

## 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

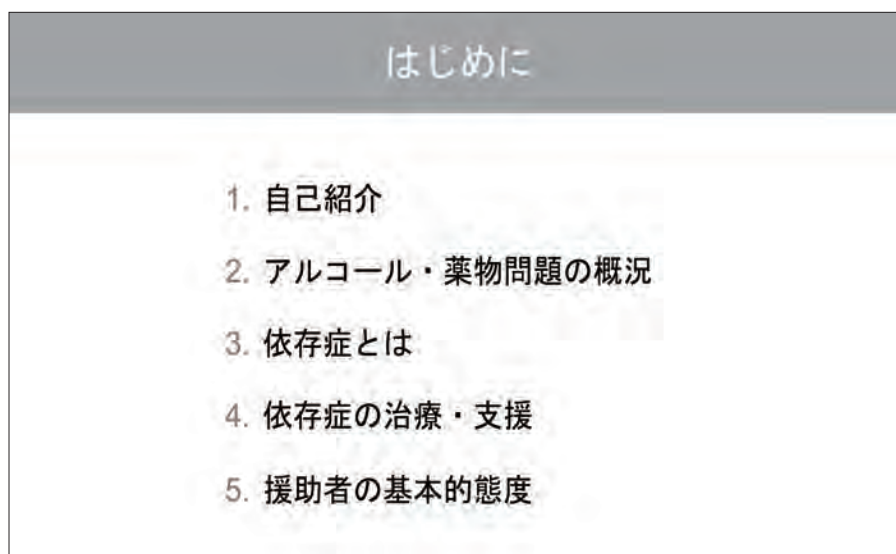
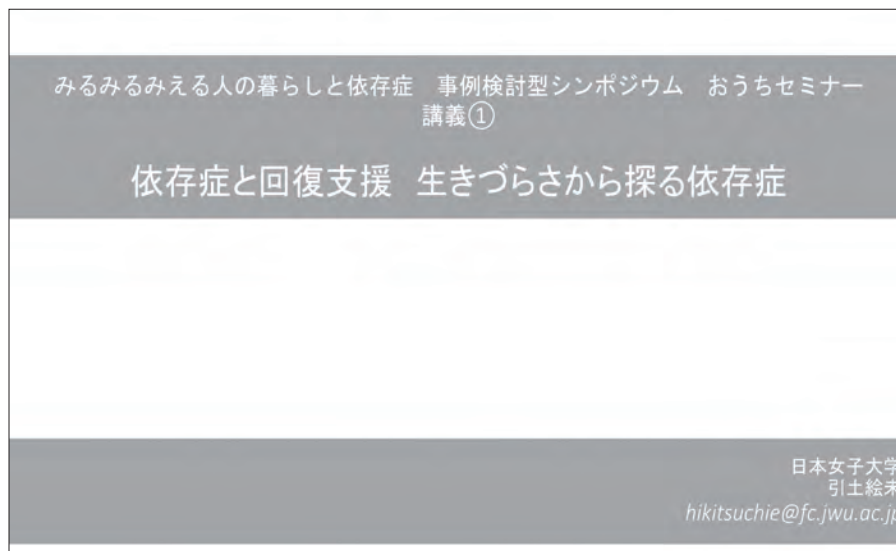
◆事前視聴／eラーニング(2月12日(金)～23日(火・祝))	
● 講義1「依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症」(約60分)	
講師：引土 絵未(日本女子大学)	
● 講義2「依存症及び関連問題を抱えるクライアントへのアセスメントと支援アプローチ」(約60分)	
講師：山本 由紀(国際医療福祉大学)	
◆事例検討型シンポジウム・グループワーク／Zoomミーティング(2月23日(火・祝))	
13:00	受付開始
13:25	開講式・オリエンテーション 司会：齊藤 健輔(東北会病院) 挨拶：岡本 秀行(川口市保健所)
13:30	事例検討型シンポジウム 「確かなりカバリー支援と地域特性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

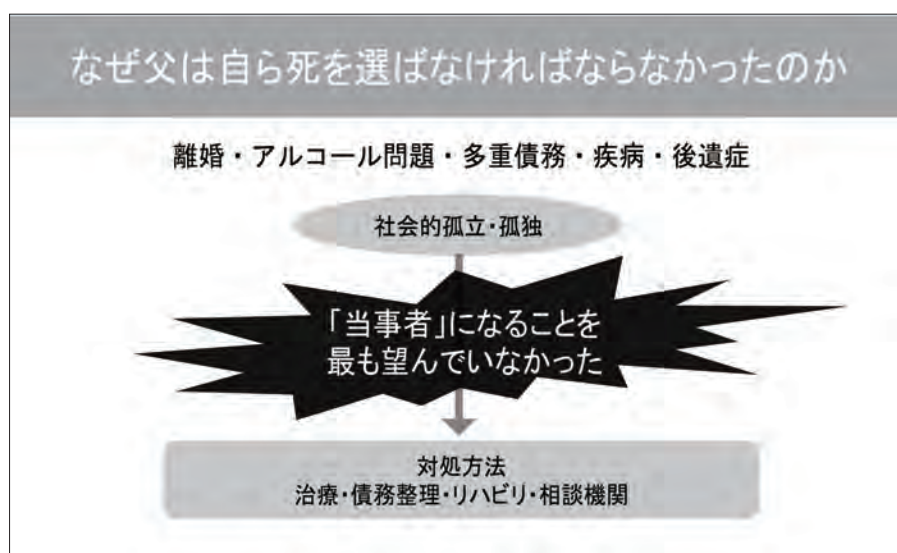
『自殺をケアすること：「弱さ」へのまなざしからみえるもの』

【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べ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。

