

第2部

インタビュー調査

1. インタビュー調査の概要

「インタビュー調査」では、依存症及び関連問題について関係機関の連携による回復支援資源創出及び協働の実践事例、また、東日本大震災からの復興支援における回復支援実践事例に焦点化し、現地の構成員を始めとする関係者等を対象に2018年10～11月において実施した。

実施対象地域は以下の4つの地域である。

調査対象地域	実施日	機関種別
関東地方A地域	2018年10月30日	精神保健福祉センター・回復支援施設
関西地方B地域	2018年11月17日	回復支援施設
東北地方C町	2018年11月19日	保健福祉課(心のケアセンターから派遣)
中部地方D地域	2018年11月30日	精神保健福祉センター

質問項目を以下に示す。

- 1) 地域特性について
 - ① 地域特性への評価
 - ② 依存症回復支援にかかわる社会資源について
 - ③ 依存症回復支援を始めた契機(どのような地域のニーズがあったのか)
- 2) 日頃のかかわりについて
 - ① 依存症回復支援にかかわる活動の内容
 - ② 依存症回復支援において工夫されていること、心がけていること、その成果
 - ③ 依存症の捉え方(あなたにとって依存症とは)
- 3) 喫緊の課題と今後の展望について
 - ① 個別支援のなかで感じる課題や困りごと
 - ② ソーシャルワーカーの役割と課題
 - ③ 地域として依存症回復支援を考えた場合の課題や不足しているもの
 - ④ 地域として目指す依存症回復支援のあり方や展望
 - ⑤ 課題解決のために本協会(依存症及び関連問題委員会)への期待

2. 関東地方A地域に対するインタビュー調査報告

調査対象者：A精神保健福祉センター相談支援員1人、Aダルク施設長1人

1) 調査結果

①地域特性について

A地域の人口は約421万人。都道府県内に3か所の精神保健福祉センターあるうちのひとつ。担当地域内に7つの保健所があり、都道府県内に112の精神科病院があるうちの約半数がA地域。

依存症回復支援にかかわる社会資源については、依存症対応可能な精神科病院は7か所程度。精神科病院全体からみる割合としては多くはないが、全国的にみると恵まれた地域ともいえる。アルコール依存症治療を標榜する精神科病院は9か所あり、薬物依存症者も対象とする病院はA病院を含め3か所となる。ギャンブルを対象とする病院は1か所となり（クリニックは2か所）、担当地域や隣県の医療機関を紹介することが多い。回復支援施設では、アルコール依存症者等を対象とした回復者スタッフ（自身が依存症当事者であり回復後スタッフとして勤務している）が中心となって運営される民間回復支援施設であるマック（Maryknoll Alcohol Center：MAC）と薬物依存症者等を対象としたダルク（Drug Addiction Rehabilitation Center：DARC）の2か所がある。都道府県内にダルクは7か所あるが、Aエリアには1か所Aダルクがある。

依存症回復支援以外の社会資源については、グループホームなどは依存症者を受け入れてくれるところも徐々に出てきている。また、司法関係では保護観察所や拘置所とAダルクの連携も図られている。保健所でも本人や家族からの依存症相談は受けており、ケースによっては家族教室や再発予防プログラムの利用につなげる目的でA精神保健福祉センターの特定相談を勧めている。保健所からの依頼でA精神保健福祉センターの多職種チームが医療中断や未治療ケース等を対象に訪問し、病状や生活面の評価や受診勧奨等の支援をするアウトリーチ事業があるが、主たる問題が依存症のケースは少ない。

②日頃のかかわりについて

▶依存症回復支援にかかわる活動の内容

A精神保健福祉センターでは週1回、個別相談、本人グループ、家族教室を実施している。職員は7人体制で、そのうち3人が外部スタッフ（Aダルク含め3か所のダルクスタッフ、A病院の心理士やソーシャルワーカーなど）が交代で対応している。A精神保健福祉センターでの特徴は、心理士やソーシャルワーカーだけでなく、ダルクスタッフも専門相談員として個別相談を実施している点にある。特にダルクのつながりが想定される人に対して、ダルクスタッフが専門相談員として個別相談に対応し、相談者にとって最もよいと思われるタイミングで、ダルクスタッフであることをカミングアウトする形式となっている。このような専門相談員体制には大きく二つのメリットがある。一つ目は、相談者が自

然なかたちで回復者に会えることができるという点である。多くの相談者は、依存症者やダルクなどの回復支援施設に対して、ネガティブなイメージを抱いていることが少なくない。このようなネガティブなイメージを抱いている人の多くは適切な情報がないというのが大きいと考えられ、A精神保健福祉センターやA病院など中立的な場所で、ダルクスタッフに会う機会が積み重なることで、ダルクスタッフやダルクのことを知ることができ、依存症者に対するネガティブなイメージを払しょくする第一歩を担っている。二つ目は、プログラムの質を担保する機能である。公的機関においては、人事異動によりプログラムの内容が左右されることも少なくない。外部スタッフが専門相談員として従事することで、プログラム内容や援助者の目指す態度などを維持する機能を担っている。

本人グループは、ワークブックを用いた認知行動療法であるSMARPPを基にしたプログラムが実施されている。SMARPPの基本要素は、①引き金を同定し回避する方法を考える、②再発のプロセスを理解する、③再発を防ぐための対処方法を獲得する、④自助グループなどの社会資源について学ぶ、などで構成されており、各地域特性にあわせたプログラムが実施されている（およそ80か所）。本人グループには、ダルクスタッフもコファシリテーターとして参加している。

家族教室は基礎編と実践編で構成されており、基礎編には専門治療機関・回復支援施設・自助グループ・法律家（弁護士・司法書士）などが講師として参加し、多様なテーマでの講義が実施されている。また実践編では、グループワークを実施し、自身や家族に対する具体的な対応方法などについて、グループのなかでの対話から見つけ出すことが目指されている。

