―目次―

(頁)

1. はじめに ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

2. 依存症者家族支援プログラム調査研究事業の概要 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

3. アンケート調査について

・調査の概要と集計結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

・精神保健福祉センターにおける依存症者家族支援プログラムについて・・・・・ 10

・医療機関（病院・クリニック）における依存症者家族支援プログラム・・・・・・ 14

・民間相談機関等における依存症者家族支援プログラムについて・・・・・・・・・・ 20

・アンケート調査回答抜粋・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24

4. 訪問調査報告

・プログラム実施先 A・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 28

・プログラム実施先 B・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 32

・プログラム実施先 C・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37

・プログラム実施先 D・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42

・プログラム実施先 E・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 46

・プログラム実施先 F・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51

・プログラム実施先 G・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 54

・プログラム実施先 H・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 59

・プログラム実施先 I ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 62

・プログラム実施先 J ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 66

・プログラム実施先 K・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 69

・2 つの調査が示唆する今後の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 73

5. 薬物使用障害当事者の家族への心理教育に基づく実践援助モデル・・・・・・・ 77

参考資料:アンケート用紙、調査検討委員名簿・・・・・・・・・・・・・・・・117

は じ め に

特定非営利活動法人ジャパンマックは、今年度設立 31 年を迎えている。昨年度に引き続き厚生労働省より補助金をいただいて「依存症者家族支援プログラム調査研究事業」を行えることは、大変光栄であると共に記念に残ることである。

今回も、多くの関係者のご協力をいただき、こうしたテーマに基づく調査研究事業を行えたことは、私どもの実践に対する社会的な地位と役割を再認識させる一助になることであろうと考えている。

依存症者家族への支援についても、福祉分野からは、ほとんど調査も研究も行われておらず、対策も進んでいない状況にある。今回の調査からも、家族に対する支援がますます必要であり、重要なことであるにも関わらず、対策が進んでいない状況が明らかになったと言える。

また、具体的支援についても、確立されたものは少なく、何の対策もされていないのか、または各プログラム実施先ごとによる工夫が、ばらばらに行われているのが実状と思われる。

さまざまな困難と先行研究なども少ない中ではあっても、今回の調査研究は、依存症者家族支援プログラムについての先駆けとなる調査研究となるものでは考えている。今回の調査研究に続いて行われるであろう今後の調査研究が、依存症者家族への支援と依存症者自身の回復と成長に繋がるものと信じている。また当法人としても、さらに努力を続けていきたい。

最後に、ご協力いただいた関係機関、関係者の皆様に、改めて謝意を申し上げたい。

平成 22 年 3 月 19 日

特定非営利活動法人　ジャパンマック
代表理事　荒井　元傳

依存症者家族支援プログラム調査研究事業の概要

1.目的

依存症者の回復にあたっては、家族への援助も大切と言われる中で、医療機関、社会復帰施設、行政機関などで、多くの家族支援プログラムが行われている。しかし、支援プログラムに関しての全国的な調査が行われることは少なく、プログラムの内容についての調査も少なく、支援方法についても未だ手探り状態が続いている。

今回の事業では、依存症者家族支援プログラムを持つ医療機関、社会復帰施設、行政機関など(約 250 か所)について、アンケート形式によるプログラム内容等の調査を行い、全国的な状況を把握するとともに、代表的な実施場所等(10 か所程度を予定)については、調査員の訪問により支援プログラムの詳細な調査を行い、現状分析などにより今後の支援モデルについて検討し、実証的考察による支援モデルを提案し、依存症者の家族支援を全国的に推進させていくことを目的とする。

2.調査事業検討委員（有識者 8 名）

西川京子(福井県立大学)、岡崎直人(さいたま市こころの健康センター)、岡田洋一(鹿児島国際大学)、小倉邦子（埼玉医科大学）、山本由紀(上智社会福祉専門学校)、橋本直子(関西学院大学大学院)、谷部陽子(筑波大学大学院)、井上綾子(盛岡市役所)

3.調査研究分担

検討委員長　西川　京子

アンケート調査担当　岡崎直人、橋本直子、小倉邦子、谷部陽子

訪問調査担当　岡田洋一、山本由紀、井上綾子、

4.調査研究方法と事業内容

文献調査、理論研究、アンケート調査、ヒヤリング、および委員会での検討を通じ、以下の点についての調査研究事業の実施を予定している。

1) 本調査研究に関連する文献等における先行研究調査や理論研究を通して、依存症者家族支援プログラムの現状や問題点などを把握し、調査研究の枠組みや調査項目の検討を行う。
2) 全国の代表的な依存症者家族支援プログラム実施先(約 250 の機関・施設等を予定)を対象にして 1)で作成したアンケートにより、郵送による調査を実施する。
3) 2)の調査内容の分析により、代表的なプログラム実施先を選定し(約 10 か所を想定)、プログラム内容の詳細な状況を把握し、さまざまな課題と問題を整理しながら、今後の依存症者支援プログラムのモデルを提案する。
4) なお、研究成果については、全国の依存症関係医療機関、施設等に報告書を配布しプロ

グラム内容等の広報・啓発活動を行い、東京・大阪の二箇所にて報告会を開催して、広く関係者に伝えていく予定である。

5.事業スケジュール

21 年 7 月　検討委員会立ち上げ・検討事項検討
8 月　第二回検討委員会、調査内容検討①
9 月　第三回検討委員会、調査内容検討②、
アンケート調査実施
10 月　第四回検討委員会、アンケート調査内容分析
11 月　第五回検討委員会、訪問調査内容検討
訪問調査実施
12 月　第六回検討委員会　訪問調査内容分析
22 年 1 月　第七回検討委員会　訪問調査内容分析　報告書内容検討
2 月　第八回検討委員会　報告会内容検討
3 月　報告書作成、報告会開催

6.事業の効果及び活用方法

依存症者の家族支援プログラムについての調査は、ほとんど行われていない状況にある。また、依存症者の家族支援についての方策が必ずしも確立しているとは言えない現状も続いている。

今回の事業では、日本で初めてとも言える依存症者の家族支援プログラム調査を行い、現状を把握するとともに、依存症者家族支援プログラムにおける支援の限界と今後の依存症者家族支援モデルについての実証的考察も行うことにより、依存症者家族支援プログラムのモデルも提示し、依存症者家族の回復と成長に繋がる支援方策を推進させる効果が期待できる。

調査の概要と集計結果

１．調査目的

本調査では全国で実施されている依存症者家族支援プログラムの実態把握をおこなうことを目的とした。

２．調査対象

本調査では以下の３点に基づいて調査対象機関とした。１、各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センター、２、依存症に関わる医療機関、施設、相談機関が網羅されていると考えられる『アディクション』*に掲載された機関、３、『アディクション』発刊後に、検討委員が新たな家族プログラムの実施を把握していた機関。

＊　「アディクション（嗜癖）」とその周辺の問題をテーマに、回復の場の情報を集めたガイドブック
調査・編集 ASK（アルコール薬物問題全国市民協会）
発行　アスク・ヒューマン・ケア　　2002 年

３．調査方法

自記式質問紙を郵送し、記入後に返送してもらった。調査期間は 2009 年 9 月下旬～10 月中旬に実施した。(質問紙については、参考資料を参照)

対象機関 257 機関（精神保健福祉センター68、精神科病院 132、精神科クリニック 34　施設･相談機関・その他機関 23）に配布、回収は 137 機関で回収率は 53.3%であった。137 機関の内訳は精神保健福祉センター56 機関(40.9%)、精神科病院 54 機関(39.4%)、精神科クリニック 13 機関（9.5%）、施設７機関（5.1%）、相談機関 2 機関（1.5%）、その他の 5 機関（3.6%）であった。精神保健福祉センターと医療機関で回答の約 90%を占めた。

４．結果

以下、全体の結果について要約を述べる(以下「その他機関」は、施設･民間相談機関・その他の機関をまとめたものとする)。

問１　現在の家族プログラム実施状況について　(n=137)

実施状況

137 機関中、39 機関（28.1%）は現在プログラムを実施していなかった。精神保健福祉センターは 22 機関/56 機関（39.3%）、精神科病院では 11 機関/54 機関（20.4%）、精神科クリニックでは 3 機関/13 機関（23.1%）が、実施されていなかった。

実施プログラムのタイプ（n=98　複数回答有り）

全体では最も実施の多いタイプは「月 1 回以上定期的に行われ、学習テーマを特に定めていない参加型」タイプ（B タイプ）で、つぎに、「月 1 回以上定期的に行われ、数回で 1 コースとなり、毎回学習テーマの定まった参加型」タイプ（A タイプ）あった。病院とクリ

ニックでは約 40%で B タイプでの実施が最も高く、精神保健福祉センターは 25.8%で A タイプの実施割合が最も高かった。その他の機関（施設、民間相談機関、その他機関）においては A タイプと B タイプが 26.3%と同程度であった。

問２　実施していない理由　(n=39)

実施していない理由としては「余裕がない」、「知識情報の不足」の回答が多かった。また、「その他」では機関の体制（方針・マンパワー不足）等による中止や地域と連携・役割分担をしているといった理由等があげられていた。

問３　以前実施していたが、現在実施されていないプログラム（n=25）

25 機関で 31 のプログラムが挙げられていた。終了した理由としては、「参加者の減少」「業務多忙に」の回答が多かった。

問４　プログラムの主な目的　(n=98　複数回答有り)

回答が最も多かったのは「病気や治療についての基本的知識を身につける」の 70 名（26.3%）であった。以下、「依存症に対する適切な対応を身につける」53 名（19.9%）、「家族が生き生きと自分らしく暮らせるようにする」38 名(14.3%)であった。「病気や治療についての基本的知識を身につける」はどの機関でも回答が最も多い項目であったが、クリニックでは、「家族自身の共依存から回復を図る」、その他機関では「家族の重荷を軽減する」が、2 番目に回答頻度が高い項目であった。

問５　プログラムの目的達成についての評価　(n=98)

現行のプログラムの目標については 72 名が（73.5%）「ほぼ達成できている」と評価していた。「あまり達成できていない」は 17 名（17.3%）、「達成できている」は 6 名（6.1%）で、「達成できてない」の回答はなく、不明 3 名（3.1%）であった。「あまり達成できていない」の評価に、病院においては 25.6%が回答し、他の機関と比較するとその割合が高かった。

問６-1　現在実施されているプログラム数　(n=98)

１プログラムが 57 名(58.2%)、2 プログラムが 18 名（18.4%）、３プログラムが 12 名（12.2%）であった。4~７プログラムは各 1 名（1.0%）、不明 7 名(7.1%)であった。精神保健福祉センターや病院においては半数以上が 1 プログラムの実施で、クリニックのプログラム数が多い傾向にあった。

問６-2　現在実施しているプログラムの実態　(n=98)

98 機関で 159 プログラムの回答をえた。その内訳は、精神保健福祉センターが 49 プロ

グラム、病院が 61 プログラム、クリニックが 30 プログラム、その他機関が 19 プログラムであった。

プログラムの頻度

実施機関により開催頻度に違いがみられた。精神保健福祉センターは、月 1 回か 2 回のプログラムが約 48%と最も多く、また、約 41%のプログラムは年に１回～12 回の実施であった。病院は月１回か 2 回のプログラムが約 80%を占めていた。クリニックでは週１回が約 55%、月 2 回が約 26%であった。その他機関では、月 1 回か 2 回で約 58%であった。

参加者数

10 名以下の比率がどの機関も高かった。精神保健福祉センターは約 74%、病院は約 62%、クリニックは約 81%、その他機関は約 63%を占めていた。

開始年度

精神保健福祉センターのプログラムは、49%が 2000 年以降に開始されていた。病院は'75 年～'79 年に 6 プログラムが開始され、以降'80 年代～'00 年代と開始プログラム数に大きな変動はない。クリニックは 90 年代に約 61%のプログラムが開始されていた。その他機関においても、90 年代にはいりプログラムが開始されていた。

対象者

配偶者・親・子ども、配偶者・親を対象としたプログラムが多数を占めた。

開催日

平日の開催が多かったのは、精神保健福祉センターとクリニックであった。精神保健福祉センターは約 94%、クリニックでは約 74%であった。病院は約 57%、その他機関は約 47%が平日であったが、土日の開催割合も高かった。

開催時間帯

全プログラムの 29.3%は午前の開催で、58.6%は午後の開催であった。保健精神保健福祉センターでは午後の開催率が 85.7%と高く、クリニックは午前の開催が 55.6%と高かった。また、その他機関では夜間の開催が 23.8%を占めていた。

時間

全体の約 60%は 2 時間未満の開催だった。2 時間～3 時間未満の開催が、精神保健福祉センターでは 49%、その他機関では 57.9%が占めており、医療機関より長時間の傾向にあった。

スタッフ数

2 人が 44.8%で最も多く、次いで 1 人が 29.2%、3 名が 14.9%であった。精神保健福祉センターは 64.3%で 2 人が最も多く、クリニックでは 44.4%で１人が最も多かった。病院では 3 人が 23%を占めていた。機関によって異なる傾向がみられた。

スタッフの職種

精神保健福祉士が 33.6%、保健師・看護師が 28%、臨床心理士が 17.5%であった。クリニックでは 55.8%を精神保健福祉士が占めていた。その他の職種では、医師が多く、作業

療法士、薬剤師などがあげられていた。

参加形態

オープンシステムが 67.9%、クローズドシステムが 26.3%であった。精神保健福祉センター、その他機関、病院、クリニックの順でオープンシステムの割合が高くなっていた。

参加費の有無

クリニックでは、約 97%が有料または診療報酬などで参加費を設定していた。病院では 26.2%、その他機関 57.9%が有料・その他で参加費を設定していた。参加費用については 100 円から 5250 円までと幅があった。

問７　プログラムを行う上での困難　(n=98　複数回答有り)

「参加者が集まらない」53 名（37.6%）が最も回答が多く、「知識情報の不足」23 名（16.3%）「余裕がない」14 名（9.9%）と続いた。その他の回答では、プログラムの位置づけやスタッフの役割など運営上の問題、家族が継続して参加されないことなどが多くあげられていた。「余裕がない」は精神保健福祉センターや病院に比べて、クリニックやその他機関において回答割合が高かった。

問８　「参加者が集まらない」と考えられる理由　（n=52　複数回答有り）

「即解決のニーズに応えられない」、「曜日の問題」「時間帯の問題」が理由としてとらえられていた。精神保健福祉センターでは「曜日の問題」、クリニックでは「即解決のニーズに応えられない」への回答が多く、回答傾向が異なっていた。「費用の問題」への回答はなかった。その他の理由としては、開催についての広報不足、家族の動機付けの問題、遠方であるといった地理的な問題といった内容が多かった。

問９　プログラムで取り入れられている方法　（n=98　複数回答有り）

「講義･講演」、「グループでの話し合い」、「体験を語り･聴く」の 3 方法が同程度に回答が高かった。これらの方法は各々70%以上の機関で実施されていることになる。次いで「テキストによる学習」、「ビデオによる学習」が実施されていた。「その他」としては、例題学習、料理教室などがあげられていた。

問 10　プログラムで利用されている道具

プログラムで利用されているビデオ・テキスト・参考資料などは共通して利用されている教材が多かった。テキストにおいては記載の 1/3 以上が機関または講師のオリジナルのテキストを使用していた。講師には医療・福祉・心理・司法・大学教員などの専門職、施設の当事者スタッフ、自助グループメンバーが挙げられていた。（p24～p27 参照）

問 11　家族プログラムの研修経験　(n=98)

「研修を受けた人がいる」は 35 人（35.7%）、「研修を受けた人がいない」は 60 名（61.2%）であった。クリニック、その他機関では 8 割が「研修を受けた人がいない」であった。具体的な研修としては、「久里浜病院でのアルコール研修」「ASK 主催のプログラム」などがあげられていた。

問 12　地域で活発に活動されている自助グループ　（n=98　複数回答有り）

地域の自助グループ活動は「断酒会」、「AA」については回答者の 95%以上が活発であると回答していた。「NA」は約 6 割、「GA」は約 5 割であった。依存症者当事者グループに比べると家族の自助グループ活動は２～３割回答割合が低かった。「その他」の活動においては AC や、OA、EA といった自助グループなどが挙げられていた。

問13　プログラムをより充実させるために必要と思われるもの（n=98　複数回答有り）

プログラム充実においても最も必要とされていたのは「スタッフの知識と技術レベルをあげる」68 名(28.9%)であり、回答者の 7 割が充実を望んでいた。次に「プログラム内容の充実」57 名(24.6%)、「多様な回復段階の家族の参加」48 名（20.3%）と続いた。「その他」の回答では、実施日時や回数の工夫、多くの家族の参加につながるような広報や誘い方といった内容などがあげられていた。

問14　家族自身の回復の姿とそれに要する時間について

76 名から記述回答をえた。

回復の姿として、家族が病気を理解し、受け入れ、アルコール問題から受けた影響から立ち直り、自分らしく主体性をもって生きるということがイメージされていた。回復に要する時間は個々人によって違うので一概にいえないという意見も多かったが、年単位の期間が必要であると認識されている。具体的には３年～10 年という期間が示されていた。「一生」との意見もあった。

問15　家族全体の回復の姿とそれに要する時間について

67 名から記述回答をえた。

依存症家族・当事者が依存症問題を分かち合い、回復に取り組むことを通じて、家族がそれぞれに精神的に自立し、尊敬しあって、それぞれの価値観に基づいて生きていけるようになるということがイメージされている。家族全体の回復となれば、依存症当事者の回復と、その家庭で育った子どもの回復、自助グループとの関連にも言及されている意見も目立った。要する時間については、家族自身の回復以上にかかることが認識されており、10 年以上という回答が多かった。

問 16　プログラムを新たに展開する上で必要な条件　(n=98、複数回答有り)

新たに展開する上で必要な条件として、「プログラムの研修の機会」55 名(28.9%)、「プログラム実践に関するスーパービジョンを受ける機会」39 名(14.8%)への回答が高かった。これは回答者の 6 割近くが「研修の機会」が必要であり、約 4 割が「スーパービジョンを受ける機会」が必要であると考えているということである。病院やクリニックでは「診療報酬の点数化」、精神保健福祉センターでは「積極的な社会啓発」「依存症者の回復を促進する治療、自助グループ、リハビリ施設の充実」、その他機関では「家族の回復を支援する社会資源をつくる」への回答が高く、機関による回答傾向に違いがみられた。

５.考察

家族プログラムの実施について

実施機関によって、プログラムのタイプ、プログラム数、プログラムの頻度、開催日、開催時間帯、スタッフ数、参加費の有無において異なる傾向が示された。公的機関である精神保健センターと医療機関である病院･クリニックの違い、また医療機関といえども機能が異なる病院とクリニックの違いがみられた。これらは、家族プログラムを実施する機関のそれぞれの特性や限界を表していると考えられる。また、プログラムの主な目的にも回答傾向に違いがみられたのも、プログラムのタイプや頻度とも関連していると考えられ機関の特性に影響をうけると考えられる（それぞれの機関の詳細は次章で確認いただきたい）。

家族プログラムの充実と新たな展開について

プログラムをより充実させる為には「スタッフの知識レベルと技術をあげる」こと、また「プログラム内容を充実させる」ことが必要であると考えられていた。これらを達成するには、知識と技術を習得する場が必要であるはずだが、家族プログラムの研修経験の有無では 61.2%の機関で研修を受けた者がいないという結果であった。また、プログラムを実施していない理由、プログラムを行う上での困難さでも「知識情報の不足」が挙げられており、スタッフが「知識･情報･技術」の不足を感じていることも明らかであった。これらの現状から、家族プログラムを新たに展開する上で必要な条件として、「プログラムの研修の機会」、「プログラム実践に関するスーパービジョンを受ける機会」の回答が高かったと考えられ、研修やスーパービジョンの機会が求められているといえる。しかし、現在、アルコールや薬物の研修に家族援助や支援が取り上げられていてもそれは研修の一部であり、また家族プログラムの研修はおこなわれていないのが実情である。今後家族プログラムの研修の場を充実させる必要があると考えられる。

６.まとめ

今後、家族プログラムを家族支援の一つとして確立していくには、家族プログラム実施に必要な知識や技術の共通基盤の構築と、それぞれの実施機関がもつ特性・限界を考慮にいれた、より効果的なプログラムを開発していく必要があるだろう。(文責:橋本直子)

精神保健福祉センターにおける依存症者家族支援プログラムについて

1. 歴史的経過

精神保健福祉センターにおける依存症者家族支援プログラムへの取り組みの発端となったのは、昭和 54 年(1979)年 6 月 12 日衛発第 463 号「精神衛生センターにおける酒害相談指導事業実施要領について」であるが、今回のアンケートによると精神保健福祉センターで現在も行われている一番古い依存症者家族支援プログラムは、東京都立精神保健センターの「アルコール教育プログラム」である。1985 年から開始された東京都立中部総合精神保健福祉センターの「アルコール問題家族講座」「依存症者家族グループ」「薬物問題家族講座」の 3 つの依存症者家族支援プログラムがそれに続く。1980 年代から存続している依存症者家族支援プログラムは、この東京都の 4 つで全てである。「薬物問題」への依存症者家族支援プログラムもこのプログラムが一番古い。

1990 年代前半にスタートし、現在行われている依存症者家族支援プログラムは、千葉県精神保健福祉センターの「薬物乱用問題を考える会第 1 部講習会」「薬物乱用問題を考える会第 2 部ミーティング」のみであるが、後半には、1997 年に埼玉県、京都市、1998 年には茨城県、栃木県というように、2002 年までの 6 年間に 12 の府県市の精神保健福祉センターで依存症者家族支援プログラムが開始されている。

2003 年以降は、4 つの県市で依存症者家族支援プログラムの開始があったが、この時期に特徴的なのは、ギャンブル依存症の家族を依存症者家族支援プログラムの対象とし始めたことである。2004 年に開始された富山県心の健康センターの「(ギャンブル依存)家族グループミーティング」はカッコつきではあるが、ギャンブル依存の家族を対象としており、同年開始のさいたま市こころの健康センターの「エクスコードグループ」もギャンブル依存の家族を対象として含んでいる。また、2009 年には鳥取県立精神保健福祉センターで「ギャンブル依存症家族教室」が始められている。

2. 精神保健福祉センターにおける依存症者家族支援プログラムの特徴（アンケートより）

1) 回収率とプログラム実施率(問 1)

アンケート全体から見た回収率は、精神保健福祉センター(以下センター)が 82.4%であり、精神科病院(以下病院)(回収率 40.3%)や精神科クリニック(以下クリニック)(38.2%)と比べて、一番高い。これは、病院やクリニックはアルコール･薬物専門機関を選別してアンケート送付したことを加味しても、精神保健福祉センターが律儀にアンケートに答える行政機関であるという性格を示している。

問 1 の依存症者家族支援プログラム(以下プログラム)の実施率については、センターは回答のあったセンターのうち 39.3%（22 箇所／66 箇所）が行っておらず、回答のあった病院やクリニックの実施していない率(病院 20.3%、11 箇所・62 箇所、クリニック 23.1%、8 箇所／13 箇所)を上回っている。この点も、アルコール専門とされている医療機関にアンケ

ートを行ったことを加味すると単純には比べられるものではないが、センターの状況を示すデータであるといえるであろう。

2) 実施していない理由(問 2)と現在行われていないプログラム(問 3)

問 2 の「実施していない理由」として、センターに特徴的であるのは、「予算がない」のを理由としたセンターが 8 箇所あった(病院･クリニックは 0 箇所)ことである。これは、予算で動く行政機関の特質を表したものといえるだろう。また、病院やクリニックでチェックがないが、センターが理由としてあげている項目として「ニーズがない」(3 箇所)、「社会資源が充分」(2 箇所)が少し目立つところである。また、クリニックで 1 箇所上げているだけの「他機関が担当」という項目にも 2 つのセンターがチェックしている。こうした点はセンターが自らの役割認識を、社会資源や他の専門機関が充実してくるまでのつなぎと認知していることを表しているのではないであろうか。

「現在行われていないプログラム」に関する問 3 に対するセンターの回答の特徴的な点としては、「他の資源ができた」という項目に 4 箇所のセンターが回答したこと(病院･クリニックは 0)である。これも、問 2 で述べたようにセンターのつなぎとしての役割認識を示すものであるといえるだろう。

3) プログラムの主な目的(問 4)と現行のプログラムの目標達成の評価(問 5)

問 4 はプログラムの「主な目的」をあげてもらったが、ここでもセンターの回答では、「家族が地域の様々な人たちや社会資源と結びつく」の項目を 6 箇所のセンターがあげており、やはりセンターのつなぎとしての役割認識が伺える。ほかの項目には特に他の機関との相違は見られないようである。

問 5「現行のプログラムの目標達成の評価」に関しては、センターに特徴的な回答はないようである。

4) 現在実施しているプログラム数・開催頻度・開始年度・開催時間・スタッフ数

問 6「現在実施しているプログラム数」に関しては、センターに特徴的な回答はないようであるが、家族プログラムの種類に関しては、センターでは B タイプが少し少なく（センター8 箇所／34 箇所、病院 21 箇所／43 箇所、クリニック 3 箇所／13 箇所）、それとは対照的に C タイプはセンターでしか行われていなかった(センター7 箇所、病院･クリニック 0 箇所)。

センターで行われているプログラムは年単位で計画され、回数と期間が限定されているものが多い。年 1 回から 12 回で行われるプログラムをセンターでは 12 箇所で開催しているが、病院やクリニックにはこのタイプのプログラムを行っているところはない。

月単位になると、月 1 回プログラムを行っているのはセンター11 箇所／34 箇所、病院 17 箇所／36 箇所、クリニック 1 箇所／5 箇所であるが、月 2 回になるとセンターが 5 箇所

に対し、病院が 18 箇所になる(病院は月 2 回行っているところが一番多い)。

週単位になると、センターで週 1 回以上行っているところは 1 箇所しかないが、病院は 7 箇所、クリニックは 5 箇所となり、月単位の開催も加えると医療機関の開催頻度の高いことが分かる。

開始年度に関してみると、病院のプログラムは 1975 年ごろから満遍なく開始されてきているのに対し、センターのプログラムは 1980 年代に入ってからぽつぽつと開始されており、2000～2004 年にかけて 13 箇所が集中して開始している。今回はセンターでのプログラムの改廃の歴史を充分に跡づけてはいないが、おそらく予算・ニーズ・地域の社会資源などに左右されてきたのではないかと推察される。

開催時間に関しては、センターでは平日に集中しており(32 箇所／34 箇所)、病院では土日に開催しているところが多い（19 箇所／43 箇所、平日は 24 箇所）のとは対照的である。また、開催の時間帯はセンターでは午後にほぼ集中している(31 箇所／34 箇所、午前は 3 箇所、夜間は 0)が、病院であると午前に 14 箇所／43 箇所、午後に 25 箇所、夜間にも 3 箇所に開催しており、クリニックでは午前の開催のほうが多い(6 箇所／10 箇所、午後は 4 箇所、夜間は 0)。

開催時間の長さに関しては、センターのプログラムは頻度が少ないこともあり、長めである。センターは 2 時間未満(15 箇所／34 箇所)よりも 2～3 時間未満のほうが多く(16 箇所)、3～4 時間未満も 3 箇所ある。病院・クリニックでは 2 時間未満が最も多く(病院 28 箇所／43 箇所、クリニック 7 箇所／10 箇所)、それに次いで 2～3 時間未満(病院 13 箇所、クリニック 3 箇所)となり、3～4 時間未満は病院では 1 箇所しかない(クリニックは 0)。

プログラムのスタッフ数に関しては、センターでは 2 人にかなり集中しており(34 箇所／20 箇所)、1 人(6 箇所)や 3 人(6 箇所)、5 人(1 箇所)、6 人(1 箇所)は多くない。それに比べ、病院では 1～3 人まではあまり変わらず、(1 人は 10 箇所／43 箇所、2 人 13 箇所、3 人 12 箇所)、4～6 人の体制もとられている(4 人 4 箇所、5 人 2 箇所、6 人 2 箇所)。クリニックでは 1 人(6 箇所／10 箇所)と 2 人(4 箇所)であり、少人数で行っていることをうかがわせる。

5) 困難に感じていること(問 7)と参加者が集まりにくい理由(問 8)

問 7 に関しては、幾分目立つ回答として、センターでは「知識情報の不足」をあげているところが病院と比べて少なく（センター6／51、病院 15／67）、「ニーズがない」という項目をあげているセンターが 2 箇所ある点である(病院・クリニックは 0 箇所)。

問 8 の「参加者が集まりにくい理由」に関しては、センターに特徴的な回答はないようである。

6) 家族プログラムの方法(問 9)、スタッフの研修経験(問 11)、地域の自助グループ活動(問 12)、プログラム充実に必要なもの(問 13)

問 9 の「家族プログラムの方法」に関しては、センターでは「ビデオによる学習」「テキス

トによる学習」の項目が少ない(それぞれセンター7／111、9／111 に対して、病院 22／158、21／158、クリニック 2／29，5／29)のが目立つが、後に述べるようにセンターでのプログラムは回数や期間限定で行われるものが多く、病院やクリニックでは定期的に行われるものが多いという回数･頻度の差による方法の違いと思われる。

問 11 の「スタッフの研修経験」に関しては、センターに特徴的な回答はないようである。

問 12 では地域の自助グループ活動に関してあげてもらったが、全体的な数を見ると、センターのあげている自助グループの数が 240 と、病院(162)、クリニック(65)と比べて多い。これは、精神保健福祉センターが県域など広域を含んでおり、地域の社会資源をよく把握していることを表しているようである。個々の自助グループの数に関しては大きな違いはないようである。

問 13 の「プログラム充実に必要なもの」と問 16 の「新たに展開する上で必要な条件」に関しては、センターに特徴的な回答はないようである。

(文責:岡崎直人)

医療機関（病院・クリニック）における依存症者家族支援プログラム

１．医療機関（病院、クリニック）への調査結果

（１）返送状況

本調査の医療機関への調査票送付は 166 施設（調査対象全施設 257 の 64.6%）で、返送は 67 施設（精神科病院 54、クリニック 13）で、回収率は 40.3%であった。本調査は、以前に依存症者家族支援プログラム(以下、プログラム)を実施している施設を対象に調査票を送付しているが、返送された施設で、現在プログラムを実施していない施設は 14（病院 11、クリニック 3）であった。

（２）プログラムを実施していない理由

現在プログラムを実施していない理由（複数回答あり）としては、余裕がない（7)、知識情報の不足(5)、知識をもった担当者がいない(4)、他機関が担当している(1)、その他(8)であった。

その他としては、「参加者がなく、やめてしまった」、「対象者が少ないので、個人面接にとどまっている」、「個別対応にとどまっており、集団としてのニーズが把握できていない」、「施設の事情で休止中」、「施設がアルコール医療から撤退」、「病院機能特化による、他医療機関との役割分担」、「担当者の退職」、「施設の方針変更」、「同法人の別施設で実施」などがあげられていた。以前行っていた施設で、プログラムを辞めた時期は、2004～2008 年の間であった。

２．医療機関におけるプログラムの現状（結果）

プログラムを実施している 53 施設（病院 43、クリニック 10）を対象とする。

（１）プログラムの数と歴史

各医療機関で実施しているプログラムの数は、その施設の規模、特性により様々である。病院では、1970 年代（最も早いのは 1975 年）から開始されているプログラムが 5 つあり、長い実績を有している。一方クリニックは、最も早いところで、1994 年であった。病院で実施しているプログラムは多岐におよんでおり、最も多くのプログラムを実施しているのは、アディクション専門病院の 9 つであった。クリニックで最も多いのは、週 1 回のプログラムを 7 つ実施している施設である。

（２）プログラムの実施形態

プログラムの名称は様々であり、「家族教室」「家族会」が代表的な名称であるが、「セルフケアプログラム」「家族勉強会」といった、特徴を表した名称や、「○○の会」と固有の名称を有しているものもある。病院とクリニックのプログラム名称の特徴として、病院はアルコール家族教室のように、「アルコール」をつけている名称が多く実在しているのに対

して、クリニックのプログラムの名称に「アルコール」がついているものは皆無であった。

プログラムのタイプ（複数回答あり）では B タイプ（月 1 回以上定期的行われ、学習テーマを特に定めていない参加型のプログラム）が最も多く（34 件）、次いで A タイプ（月 1 回以上定期的に行われ、数回で 1 コースとなり、毎回学習テーマの定まった参加型のプログラム）（25 件）であった。D タイプ（年に 1 回から数回開催される講演会など参加型ではない家族プログラム）はなかった。その他の家族プログラムとしては、不定期に行っているプログラム、患者と家族と合同の講座、初回者限定の 1 回のみのプログラム（テーマ設定）があった。