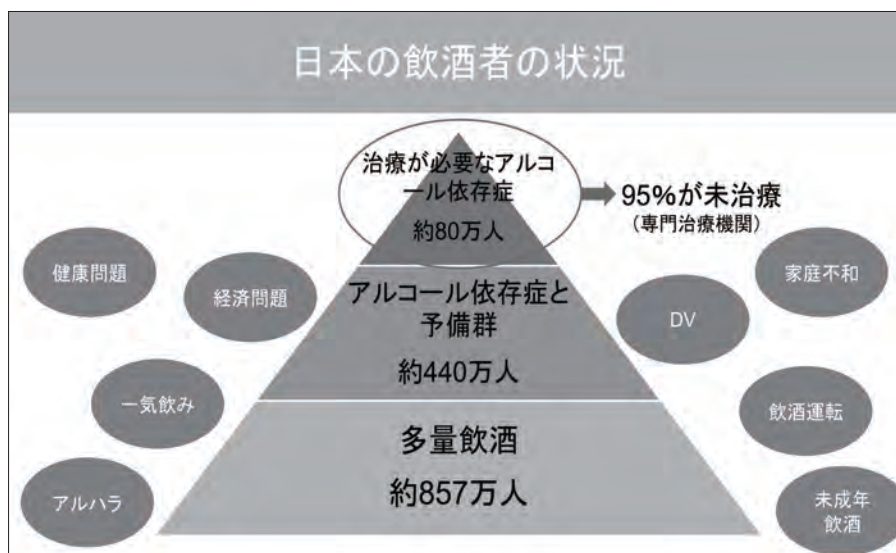
私たちの苦しみは

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

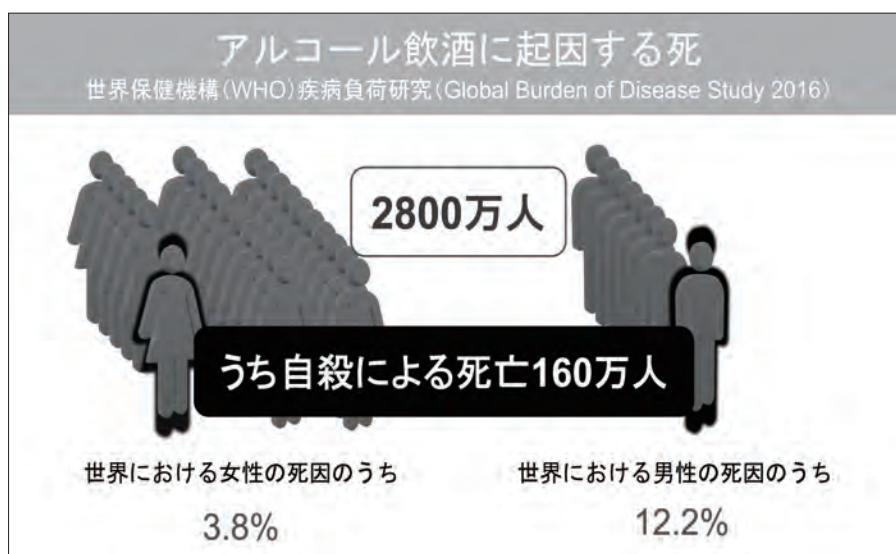
【スライド5】私たちの苦しみは離婚・アルコール・多重債務・後遺症そのものではなく、「弱さ」を認めない社会のあり方にあったのではないのでしょうか。このような問題意識を前提に、アルコール・薬物などの依存症の問題について皆さんと一緒に考えていきたいと思えます。

