

令和3年度厚生労働省依存症民間団体支援事業

令和3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

事業報告書

ー「依存症支援研修」受講後アンケート調査及び活動ー

令和4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

日本の依存症対策は、WHO（世界保健機関）の「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」を受け策定されたアルコール健康障害対策基本法の施行を契機に、取り締まり罰するという考え方から、予防、連携支援（治療・相談・自助グループ）によるケアの重視というパラダイム転換が起こっています。公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会は、この時流に乗り、公益法人の責務として「会員一丸となり国民の福祉サービスの向上に寄与するため」、令和2年4月から新たに「依存症リカバリーソーシャルワークチーム」を立ち上げ、活動を始めました（「公益事業4：社会貢献活動事業」）。

チームが行うべき活動は何か。これを明確化するため、チーム結成1年目（令和2年度）は、厚生労働省依存症民間団体支援事業の助成を受け医療ソーシャルワーカー（以降、MSWと称す）を対象とした依存症支援意識・実態調査を実施しました。この結果をもとに、チーム内でディスカッションを重ね、①依存症支援におけるMSWのスタンスの課題、②支援の取り組みにくさ・やりにくさの課題を検討し、知識啓発と研修・研修システムの構築のアクションが明確になりました（これは、令和2年度厚生労働省依存症民間団体支援事業「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・実態調査最終報告書」としてまとめております）。

チーム結成2年目となる今年度（令和3年度）は、チーム内に研修調査グループと普及グループを作り、各グループが主体となりアクションを起こしはじめています。研修グループは、2017年度から本協会が実施している「依存症支援研修」の効果検証の調査を実施し、次年度（令和4年度）には、アクションプランに沿って新たな研修を設計、試行する準備をしております。普及グループは、本協会のメールマガジンでの依存症関連情報の発信や、普及啓発のためのオンライン報告会の開催を企画し実施しました。これ以外にも、コロナ禍に多忙を極める中、グループを超えチーム一丸となって様々に活動しました。

本報告書は、令和3年度厚生労働省依存症民間団体支援事業として実施した「依存症支援研修」受講後アンケート調査報告（第一部）と、この2年間のチーム活動をまとめたもの（第二部）です。依存症の課題を通して、ソーシャルワーカーが大切にすべきことや思いが込められています。

ぜひとも報告書をご一読頂き、ご感想、ご意見を頂戴できれば大変有り難く存じます。

令和4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

社会貢献事業担当理事

南本宜子

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

第一部 「依存症支援研修」受講後アンケート調査報告	1
I. 調査概要	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. 調査1 アンケート調査（調査概要・配布・回収結果）	
6. 調査2 インタビュー調査（調査概要）	
II. 主要結果	6
1. 総括	
2. アンケート調査の分析結果の概要	
3. インタビュー調査の分析結果の概要	
4. MSW の支援力を高めるために必要な研修のあり方	
III. 調査結果	16
1. 調査1 アンケート調査と分析結果	
2. 調査2 インタビューデータの分析結果： 院内におけるソーシャルワーカーの働きにくさ	
IV. 調査関係資料	53
第二部 チーム活動報告	65
I. チーム発足～今年度までの活動	66
II. 活動評価と次のステップ	71
1. 活動評価	
2. 次のステップ	
III. 講演記録	78
IV. 資料	104
研修受講後アンケート：自由記述回答の結果	

第一部

「依存症支援研修」 受講後アンケート調査報告

I. 調査概要

1. 調査を実施する背景（問題の所在）

2014年に施行されたアルコール健康障害対策基本法（以下、アル法と称す）は、アルコールに関連する年間3万5千人の死亡者と4兆円の社会的損失の低減を目指して制定された。その背景には、アルコール性肝硬変の増加がある。アルコール性肝疾患の死亡数は、平成8（1996）年には2,403人であったものが、平成26（2014）年には4,689人と増加しており、そのうち約8割がアルコール性肝硬変である。肝疾患の重篤化には、アルコールの持つ依存性による脳内物質の変化などにより、自分の意志では飲酒量をコントロールできないアルコール依存症が大きく関与していることが指摘されている。患者調査における我が国のアルコール依存症の総患者数は、約4万人前後で推移しており、平成26（2014）年は、4.9万人と推計されているが、成人の飲酒行動に関する調査では、アルコール依存症の生涯経験者は100万人を超えるとの報告がある。また、アルコール依存症を現在有する者（推計数58万人）のうち、「アルコール依存症の専門治療を受けたことがある」と回答している者は22%しかおらず、一方で、アルコール依存症を現在有する者の83%は「この1年間に何らかの理由で医療機関を受診した」と回答しており、一般医療機関から専門医療機関への受け渡しが適切に行われておらず、専門的治療に繋がっていない可能性があるとの報告がある（2016：厚生労働省）。このような課題を解決する担い手として期待されているのが、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）である。

2. 調査の目的・意義

昨年度（令和2年度）、社会貢献事業部依存症リカバリーソーシャルワーク（担当）チームが厚生労働省依存症民間団体支援事業の助成を受け実施した「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」の結果から多くの示唆が得られた。なかでも、MSWは、アルコール依存症の課題を主に、専門治療、支援、連携、社会資源が圧倒的に不足している中で、約7割が「関わっても成果が少ない」、「忙しくて依存症問題に手が回らない」と回答し、その関わりのスタンスや取り組みには必ずしも積極的になりきれない様々な課題がある実態が見えた。

本研究は、このような実態を踏まえ、2017年度から実施している「依存症支援研修」の内容を、より実態に即した研修プログラムの再構築を目指し、研修受講者に対し研修後の実践効果検証を行うことが目的である。研究によって再構築した研修を、より多くの会員に受講してもらうことを通して、会員の依存症支援力向上が期待されることにおいて意義がある。

3. 調査者 *調査報告書執筆担当

1) 研究代表者：所属

野村裕美*：同志社大学、正会員

2) 分担研究者：所属

稗田里香*：武蔵野大学、正会員

左右田哲：北里大学病院、正会員

南本宜子：済生会京都府病院、正会員

坪田まほ：日本医療ソーシャルワーカー協会事務局長、正会員
 佐々木幸：JCHO 北海道病院、正会員
 佐原まち子：WITH 医療福祉実践研究所、正会員
 斉藤正和：相模原中央病院、正会員
 浅野正友輝：トヨタ記念病院、正会員
 才田靖人：東神戸病院、正会員
 兵倉香織：市立四日市病院、正会員
 山本琢也：大分市医師会立アルメイダ病院、正会員
 平井美奈子：愛媛大学医学部附属病院、正会員
 上堂蘭順代：ASK 依存症予防教育アドバイザー・社会福祉士・精神保健福祉士、正会員
 松浦千恵：安東医院・精神保健福祉士、非会員

3) 研究協力者：所属

伊達平和*：滋賀大学データサイエンス学部准教授、非会員
 堀兼大朗*：滋賀大学データサイエンス教育研究センター助教、非会員

4. 倫理的配慮

本調査は、当協会倫理審査担当会議の承認（2021 年 8 月 6 日付第 21-01 号）を得て実施した。

5. 調査1 アンケート調査（調査概要・配布・回収結果）

調査概要

- 1) 調査対象 2017 年度、2018 年度、2020 年度の「依存症支援研修」研修受講生
- 2) 抽出方法 受講生名をもとにした全数調査
- 3) 調査方法 Qualtrics を利用したインターネット調査
- 4) 督促など 電子メールによる督促を2回実施
- 5) 調査期間 令和3年8月11日～8月31日

配布・回収結果

配布数	有効回収数	有効回収率
140件	93件	66.4%

6. 調査2 インタビュー調査（調査概要）

調査概要

- 1) 調査対象 2017 年度、2018 年度、2020 年度の「依存症支援研修」研修受講生
- 2) 抽出方法 アンケート調査の中でインタビュー調査への協力依頼をし協力を申出た 4 人
- 3) 調査方法 Zoom によるオンライン・インタビュー（半構造化面接）
- 4) 調査期間 令和3年 12 月～令和4年 1 月
- 5) 所要時間 約 1 時間／1 人

Ⅱ. 主要結果

1. 総括

本協会は、医療ソーシャルワーカーのスキルアップを目指し、本協会会員に関わらず受講可能な研修の一つとして「依存症支援研修」を実施している。本調査は、2017年度、2018年度、2020年度の研修受講生 140 名を対象に実施したものである。インターネットを活用した本アンケート調査は、有効回収数が93件であり、回収率は 66.4%であった。

さらに、web アンケート調査協力者の中から、研修受講後の経験について詳細に聞き取ることを目的としたオンラインインタビュー調査協力者を自由意思により募った。その結果 4 名の方に協力が得られ、1 回 60 分程度の個別による半構造化オンラインインタビューを実施した。

研修受講対象を本協会会員外も対象としていることで、一般医療機関等で働く医療ソーシャルワーカー（MSW）はもとより、サンプル数は少ないものの、精神科病院等で働く精神科ソーシャルワーカー（PSW/MHSW）に調査協力を得ることができた。保健医療の現場で働くソーシャルワーカーが「依存症支援」のスキルアップを求めて受講した研修受講前後の実態について明らかにし、より実態に即した研修プログラムの再構築のために分析、考察を行った。

2. アンケート調査の分析結果の概要

アンケート調査の分析結果の概要は、次の通りである。なお、全ての分析結果は、「Ⅲ. 調査結果」（16 頁）に掲載している。なお、本調査では研修前と現在の意識や行動について尋ねており、適宜研修の影響として記述をしているが、実際は研修と現在までに回答者によっては時間の幅があることから、完全に研修の効果と断定するのには留保が必要である。この点については今後、詳細な研究デザインによる効果測定が必要であることを付記しておく。

1) 回答者の属性について（問1）（問7）

回答者の属性（本協会会員 131 名/会員外9名 合計 140 名）の「受講年度」では、2020 年度受講生（コロナ禍における感染防止のためにオンデマンド配信およびライブオンライン方式併用の研修）が 53.8%と最も多く、当年度受講生の 90%以上（55 名中 50 名が回答）からの回答協力が得られた。

2019 年度は対面での開催を予定していたが、コロナ感染急拡大の時期と重なり、やむなく中止となった。研修開催初年度の 2017 年度は 30.1%、2018 年度は 15.1%（ともに対面開催）であった。

回答者の約 6 割が女性、約 2 割が男性であった。40 代、30 代からの回答が多かった。経験年数としては、さまざまな人々が含まれることとなった。所属先としては、一般医療機関に所属する支援者が半数を占めた。そのほか、地域包括支援センター、社会福祉士・精神保健福祉士養成校などもあった。

2) 「自助グループへの参加」「SBIRTS」「動機付け面接」の重要性について（問2ABC）

研修受講前と現在における意識の変化を問うものである。まず、「自助グループへの参加」については、「重要である」と回答した人が 36.6%から 74.2%に増加している。「SBIRTS」については、

17.2%から 65.6%に増加している。「動機付け面接」については、47.3%から 82.8%に増加している。前の 2 つに比べると、「動機付け面接」は多くの人々が重要であると元から認識しているが、3 つとも現在では意識が向上していることが明らかとなった。中でも、「SBIRTS」については、研修受講が意識の向上に大きく影響していることがわかる。

3) 現在実施しているものについて (問 2 D)

研修受講後の今現在、実際にアルコール依存症者とのかかわりにおいて、実施しているものについて問うものである。「動機付け面接」は 44.1%が実施している。次いで、「自助グループへの参加」(18.3%)、「SBIRTS」(18.3%)、「院内スタッフの勉強会の開催」(12.9%)となっているが、「動機付け面接」以外は 2 割以下にとどまっているのが現状である。

また、「その他」としては、「研修を受ける」「部署内勉強会を企画中」など、自らの専門性（ソーシャルワーク）のスキルアップの契機となっている。「医師との相談」「院内職員と相談しながら専門機関や相談窓口、自助グループ紹介を行っている」など院内他職種との連携の契機ともなっている。また、患者への支援として「受診案内」に取り組んだことも明らかとなった。一方で、「何も実施していない」や「(依存症者には)あまり会わない」という回答もあった。

以上のことから、研修受講により、受講生が研修の中で特に取り上げている「自助グループへの参加」「SBIRTS」「動機付け面接」に意識的に取り組みやすくなっていることが明らかとなった。また、「その他」で上がってきた自らのスキルアップ、他職種他部署との連携については、今後研修等において SW がフォローを必要としている点として明らかとなった。

4) 「していない/できない」という課題について (問 2 E)

「自助グループへの参加」「SBIRTS」「動機付け面接」「院内スタッフの勉強会の開催」「啓発用パンフレット作製」については、「機会がない」という回答をのぞけば、「していない/できない」理由が異なっていることが明らかとなった。

「自助グループへの参加」(30 名)については、「時間に余裕がない」「新型コロナウイルス感染症の影響」が挙げられた。「SBIRTS」(28 名)については、「理解の不足」、「職場環境」が挙げられた。「動機付け面接」(16 名)については、「理解の不足、自信がない」が挙げられた。「院内スタッフの勉強会の開催」については、「時間に余裕がない」「新型コロナウイルス感染症の影響」「職場環境」が挙げられた。

以上で明らかとなった「理解不足、自信がない」点については、今後も研修に組み込み研鑽につなげていくことが必要である。「時間に余裕がない」点については、医療機関で働く SW の働き方の実態を精査する必要がある。「職場の環境」については、SW 個人ではどうにもできない環境要因をさらに明らかにし、どのようにすれば環境改善が図れるのかを引き続き検討していく必要がある。

なお、「啓発用パンフレット作製」(32 名)については、「別のものを活用」「職場環境」「時間・業務」が挙げられた。独自のものをゼロから新たに作製しようとする、と、取り組めないことが心理的な負担となる。また取り組めない要因ともなる。しかし「既にあるパンフレットの活用」「自治体のもの」等を活用していることが明らかとなった。依存症者支援を積極的に展開していく際には、既存のツール等の活用が業務負担軽減につながる。

5) アルコール依存症の知識を勉強することの積極性について（問2 FGH）

研修受講前と現在の知識の変化を問うものである。研修前と比べると積極的になっている人が多い。「知識の勉強」については、クロス集計から、おおむね積極性は向上しているものの、以前は「積極的」「やや積極的」だったが、現在は「どちらともいえない」「やや消極的」「消極的」になっている人が10名いることも明らかとなっている。「知識を周囲に伝える」は、以前は「積極的」「やや積極的」だったが、現在は「どちらともいえない」「やや消極的」「消極的」になっている人が5名いることも明らかとなっている。「SWに依頼してもらえるような工夫」は、現在においても積極的になれていない人々が4割程度いる。

「知識の勉強」「周囲に伝える」よりも「SWに依頼してもらえるような工夫」は積極度が低く、ハードルが高いようだ。以上のことから、研修でSWに依頼してもらえるようどのように工夫するかを伝える必要がある。

6) 質問項目以外に研修を受けたことで変化したことについて（問2 I）

30名の方が質問項目以外での変化について、大まかに分類すると「情報収集・知識の共有への意欲」「病気、患者、家族などへの認識の変化」「支援や仕事へのポジティブな影響」などについて挙げている。

「情報収集・知識の共有への意欲」については、アルコール依存症者への支援をあきらめていた受講者がモチベーションを上げるために、また、これからの支援に備えたい受講者などが知識を深めるためになど、支援者としてのさまざまな経験が垣間見えながらも、アルコール依存症に対する正しい知識の習得という受講ニーズがあることが明らかとなった。

「病気、患者、家族などへの認識の変化」については、クライアントに対する認識の変化およびその認識の変化が「病気とはわかっている、自己責任と思っていた自分もいたことに気づき」、「正面から向き合えるようになった」、「偏見がありました、研修に参加して患者さん自身も悩み苦しんでいることを学び関わり方が変わってきた」との変化を自覚していることも明らかとなった。

「支援や仕事へのポジティブな影響」については、「専門医療機関との情報共有の仕方」「医師へのアプローチ」「心理士や看護師、他部署のソーシャルワーカーとの共有」など、「SBIRTS」などの知識が他職種との関わりのモデルとして認識されたことも明らかとなった。

一方で、受講後、支援への課題あるいは消極性について意見も寄せられている。研修受講後、依存症者への支援の新しい課題を見つけ、支援に難渋しているため、「ステップアップするための研修などを希望しても機会がなく、モチベーションは下がりつつある」というものである。また、消化器内科等の内科患者の中にアルコール依存症者が潜在している事例に対して、難渋している意見も寄せられている。「内科疾患が治癒しても繰り返してしまうため、再入院を繰り返している方々が多い」現状に「院内の啓発、院外とのつながり」の中で支援をする必要性を強く認識する契機となっている意見、また、精神科などの対応がなく「他消化器疾患の患者と同じ病棟のため、医師も看護師もアルコール疾患=『面倒な患者』『自分のせいでこういう生活になったんでしょ』という思いが強く、なぜここに至ったのかの視点になる前に迷惑な患者として処理されてしまい、介入不要（治療が終わったら返す）という対応になっている」との声も寄せられている。その際、入院時スクリーニングなどでニーズを掘り起こしているにもかかわらず、SWがアディクションの問題に介入することを「院内の風潮が対応を困難にしている」とのジレンマ状態にあることもわかった。

7) 職場環境の変化について（問3）

「アルコール依存症に関する専門医療機関との連携」「多職種間で MSW がアルコール依存症の問題を取り上げること」「アルコール依存症の自助グループとの組織的な連携」など、受講前と現在の職場環境の変化について問うものである。

「アルコール依存症に関する専門医療機関との連携」「アルコール依存症の自助グループとの組織的な連携」については受講前後でほぼ変化がない。一方で「多職種間で MSW がアルコール依存症の問題を取り上げること」については、多少変化している。過去にしていなかった 36 名のうち、現在している人が 13 名であり、多職種間の連携は現時点で実施している機関が増えていることが明らかとなった。

8) 「していない/できない」という課題について（問4）

「専門医療機関連携」「自助グループとの組織的連携」「依存症チームの結成」「回復支援プログラムの実施」について「していない/できない」理由としては、「機会がない」をのぞけば、職場環境の意識の低さや職場から求められていないなどが明らかとなった。

「専門医療機関連携」（12 ケース）は、機会がない理由として、「病院全体として全くないわけではないが、自分の業務として関わることがない」など、「事例がない」だけではなく「事例に出会う機会がほとんどない」という理由が挙げられた。

「多職種間連携で問題をとりあげる」（14 ケース）は、「多職種共有しても諦めムードがある」など職場環境の影響が強いことが挙げられた。

「自助グループとの組織的連携」（29 ケース）、「依存症チームの結成」（29 ケース）は、「院内での意識が薄い」「職場から求められていない」「院内の風潮として難しい」「個別具体では実施しているが組織的連携ではない」「MSW から話は出しづらい」など、職場の理解が乏しいなど職場環境の影響がやはり強く、ハードルが高くなっていることがうかがえる。

「回復支援プログラムの実施」（28 ケース）は、「プログラムを実施する人員、場所の確保が難しい。感染症対策で複数病棟から該当患者を集めての集団プログラムができない」など、やはり職場環境の影響が強いことが挙げられた。

以上のことから、「職場環境の要因」についての困難感に対するサポートを SW が求めているといえる。SW が本テーマについて共有したり、どう乗り越えていけばいいのかを検討・共有したりすること、SW 全体の課題として検討協議し課題解決につなげていく取り組みが必要だといえる。

9) 今後の研修で取り上げてほしいこと（問6）

今後取り上げてほしいことについては、18 件の回答が得られた。

「支援に関する具体的な方法や技術の解説」については、「動機づけ面接」「回復支援プログラム」「アルコール依存症以外の依存症への効果的手法」「自殺対策」「依存症者のリワーク支援」「ドロップアウトした患者への対応」「専門医療機関へつなげる方法」などの具体的な支援技術について挙げられた。また、依存症者支援の一連の流れを理解するために「実践事例を知りたい」という意見もあった。

「生の声の共有」としては、支援者として当事者の話の聞ける機会が得られたことを評価することも挙げられた。

その他、フォローアップやスーパービジョン研修、基礎研修や専門研修などの必要性についても挙がってきている。

①知識・技術の伝達に加え、②組織における SW の位置づけ、③ソーシャルワーク団体として支援基盤の底上げおよび整備につながる指摘であると整理できる。

3. インタビュー調査の分析結果の概要

インタビュー調査の分析結果の概要は、次の通りである。なお、全ての分析結果は、「Ⅲ. 調査結果」（46 頁）に掲載している。

本調査では、特に SW と医師・看護師との連携状況に着目し、SW が院内で自身の業務および研修で学んだ内容を円滑に実行できる状況にあるか、実行できない場合、その障壁は何か、について明らかにすることとした。

アンケート調査の最後の項目にてインタビュー調査への協力を呼び掛けたところ、7 名から協力意思を受けた。改めてインタビュー調査への依頼を行った結果、最終的には 4 名からインタビュー調査への協力を得た。

今回調査した SW からは、医師や看護師等と対等な関係を築けていると認識しつつも、一方で、患者の支援方法等に関する発言はしづらく、また、自ら支援を実践・構築したり、外部の組織と連携したりすることが困難な状況にあることが語られた。このような実情を踏まえると、依存症リカバリーソーシャルワークチームに求められることは、①SW が職場環境を改善する方法、もしくは、②職場環境からの影響を受けながらも SW が抱える個別の問題の解消法について研修会で教授していくことだと考える。後者に関しては、スキルや知識等を受講者に画一的に教授するのではなく、受講者の個別のニーズに応じた演習機会（スーパービジョン、事例検討など）を提供することが重要となる。これにより、個人の問題は解消され、自己評価等の改善に寄与するかもしれない。

最後に、同調査の限界について示しておく。同調査で収集したインタビューデータには、次のようなバイアスがあることが考えられる。研修の受講者という点で、支援への積極性があるインタビュイーであることが示唆され、また、同アンケート調査におけるインタビュイーの回答内容を確認したところ、アルコール依存症者への支援に対して重要性を感じている傾向にあった。したがって、分析結果は、SW として支援の重要性を相対的に強く感受しているインタビュイーのデータで構成されていると言える。加えて、今後探究の必要があるが、インタビュイーが医師等と対等な関係にあると語った点からは、同調査のデータには、対等でないと認識する SW が含まれていないことが示唆される。このことは、SW の立場が認められていない病院に勤務する SW に対しても、今回のような調査を行う必要があると言える。

4. MSW の支援力を高めるために必要な研修のあり方

アンケート調査とインタビュー調査の分析結果（表1）より、MSW の支援力を高めるために必要な研修の在り方と課題を図1 のとおり整理した。次年度は、以下の 15 点の示唆に着目し研修再設計に取り組む。

まず、現行の研修については、研修目標として設定していた、アルコール依存症者と彼らがおかれている社会構造、そして支援者がうけるさまざまな影響等を適切に理解し、SW が回復支援に携わるモチベーションを上げることについては、おおむね達成できていることは確認できた（分析6）。依存症者に会う機会が少ない（ない）SW にとっては、車座ミーティングなど、回復者の生の声を聞くプログラムなどは継続を希望する声もあった。

現行の研修内容をさらにブラッシュアップしていく際に、着目すべき三点の示唆を得ることができた。第一に、「回復支援力を確実に身につけるための維持強化ポイント」である。「自助グループ」「SBIRTS」「動機づけ面接」（分析1）、すぐに活用できるツールなどの共有（分析4）、SW に依存症支援を依頼してもらえるような工夫（分析5）、キャリアに関わらない支援に対する正しい知識の普及（分析7）、「SBIRTS」などの支援モデルの共有など（分析8）は、研修後に取り組もうとしたが取り組めなかった点や取り組んでみたがうまくいかなかった点にフォーカスしながらフォローをする必要がある（分析2）ことが明らかとなった。

第二に、「個々のソーシャルワーカーが抱える接近困難性への対応」である。研修受講後に、アルコール依存症者と彼らがおかれている社会構造に関する理解が深まり、職場に潜在する課題を新たに見つけることができたものの、諸課題への接近に苦勞し、関わりに消極的になってしまった受講者がいることが明らかとなった（分析9）。接近困難事例としては、「内科系の病院、アルコール依存の方が内科疾患を主訴に受診・入院され、疾患が治癒しても繰り返してしまうため、再入院を繰り返している方」への対応、「消化器内科で受け入れ、医師・看護師もアルコール疾患＝『面倒な患者』『自分のせいでこういう生活になったんでしょ』』という思いが強く、なぜここに至ったかの視点になる前に迷惑な患者として処理されてしまい、介入不要（治療が終わったら帰す）」となる事例への対応（分析10）など、消化器内科などの医師や看護師らとの連携に苦勞していることが明らかとなった。具体的な事例等を用いて、支援基盤として、SW がよってたつ価値に根ざした意見や提言が他職種へはっきりと主張できる関係性があるかどうか（多職種連携）を確認しつつ（分析14）、個別にサポートをする必要（分析15）が明らかとなった。

第三に、SW 個人の自己研鑽では対処できない「支援に取り組める環境への改善およびその対策」である。本論点については、解決するためには保健医療福祉等の制度政策や医療のあり方に関わることもあり、どう対処していくかは職能団体である本協会のソーシャルアクションの課題であるともいえる。SW としては、ニーズキャッチし関わる必要性を認識しながらも、環境改善が図れないと取り組めない現状が明らかとなった（分析3、10、11、12）。その要因を明らかにするためにさらに調査を行うことも必要である。また、SW が取り組もうとしても取り組めない現状について、どのように乗り越えていけばよいかを検討・共有できるような場を設ける（分析13）ことも考えられる。

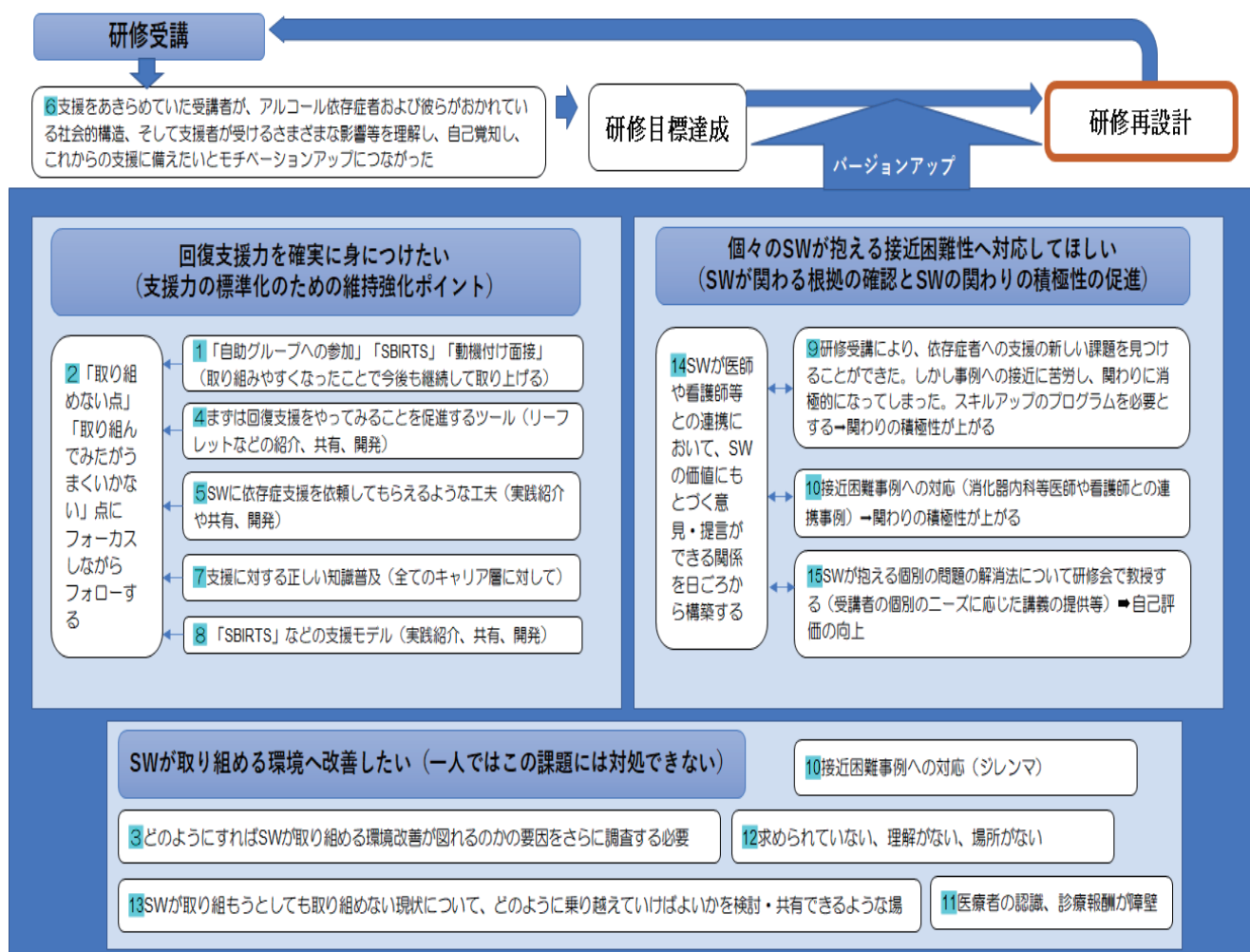
表1 アンケート調査とインタビュー調査結果の分析概要の一覧

アンケート結果	分析内容	
「自助グループへの参加」「SBIRTS」「動機付け面接」の3つとも受講後意識が向上している	1 意識的に取り組みやすくなるように「自助グループへの参加」「SBIRTS」「動機付け面接」については継続して取り上げる。	
「動機付け面接」は多くの人々が重要であると元から認識している		
中でも、「SBIRTS」については、研修受講が意識の向上に大きく影響している		
受講生が研修の中で特に取り上げている「自助グループへの参加」「SBIRTS」「動機付け面接」に意識的に取り組みやすくなっている		
自らのスキルアップ、他職種他部署との連携については、今後研修等においてSWがフォローを必要としている点として明らかとなった ・「受診案内」に取り組んだ ・一方で、「何も実施していない」や「(依存症者には)あまり会わない」	2 「取り組めない点」「取り組んでみたところ障害となっている点」等、SWの実践プロセスにおけるフォローを行う。	
「理解不足、自信がない」点については、今後も研修に組み込み研鑽につなげていくことが必要である		
「時間に余裕がない」点については、医療機関で働くSWの働き方の実態を精査する必要がある		
「職場の環境」については、SW個人ではどうにもできない環境要因をさらに明らかにし、どのようにすれば環境改善が図れるのかを引き続き検討していく必要がある	3 どのようにすればSWが取り組める環境改善が図れるのかの要因を明らかにするなど検討する。	
依存症者支援を積極的に展開していく際には、既存のツール等を活用することで業務負担等を軽減できることにつながる実態がある	4 ツール（実践紹介、共有、開発）	
研修でどのようにSWに依頼してもらえるような工夫ができるのを伝える必要がある	5 SWに依存症支援を依頼してもらえるような工夫	

	(実践紹介、共有、開発)	
支援をあきらめていた受講者、これからの支援に備えたい受講者などに正しい知識の習得という受講ニーズがある	6 支援をあきらめていたが取り組めるようになり成果につながった事例	7 支援に対する正しい知識普及
「自己責任と思っていた」「正面から向き合えるようになった」「偏見があった」「患者さんも悩んでいた」ことに気づき、自らの認識への変化を自覚した		
「SBIRTS」などの知識が他職種との関わりモデルとして認識された	8 支援モデル（実践紹介、共有、開発）	
研修受講後、依存症者への支援の新しい課題を見つけ、支援にさらに渋し消極的になってしまったため、さらなるスキルアップの機会を欲している（内科連携における難渋事例）	9 スキルアップへのプログラム■かかわりの積極性があがる	10 接近困難事例への対応（内科連携）
SW が掘り起こしても、アディクションの問題に介入することを「院内の風潮が対応を困難にしている」とのジレンマ状態にある	11 どのようにすれば SW が取り組める環境改善が図れるのかの要因を明らかにするなど検討する。（医療者の認識、診療報酬が障壁）	
「専門医療機関連携」「自助グループとの組織的連携」「依存症チームの結成」「回復支援プログラムの実施」について職場環境の意識の低さや職場から求められていないことが明らかとなった。SW が職場環境の課題をどう乗り越えていけばよいか、検討したり共有したりする機会を設けることが必要である。	12 どのようにすれば SW が取り組める環境改善が図れるのかの要因を明らかにするなど検討する。（求められていない、理解がない、場所がない）	13 SW が取り組もうとしても取り組めない現状について、どのように乗り越えていけばよいかを検討・共有できるような場の設定
インタビュー結果	分析内容	
医師や看護師等と対等な関係を築けていると認識しつつも、一方で、 <u>患者の支援方法等に関する発言はしづらくまた、自ら支援を実践・構築したり、外部の組織と連携したりすることが困難な状況にあることが語られた</u> 。これらの語りは、一見矛盾しているようにも見えるが、彼らが語る対等な関係というのは、支援以外の人間関係上の良	14 SW が院内環境を改善する方法（医師、看護師等に SW の価値にもとづく提言ができる関係の構築）	

好さを反映していたことが考えられる（この点についてはより深く聞き取るべき点）		
発言権の弱さや医療の非専門家的な立場、主体的な活動への制限に関しては、SWの低い自己評価（自分のできることは少ない）や、離職意思の強化、精神的ストレスの誘因となることが考えられる。	15 そうした環境の中でSWが抱える個別の問題の解消法について研修会で教授する（受講者の個別のニーズに応じた講義の提供等） →自己評価の向上	

図1 MSWの支援力を高めるために必要な研修の在り方と課題



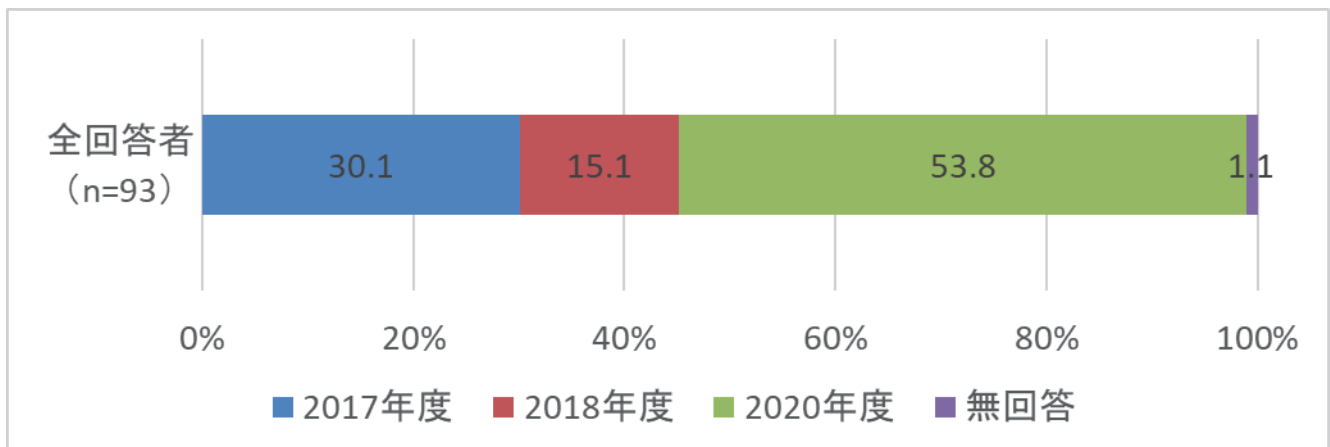
Ⅲ. 調查結果

1. 調査1 アンケート調査と分析結果

1) 回答者の研修受講年について

問 1 あなたが受けた研修の年を教えてください。

全回答者 93 名のうち、2020 年度の回答者が半数以上を占める。



なお、各年度の参加者の数からみた回答割合は以下のとおりである。

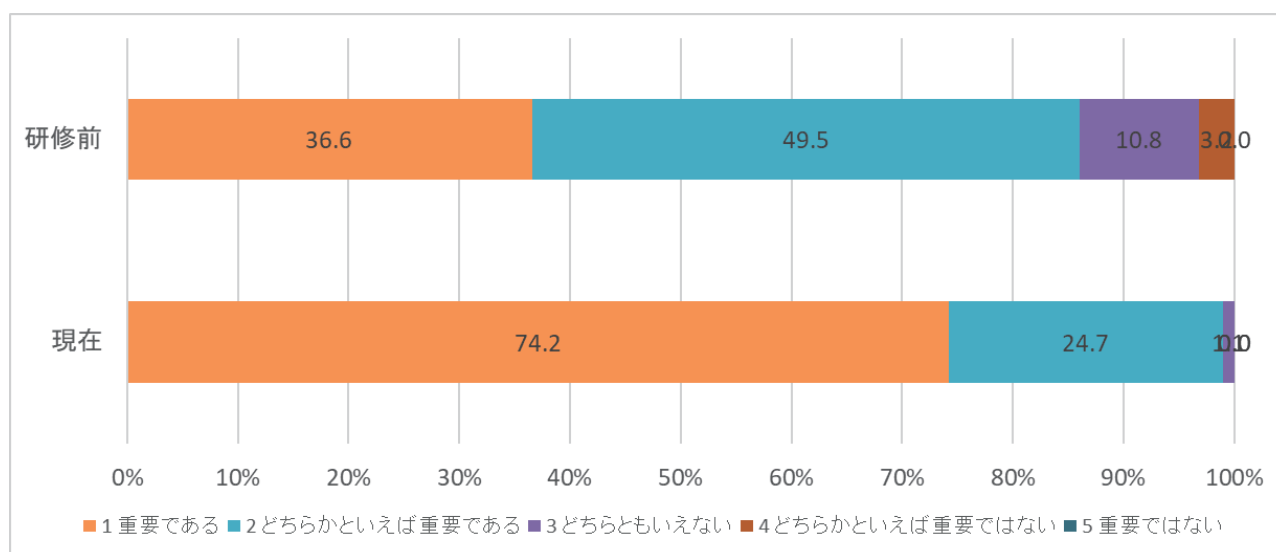
- ・2017年度は41名中28名が回答し回答割合は68.3%、
- ・2018年度は44名中、14名が回答し回答割合は31.8%、
- ・2020年度55名中、50名が回答し回答割合は90.9%

