我が国では未だ刑務所の中でメンタルヘルスの重篤な人がメンタルヘルスの問題故に刑事施設に収容されているという現実がある。これは人権的にも、ほんとに正しいあり方なのかを考えておく必要があるだろうと思います。

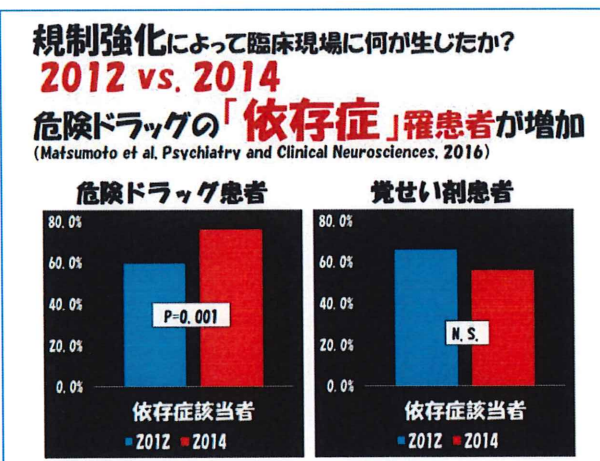


同じく病院調査のデータですが、別の薬物について。2012年から忽然と現れて2014年に増えて、その後、グーッと少なくなっています。脱法ハーブをはじめとした、いわゆる危険ドラッグです。脱法的な薬物は対応に国も苦慮しました。新たに規制をかいくぐった別の脱法ドラッグが出てきて、イタチごっこの様相を呈してきました。国はいっぺんに700種類、800種類とかをまとめて規制する大雑把な網をかけた規制

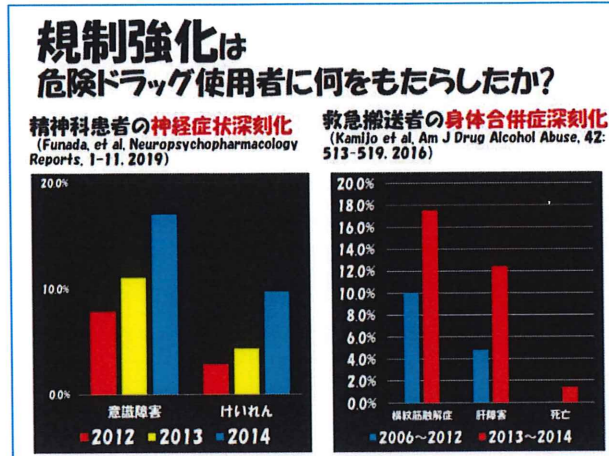


をやりました。でも問題が静まらずに最終的には有無をいわず販売店舗撲滅という格好店舗が潰れて危険ドラッグが出回らなくなり、登場しなくなりました。この規制は国の管理当局からすると成功体験と記憶されています。でも私は、これは大失敗だったんじゃないかなと。壮大な我が国の社会実験だと思っています。規制の強化が行われたのは2013年と2014年ですが、この規制強化が、医療の現場でどのような変化を患者さんたちにもたらしたのかを見てみたいと思います。

私どもが行った全国の調査からわかったこと。全国の精神科医療機関で治療を受けた危険ドラッグ関連の患者さんたちの中で「もはや自分の意思ではやめることができない」という依存症の診断基準を満たす人が規制強化される前と後でどう変わったか。規制強化された後の方が依存症の該当者数が増えています。あたり前ですよね、規制強化して、それを使うことが犯罪行為となっても、使う人はどんな人かという依存症の人だからです。同じ時期に覚醒剤の患者さんたちで依存症の方たちを見てみると特に差はありません。あたり前ですよね、特に規制強化はされていませんから。いくら規制を強化し、コミュニティに危険な薬物が出回らないようにしても、欲しがっている人がいる。それは依存症の人たちなんです。ありとあらゆる手を使って薬を欲しがっている。それがなければ今度は別の薬物で欲求を紛らわそうとしてします。欲しがっている人を減らす対策をしないところが問題です。



もう一つ、全国の8カ所の薬物依存症の専門病院に協力してもらった調査ですが、規制強化を強めるたびに病院で治療を受ける患者さんの中で失神発作や昏睡状態という意識障害の患者さんたちが増えているし、全身性のもんかん発作、痙攣発作を起こす人たちも増えている。精神科の中でこういう症状を起こされると、ほんとにヒヤヒヤします。生死にかかわるから。幻覚や妄想だったらいいんですが、でもこれは神経症状ですからね。規制が厳しくなるに伴い、危険ドラッグを使う人たちの健康被害は悪化しているんです。



今度は全国の救命救急センターの調査。規制を厳しくする前と後では危険ドラッグ使用に関連した身体合併症、横紋筋融解症、肝臓障害が、規制強化後の方が増えています。規制を強化する前は救命救急センターにきて救命しきれなかったケースはなかったのに、救命しないケースが出始めているんです。つまり規制を厳しくすればするほど中身がヤバクになってしまうことになっている。これは歴史的にもいわれていることです。たとえばアメリカにおいて、1920年~1933年に禁酒法が行われ、もちろん反社会勢力の人たちがどんどん密売して国の治安も悪くなったんですが、それどころかギャングたちがつくるアルコールはクオリティが低くてメチルアルコールがかなり含まれていて、それで死亡する人たちが相当増えたともいわれています。ヨーロッパにおいても中国から輸入される阿片を取り締まるために厳しく規制したら阿片から抽出したモルヒネを注射器で使う人たちが増えてモルヒネを厳しく規制したら今度はヘロインを使う人たちが増える。さらにアメリカにおいてヘロインも厳しく規制したら今度は医療機関で使う医療用オピオイド、ヘロインよりも数十倍強いものが問題となって多くの死亡者を出しているんですよ。規制をすればするほど流通するものの濃度が高くなり、危険になったりすることはよくいわれています。

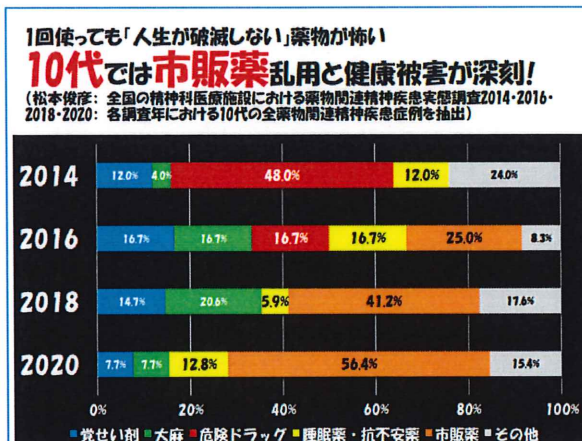
日本においても覚醒剤取締法ができてからの方が、かつて出回っていたヒロポンよりも今の方がメタンフェタミンの濃度の方がめっちゃくちゃ高くなっていることがわかっています。むやみやたらな規制強化は却ってコミュニティを危険にする。

「サプライリダクション」、規制を強化して取締を厳しくすることは大事です。でもこれだけをするとう問題を抱えている人、依存症の人が怖くて治療を受けられなくなる。同時にやらないといけないのは欲しがる人を、依存症回復支援もしないといけない。「ディマンドリダクション」も大事です。でもどんなに治療してもやめられない人はいます。依存症になっていない愛好家やコントロールして使っている人たちもいて、こういう人たちは

Supply Reduction
 だけでなく、
Demand Reductionを!
 さらに、
Harm Reductionを!

