

平成 22 年度 障害者総合福祉推進事業報告書

依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての 調査とサービス類型の提示

—依存症に関わる回復支援施設の現状，家族問題，ジェンダーに注目して—

特定非営利活動法人 ダルク女性ハウス

もくじ

I. 事業要旨(本事業の概要)	5
II. 事業目的	7
III. 事業の実施内容	11
IV. 調査等の結果	
IV-1. 結果1: 依存症回復支援施設および家族相談の現状把握のための調査	13
IV-2. 結果2: 地域で生活する依存症回復途上者および家族を支えるための討論会 ...	28
1) 第1回 「カナダ・オンタリオ州トロント市のメンタルヘルス・アディクション 専門病院における薬物依存症への医療支援について」	28
2) 第2回 「子どもをもつ薬物依存症女性の困難 —『親になるってどういうこと！？』制作を巡って—」	36
3) 第3回 「性暴力と依存症」	53
4) 第4回 「今、女性の依存症の回復に必要なのは何か」	70
5) まとめ	86
V. 総合的考察: 依存症者と家族を支えるためのサービス類型案	87
VI. 検討委員会の実施状況	93
VII. 成果の公表実績計画	93
1) 報告書の配布	
2) 日本病院・地域精神医学会におけるシンポジウム	
3) 佐賀県精神保健福祉センターへの参加	
資料1 調査票	99
資料2 事業実施体制	116
資料3 実施概要	116
謝辞	119

I. 事業要旨（本事業の概要）

1. 事業目的

本事業は、依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての調査を行い、依存症者の地域生活を支え、家族を支援するために必要なサービス類型を提示しようとするものである。

実施主体であるダルク女性ハウスは、入寮と通所の両方の部門をもち、女性薬物依存症者の回復支援を行ってきた施設である。女性依存症者は、さまざまな家族問題から被害を受ける場合が多く、女性という立場そのものからくる社会的なハンディを受ける場合もある。そこで、ダルク女性ハウスが本事業を実施するに際して、以下の三点に注目することとした。

- ① 依存症に関わる回復支援施設の現状をふまえること。
- ② 困難な家族問題の存在に配慮すること。
- ③ 依存症者がもつジェンダーの問題に配慮すること。

2. 事業の実施内容・結果

1) 「依存症回復支援施設および家族相談の現状把握のための調査」の実施（全国 10 カ所）

全国にある女性のための回復支援および家族相談に取り組んでいる施設に対して、①質問紙調査を行い、その結果をもとに訪問して、②ヒアリング調査を行った。全国 10 カ所、各 2 名を調査員として派遣した。また調査対象には謝金を受け取っていただいた。

① 女性依存症回復支援施設に対する質問紙調査

回復支援施設の実態や相談窓口としての現状および、必要と考えられるサービス類型に関して調査を行った。各施設を対象に質問紙を 200 部作成し、郵送して回答をいただいた。実際に施設利用者のケアに直接あたっている職員に、調査に関する説明を行い、同意をいただいた上で回答をいただいた。

② ヒアリング調査

上記の質問紙調査にあわせて施設の実態を把握するために、訪問によるヒアリング調査を行った。全国の女性依存症者回復支援を行っている施設 10 カ所に調査員各 2～5 名を派遣した。

2) 「地域で生活する依存症回復途上者および家族を支えるための討論会」

依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての討論会を開催した。依存症回復途上者、施設職員、施設の支援者、家族、その他関係者が参加して経験を共有し、学ぶために自由な枠組みの中で討論するための討論会を開催した。平成 22 年 9 月から 23 年 1 月にかけて 4 回実施した。参加者は有償の講師のべ 8 名と一般の参加者のべ 80 名程度であった。実施した討論会とテーマは次の通りである。

- 第 1 回 「カナダ・オンタリオ州トロント市のメンタルヘルス・アディクション専門病院における薬物依存症への医療支援について」
- 第 2 回 「子どもをもつ薬物依存症女性の困難—『親になるってどういうこと！？』制作を巡って—」
- 第 3 回 「性暴力被害と依存症」
- 第 4 回 「今、女性の依存症の回復に必要なのは何か」

3) 「依存症者が活用しやすいサービス類型の提示のための検討会」（サービス類型検討会）の開催（8 月から H 23 年 3 月にかけて 10 回実施）（検討委員は 10 名で有償の検討委員は 4 名）

上記の討論会で討論したテーマに関わる望ましいサービス類型を検討し、まとめるための検討会を月1～2回程度全10回行った。実効性のある提示・提言につなげるため、現実的にどのようなサービスが可能であり、必要性が高いのかを検討し、特に女性や家族問題に関連するサービス類型について注目してその必要性とあり方を検討した。

4) 「依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての調査とサービス類型の提示」事業検討委員会（外部委員による本事業全体の検討委員会）（8月、3月に各1回全2回実施）

学識経験者など外部委員に委嘱して本事業全体の実施に問題がないのかを諮問する検討委員会を事業実施開始後と終了後の2回開催した。

検討の内容は「事業が目的に合致し、当初の計画通りに進行しているか」、「当初予算通りに適正な執行が行われているか」を主として検討いただいた。外部委員としては、依存症の回復支援や施設の現状について理解があり、なおかつ特定非営利活動法人の事業実施や会計などについても見識をもつ学識経験者5名（有償4名無償1名）に依頼した。

5) 報告書「依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての調査とサービス類型の提示

— 依存症に関わる回復支援施設の現状、家族問題、ジェンダーに注目して —」（本報告書）の作成

上記の調査および検討などの結果を報告書にまとめた。討論会講師やサービス類型検討会参加者約10名が執筆した（有償4名）。

300部作成して厚生労働省にご報告した上で全国のダルクや精神保健福祉センターなど関連機関に送付する。

3. 分析・考察

以上の調査と討論会から明らかになった問題は、以下のように集約される。

1. 多問題性：身体的、心理社会的な多くの問題をかかえ、それが突発するような場合がある
2. 問題領域の広範さ：生活福祉、児童福祉、更生保護、教育など広範な関係機関との連携を要する。特に司法や法務領域との連携が問題となる
3. 広域性：DV加害者からの避難などの移動が必要な場合がある
4. 多世代性：育児の問題から多くの世代と関連して問題が起こる
5. 長期間の支援が必要：ライフサイクルにしたがって長期間にわたる支援が不可欠である
6. 支援に対する動機の問題

これらの条件を満たすような理想的な依存症回復支援施設とは「包括的な依存症回復支援施設」である。依存症回復支援を行うための理想的な施設とは、依存症プログラムのみならず、24時間対応できる相談サービス、シェルター機能、合併症のケアについての情報提供、保育などの育児支援、家事労働支援、就労・就学支援、家族支援、メッセージ活動や地域ネットワークとの連携などを含む「包括的な依存症回復支援施設」として機能することが必要であろう。

また依存症回復支援の理想的治療プログラムとは、日中と夜間を連続的に一体として提供するプログラム、自助的原則に基づくミーティング、認知行動療法、トラウマケアなど多面的な内容を含むことが必要である。

4. 検討委員会

事業全体の運営を検討するための検討委員会を2回にわたって実施した。外部委員を含む委員によって検討され、運営に問題がないことが確認された。

5. 成果の公表

- 1) 報告書の配布
- 2) 日本病院・地域精神医学会におけるシンポジウム
- 3) 佐賀県での研修講師

II. 事業目的

1. 本事業の背景

- 1) 女性依存症者がもつ「身体的－精神的－社会的」な困難

依存症に関連する問題は重篤で、多領域にまたがるものが多い。たとえばダルク女性ハウスを利用してきた依存症者がもつ問題は、身体的－精神的－社会的な幅広い領域にわたっている。

身体的には、C型肝炎などの感染症では内科、月経痛・生理不順では婦人科など、多くの医学領域にわたり、長期間にわたって検査など経過観察が必要であったり、薬物投与を継続したりすることが必要であったりするような疾患をもつ場合も多い。時にはH I V感染症のような重篤な内科的疾患などの負担に苦しんでいる人もある。

精神的には、生育歴上の問題をかかえて人間関係において信頼感や安定感をもつことが難しい場合がある。断酒・断薬の当初には離脱症状やせん妄などの精神医学的問題が生じ、その後も後遺症状に対する治療を継続的に必要とする場合がある。さらに断酒断薬が継続されて、通院や自助グループ参加などの治療を続けていても、長年にわたって不安や不眠、対人関係困難などを自覚する場合は多い。

社会的には、社会経験の少ない人が多く、就労や就学経験も不安定であった場合も多い。犯してしまった違法行為の種類も薬物事犯のみならず、傷害や窃盗、放火など多岐にわたる。

家族内の人間関係に関わる問題としては、原家族にアルコール依存、精神障害、自殺、家族離散などの問題があったり、親から虐待を受けていたり、自分自身がパートナーから暴力(Domestic Violence: 以下、DV)を受けていたり、子ども虐待の加害者になってしまったりしている場合もある。また、強姦・強制わいせつ被害などのトラウマをもつ人も少なくない。

こうした背景をもつ依存症者が地域において回復を継続するためには、自立支援法や既存の精神保健福祉サービスの枠組みにおける支援だけでは不十分である。薬物依存症の回復過程にある人の生活には日々の悩み事から生活上の重要な判断にいたる様々の局面で相談相手が必要である。また時には身体的・精神的な危機的状况に陥る場合も多い。施設の臨床の中で出会う依存症者は多いが、年間数名ずつは病气や自殺で亡くなっている。現状の地域精神保健や医療、相談支援の体制では再発や急変に対応ができず、危機的状况に陥った依存症者を救うことができない。地域生活を支え、身体的・精神的な問題に対処できるようになり、さらに就労・就学など将来への希望がもてるような支援を幅広く提供していく必要がある。

- 2) 依存症者の家族がかかえる困難

また、依存症の家族のかかえる困難さには筆舌に尽くしがたいものがある。

当初、問題が発見された段階では家族は問題を理解できず、重要性や深刻度が理解されない場合も多い。本

人の問題が顕在化してきた段階では家族内に問題が先行し、家族に対して本人の症状の矛先が向けられることが多く、暴言や暴力、妄想などの対象になって苦しむ場合もある。しかし相談窓口の情報が不足していて家族が求めても得られない場合も多い。また世間体や違法性があることなどから支援を求めようとせずに家族の内側だけで何とかしようとする家族も多い。

本人が治療につながってからも再発を繰り返す場合があり、その度に家族には負担がかかる。重症だったり、処遇困難だったりするほど、本人も関係者も家族の支援を求め、家族が苦悩するという構図がある。医療機関や施設などの関係機関では受け皿としての機能に限界があり、依存症者が相談できる窓口が不足しているために、本人の問題が困難で関係機関が受け止めきれられない場合、本人が頼るのは家族になる。「軽症ならば医療や施設で見られるが、重症なほど負担が家族にかかる」という、逆転がみられるのが現状である。

3) 回復支援施設の現状について

依存症回復支援施設や家族相談を受けている施設は、多くの問題を抱えている。全国のダルクの多くは経済的問題、人手不足、業務が煩雑で多分野にわたっていること、施設管理の負担から本来行うべき利用者のケアがおろそかになる危険があることなど多くの問題を抱えている。また家族相談の問題としては、行政的な相談窓口では十分な相談が受けられず、民間カウンセリングでは相談費用が高額になるなどの問題が多い。

これらは施設や相談を受けているひとりひとりの職員の問題というよりも、現状の施設運営や相談事業の枠組みの問題であると言える。まず、現状の枠組みでは依存症治療の現場で現に実績をあげているやりかたについての評価がされない。たとえば回復者自身が運営して「12ステッププログラム」という治療的方针に基づいて「ミーティング」という治療プログラムを繰り返すという方法は、マックやダルクのような現在の依存症回復支援施設の多くが行い、実績をあげている方法である。しかしこの方法そのものは作業療法や就労支援という枠組みとはそぐわず、このため現に行われている最も主要な依存症施設プログラムに対する評価や手当がされていない。あえて自立支援法や精神保健福祉法における規定に合わせるような形で処理をしているのが現状である。

さらに依存症回復支援施設は日中のプログラムと入寮プログラムを区別しないで一体として提供している場合が多いが、これも現状のシステムでは評価がされない。そのほかにも未だ少数である施設は地域住民以外が輻地して利用することも多いが、生活している区や市からの資金援助を受ける形になっている現状のシステムではさまざまな問題を生じている。

施設の問題の多くは、事務処理や施設運営に関わる管理的な仕事や多くの領域にまたがる仕事によってスタッフに過重な負担がかかっていることによる。薬物依存症回復支援施設の回復者スタッフには、日々の利用者のケアの他に、施設管理に関する行政への報告や会計処理などの事務的な仕事がある。また、医療機関や学校からの求めに応じて訪問しての広報・メッセージ活動を行ったり、法務省から求められて受刑者への教育プログラムに協力をしたりしている。これは、薬物依存症対策に関わる行政の多くの領域から薬物依存症施設への要望が集中していることによる。これだけの広範な要望に応えながら、それに見合うだけの人員や経済的な手当がないことは大きな問題である。

4) 依存症に関連するDVや子ども虐待などの家族問題

依存症の経過の中ではDVや性暴力被害、子ども虐待や傷害事件などの対人関係上の問題のリスクが高くなる。これについては多方面からの手厚い支援が必要である。例えば、DVを受けた相手とともに薬物を使ってきて、断薬を決心しながら子育てをしている女性依存症者は、DV加害者から避難し、精神的・身体的な治療を続け、子育てに関する負担の軽減を図り、同時に経済的な安定を図る必要がある。これらは行政的

な支援が十分であって初めて可能になるが、時に精神的に不安定な状態に陥りがちなこうした依存症者は、十分に支えられているとはとても言えない状態にある。東京ダルク女性ハウスとしては、こうした多領域に問題をもつ事例をいくつも扱ってきているが、全国的にみて、こうした事例が苦しみを繰り返していることが考えられる。

5) 依存症におけるジェンダーに関わる問題

上記に述べたような場合のように、女性依存症者に特有の複合的な問題についての支援が特に不足している現状の問題である。全国にあるダルク関連の施設でも女性利用者を受け入れる施設は少数で、利用者の数では10%程度にとどまっている。女性であるがために支援が不足しているという現状を明らかにして特段の支援サービスを検討する必要がある。

時に男女一緒の施設ケアが望ましいという意見があるが、ダルク女性ハウスの経験としては、このような女性のみでケアを受ける施設の必要性は高いと考えられる。

まず、女性は男性からの心身の暴力の犠牲になってきたり、女性であるがために社会的にも身体的にも、家庭内でも困難をかかえてきたりする場合が多い。このことが共有され、理解されるためには、職員もメンバーも女性から構成されている、安心感をもつことができる環境が保証される必要がある。

6) 現状の「障害者自立支援法」のもとでの施設運営の困難さ

現状の障害者自立支援法のもとでダルク女性ハウスのような施設の運営にはどのような困難があるのだろうか？

現状では「自立支援給付」として、介護給付、訓練等給付、自立支援医療などが行われている。これらは、障害者本人ひとりひとりの利用に対する給付になっている。これは、市町村に対する申し込み・利用申請を行い、アセスメントを受けて障害区分の判定を受けたうえで支給決定がされる。

これに対して「地域生活支援事業」は相談支援、地域活動支援センター、福祉ホームなど事業や事業を実施している施設に対する給付になっている。

現状の自立支援法のもとでの問題点や施設運営上の困難を、列記してみたい。

① 居住地の問題

申請が地区ごとになっているために居住地の問題がある。薬物依存症者の場合は、回復の妨げになる家族関係から離れたり、薬物使用仲間のいる環境から出るために全国の施設を移動することは珍しくないが、別の地区で申請を行って決定を受けることがしばしばむずかしいことがある。また、DV加害者から避難しているため、住民票を移動させることができず、申請が困難となる場合がある。

② 障害受容の問題

依存症の場合は断薬持続のために施設利用が開始されることが少なくない。この段階では「精神障害」としての受容が本人にはされがたいのが普通である。断薬を継続するための情緒的安定には継続的な支援や治療的なプログラムが不可欠だが、本人も家族も精神障害としての障害認定や申請を行うことに抵抗感を強くもつことが多い。

依存症の場合には必ずしも医療を受けずに施設利用を希望する場合もある。たとえば刑務所での薬物離脱のためのプログラムの一環としての教育の中でダルクを知り、医療機関に診療を受けたことがないままでダルク利用にいたるような場合がある。このことも支給決定までのプロセスをむずかしくする。

③ 支給決定までのかかり

また、支給決定までに時間がかかる場合がある。依存症の場合には本人自身の治療動機が不十分で、すぐには継続的な利用にいたらないことも多い。このような場合にはまず本人に受け入れやすい頻度や時間で通所を勧めながら、生活福祉などの関連機関との連携の中で、本人の治療動機を高めていくような介入が必要になる。施設としては自立支援法が認定された障害者にのみ給付がされるシステムであるがために、その段階に十分関わることができない。

④ 給付期間の長さ

次に施設に対する給付の種類としての生活訓練施設は、依存症の回復支援施設ではこの種類をとっている場合も多いようであるが、利用できる2年間という期間は、依存症の回復支援としては短期間に過ぎる。

以上のように施設から見た自立支援法の運用にはさまざまなレベルでの困難がある。これらの実態をより客観的に捉えるためにも今回の事業の一部である調査が有効であろうと考えられる。

2. 本事業の目的

1) 本事業の目的

本事業は、依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての調査を行い、依存症者の地域生活を支え、家族を支援するために必要なサービス類型を提示しようとするものである。

実施主体であるダルク女性ハウスは、入寮と通所の両方の部門をもち、女性薬物依存症者の回復支援を行ってきた施設である。そこでダルク女性ハウスが本事業を実施するに際して、以下の三点に注目することとした。

① 依存症に関わる回復支援施設の現状をふまえること

長年にわたって女性の回復支援を行ってきた施設として、その現状を明らかにし、依存症者や家族の地域生活を支えるために必要なサービス類型とはいかなるものか、という視点からの事業としたい。

② 困難な家族問題の存在に配慮すること

依存症回復施設の経験から見ると、崩壊家庭の中で育つなどの問題をかかえた依存症者は多いが、女性の場合には自分自身も Domestic Violence（以下、DV）や虐待など困難な家族問題に巻き込まれ被害を受けてきた例が多い。こうした被害体験は依存症の進行過程や回復過程にも直接的、間接的な影響を与える。こうした家族問題の影響を明らかにし、そこからの回復を支援するためにどのようなサービスが望ましいのかを踏まえた上での調査やサービス類型の提示としたい。

③ 依存症者をもつジェンダーの問題に配慮すること

ダルク女性ハウスの支援の対象は女性薬物依存症者である。女性依存症者は、さまざまな点で男性と比較して依存症と関連する症状の発現や回復過程、必要な支援についても異なっている点がある。例えば、性暴力トラウマのある女性が多く、薬物使用の過程で性産業に従事しその中で再被害にあっている女性は少なくない。

また依存症回復支援施設を運営する上ではセクシャルマイノリティに対する配慮も必要である。こうしたジェンダーの問題に配慮しながら調査やサービス類型を検討していきたい。

Ⅲ. 事業の実施内容

前章の目的を達成するために次の5つの事業を行った。

1. 「依存症回復支援施設および家族相談の現状把握のための調査」の実施（全国10カ所）

全国にある女性のための回復支援および家族相談に取り組んでいる施設に対して、①質問紙調査を行い、その結果をもとに訪問して、②ヒアリング調査を行った。

1) 女性依存症回復支援施設に対する質問紙調査（平成22年9月）

回復支援施設の実態や相談窓口としての現状および、必要と考えられるサービス類型に関して調査を行った。各施設を対象に質問紙（資料1として本報告書末尾に示した）を作成し、回答をいただいた。実際に施設利用者のケアに直接あたっている職員に、調査に関する説明を行い、同意をいただいた上で回答をいただいた。

2) ヒアリング調査（平成22年9月～平成23年2月）

上記の質問紙調査にあわせて施設の実態を把握するために、訪問によるヒアリング調査を行った。全国の女性依存症患者回復支援を行っている施設10カ所に調査員各2～5名を派遣した。

2. 地域で生活する依存症回復途上者および家族を支えるための討論会（平成22年9月～平成23年1月）

依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての討論会を開催した。依存症回復途上者、施設職員、施設の支援者、家族、その他関係者が参加して経験を共有し、学ぶために自由な枠組みの中で討論するための討論会を4回開催した。各回のテーマは次の通りである。

第1回 「カナダ・オンタリオ州トロント市のメンタルヘルス・アディクション専門病院における薬物依存症への医療支援について」（平成22年9月20日）

第2回 「子どもをもつ薬物依存症女性の困難—『親になるってどういうこと！？』制作を巡って—」（平成22年10月28日）

第3回 「性暴力と依存症」（平成22年11月24日）

第4回 「今、女性の依存症の回復に必要なのは何か」（平成23年1月13日）

3. 「依存症者が活用しやすいサービスタイプの提示のための検討会」（サービス類型検討会）の開催（平成22年8月から23年3月にかけて10回実施）

上記の討論会のテーマにかかわる望ましいサービス類型を検討し、まとめるための検討会を開催した。討論会の準備と結果のまとめを行い、サービスタイプの提示のための検討を計10回開催した。

検討に際して留意した点は、現実的にどのようなサービスが可能であり、必要性が高いのかを検討し、実効性のある提示・提言につなげること、特に女性や家族問題に関連するサービス類型について注目することであった。

4. 「依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての調査とサービスタイプの提示」事業検討委員会（外部委員による本事業全体の検討委員会）（平成22年8月14日、平成23年3月30日実施）

学識経験者など外部委員に委嘱して本事業全体の実施に問題がないのかを諮問する検討委員会を事業実施開始後と終了後の2回実施した。外部委員としては、依存症の回復支援や施設の現状について理解があり、なおかつ特定非営利活動法人の事業実施や会計などについても見識をもつ学識経験者（大学教授、公認会計士、医師、臨床心理士）に依頼した。

検討内容としては「事業が目的に合致し、当初の計画通りに進行しているか」、「当初予算通りに適正な執行が行われているか」を主として検討いただき、了承を得た。

5. 報告書「依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての調査とサービス類型の提示 — 依存症に関わる回復支援施設の現状、家族問題、ジェンダーに注目して —」の作成

上記の調査および検討などの結果を報告書にまとめた（本報告書）。

300部作成して厚生労働省にご報告した上で、100部を全国のダルクや精神保健福祉センターなど関連機関に送付し、残部は今後の研修会などの機会に配布する。

IV 調査等の結果

IV-1. 結果1：依存症回復支援施設および家族相談の現状把握のための調査（訪問）

1. 目的

依存症回復支援施設の実情を把握して、よりよい支援システムを検討するため全国にある女性のための回復支援および家族相談に取り組んでいる施設に対する訪問およびヒアリング調査を行った。

2. 方法

全10カ所に、各2～5名を調査員として派遣した。施設や相談窓口の現状や必要と考えるサービス類型に関して調査用紙を作成した。事前に同意書など郵送にてやりとりした上で調査を行った。

3. 結果

調査結果を、表1「調査対象施設一覧」、図1、表2「自由記載まとめ」に示した。

1) 調査対象施設の概要

対象施設の活動開始年は主に1990年代で、5年から20年間程度の実績をもっていた。

10の法人や任意団体がそれぞれ1から3カ所の施設の運営をしており、全体としては14の施設または部門として捉えることができる。これらの14カ所の施設の所在地は、東京都内が3カ所、神奈川や栃木など首都圏が3カ所で、その他札幌、仙台、大阪など大都市に集中している傾向が認められた。

平均的な施設の規模としては、2から5名程度の職員数で、5から30名程度の入所および通所の利用者にプログラムを提供している。実際には宿泊と日中の通所プログラムとを一体として提供しているが、通所部門と入所部門を別の施設として運営を分割している場合が多かった。通所のみ施設が4施設、入所のみが10施設、入所と通所を両方として扱っている施設が1施設あった。

自立支援法内施設への移行については、15の施設・部門のうち、9カ所が移行している。入所部門は共同生活援助（グループホーム）と福祉ホームに移行した施設がそれぞれ3施設、ケアホームと福祉ホームがそれぞれ2施設であった。通所部門については、生活訓練施設、地域活動支援センターが2施設、生活訓練施設が1施設であった。現状は移行していないが、移行を検討中という施設が数カ所、移行を予定しない、という施設も数カ所ある。移行しているという施設について、良かったこととして、社会的な認知が高まる、全国的な制度で他地域からの利用者の受け入れをしやすくなった、などの点が挙げられていた。移行によって悪化したこととしては、事務作業が多く煩雑であることなどが挙げられていた。

また、依存症が障害として不安定であること（回復の可能性が高い一方で再飲酒や薬物の再使用があるなどの場合には急激に悪化する）、仮に利用者が入院したら施設としての収益を得られないなどの問題も指摘された。

2) 利用者の概要

利用者の出身地域は多彩であり、地域間の移動が全国的にみたダルク関連施設の特徴であると言える。また定員に占める生活保護受給者の割合はほぼ9割を超えていた。生活保護を受給している自治体は出身地である場合も施設のある自治体である場合もあり、生活保護受給のシステムは混乱があることがうかがわれる。

処方薬を必要としている利用者は、1カ所の施設が「基本的に処方薬の不要な人を受け入れている」と回答した以外、ほとんどの施設において7割以上で、処方薬を服用している利用者が9～10割、という施設が約半数（9割4カ所、10割2カ所）であった。

また出産経験のある利用者は3から5割程度であった。育児しながら治療を受けている人や子どもと別れて生活している人が多いことがうかがわれる。

3) 職員の概要

施設の職員は常勤1～2名という施設が多く、1カ所のみ5名という施設があった。少数の常勤職員が多くの利用者をケアしている実態がある。勤続年数は2から5年程度であった。職員は当事者(回復者)である、という施設が大多数である。当事者スタッフの断薬期間は最低でも2年程度で、10年程度という人も多かった。

4) 経済的側面

経済的側面について、予算の規模は1,000から3,000万円程度であった。財政困難に際しては、職員の拡充や施設の整備をあきらめたと回答した施設が5割程度あった。資金が足りなくなったときの対応としては、寄付献金の募集や助成金申請という施設が9割程度で、利用費を値上げしたという施設は1カ所に止まっていた。

5) 相談事業

次に、相談活動について調査したところ、電話からインテーク面接にいたるまでに非常に困難なケースがあることが明らかになった。各施設が平成21年度に受けた電話相談数は、10から400までの間にあり（相談業務は母体組織が行っている場合件数が少ない）、施設による差が大きいものの、それぞれかなりの数の相談を受けていることがわかった。電話相談の相手としては、本人、家族のほか、病院や地域の保健福祉機関などが多かった。相談内容は、施設の利用希望や薬物をやめさせるにはどうしたらよいか、等の他にも約半数の施設が自殺願望を訴える電話相談を受けていることがわかった。電話相談は平均的に10から30分程度の時間をかけている。施設利用につながるまでの平均的な電話相談の回数は多い場合は5から10回程度であった。

