

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

報 告 書

平成31(2019)年3月



公益社団法人 日本精神保健福祉士協会
Japanese Association of Psychiatric Social Workers

報告書作成にあたって

アルコール健康障害対策基本法の全国都道府県における推進と地域課題の検証、薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部の執行猶予に関する法律に基づく支援と実効性の課題、さらに、ギャンブル等依存症対策基本法の成立と国民の健全な生活確保との関連をめぐる課題等々と、我が国の依存症関連問題に関する法制度の進捗に伴う諸課題への関心は、かつてない高まりを見せています。

本協会は、依存症及び関連問題に対するソーシャルワークの視点に基づく支援は、すべての精神保健福祉士に求められている社会的責務であるとの現状認識のもと、2016年度からのプロジェクトチームによる課題整理を経て、2018年度からは「依存症及び関連問題対策委員会」を立ち上げ、職能団体としての本格的な取り組みを開始しています。

この度、厚生労働省平成30年度依存症民間団体支援事業の交付を受けて、地域特性を踏まえた支援体制の整備を推進するソーシャルワーカー人材の養成と普及啓発につながる課題整理のため「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」（以下「本事業」という。）に取り組みました。

具体的には、本協会の組織内啓発の意図も込めて本事業に関連して実施した都道府県支部長を対象とした「支部長アンケート調査」、さらに「医療・行政・福祉の緊密な連携や当事者団体との協働による先駆的な取り組みについてのインタビュー調査」を実施し、そのうえで、人の暮らしのなかに潜む依存症を視覚化すること、ソーシャルワーク・アプローチを始めることの基礎を習得すること、地域特性を踏まえた先駆的实践例からソーシャルワーカー自身の地域で可能なネットワーク構築を展望すること等々を目指した「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」を東京都と大阪府を会場に開催しましたので、その成果を報告書としてまとめることといたしました。

最後になりましたが、本事業の取り組みに際しまして、インタビュー調査にご協力をいただいた関係機関及び関係者の皆様、研修にご参加いただいた皆様、アンケート調査に協力していただいた本協会都道府県支部長の皆様に心から感謝申し上げます。

また、平成30年度依存症民間団体支援事業としての実施において、格別のご配慮を賜りました厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長、社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課依存症対策推進室の各位には、心からの御礼を申し上げます。

平成31（2019）年3月

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

目 次

報告書作成にあたって…………… (小関清之)

**第1部 平成30年度依存症民間団体支援事業
「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」の概要…………… (小関清之) 1**

1. 本事業の目的と取り組み…………… 3

2. 事業の実施体制…………… 4

第2部 インタビュー調査…………… 7

1. インタビュー調査の概要…………… 9

2. 関東地方A地域に対するインタビュー調査報告 …… (池戸悦子、齊藤健輔、引土絵未) 10

3. 関西地方B地域に対するインタビュー調査報告…………… (神田知正) 14

4. 東北地方C町に対するインタビュー調査報告 …… (池戸悦子、神田知正、齊藤健輔) 19

5. 中部地方D地域に対するインタビュー調査報告…………… (山本由紀、板倉康広) 23

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…………… 27

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…………… 29

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」…………… (山本由紀) 30

3. 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」解説及び資料…………… 44

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…………… (佐古恵利子) 44

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～…………… (齊藤健輔) 49

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…………… (引土絵未) 54

4) 総合病院でできること…………… (加藤雅江) 59

5) 事例提供者から…………… (山本由紀) 63

6) シンポジウム総括…………… (池戸悦子、稗田幸則、山本由紀) 63

4. 研修アンケートまとめ…………… (岡村真紀) 65

第4部 おわりに～事業のまとめと提言～	(小関清之) 71
---------------------------	-----------

第5部 資料	75
--------------	----

資料1. ICD-10 DSM-5 2つの診断基準	77
---------------------------------	----

資料2. 行動の変化を望まない人へ面接—動機づけ面接のエッセンス	78
--	----

資料3. ファミリー・ベースト・サービス ソリューションフォーカストアプローチ	79
--	----

資料4. 援助を求めないクライアントへのアプローチ：向社会的アプローチ	81
---	----

資料5. インタビュー調査の実施にあたって	83
-----------------------------	----

資料6. 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 グループワークシート	85
---	----

資料7. 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 アンケート	86
--	----

第 1 部

平成30年度依存症民間団体支援事業
「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」の概要

1. 本事業の目的と取り組み

頻発する災害、貧困と格差、社会保障制度の劣化等々のあらゆる意味での閉塞状況に覆われている社会状況にあって、とりわけ、依存症及び関連問題を抱える人とその家族の生き辛さは、いっそう深刻な様相を呈している。

日々、私たちソーシャルワーカーがその専門性に基づいて行うかかわりの現場には、依存症及び関連問題がすぐ身近なものとしてある。あたりまえにかかわるべき対象者であり、ごく当然に支援すべき生活課題として認識しなければならない。

しかし顧みれば、本協会は、従前より、生涯研修制度体系における課題別研修の機会に「依存症及び関連問題への支援に係る研修」を開催する等により、構成員の資質向上を図り、加えて、機関誌では「身近にあるアディクション問題と精神保健福祉士」といった特集を組む等々によって、構成員の意識喚起を図ることに努めてきたものの、精神保健福祉士唯一の職能団体としての組織的取り組みとしては、あまりにも不十分であったことは再確認せざるを得ない。

長年に渡り積み上げてきた、統合失調症を主とする「精神障害者」を対象とした相談支援の理念を核に、依存症及び関連問題ゆえの生き辛さや痛みを抱えて孤立する人たちへのかかわりを充足させるための資質を向上させなければならない。

すべてのソーシャルワーカーには、依存症からの回復者と協働し、依存症を抱える人とその家族に孤独や窮屈を強いる誤解や偏見に満ちたこの社会に対して、その変革を求めるための活動に連携・協働することが求められている。

以上の現状と課題を踏まえ、本事業においては、依存症からの回復を目指す者及びその家族一人ひとりの暮らしに関心を寄せた適切なかかわりを担うための知識と技術を修得したソーシャルワーカー人材の養成、偏在する社会資源の改善に資する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、本事業に関連して実施した本協会の都道府県支部長を対象とした「支部長アンケート調査」、そして「医療・行政・福祉の緊密な連携や当事者団体との協働による先駆的な取り組みについてのインタビュー調査」の2つの調査を実施した。さらに、人の暮らしのなかに潜む依存症を視覚化すること、ソーシャルワーク・アプローチを始めることの基礎を習得すること、地域特性を踏まえた先駆的実践例からソーシャルワーカー自身の地域で可能なネットワーク構築を展望すること等々を目指し「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2会場で開催した。

また、この事業が、本協会のみならず、組織の垣根を超えた関係団体及びすべてのソーシャルワーカーの歩調をあわせた社会変革へとつながる取り組みとするため、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、公益社団法人日本医療社会福祉協会、公益社団法人日本社会福祉士会にも協力を求めた。

2. 事業の実施体制

1) 検討委員会の設置

本事業に取り組むため、この分野における知見と実践経験の豊富な本協会構成員にて検討委員会を設置した。検討委員会は、4回にわたる対面での会議及びメーリングリスト等を駆使した協議を重ね、2つの調査実施、課題整理と分析、研修の企画及び2会場における開催等々に取り組んだ。

[検討委員会の開催]