は支援プログラムにつながりません。一定数使う人もいるということであれば使う個人の健康被害を低減し、コミュニティの危険を守るために害を減らす、使うことによって二次的に生じる害を減らす意味での「ハームリダクション」も必要だと。薬物対策はこの3つがなければ意味がないというのが国際機関での常識になっています。因みの日本は「サプライリダクション」ばかりに一生懸命で他の二つは無視しているところがあります。

危険ドラッグが登場しなくなってから若者たちの依存症はどうなったか。危険ドラッグが手に入らなくなった頃から出てきたのが市販薬です。ブロン、パブロン、イブAなどの薬を濫用する人たちが多くなって若者という大麻ではなく、市販薬こそが今、問題という状況です。大麻取締法の使用罪をつくる云々の話ではなく、市販薬へのアクセスを2014年、インターネットでの規制緩和をしました。楽天の三木谷さんなどの後押し



で。あの時、薬剤師会は反対したけど、国が経済原理を優先して押し切ったんです。その政策が正しかったかどうか、どんどん処方薬を市販薬にスイッチして、ガスター10とかロキソニン S・プレミアムとか出ているけど、それは医療費の抑制を目的にして、セルフメディケーション減税といって市販薬のレシートをもっていけば確定申告の時、控除できるというけれど、そういう政策がほんとに若者たちにとって正しかったのかということもきっちり検証していく必要があると思います。大麻の使用剤よりも、こちらの方が問題であると思っています。

さらにいうと2013年から救急センターに搬送されるカフェイン中毒の患者さんたちが激増しています。死亡者も激増しています。その人たちはスターバックスやタリーズのコーヒーを飲みすぎてカフェイン中毒になっているわけではありません。ほとんどの人はブロン、パブロン

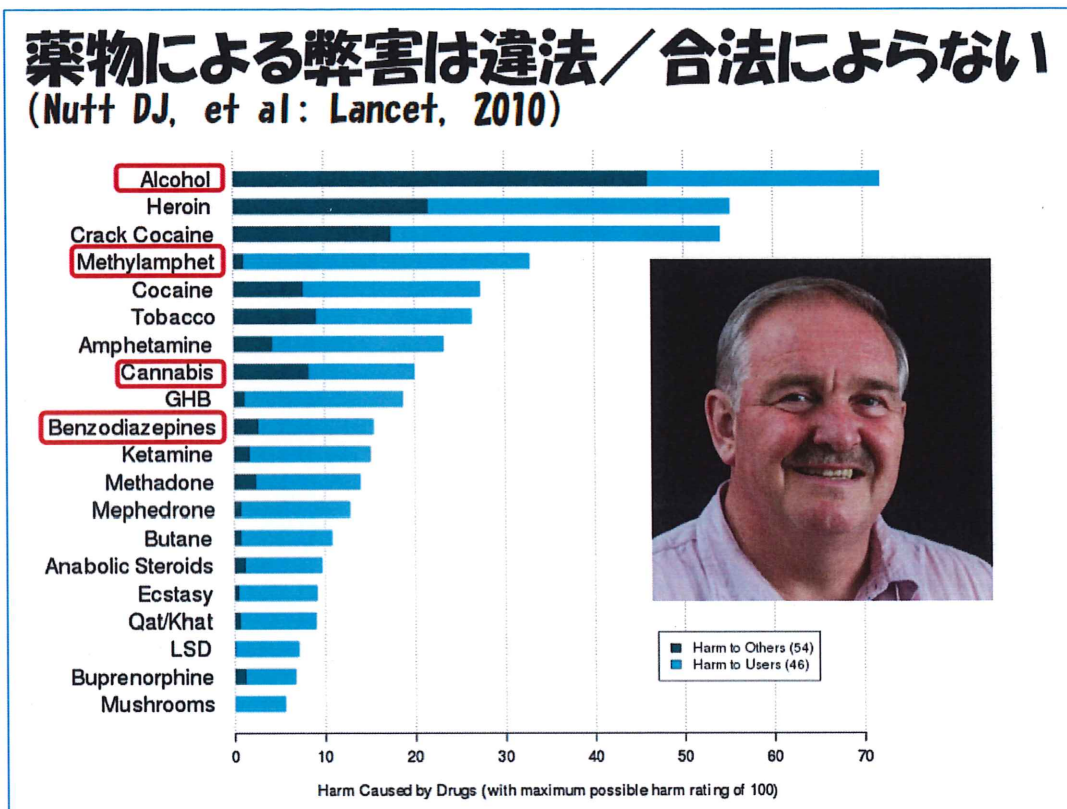
ンという市販薬、エスタロンモカなどの錠剤、風邪薬にはすごくカフェインが入っているんですよ。オーバードーズすることによって心臓を止めやすいのはカフェインなのです。パブロン、イブA、エスタロンモカは50年以上前からある薬です。それがなぜ2013年から急激に増えたのか。2013年、キリンビバレッジがレッドブル社と業務提携して全国の自動販売機でレッドブルを売られるようになった。翌2014年からはモンスターエナジーが全国のコンビニエンスストアで売られるようになりました。決してエナジードリンクがヤバイ薬物ということではありません。エナジードリンクに含まれているカフェインはスターバックスのコーヒーよりはるかに少ないですよ。

