

令和6年度厚生労働省依存症民間団体支援事業

令和6年度

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部

依存症リカバリーソーシャルワークチーム

調査・事業報告

治療ギャップを予防する被災地における

アルコール関連問題ソーシャルワーク研修構築に向けたニーズ調査

—質的調査—

(一般医療機関における依存症リカバリーソーシャルワーク研修事業)

令和7年3月



公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会 社会貢献事業部

依存症リカバリーソーシャルワークチーム

はじめに

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会は、令和2年度から社会貢献事業部に「依存症リカバリーソーシャルワークチーム」が結成され、依存症民間支援団体の一翼を担っています。

さて、令和6年1月1日に発生した「令和6年能登半島地震」は、同年9月に豪雨にも見舞われ、災害関連死が新潟県と富山県をあわせて321人、直接死も含めた死者は549人、災害関連死と認定されたのは、能登町が5人、珠洲市が4人、七尾市が3人、羽咋市と中能登町がそれぞれ1人の、合わせて14人（2025年3月6日NHK調べ）と被害の深刻さを物語っています。

災害・震災をきっかけにさまざまな問題が複雑化・深刻化し、人々のLIFE（生命・生活・人生）に与える影響は大きいです。とりわけ、震災は、すでにあるアルコール関連問題を増悪させ、新たな問題発生トリガーとなると言われています。また、潜在するアルコール関連問題の早期発見・早期介入を困難にさせます。震災により直面するさまざまな困難から生じる「辛さ」を解消するために、「人々は飲まずにはいられない」という現実が長期に渡り生じることが予測されます。この長期に渡る「生きづらさ」の課題は、支援者をも含む関係する全ての人々に同心円状に広がっていきます。

私たちのチームは、発災直後から被災地の現状に対して「力になりたい」と考えました。それは、本協会が東日本大震災の発災直後から、現地滞在型の支援を10年以上にわたり行い、丁度その節目を迎えた直後に、能登半島地震が起こったことが背景にありました。私たちにできることはないか。再び、本協会から珠洲市に派遣されたソーシャルワーカーのバックアップの一つになればという思いが、今年度のチーム活動の目的になったのです。

災害が多い日本において、被災地におけるアルコール関連問題について、どのような対応が必要なのか。これまで被災地の支援に尽力されたソーシャルワーカーの方々や災害と福祉に関する研究のエキスパートの方から知恵を授けていただきました。また、今も深刻な被災地や、これからも起こるかもしれないであろう災害において備えとなるような被災地支援に関するソーシャルワーカーのインタビュー調査から、貴重な示唆をいただきました。

もちろん、これらの活動と併せ、5年目を迎えたチームが一丸となって取り組んだ普及、セミナーの企画・実施が活動の推進力となったことは言うまでもありません。

その他、チームが目指す「治療ギャップ」を解消するため、本協会の全国大会（大分）でも、アルコール体質判定を実施し大きな反響がありました。

ぜひとも報告書をご一読頂き、ご感想、ご意見をいただければ大変有難く存じます。

令和7年3月吉日

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会会長

野口百香

社会貢献事業部担当理事

野田智子

担当事務局長

和田康彦

依存症リカバリーソーシャルワークチーム委員長

稗田里香

目次

はじめに

第一部 治療ギャップを予防する被災地における アルコール関連問題ソーシャルワーク研修構築に向けたニーズ調査 —質的調査—	1
I. 調査の概要	2
1. 調査を実施する背景（問題の所在）	
2. 調査の目的・意義	
3. 調査者	
4. 倫理的配慮	
5. 研究場所、対象者	
6. 調査方法	
7. 調査日程	
8. データ分析方法	
II. 調査結果	6
第二部 オンラインセミナー・研修記録	37
I. 講演録	38
1. 立木茂雄先生（同志社大学社会学部 教授）による講演 「ソーシャルワーカーのためのインクルーシブ防災を考える—7つの視点—」	
2. 実践者による講義 藤田さかえ氏（元久里浜医療センター 精神保健福祉士） 鈴木俊博氏（東北会病院 精神保健福祉士） 米倉一磨氏（相馬広域こころのケアセンターなごみ 所長）	
II. 資料	76
第三部 チーム活動報告	125
I. チーム発足～今年度までの活動	126
II. 活動評価と次のステップ	135
1. 活動評価	
2. 次のステップ	

編集後記

第一部

治療ギャップを予防する被災地における
アルコール関連問題ソーシャルワーク研修構築に向けたニーズ調査
—質的調査—

I. 調査の概要

1. 調査を実施する背景（問題の所在）

令和6年1月1日に発生した「令和6年能登半島地震」は、非常災害対策本部の報告（非常災害対策本部：2024）によると、令和6年5月21日現在、人的被害1,531人（内訳：死者245人、行方不明者3人、負傷者1,313人）、住家被害123,556棟（内訳：前回8,571棟、半壊20,402棟、床上浸水6棟、床下浸水19棟、一部破損94,558棟）と甚大な被害をもたらしている。地震は、令和6年5月21日現在までに2,000回近く発生しており、住民は大きな不安や恐怖に晒されている。

災害・震災をきっかけにさまざまな問題が複雑化・深刻化し、人々のLIFE（生命・生活・人生）に与える影響は大きい。とりわけ、震災は、すでにあるアルコール関連問題を増悪させ、また、新たな問題発生トリガーとなる（青山：2012）。また、潜在するアルコール関連問題の早期発見・早期介入を困難にさせる。震災により直面するさまざまな困難から生じる「辛さ」を解消するために、「人々は飲まずにはいられない」という現実が長期に渡り生じることが予測される。この長期に渡る「生きづらさ」の課題は、支援者をも含む関係する全ての人々に同心円状に広がる。

2. 調査の目的・意義

この「生きづらさ」の課題の解消は、公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部依存症リカバリーソーシャルワークチームが取り組む活動にも合致し、令和6年度の事業計画においても重点課題の一つとなっている。

したがって、本研究は、公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部依存症リカバリーソーシャルワークチームが令和5年に再構築したインストラクショナルデザインによる依存症研修プログラム（日本医療ソーシャルワーカー協会：2024）をもとに、被災地に焦点化した研修プログラム内容とするため、災害・震災現場で実際に支援経験のあるソーシャルワーカーにオンラインにてインタビューし、研修プログラムに必要なニーズ（要素）を明らかにすることが目的である。

本研究によって、被災地における依存症の「治療ギャップ」「相談支援への繋がりにくさ」「偏見・差別」等の解消に向け、ミクロ（本人・家族）・メソ（地域）・マクロ（制度、政策等）までを範疇とするソーシャルワーカーの依存症支援研修が効果的に行われることが期待され、意義があると考えられる。

3. 調査者

1) 研究代表者（所属）

稗田里香：（東京通信大学、チーム委員長）

研究統括、研究計画作成・インタビューデータ収集・分析・調整・研究結果発表

2) 分担研究者（所属）

野村裕美：（同志社大学、チーム副委員長）

インタビューデータ収集・分析・研究結果発表

伊達平和：（滋賀大学データサイエンス学部准教授、非会員）

インタビューデータ収集・分析・研究結果発表

堀兼大朗：（滋賀大学データサイエンス学部講師、非会員）

インタビューデータ収集・分析・研究結果発表

3) 研究協力者（所属）

左右田哲：（北里大学病院、チーム副委員長）

分析・研究結果発表

野田智子：（江南厚生病院、社会貢献事業部担当理事）

分析・研究結果発表

和田康彦：（日本医療ソーシャルワーカー協会、事務局長）

分析・研究結果発表

浅野正友輝：（トヨタ記念病院）

分析・研究結果発表

- 内田琢也 : (京都民医連中央病院)
分析・研究結果発表
- 樺澤康裕 : (札幌厚生病院)
分析・研究結果発表
- 上堂蘭順代 : (ジェイ・ワークス株式会社 グループホーム J's)
分析・研究結果発表
- 才田靖人 : (甲北病院)
分析・研究結果発表
- 斉藤正和 : (相模原中央病院)
分析・研究結果発表
- 畑中隆史 : (斜里国保病院)
分析・研究結果発表
- 平井美奈子 : (愛媛大学医学部附属病院)
分析・研究結果発表
- 藤原 尚 : (大元酒類販売株式会社 酒害相談室)
分析・研究結果発表
- 南本宜子 : (京都済生会病院)
分析・研究結果発表
- 山本琢也 : (大東よつば病院)
分析・研究結果発表
- 山脇克哉 : (滋賀県立総合病院)
分析・研究結果発表
- 松浦千恵 : (安東医院・精神保健福祉士、非会員)
分析・研究結果発表

4. 倫理的配慮

本調査は、東京通信大学人を対象とする研究の倫理委員会の承認（2024年6月13日付 TU 倫研第 202403）を得て実施した。

5. 研究場所、対象者

- 1) 研究場所：東京通信大学 稗田里香研究室、滋賀大学 伊達平和研究室、滋賀大学 堀兼大朗研究室、同志社大学 野村裕美研究室
- 2) 研究対象者：被災地（令和6年能登半島沖地震の被災地を含む）で支援を経験しソーシャルワーカーとして働く者
- 3) 研究対象者の選定方法
被災地支援を担当する同協会の担当理事を通し人選してもらう。
- 4) 依頼方法及び同意の確認方法
申請者らは、人選されたソーシャルワーカーらに調査の説明書（参考資料として添付）を渡し、調査の説明を行い、調査協力への同意をメールで得る。

6. 調査方法

オンラインインタビュー調査

被災地で支援を経験したソーシャルワーカーを対象とするオンラインインタビュー調査を実施する。インタビュー時間は60分程度、半構造化形式で行う。インタビュー内容はZoomの録音機能で録音する。Zoomでは録画をすると、録画データと録音データが別々のファイルで取得できるが、本研究では録画データは破棄し、録音データのみ用いる。協力者には録音の許可を調査依頼時にももらう。

7. 調査日程

- ①6月1日～7月中旬まで：倫理審査申請書、研究計画書
- ②7月中旬～7月末まで：倫理審査の承認
- ③8月1日～8月末まで：インタビュー実施
- ④9月中：オンラインインタビューデータ分析
- ⑤10月中：研修プログラム策定、教材作成
- ⑥12月：研修実施
- ⑦2025年3月末：報告書作成、完成

8. データ分析方法

得られた録音データはスクリプト化し、コーディング作業を通じて分析する。

*上記については、倫理審査承認時の研究計画より転記。

II. 調查結果

インタビュー要約

本インタビュー調査の目的は、第一として、災害時におけるアルコール関連問題を抱えている当事者の回復支援に必要な要素を明らかにすることである。具体的には、支援者側の困難、経験を踏まえて支援で考えるべきポイントなどを明らかにする。第二に、支援者が捉えた、災害時におけるアルコール関連問題を抱えている当事者の状況を明らかにすることである。具体的には、支援者が、当事者を見て、当事者がおかれている状況はどのようなものか、また支援者が、当事者を見て、どのような困難を抱えていると認識していたかを明らかにする。以上の二つを主な目的として実施した。

インタビュー調査はZoomによるオンライン・インタビュー（半構造化面接）で実施した。実施期間は2024年8月4日～8月27日である。インタビュー調査は約1時間であった。調査対象者は、阪神淡路大震災ならびに東日本大震災に際し、被災地で支援活動をしていた経験のあるソーシャルワーカー（社会福祉士および精神保健福祉士）5名であった。インタビュー対象者の選定方法は、研究メンバーが知るソーシャルワーカーの中で過去に被災地支援を行ったソーシャルワーカーに対して個別に依頼し承諾を得るという機縁法をとった。

インタビューデータは、「1. アルコール関連問題の当事者はどこで／どのようにして出会うのか」「2. アルコール関連問題の当事者の様子、支援における困難」「3. 具体的な支援の方法」「4. 重要だと考える要素」の4つの側面から整理された。以下にそれぞれの要約を示す。

1. アルコール関連問題の当事者はどこで／どのようにして出会うのか

支援者がどのような場所／経緯でアルコール関連問題の当事者と出会うのか、語りから明らかにした。まず発災直後・初期の場合は、復興やその日の生死のほうがかローズアップされ、「アルコールどころではない」との語りから示されるように、アルコールの問題が顕在化しにくい。一方で、水面下では避難所でアルコールの問題があることも指摘された。その後、復興が進んでいく中で仮設住宅から復興住宅へと「出会いのフェーズ」が移っていく。仮設住宅にいるアルコール関連問題の当事者との接触については、様々な経路があることが語られたが、概して、人々のトラブルを近隣の住人や支援員がキャッチし、行政に相談し、アルコール問題を支援する専門家に繋がっていくということが示された。

2. アルコール関連問題の当事者の様子、支援における困難

アルコール関連問題の当事者の様子、ならびに当事者を支援するにあたって何を困難として支援者が経験していたのか整理した。

まず、当事者の様子については、当事者と周囲の人々に分けて整理し、さらにその問題が起こる背景について、インタビューがどのように理解をしていたのかを明らかにした。

様々な当事者の様子がインタビューからは語られたが、典型的な当事者像は一人暮らしの男性高齢者であった。当事者の様子は「近隣住民とのトラブル」と「セルフネグレクト」の2つに大別された。「近隣住民とのトラブル」では、当事者が様々なトラブルを近隣住民と起こしていることが明らかとなった。例えば、飲酒をしたのち路上で倒れる、どなる、夜中に部屋でカラオケをする、飲み屋でもめ事を起こす、女性トラブルや放火、大声での威嚇など多岐に渡っていた。さらに、対外的にトラブルを起こすのではなく、対照的に内に引きこもったり、「セルフネグレクト」をするというケースも報告された。このようなケースでは、当事者は孤立を深めながらソーシャルワーカーの訪問を拒絶していた。その背景には、震災の影響で仕事の機会や人間関係が乏しくなり、経済的に困窮する中で喪失感や絶望感が深まり、助けを求めなくなっていく様子が指摘された。

このようなアルコール関連問題の当事者に対して、支援を専門とする人々でさえも、アルコールの問題がある当事者に対して、負の感情（陰性感情）を経験していた。またトラブルを起こすことによって、地域住民たちからは苦情がでていることもあり、概して当事者は、地域社会の中で支援を受けることが難しい状況にあることが示唆された。

このような状況に至るまでには様々な要因があるが、インタビューは当事者の背景について大きく分けて2点指摘していた。1点目は文化的な側面であり、支援していた地域の飲酒文化と、その飲酒文化を問題視しない環境が挙げられた。2点目は震災による生活の変化であり、特に仕事を

なくしたことによるストレスや不安の解消が挙げられた。

このような様子が背景にありながら、多くのインタビューーが現場での様々な困難を語るが、その中でもまとまった語りが得られたものを整理すると「拒否をされる」（当事者が支援者の訪問や関わりを拒否すること）、「困難の重層性」（当事者の困難は医療面から生活面まですべて多岐に渡る）、「足の引っ張り合いをするネットワーク」（断酒の難しい当事者が支援者に見えないところでネットワークを形成すること）、「家族支援」（家族からの相談で支援者が疲弊することと、家族が自分事としてアルコール関連問題を捉えないこと）、「自助グループとの連携」（自助グループとの連携がとりにくいこと、メンバーが定着しないこと）、「病院との連携」（支援者の立場によっては病院と連携をすることが難しいこと）、「支援者自身のバーンアウトやメンタルヘルス」（支援者がバーンアウトしたり、メンタルヘルスを悪化させること）などが挙げられた。

3. 具体的な支援の方法

インタビューーはそれぞれ非常に多様な支援をしていた。ここでは①アルコール関連問題の当事者へのアクション、②支援者（地域住民や専門職）へのアクション、③地域資源へのアクションに分けて整理した。

まず①アルコール関連問題の当事者へのアクションについては「酒をやめることを主目的としない関わり方」（問題飲酒行動を焦点化しないような関わり方を実践する）、「ご飯を食べる」（ご飯と一緒に食べる機会を持つ）、「役割をひきうけてもらう」（ボランティアをしてもらったり、何かの面倒をみてもらったりする）、「生活支援」（様々な側面の生活支援を行う）が挙げられた。

続いて②支援者（地域住民や専門職）へのアクションについては「ニーズのヒヤリング」（最初からアルコールの問題を何とかするのではなく、地域の支援者のニーズを丁寧に聞き取る）、「支援者の不満を聞く」（支援者の不安、不満、怒りといった様々な負の感情（陰性感情）を聞き取り、ポジティブなフィードバックをする）、「支援者と連携する」（多職種間で連携をし、地域コミュニティのネットワークを生かして活動する）が挙げられた。

最後に③地域資源へのアクションについては、地域の人々に向けた講義のほか、デイケアや自助グループを作るなどの地域資源を作る活動が挙げられた。

4. 重要だと考える要素

インタビューの終盤では、それまでのインタビューをふまえて被災地におけるアルコール関連問題の支援において重要だと考えられる要素について尋ねた。この重要と考えられる要素も多岐に渡ったが、①当事者との接し方において、②支援者同士の連携において、③自分自身へのケアにおいて、以上の3点から整理した。

まず、①当事者との接し方においては、「結果が出なくても足を運ぶ」（何度も足を運ぶことによって当事者との経験を積む）、「指導をせずに受け止めていく」（指導的なスタンスでかかわるのではなく、当事者自身を受け止める）、「個性を見抜く」（当事者の個性が出てきたときにそれを把握する）、「うまくいっているときは注意する」（うまく行っているときこそ、何かまずいことがないか注意喚起のセンサーを働かせる）が挙げられた。

続いて、②支援者同士の連携においては、地域のコミュニティーそのものを動かしていく「コミュニティーワーク」の重要性が挙げられた。さらに、一般医療機関との連携や、職種の違いを超えてチームとしてつながることの重要性も挙げられた。

最後に、③支援者自身のケアについては、肉体的な疲労だけでなく、精神的な疲労を抱えやすい被災地支援において、現場の支援者は様々な方法によってメンタルヘルスのケアをしており、支援者自身のケアをすることの重要性が挙げられた。

このように、今回のインタビューを通じて、震災におけるアルコール関連問題について、当事者との出会いについて、当事者の様子やアルコール関連問題が起きる背景、支援者の行動、そして震災時の支援において重要だと考える要素が明らかとなった。ただし、今回の分析では、要素を整理したことに留まるため、今後はそれぞれの重要だと考えられる要素について、さらに深掘りしていくことで、震災における支援実践をブラッシュアップしていくことが求められる。

1) インタビュー調査の目的

本インタビュー調査の目的は、第一として、災害時におけるアルコール関連問題を抱えている当事者の回復支援に必要な要素を明らかにすることである。具体的には、支援者側の困難、経験を踏まえて支援で考えるべきポイントなどを明らかにする。第二に、支援者が捉えた、災害時におけるアルコール関連問題を抱えている当事者の状況を明らかにすることである。具体的には、支援者が、当事者を見て、当事者がおかれている状況はどのようなものか、また支援者が、当事者を見て、どのような困難を抱えていると認識していたかを明らかにする。以上の二つを主な目的として実施した。

2) インタビューの方法

インタビュー調査はZoomによるオンライン・インタビュー（半構造化面接）で実施した。実施期間は2024年8月4日～8月27日である。インタビュー調査は約1時間であった。調査対象者は、阪神淡路大震災ならびに東日本大震災に際し、被災地で支援活動をしていた経験のあるソーシャルワーカー（社会福祉士および精神保健福祉士）である。主な属性について表1に示す。

表 1. インタビュー어의プロフィール

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
性別	女性	男性	男性	男性	男性
年齢（調査時）	60代	60代	40代	60代	60代
資格	精神保健福祉士	ボランティア →精神保健福祉士	精神保健福祉士	社会福祉士	社会福祉士、精神保健福祉士、公認心理師
災害	東日本大震災	阪神淡路大震災	東日本大震災	東日本大震災	東日本大震災
直接被災経験	無	有	有	有	有

3) インタビュー어의キャリア

Aは調査時60代の女性である。このインタビューの中では唯一震災を直接経験していない。震災当時の所属は関東圏にある依存症専門医療機関の精神保健福祉士であり、所属する依存症専門医療機関から被災地支援チームとして、また日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会のメンバーの被災地支援のチームの一員として陸前高田市、大船渡市、石巻市で被災地支援活動ならびにアルコール関連問題支援を震災後から平成29年ごろまで行っていた。

Bは調査時60代の男性である。このインタビューの中では唯一の阪神淡路大震災の被災者である。震災当時は市民ボランティアとして神戸市長田区で活動を開始し、活動を進める中でアルコール関連問題が地域の中にあることがわかり、依存症者の居場所づくりを主とするデイケアを立ち上げる。その後精神保健福祉士の資格を取得し、現在は別の地域において地域生活支援を行っている。

Cは調査時40代の男性であり、東日本大震災の被災者である。震災当時の所属は福島県にある障害福祉の就労継続支援B型事業所であり、精神保健福祉士として働いていた。震災後に被災地のメンタルヘルス支援などを主目的とするNPO法人に転職をし、現在まで福島県を中心に被災地支援を続けている。

Dは調査時60代の男性であり、東日本大震災の被災者である。震災当時の所属は、社会福祉士として民間の介護施設でデイサービスの相談員などを務めたのち退職、居宅介護支援事業などを立ち上げるための準備をしているところであった。震災後は老健施設、被災地のデイサービスの立ち上げなどに従事し、福島県のメンタルヘルス支援などを主目的とする社団法人および関連施設において被災地支援を続けている。

Eは調査時60代の男性であり、東日本大震災の被災者である。震災当時の所属は、社会福祉士・精神保健福祉士として宮城県内の依存症専門医療機関で働いていた。東北地方のダルクやその他の団体でも長く依存症に関する活動を続けており、公認心理師を取得するなどを経て、現在も同医療機関を中心に依存症支援活動を継続している。

4) 調査項目

インタビューで尋ねた主な調査項目は以下の通りである。

1. 現在の年齢、所属、ソーシャルワーカー歴
2. 災害時、働いていた期間、場所、身分、所属、支援をした期間
3. 被災地でアルコールの問題を抱えている人を見かけた場所や状況
4. アルコールの問題を抱えている人の様子
5. 被災地・被災者支援の具体的な内容①：一般的な業務やボランティアに関して
6. 被災地・被災者支援の具体的な内容②：アルコール関連問題に関して
7. 支援に携わった理由
8. アルコール関連問題に対する支援における困難
9. アルコール関連問題に対する支援において、重要だと考える要素

5) 分析結果

1. アルコール関連問題の当事者はどこで／どのようにして出会うのか

それぞれの支援者はどのような場所／経緯でアルコール関連問題の当事者と出会うのだろうか。まずはそれぞれの語りから、震災においてアルコール関連問題の当事者と出会うまでの話を整理する。

●アルコールどころではない

まず聞き取りからわかったのは地震が起こった直後の混乱である。とくに発災初期の段階ではアルコール関連問題よりも、他の問題の方が大きい様子が以下の語りから確認できる。

A：入った当初から、依存症関係の人たちは、いかに被災地で飲酒問題がひどいんじゃないかって言うんですよ。でもね、あの被災地の人ね。その、例えば保健師さんとかドクターとか支援する人たちも、住民の方たちも、自分たちにとって今一番目を向けなきゃいけないのは飲酒問題って絶対ならない。もう、あの、復興が問題なので。

E：そうですね、ご承知だと思うんですけど、発災初期はですね、急性期って言いますかね、それ、アルコール問題とかなんとかの話じゃないんですよ。例えば、仮設住宅行って、アルコール問題ありますかねって聞くと、それは空気読んでないって話に近くてですね、むしろ食べ物とか、支援物資が足りないとかね、そういうニーズで大変なわけですから、まず生き延びるための支援が重点ですよ。ですから、私たちも、もちろんアルコールはどっかに主眼にはあるんですが、当初何をしたかっていうと、まず保健所に回って、保健所の状況をまず見ました。

以上のAとEの語りからは、発災直後もしくは初期の段階においては、アルコール関連問題の対処どころではないことがわかる。特にEによると、アルコールの問題について尋ねることは「空気を読んでいない」行動であった。むしろ最初期においては、復興や支援物資の不足といった、「生き延びるための支援」が前景化していることがわかる。

●出会いのフェーズと避難所での出会い

ただし、このことは発災の初期段階で「アルコールの問題がない」ことを意味しない。例えばBの語りからは、復興の過程において、当事者との出会いにはフェーズがあり、その中で出会う場所が変わってくることを示されている。

B：さっき言ったように三段階ですね。一つは最初の被災当時は避難所で、その次は仮設住宅で、仮設住宅を出て、みんな復興住宅に移っていくじゃないですか。

この語りからは発災当初からは避難所、その次は仮設住宅、そして復興住宅というように被災者の住環境が変化するにつれて、アルコールの問題と出会う場所が変化していくことを示している。また、さらにBは発災当時は避難所においてアルコールの問題があることを指摘している。

B：要するに、復興していく時間軸の中で、それぞれ変わっていくんだと思うんですけど、アルコールに出会う場所というのは、まず、最初はやっぱり避難所ですよ。学校に設置されている避難所。そこの校庭あたりで焚き火をたいて、それでまあ朝から飲んでる。

インタビュアー：朝から飲んでる。

B：ああ。もうみんな集まってね。地域のおっちゃんたちとかが、みんな集まって朝から飲んでるんだけど、でもそうじゃない人たちはもうそこそこ飲んで話が盛り上がったなら、まあなんというかな、それぞれ自分の用事を済ますために動いたりするんだけど、ずっと動かない人がいるんですよ。晩まで、ずっと焚き火の周りで酒を飲んでる人が。だいたいそういう人がそんなんです。

インタビュアー：あ、お酒の問題がある人。

B：うん、ずっと座って話している。で、当時は、今はどうか分からないけど、当時はお見舞いみたいなかたちでどんどん酒が来るんですよ、避難所に。

このように、発災初期の避難所で、アルコール関連問題がすでにあることをBは指摘している。今後も震災において、避難所にアルコールが持ち込まれた時、問題飲酒が起こる可能性を考慮する必要がある。

●仮設住宅での出会い

多くのインタビューが指摘するのが仮設住宅での出会いである。仮設住宅にいる当事者との出会いについてはA～Eの5名全員から語りが得られた。

インタビュアー：被災地に入って、アルコールの問題を抱えてる、あるいは抱えてる人をそういう、どういう風に入ってたんですか？

A：ああ、それはね、皆さんがあの仮設住宅に入った後からですね。(中略)。その家族同士が狭い空間で顔を突き合わせなきゃいけなくなったってあたりから、家族の方が特に奥さんが悲鳴をあげ始めるって言うんですかね？ご主人に毎晩飲んで愚痴るとか、大声を上げるとか、あの、まあ、息子といっても結構ね、大きい年齢の息子なんだけど、飲んで仕事のストレスを年寄いたお母さんにあたり散らすとかっていうのが出てきたのは、仮設住宅という生活がだんだんこう定着していく段階で出てきたように思います。

B：なので、まず第一弾はその避難所です。お酒と出会う場所というのはね。

インタビュアー：避難所ですね。そして、その次は。

B：その次がやっぱり一番深刻になって全国的にも問題になった、要するに仮設住宅ですわ。

インタビュアー：被災地、被災者のアルコールの問題を抱えている人は、どのような状況で見かけられたのか。まあフェーズもあったかと思うんですけども。幾つかどうぞ、

C：はい。まず私が、初めてアルコール問題を抱えてる人に出会ったってというのは、震災後のその何年目かな、仮設住宅におられる方が、初めて出会った人だったんですね。たぶん震災の2年目、3年目ぐらいかな。ちょっと日にちがわからないんですが。

D：この方、やっぱり地域のコミュニティが結構存在してたもんですから、親戚とか友人、知人が面倒見てくれたんですね。ところが、お母さんが亡くなったあと、一人になったときにいろいろと問題が出てきたと。そんなときに震災が起きて、避難をしたあと、仮設住宅に入ったんですね。それで、仮設住宅でいろいろと問題を起こすわけですよ。

E：ただ、そこに2週間にいっぺん通っているうちに、当然、その町の保健師さん、及び当時はその町の社会福祉協議会が、各仮設住宅を支援する支援員を雇用していました。支援員も被災者ですから、自助グループと一緒にですね。今度は町からの要請で支援員さんを支援する、支える支援をしようっていうことになって。それからです、アルコールリックが具体的に見えてきたのは。

このように、仮設住宅での生活が進んでいく中で、アルコールの問題が見えてくることは全てのインタビューが指摘していた。ただし、出会った場所が仮設住宅であったとしても、詳細を見ていくと出会いのルートは様々であることも、他の語りからわかる。次の語りはその出会いのルートに関するものである。

A：まず県の保健師さんが、災害救助法が8月いっぱいまで適用になったんだけど、その時は県の保健師さんが中心になって、こういう保健師さんが地元からもう。いろんな情報を上げてくるんですよ。あそこはこういうことで困ってるとか、ここはこう障害児の人がいて、病院か

ら戻されたからちょっと様子を見に行ってくれとか、こっちには飲酒問題、どうやらある人がいるから行ってくれとか。まあそんなような、保健師さんから依頼があるから。

インタビュアー：そういう方（アルコール関連問題がある方）たちに、●●（所属組織）さんというのは、一緒に入っていく感じになるんですか。

C：はい。基本的に保健師さん、行政職員から、一緒に訪問してほしいという依頼がございまして、それで一緒に訪問をするというのが大体最初のきっかけというか、始まりですね。

D：つながるポイントというのは、こちらから見つけたというわけじゃなくて、やっぱり見かねた近隣住民が民生委員に相談するとか、行政に相談するとか、そういった形で、相談という形でくるんですよ。あそこの方がちょっと、毎日お酒を飲んでいるようで心配だとか、地域が田舎ですんで、結構そういった声がすぐ保健センターとか、そういうところに行って、この方も行政に（名前が？）あがったんですね。

E：仮設住宅支援員のグループワーク支援、1回目に支援員さんが車座になってですね、それこそ自助グループ同様に今何がしんどくて、何が大変で、どんなことで悩んでいますか。1人1人に話してもらい、グループワークをやったわけですね。

E：その中で最初に出てきたのが、60代の連続飲酒状態になっている孤立した高齢者ですね。で、飲みっぱなしになっちゃって、ゴミ屋敷状態で。支援員が訪問すると怒鳴られたりする。でも、その人がお酒買いに行くとかね、1キロ先に自販機が、まだ動いてる自販機があってですね、そこに毎回買いに行くんですが、買いに行った帰り途中国道で寝ちゃうんですよ。飲んで。ダンブカーとかガンガン通るね、国道に寝て。こんなの危ないって言うんで、警察もみんなで担いでくるみたいな。その人のことでみんなしんどい思いしてるっていう話がそこで初めて出たんですね。

これらの語りからは、様々なルートから仮設住宅にいる当事者と接触する様子がわかる。例えば、AとCは保健師や行政職員から相談を受ける形で当事者と出会っている。Dは概ね同じであるが、近隣住民や自治会長など、アルコールの問題がある当事者の近くに住んでいる人々が民生委員、保健センター、南相馬市、包括支援センター、社会福祉協議会などの様々な行政的な組織に相談し、そこから支援者に入ってくるルートがあることを指摘していた。また、Eは被災者が、被災者自身を支援する支援員に対して、グループワークなど、組織的な支援活動をする中で、アルコール関連問題がある人への相談を支援員から受けていた。

また、Bは出会いにもフェーズがあることを指摘していたが、Cも同様に仮設住宅での当事者との出会いの後に、仮設住宅から復興公営住宅に移り住んだ方の事例もあることを語っていた。

C：ほかの方はだいぶん、ちょっとたってからの話になりますけど、私がアルコール依存症とかの勉強をしたあとに出会った人なんですけど。この方は、復興公営住宅といって福島県の中に、仮設住宅が終わった後に、その方たちが今度移り住む場所として、大きな団地の中に皆さんそれぞれ移ったんですけど、その復興公営住宅、団地の中に住んでいる60代の男性、一人暮らしの方、この方もすごく印象的だったんです。

ここまで、支援者とアルコールに問題のある当事者との出会いについて整理してきたが、まとめると、発災直後・初期の場合は、復興やその日の生死のほうがかローズアップされ、アルコールの問題が顕在化しにくいのが、水面下では避難所でアルコールの問題がある。その後、復興が進んでいる中で仮設住宅にいる人々のトラブルを近隣の住人や支援員がキャッチし、行政に相談し、アルコール問題を支援する専門家に繋がっていくという経路があることが示された。

2. アルコール関連問題の当事者の様子、支援における困難

それでは、アルコール関連問題の当事者はどのような様子でいたのだろうか。またそのような当事者を支援するにあたって何が困難として経験されていたのであろうか。ここでは、震災におけるアルコール関連問題について、当事者、周囲の人々に分けて整理し、それらの問題が起こる背景について、インタビューがどのように理解をしていたのかを明らかにする。また、そのような関連問題に対して、支援をする際にどのような困難を経験したのかについても明らかにする。

●典型的な当事者像

様々な当事者の様子がインタビューからは語られたが、家族と同居しているもの、若い世代のケースももちろんあるが、多くの語りが得られた典型的な当事者像は一人暮らしの男性高齢者であった。

A：どんなふうだね？あの、まずね。直接本人に仮設住宅に会いに行くケースというのは、ほぼ一人暮らしの高齢者の男性でしたね。で、あの地域は漁村、漁業がすごい中心ですよ。産業が。で、本人も、しかも保健師さんでさえ、この飲み方は問題飲酒ではないか？という自覚があんまりなかったんですよ。

D：二つ目のほうもやっぱり原発作業員で、事例2の方は、あの当時で60（歳）前後でしたね。それで、やっぱりどの仕事も長続きしなくて、原発関係で働いたり、休んだりして。この方、やっぱり地域のコミュニティが結構存在してたもんですから、親戚とか友人、知人が面倒見てくれたんですね。ところが、お母さんが亡くなったあと、一人になったときにいろいろと問題が出てきたと。そんなときに震災が起きて、避難をしたあと、仮設住宅に入ったんですかね。

E：神戸でももうすでに言われてましたけど、いわゆる高齢者で、基礎疾患があって、独居で、貧しい、この4つが大体セットです。そして、アルコールに走るっていう。このパターンが非常にやっぱり多くて、結局、にわか作りの仮設住宅っていうね、特殊なコミュニティの中でも孤立しちゃうわけです。声掛けしても出てこないで、連続飲酒して「俺は死んでもいいんだ」って。そりゃね、朝起きてから夜寝るまで何の用事もないわけです。

このように、仮設住宅という「特殊なコミュニティ」の中で孤立し、連続飲酒をする中でアルコールの問題を深めていく高齢者男性の課題が浮かび上がってきた。それでは、このようなアルコールの問題がある単身高齢者やそのほかの当事者はどのような様子であったのか。次から詳しく整理していく。

●当事者の様子①：近隣住民とのトラブル

アルコール関連問題の当事者による近隣住民とのトラブルは、様々なパターンがあることが語りから明らかとなった。

A：それでもうね、しょっちゅう飲んで道路に倒れていて、それで今日、なんとかさん情報っていうのがあって、今日はなんとかさんはどここの橋の上で酔っ払って倒れてたとかね。で子どもに絡んで、子どもは怖がったから小学校の先生が何々さんはあのそんなに怖くないんだから、あんまりかまってからかったりしちゃだめだよみたいなことを言って、地域でなんとなく折り合い、折り合いながら生きていた、生活していたアル中さんがいたんですけど、どっちかっていうと、保健師さんたちも災害前は問題飲酒者としては対応していなかったのです。

B：ただ、うまくいかない人に関しては、家なんかに訪問していかざるを得なくなっていくますね。そうすると、今でいうと不法占拠になるんですかね。したような家に住んでたりとか。もう汚水が流れてくるようなところで。もちろん家賃も払っていないんだと思うので、電気な

んかも勝手に電線から盗んでたりして。その建物の2階の上でやたら子犬を飼っていて、ブリーダーをやっているわけですよ（中略）。そういうところで母親と2人で住んでいて、母親が酒を買ってくれないとって息子が家に火をつけたりとかね。そういう事件にも関わらざるを得なくなっていく。

C：最初の出会いは、仮設住宅に仕事で訪問するというときだったんですけど、家の中は結構もう物があふれかえっていて、ご飯もそんなに食べられていない状況の中で、ずっと朝から焼酎、大きいあの4リットルぐらいの焼酎を朝から飲んでるっていう状況で、日中はたぶん寝たような気がします。声かけて、起こしてしまっただけみたいな感じで、それに機嫌が悪くなってどなってくるみたいな感じだったと思うんですよ。

C：その方は、同じく朝から飲酒をしていて、仮設住宅の中でも、先ほどの人と一緒に、夜中に部屋の中でカラオケをするので、周り近所の人がかうるさいとかということもありますし。あとは、飲み屋さんに結構出歩いていて、飲み屋さんの中で、ちょっとお客さん同士でもめ事があって、それで出入り禁止になっちゃってとか。あとは、周り近所の人、先ほどの人と一緒に、なかなかかわり方がわからないので、どうしても孤立しちゃうんですよ、仮設住宅で。

D：それで、仮設住宅でいろいろと問題を起こすわけですよ。例えば日中の飲酒。日中からお酒を飲んだり、あと仮設住宅の女性宅にちょっと上がりこんだり、あと近隣住民とのトラブルとか、大音量でのカラオケ。あと火をつけたということもありましたね。そこで警察、パトカーとか、消防車とかがもうしょっちゅう来るような状態でしたね。

D：これね、最初は大変でした。例えばこの事例2、最後に説明した方は、日中から酒を飲むものですから、大声で威嚇というか、恫喝したり。ですから、ほとんどのタイショ（対処？）の方は逃げて帰ってきましたね。

以上のことからわかるのは、当事者が様々なトラブルを近隣住民と起こしていることである。飲酒をしたのち路上で倒れる、どなる、夜中に部屋でカラオケをする、飲み屋でもめ事を起こす、女性トラブルや放火、大声での威嚇など多岐に渡る。これらの近隣住民に対する迷惑行為や攻撃的な態度が、「逃げて帰ってきました」という語りにも見られる通り、トラブルが支援の困難につながっているが、そのようなトラブルがあることで、支援の対象としても認知されるきっかけにもなるのではないかと考えられる。

●当事者の様子②：セルフネグレクト

一方で、当事者は対外的にトラブルを起こすのではなく、対照的に内に引きこもったり、セルフネグレクトをするというケースも多く語られた。

B：避難所にいるときはみんなでテントの周りでお酒を飲むわけですよ。だけど厄介なのは、仮設に入って孤立しちゃって、引きこもったまま、ボランティアが行っても扉も開けずに引っ込んでいる人たちです。

C：その中で、支援する方も、例えば社協さん、社会福祉協議会の方とか、役場の職員さんとか、訪問はされるんですけど、ご本人が拒否をされるのでなかなかお会いできないという状況で、周りの方たちは、すごい困難ケースという形でなかなか関わりづらいというふうに思ってた方がいらっしゃいました。

D：この方も朝から飲酒していて、かなり健康面でも心配な状態でしたね。この方も、恫喝はしないんですけども、全然反応がなくて、セルフネグレクトみたいな形で、自分の体はどうなってもいいやみたいな、そんなところがありましたね。仕事がなくなり、妻と子どもが出ていき、

で、お金もだんだんなくなってきた。だいたい喪失感とか絶望感とか。そうするとだんだん、だんだんSOSを出さなくなってくるんですよ。

E：結局、にわか作りの仮設住宅っていうね、特殊なコミュニティの中でも孤立しちゃうわけです。で、声掛けしても出てこないで、連続飲酒して「俺は死んでもいいんだ」って。そりゃね、朝起きてから夜寝るまで何の用事もないわけです。そういう中で、健康に生きましようなんてねえ、言っても何も響かないですよ。何のために生きてるかわかんないです。全てを失ってね、その人に飲まないで健康になりましようなんてメッセージ運んでも、どうにもならないっていうのは実感としてありましたね。

これらの語りから明らかになるのは、孤立を深めながらソーシャルワーカーの訪問を拒絶する当事者の姿である。D の語りにあるように、仕事の機会や人間関係が乏しくなり、経済的に困窮する中で喪失感や絶望感が深まり、助けを求めなくなっていく様子が多くのインタビューーから語られた。

●周囲の人々の反応

それではこのような当事者に対して、支援者や地域の人々など、周囲の人々はどのように反応しているのだろうか。インタビューーからは、当事者に対する周囲の人々の反応が得られた。

C：(前略) 40～50 代の男性の方なんですよ。一人暮らしをしている方なんですけど、何かこの方が、なんでこんなことになっちゃったんだろうなっていうのは、考えてはいたんですけど、それよりも、何かちょっと正直な話、会いたくないなっていうのが最初にあって、ちょっとできるなら、あまり訪問したくないなっていうのが、最初の感情だったかなと記憶しております。

D：保健センターの保健師さんたちも行くんですけども、早々に逃げて帰ってきたと。ですから、関係性がつくれないというような状況でしたね。

E：で、もう 1 つ経験したことで言えば、ある仮設住宅で、やっぱりアルコールリックの言動があまりにひどくて、ほかの住民からメンタルを損ねるような苦情がいっぱい出て、「もう安心してこの仮設にいられません」とか、つまり、酔うと人の家に怒鳴り込んできたりね、威嚇したり、そういうアルコールリックが仮設にいてですね、

当事者へのリアクションについて、ソーシャルワーカーであるCはあまり訪問したくないという感情を経験している。またDは保健師たちも「早々に逃げて帰ってきた」ことを報告している。このように、支援を専門とする人々でさえも、アルコールの問題がある当事者に対して、負の感情(陰性感情)を経験する。またトラブルを起こすことによって、地域住民たちからは苦情がでることもあり、概して地域社会の中で当事者は支援を受けることが難しい状況にあることが示唆される。

●アルコールの問題の背景

このようにアルコールの問題が色々語られたが、このような状況に至るまでには様々な要因がある。インタビューーは様々な切り口からその背景を指摘している。まずはアルコールの飲み方に関するものである。

A：ほとんど仮設住宅では、さっき言ったように、単身の高齢者、あの、もともと単身の場合もあるし、災害によって単身になっちゃった人もいるし、で、みんなね、朝から飲むのよ。それがなぜかっていうと漁師だったからってことなんですよ。ほとんどが。漁師さんって夜早く寝て、朝早く起きて漁に出かけて 10 時頃はなんか仕事が終わるじゃない。全部。そうすると。仕事が終わったって飲む。要するに私たちが仕事が終わって飲む、夜の 5、6 時間こうずれて

るわけですよ。だからそれが飲み方として、あのどうかなって意識が、実はご本人もないし、地元の人にもあんまりなかったんですよ。当時はね。

インタビュアー：保健師さんたちはどうだったですか？その認識。最初。

A：なんとなく心配なんだけど、でもこれが地元みんな飲むし、みんなこうやって生活してるし、なんとかやってるから、それはそれでいいんじゃないの？みたいな感じだったんだけど、私たち、ほら、教育していくと、やっぱり朝から飲むの、まずいよねって話になって。それであの連れて行かれるってことありましたね。

E：ほとんどのケースは被災前から多量飲酒者です。いきなり被災したから飲酒問題になったなんて人はまずいない。むしろ元々の問題が災害によってデフォルメされ、掘り起こされてるっていうパターン、これはどんな現場でもよく聞きますけどね。それまであった潜在的なものが顕在化するきっかけが災害だったっていうことだと思います。沿岸部では飲酒文化がすごく根付いてる。朝から飲みますから、漁師は、朝から飲んで酔っぱらって昼寝るんですから。それが習慣ですから、潜在化っていうより、問題視されない人たちはたくさんいたわけですよ。それに、そういう中で、でもやっぱりこういう災害によってそれが顕在化してきてるっていうパターンがとにかく多かったということです。

AとEは東日本大震災での経験を語ったインタビュアーであるが、アルコールに関する問題について、支援していた地域の飲酒文化が漁師という職業的なライフスタイルと関連付けられて語られた。このライフスタイルは震災が起こる以前からあり、一部では問題のあるアルコールの飲み方がすでに知られていたが、震災によって飲酒によるトラブルが顕在化するまでは、そのようなアルコールの飲み方が問題視されないような状況であったと説明している。

一方、反対に文化的な背景ではなく、別の背景があるのではないかという語りも得られた。

C：ああ、そんな感じでもないんですけど、もともとお酒を好きで飲んでる方が、この震災後にお仕事をなくされる方が結構いまして、その仕事なくなったストレスや不安とか、それを解消するためにお酒を飲むという方が結構いらっしやいまして。だから、文化はどうなんでしょうね。もともと福島県って、会津のほうは、いろんな酒造会社とかもあるので、すごく日本酒とかが有名なんですけど、こちらの浜通りのほうは、漁港とかもありますけど、そんなにお酒をたくさん飲むというような人たちが多いたとはあまり感じてはいなくて、やはり震災による影響で、やる事がなくなって、それでお酒を飲むということが機会として増えたっていう人が多いのかなというふうに、私は感じています。

Cは漁港があるなかで、それほどアルコールをたくさん飲む人達が多いとはあまり感じておらず、むしろ震災によって仕事をなくしたストレスや不安の解消がその背景であると指摘している。実際は複合的な側面があると考えられるが、震災をきっかけとして、飲酒の問題がトラブルとして表面化したり、仕事がなくなり、やる事がなくなった結果、新たにアルコール関連問題が出てくる事が明らかとなった。

●支援における困難

このような様子が背景にありながら、ソーシャルワーカーはどのような困難を抱えているのだろうか。多くのインタビュアーが現場での様々な困難を語るが、その中でもまとまった語りが得られたものを整理する。

<拒否をされる>

まず困難として語られるのは「拒否」である。それぞれの支援者はアルコール関連問題がある当事者に対して接触を試みるが、CやEのように、拒否されるケースが報告された。

C：いちばんやっぱり困難だなと思ったのは、こちらが働きかけようと思っても、私たちの対応

にまったく応じてくれない、拒否をされるということに、だんだん私たちのほうで、支援がで
きるんだろうかという、ちょっと疑問がわいてきました。アルコールの方は結局お酒飲んでた
らやめられないんじゃないかということはずっと考えていて。お酒は、本人の意思で飲んで
るものをやめさせたりするのは難しいなあなんて思ったりしながら、当時は、どうやったらやめ
させられるんだろうかということに、ものすごく気を使っていた気がします。それが、いちば
ん困難だなあと考えた出来事ですね。

E：連続飲酒状態でどうにもならないんですって言われて、当院の看護師がですね、定期的にそ
ういう仮設の個別ケースに訪問し、継続したっていう市町村もあるんです。そういうところ行
くと、さっきも言いましたけど、もう全然、なんていうかな、生きようとしてないですから。俺
は酒くらって死ぬんだったら本望だよって言われるわけです。行っても。「そうなんだね」っ
て、もちろんそれは否定しないで聞くしかないんです。

前節でセルフネグレクトをする当事者について指摘したが、当事者が引きこもり生活を続けてい
く中で、支援を拒否し、「酒くらって死ぬんだったら本望」と支援を拒否する態度が支援を困難と
しているのは想像に難くない。

<困難の重層性>

当事者の課題を具体的に見ていくと、困難は1つではなく、重層的に重なっており、それを支援
することが困難であるという指摘がDの語りからわかる。

D：で、アルコール依存の方というと、ちょっと発達障害とか知的障害とか、わりとそういう方
も多いです。たとえばさっきの事例の●さんみたいに、震災前は、親とか地域の人たちによ
って面倒を見てもらえたと、働かなくてもご飯は食べたという感じですかね。それが、親がなく
なり、地域からでなきゃいけないとなると、避難先で問題が起きるんですよ。そういう方はち
ょっと、なかなか理解が厳しいというのがありますよね。ですから、なかなかそういった部分
で、いろんな問題を起こしがちです。具体的な困難で言うと、医療、身体面から生活面、すべ
てですよ。例えば失業とか、借金とか、税金の滞納、あと生活困窮。判断力も低下してま
すので、理解力が低いことで、なかなか自分で決められない。内臓疾患、もともと内臓がやられ
ているんだけど、医者に行かない。そういった困難もありましたね。

インタビュアー：なるほどね。

D：ですから問題は、医療面から生活面まですべてなんです。酒の面だけじゃなくて、酒を飲
む背景として、例えば生活が原因なのか、失ったものが原因なのか、いろいろあるんですよ。

D：あと、制度を説明してもなかなか理解してくれないですね。だから、例えば生活保護の申
請に行っても、住所、氏名がなかなか書けないという、そういうレベルの方もいます。

インタビュアー：なるほど。

D：ですから、そういうふうに考えると、ふつうの方みたいに、例えば年金を申請したり、手帳
をとったり、生活保護を申請したりというように、とんとんとできませんね。

このDの語りからは、当事者の困難は「医療面から生活面まですべて」に渡っており、制度的な
説明を理解するのが困難なケースがあることがわかる。また、その背景として、「発達障害や知的
障害」といった障害があることも指摘している。このように当事者の困難の背景にあるのは依存症
だけではなく、重層的な生活課題があることが示唆される。

<足の引っ張り合いをするネットワーク>

続いて死に関することである。Bは阪神淡路大震災後、デイケアセンターを立ち上げたのち、ア
ルコール関連問題の当事者と関わっていた。しかし、関わっていた人々が突然死亡することが多か
ったという。

B：体調が悪くて死ぬ人もいるし、なんで死んだかよくわからなくて、心臓が止まりましたとか。それから、海に浮かんでましたとか。刑事が来て、事情聴取だとか。1週間にだから、さっき言った4人というのは最大記録ですよ、僕の中で。何か月に1人、何か月に2人って死んでいくのは経験してたんですけど、4人一気に死なれると、しかも20人程度のメンバーの中で。もうしんどかったですよ。もうやりたくないと思ったもん。

インタビュアー：これは初めて聞きました。初めてというか、この前、聞いたときはなかった話ですね。

B：だから、前日まで元気に鍋振ってチャーハンつくっていたおっさんが、朝になったら、心臓止まって死んでた、そんな話ですから。何が起きているのか、わけがわからなかったですね。こんな簡単に死ぬんだというのも驚きだし、それから、飲んでたというのをこんなうまく隠すんだなというのも驚きだったし。

なぜこのような死を引き起こすのか、詳細は不明であるものの、「飲んでいたことをうまく隠す」ということについて、Bは「足の引っ張り合いをするネットワーク」と表現している。

B：で、僕らが知らないところでやっぱり繋がってるんです。アルコール依存症者の支援の一番難しいなと思うところは、ネットワークです。足の引っ張り合いをするネットワーク。足の引っ張り合いというか、仲良くみんなで落ちていきましょうのネットワークをつくるので。

インタビュアー：え、どういうこと。

B：どうせ酒をやめられないから、みんなで飲んで地獄に行きましょうってなるんですよ。すごく仲良いんです。だから断酒のための場所をつくるじゃないですか。そうすると、うまく断酒できないやつは、うまく断酒できないやつで仲良くなるんですよ。知らないうちに自責の念を手放せないグループができていますって。改めて聴き取りをすると、毎晩示し合わせて飲むことが日常化していて、メンバーが断酒しているグループと二層化していた。

このように、孤立をしていない当事者であったとしても、「仲良くみんなで落ちていましょう」という「ネットワーク」が形成されることで、うまく断酒が出来ない人々が突然亡くなる経験をBはしていた。また、断酒しているグループと断酒ができないグループで「二層化」をしているということも指摘している。

<家族支援>

当事者だけでなく、家族に対する支援の困難も語られた。

B：あと、9年の付き合いの中でやっぱり、デイケアみたいのをやって一番大変だったのは、家族の相談に乗ること。本人より家族ですね。

インタビュアー：どう難しかった。

B：もう来て、延々、例えばご主人のアルコール問題などを延々と喋るんですよ。3時間でも、4時間でも、5時間でも。もう・・・ちゃって。僕は最初、どこかでトレーニング受けてやっているわけじゃないから、全部真面目に、一生懸命聞いてたんですよ。1日5人も面談してたら、もうへとへとどころじゃないんです。それが毎日続くから、もうだんだん耐えられなくなってきて、こっちが、みたいな。で、なんかあるとすぐ言って来るわけですよ、家族は今度こっちに。それで「なんとかして」と来るわけですよ。今みたいに厚かましければ、「いやいや、何とかしたりすると逆によくはないんですよ」みtainな話ができるけど、そのころはもう一生懸命、必死だから。それで反応してたら、もうだんだん気が短くなってきて自分の性格まで悪くなってくるとみtainな気がして、辛かったときありましたよね。最初の2~3年ぐらいですね。そのあとはもう開き直っちゃって、ああ、こんなもんなんだ（終わりなく繰り返される）とわかってきたから、距離を取って対応できるようになりましたけど。

このように、B は本人よりもむしろ家族の相談に乗ることが「一番大変だった」と語る。それは、長時間にわたって、家族がアルコールの問題を話すことを正面から受け止めることによる。B は「自分の性格まで悪くなってくるみたいなのがして、辛かった」時期を乗り越えたのちは「距離を取ってできる」ようになったと振り返るが、家族の辛さをソーシャルワーカーが受け止めることに対する負担が語られている。このような支援者のメンタルヘルスに関する言及は「アルコール関連問題に対する支援において重要だと考える要素」でもとりあげる。

続いては、同じ家族であるが、逆のパターンである。

C：はい。家族はですね、私は保健所の中で、家族教室の運営を手伝っているんですけど。その中で難しいと思ったのは、ご家族自身が、お酒の問題は自分の問題としてあまり捉えてなくて、自分ごととして捉えていなくて、その当事者、お酒を飲んでるご本人がお酒をやめればいいんですよという考えの方が非常に多くて、家族の価値観、考え方を少し変える必要があるんですけど、それがなかなかいかないことが多くて、それがすごく難しいなあと思いましたね。

この語りで表現されているのは、家族が「お酒の問題は自分の問題として捉えていない」ということである。言い換えれば問題は当事者の問題として帰されるべきものとして理解しているため、家族同士の関わり方を通して改善につなげていくことが困難であることを示している。

<自助グループとの連携>

自助グループとの連携についてもいくつかのインタビュイーから語りを得られた。

A：（断酒会はあるが）ものすごく交通の便がまず悪いですよ。だから、どこに行くにも車が必要なんですけど、だから、そんなに首都圏ほどたくさん自助グループも人数もいない。いないですね、断酒会も。AA もそうでした。例えば宮古とか、石巻とかね、大きな市にはあるんですけど、それ以外のところってないんですよ。で、車をみんなで出し合いながら例会開いてるって聞いたので、ちょっと私たちが被災地に入った時に、ないわけじゃないんですけど、1 ヶ月に1 回しか行かないってなると、たまたま行った時に自助グループの集まりがあって、そこに行ってお会いできたっていうのはありましたけども、なかなかそれでどう繋がるってのはちょっと難しかったっていうのはありますね。東北地方のそういう特徴もあって、自助グループと連携取りたくても難しかった。

インタビュアー：自助グループとのかかわり方というのは、どうお考えかというのをぜひ聞かせてください。

C：（中略）ええ。あとはその中で、特に自助グループの話もありましたけど、断酒会もうちで、今、●●（所属組織）で、月2回やってまして、そちらの運営支援にも携わっているんですけど。その断酒会の方、事務局の方が、ぜひ●●（所属組織）で断酒会をさせてほしいということで、数年前から、毎月2回、こちら事務所のお部屋を貸して、そこでやってはいます。そこになかなかつながってこないのが、ちょっとまた難しいところではあるんですけど。でも病院とか、実際に保健師さんとか、ほかの支援者の方から、この方を断酒会に連れていきたいんですけどという紹介があって、実際に来ていただいて、何回かお話されるという方も、何人かいらっしやいます。

インタビュアー：そうだったんですね。その立ち上げの時に、元々被災前から活動している活動というか自助グループのメンバーの方たちが、はい、で、そういう風になっていくんですか。

E：いません。うん、元々いない。定着する人たちがいないので、自助グループが作れないわけですね。当事者はいるけど。自助グループを続けようとする人がいないので、仙台のメンバーが通って、地域の当事者を定期的に参加してもらって定着させていったわけです。

A は自助グループとの連携を振り返って、自助グループそのものが不足していることと、「どこ

に行くにも車が必要」という交通の便の悪さから、連携を図ることが難しかったことを語っている。CとEについては、自助グループを立ち上げたとしても、当事者がつながったり、定着することの難しさについても指摘している。特にEの語りからは、地域の自助グループでは、仙台のような大都市の当事者に定期的に参加してもらうことで、なんとかメンバーを定着させたと語る。