▶ 依存症回復支援において工夫されていること、心がけていること、その成果

A精神保健福祉センターと保護観察所との連携も始まり、保護観察所が実施する引受人会などでA精神保健福祉センターやAダルクについて事業説明を実施し、まずはご家族などの引受人が家族相談に来てもらえるように取り組んでいる。また、保護観察対象者を精神保健福祉センターにつなげる連携事業（刑の一部執行猶予者の地域支援）が開始され、ようやく数人がA精神保健福祉センターにつながった。

全国的に保護観察所の薬物再乱用防止プログラムにダルクスタッフが入ることがあるが、ダルクスタッフ内では「やりにくい仕事」といわれることが多い。薬物再乱用防止プログラムは法的強制力により実施されているため、多くの参加者は参加意欲がそれほど高くないことが多く、プログラムに従事する職員も、医療福祉的な支援やセルフヘルプ的な支援とは異なる背景をもつ者が多いことが実施上の困難とあげられている。

一方で、A保護観察所は、プログラム立ち上げの時点から、A病院やA精神保健福祉センター、Aダルクがかかわっているため、プログラム実施上の援助観が共有されており、非常に参加しやすい実感があるとのこと。ダルクスタッフがA精神保健福祉センターの専門相談として従事する際には、ダルクやNA（Narcotics Anonymous）を無理に勧めないで、同じメンバーであることを心掛けている。このような連携により、Aダルク自体の通所メンバーが増え、回復率が上昇している実感があるとのこと。これまでAダルクでは、通所プログラムは入所プログラムの前段階として位置づけていることが多かった。しかし、A精神保健福祉センターやAダルク、A病院のプログラムを利用している通所メンバーは、

入所より社会に近い状態でのプログラムでより困難な選択であると再認識した。現在の登録者のうち、過半数は通所で、その半数はA精神保健福祉センターやA病院との連携で通所している。この方法で最近Aダルクのスタッフになった人もいる。

▶依存症の捉え方(あなたにとって依存症とは)

依存症は生き方の問題。表面に出ている依存物質などをやめるだけではなくて、今後の生き方をどうしていくのか。だから時間がかかるという理解が必要になる。

薬物やアルコールは表面的な小さな問題で、人や愛情に飢えている、人に癒されていないなど。関係性の問題や自尊心の低さから薬物やアルコールを使用し、さらに自尊心がなくなるという悪循環。人によって癒されることですごく誠実な人になる。当事者同士だけでなく、支援者や地域の人とつながっていくことが回復だと考えている。

③喫緊の課題と今後の展望について

▶個別支援のなかで感じる課題や困りごと

A精神保健福祉センターでは、薬物以外でギャンブルの相談も増えており、FXやビットコインなどギャンブル的投機で家族が困って相談ということも増えてきた。その際に情報が独り歩きしている感覚がある。「なんでもかんでも病気」という捉え方や、「あそこに行けば治る」というような情報など。

また、A地域には女性の回復支援施設がないため、入所プログラム適用の方だと遠方の施設でも紹介できるが、通所プログラムの希望となると男性利用者中心のAダルクを利用することもある。その場合、Aダルクスタッフが女性の依存症者に対する支援スキルがないことが課題となっている。女性の回復者も少ないのが現状で、女性回復者との出会いの機会が限られてしまうことも課題となっている。

▶ソーシャルワーカーの役割と課題

まずは依存症に対する正しい情報や理解がソーシャルワーカー全体に普及していくことが必要。その際に、表面化している依存症についてだけではなく、その背景にある問題を適切にアセスメントし、ニーズにあった支援を個別にマネジメントしていくことがソーシャルワーカーとしての役割。そして、多職種と連携し、ダルクや地域の機関と連携していくことが必要。

当事者の立場からだ、医師が偏った見方(この人はまだ回復してないから治療は難しい…など)をしているときは、回復に寄り添う立場であるソーシャルワーカーには、その医師と戦ってほしい。そのためにも、ダルクやNAに実際に参加して、自分の言葉や実感でセルフヘルプコミュニティについて伝えてほしい。また、障害者総合支援法を利用する際に、個別支援計画を作成するソーシャルワーカーが正しい依存症の知識を持っていないために、適切なアセスメントがなされていないことがある。

▶地域として依存症回復支援を考えた場合の課題や不足しているもの

現在、Aダルクは障害者総合支援法の生活訓練を実施している。依存症の回復支援にあっているとは思わないが、運営を安定させるために実施するしかない現状。法定施設と

して運営するために、セルフヘルプの部分が削られるし、ダルクの場合は地域のなかの偏見から、地元の人が利用するという慣習もあまりないため、受給証発行までたらいまわしになる。2年間という利用期限についても、地方のダルクでは併存障害があり利用が長期化する場合は退所後の行き先も少なくて難しい。

▶地域として目指す依存症回復支援のあり方や展望

薬物依存症者を対象としたA地域の連携は上手くいっているが、それ以外の問題について連携が不足している。薬物関連によるネットワークから、盗癖や性犯罪の相談も増えてきたが、保健福祉以外の司法や民間機関とのネットワーク構築が必要となると実感している。また、現在のA地域の連携はアクセスのよいエリアに限られているため、連携の範囲を広げていきたいと考えている。

ダルクから地域に移行していく際の出口支援として、地域の受け入れ機関が増えていくとよい。

▶課題解決のために本協会（依存症及び関連問題対策委員会）への期待

福祉事務所や保健所など地域の機関のなかに依存症に理解のあるソーシャルワーカーがいるようになってほしい。また、アディクションが普通のこととして扱われるように、教育課程でも履修できるようになるとよいと思う。

