

アルコール健康障害推進計画の推進に向けた地域ネットワークの
構築のための普及啓発事業～真の地域包括ケアシステムの構築にむけた
「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」事業及び
依存症及び関連問題ソーシャルワーク支援の標準化のための
「関係団体による意見交換会」

報 告 書

令和3（2021）年3月



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

報告書作成にあたって

2020年、中国・武漢から始まった新型コロナウイルス感染症拡大は、単に人間の健康を害する感染症というだけでなく、私たちの生活様式や社会生活に大きな影響を与えました。人との交流が遠ざけられ、見えない先行きのなかで人々が不安やストレスを感じ、社会的に孤立することで、自殺者数の増加等のメンタルヘルス領域の課題をはじめ、虐待、DV、貧困、離職など多くの社会的課題がこれまで以上に表面化しました。これらに深く関連することとして、依存症に関する課題が見られることも少なくありません。例えば、外出自粛や在宅勤務などで家にいる時間が増え、「アルコール依存」に関することや、外出できない子どもたちの「ゲーム・ネット依存」を心配する声も多く聞かれます。このように依存症に関する課題は、一人の疾患や健康問題だけでなく、社会的影響を受けながら私たちのさまざまな生活的課題に深く関連するものです。

しかしながら、社会一般のなかにおける誤解や偏見により、依存症は個人的要因とされることや、一部の特殊な事例として捉えられ、必要な支援を受けることができず孤立している人々も少なくありません。ソーシャルワーカーは人々のあらゆる生活課題に対し、包括的な支援を行うことを生業としていることから、依存症に関する知識や基本的対応を標準装備として備え、必要な方に適切な支援を届けることができます。必要があります。

本協会では2016年度より、依存症関連問題に対応するためのチームを立ち上げ、平成30年度より継続して厚生労働省・依存症民間団体支援事業を受託し、「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。）に取り組んでまいりました。コロナ禍によるさまざまな制約があるなか、オンライン等を活用し、今年度も引き続き、調査研究及び研修等の人材育成、並びに関係団体との意見交換等を実施しました。

具体的取り組みとしては、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「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」を行い、その成果を活用しながらソーシャルワーク・アプローチを用いた依存症の取り組みを広げるための研修を実施しました。

また、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、特定非営利活動法人日本ソーシャルワーカー協会、そして本協会が一堂に会した「ソーシャルワーカー関係団体による意見交換会」では、生活課題に関与するソーシャルワーカーとしての共通基盤を共有し、依存症支援に関する普及啓発等の共同事業の実施について具体的提案が行われました。

最後になりましたが、本事業の取り組みに際しまして、インタビュー調査や研修にご協力いただいた回復者の皆さま、構成員の皆さま、本協会からの呼びかけを快諾し意見交換会にご参集いただいた関係団体を代表する皆さまに対しまして、心からの感謝を申し上げます。

また、令和2年度依存症民間団体支援事業の実施において、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。

令和3(2021)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…………… (岡本秀行)

第1部 令和2年度依存症民間団体支援事業

アルコール健康障害推進計画の推進に向けた地域ネットワークの構築
のための普及啓発事業～真の地域包括ケアシステムの構築に向けた
「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」事業及び依
存症及び関連問題ソーシャルワーク支援の標準化のための「関係団体
による意見交換会」事業の概要…………… (小関清之) 1

1. 本事業の目的…………… 3
2. 本事業の実施体制…………… 4
3. 本事業の取り組み…………… 5
4. 事業責任者の選任…………… 8

第2部 インタビュー調査…………… 9

1. インタビュー調査の概要…………… (佐古恵利子) 11
2. 中部地方・G地域におけるインタビュー調査から…………… (柏木一恵、佐古恵利子) 13
3. 中国地方・H地域におけるインタビュー調査から…………… (引土絵未、小関清之) 17

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オンライン研修

「みるみる みえる 人の暮らしと依存症 おうちセミナー
～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～」…………… 21

1. オンライン研修の概要…………… (齊藤健輔) 23
2. e-ラーニング講義 ①
「依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症」…………… (引土絵未) 24
3. e-ラーニング講義 ②
「依存症及び関連問題を抱えるクライアントへのアセスメントと支援アプローチ」
(提供事例についてを含む)…………… (山本由紀) 44
4. 関東地方・A地域から「事例」への支援について考える…………… (神田知正) 55
5. 中国地方・H地域から「事例」への支援について考える…………… (岡村真紀) 61

6. 中部地方・G地域から「事例」への支援について考える	（池戸悦子）	67
7. シンポジウム総括	（齊藤健輔）	76
8. グループワーク	（稗田幸則）	78
9. 参加者アンケートまとめ	（稗田幸則）	79

第4部 依存症及び関連問題にかかわる

ソーシャルワーカー関係団体による意見交換会	（佐古恵利子）	85
1. 依存症及び関連問題にかかわる		
ソーシャルワーカー関係団体による意見交換会の概要		87
2. おわりに		93

第5部 おわりに～事業のまとめと提言～

（小関清之） 95

第6部 資料

資料1. ICD-10 DSM-5 2つの診断基準		103
保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)と その評価結果に基づく減酒支援(ブリーフインターベンション) の手引き		104
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		112
資料3. ファミリー・ベスト・サービス ソリューションフォーカストアプローチ		113
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		115
資料5. インタビュー調査の実施にあたって		117
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		119
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		120

第 1 部

令和 2 年度依存症民間団体支援事業

アルコール健康障害推進計画の推進に向けた地域ネットワークの構築のための普及啓発事業～真の地域包括ケアシステムの構築にむけた「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」事業及び依存症及び関連問題ソーシャルワーク支援の標準化のための「関係団体による意見交換会」事業の概要

1 . 本事業の目的

依存症は、一人の健康障害や疾病にとどまらない。依存症を抱える親を持つ子どもが育つ家庭はいわば虐待環境といっても過言ではない。高齢者のアルコール問題は、介護を担う家族や支援者を追い詰めている。今日の新型コロナウイルス感染拡大の状況に伴う貧困、自死を含むメンタルヘルス問題等の「生きづらさ」の原因や結果とも深くむすびついているのがまさに依存症及び関連問題である。

国の定める基本計画に沿い、各都道府県では相談拠点や専門医療機関の選定等が整えられつつある。しかしながら、本当の意味での社会資源の偏在やマンパワーの格差が改善されているとは言い難い。未だ課題は山積している。

本協会の構成員をはじめ精神保健福祉士を含むすべてのソーシャルワーカーは、依存症及び関連問題にかかわることを、「あたりまえ」としなければならない。専門治療チームを構成する一員としてだけでなく、この国のどの地域のいかなる領域にあっても、ソーシャルワーカーはすべからず、人の生きづらさに潜む依存症と関連問題に速やかに気づき、地域福祉課題の一つとして理解し、適切にかかわるための知識とかかわりの技術を身につけなければならない。

過去2年度にわたる厚生労働省・依存症民間団体支援事業を活用した成果を継承する2020年度の本事業においては、普及啓発と人材養成を目的とする事業を企画・立案し、新型コロナウイルス感染拡大の収束の兆しを見通すことのできない状況が続くなかであってもなお、最大の成果を獲得するための最良の工夫を凝らした実施に踏み切った。

本事業はその目的を達成するために、2つの地方・地域における「インタビュー調査」の実施、事前学習のためのeラーニング講義を前提と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オンライン研修「みるみる・みえる・人の暮らしと依存症・おうちセミナー～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～」の開催、第3回目となる「依存症及び関連問題にかかわるソーシャルワーカー関係団体による意見交換会」の主宰で構成されている。

2. 本事業の実施体制

本事業の目的を達成するため、本協会「部及び委員会設置運営規程」に基づく依存症及び関連問題対策委員会内に、本事業の実施に向けた企画・立案・準備を担う検討委員会を設置して取り組んだ。

1) 検討委員会の構成

検討委員会は、各地においてこの分野における類いまれなる実践や第一人者に相応しい知見を有する全国の構成員のなかから選抜された者たちで構成された。

〔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 藤田こころケアセンター（愛知県）
岡村 真紀	高嶺病院（山口県）
柏木 一恵	浅香山病院（大阪府）
神田 知正	井之頭病院（東京都）
小関 清之	秋野病院（山形県）
佐古恵利子	リカバリハウスいちご（大阪府）
齊藤 健輔	東北会病院（宮城県）
稗田 幸則	西脇病院（長崎県）
引土 絵未	日本女子大学（東京都）
山本 由紀	国際医療福祉大学（栃木県）

2) 検討委員会の取り組み

検討委員会は、現地訪問、対面及び参集型の会合や研修等の実施を模索したが、新型コロナウイルス感染拡大の収束の兆しを見通すことのできない状況が続くなかであって、ZoomミーティングによるWEB会議を重ねることとした。あわせて、メールや電話等々を駆使した連絡・調整に努めた。

第1回	2020年 8月 2日(日)	Zoom	ミーティング
第2回	2020年10月18日(日)	Zoom	ミーティング
第3回	2020年12月20日(日)	Zoom	ミーティング
第4回	2021年 1月17日(日)	Zoom	ミーティング
第5回	2021年 2月 7日(日)	Zoom	ミーティング

3. 本事業の取り組み

1) 本事業の取り組み

検討委員会は、本協会理事会と連携して、大都市圏及び地方都市圏を代表する各々の地域におけるインタビュー調査、その課題整理と分析、研修の企画及び開催、ソーシャルワーク関係団体との意見交換会を持つための連携と調整に努めた。

同時に、実務や補助金執行においては本協会事務局と協働して、事業を遂行した。

とりわけ、今年度は、対面で行う取り組みで大切にしてきた伝統を引き継ぎつつも、通信機器を通じたオンラインによる「新たな取り組み」を開拓することで、今日のwithコロナから将来のpostコロナとされる状況変化にも適応した最善と思われる形態を模索し続けた。

[インタビュー調査]

事業計画立案した当初は、大都市を代表する中部地方G地域、地方都市を代表する中国地方H地域に実際に出向き、現地での対面調査を予定していた。しかしながら、一向に収まることのない新型コロナウイルス感染拡大状況のなか、変更や工夫に向けた幾度もの話し合いを重ねることを余儀なくされた。

中部地方G地域におけるインタビュー調査は、比較的至近にある関西の委員による感染予防に配慮したかたちでの現地訪問により実施した。

ここでは、依存症及び関連問題への支援が全国的にも先駆けて重層的に構築されてきた歴史があることを再確認した。精神保健福祉センターや保健所は相談活動やプログラムを持ち、専門医療機関は、病院だけでなくクリニックもある。自助グループもまた、1970年に立ち上げられた県断酒会をはじめAA、GA、マック、NA、ダルクもある。さらにはアルコール依存症に特化した作業所等々、社会資源は豊富に築かれ、依存症を冠する多職種・多機関人材による関係者会議や連携医療研究会、回復支援関連ネットワーク会議などがある。

中国地方H地域におけるインタビュー調査は、関東及び東北の委員と現地とをオンラインで結んで実施した。調査対象の現地会場には断酒会の代表者にも同席していただいた。特筆すべきかわりの実績を持つ専門医療機関は、依存症治療拠点機関として県内におけるその認知度は極めて高い。広く各地のあちらこちらから遠路を厭わず受診・受療した人たちが、ついには回復者として断酒会の80%を占める。紹介元は精神科と一般科が半々であること、専門医療機関のソーシャルワーカーと保健所の保健師とが一緒に訪問するアウトリーチを積極的に行っていること、人材養成や独自のプログラムを持つ精神保健福祉センターと専門治療機関との日常的な連携があること、退院する単身者のために開拓した一般アパートが次第に回復支援に有効なグループホーム機能を有する住まいとなること等々と、フォーマル及びインフォーマルに資源の活用が展開されていることが明らかにされた。

2) 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 事前学習のためのe-ラーニング講義

2021年2月12日(金)～23日(火・祝)の期間、事前学習のための動画の配信を行った。

講義①『依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症』では、アルコール依存や薬物問題の概況、生きづらさという視点から見る依存症の機能的要因・心理的要因、依存症の治療・支援機関とネットワーク、かかわる上で援助者の基本的態度としてのエモーショナル・リテラシーや肯定的な姿勢の大切さが説明された。

講義②『依存症及び関連問題を抱えるクライアントへのアセスメントと支援アプローチ』では、地域に暮らす人たちに棲みつく依存症に気づきアセスメントを加えること、動機付けを基盤に支援することの大切さ、支援を個人レベルで終えずメゾレベルでの活動が必要であること等が説明された。そのうえで、参加者各々が自身の活動する地域の社会資源の特徴を掴み、ネットワークを作っていくことにより、専門領域で終わらず地域包括ケアシステムとの連動も包含することの重要性が強調された。「どこからでも、どこにいても、できることから支援を開始しよう」という文脈は、23日(火・祝)の事例検討型シンポジウム、グループワークに臨む参加者のモチベーションの高まりを促進した。

② 事例検討型シンポジウム及びグループワーク

事前学習のためのe-ラーニング講義を、すべての参加者が修了したことを確認した2月23日(火・祝)、オンラインによる事例検討型シンポジウム及びグループワークが実施された。

1人目の演者は、前々年度に実施した関東地方A地域のインタビュー調査報告を資料に、「社会資源が豊富な地域ではあるが、それ故にネットワークが希薄になりやすい」という大都市圏特有の課題を示したうえで、精神科病院のソーシャルワーカーである自身の体験に基づいて「ソーシャルワーク実践の基本を日常の言葉で伝える」視点、「目の前の人自身をどのように理解するか」の観点、さらに、どのようなネットワーキングが「有機的かつ持続可能なものなのか」について等々の課題を提議した。

中部地方G地域のインタビュー調査を踏まえた演者からは、アルコール健康障害対策基本法、薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律、ギャンブル等依存症対策基本法といった法の成立という追い風のなかで、障害者総合支援法(相談支援事業)、介護保険法(包括支援センター)等、すでに行われている相談及び支援事業を絡めて、依存症支援の底上げとともにネットワークを広げることは、精神保健福祉士のみならずすべてのソーシャルワーカーに求められている課題であるとの認識を示した。

中国地方H地域のインタビュー調査により獲得された知見をもとにした演者による話題提供の場面では、風土や環境やさらには歴史を踏まえたそもそもの地域性のうえに、人の暮らしを変えてしまうような社会的情勢やエピソードの影響を受けながらも、回復者の存在とセルフヘルプグループの活動と手を携えながら、人と地域を変えていくコアバリューはソーシャルワーカーによる依存症への理解、専門性、そしてかかわりの技が要であることが示された。

これら3人の演者のいずれもが、設定された「1つの事例」を巡り「この地域の、この私

に何ができるか」といったスタイルのプレゼンテーションを展開した。

シンポジウム後は、2人の回復者によるメッセージを受け、小休憩を挟み、Zoomのブレイクアウトルーム機能を使用するグループワークへと流れた。小集団としてのグループは、参加者のソーシャルワーカーとしての経験年数、依存症支援へのかかわりの程度と展望、所属機関の種別や地域等々を踏まえ、より効果的なセッションとなるための配慮による構成メンバーとした。検討委員は、それぞれファシリテーターとして参画した。

その後、各グループで話し合われた内容を報告し、全体で分かち合った。さらに、修了後は、研修効果の検証のため回答フォームのURLを送信し、参加者にアンケート回答への協力を求めた。

3) 依存症及び関連問題にかかわるソーシャルワーカー関係団体による意見交換会

深刻化するさまざまな社会問題の背景の一つにある依存症及び関連問題へのかかわりは、医療モデルとしての疾病の回復支援にとどまらない。資格名称や実践現場が異なっても、すべての領域のソーシャルワーカーがこのことのために果たすべき役割はあるとの認識に立っている。

前年度の第1回及び第2回意見交換会を継承しつつ、第3回目となる意見交換会は『依存症支援に求められる連携と協働を考える』をテーマに掲げ、その参加を呼びかけた。

2月7日(日)、Zoomミーティングによる関係各団体の代表者からのプレゼンテーションで幕を開けた。日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会からは「依存症専門治療とアルコール関連問題対応との連携」と題し、主催するソーシャルワーカーの基礎知識の修得を中心に据えた研修会の実施状況が報告された。日本医療社会福祉協会からは「一般医療におけるアルコール関連問題対応に掛かる連携」について、先頃立ち上げられた協会内組織としての「依存症リカバリーソーシャルワーク担当チーム」の設置とその取り組みについて紹介された。日本社会福祉士会からは、主に自殺対策ソーシャルワークの研修を実施しているなかでの依存症及び関連問題についての取り組みが報告された。日本ソーシャルワーカー協会からは、自身に身近な地域でのかかわりの実際例を踏まえた「連携においてソーシャルワーカーが果たすべき役割」といった観点による話題提供がなされた。本協会の検討委員からは、「一般精神医療とアルコール関連問題対応の連携」についての率直な課題分析を踏まえた問題提議、ソーシャルワーカーが担う回復支援と介入のあるべき展望についての提案がなされた。

いずれのプレゼンテーションもその内容は興味深く、これらを受けた相互による意見の交換は盛り上がり、組織の垣根を超えた新たな連携やより良い協働を探りあう場面としての一日となったと感じている。

4. 事業責任者等の選任

本協会の理事会から事業責任者を選任するとともに、事務局職員が事務的かつ実務的業務や経理を担当して、本事業の目的を達成するための諸般に取り組んだ。

〔事業責任者〕（敬称省略）

役名	氏名	所属
事業責任者 (担当副会長)	水野 拓二	鷹岡病院(静岡県)
事業副責任者 (担当理事)	岡本 秀行	川口市保健所(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

1) インタビュー調査の概要

本協会では、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「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」を実施しはじめ、3年目を迎えている。インタビューは、発言者が特定されないように配慮し、本事業以外の目的に使用することのないよう構成している。また、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している。

インタビューガイド

① 地域特性について

- ◆ 地域特性への評価
- ◆ 依存症回復支援にかかわる社会資源の有無
- ◆ 依存症回復支援を始めたきっかけ(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

- ◆ 依存症回復支援にかかわる活動の内容
- ◆ 依存症回復支援において工夫していること、心掛けていること、その成果
- ◆ 依存症の捉え方(あなたにとっての依存症とは)

③ 喫緊の課題と今後について

- ◆ 個別支援の中で感じる課題や困りごと
- ◆ ソーシャルワーカーの役割と課題
- ◆ 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
- ◆ 地域として目指す依存症回復支援のあり方や展望
- ◆ 課題解決のための本協会(依存症及び関連問題委員会)への期待

2) 今年度の取り組みの概要

今年度においては、大都市を代表する中部地方G地域、地方都市を代表する中国地方H地域に実際に出向き、現地での対面調査を予定したが、新型コロナウイルス感染拡大状況のなか、変更や工夫に向けた話し合いを重ねることを余儀なくされた。

中部地方G地域におけるインタビュー調査は、比較的至近にある関西の委員による感染予防に配慮したかたちでの現地訪問により実施した。ここでは、依存症及び関連問題への支援が断酒会の全国大会が行われるときを契機として関係者の連携が生み出され、重層的に構築されてきた歴史があることを再確認した。保健所に精神衛生相談員(当時)が配置され、回復支援に寄与してきた。断酒会活動との連携を軸として治療や相談支援機関が連

携し、回復運動を支えてきた全国的な歴史を再確認したのである。現在は精神保健福祉センターや保健所は相談活動やプログラムを持ち、専門医療機関は、病院だけでなくクリニックもある。自助グループや回復施設もまた、1970年に立ち上げられた県断酒会をはじめAA、GA、マック、NA、ダルクもある。さらにはアルコール依存症に特化した作業所等々、社会資源は豊富に築かれ、多職種・多機関による関係者会議、連携医療研究会、回復支援関連ネットワーク会議などがある。保健所の業務変化があるなかで、今後への連携の仕方を再考していかなければならない時機にきていること、地域特性といっても、同市でも隣区とは全く異なる特性があるため、地域特性という概念についてとらえ方の再検討していく必要も出てきた。

中国地方H地域におけるインタビュー調査は、関東及び東北の委員と現地とをオンラインで結んで実施した。調査対象の現地会場には断酒会の代表者にも同席していただいた。特筆すべきかわりの実績を持つ専門医療機関は、依存症治療拠点機関として県内におけるその認知度は極めて高い。広く各地のあちらこちらから遠路を厭わず受診・受療した人たちが、断酒会の80%を占めている。紹介元は精神科と一般科が半々であること、専門医療機関のソーシャルワーカーと保健所の保健師とが一緒に訪問するアウトリーチを積極的に行っていること、人材養成や独自のプログラムを持つ精神保健福祉センターと専門治療機関との日常的な連携があること、退院する単身者のために開拓した一般アパートがいわばグループホームと化していること等々と、フォーマル及びインフォーマルに資源の活用が展開されていることが明らかにされた。

3) おわりに

インタビュー調査を続けるなかで、①「地域特性」をとらえる視点の整理が必要となっていること、②全国的に共通して断酒会を軸とした関係者間の連携による回復運動の進展がみられたこと、③インタビュー協力者から実践に向けて大切な貴重なメッセージをいただけてきたこと。これらの課題や示唆を今後に生かしたいと考える。

2. 中部地方・G地域におけるインタビュー調査から

調査実施日：2020年10月22日(木)

調査実施者：日本精神保健福祉士協会 依存症及び関連問題対策委員会
池戸悦子委員 佐古恵利子委員

調査対象者：元保健所精神保健福祉相談員・

現ひきこもり及び家族相談員1名 Aさん

依存症治療拠点クリニック 精神保健福祉士1名 Bさん

アルコール作業所 精神保健福祉士1名 Cさん

1) 調査結果

①地域特性について

中部地方の中心であるG地域は、47都道府県別では全国第4位の人口約775万人を抱える。その政令指定都市である県庁所在地は人口約225万人、16の行政区を持っている。製造業を中心に、産業規模は大きく、大都市部では地方から人口が流入してきやすい。歴史的に依存症支援は、保健所の相談活動と自助グループ、依存症医療が相互に連携して、支援を分厚くしてきた経緯がある。また、AA・GA・NAなどの自助グループがあり、マック(1985年開設)、ダルク2か所(1989年、2009年開設)、依存症専門医療機関11か所、治療拠点機関3か所となっている。

G地域における依存症支援のネットワークは、断酒会の全国大会を契機としてその前年より県アルコール関係者会議約20年間続けられた。2006年からは県アルコール連携医療研究会が開催されている。また薬物依存症の回復支援関連ネットワーク会議などが、組織や職種を超えた多職種・多機関の人材で構成されてきた。

G地域では1970年に断酒会が設立し、2020年現在会員数422名である。保健所精神衛生相談員の配置によりアルコール相談窓口ができ、熱心な相談員の存在によって、G地域では大いに機能し、断酒会と医療機関と保健所相談の連携による回復支援が展開した。1981年断酒会全国大会の開催と並行してアルコール問題関係者会議がその前年よりスタートし、県精神保健福祉センター、医療機関、保健所相談員、保護課のワーカー、自助グループ、断酒会、マック等が集まり、事例研究会、研修会(一般向け、関係者向け)等を毎月に近い頻度で持ちながらネットワークが形成されていった。市の保健所ではアルコール談話室等が立ちあがり、料理教室もできた時期もある。また、県精神保健福祉センターの他に2000年末に市精神保健福祉センターが開設された。当時は市のセンターは依存症本人向けのプログラムがなく、依存症家族の個別の相談や家族教室を行うに留まっていた。しかし、2018年にギャンブル依存症等対策基本法が成立された後にギャンブル本人ミーティングを始めている。アルコール問題関係者会議が活発に行われていた時代には、市のセンターはまだできておらず市精神衛生センターと称し、統合失調症中心の独立型のデイケアをしていた。そののち全国で薬物の問題が大きく取り扱われるようになり、1998年に薬

物乱用防止5ヶ年戦略が出された後に、市衛生センターが精神保健福祉センターと改称された。全国のセンターで薬物の家族相談が義務付けられ、市精神保健センターも開設と同時に依存症の問題に取り組むようになった。県の精神保健福祉センターでは従来よりアルコール・薬物等ミーティングを行っている。

1991年には市内に専門クリニックが開院され、現在治療拠点機関として諸機関連携の要となっている。1997年にはかねてからあった断酒会館において、断酒会の作業所が設立、開所2年目よりソーシャルワーカーが入職している。2006年G県連携医療研究会が発足され、関連する医療機関、専門医療機関、行政機関の連携の方法を考えるための介入講座や依存症関連の勉強会を開催するようになり現在にいたる。