（2）プログラムの主な目的

プログラム主な目的（図 1）は、病気や治療についての基本的知識を身につける（35）、依存症に対する適切な対応を身につける（24）が多かった。

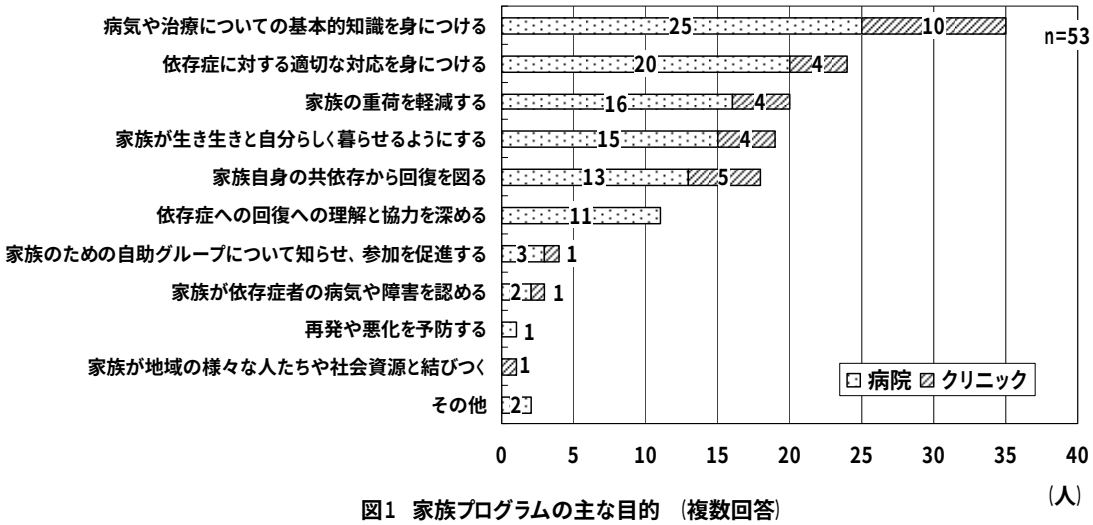

図1　家族プログラムの主な目的　（複数回答）

プログラムの目的の達成評価は、4 段階で、上位 2 項目「達成できている」が 5.7%、「ほぼ達成できているが 60.4%であった。

（3）プログラムの方法

プログラムの方法（図 2）は、グループでの話し合い（39）や体験を語り・聞く（39）といったミーティング形式の方法と、講義・講演（39）、テキスト（26）やビデオ（24）による学習といった講義形式の方法で実施されており、プログラムでその 2 つの方法を取り入れて実施しているところがほとんどである。リラクゼーション、ロールプレイ・心理劇、家族 SST は、病院のみの実施で、クリニックで実施しているところはなかった。

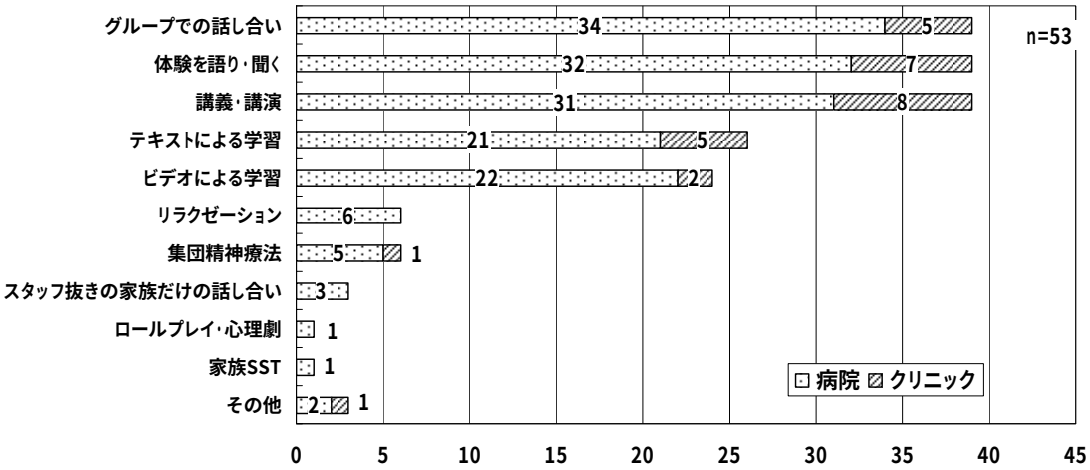

図2　家族プログラムの方法　(複数回答)

（4）プログラムを行う上で困難に感じていること

プログラムを行う上で困難に感じている点（図 3）は、参加者が集まりにくい（28）が最も多く、次いで家族プログラムの知識や情報が不足している（16）であった。「ニーズがない」、「意義がわからない」と感じている者はいなかった。

その他の困難として記載されていた内容は、「施設内での家族プログラムの位置づけや他のプログラムとの連携が弱い」、「スタッフの数が少ない」、「本人の入院中だけ家族は参加するが、退院後継続して参加しない（2)」、「教育のみに終わってしまうこと」、「管理職の理解が得られない（必要性の認識がない)」、「新しい参加者が続かない（2)」、「スタッフが単続で行っている」であった。

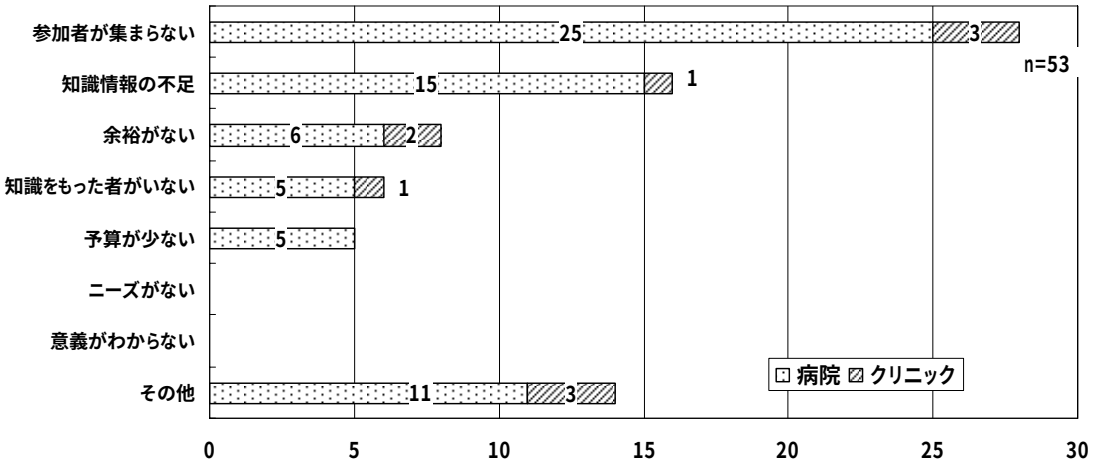

図3　家族プログラムを行う上で困難に感じている点　(複数回答)

参加者が集まりにくいと考えている理由（複数回答）としては、即解決を求める家族のニーズに応えられない（13)、開催曜日の問題（10）開催時間帯の問題（9）が多く、その他の記載では、「家族が必要性を認識できていない（5)」、「家族の理解・協力が乏しい（2)」、「家族の動機づけの問題」、「担当者の力量の問題」、「家族へのＰＲ不足（2)」、「家族が多忙」、「遠方からの人が多い（3)」、「場所が不便なところにある」、「テーマが明確にされていない」、「焦点がしぼれていない」、「主治医が家族プログラムのニーズに対する認識がない」、「個別のフォローが手薄」、「女性が多く、気軽に家をあけられない」があげられていた。

（５）プログラムの充実のために必要と思われるもの

現行のプログラムをより充実させるために必要と思われるもの（図 4）では、スタッフの知識と技術のレベルをあげる（38)、プログラム内容の充実（32)、多様な回復段階の家族の参加（31）が多く、いずれも 5 割～7 割の回答であった。

その他では、「多職種で担当」、「地域への啓発（市民イベントなど)」、「病院内および地域との有機的な連携」、「家族のプログラムの必要性の理解、お誘いの仕方の工夫」、「開催時間の変更」、「家族にプログラムの必要性を理解していただくような個別指導を行う」があった。

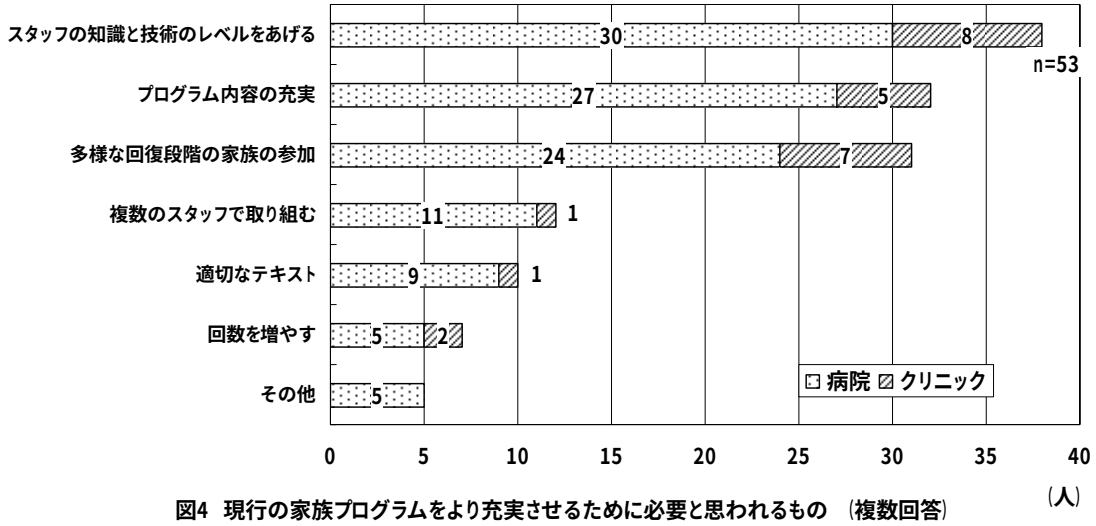

図4　現行の家族プログラムをより充実させるために必要と思われるもの　(複数回答)

（６）プログラムを展開する上で必要な条件と思われるもの

今後、プログラムを新たに展開する上で必要な条件と思われるもの（図 5）では、家族プログラムに関する研修の機会（33）が最も多く、次いで診療報酬の点数化（26)、家族プログラム実践に関するスーパービジョンを受ける機会（22）であった。その他（2）は、「かかわるスタッフの姿勢」、「他施設（クリニック、専門病院、保健所）とのネットワークづくり」であった。

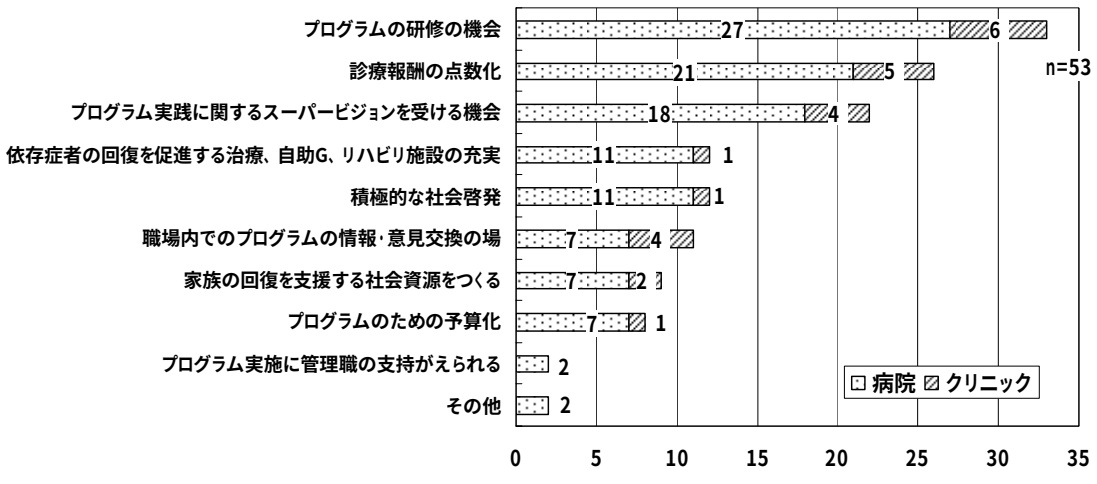

図5　家族プログラムを新たに展開する上で必要な条件　(複数回答)

３．考察

（１）病院とクリニックの違い

病院のプログラムの名称では、「アルコール」とついているもの（アルコール家族教室等）が多いのに対して、クリニックでは「家族教室」、「家族ミーティング」としているところがほとんどであり、このことは、対象者の特性について今回は詳細な調査をしていないので明確ではないが、クリニックの場合は、疾患を限定せずにプログラムを実施していることが推察される。

病院では、プログラムに参加する家族は、本人が外来通院や入院治療の段階にある場合が多く、クリニックでは、通院開始直後のいわゆるビギナーや、本人がまだ外来につながっていないケースも多く含まれると推測される。プログラムの目的として「病気や治療についての基本的知識を身につける」の回答がクリニックでは 100%（病院は 54.3%）であったことは、家族にまずは基本的な知識を持ってもらうことを優先していると考えられる。また、現行のプログラムの充実のために必要なこととして、「多様な回復段階の家族の参加」の回答割合がクリニックの方が高い（クリニック 77.8%、病院 52.2%）ことは、同様に入院治療を終えて、回復段階にある家族がクリニックの家族プログラムに参加する機会が少ないことが考えられる。他の設問の回答では、大きな相違はなかった。

（２）医療機関でのプログラムの実態

医療機関で実施されているプログラムは、疾患の知識を習得し、家族として当事者への対応を学ぶことが、目的となっており、そのために学習を取り入れた方法がとられている。また、自助グループで主となるミーティング方式でのプログラムとなっている。

医療機関であることから、本人がすでに治療につながっているケースが多いと考えられ、家族は、本人に表れている症状が理解でき、治療についての知識を得ることが重要となる。

また、「身につける」目的を達成するためには、教育的プログラムを取り入れる必要があり、医療機関には、医師をはじめとした専門スタッフが常勤していることから、講義形式の実施が可能である。

（３）医療機関でのプログラム担当者が望むこと

担当者は、即解決を求める家族のニーズに応えられないことが、参加者が集まりにくい要因と捉える一方、自身のプログラムの知識や情報が不足していると捉えていることから、プログラムに関する専門知識が得られる手段が明確となり、情報入手が容易となれば、問題が解決する一助になると考えられる。また、家族が必要性を認識できるような働きかけは、プログラムへの導入において必要な介入であるため、プログラムのインフォメーションを、家族に対してどのように行えば、参加するようになるのかなどの知見が必要と考える。

プログラムを行う上で困難と感じていること、充実のために必要と思われるもの、今後の展開で必要と思われるものいずれの設問でも知識情報の不足、知識・技術のレベルアップ、プログラムに関する研修の機会が回答の上位となっており、プログラム担当者が、専門知識を得ることのニーズが明確である。しかしながら、プログラムに関する研修の場は希少であり、参加経験者も非常に少ない現状がある。今後、プログラムに必要な知識、運営の具体的な方法などが示されることを望んでいるといえる。

４．まとめ

医療機関におけるプログラムでは、担当者がそれぞれ方法・内容を工夫し、実践している実態がわかった。研修の機会が少なく、プログラムに関する専門的な知識を得る場や、指導を受ける機会が少なく、担当者の力量にまかされている現状がみられた。

自由記載欄では、「他機関がどのようなプログラムを行っているかを知る機会がない」、「他の施設でどのようなプログラムを行っているか興味がある」との意見が複数あり、本調査の報告が意義あるものとなればと考える。

（文責:小倉邦子）

民間相談機関等における依存症者家族支援プログラムについて

１　「その他」に類別される民間相談機関等の特徴・調査票返送状況

「その他」に類別される機関として、対象とされた機関の母集団は、アンケート送付数23 施設、返送数 14 施設であった。アンケートの返送は依存症関連問題の民間リハビリテーション施設に付帯する相談組織 7 施設、相談業務を主とする民間相談機関 2 施設、一般病院に付帯する相談組織など 5 施設に分けられた。母集団は少ないが、その中で伺えた傾向を概観する。

アデョクション問題や依存症に関する民間リハビリテーション施設は、そもそも依存症本人のリハビリテーション施設であり、家族の相談や支援プログラムをもっているところは少ない。その中で特に薬物依存症のリハビリテーション機関であるダルク（DARC）は、回復者が運営することで知られ、その活動を NPO 法人として全国各地に展開する中、家族支援プログラムも合わせて熱心に実践していることが伺えた。

一般病院等についてはその地域の医療の中でニーズに応えて実践されているらしく、実践の在り方は様々であった。

一方アディクションや依存症を専門とする民間相談機関は、1980 年代から出現しているが、当初から本人が病院等につながる以前の家族を相談の対象にしてきたところが多いことで知られている。そのため、本人へのプログラムと同様に家族支援プログラムをアディクションアプローチ[1]にのっとって実践されてきた。つまり家族が変わり、自分の回復を目指すというスタンスで教育プログラム・グループカウンセリングが実践されてきたのである。その特徴が反映されたアンケート調査結果になった。

２　アンケートの回答結果から見られた特徴

１）プログラムの実施の有無と終了したプログラムの傾向

回答があった中、問１のプログラム実施率は 84.2%であった。問２の実施していない機関の理由は“余裕がない”が中心で他機関に比べて高かった。さらに問３の終了になったプログラムの特徴は、月 1 回以上の頻度で行われる比較的頻度の高いタイプのプログラムを挙げているところが 80%（A・B タイプ合計）であった。その終了した理由は“業務多忙”が他機関に比べてやはり多かった。これらの傾向から、余裕のない民間相談機関等のもつ組織体としての脆弱性とともに、リハビリテーション機関においては依存症本人への支援を本来メインストリームとしている点も関係していると思われる。

２）実施しているプログラム内容

問４の現在行われているプログラムの目的は様々な項目にまんべんなくポイントされ、他機関と比べても特に特徴はない。0%項目として“家族が依存症者の病気や障害を認める”“再発や悪化を予防する”があることから、ある程度依存症の問題を

参考文献

「アディクションアプローチにおける家族療法」p312-317　遠藤優子　『アディクションと家族』22 巻 4 号 2006 年　星和書店

アンケート調査回答抜粋

ここでは、アンケート調査に記載していただいたものを参考として抜粋しています。特に特定のものを奨励するものではありません。また、発行、発売元や内容等について確認しているものでもありません。

問 10 ビデオ

・ASK「アルコール依存症」
・アルコール依存症（GEMCO)
・アルコール依存症への道 1～4 巻
・ビデオで学ぶアルコール依存症 1～3 巻
・ジェムコビデオライブラリー「女たちの回復」「回復プロセスと再発予防」「助けを求めない人をどう援助するか」
・ジェムコ　シリーズ　アルコール依存症 1～4/理解のためのガイド　アダルトチルドレンとは何か　健康に生きよう Part2 薬物乱用と家族
・ASK　アルコール依存症への道　4 巻　シリーズアルコール依存症　4 巻
・ジェムコ出版、シリーズ：アルコール依存症
・アルコール依存症への道　第 3 巻　「共依存症」　アルコール依存症とその家族　本人への誤った対応が回復を妨げている
・アスクのビデオ　計 10 本　断酒会の大会ビデオ
・シリーズ「アルコール依存症 DVD5 巻セット」ASK
・ジェムコ　アルコール依存症家族の心理、アルコール依存症者の心理　「薬物依存症回復への道全 3 巻」　セルフ・サポート研究所「薬物依存」　APARI　「薬物依存と家族への支援　(講師西川京子先生)Freedom　薬物依存離脱指導用教材「リカバリー・ストーリー全 5 巻」法務省矯正局
・NHK 教育で放送されたもの
・シリーズ「アルコール依存症」①～⑤、アルコール依存症への道①～④、回復プロセスと再発予防、NHK ハートをつなごう　シリーズ「依存症」。
・各地で開催された断酒会のブロック大会等の中の体験発表を集めたビデオなど。
・アルコール依存症　1～5 巻
・アスク、「助けを求めない人をどう援助するか」「アルコール依存症からの回復」
・古いアルコール依存症特集番組の録画ビデオ
アルコール依存症の概要（中央法規出版）①　アルコール依存症（（株）メディアパーク）①～⑤
・薬物依存症回復への道、なくした自由、DRUG 等
・「さらば、哀しみのドラッグ―No という勇気を持とう」

・「ダメ。ゼッタイ。薬物乱用 SOS！」（麻薬・覚せい剤乱用防止センター）
・「薬物乱用」（一橋 DVD シリーズ）
・「薬物依存～孤独そして絶望からの脱出」（APARI)
・ASK ヒューマンケア作成のビデオ

問 10 テキスト
・ASK（家族に贈る回復の法則 25
・独自のもの
・オリジナル
・家族プログラム担当者が作成したテキストを使用「（タイトル）依存症～アディクション～を学ぶ」
・当院作成の教育プログラム用テキスト　AFG 用テキスト
・家族の回復（25 の法則）　アルコール依存症を知る
・「アルコール依存症を知る」森岡　洋著
・当院で独自に作成したもの
・アスク・ヒューマン・ケア研修相談室編　アルコール依存症家族のためのミニ講座
・家族に贈る「回復の法則」25　森岡洋著　あなたが変わる　家族が変わる　猪野亜朗著
・be!　本から必要なところを抜粋
・各講師がそれぞれテキストを作成し
・自作のもの
・当院で作成したもの
・主に Be の特集記事を、参考資料として利用させていただいてます。
・「アルコール依存症を知る」ASK　これらを参考にオリジナルのレジメを配布しています。
・スタッフが作成したもの
・フリーダム家族プログラム「薬物依存症の家族・友人のためのグループワーク」西川　京子フリーダム
・狩野亜郎著 ASK1992 年　夫婦で読むテキストあなたが変わる、家族が変わる、アルコール依存症からの回復
・アスク「回復の法則 25」
・オリエンテーション G 用、オリジナル
・オリジナル
・ASK「アルコール依存症を知る!」
・ASK「家族に贈る『回復の法則』25」
・ASK「回復のためのミニガイド」"
・家族が幸せを取り戻すとっておきの方法　今日一日のアファメーション　Be!

・「家族」が幸せを取り戻すとっておきの方法
・家族に贈る「回復の法則」25
・アルコール症を知る"
・家族の為にかかれたもの、本、ビッグブック、12&12 etc
・ご家族の薬物問題でお困りの方へ　(厚労省)
・フリーダム家族プログラム「薬物依存の家族の為のグループワーク」
・アパリ作成のテキスト
・特に定まったものはないが、基本知識のレクチャーにて当センター所長(精神科医)が講師の時にテキスト的資料を配布する。
・「薬物依存症～家族のためのハンドブック」（当センター作成）
・アルコール家族教育プログラムテキスト、薬物家族教育プログラムテキスト　都立精神保健福祉センター作成
・独自テキスト、タイトル「アルコール・薬物問題家族講座テキスト」
・フリーダム家族プログラム　薬物依存症の家族・友人のためのグループワーク等
・「ご家族の薬物問題でお困りの方へ」(厚労省作成)
・「ご家族の薬物問題でお困りの方へ」（厚生労働省）、「ダメ。ゼッタイ。」（厚生労働省～薬物乱用防止読本）
・APARI（アジア太平洋地域アディクション研究所）が開発した「薬物問題を持つ家族のため家族教室」
・オリジナル・テキストを作成
・ASK ヒューマンケアの本及び『Be』を適宜利用

問 10 参考資料
・ASK（・あなたが変わる。家族が変わる。・アルコール依存症を知る！
・オリジナル
・チャコのアサーティブ講座「伝えてますか、あなたの気持ち」・「自分のために生きていけるということ」
・アルコール中毒（なだいなだ）、家族への希望と哀しみ（大河原　昌夫）他多数あり
・自家製のもの（手製のもの）
・当院で独自に作成したもの
・森岡洋著「アルコール依存症を知る」　「アルコール依存症　家族に贈る　『回復の法則』25」
・家族教室のすすめ方（後藤　雅博編）・金剛出版
・担当ソーシャルワーカー作成の資料
・be!!　その他の本
・アルコール依存症　家族に贈る　回復の法則 25　森岡　洋氏著

・西川京子先生の薬物教室のテキスト　これらを参考にオリジナルのレジメを配布しています。
・アパリ・フェローシップニュース、アルコール依存症を知る。Be、家族に贈る回復の法則 25、家族への 14 のアドバイス　その他
・アスクの'Be をはじめ、アルコール依存症に関する書物の中から、抜粋・コピーして使っている
・資料を使って「家族教育」をするのは、最初の 30 分程度
・「ご家族の薬物問題でお困りの方へ」厚生労働省　「薬物依存者の家族がなすべきこと」大阪ダルク
・Be!
・プリント
・オリジナル
・よく分かるアルコール依存症（森岡　洋)、誌上アル中教室（森岡　洋）
・「Be!」
・各機関のパンフレット類
・12 ステップ（AA)
・ダルク（京都・鳥取・岐阜）通信、あまびき、ふぁみりー通信、APARI 通信等、タフ・ラブ
・薬物問題相談員マニュアル　薬物問題を持つ家族のための家族教室の進め方(スタッフ用マニュアル)
・全国薬物依存症者家族連合会資料（他に薬物依存・アルコール依存・ギャンブル依存等に関する図書の貸し出し）
・適宜参考になる資料をコピーし配布
・ASK ヒューマンケアの本及び『Be』を適宜利用

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 A)

訪問調査担当者　小倉 邦子

訪　問　年　月　日	平成 21 年 12 月 5 日（土）
プログラム実施機関施設	A　病　院
プログラムの名称	アルコール（薬物）家族会 1）学習会　　9:30～10:30 2) ミーティング　10:45～12:15
調　査　協　力　者	精神保健福祉士　3 名（男性 2 名、女性 1 名）

１　A病院の概要

A病院は、1981 年に開設された精神科病院である。周囲は緑が多く、自然環境に恵まれた場所に位置している。390 床で 7 病棟あり、そのうちの 1 つが、アルコール（薬物）依存症専門病棟である。アルコール専門外来の診療を行っている。院長が掲げる病院理念は、「患者様が安らぐことと社会復帰を目指すことのお手伝いをすること」である。医療相談室が設けられており、精神保健福祉士が多様な問題の相談に対応している。

２　A病院における依存症者家族支援プログラムの概要

アルコール（薬物）家族会プログラムは、1990 年頃から開始され、実施形態の多少の変化はあったが、現在は、月 2 回、第 1、第 3 土曜日の午前中に行われている。前半が学習会で、後半がミーティングである。

家族会のご案内の呼びかけ文には、「受診につながった本人は、依存症という病気について学び、自分とアルコール（薬物など）との付き合い方を見直していくと思います。今、みなさんがこの病気に対する理解を深めることは、本人とどういう付き合い方をしたらよいかを考えるヒントになると思います。また、家族自身が精神的な健康さを取り戻すことは、本人の治療にもプラスになることが期待されます。」と記されている。

参加者は、10～20 名である。参加者は、ほとんどがアルコール依存症者の家族で、当事者が夫である妻が、最も多く、他は、母親、父親、兄弟等である。夫の立場で参加する者は希少である。

担当は精神保健福祉士 3 名（医療相談室所属 2 名、デイケア所属 1 名）である。家族会の費用は無料である。参加者は、休憩時のお茶代を献金箱に 100 円程度入れている。

（1）　学習会　9:30～10:30　60 分

依存症について、病気の特徴や本人との関わりについての基本を学ぶ目的で、講義形式

で実施している。4 回 1 クールになっており、テーマは、①家族自身の影響・回復について、②依存症の特徴、③基本的な対応、④家族全体の健康について、である。ビギナーを対象としており、スタートは①からに限定されておらず、参加時から開始してよく、2 クール終了した者は、ミーティングのみの参加としている。学習会のテーマのスケジュール表があり、いつどのようなテーマであるかが、明示されており、1 回のみの参加も可能としている。

テキストや配付資料を活用し、必要に応じて、スライドやビデオ等の視聴覚教材も使用している。講義の後で、質疑応答の時間を十分とっており、参加者の個別の質問にも応じられるようにしている。

（２）休憩　10:30～10:45　15 分

スタッフの方で、コーヒー、紅茶、日本茶他（普通の物の他に、スティックタイプのアレンジコーヒーやフレーバーティのティバック等)、様々な種類の飲み物が準備されており、参加者は、楽しんで選んで一息つく時間となっている。ここで、学習会に参加しているビギナーの家族と、ミーティングのみ参加の家族が合流するため、ミーティング前のウォーミングアップや出会いの場となっている。このお茶代は各自が任意で献金箱へ入れている（100 円程度)。スタッフも一緒に談笑している。

（３）ミーティング　10:45～12:15　90 分

主旨は、家族が周囲にはオープンにしにくい依存症に関わることの悩み等を話せる、他の家族の体験談を聞ける時間の提供としている。

初回参加者には、アルコール（薬物）家族ミーティングについての説明が書かれた用紙（2009 年 4 月作成）が配布される。それには、家族ミーティングとは「①私たちは、依存症と関わる中で、本人の問題解決を常に考え、時に先回りしたり、代わりに後始末することで、事態が変わることを期待します。しかし実際には事態はより深刻になることも少なくありません。②私たちはその結果、自分自身の健康を害してしまったり、自分の生活を大切にすることが難しくなったりします。③私たちは、本人との関わり方や、自分自身の生活を大切にすることを考えるために、定期的にここでミーティングをしています。これ以上悪い状態へと自分を追い込まれないため、自分に起きたことをここで話しています。④私たちがここで行うミーティングは、1935 年にアメリカで始まったＡＡ（アルコホリクス・アノニマス）という、アルコール依存症者のための自助グループのやり方をお手本としています。自助グループについて情報が必要な人は、ミーティング終了後にスタッフへ申し出て下さい。」と記されている。裏面には、ミーティングのルールとして「①このミーティングでは、スタッフが司会をしています。テーマが司会から告げられますので、自分の体験したことをお話して下さい。②このミーティングでは、ひとりひとりの参加者が大

切な存在です。他の人が話している時は静かに聴いて下さい。ここは議論する場所ではありませんので、批判や、助言することもしないで下さい。また、時間を独り占めしないよう、話す時間への配慮をお願いします。③この場で話されたことは、外へ持ち出さないで下さい。（中略）ただし、治療上の目的から、院内スタッフ間で共有することがあります。④ミーティングを妨害する行為がある時には、スタッフが退席を求める場合があります。」とあり、ミーティングの始まりに司会者（スタッフ）が再確認をしている。

2グループに分かれてミーティングを行っており、配偶者のグループ、その他（親、兄弟、夫等）のグループで分けている。部屋は別になっており、互いのグループの声は聞こえない。ミーティング終了後、必要に応じて、スタッフが短時間で個別の関わりを持つ場合もある。

（4）スタッフによる振り返り、記録　12:30～13:00

学習会、ミーティングを通して、スタッフで振り返りを行い、記録する。

学習会に関しては、資料や視聴覚教材の妥当性や改善点を討議し、次回への方策とする。実施中の参加者の受講状況や様子から、理解度を判定したり、参加者の心理状態についても話し合う。

ミーティングに関しては、気になった態度や言動について丁寧に話し合う。そのことにより、家族の現在の状況を判断し、方向性を考えていく。また、前回までの参加者を確認し、欠席している家族に関して査定し、連絡の必要性等も検討する。

３　プログラム担当者からの聞き取り

担当しているＰＳW3名の本プログラムの経験年数は、9年、1年半、1年であり、9年経験している担当者が、リーダーとなって、主導的役割を担っている。

家族プログラムで大切にしていることは、家族自身が自分のことを自分で決めていけるように支援していくことである。回復している家族は、自分にスポットを当てることができている。回復の方向性を見つけていくことが重要である。自分たちの活動は、アラノンなどの自助グループとは異なると考えている。

課題と感じていることでは、家族の中には、家族会に参加することが目的化してしまっている者がいるように感じ、成長が滞っているのではないかと懸念している。また、ミーティングで、過激な発言や個別性の高い内容の話をする者が、初期段階の家族に与える影響をどのように考えるかと、その対処で苦悩することがある。

Ａ病院は公的機関ではなく、一民間病院であるのだが、行政では家族支援については事業がないため、その役割を担っている。本来もっと行政が機能するべきなのではと考え、行政に対して少しずつ働きかけを始めているところである。

家族プログラムを担当していて、本人からだけだと見えてこなかったことが、家族を通して明らかになってくる過程を体験でき、本人・家族の支援に結びつけていけることは、やりがいを感じることのひとつである。また、プロクラムを担当し、家族と接し、ミーティングを行う中で、自己成長を実感できている。

現在、家族がプログラムに参加するのは無料であり、スタッフは業務として実施しているが、このことは、今後経営等の状況によっては、実施困難になる可能性があり、診療報酬に組み入れられることが望ましいと考えている。

４　参与観察

スタッフが３名共に、熱意と意欲を持って、プログラムを運営していることが伝わってきた。参加者がスタッフに信頼を寄せているのがわかった。

前半の学習会は「家族の回復について」がテーマであった。テキストと配付資料を使い、パワーポイントを用いて説明がなされていた。パワーポイントは、毎回見直しをして作り替えるということで、わかりやすく工夫がされていた。学習会の参加者は３名で、対象疾患はアルコール依存症であった。退院後に外来通院中の夫、やっと外来に繋がった夫のいる妻であった。不安を抱えた状態で参加している妻がおり、質疑応答の時間を設けて、様子をみながら対応していた。初めは視線すら定まらない不安定な様子だったが、少しずつ近況等を話し、落ち着いていった。

後半のミーティングは８名で、配偶者のグループ４名、その他のグループ４名であった。年末が近づいていることもあって、テーマは「年末年始」であった。お正月は、お酒を飲む時期であり、今後の不安を口にしたり、過去を振り返って、これまでの苦い体験を話したりしていた。司会のスタッフも、メンバーの一員として発言していた。司会はグループの人数により、司会のみを行う時と、メンバーとして話をする時と、時間運営によって決めているとのことであった。振り返りの時に、司会は、メンバーとして話すべきなのか、司会進行に徹するべきなのか、利点欠点について話し合われていた。結論としては、臨機応変に対処していく方向であった。メンバー構成によって、スタッフの話が与える影響を考えるべきだという意見が出ていた。

終了後のスタッフの振り返りは、非常に熱心に取り組んでおり、家族個々に対して洞察するとともに、プログラム運営のさらなる改善を検討していた。

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 B)

訪問調査担当者　小倉邦子　岡崎直人

訪　問　年　月　日	平成 21 年 12 月 8 日（火）	
プログラム実施機関施設	B　病　院	
プログラムの名称	①　ビギナー・プログラム	9:30～11:00
	②　オープン・ミーティング	14:00～15:00
	③　アルコールファミリーグループ	15:00～16:30
調　査　協　力　者	①　M 看護師　②　I 精神科医　③　S 精神保健福祉士	