<病院との連携>

支援者と病院との連携についての困難も語られた。

B：それはやっぱり、なんでしょうかね、簡単にいうと精神科医療とか、それから精神科病院というもののスタンスとか考え方がわからないじゃないですか。だからどう付き合っているのか、よく最初はわからなかったです。連携するのも、どこまで頼っているのかとかがわからなかったし、だから、それを医療の人たちが、素人として一つ一つ教えていってくれたので付き合いだのだとは思いますが、やっぱり最初のうちは連携をどうしていいかわからないし。そもそも精神科病院ってそんなに、当時のことだけじゃなくて、今もそうなのかもしれないけど。それまで関わりがなかったものって結構ハードルが高いんですね。存在がよくわからないから。だから何をしてくれるところなのかも、よくわからないという中で、関係づくりをどうしていったらいいのかというような悩みはあったと思います。

Bは当時医療専門職ではなく、市民ボランティアとして活動をしていたが、精神科病院のネットワークに対して関係づくりが難しかったということ語った。

<支援者自身のバーンアウトやメンタルヘルス>

一方、当事者支援についてではなく、支援者自身が抱える困難もあることが、インタビューの語りから明らかとなった。

B：被災地の1年目は、ほんとうに1日2時間くらいしか睡眠を取れていないような状態の中で走り回っていたから、そのとき1回バーンアウトして、（中略）。解離反応を体験する前に、体がもう反応するんですね。ふわふわしてきて、やばいなと思ったら。バーンアウトしそうになったら、途端に身体がガタガタと来るんで。だから、それは30年経った今も活かされてるなと思うんです、ようやくバーンアウトしないように働くようになったなあと。

D：最初●●（所属組織）に赴任したとき、先ほど5人のうち4人が辞めたという。ほとんどやっぱり、メンタル（不調）もいらっしやるんですよ。ですから、そういった部分もあって、やっぱりこれちょっと、支援者というどうしてもめりこむ部分もあるんで、そのへんは意識しましたね。どうしてもこう、ある程度距離を置くというか、ちょっと俯瞰してみるという部分も持たないと、どうしてもそのケースに、ひとりにめりこんじゃって、常にその人が頭から離れないという部分もありますんで、そういうのを意識しましたね。じゃないと、自分のメンタルがやられるなという部分も。ただあの頃は、どちらかという遺族の方が多かったんで、遺族の、自分だけが生き残ったとか、娘、息子をなくしたとか、そういう方がもうほとんど毎日だったんで。ですから、そういった部分では、そのへんからセルフコントロールは気をつけてましたよね。どうしても震災直後なんで、そういった思いをみんな支援者にぶつける。東電とか、行政への怒りというも含めて。

これらの語りからわかるように、例えばBはバーンアウトした経験について、またDはメンタルの不調の結果、仕事を辞めていく人がいることについて語っている。その中で、BとDは「バーンアウトしないように働くようになった」「セルフコントロールはきをつけていた」と、そこから学ぶ中で自己調整をしていたことも伺える。

3. 具体的な支援の方法

ここからは、A～E の具体的な支援の方法についてみていく。どのインタビューイも非常に様々な支援をしているが、ここではアルコール関連問題の当事者へのアクション、支援者（地域住民や専門職）へのアクション、地域資源へのアクションに分けて整理する。

●アルコール関連問題の当事者へのアクション

まずここでは当事者への支援について、インタビューイがどのようなことをしていたのかを整理する。

<酒をやめることを主目的としない関わり方>

それぞれの支援者はもちろん当事者のアルコール関連問題を解決したいのは当然であるが、支援の現場では、問題飲酒行動を焦点化しないような関わり方の実践が多く語られた。

A：アルコールのこと。最初からズカズカとは入ってはいけないので血圧測らせてくださいとか体の具合どうですかとか、食事はしてますか？みたいなどころから。まあ、災害のストレスを経験しているので全体的な要素見ましようねって感じでいって。

例えばこのAの語りは、問題飲酒に直接的にフォーカスするのではなく、血圧や食事の状況など、全体的な健康を尋ねるところから当事者支援を始めていた。

このようなアルコールをやめることを主目的としない関わり方は他のインタビューイからも聞かれた。例えばCは以下のように語る。

C：はい。まったく違うんですけど、今はお酒をやめさせようということはまったく考えていなくて、むしろ飲んでもらってかまわないので、なんだったら、ちょっとどんなお酒を飲んでるか教えてとか。入り方としては、お酒をやめさせるのではなくて、その方がどうしてお酒を飲むようになったかとか、そのお酒をなぜやめられないのかという、その気持ちをもものすごく重要視するようになったんですよ。だから、こちらの勝手な思いで、やめさせようではなくて、その方がどうしてもお酒に頼らないといけない、この精神状態っていったい何からきてるのかなあとか。この方がお酒をやめるようなことって、どうしたらできるんだろう、何が必要なかなっていかかわりをずっと意識してかかわっていったら、自然と、拒否をしていた方が、お話に応じるようになってくださったりとか、おうちに上げさせてくれたりとか。もうその先は、もうお酒をやめるということにつながったりする方もいましたし。それはもうだいぶん、今かかわり方としては変わったなあと思います。

C：どうしても支援者は、酒をやめさせることが第一優先みたいに思っちゃいますけど、それ以上に、その人のことをまず理解をするということが必要なと思ってまして。それはもう対等な立場で、支援者とかはあまり関係なく、一人の人間としてかかわっていくということで、その方の生きてきた人生とか、大切にしているものとかを少しずつ理解していきながら寄り添っていった先に、酒やめてもいいかなということにつながっていくというのが、何か体験としてあるので、やめさせようという気は、まったく私はないですね。

Cは「お酒をやめさせようという気はまったくない」と語る。しかしそれはアルコールをやめさせたくないからなのではなく、「やめられない気持ちを理解する」「生きてきた人生とか、大切にしているものを理解して寄り添う」中で、結果として酒をやめるということにつながっていくことを意図していたからであった。つまり、酒をやめさせること自体が目的なのでなく、アルコールをやめることは当事者に寄り添った結果なのだとということである。

同様のことを別の表現で語るのがEやCである。

E：（支援員さんのグループワークの中で、支援員に対して）医者が例えば、「じゃあ、酔っぱらって長い話しても相手はどうにもなんないから、これだけ言って帰ってきて下さい。」っ

て。「え、何言えばいいんですか。」「シラフの●●さんとさ、喋りたい。じゃあね」って言ってね、ドア閉めて帰ってきてください。これ4日ぐらい続けてください」と言ったらね、5日目にシラフで正座してね、1ヶ月風呂に入ってなかった人がね、風呂に入り、大掃除してね、ひげ剃って、正座して待ってたんですよ。つまり、依存症の病理を突く、まさに「あなたに関心があるっていうメッセージ」で酒止まるわけです。誰かが期待してくれるわけですよ。自分の健康に、これ以上の「クスリ」ないですよ。それこそ、朝起きて寝るまで用事もないし、誰も関心を向けてくれないって環境の中でね、あなたとシラフで話したいって言うって言う、そこに期待に応えようとする力が、それこそエンパワメントされるわけですよ。それを実際に実践して経験すると、「あ、私たちの支援はこれでいいんだ」って、こう思えるわけです。この最初に言ったこの●●さんっていう人は、119日間、こっからね、酒が止まるんですよ。連続飲酒がね。毎日そうやって通うから。コミュニティが、まさに自助グループが当事者救うのと同じですよ。関心を持つっていうコミュニティができて、安心感ができて、でもまたスリップするんです。でも、スリップしても支援員は慌てない、同じことをやればいって思ってます。このように支援員さんのエンパワメントをグループワークで続けたんですね。

C：はい。ここもポイントがちょっとありまして、長時間ずっといるんじゃないくて、短時間で、何回も何回も、またあした来るねとか、またちょっと時間が空いたからおうちに来ます、訪問させていただきますとか、いろいろちょっとこま切れな感じというのかな。何回も何回も足を運ぶっていうことを結果が出なくてもやり続けたんですよ。その結果、相手がそこまで訪問してくる人に対しては、正直嫌がられることもあるんですけど、でも逆に、何かそこまで自分のことを興味・関心を持って家にきてくれるんだということがすごくうれしいみたいで。孤立している方って、実は支援を求めているんだけど、自分からは発信ができなくて、来てほしい方が、たぶん大半の方はそうなんじゃないかなと思うので。

Dの語りからは、少しずつでも何度も何度も訪問をするという態度を通して「あなたに関心があるっていうメッセージ」を発し続け、期待を伝えることで、「期待に応えようとする力がエンパワメントされる」ことがあると語られる。この経験を通して、支援者自身もエンパワメントされているという。この何度も訪問をするということは、Cにおいても「当事者は興味・関心をもたれると嬉しいようだ」と指摘している。

<ご飯をたべる>

インタビューからはより具体的な支援の方法についても語られた。特に食事に関することは、多くのインタビューが語った内容である。

B：(デイケアで) そうそう、毎日ね。何してたわけじゃないけど、1日2回のミーティングしながら、ごろごろしながら、みんなで飯つくって食ってたんですけど。

B：古いマンションの1階部分を全部借りて。部屋はいくつあったんだろうな。五つぐらい部屋があって、キッチンもあって。そこでお酒飲まないで、皆さん、過ごしましょうみたいな。朝来たときにミーティングを1回やって、そのあとみんなで買い物に行って、ご飯つくって食べて。で、ちょっと休んだり、ちょっと環境整備というか、お掃除したりなんだかんだやって、また帰る前にミーティングを1時間ぐらいやって。それで「皆さん、またあしたね」。そんなあれです。それを毎日続けてたんです。

C：私たちは訪問支援のほかにも集団活動もやってまして、今、男性の集いという名前でもやってまして、孤立しがちなアルコール、まあアルコールに限らずなんですけど、そういう方を集めて食事会をしたり、外にお出かけをしたりとか、なるべく集団でいることで飲酒する時間を少なくしようという目的で、そういった試みもやってまして。

D：そんなところで、絶えず寄り添う支援というか、関係性構築のためにしょっちゅう行きましたね。ある女性スタッフは、おかずを作っていくわけですよ。煮物とか、ちょっとした野菜炒めとか。そういうのを作って持っていくと、喜んで食べてくれたと。(中略)。あと、同じような、アルコールでいろんな問題の方をみんな集めて、バーベキューやったり。バーベキューといっても、ホットプレートを持って行って、焼きそばを焼いたり、肉を焼いたりする程度ですけどね。そんな感じで、とりあえず一人じゃないよと、なんかあったら、●●(所属組織)に電話ちょうだいという形で、ちょこちょこ邪魔してましたね。

B は運営をしていたデイケアにおいて、ミーティングをした後は、みんなでご飯を作って食べるという活動をしていた。C は食事会や外出を集団ですること、飲酒をする時間を少なくするという試みをしていた。D も同様に「関係性の構築のため」に、バーベキューを当事者とする事で「一人じゃないよ」というメッセージを発しているということであった。このように、食事と一緒にするという活動を通して、食べることで健康を取り戻し、飲酒機会を減らすことができる方法によって、支援者は当事者と関わっていた。

<役割を引き受けてもらう>

さらに具体的な支援の内容として、(時に意図的でない場合もあるが)役割をひきうけてもらう、何かの面倒をみてもらうということも語られた。

B：でもね、ミーティングはもちろんみんな嫌がらずに、結構やってくれたんだけど。人に教えたり、面倒を見たりするのは大好きなんですよ。

インタビュアー：当事者の方がですか。

B：そうです、そうです。だからスタッフの若い子やボランティアの子たち、2～3人の若い人たちの面倒をものすごくよく見てくれましたね。(中略)。人生の先輩としての役割。そういう関係ができるのはものすごくいいんじゃないかなと、僕自身は今でも思っています。あとそれから、中には元焼き鳥屋やってましたとかという、おっちゃんがいたりするんで。料理なんかも得意だったりするので、女性のスタッフなんかには料理を教えてやるとかね。そういう機会は、ミーティングも良かったけど、同じぐらい良かったのかなと。それで仲良くなったりするのがとってもいいなと思って見ていました。時々、たこ焼きの屋台をイベントに出店するときは、接客時になんかに特に張り切って楽しそうに生き生きしていました。

D：または、●●(所属組織)のボランティアで引っ張り出しながら、そうやってやってきましたね、この方の場合。

インタビュアー：ボランティアに、その方に参加してもらうわけですか。

D：そうです。例えば、アルコール関係の、アルコール啓発予防キャンペーンみたいな。

D：または、犬が大好きなんです、この方。震災後は、犬はもう当然亡くなって、いませんで、保健所から保護犬をもらい受けて、その方と一緒に犬を飼おうと。そうすると、自分以外で面倒を見る対象がいれば、また違ってくるのかなということで。それからかな、朝、結構散歩するようになったとか、犬を連れて、外に出るようになったんですね。本人にとってもそれは健康的にいいことで。

このように、B は当事者が「人に教えたり、面倒を見たりするのは大好き」であると語り、デイケアの活動の中で、それぞれの背景に応じた能力を発揮してもらうことを「いいなと思って見ていました」と語る。さらにDも、アルコール啓発予防のボランティアとして連れ出したり、犬と一緒に飼うという取り組みを通じて、支援の関係性を作っていたことが明らかとなった。

<生活支援>

当事者の様子について「困難の重層性」について指摘し、当事者の困難が多岐にわたるということを確認したが、直接的な生活支援についてもインタビューは様々に行っていた。

インタビュアー：例えば訪問した先で、相談って聞くと、話だけするイメージ、相談職というイメージがありますけど、時には汚れてるものを一緒に片づけたり、そういうこともやる場合もあるのですか。

C：もちろんです。そういうごみ片づけとか、すごいもう部屋が汚いので、空き缶とかまとめて、ごみを捨てて一緒に手伝ってあげたり、あとは買い物に行きたいんだと言う人がいれば、じゃあ車に乗って一緒に買い物行こうよって、外に連れ出してお手伝いしたり。あと、病院とかにも一緒に受診同行したり、ほんとうに困り事を一緒に解決するために横でサポートするみたいな感じで、かかわり方をしていますね。

インタビュアー：なるほどね。もう、いわゆる生活支援って言われる範ちゅうのことは、もう困り事だったらやってらっしゃるということですよ。

C：むしろ、それしかやってないですね。困り事を一緒に解決することで、徐々に関係性ができて、お酒をやめたいという。まあまあ、それはみんなではないですけど、やっぱり健康に気をつかいたっていう方が少なからずいて、お酒を飲むとよくないってというのは、皆さん、何となくわかってはいて、でも飲んでしまうっていう、その、両価性って言うんですけど、それを理解をしてかかわってるという感じですかね。はい。

D：ですから、その後ですかね、家の片づけ、ちょっと知的に低かったんですね、この方。ですから家の片づけができないって言うと、みんなで手伝いに行ったり、あとは引っ越しのお手伝いから、復興公営住宅の申し込みの代行とか。あと、自宅の解体の立ち合いとか、あと就労支援とか、いろんなところへ行きましたね、この方と。あと、運転免許。大体アルコールの方ってというのは、免許取り消しになってます。更新しない失効っていう方もいますし、あと大体取り消しになってる方。ですから、せめて車は無理でも、原付免許を取ろうよということで、で原付免許の学科指導とか、そんなことまでやってましたね。だからそういった意味で、生活支援はほんとにありとあらゆる部分でしたね。

このように、生活支援は多岐にわたっていた。この語りで取り上げただけでもゴミの片づけ、ゴミの廃棄、買い物への付き添い、病院への付き添いを行って困りごとを解決するという取り組みを通して「徐々に関係性」ができて「お酒をやめたい」という気持ちが出てくるという。さらに、Dは引っ越しの手伝い、自宅の解体の立ち合い、就労支援、免許の学科指導など「ありとあらゆる部分」における生活指導を行っていた。

●支援者へのアクション

ここまでは当事者へのアクションについて整理してきたが、被災地にいる支援者へのアクションもいろいろな形で行っているという語りも得られた。

<ニーズのヒヤリング>

まずは被災地の現場の人々のニーズを丁寧にヒヤリングすることである。下記のAとEの語りを見てみる。

A：私たちどうしてもね、よくわかってるふしがあっちゃって、飲酒問題大変ですよとかなんとかしなきゃだめですよみたいな。ことを言いたいんだけど、現地に行った時ね。私なんかね、なんとなく予感がして。まあそれはやめたんですよ。最初は。

インタビュアー：予感？

A：そう予感。最初からね。アルコール問題をなんとかしましょう。みたいに入るのはちょっとよくないかなっていうふうに、それはまあ、昔、アメリカ、日系人のソーシャルワーカーの●

●さんっていう人に災害支援っていうのは、私たちワーカーでございって言っちゃダメなんだよって。水を運んであげて、で、なんか困ったことありませんか？ってところから始めるんだよって言われたことを、なんとなく覚えて。あの最初、今この混沌とした中で何をみんな助けてほしいと思っているのか、みんなが何が一番、困ってるのかってことをまずちゃんと聞く。で、それから始めるんですよね。

E：支援の種別っていうのをいくつかに分けて統計は取ってるんですが、とにかく1番活動として多かったのは、ネットワーク調整活動っていうものです。これ何かって言うと、さっきから言っている被災地のニーズをまず行って聞いて、何が必要かをちゃんと調べるっていうことですね。現地の声聞きながら。この活動がとにかくベースです。ですから、その活動自体が25パーセントぐらいかな。これがベースになって、事例検討が要なのか、支援者支援研修が必要なのか、あるいはいわゆる自助グループを立ち上げる支援をした方がいいのかとか、あるいは、いわゆる地域住民に直接広報啓発するっていう活動をした方がいいのかとか、さっき言った支援者のグループワークを中心にしていくのかとか。ただ、やっぱりどうしても我々は、直接被災しているアルコールリックに支援するっていう形よりは、今申し上げたように、地域で支援している人たちを支える支援っていうのをかなり中心にやってきました。

このように、Aは最初からアルコールの問題を何とかするのではなく、ニーズを「ちゃんときく」ことから始めたと説明している。Eはそのことを「ネットワーク調整活動」呼んでいたが、被災地のニーズを聞くことが結局「ベース」になっていたと語る。

<支援者の不満を聞く>

ニーズを聞き取るときのポイントについて、さらにAは以下のように語っている。

A：私は何やったかっていうと、あの仮設住宅の中でみんなが集まってカンファレンス開くときに、いろんな相談員の人やね、社協の人や民生委員さんもいれば、なんとか自立支援とか町内会の人とかいろんな人がいるので、カンファレンスするためにその人たちの話は聞く。その人の不安とか不満とか。怒ってるわけだからね。本人に対して。なんでこんなの連れて、この仮設住宅に連れてきたんだ、みたいな。保健所なんとかしろってことを言いたいわけですね。皆さんね。まあ実際言ったような。その人たちのカンファレンスのときにね。そういう怒りや不満をちゃんと聞き取るっていう。そういうやり方はしましたね。

A：(中略)とにかくね、あの言いたいことは言わせてあげるってことが大事で。こちらが通り一遍の指導はもちろんするんだけど、だからといってそれが、すぐ役に立つとは思えないし、みんなも懐疑的だから。ただ、自分たちの不安をいろいろ言って、とりあえずその流れができると、まあ、保健師や私たちの話も聞いてくれるっていう感じになるんですよ。

インタビュアー：なるほど。

A：うん。で、もうどうしていいかわからない、町内会長さんなんて責任感バリバリなのに、どうしたらいいんだ？みたいな感じだから、あの、あなたたちのやってることは決して間違っ
てはいないし、本当に大変なことをやってくださってるんですよっていうようなポジティブなフィードバックをするんですよね。あのそういう関わり方は間違ってますとか、あのなんだか、いかにも教育しようって姿勢は一切取らなかったですね。

震災という大災害の中で、カンファレンスに出てくる相談員、社会福祉協議会、民生委員など様々な人々が不安、不満、怒りといった様々な負の感情（陰性感情）を抱えている。そのような中で「不満をちゃんと聞き取る」り「ポジティブなフィードバックを心がける」ことを行ったと語る。そのようなかわり続けることによって、「私たちの話も聞いてくれる」ようになっていった。

<支援者と連携する>

他の様々な支援者と連携する活動に関する語りも多く得られた。まずはAとCの語りから見て

いく。

- A：だから平常時は連携をしようとか思っても、例えば介護保険みたいにネットワークミーティングみたいなのが制度上必要なものになったりすると、みんな集まるんだけど、集めるのも大変だし、やり方も大変じゃないですか。けどね、ああいう（震災の）時って、地域のどっかの機関、保健所でもいいし、福祉はちょっと難しいけど、そういうところが、センターでもいいし、連携会議をしましょうみたいなことをやる。やるんですよ。少なくとも被災地はやってましたよね、元々あったものを。さらに、そこには外部の私たちを入れてくれるみたいな感じで。だから、被災すると割とそういうものがね、現地も必要になるので、
- A：その中であって話し合うみたいな感じはできたんだと思うんです。で、これ今思ったんだけど、1番最初に、まだ仮設住宅しかなくて、避難所の時にね、あちこちの避難所にこう、保健師さんの依頼で、今度はこっちとかあっちとかって避難所を回るわけですよ。そうすると、大体は精神科のチームだから、やっぱり精神疾患を持ってる人だとかね、あと知的障害を持ってる人とかっていう人、あるいは鬱っぽい人とか、不眠が辛いとか、そういう方たちに会いに行くんですけど、精神科のチームの他に、一般病院のスタッフで構成された医療チームも入ってくるんですよ。そうするとね、普段はありえない協力関係ができる。で、私たちが精神科チームとして入って行って、寝られないとか、こう、悲嘆反応、家がなくなっちゃうとかって苦しんでる女性に会って、色々話をすると。で、終わると待ってるの、その別の医療チームが、で、どうなんですか。とか聞いてくるんですよ。どうしたらいいんですかとか。で、それで、じゃあ、こういう風にだ、それこそ総合病院的なチームですよ。なんか体の方から入るから、先生も精神科の先生にアドバイスを求めるし、それから看護師さんも、どうやってやってたらいいんだって話を聞いてくるんで、そうやってこう言うと、精神科じゃなくてもね、やっぱり看護師さんとか、ベテランの看護師さんとか、そういうとこよくわかってきて、「じゃあ私が対応しますか。大丈夫です」みたいな感じで連携が取れて、あれ、なんでこれが普段できないんだろうってつくづく思ったっていう経験がありましたね。ただ、だんだん被災地が落ち着いてくるとね、で、医療チーム少なくなってくるので、それはだんだんちょっとなくなっちゃうんですけど。
- C：そうですね。震災直後はそんなに目立たなかったんですけど、特に震災から数年後、たぶん3年から5年目ぐらいの段階で、非常にアルコールの問題が、すごく問題が顕在化してきました、それで、かかわる専門の、専門職としては、この●●（所属組織）が、ぜひこの部分を担ってほしいということで、その部分で、私たちがいろんなところに出向いて、直接ご本人とお話をしたり、あと関係機関の方向けに研修会を行ってスキルアップ、対応力を高めるための研修会をしたり。あとは啓発活動なんかですと、地元の住民さんとか、あとは学校、高校生向けに研修会を行って、アルコール依存症の知識についてお話したりですとか。あとは、地域のいろんな、警察、消防、福祉事業所とか、あと病院とか、行政とか、いろんな地域の方を巻き込んで、その地域のネットワークの中でアルコール問題をどう支えていくか、解決に向けて取り組んでいくかという、そういう会議みたいな、関係者会議みたいなことも行ってました。
- インタビュアー：なるほど、すごいな。じゃあ、もうほんとうに精神保健福祉士、社会福祉士さん、そして看護師さん、保健師さんもいらっしゃいましたっけ。
- C：はい、います。
- インタビュアー：それで、ドクターもいらっしゃるって感じですか。
- C：はい。
- インタビュアー：じゃあ、もう多職種でほんとうにアウトリーチ、アクト（ACT）みたいなイメージでしょうかね。何かそんな感じでしょうか。
- C：そうですね。アクトみたいな感じで、ほんとうに職種を、いろんな職種を問わず、いろいろ皆さんで協力しあいながら訪問をしたり、ケース検討をしたり、地域で何かできないかと話し合ったり、そういうことをやってました。

この A の語りに見られるようにまた、「もともとあった」ところに外部である「私たち」を入れてくれるような形で、チーム間であったり、職種間の連携がスムーズに取れている状況があった。またこのような多職種における連携の語りは C からでも得ることが出来た。ただし、A が指摘しているように「被災地が落ち着いてくる」につれて無くなっていくものでもある。日常に戻っていくにつれて「普段できない」ものになっていることが読み取れる。

この連携と震災の関係については D の語りが以下のように指摘している。

- D：保健センターなら保健センターの保健師も、限りがあるわけですよ、業務の中で。ですからなかなか回り切れていないとか、情報収集が難しいという部分もありますので、そういうところを（所属組織が）補完するとか。そういった、あといろいろな手続き関係ですね。これも役所によると、まったく縦割りですから、横のつながりがないんで。だから同じことでも、例えば保険年金課と税務課と、あと住宅建設課とか、一人をだいたい三つか四つぐらいの課が支援しなきゃいけないんですけども、横のつながりがないもんですから、なかなかそういった支援者がいないと難しいですよ。
- D：だから、逆にそういったいろんなところのケア会議を提案させてもらったりしてますけどね。いろんな関係者を集めて、皆さんでちょっと情報共有をしましょうという。ですから、そういう・・・（ダン？）は、だんだん今は、南相馬市の場合、結構そういうのは盛んですね。保健センターとか包括支援センター、社協とかは結構動いてくれますので。
- インタビュアー：わりとそのケア会議は、皆さん、積極的にやりたいというか、出てこられる感じですか。
- D：そうですね。担当の方は必ず出てきますね。
- インタビュアー：ああ、そうですか。
- D：ですから、そういった意味では、まあ震災ということもあります。震災直後は遺族、そのあと関連死。そのあと、今は移住とか入ってますけどもね、移住の方。作業員で入ってきたのか、逆にまったく関係なく、被災地をなんとかしたいと入ってきた人とか、そういう移住の方も含めて、だいたい変わってきましたけどね。
- インタビュアー：都市部に比べると、もしかしたらこういう地域のほうがネットワーク自体はすごく密になっているのかもしれないですね。
- D：ありますね。結構、民生委員さんとか、情報収集は地域の住民、区長さんとか、そういった方のほうが見守りを常にしてくれますんで。あと情報収集とかも、だいたい協力していただけますんで。やっぱりそういったほうが、地域のつながりというのは、まだまだ捨てたもんじゃないですよ。

D の語りによると、震災の影響で業務の中で回り切れないことが発生していたり、縦割り行政の中で、支援のためには横のつながりが必要になるが、そのような場合は例えばケース会議などをひらいて連携を促進していたことを語り、担当者は積極的に関与していることがわかる。また、その基盤として都市部では見られないような地域コミュニティがあり、また災害をきっかけとして地域の住民が「見守り」や「情報収集」を「常にしてくれる」ことによって、ネットワークが強化されていることも示唆されている。

この連携会議によって、よい相互効果が得られている事例を紹介したのが E であった。

- E：排斥運動ですね、早い話が、あの人はとにかくどっか行ってほしいみたいな。で、当時の自治会も動いて、もちろんそこにも支援員がいるわけです。我々も支援に入ってたんで、最終的に、警察、保健所、市の行政で、自治会、そして仮設支援員、これが一同に会してね、18人ぐらいのネットワーク会議やりました、この当事者をどうするか、その会議が準備された時点で、これは排斥運動になる、なって。しょうがないよねって。いわゆる通常、その仮設の住民を守るためには、そういう結論になってもしょうがない。我々はもちろん誘導できません、我々はあくまでもそのネットワークの一員としてその話し合いに入るだけで、多分もう排斥運動になるなと思ってその会議に参加したんですけども。ところが、これもびっくりなんです

が、まず当院の医者から依存症の病態について簡単なレクチャーの話をさせてもらって、それを聞いた仮設住宅の自治会長っていうのは、アルコールリックでその迷惑行為を繰り返している、彼の幼い頃からを知っている近所の人だったんですよ。幼少期を知ってるんですね、彼は。で、そのアルコール依存症の根っこの問題をちょっと医者から聞いたせいもあったのか、その自治会長がですね、すっくと立ってですね、「聞いてくれ」と。「ここでAさんをここから追い出しても何の問題も解決しねえと思うんだ。」つまり、「別の仮設住宅に移動して、そこでまた問題をうつすだけじゃねえのかっ」て。だったら、「俺らがあいつと一緒に、あいつの健康も含めてなんとか、我々の、もちろん一般住民の健康もなんとか考えていこう」ってね。その自治会長がそういう挨拶をしたんですね。びっくりして、結局、彼の発案で、シラフの時は借りてきた猫みたいにいい人なんですよ。その彼にみんなで寄ってたかって声かけするキャンペーンを仮設内でやって。シラフの時にみんなで声かけすると孤立感薄れるわけです。するとアルコールの量変わってくるわけですね。

E は地域コミュニティにおいて、時にアルコールに問題がある当事者に対して「排斥運動」のようになりやすいと指摘するが、上記の語りからは、連携会議において、医師と地域住民とのやり取りの中で、アルコール依存症の当事者と幼少期からの知り合いでもある町内会長が、当事者を地域コミュニティの中に包摂するように提案したというエピソードを紹介している。

最後に、病院との連携について、D は主治医の方針で変わるということを指摘している。

D：本人、アルコール臭がぷんぷんするんで。だって、そんなのを診たくない。そりゃそうですよね。・・・酔っぱらった状態で行ってますから。それでも、何回も、酔っぱらった状態でも連れていくわけです。そしたら先生のほうが、ある別な先生が、よく来てくれたと。私のところに、酒飲んでも、ふつうはみんな来ないんだけど、そんな状態でも、よく私のところを訪ねてきてくれたというんで、手を握って喜んでくれたんですよ。

インタビュアー：へえ。

D：そしたら、その先生が、主治医が変わると、やっぱり変わるんですね、病院もね。

インタビュアー：あ、そうなんですか。

D：そこから、じゃあ病院を挙げて面倒をみましょうということで、入退院を6回繰り返したんですよ。もちろん救急搬送を2回しました。それも含めての6回ですけどね。結構、病院を巻き込むということで、ケア会議というか、ケース会議も7回開催したり、あと事例検討会を病院の中で、看護師さんたちが、この人に対してどういうふうに支援していこうかと、事例検討会も開いてくれたんですよ。

インタビュアー：へえ。

D：やっぱり病院もある程度、ちょっと人が変われば、周りも変わっていくという、いい事例ですかね。そこから、入退院を繰り返しながらも、なんとか就労までこぎつけるわけです。

このように、担当する医師のアルコール依存症へのスタンスが異なると、連携のしやすさが異なるということが伺える。

●地域へのアクション

地域へのアクションは大きく分けて地域の人々に向けた講義のほか、デイケアや自助グループを作るなどの地域資源を作る活動があった。

A：対象とした研修会は、あの民生委員さん全員集まる研修会とか、地域のメンタルヘルスの関係のカンファレンスって前あったんですよ。それに参加することもあって、多分、第三木曜日に行っていたと思うんですけど、そこに行って講義をするとか。保健師さんは「この地域は精神障害全体に理解が少なく学ぶ機会もなかったから皆さん地域の支援者を対象とした研修会をやってほしい」と。災害を契機にこの地域を変えて行こうとする要望に応じることになりました。

A：それまでは5、6人って、その場で5、6人の関係者に講義するんだっただけで、その月に一回なってから、まず保健師さんや民生委員さんたちが市に、全体に広報してくれて。で大きな会場で、大きな多くの人に対しての講義をするっていうことはやりましたね。1、2年。

B：●●（依存症の関連団体）としてはアディクションのことをもっと人々に知ってもらう活動をしていきたいということだったんで、で、一緒に市民向けの連続講座をやったりとか、ボランティア向けのアディクション講座をやったりとかを何年も続けましたね。

このようにAやBの語りに見られるように、民生委員に向けた研修会での講義や、市民向けの講座を行うなどの活動をしていたことが語られた。さらに地域資源を作る試みもあった。例えばBは震災復興のボランティアをする中で依存症の問題とてあい、当事者を対象としたデイケアを作った。

B：うん、そう。専門的な心理療法とか、そんなことはできないから、僕ら。何ができるかって言ったら、本人、当事者の力を信じて、場と機会を提供するから、本人たちが自分たちで、自分たちのためのプログラムをつくっていってくれたらいいなあみたいな。

インタビュアー：うわあ、すごいすてき。ふうん、そうだったんだ。すごいなあ。で、これはやってたのはBさんと、あと何人がスタッフがいらっかったという感じですか。

B：そうですね。常に3人ぐらいいたかな。まあずっと同じじゃないんですけど。そこにボランティアもいて。いろいろ事情を抱えたボランティアも他県から泊まり込みで手伝いに来る人もいたり。近所の人遊びに寄ったりもあって。

インタビュアー：責任者がBさんで。

B：まあ言い出しっぺは僕だったから、そのときは。ただNPO法人つくって、一応かたちは必要だったんで、その代表みたいなかたちになってやってはいたんです。

このようなデイケアを作る試みはBのみが語ったものである。そのほかのインタビューについては、困難でまとめていたように、自助グループといった地域資源が乏しいということ踏まえて、自助グループを作る活動がみられた。

C：自助グループの話もありましたけど、断酒会もうちで、今●●（所属組織）の中で、月2回やってまして、そちらの運営支援にも携わっているんですけど。その断酒会の方、事務局の方が、ぜひこの●●（所属組織）で断酒会をさせてほしいということで、数年前から、毎月2回、こちら事務所のお部屋を貸して、そこでやってはいます。そこになかなかつながってこないのが、ちょっとまた難しいところではあるんですけど。でも病院とか、実際に保健師さんとか、ほかの支援者の方から、この方を断酒会に連れていきたいんですけどという紹介があって、実際に来ていただいて、何回かお話されるという方も、何人かいらっかいます。なので、そのまたつなぐというところも少し難しいなというふうには思ってるんですけどね。

インタビュアー：なるほど。これは、●●（所属組織）で開催されるときは、費用とか会場費とかは、一応取ってらっしゃるんですか。

C：会場費も、お金も取ってません。

インタビュアー：あ、・・・ですね。

C：はい。もう基本的に無料でやってまして、開催に多少やはりお金がたぶん発生するところもあるので、それに関しては、保健所のほうで、支援すると助成金みたいなものがもらえたりするので、その中でいろいろできる範囲で回してるというか、運営してる感じですね。

インタビュアー：なるほど。そこには、●●（所属組織）のスタッフは毎回、誰か参加するんですか。

C：はい、入ってます。私たち職員の誰かが、最低一人は、毎回、その断酒会に入って、事務局の方と連携しながら、共同しながら受け入れしたりとか。案内、チラシとかも何か作ってまし

て、断酒会の事務局の方が作ったものを一緒に配ったりするのをお手伝いしたりとか。あとは内科ですね、地元の内科の受付の横とかにパンフレットを置かせてもらうのに、一緒にあいさつ回りをしたりとか、そういったことも一緒に活動しています。

E：やっぱり地域にこういう自助グループ必要だから。ただ、やっぱり被災地なんで会場がないんですよね、なかなか。ですから、残ってる公民館を、優先的にね、使わせてもらうとか、その辺は行政とのつながりで定期的に関くところを数カ所、結局沿岸部に3カ所新たに、作れました、最終的には、10年後に。元々、さっき言った沿岸部の飲酒に対する文化って相当寛容ですんでね、そういう意味では、なかなか定着しなかったところに3カ所作れたっていうのは、大きな成果かなとは思いますが、で、これもやっぱり全てそうですが、心のケアセンターの職員なんかもそこに入りながら、コーディネートしてもらったりしながら、やれたことじゃないでしょうかね。

このようにCは断酒会の運営に携わり、所属している団体が一丸となって、運営や広報に全面的に取り組んでいることがわかる。特にCの団体では断酒会の会場費もとらず、共にチラシ配りを行ったり、内科にパンフレットを置いてもらう活動に積極的に取り組んでいた。いわばアルコール関連問題の当事者の「アライ」として活動しているともいえる。またEも全面的に自助グループをつくる活動に参加し、沿岸部に3箇所新規に作ったと述べている。E本人も述べているが、飲酒に寛容な文化がある中で、3カ所の自助グループを作れたことは、大きな成果であるといえよう。

4. 重要だと考える要素

インタビューの終盤では、それまでのインタビューをふまえて被災地におけるアルコール関連問題の支援において重要だと考えられる要素について尋ねた。内容は非常に多岐に渡るが、共通して語られたものもあれば、それぞれの文脈で重要だと考えたものもある。ここでは便宜的に①当事者との接し方において、②支援者同士の連携において、③支援者自身のケアにおいて、以上の3点から重要だと考えられる要素を整理する。

●当事者との接し方において重要な要素

まずはアルコール関連問題の当事者との接し方について「結果が出なくても足を運ぶ」「指導をせずに受け止めていく」「個性を見抜く」「うまくいっているときは注意する」という要素が語られた。それぞれ要点を確認していく。

<結果が出なくても足を運ぶ>

C：支援者が考慮するポイントですよね。先ほどもちょっと言ったんですけど、結果が出なくても何度も足を運ぶというか。断られようが、どなられようが、とにかくちょっと、何回も何回もめげずに足を運ぶということを目指してほしいなって思うんですよ。苦手だったり不安があると、どうしても行きづらいと思うかもしれないんですけど、そういう感覚で見てもよくなって。何か普通に、ほんとうに困っている住民がそこにいるという視点で、たまたまお酒を飲んでいる人っていうか、そういう思いでかかわってたら、そんなに、みんながみんな悪い人というか、自分に対して文句を言ってくるのかという人ではなくて、意外と話を聞いてくれるアルコールの当事者の方もいて、何かすごいお話好きな方もいらっしゃるの。これは、何回も何回も、いろんな人に出会って経験を積んでほしいなというのは思いますね。

Cは「結果が出なくても何度も足を運ぶ」ということが重要であると語る。これまでに整理してきた困難の語りでも明らかであったように、当事者との関りは時にはネガティブな経験もすることになるが、Cが「みんながみんなそうではない」というように、様々な当事者がいる。何度も足を運ぶことによって、経験を積むことの大切さをCは指摘しているといえる。

<指導をせずに受け止めていく>

続いて、当事者との接し方についてEは以下のように語る。

E：そうですね、一言ではなかなか言えないですが、大切なのはですね、やはり当たり前ですけども、通常の依存症支援でも当然なんですけど、やはり指導しないこと、これはとても重要だと思います。こうしよう、ああしようじゃなくて、まずはやっぱり何がしんどいかをとにかく受け止めていく。それで、さっき言ったように、そこから正のフィードバックっていうか、やれてるところを拾って行って、それをご本人たちにちゃんと返してあげる。そうすると、ご本人たちは自分の力を自然と使う。あるいは、なんていうんでしょうね、それこそエンパワーメントしてくれる要素になっていくと思うんで、それは支援者にも言えるし、当事者にも、言えるかなとは思いますが。

Eの語った内容は、支援者に対するスタンスのところでもAやEが指摘していた内容とオーバーラップする。つまり、当事者に対して「指導」的なスタンスでかかわるのではなく、「何がしんどいか」を「受け止めて」いき、そして「やれているところ」に対して「正のフィードバック」をすることでエンパワメントされていくことを指摘している。

<個性を見ぬく>

続いて当事者に対するスタンスに対して、類似した内容であるがBの語りを取り上げる。

B：とりあえず最初は皆（お酒を）やめるじゃないですか。デイケア利用開始の最初の何か月間

とかは。そのときにすごく個性が出てくるんですよ。だから僕、今でも思うんですけど、今、統合失調症の人なんかも含めて付き合ってるんですけど、病気というのは、みんな、例えばアルコール依存症でいうと、酒飲むとみんな同じことを言って、同じことをやりますよね。あ、だから同じ症状が出ている、つまり病気なんだなと思ってなんです。やめれば、それぞれ個性が出てくる。その個性が出てくるときというのが、アセスメントのうえでとても大事なのかなと。それとどう付き合っていて、その自分の中から出てくる個性そのものを自分がプラス評価できるというか、自己肯定できるように付き合っていけるということがすごく大事なのかなということは、教えてもらったことかもしれないです、当事者に。

B の語りは、「個性を見抜く」ことが大切であると述べている。アルコールをやめていくと当事者に個性が現れてくる。その個性に対して、「プラス評価」をしながら「付き合っていける」ことが重要であり、当事者から教えてもらったことであると語った。

くうまく行っているときは注意する>

ただし、Bは「うまくいっているときこそ注意する必要があることも喚起している。

B：アルコール依存症の人とうまくいっているなと思っているときって危ないんですね。受け入れてもらっているし、仲良い感じだし、よく支援者の話を聞いているしと思っているときというのは、あえてこういう言い方をすると、相手の術中にはまっているというか。人間的に魅力的なんですよ、彼や彼女らは。だから結構、何というのかな、うまくいってるわって思わせられちゃうというか。で、結構、浪花節だったりもするので、僕自身もね。そういうところできまくはめられてるんだけど、気がつかない。それで、ある日、突然死んじゃったりするので。だから、接し方っていいのかわからないけれど、なんかうまくいってるときほど、やっぱり、まずいんじゃないかという注意喚起のセンサーが働くようなことってあったらいいのになあと思います。僕なんかもう見事にはめられてたなと思うから、今考えれば。

●支援者同士の連携において重要な要素

具体的な支援においても連携は多く語られていたが、重要な要素においてもやはり連携をどのようにしていくかは様々に語られていた。

例えば、Aはコミュニティーワークをすることの重要性を以下のように語っている。

A：それ（当事者一人に接すること）は大事なんですけど、でもそれはね、別にそんな特別なことはなく普段の接し方でやればいいんだと思うんですよ。だけど、やっぱりコミュニティを動かして行って、アルコール問題とかメンタルヘルスの問題に、みんながこう、あ、これからやっぱり地域の中で復興するのに、これはちょっと看過できないな。とか看過できない、プラス、やればなんとかやれるんだっていう気持ちを持ってもらえるようなコミュニティーワークをするのが一番大事だと思うんです。でも、多分そういうイメージを持ってる人はあんまりいないんじゃないのかなと思う。私も行ってようやく分かったんですよ。ただ、私がワーカーだった、良かった点は、ワーカーだからこそ、向こうに行っているいろんなことを見聞きしたり、動いてるうちにコミュニティーワークの方にあんまり抵抗なく動けていたし、そのノウハウもあっただんだなって気がします。

Aは当事者に対する支援はもちろん大切ではあるが、復興をするにあたってコミュニティを動かしていく「コミュニティーワーク」が重要であると語る。そのようなイメージを持っている支援者はほとんどいないというが、A本人自身も、支援をする中で「ようやく分かった」事であった。

このコミュニティーへのアプローチが重要であるというのはDやEも同様である。

D：やっぱりこの南相馬のいいところは、田舎なんで、田舎になればなるほど、コミュニティが

しっかりしてたと。ですから仮設住宅といっても、だいたい同じ地区の方々が越してるわけですから、かたまってね。ですから、自治会長も、〇さんのお母さんをよく知ってる方だったし、あと民生委員も、そういうわけだったら、俺もちょっと面倒見ようといってくれる方とかね。ですから、地域のコミュニティも利用する、それもあるわけですよ。

インタビュアー：なるほど。

D：ですから、支援者、包括とか、行政とか、社協とか。それだけじゃなくて、地区住民ですかね、こういった地域のつながり、これは大きいですよ。

インタビュアー：すばらしい。専門職だけじゃないということですよ。

D：そうなんです。ですから、かえって専門職よりもわかってますからね、その人を、昔から知ってるわけですから。あいつは、まあ酒ばっかり飲んでるけど、ちょっといいところもあるんだよという話が聞こえてきたりね。ですから、やっぱり地域の住民も巻き込まないと、なかなか理解は得られませんね。

E：そういうこともありました。ですから、やっぱりコミュニティの力を、その、病院で専門的に治すなんていうね、そんなみみっちい話じゃなくて、やっぱりコミュニティの力っていうものを我々がどれだけ信じられるか。特にね、あらゆるものがない災害時には、このことがとても重要だと思いましたね。その人をちゃんとコミュニティの中に包摂していくっていう機能があれば、依存症は回復できるチャンスがある。医療だけじゃないっていうのは、まさに今回の災害支援でつくづく思い知らされました。

DやEのこの語りは、地域にコミュニティにいる様々なアクターである自治会長、民生委員、ソーシャルワーカー、そして地区住民のもとからあるつながりを「利用し」、そしてそこに「力」があることを「信じ」、巻き込んでいく中で、当事者をコミュニティの中に包摂していくことの重要性を示している。

続いて、一般医療機関との連携の重要性についても語られていた。

A：でも、地域には開業医の先生も含めてね。アルコール問題あっても一生懸命やってくれる先生っていると思います。アルコール問題だと自覚してないんだけど、それなりに援助をしてくれてる先生がたくさんいて。だからあの診療科目一般病院でもね。あの、見てくれてる先生がいて、その先生たちと、やり、あのう力合わせてくっていいのかな。そういうようなことは可能だと思います。むしろ、一般医療をフル活用したほうがいいような気がするけどね。

インタビュアー：ええ、その体の問題が大きいってということから？

A：そう、それでね、●●（所属組織）は飲酒日記とかいうのも作って、それ最初に作って持って行きました。それを使うのは別に精神科じゃなくてもいいわけですよ。内科の先生がやってもいいし、だから断酒日記とか。

インタビュアー：ああ

A：あの昔作ったやつですよ。あれを持ってって。別にあれは精神科医がいなくてもいいわけだから、こうね書いてやってお酒のことを話し合いたいんだったら、もう内科の先生に連携できて、そういう話ができるのも全然いいと思うし、むしろねその方がね、なんか現実的に可能な気がしますよ。

Aは依存症の専門病院に勤めていたのだが、被災地においても「アルコールが問題あっても一生懸命やってくれる先生」はいるということを描き示しており、精神科医に頼れない状況であったとしても、内科などの一般医療機関との連携をすることの方が「現実的に可能」ということを語っている。

さらに、Cは職種の違いを超えてチームとしてつながることの重要性を以下のように語る。

C：もうずっと常に、自分たちが働きやすい職場であることが、結果的にそこにつながるのかなと思うので。災害とか関係なく、職種も皆さんばらばらですけど、職種の価値観の違いも、そ

れもぶつかり合うのではなく、うまくまとめていきながらというか。違う視点があってもいいので、それを一つの目標とか支援に対して、いろいろ前向きに、いろんな方向から考えていける、そういうチームであれたらいいのかなと思ってますね。

●支援者自身のケアにおいて重要な要素

困難においてもメンタルヘルスや自分自身のケアについて語られたが、重要だと考えられる要素の中にも自分自身へのケアの語りが見られた。

C：あとは、支援者自身のケアですよ。

インタビュアー：そうですね。

C：私自身もですけど、やはり一人でかかると非常に大変だし、苦しいときがあるので、なるべく私は、●●の同じ職員、チームの中で、毎回、申し送りもしますし、わからないことがあれば事例検討とか、みんなで話し合っ、て、どういう対応をしたらいいのかということをすぐ相談するようにはして、いて。気軽に話ができる、そういうチームの関係性というか。すぐ何かあったら、例えば私が行けない場合は、ほかの方が代わりにちょっと行ってもらうとか。ほんとうに、職種に限らず、みんなで総合的にこの方を支えていこうという、そういうスタンスでかかわっていくと、少し心の荷が下りるというか、あまり負担を抱えなくていいのかなと思ったので。そういう関係性、チーム内での関係づくりというのはすごく大事にしてるし、それうまく活用してるという感じですかね。

B：自分がへとへとになると、今度はこっちもいらいらするので、・・・(よく聞かなく?) なるので、関係が悪くなっちゃったり、最悪の場合は、一番必要なときにSOSをうまく受け取れなかったりというふうに、こっちの感度が鈍っちゃうので。タイミングとか支援の感度が鈍ってしまうので。だから、自分で自分の疲労感というか、相手にどれだけ、うまくのめり込まされてるなというのを感じられるぐらいの余裕をいつも感じ取っておいて、その余裕がなくなってきたら、ちょっとあえて会わない時間つくとか、そういうようなことをやらなきゃだめだったなと思いますね。

インタビュアー：それは、できるだけ仕事のことを考えない時間を大切にするとか、何かそういう具体的な方法とかがあったりしたんですか。

D：そうですね。そういうときやっぱり一番強いのは、別に趣味を持ってる方とか、何かストレス発散のものを持ってる方とか。だから私の場合は、やっぱり頭を切り替えることでした。どうしても頭にもやもやが残ると、それを切り替えなきゃいけないんで、切り替えて、プライベートはプライベートという形に割り切りましたね。のめりこんじゃうと、あの人を何とかしなきゃみたいな、そういう部分がありますんで。そうすると、次から次と、これやって、あれやってと浮かぶんですよ。それですとオーバーワークになって疲弊しちゃいますんで。

これまでのインタビューの中で、被災地における支援の困難、そして支援者のメンタルヘルスへのケアが困難であることを示してきたが、自分自身へのケアに対してCはどういう対応をしたらいいのかすぐに相談するようにして「気軽に話ができるチームの関係性」が重要であると語る、そのことによって「少し心の荷が下りる」という。Bは「余裕」が重要であり、その「余裕」が感じられなくなった段階で、少し「会わない時間」を作っていたと語る。Dは「趣味」や「ストレス発散」の方法を持っているということ、仕事とプライベートを切り替えることの重要性を指摘している。

このように、被災地における支援は、肉体的な疲労だけでなく、精神的な疲労を抱えやすい。現場の支援者は様々な方法によってメンタルヘルスのケアをしていることから、被災地支援において、どのように支援者自身をケアしていくかどうかにしても、考える必要がある。

【付録】インタビューガイド

■客観的な状況の確認

- ・現在の年齢、所属、ソーシャルワーカー歴
- ・災害時、働いていた機関、場所、身分、所属、資格、支援をした期間

■被災地・被災者の状況について

- ・被災地・被災者のアルコールの問題を抱えている人を見かけた場所
- ・暮らしの様子、抱えていた問題

■被災地・被災者支援の内容について

- ・被災地・被災者支援の具体的な内容（一般的な業務やボランティアの内容）
- ・被災地・被災者支援の具体的な内容（特にアルコール関連問題に関して）
- ・支援に携わった理由

■被災地・被災者支援の困難や支援者が支援時に考慮すべきポイントについて

- ・アルコール関連問題に対する支援において、困難だったこと
- ・本人や家族との関わり方や支援を行う上での困難
- ・多職種・多機関連携における困難、自助グループとの関わり方
- ・当事者と専門医療や自助グループへのつなぎ
- ・悩んでいたことや葛藤
- ・被災地のアルコール関連問題の支援において、支援者が考慮すべきポイント
 - ・当事者への接し方、支援者自身へのケア…など
- ・被災地から戻った後（もしくは通常業務に対して）、支援に活かされたこと

■その他

- ・被災地支援の研修プログラムにあったら役に立つと思うこと
- ・アルコール関連問題やアルコール依存症の支援に関する研修など受けた経験

第二部

オンラインセミナー・研修記録

I. 講演録

研修における講師の講演記録です。掲載については4名の講師の方々、ならびに研修の中で各講師と対話したスタッフや受講生すべての方々に掲載の許可を得ています。なお、本協会ホームページにも掲載予定です。

プログラム1 「ソーシャルワーカーのためのインクルーシブ防災を考えるー7つの視点ー」

講師：立木茂雄教授（同志社大学社会学部）

野村 立木先生、これから80分間の対話形式で進めます。よろしくお願いします。

立木 皆さんこんにちは。同志社大学の立木茂雄と申します。

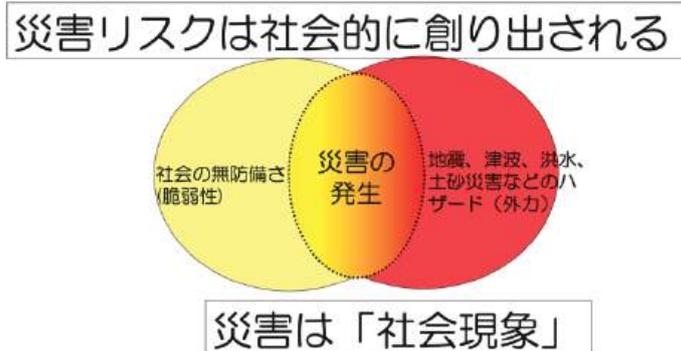
野村 本日の講義を立木先生にお願いした理由からお話します。立木先生の卒業論文がアルコール依存症についてのものでした。

立木 はい。「アルコール依存症夫婦へのシステムズアプローチの研究」が、1978年に提出した卒業論文のタイトルです。当時、関西学院大学の恩師である武田建先生が留学中だったため、兵庫医科大学の橘高通泰さんに指導を受けました。橘高さんの修論は依存症の妻たちについての研究でしたので、その影響を受けました。

野村 この度、初めてそのお話を伺う機会がありました。私は元兵庫医科大学病院のソーシャルワーカーでしたが、上司である橘高さんと立木先生にこのようなつながりがあると存じませんでした。今回は、ソーシャルワークに精通されている立木教授に第一講演をお願いすることとなりました。立木先生、まずは「防災の本質とは何か」についておしえていただけませんか。

災害とは何か？

防災の基本的な視点



立木茂雄(2022). 災害と復興の社会学(増補版), 2章, 弱書房, p.12.