第1回 平成30(2018)年 10月 8日 (体育の日)	場所: TKP品川カンファレンスセンター
第2回 平成30(2018)年 11月 23日 (勤労感謝の日)	場所: TKP品川カンファレンスセンター
第3回 平成30(2018)年 12月 23日 (天皇誕生日)	場所: TKP品川カンファレンスセンター
第4回 平成31(2019)年 1月 14日 (成人の日)	場所: TKP品川カンファレンスセンター

[検討委員] (敬称省略・五十音順)

氏名	所属
池戸 悦子	桶狭間病院藤田こころのケアセンター (愛知県)
岡村 真紀	高嶺病院 (山口県)
加藤 雅江	杏林大学医学部付属病院 (東京都)
神田 知正	井之頭病院 (東京都)
小関 清之	秋野病院 (山形県)
齊藤 健輔	東北会病院 (宮城県)
佐古恵利子	リカバリハウスいちご (大阪府)
稗田 幸則	西脇病院 (長崎県)
引土 絵未	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 (東京都)
山本 由紀	上智社会福祉専門学校 (東京都)

2) 事業概要

検討委員会は、本事業の目的を達成するため、2つの調査を実施。さらに、それらの課題分析を経た内容を核とした研修を2会場で開催した。

[支部長アンケート]

地域特性を踏まえて依存症関連問題にかかわる実践を展開することは、本協会構成員に求められる社会的責務であるとともに、その人材養成は本協会として取り組むべき喫緊かつ優先課題のひとつである。

そのため、本事業に関連して、本協会の都道府県支部長に対して、各々の地域における社会資源の偏在等の課題検証やこの分野に対する構成員の意識喚起や普及啓発に有効となる手立てを模索するための「支部長アンケート調査」を行った。アンケート結果については、本協会ウェブサイトにて報告している。さらに、本協会の全国大会・学術集会でも演題発表することで、構成員を始めとするソーシャルワーカーに広く理解を求める予定である。

[インタビュー調査]

今日の法制度や施策の成立前から、現に、依存症及び関連問題についての医療・行政・福祉の緊密な連携や回復者団体との協働による先駆的な取り組みを行っている地域に出向き、現地の構成員を始めとする関係者等を対象に「インタビュー調査」を行った。特にインタビュー調査では、関係機関の連携による回復支援資源創出と協働の実践事例の地域と関係者、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の地域と関係者に焦点化した。さらに、本協会の全国大会・学術集会でも演題発表することで、構成員を始めとするソーシャルワーカーに広く理解を求める予定である。

[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]

支部長アンケート及びインタビュー調査により獲得し、整理・分析された成果を生かした研修を開催する必要性を認識した。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」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。

3) 事業責任者等の選任

本協会の業務執行理事から事業責任者を選任のうえ、事務局職員が事務的実務及び経理を担当し、本事業の目的を達成するための諸般に取り組んだ。

[事業担当者等] (敬称省略)

役名	氏名	所属
事業責任者 (担当副会長)	田村 綾子	聖学院大学 (埼玉県)
事務責任者	坪松 真吾	日本精神保健福祉士協会 (東京都)
事務担当者	小澤 一紘	日本精神保健福祉士協会 (東京都)
経理担当者	大仁田映子	日本精神保健福祉士協会 (東京都)

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には厳しく、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し。」

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になりやすく、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なと思う。」「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と。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、相談を待っているだけで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た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。

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、それにとも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

みる
みえる
かかわる

- 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
- 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
- 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とき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その行為を切望して、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

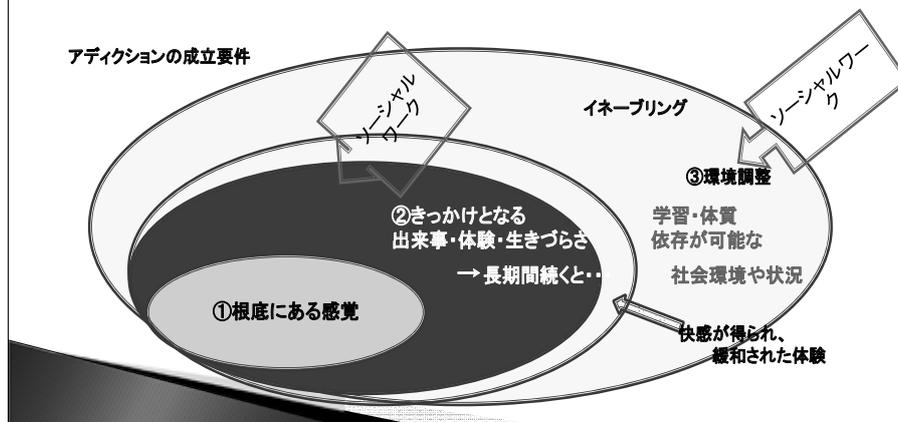
意志ではコントロールできない
依存症へ

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～

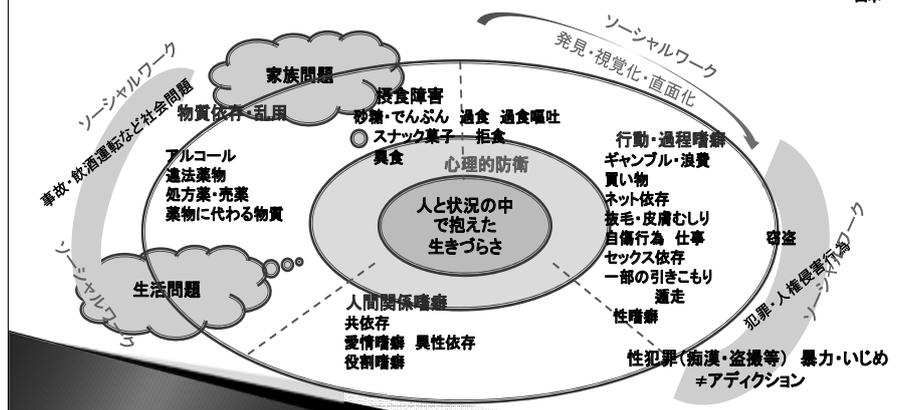
～ソーシャルワーカーはどこに着目するか



様々な依存症・アディクション

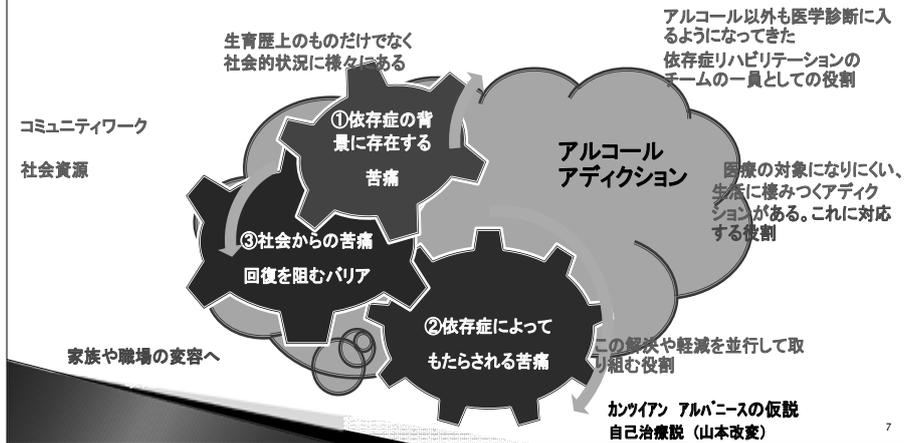
～人と状況からの構造的理解

*「対人援助職のためのアディクションアプローチ」
山本



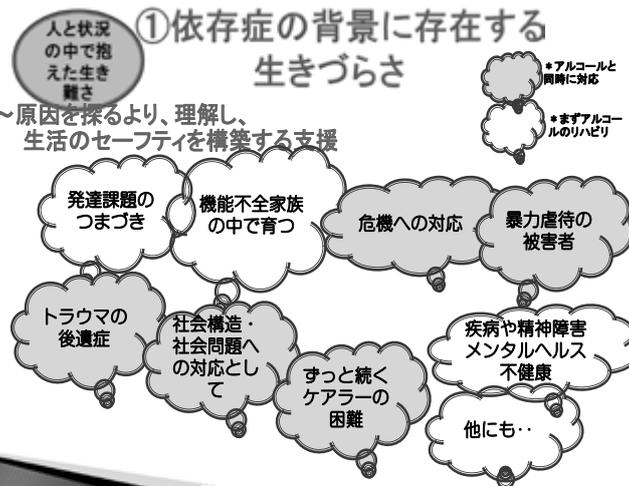
依存症の理解とソーシャルワーク

～なぜソーシャルワークが必要か～



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 一般的な生活問題: 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パ
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