2) 研修前と、現在の回答者の状況について

問2-A-1 自助グループへの参加の重要性について、研修前の意識を教えてください。

問2-A-2 自助グループへの参加の重要性について、現在の意識を教えてください。

研修前は「重要である」と回答した人が36.6%であったが、現在では74.2%に増加している。クロス集計表をみると、「どちらかといえば重要である」から「重要である」と変化した人が31名と多く、「どちらともいえない」から「重要である」「どちらかといえば重要である」と変化した人も9名おり、全体的に意識が向上している人が多いことがわかる。



○研修前の意識別にみた現在の意識のクロス集計表

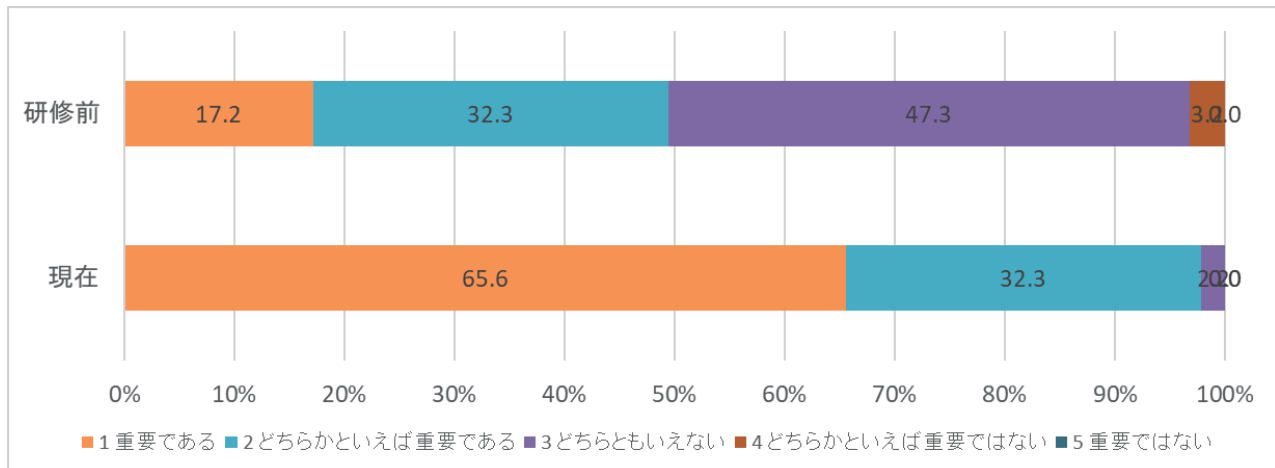
		1 重要である	2 どちらかといえ ば重要である	3 どちらともい えない	合計
1 重要である	度数	32	2	0	34
	割合	94.1%	5.9%	0.0%	100.0%
2 どちらかといえ ば重要である	度数	31	15	0	46
	割合	67.4%	32.6%	0.0%	100.0%
3 どちらともいえない	度数	4	5	1	10
	割合	40.0%	50.0%	10.0%	100.0%
4 どちらかといえ ば重要ではない	度数	2	1	0	3
	割合	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
合計	度数	69	23	1	93
	割合	74.2%	24.7%	1.1%	100.0%

注) 行・列の合計の度数がともに0の場合は記載していない

問2-B-1 SBIRTSの重要性について、研修前の意識を教えてください。

問2-B-2 SBIRTSの重要性について、現在の意識を教えてください。

研修前は「重要である」と回答した人が17.2%と、「自助グループへの参加」や「動機付け面接」よりも少なかったのに対し、現在では65.6%に増加しているように、意識の向上が著しい。クロス集計表をみると、「どちらともいえない」から「重要である」「どちらかといえば重要である」と変化した人も42名おり、意識の向上という点では、SBIRTSに関しては影響が大きかった。



○研修前の意識別にみた現在の意識のクロス集計表

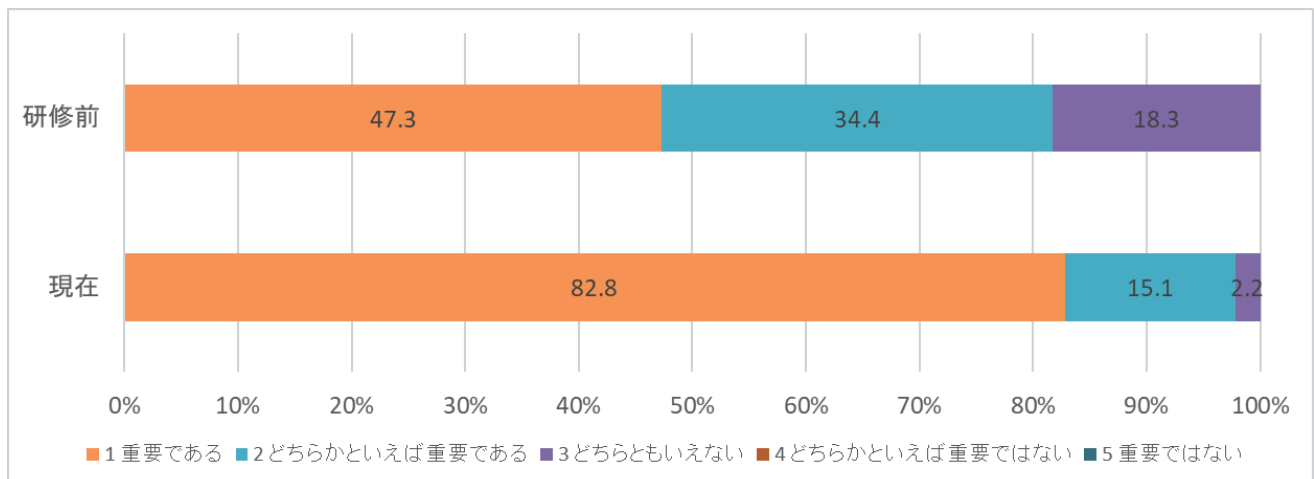
		1 重要である	2 どちらかといえ ば重要である	3 どちらともい えない	合計
1 重要である	度数	16	0	0	16
	割合	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
2 どちらかといえ ば重要である	度数	17	13	0	30
	割合	56.7%	43.3%	0.0%	100.0%
3 どちらともい えない	度数	26	16	2	44
	割合	59.1%	36.4%	4.5%	100.0%
4 どちらかといえ ば重要ではない	度数	2	1	0	3
	割合	66.7%	33.3%	0.0%	100.0%
合計	度数	61	30	2	93
	割合	65.6%	32.3%	2.2%	100.0%

注) 行・列の合計の度数がともに0の場合は記載していない

問2-C-1 動機付け面接の重要性について、研修前の意識を教えてください。

問2-C-2 動機付け面接の重要性について、現在の意識を教えてください。

研修前は「重要である」と回答した人が47.3%と、「自助グループへの参加」や「SBIRTS」と比べると、元から意識が高かったものの、現在では82.8%に増加しており、多くの人々が重要であると考えている。クロス集計表をみると、「どちらかといえば重要である」から「重要である」と変化した人が25名と多く、「どちらともいえない」から「重要である」「どちらかといえば重要である」と変化した人も16名おり、全体的に意識が向上している人が多いことがわかる。



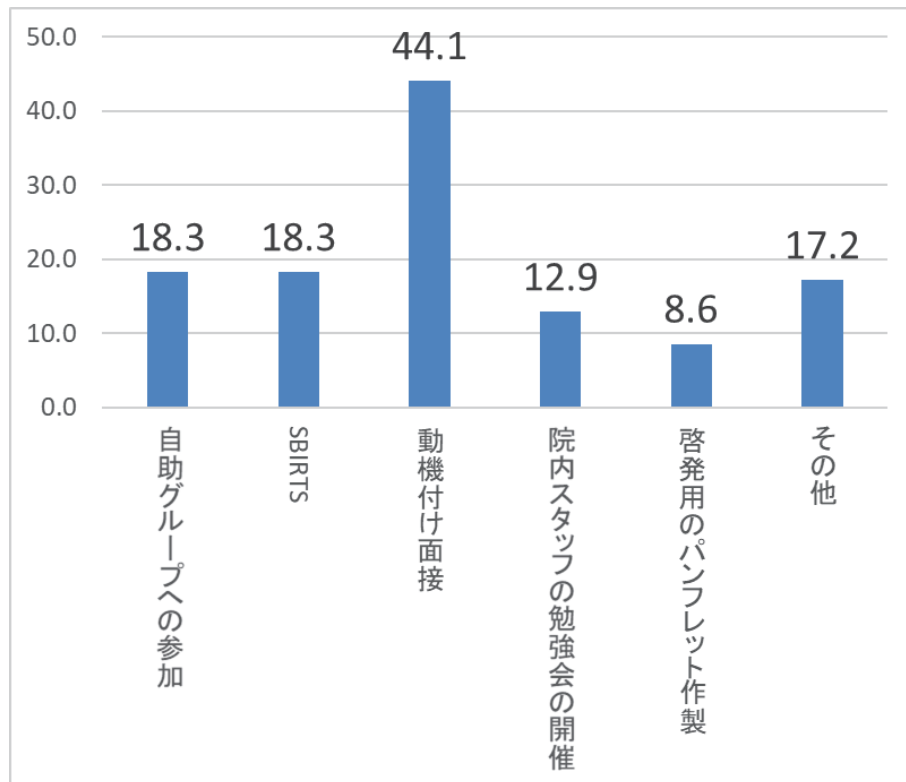
○研修前の意識別にみた現在の意識のクロス集計表

		1 重要である	2 どちらかといえ ば重要である	3 どちらともい えない	合計
1 重要である	度数	43	0	1	44
	割合	97.7%	0.0%	2.3%	100.0%
2 どちらかといえば重要である	度数	25	7	0	32
	割合	78.1%	21.9%	0.0%	100.0%
3 どちらともいえない	度数	9	7	1	17
	割合	52.9%	41.2%	5.9%	100.0%
合計	度数	77	14	2	93
	割合	82.8%	15.1%	2.2%	100.0%

注) 行・列の合計の度数がともに0の場合は記載していない

問2-D あなたがアルコール依存症とのかかわりにおいて、現在実施しているものについて、すべて選んでください。

回答者の44.1%が動機付け面接を実施している。動機付け面接以外の項目の実施については2割以下に留まる。



(n=93)

注) 93名の中には「そもそも患者に出会っていない」回答者も含まれる。問3の情報を用いて、患者に出会っていない人を除いた集計をしても、割合については大きな差は見られない。

<その他の内訳>

- 医師との相談
- 院内職員と相談しながら専門機関や相談窓口、自助グループ紹介を行っている
- 研修を受ける
- 受診案内
- 部署内勉強会企画中です
- 終末期の患者さんが多くあまりお会いしない
- そのほか「なにも実施していない」という回答多数

問2ーE 下記の項目の中でしていない／できないものがありましたら、その理由について教えてください。

自助グループへの参加、SBIRTS、動機付け面接、院内スタッフの勉強会の開催、啓発用のパンフレット作製それぞれについて、していない／できない理由について尋ねたところ、「機会がない」という回答を除けば、項目によってしていない／できない理由が異なっていた。

■自助グループへの参加（30 名が回答）

○時間に余裕がない

- ・時間的な問題 ・時間的に余裕がない ・時間的余裕がない
- ・時間を割くことができない。参加した方がよいと思うが、参加の機会がない。
- ・自助グループに参加したいがその他の業務の都合もあり、時間調整が難しいため
- ・業務多忙 ・業務的に優先順位が低い

○新型コロナウイルス感染症の影響

- ・コロナの影響で参加できていない ・コロナ禍で機会がない
- ・感染対策で、必要最低限の外出を職場より要請されている
- ・新型コロナウイルス感染防止のため、参加や開催が不可能な状況です。
- ・新型コロナもありグループの開催が叶わない ・感染症対策で院外協議に制限有

○機会がない

- ・機会がない ・機会がないから ・参加機会がなかった ・特に機会がない
- ・現在、依存症とかかわっていない ・依存症者とかかわっていない

○その他

- ・まだ行動できていない ・できていないだけ
- ・育休に入っていた ・院内・院外で積極的に参加しようという意識がない
- ・参加のきっかけを見つけられないため ・自助グループの情報が少ない
- ・所属機関が養成校であるため ・職場から求められていない ・精神科ではないため
- ・体調不良により MSW を辞めた為 ・必要性を感じないため

■SBIRTS（28名が回答）

○理解の不足、自信がない

- ・自分自身の理解に自信がない　・理解が十分でないため実践できていない
- ・まだ、自分の中に完全に定着していないから
- ・技術取得が出来ていない
- ・自分の勉強不足のため院内で相談ができませんでしたが、今回の研修で学びを深め協力できる医療スタッフと検討していきたいと考えているところですが、まだ具体的ではありません

○職場環境

- ・医師や看護師の協力が得づらい　・院内で積極的に活用しようという意識がない
- ・医師含め院内職種からの理解が得られていない中で実施がしづらい。MSWが行ってよいものかわからない。
- ・職場から求められていない
- ・協力先が確保出来ていない。　・紹介先が限られ、繋ぐ事が難しい　・依存症支援者不足

○機会がない

- ・ケースの対応がないため　・していない（ケースが最近少ない）
- ・使う機会がない　・事例がない　・機会がない
- ・アルコール依存症患者ケースが無く、利用する機会がまだない。
- ・依存症者とかかわっていない　・現在、依存症とかかわっていない
- ・依存症患者と接点がなかった。

○その他

- ・まだ行動できていない　・育休に入っていた
- ・時間的な問題　・実施に向けて準備中　・所属機関が養成校であるため
- ・必要性を感じないため

■動機付け面接（１６名が回答）

○理解の不足、自信がない

- ・自分自身の理解に自信がない
- ・技術的な問題

○機会がない

- ・機会がない ・事例がない ・ケースの対応がないため
- ・アルコール依存症患者ケースが無く、利用する機会がまだない。
- ・依存症患者と接点がなかった。 ・担当病棟を離れた為機会が減少した

○その他

- ・継続した面談を行う事が難しい
- ・まだ行動できていない
- ・依存症支援者不足
- ・急性期病院勤務であり、短期間の支援のみで終了してしまうから
- ・所属機関が養成校であるため
- ・育休に入っていた

■院内スタッフの勉強会の開催（32名が回答）

○時間に余裕がない

- ・時間に余裕がなく行えていない　・時間的な問題　・時間的に余裕がない
- ・自他ともに忙しく企画が進まない
- ・委託業務外となり時間的余裕が無い　・業務の関係　・業務の中で優先度が高くないため

○新型コロナウイルス感染症の影響

- ・コロナ禍で機会がない　・コロナ感染対策のため実施していない
- ・院内だけではなく院外のスタッフも含め、以前から年に数回実施していたが、コロナ禍となり中止している。

○職場環境

- ・職場から求められていない　・精神科 SW が行う　・仲間がいない、自ら発する力がない
- ・勉強会への提案するがニーズが低いのか計画化されない(他のハウツーものが採用されることが多い)
- ・療養型病棟なので、病院として求められない。
- ・アルコール依存症の患者に対し、先入観（何をしてもやめられない困った患者など）を持ってる院内スタッフが多く、勉強会などの啓発は困難に感じる。
- ・依存症支援者不足

○機会がない

- ・開催機会がなかった　・機会がないから　・現在、依存症とかかわっていない
- ・事例がない　・対象者が少ない　・依存症治療を実施していない

○その他

- ・自分自身の知識・経験不足で行えていない　・所属機関が養成校であるため
- ・特に開催がない　・まだ行動できていない　・以前に実施したが継続できていない
- ・育休に入っていた　・開催できる身分ではない

■啓発用のパンフレット作製（32名が回答）

○別のものを活用

- ・ 既にあるパンフレット活用している為
- ・ 自治体のものを使っているため自作なし
- ・ 作成はせず、必要時には汎用版を利用しているため
- ・ 市が作成したパンフレットがあり、それを利用している。
- ・ 私が作成するよりも既存のものを活用した方がよいから。

○職場環境

- ・ 仲間がいない、自ら発する力がない ・ 依存症支援者不足
- ・ 職場から求められていない

○時間・業務

- ・ 業務の関係 ・ 業務的に優先順位が低い
- ・ 時間的な問題 ・ 新しいものを作る時間がない

○機会がない

- ・ 対象者が少ない ・ 事例がない ・ 機会がないから ・ 依存症治療を実施していない
- ・ 作成機会がなかった ・ 現在、依存症とかかわっていない ・ 必要がないため

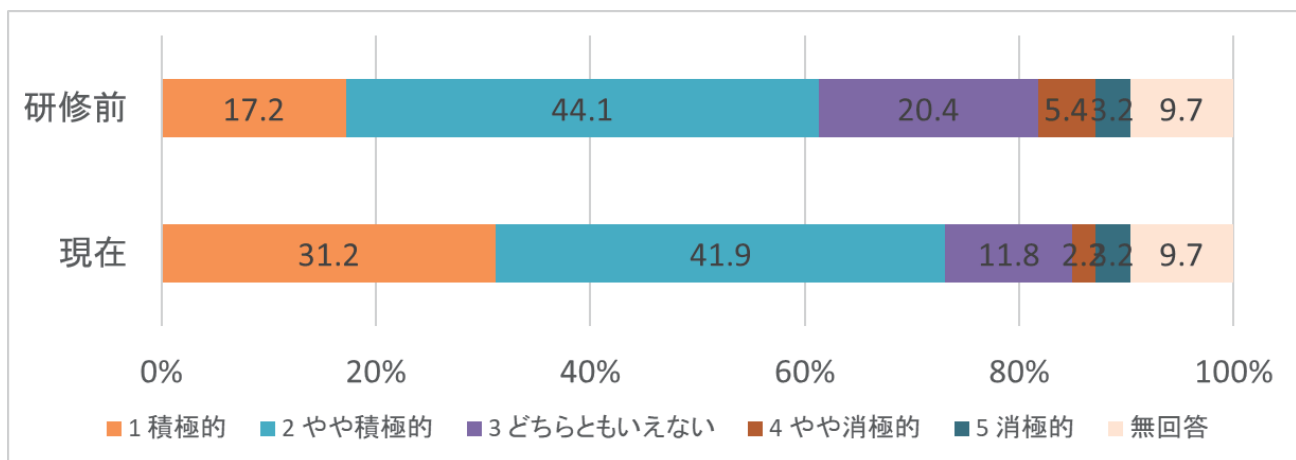
○その他

- ・ まだ行動できていない
- ・ 育休に入っていた
- ・ 院内掲示は、対象者の限定かどうか、スティグマにならないか、などの課題があるだろう事で難しいです
- ・ 改めての作成はない
- ・ 啓発用のパンフレットと自身で作成することを考えていなかったため
- ・ 作成できる身分にない
- ・ 自分自身の知識不足で作成できていない
- ・ 実施に向けて準備中
- ・ 取り組むまでに至っていない
- ・ 所属機関が養成校であるため
- ・ 労力を割けない

問2-F-1 アルコール依存症の知識を勉強することについて、研修前のあなたの積極性について教えてください。

問2-F-2 アルコール依存症の知識を勉強することについて、現在のあなたの積極性について教えてください。

アルコール依存症に関する知識を勉強することの積極性については、研修前と現在を比べると積極的になっている人が多い。ただし、現在においても積極的に慣れていない人々が2割程度いることもわかる。クロス集計表をみると、おおむね積極性は向上しているものの、以前は「積極的」「やや積極的」だったが、現在は「どちらともいえない」「やや消極的」「消極的」になっている人が10名いることも明らかになった。



○研修前の意識別にみた現在の意識のクロス集計表

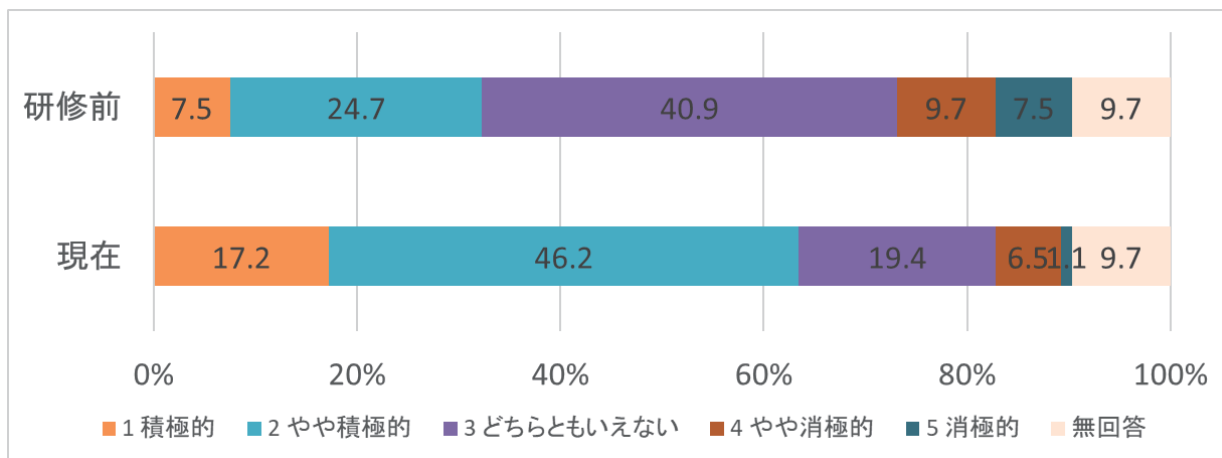
		1 積極的	2 やや積極的	3 どちらともいえない	4 やや消極的	5 消極的	合計
1 積極的	度数	11	0	2	1	2	16
	割合	68.8%	0.0%	12.5%	6.3%	12.5%	100.0%
2 やや積極的	度数	15	21	3	1	1	41
	割合	36.6%	51.2%	7.3%	2.4%	2.4%	100.0%
3 どちらともいえない	度数	3	13	3	0	0	19
	割合	15.8%	68.4%	15.8%	0.0%	0.0%	100.0%
4 やや消極的	度数	0	3	2	0	0	5
	割合	0.0%	60.0%	40.0%	0.0%	0.0%	100.0%
5 消極的	度数	0	2	1	0	0	3
	割合	0.0%	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%
合計	度数	29	39	11	2	3	84
	割合	34.5%	46.4%	13.1%	2.4%	3.6%	100.0%

注) 無回答は分析から除外している

問2-G-1 アルコール依存症に関する知識を周囲の人に伝えることについて、研修前のあなたの積極性について教えてください。

問2-G-2 アルコール依存症に関する知識を周囲の人に伝えることについて、現在のあなたの積極性について教えてください

アルコール依存症に関する知識を周囲の人に伝えることについては、研修前と現在を比べると積極的になっている人が多い。ただし、現在においても積極的に慣れていない人々が3割程度いる。前問の「知識の勉強」に比べるとやや積極性は下がるようである。クロス集計表をみると、おおむね積極性は向上しているものの、以前は「積極的」「やや積極的」だったが、現在は「どちらともいえない」「やや消極的」「消極的」になっている人が5名いることも明らかになった。



○研修前の意識別にみた現在の意識のクロス集計表

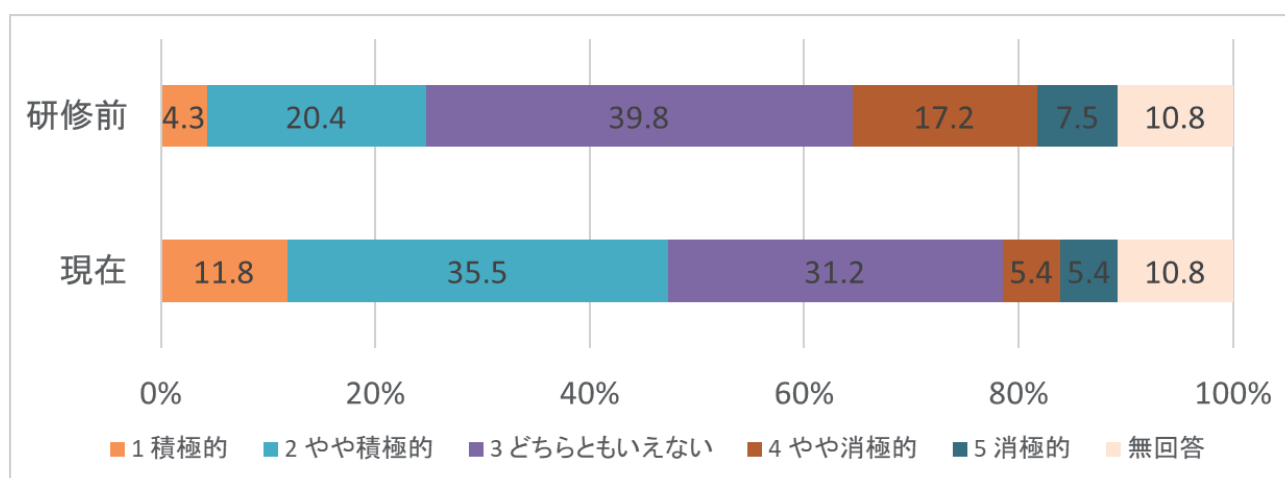
		1 積極的	2 やや積極的	3 どちらともいえない	4 やや消極的	5 消極的	合計
1 積極的	度数	5	0	1	1	0	7
	割合	71.4%	0.0%	14.3%	14.3%	0.0%	100.0%
2 やや積極的	度数	6	14	1	1	1	23
	割合	26.1%	60.9%	4.3%	4.3%	4.3%	100.0%
3 どちらともいえない	度数	3	22	12	1	0	38
	割合	7.9%	57.9%	31.6%	2.6%	0.0%	100.0%
4 やや消極的	度数	2	5	1	1	0	9
	割合	22.2%	55.6%	11.1%	11.1%	0.0%	100.0%
5 消極的	度数	0	2	3	2	0	7
	割合	0.0%	28.6%	42.9%	28.6%	0.0%	100.0%
合計	度数	16	43	18	6	1	84
	割合	19.0%	51.2%	21.4%	7.1%	1.2%	100.0%

注) 無回答は分析から除外している

問2-H-1 依存症の課題を持つ患者や家族を SW に依頼してもらえるような工夫について、研修前のあなたの積極性について教えてください。

問2-H-2 依存症の課題を持つ患者や家族を SW に依頼してもらえるような工夫について、現在のあなたの積極性について教えてください。

依存症の課題を持つ患者や家族を SW に依頼してもらえるような工夫については、研修前と現在を比べると積極的になっている人が多い。ただし、現在においても積極的に慣れていない人々が4割程度いる。前問の「知識の勉強」や「周囲に伝える」ことに比べると積極性は下がることから、工夫をすることに対するハードルが高いようだ。クロス集計表をみると、おおむね積極性は向上しているものの、以前は「積極的」「やや積極的」だったが、現在は「どちらともいえない」「やや消極的」「消極的」になっている人が4名いることも明らかになった。



○研修前の意識別にみた現在の意識のクロス集計表

		1 積極的	2 やや積極的	3 どちらともいえない	4 やや消極的	5 消極的	合計
1 積極的	度数	3	0	1	0	0	4
	割合	75.0%	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	100.0%
2 やや積極的	度数	5	11	0	0	3	19
	割合	26.3%	57.9%	0.0%	0.0%	15.8%	100.0%
3 どちらともいえない	度数	3	16	17	1	0	37
	割合	8.1%	43.2%	45.9%	2.7%	0.0%	100.0%
4 やや消極的	度数	0	6	8	2	0	16
	割合	0.0%	37.5%	50.0%	12.5%	0.0%	100.0%
5 消極的	度数	0	0	3	2	2	7
	割合	0.0%	0.0%	42.9%	28.6%	28.6%	100.0%
合計	度数	11	33	29	5	5	83
	割合	13.3%	39.8%	34.9%	6.0%	6.0%	100.0%

注) 無回答は分析から除外している

問2ー1 これまでお尋ねしたこと以外に、研修を受けたことで変化したことがあれば教えてください。

30名の方が尋ねたこと以外での変化について報告している。分類すると「情報収集・知識の共有への意欲」「病気、患者、家族などへの認識の変化」、「支援や仕事へのポジティブな影響」といったものがあった。そのほか、詳細に置かれている状況について述べたものもみられた。

○情報収集・知識の共有への意欲

- ・アルコール依存症に現在の業務で直接に関わることはできないが、動機づけ面接については応用できる範囲が広く、さらに勉強を続けていきたいと考えた。
- ・アルコール依存症に対する正しい知識の取得のための研修会参加
- ・アルコール依存症のケースを担当した場合に備え研修を受講し、知識不足を自覚して勉強中です
- ・アルコール依存症の患者への関わりを、半ば諦めていた時期もありましたが、研修に参加することで支援者としての立ち位置を再認識できました。一番は自分自身のモチベーションが上がったということです。患者の周りにいる家族や友人にも課題解決や理解を深めていただく努力も必要という認識が生まれました。
- ・ソーシャルワーク部門で知識を深める機会を作ること考えている。またSBIRTSについて院内スタッフと共有できる機会を作れるように考えていきたいと思っている。
- ・まずは部署内で知識の共有できるよう勉強会を企画、外来との情報共有の工夫検討
- ・まず一人というよりは部署でアルコール依存に関する勉強会や資料の共有・整理、連携機関との情報交換を行うなど、院内だけでなく外部への働きかけや連携を取るようになった。
- ・介入拒否している当事者への介入方法についての研修を受講した
- ・動機づけ面接について、書籍等を購入して学習していること
- ・動機づけ面接は、色々な場面で使えるので、コーチングなども勉強して深めている
- ・背景を知ろうとする様になった。

○病気、患者、家族などへの認識の変化

- ・アルコール依存症の患者さんへの関わり方、患者さんがおかれている状況の理解が深まった
- ・クライアントに対する考え方が変わった。病気とはわかっている、自己責任と思っていた自分もいたことに気づいた。正面から向き合えるようになった。
- ・アルコールの問題を持っている方が身近にもたくさんいることに気づいた
- ・自助グループへのつながり方の工夫、患者家族への理解が深まった、現在のアルコール関連問題をとりまく状況の理解
- ・比較的アルコール依存症の患者さんに対して偏見がありましたが、研修に参加して患者さん自身も悩み苦しんでいることを学び関わり方が変わってきたような気がします
- ・大きな変化はありませんが、当事者の回復の可能性については、いつも自分の心にとどめながら支援を行っています。
- ・依存症が専門病院に任せるものではなく、どの病院でもごく普通の疾患として治療を受けられる疾患となることの必要性。

○支援や仕事へのポジティブな影響

- ・ 医師へのアプローチ
- ・ アルコール依存症の支援に関する視点が明確になった
- ・ 専門医療機関との情報共有の仕方
- ・ 対応に身構える気持ちが少なくなった。自身の目標が立てやすくなった。
- ・ 退院支援カンファレンスにて、アルコール問題がある方について支援の必要性を確認するようにしている。
- ・ 当事者やイネイブラーである家族等への面接での視点が変わった。
- ・ SW としての依存症についての情報が豊富になった
- ・ SBIRTS の存在を知ったことが一番の収穫で、心理士や看護師、他部署の SW と共有した。

○その他：詳細な意見

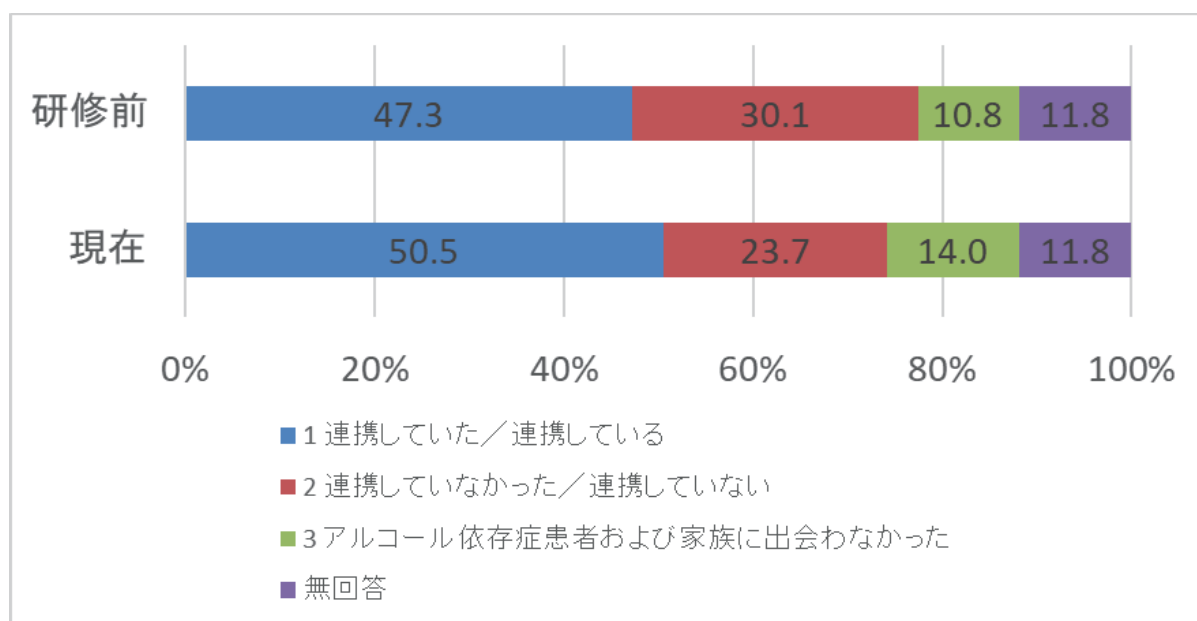
- ・ 研修を受けた後は積極的に依存症患者へ関わろうと取り組んでいたが、研修を受けてから 3～4 年経過した今は新たな課題が見つかり依存症患者への支援に難しさを感じている。（消極的になっている）ステップアップするための研修などを希望しても機会がなく、モチベーションは下がりつつある。
- ・ 資源を知ることは確かに大切ですが、それ以外に依存に至るまでの状況や心理社会背景を偏見なくいかにアセスメントするかも大切と考えます。依存は、ネガティブな要因として改善させようとする事こそ支援者のただのエゴとなり、支援からズレる可能性もあると思います。課題にどう向き合うかをもっと考えたいと思いました。
- ・ 内科系の病院なので、アルコール依存の方が内科疾患を主訴に受診・入院されてくる方が多くいます。疾患が治癒しても繰り返してしまうため、再入院を繰り返している方が多いのですが、SW が介入することにより心理・社会的課題が解決され改善に向かう方がみられています。院内の啓発・院外とのつながりの中で、より依存症の方やご家族、支援者の福利に帰する実践ができるよう少しずつ取り組んでいます。
- ・ アルコール依存症は当院では消化器内科で消化器疾患の合併として受け入れしているが、精神科などでの対応はしていない。（入院中症状が出ればコンサルトはあり）そのため、他消化器疾患の患者と同じ病棟のため、医師も看護師もアルコール疾患＝「面倒な患者」「自分のせいでこういう生活になったんでしょ」という思いが強く、なぜここに至ったかの視点になる前に迷惑な患者として処理されてしまい、介入不要（治療が終わったら帰す）という対応になっている。SW が介入をすることを伝えても、入院が長引く、生活の課題は家で対応してほしいと入院中の介入を嫌がられ ADL が悪くなり「帰せなくて困ったから」渋々依頼が来るという流れ。私自身は SW としてアディクションの問題には積極的に SW が介入し、ここに至った経緯や生活上の困りごとなどに介入したいと考えているが、院内の風潮が対応を困難にさせている。せっかく入院時のスクリーニングにひっかけていて一定数の需要があることが明らかなのにとジレンマがあります。