そのようなカフェインの薬理効果を使って自分のパフォーマンスを上げ始めるのはせいぜい17歳、18歳、大学受験の勉強を始める頃からですよ。でも今は違うんですよ。中学受験を目指す小学生たちが保護者からの差し入れがエナジードリンクです。部活の差し入れがエナジードリンクです。10代前半からカフェインという、気分を変える薬物の恩恵を受けて、でも多くの子どもたちは依存にならないけども、家族とうまくいかない、友だちとうまくいかない、受験のプレッシャーに堪えられない、このような行き辛さを抱える方たちがカフェインの量に、どんどん効果に期待して、市販薬の方にシフトしていくことが一部で起きているんですよ。だから「ダメ。ゼッタイ」という濫用防止教育は、ともすれば、違法薬物に特化したものになっているけれども、むしろ身近な薬物こそ問題であるということ、そういうものを含めて医薬品とうまくつきあうためにはどうしたらいいか、もっと総合的な薬物教育をしていく必要があると思います。

カフェインは侮れない!
急性中毒による救急搬送事例と死亡事例の大半が
市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・カフェイン錠剤)の過量摂取
(Suzuki et al. Jpn J Alcohol & Drug Dependence, 2014)

だが、なぜ**2013年**から
急性カフェイン中毒による救急搬送患者が増えたのか?
(Kamijo et al. Intern Med, 2018)





さらにいえばランセットに載って有名な論文ですが、世界中の薬物依存の専門家がアルコールもタバコも含めた依存性薬物の中で個人に対する健康被害、社会に対する迷惑、総合するとどの薬物が一番ヤバイかを会議をしてスコアリングをして集計しています。その結果はダントツにアルコールです。もちろん個人に関する健康被害はヘロインとかコカインメタフェタミンも深刻ですが、アルコールが突出しているのは社会に対する迷惑です。暴力犯罪者の約6、7割は犯行当時、お酒を飲んでいました。性犯罪、放火犯、ドメスティック・バイオレンスや児童虐待の背景にはしばしばアルコールがあります。飲酒運転による交通事故の被害者を含めるとアルコールがすごく多くなります。今、問題になっている大麻も、もちろん依存性はあります。絶対、健康被害がないとはいえません。ただ順番からいうと、お酒やタバコよりまだマシという現実がある。

何を言いたいかと言うと、実は今、世界的に行われている法律による規制は健康被害や社会に対する迷惑とはあまり関係なく、それぞれの国の事情でやっているところがあり、そこには根拠がないということです。ある国においてはある薬物を犯罪化する。

犯罪化することによって失われるものがある。まだ規制が厳しくなかった頃の危険ドラッグの患者さんたちと比べて新しい濫用層だだと思います。初めて危険ドラッグを使ってから病院に来るまでの期間が短い。多くの方たちが1年未満でした。短期間の使用でも、おかしくなるからということだと思いますが、でもほんとに早くなりました。覚醒剤の方たちは初めて使ってから専門外来に来るまでにかかるく15年くらいはたっています。その間、何も問題がなかったわけではありません。何度も刑務所に入るとか。なんで病院にこなかったかという、病院に

行くと尿検査や血液検査をされて覚醒剤を使用していることがわかると警察に通報されるんじゃないかと怖くていけなかった。何度も辛い思いをしてやっと病院にくる。でも危険ドラッグは規制されていないから通報される恐怖がないから安心してこられる。危険ドラッグの方たちは使用期間が短いから「自助グループにいきなさい」「SMARPPのグループに参加しなさい」といっても、ちっとも参加しない人たちです。でも通院は続

けていて予後調査をしてみると治療予後はよかったですよ。なんでだと思いますか。逮捕されていないし、濫用期間が短いから。こんなメリットがあるんだなと思いました。家族がいる、友だちがいる、恋人がいる、人間関係が続いている。職場も失っていない。戻るべき居場所がある。だから法規制をすること、これは問題を抱えた人たちを孤立させてしまう。家族だってやっぱり地域の保健所にいくと保健所から通報されるんじゃないかと怖くて相談できない。困った問題を抱えている当事者や家族を支援から疎外してしまう、これが犯罪化の一番のデメリットです。国際的にはどんどん非犯罪化しましょうと。司法的な問題ではなく、健康問題として扱いましょと、国連やWHOが5年くらい前から繰り返し出しているメッセージなんです。

その意味でも今、日本が大麻の使用罪をつくらうとしているのは国際的な流れと逆行している状況です。もっと言うと大麻に関して検挙者は異様に増えているけど、病院にくる人たちは増えていません。大麻の濫用が増えているよりも、使用罪をつくりたがっている取締側がすごくむきになって捕まえているだけではないか、それによって予算獲得、人員獲得を狙っているんだろうと、むしろ役所の中の利権争いの姿が見えてきて、コロナ禍で、めちゃくちゃ税金が必要な時に新たに法律をつくる、しかも刑務所に一人受刑者を入れる、一人につき年間400万円の税金がかかるんですよ。そんな法律をつくっているほど日本は余裕があるのかと思ったりもします。

ここから先は、支援のポイントについてお伝えしたいと思います。依存症について「人に依存できない病」だといいました。全くそのとおりです。「人に依存できない病」の人たちに治療を提供する時に何が大事か。依存症の治療プログラムは基本的には心理、社会的な治療が中心ですが、認知行動療法とか動機付け面接とか、自助グループの12ステッププログラムとか、エンカウンターグループとかいろいろあるんですが、実はどのプログラ

犯罪化によって失われるもの 危険ドラッグと医療アクセス

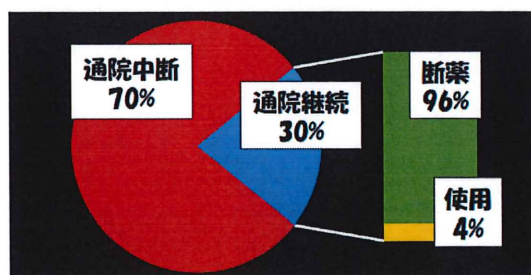
規制強化・犯罪化が引き起こす**最大のHarm**は、
当事者・家族が**治療・支援から疎外**されること



「人に依存できない」人の問題は……

治療・支援から**脱落**しやすいことです

依存症専門外来初診3か月後の治療状況
(Kobayashi et al: Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2007)



