

第3部

事例検討型シンポジウム及び グループワークによる研修

1. 事例検討型シンポジウム及びグループワークによる研修の概要

インタビュー調査を通し、地域特性による社会資源の格差、それにとまなう具体的な支援内容差異が明らかとなり、地域ごとの強みと課題が示唆された。これらの調査結果から、資質の担保されたソーシャルワーカー人材の養成、社会資源の偏在を改善するための地域特性を踏まえたネットワーク構築への手がかりを展望することを目的に「事例検討型シンポジウム及びグループワークによる研修」（以下「研修」という。）を、東日本及び西日本を代表する主要都市である東京都と大阪府で実施した。

研修日程及びプログラム内容は以下の通りである。

〔研修日程〕

地 域	日 程	会 場
東京都	2019/ 2/3（日）	TKP 東京駅セントラルカンファレンスセンター ホール10A（10階） 中央区八重洲1-8-16 新横町ビル10F アクセス・JR「東京駅」八重洲中央口から徒歩1分 ・東京メトロ丸の内線「東京駅」自由通路経由 徒歩7分
大阪府	2019/ 2/17（日）	新大阪丸ビル別館 4-3号室（4階） 大阪市東淀川区東中島1丁目18-22 丸ビル別館4F アクセス・JR「新大阪駅」東口から徒歩2分 ・大阪メトロ御堂筋線「新大阪駅」⑤、⑥番改札出口から徒歩8分

〔プログラム〕

時 間		内 容
10:30		受付開始
10:55-11:05	10分	オリエンテーション・支部長アンケートの結果報告
11:05-12:35	90分	講 義 「暮らしと依存症 ～みる・みえる・かかわるための基礎知識と技法」 講師：山本由紀
12:35-13:30	55分	休 憩
13:30-15:30	120分	事例検討型シンポジウム 「先駆的事例に学ぶ多様な地域ネットワークのつくりかた」 座 長：稗田幸則（東京会場）・池戸悦子（大阪会場） シンポジスト：佐古恵利子・齊藤健輔・引土絵未・加藤雅江 指定発言：AAメンバー（東京会場）・大阪府断酒会会長（大阪会場） 事例提供：山本由紀
15:30-15:40	10分	休 憩
15:40-17:00	80分	グループワーク 進 行：神田知正（東京会場）・稗田幸則（大阪会場）
17:00		終 了

2. 講義

「暮らしと依存症 ～みる・みえる・かかわるための基礎知識と技法」

日本精神保健福祉士協会
厚労省平成30年度依存症民間団体支援補助金事業
2019/2/3(日)東京2/17(日)大阪

「暮らしと依存症 ～みる・みえる・かかわるための 基礎知識と技法」



山本由紀
遠藤嗜癮問題相談室
上智社会福祉専門学校

この講義の目的

～LIFEに棲みつく依存症を見つけ、見立て、かかわり始める

- 見る
 - I 依存症とは・依存症へのソーシャワーク
 - II アウトリーチ
 - 地域に暮らす人たちに棲みつく依存症に気付く
- みえる
 - III アセスメント(個人・家族)
 - IV 介入を始める/動機付けから支援する/きちんと専門治療をすすめる
- かかわる
 - V 支援を展開する
 - 専門治療へつなぐ/多問題ケースはネットワークに働きかける
 - VI 活動する地域の社会資源の特徴をつかみ、メソレベルの支援へ



依存症に関連する人の生きづらさ

I 依存症とは～脳の報酬系のしくみ

私たちは生きるために報酬を求める

このバランスが壊れる病気



* 報酬とは、快感や欲求の充足(食べ物、セックス等)、やる気、安定、人に承認されるその他、生きる上で必要な感覚。脳内のエンドルフィンやドーパミンが放出(短時間)されて快感となる報酬系のしくみがある。何に快感が得られるかは個人によって違い、一般的な行為からその人独自に意味のある行為まで依存行為の対象となる。

* 状況によって、得られた報酬をさらに求め続け、自動化する **習慣化**

* その習慣が不都合になっても点検・検討されずに続く **悪習慣**

* 時間とともに欠乏し、快感を回復させようとする行為を切望して、探索行動へ。だんだんささいな刺激でも反射的に報酬をもとめて行為に走る

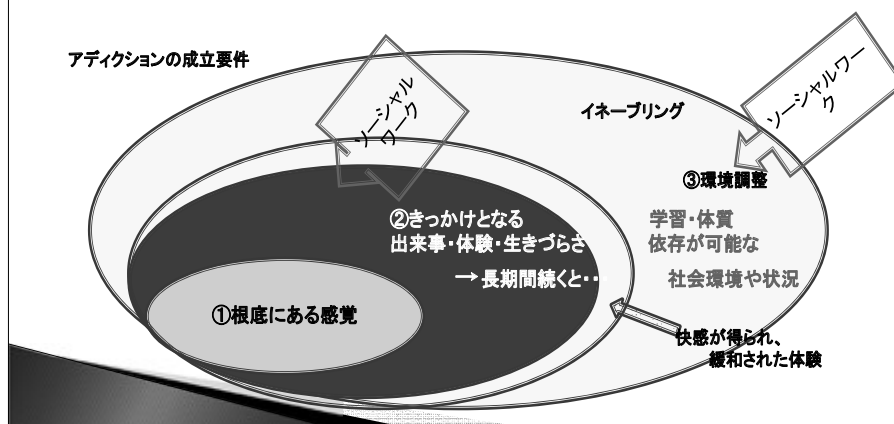
意志ではコントロールできない
依存症へ

さらに脳の特徴から

- ①その人にとって快感となるかは遺伝する(*アルコール)
遺伝要因と環境要因があいまって進行
遺伝要因がなくてもその人にとって意味があると発展することも。
- ②一度習慣形成されると長く脳に記憶 “自転車のメタファ”
- ③悪習慣でも修正されず、心理的防衛機制(*否認)を使って進行
* 心理的防衛機制とは葛藤する状況を無意識の中に納めて直視しなくてよい一時的な安全装置。使い続けると心の自由を奪われ、認知のゆがみが起き、その状態で対人関係の問題が起きてくる。

依存症の成立要件～

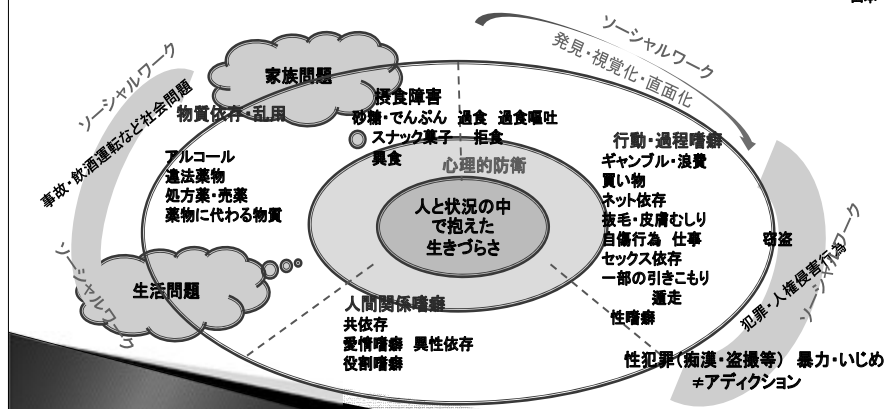
～ソーシャルワーカーはどこに着目するか



様々な依存症・アディクション

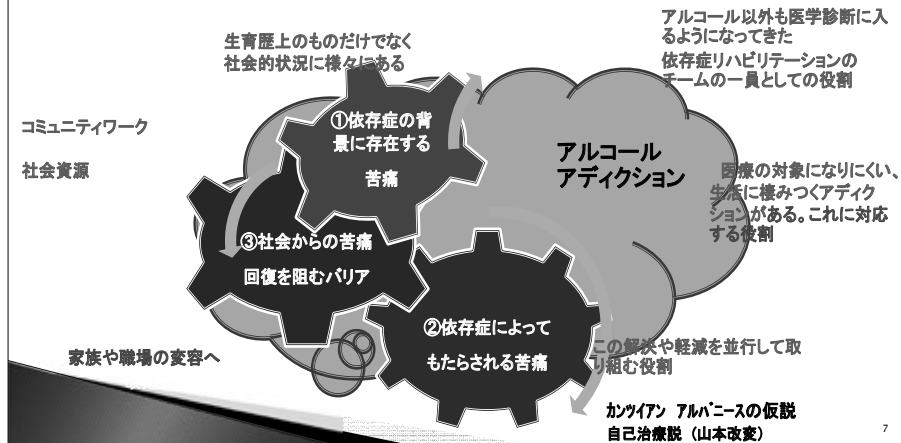
～人と状況からの構造的理解

*「対人援助職のためのアディクションアプローチ」
山本



依存症の理解とソーシャルワーク

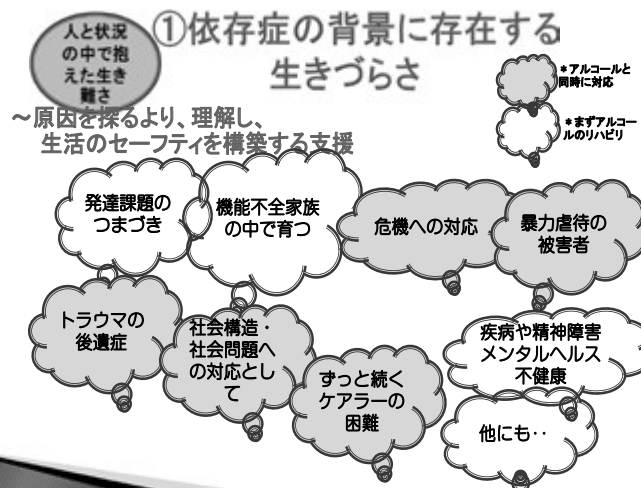
～なぜソーシャルワークが必要か～



7

① 依存症の背景に存在する生きづらさ

～原因を探るより、理解し、生活のセーフティを構築する支援



② 依存症によって生じる関連問題

(生活 健康 家族関係 仕事関係 犯罪行為)

- ① 身体を病む・アルコール・薬物・摂食障害は特に顕著
- ② 経済的問題: 借金
- ③ 労働問題: 休職・失職
- ④ 暴力・犯罪: 依存症にまつわる犯罪
借金問題の解決としての犯罪 欲求充足のための暴力
家族に発生する暴力
依存する行為そのものが違法で人権侵害
- ⑤ 事故・自殺
- ⑥ 全般的な生活問題: すべてを依存症で失って……
生活保護・精神保健福祉領域のリハビリテーションユーザーになる。
- ⑦ 家族関係の問題 現在の家族が機能不全状態に
巻き込まれて育つ子どもの主体性の成長にアンバランス→次世代へ様々な影響