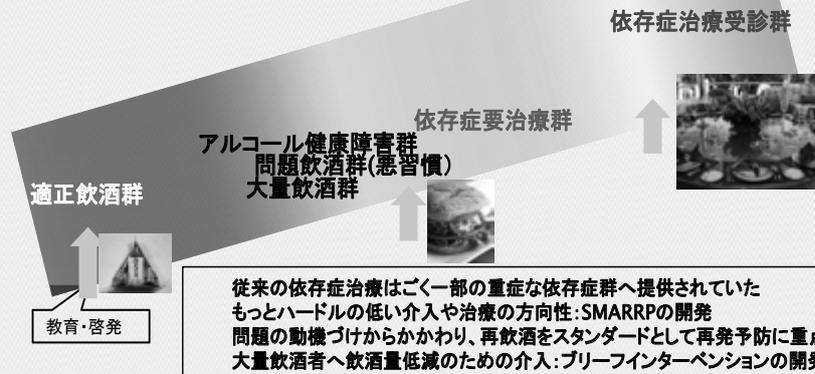
- * 社会に棲みつく、偏見
疾患とみられない、精神疾患としては偏見
- * どこにどのような資源があるかなかなかわからない

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プ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のごうとする行為で、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。

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。

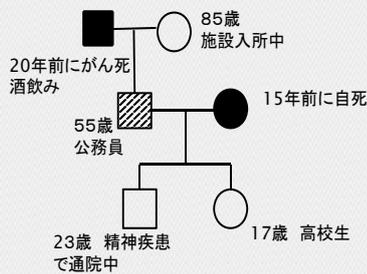
モデル事例

モデル事例

生活困窮者自立相談支援事例

シンポジウム事例

シンポジウム検討事例



<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

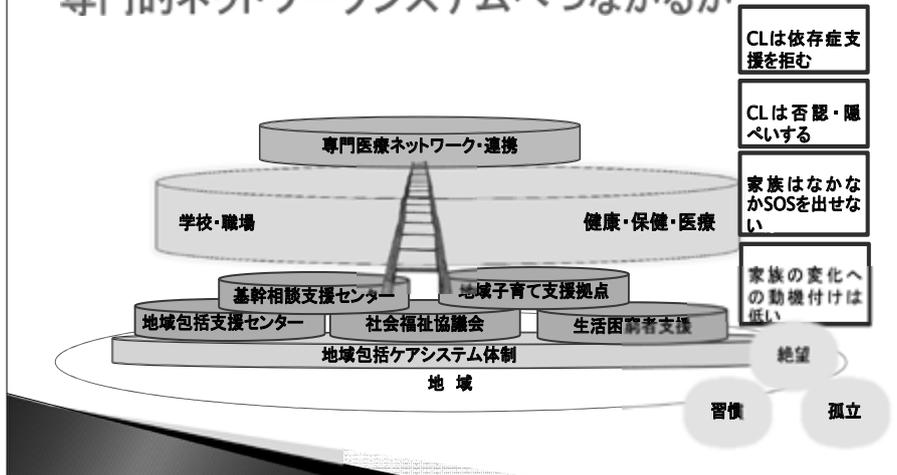
ジェノグラム

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クスとなる、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

- ▶ AL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>

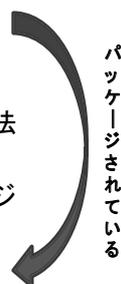
精神科医療(通院・外来):
メンタルヘルスの相談を受ける行政機関
カウンセリング機関

<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

- ▶ 連携が起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

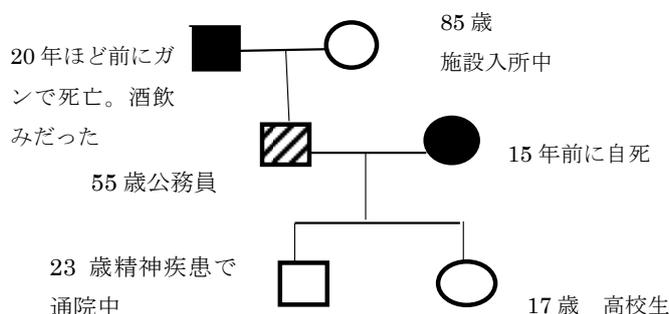
VI 自身の活動地域・領域の課題を理解する

- ・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。大学卒業後より入職。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

3. 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」 解説及び資料

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、どう生きて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

1960年代 1970年代 1980年代 現代

有配偶者中年男性
家族(配偶者)

住居のない単身者 (B地域のネットワークづくりの特徴)
女性・若年層

中年男性中心の病気から
多様な人々への広がりへ

子ども(AC)
高齢

小杉:日本アルコール関連
問題学会資料を元に作成

独身男性
家族(親)

地域医療から回復支援資源の創出へ

どう生きていいのかわからない!

酒をやめたい!

医療・断酒会・行政の緊密な連携
・当事者と共に

福祉的支援が加わる【回復施設】
・包括的支援へ

高齢・女性・虐待
防止ネットワーク
や多機関との連携
・多様な人々の
・様々な依存症

隔離
収容

【B地域の特徴】・面積が狭く、交通至便性が高い、人口密度第2位
・専門医療機関間のネットワークがある
・大都市部(単身者の転入・全国最大の寄場)を擁する
・地域医療をめざした通院医療への展開から、地域福祉への展開へ

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様々な課題にしら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どす場



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り関わり
- 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
—アルコール依存症からの脱出—
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

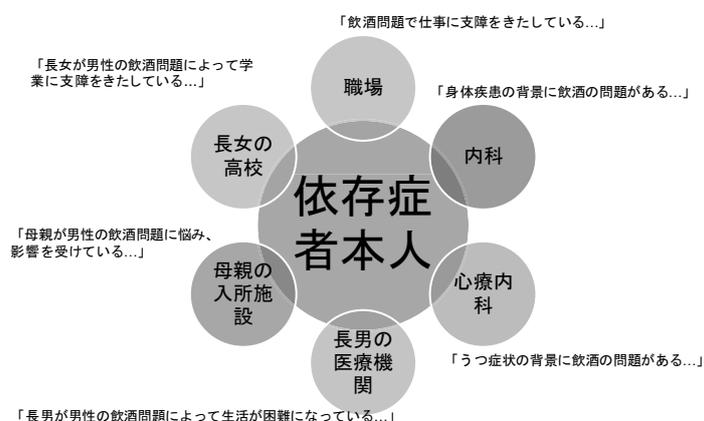
- マックやダルクなどの回復者スタッフが中心に運営される回復支援施設が2施設
- 都道府県内に17施設