2) 考察

A地域では、特に薬物依存症者への支援を中心に精神保健福祉センター、病院、ダルク、保護観察所による連携が図られており、このような地域ネットワークの構築が有機的に機能していることが伺えた。このような地域ネットワークの基盤として、SMARPPという共通のプログラムがあり、プログラムを通して、援助観が共有されていることが、有機的なネットワーク構築の一助となっていることが考えられる。社会資源の多い都市部では、ともすれば自身の機関だけでの完結型支援でも治療や回復支援が成立してしまう現状にあり、連携の機会が少なくなっている側面がある。そのなかで、A地域による有機的な地域ネットワークモデルは、改めて地域ネットワークの可能性を示唆するものであると考える。

一方で、現在の地域ネットワーク以外では多くの課題が残されている。特に、依存症を専門としていない地域の相談支援機関における、より幅広い依存症の正しい理解の普及は、依存症者の地域生活においても喫緊の課題である。限定的な地域ネットワークではなく、より裾野の広い地域ネットワーク構築に向けた取り組みが必要となっている。

3. 関西地方B地域に対するインタビュー調査報告

調査対象者：B依存症回復支援施設長 1人

1) 調査結果

①地域特性について

▶ B地域とb市について

※b市はB地域のなかに位置する自治体である。B地域の地域特性や依存症支援の発展の礎になった市であるため、本報告ではB地域とb市として報告を行う。

B地域の人口約886万人、人口密度、県内総生産は全国第2位、障害福祉サービスの指定を受けている数は15,000か所以上ある。精神科医療機関は64か所で病床数が約18,800床。それに対して、アルコール依存症治療病床が450床(6か所)、専門クリニックが6か所、精神保健福祉センターが3か所、社会復帰施設が16か所、断酒会が98支部、AA (Alcoholics Anonymous) が53か所、アラノンが6か所、酒害教室が12か所と全国的に見ても資源が豊富といえる。ちなみに、断酒会会員数は全国の1割以上に及ぶ(2018年全国会員数6,802人中805人)。

b市の人口は約272万人、人口密度は約1.2万人/Km²と政令指定都市のなかで1位である。精神保健福祉センターは2か所。各区にそれぞれ保健福祉センターがある。精神科医療機関は7か所あり、病床数が235床で依存症専門治療病棟はないが、依存症も対象に診察を行っているクリニックが複数ある。また依存症支援施設もマック、ダルクも含めて複数の施設がある。

参考資料：1987年と2010年の比較(B地域)		
	1987年	2010年
専門病床数	766床(8病院)	450床(6病院)
専門クリニック	1か所	6か所
社会復帰施設	4か所	16か所
断酒会	78支部	98支部
AA	24か所	53か所
アラノン	2か所	6か所
酒害教室	3か所	12か所
地域連絡会	6か所	4か所
単身者グループ	2か所	0
家族教室	8か所	0

▶ B地域とb市の依存症支援の歴史背景

B地域のb市には日本最大のドヤ街があり、全国のドヤ街と比較しても規模、人口といふ際立った存在であり、大都市型のアルコール問題が社会問題となった地域である。その歴史を紐解くと1970年代の万国博覧会開催に向けて、1970年代初頭から万国博覧会の建設工事のために大勢の建設労働者が全国各地から流入。そこでアルコール問題を中心に、さまざまな問題が発生。また、同時期にドヤ街で労働者の暴動もあり、その地域の治安対策として、精神障害者、特にアルコール依存症者への対応が行政にとっての大きな課題となった。その流れで精神科病院へ入院となるケースもあったが、その入院者が先導して精神科病院で事件を引き起こす事例もあり、ドヤ街のアルコール問題対策はb市だけの問題ではなくB地域全体の問題として取り上げられるようになった。

そのようななか、1966年に断酒会が結成、1970年にはアルコール依存症支援施設が誕生。しかし、その当時の課題は人権問題とも絡み、単身者・ホームレスのアルコール依存症者対策だった。1972年にドヤ街のあった地区保健所分室で専門診療開始、1977年にはb市保健所で精神衛生相談員を配置。さらに、b市にある救護施設でのアルコール専門の寮ができるなど対策へと発展した。この問題にアルコール医療のネットワークが連携して取り組んできたのがB地域のアルコール医療の原点となる。

また、断酒会もb市が管轄する1保健所地域に1断酒会を作ることを目標に掲げ、昭和50年代にはその目標が達成された。そのほかに、全国に先駆けて1年以上断酒を継続した断酒会会員を対象に、酒害相談員の講習会が開かれ、受講者千数百人に達した。b市では、単身生活者や生活保護受給者が多いことから、1981年からは、独自に保健所において、酒害教室を実施し、治療導入とデイケア機能を兼ね備え、また職員教育にも活かされた取り組みがなされている。治療もアルコール専門診療所の開設にともない、通院による治療が浸透していくにつれて地域に定住して治療が受けられるようになってきた。さらにデイケアが導入されるようになっていった。

全国的に見てもb市のアルコール問題対策は治療資源の豊富さといい、相互ネットワークといい、際立ったものである。しかし、これらの対策も年月とともに、患者の高齢化や女性患者の増加、さらには「静かなアル中」と呼ばれるような、臓器障害が著しいが行動の異常が目立たないタイプの患者が増えるとともに、次第に当事者の層に変化が生じてきた。従来なら入院を繰り返すか施設への長期入所により生活訓練を行っていた対象者が、通院と自助会への参加により地域で、何とかしらふの生活を送れるようになってきた。しかし、そこから次のステップとしての社会復帰には大きな壁があった。治療だけではよくならない、孤立し亡くなっていく生活障害を持った人への福祉支援と医療支援の必要性がその当時、アルコール問題研究会等で指摘されるようになった。