このような特徴をもつ地域であるが、地域特性とは、「同じ市内においても区が変われば暮らし向きが違うので一口では言えない。その人間はその地域で生活する。地域に沿った生き方を知っておかないと対応できないと思う。郷土史を学ぶ必要がある」と、A氏は述べていた。

②日頃のかかわりについて

▶A氏

断酒会の草創期から発展していく時機に関わってきた。1970年頃より、大阪の泥臭いやり方をまねて、保健所で单身者の会をやろうとした。精神衛生相談員が配置された草創期で、どこから手をつけたらいいのかわからず、午前中は所内で相談に応じ、午後は訪問するスタイルで、家族会もやり、相談員の個性に左右されていた時代背景があった。1979年掲載された新聞記事によると、1971年の同保健所で受け付けた相談件数は75件の内アルコール関係は12%であったが、1974年から1976年にかけては40%台に、1978年には50%となるにいたった。その内他のG地域からの相談が32%、住所不定20%と菅外からの相談ケースが多かった。1972年には保健所で酒害教室や家族教室等の社会資源をつくってきた。故窪田先生が来て研究会も行い、専門病院での院内例会への同行や、朝昼晩と訪問したこともある。相談者が入院した場合には必ず面会に行き、断酒会につなぎ、2年くらい付き合うと目鼻ができた。やめていくと素晴らしい人たちで、もったいないと思ってきた。関わりとして大切にしてきたことは仲間を増やすということ、家族が何をすべきかを伝えていくこと、本人には自覚を促すことといえる。入院をすると必ず面会に行っていた。「なんで俺みたいな人間のために来るのか？」と本人に言われる。自分では覚えていないがその時に「もったいないがや！」と言ったらしい。この自分の一言が本人にはささり、これをきっかけに飲酒はやめた。何がきっかけになるか分からない。

▶B氏

デイケアではともに過ごす時間が長く色々な場面で色々な話ができる。家族への関わりも重視している。多機関や自助グループとの交流も大切で、現在作業所との交流も定期的に行っている(ミーティング、ソフトボール)。土曜プログラムでは自助グループの人にも来てもらっている。

ベースにあるのは「信頼関係」。信頼関係をどう築いていくか、その人の人生に係ること。「この人なら少し話を聞いてくれそう」となるように、そのためには当たり前のことだ

が面接には遅刻しないこと等を意識している。どの疾患でも同じだが、病気のことを意識することは大切だが、目の前にいる人が今何に困っているかを一緒に考える。飲む・飲まないより、その人がその人らしい人生をどれだけ送れるか。長く一緒にいると大きな問題も小さくなっていく。長く付き合っているからこそわかることがある。

病的な状態でもベースで関係が築けていればいざというときにも生きてくるという体験をしている。面談をしても解決しないことはたくさんある。解決するのはその人で、一緒に考える時間を大切にしている。

人との出会いを大切にしている。人につなげたいと考えている。患者さんのことでお願いするときにその機関のソーシャルワーカーや医師とどんな関係をもってきたのかが出てくると思う。病院へ入院のお願いをするときもそのPSWの力量が関係する。PSW室が医師とどういった関係か。こういったことも意識しながら相談している。

▶ C氏

自分の場合は、断酒会と出会い、希望を見出して入職していった。学生時代にアメシスト(女性の断酒会)の分科会に出席したときに、弱さをさらけ出して語っていることに衝撃を受けたことがあった。入職当時は近隣の病院の影響を強く受けていたが、徐々に自分の意見をきいてもらえるようになってきた。今現在はケースを通してつながる、そこには人と人がいる。人と人とのつながりを大切にしていきたい。以前は治療と思っていたが、「その人の長い人生のなかで」と最近は考えるようになった。依存症の支援をするには「自分も続けること」が必要だと思う。そのためには自分の生活も大切にすることであり、自分自身の経験も当事者との関係づくりに影響してくると思う。専門的なことも大切ではあるが人として経験を積むことも必要だと思う。

③喫緊の課題と今後の展望について

▶ A氏

保健所業務のなかで事務量が増えてきている。そのなかでの難しさがあるが、医療機関にお願いしたいことは保健所をもっと使ってもらい、ケースをみて育ててほしいということ。見ようとしない、関わろうとしない傾向が危惧される。今後は若い人に期待。今回色々な話を聞いて色々なことを思い出させてもらった。「鮎に始まり鮎に終わる」というが自分はアルコールで始まりアルコールで終わり幸せだった。アルコールができればどんな支援もできる。資料をどこかで整理しておいてほしい

▶ B氏

同行したりもしているが、自助グループにつながる人が少なくなっている。アルコール支援をやる人は何でもできる。応用がきく。アルコール支援のなかには宝物がたくさんある。PSWが依存症に積極的に関わっていくことは重要だと思う。今後ASWとPSWでなにかコラボができればと思う。また自助グループにつないでいく働きをすることが大切で、それは丸投げでも橋渡しだけでもだめであり、自助グループだけでは解決できない問題もあるので、その人の治療で医療機関としてしなくてはならないこともある。例えばPTSDに対しての心理的なカウンセリングや投薬治療など根深い問題を抱えている人へのフォローも

必要であり、そのための環境整備への取り組み（生活保護や傷病手当等）も必要。それからもう1点、家族を含めた視点も持つことだ。クリニックに来て視点が変わった部分。面白くなった。家族から介入できること。家族は協力者ではなく、困っている人。家族を軸にして、家族が変われば本人も変わる。まずは困った人が来る、そこから関わっていく必要がある。

▶ C氏

もっといろいろな機関が関わるようになり、ケースを通して機関との連携や依存症に対してのメッセージを送ったり、教えてもらうようにしていきたい。家族への関わり方や、管理的な見方は今はだいぶ変化してきたが、課題は「関係機関との連携」であると考えている。もっと利用してほしい。断酒会とともに歩んできている当事業所には色々な地域から通所利用があるが、利用者が減少していることに加え、福祉サービスの手続きに時間がかかり、事務量が増えている。通所開始日とサービス受給までに時差がある。その間、通所不可とは利用者にはいえないため、持ち出しになっている。また障害福祉サービス事業所もさまざま増えてきている。

2) 考察

この地域における依存症支援は、1965年頃から始められている。

さかのぼること遥か50年以上前に、断酒会、保健所、医療機関などの連携した動きが展開された。特に、保健所に所属するソーシャルワーカーと医療関係者との連携のなかで依存症支援のネットワークが構築され、地域を牽引してきた動きには特筆すべきものがある。また、ソーシャルワーカーによるかかわりの基本である一對一の支援を基本とした、その人を知る、その人との信頼関係づくりに重きをおくケースワーク展開を重視し、そのために機関同士の連携があり、その連携においても人と人とのつながりを大切にしながらかたちづくろうとしていることが強く印象づけられ、連携の原点に触れることができた。本インタビューを通じて、依存症及び関連問題に関わるうえで、自助グループを軸としてそれぞれの機関が果たすべき役割をもって連携していくこと、家族支援と、家族を失ってきた人への支援、地域社会が抱える問題と連動する問題理解、継続性のある関わり、そして熱意と自己覚知が鍵となる、という重要なキーワードを示していただいたインタビューであった。

3. 中国地方・H地域におけるインタビュー調査から

調査実施日：2020年11月27日(金)

調査実施者：日本精神保健福祉士協会 依存症及び関連問題対策委員会
小関清之委員長、引土絵未委員

調査対象者：依存症専門病院 精神保健福祉士1名
H精神保健福祉センター 相談支援員1名
H断酒会2名

1) 調査結果

①地域特性について

中国地方のH県は人口約130万人。県内に1か所の精神保健福祉センター、8の保健所、31の精神科病院がある。

依存症回復支援に関わる社会資源については、精神保健福祉センターは県南部となるため、県北部などでは地域の保健所で相談対応をしていることが一般的。依存症対応可能な精神科病院は2か所で、そのうち依存症専門病院が1か所。依存症対応可能な精神科病院が県西部に偏在しているため、県東部からの受診に地理的不便さがある。県南部と県北部でいくつか特徴があり、自助グループでは県南部はAA、県北部は断酒会中心に活動している。また、断酒会の酒害相談についても、県北部では酒害相談が継続されているが、県南部は断酒会との連携が希薄化しているとのこと。マックやダルクなどの依存症回復支援施設はないが、自助グループは充実している。専門医療機関と十分な連携が図られており、H断酒会の8割が依存症専門医療機関出身者とのこと。依存症を専門とするグループホームなどの社会資源もない。

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および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

H精神保健福祉センターでの依存症回復支援に関わる活動は、個別相談の人材養成が中心となる。近年では、アルコールやギャンブル関連の軽症例の相談が増加してきており、継続的に個別相談を実施している。依存症の相談は途切れることが多々あるが、「少しお節介」な関わりを意識して、相談が途切れた際には電話連絡をして相談の継続を促している。また、人材養成では、支援者対象の研修会や関係機関を対象とした依存症対策検討会を開催し、依存症に理解のある人材を増やし地域の底上げを目指している。

H断酒会は、発足30年、会員数125名(最盛期230名)。現在の会員構成は70代が6割、60代と40代が4割となり、世代交代に取り組んでいる。アルコール健康障害対策推進計画として県内の全保健所に酒害相談窓口を設置する要望を出しているが、山陰2か所のみ

で山陽は実施できていない。従来のような断酒会だけでの回復を目指すのではなく、医療や行政と連携していく必要があると考えている。また、県北部の一部の地域では、防災無線で酒害相談日に案内を行っている。

依存症専門病院は、1982年3月開設、病床数は127床、H県のアルコール・ギャンブルの依存症治療拠点機関及び専門医療機関に選定されている。治療は約1年間のARP（アルコール依存症リハビリテーションプログラム）であり、約4～6ヶ月を入院、約6～8ヶ月を通院とすることが基本となる。治療の中心は集団精神療法（ミーティング）となり、おおむね入院1ヶ月後からは外泊訓練を開始し、自宅へ帰り地元の自助グループへの参加をし、退院し通院治療に向け飲まない訓練を行っていく。条件が整えば退院後は週6日（月～土曜日）の通院治療を行っていく。

工夫している点として、治療だけでなく相談機能を担うことによる地域のつながりを重視している。県内外からの相談が多数あり、紹介元は一般科医療機関が約半数と非常に高く、地域のなかでの依存症専門病院として広く認知されている。一般科医療機関との連携では、紹介された患者さんが紹介元の医師に会う機会を意図的に設定し、回復した姿を見もらうことで、回復の実感やつながりを強化することを意識している。また、アウトリーチ活動として、再発した方の訪問などの際には保健師さんと一緒に訪問するなど関連機関と一緒に取り組んでいる。退院の際には、一般のアパートを活用し、理解のある大家さんの紹介などで仲間同士が支え合う環境となりグループホーム化することもあるとのこと。このようにフォーマルな社会資源だけでなく、インフォーマルな資源も活用することで地域生活が可能となっている。

▶ 依存症の捉え方（あなたにとって依存症とは）

依存症は、使うとか使わないという問題にとどまらない、その人の価値観や人生の生き方の問題。最初は依存症の問題でも、やめている期間が長くなってくると、何かそこを埋めるようなものが必要になってきたり、仕事や家庭の問題が大きくなる。

酒を絶対にやめますとんでも、また酒が出てくると、またそこにのめり込んでしまう「懲りん人間」。明日はわからんっていうのがこの病気。完治がないから常に自分との戦い、どこに自分の考えを向けるかというのが、勝敗の分かれ目。

生きづらくて不器用な人たちだけど、憎めない人。希望のある人。

③喫緊の課題と今後の展望について

H精神保健福祉センター：人材育成と地域連携が今後の課題。依存症について理解があって、相談対応できる支援者を県内の各地域に少しでも増やしていきたい。現在、一番身近な依存症相談は保健所だが、地理的利便性は低く、市民からすると「遠いし、身近ではない」という声もある。また、より身近な、市役所、町役場で依存症の相談ができるようにしてほしいという要望もある。現在、市役所、町役場の保健センターには保健師がおり、相談対応を行っている場合もあるが、より多くの県民にとって身近な支援者が依存症について理解し、相談対応できるよう人材育成をやっていきたい。

H断酒会：これまで断酒会は「アル中集団、ワンランク下のNPO」としてみられているように感じるが、その見方を転換できるよう、情報発信をしていきたい。アルコールの飲み

方も変化してきているなかで、断酒会がどのようなところで、どのような組織で、何を目的として、頑張っているかということを発信していきたい。インターネットも活用し、ソーバーねっとに断酒会情報を掲載しているが、さまざまなかたちで断酒会を一般社会に認知してもらうことが大切。

依存症専門病院：回復者が大勢地域にいてくれる強みを大切に連続性のある支援を目指していきたい。また、拠点機関の選定を受けたため、行政と一緒に可能性を模索し、啓発活動を行っていきたい。最後に、病院で待つだけでなく、地域でのアウトリーチを続けていきたい。院内業務や役割も多くなり、身動きが取りにくくなってきてはいるが、一番大切にしなければならないことは優先してやっていきたいと考えている。

2) 考察

H地域では、依存症専門病院を中心に、地域全体での依存症支援が展開されていた。断酒会の8割が専門病院出身者であることから、専門病院と自助グループのつながりの深さが伺えるが、それだけでなく、依存症専門病院への紹介元の半数が一般科医療機関であるなど、地域のなかでの依存症専門医療機関としての認知度の高さは特徴であり、全国的に見ても特筆すべきことである。このような依存症専門病院を中心とした依存症支援のあり方について漫然と受け入れるだけでなく、「依存症回復支援の地域の力を奪ってしまった側面」があるのではないかと真摯に自問しつつも、医療機関で単に待つソーシャルワーカーではなくアウトリーチに力を注いでいることも大きな特徴であろう。このような、積極的なアプローチは「地方だからこそできる、1ケース1ケース、丁寧な粘り強い支援」であるとのこと。どのような地域であっても、一人ひとり丁寧に粘り強く関わることは前提ではあるが、その密度には地域特性が大きく現れることを再認識した。

また、フォーマルな社会資源だけでなくインフォーマルな社会資源の活用についても示唆を得ることができる。依存症回復支援施設や、依存症専門のグループホームなどはないが、専門病院出身者の多くはインフォーマルなつながりに支えられ地域生活が可能となっている。大勢の回復者がまさに社会資源となり、地域での回復支援の重要な支え手となっているのである。

全国のとりのわけ地方都市にあっては、地域に一つ、あるいはごく限られた数の専門医療機関しか整備されていないといった社会資源のいわゆる過疎地域は少なくない。このことは、一般内科医療から専門医療へのアクセスだけでなく、地域住民としての依存症当事者や家族にとっての回復にいたる選択肢が限られることにもつながる。法制度の追い風があるとはいえ、すぐさま新たな社会資源が設置されることは容易ではない。本調査で明らかになったH地域の専門医療機関のソーシャルワーカーによる実践は、似たような環境下での地域ネットワーク構築に悩む多くのソーシャルワーカーに光明を与えてくれるものに違いないと実感した。

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オンライン研修

「みるみる みえる 人の暮らしと依存症 おうちセミナー
～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～」

1. オンライン研修の概要

今年度は、新型コロナウイルス感染拡大の影響により、対面による集合研修は断念し、オンラインでの開催となった。事前視聴としてeラーニングによる2つの講義を受講したうえで当日の研修に臨んでもらう2段構えの研修となる。

前々年度に関東地方A地域で行った調査結果と、今年度実施した中部地方G地域と中国地方H地域のインタビュー調査の3地域で得た知見を踏まえ、「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」を開催した。今回の事例には「薬物関連問題」も付け加えられており、さらに深く家族内の問題を探り、地域特性を踏まえた支援とネットワークの構築、あたりまえにソーシャルワーカーがこの問題に取り組んでいける視点を持つことを目的としている。

【研修日程】

2021年2月23日(火・祝) 13:30～15:30

eラーニングによる事前視聴とZOOMによるオンライン研修

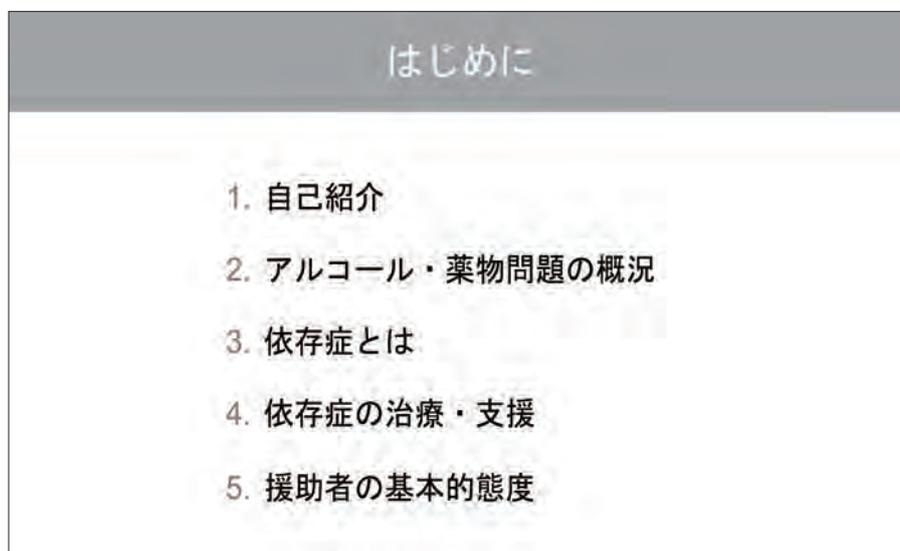
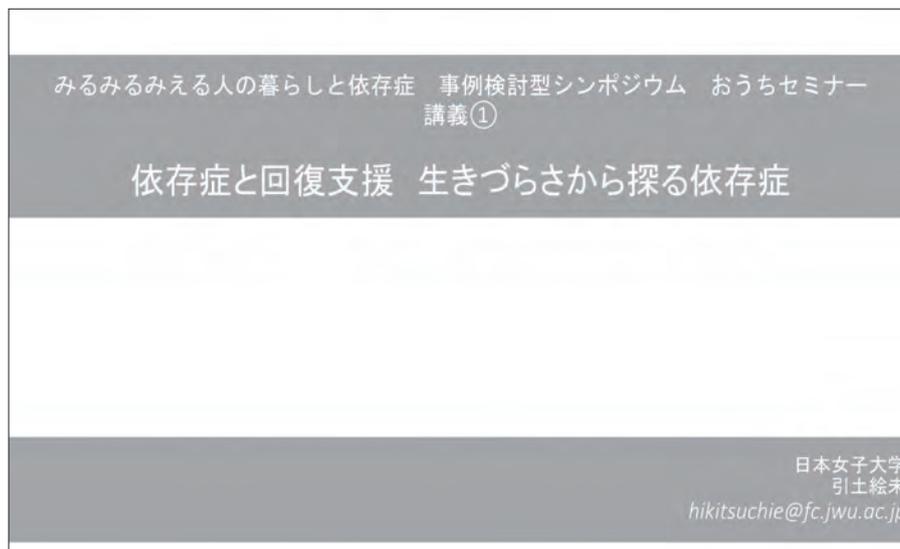
◆事前視聴／eラーニング(2月12日(金)～23日(火・祝))	
● 講義1「依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症」(約60分)	
講師：引土 絵未(日本女子大学)	
● 講義2「依存症及び関連問題を抱えるクライアントへのアセスメントと支援アプローチ」(約60分)	
講師：山本 由紀(国際医療福祉大学)	
◆事例検討型シンポジウム・グループワーク／Zoomミーティング(2月23日(火・祝))	
13:00	受付開始
13:25	開講式・オリエンテーション 司会：齊藤 健輔(東北会病院) 挨拶：岡本 秀行(川口市保健所)
13:30	事例検討型シンポジウム 「確かなりカバリー支援と地域特性を生かしたネットワークのために」 シンポジスト：神田 知正(井之頭病院) 岡村 真紀(高嶺病院) 池戸 悦子(桶狭間病院 藤田こころケアセンター) 回復者から支援者へのメッセージ：H県断酒会・G地域ダルク
15:00	休憩
15:15	グループワーク
16:00	まとめ
16:25	閉講式 挨拶：小関 清之(秋野病院)
16:30	終了

2.e-ラーニング講義 ①

「依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症」

e-ラーニング講義 ① 「依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症」解説

本講義では、アルコール・薬物問題の概況、生きづらさという視点から見る依存症の機能的要因・心理的要因、依存症の治療・支援機関とネットワーク、依存症に関わるうえで援助者の基本的態度としてのエモーショナル・リテラシーや肯定的な関わりについて取り上げています。





【スライド2】ここで皆さんにお伺いしてみたいと思います。あなたにとって大切な活動・時間はありますか。では、あなたの大切な活動・時間と、依存症者のアルコールや薬物は同じように大切な活動や時間だと言われるとどのように感じますか。「そうだな同じだな」と感じる方もいらっしゃるれば、「何か違うような気がする」と違和感があるという方もいらっしゃるのではないのでしょうか。本講義を通して、依存症者にとってのアルコールや薬物の意味について一緒に考える機会になればと思います。

自己紹介：父と私の物語

- ◆ 父の孤独の始まり
- ◆ 父の最期 「死のトライアングル」
- ◆ 父とお酒 「酒おいしかった」に込められた意味

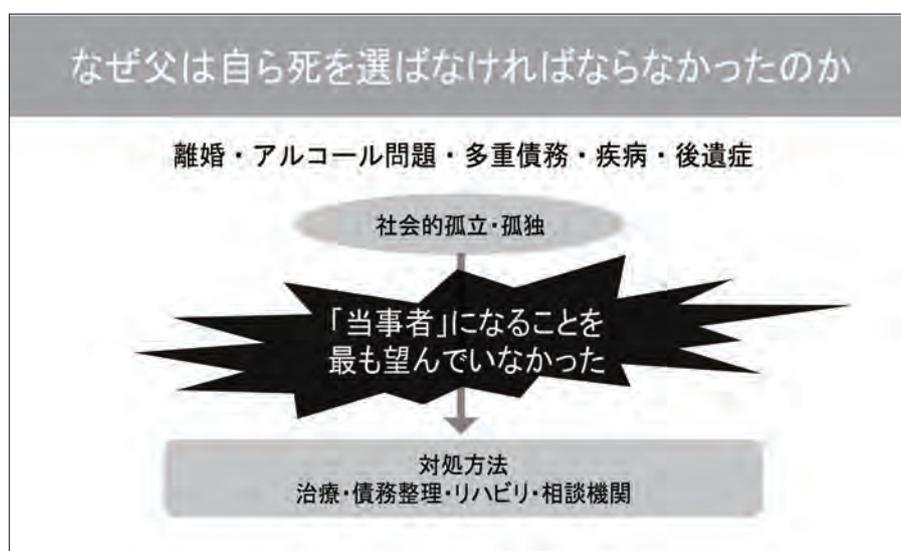
『自殺をケアすること：「弱さ」へのまなざしからみえるもの』

【スライド3】私は広島生まれ広島育ちで、広島の精神科病院で精神保健福祉士としてアルコール依存症の方の支援プログラムを立ち上げることから依存症支援が始まりました。支援プログラムを通して院内で「厄介な患者さん」と思われていた依存症の患者さんが、「回復することのできる人」との見方によって変わっていきますが、変わらず亡くなっていく患者さんがいることに問題意識を持っていました。なぜかという、私の父親がアルコールの問題を抱えたまま、なんの支援につながることもなく、自殺で亡くなったからでした。私たち家族は多くの問題を抱えて生きていました。両親の離婚によって父子家庭として好奇の目に晒され、親戚とも徐々に疎遠になり、地域でも孤

立していました。今思えば父は本当に孤独だったと思いますが、当時の私は自分自身が生き延びることが精一杯で父の孤独に寄り添うことは到底できませんでした。ましてや飲酒問題が悪化していく父に対して、「なんで、どうして」という批判的な感情しかありませんでした。

父の最期は、連続飲酒状態で、一日中飲み続け、寝て起きては何も食わずにお酒を飲む状態でした。お酒が切れるとふらふらの状態で飲酒運転でお酒を買いに行きます。父は酔うと「死にたい、話を聞いてくれ」と泣いていました。この頃には、うつ状態だったのだと思います。アルコール・鬱・自殺の死のトライアングルと呼ばれる状態でした。

