

第2部

オンラインによる 依存症ソーシャルワーク基礎講座

1 . 講義 1 依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症

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、アルコール関連問題の概況、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関わりについて取りあげています。

みるみるみえる人の暮らしと依存症 おうちセミナー (2022.2.11)

講義①
依存症と回復支援 生きづらさから探る依存症

日本女子大学
引土絵未
hikitsuchie@fc.jwu.ac.jp

はじめに

- 1 自己紹介
- 2 アルコール関連問題の概況
- 3 依存症とは
- 4 依存症の治療・支援
- 5 援助者の基本的態度



【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、依存症の方のアルコール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。「そっちな感じだな」と感じる方もいらっしゃるけれど、「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

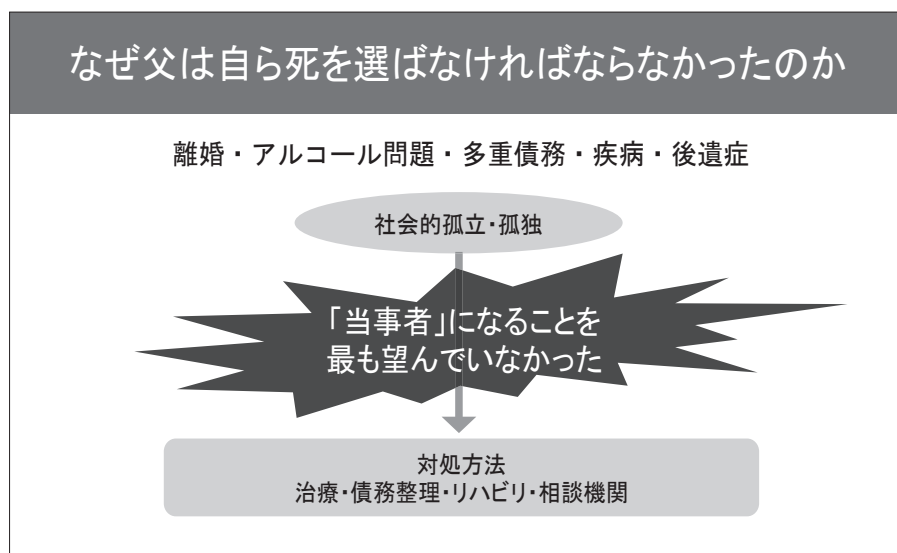
木原活信・引土絵未編著『自殺をケアするということ：「弱さ」へのまなざしからみえるもの』

【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」との見方になっていき回復の文化が芽生えていきましたが、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のまま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中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われ知らされました。



【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。父の死から二十数年が経過し、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。

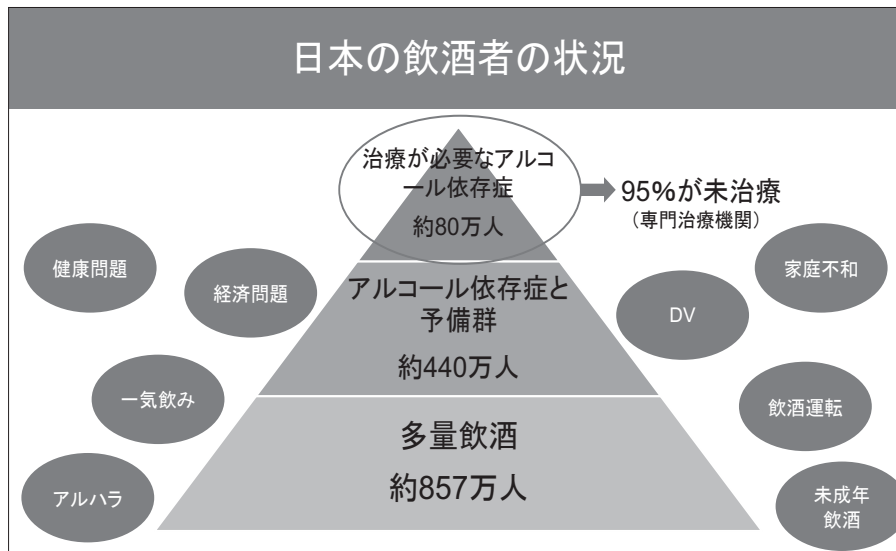
私たちの苦しみは

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、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関連問題の概況についてみていきたいと思えます。

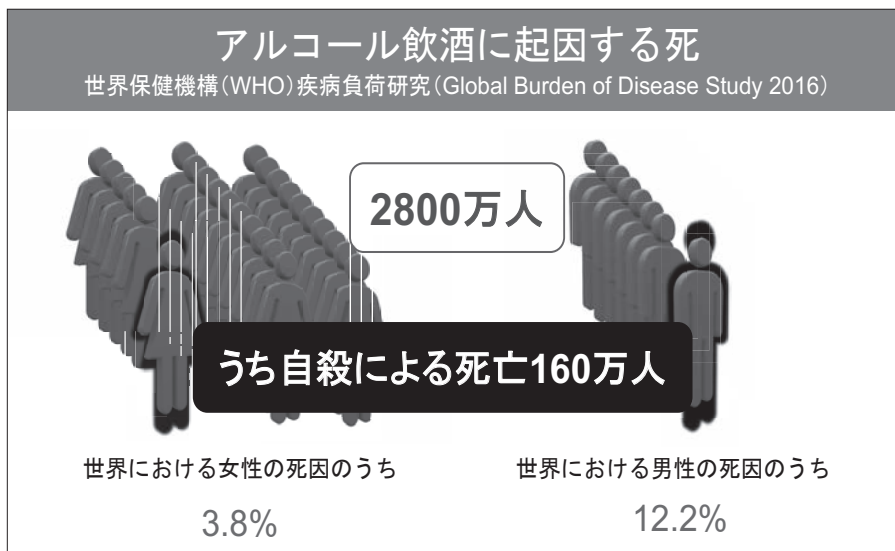
2. アルコール関連問題の概況



【スライド7】まずは飲酒行動に関連する問題です。特に若年層を対象とした問題としては、アルコールハラスメントや一気飲み、未成年飲酒などが挙げられます。飲酒運転は若年層に限定する課題ではありませんが、飲酒死亡事故は30歳未満が多いとされています。コロナ禍もあり複数での飲酒機会が減少し、若者の飲酒離れなども指摘されていますが、若年層が適切な飲酒とコミュニケーションの知識をもって社会に出ていくことは非常に大切なことだと思います。

次に飲酒行動が進行していくと、飲酒に起因する健康問題や経済的問題、DVや家庭不和などのに派生することもあります。健康問題では、過度な飲酒が続くことで、肝障害、膵炎や糖尿病、心疾患などの身体的な問題が起こりやすくなるだけでなく、睡眠障害やうつ病などの精神科疾患を併発するおそれもあります。この点は後ほど触れたいと思います。また、父のように多重債務などの借金問題、欠勤による経済的困窮などが生じます。その結果として家庭不和が生じたり、過度な飲酒によるDVを引き起こすこともあります。

これらの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。推計になりますが日本の飲酒者の中に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約80万人いますが、実にその95%は専門治療機関に受診していない状態と言われていています。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、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、43,383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。

アルコール・うつ・自殺 死のトライアングル

- ### アルコールとうつ気分の関連性

 - アルコールは飲酒時、離脱時に抑うつ気分を増強しやすい。また飲酒が長期に及ぶと持続的なアルコール誘発性気分障害や不安障害が生じる。
- ### アルコール依存症と気分障害の関係

 - うつ病受診患者の中でのアルコール依存症の割合は、一般住民の中でのアルコール依存症の5.9倍(松本ほか2012)であり、自殺企図の危険が非常に高い。
- ### アルコールと自殺の関係

 - アルコールを含めた物質乱用者の自殺は一般人口の数十倍多い頻度。
- ### 酩酊が自殺を引き寄せる

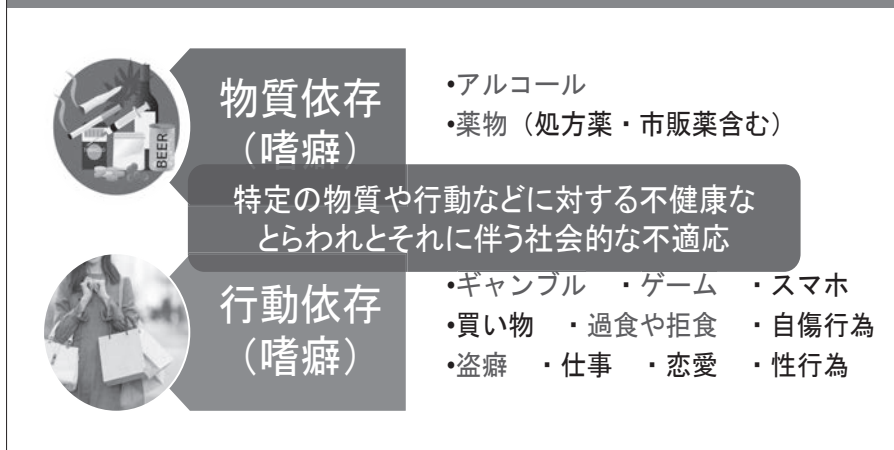
 - 酩酊時は外部への暴力暴言や自己への攻撃としての自殺衝動を高めることとなり、自殺以外のコーピングが見えなくなる。

猪野亜朗 (2012) 「アルコール関連のうつ・自殺問題への対応 地域の関係機関連携による予防活動」『公衆衛生』76 (3) 187-190.