また1年間のインテークの回数は4件から多いところで100件以上あった。インテークに時間がかかる理由としては、インテークの内容が個人情報の聴取などにとどまらず、本人の治療動機の程度の把握や断薬への意欲を高めるような働きかけを含んでいるためと考えられた。そのために1回のインテーク面接も長時間にわたり、それでも利用にいたらない場合も多く見られた。インテークの困難さを本人の病識のなさや薬物再使用の危険などの依存症に特徴的な点にあるとした施設が半数程度あった。

6) 施設プログラムの内容

次に施設が提供する治療プログラムの内容について、定期的に行われている治療プログラム以外に、職員ひとりあたり毎日5から10回程度の相談を、10から30分くらいかけて受けていることが明らかになった。また利用者について、医療機関のみならず、保健福祉、司法機関などの広い領域にわたる関係機関と連携をとっていることがわかった。さらに利用者が薬物の再使用をしたり、暴言暴力行為にいたり、盗みを働いたりなどのさまざまな問題行動に至ることを、ほとんどの施設が経験していることが明らかになった。

7) 施設プログラムの終了

施設プログラムの終了について、施設によってばらつきはあるものの、2から8割程度の利用者が就学や就労によって終了していくと答えている。一方で、約半数の施設は、薬物の再使用や逮捕、トラブルなどで施設プログラムを中断していく利用者があるとしている。

さらに施設終了後のフォローアップについて、かなり長期間にわたって行っていることが明らかになった。

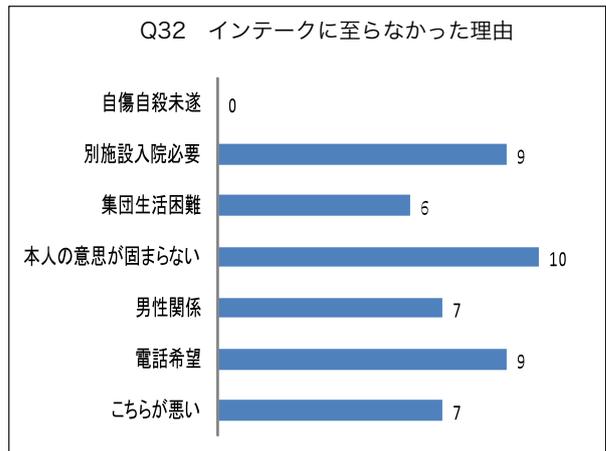
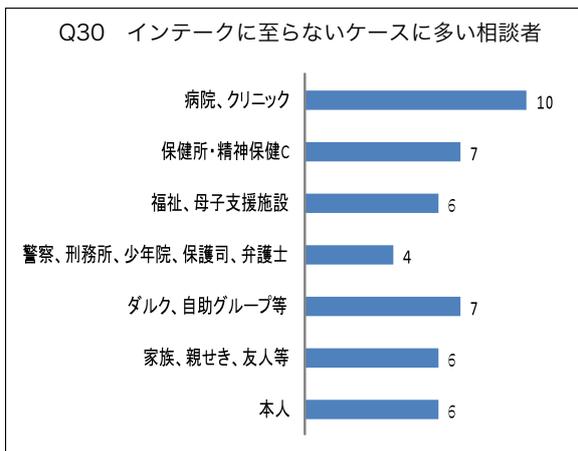
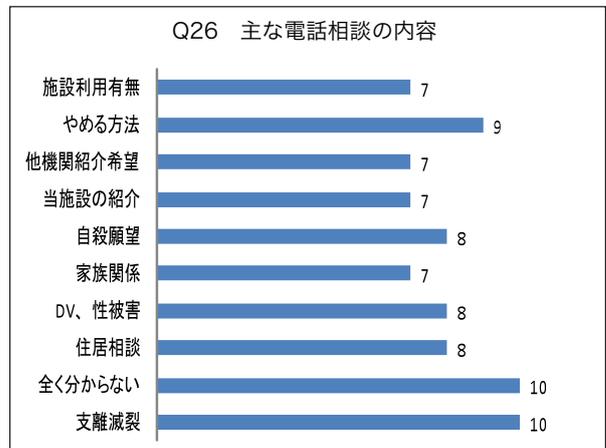
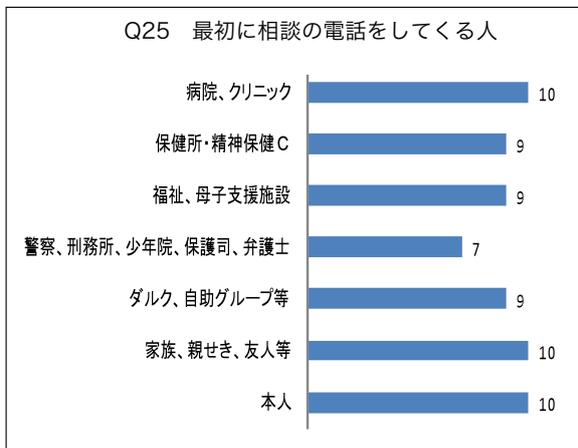
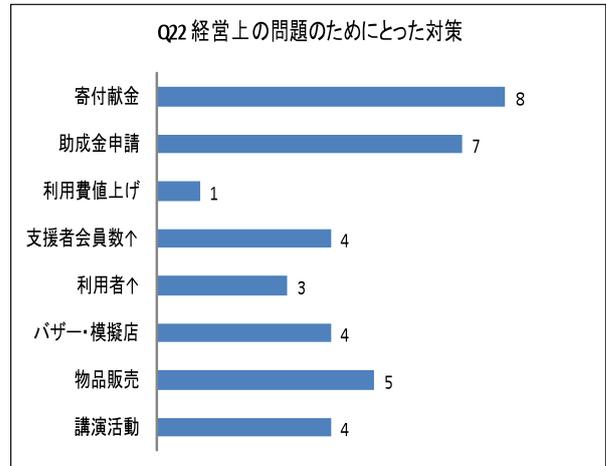
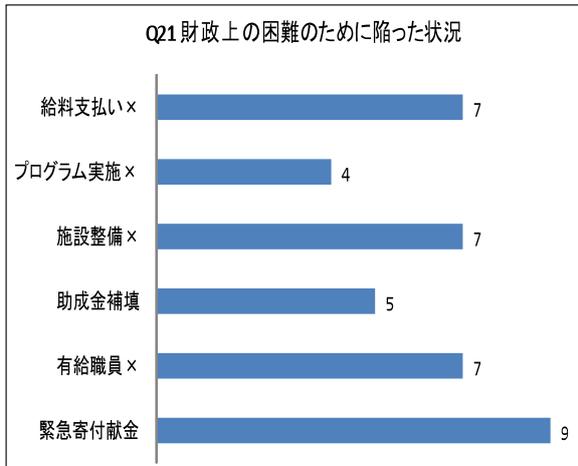
8) まとめ

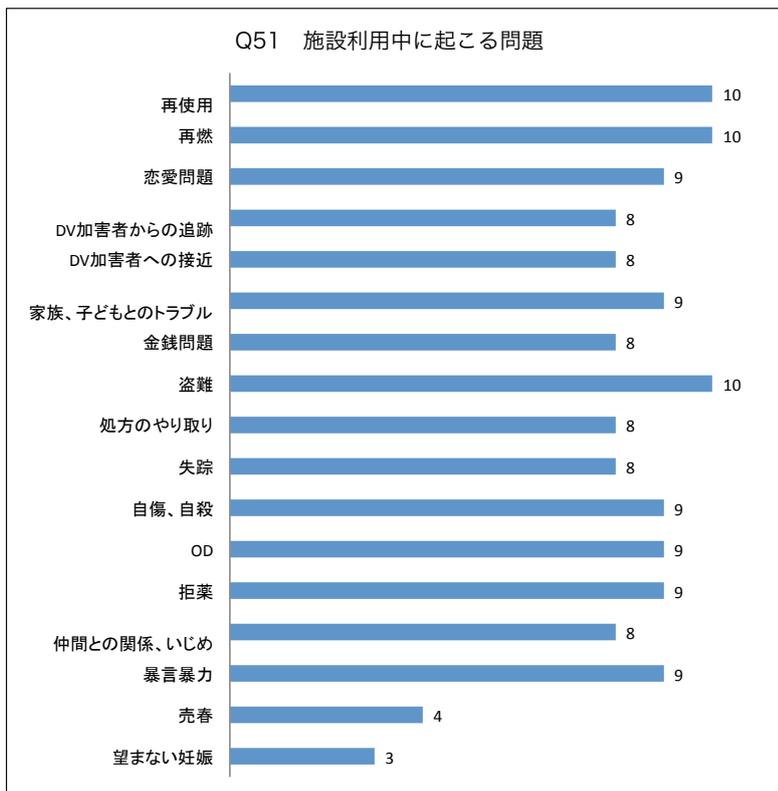
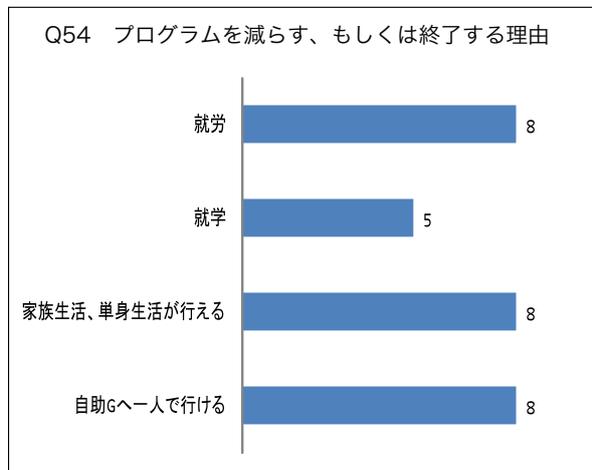
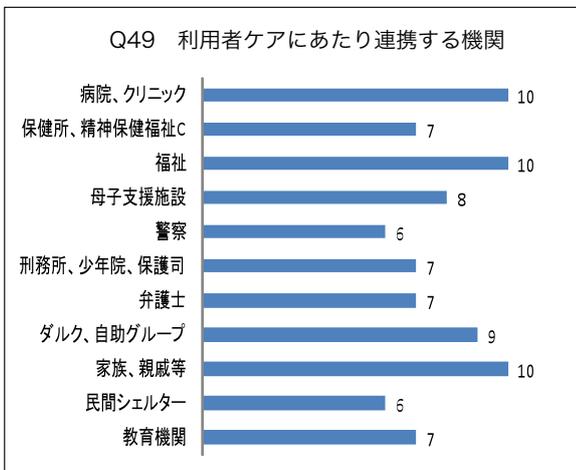
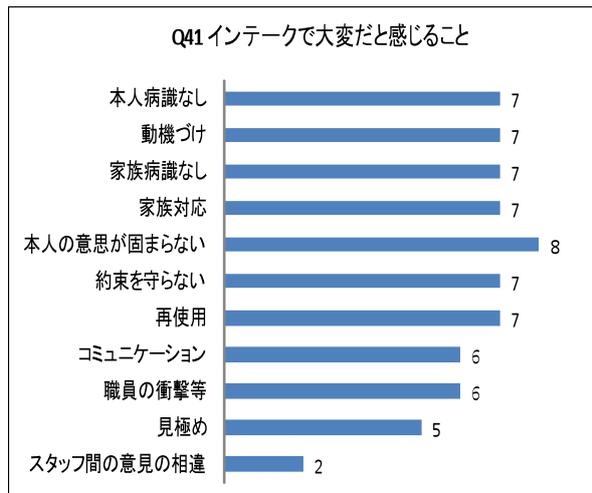
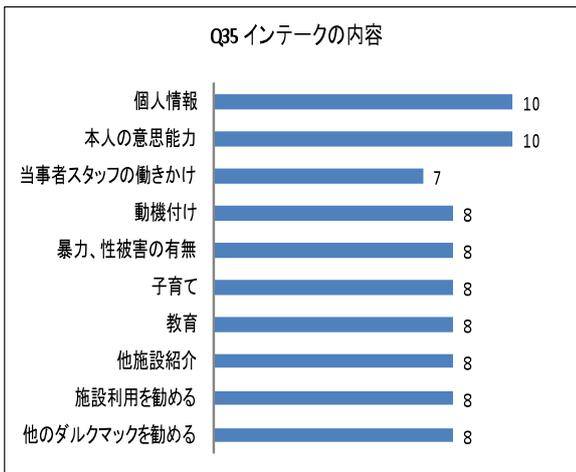
以上の結果から施設の現状と困難な点が明らかになった。まず、施設は少人数の職員が多問題をもつ利用者をケアしている実態があること、経済的にも困難な状態で運営をしていること、利用開始までの導入と、終了後のフォローアップの両方も必要であることがわかった。

表1 調査対象施設一覧

施設	運営母体	所在地	自立支援	目的	現在の運営形態	主な対象	定員	職員数
1	A NPO法人	首都圏		通所	助成金(福祉保健財団) 福祉ホーム	薬物	15名	9名
2			自立支援	入所			7名	
3	C 任意団体	首都圏		通所・入所	利用料と献金のみ	AL、薬物、摂食障害	通所15名 入所7名	4名
4	D NPO法人	首都圏	自立支援	通所	生活訓練施設 福祉ホーム	AL、ギャンブル、摂食障害	20名	6名
5			自立支援	入所			10名	
6	F NPO法人	東北北海道	自立支援	通所	地活センター 就労支援B型 共同生活援助(グループホーム) 共同生活援助(グループホーム)	被害体験を背景にもつ女性(薬物、AL、統合失調症、強迫性障害、気分変調性障害、全般性不安性障害、摂食障害、パニック障害)	20名	12名
7			自立支援	入所			6名	
8			自立支援	入所			5名	
9	J NPO法人	東北北海道	自立支援	通所	通所部門：小規模地活センター 入寮部門：利用料と献金のみ	薬物、AL、摂食障害(家族対象の小規模地活センターを設置し、親や、物質依存のないACはそちらでケアをうける)	30名	5名
				入所			2名	
10	I 任意団体	関東		入所	利用料と献金のみ	薬物	30名	9名
11	J 任意団体	四国		入所	利用料と献金のみ	薬物	7名	1名
12	K NPO法人	関西	自立支援	入所	ケアホーム	薬物	5名	3名
13	L NPO法人	九州		入所	利用料と献金のみ	薬物	10名	2名
14	M NPO法人	首都圏	自立支援	入所	グループホーム・ケアホーム	AL、薬物	6名	2名

図 1





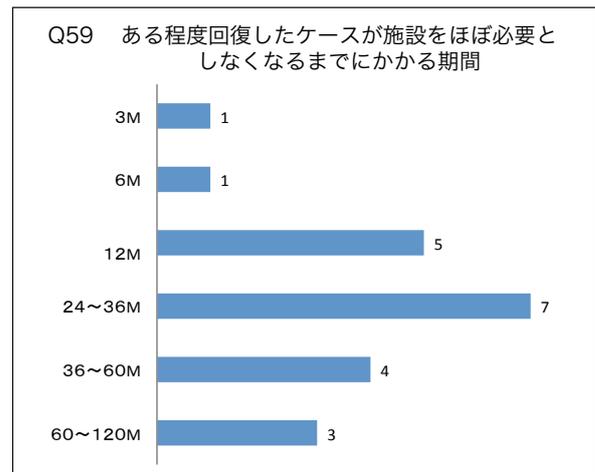
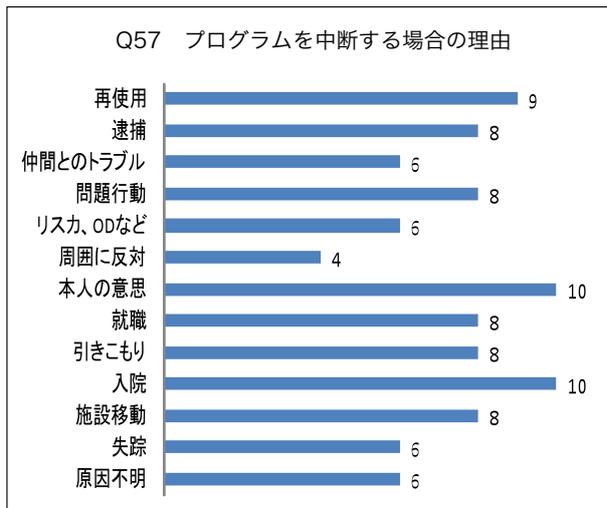


表2 自由記載まとめ

Q 6 貴施設が自立支援法下の施設になったことで良かった点、悪かった点について自由に記載をしてください。

●良い点

〔収入・信用〕

- ・収入が増えた。収入が安定した
- ・色々なプログラムができるようになった
- ・社会的信用が高まった
- ・病院・保健センタークリニック・から直接電話が来るが増えた

〔広域利用〕

- ・グループホームの運営において、市区町村単位ではなく全国一律の制度であるため他の地域からの受け入れがスムーズになった。受け入れ前の手続きが統一されて楽になった
- ・他の自治体から入ってくる人も受けられるようになった

〔その他〕

- ・施設基準があるため、施設のハード面の質が高まった
- ・通所に対する利用者の意識が高まった

●悪い点

〔事務手続き〕

- ・事務手続きが煩雑になった（各自治体で異なるため、それぞれ確認など）
- ・グループホームの支給決定、体験入所、区分認定などの事務手続きが煩雑になった。手続きに時間がかかり、その間にいなくなってしまう利用者もいる
- ・事務作業が多く、決算や申請時期には利用者の相談は後回しになる
- ・自立支援法に切り替わる時に、新たに申請しなおす書類の作成が大変だった。量ではなく、何度も何度もやり直しをしなければならず、そのたびに窓口に出向かなければいけなかった

- ・補助対象ではない入寮部門を一軒家で運営しているので、高熱費の案分等手間がかかる

〔収入〕

- ・出来高払い制度である点。利用者の数は読めないが、職員の配置は定員に応じて算定するため、経営が大変。経営がリスクを伴う以上ほしい人材を揃えにくい。利用者が入院した時に、収益が減ってしまい退院を待つのが大変。知的障害のように安定しているならともかく精神では使い辛い
- ・入院時に支援費が入らない点

〔“精神障害”認定〕

- ・申請の際に「精神障害」認定をしなければならず、親に反対される
- ・グループホームの利用のために、障害認定を受けなければならないことについて、本人、家族はなかなか受け入れられなかった。

Q 23 貴運営母体において、経営上もっとも大変だったことは何ですか。ご自由にお答えください。

〔財政〕

- ・運営費がないこと。常勤職員の給料が出せていない状況で、いつまで運営できるか、不安
- ・家賃の支払いを待ってもらったことがある。立ち上げたばかりのころは実績がないので補助金もない時期で厳しかった。軌道に乗るまで3年は大変だった
- ・6割補助金、4割は献金、(チャリティー、教会や仲間の献金) でやっているが、補助金がつくまでの2か月程の資金の確保が大変だった
- ・入寮者が少ないと収入が減り、運営が困難
- ・運営資金が集まらない。寄付を募っても思ったようには集まらない
- ・入寮者からもらっている寮費は管理費のみで、給料はハウスからはもらっていない
- ・身寄りのない人、生活保護の人が外で問題を起こした時にハウスでまかなったり個人のポケットマネーでまかなうこともある
- ・人数の出入りが予想できないため維持費が大変

〔行政との関係〕

- ・自立支援法に変わる頃、施設を移転したため、行政の依頼で受けたケースの入寮費をどこが払うのかもめた
- ・入寮後家族からの経済的支援の継続が困難となり、生活保護の申請を行う場合の難しさ。入寮費が家族負担で支払えない状況のままの場合は施設運営に響く

〔薬物依存症に対する無理解〕

- ・大家さんが施設を理解してくれず、引っ越しを迫られた。結局一年後に引っ越しをした
- ・入寮費のみで運営しているため地域に理解がない

〔その他〕

- ・スタッフの燃え尽き

Q 33 初期の電話相談を行う上で、最も大変なことは何ですか。自由にお答えください。

〔家族からの相談〕

- ・家族だけが困っていて、本人は利用する気も、困ってもいない場合は話を聞いてもどうする事も出来ない。家族自身の抱える問題には目が向かず、本人だけをとにかくなんとかして欲しいと求めてくる場合
- ・本人は自分の状況を理解していないなか、家族は100%薬をやめさせる方法を教えてほしい等と言う

- ・家族に、家族会を勧めても、家族会に出て結果が出るのは時間がかかり、それまでの間、慰めを期待して電話してくる時。
- ・親の話は長く対応に困り、親のための地活を近くに作った
- ・家族にしがみつかれるのは困るけれど、仕事。あまりに細かいので、一部始終報告していいですよと対応している。家族は安心できる様子

〔本人からの相談〕

- ・電話という情報量の少ない中で、機が熟しているのか、緊急性はあるかなどを測る力量が求められる。困っている人からの相談に対して、相手の過剰な期待にこたえすぎず、施設でできる限界を超えないかわりをする事
- ・シラフでない状態や、いやがらせの電話
- ・相手の具体的な状況を把握できないとき
- ・本人がどうしたいのか、何を求めているのか分からないとき
- ・混乱し興奮した状態で、すぐに入寮したいと言ってくる時
- ・自分の思うようにいかないと、脅しやいたずら電話をかけてくる
- ・境界例などで言葉尻をとらえて、自傷をほめめかす人やなどがあるので、言葉づかいや、電話を切るタイミング、ききすぎないなどに配慮している。境界例かつ躁状態の人の電話でとても手をやいたことがある。しつこい、脅しをかけるような電話があったら、着信拒否にすることにしている。一人で抱えず、会議で話し合うことにしている

〔関係機関からの電話〕

- ・生保のワーカーなど関係機関も依存症や、施設の利用方法に理解が低く、薬物の問題があればとりあえずダルクに丸投げすることもある。その中には薬物以外の問題の方が大きいこともある

〔その他〕

- ・一人で勤務しているのに、電話相談にかかりきりになってしまい、他の仕事ができないこと
- ・電話をしてくる人はその対応で入寮するかどうかを決めるため細心の注意をはらいたい。しかし、事務所で対応しているため、事務所でのごたごたが電話相手に伝わってしまう

Q 42 インテークを行う上で、最も大変なことは何ですか。自由にお答えください。

〔本人の状態・意思〕

- ・以前に比べ知的レベルに問題のある人が増え、質問の意味が通じなかったり、話が伝わらないケースが増えている
- ・人に言われて来たものの、本人は自分が何をすべきなのか理解していないとき
- ・ダルクに来れば治ると思っている人。本人も家族も、ここで何でもやってもらえると過剰な期待をしているとき
- ・周りだけが大変だと思っていて本人はけろっとしているとき
- ・病識のなさ、利用への動機づけの低さ、お酒の問題が人ごとのようにしか思えないこと。「今回は飲み過ぎた」「肝臓を悪くしたから、休養のため」などと言う
- ・生保を受けたい、家がないから等の理由で利用を希望する人もいる。病院からの紹介ケースでさえ、病識のない人が多い

〔対応〕

- ・相手を傷つけず、来たことを評価しつつ、ここでやっていける人かどうか見極めるのが難しい

- ・入寮の場合、暴力や自殺のリスクを測るプレッシャーがある。受け入れたものの調子が悪くなったらと思うとこわい
 - ・短い時間で相手の状況を読んで対応しなければならないこと
 - ・自分のことを傷つけたりはしないと求めてもらえるようにすること
 - ・本人の状態が悪いときには明解な情報が得られず、インテーク時に記録として残せないこと。その後に問題が起きたときに困ることがある
 - ・全てを細部に渡って話そうとする人を、聞きたいポイントに誘導すること。・予測のつかない経歴を持っている人はマニュアル通りに行うと他の問題に気づけない。マニュアルを改訂しているが追いつかない
- 〔関係機関〕
- ・保健師や福祉の担当者が病気を理解していないで、本人の代弁をしているとき
 - ・医療者が「私たちはこんなに頑張っているのに、本人が良くなる」「あそこの病院では良くなる」といった話を持ち込んでくるとき
 - ・友人・弁護士・医療・行政・民間シェルターの無理解

Q 47 施設利用者の相談にはどのようなものがありますか。具体的な内容を記入してください。

- ・人間関係（異性間、利用者同士、家族、子供との関係、職場の人間関係）
- ・身体的な問題（腰痛、頭痛、生理痛、歯痛、腹痛、不眠、便秘、下痢、肩こり、肌荒れ、内臓疾患、妊娠、食欲不振など）
- ・精神的な不調（幻聴、いらいら、さびしい、死にたい、リストカットしたい）
- ・再燃、再使用について（薬を使いたい、使ってしまった、過食）
- ・就労（仕事をしたい）
- ・借金問題（返済、債務整理）
- ・離婚問題
- ・子ども（親権の裁判、子どもの施設とのやりとり、面会したい、面会したくない）
- ・医者への不満（薬があっていない、傷つけられた言動）
- ・お金の使い方
- ・その他の経済問題（手帳をとるか、年金を申請するか）
- ・将来の不安（仕事をするか、他の作業所か、または家族が死んだらどうするか）
- ・自助グループの使い方、自助グループをつくりたい
- ・その他、生活に関わる雑多なもの（暇のつぶし方、何を食べたらよいのかなど）

Q 53 利用者の施設利用期間中に、最も大変なことは何ですか。自由にお答えください。

〔自傷自害、暴力〕

- ・利用者の自傷、自殺、壁に穴をあけるほどの暴力がでたとき、スタッフの精神的なダメージが大きい
- ・施設内でのリストカット

〔再燃、再使用〕

- ・過量服薬をして救急搬送。
- ・スリップして、妄想が出て大暴れで緊急入院が必要になった
- ・病気を出し続ける場合。お酒を飲み続ける、手首を切り続ける、食べ吐きし続ける（過食嘔吐）。例えば万引きしてドリンク剤を飲むということをする

- ・自殺未遂やリストカットなど自傷自害があると、スタッフのエネルギーをすごくとられる。目撃した他の利用者也過呼吸を起こしたり、具合が悪くなったりしてケアが大変だった

〔ルール違反〕

- ・薬物再使用や盗癖などのルール違反の際、出入り禁止や退寮してもらった場合、それらの行為を病気として理解することが難しいことが多い
- ・ミーティングに行くと嘘をついて、男性に会いに行っていた
- ・再使用の隠ぺい
- ・契約を守らない人が多いこと