父の遺書のいくつかのメッセージのなかに忘れられない言葉があります。それが、「酒美味しかった」という言葉でした。私たちにとってお酒は父の命を奪ったものでしかありませんでした。しかし父にとっては、孤独な父を支える存在であったのだと思い知らされました。



【スライド4】なぜ父は自ら死を選ばなければならなかったのでしょうか。私たち家族は、離婚・アルコール問題・そのほかにも多重債務や脳出血とその後遺症と多くの課題を抱えていました。そして、社会的に孤立していました。父の死から20数年が経過し、私たちが抱えていた課題には多くの解決策が出てきました。アルコール問題には治療があり、多重債務には債務整理があり、後遺症にはリハビリがあり、これらの相談機関やその情報も多く提供されるようになりました。今の時代に私たち家族が生きていたら、父は生き延びていたのかと考えますが、どうしても父が生きている姿が思い浮かばないのです。なぜなら私たち家族は「当事者」になることを最も恐れ、最も望んでいませんでした。好奇の目に晒されるなかで、「普通家庭」であることを最も大切に生きていました。

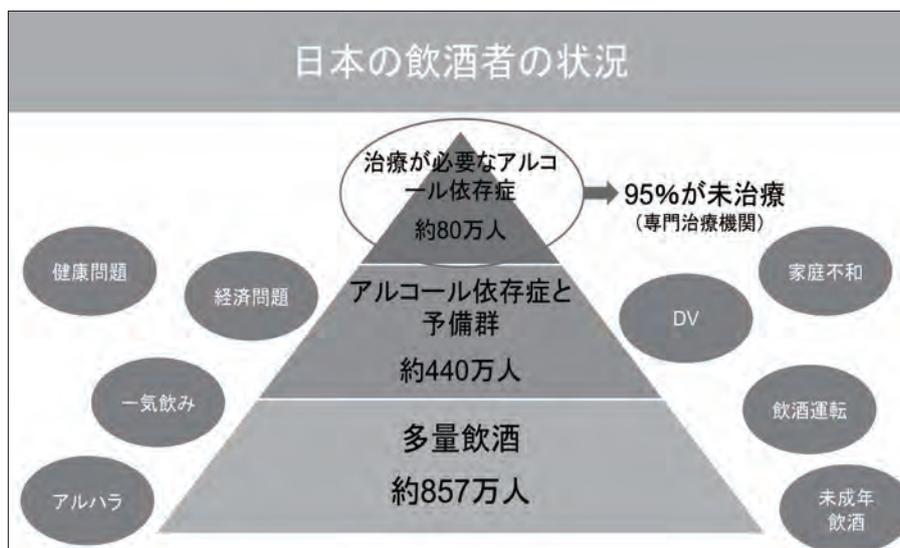
私たちの苦しみは

離婚・アルコール・多重債務・後遺症そのものではなく、
「弱さ」を認めない社会のあり方にあったのでは

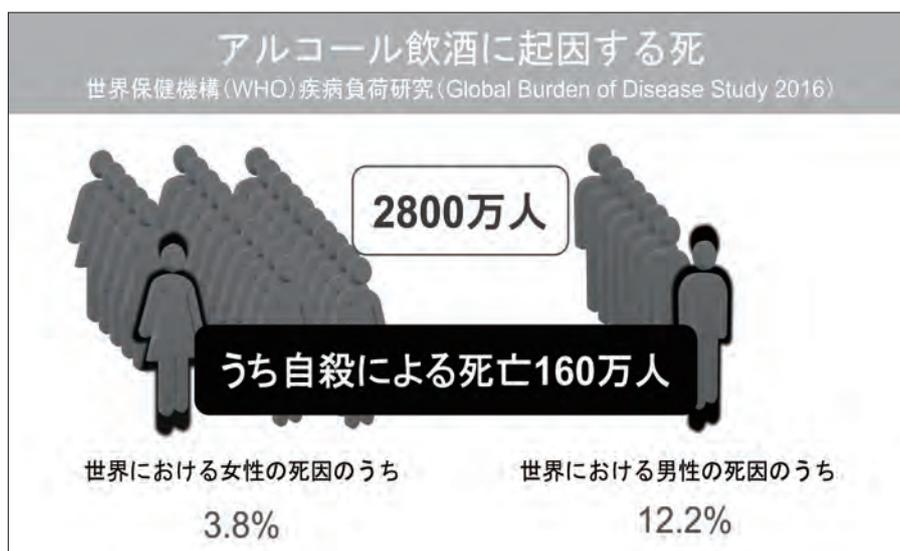
【スライド5】私たちの苦しみは離婚・アルコール・多重債務・後遺症そのものではなく、「弱さ」を認めない社会のあり方にあったのではないのでしょうか。このような問題意識を前提に、アルコール・薬物などの依存症の問題について皆さんと一緒に考えていきたいと思います。

まずは日本のアルコール・薬物問題の概況についてみていきたいと思います。

2.アルコール・薬物問題の概況



【スライド7】日本のアルコール問題の概況についてですが、アルコールに関連するさまざまな問題（アルハラなどの飲酒行動に関連する問題、アルコール飲酒に起因する健康問題や経済的問題）を含むアルコール飲酒者の状況について表しているのがピラミッド型の図になります。日本の飲酒者のなかには推計857万人の多量飲酒者がいると言われていています。さらに問題が進行し、アルコール依存症とその予備軍が約440万人、そして、治療が必要なアルコール依存症の人が推計約80万人と言われていますが、実にその95%は専門治療機関を受診していない状態です。これらの人の多くは、身体的疾患を発症した場合に一般内科を受診し元気な体になって飲酒を再開したり、鬱症状などが現れて精神科を受診してもアルコール依存症の問題が見逃されていることがあると言われていています。また治療の必要性を指摘されても治療の同意が得られないことも多いでしょう。この点については、次の「依存症とは」の部分で触れたいと思います。



【スライド8】次に視点を世界全体に広げてアルコール飲酒に起因する死について、世界保健機構 (WHO) が実施する調査結果を示したいと思います。これはWHO加盟国における疾病負荷研究と言われるもので、どのような原因で人が亡くなっているか

というものを調べたものです。このうちアルコール飲酒に起因する死について取り上げています。世界における死因のうちアルコールが原因でなくなる女性の割合は3.8%、対して男性は12.2%と8~9人に一人の割合でアルコールが原因で亡くなっていると言われています。その数は年間2800万人と言われ、WHOは飲酒のリスクの高さについて警鐘を鳴らしています。また、そのうち自殺による死亡は160万人とされています。

アルコールと自殺

43,383名の40~69歳男性を9年間追跡調査
168名の自殺者の飲酒頻度・量と死亡の相関

大量飲酒が自殺のリスクを高める

Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan
Tatsuo Akechi, Motoki Iwasaki, Yosuke Uchitomi and Shoichiro Tsugane

【スライド9】アルコールと自殺の関連はかねてから指摘されてきました。これは日本国内の調査ですが、全国の保健所、国立がんセンターなどの共同疫学研究JPHC (Japan public health center based prospective study) から情報を得たコホート研究 (特定の要因を有する集団を一定期間追跡し、研究対象となる疾病の要因や関連を調べる研究) です。この調査では、433,383名の40~69歳の男性を対象に9年間追跡調査を実施し、そのうち168名が自殺で亡くなっており、飲酒の頻度や量と死亡の関連を調べた調査になります。飲酒を全くしない群、少量飲酒の群、中程度の飲酒群、大量飲酒群とに分けた場合、大量飲酒群で自殺者が多いという相関が認められ、大量飲酒が自殺のリスクを高めることが明らかになっています。

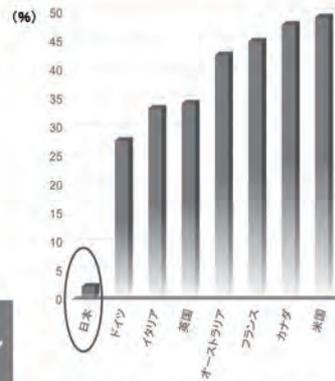
各国の違法薬物使用の生涯経験率

国ごとに調査対象薬物が異なる
ために単純比較は難しい

日本での薬物使用障害経験率は
各国と比較して非常に低い

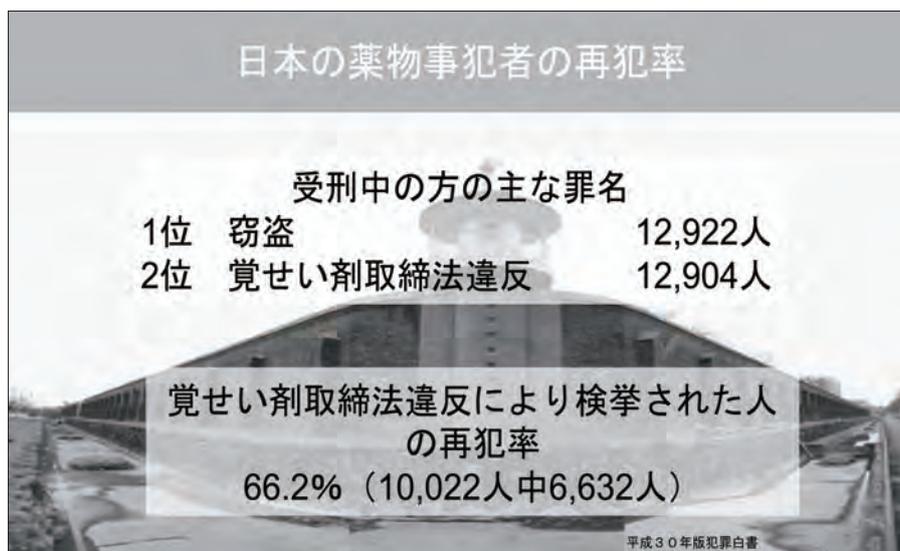


「ダメ、ゼッタイ」と ハームリダクション



法務総合研究所研究部報告62「薬物事犯者に関する研究2020」

【スライド10】 続いて薬物問題の概況をお示したいと思います。このグラフは各国の違法薬物使用の生涯経験率（違法薬物を経験したことのある人の割合）を図示したものです。国ごとに調査対象薬物やその社会的な位置付けも異なるため単純比較は難しいという前提ではありますが、諸外国と比較して日本は非常に低い割合が示されています。この背景には、日本が薬物対策として前提としている「ダメ、ゼッタイ」政策にあります。このような厳罰主義により、諸外国と比較して奇跡的と言われるほど低い薬物経験率という結果をもたらしています。一方で、諸外国の薬物対策では、薬物禁止政策は緩やかに衰退し、ハームリダクションの理念に基づいた政策や活動が実践されるようになっていきます。ハームリダクションとは、「薬物の使用による健康への悪影響、社会的及び法的影響を減らすことを目的とした政策・プログラム・その実践を意味する」と言われています。具体的には、薬物使用について非犯罪化や合法化が行われること、また、感染症予防の観点から注射器を交換するプログラムなどが挙げられます。日本ではハームリダクション政策導入されていませんが、「断薬に拘らない関わり」として実践に取り入れられている側面もあります。



【スライド11】日本は奇跡的に薬物使用者の割合が低い現状となっていますが、諸外国同様に薬物事犯により逮捕された人の再犯率の高さが大きな課題となっています。平成30年犯罪白書によれば、平成29年時点で受刑者で2番目に多いのが覚せい剤取締法違反によるものです。また、覚せい剤による受刑者の再犯率は66.2%と非常に高い数値が指摘されており、喫緊の課題となっています。これは「ダメ、ゼッタイ」政策により、薬物使用者が社会に再参加していくことを困難にしているとも考えられます。



【スライド12】薬物使用者は推計270万人とされていますが、飲酒者の状況と同様に全員が治療が必要な依存症の状態にあるわけではありません。年に数回何かの機会に使用する人、日常的に使用する人、そして治療が必要な依存症の人がいます。しかし一様に、薬物依存症者は人間ではないような捉われ方をしているように思います。それはかつてのテレビCMで「覚醒剤やめますかそれとも人間やめますか」という強烈なインパクトを与える放送に象徴されるような、厳罰主義に基づく啓発活動の影響だと考えられます。その結果、薬物使用者は一様に法規制によるスティグマを与えられることとなり、社会的逸脱者としての困難を抱えることとなります。

依存症者への支援

身体的・精神的・社会的な生活困難からの回復を支援するという意味では、一般的なソーシャルワークと同様

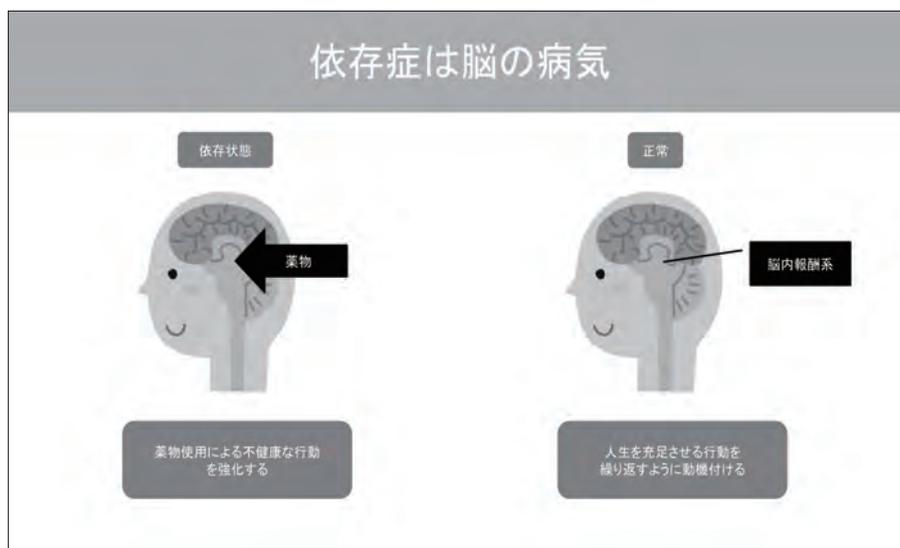
依存症者とその家族との関係構築の場合、援助関係の「水路」（バイスティック）に法規制やスティグマ・偏見など多様な困難が生じる



【スライド13】このようなアルコール・薬物依存症者への支援について考えてみましょう。身体的・精神的・社会的な生活困難からの回復を支援するという意味では、一般的なソーシャルワークと何ら違いはありません。ただし、依存症者とその家族の関係構築をする際には大きな特徴があります。バイスティックは援助関係を「水路」と表現しています。水路なくして、どんなに社会資源があっても水路なくしてはクライアントに届けることはできない。だからこそ、援助関係という水路を築くことの重要性を指摘しています。この水路を考えたときに、依存症者とその家族の場合には、法規制やスティグマ・偏見などがその水路をとどめてしまうことがしばしばみられます。そしてその偏見は、政策的な影響を受けた私たち自身が持っている部分もあるのではないかと思います。

ここからは、依存症について、その概要と特徴に触れたいと思います。

3. 依存症とは



【スライド15】依存症は脳の病気とされています。一般的には「意志の弱い人」というイメージがありますが、依存症者の行動は脳の機能によるものとされています。右側の図は正常な人の脳の状態を描いています。脳の中には報酬系というシステムがあり、ある刺激を受けると、ドーパミンなどの神経伝達物質が分泌され多幸感を引き起こします。適切に機能する報酬システムは、自身の人生を充足させる行動を繰り返すように動機付けますが、薬物使用などにおける報酬システムは、楽しさと同時に不健康な行動を強化します。身体的影響、社会生活への影響、経済的影響が生じ、周囲から強く批判・非難を受けますが、自分の意志のみでは特定の物質や行動をやめられない状態となるのです。

依存症は「否認の病」

「生きづらさの杖」としてのアルコール・薬物

- ・「自己治療仮説」: 快楽の追求ではなく心理的苦痛の減少を目的とした薬物使用

依存症への偏見・誤解

- ・「意志を強くもてば...」「仕事をしているから大丈夫...」「私だけはそんなにひどくない」

回復のイメージの乏しさ

- ・「依存症なんて人生終わりだ...」「こんな自分に回復なんて無理に違いない」

**「否認」は依存症者個人だけでなく
社会が抱える課題でもある**

【スライド16】依存症者がお酒や薬物に対するコントロールを失っていく背景として、脳の影響による機能的な要因ともう一つの大きな心理的要因として依存症は「否認の病」と言われます。否認とは、飲酒や薬物使用により生じる問題やそれらに対するコントロール不能などについて否認することで薬物使用を継続しようとする心理的防衛反応とされます。

かつてはこのような否認を解除することが治療の前提とされており、私自身働き

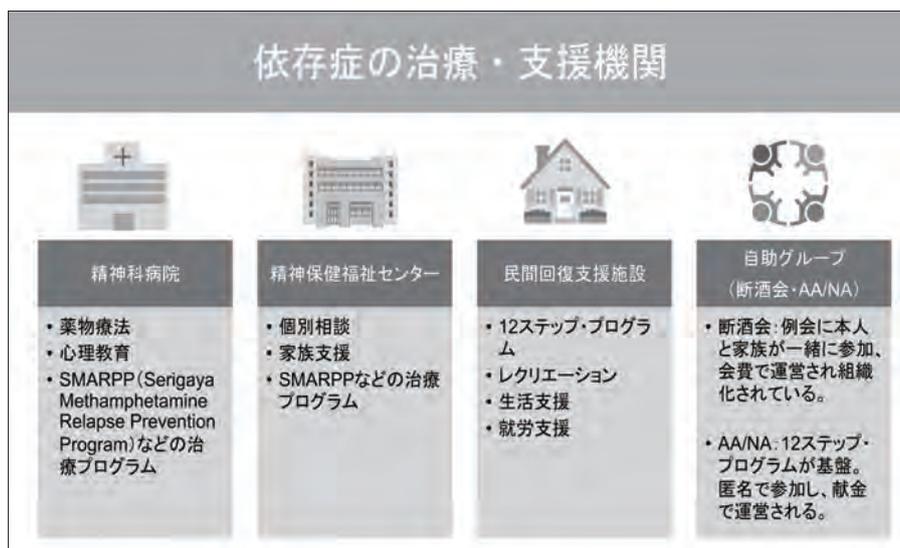
始めた当初、直面的な対応を基本としていました。現在でも、直面的なアプローチが必要な場面は当然ながらありますが、近年では共感的態度を基盤と治療や支援の開始が主流となりつつあります。この背景の一つとして、精神科医のカンツィアン (Khantzian, 2008) らによって提唱された自己治療仮説という理論があります。依存症者は何らかの心理的苦痛 (PTSDや双極性障害、うつ病、統合失調症、パニック障害などによる苦痛に満ちた感情体験) を持っており、これらの苦痛を軽減したり、取り去ったり、変化させるための自己治療として薬物などを使用していることを指摘しました。このような視点はアディクション領域の支援者たちが積み重ねてきた実践でもあります。一般的な世論だけでなく、支援者のなかにも依存症者に対する苦手意識を持つ人は少なくない状況において、「アディクションを有する人は快楽を求める意志の弱い人ではなく、生きづらさの杖としてアルコールや薬物を使用している」というパラダイムシフトの一因となっています。

否認の背景の2つ目は、依存症への偏見や誤解です。「意思を強く持てばやめられる」など社会のなかにある依存症の偏見や誤解が内面化されることによって、依存症者が自身の課題を受け入れにくい状況となっていきます。

そして、3つ目は日本の大きな課題でもあると思いますが、回復のイメージの乏しさです。昨今の芸能人の薬物関連の報道やそれに対する社会の反応はとて厳しく、社会的制裁の風潮が非常に大きく感じます。かつてアメリカではフォード大統領夫人がアルコール依存症を告白したことを契機に、アルコール依存症のリハビリ施設への入所者が増加したと言われていました。このような回復のイメージを社会で共有することは依存症者の大きな力となりますが、今の日本の風潮では、自身の問題に気づいた時点で、絶望的な心境になるのは仕方のないことだと感じます。

このように否認は依存症者個人だけでなく社会の抱える課題を反映しているとも言えるのです。であれば、依存症者だけに変容を求めるのではなく、私たちが私たちの社会を変えていくことが必要なのではないのでしょうか。

4. 依存症の治療・支援



【スライド18】依存症の治療・支援施設の代表的な社会資源として4つの機関を紹介したいと思います。まずは精神科病院での専門的治療が挙げられます。依存症専門の病院やクリニック、または治療プログラムを取り入れている精神科病院などが挙げられます。次に精神保健福祉センターでは、依存症に対する個別相談や家族支援を中心とし、機関によりですがSMARPPなどの治療プログラムが実施されています。そして回復支援施設には、回復者スタッフを中心に運営される回復支援施設マック・ダルクなどの施設と専門職が中心に運営される施設などがあります。マックやダルクでは基本的に自助グループのプログラムを中心に、各施設の独自性を生かした支援が実施されています。そして、自助グループでは、大きく分けて、断酒会とAAなどのグループが挙げられます。断酒会は本名で参加し、会費など組織化された運営が行われ、本人と家族と一緒に例会に参加することや年齢層が高いことなどが特徴となります。一方アルコールを対象としたAAや薬物を対象としたNAなど、アノニマスグループの特徴は、独自の回復の段階を明示した12ステッププログラムを基盤とし、匿名・献金で運営されています。これらの施設では多様なプログラムが実践されていますが、そのなかでも近年多くの機関で共有されているSMARPPについてご紹介したいと思います。



【スライド19】SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) はワークブックを用いた認知行動療法に基づく薬物再乱用防止プログラムです。アメリカで効果が実証されているマトリックスモデルを基盤に作られたプログラムですが、薬物使用の引き金を見つけること、引き金に対処すること、引き金への対処を基盤としたスケジュールを立てて実践することが基本となります。多くの依存症の方は、「どんなときに飲みたくなる?」「使用したくなる?」と引き金について質問すると、「きっかけなんてない、とにかく使いたい、飲みたいんだ」と話すことが多いです。このときの状態は、この図のようにすでに欲求が大きな塊となり強い渴望から逃れられなくなっている状態なのです。SMARPPでは、欲求が大きな渴望となる前の段階の小さな引き金を見つけることを目指します。それは、よく飲んでいた居酒屋や飲み仲間、売人からの着信履歴など、それ自体で欲求を引き起こすことはないけれども、その引き金をそのままにし、いくつかの状況が重なるとどんどん飲みたい・使いたい欲求が大きくなるというものです。このような引き金に早い段階で気づき、通り道を変えたり、登録を削除したりするなどの対処を見つけしていきます。このような日々の積み重ねから、飲まない、使わない日を一日、一日積み重ねていくことが必要となります。

薬物依存症の治療・支援機関

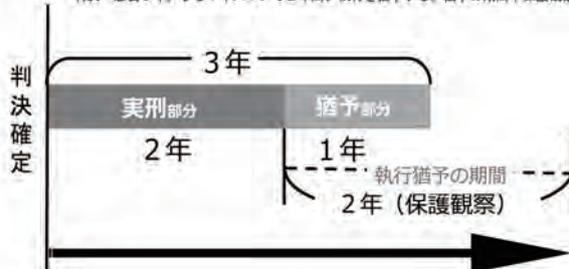


【スライド20】依存症の治療・支援機関では相互に連携がはかられていますが、薬物依存症者の治療・支援機関としては、司法機関として保護観察所が含まれることが特徴となります。この司法システムとの連携においては、2016年に施行された刑の一部執行猶予制度が大きく影響しています。