図1 防災の基本的な視点

立木 はい。まず、防災における基本的な概念について説明いたします。図1「防災の基本的な視点」をご覧くださいとわかるように、防災では、地面の揺れ、大雨による土砂崩れ、不十分な排水による浸水、あるいは堤防の決壊による洪水などの現象を「ハザード」と呼びます。これらは災害を引き起こす直接的なきっかけとなります。

多くの方は「ハザード＝災害」と思っていますが、無人島に津波が来ても、それは災害とは言えません。被害が発生しないからです。そのため、災害を考える際には、ハザードだけでなく、もう一つの側面も考慮する必要があります。

図1の左をご覧ください。防災でよく使う「脆弱性」とは、ハザードに対して社会がどれだけ無防備であるかを示す言葉です。社会の無防備(脆弱)な部分がハザードに曝される結果として災害が起こります。

さらに、被害の大きさはハザードではなく、社会の無防備さ、つまり脆弱性に大きく左右されます。そのため、社会学的な観点から見ると、災害は社会的に創り出されると考えます。さらに一歩踏み込んで言うと、災害は社会現象ということなのです。

被災前の不平等

野村 はい、私たちソーシャルワーカーも「脆弱性」という言葉を使用しますが、ハザードと脆弱性の関連について、もう少し詳しく説明していただけませんか。

立木 はい。図 1 右側がハザードです。ある自治体の防災担当の職員によれば、「災害とは災害対策基本法で定められたものを指す」といった話を聞いたことがありますが、これは間違いです。法律が対象にしているのは、あくまで「ハザード」で、かつ人的・物的被害につながる可能性のあるもののことです。ただし、同法は干ばつや感染症、原発災害などのハザードは扱っていません。

戦争やテロもハザードです。危険をもたらす事象がハザードとなります。一方、防災の観点からは、脆弱性がどのようにハザードに曝されるのかを考えます。例えば、安全でない場所に人々が集住している状況があります。なぜそのような場所に人が集まっているのかというと、日本では 1960 年代以降、臨海部の工場地帯に多くの労働者が流入したからです。

そういった方々が住みつけた場所は、既に多くの人々が住んでいた比較的安全な地形ではなく、山の急傾斜地を切り開いて開発された住宅団地などが挙げられます。また、1959 年の伊勢湾台風の際には、名古屋市南区で深夜の高潮によって約 1700 人が被害を受けました。この被害を受けたのは、南区の埋立地に建てられた工場の労働者向け住宅の住民でした。その多くは、敗戦によって内地に引き上げてきた方々でした。

引き揚げ者の方々は、内陸部の安全な場所がすでに埋まっているため、高潮に対して無防備な低地に団地を建てて住むことになりました。つまり、安全でない状況に住まざるを得ないという動的な圧力が働いていたのです。

伊勢湾台風で被害に遭った方々は、本家筋ではなく分家筋の方々が多かったと言われています。本家が安全な場所に居住している根本的な原因として、権力や資源などへの接近が、本家や管理職といった社会階層の高い人々に限られていた現実が存在し、これが結果的に安全でないところに引き揚げ者が集住せざるを得ない動的な圧力を生み出し、そこで結果的に被害が発生したと考えることができます。

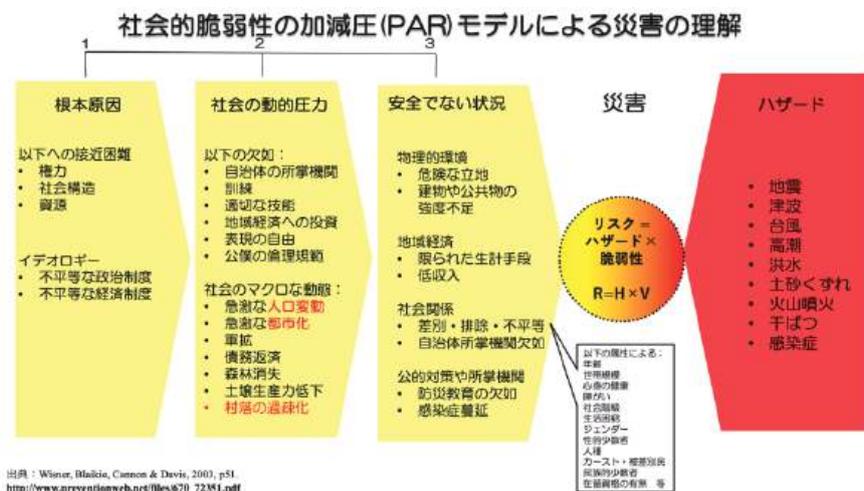


図2 社会的脆弱性の加減圧 (PAR, Pressure and Release) モデルによる災害の理解

災害を産み出す社会的な脆弱性は三層に分かれており（図2「社会的脆弱性の加減圧 (PAR, Pressure and Release) モデルによる災害の理解」参照）、それぞれの層で様々な欠陥があると、災害リスクが加圧されます。したがって、これらの各層で災害リスクを減圧することが防災・減災対策となるのです。ハザードに直接曝される層は「安全でない状況」、それをもたらした直接の要因は「動的圧力」、この圧力によって拡大される社会の根本的な歪みのことを「根本原因」と呼んでいます。

どの層でも、おかれた状況で災害リスクを減圧することが、防災・減災の取り組みの本質です。ハザードに直面する「安全でない状況」では、自力で避難できない人々を支援することが、現在、切実にもとめられているわけです。ソーシャルワーカーもこの点に関わってきます。高度経済成

長期の都市流入によって急傾斜地に造成された住宅団地での対策や、送り出し側の農村地域の過疎化に対する対策は、動的圧力を減圧する試みになります。さらに、福祉と防災の分断といったこれからお話しを進める「根本原因」にも法律を改正してリスクを減圧する取り組みに関わって来ました。

野村 立木先生、この3層構造は最近明らかになったのですか？

立木 これは防災の古典であり、出典は1994年刊の『At Risk (初版)』が提唱した災害リスクの加減圧(PAR)モデルです。現在はその第二版(2003年刊)が広く読まれています。防災研究者はこの枠組みを基に対策を考えています。

野村 防災は社会構造の問題であることが分かりました。ソーシャルワーカーはこれを理解している必要があります。

立木 図2の動的圧力層のなかには「社会関係」の項目があります。その中に、差別・排除・不平等というのがありますよね。どんな人たちが基本的に脆弱かということ、高齢であったり、単身者であったり、心身の健康問題を抱えていたり、障害があったり、あるいは社会経済的に困窮していたり、ジェンダーの課題に直面していたり、あるいはマイノリティであったり。そういった方々が、基本的に、極めて安全でない状況に置かれているのだというのが、災害リスクの加減圧モデルの基本的視点なのです。

生活の再建とは？

野村 わかりました。課題が明確になりました。しかし立木先生、被害状況のイメージはできますが、「生活の再建」にどのくらいの時間がかかるのか、具体的な期間が見えづらいです。

立木 はい。どれくらいの時間がかかるのでしょうか。来月で阪神淡路大震災から30年になります。1995年1月の発災から10年間にわたり被災者の生活再建支援に関わる直接支援やアドボカシー活動、また後半の5年間はこれらのアクションリサーチに基づいて、計量的な生活復興調査を設計し、兵庫県南部の被災地域で大規模な縦断的(パネル)社会調査を繰り返しました。

ここで紹介するのは、10年目に行った社会調査の設問の一つです。「復興カレンダー」という項目で、回答者全員に、いろいろな生活再建の課題について、発災からの時間軸上のどの時点で「落ち着いたと感じられましたか」と問い合わせました。

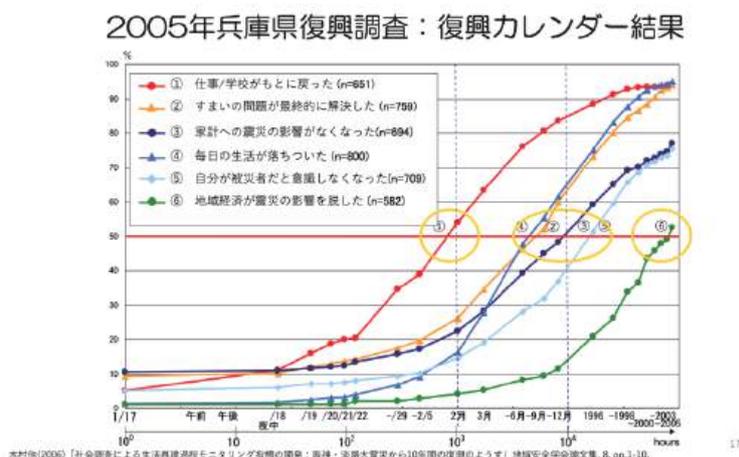


図3 復興カレンダー結果(2005年兵庫県復興調査)

図3は復興カレンダーの結果です。図の縦軸は累積の度数になっていて、赤線は半分(全体の50%)の人が、「もう片付いたぞ」、「一応目処が立ったぞ」っておっしゃったところです。横軸は時間軸です。我々の発見の一つは、被災された方にとっての時間の節目は、時計のような機械的な尺ではなくて、十時間、百時間、千時間、といった10の累乗の時間になるということなんです。そのような人間の心理的な時間の節目で尺をとっています。

この心理的な時間の尺上で生活のさまざまな戻り具合に注目していきましょう。最初の折れ線

は「①仕事や学校が元に戻った」の累積度数のカーブですが、赤線と交差するところで半分の人が「落ち着いた」と答えられていた。これは10の3乗（千）時間のあたりです。千時間というと約1ヶ月半くらいのタイミングで、西宮北口から三宮まで阪急電車が通るようになった頃です。言い換えると、応急復旧ができて、交通がやっと以前のような形になって、学校へ行ったり仕事に行ったりすることができるようになったのが千（10の3乗）時間です。

次の折れ線は、②住まいの問題、③家計の影響、④生活が落ち着き、⑤被災者であることを意識しなくなったという回復のグラフですが、半分の方が「それはもう大丈夫だ」とお答えになっていたのが、大体10の4乗時間（約1年）の前後でした。つまり、阪神大震災の時、大体1年ぐらいで半分ぐらいの人がこういったことにある程度目処を立てていました。

最後の⑥の緑色の累積度数は、やっと10の5乗時間で半分に達しています。これが何の回復かというと、⑥地域経済が震災の影響を脱した、というものです。半分の人が、そのように感じられるには、10の5乗（10の4乗が約1年ですから、さらに10を掛けた5乗は10年）という時間のオーダーになります。

野村 立木先生、阪神淡路大震災と能登半島地震は、発生した時期が異なります。現在の災害とどのように関連づけることができるでしょうか。

立木 能登半島地震は発災からもうすぐ1万（10の4乗）時間、つまり1年くらいが経過するところですけど、インフラや、交通、流通が戻るまでに、これまでの地震災害よりもはるかに長い時間かかっています。けれども、大事なのは、どのような災害からであれ、人は回復していく、つまり回復は時間の関数でもある、ということをお願いしたいです。

同じような復興カレンダー調査を東日本大震災の後の10年間、宮城県の名取市でも実施しました。名取市でも、おおむね阪神・淡路大震災の時と似たような回復の過程が確認されました。基本は、発災から十時間、百時間、千時間に心理的な時間の節目がある。十時間くらいで自分たちが被災者になったのだ、ここは被災地になったのだと分かってくる。それまでは「何が起こったか」わからない失見当期です。十時間から「何が起こったか」がわかってきて、それに応じて被災地モードに気持ちや社会が変わっていきます。この時期を展開期と呼びますが、十時間から百時間かかります。そして百時間から千時間というのが、災害社会学では「災害ユートピア期」と言って、ボランティアなどが積極的に活動し緊急社会システムが機能する時期です。

野村 なるほど。

立木 色々な災害で復興カレンダー調査は実施されてきましたが、人間の心理的な時間の尺は、ほぼ同じでした。発災から10の1乗（当日）、2乗（数日）、3乗（1ヶ月半）、4乗（約1年）、そして概ね半分以上の人にとって、生活が元に戻ったと感じられるまでには10の5乗（約10年）の時間がかかります。

野村 被災者の生活を具体的に想像することが重要です。

心身の健康問題・失業・単身高齢世帯群とそれ以外群の生活復興感得点の軌跡の比較

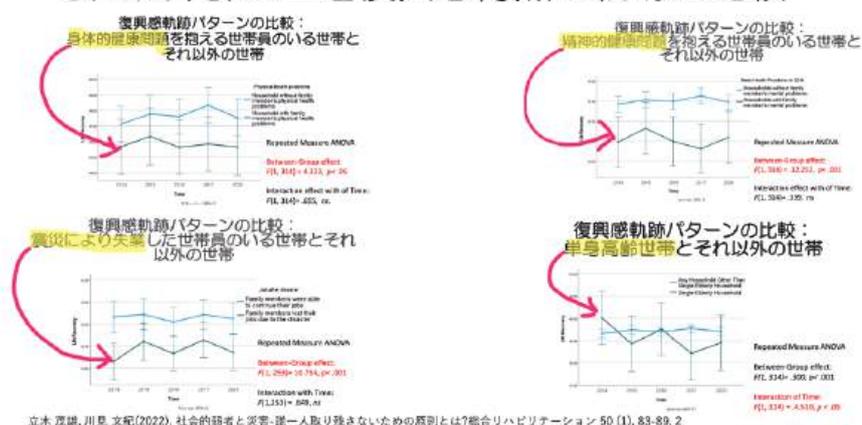


図4 心身の健康問題・失業・単身高齢世帯群とそれ以外群の生活復興感得点の軌跡の比較

立木 東日本大震災の調査結果（図 4「心身の健康問題・失業・単身高齢世帯群とそれ以外群の生活復興感得点の軌跡の比較」）を示します。10 年間に渡る調査で、被災後に生活に苦勞するのは、被災前からすでに生活が大変だった人たちだったということが分かりました。

図 4 の縦軸は、14 項目の生活復興感尺度を使って復興感を得点化したものです。その復興感の軌跡を示しています。左上のグラフは、身体的健康問題を抱える世帯とそれ以外の世帯の復興感の推移を比較しています。このような健康問題を抱える世帯では、他の世帯と比べて 10 年間にわたって復興感が低迷していたことを示しています。

右上は、精神的な健康問題を抱えた世代も。それ以外と比較すると、やはりずっと低迷していた。左下は、震災によって失業した世帯員がいる方の復興感の軌跡をそれ以外の方と比べたものです。このような層も復興感がずっと最初から違っていた。ずっと低迷したままであったということです。そして右下は、これは非常に辛い結果なのですが、単身高齢世帯の復興感の軌跡です。この方たちは、2014 年、15 年、16 年ぐらいの調査までは、それ以外の方と変わらなかったのですが、4 回目 5 回目の調査になると復興感がガクンと落ち込んでいった。

この結果から見ると、どんな方々が被災後に生活再建で大変脆弱であるのか。つまり支援が必要な方々はどのような人なのかは、被災前からある程度わかるということです。

レジリエンス（再構築力）とは？

野村 ソーシャルワークの実践では、この視点を取り入れることが重要です。レジリエンスと脆弱性をどのように理解し、評価すればよいでしょうか。

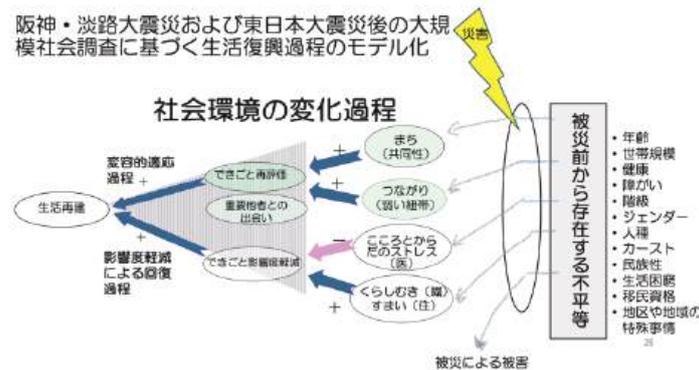


図5 阪神・淡路大震災および東日本大震災後の大規模社会調査に基づく生活復興過程のモデル化

立木 はい。脆弱性に注目してレジリエンスを考える際に参考になるのが東日本大震災から 10 年間にわたり 5 度にわたって行ったパネル調査の結果です（図 5「阪神・淡路大震災および東日本大震災後の大規模社会調査に基づく生活復興過程のモデル化」）。同じ人に繰り返し同じ質問をしたこの調査から、「レジリエンス」は「再構築力」と呼ぶのが適当だと考えるようになりました。調査結果によれば、レジリエンスには、「復元・回復」と「変容的適応」という二種類の過程があることがわかりました。

回復や適応は何によってもたらされるのでしょうか。被災の影響を緩和させることで、「回復や復元が起こった」「生活再建が進んだ」と考えられます。そして、被災の影響を減少させる資源とは、「医・職・住」の対応、つまり「医」に関わる心や身体へのストレスの軽減、「職」に関わる生計の安定、そして「住」に関わる住まいの安定です。

ところで「医・職・住」は、私の造語ではありません。いみじくも 30 年前、神戸で大地震が発生し、神戸市は半年後に復興計画を国に提出する必要がありました。急いで作成されたその計画には、被災者の生活再建のために、医療・保健・福祉施策（これを「医」と略した）、職業や家計の安定のための施策（これを「職」と略した）、そして住宅再建の支援策（これを「住」と略した）の三つが含まれていました。つまり「医・職・住」に注目した生活再建支援策です。東日本大震災の後も「医・職・住」は、被災前から既に存在する年齢、世帯、健康状態などの格差

や不平等に影響されていました。

災害は、既に存在する不平等を拡大する効果があります。まるで光学レンズのように、被災前からある格差や不平等をさらに際立たせ、深刻化させるのです。資源をたくさんお持ちの方にとっては、災害の影響は軽く、すぐに立ち直れます。ところが、被災前から格差、不平等に苦しんでいる方々は、災害のインパクトはより大きく、かつ、元に戻るまでもっと長い時間がかかるということなのです。

先ほどのパネル調査結果により、単身高齢者や心身に課題がある方々は低迷していることがわかりました。これらの方々には、「医・職・住」の社会資源を適切にケースマネジメントすることで、被災の影響を低減し、生活再建を支援できることが確認されました。

ところで被災後の生活の再構築、つまりレジリエンスには、もう一つの道筋があります。被災前に様々な不平等が存在していたにも関わらず、例えばプレハブの建設仮設住宅や復興公営住宅では、しっかりと自治会が存在し、役員や住民が協力して立ち上がる「まち意識」が高い場所に引っ越すことで被災者の生活復興感は上昇していました。さらに被災後に重要になるのは、自分からどのように「つながり」を広げるかという点です。肉親や親戚、友人といったつながりは、被災したからといって急に増やすことは難しい。一方「弱い紐帯」と言って、たとえば仮設住宅のふれあいセンターでのお茶会や健康体操など、共通の趣味や関心を持つ人々が集まる場で生まれるゆるやかなつながりは、増やすことができます。

私達の調査では 5 人以上こういう緩やかなつながりを新たに増やせた人は、復興感得点が 2.2 ポイント上がるということが確認されています。そして「まち」や「つながり」が、一体どういうメカニズムで生活再建や復興に至るのかということ、ここはもう本当にソーシャルワークの世界です。

たとえば家族を失った被災者の方にとったら、「昔の幸せ」は戻ってこないわけです。けれども、この人（重要他者）と出会ったことを通じて、残りの私の人生、何をしたらいいのかという人生の使命や、私の課題というものが見えてきて、それを通して新しい取り組みをすることで新しい友人ができ、そしてそういった方々との出会いから、「昔の幸せ」はもう手に入れることはできないけど、新しいつながりを通して、私は「新しい幸せ」をまた掴み取っていくことができる。そしてこういう新しいつながりが得られたということが、もしかしたら私にとって、あの被災したことの意味ではないだろうかという、そういう実存的な再評価のようなことを通じて、私達はさらに生活の再建感というのを高めていく。それは決して元に戻るのではなくて、変容して、適応していく。そういうプロセスがあります。キーワードとしては、最初に申し上げた、「復元していく力」と、「変容して環境に適応していく力」、その二つのプロセスがレジリエンスなるものには含まれている。なので、あえて日本語でネーミングするならば、「再構築する力」というのがふさわしいと思っています。

野村 立木先生、「回復過程」は理解できますが、「適応過程」はあまりなじみがありません。ここが重要だということがわかりました。「弱い紐帯」は必要なのですね。

立木 こういう介入をしたら、こういう結果が生まれるという、因果関係に関する事実のことをエビデンスといいますけれども、私達は 10 年間で 5 回のパネル調査を通じて、弱い紐帯を広げることが、出来事の再評価に肯定的な意味を確実に与え、それを通して最終的な復興感が高まるというエビデンスを手に入れています。自信を持って言えることはこういうことです。図 5 の因果図の上側の一体験の再評価を通じて復興感が高まる一プロセス、そして図 5 の下側の一医・職・住の社会資源の調整を通じて被害の影響を軽減していく一プロセスのどちらも、東日本大震災では多くのソーシャルワーカーが関わっていました。

医療ソーシャルワーカーだけではなく、福祉の現場の人たちが、コミュニティワークを展開しました。そういうコミュニティワークはまさに一人ひとりの体験の再評価とか被災体験の意味づけというところで、すごい力になる。

野村 ありがとうございます。被災前からのさまざまな要因にもっと注目すべきですね。

立木 そうです。日本のこれまでの被災者支援は、まず被災者として認定される必要があるしくみになっています。行政的な意味で、被災者とは誰かということ、これも実は 30 年前の阪神淡路大震災からそういう仕組みになったのですが、「家が壊れました」ということを証明する紙をもっている人のことです。ものすごく甚大な被害を受けましたという紙切れをいただいた人が、平たく言

うと、被災者なのです。その方々は、行政からの支援を受けられる、というわけです。

その住宅がどれくらい壊れたかというのは、被災前から存在する不平等を表しているのか。その手がかりには全くなりません。とても丈夫な住宅の住まいで、非常に蓄えがあり、地震保険もある。その上、人間関係の豊かな人というのは、たとえ家が壊れても、災害の影響というのは、実は少ない。

反対に借家にお住まいだった単身の高齢者で、神戸ではインナーシティと言われて再開発から取り残された都市の中心部がありますが、沿岸部の工場で働いていて退職されたような方々が、神戸の西部の市街地（インナーシティ）部にはたくさんおられました。この方々が高齢となり、単身で健康にもいろいろ問題がある方々が被災して住宅を失った。

すると、ものすごく落ち込むというプロセスが存在する。その時、ソーシャルワーカーさんから見たら、医・職・住に関わる心身のケアや、職業や生計の安定、公営住宅の手配といったところのケースマネジメントに関わって頂いたわけですが、別の支援者は一人ひとりにとっての実存的な意味づけ、こういったところに関わった方々もいるのです。そういった方々のお仕事も、広い意味でのソーシャルワークなのだというふうに思うわけです。

被災されて、晴れて被災者になってから支援するのではなくて、自分たちが関わっていたクライアントさんが被災すると非常に深刻な状況になるのだということ。被災からそのまま切れ目なく、アウトリーチして欲しい。申請を待ってから関わるのではなくて、被災前から気がかりな人には伴走して、いろいろな資源の調整のお手伝いをしていただきたい。それをまさにソーシャルワーカーさん、特に医療ソーシャルワーカーに期待したい。社会的な資源を、例えば入院患者さんが退院して生活していくときに、ケースマネジメントーディスチャージプランニングするじゃないですか。その技量を、生活再建支援で発揮していただきたいのです。そのような専門職への需要が被災地には常にあるということを申し上げたいです。

野村 なるほど。

立木 今ここに、東日本大震災後、10年間にわたる支援をされてきた災害チームの笹岡真弓さんも参加されておられると思います。ものすごい仕事をされた。医療ソーシャルワーカーに何ができるかということ、1000事例の中の医・職・住のケースマネジメントに加えて、コミュニティワークについても、伴走してやっていただいた。

野村 立木先生、それでは、どこに注目すればよいですか？

立木 被災前から、ご高齢であったり単身であったり障害があったり健康問題を抱えていたり、ジェンダー、あるいは性的なマイノリティであったり、移住者であったり、そういった方々に被災から寄り添っているのがソーシャルワーカーさんなのだから。そのまんま、自分たちのクライアントさんを、直後から切れ目なく関わっていただきたい。何が言いたいかというと、「私の仕事は病院のソーシャルワーカーだから」とかではなくて、「私達が自分たちのプラクティス、つまり実践の基盤になっている実現したい正義を、このときこそ、ちゃんと前に進めるために、私達一人ひとりが、求められているミッションを実現する」ということをぜひ優先して考えてほしいなと思います。

野村 ありがとうございます。先生よくご存知のグリーンソーシャルワークのドミネリ先生が日本で講演されたときに、1人の人に駆け寄りソーシャルワーカーであってほしいっておっしゃったのがとても印象に残っています。

立木 ドミネリさんも同じことを考えていて、私もドミネリさんのハンドブック（The Routledge Handbook of Green Social Work）の中で一章（Chapter 38: Persons with disabilities in the Great East Japan Earthquake: lessons learnt and new directions towards evidence-based empowering just practices）を書かせていただきましたけれども、「エビデンスに基づいた正義の実践」が求められていると書きました。

今、社会学科に所属して、災害や防災やっているので、一応、「災害社会学」って名乗っていますけど、ソーシャルワークでも全然問題ない。中身は同じだと思います。ただ身過ぎ世過ぎの関係で「社会学」と言ってますけど、「これをするのが被災者にとって、被災地にとって大事だという風に思う」信念が変わりはありません。

衡平性の実現

野村 そして、今話し合いはもう佳境に来ているのですが、先生が合理的配慮に関して、別の言葉を用いながら、書かれているところ、そこをちょっと私達に解説していただきたいと思います。

名取市と仙台市の住宅再建曲線の比較

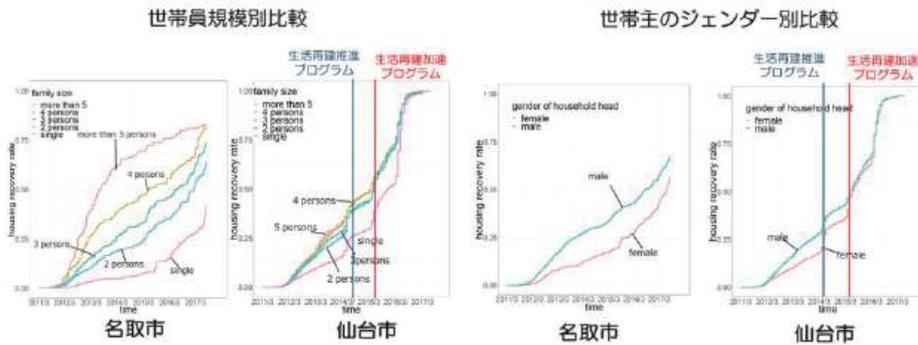


図 6 名取市と仙台市の住宅再建曲線の比較

立木 キーワードは衡平性(equity)という言葉です。これもエビデンスに基づいていて(図 6「名取市と仙台市の住宅再建曲線の比較」参照)、縦軸は仮住まいから住宅再建していった人たちの割合です。全ての方が家を失った段階がゼロですね。全ての方が住宅再建したのが 1 です。その割合を縦軸にとって、横軸は時間です。毎月の統計で、名取市の場合は我々のパネル調査データから推定しました。仙台市はオープンデータで公開しています。

この曲線は何を表しているのかというと、折れ線の角度が急に上向いていけばいるほど、住宅再建スピードが早かったということを示しています。緩やかにしか昇っていないということは住宅再建のスピードが遅かった。

住宅再建のスピードの速い・遅いを決める要因の一つは何かというと、世帯員の規模なんです。5人以上世帯員がいるご家族は、むちゃくちゃ早く再建していた。ところが、世帯規模が小さくなればなるほど、再建スピードが遅れて、単身世帯が一番遅かった。仙台市でも、やっぱり単身世帯の戻りは遅い。客観的な数字ですね。

右側の二つの図は、世帯主のジェンダー別に比較したものです。名取市では住宅再建は誰が早いかというと男性世帯主、遅いのは女性世帯主です。これは背景に所得格差が現実と厳然として存在していて、その結果こういう形で、女性世帯主世帯に住宅再建の遅れが出てきているわけです。仙台市でも同じ傾向です。

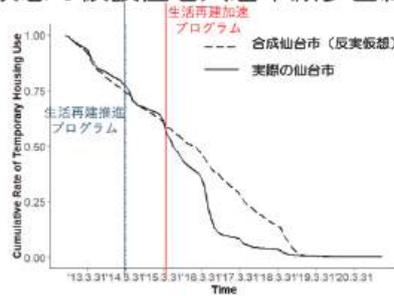
ところが、野村先生、名取・仙台と比較した時に、何かお気づきになりませんか。確かに単身の方の住宅再建の速度は遅いのですが、名取と比べて何か違いを見て取れませんか？

野村 シングルのところが。

立木 全体で規模が大きければ大きいほど速いというのは、名取も仙台も一緒だけど、パッと見ただけで世帯規模別の格差が、名取でめちゃくちゃ大きいのにに対して仙台はその格差がすぼまっていますよね。特に、2013年4月から計画を始め、2015年の4月から、ある取り組みを仙台市は面的に導入しました。そしてそれを契機に、単身高齢世帯の住宅再建カーブも格差が無くなっていきました。右側のジェンダー別の比較でも、名取は格差が激しいのですが、同じように、2015年4月からこの取り組みをした途端に、ジェンダー格差なくなっているんです。格差是正が行われた。

野村 先生何したんですか。

実際の仙台市と合成コントロール法により推定した反実仮定の仮設住宅入居率減少曲線の比較



川見 文紀, 立木 寛雄(2022) 災害ケースマネジメントが住まい再建にもたらした影響: 合成コントロール法による仙台市の被災者支援の検証, 日本建築学会計画系論文集 87 (757), 1282-1291.

立木 何をしたかっていうと、「災害ケースマネジメント」という取り組みを全市的に展開したのです。エビデンスとして言うためには、これだけでは一つの示唆にはなりませんけど、もっと徹底的に災害ケースマネジメントしたことによって、住宅再建が早まったんだっていうことを言うために、次の図 7 のような分析を行いました。今度は、縦軸は仮設住宅の入居率に変えています。直線が現実の仙台市の仮住まい率の減少カーブです。点線は、もし仙台市が災害ケースマネジメントを導入していなかったら、仮住まいの減少はどれくらいの傾きだろうかとこののを、宮城県内の他の自治体の減少曲線を使って、もし仙台市がケースマネジメントを導入していなかった（これを反実仮想と呼びます）、いわゆる対照群のようなものを統計的な方法を使って作り、実験群（実際の仙台市）と比較したら、ケースマネジメントを導入したことによって、仮住まいの減少がぐんぐん広がっていたことが確認された（図 7「実際の仙台市と合成コントロール法により推定した反実仮定の仮設住宅入居率減少曲線の比較」）。これは介入の結果としてこういう成果が上がったという介入と結果の間の因果関係について事実を提供する、つまりエビデンスを提供できているものです。

災害ケースマネジメントって一体何だったんだらうかっていうことを考えると、実は防災っていうのは、今まではずっと被災したらみんな大変な人になるんだから、そこにあるあの資源はみんな一律平等に同じだけ配るのが正しいやり方と言われてきました。

衡平性＝合理的配慮の提供



資源の一律配分による平等 資源の比例配分による平等

図8 衡平性＝合理的配慮の提供

図の左がその例えです（図8「衡平性＝合理的配慮の提供」参照）。これでは一番背の低い人は、たとえ踏み台を配布されても、一律平等の配布だと野球を見ることができていない。被災地で一律平等な対応というのは、実は一番の弱者にとってはそれだけでは生き残れないっていうことを示唆しています。

右が別の正義の基準、「エクイティ(equity)」という言葉の日本語訳としての「衡平」に基づく措置です。一番背の高い人は踏み台がなくても野球が見られているわけです、中ぐらいの人は 1 段の踏み台で見られ、一番背の低い人は踏み台が 2 段必要で、そのような比例配分による資源の

提供の方がはるかに優れている。その人の状況に応じてその場にある資源の提供を調節することを、合理的配慮の提供というわけです。

まさに資源を比例配分する、それが災害ケースマネジメントとして、仙台市で実装されたことの中身です。さらに、災害復興や被災者支援の中で合理的配慮の設計は一体誰が得意なのか？それは、お聞き頂けている皆さん方、ソーシャルワーカーさんなんです。

野村 なるほど先生、それには何を大事に、私達はこの合理的配慮を、とても壮大のこのように思えるんですけれども。

立木 実は簡単なことで、私の仕事は何か、ディスチャージプランニングする病院の専門職という風に自分の仕事を役割分担から考えるのではなく、目の前のこの方の尊厳であるとかウェルビーイングを守るために、私達を含む社会は何をしなきゃいけないんだろうか、何が求められているんだろうかっていう風にミッションを意識して欲しい。ミッションを意識すれば、多職種の人たちを使命・目的に向けてマネジメントすることが可能になる。

先ほど待合のところに笹岡眞弓さんをお見かけしましたがけれども、笹岡さんは例えば東日本大震災のときの大規模な福祉避難所「遊楽館」という一能登半島地震で言うと、金沢の総合スポーツセンターみたいな感じの一ところで、あの頃はまだテントとかなかったんですけれども、やがて段ボールベッドが配置されるようになって配慮が必要な方とご家族がそこで暮らし、そこにも様々な専門職の人たちが入りました。

そのような多職種の専門職の人たちが関わるケースのディスチャージ・マネジメントを誰がしたかって言ったら、医療ソーシャルワーカーさんが関わって進めておられた。そのときに石巻で初めて笹岡さんとお会いしました。笹岡さんはプロなんです。医療ソーシャルワーカーの皆さんは合理的配慮の設計でそのために社会資源の調整マネジメントをする、そういったことが皆さんの専門職として一番の固有の根っここのアイデンティティだと思います。その根っここのアイデンティティをミッション（使命）のために使っていただきたい。これが、私の期待です。

協働性の実装

野村 ありがとうございます。先生その連携をどうやって回していったらいいのかってそこもちょっとご示唆いただけますか。

立木 連携ってというのは、結果なんです。連携は言い方を変えると、スローガンのようなもので、「連携しろ！」と言ったって連携は起こらない。連携を起こすためには、その前段階のアクションが必要。そのアクションが「越境」です。これは2016年から別府市で始めたインクルーシブ防災プロジェクトで一番の推進役だった別府市の村野淳子さんという方の仕事を4年間にわたってずっと参与観察したりインタビューしたりして、そのテキストデータをグラウンデッドセオリー的な方法で村野さんの仕事を理論化した成果から生まれた言葉です。

村野さんには「器量」の部分と、「技量」の部分があることが分かりました。「器量」は基本的なワーカーさんだったら誰でも持っていること、プラス政治的な資本とか、色々な社会関係資本とか、それとエビデンスに基づいて活動する態度といった器量を持っておられました。それを踏まえて村野さんの「技量」の一番重要な行為が「越境」でした。庁内の防災部局にいるのだけでも保健福祉部局の関係各課に出向いて行って説明して根回しをし、そしてそのための資料を作って具体的にこの在宅のこの方、何とかしたいので、みんな関わってくださいっていうような働きかけを繰り返していた。庁内の越境に留まらず、それから地域の、つまり庁外の関係者、あるいはケアマネとか介護保険の事務所といったフォーマルな資源全部に越境をかけて、繰り返し説明に上がっていた。

そういった越境の結果として境界連結がなされた。境界と境界の間に橋がかかり、橋がかかることで交流が生まれ、そういったことの結果として地域との協働が可能になり、それをベースにしてやっと当事者の参画が可能になっていた。これが村野モデルと呼ぶもので、越境→境界連結→協働・参画というプロセスに理論化・概念化できたわけです。概念化できれば尺度化が可能になります。そこで、「越境」と「境界連結」、「協働」、「参画」、こういった概念の操作的尺度項目を設計しました。

2017年度からは、別府のとり組みを兵庫県に横展開する取り組みを始めました。これは、防

災ラインと福祉ラインも一緒になってスクラムを組んで個別避難計画作成を進めるという事業です。2020年度の終わりには、この事業のインパクト評価をしました。そのときに先ほどの村野理論に基づく尺度を用いて、県内41市町の担当者にオンラインで聞き取り調査を行いました。実際のインタビューは、兵庫県社会福祉士会の方々をお願いしました。

この操作的尺度を使って、この1年間越境をどれくらいかけました？境界連結はどうでした？地域との協働はどうです？当事者の参画はどうです？こういったことに関する項目を聞き取って頂いた。そしてもう一方で、個別避難計画作成の事業の進捗度（マイルストーン）を設けて、進捗状況のチェックもした。この調査のリサーチクエストは、担当者が「越境」と「境界連結」、「協働」、「参画」のそれぞれでどれくらい汗をかいたら、個別避難計画の作成がどれくらい進んでいたかを明らかにすることでした。

立木 図9（越境・連結のインパクト評価）がその結果です。横軸は越境の軸で、図中の黒丸が担当者の越境項目です。縦軸は境界連結の軸で、白丸は境界連結項目です。すると、担当者が横軸を右側に向けて越境すると同時に、縦軸で部局間の連結を上向きに図ると、そのベクトルの和として地域との協働が確保され、これをベースにして当事者の参画が可能になっていた。越境→境界連結→協働・参画のプロセスに沿って事業は前に進んでいた、というストーリーになっていたんですね。なので、越境をすることが連携・連結を生むのだという結果になっています。

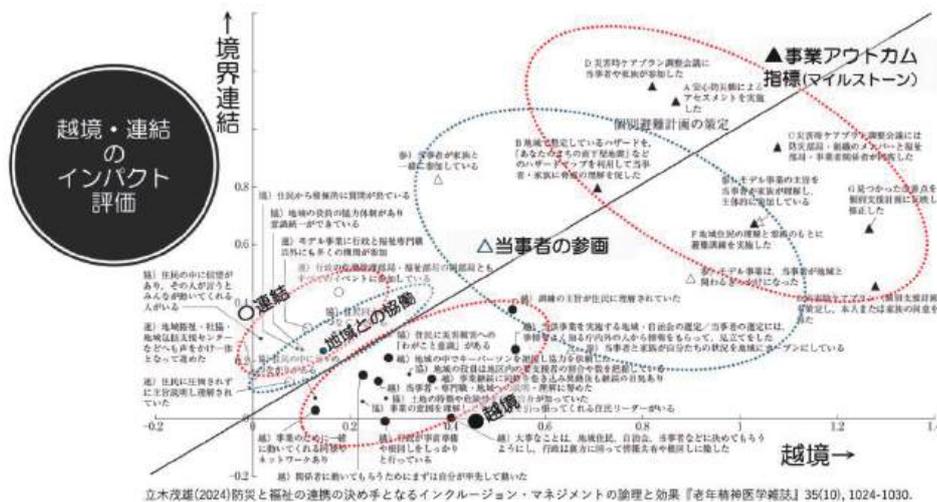


図9 越境・連結のインパクト評価

野村 先生それは能登でも同じですか

立木 これをしたらきっと前に進むはず。ただ、ここであるように個人の技量としての越境→境界連結→協働・参画のプロセスに加えて、制度的な資本とか、ミッションを持っているとか、それが能登半島地震の場合には、県、そして市、町で動かしていくための基盤となる人的な資本が非常に弱いのが今回の能登半島地震だと思っています。でも現場で一生懸命越境をかけている方々は存じ上げています。

生活の全体性

野村 立木先生、私たちは平時と災害時の対応についてどのように考えればよいでしょうか。

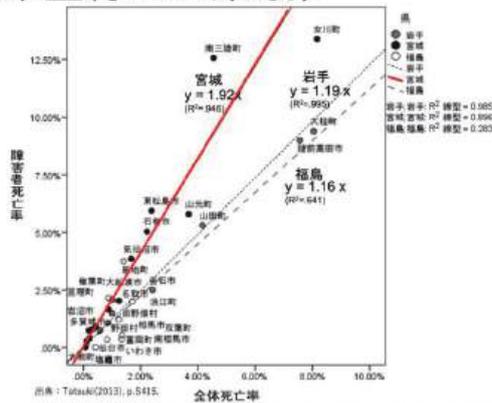
立木 インクルーシブ防災の一番のポイントについてお話しします。なぜ、災害のときに高齢者や障害者に被害が集中するのか。その答えは図10（東日本大震災における全体死亡率と障害死亡率の比較(回帰直線は3県別)）に隠されています。このグラフは実は深刻な状況を物語っています。図10の横軸は東日本大震災で何名の方が亡くなったのか、市町村の全体死亡率を取っています。その数字は警察庁が公開したものです。

警察庁のデータによると東日本大震災で津波により10名以上亡くなられた方のいる自治体が

31 あります。その 31 の自治体に、NHK の E テレ（ハートネット TV）の取材班が問い合わせをして、障害者手帳をお持ちの方は何人亡くなっていますか、という数字を独自に調査しました。

図 10 は、横軸に警察庁が公開した市町村の全体死亡率を取っています。縦軸は、一つ一つお問い合わせをした障害者手帳をお持ちの方が何人亡くなっているのか、をもとに算出した障害者手帳をお持ちの方の死亡率を表しています。

東日本大震災における全体死亡率と障害死亡率の比較(回帰直線は3県別)



Tatsuki, S. (2013). Old age, disability, and the Tohoku-Oki Earthquake, *Earthquake Spectra*, Vol. 29, No. S1, pp. S403-S432.

図 10 東日本大震災における全体死亡率と障害死亡率の比較

この図をどう見るかという、南三陸町では全体の死亡率（横軸）は4%ですね。100人のうち4人が亡くなっている。一方、南三陸町を縦軸で見てやると、障害者手帳をお持ちの方の死亡率は12.5%だった。つまり障害者の死亡率は全体死亡率よりも3倍以上激しかったのです。では、どこでもそんなことが起こっていたのかということでも別に直線を当てはめてみました。全体死亡率に対して障害者死亡率はどのような関係だったのか、を比較しました。直線を当てはめてやると、45度の角度であれば、全体死亡率と障害者死亡率は変わらないわけですね。その45度の角度に近いところにあるのが岩手と福島です。全体の死亡率に対して1.2倍ぐらいの格差でした。

ところが宮城では障害者死亡率は全体の死亡率の約2倍になった。「なんでやねん！」ってことですよね。つまり、あの東日本大震災では、宮城で集中的に障害のある人が亡くなっている。その答えの一つは、逆説的ですが、宮城では地域移行が圧倒的に進んでいたからなんです。

野村 わあ～、なんと

立木 それはたまたまではなくて、厚生労働省の障害福祉課長をされていた方が知事選に出馬された。公約は東北で一番進んだノーマライゼーションを実現すること。地域福祉をベースにした地域移行を選挙公約にして、その結果として在宅で暮らせる重度の障害当事者の方っていうのは圧倒的に宮城が群を抜いて多かった。けれども、その福祉は平時のことしか考えていなかった。災害時はって言うと、いやそれは防災危機管理ラインが、名簿を地域の方に持っていただいて地域で何とか頑張っていたと進め方をしていた。つまり、平時の福祉といざというときの防災が分断されていたんですね。

理由はもう一つあります。高齢者向けの施設に入所されていて、そこで被災された方も宮城が圧倒的に高い。高齢者向け施設、福祉施設はどこに建つか。それは地価の安いところ。地価が安くてどういうところかということ、宅地として売れないところ。何故か？という危険な立地だからです。それは、宮城県では東部太平洋沿岸部になります。明治三陸津波、昭和三陸津波、チリ津波とずっと黒い波に襲われる一帯は宅地としては売れない。

そういったところに2000年以降介護保険の施設が集中的に建ってしまった。これもいわば福祉ラインで介護保険制度を始めるぞ、人口構造がものすごく高齢化していくぞと、家庭内で介護ができないから社会的介護に移すぞ！という国家レベルの大ミッションがあり、その時に防災あるいは土木部局はですね、そんな危険なところに本当は建てて欲しくないんだよね、という声が

あったけれどもかき消されてしまった。

だからこれもいわば福祉ラインの事情と防災ラインの事情が分断された結果なのです。なぜ災害のときに高齢者・障害者がなくなるのかの根本原因は、実は福祉と防災が分断されていることに帰結する。

なので、抜本的な解決策は極めて簡単です。福祉と防災をくっつけたら良いのです。それを個人レベルで考えれば、障害福祉サービスを例にとると、平時はサービス等利用計画を相談支援専門員は作っています。ならば、その同じケアマネさんとか相談支援専門員さんに災害時にどうやって逃げるのかっていうことをケアプランとして作ってください、災害時ケアプランとして、仕事として作ってもらい、報酬もちゃんと払えばいいじゃないですか。2021年5月、令和3年5月の災害対策基本法で実現しようとしたのは、まさにそのことです。

平時は公的なサービスと当事者のニーズをマッチングしますが、災害時ケアプランでは隣近所のインフォーマルな支援と当事者の避難移動、避難生活用の配慮の提供を設計してください。防災ラインではそれを個別避難計画と言いますがそれでも福祉の立場から言えば災害時ケアプランとして普段のサービス利用等計画に加えてもう1枚ですね、災害時の留意事項というような形であらかじめ書き込み、さらに書き込んだだけでは実効性がないからシミュレーションで毎年防災訓練して試してください、と。それでプランの再策定の過程をもう1回やって。これもケースマネジメントフローそのままです。これを誰ができるのと言うと、福祉専門職ではないですか。

かつ、その利用者が被災したら、そのまま切れ目なく災害ケースマネジメントに移行する。防災ラインの人たちは災害ケースマネジメントというのは災害が起こった後、人を新たに雇って急に当事者と関わってもらおうというような蛸壺的な発想しています。が、災害ケースマネジメントができる最適の人材は被災前から関わっていた福祉専門職です。そうすると平時のケアプラン作成・災害時ケアプラン作成に加えて緊急・短期・長期の災害ケースマネジメント、これ全部ソーシャルワーカーさんが本当に1日ぐらいの研修を受けていただいたら切れ目なくできるようになる。

これまで防災の対策に福祉関係者が関わってください、とお願いすると、「いやいや私達はもう平時のケースロードでパツンパツンなっています。だからとてもじゃないけどそこまで関わられません」っておっしゃっていた。でもですね、能登半島地震が2024年1月に起こりましたけど、今年(2024)の4月から義務化されたことがあるじゃないですか。

三年前の介護報酬の改定に伴って福祉の業務継続計画(BCP)が義務化されたじゃないですか。今、BCPっていうのはみんななぜか頑なに施設のBCPだけやったらいいと思っているんですが。。。

野村 私もそう思っていました。

立木 介護報酬の改定で求められたのは、居宅サービスもBCP作ってくださいということなんです。すると、災害時ケアプランって何かっていったら、これ居宅サービスのBCPそのものなんです。

皆さんのミッションというのは、クライアントの命を護り、尊厳を護り、ウェルビーイングを護ることですね。そのために絶対止めてはいけないのは何かって言うとクライアントさんへのケアじゃないですか。それを止めちゃいけない。自分たち専門職が行けない、だったら隣近所の方々の支援とあらかじめ結びつけておく。そのようなケアプランを災害時版のケアプランとして作っておけばいい。さらに利用者が、万が一被災し、その後生活再建のプロセスにも福祉専門職に伴走していただきたい。そのまま切れ目なく関わって頂きたい。

私は「災害ソーシャルワーク」という言葉は好きではありません。「災害福祉」という言葉も好きじゃない。「災害福祉」という言葉の含意は、あたかも福祉は「晴れ」の日だけ考えている。これに対して「嵐の日」専用の福祉を考えよう、という意味合いが感じられる。でも、利用者の尊厳やウェルビーイングを第一に考えるなら、ソーシャルワーカーには「晴れの日」も「雨の日」も、そして「嵐の日」もずっと切れ目なく関わって欲しいのです。ソーシャルワーカーの皆さんにお願いしたいのは「全天候型」でクライアントさんに関わって頂くことです。

その根拠は、皆さんにはケースマネジメントのプロセスを回す技量・力量をお持ちだからです。むしろ災害に備えるという場面では、活用する社会資源は公的な有償サービスではなくて地域のインフォーマルな社会資源になります。その違いはあります。でも、出来の良いケアマネさんとかソーシャルワーカーさんだったら、例えば、車椅子の方が在宅で暮らしています。普段は、様々な居宅サービスの利用を計画します。けれども、たとえば電気のブレーカーが上がっちゃっ

たときに事業所にお電話いただくよりは隣近所で親しい方をさがし、一緒にご挨拶に行っていたいで、ちょっとした些細なことなら声かけしたときに手伝ってもらえますみたいな環境づくりをしているわけですよ。

それをもうちょっと制度として、いざという時のために隣近所とつなげておくところまでを仕事としてやってください。しかも無償でやってくださいという仕組みではなくて、令和3年の5月から、専門職が関与して、災害時ケアプランあるいは個別避難計画作成に関わっていただいたら1件当たり7000円報酬が地方交付税措置として出るような仕組みを整えました。

仕事として関わって欲しい。それが第一歩です。本来は介護保険や、障害者総合支援法の中で定期的な認定調査や再調査の時に災害時版のケアプラン作成にもちゃんと恒常的にお金がつけられるようにしたいと思っています。まだそこまでは追いついていません。まずは、手始めに地方交付税措置でやってください、というのが現状です。でも、全天候型で皆さんのミッションを実現するべく、クライアントさんと関わり続けていただきたい。これをものすごく本当に心から、願っています。

野村 そろそろ残り8分となりました。質問は後で時間を取りますので、今日のまとめをお願いします。立木先生はソーシャルワーカーなんですよ。

立木 私は関西学院の学部の時1年間吹田保健所で精神衛生相談員の実習をやって、そこは真野元四郎さんという、すごく優しいスーパーバイザーに甘えさせていただきました。大学院では週に2回淀川キリスト教病院の医療社会事業部で、森野郁子先生とか竹内一夫先生という、それは怖い怖い先生方のご指導を2年間受けました。そこで掃除の仕方から、お茶の入れ方など全部をたたきこまれました。むしろ担当ケースのスーパービジョンにはプロセスレコードを準備して指導を受けました。その後トロント大学のマスター・オブ・ソーシャルワーク課程では、やりたかった依存症のことを学び、また結婚・家族療法のライブ・スーパービジョンも受けました。Ph.D.課程では、引き続きアルコール薬物依存の研究所で、夫の問題飲酒への解決に夫婦カウンセリングを適用し、8回で問題飲酒を低減させようというプロジェクトのデータを使って博士論文を仕上げました。

野村 今日はアルコールに関わるソーシャルワーカーも参加しています。また、先生が主査をされた西川京子さんのお仲間の方々も多数参加されています。最後に、災害問題とアルコール関連問題についてコメントをお願いできますか。

立木 西川京子さんには神戸の震災の後ですね、それこそ西神第七仮設住宅に来ていただいて、アルコール問題のことについて関わってもらいました。また、黒田裕子さんともすごく親しくさせていただきました。黒田さんは、いつもお洒落な方ですが、仮設住宅に住み込んでしまわれました。そこで単身の中高年の男性達の生活改善に取り組みされた。この人達って、その多くが神戸の長田区で暮らしておられたのです。長田の下町では（震災前）朝は喫茶店でモーニングを食べてそれとみんなと団欒しながら仕事場のケミカルシューズ工場などに出勤していた。（震災後）アルコール問題が一番に顕在化したのがそういう単身の中高年の男性達でした。まず彼らは、自分で食事を作ることがなかったのです。そこで、黒田さんは西神第七仮設の集会所で食事を作るところから一緒に始めました。アルコールがなくても暮らせる、ライフスタイルが維持できるような環境作り、そういったことから始められた。

アルコールの問題は何度も顕在化するんですね。アルコール依存症になるのに女性だと5年ぐらい男性だと10年ぐらいかかるわけですから、被災後すぐに顕在化するのには被災前からそういう問題をお持ちの方々が眼に触れるようになるわけです。西川京子さんも、そのような環境のなかで、どうやって配慮を回りの環境が提供するのかという問題に取り組みされた。それはもう「医・職・住」だけの世界ではなくて、新しい「つながり」や「まち」を提供することで、飲酒をしなくても暮らせる環境を作ろうということ率先して実践された。黒田さんは、仮設住宅を巡回しながら、ゴミ箱もちゃんと見て中身でどんなものを食べているとか、お酒をどれくらい飲んでいるとか、そういったところまで本当に生活にも介入していく方法を指導された。そういったことのベースになるようなことを西川さんにもものすごく沢山お手伝いもしていただきました。

野村 ご多忙のところありがとうございます。先生、残り時間があと2分となりました。最後にソーシャルワーカーの方々へのメッセージをお願いします。

立木 いやそんなおこがましい。一応自分がやっていることは、関西学院の学部・大学院それからトロント大に行っても、そして現在同志社の社会学科におりますけど、首尾一貫してずっと同じことをやっているつもりです。繰り返しになりますけど、何のためにこの仕事を続けているのかというミッションを、絶えず問い続けてきました。それでいろいろと軋轢があったのも事実です。「こういうことを実現したいと思った時に上役が聞いてくれない、回りの環境が許してくれない」ということもありました。そういうときに、村野純子さんから学んだのは、とにかくごちゃごちゃした時は、「そもそも論」に立ち返ろう。「そもそも論」でやれば負けることはないということ学びました。ややこしいことになった時は、組織の中で動けない。そのときには組織外の人たちとインフォーマルな仲間関係を維持しておいて、「阿呆な上司」が替わった時に、上手いタイミングで表に出そうっていうことですね。ソーシャルワークの言葉で言えば、そのようなチェンジ・エージェント（変化の代理人）になって欲しいと思います。その一言だと、思います。

野村 先生、ありがとうございます。本当に良かったです。立木先生、引き続きお付き合いをお願いします。皆さん、これから5分間の休憩に入ります。11時45分から15分間のブレイクアウトルームで、立木先生への質問を話し合ってください。それでは、休憩に入ります。

《休憩》

野村 それでは、質問タイムに移ります。立木先生、よろしくお願いします。今日は京都府断酒平安会家族会みやびの田辺暢也さんがいらっしゃいます。まずは田辺さんからお願いします。

田辺 京都府断酒平安会家族会みやびの田辺です。家族の立場であり、本当にこんなソーシャルワーカーという立場でもないのに、こういう研修に参加させていただいてありがとうございます。立木先生のお話 本当に僕も驚いたんですけど、災害っていうのは、元々被災前から存在する不平等から来るんだっていうのがすごい衝撃的でした。僕は依存症支援に関わる、一般社団法人を立ち上げてやっているんですけどアルコール依存症家族っていう立場でもあるんです。聞いていて、まず先生がおっしゃっていた、「誰一人取り残さない」という言葉が先生の講演にも著書にもありましたけど、断酒会にも酒害のある最後の人まで取りのがさないという言葉があるのですが、そのためには災害が起こる前から問題を抱えた人などを見つけ出して、そしてその災害を見越した上でというか、最初からケアプランというのを災害時ケアプランというのを作らないといけないっていうことが本当は勉強になったんです。実際、今日来てはるソーシャルワーカーさん僕はソーシャルワーカーという立場じゃないから逆に質問できると思うんですが 実際その先生のおっしゃっていたそういうソーシャルワーカーさんの矜持とか正義の実践っていう気持ちを持って、災害時のケアプランを立てるところまで皆さんがMSWの皆さんがたどり着けるのかなと？それに私はどちらかという当事者の立場になるんですけど、当事者の立場として日頃、地域社会の中で、僕も町内会の役員やっても本当に新しい人がもう全然町内会や自治会って来ないとか、既にもう分断されたような弱い状態さえないような町になりつつある中で、MSWさんが日頃から病院の中にはいる人が例えば町内会の集まりと自治会の集まりとかにMSWさんが来てくれるなんてことも考えられないし、どういった気持ちを持ってどういうふうに日ごろからの参加が具体的な参加方法があるのかなっていうのを聞きたいです。

立木 田辺さん、ここでちょっといいですか。1つずつ普通に聞いた方が嬉しいんですけど、その問い自体が病院の医療ソーシャルワーカーとして、「何ができんねん」という発想から、クライアントさんが万が一被災した場合、あるいはもう非常に脆弱な状況にクライアントさんが暮らしておられる。この方に対して「我々は何ができるのか」というふうに発想を変えてほしいんです。私らは役所言葉で言う業務分掌っていう役割分担として、医療ソーシャルワーカーをやっている。どういう役割分担で仕事してんねんって言われたら動きますよ。そやけど、そういう人は言われなると何もしないですね。言われなと動いてほしいんですよ。それをさせるのはやっぱり、ミッションだと思っただけです。

同時に、全てをソーシャルワーカーに丸投げにはしてはいけな、ということも大事です。私はインクルージョン・マネジメントって呼んでいるんですけども、専門職の支援と、それから在宅でおられる方々、それから実際のサポートを提供していただける近隣の方々をつなぐ努力を行政は果たして欲しい。それをしないと専門職も入って行けない。筋の悪い自治体では、ケアマネ事業所に丸投げしているところもあります。でも、それではうまくいかないんです。というのは、

ケアマネジャーさんを例にとると、平時の公的なサービスについて、どういう社会資源があるのかというのは皆さんご存知ですけど、インフォーマルな隣近所の方々からなる社会資源、どんな自治会長さんでどんな民生委員さんで、自主防災会はどんなんやねん、といったことはケアマネさんの仕事の範囲を超えています。そこで登場するのがインクルージョン・マネージャーです。当事者と地域とそして専門職をつなぐ、そういうお役目、コミュニティワーク的なものですが、これもね。そういう多組織の多職種をコーディネートして、近隣支援者と当事者をつなぐ。これはまた別のラインで絶対動いてもらわないとこの取り組みは前には進まないです。誰がそんなんするのかと思ったら、令和3年5月の災害対策基本法の改正では、それは行政がやれよと書いてあるんですね。

もし個別避難計画のことにご興味があるのであれば、今から3つのキーワードを言います。「内閣府、防災、避難行動要支援者」の3つですね、これで検索をかけると、令和3年の5月の法改正に伴った新しいガイドラインを検索できます。その19ページ。これが肝の部分です。ここに行政がすることとして、ステップ1は、庁内外の推進体制を作ってください。福祉部の関係各課と福祉関係の庁外の事業所さん、そして防災部局と地域の自主防災会、そういった方々をプロジェクトチームとして束ね、一緒に進めるスクラム体制を作ってください、と。「誰がそれつくんねん」って言ったら、もう覚悟を決めた行政の担当者がそういうスクラム体制作りをやってください、ということが前提になります。そういった中でソーシャルワーカーさんにもですね、「いやいや普通のワークロードでパツパツやから無理やわ」とはおっしゃらずに、皆さんがお世話されているクライアントさんが万が一被災すると、もう本当に苦境に陥るんだから、ということで事前にネットワーク作りをしていただきたい、というのが一番申し上げたいことです。絶対に医療ソーシャルワーカーさんだけでやれなんてことを言っているわけではないのです。

野村 田辺さん、ありがとうございます。1つずついくので次の方に回しますね。はい。次は白野光さんお願いします。

白野 所属は東京都リハビリテーション病院（東京都）の白野光と申します。よろしく申し上げます。私は2019年に台風に遭いまして、当時から病院の現場で働いていました。透析の患者さんの行き先などの支援にあたり、自分は自分で家でも水が出ないという状況でした。支援者側でもあるソーシャルワーカー自身の自分もとても精神的にきつい状況にありました。こういった災害、そもそも災害になる前からいろいろちゃんと準備が必要だと思うんです。自分もクライアントのために尽力したいと思う傍ら、支援者である自分自身がバーンアウトな状況になってしまっているなと思いました。何か支援者支援の視点で、先生のお考えとかを聞けたらな、と思います。よろしく申し上げます。