１　B 病院の概要

B 病院は明治時代に開設された、100 年以上の歴史のある大変古い病院です。精神科単科の病院ですが、アルコール依存症専門病棟の開設も今から 30 年前で、アルコール医療へも古くから取り組んでいます。

入院治療については、原則として 12 週間とし、以下の 3 期に分けられています。

１期　アルコールで痛んだ身体面の障害を治すこと（解毒プログラム）２週間

２期　アルコール依存症についての知識、並びに断酒のための方法を学習すること（リカバリープログラム・・・酒なしの生活習慣の確立）

３期　「しらふの自分」を体験し、新しい行動や対処の仕方を学習すること（再発予防プログラム・・・ストレス対処方法の確立）　２期と３期を合わせて１０週間

外来治療はアルコール初心者プログラムとデイケアの２つに分かれています。

アルコール初心者プログラムは、外来治療を始めた人のためのプログラムで、アルコール依存症が医学的な病気であること、治療可能であること、回復可能であることを知っていただくことを目的とした、教育ビデオと医師による講義からなる「心理教育プログラム」です。

デイケアは、外来通院中あるいは退院後の患者さんが地域社会で生活しながら、抱えている症状や問題を仲間と共有し、本来持っている自分の力で社会生活が送れるよう支援することを目的に、週５日で集団療法を中心に様々なプログラム提供を行っています。

これらの他に、「ギャンブリング（病的賭博）初心者治療プログラム」として、ギャンブリング依存症や債務依存からの回復のために本人、家族、関係者に対して教育プログラム（4 回 1 クール年 3 回)やグループ･ミーティングを毎週木曜日の午前中に開催しています。

２　B 病院における依存症者家族支援プログラムの特徴

B 病院の依存症家族プログラムにはいくつかの特徴があります。

まず、アルコール依存症者本人の入院・外来治療とプログラムを共有している点があげられます。毎週火曜日に行われる３つのグループのうち、最後に行われるアルコールファミリーグループ以外の２つのプログラムであるビギナー・プログラムとオープン・ミーティングは入院中・外来通院中のアルコール依存症者本人と一緒のプログラムです。

次の特徴は、今述べたとおり、毎週火曜日に家族の出席するプログラムが集中していることです。

最も特徴的であったのは、家族自身に目を向けてもらうためのやり方を徹底している点です。ミーティングの中では、姓ではなく下の名前（ファーストネーム）で名乗っていただき、「私は」という話し方で話すことを勧められており、このやり方は初回参加の家族から徹底しています。

３　ビギナー・ミーティングの概要

ビギナー・プログラムは、毎週火曜日で、午前は、9 時 30 分から 11 時までで、集団療法室で行われており、前半はビデオ学習、後半は家族のグループミーティングです。まず、入院患者、外来通院患者、家族が一緒にアルコール依存症についてのビデオ学習をします。ビデオの内容（③のみビデオではなく、講義）は、6 回で 1 クールになっており、①アルコール依存症とは、②アルコール依存症者の心理、③薬剤師からの薬の話、④家族の心理、⑤アルコール依存症からの回復、⑥酒なし生活術です。その後、短い休憩をはさんで、家族は家族限定のグループミーティングに参加します。家族は、本人が治療開始していない段階でも参加可能です。デイケアスタッフ(NS,CP,PSW)が進行を担当し、初めて参加する家族には、「グループミーティングのご案内」という説明書（A4 用紙 1 枚）が配布され、ミーティングの必要性やルールが示されています。

４　オープン・ミーティングの概要

オープン・ミーティングは、毎週火曜日の１４時より１５時に行われている。アルコール依存症病棟の入院患者や外来通院患者と一緒にその家族も出席する、５０～６０人の大集団の心理教育プログラムです。

１２のテーマ別の講義で１クールであり、「アルコール・薬物依存症の基礎と応用」というテキストが用いられており、テーマは、１アルコールについて、２アルコール依存症について、３その他の依存、４依存の心理について、５合併症について～①、６合併症について～②、７依存症の進行、８家族について～①、９家族について～②、１０自助グループについて、１１通院治療について、１２抗酒剤について、となっています。１２回のうちの１０回を院長である精神科医（Ｉ医師）が、後の２回を他の精神科医が担当しています。

開始されたのは昭和５３（１９８８）年のアルコール依存症専門病棟開設からであり、当

時からＩ医師(現在は院長)が担当し、３０年間続けています。

５　オープン・ミーティングの参与観察

オープン・ミーティングは１４時より、病院の４階の５０～６０名も入る大会議室で行われました。入院・通院中の患者さんがいるので、男性が多かったのですが、家族の立場のからもかなりいらっしゃいました。

Ｉ院長の講義は、３０年間続けていることもあり、大変に熟練されたもので、テキストと一緒に「なぜ相互援助(自助)グループは必要か」という１枚のプリントが配られ、それに基づいて、講義が進められました。マグヌス・フスというスウェーデンの医師による「慢性アルコール中毒」という概念の提唱（１８４９年）から始まり、ＡＡの開始（１９３５年)、アメリカの医師会による「アルコール症が一つの病気である」という宣言（１９５２年）や日本での久里浜病院アルコールセンター設置や断酒会発足（１９６３年)、日本ＡＡ活動開始（１９７５)、厚生省(当時)による「アルコール依存症」の定義(１９７７年)という歴史に触れながら、自助グループの意義について説明されました。この講義で強調されたのは、齋藤學先生が唱えた、アルコール依存症の回復に必要なものは病気になった者同士を結びつける｢問題縁｣であるということです。

Ｉ院長の講義は、参加者を良い意味で挑発して、関心を高めていました。　断酒の三本柱である「自助グループ、通院、抗酒剤」について説明する時も、「回復したくない人はこの三つをしてはいけません。回復したくない人はこの中にもいるでしょう？」と逆説的に訴え、参加者の中からは「回復したいですよ」という発言も聞かれました。

講義が一段落すると、入院・外来の患者さんやその家族など、オープン・ミーティング参加者の全員が最低一言は発言することになっていました。多くの参加者は「ありがとうございました」と言うだけでしたが、Ｉ院長はそのような一言の発言にも丁寧に「ありがとうございました」とか「こちらこそ」といったように答えていました。中には「ＡＡの創設者のビルはユングに手紙を出して・・・」と言うような発言をする患者さんもいましたが、Ｉ院長はそうした発言には、さらに丁寧に答えており、そのやりとりが自然と心理教育になっていました。

プログラムの終了後、Ｉ院長からお話を聞きました。地域との関係では、県内さらには近隣も含めて、B 病院はアディクション治療の中心医療機関となっているが、他にアディクションの治療に取り組む医療機関がなく、行政機関からも医療機関からも頼られすぎているのではないかと感じているということでした。

家族プログラムに関しては、多忙なためにプログラムのファシリテーターの質を向上させるような振り返りや研修の機会がないので、それを課題と思っているということでした。

６　アルコールファミリーグループ（ＡＦＧ）の概要

アルコールファミリーグループ（ＡＦＧ）は、１５時分から１６時３０分まで、病院の１階の集団療法室において、精神保健福祉士によって、家族限定で行われています。

このグループは、アルコール依存症者本人が未治療である家族だけの参加も可能にしています。その点は、「アルコール家族グループの目的」というプリントにも次のように書かれています。

「グループの目的　さて、最後に、このグループの目的についてお話したいと思います。このグループは、アルコホリックのお酒をやめさせることを目的にしたグループではありません。家族が自分の人生をとり戻し、今より少し楽に生きていくことを目的にしています」

グループは、最初にルールを確認することから始まりました。このルールは「グループ・ミーティングのご案内」というプリントに次のように記されています。

「安全な場として維持するためのルール　ＧＭ（グループ・ミーティング）という場が参加者全員にとって、安心でき、安全でなければなりません。そのために、いくつかのルールがあります。①秘密を守ること　②終了後に参加者どうしで内容をむしかえさないこと　③暴言・暴力はだめ　④他人の問題に助言したり、あるいは欠点を指摘するのではなく、自分の考えや感情を言葉にしましょう。」

７　アルコールファミリーグループ（ＡＦＧ）の参与観察

アルコールファミリーグループ（ＡＦＧ）は、オープン・ミーティングに引き続き、行われています。（当日はアルコール専門病棟から看護師１名が院内研修の形で参加していましたが、普段は精神保健福祉士１名で行うそうです。）参加者は１０数人で１名が男性（父親）でしたが、他は妻の立場の人が一番多く、次いで母親や兄弟（姉妹）の立場でした。

このグループのミーティングの参加者には、午前中のビギナー・ミーティングの参加者に比べ、何年間もの長期に渡って参加している人がいました。彼女たちは依存症者本人の話ではなく、自分の考え・感情・行動・生活などについて、はっきりと語れているので、ミーティングにつながったばかりの家族にとって、良い役割モデルとなっていると思われました。この日初めて参加した家族も、午前中のビギナー・ミーティング、オープン・ミーティングに出席し、この日最後のアルコールファミリーミーティングでは、アルコール依存症者本人へのとらわれから抜け出た家族の話からもさらに影響を受け、新しい視点に立つとはどのようなことかを少しずつ理解し、自分でも実践してみようという気持ちになってこられたことが、発言からもうかがうことができました。

参与観察をさせていただいた私たちも、家族の一日の変化を目の当たりにし、改めて家族プログラムによる心理教育の効果的であることが実感できました。

プログラム終了後、Ｓ精神保健福祉士のお話を聞きました。精神保健福祉士の役割として、グループとして行っている家族プログラムに、個々の家族が乗っていけるような支援を個別で行っているというお話が印象的でした。

８　参加費用と記録に関して

午前中のビギナー・ミーティング、午後のオープン・ミーティングとアルコールファミリーミーティングは家族の出席に関しては、それぞれ１回１，０５０円の保険外の費用がかかります。病院の受付事務でチケットを購入して、参加の際にスタッフに渡す形を取っています。

グループの記録に関しては、保険外ということもあり、簡素にしているということでした。

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 C)

訪問調査担当者　山本由紀・谷部陽子

訪問年月日とインタビュー時刻	平成 21 年 12 月 2 日
プログラム実施機関	C 病院
プログラムの名称	アディクション問題家族懇談会
調査協力者	女性精神保健福祉士（経験 20 年以上）

１　C 病院の概要

1990 年に開設された病床数 107 床（うち閉鎖病棟 9 床）のアルコール・薬物依存症専門治療施設である。温泉町に近い山里にあり、病院内に温泉施設が整っている。入院形式は原則として任意入院で、入退院自由であるため、1 ヶ月約 50 名の入退院がある。平均入院期間は 50 日程度で、入院患者の年齢は 10 代から高齢者まで広く分布、特徴として半数が女性患者となっている。

本病院は家族への治療や援助を重視しており、治療の中心は、家族療法と集団療法にある。依存症問題に付随した家族問題や家庭内暴力などにも対応し、家族の入院にも応じている。ただしシェルターがわりにならないようにしている。（調査協力者コメント）

また、自助グループとの協力を重視し、ＡＡほか約 20 の自助グループとの交流があり、メッセージ G も充実している。

病院スタッフは、５人の常勤精神科医、8 人の非常勤の精神科医、6 人の常勤ソーシャルワーカー、約 50 人の看護スタッフ等この規模の病院としてはかなり充実している。

２　C 病院における依存症者家族支援プログラムの概要

①　病院の家族支援の姿勢

基本的にアルコール・薬物依存は本人だけでなく家族への働きかけをする必要があると考え、家族の相談・カウンセリング・教育・治療に力をいれている。家族は本人がまだ病院に受診していない段階から相談でき、家族向け入院とは別に、遠方の方などのための研修宿泊施設が備わっている。

②　プログラムの構成

家族プログラムは充実しており、院内家族会は毎日あり、集団家族療法は教育プログラムを含めて週 4 日行われている。さらに家族の立場の回復者、摂食障害回復者、アダルト・チルドレン回復者などからの家族へのメッセージ G がある。

③　集団家族療法

教育プログラムと懇談会形式のグループワークからなり、教育プログラム 3 回を 1 セットとし、終了してから懇談会形式のグループワークに移行する。

月～木　9:30～11:30（1:00 すぎまで開催していることが多い）

懇談会に出席する家族は外来受診し、診療費を支払う。平均参加人数は 20 名ほどで、参加の仕方は週 1 回参加～週 3 回といろいろである。

対象は、本人未登場・入院中・外来通院中の家族で、本人の問題は単一の依存症でないクロスアディクトが多く、その両親の割合が高くなっている。親であってもその配偶者に嗜癖の問題があることも多く、親子・夫婦という縦横の関係性を考えるグループとなっている。

④ プログラムに対する理念

依存症は本人だけのアプローチでは不十分であり、家族の病であるということ。グループでは共依存という概念を重視している。

⑤ 複眼的な視点を持つプログラム実践

基本的には共依存という切り口で家族の当事者性に働きかけていくが、本人が未登場の段階ではインターベンションを行い、そのプランも一緒に考える。

また、インテークの段階で DV をアセスメントできるケースは、DV ルートの支援も行うが、ここに参加する家族は DV だけを扱うわけにはいかず、依存症家族におきる DV ととらえていく。また、DV 被害者自身がアルコールなどの依存症である場合は依存症の治療をすすめながら、必要に応じて家族の関係性を考えていくために懇談会をすすめることもある。

3　調査協力者（参与観察したグループの司会者・プログラム担当者の 1 人）のインタビューより

・プログラムを継続する上で

調査協力者は開院して以来 19 年間家族懇談会を担当している。「メンバーについては家族の方からの電話の問い合わせに応じ、必要に応じてプログラム参加をすすめているが、今のところメンバーが少なくなることはない。グループで、どんどん“いい見本”、“違う手本”、“先の姿”を見てもらう。その中にあって担当者も女性の生き方という点で刺激を受けており、そうした素の“私”を調整しながら出していこうというスタンスにあり、グループは面白い。」とのことだった。

・グループの課題

「課題は診察のためにメンバーがグループを中座することがあること。これは診療としているので、やむをえないと思っている。また、一人で担当しているので、そのリスクが課題だが、グループの多さとスタッフの人数の関係でこれも仕方ないと考えている」という。

さらに個人的な悩みとして、共依存症者のグループなのに、病院であることの役割から、本人のインターベンションという操作的なかかわりを考えるところにジレンマを感じることがあるとのことだった。

・スタッフ（ワーカー）の教育研修

調査協力者はプログラム開始前、民間相談機関にて家族グループカウンセリングの研修を受けた経験がある。グループについて、このやり方でいいのかという迷いはあり、集団精神療法のスーパービジョンを受けたこともある、とのことだった。

グループ担当者のうち、ワーカー職の者は久里浜病院アルコール依存症研修（精神保健福祉士コース）をほぼ全員経験しているほか、日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会で実践していたグループスーパービジョンにも参加したメンバーがいるとのことだった。結局グループは個性で実践する部分もあるので個人それぞれが研修活動を積み重ねていると話された。

さらに今後の研修として「アディクショングループの情報交換会やミーティング研修などで、他のグループを見てみたい。また、アディクション家族向けの SST など実践しているところがあるのでぜひ勉強したい。」と話された。

・ワーカー集団

「家族支援を手分けして担当するワーカー集団は率直にものがいえるムードを大事にし、支援しあうよう働き掛けている。定期的な事例検討、新規ケースの検討のほか、月 2 回精神科医をバイザーにしたスーパービジョンをワーカー集団で受けている。」とのことだった。

４　アディクション家族懇談会参与観察

病院１階外来診察室にならんだ会場にて、ロの字型にならんだテーブルと、座りきれないメンバーは壁際に並んだ椅子を使い、１６名のメンバーが１人のスタッフを囲むようにして座り、グループが開始される。司会者（調査協力者）はグループのルールをていねいに説明したあと、自己紹介が行われた。「共依存症の〇〇です」「摂食障害とクレプトマニアの親の〇〇です」とそれぞれ自分の肩書を語り、中にはアノニマスネームを使っていたメンバーもいた。最後に調査担当者も自己紹介をした。一人一人の I メッセージによる語りを中心にしているので、本人の問題がなんだかはっきりはわからない。が、どの家族も単一の問題というよりはクロスアディクトで、配偶者・子供に複合的に問題があることが伺えた。

司会者の隣から左回りの順にメンバーが近況を語る。どうやらなんとなく定席があるようで、最後の方に比較的新人が座っていた。グループは成熟しており、本人の問題をとうとうと語るメンバーはなく、自分の共依存性を基本にすえ、そこから本人への対応や考えたことを語るメンバーが続いた。一人新メンバーで本人の問題中心に終らない発言が続きそうになったが、司会者が「またそれは後で個別で」と柔らかく介入されていた。語りが終ると司会者は、そのメンバーへていねいにコメントを返し、時にはそのメンバーと司会者の対話になり、時には他のメンバーからのフィードバックを誘う。他のメンバーからは自発的なフィードバックもあった。習慣的に１時間程度オーバーになるようで、本日も３

時間前後かかった。一順したあと、調査者２人にもどうぞと声掛けがあり、グループでの感想を発言して終る。時に笑いと涙と緊張がある雰囲気のグループであった。メンバーの中に診察を呼ばれて中座する人がおり、調査者はその出入りが気になったが、メンバーたちは動じていなかった。

５　調査担当者所感

アクセスの不便な病院で、最寄り駅から病院の送迎車でいくしかない地方の山なかにあるのに、家族懇談会のメンバーには遠方から来る人を含め常に一杯であるようだ。丁寧なグループへの誘いやオリエンテーション、宿泊施設があることもさることながら、遠方から２時間以上かけて車で来る者、仕事を調整して来る者等を肯定し、高い動機づけとワーカービリティへの信頼に働きかけていたように見える。宿泊施設は、地の不利を利に転じて、ゆっくり相談したりグループに参加する機会を体験することに一役かっているように思われた。

家族を外来診療対象とすることは、共依存症の〇〇ですと自己紹介していたこと等この場合は自身の共依存という当事者性を検討していくことに寄与しているように見えた。

グループのキーワードとしてメンバーや司会者が取り上げていたことは、共依存行動や相手とバウンダリーのない関係、その気づきと変容、世代間伝播、暴力への対応等であった。司会者はメンバーの話にコメントを返す時、変化に価値を置き、バウンダリーを引きなおし、白黒思考をゆるめ、認知の変容をはかっていたように見えた。また、本人の問題を“問題”としてでなく、家族関係や自分のことを考える機会を提供してくれたものとして理解することを強化していた。まさに家族療法的視点を提供していると思われた。さらに、共感性に基づくよいモデル・先ゆくモデルとなるメンバーの発言を誘うなど、グループの力動を上手に使っていたように見えた。メンバーの中には司会者の方向に過剰適応気味の者もいたが、司会者はそれを見分けて扱い、等身大の発言を励ますなど、“今ここで”起きている力動を積極的に使っていく様子が見えた。全体としてアディクションアプローチに基づく手法が幾重にも伺えた。司会者は個人の魅力にあふれ、メンバーとの信頼関係ができていることもメンバーの発言からわかった。

こうした技術は積み重ねてきた実践経験と折々受けたスーパービジョンもさることながら、アディクション専門の民間相談機関で受けたグループ研修で得たことが大きいと調査協力者はインタビューで答えている。これらを後輩たちに伝えていけたら、と言っていたが、アディクションアプローチによるグループワークの技術が学習・伝達可能なものであることをあらためて認識した。

家族支援プログラムの課題についてだが、病院での実践という構造上の問題と司会をつとめるワーカーの心のうちの葛藤に分けられた。だがこれすらも、高い専門性を感じた。ソーシャルワークはラインワークではない。状況に対し、ジレンマを抱えたところで自由裁量をもって仕事をするわけで、その葛藤を意識できているところに専門家としての姿が

あると思う。

調査者が気になったのはグループの構造上のスタッフへの負担である。３時間前後のグループをこの司会者は週２コマを担当していること、グループを１人で行っていることの負担とリスクはどうマネジメントされているのか気になった。

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 D)

訪問調査担当者　武澤　次郎・井上　綾子

訪問年月日とインタビュー時刻	平成 21 年 12 月 2 日（水曜日） 9 時 30 分～10 時 30 分
プログラムの名称	教育プログラム
調査協力者	室長

１．調査実施先 D の概要

調査実施先 D は 1992 年に開設された有料の民間相談室である。嗜癖問題（アルコール依存症、薬物依存症、摂食障害やギャンブル癖、浪費癖、共依存など)、思春期問題（不登校、家庭内暴力など)、夫婦関係・家族関係問題で悩む本人や家族を対象としている。

個別カウンセリング・グループカウンセリング・教育プログラムを 3 本の柱とし、システム家族療法の視点をもとに、必要時には医療機関・関係諸機関との連携をとりながらクライエントの認知・行動の変容までを目標としてカウンセリングを展開している。グループカウンセリングでは共依存症者グループ、機能不全家族で育ち生きづらさを抱えていく人のグループ、嗜癖者本人グループ、摂食障害本人グループ、SST 他さまざまなプログラムが用意され、クライエントに適したプログラムを組み合わせることが特徴である。

相談室開設当初より依存症家族プログラムがあり、現在、性犯罪加害者本人グループとドメスティックバイオレンス加害者のプログラムも行っている。プログラムの内容は社会のニーズに応じて変化しているとのことであった。

２．調査実施先 D における依存症者家族支援プログラムの概要

（1）教育プログラム

３．で詳述

（2）グループカウンセリング

グループカウンセリングは教育プログラムもしくは個別プログラムをうけた方を対象としている。グループ内で話し合われたことを理解していただくため、認知（気づき）を併用できる段階になってからグループに参加していただくようにしているとのことであった。

①共依存症本人（妻）グループ

1992 年に始まった、依存症者の妻のグループで、現在平均 5～6 人の参加である。平日午後に毎週 1 回行われている、テーマを特に定めていない参加型のプログラムで、クローズド・グループで、精神保健福祉士 1 名が担当している。参加費は 1 回 3,150 円で、グループ内のフィードバックなど力動的なシステムで行っていることが特徴である。

②機能不全家族で育ち生きづらさを抱えている人のグループ

1992 年の相談室開設当初からあるアダルトチルドレンの男性と女性グループがある。現

在平均 4～7 人の参加である。12 回で 1 クールとした学習テーマの決まった参加型のプログラムで、週 1 回、平日夜間(男性)昼間(女性)に行われている。クローズド・グループで行われており、精神保健福祉士 1 名が担当している。参加費は 1 回 3,150 円である。

（３）個別カウンセリング

グループカウンセリングに参加されている方も個別カウンセリングは必ず組み合わせるようにしている。グループ参加後、クライエントは様々な感情を抱く。グループで起きたことを深めていくためにも、見方や行動を変えていき個別化のためにも個別カウンセリングは大切にされているとのことであった。

３．教育プログラムの概要

（１）プログラムの変遷

このプログラムは 1992 年の開設当初から行われている。独自のテキストを用いて行う講義内容も踏襲している。心理教育的なアプローチはここ 10 年ほど変わっていない。

（２）プログラムの現状

①プログラムの目的

嗜癖・家族関係・思春期問題等について理解を深めたり、対処方法を学んだり、回復のイメージを持つことを目的としている。各嗜癖問題についてだけでなく、家族の機能不全や思春期の問題について、家族療法的視点を取り入れた内容となっている。

②対象者

嗜癖・家族関係・思春期問題等で悩んでいる依存症者、家族。専門家等が単独で聴講可能なコースもある。参加に当たっては、あらかじめ電話で予約し受付面接を行い、利用ニーズの確認やプログラムを組み合わせた上で教育プログラムに参加する。

③実施日時、場所

毎週 1 回 10：30～12：00、相談室内で行っている。

④プログラムの内容

13 回で 1 コースとした学習テーマの定まった参加型のプログラムで、クローズド・システムで行い、精神保健福祉士や臨床心理士が担当している。1 回の講義にそのうち 1 名のスタッフが参加する。

嗜癖・思春期問題、対人関係問題等について、13 項目の講義が用意されている。内容は１．「嗜癖とは何か」、２．「思春期におこる障害」、３．「AL 依存症とその治療」、４．「AC 症候群とその発生システム」、５．「薬物乱用の障害とその対応」、６．「依存症の心理」、７．「共依存症とその回復」、８．「摂食障害とその回復」、９．「AC 症候群とその回復」、１０．「依存と家族」、１１．「思春期と家族」、１２．「過程嗜癖とその回復」、１３．「依存からの回復」となっている。

これらからクライエントのニーズに応じて選択し、嗜癖の内容、家族の影響、対応等を講義形式で学習する。

⑤費用負担

参加費用は 1 回 4,725 円である。クライエントにより選択する内容や数は異なる。

４　プログラム担当者や室長のご意見とご感想

全体のプログラムを運営に対するスタンスについて３点あげておられた。１つはメンバーを鏡にして共感できる点や共通点を探していくこと。そしてそれをグループ内でフィードバックすること。2 つ目はスタッフのモデルを見ることでメンバーに影響を及ぼしていくという力動を大切にしていること。3 つ目はグループカウンセリング以外に必ず個別カウンセリングを入れるようにしていることである。

最近の参加者の傾向については、社会情勢を反映してか、平日日中のプログラム参加者が減少傾向にあり、平日夜や土曜日のプログラム参加者が増加傾向にあるとのことであった。仕事を持ちながらプログラムに参加される方が増えてきたことが背景にあると考えられ、今後土（日）や夜間のプログラムの二―ズが高くなるのではないかと話しておられた。

また、クライエントの傾向について、アルコール問題の方が増加しているとのことであった。一時期 D 相談室利用者は依存症者家族の占める割合が多かったそうである。これはアルコール依存症者に対するプログラムが様々なクリニックで展開されるようになったことにより、依存症者の利用が減少傾向になったためである。しかし、現在では（一般的な例として）うつ病を併発し休職中にアルコール問題が顕在化するケース、女性のアルコール乱用ケースなど、相談を進める中で根底にアルコール問題がある場合が多いとのお話であった。

DV については「暴力」を「支配・被支配」という形でとらえ、支配や言葉の暴力をすること、受けることは望ましくないという面で触れていくとのこと。特にグループカウンセリングの「対応」の部分ではかなり触れているとのことであった。

現在のプログラムの課題としては、薬物依存症本人や DV・性犯罪加害者本人などは、3～6 ヶ月ほどの教育プログラムが終了すると一段落してしまい、本人のモチベーションが下がってしまうとのことであった。再発防止のために自助グループ参加を義務付けるなど、法的な縛りも必要ではないかとお話されていた。

スタッフの定着率は高いとのことである。やりがいについては 1 つ目にスタッフ自身の専門性への意識が高いこと、2 つ目に継続的な関わりができることをあげておられた。医療機関などは入院中など限定された期間での関わりとなるが、相談室ではライフサイクルの中で長期間の関わりができるとのことであった。

またスタッフが燃え尽きないために 3 つのポイントをあげておられた。1 つ目は職場内でスーパービジョンの体制ができているとのことであった。経験のあるスタッフがスーパーバイザーとなっているとのことである。2 つ目は情報の共有である。病院の PSW などでは一人で抱えざるを得ないが、こちらでは一人のクライエントに対し、複数のスタッフが関わり、クライエントのいろいろな側面がわかるのはメリットであるということである。3 つ目はケースカンファレンスである。これはフォーマル・インフォーマルの形式を問わない

とのことである。特に新規ケースについては方針決定のために随時インテーカー他 2 名のスタッフで 30 分行っているとのこと。継続ケースについてはフォーマルなスーパービジョンとして月 1 回３～４時間、その他も随時行っているとのことであった。カンファレンスの時間は作り出すようにしているとの話であった。

研修についてはプログラムに反映させることを目的として年数回希望をとって外部の既存の研修に参加しているとのことであった。

５　参与観察

相談室フロアー奥の窓の大きな広い部屋が会場であった。テーブル付のいすが 4 列、計 20 個ほどホワイトボードへ向かって並べられている。参加者はおのおの希望の席へ座り、静かな雰囲気の中時間を待っている。

調査者は直前に会場へ入り、着席するとまもなく講義が始まった。

講師であるスタッフがあらかじめ配られていた資料をもとに、例を交えながら講義を行っていく。一通り講義が終わると質問の時間がとられ、数人の参加者から質問があった。

講義内容はその後の個別・グループカウンセリングや生活につながるよう構成されていた。

６　感想

教育プログラムで知識を学び、グループカウンセリング後の気づきなどを個別カウンセリングで深め、依存症者家族の行動変容へつなげていくという一連の流れは、システム化されている。相互作用の中で変化を起こしていくという治療的アプローチの有効性を感じた。また、教育プログラム・グループカウンセリング・個別カウンセリングと、一人のクライエントに対し異なるスタッフが関わることで、情報の共有が可能となり、手厚いケアにつながっている様子も室長の話から伝わってきた。同じスタッフが継続して関われることも、クライエントにとり安心したケアを維持する要因となっていることが考えられる。

民間の相談室であるがゆえ、費用や開催曜日など様々なニーズに直面しやすい。今後クライエントのニーズが変化していく中で、これまでのシステムを継続しながらどういった点を変化させていくのか、今後の展開も期待される。

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 E)

訪問調査担当者：　谷部陽子・山本由紀

訪問年月日とインタビュー時刻	平成 21 年 12 月 10 日(木)　12：40～13：00
プログラム実施機関	E 精神保健福祉センター
プログラムの名称	薬物・アルコール等家族教室
調査協力者	女性保健師 （アディクション関連業務担当７ヶ月）

1 施設概要

精神保健福祉センターは、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の規定に基づく施設であり、条例により 1300 万人近い人口を抱える東京都では、３か所の（総合）精神保健福祉センターが設置され、住民の精神保健福祉向上につとめている。その中で、E 精神保健福祉センターは東京都郊外の地域を担当する総合精神保健福祉センターとして、住民の精神保健の向上並びに精神障害者の医療の充実、社会復帰の促進及び福祉の増進を図るため、さまざまな事業を行っている。小高い丘陵にあり、周囲には第三セクターの病院や脳神経内科のリハビリテーション専門病院が建っている。

E 精神保健福祉センターでは、係長１名、係員３名（うち１名再任用、職種を問わず配属される）、非常勤職員１名（週４日勤務）、雇い上げ職員４名（精神保健福祉士２名・臨床心理士１名・回復者１名）が依存症相談の担当として働いている。

精神保健福祉センターは精神保健分野の技術的中枢を担っており、その主な業務としては、企画立案・技術指導や技術援助・人材育成・普及啓発・組織育成・調査研究・複雑困難な精神保健福祉相談（精神医療・アルコール・薬物・認知症等）・精神医療審査会・精神障害者保健福祉手帳の判定・デイケア・診療やリハビリテーションの機能・心神喪失者等医療観察法関連の連携などがある。

１．E 精神保健福祉センターにおける依存症者家族支援プログラムの概要

①　プログラムの理念及びセンターの家族支援の姿勢

平成 4 年のセンター開設当初より、薬物・アルコール等依存症家族教室はあった。

多くの場合、ファーストクライエントは家族である。家族の相談に応じ、教育プログラムで対応を学び、グループで自分の思いを語る中で家族は変化していく。家族の変化により、本人が相談場面に登場することもある。本人が相談場面に登場することが目標ではなく、家族が依存症者に振り回されずに自分の人生を生きていくことを支援することを目標としている。

本人と家族の双方の回復支援に力を入れており、同時並行でプログラムを実施して

いることが特徴である。

② プログラムの構成

予め電話相談で予約を受ける。管内の保健所からの紹介ケースもある。

毎週木曜日の午前中にセンター職員が個別相談(面接)を行い、午後に本人と家族のプログラムが並行して行われる。また、終了後には、外部から招聘したスーパーバイザーを交えてのカンファレンスが行われる。

本人と家族のプログラムが並行して行われていることは、本人にとっても、家族にとっても、継続のモチベーションとなっているようである。

薬物・アルコール等依存症家族教室は、教育プログラムとミーティングが融合した形式をとっている。遠方からの来所者も多い為、全員が揃うまでに時間がかかる。毎回開始の 30～40 分程度はビデオを上映している。教室は 6 回 1 クールであり、各月の第 1 週目は『家族の対応～実践編～』で、第 5 週目は公開講座となっている。

家族が、本人が依存症から回復した姿がイメージできるよう、また自分自身が回復のために自助グループに繋がれるように、回復者や家族の自助グループの方に、講師またはファシリテーターとして家族教室の中でミーティングの実施を依頼している。来所者本人の依存内容は、アルコール・薬物依存症に限定せず、ギャンブル依存症のケースも参加しており、年々増加している。

また、郊外の地域を担当している為、センターから遠方となる保健所を会場として、年 2 クール（4 回／1 クール）の出張型家族教室を実施している。

2．プログラム担当者のご意見と感想

① 担当者の経験年数と研修体制について

担当者は保健師で、今春からアルコール・薬物依存症相談の担当となっている。保健所保健師として仕事をしていた経験もあるが、その際にアディクション相談事業を担当することはなかった。

今春、担当となってから国立精神・神経センター精神保健研究所の薬物依存臨床看護等研修会に参加した。その他、関連するような研修会等に積極的に参加し研鑽に励んでいる。(久里浜アルコール症センターが実施しているアルコール依存症臨床医等研修は未受講とこのこと。)

また、毎回家族教室終了後に行われる職員カンファレンスで、事例を通して知識やケースワークを学ぶことをしている。

② プログラム運営上のやりがいと困難さ

この相談事業には、センターの職員だけでなく外部からのスタッフと共に運営している為、相談日当日にお互いの動きを見ながらの臨機応変な対応が求められる。

精神保健福祉士・臨床心理士・精神科医・リカバリングスタッフ等多職種が関わることで多角的・多面的な視点でのアプローチが可能である。

「自分ひとりの技量だけではなく、カンファレンスでのスーパービジョンを活用し多角的な視点をもって関われることが強みである。」と担当者は語っており、ケースワークの難しさは感じながらも、やりがいをもって取り組んでいるとのことであった。また、事業担当者としての経験年数が浅いこともあり、バーンアウト感を感じたことはないとのことであった。これは、先述のような「多職種によるサポート体制が整っていることに起因しているのではないか。」と担当者は述べていた。カンファレンス時に率直に疑問を呈し、コメントを求められるような自由な風土がセンター職員の中にある印象を受けた。それが、「ごく自然な形でのセルフケアになっている。」とのことであった。また、「統合失調症の家族会等に比べ、依存症の家族会のメンバーは温かい感じがする。」と担当者は親和性を感じていた。