【スライド10】そして、飲酒とうつ病そして自殺について、「死のトライアングル」として指摘されています。私は父の死後この概念に初めて出会ったとき、本当に父のことを言い表していると思いました。なぜ飲酒行動がうつ、そして自殺を引き寄せるのか、4つの点から指摘されています。

1つ目が、アルコールとうつ気分の関連性についてです。アルコールは飲酒時、離脱時に抑うつ気分を増強しやすく、また飲酒が長期に及ぶと持続的なアルコール誘発性気分障害や不安障害が生じることが指摘されています。2つ目が、アルコール依存症と気分障害の関係です。うつ病受診患者の中でのアルコール依存症の割合は、一般住民の中でのアルコール依存症の5.9倍(松本ほか2012)であり、自殺企図の危険が非常に高いことが指摘されています。3つ目がアルコールと自殺の関係です。アルコールを含めた物質乱用者の自殺は一般人口の数十倍多い頻度であると言われています。最後に、酩酊が自殺を引き寄せるという点です。酩酊時は外部への暴力暴言や自己への攻撃としての自殺衝動を高めることとなり、自殺以外のコーピングが見えなくなることが指摘されています。アルコールと自殺以外のコーピングが見えなくなることについて、心理的視野狭窄と表現されることがあります。例えば、父は自殺で亡くなる前に700万円の借金を抱えていました。家族にも言えず生命保険で返すしかないと考えたのだと思います。当時の私たち家族にとっては途方もない大きな金額ですが、専門機関に相談することで何らかの方法を見つけることはできたと思います。でも自殺に追い込まれる人には、他の選択肢は全く見えなくなり、唯一の希望の光のように自殺という選択肢が残される状態を心理的視野狭窄と言われています。この状態で飲酒が最後の一步を後押ししてしまうことがあるのだと思います。

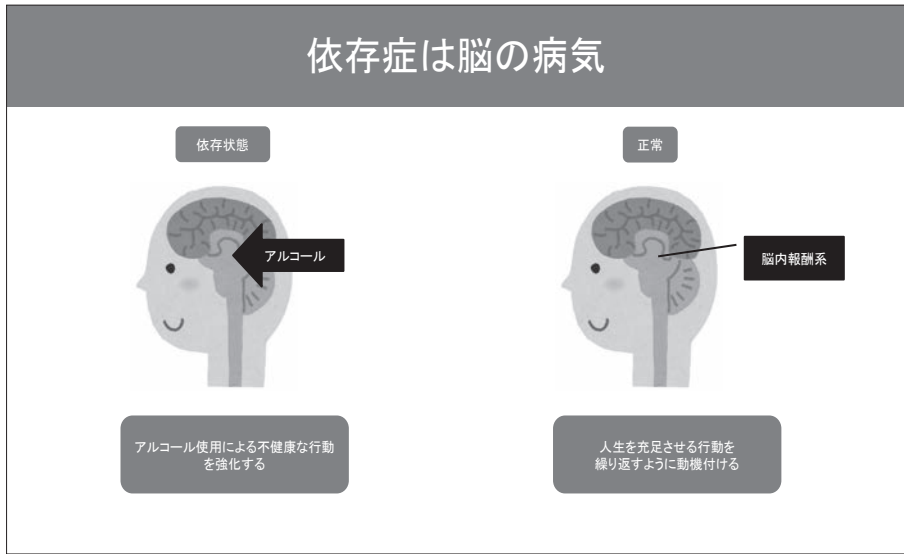
依存症とは



【スライド12】ここまではアルコール関連問題の概要について触れてきましたが、ここからは先ほどのピラミッドの上の部分に当たる支援や治療が必要な依存症について、その概要と特徴について説明させていただきます。依存症は大きく分けて、物質依存と行動依存に分けることができます。物質依存とは、アルコールや薬物など依存性のある対象物への依存であり、薬物には覚醒剤などの違法薬物だけでなく、処方薬や市販薬が含まれます。全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査では、1年以内に使用のあった症例として、最も多いのは覚醒剤で36%、ついで睡眠薬・抗不安薬29.5%、市販薬15%と睡眠薬・抗不安薬などの処方薬や市販薬への依存が増加していることが指摘されています。

もう一方の行動依存には、ギャンブルやゲーム、スマホ、買い物、過食や拒食、自傷行為、盗癖や仕事、恋愛、性行為などさまざまな行為・行動への依存が含まれます。依存対象は多岐にわたりますが、医学的診断がつくものとそうでないものがあり、紫色で示しているものは医学的診断名があるものです。また、依存とは別に嗜癖(アディクション)という表現もあります。「嗜癖」という概念には、歴史的変遷があり、当初はその基準の曖昧さと蔑視的表現を含むことから、1970年代に医学的概念として「依存症」と修正され、近年再びその対象を拡大し「嗜癖」という用語が用いられるようになり、その位置づけをめぐってはさまざまな立場がありますが、臨床場面では嗜癖と依存症は同じ意味で用いられていると考えます。

さて、これらの依存・嗜癖対象は、日常生活のなかで楽しみながら用いられているものが多く含まれていますが、依存との違いはどこにあるかということ、特定の物質や行動に対する不健康なとらわれとそれに伴う社会的な不適応と言われています。診断基準はさまざまにありますが、大別すると、健康的なたしなみとしてのコントロールを失うこと、そして、それらの使用により社会的な問題が生じていることと言えます。コントロールを失うとは、飲んではいけな場面や時間でも飲んでしまったり、たとえ飲んでいなくても心の中が支配されていることなどが含まれます。社会的な問題には、飲酒により欠勤や退職、それによる経済的困窮や家庭不和などが挙げられます。なぜ依存症の人は、さまざまな問題が降りかかってくるにも関わらず飲酒を止めることができないのでしょうか。



【スライド13】その一つの答えとして、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、依存症の人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。これは誰にでもあるもので、例えば最初にみなさんに質問したようなみなさんにとっての大切な時間などでも経験されるものです。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飲酒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。身体疾患や自殺や事故などにより命を落とすなどの身体的影響、仕事や学校、家庭などの社会生活へ影響、失職や借金など経済的影響が生じ、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14】依存症の方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が、一般的世論だけでなく、支援者の中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」など社会の中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も厳しく、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でしょうか。

共依存について

1970年代アメリカの援助者によって使用され始めた臨床用語。
アルコール依存症の妻たちの共有する困難性を示した。

「共依存は自己の喪失の病」



- ①自尊心を持つことが難しい
- ②他者との間に健全な境界線を設けることが難しい
- ③自分の現実を適切に把握する事が難しい
- ④自分の要求や欲求を他者に表明する事が難しい
- ⑤自分の現実を適切に感じ取り表現する事が難しい

【スライド15】依存症に関連するもう一つの心理的側面として、共依存について触れたいと思います。共依存とは1970年代アメリカの援助者によって使用され始めた臨床用語であり、アルコール依存症の妻たちの共有する困難性を示し用いられるようになりました。その特徴として、「共依存は自己の喪失の病」であると表現されます。自分の生まれ育った原家族の中で発達の大変なプロセスを体験することができず、そのために大人になってから人間関係がスムーズにいかなかったり、日常生活に支障をきたしたり、生きづらさを抱えています。

日本では1990年代に共依存とアダルトチルドレンが広がりました。アダルトチルドレンとは、依存症の父親と共依存の母親のもとで育った子どものことであり、共依存と同様に共通する困難性から診断名ではなく臨床用語として発展し、現在ではその対象が拡大し、「現在の自分の生きづらさが親との関係に起因すると認めた人」とされています。他者から診断されるものではなく、親との関係を生き延びてきたことが生きづらさの背景にあることを認め、引き受けるアイデンティティとして理解されています。

共依存とアダルトチルドレンは共通する課題を抱えていると言われます。①自尊心を持つことが難しく、自分を愛することがなかなかできないことです。②他者との間に健全な境界線を設けることが難しく、自分を守ることがなかなかできないことです。③自分の現実を適切に把握することが難しく、自己を認識して自意識を他者と共有することがなかなかできないことです。④自分の要求や欲求を他者に表明することが難しく、自己管理がなかなかできないことです。そして⑤自分の現実を適切に感じ取り表現することが難しく、自分の年齢やさまざまな状況に適應することがなかなかできないことです。

私自身アダルトチルドレンですが、父が亡くなったことで私の人生の問題は軽くなると思っていましたが、父の姿は無くなっても私の圧倒的な生きづらさは残り続けました。このように、依存症という病は本人だけでなく家族にも大きな影響を与えていきます。

トラウマインフォームドケア



トラウマ(Trauma)＝心的外傷(トラウマ)について
インフォームド(Informed)＝十分に知識をもった
ケア(Care)＝支援



トラウマめがね

【スライド16】そして、依存症に関連するもう一つの要素としてトラウマについて触れたいと思います。自己治療仮説でもお話ししたように、依存症の人はもともと何らかの生きづらさがかかえていると言われていました。その一つとしてトラウマという視点が大切になります。今回の研修では女性と子ども家庭への視点を副題としていますが、女性の依存症問題の背景には何らかのトラウマ体験があることも指摘されています。女性の場合は、過去の被害体験に関連した感情的な不安定さや、危ない異性関係、子育ての問題などがあり、男性とは異なる配慮が必要と言われてます。女性の依存症の方の支援経験をお持ちの方のなかには、子育ての課題が山積しているにもかかわらず、危ない異性関係に陥っていく様子を心配しながら見守られた方もいらっしゃるかもしれません。とすると、憤りや諦めのような感情を抱くこともあるかもしれません。そのようなときに大切なことは、トラウマメガネを通して見える化することです。トラウマによって生じている反応を「問題行動」として捉えるのではなく、トラウマの影響として理解し、心のけがを手当てするために対応します。このようにトラウマの特徴を理解しながら関わるアプローチをトラウマインフォームドケア(TIC)といいます。「トラウマについて十分に知識を持った支援」であり、トラウマに対する治療などとは異なります。

私の父はおそらく依存症だったと思いますが、父の母も兄も依存症でした。アルコール依存症の世代連鎖の背景として、遺伝要因や飲酒を認める態度や家族関係などの環境要因が指摘されていますが、TICの視点から眺めると、トラウマの存在も影響をしているのではないかと思います。父も幼少期から(父の)母や兄の依存症にまつわるさまざまな苦境を体験し、トラウマを抱え、その苦しさから逃れるためにはお酒が必要だったのかもしれないと感じています。