③社会からの苦痛～回復を阻むバリア

社会資源のバリア

- * アディクションを扱う医療機関の少なさ
- * 中核的なアルコール依存症をベースとした断酒治療
- * リハビリ施設 多機能に、多様なアディクトを受け入れ
安定しない経営や不足するマンパワー

社会資源へのアクセスにおけるバリア

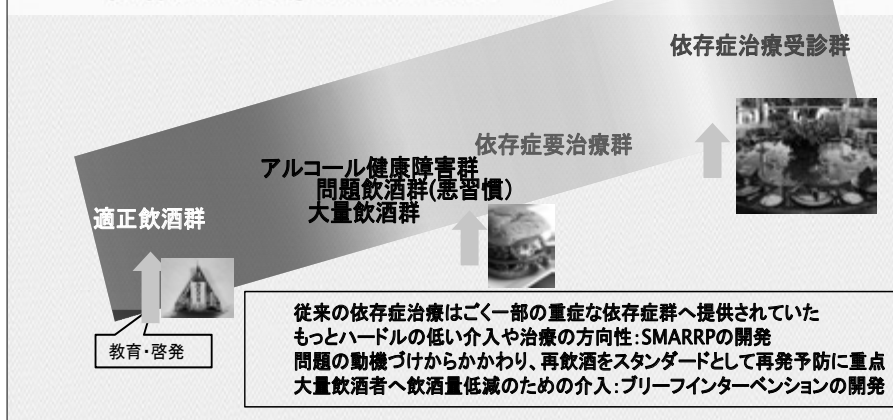
- * 社会に棲みつく、偏見
疾患とみられない、精神疾患としては偏見
- * どこにどのような資源があるかなかなかわからない

社会資源の連携の機能不全

協働連携・バトン連携・地域包括ケアシステムと連動できるか
ワーカー側の苦手感覚

援助関係の困難感(ワーカーの援助技術・ワーカー自身・
職場環境)

地域にはびこるアルコール問題へのアプローチの現状 ～依存症の治療スペクトラム



依存症をめぐる現状 ～WHOからのメッセージと日本の現状

日本の依存症をめぐる階層

減酒・簡易介入対象
問題飲酒・大量飲酒群
980万～1039万人

● 依存症治療群4万人α

要治療群107万人

- * 2010年WHO総会にて
「アルコールの有害使用低減のための世界戦略」
決議 → 様々なレベルで包括的に対策せよ
- * 有害使用とは①健康を害する飲酒
②社会への弊害をもたらす飲酒行為

- * アルコール健康障害対策基本法
(2013年 日本)
- * 日本の現状はほとんど治療につながらっていない

(私見)
減酒・簡易介入対象群は“軽い人達”だけではない。
むしろ多問題家族や様々な生きづらさに棲みつき、
SOSの機能を持つが状況をより困難にしている。

依存症をめぐる階層

2013年厚労省研究班 患者調査
2016年 尾崎米厚論文より

従来の治療群へ医療チームとして、リハビリテー
ションワーカーとしてかかわるだけでなく、精神保
健福祉士はあらゆる場でこの問題を読み解くゲー
トキーパーの役割がある

コミュニティソーシャルワークの視点で、 家族に棲みつく依存症問題を読み解く

- * 依存症は好きな行為やありふれた行為の繰り返しの先にあり、否認されており見えにくい。
- * 家族生活にも支障をきたすが家族の持つ力でなんとかしようとイネイブリングされておりわかりにくい。
- * 依存症を診断基準(資料1)にとらわれず、「生活の中の悪習慣」という課題としてとらえる。
- * 依存症はその人や家族の抱える困難を判別的にしようとする行為で、構造的に理解する。
- * そのほころびや小さなSOSをキャッチし、ワーカーはまず関係づくり・情報提供や心理教育によって変化や改善を共に考えていく。

* 悪習慣が棲みついた生活状況をめぐる家族の理解:本人に対処してきた家族にはパターンができている。対応してきたことをねぎらった上で対応の形を変えていく提案を。その先に受療介入がある。

- * 医学モデルだけで考えない:家計相談支援 多重債務相談 健康相談 減酒支援
暴力・虐待の問題・犯罪の側面 ..
- * 多問題を抱える家族では依存症を優先したシングルイシューにしない。

8050・5010事例に代表される ～アルコール問題やメンタルヘルス課題が棲みつく家族①

地域にはこのような多問題を抱えた家族が生活

- ▶ 軽度の認知症が見られる 80 代の老親が、精神疾患を患い無職で引きこもっている 50 代の子と同居している世帯に対して、世帯全体のニーズに対応した総合的な支援
- ▶ ⇒息子は相談支援事業所と連携して精神医療受療後、就労支援事業で就職
- ▶ 母親は包括と連携して生活支援
- ▶ こういうコーディネーターが求められる

- ▶ 80父認知症 80母親は息子に頼り気味
- ▶ 50長男 双極性障害とアルコール乱用気味。過去に医療保護入院歴あり、通院治療が安定しない。
- ▶ 時に酔って家族に暴力がある
- ▶ 40長女も知的障害があるがB型事業所通所して生活は安定している。

モデル事例

厚労省・福祉の提供ビジョンより
2015年9月

基幹相談支援センター事例

8050・5010事例 ～アディクションやメンタルヘルス課題が棲みつく家族②

- ▶ 80母親は受診歴のない気分変性症と認知症の疑いで近隣とトラブルが絶えない。50長女と同居。長女は精神科入院歴があり、通院中。病状不明だが、酔って母親に暴言・暴力がある。部屋は長女の服などであふれている。過去数回長女の借金を母親は整理した経緯あり。ケアマネジャーから虐待の疑いで包括へ連絡。

モデル事例

地域包括支援センター事例

- ▶ 20代長女は統合失調症で入院治療後、就労支援事業所を経て病気をクローズでアルバイトをしたが、継続せず事業所再利用中。10代の長男は精神疾患で通院中。不眠・極度の偏食、音に敏感・精神不安定。50代母親は夫の死後、酒浸りの日々。10長男は長女のケアについて母を手伝うため、定職に就いていない。長女長男ともこのままでよいのかと、母が長女の通う事業所職員にもらした。

モデル事例

就労支援事業所事例

805010事例

～アディクションやメンタルヘルス課題が棲みつく③

- ▶ 80母親歩行不自由。離婚した50長男が10息子と実家に同居。長男はパチンコ・借金気味で、仕事は続かず。10息子は統合失調症で通院。母親の年金頼みか。
- ▶ 家の中は汚部屋。

モデル事例

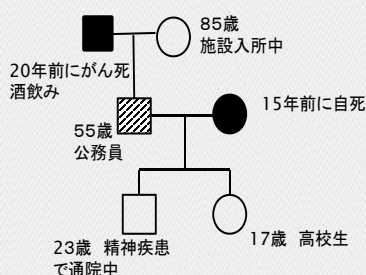
生活困窮者自立相談支援事例

50代男性。妻は以前にうつ疾患で自死。その後男性の母親が同居して子育てにかかわる。20長男が統合失調症で入院を経て通院中。この頃から男性もうつ疾患。飲酒量も増える。母親が身体機能低下で、施設入所。10長女は高校生。

モデル事例

シンポジウム事例

シンポジウム検討事例



ジェノグラム

<応用>

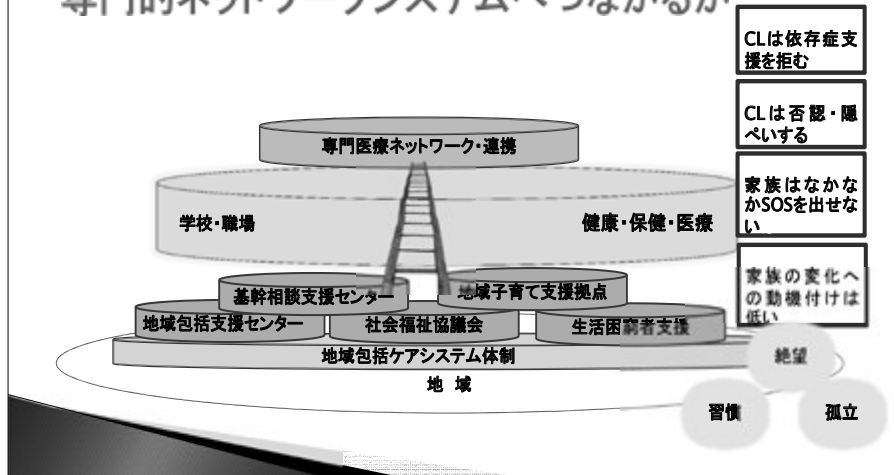
- ▶ 母親が施設入所せずこのまま家で介護状態が進んだ場合
- ▶ 50代男性が失職し、生活に困るようになった場合
- ▶ 10代長女がこのまま引きこもってしまった場合

応用して考えられる課題

事例の時系列的理解



専門的ネットワークシステムへつながるか



Ⅱ 事例へのアウトリーチ～問題の視覚化

- ▶ 家族から発せられたSOSを受け止める。(流さない)
- ▶ その切り口から家族全体の状況を理解する: ワンダウンポジションで
- ▶ 依存症や精神疾患に目を奪われがちだが、それ以外の問題や生きづらさも視野にいれる: 時にはそちらの変化から
- ▶ 主たるニーズにアディクションが潜在化している場合、相手と共有
- ▶ ファーストクライアントがいる場合やキーパーソンとなる足を動かす力のある人と関係継続を目指す
- ▶ 支援者側もチームや連携を組み、キーマン等緩やかな役割分担をし、会議を持つネットワークグループによるワーカーの価値の変化を体験する
- ▶ アディクションもその他の問題についてもすぐ着手できて実現可能な提案を病院受診だけでなく、その手前のプロセスを作る

Ⅱ 事例へのアウトリーチ: 各機関のPSWの役割 ～どこでも、どこからでも

- ゲートキーパーの役割: おや? という自分の違和感を大切に継続的に関心を持つ
- 心理教育的情報提供者として: 心理教育プログラムがない場合は自分で
- 専門治療につなげる介入の“てこ”の役割
- 回復を信じて見守る伴走者～かけがえのない立ち会った人として
専門治療やリハビリテーションにつながったあとも。
- 回復を信じて見守る伴走者～主たる援助者として
周囲に資源がない・医療の対象になりにくい依存症・一般精神障害と重複し、ARPIに乗りにくいケースの場合はあなたが主たる援助者に。
- 専門治療機関や専門リハビリテーション機関における依存症専門のリハビリテーションワーカーとして

Ⅲ アセスメント～依存症について

- 主訴: 依存症を主訴にしているのか、別の主訴を訴えているのか
- 行為自身に支障が出ているかどうか。生活への侵食度を見る
スクリーニングテストの活用
- 依存症に関連した問題は何か・その深刻さ: 身体への影響・仕事や
学業・生活・対人関係・家族関係の問題があるか
- 本人の依存症への認識
- 本人の健康性: 精神疾患や発達障害・知的障害などのベースの上に起
きているかどうか。