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えます。

## 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。

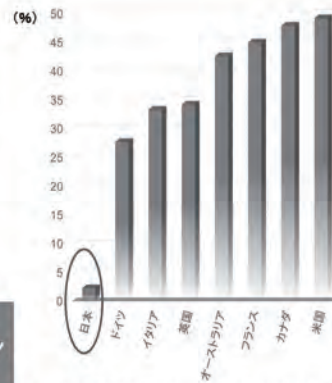
## 各国の違法薬物使用の生涯経験率

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

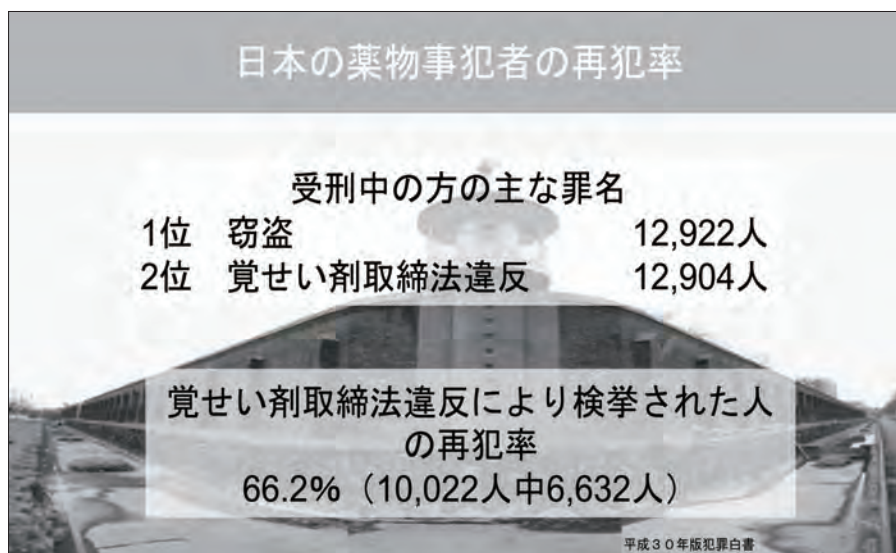


「ダメ、ゼッタイ」と ハームリダクション



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。

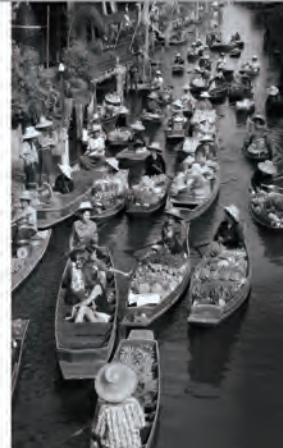


【スライド12】薬物使用者は推計270万人とされていますが、飲酒者の状況と同様に全員が治療が必要な依存症の状態にあるわけではありません。年に数回何かの機会に使用する人、日常的に使用する人、そして治療が必要な依存症の人がいます。しかし一様に、薬物依存症者は人間ではないような捉われ方をしているように思います。それはかつてのテレビCMで「覚醒剤やめますかそれとも人間やめますか」という強烈なインパクトを与える放送に象徴されるような、厳罰主義に基づく啓発活動の影響だと考えられます。その結果、薬物使用者は一様に法規制によるスティグマを与えられることとなり、社会的逸脱者としての困難を抱えることとなります。

## 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

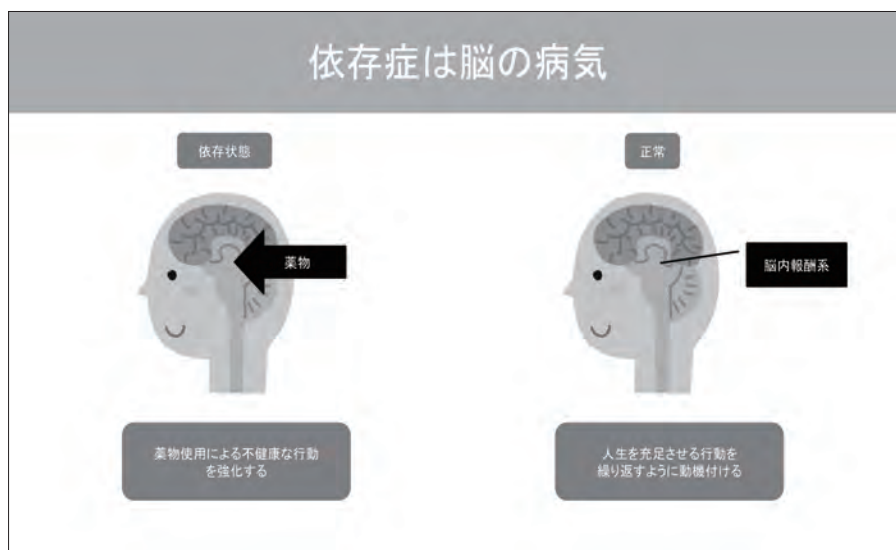
依存症者とその家族との関係構築の場合、援助関係の「水路」（バイスティック）に法規制やスティグマ・偏見など多様な困難が生じる



【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

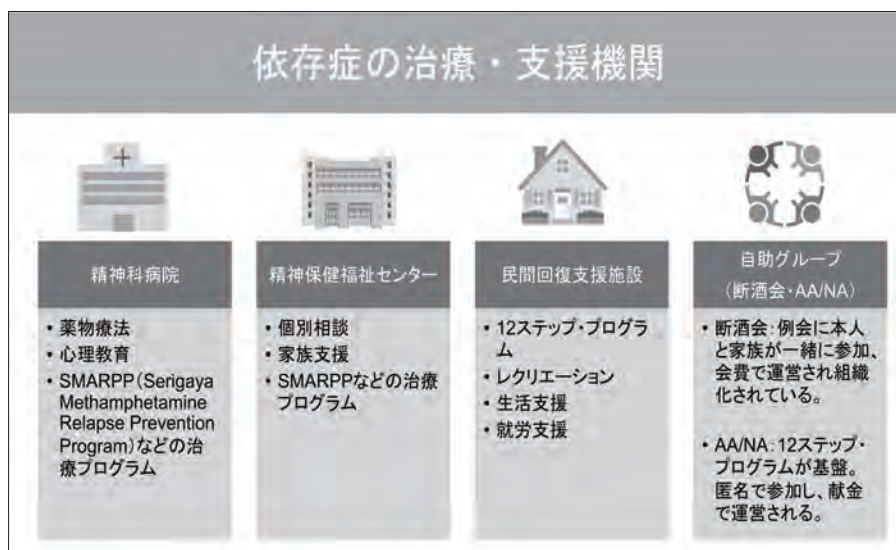
始めた当初、直面的な対応を基本としていました。現在でも、直面的なアプローチが必要な場面は当然ながらありますが、近年では共感的態度を基盤と治療や支援の開始が主流となりつつあります。この背景の一つとして、精神科医のカンツィアン (Khantzian, 2008) らによって提唱された自己治療仮説という理論があります。依存症者は何らかの心理的苦痛 (PTSDや双極性障害、うつ病、統合失調症、パニック障害などによる苦痛に満ちた感情体験) を持っており、これらの苦痛を軽減したり、取り去ったり、変化させるための自己治療として薬物などを使用していることを指摘しました。このような視点はアディクション領域の支援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。