4.依存症の治療・支援

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）にスティグマ・偏見など多様な困難が生じる



【スライド18】ここまでが依存症と依存症に関連する特徴をお話ししましたが、ここからは依存症の治療・支援の概要をお話ししたいと思います。

依存症の方への支援は、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。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見られます。そしてその偏見は、援助者である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。だからこそ、最初の質問で皆さんにお伺いしたように、依存症の方のお酒とみなさんの大切な時間が同じなのかどうかを改めて考えてみていただきたいと思います。

依存症の治療

①治療関係つくり

②治療の動機づけ

③精神症状に対する薬物療法

④解毒(中毒性精神病の治療を含む)

⑤疾病教育・情報提供

⑥行動修正プログラム

⑦自助グループ・リハビリ施設へのつなぎ

⑧生活上の問題の整理と解決援助

⑨家族支援・家族教育

成瀬暢也(2020)「治療・回復支援総論」pp194 (宮田久嗣・高田孝二・池田和隆・廣中直行編著『アクションサイエンス依存・嗜癮の科学』)

【スライド19】さて、このような依存症治療は心理社会的治療と薬物療法に大別され、前者が主とされます。心理社会的治療は、9つあるとされており、①先ほど述べたように治療関係づくりです。②治療の動機づけです。これまでお話したように、依存症の問題を認めることが難しい依存症の人に対して、肯定的にかかわりながら変化を強化していきます。③精神症状に対する薬物療法、④解毒(中毒性精神病の治療を含む)は治療的な要素になりますが、⑤疾病教育・情報提供では依存症と回復に対する基本的な理解を提供します。⑥行動修正プログラムでは認知行動療法を用いたプログラムが多く用いられています。⑦自助グループ・リハビリ施設へのつなぎですが、自助グループにつなぐためには、まずは自分自身が自助グループを知ることが大切です。まずは患者さんや利用者さんと一緒に自助グループに参加し、自分の言葉で自助グループについて伝えることが大切だと思います。そして、私たち精神保健福祉士の主軸である⑧生活上の問題の整理と解決援助、⑨家族支援・家族教育です。共依存で触れたように、依存症は家族を巻き込みながら進行していきます。家族自身がどのような流れのなかにいるのかを理解し、自分自身の歩みをすすめるために基本的な理解と家族同士のつながりが大切になります。

依存症の治療・支援機関



精神科病院

- ・薬物療法
- ・心理教育
- ・SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) などの治療プログラム



精神保健福祉センター

- ・個別相談
- ・家族支援
- ・SMARPPなどの治療プログラム



民間回復支援施設

- ・12ステップ・プログラム
- ・レクリエーション
- ・生活支援
- ・就労支援



自助グループ
(断酒会・AA/NA)

- ・断酒会: 例会に本人と家族と一緒に参加、会費で運営され組織化されている。
- ・AA/NA: 12ステップ・プログラムが基盤。匿名で参加し、献金で運営される。

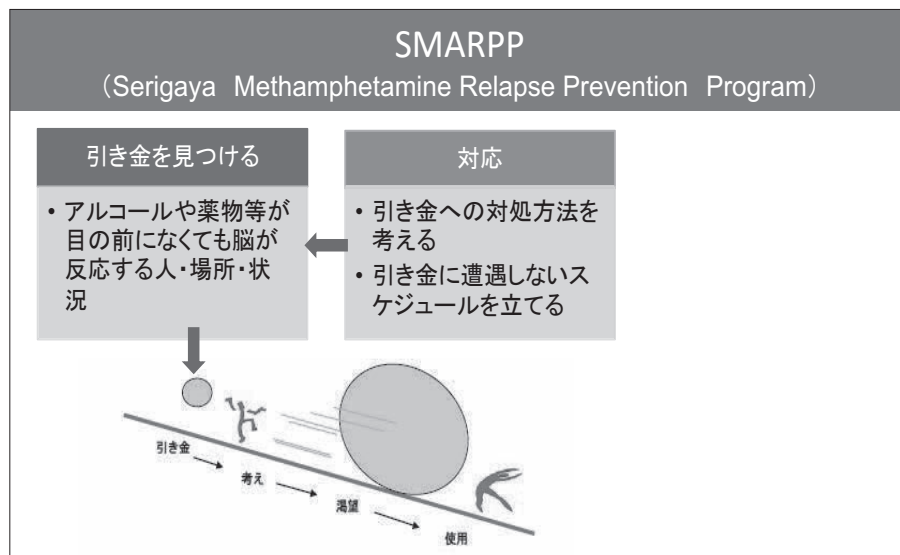
依存症対策全国センター

<https://www.ncasa-japan.jp/>



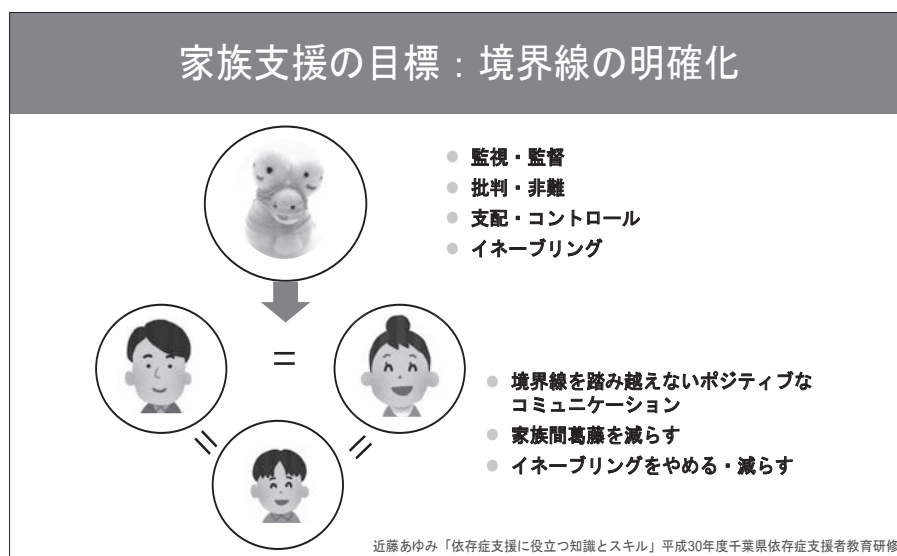
【スライド20】このような依存症の治療を担う施設とその他の代表的な社会資源として4つの機関を紹介したいと思います。まずは精神科病院で先ほど挙げた専門的治療が行われます。依存症専門の病院やクリニック、または治療プログラムを取り入れている精神科病院などが挙げられます。次に精神保健福祉センターでは、依存症に対する個別相談や家族支援について機関によりますが、治療プログラムが実施されています。そして、マックやダルクなどの民間回復支援施設が挙げられます、回復支援施設には、回復者スタッフを中心に運営される回復支援施設マック・ダルクなどの施設と専門職が中心に運営される施設などがあります。マックやダルクでは基本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、本人と家族が一緒に例会に参加する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。みなさんのお住まいの地域での社会資源については、依存症対策全国センターのホームページから検索することができます。



【スライド21】ここでは治療プログラムの一例をご紹介します。SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) はワークブックを用いた認知行動療法にもど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。



【スライド22】依存症治療・支援として家族支援についても最後に触れておきたいと思います。共依存でも触れたように、依存症は家族を巻き込みながら進行し、家族間の境界線を奪っていきます。依存症に巻き込まれているとき、家族は依存症本人が飲まないかどうか監視したり、もし飲んだときには批判非難し、そして、今度こそ飲まないように依存症本人の行動を支配しコントロールします。お酒を隠したり、お金を管理したりなどです。このような行動はイネープリングと表現されることがあります。イネープリングとは、できるようにするという意味で、本来肯定的な意味をもっています。一方で、依存症領域では、依存症家族や支援者が依存症本人を助けるつもりでとった行動が、結果的に相手の問題を進行させてしまうことを意味しています。つまり、本人ために良かれとおもって、お酒を隠したりお金を管理したりすることが、結果的に本人自身が依存症の問題に向き合う機会を逃してしまうことがあるということです。

このように依存症に家族全体がまきこまれ、それぞれの境界が見えなくなっている状態から、家族全体の回復をめざしていくためには、境界線を明確にしていくことが大切になります。家族が心がけることとしては、境界線を踏み越えないポジティブなコミュニケーションをめざします。私も家族の立場でしたので、本人と家族のためにお酒を隠してしまいたくなる気持ちはよくわかります。そこから、境界線をふみこえないためには、お酒を隠すのではなく、「お酒を飲んでいることが心配だよ」という気持ちを伝えます。依存症に巻き込まれていると、依存症による行動と本人と一緒にみえてきます。そうすると全ての行動が憎く怒りを感じ、内側にある気持ち、「お酒を飲まない健康な生活をしてほしい」という気持ちが見えなくなってくる。だからこそ、内側に閉じ込められている気持ちを意識して伝えることが

とても大切になります。そして、飲酒の有無に関わらず、夫婦間葛藤や両親の不和により棚上げにされてきた子どもとの葛藤に向き合うことが大切です。そして、少しずつ、イネープリングとされる行動を少しずつ減らしていくことをめざしていきます。このときに大切なことは、本人の飲酒に関わらず家族自身が心身ともに健康であることです。本当に薄皮を一枚一枚剥いていくようなプロセスかもしれませんが、家族と一緒に家族自身の健康を目指していきましょう。

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セクションである、依存症の方に関わる上で大切にしたいことについて触れたいと思います。「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、自分の中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感情表出

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、その度に、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。