長期の入院ではなく、地域のなかで専門医療を展開する。病院のなかで完結するのではなく、病院から地域の断酒会につなぐ、さらに地域のなかで専門医療を展開し、生活の場のなかでアフターケアをすべきだという考え方となっていった。一方で、福祉的な支援をしていくことへの反対意見もあった。それは断酒さえできれば他のニーズはないという考え方で、退院したら働くようにと生活保護が打ち切られたということもあった。アルコー

ル依存症が精神疾患に含まれるかという議論が、精神科医療にかかっている利用者からも聞かれることもあった。そのような状況もあり、断酒会のなかでも働いている人と仕事を失っている人、お互いを知り合っていくという主眼もあり、地域ネットワーク会議をやってきた。B地域のアルコール問題研究所では早くから、アルコール問題研究会（医師、福祉、保健所、ソーシャルワーカー）を月に1回やっていた。主に事例検討を通して、長期の予後調べていくと、単身で家族や仕事を失い絶望状態にある人や、アルコール依存形成過程以前に大きな生きていく困難を抱えてドヤ街に流れ着いてきた人らの現実は厳しく、地域や治療から離れていく人、亡くなっていく人などの事例が散見された。背景には社会から孤立、疎外されている状況があり、お酒を手放して充実したライフスタイルを得ていくというのが難しく、人とのつながりが得られていない人たちにこそ手を差し伸べる機会をという発想が1990年代から芽生えるようになっていった。そうした支援の必要性については、一般社団法人日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会の月例会やアルコール関連問題学会などでも議論や調査をしながら積み上げをした。また、現場で支援をしている保健所からも大きな声があった。地域的な特徴として単身生活者が多い。もともと、そういう人たちが居場所として12か所で酒害教室を保健所が行っていた。面積が狭いという特徴もあり、日々の活動としていろいろな保健所を回りながら活動をしている人もいたが、次の活動展開をする拠点が欲しいという当事者の声や保健所からの要望があり、1997年から検討会が立ち上がり、B地域、b市としてその必要性が指摘されていくなかで事業所が設立されていくこととなった。

②日頃のかかわりについて

▶依存症支援にかかわる活動の内容

地域活動支援センターA型、生活訓練、就労継続支援B型、就労移行、指定相談支援事業、指定訪問介護、共同生活援助、介護事業を行っている。居場所とプログラムの提供を通じて、社会参加や他人との交流を促し自己理解など、その方なりのリカバリーにつながるような支援を行っている。具体的には週5日8時30分から17時まで開所（事業所によっては土曜日開所をしている）をし、室内共同作業やウォーキング、SSTなどのプログラムを提供している。他にも自助グループの会場提供も行っている。

▶依存症回復支援において工夫されていること、心がけていること、その成果

「再スタートをしたいという想いに寄り添い一緒に次の道を探せるような場でありたい。」「自助グループにきちんとつながれるように支援をするためにも、スタッフも月に2回以上自助グループに参加するなどをしている。」「人と上手につながりができ、次のステップに進めるように、自助グループを軸に就労などその方の目指す自立を考えられる場所であるように工夫をしている。」「もともとはある程度自助グループにつながっている方の社会参加や、生活の基盤づくり、次のステップを考える場としての利用が前提ではあった。しかし、最近では退院したての方など、断酒したての方に対応しなければならない。そのなかには自助グループにつながっていない方が増えてきている。その方たちが自助グループとのパイプを太くするように支援していくようにしている。」

▶依存症の捉え方(あなたにとって依存症とは)

「基本的には身体的にも精神的にも生活面と生活全体にまたがってくる障害。依存物質を使いながらなんとかひとりで生き抜いてきた方も多し。それゆえにその習慣化された行動は強固。上手な距離感で人とのつながりを作ることが苦手な方が多い。」

③喫緊の課題と今後の展望について

▶個別支援のなかで感じる課題や困りごと

「うまく就労につながっても、自助グループへの定着が脆弱であれば再び飲酒につながる生活に戻ることでなくなりやすく、就労していくうえでも自助グループを軸としたあらたなその人を中心とした人的社会的ネットワークづくりへの支援が重要だと思ふ。しかし、自助グループに行くことを避けたい人たちがいて、さまざまなプログラムの工夫を行っているものの苦慮している。自己破壊的行動・孤立化していく人にどうかかわっていくのか、アルコールや貧困家庭で育った人たちが抱える自己や他者信頼関係の獲得、若年で発症してきた人たちの社会経験や学びの不足への支援が必要とされているケースがある。」

▶依存症支援のなかで感じていること

「医療モデルと生活モデルの接近の仕方。変化してきたことは高齢者のアルコール問題を持った人に対してどのように医療につなげるかだけでなく、この人にご飯を食べてもらうためにどのように生活環境にアプローチをしていくのか。後者のアプローチで改善した事例もあった。環境的な面で支援の努力をすることで生きなおすリカバリーを実現していくことは大事なことだろうと思ふ。しかし、それだけではなく、きちんと医療へつなげる働きかけも必要で、それをどのようにしていくのか。治療につながるまでに7年かかっているといわれている。今までは治療につながった方に対して福祉的支援を提供してきた。今度は逆に治療につながる前の方に対してどのように介入をしていくか。そのあたりがテーマの一つになっていくのだと思ふ。」

▶ソーシャルワーカーの役割と課題

「自助グループときちんと連携していくことが広い意味でも人権運動につながると思ふ。そこで大切なのは当事者のどのような声をニーズとして拾ってかかわっていくかがだと思ふ。そのアンテナを磨いていかなければならない。同時に後身に技術や経験を引き継いでいくかたちを作っていかなければならない。」「一人ひとりの抱えてきた課題は、依存からの脱却過程で何がネックとなっているのかを見極めていく過程と重なるところがあるため、生活行動とその背景と感情を理解していく必要があり、そこに社会環境上の問題がかかわっている。これらの人々へのグループワークは必要不可欠であり、ソーシャルワークの働きを要すると思ふ。」