〔利用者同士のトラブル〕

- ・スタッフがいないときにメンバーの状態が悪くなるようなことを言う（かき乱す）
- ・病気の症状からくる言動を、他の利用者が許せない。例えば統合失調症患者の空気の読めない感じを薬物依存症者は嫌がる。また統合失調症の人にとって、薬物は犯罪だからどうして犯罪者と一緒にいなきゃならないのかという物言いになる。こういったときに、利用者の情報をどこまで他の利用者に開示するのかと悩む
- ・言葉によるいじめ
- ・いじめの標的になりやすい利用者を見つけ、スケープゴートにする
- ・他人を操作する人間が出てくる

〔重複障害〕

- ・発達障害の人との付き合い方
- ・知的レベルの低い人が入居しているとき入寮者同士のトラブルが増える。その人が解離して、包丁を持ち出し、スタッフに飛びかかってきて警察を呼ぶ事態になった

〔関係者の無理解〕

- ・依存症を理解していない機関とのやり取り（酒さえやめていれば普通の人と同じことができると思われている）
- ・利用者がトラブルを起こしたとき、依存症の理解のない理事にスタッフが責められた
- ・トラブルがあったとき、生保のワーカーに利用者スタッフの個人的な問題とされてしまった

〔その他、スタッフの疲弊など〕

- ・利用者の子供がトラブルを起こしたときなど、子どものケアもしていかなければならないことがある
- ・交通事故・怪我など生死がかかわる事件
- ・24時間働いている感じ
- ・入寮費の使い方を本人・家族が言及してくるが、スタッフが足りず明示できない

Q 58 プログラム終了者（満了者、中断者を含む）からの相談にはどのようなものがありますか。ご自由にお答えください。

〔人間関係の悩み〕

- ・夫との関係
- ・職場での人間関係
- ・男女関係
- ・家族関係

〔仕事〕

- ・仕事を増やしたほうがいいのか
- ・残業が多くて疲れる
- ・転職
- ・仕事先が見つからない
- ・リストラの不安
- ・職場の飲み会はどうしたらいいか

〔身体〕

- ・妊娠
- ・身体の不調
- ・病院に行きにくい

〔再飲酒、再使用〕

- ・薬を使いたい
- ・スリップしそうだ
- ・スリップしてしまった
- ・処方薬への依存
- ・眠剤等の服薬管理
- ・医療機関を終了すべきかどうか
- ・摂食障害など他の嗜癖が出た、再発した
- ・薬が止まらない
- ・自分の暴力が再燃してしまう

〔生活〕

- ・結婚
- ・家計の不安
- ・住民票や料金の支払い方法、免許書き換えなど手続きのやり方がわからない
- ・子供を引き取るための準備

〔その他〕

- ・スポンサーシップの相談
- ・身内がない孤独感
- ・自助グループを作りたい

Q62 長期にわたるフォローアップが必要となるのは、どのような場合ですか。自由にお答えください。

- ・社会経験が乏しくて、人との関係を持つのが苦手
- ・重い PTSD、統合失調症など、重複障害を持っている
- ・子育て中
- ・ほかに頼る家族がいない、家族に絶縁されている
- ・保証人がいない（アパートを借りるときなど）
- ・薬物の相談を続ける必要がある

Q63 プログラム終了後のフォローアップにおいて、最も大変なことは何ですか。自由にお答えください。

- ・社会のつながりの少ない人が生きていくのは大変である。友人の少ない人の友達役割をどうしてもやらな

ければいけない時、援助関係を超えた関わりになって危ういと思いつつやらなければいけないこと。

- ・終了した人との関係性。仕事とプライベートの区別が難しい。修了したから、関係も終わるのか、友人としてつきあうのか。例えば、出た後引きこもった仲間の家族から連絡があったら、家まで行くのか、行かないのかなど。
- ・ただ延々と同じ相談を繰り返しもってきて、変化がなく、どうにもならないという場合。
- ・まったく見えない中で状態が悪く、ひきこもっちゃったという場合、こちらから入り込んだ方がいいのか、出てくるのを待った方がいいのか、悩むことがある。
- ・困った時に受ける姿勢。こちらから働きかけないのでそれほど大変ではない。
- ・再使用した時。一人暮らしを始めていたりすると、トラブルが大きくなってしまうので大変。
- ・身寄りがない人の資金問題

Q66 今は出来ていないが、利用者に対し今後どのような支援をしたい、あるいはどのような支援が必要だと考えますか。自由に教えてください。

- ・PC習得、資格習得などの就労支援
- ・再就学支援
- ・母子を一緒に支える施設
- ・自立までのステップハウス
- ・プログラムの充実 例え、アートプログラム、重複障害を抱えた人のミーティング、畑づくり、身体を動かすプログラム、学習プログラム、など
- ・薬物を使用していて社会経験の少ない人が、安全な人との社会経験を積めるように、行事や旅行を楽しむプログラム
- ・現状のプログラムをとにかく続けていきたい
- ・最低賃金を払える働く場
- ・就労支援になるような作業所（例えば喫茶店）
- ・入寮者への食事提供
- ・入寮初期から自立直前までの、状態に合わせ、目標設定された段階式プログラム
- ・施設ビルの建築
- ・長火鉢があって、お湯が沸いているような空間
- ・母子再統合のための部屋
- ・社会の入り口として支援者が自然な感情を出せるようになること
- ・みんなで行きたい。
- ・鍼灸治療（市販薬や処方薬の服用を減らすことができる）
- ・ミーティングのとき子どもを預かる託児室
- ・生活を整えるための支援。お風呂に入る、食事をとる、体調が悪いときは受診するなどの基本的な生活習慣）
- ・離婚・裁判への取り組み方
- ・お金の工面の仕方

Q 67 上記 Q66 で答えた支援を行うには何が必要ですか。自由に教えてください

- ・資金

- ・人材育成、当事者スタッフの育成
- ・訓練施設
- ・薬物歴があっても利用できるDARC以外の施設
- ・行政サービス
- ・行政職員（福祉のケースワーカーや精神保健センター職員など）の理解
- ・地域の中の理解者、理事の理解
- ・社会の依存症に対する理解
- ・託児システム
- ・一緒に組んでくれる専門職以外の起業家、企業。
- ・女性の社会復帰を支える制度
- ・スタッフのケア（研修、スーパーバイズなど）
- ・地域とのネットワーク

Q 68 施設を今後も継続していくために、行政に対し何を望みますか。自由に答えてください。

- ・依存症や依存症ケアに対する理解（現状の自立支援法のシステムが薬物依存症のリハビリ施設に適合しない理由が理解できること）
- ・使いやすい法整備。薬物依存症者も診てくれる病院（薬物は診療しない病院が多い）
- ・依存症者の利用形態に適合した助成金制度の確立（電話相談、実質的な通所日から補助金がつく、など）
- ・的確な人材配置（精神保健や依存症などの知識がない職員に、いきなりケースワークをさせない）
- ・行政の担当職員へのスーパーバイズ
- ・担当職員のスキルアップ研修
- ・縦割りの枠を超えた取り組み
- ・グループホームに常勤のスタッフを2人置けるだけの資金援助
- ・医療との連携
- ・家賃の補助の増額
- ・自助グループに行く移送費、スタッフ研修のための移送費
- ・病院とダルクとの間の施設（生活訓練もダルクがやっている、薬物の問題があると全部ダルクに押しつけてくる）
- ・ケースワーカーの精神、依存症に関する基礎教育。子ども担当、部落担当、老人担当だった人が突然精神のケースワークに回ってきたりする
- ・地域に密接した、女性問題や依存問題の相談窓口の設置
- ・補助金の統一（行政によって金額が異なる）
- ・返金なしの補助金
- ・制度下で活動するとよけいにお金がかかるという矛盾の解消

Q70 女性の施設が必要と考える理由について、自由に答えてください。

- ・女性の依存症者は男性に依存しやすく、それが回復の妨げになることが多い
- ・性虐待やDVに遭っている人も多く、男性と一緒にミーティングは苦痛。男性のいない場が必要。（男性を見ただけでPTSDを起こす人、男性の声だけでもおびえる人がいる）
- ・薬をやめたばかりの男性は怖い印象を与えることが多い（暴力団に入っていたなどの経歴をもつ男性もい

て、周囲を怯えさせる)

- ・ PTSD・トラウマのトリートメントが必要な女性が多い
 - ・ PTSD 以外にも、女性は精神的なケアが必要な人が多い
 - ・ 子育てなど、子どもに関するケアを必要とする人が多い
 - ・ 利用者が自分にあった施設を選べるようになるといい
 - ・ 生理のリズムによって調子を崩すなど、女性特有の身体の問題にケアが必要なことが多い
 - ・ 今は、女性というだけでハンデがある（社会的、身体的）ため、男性とは別にケアする必要がある
 - ・ 既存の施設だけで、子ども・虐待・暴力などの問題すべてを扱うのは限界。問題別に施設があれば、役割分担もできる
-

IV-2. 結果2：地域で生活する依存症回復途上者および家族を支えるための討論会

1. 目的・方法

依存症回復途上者、スタッフ、支援者、家族、その他関係者が参加して経験を共有し、依存症支援のあり方について自由な枠組みの中で討論するための討論会を開催した。

2. 結果

1) 第1回討論会(平成22年9月21日 講師：南 治)

テーマ：

カナダ・オンタリオ州トロント市のメンタルヘルス・アディクション専門病院における薬物依存症への医療支援について

参加者：15名

(精神科医3名、看護師3名、大学看護学教員、保健師、MSW、ダルクスタッフ3名、ほか)

司会 上岡陽江

薬物依存症者の回復援助には医療や福祉関係の多業種の支援が必要とされることが多い。しかし日本には薬物依存治療の専門病院はほとんどなく、初期介入からアフターケアまでの包括的な支援システムもない。そこでダルク女性ハウスのような民間援助機関では、個々のケースごとに担当者が病院やクリニック、保健センター、保健所、福祉事務所、警察、など他の援助者・機関に連絡をとり、あるいは連絡を受けて支援にあたることになり、1ケースごとに膨大なエネルギーと手間がかかっているのが現状である。

北米にはすでに、薬物依存者の回復援助を包括的に行う医療機関がある。どのようなシステムで援助が行われているのかを、オンタリオ州立アディクション・精神保健センター(CAMH)のアディクション外来に勤務する南 治氏*に報告していただいた。以下はそのまとめである。

CAMHの概要

Centre for Addiction and Mental Health、略してCAMHはオンタリオ州立アディクション・精神保健センターで1998年、トロント市に設立された。これは、当初市内に別々にあったいくつかの精神保健関連施設を統合したものである。予算縮小が大きな目的であったが、結果的に北米最大のアディクション関連の精神病院となり、利用者にとって利便性の高い医療施設となった。従業員2600人の大規模の州立精神病院として、今日も発展を続けている。

CAMHの施設は、病院ビルを始めとしていくつかの建物に分かれており、それらが市内の1ブロック(松沢病院の敷地くらいの広さ)を占めている。現在新しいビルの数々を建設中で、いずれはその中にほとんどの部門がおさまる予定である。

CAMHでは、主に以下の10のプログラムを提供している。

1. アディクション

*南 治(みなみ・おさむ)：ソーシャルワーク修士号(トロント大学)、心理学学士(ブロック大学)、高校レベル教職課程(シドニー工科大学)、現オンタリオ州認定ソーシャルワーカーで2007年1月からCentre for Addiction and Mental Health: CAMHに勤務、現在はアディクション外来でアセスメントとセラピーを担当。トロント市在住。

2. 救急外来 (Centralized Assessment, Triage and Support Program: CATS)
3. 統合失調症
4. うつ・気分障害 (Mood and Anxiety Program)
5. 精神障害のある触法患者向けプログラム (Law and Mental Health Program)
6. 高齢者
7. 児童・青少年
8. トラウマのある女性 (Women's Program)
9. 発達障害・知的障害がある患者向けプログラム (Dual Diagnosis Program)
10. 生活の再建、安定支援と調査 (Community Support and Research Unit: CSRU)

以上のほとんどについて、アセスメント、初期介入、入院、外来、フォローアップ、家族のサポートなどのサービスを提供している。なお、CAMH でいう「家族」とは、血縁、パートナー、友人など、当事者を支える人々すべてを指し、その人たちに向けてもさまざまなプログラムを用意している。

また、CAMH は、クライアント中心主義をとっている。例えば、ほとんどの部門において、その人の属する文化を尊重したプログラムを利用できるよう、マイノリティのためのサブグループが用意されている。たとえば、カリブ系・アフリカ系グループ、セクシュアル・マイノリティのレインボウ・グループ、ポルトガル語グループ、スペイン語グループなどである。文化の違いに配慮すること、ジェンダーバイアスを排除することは、CAMH の重要な理念である。

CSRU は、住居、仕事、定収入、そして社会的支援は健康と回復に不可欠なものという理念に基づく部門で、クライアントの生活基盤、環境を整えるため、情報提供などの支援を行っている。

なお、カナダでは移民も含めてすべての国民が健康保険制度を利用できる。したがって州立病院である CAMH では、処方薬（全額自己負担）を除くすべての診療が保健のみで利用できる。

アディクション部門の概要

アディクション部門では、次のようなプログラムを提供している。

アディクション治療プログラム Addiction Treatment Program

アセスメント Assessment Service

ブリーフトリートメント（短期プログラム） Brief Treatment Service

入所／通所 Integrated Day/Residential Service

コカイン常用者治療 Cocaine Service

ファミリーサービス Family Service

先住民対象 Aboriginal Service

レインボウ（セクシュアル・マイノリティ）対象 Rainbow Service

受刑者対象 Tront Drug Treatment Court

女性対象 Women's Service

MAARS（州内治療機関照会）: Metro Addiction Assessment Referral Service:

アフリカ／カリブ系カナダ人の若者のためのプログラム

Substance Abuse Program for African Canadian& Caribbean Youth

飲酒運転者対象 Remedial Measures for Impaired Drivers

アディクション薬物治療サービス（アディクション外来）Addiction Medicine Service

解毒治療 Medical Ambulatory Withdrawal Management

アヘン代替療法 Opioid Agonist Treatment

禁煙外来 Nicotine Dependence Clinic

アルコール外来 Pharmacotherapy for Alcohol Dependence

○解毒治療 Withdrawal Management Service

医療解毒入院施設 Medical Withdrawal Management Service

○重複障害（アディクションと精神疾患）クリニック

Concurrent Disorders Service (Addiction plus mental health problem)

精神疾患＋アディクション Addiction Group for Psychiatric Survivors

境界例人格障害（BPD）＋アディクション Borderline Personality Disorder (BPD) Clinic

摂食障害＋アディクション Eating Disorder and Addiction Clinic

○ギャンブル依存関連サービス Problem Gambling Information & Services

Problem Gambling Service

The Problem Gambling Project

アディクションプログラム

1. トリートメントの流れ

① 一般的なトリートメントの流れ

クライアントがセンターに電話等でコンタクトするところから、プロセスは始まる。まずクライアントの使用している薬物によって最初の電話相談をどこの部署で行うかが決まる。コカイン、覚せい剤、マリファナなど、禁断症状がさほど肉体に影響を及ぼさない薬物の使用者の場合は、インテークの後、そのままセラピストのアセスメントに送られる。

セラピストは後日、2時間ほどかけて対面方式で、アセスメントを行う。このセラピストアセスメントは、クライアントのサイコソーシャル情報を得るためのものであり、医療的な診断をその目的とはしていない。薬物医療の介入を必要としないクライアントの場合、このアセスメントの後で、適切と思われるサイコソーシャルトリートメントプログラムを紹介する。

② 投薬治療を含む場合のトリートメントの流れ

私が属する、アディクション外来クリニックは、CAMHのアディクション部門に属する外来医療クリニックである。この部門がターゲットとするクライアント層は、アヘン系薬剤使用者、重度アルコール依存症者、ベンゾジアゼピン系薬物使用者である。これらの薬物は肉体的禁断症状が顕著であり、医療の介入を必要とするところから、通常のサイコソーシャルトリートメントとは多少、流れが違う。

クライアントがアディクション外来に電話をかけてくるところから治療への流れが始まる。電話相談申し

込みは受け付けで、さらに薬物ごとに振り分けられ、アルコールとベンゾジアゼピン系の薬剤に関する相談は看護師にまわされ、アヘン系薬剤に関する相談はセラピストに回される。最初の電話は、家族など本人以外がかけてくることもあり、その場合は相談に対する回答も一般的な内容になり、家族のプログラムなどを紹介した後、本人から直接電話するように伝えている。電話アセスメントにより、クライアントが、クリニックでの受診基準を満たした場合、上記のセラピストアセスメントおよび、医療アセスメントの日程が組み立てられ、クライアントのサイコソーシャルトリートメントと投薬治療プログラムが組み立てられる。

アディクション外来クリニックは、医師が8人（うち、精神科医2人）、看護師6人、ソーシャルワーカー4人、ケースワーカー4人、薬剤師数名、事務職員などから構成される。多様なスタッフたちが、全体像を把握しながら連携して活動するために、朝と午後15分ほどずつ、全員参加のミーティングを行う。

複雑かつ重い薬物問題、精神疾患や肉体疾患をかかえたクライアントが多いため、危機的状況が起こることが少なくない。そのようなときほどスタッフは孤立しがちであり、スーパービジョンなどのスタッフサポート体制には非常に神経を使っている。

先に述べたように、アディクションクリニックでは、主に医学的介入が必要となるような薬物（アヘン系薬物、ベンゾジアゼピン系薬物、多量のアルコール、およびGHB（麻酔薬。麻薬指定の脱法ドラッグ）を、肉体的精神的危機にいたるまで使用してきた人を対象としており、当然のこととして、どこの医療機関でも治療がうまくいかなかったり、複雑な問題を抱えていたりする人が多い。アヘン系の薬物のクライアントの場合は、入院解毒施設に入所してもらうか、メタドンなどのアゴニストによる長期の薬物代替療法が導入されているほかに、いきなり使用を止めるとてんかん発作などを起こすベンゾジアゼピン系薬物常用者、アルコール依存症の一部も薬物治療の対象となる。

クライアントをサイコソーシャルプログラムに振り分けるときには、クライアントの社会文化的背景やジェンダー、セクシュアリティを重視する。プログラムには、カナダ先住民、女性、セクシュアル・マイノリティそれぞれを対象としたサブグループ、ポルトガル語、スペイン語で行うグループがある。CAMHではそれぞれのクライアントの問題がどのような文化的背景や特色、環境のなかで育まれたのかを重視してトリートメントプログラムのふりわけを決める。このような配慮は、トリートメントの効果や再発予防の見地からも重要である。たとえば、カナダ先住民のクライアントにとって、アルコールや薬物が社会的抑圧による苦痛を逃れる手段であったとすれば、その問題を抜きに対処しても、再発のリスクは低くはならないからである。

③ インテークとアセスメントで浮き彫りになるサイコソーシャル情報

電話インテークでは、住居があるか、家族関係はどうかなど、どれだけ生き方が困難になっているか、ほかにどんな薬を使っているか、精神病の既往歴、自殺未遂経験の有無、他の身体的疾患の有無など、問題をより複雑化させやすい要素を30～40分かけて聴き取っていく。電話インテークの目的は、他のクリニックでは抱えきれないほどの困難さを抱えたクライアントにトリートメントの機会を与えるためである。症状が単純であれば、何もCAMHである必要はない。

その後、2時間ほどのサイコソーシャルなアセスメントを行い、解毒治療を受けるか、自宅で解毒をするか*、メタドンなどの代替療法を受けるかなど話し合い、それに応じて治療プログラムにつなげていく。

2. サイコソーシャルトリートメント（グループ、1対1）

薬物療法がすすんで薬の使用が止まり、禁断症状が緩和されるという段階になると、これまで薬で押さえ込まれていた他のさまざまな問題—たとえば電話の音など日常の騒音が異様に聞こえて苦痛である、退屈さ

に耐えられない、痛み、などが出てくる。この時期を乗り切るために、週1回以上のサイコソーシャルサポートは重要である。このような形式のサポートにも保健が適用され、回数に制限はない。

うつやトラウマなどより深刻な問題が出てきた場合は、再度ふりわけ先を検討し、トラウマ専門のクリニックにつなげる場合もある。

薬物依存とトラウマ経験とは切っても切れない関係にあることが最近認識されてきている。トラウマのあるクライアントにとって薬物依存とは、放置されたトラウマや、他の治療法では治癒されなかったトラウマ症状を抑えるための自己治療だったという見方がされるようになった。その観点から、治療の過程でいつトラウマが浮上してきても対処できるようにしている。

また、スタッフの何気ない言動が、トラウマのあるクライアントにどう影響するかわからない、ということスタッフは日頃から意識し、2次トラウマを与えないよう注意している。

そのほかの主な治療プログラム

1. 入所（／通所）プログラム

21日間の入所プログラムを利用するには、解毒した後、週1度の準備グループに通って、自分のゴール設定の仕方や、入所後のプログラムのプロセスを学ぶ。

準備グループを卒業したあと本グループでは認知行動療法をベースに、ストレスマネジメント、場合によっては栄養の知識なども学びさまざまな角度から薬物使用の実態、およびそこからの回復について学んでいく。

クライアントのジェンダー、人種や民族、使用言語などによって、女性、先住民、カリブ・アフリカ系、スペイン語、ポルトガル語などのサブグループに分かれて、それぞれのグループ特有の問題についての理解を深めるなど、心理教育も行っている。これらのプログラムを通所で利用するデイ・プログラムも用意されている。

ストレスマネジメントは再発防止に非常に重要と言われている。薬物使用者が薬物を使わずにこの社会の中で生きるとは、いわば地雷原を歩いて行くようなもので、ストレスマネジメントは再発のトリガーを探り、地雷の信管を抜いていくような作業といえる。

2. ブリーフトリートメント

グループ療法を中心とした8～10週間のプログラムである。症状の程度によってグループが分かれており、症状が重いほど介入の度合いも深くなっていく。準備グループ、本グループ、アフターケアグループがあり、クライアントに対するサポートを充実させている。

いちばん軽いグループは、自分で治療目標を立てることができ、動機付けもしっかりしている人々が対象となる。ある程度の社会的地位があり、仕事も続けることができているなど、ソシオエコノミックなレベルの高い人が多く、そのほとんどがアルコール問題である。例えば毎日飲むビールを10本から3本に減らすというような、ハームリダクション的なゴール設定をするクライアントも多く見られる。

次のレベルが8週間の構造的再使用予防プログラム（SRP）で、再使用のトリガーを見つけて対処方法を学ぶことが中心となる。

イブニングヘルスサービス（EHS）は、週2回、7週間半続く、包括的なプログラムで、再発トリガーの発見からストレスマネジメント、栄養学まで、集中的に学ぶ。

重複障害とトラウマケア

PTSD、うつ、パニック発作、境界型人格障害、などが薬物依存と併存している場合はサイコソーシャルなアセスメントやアディクション外来クリニックでの診察（重度のアルコール、ベンゾジアゼピン、アヘン系薬剤使用者）に加えて、センターにある精神科で診察を受けてもらい、必要であれば重複障害クリニックに紹介する。

うつやパニック発作に関しては、通常解毒を優先するが、PTSDだけは薬を使用中でもサービスを利用するようすすめる傾向にあるようだ。薬物を止めるとフラッシュバックなどPTSD症状が出てくることがあり、どう対処していいかわからずに極端な行動に出るといったケースが少なくないためである。CAMHでは薬物使用もトラウマの症状の1つととらえ、包括的な治療を提供していく必要があると考えている。

トラウマケアにはステージ1、2がある。ステージ1は、2につなげるための準備期間で、薬物再使用防止のためのコーピングを教えたりする。例えば何か問題が起きたとき、ストレスが高まったとき、今までなら自傷したり、薬物に手を出していたりしていたところをより健康的な行動に変えて行く。それができるようになった段階でステージ2にすすんでもらう。重複障害治療として特に認識されているわけではない通常の再発防止教育も、その内容がストレスに対し健康的な対処の仕方を教えているため、結果的に、ステージ1介入としての効果がある。

ステージ2は個々のトラウマに焦点をあてていくことになる。このとき、たとえばトラウマの話をした後もフラッシュバックを起こさず、あるいは起きても無事に家に帰ることの出来るよう、セーフティプランに重点を置きながらトリートメントしていく。ステージ1だけでも何年もかかることがあり、時間をかけてゆっくと治療をすすめていく。

ドラッグコート

トロント州では薬物事犯に対して、受刑か治療かを選ぶダイバージョンシステムを取り入れている。収監先にセラピストが面会に行き、プログラムを紹介する。やる気をしめした人にはインテークをとり、セラピスト、検察官、判事がチームを組んで対応する、いわば司法トリートメントである。保釈の条件として裁判所命令で参加する人もいる。

プログラム参加者は、毎週尿検査を受け、「私は先週、仕事の面接に行って、受かりました」などと裁判官に報告をする。私が見学したときは、ドラッグコートは法廷というより学校のような雰囲気、裁判官はあたかも校長先生のように「それはよかったですね、ちゃんと続けてくださいね」と答えたりしている。

動機付け面接や五段階法について

動機付け面接で、セラピストはクライアントと決して闘わない。問題を否認するクライアントと、ダンスするような感じで話し合っていく、本人のもつ矛盾を穏やかな形で表面化させていく。自分の話を自分で聴くことによって自分を客観視し、自分の問題を知るといったことが動機付け面接の基本であり、それをサポートするのがセラピストの役割である。

クライアントの動機の有りようを判断する方法として、「5段階法」が採用されている。このセオリーはAAメンバーたちがどのように行動変化を起こしていったかを研究し開発したProchaska & DiClementeによって発表された。

1. プレコンテンプレーション（前考慮期）・・・薬物を止める気は全くないが、裁判所に言われたから、家族に強制されたから受診したという段階。
2. コンテンプレーション（考慮期）・・・止めたくはないが、このまま使っているのは危ない、どうにか

しないといけないかもしれないと考え始めている段階。

3. プリバレーション（準備期）・・・もう止めた方がいいかもしれない。今抱えている問題は薬のせいだ、と考え始めている段階。
4. アクション（行動期）・・・現実に止めている段階。
5. メンテナンス（維持期）・・・止め続けている状態。

まず明らかなのは、クライアントの動機の移り変わりを当然のこととしてモデルに組み込んでいる点である。たとえば「前考慮期」にあるクライアントは、本人の意思に反して面接に来ているわけで、その状態そのものを受け入れ、「来たくないのに来るのは大変でしたね。でもせっかくいらしたのだから」と情報提供、ヘルステーチングのような形で導入していく。

この場合、「あなたにはこういう問題がある」とつきつけても、それは本人を否定することにしかならず、クライアントにとって「安全な場所」ではなくなる。否認のカラを破って入り込んでいくには、まず人間としてのかかわりあいを作っていくことが大切である。