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



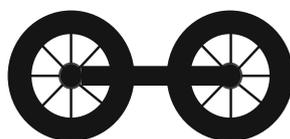
個人とグループは両輪

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ことがとても難しい。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

杏林大学医学部付属病院 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

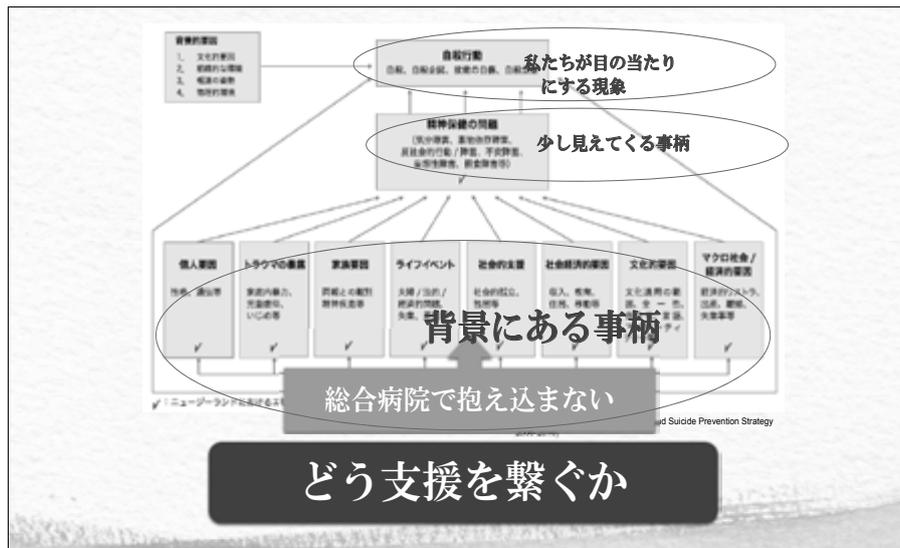
- 事例の見立て・ラベルをどう貼るか

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、思い当たることの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関与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な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。

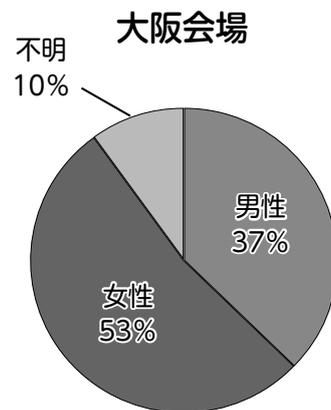
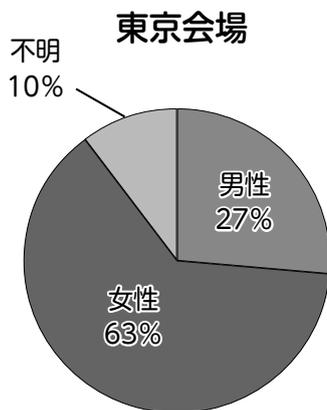
4. 研修アンケートまとめ

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

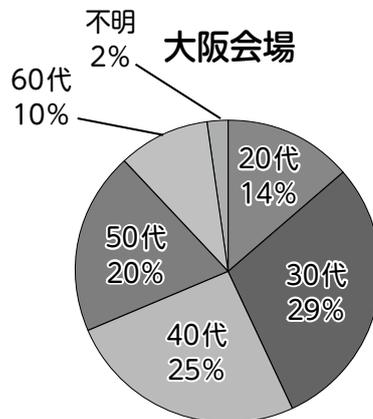
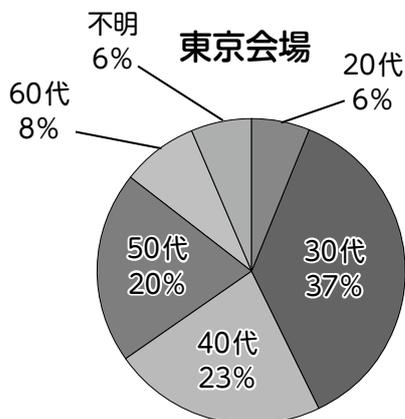
①性別

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

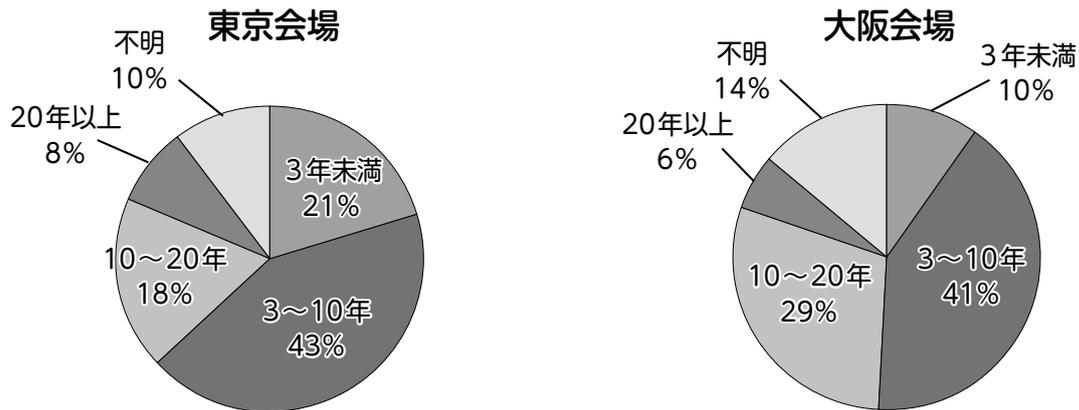
回答者の年齢層は、東京会場では最も多いのが30代37%、続いて40代23%、50代20%、60代8%、20代6%、不明6%であった。大阪会場でも同様に最も多いのが30代29%、続いて40代25%、50代20%、20代14%、60代10%、不明2%であった。



③経験年数

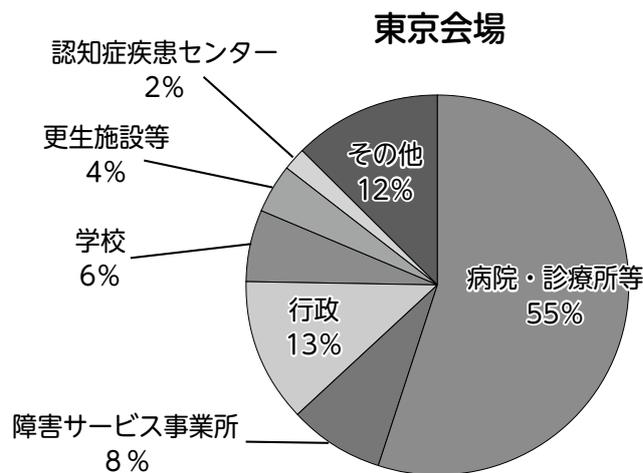
精神保健福祉士としての実務経験は東京会場では最も多いのが3～10年43%、続いて3年未満は21%、10～20年18%、20年以上8%、不明10%であった。大阪会場でも最も多いのは3～10年41%、続いて10～20年29%、3年未満は10%、20年以上6%、不明14%であった。これらの結果からみると、初任者よりも中堅やベテラン層の参加者が多い印象があるが、それぞれの経験年数に参加者が分散していることが理解できる。