アセスメント～依存症の周辺状況

- 本人の生活歴において習慣化するきっかけとなったエピソードがあるか
どうか。
- 背景にある生きづらさの部分はなにか(この段階では分からないこと
も多い)
- 本人の依存症をイネイブリングしている状況は何か
- 医療や活用できる社会資源のある依存症か
- 暴力加害被害・被虐待・被ハラスメントの側面はあるか
- 違法な行為か～司法との連携・司法サポート・入口支援

緊急性

アセスメント～家族の状態

- ジェノグラム図で、家族システムの視点から家族をとらえる
関係性の特徴、家族内役割、境界線(家族境界、世代境界、個人境界)
イネイブリングシステム
- 家族集団がこれまでどのように発達し、次世代を作っているか、また、繰
り返されている葛藤や課題があるかどうか世代伝播の様子をみる。
- ファーストクライアント(依存症の件でまず最初に動いたクライアント)が
いるか→家族全体にかかわるキーパーソンになれるか
- 家族に多問題があるか
- 家族の健康性やストレングスとなる、過去に問題が起きた時の乗り越え
方に関するエピソードがあるか、対応力を知る
- ケアラーとしての支援の必要性

IV 介入を始める～AUDITから

簡易介入：減酒支援～まず減らすことを目標に

- ▶ ALIによる内科疾患のある人や大量飲酒により問題が出始めている人に
- ▶ 依存症の病名がまだついていないとき
- ▶ 否認が強いときに
- ▶ 受給者に対し、保健師などと一緒に保健指導の一つとして活用を
- ▶ アルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)とその評価結果(危険な飲酒域～依存症域)に基づく減酒支援
- ▶ →SBIRTS:スクリーニングテストを実施、問題飲酒者には簡易介入を、依存症の疑いがあれば専門医療につなぎ、自助グループのメンバーにつなぐ技法。
- ▶ アルコール依存症の専門治療機関に減酒支援からお願いできるか相談する(減酒のための薬物治療・ナルメフェン)

受療介入を始める～動機づけを支援



* 協働関係で一緒に考えていく・やめるための社会資源につながるリンケージ支援 同行支援

- * 動機づけを高める→動機づけ面接
- ▶ 変わりたいという動機づけを高めること
- ▶ 面接は「変化について語る」(チェンジトーク)機会
- ▶ 基本的共感⇔現状と希望の矛盾を拡大
- ▶ 抵抗にからまりながら進む
- ▶ 自己効力感を支援
- * 意思決定支援を意識：相手は否認という心理的防衛を破れない、決められない人。時には積極的に必要性を述べて理解してもらう

アウトリーチや介入にあたって活用できる技法群 (資料参照)

- ▶ 動機づけ面接：変化への揺れにつきあい、自己決定の過程に寄り添う
SW面接は動機づけに働きかけるもの。そのプロセスを体系的に技法化された理論。
- ▶ 課題中心アプローチ：多問題・複合問題のある家族にまず小さな課題の変化から目指して家族の機能を強化するアプローチ
- ▶ 向社会的アプローチ：援助を拒むクライアントへのアプローチ
- ▶ 家族療法的視点：問題のある当事者ではなく、悩む家族の変化から。
- ▶ オープンダイアログ対話実践：アウトリーチして対話することで問題緩和を目指す新しい精神医療サービス提供の実践・システム。問題について変えること・治すことではなく対話を続けて深めることが強調。

V 支援を展開する～危機場面への介入

- * アディクションや暴力について、見守る段階と直面化を目指すこの役割をする段階がある。
- * 変化や受療を目指すにはクライアントの希望や目標の共有が必要になる～援助者側の理由だけでは変わらない
- * 高齢者・子ども・障害者など家族の中でも弱者の権利擁護の立場でかわる必要があるが。→権利擁護の立場から対決するのではなく、暴力や支障を出している加害者側に権利擁護の気持ち持てるように。
- * 分離は双方の立場に立つ支援者がセットで対応しないと残された側に負担がかかるか、元に戻る。

チームインターベンション: 膠着状態にかかわる

- ▶ グループの力動を使う(本人と信頼関係のある関係者)
- ▶ あなたに関心がある これからもよりよく生活してほしいと願う。この苦境を乗り越えてほしい、できると信じている(実存的な関係にある人として)
友愛
- ▶ でも今のあなたは〇〇の問題があるように思う。
具体的例を挙げる
場面禁酒・相談・治療など 事実
- ▶ だから〇〇をして改善してほしい(具体的にできること)
限界と希望
その上で家族との暮らしをどうしていきたいか、ぜひ相談しましょう。

治療・相談

<場所>

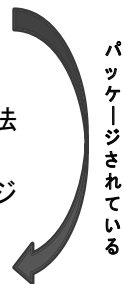
精神科医療(通院・外来):
メンタルヘルスの相談を受ける行政機関
カウンセリング機関

<治療プログラム>

- ・依存症についての心理教育(家族や関連問題を含む)
- ・入院による断酒のためのリハビリテーションプログラム
- ・SMARPP アルコールや薬物依存症者への外来治療アプローチ
- ・自助グループ活動へつなぐ 断酒会 AA 等

アルコールリハビリテーションプログラム

心理教育
グループミーティング
身体管理や精神的面への治療
再発予防や具体的な対処スキルを重視した認知行動療法
断酒行動や関連する行動の変化からすすめるSST
地域の自助グループ参加 自助グループからのメッセージ



パッケージされている

リハビリテーション

<専門のリハビリ施設>

病院外来アルコールデイケア: プログラム活動にミーティングを組み込んだ外来医療 復職を目的にしたリワークデイケアもある

マック・ダルク等: 当事者スタッフにより運営される施設。その事業の一部は障害者総合支援法事業となっており、多様な依存症の相談や家族相談にも応じるところなど柔軟な活動

NPO法人等による障害者総合支援法事業所: 相談支援事業所、就労支援事業所、自立訓練事業所、グループホームなど多機能化して展開

受療・リハビリテーションでは ケアマネジメントの視点を使う

- ▶ 地域ベースの支援を行う 入院は一時的 地域での生活が本番
- ▶ 様々な対象群に合わせたケアマネジメント:
 - 予防的介入群・危機介入群、ALリハビリ群・生活支援群
 - 就労支援群・地域移行群・家族支援群
- ▶ ケアマネージャー (ただし依存症には施策に基づくCMはない)
- ▶ 連携チームのキーパーソン: 病院ワーカーや回復施設の中のキーマン あるいは事例の担当者
- ▶ リンケージ(連結)
- ▶ 人権への配慮 本人不在の相談にしない わかるように説明を



支援を展開する～1つの機関で終わらせない 他機関と連携・ネットワーク

機関につながっていることで介入や受療、再発時のかかわり機会になる

- ①早期発見・危機介入・アウトリーチ型連携
- ②治療やリハビリのケアマネジメント継続型
- ③再飲酒防止のための危機介入に備える連携
- ④生活や家族全体を含めた包括的・総合的連携
- ⑤その他

ケースごとの検討会議：ネットワーク会議になるように既存の会議を活用・代替・拡大する

連携：ネットワークに必要なもの

- ▶ 連携が生きたものにするためには
 - 1 ゲートキーパーの存在：情報を流す・情報を蓄積する
 - 2 トポス（論題を蓄えてある“場”）＝生きた情報の交換場所・機会がある
ネットワークグループがある
 - 3 目標の共有がある：個人支援・地域のコミュニティワーク・国レベル
 - 4 何らかの協働作業：アクション・資源づくり・ネットワークづくり

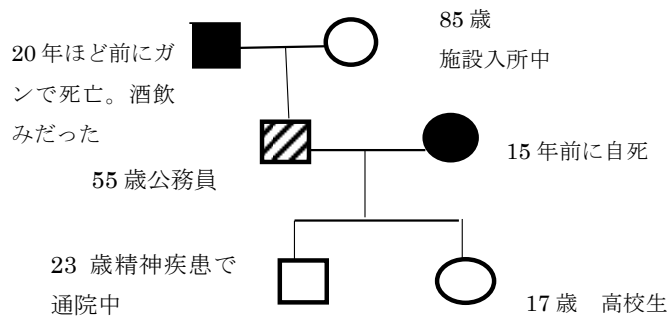
VI 自身の活動地域・領域の課題を理解する

- ・社会資源や支援システムが十分だったことはない。
- ・社会資源そのものも常に運営課題を抱えている。
- ・依存症専門の社会資源で活動する人も、そうではない場所で活動する人も、ひとりひとりが依存症についてのゲートキーパーになり、それぞれ社会資源や専門職仲間とつながっていることで、依存症治療全体の底上げになる。
- ・地域の特徴をつかみ、メゾレベルの支援へ
- ・地域のコミュニティソーシャルワーカーやその実践機関と緩やかにつながること、地域包括ケアシステムの一部に依存症介入システムを組み込む

参考文献

- ▶「対人援助職のためのアディクションアプローチ」
中央法規 山本由紀編
- ▶「動機づけ面接法 基礎・実践編」星和書店 ウィリアム・ミラー ステファ
ン・ロールニック2007
- ▶「動機づけ面接法 実践入門 あらゆる医療現場で応用するために」星和
書店 2010
- ▶「援助を求めないクライアントへの対応～虐待・DV非行に走る人の心を
開く」トロッター著(明石出版)
- ▶連携については日本アルコール関連問題学会報告集回復支援施設シン
ポジウム基調報告(山本 2017年)より

<デザイン事例 統合失調症で通院中の子どもと暮らす 50 代男性>



●公務員男性 55 歳。大学卒後より入職。28 歳で知人の紹介にて結婚。38 歳ごろ妻はうつで治療していたが自死。母方の親戚とは折り合いが悪く疎遠になっている。男性の母親（85 歳）が同居し、育児にかかわるが、長男が中学生頃から不登校・引きこもり気味。高校に進学するが行かなくなる。長男は「祖母の作った食事は毒が入っている」と拒否するようになり、不眠で昼夜逆転した生活で男性に絡んでくるようになる。また、熱が地中に放射されている、と近所の地面に水を撒くようになり、なんとか病院受診させ、統合失調症で 3 か月ほど入院。その後も通院はしているが、通院以外の日には昼過ぎに起き、家でネットゲームなどをしてこもり気味の生活を続けている。長男の発症後から母親は関節リュウマチなどがひどくなり、施設入所。男性はもともと酒量が多かったが、長男の発症あたりから夜は飲んで過ごすようになった。職場健診で肝機能障害を指摘されており、また 2 年前には糖尿病で短期間だが入院歴がある。