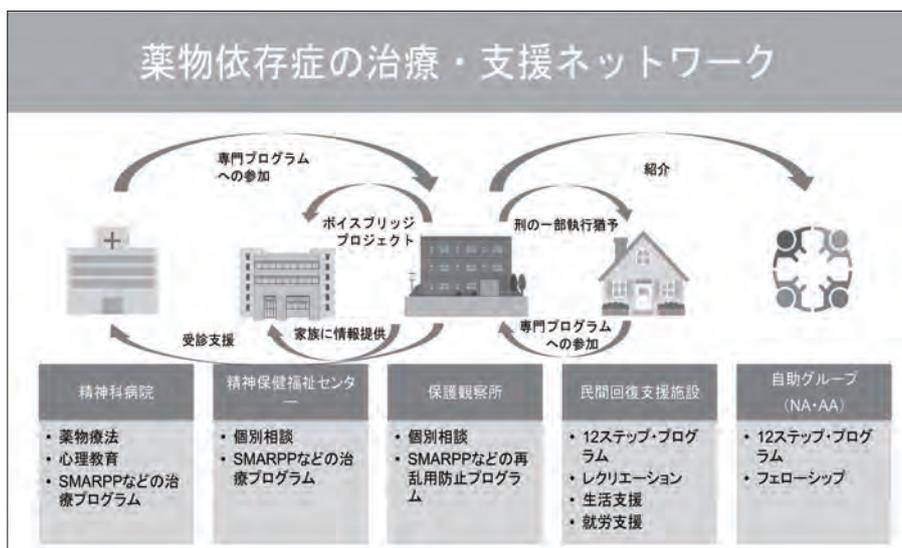
刑の一部執行猶予制度

3年以下の懲役・禁錮の刑について刑の一部の執行を猶予することを可能とするもの。

判決：懲役3年。うち1年について2年間、執行を猶予する。猶予の期間中保護観察に付す。



【スライド21】刑の一部執行猶予制度とは、3年以下の懲役・禁錮の刑について刑の一部の執行を猶予することを可能とするものです。例えば懲役3年の場合、2年間は実刑となり、うち1年については2年間の執行猶予として保護観察となります。つまり、2年間の実刑後、2年間の地域内処遇が行われます。地域内処遇を歓迎する一方で、刑期全体は長期化するため制度についてはいろいろな立場がありますが、このような制度に基づいて支援ネットワークに広がりが見られるという側面もあります。



【スライド22】保護観察所で実施される専門プログラムの一つとして、薬物再乱用防止プログラムがあります。このプログラムには、ダルクなどから回復者スタッフが参加したり、医療機関から専門職が助言者として参加しています。また個別のアセスメントに応じて精神科への受診支援や自助グループの情報提供が行われます。保護観察所での専門プログラムの委託というかたちでダルクなどの回復支援施設を利用することや、ダルクが地域内処遇の引受人となる場合もあります。最近の取り組みとして、ボイスブリッジプロジェクトでは、保護観察終了前に対象者が同意を得られた際には、精神保健福祉センターに情報提供を行い、地域内処遇の円滑な移行が目指されています。また家族に精神保健福祉センターの情報提供を行い、家族支援につながるようサポートします。このように従来の連携に加え、司法システムとの連携も含めた治療・支援ネットワークが構築されることにより、薬物依存症者が回復の機会を得ることがめざされています。

5. 援助者の基本的態度

「飲んで(使って)死んだら本望」
と言われたらどうしますか？

【スライド24】 それでは本講義の最後の項目になります。依存症者に関わるうえで大切にしたいことをお話ししたいと思います。「飲んで死んだら本望。」これは父にも、依存症の患者さんにも何度も、何度も投げかけられた言葉です。目の前の依存症の方にこのように言われたら、皆さんはどのように答えますか？

依存症に関わるなかでの懸念の一つは、このように否定的な言葉を投げかけられることではないでしょうか。私は、父に言われたときには、「どうせ死なないでしょ」と思っていました。根拠のない自信があったのです。そして、援助者としてこう話す患者さんに向き合うときには、自分のなかにコントロールできない感情が生まれてきました。

ソーシャルワーカーとして

◆ソーシャルワークと当事者性

精神保健福祉士として勤務する間は一切カミングアウトしなかった

自分の感情に蓋をして
生き延びる
安全装置



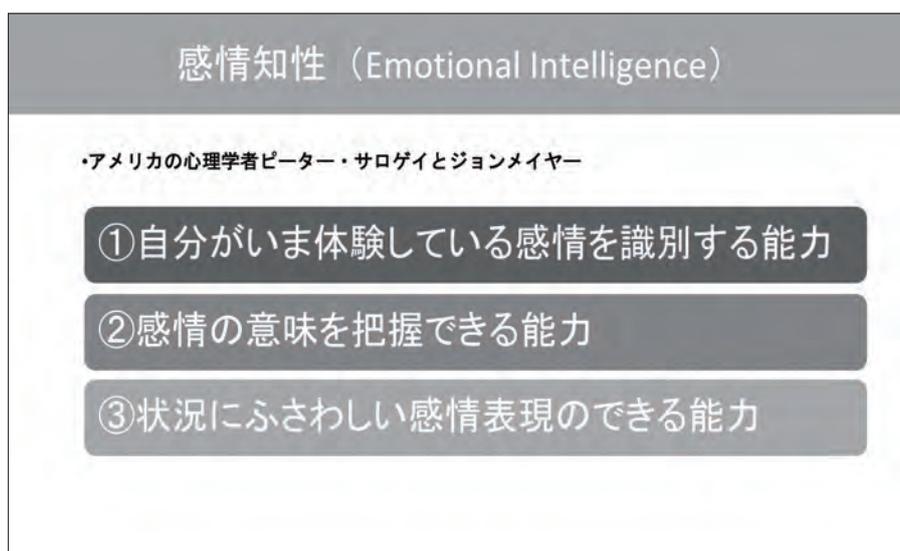
コントロールできない
感情に出会うたびに
自信喪失

【スライド25】 私は父のようにアルコールで亡くなる人を1人でも助けることができれば自分が救われるかもしれないと依存症支援の仕事に就いていましたが、結果楽になったかという、どんどん苦しくなりました。精神保健福祉士として勤務する間は、父がアルコールの問題を抱えていたことも、そのことで苦しい子ども時代を送ったことも、自殺で亡くなったことも、それによる生きづらさを抱えていることもカミングアウトできませんでした。スーパービジョンや自助グループなど話を

する機会はありませんでしたが、そのときの私には安全だと思える場所がなかったのです。そのときの私は自分の感情に蓋をしていたので、自分の感情を理解することも言語化することもできませんでした。これは、生きのびるための安全装置でもあったのだと思います。一方で、「飲んで死んだら本望」という言葉や父に重なる言動があると、コントロールできない感情を突きつけられ、そのたびに、自分は援助者失格なのではないかと自信を失っていきました。

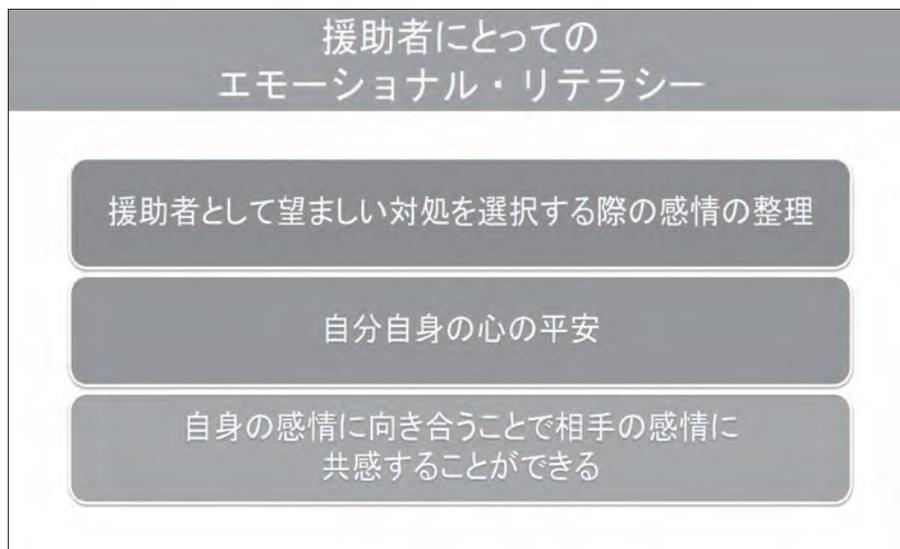


【スライド26】このような経験を経て、今の私が大切にしていることが、エモーショナル・リテラシーです。エモーショナル・リテラシーとは感情における知性、心の知性ともいわれ、感情を理解し使いこなす力のことです。



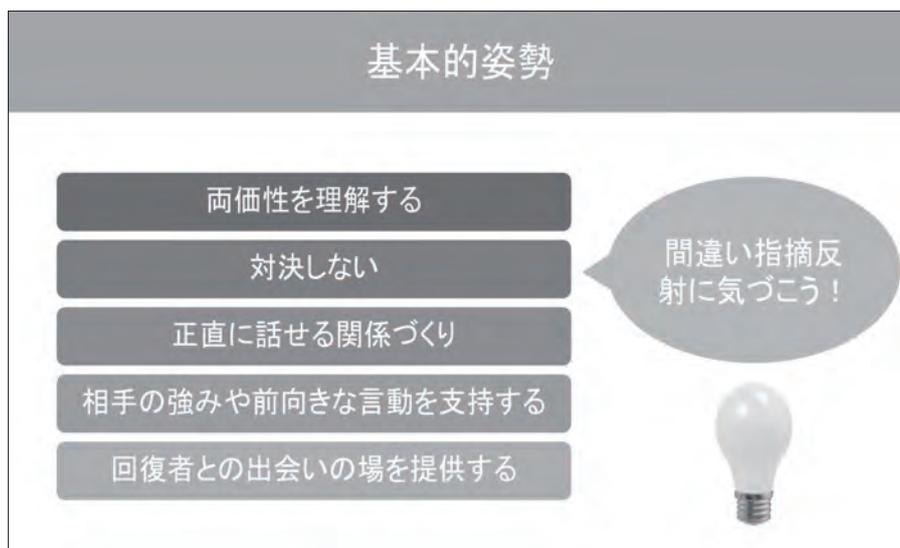
【スライド27】感情における知性には3つの側面があると言われています。一つは自分が今体験している感情を識別する力です。感情にはわかりやすい感情とわかりにくい感情があります。怒りなど他者に向けられる感情は比較的わかりやすい感情ですが、孤独感や悲しみ、見捨てられ不安など自分自身に向く感情には気づきにくい側面もあるかと思います。このような自分自身が体験している感情を多層的に理

解する力です。次に感情の意味を把握できる力です。なぜ怒りや孤独感を感じているのか、その背景にはどのようなことが影響しているのかその意味を理解します。そして、最終的に、状況にふさわしい感情表現できる力です。例えば怒りだけを表すと人間関係の構築には支障が出てしまうかもしれませんが、その背景にある孤独感や悲しみを理解し、それを適切な方法で伝えることで異なる関係を気づくことができるようになると思います。



【スライド28】なぜ援助者にとってエモーショナル・リテラシーが必要なのでしょう。一つは、援助者として望ましい対処を選択する際の感情の整理です。「飲んで死んだら本望」と言われると、戸惑い、悲しい気持ち、不安、諦め、時には怒りを感じることもあるかもしれません。これらの感情を抱えたままでは、目の前でもう死んでもいいと話す人の本当の気持ちを捉えることができなくなることもあるかと思えます。まずは自分自身の感情を整理するためには、自分の感情とその意味を理解することが必要となります。そして、私たち自身の心の平安にもつながります。何よりも、自身の感情に向き合うことで相手の感情により共感することができると感じています。なぜ「飲んで死んだら本望」と口にするほど、死んでもいいと思うようになったのか、その背景にはどのような感情があるのか、そこに思いを寄せることができるようになるのだと思います。

基本的姿勢



【スライド29】依存症の問題を有する人に関わるときに大切な姿勢として5つあげたいと思います。1つは両価性を理解することです。両価性とは相反する気持ちが存在することです。「飲んで死んだら本望」という言葉の背景には、「死んでしまいたい」という気持ちと「死にたくない」という相反する気持ちが存在しており、どちらも本心なのです。「やめたい」と言いながら飲み続けている人がいると、やめたいという気持ちを信じることができなくなることもあるかと思います。その疑いの気持ちは口には出さなくても相手に伝わってしまうものだと思います。やめたい気持ちも飲みたいという気持ちも本心だということを心から納得して関わることがとても大切だと思います。

次に対決しないということです。例えば飲酒により身体疾患が悪化していく姿を見ていると、「飲まない方がいい」と言いたくなることもあるかと思います。私たちは専門的な知識を得ることにより、私たちの価値に基づく正しい選択を相手に求めたくなります。これは反射的なものです。このような間違い指摘反射に気づくことで、信頼関係を築くために必要な関わり方を見出していくことができるのだと思います。

3つ目が正直に話せる関係づくりです。ある調査では、より長期的に治療を継続することがよりよい予後に影響しているとの結果が示されているそうです。支援を継続するためには、再使用・再飲酒したときにこそ相談できる関係であることが重要です。再飲酒・再使用について話してくれたときに、責めることなく関わることがとても大切になります。一方で、受容的な態度を継続するだけでよい変化を生み出すことができるのか不安を感じる方もいらっしゃるかもしれません。

4つ目に大切なことは、相手の強みや前向きな言動を支持し、強化していくことです。再飲酒・再使用について話してくれたときには、「よく話してくれましたね」とその強みを支持していくことが大切になります。

そして最後が、回復者との出会いの場を提供することです。回復のイメージを持つこと、そしてどのように回復していくことができるのかロールモデルがいることは回復にとってとても重要です。回復者との出会いの場を提供することは援助者の重要な役割の一つだと思います。

依存症は孤独の病

専門家は、穴の下にいる自分に向かって
「上がっておいで」と言ってくれた。

仲間たちは、穴の下まで降りてきてくれて、
「そこは寒いだらう。一緒に上がろう」と
穴からどう上がるのかを見せてくれた。

ある回復者の語り

【スライド30】最後に、ある回復者の語りを紹介したいと思います。依存症は孤独の病といわれます。依存症は真っ暗な穴の下でじっと座っているようなものと話してくれました。「専門家は穴の下にいる自分に向かって『上がっておいで』と言ってくれた。仲間たちは、穴の下まで降りてきてくれて、『そこは寒いだらう。一緒にあがろう』と穴からどう上がるのかを見せてくれた。」

私は、援助者が自分自身のエモーショナル・リテラシーに向き合うことで、穴の下まで降りていくことができると感じています。自身が何を感じ、どのような経験をしたのかを示すことができると考えています。

これで本講義は終わりとなりますが、最後に、もう一度お伺いしてみたいと思います。皆さんの大切な時間と依存症者のアルコール・薬物は同じだと思いますか？

*本報告書用に研修時より発表資料を若干改訂しています。

3.e-ラーニング講義 ②

「依存症及び関連問題を抱えるクライアントへのアセスメントと支援アプローチ」(提供事例についてを含む)

日本精神保健福祉士協会
厚労省依存症民間団体支援補助金事業

「暮らしと依存症 ～みる・みえる・かかわるためのアプローチ」 おうちセミナー 講義②



山本由紀
国際医療福祉大学/
遠藤嗜癖問題相談室

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

- I アウトリーチ
地域に暮らす人たちに棲みつく依存症
に気付くことから始めよう
- II アセスメント(個人・家族)
- III 動機付けから支援する
減らすこと・安全にやることからかかわる
専門治療をすすめる
- IV 支援を展開する
専門治療へつなぐ/多問題ケースは
解決志向で、ネットワークを使って
- VI 活動する地域の社会資源の特徴を
つかみ、メゾレベルの支援へ



依存症に関連する人の生きづらさ

目の前のクライアントに依存症の問題がなくても

～家族・生活に棲みつく依存症問題を読み解く

- * 問題は否認され、周囲にイネイプリングされていて、見えにくい
- * ソーシャルワーカーは依存症を診断基準(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。
- * 気づいたワーカーが、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。
- * 本人・家族は状況に対して精いっぱい対応してきている。それ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
子どもや高齢者の問題の背景として 暴力・虐待の問題・犯罪の側面 ..
- * 多問題を抱える家族では必ずしも依存症を優先したワンイシューにしない。(逆もまたしかり)

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

▶ 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 一般就労経験後、双極性障害とアルコール乱用気味。でも治療中断。過去に短期医療保護入院歴(異常酩酊にて)あり。

▶ 時に酔って家族に暴力がある

▶ 40長女知的障害 自立的 B型事業所通所

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

4

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。離婚して実家に戻った50長女と同居。長女は若い頃に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・暴力があるが母親は家を出る気がない。孫は独立し家によりつかない。部屋は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。ケアマネージャーから虐待の疑いで包括へ連絡。

▶ 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、継続せずダウン中。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。

地域包括支援センター事例

就労支援事業所事例

5

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。実家に50長男が離婚後して10息子と住む。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。妻は子どもが小さいうちに病死。その後男性の母親に家事育児を手伝ってもらい、やってきた。どうしても長男に思い入れが強くなり、殴って厳しくすることも多かった。

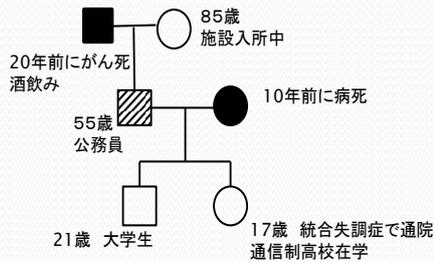
下の娘が中学生の時統合失調症を発症し、入院を経て現在通院中。そこへ母親が身体機能低下で、施設入所。この頃から男性もうつ疾患。飲酒量も増えてしまっている。そこへ長男が何やら薬物使用の疑いが。

生活困窮者自立相談支援事例

シンポジウム事例

6

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、生活に困ようになった場合
- ▶ 長男が一見問題なく、家を維持し、父や祖母、妹のことで奔走している場合

ジェノグラム

応用して考えられる課題

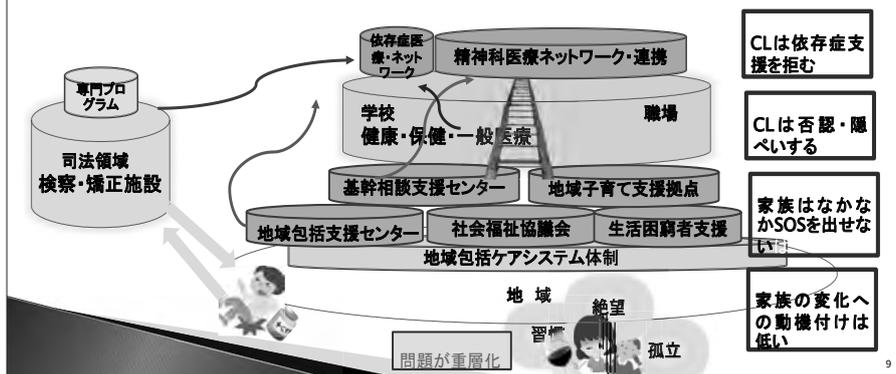
7

事例の時系列的理解



8

依存症の専門的ネットワークシステムへつながるか



9

I 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
- ▶ 主たるニーズにアクションが潜在化している場合、それを意識してもらうことから
- ▶ 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

10

II 事例へのアウトリーチ:各機関のMHSW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～より積極的な姿勢で/チームを使って
- 変化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。
- 変化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かかわる。(その際プログラムだけでなく生活問題・家族問題へ注視する)

11

III アセスメント～依存症について 生活システムへの影響をみる

- 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で起きているかどうか。

12

アセスメント～当事者の文脈を立体把握する レジリエンスの視点で

- 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) 生きづらさ=それに対しアディクションなどでコーピングしている、とみる
- 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

13

アセスメント～家族はどうやって対応しているか

家族間の交互作用を理解し、
家族全体がコーピングを醸造している現象をとらえる

- 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)
飲むことを結果的に可能にしている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
- 家族に複合的な問題が起きているか(取り組みの優先順位)
- 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

14

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 減らす計画につきあう
「お酒が減らせる練習帳」「減酒につき」アプリ
- ▶ →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」)

15

介入を始める～家族介入を支援する

- ▶ まず問題に気づいたファーストクライアント(家族)を専門相談へ。専門相談機関は家族と契約して相談(個別・グループ)する
- ▶ どういう疾患か、どう影響を受けているかを理解し(家族心理教育)、家族システムの変容を目指してもらう
- ▶ 本人がやめることを選びやすい家族環境を積極的に作る(CRAFT)
:コミュニケーションの質を変える
- ▶ 家族や関係者で本人が直面化できるよう働きかける(ジョンソン式)
- ▶ :愛情を伝えながらも危機を醸して伝え、治療につながることを働きかける

16

支援者が受療介入を始める～動機づけ

- * 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
- * 動機付けを高める→動機付け面接
- ▶ 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

17

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。
- ▶ 解決志向アプローチ: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
その人のコーピング力を見つけて解決をエンパワメントする会話的質問を使う
- ▶ 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
その人の社会的態度を促進し、反社会的態度に挑戦する
- ▶ 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:対話することで、外的会話と内的会話を区切らずにオープンで行うプロセスを体験する、問題緩和を目指す実践・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。

クライアント家族との話し合いと
援助者チーム内の話し合い

18

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。

19

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。

20

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

21

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

22

リハビリテーション:

やめていくには一定のトレーニングが必要/酒以外の問題にも取り組む必要
(一人ではやめ続けられない。2、3年は断酒が定着しない)

<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

<自助グループ>

AA 断酒会 GA NA OA 等

23

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。一部は障害者総合支援法に基づく事業所利用のため障害者のケアマネジメントシステムを使う
- ▶ 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

24

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、再発時のかかわりにつながる

- 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

25

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

26

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

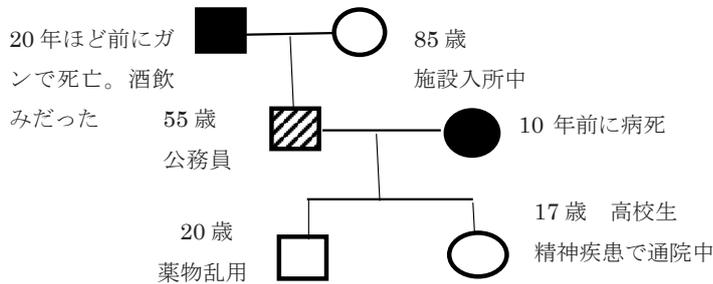
27

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

<事例 統合失調症で通院中の子どもと暮らす 50 代男性>

キーワード：統合失調症 薬物乱用 アルコール依存症 キーパーソンなし 生活問題



●男性 55歳。大学卒業後より公務員。28歳で知人の紹介で結婚。妻の両親とは折り合い悪く音信普通。子どもが生まれるが45歳ごろ妻は病死。男性の母親（85歳）が同居し、家事育児を手伝う。男性はもともと妻に対して「家事をちゃんとしろ」と暴力を振るうところがあったが、妻没後は責任感から、男性の母の報告を受けては長男に対し「しっかりしろ」と暴力を振るうことが多かった。長女は小学5年生頃から不登校・引きこもり気味。中学ではいじめにあい、完全に学校に行かなくなった。「祖母の作った食事は毒が入っている」と食事を拒否するようになり、不眠で昼夜逆転した生活になった。病院受診させ、統合失調症の診断で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。高校は通信制に在籍中。長女の発症後から男性の母親は関節リ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、長女の発症あたりから週末は昼間から、夜も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、2年前には糖尿病で短期間だが入院歴がある。

●1年前にうつ・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カ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、長男も長女も怒りと心配で見ている。お金は渡してくれるので、子どもたちは各自適当にコンビニで買って食事している。家の中はモノやごみで荒れている。長女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。長男は高校時代からアルバイトとライブ・クラブ通いで深夜帰り続き、調子の高い状態で帰宅することがあった。男性は叱ったが部屋に入るなどけんかになった。長男は付属高校から大学に進学したものの、家にはあまり帰らず、最近では帰ると食事を全くとらずに死んだように眠り続ける状態が続いていた。

ある日、長男は深夜路上で覚せい剤所持により現行犯逮捕され、警察から連絡があった。

4. 関東地方・A地域から「事例」への支援について考える

解説

一昨年度に調査を行った関東地方A地域の特性を踏まえつつ事例への関わりについて報告を行った。A地域は人口が多く社会資源が豊富な地域ではあるが、それ故にネットワークが希薄になりやすいという大都市特有の課題について提示し、そのなかでも有機的な地域ネットワークの一例として精神保健福祉センターと他機関の取り組みを紹介した。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。