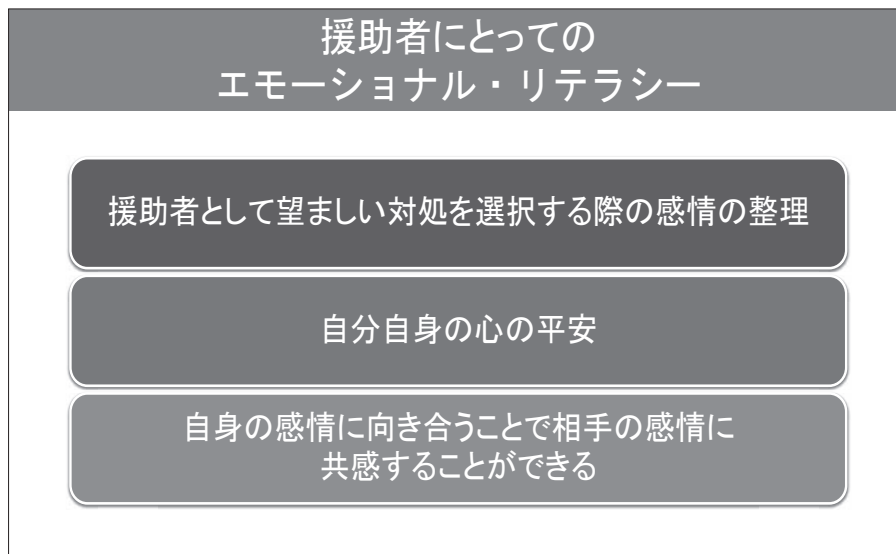
エモーショナル・リテラシー (感情における知性)



感情を理解し
使いこなす力

【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、心のある知性とも言われ、感情を理解し使いこなす力のことです。

エモーショナルリテラシーには3つの側面があると言われています。1つは自分が今体験している感情を識別する力です。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のできる力です。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27】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、とき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思っています。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28】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良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良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。

行き詰まった時に

回復の責任

- 巻き込まれていませんか？

回復を信じる力

- 本人からの信頼を求めるのと同じくらい本人を信頼していますか？

目標は本人が望む(安全な)生活

- 断酒だけが目標になっていませんか？

【スライド29】さまざまに工夫を積み重ねても依存症の問題をもつ人の支援に行き詰まりを感じることもあるかと思います。そんなときは3つの点を振り返ってみていただければと思います。1つは、回復の責任を誰が持っているのかという点です。依存症は家族を巻き込むように、援助者も巻き込みながら進行していきことがあります。そんなときには、援助者も境界線をこえて、本来担うべきではない責任をおっていることがあるかもしれません。もちろん、援助者として良かれと想っていることです。だからこそ、立ち止まり、回復の責任の所在を確認してみましょう。

次に、回復を信じる力です。目の前の患者さんや利用者さんがなかなか回復のきっかけを掴むことができない姿を目の当たりにすると、回復は難しいのかもしれないという気持ちがよぎることもあるかもしれません。そんなときは、本人に信頼してほしいと思うのと同じくらい、本人を信頼できているかを振り返ってみましょう。もし回復を信じるのが難しくなっているときは、自助グループなど回復の場に足を運びましょう。多くの回復者の姿をみることで目の前の患者さんや利用者さんの回復を信じる力が湧いてきます。

最後に、支援目標としてお酒をやめることだけに注目していないか確認してみましょう。回復の姿は一人ひとり異なります。たとえお酒がとまっていなくても、本人が望んでいる安全な生活に一步近づいているとすれば、それが回復の一步です。本人と一緒にその回復の一步を共有できることを目指しましょう。

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、孤独の病と言われる依存症についてある回復者の語りを紹介したいと思います。依存症は真っ暗な穴の下でじっと座っている状態だと話してくれました。そして、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と話してくれました。

これは専門職と仲間の支援の違いを言い当てているように感じます。だからこそ、私たちは回復者との出会いの場を提供し、回復者の姿を見ることで回復を信じることが大切なのだと思います。そして、私自身は、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？

2. 講義 2

「関連問題を抱えるクライアント家族への支援 ～女性と子ども家庭への視点」

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(2021年度)

「みるみる見える人の暮らしと依存症」



講義② 関連問題を抱えるクライアント家族への支援 ～女性と子ども家庭への視点

山本由紀

国際医療福祉大学/遠藤晴森問題相談室

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

- 見る
地域に暮らす人たち(今回は女性・子ども家庭)に棲みつく依存症に気付くこと・理解することから
- 見える
I アウトリーチ
II アセスメント(個人・子ども家庭・子ども)
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
- かかわる
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、メソレベルの支援へ



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一杯対応してきている。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
子どもや要介護高齢者がいたら: アドボカシーの視点を
暴力・虐待の問題には積極的介入
犯罪の側面は被害者理解を
- * 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)

アルコール問題やメンタルヘルス課題が棲みつく子ども家庭 10代の子どもがいる家庭

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、厳しくすることも多かった。

長男統合失調症を発症し、入院を経て現在通院中。3歳下の長女は閉じこもり状態。そこへ男性の母親が身体機能低下で、施設入所。もともと酒量は多かったが、この頃から男性もうつ疾患。飲酒量も増加し、会社勤怠に影響をきたしている。

- ▶ 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。
50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。

企業のメンタルヘルス実践より

生活困窮者自立相談支援事例

4

アディクションやメンタルヘルス課題が棲みつく子ども家庭 ～女性編

- ▶ 母親が依存症で、子どもへの身体的・心理的虐待やネグレクトがある場合は事態がより深刻になる。朝から酔っ払っている姿を見せたり、夜になると飲みに出かけてしまい、子どもたちだけが家に置き去りにされる。食事を十分与えられなかったり、放任されたり、言葉による暴力で心を傷つけたりするので、子どもは非行に走ったり、家庭内暴力、不登校で保護者を困らせるような問題を起す。ひとり親であれば母親の依存症に対する介入を行うことが優先するが、そのためにも子どもを保護して適切なケアを提供できる環境づくりをしなければいけない。父親がいても子どもを養育しながらの勤務は困難なので、説得して子どもを保護するように対応するのが望ましい。

Aさん:30代女性。逆境体験があり、20代からアルコール問題・自傷行為・異性依存の傾向があった。結婚・出産後は育児しながら飲酒。下の子どもは低体重と発育の遅れがある。身体への影響が出始めている。Aさんは子どもが寝る夕方から飲み始める。夫はなんとかしようとして妻に仕事を与えたり、子どもを保育園に入所させたりしているが、Aさんは朝気分が悪くて子どもを保育園にも連れていけないこともある。夫はAさんに怒鳴ったり手が出たり厳しく対応している。

子ども虐待対応の手引き(厚労省)
第13章 特別な視点が必要な事例への対応

事例検討用事例

5

女性とアルコール問題

- ▶ 女性は男性より酔いやすい体質
- ▶ 急性アルコール中毒などの過度の酩酊リスクが男性より高い。
- ▶ 男性の半分程度の飲酒量でも肝臓にダメージを来す
- ▶ 妊娠中の女性の飲酒は避けるべき
体重減少、顔面などの奇形、脳の障害等の悪影響が胎児に。胎児性アルコールスペクトラム障害
- ▶ 短期間で依存症になり、患者年代のピークは30代
- ▶ 摂食障害やうつ自殺未遂等精神的問題を抱えていることが多い。
- ▶ 配偶者の大量飲酒や家庭内暴力など、人間関係の問題が多い。

自責感強い

e-ヘルスネット(厚労省)「女性の飲酒と健康」久里浜・真栄里先生

最終更新日:2021年12月21日

6

アディクションを持つ女性の類型

～大嶋分類*

- ①性役割葛藤型 ジェンダー役割が浸透している家庭
妻母嫁役割に葛藤してアディクションへ
- ②他者承認希求型 自己の存在を肯定的に受け取られないまま生育、その
不全感が自己否定になっている。破壊的なアディクション行動が多い
- ③ライフモデル選択困難型
結婚・出産・キャリア形成などライフイベントが選択可能な言説に葛藤
アディクションにつかの間の休息、漠然とした不安を和らげるものとしてア
ディクションへ。
- ④セクシュアリティ混乱型 性暴力被害などにより身体に対する嫌悪感があり
その感覚を払拭するためにアディクションへ。あるいは性の欲望が同性に
向かう。

1アディクションが表面化する時期 2本人の言語能力
3服装や所有物に関する情報 4就業・結婚・出産の経験
5精神疾患など独自の困難 6母娘関係における抑圧の強弱
7女性表象による抑圧の強弱

家族集団に生きる女性の生きづらさ ～内在化する抑圧の解放を目指す

- ▶ 家族という集団はありようによっては生き苦しい
- 母親役割に対する強い役割期待:
- 家庭における女性の役割期待:
- 母替わりに弟妹の面倒と家事
- 独立後も姉が 老母が子どもの面倒を