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。

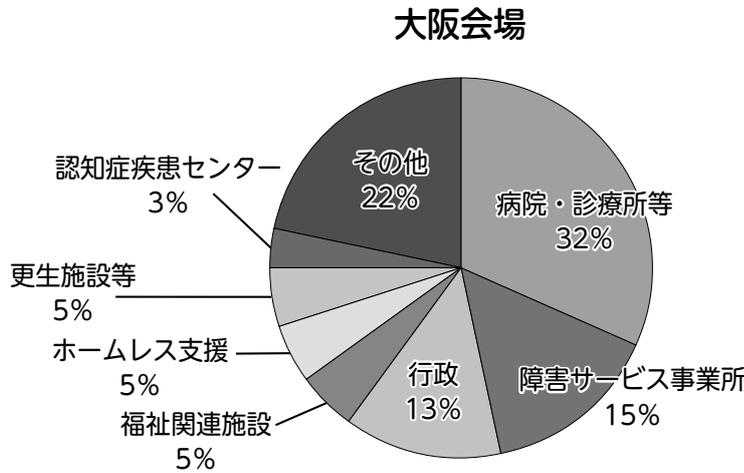


④所属

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。

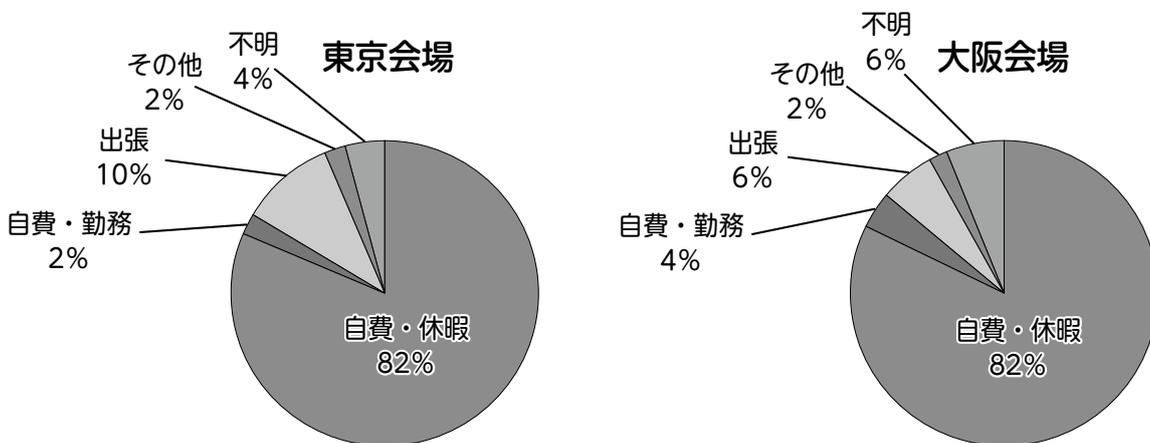


大阪会場での回答者の所属機関については病院・診療所等32%、障害サービス事業所15%、行政機関13%、福祉関係施設5%、ホームレス支援5%、更生施設等5%、認知症疾患センター3%、その他22%となっている。その他は発達障害者支援センター、障害者職業センター、高齢者施設、学校などである。



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。



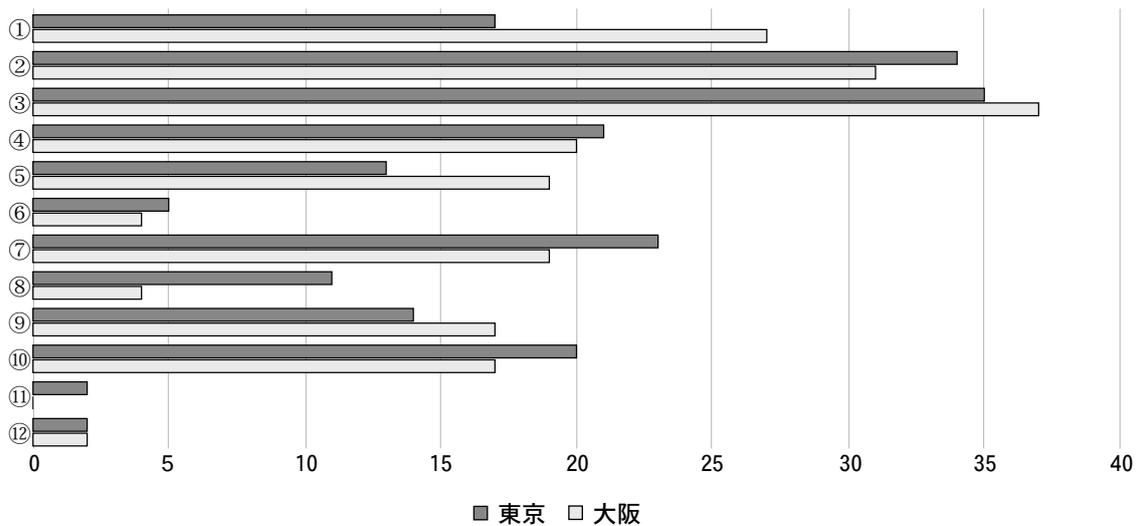
2) 参加動機

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

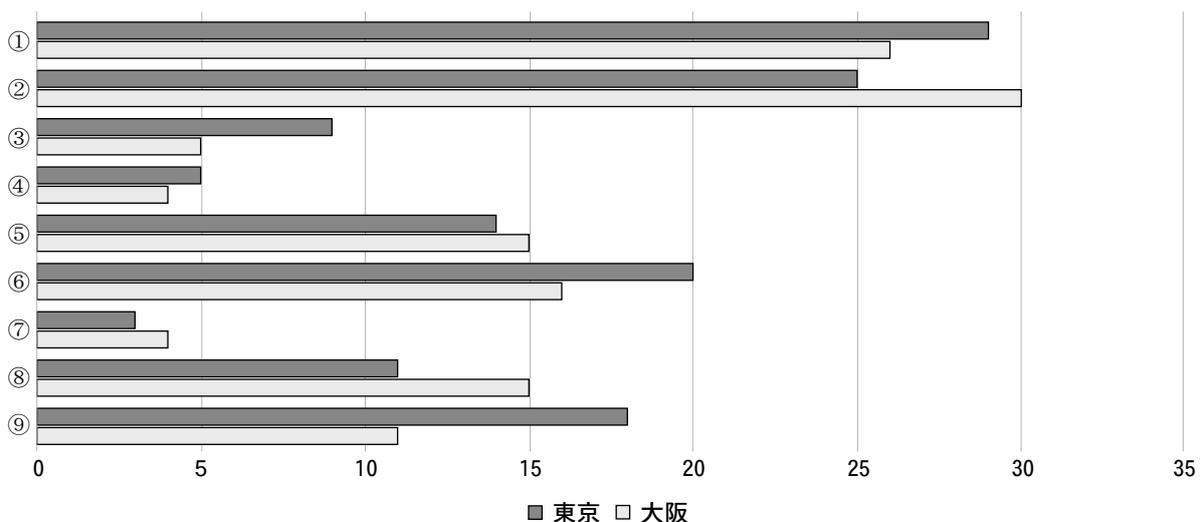


3) 自身の課題や悩みについて

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。

第4部

おわりに

～事業のまとめと提言～

本事業においては、地域特性の把握と課題整理のため、医療・行政・福祉の緊密な連携や当事者団体との協働による先駆的な取り組みを聞き取るインタビュー調査を行い、さらに、基礎知識と技術の習得を土台に、事例検討型シンポジウム、回復者からのメッセージを受け止める機会を、全国各地からの参加者に向けて提供した。参加者は、グループワークやワークシートにより、各々の地域や職域ごとの現場実践において果たすべき役割や課題を認識しえた。そして、本協会は、組織基盤作りのための課題抽出・整理に向けた貴重な示唆を得ることができたが、今後も継続して地域の実態把握に基づく実践課題を見出ししていく必要があることを再確認した。