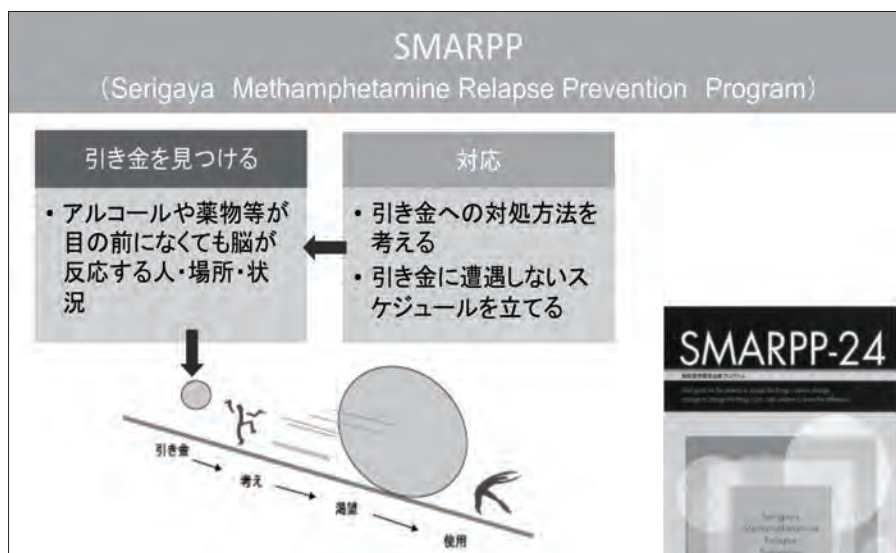
そして、3つ目は日本の大きな課題でもあると思いますが、回復のイメージの乏しさです。昨今の芸能人の薬物関連の報道やそれに対する社会の反応はとて厳しく、社会的制裁の風潮が非常に大きく感じます。かつてアメリカではフォード大統領夫人がアルコール依存症を告白したことを契機に、アルコール依存症のリハビリ施設への入所者が増加したと言われていました。このような回復のイメージを社会で共有することは依存症者の大きな力となりますが、今の日本の風潮では、自身の問題に気づいた時点で、絶望的な心境になるのは仕方のないことだと感じます。

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

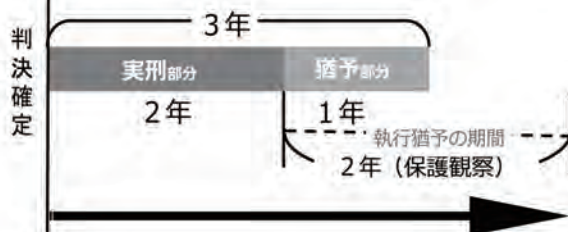


【スライド20】依存症の治療・支援機関では相互に連携がはかられていますが、薬物依存症者の治療・支援機関としては、司法機関として保護観察所が含まれることが特徴となります。この司法システムとの連携においては、2016年に施行された刑の一部執行猶予制度が大きく影響しています。