行政機関の実施する家族教室の為、事業担当は長くても 5 年程度で異動がある。E 精神保健福祉センターは、国立精神・神経センター精神保健研究所と連携、協力しているため、継続的なサポートを受けることが出来る。その為、ある程度の質を保ちながら、本人・家族のプログラムが運営されることが可能となっている。

③　今後の教育・研修等に対する期待

日本の依存症治療・回復支援の取り組みは、海外に遅れること 20～30 年と言われている。つまり、依存症に対する新しいアプローチについて学ぶ際には、先行する海外の文献から学んでいかなければならない。「国が、日本語への翻訳に対する助成や基礎研究に対する助成を積極的に行い、現場の担当者がもっと身近に文献を目にすることができることを期待する。」とコメントが寄せられた。

３．薬物・アルコール等依存症家族教室　参与観察

１階奥の会議室が会場であり、ロの字型に並んだテーブルに１５名のメンバーと３名のスタッフ（今回の講義担当は、女性の若い精神保健福祉士であった。進行の補佐役として係長と保健師が入っていた。）で会は運営されていた。

まず、「○○（夫・妻・息子など）の～（依存症の内容）の問題できている△△です。」といった形で自己紹介を行い、講義が始まる。今回のテーマは、第１回目で『依存症とは』というガイダンス的な内容のものであった。配布資料を用いながら説明が進み、一人ひとりへ「依存症というイメージは？どんな病気だと思うか？」という投げかけがされ、今年度から参加しているメンバーが多いせいか、端的に依存症に対するイメージを述べるのではなく、現在抱えている問題も併せて語る人も多かった。また、主語のないまま思いを語り始める人もあり、一体誰の何の話なのかと確認しないとわからない場面も見られた。この家族教室は長いメンバーは、通い始めて３年目位のスポット参加をしている妻のアルコール問題を抱えている男性メンバーであった。メンバー間の積極的なやりとりは見られなかったが、全体的に緩やかな感じではあるものの、アディクション問題といった共通の課題を抱えた仲間同士という繋がりを感じた。これが担当者が感じている「暖かなグループ

の雰囲気」ということにあるだろう。教室終了時には、今日の講義の感想を再び１周回していた。参加し始めて間もないメンバーは、やはり答えを求める傾向にあり、感想を述べながらも「こういう場合はどうなんでしょうかね……。」、「うちの場合はどうしたら……。」という言葉が聞かれた。共通するものについては、係長さんが全体にフィードバックし、終了後に担当者等が個別に声をかけて対応したり、個別に丁寧な対応が必要なケースについては次回の日程を約束したりする様子が見られた。また、共通する課題を抱える２人のメンバーが、終了後に２人で話をする様子も診られた。

終了後は、スーパーバイザー（ASW 協会理事のベテラン精神保健福祉士）が加わり、担当者が午前中にインテーク面接をしたケースの今後の方針共有についてと、保健所から家族教室へリファーされた県外に住む息子世帯のことを心配する祖父母のケースについての見立て・ケースワークの展開について検討がされた。このカンファレンスには、管内の保健所からスーパーバイビジョンを求めて持ち込まれるケースが入る時もあるとのことであったが、今回は持ち込み事例がなかった。カンファレンスも、批判・非難がされることのない自由な雰囲気の中で、お茶を飲みながら質問や確認をしながら進んでいった。

４．調査担当者所感

行政の行うアディクション相談や家族教室は、全国的に見ると縮小の傾向にある。これは、厚生労働省などからトップダウンで降りてくる事業（自殺対策・メタボリックシンドローム対策など）が優先する為である。しかし、この E 精神保健福祉センターは精神保健福祉センターの機能として、また国立精神・神経センター精神保健研究所と連携・協力し、Matrix モデル（認知行動療法を取り入れた治療プログラム）の推進がされているといった特異的な環境にあるセンターである。

本人向けの TAMARPP と並行する時間に家族教室が実施されている為、本人も家族もドロップアウトが少ないとのことであった。夫々のプログラムをセパレートして実施するのではなく、カンファレンスで本人グループ・家族グループの担当者同士で情報を共有しながら進め、必要時に介入していくことが出来ることは有効である。また、同日に開催されることは、本人・家族双方にとってプログラム参加継続のモチベーションとなると考えられる。

プログラムが構造化している分、担当者の力量に左右されることが少ないと思われる。これは定期的な異動で一人の担当者が長期的に継続して担当することが難しい行政の家族教室としては必要なことかもしれない。

また、多職種が連携する形で運営されていることも、精神保健福祉センターという専門性の高さを求められる部署においては、多面的なアプローチを展開していく上でも必要であると思われる。

訪問調査当日は、アポイントをしての訪問であったがケース対応の為、プログラム開始

前の２０分間でのインタビューとなった。担当者も異動してきたばかりで暗中模索の状態であることもあり、プログラム運営上の課題などは十分に出てこなかった。

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 F)

訪問調査担当者　武澤 次郎、小倉 邦子

訪　問　年　月　日	平成 21 年 12 月 17 日（木）
プログラム実施機関施設	F クリニック
プログラムの名称	アルコール配偶者グループ 10:00～11:30
調　査　協　力　者	精神保健福祉士 1 名(女性)　看護師 1 名（女性）

１．F クリニックの概要

F クリニックは 1991 年に開設された（2007 年に場所を移転している）アルコール依存、薬物依存、ギャンブル依存、虐待・ＤＶなどの暴力、摂食障害などの嗜癖問題の治療を行っているクリニックである。外来診療は、月～土（水曜日休診、土曜日午前のみ）に行われており、火曜日は夜間診療も実施している。アルコール・薬物依存症者を対象としたデイケアがあり、月～土の 9:30～16:00 に、午前・午後で、①ミーティング、②教育プログラム、③創作活動、スポーツ、レクリエーションなどのプログラムが実施されている。通院治療については、「社会生活をおくるなかで病気になった。回復は社会生活をおくるなかではじめてできる」（クリニックパンフレットより）としている。地下鉄駅に隣接し、通院に便利な環境にある。

２．F クリニックにおける依存症者家族支援プログラムの概要

家族プログラムは、1994 年から開始され、現在は週 1 回（月～金）実施されているプログラムが 7 つあり、①家族教育プログラム、②アルコール・配偶者グループＡ、③アルコール・配偶者グループＢ、④アルコール・親グループＡ、⑤薬物・親グループ、⑥摂食障害・親グループである。他に月 1 回、父親グループを実施している。実施時間帯は、午前が 10:00～11:30、午後が 13:30～15:00 で、父親グループのみ、18:30～19:30 である。それぞれ対象が定められているが、家族の都合のよい時間帯に合わせて参加している場合もある。担当者は、精神保健福祉士、看護師、臨床心理士で、プログラムは、ミーティング方式である。参加費用は、保険診療で、プログラム後に個別診療がある。

３．アルコールの配偶者グループのプログラムの概要

（１）配偶者グループＡの概要

アルコールの配偶者のグループは２つあり、Ａは、毎週木曜日の 10:00～11:30 に実施して

いる。参加者は平均５名で、3〜8 名程度である。対象は、アルコール依存症者の妻がほとんどである。実施場所は、クリニック内のミーティングルームで、明るく、壁面に季節の飾りなどが施された落ち着いた部屋である。

（２）プログラムの内容

前半は担当者からのレクチャーで、依存症の理解のために、テキスト、資料、ビデオなどを活用して行っている。テキストは、クリニックのオリジナルの「アルコール依存症からの回復」という小冊子がある。これは、イラストを使ってわかりやすくまとめてもので、①どのような病気か、②いつ頃から病気だったのか、③症状、④治療、⑤断酒を続けていくために、⑥生きるってすばらしい、などの内容で構成され、現在は第 8 版（2008 年 10 月）となっている。プログラムのレクチャーでは、配付資料を用いたり、ＶＴＲを活用しているが、ＶＴＲを使用した教育が効果的であり、参加者にも好評なため、「ビデオで学ぶアルコール依存症」（中央法規出版）やアルコール依存症 5 巻セット（アルコール依存症とは、アルコール依存症者の心理、家族の心理、アルコール依存症からの回復、酒なし生活術）(ASK) のビデオを使った教育を行っている。レクチャーのテーマは担当者が設定しており、コース（何回かで 1 クールといった固定テーマ）にはなっていない。

以前は、レクチャーはなく、ミーティングのみのプログラムであった。参加者が少なく、定着がよくないと感じた担当者が、レクチャーを取り入れて、いろいろ工夫を重ねて実施していくうちに、参加者の定着率が上がってきた経緯がある。

後半はミーティングで、「言いっぱなし、聞きぱっなし」のルールで行われている。司会は担当者で、参加者に説明をして、司会以外のもう 1 名の担当者が記録を取っている。

プログラム参加に終了はなく、参加者の希望があれば、いつまででも参加できる。

４．プログラム担当者からの聞き取り

担当者は精神保健福祉士（以下 PSW）が担当して 1 年 4 か月、看護師（以下 NS）が 3 年であった。PSW が担当を開始した時期は、参加者が少なく、参加者がいない日もあり、どのようにしたら、参加者が増えてくれるかを考えていた。参加者がいない時は、つらい思いをして、どうしようか悩んだときもあったが、前半に、レクチャーを入れるようになって、少しずつ参加者が増えてきた。また、以前はクリニックの方針で、グループの担当を 1 年程度で交替していたが、近年はある程度長期間担当するようになり、そのことも参加者が定着する要因となっているのではないかと考えている。担当 PSW は、1 年 4 か月継続している。参加者との関係性の形成を考えると、1 年で交替は短いと考えている。

クリニックのモットーとして、「あせらず、あわてず、あきらめず」というのがあり、家族プログラムもそれを意識するようにしている。家族が傷ついていることを理解し、共感

することから始めるよう心がけている。家族プログラムを担当していて、家族との関わりの中から、自分自身を振り返る機会となっていると感じている。以前に比べて、自分自身を意識するようになったと自覚し、自己成長につながっていると思っている。また、参加者は当事者の妻の立場である女性であり、自分も女性であり、妻であるという共通点を持っていることから、参加者と共に、自分の生き方を模索していると感じることがある。アルコール依存症の妻が対象のため、暴力を受けた話が出ることもある。その場合は、個人的にではなく、プログラム最後のコメントとして、教育的な助言をして、参加者全体に話す形で理解を促している。

これまで、自分なりに工夫をしながら、家族プログラムの運営に携わってきているが、他の施設でどのような形態で実施しているのかを知る機会がないので、知りたいと思っている。

５．参与観察

クリニックの２階で、明るい日差しが差し込む一室で、女性担当者２名と女性配偶者４名の参加者のグループは、暖かい雰囲気で進められていた。前半のレクチャーは、森岡洋著「よくわかるアルコール依存症　その正体と治し方」(2002)からの抜粋が資料として配付され、担当者２名が交替で読み上げた。内容の理解が促進されるよう、ゆっくりとしたスピードで進めていた。後半のミーティングは、担当 PSW が司会で進められた。担当 NS が記録をしていた。参加者は４名全員これまで参加経験があり、ミーティングのルールなどは承知している様子であった。基本は「言いっぱなし、聞きぱっなし」のミーティングだが、必要に応じて担当 PSW が参加者の質問に応じたり、感想を述べていた。テーマは特に設定していないが、前半のレクチャーの内容に関連することで、アルコール依存症についての学びを述べたり、自分自身の体験や現況と照らし合わせて発言する者も多かった。参加者の中には、かなりの時間を使って話をする者がいたが、司会者は見守りの姿勢で、特に調整はしなかったが、時間内には終了した。終了後は、参加者の簡単な相談に対応していた。参加者が退室した後で、担当者間で、振り返りを行い、お互いに気づいたことを話し合い、記録に残していた。

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 G)

訪問調査担当者　　橋本　直子

訪問年月日とインタビュー時刻	平成 21 年 12 月２日（水曜日）10 時～12 時 50 分
プログラム実施機関施設	G クリニック
プログラムの名称	親グループミーティング
調査協力者	男性精神保健福祉士　2 名

１　Ｇクリニックの概要

1981 年にアルコール依存症者の専門治療外来として開設されたクリニックである。患者さんの主体性を尊重し、「毎日通院」「抗酒剤の服用」「ミーティング・アルコール講座への参加」「断酒会やＡＡへの参加」を治療の 4 本柱として展開している。また、社会復帰後の再発の予防へのサポートはもちろん、ご家族に対しても個別の治療のみならず、集団治療のための各種プログラムを行っている。さらに、地域の医療機関、保健センターなどとのネットワーク作りと自助集団や施設との連携を重視している。現在、患者･家族を対象に、毎週 10 プログラム（院内ミーティング、初診者小グループミーティング（２）、女性ミーティング、アルコール講座、初診者アルコール講座、初診者家族教室、家族ミーティング、親ミーティング、本人･家族合同ミーティング）が実施されている。また、本人･家族･関係者などを対象にした研修会なども実施している。

２　Ｇクリニックにおける依存症者家族支援プログラムの概要

（１）　家族グループミーティング

初診者家族教室を終了された方が対象のグループである。案内には「依存症者本人のためではなく、家族であるあなた自身のためのミーティングです。あなたと同様に、家族のアルコール問題に傷つき、悩んでいる人と出会い、体験を分かち合います。その中で、あなたは、勇気づけられ、癒されるばかりでなく、今まで目を向けずにきた『自分自身』を見つめ、取り戻していくことができます。」と紹介されている。現在、平均8名の参加である。参加者には開院当時から参加されている方もいる。毎週土曜日の午後1時間半開催されている。担当は精神保健福祉士1名である。

（２）初診者家族教室

1999年に開始された。初診者の家族を対象としている。アルコール依存症の正しい知識と適切な対応を身につけ、ご家族自身が、『病んだ状態』から抜け出し、健康を取り戻していただくための教室（ミーティング）である。前半の約30分間は、ソーシャルワーカーが8回シリーズの講義を行っている。講義のテーマは　①アルコール依存症の基礎知識　②アルコール依存症者の心理　③アルコール依存症の回復過程　④「家族全体の病」について　⑤家族の回復過程　⑥家族のできることとできないこと　⑦子ども

の問題について　⑧セルフヘルプグループとは　である。参加者は平均8名である。家族の大半は2年位で卒業していく。ご本人がお酒を止められない家族が3年、4年と残っていく。毎週平日の午前2時間実施されている。担当は精神保健福祉士1名である。また、書記として精神保健福祉士1名がつく。

（３）　親グループミーティング

詳細は後述。

（４）家族のための一日研修会

2000 年から開始された。年 1 回、日曜日の午前ー午後 5 時間で実施される。クリニックのスタッフ 20 名（全職種）が参加する。平均 77 名の家族が参加される。

（５）家族のためのアルコール依存症基礎講座

2004 年から開始された。(4) と同様に年 1 回開催される。平均 74 名の家族が参加されている。

３　親グループミーティングの概要

（１）プログラムの変遷

このプログラムは 2000 年から開始された。担当の精神保健福祉士が開始から変わらずに担当している。昔は土曜日の家族ミーティングのプログラムのみであった。1999 年から初診者の方の家族グループを開始した。最初は 3，4 人ではじまり、徐々に増加し 15 人を超えた時期もあったが、部屋のキャパシティの問題で 10 名程度になるという状況の中で、親御さんが増加していくこともあり、親のミーティングを開くことになった。

①プログラムの目的

案内には「配偶者の立場からはなかなか理解されにくい考えや行動も、同じ立場である親同士であれば、感情や体験を分かち合えるものである。共感し合うことで、あなたは自分自身を許し、癒していくことができます。」と記されている。

②対象者

アルコール依存症者を子どもに持つご両親を対象としている。当事者でもある親の方は 3 年以上の断酒が参加の原則となっている。

③実施日時、場所

毎週水曜日の午前 2 時間、クリニックのミーティングルーム

④プログラムの内容

数回で 1 コースとした学習テーマの定まった参加型のプログラムである。精神保健福祉士 1 名が担当している。プログラムの前半 30 分から 40 分は精神保健福祉士による講義が行われる。初めに ASK の「アルコール依存症を知る」「家族の『回復の法則』２５」「回復のためのミニガイド」などのテキストの一部を読み合わせし、その内容を深める形で講義が進められる。後半は参加者それぞれがご自身の現状を話し、必要であれば精神保健福祉士がアドバイスをおこなうという形式である。

⑤費用負担

参加費は 2000 円である。ご自身が診療を受けられている場合は保険診療の負担となる。

４　プログラム担当者のご意見とご感想

プログラムに関して

家族プログラムをしていると、奥さんと親御さんに別れてくる。定着率が高いのは親御さんである。その結果、どんどんと親が増える。奥さんの場合は、共働きであるとか子供が小さいということがあるとプログラムの参加も決まった期間しか参加しにくいという状況があり、親御さんの方が通いやすい条件が整っているといえるのではないか。経済的にも、親御さんはこれから出費がかさんでいくという生活ではないので、費用が出しやすいとも考えられる。

クリニックのプログラムで費用をもらうことには意味はあると思う。こちらもそれに見合うサービスをしようと意識する。しかし、2000 円が限度だと思う。病院は、本人が入院中の家族であればプログラムはサービスとして無料でよいと思う。

プログラムの時間を変更すれば、例えば初診者の家族教室を土曜の午前にするなどすれば、参加者の増加はあるかもしれないが、院内で毎日プログラムが組まれているので変更はしにくい。クリニックのキャパシティの問題である。

ミーティングでは、基本は「言いっぱなし、聴きっぱなし」である。基本的に家族の間でのやりとりはしない。親同士でのキャッチボールは難しいと考えている。親御さんは非難したりせず、黙って聴いておられる。感心する。

家族支援に関して

家族に関わる時の重要なポイントは「個」としての家族でなく、頭の中では「家族全体」を見渡すということである。いつも病気の本人、登場しない子どもを意識している。ご家族本人にその事を直接あまり言うと「伝わりが悪い」ので、それは自分の中にもっていて、ご家族には「あなたたち自身が落ち着きを取り戻すため」と伝えている。病院であるから、やはり病気の本人を忘れてはならないと思う。システム論的、家族療法的に、世代連鎖を含め家族全体としてみていくことが必要だと考えている。

親御さんに関わる時は、当たり前だが、あきらめないことである。変化はする。それが、たまたま遅いだけだと思っている。かなり辛辣なことも家族には言うが、その為には個別でも関わり、関係をつくることが必要だと思っている。色々なプログラムがあって、グループがあって、個別をしてと、全体の一連の関わりをみておかないと、自分がそのご家族に何をしようとしているのかが分からなくなるのではないかと思う。

DV に関しては、広げて考えると目に見える暴力だけではないし、家族関係のゆがみそのものである場合もあるので、関係性のものであるのか、相手のアディックション的な病理性の高いものであるのか見極める必要がある。必要があれば家族を離していくこともあるので、グループで敢えて扱わない。個別対応していくようにしている。

援助者としての経験

こちらが傾聴や共感ができているようで、似たような話になると、マンネリしてしまい、ついつい傲慢になり、「わかった、わかった、あなたが言いたいことはこうだろう」と、またそれが当たるような感じに 10 年目ぐらいのときになった。「もうわかったから」と、ご家族に同じような返しをしたり、「まだわからないか！」と腹を立てたりした。しかし、そうした、しんどくなった時期に摂食障害の家族教室するようになって、感覚的に AL と真逆だと感じた。見えるものは一緒だが、ご家族の内の感覚的なものは違っていることを知った。家族には色々なタイプがあって、AL だってひとくくりにはできないと感じることができた。

バーンアウトはどこまで頭を切りかえられるかだと思う。専門とは違う本を読んだり音楽聴いて帰ったりすること、一番は仲間で愚痴を話すことだと思う。信頼できる仲間にである。PSW でなくても分かってくれる同僚や、経験年数が同じぐらいの他機関のワーカーでもよいと思う。

家族の支援に役に立っているのは 30 年位前（ワーカーになって 3 年目頃）にうけた家族療法のセミナーである。家族援助のベースになっている。知識がないと体験だけでやっていてもおもしろくないと思う。単身であってもその背景の家族の存在もみていく必要はあるでしょう。疾病理解していくときに、家族なり原家族を把握して当たり前で、家族教室があり、個別の関わりがあり当然のことだと考える。家族療法的、社会学的な家族の見方、またロゴセラピーといったことを学ぶ必要があると思う。家族援助の研修とすれば、2 時間～3 時間で 10 コマ位は必要ではないだろうか。

「家族」とは、「人」とはこういうもの、「人って変われるんや」というのを教えてもらった。ワーカーとすれば家族教室をもたせてもらうのは、家族全体がみえるから幸せなことであったと思う。

初めはご家族にお土産を持って帰ってもらいたくて。しかし、変化してもらってなんぼ。だから、（ご家族が）変わらない時には、お金をもらっているわけだし、不安で不安でという思いがあった。しかし、30 年してきたら、病気を見つめる視点が 30 年になった。両目で「今、ここ」だけをみているのではなく、今変わらなくても 10 年 15 年後がその人にとってどうかというスパンで複眼的にみられる。ご家族は、こちら側の姿勢をみている。結果がうまくいかなくてもどれだけ一生懸命やってくれるか、一緒に考えてくれているかをみておられる。

５　参与観察

クリニックの 2 階の一室がミーティングの部屋であった。テーブルを囲んでスタッフと家族 11 名が座っていた。入り口付近に、調査者と書記の精神保健福祉士が座ると部屋は満員状態であった。隣はデイケア室であり、パーテッションで仕切られた構造からデイケアからの音や声が聞こえてくる状態であったが、参加者は慣れているのか気にされる様子も

なかった。テーブルには講義で読み合わせるテキストの内容のコピーや、近日行われる地域の自助グループの集会や研修会などの案内などが自由に持ち帰ることができるよう置かれていた。参加者は息子が 8 名、娘が 2 名の親御さん、姉の立場の方が 1 名の計 11 名であった。また親自身が AL の当事者である方が 2 名参加されていた。調査者の紹介がされ、その後は通常通りに進行が進んだ。

初めに先週からの続きで ASK の「アルコール依存症を知る」の p 85-p88 の⑤から⑩までを読み合わせをした。精神保健福祉士がその内容を深めながら「アルコール依存症の回復」について前回のおさらいを含め、講義を進めていった。家族は頷いたり、メモをとりながら話を聞いていた。40 分ほどで講義は終わり、後半は「ガス抜きをして下さい」との言葉で、スタッフの隣の席の家族から順番に家族との関係や断酒が継続しない本人への対応や現状について話をしていかれた。「特に変化はないです」と話される家族もおられたが、現在は安定した状態の家族のようであった。患者や家族の状況から必要な家族にはスタッフが簡潔にアドバイスやコメントをされていた。皆それぞれの話をじっと聞かれていた。参加者全員が話し終わると丁度 1 時間半で終了時間となった。

所感

インタビューで話されていたように精神保健福祉士が個別での関わり、信頼関係を基盤としたうえでグループが行われていたことが、ミーティングの暖かな雰囲気からも感じとられた。また、簡潔で的確なアドバイスやコメントも個別での関わり、ケースの把握ができているからこそと思われた。毎週実施され、期間が限定されないオープングループ形式のミーティングでは、本人の病気の状態や家族の生活状況といった全体の経過をみながらの援助となるため、こうした個別への関わりがより重要になってくると思われる。

参加させていただいたミーティングは「親」を対象としたグループであったが、家族グループの援助の基本は「妻」の場合と同じであり、「親御さんに関わる時は、当たり前だが、あきらめないことである。変化はする。それが、たまたま遅いだけだと思っている」という精神保健福祉士の言葉が印象に残った。

長年の経験に基づいて語っていただいたインタビューからは家族の回復とともに家族全体の回復の視点を持ち合わせて関わることの必要性を改めて感じさせられた。

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 H)

訪問調査担当者　　橋本　直子

訪問年月日とインタビュー時刻	平成 21 年 11 月 9 日（土曜日）13 時～15 時 30 分
プログラム実施機関施設	H 相談機関
プログラムの名称	花より団子
調査協力者	女性回復者スタッフ

１　H 相談機関の概要

薬物依存症からの回復支援をおこなう団体である。薬物依存症本人や家族のための電話相談や、家族相談、家族プログラムの実施している。また、行政、医療、更生保護、教育、その他での講演や研修会などを展開している。

２　H 相談機関における依存症者家族支援プログラムの概要

（１）西川プログラム

学習テーマを特に決めていない参加型のプログラムである。オープンシステムで土曜日の午前･午後の二部に分かれて各2時間開催されている。案内には「家族や友人の一人が薬物の問題を持ったとき、多くの家族は問題を抱え込み悩み、苦しみます。ここでは、薬物依存症の家族と友人が集まり、薬物家族支援プログラムに従ってグループワークを実施しています。６回１クールですが、参加はどの回からでもできます。」と紹介されている。また、オリジナルテキストが用いられている。事前予約は必要とされていない。薬物依存の問題に初めて向き合う家族の方に紹介されるプログラムである。担当は大学講師1名、ボランティアスタッフ2名である。平均参加者は20名である。

（２）花より団子

詳細は後述

（３）パパクロ

H15年から開始されている。平日夜間に月1回実施されているクローズドシステムのグループである。男性の配偶者･親を対象としている。平均参加者は10名である。

３　花より団子の概要

（１）プログラムの変遷

H18 年から実施されている。

（２）プログラムの現状

①プログラムの目的

②対象者

薬物依存症者の家族

③実施日時、場所

基本的にスタッフの都合がつく土曜日に月 1〜2 回不定期に開催される。相談機関の事務所内で午後２時間おこなわれる。

④プログラムの内容

学習テーマの定まっていない参加型のプログラムである。リカバリースタッフ 2 名で担当している。参加された家族が現状を話し、それに対してリカバリースタッフがアドバイスや自身の体験に基づいた話をされる。

⑤費用負担

参加費は無料

４　プログラム担当者のご意見とご感想

都合によりインタビューはできていない。

５　参与観察

マンションの 1 階の一室が相談機関である。事務所兼ミーティング開催の部屋である。そのため、グループ開始から、グループ担当者以外のスタッフも部屋の中で事務作業をおこなっており、また電話相談の時間になると、電話相談のスタッフが来所し部屋の一角で電話相談もされていた。担当スタッフの来所が遅れ、15 分遅れでグループが始まった。

担当スタッフ 2 名がテーブルの前に座り、家族はそれに向き合う形で椅子を並べて座っていく。参加者は 10 数名ほどであった。母親が 3，4 名、3 組ほど夫婦で参加されていた様子である。当日は参加者がいつもよりかなり少なかったようで、スタッフが、「せっかくだから前にどうぞ」と声をかけられ、後方に座っていた家族もテーブル近くにやってきて座られる。「何か変わったことがあった方？」とスタッフが声をかけると、1 人の家族が、本人に対して自分の対応が変化したことを語る。スタッフは数年前の家族を思えば随分変化したとコメントする。その後も、話をしたい家族が、話をしだし、それについて 2 人のリカバリースタッフが、コメントやアドバイスをするという流れで進行していった。途中で差し入れのお菓子と飲みものを皆でいただいたりしながら、30 分ほど予定時間をオーバーして終了した。

調査当日は薬物依存症家族の自助グループの記念集会が遠方で開催された日と重なり、家族の多くがそちらへ参加していたため、参加者が少ないということであった。普段は 40 人ほどの参加があるとのこと、その参加人数であれば、部屋は一杯一杯であろうと思われる。

所感

ミーティングに参加しての感想は、一言でいえば、知識だけではなく、体験に基づいた当事者スタッフがなせるグループミーティングということである。

当日の参加者が普段より随分と少なかったこともあった為か、発言された家族とスタッフとのやり取りがかなり濃密におこなわれていた印象を受けた。スタッフが当事者自身を直接知っている、家族自身とのこれまでの付き合いが長いと思われる場合、具体的な話しをして、アドバイスを行っていた。また、かなり直球で辛辣に家族の態度や対応に対してコメントされることもあった。しかし、スタッフのアドバイスやコメントは当事者の体験を踏まえたものでもあり、説得力と愛情が感じられ、家族も言いたいことを言いながら、アドバイスに耳を傾けていったように感じられた。グループが進むうちに、スタッフは家族が自分自身に目を向けて変わっていく、回復していくということの大切さを伝え、参加者にもそれが伝わっていっているように見受けられた。

スタッフは家族の立場を尊重して家族に関わり、また参加されている家族は、当事者としてのスタッフの体験や意見から学ぼうという姿勢が感じられるミーティングであった。

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 I)

訪問調査担当者　　西川　京子

訪問年月日とインタビュー時刻	平成 21 年 12 月 22 日（火）17 時～18 時
プログラム実施機関施設	I 精神科医療センター
プログラムの名称	キャラバン　―アルコール依存症の理解と家族の回復のために―
調査協力者	2 名の看護師、3 名の臨床心理士

１　I 精神科医療センターの概要

1957 年に開設された 252 床の公的精神科医療センターで、診療科目は精神科と児童精神科の 2 科である。1975 年より 12 床のアルコール病床でアルコール･薬物治療を行ってきた。2004 年に、50 床のアルコール・薬物・ギャンブルの診療を行う依存症病棟が開設された。2007 年から依存症外来が完全予約制で週 3 日行われるようになり現在に至っている。

２　I 精神科医療センターにおける依存症者家族支援プログラムの概要

依存症家族プログラムとしては、初期家族教室、キャラバン、新生会家族会、たけのこ会家族会、薬物家族教室が実施されています。

（１）　初期家族教室

このプログラムは 2008 年に開始された。アルコールリハビリテーションプログラムに初回入院した患者の家族を対象に、入院期間の 2 カ月に合わせて、月 1 回、計 2 回を 1 クールとして、平日の 18 時～19 時半までの 1 時間半実施している。1 回は看護師が担当して病気についてパワーポイントを用いて講義し、残る 1 回は臨床心理士が患者・家族の心理と対処法についてレジメを用いて講義する。講義は約 1 時間で残りの 30 分間を質疑の時間としている。このプログラムでは病気や患者について学ぶこととキャラバンや自助グループにつなぐことを目的にしている。毎回 5～8 名の参加である。

（２）　キャラバン

3 に詳述する。

（３）　新生会家族会

1983 年に開始されたプログラムで、看護師が 1 名同席しているが、地域の断酒会の家族会が主催するプログラムである。月 1 回平日の午後 1 時間半実施され、5～10 名の参加者である。

（４）　たけのこ会家族会「むつみ会」

2009 年 10 月に開始され、看護師 1 名が同席している。月に 1 回、平日の午後 1 時間半のプログラムで、20～30 名の参加である。

（５） 薬物家族教室

2003 年に開始された、月 1 回、土曜日の午前中、1 時間実施されるプログラムである。医師による講義が中心で、平均参加者は 6～9 名である。薬物依存症の入院患者は平均 2～3 名。最近、家族会「ぴあ」が地元で活動を開始した。

３　キャラバン―薬物依存症の理解と家族の回復のために―の概要

（１）プログラムの変遷

このプログラムは○○年に開始され、長年継続している。それに伴い長期にわたり参加を継続している家族が多い。初回入院の患者さんの家族がこのプログラムに新たに参加してもなじめずに定着しないことから、2008 年に初期家族教室を新たに実施することになった。長年続いているキャラバンはグループとして安定しており、毎回 20～30 名の家族が参加する。

アンケート調査の回答では、本院の家族援助の目的は 1）病気や治療について基本的知識を身につける、2）依存症者に対する適切な対処を身につける、3）依存症者の回復への理解と協力を深める、におかれて、目的はほぼ達成されていると評価していた。

①　プログラムの目的

必要な知識を提供し、自助グループにつなぐことを目的としている。

②　対象者

入院患者・外来患者の家族、治療歴のある患者の家族、自助グループの家族が参加している。

③　実施日時、場所

毎月第 4 火曜日、18 時から 19 時 30 分、B 精神科医療センター依存症病棟の外来診療部の会議室で行われている。

④ プログラムの内容

５回を 1 クールとしたテキストを用いて医師が約 1 時間の講義を行い、続いて質疑が行われる。プログラムはオープンシステムで、スタッフは病棟担当医と看護師 1 名で、看護師は会場を準備し、同席している。現在使用されているテキストは 1997 年に当時の担当医が作成したもので、次の 5 章から成り立っている。１章「アルコール依存症とはどんな病気か」、２章「アルコール依存症からの回復過程」、３章「自助グループについて」、４章「お酒に巻き込まれた心の問題」、５章「アルコール依存症の家族の問題」で、総頁数 41 頁である。

⑤　参加費用

無料

４　プログラム担当者のご意見とご感想

キャラバンを担当する病棟担当医とこのプログラムに関して話す機会はなかった。

初期家族教室の担当者から初期家族教室についてのご意見をお聞きした。看護師は「家族が一方的に非難されたと感じることがないように配慮し、家族の気持ちに寄り添うようにしている」と。臨床心理士は「依存症問題への対応と気付きを得てもらうように配慮している。イネイブリングを責めないように気をつけている」と。臨床心理士は「初期家族教室は構造化されているので消耗感を感じることはない。今後、依存症患者と個別なかかわりをすることになれば燃え尽きを体験することもあると思う」と話された。看護師は「スタッフの心理状態は家族の心理状態と一致することが多く、巻き込まれていた時もある。家族の話は鏡で自分を見ているようで救われる感じがする」と。