事例については、精神科病院のソーシャルワーカーの立場から日々の関わりで意識していることを中心に行った。今回、事例へのアプローチにおいて意識したことは、「基本の積み重ね」というメッセージを共有することである。アディクション関連問題への支援はどこか「難しい」「わからない」と特別視されてきている風潮がある。しかし、日々の関わりにおいて浮かび上がってきた支援ニーズの奥には何らかの「アディクション」が潜んでいることは珍しくない。それは単に「アルコール」「薬物」などに留まらない、生き抜く術として身につけてしまった「悪習慣」を「アディクション」と捉えると決して珍しくないのである。本事例とどのように向き合うかを伝えるうえで意識したことは、「ソーシャルワーク実践の基本」を「日常の言葉」で伝えることだ。「ハームリダクション」「動機付け面接法」などのトピックスも、これまで培われてきたソーシャルワーク実践の基本に含まれている。まずそのことを再認識しなければならないという自戒の念もこめ、シンポジウムで共有した。実践において「基本」ほど難しいものはない。日々の関わりで痛切に感じることだが、アディクションの支援の難しさ・大変さはまさにそこにあるのだと思う。特に基本の一つであるその人を「どのように理解するか」という点はまだまだ課題であり、そこが「アディクション支援を当たり前のもとする」ために我々が取り組まなければならないことなのだと考える。短い時間のなかでどこまで伝えられたかはわからないが、改めて日々の関わりを点検する作業を大切にしたいと感じた。また、共通認識を醸成し分かち合える環境とはどのようなかたちがよいのか、どのようなネットワーキングが有機的かつ持続可能なものなのか、さまざまな地域の実践を参考にこれからも考え続けていきたい。

事例検討型シンポジウム

精神科病院で働くMHSWの立場から

R3年2月23日

公益財団法人 井之頭病院 連携相談センター 神田 知正

はじめに

○本事例を通じて皆さんと考えたいこと

- ・支援者として普段どんなことを意識して大切にして支援をしていますか？
- ・このような事例に心当たりはありませんか？
- ・ご自身や所属機関でできる支援はありませんか？
- ・ご自身が活動している地域でできる連携、実践はありますか？

自己紹介

依存症治療病棟を担当していないMHSWの立場から事例に向き合いたいと思います。

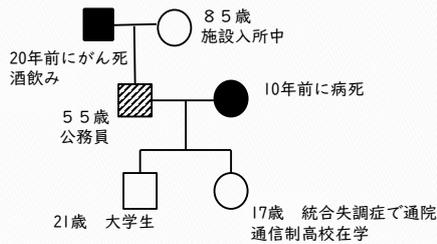


・井之頭病院は東京都三鷹市にある640床 12病棟(うちアルコール病棟は開放1病棟(50床)、閉鎖病棟2病棟(120床))の精神科病院。

精神科デイケア・アルコールデイケア・訪問看護も併設されている。

・現在、主に地域移行病棟と高齢者病棟の2病棟と入院中に担当した外来通院中の方を担当しています。また統合失調症を持つ方のご家族を対象とした家族会などにも携わっている。

シンポジウム検討事例



○世帯をどのように理解しますか？

- ・ ニーズ(関わるきっかけ)は？
- ・ クライアントは？
- ・ 何が見えて、何が見えない？
- ・ どのように関わる？

ジェノグラム

珍しい事例でしょうか。

見ようとしないと見えないニーズやリスク

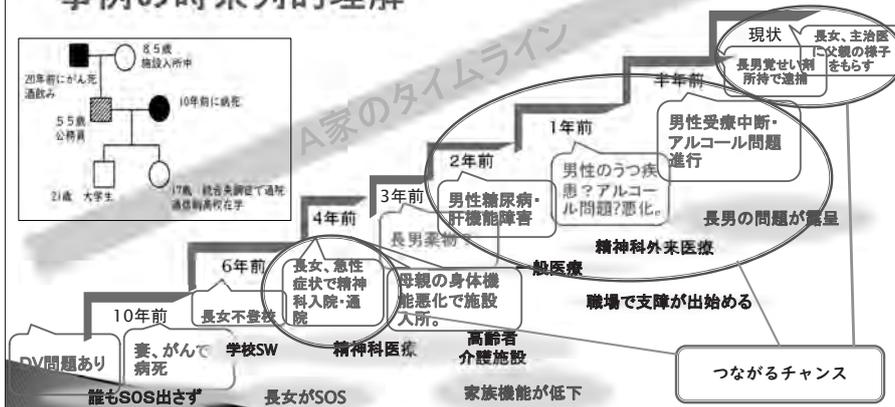
○家族(世帯)を眺めると・・・

- ・ 妻の死別 …… ひとり親世帯、養育支援、
- ・ 長女の不登校、精神疾患 …… 不登校の背景は何だろう？
- ・ 長男からの行動(夜遊び、薬物疑惑など) …… 長男なりのコーピング？
- ・ 母の施設入所 …… 加齢だけが理由？
- ・ 本人のアルコール関連問題(身体疾患、休職など)

アルコールによるどのような生活問題がでてくるか・・・身体面、経済面、ネグレクトなど生活基盤、家族システム、力動、風通しなどはどうか・・・

色々なところに歪みが見え隠れ・・・見ないふりもできてしまう・・・。

事例の時系列的理解



つながるきっかけ～密な世帯を換気する～

○長女の受診・入院時・退院後の外来

対象軸：長女 ※本人や長男、母は「長女の家族」として

方法：地域移行支援、家族心理教育プログラム、外来相談支援
本人交えた家族面接など

自分の問題には無関心

でも「誰かのため」なら動くことも、そこがキッカケでもOK。

むしろ、ストレス。

○本人のアルコール関連問題からくる受診や外来

対象軸：本人 ※長男、長女、母は「本人の家族」として

方法：総合病院からの受診・入院依頼、職場上司からのリワークなどの依頼、外来相談
家族からの受診・入院相談 など

入り口は様々。その時のニーズへのアプローチが大切

精神科病院のMHSWに必要な知識と視点や姿勢

知識	視点や姿勢
<ul style="list-style-type: none"> ○依存症などの精神疾患の理解 ・暮らしという視点で ・回復、リカバリーのプロセス ○地域の社会資源 ・インフォーマルなものも含めて ○業務指針や養成課程で学んだ理論など ・家族システム論や発達理論、トラウマなど 	<ul style="list-style-type: none"> ○業務指針にある価値・理念・視点 ・ストレス・エンパワメントなど ○リスクの評価、危機介入 ○わたしが社会資源 ○細々とでも継続する。 ○木も見て森も見る ○眼差しの向け方 温かさ・友愛 ○連携(地域・福祉・医療などの架け橋)

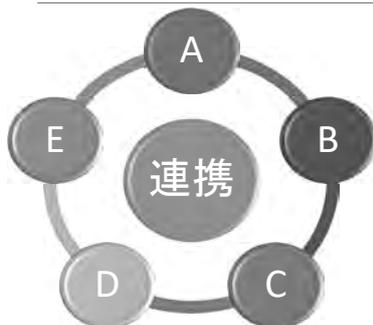
都市部あるある

社会資源の数≠ネットワークの充実

基幹相談支援センター	保健所 保健センター	精神保健福祉センター	地域包括支援センター	相談支援事業所	地域福祉課 高齢者支援課
生活保護	居宅介護支援事業所	グループホーム	就労継続・移行支援事業	医療機関	訪問看護
ホームヘルプ	自立生活援助	地域活動支援センター	日常生活自立生活支援事業	自助グループ	等々

相談がないと始まらない、何らかの援助希求による介入
異変を感じたときに「大丈夫ですか」的な積極的介入機能は課題(マクロレベル)
でも、一人ひとりの支援者が異変を察知する嗅覚を磨き、共有する力を磨くことはできる(個人レベル)。

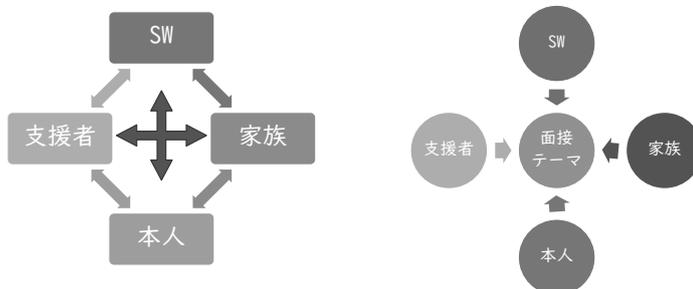
連携のイメージ



- ・ニーズを察知する嗅覚が大切
- ・支援者同士がクライアント(世帯)に対する眼差し(視点)を共有できるような働きかけもニーズを察知したワーカーの仕事
- ・連携は尊重と相互理解
- ・一緒に考える姿勢から血が通っていく

関わる時・連携一例(イメージ)

やり取りは多角形、見る方向は一緒
みんなで一緒に考える。



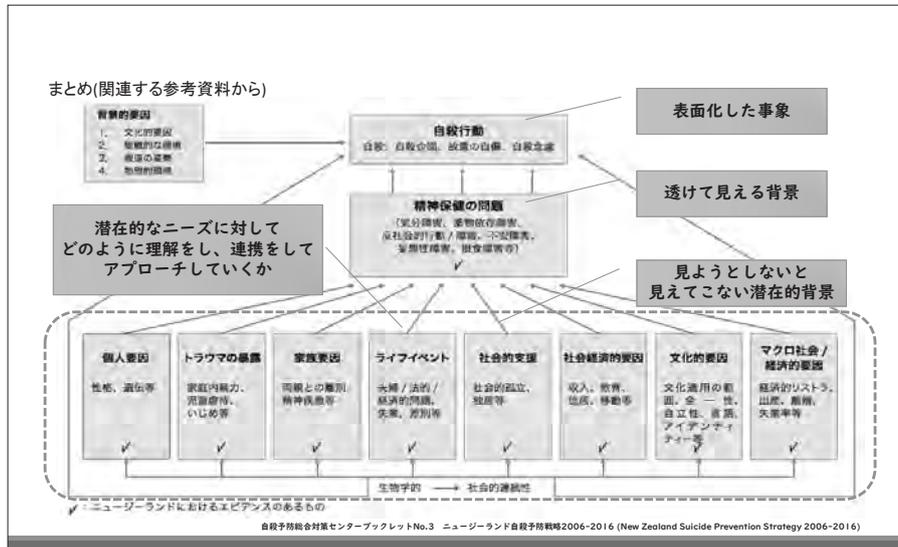
それぞれの立場でニーズ・テーマについて
悩み・今できることを前向きに考え、一緒に取り組むこと

大切にしていること 感じていること

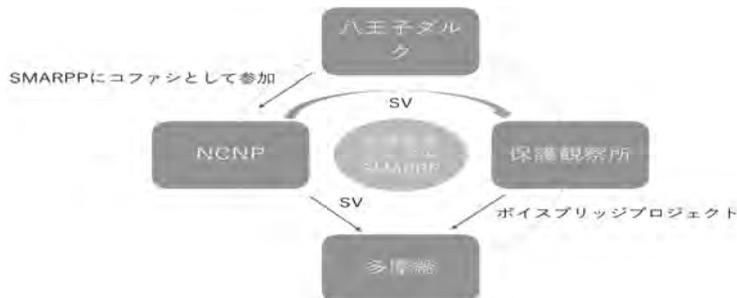
- つな「げ」ではなく つな「が」りたいを支援できるのが理想
- 「どうしたいか」を一緒に考え、支援する(意思決定支援)
- そのためにも、当面はつかず離れずでもいいから関係性を維持、醸成。
・常にアイドリング、支援関係は「水路」「魂」
- 医療ではできない、ソーシャルワーカーだからできる回復支援があるという自負を
→生活ニーズがいい方向に行くと依存症関連問題が軽減した経験から
- 目の前の人にどのような眼差しを向けているだろうかを日々点検
- 今の自分(健康など)は大丈夫?
→上手くいかないことが多いですけど、立ち止まる時のマイルストーンの一部です。

人が持つ力、
レジリエンスに
着目する。

もう、お気づきかと思いますが、依存症関連問題支援は日々の基本の積み重ねです。
ちょっと目を凝らしてみる、関わる習慣を一緒につけていきましょう!!



多摩地域における薬物依存症支援の取り組み



最後に

- ・私も含め一人ひとりが「社会資源」である自覚を。
- ・まずは私たちが「ひきこもらず」外の仲間とつながろう。

見て見ぬふりにならないために

多様な機関・支援者が支援の必要性に気が付き、関わり、つながること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なる。

一緒に学びあいましょう。

ご清聴ありがとうございました。

5. 中国地方・H地域から「事例」への支援について考える

解説

H県は三方を海に囲まれる人口約130万人の自然豊かな場所である。山陰地域は漁業が盛んで、山陽地域には重化学工業を中心とする数多くの企業が立地する。そのためか依存症者の傾向も地域によって違いがあり、それぞれの地域に密着したかたちでの支援が展開されている。

H県には依存症治療専門病院が1か所あり、その特殊性から県内外の依存症者や家族が訪れる。自助グループは充実しており、地域によってその種類や数には偏りはあるものの、多いところでは自転車で毎日通える環境が整っている。それぞれのグループは専門病院の退院者が大多数を占めており、スムーズな医療から自助グループへの橋渡しが確かなつながりによって可能となっている。依存症回復者支援施設や依存症を専門とした障害福祉事業所等は存在しない。その分、地域のインフォーマルな社会資源の活用や専門病院のアウトリーチでの関わりも必要に応じて行ってきた。精神保健福祉センター、保健所等の行政機関でも依存症相談を受けており、山陰と山陽でその方法には違いがあるものの必要に応じて専門病院へつなぐというルートもできている。

今回のシンポジウムで取り上げた事例について、H県での出会いを想定すると次のような状況が考えられる。アルコール問題を抱える本人とは、まず内科的な疾患を切り口に専門治療へつながることが想定される。肝機能障害や糖尿病で節酒指示をしているにもかかわらず改善がない場合に内科医や産業医から専門病院の受診を勧められるケースが多い。また心療内科での治療中にアルコール問題が改善されない場合に一度専門病院への受診を勧めることも考えられる。

また長女を軸に見ると、長女の病状不安定の原因に父のアルコール問題が潜んでいることが発見された場合、そこから病院ソーシャルワーカーや相談支援事業所、保健所等が動き、専門病院も含めケース会議等を通して協議を行い、父の専門治療を勧めることがある。

長男の薬物問題では、そのものでの受診も考えられるが、その問題で家族のキーパーソンとなるであろう父へ警察や保護観察所、弁護士等が関わり、そこでアルコール問題が発見され、専門病院へ相談が持ち込まれるケースもある。母の問題も同様に、施設へ酩酊状態で面会に行く等のトラブルや母の心配からケースの発見があり、介入が始まることもあるだろう。

このように、H県では専門病院が治療のみならず相談機能を果たしながら依存症支援が繰り広げられている。都市部とは違い人口や社会資源が少ないなかでの支援の展開となるが、数が少ない分、シンプルで顔の見えるネットワークができていることが多いというメリットもあり、日頃のつながりから気軽に相談ができる。また地方ではケースが都市部と比して少ない分、より丁寧な関わりを求められることが多い。

このようにH県の地域特性を通して考えると、ソーシャルワークの展開には2つの要素が必要なのではないだろうか。ソーシャルワーカーとしての資質・技術や依存症の理解な

ど、どの地域でも共通して必要なコアバリューというもの。そしてそれを機軸としそれぞれの地域性や社会資源等の地域特性を活用しながら支援を展開していくとなる。つまり、このコアバリューと地域特性が相互に働きソーシャルワークがうみだされていくものと考ええる。さらにはソーシャルワーカーそれぞれが出会ったエピソードや気づきが後押しし、それは洗練され続けていくのではないだろうか。今回の話題提供や本研修もその一助になることを願う。

地域特性を考える

～H県の依存症支援の取り組みから～

高嶺病院 精神保健福祉士 岡村 真紀

H県の地域特性について

山陽と山陰の違い

- **自助グループ**：山陽はAA中心、山陰は断酒会中心
- **センター**：山陽の方の相談が中心、山陰は最寄りの保健所へ
- **保健所と断酒会の相談活動**：山陰は酒害相談活動を継続、山陽は希薄化（法定業務の影響が考えられる）

社会資源

- マック・ダルクなどの回復支援施設なし
- 依存症治療専門病院 1ヶ所
- 自助グループ（断酒会、AA、GA等）は充実
- 依存症を専門としたグループホーム等はない

医療機関

依存症治療専門病院

- H県依存症治療拠点機関、依存症治療専門医療機関選定（アルコール健康障害・ギャンブル等）
- 県内外からの相談あり
- 紹介元は一般科医療機関が約半数。
- フォーマル・インフォーマルな社会資源を活用。
- アウトリーチでの取り組み

行政機関

精神保健福祉センター

- 個別相談：軽症例の相談の増加。継続的に個別相談で対応。中断者には電話連絡等で「少しお節介」な関わりを意識。
- 人材育成：支援者対象の研修会を企画。関係機関を対象とした委員会を開催。（依存症に理解のある人材を増やし地域の底上げを目指す）

自助グループ

H県断酒会

- 会員の高齢化、減少が課題。世代交代に取り組んでいる。
- アルコール健康障害対策推進計画として県内の全保健所に酒害相談窓口を設置する要望を出している。
- 断酒会だけではなく、行政や医療との連携が必要。
- 防災無線で酒害相談案内を実施している地域もある。

事例について

関わりの可能性（本人）

- 職場の検診での肝機能障害の指摘→節酒指導→専門医療機関へ
- 2年前糖尿病での入院→退院後の改善ない場合→専門医療機関への受診の勧め
- 復職後のアルコール問題→心療内科からの紹介

事例について

関わりの可能性（長女）

- 長女の主治医や担当PSWらが父のアルコール問題を発見し専門医療機関へ相談
- ネット・ゲーム障害の相談

事例について

関わりの可能性（長男）

- 長男の薬物問題で受診（弁護士や保護観察所、警察等からの紹介）
- 薬物問題での逮捕から、父のアルコール問題を発見
- 弁護士、保護観察所より父へ専門医療機関への受診の勧めや相談

事例について

関わりの可能性（母）

- 母の本人への不安を施設職員がきき問題の発見
- 酩酊状態での面会等のトラブル

事例について

H県の地域特性より

- 問題が発見され、関わりが始まった場合、専門医療機関が相談機能を担うことが多い
- 発見者から直接の相談、市町の保健センターや健康福祉センターを介しての相談のケースもあり
- 地方でのケースの関わり方

まとめ

地域特性

地域性
社会資源
回復者の存在と
セルフヘルプ・グループ
の活動

コアバリュー

依存症の理解
SWとしての専門性
かかわりの技術

社会的な情勢やエピソード

6. 中部地方・G地域から「事例」への支援について考える

解説

中部地方G地域についての補足と報告をすることとする。

G地域は中部地方の中心的役割を持つ人口約775万人をもつ県である。人口流入も多い。大都市g市に約225万人の人口を持つ。1965年頃より、断酒会、保健所、医療機関などの連携した動きのなかで依存症支援が始まった。そのなかでは保健所ソーシャルワーカー（以下「SW」という。）が医療関係者との連携のなかで依存症支援を形づくり、保健所や医療機関のSWがネットワーク構築を牽引した動きは見逃せない。また、SWの基本的当事者支援・一対一支援から機関連携、機関の相互支援から、現在の支援が形づくられている。詳細は、G地域調査報告を参考とされたし。

G地域の依存症ネットワークについては、県アルコール関係者会議、県アルコール連携医療研究会、薬物依存症の回復支援関連ネットワーク会議など多職種・多機関の人材で構成されてきた。しかし、そのネットワークは決して広い裾野が広がっていたとはいえなかったが、このネットワーク構築にむけては、SWの役割は多大であり先人のSWたちの思いの結晶であり、依存症支援を行うSWの拠り所として機能していた。この機能を守り、継続していくことは重要であった。また、社会資源が多く存在しても、さまざまな依存症者の回復場面で多機関連携が必要であり、ひとつの機関で依存症支援が成り立つことはなく、連携できるネットワーク構築こそSWの使命と考える。

次に事例についてだが、ひとつの家族に多問題が発生した長女：統合失調症、本人：アルコール依存症、母：高齢認知症、長男：触法の薬物依存症などの問題を持ち、この事例に関してG地域で考えられる支援をパワーポイントで提示した。そのなかで特徴的なことは、比較的G地域は社会資源が多く、また地理的条件もよく一部山間部を除いて交通アクセスがよく社会資源が使いやすく、またネットワークも構築しやすいということである。しかし、多くのケースのなかに埋もれてしまう危うさもある。また、大手企業などが多く、公的機関の職員等、比較的ホワイトカラー層はEAPなどの力の支援が受けられそうである。

全国的に、8050問題に表れている、家族の孤立化、高齢者問題、そして、見えにくい家族の中に潜み棲みつく依存症問題を見極め、一つの家族の多問題化にどうアプローチするかが今後SWの大きな課題である。一つの現場に多問題があり、そして各専門分野のSWが多領域の問題を鑑みながら家族支援の視点を持って個別支援を図る。私たちは精神障害者支援、依存症支援と自らの専門性の壁を作らず、求められている支援に誠実向き合う必要がある。今後、一般医療、依存症に未開拓な一般精神医療、地域包括支援センター、相談支援事業所、児童相談所、貧困対策、労働分野、司法分野の機関との連携がこれからの私たちSWの在り様を示していると考ええる。SWには分野別縦割りに支援するのではなく、お互いの専門性の垣根を時には越え、得意な専門性をもって対象者に臨むことが求められる。

その他、G地域の調査と今事例から補足すると、G地域では、更生保護分野の機関や、厚生労働省出先機関との連携が芽生えてきている。

社会資源が多いほど、ネットワークの意識的な構築が必要であること。依存症支援の地域特性については、一つの地域もさまざまな状況があり市町村単位や小さな単位(例えば中学校単位等)で考えていく必要がある。

最後に、依存症問題を中心に生きづらさを抱えた人々への支援は「多重構造のザルを目指して」、また「依存症支援にも当たり前のソーシャルワークを目指して」、依存症の当事者と出会ったSWは、依存症支援に果敢にチャレンジすることを期待したい。

地域特性と依存症支援連携を 考える

～中部地方G地域の取り組みから事例を通して考える～

2021年2月23日(火)

桶狭間病院藤田こころケアセンター精神保健福祉士
藤田メンタル相談所 相談支援専門員
池戸悦子

■自己紹介

- アルコール依存症者との関わり 昭和54年～
- 平成21年1月～アルコール専門病床を持たない病院スマーブ(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム)という認知行動療法に基づいたテキストでの取り組み。
- アルコール、薬物依存症専門医療機関所属のMHSW
- 障害福祉サービス相談支援専門員

■G地域における地域特性について

地域特性について

- 中部地方の中心的機能を持つ県
- 県の人口約775万人(全国4位) 人口密度1.457/平km²(全国5位)うちN市225万人の人口を抱える県 中核都市も5市
- 製造業を中心に産業規模は大きく、大都市圏では地方から人口が流入してきやすい。O地域は約1万4千人の人口流入(令和元年)
- M山間部、T地域は人口減少 農業漁業が中心
- 歴史的に、依存症支援は、保健所の相談活動と自助グループ、依存症医療が相互に連携して、支援を分厚くしてきた経緯があることを調査で確認している。

社会資源

- 昭和45年より断酒会の県の組織ができる。405名(令和2年)
- アルコール依存症の作業所平成9年より開始
- AA、GA、マック(昭和60年)も政令市近郊を中心にある。
- NA、ダルク平成元年、平成21年 2か所
- アルコール・薬物医療拠点医療機関
県1 政令市2 計3ヶ所
- 依存症専門医療機関
県4 政令4 計8ヶ所
- 行政 精神保健福祉センターがアルコール・薬物依存症のミーティングをおこなっている。
- アルコール専門病床を持たないがプログラムをもつ病院、アルコール・薬物専門のプログラムをもつクリニックがある。

G地域の依存症ネットワーク

- 県アルコール関係者会議
昭和55年～平成14年
- 薬物依存症の回復支援関連ネットワーク会議
- 県アルコール連携医療研究会
平成14年～
- ASWの会

■ 事例

事例 本人の場合 1 アルコール依存症

■ 関わりの可能性(本人)

- ・職場の検診によるアルコール問題の指摘→受診 保健師等の指導
- ・企業におけるメンタルヘルス教育 EAP (Employee Assistance Program) アルコール うつ病、自殺対策
- ・ストレスチェックなどでの飲酒問題の気づきを促す。
- ・身体疾患の治療が開始した時の総合病院・開業医と精神科医療の連携の橋渡し 教育プログラムの開発など
- ・暴言や暴力がエスカレートした場合は虐待ケースとして取り上げ、虐待者支援も視野に入れ、アルコールの問題に直面化する。市町村のチームが家族をモニターする。