▶地域として依存症回復支援を考えた場合の課題や不足しているもの

「入院中心のアルコール医療から外来医療の展開を通して地域中心のアルコール医療への動きが定着し、その後の支援としてアルコールデイケアができ、そこから地域の活動拠点としての回復施設が形成されているものの、まだまだつながっていく人が少なく、回復

している人々の姿が見えていない。この状況を変えていくためにもさまざまな地域で自助グループと協働した関連する支援者が集う、よりきめ細やかな『地域での飲酒と健康を考えるネットワーク会議』の立ち上げが各地に必要だと思う。」「子どもを中心にした支援活動(世代連鎖の問題に対応した支援展開)が不足している。」

▶地域として目指す依存症回復支援のあり方や展望

- ・ 依存症という病気とその回復への理解の底上げ、そのためのかかわる支援者の理解の底上げ
- ・ 地域生活支援中心の生活モデルと医療モデルの協働によるきめ細やかな支援ネットワークの形成
- ・ 環境の連鎖を防ぐ活動展開(子どもと親への支援)
- ・ これらのための社会資源の拡大

▶課題解決のために本協会(依存症及び関連問題委員会)への期待

- ・ 依存症支援の標準化に向けた検討と取り組み
- ・ 支援者同士が事例や学びをともにする支援者同士のコネクトを強化する手助けする働きかけ
- ・ 他の専門職との連携

2) 考察

B地域の基礎情報や支援機関数の変遷から、入院医療中心から地域医療中心の支援への転換のありようや、クリニックも含めた専門医療機関、依存症回復施設、自助会、保健福祉センターなど社会資源の豊富さが見てとれた。

ただ、最も注目すべき点は、歴史的にb市にあるトヤ街の依存症問題に取り組んできたアルコール依存症治療者たちのチームワークから支援の輪がB地域全体に広がり、自助会、医療資源、福祉資源が充実し、ひとつのモデルを形成したプロセスである。そこには、保健福祉センター、専門医療機関、自助会、家族会、福祉サービス事業所などで構成された事例検討会や自立支援協議会など、行政・医療・福祉・当事者団体が参加をする合議体への広がりといった有機的な連携があり、そこがB地域の今日の発展の礎となっていると思われる。この発展のプロセスのありようは、有機的な連携のモデルとしての示唆に富んでいるものと思われる。B地域でいえば、アルコール医療者とソーシャルワーカーたちが生活全体をみる眼差しをもって、その生活を生きている自助会の人々と相互努力して、出てきたその時代の課題に取り組んできた。そのアルコール関連問題グループのダイナミクスが中心にあったといえる。

一方で、B地域では医療を起点に社会資源が発展をしてきた歴史がある。それゆえに医療とのつながりが福祉サービスにつながる前提になっている側面がある。そのために、医療につながっていない支援ニーズのある方たちに対する支援介入をするための支援ネットワークづくりは課題となっている。

4. 東北地方C町に対するインタビュー調査報告

調査対象者：C町保健福祉課(心のケアセンターから派遣) 精神保健福祉士 1人

1) 調査結果

①地域特性について

▶地域特性への評価

東北地方沿岸部に位置する小さな町。産業は漁業、水産業中心。漁師、養殖、水産加工、造船などが多い。地域全体が貧しく、全世帯の53%は年収300万円未満である。漁業と「酒」のつながりは深く、進水式の清めや船祝いにも欠かせない。地域に娯楽も少ないことから多量飲酒者も多い。

東日本大震災による被害は甚大であり、震災前と震災後で人口は約26%減少。世帯数は15%減少。住宅の実に6割が被害(主に津波)を受け、全壊3,143戸、半壊もしくは大規模半壊が178戸。震災前の持ち家率は80%、3世代以上の同居率も高い。土地面積は平均して100坪という広い土地に家族が集まり、隣家とは離れているという住宅状況が特徴的であった。しかし、震災後は持ち家率が50%まで低下し、災害公営住宅で生活をされる736世帯のうち306世帯が独居。独居高齢率は40.1%。働き盛りの世代や子育て世代が職を求めたり、避難先での生活が落ち着いたために転居を選ばないため、土地への愛着が強い高齢者が取り残されることも多いようである。震災により家族の構造が大きく変わったことがわかる。

もともと交通のアクセスは便利とまではいえなかったが、震災により電車は壊滅的打撃を受け廃止。バス(BRT:バス高速輸送システム)のみが都市部をつなぐ要となり運行している。その影響もあり、高速道路は震災前よりも距離が延長され車によるアクセスはよくなっている。一方で車を持たない交通弱者の生活や医療の格差は広がっている。

震災によるさまざまな喪失体験、失業や休職などにより飲酒量が増えたことは大いに推測される。震災前は隣家との距離があるため顕在化しなかったことが、避難所~仮設住宅~災害公営住宅という集団生活のなかで「問題」として可視化されるようになった。

集落全体が親戚関係のように血縁地縁は深く、恥の文化も根強い。役場は「お上」という意識をもつ高齢者も多く、訪問すると過度のもてなしが警戒されることも一部ではみられるようである。全戸調査の結果、メンタルヘルスの問題の相談先として「拝み屋」などの民間信仰を選択する人も一定数いる。このことから行政に相談をする、病気として治療を受けるといった選択よりも自己治療あるいは身内で問題の解決を図ろうという傾向は都市部よりも強いかもしれない。