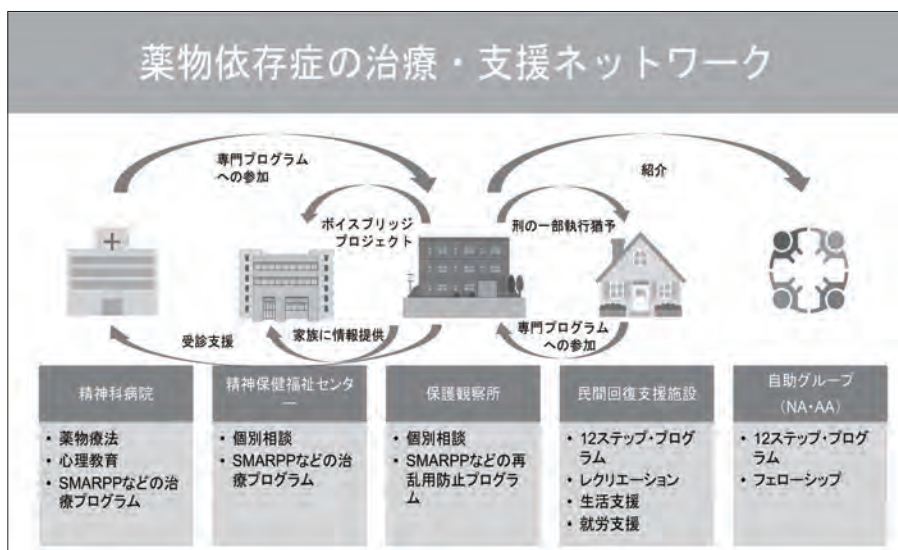
## 刑の一部執行猶予制度

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



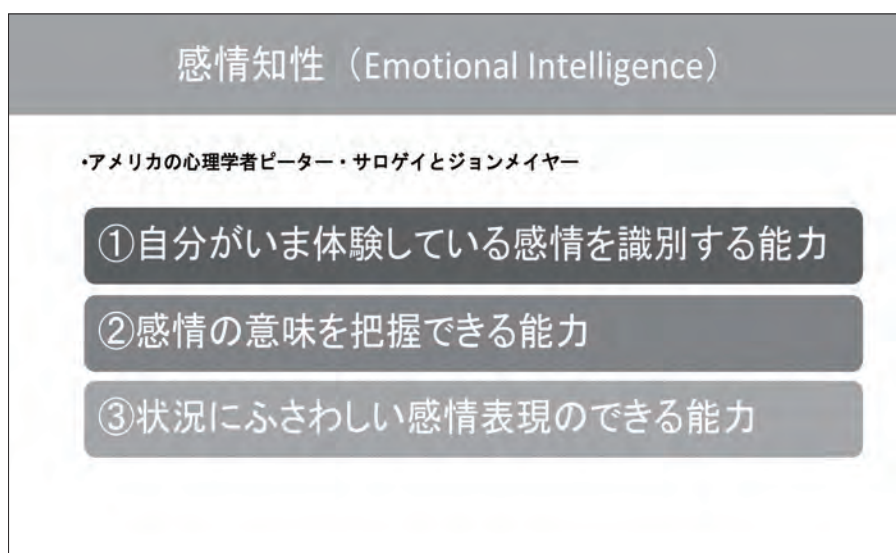
コントロールできない  
感情に出会うたびに  
自信喪失

【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。

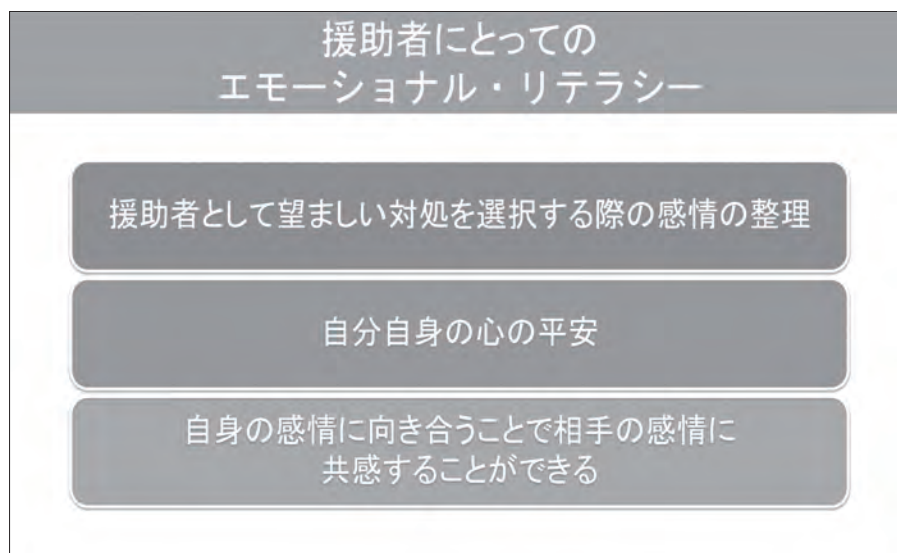


【スライド26】このような経験を経て、今の私が大切にしていることが、エモーショナル・リテラシーです。エモーショナル・リテラシーとは感情における知性、心の知性ともいわれ、感情を理解し使いこなす力のことです。



【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

両価性を理解する

対決しない

正直に話せる関係づくり

相手の強みや前向きな言動を支持する

回復者との出会いの場を提供する

間違い指摘反射に気づこう！



【スライド29】依存症の問題を有する人に関わる時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の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の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/  
遠藤嗜癮問題相談室

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

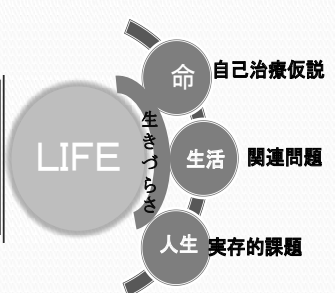
I アウトリーチ  
地域に暮らす人たちに棲みつく依存症  
に気付くことから始めよう

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

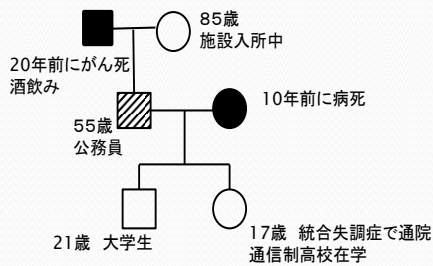
- ▶ 80母親歩行不自由。実家に50長男が離婚後して10息子と住む。長男はパチンコ・借金気味で、仕事は続かず。10息子は統合失調症で通院。母親の年金頼みか。
- ▶ 家の中は汚部屋。
- ▶ 50代男性。妻は子どもが小さいうちに病死。その後男性の母親に家事育児を手伝ってもらい、やってきた。どうしても長男に思い入れが強くなり、殴って厳しくすることも多かった。
- ▶ 下の娘が中学生の時統合失調症を発症し、入院を経て現在通院中。そこへ母親が身体機能低下で、施設入所。この頃から男性もうつ疾患。飲酒量も増えてしまっている。そこへ長男が何やら薬物使用の疑いが。

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

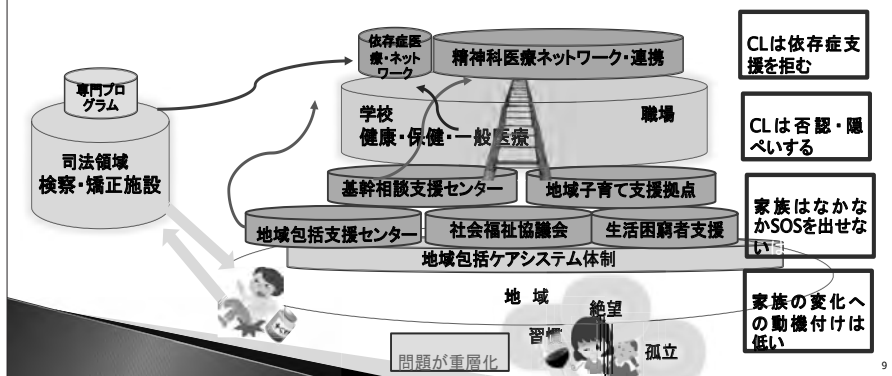
応用して考えられる課題

7

## 事例の時系列的理解



## 依存症の専門的ネットワークシステムへつながるか



## 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に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

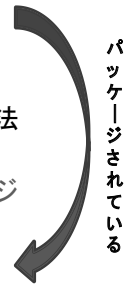
### <治療プログラム>

- ・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

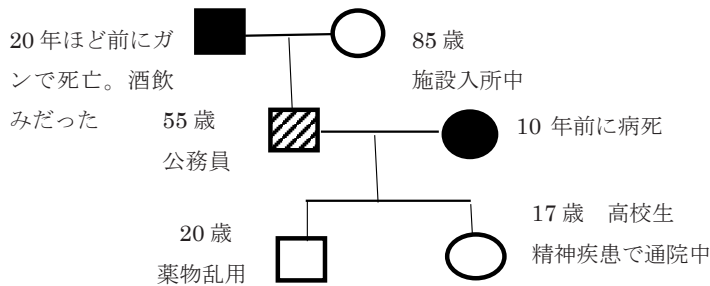


## 参考文献

- ▶ 「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ュウマチなどがひどくなり、施設入所。男性はもともと酒量が多かったが、長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 か月もしないうちにクリニックに行かなくなる。職場には「自分は依存症ではない。飲んではいませんが体調が悪いので、休む。元気になったら出勤します」とやはりろれつの回らない口調で連絡してくる。「飲んでないですか？」「絶対に飲んでません」と同僚と押し問答が続き、職場に出られない日が続く。状態が上司や人事に伝達され、男性の進退問題について検討されている。