●うつ・不眠を訴え、心療内科受診。休職。3 か月後に復職するが、朝ろれつの回らない状態で休みを伝えて欠勤するため、職場の上司が通院に付き添って状態を伝える。酒は控えるように言われて再び休職。が、1 か月もしないうちにクリニックに行かなくなる。職場には「自分は依存症ではない。飲んではいませんが体調が悪いので、休む。元気になったら出勤します」とやはりろれつの回らない口調で連絡してくる。「飲んでないですか?」「絶対に飲んでません」と同僚と押し問答が続き、職場に出られない日が続く。状態が上司や人事に伝達され、男性の進退問題について検討されている。

●家では男性がこの頃朝から酒を飲む日が続いているのを、長男も高校生の長女も怒りと心配で見ている。お金は渡してくれるので、長女がご飯を炊いておかずだけ適当にコンビニで買ってそれぞれ食べている。家の中はモノやごみで荒れている。長男は主治医からデイケアをすすめられたり、地域活動支援センターの情報をケースワーカーに聞いてみるように言われたが、そのままになっている。長女は高校には行っているが部活動はやらずにやはり家でネットをして過ごし、ながら食いのため太ってきている。

ある通院時、長男は主治医に「父親が酒を飲んでいて仕事に行かない」と言ってみたが・・・

<キーワード>統合失調症 アルコール依存症 キーパーソンなし 家庭問題 生活問題

1) 関西地方B地域における地域ネットワークづくりから

関西地方B地域でのアルコール依存症治療は、当時入院中だった患者さんの「どうやったら酒をやめられるのか教えてほしい」という声を聴くことから始まり、断酒会の結成をみる。以来、断酒会と関連問題にかかわる医療者及びソーシャルワーカーらのグループのダイナミクスが地域の課題と向きあい、さまざまな機関や団体と連携しながら今日を迎えている。

最初の動きは1960年代から起こった釜ヶ崎暴動を背景とした愛隣地区のなかから「一人の回復者を出そう」というものであった。大阪万国博覧会を契機に全国から転入してきた単身の日雇い労働者たちへのアルコール問題に、先達のアルコール医療者らのグループは西成保健所分室での診療を開始し、依存症治療とその後の長期にわたる生活全体の回復をめざした中間施設が創設され、単身者グループも生み出された。

また同時期に、保健所に精神衛生相談員（当時）が配置され、行政と医療と断酒会の相互の努力と協力によって、回復者が一人また一人と登場するようになり、その地域ネットワークの整備が進んでいくなかで、地域生活に根ざした医療をめざした専門クリニックが展開していくこととなった。生活保護の運用の改善（佐藤訴訟）とともに、野宿を余儀なくしてきた人々の在宅生活が確保されるようになり、アルコール関連問題にかかわるグループのダイナミクスは地域医療から回復支援資源の創出へと向かうこととなった。アルコールデイケアへの取り組みもみられたが、さまざまな喪失を体験してきた人たちの「初期治療後、どう生きたらいいのかわからない」声に対して、また長期経過のなかで再び孤立し、入退院をくりかえし、社会参加を図ろうともがいている人々への福祉的な課題にソーシャルワーカーらが中心となって働きかけ、こうした地域ネットワークのなかから地域生活を支える回復施設が開所されるにいたった。

包括的な支援システムの形成過程で、高齢者や女性や若年、障害者等多様な人々の支援ネットワークとの連携が始まってきている。家族支援も、相談を求める人たちの層は、配偶者、親、子どもたちへの支援、虐待防止ネットワークとの連携づくりが課題となっている。一方でB地域においてもトリートメントギャップ問題は大きく横たわっている。B地域では「飲酒と健康を考える会」を開催している。構成は保健福祉センター、当事者、専門医療機関、回復施設、高齢者や障害者相談支援事業者らで、互いの交流を図るとともに啓発活動に取り組んでいる。ここでは、支援者がアルコール問題のある人とのかかわりを一緒に考える事例検討を行っている。それぞれの立場で継続して検討ができていくなかで少しずつ、問題の気づき方とかかわりへの理解を深めている。狭いB地域といえどもさらに地域ごとに実情の違いがある。健康障害対策基本法によってさまざまな変化も出てくるなかで一口に地域特性を語ることは難しくなっている。

今後への課題として総じていえば、①依存症とその回復への理解の底上げ、そのためのかわる支援者の理解の底上げ、②医療と協働した地域生活モデルの形成、③環境の世代

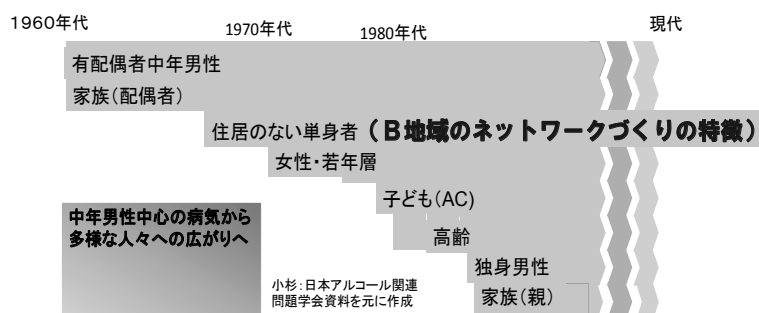
連鎖を防ぐ活動、④自助グループを大切にしたかわり、⑤これらを支える社会資源の適切な発展という点が考えられる。

事例検討型シンポジウム
「先駆的事例に学ぶ多様な地域ネットワークのつくりかた」

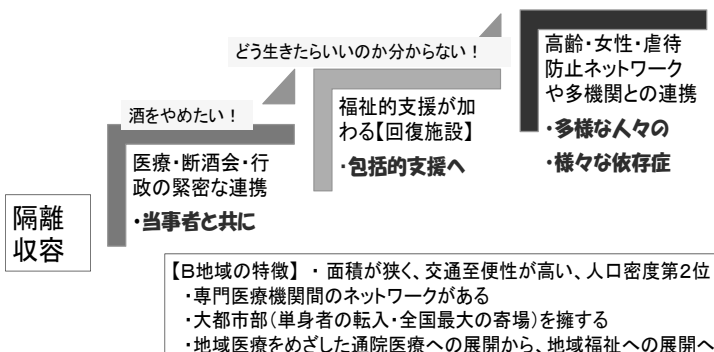
関西地方B地域における 地域ネットワークづくり

特定非営利活動法人いちこの会
リカバリハウスいちご
佐古恵利子(精神保健福祉士)

日本のアルコール関連問題対応の流れ とB地域ネットワークの始まり



地域医療から回復支援資源の創出へ



個々の状況	考えられる課題
父 : 酒量増大化・頻回飲酒 ・休職 ・親の責任が果たせていない ・自死遺族(妻の死) ・うつと不眠で受診中	・アルコール依存症治療 ・職場復帰 ・親役割 ・自死遺族支援 ・アルコール依存とうつ不眠との関連
母 : うつ 自死	
長男: 統合失調症受診中 ・日中の過ごし方 ・父のアルコールで困っている ・自死遺族(母の死)	・統合失調症治療 ・日中活動 ・アルコール関連家族援助 ・自死遺族支援
長女: 過食気味・ネット依存気味・進路 ・家事負担 ・父のアルコールで困っている・兄の心配 ・自死遺族(母の死)	・相談支援必要 ・家事援助支援 ・アルコール関連家族援助・兄に係る相談 ・自死遺族支援
祖母: 高齢者施設入所 ・孫が心配 ・息子の問題	・高齢者支援 ・地域支援(保健福祉センター) ・アルコール関連家族援助

① 支援者の気づきの段階



- ・父の医療機関が、職場の人の訴えからアルコール問題に気づく
- ・長男の医療機関が、長男の訴えからアルコール相談を行う
- ・長女の高校が、自死遺族の相談に関わる中で気づく
- ・祖母の支援機関等が息子や孫のアルコール・生活問題に気づく

② 関わる(治療導入・初期介入期)

- ・関心をもち、介入のタイミングをみる
- ・関心を行動に移す
- ・動機づけ面接
- ・家族援助
- ・アルコール依存症治療につなぐ
- ・くいかえしてつなぐ



③援助実践(相談・治療・回復支援期)

相談

依存症治療・支援プログラムの開始

生活支援(家事援助などの導入)

就労支援(就労前準備)

自助グループにつなぐ



B地域で考えられる展開・・・

1. 「飲酒と健康を考える会」で事例検討
2. 保健福祉センター相談・酒害教室の活用(必要に応じた訪問)
3. 専門クリニックでの治療(必要に応じ専門病院へ入院)
4. 指定特定相談支援の活用(サービス担当者会議)
5. 依存症回復施設の活用(生活リズム・自助グループ・復職)
6. 自立支援協議会(地域での支え合い)

飲酒と健康を考える会

構成:保健福祉センター(保健所)専門医療機関 回復施設 断酒会・家族会 AAメンバー
地域活動支援C 就業・生活支援C 障害者相談支援C 地域包括支援C 介護事業所

発足背景:断酒会・医療・行政の三位一体+ 福祉 + 連携の拡大
例)生活困窮支援

内容:<事例検討会>

それぞれが質問相談をもって参加できる。参加者それぞれの立場で検討。具体的な問題解決への助言、協力、連携が得られる。継続して検討できる。個人情報取り扱いへの配慮

回復施設でできること

- ①生活リズムづくり
- ②飲まない、使わない仲間と過ごす場
- ③医療や自助グループにつながっていく場
- ④社会とつながっていく場
- ⑤様々な課題にしろふで向き合っていくための場
- ⑥新たな生活スタイルをつくりだす場
- ⑦新たな人生をみつけたす場



サービス担当者会議(特定相談支援)

本人・家族・関係者・支援者が一堂に会して、チームケアを行う。
利用者の変化により個別支援計画を変更する際に開く。
必要な時に必要な支援が届くように検討。

【参加メンバー】

本人・家族・職場の人・医療機関・福祉機関・保健福祉センター・学校・地域等

B地域の課題と感じていること

- 1 依存症とその回復への理解の底上げ
(そのための関わる支援者の理解の底上げ)
- 2 医療と協働した地域生活モデル
(エンパワメントと地域生活のためのきめ細やかなネットワークの形成)
- 3 環境の世代連鎖を防ぐ活動展開
(貧困・虐待・AC・孤立などへのとりくみ)
- 4 自助グループを大切にしたい関わり
- 5 これらを支える社会資源の適切な発展

2) 東北地方C町における現状と実践～資源の乏しい地域特性のなかで出来る支援～

社会資源が乏しく、つなぐ先としての専門医療機関も近くに無い、さらに震災により甚大な被害を受け地域全体が傷ついている地域のなかで、この依存症関連問題にどのようなかわりの可能性があるのかをお伝えした。