CAMHの理念

1. クライアント中心主義

冒頭で述べたように、CAMHでは、クライアント中心主義を基本原則としている。たとえばクライアントがどうすべきかはクライアント自身が決めることと考え、ゴールまでも全部こちらが決めてしまうことはしない。クライアントが「ビールを30本から10本に減らしたい」と言ってきたら、それは何らかのやる気の表れと受けとるのである。そして、動機付け面接法なども使いながらどうすればよいかを話し合っていく。薬を止めたくないのであれば、どうすれば安全に使えばいいかを話し合うし、ときには安全のために注射針やコンドームを提供することもある。あくまでもクライアントの意思を尊重しながら関わり合いをもっていく。

ある文献では、クライアントがよくなるのに大切なのは方法論ではなく、いかにクライアントと援助者の間に信頼関係を確立できるかによるという。「止めたいけれども止めたくない」というアンビバレントな状態は珍しいことではなく、それでもクリニックに来ているのだという事実を大切に。相手のペースに合わせていくことになるので、非常に長い関わり合いになり、3年くらいかかることも珍しくない。

薬物常用者は（薬を使うと）15分で考え方が180度変わってしまう、ということを忘れないようにする。この15分の変化がこそがクライアントをある意味救ってきたということを頭に入れてクライアントとかかわることが、私は重要だと考える。今まで薬を使ってきたから死なないですんできた人々が、今度は薬を使わなくても生き続けるにはどうしたらよいかを、話し合いながら開発していく。

薬の再使用の危機は、薬が目の前にあることではない。クリニックに通っている間は、破産しようが妻に去られようが再飲酒することはなかった人が、回復への努力をやめたとたん、ささいなことがきっかけで飲んでしまった、というのはよくあることである。よく言われるように、アディクションの人々とかかわることは、慢性病の人とかかわるのと同じなのである。

2. 多業種連携

CAMHでは多業種連携を重視している。私の所属するアディクション外来では医師、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、事務系マネージャーなどが連携を組んで業務を行っている。

いとも簡単に混沌とした状況になりうる環境の中で、他業種連携はとても重要である。死にたいという人が来たり、酔っぱらっている人、ヘロインの他に精神薬を飲んでいる人など、簡単なインテークではすまな

い人が毎日やってくるので、包括的な連携なしには対応できないからだ。

3. ハームリダクション

CAMH は、ハームリダクション（ある行動が原因となっている健康被害を行動変容などにより予防または軽減させること）という考え方に基づく治療を行っている。

「ダメ、絶対ダメ」という対応では外来の敷居を高くしてしまい、クライアントは2度と来なくなるかもしれない。その後、HIVやB型肝炎に感染してしまってからでは遅いのである。だから、クライアントが通い続けられるよう、できるだけ敷居を低くして知識を得るチャンスを提供する。薬を使いたいのであればせめて安全に使うように注射針を渡すこともある。

ハームリダクションが方針として受け入れるようになったのは、1980年代半ばにHIV/エイズの感染が世界中で問題になって以降のことである。HIVやB型肝炎が薬物依存とかかわっていることが明らかになり、薬物依存を公衆衛生上の問題としてとらえるようになってからである。

4. 2次的加害の予防

先にも述べたように薬物依存とトラウマ経験は切っても切れない関係にある。そのことを念頭に置いて、クライアントに2次的加害となるような言動をしないよう注意を払う必要がある。クライアント中心主義ともつながることだが、ジェンダーセンシティブであること、カルチャーセンシティブであることは2次加害予防に非常に重要である。

例えば、クライアントが外来に来たら、どちら側の椅子に座りたいか、窓や戸は閉めておきたいのか、開けておいた方がいいのかを一つ一つ確かめていく。言葉の使い方一つ、ボディラングージ一つでクライアントの傷付きにつながることを忘れてはいけない。外来でどのようなことを行うのか、これからどのような手順でものごとが進んでいくのか、一つ一つ丁寧に説明することが大切だし、クライアントが言ったことに驚いたり、ショックを受けたりしても、それを安易に見せてはいけない。

5. 守秘義務

守秘義務があっても、外部に通報しなければならない場合があることをクライアントに説明しておかなくてはならない。たとえば、薬物の影響下での運転、虐待のおそれなど児童福祉上の問題があるとき、裁判所からの出頭命令のあるとき、自傷他害の恐れがあるときなどである。このようなことを説明し、治療契約の書類にサインしてもらおう。

自殺・他殺の衝動を口にする人に対しては、医師の介入が必要になってくる。医師のアセスメント次第では、救急病棟に最長72時間まで保護することもある。

2) 第2回討論会 (平成 22 年 10 月 28 日 講師：安高真弓*)

テーマ：

子どもをもつ薬物依存症女性の困難～『親になるってどういうこと?!』制作をめぐる～

子育てや子どもとの関係の再構築に困難をかかえる依存症女性のために作られた本をめくり、制作に携わった講師や当事者に集まっていただき、どのような支援が必要とされ、役立つのかについて話し合っていた。

参加者：23 名

発言者：子育て支援グループ「サボネットあらかわ」メンバー 角田、L

精神保健相談員

精神科病院医師 A、B

ケースワーカー

ダルク女性ハウススタッフ F、U、R

ダルク女性ハウス利用者 Y、H、T

上岡陽江 (司会)

上岡 今日は、子どもをもつ依存症の女性たちは、どんな支援を必要としているのか、というテーマで話し合いたいと思います。

実は平成 12 年に、安高真弓さん、沖縄の西垣クリニック精神科の西村ドクター、私の 3 人で、「薬物・アルコール問題をもつ女性の回復過程に関する研究」というのを行いました**。全国のクリニック、施設を含めて、依存症を治療中の女性たちにアンケート調査をしたのですが、その結果、1つの大きな問題として子育てが大変だということがわかってきました。そこで、調査に協力してくれた女性たちにお返ししたい、フィードバックしたいと思って、子育て中の薬物・アルコール、摂食障害の女性たちのための子育て本、『親になるってどういうこと?!』***を企画・制作しました。

この本を作るために、ダルク女性ハウスを利用した人を中心に、子どもをもつ依存症女性たちに聴き取りをしました。その何時間にもおよぶ膨大な量のテープをすべて聞き、起こして整理し、構成し、一冊の本につくりあげてくださったのが安高真弓さんです。まず、本を作る中でみえてきたことなどをお話してくださいませか。

女性として、母親として語りたかったことを、多くの人々がたくさん持っていた

安高 先に、この本を作るきっかけとなった、厚生労働省の「薬物依存症に関する科学研究—薬物依存・中毒者の予防・医療およびアフターケアのモデル化に関する研究」のことを少し紹介します。

ダルク女性ハウスは子どもがいる女性たちも利用します。子どもの養育環境という点からすると、薬物の問題を持っている女性の子どもは充分でない環境で育っているという見方が出来るかもしれません。その反

*安高真弓 (あたかまゆみ) 心理士、精神保健福祉士。専門はアディクション問題の相談、家族支援。民間精神病院、福岡県精神保健福祉センター相談指導課勤務を経て、現在アパリ・ファミリーセンター沖縄研究員。平成 10 年より厚生省班研究「薬物依存者のアフターケアに関する研究の研究メンバー。

面、子どもたちが全力でお母さんを支えようとし、お母さんも子どもがいるからこそ死なないで生きていられるという、そういうぎりぎりのバランスの中で生きている母子もいます。確かに、子どもの福祉のことだけを考えると、児童相談所に一時保護してもらって施設入所という道筋もあるのだけど、できるだけ母子を引き離さないで、なんとか一緒に育ち合っていくことができないか、ぎりぎりのバランスをなんとか安定させていくような支援はできないだろうか、ということを経験から上岡さんと話していました。

そこで、実際に子育てをしながら自分の問題にも取り組んでいる女性たちは、どういうことで困っていて、何が一番の助けになるのだろうかということ調べてみることにしました。研究が始まった当時、私は精神保健福祉センターのスタッフでしたので、公的な相談機関がどれだけ利用していただけているのかということも知りたいと思いました。何ページもある調査票の中で、今までにどんなことがあったのか、回復の過程で必要だった出会いは援助者だったのか仲間だったのか施設だったのか、子どもを育てていく中でいちばん助けになったのはどういう援助機関のサポートだったのか、というようなことを質問しました。この質問票を全国のAAやNAにつながっている子育て中の女性、子育てが終わった年代の女性、他の人や所に預けていて自分では育てていないけれども子どもがいる女性たちに配って答えてもらいました。クリニックや病院にも頼んで配ってもらいました。

結果をみますと、公的な機関はあまり使われていないし、知られていないことがわかりました。病院で働いていた時には、自分たちがどのくらい患者さんたちの役に立っているのか、退院後の患者さんたちがどんなふうに住まわれているのか、そういうことは全然わかりませんでした。意外なことに、この調査では病院のスタッフの人たちに優しくしてもらった、とても助けになったと書いてくれている方が結構おられました。ですから、本当にこの援助でいいのかと悩んでいる援助者の人たちにも援助場面では見えてこない部分を伝えられたらいいなと思いながらこの調査をまとめました。結果として、当事者にとっていちばん助けになったのは、グループや施設の仲間やスタッフでした。

この調査は、「あなたの現在の生活に関することについて教えてください」という個人の背景を何うカテゴリーと、「あなたが現在に至るまでのことについて教えてください」という回復のためにどのような社会資源を活用してきたかを何うカテゴリーの2つから構成されています。調査をする側の必要な情報を引き出すだけでなく、この調査に答えていただくことで、どんな機関があつて、どんな助けが得られるのかという当事者に役立つ情報を伝えるという要素も盛り込みました。

質問票の最後には、「女性として、母親として、薬物・アルコール依存から回復する過程で感じてきた意見や感想をお聞かせください。どのようなことでもけっこうですから記入してください」という自由記載で答えてもらう質問を設けました。質問項目が多いので、「あまり書いてはもらえないかもしれない」と思いつつ、でも一方的に聞くばかりではなく、みんなが言いたいことを書いてもらえる欄を作ったわけです。結果的には、自由形式の記入欄がいちばん充実していました。みんながぎっちり書き込みをしてくれたものをまとめたら、A4の用紙10枚くらいになりました。みんな、今まで話したかったけれど話せなかったことがいっぱいあるんだなということが、ダイレクトに伝わってきました。ただ、この調査票に自由に書いてもらったことをそのまま使う可能性があるというようなお断りをしていなかったため、この声を報告書のような形でまとめることはできませんでした。でも、次につながる仲間のためにと、みんなが熱意をもって書いてくれたものを何かの形でお返ししないわけにはいかない、形にしようよとなったのがこの本の構想の始まりです。

アンケートに答えてくれた方たちは、すでに子育てが終わっているかもしれません。でも、この方たちが次の仲間のサポーターになってくれます。この方たちの声を今から子どもをもとうとする人、今子育てに必死な人たちに直接役に立つようにと思って本を構成しました。

ところが、最初に研究チームの3人（西村、上岡、安高）で柱立てをしたコンセプトは7、8本だったのが、その後、あれも足してほしい、これも足してほしいと上岡さんから指令が来て、柱がどんどん増えたんです。子どもが思春期になったときとか、お母さんに恋人ができたときとか、この項目もあの項目もいるよねというのが出てきた。それらについてハウスの中でみんなにミーティングしてもらい、その録音テープを送ってもらって、私は沖繩でひとりだけじっとそれを聞きながら、どんなふうに構成していこうかと日々孤独な作業を続けました。

ほかにあとから増えてきた項目には、ハウスで取り扱っていないテーマ、例えば避妊のこと、離れていた子どもと一緒に暮らし始めることなどがあり、そういうことはテープで送られて来ませんでした。あとで足した部分に関しては、私が相談事業をする中でお会いした人や、個人的なつながりのなかで教えてもらったことなどを元に構成しています。

上岡 私たちの精神状態はそれほど安定しているわけではないので、長い聴き取りをするとパニックになってしまったりします。なので、ミーティングという形式をとりました。

そのとき、その場にいたお母さんとテーマを決めて話してもらうほか、実は子どもにも聴き取りをしました。いろんな年齢の子どもたちに聴き取りしたテープをまた安高さんに送る。それらを全部聴くのは、本当にたいへんだったと思います。

安高 音だけを聞いていると、いろいろな想像というか、イメージがわいて見えてしまうので、トラウマの二次曝露のような状態でした。自分の子育てのまずかったなあとと思うところを激しく思い起こしたりもしましたしね。それが一番つらかったかも……（笑）。ハウスを利用している子どもたちがいろんな話を聴かせてくれたのが、本当に役にたちました。親の視点、子の視点、それぞれの視点があるということも、とても聞きながらおもしろかったですね。

本を作る時に工夫したことは、よく似た名前で間違いやすい公の機関を出来るだけ正確に覚えていただくために、本の中に書き込める欄を作ったことでしょうか。生活の中の工夫も出来るだけ使う人の事情にあわせて、書き込みできるようなものがないと。

何年かたっているのですが、今見ると、もう工夫したいところがたくさんあるのですが、できれば何年かおきに、新しい情報と入れ替えながらワークブックみたいな形で引き続いていけばいいのかなと思っています。

本の表紙の絵を描いた我が子は中学2年になり、身長は私よりも高くなって、ひげもちょっと生えてきて、こんなかわいい絵を描いていたときはかけ離れてきました。私はぜひ、次はもう少し上の世代の思春期の子どもをもつ女性たちに向けて、親離れ子離れの時期のハンドブックが欲しい、作りたいなと、自分自身のためにもそう思っています。

地域のサポートネットの女性たちに助けられた

上岡 この本を作る過程では、現役の依存症のお母さんたちに読んでもらって、フィードバックをたくさんもらいました。中で一番大切だと思っているのは、68ページの「実際に書き出してみよう」という表です。

依存症があつて、うつもあつたりする私たちは、人とかかわるのがあまり得意ではないので、追い込まれたときに、何が問題か、誰に相談したらいいかがわからなくなってしまう。保健師さんとか、精神保健福祉士さんとか、看護師さんとか、いろんな職の人がいるのですが、それぞれがどんな仕事をしているのか、ぜんぜん知らないわけです。だからそういう専門職の人たちにこの本を紹介するときは、「当事者の方には、自分の職種が何かということをきちんと説明して、68ページの表にあなたと連絡のとれる電話番号を書い

て、この本を渡してください」と言っています。

そしてできれば表の中に、パニックになったときに連絡できる人、たとえば保健師さん、ワーカーさんなど、「もうダメ」と一言連絡すれば来てくれたり、子どもを預かってもらえたりするという人を決めてほしいとお願いしています。私たちはしょっちゅう追い込まれてしまうのですが、それはとくに土日とか夜とか夏休みとか、いろいろな相談機関がお休みのときが多いのです。そのときのために連絡できる電話番号を1つ決めておいてほしい。近所のおばさんであろうが区や市の人であろうが国の人であろうが、誰でもいいのだけど、追い込まれたときに「助けて」と電話できるところがどこか1つは必要です。実は、そういうことができるためには、長い時間をかけて信頼関係を築かなければ電話をすることすら思い浮かびません。このことは私たちが本を作ったときよりも、よりいっそう深まっているなど、若い人たちを見ていて思います。

では、Yさんから話してください。

利用者Y この本を作ったときは、子どもが小学校4年と5年生くらいで、私はダルクに通い始めてまだ1年がたつたたないかの頃でした。自分は薬物を止めるためにミーティングに毎日通わなくはいけない、でも家に帰ったら子育てもあって、その両方をやるというのはとっもしんどくて、たいへんな時期でした。そういうときに、この本をつくるために、みんなで困っていることを言い合える場が作られたのはとても助かりました。

本の中に私が言ったことが載っているのですが、当時の記憶があまりなくて、どれを言ったのか覚えていないんですね。その頃一所懸命だったし、必死だったし、いっぱいいっぱいだったし、なんというか、薬を使わないで子どもと向き合うことを始めたばかりだったから、何かあるたびに（薬を）使いたくなっていたし、いちばんたいへんな時期だったかなと今振り返って思っています。

私がダルクに行くようになって、その直後に子どもが不登校になってしまいました。その子を家において出ることが心配で、出られなくなってしまい、ダルクに相談したら、連れてきていいよと言ってくれて、連れて行くようになりました。私はただ連れて行くだけで面倒みないんだけど、ミーティングしている隣の部屋で待っていてもらっていました。そこではスタッフが電話を受けたりしながら子どもを見てくれて、ミーティングが終わったらみんなと一緒にご飯を食べたり、遊んだりするということをして、それが自分の息抜きにつながりました。私が面倒みなくても連れて行けば仲間がかまってくれて、遊んでくれる。子どももストレスを発散できて、家に帰って落ち着くみたいな感じでした。それまでは、ミーティングに行っていっぱいいっぱいになって帰ってきて、子どもに八つ当たりしてしまったり、ご飯が作れなくなってしまったりとかしていたので、ダルクに連れて行けるようになってすごく楽になりました。

上岡 ちょうどその頃、「サポネットあらかわ」のメンバーで、就労支援に協力してもらっているの角田さんの喫茶店「F」にも行ってましたよね。だからYさんの子どもたちは、ハウスに来たり、ミーティングの後にはKさんのところで遊んでもらったりした。上の男の子は、Kさんたちがかかわっている地域の共同保育でボランティアしたこともありましたよね。そんなふうにして、私たちが使える社会資源を全部使って、子どもたちが、もう一度子どもになれるようにしました。

スタッフF 最近、Yちゃんといろいろ思い出話をしていたんですが、彼女はとても「あばずれ」っていた時期があるんです。

利用者Y 上の子が思春期になって、中学に入って林間学校を機会に不登校がとまったとき、私は「F」で働かせてもらっていたんです。その頃、ある子どもが悪さをして、PTAで「見守る会」とかいうのが始まったので、仕事の後、「見守る会」に毎日行かなくてはいけなくなりました。それでも、いっぱいいっぱいになって、ある日、仕事が終わっても「今日だけはPTAには行かない」と決めて、フリッカに行って、「あばずれった」のですよ。タバコすって、片足あげちゃって、「やってらんないわよー」とか。

スタッフF ほんとに、もう、なんていっていいかわからないけど、とてもすてきでしたよ。(笑) そういう姿をよく思い出しています。あのときはあばずれていたものね、と。今は落ち着いていますけどね。

上岡 あのころ、角田さんのところに子どもたちも一緒に行ったりしましたよね。

角田 そうですね。店で、と言うより、旅行というか、日帰りのお出かけとかに、私もよくダルクに連れ出されました。ずっと子どもと遊んで。なかなか言うことを聞かない立派な子どもたちでした。

上岡 当時、小学校に入ったばかりの小さい子や、多動があつてどこかに行ってしまうたりする子がいたりしました。お母さんがちょっとコンビニに行っている間にどっか行ってしまって、パトカーで連れてこられたりしました。Kさんは男の子を3人育てた人なので、男の子と付き合うのがすごくうまいんですね。で、その子を1日見てもらって、私たちは全員、「はあー」と息をついたりしました。子どもにとっても普段はどこにも連れて行ってもらえないのが、スタッフがついていてくれるのでどこかかに遊びに行けたり、違うオトナの顔が見られます。

みんなが苦勞するのが小学校、中学校に入るときです。ストレスアウトしやすいのです。小学校に入るときの、持ち物に名前書いたり、地図書いたり、お父さんは誰かとか、そういうの書くのをみんな苦勞する。中学校入学の前後。Yさんはどうでしたか。

子どもが進学するときの苦勞

利用者Y 子どもが中学に入るときに、入学式までに制服を用意しておかなくてはいけないということを知りませんでした。気づいて慌てて用意しようとしたんですけど、お金がなくて困ってしまいました。そのとき、福祉の人に相談したら、学校の近くの制服を売っているところを紹介してくれて、分割にしてくれたんですね。児童扶養手当を受けていたので、そのお金が入ったときにお返しするという形にしてもらって、なんとか事なきを得たんです。中学に入ってみたらいろいろかかるお金があつて、部活に入れば部活の道具を買わなくてはいけなかったし、修学旅行に行くために毎月積み立てをしなくてはいけなかったし、小学校の時と比べると急にお金があることが多くなってしまって、あたふたしちゃって。私はこういうことがわからなかったの、これがあつたらあとのみんなが楽なんじゃないかなと思って、35～37ページの「⑧子どもが進学・進級するとき」「幼稚園から高校卒業までこれだけかかる」というページをつくったんです。

上岡 子どもが卓球部に入るので道具を全部そろえたら、すぐにテニスがいいと言いだしたりして、脂汗だよ、ね、「こんなことにお金がかかるのか、知らなかった」ということになって、焦った。ほんとうにそのときになると、どこでお金がかかるかわからない。自分が普通に学校に行けていたらわかることが、わからなかったんですね。このあとも高校進学の際に、私立ですか、公立ですか、という問いにおびえたり。

Y利用者 長男は私立を選び（笑）もう、お金が大変でした。

上岡 何気ないPTAの会話についていけない。先生の進路指導や進学指導にめげちゃう。わからないことだらけだ、と思ってこの本をつくりました。安高さんがきっちり作ってくれたので、反対に「そうだったの？」と思うところもあって。

安高 この本を編集している頃は、リカバリーサポート・ネットワークという、パチンコ依存の人たちの電話相談所に助っ人に入っていたので、そこで作業をしていました。そのとき隣に座っていた人が編集の仕事を経験したことのある人だったんです。リカバリーサポート・ネットワークでは、その頃、薬物とかギャンブルとか、依存を持っている人のために回復支援の本をつくっていたんですね。「サルでも分かる回復本」というので、通称サル本と呼ばれる薄い冊子で、刑務所とかに差し入れによく使われています⁸。どんな服装をすればよいか、仕事をどうするか、趣味をどうするか、宴会に誘われたらどうするか、といった項目が並んでいます。彼はその本の編集をしていたのですが、親本の36-37ページの「幼稚園から高校卒業までこれだけかかる」は、視覚的にこう作るというですよと、かなり手伝ってくれました。

自分たちにも子どもがいて、これからどれだけお金がかかるかわからないし、本当に真剣に真面目に計算しないと、毎日塩かけご飯になってしまうと、かなり2人で計算したんです。沖縄県は他の地域と違う社会資源の歴史があって、児童館や幼稚園や保育園の制度は県外とは違うので、他の地域の感覚で、当然このくらいで充分なはずだと思っていたらゼロの数違っていたりする。だからよほど注意していないと、お金がまったく足りないということが起きるので、このときは本当に青ざめながら計算しました。

上岡 この問題については、実は男性の精神科の先生からフィードバックされたことがあります。「実は僕は今までたくさん母子と付き合ってきたけど、この人たちがこんなに保育園や幼稚園、小学校や中学校で、お金がかかったり、いろんなことがあったりすることを僕はずっと知らずに診てきた。申し訳なかった」と言ってくれたんですね。

女性で子育てしていれば誰でもわかるというものではなくて、子育てしながらサバイバルしている女性たちにとってはすごい普通だけど、周りの人たちはわかっていないということがあるんだなと思いました。

利用者H きのうからずっと考えているんですけど、何かところどころ思い出せない部分があって。私は子どもが3人いて、今、一番上の子Tが27、真ん中Aが22、一番下が10歳で、その子は施設に入っています。

当時は、上の男の子Tが、不登校から引きこもりになってしまって、私は仕事もしないで薬を使いながらうつつとしていた。（その子は）私のことも心配なのか、外に行くこともなくひきこもって。いちばん大変だったのは、雨の日で、私は子どもを後ろに乗せて傘をさして自転車に乗ることができなかったの、フリッカに行くのが雨の日がすごくたいへんでした。

あとは当時10歳のAの言葉遣いですね。Aはすごい腕白な女の子でした。いつも他の子と喧嘩していて、たいへんでした。私は、親が絶対言うてはいけないという一言をAに言ったり、すごい言葉の暴力をしていたし、叩いたこともありました。それで自分を責めたりもしました。

スタッフF あるとき、荒川区の障害福祉センターでみんなで卓球をして、三々五々帰って行くときに、Aちゃんがぼやっとして小さい鉄棒のところに立っています。それでよろよろっと、触ったり乗ったりしていた。それでみな、なんとなく大丈夫かなーと思って見ていると、「おめえら、ジロジロジロジロ、みてんじ

やねーよっ！」と（笑）。みんなすごくびっくりした。あれのイメージがAちゃんにはあるんですよ。今は大きくなっておとなしくなったかなーと思いつつ、あのイメージが抜けません。

利用者H 私の言葉遣いが悪かったから、それで……。

Fスタッフ たぶん、おにいちゃんが思春期を迎えてそういう状況で、よくきょうだいがまねしたりする。「だからなのかな」と理解しておきました。そのときにボランティアの方が、びっくりしたよねーと。あまりにもかわいい彼女がそう言ったから。

利用者H しつけがなくなってないんで……。

スタッフF そういうことじゃなくて、だまって見てないで、フォローしろよ、ということだったと思う。

上岡 Hさんは、始めにおにいちゃんの問題から相談を受けたんですよ。ハウスには、生保からの相談とか、本人、家族からの相談とか、いろいろなつながり方があるあるのだけど、Hさんの場合は、Tくんの不登校のことで、学校と福祉事務所から連絡があつてつながった。

やはり子育ては継続だから急にうまくいったり、急にダメになったりというものではないんですよ。長期的な流れの中で、いろんな問題が起きてくる。問題が1つだけなら1つのところで継続的に相談するということができたりするけれども、いろんな問題があつて、相談先もいろいろに分かれていると、いったいどこに連絡したらいいか、子どもが問題なのか、自分の薬物が問題なのか、下の子どもの問題なのか、分からなくなって、混乱したあげくに家族全員でひきこもるみたいなことになってしまう。あのとき、フリッカに通ってくるのはすごく大変だったでしょう。

利用者H たいへんでした。

上岡 それでHさんは1回チョンボしてなくなったのよね。冒険の旅（薬を再使用していなくなること）に出た。

Yさんも冒険の旅に出たよね。みんな1度は冒険の旅に出る。

利用者H フリッカに2年間通所して、そのあと冒険の旅に出ました。他の施設の仲間から男性を紹介されて、それから連続で（薬を）使うようになってしまい、刑務所で1年7ヵ月つとめました。で、出てからどうにもならなくなって、またハルエさんに連絡しました。

引きこもっているときに、FさんとYちゃんが、すごくちらかっているところに様子を見に来てくれたのだけど、もう幻聴と幻覚と妄想がひどくて、外に出られる状況ではなくなっていました。