3) 研修前と、現在の職場環境について

問3-A-1 アルコール依存症に関する専門医療機関との連携について、研修前の状況について教えてください。

問3-A-2 アルコール依存症に関する専門医療機関との連携について、現在の状況について教えてください。

アルコール依存症に関する専門医療機関との連携については、研修前と現在の実施状況はほぼ変化がない。過去に実施している人は引き続き実施しており、していない人は引き続きしていない人が多い。ただし、過去にしていなかった28名のうち、現在している人が6名いる。



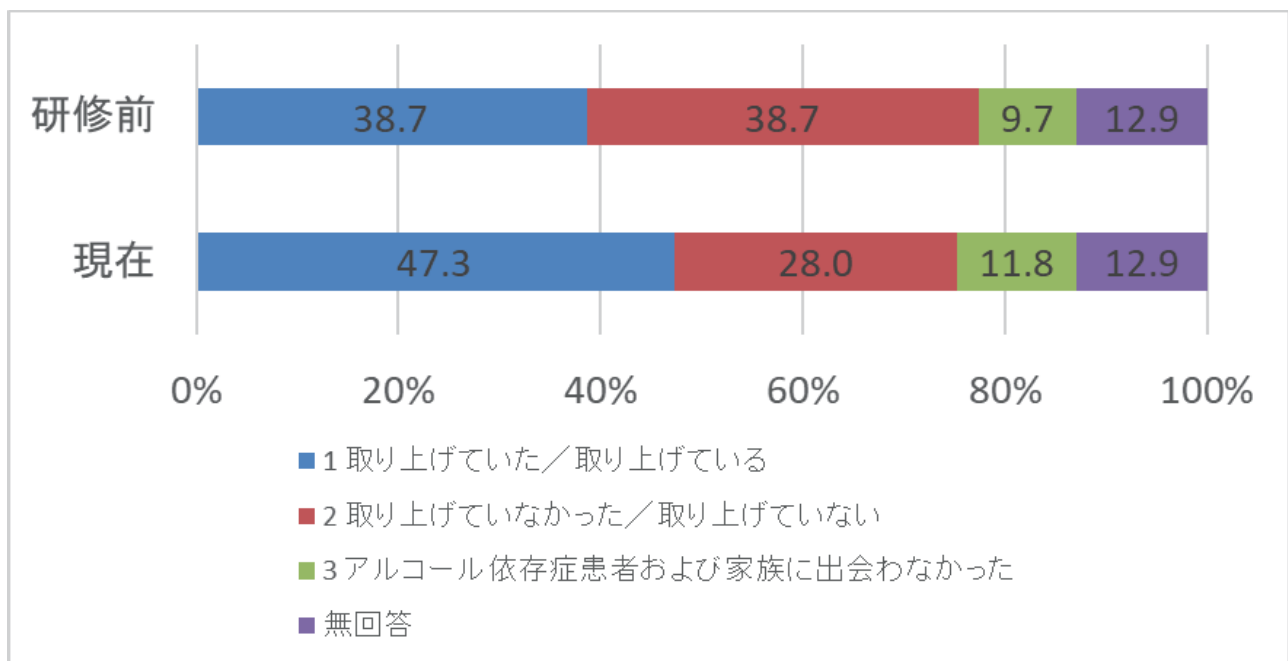
○研修前と現在の職場環境について

		1 連携している	2 連携していない	3 アルコール依存症患者および家族に出会わなかった	合計
1 連携していた	度数	41	1	2	44
	割合	93.2%	2.3%	4.5%	100.0%
2 連携していなかった	度数	6	21	1	28
	割合	21.4%	75.0%	3.6%	100.0%
3 アルコール依存症患者および家族に出会わなかった	度数	0	0	10	10
	割合	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
合計	度数	47	22	13	82
	割合	57.3%	26.8%	15.9%	100.0%

問3-B-1 院内の多職種間で MSW がアルコール依存症の問題を取り上げることについて、研修前の状況について教えてください。

問3-B-2 院内の多職種間で MSW がアルコール依存症の問題を取り上げることについて、現在の状況について教えてください。

院内の多職種間で MSW がアルコール依存症の問題を取り上げることについては、研修前に比べると現在は 8 ポイントほど増えている。過去にしていなかった 36 名のうち、現在している人が 13 名であり、多職種間の連携は現在は実施している機関が増えているようだ。



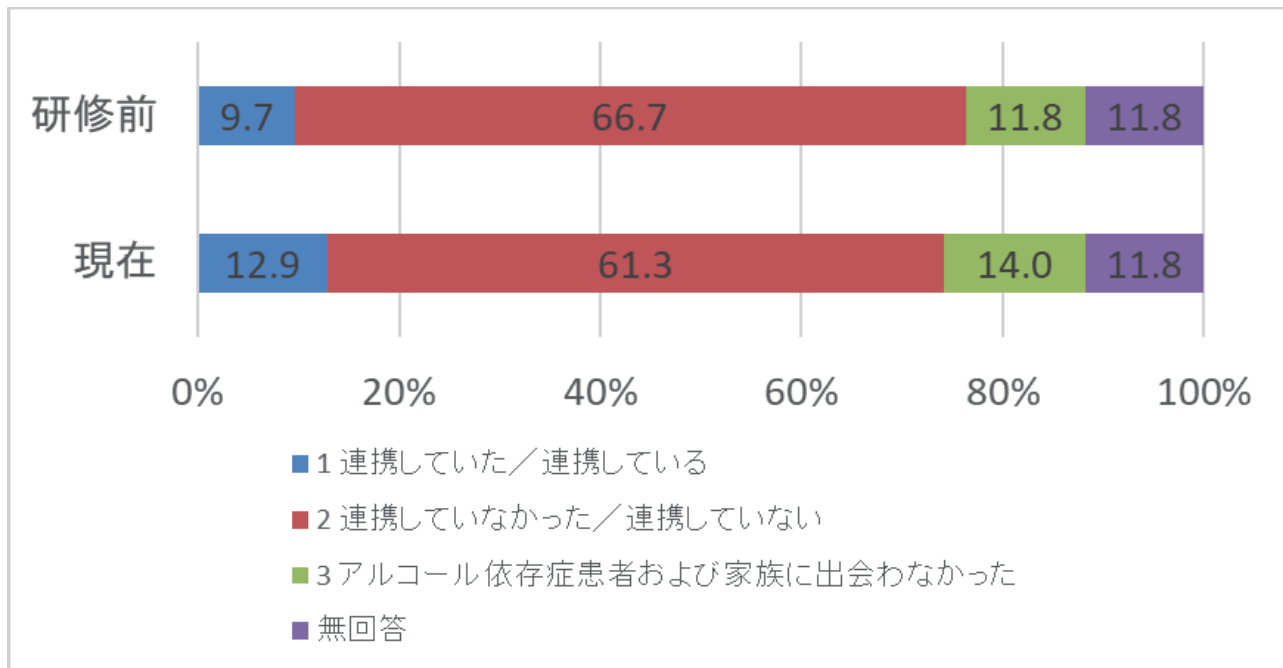
○研修前と現在の職場環境について

		1 取り上げている	2 取り上げていない	3 アルコール依存症患者および家族に出会わなかった	合計
1 連携していた	度数	31	3	2	36
	割合	86.1%	8.3%	5.6%	100.0%
2 連携していなかった	度数	13	21	2	36
	割合	36.1%	58.3%	5.6%	100.0%
3 アルコール依存症患者および家族に出会わなかった	度数	0	2	7	9
	割合	0.0%	22.2%	77.8%	100.0%
合計	度数	44	26	11	81
	割合	54.3%	32.1%	13.6%	100.0%

問3-C-1 アルコール依存症の自助グループとの組織的な連携について、研修前の状況について教えてください。

問3-C-2 アルコール依存症の自助グループとの組織的な連携について、現在の状況について教えてください。

アルコール依存症の自助グループとの組織的な連携については、研修前と現在でも実施している人は多くない。また、変化もそれほど見られない。



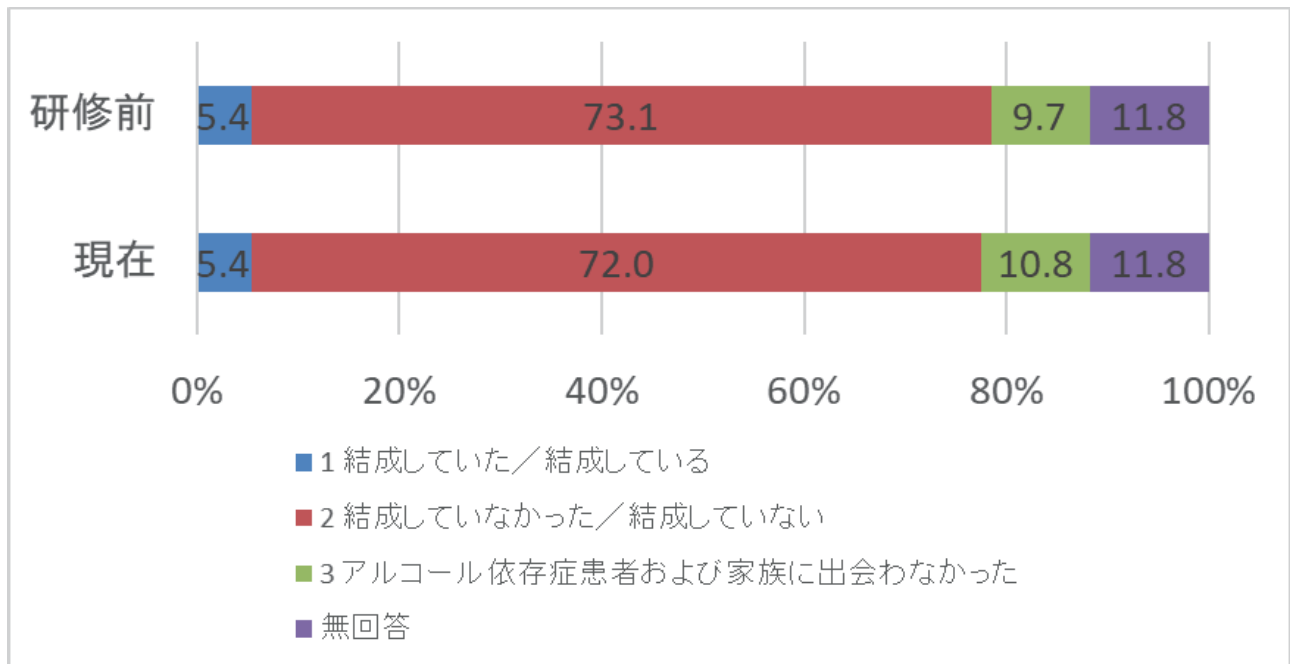
○研修前と現在の職場環境について

		1 連携している	2 連携していない	3 アルコール依存症患者および家族に出会わなかった	合計
1 連携していた	度数 割合	8 88.9%	1 11.1%	0 0.0%	9 100.0%
2 連携していなかった	度数 割合	4 6.5%	55 88.7%	3 4.8%	62 100.0%
3 アルコール依存症患者および家族に出会わなかった	度数 割合	0 0.0%	1 9.1%	10 90.9%	11 100.0%
合計	度数 割合	12 14.6%	57 69.5%	13 15.9%	82 100.0%

問3-D-1 院内でのアルコール依存症チームの結成について、研修前の状況について教えてください

問3-D-2 院内でのアルコール依存症チームの結成について、現在の状況について教えてください

院内でのアルコール依存症チームの結成については、研修前と現在でも実施している人は多くない。また、変化はほとんど見られない。



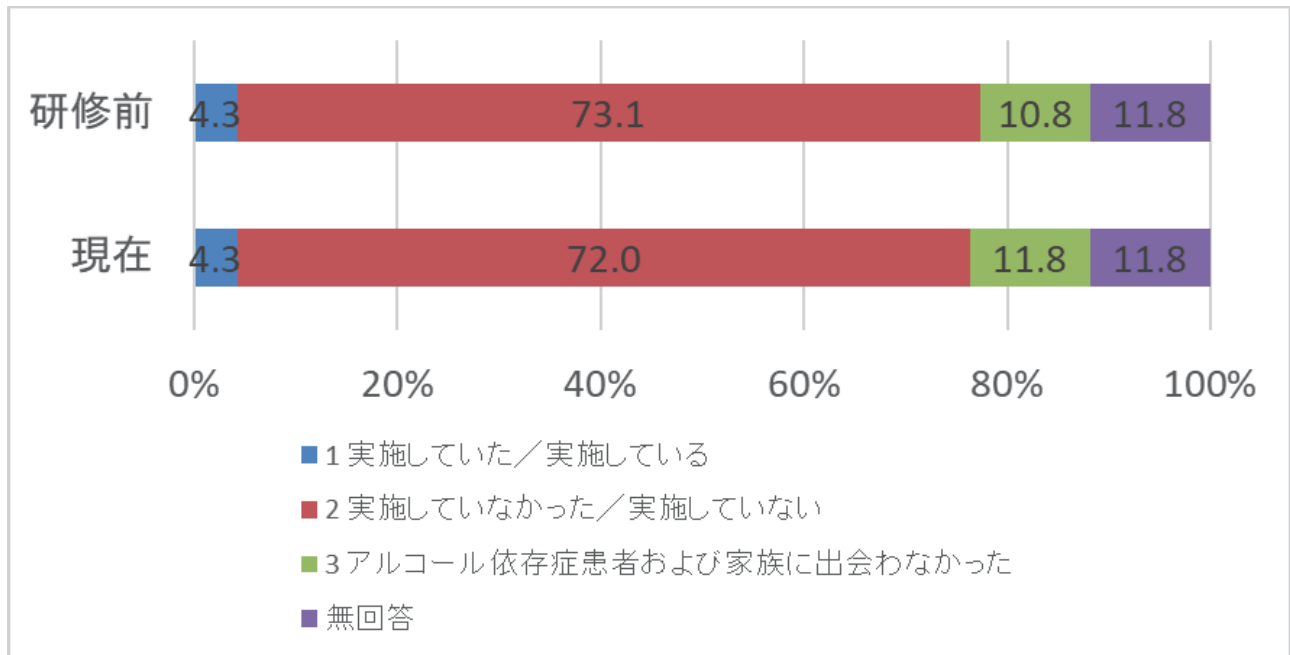
○研修前と現在の職場環境について

		1 結成している	2 結成していない	3 アルコール依存症患者および家族に出会わなかった	合計
1 連携していた	度数 割合	5 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%
2 連携していなかった	度数 割合	0 0.0%	67 98.5%	1 1.5%	68 100.0%
3 アルコール依存症患者および家族に出会わなかった	度数 割合	0 0.0%	0 0.0%	9 100.0%	9 100.0%
合計	度数 割合	5 6.1%	67 81.7%	10 12.2%	82 100.0%

問3-E-1 院内でアルコール依存症回復支援プログラムについて、研修前の状況について教えてください。

問3-E-2 院内でアルコール依存症回復支援プログラムについて、現在の状況について教えてください。

院内でアルコール依存症回復支援プログラムについては、研修前と現在でも実施している人は多くない。また、変化もほとんど見られない。



○研修前と現在の職場環境について

		1 実施している	2 実施していない	3 アルコール依存症患者および家族に出会わなかった	合計
1 連携していた	度数 割合	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
2 連携していなかった	度数 割合	0 0.0%	67 98.5%	1 1.5%	68 100.0%
3 アルコール依存症患者および家族に出会わなかった	度数 割合	0 0.0%	0 0.0%	10 100.0%	10 100.0%
合計	度数 割合	4 4.9%	67 81.7%	11 13.4%	82 100.0%

4) 職場環境について

問4 職場環境について問3で取り上げた項目の中で、していない／できないものがありましたら、その理由について教えてください

専門医療機関連携、自助グループとの組織的連携、依存症チームの結成、回復支援プログラムの実施について、していない／できない理由について尋ねたところ、「機会がない」を除けば、職場環境の意識の低さや職場から求められていないなど、研修を受けた SW 以外の職種や職場環境の問題が多く指摘されている。

■専門医療機関連携（12ケース）

○機会がない

- ・アルコール依存症患者に出会う機会がほとんどない
- ・アルコール依存症患者を紹介する機会がまだない、連携先は把握している
- ・事例がない ・対象ケースがない ・対象者が少なかった
- ・病院全体としてアルコール依存症の問題が全くないわけではないが、現在の自分自身の業務として関わることがない。

○その他

- ・依存症支援者不足 ・個別ケースで連携はあるが特定で連携はしていない
- ・専門医療機関に関わってもらうまでの壁が多い
- ・育休に入っていた ・所属機関が養成校であるため ・体調不良の為、MSW を辞めたため

■多職種間連携で問題を取りあげる（14ケース）

○職場環境

- ・依存症への理解が不十分、多職種共有しても諦めムードがある
- ・依存症支援者不足 ・院内の風潮として難しい ・体制がない
- ・見守るしかない、仕方ないで終わってしまうことが多い
- ・多職種のいる職場ではないため ・多職種では単発的

○機会がない

- ・アルコール依存症患者について多職種で問題を取り上げる機会がまだない
- ・アルコール依存症患者に出会う機会がほとんどない
- ・事例があっても逝去され診療終了となる ・対象者が少なかった

○その他

- ・現在、病院職員ではない ・所属機関が養成校であるため ・体調不良の為、MSW を辞めたため

■自助グループとの組織的連携（２９ケース）

○職場環境

- ・院内での意識が薄い　・院内の風潮として難しい　・職場から求められていない
- ・以前はあったが現在はできていない。院内でアルコール問題に取り組むスタッフの仲間づくりから始める必要性を感じている
- ・依存症支援者不足　・個別具体では実施しているが組織的連携ではない
- ・自助グループとの関わりが普段から少なく（断酒会の方が便りを持ってくるときだけ）、組織として関わるまでの関係性が構築できていない。

○機会がない

- ・機会があれば行う　・機会がない　・事例がない　・対象ケースがない
- ・対象者が少なかった　・働きかける人がいない
- ・アルコール依存症患者について多職種で問題を取り上げる機会がまだない
- ・アルコール依存症患者に出会う機会がほとんどない
- ・組織的な連携を要するほどのケース発掘ができていない

○その他

- ・患者さんに進めたが拒否反応強く消極的になってしまった
- ・近隣に自助グループがないため
- ・専門医療機関から自助グループへつなぐことがほとんど。
- ・コロナの影響でなかなか外部の人と交流がない（急ぎではないため）
- ・可能だができていない。
- ・現在、病院職員ではない
- ・今後検討中
- ・相談あればの対応
- ・体調不良の為、MSW を辞めたため
- ・療養型病棟なので組織としてとはならない。
- ・所属機関が養成校であるため
- ・育休に入っていた

■依存症チームの結成（29ケース）

○職場環境

- ・小規模の在宅療養支援診療所であり、そのニーズが相対的に低いと判断されている
- ・職場から求められていない ・院内での意識が薄い ・院内の風潮として難しい
- ・専門医がいない。 ・依存症支援者不足 ・患者はいるが、専門スタッフがいない。
- ・体制がない ・病院全体で問題意識が薄い
- ・依存症に関心を向けている院内スタッフが少なく、医師からチーム結成の話がない。MSW から話は出しづらい。

○機会がない

- ・アルコール依存の患者の数が多いわけではないので
- ・アルコール依存症患者について多職種で問題を取り上げる機会がまだない
- ・アルコール依存症患者に出会う機会がほとんどない
- ・機会があれば行う ・機会がない ・対象ケースがない ・対象者が少なかった
- ・事例がない ・働きかけるひとがいない ・必要性が高くない

○その他

- ・結成計画のための時間の確保が難しい
- ・育休に入っていた
- ・現在、病院職員ではない
- ・今後検討中
- ・所属機関が養成校であるため
- ・所属機関の機能
- ・体調不良の為、MSW を辞めたため
- ・コロナ感染対策のため

■回復支援プログラムの実施（28ケース）

○職場環境

- ・プログラムを実施する人員、場所の確保が難しい。感染対策で複数病棟から該当患者を集めての集団プログラムができない。コストもとりにくいので「無償で余計な取り組みを増やしている」と考えるスタッフもいそう。
- ・院内での意識が薄い ・院内の風潮として難しい ・職場から求められていない
- ・患者はいるが、専門スタッフがいらない。 ・依存症支援者不足 ・人員がいらない ・専門医がいらない
- ・体制がない ・理解している人がほほいない
- ・MSW の中でも依存症に関心がある人・ない人、研修を受けている人・受けていない人で差があり、標準的なプログラムを提供するには時間を要する印象がある。。

○機会がない

- ・アルコール依存症患者について多職種で問題を取り上げる機会がまだない
- ・アルコール依存症患者に出会う機会がほとんどない
- ・機会があれば行う ・機会がない ・事例がない ・対象ケースがない ・対象者が少なかった

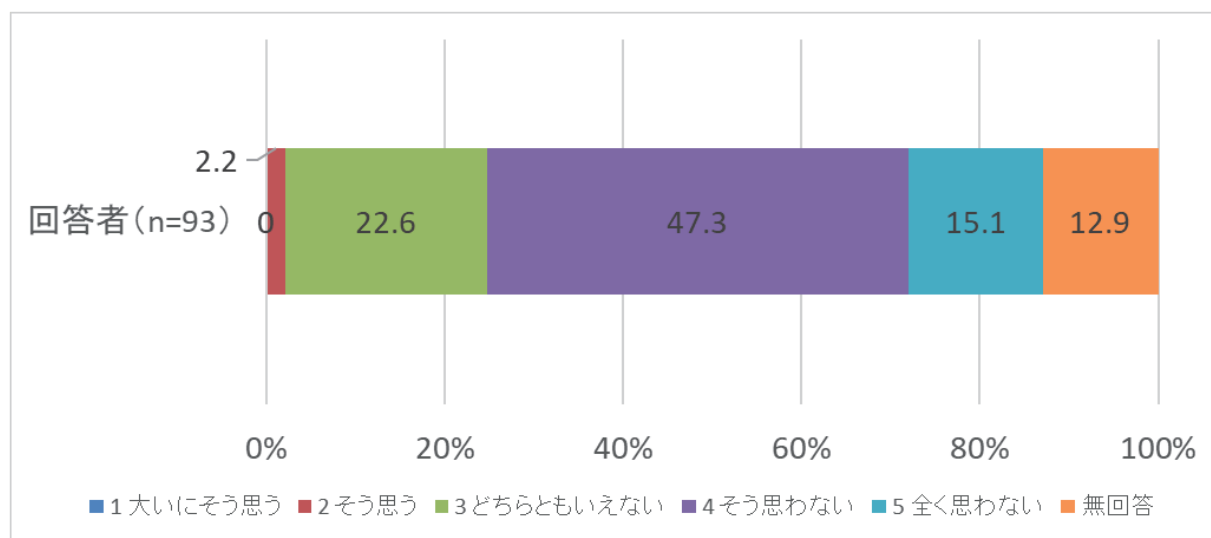
○その他

- ・当院のとり診療スタイル（訪問診療）での対応が困難であり当院で実施せずプログラム実施機関を紹介する方針
- ・育休に入っていた
- ・技術的・時間的な問題
- ・継続した通院での関わりが少ない
- ・現在、病院職員ではない
- ・所属機関が養成校であるため
- ・所属機関の機能
- ・体調不良の為、MSW を辞めたため
- ・コロナ感染対策のため実施が最低限になっている。

5) アルコール依存症に関して、回答者自身の考えについて

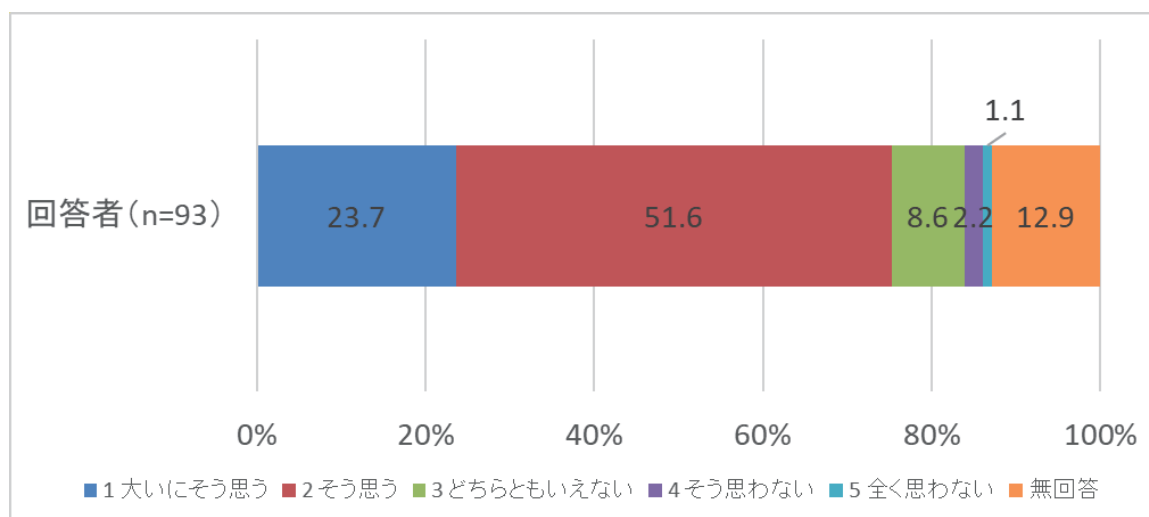
問5A 本人がアルコール依存症になったのは自業自得・自己責任だと思いますか

本人がアルコール依存症になったのは自業自得・自己責任かについては、半数以上の人「全く思わない」「そう思わない」と回答している。一方、「どちらともいえない」と回答した人が2割ほどいることもわかる。積極的に自業自得・自己責任だと考える人はほとんどいない。



問5B あなたは、アルコール依存症は回復する疾患であることを、知っていますか

アルコール依存症は回復する疾患であることを知っているかどうかについて、7割以上の人「全く思わない」「そう思わない」と回答している。一方、「どちらともいえない」あるいは知らない人は限定的であり、研修を受けた多くの人はアルコール依存症は回復する疾患であるという認識がある。



6) 今後の研修で取り上げてほしいことについて

問6 今後の研修で取り上げてほしいことがありましたら、ご自由にお書きください。

今後取り上げてほしいことについて18件の回答が得られた。支援に関して、具体的な方法や技術の解説が多くを占めており、方法論を身に着けることへのニーズがあることが分かった。

○支援に関する具体的な方法や技術の解説

- ・動機づけ面接について
- ・動機づけ面接法や回復支援プログラムなど、具体的な支援技術
- ・面接のロールプレイ等してほしい。
- ・アルコール依存症患者への面接（初回面接、動機づけ面接のロールプレイを含む）
- ・アルコールの他にも依存症について支援する効果的手法があれば取り上げてほしい。
- ・患者自身がアルコール依存の状態であることを自認し、アルコール依存症の専門医療機関に繋がれる方法
- ・自殺対策について
- ・専門機関との連携の方法や実践事例をもっと知りたい
- ・依存症者のリワーク支援
- ・ドロップアウトした患者への対応について
- ・資源が限られる中で具体的な対応や制度利用の工夫など取り上げて頂けると勉強になります

○生の声の共有

- ・自助グループから当事者のナマも声が聞けたことは非常に良かった。
- ・当事者の話を聴ける機会を継続してほしい。

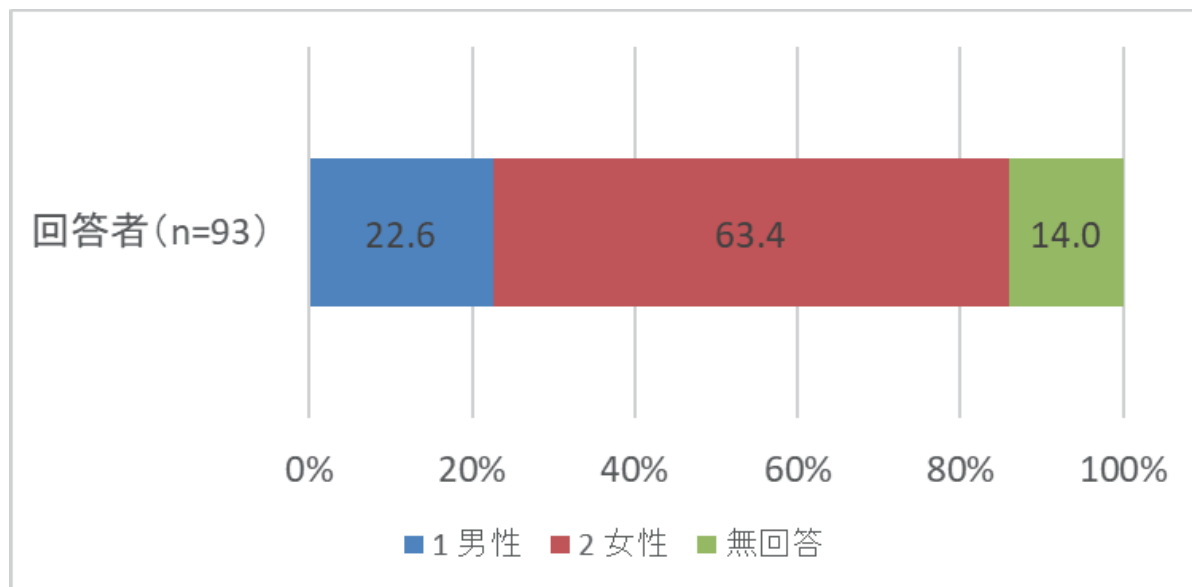
○その他

- ・アルコール依存症と心理学的な関連
- ・チームへの還元の仕方について。
- ・フォローアップ研修をお願いしたいです
- ・今年度の学会で、アルコール依存症の講義を聞いて、アルコール依存のリカバリーにいかに関わる環境や助けが必要か理解することができました。精神保健福祉の領域では疾患単科での対応も多く、内科疾患合併などがあると、依存症の対応は後回しにされてしまいます。年々依存症患者の年齢も高齢化し、複雑な対応が必要になるため、依存症の研修も基礎、専門と分けるというのはいかがでしょうか。
- ・swの価値をあげるスーパービジョンの実施について。

7) 回答者の属性について

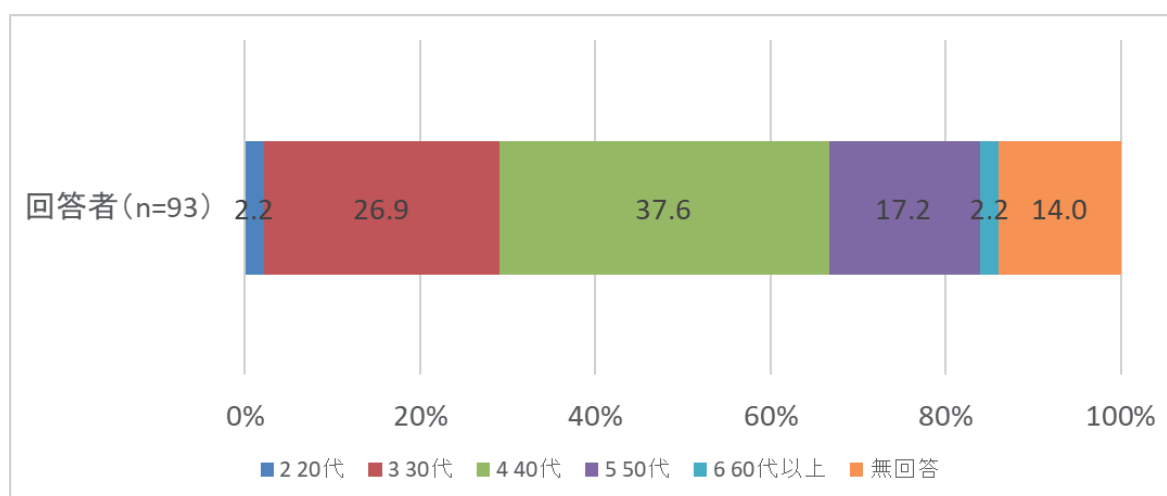
問7-A 性別

回答者の約6割が女性、約2割が男性であった。



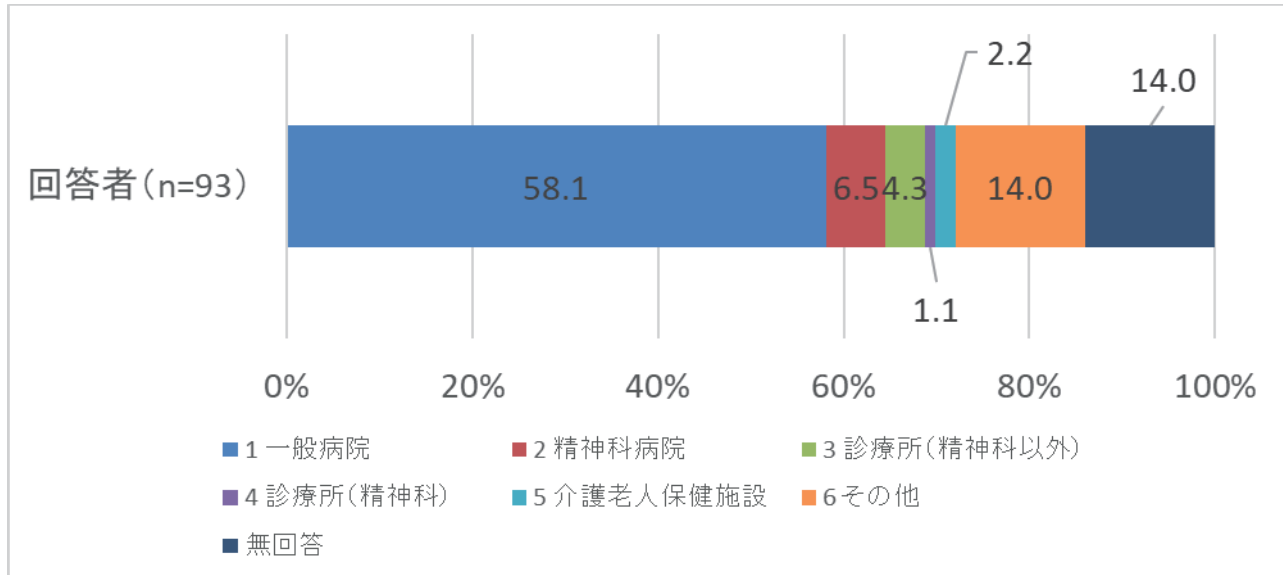
問7-B 年齢

40代からの回答が多く、次いで30代の回答が多い。20代や60代以上の回答はごくわずかである。



問7ーC 勤めている組織の種類

一般病院に所属している人が半数を占める。

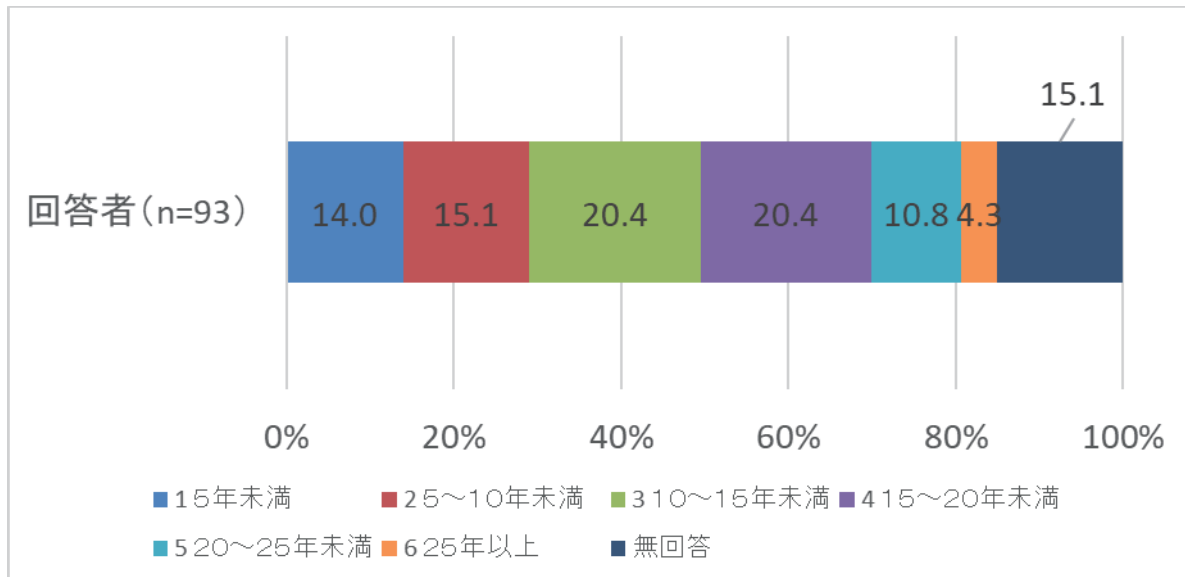


<その他の内訳>

- ・回復、療養、認知のケアミックス病院
- ・急性期病院
- ・現在医療機関外の福祉施設に勤務
- ・社会福祉士・精神保健福祉士養成校
- ・地域包括支援センターの総合相談窓口（ランチ）
- ・東京社会福祉士会
- ・特定機能病院
- ・所属なし 2名