ムもそれほど治療効果に差がないことがわかっています。一番大事なのは、とにかくドロップアウトしないこと。どのプログラムでもいいから本人が気に入ったプログラムを長く続けさせることが大事だといわれています。それはわかるんだけど、ドロップアウトしやすい人たちなんです。私が以前、勤めていた神奈川県薬物依存の専門病院で調査をやったところ、初めて専門病院にやってきた覚醒剤依存症の患者さんのうち、3カ月後に通院を継続している人はわずか3割しかいなかったんですよ。7割は中断です。たった3カ月ですよ。3カ月ごとに治療を継続している人たちに正直に答えてもらおうと96%は「少なくともその3カ月は薬を使ってない」と。成績がいいですね。治療開始から3カ月後、断薬率96%というのは、そのまま信じていいでしょうか。多分、これは間違っていますよ。一回でも使った人たちは恥ずかしくて治療から去っているんですよ。「たった3カ月も我慢できずに」という恥ずかしい気持ちで医者から説教されるのが嫌で、正直に「使っちゃいました」というと「医者が警察に通報するんじゃないか」と怖くて治療から去っていく。我々は「やめています」と自慢する人たちを救うことではなく、この情けない気持ちで治療から去っていった7割の人たちを救わないといけないんですよ。そのためにはどのような治療プログラムが必要だと思いますか？ 治療プログラムに必須の条件は何だと思いますか？ それは「安心してシャブを使いながら通えるプログラム」が必要です。「シャブやりたい、やっちゃった、やめられない」、こういうふうにいっても誰も悲しげな顔をしないし、誰も不機嫌を顔にならない。自分に不利益がいつさい起きない、安心・安全な場所が必要です。

私は2006年よりSMARPPというプログラムを開発して各地に広める活動をしてきました。ワークブックも売っています。読み合わせをすればSMARPPっぽくはなりますが、でもそれはSMARPPとは言いません。SMARPPがSMARPPたる所以、どこがこれまで日本にあったプログラムと違うのか。「安心してシャブを使えるプログラムにしましょう、やりたいとか、やっちゃった時にはむしろ褒めましょう」。こういうことを公に公言したプログラムだということです。

断薬よりも治療継続性を重視するプログラム
依存症集団療法 **SMARPP**
Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program

よくわかる SMARPP
「取勝から治療 回復支援へ」

SMARPP-24
物質使用障害
治療プログラム
断薬率・再犯率

SMARPPの国内普及状況
既設施設44ヶ所
精神保健福祉センター47ヶ所

The image shows promotional materials for the SMARPP program. It includes a title slide with the program name in large letters, a book cover titled 'よくわかる SMARPP' (Easy to understand SMARPP), another book cover titled 'SMARPP-24 物質使用障害治療プログラム' (SMARPP-24 Substance Use Disorder Treatment Program), and a map of Japan showing the locations of 44 existing facilities and 47 mental health centers where the program is implemented.

どんなに意欲満々の人でも必ず「薬を使いたい」という気持ちはあります。病院にきて「俺はやめませんよ。別にいいじゃないですか」という人も病院にいるという時点で「このままじゃいけない」と思うことはあるんですよ。どんな人でも「やりたい」気持ちと「やりたくない」気持ち、やめることのメリットもあるけど、実は使うことのメリットもあるんですよ。自己治療として「負の強化」としていろんな生きづらさを解消し、人との折り合いをつけやすくしてくれる。「やめる」ということは実は生きづらさを抱えることになってくる。生きづらさに関してどのような支援が行われているか、それがわからない以上、怖くてやめられないですよ。二つの相矛盾する気持ち、両価性に共感しながら「だよねえと、やめるのって簡単じゃないよね、怖いよね、変わ

るのって、ほんと勇気いるよね。自分もどっちがいいかわからないよ」と、いっしょに迷ってあげながら共感する関係を維持していくことこそが依存症の支援だと思っています。

中には毎回、「やめられない」と勇気をもっていえる人もいます。勇気をもって「やめられない」といって我々が「そうか、正直いってくれてありがとう」といっても本人たちは傷ついています。その時には思い切って、こういいます。「もうやめるの、やめたら？今までと同じように使いながら、そういう状況を細かく手帳に書いていこうよ。モニタリングしてどんな日だと使う量が多くなっちゃうのか、どんな条件があると、たまたま使わないで済むのかをモニタリングして薬物の欲求を刺激するトリガーをいっしょに分析していこうよ」。治療目標をやめることではなく、いっしょにトリガーの自覚に一時的に置き換えることも治療では大事な工夫だと思っています。

とにかく治療に必要なのは叱責されたり説教されたりする場ではありません。褒められる場所です。「よく来たね、よかったよ。使っちゃったんだ。でもそういいながら量がいつもより少なくなったら、あなたなりの進歩だよ」といってくれる場所。「安心して失敗を語れる場所」。中にはちっとも通っているのに良くならない人もいます。認知行動療法では、しばしば患者さんたちに変化を促しますが、変化を促すということは一方で、「今のまま、ありのままのあなたたちはダメだよ」というメッセージにもなるんですよ。それが彼らを傷つけることもある。だから「今のままのあなたもすごいよね。でも、チャンスがあったら変わろうね」と。矛盾している言い方だけれども、今を全面的に肯定しながら、チャンスがあったら変化を促すという、そのあたりのさじ加減というのが「アディクション

「やりたい」
使用の**メリット**

「やいたくない」
使用の**デメリット**

**変えようとするのではなく、
両価性に共感せよ!**

**やめられない場合には
まずは**モニタリング**
トリガーに気づいたら評価**

**叱られるのではなく、褒められる場所
安心して**失敗を語れる**場所、
「**変化しないこと**」も許される場所**

coffee
coffee
National Center of Neurology and Psychiatry
National Center Hospital
Certificate of course
attendance
参加者名 氏名
参加日 月 日

の支援」では、とても大事だと思います。

SMARPPの開発の時から実は「断薬」をアウトカムにしていません。一時的な断薬はいくらでもできます。でも5年後を見越した時、今、がんばってやめて、ムキになって意思を強くして止めて、でもその後、刑務所に入っている人たちもたくさんいるんです。それよりも大事なことは「一人ぼっちにならないこと、治療の継続性、治療を通じて他の社会資源にもつながって、いろんなネットワークの網の目にちゃんと絡めとら



れている状況をつくること」、そこを目指してきました。たとえばSMARPPの臨床研究をやる時も「通常の医師の診察の群」と「医師の診察プラスSMARPPの群」を比較する時、アウトカムとしては半年後に継続している人は、こんなに違いますよ。もう一つは半年間の間に、一回でもナルコティクス・アノニマス(NA)という薬物依存症自助グループにいった人と、どっちが多いか。SMARPPの方が多いですよ。SMARPPを求めて我々の病院にくる人たちは自助グループとかダルクではなく、「病院のプログラムでよくなりたいんです」といって来る人たちが多んですが、でもSMARPPに参加してみると実はグループ療法の福祉社会の人に、いつもダルクのスタッフにきてもらっていて、そこで知り合いになっていく。プログラムの中で重視しているのは認知行動療法のワークブックをやっている時間ではありません。その前後の雑談している時間です。そこでダルクの人たちと雑談して盛り上がり仲良くなって、終わった後、国分寺にできた「NAのミーティング会場にいこう」とかとなったりするんですよ。いきなりつながらないこともあります。でもダルクが日曜日に時々やっているレクリエーションがあります。ハイキングとかバーベキュー大会とか、みんなでスノーボードにいたり、サーフィンにいたり。ダルクのプログラムにはいきたくないが、レクリエーションには参加する、友だちになる中で苦しくなった時にダルクの人に連絡をとっているんです。つまり病院という場所のプログラムを起点としながら地域のさまざまな社会資源につながっていく、これが我々専門職が提供しなければいけないつながりではないかと思っています。