家族援助の研修があれば、現場の希望で受講が可能である。アンケート調査の回答では研修とスーパービジョンの機会を求めており、それを今後の課題として挙げている。

５　参与観察

20～30 名が入る中会議室に机を長方形に並べて家族が着席している。末席に座った病棟担当医がテキストの第 4 章を読み、説明を加えながら約 1 時間 10 分講義を行い、引き続き質疑に入る。1～2 名の家族から飲酒している人への対処について初歩的な質問がでる。それに医師は懇切に、逆説的な表現も交えながら回答する。その回答から医師の専門職と自助グループの位置付けがうかがえた。それは専門職の限界の設定であり、自助グループの機能への尊敬と信頼を示しており、担当医の謙虚な人柄が伝わってきた。参加家族の 1 人が調査者に気がつかれて、その方の家族の回復におけるキャラバンの位置付けや長期に参加する意義を説明され、調査者の意見を求められた。調査者は同意を表明し、家族の回復に関する感想を話す。時間になりプログラムが終了する。終了後参加者は担当医師を取り囲んで意見を求め、その一人一人に医師は丁寧に応答していた。

６　訪問調査のまとめ

今回、説明を伺い、参与観察させていただいたキャラバンの実践は教育セッションとして系統的なプログラムで進められており、効果をあげていると推察された。

本プログラムの役割は院内の他の家族支援プログラムの中に位置づけて考える必要がある。初期家族教室で依存症とその患者に関して、問題への対処法に関して基本的な知識を提供し、キャラバンや自助グループにつないだ。次にキャラバンでさらに体系化された知識と情報と対処法を提供し、新生会家族会や自助グループにつないだ。そして院内で新生会家族会を開催して、家族が自助グループに参加しやすい条件を整えていた。

院内におけるこれらの家族援助の構成を考えるとき、キャラバンの中で担当医が語られていた専門職の限界設定と自助グループの活動への大きな期待と重視を反映しているのを実感する。しかし、家族の多様性を考えるとすべての家族が自助グループにマッチするわけではないと予想できる。このような自助グループへの流れを作る一方で、ミーティングを通じてスタッフによる家族への心理社会的支援が実施されれば家族のエンパワメントに

つながると考える。その結果、自助グループの活動になじめない家族の回復をも支援することになり、また、自助グループに定着した家族も教育セッションで提供された知識と情報と対処法を、実生活で十分活用することにつながるのではないかと考えた。

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 J)

訪問調査担当者　武澤　次郎・井上　綾子

訪問年月日とインタビュー時刻	平成 21 年 11 月 15 日（日曜日） 15 時 30 分～16 時
プログラムの名称	プログラム
調査協力者	施設長

１．調査実施先 J の概要

調査実施先 J は 1997 年に開設された薬物依存専門のリハビリテーションセンターである。毎日グループセラピーを行いながら、薬物依存からの回復を望む仲間が集まる場となっている。市より地域活動支援センターの認可を受けており、県指定のグループホームもある。薬物依存症者や家族を対象としているが、アルコール依存症と重複の方もいる。相談については関係機関からも受け付けている。

ホームページには活動の具体的内容として１．ニュースレターの印刷・折込・発送、２．センター内で行われる 1 日 1 ～2 回のグループセラピー（ミーティング）、フリープログラム（体力作り）、３．レクリエーション活動、４．メッセージ活動、５．イベント参加、６．家族ミーティング７．拘禁者との面会、手紙のやりとり、８．講演とある。

J は薬物をやめたい仲間の手助けをすることを目的としており、スタッフも回復者である。

２．　J における依存症者家族支援プログラムの概要

（1）「家族ミーティング」の変遷

このプログラムは 2007 年の開設当初から月 1 回行われている。当初よりスタッフとして市精神保健福祉センター保健師（現在は区役所保健師）が継続して関わり、司会進行を務めている。開始当初より年 2 回講師として継続参加している外部講師もいる。内容やゲストはスタッフ（保健師・J スタッフ）で話し合いながら決めていくとのことであった。

（2）プログラムの現状

①プログラムの目的

施設長は主な目的として心がけているものとして「依存症者に対する適切な対応を身につける」「家族が地域のさまざまな人たちや社会資源と結びつく」「依存症者の回復への理解と協力を深める」をあげておられ、現状は目的がほぼ達成できていると評価している。

②対象者

薬物依存症家族を対象としており、平均参加者は 10 名である。依存症者が参加することはない。

③実施日時、場所

月 1 回日曜日午後 13：00～15：00、施設内で行っています。時間通りに終わることは少

なく、長くなることが多いとのことであった。

④プログラムの内容

講演会と参加型からなる月 1 回定期的に行われる家族プログラムで、オープン・システムで行い、保健師と J スタッフが担当している。フリーダム家族プログラム「薬物依存症の家族・友人のためのグループワーク」を利用することがあり、初回参加者には購入について案内するが、購入は強制ではない。情報共有のためにスタッフが他講演会の内容をミーティングで話すことがある。

⑤費用負担

参加費用は 1 回 1,000 円である。

４　施設長のご意見とご感想

保健師は 2007 年当初から、施設長は 1 年半前からプログラムに関わっている。

家族が自分で参加し行うプログラムということを大切にし、それを前提として参加してもらうというスタンスをとっている。相談時、精神保健福祉センター家族教室やナラノンのパンフレットを渡し、その中の一つとして案内するようにしている。ナラノンの活動が盛んな地域であるため、J の家族ミーティングにも定期的な参加者が多いとのことである。

現在の問題としては、講師やゲストとして幅広い方に来てもらい、話をしてもらいたいという希望があるにもかかわらず、金銭的な問題があってなかなか叶わないことである。

施設長はやりがいについて「家族がプログラムに参加したことで、依存症者が J につながり、薬をやめることができたとき」を上げている。また、家族ミーティングに参加したことで、自らが薬を使っていたときにはわからなかった親の想いがわかるようになったと話しておられた。感情的なご家族は苦手とのことであるが、今では距離をとるようにすることで対応しているとのことである。バーンアウトしないように、ミーティングや行事などに参加するなど、J メンバーみんなと同じことをしているとのことであった。

家族プログラムを担当するにあたって、研修は受講されていないとのことである。必要性は認識されながらも、スタッフが少ないため、研修会場が遠いと行きにくい現状がある。研修会場が近くであれば参加したいと話されていた。

５　参与観察

入り口を入ってすぐ右手の広い部屋が会場であった。テーブルと椅子がロの字に置かれ、その外側にもいすが並べられていた。調査者を含め参加者は 14 名。お茶とコーヒーのコーナーが壁際にセットされ、セルフサービスで各々が飲み物を飲んでいる。スタッフが一角にかたまって座り、参加者は希望の席に座り、開始の時間を待っていた。

開始時にスタッフより調査者が同席する旨説明があり、参加者に了承された。その後参加者の自己紹介と近況報告を経て、スタッフが参加した講演会のレジュメをもとに、講義を行った。ミーティング中の様子からも、参加者が J 以外さまざまな場所でも他参加者やスタッフと関わっている様子が見受けられた。その後、質問、感想、情報提供を経て終了

となった。終了後もスタッフと参加者が声を掛け合う様子が見られた。特に初回参加者へ対してはミーティング中、終了後もスタッフより声かけを行っていた。全体的に和やかな温かい雰囲気であった。

６　感想

依存症者施設で行われる家族プログラムとしては、標準的なアプローチとして参考になるものであった。本人の当事者である施設職員だけでなく外部のスタッフも参加してプログラムが行われており、より普遍性のあるアプローチといえよう。参加者にも、地域の相互支援グループ参加者もおり、相互の連携も図られているように感じられた。

初めて参加される家族にとっても、依存症者の本人であった施設職員、外部の関係者の進行役スタッフ、そして地域の相互支援グループに参加している家族と、三者三様の姿を見られることは、今後の家族としての回復の希望が見られるわけであり、参加を継続していく上でのモチベーションを高める効果も期待できるものであった。

依存症者家族支援プログラム訪問調査報告(プログラム実施先 K)

訪問調査担当者　　西川　京子

訪問年月日とインタビュー時刻	平成 21 年 11 月 6 日（金曜日）9 時～10 時
プログラム実施機関施設	K 精神医療センター
プログラムの名称	薬物依存症家族教室
調査協力者	B 氏（女性臨床心理士）

１　K 精神医療センターの概要

1945 年に開設された 580 床の病院で、現在の診療科は精神科のほかに神経科、小児精神科、心療内科、神経内科、内科、リハビリテーション科、歯科。1956 年から精神科病棟の開放化に取り組んだ歴史ある病院で、1983 年、アルコール依存症の専門外来・病棟を設置し、1995 年には薬物依存症ほか嗜癖行動の専門外来・病棟を設置した。

病院案内によると薬物・アルコール依存部門として、「アルコールに加えて覚せい剤、シンナー、安定剤、睡眠薬など常用薬物依存症にも対応。専門病棟は開放処遇で、治療教育的プログラム、集団療法、家族療法など体系だった治療（アルコール・薬物リハビリテーションプログラム）をベースに個人ケアーも充実している。さらに、その他嗜癖行動（ギャンブル、摂食障害、買い物）の治療も行っており、自助グループを含む関係機関とのネットワークの支援が特徴です」と紹介している。

２　K 精神医療センターにおける依存症家族支援プログラムの概要

（２）　アルコール依存症家族会

本家族プログラムへの呼び掛け文には，「『どのようにかかわったらいいかわからない』『振り回されたくない』『誰かに話したい』というアルコール依存症で困ったと思われているご家族の方、『アルコールをやめさせたい』と良かれと思っての行動が、時には飲酒を続けさせることになってしまうことがあります。ちょっと立ち止まって、ご自分の行動や考え方を整理してみませんか」と記されている。

本家族会の対象は、アルコール問題を持って外来・入院につながっている患者さまのご家族はもとより、退院後も利用可能で、現在は平均 10 名の参加。

9 回で 1 コースとした学習テーマの定まった参加型のプログラムで、オープンシステムで、第 2、第 4 金曜日　10：00～11：30 に、看護師 2 名、臨床心理士 1 名で担当している。

（２）薬物問題を持つ家族のための家族教室

後で詳述

（４）　ギャンブル依存症教室

平成 21 年 2 月から開始。第 2 金曜、14 : 00~16:00 の 2 時間、看護師の 2 名が担当し、平均参加家族が 0～2 名。数回で 1 コースとした学習テーマの定まった参加型のプログラムで、オープンシステムで行っているが、まだ軌道に乗ってはいない。

３　薬物問題を持つ家族のための家族教室の概要

（1）プログラムの変遷

このプログラムは厚生科学研究事業「薬物依存・中毒者のアフタケアーに関する研究」の一環として 1999 年に開始された。当初 C 精神保健福祉センターを会場にして、K 精神医療センターの患者家族とナラノンメンバーを対象に実施した。2000 年から K 精神医療センターと C 精神保健福祉センターの 2 か所の会場で実施することになった。

プログラムの対象者や運営方法、方向性は開始当時と変化していない。最初のころはテキストの学習を中心に行っていたが、参加家族の増加とともに家族の安らぎの場、思いを吐き出せる場、としての役割が中心になってきた（当初より平成 17 年頃まで担当されていた D 先生のメモより）。薬物依存症の入院患者は平均 2～3 名。最近地元にナラノンが活動を開始した。

（3）　プログラムの現状

プログラムの案内には、「家族の薬物問題を抱えて、『どう接したらよいかわからない』、『振り回されてくたびれた』、『誰かに話したい』という思いの方はいらっしゃいませんか」。

『どうにかして薬をやめさせたい』と、良かれと思ってとる行動が時には薬物を続けさせることとなってしまうこともあります。ちょっと、立ち止まって、ご自分の行動や考え方の整理をしてみませんか」。と記されています。

①　プログラムの目的

担当スタッフ B 氏は、本プログラムの目的を、１．病気や治療についての基本的知識を身につける、２．家族の重荷を軽減する、３．家族の自助グループについて知らせ、参加を促進する、に置き、現状ではほぼ目的が達成できていると評価している。

②　　対象者

当初は K 精神医療センターの入院・外来患者さんのご家族を対象にし、家族教室のみの参加はできないことになっていたが、現在は他の医療機関をご利用の患者さんのご家族が家族教室だけをご利用されるのも受け入れている。　現在平均 8 名の参加で、その中に毎回、2～6 名のナラノンメンバーが参加されている。

③　　実施日時、場所

毎月第 1、3 金曜日　10 時～11 時半、K 精神医療センター　デイケア棟　休息室で行われている。11 時半でスタッフは会場から退室し、その後引き続きご家族とナラノンメンバーが会場を使って自由に交流している。

⑤ プログラムの内容

6 回で 1 コースとした学習テーマの定まった参加型のプログラムで、オープンシステム

で行い、看護師 2 名、臨床心理士 1 名、医師 1 名の４名で担当している。最近、医師が多忙で参加できないことが増えている。

初回参加時に、テキストとして APARI（アジア太平洋アディクション研究所）が作成した『薬物問題を持つ家族のための家族教室』を 1,000 円で購入してもらっているが、最近は教室の中で使うことは少なくなっている。

テキストの内容は、１.「本人に何が起こっているのでしょうか」家族からみた本人の状態をチェックしてみましょう。２.『あなた自身の健康は守られていますか』薬物問題であなたにおこっている問題を振り返りましょう。３.「普段あなたはどのような接し方をしていますか」あなたと本人・家族との関係を振り返りましょう。4.「こんなときあなたはどう対処してきましたか」薬物問題で起こる様々な場面でどう対処してきたのか振り返りましょう。5. 利用できる機関・施設・グループを知りましょう」あなたが利用できる社会資源について知りましょう。の５つのテーマから構成されている。

以上のテキストの５テーマを 3 回でこなし、第 4 回目はフリープログラムでソーシャルワーカーによる福祉制度とその利用法の説明など、メンバーのニーズに応じてテーマを設定している。5 回目は「ナラノンファミリーグループのメッセージ」で家族の自助グループナラノンのメンバーからのメッセージを受ける。第 6 回目は「九州ダルクのメッセージ」薬物依存症回復者からのメッセージ、を受ける。

（３）費用負担

入院患者のご家族は家族会費を月に 500 円支払っているので家族教室への参加は無料。外来患者の家族や他の医療機関をご利用のご家族はカルテを作り保険で費用を負担してもらっていたが、最近、医師がプログラムに参加できなくなり、カルテによってグループ参加の費用を負担してもらうことができなくなり、実質無料になっている。

４　プログラム担当者のご意見とご感想

担当して 3 年半が経過し、来年の春には担当の交代が決まっている。

スタッフは情報を提供し、ベテラン家族の援助を受けて家族の回復と家族の交流を重視するスタンスでプログラムを続けている。毎回、参加者数や参加メンバーが流動的であることに困難を感じている。3～4 名の固定メンバーに流動的な家族が加わって平均 10 名前後の参加者である。新規家族が参加されるとその家族を中心にして会を進めている。回復に努力しているダルクメンバーのメッセージも家族には刺激になるが、それ以上にベテラン家族からの共感ときっぱりとした助言への反応が大きい。回復を進めているご家族の体験談や助言は初回の家族には大きな衝撃となり、希望となり、モデルにもなっていると感じる。プログラムでは参加者を自助グループにつなぐことに力を入れている。

プログラムの課題としては家族に頼りすぎて「おんぶにだっこ」の状態になっていることである。スタッフとしてはメンバーの一人ひとりが変化していくことが喜びである。

スタッフが燃え尽きないためには、ダルクや自助グループの活動に積極的に参加して回

復している人たちに出会うことに努めていることと同僚や友人に話を聞いてもらい、一緒に遊ぶことを大事にしている。

家族関係の回復は、それを目指すものというよりも、家族の回復と本人の回復の結果としておきるものだと思う。最初から家族関係の回復を目指すとうまくいかないのではないかと思う。

プログラムを担当して家族援助の研修やスーパービジョンがほしいと思う。研修があれば担当者は参加を希望するし、職場も参加を認めると思う。

このグループはメッセージの回（5 回，6 回）を除き話題が出るときには対応方法などを話し合っている。暴力に関する話題は少なく、DV について取り上げることは少ない。

５　参与観察

2 階の、窓の大きな明るい部屋が会場であった。テーブルの上にはお菓子が出されており、お茶が提供された。スタッフ 3 名（全員女性）の柔らかい声掛けで和やかな雰囲気がその場にできている。スタッフが一角に並んで座り、家族は各自ソファーに自由に座っている。

調査者が自己紹介をして同席への許可をお願いし、了承される。

定刻には参加家族は 3 名であったが、少し遅れて 3 名が参加された。6 名のうち新規参加家族は 2 名、2 回目の参加者が 1 名、すでに何カ月間か参加している人が 3 名（すでにナラノンメンバーである）であった。当事者との関係は、母親が 4 名、父親が 1 名、夫が 1 名であった。20 代の息子のアルコール問題で参加している母親一人を除くと全員薬物問題をもつ家族であった。

司会者の隣のスタッフから自己紹介と近況を報告し、順次家族も自己紹介と近況を報告する。その中で薬物使用や飲酒を続ける当事者への対応に困惑している発言が続く。また重複障害で幻覚・妄想が出現している状況にどのように対応すればよいのかという質問が出る。ナラノンメンバーや同じ体験を持った家族からそれに関する発言が続いた。

調査者に意見が求められ、それにこたえて発言した。次回の案内をして和やかな、温かい雰囲気の中で終了し、スタッフと調査者は退場した。

６　訪問調査のまとめ

本プログラムのスタッフが留意しておられる家族教室が、家族の安らぎの場、思いを吐き出せる場として家族の回復に役立ち、家族の交流の場になっているのを強く感じた。その一方で、重複障害をもつ患者さんの症状への対処法に悩むご家族の発言や使用している薬物を取り上げようと格闘している初回参加の家族に対しても同席のご家族からの助言のみで、スタッフからのかかわりはないままで終了した。グループの中で専門職としてどのように支援するのかについてスタッフに迷いがあるのを感じた。

自助グループの「言いっぱなし、聞きっぱなし」の原則のメリットと専門職が関与する援助グループの独自性についての整理が必要なのを感じた。

2 つの調査が示唆する今後の課題

日本での依存症者家族支援プログラムは、1964 年、国立療養所久里浜病院（現国立病院機構久里浜アルコール症センター）においてアルコール家族会が開かれたのが最初である。以来長い年月、さまざまな実践が行われてきたが、それを全国規模で調査されることはほとんどなかった。

2008 年、厚労省の厚生科学研究費による「依存症患者の社会生活に対する支援のための包括的な地域生活支援事業（主任研究者　樋口進（久里浜アルコール症センター））の一環として断酒会、ダルク、アルコール・薬物医療機関、精神保健福祉センターなどを利用しているアルコール・薬物家族を対象とする全国調査が実施された。調査の結果はアルコール・薬物家族は高いストレス状態にありアルコール家族の 15%。薬物家族の 20%は精神科治療を要する状態にあった。このような家族が家族援助や家族会を利用すると家族のストレスは軽減し、長期に利用するほどストレス得点は低下し、さらに当事者へのマイナスの対応が減少し、適切な対応ができるようになることを実証した。この調査研究はアルコール・薬物家族の実態と家族援助・家族会が果たしている大きな有効性を明らかにした [1)]。

当調査研究事業に関連する数少ない先行研究に、1999 年、横山登志子が全国のアルコール医療機関を対象に家族援助プログラムに関する調査を実施し、その結果を報告しているのがある。その調査結果は今後の課題として、家族の多様化と参加者の少なさ、担当者の技術不足、プログラムの学習体系ができていないことを上げた [2)]。

今回、全国の精神保健福祉センター、依存症医療機関、民間の施設・機関を対象に依存症者家族支援プログラムに関する調査を、2009 年 9 月～10 月に実施し、同年 11 月～12 月に訪問によるインタビュー調査を実施し、その結果をここに報告した。この報告により全国の精神保健福祉センター及び医療機関、民間の施設・機関で実施されている依存症者家族支援プログラムの実態が明らかになった。この実態が示唆している今後の課題をまとめてみた。その 1 つ目は依存症者家族支援の運営上の問題、２つ目は長期的観点に立つ依存症者家族支援、３つ目は精神保健福祉センターの依存症者家族援助プログラム実施率、４つ目は関係職種・関係機関との有機的連携・協働、５つ目は依存症者家族支援に関する研修及びスーパーバイズ、６つ目が依存症者家族支援の診療報酬化、である。

１　依存症者家族支援プログラム運営上の問題

運営上の問題として最も多く挙げられていたのは、参加家族が少ないであり、約 40%を占めていた。参加家族数が 10 名以下の比率がどの機関・施設でも最多であった。その原因としては治療における家族援助の重要性が家族に理解されていないという参加への動機の低さ、平日に開催される率が精神保健センターでは 94%、クリニックでは 74%であるというプログラム開催曜日・時間の問題であった。依存症問題をもった家族の高い就業率を考えると平日の昼間の時間帯の開催に参加しにくいのは当然である。一方病院や民間の相談

機関では土・日曜日や夜間にも開催されていた。

一方、家族の動機付けの問題では家族相談の中で治療や自助グループに導入する相談援助職、医療の中の医師、看護師、ソーシャルワーカが家族援助の必要性を共有して家族支援利用の動機を高めるかかわりが必要とされる。一方で、現場の担当者の勤務体制が優先され家族のニーズに基づいて家族プログラムが開催されていない現状の問い直しが必要とされる。10 年前の横山の調査においても参加家族が少ないことは課題であったが、解決されずに引き続いているのが明らかになった。

２　長期的観点に立つ依存症者家族支援

依存症者家族支援プログラムのタイプをみると病院・クリニックは「月 1 回以上定期的に行われ、学習テーマを特に定めていない参加型」が最も多く、一方、精神保健センターは「月 1 回以上定期的に行われ、数回で 1 コースとなり、毎回学習テーマの定まった参加型」が最も多かった。それぞれの場が特徴をもって実践しているのがうかがえるが、先のアルコール・薬物家族の実態調査の報告書は、保健所・精神保健福祉センター・医療機関の家族会・家族グループは通過型で、自助グループの家族会は定着型であったと報告している。依存症が身体的、精神的、社会的病気である以上その回復が身体的、精神的、社会的側面で達成されるまでには順調に進んでも数年という長い時間が必要であり、その間に様々な心理社会的問題が発生することが考えられる。世代間連鎖をはじめとするそれらの問題に対応するには自助グループの仲間の支援だけでは不十分で専門家の援助が必要とされている。先の全国調査でも長期の家族相談・家族会の利用が効果を上げることを報告していた。当事者が断酒でき、断薬でき、ギャンブルを断つことができた後、その上に立ったバランスの取れた生き方ができるまでの長期間の専門職の支援が必要とされる。同様に、家族もまた家族として依存症から受けた影響から立ち直る支援と依存症関連問題を解決するための専門職の支援を必要としている。この観点に立つ長期にわたる依存症者家族支援が不可欠であるという認識が依存症者家族支援担当者に必要とされる。例えば、精神保健福祉センターに最も多いパターンである「月 1 回以上定期的に行われ、数回で 1 コースとなり、毎回学習テーマの定まった参加型」のタイプであったとしても、同一のコースで幾度でも、その学びが実行できるようになるまで援助する、さらにオープンエンドで実施するなどの長期的援助を想定する必要がある。

３　精神保健福祉センターの依存症者家族支援プログラム実施率

調査対象として全国の精神保健福祉センター68 か所にアンケート用紙を配布し、56 機関から回答を得、82.4%の回収率であった。この 56 機関のうち 22 機関（39.3%）は依存症プログラムを実施していなかった。約 40%が依存症者家族支援プログラムを全く実施していないのである。精神保健福祉センターは困難事例を引き受ける、またはその支援を指導・援助する機能を担うところである。さらに、医療経済からいって依存症の中でも薬物依存

症やギャンブル依存症に関しては収益率が低いので取り組む医療機関も少なく、そこで家族支援プログラムが開催される可能性は低いと考えられる。このような領域こそ精神保健福祉センターが進んで担ってほしい領域だと言える。

４　他職種、他機関との連携・協働

医療機関の回答において「施設内で依存症者家族支援プログラムの位置付けや他のプログラムとの連携が弱い」「管理職の理解が得られない」「病院内及び地域との有機的な連携」「他施設（病院、クリニック、保健所）などとのネットワークづくり」などが寄せられていた。病院と言う他職種が活動する場であるがゆえに出てきているニーズであり、課題であると見る。専門職が要となって情報やニーズを受け入れ、そこから情報やニーズを発信しながら緩やかな連携のもとに協働していくシステム作りが必要とされる。

５　依存症者家族支援に関する研修及びスーパーバイズ

現在、依存症者家族支援を実施している機関・施設の 61%が研修を受けた経験者がいない中で実施されていた。そして、担当者は今後のプログラムの充実のために最も必要なものとして「スタッフの知識と技術レベルを上げる」と回答し、次に「プログラムの充実」をあげていた。また、家族プログラムを新たに展開する上で必要な条件として第 1 には「プログラムの研修の機会」をあげ、次に「スーパービジョンを受ける機会」をあげていた。

依存症者家族支援プログラムの担当者の多くは援助目的を共有していた。それは（1）病気や治療についての基本的知識を身につける、（2）依存症に関する適切な対応を身につける、（3）家族が生き生きと自分らしく暮らせるようになる、である。そしてこれらの目的は約 80%の担当者が「ほぼ達成できている」「達成できている」と回答している。　しかし、担当者は実施しているプログラムが目的を達成していると評価しながらもその実践に自信が持てない状態にあると考えられる。インタビュー調査に伴う参与観察の多くは担当者の熱意を強く感じたと報告している。これらの担当者を対象として依存症者家族支援に関する研修が行われるなら、それは担当者の自信となり、ひいては余裕となり依存症者家族支援の質を高めることにつながると考える。

６　依存症者家族支援の保険点数化

依存症者家族支援はクリニックでは自費、または診療報酬により 97%が有料であった。病院は 26%が有料で、民間の施設・機関では 58%が有料であった。

依存症者家族支援は依存症の治療において不可欠なかかわりであることはすでに 35 年も前に明らかにされている。この治療に必要な家族援助が患者の治療の一環に位置付けられずにいること自体が問題である。クリニックの多くが家族にカルテを作って家族の治療として家族援助を実施し診療報酬でそれをまかなっている事実がある。どれだけの家族が精神科でカルテをもつ必要があるのだろうか。便宜上、家族の費用負担の軽減のために行わ

れている可能性も否定できない。依存症家族援助を依存症治療の一環として保険点数化を要求する声を上げていく必要がある。

(文責:西川京子)

参考文献

1） 樋口進、2009、『依存症者の社会生活に対する支援のための包括的な地域生活支援事業』総括事業報告書.

2） 横山登志子，1999、「アルコール依存症治療機関における家族援助プログラムの実態調査」『医療と福祉』33(1):48-54.

薬物使用障害当事者の家族への心理教育に基づく実践援助モデル

依存症家族への援助の研究は,1970 年代家族システム論がアルコール治療の領域に適用されて進展した．それらの研究結果は家族援助は治療予後,家族関係の改善,のちには治療導入にも効果を上げることを明らかにし,その後のアルコール依存症患者の家族援助に根拠を提供した．アルコールに遅れて治療対象に組み込まれた薬物依存症,ギャンブル依存症においても,依存症当事者の回復,家族自身の心理社会的側面の立ち直りのために家族援助が必要とされていることは言を俟たない．アルコール・薬物・ギャンブル依存症それぞれの特性を持ちながらも,家族援助の必要性だけでなく,その援助の理論的枠組み,その援助方法は共通しているといえる.

薬物使用障害当事者の家族への心理教育に基づく実践援助モデルを構成するために,まず,薬物使用障害当事者(以後薬物当事者とする)と薬物使用障害当事者の家族(以後薬物家族とする)の実態を明らかにし,次に薬物家族への実践援助モデルの理論枠組みを記し,最後に薬物家族への実践援助モデルを提示する.

1　薬物当事者とその家族の実態

2008 年 12 月,厚生労働省の「依存症患者の社会生活に対する支援のための包括的な地域生活支援事業（主任研究員樋口進　久里浜アルコール症センター)」の一環としてアルコール･薬物家族を対象とする実態調査が全国規模で実施され,薬物家族 553 名(回収率 42.6%)から回答が寄せられ薬物家族の実態が明らかになった（成瀬ほか 2009).

薬物当事者は男性が 82%,平均年齢 32 歳で,すでに 51%が断薬していたが,その経済状態は家族の援助が 42%で,稼働収入は 37%に過ぎなかった．家族の 1 カ月の平均援助額は 131,082 円であった．逮捕・刑務所を 65%が経験しており,刑務所入所回数は 1.6 回であった．薬物の司法・矯正との深い関連が示めされた.

薬物家族の 74%はダルクや薬物の家族会につながり援助を受けており,女性が 73%,平均年齢 58 歳,親の立場が 92%であった．薬物家族の GHQ-12 のストレス得点は,通常 2～3 点であるが薬物家族では平均点 4.5 と非常に高く,精神科治療を要する 10 点以上が 20%存在した（Goldberg 1997；中川ほか 1985；福西 1990).

家族は当事者の就労,心身の病気,暴力,ギャンブルなどに悩んでおり,その上当事者との関係においても 40%が「おびえている」,25%が「当事者を責めてばかり」と回答した.家族はこの様な困難を抱えながら相談先が不明,世間体や偏見などの理由で相談に困難が伴い,数年経過後に相談するが,その相談への対応は家族のニーズを満たしてくれるものではなく,満足度は保健機関が 55%,医療機関は 37%と非常に低い結果であった.

家族会や家族グループに参加する家族の GHQ は有意に低く,長期の参加はストレスを軽減し,薬物当事者へのマイナスの対応を減少させ,適切な対応を可能にすることが明らかになった.

薬物家族は（１）薬物依存症の偏見を減らす社会的アピール,（２）相談・治療機関に関する情報提供,（３）当事者に対する就労支援サービス,などを社会的支援へのニーズとして上位 3 つに挙げていた.

以上の薬物家族の実態調査の結果は,家族自身のためにも,そして薬物当事者のためにも家族援助が早急に必要としていることを明確に示していた.

２　薬物家族への心理教育に基づく実践援助モデルの理論的枠組み

薬物家族への実践援助モデルの理論的枠組みとして,薬物家族が陥っている家族危機に焦点化して家族ストレス論で接近し,二重 ABC-X モデルを概観した．次に,家族システムに特化して家族システム論で接近し,その中心概念を検討した．続いて,EE 研究に基づく心理教育論に接近し,その心理教育による援助の構成と実際を学んだ．各理論の最後にその理論に基づく先行研究の結果を示し,その知見から学び理論化を進めた.

2.1　家族ストレス論からの接近

ストレスとは外部から圧力が加わることによって物体にゆがみが生じた状態をさし,圧力や刺激によってシステムに生じた変化に対応するシステムの活動主体としての反応を意味する．このストレスが家族にかかった場合家族ストレスとなる．家族ストレスとは何かを理解し,ABC-X モデル及び二重 ABC-X モデルを概観する.

（１）家族ストレスとは

家族とは,夫婦関係を基礎として親子,きょうだいなどの近親者によって構成された,情緒的つながりと統一性のある活動を行うシステムである．家族は,主として住居や生計を日常的に共有するだけでなく,お互いの安全,成長,性,愛情の欲求を充足,保障する生活単位であり,そこには情緒的結びつきとルールや役割を共有する小集団としての活動が見られる．家族ストレスとは,この家族システムの常態に何らかの刺激要因（以後ストレッサーとする）が加わった結果混乱が生じ,既存の対処資源や問題解決法では解決できずに危機が発生している状況,その家族危機から立ち直ろうとする努力とその結果をも含む過程を意味する(石原 1985, 2000)．次に家族危機の社会学的研究成果である ABC-X モデルおよび二重 ABC-X モデルについて概観する.

（２）ABC-X モデル

1949 年,ヒル(Hill,H.)は,家族危機に関する ABC-X モデル(図１)を提示した(Hill 1949, 1958)．ヒルの ABC-X モデルは,家族危機あるいはストレス状況発生の要因連関モデルであり,この各要因は次のように理解されている.

ABC-X モデルは,ストレッサー(A 要因)は家族のストレッサーへの対応資源(B 要因)と相互作用し,さらに,そのストレッサーへの意味づけや認知(C 要因)と相互作用し,その結果家族危機が発生するという連関とプロセスの理論である（Hill 1949, 1958)．このヒルの理論は家族ストレス論の基盤となった（石原 1985, 2000 ,2001)．次に各要因を説明する.

（図 1）

1)　ストレッサー(A 要因)

ストレッサーは家族外に起源を持つ自然災害,戦争,不況･失業,公害などと家族内に起源を持つ貧困,心身の異常,役割行動の不全,関係性の不全,家族メンバーの欠落・加入などに 2 分される(Hill 1949,1958；石原　1985, 2000, 2001).

2)　危機対応資源(B 要因)

危機対応資源は家族メンバーの知識,技能,体力などの特性と家族集団の適応力,凝集性,過去に危機を乗り越えた経験などが含まれる（Hill 1949,1958). 加えて家族を取り巻く外部の社会資源として友人・親族・専門家・関係者による助言,カウンセリング,支援がある（石原 1985, 2000, 2001).

3)　ストレッサーに対する家族の意味づけ・認知(C 要因)

ストレッサーに対する意味づけ・認知は家族がストレッサーをどのように受け止め,認知し,意味を持たすかである（Hill 1949,1958 ； 石原 1985,2000).

4)　危機(X)

危機は,システムとして機能している家族にストレッサーが加わったために従来の生活が混乱し,既存の対処方法や問題解決法では家族システムの平衡が保てない状態に陥り,家族システムに変更が必要となった状況を意味する（Hill 1949, 1958; 石原 1985, 2000, 2001). 次に ABC-X モデルを発展させた二重 ABC-X モデルを概観する.