問7ーD SW の経験年数

様々な経験年数の人が含まれている。



問7ーE 研修受講後の様子をインタビューしたいと考えています。ご協力くださる方はメールアドレスをお書きください。後日連絡をさせていただきます。

- ・7名の方からご協力をいただくことができた。

(文責：伊達 平和)

2. インタビューデータの分析結果：

院内におけるソーシャルワーカーの働きにくさ

1) インタビュー調査の目的

本節では、研修受講者に行ったインタビュー調査の分析結果を提示する。同調査の目的は、SW と医師・看護師との連携状況に着目し、SW が院内で自身の業務および研修で学んだ内容を円滑に実行できる状況にあるか、実行できない場合、その障壁は何か、について明らかにしていく。

2) インタビューの方法

I～III節で示されたアンケート調査の中では、インタビュー調査への協力依頼も行った。結果、4名のSWから調査への承諾を得た。下の表は、インタビュー協力者（以下、インタビューイ）のプロフィールとなる。

インタビューイのプロフィール

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん
資格	精神保健福祉士	社会福祉士	社会福祉士、 精神保健福祉士	社会福祉士、 精神保健福祉士
病院の形態	精神科病院	市区町村立病院	市区町村立病院	大学病院
病院のSW の人数	6人	12人	5人	7人
業務内容 ⁽¹⁾	・急性期病棟の担当 ・重度慢性期病棟の担当 ・外来患者担当 ・SMARPPの ファシリテーター	・相談業務 ・医療福祉の相談 ・退院支援の相談	・転院相談 ・後方支援	・退院調整 ・チーム活動

注) 1：語りのまま記している

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）で実施された。実施期間は、2021 年 12 月～2022 年 1 月である。インタビュー時間は、約 1 時間であった。主要な質問内容は、以下の通りとなる。

1. SW になった経緯。
2. 現在所属する病院での業務内容。
3. 現在所属する病院における SW の立場。医師や看護師との関係性。院内で心掛けている SW としての立ち位置。
4. 所属先の病院におけるアルコール依存症患者への支援状況。支援に関する悩みや葛藤。
5. 自助グループへの参加や個人的な関係性など、アルコール依存症者、その他依存症者等との関わりの有無。
6. 研修を受けた理由。
7. 研修後、現在の職場で、次の A～E をより意識的に取り組むようになったか。取り組むことが難しい場合の理由について。
 - A. アルコール依存症に関する専門医療機関との連携
 - B. 院内の多職種間で MSW がアルコール依存症の問題について取り上げること

- C. アルコール依存症の自助グループとの連携
 - D. 院内でのアルコール依存症チームの結成
 - E. 院内でのアルコール依存症回復支援プログラムの実施
8. 研修で説明された支援（SBIRTS、動機付け面接など）に対する感想。依存症研修でやってほしいこと。最も勉強になったと思うもの。
9. アルコール依存症者に対する自業自得・自己責任という意見への考え。関連する周りの人の様子や具体的な出来事。

3) 分析結果

1. SW は医師・看護師との関係性をどう認識しているのか

前述のように、同調査では、SW の立ち位置から見る医師・看護師との連携状況に着目している。そのため、まずは SW が医師・看護師との関係性をどう認識しているのかを確認していく。

インタビューは、自身の職場における医師・看護師との関係性について、対等な関係で“ある”、または対等な関係に“なった”と語った。すなわち、インタビューを行った時点では、自身の勤め先に職種間の序列的な人間関係構造は存在しないと認識しているということである。その語りを以下に示す。

Aさん：私は作業療法士と連携をとることが多いですね。

インタビュアー：仕事に関して先生方と密に連絡をとることは普段はありますか？

Aさん：します。

インタビュアー：医師に気をつかわないといけない関係性はあたりしますか？

Aさん：多少はありますが、でも当院の医師はそこまであんまり。

インタビュアー：フランクな感じですか？

Aさん：比較的フランクに。

Bさん：（医師や看護師との関係に対して）上下関係とはあまり思っていない。対等？医学的なことに関してはもちろん先生の指示を受けながら、相談しながらになるんですけど、関係性では上下でというふうにはあまり思っていない。

とくに、Bさんの語りに示されるように、SW は医学的な支援に関しては、医師の指示に応じることを普通とし、その上で、院内での関係性は対等なものだと捉えている。このことは、SW が院内における分業制を受容し、そうした職場環境のなかで医師・看護師との対等な関係性を見出していることを意味する。

ただし、その語りの中では、“SW の立場の低さ”が存在する／したことを示唆する経験についても示された。以下のDさんは、大学病院に勤務するSWであり、院内でのかつてのコ・メディカルな立場は弱く、それが近年では改善されたと語る。

Dさん：（勤務先の病院では）コ・メディカルで立場は強いものではないんですよね、8年前にX病院（＝勤務先の病院）にきた時、SWの立ち位置が非常に低かったんですけども、8年間の活動を通じて業務改善や資格の広報をすることによって技術職として去年からSWが正式に認

められました。資格の格上げっていうんですかね、組織内での部署の独立に近い形で資格を認められるようになってはいるので。一定の理解はいただいたかなと思います。仕事は、ここ1、2年、すごくやりやすくなっています。

Dさんの語りは、SWが院内で自身の業務を円滑に遂行するには、「技術職」として周囲に認められる必要があることを示唆している。すなわち、かつてはSWの立場は軽視され、それが業務遂行の障壁となっていた。しかし、現在ではそれが改善されたことで、SWの業務はやりやすくなり、医師等との対等な関係性は築かれていると語るのである。

加えて、SWの立場は診療報酬制度等の変化もあり、世間一般で向上したことが考えられる。しかしながら、そのような変化が生じていない病院も存在するようである。Cさんは、自身の病院では医師等との対等性が築かれていると語る一方で、そうした環境は、他の病院には見られないものだと感じていた。

Cさん：診療報酬に社会福祉士の名前が上がってから、比較的、カンファレンスには全病棟、毎週参加させてもらっています。病院の中では非常に優遇されているというか、重宝していただいているかわらせていただいていると思います。（中略）他の病院のワーカーともやりとりをするんですけど、けっこうやっぱり「退院支援は後で」みたいな、「こっちが優先だよ」というやり辛さを感じると聞いていますが、うちの場合があっているかわからないが、比較的、先生も一応私たちが「これは難しいケースですよ、ちょっと時間がかかりそうです、地域の状況としてとか、ご本人の生活背景でやむをえず退院調整が難航しそうなケースとかは、病棟でカンファレンスを開いてくれたり、主治医もいっしょに考えてくれて比較的、比較的ではありますが、協力体制はあるかと感じています。

Cさんは、他の病院では退院支援といったSWの業務が後回しにされる現状があると述べた。そして、他の病院と相対化するかたちで、自身の病院は、「主治医もいっしょに考えて」くれる環境にあり、医師との関係性が比較的良いものだと認識していた。ただし、「うちの場合があっているかわからないが」と付言するように、自身の職場を特例的なものと位置付けていることが窺え、自身の病院は対等な関係が築かれてはいるものの、それは非一般的なものだと認識していることが分かる。

以上のように、インタビューーは、医師・看護師との関係性を対等なものだと語っていた。しかし、そのなかでは、SWの立場の向上（Dさん）や、優遇的な環境（Cさん）といった認識についても語られた。CさんとDさんが、対等な関係を認識するのは、かつての職場や他の職場におけるSWへの軽視との比較から生じている可能性もある。つまり、前の職場や他の職場と比べて「対等」と認識しているということである。この点は、検証の仕様がいないが（仮に検証するには統計分析が必要と考える）、いずれにしても今回のインタビューーは、自身の職場で医師・看護師との対等な関係性を感じているという点は共通していた。

2. SWが医師・看護師と意思の疎通が図れない時とは？

インタビューーは、医師・看護師とは対等な関係にあると認識していた。しかし、院内での悩みごとについて尋ねた際には、インタビューーは、患者への支援方法や患者の言動の原因をめぐる議論の場面で、医師・看護師との意思の疎通が図れない時があるとも語った。Bさんは、看護師が集まる勉強会での経験

について次のように語る。

B さん：医師、看護師が依存症についての理解が不十分というのがあるんですけど、一昨年に消化器内科病棟でアルコール依存症の方が入院されて私が担当したのですが、その方は家に帰って、その後、その方への病棟での支援についての勉強会をすることになり。看護師の勉強会だったんですけど、SW も呼んでもらって、その場で看護師が「勝手にお酒をどうせ飲むやろう」とか「自己責任とか自業自得」というような話をずっと繰り返して。「ああやっぱり、なかなか認識してもらえてないんだな」とすごく実感して、そこがなかなか難しいなと感じました。

（中略）

インタビュアー：ちなみにその時、B さんはどういうご発言をされたんですか？

B さん：一番最後に「ソーシャルワーカーさんもきてもらっているから最後にどうぞ」という感じで話を振られたんですけど、「依存症という病気だから」と話をして「本人の責任というか本人が悪いわけではなく病気がそうさせていますよね」と説明はしたんですが、きっと伝わってないだろうなと感じたことと、医療の、医療ソーシャルワーカーは医療がメインでもない微妙な立ち位置で、看護師は医療がメインの人たちに、そういったことを私が言うのもどうかなと感じながら。複雑な。

看護師は、アルコール依存症の患者の断酒を無意味なものとし、また、罹患した理由を「自己責任」「自業自得」として帰責する発言をしていた。それに対し、B さんは「病気がそうさせています」という反論的な説明をしたわけだが、その後、そうした説明は、「医療がメイン」の看護師に対してはすべきでなかったと省察していた。このことは、院内では、医療を「メイン」とする職種に限り、患者に関する発言が許容されているととれる。つまり、B さんの経験からは、院内の分業や役割上、SW は医療を担う者として自身を位置づけることを困難とし、同時に、そのような立場にある SW は、医師や看護師に自分の意見を発言しづらい立場にあると認識していることが分かる。

同様の事例として、D さんの経験を示す。D さんは、院内で短期間での転院調整を求められていたが、そこには限界があると考えていた。そして、その限界について周囲の医師・看護師等は理解できていないとも感じていた。

D さん：葛藤の 1 つは、繰り返すアルコール依存症。依存症の方が入退院を繰り返すと、何が問題かという、先生方や看護師さんが「また来たよ」と、呆れた感を出してくるんですよ。その方に対して必要な医療的な資源であったり、なんだろう、その支援に結びつかない。「早く出してよ」という調整依頼の「圧」が強くて。（中略）転院調整の短い期間で、やれること、やれないことがある程度わかっていたので「やれないことはしっかりと組織に伝えないといけないな」と考えていました。

インタビュアー：なるほど。そうすると他職種とやるときも、割と言いにくいことも言わないといけないという場面は実際ありますか？

D さん：ありますね。煙たがられることもあります。

インタビュアー：「煙たがられることもある」。アルコール依存症の支援でもあるんじゃないですか？

D さん：結構多いですね。その時は組織の誰かを味方につけるとか、たとえば病棟の看護師長を味方に

つけるとか、先生方でも、上の位の先生を味方に引き込むとか、普段からそういった人間関係をよくして味方をつけるというのは意図的にやっています。

Dさんは、転院調整の中で「やれないこと」を理解してもらうため、その説明の必要性を見出していたが、SWによるそのような説明は周囲に退けられるとも感じていた。つまり、Dさんの病院では、短い期間の転院調整を手早くこなすというSWの役割を忠実に守ることが求められており、それへの反論は許容されない状況にあったと言える。そのことを如実に表すのが、Dさんによる現状打破の方法である。Dさんは、事態を打開するため、高い地位の医師・看護師との関係性を築くという策を取っていた。このことから、Dさんが、「やれないこと」を医師・看護師に理解してもらう上で、「説明」という正攻法は院内では通じず、ゆえに、上に掛け合うという術しかDさんには残されていなかったと言える。

3. 1. では、どのインタビューーも、医師・看護師とは対等な関係にあると認識していながら、以上では、患者の支援方法や原因論に関する議論の場面では、SWが医師・看護師への発言を躊躇う姿が見出された。Bさんが語った、SWは医療の「メイン」でないという語りは、換言すると、SWは医療の非専門家であるがゆえに、自身には院内での発言権がないと自己定義していたと言える。また、Dさんの経験も、SWが院内で支援に関する発言をしづらい状況にあることが分かる。インタビューーは、患者以外のことに関しては、医師・看護師と良好な関係性を築けているのかもしれない。しかし、患者に関する彼らの発言は許容されておらず、支援等の議論や決定に関しては従わざるを得ない環境にあると言える。

3. SWが院内で主体的に動こうとすると、どうなるのか？

以上のインタビュー内容からは、SWは院内での発言権が弱いことが示された。このことは、院内でSWが主体的に何かを企画することに関しても、何らかの制限がかけられていることを示唆している。

精神病院に勤務するAさんは、アルコール依存症支援のチームを院内で作り、回復支援プログラムを実施していた。しかしながら、そうした支援活動に対して、看護師からは無意味だと言われることがあると語る。（支援チームの構築と回復支援プログラムはAさんのみ行っていた。）

Aさん：患者さんをプログラムに案内した後に、看護師さんがプログラムを見て「そんなことをやって、どうせ、本人がやる気なかったら、またすぐ飲んで入院してくるんじゃない？」と。裏を帰せば、その方がアルコール依存症の方を支援してきた上での経験がある方たちが、そう思っているのですが、それでも「続けていったら、うまくいくかもしれない」と思いながらやっています。

Aさんは、看護師の発言を経験則から語るものとして容認している。しかし、先述のSWの発言権の弱さや医療の非専門家的な立場の存在を踏まえると、患者の治療を試みるSWの主体性は、院内では無意味なものとして軽視されやすいことが予想される。

さらに、SWが主体的に活動する際、医師等から承認を得なければならない環境にあると語るのがCさんである。

インタビューー：Cさん自身が、自分で、相談室でソーシャルワーカーがじゃあ動こうと、グループワークとか院内ミーティングを何とか（中略）「自分たちで何かをやろう」ということは実践

的にありますか？

Cさん：本当は主体的に動きたいところですが、主体的に動こうと思っても、なかなかこう私たち、立場上、後方支援なので、相談依頼が発生しないと基本勝手に患者さん、家族と接触できないので。「相談依頼をいただいての相談支援」になるので、そういう意味では、自分で発掘しても「この患者さんにかかわりたい」と発信しても、（医師から）「何か制度を使うんですか」となると、確かに制度には該当しないとなると、なかなか。自助グループにつなげるだけだから、「ちょっと案内だけ、しておいて」みたいな感じ。依頼が出ないということが非常に多いです。

Cさんは、SWの役割が後方支援であるため、依頼がかからない限り、患者や家族に自ら関わることはできない。依頼がなければ、自ら想起した活動を行うことができず、制度と関連するものしか実行を許されないと語った。以下のDさんも、勤務先の大学病院の制限によって自身の活動範囲が狭くなっていると感じていた。

Dさん：私も支援していて、少ないながら、（アルコール依存症の）回復者とも話をするんですが、相談室にこなくなると「あの、大丈夫かな？」と不安になりますね。「回復してないのではないか」と裏を読んでしまったりするので。

インタビューア：その後、その人が、どうなったか、わからない状況が続きますか？

Dさん：続きます。ただ日々支援していると、よくなった方を後追いでして電話をして確認するとか、あえて面接を入れることが大学病院だと、ないんですね。そこが悪いところなのかなと。数年かけて追っていいケースだと思うんですけど、追えてないのが現状です。

再発率の高いアルコール依存症において、患者の「回復」が支援の終わりを意味するものではないとDさんは捉えていた。すなわち、医師等の支援は患者に飲酒を辞めさせる結果を生みだすが、その後も断酒を継続できるかどうかの確実さは保証されていない。そうした点を補填するための後追い支援が重要だとDさんは認識しているわけだが、それは病院の特徴上、不可能となっていた。

さらに、こうしたSWの活動範囲の限局さは、自身の労働に対する価値にも負の影響を及ぼしていることが考えられる。

Dさん：「アルコール依存症は先生方の協力がないとできない」とか「ソーシャルワーカーの力だけだと支援ができない」という思い込みがあると自分もみなさんも思います。自分も含めて。「動機づけ面接」「SBIRTS」というワーカーが、結果が出せるというか、結果に結びつく支援、経過の支援ができることを教えてもらえると取り組む姿勢やワーカーのモチベーションになると思いました。現場はモチベーションが上がらないんですね、アルコール依存症の方の場合。言葉悪くいうと「結果が出ないから」とソーシャルワーカーもいうんですが、「何回やっても同じだよ」といういい方をする人が多くて、そこが影響するのかなと思います。

Dさんは、SWの取り組みは医者ありきで成立しており、SWだけでは「結果に結びつく支援」ができていないと評価していた。そして、そうであるがゆえに「動機づけ面接」「SBIRTS」といった専門性の有する支援の習得を通じて、SWの存在意義を見い出そうとしている。つまり、ここでは、限られたSW

の支援だけでは、自らの存在意義を見出せず、支援のモチベーションが低下してしまう不安や焦りのようなものが語られていると言える。

仮に、以上のような状況が日本の病院で常態化しているのであれば、SW は、研究や自助グループ、家族会等の院外で習得した知識や支援・治療方法を院内で主体的に実践することが、難しい立場にあると考えられる。院外で、アルコール依存症チームの結成や回復支援プログラムの有効性を学んだとしても、それらを企画したり、患者に自ら提供したりするには、医師等からの反論が逐一生じるかもしれないのである。

その他にも、SW の主体性を阻害する要因としては次の点が語られた。まず、診療報酬が付かない活動は、院内で却下されうる。（「Bさん：診療報酬とかがつかないですし。（中略）他の仕事は全部診療報酬につながってやっている中でそこに労力を割く人もいないかなと。」「Cさん：診療報酬にもなかなか乗ってこないとなると、動かしにくいところがあります。」）また、大きな病院においては、SW の提案はより困難となる可能性がある。（「Dさん：プログラムの実施とか作成は組織を巻き込むことになるので大きい病院ほどハードルが高いと思います」）。

こうした院内環境では、SW がミクロ・メゾ・マクロレベルのソーシャルアクションを起こすことは、容易ではないことが予想される。現状では、後方支援などの相談業務が基本となり、埒外の支援に着手しようとしても、医師等からの批判や拒否を受けることが考えられる。

4. まとめ

本結果をまとめる。今回調査した SW からは、医師や看護師等と対等な関係を築けていると認識しつつも、一方で、患者の支援方法等に関する発言はしづらく、また、自ら支援を実践・構築したり、外部の組織と連携したりすることが困難な状況にあることが語られた。これらの語りは、一見矛盾しているようにも見えるが、彼らが語る対等な関係というのは、支援以外の人間関係上の良好さを反映していたことが考えられ、この点に関しては、より深く聞き取るべきであったと考える。一方で、発言権の弱さや医療の非専門家的な立場、主体的な活動への制限に関しては、SW の低い自己評価（自分のできることは少ない）や、モチベーションの低下、離職意思の強化、精神的ストレスの誘因となることが考えられる。

このような実情を踏まえると、依存症リカバリーソーシャルワークチームに求められることは、SW が院内環境を改善する方法、もしくは、そうした環境の中で SW が抱える個別の問題の解消法について研修会で教授していくことだと考える。後者に関しては、面接方法等を受講者に画一的に教授するのではなく、受講者の個別のニーズに応じた講義を提供することが重要となる。これにより、個人の問題は解消され、自己評価等の改善に寄与するかもしれない。

最後に、同調査の限界について示しておく。同調査で収集したインタビューデータには、次のようなバイアスがあることが考えられる。研修の受講者という点で、支援への積極性があるインタビュイーであることが示唆され、また、同アンケート調査におけるインタビュイーの回答内容を確認したところ、アルコール依存症者への支援に対して重要性を感じている傾向にあった。したがって、分析結果は、SW として支援の重要性を相対的に強く感受しているインタビュイーのデータで構成されていると言える。加えて、今後探究の必要があるが、インタビュイーが医師等と対等な関係にあると語った点からは、同調査のデータには、対等でないと認識する SW が含まれていないことが示唆される。このことは、3. 1. のCさんの語りが表明している。すなわち、SW の立場が認められていない病院に勤務する SW に対しても、今回のような調査を行う必要があると言える。

（文責：堀 兼大朗）

IV. 調查關係資料

1) アンケート調査

2021/9/1

Qualtrics Survey Software

デフォルトの質問ブロック

「依存症支援研修」受講後アンケート調査

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担当（チーム）は2018年、2019年、2021年にアルコール依存症に関する研修を実施しました。

研修を改善するため、皆様からのご意見を参考にさせていただきたいと考えています。

過去を振り返る調査ということで、おぼえていない、答えにくいところもあるかもしれませんが、答えられる範囲で構いません。

なお、回答は統計的に処理されるため、個人が特定されることは決してありません。回答にかかる時間はおよそ**5分～10分程度**です。

回答は**2021年8月31日まで**とさせていただきます。

どうぞ、ご協力をお願いいたします。

なお、項目を選択して「**次に進む**」ボタンを押すと、次の質問が表示されます。

「**前に戻る**」ボタンを押すと、前の質問が表示されます。

問1 あなたが受けた研修の年を教えてください

- ☐ 日本医療社会福祉協会2017 年度 ソーシャルワークスキルアップ研修（2018年2月開催）
- ☐ 日本医療社会福祉協会2018 年度 ソーシャルワークスキルアップ研修（2019年2月開催）
- ☐ 日本医療社会福祉協会2020 年度 ソーシャルワークスキルアップ研修（2021年2月開催）

研修前と、現在の**あなた自身の状況**についてお尋ねします

（1/4セクション）

問2 -A- 1 **自助グループへの参加**の重要性について、**研修前**の意識を教えてください

- ☐ 重要である
- ☐ どちらかといえば重要である

- ☐ どちらともいえない
- ☐ どちらかといえば重要ではない
- ☐ 重要ではない

問2-A-2 自助グループへの参加の重要性について、現在の意識を教えてください

- ☐ 重要である
- ☐ どちらかといえば重要である
- ☐ どちらともいえない
- ☐ どちらかといえば重要ではない
- ☐ 重要ではない

問2-B-1 SBIRTSの重要性について、研修前の意識を教えてください

- ☐ 重要である
- ☐ どちらかといえば重要である
- ☐ どちらともいえない
- ☐ どちらかといえば重要ではない
- ☐ 重要ではない

問2-B-2 SBIRTSの重要性について、現在の意識を教えてください

- ☐ 重要である
- ☐ どちらかといえば重要である
- ☐ どちらともいえない
- ☐ どちらかといえば重要ではない
- ☐ 重要ではない

問2-C-1 動機付け面接の重要性について、研修前の意識を教えてください

- ☐ 重要である
- ☐ どちらかといえば重要である
- ☐ どちらともいえない

- ☐ どちらかといえば重要ではない
- ☐ 重要ではない

問2-C-2 **動機付け面接**の重要性について、**現在**の意識を教えてください

- ☐ 重要である
- ☐ どちらかといえば重要である
- ☐ どちらともいえない
- ☐ どちらかといえば重要ではない
- ☐ 重要ではない

問2-D あなたがアルコール依存症とのかかわりにおいて、現在実施しているものについて、すべて選んでください

- ☐ 自助グループへの参加
- ☐ SBIRTS
- ☐ 動機付け面接
- ☐ 院内スタッフの勉強会の開催
- ☐ 啓発用のパンフレット作製
- ☐ その他

問2-E 下記の項目の中でしていない／できないものがありましたら、その理由について教えてください

自助グループへの参加

SBIRTS

動機付け面接

院内スタッフの勉強会の開催

啓発用のパンフレット作製

問2-F-1 **アルコール依存症の知識を勉強すること**について、**研修前**のあなたの積極性について教えてください。

- ☐ 積極的
- ☐ やや積極的

- ☐ どちらともいえない
- ☐ やや消極的
- ☐ 消極的

問2-F-2 アルコール依存症の知識を勉強することについて、現在のあなたの積極性について教えてください。

- ☐ 積極的
- ☐ やや積極的
- ☐ どちらともいえない
- ☐ やや消極的
- ☐ 消極的

問2-G-1 アルコール依存症に関する知識を周囲の人に伝えることについて、研修前のあなたの積極性について教えてください。

- ☐ 積極的
- ☐ やや積極的
- ☐ どちらともいえない
- ☐ やや消極的
- ☐ 消極的

問2-G-2 アルコール依存症に関する知識を周囲の人に伝えることについて、現在のあなたの積極性について教えてください。

- ☐ 積極的
- ☐ やや積極的
- ☐ どちらともいえない
- ☐ やや消極的
- ☐ 消極的

問2-H-1 依存症の課題を持つ患者や家族をSWに依頼してもらえるような工夫について、研修前のあなたの積極性について教えてください。

- ☐ 積極的
- ☐ やや積極的
- ☐ どちらともいえない
- ☐ やや消極的
- ☐ 消極的

問2-H-2 依存症の課題を持つ患者や家族をSWに依頼してもらえるような工夫について、現在のあなたの積極性について教えてください。

- ☐ 積極的
- ☐ やや積極的
- ☐ どちらともいえない
- ☐ やや消極的
- ☐ 消極的

問2-I これまでお尋ねしたこと以外に、研修を受けたことで変化したことがあれば教えてください。

<参考>

これまでお尋ねしたこと：自助グループへの参加、SBIRTS、動機付け面接、アルコール依存症の知識についての勉強、知識を周囲の人に伝えること、依存症の課題を持つ患者や家族をSWに依頼してもらえるような工夫

研修前と、現在の職場環境についてお尋ねします。

(2/4セクション)

問3-A-1 アルコール依存症に関する専門医療機関との連携について、研修前の状況について教えてください。

- ☐ 連携していた
- ☐ 連携していなかった
- ☐ アルコール依存症患者および家族に出会わなかった

問3-A-2 アルコール依存症に関する専門医療機関との連携について、現在の状況について教えてください。

- ☐ 連携している
- ☐ 連携していない
- ☐ アルコール依存症患者および家族に出会わなかった

問3-B-1 院内の多職種間でMSWがアルコール依存症の問題を取り上げることについて、研修前の状況について教えてください

- ☐ 取り上げていた
- ☐ 取り上げていなかった
- ☐ アルコール依存症患者および家族に出会わなかった

問3-B-2 院内の多職種間でMSWがアルコール依存症の問題を取り上げることについて、現在の状況について教えてください

- ☐ 取り上げている
- ☐ 取り上げていない
- ☐ アルコール依存症患者および家族に出会わなかった

問3-C-1 アルコール依存症の自助グループとの組織的な連携について、研修前の状況について教えてください。

- ☐ 連携していた
- ☐ 連携していなかった
- ☐ アルコール依存症患者および家族に出会わなかった

問3-C-2 アルコール依存症の自助グループとの組織的な連携について、現在の状況について教えてください。

- ☐ 連携している
- ☐ 連携していない
- ☐ アルコール依存症患者および家族に出会わなかった

問3-D-1 院内でのアルコール依存症チームの結成について、研修前の状況について教えてください。

- ☐ 結成していた
- ☐ 結成していなかった
- ☐ アルコール依存症患者および家族に出会わなかった

問3-D-2 院内でのアルコール依存症チームの結成について、現在の状況について教えてください。

- ☐ 結成している
- ☐ 結成していない
- ☐ アルコール依存症患者および家族に出会わなかった

問3-E-1 院内でアルコール依存症回復支援プログラムについて、研修前の状況について教えてください。

- ☐ 実施していた
- ☐ 実施していなかった
- ☐ アルコール依存症患者および家族に出会わなかった

問3-E-2 院内でアルコール依存症回復支援プログラムについて、現在の状況について教えてください。

- ☐ 実施している
- ☐ 実施していない
- ☐ アルコール依存症患者および家族に出会わなかった

問4 職場環境について問3で取り上げた項目の中で、していない／できないものがありましたら、その理由について教えてください

専門医療機関連携

多職種間連携で問題を取りあげる

自助グループとの組織的連携

依存症チームの結成

回復支援プログラムの実施

アルコール依存症に関して、あなた自身の考えについて教えてください。

(3/4セクション)

問 5 A 本人がアルコール依存症になったのは自業自得・自己責任だと思いますか

- ☐ 大いにそう思う
- ☐ そう思う
- ☐ どちらともいえない
- ☐ そう思わない
- ☐ 全く思わない

問 5 B あなたは、アルコール依存症は回復する疾患であることを、知っていますか

- ☐ 大いにそう思う
- ☐ そう思う
- ☐ どちらともいえない
- ☐ そう思わない
- ☐ 全く思わない

問 6 今後の研修で取り上げてほしいことがありましたら、ご自由にお書きください。

さいごに、あなた自身のことについて教えてください。

(4/4セクション)

問 7 -A 性別

- ☐ 男性
- ☐ 女性
- ☐ 回答したくない

問 7 -B 年齢

- ☐ 10代

- ☐ 20代
- ☐ 30代
- ☐ 40代
- ☐ 50代
- ☐ 60代以上

問7-C 勤めている組織の種類

- ☐ 一般病院
- ☐ 精神科病院
- ☐ 診療所（精神科以外）
- ☐ 診療所（精神科）
- ☐ 介護老人保健施設
- ☐ その他

問7-D SWの経験年数

- ☐ 5年未満
- ☐ 5～10年未満
- ☐ 10～15年未満
- ☐ 15～20年未満
- ☐ 20～25年未満
- ☐ 25年以上

問7-E 研修受講後の様子をインタビューしたいと考えています。ご協力くださる方はメールアドレスをお書きください。後日連絡をさせていただきます。

2) インタビュー調査のインタビューガイド

①SW になった経緯を教えてください。

②現在所属する病院での業務内容を教えてください。

※職場が研修前後で変わった場合、より詳しく尋ねる。

③現在所属する病院で、SW はどのような立場にありますか。医師や看護師の方々との関係性や、気を付けている関わり方、院内で心掛けている SW としての立ち位置などありましたら教えてください。

④所属先の病院におけるアルコール依存症者への支援状況を教えてください。また、そうした支援に関する悩みや葛藤などありましたら教えてください。

⑤自助グループへの参加や個人的な関係性など、アルコール依存症者、その他依存症者、障害者との関わりはありますか。

※有りの場合→具体的にどのような関わりがあったか。

⑥研修を受けたように思った理由を教えてください。

⑦研修で説明された支援（SBIRTS、動機付け面接など）に対する感想またはご要望を教えてください。

⑧研修後、現在の職場で、次の A～E をより意識的に取り組むようになりましたか。院内での変化がありましたら教えてください。取り組むことが難しい場合、その理由をお聞かせください。

※A～E を見せる。

A. アルコール依存症に関する専門医療機関との連携

B. 院内の多職種間で MSW がアルコール依存症依存症の問題について取り上げること

C. アルコール依存症の自助グループとの連携

D. 院内でのアルコール依存症チームの結成

E. 院内でのアルコール依存症回復支援プログラムの実施

⑨アルコール依存症啓発に関する質問です。世間では「アルコール依存症は本人の怠惰や意思の弱さによって引き起こされるものであり、アルコール依存症になるのは自業自得や自己責任だ」という意見があったりします。こうした意見に対するあなたのお考えや、周りの人の様子や具体的な出来事がありましたら教えてください

第二部

チーム活動報告

I. チーム発足～今年度までの活動

▼チーム発足時

本チームは、アルコール依存症者の回復支援に関心があるメンバーが、自分のこれまでの支援における気がかりや悔い、疑問、さまざまな感情などを思い切って表明するところから活動を開始した。

チームの構築においては、コミュニティ・オーガナイズイングの手法を採用した。コミュニティ・オーガナイズイング（以下 CO）は、価値を共有し、「そのことに取り組みたいと思う人は誰もがその課題の当事者である」と考え、社会問題に直面する当事者として仲間を集め、ともに課題解決に取り組んでいく手法である。集団やグループの力を活用し、価値や目的の共有をしながら、プロジェクトの実現をうながす。

課題の解決のために、限られた時間の中で、どれだけ資源（仲間）を活用し、計画を実行することができるのか、チームメンバー全員が役割を担当し、全員参加の計画をつくることが重要となってくる。

さらに、仲間を増やすためには、自分自身が大切にしている価値観を伝え、どのようにその価値観が育まれたのかのストーリーを交えて語ることが効果的とされている。CO においては、この「私」「私達」を語るパブリック・ナラティブが、仲間を集め、価値を共有し、チームの基盤づくりとしては重要となる。同時に、パブリック・ナラティブは、プレゼンテーションの手法、リーダーシップの発揮の方法でもあり、チーム活動を促進、発展させていくための方法とされている。

リカバリーチーム発足前の準備会においては、あいにくコロナ禍であり、対面での会議を持つことはできなかった。しかし zoom による会議において、「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・ナラティブの時間を設け、全員が語ることに取り組んできた。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 MSW 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全員が行い、共有し、チーム発足の原動力とした。準備期におけるこのプロセスが重要となることは、CO の専門書において指摘されている（鎌田華乃子 2020：76-94）。

▼コミュニティ・オーガナイズイングによってチーム構築を目指してきたチーム活動の特徴

CO では、チームが機能するためには、3 つの条件が必要とされている。①境界があること、②メンバーが定期的にあい、安定していること、③チームが多様性に富んでいることである。さらに、チームは3つのことを決めなければならないとされている。①共有する目的を作る、②チームの規則を設定する、③役割を明確にするである。

こうしたポイントを踏まえて構築されたチームが達成できる成果は、3つあるとされている。①ゴールを達成すること、②チームワークがよくなること、③リーダーとして成長することである。（鎌田 2020：128-130）