立木 一般的に、災害時は病院スタッフが自分も被災しながら、寝ずに仕事をすることがあります。でも、そうすると2次災害を起こすわけですね。なのでまず、制度として今回の能登半島地震でDWAT(災害福祉支援チーム)という名称もオールジャパンで統一されましたし、まずは介護や障害サービスというところで、人的資源の動員を図りました。医療ソーシャルワーカーさんも、東日本大震災時での実績があるので、例えば同じ業界の方々で透析患者さん、これはコーディネーターさんも本来ちゃんと地区地域ごとに配置されているはずなんですけど、それをつなぐために何より、事前の段階で同じような職種とか同じような医療ソーシャルワーカーさんが即座に派遣できるネットワークをぜひ作っていただきたい。別に枠に入る必要はないんですけど、人間ってというのは自律するためには連帯が前提なんです。連帯のない自律の試みは単に孤立するだけなので。だから、ネットワークを動員できるようにしておこう。そのためにできることはまず災害が起こったら自分たちから余裕があれば出向いていこう。被災地に行くことが一番の研修になると思います。孤立して無理を重ねると必ずセカンダリ・トラウマが起こりますから。まずはチームを組むことですね。あるいは、ネットワークを事前に考えておいて、いつでもプッシュ型で実装できるようにしておく。

2025年春には災害救助法の改正が迫ってきています。その一番のポイントは、これまで福祉が災害救助法上の災害対応事務に入っていなかった。これを医療や助産と同じように、災害救助内のきちんとした事業として位置付けようとしています。例えば病院の透析患者さんのケアをすとか、ディスチャージプランニングすとか、あるいは支援先を探すとかってところのコーディネーター的な業務ですね。普段、ソーシャルワーカーさんがされていること、これも災害

対応事務になるので、応援が来ること前提の対応を BCP として考えておいてほしい。BCP を、組織だけの BCP じゃなくて、外から応援が来ることを前提の BCP で考えていただきたい。というふうに思いました。詳しいことはですね、「月間福祉」の能登半島地震の起こる前の月の号（「なぜ、今」災害対応・新ステージなのか①—未知のものを既知化する事業継続マネジメントの重要性、月刊福祉、2024 年 3 月号、60-63）に書いていますので、またご覧いただければありがたいです。

野村 文献のご紹介までありがとうございました。では、もう 1 人いきたいと思います。渡辺さん。お願いします。

渡邊 所属は大原総合病院（福島県）の渡邊寿恵と申します。私は宮城県出身で、実は宮城県沖地震から、あの、子どもの頃から訓練をずっとやっていて、そして今、福島県におりまして、東日本大震災の経験をしていました。今日、先生にお伺いしたかったのが、平時のとき、毎日の日常生活の中ではなかなかできなかったんですが、平時のときから災害が起こったときどういうふうに準備をしていったらいいのか、考え方ですとか、普段のソーシャルワーカーとしてのその取り組みについて、ぜひアドバイスをいただけたらと思います。

立木 令和元年に示された介護報酬の改定の方向性の中で、福祉サービス全てについて災害のときに業務を止めてはいけない、そのために計画がいる、ということが示されました。3 年間の経過措置を踏まえて福祉サービスの BCP が義務化されたのが 2024 年の 4 月ですね。なので、もはや心構えの問題ではなくなりました。今支えている利用者さんを、被災後もサービスを継続するために、例えば病院は BCP を当然つくらなきゃいけないと、それは物資とか水とか医療支援だけではなくて、人手のことも含めての病院全体の BCP があるので、医療ソーシャルワークの部門としては BCP は何を考えなきゃいけないのかっていうことをぜひ病院全体の BCP の中に自分たちの仕事を入れ込んでいただきたい。それから、医療ソーシャルワーカーさんでないとできないサービスについてですね、自分たちの自前の資源では賄えないときに、業界全体ですぐにプッシュ型で応援に行けるような体制を合わせて構築する。それを自分の病院の BCP あるいは自分たちの部署の BCP、そしてそれは自分たちだけで完結するのではなくて先ほどの方と同じようにですね、ぜひその専門職種として、応援できるような体制をぜひ協会や個人レベルとかでね、考えて練習をしていただきたい。

人間って普段していることしかできませんので。だったら災害時にできるようにするには、普段の業務の中に災害時の対応も常に考えながら、決してサービスを止めない。一番重篤な支援を必要とする方々をですね、継続して支え続ける。それだけのロジスティックっていうんですかね、そのロジを、繰り返しになりますけど、自分たちの組織の内部だけで考えるのではなくて、応援が来ることを前提で継続することを考えていただけたらと思います。

野村 先生ありがとうございました。渡辺さん、どうもありがとうございました。

立木 自分たちの仲間が応援にくる、ということを新しい常識にしたい。繰り返しになりますけど、自律は連帯が前提です。だからソーシャルワーカーが災害時に自律的に活動するためには、連帯の体制を普段のうちからぜひ構築してほしい。医療は 30 年前からこの取り組みを始めていました。最後のメッセージです。

野村 立木先生、本当に半日間そして準備も含めてお時間をたくさん頂戴しました。しました。本当に今日はありがとうございました。

立木 ありがとうございました。

野村 先生また、ご指導よろしくをお願いします。

立木 それからですね、宣伝です。「防災と福祉のガイドブック」これ 11 月 1 日発売で、2 週間で 1400 部が全部売り切れてしまいました。来月から書店に並ぶと思います。これは、福祉の方々も防災について知る上で、すごく大事な書籍だと思います。それから 1 月 20 日の ETV のハートネット TV の番組は能登半島地震からちょうど 1 年で、特に事業所のスタッフの職員不足、人的資源の不足で事業が継続できなくなってきた状況を 1 年間ずっとおってきて、私は 1 番の背景にあるマクロな状況についてスタジオからお話することになっています。他人ごとではなくて、事業所がどうなるのかってというようなこともお話する予定ですので、そういうのもまた見ていただければ嬉しいです。

（対話者 司会：野村裕美）

プログラム2「ソーシャルワーカーの語り その1」

講師：藤田さかえさん（元久里浜医療センター）

藤田 よろしくお願ひいたします。私は、現在は定年退職後フリーランスとして仕事をしているソーシャルワーカーの藤田でございます。それ以前は、国立病院機構久里浜医療センターというところで30年間、ソーシャルワーカーとして仕事をしてまいりました。皆さんご存知だと思いますけど、私のいた病院は依存症の専門病院ですが、実は神奈川県横須賀市がある三浦半島というのは非常に精神科の病院が少ない地域でございます。久里浜医療センターは依存症の病棟だけではなくて精神科の病棟も三つあり、内科の病棟もあり外来も内科もあり精神科もあり、依存症の外来もありというところで30年間仕事をしていましたので、こういういろいろな幅広い対応を経験できたということが、私のソーシャルワーカーとしての経歴には大きな意味があったんじゃないかなと思っています。

フリーランスと言えば聞こえは良いんですけど、実はほとんど依頼のあるときにたまにお仕事をするぐらいなので本当に久しぶりにこういうZoomで講習を依頼を稗田さんから受けまして、災害時のソーシャルワークということで、お話をさせていただくことになりましたのでよろしくお願いいたします。40分なので時間もありませんが、ただ午前中の立木先生のお話は、もし私が平成23年のときは岩手県の大船渡とそれから陸前高田市に支援に行ったんですけど、あのときにこれを聞いていたら、ちょっと私の仕事の組み立てももうちょっと早かったかなって思った次第です。ですから先生のお話はとても非常にアカデミックな、あの学術的な視点の説明だったと思います。私は現場の支援に行ったソーシャルワーカーとして経験的なお話をさせていただいて、そこが先生のお考え、理論と結びつけられればお役に立てるかなというふうに思いました。では早速共有して講義に移りたいと思います。

ソーシャルワーカー、東日本大震災におけるワーカーの活動を私個人の経験を中心にお伝えしたいと思います。被災地のソーシャルワークというのは、どういうものかということを経験的に考えたことを皆さんにお伝えできればと思います。災害時だからこそワーカーができることがあるということ、ぜひとも伝えたいと思います。最初に皆さんにお伝えしたいのは、災害時のソーシャルワークというものがあるとすれば、それは平常時の私達の仕事、私達がいかにソーシャルワークに取り組んでいたか、ということにかかっていることですね。それが、何年にもわたって支援にたずさわった私の経験から、最終的に得た結論でございます。

では私はどういうことをやったかといいますと、まず東日本大震災において岩手県気仙地域、これは陸前高田大船渡市、それから住田町というところですが、災害医療チームとしての活動として病院の医療チームの一員として平成23年から26年まで定期的に大船渡地域に支援に行きました。それからもう一つ東日本大震災においては、日本アルコール関連ソーシャルワーカー協会の被災災害支援委員会というのを立ち上げてまして、そこでアルコール問題の支援として、宮城県石巻市に伺いました。これが平成23年から29年でございます。それから三つ目は、熊本大震災。日本って、5年ごとに大きな地震が来るんですね。私の経験的な感覚から言うとそれで、心配だなと思っていた辺りにこの熊本大震災が起きました。神奈川県から、当時私のいた職場にDPATのチームを派遣するようにと依頼があり、私はたまたまこの研修を受けておりました。そこで医師と事務の人と看護師と私の4人チームで5日間行ったということです。今日は、このうち東日本大震災における二つの支援についてのお話をしたいと思います。私の支援というのは、あくまでも外部のソーシャルワーカーが被災地に定着したというよりは、外側から支援に向かうことによって行った支援です。だからおのずとそういう限界もありますし特徴もあると思います。ですから、今日参加されている皆さんに、これから支援に行きたいと思っている人、石川県にぜひ行ってみたいと思う人に役に立ててもらえれば良いと思います。それからこれから支援を受ける被災地のワーカーさんにとってもお役に立てることができれば良いかなと思っています。

岩手県気仙地域の医療チームとしての最初の支援の期間は、平成23年3月24日から一年間24年3月末まででした。3月11日に発災し、3月24日に最初のチームが立ち上がり、私は2回目の医療チームで、行ったのは3月28日でございます。災害医療チームの派遣依頼が、国

立病院機構から久里浜医療センターにありました。この依頼を受けたと聞いた時に、この災害は東北地方では3県にわたる大きな災害だったがゆえに、地方の一精神科の病院にも支援の依頼が来たのだとつくづく感じました。

派遣チームというのは、病院から毎週一回順繰り病院のスタッフがチームを組んで行くのですが、全部で52チームありました。週一回中三日の派遣で、構成は精神科医・看護師・精神保健福祉士・臨床心理士で、最初のときには状況がわからないというので物資や宿泊施設調達の事務の方も同行されていました。順繰り行くんですけど一人が何回も行ったりするので、職員数としては精神科医22人・看護師13人・補精神保健師6人・臨床心理士が4人で、事務の人が9人です。一番回数が多かったのは、多分私じゃないかと思います。

最初の2ヶ月は、とにかくPTSDとかアルコール問題に限らず対応して訪問しました。例えば医療機関が機能しなくて処方薬が調達できないとか、不眠で薬が必要だとかです。朝8時頃、精神保健福祉センターとか保健所で保健師がまとめ役をしているミーティングへ参加して、地元の保健師さんたちから、「今日はどこどここの部落のどこどこに行ってください」という指示があるんです。その指示のもとに、在宅している方だったりそれから避難所の方だったりというところに伺ったということです。保健師さんたちは大混乱の中でこのお仕事をされていて、中には当然被災経験もある方がいるわけです。ご家族を亡くされた方もいらっしゃるのだけど、その中で非常に冷静に対応されていて、「せっかく外部から来たのだから私達に研修をしてください」というミニ研修の依頼が既に初期の段階からあったんです。だから色々なテーマで一時間ちょっと研修を、そのときに行った担当の精神科医の人が講義をしました。そのほかはコンサルテーションとカンファレンスです。それが一年間続きました。

ここでようやく国立病院機構からの依頼を下にした支援は終わったのですが、その後、久里浜は病院が主体となって被災地の支援を続けようというふうになったんです。そこから平成27年3月まで、病院のチームとして月に1回、だんだん年に何回か減りましたが、月に一回第3木曜日に大船渡市と陸前高田市に支援に行くことになりました。体制としましては、精神科医が1名か2名で精神保健師1名で構成された固定チームでした。もちろん精神保健師は私で、あとは3人ぐらいの先生が固定メンバーとなって支援に行ってくださいだと思います。内容的にはアルコールの問題というよりは、被災地のメンタルヘルス全般の問題に対応するというで行かせていただきました。そもそも支援は、半年ぐらいで打ち切られる予定でした。初めて話すんですけど、実は私が院長先生の部屋に行って、「久里浜医療センターはこれを続けるべきだ」と直接説得したんです。院長先生は最初きょとんとされていて、「何やるの」と仰るので、「私達はこの病院としてはこんなに人材も豊富だし、アルコール問題はいずれ顕在化して少しずつ目立つ問題になると思うので、いろいろな介入のモデルとかいっぱい持ってますよね、あれを被災地向けに作ってくだされば役に立てます」と言ったんです。そしたら強く納得して下さって、あっという間に先生方が被災地向けの医療飲酒介入のマニュアルを作ってくださいまして、それを基にしていったということですね。

そしてさらに続けようと思ったときに、私が大船渡市の保健所に「そちらにまだ行かせてもらいたい」と伺ったんです。公的な被災地支援は災害救助法での適応が終わった段階で終了していたので、私達の方で行かせてもらいたいと言ったらそのときの保健師さんは「何しにいらっしゃるんですか?」と言われたんです。そのニュアンスに、「ちょっと負担が出るからどうしようかな」みたいな、迎える方というのは、迎えないといけないので抵抗があったという感じでした。そこで、「ぜひ行かせて欲しい」というお願いを私がした、というように記憶しています。それであちらの方でも、いらして下さるならということになりました。予算は、全部久里浜病院持ちでした。ここで行ったのは、アルコール問題だけに特化せずに、地域でのメンタルヘルスの問題全般対応しますという姿勢で行いました。

協力機関は岩手県大船渡市の保健所と地域障害福祉課、それから生活福祉部保健介護センターと陸前高田市の民生部の障害社会福祉課障がい福祉係と住田町の保健福祉課で、実際に協力関係になったのは保健師さんたちです。ワーカーさんたちは、こういう機関にあんまりいらっしゃらなかった。数的にも病院に数名ぐらいで地域の会議でお会いすることありましたが実際に連携を組んで窓口になってくださったのは地域の保健師さんたちでした。内容は、ケースコンサルテーション、相談、実際に保健師さんと行って、被災者の方に直接会う面接もしましたし、訪問も

しました。それからメインは大きなところは啓発研修の開催。最初は保健師さん中心だったのが、だんだんいろいろ広がってきて民生委員さんとか、相談員さん全体が対象になっていきました。それから、地域関係者のカンファレンス、第3週の木曜日になったのは、ちょうどそのときに地域のメンタルヘルスの連携会議が開催されていまして、それに参加するという意味でも、木曜日のこの日になったというふうに記憶しています。対応したのは依存症のみではないです。本当いろんなこと。アルコール問題もありましたけども、統合失調症から発達障害、認知症。これは全部保健師さんから「これ次やってください」と依頼されて、わかりましたってお引き受けして行きました。

平成26年、3年目を経過したときに、ちょうどいろいろな予算が立ってメンタルヘルスのいろんな相談機関とか制度が、支援システムがだんだん地域に定着してきたなっていう実感がありました。同時にこの復興は長引くとも、インフラの整備だけでも大変なことなわけですよ。津波が全部壊していったので長期間となり、当初の予定とは違ういろんなことが起こってくると、復興計画も非常に試行錯誤になってきたっていうような印象がありました。一方でこの地域というのは、そもそも誰かに相談するとか、外部に助けを求めるといのは風土的に抵抗のある地域でございまして、住民の中からご本人とか相談を希望する人が本当に少なかった。しかし、このあたりから次第にご本人あるいは家族の方が相談のために保健所に来たりとか、開設された相談センターに話が上がってくるとか、問題に気づいた住民の人が相談を持ってくるとかが出てくるようになりました。

保健師さんは、このあたりで災害時からPTSDの症状が実際あるのは気づいていました。訪問して見ているから、けどようやく本人が言葉にする。「症状があります」と言葉にするようになったのは、大体このぐらいで時間がかかったということをおっしゃっていたのが印象的でした。私達が主にやったことは、直接お家に訪問する。ちょうど仮設住宅が定着した時期だったので訪問に行く。保健所に来た家族の人たちの相談面接に同席する。色々取り組みましたが、あの災害が原因でアルコール問題を起こしたという事例は、実はあまり最初にはわかりませんでした。見えなかったかもしれないです。ただ、時間の経過と共にだんだんとアルコール問題が相談の対象になってきたっていうことでした。同時に、発災前からの問題飲酒者が表面化してきました。こういう地域だから、大量に飲む人が多いわけです。保健師さんが自分たちのAUDITとかをやって、自分たちも非常な大量飲酒者だってわかってびっくりしたっていう、そういう話もあったぐらいなので。住民が、一般的にお酒をたくさん飲むとこです。ただ発災前は地域でお酒によって、問題を起こす人もいましたが、何となく住民の知恵みたいなのがあってほどよい距離をとって適度に見守るっていうような対応されている方もいらしたし、ものすごい暴力的な問題を起こすと警察介入するみたいなその地域の中で独自に出来上がってきた対応みたいなのがあったんだけど、この災害を受けることによって、そういうシステムも、ちょっと揺れがあって、元々問題があった人が問題飲酒者として表面化してきたっていうことがありました。それは居住環境や地域との関係の変化っていうのが背景にあり、特に仮設住宅で、家族の人が狭い空間の中で、同じ部屋の中で自分の夫のお酒の愚痴を聞かなきゃいけないとか。周りを気にしながら、本人が騒ぐのをじっと耐えなきゃいけないとかっていうようなことが出てきたんです。同時に、家族関係が強いので、飲酒問題を起こす本人以外の方たちの我慢強さも限界にきたということです。そういうこともだんだん見えてきて、相談の対象になりやすくなったということがあります。地域の問題意識に対する対応として、「断酒をなさい」ということを目標とするよりも、変化、たとえば節酒を試みようとか、飲まない日をちょっと増やそうとか、飲みながらも自分のことをできるようにしようとか、単身の男性なんか特にそうです。そのようなことを目標にする方が現実的だった気がしました。

それから、意外に思ったのですが、お酒の問題に地域で取り組む姿勢がなかったところなのに、県立の大船渡病院の中では週1回アルコールのプログラムが地震が起こる前からあったんです。それから地域には、断酒会とは違う自助グループもありました。これも災害前からあったんです。飲酒問題への取り組みが何も無いように見えたんだけど、実はそれなりに地域の中で取り組まれてきた経過がある、ということもわかってとても印象的だった気がします。

それからアルコール問題だけじゃなくて、やはりね、メンタルヘルスの問題が出てくるわけですね。それで圧倒的に多かったのは認知症の問題です。アルコール問題と絡んで出てくるってこ

とが多かったです。それから、処遇困難事例が災害前にもありましたが、それがより困難になって見えやすくなってきたことと、それに対して専門医療機関が無いわけです。石巻はそうじゃなかったけれど、岩手県というのは、県内にある専門病院に車で2時間ぐらいかけて行かなければならない。だからどうしてもその地域の資源を、活かさないといけない。訪問も、保健所でしたけども、あとは、災害を契機にNPOの方たちが、生活支援のためにいろいろな定着した支援を地元で行うようになってきて、その方たちの相談を活用したりとか、専門医療がなくても、地域のそれなりの資源を繋ぎ合わせてやっていくということでした。やっていかざるを得なかったと言った方がいいかもしれません。これは災害を経験しないと「専門病院がないから何もできません」となったかもしれない。けれども、災害を経験したためにも向き合わざるを得なくなって、とりあえず地域の中にあるものを寄り集めて「どうやっていくか」となったと思います。

それで、これは支援を続けて思ったことですが、ここの地域は特に「自分たちのことは自分たちでやるからあまり他に助けを求めない」という風土があったようです。これは例えば、ある部落の中のことは自分たちで何とかしますと、その結果、皆さんお互いの繋がりが強いんです。だけど、隣の部落のことはそっちの問題だし、そちらのことはそちらのことだからそれぞれ別々にやりましょうと、お互いに助け合わないで頑張りましょうみたいなところがあったんです。だから外部からの支援というのは、考えもしないことだと思います。

だけどこの地震によって、全部いろんなものが変わってしまった中でどうしても外部からの支援を受けざるを得なくなったという状況も、地域の中にちょっと大きな変化をもたらしたのではないかと私は思います。私達の医療チームが最初から「アルコール問題はなんとかしなければ」と言わなかったのは、やはり被災地支援は、地元のニーズにまず応じるという方針が第一歩だと思ったからです。そういう方針によって、頼りにして良いかもしれないとか、助けてもらっても良いかもしれないという関係を築けたのではないかと。最初の半年間にいろんなニーズに応じて支援し、それぞれのチームが対応したということが、その後の何組かのチームの支援に繋がって、さらに継続に繋がったと思いますね。それから、生活の変化というのが、アルコールの問題も含めていろいろな問題を表面化させたので、介入へのチャンスができたということです。ここで問題が出るということは、介入のチャンスです、表面化するということが、大体、問題は水面下にあるんですけど、それが水面下でなんとかバランスを保っていた。ところが、それができなくなって表面化してしまった。ということは問題が起こることですが、実は介入の契機を作ることになるとも言えます。だから医療チームの介入、最初の介入は何でもやりますと。メンタルヘルスに関しては、できるだけ協力しますという姿勢が、これが信頼関係に繋がったのかなと実感的に思います。そして、私は医療チームのソーシャルワーカーとして（最後は私だけしか行かなかったんですけど）、コミュニティソーシャルワーカーが何ができるのかと考えていました。それは先ほども立木先生のお話にもありましたが、連携です。越境して連携するというのかな、それで地域との連携協働体制の構築、これは医療ソーシャルワーカーの方はよくわかると思いますが、お医者さんとか他の職種の方はあまりこういう視点がないです。でも、病院の中のソーシャルワーカーというのは、介護保険もよく知り、精神保健福祉法もよくわかってと、あらゆる制度や政策とかサービスの体系を全般的によくわかっています。介護保険の専門家ではなくても、介護保険は何かということもよくわかっています。それぞれの各地域の保健所なり、県のセンターなり、いろんなNPOの団体が何をしていく、何ができて何を頼めるかがよくわかっています。こういう仕事ができるソーシャルワーカーの強みを、医療チームのメンバーとして私は、十分に活かしていたと思います。

最初に驚いたのは、県の保健所と保健センターの違いもよくわからない先生達だからか、彼らがどういう違いを持って仕事をしているかよくわかっていないということもあり「これはこうなんです」と説明するところから始まったというような気がするんです。だから普段使っているあらゆる知識や経験を、ここでフルに生かしたということは言えます。それから連携会議やミーティングやグループワークの手法を使った。これはアルコールソーシャルワーカーというのは、プログラムを作ることを任せられるので、グループワークとして教育プログラムだったり、いろいろな再発予防のプログラムだったりすることもあります。この経験を生かしました。

次に面接です。相談面接をもちろん技術としてやっています。連携することと面接とグループワークの主にこの三つ。連携会議はグループワークの手法を生かせる場でもありました、また他職

種とのミーティングで十分活かせるんです。見知らぬ土地に行ってやれたのは、元々そういう仕事をしてきたからだと思います。地域の潜在的な人的なパワーを見出してゆくのが大事なのです。たとえば報道は、被災地が何ができなくて、何ができなくなった、何がどうなって駄目だった、という「今はこれが大変だ」ということを伝えるのが中心です。でも一番最初に行ったときによくわかったのですが、被災地の人は決してその場にとどまっていな。一日でも早く復興しようと思って動き出しているというのを、現場に行くと感じたんです。そういうことがあって、「そうか、この人たちが前に向こうとしているならば、私達の支援は何か役に立つかもしれない」と、これを経験したことが良かったと思います。潜在的な力が必ずあって、その力がどこに残ってるかを見出すことが大事です。

(スライドを示しながら)これは私が、次に石巻の支援に行ったときに、地域の関係者会議でベテランの保健師さんに言われたことです。「かつてのその地域ではアルコール問題は、できれば避けて通りたい問題だった。だけど支援に来ている外部からのソーシャルワーカーたちが、私たちと一緒に訪問し、依存症の方と話をし家族の相談を受けているのを見て、依存症は関わることができるとし、地域で支えることができると知った」、そして「支援はいずれ終わってしまう。でも、今訪問をしてそれだけで終わるのでなくて、地域の私達がアルコール問題に関われるように力をつけてもらいたい」と、今でもその瞬間をよく覚えています。それまで漠然と見えていた外部からの地域支援は、何が課題なのか、何を目的とするのかというのを、ここで私ははっきり理解したんです。

そういう視点で数年間にわたる支援を行ったというふうに思います。ただこれも、結局は被災地の方たちからの言葉によって、私達は教えられたというふうに言った方が良いかもしれませんが、私はアルコール関連問題ソーシャルワーカー協会(ASW)に所属していて、当時いろいろ理事もやっていましたし、仙台市の ASW から石巻の活動に来てくださいという依頼がありました。仙台の ASW も被災者になり、とても大変になったと訴えができました。それで、協会の中に被災地支援委員会を立ち上げて、私が委員長になって、9月2日からとりあえず3月まで会員2名を毎週、隔週の金曜日に支援を送りました。平成24年3月からは、宮城こころのケアセンターからの委託事業となって石巻の支援がそのまま開始されて、毎月2回計3名の会員を派遣し、石巻健康推進課とかこういうところと共同で支援内容を検討したときのことで、(その後)平成27年4月には対応するところが変わって、平成29年3月まで ASW として支援を行いました。石巻市の被災地支援で行ったことは、一緒に訪問し、支援の経過も仮設住宅に移動するという内容で内容は変わってくるんですけど、平成24年から26年まで毎月2回になって3名から4名です。平成27年から29年3月までは、主に研修担当の会員、特別支援の会の役割分担で行って、コンサルテーションとか研修のみの支援に変わっていきました。

最終的に、仮設住宅から出向支援委託の転居の開始があったので、住民の生活も大きく変化しているあたりで、支援が終わったということになります。私がどういう支援を担ったかということの一つの例として、地域連携会議の場のお話をしたいと思います。自治会長さんから保健師さんに仮設住宅で毎晩騒いでいるという人がいるので住民からの苦情と不安の訴えがあるということで、保健師さんに相談して保健師さんが行ったんだけど、お母さんに会えなかったというところでカンファレンスの対象となったことから始まっています。クライアントさんは40代の男性で、お母さんと2人暮らし。以前無職だったけれども、お父さんが亡くなった後、建築関係の仕事をしているということでした。問題となったのは、近隣の人たちから見たら、毎晩酔っぱらって母への文句や物を壊そうとかする。仮設住宅だから聞こえてしまうんです。ある週末、その住宅の地域のイベントで、酩酊して広場で座り込んで飲んでた。それだけのことだったんだけど、みんないつ暴れるかわからないと不安を抱えて町内会長さんに訴えていました。そこで保健師さんが、お母さんに会いに行っても息子のことは絶対話さない、家族の方が否認、頑なになっている感じです。それでその地域の連携会に来たのは、自治会長さんと保健師さん、民生委員さん、仮設委員の相談員それから私達 ASW の支援チームです。「どうやって接していいかわからない」、「いずれ近隣の暴力になったらどうしよう」、「母親が息子をかばってしまう」という皆さんの不安を、まずここで聞くのです。集まった人が、何に困ってるのか聞く、どうするかを聞くのではなくて、何を困っているかを聞いた後に、地域での支援の面白いところでもありますが、そこに集まった人たちは何らかその家族との個人的な繋がりがあるとい人たちがいるんです。いろいろ

ろなことが分かる。本人のいろいろな生活の状況とか、お父さんが亡くなった後は仕事始めたとか。どうも毎日飲酒となったのは仕事を始めてからじゃないとか。そういうような、この家族について知ってることを、みんなで話し合ったんです。

話し合っていくうちに、どうやら息子は頑張っているらしいと。だけどそのストレスがあるし、災害のストレスもあるのでお酒を飲んで荒れるようになっていないか。それから、お母さんが頑なになのは、いろいろな地域との難しい関係があって、どうも自分は周りから否定されているようなニュアンスがお母さんの中にあって、なかなか心を開けないのではないとか。そうは言っても、まだ直接の被害は、騒音で騒ぐ声だけだよなというところが見えてくるわけです。そこで、膨れ上がっていた不安が、だんだん現実的な視点になってくわけです。そこで自治会長さんは、責任感は強いけど頑固な感じで苦手なようなので、家族へのアプローチは保健師さんが良いのではないかと。まず保健師さんが、とにかく粘り強く訪問、アルコール問題ではなくて、「どうですか」とか、高齢者のお母さんの健康相談みたいな感じで接してきましょうということ。飲酒問題だけに焦点化しないでやっていこう、さらに自治会長さんには、地域の人たちに「今保健所が介入してこういうふうになってるから」と説明してもらうことを決めたいわけですね。

その後の結果としては、だんだんお母さんが保健師さんを受け入れるようになって、少しずつ家族の話をしてくれるようになって、それで自治会長さんもちょっと態度を変えたみたいで、本人に普通に声かけるようになる。どうせなら地域のイベントに来ないかって言ったらしいです。そしたら初めてやってきたと。大人しくしていたらしい。それからそうこうしているうちに、「週2日間お酒を止めるようになった」とお母さんが保健師さんに報告したということです。今はどうか分からないけど、カンファレンスは継続して、常に本人の変化やお互いの連携について確認作業を続けるということが行われていました。これが私が取り組んだ地域での連携会議の一例です。地域の関係者も、排除することから地域の関係者が関わることでできるとわかった。これ大きな変化です。専門医のない地域でも、可能な支援の展開ができると思ってくれたということです。そして私達 ASW が得られたものは、私達も日頃実践をしていけば地域に貢献できるということ。そういう実践のあり方を学んだということです。実はここが大事なんですけど、石巻市の場合に私達が最初からアルコール問題を対象とした支援が出来た背景にあったのは、災害前から仙台にある東北会病院という依存症の専門病院のソーシャルワーカーたちが、定期的に病院から保健所に研修に行ったり相談にのったりをやっていました。だから、災害前から築き上げられてきたソーシャルワーカーと地元の繋がりが、今回の災害後に生かされたということです。これがなければ、石巻に最初からアルコール問題の支援というわけにはいかなかったと思うのです。ASW からの派遣はベテランの会員達でしたが、その方たちが本当に落ち着いてやるべきことをやってくれました。我々自身の成長も感じました。災害という特異な状況であっても、一貫したソーシャルワークが提供できるということです。

それから研修内容は、なるべく基本的な面接の方法とか介入の方法とか、地域連携会議の持ち方とかそういう、これからでも使えるような内容のものを多くやったような気がします。災害時のソーシャルワーカーワークとして、地域のニーズに応じられるソーシャルワーカーは、普段からの取り組みを生かす応用力が必要です。現場に行くと、臨機応変に「何をすべきか」「何ができるか」ということを見つけ出してやっていくことです。それから、我々が普段使っている方法を駆使する。どの場合どの場面ですらどうするかということを選んでいくということです。あるいは、ミックスしていくということです。そうは言っても、災害が人々やその地域に与えるメンタルヘルスの全般的な知識が必要です。今はたくさん本もあるし私が行ったときには、神戸のこころのケアセンターのサイトにアップしてあったものをずいぶん読み込んでいったような記憶があります。とにかく、行って何をするか、その場でニーズをつかみ取り、臨機応変に対応することです。

二つの災害の支援を経験してわかったのは、それぞれどの災害も異なる状況を、問題を生み出すということです。なので、その経過と復興の計画段階に応じた支援のニーズを見極めたソーシャルワークを展開することが大事で、そのためには、従来からある地域の潜在的な対応力や適応力を見出していくことです。私達は、何か新しいものをそこに植えつけるようなことではなくて、そもそもあって一時的に見落とされていたけども、今でも十分にあるというものを見いだしていくことが大事です。以上です。

司会 藤田さんありがとうございました。それではですね、午前中が総論だとすると、午後はソーシャルワーカーにとっての本当に各論といいたいでしょうか、具体的なお話を聞くことができました。それでは一旦ここで藤田さんにはご休憩いただきまして、今から参加者は藤田さんのお話を聞いた感想を言い合うブレイクアウトセッションに入ります。

《ブレイクアウトセッション》

まずですね、リカバリーソーシャルワークチームメンバーの上堂蘭順代さんから、藤田さんにご質問をお願いいたします。

上堂蘭 はい、藤田さんどうもありがとうございました。本当にいずれ支援は終わってしまい、訪問してそれだけで終わるのではなく次へ続けるというところが本当にすごくいろいろな支援に全て関わることだなと思いました。一番初めに藤田さんがぼろっと言われた言葉がとても気になっていて、田附先生のお話を聞いて、「もっと早く聞いてればもっと組み立てが早くできたのに」と言われたところがとても気になっていて、例えば具体的にどういうところだったのかというのを教えていただければと思います。

藤田 質問ありがとうございます。私が3月28日に大船渡市に入った時点で、災害の支援とかソーシャルワークがどういうものかっていうのは、そうゆうふうに理論的にも教えてもらう機会もなかったし調べ上げるチャンスもなく、ただ二つだけアドバイスのようなのはあったんです。一つは日系人のソーシャルワーカーの松島さんっていう方ですけど、その人が神戸の震災のときもボランティアで来てくださっていて、そのときに、「ソーシャルワーカーってのはね、被災地に行ったらね、私はソーシャルワーカーでございますじゃなくて、お水を運んだり、物資を運んだりしながら、そこで会った人たちに何か困ったことないですかって聞いてく、そういうさりげない支援の仕方が大事なんだよ」ということと、それからもう1人これもアメリカのソーシャルワーカーの人だったのだけれど、発災後にすぐに私にメールが来て大丈夫かみたいな。私が支援に行くとメール送ったら、その人が「被災者にとって大事なことは生活の習慣を取り戻すこと」だと言われたんです。この二つだけでした。でもこの二つはとても大事なものだったと思うんです。行ってみて段々と見えてきた。外部からの私は、限界がある。月に1回とか2回なので限界がある中で、何ができるのかだんだん見えてきて、地域のニーズに応じることなんだということがわかってきたことと、それから被災地でもちゃんと復興に向けての力があるんだということですよ。全部壊されてみんな大変な思いをしているのだけれども、だからこそ、何かキラッと光るようにそれが見えるということがわかってきて、という経過があって、石巻の保健師さん達の言葉に繋がったのです。そういうプロセスを立木先生が理論化してくれたというのが午前中の感想でございます。そういうことです。答えになったかどうかわかりません。

司会 それでは島野さんお願いします。

島野 所属は心臓血管センター金沢循環器病院（石川県）の、島野麻里子です。最初に被災地に入られるときに、「何しに来たんですか」というところからスタートしたというふうに仰っていたと思うんですが、介入モデルとかを被災地向けに先生方に作ってもらって入れたというふうに仰っていたと思うんですけど、そういったもの以外にも何か実践されたもの、何かまとめたものとかをいろいろ持って行かれたんでしょうか、ということをお聞きしたいと思いました。

藤田 結論から言えば介入モデルは一時的に役に立ちましたけど、長い目で見たら、さほど決定的なものではなかったということをお伝えした方が良いかと思います。保健師さんが「何しにくるの」というのは、1年間支援した後にもう一回「もう終わりますよ」って言ったのにもかかわらず「また行きたいんですけど」って言ったときに言われた言葉です。今振り返ると、やっぱり外部からの支援者を受け入れる側も、結構大変だと思うんです。いろいろ面倒を見て、対応しないといけないでしょ。だからあのとき最初の数ヶ月、いろいろなところのチームがいろいろな窓口で出たり入ったりして、地元の方たち、保健師さんとかいろいろな病院の人たちとか福祉の方たちなんかはその対応に追われていたのを、また同じことをやるのかというのはちょっと大変だったんじゃないかなって今思いますね。なんかいろんなものを背負って持って、とにかく行ってきた。いろんな準備をしたとすれば最初のときに食料の準備とか防寒の準備とか、それはずいぶんしていききましたよね。それぐらいしか具体的に持っていけるものはなくて、あとは行った先でそれぞれできることをやったっていうそういうのが実感です。

島野 ありがとうございます。

司会 今、まさに支援にあたられているということですね。

島野 そうですね。そうですね。なぜこの質問をしたかといいますと、やっぱり入っていくときに、本当に、石川県協会としても、いろんな意味で苦悩したということがやっぱりありました。まず飛び込んで、まずどんなふうに飛び込んでいくのかそこが結構悩みながらやってきた部分がありましたので、それでちょっと初めに、行かれるときに、介入モデルみたいなお話もされていらっしやだったので、何かそういうものをまとめたものを持って自治体とかに行かれたのかなっていうことをちょっとお聞きしたかったっていうことがありました。

司会 はい、どうもありがとうございます。

藤田 そのご心配っていうかすごくよくわかります。私も自ら経験しましたのでね。こういうやり方すれば絶対うまくいくってのはまずないんですけど、どう言ったら良いんだろう、とにかくこれだけで悲惨な日、被害状況が起きたらやっぱり行かざるを得ないですよ。行かざるを得ないってことは迎えざるを得ないっていう、お互いそうだと思うんです。そこをどうやってすり合わせていけるか。中には拒否されたりとか、うまくいかない場合も出てくるんだけど、とりあえず飛び込んでその場に足を付けて、やっていくっていうこと以外に何か私が役に立ったことはないと思いました。

島野 ありがとうございます。

司会 どうも大切なやり取りありがとうございました。そして 12 グループの小堀さん、お願いします。
小堀 所属は信州大学医学部附属病院の小堀福子です。先生ご講義ありがとうございました。現地の方でグループワークがとても役に立ったというお話伺いました。私がイメージがつかず、どのようなグループワークをされたっていうところを教えてくださいませんか。は「アルコール」というところと、被災地住民」というところで、どんなグループワークをされていたか、とても興味があっ

藤田 すみません。ちょっと私の説明があのととき焦って早口だったので、中途半端でした。グループワークの技法やスキルが役に立ったのは、地域連携会議とか、関係者会議とか、そういう場ですね。実はグループワークって何て言ったらいいかな。例えば教育プログラムとか、それからアルコールで言えば再発予防プログラムとか、いわゆるグループワークというプログラムがあります。そういうのだけではなくて会議だとか連携会議などの打ち合わせなんかもやっぱりそれも広くグループワークの一種と捉える考え方があるんですね。これはそういう本があるんですけど、経験的にも多分教育プログラムとか家族会とかやっているとしたんこれ他の場面でも、応用できるじゃないっていうことがわかってきたことがありました。これは私が久里浜医療センターのときに地域の NPO 法人を立ち上げるお手伝いをさせていただいて、そのときにいろいろなところからいろいろな人たちが集ってきて、どうやって話し合うかっていうのは、意外に話し合い方がそんなに専門家が集まっても上手いってわけじゃないってこともだんだんわかってきて、これはどうやって回すかっていうのは準備とその場でのやり方が、日頃やってることの基本が意外に役に立つなっていう経験があったこともありますよね。だからある仮設住宅の連携があったときなどは、参加している地域の人たちは、問題飲酒を持つ居住者にみんな怒りまくっててなんとかしろと。もう怖いなって、でも怖いなと思いながらもアルコールのグループワークで時々怖いなっていう経験をしてるので、ここをどうやってやるかっていうのを考えることができたということで、一緒に行った精神科医が、「藤田さん、あんなにすごい場面でよくあれだけのことができたよね」と言われたというのを覚えてます。いやでも先生、私たちは行ってその場にいたのだから何かやんなきゃいけないでしょって返事したことを覚えてますけど。

小堀 なるほど。今先生から改めてお話聞いて、私も集団療法とか家族会とかをやってきた中で、今自分が行っている関係者会議も回すときにそうかもって、しっくりきました。先生ありがとうございました。

藤田 本がありますからぜひ読んでください。

司会 はい、それではもう 1 人 5 グループの中本さんお願いします。

中本 所属は石川県にあります国立病院機構医王病院の中本富美です。今、協会として被災地支援活動に取り組んでいるところです。島野さんと同じですが、被災地に向かうことにおいては様々な葛藤がありました。当事者性を感じながらも、大きな被災をしていないゆえに被災された人たちに自分たちが何ができるんだろうということと、一方では考えている中で起きるしんどさをいつも抱いていたように思います。この 1 年近く経過し、積んだり崩したり…常に頭も心もぐちゃぐち

やになりながら過ごしていたように思います。私達のグループはとてもシンプルに藤田先生を突き動かしているものが何だったんだろうということを伺いたいと思いました。立木先生がソーシャルワーカーのミッションなんだっていうお話をされましたけども、藤田さんが被災地に行こうという気概はどこから生まれたのでしょうか。同じソーシャルワーカーとして藤田さんを突き動かしたものが何か一質問させてください。

藤田 はい。これはでもちょっとあんまり中本さんに満足できるお答えにならないと思うんだけど、ただ行きたかったとしか言いようがありません。ただね、私はあのソーシャルワーカーっていうのは、生活困難に向き合っていくのがソーシャルワーカーだというふうに思って仕事をしてきたんですね。そうすると災害というのはもう本当に究極にそうですよ。それからその3月11日に私も横須賀で小さな被災をしたんですよ、停電になっちゃって全部止まって、車で帰るんだけど、信号も止まってるところから15分で帰れるとこ1時間半かかって帰ったとかね。同じ町並みなのにコンビニもガソリンスタンドも停電で利用できない。一瞬にして日常生活が遮断された経験でした。家に帰ると家も真っ暗で、何にもなくて。それでももちろん用意なんかしてないから手探りでガスだけついて水道も出ないみたいなね。寒い中ラジオだけを頼りに、一晩過ごしたっていう小さな被災をしたんです。それからさらに一週間は計画停電やガソリンがない。スーパーでは食料が買い占められるなど生活面で色々な制限を受けました。その経験も大きかったかもしれません。何か自分の経験として経験してみたいな。だからこそ、行きたいと本当にただ行きたいなと思っただけなんで何とも言えないんですよ。だから不安なこととかありましたかって聞かれるんだけど、もう被災地そのものが大変だから自分の大変さなんてあんまり関係なくなっちゃったんじゃないかなって思うんですよ。

うん、だから大変だと体力的にも大変でしたけどね。宿泊地から2時間かけて現地入りし、夕方まで支援してまた2時間をかけて帰る。朝早く行く出発して夜、寒い中帰ってくる。食事もうあんまり大したものないみたいなところでやるので、でもあのときはなんかものすごいアドレナリンが出てしまっただけ行ったっていう、初期のときはね。そのうちだんだん地域の中で力があるって見えてくるんですよ。毎日少しずつ生活を取り戻してゆく変化が見えてくる。こういうことでみんな立ち上がったとか、それを見届けないわけにはいかないっていうのが長期な支援に繋がったんだと思います。

中本 ありがとうございます。私も東日本大震災から5年間、本当わずかな時間ですけど行き続け、やっぱり東北に触れていたいとか、知ってほしいとか、なんかそんな気持ちだけで行っていたような気がします。何が出来るっていうことを1回も思ったことがないし、何もできないから行くのをやめようと思ったこともないということを思い出しました。私は石川県で起こったことですが、行き続けようという思う気持ちを藤田先生のお話を聞いて新たにしました。ありがとうございます。

司会 どうもありがとうございました。皆さん藤田さかえさんに大きな拍手を送りたいと思います。

鈴木 東北会病院でソーシャルワーカーをしています鈴木と申します。東北会病院で東日本大震災以降に沿岸地域の被災地支援についてどのような活動をやってきたか皆さんと共有できればと思いますので、よろしくお願ひします。まず当院の概要ですが、ご覧の通り震災後に病床を縮小はしております。依存症病棟は60床です。週に50あまりの心理社会的療法プログラムを提供しています。サテライトとして、ワナ・クリニックという本人や家族個人およびグループカウンセリングを実施しているクリニックがあります。東北では一番古い明治39年の設立になる精神科病院です。被災地支援は、津波で被災した沿岸部の精神科病院がありまして、そこからの患者さんの救出要請があり、それが支援の始まりでした。当院自体も一部損壊被害があり、ライフラインも含めて復旧に1ヶ月以上かかりました。

当院では、宮城県の各圏域の保健所七カ所に月に1回精神保健福祉士を派遣して依存症の専門相談を保健所との連携で行なっていました。そのベースがあり、被災地支援は、津波で被災した地域の保健所に出向いて、どんな支援が必要か調査から始めました。その調査の結果を週一回災害支援院内会議で持ち寄り、支援の具体化を図り、ある仮設住宅で「安眠カフェ」活動を始めました。

仮設住宅では不眠を訴える人が非常に多いため、お茶を飲みながら医師が、住民の話を聞く活動ですね。必要であれば眠剤を持参してお渡ししました。この「安眠カフェ」は全国から集まったボランティアが徐々に被災地から撤退する2011年の9月まで続けました。仮設住宅では、地域の社会福祉協議会が仕事を失った被災住民を雇用して支援員として活動していました。支援員は一般住民ですので、支援の経験はない素人です。当院では雇用した支援員の研修もお手伝いしました。この仮設住宅の生活支援員の支援について被災地域の自治体からも要請が入りました。ちょうどこの頃、国と宮城県は被災者の心のケアを目的に、公益法人宮城県精神保健福祉協会に委託して「みやぎ心のケアセンター」を立ち上げました。当院ではこの「みやぎ心のケアセンター」との連携によって、ここから10年間被災地での支援を継続することになります。

これが2011年の発災から21年の3月までの10年間の実績です。総支援件数としては894件。延べ支援動員数は、1642人です。個別訪問の相談件数111件、これは支援年数に比べて非常に少ないと言えます。それは当院の被災地支援は、支援者支援を中心に行なっていたので、主眼に活動したんで、直接的な被災者の個別の支援件数というのは、そんなに多くはありません。支援の種別で最も多いのが、「ネットワーク調整活動」です。これは当院の地域支援課、と言ってもソーシャルワーカーの私と看護師1名の2人だけですが、被災地どんなニーズがあるか聴き、地域と調整して支援を具体化する作業です。これが支援の基礎部分となりますので、当然のことながら件数は最も多くなります。

他の支援種別としては、事例検討、支援者研修、自助グループの支援、広報啓発、支援者のグループワーク支援等があります。自助グループの支援というのは、被災沿岸部には、そもそも被災前から自助グループが少ないという事情もあり、災害を機会になんとか定着させようと仙台の断酒会やAAのメンバーが被災地に足を運び、地元の医療機関や支援者の協力により地元の当事者を誘い、定着させる活動を続けました。その結果、沿岸被災地でいくつかの自助グループが継続的に開催できるようになりました。これは、各沿岸部被災地の地域別で活動した件数です。気仙沼、南三陸、石巻この辺が非常に多い、被害も大きかった地域だったこともありますが、仙台市から見れば北側ですね、南側もちろん被災しているんですけども、南側は比較的件数的には少ない結果的になっています。事例検討も、当初は結構ありました。波はありますけれども、このような推移で変化していったってものです。被災急性期というのは、ご承知の通り生き残るといことが支援の中心です。そういう基本的な生きるために必要なことが中心です。そういう被災したところに行ってアルコール問題を聞くのは昼行灯なわけです。当然ながら相当場違いなことになりかねない。ですから、アルコール問題、依存症問題っていうのを全面的に最初から押し出して地域を回るっていうことはしていません。さっきの安眠カフェもそうですけれども、

まずは、そこで困っていることは何か、ということが中心になるのは当然だと思います。

しかし一方で、避難所でのアルコールにまつわるエピソードはよく聞きました。避難所で飲酒している人に注意すると返ってきた言葉は「家族を返せ！」だった。酒乱状態の被災者に困り、体育館にあった体操マットでその人を巻巻きにした。飲酒者をおとなしくさせるには、どんどん飲ませて寝かせるしかない。等々。地域医療が壊滅的な状況で、生きること自体に悲鳴をあげてお酒飲んでいる。飲酒が自己治療そのものという現場です。両親ともに死亡あるいは行方不明という遺児は、岩手県で 93 人宮城県で 123 人、この内公的な養護施設等に引き取られたのは 2 名ぐらいしかいなかったという報道がありました。これはコミュニティのつながりが強い地域性によるもので、ほとんどの遺児は親戚に引き取られるケースが多かったのです。被災者が避難所、2次避難所、仮設住宅と借り上げアパート等、流浪を余儀なくされ、被災地からの人口流出でコミュニティそのものが消失していきます。

A 町の B 仮設住宅の C さん、68 歳男性単身で居住してる方の事例について一部事実を変えてお話しします。避難所から仮設住宅へ入居して約 1 ヶ月後から、昼夜問わず飲酒、泥酔して食事も満足に取れない。部屋はゴミ屋敷状態で、悪臭もあり支援員が日中訪問すると暴言を吐かれる。仮設住宅から 1 キロほど先の酒屋でビールや日本酒を購入し、そのまま国道や沿岸で酔い潰れて寝てしまう。その度に支援員や行政職員が対応に苦慮。受診勧奨は拒否し、いつも酔っているの、素面で話せることはほとんどない状態でした。支援員は C さんにどう対応したらよいか、困り果てていました。先述の通り私たちは、支援員の支援要請を受けて支援員のグループワーク支援をこのケースを皮切りに始めました。

先ほど申し上げた通り、支援者自身も緊急雇用対策で雇用された一般被災住民なわけです。被災者が被災者を支える相互支援の形は自助グループそのものです。アルコール問題を抱えた被災者にどう関われば良いか困っている支援者の当事者性に焦点を当てたグループワークです。医師、看護師、ソーシャルワーカーで構成されている私たちが、支援員と一緒に車座に座り、一人一人から順番に今苦労していること、不安なこと、困っていることを言葉にしてもらいました。

支援員 A：訪問すると酔っていて怒鳴られることがあり、怖い思いをする。心配なだけで何もできていない。

ファシリテーター：本人が酔っていて、怖い時は長居しないで、自分を守るためにも早々に引き上げましょう。ところで、訪問を拒否されることはありますか？

支援員 A：拒否されたことはないです。

ファシリテーター：拒否されないということは、受け入れられているということになりますか。

支援員 A：そうですね。

支援員 B：C さんは時々寂しいと言っている。家に帰っても C さんのことが心配で眠れないこともある。

ファシリテーター：寂しいという自分の気持ちを言えるということは、その人に安心感を持っていないと言えない言葉です。少なくとも C さんはあなたに安心感を感じているという証拠ではないでしょうか。家に帰っても C さんのことが頭から離れないということは、それだけ C さんに関心を向けているということです。寂しいと感じている人が誰かに関心を向けられたらどう感じると思いますか？

支援員 B：うれしい・・・？

ファシリテーター：そうですね、寂しい人には一番の「クスリ」になるのではないのでしょうか。

このように支援員が、できていないと不安や徒労感を訴えることに対して、できていることに焦点を当てて肯定的にフィードバックを繰り返しました。支援員の話が一巡する頃には、当初能力のように無表情だった支援員の顔が笑顔や安堵感の表情に変わっていききました。できていないところを修正するためにアドバイスや指導を行うことは、被災地では禁物だと思います。それは、平時においても同じだと気づかせてもらうきっかけになりました。できていることを伸ばすことで、できていないところに変化をもたらす効果もあります。

C さんにどう対応すれば良いのかについて、当院の医師からは、酔っている C さんに「シラフの C さんと話したい」と言ってすぐ帰ってくることを提案され、それを支援員が実行すると、数

日後にはゴミ屋敷だった部屋を掃除し、1ヶ月ぶりに風呂に入り、もちろんシラフでCさんは支援員を待っていたそうです。朝起きて、夜寝るまで何もすることもなく、家族も仕事もないCさんに関心を向けてくれる存在は貴重であり、その人の期待に応えたいと思うことはとても自然です。この後Cさんは119日間断酒が続きます。120日目に再飲酒した本人に支援員は落胆していましたが、グループワーク支援で再飲酒したのではなく119日間断酒できたことをCさんにフィードバックするよう伝え、Cさんのスリップは長く続かないようになりました。医療体制が崩壊している被災地では、依存症の医療につなげるという医療モデルは通用しません。東北は平時でも依存症の専門治療においては過疎地です。その弱点は専門家だけが問題を解決するというセオリーを良い意味で覆し、当事者を孤立させないという地域コミュニティの支援を、機能させる手法が有効であることを図らずも証明することになりました。

2例目は仮設住宅で飲酒しては近隣に怒鳴り声をあげたり、迷惑行為を繰り返すDさんです。Dさんは57歳の単身男性です。以前は遠洋漁業の乗組員として長年働いていましたが、被災して家も仕事も失いました。仮設住宅の支援員の事務所にも怒鳴り込んでくることもしばしばで、心身の不調を訴える住民も出始めていました。警察に通報して臨場してもらうこともありましたが、逮捕するほどの違法行為ではなく、支援員も対応に限界を感じていました。支援員のグループワークでは、最初に何の非もなく傷ついている住民を守るべきだという意見など、怒りと恐怖をありのままに言葉にする支援員の気持ちを受け止めました。最後に私達は、行政・警察も含めた地域ネットワークのセッションを提案しました。仮設の集会所に支援員、自治会、警察、地域行政の保健師、当院等、20名ほどが集まりセッションが行われました。私たちは、このセッションがDさんを排斥する方向性になっても仕方ないという気持ちでした。自己紹介で一巡した後、当院の医師から依存症についての病態と治療、回復について簡潔な説明を行いました。その後は、出席した一人一人からDさんの問題についての思いを語ってもらいました。冒頭で語ってくれたのは、自治会長である男性でした。彼は被災前、Dさんの実家近くに住んでいて、Dさんの子どもの頃からの知り合いだと語り始めました。当院医師の話聞いて、Dさんの生育歴を回想したのかもしれませんが、その詳細は語りませんでした。彼は「Dさんをこの仮設住宅から追い出して問題は解決するだろうか」と投げかけたのです。私は予想外の展開に驚きました。ここを追い出したとしても、Dさんは別の仮設住宅に移って、問題を移動させるだけではないか、問題を抱えているDさんも被害にあっている住民も、ともに仮設住宅で少しでも快適に暮らすために話し合いたいと会議の方向性を示してくれたのです。

酔ったDさんの対応は、毅然と警察との連携で行う。酩酊で警察に保護された際は、保健行政や医療機関が連携し、酔いから覚めたDさんに問題を提示し治療を促す。Dさんを孤立させないために、とにかくシラフのDさんに声掛けしよう話し合いが行われ、全員がそれに同意してセッションは終了しました。ネットワークが機能する支援や自治会役員の声掛けが、当事者の孤立を解き、酩酊による迷惑行為が消失していきます。役員の声掛けを見ていた近隣住民も落ち着きを取り戻していきます。半年後、支援事務所に酔って怒鳴り込んでくることもあり問題が再燃しますが、当初の方針通り酩酊法で警察がDさんを一晩保護し、仮設の自宅に帰す前に保健所が警察でDさんと面接して治療を促し、当院のアルコール病棟での治療につながりました。沿岸200キロに及ぶ広域の被災地。12万以上の被災者、4万戸以上の仮設と見なし仮設住宅。この状況下で個別対応には当然限界があります。被災地域でのグループワークの手法を中心とした支援者支援が地域のエンパワーメントにとっても有効だと思いました。

平時の課題が災害時に顕在化し、アルコール関連問題の地域ネットワーク構築に繋がった。問題が地域を活性化すると、全ての関係性を扱うネットワークが症状や問題やトラブルに変化を醸成させる。まさに、そういう力動があると思います。発災の翌月に仙台で講演していただいた精神科医でもある、稲田氏は「全国に1万数千人しかいない精神科医にできることは限られている。地域で『こころ医者』を増やすことだ」というメッセージを届けてくれました。まさに専門家も専門治療機関もない所で、住民同士が問題縁でつながり、孤立しないコミュニティの中で人も問題も包摂される仕組みの大切さを教えてくれるものでした。仙台市では、仮設住宅の支援を民間のNPOに委託して行っていました。そのNPOの仮設住宅支援員の養成講座を、当院で請け負いました。この講座の依存症支援のテーマでは、AAや断酒会のメンバーに体験談を話してもらうことで、回復可能な病気であるという支援に重要なイメージを持ってもらうことに大変役立