研修開催の周知を開始するやいなや、日を置かず、定員を超える多数の申込状況や多くの好意的な反響が寄せられ、関心の高さを実感させられることとなった。そのため、東京都で開催した研修では、インターネットによる動画ライブ配信を実施した。キャンセル待ちも含めて参加が叶わなかった全国の構成員やソーシャルワーカーにあてて、リアルタイムで研修の様子を伝えることができた。

次年度以降も、本事業による成果を生かし、さらなる内容の充実を図るとともに、全国の地方都市等々での多様なかたちでの実施によって、各地のソーシャルワーカーにとって等しく研鑽の機会を提供していきたい。

本研修では、私たちに身近なアルコール依存症及び関連問題を中心とした構成であったが、他の依存症及び関連問題についても関心を寄せなければならない。昨今の、一部マスコミの報道等々に晒されている薬物に関する取締法違反（使用）をした芸能人に対して、私たちソーシャルワーカーはどんな眼差しを向けるべきなのだろうか。

2016年6月に施行された主に薬物事犯者を対象とした「刑の一部執行猶予制度」に先立つ2015年11月の厚生労働省と法務省の連名による「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」（以下「ガイドライン」という。）では、「刑事処分になったことに伴う偏見や先入観を排して、薬物依存という精神症状に苦しむ一人の地域生活者としてその回復と社会復帰を支援する」とされている。精神科救急医療機関の精神保健福祉士ならば、薬物依存からの回復過程における重要なターニングポイント場面にて出会うソーシャルワーカーとして、その司法的対応とかかわるべき依存症者としてあたりまえに受け止めることとの課題整理の議論に積極的に参画しなければならない。さらに、施設内処遇から地域内処遇へと大きく舵を切り始めた今日、ガイドラインに「刑事施設や保護観察所又は医療機関いずれかの単一の機関に委ねることなく、相互に連携し、それぞれが有する責任、機能又は役割に応じた切れ目のない支援を」と謳われるまでもなく、地域で働くソーシャルワーカーは、再発と寛解を繰り返す慢性疾患ゆえの「生の営みの困難」を抱えている人たちを対象としたかわりを担うことに、臆してはならない。

カジノの導入によりあらたな依存症問題が危惧されるギャンブル等依存についても、経

済の破綻や家庭崩壊に至る事例が少なくなく、他の依存症に比しても特に自殺の傾向が高率であることから、それらの困難への対処について家族支援も含めた相談に応じる一歩を始めなければならない。

厚生労働省が依存症対策推進本部を設け、アルコール健康障害・薬物依存症・ギャンブル等依存症の予防啓発を行うとともに、全国の各都道府県においても相談拠点・専門医療機関の整備等の地域支援対策に踏み出した今、私たちが担わねばならないのは、地域特性を踏まえた社会資源の創出やソーシャルワーク人材の養成とともに、日本社会に根強い誤解や偏見を取り除いて、回復を応援する社会へと変革していくことにある。

必要とされる支援が届くためには、専門的治療や相談支援体制の充実とともに、全国のどの地域にあっても、問題への気づきと介入、継続した相談支援をソーシャルワーカーが担うことが当然のこととなる必要がある。地域の特性をアセスメントし、支援システムの構築へ向けた動きを進めていく必要がある。

いかなる法制度も、できたときからすでに限界があると言っても過言ではない。法も制度もあるいは推進計画も、人が育て続けるものである。さまざまな現場のソーシャルワーカーが連携し、地域で協働する援助態勢を整えていく必要がある。本協会は、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、公益社団法人日本医療社会福祉協会、公益社団法人日本社会福祉士会等とともに、切れ目のない社会福祉援助プログラムの提供をめざし、実践と研鑽を積み重ねていきたいと考える。

東日本大震災と東京電力福島第一原子力発電所事故の発生から8年を迎える。「震災関連死」にあらわされるように、復興は今なお途上にある。少子高齢化や人口減少、若年層の貧困格差、地域の衰退などが日常的に語られる我が国にあって、生き辛さや痛みを抱えて孤立する暮らしを背景のひとつとする依存症及び関連問題を抱える人たちは少なくない。人が人らしく人とともに営む暮らしを支える専門職であるソーシャルワーカーは、こうした現実を直視することから逃げてはならない。

第5部

資料

資料1. ICD-10 DSM-5 2つの診断基準

資料2. 行動の変化を望まない人へ面接—動機づけ面接のエッセンス

資料3. ファミリー・ベースト・サービス ソリューションフォーカストアプローチ

資料4. 援助を求めないクライアントへのアプローチ：向社会的アプローチ

資料5. インタビュー調査の実施にあたって

資料6. 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 グループワークシート

資料7. 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 アンケート

ICD-10 DSM-5 2つの診断基準

<ICD-10によるアルコール依存症 (alcohol dependence syndrome) の診断ガイドライン>

久里浜医療センターHP www.kurihama-med.jp

過去1年間に以下の項目のうち3項目以上が同時に1ヶ月以上続いたか、または繰り返し出現した場合

1. 飲酒したいという強い欲望あるいは強迫感
2. 飲酒の開始、終了、あるいは飲酒量に関して行動を統制することが困難
3. 禁酒あるいは減酒したときの離脱症状
4. 耐性の証拠
5. 飲酒にかわる楽しみや興味を無視し、飲酒せざるをえない時間やその効果からの回復に要する時間が延長
6. 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず飲酒

注意：項目の内容を簡略化してある。

<DSM-5 【アルコール使用障害】診断基準の概要>

ASK. HP <https://www.ask.or.jp>

以下の2つ以上が、12ヶ月以内に起きる

- ・意図したより大量、または長期間に使用
- ・使用を減らしたり制限しようとするが成功しない
- ・アルコールを得るため、使用するため、そこから回復するために多くの時間を費やす
- ・渴望
- ・反復的な使用により、職場・学校・家庭で責任を果たせない
- ・社会的、対人的な問題が起き、悪化しているにもかかわらず使用を続ける
- ・私用のために社会的、職業的、娯楽的活動を放棄したり縮小している
- ・身体的に危険な状況でも使用を反復
- ・身体的、精神的問題が悪化していると感じていても使用を続ける
- ・耐性
- ・離脱症状

行動の変化を望まない人へ面接—動機づけ面接のエッセンス

<動機づけ面接の対象>

行動の変化を望まない人

変化について葛藤がある人

周囲の安全などのために変わる必要がある人 この人たちへの対応の工夫

変わりたいが変れない人

暴力・虐待の加害者

<動機づけ面接の視点>

機関につながっていること

有効なプログラムにつながること

変わりたいという動機づけを高めること

「自分は問題を抱えていると認識する」

「なぜこの問題を変えなくてはいけないのか思い至る」ように働きかける

「変化について語る」機会を設ける。=チェンジ・トーク

問題とわかりつつ変えようとしないうクライエントに苛立ったり、無理に変化させようとし
ない。

抵抗したくなった場面・行動を変えてみてもいいかなと思えた場面を使う

<3つの問い>

1 自分の現状

2 自分の希望する状態

3 周囲(家族や友人等大切な人、会社の同僚や上司)が自分をどうとらえているか

2と3の間のギャップが生まれることを目指す。この希望と現状の矛盾をひろげ、本人が
問題の存在を認識し、変化の必要性を感じるようにする。

<4つの原理>

1 共感を表現する 受容はその人が変わることを促進する 振り返りの傾聴

2 矛盾を拡大する 変化は矛盾によって動機づけられる

3 抵抗に巻き込まれ、転がりながらすすむ

変化に関する直接的な議論は避ける

新しい見方は提案するが押しつけない

クライエントの中に最良の解決法がある

抵抗は応答を変えるための信号

4 自己効力感を援助する

動機づけ面接法
基礎実践編 2007 応用編 2012

<推薦書>動機づけ面接<第3版>上下 ウィリアム・R・ミラー他(著) 2019 2/4

ファミリー・ベースト・サービス ソリューションフォーカストアプローチ

「家族支援ハンドブック」(金剛出版)より抜粋・加筆(山本)