本人の場合 2

■ アルコール依存への動機づけができるよう、アルコール依存症医療機関につなげる。

⇒ 本人の治療導入のための、相談機能が必要である。かつてのこの県では保健所相談員がその機能をはたしていた。今は保健所、基幹型相談支援センター、断酒会、行政の依存症相談窓口 いずれも広報が必要。

※問題飲酒から平均7年かかって精神科治療にかかるという問題。

■ 依存症からひろがる家族への影響を見立てることとその支援の視点は重要

■ 困難の多い本人の生活課題に向き合えるよう、本人への精神的寄り添いと生活支援、多問題家族のそれぞれの支援ができるよう、ネットワークメンバーが知恵を出し合い連携する。

本人の場合3

- 一般精神科医療病院やクリニックでの外来医療
- 一般医療の中での介入
- アルコールプログラムを持つクリニックでの外来治療
 - ・疾患教育 院内ミーティング デイケア カウンセリングなどの利用
 - ・専門性の高いアルコール治療
 - ・夕方診療により働きながら治療が受けられる。
 - ・必要に応じて、入院という選択肢もあり、入院医療機関との連携 依存症専門医療機関

本人の場合 4

- 様々な相談機能(精神保健福祉センター、保健所、専門医療機関、相談支援事業所、自殺対策、女性相談、などその他の相談機関)により、アルコール乱用や依存の問題が、早期の外来や入院治療を開始する場合もある。
※本人の治療意欲が高い医療を目指す。

依存症専門病院 A病院

- 特別な病棟は持たない 精神科救急病棟
- 並存の精神疾患がある場合も依存症の教育
- チーム医療
- SMARPP現在はSMARPP OKEHAZAMA ver
全17回をアルコールミーティンググループで作成
- 外来、入院も合同でミーティング
- 家族支援 アルコール家族教室
- 退院後の社会資源の紹介
- 地域の機関との連携

事例 長女 精神障害者の場合

■関わりの可能性 長女

- ・長女の医療機関が父アルコール問題を発見して、医療機関のSWが地域の相談機関と連携をはかる。
- ・市町村の相談窓口、社会福祉協議会、地域の基幹型相談支援センター、一般相談支援事業所もしくはその他の相談支援事業所で相談をうける。
- ・地域で多問題家族の抽出を行う。長女はすでに医療にかかっているため、精神科医療のMHSWが地域の相談機関に発信する。

事例 母の場合 高齢者

■母の関わりの可能性

- ・市町村の地域包括支援センターの関わり
包括支援センターは市町村のかなりの問題を発見している。認知症初期支援チームの動きで依存症発見が多い。
- ・地域により、保健所、保健センターが関ることもある。
- ・基幹型相談支援センターと地域包括支援センターの定期的な情報交換による問題の抽出を行う。
- ・専門医療機関や保健所、精神保健福祉センターからの助言を受ける。また、地域の依存症理解のあるMHSWも助言を行う。受診や入院に繋がる場合もある。

事例 長男の場合 触法の薬物依存症

■長男の可能性

- ・初犯 裁判時前、代理人による紹介 医療機関のミーティングプログラムに参加
- ・執行猶予つきで保護観察所での『薬物乱用防止プログラム』 保釈時の医療機関との連携が開始される。
- ・医療機関や相談機関の相談によりミーティング参加できる資源の紹介⇒場合により医療に繋がる。
- ・精神保健福祉センターグループミーティングと相談機能
- ・地域別厚生局麻薬取締部 相談
- ・薬物依存家族会
- ・ダルク 本人が相談 家族教室 家族カウンセリング
- ※その他 地域では保護司の支援 裁判の支援団体等

■ 考察

考察 G地域特性とこれから

- 依存症の地域資源(自助グループ)は比較的存在している。→歴史的に作られ受け継がれてきた。
- 人口比からして、アルコール、薬物依存症に対応する医療機関は少ないが少しずつ増えてきている。→法整備
- 予防 医療 回復 自立この流れのなかであらゆる機関が垣根なく連携しネットワークの強化。→振り返り
- 企業、高齢分野、学校、司法分野の新たな連携により依存症ネットワークをひろげる。→MHSWの使命。
- G地域の場合、連携し易い地理的条件在りその地方への発信の使命がある。→地域特性は居住地域により様々
- 一般精神科医療の、作業療法、デイケア、精神科訪問看護、精神障害者が多く利用する福祉サービスなども依存症者はもっと使える→協力・受け入れの土台作り

課題 1

- 多くの支援者が依存症を『特別な病気ではなく、回復可能であるこ』を可視化し回復支援ができるようにする。
- 依存症の疾患理解、心理教育、回復支援プロセスが理解できる養成プログラムが必要。
- 依存症理解の上に、多問題の見立ができる人材の養成。逆も然り。地域共生社会を目指す一翼となって。
多問題家族支援のノウハウを必要としている。誰がキーパーソンになるか。ホスト機関、助言者、日常的な連携が必要。依存症ネットワークを超え、地域包括支援センター、基幹型等相談支援事業所とその他従来からの依存症相談機関との連携が求められている。この連結がMHSWに求められている。

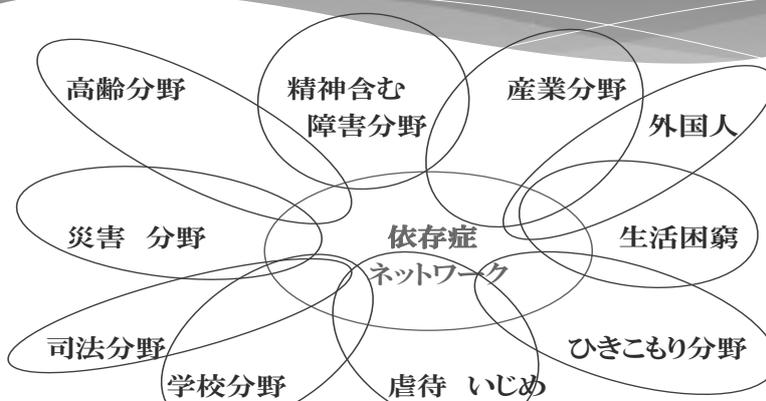
課題 2

■ 依存症支援ネットワークを再度振り返り、多機関多職種連携を徹底する。そのことが依存症支援の底上げとなる。

アルコール健康障害対策基本法、薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律、ギャンブル等依存症対策基本法などの法の成立という追い風のなかで、障害者総合支援法(相談支援事業)、介護保険法(包括支援センター)等、すでに行われている、相談や支援事業を絡めて、依存症支援の底上げとともにネットワークを広げることはMHSWのみならずSW全体に求められている課題と考える。

■ 司法 更生保護分野からもソーシャルワークの機能の必用を求められている。

多重構造のザルを目指して！ 現場は一つでもかかわりは様々



ご清聴 ありがとうございます。
「依存症支援多重構造のザルを目指して」

7. シンポジウム総括

シンポジウムでは複合的な問題を抱えた、「8050事例」に対してのかかわりを3地域のインタビュー調査を踏まえたうえで、演者自身の日頃のかかわりや所属、あるいは地域特性を加えた発表となった。この事例は、前々年度・前年度の事例検討型シンポジウムでも用いられたが、今回は薬物問題も加えられている。これはさらに困難になった事例として捉えることもできるかもしれないが、見方によって発見できるポイントや介入できるチャンスが増えたともいえよう。

シンポジウム一人目の演者は、2018(平成30)年度の関東地方A地域のインタビュー調査を用いて都市部におけるかかわりを発表した。社会資源は豊富にあり交通アクセスもよい。一見すると理想的な支援環境だが実態はそうではないという。豊富がゆえに責任の所在が曖昧であったり、ネットワークが希薄な側面もあるという。演者の言葉で、「つなげる」という表現よりも「つながる」を大切にしているという発言が印象的であった。当事者や家族が能動的に支援に「つながる」ことは、「つなげて」終わりではなく「つながり続ける」ことの重要性を示唆している。

次の演者は、今年度のH地域でのインタビュー調査(演者はインタビュイーとして)を用いて社会資源が少ない地方におけるかかわりを発表した。県内で唯一の専門治療機関があり、内外から受診や相談に訪れる。そこを中心に自助グループなどの支援ネットワークが広がっている。資源や機関が少ないということは、「つながり続ける」というメリットもある。地方は「おせっかい」が社会を成り立たせている側面もあり、一概にイネイブリング(嗜癖を続けられるようにしてしまう行動)を排除することが正しいやり方とはいえない。疾病理解や援助技術というコアな部分だけではなく、地域特性という環境を活かしていくことがソーシャルワークの要といえる。

3人目の演者は、同じく今年度のG地域でのインタビュー調査を用いて中核都市における依存症支援の歴史を踏まえたかかわりを発表した。自助グループをはじめとした資源は豊富だが、人口比にすると充実しているとは言い難い。そこでこのような多問題について、従来からのつながりをさらに広げて産業・司法・教育・介護などのネットワークを充実させること、各分野で活躍するソーシャルワーカーたちが抜け目のないように多重構造のザルで支援を展開させることが我々の役割だと提示された。

シンポジストそれぞれに共通していたことは、あらためてネットワークの重要性を指摘していること、そのネットワークを構築して有機的に動かすことにこそ、ソーシャルワーカーの使命があるといえる。時として、情報提供や社会資源の紹介で自分の役割が終わったと思ってしまうことがある。しかし、その資源と「つながる」ことができたのか、つなげた後に自分が果たす役割はないのか、ネットワークの一つの資源として機能できないのかなど、実践を振り返って見直すことが求められる。シンポジストの資料に、「密な世帯を換気する」という表現があったが、今回示された多問題家族の事例に限らず、当事者本

人だけではなく、環境としての家庭や背景としての家族歴にも視点を向けることそこにどんな問題が潜んでいるのかアディクションというフィルターも通して見ることで、家族にも換気が必要であり、換気とは地域や社会とのつながりを入れていくこと、それがソーシャルワーカーの責務である。

シンポジウムの最後に回復者からの支援者へのメッセージとして、2人の自助グループメンバーから体験談を聞かせていただいた。回復者の体験談は一人ひとりの人生の軌跡であり、我々に多くの気づきを与えてくれる。まさに「つながる」ことの価値を具現化してみせてくれている。なぜ「つながる」ことが必要なのか、理論や理屈で理解することもよいが、全身で感じるとするという体験も大切なのだと示していただけた。

8. グループワーク

新型コロナウイルス感染拡大による影響から、初めてのオンライン研修を行うにあたり、最も危惧されたのは、対面によらないグループワークの実施であった。

Zoomのブレイクアウトルーム機能を使用してのグループワークでは、より効果的なセッションとなるように、グループの参加者を5名以内とし、ソーシャルワーカーとしての経験年数、依存症支援へのかかわりの程度と展望、所属機関の種別や地域等々を踏まえたメンバー構成とし、検討委員はそれぞれのグループにファシリテーターとして参画した。最終的には8グループ、37名が参加した。

グループワーク終了後の全体会ではそれぞれのグループからの報告も行われ、「他地域、他機関の話が聞けたこと」や「ソーシャルワーカーとしてアディクション問題は向き合うべき問題」「依存症関連問題に気づき、介入することができるようにしたい」などグループワークを行うことで新たな気づきや、思いや悩みを共有することで、依存症関連問題に関わる意欲や姿勢を得ることができている。

研修後のアンケートでも「グループワークを通して参考になったこと、取り入れてみたいこと、持ち帰って実践したいこと、気づいたこと等々お書きください。」の設問には、参加者全員がコメントしており、「ネットワークや連携の必要性が理解できた」「苦手意識を持っていた自分に気づいた」「依存症の問題に気づき、関わりを持ちたい」等グループワークを通してより積極的な気づきや学びを得ることができたとの回答が大半を占めている。一方では、「グループワークの時間が足りない」といった意見もあり、今後の研修において時間配分等についても考慮したい。

今回の研修においても、参加者によるグループワークを行う意義や成果を改めて感じた。今後も参加者によるグループワークは研修における必須事項として、より学びや気づきを得ることができるように工夫していきたい。

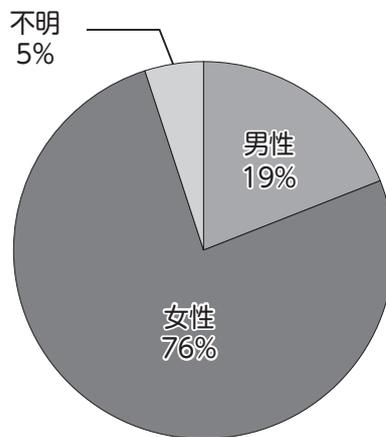
9. 参加者アンケートのまとめ

研修開催時、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アンケート調査を実施した。自記式アンケート（P120～126）で研修終了前にZoomのチャット及び研修終了後にメールにて案内、6日間回答期間を設けた。回収率は100%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

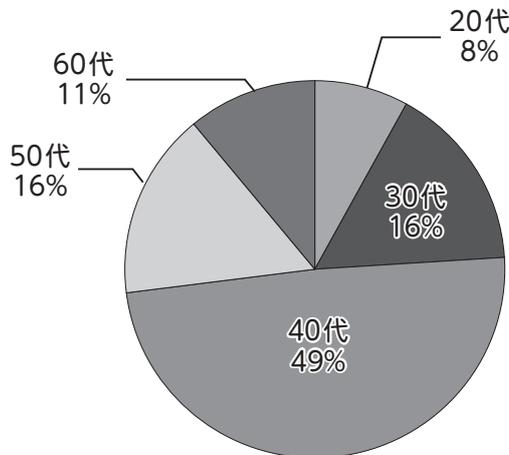
①性別

回答者の性別をみると男性19%、女性76%、不明5%であった。



②年齢層

回答者の年齢層は、最も多いのが40代49%、続いて30代と50代が16%、60代11%、20代8%であった。

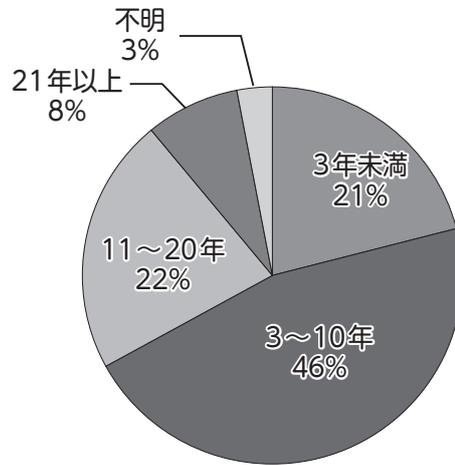


③経験年数

精神保健福祉士としての実務経験は最も多いのが3～10年46%、続いて11～20年22%、3年未満21%、21年以上8%、不明3%であった。これらの結果からみると、中堅層からベ

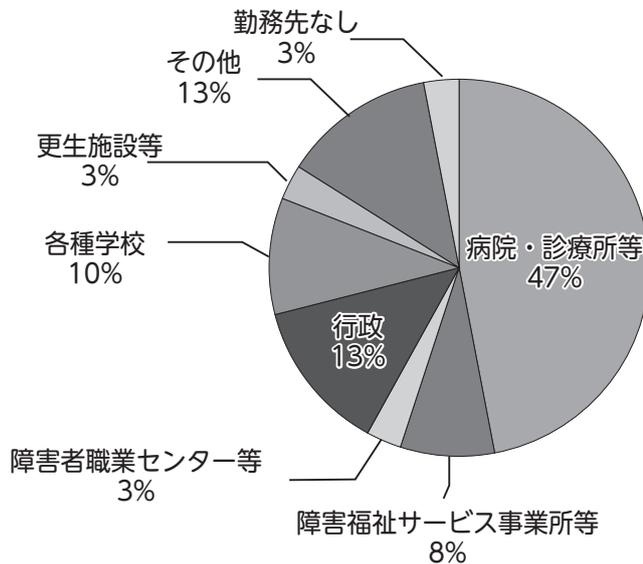
テラン層の参加者が多い印象がある。

また、依存症およ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、精神保健福祉士としての実務経験と同じ経験年数、精神保健福祉士としての実務経験の半数以上の参加者が多かった。



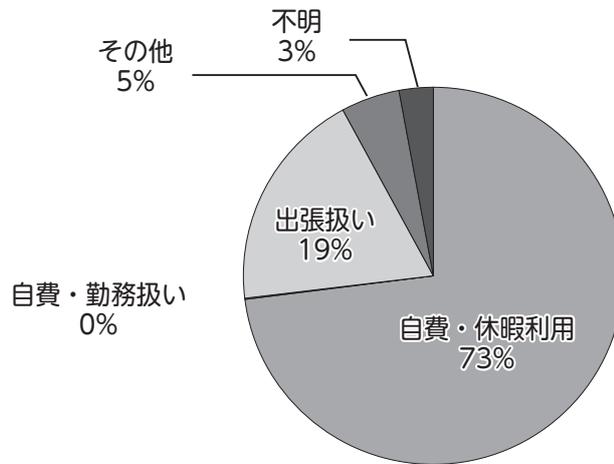
④所属

回答者の47%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%、各種学校10%、障害福祉サービス事業所等が8%、その他13%であった。



⑤参加方法

参加方法については自費・休暇利用は73%と最も多く、続いて出張扱い19%、その他5%であった。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。

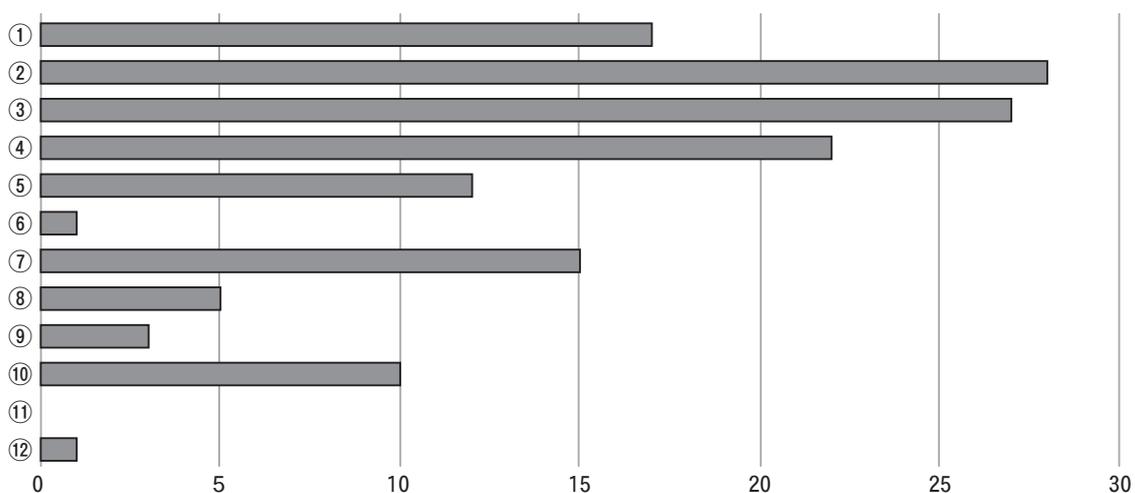


2) 参加動機

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）。

もっとも多かったのが、「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」で28人（76%）であった。続いて「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」が27人（73%）、「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」が22人（59%）、「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」が17人（46%）、「⑦研修を案内するチラシに興味と関心が湧いたから」が15人（41%）、「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」が12人（32%）、「⑩参加費が手頃であったから」が10人（27%）であった。

参加の決め手

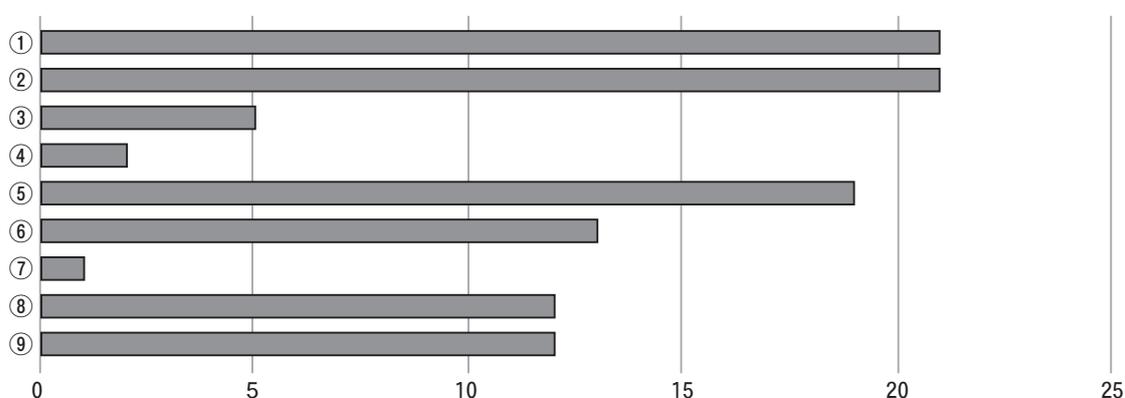


3) 自身の課題や悩みについて

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)。

もっとも多かったのが、「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」と「②知識や技術が足りず、現場で戸惑うことが多い」で21人(57%)であった。続いて「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」が19人(51%)、「⑥業務に追われ、余裕やゆとりがない」が13人(35%)、「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」と「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」が12人(32%)であった。

現場での課題や悩み



4) 依存症とのかかわり

参加者がどのように依存症に出会い、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、薬物、クレプトマニア、性、ゲーム、ネット等様々な記載があった。アルコール依存症の方とのかかわりが多くを占めているようだが、複合的な課題を抱えたクライアントに出会うことも多いことが伺えた。

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「5」、「あまり理解できなかった」を「1」として集計。平均値を算出した結果、eラーニング講義について、講義①「依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症」と講義②「依存症及び関連問題を抱えるクライアントへのアセスメントと支援アプローチ」とともに4.7であった。また事例検討型シンポジウムについては、すべての発表について平均値4.4から4.6となっている。

講義①では「エモーショナルリテラシーの考え方が特に参考になった」「ご自身の体験、実践をふまえての講義で非常に理解しやすかった」など「わかりやすい」「理解しやすい」といった意見が多かった。

講義②では「関わりの具体的な方法がたくさん示されたため、今後の実践に活かしている」「アセスメントやアプローチの方法がわかりやすかった」「依存症の問題として捉えるだけではなく、家族が抱える課題を多面的に見たてる力とアプローチしていくことが求められていることが理解できた」などといった意見があり、資料が充実している点を評価する意見も多かった。

また事例検討型シンポジウムでは、それぞれのシンポジストについてさまざまな感想が寄せられた。

神田委員による「精神科病院で働くMHSWの立場から」では「見ようとしていなかった部分を考える、改めて自分の実践を振り返るきっかけとなった」「つな『げ』るではなく、つな『が』りたいを支援できるにとっても共感した」「『密な世帯を喚起する』、『社会資源が多くてもネットワークが充実しているとは限らない』、『ニーズを察知する嗅覚が大切』、『連携は尊重と相互理解』など今後伝えて行きたい言葉が満載だった」などといった共感できる言葉についての意見が多かった。

岡村委員による「地域特性を考える？ H県での取り組みから？」では「病院のワーカーさんがアウトリーチするのは驚いた」「地域特性を考えるという視点やケースのかかわり方まで特性を考えていることが興味深かった」「社会資源の少ない土地での自分たちの支援の仕方について大いに参考にできる内容だった」などといった地域特性について勉強になったという意見が多かった。

池戸委員による「地域特性と依存症支援連携を考える～中部地方G地域の取り組みから～」では「地域特性を活用した支援を展開していることが学びになった」「中部地方G地域の依存症の歴史が実感できた。もう少し詳しく聞きたかった」「ついクライアントの困難なことから考察しがちだが、ストレングス視点が大事であるということがよくわかった」などといった中部地方G地域の依存症ネットワークや社会資源の多さに驚き、時間が足りなかったという意見が多かった。

さらにグループワークについては、参加者全員がコメントしている。「地域の連携、ネットワークの必要性がわかった」「連携の大切さ、地域を巻き込んだ支援の必要性がわかった」「他地域や他機関の話が聞けて大変参考になった」といったネットワークや連携の必要性を学び、「ソーシャルワークとしてアディクション問題は向き合うべき問題であることがわかった」「アディクション関係に苦手意識がある自分に気が付いた。今後、積極的に丁寧なかかわりをしていきたい」「クライアントのバックグラウンドをとらえること(多問題家族等)」「包括的な支援のあり方をしっかり取り入れていく」「何かあったときに気づき介入できるように心がけて今後関わっていきたい」等グループで意見交換をするなかで、ソーシャルワーカーとしてのかかわりの姿勢や必要性を得られた気付きがあったようである。他にも「自助グループに関わる機会を提供したい。そのためにも自身が自助グループに参加し、体験談を聞くことが重要」と自助グループへの関わりの重要性も学んでいる。