ちました。これを契機に被災地での支援者研修には、この形が定番化し、自助グループの有用性や、自助グループがない地域での自助グループ立ち上げ支援にもつながるものになりました。

ここまでが被災地支援の大体のご報告になります。全国のアルコール依存症の推計は 107 万人とされています。しかしその内 4~5 万人しか専門治療につながっていないという治療ギャップの問題があります。多くの依存症の方々は消化器系を中心とした身体科の医療機関を出たり入ったりを繰り返している実態があります。当院では、被災地支援を契機に身体科あるいは依存症治療プログラムを持たない一般精神科から紹介を受けても繋がらない依存症の方に、紹介元医療機関の承諾を得てアウトリーチを行い、依存症の治療、回復等について説明し、治療の動機付けをする活動を強化しています。研修資料には、その実績も掲載していますので、参考にさせていただければと思います。過去 3 年間の実績は、アウトリーチによって 77%の方が当院の入院及び外来に繋がるという結果でした。これは当初の予想を裏切る好成績と自負しております。たとえば、繋がらない場合でも、対象者だけでなく、紹介元の医療スタッフからも感謝され、依存症理解の啓発と連携強化に効果があると実感しています。これも被災地支援という経験が活かしていると感じています。ご清聴ありがとうございました。

司会 鈴木さんどうもありがとうございました。また、ひときわ具体的な言葉のやり取りなどをお示しただけまして本当にありがとうございました。それでは今からブレイクアウトを同じように進めたいと思います。

《ブレイクアウトセッション》

司会 それではリカバリーチームメンバーの藤原尚さんからお願いいたします。

藤原 鈴木先生、講義ありがとうございました。僕、問題が地域を活性化するというフレーズが、すごくインパクトがあって印象に残ってます。アルコールにもそうなんですが、アルコールに限らずですが、その問題が起こらない平時のときにこのように越境したネットワークを築いていくということが、最初の講義からも連続して続いているような感じがあるんです。平時のときにどうやって防災であるとか、アルコールやアルコールに限らずですけど、そういう取り組みができるのかなというふうに考えていて、今回の講義の中でそういうヒントをもらえたらなと思っています。よろしくお願いします。行政とか警察とかというのを巻き込んで越境していくということについて、問題が起きてからではなくて、防災という観点から、取り組めることということが、今回の事例からヒントが得られたらと思ってお伺いしたいと思います。

鈴木 ありがとうございます。そうですね。災害時だからこうしなければとか、特殊な事情状況ですから当然そういう発想にはなるとは思いますが、平時に何をどうするかということとリンクしていると思います。平時と災害時は全く日常が違いますが、日常の延長線にあるのは事実なので、むしろそのことを基本に考えて、あまり特別に何をどうしようと考えよりは、日常の中でやってきたことがヒントになるんじゃないかという気はします。あまりうまく答えられてないような気がします。

藤原 ありがとうございます。日頃の実践が生きてると思えてるといった感覚が大事というふうに捉え解釈しました。ありがとうございます。

司会 ありがとうございます。それでは 1 グループの島野さん、どうぞ

島野 心臓血管センター金沢循環器病院（石川県）の島野です。冒頭のスライドでいろいろな取り組みのことをお話されていらっしゃると思うんですけども、その中で仮設住宅での安眠カフェ活動というふうにかかれていたかと思うんですが、何となくイメージなんですけれども、やっぱり安眠できない方が被災地には多いと思うし、サロンのような運営をされながらさりげない関わりをされていらっしゃるのかなというふうには思うんですが、もう少し具体的にどんなふうに運営されていたのかということをお聞きできますと助かります。

鈴木 ありがとうございます。まさに何をどうしようって悩んだときに、とりあえず睡眠の問題を抱えている人が多いという情報が多かったんで、あんまり肩肘張らず「ここに精神科医いますどうぞ」と言っても、なかなか特に精神科受診なんていうことにやっぱり大きなハードルを感じるような地域でもありますし、コーヒーを出しながら、あんまり寝られないという相談をしてもらえたら嬉しいなっていうことで、精神科医とスタッフがそういう看板を掲げて始めたんですが、実際は、1 回半日いて 1 人が 2 人でやっぱりそんなにいらっしやらなかったのが実情で、やっぱり敷居が高かったのかなという気はします。

島野 そういう形で繋がるきっかけ作りみたいなものを作られていらっしゃったんだっていうことを、お聞きできて良かったです。何かまた、これからの石川県の活動にも参考にできたら良いと思います。ありがとうございました。

司会 ありがとうございました。それでは少し早いですが、ここで鈴木さんのご講演は終わりたいと思います。鈴木さん、本当にどうもお世話になりました。

鈴木 今後ともどうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございます。

プログラム4「相馬広域こころのケアセンターなごみの取り組み（講義と事例演習）」

講師：米倉一磨さん（相馬広域こころのケアセンターなごみ）

米倉 皆様，朝から長時間にわたりお疲れ様です。私が最後になります。午前中から私もお話を聞かせていただいたんですけど，講師の皆さんは，外部の支援者であったり，一時的に地域外だけ地域にとどまりながら一定期間支援する形だと思うのですが，私の場合は，福島第1原発事故でそのままこの仕事をせざるを得ないような状況になり，その中でアルコール関連問題に関わってきているので，皆さんにお役に立てるようなものを何かをお伝えできれば良いと思っております。

まず自己紹介ですけれど，原発事故で精神科病院がこの相双地区では一時的になくなってしまっていて，五つの精神科病院が約900床あったんですけど，今60床1病院だけになります。戻れない理由としては，支援者が少なくなりました。精神科病院に就職する人はいない。避難をして一時的に人は戻ってきたんですけども，この地域になかなか戻ってくれないんです。ということは，精神科病院がない部分のアウトリーチの支援と，被災者のメンタルヘルス問題，特に原発事故というのは大規模避難のことが相当影響しますから，そういった精神科問題とメンタルヘルス上の問題を解決するという側面があります。

2011年3月下旬から地域の勉強会を開き，ずっと災害まで続けていたおかげで，チームに入って，復興工場のアルバイトを掛け持ちしながら，保健所の臨時雇用になり，その後NPO法人の心のケアセンター（復興庁委託事業）で13年間働いているんです。私もこの仕事はそんなに好きではなかったんですけども，やってみたら結構面白いのがあって13年間続けている感じです。今は何をやっているかというところ，看護師なんですけど全然看護師に思われないような，「何でも屋」みたいな。皆さんわからないかもしれないんですけど，本当に引っ越しもするし，借金問題も解決するし，ゴミ掃除もするし，「何でも屋」になっているという感じですね。結局は地域の課題解決に向き合いながら，地域の「何でも屋」といったところで，少子高齢化社会対策の先取りをしているっていうところ，なんかそういうイメージで今仕事をしています。ここに散弾銃があるんですけど，私，狩猟免許を持っていて，やめちゃったんですけど，地域と結構繋がっています。狩猟を通じていろんなモラルを習ったなと思っています。

まず動画をご覧くださいと思っています。Oさんというのは，匿名化した状態なんですけど，この映画「生きて 生きて 生きる」の中には，アルコール関連問題の方を集めて一つの動画を26分作りました。見た後に，三つ考えてもらうことがあるんです。三つのことについて，まず災害前からあったOさんの心の問題についてです。災害に関連することもそうなんですけど，災害前からあったOさんの問題について，先ほど匿名化されたものとほぼ同じなんですけども，合わせて考えてください。二つ目，アルコールや薬物に頼ってしまう意味は何でしょうか？三つ目，「なごみ」，私達の法人なんですけど，通称なごみの支援は何を意図していたのでしょうか？はい。三つをこの動画を見ながらお考えください。

〈動画視聴〉

ヒントまでに，何をしたかということですけど，「お酒をやめろ」とは言わないというところと，「健康になることのお手伝い」としか言っていないんです。そこはちょっと大きなヒントですね。あとは人にどう近づくかというところ。近づいたり遠のいたりというふうなところをうまく調整しているところがヒントになります。今日はステージごとに違う心のケアとチーム医療に必要な力を解説したいと思います。最初に，やりたい支援は本当に必要なのかです。皆さんが思うのは，三つ，災害直後，方法は直接，期間は短期間というものが多と思うんです。

でも私が現地でいた最初の3ヶ月間いっぱい来るんです。半年後来る支援者はあまりいないんです。そうすると何が起こったかというところ，この地域では精神科病院はなくなってしまっていて，そのまま中断した方がいて，そのときに来てくれる方はほぼいない。なんでだろうと考えたときに，3ヶ月が限度なんです。派遣するほうも，どういう支援が良いのかと思うと，例えば専門職が行くとしたら，地域とか，あとは災害中長期とか，複数回行くのが良いですけど，それを実践していることは少ないんです。皆さんには，外部に支援する場合は，複数回ローテーションを組んでくるということがすごく大事だということをお伝えします。あとは間接的には，お土産とか寄付と

かそういう支援ができる。

福島第一原発事故が与えた影響は、コミュニティが一度なくなってしまって戻るまで時間がかかってしまう。過疎化が進んでしまったり、少ない支援者で対応力を上げることも目的に入っていました。精神科病院がなくなってしまったので、未治療とか治療中断者をどうするかも必要になります。メンタルヘルス問題と精神科未治療・治療中断者なんですけど、目立ってくるのが、最初の避難所とか、仮設住宅です。仮設住宅で問題になるのはまだ良いですけど、水面下にいる人たちがアルコール関連問題で、なかなか SOS を出さないという方です。我々がやっているとときに意外だなと思ったのは「最後の仮設住宅」の住民結構ありましたね。未治療・治療中断だったり、ボーダーです。境界知能の方が多い。限りなく知的障害だけど年金を取りたくない。統合失調症だけど何とか地域に見守られて表面化した方です。そういう方を見極める必要があります。精神科医ではないけども、皆さんワーカーですから、一瞬見ただけで、この方がどういう人かわかるので、能力査定とその人の生きづらさと、どうすればこの人たちは SOS を出してくれるのかを考えることを、短時間のうちに私が求められたことです。

アルコール関連問題、ひきこもりの問題もそうですし、発達障害もそうですし、困窮者の問題とか、ステージが長引くとともに様々な地域の問題が出てくることがある。どんな人を支援するか、障害者とか精神疾患とか PTSD はわずかなので、孤立しやすい方で自分に生きづらさを感じてそれに対処できないと考えると、どんな人たちを支援するかがわかります。

どこに相談してわからない方というのは災害初期に多くて、不眠の方もいましたけど情報提供すれば、睡眠薬を用いるとか、睡眠薬とか精神科に抵抗があるから、別な対処方法を伝えるなどの方法で解決はします。誰かを亡くした喪失については、十分時間が必要なので、そこを下手すると自殺のリスクもあるので入院なのかもしくは継続的に頻度を決めるということが必要になります。

SOS を出せない人が重要で、潜在的にいるんです。動画で見たような方も、あの方は入院を拒んだんです。自分はそういう依存症患者者と思われたくないとずっと思っていたらしい。自分の力で良くしたいという気持ちがあるので、健康になりたい気持ちが高い人だというふうに見方を変えつつ、SOS を出せない人の解釈をどんどんしていくことが必要になり、このように健康問題、障害、迷い、偏見、劣等感とか様々なものが含まれています。皆さんがもし外部から行くとになれば、理想的な災害支援だとボランティアとローテーションを組んで地域内支援者と支援をしつつ、地域が安定した人員で復興から地域作りができるまでの協働作業をする。大事な協働作業という感覚で、その支援者の対応力を高める。私も一病院の看護師で、こんなような何でも屋になるまで相当いろいろな知識だったり実践があったりしたので、対応力が変わるまで時期ごとに違う求められる心のケアとして、初期だと精神科医療の医療的なトリアージ、これは DPAT というものが対応します。中期ではこの中で生きにくさを抱える住民と早期発見と会議ですよね。変わりたくないに関われないことを意識することが必要です。映画に出た方も、変わりたくない、変われないという部分に対して、どう返すかというところがポイントだったと思います。長期は地域の協働作業で心の問題を解く、具体的に言いますと、地域の保健師さんと今事例検討ができるようになったり、基幹相談支援センターさんができない部分を我々が担うとか、誰かが全部引き受けずに、一緒に訪問するなど、一緒に取り組むことが結構多くなってきました。

災害支援に必要な力なんですけど、今福島心のケアセンターでこのような 10 項目の能力評価をやっているんです。アウトリーチというものが最近定着してきました。その他、来所相談、電話、啓発、集団支援、集団活動の中で集団をコントロールするコンサルテーション、支援者のメンタルヘルス、人材マネジメント、マネジメント力が本来必要なんです。ただこれができる人はいないです。これができて当たり前と教育の中で言われてきたけど、実際できる人は多分いないと思う。病院とか医療に偏りすぎてしまい、こういったものは病院と医療だけでは経験できない。理想としてはあるので、難しいので、このような今日の勉強会の中で鍛えていくしかないところはあります。かつては出向くとていうことが、職業的な背景になかった。生活の場に出向き、対処できることを見つけ解決できるということは難しかった。職業アイデンティティだけに左右されず、自分を変える力がなかったというところ。これは私も、病院という医療の中で待っている立場だったので、実際地域の中で生活を見ながら回復することを支援することがすごく苦手、やったことないですからね。地域の中で生活を支援するというところは、災害時に限らず平時も同じと思

っています。

うちの事業所だけでワーカーさんが4人いて、結構最初はみんなやりたい人が多かったです。自分の支援者の要素として、自分が支援をすることで、自分自身の弱い部分が充足されるという気持ちがある人もいると思うんですけど、それが災害の仕事って全面に出やすいんです。そうなるとうまく職業アイデンティティが複雑に絡み合うと、支援がうまくいかない。極端に言うと、朝のミーティングが、今は普通に率直に自分を開示したり相手に対して話せるようになりましたが、お葬式のように誰も何も言わないというのがありました。他職種チームがいろんな価値観を共有しながらやるというのはすごく難しい。

私達は一部我々の復興事業だけでやっていたんですが、それが少しずつ縮小化している。委託事業を少なくしながら、既存の事業に置き換えるということをしています。18人ですね。今、アウトリーチ事業という訪問だけの事業と、こころのケアセンターの私達は啓発活動も行ったりと、発信者支援もするようなそういった組織です。現在どのぐらいの人数の住民にやってきたかというところ、原発事故前に10万人だったんですけど、だいたい延べ1500人なので、100人に1人ぐらいはなごみを知っていることになります。家族も含めたら、多分もうちょっといると思うんですね。対象者が今、こころのケアセンター108なんですけども、これだけの100人に、1人以上の支援をしているとどうなるかというところ、思春期の子供たちが自分が発達障害かもしれないからと話したりとか、ひきこもりの方がひきこもりを脱したいので相談したいとか、親御さんがアルコール依存症の家族がいるのでどうにかしてほしいとか、来所相談が結構増えてくるんですよ。感覚ですけど、地域のメンタルヘルスの底上げなのかな。でも実際のところ保健師さんが一番その相談先としても良いなという感じですね。このようにだんだんアルコール依存症とか発達障害が多くなったりします。

なごみの支援はゴミ掃除とか、細かな個別支援に加えて集団活動で男性の集いというのを開催して、引きこもりがちな方とか、今、移住が多くなってきたので移住者のコミュニティを築くということをしている。去年まとめたものなんですけど、今までこころのケアセンター1000人のうち、94人がアルコール関連問題だったので、この結果ですね、大体10%ぐらいはアルコール関連問題で、人数としては、年齢としては50代70代の男性が多くて、アルコールって震災直近に多くなるんじゃないかと、元々飲んでた方が多くなるというのが大体の結果ですかね。なので、アルコール依存症者が増えるのではなくて、元々いた、治療が多くなって目立ってきた。生活の現状は原発被害が多かったということですね。単身独居が同じぐらいの感じですね。あとは、支援機関は結構多いです。半年から5年の間というのも一番多いので、病気になったり、家族が分離したりあとは、金銭問題で困窮しない限りはなかなか進まないというのがあります。一度増えたんですけど仮設住宅が終わって1回無くなったかに思えたんですけどまた増える感じで、多分仮設住宅は見守りがしやすいので良かったんですけど、それがなくなるとまた多分増えてくるという感じですね、問題化するということですね。

震災によって離職した方は24%。辞めてない方も多いが、辞めた方は年齢とか産業構造が変化して辞めた方が多い。24%というのは、震災関連問題として結構大きいのかなと。依頼元は市町村が多い。支援期間内に半分ぐらいが一回はお酒をやめる。けどまた再飲酒してしまうことになる。転帰は、継続中が2割、軽快が2割です。他機関に引き継ぎ、施設入所です。施設入所とか介護保険にかかるというところが、悲しくもゴールになっているという一面もありますが、繋がるということを考えてそれは良いのかなと。残念ながら死亡例も19%あります。支援期間と転帰ですけど、こちら見ると最初の3ヶ月以上から1年間に入所・入院が多い。それ以後は引き継ぎとか死亡に関わってくる。ですから1年から3年の間にケースワークをしてどんどん繋げるということが必要です。支援によって断酒した方21名は、必ず医療に繋がってます。その中で結構細く長く家族支援をして繋がっています。断酒会とかも難しいんですけども、とにかく家族の支援はほぼやっている。もう生活支援ですね。他のサービスがなかなか結びつけないので、生活支援をしながら、金銭問題も含め様々なコーディネートをするという感じですね。

当センターへ依頼があった震災後のアルコール関連問題は、仮設住宅など発見されやすい顕在化しやすい問題だった。当センターに依頼があった例は、環境の変化や避難による飲酒の増加に加え、元々存在していた解決困難な問題だった。節酒や断酒の繰り返しの支援によって、軽快や医療介護サービスの導入や施設入所なども結びつけることができる一方で、サービスに繋げるこ

とが困難で死亡することもある。なので、断酒・節酒というよりは生活を回復するというところに重きを置かざるを得ない。

私たちは何を見てどんな支援をするか。その人の能力、知的能力とか発達障害とか、心身の疾患とか、生きにくさとか価値観とか、ストレス解消方法です。その中で情報提供する方は回復するし、表現ができない方アルコール関連問題の方はなかなか自分を表現できないので、表現する機会とか向き合うとか難しい。一番難しいのは待つこと。待つということは、放置するんじゃない、緩い繋がりで住民の力を借りたりして何かあったら繋げる。そういう部分をする。生活臨床ってというのがあって、大体人間が引っかかるのは色・金・名誉によるもので、愛情・欲・プライド、そういったものの裏側にあるものを見れば、突破口が少し見えてくる。

なごみ十箇条というのがあって、昔生活臨床の中澤先生という方がいて、これ良いなと思ってうちの事務所に貼っているんです。全員出撃方式、全員でケースを関わる。生活を支えるとか、急がず伴走するとか、市民と協働作業するとか、地域の伝統文化やお祭りとかを活用するとか、そういったものが書いてあります。生活支援とか地域支援とかそういったものって、生活臨床ってもう何十年前前にできたんですけど、それが新しいと感じるんですから、日本はメンタルヘルス問題がまだ進んでないということなのかなと思います。

司会 米倉さん、どうもありがとうございました。では、今からブレイクアウトを設定します。

《ブレイクアウトセッション》

司会 今からの時間は事例のこと、なごみさんのこと、何でも良いですので感想、質問の自由な時間としたいと思います。まずは、毎年リカバリーチームの研修に協力いただいています、アルコール依存症患者家族の立場の田辺さん、どうぞお願いします。

田辺 京都府断酒会家族会みやびの田辺暢也です。家族の立場です。どうもありがとうございました。よくぞ映像を見せてもらえたと思って。映画に出ていた食事の場面のジギスカンなんですけど、僕が本当に回復の一番初期にかかわった断酒会の先輩のおばちゃんに「うちおいで」と言われ、「ろくなもん何も食べてへんやろ」と言われ、冷凍食品しか食ってなかった頃に温かい焼きそばを食べさせてもらった時に、あの温かいのが喉を通っていくのがわかり、何かそれをすごく思い出しました。周りで人と一緒に一つのを囲んで温かいものを食べるっていうのが、あのとき涙出て、僕もそれがスタートやったなと思って。僕も男の家族として男の集いというんですけども、本当に下手くそで表現が、いろんなもんを抱え込んだまま言葉にできひん、ありがとうございました。ごめんなさいも言えへんっていう。そういう昭和の男特有の抱えているもんがあって、イラストにある焼きそばの蓋に載っているような男の集いで作った焼きそばを届けてもらえたら、なんて嬉しいのかなと思ってました。質問内容については、多分皆さん3項目は答えはると思うので、僕の質問としては、家族支援というのは、どんなふうにやってはるのかなと思いました。ありがとうございます以上です。

米倉 全般ですけど、大体イネイブリングな家族が多いので、お母さんにはどうしても助けたいという気持ちが経済的なものになってしまう。甘えさせてしまうという部分があるので、自分のお金は自分で使うようにする、他の支援は、他の使える資源を使いながらできるので、そこは分けていきましょと話ししながら、次どう関わるとか、入院するにもどうしても本人は嫌がるので、入院をすることによって身体を良くするというようなことを一緒に言いましょとか、具体的に言えば、家族も支援者にどんどん近づけるといいう形にしていきました。

田辺 ありがとうございます。1つ目の答えのヒントもいただいたような感じで。ありがとうございます。

司会 田辺さんありがとうございました。事例のことをどんなふうに考えたのかも少し聞いてみたいと思います。金本さん、少しどんなふうにお話されたか聞かせてください。

金本 ありがとうございます。所属は成増厚生病院（東京都）の金本祐季です。3つの問いかけに対して1番の、以前からあったOさんの心の問題っていうのが何なんだろうっていうのが皆さんの考えたことでもあったんですけど、ご家族の中でのお仕事に就かれていて、社会に一步踏み出す、社会の中で関わっていくことの恐れというか、そこに馴染んでいくことへの苦手さみたいなのところがあるのかなとか、こういった展開になっていたことからするとSOSを出す力とか援助希求とかそういったところが少し苦手な方であったのかなとか、そんな話題が出ました。ここについて先生の方でどんなふうに捉えてらっしゃったのかなっていうのをぜひ聞いてみたいです。お願

いします。

米倉 はい、ありがとうございます。まさしくこの方の支援のヒントはそこにあって、息子さんを自死で亡くしてしまったんだけど、それを理由にしてお酒を飲んで社会に踏み出さなくなかった弱さがある。そこが理解できれば、昔その人は野球のコーチとか、確かアマチュアゴルフが結構な腕前なんです。なので、後半には、得意な人が教わりたい人に教えるっていう発想が大事になってきます。ジギスカンも、それが得意料理という発想からです。その後の映像で若いスタッフが「ゴルフを教えてくれ」と提案する場面もあります。ゴルフができる場所に行く支援とか、そういうものを取り入れながら、ちょっとずつご本人が自信を持てるような支援を、今、しているというように感じですね。ありがとうございました。

金本 ありがとうございます。

司会 金本さんありがとうございました。米倉さんのご担当のエリアが、宮城県に接しているところであり、今日のゲストの鈴木俊博さんの医療機関は連携先であるとのことでした。鈴木さんから、米倉さんへコメントいただければと思います。

鈴木 相双地区と言われる地域で、地域的には震災以前から患者さんが当院に来る。そもそも東北全体に専門医療が足りないというところはあるんです。ですから相双地区の保健所との繋がりが震災前からあったり、こころのケアセンターさんとか元々の繋がりで、いろんな交流もさせてもらってました。ですから東北どこでも言えるんですけども、専門医療が手薄であることが確かに弱点ではあるんですが、逆に言うと、医療だけがこの問題を解決するんじゃないというのも事実だと思うんです。いろいろなコミュニティをそこで作るということが、むしろ依存症の治療回復を自然と醸成していく。結局そう考えると、今米倉さんも活躍している場は医療という場ではありませんけれども、専門の病院を持たない地域でどう当事者を支えていくか、あるいは当事者と関わっていくか、ここには医療の専門性に勝るとも劣らない資源になりうる要素が実はたくさんあって、専門医療機関がないということは弱点ですけども、逆に言うと、稲田先生もよく言っていましたけど、専門家は限られているわけで、やっぱり人を作るのが大切なんだなということ。今日米倉さんのお話聞きながら、コミュニティがやっぱり人を支えていく。この資源、専門医療が無いというのは確かに痛いかもしれないですけど、逆に言うと、この武器はコミュニティがしっかりしたら、あるいはコミュニティが機能したら、回復もできるという幅広さがあるので、この病気にはむしろそういうことを彷彿とさせてくれるご講演だったとすごく思いました。

司会 鈴木さん、大切なコメントありがとうございました。コミュニティ形成に資することができるソーシャルワーカーや支援者へ、メッセージをいただけたらと思います。

米倉 答えはチャットで送ります。最後ですけども、何もない地域になったということなんですけど、何もないからやらなきゃ駄目だという部分と、外部の支援者の力を借りて自分たちの力も高めることが必要なのかなと思いましたが。あとは、制度上で動いているんです。ワーカーさんもそうだし、看護師もそうだし、お医者さんもそうなんですけど、制度上で動いているということは、自分にも枠を作ってしまうということになると思うんですよね。それを打ち破るといえるのか、日頃から自分の枠以上のことができる可能性があるというのは、地域との結びつきであったり、勉強会であったり、他の職種の交流だと思うんです。そういうものを、日頃から作ってもらうというのが必要なのかなと思います。なのでもっと予防にも、人間の社会にも伸ばすようなマネジメントができるようになれば、災害にも強い地域になるし、自分にもなれると思いました。

司会 本日は長丁場のご講義をご担当していただきましてありがとうございました。最後に皆さん拍手をしたいと思います。米倉さんどうもありがとうございました。また、鈴木さんもコメントをありがとうございました。

最後に今日一日を通して、今日の時点での分かち合いの会を各グループで開いていただきたいと思います。

《一日の振り返り（ブレイクアウトセッション）》

司会 皆さんお疲れ様でした。分かち合いのグループのお話を共有ください。中宮さん、いかがでしょうか。
中宮 所属は石川県立こころの病院（石川県）の中宮久美子です。この1年のことを思い出しまして、全国の皆様からご支援していただいて、そして今現在もご支援いただいていることに本当に感謝しております。私自身は先ほど言ったように精神科のソーシャルワーカーでしかもアルコールの依存症の治療拠点病院の、そしてアルコールを担当しているワーカーです。私自身先ほどこの分かち合い

で話してたんですけれども、依存症支援に出会ってよかったなって思っていて、それはやはりこれが他の病気とか他の疾患にも私は通じると思うんですね。あの何もやめろとか言わなくても本人が変わっていくっていうのを自分の業務の中で患者さんと関わっていたらそういうことが起きてくるので、なんか良いなって思っていて、これがもっと広まったら良いなっていうふうに思っていて、このアプローチが他の疾患にも役立ってくれたら良いなっていうふうに思っています。被災地、先ほどもお話したのですが、あれから1年経ちましたが豪雨もありましたので、まだ1年っていう感じではないんですね。やっぱり豪雨でさらに被害もあって、また仮設住宅も被害に遭ったりということで、まだまだ1年経ったねっていうふうにならない方もたくさんいらっしゃいます。今回欠席の方も能登の方いらっしゃったんですけど、きっと本当にお忙しいんだろうなって思っています。そう言った中で今回、いろんな各地の取り組みや先生方のお話を聞いて、まだまだ何か自分たちがやらなければいけない、自分から動かなきゃいけないっていうのを教えていただいたような私はそういう感想を持ちました。何か待っているだけじゃ駄目って言うようなところで、自分たちができることやしたいことをいろんな方と繋がりながらやっていくって言うことが必要だと思っています。現会長である中本会長も本当に頻りに珠洲や輪島の方に行き、おそらくこれからそういった繋がりにってものを作って支援ができればいいなって思っていますし、今日はそういうことを考えるきっかけにもなりましたし、学ばせていただきました。どうもありがとうございました。

司会 どうもありがとうございました。では今お名前も出ましたので、中本さんにもぜひお話しいただきたいと思います。よろしくお願いたします。

中本 所属は国立病院機構医王病院の中本富美です。本当に今日はどうもありがとうございました。私はグループのメンバーともいろんなお話ができたことがとても有意義でした。発災から本日まで何もわからない中でただがむしゃらにソーシャルワーカー協会として何ができるかと迷いながら、日本協会さんに助けをもらいながら歩んできたと思います。とにかく頭で考えて何がやれるのかではなく、とにかく具体的に行動していくことについて考えてきました。被災された方に出会い、被災地に向くといい具体的な行動する中で感じたことを協会員に伝えていくことを取り組んできたように思います。その中でひとりひとりのソーシャルワーカーが具体的な支援を提案していく、その過程には仲間を信頼していく力が問われていったように思います。「信頼していく」とは相手を信じて頼っていくことだと私は思います。私が信頼されるのではなく、仲間を信じて頼る、求めるあるいは助けを求めるでしょうか。そんな力が災害などの非日常の出来事、危機状況に求められる力だと振り返り学んだことでした。そして最後ですが自分の人生訓を言うのもなかなか恥ずかしいですが、「人生、すべては借り物」だと思います。みんなみんな知恵も技術、勇気も覚悟も助けていただいたこと全てみなさんにお借りしました。私の生きてる間にお返しできるかわかりませんが、いろんな方に、いろんなことを借りながらこれからも県協会として頑張っていけたら良いかなというふうに思っています。まとまらない感想で申し訳ありませんがどうぞ皆さんよろしくお願いたします。

司会 どうもありがとうございました。米倉先生は、職場の研修で立木先生、藤田さんを招かれ、鈴木さんとは仕事上で連携されていて、「自分を育ててもらった人たちと今日は一緒に取り組めた」とおっしゃっていて、とても心強く思いました。そのような繋がりある講師陣に、本日はMSW研修をご担当いただけたこと、心より感謝申し上げます。

II. 資料

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会
社会貢献事業部依存症リハビリソーシャルワークチーム企画



オンラインセミナー

『災害時のこころのケアと自殺対策』 ー 基本姿勢やアルコール関連問題 への対応を含めて』

今回のオンラインセミナーは、精神医学及び災害支援の専門家からご講義いただき、アルコール関連問題をふまえた災害時支援のシミュレーションを行い、ケアの心得えを身につけることを目指します。

東日本大震災後各地で長年活動され、能登半島地震の現場にも駆けつけられたお二人から、私たちの臨床に活かせる貴重なお話を頂きます。

ぜひ、奮ってご参加ください！

- 日 時 □ **2024年7月29日(月)** 17:30 オープニング
17:35 講師紹介
17:35 講義開始
19:25 クロージング
□講 師 □ (質疑応答の時間は有りません)

大塚 耕太郎 (おおつか こうたろう) 氏

(医師 / 岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授、災害・地域精神医学講座特命教授)
1997年岩手医科大学医学部卒業、神経精神科学講座入局。2012年同大学災害・地域精神医学講座特命教授・岩手県こころのケアセンター副センター長併任(現在)、2016年同大学神経精神科学講座教授(現在)。主な専門領域：自殺対策、精神科救急、災害精神医学、産業精神医学等。主な活動：日本自殺予防学会常務理事・事務局長、日本精神科救急学会理事、日本うつ病学会理事。

赤平 美津子 (あかひら みつこ) 氏

(保健師・看護師 / 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座特命助教)
1992年東北大学医療技術短期大学部看護学科卒業看護師免許取得、1995年岩手県立衛生学院保健学科卒業保健師免許取得、2010年岩手医科大学自殺未遂者支援事業相談員。2012年同大学災害・地域精神医学講座特命助教、日本自殺予防学会評議員、東北アルコール関連問題学会理事、岩手DPAT先遣隊員。現在、岩手県こころのケアセンターで、心のケア活動に取り組む。内閣府ゲートキーパーテキスト・DVDの教材作成にも携わる。

- 定 員 □ **100名(先着順)**
□参 加 費 □ **1,000円(会員・非会員問わず)**
□申 込 受 付 □ **2024年5月13日(月)～6月21日(金)**

【お問合せ】

公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会事務局
TEL:03-5366-1057 Mail:jaswhc@d3.dion.ne.jp

非会員の方の
参加大歓迎！

お申込みは
こちらから →



オンラインセミナー

災害時のこころのケアと自殺対策
—基本姿勢やアルコール関連問題への対応を含めて

大塚耕太郎¹⁾²⁾³⁾、赤平美津子¹⁾²⁾

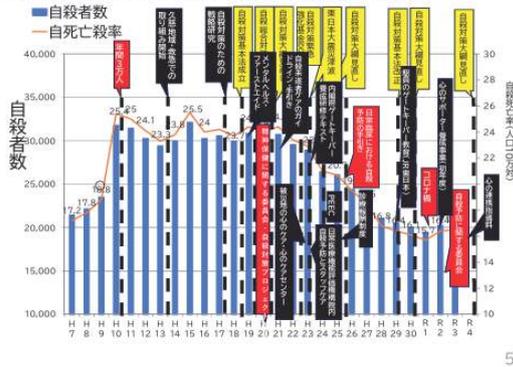
- 1)岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座
- 2)岩手県こころのケアセンター
- 3)岩手医科大学医学部神経精神科学講座

1

地域の対策の実践

被災地は困難を抱え切実な状況にある。
医療過疎地やへき地だからこそ
先を見据えながらより良いことに取り組む必要がある。

自殺の推移(人口動態統計)と対策の変遷



5

自殺総合対策大綱の重点施策の推移

平成19年6月8日策定 9項目 ⇒ 平成24年8月28日見直し(変更なし)
⇒ 平成29年7月25日見直し:9項目から12項目へ(追加・変更項目赤字)
⇒ 令和4年10月14日見直し:12項目から13項目へ(追加・変更項目青字)

1. 地域レベルの実践的な取り組みへの支援を強化する
2. 国民一人一人の気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策にかかわる人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再発の自殺を防ぐ
9. 残された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する
13. 女性の自殺対策を更に推進する

6

課題. WHOの日本の精神医療への提言(2002)

1. 国は政策として**コミュニティケアへ大きくシフトする必要がある**。そのための財政的インセンティブが必要。
2. このプロセスを進めるためには、**精神障害者の権利擁護活動**などへの積極的参画、**精神保健関係者のパートナーシップ**、**精神科医療や福祉に関する情報公開が重要**。特に**専門家である精神科医は、コミュニティケアに強い関心を持って、他職種とのパートナーシップ**により、これを推進することが最も重要。
3. **社会精神医学的研究の実践、公衆衛生にも関心を持つこと**、行動科学的研究や疫学的調査研究が必要であり、**エビデンスによる施策提言が重要**。
4. collaborationの強化により、**国際交流を深め、海外の経験**に眼を向け、**革新的なメンタルヘルスケア**にも関心を持つ。特にWHOやアジア諸国、特に西太平洋地域の国々の精神保健の推進の協力が必要。

Saraceno B (WHO 精神保健及び物質依存部部長, 精神医学44 1350-1359, 2002)

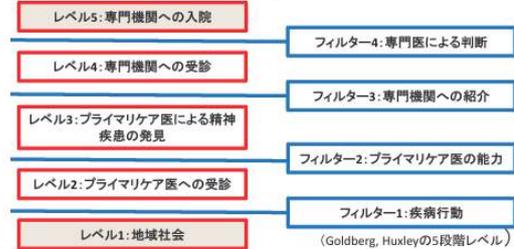
国の戦略の典型的な構成要素

構成要素	目標と目的
サーベイランス	自殺と自殺企図に関するデータの質と適時性を向上する。蓋然性の高い集団、個人、そして状況を特定するための統合されたデータ収集システムの設立を支援する。
手段の制限	自殺の手段(例えば、農薬、銃器、高所)の入手可能性、アクセスのしやすさ、誘因性を減少させる。使用可能な手段の毒性・致死性を下げる。
メディア	結核や放電、およびソーシャルメディアにおける自殺に関する責任ある報道を支援するメディアガイドラインの実施を促進する。
サービスへのアクセス	自殺関連行動に脆弱性の高い人々のための包括的なサービスへのアクセス増加を推進する。ケアへサービスへのアクセスの障壁を取り除く。
トレーニングと教育	特定されたターゲットグループ(例えば、ヘルスワーカー、教育者、警備官)への包括的トレーニングプログラムを推進する。蓋然性の高い人を識別し、治療できるようなメンタルヘルスマテリアル提供者の数を高める。
治療	自殺企図後に病院に入院した人々には特に、臨床的ケアと科学的根拠のある臨床的介入の質を高める。効果的な介入の研究と評価を改善させる。
危機介入	危機の際に適切介入で対応する能力を地域が持つこと、かつ電話のヘルプラインやインターネットを危機介入を含め、危機状況にある個人が緊急時のメンタルヘルスマテリアルにアクセスすることを保証する。
ポストベンチョン	自殺や自殺企図に影響を受けた人々への対応とケアを改善する。自殺企図に影響を受けた人へのサポートベンチョン的かつハビリのサービスを提供する。
意識	自殺は予防可能であるという理解を支援するために公共情報キャンペーンを起こす。自殺関連行動を阻害するあらゆる機会への一般および専門家のアクセスを確保する。
スティグマの低減	メンタルヘルスサービスの利用、物質乱用防止や自殺予防のためのサービス利用を促進する。これらスティグマの低減のサービスを利用する人々への差別を減らす。
監督と調整	自殺関連行動に関する研究、トレーニング、そしてサービス提供を促進し調整するための施設機関を政策部と調整する。保健医療および社会システムの自殺関連行動への対応を強化する。

Preventing suicide: A global imperative (WHO, 2014) 4

地域支援の階層レベルでフィルター機能がないと支援が停滞します

精神的な病気を持つ者が精神科的ケアに到達するまでの過程を簡略化した模式図



自殺対策

自殺総合対策大綱(平成24年8月) 4. 心の健康づくりを進める
(4)大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進

- ・ 大規模災害の被災者は様々なストレス要因を抱えることとなるため、孤立防止や心のケアに加えて、生活再建等の復興関連施策を、発災直後から復興の各段階に応じて中長期にわたり講ずることが必要である。
- ・ また、支援者の心のケアも必要である。そのため、東日本大震災における被災者の心の健康状態や自殺の原因の把握及び対応策の検討、実施を進めるとともに、そこで得られた知見を今後の防災対策へ反映する。
- ・ 東日本大震災の被災者等について、生活環境の変化等による様々なストレス要因を軽減するため、国、地方公共団体、民間団体等が連携して、
- ・ 被災者の見守り活動等の孤立防止や心のケアのほか、生活再建等の復興関連施策を引き続き実施する。

飲酒は自殺の危険を高める



- ・ 週250g以上の大量飲酒は、15年後の自殺死亡のリスクを3倍高める
 - Andeasson, et al, BMI, 1988
- ・ 中年男性57714名の7年以上の追跡では、非飲酒者と週414g以上の大量飲酒者で自殺のリスクが2.3倍以上上昇
 - Akechi, et al, Br J Psychiatry, 2006
- ・ 40-79歳までの男性22804名(宮城県)の追跡調査で、飲酒量に比例して自殺死亡の危険が高かった
 - Nakayama, et al, Alcohol, 2007



飲酒と自殺行動

- ・ アルコールは自殺念慮と関係し、計画性のある自殺より計画性のない自殺と関連する
 - 絶望感、孤独感、抑うつ気分を増強
 - 自身に対する攻撃性と高める
 - 自殺念慮を実際に行動に移すのを促進する
 - 心理的視野狭窄を促進して対処策を困難にする
 - Borges et al, Am J Epidemiol, 2000
- ・ 救急における自殺未遂者の40%にアルコールが検出される
 - Chierpitel et al, Alcohol Clin Exp Res, 2004



酒と自殺の関係



- ・ アルコール依存症の診断までに該当しない人であっても、死への恐怖感を減らすために、自殺企図の際に、しばしばアルコールが使われている。
- ・ 飲酒さえしていなかったならば、死への衝動を行動化することはなかっただろうと思われる事例にしばしば出会う。
- ・ 酩酊することによって、自己の行動をコントロールする力を失った状態に追いこんで自殺を図る人は決して少なくない

高橋祥友: 自殺未遂「死にたい」と「生きたい」の心理学. 講談社, 2004

複合的介入戦略の重要性

- ・ 自殺には複数の原因や経路がある。2つ以上の予防戦略を含む介入(複合的プログラム戦略)は、自殺死亡率を首尾よく減少させることに関連することが研究で示されている。
- ・ ドイツ連邦共和国のニュルンベルクにおけるうつ病をターゲットとした複合的プログラムは、自殺と自殺企図率を有意に減少させた。このプログラムは4つの異なる介入からなる。
- ・ この多角的な介入は今では、17の協力国からなる欧州うつ防止プロジェクト(European Alliance against Depression)に採用されている。
- ・ こうした研究をまとめると、**複数の介入を統合することは、追加的、相乗的な効果を生む**かもしれないことを示している。

自殺を予防する 世界の優先課題 ("Preventing suicide: A global imperative", WHO, 2014)
転載・転用禁止

自殺対策のための戦略研究-地域介入班 (NOCOMIT-J)

目的: **複合的な自殺予防対策**を実施し、対照地区と比較して、自殺企図の予防効果を検証

結果: 自殺死亡率が高率な地域において**主要評価項目(自殺企図発生頻度)**が当初目標の**20%を超える減少効果**。複数地域での介入効果を世界で初めて示した。

Ono Y, Sakai A, Otsuka K et al. PLoS One (2013)

世界的地域介入のエビデンス

自殺対策の効果 地方男性に顕著

記者会見 (2013年10月, 厚労省)

2013年10月12日朝日新聞

自殺対策の目指すインパクトとは

「支える人は地域の宝、

人を育てることで地域は変わります



著者作成 5



地域の危機と介入・対策

地域の危機による問題	地域の介入・対策
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療資源や社会資源の絶対的な不足がある ・ サービスの効率は必ずしもよくない ・ 地域のニーズの高さは顕著である ・ インフォーマルな対策も必然的に求められる ・ 地域の財政状況も厳しく、支援が必要となる。 ・ 地域の諦めや絶望の心理が意識が広がる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人材養成や既存にはない対策までを含めて包括的に行う ・ 地域のネットワークや連携を強くする ・ 地域全体の意識を向上を促す ・ アドボカシー活動をもとに、政策的・財政的支援を行う ・ 地域の危機に対する新たな対策を講じる ・ 地域の献身的努力が求められる ・ 対策を長期間にわたって継続していく

・岩手県の自殺者数は**最大期の5分の2に減少(約530→200)**

2021年 岩手県
自殺率全国26位, 減少率全国1位
(2020年自殺率1位、自殺率増減22位)

転載・転用禁止 17

Exhibit 58: Top 10 Costliest Global Economic Loss Events (1900-2021)

Date	Event	Location	Economic Loss (Nominal USD billion)	Economic Loss (2021 USD billion)
Mar 11, 2011	Tohoku EQ/Tsunami	Japan	235	286
Jan 16, 1995	Great Hanshin EQ	Japan	103	185
Aug 2005	Hurricane Katrina	United States	125	172
May 12, 2008	Sichuan Earthquake	China	122	152
Aug 2017	Hurricane Harvey	United States	125	138
Sep 2017	Hurricane Maria	Puerto Rico, Caribbean	90	99
Oct 2012	Hurricane Sandy	U.S., Caribbean, Canada	77	77
Sep 2017	Hurricane Irma	U.S., Caribbean	77	77
Jan 17, 1994	Northridge EQ	United States	77	77
Aug - Sep 2021	Hurricane Ida	U.S., Caribbean	75	75

世界最大級の災害
長期にわたる対策の継続・維持

2021 Weather, Climate and Catastrophe Insight Report (Aon) , 2022 Spectee Inc. 19

地域支援は病院臨床と違う方法論

地域支援の方法論, 病院治療との違い

病院治療	地域支援
<ul style="list-style-type: none"> 病状の改善 身体疾患検索・治療 明確な指揮系統 他患者のコントロール 規格化された治療 規則的な時間スケジュール 治験とリハビリの分離 リスク管理重視 医師が指導的立場 	<ul style="list-style-type: none"> サービス利用者のエンパワーメント 身体状態の軽視の可能性 スタッフの自立した判断 行動を社会的文脈で見る 個別化された支援 柔軟な治療セッティング 医療と生活支援の統合 柔軟で幅広い支援の提供 医師はより広いマネジメント

Thornicroft, Tansella and Drake. Textbook of Community Mental Health, Cambridge University Press, 2011 18

り災証明書発行は約6万人

住家被害に係るり災証明書発行状況等について(都県別)

り災証明書申請受付件数(件)	57,094
住家被害調査済件数(件)	44,920
り災証明書発行件数(件)	60,266
り災証明書発行世帯数(世帯)※1	(30,949)
第2次調査申請受付件数(件)※1	2,658
県、他市町村からの応援人数(人)※2	1

※1()は県内に未集計の市町村があり、集計できた範囲での数値。
※2「県、他市町村からの応援人数」は、12月1日に被害認定調査等を行った応援人員の数。
内閣府 防災情報HP (平成23年12月1日現在)
<http://www.bousai.go.jp/kaigirep/kenzoku/hisaihashien/pdf/dai2ka/sankou21.pdf>

死者数は約5千人, 家屋倒壊は約2.6万棟

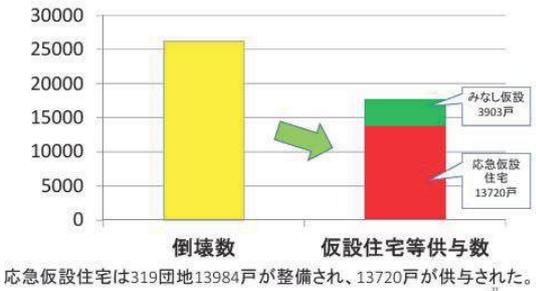
東北地方太平洋沖地震に係る人的被害・建物被害状況一覧

○死者数(人)	4,672
直接死	459
関連死	5,131
○行方不明者数	1,124
うち、死亡届の受理件数(件)	1,113
○負傷者数(人)	210
○家屋倒壊数(棟)	26,168

岩手県総務部総合防災室 平成 28年2月29日現在
<http://www2.pref.iwate.jp/~bousai/>



応急仮設住宅等は1.7万戸が供与



過酷な被災環境・生活は健康を害する



災害下での関係機関の主な役割

- ・ 避難情報⇒自治体
- ・ 移送等⇒自衛隊, 医療機関, 医療チーム等
- ・ 医療⇒医療機関, 医師会, 日精協, DMAT, 日赤等
- ・ 保健⇒**県市町村, 保健師チーム, 公衆衛生チーム**
- ・ 介護⇒**包括支援センター, 事業所, 福祉チーム**
- ・ 障害⇒**市町村保健福祉・障がい担当課**
- ・ 児童⇒**児相, 児童福祉施設, 学校, 教育委員会**
- ・ 生活支援⇒**社会福祉協議会, ボランティア**
- ・ **保健医療でのこころのケア⇒市町村担当課, こころのケア関連の支援チーム**
- ・ 栄養⇒**栄養士, 栄養士チーム**
- ・ 周囲の見守り⇒**地域のリーダー, 民生委員等**

25

地域での取り組みにおける基本姿勢

- ⊗ 地域の人・取り組みなどへの敬意を忘れない
- ⊗ 助言をするよりも、地域の声に耳を傾ける
- ⊗ 現場では協調的関係を取り、対立的関係をとらない
- ⊗ 一方的な助言・支援をしない
- ⊗ 地域の限界や現状を踏まえて、傾聴し、一緒に考える姿勢を大切に
する
- ⊗ 人としての尊厳を守り、一人の人間として誠意を持って関わる
- ⊗ 現場従事者もサポートの対象である。

災害のストレスの一例



26

被災者へのこころのプライマリケア

- ・ 被災後のストレスは否定しない
- ・ 活動時には温かく、しなやかに接する
- ・ 被災生活の苦労を温かくねぎらう
- ・ 身体疾患を鑑別する
- ・ 生活障害の程度を把握する
 - 仕事、家事、日常生活動作、食生活など
- ・ 重篤なこころの状態を把握する
 - 重篤なうつ、不安、パニック発作、幻覚妄想
- ・ 生活指導を加える
- ・ 精神医学的ケアへつなぐ、連携する
- ・ 地域との連携

28

ケアにあたっての基本

- ・ 丁寧に接する
- ・ 話をよく聞く
- ・ 相手のニーズを確認する
- ・ 問題の背景を把握する
- ・ 一方的に働きかけない
- ・ 一緒に考える



29

支援アプローチの幅

	基本	専門的療法
例	相談	精神療法 薬物療法
人間としての関わり の幅	広い	狭い
操作的アプ ローチ(侵襲性)	浅い	深い
扱う問題の適応	全体的・多面的	限定的

領域による関わり方の違い

	医療	保健	福祉
対応のスピード	ベッド調整、診察時間 に応じた迅速な対応	緩急併用が、息の長い 緩やかな対応	緩急併用が、対象によ っては息の長い緩 やかな対応
対象	病者	健常者 境界群の者 病者 (地域住民全員)	障がい者 生活困窮者 社会的弱者 など
支援の拠点	病院	地域	施設等
目的	治療	地域での生活を維持 (予防・早期介入)	QOLの維持・向上のた めの支援 (ノーマライゼーション)
治療の意志	○	△	△
契約	○	△	○
期間	治療終結まで	生涯	目的に応じた期間

メンタルヘルスと関連するアセスメント

- ・ **健康管理**: バイタル確認, 服薬確認, 置き薬管理
等
- ・ **受療状況**: 医療機関状況把握, 病院アクセス, 薬
剤供給状況
- ・ **ストレス反応の確認**: 不眠, 自律神経症状, 急性
ストレス障害等
- ・ **持病の悪化の把握**: 精神疾患, 身体疾患
- ・ **環境の変化の把握**: 認知症やせん妄
- ・ **避難生活環境の確認**: 衛生状態, 睡眠環境, 食
生活
- ・ **避難所の人の出入りや安全面の確認**: 避難者の
確認, 災害支援活動者等とのやりとり

32

こころのケアセンターの心理社会的専門支援

- 1. 支持的アプローチ**
 - ◎ 丁寧な傾聴と共感的アプローチ
 - ◎ 平易な声かけなどの基本的な支援のコミュニケーションスキルによる対応や語る場としての敷居の低い専門的支援
- 2. 低強度のアプローチ**
 - ◎ 生活面(仕事、家事、日常生活動作、食生活)やこころの状態、身体面について相談にのる、受診相談や受診勧奨
- 3. メンタルヘルスのプライマリケア**
- 4. ケースマネジメントやコーディネーション**
 - ◎ 個々の保健・医療・福祉との協働や連携によるケア
 - ◎ 生活支援等の現実的な支援との連携
- 5. 個別ケースのスーパーバイズ**
 - ◎ 困難ケースへの市町村保健師等への専門的助言

33

こころのケアでの大事な視点

- ・ 地域に入る: 避難所・仮設への入り方と出方
- ・ 出合いを大切にする
- ・ 被災者のペースやコミュニケーションのパターンに合わせた会話
- ・ 一貫した傾聴の姿勢
- ・ 問題解決の視点
- ・ 話の終え方
- ・ 被災者にとって不幸な結果を伝えるときの配慮

大塚耕太郎ほか、内閣府「ゲートキーパー研修テキスト第2版(2012)」

ナラティブなアプローチ

例) こころの健康のリスクは、これまでの送ってきた生活(ライフコース)における心理社会的因子と関連している

動機・心情

聴くことが手当することでもある

ある程度時間をかけ、丁寧に聞き、働きかける必要がある

最初は関係性づくり

- ・ 地域の人たちに見られている
 - 丁寧な接し方を心がけ、礼節を保つような心がけ
- ・ 最初は声がけされにくいこともある
 - 継続的な支援により、信頼を徐々に獲得することで、ロコミでよい評判ができるようになる。
- ・ 一つ一つを丁寧に対応していく

関わる上で大切にすること: 生活の困難さ

- ・ 精神的不調や、体調不良だけでなく、日常生活での困難を感じている患者は多い。「どのように暮らしているか」という点に話を向けながら、「どのような点で困っているか」と質問を向けていた。困っていることを問題解決に少しでもつなげるよう努力することが必要である。

何気ない雑談のようにですが

- ・ 温かみのある対応をこころがける
- ・ 部屋(相談)の出入りを見る
- ・ 挨拶を交わす
- ・ 生活をねぎらう
- ・ 情報収集量<関係性の構築
- ・ 基本的な生活状況から生活への支障がないかを確認する
- ・ 食欲、睡眠、交流などができているかを確認する

出合い 大切な出来事

一期一会
千利休の弟子、山上宗二(1544 ~ 1590)『山上宗二記』

何を話題にするか?