都市部とは違い、狭い「ムラ社会」は問題をオープンにすると全体に知られてしまう、場合によっては排除される危険性を伴う負の側面も根強い。一方で、狭い社会であり顔が見える関係がプラスに働くこともある。フォーマルな資源は少ないが、インフォーマルな資源を活かせる場面も多い。それがアウトリーチのしやすさにつながることもある。待っているだけでは支援は始まらない。その一つひとつ、あるいは一人ひとりをつなぎあせて地域ネットワークを形成すること。遠方の専門医療機関につなぐことで、かえってこの問題をお任せしてしまい地域での支援を諦めてしまうこともある。入院して帰って来てもすぐに再発を繰り返し、支援者が「依存症は治らない」という感覚を強めてしまうこともあるであろう。

かつて世田谷保健所を中心に行われていた「ネットワークセラピー」という手法を例に、このような地域特性のなかでもできる依存症関連問題への支援の選択肢を提示した。本人、家族、地域、支援者という役割を超えて問題を中心に据えてネットワークで全員が支えあうこと、安心感や安全感をネットワークに生み出すことができれば、十分地域でも依存症関連問題にかかわることはできると考える。

課題としては、依存症という問題が誰しにも起こる身近な当たり前の問題としてあることを地域全体に普及啓発をすることである。そのことを通して依存症関連問題を隠す皮を少しずつ剥いで「見える」ようにできることが重要である。そして、「見えた」問題に「かわる」支援者を孤立させずに支えていくことは、専門職団体としてのつながりを強化していくことになるであろう。

厚生労働省「平成30年度依存症民間団体支援事業」(補助金事業)
「アルコール健康障害・薬物依存症・いわゆるギャンブル等依存からの回復のための地域ネットワーク構築にむけたソーシャルワーク人材養成及び普及啓発事業～事例検討シンポジウム及びグループワークによる研修の開催～」

事例検討型シンポジウム
「先駆的事例に学ぶ多様な地域ネットワークのつくりかた」

東北地方C町における現状と実践 ～資源の乏しい地域特性のなかで出来る支援～

医療法人 東北会病院
リハビリ支援部 相談支援課
精神保健福祉士 齊藤健輔

C町の地域特性

- ・東北地方沿岸部に位置
- ・漁業・水産業が中心
- ・3世代以上の同居率が高い
- ・平均100坪の広大な土地面積
- ・全世帯の約半分は年収300万円未満と、決して豊かではない
- ・土地柄として飲酒に寛容な文化
- ・精神科医療機関は無く、精神障害への理解に乏しい



東日本大震災による被害

- ・死者・行方不明者 町内で800人以上(主に津波の被害)
- 人口(↓約26%) 世帯数(↓約15%)
- ・家屋全体の約6割が被害
(全壊 3,143戸 半壊、大規模半壊 178戸)
- ⇒震災前:持ち家率80% ⇒震災後:持ち家率50%まで低下
- ・災害公営住宅の高齢率40.1%(若い世代の町外流出)
- ・JR線の復旧は未だに見通し立たず(代替としてBRT:高速バス)

C町での飲酒問題への関わり

- アルコール関連問題の相談は実情、精神保健福祉士1人がほぼ担っている
- 保健師の人手不足
- アルコール専門医療機関まで約100km
- 一番近い県保健所まで約35km(家族教室 2ヶ月に1回)
- 隣の市で断酒会 月1回 / AA 月1回 ※震災後
- 町立の総合病院からの依頼
- 個別訪問による支援

事例へのかかわり① ～かかわり～

- FC(ファーストクライアント)としての長男へのかかわり。
※居住地がB町として通院先は町外となる。
- 統合失調症の本人と同時に父親(IP)の飲酒問題に悩む家族。
- 通院先PSWと町で情報の共有をし、訪問を行う。
- 訪問を通して家族全体の問題をアセスメント。
- 通院はしているが社会参加が進まない長男へのかかわりを父に依頼。
- 父親の飲酒が気がかりであることを伝え、スクリーニングを行う。

事例へのかかわり② ～ネットワークを広げる～

- 訪問の継続と共に父親の飲酒問題をアセスメント。
- 長女の問題はないか、学校のSC・SSWrへ生活状況を聞く。
- 母親の施設へ困っていることはないか情報を収集。
- 招集できる当事者全てを集めてネットワークセッション。
- それぞれの困っていること、役割、解決したい課題を共有。

※参考 ネットワークセラピー

- ・斎藤学が1980年代から世田谷保健所を中心に展開した、入院中心・本人中心主義の治療から家族支援・集団へのアプローチを取り入れた地域ネットワークサービス中心の治療介入法。
- ・関係者を点と点で網の目のように繋ぐネットワークではなく、当事者・家族も含めて問題行動に対処していくための場を構築する。



ネットワーク・セラピー
ーアルコール依存症からの脱出ー
斎藤学(1985)彩古書房

事例へのかかわり③ ～家族機能を探る～

- ・父親―飲酒問題のある休職中の男性から、母の施設生活を支え手・自死遺族・統合失調症の息子をもつ父・娘との関わりかたが分からない父として。
- ・長男―統合失調症の患者から、父の飲酒問題に悩む家族であり、8歳で母親を亡くしている自死遺族として。
- ・長女―2歳で母親を亡くしている。食事などの役割を担わされている。表面上は最も健康に見えるが最も傷ついている可能性。父の飲酒問題に悩み、兄の精神障害に悩む家族として。

事例へのかかわり④ ～飲酒問題への関わり～

- ・父親の飲酒のメリットを共有した上で治療や断酒をすすめる。
※状況によって飲酒日記などの活用／通院先とも連携。
- ・自助グループへの参加を促す。
- ・連続飲酒などが改善しない場合は仙台の専門病院へ。
- ・息子・娘をアルコール家族会へ。
- ・父親の職場に飲酒問題のコンサルテーション。

まとめ

- 多問題のなかの飲酒問題に気づく視点。
- 同時に多問題全てを俯瞰して気づく視野。

- 社会資源はモノや機関だけではない。
- 関わる人全てが資源。
- 関心を持ってくれる人を増やしてネットワークで関わる。

- 関わり続けるために、支援者も孤立しないで繋がりをもつ。

3) 関東地方A地域における支援：プログラムを基盤とした地域ネットワークについて

講義のなかで「みる・みえる・かかわる」先のプログラムがどのようなものか提示すると同時に、人口が多く、社会資源が豊富な地域での有機的な地域ネットワークのあり方について提示した。A精神保健福祉センターのプログラムは大変充実しており、外部スタッフとして回復者スタッフや連携機関の専門職が従事し、本人向けプログラムを実施すると同時に、多様な支援機関から講師として招致し、家族教室も開催されている。また、このようなグループによる支援と同様に個別支援の体制も整えられている。このような多機関連携によるプログラム運営により、対象者により多くの「依存症からの回復者」との出会いと回復のための選択肢を提供することができている。さらに、このような多機関連携の基盤として共通のプログラムがあり、プログラムを通して支援観の共有が図られていることが、より有機的な地域ネットワークの構築を支えていると考えられる。

一方で、大都市の支援機関では、アウトリーチが現実的に難しい場合が多く、援助希求を前提とした支援体制となっている。そのため、より多くの支援機関が依存症関連問題を抱える本人や家族を発見し、かかわり、つなげることが必要となる。

事例検討型シンポジウム「先駆的事例に学ぶ地域ネットワークのつくりかた」

関東地方A地域における支援 プログラムを基盤とした地域ネットワーク



引土絵未（精神保健福祉士）
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部
hikitsuchi@gmail.com

関東A地域の 依存症回復支援における社会資源

医療機関 （精神科）

- 都道府県内に112精神科病院があるうち、67病院がA地域
- うち依存症治療を実施している機関は7か所程度

精神保健福祉センター

- 都道府県内に3箇所の精神保健福祉センター
- 担当地域に7つの保健所
- 「依存症専門相談」（週1回）を実施
- 個別相談、本人グループ、家族教室など

関東A地域の 依存症回復支援における社会資源

回復支援施設

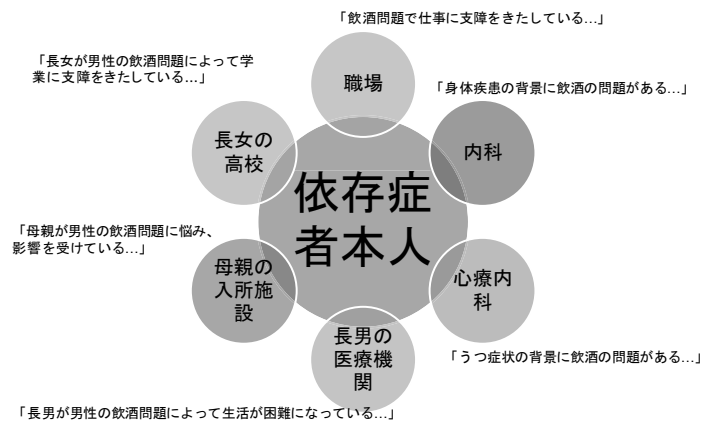
- マックやダルクなどの回復者スタッフが中心に運営される回復支援施設が2施設
- 都道府県内に17施設

自助グループ

- AA・NA・GA等のミーティング、断酒会例会はほぼ毎日地域のどこかで開催
- アラノン、ナラノン、ギャマノンやファミリーズアノニマスなどの家族のためのミーティングも週数回以上地域のどこかで開催

事例を通して： 社会資源・人口の多い都市における 地域ネットワーク

精神保健福祉センターへの相談を入り口として



家族（身近な人）への関わりから

職場の上司		長男・長女
男性が出勤できず進退問題に	困りごと	男性の飲酒で生活が破綻しかけている、相談ができない
治療のために休職させるが、男性は治療を継続しない 飲酒していないか問い詰めている	これまでの関わり	怒りと心配で見ている 長女が食事の支度をしている
男性を相談につなげるサポート	支援の方向	長男・長女が安心して生活できる環境をサポート 男性を相談につなげるサポート

今回の事例では、長男・長女が自ら男性の支援を目的とした行動を起こすことは考えにくい...