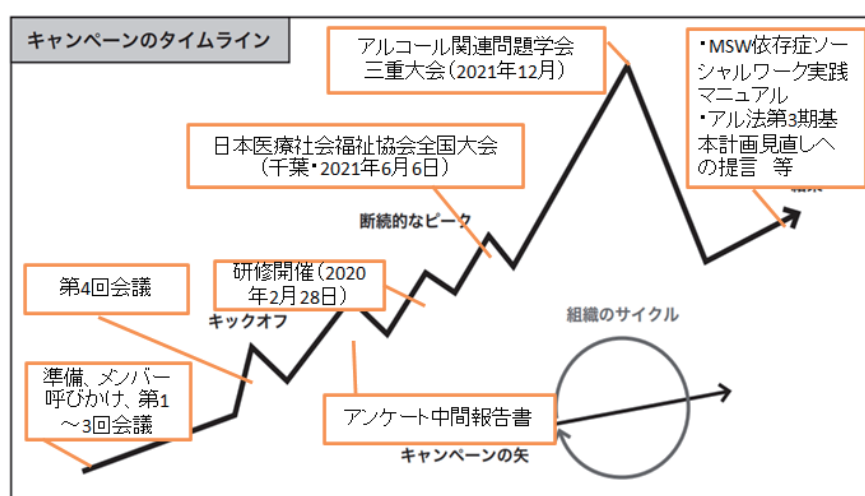
本チームは、日本医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業部に位置づくことで、協会活動としての公益性を常に意識しながら、MSWだけではなく、さまざまな立場のメンバーをむかえ社会への貢献を常に検討してきた。定期的な会議を開催し、スラックなどのツールを用いて情報や価値の共有を活動に組み込み、①共有する目的（チームとしてのアクションプラン、本協会としてのアクションプラン）、②チームの規則の設定、③組織活動およびチーム活動の役割の明確化を常に念頭に置

きながら 2 年間の活動を展開してきた。以下にその 2 年間の活動の成果を記録しておくこととする。

▼チームが直面してきたさまざまな課題および成果（結果）

活動開始時、準備会を経て結成されたチームメンバーと描いたタイムライン(2020 年 8 月作成)が図 1 のとおりである。CO では、目標に向かって、焦点を絞り、実施期限のある中で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。「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」をキャンペーンという。この一連の活動を通して、仲間が招集され、展開していく見通しが必要となる。

図 1 タイムライン：令和 2～3 年度



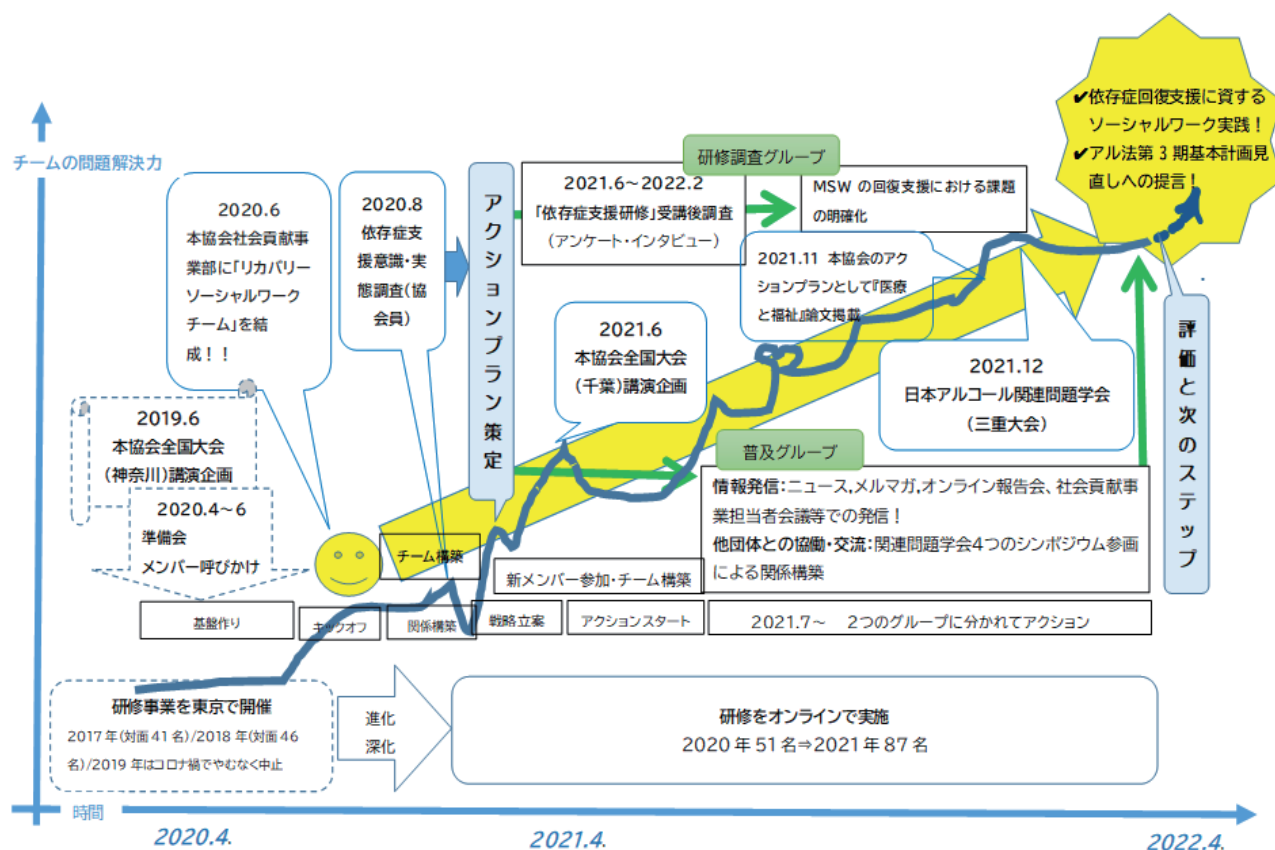
Community Organizing Japan

実際、2 年間にわたる活動では、以下のような困難等に直面することとなった。その都度、私達は何を大切にしたいのかに立ち返り話し合い、選択を行い、行動してきた。2021 年度末までの活動過程および成果は以下のとおりまとめることができる。(表 1：チームが直面してきた困難、選択、結果/図 2：依存症リカバリーソーシャルワークチーム 2 年間の活動)

表 1 チームが直面した困難及び選択、結果

困難	選択	結果
依存症を支援することの壁 支援者自身のネガティブな印象 支援することの疲労感 周囲の無理解 社会のイメージ なかなか断酒につながらない	研修で知識と理解を広めよう 回復者に会ってもらおう 意識調査をしよう メルマガで啓発しよう 学会の講演・シンポ等に積極的に参画しよう 学会で積極的に発表(発信)しよう	研修受講人数の増加 回復者とのつながり 研修内容を磨く 読者の興味の増加 回復者や支援者からの知識の共有 知見を研究・実践発表

図2 依存症リカバリーソーシャルワークチーム2年間の活動



▼活動年表(一覧)

- 2017年 本協会研修事業を東京で開催。参加41名。
- 2018年 本協会研修事業を東京で開催。参加46名。
- 2019年 本協会全国大会(神奈川)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。本協会研修事業を開催企画(京都)するが、コロナ禍により中止。★
- 2020年 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。
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。★
本協会研修事業をオンラインで開催。参加51名。★
調査結果を踏まえた「アクションプラン」策定。
- 2021年 本協会全国大会(千葉)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。参加430名。
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。★
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。また、ポスター発表を行う。

*シンポジウム

- 基本法下の地域連携 稗田里香登壇「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」
- 地域課題に潜む依存症及び関連問題に、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） 左右田哲登壇「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」
- 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 佐々木幸登壇（日本総合病院精神医学会と共同開催）「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～」
- 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 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（本協会本チームとして発表）

- 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-

本協会研修事業をオンラインで開催。参加87名。★

本協会オンライン報告会「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。★

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

引用参考文献

マーシャル・ガンツ（Marshall 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

1. 2021 年度の活動開始時

「依存症支援における MSW のスタンスの課題」で、MSW に向けた発信は研修以外では行えていなかった。

2. 2021 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。

- ・協会ホームページ等 SNS の活用。
- ・オンラインセミナーを企画開催し、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。

3. 2021 年度に達成できたこと、出来なかったこと、新たに気づいたこと

【達成できたこと】

- ・協会ホームページに、全国大会（千葉大会）での松本俊彦先生講演記録を掲載。
- ・7月から協会メールマガジンが毎週発行されることにより、8月からチームで毎週発信することを現在も行っている。
- ・オンライン報告会（2022 年3月7日）開催が理事会で許可され、実施した。

【出来なかったこと】

- ・Facebook、YouTube の発信が出来ていない。

【新たに気付いたこと】

- ・MSW などの手元に残り、日々の実践に活用できる物を作成していく事が必要（リーフレット作成検討）。

▼研修調査グループ

1. 2021 年度の活動開始時

前年度着手できなかったのは、「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（マイクロレベル）」である。また、十分に着手できなかったことは、7点であった。マイクロレベルにおいては、「MSW に対する依存症患者の捉え方や家族支援に関する概論的な研修の企画」、「SBIRTS の知識習得のための研修企画」、「MSW 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の企画実施（懇談会など）」、「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依存症ケースに介入できるための研修」が挙げられた。また、メソレベルにおいては、「地域住民に向けた研修の企画実施」、「地域における研修企画方法などについての研修会の企画実施」などが挙げられた。

2. 2021 年度の活動開始時に立てたアクションプラン

十分に着手できなかった「研修の企画立案」の焦点をあて、以下をプランとした。

- ・過去に実施した研修に関する評価（質問紙調査とインタビュー調査の実施）。

- ・本協会提供の研修内容と、他団体提供の研修の特徴の違いと意味づけに関する検証。
- ・従来のスタイルの研修の試験実施とふりかえり。
- ・モデル研修の実施（地域の選定）。
- ・活動成果のふりかえり（報告書作成）とチーム活動継続の提案。

3. 2021 年度に達成できたこと、出来なかったこと、新たに気づいたこと

【達成できたこと】

- ・過去に実施した研修に関する評価（質問紙調査とインタビュー調査の実施）。
- ・従来のスタイルの研修の試験実施とふりかえり。
- ・活動成果のふりかえり（報告書作成）とチーム活動継続の提案。

【出来なかったこと】

- ・本協会提供の研修内容と他団体提供の研修の特徴の違いと意味づけに関する検証。
- ・モデル研修の実施（地域の選定）。

【新たに気付いたこと】

- ・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研修の再設計。

▼全体その他

1. 2021 年度の活動開始時

前年度 MSW（会員）に「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」を実施し、課題を解決するためのアクションプラン（表 1）を、知識啓発と研修・研修システムの構築に分けて提示した。2021 年度の活動開始時は報告書を作成し、他団体にも配布し、協会内では課題を共通認識した。

2. 2021 年度の活動開始時に立てたアクションプラン

「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」の結果を、会員外の MSW や、多職種・他団体にも周知し、課題解決に向けて協働したいと、以下をプランとした。

- ・全国都道府県医療ソーシャルワーカー協会社会貢献事業担当者との懇談会。
- ・アルコール関連問題学会等での発表。
- ・都道府県アルコール健康障害対策推進計画への参画状況の把握。

3. 2021 年度に達成できたこと、出来なかったこと、新たに気づいたこと

【達成できたこと】

- ・全国都道府県協会社会貢献事業担当者会議を開催し、依存症リカバリーソーシャルワークチームの活動報告を行った。依存症支援に関する都道府県協会の活動を情報共有する機会となった。
- ・2021 年度アルコール・薬物依存関連学会（三重県）にて、「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」を演題発表した。

【出来なかったこと】

- ・全国都道府県協会社会貢献事業担当者会議は開催できたが、依存症リカバリーソーシャルワークのみをテーマとしたものではなかったため、テーマを深め意見交換することはできなかった。
- ・都道府県アルコール健康障害対策推進計画への参画状況について、一部把握できたが全国の把握はできなかった。

- ・依存症に対するマクロレベルでの提言。

【新たに気付いたこと】

- ・メゾ、マクロレベルでの MSW の実践ができるよう、さらに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推進していく。

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	・MSW(会員)に対する依存症患者の考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 ・SBIRT の知識習得のための研修の企画	・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。 ・SBIRT 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。	・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、依存症当事者の考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。	・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ト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	・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）	・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。	・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
	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	・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。	・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。	

*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】【「社会資源紹介屋」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勢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 2 年間の振り返りと、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。

アルコール健康障害対策基本法ができ、1～3 次予防・調査研究、予防と回復に向けた支援、家族の支援が重要視される中、協会にこのチームが誕生し、依存症に関する SW の支援に志を持つ全国

のメンバーの方々と出会えたことに深く感謝しております。近未来、トリートメント・ギャップを解消するキーパーソンが MSW であってほしいし、すべてのソーシャルワーカーにとって依存症支援が当たり前のものとなっていることを夢見ています。（武蔵野大学 稗田里香）

振り返り：依存症者とその家族等への支援は、専門分野だけでなく、一般医療機関でも行う必要がある、というのを発信し続けた。

見据えている未来：依存症への偏見、スティグマを軽減していけるよう、依存症回復者と出会える機会を数多く作る。「渴望期」依存症者への関わり方の仕組みづくりの検討。

（北里大学病院 左右田哲）

日本協会の社会貢献事業部の中にこのチームが位置づけられていることの重みを、日々実感しています。私の問題意識を発信し、私達の問題として認識することを大切にしながら、この活動が社会のためになることを検証しつづければなりません。この責務は大変重いものであるからです。会員の皆様、チームメンバーと、ソーシャルワーカーが回復の文化に積極的に関与していく活動に取り組んでいきたいと思います。（同志社大学 野村裕美）

一般医療機関で「診断がついたアルコール依存症の患者様を治療に結び付ける」という目標を持つチームを理事として応援してきました。この間の2回の研修の受講生のリアクションから、会員の方にチームの目標が伝わりつつあると感じています。この事業が更に多くの会員、そして都道府県協会の MSW や精神保健福祉士、さらに地域の当事者団体等に拡がり、有機的に結びついていくことを願っております。（日本医療ソーシャルワーカー協会 坪田まほ）

医療ソーシャルワーカーは、依存症に苦しむ患者の支援に携わってきている。ミクロ・レベルで依存症の課題に取り組みたい意識が向上しても、メゾ・マクロレベルでの具体的な取り組みが出来にくい実態があった。依存症対策の体制整備に医療ソーシャルワーカーも参画し、具体的な支援が、どの病院、どの地域でもできるようチームとしても取り組んでいきたい。

（済生会京都府病院 南本宜子）

ある依存症の方の支援に取り組んでから、何か上手く支援できる方法はないかと思い、研修を受けこの2年はチーム活動に参加させて頂けました。今思っているのは、依存症の方やご家族、支援者等々が1人でも多く回復者の方に会えたらいいなという事です。みんなが、精一杯自分を生きられる世の中でありますように。（JCHO 北海道病院 佐々木幸）

アルコール関連問題はソーシャルワークのあらゆる分野の相談に登場している。当事者はもちろん、その人を取りまく周囲の環境に見え隠れしていることが多い。アルコール基本法により広く知られるようになったアルコール依存症。まずは医療ソーシャルワーカー全員に気付く視点を持ってほしい。そのために立ち上がったこのリカバリーSW グループの存在。このチームはこれからますます発展していきます。ご期待あれ！（WITH 医療福祉実践研究所 佐原まち子）

チームに加入し、目の前のクライアントへの支援、所属する地域を対象とした取り組みから、MSW 全体を見据えた活動により視野が広がりました。アンケート調査で、明らかとなった事柄に対して何が出来るか？一生懸命考えてきた2年間でした。これから先は、依存症の根底にある生きづらさへの支援、家族支援、全国どこの医療機関でも MSW が当たり前に関わられる、依存症支援が普遍化される未来を目指し取り組んでいきます。

（相模原中央病院 斉藤正和）

リカバリーチームを通して、当事者や家族、支援者の声を聴き、アルコール依存症からの回復の道は決して平坦ではなく、越えるべき山や谷が数多くあること、そこには無数の落とし穴があり、どのような支援が必要であるのかを学び知ることができました。依存症に対する支援の課題は MSW だけで達成できるものではなく、当事者や家族、地域を巻き込んだ支援はどうあるべきかを問われるものであり、次の展開を考えていく必要があると考えさせられた2年間でした。

（トヨタ記念病院 浅野正友輝）

「意識・実態調査」からMSW実践の現状をより深く知ることができた。支援を行う上で正しい知識が習得できるよう、「依存症は誰でもなりうる病気」、「回復する病気」であることを正しく理解し、ミクロからメゾレベルでの幅広い知識と連携をもとに関わり続ける力を持ってもらえるよう取り組みました。今後は、患者・家族が回復を望む時に、あたり前に支援が受けられる社会となるよう、今できることを考え取り組みたい。

（東神戸病院 才田靖人）

チームの発足からあっという間の2年間。報告書では、依存症に対する偏見、回復を学びきれていないという MSW 自身の課題と支援の取り組みにくさの課題が浮き彫りになりました。MSW として目の前の患者・家族が笑顔を取り戻せるよう努めていきたいと思います。また、依存症支援に奮闘する MSW が、前向きに、積極的に活動していけるよう、仲間づくりや支援者支援の仕組みができるといいなと考えています。

（市立四日市病院 兵倉香織）

今年度より、リカバリーチームに参加させて頂き、受講生はじめチームのメンバーの方々からたくさん刺激を受け、私自身の依存症支援においても変化が生まれました。今後は学んだ視点を持って、MSW としてミクロ、メゾ、マクロレベルでどのような立ち位置で支援を行っていくかが自身の今後の課題です。この変化を今後はアクションに繋げていけるように、地域差や職場環境等も見据えての MSW による依存症の支援をみなさんと共に追求していきたいと思っています。

（大分市医師会立アルメイダ病院 山本琢也）

今年度より依存症リカバリーチームのメンバーとなり、活動させていただきました。チームのみなさんとの活動を通じて当事者やご家族、支援者の方々と出会いや語りから、改めて自分のこれまでのソーシャルワーク実践を振り返り、これからの支援の在り方を考える貴重な機会となりました。これまで着実に積み重ねてきたチームの活動により今があるということに責任と未来への希望を感じています。チームが掲げる目標を達成できるよう、未来に向けた歩みをみなさんとともに進めていきたいと思っています。

（愛媛大学医学部附属病院 平井美奈子）

一般医療に早くから繋がりがながらも、入退院を繰り返し断酒までかなりの年数がかかったアルコール依存症の本人である私が、このチームのメンバーの一員として活動できるということは、自分の過去の苦しみや辛さを価値に変えていける私自身にとって意義のあることです。これからも、依存症についてわかりやすく医療関係の方々へ情報発信をしけるよう努めていきたいと思います。

（ASK 認定依存症予防教育アドバイザー 上堂蘭順代）

MSW の皆さんの仲間に入れていただき、ASW としての私の役割は何かを問う2年間でした。アクションを起こされている皆さんに力をいただけてきました。依存症のソーシャルワークは特別なものではなく、しかしソーシャルワーカーがクライアントに向き合う時に大切にすべきものが沢山詰まっていることを再確認いたしました。依存症には回復があり、ソーシャルワーカーはその回復の重要なキーパーソンになり得ると思っております。依存症がその他の疾患と同様に当たり前に治療を受けられるように、依存症に関わる仲間を増やしていきたいと思っております。

（安東医院 松浦千恵）

今回は、研修を通じて MSW の依存症に対する意識や行動が変わっていくのか、また変わっていないのか、その一端を明らかにすることができました。特に意識は変化しても、実践までつなげるのが厳しい現状があるのが印象的でした。これは知識面から MSW をサポートするだけでなく、働き方や職場環境に対するアプローチも必要であることを示唆しています。より多角的にこの研究を続けていく必要があると再認識しました。

（滋賀大学 伊達平和）

これまで私は、医療ソーシャルワーカーというご職業について、恥ずかしながらほとんど知りませんでした。何も知らぬままアンケートを分析し、インタビューを行っていましたが、それでも、現場の方々が支援に悩まれ、また、それが院内の構造的な側面に影響を受けているという点は感受することができました。後者は改善が難しいかもしれませんが、改善の一助となる研究を今後もさせていただければと思います。

（滋賀大学 堀兼大朗）

Ⅲ. 講演記録

本資料は、2021 年 6 月 6 日（日）に開催されました本協会全国大会（千葉大会）（9 時～10 時 30 分）での松本俊彦先生の講演記録です。掲載については講師の先生の許可を得ています。なお、本協会ホームページにも掲載しています（ダウンロード可）。

【抄録】

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アディクション～

松本俊彦先生

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

薬物依存研究部 部長 / 薬物依存症センター センター長

「人はなぜ依存症になるのか？」のか。

薬物依存症患者の多くが、薬と名のつくものであれば何でも手当たり次第に手を出し、どんな種類の薬物にも依存しているのかといえ、必ずしもそうではない。大抵は、数種の薬物を遍歴した後に最終的に自分に最もしっくり来る「好みの薬物」にたどり着くといったパターンをとる。その意味で、薬物依存症の原因を、「嗜癖な性格」とか「自己破壊的な性格」だけに求めるのは無理がある。

興味深いのは、さまざまな薬物遍歴の果てにたどりついた薬物が、その効果や依存性において、必ずしもこれまで経験したなかで最も「ハードなもの」とも限らないということである。実際、「自分は覚せい剤よりも咳止め薬の方が合う」とか、「覚せい剤よりもシンナーの方がいい」と語る患者は確かに存在する。このことは、その後の時代において主張された次の仮説にも限界があることを示している。その仮説とは、「依存症になるのは、依存性のある薬物を使ったからだ。依存性薬物は、一度使うとその快感が脳に刻印されてしまい、その後の人の行動を支配する性質があるのだ」というものである。この仮説では、多数の習慣的飲酒者のうち、アルコール依存症に罹患する者はごく一部でしかないという事実を説明できない。

そもそも、人はいかなる快感にも呆れるほどすぐに倦んでしまう生き物である。我々の中枢神経は悲しいほど簡単にさまざまな刺激に鈍麻し、いかなる快楽に倦んでしまいやすい。それにもかかわらず、一部の限られた人たちだけがいつまでも倦むことなく、その物質を使い続けるのはなぜなのか。

人が依存症になるのは、それによって快感が得られるからではなく、苦痛——それまで続けてきた悩みや痛み、苦しみ——が一時的に緩和される（＝「負の強化」）からではないか。それであれば、飽きるどころか、生き延びるためにその物質は手放せないものとなろう。

筆者は、まさにこの「負の強化」こそが依存症の本質であると考えている。実は、どのような重篤な依存症患者でも簡単にアルコールや薬物をやめている——もっとも、数日ないしは数時間単位の話だが。むしろかしいのは、「やめること」ではなく、「やめ続けること」である。それがかくもむずかしい理由は、アルコールや薬物が、一時的には、患者にとっていわば「こころの松葉杖」として機能していたからだ。

今回の講演では、Khantzian の「自己治療仮説」を紹介しながら、「孤立の病」としての依存症からの回復のために、支援者や社会はいかにあるべきかについて、私見を述べたい。

(略歴)

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 薬物依存研究部 部長 / 薬物依存症センター センター長

日本社会精神医学会理事、日本精神科救急学会理事、日本学術会議アディクション分科会特任連携委員

1993 年 佐賀医科大学医学部卒。

1993 年 横浜市立大学医学部附属病院臨床研修医

1995 年 国立横浜病院精神科シニアレジデント

1996 年 神奈川県立精神医療センター医師

2000 年 横浜市立大学附属病院精神科助手

2004 年より国立精神・神経センター（現 国立精神・神経医療研究センター）精神保健研究所司法精神
医学研究部室長

2010 年 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所同研究所 自殺予防総合対策センター副セン
ター長

2015 年より現職

2017 年より国立精神・神経医療研究センター病院 薬物依存症センター センター長を併任。

【講演録】



稗田里香（司会）：

これから松本俊彦先生のご講演を始めます。テーマは「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」です。私は当協会に昨年度から設置されました依存症リカバリーソーシャルワークチームの委員長を務めております稗田と申します。松本先生、本日はお忙しい中、お時間をとってくださりましてありがとうございます。チーム一同、本日のご講演を楽しみにしておりました。松本先生は現在、国立研究開発法人国立精神・神経医療センター精神保健研究所薬物依存研究部部長でいらっしゃいます。国立精神・神経医療研究センター病院薬物依存症センター長も務めておられます。松本先生は精神医学、保健領域、特に自殺予防、依存症治療研究においては日本の第一人者であり、所属学会や、この領域のご著書は多数あります。診療報酬化された薬物依存症支援のSMARPPの開発についても著名です。我々協会が協力団体となっている救急認定ソーシャルワーカー認定機構の「救急患者支援 地域につなぐソーシャルワーク 救急認定ソーシャルワーカー標準テキスト」もご執筆をいただいています。松本先生の魅力はたくさんあります。依存症から回復されている方々、元NHKアテウンサーの塚本さん、俳優の高知さん、元プロ野球選手の清原さんなどのご本の中から先生との信頼関係や先生のお人柄を伺い知ることができるかと思います。

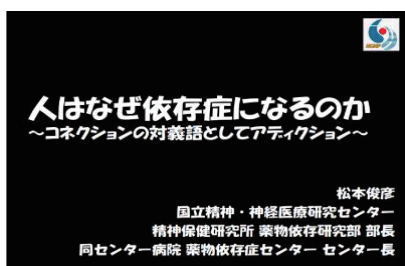
個人的には、常に依存症に苦しむ方々の世界に先生は身を置いて、その苦しみを科学的根拠に基づきながら世の中にあるスティグマや不正義、政策の矛盾に立ち向かっておられる、その勇敢さに、ソーシャルワーカーとして、また研究者として教えられたことがたくさんあります。今まさにマスコミ等でも取り上げられていますが、大麻使用罪創設に対する反対を孤軍奮闘でやってくださっています。診療や研究はもちろん、少年院や鑑別所、地域の依存症やご家族のプログラムなど、お身体は大丈夫なのかなと心配するくらいですけど、世のため、人のために身を粉にして働いておられる姿に敬意を表する気持ちでいっぱいです。依存症対策は国際的に取り締まりから予防ケアへと大きく変化しています。日本はまだ、その変化に対応するためには多くの課題がありますが、それでもソーシャルワーカーへの期待が高まっているところです。今日は松本先生のお話を聴き、依存症回復支援者、代弁者として私たちソーシャルワーカーの責任や自覚を高めていただくということで聴いていただければと思います。本日は松本先生のお話をじっくり聴いていただきたいということで質疑応答の時間はありません。このライブは先生のご許可をいただき、オンデマンド配信をすることになっています。先生、それではどうぞ、よろしくお願いいたします。

松本俊彦先生：

稗田先生、過分なご紹介をどうもありがとうございます。あちこち僕が顔を出してワーカホリックみたいにいるので一部の人から「松本はヤバイ薬物を使っているのではないか」と薬物疑惑をかけられることがあります、もちろんそんなことはありません。今日は自宅からこの講演をさせていただいています。



私自身、依存症の中でも薬物を専門としています。薬物が、なぜ規制や禁止だけではだめなのかということ、みなさんに理解していただくヒントを提供することができるのかなと。今日、まずもってみなさんにお伝えしたいのはアディクションの回復で大事なのは、おそらく専門職種をもっている方たちの支援が半分、当事者の方たちの自助グループをはじめとした支援が半分だと思っています。専門機関における支援の半分のうち、8割方をソーシャルワークが占める気がしています。実は狭義の医療で出来ることは限られていて、いかにしてさまざまな社会資源につないで地域の中で彼らが孤立しないように、アルコール、薬物、ギャンブルに立ち向かっていける素地をつくっていくのか、それはまさにソーシャルワーカーにかかっていると思います。その意味で今日の私の話が少しでもみなさまにアディクション問題と立ち向かっていこうという勇気を与えることができればと思っています。

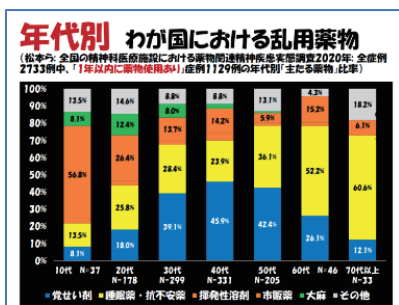


「人はなぜ依存症になるのか——コネクションの対義語としてのアディクション」というタイトルです。時節柄ということもあり、興味深い、私自身の最近の研究データを発表させていただきます。

昨年春先からコロナによって「不要不急の外出は避けましょう」「3密は避けましょう」という息苦しい生活を送っております。その中で依存症の回復も、もちろん影響を受けています。アルコール、薬物依存症の方たちがお酒や薬をやめ続けるためには自助グループのミーティングに参加し続ける必要があるんですけども、そういう会場となっている公民館や公的機関の会場を借りることができなくなって対面でのミーティングが、かなりの割合で減っています。緊急事態宣言、第一回目の時は医療機関の依存症に対するグループ療法を取りやめましたし、保護監察所も薬物依存症の集団療法をやっていましたが、それも未だに中止になったままです。「不要不急の外出は避けましょう」「3密を避けましょう」と家の中でじっとステイホームをしている依存症の方たちは、コロナの関連のストレスによって、やめていたお酒をまた飲んでしまう。あるいは薬物を使ってしまう状況がございました。昨年度の調査では国内で治療中の1461例、覚醒剤の患者さんたちが、これまでやめていた覚醒剤にコロナのストレスがあり、また手を出してしまった。薬はちょこちょこ使っていたが、このストレスで使い方がひどくなってしまったという患者さんたちはどんな特徴があるのかを調べてみました。

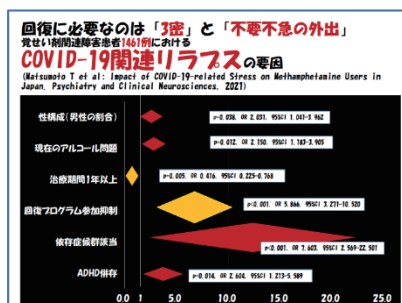
その中でわかったこと。依存症の診断に該当していることは当然ですが、大事なのは、これまで通っていた自助グループのプログラム、病院や保護監察所のプログラム、あるいは精神育成保健センターのプログラム、ダルク、マックという地域にある民間リハビリ施設のプログラムに通えなくなったことが影響し

ているという人たちが非常に多かったんです。そういう意味でも今日の一つのテーマである「コネクション」、これがいかに依存症からの回復に必要なのかということはコロナ禍のストレスによる再発からのデータからもわかります。依存症の回復に必要なのは、もしかすると3密と不要不急の外出かもしれない、なんてことも思っています。もちろん感染拡大防止には細心の注意を払う必要があるけれども、注意を払いながら、いかにすれば彼らが孤立しないで済むのかということも考えていかないといけないなと思ったりしています。余談ですが、困みにADHDが合併している人たちも、結構、再発している。じっとしていらない方たちも依存症とADHDは密接な関係があるんですが、この人



たちはステイホームが苦手なんです。こういう人たちへのストレスも格別に配慮する必要があるだろうと思います。

人はなぜ依存症になるのでしょうか。医師免許をもっているお医者さんだって依存症についてよく知っているわけではありません。6年間の医学部の教育課程の中で依存症に関して勉強するのはなんと90分だけです。6年間で90分だけ。精神医学の講義の1コマとしての90分しか勉強しないんですよ。お医者さんといえども、あまり知らないんですね。医学部で習うことより中学、高校で年1回、実施されている薬物濫用防止教育、「ダメ。ゼッタイ」というもののトータルの時間の方が、医学部で勉強する時間よりはるかに長い。医師免許をもっている専門職種も実は「ダメ。ゼッタイ」の大きな影響を受けていることを知っておいて欲しいと思います。「ダメ。ゼッタイ」教育では依存症に人がなっていくメカニズムが、どう説明されているのかというと、覚醒剤、大麻、シンナー、そのような依存性薬物を一回でも使



ます。つまり「正」とは何か、これまで経験しなかった、めくるめく快感、これがご褒美となって薬物を接種する行動を学習するわけなんです。そして依存症になってしまう。ほんとでしようか？ 人は1回でも薬を使ったら依存症になってしまうのでしょうか。



これは私自身が最近10年くらい、2年に一回、全国の1600くらいある入院病床のある精神科医療機関、精神科病院、総合病院の精神科、大学病院の精神科、そこをお願いして9月～10月の2カ月間、外来でも入院でもいいので薬物に絡む問題で治療に提供した患者さんのデータをすべてくださいと経年的にやっているものです。その中の直近データ、2020年9月～10月、全国の患者さんたち、2733例ですが、1年以内に薬物を使っている患者さんだけをピックアップして主な濫用薬物ごとに年代別に示してみました。パッと目につくのは覚醒剤、確かに覚醒剤は第二次世

界大戦から一貫して我が国で問題となっている濫用薬物です。しかし覚醒剤を使う人は30代～50代の中年が多い。中年の男性、おっさんの薬物、ちょい悪オヤジの薬物というのが覚醒剤の位置づけで、70歳、60歳以上の高齢者は、まさに精神科やかかりつけの医から処方される睡眠薬や抗不安薬です。高齢者は医者からもらう処方薬でおかしくなっている人たちがいることを押さえておいてほしいと思います。それから若年者を見てみると最近、若年者の大麻が問題でといいますが、「大麻よりもっと問題の薬物があるよ」というのが私の言い分なんです。これは市販薬です。ドラッグストアやインターネットでも簡単に入手できる風邪薬や咳止め薬、痛み止めをやめられない、止まらないという状態になって、さまざまな健康被害の人たちが10代で多いわけです。

みなさんで考えてもらいたいのは処方薬や市販薬をこれまでの人生で一回も使ってことがない人がいますか？ もしいたとすれば別の意味で特異な人だと思います。どんな人であれ、多かれ少なかれ、市販の痛み止め、風邪薬、かかりつけの先生から眠剤とか安定剤をもらった人は多いと思うんです。その人たちがみんな依存症になっているかという、そうではないですよ。一回やったら依存症になるという理屈は科学的にも正しくない。「それは医薬品だからであって覚醒剤とか大麻なら違うだろう」という人がいるかもしれませんが、それも違います。私自身、20年来、少年院とか刑務所に通って犯罪を犯した方たちの診察をしてきました。薬物だけに限った犯罪ではありません。結構、「若い時にヤンチャしてヤバイ薬を使ったけど、つまんないからやめた」という人もたくさんいるんです。2016年、国連が出した世界薬物報告書にも書いてありますが、ヘロインとかモルヒネなどを含めた違法薬物の経験者のうち依存症の状態になっている人は使用経験者のうちの約11%というんです。「全員じゃない」ということも、とても大事なことで、このあたりを啓発で間違えると逆に使用経験者とか使用経験者が知り合いにいる人たちは、その啓発の情報を信じなくなってしまったりするんですね。

ここで考えないといけないのは、どんな人が依存症になりやすいのか。1回使って、それきり使わない人と依存症になってしまう人では何が違うのかを考えてみる必要があると思います。古来、依存症になりやすい人は性格に問題があるとか意思が弱いといわれてきましたが、これもその後の研究で明らかに否定されているんですね。依存症の人たちもさまざまな性格があって、健康な人と比べて性格のばらつきの度合いに違いはないということもわかっているし、「意思が弱い」というのも直感的に間違っているのもわかると思います。アルコール、薬物で多くのものを失って刑務所に何度も入っている人たちは、いっぱい痛い思いをしているのに、それでも薬を使うというのはどういうことか。尋常な意思の強さではないですよ。めちゃくちゃ意思が強いと思うんですよ。意思の強さで説明するのは成り立たない。じゃあ、どんな人が依存症になりやすいのか。



そのことを考えていただくのに非常に象徴的な実験があります。1970年代終わりに行われた実験、ネズミを使った動物実験です。オス・メス、同数のネズミ32匹をランダムに二つのグループに分ける。一つ目のグループは一匹ずつ檻の中に閉じ込める。檻の四方は横の側面は全部板で覆われています。隣の檻のネズミといっさいコミュニケーションをとることはできません。とても孤独な場所です。餌や水は決められた時間に決められた量しかとれないので息苦しい、窮屈で、飯の時間以外は何もすることがないという留置所、牢屋と全く同じ環境です。もう一方のグループのネズミは16匹まとめて全部一カ所に集めました。集めた場所はネズミたちのための楽園というような、壁に絵が描かれてい



る。床にはふかふかのオガ屑が敷かれていて巣づくりにも適しています。ガラクタがあってそれを使って遊んだり、かくれんぼをしたりして、たまには引きこもりたいネズミは空き缶の中で引きこもったりすることができる。餌や水は食べたい時に飲みたい時に好きなだけ摂取することができます。そして何よりもオス・メス同数が、ここにいる。いっしょにじゃれあったり、遊んだりするんですが、まもなく交尾を始めます。ひとしきり交尾に飽きると今度はパートナーを変えて「今度はお前とやりたい」ということで、あたかも「ビバリーヒルズ青春白書」のような、もうこちらとこちらがくっついていて、と、順列組合せ、文字通り、乱交パーティの様相を呈しています。