「どんな治療プログラムも、それほど治療成績は変わらないんだよね」といいました。「継続性がすべてだ」といいました。けれども確かに治療法による効果の違いはないんだけど、「誰が支援するか」で、すごく治療成績が違うことがわかっています。どのような援助者の治療成績が良いかを調べてみると医師免許をもっているとか、公認心理士や臨床心理士の資格をもっているとか、博士号をもっているとかは全然関係ないんです。そうではなくて今、グダグダの嘘つきの依存症の患者さん、「こういう人も大化けして回復するんだよね」とか楽観的でポジティブな見方で支援できる援助者がすごく治療成績がいいそうです。ポジティブになる。とはいえ医療現場は依存症の患者さんたち人生の中で一番悲惨な状況ばかりを見せつけられるんですよ。そこだけを見て楽観的になれる援助者は逆に問題だと思うんです。どう

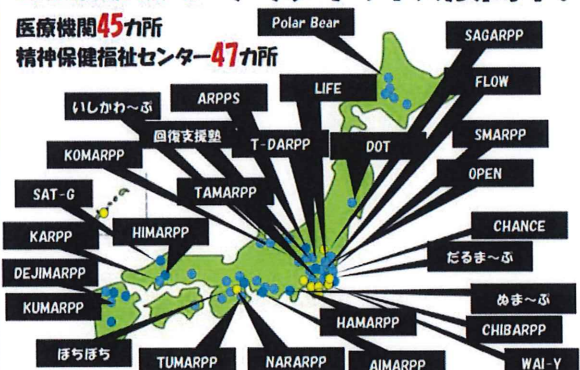
やって我々援助者が、肯定的になっていくか。SMARPPを通じて当患者の回復者たちとつきあっていく、よくなっていくところを見ていく、あるいはダルクとかNAとかAAのオープンミーティングやフォーラムに参加して回復している人たちの言葉を聴くこと、我々援助者が回復者と出会うことを意識してやっていく。これが自分たちの治療スキルを高めていって治療成績を高めていき、回復していく人たち、患者さんたちにメリットがあるということだと伝えていきたいと思っています。

何よりも援助者が嫌がってちゃダメです!
楽観的かつ肯定的な態度の援助者は、治療成績がよい



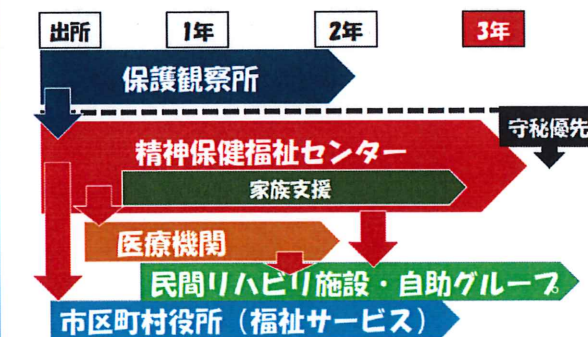
今、SMARPPは医療機関だけでなく、全国の7割方の精神福祉センターで提供されています。みなさんが普段、働く勤務地でこのプログラムをやっている場所はどこかという方は、薬物依存研究部のホームページを見てくださいれば適宜更新していますので、わかると思います。

SMARPP フランチャイズ展開中!
医療機関45カ所
精神保健福祉センター47カ所



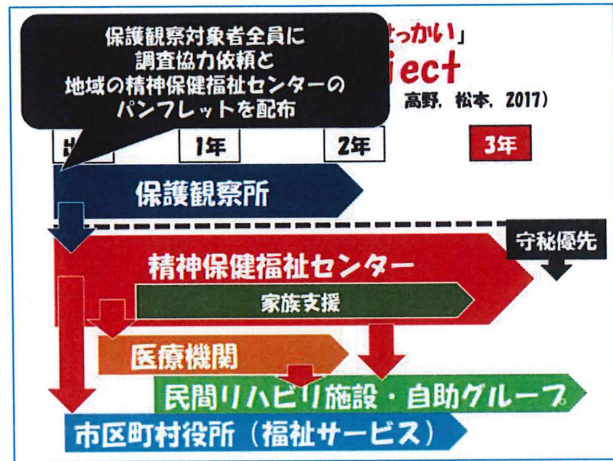
今、我々は「Voice Bridges Project」として薬物の問題を抱えて刑務所を出て保護観察所でコホート調査、追跡調査をしています。精神保健福祉センターから3カ月に一回、おせっかいな電話をかけて情報を入手する。「薬を使った」といっても、絶対保護観察所に言わずに守秘義務を優先するプログラムです。追跡調査をしながら保護観察が終わった後、地域の社会資源につながる可能性を高くしようとしていく試みで、3年間追跡調査をします。精神保健福祉センターって、すでにプログラムをや

2017年3月始動! 地域側からの「おせっかい」
Voice Bridges Project
「刑の一部執行猶予制度」施行後の地域支援(熊倉、高野、松本、2017)



っている場所も多く、家族の相談も受けている。何よりも行政機関なので刑務所を出たばかりの人たちが一番困っているのは、住む家がないとかお金がないということなので、こういう所(市区町村役所(福祉サービス)の事)につなぎやすいし、薬物の患者さんを嫌がらずに診

てくれる医療機関の情報もあるし、薬がとまらない人にはダルクとか自助グループを紹介することもできるし、家族にニーズがあれば家族教室を紹介することができる。このプロジェクトに同意する人は全保護観察所対象者の2割くらいですが、全員に介入しています。この調査で「SMARPPプロジェクトに協力してください」と、いっしょにその方たちが住んでいる地域の精神保健福祉センターのパンフレットを渡しているんです。情報を与えることで介入している、このプロジェクトに参加している地域では保護観察の失敗率が低いというデータが出始めているんです。