中心の話題

周辺の話

周辺の話

- ・ 季節(花・天気...)
- ・ 身体感覚
- ・ TV/番組・音楽
- ・ ペット
- ・ など

↓

- ・ 日常性の回復
- ・ 身体性の回復
- ...「雑談療法」

青木省三、精神科治療の進め方(2014)

関わる上で大切にすること: 雑談

- ・ ころのケアを全面に押し出さないやりとりや、被災者との雑談の中に支援者マインドを織り込んでいく作業が求められる

- ・ 例)「そろそろ稲刈りだね」
- ・ 例)「暑かったけどどうした」



インフラ整備と住民交流の乖離→住民の繋がりの減弱

避難所・仮設住宅	自力再建・復興住宅
支え合い	プライバシー
高密度の相互交流	孤立・孤独
集団把握	個々の悩み
見守り	

インフラ整備後も継続的な支援が必要
見守り・ケアポイントの増加

東日本大震災津波の被災地のころのケア H24～岩手県ころのケアセンター開設(岩手県委託事業)

被災者に寄り添ってほしい
病院へ行くには抵抗がある
健康相談室 訪問 寄り添う
普及啓発 人材養成 理解を広げる
周囲が理解してくれない
全園支援(30チーム)の引き継ぎ

寄り添い、理解し、支えるころのケアがあるから 繰り返される困難の中を歩むことができます

- ・ 例)「遺族の長期的な不調」被災住民。遺族。悲嘆が強く、孤独感が強く、被災年より継続的に対応。不調が続き支援。職場復帰するも、記念日反応や二次受傷によりたびたび不調を呈する。再建するも、地域に難しいかわりには十分にはない。こころない声かけをされることもある。
- ・ 例)「被災後の二次ストレスの複雑化」被災住民。被災後の長期間にわたる家族のさまざまな問題で孤立し、対応してきたが、家族関係や家族の健康問題、経済的な問題が積み重なり、不眠や不安が顕著となり、不調。当センターと役場が協同して支援。
- ・ 例)「住み慣れた地区から離れて再建、地域で孤立」被災住民。自宅が全壊し、別な地区に再建。高層との交流が難しく、孤立し、定期的に訪問し、支援。
- ・ 例)「被災していない住民からの心ない声かけで他を遠ざける」被災住民。自宅が全壊し、再建したが、「あなたはいいよ」と心ない声かけをされ、孤立が深まり、定期的に面接。
- ・ 例)「被災後の経済困難や生活問題」被災住民。家族を失い、さらに経済的問題や生活問題、住居問題、健康問題など複合化、複雑化し、不調となり、飲酒。本人だけでは対応できない。当センターと役場、関係機関が協同して支援。

被災地のメンタルヘルス問題は長期化

雲仙・普賢岳 13年後住民 PTSD 17%	パツファロー・クリーク・ダム決壊 14年後住民 PTSD 28%
スマトラ沖地震 6年後近親者死別体験者被災者で17%	

未曾有の大規模災害である東日本大震災では被害規模は甚大であり先例より長期化が想定

能登半島地震の支援経過

活動拠点本部登録(1/13・14)	自炊・雑魚寝 陸路・搬送 (自己完結)
地元基幹病院の復業スタッフの支援	断水・地割れ (インフラ不良)
復業している施設の状況確認	在宅避難者訪問1/15
避難所訪問1/15・16	コミュニケーション不良の在宅避難者の対応
避難所障害者対応・ハイリスク者対応・常駐保健師チームや看護師と連携	
服薬中断患者確認	患者広域搬送1/17
岩手県保健師チームとの情報交換	活動拠点本部支援1/18

活動終了(活動拠点本部)

ころのケアの主な課題と対応 大塚, 2017

曝露期	仮設期	再建期	定住期
<ul style="list-style-type: none"> 不安・不眠等ストレス反応症状 メンタルヘルス不調への偏見・不十分な理解 ころのケアでの緊急の対応 支援チームの巡回 従事者に対する意識かつ十分なストレス管理 被災住民全数へのメンタルヘルス対応 	<ul style="list-style-type: none"> 抑うつが悪化 身体不調の合併 個別な心理社会的問題 支援者・実務者のスキルの不十分さ 訪問及びストレス相談室対応 個別な問題への対応と関係機関との連携 従事者ケア 保健事業等と連携した普及啓発と予防介入 人材養成事業 	<ul style="list-style-type: none"> 問題の格差顕化・深刻化 加齢の影響 共同体のせい弱さ 支援の個別化の進行 医療保健福祉資源の乏しさ、支援の困難さ 復業状況と心理状況を踏まえた個別事例へのきめ細かい対応強化 専門家による従事者へのスーパーバイズ 強い事例、地域での困難事例の対応 ころの事業と人材養成事業の強化・予防事業の強化 	<ul style="list-style-type: none"> 問題の格差顕化による深刻化 強い弱な共同体 復興事業縮小による支援の縮まり 周辺支援の減少 医療保健福祉資源の乏しさ 回復不能な問題 深刻事例への対応 ころの健康づくりの推進 住民相互交流を深める健康づくり事業 支援・事業の強化

インフラダメージの対応

連絡通信	物資
<ul style="list-style-type: none"> クロノロジー E MIS J SPEED LINE 電話 記録票 ミーティング コミュニケーション・取材対応 	<ul style="list-style-type: none"> 宿泊先確保 交通ルート確認 地図・ナビ 医療機材・薬剤 災害対応物資 食料・水・簡易トイレ 交換タイヤ ガソリン

今回の出勤で特に必要となった

アルコール関連問題の相談例

- ・(ストレス対処行動としての飲酒問題)ストレスがあり、気分が落ち込み、いろいろ考えてしまい、夜、眠れず、寝酒をしてしまう。職場でアルコール臭。
- ・(家族周囲の相談)アルコールを飲むと、暴力をふるうため困っている
- ・(アルコール依存など健康問題)引きこもりがち。体調を心配し、部屋を見に行ったら倒れていた。部屋には缶ビールの空き缶が大量にあった

49

住民同士の心理的摩擦

- ・飲酒による問題行動が出現した避難所への夜間巡回強化
 - 不安を抱える住民への寄り添い
 - 飲酒問題のある住民への対応
 - 必要により役場、保健所、警察との連携



アルコール関連の問題について

- ・ストレス対処行動としての飲酒行動が顕著になる
 - 飲酒量の増加など
- ・飲酒行動で周囲との摩擦が生じることがある
 - 避難所や仮設住居では隣人との物理的距離も近く、心理的摩擦が生じやすい



アルコール関連の問題の取扱い

- ・一時的な飲酒行動
- ・うつ病やストレス関連障害における合併
- ・アルコール乱用
- ・アルコール依存



一時的な飲酒増加への対応

- ・血圧測定や食事内容を確認しながら、保健指導を加え、その中でアルコール問題についても教育的なアプローチを行う
- ・巡回や訪問、相談を通して、ストレスが緩和できるように促す



アルコール乱用/依存

- ・アルコール摂取のコントロールを促す
- ・心理教育を行う



うつ病やストレス関連障害における合併

- ・不眠や抑うつをアルコールで紛らわしていることが少なくない。
- ・心理的なアプローチや、ライフスタイルの見直し、薬物療法などを通じて、アルコール以外での対処を行うことを促す



飲酒時に頭痛を認めた事例

- ・被災後、友人との交流も減少
- ・不眠で飲酒量が増加
- ・飲酒時に頭痛が出現。脳CT検査で異常なし。
- ・血管拡張性頭痛が疑われた
- ・飲酒中断
- ・抗うつ薬(ミルタザピン15mg)と睡眠薬を処方



飲酒量増加による家族間葛藤を認めた事例

- 被災後、飲酒量増加し、家族間の葛藤が生じ、家族が本人から離れる
- 家族を心配して訪問するという名目で、本人にも声がけし、見守りを継続
 - 関係性を継続させる
 - 仕事や作業など頑張っているところを評価する
 - 家族の相談を継続してあげる
- 家族が大病を患い、本人も看病を行う気持ちとなり、自発的に飲酒量を減らし、家族とのつながりができた
- その後、再飲酒、入院となる。



実例

- (1)普及啓発・健康教育
- (2)うつスクリーニングとの連動
- (3)職域でのアルコール問題への対策
- (4)地域精神保健従事者等への教育と連携

身体疾患を契機に減量



- 被災後の避難生活時より、飲酒量過多。
- 身体疾患のフォローを行い、身体面からの飲酒の減量を促す
- 飲み会を通じた人間関係を大切にしている。
- がん検診での早期発見と治療を契機に、摂取指導を行い、自発的に飲酒を減らす。

関連の対策計画

岩手県保健医療計画[2018-2023]でも重要な位置づけ

第6章 東日本大震災津波からの復興に向けた取組

○ 平成23年5月11日に発生した東日本大震災津波により、本県の医療提供施設は、治療部を中心に甚大な被害を受けた。

○ 沿岸被災地におけるプライマリ・ケア体制の早期の回復を図るため、地域医療再生基金等を活用した民間診療所等の移転新築等に向けた財政支援を継続します。

○ 災害被災者での生活の長期化等による生活習慣病の発症や慢性疾患の悪化など被災者の健康影響に配慮した中長期的な生活習慣病予防などの取組を継続します。

○ 岩手県一歩のケアセンター等から保健師や薬剤師の連携のもと、被災者及び支援者を対象に、ニーズのケアの取組を実施します。

精神疾患

- ◆ 心の健康づくりの推進
 - 精神疾患に関する正しい知識の普及・啓発と障がい者に対する理解促進
- ◆ 地域移行の推進
 - 精神障がい者の地域移行に向けた基盤整備等、地域生活支援体制の強化
- ◆ 精神科救急医療の充実強化
 - 精神科救急の適正受診を促進
- ◆ 自殺予防の推進
 - 自殺対策アクションプランの見直しの検討
- ◆ 震災ころのケア活動の推進
 - 岩手県一歩のケアセンターでの啓発や相談対応

岩手県アルコール健康障害ギャンブル依存症対策推進計画(令和6~11年度)

この計画は、アルコール健康障害、ギャンブル依存症の予防・治療・支援に関する施策を定める。また、関係機関との連携を図り、効果的な対策を実施する。また、関係機関との連携を図り、効果的な対策を実施する。

1. 目的

2. 基本理念

3. 施策の方向性

4. 施策の推進

5. 関係機関との連携

6. 評価

7. 附則

岩手県アルコール健康障害対策推進計画(2018~2023)

この計画は、アルコール健康障害の予防・治療・支援に関する施策を定める。また、関係機関との連携を図り、効果的な対策を実施する。また、関係機関との連携を図り、効果的な対策を実施する。

1. 目的

2. 基本理念

3. 施策の方向性

4. 施策の推進

5. 関係機関との連携

6. 評価

7. 附則

県民計画「復興推進プラン」でのころのケアの重要な位置づけ

岩手県民計画 復興推進プランより

II 暮らしの再建 2 保健・医療・福祉

被災者の心身の健康を守るため、医療提供施設や社会福祉施設などについて機能の充実を図るとともに、きめ細かな保健活動やころのケア、保護を必要とする子どもの養育支援などを実施します。

② 被災者のころのケアの推進

被災者のころのケアに中長期的に取り組むため、岩手県ころのケアセンターにおいて専門的な精神的ケアを引き続き実施します

- 東日本大震災津波復興基本計画(平成2011~2018年度)が終了することに伴い、県では、2019年度を初年度とする県民計画において、**県政の最重要課題である復興の取組を進めるためのアクションプランとして「復興推進プラン」を位置づけ、ころのケアの推進を始めとした被災者への支援について、引き続き、取り組んでいくこととしている。**
- 個人の尊厳を基本価値とし「誰一人として取り残さない」という理念のもと、三陸のより良い復興の実現のために必要な事業を実施していくこととしている。

岩手県自殺対策アクションプラン(2019~2023)

【取組の方向性】

- 1 包括的な自殺対策プログラムの実践(久慈モデル) 岩手県自殺対策推進協議会(2021年7月19日)
 - (1) 地域におけるネットワークの強化
 - (2) 一次予防(住民全体へのアプローチ)
 - (3) 二次予防(ハイリスク者へのアプローチ)
 - (4) 三次予防(自死遺族へのアプローチ)
 - (5) **精神疾患へのアプローチ** **達増知事** **大塚会長**
(物質関連障害(アルコール等)、統合失調症等)
 - (6) 職域へのアプローチ
- 2 対象に応じた支援の推進
「アルコール健康障害対策推進計画」
 アルコール健康障害対策を推進(依存症に関する普及啓発、民間団体支援、依存症支援者研修)
- 3 民間団体との連携強化
- 4 **東日本大震災津波の被害への対策**
- 5 相談支援体制の充実・強化

特設Webサイト
「ここに寄り添い いのちを守る いわて」
 (2022年9月1日開設)
<https://inochimamoiuwate.jp>

アルコール問題の相談先

電話番号: 01935-23320 | 受付時間: 月～金 9:00～16:30

相談内容: 心と身体の健康について

岩手県の各保健所では、心身の健康に関する健康相談を行っています。このお悩み、**アルコール健康障害対策推進計画**として普及啓発、不安解消、救済の対応、**ハイリスク者へのアプローチ**、**ハイリスク者への健康増進や健康被害の防止**が課題です。| 県内各保健所

このページの相談先

相談内容: 心の健康、**アルコール健康障害**について

電話番号: 01935-23320 | 受付時間: 月～金 9:00～16:30 | 曜日、年末年始を除く

相談内容: 統合失調症やうつ病などの精神疾患の相談や社会復帰について、**アルコール健康障害**、**依存症**に関する相談について、このページの相談先にて、**心と身体の健康**、**心身の健康**に関する相談について、**健康増進や健康被害の防止**が課題です。| 県内各保健所

岩手県メンタルヘルス 普及啓発動画
https://www.youtube.com/watch?v=ZQca_Zw3df8

大塚監修

不調で欠勤、遅刻、早退、集中力低下、仕事の効率低下、アルコール依存

不調で欠勤、遅刻、早退、集中力低下、仕事の効率低下、アルコール依存

アルコール関連問題

セルフケア

アルコールは飲まなうほうがいい。飲んでいる間はいいから、今日はパワースタとしてみたら、ど

自殺者の減少(人口動態統計)

年	内陸	沿岸	岩手県
78	254	261	515
79	261	261	522
80	261	261	522
81	261	261	522
82	261	261	522
83	261	261	522
84	261	261	522
85	261	261	522
86	261	261	522
87	261	261	522
88	261	261	522
89	261	261	522
90	261	261	522
91	261	261	522
92	261	261	522
93	261	261	522
94	261	261	522
95	261	261	522
96	261	261	522
97	261	261	522
98	261	261	522
99	261	261	522
00	261	261	522
01	261	261	522
02	261	261	522
03	261	261	522
04	261	261	522
05	261	261	522
06	261	261	522
07	261	261	522
08	261	261	522
09	261	261	522
10	261	261	522
11	261	261	522
12	261	261	522
13	261	261	522
14	261	261	522
15	261	261	522
16	261	261	522
17	261	261	522
18	261	261	522
19	261	261	522
20	261	261	522
21	261	261	522
22	261	261	522
23	261	261	522
24	261	261	522
25	261	261	522
26	261	261	522
27	261	261	522
28	261	261	522
29	261	261	522
30	261	261	522
31	261	261	522
32	261	261	522
33	261	261	522
34	261	261	522
35	261	261	522
36	261	261	522
37	261	261	522
38	261	261	522
39	261	261	522
40	261	261	522
41	261	261	522

- 岩手県の自殺者数は全県も沿岸も、**最大期の5分の2に減少(約530→200, 沿岸125→48)**。2021年自殺率全国30位, 減少率全国1位。
 日本全体では最大期の3分の2に減少(概数3万2千→2万1千)
- 沿岸が自殺率が急上昇しないのは、メンタルヘルス対策の実施率の高さと、ケアセンターの寄与率の高さから、**こころのケアセンターの貢献が非常に高い**といえる。

医療従事者の災害関連のストレス

1. 災害現場での外傷体験
2. 被災による生活の変化
3. 医療体制上の問題
4. 予期せぬ事態での心理的混乱
5. 現場での不安全感
6. 心身へのストレスの過酷さ
7. 現場医療機関との医療調整における負担
8. 医療支援チームの調整の心理的負担
9. 医療支援チームで働く中で心理的葛藤
10. リーダーシップをとる者のストレス

大塚監修 東日本大震災津波の被災者ケアの経験から
 医療安全推進センター | 2020年6月

災害時の医療従事者のメンタルヘルス対策-2

11. ねぎらう
12. お互いの状況を分かち合う、気持ちを整理する
13. お互いの健康状態に留意する
14. 栄養補給、水分補給、トイレ利用などを必ず確保する
15. 運動、睡眠、休養を確保する
16. リラクゼーションを試みる
17. 業務復帰にあたって留意すること

大塚監修 東日本大震災津波の被災者ケアの経験から
 医療安全推進センター | 2020年6月

災害時の医療従事者のメンタルヘルス対策-1

1. 総合的な職場のメンタルヘルス対策を意識する
2. 事前準備
3. ルール設定
4. 目標設定
5. リーダーシップ
6. 災害状況下でのメンタルヘルス不調の把握
7. 心理的働きかけでは一貫した傾聴の姿勢を示す
8. 職員同士のコミュニケーション
9. 環境調整として業務を支援する
10. その場で解決する

大塚監修 東日本大震災津波の被災者ケアの経験から
 医療安全推進センター | 2020年6月

日常のセルフケア

1. **自分のストレスに気づく**
 ・「こういう気持ちになるのは自然な反応だ。」
 ・「今は疲れているのかも」
2. **ストレスに適切に対処する**
 ・自分なりの対処方法をもっておく
3. **抱え込まない、孤立しない**
 ・安心して話ができる存在や相談できる場所

大塚監修 東日本大震災津波の被災者ケアの経験から
 医療安全推進センター | 2020年6月

ストレス対処技能を高めるための アプローチ法

情報提供	ストレスやストレスの対処法についての知識を得る
対処技法	ストレスの原因となっている問題そのものに対処する方法を身につける(問題解決技法、心理教育、社会生活技能訓練(SST)、アサーティブトレーニング、など)
リラクゼーション	ストレス反応を軽減しリラクゼーション反応を引き出す

香田真希子:7.リラクゼーション, 精神看護エキスパート 5精神科リハビリテーション看護, 中山書店, 東京, pp190-194, 2004(一部改変)

ストレス反応とリラクゼーション反応

ストレス反応	生理学的反応	リラクゼーション反応
緊張	← 筋肉	→ 弛緩
増加	← 呼吸数	→ 減少
増加	← 心拍数	→ 減少
上昇	← 血圧	→ 低下
速波	← 脳波	→ アルファ波

香田真希子:7.リラクゼーション, 精神看護エキスパート 5精神科リハビリテーション看護, 中山書店, 東京, pp190-194, 2004(一部改変)

ブレスローの7つの生活習慣

- 適度な睡眠をとる
- 喫煙をしない(→血管収縮、ニコチン依存、ビタミンC不足)
- 適正体重を維持する
- 過度の飲酒をしない
- 定期的に運動をする(→有酸素運動、ストレッチ)
- 朝食を毎日とる
- 間食をしない
- 7, 8時間の睡眠時間

大野裕

リラクゼーションについて

1)呼吸法(腹式呼吸)、2)頸部・肩部・背部・腰部を主とした全身のストレッチング、3)マッサージ、4)アロマセラピーなど

- ①身体を緩めることで、身体と連動している「こころ」を穏やかにすることができる。
- ②効果として…
 - ・不安などから意識をそらすことができる
 - ・イライラせず穏やかな気分になれる
 - ・自分の気持ちを整えやすくなる
 - ・毎日の心身の疲労回復
 - ・仕事の能率が上がる
 - ・自分のこころと身体の状態に気づきやすくなる

76

2024年度

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部リカバリーソーシャルワークチーム

一般医療機関における 依存症リカバリーソーシャルワーク研修 依存症と被災地支援 ご案内

申し込み
8月2日
終了

趣旨

被災地支援においてソーシャルワーカーに必要なアディクションの知識やスキル等について、アルコール依存症の方への支援を中心に学ぶ機会としています。事前学習（オンデマンド）、事前アンケート、ライブ研修（Web）、事後アンケートの構成としています。

災害・震災は、人々のLIFE（生命・生活・人生）に関わる課題を複雑化・深刻化させることは言うまでもありません。アルコール関連問題においても、災害・震災は、新たな問題発生のトリガーになるだけでなく、すでにある問題を増悪させます。被災地に潜在するアルコール関連問題の早期発見・早期介入は、人々のLIFE（生命・生活・人生）に直結する喫緊の課題であり、ソーシャルワーカーは取り組むことが求められます。震災により生じた「辛さ」を解消するために、「人々は飲まずにはいられない」という現実が生じることで、それが長期に渡ることで、さらに長期に渡る「生きづらさ」の課題は、支援者をも含む関係者全てに同心円状に広がることを適切に理解することが必要です。このような背景から、依存症リカバリーソーシャルワークチームが令和5年に再構築したインスタラクショナルデザインによる依存症研修プログラムをもとに、今年度は被災地に焦点化した研修を実施します。被災地での支援を経験した医療従事者やソーシャルワーカーの方々から支援の実態を学び、アルコール依存症の病を経験した方々の語りにも耳を傾け、いかなる状況においてもソーシャルワーカーとして行動できる知識やスキルを身につけることを目指します。

- 過去に本研修を受講いただいた方も受講いただけます。
- 令和6年度厚生労働省依存症民間団体支援事業補助金により運営されます。そのため受講効果測定があります。
- 当協会社会貢献事業部災害チーム並びにアルコール関連問題ソーシャルワーカー（ASW）と協働し運営します。

★日程・プログラム

【オンデマンド研修視聴期間】 2024年9月2日（月）～10月31日（木）

講師 大塚耕太郎（岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授 災害地域精神医学講座特命教授）
赤平美津子（岩手医科大学医学部災害地域精神医学講座特命助教）
藤田さかえ（元久里浜医療センター）
宗利勝之（地域生活支援ムネマル）
福井康江（日本医療ソーシャルワーカー協会珠洲市災害支援現地責任者）
袴田里香（東京通信大学人間福祉学部教授）

【オンライン研修開催日】 2024年12月22日（日）

講師 立木茂雄（同志社大学社会学部教授 福祉防災学）
藤田さかえ（元久里浜医療センター）
鈴木俊博（東北会病院）
米倉一磨（相馬広域こころのケアセンターなごみ） ・その他

【事後オンデマンド視聴】

講師 渡邊忠義（あさかホスピタル）

コーディネーター 野村裕美（同志社大学社会学部教授）

★対象者：正会員、賛助会員（個人、団体）、非会員 ★募集人数：70名（先着順）★受講費：4,000円（石川、富山、新潟県在住・在勤の受講者は無料）

「依存症と被災地支援」 プログラム概要



この度は本研修にお申込みいただきまして誠にありがとうございます。研修プログラム（スケジュール）をご確認ください。講師・スタッフ一同、研修前から事後まで受講者の皆様と一緒に歩んでまいります。どうぞよろしくお願ひします。事前オンデマンド視聴期間には期日があります。「間に合わない」などご事情等何かありましたら、ヘルプデスクにいつでもお気軽にご連絡ください。状況に応じてサポートさせていただきます。ともに学ばせていただきたいと思いますので、どうかあきらめず。まずはご一報ください。講師・スタッフ一同、2024年12月22日（日）に皆様にお目にかかれるのを楽しみにしております。

☒ヘルプデスク担当 野村裕美（本研修統括）メール：ynomura@mail.doshisha.ac.jp

1. 事前オンデマンド（動画視聴：268分 ※4時間28分）：2024年9月2日（月）～10月31日（木）
- ☐オリエンテーション、ストーリーセルフ（36分）
 - コーディネーター 野村裕美（日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部依存症リハビリソーシャルワークチーム副委員長/同志社大学）
 - オガナイザー 柴利勝之（地域生活支援員ネマル）
藤田さかえ（元久里浜医療センター）
 - ☐講義1「災害時の心のケアと自前対策」（152分）
 - 講師 大塚耕太郎（医学医科大学医学部神経科学講座教授/災害地域精神医学講座特命教授）
高平美津子（医学医科大学医学部災害地域精神医学講座特命助教授）
 - ☐講義2「災害時ソーシャルワークについて思う」（40分）
 - 講師 福井康江（日本医療ソーシャルワーカー協会九州市災害支援現地責任者）
 - ☐講義3「アルコール関連問題とソーシャルワークの基礎知識」（40分）
 - 講師 梅田康典（日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部依存症リハビリソーシャルワークチーム委員長/東京歯科大学）

2. 双方向オンライン研修（6時間30分※休憩1時間）：2024年12月22日（日）10時～17時30分

時間	分	プログラム	趣旨説明	内容
10:00-10:20	20	オープニングセッション アイスブレイク演習	趣旨説明 事前視聴動画で印象に残ったこと（チェックイン）	
10:20-11:20	60	講師 立木茂雄 (同志社大学社会学部：福祉防災学/家族研究/ 市民社会論)	講演とダイアログ	
11:20-11:25	5		小休憩	
11:25-11:45	20		グループワーク	
11:45-12:15	30		インタビューセッション	
12:15-13:15	60		昼休憩	
13:15-13:55	40	講師 藤田さかえ	ソーシャルワーカーの語り その1	

13:55-14:10	15	(元久里浜医療センター)	グループワーク
14:10-14:25	15		インタビューセッション
14:25-14:30	5		休憩
14:30-15:10	40	講師 鈴木俊博 (東北会病院)	ソーシャルワーカーの語り その2
15:10-15:25	15		グループワーク
15:25-15:40	15		インタビューセッション
15:40-15:45	5		休憩
15:45-16:35	50	講師 米倉一雄、スタッフの皆様 (相馬広域こころのケアセンターなごみ)	相馬広域こころのケアセンターなごみの 取り組み
16:35-16:50	15		グループワーク
16:50-17:05	15		インタビューセッション
17:05-17:20	15		分かち合いのグループ（チェックアウト）
17:29-17:30	10		本日の着地点 事後動画視聴の説明 研修アンケート案内

3. 研修アンケート
入力フォームの URL 等はオンライン研修当日にご案内します。

4. 事後オンデマンド（動画視聴：45分）：2024年12月22日（日）～2025年3月末（予定）
事後に各自動画として自由にご視聴ください。動画 URL 等はオンライン研修当日にご案内します。

- ☐講義4「福島での取り組み」
講師 渡邊忠義（あさかホスピタル）

注1：本研修は令和6年度厚生労働省依存症民間団体支援事業の補助金によって実施します。
注2：上記補助金活動成果報告のため、研修アンケートを実施します。
注3：研修は、当協会社会貢献事業部依存症リハビリソーシャルワークチーム、社会貢献事業部災害福祉支援対比担当チーム、ならびにアルコール関連問題とソーシャルワークの基礎知識（ASW）の講師、研修設計における調査研究のエキスパート、回復者および家族の皆様のご協力により運営されています。

オリエンテーション

コーディネーター 野村裕美
日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部依存症リハビリソーシャルワークチーム

これまでの研修と本研修の目指すところ

- ・2017年より始めたこの研修は、今年度で7回目変わっています。
- ・今年度に対する原簿調査、本研修の受講経験のある受講者調査（会員・非会員対象）を行い、2022年度、2023年度と二年かけて一般医療機関のソーシャルワーカーの支援力アップを目標に、インスタグラム・アソシエーションに基づき研修をリニューアルしました。
- ・今年度は、2024年1月に被災半島で起こった災害をきっかけに、「私たち」、「いま」をテーマに、被災地でのアルコール関連問題に焦点を当てた内容で組み立てました。
- ・そもそも、さまざまな要因により、一般医療機関のソーシャルワーカーは、アルコール関連問題が専門とするセラピストや家族に「聞けなくて聞けない」実態があることが、本チームの調査により明らかになっています。
- ・支援に必要な価値、知識、スキルを身につけるだけでなく、「どうしたら学べるようになるのか」を目的し、自分のやる気をコントロールできるソーシャルワーカーを育てることを目指しています。

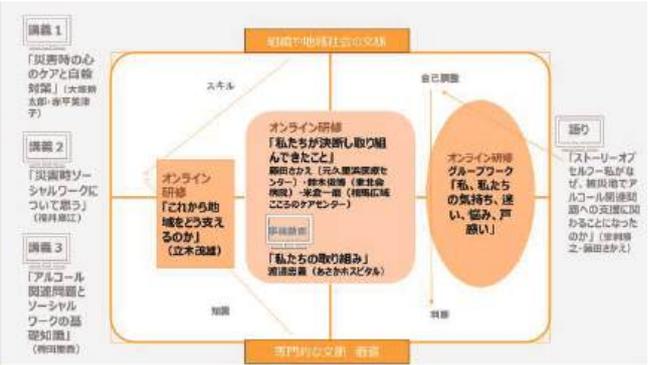
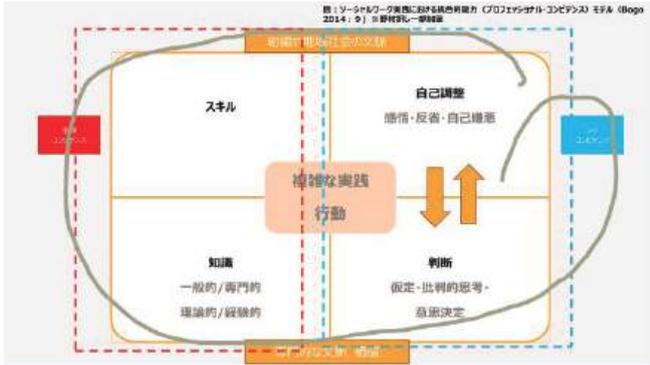
ソーシャルワーカーの声

- ・「何かできることはないか、この思いを少しずつ形にするために、当協会チームでは、7月に「災害時のこころのケアと自前対策—基本姿勢やアルコール関連問題への対応を求めて—」と題し、オンラインセミナー（講義1）を企画実施しました。
- ・その際、おねわね以下のような声が寄せられました。
- ・「おける災害への広達当事者として学びたい」
- ・「MSWあるいは専門職として観てほしい」
- ・「心のケアを学びたい」
- ・「災害支援の経験、精神科領域での支援経験があり、ブラッシュアップさせたい」
- ・「転居半島の現場で何が起きているか、災害の実状を知りたい」

研修目標

- 1 受講生が、災害が人々のLIFE（生命・生活・人生）に与える影響をむろに「被災するということ」を理解することができる。
- 2 受講生が、災害により顕在化する人々の生きづらさにアルコール関連問題が深く関与すること、ならびにそれを生む社会構造を理解することができる。
- 3 受講生が、災害により顕在化するアルコール関連問題への対応を理解することができる。
- 4 受講生が、人々の回復する力を理解し、価値をすることができる。
- 5 受講生が、クライアント及び家族、ソーシャルワーカー同士、他職種、その他関係者等と協働・連携することができる。

この研修で
MSWと
研修に
参加して
学んだ
経験から
「これまで」
「この先」を
振り返る
こと



ストーリーオブセルフ

私になぜ、被災地でアルコール関連問題への支援に関わるようになったのか

「ストーリーオブセルフ」がなぜ、被災地でアルコール関連問題に関わることになったのか（岩井康江）

「ストーリーオブセルフ」がなぜ、被災地でアルコール関連問題に関わることになったのか（岩井康江）

「その課題に取り組むために思い入る人みんなが当事者（同志）」「ソーシャルのつながりによるコミュニティ・オンライン」

オーガナイザー（語り手）

宗井勝之さんは、阪神淡路大震災の起こった直後から、神戸市兵庫区に災害ボランティアとして入り、神戸YMCAを拠点に、震災後は物資の仕分けなどから活動していましたが、長期化する支援活動の中で、すでに出席していた人々の背後に、アルコールに関わる課題があることに気づき始めます。「何かできないか。」支援活動の傍ら、アクション臨床を学び、仲間たちと、兵庫区にアルコール依存症の方向けのデイケアを立ちあげました。

藤田さかさんは、長く、久里浜医療センターにて精神保健福祉士として活動をしてきました。退職する少し前に、東日本大震災が起こり、所属医療機関からの派遣命令と、また、日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会の一員としての派遣依頼により、被災地の保健師やさまざまな支援者を支援する活動に取り組むべく、長い期間東北に足を運ぶこととなりました。「これまで学んできたソーシャルワークの全てが、被災地支援で活かされた」と語ります。

公益社団法人、日本医療ソーシャルワーカー協会
社会貢献事業部依存症リカバリーソーシャルワークチーム主催
厚労省依存症民間団体活動支援事業 研修

災害時ソーシャルワークについて思う

語り手 公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会
珠洲市災害支援 現地責任者 福井 康江

なぜ、被災地に赴いたのか

- ・阪神淡路大震災の時に、被災地に行けなかった経験
- ・2011年4月 石巻市での支援の経験

失ったものの大きさ、悔しさ。復興には長い時間がかかると実感した。
「現地支援者の言葉」
「これ以上、市民を亡くすわけにはいかない。」⇒その手伝いをしたい
「外から来た人に、本当の話などできない。」⇒本当の話を聴きたい

2012年4月～2016年3月 岩手こころのケアセンター（大船渡地区）
2016年4月～2024年3月 SWHS 石巻市災害支援チーム
2024年4月～ SWHS 珠洲市災害支援

その根拠にあるもの
国際ソーシャルワーク憲章（ISFW）のソーシャルワークの定義（抜粋）
※ 対象：「日常の個人的問題や社会問題だけでなく、危機と緊急事態にも対応する」今の日本で起きていること、世界で起きていること全てが関係すること

復興期〔仮設住宅からの生活再建支援〕

- ①仮設住宅入居世帯を対象とした、復興住宅への入居説明会が開始され、説明会に参加する
入居手続き支援（引っ越し業者、ライフライン手配等も含む）
⇒行政窓口への同行し手続き支援等行う。
- ②自立困難世帯への支援
（サービス・支援者へ繋ぐ、すまい探し、就労支援、地域住民との連携など）
⇒（長期）入院患者さんへの退院支援
- ③エリアミーティングへの参加（多職種連携）
⇒退院促進支援事業や自立支援協議会等への参加の経験
- ④独居男性グループの運営⇒保等所等でのデイケア、家族会、患者会などのグループ運営

支援のあり方の変化

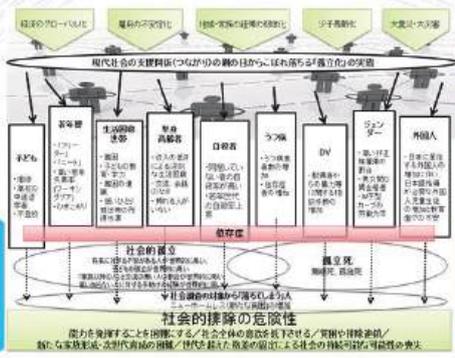
「なんとか生活できるための支援」から、
「その人らしい生活継続するための支援」へ

※ 幅広い生活課題に対する具体的支援の必要性

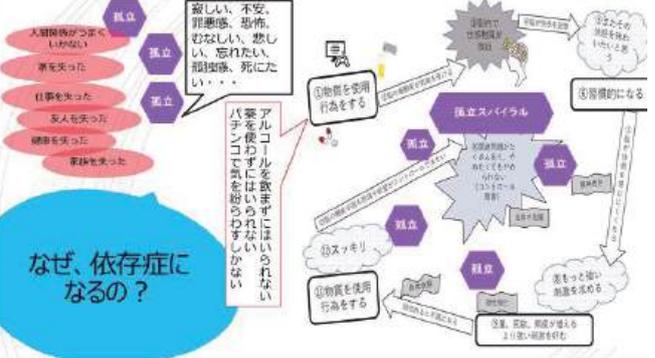
- ・受診同行 ・介護、福祉サービスへつなぐ
- ・生活費の確保（生活保護、年金等の申請）
- ・住居の確保 ・いきがい作り など

* 「個」の重視と協働・伴走型の支援
* 今ここで、共にいる

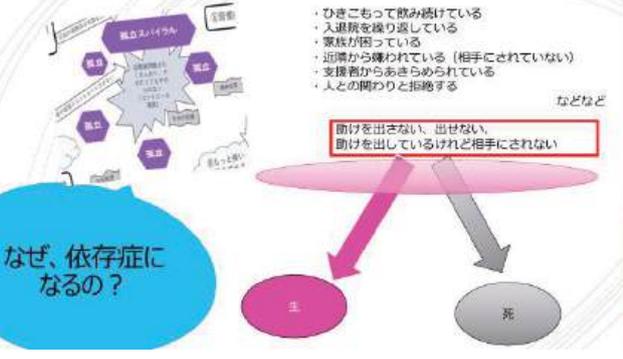
孤立化



なぜ、依存症になるの？



なぜ、依存症になるの？



なぜ、依存症になるの？



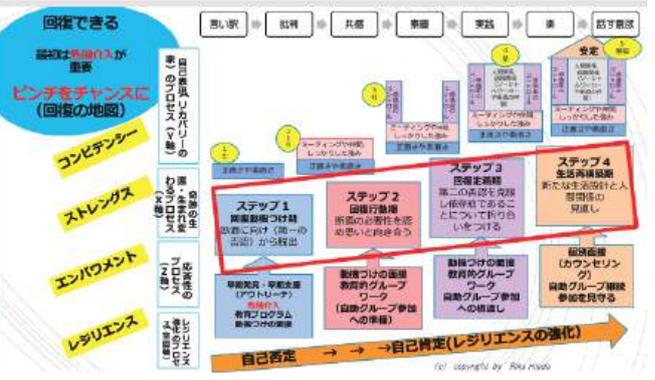
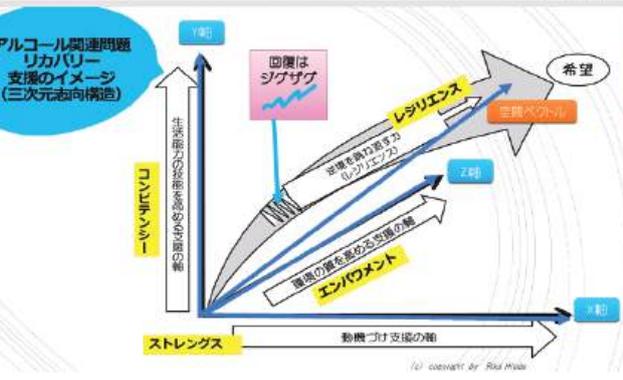
依存症(アディクション)に共通する特徴

「助けて」にアウトリーチ「身体科」での発見と種まき

読 トリートメント(治療)・キャップ

依存症からの回復は旅(リカバリー)

- ◆「治療はしないが回復できる病気(慢性の病)」!
- ◆依存症からの回復のイメージは、病気をもちながら、かけがえのない命を生き、社会に生活し、再起して自分の人生を歩む旅(ジグザグな旅)!
- ◆旅には地図が必要。
- ◆旅の目的は、希望に満ちた人生を取り戻すこと。そのためには杖が必要。「コンピテンシー」「レジリエンス(逆境を跳ね返す力)」「ストレングス」「エンパワメント」が杖。杖の強度を強めることでどんなことがあっても希望を持って生きていくことができるようになります。
- ◆地図も杖もない旅は、大変危険。



「依存症と被災地支援」 当日・事後学習 資料集

2024 年度 一般医療機関における依存症リハビリソーシャルワーク研修



公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会
社会貢献事業部依存症リハビリソーシャルワークチーム

「依存症と被災地支援」

プログラムの振り返りと事後学習動画



2024年12月22日(日)は一日ご参加いただきまして誠にありがとうございました。心を込めて準備をしていた講師陣のお話に加え、ブレイクアウトセッションでの対話が何よりかけがえのない時間であったとフィリダー陣より伺っております。これから、あきらめずに、何が出来るのかを考えていければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。
なお、①事後学習動画2本のQRコードと、②当日の講師陣の資料データをお届けします。学びがさらに深まる事後学習動画を、どうぞ視聴してみてください。これからどうぞよろしくお願いいたします。

☑️ヘルプデスク担当 野村裕美 (本研修統括) メール: ynomura@mail.doshisha.ac.jp

1. 事前オンデマンド (動画視聴: 268分 ※4時間28分) : 2024年9月2日(月)~10月31日(木)

- オリエンテーション、ストーリーオペセル (36分)
コーディネーター 野村裕美 (日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部依存症リカバリーソーシャルワークチーム副委員長/同志社大学)
- オーガナイザー 京利勝之 (地域生活支援センター)
藤田さかえ (元久里浜医療センター)
- 講義1「災害時の心のケアと自殺対策」(152分)
講師 大塚耕太郎 (岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授/災害地域精神医学講座特命教授)
赤平美津子 (岩手医科大学医学部災害地域精神医学講座特命助教)
- 講義2「災害時ソーシャルワークについて思う」(40分)
講師 福井康江 (日本医療ソーシャルワーカー協会津州市災害支援現地責任者)
- 講義3「アルコール関連問題とソーシャルワークの基礎知識」(40分)
講師 藤田重倫 (日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部依存症リカバリーソーシャルワークチーム委員長/東京通信大学)

2. 双方向オンライン研修 (6時間30分 ※休憩1時間) : 2024年12月22日(日) 10時~17時30分

時間	分	プログラム	内容
10:00-10:20	20	オープニングセッション アイスブレイク演習	趣旨説明 事前視聴動画で印象に残ったこと (チェックイン)
10:20-11:20	60	講師 立木茂雄 (同志社大学社会学部: 福祉防災学/家族研究/ 市民社会論)	講演とタイアログ
11:20-11:25	5		小休憩
11:25-11:45	20		グループワーク
11:45-12:15	30		インタビューセッション
12:15-13:15	60	昼休憩	
13:15-13:55	40	講師 藤田さかえ	ソーシャルワーカーの語り その1
13:55-14:10	15	(元久里浜医療センター)	グループワーク

ソーシャルワーカーのための インクルーシブ防災を考える 7つの視点

2024年12月22日

同志社大学 社会学部
立木 茂雄

災害報道のための基礎知識

1. 防災の固有の視点
2. 生活の全体性
3. 生活の再建とは
4. 被災前の不平等
5. レジリエンス (再構築力) とは
6. 公平性の実現
7. 協働性の実装

14:10-14:25	15		インタビューセッション
14:25-14:30	5	休憩	
14:30-15:10	40	講師 鈴木俊博 (東北会病院)	ソーシャルワーカーの語り その2 グループワーク
15:10-15:25	15		インタビューセッション
15:25-15:40	15		
15:40-15:45	5	休憩	
15:45-16:35	50	講師 米倉一磨 (相馬広域こころのケアセンターなごみ)	相馬広域こころのケアセンターなごみの 取り組み 動画と講義
16:35-16:50	15		事例演習
16:50-17:05	15		事例に対するコメント
17:05-17:20	15	グループセッション	分ち合いのグループ (チェックアウト)
17:20-17:30	10		本日の集地点 事後動画視聴の説明 研修アンケート案内

3. 研修アンケート : <https://forms.office.com/r/PKwhy6jwtn> まだご入力いただけます。



4. 事後オンデマンド (動画視聴) : 2024年12月22日(日)~2025年3月末(予定)

- 講義「依存症を含む精神症状のある方々との被災地での関わり〜ふくしまでの経験から〜」(51分)

講師 渡邊忠義 (あさかホスピタル) ※米倉一磨さんと共に福島県で活動されている実践者からの講義です



<https://youtu.be/nuqorwfyWrQ>

- AAメンバーによる語り「被災地の依存症体験談」(20分)

講師 AAメンバー



<https://youtu.be/SiUlvry3XHA>

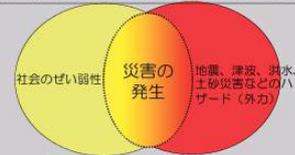


- 注1: 本研修は令和6年度厚生労働省依存症民間団体支援事業の補助金によって実施します。
- 注2: 上記補助金活動成果報告のため、研修アンケートを実施します。
- 注3: 研修は、当協会社会貢献事業部依存症リカバリーソーシャルワークチームメンバー、社会貢献事業部災害福祉支援対応担当チーム、ならびにアルコール関連問題ソーシャルワーカー (ASW) の協賛、研修設計における調査研究のエキスパート、関係者および家族の協賛のご協力により運営されています。

1. 防災の基本的な考え方

防災の基本的な視点

災害リスクは社会的に創り出される



災害は「社会現象」

立木茂雄(2022). 災害と復興の社会学 (増補版), 2章, 前巻, p.12.



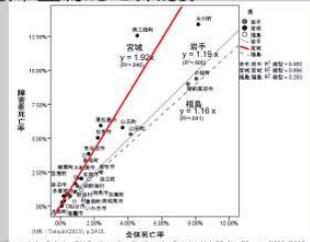
2. 生活の全体性 平時と災害時の分断の克服

東日本大震災自治体別の障がい者死亡率格差のエビデンス

Tatsuki, S. (2013). Old age, disability, and the Tohoku-Oki Earthquake. *Earthquake Spectra*, Vol. 29, No. S1, pp. S403-S432.
 立木茂雄 (2022). 『災害と復興の社会学(増補版)』, 朝倉房.

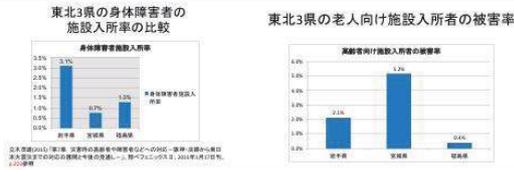


東日本大震災における全体死亡率と障害死亡率の比較 (回帰直線は3県別)



Tatsuki, S. (2013). Old age, disability, and the Tohoku-Oki Earthquake. *Earthquake Spectra*, Vol. 29, No. S1, pp. S403-S432.

根本原因：福祉と防災の分断

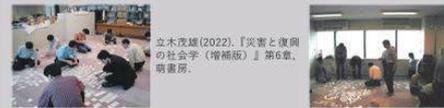


3. 生活の再建とは？

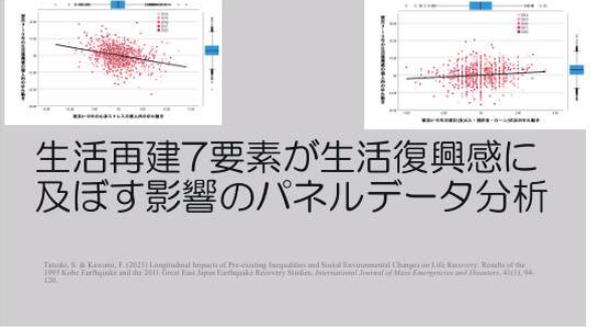
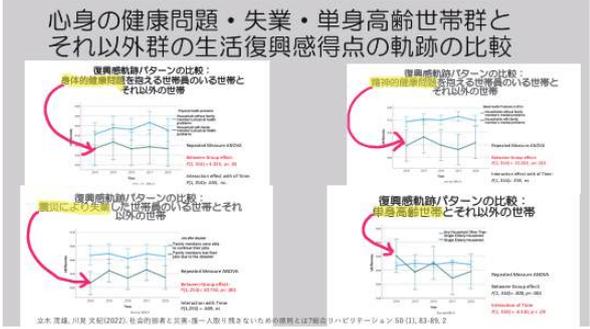
災害ぜい弱性の歴史的・構造的な進行過程



1999年神戸市生活再建年の根検証検討会
 (神戸市震災5年検証)



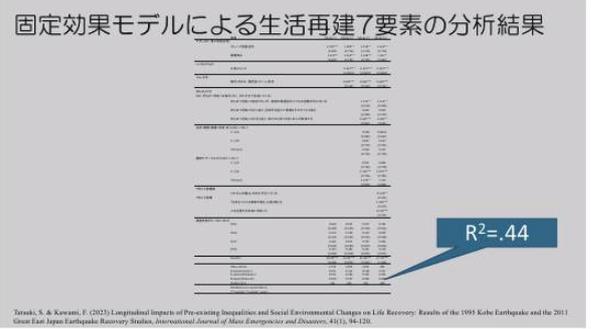
立木茂雄 (2022). 『災害と復興の社会学(増補版)』 第6章, 朝倉房.



5. レジリエンス(再構築力)とは?

阪神・淡路大震災被災者生活復興調査
東日本大震災名取市生活再建現況パネル調査

Tanaka, S. (2021). Longitudinal Impacts of Pre-existing Inequalities and Social Environmental Changes on Life Recovery: Results of the 1995 Kobe Earthquake and the 2011 Great East Japan Earthquake Recovery Studies, a paper presented at Planetary Post Disaster Longitudinal Cohort Studies Across Cultural Contexts, Researchers Meeting, 4th Natural Hazards Workshop, July 14, 2021.



変数	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
性別	0.000	0.000	0.000	0.000
年齢	0.000	0.000	0.000	0.000
健康	0.000	0.000	0.000	0.000
職歴	0.000	0.000	0.000	0.000
ジェンダー	0.000	0.000	0.000	0.000
カースト	0.000	0.000	0.000	0.000
民族性	0.000	0.000	0.000	0.000
移民資格	0.000	0.000	0.000	0.000
地区や地域の特殊事情	0.000	0.000	0.000	0.000

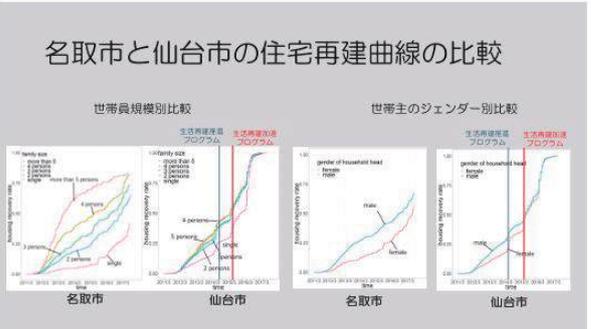
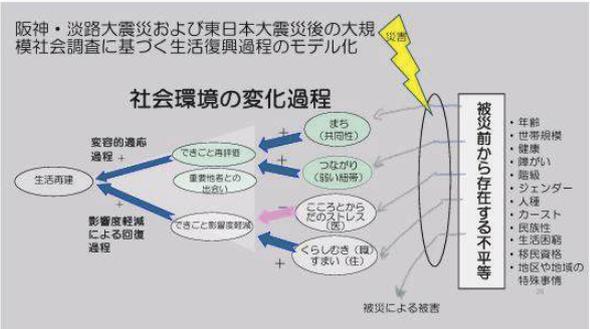
復興感得点

6. 衡平性の実現

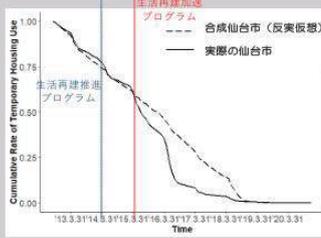
被災後の社会環境変化・介入の効果
名取市・仙台市仮設住宅入居率曲線の分析 (生存時間分析) からのエビデンス

田中 文昭・立本 茂樹(2022). 災害ケースマネジメントがもたらした影響: 活動コントロールによる仮設住宅の被災者支援の分析. 日本建築学会計画系論文集 47 (79), 1280-1290.

Tanaka, S. & Kawami, F. (2021). Longitudinal Impacts of Pre-existing Inequalities and Social Environmental Changes on Life Recovery: Results of the 1995 Kobe Earthquake and the 2011 Great East Japan Earthquake Recovery Studies. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 41(1), 94-120.



実際の仙台市と合成コントロール法により推定した反実仮定の仮設住宅入居率減少曲線の比較

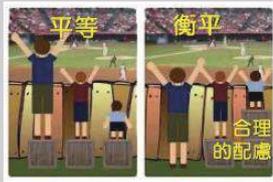


出典: 実証・推定(2022), 災害ケアマネジメントが住民の暮らしを再建するための影響:合成コントロール法による仙台市の被災実態の分析, 日本福祉学会研究論文集 47(179), 1282-1293.

7. 協働性の実装：
越境→連結→協働・参画のサイクルを回す
大分県別府市での根本原因解決のためのアクションリサーチからのエビデンス

比佐隆一 藤本 雅也, 川見 文紀, 松川 友華, 五木 茂樹(2021)インクルージョン・マネージャーと呼ばれるボランティアの育成. 被災地安全学論文集 39(08), 351-361.