●家では男性がこの頃朝から酒を飲む日が続いているのを、長男も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ものとする」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。

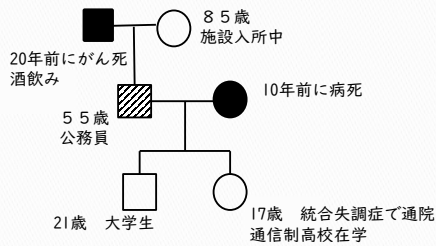


・井之頭病院は東京都三鷹市にある640床 12病棟(うちアルコール病棟は開放1病棟(50床)、閉鎖病棟2病棟(120床))の精神科病院。

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

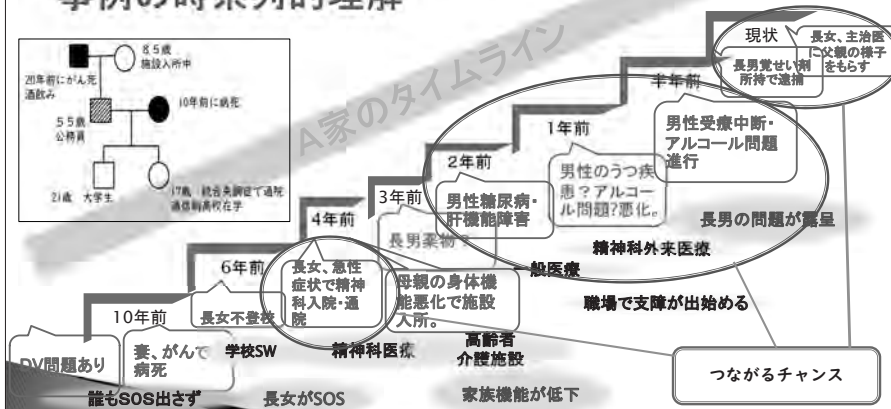
○家族(世帯)を眺めると・・・

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

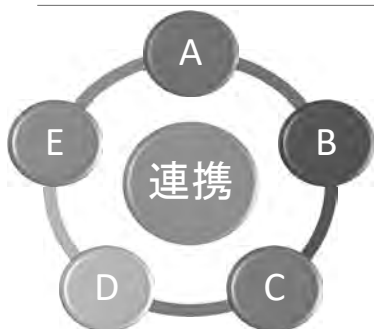
都市部あるある

## 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)。

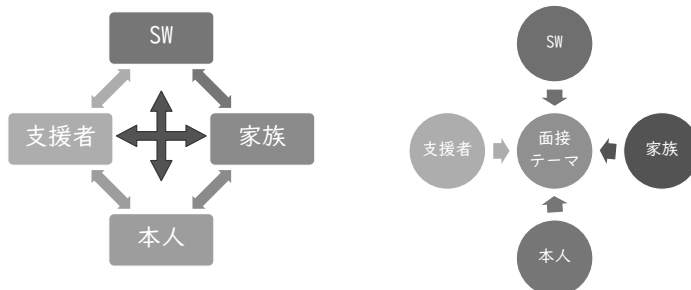
## 連携のイメージ



- ・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。



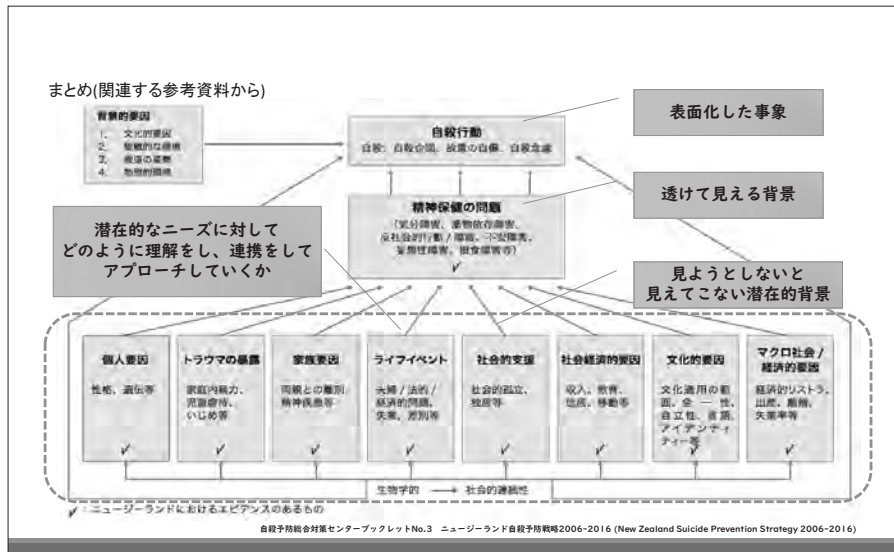
それぞれの立場でニーズ・テーマについて  
悩み・今できることを前向きに考え、一緒に取り組むこと