カウンセリングを受けに来る依存症の女性が
語る素面での生きづらさは共感に満ちている



共感・システムの変容を目指す
クライアントの生きづらさの解放を目指した働きかけ
個人ヘリフレーミング・家族関係への働きかけ

生きづらさへのメッセージとして

ジェンダーバ
イアスの存在
を認める

役割を降り
ていい

今どきの育
児はいつば
い手伝って
もらう

子どもに嫌わ
れるのが親

他人と思え

家庭内別居
のすすめ

問題の外在化・
メタファ利用

あなたはそれを
やりたいの？

事例Aさんの人生に棲みついた 3層の生きづらさ

この国の社会システ
ムに女性の生きづら
さが厳然としてある

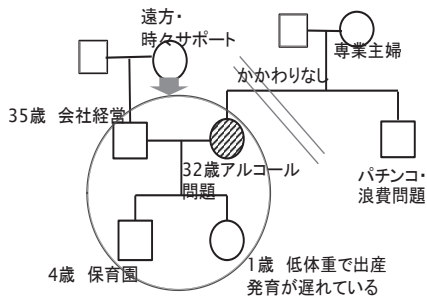
女性向け断酒治
療や関連問題へ
の相談は少ない

背景にある障害
暴力被害

アルコール問題
子育ての困難
家族関係の困難
DV

複合しているため
困難事例と言われる

グループワークで検討する事例



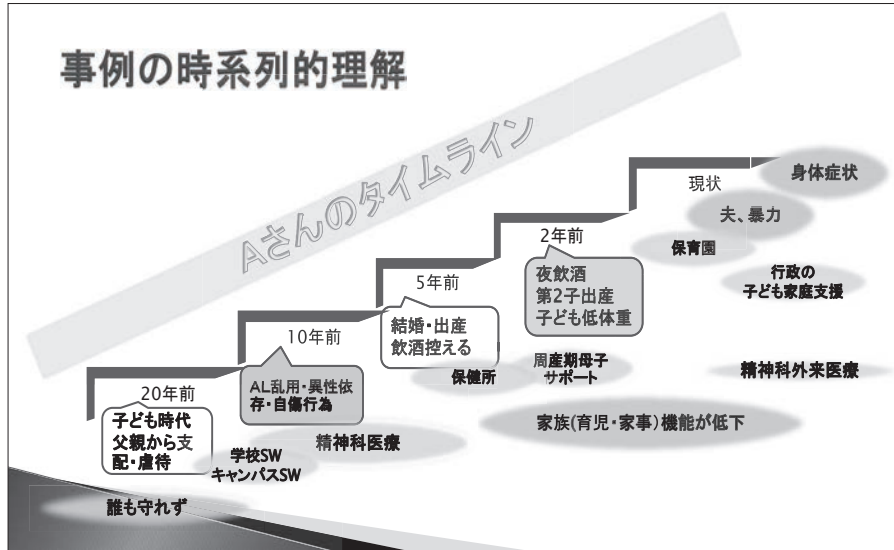
- * 夫がアルコール問題があった場合
(一般的家族支援のモデル)
- * 夫婦で飲酒問題があった場合
- * 母親が外に出歩いて飲むタイプだった場合
- * 母親に摂食障害があり、子どもにも低体重を強いている場合

ジェノグラム

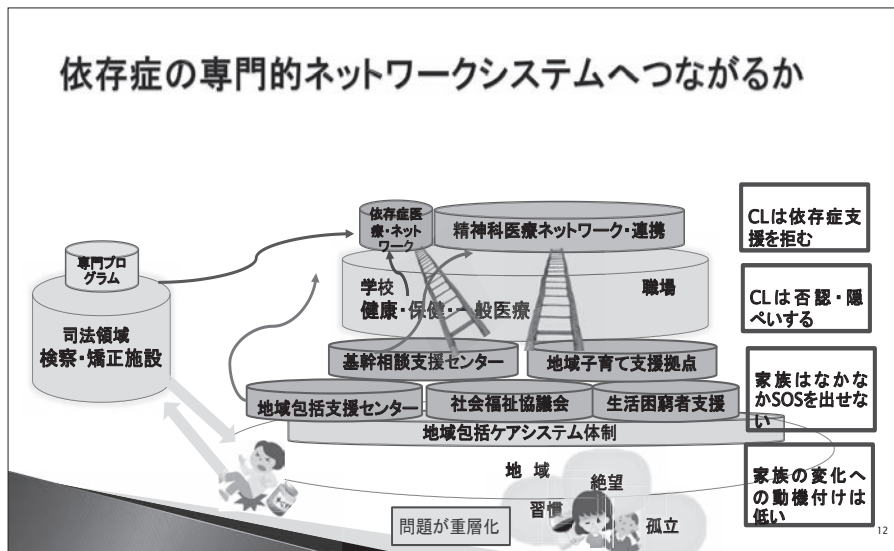
応用

10

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



12

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
- ▶ 主たるニーズにアディ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
- ▶ アディクションもその他の問題についてもすぐ着手できて実現可能な提案を病院受診だけでなく、その手前のプロセスを作る
変わるどころ、変わる人から

13

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)

14

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来ているかどうか。

15

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

16

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クスとなる、過去に問題が起きた時の乗り越え方に関するエピソードがあるか、対応力を知る
- ケアラーとしての支援の必要性
- アドボケートするべき子ども・高齢者等がいるか

17

親に依存症の問題がある子ども家庭

①暴力・虐待・不適切な養育をキャッチする

- ▶ 家族の機能不全に子どもは巻き込まれる存在
- ▶ その中でなんとかしようともがき、サバイバルする存在
- ▶ 関係性の中で暴力・虐待が起きるリスクが高い状態
- ▶ 本来享受するはずの楽しい子ども時代や与えられるはずの子どもの諸権利を失っている状態
- ▶ 不適切な養育やトラウマティックな出来事により、発達上に受ける影響は長くあり(発達性トラウマ障害)、時にメンタルヘルスを壊し生き延びるためにアディクションを使うようになる

子どものサバイバル・喪失しているものを理解する

②忘れられるリスク

～ネグレクト・情緒的ネグレクトを理解する

- ▶ 当事者や配偶者のメンタルヘルスの状態により、またはその問題へ対応のため養育をネグレクトされる可能性
- ▶ 身体的/情緒的/医療/教育ネグレクト
これらにより、時に致命的ネグレクトが起きうる
愛着障害や低い自尊心のもと人と関係、その後に重ねてトラウマティックなエピソードにあいやすい
医療・教育の不十分により社会における障壁にあたりやすい

③虐待・ネグレクト・不適切な養育へ介入を始める

～愛情のあるなしは関係ない

- ▶ 精神疾患・精神障害の親の治療や支援領域にいるSWIには視覚化されにくい
- ▶ 何らかのサインをキャッチしたり、いくつかの条件でリスクアセスメントができたときは積極的なかわりが必要
- ▶ そのために機関ごとの介入システムが望まれるが・・・
- ▶ 違和感を伝える・情報提供する・子どものことについて言葉にしていくことから

④アダルトチルドレン(AC)という視点から トラウマサバイバーへ

- ▶ ACは、機能不全状態の家で情緒的ネグレクトをベースに虐待を含めた逆境的境遇にあった影響を洗い出し、本来焦点を当てられるはずだった自分への関心やケア、欲求に今一度焦点を当て直し、主体性をバランスよく育みなおすメンタルヘルス活動。自助グループ活動やカウンセリング領域でリフレーミングワークが行われている。
- ▶ その影響がメンタルヘルス活動では終わらず、虐待の影響による発達性トラウマ障害や複雑性PTSDの域にある人もいる。ACの自助グループから派生しトラウマサバイバーのための自助団体が出来ている。

⑤ ヤングケアラーという視点

「社会において自律的に生きる基礎を培い、人間として基本的な資質を養う重要な時期の子どもへ、適切な教育の機会を確保し、心身の健やかな成長及び発達並びにその自立が図られるように…」(埼玉県ケアラー支援条例第3条3項より)

支援法がないからこそ…

- ▶ 精神障害や依存症の親を持つ子どもたちが侵害されている諸権利について気づくこと
- ▶ 10代～20代の子どもへの立場への支援:直接的支援の必要性に気づくこと

⑥ 子ども家庭と子どもへの支援

～親のメンタルヘルスにかかわるSWの役割

～生きづらさを共有しつつ、親役割の不全も共有して支援

- ▶ 「うつで朝起き上がれず、昼頃起きる生活です」
子どもは一人で起きて学校に行くのかしら？
朝ごはん食べたのかな。
- ▶ 「苦しくて死にたくて。子どもに背中をトントンさすってもらって楽になった。」夜中に子どもに死にたいというのは子どもにとって酷だな…
- ▶ 「パニック発作で子どもに救急車よんでもらった」「後でうんと甘えさせてあげようね」
- ▶ 「夕方からどうしても飲んじゃって。」「お子さんのご飯は」「まあ適当にパンとかあるから」…ちゃんと食べるよう指示したのかな。

当事者の生きづらさに共感する側面と、当事者の親機能の不全状態を子どもの立場から想像し、指導ではなく共に悩む関係へ。

子どもたちへの支援

～医療・福祉・教育・地域多機関連携で

- ▶ 家族全体に寄り添い、家族機能をアップさせるための支援(家事・育児・看護支援・貧困対策)
- ▶ 子どもの安全を守る支援と緊急時の対策・フォロー
- ▶ 子どもの年齢に応じた心理教育・情報提供
- ▶ 子どもの話をよく聞き、子どもの苦しさを理解する
- ▶ 本来の子ども家庭の平常を取り戻すこと
- ▶ 親以外の大人にも相談できるようにサポートすること
- ▶ 子どもの本来の興味に応じて参加できる居場所を見つける
- ▶ 必要に応じた学習支援・就労支援・心理的治療やカウンセリング

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」)

25

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

26

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

27

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

28

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。→ 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。そのために広義の意味でのアドボカシーの視点を持つ。
- * 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。

29

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)
- ▶ 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
- ▶ だから〇〇をして改善してほしい(具体的にできること)

友愛

事実

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。

30

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

31

アルコールリハビリテーションプログラム

心理教育

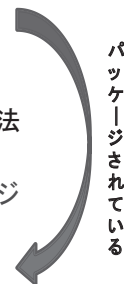
グループミーティング

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



32

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

33

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

34

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

35

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

36

VI 自身の活動地域・領域の課題を理解する

- ・社会資源そのものや支援システムは常に課題を抱えている。
- ・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、それぞれの地域の社会資源ネットワークにいざなう。
- ・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で、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

37

女性の依存症について より深く展開して学ぶために



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・ロールニツク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

39

3. 体験談に耳を傾ける(本人・配偶者・子どもの立場)

過去3年間の研修においても、支援者へのメッセージとして、自助グループメンバーからの体験談を聞く機会を持っていたが、今回の研修においては、本人のみならず、配偶者、子どもの立場での体験談を聞かせていただいた。

研修で回復者の体験談を聞くことの意義は彼らの回復過程を知ることにより、依存症も回復可能な疾患であることを確認できることであり、また、単に物質や行為などへの依存を断つだけでは、解決できないそれぞれの「生き方」に関連する問題も存在していることを感じることができることである。あわせて、その「回復」のために自助グループが必要であることも理解できる。今後、依存症に関わろうとしている本研修の受講対象者であるソーシャルワーカーにとっては、基礎的な知識を学ぶことも必要であるが、回復者の体験談を聞くことは、まさに彼らの人生の軌跡を知り、自助グループとの「つながり」のなかで回復した新たな生き方を感じさせてもらえる。理論や理屈ではなく、まさに生き方そのもので我々に多くの示唆を与えてもらえる。