（３）二重 ABC-X モデル

マッカバン（McCubbin,I.)は 危機状況は進化する性質を持ちその解決にはある期間を要することに注目し,ヒルの ABC-X モデルの家族危機発生までを前危機段階,危機発生以後の再組織化＝再適応過程を後危機段階とし,それらを連続する過程と位置づけ,これを二重 ABC-X モデルと命名した（図 2）(McCubbin 1981,1983； 石原 2000).

二重 ABC-X モデルの前危機段階は,ABC-X モデルと同様であり,それに続く後危機段階では新たに専門家や関係者から援助として提供された各要因とその相互作用のうえでの対処,

その対処の結果の適応について説明している(McCubbin 1981). 各要因について説明する.

図 2

1）後危機段階のストレッサー(ａA 要因)

後危機段階においても危機状況は進化し,主要なストレッサー(a 要因)の後にも新たなストレッサーが加わり,それが要因（A）として累積し aA 要因となって家族に対応を迫る(McCubbin 1981, 1983). ストレッサーの累積の現れ方としては,①　病気の進行などの当初のストレスに内在する困難性,②　当初のストレッサーが未解決なのに別のストレッサーが追加される,③　ストレスや危機の解決のために専門家などによって提供される援助によるストレッサー,の３つ場合が考えられる(McCubbin 1981, 1983; 石原 1985, 2000, 2001).

2）後危機段階の対処資源（ｂB 要因）

家族の既存の資源や対処方法（b 要因）に累積したストレッサーからの要請に応えた新規資源（B 要因）が加わり bB 要因となる(McCubbin 1981). B 要因としては専門家のカウンセリング,グループ援助,親族・友人・関係者の助言,自助グループの紹介などの支援が追加される（McCubbin 1981, 1983; 石原 1985, 2000, 2001).

3)　後期危機段階の認知･意味づけ(cC 要因)

当初のストレッサーに対する認知,意味づけ（c 要因）と後危機段階の累積したストレッサーや新旧の対処資源への認知と意味づけおよび危機から回復するために必要な事柄への認知が C 要因で,合わせて cC 要因で示される. この認知（cC 要因）は危機状況の再定義に向けられ,家族は,①　問題の困難と解決を明確化する,②　危機状況での情緒的緊張を

軽減する,③　家族メンバーの情緒的社会的発達の維持を進める,④家族メンバーの認知を統合して対処する,などを行う(McCubbin 1981,1983; 石原 1985, 2000, 2001).

4)　後期危機段階の対処

後危機段階における対処は,ストレッサーを除去し,状況の困難さを処理し,家族内部の紛争や緊張を解決し,家族適応の促進に必要な社会的・心理的・物的な資源を獲得するための家族メンバー個人および家族集団の行動反応と定義できる（McCubbin 1981). 家族対処としてはリーダーシップ,役割分担,収入,家族集団の凝集性,適応能力等の家族の内部資源と共に情報や情緒的支援を提供する親族関係・友人関係・専門職集団・関係者集団などの地域社会の資源を重視する. bB 要因,cC 要因は共に家族対処の構成要素となる（McCubbin 1981, 1983; 石原 1985, 2000, 2001).

5）後期危機段階の家族適応

家族適応は家族メンバー個人対家族,家族対地域社会の双方のレベルにおいて機能のバランスを高めようとする家族の努力と定義できる（McCubbin 1981). この家族適応は幅をもった連続体でプラスの極に①家族統合の維持または強化,②家族システムと家族メンバーの発達の持続的推進,③家族の自立性と環境をコントロールできる感覚,などの家族機能における良好適応が位置し,それは家族システムの平衡状態を意味する. 一方,マイナスの極には不適応状態が位置し,それは家族機能における平衡失調状態を意味する（McCubbin 1981, 1983; 石原 1985, 2000).

二重 ABC-X モデル問題点は原因➔結果と言う直線的因果律でとらえられており,家族システムの循環的連鎖の視点が欠落していることである. 対処の結果生じた適応,不適応,xX という状態は,そこで一部分終結しても,不適応,xX の結果は累積するストレッサーに戻され再び解決に向けて取り組まれるという循環的連鎖が必然と考える.

（4）2 重 ABC-X モデルによる先行研究

清水新二は,アルコール初診患者の家族を対象とした家族グループ・ミーティーング（以後ミーティーングとする）の参加者を対象に調査を行った. 二重 ABC-X モデルに基づくこの実践を評価するために初診時,ミーティーング終了時（初診 2 ヵ月後時点）,6 ヵ月後の 3 時点で予後調査を実施した（清水 1992).

調査の回答は初診時 91 名,2 ヵ月後 97 名,6 ヵ月後 65 名から得たが,初診時と 2 ヵ月後の 2 時点間の変化を検討できたのは 62 名であった.

1)　2 カ月後の結果

①「X 要因」の質問項目と回答結果

「X 要因」を確認するために,心身の自覚症状を CMI（Cornell Medical Index）を用いて測定し,事態掌握感,総合的消耗感,離婚模索状態,家庭の雰囲気などを調査した. CMI の回答は,家族は心身両面で多くの自覚症状を有しており,神経症が 17.1%にみられ対照群との間に有意差が示された. 久里浜式アルコール・スクリーニング・テスト（KAST）の本人得点と妻の心身自覚症状得点の間には有意に高い相関が確認された.

心身の自覚症状は軽快化されているが有意な改善にいたらず,家族危機の根深さを示した．事態掌握感に関して,家族は自己を保持しており,その実態の多様性が明らかになった．総合的消耗感に関しても多様性が示され,有意に改善が見られた．離婚模索に関しても「考えていない」と 58.2%が回答し,家族の離婚への思いの多様性が明らかになった．事態掌握感,総合的消耗感,家庭の雰囲気について有意に改善されていた．また,「夫婦生活抵抗感」以外は家庭の雰囲気も改善され,夫の断酒が家庭の雰囲気を変える大きな要因であることが明らかになった．

②「B 要因」の質問項目と回答結果

「B 要因」として年齢,学歴,家族形態,夫婦の就労状況,家庭経済,家族機能を家族の対処資源として確認した．回答結果は,夫の年齢が高くなると妻の総合的消耗感が有意に高くなることが示された．夫の学歴が高校卒の場合には総合的消耗感が高く,事態掌握感が低い関連で有意差が示された．経済状態は「少し苦しい」と回答した家族の場合に事態掌握感も総合的消耗感も高く,家族の経済状態が悪いと CMI の心身自覚症状の率が有意に高かった．FACES-Ⅲ（Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales Ⅲ）和訳版を用いた家族機能は,「バラバラでいながらどうにも動きが取れない」状態とまとめ,アルコール依存症が夫婦の対立の深刻化や家族の解体を促進するのを明らかにし,CMI 得点は有意な変化を示したが,家族システム特性には有意な変化は無かった．B 要因として取り上げた家族形態,夫婦の就労,家族機能などの対処資源は家族ストレスや家族危機と統計的関連を示さなかった．

③「C 要因」に関する質問項目と回答結果

「C 要因」として,病気視/逸脱視,自罰視/他罰視,負担感を確認した．病気視は家族危機や家族ストレスに関する良好な事態掌握感,低い総合的消耗感に有意に関連していた．他罰視は高い総合的消耗感に有意に関連した．負担感に関しては事態に対する共感を示した家族は有意に事態掌握感が高かった．負担感,他罰視,病気視に関しては,初診時得点との間に有意差はなかった．

2） 6 ヵ月後の結果

6 ヶ月後の調査結果は,アルコール依存症本人の 70%は元気で,既に 56.9%が就労,60%がこの 6 ヶ月間断酒しており,約 20%はスリップもあったが断酒していた．妻の 3 人に 1 人は「平静,落ち着いている」と回答し約 20%は「とてもしんどい」と総合的消耗感を示した．「何とかできる」と 4 分の 3 が事態掌握感を示し,70%が希望的な考えを表明した．家族の変化では「笑いが戻ってきた」と 52.3%が答え,「夫婦生活抵抗感低下」と 43.2%が回答したが,38.2%はこの質問に否定的回答をしていた．断酒生活でも家族関係やその機能の回復は簡単には進まないことを示していた．

3） 調査結果のまとめ

調査結果は,家族ストレス・家族危機（X）に関するアルコール家族の特異性よりもその多様性を浮き彫りにした．家族の対処資源（B 要因）に関しては家族ストレス・家族危機

と関連していたのは本人の学歴のみで,家族機能,家族形態,夫妻の就労などは何の関連も示さなかったと報告した．意味づけ・認知（C 要因）に関しては家族ストレス,家族危機との関連が最も明確に出た．結論として,清水はそれを家族のミーティング参加は病気理解を促進するが家族危機の低減にはなんら関与せず,夫の断酒意識や再飲酒にもほとんど関連を示さなかったと記している.

2.2　家族システム論からの接近

家族システム論は,生物システムに当てはめていた一般システム論を人間システムに,さらに人間とその環境の一環をなす家族に適用するなかで発展してきた理論である．一般システム論および家族システム論とその中心概念を記し,家族システム論に基づく先行研究を検討する.

（1） 一般システム論の概要

1948 年,社会科学・生物科学・自然科学を統合する理論的枠組みとして一般システム論がベルタランフィ（Bertalanffy,L.）によって公表された．ベンタランフィは,システムを「相互に作用しあう要素の集合である」と定義し,ばらばらに分解して研究したのでは理解できないさまざまな秩序を含む「システム」の概念とそれらに当てはまる一般的なシステム法則の存在を明らかにした（Bertalanffy 1968 ＝1978; Andreae 1996 ＝1999).

一般システム論の主要な概念として,1)　閉鎖システム・開放システムとエントロピー・ネゲントロピー,2)　情報とフィードバック,3)　循環的因果律,の 3 点を検討する.

1)　閉鎖システム・開放システムとエントロピー・ネゲントロピー

一般システム論は対象と環境の関連を閉鎖システムと開放システムで包括的にとらえた.開放システムは周辺環境の他のシステムと関係・交流をもち,相互に影響を与え合う.

システムは重要な特性として常に均衡状態に向かう不可逆的な傾向であるエントロピー（entropy）を有しており,この働きにより開放システムは環境からの影響を受けながらも常に均衡状態に向かう．しかし,エントロピーにより無秩序で混沌となる可能性も含んでおり（Bertalanffy 1968＝1978）,かつ,エントロピーと逆の「自由エネルギーの潜在的担い手」と称されるネゲントロピー（negentropy）によってより高次の秩序とシステムに発展する可能性も有している（Schroedinger 1945)．しかし,閉鎖システムでは環境の影響を受けないのでエントロピーによって常に不変状態となる（Bertalanffy 1968＝1978).

2)　情報とエネルギーとフィードバック

開放システムでは外部の環境システムから入ってきたエネルギーと情報を受け（インプット）,それを環境に放出（アウトプット）し,その環境システムとの間でエネルギーと情報の交換を行う．このシステムから放出されたエネルギーと情報の一部を再びシステムに受け入れる働きをするのがフィードバックである（Bertalanffy 1968 ＝ 1978)．フィードバックには負のフィードバック(negative feedback)と正のフィードバック(positive feedback)がある．負のフィードバックは平衡状態を維持するホメオスタシス

(homeostasis)や自己制御のサイバネティックス(cybernetics)の作用と関連して,システムに生じた逸脱や誤差を減少させてシステムの設定範囲内での安定化をはかる（Bertalanffy 1968 ＝1978; 遊佐 1984). 一方,正のフィードバックはシステムが放出した情報とエネルギーの一部を受け入れてシステムに逸脱や誤差を発見するとそれをさらに奨励し逸脱を増幅させてシステムの設定そのものを変革しシステムの成長や発展を促す（Maruyama 1963).

3) 循環的因果律

19 世紀以降の科学は,原因が結果を規定するという直線的因果律が支配していたが,20 世紀になり,科学のあらゆる分野で全体性,有機体,ゲシュタルトなどの概念が現れ,従来の直線的因果律の観点からすべては互いに作用しあう要素からなるシステムであるという循環的因果律の観点に変化した. 開放システムはフィードバックによる循環を特性としているので因果関係も循環的な連鎖として理解されるようになった. 原因と結果は循環的因果律の一こまに過ぎず,純粋な意味では原因も結果も存在せず,そこで生じている連鎖の相互作用に注目するのである（Bertalanffy 1968 ＝ 1978 ; Bateson 1972 ＝ 2000).

以上のように一般システム論はシステムがもつ均衡状態や安定化への方向性と変化や進化への方向性を特性として保持することを明らかにし,その結果が現状を維持する働きとなり,また一方で,システムの成長や創造的変化を生み出す働きとなることを示した（Hoffman 1981 = 1986).

一般システム論は,1950 年代に入り精神科領域に適用され,人間とその環境との関係を理解する理論として家族の相互作用に適用が試みられ家族システム論へと発展した.

（2）家族システム論とその中心概念

家族システム論の基礎となる概念は,家族システムとメンバー,境界,家族内の役割とルール,コミュニケーション,ホメオスタシスと症状,問題維持連鎖,家族機能,の 7 つにまとめることができる.

(1)　家族システムとメンバー

家族システム論では,家族を 1 つのシステムとしてとらえ（Minuchin 1974）,そのメンバーはシステムを構成する部分であるが,システムの総体はシステムの部分の総和を越えた存在であると理解する（Bertalanffy 1968 ＝1978 ; 遊佐 1984). メンバーは相互関係で結ばれており,システムの一部分であるメンバーの一人に働きかけた結果生じた変化はシステムの他の部分にも変化を生じさせる. この相互関係のあり方がシステム全体のバランスと安定を判断する根拠となる（Hoffman 1981 = 1986).

2)　境界

家族システムの境界は家族システムと外部の間の境界と家族メンバー間の境界の 2 つの側面がある（Bateson 1972 ＝ 2000; Minuchin 1974 ＝ 1983). 家族システムと外部との境界が固すぎると外部と通気性が悪くなり,外部からの情報や人的交流が減少し,家族全体が社会から孤立し,家族メンバーの相互作用は固着して「ベッタリ（enmeshment)」状態と

なる（立木 1999）． 一方,家族システムと外部の境界がゆるすぎると家族としての一体性が失われ,「バラバラ(disengagement)」の状態となり,家族機能の遂行が妨げられる（立木 1999）.

3） 家族のルールと役割

家族のルールとは,家族システムの中で「繰り返される特徴的な相互作用のパターン」で,家族の中で禁じられていること,許容されていることを示しており（Jackson,D.1965）,明文化されてはいないが家族メンバーはルールに基づく機能的役割と情緒的役割を担い,その役割は時の経過や状況の変化によって流動的である(Minuchin 1974=1983). ある人が「トラブルメーカー」,「犠牲の子羊」などと呼ばれることは,このような役割を担うことがそのメンバーが家族システムに適応するために必要とされていることを意味する（Ackerman 1958=1965 ; Haley 1976＝1985 ; Hoffman 1981 =1986 ; Andreae 1996=1999).

4) コミュニケーション

家族のコミュニケーションは家族の相互作用の表れで,言語的・非言語的方法で行われ多くはパターン化している（Bateson , Jackson , Haley,and Weakland 1956; Haley 1976＝1985).

MRI（Mental Research Institute）の理論はコミュニケーションとその影響力を重視し,家族システム内のコミュニケーションの連鎖を変化させることによりシステム内に変化が生じることに注目し,コミュニケーション行動を適切なものにすることをセラーピーの目的と位置付けた（Haley 1976＝1985).

5) ホメオスタシスと症状

人間をはじめとする生物有機体は外部環境の変化に対応しながら固体としての状態を一定に維持しようとする機能を内在させており,これをホメオスタシスと名づけている(Ackerman 1958 ＝ 1965). このホメオスタシスの働きが家族システムのバランス,安定志向のもとになり,その結果先行する安定レベルの変化には抵抗を示す(Jackson 1957, 1969; Hoffman 1981 = 1986). 家族システムのホメオスタシスを維持するための主要なメカニズムがフィードバックループである. しかし,フィードバックループによりホメオスタシスを維持した結果の安定は必ずしも健康な状態を意味するものではない（Bateson 1972＝2000 ; Haley 1976＝1985 ; Hoffman 1981 = 1986; Andreae 1996=1999). 例えば,家族内の不安,怒り,緊張が 1 人のメンバーに集中した結果メンバーに症状があらわれ,メンバーが症状を呈することでホメオスタシスが維持され家族システムが安定することを意味する. この症状を担わされる患者を「スケープゴート（犠牲の野山羊)」と呼ぶ(Ackerman 1958＝1965; Hoffman 1981 =1986). また,ヘイリーは,人は相手との関係を規定するコミュニケーションの試みのすべてに失敗したとき,関係の主導権を握るために「症状」を持ち出し,他者との関係をコントロールするとも記している(Haley 1976＝1985).

6） 問題維持連鎖

問題維持連鎖とは,家族システムに問題が生じたときにそれが解決されずに維持される

のは家族が問題解決への努力を怠るからではなく,逆に問題解決への努力が問題維持の連鎖を形成している結果である,とする観点である.(Bateson, Jackson, Haley and Weakland 1956; Watzlawick, Weakland and Fisch 1974 = 1992). この問題維持連鎖はフィードバックループおよびホメオスタシスの機能よって,システムの中に生じた問題解決の努力が問題を維持する循環となり,問題は家族システムによって維持され,家族システムは問題によって維持されていることになる (Bateson, Jackson, Haley and Weakland 1956). この問題維持連鎖を発見してシステムに介入して問題維持連鎖に変化を起こすことが問題解決のスタートとなる (Haley 1963＝2001; 東 1993; 立木 1991,1995).

ワツラウイックら (Watzlawick,P. Weakland, J. and Fisch,R.) は,問題維持連鎖は問題解決とされているものが問題で,その常識的な解決法を改め,予想外の逆説的要素によって新たな変化を起こし,解決が持つ自己回帰性を阻止する状況の枠組みを提言した. さらに,この問題維持連鎖における変化の過程を問題の解決が問題の維持や悪化に関連するが,既存のシステム設定の範囲内で常識的な解決を試みる第 1 次変化と第 1 次の問題解決策が行き詰まったときに,既存の設定されたシステムを再設定することによりシステム自体の変化を含む対応を試みる第 2 次変化に分け,この 2 次変化は家族システムの成長・発展となる場合が多いことを示唆した (Ashby 1952; Watzlawick, Weakland and Fisch 1974＝1992; Hoffman 1981 =1986).

7) 家族機能

1970 年代,オルソン (Olson,H) ほかは家族を機能的観点からその機能を２次元でとらえた. 家族メンバーの心理的・社会的つながりや距離を「Cohesion」の概念で,状況的,発達的ストレスに対する家族システムの権力構造,役割関係,ルールなどへの適応力を

図 3

「Adaptability」の概念でとらえ,この２次元の機能に注目して円環モデル（Circumplex Model）を理論化した．オルソンほかはその円環モデルに基づいて家族機能を診断・評価する尺度として FACES(Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale)を開発した（Olson, Sprenkle and Russell 1979）(図 3).

FACES により家族機能の測定が可能になった結果,さまざまの問題や病気と家族機能の関連が明らかになり,その解決に新たな観点が導入されることになった.

（３）家族システム論に基づく先行研究

家族システム論は,1970 年以後システムズ・アプローチとして精神医療・社会福祉・教育の領域に導入され,それに基づくアルコール家族研究も数多く報告された（Ewing 1968; Meeka 1970; Orford 1976; Steinglass 1976; Moos 1979）．これらのなかから,嗜癖傾向測定尺度 ASTWA を用いた猪野亜朗・大越崇・杉野健二・志村正美の「アルコール依存症の夫を持つ妻の嗜癖傾向」,立木研究室が開発した家族機能測定尺度 FACESKG-Ⅳを用いた橋本直子の「アルコール家族の家族機能と妻の共依存傾向の関係の検証」を取り上げ検討する.

1)　猪野・大越崇・杉野健二・志村正美の「アルコール依存症の夫を持つ妻の嗜癖傾向」の研究の検討

1970 年代後半,アルコール・薬物医療の臨床から「共依存」の概念が家族に見られる特徴として取り上げられ,以後,多様に定義された(緒方 1996)．本研究はアメリカの「第 1 回共依存会議」における定義,「共依存とは,安心,自己評価,アイデンティティーを見出そうとして強迫的行動により他からの同意を求める痛ましい依存のパターンである」を採用した(猪野ほか 1992).

本研究は妻の嗜癖傾向はアルコール依存症患者の飲酒行動と悪循環を作りだしている点に注目し,アルコール依存症の夫を持つ妻の嗜癖傾向を測定する尺度として ASTWA（Addiction Screening Test for Wives of Alcoholics,以後 ASTWA とする）を開発した．ASTWA は関係嗜癖（relationship addiction）として「支配的傾向」と「巻きこまれ傾向」を,世話やき嗜癖(care addiction)として「世話やき傾向」を,そして嗜癖を生じやすい性格傾向として,「完全主義傾向」と「自己評価を低くみる傾向」をあげてこの５つを下位尺度とし,その各下位尺度の総得点を「共依存傾向」とした．ASTWA は 24 の質問項目に 3 段階の自己評価を記入しその得点で各嗜癖傾向が＜無いか弱い＞,＜強い＞,＜非常に強い＞の 3 段階で評価した(猪野ほか 1992).

ASTWA を用いた調査の結果,未介入期群（治療者からの働きかけをほとんど受けていない妻）と断酒安定期群（断酒 3 年以上の夫の妻）との間には共依存傾向,巻き込まれ傾向,世話やき傾向に関して有意差が示され夫の断酒による嗜癖傾向の改善が示唆された．しかし,断酒 3 年以上の夫を持つ妻は対照群に比べ,支配傾向,巻き込まれ傾向,世話やき傾向が有意に強く,この結果は妻の不健康さの持続,または不健康な夫に示す反応と考察した（猪野ほか 1992)．さらに,研究Ⅱ報において ASTWA の結果と 1 年後の断酒予後の関連を検討し,共依存傾向,世話やき傾向,支配的傾向,巻き込まれ傾向の得点ランクと断酒予後の間に有

意な相関を報告した（猪野ほか 1994）.

本研究は ASTWA という簡便な尺度を開発し,カッティングポイントを基にしたプロフィールを作成,得点をプロットすることで嗜癖傾向の現状を可視化した点で画期的である.さらにその各下位尺度の得点結果に対するアドバイスを作成して提供し,実践に貢献した.

2）橋本の「アルコール家族の家族機能と妻の共依存傾向との関係の検証――アルコール依存症の夫を持つ妻の認知から――」の研究の検討

橋本は,初診のアルコール依存症患者の妻およびアルコール相談に来所した妻を対象に,家族機能を測定するために FACESKG-Ⅳ（Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale at Kwansei Gakuin Ⅳ),および先述の ASTWA を用いて調査研究をおこなった. アルコール依存症患者の妻 52 名,対照群 221 名であった.調査に用いられた FACESKG-Ⅳは,FACES を立木研究室が日本の文化に則して独自の質問紙として作成した第 4 版「実年版」(武田・立木 1989；横山登志子ほか 1997)である（図 4). 今回の調査では 31 問を 2 択で回答する母親版を用いた（橋本 1997).

図 4

調査結果は,円環モデルにしたがって３分類の家族機能タイプを比較するとアルコール家族では「極端型」が 34.0%,「中間型」が 59.0%,「バランス型」が 6.0%であったが,対照群では「極端型」が 10.0%,「中間型」が 51.0%,「バランス型」が 39.0%で, χ^2 検定の結果有意差が示され,アルコール家族は家族機能度が低いことが明らかになった($\chi^2=37.782, p<0.01$)（橋本 1997).

ASTWA による測定結果からは,アルコール家族と一般家族の 5 つの下位尺度と共依存傾向を比較すると「世話やき傾向」「巻き込まれ傾向」「支配傾向」「自己評価の低い傾向」「共依存傾向」において,T 検定の結果 5%水準の有意差でアルコール家族の嗜癖傾向が強いこと

が判明した（P<0.05）．また,5 つの下位尺度と共依存傾向の判別タイプを比較すると,下位尺度のすべてにおいてアルコール家族は「非常に強い」の占める比率が一般家族の２倍近くに及んでいた．共依存傾向ではアルコール家族は「非常に強い」が 48.1%であったが一般家族では 12.7%に過ぎず,アルコール家族の高い共依存傾向が判明した（橋本 1997）.

3 分類の家族機能度タイプと共依存の関連では,家族機能の「バランス型」「中間型」「極端型」の順で共依存の平均値が高まり,家族機能度の低い家族は共依存度が高いことを検証した(橋本 1997).

本研究は,家族援助の主要概念であるアルコール家族の家族機能と共依存の関連を明らかにした貴重な研究である．アルコール家族の機能度の低さが確認でき,家族援助における家族機能度を高める方向性と嗜癖傾向を軽減する方向性は重なるものであることを明らかにした.

2.3　EE（Expressed Emotion）研究に基づく心理教育論からの接近

Expressed Emotion（以後 EE とする)研究は,英国において統合失調症患者への家族の情緒的表現と患者の再発率との関連を研究することから始まった．その後,米国をはじめ多くの国々で研究が重ねられ,対象も統合失調症のみならずその他の精神疾患に広げられた．1980 年代,この EE 研究に基づく心理教育が試みられ,患者の再発防止に成果を挙げ広く臨床に導入されることになった.

本節では,EE 研究の概要,EE 研究に基づく心理教育の概要およびその実際を記し,最後にアルコール・薬物家族に関する心理教育の先行研究を検討する.

（1）EE 研究

EE 研究は,1950 年代,脱収容化の社会政策の一環として地域ケアが推進される中で,統合失調症の再発防止の観点から注目されるようになり,1970 年代には,家族と患者の相互作用が病状に与える影響の研究が進められ,家族の表出する感情（EE：Expressed Emotion)が患者の再発を予測しうる尺度であることが発見された(Leff and Vaughn 1985=1991; Anderson, Leiss and Hogarty 1986 ＝1989, 1990; Kuipers, Leff and Lam 1992 = 1995).

EE は,家族が患者に表現した感情の質と量を一定の基準で評価し,批判的コメント,敵意,情緒的巻き込まれすぎという 3 つの下位尺度の 1 つでも「高」と評価される項目があれば,その状態を「高 EE」の状態と呼び,3 つの下位尺度がともに「低」と評価されれば「低 EE」の状態と呼ぶ．そして家族の中に 1 人でも「高 EE」 の状態にある者がいるときにはその家族を高 EE 家族と呼び,そのような家族が誰もいないときに低 EE 家族と呼んだ．この EE で表される家族関係の質と患者の再発の間には症状に左右されない直接的関係があり,批判的コメント,敵意,情緒的巻き込まれすぎなどの侵襲的な感情表現が再発の主要因であることが明らかになった．さらに EE の高低と再発率とは,患者の服薬状態と再発率の関連に匹敵し,その他に患者と家族の 35 時間以下の対面時間,家族の家族療法や患者の SST の活用

が高 EE 家族と暮らす患者の再発率の低下に関連することが明らかになった（Vaughn and Leff 1976；Leff and Vaughn 1985=1991；Anderson，Leiss and Hogarty 1986＝1989,1990).（図５）

図 5

（２）EE 研究に基づく心理教育論

1980 年代,いくつかの研究で,心理教育の介入を受けた高 EE 家族の患者の再発と介入を受けなかった対照群の患者の再発との比較で有意差が示され,心理教育が統合失調症の再発防止に高い有効性を持つことが検証された(Leff and Vaughn 1985 = 1991; Anderson, Leiss and Hogarty 1986＝1989 ; Goldstein 1989; Wolfgang 1995; 井上新平 1998; 後藤 1993,1995 ; 伊藤 2000 ; 角谷 2002). 統合失調症患者の退院後に高 EE 状態の家族に心理教育を実施した効果を再発率（9 ヵ月～1 年後）から検討した 4 つの研究結果のまとめは,高 EE 状態の家族への心理教育は再発防止になることを明らかに示している（Goldstein 1989; Wolfgang 1995; 大島ほか 1995; 伊藤 2000)（図６).

1980 年代,欧米では心理教育（Psychoeducation）が臨床に取り入れられ,日本では 1990 年代から統合失調症患者家族を対象に医療・保健の領域で「家族教室」,「家族会」の名称で心理教育が実施されるようになった. その後 EE 研究が進む中で心理教育は統合失調症を対象としながらも,うつ病,認知症,引きこもり,摂食障害,アルコール依存症等の領域に適用された（後藤 1998a; 横山知行 1998; 松本・大矢 1998; 近藤直司 1998; 緒方 1998; 鈴木廣子 1998; 奥田・長谷川 1998).

（図 6 ）

（3）EE 研究に基づく心理教育の実際

心理教育の実際を心理教育の目的,構成,方法,利用者と専門職の関係から検討する.

1) 心理教育の目的

後藤雅博(1998a)は心理教育の目的を,① 病気や障害に関するスティグマや自責感を軽減する,② 対処能力やコミュニケーション能力を増大させる,③ 社会的孤立を防止する,④ 病気や障害から受ける負担感を軽減し,必要な危機介入をおこなう,⑤ 自信と自尊心を回復する,と記している(後藤 1998a). 一方,カイーパース（Kuipers ,L.）らは心理教育の目的を,① 批判や巻き込まれ過ぎを減少する,② 体験を共有し,情緒的混乱に対処できるようになる,③ 問題解決の方法を共有し,困難に対して新たな対処法を試みる,④ 孤立感や偏見をのりこえるための家族の社会的ネットワークを強める,の 4 点で（Kuipers, Leff and Lam 1992=1995）,後藤とカイーパースの目的には共通点が多くみられる.

2) 心理教育の構成

心理教育の目的達成のための構成を検討する. 後藤は心理教育の構成要素として① 知識・情報の提供,② 対処技能の伝達,③ 心理的社会的サポート,の 3 点をあげており(後藤 1998a),伊藤順一郎は心理教育の構成要素を① 情報の提供,② 困難な状況への対処法の援助,とした（伊藤 2000).

3) 心理教育の方法

心理教育の方法は欧米でも日本でも多様な形態で実施されている. 対象も家族のみ,患者を含む家族,または,単家族,複合家族などである（後藤 1998b). アンダーソン（Anderson,C.）ほかは,① 心理教育的ワークショップ,② 患者・家族の単家族のセッション,③ 心理教育的複合家族グループ,の 3 つの部分で実践した（Anderson, Leiss and

Hogarty 1986＝1989). 一方,カイーパースほかは,①　教育プログラム,②　家庭での家族セッション,③　家族グループ,を基本的部分とした（Kuipers, Leff and Lam 1992=1995). 後藤は心理教育の方法として①　講義,②　グループセッション,をあげた(後藤 1998a). 伊藤は心理教育の方法として①　教育セッション,②　問題解決型のグループワーク,をあげた（伊藤 2000).

日本では後藤や伊藤の貢献で,複合家族グループの中に教育セッションとグループワークを組み込んだ「家族教室」という形が普及している. それは複合家族グループの中で専門職からの知識と情報の提供,対処資源と対処法の伝達を受け,同じ問題を持つ家族が経験知を交換し,互いをモデルにして相互援助することでエンパワメントの実現を目指した. このような定期的なオープングループに加え必要に応じて個別や単家族のセッションを持つことで危機介入も可能となった.

日本で一般化している「家族教室」のグループ運営は,1)　5～10 回シリーズのプログラムで 1 回 2 時間（時間はそれぞれの時期で異なる）,2)　頻度は 1～2 週（急性期,リハビリテーション期）から 1 ヶ月間隔（地域生活）,3)　最初の 2～４回は：情報提供を主とする教育セッションあるいは教育セッション＋小グループのセッション,4)　後半は主として解決志向的な小グループセッション,5)　グループセッションの人数は 5～10 人（これも時期や参加者の特性による）,とまとめることができる（後藤 1998a; 伊藤 2000).

4)　家族と専門家の関係

アンダーソンほか,カイーパースほかも共通して,統合失調症の家族に関する理解は,家族は統合失調症の原因ではなく,情報と支援が得られれば適切に対応して病気の経過に影響を与え回復に貢献できると位置づけた（Anderson, Leiss and Hogarty 1986＝1989 ; Kuipers, Leff and Lam 1992=1995).

カイーパースほかは,専門家は家族と信頼関係を作り,家族の経験,感じ方,ニーズ,強さを尊重し,専門家のパートナーとしてみなし,互いに協力して問題解決に取り組むと記している(Kuipers, Leff and Lam 1992=1995). また,ウオルフガング（Wolfgang,B.）も患者を含む関係者全員の信頼関係の確立と患者と家族と専門職の「治療的パートナー関係」を提案している（Wolfgang 1995). 以上からは専門家,患者,家族はともに治療のパートナーと互いを位置づけ平等な信頼関係の中で尊重し合って協働するとまとめることができる.

一方,伊藤 (2005) は,心理教育にエンパワメント(empowerment) とリカバリー(recovery) の概念の導入を提案している. エンパワメントとは,社会的に抑圧されていた人々が機会を得て,能力を発揮し,生活上の権限を持つようになることを意味し,リカバリーとは,人生に希望を取戻し,主体的に生きる実感を意味すると記している. その中で家族にとってのリカバリーは,心理教育グループの相互関係を通じて自分の力に気づき,自己肯定感を高め,生きる力を強化し,エンパワメントし,自らの可能性,希望,力量を見出し,主体的に生きることに目覚め,立ち直りを進めることである,と説明している（伊藤 2005). このリカバリーの推進のために援助者は患者・家族が自らの可能性を見出し,その達成に努力し,有意義な生

活を送る力を有していると確信する必要があると提言している（伊藤 2000，2005）.