上岡 なんで冒険に出たの？

利用者H Aはパパがほしいとずっと言っていたので、「Aのパパを探すため」、と言ったら、ハルエさんに笑われました。

ストレスと生理

上岡 Aのパパをさがしてやっと見つけたから、って真剣に言ったのよね。「Aちゃんはそういうパパを望んでいないと思うよ、勘違いじゃないか」って言ったのだけど。

日本は、覚醒剤使用はものすごく厳罰です。政策的に覚醒剤の蔓延するのを厳罰化することで抑えようとしている。なので、販売者じゃなくて、単純に薬物依存症になるような人たちが3年5ヵ月とか、実刑になってしまう。長期に刑務所に行くことになったりするので、そうなると出てからが大変なんです。拘禁反応が出たりして。

利用者H (2回刑務所に入っているが) 前回よりも今回の方が私には大変でした。ハンドブックに書いてあるように、「今回捕まったら、死が待っている」のだ、もう死ぬしかないと思うくらいたいへんな思いをしてきたので、子どもたちにまで怒鳴られました。もう親子逆転でした。

上岡 女の人の場合、刑務所に入っている間、拘禁症状で生理が止まってしまったりするんです。4割くらいの方は生理が止まっている。だから刑務所を出た後、身体の状態が悪い人が多い。そのうえ子宮内膜炎だったり、生理のたびに酷い状態になるような人もいます。Hさんも、生理のたびにほんとうにひどかったね。動けなくなってしまうたり、イライラしてしまったり、3日間くらいはどうにもならない状態になってしまう。

利用者H で、お休みをもらうことが多かったです。

上岡 でもそのことの説明は(刑務所などでは)受けないんですよ。それで私たちは、「刑務所から出てきたばかりの人が子どもをかかえて地域にいるんだけど、婦人科系の病気をもっていて、どうにもならないから相談にのってほしい」と、保健所の人や生保の担当の人に頼まれたりするんです。

拘禁3年は長過ぎます。薬物依存の治療をされずに収監されるだけですから、出てきた後も、精神的にも身体的にも両方のダメージが出ちゃうということがある。とくに女性は生理の問題が大きいですね。

安高 うちの事務所(オフィス・サーブ)は、もともとは当事者のセルフヘルプ活動を支援しようと作ったところなんです。いろいろな経過の中で性暴力のサバイバーの人たちから「グループを作りたいので手伝ってほしい」と声をかけられて、当事者の方たちのサポートを細々とやっています。その人たちが顔を合わせる中で、生理のたびにすごく憂鬱になるし、状態が悪くなる、そのつらい時期をなんとかできないか、という話がよく出ました。そんなとき、たまたまある人が、「自分は布ナプキンを使っているけれども、それが発想の転換にすごく役に立ちました。自分の身体の手当をしているという感じ、主体的にかかわれるようになったのでもいい」、という話をされたのです。それでは試しにみんなで作ってみようか、使うか使わないかは個人に任せて、生理用の布ナプキンを作って販売しましょうというプロジェクトができました。それで、集まりのときなどに、「布ナプキンを作って売っているんですよ」と声をかけると、それまであんまり話せなかった人がわーっと話し始めるようなことが起こるようになりました。同年代の女の人たちが同じような問題で困っているんだということがすごく伝わってくるんですね。

沖縄は流通の関係から生地が高いんです。それでダメもとで「生地を持っている人は寄付してください」とホームページに書いたら、日本全国からどんどん生地が送られてきました。いちばん最初に生地をくれたのは、神戸の人です。「10年前に震災にあって、そのときに助けてもらったから、今度は自分がお返しをし

たい」と、芦屋でブティックを経営している人から高級な生地がお菓子と一緒にどーんと送られてきたんです。

言葉とかお金とか目に見えないものじゃなくて、箱の形で支援が届くというのは、視覚的な効果がすごく大きかったですね。このことを通じてまた少し活動が広がって行きました。今は、材料の生地自体も売って活動費に充てていますが、生地を買いに来る人も、ひとしきり生理の話とかバランスが悪いんだとか、少し年配の人だと尿漏れの話とかをぼつりぼつりして帰ります。みんなに共通した問題で、具合が悪くなるのは特定の人だけではないんだということを肌で感じることができます。

上岡 Tさんからも体験を話してください。子育てするのがすごく大変だったでしょう。

利用者T はい。そうですね、私は子どもが生まれてから、それまで2年くらい止めていた薬をまた使い始めてしまいました。

子どもはダウン症で心疾患がありまして、1年半くらいたってから手術をするということが決まっていたんです。だから手術まではチアノーゼになるから泣かせてはいけない、ぐずらせてはいけないと、いつも目の前に娘がいる感じで過ごしていて、その頃はまだ薬の再使用はしないでいれました。

娘の手術が無事終わって、ほっと一息ついたときにまた薬が始まって、それから捕まるまでずっと覚醒剤を使っていました。娘が小学校6年生のときに捕まったのですが、それまでの間、薬が一番、娘が二番みたいな生活をしていました。子どもを学校に送る前に1回使い、帰ってきたら疲れて1回使いと、何かやるたびに、車のガソリンを入れるように薬を使っていました。で、送り迎えのたびに行く前に使って帰って使って、公園に遊びに行こうかという、行く前に使う。娘がいるときはトイレに入って使うんですけど、なかなか（血管に針が）入らなくて、時間がすごくかかってしまうんですね。娘が「おしっこー」と言っても、「わかった、すぐ出るから」と言いながら、気持ちばかり焦るから余計入らないんです。それで長いことトイレにいて、その間に子どもがお漏らししてしまうことも日常茶飯事でした。で、「ごめんね」と言って、パンツとか替えたり、拭いたりして、そのときには「今度こそ気をつけよう」と思うのですが、また同じことを繰り返してしまって、娘はもう、そのせいかわからないけど、自分がおしっこしたいときにおしっこと言えなくなって、いつもお漏らししてしまうようになりました。だから時間をみはからって「トイレに行こう」って促したりしないと云わない子になってしまいました。

今高校2年生で、養護学校の高等部に行っているんですけど、いまだにどこか出かけたときには、時間をみはからってトイレに連れて行ってあげなくてはいけない感じにいるんです。小学校2、3年頃までは自分でおしっこと言って行けたはずなのに、私がトイレにこもってしまってお漏らしさせてしまったりしてからかなと思います。うまくトイレができなくなって、たぶんストレスとかそういうのが重なって、そういうふうになったのかもしれない。当時は全然気がつかなかったのだけど、薬をやめてから初めて気がついたというか、精神的に追い詰めていました。そういうことばかりやってましたね。

娘が6年生のときに、15年やっていた薬で捕まるんですけど、それまで止めようとか、止めなくてはいけないとも思わないで、死ぬまで使い続けるんだなと思っていました。兄もシャブの売人だし、出会って結婚、離婚した相手も売人だし、薬に困ることなく生活していたので、薬があるのが当たり前の生活だった。たまたま娘と山梨の方にドライブに行って、交通事故から発覚して捕まったんですけど、現行犯逮捕されたので、そのときに初めて娘と引き離されて別々にパトカーに乗せられて、娘は児童相談所に直行で、私は警察署に連れて行かれました。当時バリバリに幻聴とかあったりとかしたんですけど、娘がパトカーに乗せられて連れて行かれるのを見て、そのとき初めて、ああ、とんでもないことをしてしまったんだなと思いました。日

がたつにつれ、調べとかでいろいろなことを話しているうちに、娘に会いたいと、自分は何をやっていたんだろうというか、そんな思いを捕まっただけでした。

ディスカッション

上岡 ありがとうございます。

では、皆さんに話をしてもらいながら、もっとこういう社会資源があるということを皆さんから教えてもらいたいと思うのですが。

精神科医師A 普段から診療で患者さんに接する中に、子育てされている人もたくさんおられるんですが、どうしても本人さんの問題に集中しがちで、お子さんが調子悪いかよく眠れないとかというような話を聞いても、お子さんとの関係とか、背景については、想像できない部分もあって、おろそかにしがちだったかなと、今回みなさんの具体的なお話を聞くことで、ちょっとリアルに想像できるようになったかなと思う。とても参考になりました。

上岡 子どもが思春期になったら病院に連れて行くのは難しいですね。とくに精神科は行かない。必要なのは親で自分ではないと思っているので。仕方ないので、ハウスの理事長である医師に来てもらい、子どもたちと会わせておきました。この人が医者というもので、この人はどうも殴らないようだ、慣れてもらったんです。

子どもにとっては診察室が怖かったり、母親が救急車で運ばれたりすると、子どもが救急車を拒否すれうこともあります。だから主治医が理解ある人であれば、一度子どもに会わせておくといいです。

精神保健相談員 相談の中で難しいのはやはり、アルコール・薬物や発達障害の相談です。とくに住まいがなくなってしまって、未治療の段階で、病院に行くべきなのか、外来でいいのか、あるいは宿泊所にするのか、グループホームにするのか、どっちがいいのだろうか悩みます。薬物で今はつかってないけど再使用の可能性があると言うときに、ミーティングに向かどうかという判断も難しい。そういうとき私が頼りにしているのは、アルコール・薬物の回復者の人たちで区の相談員をお願いしているダルクの人とか、リブ作業所の方々です。そういう方と相談をしながら、どういう方向にしようかねーと決めたりしています。

仕事を勧めるべきなのか、治療を優先すべきなのか、どういうところに住んだらいいのかなど方向性を決めるまでが難しいですね。最近の事例でいうと、刑務所から出てきて、区内の更生保護施設—そこは薬物関連の方もけっこういらっしゃるのですが—そこにいた方が長年幻聴がありながら、ずっとガマンして、薬物を使っているときもガマンして、刑務所に長い期間いた間も幻聴があって、その更生保護施設に居る間、一所懸命頑張って真面目に仕事をして、とうとう幻聴が大変になってしまって松沢病院にお入りになったという方がいるのです。今後その方が、どこにいったらいいのか、みんなが悩んでいるところなんですね。そういう意味では私は対応がすごく難しく判断ができてにくいところは、当事者のかたがたと相談しながら一緒にやっています。

質問ですが、刑務所から出てきて、これから仕事を頑張ろうと思うのか、治療に行った方がいいのか、そういうことで悩むことはなかったですか？ 刑務所の中で治療とかミーティングというのはなかったでしょう？

利用者H ありました。離脱教育というのがありまして、私の行っていた栃木刑務所は（茨城ダルクの）「女性シェルターとちぎ」の方が月に何回かいらしてくれて。

上岡 何回くらいありましたか？

利用者H 6回くらいありました。そのうちの3、4回は栃木シェルターでした。

精神保健相談員 出るときに、これからどういう方向でやっていくのかと考えて生活をはじめめるのですか。

利用者H 私はこどもが保護施設にいて、すぐには引き取れないと思ったので、生活保護を受けずに自分で仕事を探して、距離を縮めながら面会に行きたいということはずっと手紙に綴っていたのですが、帰ってきてすぐ幻聴と幻覚と妄想、フラッシュバックがひどくなっちゃって、そういう方向に行かなくなってしまって、今に至っているんです。

精神保健相談員 そんな状態の時に私たちは相談を受けるのです。そのときの対応は難しいなと思っているのですが。

上岡 Hさんの場合は難しかった。担当の保健師さんに断られたんです。地域の保健師さんに訪問してくれと言ったら、本人が治療に来ないならつきあえないと言われた。しょうがなくて、Yさんと山下さんが訪問したんです。

でも、Hさんとしては刑務所の中ではきちんと仕事もして決まりも守っていたんですね。刑務所から出た来た瞬間ってどんな感じ？

利用者H なんかスピードが全然違う。すごく速い。（刑務所の）中はすごいスローテンポだから。外に出ると人に酔うし、帰ってきたときに薬を飲んでない状態でスピードが速いからおかしくなるのだと思うんですけど、ついて行けないんですね。中の様子と違うんで。あと音がすごい。それからテレビの画面の隅に小さい画面が出ることもあるけど、それが自分の家を盗撮されているような気持ちになってしまっ。

上岡 刑務官の人には出たら何をしろと言われたの？

利用者H 就労支援に行ってくださいといわれて、勉強はしました。いま、仕事がなくでなかなか難しいから、ハローワークに通ったりして。

上岡 刑務所から出たらすぐに（就労支援に）行きなさいと言われるのよね。

利用者H そうですね。でも、覚醒剤の場合は、尿検査が義務づけられているというか、私は自分からやって言ったんですね、家族を安心させるために。でも、家から出られる状況じゃなくなっちゃったんで、それ（尿検）にも行けなかった。それで私はルールを守ってないから、満期まで刑務所に入らなくてはいけない、もう一回戻らなくてはいけないというのが自分の中であって、だから病院に行っている場合じゃないし、もちろんダルクにも行ってる場合じゃない、私は栃木（刑務所）に戻らなくてはならないという、そういう

モードにずっと入っていたんですね。だからFさんとYちゃんが来てくれたときも、「(人に)聞こえちゃうからその話はダメ」とか言って。

スタッフF 覚えているんだ、そのときのこと。

利用者H はい。今思うとやはりおかしかったな、と。

上岡 中での生活は食べるものも、着るものも、仕事も全部決まっている。だから、その中ではうまくやれるんだけど、出てきた瞬間から全部自分で、バス代から何から払わなくてはいけないし、人の多さと、刑務官たちからすぐに保護司に会いに行くこととか、保護観察所に行くこととか、すぐに仕事することとか、たくさん宿題が出ているのよね。だからものすごく焦った感じで出てくる。それが今回、すごく大変だったでしょ。

スタッフU 今もそういう利用者が続いて入ってきて大変なんですけど、出た後の環境の差でおかしくなっちゃって、そこで使ってしまう人もいるし、使わないで精神病院に入る人もいます。

上岡 皆、刑務所の中では真面目にやっけてきているのよね、班長だったとか。「私は班長やって、ちゃんと刑をまっとうしてきましたから、社会でやれます」と言いながら焦っている。

スタッフU とにかく、出てきたときは、みな、前のめりみたいな感じで。刑務所の感じが残っているから、「すぐに仕事しますから」、という感じなんですけど、でも実際は幻聴とか幻覚とかが出ている状態。なので「ま、とりあえずゆっくりやっていこうよ」と、そのたびに丁寧に話を聴いて、もうちょっとゆっくりしようよと、少しずつ延ばしていくみたいな感じでやっています。

上岡 そこに生理がからんでくるのよね。生理が止まっているので、私たちが知らない間にホルモン剤とか打ってしまったりする。それでまた大騒ぎになったりして。今少し待って、病院と治療を決めるのが大変なんだよね。

スタッフU いろいろな調節を一緒にやっていくという感じですよ。病院探したりとか、からだの調子がおかしかったら産婦人科を紹介したり、先生に相談してみたりとか。

上岡 それを作り上げるまでがすごくたいへんだよね。病院に行ったことがない人もいるし。親がノーと言ったり。本人は刑務所の中でやれているから、必要ないと思っていたりする。

やっぱり刑務所の中と外との落差は相当大きい？

利用者H 違いますね。自由がまずないし。(ハウス)入寮も共同生活だから確かに大変なんですけど、でも塀の中に何年かいると、やはりそっちの方がたいへんだったというのがわかるから、今は(ハウスが)すごく安全な場所だとわかっているし、大変さが違います。お菓子とかは普通に出るけど、でもタバコ吸いたくてもすえないし、指示通りに動くだけだからできたんだと、今思えばわかります。犬といっしょ。社会に出たら、人に言われるんじゃないで、自分の気持ちを尊重してやっていかななくてはならない。

上岡 刑務所から出てきたばかりの時、ミーティングに行く道順を全然覚えられないよね。みんなで一緒に行くんだけど、前の人の頭しか見ていない。刑務所では前の人の頭を見て動いていたから。どこかいくときに、何度行っても覚えていない。

利用者H 来月で1年になりますけど、いま、なるべくメモをとるようにしているんですけど、いまフェルメールさんのところで（就労支援の）お世話になっているんですけど、コーヒーと紅茶がなかなか入れられなくて、ほんとうに横で言ってくれながらだったらなんとかできるんだけど、今月で3ヵ月になるんだから、週に1回にしてもいい加減覚えなくてはいけないという焦りがあって、でも固まってしまうんですよ。行く前の日から。

上岡 Hさんは自分のできないことを探すのがすごくうまくて。ハウスはHさんがいるかいないかによって、きれいさのレベルが違うんですよ。それくらいできることがいっぱいある。ご飯もつくれるし。でもHさんは自分のできないことに焦点を当てるのが得意ですから。だから今は、コーヒーが入れられない、にはまっているのね。駄目な私、というストーリーが好きなんだよね。

利用者H できなくて申し訳ないと。

角田 私は言いたいですけど、本当にHさんは、今日もすごくお店がきれいになって、すごいなと思って見ているのに、なんか、コーヒーとか紅茶とか入れたがるんですよ。どうも全部をいっしょにやれなくちゃいけないと思っているようで。一度に1つでいいのよね。

利用者H だからせめて、9時なら9時前には（お店）に入ろうと、社会に出て仕事をしても当たり前のことなんですけど。時間までには行こうと。遅刻はしないようにと、せめてそれだけは。何回も同じこと聞いてしまうし。

上岡 真面目すぎるんだよ。もっと世間の人はいいい加減なのに、やっぱり刑務所行ってしまうと、そういうふうになっちゃって辛いんだよね。

精神科医師B ふだん診療で薬物やアルコールの方が初診でたくさんいらっしゃるんですけど、治療を継続してもらおうというのが、すごく難しいんですね。こういう形で（治療を）やりましょうと決めたら、もう次は来ない。と思ったら、数週間後夜中にいきなりやってきたりする。どういうふうにやっていったらいいか、まだ新米だと振り回されてしまう。で、けっこうストレスになってしまうというのが最初の頃はあったのですが、最近になっていろんな関係機関とか少しずつわかってきました。1人で診療室でやっているのでは何も出来ないということがわかってきて、外部と連絡をとりながらやればいいと、その辺最近少しやれるようになってきたかなというところなんです。そこで、治療を続けていく上で、当事者の方にとっては、病院に行こうという動機付けになるのは、どういうふうなことが大事なのかということをお聞きしたいです。

利用者Y 信頼関係ができあがらないと、診察の時に自分が困っていることも話せないです。1回診察室で「あばずれる」かもしれないけど、それを受け止めてくれたときから、信頼してもいいんだというふうにご

ちらとしては思えるので、びしゃっと切らないでほしいと思う。そのうちにだんだん、こちらもたまりにたまっているから、素直に話せるようになっていく。私の場合はそうでした。

上岡 どんなあばずれ方だった？

利用者Y 子育てやってられないとか、あの薬ほしいとか……。

上岡 思い切り本音の感で出してしまったの？

利用者Y ええ。先生はそのときすごくびっくりして、何か言われた、確か。何か覚えてないけど。信頼関係もできてないのにばーと出したことが先生にとってびっくりしたことだったんだなと思ったけど、でも、行く場所がない、相談する人もないから、そんなこと考えていられなかった。

上岡 でもその先生の何かが、言ってもいいんだなと。出て行けとはいわれなかった。

利用者Y この次はいついつ来てくださいと言われたから、ああ、来ていいんだと思った。

スタッフR 私の場合は、そもそも病院に行くときに、病院が何をしてくれるかがわかっていなかったですね。行けと言われたから行ってみたけど、ただ自分の話をして、薬を出されて、だからなんなんだろうと。これで薬が止まるかもよくわからないし、だから次に診察に来てくださいという日に、行かなかった。病院に行って、得たものが何もなかったし、これとって助けてもらった感じもしなかった。

スタッフU 私は処方薬依存だったのですが、親と、前に薬を出してもらっていたクリニックと、わたしの主治医になる先生とが共同で、私が騒いでも何もしない、ということになっていたんですね。とにかく私を困らせましょう、ということになっていて、本当に困ってどうしようもなくなったときに初めて「もうだめだ」と思って、医者のところに行って、なんとかしてください、入院もしますと言って、そこから精神病院に入院したんです。

私は病院で処方薬を出してくれるものだとばかり思っていたのですが、「あなたはこのままだったら死にますよ」とか、「この病気は治りませんよ」とか、いろいろ事実を言われて、その日はもうすごく落ち込んで、ぜんぜん希望もない、みたいな感じになって帰ったのですが、今から思うとそれがよかったような感じがします。逆に、「大丈夫ですよ」とか言われなくてよかったかなと。そこからだったかなという感じがあります。

スタッフT 私の場合は、幻聴が始まって、いちばん始めは親に精神科に連れて行かれたんです。だけど、いつも先生の前に座ると幻聴が止まってしまうんです。なぜか。普通に話せちゃうから、これは大丈夫だと思われてしまうんですけど、最後の最後に病院に行ったときに、そういうことまで全部ほんとうのことを言ったんですね。「いつもは四六時中幻聴が聞こえているんだけど、先生の前に座るとなぜか止まってしまうんです」と。「だけど普通に話せちゃうから、困っているんです」って言ったんですね。そしたら、その先生も聞き上手というのかな、いろんなことを言ってくれる。きさくに聞いてもらえたので、すごい安心して、薬もそれなりに処方されて、それでとりあえず薬をもらったんだからと、安心して帰ってきたんです。次回

行ったときにも、やっぱりなんでも話を聴いてくれて、覚えていてくれているんですよ。前回どんなことを話したか。カルテ見ながら話さずじゃなくて、そういうのが安心でした。

スタッフR 薬には困っているけど、それに伴って自分に起きている問題の方が大きく感じているから、その問題を何とかしなくちゃという方が私は大きかった。だから病院で得られるものがなかったというのは、その問題を先生が解決してくれるわけじゃないから。でもほんとうは、薬を使っているから自分の問題がごっちゃになっているわけで、自分はそのことに全然気づいていない。落ち着いていくと、問題が見えてくるんだけど、それが最初は見えないからわからない。で、先生はわかってくれないでしょう、みたいな気持ちになってしまう。目の前にある問題の方が、いまどうしなきゃいけない、今日夜帰って答えを出さなきゃいけないとか、そういう迫られているから、自分の治療の部分が入ってこないというのがあるかな。

上岡 医者に行ったときに何が残るの？ 親切さ？

利用者H 先生と話しているとすごく落ち着く。前の先生の時もけっこう話を聴いてくれたので。15分くらいかかって最後までうやむやにしないできちんと話を聴いてくれるので、帰ってくるとほっとするし。

上岡 このへんのことを私たちも聴き取らないといけないなと思います。初めて会った人に何が残るんだろうと。

スタッフR けっこう何か、単純な言葉のような気がします。「それはたいへんだね」とか、「たいへんそうだね」とか、共感してもらえるとこの感じ。

ケースワーカー いま、介護職のためのストレスマネジメントの研修プログラムを作っている最中ですが、やはりどうしても机上の空論で考えがちで、とくにカウンセリングという、聞けばいいみたいなふうにいる人たちがたくさんいて、そうではないということが、今日の皆さんのお話でよくわかり、とても参考になりました。

上岡 高齢者のアルコール依存の問題などは大変ですね。

ケースワーカー そうですね。人との関わりかたも含めてすごい問題があります。

上岡 依存業界のワーカーたちも高齢者介護職の人たちにアルコール依存症の講義をする機会が増えたと言っています。だけど、なかなか病気だということが伝わらなくて、自分がかかわりたくない、という感じの方が多そうなんです。老人のアルコール問題はけっこう多いから、困っているところが多い。だから依存症に関する教育みたいなものがもっと全般的にされないといけないのではないかと、このところ思っています。いままでは依存症というのは、本人が病気を否認すると言われてきているのですが、この頃、社会も依存症は病気ではないと否認しているような気がします。そうすると、この社会に住んでいる親も、当事者も、周囲の人たちも、病気じゃないという見方をする。だけど、本人は相談に行くと依存症を認めると言われる。そこがすごくねじれているなと思います。だからもっと依存症についての教育を全般的にしてほしいと思いますね。

角田 子育てのことなんですけど、誰にとっても初めてのことが多いじゃないですか。私個人は別の角度から上岡さんに励まされながら、地域で家庭支援をしています。たとえば母乳ケアも大事だと思ってやっているのですが、専門家の人が来ると、お母さんたちは専門家の方にわーと行く。でも、子育てというのは専門家じゃないと出来ないのかな、という思いがいつもあります。うまく言えないのですが、地域のお節介な人を探して相談するというのもいいのではないかと思うんです。

心身に障害なんかがあったりする人の就労支援にしても、役所の人に働かなくちゃいけないといわれるのだけど、その前にその人ができるような支援というか、誰かがついていて親切に、とか、そういうのがあればもっとやれるのになと思います。すぐに働け、働けというのではなくて。うちなども経営者としてはいちおう言わなければいけない立場なんですけど、やっぱりなんというのか、その人にあったことを見極めて励ましていけばできるようになるのかなと。

上岡 角田さんは就労支援が上手なんですよ。まずみんな、世間話とかできない。来たお客さんに、「この後、どこ行くの」と聞かれただけで、それだけで口ごもってしまう。

角田 皆さん、真面目に答えてしまうから（笑）。そこまで真面目に答えなくてもいいのに、「ちょっとそこまで」、と言えればいいだけなのに。

上岡 そういうのが本人たちにとって、いちばん難しいんだよね。詮索好きのおばちゃんどう闘うか、とかね。

そんなふうに「F」にずっと協力していただいていた、「F」で働くと、確実に働けるようになるんです。逆に言えば「F」で続かない場合は、まだ仕事につくのは時期尚早か、仕事自体が無理なのか、どっちかなんですよ。Kさんはほんとうに丁寧に、人とのつきあい方を教えてくださっているような気がします。掃除とか、回りのこととかはできるけれども、ほんとうに困っているのは世間話だったりするので。

安高 親本の68ページ（「実際に書き出してみよう」）に図があります。最初は、いろいろな人が見守っていて、使える資源はいっぱいあるんだよ、ということが伝わる構成にしようとして、本人を取り囲むように丸く曼荼羅調に作ってました。それを仲良しのNAメンバーに見てもらったら、みんなはここに書いてある資源全部を使わなくてはいけないと思ってかえって苦しくなってしまうから、なるべくこの中から必要なものを取り出して使うようにした方がいいのではないかと教えてくれたんです。「調整や選択」という言葉を太く黒くしてありますが、みんな、「何が自分にとって必要か、どの程度必要なのか」ということがわからないから、それを周囲の援助職の人に手伝ってもらいながら書き込んでいくというこの形にしました。この表を見ながら、自分に今必要なものがわかるといいなと思っています。

こういう回復曼荼羅が本当に機能するには、今日ここにいらっしやるようないろいろな職種の方々が、それぞれの持ち味を活かして、自分はこの部分を担当するからそこはお願いねと、調整や選択を円滑にできるようにお互いに仲良しになっていく必要があるのかなと思います。

サポネットメンバー 今日、お話を聞きながら、男性と女性とではかかえている問題がずいぶん違うということを感じました。女性は、子育てしながら身体の問題、生理の問題もかかかえて、子育てするのはとても大変だと感じたんですけど。成長半ばの子どもの支援というのがとても大事だなと思いました。