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8割を占めていた。今回、そのほとんどがオンライン研修を希望している。また、対面とオンラインのハイブリット研修や対面とオンライン研修の組み合わせの希望もあった。

研修内容の要望としては、「当事者の体験談をもっと聞きたい」「今後も他地域の実践を聞きたい」「グループワークの時間が足りない」などの意見があった。

7) 考察

今回はコロナ禍のなか、初めてのオンライン研修を行った。アンケートには参加者全員が回答しており、参加者の意欲の高さを感じられた。自由記述からみると、実践のなかで依存症及び関連問題が背景にあり、対応に苦慮しており、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。

研修内容としてはおおむ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、グループワークの時間を設けたことで、参加者間での意見交換から新たな気づきを得られたり、思いや悩みを共有することができたことで、より参加者の満足につながったのではないかと考える。一方では、グループワークの時間が足りないといった意見も見られ、時間配分等について工夫が必要である。

また今後については、「継続的に研修に参加したい」「同僚にも本研修を勧めたい」「今後も回復者の話を取り入れた研修を希望する」などといった自己研鑽に関する意見だけではなく、「依存症は特別な領域なものではなく、多様な領域の支援者との連携が必要」「地域ネットワークの構築に参画したい」といった意見も見られた。また「コロナ禍におけるアルコール依存症の課題とその支援について学びたい」という意見もあり、withコロナの時代に研修の在り方や課題について検討することも必要である。

本研修が依存症支援の苦手意識を払拭し、ソーシャルワーカーとして依存症関連問題に気づき、支援をしていくきっかけになったのではないかと考える。

第4部

依存症及び関連問題にかかわる
ソーシャルワーカー関係団体による意見交換会

1. 依存症及び関連問題にかかわる ソーシャルワーカー関係団体による意見交換会の概要

<日時> 2021年2月7日(日) 14:00～16:00

<場所> Zoomミーティング

<参加者> [参加団体及び代表者] (順不同、敬称略)

(一社)日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会(日本ASW協会)
: 会長 岡崎直人氏

(公社)日本医療社会福祉協会(日本SWHS協会): 稗田里香氏

(公社)日本社会福祉士会(日本CSW会): 理事 伊東良輔氏

(NPO)日本ソーシャルワーカー協会(日本SW協会): 副会長 保良昌徳氏

[本協会(日本MHSW協会)]

委員長: 小関清之 副委員長: 稗田幸則

委員: 池戸悦子、岡村真紀、柏木一恵、神田知正、佐古恵利子、
齊藤健輔、引土絵未、山本由紀

担当理事: 岡本秀行

議 事

座長: 小関委員長

挨拶	岡本担当理事
1) 経過報告及び第1、2回意見交換会の要約	佐古委員
2) 『依存症専門治療とアルコール関連問題対応との連携』	日本ASW協会 (岡崎氏)
3) 『一般医療におけるアルコール関連問題対応に掛かる連携』	日本SWHS協会 (稗田氏)
4) 『自殺対策ソーシャルワークの研修実施している県士会の取組』	日本CSW会 (伊東氏)
5) 『連携においてソーシャルワーカーが果たすべき役割』	日本SW協会 (保良氏)
6) 『一般精神医療とアルコール関連問題対応の連携』	日本MHSW協会 (佐古委員)
7) ディスカッション	
①現状における課題認識について	
②今後取り組むべき協働事業やソーシャルアクションについて	
③その他	
8) まとめ	稗田副委員長

1)挨拶 : 岡本理事

2)経過報告及び第1、2回意見交換会の要約 : 佐古委員

1回目は、①継続して開催していくこと、②関係団体の連携の道を探る方向で一致。

2回目は、日本CSW会：モデルプログラム構築へ。日本ASW協会：研修の棲みわけ、研修の流れが出ていくといいのではないか。日本SW協会：人権、家族のなかでさまざまな依存症関連問題がでてくる。原因に目を向けるのか発生した事象に目を向けるのか。多問題化した事例、ソーシャルワーカーとして何を行っていくのか。日本MHSW協会：各団体が有機的な連携をすることを通じて、実践課題として相談に応じていく力を身につけていくこと、そのために5団体でテキストを作成できれば。

共有したこと：①担うべき領域の概念整理、②活動の具体化について検討。

3)『依存症専門治療とアルコール関連問題対応との連携』

日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会 : 会長 岡崎直人氏

昨年2月では対面式の研修を企画していたがコロナ対応で基礎講座をオンラインに変更した。12月12日、3月14日に開催予定。中身に関しては講義とグループワーク演習を2つに分けた。講義は業者に依頼しオンデマンドで対応。日本ソーシャルワーカー連盟を通じて各団体へ広報を行った。午前は支援者同士の分かち合いとして小グループ、午後は回復者と出会うということで特定非営利活動法人アスク(ASK)に依頼をして依存症アドバイザーとご家族にグループに入ってもらった。ZOOMを使用。おおむね順調に開催できた。

▶オンラインで行う場合、参加費について、小規模の場合はどうしていくべきか悩んでいる。現在は会員のみとしている。他の団体の考えを聞かせてほしい。

▶ギャンブルの社会資源が少なく、GAとの連携がうまくいかない事例がある

4)『一般医療におけるアルコール関連問題対応に掛かる連携』

日本医療社会福祉協会 : 稗田里香氏

今年の4月から日本医療ソーシャルワーカー協会に名称が変更になる。昨年、社会貢献事業部から声掛けあり依存症リカバリーソーシャルワーク委員会ができた。メンバーを主に総合病院で依存症支援に取り組みをしている方、回復者の方を外部委員として入ってもらい、昨年4月以降、月に1度ミーティングを行って、医療ソーシャルワーカーの実態のデータを取っていないのでエビデンスをとって目指すべき課題を明らかにするために5,309名の正会員全員に対して行った。22%くらいの回収率。現在報告書をまとめている最中。できあがったら各団体へ送る予定。

▶調査のダイジェスト版の共有

回答者の9割は一般病院。2021年度に改訂されるアル法第2期基本計画では、2次医療圏レベルで対策を立てていくということが文言に加わる予定。総合病院で潜在している依存症患者に対してどのようにアプローチするかで基本計画のな

かで診療報酬化に向けたコンセンサスが得られたことは大きい。実は一般病院でもアルコール依存症が多いが、多様な依存症との出会いがある。関わりは半数、自業自得かどうかについて5割近く迷っている様子が見えてきた。これは日本精神神経科診療所協会でも同じような結果。9割以上が支援やネットワークづくりを行っていない。所属機関問題として他職種とのコンセンサスが得られないことが挙げられている。ここには教育の方で扱っていない面があるかもしれない。支援のやりにくさ、積極的に関わっている人ほど診療報酬に課題を持っている印象。

▶ 今回の調査で一部であってもこのような姿が見えてきたことはよかった。日本ASW協会や日本MHSW協会で行っていない医療機関ならではの研修をオンラインで実施する予定。医療ソーシャルワーカーが行うSBIRTSを練習してみたり、家族と一緒にSBIRTSロールプレイを予定している。来年度に向けてこの調査を受けて課題を明らかにしていくことと、医療ソーシャルワーカーに対しての啓発と支援力を高める研修を大きな目的になるかと思っている。来年度千葉で全国大会を行う。松本俊彦先生を招く予定。

5) 『自殺対策ソーシャルワークの研究実施している県士会の取組』

日本社会福祉士会：理事 伊東良輔氏

都道府県の社会福祉士会の連合会という組織体制となり、各都道府県レベルでの動き。昨年10月に調査を行った。自殺予防に関する取り組みを社会として取り組む、自殺関連問題としての依存症。自殺問題のなかの課題に依存症が入っている。47都道府県の正会員に対して、自殺予防委員会の設置は4府県のみ。福岡県社会福祉士会地域社会多文化委員会のなかで自殺予防対策に入っている。そのエレメントに生活困窮、対人関係の問題が多く含んでいることに目を向けていく研修。依存症が本人の問題なのかということを理解していく。多団体の連携については多くの都道府県で行っている。保健所や精神保健福祉センターの会議の参加などを行っている。5年以上で基礎研修修了者に独立型社会福祉、よろず相談というかたちで生活問題、環境への接点に介入していく、家族からの相談を受けたら環境に働きかけていくスタイル。会員向けの啓発活動はコロナで中止になった。研修費について、通常の研修と変わらずにいただいている。モチベーションを図る意味もあるかもしれない。

6) 『連携においてソーシャルワーカーが果たすべき役割』

日本ソーシャルワーカー協会：副会長 保良昌徳氏

話し合いに参加して日本ソーシャルワーカー協会としてどのようなことをしているかと考えた。大学の教員、研究者、現場の職員、学生会員と幅が広い。あることに特化していくというより基礎的なことを学ぶのに力を入れていたと思う。また、オンラインによるスーパービジョンを積極的に行っている。現在、依存症に特化した研修を組織として行っていることはない。

個人的な見解になってしまうが、今後組織的な取り組みについては学んでいかないといけないと思っている。私個人としてはアルコールが多い、ギャンブルケースがあった。現

在も断酒の意思もなく、地域のなかでは病院に行かない、やめる気もないケースで、相談できる環境がなく、相談につながらないかたちの依存的問題を抱えるケースがある。経済的にも家庭生活にも困難を抱えるケースで、どのように対応していくか悩みながら対応している。

この話し合いに参加することができていろいろと考える機会に個人としてはなっている。家族問題のなかにある依存症として取り上げていく必要があるのだろうと思う。

7) 『一般精神医療とアルコール関連問題対応の連携』

日本精神保健福祉士協会：佐古恵利子委員

昨年度同様、研修を企画して運営している。同時に地域特性を把握する調査を行っている。調査で得られた知見をもとに研修プログラムを組み立てている。

従来から、アルコール関連問題対策の課題として、一般医療との連携、一般精神科との連携、障害・高齢福祉との連携、教育現場への予防啓発、子供からのSOS発見介入、自殺予防対策。受刑者の教育、専門スタッフの人材不足があげられている。

我々の課題に引き寄せると、特に一般精神科医療との連携が不十分であること、専門医療の入り口としての関わりをもっと行う必要がある。そのためには病気に対する認識をもつべき。どのように接近・介入していけばいいかを共通認識として醸成していく必要がある。そのひとつの方法として回復につながった事例がある。そのような事例の集積・蓄積をしていくことが大切だと考える。また、5団体でソーシャルワーカーの存在をアピールしていくのもよいのではないか。

8) ディスカッション概要

〔現状における課題認識について〕

稗田氏： アルコール健康障害基本法になった経緯。関連問題という名称で施行の方向だったが、法律上の問題から、WHOの定義を含むという前提で健康障害という表記になった。第2期基本計画では社会復帰に力点を置く方向性になっており、地域包括や福祉関係機関から連携の必要性が強調されている。エビデンスがない状況で説得力が出てこない現状。5年後の3期の改正の際にはエビデンスが提示できるように取り組んでいく必要があると考えている。養成カリキュラム・教科書・国家試験に依存症が取り入れられているか連動しているかについて、研究として取り組んでいる。社会福祉士国家試験では2001年以降、依存症の出題もない状況。精神保健福祉士では進展があるが、社会福祉士ではあまり変化がない状況。

山本委員： 新カリ策定時、厚労省の当初の案から依存症を取り入れようという方向性で、ワーキングチームに加入することになったが、ワーキングチーム内でも「依存症だけに特化するのをおかしい」という批判が大きく、不十分な内容になった。精神医学リハビリテーションのなかに依存症関連問題が取り込まれてしまった現状。旧カリよりはアルコールや薬物関連問題が取り入れられているが、社会福祉士の新カリとは全く連携がなかった。

- 柏木委員：** 社会福祉士のワーキングチームでは、地域で困っている8050問題には依存症の人が多くいる現状は共有されており、勉強したいと話題には上がっていたが、ひとつの単位のなかですべての精神疾患を勉強しようという方向性。「限定的に取り扱うのは難しいため、むしろ精神保健福祉士と社会福祉士のカリキュラムを一緒にした方が」と進言したが、そのために依存症に焦点化する機会を失った感も否めない。
- 伊東氏：** 懸念されるのは、依存症が障害分野のなかに括られてしまう点。3障害一元化という方向性であったが、精神障害のなかで依存症について学ぶ機会はほとんどなかった。実際に現場においては眠剤や飲酒に依存していく依存症の問題は多く存在していた。実践のなかから学んでいくという方法しかなかったが、今後は職能団体として学ぶ機会を確保していくことが重要。
- 保良氏：** 依存症には医療的な対応が必要不可欠と考えられるが、地域での家族問題を見ていると、医療機関への受診をもとにしたり、診断を受けている事例は少ないのではないかと。明確に「依存症」と診断された場合は、医療前提であることは当然である。しかし、一人の依存症の背景には広い裾野があり、我々が日常的に関わるのは、これらの広い裾野は背景にある課題ではないか。非行や人間関係の問題、子育て問題などと結びつきながらアルコール問題が見えてくるように思える。本人や家族にとっては、多様な問題が日常化し共存する生活をしていることから、問題意識や依存症という認識はないのが現状である。支援の際は、そのような現状認識や分析、課題の顕在化・可視化が大事な役割となっていく。
- 山本委員：** アルコールは医療（診断）前提ではなく、診断名がついているのは全体の5%。アルコールを治したいという人ではなく、他問題家族が大半で、医療につながらないまま、何らかの変容を目指していく。地域包括の研修にも参加したが、ワンイシューでうまくいく事例はほとんどなく、家族をアセスメントする際に、もうひとつの視点としてアルコールの視点を含めることができれば、危機介入の際の選択肢が広がるのではないかと。研修では、アルコール専門支援に特化していないワーカーを対象とした研修の作りになっている。
- 稗田氏：** 日本SWHS協会では、一般医療機関を主として、アルコール依存症と診断を受けていないが、家族が悩んでいる人に経済的・社会的支援を行うなかで、アルコール問題の根底にある部分にアプローチしていきたいという目的で現任者研修を行っている。すべてのワーカーに直接的、間接的に依存症問題が横断的に関連していると想定すると、基本的な依存症理解が必要なのではないかと考える。アルコールによる死者数は自殺者数より多い現状。潜在的な93%の人達が助けを求めにくい状況にあって、声なき声を拾っていく、専門機関だけでなく自助グループにつながっていくということも含めて支援していくことができる。
- 佐古委員：** ソーシャルワーカーは関連問題に着目した活動を行う必要があるが、現状は、すでに依存症の状態になってからの関わりがほとんどである。依存症が病気であることの情報提供はむしろもっと必要だと思う。

〔今後取り組むべき協働事業やソーシャルアクションについて〕

- 岡崎氏：** 何らかのイベント企画やパンフレット作成など成果を出せることを目指していきたい。ディスカッションも有意義ではあるが。
- 稗田氏：** 実態共有できたことは重要な会だった。依存症は回復可能という認識を現場レベルでは定着しているためワーカーが乗り遅れないようにしていきたい。
- 伊東氏：** 社会福祉士という資格は幅が広いために専門性が見えにくい。ソーシャルワーカーとして議論できる機会があったのは有意義。基礎的な知識を確立してもらい、共有していけるようなシステムを作っていければ。研修やテキストなどの作成の際に、不足している知識を指摘するかたちでも参加できれば。
- 保良氏：** 基礎的な知識という用語について、依存症支援に必要なソーシャルワーク用語（100用語）を選出して、用語集を作成する。そうすると共通基盤が作られるのではないか。
- 佐古委員：** 各団体のワーカーが関わってきた依存問題の事例を取り上げる。ソーシャルワーカーデーポスターなどを作成して広く地域に配布する。

9) まとめ 稗田副委員長

3回とも出席したうえで、今回が一番有意義であった。私たちはソーシャルワーカーとして共通の部分で関わることができると再確認した。地域の多問題や自殺問題に関連するアルコールや依存症の課題があるため、生活を基盤に関わっていくことを共通認識としていきたい。次年度以降、成果物を用語集やポスターなどに取り組んでいきたい。カリキュラムの問題もあったが、マクロレベルでの取り組みも含めて取り組んでいきたい。

2. おわりに

第3回意見交換会では、それぞれの団体の取り組みや課題の整理を行い、共通点を見出している。①多面的な依存症領域の生活問題へのアプローチ、具体的事例を蓄積し共有、②相談できる社会づくりへ向けて、ソーシャルワーカーの存在をアピールするためにポスター制作など検討、③必要な調査研究を合同で行うことを検討、④ソーシャルワーカーデーや啓発週間の活用した企画等の提案が出された。

今後も継続してこの意見交換会を開催し、職域や組織の垣根を超えて交流し、取り組んでいく方向性がみえてきたといえよう。

第5部

おわりに

～事業のまとめと提言～

本協会は、従前より「依存症及び関連問題への支援」をテーマとする研修や機関誌等に特集を組む等、構成員の意識喚起や資質向上を図ってきた。

2016、2017年度は、アルコール健康障害対策基本法等の進捗を追い風に本協会内にプロジェクトチームを編成し、支部長アンケート調査及びインタビュー調査を実施した。それらの結果から知らされた「知識不足による介入の不調や誤解に基づく偏見が根強い構成員が未だ少なくない」との現状を踏まえて、構成員への普及啓発こそが急務との認識にいたった。2018年度に設置した依存症及び関連問題対策委員会は、厚生労働省依存症民間団体支援事業の活用を軸に、種々の活動を継続・展開して今日につながる。

従って、本協会がこのことのために組織的に取り組んできた歴史は浅く、未だ特筆できる成果を築いてはいない。だが一方で、日々、依存症当事者とその家族の回復に真摯に向き合い、あるいは地域の特性を踏まえたネットワークづくりの中核的存在としての活動を牽引する等々、極めて有意なる実践を積み上げ、類い希なる知見を有しているソーシャルワーカーがすでに、全国各地に何人も存在していることをも知ることとなった。

本協会は、こうした志ある構成員による現場実践に学び、職能団体の財産として集積し、これからを担うすべての構成員とともに分かち合うことが可能となるよう全国組織として取り組まなければならない。さらには、精神保健福祉士のみならずすべてのソーシャルワーカーにとって、依存症及び関連問題にかかわることを「あたりまえ」となるよう尽力しなければならない。

今年度事業のひとつは「インタビュー調査」及び「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」であった。

事業計画を立案し、厚生労働省依存症民間団体支援事業の申請を行った2020年2月の時点では、大都市を代表する中部地方G地域、地方都市を代表する中国地方H地域に実際に赴いたインタビュー調査や対面による研修を想定していた。

しかしながら、新型コロナウイルス感染拡大の収束の兆しを見通すことのできない状況が続くなか、変更や工夫に向けた幾度もの話し合いを重ねることを余儀なくされた。委員一同、知恵を持ち寄り、時に緊迫する雰囲気も帯びつつの議論を重ねた。ひたすら「できること」を模索し続けた結果、対面とオンラインとの併用あるいはオンラインによるインタビュー調査、そして『みるみる・みえる・人の暮らしと依存症・おうちセミナー～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～』と題するオンライン研修の開催に踏み切った。

経験のない戸惑いを抱えるなかでの取り組みではあったが、収穫の多いインタビュー調査が実現し、研修は参加者募集を呼びかけた数日後には定員に達するという構成員らの関心の高さを思い知る盛況ぶりからスタートできた。講師を務める委員による入念な準備で整えた質の高い事前学習としてのeラーニング、厳選された演者によるシンポジウム、そしてグループワークは、凝縮された時間枠のなかにもかかわらず、オンラインとは思えな

い一体感のある雰囲気に入れられ、活発な意見交換が叶った。回復者を代表する依存症当事者によるメッセージの一言一言から、ソーシャルワーカーとしての襟を正され、想いを強くした参加者は、一人二人ではなかったに違いない。修了後のアンケートからは「実り多いものであった」、「また機会があれば参加したい」等々の参加者からの異口同音の賛辞をいただいた。コロナ禍における普及啓発と人材養成の新たなかたちとして、確かな手応えを獲得できたと実感している。

2つには、「第3回ソーシャルワーカー関係団体による意見交換会」を行った。地域福祉課題に潜む依存症及び関連問題に、ソーシャルワーカーとしてどのように向き合っていくのか。「連携」や「協働」そして「かかわり」をめぐり、同じソーシャルワーカーであることの志を礎とし、組織の垣根を超え、各々の尊厳と力を信じ、耳傾け、寛容で、違いの議論を厭わない場面が展開された。後日、列席者から届いた「人材育成に職能団体同士の連携は不可欠と改めて実感した」、「建設的な会議に参加させていただき感謝している」等の声は、先につながる希望を予感させるに十分なものがあつた。こうした回を重ねた先には、あらためて「依存症及び関連問題に対するソーシャルワーカーによる標準的な援助のための研修整備に向けたモデルプログラム」の開発と運用を展望してみたい。一組織ではなしえない普及啓発の広がりや新たな人材の発掘と養成、そして社会変革に向けた一石を投じることの道筋を付けられるかもしれない。組織の歴史や規模は違っても、相互に影響しあう対等な関係性を堅持しながら、つながり続けたい。

いよいよ、ワクチン接種が始まるとはいえ、新型コロナウイルス感染拡大に伴う閉塞感は深まり、さらに広がっている。「貧困」「自死」「虐待」等々に絡むメンタルヘルズ課題は、一層苛酷に、さらに露わなものになっていくに違いない。実際、セルフヘルプグループの例会やミーティングが休止や縮小を余儀なくされる等、依存症当事者や家族の回復を困難にさせる事態がある。東日本大震災と東京電力福島第一原発事故から丸10年。今なお行方不明者は2,525人、生まれ育った地に帰還できないまま避難生活を余儀なくされている方々は4万1,241人にのぼる。その後も全国各地で頻発する甚大な災害も重なる。日常のさまざまに制約を受けている渦中の後には、先の見えない不安に晒され続けた心身が露わになるであろう。一人の力では抗いのようなない生活困難の課題は山積し、依存症及び関連問題を深刻なものとする要因であり背景となるかもしれない。

だがしかし、忘れてはいけないことがある。一日に何人もの自死を出すほどに人類史上かつてない深刻を極めた世界大恐慌のさなかの1935年、セルフヘルプ・グループの原点とされるA.A.(アルコールリックス・アノニマス)が、誕生した。絶望の淵に立たされた当事者自身が示した「回復」は、専門家たちに歴史的覚醒を与え、依存症当事者と家族に福音をもたらした。だとするならば、先の見えない不安と危機に覆われる今もまた、新たな

生き方への希望を見出す何かが生まれる、あるいは生み出すチャンスのあるときなのかもしれないと思うのは楽観的に過ぎるだろうか。

本協会は、2020年に開催された第8回定時総会において、英語表記を「Japanese Association of Mental Health Social Workers」に変更した。1964年の日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会設立から受け継ぐ歴史的使命を果たすことをあらためて肝に銘じるとともに、国民のメンタルヘルス課題へのかかわりにおいてもまた、一層傾注する職能団体であることを明らかにした。

地方都市圏の多くでは、依存症及び関連問題に掛かる社会資源の偏在やマンパワー不足が改善されたとはいえない。一方、社会資源が一定程度充足されたかにみえる大都市圏にあっては、点と点とはつながらず有機的に機能しているかとなると、甚だ心許ない。私たちは、その時々にも臆せず、怯まず、次々と湧き上がる新たな課題にも真摯に向き合うソーシャルワーカーであらねばならない。よって、依存症及び関連問題にかかわるソーシャルワーカー人材の養成や地域における回復支援ネットワーク構築もまた、この国のどの地域にあっても等しくあらねばならない。このことのための普及啓発と人材養成に尽力することは、本協会の当然の責務である。

法ができたからといって、人の暮らしが直ちに改善されるわけではない。制度は始動した段階ですでに不足が際立ち、さらなる課題が突きつけてられているといっても過言ではない。

「すべきことは沢山ある」と感じている。あのときは差し伸べられなかった手を、何処かの誰かに向かって伸ばすことが求められている。

第6部

資料

資料1. ICD-10 DSM-5 2つの診断基準

保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)とその評価結果に基づく減酒支援(ブリーフインターベンション)の手引き

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

保健指導における アルコール使用障害スクリーニング^{“オーデイト”}(AUDIT)と その評価結果に基づく 減酒支援(ブリーフインターベンション)の手引き

「危険な飲酒や有害な飲酒に対するスクリーニングおよびブリーフインターベンション」は、WHOが2010年に採択した「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」において推奨されています。

スクリーニング

Q) アルコール使用障害同定テスト(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)とは？

A) アルコール問題のスクリーニングの一つ。WHOが問題飲酒を早期に発見する目的で作成したもので、世界で最もよく使われています。

ブリーフインターベンション

Q) 減酒支援(Brief Intervention)とは？

A) 対象者の特定の行動(この場合は飲酒行動)に変化をもたらすことを目的とした短時間のカウンセリング。海外では活発に用いられています。

【作成】厚生労働省科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病総合研究事業
「わが国における飲酒の実態把握およびアルコールに関連する生活習慣病とその対策に関する総合研究」
(研究代表者: 樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター病院長)

要 約

手引きの内容を簡単に言うと？

- 対象者のアルコール問題の程度を評価して、問題の程度にふさわしい適切な対応をとるために活用できます。

この手引きの「利用者」とは？

- 医師、保健師、管理栄養士等の保健指導実施者に、任意で活用いただくものです。

この手引きの「対象者」とは？

- 特定健診における「標準的な質問票」で、日本酒換算で1～2合以上のアルコールを「毎日」又は「時々」飲むと答えた人に活用することをお勧めします。これらの方々には、生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている可能性が高いためです。

アルコール問題の程度を定量的に評価できるの？

- AUDITという、10の質問から構成されるスクリーニングテストを用います。
- 対象者が自ら答えを記載し、保健指導実施者がスコア化することをお勧めします。

AUDITの結果	判定	対応
0～7点	問題飲酒ではないと思われる	介入不要
8～14点	問題飲酒ではあるが、 アルコール依存症までは至っていない	減酒支援を行う (ブリーフインターベンション)
15～40点	アルコール依存症が疑われる	専門医療機関の 受診につなげる

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)①

質問1 あなたはアルコール含有飲料(お酒)をどのくらいの頻度で飲みますか?