* 分離以外の方法でクライアントをエンパワメントし、家族の機能を強化するアプローチ
分離以外の方法でクライアントをエンパワメントし、家族の機能を強化するアプローチ

- 生命維持・安全を図る機能 生活維持機能(衣食住)
- パーソナリティの形成(子供)とパーソナリティの安定(大人)
- ケア機能(子供・病人・障害者・高齢者) 適度な家族内役割と柔軟な変化・成長
- 外部との適度な風通し(そこから情報が入り、家族内の様子が伝わる)

3つのルール

- ① うまくいっているなら治そうとするな。
- ② うまくいっていることが分かったらもっとそれをせよ。
- ③ うまくいかないなら二度と繰り返すな。何か違うことをせよ。

初期の段階：特に怒りや敵意を向けるクライアントへ

- * SWに向けたクライアントの怒りや敵意をノーマライズする。
- * クライアントが落ち着き始めたら、クライアントの自立心とプライバシーを守ろうとしていることを称賛する。自分で生活を管理したいという希望の表れ。
- * 怒りの標的からははずれる。

ワーカークライアント関係をアセスメントする

- * ビジター関係：紹介されたクライアント クライアントの世界観に協調する
- * コンプレインアント関係：問題について情報を提供するだけの役割と思っているクライアント。問題に対応していることをねぎらい、足を動かしたことを評価。
- * カスタマー関係：まだ目標ははっきりしないが問題を解決することに関心を持っているクライアント。目標の共有に焦点をあてる。

協働関係を目指して

- * ジョイニングする：
- * クライアントの立場になり、自分だったら援助者に何をしてほしいか想像する。
- * 専門用語を使わない。わかりやすい日常語を。
- * 親しみのあるポジティブな言葉を使ってかかわる姿勢を示す
- * クライアントの言葉を活用する(特定の言葉の珍しい使い方 頻繁に使う言葉)
- * 論理的・現実的でなくてもクライアントのやり方、物の見方を認める
- * すぐに直面化しない
- * ワンダウンポジション：「よくわからないんですが」「ちょっと混乱しています」
- * クライアントを自分の問題や周囲の事情の「専門家」にすること
- * クライアントの考え方ややり方に合わせていく
- * 特に初期段階ではクライアントがしているすべてのポジティブなことを称賛する
- * 当事者の側につかず、家族が当事者にしようとしていることを支援する
- * クライアントのなじんだやり方で話す

抵抗を減らす：

- * 疑わしい点でも有利に解釈する心構えを
- * クライアントの見方を見る
- * クライアントと論議しない
- * たとえささいなことでもクライアントの過去の成功を探し出す。
それをどうやって成し遂げたのか尋ねる（これも称賛）
- * クライアントの行動の裏にあるポジティブな動機を探し出し、それについて述べる
- * 他の援助者とクライアントの板挟みになったら、事態がはっきりするまで、とりあえずクライアントの側につく
- * クライアントに間違いや勘違いを謝ることをいとわない
- * クライアントが不在だったり会えなくても抵抗とは限らない
- * いつも優しく静かな声で、相手を委縮させない
- * 住居、おむつ、食料、等当面の生活に関連した支援を提供するとき、クライアントは抵抗を減らしている。

実践上のポイント～問題解決する自分の強さと能力を発見できるようにする

- * 過去の成功を聞き出す
- * 例外を見つける
- * 問題が起こる状況を特定する
- * ミラクルクエスチョンを組み込む。～できるとしたら
- * スケーリングクエスチョン 1から10の間でどのくらい？
- * あなたは（以前は）どうやってきりぬけたんですか？＝コーピングクエスチョン
- * “もし If”ではなく“～時に When”を使う＝ミラクルクエスチョンをより現実的に
- * 何かちがうことをせよ
- * コンプリメント(称賛)
- * 面接中のコンサルテーション
- * ノーマライジング（一般化）
- * 選択の幻想＝選んでもらう～主体性に働きかけ、同意につながる
- * リフレーミング
- * うまくいっていることに注意を払う
- * SWとチームのスプリット～家を出るかどうかが等決めかねる状態のとき
- * 秘密のサイン

<参考・推薦書>

「解決のための面接技法[第4版]」金剛出版 2016

「解決へのステップ アルコール・薬物乱用へのソリューションフォーカスとセラピー」

「家族支援ハンドブック」（金剛出版）イン・スー・キムバーグ 1997

援助を求めないクライアントへのアプローチ：向社会的アプローチ

「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」より
抜粋・まとめ（山本）

向社会的行動：他の個人や集団を助けようとしたり、こうした人々のためになることをしようとしてなされた自主的な行為（アイゼンバーグ、1986）

向社会的価値：他者を支え、配慮する価値と行為を強化・促進しようとする事
家族の中に生活機能やケア役などを担おうとする向社会的態度があることを前提に向社会的行動を強化し、家族機能を高めることを目指す。

<個別アプローチ>

- * 支配の濃厚な人間関係へは風通しをよくすること
- * 加害者へのアプローチは向社会的アプローチ
- * 役割の明確化 援助者は自分の役割を相手に分かるように示す

①向社会的なコメント・行為が表現されたら評価する

家族への暴力・虐待を認めるコメント

家族の気持ちに関心をよせ、クエスチョンし、受け止め、共感するコメント

精神疾患等からくるニーズを理解するコメント

身体ケア・生活ケア等のニーズを認めるコメント

よりよい生活のための機能や技術を得たいというコメント

本人の福祉（本人のよりよい状態を目指す）を気にかけているコメント

社会的活動や教育・趣味などへの関心・参加意欲

定期的に行っている生活機能・ケア行為

家族へ気持ちを尋ねたこと

サービス利用を求めて連絡する行為

→できる限りこれらの向社会的なコメントを特定し、ほめる（評価する）。

→支援者が向社会的な表現と行為をモデリングする

ワーカー自ら信頼できる存在になること

ワーカーの自己開示をモデリングとして表現する（ただし完全な答えがあるわけではないことも示す）

②反社会的な行動へ挑戦する

暴力や不適切な行為について「これが私のやりかただから」「いうことを聞かないからなぐった」「しつけをしているだけ」「たいしたことはしていない」等の反社

- 会的な内容（人を拒み、暴力を合理化するような内容）のコメント
- 一定の理解を示しながらも是認しない。一方その姿勢が相手を圧倒させないこと。
 - 情報として伝える 暴力・不適切なケア・しつけは不要・痣になっている現実
サービスを受けないことで孤立している現実
 - 否定的コメントへの介入に対し、最低4つの肯定的コメントを。
 - 対決（直面化させる）する場合はその時期が重要（関係性のない中では効果がな
いだけでなく、否定的な影響がある）