このプロジェクトのヒントになったのは実は自殺未遂者の研究です。有名な研究ですが、自殺未遂をして救命救急センターに入院して退院後に精神科につながることを拒んだ人たちだけをピックアップして、その方たちをランダムに2つのグループに分ける。一つのグループは救命救急センター退院後、何も介入しない、それきりのグループ。普通そうですね。もう一つのグループは年に3、4回、短い定期的な手紙を出す。「その後、いかがお過ごしですか。何かお困りのことがあったら遠慮なくご相談ください」。提携文のテンプレートお手紙です。二つのグループに関して救命救急センター退院後、1年以内、3年以内の再企図率や最終的な自殺既遂によって死亡する率を調べてみると有意差をもって低くなる。たった短い手紙でも、これですべての人を救うことはないが、何もやらないよりはやった方が、命が助かる率が大きい。こういう仕組みを地域の薬物依存症の方たちに使ってみたい。これが「Voice Bridges Project」の最初の目的です。

今、このプロジェクトは国内の20カ所の精神保健福祉センターで展開さ

2017年3月始動! 地域側からの「おせっかい」
Voice Bridges Project
「刑の一部執行猶予制度」施行後の地域支援(熊倉、高野、松本, 2017)

ヒントは
「自殺未遂者に対する介入研究」
3~4回/年の短い定型文の手紙による介入は、1年以内の再企図率、自殺死亡率を有意に低減する
(Motto & Bostrom, Psychiatric Services, 2001) 2

Voice Bridges Projectの実施状況

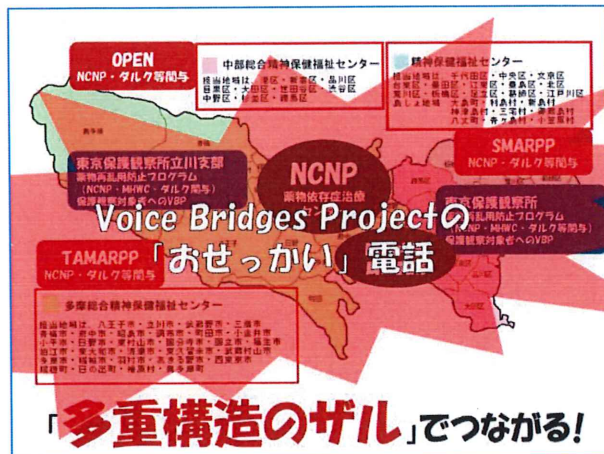
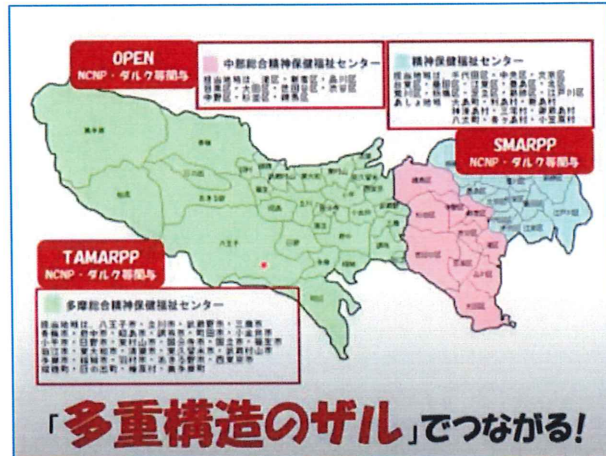
令和2年10月より20箇所の精神保健福祉センターで実施

れています。SMARPPと同じく40数カ所くらい広がってくると日本の地域の薬物依存症の支援システムが良くなると思うし、行政機関が中心となって薬物依存者の当事者と会ったり、話したりする経験を積んで、積んだ後、精神保健福祉センターから保健所、県庁、児童相談所に行くことによって、たぶん地域全体が変わってくることを10年後、20年後を見据えて私自身はこういう活動をしています。

私どもの施設がある東京では3つの精神保健福祉センターがあって、その3つの全てでタマープ、オープンとか、SMARPPをベースにしたプロジェクトが立ち上がって、立ち上げからスーパーバイズまでかかっているんです。センターのプログラムにはキャッチメントエリアにあるダルクやマックのスタッフにも福祉会社として入ってもらうようにしていますし、都内には二つの保護監察所があってそこでもSMARPPを

ベースにしたプログラムの展開されているのですが、その立ち上げにも協力しながら、かつ保護監察官だけでプログラムをせずに、必ずキャッチメントエリアの精神保健福祉センターの職員とダルクやマックのスタッフも巻き込んでいくやってこれという格好で、法律で決められた、いやいや参加しているプログラムでも、地域の任意の社会資源と出会えるようにしています。医療機関は私どものセンター、我々の施設が多摩地区にあるので、23区の東の方をサポートできない。23区には精神科病院がありますが、薬物依存症を見てくれなかったり、ある都立の病院は薬物依存症の人で尿検査が陽性だったら必ず通報することを公言したりするので、薬物の問題を抱えている人の中から評判が落ちてしまって、5年前から昭和大学に働きかけて我々がサポートして専門外来をつくり、そこでもやってもらうようにしています。そういった意味でも東京都は社会資源がうまくいっているけど、これに加えて「Voice Bridges Project」に3つのセンターを設置して、お節介な電話をしていく。街全体が出会い系サイトとか、『街コン』状態になっている。決して強制力があるわけではないが、いろんなところで情報に当事者が浴することができ

る。依存症の支援はどこか一カ所でやってもザルで水を掬う感じなんですよね。誰がやってもそうなんですけど、私自身もそういう無力感と、25年間、闘ってきました。誰がやってもザルで水を掬っているみたいだったら、地域の中のたくさんのザルを多重構造で重ね、多重構造のザルをつくれればザルの目の上に残る水は多くなるのではないかな。これが私がさまざまな支援プロジェクト



をやった上での発想の原点になっています。

さて冒頭に紹介したネズミの実験の続編があります。57日間、檻の中ですっかりモルヒネ依存症になったネズミを1匹だけ楽園に移して、2週間ほど様子を見ます。どうなるか。最初は普通の水を飲んで乱交パーティをやっている仲良しこよしのグループに入れず、群を離れて一人寂しくモルヒネ水を吸っている。そのうち一人ぼっちのネズミに乱交パーティをやっている仲間たちが関心を抱くんですよ。「あの一匹狼のようなネズミさ、よく見るとイケメンじゃない？」とツンツンとやって逃げたり、ピンポンダッシュみたいなのをやるんですね。でもそのヤクチュウネズミはきれることなく、静かに水を飲んでいる。「寂しそうだから、試しに俺たちのグループに入れてやろうか」と入れてみると「結構いい奴ジャン」となって翌日には乱交パーティグループのレギュラーメンバーになっているんですよ。そうなった頃に大きな変化が