▶依存症回復支援にかかわる社会資源について

そもそも精神科医療機関は町内には無い。最寄りの依存症専門医療機関まで約100km離れている。一番近い県保健所まで約35km。アルコール家族教室が2ヶ月に1回開催

されている。隣の市で断酒会が月1回、AAが月1回開催されているが、これは震災後にこの地域で顕在化したアルコール問題に対応すべく依存症専門医療機関と自助グループが立ち上げたものである。

社会復帰施設も数か所あるものの、依存症関連問題に対応するような体制はとられていない。相談支援事業所は隣の市に1か所。主に計画相談の作成をしているが、依存症関連問題へのかかわりはあまり積極的ではないようである。

▶ 依存症回復支援を始めた契機(どのような地域のニーズがあったのか)

避難所や仮設住宅へ訪問などを行う支援員(特に専門的な資格は無く、支援員自身も多くが被災している)が、さまざまなトラブルや地域の困りごとを行政にあげることで顕在化した。上述のように、避難所や仮設住宅といった狭く質素な環境においてはプライバシーの垣根も低く、今までの住居環境とは全く違うなかで我慢を強いられながらの生活は高ストレスであり、トラブルがより目立つ。

保健師は健診などの他の業務に忙殺されて手が回らない、人手も限られているため被災地支援として心のケアセンターより派遣されている精神保健福祉士が精神障害関連の相談を多く担当しており、特に「やっかいな」アルコールなどの依存症関連問題のケースは、ほぼ一手に担わざるを得ない状況であった。

復興支援により、病院の再建などメディカルなケアは充実してきているが、生活を支えるソーシャルなケアがモノもヒトも不足している。

② 日頃のかかわりについて

▶ 依存症回復支援にかかわる活動の内容

中心となる活動は戸別訪問による相談支援である。役場での専門相談と家族教室(参加者は1、2人)。町立の総合病院から肝機能の数値が高いなどのアルコール問題がある患者へのかかわりや専門医療機関へのつなぎを依頼される。事業として、専門職向けに依存症の研修会を開催されている。

▶ 依存症回復支援において工夫されていること、心がけていること、その成果

依存症の当事者同士を結び付ける支援のケース。住まいの確保と仕事が課題であったが、酒に寛容な文化が逆に効果的になり、課題を克服することができたという。

心がけていることは、「彼らを決して馬鹿にはしてはいけない。ひとりの人間として敬意をもってかかわる。役場で待っていても相談にはこない。アウトリーチの支援が当たり前である。地域に入っていくことで相手との垣根を下げる姿勢が大事。同じ町の人として、方言を使って会話をしたり、町の旬なものや仕事(漁業など)の内容を調べておくこと」。そのような姿勢や工夫をもって生活状況を尋ねると、むしろ喜んで教えてくれるのだという。

▶ 依存症の捉え方(あなたにとっての依存症とは)

「人間の弱さを感じる。だからこそひとりでは生きていけない。人や物などとかかわっていかないといけない。この地域の人たちは、我慢して愚痴をこぼさず黙々と仕事に打ち込むという理想像があって、でもそのようにはできないこともある。今回の震災がその最

たる例といえる。その理想と現実のギャップを埋めるための酒。生活環境が生み出すものでもある。なぜそうなってしまうのか、不思議だと感じている。ただ依存症の問題は個人だけではなく、住民全体のメンタルヘルスの問題だといえる。」

③喫緊の課題と今後の展望

▶個別支援のなかで感じる課題や困りごと

地域に依存症の正しい知識の普及が足りないこと。地域全体の理解を広めていかねばならない。ハード面の社会資源の充実は難しくても地域全体に理解を広めることでインフォーマルな資源を広げることはできるかもしれない。地域全体で依存症関連問題にサポートしてければと思うが実現はなかなか難しいようである。

▶ソーシャルワーカーの役割と課題

ソーシャルワーカーひとりだけでかかると自己完結してしまう。元々の地域の支援者とのつながりを大切するかかわり。町（行政）と医療機関の橋渡しが重要。課題は相互のコミュニケーションの問題。連携が上手くいっているとは決していえない。医療機関だけではなく、地域で依存症問題にかかわるソーシャルワーカーや専門職が増えてほしい。

▶地域として依存症回復支援を考えた場合の課題や不足しているもの、あり方及び展望

再発することは地域の問題でもある。例えば、依存症専門医療機関につないでも退院後に飲酒の問題が再発すると、治っていないと病院を責める支援者もいるという。再発を防止する環境づくりは地域の課題。地域ネットワークを作っていくこともひとつ。問題に対していろいろな機関や職種でかかわっていくことができたらと考えている。

▶課題解決のために本協会（依存症及び関連問題対策委員会）への期待

このような社会資源の少ない地域で依存症関連問題に専門職がかかわらない理由としては誰も手伝ってくれないし、助けてくれないという思いがあるのではないか。支援をしても孤独になる。関心のある人や地域の専門職のSOSに応えてもらいたい。ソーシャルワーカーに限らず、依存症関連問題にかかわる支援者支援を望んでいる。このようなインタビュー調査自体が関心を持ってくれることから力付けられるということであった。

2) 考察

C町のような社会資源の少ない地域特性のなかで、依存症関連問題へのかかわりを続けていくには都市部と違い以下の3点に留意しながら工夫が必要であろう。

まずひとつは、相談を待っていては支援が始まらないことである。潜在しているニーズを掘り起こすためのアウトリーチがかかせない。行政に相談に行く、精神科医療機関に治療を受けるといった垣根をこちらから乗り越えていくこと。そのためには地域の文化や風習を理解し、地域に降りていく支援が求められる。

次に、そのように可視化された依存症関連問題を地域ネットワークで支えていくこと。専門医療機関で治療を受けてもらうことはもちろん大切なことである。一方で、アクセス

問題もあり、通院が現実的ではないことも多い。では入院治療を受けるという選択肢もあるが、入院により地域から一度断絶されると地域に戻ったときにネットワークを再構築することが大変困難なことが多く、結局状況が変わらないことも多い。専門治療を選択肢として残しながらも、地域ネットワークを広げて生活、家族全体を支えていくことで依存症関連問題にもアプローチができる。