このことからすれば、今回、本人だけでなく、配偶者、子どもの立場での体験談を聞くことができたことは意義深いと思われる。依存症は家族を巻き込み、家族自身の「生き方」をも歪めていく、その意味では本人のみならず家族もそれぞれの「回復」が必要となる。また彼らの「回復」には自助グループが必要であったことも理解できたのではないかとと思われる。

詳しく述べることはできないが、今回の体験談はそれぞれ素晴らしく、感動的でもあった。それぞれの立場で自らの「回復」についてきちんと話され、新たな「生き方」についても聞く者に充分伝わった。受講者には、今後も体験談を聞く機会を持ちながら、多くの気づきを得て、つながりの大切さを学んでもらえる契機となることを期待したい。

今後の研修においても支援者へのメッセージとして体験談を聞く機会を入れていきたい。

4. 事例検討型グループワーク

昨年度に引き続き、Zoomのブレイクアウトルームを活用したグループワークとなった。構成はオンラインであることも考慮しながら凝集性を意識して、1グループ5名を上限として8グループとした。グループ分けに際しては、多様な視点での意見のなかに共通項を見出していくことを目的として、地域や所属機関ができるだけ重ならない配慮を行った。さらに各グループには、当委員会のメンバーがファシリテーターとして入ることでより円滑なグループ運営を心掛けた。また、昨年度のアンケートや意見に、「時間が足りなかった」との声が多かったため、グループワークの時間を45分から90分と倍の時間をとり、全体共有も25分から45分とすることで、参加者同士の交流や分かち合いに重点を置くことができた。

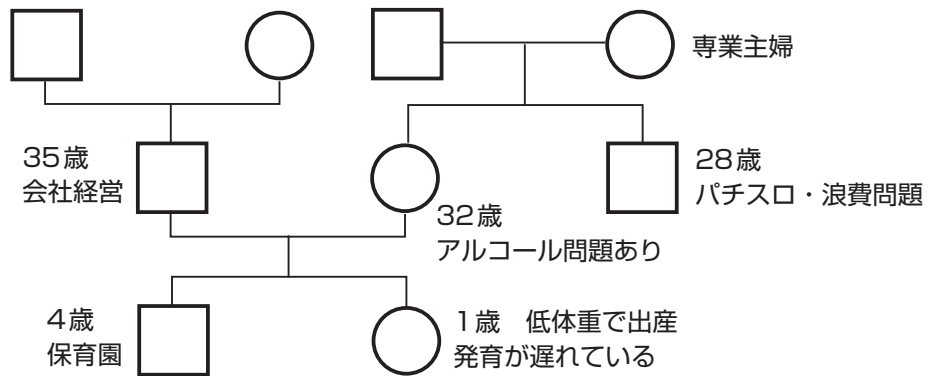
今回の事例(P48参照)は、女性のアルコール問題を中心に組み立てられている。その背景には、日本の社会システムのなかで女性が強いられている「生きづらさ」が見えてくる。暴力被害や女性役割(家事・子育て)などが複合的に絡み合い、さらにそのなかで養育されている子どもたちにも目を向けていく必要もある。いわゆる「多問題世帯」にどのようなアセスメントで切り込んでいくのか、アルコール問題の視点やトラウマにフォーカスをあてた視点、子どものアドボカシーの視点、さまざまな見方が求められる。このグループワークでは、単純にアルコール問題のある人を受療させるかかわりではなく、生活問題としてソーシャルワーカーがどのような気づきとかかわりをもてるのか、多様な見方でこの事例を俯瞰しながら、なおかつ身近な問題として意識を高めていくことを狙いの一つとした。

実際のグループワークでは、ワークシートを用いて行った。事例について全体的見立てや感じたこと、自分の所属機関・地域・専門性のなかでできる支援やかかわりの可能性や課題について議論した。そのなかで、自分の実践のなかで依存症関連問題へのかかわり、かかわりのなかで感じていることなどの意見交換を通して、参加者同士の想いを共有してもらった。

その後の全体共有やアンケートのなかで、ネットワークや連携の重要性、自分自身の気づき、アルコール問題にかかわることの動機の高まりなどの前向きな発言や、グループ構成が多様であり、その違いを知ること聞くことで視野が広がることのできたという感想を全体で共有することができた。

オンラインという環境でもグループワークを通して多様性を実感できることに可能性を見出すことができた一方で、名刺交換ができないことやアフターで話ができないことの物足りなさもあるという率直な感想も聞かれた。このコロナ禍という逆境で感じている物足りなさは、従来の生活が戻ったときにより強くつながりを求めて支援に反映させる力になるという希望を抱かせてくれた事例検討型グループワークとなった。

<事例 母親にアルコール問題がある子ども家庭の事例>



- Aさんは32歳の主婦で、若いころからアルコール問題があった。
Aさんの父は母や子どもたちに支配的で教育には厳しく、容赦なく叱られ、罰され、情けない人間だとののしられて育ったという。母親は見ていただけだった。父親が行かせたい大学に入れなかった時点で関与してくることはない。弟も高校時代から荒れてパチスロ・浪費の問題を起こしていると聞く。
Aさんは大学在学中から飲酒を覚え、最初から乱用気味で、また、異性と飲んではそのまま性的な関係になり、交際するには至らずに破綻することを繰り返していた。リストカットが習慣になり、さらに酔って不特定の異性と過ごすことが多かった。大学を退学し、アルバイトを転々とした。27歳の頃、飲食店で現夫と知り合い、すぐに子どもができて結婚。父は子どものお祝いだけは送ってくるようになったが基本実家とは疎遠になっている。子どものことはきちんとしなくちゃという気持ちが強いができていない。第2子的时候はAさんは酒を控えず、子どもは低体重で発育の遅れを指摘されている。
- 夫は自分で小さな会社を経営しており、家族とはこうあるべき、が強い人だった。結婚後夫婦で飲んでいたが、最初の子どもが妊娠中は少し控えた。ところが出産後また飲み始めた。連続飲酒状態もあって、夫は自分の実家に子どもを預けることが多くなっていった。子どもが2歳の頃、夫は「昼間することがないからでは」と妻を自社社員にし、少し書類仕事を回すようにして、保育園を申し込んだ。保育園は夫が出勤後通園させるが、二日酔いや飲んでいるときがあり、休ませることが多い。それがわかった時点で夫はAさんに手を出すこともあった。夫は生活を回すのに余裕がなく、Aさんや子どもたちを怒鳴ることも多くなっている。
- 保健所ではAさんの子どもが低体重だったため、訪問指導をした際、酒の匂いが気になったので、何かあったら保健所の母親相談や子ども家庭支援センターの相談につなげたいと考えている。
- Aさん一家が住む地域は都近郊の県で、市内には心療内科と精神科病院が1件ずつあるが、アルコール依存症専門治療病院は県南に、また、リハビリテーション施設も通うには遠い県南にあった。

<端緒> Aさんは週末ほとんど食べずに横になっていることも多く、市内の総合病院(相談室あり)で検査を受けると貧血、肝炎などが見られたため、通院することになった。

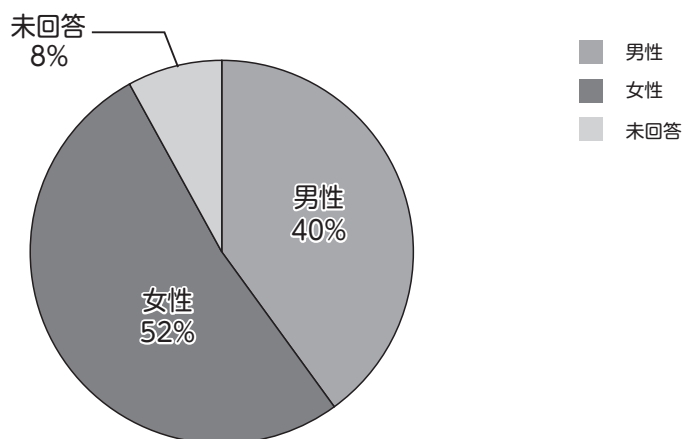
5. 効果検証のためのアンケート結果から

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。Googleフォームによるオンライン調査とし、研修参加者には、研修前日までの1週間および研修終了後1週間の2時点において回答を依頼し、40名からの回答を得た（回収率100%）。調査項目は、研修前アンケートでは、基本情報、参加動機、自身の課題や悩みについて、依存症とのかかわり、「アルコールに関連した問題のある患者に対する態度尺度」：日本語版The Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (AAPPQ) を援用した独自の15項目とした。研修後アンケートでは、研修モニタリング、AAPPQ援用版、研修内容についての要望とした。集計結果について以下のとおり報告する。