衡平性=合理的配慮の提供

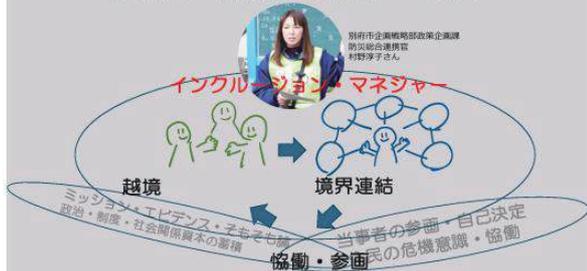


資源の一律配分による平等 資源の比例配分による平等

2021年災害対策基本法改正：福祉専門職が災害時ケアプラン（個別避難計画）作成に業務として参画

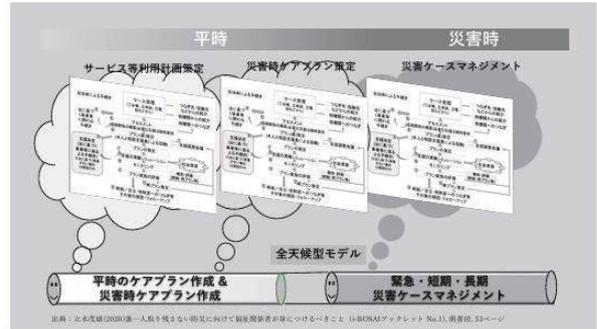
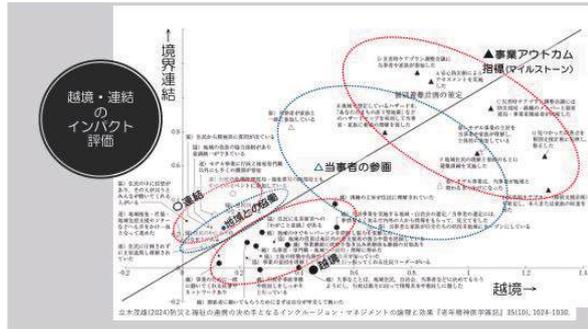
平時・災害時を切り替えて連結する別府市の試み

越境、連結、協働・参画



2020年度 兵庫県
防災と福祉の連携促進事業
41市町の事業インパクト評価
(2021年3月末)

越境、境界連結、地域との協働・当事者の参画 事業進捗を測る7指標 (Step5~6のマイルストーン)



平時と災害時を切れ目なく
つなぐ**全天候型**のとりくみが
求められている

さらに詳しく知りたい方は…

立本茂雄
災害と復興の社会学
[単行本]
Rinsen Shoten

立本茂雄
防災と福祉ガイドブック
第一編 一人ひとりの福祉と防災
Rinsen Shoten

精進社, 2022年11月14日刊 | 朝倉書店, 2024年11月1日刊 | 40

発表者の災害時の支援

- 東日本大震災において
- 1) 岩手県気仙地域の災害医療チームとしての活動
平成23年から平成26年
 - 2) 宮城県石巻市 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会のアルコール問題への支援 平成23年から29年まで
- 熊本大震災
- DPAT (災害精神医療チーム) の一員として支援
平成28年 5日間

災害とソーシャルワーク

日本医療ソーシャルワーカー協会主催
2014年度
一泊研修機関における依存症リハビリソーシャルワーク研修
講師 藤田さかえ 精神保健福祉士

内容

- 東日本大震災におけるSWの活動報告
- 支援の概要
- 被災地でのソーシャルワーク
- 災害時においてSWだからこそ出来ること

宮城県石巻市 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会(ASW)のアルコール問題への支援

- 平成23年3月11日 東日本大震災 発生 仙台市のASW会員より石巻市支援活動の依頼。
- 平成23年 9月2日から平成24年3月 : 会員2名を毎月隔週の金曜日に派遣。支援を開始。
- 平成24年3月 より みやぎ心のケアセンターからの委託事業となり石巻市への支援開始。毎月2回 計3名の会員の派遣 石巻市健康推進課、みやぎこころのケアセンターとの協働で支援内容等を検討
- 平成27年4月: みやぎこころのケアセンター、石巻のこころのケアセンターとの協働で石巻市保健所の管轄地域を対象とした支援 平成29年3月まで

石巻市でASWが行った活動

- 被災者直接支援（アルコール問題に特化）
①訪問 ②家族相談 ③住民向けの啓発セミナー
- 支援者支援
①コンサルテーション ②研修 ③事例検討会
④同行訪問 ⑤地域関係者との連携会議

石巻市支援の経過

支援展開期Ⅰ：平成24年4月から平成26年
支援頻度：毎月2回 第一金曜日 第2水曜日
支援会員 3名から4名
被災地の状況：長期化する復興 仮設住宅の生活の長期化。
新たな地域社会の人間関係の再開
支援内容：①援助者への教育研修 ②同行訪問
③コンサルテーション
* 同行訪問後の助言やコンサルテーションが評価される
* 震災後に再編成された地域の援助者への教育研修のニーズが高くなる。

石巻市被災地支援の経過

支援展開期Ⅱ：平成27年4月から平成29年3月

支援頻度：毎月 2回 会員2名一組を派遣

被災地の状況：避難所から仮設住宅に移動。

仮設住宅の中でアルコール問題が顕在化。多くの場合震災 前から問題飲酒者が
環境変化によって顕在化し保健師がその対応に追われる

支援内容：仮設住宅への同行訪問 保健師へのコンサルテーション

石巻市支援の経過

支援展開期Ⅱ：平成27年4月から平成29年3月

支援頻度：平成27年より隔月（奇数月）1回の支援。

研修担当の会員と個別支援担当の会員に役割分担で行う。

平成28年4月からは研修のみの支援。コンサルテーションは平成28年3
月にて終了。同時に協働するのはこのころのケアセンターのみとなる。

被災地の状況：仮設住宅から復興支援受委託への転居の開始。それ
まで構築していた連携の終了と次への引継ぎが課題。

支援内容：①援助者への研修の定期化 ②コンサルテーション ③家
族相談

* 研修の対象地域が広がり、新たな基礎的研修のニーズ。

ASW被災地支援の成果

被災地にとって

（関係者の多くから）

swの同行やコンサルテーションによって問題飲酒者にもかわるコツを学んだ

排除することから地域の関係者が連携で関わることが

出来ると知った。専門医復のない地域でも可能な支援の展開

への転換の契機

医療チームの一員としての支援：

岩手県気仙地域 平成22年3月24日から平成23年3月末まで

「災害医療チームの派遣」久里浜医療センター災害支援に参加

派遣数52チーム 週1回の派遣

構成職種：精神科医 看護師 精神保健福祉士・臨床心理士。

派遣職員数：精神科医 12人 看護師13人

精神保健福祉士 6人 臨床心理士4人 事務 9人

複数回派遣の職員あり

・被災者のPTSD・アルコール問題等に対応

訪問・面接

・研修講師・コンサルテーション・カンファレンス

ASW被災地支援の成果

ASWが得たもの

地域のニーズに応じるASWの在り方を実践

地域に根ざしていた地元のPSWの存在がこの支援の契機と基盤となる

ベテラン会員の支援の成果がASWの蓄積と成長を感じた

震災という特異な状況でも一貫したソーシャルワークの提供

研修内容の普遍化。地域でも役立つ研修の構築

医療チームの一員としての支援：岩手県気仙地
域 活動概要（平成24年4月から平成27年3月）

久里浜医療センターは独自に復興期の東日本大震災の被災地、岩手
県気仙地域2市1町に医療チームの派遣開始の継続を決定。

期間と頻度：平成24年4月から平成27年3月末まで月1回

第3水・木曜日

派遣体制：精神科医1名から2名。精神保健福祉士1名で構成された固
定メンバーの医療チームを派遣。

目的：顕在化しつつあるメンタルヘルスの問題に対応する地域の関係
機関や援助者への支援

地域の連携機関

岩手県大船渡市保健所
大船渡市地域福祉課障害福祉係
大船渡市生活福祉部保健介護センター
陸前高田市民生部・社会福祉課障がい福祉係
住田町保健福祉課
* 実際の協働は地域の保健師が中心

開催研修会

平成25年度	平成26年度
アルコール問題をテーマとした研修	こころのケア援助者向け研修
①アルコール依存症とは	①統合失調症
②多量飲酒者への介入	②発達障害
③アルコール問題と家族支援	③人格障害
④睡眠障害気分障害	④気分障害
⑤認知症	
⑥アルコール相談	

支援内容

- 1 ケースコンサルテーション
 - 2 相談面接
 - 3 訪問(仮設や自宅)
 - 4 啓発研修開催(保健師・地域の専門職・民生員や相談員)
 - 5 地域関係者のカンファレンス
- 対応したのはアルコール問題だけではなくメンタルヘルス全般

気仙地域の現状(平成26年)

3年目を経過し、地域に様々な支援システムが定着した復興が長引くという現実。復興計画も試行錯誤となる。かつては相談に抵抗の在った地域であったが、本人自ら、相談を希望する傾向が出ている。
保健師談:被災当時からPTSD(不眠)の症状があったがようやく相談にやってきました。

被災地支援から見えたもの

アルコール問題の相談
① 災害が要因のアルコール問題は多くはないが時間の経過とともに相談の対象になる。
② 発災前からの問題飲酒者が表面化している
背景:居住環境や地域との関係の変化
家族関係の強さ
③ 断酒を目指すより変化を目指す
④ アルコール医療は取り組まれている。
(県立病院精神科での週一のパログラム)

被災地支援の医療チームは、メンタルヘルス全般への介入のサポートとなった。
震災後の生活変化がアルコール問題を表面化させ、介入へのサポートの契機を作った。
震災直後の医療チームの介入が、現在の支援の基盤作りとなっている。

被災地支援から見えたもの

メンタルヘルスの相談
① 認知症の相談が多い(アルコール問題と絡んでいる)
② 震災により処遇困難事例がより困難に。見えやすい問題となった。
③ 専門医療機関よりも訪問や相談を活用。地域の連携を生かす。

医療チームの一員としてSWの役割

コミュニティソーシャルワークとして
地域の機関との連携・協働体制の構築
地域の機関の役割や制度に関する知識を活用
連携会議やミーティングではグループワークの手法を活用した調整や介入を行った
地域の中の潜在的なニーズをパワーと見だし、それを生かすことが外部からの支援者として役割。生かしたのはその地域の本来からあった潜在的対応力

災害時のソーシャルワーク

地域のニーズに応じられるswは普段からの取り組みを生かす事が出来る応用力が必要

制度やサービスに関する知識や関係機関との連携を基盤とした調整力

面接の方法

グループワークの手法

災害が人々やその地域の与えるメンタルヘルスの問題に関する知識は必要

災害後の地域のニーズに目を止めそれらに臨機応変に応じること

災害はそれぞれ異なる状況や問題を生み出す。

復興の経過とその段階に応じた支援のニーズと方法を見極めたソーシャルワークの展開

そのためには従来からあるその地域の潜在的な対応力や適応力を見いだすこと。

2024年度一般医療機関における依存症リカバリーソーシャルワーク研修
「依存症と被災地支援」
 【東日本大震災におけるある精神科病院の被災地支援】
 東北会病院 鈴木 俊博

1

東北会病院
 病床数 172床
 一日平均外来患者数 150人
 1900年（M 39） 創立
 1978年 アルコール中毒科設置し
 依存症の専門治療をはじめ。
 現在は
 52床の閉鎖病棟
 60床の急性期依存症病棟
 60床の療養病棟
 週50時間以上の社会的療法プ
 ログラムを多職種で患者と家族に
 提供。
 サプライトのフナ・クリニックで
 は本人と家族に個人及び グ
 ループカウンセリングを実施。



2014年東日本大震災から10年経過後依然として多くの
 被災者や関係機関が被災地支援を必要としている。

2

被災地支援への課程

- ・津波被災精神科病院からの患者救出
- ・一部損壊被害による当院病院建物とライフラインの復旧
- ・被災1ヶ月後からの被災地調査と広報活動
- ・久里浜アルコールセンターの後押し
- ・災害支援院内会議設置
- ・ある仮設住宅での「安眠カフェ」活動
- ・仮設住宅支援員の苦悩と支援者支援
- ・みやぎ心のケアセンターとの連携

3

被災地支援実績統計

4

東北会病院

1

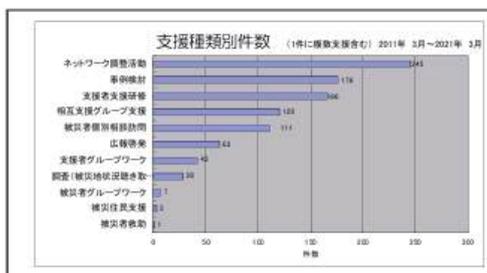
2011年3月～2021年3月実績

総支援件数	894件
延べ支援動員数	1642人
個別訪問相談数	111件

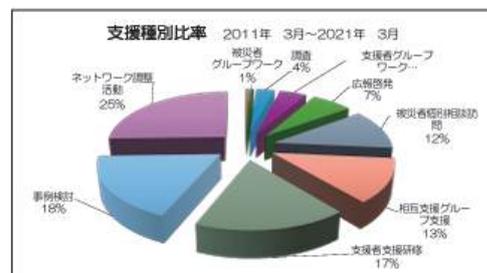
5



6



7



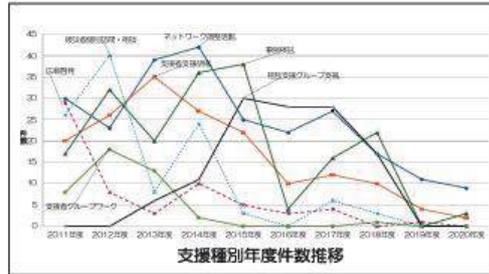
8

東北会病院

2



9



10



11

依存症と災害

- 避難所で飲酒者に声掛け、
返ってきた応えは「家族を返せ！」
- 養巻きされた酒乱者へ、
最後の手段は「マ～一杯！」

医療モデルと地域モデル
診察して欲しい患者を待っている医療と
生きること悲鳴を上げて酒を飲んでいる現場
アディクションアプローチの原点とは・・・

12

分断されたコミュニティ

- 今回の津波被災地は、古くから住民同士のつながりの深いコミュニティが維持されていた地域が多い
- 電線共に死亡、行方不明の遺児は9月30日現在、岩手県で93人、宮城県で123人。児童福祉施設に入所した宮城の2人を除き、214人は親族に引き取られている
- 被災により避難所、仮設住宅、借上げAPなど住民は流浪を余儀なくされている
- 被害が大きい地域では人口流出により、コミュニティを失った人々が分散

13

事例1

- プロローグ（事例事実の一部を変更）
- ◆ A町のB仮設住宅 Cさん 68才男性 単身居住
- ◆ 避難所から仮設住宅へ入居して約1ヶ月後から昼夜を問わず飲酒。泥酔して食事も満足に取らない状態。
- ◆ 部屋はゴミ屋敷状態で失禁による悪臭もあり。支援員が口中に訪問すると暴言を吐かれることもある。
- ◆ 徒歩で1キロほどの酒屋でビールや日本酒を購入しそのまま海苔の佃煮で酔いつぶれて寝てしまうこともあり、その度に支援員や行政職員が対応に苦慮。受診勧誘は拒否。いつも酔っているのでシラフで話せることはほとんどない。

14



15

支援員の苦勞の語り

- 「どう対応していいかわからない」
- 「酔っているCさんは怖い」
- 「なにもできない」
- 「心配で自宅に帰っても気になって寝付けない」

実は支援者自身も緊急雇用対策で雇用された一般被災住民

16

東北会病院

4



17

支援者の当事者性

アルコール問題を抱えたCさんに困っている
同じ被災住民である

「私」

当事者相互の関係性が回復の鍵

18

支援員が持っている力を焦点化する

これまでの関わりで、できていることは何か

- 怖いときもあるが、訪問を拒否されることはほとんどない
- 本人が寂しいと言っていた
- 心配なだけで何もできていない

19

肯定的フィードバック①

D支援員

- 「怖いときもあるが、訪問を拒否されることはほとんどない」

支援の意味としての言い換え

- 「拒否されないということは、支援関係がつけられているということですね」

20

東北会病院

5

肯定的フィードバック②

E支援員

- ・「先日本人から寂しいという言葉を読みました」

支援の意味としての言い換え

- ・「寂しいと弱音を吐くには、あなたに安心感を持てるから言える言葉です。支援関係をつくる際に安心感を持ってもらえることはとても重要なことです」

21

肯定的フィードバック③

F支援員

- ・「心配だけでなくにもできていない」
支援の意味としての言い換え
- ・「先程Cさんのことが心配で寝られないと言っていましたね、それはCさんに関心が強いということですね。寂しいと語っているときに誰かに関心を向けてもらおうとどんな気持ちになりますか？」

F支援員

- ・「うれしい・・・」
支援の意味としての言い換え
- ・「それはCさんの寂しいという気持ちに手当てしていることになりませんか？」

22

「関心」の力

- ・被災地での地域支援はとても心配だという「強い関心」から始まる
- ・当事者とらわれていく支援員を支持し、肯定していく支援が大切
- ・専門家が介入して入院させるゴール設定だけではない
- ・地域の支援コミュニティが当事者を孤立させない

23

やれていることを強化する

- ・やれていることを見いだしてそこを強化することは、できていないところを変化させる力を生む
- ・変化を促す具体的な対応の提案
「私はシラフのCさんと話したい」
「私」を主語に気持ちを伝えるメッセージ
- ・非指示的で受け入れやすい言葉

24

東北会病院

6

2024/12/20

支援員の感想

- ・「何もできていないと思っていたが、やれていることに気付いた」
- ・「自分で話して、みんなの話を聴いているうちに心が軽くなった」
- ・「これでいいんだと認めて、楽になった」

支援員の表情は和らいで笑顔も生まれた。

25

Cさんのその後の経過

- ・支援員は提案の通り「私はシラフのCさんと話したい」というメッセージをCさんに伝えた翌日、Cさんは久しぶりに風呂に入り、ひげを剃り、部屋をきれいに掃除して支援員をシラフで待っていた。
- ・シラフは2日間しか続かなかったと落胆する支援員に「2日間も続いた」と肯定的にフィードバックすることを伝え、当事者の「できている」ことに焦点を当てることを勧めた。

26

支援されたように支援する

- ・支援者を支援する際の肯定的フィードバックは支援者が当事者を支援する姿勢に反映される。
この循環を意識してグループワークは2週間毎に継続して行われた。

27

コミュニティが回復をもたらす

- ・Cさんの断酒は最長119日間継続し、健康的な生活を維持するようになった。再飲酒しても支援員は慌てることなく、これまで通りの対応を続け、連続飲酒することはなくなった。

28

東北会病院

7



29

事例2 酒乱は出て行って欲しい

シラフだと静か、酔うと大声で怒りの住民を威嚇するAさん。いつまた酔って怒鳴り込んでくるのか恐怖で、休居を請う仮設住宅の住民もいる。

警察を呼んでも自力で立休できるほどではない、支援員も対応に難弊を感じている。ま字向の非もなく悩んでいる住民を守るべきだ。

怒りと恐怖をありのまま息原にする支援員のグループワーク

原後に私たちは、行政、警察を含めた地域ネットワークセッションを提案

30

感情を出し合った後に・・・

仮設支援員はアルコールの問題で対応に苦勞した別の仮設支援員と人事交流を行い、どう対応したのか学びあい、それを活かして更に支援員だけでミーティングを行った。

自治会とも話し合い、Aさんを被災前から知っている方（コミュニティ）の支援員が力を借る対応が生まれた

つながる知恵が地域で再生

31

グループワークからネットワークへ

問題だらけの当事者と直接関わらない支援。困っている人と当事者の関係性に焦点を当てた支援。

それを当事者と支援者の二者関係からよってだかつて関係者を巻き込んでいく支援ネットワークへ変換していく。

32

東北会病院

8



33

自治会、行政、警察、医療による地域ネットワークセッション

警察、自治会長は本人をこの仮設住宅から追い出して問題は解決するのだろうか他の地域に問題を移動させるだけではないかと全員に投げ掛けた。

問題を抱えているAさんも、被害にあっている住民も共に仮設住宅で少しでも快適に暮らしていくために話し合いたいと、会議の目的を明確にした。

34

対応と方針の共有

酔ったAさんへの対応は毅然と警察との連携で行なう。酔訂で警察に保護された際は、保健行政や医療機関が連携し、酔いから醒めたAさんに問題を提示し、治療を促す。

Aさんを孤立させないためにとにかくシラフのAさんへ声をかけよう！

35

ネットワークが機能する

- 支援員や自治会役員の声掛けが当事者の孤立を解き、酔訂による迷惑行為が消失。それを見ていた近隣住民も落ち着きを取り戻す。
- 半年後、支援員事務所に酔って怒鳴り込んで来る行為が再発。
- 地域ネットワーク会議を再度開き、当初の対応原則を確認。酒酔い連断の常習化という新情報を得て、支援員が警察通報。保健師が治療の必要性を突きつけて介入した結果、当事者はそれを受け入れてAL専門病院への入院となった。

36

東北会病院

9

専門家や医療だけが支援のゴールではない

- 沿岸部200kmに及ぶ広域の被災地、12万人以上の被災者、4万戸以上の仮設と見なし仮設住宅。この状況下で個別対応には限界がある。
- 被災地域でのグループワークの手法を中心とした支援者支援が地域エンパワメントに有効。
- 平時の課題が災害時に顕在化し、AL関連問題の地域ネットワーク構築につながった。
「問題」が地域を活性化する

37

全ての関係性を扱うネットワーク
 地域の関係性の中に生じる問題が変化を醸成させる

38

被災地のエンパワメント

- 衰退する温泉地での2次避難者グループの立上げ
- 新たな地域での新たなコミュニティ形成を当事者が行っていく支援
- 長期化する困難な状況を当事者同士がつながっていくという知恵で工夫する
- なだいなだ氏からのメッセージ
 1万2千人しかいない精神科医にできることは限られている。こころ（偽）医者を増やす支援

39

SHGとの連携支援

- 仙台市が民間NPOに仮設住宅支援を委託
- 仮設住宅支援員の養成研修「依存症」の講座を当院が受託
- 地域の断酒会、AAのメンバーに協力をお願いして講座の中で体験談を話してもらう
- 支援員に回復者のイメージを持ってもらう
- 仮設住宅でのSHGの広報活動につなげる
- 支援者支援のニーズが被災地で高まる

40

当事者との連携支援

- 被災地支援者への研修でAL依存症理解のために体験談を話してもらう。
 PSC研修 宮城県被災者支援研修 気仙沼
- 被災地でのSHG（自助グループ）の再開と新設のための活動
 石巻 名取
- 被災住民対象のAL健康講話と体験談のグループワーク
 気仙沼本吉

41

被災地支援からの学び
 困っている現場へのアウトリーチ

42

紹介元医療機関からの嘆き

- 専門治療を促しても拒否される。
- 紹介状は黙って受け取るが、受診しない。
- 何度指導しても入退院を繰り返し、改善せず悪化、治療の意味がない。
- 家族が困り果てている。
- 救急隊、救急医療機関、警察が地域で特定の酩酊者に困り果てている。

43

アルコール依存症推計人口 107万人

44

2024年度一般医療機関における依存症リハビリソーシャルワーク研修
被災地の中長期支援におけるアルコール依存症への関り



演者撮影 福島市 瀧女の礎

NPO法人 相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会(通称 なごみ)
相馬広域こころのケアセンター-なごみ(ふくしま心のケアセンター-派遣り北方部センター)
演説発表内容に関連し、発表者らに開示すべきCOI関係にある企業などはありません

自己紹介

- 原発事故で精神科病院が休診となり、仕事を失いました。
- 2011年の3月下旬から福島県立医科大学心のケアチームのボランティアと復興工事のアルバイトを掛け持ちではじめました。
- 以来、ずっと約13年間、災害後の心のケアをしています。
- 地域の課題解決に向き合いながら、地域のなんでも屋になったことで、少子高齢化社会対策の先取りをしていると思っています。



やりたい支援は本当に必要な必要？

誰が	誰へ	いつ方法	方法	期間
・専門職 ・公的機関 ・民間 ・個人 ・被災者	・支援者 ・事業所 ・地域 ・自分自身	・災害直後 ・中長期 ・災害前	・直接 ・間接	・短期間 ・複数回 ・長期間



演者作成

必要な支援 ≥ できる支援 ≥ やりたい支援

1. 時期毎に違う心のケア

悲嘆反応がある薬物依存症の回復までご覧ください



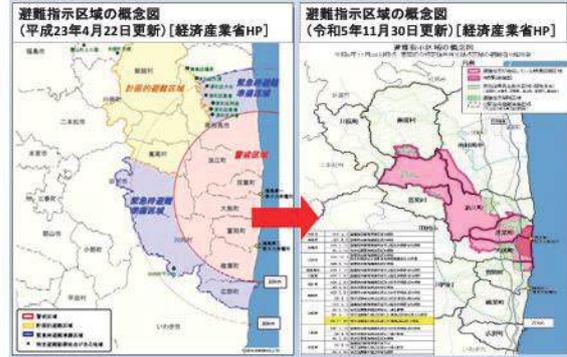
自主上映会あります
2025年1月10日(金)
13:00~16:00
京都市ひとまち交流館
米倉も参上します

映画「生きて 生きて 生きて」より2024より
自主上映を募集しております。
【お問い合わせ先】日本電波ニュース社
E-MAIL: info@ndn-news.co.jp
TEL: 03-5765-6810(代表) FAX: 03-5765-0540

本日の内容

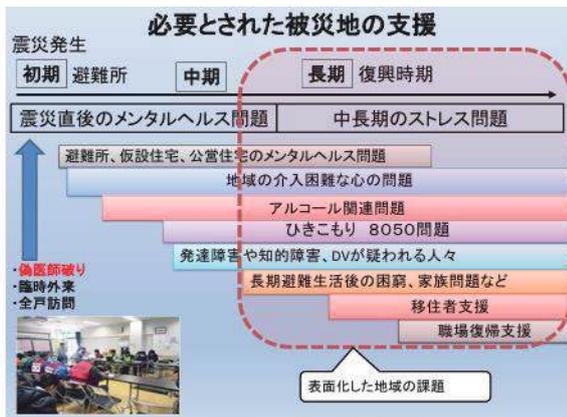
1. 時期毎に違う心のケア
2. チーム医療に必要な力

福島第一原子力発電所事故が地域に与えた影響



その時病院では何が起こったか





孤立しやすい人とは

- どこに相談してよいかわからない人 (情報不足、混乱)
- SOSを出せない人 (健康問題、障害、迷い、偏見、劣等感)



演者作成

2. 災害支援(地域)に必要な力

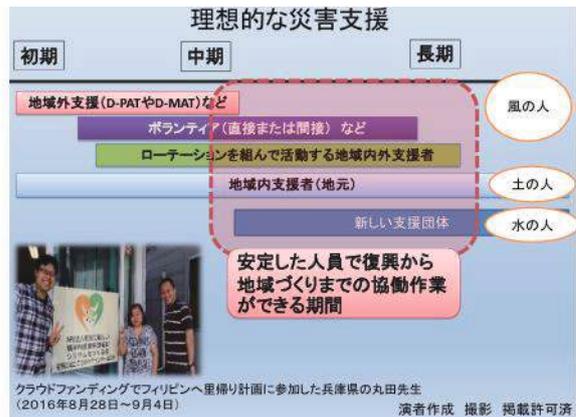
兵庫心のケアセンターの苦悩

- 1995年60人の職員を採用したが最終的に残ったのは、2割
- そのほとんどが心理職
- 学校で学んだカウンセリングは全く役に立たなかった

講談社 心ケア 2121より

↓ やりたいこと求められることのギャップに直面化

- ① 治りたい人を待つ力+出向いて見つける力
- ② 生活の場へ出向き対処できないことを見つけ解決できる力
- ③ 職業アイデンティティだけに左右されず自分を変える力



時期ごとに違う 求められる心のケア

- 初期** 精神科医療・保健・福祉の支援や医療的なトリアージ
 →住民から求められる医療と早期介入
 →被災性の高い住民支援
- 中期** 復興の中で生きにくさを抱える住民の早期発見と介入
 →環境の変化に適應できない住民、事業所、支援者
 →変わりたくない、変われない孤立しがちな住民への支援
 →元々、対処力が弱い、弱くなっている住民への支援
- 長期** 地域と共同作業で、心の問題を解決していく
 →心の問題の敷居を下げる
 →住民が気付きつなく地域へ
 →地域対応力の底上げ

演者作成

災害(地域)支援に必要な力とは



やりたい支援とできる支援は違うのに

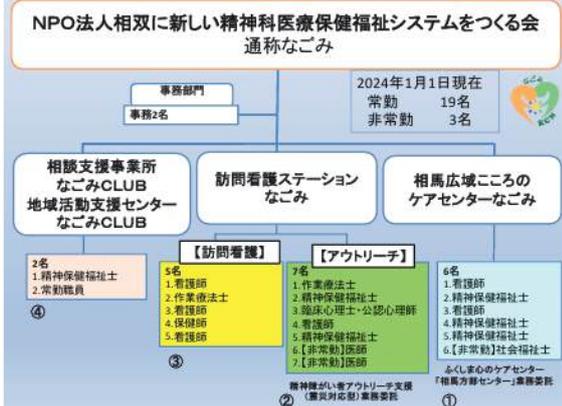
多職種チームは海賊のよう

「地図もなく『やりがい』という宝を探して大海原をさまよう海賊船のよう」



→た 他人より自分の課題に向き合おう

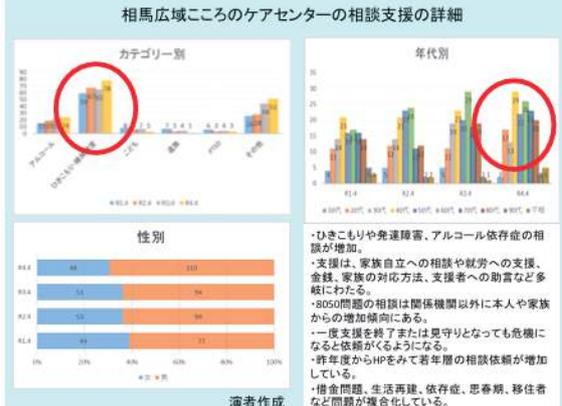
米倉一磨 災害看護と心のケア 福島なごみの挑戦 岩波書店より



なごみの各事業所の延べ対象者数と11月1日の対象者数

	延べ対象者数(名) (~2024年1月末時点)	対象者(名) (2024年11月30日時点)
①相馬広域こころのケアセンターなごみ 2012年4月~	1029	108
②アウトリーチ 2012年11月~	181	32
③訪問看護 2014年4月~	230	80
④相談支援事業所 2015年4月~	93	18
計	1533	238

演者作成

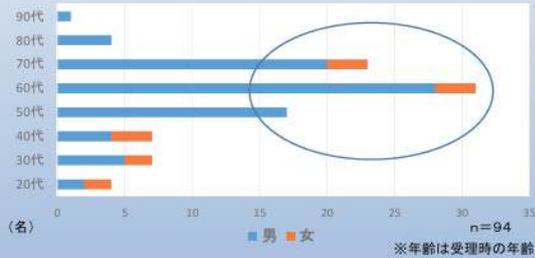


【目的】
相馬広域こころのケアセンター(ふくしま心のケアセンター相馬方部センター、以下当センター)が、支援をしてきたアルコール関連問題対象者の特徴と実施した支援について分析し、支援のありかたについて検討する。

【方法】
2012年4月1日から2023年3月31日の12年間、当センターを利用した者のうち、アルコール関連問題がある者94名の訪問記録から対象者の状況を振り返る。

結果

性別と世代



男性86%、女14%。60代が中心。50代から70代の男性が多くを占める。震災を機に急激な環境の変化(失業、廃業、避難で仕事や役割を失い酒量が増加した例もあった。

被災の状況

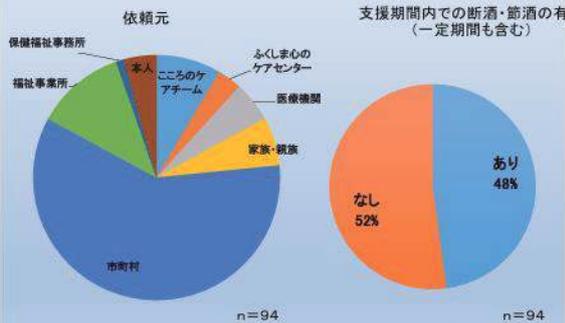


災害の影響を受けている割合は8割以上。

世帯状況



単身者、同居者にほとんど差はない。



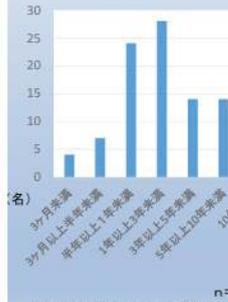
依頼元は市町村の保健センターが一番多い。身体疾患や高齢化など一時的断酒を含めると半数近くが断酒・節酒をしている。

転機



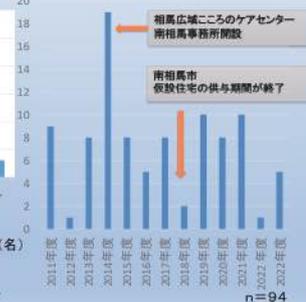
2割が継続した支援をおこなっている。2割弱が軽快(酒量のコントロール良好も含む)。高齢になり、身体機能が低下し、病院へ入院または、介護サービスを受け施設入所、入院した例もある。

支援期間



支援期間は半年から3年が多い。

新規依頼数の推移



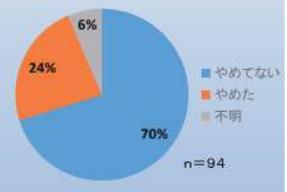
震災後遅れて仮設住宅などで問題化するが、退去とともに、支援につながりにくくなる。

居住地と震災時居住地

(名)	現居住地	震災前居住地
新地町	3	4
相馬市	19	13
南相馬市	66	55
飯館村	2	7
浪江町	4	11
富岡町	0	1
その他	0	3

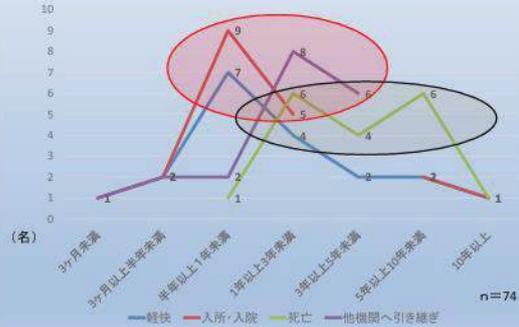
n=94

震災による離職の有無



南相馬市の居住者が多いが震災後、移 原発関連企業の休業や漁業、高齢を理由に住した例もある。また移住者(UターンやI家業の引退した例や再就職するも徐々に仕事に定着できなくなった例もあった。

支援期間と転帰(終了者のみ)



軽快例と入所・入院例、他機関への引継ぎ例は1年から5年の間に集中している。遅れて死亡例が出てくる。

支援によって断酒・飲酒した21名の特徴と支援

- 平均年齢は、56.3歳±13.9歳、男19名、女2名。
- 原発事故前は、飲酒習慣または飲酒量がコントロールできていた例もあり、根底には孤独感や喪失感を紛らわすため飲酒量が増加した例が多い。
- 19名が医療につながっている(14名は精神科、内科は5名)。うち、12名が当センターの働きかけで医療につながっていた。
- 20名へ家族への支援を行っており、その中で、アルコール家族教室(相双保健福祉事務所主催)へ4名つなげている。
- 個別支援は、運動など健康度を回復させる支援や医療を継続させる支援(受診同行や動機付け)と掃除や買い物などの生活支援に加え、経済的基盤を整えるため障害者手帳や生活保護申請の手続き、就労支援、回復者としての発表の機会の提供などあげられ、個々の特性に合わせた支援をしていた。
- 当センターが平成26年から開催している孤立しがちな男性の居場所「男性のつどい」へ参加を促していた。

まとめ

- 当センターへ依頼があった災害後のアルコール関連問題は、仮設住宅など発見されやすくなるなど顕在化しやすい問題への対応であった。供与期間が終了し、再建時期になると見守りが行き届きにくくなる。後に地域の問題として依頼されるようになった。
- 当センターへ依頼があった例は、環境の変化(失業や避難生活)による飲酒量の増加に加え、元々潜在化していた解決困難な問題であった。
- 節酒や断酒を繰り返し、長期の支援によって、軽快や医療介護サービスの導入や施設入所などに結びつけることができる一方で、サービスにつなげることが困難で死亡することもある。

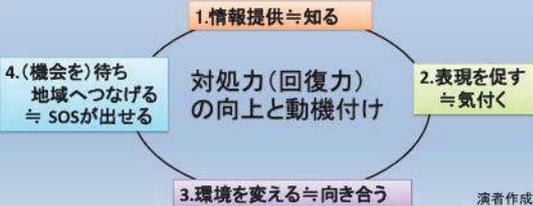
何を観てどんな支援をするか

①能力や疾患、長所と短所

- 1) 知的能力の程度
- 2) 発達障害の程度(偏りも含む)
- 3) 心身の疾患

②生きにくさや価値観、ストレス対処方法

信頼感、社会性、サポーターの有無、コンプレックスや各発達段階のつまずきなど



事例検討 グループワーク

0さん「後悔と酒との闘い」

～10年の記録なごみのあしあと なごみの15の物語2023より～

なごみHPより購入できます

3つ 考えてみましょう

1. 災害前からあった0さんの心の問題とは
2. アルコールや薬物に頼ってしまう意味は
3. なごみの支援は、何を意図していたのでしょうか



人生、生活、生命から生きにくさを観る

生活臨床4つのクローバーより引用し演者作成



なごみ十箇条 (中澤正夫著)

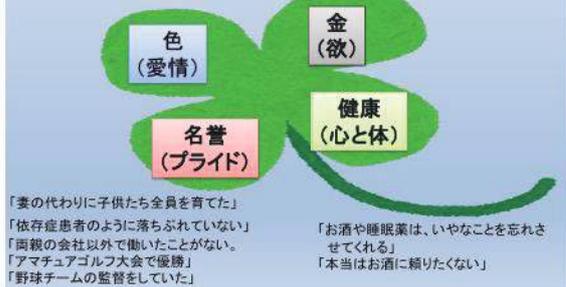
- 一、全員出撃方式
- 二、まず生活をきこえる横並び方式
- 三、病気の判断・治療方針はその次とする
- 四、急がず回復力を信じて伴走する(時には盛り込む)
- 五、伴走者は、しばしば市民を主とする(復興活動に同期させる)
- 六、(復興活動・地域の発展)にとって不可欠な活動へ率先参加する
- 七、先ず予防(特にアルコール、ストレスなど)を考えている。健康な人も対象である(メデカル・サポーターに矮小化しない)
- 八、地域の伝統・文化を積極的に活用して住民をサポーターに育ててゆく
- 九、二十四時間ケア(夜間の電話当番)と新しい「ソフト救急」の追及
- 十、「なごみ」から「注文」し入院、受診、医師同伴訪問の利用

地域の復興に同期した、「集い」「クラブ」「催し」の企画と、その地域外までの発信

東日本大震災と心のケア こころの科学より引用

0さんの生きにくさ

「母の家にいさせて欲しい」 「このまま、母の家に住まわせてほしい」
 「誰かに心配されたい」 「障害者年金は、まだ受給したい」
 「兄弟や子供が、もっと自分を気にかけてほしい」
 「(まだ病気でいたい)」



孤立を防ぎ孤独と向き合えるための関り

1. 情報提供
 - ・弁護士を紹介する(飲酒運転)
 - ・母や妹へ適時連絡する
 - ・生活保護や公営住宅の情報提供(生活再建)
 - ・長女と連絡をとる(転居先の相談)
 - ・出演した映画の上映会にきてもらう
2. 表現を促す
 - ・若い新人スタッフを担当にする
 - ・ボランティア見学者を同行
 - ・依存症に負けたくないことを言語化
 - ・焼きそばを差し入れる(非言語)
 - ・スタッフがジーンズを教えてもらう
 - ・ゴルフを教えてもらう
 - ・迷いや本音を要約し伝える
 - ・ストレスを自分に向けず、他人や物事にぶつけたことを評価する
3. 環境を変える
 - ・入院 受診同行
 - ・スタッフがジーンズを教えてもらう
 - ・次の転居先や生活再建について考える
4. 機会を待つ(時には緊急時介入)
 - ・保健所、警察や病院との連絡調整
 - ・訪問看護との情報交換
 - ・訪問頻度を危機に応じて調整する

演者作成

〇さんから得られた10の心のケア ～映画「生きて生きて生きる」から～

1. 関わる人を増やし、心配していることを認識してもらう
2. スタッフの負の感情は、チームで共有する
3. 非言語（共に食事、遊び、ゲーム）も取り入れ表現を促す
4. 会う頻度を調整し、適切な距離感を保つ（人と場を拡大）
5. 自殺の具体的な道具や方法があったら遠ざける
6. 対処できないことをアセスメント（色、金、名誉、健康の観察）
7. 迷いを見つけ、良い変化へ導くテクニックを使いわける（動機付け、認知行動療法、集団力動など）
8. 家族支援も十分行い、家族も支援者に

ご清聴ありがとうございました

どんな時でも自身を大事してください

NPO法人相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会
相馬広域こころのケアセンターなごみ



なごみ賛助会員を
募集しています！

〒975-0007
南相馬市原町区南町3丁目2-7
TEL 0244 (26) 9353
FAX 0244 (26) 9367

なごみの活動報告をSNSで更新中です！

ホームページ <http://soso-cocoro.jp/>
Facebook <https://www.fb.me/cocoro.nagomi>
Instagram https://www.instagram.com/nagomi_soso/
Twitter https://twitter.com/nagomi_soso



3. 信頼よりも文句を聞く

〇さんはたくさんの人から見放されたと感じ、人を信用することができなくなっていました。お酒を飲んでいないときは穏やかですが、お酒を飲んでしまうと、「どうして自分は生きていけないのか」「なごみは、何のために来るのか。もう来ないで欲しい」と強気な口調で攻撃しました。この時、なごみは〇さんと関わるのがつらくなっていましたが、関わる人々を増やし、負担を軽減しながら訪問することになりました。

毎日のように訪問すると、〇さんは「本当は、健康になりたい」と話したのです。なごみでは、この言葉を過去に何度も経験していました。食べ物もほとんど食べず、お酒が多くなっていた〇さんでしたが、元々は子どものパレチームの監督をするなど体力には自信のある人でした。健康に結びつくきっかけがあれば、〇さんは変化するのかもしれないと考えたなごみは、思い切ってアルコール依存症の専門病院へ入院を勧めました。しかし、答えは「ノー」です。そこで言い方を変え「病院で、毎日バランスの取れた食事をとってお酒に負けない体を作るのはどうですか」と伝えたところ、拒否ではなく「なごみの世話にはならない」という答えが返ってきました。これは、なごみにとってはチャンスだと考えました。なぜならば、〇さんの言葉の裏にある、本当は自分の力で健康になりたい思いは理解していたからです。ここから入院までの1ヶ月間は、なごみと〇さんの攻防が続きました。



4. 変わりたい気持ちを手繰りよせる

なごみでは、孤立予防のための「男性のつどい」を月に2回開催しています。そこでは、集まって食事を作り食べることを行っています。お酒が止められなくても「男性のつどい」を楽しみにしている方は、参加するためにその日のお酒を断って参加します。そして、普段はお酒優先のお腹を、美味しいものでいっぱい満たして帰るのです。〇さんにも男性のつどいを勧めていましたが、参加を断わり一度も参加していません。そこで、男性のつどいで作った暖かい焼きそばを差し入れることで、多くの人が参加していることのメッセージを伝えることにしたのです。〇さんは、差し入れをすすりには受け取りませんでした。後で食べているようでした。しばらくすると、〇さんは、「入院したくない」から「なごみの助けは受けないが、体を整えたい。病院まで送ってもらえるなら入院する」と言いました。〇さんの他人を拒否する気持ちは、言葉とは裏腹に、他人を信用したい、手を借りてどうにかしたいということに変化していったのです。

〇さんは、入院中も病院スタッフや他の患者さんと積極的に関わることはませんでした。しかし、お酒を止めるためのプログラムには欠かさず参加しました。「他人には世話にならず自分の力でお酒から回復し

〇さん「後悔と酒との闘い」10年の記録なごみのあしあと なごみの15の物語 2023より

1. 新しい生活の亮

〇さんは、50代の男性です。震災前は、父が経営する会社に勤め、何不自由なく暮らしていました。そこで出会った女性と結婚し家を建て、4人の子にも思われました。原発事故の放射能の健康被害を心配し、子どもたちと避難しました。避難先で〇さん家族は、温かく受け入れられ、子ども達は避難先で就学し、妻は職場を見つめ働き始めました。

〇さんは、子どもが安心してできるように学校の送り迎えや家事をして家族を支えました。その頃、避難者の借り上げ住宅の退去期限が迫り、家族が経済的に苦しくなったため、まず〇さんが地元に戻って仕事を探そうとなりました。〇さんが就職し落ちたら、家族全員が帰還をする計画でした。被災地では、復興が追い風となり建築業を中心とした雇用が高まり、人手不足に陥っていました。〇さんは就職しましたが、毎日の回るような忙しさに、家族に会いに行くこともままらなくなっていました。数ヶ月後、〇さんの人生を揺るがす出来事が起こりました。息子が交通事故で亡くなってしまったのです。〇さんは、妻の悲痛な叫びを聞いて、目の前が真っ暗になりました。

〇さんはその日以来、糸が切れた糸のようになってしまいました。出勤できなくなり、「自分が送り迎えしていれば事故になんか遭わなかったの」と自分を責め続けました。ある時、神社の境内で首を吊ろうとして保護され精神科病院に運ばれました。〇さんは、3ヶ月後に退院しましたが、自分や周囲に強く当たり散らすことが続き、困った家族は離れて行きひとりになりました。



2. 後悔との闘い

〇さんは、「亡くなった息子へもつと色々やりたかった。自分がいれば事故に遭わなかったのではないか」と考え続けていました。食事をすることさえおろそかにする息子のことを考え続け生活は荒れていきました。次第に夜眠れなくなり、睡眠導入剤を飲むようになりました。〇さんは、体に悪いと思っていながらも、睡眠導入剤を大量のお酒と一緒に服用して眠ることが多くなっていきました。

ある日、心配した友人がなごみへ「〇さんを救って欲しい」と電話をしました。〇さんは静かですが深まると自殺したい衝動が高まり友人へ「自分を終わりにしたい」と電話し、困った友人はなごみへ相談したのです。依頼を受けたなごみは、友人と一緒に、〇さんの家へ訪問しました。その日から、なごみへ電話がかかってくるようになりました。電話では自殺をほめめかし、訪問すると「自分の気持ちを聞いて欲しくて電話をした」というのです。すでに多くの支援者が訪問していたのですが、同じ訴えの繰り返しで、緊急性は低いと判断され、関わる支援者が少なくなっていました。

なごみでも、訪問頻度を少なくしてもよいと検討されましたが、自殺の準備（ロープや七輪）をしているため、いざという時は助けられるよう継続的に関わっていくことになりました。

たい」という強い意思が伝わってくるようでした。〇さんは、あつという間に、予定されていた3ヶ月の入院期間を経て、無事に体力をつけ退院できました。

現在の〇さんはお酒を飲むことはありませんが、前と同じようにお酒と睡眠導入剤を一緒に飲むことはほとんどありません。配食や訪問看護などのサービスを受けながら、健康になろうとする気持ちが少しずつ高まっていくように思えます。息子の死からもうすぐ5年が経とうとしています。〇さんは時々話してくれず、「自分に負けたくない、なごみの助けは借りない」と。そう聞く度になごみは、〇さんは確実に回復に向かっていると確信するのです。



1. 災害前からあった〇さんの心の問題とは
2. アルコールや薬物に頼ってしまう意味は
3. なごみの支援は、何を意図していたのでしょうか

〇さんから得られた10の心のケア ～映画「生きて生きて生きる」から～

1. 関わる人を増やし、心配していることを認識してもらう
2. スタッフの負の感情は、チームで共有する
3. 非言語(共に食事、遊び、ゲーム)も取り入れ表現を促す
4. 会う頻度を調整し、適切な距離感を保つ(人と場を拡大)
5. 自殺の具体的な道具や方法があったら遠ざける
6. 対処できないことをアセスメント(色、金、名誉、健康の観察)
7. 迷いを見つけ、良い変化へ導くテクニックを使い合わせる
(動機付け、認知行動療法、集団力動など)
8. 家族支援も十分行い、家族も支援者に

孤立を防ぎ孤独と向き合えるための関り

1. 情報提供

- ・弁護士を紹介する(飲酒運転)
- ・母や妹へ適時連絡する
- ・生活保護や公営住宅の情報提供(生活再建)
- ・長女と連絡をとる(転居先の相談)
- ・出演した映画の上映会にきてもらう

2. 表現を促す

- ・若い新人スタッフを担当にする
- ・ボランティア見学者を同行
- ・依存症に負けたくないことを言語化
- ・焼きそばを差し入れする(非言語)
- ・スタッフがジンギスカンを教えてもらう
- ・ゴルフを教えてもらう
- ・迷いや本音を要約し伝える
- ・ストレスを自分に向けず、他人や物事にぶつけたことを評価する

4. 機会を待つ (時には緊急時介入)

- ・保健所、警察や病院との連絡調整
- ・訪問看護との情報交換
- ・訪問頻度を危機に応じて調整する

3. 環境を変える

- ・入院 受診同行
- ・スタッフがジンギスカンを教えてもらう
- ・次の転居先や生活再建について考える

演者作成

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会
2024年度一般医療機関における依存症リハビリソーシャルワーク研修「依存症と被災地支援」

事後オンデマンド

依存症を含む精神症状のある方々との被災地での関わり ～“ふくしま”での経験から～

社会医療法人あさかホスピタル 渡邊忠義

contents

1. はじめに
2. 13年前の悲劇
3. 被災者支援・支援者支援
4. 被災者のアルコール問題
5. アルコール問題への関わり
6. おわりに

1. はじめに

研修会オリエンテーション資料より(野村裕美氏)



2. 13年前の悲劇

3.11東日本大震災と原発事故



福島県相馬市（松川浦周辺）

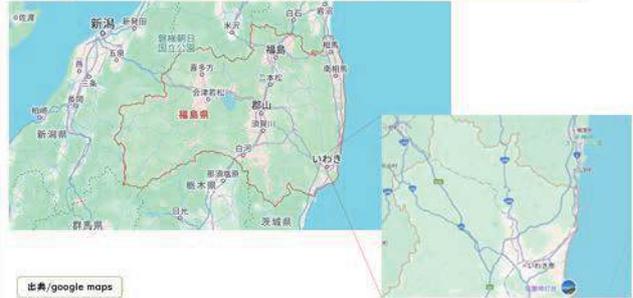


出典/google maps

2011.4.16



福島県いわき市周辺



出典/google maps

2012.1.1



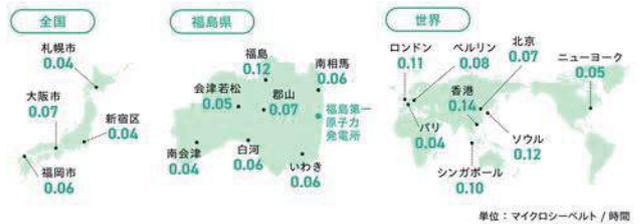
福島県富岡町周辺

2017.5.17

福島県郡山市周辺



福島県と世界の主要都市の空間線量（2022年9月）



復興庁 <https://www.fukuo-pr.reconstruction.go.jp/2018/fukushimaoma/shiru/radiation/#□text>

【環境省が示す被ばく線量の考え方】

○放射性物質汚染対処特措法に基づく汚染状況重点調査地域の指定や除染実施計画を策定する要件数値

○年間1mSv

（屋外に8時間、屋内に16時間の生活を想定）

⇒1時間あたりに換算：0.19（事故由来被ばく線量分）+ 0.04（自然放射線量分）= 毎時0.23μSv

東日本大震災で福島県が被った傷

- 地震被害**：家屋・公共施設の倒壊、寸断された交通機関
- 津波被害**：家屋喪失、環境破壊
- 放射能被害**：行動制限、除染、瓦礫処理、空間線量、先が見えない避難継続、手つかずの警戒区域、離散家族、見通しのない農林水産業、地域医療保健福祉の崩壊
- 風評被害**：福島県人への誹謗中傷、福島県産物の排除、福島県への入県見合わせ、生産人口の減少、商工業の衰退
- 報道被害**：安定ヨウ素剤の配布、根拠のないパッシング、強硬取材、配慮に欠ける情報

あいまいな喪失

※あいまいな喪失 (ambiguous loss)：「(喪失が)証明できないために、解決されないままとなっている不明確な状況」Pro. Pauline Boss (ミネソタ大学)

支援者支援

1) アンケート調査 (平成23年5月23日～6月2日)

- ストレス反応に関する質問40問+ストレス反応に影響を与える因子分析に関する質問11問

<ストレスチェック>

① ストレス反応に関する質問

40問・・・3択(2点・1点・0点)

② ストレス反応に影響を与える因子分析に関する質問

11問・・・4択(4点・3点・2点・1点)

スコア	結果
21点以下	特に問題なし。多少のストレスはあっても大きな問題にはならない。
21～30A	中度のストレス状態。現在のストレス状態は強くないがこのままの状態が続けば、重度に移行する可能性もある。
30～40A	重度のストレス状態。仕事上のミスが起こりやすく、大きな判断が極めててきにくい状態。
41点以上	日常生活や仕事に支障をきたしている状態。休養、入社の必要性が高い。

2) 個別面接・カウンセリング

(平成23年5月27日～7月28日)

- 心理職及び精神保健福祉士等による約1時間の個別面接
- 対象者の希望や必要に応じ、面接は複数回実施
- 医療情報や社会資源情報を提供、医療機関へのつなぎ



<診察につながった方の状態例>

主訴	診断名	診察後
不眠、頭痛、吐気	うつ病	投薬、休職勧める
緊張、希死念慮、浅眠	うつ病	投薬
将来の不安、仕事回避、人間不信	うつ病(疲労性)	投薬、休職勧める
子供の心配、飲酒量増大	睡眠障害	投薬
生活不安		投薬なし、終了
家庭内の問題、経済問題、仕事意欲低下	睡眠障害(不眠)	投薬、継続
離散生活、疲労、不眠		※キャンセル

避難者への相談支援・介護予防支援(避難所・仮設住宅)



支援者支援について

(対象職員数: K村62名・T町144名)

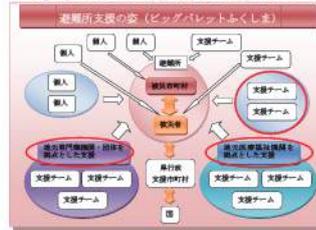
○東日本大震災に伴う東京電力福島第一原子力発電所事故により、T町ならびにK村役場は郡山市の避難所ビッグバレットふくしまに移転し機能。職員は自らも被災者でありながら昼夜を問わず、避難者の支援を続けていた。

○職員には心身への過度なストレスが発生し、健康の悪化が危惧された。そこで、職員が自らの心身の状況やストレス等に気づき、早期に心の健康の維持を確保できるよう支援者支援を実施した。

○支援者支援は、当該町村・県中保健福祉事務所・日本ストレスケア病棟研究会と連携しながら実施した。

○面接やカウンセリング、医療へのつなぎ等の支援により、職員の持つ高い緊張や不安は緩和された。8月以降は当該町村に「従業員支援プログラム(EAP: Employee Assistance Program)」を提供し支援を継続した。

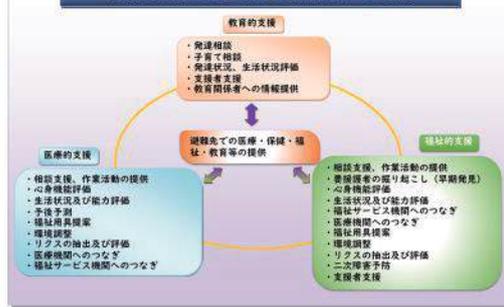
意味のある被災者支援とは…



- ① 支援者の入口と出口のコントロールは不可欠。
- ② 支援拠点機関の存在は、継続的な医療や生活支援を保障できる。
- ③ 関係機関との連携や調整、即効的な対応、有効なフォローアップが求められる場合、支援拠点機関はその役割を遂行しやすい。
- ④ 被災者支援の体制として、支援拠点機関の設置は重要。



作業療法士が担える避難所での支援



4. 被災者のアルコール問題

被災者支援において見受けられたアルコール問題対象者像

- ◆50～60代の中高年の男性に多い。
- ◆2次避難先の宿泊施設や仮設住宅などで、大量の飲酒を繰り返している。
- ◆巡回支援中に確認することが多く、家族からの相談等は少ない。
- ◆習慣的飲酒者が被災のストレスによって過剰な飲酒に陥っている場合が多い。
- ◆福島県では被災者特有の「あまいな喪失」を抱えることになった。
- ◆仕事や住まいに関する先行き不安が大きい。
- ◆相談を望まず、気分を紛らわす手段として飲酒が常態化している。
- ◆家族等との分散避難による孤立化が目立つ。
- ◆仮設住宅での見守りや助言、関わりの限界。

初期介入の重要性

【課題】被災者の孤独感から発生する飲酒問題の深刻化
 支援者や身近な人が積極的に関わることの限界
 つらい気持ちの共有や共感、伝え方が分からない
 飲酒以外の楽しい居場所、生きがいづくりに繋がらない

被災時の飲酒問題

- 飲酒は気持ちをわらわら、ストレス緩和、解消の手段。
- ストレスにより、飲酒量が増える。
- 飲酒がもたら、心身を害したり、対人関係上のトラブルを招く。

- 不眠と飲酒
 - ①被災によるストレス：寝つきが悪い、中途覚醒してしまい、飲酒を繰り返す。翌日中のだるさ
 - ②飲酒によるレム睡眠：筋肉の興奮を引き起こし、全身の倦怠感が生じる。
- アルコール依存症の離脱
 - ①被災によりアルコールの供給が絶たれる：離脱症状（遠ま徴候）の顕在化。
 - ②離脱症状：飲酒の減量や断酒後7時間頃より始まり、2～4日後にピークを迎え、重篤な場合には、その後3～4日間ほど持続。
 - ③症状：イライラ感、不安、抑うつ気分などの不快感や心悸亢進、発汗、体温変化などの自律神経症状、手指・顔面・短絡の振戦など。重篤なもの、けいれん発作、痙攣せん妄（痙攣性振戦、精神運動興奮、幻覚（幻聴、幻視））、意識障害など。離脱症状の背景には、栄養障害があることが多い。
- 避難所での飲酒
 - ①飲酒がもとで、心身を害したり、対人関係上のトラブルを招くことがあり、避難所内での「過盛り」は原則禁止。
- 飲酒と自殺
 - ①アルコール依存症はうつ病と共に、自殺との結びつきが強い。単なる「飲み過ぎ」でも、うつ状態を引き起こし、自殺の危険を高める。自暴自棄的な考えに陥りやすく「遠い詰められたときには、飲みながらも考えない」。

NCNP: https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/contents/pdf/mental_info_alcohol.pdfから抜粋

【アルコールとは？】

○脳と体への影響を考えるとれっきとした「薬物」。

【基本的な対策の考え方】

アルコールを「薬物」と認識したうえで、酒害を軽減するために生活環境を整え、計画的に目標行動を実践する。まずは目標に向けたペースづくりをする。

【禁酒を成功に導くための二つの行動】

- ◆「見える化」：日記をつけて記録を取る。禁酒をする人は目標の飲酒量などを決めた上で、「いつどこで何をどれだけ飲んだか」「目標が達成できたか」などを記録（レコーディング）。脳は変化に関心が向きやすく、「こうしたらこうなったっじゃあこうしよう」という方向に動き、やる気にスイッチが入る。しかも目標を達成できたとき「○」や「◎」などの印を付けばもっと続けたいくなる。記録すること自体が面白くなれば継続につながる。
- ◆「宣言」：禁酒（減酒）の開始を周囲に「宣言」し、周りの人を巻き込む作戦。生活習慣を変えようとするときは自分の行動をほかの人に宣言すると効果的。発言により、引込みがつかず、簡単にはやめづらい。宣言したら家族や友人に「見える化」した記録を見せると、ともに成功を喜んだり、「すごいね」と褒めてもらえば、禁酒生活が活気づく。自分自身の客観的な目と周囲の目の両方があれば、チェック体制も強化できる。

NCNP: https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/contents/pdf/mental_info_alcohol.pdfから抜粋

5. アルコール問題への関わり

アルコール依存症者の作業療法 実践の流れ

一般社団法人 日本作業療法士協会

アルコール依存症に対する作業療法

疾患の特徴：①診断基準：①飲酒への強い欲望または強迫感。②飲酒開始・終了、飲酒量いずれかのコントロール障害。③離脱症状。④耐性。⑤飲酒のために他の楽しみや趣味を無視するようになる。⑥明らかに有害な結果が起きているのに飲酒する。という上記項目のうち、過去の1年間のうち3項目が当てはまる場合とされる。対象者の中には、ライフイベントを機に飲酒量が増加した者や重症障害を招き、様々な生きづらさを抱えず手段として、自己治療的に飲酒を行ってきた者も多い。さらには病状に対する自己認識は個々で異なり、その程度が予後大きく左右するため、認識の程度に合わせた介入が必要とされる。医療機関を退院後の通院治療や自助グループの利用が重要である。アルコールは、自身への害(Harm)以上に周囲へ大きな害をもたらす薬物であり、対象者を取り巻く家族や関係者も支援の対象としてとらえる必要がある。

精神科作業療法の機能と役割
 包括的なプログラムの中で作業療法はアルコールのみに焦点を当てるのではなく、様々な作業活動を通して、心身の回復への気づきや他者との交流、しらふで過ごすことを実践できる場としての機能を果たす。

- 障害しやすい生活機能 (ICF)
1. 心身機能：b1精神機能、b2感覚機能、b4.5心血管・消化器系、b7神経運動機能
 2. 活動・参加：d1学習、d2一般的課題、d3(e=認知)、d4運動・移動、d5(e=7)、d6家庭生活、d7対人関係、d8生活環境、d9(e=2)役割
 3. 環境因子：e3支援関係、e4環境、e5(e=7)
 4. 個人因子：・中年男性が中心、若年や高齢、女性も増加・DV被害、合併症の発生、生活歴、家族の飲酒歴、教育、職業、74(e=7)

アルコール依存症まとめ (久里浜医療センター小砂哲太郎)

推奨されるまたは実施すべきプログラム

対象者の時期に合わせて、認知機能トレーニング及びリラクゼーションテクニックの獲得、身体活動、当事者と連携したグループ活動を用いながら、ニーズに合わせた個別支援を行う。



アルコール依存症まとめ (久里浜医療センター小砂哲太郎)

アルコール依存症スクリーニングAUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) WHO

【過去1年間の飲酒状況についてそれぞれの質問で最も近い回答を選んでください。】

質問	評価	回答
0	飲まない	
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？	1 1か月に1度以下 2 1か月に2～6度 3 週に2～3度 4 週に4回以上
2	飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ ① 1日あたり、日中最大1～2ドリンク ② 1日あたり、日中最大3～4ドリンク ③ 1日あたり、日中最大5～6ドリンク ④ 1日あたり、日中最大7～9ドリンク ⑤ 1日あたり、日中最大10ドリンク以上	0 1～2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 0 ない
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？	1 1か月に1度未満 2 1か月に1度 3 週に1度 4 毎日あるいはほとんど毎日 0 ない
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ありましたか？	1 1か月に1度未満 2 1か月に1度 3 週に1度 4 毎日あるいはほとんど毎日 0 ない
5	過去1年間に、普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度ありましたか？	1 1か月に1度未満 2 1か月に1度 3 週に1度 4 毎日あるいはほとんど毎日 0 ない

質問	評価	回答
6	過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎えをしなければならなかったことが、どのくらいの頻度ありましたか？	0 ない 1 1か月に1度未満 2 1か月に1度 3 週に1度 4 毎日あるいはほとんど毎日 0 ない
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、どのくらいの頻度ありましたか？	1 1か月に1度未満 2 1か月に1度 3 週に1度 4 毎日あるいはほとんど毎日 0 ない
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、どのくらいの頻度ありましたか？	1 1か月に1度未満 2 1か月に1度 3 週に1度 4 毎日あるいはほとんど毎日 0 ない
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？	2 あるが、過去1年になし 4 過去1年間にあり 0 ない
10	両親や親戚、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？	2 あるが、過去1年になし 4 過去1年間にあり 0 ない