この二つのグループのネズミに二つの飲み物を用意します。一つは普通の水、もう一つはモルヒネ入りの水です。モルヒネはご存じ、麻薬です。薬理的な依存性の強さは覚醒剤の比ではありません。非常に強力です。ただしモルヒネをそのまま水に溶かすと苦くて、苦くて、クソまずくてとても飲めた代物ではありません。そこでネズミたちが飲みやすいように砂糖シロップをたっぷり入れて甘露な麻薬水をつくります。この檻の中のネズミと楽園のネズミに二つの飲み物を与えて57日間、観察します。57日後、どちらのネズミが、よりたくさんのモルヒネ水を消費するかという実験です。みなさん、どちらだと思います？



やっぱり楽園の中で酒池肉林というか、乱交状態、そこでさらにモルヒネ水の中で多幸福感とか陶酔感が加わって頹廃と享楽の極み、「絶対、楽園の奴らの方がモルヒネ水を大量に摂取するよね」と思われるかもしれませんが、実際の結果は圧倒的に檻の中のネズミの方なんです。檻に入れられたネズミの16匹中16匹が普通の水よりもモルヒネ水を好みました。しかもその消費量も大量でした。モルヒネはどんどん繰り返して摂取していくうちに慣れが生じて耐性が生じて、当初生じた多幸福感や陶酔感を得るためには摂取する頻度と量を増やさないといけなくなります。どんどん摂取量が増えていった。実験する側がびっくりして途中から砂糖シロップを除いて薬のモルヒネ水に切り換えたんですが、どんどん摂取量が多くなっていったことがわかっています。楽園の方のネズミは16匹中、15匹が水の方を好みました。最初は両方の水を試したんですが、モルヒネ水は気に入らなかったみたいで普通の水を使って普通の水でハイになって仲間たちと交尾を始めていました。ネズミたちにとってはモルヒネ水がもたらす多幸福感や酩酊感よりも仲間とのコミュニケーションやインタラクションの方が、はるかに楽しかったのだと思います。モルヒネ水はむしろそういったものを邪魔してしまう、頭をボーッとさせてしまう、運動能力が落ちてしまう。乱交パーティ仲間でのモテ度が下がってしまってパートナーが見つからなくなる憂き目にあったのかもしれませんが、もちろん楽園にいるネズミも1匹だけ、そこそこモルヒネ水に関心を示すネズミがいました。水と同程度、モルヒネ水を摂取しました。しかしながら檻の中にいたネズミと比べるとモルヒネの摂取量は20分の1以下だったことがわかっています。これはあくまでもネズミの実験ですが、人間がどんな人が依存症になりやすいのかを考える上でのヒントをくれるような気がします。

つまり、依存症になりやすい人はどんな人か。他の人とのつながりから孤立していて自分の裁量がきかない、息苦しい、そのような環境、状況にいる人たち。もっとざっくりいうと、しんどい状況にいる人の

方が依存症になりやすいのではないかと。こういうことが成り立つと思います。依存症の背景には何らかの生きづらさ、しんどさがある。もしもこれが正しいとするならば「正の強化」ということは「負の強化」という言葉に置き換えなければいけなくなると考えています。「負の強化」とは、依存性薬物を使うと、以前からずっと悩んでいた痛みや苦しみが一時的に消える、軽くなるんです。そして苦痛を緩和されることが報酬となって、薬物を摂取するという行動を学習していくわけです。私自身も25年間、依存症の臨床にかかってきましたが、自分が出会った依存症の患者さんたちを思い浮かべてみると「まさにこれだよな」という気がするんです。別に快感が忘れられなくて病院にきているわけじゃありません。本人たちは「やめたい」という気持ちが幾ばくもあるからこそ医療機関にくるんですよ。「やめたくない」といっている人ですら。なんでやめたくないかというと、がんばってやめようすると薬が無い時がすごく辛いんですよ。薬を使って、やっと素の自分になったと思ったのに、また手放して、好きになれない昔の自分にならないといけな。このことが諦めがつかないで悩んでいるのが正直なところなんです。

考えてみれば快感だったら人は飽きるんですよ。どんなおいしいもの、どんな気持ちのいいもの、面白いものでも、それがあたりまえに手を伸ばせばいつでも摂取できる状況にあると、人は関心を失います。実際、みなさんだって毎日、高級フランス料理や高級会席料理を食べたいとは思いませんよね。たまにはラーメン食べたくなる、立ち食いソバが魅力的に見えたりするかもしれません。ポツと出てきた、めっちゃくちゃ面白い芸をやる若いお笑い芸人が出てきた。アッという間に人気者になってテレビのチャンネルのどこをあわせても、その人が出ているという状況も、おそらく3、4カ月後には一発屋で消えているわけなんですよ。露出が多くなりすぎると我々はアッという間に飽きてしまう。人間はこんなにも、あまのじゃくで飽きっぽいんです。

にもかかわらず、なぜ一部の人が薬物に夢中になっているのか、それは快感ではないと思うんですよ。「苦痛が緩和されるから」、私はこんなふうに考えています。



この苦痛の緩和こそが報酬となって人は依存症になるのだ、この理論は決して私のオリジナルではありません。今から35年以上前にエドワード・カンツィアンというアメリカの依存症を専門とする精神科医が同じことをいっていました。「自己治療仮説」という言葉です。カンツィアンはこういいました。「依存症の本質というのは快感ではない、苦痛なんだ。人がある化学物質、アルコールであれ、覚醒剤やヘロインであれ、化学物質を手放さなくなるのは、それが快感をもたらしてくれるからではなく、苦痛を緩和してくれるからだ」と言っています。

たとえば過酷な生活背景、虐待を受けたり、学校でのいじめを受けたりしながら、いつのまにか自分の中で「自分はいらない存在、価値がない存在」、そして「消えたい、いなくなりたい、死んでしまいたい」、こんな気持ちを十代から抱えていた子ども、その気持ちを抱えながらも、いろいろやらないといけなことがある。仕事だったり、勉強だったり。だからその辛い気持ちを一時的に意識の隅っこに遠ざけるために、つまり辛い気持ちを緩和するのに、ある薬物が役に立って手放せなくなってしまうたり、でもその薬物があるおかげで自殺しないで済んで死ぬことを今日の日まで延期してきた、そんな人も実際の臨床場面では、よく遭遇します。昔から勉強、運動、見た目も何一つ自信がもてなかった。「自分には価値がないんだろうな、意味がないんだろうな」と思っていたんだけど、学校を卒業して肉体労働をする中で薬物を使いながら仕事をすると仕事のパフォーマンスが上がって、そこで初めて人から褒められる。親

方から「お前、最近、がんばってるな。お前、すげえな。寝ずっこでトラックの運送の仕事やってんだ。お前、偉いな」といわれる。稼ぎも増える。「俺は人から初めて認められた。俺もこの世にいてもいいんだ」。そのような気持ちから薬を手放せなくなっている人もいます。あるいは女性であれば自分の容姿に自信がなかったんだけど、覚醒剤を使うようになってから「痩せてきれいになった」と周りから言われるようになり、異性から告白とかもされるようになり、「もう昔の、モテない自分には戻りたくない」と思っ
て手放せなくなっ
て依存症になっ
ている人もいます。

これは依存症であるか無いかは別として、すべての依存性薬物、一番、最初にその人をクセにさせるものは薬理学的な効果ではない。人とのつながりなんです。思い浮かべてください。講義を聴いている人の中にもお酒が好きで毎晩、媒酌する人もいます。でも初めてお酒を飲んだ時って最初からお酒がうまかったですか？ もちろんごく稀に初めてのお酒からおいしかったという方もいます。しかし私自身の臨床経験を振り返ってみると後にアルコール依存症になって専門病院で治療を受けている患者さんですら「最初のお酒は味がわからなかった。味がわからなかいけれど、酒の席だったら人間関係をつくるのが苦手な性格の自分でも先輩や上司、異性や友だちともコミュニケーションを安心してとることができ、胸襟を開いてざっくばらんな話ができて、仕事でもプラスの影響が出たんだ」といいます。習慣的な飲酒においても最初に人を虜にするのはエチルアルコールの薬理学的な効果ではなく、「人とのつながり」という社会的な効果なんですよ。

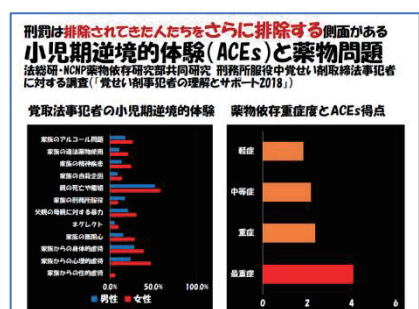
じゃ、覚醒剤のような違法薬物はどうでしょうか。確かに日本のような薬物に関してクリーンな国では、たとえば高校の教室で「俺、シャブやったことあるよ」と言うと、どうなるか。孤立してしまいますよね。みんなビビって近寄らなくなります。でも子どもの時から家に居場所がなくて、学校時代でもずっといじめられどうして学校にも居場所がない。家にもいたくないけど、学校にいきたくない。そう思って「行ってきます」と朝学校に行ったフリをしてずっと町を彷徨っている、家にも帰りたくないから夜になっても町を彷徨っている。こういう風な子どもたちを想像してほしいんですよ。そして彼らは夜の町の中で同じような境遇の居場所がない仲間と出会うんですよ。彼らは世間全体から見ればマイノリティです。少数派です。マイノリティの人たちが初めて自分と同じ境遇の奴と出会って「お前、仲間だよな」という風に結束していく。このマイノリティの絆を深める時には共通の秘密をもつ、それが踏み絵となって。

「共通の秘密」というのは、ちょっと悪いことならいいと思うんですよ。マジョリティの人たちが信じている道徳とは反することが大事です。それがやれるか、やれないかで、自分たちの仲間なのか、そうでないのか、それが別れ道です。だからこそ1980年代においては集団万引きとかシンナーが、居場所がない若者たち、子どもたちの踏み絵となっていたところがあるんです。違法薬物ですら実は「人とのつながり」がきっかけになっている。仲間と会うために、仲間とつながるために。けれども、その中で一番生きざまがしんどい人間が気づくと、仲間と使って余ったシンナーを家に持ち帰って一人で使うようになる。最終的には仲間と使うよりは一人で使った方が楽しいので仲間を裏切ってでもシンナーを使い続けるというようなことになるのは事実です。しかしその始まりは「人とのつながり」だということも、とても大事なことです。

女性のアルコール依存症、薬物依存症の方、特に市販薬や処方薬を濫用する女性たちは辛い関係に堪えるためにその薬を必要としています。一例を上げると主婦のアルコール依存症がそうです。結婚してからは結婚前と違ってダンナは冷たい、やさしい言葉は何ひとつかけてくれずに「バカ」とか「ボケ」とか「デブ」とか「ブス」とかそんな言葉しかいってくれない。稼いだお金も家計に入れてくれない。文句をいうと暴力を振るう、「もうこの人といっしょにいられない、別れたい」。でもその頃には子どもがいて自分一

人の稼ぎでは到底この子を一人前にすることができない。だから「この子が一人前になるまでは我慢しよう」と思って現在の辛い関係に堪えるために、脳を麻痺させるためにアルコール、かかりつけの先生からもらった睡眠薬とか、これを飲んで脳を麻痺させて何とか生き延びている方たち。その結果、依存症になってしまう。依存症の患者さんたちの背景には、このような痛みがあるんですよ。

ここからわかることは何かというと、ただ酒や薬を止めただけではだめだということです。酒や薬を使って生き延びた部分もあり、その背景にある問題に手を入れていかないとどうにもならないこと。やめ続けるためにも支援が必要だし、最終的に酒や薬を必要としない生き方を手に入れるためには、さまざまな長い支援をプログラムが必要だということも強調しておきたいと思います。



そしてアルコールや薬物を使って脳を麻痺させて何とか生き延びる、その背景には一体何があるのでしょうか。一例を上げると子ども時代のトラウマのような問題も無視できない要素の一つです。こちらに示したのは、私が所属する薬物依存研究部が法務省と協力して行った調査です。全国の刑務所に覚せい剤取締法違反で入っている受刑者の方たちに調査をしました。「子ども時代の逆境的な体験でどんなものがありましたか?」と聞いてみると親のアルコール問題、親の違法薬物、

あるいは親が精神疾患に罹っていて、時々殺されそうになったりとおっかない思いをしたりとかする。親が自殺未遂を繰り返していたり、実際、死んでしまったり、親が刑務所に入ったり、両親のドメスティック・バイオレンスの画面を繰り返して見たり、虐待、ネグレクトの被害を受けたり、その経験者、男女ともに、かなり高いですね。一般の国民と比べても圧倒的に高い割合です。ことに女性の場合は常に男性よりも高い。さらに子ども時代に限ってもそうですが、女性の覚せい剤の問題をもっている方は成人してからも性暴力の被害を受けたり、パートナーからのドメスティック・バイオレンスの被害を受けたりしていて、ほとんどトラウマの固まりのようになっている。さらに子ども時代の逆境的な体験の数を加算して得点にしていくと得点が高くなればなるほど何が生じるか。縦軸に「薬物問題の重症度」、下にいけばいくほど重症になります。横軸に「子ども時代の逆境的な体験」の数を示しています。一瞥するとわかるように逆境的な体験の数が多い人ほど依存症も重症になっている。正の相関関係がある。つまりなかなか薬をやめられない背景には何があるか。これまでの人生における生きづらさや、しんどさですよ。これを心の痛みを緩和するのに少なくとも一時的には薬が役に立ってきた部分があるということです。



そして子ども時代にさまざまな傷つきやトラウマ的な体験をすると、長じてその人の心の底には二つの信念、思い込みがこびりつくようにして住み着くようになります。一つは「恥の感情、セルフスティグマ」、自分には価値がない、生きている意味がない存在。だから辛い時にも人にSOSを出せない。なぜなら自分は価値がない存在だからです。ある時、がんばって生活を建て直そう、治療プログラムに参加してみようと、しばらくがんばるんだけど、ふっとある時に別の考えがよぎってきます。「お前は楽になっちゃいけない、幸せになっちゃいけない。なぜなら存在してはいけない存在だから」。それで突然、意欲を失い、気力からドロップアウトしてしまう人たちもいます。

もう一つの心にこびりつく信念は「人に対する不信任感」です。基本的な信頼感の障害とはいえます。人

は私を裏切る、今までもそうだった。いつもSOSを出そうと思っても最初だけ周りの人たちは優しくしてくれるけど、途中で自分を見捨てたり、逃げたりしている。だから人は必ず私を裏切る。でも薬は絶対に私を裏切らない。どんなひどい目にあって辛い気持ちに襲われても、この薬さえあれば、お酒さえあれば、普通の平静な自分であることができる。そう思って人に頼らずに、化学物質に頼って生きてきた人たちです。



こんなふうにたとえることができるかもしれません。つまり彼らは一時的に心の痛みを乗り越えるために、今すぐ死んでしまうのを避けるために、死ぬポイントを延期するために、アルコールや薬物という化学物質を使って痛みを押さえているんです。しかしそれは結局のところ一時しのぎです。足の骨を骨折して痛い、もちろん鎮痛薬を使いますが、一時的に痛みを押さえながら最終的には整復することが必要

です。しかし依存症になっている方たちは骨が折れたまま整復することがなく、ただ毎日、鎮痛薬を飲んで一時しのぎをしているだけ。だから長期的には悪い結果がもたらされる。そう意味では問題の解決策としてベストなものではない。けれど注意してください。だからといって最悪でもない。最悪だったら痛みさえ鎮痛しない、緩和しない。ただほったらかしというのが最悪です。あるいは今すぐ死ぬのは最悪だけでも、死ぬのを延期するために一時しのぎをすることは最悪ではないというふうに思ったりもします。

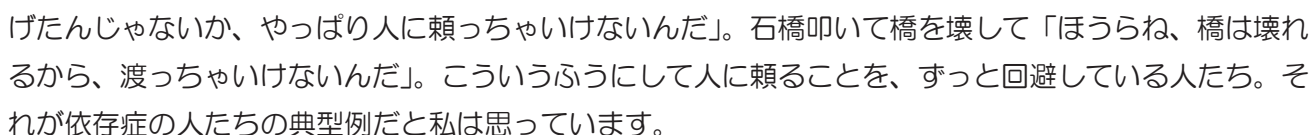


こう考えてみると依存症というのはこんなふうにいえるんじゃないでしょうか。「人に依存できない病」、これが依存症、と、こんなふうに私は考えます。

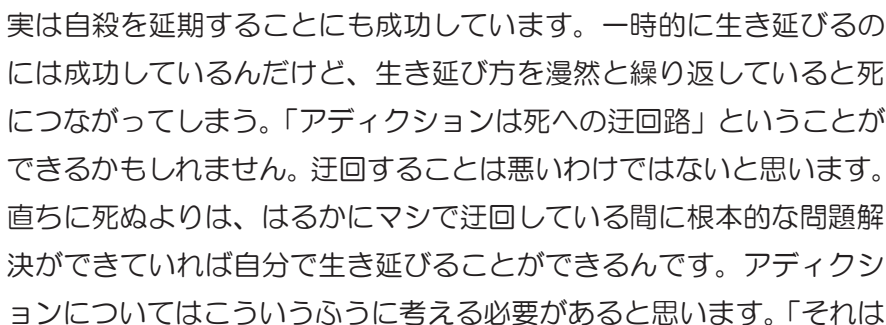
実は私は「依存症」という言葉が嫌いです。なぜかというとなんか依存症というと、まるで人に依存するのがよくないことのように誤解を招きます。ともすれば自立を促すような、自己責任を追及するような世論を巻き起こしてしまうからです。依存するのは悪くありません。という

のはみんな依存しています。朝起きて仕事に行く前にコーヒーを一杯、あるいは二杯飲まないといけない気にならない方もいるんじゃないでしょうか。仕事の合間にちょっとしたお茶を飲んだり、コーヒーを飲んだり、チョコレートを食べたりする。仕事が終わって帰宅するまで電車の中で夢中になってゲームをやる。でもそうすることによって、その日あった嫌な気持ちも遠ざけることができますよね。家に帰って缶ビールをプシュッと開けて気持ちをリフレッシュして翌日も元気に仕事に行くことができる。そういう人はいっぱいいますよね。でも何よりも一番癒されるのは友だちや恋人や家族に、その日あったことを話して愚痴ったり、上司の悪口をいったりして聴いてもらう。最終的にはさまざまなものを、ちょこちょこちょこちょこやって依存しながら、一番は人に依存しながら、我々はしんどい毎日を生きているわけです。

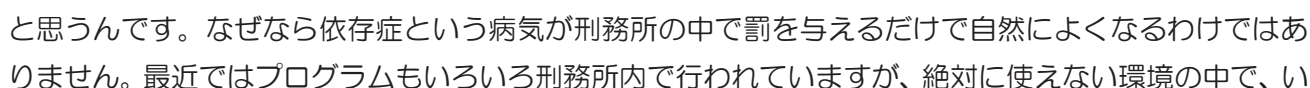
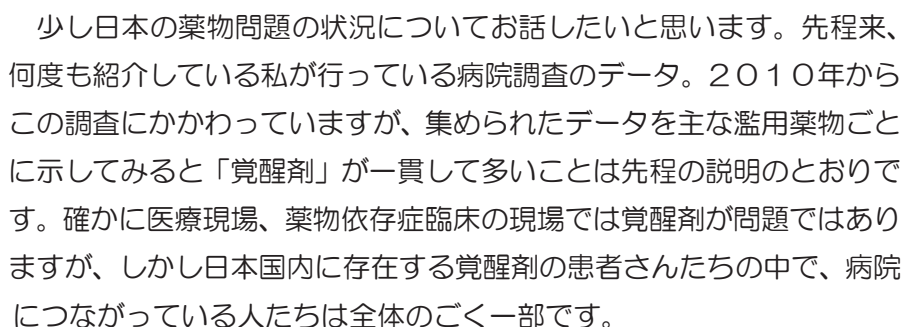
依存症の人はどうかというと、典型的なアルコールや覚醒剤の依存症の方たちは、シラフにはびっくりするほどいい人ですよ。大人しい、あまり愚痴をいいません。それどころか人の悪口もいいません。「どう考えても俺よりも性格がいいな」と思えるような患者さんたちがたくさんいます。でも酒や薬が入るとトウになっちゃうんですよ。彼らは人に弱音を吐いたり、相談したりして、人に依存することなく、アルコール、薬物という化学物質一本だけで自分を支えようとしているうちにコントロールを失ってしまうんですよ。そういう意味でも、この依存症というのは「安心して人に依存できない病」なんだろうと思



ここまでの考えを、こんなふうにまとめることができるかもしれません。アルコール、薬物、ギャンブル、いずれの依存症も実は自殺の危険因子です。うつ病、それ以上に長期的には自殺するリスクが高いことが、さまざまな研究によってわかっています。しかしながらそれは長期的にはなんですよ。短期的には



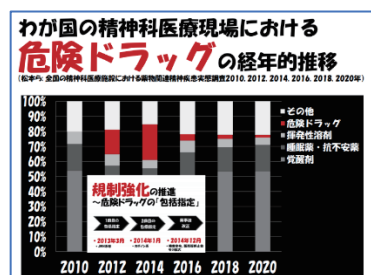
ベストではないけど、最悪ではない」。では我々は、どういう支援が必要なのかを考えてみる必要があるでしょう。



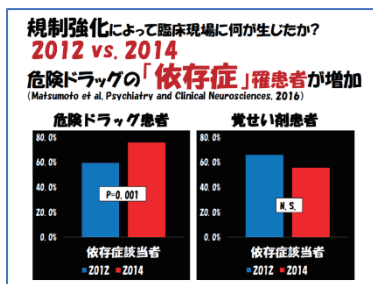
くらプログラムをやっても本人が真剣になれないのは事実です。地域の中でプログラムをやらなければ、ほとんど意味がないというのも、私自身、ずっと実感していることです。

最近になって刑事的な処遇がほとんど役に立たないというエビデンスが日本からも出てきました。千葉大学の羽間先生が、もともと保護監察官だった方が教授をされていますが、その方の法的なデータを使った調査です。覚醒剤で捕まった方たちが再び再犯を起こしてしまう要因を分析してみると、いくつかの危険因子がわかりました。一つはこれまでの人生の中で刑務所に入ったトータルな期間が長ければ長いほど、再び捕まって刑務所に入ってしまう可能性が高いことがわかりました。刑務所に入ったケースが多ければ多いほど、再び覚醒剤で捕まって刑務所に入ることがわかりました。このことから何がわかるかというと、刑務所が役に立たないのではなく、刑務所に入れば入るほど、治りづらくなってくるのがわかってきました。刑務所に入ること自体、回復を疎外していることがわかりました。具体的にどんな疎外があるか。仕事が見つからなくなって、地域の中で孤立が深まってしまう。本人を相手にしてくれる家族がいなくなる、友だちから着信拒否される。仕事についても深く人間関係がつながってくると自分の過去を話さないといけなくなるから、いつも人間関係を努めて表面的にするという中で、孤立感を呼ぶことの大きな要因です。

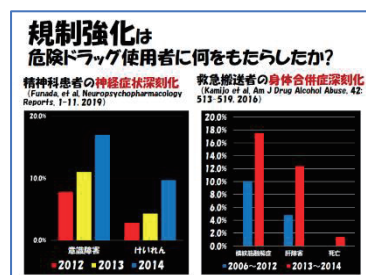
私は精神科医なので、一番ショックだった危険因子があります。それは薬物の問題とは別に、うつ病とか統合失調症とか、トラウマ関連の問題、発達障害、パーソナリティ障害、知的障害、メンタルヘルスの問題を他に抱えている方たちが、再び捕まって刑務所に入りやすいこと。つまり依存症が重篤で他にメンタルヘルスをもっている方ばかりが刑務所にどんどん蓄積していく。精神科医の歴史の中で18世紀の終わりにフランスのフィリップ・ピネルという医者が、それまで犯罪者といっしょに刑務所に入れられていた精神障害者を刑務所から解放して病院に移した。精神病者の解放として精神科医の近代における最初の動きと紹介されていますが、21世紀の我が国では未だ刑務所の中でメンタルヘルスの重篤な人がメンタルヘルスの問題故に刑事施設に収容されているという現実がある。これは人権的にも、ほんとに正しいあり方なのかを考えておく必要があるだろうと思います。



同じく病院調査のデータですが、別の薬物について。2012年から忽然と現れて2014年に増えて、その後、グーッと少なくなっています。脱法ハーブをはじめとした、いわゆる危険ドラッグです。脱法的な薬物は対応に国も苦慮しました。新たに規制をかいくぐった別の脱法ドラッグが出てきて、イタチごっこの様相を呈してきました。国はいっぺんに700種類、800種類とかをまとめて規制する大雑把な網をかけた規制をやりました。でも問題が静まらずに最終的には有無をいわず販売店舗撲滅という格好店舗が潰れて危険ドラッグが出回らなくなり、登場しなくなりました。この規制は国の管理当局からすると成功体験と記憶されています。でも私は、これは大失敗だったんじゃないかなと。壮大な我が国の社会実験だったと思っています。規制の強化が行われたのは2013年と2014年ですが、この規制強化が、医療の現場でどのような変化を患者さんたちにもたらしたのかを見てみたいと思います。



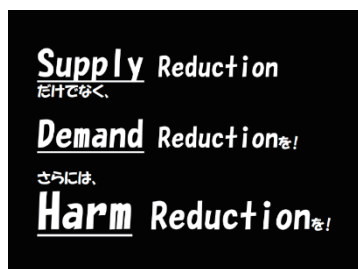
私どもが行った全国の調査からわかったこと。全国の精神科医療機関で治療を受けた危険ドラッグ関連の患者さんたちの中で「もはや自分の意思ではやめることができない」という依存症の診断基準を満たす人が規制強化される前と後でどう変わったか。規制強化された後の方が依存症の該当者数が増えています。あたり前ですよ、規制強化して、それを使うことが犯罪行為となっても、使う人はどんな人かという依存症の人だからです。同じ時期に覚醒剤の患者さんたちで依存症の方たちを見てみると特に差はありません。あたり前ですよ、特に規制強化はされていませんから。いくら規制を強化し、コミュニティに危険な薬物が出回らないようにしても、欲しがる人がある。それは依存症の人たちなんです。ありとあらゆる手を使って薬を欲しがる。それがなければ今度は別の薬物で欲求を紛らわそうとしてします。欲しがる人を減らす対策をしないところが問題です。



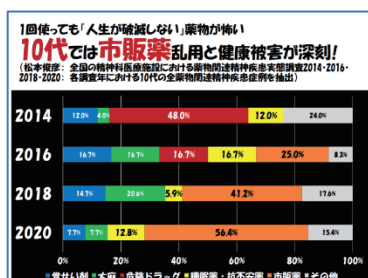
もう一つ、全国の8カ所の薬物依存症の専門病院に協力してもらった調査ですが、規制強化を強めるたびに病院で治療を受ける患者さんの中で失神発作や昏睡状態という意識障害の患者さんたちが増えているし、全身性のもてんかん発作、痙攣発作を起こす人たちも増えている。精神科の中でこういう症状を起こされると、ほんとにヒヤヒヤします。生死にかかわるから。幻覚や妄想だったらいいんですが、でもこれは神経症状ですからね。規制が厳しくなるに伴い、危険ドラッグを使う人たちの健康被害は悪化しているんです。

今度は全国の救命救急センターの調査。規制を厳しくする前と後では危険ドラッグ使用に関連した身体合併症、横紋筋融解症、肝臓障害が、規制強化後の方が増えています。規制を強化する前は救命救急センターにきて救命しきれなかったケースはなかったのに、救命しえないケースが出始めているんです。つまり規制を厳しくすればするほど中身がヤバクになってしまうことになっている。これは歴史的にもいわれていることです。たとえばアメリカにおいて、1920年～1933年に禁酒法が行われ、もちろん反社会勢力の人たちがどんどん密売して国の治安も悪くなったんですが、それどころかギャングたちがつくるアルコールはクオリティが低くてメチルアルコールがかなり含まれていて、それで死亡する人たちが相当増えたともいわれています。ヨーロッパにおいても中国から輸入される阿片を取り締まるために厳しく規制したら阿片から抽出したモルヒネを注射器で使う人たちが増えてモルヒネを厳しく規制したら今度はヘロインを使う人たちが増える。さらにアメリカにいてヘロインも厳しく規制したら今度は医療機関で使う医療用オピオイド、ヘロインよりも数十倍強いものが問題となって多くの死亡者を出しているんですよ。規制をすればするほど流通するものの濃度が高くなり、危険になったりすることはよくいわれています。

日本においても覚醒剤取締法ができてからの方が、かつて出回っていたヒロポンよりも今の方がメタンフェタミンの濃度の方がめっちゃくちゃ高くなっていることがわかっています。むやみやたらな規制強化は却ってコミュニティを危険にする。



「サプライリダクション」、規制を強化して取締を厳しくすることは大事です。でもこれだけをするの問題を抱えている人、依存症の人が怖くて治療を受けられなくなる。同時にやらないといけないのは欲しがる人を、依存症回復支援もしないといけない。「ディマンドリダクション」も大事です。でもどんなに治療してもやめられない人はいます。依存症になっていない愛好家やコントロールして使っている人たちもいて、こういう人たちは支援プログラムにつながりません。一定数使う人もいるということであれば使う個人の健康被害を低減し、コミュニティの危険を守るために害を減らす、使うことによって二次的に生じる害を減らす意味での「ハームリダクション」も必要だと。薬物対策はこの3つがなければ意味がないというのが国際機関での常識になっています。困みの日本は「サプライリダクション」ばかりに一生懸命で他の二つは無視しているところがあります。



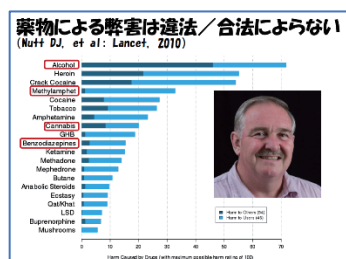
危険ドラッグが登場しなくなってから若者たちの依存症はどうなったか。危険ドラッグが手に入らなくなった頃から出てきたのが市販薬です。ブロン、パブロン、イブAなどの薬を濫用する人たちが多くなって若者というと大麻ではなく、市販薬こそが今、問題という状況です。大麻取締法の使用罪をつくる云々の話ではなく、市販薬へのアクセスを2014年、インターネットでの規制緩和をしました。楽天の三木谷さんなどの後押しで。あの時、薬剤師会は反対したけど、国が経済原理を優先して押し切ったんです。その政策が正しかったかどうか、どんどん処方薬を市販薬にスイッチして、ガスター10とかロキソニンS・プレミアムとか出ているけど、それは医療費の抑制を目的にして、セルフメディケーション減税といって市販薬のレシートをもっていけば確定申告の時、控除できるというけれど、そういう政策がほんとに若者たちにとって正しかったのかということもきっちり検証していく必要があると思います。大麻の使用剤よりも、こちらの方が問題であると思っています。



さらにいうと2013年から救急センターに搬送されるカフェイン中毒の患者さんたちが激増しています。死亡者も激増しています。その人たちはスターバックスやタリーズのコーヒーを飲みすぎてカフェイン中毒になっているわけではありません。ほとんどの人はブロン、パブロンという市販薬、エスタロンモカなどの錠剤、風邪薬にはすごくカフェインが入っているんですよ。オーバードーズすることによって心臓を止めやすいのはカフェインなのです。パブロン、イブA、エスタロンモカは50年以上前からある薬です。それがなぜ2013年から急激に増えたのか。2013年、キリンビバレッジがレッドブル社と業務提携して全国の自動販売機でレッドブルを売られるようになった。翌2014年からはモンスターエナジーが全国のコンビニエンスストアで売られるようになりました。決してエナジードリンクがヤバイ薬物ということではありません。エナジードリンクに含まれているカフェインはスターバックスのコーヒーよりはるかに少ないですよ。

そのようなカフェインの薬理効果を使って自分のパフォーマンスを上げること始めるのはせいぜい17歳、18歳、大学受験の勉強を始める頃からですよ。でも今は違うんですよ。中学受験を目指す小学生たちが保護者からの差し入れがエナジードリンクです。部活の差し入れがエナジードリンクです。1

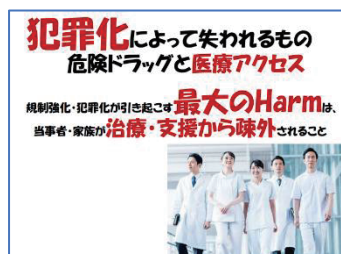
0代前半からカフェインという、気分を変える薬物の恩恵を受けて、でも多くの子どもたちは依存にならないけども、家族とうまくいかない、友だちとうまくいかない、受験のプレッシャーに堪えられない、このような行き辛さを抱える方たちがカフェインの量に、どんどん効果に期待して、市販薬の方にシフトしていくことが一部で起きているんですよ。だから「ダメ。ゼッタイ」という濫用防止教育は、ともすれば、違法薬物に特化したものになっているけれども、むしろ身近な薬物こそ問題であるということ、そういうものを含めて医薬品とうまくつきあうためにはどうしたらいいか、もっと総合的な薬物教育をしていく必要があると思います。



さらにいえばランセットに載って有名な論文ですが、世界中の薬物依存の専門家がアルコールもタバコも含めた依存性薬物の中で個人に対する健康被害、社会に対する迷惑、総合するとどの薬物が一番ヤバイかを会議をしてスコアリングをして集計しています。その結果はダントツにアルコールです。もちろん個人に関する健康被害はヘロインとかコカインメタフェタミンも深刻ですが、アルコールが突出しているのは社会に対する迷惑です。

暴力犯罪者の約6、7割は犯行当時、お酒を飲んでた。性犯罪、放火犯、ドメスティック・バイオレンスや児童虐待の背景にはしばしばアルコールがあります。飲酒運転による交通事故の被害者を含めるとアルコールがすごく多くなります。今、問題になっている大麻も、もちろん依存性があります。絶対、健康被害がないとはいえません。ただ順番からいうと、お酒やタバコよりまだマシという現実がある。

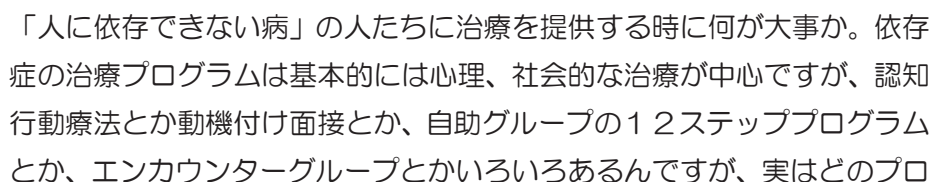
何を言いたいかというと、実は今、世界的に行われている法律による規制は健康被害や社会に対する迷惑とはあまり関係なく、それぞれの国の事情でやっているところがあり、そこには根拠がないということです。ある国においてはある薬物を犯罪化する。



犯罪化することによって失われるものがある。まだ規制が厳しくなかった頃の危険ドラッグの患者さんたちと比べて新しい濫用層だだと思います。初めて危険ドラッグを使ってから病院に来るまでの期間が短い。多くの方たちが1年未満でした。短期間の使用でも、おかしくなるからということだと思いますが、でもほんとに早くなりました。覚醒剤の方たちは初めて使っ

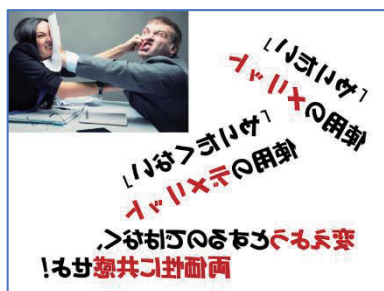
てから専門外来に来るまでにかかる15年くらいはたっています。その間、何も問題がなかったわけではありません。何度も刑務所に入るとか。なんで病院にこなかったかという、病院に行くと尿検査や血液検査をされて覚醒剤を使用していることがわかったと警察に通報されるんじゃないかと怖くていけなかった。何度も辛い思いをしてやっと病院にくる。でも危険ドラッグは規制されていないから通報される恐怖がないから安心してこられる。危険ドラッグの方たちは使用期間が短いから「自助グループにいきなさい」「SMARPPのグループに参加しなさい」といっても、ちっとも参加しない人たちです。でも通院は続けていて予後調査をしてみると治療予後はよかったんですよ。なんでだと思いますか。逮捕されてないし、濫用期間が短いから。こんなメリットがあるんだと思いました。家族がいる、友だちがいる、恋人がいる、人間関係が続いている。職場も失っていない。戻るべき居場所がある。だから法規制をすること、これは問題を抱えた人たちを孤立させてしまう。家族だってうっかり地域の保健所にいくと保健所から通報されるんじゃないかと怖くて相談できない。困った問題を抱えている当事者や家族を支援から疎外してしまう、これが犯罪化の一番のデメリットです。国際的にはどんどん非犯罪化しましょうと。司法的