最後に、そのように地域で支援をしている支援者を支援することである。「寝た子は起さない」というのは、マンパワーも社会資源も限られた地域に見られる問題であるといえるが、言い換えれば、起してしまったら自分が大変になるというネガティブな体験があるからだと推測できる。起しても大丈夫だと思える安心感をもって地域の支援者がかかわることができることが大切であろう。

課題としては、依存症関連問題の普及啓発を地域全体に根付かせること。そして専門職として当然かかわるべき問題であるという教育や研鑽の機会が必要であろう。首都圏に比べて研修を受ける機会が少ない地域格差の是正は医療格差や生活支援の格差を埋めることの一助にもなるのではないか。また、専門職団体が各地域で奮闘している個人をサポートする体制を整備することも地域コミュニティの強化になり得るであろう。

5. 中部地方D地域に対するインタビュー調査報告

調査対象者：D精神保健福祉センター相談支援員2人

1) 調査結果

①地域特性について

D地域の人口は約200万人。都道府県内にある唯一の精神保健福祉センター。県内に12か所の保健所がある。

依存症回復支援にかかわる社会資源については、依存症対応プログラムを実践している精神科病院が約4か所程度。特徴は地域ブロックごとに核となる病院があり、また総合病院精神科でアルコール医療が行われている例がある。また、都市部ではアディクションに強い精神科クリニックも存在した。精神科病院全体からみる割合としては少ないが、実践している機関は歴史や活発な活動があった。また、精神保健福祉センターや保健所でSMARPPの地域版や、家族相談が行われていた。回復支援にかかわる社会資源として、各種自助グループはAA、断酒会、GA (Gamblers Anonymous)、NA、アラノン、SA (Sexaholics Anonymous)、KA (Kleptomaniacs Anonymous) と、一通りあるが回復者スタッフが運営するリハビリテーション施設(マック・ダルク)はダルクが1か所であった。さらに、司法関係では刑務所内でもプログラムがあり自助グループと連携が図られている。保健所は精神保健福祉センターと連携しながらアルコール問題の介入に携わっている。

②日頃のかかわりについて

▶依存症回復支援を機関で始めた地域ニーズと精神保健行政

車で移動せざるを得ない地方事情から飲酒運転問題が多くみられ、警察関係者も問題意識があった。

機関の長が依存症対策にエネルギーをかけており、その影響が大きい。精神科医療だけでなく、地域精神保健の観点から総合病院やかかりつけ医を巻き込んだ連携を目指した事業の試みがあった。昭和50年代から続く相談事業実績に加え、職員がかかわっても無理なく継続できるよう、近年では相談事業に加えSMARPPやCRAFT等普及を目的としてマニュアル化されたプログラムを導入している。SMARPPをさらに地域版化し、各保健所で実践を始められるよう推進している。

相談事業においては依存症の相談はGA・薬物問題を含めて増加傾向にある。

▶依存症回復支援にかかわる活動の内容

D精神保健福祉センターでは依存症にかかわる活動として、電話相談、月3回のSMARPP地域版プログラム、CRAFTを使った家族グループを実施している。職員は相談員2人体制で、自助グループとは連携がある。相談員は多領域の福祉実践には実績があるものの依存症にかかわるようになってからまだ数年である。だが、プログラムがあったため、事業の

引継ぎはスムーズに行われたという。通常、相談員の依存症にかかわる姿勢には段差があり、熱心な相談員が事業を活発に展開しても、相談員の異動によって実践が縮小してしまうことも現実的には少なくない。しかし、プログラムの実践を中心に据えることにより、依存症回復支援事業が相談員の交代による影響を最小限にし、標準的に継続されている。

▶ 依存症回復支援において工夫されていること、心がけていること、その成果

相談事業は問題解決を目指すというよりも、その人にあわせた回復のイメージをともに持てるように実践している。その前提として、日ごろから回復者と連携することで相談員自身が最初から回復のイメージをもって実践できていることが大きい。SMARPPの目的にあわせ、継続を重視して地域版としてゆるやかなプログラムにしている。

家族支援については、行動修正だけに走らず、家族を否定することのないように配慮し、家族自身のペースを大事にしている。そのうえでさらに効果あるやり方として対応を提案するようにしている。また、CRAFTを家族グループに導入することで、知識の提供だけでなく、家族同士の分かちあいや認めあいを重視して実践している。

▶ 依存症の捉え方(あなたにとって依存症とは)

依存症とは自分と遠い問題ではなく、誰にでもある身近な問題と捉えている。自分にも習慣があるなか、いつどのタイミングで嗜癖問題まで進むのか、という問題として捉えている。ここに共感のベースがあって、特別視することなく回復するのだというイメージにつながっている。相談者は地域における虐待のある家族や引きこもりケースに対応してきた経験があるが、かかわりのなかで変化したあとの回復者の姿を見られないことが多かったという。依存症への支援は、たとえ相談中の人になかなか変わらずにいても、連携活動のなかで回復者に会えるのがよいし、面白いと興味を持てると語っている。回復者はむしろ考えが深い人であるという表現があり、リカバリーの進んでいる当事者との出会いが相談員に影響を与えていることが伺える。筆者もアルコール依存症病棟に勤めていた頃、依存症本人の回復のイメージが日ごろの実践からは見えず、消耗して地域自助グループに関係者として参加し、依存症の回復を実感できるようになった体験があるが、業務としてのケース連携を超えて、日ごろから回復者や自助グループと交流・連携することの功績は相談員の実践に影響すると思われた。