合計得点が8点から19点の方は「危険性の高い飲酒者」、20点以上の方は「アルコール依存の疑い」

アルコール依存症スクリーニング AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption)

質問	評定	回答
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か月に1度以下
	2	1か月に2～4度
	3	1週に2～3度
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) ただし、日本酒1合=2ドリンク、ビール大瓶1本=2.5ドリンク、ウイスキー水割りダブル1杯=2ドリンク、焼酎お割り1杯=1ドリンク、ワイングラス1杯=1.5ドリンク位、梅酒小コップ1杯=1ドリンク	0	1～2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
3 1週に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か月に1度未満
	2	1か月に1度
	3	1週に1度
	4	毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT-C: 男性5点以上 / 女性4点以上 → ICD-10: 依存症候群3項目以上 → 依存症候群

【依存症項目 (ICD-10 WHO)】: 渴望、飲酒行動のコントロール、耐性の増大、飲酒中心の生活、有害な使用に対する抑制の喪失
新アルコール・薬物使用障害の診断ガイドライン (第1版)

一般社団法人 福島県精神保健福祉協会 ふくしま心のケアセンター



<https://kokoro-fukushima.org/>

「男性のつどい」船出の経緯

1. 地域の現状	2. 地域の中高齢男性	3. 訪問支援状況
<ul style="list-style-type: none"> ◎震災後の避難によるコミュニティの崩壊 ◎集団生活(仮設住宅や復興住宅)での潜在的な問題の表面化・アルコール関連問題、DV、その他迷惑行為 ◎新しい人間関係の中で本人も周囲も困惑、関わり方が分からない 	<ul style="list-style-type: none"> ◎サロンには男性は集まらない ◎仕事以外にすること(出来ること)が無い ◎震災によって仕事を喪失した ◎迷惑をかけすぎた孤立(不安・欲求不満解消) ◎誰にも迷惑をかけない孤立(無為、ひきこもり) 	<ul style="list-style-type: none"> ◎対象者の比率(男性>女性、独居>同居) ◎抱えている問題が複雑、アルコール、寂しさ… ◎対象者が口にする言葉:「何もすることがない」「暇だ」

H27年11月に1回目の集いを開催、当事者の方々の声を直接伺い、何をするか考えることとなる。

【男性の集い】参加者: 12名(70代3名、60代6名、50代3名) 2016年11月
参加者の被災状況: 津波被害1名、原発被害5名、なし4名、他2名(9名が避難経験)
疾患名: アルコール依存症8名、アルコール依存症疑い1名、統合失調症1名、双極性障害2名
平成29年度福島県作業療法士会災害対策研修会 作業療法士西内実菜氏報告より抜粋

「男性のつどい」概要

1. 目的	2016年度活動	
	月	参加者数
・日中の居場所や活動の提供 ・社会参加意欲を引き出す	4月	9
	5月	4
2. 開催頻度 毎月1回	6月	4
	7月	5
3. 対象者 アルコール関連問題や震災の影響によって就労や生活に困難があり、社会的に孤立している男性	8月	5
	9月	5
4. 内容 参加者の意向によって決定	10月	7
	11月	5
	12月	5

平成29年度福島県作業療法士会災害対策研修会 作業療法士西内実菜氏報告より抜粋

一般社団法人福島県精神保健福祉協会ふくしま心のケアセンター 浜通り北方部センター (2012年開設、NPO委託)

【孤立化しやすい男性のための居場所づくり】「男性のつどい」
日中の居場所や活動の場の提供と社会参加意欲を引き出すことを目的として2015年にスタート。アルコール関連問題や震災の影響によって就労や生活に困難があり社会的に孤立している男性を対象者とし、2022年度: 21回開催、参加者: 延べ132名。

【アルコール家族教室】
相双保健福祉事務所主催アルコール家族教室。アルコール関連問題を抱える当事者の家族を対象に、家族同士の支え合いによる家族自身の回復を目的にCRAFT(コミュニティ強化法と家族トレーニング)のプログラムを活用して問題解決の方法を学ぶ。家族教室参加者の相談から当事者本人の支援につながる事例。2022年度: 6回。

ふくしま心のケアセンター 活動記録誌 2022(令和4)年度

2016年度

相馬広域こころのケアセンターなごみ(相馬方面センター)

1. 訪問活動
◎地域のニーズに応じたアウトリーチ活動
2. 集団(サロン)活動
◎仮設住宅や復興(災害)公営住宅サロン
◎市町村や社協主催のサロンへの協力
◎若者のグループ活動(ピアサポート、居場所作り)「チャレンジクラブ」
◎断酒会への支援、アルコール依存症者のサロン「男性のつどい」
3. 支援者に対する支援
◎同行訪問、ケースの相談
◎アルコールやメンタルヘルスをテーマとした啓発活動、研修会や講演会の開催
◎福祉事業所との事例検討会
◎震災遺児とその家族への支援
◎相馬市の母子事業への協力(健診事後相談会、幼稚園巡回相談、母親の相談会等)
◎米国9.11家族会や多文化間精神医学会への協力

平成29年度福島県作業療法士会災害対策研修会 作業療法士西内実菜氏報告より抜粋

「男性のつどい」の効果

- ◎共通の話題(仕事、お酒、現状)ができる
- ◎自慢話(運転免許、断酒、参加回数)ができる
- ◎調理経験が得られる
- ◎大勢での食事機会が得られる
- ◎あきらめないスタッフの姿に出会える
- ◎「みんなが行くなら行くかー」と出かけるきっかけがある

2016.10.1 なごみまつり(男性の集い&チャレンジクラブ)



平成29年度福島県作業療法士会災害対策研修会 作業療法士西内実菜氏報告より抜粋

はたらくことは、いきること
「アルコールを飲まない暮らし」を、実感してもらう。

作業療法士は、①アルコール依存症の離脱症状、たとえば手指のふるえ(振戦)やアルコール性神経障害が起きていないか、②作業遂行能力が低下したり、バランスや歩行に障害があって、日常生活に支障が起きていないか、③認知機能の障害によって記憶や注意力、理解力の低下が起きていないか、そうしたことに適切に対処せず、事態を混乱させてしまっていないか(問題対処・解決能力)などを評価する。また、本人が自分自身をどう評価しているのか、自身のアルコール依存症をどれだけ認識・受容しているのかを確認する。こうした確認・評価を通じて、それぞれの回復の段階を知り、それに合わせた、関わりの方針を考える。

「最も大切なことは、アルコールに依存している自分を受け入れること、『アルコールのない暮らし』を実感し、身につけてもらうこと。SSTや依存症についての学習を通じて、患者は依存症についての知識を身につけていく。依存症である自分を受け入れ向き合う。また、散歩や趣味活動等は体力づくりの一環であると同時に、「アルコールのない暮らし」を身につけるために必要なこと。

一般社団法人日本作業療法士協会 https://www.jaot.or.jp/ot_job/to_live/detail/37/

写真 福島県高等学校文化連盟



構成劇「福島からのメッセージ」



資料：福島県高等学校文化連盟
<http://www.youtube.com/watch?v=SpQkLhoTNXw>

作詩：佐藤季 (みのり) さん
福島県立福島南高校3年



福島に生まれて、福島で育って、
福島で働いて、福島で結婚して、
福島で子供を産んで、福島で子供を育てて、
福島で孫を見て、福島でひ孫を見て、
福島で最期を過ごす。
それが私の夢なのです。



演技：菊地麻由さん
会津若松ザベリオ学園3年



目の前にいる被災を知らない子どもたちにも
何かを語りかけた時。



佐藤季さん

「あの時の私たちの言葉を大切にしてくれた大人
の存在に、感謝してもしきれないと思っています。
なので、子どもたちに伝えたいのは、誰
かが何かをしたいと本当に思った時に、支えて
くれる人が必ずいるということ」

ご清聴
ありがとうございました



第三部

チーム活動報告

I. チーム発足～今年度までの活動

▼チーム発足から 2024 年度までの活動

本チームは、日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部に位置付けられ、協会活動としての公益性を常に意識しながら社会への貢献や社会との連帯を常に検討してきた。チーム活動においてはコミュニティ・オーガナイズ（CO）の手法を引き続き採用した。価値を共有し、立場の違いを超え、「そのことに関心がある人は誰もがその課題の当事者である」と考える。社会問題に直面する当事者である仲間（資源）を集め、ともに課題解決に取り組んでいく手法である。限られた時間の中で、年度ごとの計画を確実に実行することに主眼を置いてきた。

▼今年度活動開始時タイムライン

活動 5 年目となる今年度は、引き続き重点目標（一般医療機関に潜在するアルコールに関連する「治療ギャップ」「相談支援への繋がりにくさ」「偏見・差別」の解消）の共有・チームルールの設定・役割の明確化を基盤に活動を展開してきた。

チームあるいは個々の活動に関わらず、公の場（シンポジウム、他団体との会議、研修講師等）で「この課題（MSW の取り組む回復支援）に関心をもつ私自身」を語るパブリック・ナラティブに取り組むことを推奨してきた。過去に依存症者の回復支援に自分自身が直面した困難、選択、結果の流れについて、「私のストーリー（なぜ私は行動するのか）」、「私たちのストーリー（なぜ私たち医療ソーシャルワーカーは行動するのか）」、「今行動するストーリー（なぜ、今なのか）」を織り交ぜたスピーチを行い、公に発信した。

令和 6 年度（2024 年度）開始時に描いたタイムラインが図 1 である。第一に、2024 年 1 月の能登半島地震はソーシャルワーカーとして視野に入れるべき優先順位の高いものとして設定した。第二に、関係構築においては、チーム結成当初からのメンバーの退任等の入れ替えがあり、体制の再構築が喫緊の課題となった。前年度から継続して、チーム自体は脆弱な状況にあったことも否めない。ただし新たなメンバー間でストーリーオブセルフを基盤に、事例検討会などメンバー間支援の機会を設け、それぞれが持てる資源を共有し補足し合いながら活動を継続した。第三に、6 月の当協会全国大会大分にて、多くのチームメンバーが参集し、今後のチームのあり方を協議する場、3 つの大会企画の活動の場として共に活動する実感を持つ言葉できた一年となった。

また、今年度後半には、「アル法第三期基本計画見直しへの提言」という節目を迎えることとなった。関係者会議には、当チーム委員長の稗田里香が委員として二期に引き続き参加することとなった。「依存症回復支援に資するソーシャルワーク実践」を合言葉に、能登半島地震など、社会事象からのソーシャルワークへの要請を敏感に感じ取り、柔軟に、当年度どのような活動が展開できるのかを見定める必要がある。今後も、引き続き、何をキャンペーン（「はっきりと焦点を絞り、特定の目標と実施期限のある一連の活動」のこと）とするのかをチームメンバー全体で確認し、この一連の活動を通して、見通しを持つことが必要となる。

図1 タイムライン：令和6年度（2024年度）4月時点（野村作図）

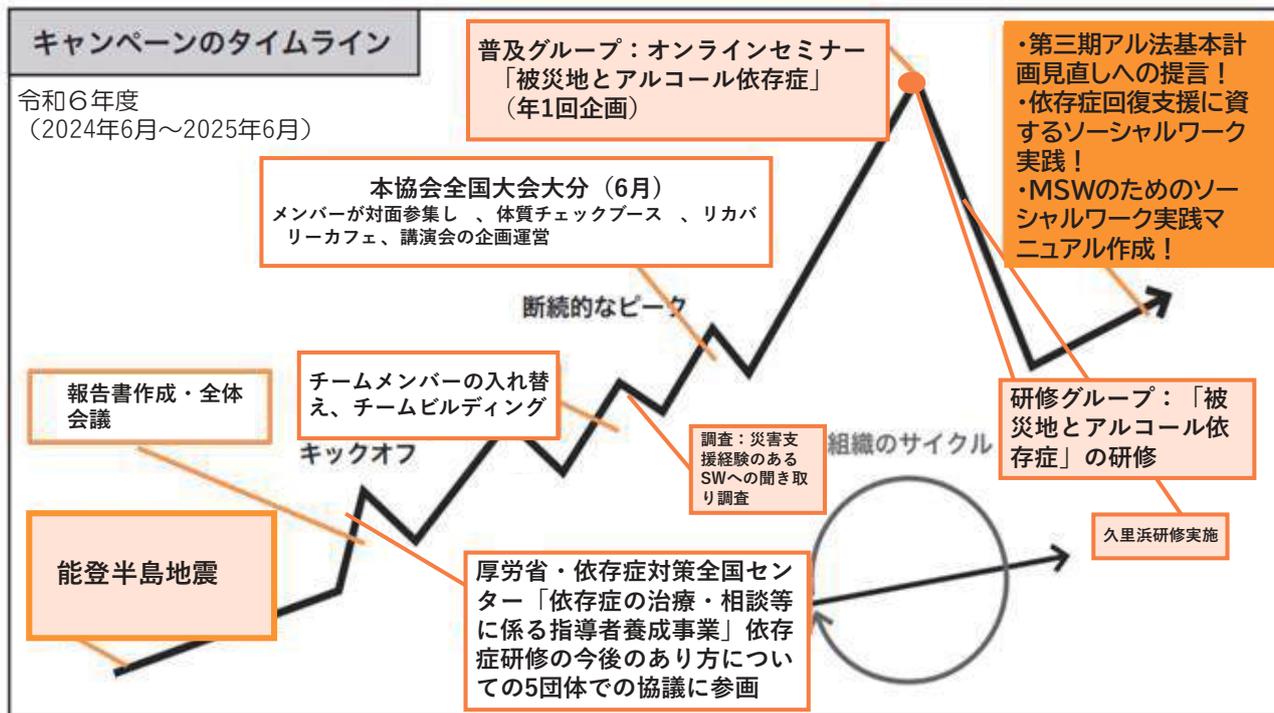
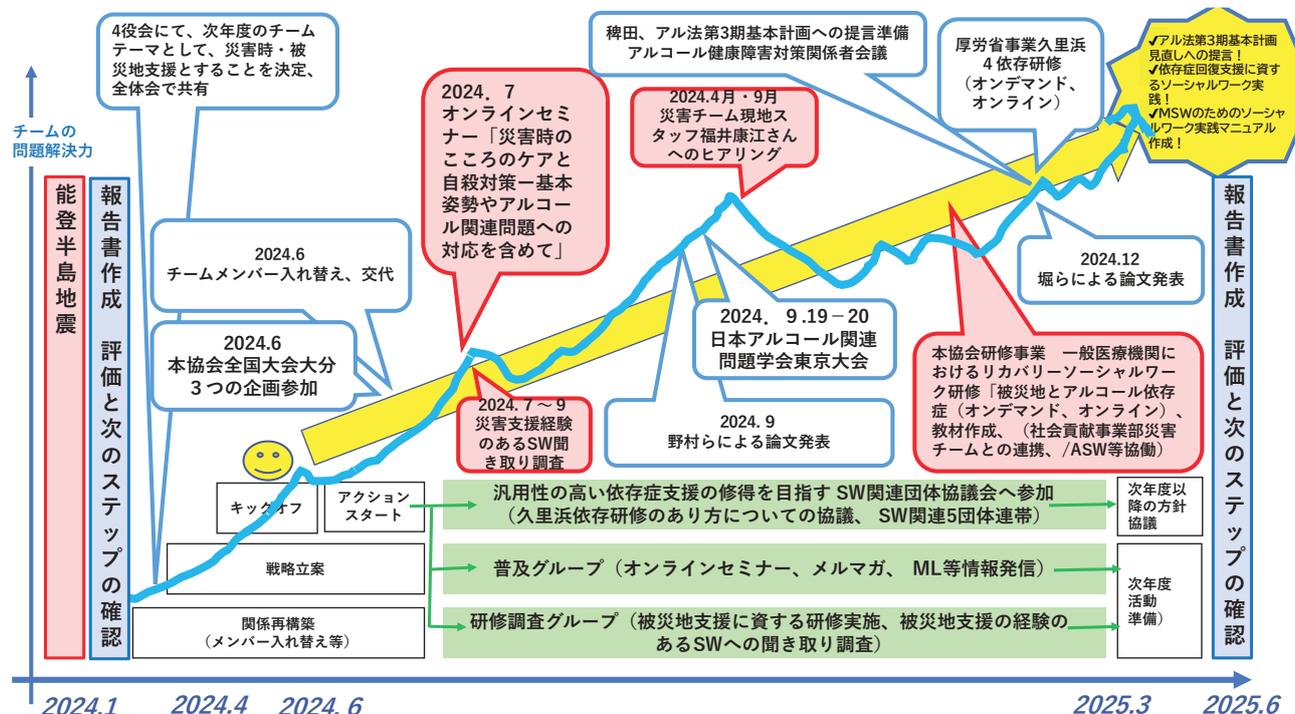


図2 依存症リハビリソーシャルワークチーム今年度の活動（野村作図）
（令和6<2024>年4月～令和7<2025>年3月）



▼活動年表（一覧）（野村作表）

チーム発足当初から今年度末までの活動を以下のように年表に整理した。

2017年 (H29)	本協会研修：研修事業を東京で開催。受講証明書発行数 41人（会員 39人 非会員2人）
2018年 (H30)	本協会研修：研修事業を東京で開催。受講証明書発行数 46人（会員 41人 非会員5人）
2019年 (H31/ R元)	全国大会：神奈川大会にて「アディクション支援シンポジウム アルコール依存症者のリカバリーを支援する～支援力を高める回復者の語り」を開催。参加 293名。 本協会研修：研修事業を開催企画（京都）するが、コロナ禍により中止。★
2020年 (R2)	5回の準備会を経て、本協会社会貢献事業部に依存症リカバリーソーシャルワークチームを発足。 調査：全協会員に対し「医療ソーシャルワーカーにおける依存症支援意識・実態調査」実施。★ 本協会研修：研修事業をオンラインで開催。受講証明書発行数 55人（会員 51人 非会員4人）★ 調査結果を踏まえた「アクションプラン」策定。
2021年 (R3)	全国大会：千葉大会（2021年6月6日日曜日）にて「人はなぜ依存症になるのか～コネクションの対義語としてのアディクション～」（オンライン）を開催。 ・座長：稗田委員長 ・講師：松本俊彦氏（国立精神・神経医療研究センター） ・参加 430名 調査：研修受講者に対し「依存症支援研修受講後調査（アンケート・インタビュー）」実施。★ 本協会都道府県社会貢献事業担当者会議にて稗田委員長が講演「依存症リカバリーソーシャルワークについて」実施。参加 87名。★ シンポジウム登壇：日本アルコール関連問題学会全国大会（三重）において、チームメンバーが参画する4つのシンポジウムが開催される。 *シンポジウム ・稗田里香登壇 基本法下の地域連携「基本法と地域連携：第2期基本計画におけるソーシャルワーカー（SW）の役割と課題」 ・左右田哲登壇 地域課題に潜む依存症及び関連問題 ソーシャルワーカーはどう向き合うか（ソーシャルワーク）「一般医療機関におけるソーシャルワーク実践の課題と、日本医療ソーシャルワーカー協会のこれからの取り組み」 ・佐々木幸登壇（日本総合病院精神医学会と共同開催）総合病院でのアルコール健康障害治療連携チームの創生に向けて「JCHO 北海道病院におけるアルコール支援の現状～ソーシャルワーカーの立場から～」 ・浅野正友輝登壇（日本臨床救急医学会と共同開催）アルコール救急に関与する各機関からの報告と改善対策を巡って「アルコール関連問題に対する救急隊とMSWの連携と支援についての一考察」 発表：同じく、日本アルコール関連問題学会全国大会（三重）において、チームメンバーがポスター発表を行う。 *発表（チームとして発表） ・医療ソーシャルワーカー（MSW）における依存症支援意識と実態（パート1） —アンケート調査の単純・クロス集計とKHコーダーによる分析結果から— ・医療ソーシャルワーカー（MSW）における依存症支援意識と実態（パート2） —当協会が取り組むべきアクションプランの提示— 本協会研修：研修事業をオンラインで開催。受講証明書発行数 73人（会員 63人 非会員10人）★ 普及：オンライン報告会「知ることから繋がろう アルコール依存症～支援のもやもやを〇〇します」参加約 100名。★

	<p>特集論文：稗田里香・伊達平和・堀兼大朗・坪田まほ・南本宜子・左右田哲・野村裕美・浅野正友輝・上堂蘭順代・才田靖人・斉藤正和・佐々木幸・佐原まち子・兵倉香織・松浦千恵 「令和2年度医療ソーシャルワーカー(MSW)における依存症支援意識・実態調査—MSWが依存症支援力を高めるために、協会が取り組むべき課題とアクションプラン—」が『医療と福祉』第55巻2号<日本医療社会福祉協会 11月発行>に掲載。</p>
2022年 (R4)	<p>全国大会：和歌山大会<2022年6月26日日曜日9時~10時>にて「依存症の回復文化～生き直す、私は一人ではない」をオンラインで開催。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・座長：左右田副委員長 ・講師：高知東生氏（俳優、ASK認定依存症予防教育アドバイザー） ・参加430名。 <p>ソーシャルアクション：国税庁長官・厚生労働大臣あてに、「若者を対象にした『サケビバ！日本産酒類の発展・振興を考えるビジネスコンテスト』の中止を求める緊急要望書」を当協会は関連9団体とともに（2022年8月26日）出した。</p> <p>シンポジウム登壇：日本アルコール関連問題学会全国大会（宮城県仙台市）において、チームメンバーがシンポジウムに登壇した。</p> <p>*シンポジウム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・稗田里香登壇 依存への教育アプローチ <p>発表：同じく、日本アルコール関連問題学会全国大会（宮城県仙台市：2022年9月9日金曜日）において、本チームとしてポスター発表（3演題）を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職能団体によるソーシャルアクション—依存症支援における医療ソーシャルワーカー（MSW）の取り組み— ・医療ソーシャルワーカー（MSW）を対象とする『依存症支援研修』の再設計に向けて—受講後アンケート調査結果より（パート1）— ・医療ソーシャルワーカー（MSW）を対象とする『依存症支援研修』の再設計に向けて—受講後アンケート調査結果より（パート2）— <p>普及：オンラインセミナー「依存症リハビリソーシャルワーク塾 其の吉『私たちが知るべき依存症支援～回復へのきっかけに～<2022年11月16日水曜日17時30分~19時30分>』」を開催。参加180名（内訳：正会員99、賛助会員5、入会手続き中4、非会員72）。★</p> <p>査読論文：伊達平和・堀兼大朗・野村裕美・稗田里香による論文「医療ソーシャルワーカーの依存症への関わりの積極性に対する規定要因—自己責任論に着目して—」が『社会福祉学』63(3)<日本社会福祉学会 2022年11月発行>に掲載。</p> <p>普及：オンラインセミナー「依存症リハビリソーシャルワーク塾 其の式『アルコール依存症における家族支援～基礎編～<2023年2月22日水曜日17時30分~19時40分>』」を開催。参加77名（内訳：正会員54、賛助会員2、非会員21）。★</p> <p>受託研修 調査（効果測定）：厚生労働省・依存症対策全国センター「依存症の治療・相談等に係る指導者養成事業」令和4年度依存症（アルコール・薬物・ギャンブル等）治療指導者養成研修依存症回復支援研修（ソーシャルワークベース）<オンデマンド視聴研修2023年1月10日水曜日~3月4日土曜日/オンラインライブ演習2023年3月4日土曜日・5日日曜日>実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業マネージャーとして稗田委員長が参画。 ・依存症相談対応研修会議委員として左右田、斉藤、南本、上堂蘭が参画。 ・5団体シンポジウムに南本が登壇。 ・その他メンバーより動画講師、ファシリテーターとして多数参画。 <p>ソーシャルアクション：ソーシャルワーク5団体が連帯して実施した本協会受託厚生労働省・依存症対策全国センター「依存症の治療・相談等に係る指導者養成事業」に伴い、5団体により「汎用性の高い依存症支援の習得を目指すソーシャルワーカー関係団体協議会」を設立。</p>

	<p>本協会研修 調査(効果測定): 研修事業「2022年度 一般医療機関における依存症リカバリーソーシャルワーク研修」<オンデマンド視聴研修 2023年1月9日火曜日～3月5日日曜日/オンラインライブ研修 2023年3月19日日曜日>を開催。★</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アルコール関連問題ソーシャルワーカー(ASW)にファシリテーター協力を初めて依頼した。 ・受講証明書発行数 43人(会員35人 非会員8人)
2023年(R5)	<p>全国大会: 東京大会<講演I 2023年6月1日木曜日～7月31日日曜日配信>にて「かけがえのない存在であり続けるために: アルコール依存症回復者のナラティブからの再考」を開催。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・座長: 齊藤正和 ・講師: 上堂蘭順代氏(ジェイ・ワークス株式会社代表取締役・社会福祉士・精神保健福祉士)と重富友美氏(京都府断酒平安会事務局次長) ・参加301名。 <p>当協会理事改選により、社会貢献事業部当チーム担当業務執行理事が、今期より南本宜子理事から野田智子理事に交代。(南本及び才田はリカバリーチームメンバーとして継続)</p> <p>査読論文: 堀兼大朗・伊達平和・野村裕美・稗田里香による論文「医療ソーシャルワーカー(MSW)の職能団体が取り組むべき課題—依存症支援意識・実態調査から—」が『日本アルコール関連問題学会』24(2)<日本アルコール関連問題学会 2023年6月発行>に掲載。</p> <p>シンポジウム登壇: 日本アルコール関連問題学会全国大会(2023年10月13・14・15日 岡山)において、チームメンバーがシンポジウムに登壇した。</p> <p>*シンポジウム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・稗田里香登壇 合同企画シンポジウム1 アルコール健康障害対策基本法の現状とこれから～コロナ禍を超えて～ ・平井美奈子登壇 シンポジウム6 アディクション×ソーシャルワーカーの近未来～相互理解と連帯～ <p>普及: オンラインセミナー「当事者の話から依存症リカバリーソーシャルワークを学ぼう: かつて拒絶した支援が遅効性の愛だったと気づくとき」<2023年11月14日火曜日 17時30分～19時30分>を開催。参加107名(内訳: 正会員62名、賛助会員3名、非会員42名)。</p> <p>ソーシャルアクション:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン(案)」に関するご意見の募集(2023年12月11日厚生労働省障害保健福祉部企画課アルコール健康障害対策推進室発出)に対して、当協会が呼びかけ、ソーシャルワーク4団体(当協会・日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会・日本社会福祉士会・日本ソーシャルワーカー協会)でパブリックコメントを作成し、期限の12月28日までに提出した。 ・浅野正友輝 刈谷市令和5年度アルコール健康障害対策地域推進会議にて「トヨタ記念病院におけるMSWの取り組み～リカバリーの道を踏み出す一歩のお手伝い～」(衣浦東部保健所主催)を2023年12月に講演。 ・浅野正友輝 豊田市精神保健福祉普及啓発講演会「アルコール問題?!周りの人ができること～急性期病院での実践を踏まえて～」(衣ヶ原病院)に2024年3月に登壇。 <p>受託研修 調査(効果測定): 厚生労働省・依存症対策全国センター「依存症の治療・相談等に係る指導者養成事業」令和5年度依存症(アルコール・薬物・ギャンブル等・ゲーム)治療指導者養成研修依存症回復支援研修(ソーシャルワークベース)</p> <p><オンデマンド視聴研修 2023年11月6日月曜日～2024年2月3日土曜日/オンラインライブ演習 2024年2月3日土曜日・4日日曜日>実施。修了78名。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業マネージャーとして稗田委員長が参画。 ・本年より対象にゲーム依存が追加された。 ・依存症相談対応研修会議委員として左右田、野田、野村が参画。 ・5団体シンポジウムに左右田が登壇。 ・その他メンバーより動画講師、ファシリテーターとして多数参画。

	<p>都道府県協会協力：本協会の講師派遣事業を通じて稗田委員長への研修依頼があり、2024年1月27日土曜日に山形県医療ソーシャルワーカー協会、地元の断酒会とコラボしたオンライン研修を実施した。（参加20名）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・企画 稗田委員長・山形県MSW協会・山形県断酒連合会 ・講師協力 稗田、上堂蘭、山本、野村、平井、左右田 <p>本協会研修 調査（効果測定）：研修事業「2023年度 一般医療機関における依存症リカバリーソーシャルワーク研修」〈オンデマンド視聴研修 2023年12月25日月曜日～2024年2月9日金曜日/オンラインライブ研修 2024年2月23日金曜日祝日〉を開催。★</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アルコール関連問題ソーシャルワーカー（ASW）、昨年度研修受講者にファシリテーター協力を依頼した。 ・受講証明書発行数 44人（会員33人 非会員11人）
2024年（R6）	<p>全国大会：大分大会〈2024年6月15日土曜日～6月16日日曜日〉にて以下3つのイベントを開催。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体験ブース「あなたは飲める体質？飲めない体質？それとも？」アルコール体質判定体験ブース 協力：ASK（アルコール薬物関連問題全国市民協会） バタフライハートをあしらったチームエプロンを作成、啓発活動に臨んだ。 ・ワークショップ「リカバリーカフェ」 インスピレーショントークゲスト： 田中智之氏（JCHO 北海道病院消化器内科医師） 安岡綾氏（京都協立病院MSW） 上堂蘭順代（本チーム） 協力：阿部泰之氏（一般社団法人ケアカフェ代表/だいだいの丘代表理事 医師） ・記念講演「人生をあきらめない アルコール依存症の回復とチャレンジ」 座長：山本琢也（本チーム） 講師：山口達也氏（株式会社山口達也代表/ASK 認定依存症予防教育アドバイザー） <p>査読論文：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・稗田里香による論文「医療ソーシャルワーカーのアルコール健康障害をめぐる専門性と役割の再考—「変革」を目指すチームビルディングの実際から—」が『ソーシャルワーク実践研究』20号〈ソーシャルワーク研究所 2024年9月〉に掲載 ・野村裕美・堀兼大朗・伊達平和・稗田里香による論文「インストラクショナルデザインを用いた依存症回復支援研修の発展可能性の検討—医療ソーシャルワーカーの受講者を対象とする量的分析から—」が『日本アルコール関連問題学会』26(1)〈日本アルコール関連問題学会 2024年9月発行〉に掲載。 ・堀兼大朗・伊達平和・小仲宏典・伊東良輔・山本由紀・野村裕美・藤原尚・稗田里香による論文「依存症回復支援におけるソーシャルワーカー人材養成研修の効果検証—依存症相談研修の効果測定データに基づく定量的評価から—」が『厚生学の指標』71(14)〈2024年12月〉に掲載。 <p>座長・シンポジウム等登壇：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本アルコール関連問題学会東京大会（2024年9月21日） 稗田 座長：シンポジウム「こども家庭」とアディクションを考える：動きだしたこども家庭支援 ・関西アルコール関連問題学会京都大会（2024年11月23日～24日） 実行委員として、野村、松浦参画。 野村 シンポジスト：シンポジウム アルコール健康障害：飲酒関連死から予防まで 座長 分科会 ハームリダクションについて考える 松浦 シンポジスト：分科会 今こそ、家族支援を シンポジスト：分科会 ギャップはどこにあるのか？トリートメントギャップを埋める取り組み ・滋賀県アルコール健康障害・依存症治療拠点機関事業「アルコール健康障害に関わる人とどう向き合うのか—いま滋賀でやっていること—そしておとなりさん（京都）で取り組んでいること—」（2025年2月11日）に山脇がシンポジストとして登壇。

<p>普及：</p> <ul style="list-style-type: none"> ●オンラインセミナー「災害時のこころのケアと自殺対策—基本姿勢やアルコール関連問題への対応を含めて—」〈2024年7月29日月曜日17時30分～19時30分〉を開催。 ・講師：大塚耕太郎氏（岩手医科大学医学部神経精神科学講座教授、災害・地域精神医学講座特命教授、医師） 赤平美津子氏（岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座特命助教、保健師、看護師） ・参加107名（内訳：正会員62名、賛助会員3名、非会員42名）。 ●会員向けにメールニュースを週一回発信。
<p>本協会研修（被災地とSW）：研修事業「2024年度 一般医療機関における依存症リカバリーソーシャルワーク研修—依存症と被災地支援—」〈オンデマンド視聴研修2024年9月1日日曜日～10月31日木曜日/オンラインライブ研修2025年12月22日日曜日〉を開催。社会貢献事業部災害チームならびにアルコール関連問題ソーシャルワーカー（ASW）と協働し運営した。なお、石川、富山、新潟3県在住在勤者は会費を無料とした。★</p> <ul style="list-style-type: none"> ・回復者、家族、アルコール関連問題ソーシャルワーカー（ASW）にコメンテーター並びにファシリテーター協力を依頼した。 ・受講証明書発行数 28人（会員20人 非会員8人）
<p>調査：「治療ギャップを予防する被災地におけるアルコール関連問題ソーシャルワーク研修構築に向けたニーズ調査（質的調査）」を実施。被災地支援に資する人材育成を目指し、災害・震災現場で実際に支援経験のあるソーシャルワーカーにインタビューし、支援に必要なニーズ（要素）を明らかにすることを目的とした。研修の再構築と実践に関わるアクションリサーチを意図したものである。★</p>
<p>チームビルディング：チーム内での事例検討会を実施（2024年8月23日樺澤担当）</p>
<p>ソーシャルアクション：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・野村裕美「被災の痛み過度な酒に—金沢の専門外来 患者急増ほぼ毎日—」（中日新聞北陸版2024年4月14日朝刊、名古屋版4月19日朝刊）に日本協会並びにチーム活動等についてコメント掲載。 ・稗田、野村、伊達、堀で全日本断酒連盟第41回北陸ブロック大会（富山）2024年5月19日に参加。 ・稗田里香「アルコール健康障害対策推進基本計画に向けた検討について」（2025年1月27日第31回厚生労働省アルコール健康障害対策関係者会議〈アルコール健康障害対策関係者会議〉）に委員として出席。こどもや配偶者への支援とその環境整備が喫緊の課題として浮き彫りになったことが、2月3日福祉新聞に掲載された。 ・平井美奈子 2024年度第6回・7回愛媛県アルコール健康障害対策関係者会議に参加。 ・南本宜子・松浦千恵 2025年2月6日木曜日京都済生会病院院内講演会「アルコール専門医療と一般医療との連携～トリートメントギャップを埋める～」を協力実施した。 ・左右田哲・斉藤正和 2025年3月7日金曜日相模原市医療ソーシャルワーカーの会定例会にて「神奈川県アルコール健康障害対策推進計画について～私たちがアクションを起こす土台を体得する～」企画、実施。 ・南本宜子 2025年3月8日土曜日済生会フェアにて福祉相談室でアルコール体質判定パッチテストを実施。
<p>都道府県協会協力・連携：次年度日本協会三重大会企画に向けて、11月より三重県協会と打ち合わせが始まった。また、2024年12月10日開催三重県立総合医療センター学術講演会「多量飲酒者への一般病院での介入法～病院スタッフの役割」（講師 猪野亜朗先生 泊ファミリークリニック副院長）に三重県協会メンバーとリカバリーチームメンバーが参加した。</p>

	<p>他団体連携：汎用性の高い依存症支援の修得を目指すソーシャルワーカー関係団体協議会の構成団体として、厚生労働省・依存症対策全国センター「依存症の治療・相談等に係る指導者養成事業（受託：日本精神保健福祉士協会）」令和6年度依存症（アルコール・薬物・ギャンブル等・ゲーム）回復支援研修（ソーシャルワークベース）に参画。</p> <p>〈オンデマンド視聴研修 2025年1月11日土曜日～3月1日土曜日/オンラインライブ演習 2025年3月1日土曜日・2日日曜日〉実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・依存症相談対応研修会議委員として左右田、野田、野村が参画。 ・オンデマンド講師に稗田、効果検証委員会に野田、5団体シンポジウムに左右田・野村、ファシリテーターに浅野、樺澤、畑中、山脇が参加。 ・5団体対面会議が2025年3月20日木曜日に開催され（新大阪会場）、稗田、野田、左右田、野村が出席。
--	---

注：★は厚生労働省依存症民間団体支援事業の助成金を活用して開催

参考文献

- マーシャル・ガンツ (Marshaii Ganz) (2015) 『Organizing Notes オーガナイズング・ノート』 NPO 法人コミュニティ・オーガナイズング・ジャパン
- 鎌田華乃子 (2020) 『コミュニティ・オーガナイズング ほしい未来をみんなで創る5つのステップ』 英治出版

Ⅱ. 活動評価と次のステップ

1. 活動評価

策定したアクションプランに基づき、グループ、及び全体活動の評価を行った。

▼普及グループ（リーダー：左右田）

1. 2024 年度の活動開始時

オンラインセミナー、協会メールマガジンでの発信を行っていた。

2. 2024 年度の活動開始時に立てたアクションプラン

「依存症支援における MSW のスタンスの課題」における知識啓発をはかるため、以下をプランとした。

- ・能登半島地震による災害オンラインセミナー企画開催し、研修以外で学べる場を作る。
- ・オンライン自助グループ参加の促し。
- ・当チームのアカウントを持ち、チームの研修やオンラインセミナー出席した方とコミュニケーションをさらに図る。
- ・協会メールマガジンにて情報発信。

3. 2024 年度に達成できたこと、できなかったこと、新たに気づいたこと

【達成できたこと】

- ・協会メールマガジンの情報発信は毎週行うことができた。
- ・オンラインセミナー（7月29日）を開催した。

【できなかったこと】

- ・MSW などの手元に残るものを作成まで至らなかった。

【新たに気づいたこと】

- ・依存症リカバリーを普及するためにどこを目標とするかなどの、小まめな打ち合わせを行っていく必要がある。

▼研修調査グループ（リーダー：野村）

1. 2024 年度の活動開始時

- ・被災地に潜在するアルコール関連問題を早期発見し早期介入に必要な要件を質的調査により明らかにする。
- ・上記調査を研修プログラムに反映させ構築し、実際に役に立つかどうかをアクションリサーチにより検証する。

2. 2024 年度の活動開始時に立てたアクションプラン

アルコール関連問題を早期発見し早期介入するために必要な要件を明らかにするために、以下に取り組む。

- ・過去に被災地におけるアルコール依存症者支援経験のあるソーシャルワーカーへのインタビュー。
- ・日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部災害チーム、ASW との連携。
- ・調査結果をふまえた今年度研修内容のブラッシュアップ。
- ・活動成果のふりかえりと（報告書作成）とチーム活動継続の提案。

3. 2024 年度に達成できたこと、できなかったこと、新たに気づいたこと

【達成できたこと】

- ・質的調査。
- ・被災地支援とアルコール依存症に関わる研修構築。被災地参加者の受講料の無料化。
- ・過去に作成してきたさまざまな教材一覧の作成及びその共有（協会内外）。
- ・新メンバーによる事例検討会。

【できなかったこと】

- ・グループ会議の頻回開催。
- ・研修申込者が多数いたにも関わらず、当日受講者が減った。

【新たに気づいたこと】

- ・一般医療機関の MSW が直面する実際の状況及び研修ニーズへよりの確に応ずることができる自己調整学習教材の開発の必要性。

▼全体その他（理事：野田）

1. 2024 年度の活動開始時

2023 年度の事業報告書を関係機関に配布し、当協会ホームページで公開、「一般医療機関のソーシャルワーカーが早期発見し早期介入ができるよう、研修結果の検証研究を踏まえ研修プログラムを見直した活動」を会員及び関連団体と共有した。

2. 2024 年度の活動開始時に立てたアクションプラン

令和 6 年度能登半島地震を受けて、当協会が災害対策本部を立ち上げて被災地の支援活動に参画した。被災地における心のケアや自殺対策、アルコール依存症の課題に焦点を当てた企画を実施することに意味があると考え、アクションプランを立案した。また、5 団体で協力をして実施してきた依存症治療指導者養成研修も引き続き協力していくこととし、以下プランとした。

- ・ソーシャルワーカーが現場でアルコール依存症回復支援に着実に取り組めるよう、また、災害時におけるアルコール関連問題に着目した被災地支援が出来るよう、セミナーや研修を企画する。
- ・2024 年度厚生労働省依存症全国拠点（久里浜医療センター）委託事業である「依存症（アルコール・薬物・ギャンブル等・ゲーム）治療指導者養成研修（以下、久里浜委託研修）」をソーシャルワーカー5 団体で実施し協力をする。
- ・都道府県アルコール健康障害対策推進計画の参画状況等を把握する。

3. 2024 年度に達成できたこと、できなかったこと、新たに気づいたこと

【達成できたこと】

- ・オンラインセミナー「災害時のこころのケアと自殺対策—基本姿勢やアルコール関連問題への対応を含めて—」、「一般医療機関における依存症リカバリーソーシャルワーク研修—依存症と被災地支援—」として、オンデマンド視聴研修およびオンラインライブ研修を開催した。
- ・久里浜委託研修は、これまで共に取り組んできた 5 団体のうち日本精神保健福祉士協会が受託し事務局を担当していただくことができ、当協会から引き継いだ。依存症相談対応研修会議委員、講師、シンポジスト、ファシリテーター等でチームメンバーが参加した。日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会、日本精神保健福祉士協会、日本社会福祉士会、日本ソーシャルワーカー協会、当協会（汎用性の高い依存症支援の習得を目指すソーシャルワーカー関係団体協議会）で今年度も連携協力し、実施することができた。

【できなかったこと】

- ・アルコール健康障害対策推進会議の参画状況の全国的な把握は、昨年に引き続きできなかった。
- ・全国の都道府県医療ソーシャルワーカー協会や他団体との協働をさらに推進するためのしくみづくりについては次年度の計画の中で実施する予定となっている。

【新たに気づいたこと】

- ・被災地と依存症支援をテーマに学びを深める機会を企画し、当協会が行っている被災地支援の現場の実情を理解し、また被災地全般において依存症の問題が潜在化している実態の一端にふれることができた。また、被災地で業務を行っている医療ソーシャルワーカーの参加者が多かったこと、この問題への関心の高さも感じた。同時に、研修参加に必要な時間や最期まで受講できることの限界もまだある時期であったことも理解できた。
- ・今後は、今まだ作成した教材を活用し、地域の医療ソーシャルワーカーとその地域の支援者や依存症関連団体とが一緒に学び合える機会をつくるのが当チームの役割ではないかと気づかされた。

表1 アクションプラン (2021年3月策定)

課題	アクションプラン (手段)				
	知識啓発	研修・研修システムの構築			
		ミクロ：クライアントシステム	メゾ：所属組織、地域システム	マクロ：社会・政策等	
(1) 依存症支援におけるMSWのスタンスの課題	1) 「自業自得・自己責任ではない」と言い切れないMSW自身の意識	MSW自身の依存症に対する意識を変える支援：MSWの依存症支援における原理・原則づくり	<ul style="list-style-type: none"> MSW(会員)に対する依存症患者のとらえ方や家族支援に関する概論的な研修の企画 アルコール依存評価のためのスケールの種類や活用方法(CAGE、AUDIT、KAST他)習得研修の企画 アルコール依存症がもたらすBio・Psycho・Socialに対する課題を正しく理解する研修の企画 SBIRTSの知識習得のための研修の企画 	<ul style="list-style-type: none"> 断酒会、家族会、DARC、MACなど関連機関を招いた講演会。 当事者らによる回復体験の聴講。 これらの聴講後のGWセッションによる回復者とのコミュニケーションによる知識習得。 SBIRTSの知識習得。 	
	2) MSWの依存症支援の阻害要因となっている院内や地域社会にある社会的偏見 *注1	組織内や地域にある社会的偏見の解消に向けた学びの機会の提供：MSWから地域住民に向けたソーシャル・アクション	MSW(会員)に対する依存症患者家族の地域での課題や支援に関する実態や課題に関する研修を企画・実施。(患者会・家族との連携が必須)社会的孤立に関する概念も学習の中に盛り込む必要あり。	地域住民に向けた研修を企画実施。2)のメソレベル研修を習得したものが企画していくことが望ましい。	<ul style="list-style-type: none"> ミクロ、メソレベルの研修を受講したMSWに対する地域活動におけるネットワークづくり、活動に関する研修を企画・実施
	3) 回復者・家族、自助グループから「回復(リカバリー)」について直接学びきれていない	当事者主体の依存症回復に対する共通イメージづくり：MSWの依存症支援における原理・原則づくり	MSW(会員)に対し、依存症当事者のとらえ方や家族支援に関して学ぶための研修を企画する。	地域における研修会企画方法やプランニング、実際に活用するツールなどについての研修会を企画・実施。	<ul style="list-style-type: none"> 実施した研修に対する効果測定や実践アプローチの開発に向けた調査・研究 協会の取り組みや依存症対策に関する情報発信(ホームページの策定、SNSなど)
(2) 支援の取り組みにくさ・やりにくさの課題	1) MSW自身にある専門的知識、技術の不足がもたらす依存症支援の周縁化 *注2	依存症支援をMSWの実践のメインストリームの一つに位置付けるための「MSW支援技術向上」に向けた学びの機会の提供	<ul style="list-style-type: none"> 理論・方法論・面接技術を使って苦手意識を克服し意図してアルコールケースに介入できるための研修を実施(カウンセリング、レジリエンス、リカバリー、エンパワメント、動機づけ面接、家族システム(FT)、ナラティブ、SFA、グループワーク、統合的短期型ソーシャルワーク(ISTT)など) 	<ul style="list-style-type: none"> 断酒会、家族会、DARC、MACなど関連機関を招いた講演会。 当事者らによる回復体験の聴講。 これらの聴講後のGWセッションによる回復者とのコミュニケーションによる知識習得。 	
	2) 院内スタッフ、回復者、家族、自助グループと連携する支援方法(ネットワークづくり)を習得する機会の不足 *注3	「連携」のための知識を習得する機会の提供	<ul style="list-style-type: none"> 断酒会、家族会、DARC、MACなど関連機関を招いた講演会。 当事者らによる回復体験の聴講。 これらの聴講後のGWセッションによる回復者とのコミュニケーションによる知識習得。 	<ul style="list-style-type: none"> 各MSW(会員)による、所属内での啓発教育用資料の作成(DVDなど動画も好ましい)し研修を企画。 研修会を行うことで認定医療社会福祉士ポイントなどの付与も考慮。 	<ul style="list-style-type: none"> 依存症政策に対する提言 関連する学会や諸団体との連携

*注1 ラウンドテーブル形式調査結果から該当するカテゴリーは以下の通り。【アルコール依存症患者支援について組織内の理解が低い】【地域づくりが一つの糸口となる】
 *注2 同上。【支援の前提や困りごと、興味関心が人によってばらばら】【「社会資源総括」になっている】【MSWが専門医療のことをよく知らない/距離がある】【関心がない・通かない、支援のやり方がわからない】【アルコール依存症者の支援は精神科の範疇だと認識している】【診療報酬算定や退院支援優待にソーシャルワーク支援が影響を受ける】【アルコール依存症者へのかかわりの成果】【依存症支援のためにソーシャルワーカーに必要だと思うこと】
 *注3 同上。【ネットワークを創出する難しさ・継承する難しさ】

2. 次のステップ

活動評価をふまえ、チームメンバー個々の今年度の振り返りと、チーム活動を通して見据えている「私の未来」および「私達の未来」について記す。

チーム発足から5年目、zoom内のメンバーと学会でリアルな交流が叶い、同じ志の仲間が全国にいる安心感を持てた1年でした。そして活動を重ね院内外と相談いただく機会も増えました。治療ギャップの解消を目指していますが、日々の業務に忙殺されアルメガネをおでこに上げそうになる自分もいます。当初からの想いである全国どこの医療機関にも安心できる居場所作り、リカバリーソーシャルワークの普及に努めていきます。(相模原中央病院 齊藤正和)

今年度からチーム員として仲間に加えて頂いた。地方の一般病院に所属し、件数は多くないがALCやODで救急搬送される方がいる。MSWが出来ることはないか?と思い、突っ走ってきた。志を同じくするチーム員と出会い、共に活動することで支援者支援を受けていると気づいた。今度は私が支援者支援の資源になれたらと思う。(斜里町国民健康保険病院 畑中隆史)

今年度全国大会でパッチテスト、ワールドカフェ、山口達也さんの講演会を実施し、多くの方々にご参加いただき関心の高さが伺えました。一方で関わり続けるためのモチベーション維持・向上の役割も必要と感じました。皆さんの身近な存在となるべく、今後地域単位での活動も実施できればと思います。(愛媛大学医学部附属病院 平井美奈子)

依存症リカバリーチームの活動や企画した研修が零となり、チーム活動を通じたソーシャルアクションが全国・各地域で波紋として広がりアル眼鏡を持つSWや医療者が増え、アルコール健康障害に対する予防的支援がますます深化できるように、地域の声に応じた研修を協働で創っていく。(京都民医連中央病院 内田琢也)

今年度、全国大会ではパッチテストやワールドカフェ、講演にたくさんの方々に参加され関心の高さを感じました。このような企画や取り組みを通じて、アディクションの知識やスキルが高まり地域の支援ネットワークの輪がさらに広がっていくように今後も活動を継続出来ればと思います。(甲北病院 才田靖人)

大分大会では、講演・体験ブース・カフェで自分事として依存症を知る取り組みができた。「依存症と被災地支援」研修では、被災地の活動や評価を学び、生活再建とは何か、依存症支援の在り方について知ることができた。チーム活動の継続が、地域での日頃のネットワークの構築やトリートメントギャップを埋める取り組みを促進している。さらに普及させていきたい。(京都済生会病院 南本宜子)

チームに関わりアル眼鏡を持つことが出来たと同時に、支援者として視えてきたものをどのように実践に活かすかを模索しています。そのような想いを持った支援者が他にもたくさんいることを、全国大会での講演会、リカバリーカフェや研修等を通して再認識しました。支援者がもう一歩前にすすめるような環境構築を行っていききたいと思います。(大東よつば病院 山本琢也)

リカバリー研修では、依存症者やその家族の背景や人生に思いをはせると同時に、「助けて」が言えない人たちの声に気づき、支援の一歩を踏み出すために必要なマインド、一歩を踏み出したあとに求められる手腕を学ぶ機会となったと思います。今後も、支援のマインドと手腕について学び、実践できるよう努めていききたいと思います。(トヨタ記念病院 浅野正友輝)

今年度よりチーム活動に参加しました。チームや全国のMSWとの協同の中で、院内のみで行っていた活動をミクロ～マクロの視点を持ち、充実させ広げることができました。チーム活動を契機に、依存症に関連して悩んでいる・これから取り組もうと思っている全国のMSWのネットワークに力を入れていきます。(滋賀県立総合病院 山脇克哉)

今年度は大分大会や被災地支援研修の運営に携わり、多くの繋がりが生まれた一年だった。特に研修では、金沢での MSW 協会派遣の経験を振り返る機会となった。来年度は念願の事例集を作成し、意見交換が活発にできるこのチームをさらに盛り上げていきたい。この場は私にとっての自助グループであり、大切な仲間と共に成長していきたいと考えています。(ジェイ・ワークス株式会社 グループホーム J's 上堂蘭順代)

今年度の研修内容も素晴らしいものだった。ものすごく学びがあった。この数年 MSW の皆さんとアルコール依存症支援とその奥深さを共有し、そして依存症ソーシャルワークの面白さを分かち合ってきた。さらにアクションを起こしていくことの重要性和楽しさを共に学ぶ中で、職場や組織外に仲間がいることの強みを絶賛実感中。一般医療機関で奮闘されている MSW の伴走者になりたい。地域の中でもこの仲間作りをしていきたい。(安東医院 松浦千恵)

アディクションの経験を持つ援助者の支援について、常に自身の置かれている立場や視点、役割について考える一年でした。今後もその意味を考えてい続けていきたい。そして、所属機関や地域で孤立しがちな MSW にとって感情や気持ちを吐き出し語ることができる場が必要と感じています。チームの活動を起点に支援者同士の輪が広がっていくような未来を目指します。(大元酒類販売株式会社 藤原尚)

今年度からチーム活動に参加しました。活動を通じて、依存症者の支援に熱心に取り組む仲間が大勢いることを感じ勇気づけられています。これからも、自らの学びを深めつつ、足元の堅い土を少しずつ耕し、種を蒔いていきたいと思っています。(JA 北海道厚生連 札幌厚生病院 樺澤康裕)

大分大会での山口氏の回復への道のりの語りと被災地と依存症の問題を取り上げた本年度は、様々な角度から依存症の問題が潜在化し、顕在化していくプロセスを学ぶことができた。現場で発生する問題に気づき、共に歩めるソーシャルワーカーの学びの機会を担保していきたい。(JA 愛知厚生連江南厚生病院 野田智子)

2020 年度に依存症リカバリーソーシャルワークチームが、日本医療ソーシャルワーカー協会に位置づけられて、あつという間の 5 年であった。MSW の依存症に対する支援力が上がっているのだろうか。確認していく必要がある。(北里大学病院 左右田哲)

被災時・被災地に潜在するアルコール依存症者への支援経験のある 5 名のソーシャルワーカーへのインタビューは、大変やりがいのあるものであった。被災時・被災地に関わらず、ソーシャルワークの支援の連続性、持続性可能性を問われ揺さぶられる語りばかりであった。インタビューの成果をもっと MSW の実践に反映できないものかを考えたい。(同志社大学 野村裕美)

インタビューを受けてくださった皆様、セミナーや研修の講師の皆様の語りから、被災地の支援はソーシャルワークの実践の総体であると改めて教えていただきました。医療などの枠を超え、生きることを支援するソーシャルワーカーの使命についてチームメンバーで考えを深めることができた 1 年となりました。チームの皆様、協会の皆様に感謝申し上げます。(東京通信大学 稗田里香)

今回、被災地支援のインタビュー調査に関わる中で、災害時のアルコール依存症支援の大変さを実感しました。支援者の語りを通じて、当事者や家族が直面する困難がよく分かり、改めて支援の重要性を感じました。短い関わりでしたが、とても貴重な経験になりました。(滋賀大学 堀兼大朗)

リカバリーチームに関わって 5 年目、5 冊目の報告書です。今年度は被災地における依存症支援がテーマでしたが、現場のソーシャルワーカーの方々から、非常に鮮烈なリアリティをもって貴重な話を聞かせていただくことが出来ました。とにかく災害の多い日本です。今後の被災地支援に役立つことを分析者として、切に願っています。(滋賀大学 伊達平和)

編集後記

本調査と報告書は「令和6年度厚生労働省依存症民間団体支援事業」の補助金を受け実現しました。厚く御礼申し上げます。

私たちは、日々の臨床現場で依存症当事者・家族に関わり、職場を含む組織・地域の中で発信し、マクロレベルの取り組みに繋げていく実践を行っています。その実践を調査研究という形で可視化し、エビデンスにして、実践と理論を繋ぎ、それをまた実践に活かしていくことを目指して活動してきました。この一年間のチームの議論の中では、「治療ギャップ」「相談支援への繋がりにくさ」「偏見・差別」とともに、支援者同士が繋がることの重要性、プリーフインターベンションなど現場のMSWが日常業務の中で取り組むことのできる具体的支援方法などについても課題として挙げられてきました。

新たに作成された「医療ソーシャルワーカー行動基準ガイドライン」では、「クライアントの自己決定に基づく行動が、クライアントに不利益をもたらす場合、(中略)クライアントが理解できるように説明し、ウェルビーイングが図れるような行動ができるように支援する」とされています。依存症リカバリーソーシャルワークは、まさにウェルビーイングを実現するための実践であり、支援を行う上でソーシャルワーカーの倫理綱領・行動基準に立ち返って考え、実践する必要があると感じています。

本報告は、支援者である皆様の意識を少しでも高めることができ、また、これまで興味を持っていなかった人に少しでも関心を持っていただけるよう作成しております。私たちチームの思いの詰まった活動報告書をぜひご一読いただきたいと思います。

令和7年3月吉日

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会 社会貢献事業部
依存症リカバリーソーシャルワークチーム

報告書編集担当

上堂 蘭 順代

才田 靖人

左右田 哲

野村 裕美

南本 宜子

稗田 里香

山脇 克哉 (記)

令和6年度厚生労働省依存症民間団体支援事業

公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部 依存症リカバリーソーシャルワークチーム 調査・事業報告

『治療ギャップを予防する被災地におけるアルコール関連問題ソーシャルワーク研修構築に向けたニーズ調査－質的調査－（一般医療機関における依存症リカバリーソーシャルワーク研修事業）』

発行年：令和7年3月31日

発行者：公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷チンゴビル2F

TEL:03-5366-1057/FAX:03-5366-1058

編集：公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会

社会貢献事業部 依存症リカバリーソーシャルワークチーム

印刷：有限会社 木村桂文社