1) 基本情報

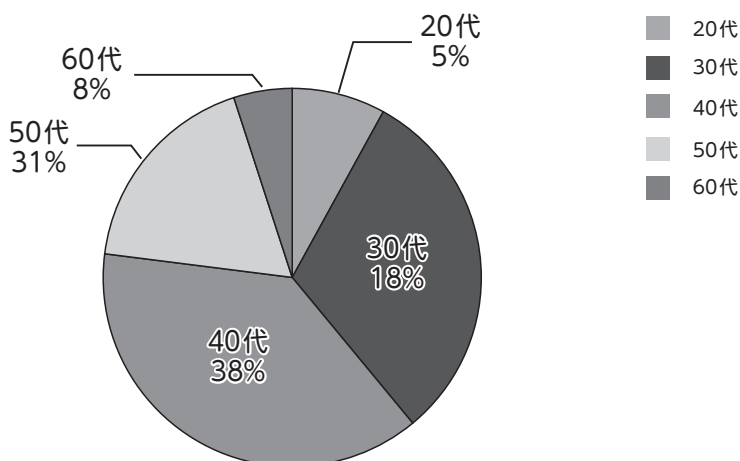
①性別

回答者の性別をみると男性16人(40%)、女性21人(52%)、未回答3人(8%)であった。



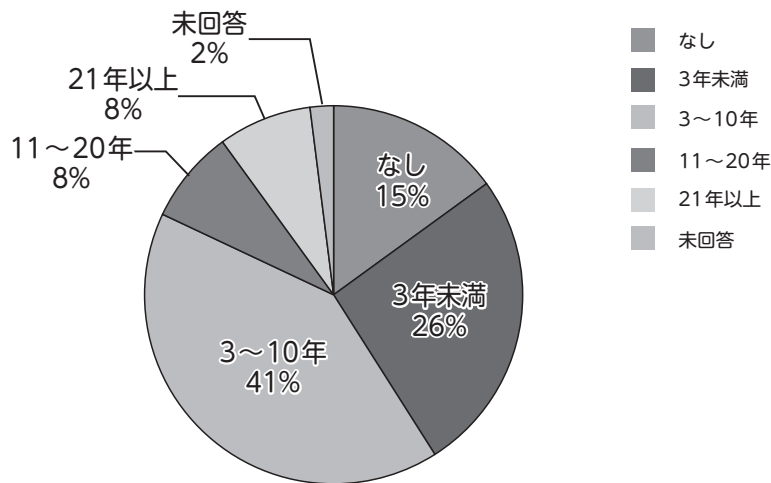
②年齢層

回答者の年齢層は、最も多いのが40代38%、続いて50代が31%、30代が18%、60代8%、20代5%であった。

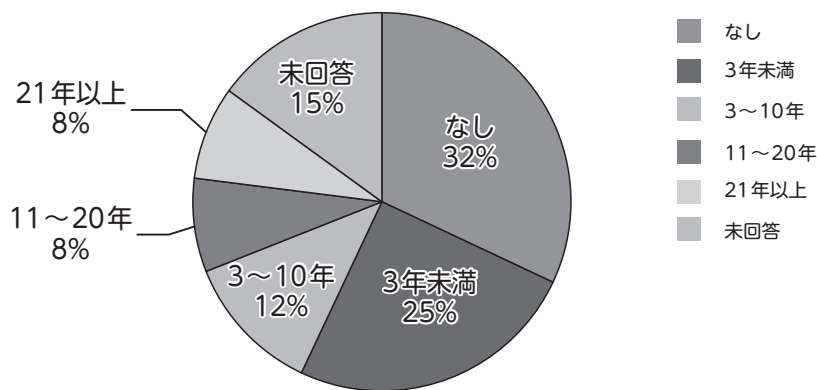


③経験年数

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41%、続いて3年未満26%、そして、実務経験なしが15%、11～20年と21年以上が8%、未回答3%であった。これらの結果からみると、中堅層および実務経験のない層や若手層の参加が多いことが特徴であった。

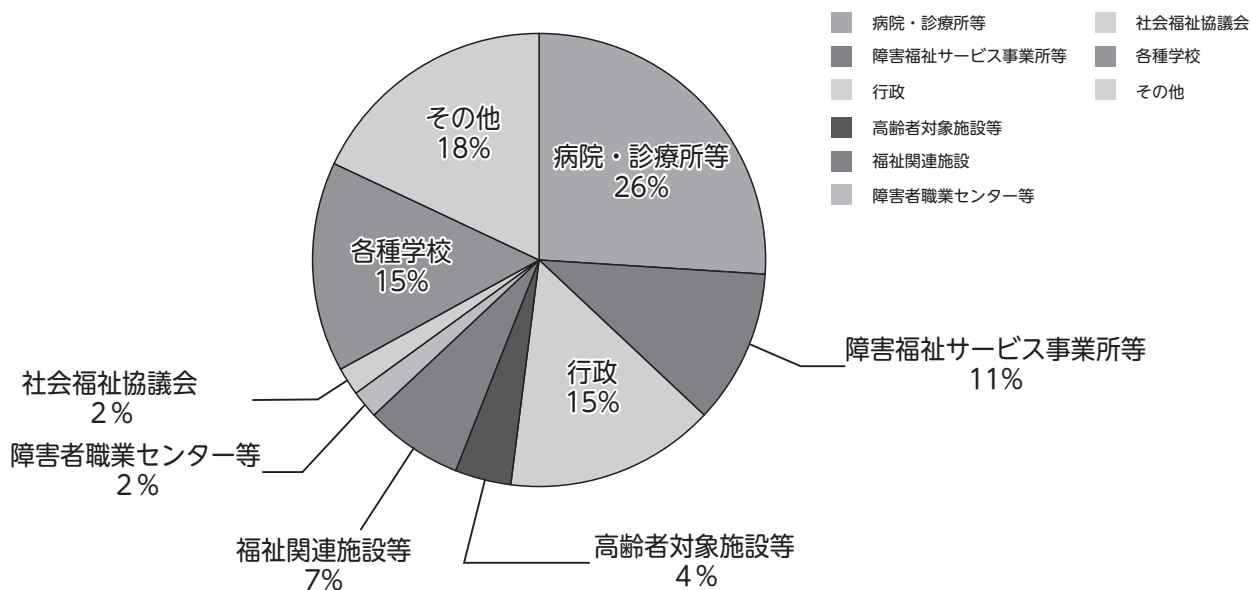


また、精神保健福祉士としての実務経験のうち依存症及び関連問題へのかかわりの経験年数についても設問を設けた。最も多いのは経験なし32%、続いて3年未満25%と本研究が目的としていた、依存症及び関連問題へのかかわりの経験年数の少ない参加者が過半数であった。



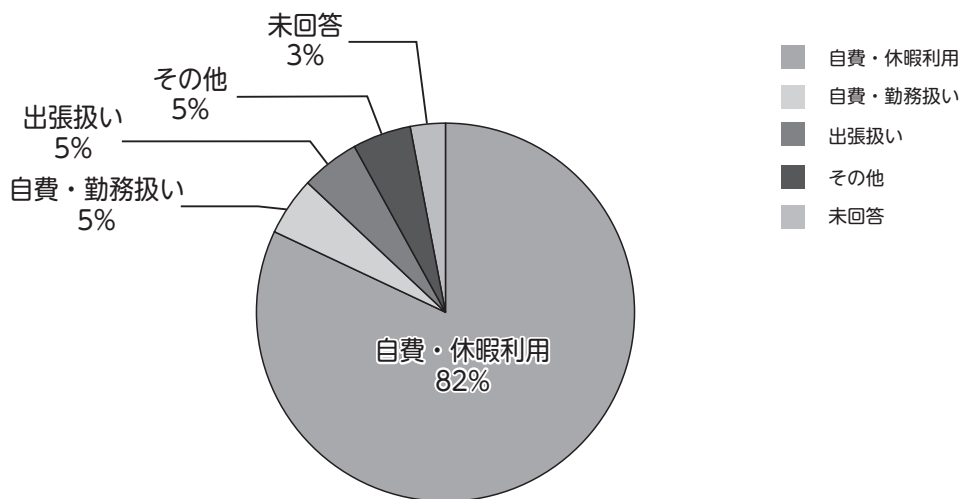
④所属

回答者の所属で最も多いのは、病院・診療所等の医療機関26%であったが、例年半数程度が医療機関であることから比較すると、今年度の研修では多様な所属先からの参加であった。



⑤参加方法

参加方法については自費・休暇利用が82%と最も多く、自費・勤務勤務扱い、出張扱い、その他が5%であった。大多数の参加者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。

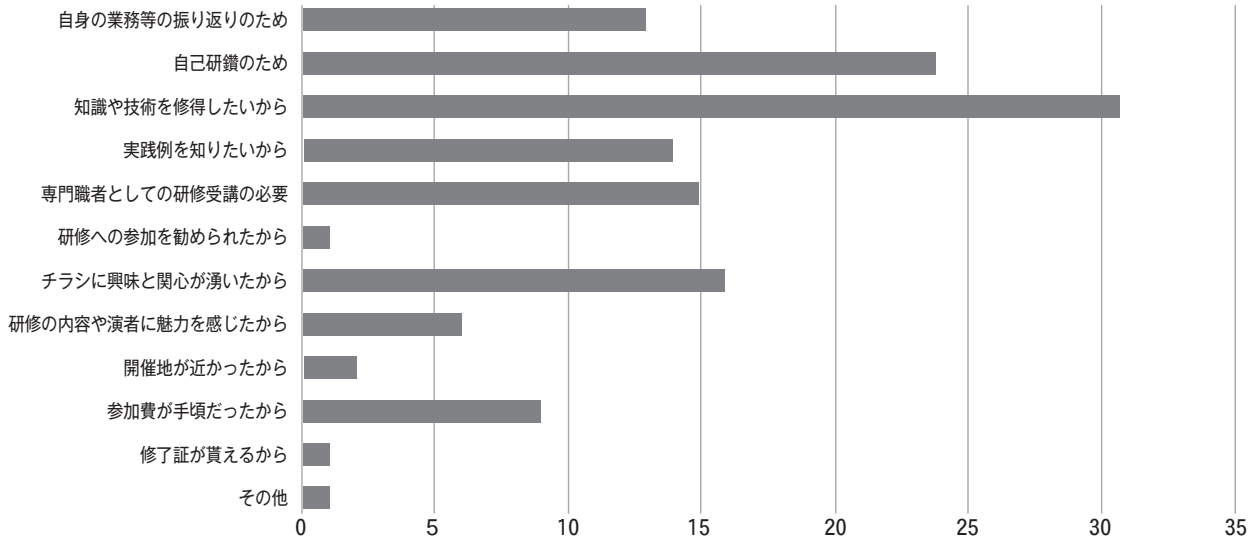


2) 参加動機

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、「③今後、依存症及び関連問題へのかかわりを担う上での知識や技術を修得したいと思ったから」で31人(77.5%)であり、続いて②依存症及び関連問題へのかかわりを担う上での自己研鑽を図りたいと思ったから」が24人(60%)であった。