その意味でも今、日本が大麻の使用罪をつくろうとしているのは国際的な流れと逆行している状況です。もっと言うと大麻に関して検挙者は異様に増えているけど、病院にくる人たちは増えていません。大麻の濫用が増えているよりも、使用罪をつくりたがっている取締側がすごくむきになって捕まえているだけではないか、それによって予算獲得、人員獲得を狙っているんだろうなと、むしろ役所の中の利権争いの姿が見えてきて、コロナ禍で、めちゃくちゃ税金が必要な時に新たに法律をつくる、しかも刑務所に一人受刑者を入れる、一人につき年間400万円の税金がかかるんですよ。そんな法律をつくっているほど日本は余裕があるのかとすら思います。



私は2006年よりSMARPPというプログラムを開発して各地に広める活動をしてきました。ワークブックも売っています。読み合わせをすればSMARPPっぽくはなりますが、でもそれはSMARPPとは言いません。SMARPPがSMARPPたる所以、どこがこれまで日本にあったプログラムと違うのか。「安心してシャブを使えるプログラム、やっちゃった時にはむしろ褒めましょう」。こういうことを公に公言し

たプログラムだということです。



どんなに意欲満々の人でも必ず「薬を使いたい」という気持ちはあります。病院にきて「俺はやめませんよ。別にいいじゃないですか」という人も病院にいるという時点で「このままじゃいけない」と思うことはあるんですよ。どんな人でも「やりたい」気持ちと「やりたくない」気持ち、やめることのメリットもあるけど、実は使うことのメリットもあるんですよ。自己治療として「負の強化」としていろんな生きづらさを

解消し、人との折り合いをつけやすくしてくれる。「やめる」ということは実は生きづらさを抱えることになってくる。生きづらさに関してどのような支援が行われているか、それがわからない以上、怖くてやめられないですよ。二つの相矛盾する気持ち、両面性に共感しながら「だよねえと、やめるのって簡単じゃないよね、怖いよね、変わるのって、ほんと勇気いるよね。自分もどっちがいいかわからないよ」と、いっしょに迷ってあげながら共感する関係を維持していくことこそが依存症の支援だと思っています。



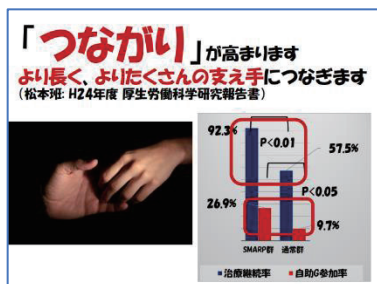
中には毎回、「やめられない」と勇気をもっていえる人もいます。勇気をもって「やめられない」といって我々が「そうか、正直いってくれてありがとう」といっても本人たちは傷ついています。その時には思い切って、こういいます。「もうやめるの、やめたら？ 今までと同じように使いながら、そういう状況を細かく手帳に書いていこうよ。モニタリングしてどんな日だと使う量が多くなっちゃうのか、どんな条件があると、

たまたま使わないで済むのかをモニタリングして薬物の欲求を刺激するトリガーをいっしょに分析していこうよ」。治療目標をやめることではなく、いっしょにトリガーの自覚に一時的に置き換えることも治療では大事な工夫だと思っています。



とにかく治療に必要なのは叱責されたり説教されたりする場ではありません。褒められる場所です。「よく来たね、よかったよ。使っちゃったんだ。でもそういいながら量がいつもより少なくなったら、あなたなりの進歩だよね」といってくれる場所。「安心して失敗を語れる場所」。中にはちっとも通っているのに良くならない人もいます。認知行動療法では、しばしば患者さんたちに変化を促しますが、変化を促すということ

は一方で、「今のまま、ありのままのあなたたちはダメだよ」というメッセージにもなるんですよ。それが彼らを傷つけることもある。だから「今のままのあなたもすごいよね。でも、チャンスがあったら変わろうね」と。矛盾している言い方だけれども、今を全面的に肯定しながら、チャンスがあったら変化を促すという、そのあたりのさじ加減というのが「アディクションの支援」では、とても大事だと思います。

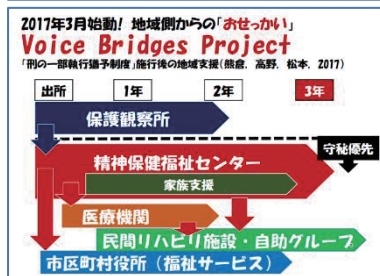
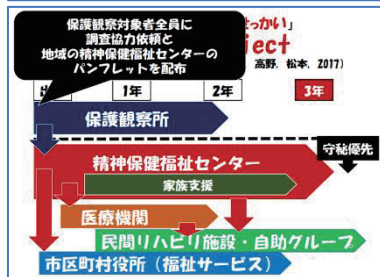


SMARPPの開発の時から実は「断薬」をアウトカムにしています。一時的な断薬はいくらでもできます。でも5年後を見越した時、今、がんばってやめて、ムキになって意思を強くして止めて、でもその後、刑務所に入っている人たちもたくさんいるんです。それよりも大事なのは「一人ぼっちにならないこと、治療の継続性、治療を通じて他の社会資源にもつながって、いろんなネットワークの網の目にちゃんと絡めとられている状況をつくること」、そこを目指してきました。たとえばSMA

RPPの臨床研究をやる時も「通常の医師の診察の群」と「医師の診察プラスSMARPPの群」を比較する時、アウトカムとしては半年後に継続している人は、こんなに違いますよ。もう一つは半年間の間に、一回でもナルコティクス・アノニマス（NA）という薬物依存症自助グループにいった人と、どちらが多いか。SMARPPの方が多いいですよ。SMARPPを求めて我々の病院にくる人たちは自助グループとかダルクではなく、「病院のプログラムでよくなりたいです」といって来る人が多いんですが、でもSMARPPに参加してみると実はグループ療法の福祉会社の人に、いつもダルクのスタッフにきてもらっていて、そこで知り合いになっていく。プログラムの中で重視しているのは認知行動療法のワークブックをやっている時間ではありません。その前後の雑談している時間です。そこでダルクの人たちと雑談して盛り上がりあって仲良くなって、終わった後、国分寺にできた「NAのミーティング会場にいこう」とかとなったりするんですよ。いきなりつながらないこともあります。でもダルクが日曜日に時々やっているレクリエーションがあります。ハイキングとかバーベキュー大会とか、みんなでスノーボードにいったり、サーフィンにいったり。ダルクのプログラムにはいきたくないが、レクリエーションには参加する、友だちになる中で苦しくなった時にダルクの人に連絡をとっているんです。つまり病院という場所のプログラムを起点としながら地域のさまざまな社会資源につながっていく、これが我々専門職が提供しなければいけないつながりではないかと思っています。



「どんな治療プログラムも、それほど治療成績は変わらないんだよね」といいました。「継続性がすべてだ」といいました。けれども確かに治療法による効果の違いはないんだけれども、「誰が支援するか」で、すぐく治療成績が違ってくるのがわかっています。どのような援助者の治療成績が良いかを調べてみると医師免許をもっているとか、公認心理士や臨床心理士の資格をもっているとか、博士号をもっているとかは全然関係ないんです。そうではなくて今、グダグダの嘘つきの依存症の患者さん、「こういう人も大化けして回復するんだよな」とか楽観的でポジティブな見方で支援できる援助者がすぐく治療成績がいいそうです。ポジティブになる。とはいえ医療現場は依存症の患者さんたち人生の中で一番悲惨な状況ばかりを見せつけられるんですよ。そこだけを見て楽観的になれる援助者は逆に問題だと思うんです。どうやって我々援助者が、肯定的になっていくか。SMARPPを通じて当時者の回復者たちとつきあっていく、よくなっていくところを見ていく、あるいはダルクとかNAとかAAのオープンミーティングやフォーラムに参加して回復している人たちの言葉を聴くこと、我々援助者が回復者と出会うことを意識してやっていく。これが自分たちの治療スキルを高めていって治療成績を高めていき、回復していく人たち、患者さんたちにメリットがあるということだと伝えていきたいと思っています。



があれば家族教室を紹介することができる。このプロジェクトに同意する人は全保護観察所対象者の2割くらいですが、全員に介入しています。この調査で「SMARPPプロジェクトに協力してください」と、いっしょにその方たちが住んでいる地域の精神保健福祉センターのパンフレットを渡しているんです。情報を与えることで介入している、このプロジェクトに参加している地域では保護観察の失敗率が低いというデータが出始めています。

2017年3月始動! 地域側からの「おせっかい」
Voice Bridges Project
「刑の一部執行猶予制度」施行後の地域支援(熊倉、高野、松本、2017)

ヒントは
「自殺未遂者に対する介入研究」
 3~4回/年の短い定型文の手紙による介入は、1年以内の再企図率、自殺死亡率を有意に低減する
 (Motto & Bostrom, Psychiatric Services, 2001) 2

このプロジェクトのヒントになったのは実は自殺未遂者の研究です。有名な研究ですが、自殺未遂をして救命救急センターに入院して退院後に精神科につながることを拒んだ人たちだけをピックアップして、その方たちをランダムに2つのグループに分ける。一つのグループは救命救急センター退院後、何も介入しない、それきりのグループ。普通そうですね。もう一つのグループは年に3、4回、短い定期的に手紙を出す。「その後、いかがお過ごしですか。何かお困りのことがあったら遠慮なくご相談ください」。提携文のテンプレートお手紙です。二つのグループに関して救命救急センター退院後、1年以内、3年以内の再企図率や最終的な自殺既遂によって死亡する率を調べてみると有意差をもって低くなる。たった短い手紙でも。これですべての人を救うことはないが、何もやらないよりはやった方が、命が助かる率が高い。こういう仕組みを地域の薬物依存症の方たちに使ってみたい。これが「Voice Bridges Project」の最初の目的です。

今、SMARPPは医療機関だけでなく、全国の7割方の精神福祉センターで提供されています。みなさんが普段、働く勤務地でこのプログラムをやっている場所はどこかという方は、薬物依存研究部のホームページを見てくだされば適宜更新していますので、わかると思います。

今、我々は「Voice Bridges Project」といって薬物の問題を抱えて刑務所を出て保護観察所でコホート調査、追跡調査をやっています。精神保健福祉センターから3カ月に一回、おせっかいな電話をかけて情報を入手する。「薬を使った」といっても、絶対保護観察所に言わずに守秘義務を優先するプログラムです。追跡調査をしながら保護観察が終わった後、地域の社会資源につながる可能性を高くしようとしていく試みで、3年間追跡調査をします。精神保健福祉センターって、すでにプログラムをやっている場所も多く、家族の相談も受けている。何よりも行政機関なので刑務所を出たばかりの人たちが一番困っているのは、住む家がないとかお金がないということなので、こういう所(市区町村役所(福祉サービス)の事)につなぎやすいし、薬物の患者さんを嫌がらずに診てくれる医療機関の情報もあるし、薬がとまらない人にはダルクとか自助グループを紹介することもできるし、家族にニーズ



今、このプロジェクトは国内の20カ所の精神保健福祉センターで展開されています。SMARPPと同じく40数カ所くらい広がってくると日本の地域の薬物依存症の支援システムが良くなると思うし、行政機関が中心となって薬物依存者の当事者と会ったり、話したりする経験を積んで、積んだ後、精神保健福祉センターから保健所、県庁、児童相談所に行くことによって、たぶん地域全体が変わってくことを10年後、20年後を見据えて私自身はこういう活動をしています。



私どもの施設がある東京では3つの精神保健福祉センターがあって、その3つの全てでタマープ、オープンとか、SMARPPをベースにしたプロジェクトが立ち上がって、立ち上げからスーパーバイズまでかかわっているんです。センターのプログラムにはキャッチメントエリアにあるダルクやマックのスタッフにも福祉会社として入ってもらうようにしていますし、都内には二つの保護監察所があってそこでもSMARPPをベースにしたプログラムの展開されているのですが、その立ち上げにも協力しながら、かつ保護監察官だけでプログラムをせずに、必ずキャッチメントエリアの精神保健福祉センターの職員とダルクやマックのスタッフも巻き込んでいくやってくれという格好で、法律で決められた、いやいや参加しているプログラムでも、地域の任意の社会資源と出会えるようにしています。医療機関は私どものセンタ

ー、我々の施設が多摩地区にあるので、23区の東の方をサポートできない。23区には精神科病院がありますが、薬物依存症を見てくれなかったり、ある都立の病院は薬物依存症の人で尿検査が陽性だったら必ず通報することを公言したりするので、薬物の問題を抱えている人の中から評判が落ちてしまって、5年前から昭和大学に働きかけて我々がサポートして専門外来をつくり、そこでもやってもらうようにしています。そういった意味でも東京都は社会資源がうまくいっているけど、これに加えて「Voice Bridges Project」に3つのセンターを設置して、お節介な電話をしていく。街全体が出会い系サイトというか、『街コン』状態になっている。決して強制力があるわけではないが、いろんなところで情報に当事者が浴することが出来る。依存症の支援はどこか一カ所でやっていてもザルで水を掬う感じなんですよね。誰がやってもそうなんです、私自身もそういう無力感と、25年間、闘ってきました。誰がやってもザルで水を掬っているみたいだったら、地域の中のたくさんのザルを多重構造で重ね、多重構造のザルをつくれればザルの目の上に残る水は多くなるのではないかな。これが私がさまざまな支援プロジェクトをやった上での発想の原点になっています。



さて冒頭に紹介したネズミの実験の続編があります。57日間、檻の中ですっかりモルヒネ依存症になったネズミを1匹だけ楽園に移して、2週間ほど様子を見ます。どうなるか。最初は普通の水を飲んで乱交パーティをやってる仲良しこよしのグループに入れず、群を離れて一人寂しくモルヒネ水を吸っている。そのうち一人ぼっちのネズミに乱交パーティをやっている仲間たちが関心を抱くんですよ。「あの一匹狼のようなネズミさ、よく見るとイケメンじゃない？」とツンツンと

やって逃げたり、ピンポンダッシュみたいなのをやるんですね。でもそのヤクチュウネズミはきれることなく、静かに水を飲んでいる。「寂しそうだから、試しに俺たちのグループに入れてやろうか」と入れてみると「結構いい奴ジャン」となって翌日には乱交パーティーグループのレギュラーメンバーになっているんですよ。そうなった頃に大きな変化が現れて、それはモルヒネ水を飲まなくなる。普通の水でハイになっているネズミの真似をして普通の水を飲み始める。急に普通の水を飲み始めると何が起きるか。モルヒネは離脱症状、禁断症状が激しい。普通の水を飲んでぶるぶる痙攣発作を起こしている。2日ほどその状態に堪えると離脱期をすぎて3日目にはおさまって、どのネズミが元々檻の中にいた薬物依存症のネズミか区別がつかなくなる。これは薬物依存症からの回復に重要な示唆を与えてくれます。薬物だけでなく、すべての依存症からの回復に必要なのは特効薬でもなく、すばらしい心理療法プログラムでもなく、ないよりはあった方がいいですが、それ以上にもっと必要なのは「孤立しないこと、受け入れてくれる地域社会があること、困った時に相談を引き受けてくれる医療機関や相談機関があること」なんです。日本はどうでしょうか？



地域住民の中見てみると、残念ながら、実際、ある都市で行われているダルクへの反対運動なんですよ。25年前からダルクはその地域で活動して多くの薬物依存症の方たちを救ってきたのに、地域住民の中では「ダルク反対」「ダルク反対」って。たぶん多くの人たちはナマの薬物依存症の方と会ったことも無いまま、ただ自分たちのイメージで反対しているんです。

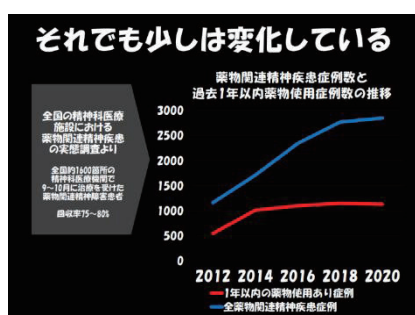
でも、ダルクのある通り全部これ家に貼っていると、そのダルクを利用している若者たちはどう思うでしょうね。通りを歩いてダルクに行く。薬物依存症の若者たちが「がんばるぞ」と回復しているという気持ちになるかということ、ならないと思うんですよ。かえって意欲がなくなる、「がんばっても社会には居場所がないじゃないか」。唯一、メリットを探そうとするならば、初めてダルクに来る人は、道に迷わないで済むということくらいです。



こういう偏見を、なぜ一般の国民はもつに至ったかという啓発のあり方だと思うんです。薬物依存症の方たちをゾンビのように描いたり、モンスターのよう描いたりする。一回やったら破滅だよ、だから「ダメ。ゼッタイ」みたいな格好で。こういう風な当事者が見たら嫌な気持ちをする啓発というのをするのは、公衆衛生の戦略としては絶対やっちゃいけないことです。海外でも薬物濫用防止教育の大事なポイントとして

「濫用防止の美名のもとに当事者に対する侮辱的な表現はゼッタイやってはならない」といわれています。薬物を法律で規制しているのはなぜか。国民の健康を守るため、人類の健康と福祉のためなんです。

それは世界で最初の規制法である麻薬に関する単一条約の条文に書いてあります。健康問題なんです。健康問題で、やむなく規制している。HIVとかハンセン病の感染防止の啓発のために感染した人たちを、まるでモンスターのようゾンビのように描く啓発はありえると思いますか？絶対にやっちゃいけないですよ。そういうことを疑問に思わない人たちも国がやっているから一般国民もあたりまえだと許されると思っている。一方で学校では「いじめ防止」といいながら、薬物を使っている人たちは叩いても構わないという感じになっている。薬物を使う人たち、子どもたちに最初に薬物を誘う人たちってゾンビやモンスターの顔をしていませんから。どんな人たちが子どもたちに声をかけるか、これまで出会ったどんな大人たちよりも丁寧に優しく自分の話を聞いてくれて、しかも初めて自分の存在価値を認めてくれた人。しかもエクザイルライブのメンバーみたいにイケてる人、憧れの人が「お前、結構面白いな、仲間になろうぜ」と勧めるんですよ。普通は使いますよね。その人たちに誘われるまで誰からも認めてもらえなかった自己評価が低い人たちが、子どもたちが、この世にはいるんだという、想像力がない人たちが、患われてエリート街道まっしぐらだった人たちがこういう啓発資材をつくっているということが非常に大きな問題だということ、ぜひみなさんにお伝えしておきたいと思います。国のやっている啓発自体が根本的に間違っている。国際的な動きからも逸脱して日本独自の何か変な信念というか、まるで戦前の軍部の政治に近いことが行われていることも言うておきたいと思います。



ただ、そうした中でもゆっくりと変化が出ていることも強調しておきたいと思います。私が行っている2年に一回の有床の精神科病院1600施設で治療を受けた薬物関連の患者さんたちの数を見てみると、回収率は75~80%で変わらないのに集められる患者さんの数がどんどん増えている。医療機関につながる薬物依存症の患者さんは増えている。これは薬物問題が深刻化しているわけではなく、以前に

比べると啓発が進んでいると思います。私が今の部長になったのが2015年なんですけれども、2016年、SMARPPに対して診療報酬の加算がつき、このくらいの時期から同時に厚生労働省精神障害保健課依存症対策推進室が、かなり依存症の回復支援の啓発を、その中で2018年には清原さんが登壇するとか、著名人もカミングアウトする状況が続いてきたんです。啓発が進んで病院に治療にやってくる人たちが増えている。しかも1年以内に問題となった薬物を使った人たちは、ずっと一定です。何を言いたいかというと、多くの人たちが医療につながりながら、ぼちぼちやめているということです。これはとても喜ばしいことだと思います。以前、「依存症」というだけでみてくれない医療機関が多かったし、精神科医ですら「私は依存症をみません」というところも多かった。アルコールでもギャンブルでも薬物なんていったら「冗談じゃない」と警察に通報されてしまう。それが正義だと思っている人たちもいて実は医師に守秘義務は刑法によって定められているし、公務員の犯罪告発義務がある一方、実は正当な理由があれば相談支援や医療が本務である場合、守秘義務を優先することは全く制限がないことを、もっと知ってほしいと思います。



私なりに日本流のすぐできる「ハームディダクション」を考えています。すぐにできるから予算がいらない。海外のように注射器の無料交換とか。注射器は必要かといってもヨーロッパでは1980年代はまだ、HIVは死の病気だった。それが死なない病気になった。C型肝炎も注射器で覚醒剤を使う人たちの中では問題になっていたんですが、昔はインターフェロンとか、治るのか、治らないのか、副作用が強すぎる薬ばかりだったのが、今は、よく治る薬が出てきた。

僕はバンバン、C型肝炎の薬を勧めています。セクシュアル・マイノリティは、HIVと薬物使用がリンクして同時に多発することがあると。しかし彼らのコミュニティの中で蔓延しているのは注射器の回し打ちではなく、コンドームを使わないセックスなんですね。注射器の交換は日本でやっても意味がないかもしれないと思います。ヘロイン、オピオイドだったらメサドンとか、その薬を飲むだけで欲求がおさまって「この薬物療法なしには依存症の治療はできないよね」という、オピオイドは薬物療法の治療はありえないのですが、覚醒剤には効果的な欲求を押さえる薬がないんですね。海外のような代替的な薬物療法をやっても意味がないし、合法化、非犯罪化に関して使用罪など新たに法律をつくるのは、やめてほしい。国際的な潮流から外れるし、恥ずかしい。間違いなくアメリカはバイデン政権中に完全に連邦政府として大麻は嗜好的な使用が合法化されると思います。すでにその法案は下院に通って後は上院だけで民主党が多数派を占めているから時間の問題で通ると思います。過去、大麻にいつて捕まった人たちの前科を全部消すと言っている。カナダがそうになって、アメリカがそうになって、コロナが終焉して海外からやってきた人や日本の優秀な若者たちが海外に留学してみんな経験してくる。その人たちがどんどん捕まって少年法が18歳になり、日本の若者たちはことごとく刑務所帰りの感じになって、すごく国家的な損失が大きいと思うんです。そもそもどこまで大麻は被害があるかに関しても、安全とはいわないが、どう考えてもアルコールの方がヤバイのも事実です。そういう検証をせずに国際的な流れに逆らって、どんどん規制法をつくっていくことは正しいとは思っていません。ただ現段階で合法化、非犯罪化もまたコンセンサスを得ることが難しいことは承知しています。

現実的にできることは二つ。一つは「医療、相談支援の場で守秘義務を優先すること」。これは現状でもできるんですが、多くの援助者が勇気をもってやっているのでも国も、そうしてください。困った人がいたら通報するのではなく、本人や社会資源に関する情報を丁寧に教えてあげてください。守秘義務を優先の上とってほしい。大事な「ハームリダクション」です。もう一つは「濫用防止の啓発」のやり方。「ダメ。ゼッタイ」とか「一回やったらオシマイ」とか、ああいう啓発をやめてほしい。

今、国際的には大きく、依存症に対する考え方が変わっています。「ハームリダクション」の登場が大きく、1961年から始まった厳罰政策が問題をもっとこじらせ、全く効果がないどころか害な結果をもたらしたというエビデンスが揃ったんです。その中でもはやアディクション、酒や薬におぼれた状態、「依存症、この意味の反対語は何？」といわれたら以前だったら「Sober」、シラフで、あるいは「Clean」、薬を使ってないこと、という風に言われていたんです。

今はもう違っているということなんです。「アディクションの反対語はコネクション。人とのつながり」。孤立した人ほど依存症にやりやすい。依存症になるとますます孤立してしまう。まずはつながること。

「うちでは依存症はみていません。依存症お断りです。専門家じゃないからうちではみられない」ということではなく、まずはできることを。専門病院につなぐこと、かかりつけのお医者さんの中で丁寧に接し

てもらおうとか、ある程度かかわってくれたのは「あの援助者がいうんだから、その病院にいってみよう」
と思う。そして自助グループにつなげて当事者たち、回復者たち本人に会わせてあげる機会をつくること
が専門職の役割だということを強調して、今日の私の話を終わりにしたいと思います。ご静聴、ありが
うございました。



稗田（司会）：

松本先生、長時間にわたってほんとにありがとうございました。みなさんの病院にも、からだを壊して
いるネズミさんが、いらっしゃるのではないかと思います。昨年度、MSWで初めて「依存症支援の実態
調査」をさせていただいた時、8割以上が「依存症の患者やその家族にかかわった経験がある」。しかし
9割が「ほとんときちんと治療、相談につなげられていない」とい実態が明らかになりました。MSWの
スタンスとして「どちらともいえない、かかわりたくない、相談を断っている」という人たちが半分以上
ということも実態としてわかっています。「自業自得、自己責任ではない」とはっきり言い切れないMS
Wの意識、これが5割を占めるという実態も明らかになっています。

本日は最新の依存症の知識、情報についてエビデンスを含めて凝縮したわかりやすいお話をいただき
ました。MSWがしっかり知識をもち、依存症支援がオプションとしての支援ではなく、どんな場でもあ
たりまえに支援する、それがソーシャルワーカーとしての本来の使命ではないかと、改めて松本先生のお
話を聴いて感じた次第です。先生本当にありがとうございました。松本先生、これからもどうぞ私たちを
応援していただきたいと思います。NHKの先生にかかわる報道を添付しました。いっぱい発信しておら
れますから、これを機会に関心をもっていただけたらと思います。

以上をもちまして松本俊彦先生のご講演を終わりにいたします。みなさま、どうもありがとうございました。

*無断転用は固く禁じます

IV. 資料

本資料は、本協会研修事業（2020 年度・2021 年度開催）「ソーシャルワークスキルアップ研修 アディクションにおけるソーシャルワーク実践研修」終了時アンケート結果（自由記述回答の結果）です。アンケート結果の取り扱いに関しては、受講者に同意を得た上で、倫理的配慮をおこなっています。

研修受講後アンケート：自由記述回答の結果

1. データと分析方法の概要

本協会は、2020 年度と 2021 年度のソーシャルワークスキルアップ研修時にアンケート調査を実施しており、クローズドクエスチョン形式の質問に加え、以下の①と②の自由記述形式の質問が尋ねられた。

①現場で依存症の支援に困ったり、悩むことについて具体的に教えてください。

②この研修を受けて、今後、現場の支援に具体的に活かせそうなものがあるとしたら何でしょうか。

これらの質問に回答したケース数は、①2020 年度 42 ケース、2021 年度 63 ケース、②2020 年度 43 ケース、2021 年度 64 ケースとなる。

以降では、①105 ケース（42+63）、②107 ケース（43+64）を使用し、自由記述回答を分類した結果を提示する。具体的には、佐藤（2008）の定性的コーディング分析に依拠し、以下の分析を行った。

- i 該当する会話データを文書セグメントとして抽出した。
- ii 文書セグメントを集約した概念的カテゴリーに相当するコード（焦点的コード）を割り当てた。
- iii 焦点的コードを集約した上位カテゴリーを作成した。

なお、コーディング作業には、文書セグメントの内容を表すコードを割り当てるオープンコーディングと、オープンコーディングのコードを要約した抽象度の高い概念的カテゴリーのコードを割り当てる焦点的コーディングがある。前者は、研究の初期段階や見直しの際に使われることが多く、一方、後者は研究が進展した段階で概念同士の比較をする際に有効といわれている（佐藤 2008：99-100）。以降の分析結果では、ii の段階で行われた焦点的コーディングを示し、それを総合したものが iii で上位カテゴリーとして提示される。

2. 分析結果

以下では、①の分類結果を表 1、②を表 2 に示す。なお、問いの趣旨から外れた回答、判読困難な回答は除外した。

参考文献

佐藤郁哉, 2008, 『質的データ分析法：原理・方法・実践』新曜社。

①現場で依存症の支援に困ったり、悩むことについて具体的に教えてください。

表1		
上位カテゴリ	焦点的コード	自由記述データ
支援方法に 関する悩み	支援方法が 分からない	研修でもあったように、すでに内科受診を長年経て、困った患者になってしまっから相談であるので、紐解くのが難しく、対応するSWも構えてしまっ、どう対応したら良いかと悩んだ
		実際暴力をつけて、家庭内にアルコールの問題があることが発覚し、急を要するケースに携わりましたが、どう支援したらいいか、行政等支援者の協力が充分でない場合もあると、重く悩みます。
		家族の支援が悩ましいことがよくある。
		家族も疲弊し離れていってしまうことがあると、より本人の回復に支障があり、どうアプローチしたらよいか悩む。
		アルコール依存症についての知識も対応方法もわからず、飲酒運転されるクライアントの支援を少しでもできるようになればと参加しました。
		何度も繰り返してしまうことへの支援をどうしたらよいのか。
		自分自身がどのような支援を行ったらよいか分らず自分自身の問題でもあり、ソーシャルワーカーの部門としても方向性がない。講義を受け医師など他職種の理解や治療や支援のアプローチにおける共通認識がないことも課題となっていると気づき更に悩ましい問題が明確化した。
		自分の知識がないことを痛感します あとは周りのスタッフにも、依存症支援の知識がないと思います。本人、家族の責任になってしまっていると思います。
		自分の置かれた立場でできることはないのか。
		病状のコントロールがうまくいかない背景や経済的困窮の背景に依存症の要因があるが、そのことについて働きかけられていない。結局、その場その場の悪化したことだけの対応となり、生きづらさの原因の一つである依存症について何もできないことや、本人・家族に働きかけができたとしても、自分で「コントロールできない」状態に対して本人・家族が失望してあきらめてしまうことについて、どう支援していったらよいか悩んでいる。
	面接方法が 分からない	依存症の既往がある場合の具体的なケースの支援方針を相談する相手がいない。方針の妥当性、押さえておくべきポイントなど確認したい。具体的なケースの相談等可能な窓口はあるのでしょうか。
		アルコール依存症と思われる方がいても臭い物には蓋のように見て見ぬふりをしているスタッフが多いこと。しかし自分も関わり方が分からなかったこと。
	接し方が分 からない	自己の面接技術が不足しており、動機付け面接をうまく展開できない。
		アルコール関連問題がある方への最初のインテークや面接方法
	接し方が分 からない	本人に対して、面談をMSWが行う目的、また次回の面談の約束をつくるのに、どのようにプログラムを組めばよいかかわからず(MSWの役割や関わり方の意図の説明ができなくて)、面談が消化不良で終わることが多い気がします。
		当事者の方の接し方に苦慮した事がある。
	否認する人・ 自身の状態 を理解してい ない人 への対応の 難しさ	信頼関係の構築が難しいです。
		本人との関わりかた
		MSWが関わる前に外来の段階で内科の医師がアルコール専門医療を紹介するが、否認が強く内科治療からドロップアウトしてしまう人がいる。
		依存症が疑われる状態で身体を病み入院され、比較的短期間で退院になるときの支援のあり方に悩みます。ご本人に困り感が薄いことが多く、外来での継続支援の必要性があると感じても、相手に実感をもってもらうお声掛けができぬまま、フェードアウトとなってしまう(外来が途絶える・外来は来るがSWの介入は拒否等)ことが課題と感じています。
		依存症は否認の病とも言われているかと思いますが、そこへのアプローチの難しさも感じていました。
		アルコール性肝障害などで緊急入院を繰り返している患者に対して、内科医師より「アルコール依存症の専門医療機関に転院させてください」という介入依頼が入ることがあるが、本人が依存症であることを否認しているなかで、専門機関に繋げることが難しい。
		本人の否認・家族の支援が悩ましいことがよくある。
		アルコール依存症専門機関と連携するも本人の自覚がなく、家族の対応に任せざるを得ない時があり、退院により支援の継続が難しかった。
		本人がアルコールの問題はないと認識しており支援に繋がらない
		まだ否認の最中にいる方、アルコール問題の解決意欲にまで至っていない方に対し、どう関わり、何をするのが支援になりうるのか経験がなく戸惑ってしまう。SW側の経験値の問題。ケースとして多くは先輩・周囲を見て勉強する機会も少ない。
	治療・支援の 受領に意欲 のない人 への対応の 難しさ	本人の治療意欲が無いだけでなく、家族も問題と感じていないことがあるケースもあってそのような場合は支援に悩んでしまいます。
		飲酒以外に生活に楽しみがなく意欲転換への動機づけが難しい。
		患者さんへの前向きに治療に励んでもらうための動機付けが難しい
		やはり、患者本人に、アルコール依存症を治そうとか予防しようとかいう動機が薄く、困ったり悩んだりすることがあります。
		本人自身が治療や支援を必要としていない事。
		介入を嫌う人が多い
		依存症の方が治療と必要としない
		精神科病院への受診促しがハードルが高く拒否される。
高齢者への 対応の難しさ		患者本人のモチベーションに障壁を感じ自らの無力感を感じるが多い
		支援に携わっても断酒につながらない人が多い
		高齢者のアルコール依存症の支援が難しいと感じます。特に80代。
		高齢者の方も増え、ますます難しさを感じています。高齢になり、もう好きなお酒でどうなってもいいやないか、など…。それでも、飲まないでいることでより良い生活に繋がっていくものと相談していますが、なかなか難しく感じていました。
		老健利用者の家族が飲酒して電話をして来るのが有り、老健のSWとしてどういうアプローチをしたらいいか悩んでいた。
		高齢者の家族にアルコールまつわる生活上のトラブルが増えてきている現状があります。