精神保健福祉センターのプログラム

- ◆電話相談
平日9～17時
- ◆個別相談
外部スタッフ（ダルクスタッフ・心理士・SWなど）も専門相談員として対応
- ◆本人向けプログラム
ワークブックを用いた再発予防
- ◆家族教室
依存症とは・医療の役割・借金問題・家族の対応（講義・実践編）・回復とは・精神科医によるQ&A

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
講師として参加することで連携の基盤に

学習内容

- ◆「引き金」を特定し、回避する方法を考える
- ◆再発のプロセスを理解する
- ◆再発を防ぐための対処方法を獲得する
- ◆自助グループなどの社会資源について学ぶ



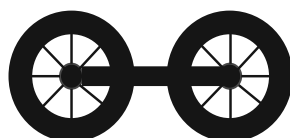
個人とグループは両輪

男性とその家族への視点

- ◆キーパーソンがおらず、多くの葛藤・課題を抱えている
- ・職場では進退問題に発展
- ・男性のうつ症状・身体的状態
- ・長男の今後の支援体制について話し合っていない
生活環境は悪化
- ・飲酒のコントロール喪失「依存症ではない」
- ・父が酒飲みであった・妻を自死で失う
- ◆個別支援を支える体制づくり

グループでの目標

- ◆多様なメンバーと、ダルクスタッフなどの回復者スタッフの中での「自分だけではない」感覚
- ◆「お酒をやめないといけない」などの強制的な方向性はない中での「支援の継続性の確保」
- ◆本人がありのままに再飲酒や欲求を話すことができ、参加し続けることができる場であることを目指す中での「安心感」



地域ネットワークの可能性

- ◆ 本人にとっては、「依存症からの回復者」を多く目にする事で、依存症への理解と希望を持つことができる
- ◆ 支援体制を検討する際に、より多くの選択肢の中で検討することができる
- 連携機関同士が、単にケースを繋ぐだけでなく、プログラムを共有することで、支援観の共有が図られている。

都市部での地域ネットワークの課題

- ◆ 援助希求を前提としたプログラムの場合本人または家族（身近な人）からの相談がなければ、どれだけ多くのニーズを抱えていようとも支援は始まらない
- 多様な機関で、多様な支援者が支援の必要性に気づき、関わり、繋がる事で本人と家族が新しい生き方を選択することができるように

4) 総合病院でできること

総合病院のなかで依存症関連問題にかかわるときにどのような視点が必要であるか、どのようなアセスメントをすることによって今まで見えなかった課題が見えるようになるのかを検討した。そのことは支援の対象が、目の前にいるクライアントや表面的に見えている現象にとどまらず、クライアントの生活や家族、環境に対して働きかけるソーシャルワークそのものであることの確認となった。

私たち総合病院のソーシャルワーカーは、患者にとって最初の支援者になることが多い。これまで課題を抱えながらも、相談する場や人にアクセスすることができず、あるいは社会資源や情報を手に入れることができないでいた人たちの課題にはじめて触れ、整理せざるを得ない。そのような人たちが、支援者というものに対して陰性感情を抱かずに、その後の支援をスムーズに行うためにも、私たち急性期医療にかかわるものの役割は大きい。

そもそも、「疾病を未然に防ぐこと」や、「疾病の治癒」「重症化を防ぐこと」のために医療を提供する場である医療機関に、なぜ福祉的な視点を持つソーシャルワーカーが存在するのか。患者・家族を地域で生活する人として捉え、その地域での生活と医療の現場をつなぐこと、医療のなかに地域を取り込むこと、地域のなかに医療機関での実践を返すこと、その「つなぎ」をすることがソーシャルワークであり、私たちが果たすべき役割であると考えている。つまり、医療の場で効果的な治療が行われ、病状の安定が図られたとしても、それが在宅での安定につながらなければ提供した医療の意味がないと考える。その際、医療機関で行った治療や看護、援助が地域の支援体制のなかで活かして行けるよう、連携をとることが重要となってくる。この連携の要になるのが患者・家族との関係構築である。この関係構築が不十分なまま連携を支援の目標にすべきではないと思う。

地域のなかで最も小さな単位である「家族」の姿は支援する側には、時として表面的に、部分的にしか見ることができず、課題をアセスメントしようと試みるのがとても難しい。ことに依存症の課題を抱える家族のなかの課題は外で語られることは避けられ、家族のなかで解決すべきことと当事者からは捉えられてきたように思う。課題を感じながらも支援すら求めている家族に対し、支援者として「家族を支える」ために私たちはなにをすべきか、と考える。豊かな想像力・創造力と知識、何より、何が課題で、自分が何をすべきかというアセスメント能力、そして支援を継続していく覚悟が必要になる。

点と点をつないで線にするのが精神保健福祉士の仕事だと心から思う。

事例検討型シンポジウム
「先駆的事例に学ぶ多様な地域ネットワークのつくりかた」

総合病院のPSWにできること

杏林大学医学部附属病院 患者支援センター
加藤 雅江

事例を通して考える「かかわる」きっかけを探す

- 妻の自死 長男8歳 長女2歳
- 長男の不登校 精神科入院
- 祖母の施設入所 長男:高校生 長女:小学生?
- 本人のうつ・不眠の訴え
 - 継続受診をどう支え真の課題にどうアプローチするか
- 本人の体調不良の訴え
 - 身体科から見えてくること就労支援・経済問題
- 現在の家族の課題 → 児童虐待 ネグレクト

それぞれの時点での
家族の課題へのアプローチ

事例を通して考える「きっかけ」を生かすために

- 妻の自死 → 自死遺族／ひとり親／養育支援
- 長男の不登校 → 不登校の背景の理解
- 祖母の施設入所 長男:高校生 長女:小学生?
- 本人のうつ・不眠の訴え
 - 継続受診をどう支え真の課題にどうアプローチするか
- 本人の体調不良の訴え
 - 身体科から見えてくること就労支援・経済問題
- 現在の家族の課題 → 児童虐待 ネグレクト

事例を通して考える 「つながることができた」、なにをするか

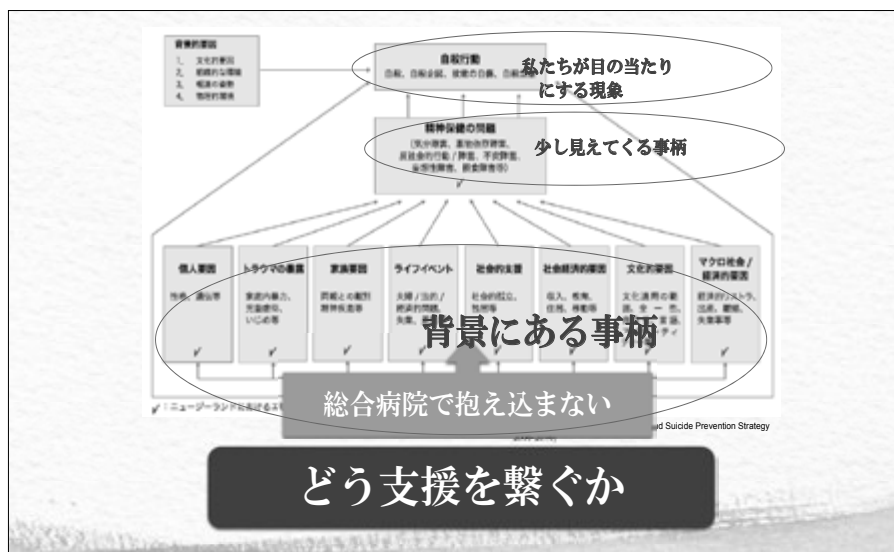
- 事例の見立て・ラベルをどう貼るか

養育支援・子ども虐待・就労支援・受診支援

- 使える資源を生かす

ひとり親支援・障害年金・精神保健福祉手帳・未成年後見

- 見立てを生かし資源を活用してソーシャルワークを展開する



総合病院のPSWに
とって必要な知識

- 依存症の仕組み
- 家族への影響
- 地域の資源
- 特別なソーシャルワークでないスキル
- 回復のプロセス

総合病院のPSWに
とって必要な視点

- 「支援の対象者はだれか」
- PSWとしての「かかわる覚悟」
- 「かかわる理由」を見つける
- 事例を「寄って」見て、「離れて」見て
- 「連携」に逃げない

みる・みる・見えてきた
課題

孤軍奮闘にならないように仲間を作る

知識を持ち自分の役割を理解する

見ないふり・気が付かないふりはしない

**できない理由・かかわらない理由を
探さない**

総合病院の強みを生かす

5) 事例提供者から

本事例 (P43) はデザイン化された架空の事例ではあるものの、多数の実践事例を凝縮したものであり、多くの皆様に、思い当たることがあるような事例を提供した。なかにはこのような事例において、最終的に男性にアルコール問題を直面化させ、一緒に病院へ行こうと事態を動かしたキーパーソンを統合失調症の長男のような立場が務めた例もある。社会資源につながれず、この家族に唯一かかわれたのは男性の勤め先のほかは長男の病院先だったからである。このように考えた場合、精神科外来における精神保健福祉士の、コミュニティに暮らす当事者とその家族全体への関心とかかわりはとても重要だと思う。

この家族のように、地域でそれぞれの課題を抱えながら依存症の関連問題にかかる生きづらさを持っている場合に、ソーシャルワーカーは誰でもどこにいても見える化し、ネットワークの土俵に上げる責任がソーシャルワーカーにはあると思う。

6) シンポジウム総括

今回のシンポジウムは、まず複数の問題を抱えた家族が膠着状態でそこから展開できずにいる事例をタイムラインやジェノグラムを示して第1軸として理解すること、そのうえでインタビュー調査によって把握された課題の違う各地域(都市部・震災復興途上地域・中部地方)にて、どのように対応されるのか、という第2軸をクロスさせたテーマにて、各シンポジストたちに報告・発言をいただいた。もとはふつうの核家族であったであろう家族に起きた家族員の死という出来事に対応するステージプロセスから、家族がそれぞれに頑張りを続けた果てに棲みついたような精神疾患や依存症、そしてステージの変化による家族機能の低下からくる生活困難や学業困難という複数のニーズ。これらの状況について、地域で多機能型支援を展開する事業所の立場、精神保健福祉行政の立場、精神科医療、一般医療の立場などそれぞれの立ち位置を第3軸としてクロスさせ、各シンポジストたちは地域の社会資源の特性を紹介しつつ、受け止められなかった過去の危機やニーズ、現状の家族全体のニーズ、問題を起こしていないように見える家族員への影響等を見立て、この地域だったらどのような支援をするか、足りないかの発表があった。3つの軸をクロスさせて報告したことで、参加者は事例に関する心当たり、地域特性の心当たり、所属する機関の機能に関する心当たりを持って、今度は自分の実践を振り返る、次のグループワークに進めたのではないと思う。そこにケース事例・地域実践事例・機関実践事例を掛けた事例検討型シンポジウムにした意義があったと思う。

都市部のシンポジストからはネットワークやそれをつなぐ場のある土地柄、事例に対し依存症を切り口に王道たるアプローチの道筋が示された。社会資源などやネットワークの活発さは、実は悲惨な状態からの展開の果てであることも語られた。もうひとつの都市部からは豊富な社会資源を前提に当事者活動との協働の意義が語られた。依存症のアプローチに当事者の自助グループと連携することは必須であるが、相談活動において当事者と協働する実践はいまだ一部に限定されている。でもこのような多問題家族においては援助者だけでなく、回復の道にある当事者と相談の段階で出会うことが家族員にいかに影響するかということが理解できた。