（4）アルコール・薬物家族に対する心理教育の先行研究の検討

1980 年代より, 日本ではアルコール家族を対象とする「家族教室」,「アルコール教室」などが開かれるようになった．これらの実践の数少ない研究から奥田宏・長谷川充（1998）によるアルコール家族を対象とした「家族教室」, 安高真弓（2001）による薬物家族を対象とした「家族教室」, 菊池安希子・和田清（2004）の薬物家族を対象とした「茨城ダルク家族会」の研究を取り上げ検討した.

1） 家族援助の目的

奥田宏・長谷川充ほかは家族教室の目的を① 家族の苦悩の軽減, ② アルコール依存症に巻き込まれ病的になっている状態からの立ち直りにおいた（奥田・長谷川 1998）．安高の「家族教室」の目的は① 薬物依存の正しい知識や接し方を学ぶ, ② 同じ問題を持つもの同士が語り合い, 分かち合う, ③ 自助グループへのインテーク, においた（安高 2001）.
茨城ダルク家族会はその目的を① 家族の回復, ② 依存症者をリハビリ施設（ダルク）につなげる, においていた（菊池・和田 2004）.

2） 心理教育の方法

奥田・長谷川の「家族教室」は, 精神病院のアルコール当事者の家族を対象に, 月に 1 回 2 時間, 精神科医師ら計 4 名のスタッフが 3〜4 名の参加家族を対象におこなっている．スタッフと参加家族の自己紹介の後, 教育的部分の講義を約 1 時間おこない, 引き続いてミーティングを実施した（奥田・長谷川 1998）．安高の家族教室は, 精神保健福祉センターで, 薬物専門医療機関で治療中の患者家族やナラノンメンバーを対象に精神科医師ら計 3 名のスタッフが２〜9 名の参加家族を対象に, 自助グループの支援システムと心理教育システムの中間形態で, 月 2 回 2 時間, 匿名で実施した（安高 2001）．茨城ダルク家族会は, 約 50 名の家族を対象に 12 ステップアプローチ, 心理教育, 自助グループ, 個別カウンセリングなどを組み合わせたプログラムを, 月 1 回 1 泊 2 日で開催した．菊池・和田はこの活動を家族自身がおこなっているピア・プログラムと位置づけている（菊池・和田 2004）.

3）心理教育の内容

奥田・長谷川は教育的部分を次の４つのテーマで進めた．① アルコール依存症に関する知識の提供と対処法を伝える, ② アルコール家族の心理を説明し, その回復が必要なことを強調する, ③ アルコール依存症の回復と家族の課題を伝え対処を指導する．④ 家族のための自助グループを紹介し, 体験を語ってもらう, であった．教育部分に続くミーティングでは困っている家族に発言を促し, それに対する他の家族の発言を求めた（奥田・長谷川 1998）.

安高は教育部分を, 自記式のワークシートやチェックリストを盛り込んだ『薬物問題を持つ家族のための家族教室 』をテキストに用い, 家族参加型で進行した（安高 2001）．そのテキストの内容は, ① 薬物問題の進行と回復および自助グループに関する知識, ② 家族の健康（特にうつ）に関する知識, ③ 病んだ家族, 健康な家族を説明し, 家族関係の回復

への提言,④　家族関係をチェックし,家族関係改善の知識,⑤　利用できる社会資源の活用方法,⑥　薬物問題に関連する機関やグループの見学,であった（安高 2001）.

4)　心理教育の評価

奥田・長谷川は「家族教室」に継続参加したメンバーはアルコール依存症に関する理解を深め,家族が孤立から開放されたという結果を報告した（奥田・長谷川 1998）. 安高の「家族教室」を終了したメンバーは,「知識が得られた」「自分のことを振り返ることができた」「元気が出た」などの感想をもち継続参加を希望したと報告した（安高 2001）. 茨城ダルク家族会メンバーの平均参加回数は 16 回で,「かなり楽になった」の質問に平均 80 点の回答を寄せた. 参加回数と「かなり楽になった」との評価の間には統計的に関連する傾向が示された（菊池・和田 2004）.

３　薬物家族への心理教育に基づく実践援助モデルの構成と手順

先に薬物家族への心理教育に基づく実践援助モデルを構成する理論的枠組みとして「家族ストレス論」「家族システム論」「EE 研究に基づく心理教育論」から接近し,それらの理論に基づく先行研究を検討した. 続いて,薬物問題に特化した家族危機発生の関連要因とプロセス,を明らかにする. 次に,家族危機発生によって外部に援助を求めた薬物家族の家族危機からの回復と家族システム・メンバーの回復・成長を援助する心理教育の理論的枠組みとそれに基づく実践援助モデルを構成し,続けて,物家族の家族危機からの回復と家族システム・メンバーの回復・成長を援助する心理教育の手順を検討し,最後に,薬物家族への実践援助モデルの独自性,をまとめる.

3.1　薬物家族の家族危機発生関連要因とそのプロセス

薬物使用というストレッサーによって家族はストレスを抱えることになる（Selye 1956=1974）. このストレスの累積の中で家族危機が発生する. 薬物家族の家族危機発生の関連要因とこれらの関連要因が複雑に絡まりあいながら問題を維持し,ストレスが累積し,家族危機へと発展するプロセスを記す.

（１）薬物家族の家族危機発生関連要因

マッカバンは二重 ABC-X モデル(図２）の前危機段階においてストレッサーとストレッサーへの対処資源と認知との相互関連の中で家族危機が発生することを示した（McCubbin 1983; 石原 2000）. この二重 ABC-X モデルの前危機段階に薬物問題というストレッサーを当てはめ,家族危機発生に関連する要因を図示した（図 7）.

図 7 でストレッサーを示す a 要因は薬物の使用継続,薬物関連問題の継続である.

マッカバンは二重 ABC-X モデルの対処資源として家族の経験,能力,体力,経済力,家族機能などを上げている（McCubbin 1983; 石原 2000）. しかし,先に清水の研究はこれらの対処資源の中でストレッサーと関連したのは夫の学歴のみで,他の対処資源は統計的になんら関連を示さないことを明らかにした（清水 1992）. この結果を考慮して図 2 における

薬物家族にとっての対処資源 b 要因を検討した．薬物家族独自の対処資源として薬物問題への自責感,薬物問題解決への責任感,家族機能による自力での解決とした．最初の家族の自責感とは,家族メンバーの一人が薬物問題を持ったことに対して家族関係や養育が原因と考えて家族自身が自らを責めることである．薬物問題を持った多くの家族は専門家が「家族が原因で発病したのではない」と強調してもその強い自責感は簡単に修正できない．次の問題解決への責任感は,先にあげた家族の自責感と関係し「家族が悪かった」という思いが「家族の力で解決するしかない」という問題解決への責任感へと転化する．最後の家族機能による自力での解決は,先にあげた薬物問題への自責感,問題解決への責任感の根底に存在するもので,家族は家族の絆をはじめとする家族機能こそが問題解決の決め手と考え自力で解決しようとする．以上 3 つの対処資源は多かれ少なかれ薬物家族なら誰もが持つ常識的な対処資源である．これらの対処資源は家族の情緒的つながりや関係の根幹を示すものであり,これらの対処資源が問題解決に効を奏さないことは納得できず,効果を上げるために熱心に関わりそれが結果として嗜癖傾向を強め,家族機能の不全を招くことになった．また,これらの家族としての常識的対処が問題解決に無効であることは家族の自信や自尊感情を低下させ,無力感,絶望感へと進展し,家族危機発生に関連する．

次に薬物問題というストレッサーに関する c 要因である家族の認知について検討する．家族は社会が認知しているように薬物問題を逸脱・非行･犯罪と認知し,嘘つき・意志薄弱・無責任など性格・人格の問題と理解する．さらに薬物問題を起こす人を加害者,家族は被害者と考え被害者意識を強める．このような薬物問題への認知と被害感は,薬物問題に関する知識や情報がない中では常識的な認知といえる．しかし,家族メンバーの一人をこのように認知し,薬物問題をこのように意味づけすることは家族機能を低下させ,大きなストレスとなり家族危機発生に関連する．

図２の前危機段階と図 7 を比べてみると大きく異なるところは,a 要因,b 要因,c 要因からなる三角形の中心に対処が位置付けられていることである．図 7 の対処は対処資源と認知から影響を受けながらストレッサーに対して直接的に働きかける．この対処は,対処資源である家族の薬物問題への自責感・薬物問題解決への責任感・家族機能による自力での解決から影響を受け,ストレッサーに対する逸脱･非行･犯罪視,性格･人格視などの認知と被害者意識から影響を受ける．その結果対処は,薬物使用や薬物関連問題に巻き込まれ,過干渉,支配・依存,否定的感情,代理での問題解決,自尊感情の低下,自己喪失などの嗜癖傾向を強化し,また,不信・不和・非協力による家族機能不全を促進することになる．この嗜癖傾向の強化と家族機能不全での対処が薬物問題維持連鎖を強化し,薬物使用を継続させ,薬物関連問題の深刻化を招き,さらなるストレスの累積となり家族危機の発生に発展する．この段階の累積したストレスとしては薬物使用の継続,薬物関連問題(健康問題,労働・経済問題,事故・自殺,非行・犯罪,家族問題)の継続,家族機能の不全・嗜癖傾向

図 7

の強化,があげられる.

次に薬物当事者とその家族の間で展開される家族危機発生のプロセスを検討する.

（2）薬物当事者・家族の家族危機発生のプロセス

家族システム論の問題維持連鎖という概念を薬物家族に当てはめ,家族危機発生のらせん状のプロセスを図示した（図 8）. 家族が困難な問題を抱えたときそれが解決しないのは解決努力が足りないからではなく,問題と問題解決の対処の間に悪循環が生じている結果,問題維持連鎖が働くからである. 図 8 は薬物問題への家族の対処が薬物問題維持連鎖となり,時間の経過とともに病気は進行し薬物関連問題は深刻化し,家族は対処に疲れ果て,問題解決に絶望し,家族危機に至るプロセスを意味する.

薬物当事者は薬物の初回使用で薬物使用への抵抗感が薄らぎ,機会があれば薬物を使用するようになり,怠学･怠業で学校や職場で支障が生じ,交友も薬物使用中心の関係となり,反抗,浪費が目立つ. この機会使用の段階で多くの家族は薬物問題に初めて気づき,当惑し,起きた事態に巻き込まれ,過干渉になり,支配・依存状態に陥り,不安と怒りを強めながら常識的な対処する.

このような家族の対処はさらに当事者の薬物使用を促進し当事者は習慣使用の段階に進む. それに伴い欠勤・失業,家族への金銭の強要,借金,暴力,非行問題が発生し,家族はこれらの薬物関連問題を当事者に代わって解決することで,当事者への被害感や怒りなどの否定的感情を強め家族関係を悪化させる.

このような家族の対処は当事者の薬物使用を促進し薬物依存症の段階に進行する. この段階の当事者は,幻覚・妄想の出現,事故･自殺,多重債務,傷害・窃盗などの犯罪,逮捕,受刑などの事態に陥り,家族は疲労困憊し,心身の健康を失い無力感と絶望感を深める. この中で当事者・家族は自己喪失,家族機能不全の状態に陥り希死念慮さえ抱き家族危機に陥る. この家族危機の中で家族は既存の家族システム設定の中での問題解決の限界を自覚して,問題解決のために外部に援助を求める新たな行動を起こす.

この家族の行動は,ワツラウイックほかが提言した第 1 次変化から既存のシステム設定を再設定することで問題解決を進めようとする第 2 次変化への移行の表れといえる(Watzlawick, Weakland & Fisch 1974).

次にこの家族の外部に向けられた援助希求に応じた専門職が提供する援助としての心理教育の理論的枠組みを検討する.

図 8

3.2　薬物家族の家族危機からの回復と家族システム・メンバーの回復・成長を援助する心理教育に基づく実践援助モデルの理論枠組み

ワツラウイックほかの提言した家族システムの第2次変化は,新たな家族システムによって問題を解決するだけでなく,家族システム・メンバーの回復・成長の好機となる可能性を含む(Watzlawick, Weakland & Fisch 1974). この家族危機からの回復と家族システム・メンバーの回復・成長を援助する心理教育の理論枠組みをマッカバンの二重 ABC-X モデルの後危機段階を参考にしながら図示した (McCubbin 1983; 石原 2000) (図 9). 図 9 の各要因について検討する.

(1)　aA 要因：累積するストレス

図 9 の aA 要因は薬物問題による累積するストレスで,家族危機に陥った家族が抱えているストレス a には薬物使用の継続と薬物関連問題の継続,家族機能の不全,嗜癖傾向の強化があげられる. このようなストレスによって危機が発生し外部に援助を求めた結果専門職から援助が提供される. この専門職の援助は家族にとって新たなストレス A 要因となる可能性がある. 具体的に A 要因としては専門援助に対する抵抗,自助グループへの懐疑,当事者への不信,などが考えられる. これらを合わせ累積するストレスは aA 要因となる.

(2)　bB 要因：新旧の対処資源と対処法

bB 要因は図 7 の既存の対処資源に新たな対処資源と対処法を追加した新旧の対処資源と対処法である. 既存の対処資源は図 7 に示したように薬物問題への自責感,問題解決への責任感,家族機能による自力での解決,があげられる. 前節で記したようにこれらの対処資源は嗜癖傾向を強化し,家族機能を不全にして家族危機発生に関連した. そこで,これらの対処資源をリフレーミングして自己変革への動機,問題解決へのエネルギーに転化する援助が必要とされる. 具体的には,薬物問題への自責感は,過去の家族関係への捉われを当事者への信頼と尊敬に基づく新たな回復を支援する家族関係へとリフレーミングする. 問題解決への責任感は,当事者は回復を希求しており,その回復への動機を尊重し,薬物問題を自己責任で解決するのが当事者の喜びとなり,自信となり,自尊感情の回復につながるとリフレーミングする. 家族機能による家族の自力での薬物問題解決に関しては,薬物問題解決の主体は当事者に属することであり,家族をはじめ他者のコントロールで実現するものではないことを伝え,薬物問題への家族としての適切な対処と家族関係の改善が回復支援であるとリフレーミングする.

さらに新たな対処資源としては専門職の個別･グループ・ネットワークによる援助,自助グループや薬物関連社会資源の紹介,などである. 対処法としては嗜癖傾向・家族機能の改善,コミュニケーションの改善などがある.

(3)　cC 要因：新たな知識と情報

二重 ABC-X モデルにおける cC 要因は既存の認知に新たな認知を加えたものである. 薬物問題に対する既存の c 要因は,逸脱･非行･犯罪視,性格･人格視という認知とそれに伴う被害者意識であった. これらの認知や被害者意識は家族危機の発生要因として除去し,図 4

図 **9**

では cC 要因は新たな知識と情報とした．新たな知識としては疾患としての薬物依存症,病人としての薬物当事者,家族・当事者の回復への動機と主体性,などに関する知識と情報が提供される．また,新たな情報としては,回復と自助グループの機能,薬物問題維持連鎖と家族が受けている影響,薬物関連問題の解決を支援する各種の社会資源,社会サービスがあげられる．最後に,家族システムおよび家族メンバーの回復・成長の方向性として自己決定,自己責任,自己実現,自立,エンパワメント,リカバリーの理念が伝達される．

(4)　対処とそれを支援する心理的社会的サポート

二重 ABC-X モデルの中心に位置する対処はストレッサーである薬物使用を除去し,薬物関連問題による状況の困難を解決し,新たな家族システムを維持し,家族システム・メンバーの回復・成長を支援することを目的とする行動である．対処は新旧の対処資源と対処法 bB 要因から影響を受け,新しい知識と情報 cC 要因から影響を受ける．そして,これらの目的達成のために自己決定,自己責任,エンパワメント,自己実現,自立,リカバリーなどの理念に基づく心理社会的サポートをもって対処する．

(5)　結果

図 9 が示すように,家族危機に陥り累積したストレスの中にある薬物家族は新旧の対処資源と対処法の伝達を受け,新たな知識と情報の提供を受け,心理的社会的サポートをもって累積するストレスに対処し,その結果が出る．結果として 2 つのルートがある．1 つのルートは薬物による心痛,トラブルが軽減し,家族関係が改善し,その変化の中で当事者が断薬でき,薬物関連問題の解決が進み,自己実現,自立,リカバリーなどが実現し,援助目的の達成により援助が終結する．他の 1 つのルートは,対処の結果薬物による心痛・トラブル,家族関係の改善はみられたが,未だ薬物使用が継続し,薬物関連問題も継続し,家族危機状態も脱したとは言い難い場合には,そこから再び累積するストレスに舞い戻って,同じルートを通じて援助目的の達成に向けた援助が継続される．

3.3　薬物家族の家族危機からの回復と家族システム・メンバーの回復・成長を援助する心理教育に基づく実践援助モデルの構成

先に,薬物家族の家族危機からの回復と家族システム・メンバーの回復・成長を援助する心理教育に基づく実践援助モデルの理論的枠組みを検討したが,本項ではその理論枠組みに沿った心理教育に基づく実践援助モデルを構成する．心理教育に基づく薬物家族援助の実践援助モデルの構成として,援助対象,援助の目的,援助方法,援助内容,を記す．

(1)　援助対象

援助の対象は,薬物使用障害とそれに伴う関連問題を抱え解決のために援助を求めている家族である．この家族に見られる混乱,歪みは病理現象ではなく,薬物問題による過重なストレスの下で対処せざるを得なかった結果と理解する．家族は薬物問題の解決に動機を持ち,適切な援助が提供されれば問題解決に貢献する能力とエネルギーを有すると理解する．

(2) 援助目的

薬物家族への心理教育の目的を,1) 薬物問題の認知を改善するために知識と情報を提供する,2) 薬物問題に適切に対処する力をつけるために対処資源と対処法を伝達する,3) 薬物関連問題を解決して家族の現状を改善する,4) 家族自身の回復を支援する,5) 自助グループや薬物関連社会資源を紹介し,回復の社会化を支援する,6) 当事者の断薬による回復を支援する,の 6 点とした．次に薬物家族への心理教育の目的を具体的に記す.

1) 薬物問題への認知を改善するために知識と情報を提供する

図 2 に示したように家族は薬物問題を逸脱･非行･犯罪視,性格・人格視と認知し,被害者意識を強めていた．この家族に薬物問題に関する知識と情報を提供することで認知の修正を支援する．図 9 に示したようにその提供されるべき知識と情報としては,疾患としての薬物依存症,病人としての薬物当事者,家族・当事者の回復への動機と主体性,回復と自助グループの機能,薬物問題維持連鎖と家族が薬物問題から受けている影響,薬物関連問題とその解決のための各種社会資源と社会サービス,などである.

2) 薬物問題への対処能力を高めるために対処資源と対処法を伝達し,家族機能・嗜癖傾向を改善する

図 9 が示すように 3 つの旧対処資源をリフレーミングし肯定的な対処資源に変える．加えて,専門職による個別･グループ・ネットワークの援助を協働作業で進めることを家族に提案する．また,自助グループや薬物関連社会資源を紹介し参加を支援する．自助グループ参加や社会資源の活用で同じ立場の家族と交流し孤独から開放され,社会化されることはエンパワメントの機会となる．また,対処法として嗜癖傾向・家族機能の改善とコミュニケーションの改善の方法を伝達する.

3) 薬物関連問題を解決して家族の現状を改善する

図 9 で示すように,家族危機発生時点での累積したストレスは多様で,深刻なものである．家族も当事者も薬物関連問題に悩み苦しんでおり,これを家族・当事者のニーズと理解して,信頼関係の中で解決を支援する．家族の中には薬物使用によるトラブル,悪化した家族関係,家族の心痛などの解決を強く希望し,これらの苦しみの根底にある薬物使用の解決をニーズとして明確に認識しない場合もある．このような場合にもこの当事者・家族のニーズを優先して解決に取り組むことで信頼関係を築くことができ,その後に薬物問題の解決に積極的に取り組む可能性が生まれる．多重債務,繰り返される自殺未遂,非行・犯罪などの解決のために利用できる多様な社会資源・社会サービスを活用して問題解決に向けて協働することを優先することが必要である.

4) 家族自身の回復を支援する

図 8 で示したように,家族は薬物問題への苦闘の中でさまざまな深刻な影響を受けている．専門職は家族が薬物問題維持連鎖の中での疲労困憊をねぎらい,自己を取り戻し,薬物問題から受けた影響からの立ち直りを提言する．その方法として自分を正直に表現し,娯楽や休養の時間をもつように支援する．また,家族は専門職が家族を治療と援助のパートナーと位

置づけて信頼と尊敬を示し, 対等な立場で協働することや自助グループで他の家族に役立つ体験をすることを通じエンパワメントする．専門職は家族に希望, エンパワメント, 自己責任, リカバリーの理念を伝え自己実現, 自立, リカバリーを支援する.

5)　自助グループや薬物関連社会資源を紹介し,回復の社会化を支援する

家族が薬物問題より受けた影響から立ち直り, その回復を定着させるためには自助グループへの参加が有効である．また, 自助グループ参加や薬物関連社会資源の活用により家族は孤独から脱し, 仲間と交流し, 共感的理解と情緒的サポートを体験することがエンパワメントとなり, 回復の社会的広がりとなってリカバリーの実現を促進する.

６）当事者の断薬による回復を支援する

薬物家族の援助に当事者の断薬による回復の促進をあげることには批判があると思う．家族は断薬をコントロールできないと認識しても, 断薬して健康に生きてほしいと願うことは当然の願いであり, 祈りでもある．当事者の薬物使用の回復への動機と主体性を尊重し, 自由で対等な家族関係を築き, 自己責任の原則で当事者によって薬物問題が解決されるのを, 待つことが家族の支援と言える．そのために家族ができることは, 嗜癖傾向と家族機能不全を改善し, 薬物問題を代わって解決しないことにより当事者が薬物問題の現実に直面し, 家族の理解と支援の中で薬物問題解決に取り組み結果が出るのを見守ることである．当事者自身の回復のためにもエンパワメント, 自己決定, 自己責任, 自己実現, 自立, リカバリーが重視される.

（3）心理教育の方法

薬物問題が持つ緊急性を考慮すると心理教育の開催は週 1 回が望ましい．参加人数は 10 名前後が適切であるが状況に応じて柔軟に対応する必要がある. 1 セッション 2 時間を設定し, 最初の 1 時間をテーマに基づく学習の時間とし, 続く 1 時間をミーティングの時間とする．参加家族の体験に基づく意見交換が望ましいが, それと共に, 専門職からのコメントやアドバイスが求められていることに留意する必要がある．参加家族は家族としての独自な質問への早急な答えを求めている場合がある．それをニーズとして受け止め対応する必要がある．また, 新規参加家族には申し込み用紙の記入, グループのルールの説明, テキストの購入などの導入部分での配慮と次回の案内や自助グループに関する資料の配布など終了時点の配慮が必要とされる．専門職による心理教育と自助グループの活動は車の両輪と位置付け, 繰り返し自助グループ参加を促し, 専門職が自助グループの活動に敬意を示す．また, 薬物関連社会資源の情報を提供し, 家族の回復の社会化を支援する.

（4）心理教育による援助の内容

心理教育による薬物家族への援助の内容を心理教育の３つの構成要素, 知識と情報の提供, 対処資源と対処方法の伝達, 心理的社会的サポート, に分けて検討する.

1）知識と情報の提供

薬物家族に提供すべき知識と情報は, 疾患としての薬物依存症, 病人としての薬物依存症当事者, 回復と自助グループの機能, 薬物問題維持連鎖と家族が受けている影響, 薬物関連

問題の解決に必要な社会資源と社会サービスなどである．次にこれらの概要を記す.

① 疾患としての薬物依存症

疾患としての薬物依存症を理解するためには, 薬物依存症発症の関連要因, 病気の進行プロセス, 薬物依存症診断基準, などの知識を提供する.

ⅰ 薬物依存症の発症要因

薬物依存症の発症要因は, 依存性薬物の薬理作用による精神依存, 身体依存, 耐性の形成, 薬物依存症当事者の生活歴, 性格, 精神科的問題などの個人的条件, 家族や社会の環境的条件が複雑に重なり合って発症に至ると考えられている(西村ほか 1998；和田 2000).

ⅱ 薬物依存症の進行プロセス

薬物依存症は進行性の病気でそのプロセスは薬物の初回使用から始まり, 機会がある場合にのみ使用する機会使用, 週 4〜5 日は使用する習慣使用, そして精神依存と社会的障害が出現する薬物乱用, 最後に薬物使用への抑制の喪失を特徴とする薬物依存症に至る(西村ほか 1998；和田 2000).

ⅲ 薬物依存症の診断基準

WHO の ICD−10 では, 病的な薬物使用への欲求である渇望, 薬物使用への抑制の喪失, モルヒネ, ヘロインなどに見られる身体依存による離脱症状, 同量では従来の効果が得られなくなる耐性, 薬物使用が生活の中心になる薬物使用の至上化, 自らの不利益も顧みず薬物を使用する負の強化への抵抗, 以上の 6 項目のうち 3 項目が, 過去 1 年間に 1 ヶ月以上続いた事実によって診断される(和田 2000).

② 病人としての薬物当事者

薬物依存という病気をもった当事者が陥っている特徴的な心理状態として, 自尊感情の低下と孤独, 否認, 回復への希求, について記す.

ⅰ 自尊感情の低下と孤独

薬物当事者は, 薬物使用で失敗を繰り返すことで自信を失い, 自尊感情を低下させている. また, 自己嫌悪と自責感の中で孤独感を深め, 絶望している．この自己嫌悪, 自責, 孤独, 絶望が高い自殺未遂・自殺率に関連している.

ⅱ 否認

病気の中核にある否認という防衛機制によって現実に直面することを避け, 薬物使用を責任転嫁し, 正当化する．この否認を打破するために「どん底体験」や介入による「直面化」「対決」が強調された時期もあったが, 現在では否認を必要としない環境を用意することが回復の支援になると理解されている．治療の中で病気としての知識を得て, 自助グループの中で同じ立場の仲間と出会い, 家族の理解と協力の中で現実を知ることで否認の必要がなくなり, 解消することになる．介入による「現実と愛情のシャワー」は否認を解く効果的な方法として注目されている（猪野 2001).

ⅲ 回復への希求

当事者は, 薬物を断ちたい, 薬物をやめて立ち直り, 普通の生活をしたいと願っている．し

かし,病気の症状としての渇望,離脱症状などにより薬物を断つことは困難を伴う.「逮捕されてほっとした．薬物使わずにすむ」「刑務所に入ったからやめられるかもしれない」などの受刑者の発言は回復への希求を示している．一般に薬物事犯で刑務所に入所することは「社会的死」と位置づけられるが,服役している薬物事犯者は希望を失ってはおらず,刑務所をも回復の原点,立ち直りのスタート地点にしたいと思っているのである．この回復を希求する健康な精神状態こそ薬物当事者の回復のエネルギーであり,薬物当事者理解のキーワードといえる.

③　回復と自助グループの機能

薬物依存の回復は薬物を完全に断つことを軸とした人間的成長によるバランスのある生き方ができることと理解されている（西川 2007b）．回復には自助グループへの参加が効果的であり,専門職は積極的な参加を援助している．自助グループは定期的に決まった場所に集まり,自身と薬物使用との関係を問い直しそれを体験として語ることを通じて自己変革を目指している．カッツ（Katz,H.）は自助グループの機能を,認知の再構成,情緒的支援,適応技術の習得,自己開示と社会化,エンパワメント,と記している（Katz 1993 ＝ 1997).

④　薬物関連問題

薬物使用に伴い次のような薬物関連問題が発生する．心身の健康問題,浪費･借金･困窮などの経済問題,怠業･失業などの労働問題,事故･自殺,非行･犯罪,家庭内暴力･不和などの家族問題で,これらの問題は多岐にわたり時間の経過と共に深刻化する.

⑤　薬物問題維持連鎖と家族が受けた影響

家族の薬物問題解決の努力が薬物問題維持連鎖を形成し,家族の問題解決のための常識的対応と薬物使用が悪循環となり薬物使用を継続させる．その悪循環に気付かず家族は苦悩し,嗜癖傾向を強め,家族機能不全に陥る．家族は薬物問題維持連鎖の中で無力感,絶望感を抱き,疲労困憊し,自己喪失の中で家族危機に陥る.

２）対処資源と対処法の伝達

対処資源としては図 7 では旧対処資源として家族の自責感,問題解決への責任感,家族の力による自力での問題解決を上げたが,図 9 ではそれらをリフレーミングして自己変革への動機と問題解決へのエネルギーに転化した．加えて専門職によるカウンセリング・ソーシャルワーク,心理教育などのグループワーク,さらに関連施設・機関と関係者のネットワークによる支援があげられる．自助グループも重要な対処資源であり,自助グループに参加することで仲間から体験知を得,対処法を学び,情緒的にサポートされ,社会化され,エンパワメントする.

対処法としては,嗜癖傾向と家族機能の改善とコミュニケーション改善の支援が必要である．薬物問題解決への家族の対処が薬物維持連鎖を形成し,嗜癖傾向を強化し,家族機能不全に陥っていた事実を家族に説明し,自覚を促し自己変革への動機を強める．そして嗜癖傾向・家族機能を改善するために薬物当事者と家族の間に境界をつくり,支配・依存の関係を脱し,信頼と尊敬に基づく関係を築く必要を提言する．これらの関係の変容にはコミュニケ

ーション能力を高める必要がある.

アルコール家族のコミュニケーションに関する研究は数少ないが,幸いオファード（Orford, J.）や立木茂雄の実証的研究から学ぶことができる（Orford 1976； 立木 1992）. オファードはアルコール夫婦の絆を強めるためには,①妻の夫への認知を修正する,②家庭の雑事に夫も協力する,③互いに愛情を表現する,などを提言した（Orford 1976）. また,立木はアルコール夫婦のコミュニケーションとして,①友好的な口調で話す,②相手の気持ちを事実として受け入れる,③相手の考えや行動に対して基本的に信頼を示す,④具体的な問題解決に議論を絞る,などを提言した（立木 1992）. これらのコミュニケーションに関する知識を伝達し,具体化を支援する.

3) 心理的社会的サポート

図 9 に示すように,薬物使用および薬物関連問題の解決,新たな家族システムの維持,家族システム・メンバーの回復・成長を促進することを目的に対処が行われる. この家族の対処を支える理念とそれを具体化した支援が心理的社会的サポートといえる. 理念としては当事者・家族の回復・成長の動機と主体性の尊重,自己決定による自己責任の原則,専門職とのパートナーシップによる協働,自助グループでの相互援助によるエンパワメント,自尊感情の回復と自己実現と自立,リカバリー達成,といえる.

3.4 薬物家族の家族危機からの回復と家族システム・メンバーの回復・成長を援助する心理教育の手順

先に薬物当時者・家族の家族危機からの回復を援助する心理教育による実験モデルの構成を記したが,続いてその手順を図示する（図 10）.

家族危機が発生し家族が外部に援助を求め,そこで専門職が家族援助を開始する. その段階では薬物当事者の多くは薬物使用を継続し,薬物関連問題を継続している. 専門職は家族との協働作業で既存の対処資源である家族の自責感,問題解決への責任感,家族機能による自力での解決を肯定的にリフレーミングし,新たな知識と情報を提供し,対処資源と対処法を伝達する. また,当事者の薬物問題からの回復には受診と自助グループ参加が有効なことを説明する. また,家族が嗜癖傾向を強め,家族機能不全に陥っている事実を説明し,嗜癖傾向と家族機能を改善する必要性を提言し自助グループや薬物関連社会資源を紹介する.

この援助を受けた家族は自助グループに参加し,薬物関連社会資源を活用して薬物問題を深く認識し,嗜癖傾向・家族機能の改善に努力する. 家族は当事者に受診と自助グループ参加を勧め,病人として理解したうえで愛情を示す. 薬物当事者はこの家族の対処に受診・自助グループ参加を拒否し,薬物使用を継続し,薬物関連問題を深刻化させる.
専門職は家族に発生した薬物関連問題を代理で解決することなく,薬物当事者の回復への動機と主体性を尊重して自己決定・自己責任での解決を提案する. 加えて当事者と家族の

図 **10**

コミュニケーションの改善を提案する．家族が自尊感情を回復し,エンパワメントして,家族自身の回復を進めるように提案する．専門職から援助を受けた家族は自尊感情の回復と家族自身の回復に取り組む．家族は起きた薬物問題を代理で解決せずに当事者に自己責任での解決を提案しその実行を支援し,信頼と尊敬を示して主体性を尊重する．家族の対処の変化に当惑しながら薬物当事者は薬物問題の現実に直面し,自己責任を自覚し,解決に努力する.

専門職は家族の回復と成長を喜び,自己実現と自立,リカバリーを提言する．家族は薬物による心痛・トラブルの解決や家族関係の改善を喜び,エンパワメントし,自らの自立,自己実現とリカバリーを進める．一方で,家族は薬物当事者の回復・成長を喜び,敬意を示し,当事者が断薬と自助グループ参加や社会資源の活用によって回復に努力し,自己実現,自立,リカバリーに取り組むことを支援する.

3.4　実践援助モデルの独自性

薬物問題をもった家族の家族危機発生関連要因として二重 AB 本実践援助モデルは薬物問題による家族危機の関連要因や家族危機発生のプロセス,実践援助モデルの内容,その手順における独自性を記す.C-X モデルの前危機状態を基に図 7 のようにストレッサー(a 要因),対処資源（b 要因）,認知（c 要因）と対処を設定した．薬物使用とそれに伴う薬物関連問題というストレッサーに対する対処資源として従来想定されていた経済状態,居住形態,学歴などの社会的条件は先行研究の結果を参考にして削除した．そして薬物家族の約 80%を占めるの両親の場合を想定して新たな対処資源として薬物問題への自責感,問題解決への責任感,そして家族機能による自力での問題解決を設定した．これらの対処資源は困難を抱えた家族,特に両親にとって常識的なものであるといえる．ストレッサーや対処資源に対する認知としては逸脱・非行・犯罪視,性格・人格視と被害者意識を設定した．これらの家族の認知は現在のこの社会の薬物問題への常識的認知を反映するものである．これらの対処資源と認知と被害者意識との相互作用の中で行われる対処は強い嗜癖傾向と家族機能不全によるものとなる．このマイナスの対処の結果は薬物使用の継続,薬物関連問題の継続,嗜癖傾向・家族機能不全の強化となりストレスは累積して家族危機へと発展する．この家族危機発生の各関連要因は薬物問題を抱えた場合の常識的な対処資源・認知であり,薬物家族の現状を如実に表現している独自な特徴といえる.