参加動機

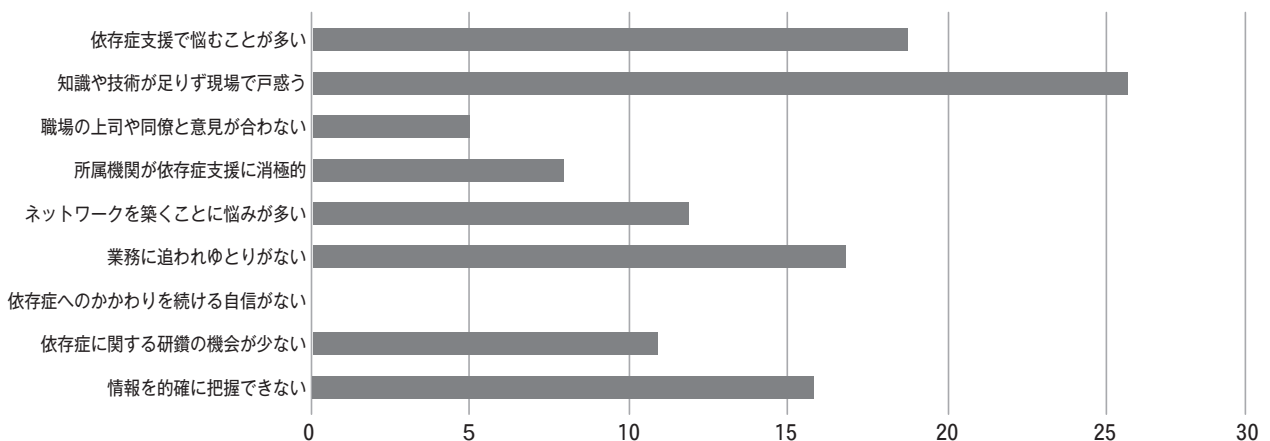


3) 自身の課題や悩みについて

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、「②知識や技術が足りず、現場で戸惑うことが多い」で26人(65%)であった。続いて「①依存症を抱える人やその家族とのかかわりについて悩むことが多い」で19人(47.5%)、「⑥業務に追われ、余裕やゆとりがない」が17人(41.5%)、「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16人(40%)であった。

自身の課題や悩みについて



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、アルコールが22人と最も多く、続いて薬物9人、ゲーム7人、ギャンブル5人、買い物4人、クレプトマニア、性、暴力、自傷などの記載があった。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、ゲーム依存の方へのかかわりが多いことも今回の特徴であると思われた。

5) 研修モニタリング

講義、体験談、グループワークの内容ごとに理解度の評価、気付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」とし平均値を算出した。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」4.6、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」4.5であった。体験談4.7、グループワーク4.5であった。

自由記述では、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」「ご自身の体験談でより身近に感じられた」「初心者から経験者まで理解しやすく、また関わりを振り返ることのできる内容」など、「分かりやすい」「理解しやすい」といった意見が多かった。依存症は孤独の病であり、当事者は孤独な穴の底に下りてくるというくだりがあり、ソーシャルワーカーとして依存症者とともに、の姿勢が大切との意見が多く見られた。

講義2では「女性特有の生きづらさを実感し、より慎重に支援していくことの大切さを学んだ」「クライアントの立場、役割と支援者としてのかかわりの多様性があることが理解できた」「面接技法やアセスメントやアプローチの方法が分かりやすかった」などといった意見があり、資料を含め内容が充実している点を評価する意見も多かった。また、「家族支援の在り方などが理解できたこと」、「その他うつ病やゲーム依存などにも同様の問題がみられるので参考になった」との感想も得ている。さらに「依存症は分かりにくい病であるが、可視化されていくことが大切だ」との感想も見られた。

体験談では、「当事者の体験談は心を動かされるものがあり、支援者としてエンパワメントされた」「聞きながら涙が出た」「当事者以外の配偶者や子どもの立場からの話を聴く機会があまりなかったため、貴重なお話だった」など、貴重な機会であり、改めて当事者や家族に向き合っていく気持ちを新たにしたとの意見が多かった。当事者、夫、子供の立場の重い発言を聞くことにより、当事者・家族理解・適切な関わりにむけての気づきになったようである。「ソーシャルワーカー以外にもこうした体験をもつことにより当事者理解が進み、多様性を認める社会であればこんなに当事者も家族も苦しまなかったのではないか」「ソーシャルワーカーとしては当事者が語れる場所の設定も考えていく必要がある」などの意見もあった。また、「連携を理解するまでには至っていないが、MHSWの存在意義が確認できてよかった」など、やはり当事者等の体験談は多くの気づきや学びにつながったようだった。

さらにグループワークについては、「連携の重要性を再認識した」「多様な視点・立場からの考え方や資源の違いを聞くことで、多様な領域からの支援の必要性を実感した」などグループワークによって視野が広がった点、そして、「自身の所属機関の強みと限界を知ることができた」「自ら動いてつながりを作る自分たちになろうという意識をもつことができた」と実践にするモチベーションが高まったことなどが挙げられた。また、これまで子ども分野で働くソーシャルワーカーの参加者が少なかったが、子ども分野で働くソーシャルワーカーの参加が目立った。グループ編成では、委員会委員がファシリテーターを務め、参加者の働く分野が教育や高齢、医療、施設分野など領域を分散してグループを作成したため、多領域のMHSWの視点や実践を交流できたとの意見が多かった。そして、行政などでは縦割りの組織編制をしているので精神障害担当と子ども分野担当それぞれ頑張っ

ているにもかかわらず、連携ができていないという意見もあった。事例を通して何かあってから関わるのではなく、ファーストクライアントに出会ったとき早期に注視し関わるのが大切であり、フォーマル、インフォーマルに関わらない多領域での支援と連携が必要であり、改めて、それらの基盤となる地域のネットワークが重要との認識も確認できたようである。また、今回の研修はグループワークの時間を長く設定したが、「90分という時間は効果的」と時間設定への肯定的なコメントも挙げられた。

6) 意見、要望

本協会の企画による依存症及び関連問題の研修が開催される場合には参加したいという意見が多くみられた。開催方法については、Zoomなどのオンライン開催の継続への要望が多く挙げられた一方で、近県での対面開催やハイブリッド開催を希望する意見もあった。

研修内容としては、ゲーム依存についての要望が多く、そのほかにギャンブル依存や薬物依存、性依存、クレプトマニアなど、アルコール依存症以外の依存に関する専門的な支援についての要望があった。また、資料のプリントが大量なので、別途資料送付してほしい等の要望もあった。

7) 効果検証

本研修の効果を検証することを目的に、「アルコールに関連した問題のある患者に対する態度尺度」：日本語版The Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (AAPPQ)¹を援用し、15項目5件法の質問票を作成した(P82～88参照)。Google フォームによるオンライン調査とし、研修参加者には、研修前日までの1週間および研修終了後1週間の2時点において回答を依頼し、40名からの回答を得た。

研修前後の日本語版AAPPQ改訂版総得点の変化について、Wilcoxon符号付き順位検定にて検証した結果、研修後に有意に得点が増加しており($p < 0.001$, $r = -0.72$)、研修を通して飲酒に問題のある人に対する態度が顕著に向上していることが示唆された。

各項目では、質問5・8のみ有意差が認められなかった。質問5は「必要な時は、クライアントに飲酒について尋ねてよい」という質問項目であり、日本語版AAPPQ改訂版では役割正当性という下位尺度に含まれる。質問8は「アルコール問題の原因やこの問題に対する対応に関心がある」という質問項目であり、日本語版AAPPQ改訂版ではモチベーションの下位尺度に含まれる。両項目とも、研修前の中央値が4および5と非常に高く、その他の項目は中央値2および3であることから、質問5・8については研修前より知識や関心があった項目であると推察される。

	中央値(四分位)		p	r
	研修前	研修後		
日本語版AAPPQ 改訂版総得点	41 (37, 47)	50 (45.5, 53)	0.00***	-0.72

Wilcoxon符号付き順位検定

*** $p < 0.001$

1 「アルコールに関連した問題のある患者に対する態度尺度」：日本語版The Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (AAPPQ) (福田・森2015)は、アルコール依存症者への仕事をする医療者の態度を測定するためにCartwright (1980)らが開発した尺度について、日本語に翻訳し、信頼性と妥当性が検討され、有効性が示されている。日本語版AAPPQは30項目7件法で構成されている。

8) 考察

今回もコロナ禍のなか、オンライン研修になった。アンケートには参加者全員が回答しており、また参加者の82%が自費参加であり、参加者の意欲の高さが感じられた。参加者は依存症及び関連問題の関わりの年数が経験なし32%、3年未満が25%と経験年数が少ない参加者が過半数であり研修の目的に沿っていたといえる。全国の参加者と交流ができることや、遠方の参加者でも参加しやすいため、対面とオンライン両方のハイブリッドの開催が望ましいのではないかと考えるが、まだコロナ禍が収束しないなかでは結論は早いかもしれない。

自由記載から見ると、研修内容としては、項目平均値4.6と概ね高い評価が得られている。今回講義では、当事者に寄り添う視点や女性と子ども家庭への視点を取り上げたが、講義内容とグループワークが連動して、これまで参加の少なかった子ども分野の参加者とともにグループワークにより相互交流できたことが特徴といえる。

体験談においては、さまざまな立場、配偶者、子ども、支援スタッフが企画され、胸を突く深い学びとなった。体験談を研修に入れることは、今後の研修にも継続されるべきであろう。また、依存症の領域が広がるなかで、それらのニーズにも対応した研修を企画していく必要がある。

本研修の参加者が、ソーシャルワーカーの生活者の視点をもって地域連携しネットワーク構築を忘れず、依存症支援の一翼をになう契機になることを期待したい。