指定発言者として両会場からひとりずつ、自助グループメンバーからの当事者にご自身の体験談とともに事例について考えられたことが示された。共感に満ちた言葉と同時に、

そのような状況ですら人は乗り越えるのだという可能性を強く印象づけられるお話をいただいた。事例に生の声が重なることでよりリアリティが生まれたと思う。総合病院からのシンポジストからはこの家族の各ステージにおいて切り口となったはずのテーマがいくつも示され、その段階でラベリングするという可視化の重要性が示された。病院という誰もが通過する資源からの介入の可能性とそこから専門ネットワークへつながるには院内・院外を含めた連携システムが必要であることが、中部地方の事例からも伺えた。資源がない被災地区からのシンポジストからは、資源がない、という負を強みに、ないなら関係者がアウトリーチし、多問題を一堂に会して話しあうネットワークセラピーの系譜に連なる技法の可能性が示された。また、東京会場では被災地区で働く参加者から、実際の大変な状況とそこに生活する人たちの姿を示してくれ、それでもできる支援があることが理解できた。反対にどんなに資源があろうともアクセスしないとつながれない都市部の課題も対照的に語られた。

共通していたのは依存症を切り口にして見える多問題家族を理解する視点、それらに対応するときに必要となるネットワークの重要性、また、フロアからの質問がきっかけに共有した「依存症問題へのソーシャルワークは疾病の特徴を理解する必要はあるものの特別なソーシャルワークではない」ということだったと思う。しかし、ネットワークに関する実践はまだまだ十分とはいえず、好事例や特別事例に終わらせず、一般化していくことを目指す課題が見えてくる。ネットワーク活動は精神保健福祉という専門域を出て、他の領域の支援者とともに地域社会との融合や共生の視点を持って行われることがますます必要だろう。地域に暮らす家族にとってSOSを出し、それがキャッチされる入口はどこがなくてもいい。私たちがつながればいいのである。

少子高齢化、地域社会の脆弱・崩壊化という日本社会を背景に、地域包括ケア体制づくりは進んでいる。地域の状況や地域精神科医療の姿、依存症対策がそれぞれに違うなかで、現場を担う精神保健福祉士が足元を見つめ、よりよいソーシャルワークを実践するための一助となるようなシンポジウムとなったのではないかと考える。

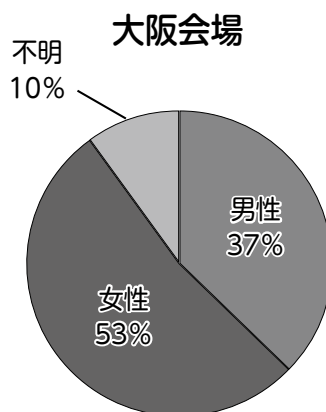
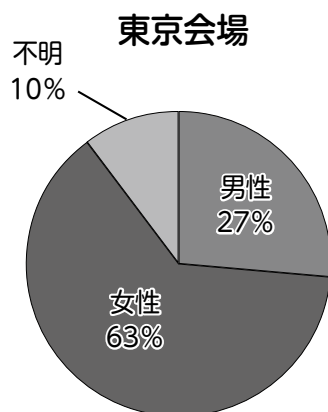
4. 研修アンケートまとめ

今回の研修開催時に参加者に対して、今後の委員会活動の参考にすることを目的に東京・大阪会場それぞれでアンケート調査を実施した。自記式アンケート（P86～87）で研修開始時に配布、終了時に回収した。回収率は東京会場では49枚で回収率100%、大阪会場では51枚で回収率92.7%であった。集計結果について以下のとおり報告する。

1) 基本情報

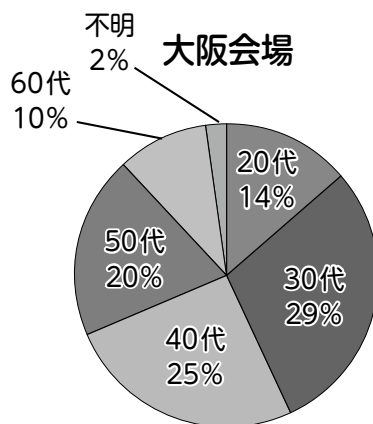
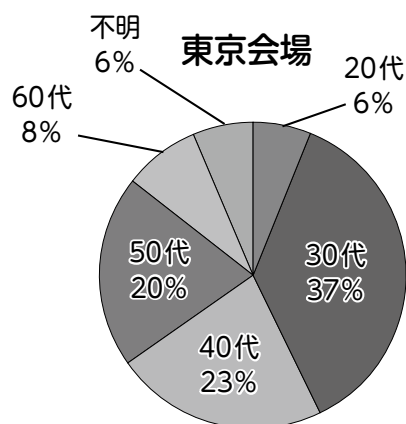
①性別

回答者の性別をみると東京会場では男性27%、女性63%、不明10%であり、大阪会場では男性37%、女性53%、不明10%であった。



②年齢層

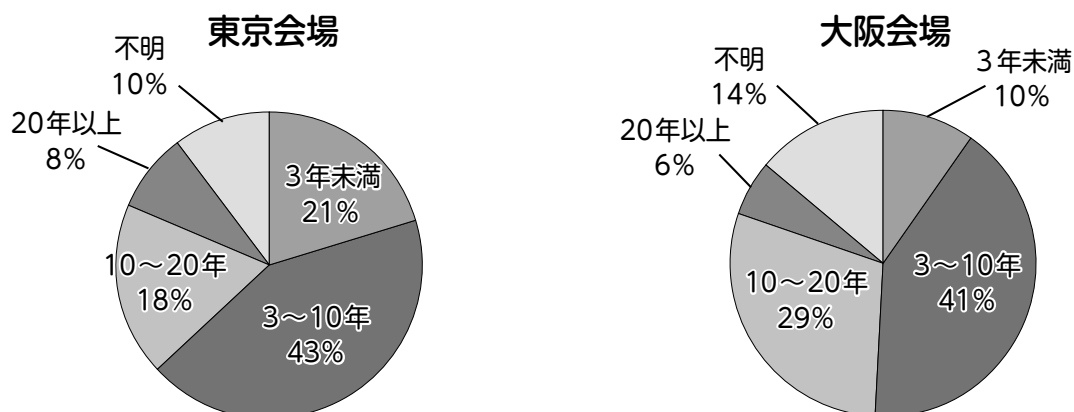
回答者の年齢層は、東京会場では最も多いのが30代37%、続いて40代23%、50代20%、60代8%、20代6%、不明6%であった。大阪会場でも同様に最も多いのが30代29%、続いて40代25%、50代20%、20代14%、60代10%、不明2%であった。



③経験年数

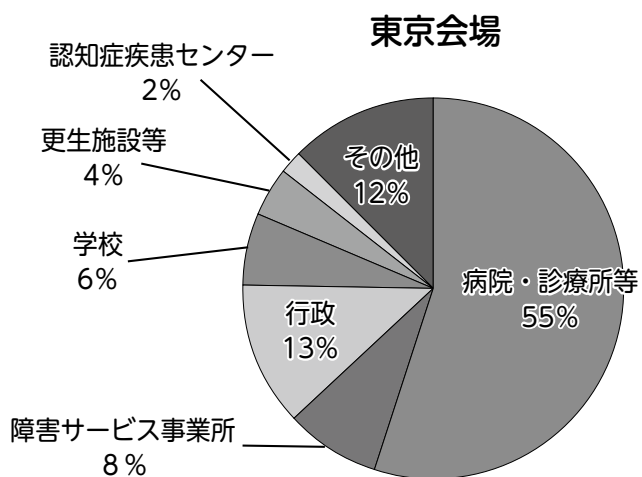
精神保健福祉士としての実務経験は東京会場では最も多いのが3～10年43%、続いて3年未満は21%、10～20年18%、20年以上8%、不明10%であった。大阪会場でも最も多いのは3～10年41%、続いて10～20年29%、3年未満は10%、20年以上6%、不明14%であった。これらの結果からみると、初任者よりも中堅やベテラン層の参加者が多い印象があるが、それぞれの経験年数に参加者が分散していることが理解できる。

また、依存症及び関連問題へのかかわりの経験についても設問を設けたが、未回答が多く、回答者の混乱が推測された。そのため今回はデータ報告を控えることとする。

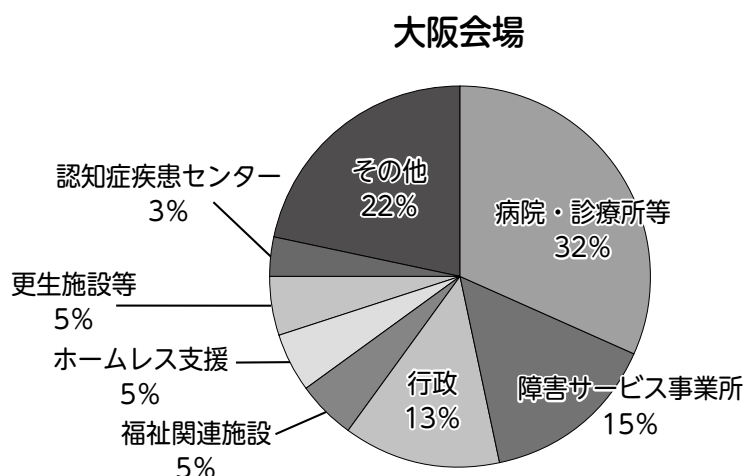


④所属

東京会場では、回答者の半数以上の55%が病院・診療所等の医療機関の所属であった。続いて行政機関13%、障害サービス事業所が8%、学校6%、更生施設等4%、認知症疾患医療センター2%、その他12%であった。その他には、障害者職業センター等が含まれる。

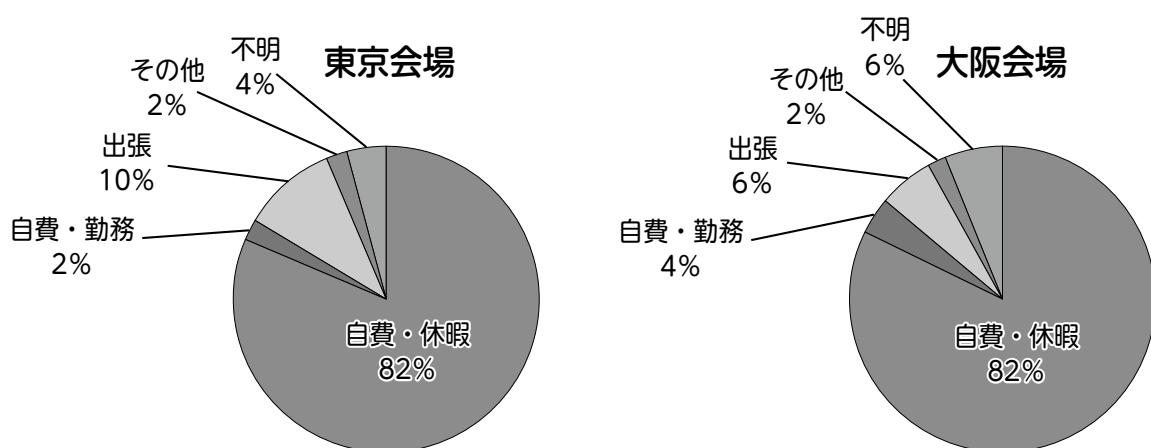


大阪会場での回答者の所属機関については病院・診療所等32%、障害サービス事業所15%、行政機関13%、福祉関係施設5%、ホームレス支援5%、更生施設等5%、認知症疾患センター3%、その他22%となっている。その他は発達障害者支援センター、障害者職業センター、高齢者施設、学校などである。