③喫緊の課題と今後の展望について

▶ 個別支援のなかで感じる課題や困りごと

他の福祉領域でケースマネジメントしてきたソーシャルワーカーとしてみた場合、部分的なかかわりにしかなく感じがある。事例全体をケースワークしている感じが持ちにくいという。またフェードアウト事例をどこまで追いかけるかについての悩みがあるというが、おそらくそれもこの一機関でどこまで役割を果たすかという全体の見えにくさに由来するものと思われた。依存症にまつわる回復は家族の初期介入期、治療導入期、断酒安定期、その後の生きづらさを進む期、先ゆくものとして役割を務める期、家族全体の回復期等、長期にわたる多様な回復の側面があり、それ全体をリカバリーとして捉えたとき、一機関やひとりのソーシャルワーカーが把握できる側面は実は断片的である。これも

事例を超えて各機関と連携することで、支援というバトンが次に渡された、あるいはバトンが地域に戻された感覚が持て、全体像をイメージできることで機関の役割を意識できるのではないかと考えた。

家族相談については、本人がこない段階での初期介入（本人を医療などプログラムにつなげる）のための相談があり、家族から本人の情報を取る際の信憑性について悩むという。本人と相談者の関係性のアセスメントをしつつ、本人の情報を取るという家族システム論に基づいた相談が必要になるが、リスクや本人の否認の度合い、生活のなかで行われるイネープリング行為の把握など、面接にはスキルが求められることが分かる。個別相談ではどうしても限界があるため、家族グループの継続を心掛けているという。

また、依存症の相談という枠であるが、多問題を抱える家族もあり、相談員2人で話しあうが、どこから手を付ければよいか悩むという。地域に暮らすこうした家族については依存症問題のみのシングルイシューに終わらせず、家族全体のニーズを見据えた支援を多機関で連携しながら実践していくコミュニティソーシャルワーク実践の姿勢が求められる。依存症はもともと家族の暮らしに棲みついた生きづらさのサインでもあるのだから。

危機介入して医療につなげる機能自体は、県内にひとつの精神保健福祉センターではマンパワーに限界があり、保健所が担う。が、そのかわり保健師の依存症への取り組みは自然であるという。

▶地域の課題

ひとつは病院によって依存症への取り組みや自助グループとの連携に温度差があることがあげられる。精神保健福祉センターのある県庁所在市にも、依存症病棟はなく、新しく依存症治療に取り組み始める医療もあまりないと聞く。また、自助グループのメッセージ活動にあまり理解がない医療機関もある。加えて民間リハビリテーション施設がダルク1か所しか存在しない。県民は地元の精神科医療を避ける傾向があり、遠方や県外の医療機関・リハビリテーション機関を利用する例もよくあるという。社会資源が足りないこと、地元を避け遠方の社会資源を利用する傾向があること、双方の状況のため、一部の医療機関の頑張りによる状況なのかもしれない。でもこれは本筋ではないだろう。D地域においては県内全体の精神疾患への理解や、依存症治療のハードルを下げて通いやすくするなど社会資源自体の変容などが求められる、資源開発の段階にあると考えられる。

自助グループはミーティング活動のほか、メッセージ活動をプログラムのない病院や刑務所にも出向いているが、メンバーの高齢化があり、次の世代へ上手く引き継いでいないと聞く。自助グループは全国的にも主力メンバーの高齢化に直面しており、この地域に限った課題ではないが、資源の足りない地域では、自助グループ活動に携わるメンバーこそ、当事者や機関をつなぐ潤滑油の役割を果たしてくれている。自助グループへの理解と側面的支援の必要性を考える。

▶課題解決のために本協会（依存症及び関連問題対策委員会）への期待

他県の状況が分からない。特に大都市の好事例ではなく、社会資源の少ない同じような地域における依存症支援の在り方を考えるために、情報がほしい。また、依存症へのリハビリテーションや援助技術についてはさらにより実践をするために望んでいる。

2) 考察

エリアごとに核となる医療機関があるだけの地域であること、地元の医療機関を避けるような土壌があること、病院は地域の特性上完結型になっているという点は負の側面であるか、逆にそこから強みも見える。医療機関が少ないからこそ行政の頑張り（保健所や精神保健福祉センター）があり、また、他の地域の病院へ入院するという傾向は、逆に入院すると地域から姿が見えなくなる利点になり、そのため逆に入院をすすめられても拒む人は少ないという。また、病院の完結傾向についても、総合病院を舞台にした内科などから紹介されて、院内の精神科アルコール治療につながる連携実践があり、いわゆる三重モデル（研修活動を一般病院にアウトリーチして行う連携モデル）とはまた違った医療連携のかたちがあった。多機能で多様な診療科のある総合病院はエリアごとにある。D地域全域に行われているものではないが、これは総合病院というハードルの低い場所でアルコール医療を行い、なおかつ身体関連問題から自然に連携パスを渡せるひとつのモデルになるのではないかと考える。精神科単科での実践を避け、総合病院の精神科で治療を受けるのは都市部にもあまり見られない傾向である。

また、SMARPPやCRAFTなどを活用した地域版プログラムを導入していることで、行政につきものの相談員の異動交代にともなう実践の段差はなくなり、依存症への支援について経験が浅くても十分実践できている強みについては、今度は逆にプログラムではカバーできない部分へのソーシャルワークについて十分であろうかという負の側面につながると相談員に意識化されていた。プログラム実践だけで満足せず、個別に出てくる課題に寄り添うこと、プログラム参加希望者を待つだけでなく、声を出せない人たちへプログラムを案内するアウトリーチの必要性、多問題家庭への関心、プログラムの途切れたケースへの配慮などを語った相談員のおふたりに、コミュニティを土台としたソーシャルワーク実践の積極的な姿勢を伺うことができた。