## 大切にしていること 感じていること

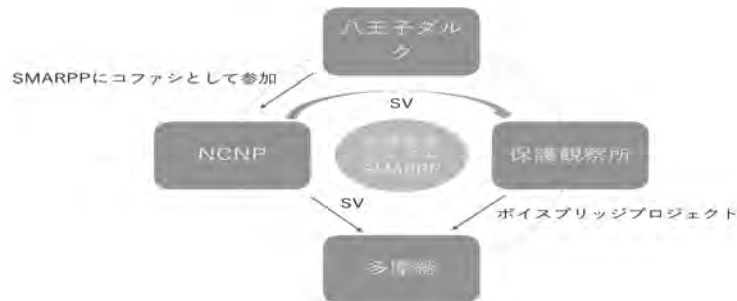
- つな「げ」るではなく、つな「が」りたいを支援できるのが理想
- 「どうしたいか」を一緒に考え、支援する(意思決定支援)
- そのためにも、当面はつかず離れずでもいいから関係性を維持、醸成。  
・常にアイドリング、支援関係は「水路」「魂」
- 医療ではできない、ソーシャルワーカーだからできる回復支援があるという自負を  
→生活ニーズがいい方向に行くと依存症関連問題が軽減した経験から
- 目の前の人にどのような眼差しを向けているだろうかを日々点検
- 今の自分(健康など)は大丈夫?  
→上手くいかないことが多いですけど、立ち止まる時のマイルストーンの一部です。

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。

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）

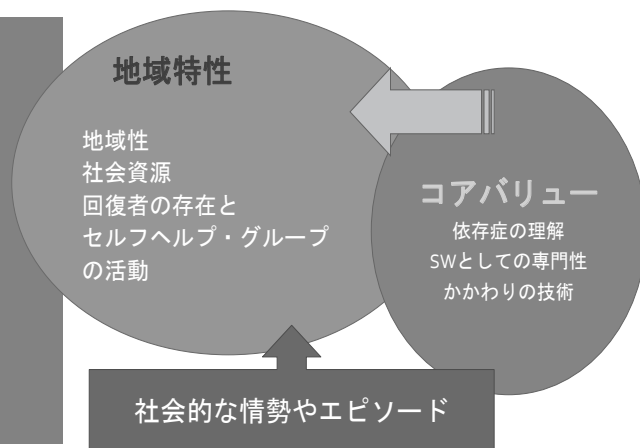
- 母の本人への不安を施設職員がきき問題の発見
- 酩酊状態での面会等のトラブル

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



# 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km<sup>2</sup>(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。