現れて、それはモルヒネ水を飲まなくなる。普通の水でハイになっているネズミの真似をして普通の水を飲み始める。急に普通の水を飲み始めると何が起きるか。モルヒネは離脱症状、禁断症状が激しい。普通の水を飲んでぶるぶる痙攣発作を起こしている。2日ほどその状態に堪えると離脱期をすぎて3日目にはおさまって、どのネズミが元々檻の中にいた薬物依存症のネズミか区別がつかなくなる。これは薬物依存症からの回復に重要な示唆を与えてくれます。薬物だけでなく、すべての依存症からの回復に必要なのは特効薬でもなく、すばらしい心理療法プログラムでもなく、ないよりはあった方がいいですが、それ以上にもっと必要なのは「孤立しないこと、受け入れてくれる地域社会があること、困った時に相談を引き受けてくれる医療機関や相談機関があること」なんです。日本はどうでしょうか？



現れて、それはモルヒネ水を飲まなくなる。普通の水でハイになっているネズミの真似をして普通の水を飲み始める。急に普通の水を飲み始めると何が起きるか。モルヒネは離脱症状、禁断症状が激しい。普通の水を飲んでぶるぶる痙攣発作を起こしている。2日ほどその状態に堪えると離脱期をすぎて3日目にはおさまって、どのネズミが元々檻の中にいた薬物依存症のネズミか区別がつかなくなる。これは薬物依存症からの回復に重要な示唆を与えてくれます。薬物だけでなく、すべての依存症からの回復に必要なのは特効薬でもなく、すばらしい心理療法プログラムでもなく、ないよりはあった方がいいですが、それ以上にもっと必要なのは「孤立しないこと、受け入れてくれる地域社会があること、困った時に相談を引き受けてくれる医療機関や相談機関があること」なんです。日本はどうでしょうか？

地域住民の中見てみると、残念ながら、実際、ある都市で行われているダルクへの反対運動なんですよ。25年前からダルクはその地域で活動して多くの薬物依存症の方たちを救ってきたのに、地域住民の中では「ダルク反対」「ダルク反対」って。たぶん多くの人たちはナマの薬物依存症の方と会ったことも無いまま、ただ自分たちのイメージで反対しているんです。でも、ダルクのある通り全部これ家に貼っていると、そのダルクを利用して



いる若者たちはどう思うでしょうね。通りを歩いてダルクに行く。薬物依存症の若者たちが「がんばるぞ」と回復しているという気持ちになるかということ、ならないと思うんですよ。かえって意欲がなくなる、「がんばっても社会には居場所がないじゃないか」。唯一、メリットを探そうとするならば、初めてダルクに来る人は、道に迷わないで済むということくらいです。

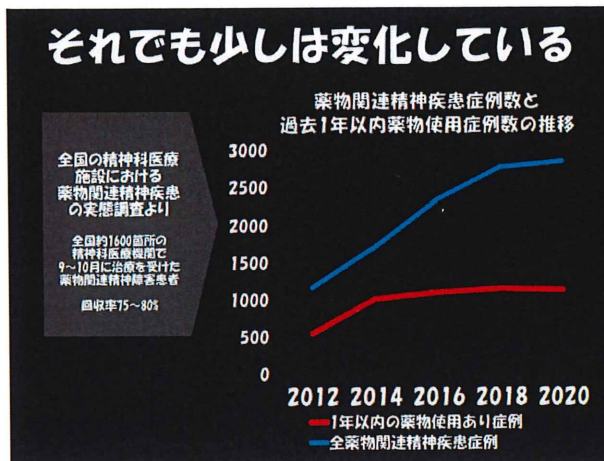
こういう偏見を、なぜ一般の国民はもつに至ったかという啓発のあり方だと思えます。薬物依存症の方たちをゾンビのように描いたり、モンスターのように描いたりする。一回やったら破滅だよ、だから「ダメ。ゼッタイ」みたいな格好で。こういう風な当事者が見たら嫌な気持ちにする啓発というのは、公衆衛生の戦略としては絶対やっちゃいけないことです。海外でも薬物濫用防止教育の大事なポイントとして



「濫用防止の美名のもとに当事者に対する侮辱的な表現はゼッタイやってはならない」といわれています。薬物を法律で規制しているのはなぜか。国民の健康を守るため、人類の健康と福祉のためなんです。それは世界で最初の規制法である麻薬に関する単一条約の条文に書いてあります。健康問題なんです。健康問題で、やむなく規制している。HIVとかハンセン病の感染防止の啓発のために感染した人たちを、まるでモンスターのようゾンビのように描く啓発はありえると思いますか？絶対にやっちゃいけないですよ。そういうことを疑問に思わない人たちが国がやっているから一般国民もあたりまえだと許されると思っている。一方で学校では「いじめ防止」といいながら、薬物を使っている人たちは叩いても構わないという感じになっている。薬物を使う人たち、子どもたちに最初に薬物を誘う人たちってゾンビやモンスターの顔をしていませんから。どんな人たちが子どもたちに声をかけるか、これまで出会ったどんな大人たちよりも丁寧に優しく自分の話を聞いてくれて、しかも初めて自分の存在価値を認めてくれた人。しかもエクザイルライブのメンバーみたいにイケてる人、憧れの人が「お前、結構面白いな、仲間になろうぜ」と勧めるんですよ。普通は使いますよね。その人たちに誘われるまで誰からも認めてこられなかった自己評価が低い人たちが、子どもたちが、この世にはいるんだという、想像力がない人たちが、恵まれてエリート街道まっしぐらだった人たちがこういう啓発資材をつくっているということが非常に大きな問題だということ、ぜひみなさんにお伝えしておきたいと思います。国のやっている啓発自体が根本的に間違っている。国際的な動きからも逸脱して日本独自の何か変な信念というか、まるで戦前の軍部の政治に近いことが行われていることも言っておきたいと思います。

ただ、そうした中でもゆっくりと変化が出ていることも強調しておきたいと思います。私が行っている2年に一回の有床の精神科病院1600施設で治療を受けた薬物関連の患者さんたちの数を見てみると、回収率は75~80%で変わらないのに集められる患者さんの数がどんどん増えている。医療機関につながる薬物依存症の患者さんは増えている。これは薬物問