上岡 実は依存症のお母さんたちは罪悪感が強いのです。依存症のお父さんたちとは、罪悪感の重さが全然違うのですよ。社会から「お母さんなのに、薬使ったらダメでしょ」と本当に言われるんです。一方で、「お父さんなのに使ったらいけないでしょ」とはあまり言われない。母親って相当言われるんです。そういう、2度と相談したくないと思うような対応に、実はみんなすごく会っているんです。母親であって依存症、とくに薬物依存で、不法のものを使っていると、スティグマはいちばん強いですね。

カナダの資料の中に、「社会を教育すること、薬物依存は病気である、ということを徹底的に教育する、女性が相談に行った先で二次的な被害を受けないように、医療、福祉、教育の担当者を徹底的に教育することが一番大切だ」と書いてあります。これを読んだときはちょっとショックを受けました。日本の状況とあまり違うので。

精神論ではなくて、その母子が安全であることと、薬物依存におちいる女性たちは非常に苦難の道を歩んでいる人が多いので、その人たちに対する尊敬の念を持ち続けられる力みたいなものが必要だなと、私自身思います。相談に行ったときに、依存症で子どもがいてというとき、2次的な被害にならないように、2度と相談に来ないということのないように、社会に対する教育をもっとしなければならぬと思いました。

今日は皆さん、どうもありがとうございました。

3) 第3回討論会 (平成 22 年 11 月 24 日 講師：宮地尚子* 平川和子** 話題提供：K)

テーマ：

性暴力と依存症

女性依存症者の場合に特に問題になりがちな性暴力との関連について、まず女性のための更正施設職員から語っていただき、続いて2人の講師からお話をいただいた。

参加者：18名

発言者：女性相談員

保健師 A、B

ダルク女性ハウススタッフ N、U、T、R、F、H

臨床心理士

編集者

医療ソーシャルワーカー

保健師

施設相談員

精神科医

上岡 今日は、「依存症と性暴力」というテーマで話し合いたいと思い、性暴力にあった女性たちを多く診ていらっしゃる精神科医の宮地尚子さん、女性シェルターの代表でセラピストの平川和子さん、それから、話題提供者としてA施設長のKさんに今日はきていただきました。

私たち、依存症女性のサポートをしている者たちは、どうも、「当事者たちには男女ともに性暴力の問題があるな」ということを意識はしていても、きちんと話し合いをしたことがあまりありませんでした。トラウマと依存症ということが、同じ場所で語られる、ということが今まで日本ではなかなか少なかったもので、今日のこの会で話をして、みんなで勉強していくことが必要なんじゃないかな、というふうに深く思っています。

最初にKさんに話題提供をしていただきたいのですが、Kさんが所長をされているA施設には、生活がどうにもならなくなったアルコール・薬物依存症の女性がたくさんいらっしゃいます。その方々の回復と生活支援をされているわけですね。

*宮地尚子(みやじなおこ)一橋大学大学院社会学研究科地球社会研究専攻・教授。精神科医師、医学博士。文化精神医学、医療人類学、ジェンダーとセクシュアリティ、生命倫理学など幅広い学問領域において、独創的な視点で問題を深く捉えるご研究を数多く発表。精神科医として、地域でトラウマ治療にもあたっている。著書に『トラウマの医療人類学』(みすず書房)、『環状島—トラウマの地政学』(同)など多数。

**平川和子(ひらかわかずこ)セラピスト。フェミニスト・セラピー・センター(FTC)代表。お茶の水女子大学大学院修士課程修了後、心理士として病院勤務後、「フェミニストセラピー なかま」を経て現職。1996年、他のセラピストや自助グループの仲間とともに「FTC女性シェルター」を立ち上げ、カウンセリングの場の外でのDV被害者支援活動を始動するとともに、DV防止法の制定・改定のロビー活動などにも奔走する。

お天気の日に洗濯物を干してちょっと幸せになる——女性の回復に必要な、ささやかな日常の感覚 ——Kさん

A施設のKと申します。A施設は、どこにも行き場がなく、どこも引き受け手がない、生活保護を受給された女性が、行政の「措置」で、いらっしゃる施設です。

「更正施設」という所は、あまり知られていません。全国に18カ所だけ、それも大都会にしかありません。そのうえ、女性だけの施設は3つしかないのです。しかも、その3つが、全部東京都内に集中しています。

更正施設とは、生活保護を受けて行き場がなく、かといってすぐアパートでの自活が無理な、単身の、男性あるいは女性が、半年、1年ほど入所されて、健康回復とかお金の使い方、いろんな就労支援など受けた後、地域の人として生活が可能になるように、できれば、生活保護受給ではなくて自活できるように、ということを目指してつくられた措置施設、生活保護法の下でつくられた施設です。

東京と横浜と名古屋と大阪にしかないのですが、それはたぶん、地方から職を求めて都市にこられた方が、職に就くことができなかつたり、職を失つたりして、ドヤ街とかに流れてこられ、生活保護を受給された後の支援施設としてつくられた、という歴史性があるためではないかと思います。ですからご本人の意志がなくても、福祉事務所のほうで「生活保護を受給できますよ、でも今あなたが暮らせるアパートを紹介することはできません。まずは施設で生活の立て直しをしてください」と言われて、いたしかたなくいらっしゃる方が大半です。

できれば皆さん自由に暮らしたいと思っています。というのは、施設ですので3食提供されますが、門限もありますし、お金が自由にならないんですね。施設に入られると、自由になるお金が、日額計算で500円ほどなんです。で、毎日500円ずつお渡しするというやり方では、タバコを買ったら終わっちゃう金額ですから、お金の使い方を自分でコントロールする力になりません。なので、1カ月に2回にわけて、1回に7500円をお渡しします。それで2週間をやりくりしましょうという感じなので、大変です。

しかも、生活保護でなく、就労して（自分で生活）しなさい、というのが歴史的な更正施設の方針なんです。女性の場合ももともとが就労経験のない方が多く、雇用の機会も男性に比べて少ないですから、最初から就労支援をすることは現実的には不可能です。

実際のところ、A施設は30人定員のこじんまりした施設なんです。約8割の方は精神疾患をお持ちで、通院先の精神科医からの依頼で服薬管理をしています。食後のお薬を事務室に来ていただいて飲んでいただく、ということをしばらくやって、ご自分で服薬管理ができるようになったらアパート生活が可能なのか、あるいは、アパートはまだ無理なので作業所につないでグループホームに入っていただくか、あるいは、グループホームでも難しかったら、生活保護法のもとで長期的に入所できる救護施設に入っていただくことになります。救護施設は夜勤体制があつて医療扶助もふくめて、もう少し手厚く見られる施設です。ところが、ぜんぜん空きがありません。申し込んでから1年2年は待たされます。救護施設は都内では三多摩の山奥のほうにあるのが通例です。

更正施設は、生活保護法のもとで入所期限は設けられていませんが、いずれにしても、「生活保護で自立をする」という概念で言えば「通過型施設」、「ある程度支援を受けたら出て行きましょう」というところです。

A施設にいらっしゃる精神疾患をお持ちの方で、精神障害者手帳に該当する、統合失調症や気分障害をお持ちの方はまれです。ほとんどが、お医者様が診断名を困りかねて「パーソナリティ障害でしょう」とされた方、あるいは、覚せい剤後遺症、あるいはアルコール依存症、ギャンブル依存症といわれる方々が大変多くいらっしゃいます。

上岡さんの『その後の不自由』（上岡陽江・大嶋栄子著、医学書院、2010年）を読んでいて、本当にそ

のとおりだ、と思うところが大変たくさんあったのですが、中でも「生活を楽しめない」というコラムで、上岡さんが、“治療の場において断酒・断薬を中心に置かないで、いかに生活の技術を上げるかに着目していくほうがよいのではないか”と言っていることにすごく共感したんですね。

A施設は更正施設で、私たちは相談援助職としてその方の生活再建のために援助する立場ですから、やっぱり生活をつむぐ力、生活を作り出す力を何とか回復していただきたい、というのが趣旨です。たとえば、福祉事務所の方が「措置」で「ケヤキ荘に入所」と決められた方の場合、「指示書付き」という、すごく厳しい条件付でいらっしゃる方も多いんです。どういう指示書かと言いますと、アルコール依存症でお酒の問題のためにアパートを3回も4回もだめにしてらっしゃる（追い出されている）方ですから、「必ずアルコール依存症の治療機関に通ってください」と書かれています。そうすると、アルコール依存症治療が専門のクリニックなどに行って、デイケア、ナイトケアと朝から晩まで行かなくてはならない。「必ず通ってください」という指示ですから、そうしますと、A施設にほとんどいらっしゃらないんです。朝、お出になって、お昼も夕食もクリニックでお食べになって、夜帰られる、日曜日だけフリー、みたいな生活の方が何人かいらっしゃって、金銭管理までそのクリニックでやります、と言われると、A施設は何をするんだろう、と思うようなことがたくさんあるわけです。

私はA施設に平成18年から勤務しはじめたのですが、当初からそういう事態に直面して戸惑っていました。けれども今年の5月に自殺未遂事件があって、私はすごく決意したんです。その方はA施設の3階から飛び降りて、幸い命に別状はなかったのですが、遺書に、そのクリニックを呪ってやる、ということを書かれていたんです。その方の経歴をみると、性暴力被害者なんです。ただ、A施設にいらしゃるときの書類の「入所理由」というものに、「性暴力被害者」ということをトップに書くことはないです。だいたい、アルコール依存症の治療とか、精神障害、ということが先にくる。だけど、なぜアルコール依存にならざるを得なかったか、なぜギャンブル依存にならざるを得なかったか、という大もとのところをたどると、それこそ、宮地さんもおっしゃるように一番深いところに、性暴力被害のトラウマがあることが本当によくわかるんです。

そういうトラウマの支援をしないで、表面上の理由で「朝から晩までクリニックに通いなさい」という支援というのは、すごい疑問です。だから飛び降り自殺未遂のことがあって以降、私たちは、「本人がイヤだといったときは、いくら指示書に書かれていても、A施設は無理やりクリニックに送りだしません」ということで、闘ってきています。

いろんな事件があるんですけど、たとえば、アルコールがなかなかやめられなくて、急性心不全でお亡くなりになった方もいます。致し方ないんですが、隠れて飲んでいらしゃった。その方も朝から晩まで「クリニックに行きなさい」という指示があった人だったんです。彼女について、私がまわりの利用者の人に言われたことで、すごい胸に響いていることがあります。「彼女は『朝から晩までミーティングに行けと言われて、洗濯する時間もない』って言ってたよ」と。このことは、すごく大事だと思ったんですね。私もプログラムは必要だと思うんです。だけど、飲まないようにと、「時間を縛っておけば、飲む時間がないだろう」というやり方は、おかしいと思うんです。「洗濯する時間もない」という言葉に、ほんとうに私もそう思いました。1日3回のミーティングが絶対、というのは、旧来の男性型というか、男性ってあんまり掃除洗濯料理しないでも、もともとが生きていける、そういう感覚ですよ。縛っておけば」という。そうじゃなくて、生活をつむぐ時間、あるときは、ちょっとグリーンの鉢を買ってきて、日差しのいいときに水遣りをして、ほっとくつろぐ時間、自分を問い直す時間、そういうのがミーティングばかりじゃなくて、とても大事だと思ったんです。あるいは、日が照っていればシーツなどを自分で洗って干してみても、ちょっと幸

せになるのが女っぽいところなんですけど、そういうところも大事なんじゃないかと。A施設は3食提供されるんで、自分で食事を作らないのですが、そういうのもよくないんじゃないかなって思います。だから調理実習などのプログラムを多彩に組むようにしています。

更正施設には、「生活を紡ぐ力をつけるにはどうしたらいいか」というところに支援の限界がある、ということと、生活保護を受給されて施設に入られる以前の生育歴、生活歴がとても大変だったということが、ご本人の中でも薄まっちゃうというか、奥深く閉じこめられてしまうんです。表面上の生活困窮とか「アルコールにおぼれてしまった」とか言われて、「指示書」をもらって、という中では。

そういうことを見てきて、A施設5年目になる私や同期の仲間の指導員は、これではいけないんじゃないかな、自分たちで作業所をつくろうか、と、本気で言っているくらいです。生活を紡ぐことを一緒にやりながら、深いところに閉じこめられたトラウマのケアをしないといけない、と思うのです。でも、それを治療できる精神科の先生がとても限られていて、皆さんいっぱい仕事を抱えられているので、けやきの人をみんなお願いするわけにはいかないしと日々悩んでいます。

上岡 今日の討論会には、Kさんに是非来ていただきたいと思っていました。というのは、私は27年間、当事者としても自助グループに通っていますが、そこには当初からA施設から通っていらっしゃる女性の依存症者の仲間がたくさんいらしたわけですね。ある時期までは統合失調症の人が多かったのですが、ある時期、依存症の人たちと入れ替わってきた、というのを見たんです。

そのうち、年に1ぺんくらい、A施設に話をしに行くようになり、そうとう大変な人たちがいらっしゃるということがわかってきました。ダルク女性ハウスが受け入れられないような、自殺未遂のまっただ中にあるような方、家での性虐待があつて帰れない、リストカットして飛び降りをして、家に帰ってしまった、みたいな方々にA施設のスタッフの方がつきあつてこられるのを見てきました。

ダルク女性ハウスも、はじめの10年くらいは「ハウスは特殊な人たちとつきあつてる」って、言われてきたんです。だけどそれは、みんながどうつきあつていいのかわからないような、ひどいPTSDや、ひどい暴力の渦中にいるような人たちなんです。その人たちのいろいろな問題や症状がすごく激しく動いているときに、使える社会資源が何もないわけです。そういう人とつきあうと私たちはすごく疲れます。なのに、そういう出入りの多い人とつきあうと東京都から「定着率が悪い」といって怒られる。すごく大変で、こっちも疲れるのに、評価されない、お金にならない、というようなことが、「しんどいなあ」と思うし、そのことで自分も傷つくし、スタッフも傷ついちゃうんですね。そういうことを、今日はみんなで話し合いたかった、というのがあります。

トラウマを抱えている依存症の方たちはますます増えてきていて、家族が壊れちゃっているんで、即ハウス、即けやきみたいな感じになっているなあ、と思っています。A施設には、ほんとうにいつも感謝しています。うちのメンバーで良くなった人たちも、かつてはリストカットとかしてた人たちもいて、A施設や富士見荘にお世話になっていたりしますのでありがたいなと思っています。

では、そういうことを含めて、宮地さんと平川さんにお話ししていただけたらと思います。

「トラウマを治しましょう」と言って良くなるものではない、という認識をもつこと

——宮地尚子さん

最初に、性暴力のことは“いかに語りにくい”を認識しておいた方がいいかなと思います。まず性、セクシュアリティについて公的な場所で話をする事自体が、「礼儀に反している」と思われているというこ

とが大きいと思います。

2つめに、セクシュアリティについて語ることは、自分のセクシュアリティが透けて見えてくるということでもあります。その人がどういう性的な経験を持っていたり、どういう思いこみをしていたりするのかが、そのまま見えてしまうので語りにくい、というのもあるだろうなと思います。

3つめには、「性暴力の被害を受けた」ということが、スティグマというか偏見になってしまうということ。たとえば、さきほど、書類のトップには「性暴力被害」という言葉は出てこないというお話がありました。それはまず、あるかどうか聞きもしない、というのもあるけれど、もしも明らかに（被害が）あるとわかっていても、“公的な記録に残すことが、本人にとっても良くない”と判断されたからかも知れないし、性暴力被害がどんな症状をもたらすかってことも知られていないなど、いろんな理由がありえます。いずれにせよ公的な記録が残せない、残らないというのが、この「動かない」理由の大きな原因になってるのではと、今、聞いていて思いました。

本来はちゃんと調査をして、女性の更正施設やダルクの今までの入所者の中で、何人のうち何人に性被害があった、ということが明らかになればいいのですが、明らかになったところで、それを本当に公表しているのか、という問題があります。被害経験者は、たぶん8割9割にのぼると思うのですが、そうすると逆に、「あ、ダルクに入ってるのは、そういう経験がある人だな」というふうになってしまうので、公表するのがいいのかどうかもわかりません。政策なりいろんなものを動かすには、ちゃんとした数字、証拠というものが必要なんだけど、それをきちんと出すことの難しさがあるなあ、と思いました。

私自身も、性暴力の問題に取り組んできて、ものを書いたりしてますけれど、書くときもすごく気を遣います。私の耳には届かなくても、よそでは「あいつはなんでこんな変な研究ばかりやってるんだ」と思っている人もきっといると思います。私は精神科医ですからそういうことを言われても「いや、別に、そういう患者さんにたまたま出会ったから」と言えますけど、被害者だけではなく被害者に「かかわる人」にさえ、そういう色づけがされてしまうというのも問題かなと思います。でも、今日は、ここは安全な場だと思いますので、ぜひ、むしろ皆さんのこれまでの経験などを出していただいた方がいいのかな、と思いました。

それと、さっきのお話にあった「アルコール依存症の専門クリニック」のようなところは、それはそれで必要だけれど、トラウマのこともちゃんと扱っていけるところがいいよね、というのが結論になると思うんですね。そしたらじゃあ、アパリ・クリニックに来てもらったらよくなるかということ、そんなことはなくて、魔法のように治してあげられるなんてことはないわけです。その難しさ、というのが2つ目にあるかなと思います。

というのは、トラウマの治療が必要だ、性暴力の被害をちゃんと癒すことが必要だ、というのは確かにそうなのですが、それなりに普通に生活してきた人が、ある日性暴力を受けて、その後PTSDになった、という場合でさえも治療はけっこう難しく、時間もかかり、エネルギーも費やされるのです。薬物依存と性暴力がかかっている場合は、かなり小さい頃から、しかも繰り返し長期的な被害を受けてきていたり、性暴力だけでなくネグレクトや身体的な暴力も受けてきて、その中で生きざるを得ないということが多いわけです。そんな中でいろいろなことがどんどん雪だるま式が増えて、非行行為であったり、法に触れるような行為もせざるを得ない状況で生きてきていたりしますので、簡単に「トラウマを治しましょう、こころの辛い部分を癒しましょう」というのではよくならない。そういう理解がとても大事です。トラウマがあるということは認識しなければいけないけれども、上岡さんが今回本に書いてくれたような、もっと現実的な、今の生活をみていくということの大事さを理解することが大切です。ただ、それまでにすごく時間がかかります。トラウマの専門家は、むしろ、「もとの部分」ばかりを扱いたくなりますし、トラウマのことを話し始めたら、だいたいはいったん調子が悪くなることが多いので、生活支援をする人からみれば、触れること自

体が現実には危険かも知れない。そういうことで困難を生んでいるんだろうなと感じます。

ただ、今現在、何が起きているかをみると、被害を受けたあとずっと生き延びてきた人たちがどこに居場所を見つけるかという、ろくでもない男の人の所か、性産業あたりかな、っていうのが現実だと思うんですね。で、そういう場所ではそれなりにニーズも、特に最初は満たされます。「寂しい」という気持ちが和らぎ、「必要とされている」という気持ちがもてるか、お金をそれなりにもらえるとか、とにかく寝る場所があるとか、そういうニーズの確保はされるので、居場所になると思います。なぜなら、女性で若ければそれだけで商品価値があるわけです。商品として扱われるということなんですが、もちろん彼女たちはそのことはわからない。それまでにもすでに人間として扱われないような状況がいっぱいあったので、ほかに選択肢もなく、商品として利用され、搾取され続ける、という場合が多いのかな、と聞いていて思いました。

そういうところで生きのびていくためには、PTSDのようなはっきりしたトラウマの症状は表に出てこなくて、パーソナリティ障害とかたち、あるいは知的障害とみなされることが多いのかなと思います。実際に、アルコールや薬物や、小さい頃のネグレクトや虐待による頭部外傷など、いろいろな影響で、知的に脳のレベルが落ちている人も確かにいると思います。けれども、それ以外に、本当は能力があるのに学校教育についていけない——家で大変なことが起きているときに学校で集中できるはずがないですから——ということもあります。逆に、勉強のできる人もいますが、解離しているかもしれないわけですから、それはそれで問題です。学校の成績が悪くて、中学校くらいからグレはじめて高校は中退、みたいな感じで別の居場所を探す、その中には「知的障害」と思われるけれども実は違って、勉強のおもしろみやコツや意義とか、もっと理解してくれる先生とかを見つければ、「ぜんぜん知的障害じゃなかったよね」という人もすごく多いと思います。

同一の施設、固定した支援者というかわりではなく、いろいろな支援者・施設の間を漂流するのがよい ——平川和子さん

1997年に、DV被害者の女性と子どもさんたちのための民間シェルターをたちあげて、いま14年目の終わりに近づいています。シェルターでは、治療関係ではなく一緒に生きていくという関係で、おもに性被害やDV被害を受けた方々と出会ってきました。ですが、一時避難所ですので、わずか3ヵ月しか一緒に暮らすことができませんので、その後はA施設や他の宿泊提供施設に行かれる方も少なくありません。それも私たちが直接にお願いするのではなく、それぞれの方が受ける生活保護の担当者、あるいは支援をする婦人相談員の方たちがそれらの施設を探してくるかたちになっています。いま、Kさんのお話を、本当にありがたいというのと申しわけないという気持ちでお聞きしたのですが、宿泊提供所にいった方たちがその後どうされたのか、なかなか連絡がつきにくいのです。A施設に入った方々は、まだ連絡がつきやすいです。直接連絡がつかなくても職員の方たちから「こんなふうになっていますよ」とお聞きしたりして、細い糸でつながっているというような感じでした。被害者の方にしてみれば、いろいろな支援者とかかわりを保ちながらその間を回遊する、漂流する、というような感じで、私たちもそのかわりの一つを担っているかなと思っています。

私たちの民間シェルターからA施設にお世話になった、ある方のお話しをします。その方は、ご本人がアルコール依存で、夫もアルコール依存症です。離婚をしたのですが、生活が寂しかったり立ちゆかなくなかったので、生活保護を受け、元夫の所で一緒に生活をしていました。ところがその元夫が生保のお金を飲み代やギャンブルに使ってしまうので、彼女の生活が立ちゆかなくなってきました。さらに元夫が「金をよ

こせ」と暴力をふるうようになったので、あるとき、彼を包丁で刺してしまったんですね。行政の方がその方を警察署に引き取りに行き、その足で私たちのシェルターにいらっしゃった。

アルコール依存については、私たちは、とくに治療はおすすめませんでした。その代わり彼女は、食事を一生懸命つくって、そのときシェルターを利用して他の3つの家族たちと一緒にご飯を食べることをしていました。どてらを着て、みんなと一緒にこたつを囲んでご飯を食べることがすごくうれしかったようです。ちょうどお正月だったので、私も鍋とかをさげて行って、一緒に鍋を囲んだりしました。その後、A施設に行かれてからも手紙を何度かいただきました。今年の母子キャンプにも参加していただきましたが、一緒に山道を歩いて楽しかったと、お手紙を書いてくれています。

その方は性被害にも、交通事故にも遭っています。事故の時には一緒に乗っていた恋人が死亡して、助手席のご本人は怪我はしたけれども、命は取り留めたそうです。しかし彼女はシェルターにいた間、それらのトラウマの話はしないで、治療もとくにせず、A施設に行かれてからもご自分がやれる範囲で生活を楽しみ、しばらくして、A施設を出られたという経過です。

私としては、そんなふうにして、できるだけ同一の施設に長くいないようにして、次のところに行ける体制を利用する方がいいのではないか、と思っています。さまざまな人がいますから、私のようにけっこういい加減にして「一緒に鍋をつつこう」なんていうような支援者もいるし、指示書をつくる人もいます。いろいろな人たちと出会いながら生きて行くなかで、さまざまな経験をしながら、気がついてみたら「あら、私、トラウマのことを考えなくなっているんじゃないかしら」というような感じで女性たちが生きていけたらいいかな、と思っています。

そんなふうにして、依存症であったり性暴力であったり、あるいはその両方だったりという、多くの方に会って一緒に生きてきました。その中で長期にかかわっている方もいます。たとえば、30年くらいかかわっているある方は、統合失調症という診断を受けていらっしゃるのですが、やはり性被害に遭っていらっしゃる。そのことが語られるようになったのは、出会ってからしばらくたってからです。あるとき彼女は自分の着るものについて、「夫に買ってもらうだけの洋服はイヤだ、自分の好みの服を着たい」、という思いを語られるようになりました。その変化に夫が気づいたんですね。自分のいうことを聞かない妻になってしまったというので、彼女が東京に通えないように遠くに引っ越してしまったんですね。まさにDV男の典型的な行動ですが、それでも彼女は夫がいない昼間に電話をかけてきました。当時は1～2週間に1回くらいだったのが、今は1カ月に1回になり、本当に細々とかわってきました。

静岡に越してから夫は経済的な封鎖もしてきたので、私の方先方に向いて一緒に福祉事務所に行きました。そこで生保を受給するようになるのと同時に、彼女は子どもさんを連れて夫の元を出ました。それから安定した暮らしが営めるようになったわけです。ところがこの一年間、彼女はリュウマチにもものすごく悩まされるようになり、電話を取ると、「平川さん、痛いんです」と言う。私はこれは、この方の大きな変化だと思っています。今までは、そういうことを訴えたことはなかったんです。はじめて自分の身体を「痛い！」って言えるようになり、この一年で、自分の痛みを医者にも伝え、ケースワーカーに伝え、それからヘルパーさんに来てもらいながら生活ができてきたかな、と思います。

その方が、つい最近、「寛解」っていうことばを俳句に詠んだんです。統合失調症の方が「寛解」という言葉を使いますが、これは症状が良くなる、または無くなってきたというような意味です。彼女は、言葉をすごく大事にする方で、本を読んだり、たとえばハーマンさんの『心的外傷と回復』は、およそ10年かけて何度も繰り返して読んできた方なんです。その間に、自分の言葉をつづることもされていて、最近、俳句の中に「寛解」という言葉が出てきたんですね。それを読んで私は、本当に、しみじみ、「ああ、30年かか

ったけれども、この方は痛みとともに少しずつ楽になってるんじゃないかな」と思っています。

まあそういう意味で、依存症であって同時に性暴力にも遭った方たちと一緒に生きていく、支援をするということは、本当に長いおつきあいになるんだな、と思っているところです。時間がかかってもいいんだな、というのが、今の気持ちです。