<援助者との関係性>

①共感

②楽観性：・楽観性はクライアントに希望と自己効力感をもたらす。

ただしやりすぎないこと

- ・援助やサービス、ワーカーのかかわりについての有効性を示す。

「時々お話しする機会が役に立ったと言う介護者の方も多いので…」

- ・クライアントの悲観的なコメントに対し、肯定的な言い換え、肯定的な解釈

ただし早々とやらないこと 共感を十分示してから

③ユーモア：クライアントが問題から距離を置き、怒りを鎮めることに効果がある。

④自己開示の活用—ワーカーの誠実さや信頼性の表明

- ・コントロールして表現すること（あまりプライベートな内容でありすぎない）
- ・簡潔にして、クライアントの状況に共感を示すために用いる
- ・問題解決の参考にしてもらう。ただ最初からたやすく問題解決した話は動機づけを促さない

<参考・推薦書>

「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）

インタビュー調査の実施にあたって

公益社団法人日本精神保健福祉士協会

この度ご協力をお願いいたしましたインタビュー調査につきましては、厚生労働省の補助金事業として実施する、平成30年度依存症民間団体支援事業「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～」の一環として、実施させていただくものです。

以下、詳細をご案内申し上げます。

1. インタビュー調査目的

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は、疾病への支援だけでは限界があります。貧困、D.V.や虐待、介護保険や性差別、労働問題、司法課題、自死問題等々とも関連して、適切かつ喫緊に支援が求められているソーシャルワーク課題と捉えざるをえません。依存症患者とその家族の生活課題を包括的に支援するための地域におけるソーシャルワーク人材養成による基盤作りと普及啓発に繋がる連携・協働体制を整備する必要があります。

本インタビュー調査は、医療・行政・福祉の緊密な連携や当事者団体との協働による先駆的な事例に学びつつ、多様な事例に基づく課題整理を経て、依存症からの回復を目指す者及びその家族等に対する支援体制の整備を一層推進するためのソーシャルワーカー人材の養成と普及啓発を目的に実施します。

2. インタビューの構成

インタビューガイドに基づきながら自由に発言をしていただく形式で実施いたします。

3. 倫理的配慮

参加された皆様のご発言は録音をさせていただきますが、所属先やご指名の開示の可やインタビュー内容につきまして、仕様・公表に際して確認させていただきます。また、本事業の以外の目的に使用することもございません。

4. インタビューガイド

下記の項目について、それぞれお話していただきます。

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

その他、日ごろお感じになっていることを率直にお話いただいで結構です。

5. その他

調査内容、条件等に関しましてご了承いただけましたら、お手数ですが「インタビューに係る承諾書」にご署名ご捺印のうえ、インタビュー実施当日ご持参ください。

以上

資料6

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）

みるみる みえる 人の暮らしと依存症
～確かなリカバリー支援と地域特性を生かしたネットワークのために～

グループワーク シート

① 自己紹介

氏名・所属・地域・あなたが行っている依存症関連問題へのかかわり、(行っていない場合は本日の参加理由)、かかわりの中で感じていることなど、簡潔に！

② ファシリテーター（司会進行）の選定

③ シンポジウムの事例について、自分の所属機関・地域・専門性の中で出来る支援やかかわり、または参考になった・取り入れてみたいことを書いてください。

④ 今日の研修を通して、良かったことや持ち帰って実践したいこと、自分が出来そうなことやあらたに気付いたことを書いてください。

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 主催
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)

みるみる みえる 人の暮らしと依存症 ～確かなりカバリー支援と地域特性を生かしたネットワークのために～ アンケート

本アンケートは、研修のモニタリングの参考とさせていただき目的で実施しています。ご協力の程お願い申し上げます。

I. あなたご自身についてお伺いします (任意記入)。

1. 性別 ()
2. 年齢 ①10代 ②20代 ③30代 ④40代 ⑤50代 ⑥60代 ⑦その他 ()
3. 精神保健福祉士(精神科ソーシャルワーカー)としての実務経験は…………… ()年
うち、依存症及び関連問題へのかかわりの経験は…………… ()年
精神保健福祉士以外の専門職 ()としての実務経験は ()年
うち、依存症及び関連問題へのかかわりの経験は…………… ()年
4. 現在、あなたが所属する施設(複数回答可)
①病院・診療所等 ②認知症疾患医療センター
③精神障害者を対象としている障害福祉サービス事業所等 ④行政機関 ⑤高齢者対象施設等
⑥福祉関係施設等 ⑦障害者職業センター等 ⑧社会福祉協議会
⑨発達障害者支援センター ⑩各種学校 ⑪ホームレス支援 ⑫更生施設等
⑬その他() ⑭勤務先なし
5. 参加の方法について伺います。
①自費・休暇利用 ②自費・勤務扱い ③出張扱い ④その他 ()

II. 本研修への参加の決め手を教えてください。(複数回答可)

- 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
- 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
- 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
- ④ 他地域における依存症及び関連問題へのかかわりについての実践例を知りたいと思ったから
- ⑤ 制度政策の動きや社会状況から、専門職者としての研修受講の必要を感じたから
- ⑥ 上司や同僚・知人から研修への参加を勧められたから
- ⑦ 研修を案内するチラシに興味と関心が湧いたから
- ⑧ 研修の内容や演者に魅力を感じたから
- ⑨ 開催地が近かったから
- ⑩ 参加費が無料だったから
- ⑪ 修了証が貰えるから
- ⑫ その他 ()

III. ご自身の現場での課題や悩みについて教えてください。(複数回答可)

- 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。
- ② 知識や技術が足りず、現場で戸惑うことが多い。
- ③ 職場の上司や同僚と意見が合わなかったり、所属機関の理念や方針に疑問を感じている。
- ④ 所属する機関は、依存症及び関連問題への支援について消極的又は否定的な姿勢なので、孤立しやすい。
- ⑤ 地域のお他職種や関係機関職員等とのネットワークを築くことに悩みが多い。
- ⑥ 業務に追われ、余裕やゆとりがない。
- ⑦ 依存症及び関連問題へのかかわりを続けていく自信がなく、将来的に進路を迷うことがある。
- ⑧ 自身の地域には、依存症及び関連問題についての研鑽の機会が少ない。
- 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。

IV. 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会いますか。

--

V. 研修内容に関するモニタリング

各講義やテキストについてのあなたのご感想、内容やプログラムの課題や過不足等へのご意見をお書きください。また、あなた自身の各講義の理解度について評価してください（適当なところに○を入れてください）

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」	←すぐ理解できた	→あまり理解できなかった→
事例検討型シンポジウム「大阪における地域ネットワークづくりから」	←すぐ理解できた	→あまり理解できなかった→
事例検討型シンポジウム「宮城県南三陸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～」	←すぐ理解できた	→あまり理解できなかった→
事例検討型シンポジウム「東京都多摩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」	←すぐ理解できた	→あまり理解できなかった→
事例検討型シンポジウム「総合病院のPSWにできること」	←すぐ理解できた	→あまり理解できなかった→
グループワーク 同じグループの参加者や全体で共有した中から、参考になったこと、取り入れてみたいこと、持ち帰って実践したいこと、気づかされたこと等々をご記入ください。		

VI. 今後、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、参加ご希望の有無、開催地域や研修内容についてご希望があればお書きください。

--

ご協力ありがとうございました

厚生労働省 平成30年度依存症民間団体支援事業

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

報告書

平成31(2019)年3月 発行

発行 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

所在地 〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7F
TEL.03-5366-3152 FAX.03-5366-2993

E-Mail : office@japsw.or.jp URL : <http://www.japsw.or.jp/>

※本書を無断で複写・転載することを禁じます。

※視覚障害のある人のための営利を目的としない本書の録音図書・点字図書・拡大図書等の作成は自由です。