次に,薬物使用とそれに伴う薬物関連問題に関する家族の対処はらせん状に進行するプロセスであることを図８で示した．二重 ABC-X モデルではストレッサーから家族危機発生に至る変化を直線の時間軸で示しているが,図 8 ではらせん状で変化を示した．この変化は家族システム論の問題維持連鎖の発展を示すものであり,当事者と家族の相互作用とそこでの両者の変容をより的確に表しており,これも独自な特徴といえる.

この家族危機の中から家族は既存の家族システでの問題解決の限界を自覚し外部に援助を求める行動によって家族システムを再設定する．この家族システムの再設定は単に問題

解決を進めるだけでなく家族システム・メンバーの回復・成長を援助するものとなる．この薬物家族の家族危機からの回復と家族システム・メンバーの回復・成長を援助する心理教育の枠組みを示したのが図 9 であり，これを肉付けした実践援助モデルを概観する．

家族危機が発生し，この時点での累積するストレス（aA 要因）は薬物使用の継続，薬物関連問題の継続，嗜癖傾向・家族機能不全の強化である．そこに専門家の援助を受けることにより生じた専門職の援助への抵抗，自助グループへの懐疑，当事者への不信などがストレスとして追加される．

この累積するストレスに対する新旧の対処資源と対処法（bB 要因）としては，従来の薬物問題への自責感，問題解決への責任感，家族機能による自力での問題解決をリフレーミングにより転化した自己変革への動機，問題解決へのエネルギーがある．家族のもつ対処資源をポジティブにリフレーミングして回復に活用するのは実践援助モデルの独自性と言える．そのリフレーミングされた対処資源に，新たに専門職による個別・グループ・ネットワークによる援助，自助グループと薬物関連イベントの紹介，嗜癖傾向・家族機能不全の改善，コミュニケーションの改善などが追加して伝達される．

新たな知識と情報（cC 要因）としては，従来の家族危機発生に関与した薬物問題を逸脱・非行・犯罪視，性格・人格視の認知と被害者意識を削除する．そして疾患としての薬物依存症，病人としての薬物当事者，当事者・家族の回復への動機と主体性，各種社会資源と社会サービス，薬物依存症の回復と自助グループの機能，薬物問題維持連鎖と家族の受けている影響，薬物関連問題解決のための社会資源と社会サービスなどの新たな知識と情報を提供する．これらの新旧の対処資源や対処法と新たな知識と情報との相互作用の中で対処と心理的社会サポートが行われる．対処としては薬物使用および薬物関連問題の解決，家族システム・メンバーの回復・成長促進への行動である，その対処を背後から支え実現への方向性を示しているのが自己決定，自己責任，エンパワメント・自己実現・自立・リカバリーへの支援，という心理的社会的サポートである．この心理的社会的サポートの概念は当事者・家族への深い認識，当事者・家族の回復への動機と主体性への信頼などの心理教育の根幹となる当事者・家族理解と回復・成長への希望と確信を示している．

この対処の結果薬物による心痛・トラブルが軽減し，家族関係が改善するなどの家族の状態の変化が生じる．その結果 2 つのルートに分かれる．その 1 つのルートは，その結果当事者が断薬し，薬物問題が解決し，自己実現・自立・リカバリーとなって援助関係の終結である．もう 1 つのルートは，家族の状態は薬物による心痛・トラブルの軽減，家族関係の改善による改善は見られたが，未だ当事者の薬物使用は継続しそれによる薬物関連問題および家族危機は継続し，この状態は再び累積するストレスに戻され援助関係の中で家族危機の回復と家族システム・メンバーの回復・成長を援助する取り組みが継続となるのである．この薬物問題による家族危機とそこからの回復と家族システム・メンバーの回復・成長への援助とその結果を直線で終結する単一のモデルと並行して，循環による援助の継続を想定してモデルに組み込んだのはこの実験援助モデルの独自な特徴といえる．

薬物使用というストレッサーから始まったこの実験モデルの手順を図 10 に図示した.

家族の援助希求に応じて専門職は心理教育の援助目的に沿って,薬物問題を正しく認識し,対処能力を高め,家族の現状を改善し,家族自身の回復を進め,自助グループや関連資源の活用による回復の社会化を図り,当事者の断薬による回復を支援する．家族はその専門職の援助を取り入れ家族自身の回復と成長に役立てながら,一方で家族は家族関係を通じて当事者の回復と成長に役立つように支援する．それは具体的には,家族自身が嗜癖傾向を軽減し,家族機能不全の状態を改善し,当事者とのコミュニケーションを通じて当事者への信頼と尊敬を表現し,愛情が愛情として伝わる家族関係を築くことから始まると言える．その平静な,温かい家族関係の中で,専門職から提供され,伝達された知識や情報を当事者に伝え,対処資源と対処法を活用して薬物問題の解決と薬物関連問題の解決を当事者が進めるのを支援する．この支援は実験援助モデルの対処に当たるが,この対処は心理的社会的サポートをもつものである．多くの当事者は援助専門職の前に登場することは少ないが,家族が自らの回復・成長を進める中で生じる家族システムの相互作用の変化の中で,当事者の受療・自助グループ・薬物関連社会資源を活用し,断薬による回復・成長を実現することを目指すものである．この薬物家族・当事者・専門職の 3 社からなる相互作用による援助関係の中で薬物家族・当事者の回復が進展する手順を図示したのは本実践援助モデルの独自な試みといえる.

4　薬物家族への心理教育に基づく実践援助モデルに基づく援助の実際

2007 年 1 月より NPO 市民団体の薬物家族支援プログラムは実践援助モデルに基づいて実施した．その援助目的と対象,援助の内容,グループ運営,実施の結果について記す.

4.1　修正援助モデルの目的と対象

実践援助モデルの援助目的は,(1) 知識と情報を提供して薬物問題の認知を改善する,(2) 対処資源対処法を伝達して対処能力を高める，(3) 薬物関連問題の解決を進め家族の現状を改善する，(4) 家族自身の回復を支援する，(5) 自助グループや薬物関連社会資源を紹介して回復の社会化を支援する，(6) 薬物当事者の断薬による回復を支援する,の 6 点とした.

実践援助モデルの対象は,原則的には薬物相談に来所し回復者カウンセラーからプログラムを紹介された家族を対象とした．他に,ナラノンメンバーが学習の目的で単発的に参加することやインターネットでプログラムを知って突然参加する場合もある.

4.2　実践援助モデルの援助内容

6 回を 1 シリーズとするテキストを作成した(西川 2008)．このテキストには,先に心理教育の構成要素として挙げた,新たな知識と情報の提供,新旧の対処資源と対処法の伝達,心理的社会的サポートを盛り込んだ.

テキストの第 1 回は「薬物依存症と薬物関連問題」を取り上げ,疾患への理解を深めるために薬物依存症発症の要因,進行過程,診断基準を提供し,薬物使用障害にともなう薬物関連問題に関する知識と情報を提供した．最後に家族が薬物当事者の病気の進行段階を把握するためにチェックリストを用い,薬物当事者がすでに薬物乱用・薬物依存症の段階に至っていることを確認する.

第 2 回は「薬物依存症の回復と自助グループ」を取り上げ,回復の定義,回復に必要な条件,社会的回復過程,自助グループの機能,に関する知識と情報を提供する.

第 3 回は「薬物問題を持った家族」を取り上げ,薬物家族の置かれている状況,家族が受けている影響,薬物問題維持連鎖,その連鎖の中の家族の状態,を取り上げ,家族が悪循環の中で嗜癖傾向および家族機能不全に陥っている状況を説明し,チェックリストでそれを確認する.

第 4 回は「薬物問題を持つ人と家族の関係の立て直し」を取り上げ,薬物依存症の回復を支援する家族関係,薬物問題維持連鎖解消のための家族の取り組み,家族機能不全および嗜癖傾向の改善,新たな関係作りの理念とそれへのサポート,を伝達する.

第 5 回は「薬物問題への対応－質問と答え－」として具体的に 24 項目の質問に答える形で当事者への関わりや薬物問題への対処を伝達する.

第 6 回は「自助グループを理解する」を取り上げ,自助グループの定義,自助グループの特徴,自助グループの限界,などの知識と情報を提供し,NA,ナラノン,ダルクのメンバーの体験談から学ぶ機会とした．各回の最後には当該グループからのメッセージを記し,グループへの継続参加を誘い,問題への取り組みをサポートすることを伝えた.

テキストは最後に,筆者の「家族の回復」に関する講演録を掲載し,テキストの各テーマのつながりと全体の流れがわかるように配慮した．テキストの中に家族関係の改善・再建を促進する方向性を強調し，それが当事者の回復を支援することを提言した.

4.3　実践援助モデルの運営の実際

実践援助モデルでは適切な 1 シリーズの回数として 6 回(3 ヵ月)を設定した．実践援助モデルの参加者は年間延べ 600～700 名で,新規参加家族は約 100 名であった.

月 2 回、土曜日に 10 時開始，13 時開始の 1 日に 2 グループを実施した．各グループ 10～20 名の参加者で運営され，4～5 名の新規参加家族を含めて 1 日平均 30 名の参加者であった.

新規参加家族には最初に氏名,年齢,性別,住所,電話番号と薬物当事者の氏名,性別,年齢,続柄の記入を依頼し，グループ参加のルールを書いた用紙を手渡しながら，口頭で互いの守秘を確認した．参加費は無料であるが当市民団体への献金箱が置かれている.

筆者と臨床経験のある大学院生と社会福祉実践者がアシスタントとして入り運営を行った．アシスタントが司会し,学習部分はテキストを筆者とアシスタントが分担して読み,部分的に説明を加え,約 45 分間のグループの学習部分が終了したところでティー・タイムを

とり,茶菓を提供して約 15 分間の小休止の後にミーティングを開始した．ミーティングでは,学習部分で学習したことへの質問,意見,感想および学習と直接関係の無いことでもこの場で話したいことを希望者全員が 3〜5 分間で発言することを保障した．発言をしたくない参加者のためにパスを認めた．発言が 1 巡したところで筆者がコメントを行い,アシスタントが感想や次回の案内を行って終了する．学習部分に続くミーティングは 1 時間の予定が人数によっては 1 時間半に及ぶこともあったが，長丁場になっても家族は最後まで熱心に参加した．

新旧の参加家族の疑問・質問に答えるために机の上に質問用紙を準備してティー・タイムの間に記入して司会者に手渡すことを勧めた．グループでは家族の自助グループ（ナラノン）への参加を繰り返し勧め，それに関する情報を常に手近かに用意し，その他薬物問題に関する書籍やイベントに関する資料をそろえて案内した．

ミーティング終了時,筆者とアシスタントは新規参加家族に声をかけ次回の参加を誘うように配慮した．参加家族は会場で昼食をとったり,新規参加家族をナラノンに誘ったり,一緒に帰途につくなど仲間としてのつながりをつくっていた．

参考文献

Ackerman,N., 1958, The Psychodynamics of Family Life. New york : Basic books. （=1965 小此木敬吾・石原潔,『家族関係の理論と診断－家族生活の精神力学(上)』岩崎学術出版）.

Anderson, C. M., Reiss, D. J., and Hogarty, G. E., 1986, Schizophrenia and the Family: Guilford Press, New York.（=1990,鈴木浩二・鈴木和子抄訳,『分裂病と家族上・下』金剛出版.）

————,1990,「再発予防と家族療法（Ⅰ）」（＝1990, 鈴木浩二・鈴木和子抄訳,『家族療法研究』6（1）：25‐45.）

Andreae Dan, 1996, “estem Theory and Social Work Treatment,” Turner, J. F. ed, Social Work Treatment : Interlocking Theoretical Approaches.（=1999,佐藤克彦,『システム理論』中央法規,389-412.）

Ashby, R., 1952, Design for a Brain. New York : Wiley.

Bateson, G., 1972, Steps to a Ecology of Mind.（=2000,佐藤良明,『精神の生態学』新思索社.

————, D, Jackson, J. Haley, and J.Weakland, 1956, “Towerd a Theor Schizophrenia,” Behavioral Science, 1 : 251-4.

Bertalanffy, V., 1968, General System Theory.（＝1973,長野敬・太田邦昌,『一般システム理論』みすず書房.

Ewing, J. and Fox, R. 1968,“ Family Therapy of Alcoholic,”in J. Masserman, ed Current Psychiatric Therapies 8 : Grune and Stratton: 86-91.

福西勇夫,1990,「日本版 General Health Questionnaire (GHQ)の cut-off point」,『心理臨床』3（3）：228-34.

Goldberg, D. P. et al. 1997. “ The Validity of Two Versions of the GHQ in the WHO Study of Mental Illness in General Health Care,” Psychol Med, 27, 191-7.

Goldstein, M. J. 1989, “Psychosocial Treatment of Schizophrenia,” In: Schulz, Sc, and Tamminga,Ca, eds., Schizophrenia. Scientific Progress, : New York: Oxford University Press.

後藤雅博,1998a,「効果的な家族教室のために」後藤雅博編『家族教室のすすめ方』金剛出版,9-26.

————, 1998b,「心理教育・家族教室の歴史と現況」後藤雅博編『家族教室のすすめ方』金剛出版,195-9.

————,1995,「慢性分裂病の家族への集団的心理教育」藤縄昭・高井昭裕編『精神分裂病の心理社会治療』金剛出版,109－28.

————,1993,「EE と心理教育的家族療法」『心の臨床ア・ラ・カルト』12（1）：41-50.

————,1995c,「精神保健領域での家族援助―家族グループへの心理教育」『精神医学レビュー18　精神科治療における家族』：83－5.

Haley, J., 1963, Strategies of Psychotherapy.（=2001,高石昇『戦略的心理療法―ミルトン・エリクソン心理療法のエッセンス』黎明書房.

————, 1976, Problem Solving Therapy.（=1985, 佐藤悦子,『家族療法』川島書房.

Hill, R., 1949, Families under Stress－Adjustment to the Crisis of War Separation and Reunich,: Harper and Brothers.

———— 1958, “ Generic Features of Family Stress,” Social Casework, 39(1・2).

Hoffman, Lynn, 1981, Foundations of Family Therapy, New York, Basic Books.（＝1986, 亀口憲治,『システムと進化　家族療法の基礎理論』朝日出版社.）

橋本直子, 1997,『アルコール依存症家族の家族機能と妻の共依存傾向との関係の検証―アルコール依存症の夫を持った妻の認知から』関西学院大学大学院社会学研究科修士論文.

東豊,1993,『セラピスト入門』日本評論社.

猪野亜朗,2001,「共依存の実像―ASTWA, BDIM を通してみる」清水新二編『共依存とアディクション　心理・家族・社会』培風館.

————・大越崇・杉野健二・志村正美,1992,「アルコール依存症の夫を持つ妻と嗜癖傾向」『アルコール研究と薬物依存』27(3)：313-33.

————・杉野健二・志村正美,1994,「アルコール依存症の夫を持つ妻と嗜癖傾向第二報」『アルコール医療と薬物依存』,29（Ⅱ）：121-38.

井上新平・下寺信次, 1998,「教育セッションと個別家族支援」後藤雅博編『家族教室のす

すめ方』金剛出版, 118－26.
石原邦雄, 2000, 『家族と生活ストレス』放送大学教育振興会.
————, 1985, 「家族研究とストレスの見方」石原邦雄編『家族生活とストレス』垣内出版, 11-56.
————, 2001, 「家族ストレス論的アプローチ」野野山久也・清水浩昭編『家族社会学の分析視角』ミネルヴァ書房, 221-45.
伊藤順一郎, 2000, 「EE 研究と心理教育ー危機を乗り越えるための方法論」清水新二編『家族問題：危機と存続』ミネルヴァ書房, 41-63.
————, 2005, 「エンパワメントあるいはリカバリーと言う概念の活用」『家族療法研究』22（３）：214-8.
Jackson, D., 1957, “The Question of Family Homeostasis,” Psychiatric Quarterly Supplement, 31: 79-90.
————,1969,“Family Interaction, Family Homeostasis, and Some Implications for Conjoint Family psychotherapy,” In Individual and Familial Dynamics, ed. Jules Masserman. New York : Grune and Stratton: 122-41.
Katz, A., 1993, Self-Help in America,:A Social Movement Perspective,: Twayne Publishers. （＝1997, 久保紘章, 『セルフヘルプ・グループ』岩崎学術出版.）
角谷慶子, 2002, 「家族と心理教育」新宮一成・角谷慶子編『精神障害とこれからの社会』ミネルヴァ書房, 78-102.
菊池安希子・和田清, 2004,「物質依存症の当事者家族への対応　ー茨城ダルク家族会の活動を中心に」『精神科治療学』19(12)：1419-26.
近藤直司,1998,「引きこもりケースの家族教室」後藤雅博編『家族教室のすすめ方』金剛出版, 84-93.
Kuipers, L., Leff, J., and Lam, D., 1992, Family Work for Schizophrenia. (=1995,三野善央・井上新平,『分裂病のファミリーワーク』星和書店.）
Leff, J., and Vaughn, C., 1985, Expressed Emotion in Families. （＝1991, 三野善央・牛島定信,『分裂病と家族の感情表出』金剛出版.）
Maruyama, M., 1963, “The second cybernetics : Deviation-amplifying, mutual Causal Processes.” American Scientist, 5 : 164-79.
松本一生・大矢大,1998,「老人性痴呆の家族教室」後藤雅博編『家族教室のすすめ方』金剛出版, 94-103.
McCubbin, H. I., and Patterson, J. M., 1981b, Systematic Assesment of Family Stress, Resources and Coping :Tools for Research, Education, and Clinical Intervention,: University of Minnesota.
McCubbin, H. I. and Patterson, J. M., 1983, “The Family Stress Process ：Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation,” McCubbin H. I., Sussman , M. B. and Patterson, J. M., eds, Social

Stress and the Family : Advances and Developments in Family Stress Theory and Research, Marriage and Family Review, 6(1,2).

Meeks, D. and Kelly, C., 1970, “Family Therapy with the Families of Recovering Alcoholics,” Quarterly Journal of Studies on Alcohol,31 : 399-413.

Minuchin, S., 1974, Families and Family Therapy,: Harvard University Press.（＝1983, 山根常雄『家族と家族療法』誠信書房.）

Moos, R. H., Bromet, E., Tus, V., and Moos, B., 1979, “Family Characteristics and Alcoholism,” Jounal of Studies on Alcohol, 40 (1) : 78-88.

中川泰彬・大坊郁夫,1985,『Goldberg D.P. et al.日本版 GHQ 精神健康調査票手引き』東京：日抹ｶ化科学社.

成瀬暢也・西川京子・吉岡幸子・森田展彰・岡崎直人・辻本俊之,2009ｂ,「アルコール・薬物問題を持つ人の家族の実態とニーズに関する研究」樋口進編『厚生労働省平成 20 年度障害者保健福祉推進事業［依存症者の社会生活に対する支援のための包括的な地域生活支援事業」総括事業報告書：久里浜アルコール症センター.

西川京子, 2007,「断酒と家族全体の回復　幸せな家庭への道筋」日本断酒連盟 『向き合おう家族』全日本断酒連盟：3－25.

西川京子,2008,『フリーダム家族プログラム　薬物依存症の家族・友人のためのグループワーク　6 回シリーズ用テキスト』,フリーダム.

西村直之・安高直弓,1998,『薬物問題を持つ家族のための家族教室』: アジア太平洋地域アディクション研究所.

Olson, D. H., Sprenkle, D, H., and Russell, C. S. 1979, “Circumplex model of Marital and family Systemus : Cohesion and Adaptability dimensions, Family Types, and clinical applications,” Family Process, 18: 3-27.

Orford, J., Oppenheimer, E., Egert, S., Hensuman, C. and S. Guthrie, 1976, “The cohesiveness of alcoholism complicated marriages and its influence on treatment outcome.” Br. J. Psychiatry, 128 : 318-39 .

緒方明,1996 , 『アダルトチルドレンと共依存』誠信書房.

————,1998,「てんかんの家族教室」後藤雅博編『家族教室のすすめ方』金剛出版,65 - 73.

奥田宏・長谷川充,1998,「アルコール依存症の家族教室」後藤雅博編『家族教室のすすめ方』金剛出版,74-83.

大島巌・伊藤順一郎・柳橋雅彦・岡上和雄,1995,「日本における EE(Expressed Emotio) の適用可能性と EE 形成要因」藤縄昭・高井昭裕編『精神分裂病の心理社会治療』金剛出版,91-108.

Schroedinger, E. 1945, What is life ? : Cambridge University press.

Selye, H., 1956, Stress of Life.: McGraw –Hill.（＝1974, 杉靖三郎他,『現在社会とストレス』

法政大学出版局.）
清水新二, 1992,『アルコール依存症と家族』培風館.
Steinglass, P., 1976, “Experimenting with Family Treatment Approaches to Alcoholism -1950～1975 :A Review,” Family Process, 15: 97-123.
鈴木廣子, 1998,「摂食障害の家族教室」後藤雅博編『家族教室のすすめ方』金剛出版, 53 - 64.
立木茂雄,1991,「家族への対応－人と状況の間に見られる問題維持の連鎖パターンへの対処」白石大介・立木茂雄『カウンセリングの成功と失敗』創元社.
————, 1992,「幸福の方程式－マリッジ・カウンセリングを受ける夫婦のコミュニケーションの変化を科学する」岡堂哲雄編『現代のエスプリ別冊　マリッジ・カウンセリング』, 229−48.
————,1995,「問題維持連鎖とシステム家族療法」『数理科学』3：60-6.
武田丈・立木茂雄, 1989,「家族システム評価のための基礎概念 ——オルソンの円環モデルを中心として」『関西学院大学社会学部紀要』60：73−97.
Vaughn, C. E., and Leff, J. P.,1976, “The Influence of Family and Social Factors on the Course of Psychiatric Illness. A Comparison of Schizophrenic and Depressed Patients,” Br J Psychiatry,129 :125-37.
和田清,2000,『依存性薬物と乱用・依存・中毒』星和書店.
Watzlawick, P., Weakland, J., and Fisch, R., 1974,“Chang－Principles of Problem Formation and Problem Resolution,” New York : W. W. Norton and Company.（＝1992,長谷川啓三,『変化の原理』: 法政大学出版.）
Wolfgang,1995,「慢性精神分裂病者のためのリハビリテーション・プログラム」藤縄昭・高井昭裕編『精神分裂病の心理社会治療』金剛出版,29-54.
安高真弓,2001,「 精神保健福祉センターにおける薬物依存家族教室」『アルコール関連問題学会雑誌』3.：285-92.
遊佐安一郎,1984,『家族療法入門』星和書店.
横山知行, 1998,「うつの心理教育的家族面接」後藤雅博編『家族教室のすすめ方』金剛出版, 42−52.
横山登志子・橋本直子・栗本かおり・立木茂雄,1997,「オルソン円環モデルに基づく家族機能評価尺度の作成——FACESKG-Ⅳ・実年版の開発」『関西学院大学社会学部紀要』77：63-84.

（文責：西川　京子）

１０月　３日までに、同封の返信用封筒でご返送ください。

貴機関の基本情報をおうかがいします。

（記入年月日　2009 年　　月　　日）

１　機関名	1】□精神保健福祉センター　2】□精神科病院　3】□精神科クリニック 4】□施設 5】□相談機関　6】□その他		
２　住所	（〒　　-　　）		
３　電話・ＦＡＸ	（　　）	ファックス	（　　）
４　e メール	@		
５　記入者	お名前	職種	
	家族プログラムの　　1】□　担当者　　2】□　担当者ではない		

プログラムの実施についておうかがいします。

問１．貴機関では、現在、依存症（アルコール、薬物、ギャンブルなど）者のご家族を対象とした家族会・家族教室・教育プログラム・家族ミーティングと呼ばれるようなプログラム化した家族支援（以下「家族プログラム」と呼びます）を行っていますか。あてはまるもの**全てにチェック**して下さい。

1】□行っていない→**※問 2．3 までお答え下さい。**

2】□A タイプ：月 1 回以上定期的に行われ、数回で 1 コースとなり、毎回学習テーマの定まった参加型の家族プログラム。

3】□B タイプ：月 1 回以上定期的に行われ、学習テーマを特に定めていない参加型の家族プログラム。

4】□C タイプ：年に 1 回から数回開催される学習テーマの定まった参加型の家族プログラム。

5】□D タイプ：年に 1 回から数回開催される講演会など参加型ではない家族プログラム。

6】□E タイプ：その他の家族プログラム。

（　　）

問２．家族プログラムを実施していない理由があれば、あてはまるもの**全てにチェック**をして下さい。

1】□家族プログラムの知識や情報が不足している。	2】□家族プログラムに対するニーズがない。
3】□他の業務で忙しく余裕がない。	4】□家族プログラムの意義が分からない。
5】□専門知識を持った担当者がいない。	6】□プログラム実施に必要な予算がない。
7】□地域にある社会資源で十分である。	8】□他機関（部署）が担当である。
9】□その他（　　）	

（問３は、現在、家族プログラムを行っている、いないにかかわらず、以前に家族プログラムを行った機関はお答え下さい。）

問３．以前に行っていたが、現在行われていない家族プログラムがあればお答え下さい。
終了した理由に関しては、あてはまるもの**全てにチェック**して下さい。

	家族プログラム１	家族プログラム２
プログラムの名称		
プログラムの種類 問１．A~E 参照	タイプ	タイプ
開始年（西暦）	年	年
終了年（西暦）	年	年
終了した理由	1】□参加者が減少した。 2】□担当者が異動した。 3】□他の業務が忙しくなった。 4】□予算がなくなった。 5】□他の資源（機関・部署）ができた。 6】□その他 （　　）	1】□参加者が減少した。 2】□担当者が異動した。 3】□他の業務が忙しくなった。 4】□予算がなくなった。 5】□他の資源（機関・部署）ができた。 6】□その他（　　）

問４．家族プログラムの主な目的として心がけているもの**３つまでにチェック**して下さい。

1】□病気や治療についての基本的知識を身につける。
2】□依存症者に対する適切な対応を身につける。
3】□家族が依存症者の病気や障害を認める。
4】□再発や悪化を予防する。
5】□家族の重荷を軽減する。
6】□家族が生き生きと自分らしく暮らせるようにする。
7】□家族が地域のさまざまな人たちや社会資源と結びつく。
8】□家族のための自助グループについて知らせ、参加を促進する。
9】□家族自身の共依存からの回復を図る。
10】□依存症者の回復への理解と協力を深める
11】□その他（具体的に　　）

問５.現行のプログラムは問４でチェックした目的を達成していると評価していますか。

1】□達成できている　2】□ほぼ達成できている　3】□あまり達成できてない
4】□達成できてない

問６．貴機関で実施されている家族プログラムについて、次の事項をお教え下さい。複数のプログラムについてはそれぞれお答え下さい。４つ以上のプログラムがある場合は、この用紙をコピーしてご記入下さい。

現在行われている家族プログラムの数　⇒　（　　）

	家族プログラム１	家族プログラム２	家族プログラム３
プログラムの名称			
プログラムの種類 （問１．A~E　参照）	タイプ	タイプ	タイプ
プログラムの頻度	年・月・週　　回	年・月・週　　回	年・月・週　　回
平均参加者数／１回	人	人	人
主な対象者 (複数回答可)	1】□配偶者　2】□親 3】□子供　4】□その他	1】□配偶者　2】□親 3】□子供　4】□その他	1】□配偶者　2】□親 3】□子供　4】□その他
開始年 (西暦)	年	年	年
開催曜日	1】□平日　2】□土・日 3】□その他（　　）	1】□平日　2】□土・日 3】□その他（　　）	1】□平日　2】□土・日 3】□その他（　　）

開催時間帯	1】□午前　2】□午後 3】□夜間 4】□その他（　　）	1】□午前　2】□午後 3】□夜間 4】□その他（　　）	1】□午前　2】□午後 3】□夜間 4】□その他（　　）
1 回あたりの時間	1】□2 時間未満 2】□2～3 時間未満 3】□3～4 時間未満 4】□その他（　　）	1】□2 時間未満 2】□2～3 時間未満 3】□3～4 時間未満 4】□その他（　　）	1】□2 時間未満 2】□2～3 時間未満 3】□3～4 時間未満 4】□その他（　　）
スタッフ数　／１回	人	人	人
参加スタッフの 職種 （複数回答あり）	1】□精神保健福祉士 2】□臨床心理士 3】□保健師・看護師 4】□その他 （　　）	1】□精神保健福祉士 2】□臨床心理士 3】□保健師・看護師 4】□その他 （　　）	1】□精神保健福祉士 2】□臨床心理士 3】□保健師・看護師 4】□その他 （　　）
プログラムの 参加形態	1】□クローズド・システム 2】□オープン・システム 3】□その他（　　）	1】□クローズド・システム 2】□オープン・システム 3】□その他（　　）	1】□クローズド・システム 2】□オープン・システム 3】□その他（　　）
プログラムの 参加費（有料の場合、 1 回の参加費）	1】□無料 2】□有料（　　円） 3】□その他（　　）	1】□無料 2】□有料（　　円） 3】□その他（　　）	1】□無料 2】□有料（　　円） 3】□その他（　　）

* クローズド・システム　　プログラムの参加が一定期間、固定メンバーによる形態
　オープン・システム　　プログラムへの参加の開始や終了が自由な不特定のメンバーによる形態

問７．家族プログラムを行う上で困難に感じている点の**全てにチェック**して下さい。

1】□家族プログラムの知識や情報が不足している。
2】□家族プログラムに対するニーズがない。
3】□参加者が集まりにくい。
4】□他の業務で忙しく余裕がない。
5】□家族プログラムの意義が分からない。
6】□専門知識を持った担当者がいない。
7】□プログラム実施に必要な予算が少ない。
8】□その他（　　）

問８．問 7 で 3】にチェックをされた方にお尋ねします。

「参加者が集まりにくい」と考えられる理由を**３つまでにチェック**して下さい。

1】□開催曜日の問題。
2】□開催時間帯の問題。
3】□参加費用の問題。
4】□家族が参加しても、依存症者の回復が進まない。
5】□即解決を求める家族のニーズに応えられない。
6】□その他（　　）

プログラムの内容についてお尋ねいたします。

問９．家族プログラムの中で取り入れられている方法があれば、あてはまるもの**全てにチェック**して下さい。

1】□講義・講演　2】□ビデオによる学習　3】□テキストによる学習
4】□家族 SST(家族による生活技能訓練)
5】□グループでの話し合い（ミーティング）
6】□スタッフ抜きの家族だけの話し合い
7】□集団精神療法（　5】は除く）
8】□リラクゼーション（体操など）
9】□ロールプレイ、心理劇（サイコドラマ）
10】□体験を語り・聞く
11】□その他（　　）

問 10．家族プログラムで利用している特定のビデオ、テキスト、参考資料、講師などがあればお教え下さい。

ビデオ：

テキスト：

参考資料：

講師：

その他：

問 11. スタッフの中に、これまで家族プログラムに関する研修を受けた人がいますか。

1】□受けた人がいる。(研修名：　　)
2】□受けた人はいない。

問 12. 地域で活発に活動されている自助グループがあれば、あてはまるもの**全てにチェック**して下さい。

1】□断酒会　2】□断酒会家族会　3】□AA　4】□アラノン　5】□NA
6】□ナラノン
7】□GA　8】□ギャマノン　9】□その他（　　）

問 13. 現行の家族プログラムをより充実させるために必要と思われるもの**3つまでに**チェックして下さい。

1】□回数を増やす
2】□複数のスタッフで取り組む
3】□スタッフの知識と技術のレベルをあげる
4】□プログラム内容の充実
5】□多様な回復段階の家族の参加
6】□適切なテキスト
7】□その他
（　　）

問 14. あなたがお考えになる家族自身の回復の姿とそれに要する時間について自由にお書き下さい。

問 15. あなたがお考えになる家族全体の回復の姿とそれに要する時間について自由にお書き下さい。

問 16. 今後、家族プログラムを新たに展開する上で必要な条件と思われるもの**3つまでに**チェックして下さい。

1】□診療報酬の点数化
2】□家族プログラムのための予算化
3】□家族プログラムの実施に管理職の支持が得られる
4】□職場内で家族プログラムに関して情報交換・意見交換の場をもつ
5】□家族プログラムに関する研修の機会を持つ
6】□家族プログラム実践に関するスーパービジョンを受ける機会
7】□地域に家族の回復を支援する社会資源をつくる
8】□依存症者・家族に関する積極的な社会啓発
9】□依存症者の回復を促進する治療、自助グループ、リハビリ施設の充実を進める
10】□その他（具体的に　　）

問 17. 家族プログラムをはじめとする依存症者の家族への援助に関してご意見、ご感想などをご自由にご記入ください。

お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。

調査事業検討委員

西川　京子 (福井県立大学)

岡崎　直人 (さいたま市こころの健康センター)

小倉　邦子（埼玉医科大学）

山本　由紀 (上智社会福祉専門学校)

橋本　直子 (関西学院大学大学院)

谷部　陽子 (筑波大学大学院)

岡田　洋一 (鹿児島国際大学)

井上　綾子 (盛岡市役所)

事　務　局

武澤　次郎 (ジャパンマック)

椎崎　洋　 (ジャパンマック)

田上　晴香 (ジャパンマック)