題が深刻化しているわけではなく、以前に比べると啓発が進んでいると思います。私が今の部長になったのが2015年なんですけれども、2016年、SMARPPに対して診療報酬の加算がつき、このくらいの時期から同時に厚生労働省精神障害保健課依存症対策推進室が、かなり依存症の回復支援の啓発を、その中で2018年には清原さんが登壇するとか、著名人もカミングアウトする状況が続いてきたんです。啓発が進んで病院に治療にやってくる人たちが増えている。しかも1年以内に問題となった薬物を使った人たちは、ずっと一定です。何を言いたいかというと、多くの人たちが医療につながりながら、ぼちぼちやめているということです。これはとても喜ばしいことだと思います。以前、「依存症」というだけでみしてくれない医療機関が多かったし、精神科医ですら「私は依存症をみません」というところも多かったです。アルコールでもギャンブルでも薬物なんていったら「冗談じゃない」と警察に通報されてしまう。それが正義だと思っている人たちもいて実は医師に守秘義務は刑法によって定められているし、公務員の犯罪告発義務がある一方、実は正当な理由があれば相談支援や医療が本務である場合、守秘義務を優先することは全く制限がないことを、もっと知ってほしいと思います。



私なりに日本流のすぐできる「ハームディダクション」を考えています。すぐができるから予算がいらぬ。海外のように注射器の無料交換とか。注射器は必要かといってもヨーロッパでは1980年代はまだ、HIVは死の病気だった。それが死なない病気になった。C型肝炎も注射器で覚醒剤を使う人たちの中では問題になっていたんですが、昔はインターフェロンとか、治るのか、治らないのか、副作用が強すぎる薬ばかりだったのが、今は、よく治る薬が出てきた。僕はバンバン、C型肝炎の薬を勧めています。セクシュアル・マイノリティは、HIVと薬物使用がリンクして同時に多発することがあると。しかし彼らのコミュニティの中で蔓延しているのは注射器の回し打ちではなく、コンドームを使わないセックスなんです。注射器の交換は日本でやっても意味がないかもしれないと思います。ヘロイン、オピオイドだったらメサドンとか、その薬を飲むだけで欲求がおさまって「この薬物療法なしには依存症の治療はできないよね」という、オピオイドは薬物療法の治療はありえないのですが、覚醒剤には効果的な欲求を押さえる薬がないんですね。海外のような代替的な薬物療法をやっても意

いまずぐに予算ゼロで実現できる
日本流のハームリダクション政策とは?

注射器交換? 国の財政負担は経路は経路ではない

代替的薬物療法? 覚醒剤の代替的薬物療法がない

合法化・非犯罪化? 薬物のコンセンサスを獲得するのが難しい

**治療・相談の場での
守秘義務優先
の保障**
(政府による宣言)

**予防啓発の
コンセプトを
変える**

味がないし、合法化、非犯罪化に関して使用罪など新たに法律をつくるのは、やめてほしい。国際的な潮流から外れるし、恥ずかしい。間違いなくアメリカはバイデン政権中に完全に連邦政府として大麻は嗜好的な使用が合法化されると思います。すでにその法案は下院に通って後は上院だけで民主党が多数派を占めているから時間の問題で通ると思います。過去、大麻について捕まった人たちの前科を全部消すと言っている。カナダがそうになって、アメリカがそうになって、コロナが終焉して海外からやってきた人や日本の優秀な若者たちが海外に留学してみんな経験してくる。その人たちがどんどん捕まって少年法が18歳になり、日本の若者たちはことごとく刑務所帰りの感じになって、すごく国家的な損失が大きいと思うんです。そもそもどこまで大麻は被害があるかに関しても、安全とはいわないが、どう考えてもアルコールの方がヤバイのも事実です。そういう検証をせずに国際的な流れに逆らって、どんどん規制法をつくっていくことは正しいとは思っていません。ただ現段階で合法化、非犯罪化もまたコンセンサスを得ることが難しいことは承知しています。

現実的にできることは二つ。一つは「医療、相談支援の場で守秘義務を優先すること」。これは現状でもできるんですが、多くの援助者が勇気をもってやっているのでも、そうしてください。困った人がいたら通報するのではなく、本人や社会資源に関する情報を丁寧に教えてあげてください。守秘義務を優先の上でいい。大事な「ハームリダクション」です。もう一つは「濫用防止の啓発」のやり方。「ダメ。ゼッタイ」とか「一回やったらオシマイ」とか、ああいう啓発をやめてほしい。

今、国際的には大きく、依存症に対する考え方が変わっています。「ハームリダクション」の登場が大きく、1961年から始まった厳罰政策が問題をもっとこじらせ、全く効果がないどころか害な結果をもたらしたというエビデンスが揃ったんです。その中でもはやアディクション、酒や薬におぼれた状態、「依存症、この意味の反対語は何？」といわれたら以前だったら「Sober」、シラフで、あるいは「Clean」、薬を使ってないこと、という風に言われていたんです。

今はもう違っているということなんです。「アディクションの反対語はコネクション。人とのつながり」。孤立した人ほど依存症にやりやすい。依存症になるとますます孤立してしまう。まずはつながること。「うちでは依存症はみていません。依存症お断りです。専門家じゃないからうちではみられない」ということではなく、まずはできることを。専門病院につなぐこと、かかりつけのお医者さんの中で丁寧に接してもらおうとか、ある程度かかわってくれたのは「あの援助者がいうんだから、その病院にいつかみよう」と思う。そして自助グループにつなげて当事者たち、回復者たち本人に会わせてあげる機会をつくるのが専門職の役割だということを強調して、今日の私の話を終わりにしたいと思います。ご静聴、ありがとうございました。



Addictionの対義語は？

つ な が り

Connection

稗田(司会):

松本先生、長時間にわたってほんとにありがとうございました。みなさんの病院にも、からだを壊しているネズミさんが、いらっしゃるのではないかと思います。昨年度、MSWで初めて「依存症支援の実態調査」をさせていただいた時、8割以上が「依存症の患者やその家族にかかわった経験がある」。しかし9割が「ほとんどきちんと治療、相談につなげられていない」とい実態が明らかになりました。MSWのスタンスとして「どちらともいえない、かかわりたくない、相談を断っている」という人たちが半分以上ということも実態としてわかっています。「自業自得、自己責任ではない」とはっきり言い切れないMSWの意識、これが5割を占めるという実態も明らかになっています。

本日は最新の依存症の知識、情報についてエビデンスを含めて凝縮したわかりやすいお話をいただきました。MSWがしっかり知識をもち、依存症支援がオプションとしての支援ではなく、どんな場でもあたりまえに支援する、それがソーシャルワーカーとしての本来の使命ではないかと、改めて松本先生のお話を聴いて感じた次第です。先生本当にありがとうございました。松本先生、これからもどうぞ私たちを応援していただきたいと思います。NHKの先生にかかわる報道を添付しました。いっぱい発信しておられますから、これを機会に関心をもっていただけたらと思います。

以上をもちまして松本俊彦先生のご講演を終わりにいたします。みなさま、どうもありがとうございました。

*無断転用は固く禁じます