確かにアルコールの人たちは、デイケアに行くよう言われて、迎えに来られて病院に引っ張って行かれますよね。それに対して抵抗して、猛烈に怒った女性もいます。彼女は「私はトラウマ治療も受けたい！ アルコール治療も受けたい！ 2つやらしてくれ！」と叫びました。するとクリニックの方は、「またそんなこと言って！」とか、「まずアルコールだ」とか、院長先生まで出てきて、大げんかになって、その後彼女は飛び降りました。もうそういうところで治療は受けたくないという、彼女の意思表示だったんでしょうね。その方を引き取りに行くというのも大変でした。そんなこともあったので、Kさんのおっしゃることを、すごく痛感しているところです。女性たちの回復というのは、アルコール治療だけでは、たぶんむずかしいんじゃないかという気がします。もっと生活を楽しむこと、仲間がいて一緒にご飯を食べたりすることを、皆さん本当に望んでいますね。

ディスカッション

上岡 今のお2人のお話を、私も長い年月だったなと思いながら聞いていました。20年くらいたたないと見えないことがあるんですよ。何が本人に起きてきたかということが。10年くらいつきあって去っていった人が、後に電話をくれてフィードバックしてくれる、みたいなことの中で、はじめて、彼女がすごい大変なときにつきあったことの意味合いが私たちにわかってくる。そうすると、たえず私は、目の前にいるビギナーの「わからない状態」の人と、それから10年以上たって少し話せるようになって、「さあ、少し依存症の治療しようかな」というか、生き直し方を教えてくれみたいな感じなんですけど、そういう人たちといつもつきあってるんだなと、ちょっと思いました。

では、皆さんの体験とか困ってらっしゃることなど、シェアしていきたいと思うんですが。

相談員Ⅰ 私は、ある行政の女性センターの女性相談をしています。たまたま今日の午前中、性虐待被害のある方で、摂食障害と爪を血が出るほど切ってしまうという依存のある方の話を聞いていました。行政の、いろいろな制限がある中で相談を受けているので、ずっと続けて受けていくことができなくて、あと一回で相談を終了しなければいけないところです。もともとはDVの相談だったのですが、話しているうちに、「ひょっとして、そう？」と聞いたら、やはり被害体験がると話されました。それを少ない相談回数の中でどう扱っていいのかなと思いながら、次回で終わらなければなりません。今、お話をうかがっていて、長くつきあうとか、一緒にご飯を食べるとかのつきあい方ができる現場にはいない中で、でもやっぱり、そういう相談出てくるのがよくあるんですね。そういう人と出会っていくときに、私に何ができて、どこまで何をしたらいいのかっていうのを、今ちょっと考えながら聞いていました。

で、A施設に入るほど生活破綻はしていない、ある程度の生活レベルは保っている、だけど、その方自身は摂食障害については何とかしたいとずっと思ってきていて、だれにも言ってこなかったし、どこかに相談しようとも思ってこなかった、という人たちが多分たくさんいると思います。そういう人に何ができるのか、何をしたらいいのか、しない方がいいのか。トラウマを語るというよりは、生活を楽しむというところに焦点をあてて、私の現場であつたらそういう方がいいのかな、とか、いろいろ考えながら今、話を聞きました。

で、答はないんですけど、こういう出会い方がこれからもきっとあるんだろうなと思って、どう私がある

べきなのかな、というのは、ちょっとわからないですけども、そんなことを思いました。

保健師 Y 「指示書」という言葉が出てきましたが、私も福祉事務所の人と一緒に仕事をすることが多いので、そういう場面がよくあるんです。福祉事務所では、「指導」というかたちを取るんですね。「ちゃんと治療を受けましょう」とか、「お酒止めましょう」とか。でも、どうやっても、なかなか生活のパターンが変わってくれないというときに、最後の手段に近いかたちで「指示書」を出しているんです。福祉事務所の職員も、何回も何回もやった結果、「うまくいかない」、「裏切られた」という思いで指示書を出すことが時々あるんですね。これでダメだったらもう生活保護を切らざるを得ないかなという。その決断もケースワーカー1人ではできないので、私の担当の事例のときは呼ばれて一緒に検討したりします。指示書を出されている事例の中にはそんなこともあるのかな、と思いました。

福祉事務所の職員のところにも、私たちのところにも、本人がお酒飲んで「これから死んでやる！」っていう電話が来ることがあるんです。昨日まで事務職だった人がケースワーカーになったりすると、ドキドキしちゃって、対応がほんとに困ってしまうんですね。先日も、すごい大雨の時にケースワーカーから電話が来て、電話をかけてきた人のところへ一緒に行ったのです。何回ドアを叩いてもあけないので、警察を呼ぼうか、という矢先にご本人が出てきて、「酒飲んでるんだから、うるせえ、黙れ！」みたいな感じで。

「自殺」という言葉を聞くと、私たちは「何とか予防しなきゃいけない」ということで行くと、ほんとうに自殺する方もいらっしゃるんですが、かなりの割合で「なんかただ飲んでるだけだったのか」ということがあって無力感を感じる、というのが現状にあるかと思いました。

最近の例では、A 施設とは別の更正施設に入った方で、本人は10代で、家族みんなが生活保護です。すごく狭いところにごちゃごちゃと、本当にたくさんで住んでいたんですけど、その女性が、兄からの性暴力で、もう耐えられないということで、兎相の方とかいろんな方がかかわって対応して、結局精神科に、パニック状態で入院しました。そのあと、家に戻したらまた同じことになるだろうからと、更正施設に入っていたのですが、別の男性との関係ができてそこからいなくなってしまうたり、また戻ってきたりの繰り返しがあり、対応をどうしようかと悩んでいます。今また精神科に入ってるんですが、その後の住まいを決めるといってもどこにしたらいいのかわからないし、結局、関係者で話し合いをもって、みんなで知恵を寄せ集めて、ご本人の意向も聞きながら、みんなで決めていくというようなかたちを取っています。役所のやり方はとかく短絡的というか、パターンで決めているように思われがちなんですけれど、実は、中の職員は非常に対応に困っています。むずかしいケースがだんだん増えてきています。

たとえば最近、当初私たちも知的障害とは思っていなかったんですけど、IQが70前後とかの女性の事例がありました。勉強をする機会がなかったのかも知れないんですけど。ちょっと可愛い女性だったりすると、ほんとに男性の餌食になってしまうことがあるんです。ごく数日前に、女性センターに駆け込んで、今男性と一緒に来ているんだけど、その男性から暴力を受けてるので、どうしたらいいか、っていう相談が来たんですね。それでケースワーカーと保健師がその女性センターにふっ飛んで行って、その夜に施設に入所していただいた、という事例がありました。そんなふうに緊急性を求められたりすると、本当にどんな施設に入っていたらいいのか、というのがわからなくて、日々本当に悩んで対応しているような現状がございます。

上岡 ごくろうさまです。ありがとうございます。ほんとに。

スタッフ N 性暴力のこととあって、どこにでもあるんだな、と思って、びっくりして聞いていました。

私は、ダルクに来るまでは、精神病院の看護師をしていたのですが、性暴力の問題をまともに扱ったこともなかったので、ダルクに来てはじめて性暴力の被害を持った人にとって、本当に衝撃的だったし、私も確かに気分が悪くなって、「今日はここまでにしてほしい」というふうにしか対応できなかったということもありました。それでも回りに、一緒に働いている人や理事の方とか、私のサポートをしてくれる人がいっぱいいるので、私はまだまだやりやすい環境にいるなあと思って、皆さんのお話を聞かせてもらいました。ありがとうございました。

スタッフU さきほど、薬物依存者のかなりの多くが性暴力被害者でもあるというお話がありましたが、私の感覚的には、そこまでやっぱり聞かないんですね。施設の日常の中でやっぱり出てくる話ではない気がしています。毎日のミーティングのなかでは出てこないこともないけれど、よく話されるということもないです。それより、インテークの時に聞くことが多いです。最初の面接で経歴を聞いたときに、性被害の体験があると本人が話をしてくれることもあるし、あとから「実は……」というふうに聞く機会もあるかな、という感じです。

実際、聞いたときには、その人にどういうふうに返していったらいいのか、返答したらいいのかって、いつも本当に困ってしまいます。で、今振り返ってみると、被害の後の症状が出ている感じだったのかな、と思うようなメンバーが来たことがあります。そのメンバーは10日くらいしか施設にいなかったんですけど、すごく、大変だったんですね。かかわるのが。私も、すごく消耗したというか。電車に乗って、男の人とかそばに来ると、もう、電車の中を逃げてまわっちゃうような感じだったんですけど。ちょっと話をすると、すごく重たい話で、私もちょっと聞きすぎてしまって、すごく対応がまずかったなと、あとで思ったり。すごく、大変だったんです。結局、つぎの施設に、移動したような感じだったんですけど、あとで、ほかのメンバーで、同じような体験があったメンバーに、「ああいうときって、どういうふうにしてもらったらいい？」と聞いたら、「何してもらってもダメだ」って。「たぶん何してもらってもその時は無理」だって言われて、「そうなのか！」と。「でも、そこにいた、ということはたぶん覚えてると思う、かかわってくれた、というのは覚えてると思う」って。ああそうかーって思ったことがありました。

私も、やっぱり当事者スタッフとして働いてるので、PTSDなんかを持つてる利用者さんの話を聞くと、すぐに感情がくっついちゃうところもあったりします。この間も施設の中で、けっこうひどいリストカットがあったんですが、その後も私、自分のメンタルがこう、崩れたような感じがして、リストカットを目の前で見ちゃったりすると、その後自分自身がすごく巻き込まれるんだっていうのも、今回、経験したんですね。まあ、そんな感じです。ありがとうございました。

スタッフT 私も看護師として常勤で働いていた時には、依存症の病棟ではなかったので出会う機会がなかったんですけど、あるクリニックで非常勤として看護師として働き始めてから、性暴力が背景にある方にも接するようになりました。デイケアの、上岡さんが担当されているSVミーティングは安心していられる場だから、本人の方は少しずつ話ができるのですが、こういう場所がない人は、どういうふうに暮らしているんだろう、というのがなかなか想像ができないでいました。今日、A施設の方の話など聞いて、少し、こういう暮らしをしているのかな、っていうのがイメージできたように思いました。

また、実際に治療の場でも、まだ、性暴力が背景にあるだということが、医療者自身にもわかっていない方たちがやっぱり多いし、私自身、看護教育のなかでされてこなかったな、というふうに思います。教育されなかったから知らなくていいのではなく、正しい知識を医療者が知るためにはどこから始めていったらいいのかな、というふうに思いながら聞いていました。実際に現場にいても、私自身何もできないな、どうし

たらしいんだろうと思ひ悩みます。また、医療者自身がサポートしてもらおうと思っても誰に話したらいいのかわからない、という人がバーンアウトしてしまったら、どこで救っていったらいいのだろうと思ったりしました。

ケースワーカー 依存症の勉強をして、駆け出しの時に、先輩のケースワーカーの方に、「女性の依存症の患者さんをみるときは、必ず背景に暴力があるって思った方がいいよ」と、言われたんですね。それ以来、私は女性の依存症の患者さんを見るときは、そのことを意識しながら、かかわらせてもらっています。

私たちもA施設にはとてもお世話になっていて、実は来週もお1人、入所される予定の方も、性暴力の被害者なんです。私たちが病棟でやっているプログラムは、言い放し、聞き放しのミーティングで、終わったら、ハイお疲れさん、みたいな感じですから、トラウマに触れる機会というのはなかなかないんです。たとえば外来で、お酒や薬の問題があつて来る中で、はじめて主治医に「実はそういうことがあつて今回スリップした」という話をしてはじめてわかる、ということが非常に多いと思います。ただ、やっぱり、話す方としては、何回もそんなことを話すのがいやなので、外来では話すけど、入院しちゃったらなかなか話しません。私たちスタッフは情報としては知ってるんだけど、どこでその部分に関与していくかは、すごくむずかしいな、と思います。

患者さんがそういう話を何かの拍子にされることがあるのですが、たいてい夜のことが多いですね。そうするとスタッフは、これは大変だと思って、次の日の申し送りなどで「こういう話があつたんだけど、ワーカーさんお願いします」「お願いしますってどういうこと？」っていうと、「いや、こういう話があるから困ってるんです」と。いろいろな職種でかかわって治療をさせてもらっていますが、どう介入していくか、どうフォローしていくか、そういうことを勉強していかないと、とっても大変だな、と思ってます。

スタッフR インテークの時に、自分が性暴力があつたっていうことを、さらっと話されることがあります。「あ、そう」って、「あ、あつたんだな」って、その場はそれでいいんだけど……その時に自分がどう反応していいのかっていうのが、すごく、困っちゃって、言葉が出てこない、というのもあつて。「大変だったね」とか、そういう言葉すらかけられなくて。やっぱり、性暴力でないにしても、自分が暴力を受けた経験があつたりとかして、多少気持ちがわかる分、逆に何も言えなかつたりとかして、まあ、います。

で、ミーティングのなかで、自分が被害を受けていた、という話を誰かがして、その時に、ハウスに来て間もない人とかがいると、すごくこう、ドキドキしちゃう。もしこの人にも経験があつて、この話を聞いて調子悪くなっちゃったら、どうしようとか、ミーティングの中でもっとリアルなことを話し出したらどうしようとか、なんかすごくこう、落ち着かなくなっちゃったりしています。

個人的に、施設の中で、性暴力にあつた人と話していて、どんどん話が盛り上がっていつちゃって、実はこういうことがあつて、こうなつて、とかいうふうになつていつちゃうことがあつて、前は、どこで止めたらしいのかもわからないし、聞いてるだけで自分もすごく影響を受けて、聞き終わったあとですごく疲れたりとか、気分が悪くなつたりとか。今は、その人とも何年か関係ができてきたから、「今日はここまでにしようね」みたいな感じで、言えるようにはなつてきています。でも、私自身も、かつて施設を利用してる時に「こういうことがあつて、こういう気持ちになつて、こうだつたんだよ」っていうのを聞いてもらったのがすごく大きかつたし、なんて言つていいかわかんないんですけど……でも、どうしたらいいかわかんない、というところが正直なところなんだなと思います。

さっき、「生活を楽しむ」とか、「仲間が必要」って、平川さんがおっしゃつたんですけど、ほんとにその通りだなと思ってます。自分の、暴力の問題とか、被害にあつたこととかが、影響してるなつて、思いこん

じゃって、フラッシュバックみたいなの起きて、その中に入り込んだりときがあつて……言葉にならないんですけど……生活していると、ときどきそういう記憶がばーつとよみがえつてきて。でも、今自分は、仲間ができたとか、楽しい時間が少しずつ増えてきたりとかして、なんか……まあ、そういう、仲間と、楽しもうっていうふうに、っていう気持ちです。ありがとうございました。

スタッフF ダルク女性ハウスで仕事をするようになって、そういう場面がたくさんあります。私もう60過ぎてますから、いろいろお話をお伺いすると、「ああ、そういうこともあるんだろうな」と。でも、そういうことで縛られてても、この先いいことないから、どうにか楽しいことができるように努力してほしいと思います。いろいろ話を聞くと、概して、ダルクの女性は、経験が少ないと思います。幸い私はいろいろと、悲しいことも楽しいこともいろいろ経験してきました。そういった意味で、人生の幅をいっぱい、自分のものにしてほしいなと常にいろいろ思っています。それで、その中には失敗もあるだろうし、まあこれでよかった、ということもあると思います。私はいつも思うんだけど、ダルクの人たちに、もっといろんな意味で、失敗も、失敗「も」ですよ、してもいいんじゃないかなと思います。

最初のころ、ダルクで仕事をしていて、あ、こういう世界もあるんだと、びっくりしたことがいっぱいあります。でもこのごろになって、いいのか悪いのか、あまり感じなくなつてきて、「うーん、ま、そういうこともあるかもね」という。それ自体は、とても本人にとっては、すごい重要なことだし、ふか〜いことなんだろうけど、私は、それに縛られてると、これから先、あんまりいい経験ができないかな、と思うって、アドバイスしてます。

スタッフH 私も、薬物依存でもなく、性被害っていうことでもないんですが、いろんな意味でのトラウマというのは、ちょっとあつたりするんです。それと、まわりにも、けっこう最近、「実はこんなことがトラウマで」という話をよく聞きます。そんなとき、聴いてほしいんだなと思ってそれなりに聴いたりしているんです。何十年もたつて、「実は私こうだったんです」というのを聴いたりすると、ああ、なんかやつぱり相談できる人っていうか、場所っていうのは、大切なんだなあ、と思います。今日、みなさんの話を聞いてても、ああ、こんな人と、もっと早く出会っていたら、私も相談することがあつたかも知れないなと思いました。

編集者 あの、洗濯する時間もない、という話が非常に印象的で。朝から晩までクリニックにいて洗濯する時間もない、というのはすごく象徴的だなと思いました。私も、医療と生活が出会う部分に興味があつて、高齢者ケアでも医療が生活を乗っ取ってしまうということがありますが、今の例でも医療が生活の時間を奪って肝心の生活ができなくなってしまう、クリニックがそういうことをしてしまっているということが非常に、インパクトがあつたというか、新しい知見が一つ増えました。

それから、精神科の現場で、性暴力がこんなに多いのかつていうことです。性暴力が存在するという認識の部分と、それをどう扱うか、という対処の部分ですね、一筋縄ではいかないというか。様々な事象から性暴力を、引きはがして認識する、ということと、その性暴力の部分だけで対処しようとするあまりうまくいかない。認識の部分と対処の部分で、性暴力の扱い方が、変わらざるを得ない。その辺、ちょっとうまく言い方ができないんですが。対処の部分だけでいうと、性暴力そのものを扱うというのは、きっと、なかなかむずかしくって“結果として性暴力を扱う”ような、ドーナツみたいな感じで、真ん中だけを扱っても何もないけれども、外側とのセットで性暴力みたいのを扱わないと、なかなかうまくいかないのかなと、認識の部分と対処の部分で、これだけちがうのか、というところが非常に新鮮に思いました。

臨床心理士 私は今病棟で、患者さんのプログラムを担当しています。今2年目なんですけれど、当初から、女性の入院されてきた方の、過酷な生育歴などにかなりショックを受けたりしています。やはり背後には、虐待やトラウマ的な体験があるんだろうな、というふうに想像はしています。ただそれがオープンになることは、あんまりないなあという感じがして、1つは、大勢の患者さんにたくさんのスタッフでかかわっているんで、そこまで個別なことをオープンにしない、っていう感じがあるのかもしれないし、あとは、男性の患者さんが大半なので、やっぱりそういうところでオープンにするっていうのは、やっぱりしづらいし、という事情もあるんだろうと思います。

で、スタッフとして私にできることというのは、ほとんどないので。そういうふうに思ってるスタッフが多分ほとんどだと思うので、そういう感じもあって、なかなか取り扱われることがないのかなと、感じています。

保健師B 私の部署は当事者の方と直接ご相談するというより、支援者の方への対応のほうが多いんですね。

さきほど知的障害の方についてちょっとお話がりましたが、知的な問題はおおざっぱに3パターン考えられて、もともと知的的があって何らかの支援を受けてきた方と、宮地先生がおっしゃったように2次障害として考えることが苦手な避けてきた、という方もあり、あとは学校で、お客様としてなんとなくきてしまって、というパターンの方もいるのかなと思います。

それから、過酷な生育歴がある中で、「お金に困るとすぐ援交」というパターンで生きのびてきた人もいたりします。それで職員に、「ネコよりヒドイですね」といわれた事例があって、「ああ、やっぱそういうふうに思う職員もいるのか」と思いました。

ある支援者は、子どもをすごくかわいがっていつも添い寝している女性のことで悩んでいました。その女性は男性依存がすごくて、いつもかわりばんこいろんな彼氏が来る。ところが子どもは、支援者に「だっこ」と甘えてきて、支援者のスカートめくったりとか、身体をさわったり、明らかに問題があるわけです。それで訪問支援の人とかが、「子供に絶対いい影響じゃないでしょ」とか「子供取り上げられないんですか」とか、すごく言うてるし、自分としても支援としてかかわるのがすごく辛いと。でも、ご本人はすごく子どもをかわいがってるんです。ぜんぜん行き届かないんだけど、ご本人なりにかわいがっている。それだけをみれば取り上げる理由はないわけです。だから頭ごなしに「あんたのモラルってどうなの？」って説教するのではなく、ご本人に寄り添っていくというスタンスも必要なんじゃないかな、と思います。

やっぱり、大変な思いをして生きてきたっていうご本人に、どう寄り添っていくか、むりくり入り込むんじゃなくて、生きのびるところの手助けみたいなのが、もうちょっとみんなで共有できればいいのかな、なんていうのを、お話を聞きながら感じました。

施設指導員 私は、性被害の経験がある方を担当したことはあるんですけど、そのこと自体が表面的な課題とは直接かかわらないことが多かったんで、みなさんのように直面してすごく大変だったケースっていうのはないんです。でも、性被害にかかわらず、女性の支援をしていて、依存症や精神疾患をお持ちの方がほとんどの施設で職員として働いていて思うことは、1つには、先ほどもKのほうからもご説明しましたけれども、やはり生活保護法に規定されている更正施設は、かなり特殊な施設で、入所も本人が申し込むのではなくて、福祉事務所長さんの名前で書類が来るんです。本人の意志ではないので、ほぼ100%来たくて来ている人はいないんですね。そういう中でやっぱり、更正施設としては、「まず第一に本人ありき」だけれども、それと同じくらい福祉事務所さんとかかわりがあるわけです。ほとんどの方が精神障害をお持ちで、精神

科へ通院されてますから、医療機関さんともかなり密接にかかわっていきます。ほかに、作業所に通っていらっしゃる方があったり、ミーティングのグループにつながったりと、必要に応じて関係機関とかかわっていくことになります。地域の作業所とか、グループというのはある意味、かかわってる人たちも当事者であったり専門家で、また、医療機関も専門職の集まりですね。でも、施設と福祉事務所では、必ずしもその人に対する専門家じゃない人がかかわる可能性が高いわけです。更正施設の職員は別に資格要件はないので、福祉のことも精神障害のことも何も知らなくてもなれますし、先ほどの話にもあったように、ケースワーカーさんも、福祉職での採用ではない方のほうが、多いかな、と思うんですね。

そういう中でも現場でかかわってる人たちというのは、ほとんどの方がすごい熱意を持って一生懸命やっているといるんですね。ただ、一生懸命やっても、知らないがゆえに、間違った判断とか、偏った見方をしてしまうということがあるんじゃないかなというのが、自分もふくめて、すごく思います。私自身も一応、福祉を専門に勉強してこの仕事につきましたけれども、やっぱり、依存症とか女性支援ていうのは、この仕事に就いてから学び始めたという感じなので、より当事者の方のためになる支援をするためにも、「知らなかったからしょうがない」は、プロとしてかかわる以上言えないことかな、と思います。先ほど、性暴力のことというのは、公的な話に出にくいし、表に出しにくいってことで、そういうことを、私たち専門家が知るのも、なかなかむずかしいのかなと思うんですけど、やっぱり、今苦しんでいらっしゃる方、これからどんどん増えるだろう、苦しむ方を助けるためには、やっぱり、専門家、支援者側も勉強していかなきゃいけないし、一緒に理解していかなきゃいけないのかなというふうに思っております。

K 私は、A施設以前の職歴の中では母子生活支援施設が一番長くて、母子指導員をやっていた頃に、DV法ができたんです。そんな夫婦間のことだろ」と言っていた警察が急にころっと変わって、「DVですか！」と、すぐ飛んできてくれるのにはびっくりしました。そのときに、母子寮業界がやっと、「夫の暴力は犯罪だ」というふうになり始めたんですね。そして、全国シェルター・ネットができて、やっと性暴力についてお女性の声が出てきたんですけど、更正施設は男社会ですからもっと遅れているんですね。女性の施設が3つしかないくらいですから。私がA施設に来て「女性福祉」という言葉を使っても、トップの人が「その言葉は何だ」と、事業計画から削除されていたという状況なんです。

「女性差別」という言葉を使うこと自体もキビシイから、「性暴力被害って、特殊な人のことだろう」とみたくになりがち。そういう中で、あさみ指導員が言ったように、A施設では、いろんな経歴を持って職員になった人でも、「女性福祉」ということと「性差別」、「性暴力」ということについては、A施設のスタッフである以上ちゃんと取り組もうとやっています。

最初私は、社会の中で「女の人と性」ということはやっぱりむずかしいな、と思ったのは、先週、ある病院を退院なさる人がいて、迎えに行ける職員がいなかったので私がお迎えに行ったのですが、「実は（この患者さんは）入院中に入院患者を誘って売春を斡旋したので」と言うのです。「昨日言ってくだされば、心づもりができたけれど」と思ったんですね。普通の指導員がその場で言われたら、どうやって本人に注意するか、とまどったと思うんです。私は責任者なので、「すいません」って言ったら、主治医が、「面接に立ち会ってください」というので、立ち会って、彼女に直接、「そういうことをケヤキ荘でしたら犯罪です」と言うしかないです。そのご本人が何をしたかという、電話口で「男の人紹介するから」と、入院患者連れてきたんですね。ただ、直接会うところまで手引きできず、退院になりました。まあ、迷惑だから退院させられたと思うんですけど。

ご本人と話したときに、罪の意識がないんです。表現としてね。「だって、ダンナはいるけど、ずっとお見舞いにも来てくれないし、ずっとセックスしてないから寂しいって言うから、しょうがないから紹介して

あげただけよ」って、おっしゃるんですよ。それがほんとかどうかわからない。ですけども、彼女はそうやって、性、セックスのことを簡単にやりとりしながら生きてきたんですね。

A施設でも、めったにないことですが、売春防止法で逮捕された人もいます。で、囲捜査で歌舞伎町でつかまるまでいなくても、私たちが見ていたら「きつと何かやってるんだらうな」っていう方がたくさんいらっしゃる。というのが、日額500円のお小遣いじゃ、タバコくらいしか買えないと思うのと、やっぱりその「援助交際」、売春でしょう。「援交してかせぐ」って。そうやって女の性を自ら商品にしちゃうことがあまりにも蔓延していて、自分を傷つけることだとは思えない。傷ついている人も絶対いるはずなんだけど。そういうところから苦慮してるところがあります。当事者で本当に恐ろしい思いをして、むりやりの性行為で傷ついている人と同時に、そういうこともあったかも知れないけど、性を軽々しく扱う方に行ってしまう人もいたり、いろいろ考えさせられる事件がありました。

ただ、『その後の不自由』を読ませていただいて、本当に、当事者の顔が浮かぶんです。いろんな人がいらっしゃるって。A施設は、やっぱり生活支援なので、日中はみんなでビーズの作品をつくったり、ぞうきんを縫ったり、所内作業をして、午後は調理実習もやるし、華道クラブや、プログラムをたくさん用意して、いろんなことをいっぱいやりながら、いつかA施設を出るときに、こういうことやって楽しかったって思ってくれるような場を、とりあえず職員総がかりでつくっています。特技がある職員は、ちょっと手話ができるといったら、「手話のプログラムやりなさい」、「あさみ指導員はお料理が得意、じゃあ、お料理やんなさい」とか、ちょっとネイルアートもきれいにやってると、「じゃネイルアート教室やって」とか。相談援助職なんですけど、「何でも屋」で、生活を盛り上げようとしております。