表1 つづき		
上位カテゴリー	焦点的コード	自由記述データ
つなぐことの 難しさ	治療・専門機関・自助グループ等につなぐことの難しさ	なかなか受診や自助グループ等に繋がらず、当院の継続通院がない場合にどのようにすべきか悩む(情報提供は行うものの)。 なかなかつながらないこと。 なかなか依存性の方を専門機関につなぐことの難しさを感じていました。 断酒会やアルコール外来を紹介しても本人が行かないことがよくある 患者自身が治療する意向にならないためつなげることができないことが多かった。 共依存関係であり支援につながらないケースを対応しています。支援につなぐポイントについて聞きたいです。 繋がるのに時間がかかるとわかっていても、支援が中々うまく行かないのが歯がゆい。所属している病院ではなく、地域のクリニックに逆紹介のケースだと地域の支援者に繋ぐ支援をするが、その支援者の知識やモチベーションによって支援が続かないことがある 専門医につながらない 一般病院のため継続支援が難しいこと 通院が途切れてしまったり、他院やダルクに繋げても繋がりが切れないことがある。 専門機関につなげるまでの関わりを持つ事が困難に感じる事がある。 専門医療機関につなぐところが難しい 家族会や断酒会へのつながり方つなげ言葉選び 患者会に繋がらない。 人との関わりを拒む方が少なからずおられAA、断酒会などに繋がらない。 研修内でも話がでていたように、本人と専門医を繋げることも難しいし、専門医の予約がすぐにとれなかったり、立地によってなかなかつながりにくいと感ずることがあります。
	入退院を繰り返し、どこもつながらない	当院では慢性期病院であるため、アルコール性で入退院を繰り返している方が多くなってきていること、また高齢者の家族にアルコールまつわる生活上のトラブルが増えてきている現状があります。現状として調子が良いと自宅に帰り、再飲酒して入退院を繰り返して、急性期病院で状態悪化し、転院してくる現状があります。地域の事業者にも関わらず、家族がどこかに繋がっていない実情もあり、支援の難しさを感じます。 何度も飲酒で一般病院への入退院を繰り返し、依存症専門機関、患者会などに繋がらないところ。 専門医療機関につながらなくて何度も救急搬送されてくる患者がいるがなかなか支援につながらない。
時間的制約	業務の多忙さ	支援の必要性は理解しているが、十分な時間がとれない中で何から始めようか悩んでいる。 支援にあたる時間がない 時間がないことを言い訳にしてじっくりその人と関わると意識を忘れていたことを再認識させられた。
	関わる時間の短さ	関係性を築くまでに時間を要するケースが多く、研修であったように「いのちを繋ぐ」ことまでの援助になってしまい、依存症治療に取り組むための支援までたどり着けないことも多い。 在院期間が短いと思うような支援が出来ない ご本人の話をゆっくり聞く時間がとれなかったり、入院期間中にご家族との信頼関係を築くまで至れなかったりする。 限られた時間の中で対象者へのアプローチ(専門機関につなげることに必死になってしまう) 専門的な医療機関にたどり着く前に退院となること。
	急性期病院における患者と関わる時間の短さ	急性期病院のため時間が非常に限られた中で面談し、支援を組む必要があり、じっくりとやりとりをする余裕がない。 急性期治療において、時間をかけてゆっくりと面談時間を設けることがしにくい(しにくいと思いついて入っているだけかもしれないが)。 急性期病院であるため直接的に支援に当たることは少ないが、入院患者が精神科病院からの転院であったり、肝硬変等を繰り返し入院する患者は多い。そのような時にどのように支援するのか、どのような対応をするのかを学ぶために今回の研修に参加しました。 急性期病院のスピードの中に支援を組み込めない。 急性期での短い時間での関わりが難しい 急性期病院で外来の短時間面談することもあり、短い時間の中でswとして何が出来るか悩むことが多い 急性期病院で働いていて依存症の患者支援に携わるとしても、ごく限られた時間の中でしか関わる事ができない。その中でより正確により深く患者や家族の不安や主訴を引き出すことが出来る援助技法について学ばなければと思っており、自身の力量不足を痛感している。 ご家族が共依存の関係となっていたり、精神科での専門治療に繋げることが困難であっても急性期病院での入院期間ではご家族やご本人への支援が十分に出来ない。 急性期病院の中でどのように依存症を見つけ、それらに焦点を当てていくかが難しい。 急性期のワーカーとしてどう支援するか
	早期退院の指示	実際に依存症の患者を担当したとしてもどのように支援すれば良いのかわからないまま、身体機能の回復を優先させて退院に至ってしまうことがほとんどであること。 身体的治療を優先し、次はアルコール問題となっても身体的治療が終了したら速やかに退院をとドクターや病棟から言われてしまう。専門外の医師や看護師のアルコール依存症を持ってもらうことも必要だと感じる。

表1 つづき

家族への介入の難しさ	家族の対応・認知を改めることの難しさ	私は、療養型病棟のMSWです。要介護認定が出ている患者やその家族の、今後の生活の今後の人生(生活)に関する自己決定支援や生活の再構築、具体的には在宅復帰や施設入所等について介入しています。直接的なアルコール問題に対する支援は少ないのですが、元々アルコール依存症の方やその家族は、そのような場面でも家族内の共依存関係等のため、支援が思いの外大変です。高齢者の飲酒は、退院後の自宅でのADLの低下や病状悪化、介護負担の増、経済的問題の発生、サービス利用困難、セルフネグレクト、栄養状態の悪化等に伴う繰り返す入院と「この人、飲まなければいい人なの…」という言葉で適切な方向性の選択ができない、当事者以外の家族等の生活などへの影響等、支援が難しいです。クライアントとそのとりまく環境をどのようにアセスメントし介入するのか？が重要となってきます。また、そのアセスメントや介入について、当事者の誰か(配偶者や子供等の誰か)がまず理解し動き出さなければ、二転三転する支援経過に関係機関が振り回され、関係機関もアルコール問題に取りこまれてしまっている状況になっていることも案外、高齢者で多いものです。その状況が深刻化した状態が、急性期病院や在宅のケアマネジャー、地域包括支援センター等から「救急病院ですぐに退院させられるので、貴院で入院させてもらえないでしょうか？」と入院相談で支援開始し、そこにあまりたくさんアルコールを摂取しているわけでもないけど、徐々に依存症に起因する問題が表に出てくるということがあります。
		多量の飲酒がやめられない夫に対して、肝不全を繰り返していても好きのようにさせたいと話す妻の支援方法に悩みました。背景に夫から過去にDV受けられていたと聞きました。
		アルコールばかり飲んでいて食べない、食欲不振と入院してくるが、入院すると食べる(お酒が抜けるから?)。退院時にADL低下によりお酒を買いに行けないので断酒の機会と支援しても妻が買いに行ってしまうケースが続いている。
		家族も否認がありつなげづらいことがある
		本人の治療意欲が無いだけでなく、家族も問題と感じていないことがあるケースもあってそのような場合は支援に悩んでいます。
		ご家族が共依存の関係となっていたり、精神科での専門治療に繋げることが困難であっても急性期病院での入院期間ではご家族やご本人への支援が十分に行えない。
		普段、当事者や家族が困ったというより、医師など医療者が困っての相談開始が多い。家族自身も「どうしたい」という気持ちになれないことが多く、家族に対しての動機づけをどうしたらよいかと思う。
	家族の逼迫状況	アルコール依存症専門機関と連携するも本人の自覚がなく、家族の対応に任せざるを得ない時があり、退院により支援の継続が難しかった。
		アルコール依存症と、その子どもがヤングケアラー状態で二重の生活課題。
連携・つながりの弱さ	専門機関、自助グループ、地域との連携の弱さ	重症化してから、入院をして症状が落ち着いたら早期に退院してしまうことを繰り返して、徐々に病気が進行してしまいます。市内にあるアルコール依存症をみとめてくれる精神科病院もありますが、担当のPSWはあまり地域への連携関係の会議にも参加しておらず、他の病院に比べなかなか連携が取りづらいです。
		専門的な医療機関や自助グループとのつながりが薄いこと。
		コロナ禍で飲酒して病院(異動前)に電話してきた方の対応をしたことがあり、地域に向けSwとしてアウトリーチする必要性を感じていた
		地域の関係者らの理解もなかなか進まない
		コロナ対策のため、ARPや断酒会の開催ができず、何より患者さんが回復者と出会う機会が提供できないこと。
		研修内でも話がでていたように、本人と専門医を繋げることも難しいし、専門医の予約がすぐにとれなかったり、立地によってなかなかつながりにくく感じる場合があります。実際暴力をうけて、家庭内にアルコールの問題があることが発覚し、急を要するケースに携わりましたが、どう支援したらいいか、行政等支援者の協力が充分でない場合もあると、重く悩みます。
	多職種との協働の難しさ	多職種との協働
		他職種の理解が足りず、全体として支援していく姿勢にならないことに困っている。
	専門機関・精神科がない	診療科として精神科がないため、機関全体として対応が消極的になってしまう。
		一般病院のため、依存症の方は専門病院へ相談することとなるが、なかなか受け入れてもらえないこと。
		一般病院に勤務しており、アルコール依存症が既往や原因による内科系の疾患での退院支援で関わることがあります。年齢が若いこともあり、介護保険等のサービスに比べ、利用ができるものが少ないことや勤務先に精神科がないため、退院時に精神科のある病院への受診をすすめてもその後の経過がわからないことや適切に定期的な受診等に繋がっているのがわかりづらいこと、医師や看護師も当院には専門科がないため、踏み込んだ支援に繋がらない現状があります。

表1 つづき

アルコール依存症者に対するネガティブなイメージ・理解の欠如	自分自身が患者に陰性感情・偏見を持っている	本人に対し、陰性感情が芽生えてしまう。
		日々の業務の中でアルコール依存症の患者が来院されたとき、正直なところまたかと思ってしまうことがありました。初心に帰り日々の実践に生かしていきたいと思います。
		自分もそうでしたが、AL依存症の人に同じことの繰り返しで裏切られるように感じてしまう自分がしんどかったですが、当事者の声も聞けて良かったです。
	周囲が患者に陰性感情・偏見を持っている	急性期病院・救急隊・行政から「迷惑な患者」として「あとは在宅でひっそり看取りを」といわれたアルコール依存症の末期患者のターミナルケアを体験し、普段なら支援者と言われる方々の蓄積した陰性感情が爆発したようなネガティブな対応にアルコール依存に関する闇(病み)を感じました。
		患者に対するMSWの陰性感情を適切に処理できないこと
		アルコール依存症者に対する医療職者の偏見の為に、当事者は余計に意欲が削がれ、ソーシャルワーカーの支援をより難しくしてしまう。
		医療職の中には依存症患者に否定的なイメージを持ち、対応をしていることもあるため、チームで支援体制を確立することが難しい。
		対応する現場の陰性感情が強く、精神科に任せればよいという空気になっていること。困った患者で片付けられていること。
		依存症者に陰性感情を抱いている他職種に理解してもらうことが難しいと感じる。
		ほかのスタッフとの依存症問題に対する温度差。
		院内でアルコールの患者は、「本人の意思の問題だから治らないし」「厄介だから救急車うつけるな」「MSWが介入してもなにができるの？」という声がよく聞かれ、それに対して、違う!とはっきりといえない自分にもややもやしていました。院内への理解の促進が必要だと感じます。院内の理解を深めた病院の事例があったら聞きたいです。
		自分自身もそうだったが、周りの職種に依存症に対しての理解がないと感じることが多い。自業自得や治らない、やる気がないから仕方がないなどとの認識が強いと感じる。
		身体科では、依存症を見過ごされてしまうことが多く(医療者の陰性感情も影響しているかもしれない)、介入につながらない。一体感を持って支援に当たるとい文化が形成されていない。
		私は急性期病院に勤めており、担当病棟が救急科や総合内科からなる複数科病棟である。DrやNsなど、アルコール関連疾患の患者が入院されると、「厄介な患者」、「やりにくい」、「離脱せん妄が出たら嫌だな・・・」"飲めるような身体になるとまた飲むでしょ"というようなアルコール患者に対しての負の感情、雰囲気少なからずある。SWとして、限られた在院日数の中で、アルコール問題を抱える患者さんを前に、他職種とアルコールで困っている事実を共有化したり、同じ目線作りに努めたりはしているが、まだまだ道半ば途中で、チームで支えていく形まではまだまだできておらず、私自身、悩んだり無力感を感じることも多い。
		アルコール依存症と思われる方がいても臭い物には蓋のように見て見ぬふりをしているスタッフが多いこと。しかし自分も関わり方が分からなかったこと
	アルコール依存症に対する周囲の理解不足	依存症者へ対する職場の他職種の理解
		院内で依存症の理解が中々得られず支援に苦労している
		現場の理解が得られないことと当事者の方との信頼関係の構築が難しいです。
		以前は総合病院で勤めており、少数でしたが、同僚SWもアルコール支援にソーシャルワークが必要と思っていてくれる人がいました。しかし、現在は回復期リハビリ病棟で勤務しており、SW内でもアルコール関連問題についてソーシャルワーク介入の必要性がない現状です。医師やNS、リハビリスタッフからの理解が難しい状況ですが、脳卒中を患われる方の背景にアルコール関連の事をお持ちの方も多く、リハビリ病院でのアルコール支援にSWが介入できないかと日々模索しております。
		院内職員の協力・理解が得にくい
		医療者の協力がなかなか得られない。
		医師からの依頼がアルコール問題からの支援依頼は少なく、経済面、社会面の支援の中で課題が出てくることが多い。院内でメレレベルの取り組みが必要。
	回復に対する周囲の諦観	家族を含めた支援者が離れていき、あきらめムードになるところ。
		医療者も本人も、家族も回復するとは思っていないこと
		家族も仕方ないと諦めている。
		御家族が皆様、手を引いてしまい1人で悩んでいる患者さんの支援に悩むことがあります。

②この研修を受けて、今後、現場の支援に具体的に活かそうなものがあるとしたら何でしょうか。

表2		
上位カテゴリー	焦点的コード	
当事者の視点	回復者の考えや体験談	本人や家族の思い、動機付け面談等は活用していけそうと感じる
		アルコールに対する患者さんの周囲に迷惑をかけるから、でもやめたくてもやめられないことや脳が求めるというなどの今まで知って知識以上に、患者さんの心の奥底にある自身の問題解決方法として心の支えとしてきたものを否定されることや手放さなければいけないという自分とは切り離せない想いがあることに気づきました。依存症を抱える本人や家族への支援について、研修を受ける前より一歩踏み込んで関わっていけそうです。
		改めて依存症の方々の体験談や動機付け面接、SBIRTSを伺い、自分の視点や学び、院内での実践など様々に未熟さや働きかけの弱さを感じました。体験談で話して頂いた内容はとても心動かされる内容で、これからの実践のヒント、取り組みのヒント、組織への働きかけのヒントを頂けたように思います。
		シビアな状況にあったとしても、回復されている方がいるとの実感を得た。回復の過程にある方々の大変さを知り、「AAや治療に繋がったので支援終了」ではないことを肝に銘じておく必要があると感じた。
		依存症の方々の支援の流れ。依存症の方からの実際の話。
		家族会や断酒会、AAに関する情報提供。また体験者の方から、おもしろがって付き合ってくれていい、当事者自身がアルコール依存症に対する自己ステイグマを持っている、というお話を聞き、我々もアルコール依存症と聞くと身構えてしまう部分があるため、今日の研修で伺ったことや学んだことを実践に活かして、まずはMSWがその方自身の人生や家族の人生に寄り添うことをしていきたいと思った。また面接のやり方もレジスタンストークになりがちだと気づきがあったので、意識して気を付けていきたいと思う。
		当事者の体験談を聞き、「回復できる」ということを信じることの大切さを学んだ。「回復したい」と本当は思っている当事者の気持ちを専門職が挫かないようにしていきたい。また、きっかけが作られることについても長い時間背景があり、さらにその回復にはもっと長い時間がかかることから、自分がじっくりと取り組む姿勢が大切だということも学んだ。アルコール、家族関係、姿勢については、すぐに活かせるものだった。技術的な面としては、本人の生活歴、飲酒歴をMSWが聞くこと、MIを用いて面談していくことが現場の支援に活かそうだったと思った。
		今回、断酒会やAAの強みが理解できました。SOSを出す家族に情報提供する支援の大切さも理解できました。存在は知っていたけど、関わりはなかったため、より理解してみたいと思いました。また回復した話を直接聞いたことで、よりクライアントや家族に伝わりやすい話し方や面接の注意点を省みることができたので、生かしていきたいです。
		自助グループへのつなぎ方の具体例。体験者の方の経験を参考に、クライアントが今どういう思い・段階にいらっしゃるか想像しやすくなると思う点。
	「否認の病」の実際	否認の病であること、本人にとってのアルコールの位置づけ、どのような経過で来られたか、話して頂ける範囲で聴くこと、など、相談の取り組み方から活かしていこうと思います。
		アルコール依存は否認の病気であり、上手に付き合っていくものだと言ったこと。体験談を語っていただいたこと。支援する自分自身の意識改革が必要だと学びました。
	アルコールの必要性	否認に至る経緯とAAや断酒会についての知識、医療機関へのつなぎ方
		zoomでの家族会の紹介等、積極的にしていきたい。・アルコールが生きていくために必要だったものという観点を忘れず、真摯に患者さんや家族に向き合っていきたいと思う。死なずに生きることを支える伴走者としての役割を果たしていきたい。
		アルコールが生きる上での重要なものであると意識して支援する。 アルコールは悪ではない。
		アルコールがなければもっとひどいことになっていたかもしれない、生きる上で必要なアイテムだった、という言葉は非常に胸に響いた。もっと、その人のことを知り、背景にあるものに目を向けることの重要性を改めて感じた。 今回学ばせていただいたことをソーシャルワーカー部門内で共有し、アルコール依存症をとりまく方々の支援の指標を同じ方向に向けていきたいと思った。アルコール依存症は否認の病であること、患者さん自身に特化して支援をしていこうとするが、家族を巻き込む病であり、家族へのアプローチが本人へも作用していくという学びを生かしたいと思う。

表2 つづき

支援の仕方	面接技法	面接技法や何より、病院院外の回復した当事者の姿を見てSW自身が回復を信じられる事。
		本人や家族の思い、動機付け面接等は活用していけそうと感じる
		面接の仕方、連携の取り方等きめ細かい研修だったので頂いた知識をそのまま利用できるような努力します。
		面接態度、面接技術、SBIRTSの存在
		動機付け面接を活用し、患者・家族への思いをきき理解を深めていくこと。自助グループのつなぎ方。
		面接方法。回復者の体験談
		動機付け面接
		動機付けの面接は普段の面談や支援にも活用できると思いました。
		改めて依存症の方々の体験談や動機付け面接、SBIRTSを伺い、自分の視点や学び、院内での実践など様々に未熟さや働きかけの弱さを感じました。体験談で話して頂いた内容はとても心動かされる内容で、これからの実践のヒント、取り組みのヒント、組織への働きかけのヒントを頂いたように思います。
		動機付け面接
		相手に寄り添い協働できるように面接技法を工夫したいと思います。
		本人の回復を信じて伴走すること、家族の回復が出来るよう家族会につなげることはすぐに実践できそう。動機づけの辺りはおつと勉強しようと思う。
		ご家族への支援にも重点を置く、面接技法、自助グループへも参加する
		動機づけ面接
		面接技法、家族会へのつながりをまずはSWが行うこと。精神科病院との勉強会を企画。
		動機づけ面接 家族支援
		面接技法はとても参考になりました。依存症の方だけではなく、さまざまなケースに対応できると思います。
		面接(ロールプレイをしたことで実感できた)
		動機づけ面接も実践してみようと思います。また、自助グループなどの社会資源も活用したいです。
		患者会や、家族会の特徴を理解した上で動機付けができるような支援をしたい。
		動機付け面接法について。詳細を自身で学びを深めようと思った。
		断酒会の方への繋ぎ方など、具体的なシナリオ、ロールプレイがあり、参考になりました。入院、外来の治療の概要なども参考になりました。
		動機付け面接のポイント。自助グループの力。断酒会とAAの違い。家族支援の重要性。まずは家族が笑顔になること。家族の回復が本人の回復につながることに。
		動機付け面接
		動機づけの面談は他のケースにも活かせるため、積極的に使っていきたい。
		動機付け面接、断酒会・AAの案内など。
		否認の病であること、本人にとってのアルコールの位置づけ、どのような経過で来られたか、話して頂ける範囲で聴くこと、など、相談の取り組み方から活かしていこうと思います。
		回復者の声を聞くことで、アルコール依存は回復するということを私自身が信じて、患者へ伝えることができるようになったと思いました。動機付け面接の技法をもっと勉強して、身につけたいと思います。
		動機付け面接の仕方を参考に、チェンジトークを引き出せるようにしていく。
		面接法など、具体的に示されていたため内容を理解しやすかった。チェンジトークを引き出せるよう考えていきたい
		チェンジトークのシナリオで、始めの言葉かけからそっくり真似をしようと思いました。
		目の前にいる人が否認されていようが、その方は回復することができるのだと無条件に信じていることができるようになったと思います。高度急性期病院での短いかわりの中でも、チェンジトークを展開し、専門医療に確実につなぎ、また自助グループとのつなぎも支援できることを感じました。週明けから実践します。
		県のMSW協会新人研修プログラムに消化器内科と精神科が繋がる意味をSwに理解してもらい、チェンジトークをロールプレイ体験してもらうこと。
		家族会や断酒会、AAに関する情報提供。また体験者の方から、おもしろがって付き合ってくれていい、当事者自身がアルコール依存症に対する自己スティグマを持っている、というお話を聞き、我々もアルコール依存症と聞くと身構えてしまう部分があるため、今日の研修で伺ったことや学んだことを実践に活かして、まずはMSWがその方自身の人生や家族の人生に寄り添うことをしていきたいと思った。また面接のやり方もレジスタンストークになりがちだと気があったので、意識して気を付けていきたいと思う。
		今回、断酒会やAAの強みが理解できました。SOSを出す家族に情報提供する支援の大切さも理解できました。存在は知っていたけど、関わりはなかったため、より理解してみたいと思いました。また回復した話を直接聞いたことで、よりクライアントや家族に伝わりやすい話し方や面接の注意点を省みることができたので、生かしていきたいと思います。
		具体的な現場の支援に落とし込む手法として、チェンジトークとレジスタンストークをロールプレイで学べたことは大きいです。普段の実践がレジスタンストーク寄りだったことに気づけた。研修でインプットしたことを、実践でアウトプットするときに、よい見本だけでなく、逆も提示いただけたことで、研修を終えた後も自身で振り返りをしやすく今後の支援に活かしやすいと感じました。

表2 つづき

支援の仕方 (つづき)	SBIRTS	面接態度、面接技術、SBIRTSの存在
		改めて依存症の方々の体験談や動機付け面接、SBIRTSを伺い、自分の視点や学び、院内での実践など様々に未熟さや働きかけの弱さを感じました。体験談で話して頂いた内容はとても心動かされる内容で、これからの実践のヒント、取り組みのヒント、組織への働きかけのヒントを頂いたように思います。
		SBIRTSの理解が、介入のロールプレイ等により、わかりやすかったと思いました。
		断酒会について学べたので、機会があれば現場を見学させていただき家族支援に繋がりたい。SBIRTSについては全く知らなかったもので、今回の研修でとても勉強になった。
		SBIRTS、回復しているかたとの連携
	関わり続ける姿勢 (伴走型支援)	直ぐの断酒を意識せずに関わり続ける、患者・家族自身が他の関連団体とつながりを築けるように関わる
		関わりをつづけていくこと、見守っていることを伝えること。
		zoomでの家族会の紹介等、積極的にしていきたい。・アルコールが生きていくために必要だったものという観点を忘れず、真摯に患者さんや家族に向き合っていきたいと思う。死なずに生きることを支える伴走者としての役割を果たしていきたい。
		根気よく回復を信じて関わり続けること
		対応には時間がかかると心づもりをすることで、支援する時の私自身の心の余裕ができると思います。
		かかわり続けることと、回復する病気であることを本人にも言い、私自身も信じること。
		本人の回復を信じて伴走すること、家族の回復が出来るよう家族会につなげることはすぐに実践できそう。動機づけの辺りはもっと勉強しようと思う。
	患者の回復を 信じる姿勢	上からアドバイスするのではなく、人として信頼し見守っていくスタンスで関わりたい
		面接技法や何より、病院院外の回復した当事者の姿を見てSW自身が回復を信じられる事。
		かかわり続けることと、回復する病気であることを本人にも言い、私自身も信じること。
		本人の回復を信じて伴走すること、家族の回復が出来るよう家族会につなげることはすぐに実践できそう。動機づけの辺りはもっと勉強しようと思う。
		回復を信じる事。専門機関とつながる事。本人、家族の問題を分けて捉える事。
		ご本人もご家族も苦しんでいることを忘れず、我々ワーカーが決してあきらめないこと。
		目の前にいる人が否認されていようが、その方は回復することができるのだと無条件に信じることができるようになったと思います。高度急性期病院での短いかわりの中でも、チェンジ・トークを展開し、専門医療に確実につなぎ、また自助グループとのつながりも支援できることを感じました。週明けから実践します。
		回復を信じる、信じて見守る、大事なタイミングで人と人を繋ぐこと。
		今回の研修で、依存症は病気で、治る病気と伝えることがまず第一歩であると学べた。家族だけでも自助グループにつながるだけでも支援のひとつであると学ぶことができた。職場でも共有していけたらと思う。
		当事者の体験談を聞き、「回復できる」ということを信じることの大切さを学んだ。「回復したい」と本当は思っている当事者の気持ちを専門職が挫かないようにしていきたい。また、きっかけが作られることについても長い時間背景があり、さらにその回復にはもっと長い時間がかかることから、自分がじっくりと取り組む姿勢が大切だということ学んだ。アルコール、家族眼鏡、姿勢については、すぐに活かせるものだった。技術的な面としては、本人の生活歴、飲酒歴をMSWが聞くこと、MIを用いて面談していくことが現場の支援に活かそうと思った。
		回復者の声を聞くことで、アルコール依存は回復するということを私自身が信じて、患者へ伝えることができるようになったと思いました。動機付け面接の技法をもっと勉強して、身につけたいと思います。
		この研修を受けて、当事者の貴重な話を聞き、言葉の重みというか、力というか、心に突き刺さるものがあった。SWの私がまず患者さんの回復を信じること。SWとしてあきらめない。回復の過程には人と人とのつながりがあり、どこか専門機関に繋がらないといけないとかではなく、SW自身が社会資源としてつながることはできると思う。急性期病院のSWとしてまず始めに患者さんに寄り添いつながれる人になれるよう、関わりを重ねていきたい。そのために、SWとして非言語の部分も含めて聴く力、伝える力を磨いていくことは、支援に活かせると思う。

表2 つづき

自助グループとの接触	MSWが自助グループとつながる	私自身が地域の断酒会やAAに出向き、回復者と出会い語りを聴くことで、私自身が資源となり患者さんを地域の断酒会やAAと一緒に行くこと。 断酒会について学べたので、機会があれば現場を見学させていただき家族支援に繋がりたい。SBIRTSについては全く知らなかったため、今回の研修でとても勉強になった。 ご家族への支援にも重点を置く、面接技法、自助グループへも参加する まず家族にアプローチするということと具体的な支援を知ることができた。断酒会にも参加してみたいと思った。 自助グループとのつながりをもっと意識したいと思います。 断酒会やAAなど、地域の自助グループにつながっていくことの大切さを感じた。 動機づけ面接も実践してみようと思います。また、自助グループなどの社会資源も活用したいです。 断酒会にソーシャルワーカー自身が繋がる。地域連携で陰性感情の吐露できる場を作って偏見をなくしたい。ゆくゆくは病院医と専門医療機関、地域の支援者でのケースカンファレンスをして、社会資源の開発ができれば。 AAや断酒会に積極的につながっていくこと。所属機関が、地域で継続的に支援していけるようにしていきたい。 家族に自助グループがあることを情報提供することや、支援者が自助グループとつながりを持つこと。 自分自身が自助グループの活動の実態を知る 先日、初めて断酒会の方がコンタクトを下さいました（断酒会の市民公開講座を開くので病院の講演協力をというものでした。現実的には蔓延防止により中止）。断酒会の方とどのように繋がれるかというヒントをいただいたと思います。 当事者やそのご家族と繋がっていききたい。支援が困ったときに相談できるところを作っていきたい
	自助グループとの接触	早期に対応する事、断酒会等のピア（仲間）のいる場へつなげることの重要性を学んだ 動機付け面接を活用し、患者・家族への思いをきき理解を深めていくこと。自助グループのつなぎ方。 家族への支援を積極的に行うこと、自助グループへのつながりを今まで以上にしたいと思います。 当事者団体につなぐこと、その大切さに気付くことができました。 すぐに本人を専門医療機関に繋ぐことが出来なくても、まずは家族に断酒会の案内チラシを渡すなど、地域でどこかと繋がりを持てるように働きかけることが大切だと理解した。あえて本人がいない場で家族の話を聞くことで、家族も本当の気持ちを話せるようになるのではないかと思った。 AA、断酒会の紹介を対象患者にできると思う。 自助グループなどを紹介するときに回復した人の話なども伝えられればと考えました。 医療ソーシャルワーカーが専門病院に丸投げではなく、その後の生活設計に有意義になるような断酒会などの紹介や希望を持てるような関わりの必要性を学べた。助けてほしいと声を出せない人に対するアプローチ方法も今後学んでいきたい。 断酒会の方への繋ぎ方など、具体的なシナリオ、ロールプレイがあり、参考になりました。入院、外来の治療の概要なども参考になりました。 家族に自助グループがあることを情報提供することや、支援者が自助グループとつながりを持つこと。 一般病院の為かこれまで依存症の支援を行うことはありませんでしたが、視野を広げると支援が必要な方はおられるんだろうと思います。専門病院や断酒会に繋がられるように関わっていきたいと思いました。 家族会や断酒会、AAに関する情報提供。また体験者の方から、おもしろがって付き合ってくれていい、当事者自身がアルコール依存症に対する自己スティグマを持っている、というお話を聞き、我々もアルコール依存症と聞くと身構えてしまう部分があるため、今日の研修で同ったことや学んだことを実践に活かして、まずはMSWがその方自身の人生や家族の人生に寄り添うことをしていきたいと思った。また面接のやり方もレジスタンス・トークになりがちだと気があったので、意識して気を付けていきたいと思う。 自助グループへのつなぎ方の具体例。体験者の方の経験を参考に、クライアントが今どういう思い段階にいらっしゃるか想像しやすくなると思う点。 動機付け面接、断酒会・AAの案内など。
	患者を回復者と接触させる	SBIRTS、回復しているかとの連携 自助グループなどを紹介するときに回復した人の話なども伝えられればと考えました。
	資料の配布	ちらしを提示すること。 自助グループ等のチラシを置く。 すぐに本人を専門医療機関に繋ぐことが出来なくても、まずは家族に断酒会の案内チラシを渡すなど、地域でどこかと繋がりを持てるように働きかけることが大切だと理解した。あえて本人がいない場で家族の話を聞くことで、家族も本当の気持ちを話せるようになるのではないかと思った。

表2 つづき

家族支援	家族への支援提供	家族への支援を積極的に行うこと、自助グループへのつながりを今まで以上に行いたいと思います。
		家族を支援の輪につなげていくことの大切さがわかりました。
		断酒会について学べたので、機会があれば現場を見学させていただき家族支援に繋がたい。SBIRTSについては全く知らなかった ので、今回の研修でとても勉強になった。
		家族支援
		ご家族への支援にも重点を置く、面接技法、自助グループへも参加する
		まず家族にアプローチするということと具体的な支援を知ることができた。断酒会にも参加してみたいと思った。
		動機づけ面接 家族支援
		動機づけ面接のポイント。自助グループの力。断酒会とAAの違い。家族支援の重要性。まずは家族が笑顔になること。家族の回復 が本人の回復につながる。
		zoomでの家族会の紹介等、積極的にしていきたい。・アルコールが生きていくために必要だったものという観点を忘れず、真摯に 患者さんや家族に向き合っていきたいと思う。死なずに生きることを支える伴走者としての役割を果たしていきたい。
		家族だけでも家族会に繋げる事が出来る事が分かってよかった
	本人の回復を信じて伴走すること、家族の回復が出来るよう家族会につなげることはすぐに実践できそう。動機づけの辺りはもっ と勉強しようと思う。	
	面接技法、家族会へのつながりをまずはSWが行うこと。精神科病院との勉強会を企画。	
	家族会や断酒会、AAに関する情報提供。また体験者の方から、おもしろがって付き合ってくれていい、当事者自身がアルコール依 存症に対する自己スティグマを持っている、というお話を聞き、我々もアルコール依存症と聞くと身構えてしまう部分があるため、 今日の研修で伺ったことや学んだことを実践に活かして、まずはMSWがその方自身の人生や家族の人生に寄り添うことをしてい きたいと思った。また面接のやり方もレジスタンス・トークになりがちだと気があったので、意識して気を付けていきたいと思 う。	
	家族の回復を重視する姿勢	回復を信じる事。専門機関とつながる事。本人、家族の問題を分けて捉える事。
動機づけ面接のポイント。自助グループの力。断酒会とAAの違い。家族支援の重要性。まずは家族が笑顔になること。家族の回復 が本人の回復につながる。		
本人ではなく、家族から支援(自助グループ等)につなげていく		
今回学ばせていただいたことをソーシャルワーカー部門内で共有し、アルコール依存症をとりまく方々の支援の指標を同じ方向に 向けていきたいと思った。アルコール依存症は否認の病であること、患者さん自身に特化して支援をしていこうとするが、家族を 巻き込む病であり、家族へのアプローチが本人へも作用していくという学びを生かしたいと思う。		
家族をまずは笑顔に。その言葉を大事にしながらやっていこうと思います。それがいつか、ご本人につながると。		
家族支援を本人と切り離して考えてもよいこと		
これまでは依存症における支援には、まず本人の問題として捉えていたけれど、家族の回復力を高めいていくことで周囲に好影 響を与えていくことを聞き、考え方が広がった。社会全体で回復に導けるよう社会資源の探求と繋がり作りに努めたいと思う。		
患者本人よりも家族への支援として断酒会につなげる。家族に対してまず家族さん自身が笑顔になることを伝えることの大切 さ。		
今回の研修で、依存症は病気で、治る病気と伝えることがまず第一歩であると学べた。家族だけでも自助グループにつながるだ けでも支援のひとつであると学ぶことができた。職場でも共有していけたらと思う。		
本人にフォーカスを当てた支援をしていましたが、家族に繋ぐという支援もあると知ったので支援に活かしていきたいです。		
アルコール依存症に関するメソレベルのソーシャルワーク	多職種・地域との連携	アルコールを、今一度しっかりかけようと思った。院内ですべてできるところから他職種の仕組み作りをしたい。パンフレットを部署で共 有して使用していく
		断酒会にソーシャルワーカー自身が繋がる。地域連携で陰性感情の吐露できる場を作って偏見をなくしたい。ゆくゆくは病院医と 専門医療機関、地域の支援者でのケースカンファレンスをして、社会資源の開発ができれば。
		AAや断酒会に積極的につながっていくこと。所属機関が、地域で継続的に支援していけるようにしていきたい。
	専門医療機関とつながること・つなげ方	専門病院側の立場を理解でき、受け入れがすぐ対応出来ない理由がわかった。つなぎかたのイメージがついた。本人に共感、した いけれど十分な共感まで難しい。本人にとっての生きること生きつづけることの意味を理解していけるよう頑張りたい。
		否認に至る経緯とAAや断酒会についての知識。医療機関へのつなげ方
		依存症専門の精神科への入院や外来の連携についての関わりや支援策の相談の仕方について。
	院内でのアルコール依存症の啓発・支援体制の整備	断酒会や専門病院との連携
		まずは、アルコール依存症患者に対する医療者の理解を促進するような動きを、院内ですでにできたらと思っています。
		MSWがアルコール依存症に対する偏見排除に向けた研修を、院内職員に行う。
		一般総合病院のMSWこそ、依存症の知識を持って患者様と関わらなければならないと思いました。
今回学ばせていただいたことをソーシャルワーカー部門内で共有し、アルコール依存症をとりまく方々の支援の指標を同じ方向に 向けていきたいと思った。アルコール依存症は否認の病であること、患者さん自身に特化して支援をしていこうとするが、家族を 巻き込む病であり、家族へのアプローチが本人へも作用していくという学びを生かしたいと思う。		
患者さんへのアウトリーチを考えた時に、まずは内部(医師や看護師等)への啓蒙活動が必要なのではないかと思いました。		

(文責：堀 兼大朗)

編集後記

国連は、2015年にニューヨーク国連本部において開催した「国連持続可能な開発サミット」において、「人間、地域及び繁栄のための行動計画」として、2030年までの達成を目指した持続可能な開発のための目標を示しました。最近ではこれらの目標やターゲットは、地球上のみんなの行動目標であると認識され、SDGsの呼称も生活の中に随分と浸透してきました。ソーシャルワーカーにとってはSDGsは他人ごとではなく、ソーシャルワークの理念と国連のSDGsの理念が一致していることを認識しておかねばなりません。

アルコール依存症を含む依存症については、「目標3：全ての人に健康と福祉を」の3.5に「薬物乱用やアルコールの有害な摂取を含む物質乱用の防止・治療を強化する」が明示されています。ソーシャルワーカーは、あらゆる人々と連帯し、この目標に取り組まねばならないのです。今年度、普及グループや研修調査グループは、それぞれの活動を通して依存症のご本人やご家族などが誰一人も取り残されないように、また回復の文化の伝播を目指していかに社会を変革することができるかを模索してきました。本報告書には、これまでのチームの活動の経過が記録されていますので、ご一読いただければ幸いです。

最後になりましたが、本年度も調査メンターである伊達平和先生、堀兼大朗先生には、アンケート調査ならびにインタビュー調査実施において粘り強くご指導、ご助言いただきました。心より感謝申し上げます。

本調査と報告書作成は、「令和3年度厚生労働省依存症民間団体支援事業」の助成を受け実現しました。この場をお借りし、心より、感謝と御礼を申し上げます。誠にありがとうございました。

令和4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

南本 宜子

佐々木 幸

浅野正友輝

山本 琢也

平井美奈子

松浦 千恵

野村 裕美

令和３年度厚生労働省依存症民間団体支援事業

『令和３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事業報告書―「依存症支援研修」受講後アンケート調査及び活動―』

発行年：令和４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)木村桂文社