⑤参加方法

参加方法については東京会場では自費・休暇利用は82%と最も多く、続いて出張扱い10%、自費・勤務扱い2%、その他2%、不明は4%であった。大阪会場でも最も多いのは自費・休暇利用で82%、続いて出張扱い6%、自費・勤務扱い4%、その他2%、不明6%であった。両会場ともほとんどが自費で休暇を利用し自主的に参加していることが理解できる。



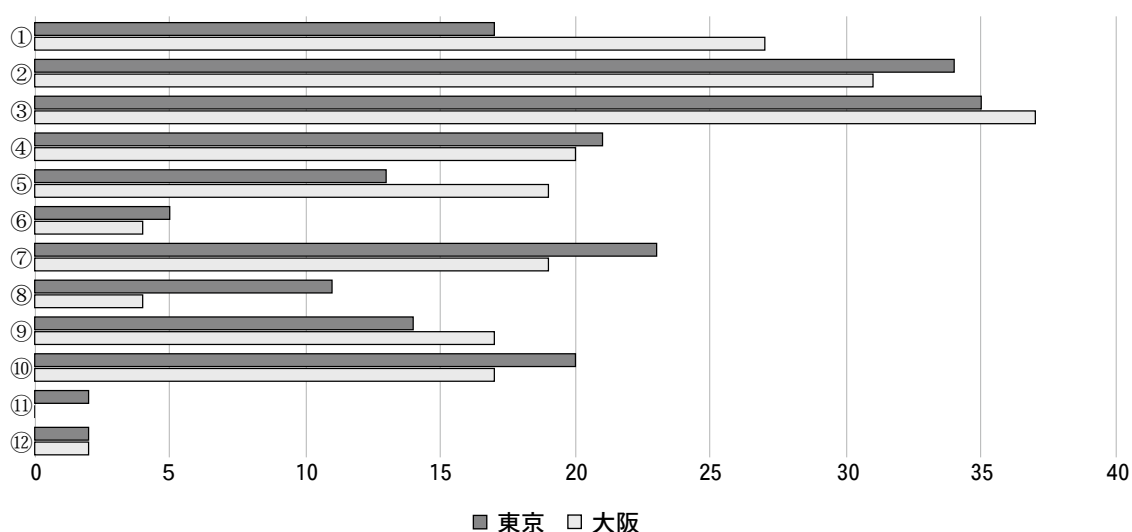
2) 参加動機

本研修への参加の決め手となったものを12項目から選択してもらった（複数回答可）。各項目の集計結果をグラフに示すと以下のとおりである（単位：人）。

東京、大阪会場ともにもっとも多かったのが、「③今後、依存症及び関連問題へのかかわりを担う上での知識や技術を修得したいと思ったから」で、東京会場は35人（71%）、大阪会場は37人（73%）であった。続いて「②依存症及び関連問題へのかかわりを担う上での自己研鑽を図りたいと思ったから」が多く、東京会場は34人（70%）、大阪会場は31人（61%）となっている。3番目に多かった項目は、東京会場では「⑦研修を案内するチラシに興味と関心が湧いたから」で23人（47%）、大阪会場では「①依存症及び関連問題へのかかわり

を担う自身の業務等を振り返りたいと思ったから」で27人(53%)であった。

参加の決め手

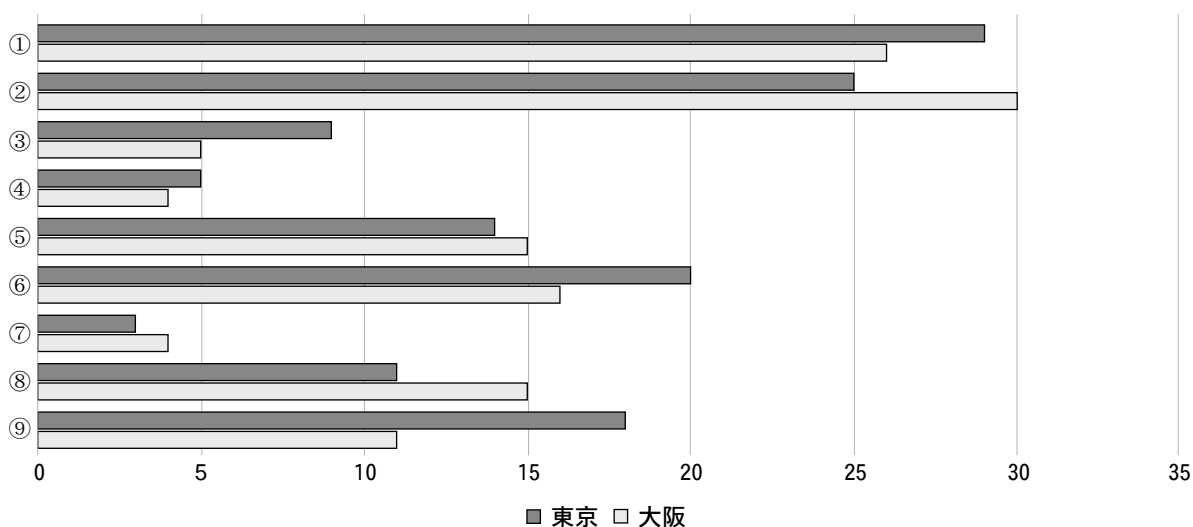


3) 自身の課題や悩みについて

回答者へ自身が現場で抱える課題や悩みについて9項目から選択をしてもらった(複数回答可)。各項目の集計結果をグラフにすると以下のとおりである(単位:人)。

最も多かったのは東京会場では「①依存症を抱える人やその家族とのかかわりについて悩むことが多い」で29人(60%)であった。続いて「②知識や技術が足りず、現場で戸惑うことが多い」で25人(51%)、「⑥業務に追われ、余裕やゆとりがない」20人(41%)であった。大阪会場で最も多かったのは「②知識や技術が足りず、現場で戸惑うことが多い」で30人(59%)、続いて「①依存症を抱える人やその家族とのかかわりについて悩むことが多い」が26人(51%)、「⑨社会情勢のうつろいが早く、法制度や施策等々の情報を的確に把握できない」で18人(35%)だった。

現場での課題や悩み



4) 依存症とのかかわり

参加者がどのようなかたちで依存症者に出会い、かかわりをもつのかを把握するために「あなたの現場ではどのような依存症及び関連問題のある方に出会いますか」という設問

を設け、自由記述とした。依存症の種類としては、アルコール、ギャンブル、買い物、窃盗、ゲーム、ネット等さまざまな記載があった。他の問題でかかわったケース、クライアントの家族に依存の問題があるなど、かかわりのなかで背景に依存や関連問題が見えてきたという状況が多いことがわかった。ただし、発見をしてもご本人やご家族が認めたがらず介入が難しいケースがあり対応に苦慮していることが伺えた。

5) 研修モニタリング

講義、事例検討型シンポジウムの内容ごとに理解度の評価、気づきを記載してもらった。理解度については「すごく理解できた」を「6」、「あまり理解できなかった」を「1」として集計し、平均値を算出した結果、講義については東京会場5.31、大阪会場5.25となった。またシンポジウムについては、全ての発表について東京・大阪会場ともに平均値5.1から5.4となっている。

講義では「基本的な知識や捉え方を知ることができた」「知識の復習ができ、あらたな情報も知ることができた」などの意見が多く、また参考資料や文献紹介など学びのきっかけになるような情報もあり、満足感につながったように考える。

また事例検討型シンポジウムでは「地域差があるなかで今ある社会資源を利用し支援をどう展開していくか考えさせられた」「ネットワーク、連携の大切さをあらためて学んだ」など地域特性を活かした支援を通し、さまざまな角度から学びが深まったようである。また、指定発言で回復者の生の声を聞いたこともより深い理解のきっかけになったと感じている。

さらにグループワークでは年齢や経験年数、所属などさまざまな参加者でグループ編成をしたため、さまざまな切り口での意見交換ができ、気づきが得られたようである。また研修の最後にグループワークを設定したことで、その日の研修での疑問点などを共有し、あらたなつながりができ、より充実感を得た印象を受けた。

6) 意見、要望

本協会の企画による依存症及び関連問題の研修が開催される場合には参加したいという意見が多くみられた。開催地域については、今回のようにアクセスがよい場所での開催を希望する意見が多かったが、地方から参加された方はその地域での開催を希望されていた。また遠方からの参加の場合、移動時間等を考慮し土曜日開催の希望もあった。

研修内容の要望としては、「CRAFTについて学んでみたい」「動機付け面接について知りたい」など具体的な技術について身につけたいというものや、「ネット、ゲーム依存について」などアルコール以外のアディクションについても学びたいという意見もみられた。また「事例をもとに学びたい」など、より実践に近いかたちでの内容や、資料(テキスト)の作成を希望するという意見もみられた。

7) 考察

今回、東京・大阪の2会場の研修を行ったが、まずは両会場ともにアンケートの回収率が非常に高く、参加者の意欲の高さを感じられた。年齢や経験、出会いの自由記述からみると、初任者が知識を得たいというものに加え、実践のなかで依存の問題が背景にあり、

対応に苦慮している等の中堅からベテラン層が学びを深め、よりよい支援を提供したいという目的で自主的に参加している傾向が伺える。

研修内容としては概ね高い評価が得られ、本研修の企画の意図が参加者に届いたと感じている。また、最後にグループワークの時間を設けたことで、思いや悩みの共有ができ、さらにあらたなつながりを作ることができたことで、より参加者の満足感につながったのではないかと考える。

また今後については、「本研修を各地域で行ってほしい」「回数を増やしてほしい」「今後も続けてほしい」など、自己研鑽だけではなく、依存症は特別な領域のものではないということを支援者に広く理解を求めたいという意見があった。参加者が他人事ではない身近な問題として捉えることができるようになったと感じ、依存症支援の苦手意識を払拭するきっかけになったのではないかと考える。