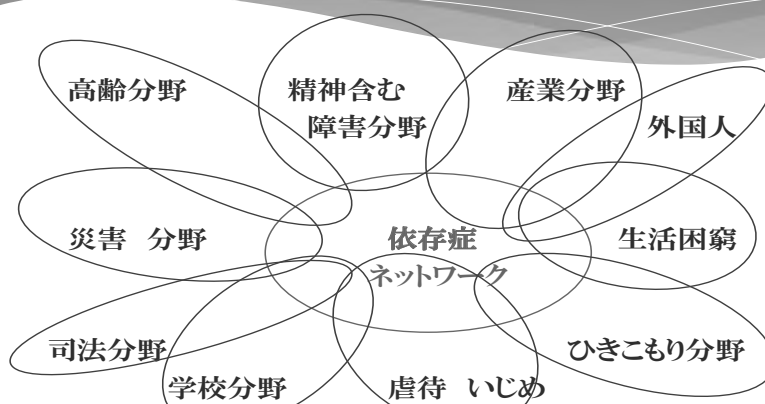
## 課題 2

■ 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。

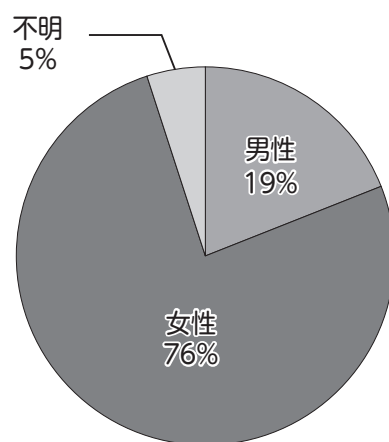
# 9. 参加者アンケートのまとめ

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

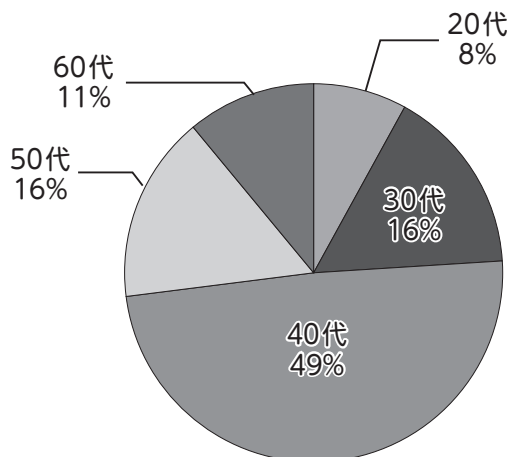
### ①性別

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。

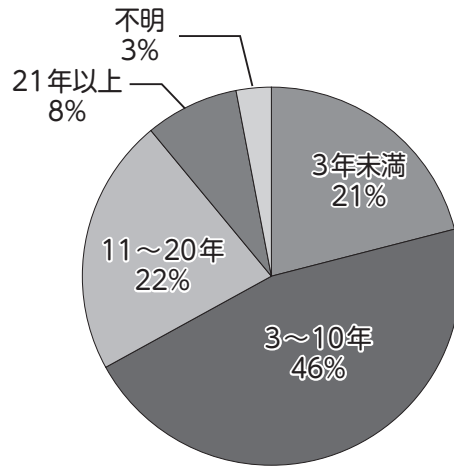


### ③経験年数

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

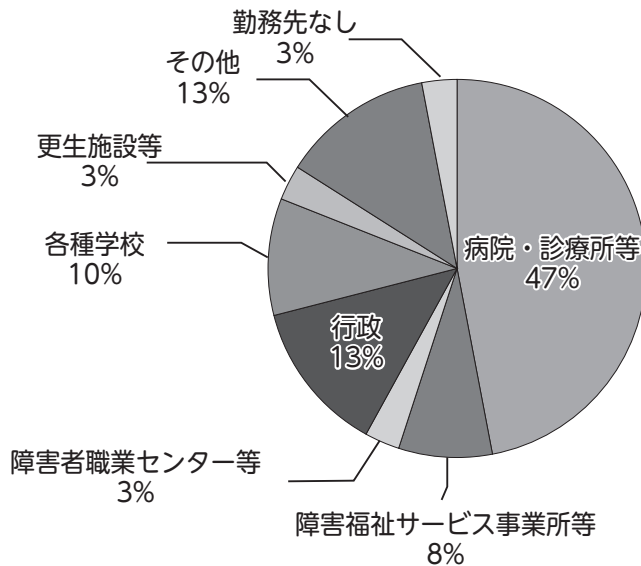
テラン層の参加者が多い印象がある。

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。



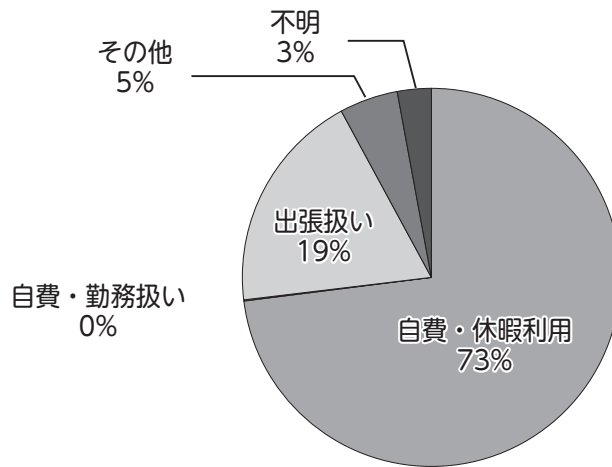
#### ④所属

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。

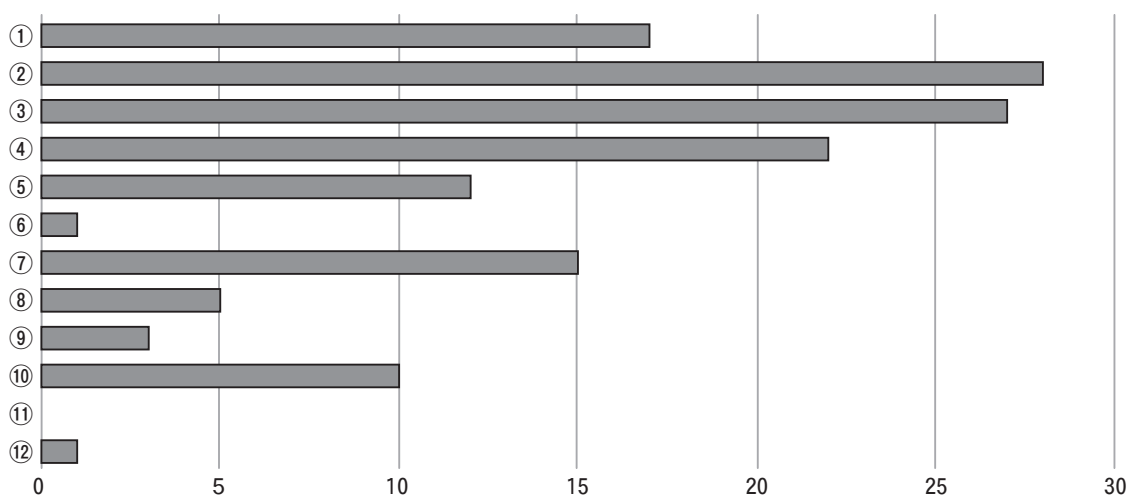


## 2) 参加動機

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

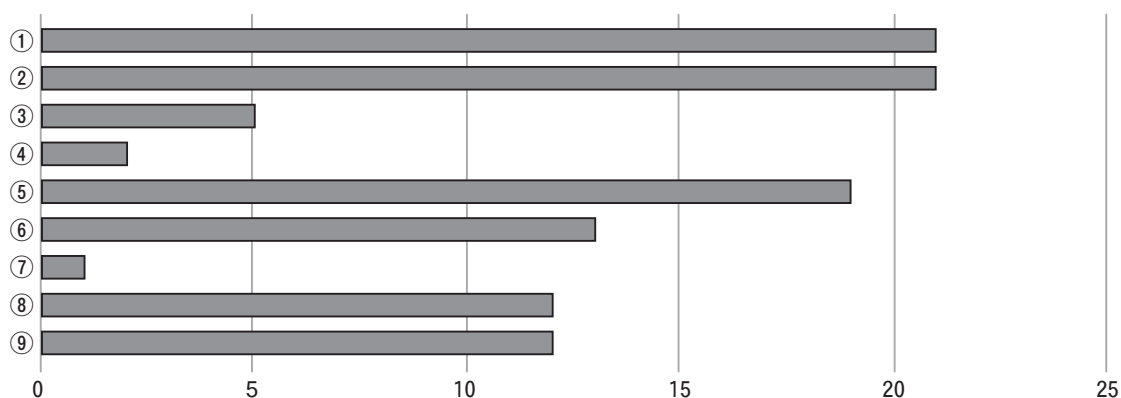


### 3) 自身の課題や悩みについて

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。