0 点	飲まない
1 点	1ヶ月に1度以下
2 点	1ヶ月に2~4度
3 点	週に2~3度
4 点	週に4度以上

質問2 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか?

(注)
 ○「1ドリンク」は純アルコール換算の単位で、1ドリンクは純アルコール換算で10グラムです。
 ○1ドリンクは、ビール中ビン半分(250ml)、日本酒0.5合、焼酎(25度)50mLに相当します。

0 点	0~2ドリンク*
1 点	3~4ドリンク
2 点	5~6ドリンク
3 点	7~9ドリンク
4 点	10ドリンク以上

*通常のAUDITは「1~2ドリンク」ですが、オケを併用できるよう、本手引では概して「0」の場合を含めています。

質問3 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか?

(注)
 ○「6ドリンク」とは、ビールだと中ビン3本、日本酒だと3合、焼酎(25度)だと1.7合(300mL)に相当します。

0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング)②

質問4 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?

0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

質問5 過去1年間に、普通だで行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?

0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

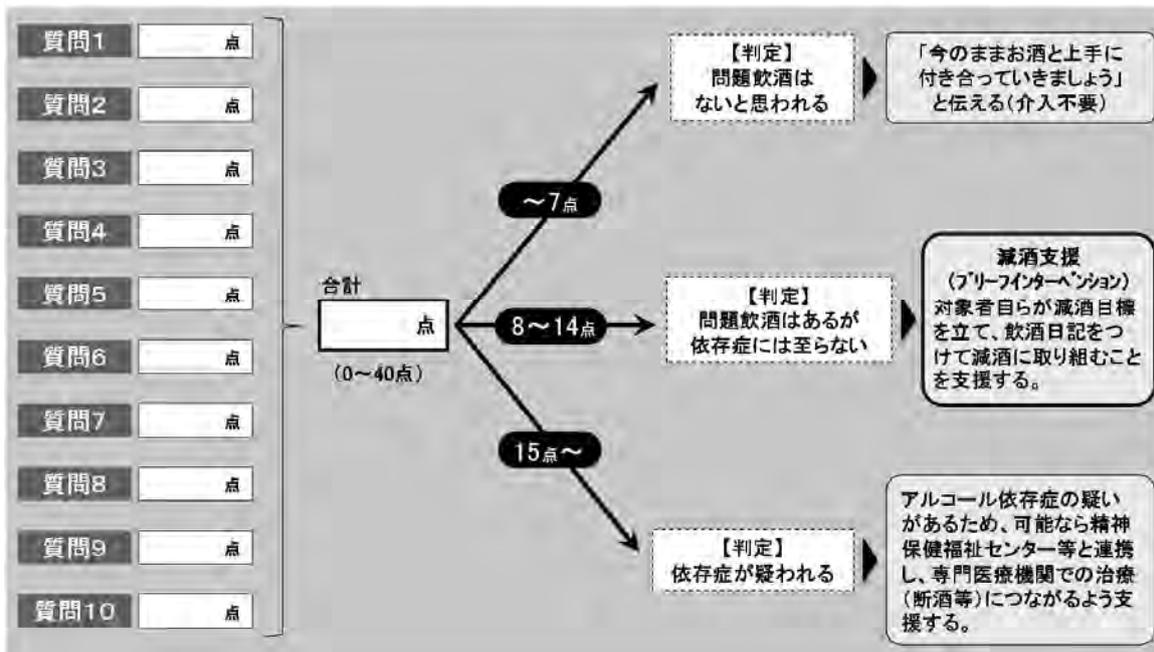
質問6 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなければならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?

0 点	ない
1 点	月に1度未満
2 点	月に1度
3 点	週に1度
4 点	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT(アルコール使用障害スクリーニング) ③

質問7	過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0 点	ない
		1 点	月に1度未満
		2 点	月に1度
		3 点	週に1度
		4 点	毎日あるいはほとんど毎日
質問8	過去1年間に、飲酒のための前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0 点	ない
		1 点	月に1度未満
		2 点	月に1度
		3 点	週に1度
		4 点	毎日あるいはほとんど毎日
質問9	あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？	0 点	ない
		2 点	あるが、過去1年にはなし
		4 点	過去1年間にあり
質問10	肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？	0 点	ない
		2 点	あるが、過去1年にはなし
		4 点	過去1年間にあり

AUDITの判定方法



AUDITの解説

(1)「ドリンク」数の計算には次の式を用います。

$$\text{純アルコール量(g)} = \text{飲んだ酒の量(mL)} \times \text{酒の濃度(度数/100)} \times 0.8$$

$$\text{ドリンク数} = \text{純アルコール量(g)} \div 10$$

【計算例】

- ① 日本酒(15度)1合のドリンク数は?
180mL(1合) × 0.15 × 0.8 = 21.6g(≒2.2ドリンク)
- ② さらに、ビール(5度)350mLカンを2本飲めば、
350mL × 2 × 0.05 × 0.8 = 28g(=2.8ドリンク)
- ③ ①と②の合計で5.0ドリンク

(2)質問2～8については、対象者には、より近いと思われる項目を選ぶよう伝えてください。

(3)ここではアルコール依存症を疑う境界を14点と15点の間に置いていますが、AUDITの点数はあくまでも判断材料の一つであり、アルコール依存症か否かに関しては医師が総合的に診断します。

(4)対象者が問題を隠していれば、依存症に分類されるべき人がこの減酒指導群に入ってしまいます。点数は14点以下であっても、深刻な問題点があれば、専門医療機関で相談することを勧めてください。この場合の深刻な飲酒問題とは、次のようなものを指します。

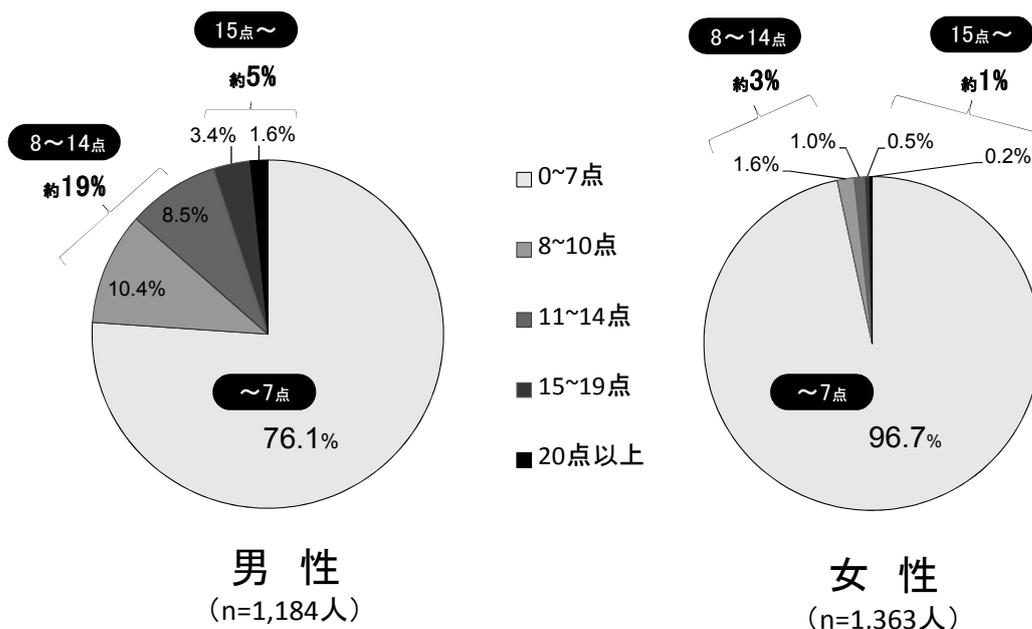
- ・飲酒すると、大声を出したり、暴力的になったりして、周囲に迷惑をかける場合。
- ・肝臓障害、膵炎、低栄養状態、うつ病など、飲酒が原因の深刻な健康問題が併存している場合。
- ・飲酒が原因の深刻な家族問題、社会的問題がある場合(暴力・暴言、養育拒否、虐待等)。

(5)AUDITの結果が15点以上の場合、アルコール依存症の疑いが強いケースです。

専門的な治療が必要になりますので、対象者の気づきを促しつつ、可能なら精神保健福祉センター等と連携して、アルコール依存症の専門医療機関での治療につながるよう、支援してください。

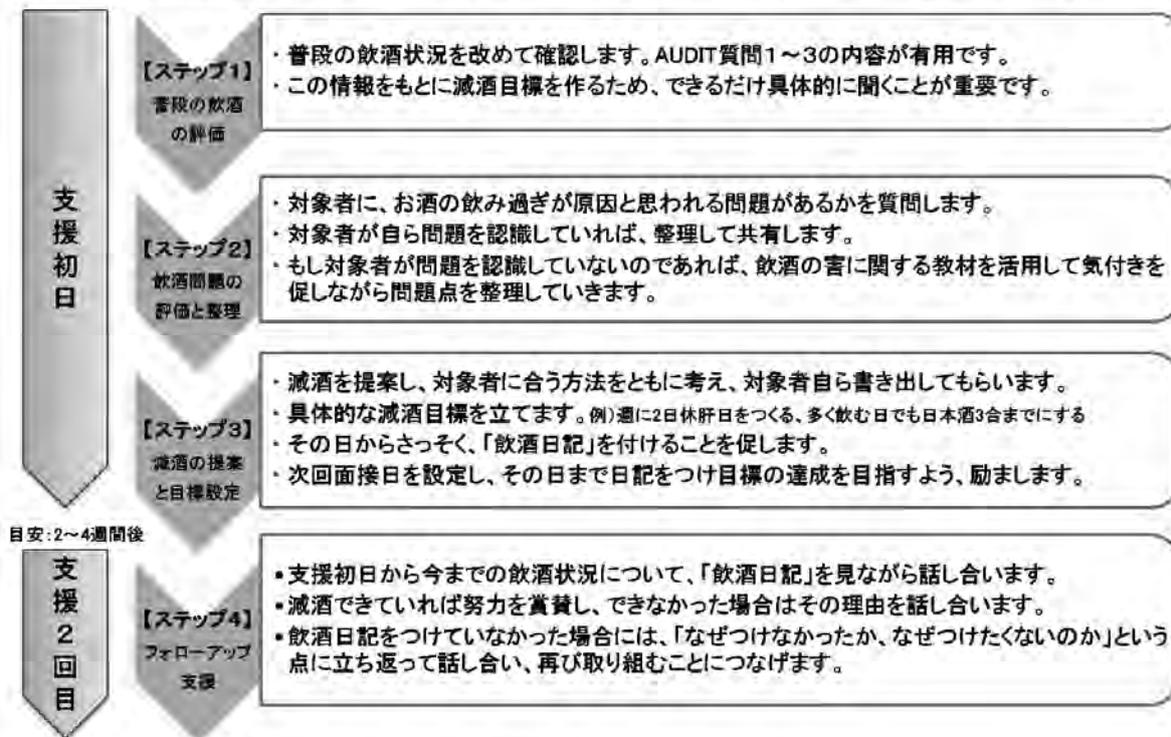
対象者が治療を受けようとしなかったり、家族からの協力も得られない等、対象者を治療につなげることが困難なケースもあります。その場合は、決して一人で背負いこまないようにし、チームの仲間と情報を共有し、仲間からの協力を得るようにしてください。

【参考】一般住民におけるAUDITの点数別分布



出典: 成人の飲酒実態調査(2003年) 樋口ら

減酒支援(ブリーフインターベンション)の具体的な手順



減酒支援(ブリーフインターベンション)のポイント

○「何らかの形で始める」ことが重要です。評価のための聞き取りだけでも、酒量が減ることが多くみられますので、支援内容の細部にこだわり過ぎず、とにかく始めてみましょう。

○共感することが重要です。飲酒習慣を変えることの困難さ、背景にあるかもしれない日常生活における苦勞を受け止めて共感する姿勢を示すと、介入効果も高まります。

○減酒目標は達成可能なものにし、押しつけることなく対象者が自ら設定することを支援しましょう。

○1回目の支援を行ってから2回目の支援(フォローアップ支援)を行うまでの期間は、2～4週間程度としましょう。ただ、これはあくまで目安ですので、保健指導の流れに合わせて柔軟に対応していただくことが可能です。また、基本は2回ですが、必要に応じて3回、4回と続けます。

○フォローアップ時に飲酒量が減っていなくとも、再度チャレンジしてみるよう促しましょう。目標が高すぎると思われた場合には、フォローアップ支援時に目標を見直すことも可能です。

○このような簡単な支援によって酒量は減り、その効果は比較的長く続くことが多くの研究によって示されています。しかし、アルコール依存症である対象者にこの減酒支援を実施した場合は、この効果はあまり期待できません。この点も踏まえ、飲酒量の多い対象者であって、支援を開始して4～6週間たっても酒量が減らないか、むしろ増えた場合には、可能なら精神保健福祉センター等と連携して専門医療機関での治療につなげるようにしましょう。

酒類のドリンク換算表、アルコールと健康に関する資料、飲酒方法を減らす具体的な方法のリスト、飲酒日記の様式等の各種教材については、下記から入手できます。

URL: http://kurihama-med.jp/health_guidance/index.html

飲酒日記

- 自分の飲酒習慣を変えたいと思っている方は、毎日の飲酒を正直に記録していくことが手助けになります。
- 自分が立てた目標を記録することで、少しずつ目標に向かっていくことが確認でき、励みにもなります。
- ここでまず、あなたが立てた飲酒目標を確認しましょう。

私の飲酒目標は 。

()週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標 達成
月 日()			

私の飲酒目標は 。

()週目	飲んだ種類と量	飲んだ状況	飲酒目標 達成
月 日()			

飲酒日記の付け方

1. まず、「飲んだ種類と量」を記入して下さい。できるだけ具体的に書いてください。2種類以上のお酒を飲んだ場合には、それぞれを書いてください。
2. 飲酒した時は、「飲んだ状況」を記入します。
3. お酒を飲まないで済んだ日には、その理由や飲まないためにあなたが使った方法を「飲んだ状況」に記入してください。
4. 「飲酒目標達成」には、全く飲まなかった場合「◎」、飲んだが飲酒目標以下であった場合「○」、飲酒目標を超えてしまった場合「×」を記入して下さい。

AUDIT オーディット

(アルコール使用障害同定テスト)

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？	0. 飲まない	1. 1ヶ月に1度以下	2. 1ヶ月に2～4度
	3. 1週に2～3度	4. 1週に4度以上	
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ → 量の換算は裏面の表を参照してください (以後同じ)。	0. 0～2ドリンク	1. 3～4ドリンク	2. 5～6ドリンク
	3. 7～9ドリンク	4. 10ドリンク以上	
3. 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかった事が、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
5. 過去1年間に、普通だで行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
8. 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
	3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？	0. ない	2. あるが、過去1年に はなし	4. 過去1年間にあり
10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？	0. ない	2. あるが、過去1年に はなし	4. 過去1年間にあり

酒類のドリンク換算表

種類	量	ドリンク数	
(1) ビール (5%)・発泡酒	コップ(180mL) 1杯	0.7	
	小ビンまたは 350mL 缶 1本	1.4	
	中ビンまたは 500mL 缶 1本	2.0	
	大ビンまたは 633mL 缶 1本	2.5	
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3	
	大ジョッキ (600mL) 1杯	2.4	
	(2) 日本酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2
お猪口 (30mL) 1杯		0.4	
(3) 焼酎・泡盛 (20%)	ストレートで 1合 (180mL)	2.9	
	焼酎・泡盛 (25%)	ストレートで 1合 (180mL)	3.6
	焼酎・泡盛 (30%)	ストレートで 1合 (180mL)	4.3
	焼酎・泡盛 (40%)	ストレートで 1合 (180mL)	5.8
(4) 酎ハイ (7%)	コップ 1杯 (180mL)	1.0	
	350mL 缶酎ハイ 1本	2.0	
	500mL 缶酎ハイ	2.8	
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.8	
	大ジョッキ (600mL) 1杯	3.4	
(5) カクテル類 (5%) (果実味などを含んだ 甘い酒)	コップ(180mL) 1杯	0.7	
	350mL 缶 1本	1.4	
	500mL 缶 1本	2.0	
	中ジョッキ (320mL) 1杯	1.3	
(6) ワイン(12%)	ワイングラス (120mL) 1杯	1.2	
	ハーフボトル (375mL) 1本	3.6	
	フルボトル (750mL) 1本	7.2	
(7) ウイスキー、ブランデー、ジン、ウォッカ、ラムなど (40%)	シングル水割り 1杯 (原酒で 30mL)	1.0	
	ダブル水割り 1杯 (原酒で 60mL)	2.0	
	ショットグラス (30mL) 1杯	1.0	
	ポケットビン (180mL) 1本	5.8	
	ボトル半分 (360mL)	11.5	
(8) 梅酒 (15%)	1合 (180mL)	2.2	
	お猪口 (30mL)	0.4	

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付けを高めること

「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たことを称賛する。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興味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

<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、令和2年度依存症民間団体支援事業「アルコール健康障害推進計画の推進に向けた地域ネットワークの構築のための普及啓発事業～真の地域包括ケアシステムの構築にむけた『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』事業及び依存症及び関連問題ソーシャルワーク支援の標準化のための『関係団体による意見交換会』事業」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。

依存症及び関連問題に関する地域連携の強化に向けて、本調査においてこれまでの歴史的経過と今後の展望について貴重な示唆を得たいと考えております。

2. 調査の流れ

- 1) 個別の実践についてご報告いただく
- 2) グループ討論「依存症の地域連携について」
- 3) インタビュー調査

調査テーマ「依存症支援の地域連携のこれまでと今後を語る。」

インタビューガイド

①地域特性について

- ・地域特性への評価
- ・依存症回復支援にかかわる社会資源について
- ・独立型相談室について（東京、仙台、名古屋にあった）

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
- ・依存症回復支援において工夫されていること、心掛けていること、その成果
- ・依存症の捉え方（あなたにとっての依存症とは）

③喫緊の課題と今後の展望について

- ・個別支援の中で感じる課題や困りごと
 - ・ソーシャルワーカーの役割と課題
 - ・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地域として目指す依存症回復支援のあり方や展望
 - ・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してください。

3. 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

厚生労働省「令和2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 おうちセミナー
～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。

② 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について書いてください。

③ 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。

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～おうちセミナー アンケート

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～おうちセ ミナー 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。

*必須

1. あなたご自身についてお伺いします（任意）

1. 性別

回答を入力

2. 年齢

- 10代
- 20代
- 30代
- 40代
- 50代
- 60代
- 70代
- その他

3-1. 精神保健福祉士（精神科ソーシャルワーカー）としての実務経験年数

回答を入力

3-2. 精神保健福祉士（精神科ソーシャルワーカー）としての実務経験年数のうち、依存症及び関連問題へのかかわりの経験年数

回答を入力

3-3. 精神保健福祉士以外の専門職としての実務経験年数（職種と経験年数をご回答ください）

回答を入力

3-4. 精神保健福祉士以外の専門職としての実務経験年数のうち、依存症及び関連問題へのかかわりの経験年数

回答を入力

4. 現在、あなたが所属する施設（複数回答可）

- 病院・診療所等
- 認知症疾患医療センター
- 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
- 行政機関
- 高齢者対象施設等
- 福祉関係施設等
- 障害者職業センター等
- 社会福祉協議会
- 発達障害者支援センター
- 各種学校

- ホームレス支援
- 更生施設等
- その他
- 勤務先なし

5. 参加の方法について伺います

- 自費・休暇利用
- 自費・勤務扱い
- 出張扱い
- 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）*

- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 上司や同僚・知人から研修への参加を勧められたから
- 研修を案内するチラシに興味と関心が湧いたから
- 研修の内容や演者に魅力を感じたから
- 開催地が近かったから
- 参加費が手頃だったから
- 修了証が貰えるから
- 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）*

- 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。
- 知識や技術が足りず、現場で戸惑うことが多い。
- 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。
- 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。
- 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。
- 業務に追われ、余裕やゆとりがない。
- 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。
- 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。
- 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出会いますか。*

回答を入力

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。

オンデマンド講義①「依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症」*

1 2 3 4 5

あまり理解できなかった ○ ○ ○ ○ ○ すごく理解できた

オンデマンド講義①「依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症」に対する
ご感想・ご意見

回答を入力

オンデマンド講義②「暮らしと依存症 みる・見える・かわわるためのアプローチ」*

1 2 3 4 5

あまり理解できなかった すごく理解できた

オンデマンド講義②「暮らしと依存症 みる・見える・かわわるためのアプローチ」に対するご感想・ご意見

回答を入力

事例検討型シンポジウム「精神科病院で働くMHSWの立場から」*

1 2 3 4 5

あまり理解できなかった すごく理解できた

事例検討型シンポジウム「精神科病院で働くMHSWの立場から」に対するご感想・ご意見

回答を入力

事例検討型シンポジウム「地域特性を考える～山口県での取り組みから～」*

1 2 3 4 5

あまり理解できなかった すごく理解できた

事例検討型シンポジウム「地域特性を考える～山口県での取り組みから～」に対する感想・ご意見

回答を入力

事例検討型シンポジウム「地域特性と依存症支援連携を考える～愛知の取り組みから～」*

1 2 3 4 5
あまり理解できなかった ○ ○ ○ ○ ○ すごく理解できた

事例検討型シンポジウム「地域特性と依存症支援連携を考える～愛知の取り組みから～」に対する感想・ご意見

回答を入力

事例検討型シンポジウム全体*

1 2 3 4 5
あまり理解できなかった ○ ○ ○ ○ ○ すごく理解できた

グループワークを通して参考になったこと、取り入れてみたいこと、持ち帰って実践したいこと、気づいたこと等々お書きください。*

回答を入力

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。

回答を入力

ご協力ありがとうございました

送信

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。 [不正行為の報告](#) - [利用規約](#) - [プライバシーポリシー](#)

 フォーム

厚生労働省 令和2年度依存症民間団体支援事業

アルコール健康障害推進計画の推進に向けた地域ネットワークの
構築のための普及啓発事業～真の地域包括ケアシステムの構築にむけた
「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」事業及び
依存症及び関連問題ソーシャルワーク支援の標準化のための
「関係団体による意見交換会」事業

報告書

令和3(2021)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@jamhsw.or.jp URL : <https://www.jamhsw.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。