精神科医 あしたは外来の診療日なんですけど、性暴力被害のある患者さんが明日だけでも5、6人います。主訴は摂食障害とか、統合失調症という診断名とかいろいろです。統合失調症の症状はあるんだけど、「なんかちょっと変わった統合失調症だよな」って疑いを持っていると、やっぱり性暴力のトラウマがあったりと、長く診てるとすごく多くなります。

自分は男性なので、「男性にはしゃべりたくないんだけど」と言いながら話されたりするのですが、男性としてすごく自分のことも問われてきて、こういうことをやる資格があるのかっていう気もしてるんですけど、とりあえず、「聴く」っていうことが1つあります。それから、今日、何人かの方がおっしゃっていたように、やはり、普通に日々を送っていくという感覚が、本当に大事ですし、もしトラウマ自体をあつかうにしても、その人にとって本当に大事な体験とちょっと危ない体験と、どうより分けていくかっていうところが、かなり難しいことですから、少しでもいい体験を、つまりご飯がおいしかったりとか、ちょっとした普通の体験ですよ、そういうものを増やしていく。それをもとにして、ちょっと危ない体験と分けていくという、そういうのがいちばんきつと大事だと思うんです。それに加えてトラウマの体験が出てきたときに、やっぱり聴かざるを得ない。聴き過ぎちゃうこともなくはないですけど、話したら聴かないっていうのは、やっぱりできなくて、せつかくのチャンスだし、もし聴かなかつたらいろんな影響が残る気がして。以前、アミティの方が「トラウマ体験を聴く」をいうお話をした時に、「そんなの聴いたらどうしたらいいか、わかりません」と言う人がいたんです。援助者がトラウマのことを、「そのことは言わないで」と言うのは、本当にその人のことを思って言ってるんじゃないかと、聴くのが重たいから、つい「言わないでいいよ」と言ってしまうんじゃないか。アミティの方は、ある程度、聴く準備が整えば、聴いてあげたほうがいいと言われたんですね。

ただ、個人的に、ずっとやってるとやっぱり「やばいなあ」というときもあるんで、こういう集まりは、本当に大事だなあと思うんです。あんまりいっぱい聴くところ、ぐるぐるしてきちゃって、こっちもおかし

くなっちゃうので、まわりが薄暗く見えてきたりすると危ないので(笑)。ちょっとこう明るいところに出たり息ついたりしながら、でも、なんとかやっていく。ある女性の心理の先生に「たかが記憶ですから」と言われたんですけど、「まあ、そう思うしかないよな」っていうことで、とりあえず聴いて。みたいな。そういうのがあんまり特別なことじゃなくなってるっていいですか、いろんな受け口が増えてくれればずいぶん違うのかなというふうに思いました。

平川 語りにくい性暴力被害なんですけど、私は、シェルターを利用なさった方たちと、週一回、グループをやってるんですね。そこで、語りにくいとは言え、みんなで語りあっています。私が、性被害を聴くのは、そのグループの中でなんです。

たとえば、配偶者間なんですけど、出産をしたその日に、夫に強姦されたとかですね、それから、中絶の回数をみんなで話しているときに、「自分は覚えていない」っていう。「8回までは覚えている、その後は覚えていない」とか。つまり8回以上、人工妊娠中絶をした、というわけですね。あとは、「夫に売春をしてるように言われて、その後に必ず夫が自分を強姦した」というようなこととか、それから、夫からの大きな暴力で家から出ていらっしゃる方が、一番自分が辛かったのは、身体的な暴力じゃなくて、そのあとの強姦だった、これがなかったら、自分は身体的な暴力は耐えただろうって。我慢できただろうって。

そういうことで、私がこうやって語れるというのは、皆さんが、具合が悪くなることもあるんですが、皆さんと一緒に語るので、あまり具合が悪くならない感じに見えるんですが、そうやって、語る場があれば、皆さんは「語りたい」っていうような、そういうふうに、私としては肯定的にグループをとらえているんですね。

それが一つと、もう一つは、私は、仕事として有料のカウンセリングをやっているんです。その中で、有料のカウンセリングですからお金があるということ、それから、家族がわりとサポートしてくれるということ、友だちが1人はいる、そして依存症ではない、というような条件がわりといい方たちで、20代後半の、性暴力、性虐待を受けた方に対して、最近、「曝露療法」を行うことがあります。これは、時間を区切って性被害の詳細を語ってもらい、最初や途中や、それから話し終えたときに、今の自分の主観的な気分とか、どんなふうに感じるかってことを、同時に評定してもらう、というやり方なんですけど、それをやった方たちが、「自分は、これでいいと思う」っていうふうにおっしゃるようになって、10回のセッションを終えていくということ、何人かの方からもらった体験が自分であるんですね。これは、私にとってはものすごいプレゼントになっています。

最初に、30年間のかかわりのある人の話をしました。ご飯を一緒に食べたり、一緒にキャンプにも行きながら、長くつきあっていくという人たちがいるということ、一方で、グループという話をできる安全な場を提供すれば話す方たちが増えていくように思うということ、それから最近は、条件がよければ、被害の詳細を語りながら、その語ったことを自分で評定して、自分はこのぐらいでいいんだっていうふうなことを言えるようになる人たちができてきたということがあります。

もう一つは、今年、大阪に性暴力救援センター・大阪(SACHICO)という組織が病院を拠点に活動を始めたのですが、その病院の婦人科では以前から被害者の方の医療支援をしていて、年間15~20人のレイプ被害者の方を診ていたのですが、活動を開始した4月から9月までの間に既に44の方が受診されたということです。つまり、約2倍から3倍の方たちが、性暴力被害を主訴にして医療機関にやってきたわけです。そのセンターでは、支援員の方が常駐していて診察、治療したり、ご本人が希望すれば証拠採取をしたりするだけでなく、お話を聴くことや、場合によっては同行支援もしています。そうすると、今までは、性感染症などの検査をしているのに検査結果すら聞きに来ない方たちがほとんどだったのが、2度3度訪ねて

くるようになったそうなんです。そういう話を聞いて、私は、希望を持ち始めているんですね。

できれば東京にもそういうセンターのようなものをつくって、国とか行政からお金が出るようになると、今のような貧しい状況は減ると思うのです。つまり、30年とか長くつきあわなければいけないというのは、被害にあった直後に、何らかのケアを受けなかった方たちなんだろうと思っています。これは個人の問題ではなく、受け皿を作ってこなかった社会の問題なので、社会の側にその受け皿ができれば、もう少し、その方たちが楽に生きられるのではないかと考えているところです。

で、現場では重いんですが、少し、自分では希望を持っているところです。

上岡 私は、ダルク女性ハウスを20年以上やってきたわけですけど、はじめの10年は怒ってるか寝込んでるかひきこもってるか、みたいな、ヒドイ状態が多かったです。ハウスに来る人たちがどう回復していくのか、ぜんぜんみえないという状態でした。それが20年続けて来れたのは、私は自助グループのメンバーなので、自助グループのセミナーとかで、薬を止めて25年とか30年とかたった人たちの話を聞く機会があるわけです。海外に行くと、30年、40年と長い年月薬を止め続けて生きてきた人たちがたくさんいて、その中で、男女含めて性虐待にあつてすごい大変だったけど、生き延びてきたという話も聞ける。そうすると、目の前にいる人たちが今どの段階にいるのかということが見えるようになって元気になれるんですね。日本の社会の中では、今までほとんど語られずに来ているので、宮地さんのいったとおり、すごく言葉を選ばないと表現することも難しいという状態なんです。

で、2次的な被害の話なんですが、このあいだ転んで右手右足にひどいねんぎをして整骨院に行ったんです。その整骨院の先生が言うには、身体の傷は、あきらめのいい人ほど治りやすいんですって。「身体は、けがした瞬間から回復が始まる」んだって。身体の傷って。で、私は1ヵ月以上もギプスで固定されるのは「やだ」って言ったら、「固定をしないで、肘の傷をむりやり動かしていると、肘の回りに2次的な傷ができてきますよ」と言われたんですね。けがした瞬間に回復が始まっているので、きちんと傷のケアをして、「ゆっくりしていращゃい」といわれたら、ゆっくりする。そうすると、身体は全勢力で回復に向かう。だけど、あきらめ悪く固定せずにむりやり動かしたり、そんなひどい傷だと知らずに動いてしまったときは、傷の回りが酸欠状態になって、2次的な障害が起きてくるんだそうです。これって、心の傷の話と同じだなと思って、平川さん言ったとおり、被害後すぐに医者にかかれて、カウンセラーあるいはサポーターと会って、早い段階で話をして、そこの所をきちんと手当てすると、2次的な障害が増えていかないんだな、と思いました。

今日はどうもありがとうございました。

4) 第4回討論会（平成23年1月13日）

パネラー：仙台 佐竹節子、札幌 住谷喜久乃、京都 榎原節子、高知 宮本容子、大阪 倉田智恵

テーマ：

豆の木ネット～今、女性の依存症の回復に必要なのは何か

今回調査に協力していただいた14の施設は、他の摂食障害の団体、女性のギャンブル依存症施設など、女性の依存症者のサポートを行っている民間グループ、団体と「豆の木ネットワーク」というゆるやかなネットワークをつくっている。このネットワークにより、支援に関する情報交換やスタッフ同士のサポートができるようになった。今回、その中から5施設の代表者に、依存症女性の支援に関する苦勞について、①利用者が施設につながるまで、②プログラム中、③プログラム終了時とその後、④子どもをもつ女性の支援等に関する問題、困難について語っていただいた。

参加者：23名

司会：上岡陽江

① 利用者が施設につながるまでの困難

成人したとたんに、福祉制度からこぼれ落ちていく人への支援

——佐竹節子（アロー萌木）

「NPO法人仙台ダルクグループ」の中の1施設で、女性だけを受け入れる施設です。地域支援活動センター（地活）として通所施設を、独自事業として入寮を2名だけ受け入れています。

今問題に感じているのは、18歳までは児童福祉法などで、いろいろな支援があるのですが、18歳になってしまうと何もなくなってしまうということです。例えば18歳で少年院を出された女性があります。知的な障害とか統合失調症のような症状もあるのですが、成人になるとたんに全く公的支援がなくなり、行き場がないわけです。そこでとりあえず病院に入院させて、そのケースワーカーさんや保護課の方、精神保健センターの方、私どもの施設の職員などが集まって、4回も5回もケース会議を持ちました。その女性は、こちらの話していることがほんとうに理解できているかどうかはわかりません。何か話をすると、混乱したような、1つのことにとらわれてしまうような感じで、たとえば、自分の財布が盗まれた、ということばかり繰り返して、こちらをぜんぜん聴かないわけです。でも、ほんとうは何でもわかっているのではないか、みたいな感じもするんですね。その人は、休日に私たちの施設の入寮者がいるところに押しかけたので、スタッフが呼び寄せられ、男性の施設のスタッフまで呼び寄せられたのですが、それでも施設から追い出すことができないようなことを起こして、結局出入り禁止にせざるを得ない状態になりました。未成年のときには支援はたっぷりあったけれども、成年になったとたん、皆さんが手を引いてしまい、じゃあどこで面倒をみるのだという、こちらの施設ができるのじゃないのかと、まわりがなんとなく期待しているのだけど、私たちの施設でもどうしても受け入れることができなかつた、というか、どうしていいのかわかりませんでした。結局その彼女は男性のところを渡り歩いて、望まない妊娠をしたのだけど、役所の担当の人から子どもを処置することをすすめられても、病院に行かずに、産んですぐ乳児院に子どもは引き取られて、いままた男性たちの間を放浪中です。そういうケースがありました。

紹介により受け入れる際に、個人の情報が適切に得られないこと、動機付けがされていないこと ——住谷喜久乃（NPO法人札幌マック女性共同作業所）

経営母体はNPO札幌マックです。作業所は市から補助金が出ています。男性の方は、合計で3000万円ほど、女性の方は800万円ほどいただいでいて、作業所の運営をやっています。グループホームは国庫から補助金をいただいで、さらにひとりひとり、自立支援加算を申請しながら運営しています。

デイ、ナイトとも独立運営で、男性・女性で分かれています。女性のグループホームは定員4名、通所施設は最大で11名です。

北の果てということで、全国から集まってきましたが、いちばん大変なのは、個人個人の情報がなかなか適切に得られないことです。スタッフが直接本人に会って面談し、入所OKになるということは、ほとんどありません。地元からの入所はまれにはありますが、ほとんどはダルクの方からの紹介や、東京にいるセラピストからの紹介など、北海道外からの紹介で入所してくることが多いです。だから、個人個人の状態、状況をほんとうに知るまでには時間がかかります。

その1例ですが、3年くらい前に、東京のセラピストから青森の方を紹介されました。そこで私の方から電話しましてやりとりしたところ、お酒に問題があること、酒を飲み始めると異性関係も含めて人間関係に問題を起すこと、紹介してきたセラピストのところを2ヵ月に1回くらい通っているということがわかりました。さらに電話でいろいろ個人情報を得て入所となりました。入所費など金銭的なことは、入所後に住所地を決めてから生活保護を申請しました。マックへの入所は、依存症からの回復と自立をめざす意思があると見なしてくれますので、生保申請はたいてい受理されます。通常、マックでは一応の約束事として、最初の3ヵ月はこちらの方でお金の管理をさせていただくことになっています。入所費もそこからいただくこととなります。ところがその方は、生活保護費は自分が出たのだから自分で管理すると言って聞きません。「いや、私のお金だ」と言ってきかないのです。役所の方にも相談に行ったのですが、その人にお金が出ているので、その人を中心にマックで相談してくださいということで、取り合ってくれません。当然かな、とも思うのですが。

そこで3～4ヵ月、様子を見ていましたら、施設に納めるべきお金も納めないで、自分の預金口座にせつせと預金しているのですね。困りました。一応、グループホームに4名入っているのですが、本部の会計にはきちんと4人分の入居費を納めなければなりません。理事会で問題になって、どうしてひとり分ないのだと言われるので、とりあえずマックで立て替えました。お金の問題は本人にいくら話してもダメで、第3者に入ってもらいたくても、その第3者がいません。実家のことも、縁を切っているので天涯孤独だと、まったく身内のことは話してくれなかったのですね。それでも半年は黙っていました。その後、札幌マックの施設長も含めて話し合いをしたけれども、らちがあかない。その人の言いぶりは、「アルコールの問題で入所したけれども、お金を出すか出さないかは自分の判断だから、人に強制されてお金を出すものではない」。で、困りました。うちの理事長と施設長と、役所の人、私と、本人と5人で話し合った結果、退所してもらうことにはなったのですが、こちらにも不備がありました。その方に請求書を出していなかったのです。結局は半年間、無料で食べてもらい、無料で住んでもらい、ようやくの思いで退所してもらったという経緯です。こういうことに関しては、起こってみなければわからない、ではなく、やはりこちら側の書類もきちんと整えておかねばならないと反省しました。

依存症への無理解、女性特有の問題への無理解

——榎原節子（京都マック）

行政の補助金で運営していますが、行政は依存症という意識はあまりなく、精神障害の中の一施設という位置づけに過ぎません。依存症のことをアピールしようと思っても、「へえ？」という感じで依存症に対する意識は薄いです。通所施設で、男性が約10名、女性は京都市内の人が〇名、通ってきています。スタッフは男性の施設長と男性スタッフがひとり、私とリカバリースタッフがひとり、合計で男性スタッフ2人、女性3人です。ほかにリカバリーではない女性の事務職員が2人います。これからはリカバリーではなくても、いろいろなことを女性同士で関わって行けたらいいかなと思っています。

受け入れ時に女性はいろいろな問題を持っていることが多いです。身体の痛みや、家庭環境、子育て、病気などがあります。ですからプログラムをそれに合わせた形で受け入れていきたい、と私は思うのですが、なかなか男性のスタッフは、それは甘いという結論になって理解されません。1日3回のミーティングができなければ受け入れたらあかんやろ、という結論になっていくことが多いですね。甘さではない、ということ、これからも言っていきたいし、男性スタッフと女性が感じるものの違いというか、男性スタッフも女性のいろいろな病気のことの勉強も必要なかなと感じたり、男性の理解がほしいと感じています。

入寮時にいちばん困るのは、正確な情報を隠されたり、渡されないまま紹介されてくること

——宮本容子（高知ダルク女性ハウス）

一応高知ダルクの傘下ですが、独立して運営しています。助成金はどこからももらっていません。スタッフは私ひとりで、入寮者が6人。通所者は今のところはいません。通所の希望は今までなかったわけではないですが、続かない、という感じです。

ハウスにつながる時に困るのは、やはり、その人についての情報が少ない、ということです。その人に関する情報を、かかわった人たちがバラバラに持っていて、それが私の所に伝わってこないのです。そうしていき退所するというときになって、始めていろいろなことが発覚したりするんですね。例えば、高崎からの入所希望で、身体に麻痺があるという方がいました。そこで私が東京に来たついでに会って、病院の人や生保の人と集まって相談をして受け入れたのですが、実は、精神保健センターでアスペルガーらしいと言われていたことが後からわかりました。面接のときも、この人はなんかおかしいな、なんか通じないな、と思っていたんですね。クレイマーさんで、病院にいたときは看護師さんを辞めさせたという話を喜んで話していたので、病院の方も困っているんじゃないですか、と受ける前に聞いたら「イヤー、そんなことはないんですが、次の所に行った方がいい」と、そういうふうな言われ方でした。よくよくいろんなところに聞いて調べ回してみると、精神保健センターでアスペルガーらしいという診断を受けていたということでしたが、本人も記憶がないわけです。盗癖もあったし、ということで、結局は入院してから後のことを考えましよう、と、とりあえず入院したのだけど、トラブルを起こして病院から追い出され、次の病院も10日しか受け入れてもらえなくて、結局は男の人を見つけて、その人と一緒になるということになりました。その時点で私は静岡の病院を探してきていたのですが、そこには行かないと本人が言うので、じゃ、好きなようにして、と出してもらいました。

もうひとりは、やはり病院から来たのですが、受け入れの前に3度ほど相談したときには、大丈夫、共同生活できます、ということでした。面接したときに受けた感じから、「知的障害とかないですか」と聞くと、いや、大丈夫と思います、そんなに愛嬌も悪くないと思いますということでした。実は来たら、さあみんな

で掃除しましょうというときに、靴下を脱ぎ履きしているというか、靴下が決まらないと言っている。ミーティングでは座っていることができないし、座っていなければいけないということもわかっていません。時間に関係なく、おなかが減ったからご飯を食べている、といっためちゃくちゃな感じでした。今のところ、ミーティングに座ってられるようになりましたが、人のジュースを飲んでしまうというのがどうしても止まらなくて、1年くらいたってまた病院に電話したら、「いや、その人は治らないです」と言われたのです。「そういうのは、うちにいるときからありましたから、病院では管理をきちんとしてました」と。そんな話は全然聞いてなかったんですね。情報をもっとちゃんとあれば、もっと、そこで経験したことを元に次はどうすればいいか、ということを考えていけるのに、その情報がないとまた一から始めなければなりません。それでは本人も苦しいでしょうし、こちらも最初から手探り状態でやらなければならない。だから情報は最初からきちんとほしいですね。確かに病院の人は、一緒に生活しているわけではないので、わからないこともあると思いますが、わかっていることはすべて伝えてほしいです。

入所者に振り回されたとき、相談できるスタッフやスーパーバイズがいたこと、フリーダムという場があって助けられた——倉田智恵（ダルク女性ホーム大阪）

運営母体は、NPO法人大阪ダルクアソシエーションで、ここでは、地域活動支援センターとして、大阪ダルクを十年以上運営しています。自立支援法を期に、女性はケアホーム2ヵ所と、地活センター1ヵ所の3施設になりました。私はそのNPO法人のスタッフということになります。

地活センターの方では、通所、入所の利用者が男女20人くらいが、狭い部屋の中にひしめきあっています。その中にいまセクシュアル・マイノリティの方が5人以上いらっしゃいます。同時に、在日の方も5、6名いらっしゃるので、20名のうちの半数以上が少数派の方です。代表はセクシュアル・マイノリティの方です。

今皆さんのお話を聞いていて思い出した方がいます。彼女と出会ったのは、当時私たちの施設が主に利用させていただいていたある病院のお医者さんを通してでした。なかなか薬をやめられなかったけれども、今回は彼女は本気みたいだよ、というのがきっかけでした。まず体験的に入所してもらい、また病院に帰っていただいて、先生とお話しをしていただいて、本格的に入所ということになりました。当時彼女は31歳くらいで、1人いらっしゃるお子さんは実家のお母さんに預けておられました。結局その方は、お亡くなりになられたのですが、入所して、私が彼女の人生の一コマに参加させていただく中で、彼女はなかなか薬を止めることができなくて、病院にいるときも、うちの施設にきたときも進行形の状態だったんですね。出てからも進行形の状態でした。

というのは、彼女が10代の頃からシンナー、トルエンをいつもくれていた、普通のサラリーマンなんですけど、どこで出会ったのか彼女も覚えていないというその人が、移転前にあった私たちの施設の真後ろに住んでいたんですね。そのことを彼女はまったく記憶していなかったのです。もちろん私たちも全然わからなくて、あるときから施設の前に黒い車が止まるようになったので、スタッフと、「おかしいね、あの車、警察に言おうね」と言っていたのです。その矢先に、彼女が夜間に居なくなることが起きた。他の入所者から連絡があったので、すぐにかかけつけたら、彼女がトルエンを持って戻ってきたところでした。記憶がまったくない状態で。そういうことがもう一度会ったので、通院していただいたのですが、一週間後くらいにまた同じ車が止まったんです。すぐに入所者から連絡があったので駆けつけたら、今度は彼女はうちの施設の真裏のワンルームのマンションから出てきた。すぐくまか不思議な行動だけど、それもトルエンの影響なのかもしれないということも少し考慮に入れながら、でも何かヘンだな、と、何かあるよな、という気持ちが私の中に湧いて、親御さんに連絡をとって来ていただいたのです。親御さんによると、以前、彼女の肉体と

交換にトルエンを無償で提供するということを長年していた人がいて、その人を告訴したことがあるという。そのときの書類を調べてもらったら、なんとその男の住所がうちの真後ろだったのです。これにはびっくりしました。彼女にいろいろトラウマを負わせた加害者が真後ろに住んでいることがわかって、私は「もう引っ越しだ」と、お金をかき集め、理事に頭を下げまして、1週間で次の物件を探し出して引っ越しをさせていただいたわけです。その間に彼女の入院の手続きをして入院させていただきました。

彼女は入院しても進行形ですので、ケースワーカーにもいろんな話をしたりして、ゆっくり病院の中に入りようということになり、6ヵ月間入院したのだけど、どうしてもガマンできなくて退院してしまいました。そのときに、大阪ダルクはまだ受け入れることができないから、やはり地域に戻すことしかできない、ということになり、止められないままNAに通うようになりました。けれども、同じように止められない人たちと出会ってしまうので、そこでまた再燃が起きて、男性と同棲して、ある日突然、心不全でなくなっていました。

うちの施設を通過されていった中で、この方のケースは決してすごく難儀だったわけではなく、私は彼女を通していろいろなことを考えさせられたり、感じさせられました。なんで止められないんだろうとか、いろんな思いが私の中に出てきたのですが、そういう思いを自分の中だけで消化しようとするのではなく、それを言葉にして「大変なんだ」と話す機会をうちの理事の人たちと作っていただいたりとか、長年ずっと相談させていただいている上岡さんとかに、聞いてもらいました。

自分のせいじゃないかという気持ち、もっとやるべきだと思うこと、自分を責めること、それによって疲れて夜眠れないとか食べられない、いらいらする、ちょっとしたことで人に攻撃を向けてしまう、攻撃してから悲しくなっちゃうこと、そういう悪循環が繰り返されることがいつかあったりという経験ができました。彼女の人生の一コマに参加させていただく中で、私自身がそういう経験ができて、それを、自分の中で消化するのではなくて、誰かによりそってもらったり、誰かに支えてもらうような体験になっていったというのが、すごくよかったなと思います。

そうやってダメージを受けたことが、今5年たって、わかるようになってきたりという体験に変わってきています。いまは入り口段階で、まずは私がつきあえるかどうかをみさせていただいています。その段階でまだ無理な人はダメというのではなく、大阪には幸いフリーダムという民間の事務所がありますので、そちらの方に遊びおいでという形で来ていただいて、調子が良かったらミーティングに30分参加していただき、終わってからお菓子食べながら、ほかの入所施設の人たちとも交わっていただきながら、だんだんとデイケアを利用できるようになればいいと、すごく時間をかけて変わってきているかなと思います。ただ、電話で相談を受ける方の中では、まず処方薬を飲まれた方がいいかもしれないと思うような場合は、まず医療の方をおすすめすることもあります。それがすべて正しいのかどうかはわかりませんが、そうしながらつながりを持ち続けていくということを心がけています。

②プログラム中の困難

支援経験のない行政の担当者が多くなったこと——倉田

大阪は知事が橋下さんに替わってから、介護の方を担当していた人が生活支援の方に経験のないままいきなり異動してきたり、というようなケースが多いのです。そんな中で、つい先日、通所の方が入所するのにあたって、生活保護の方に電話して正直に「再発したので、もう一度入所してやっていきたい」とお願いしたところ、電話に出た男性が、「ちょっとスタッフに替わってください」というので私が替わったら、「あな

たね、」と、「なぜ、通所している人がそうやって法に触れることをしているのに、通報しないのですか」と、おっしゃったのです。そんなふうに言われたのは初めての経験だったものですから、私はそのまま正直に、「始めて耳にしましたが」と言ったら、向こうの方が「ええ、私は無知ですよ」とおっしゃったんですよ。「そうなんですか」、「そうですよ、私は無知ですよ、依存症については」と。「じゃ、検討しますから」とパンと電話を切ったんです。そういうことが今大阪では多々あります。ちょっと報告をしたいと思いましたので。

トラウマのある薬物依存女性の支援——住谷

今から2年前なんですけど、20代の女性が閉鎖病棟に薬物で入院してしまっていて、その病院からは男性のアルコール依存症の方がつながっていましたので、じゃあ、女性もどうだろうかということになりました。うちにつながってくる前、退院と入所の準備を含めて3回ぐらい作業所の方に来て、ミーティングに参加したりしたんです。そういうことで入所時点ではとりあえずスムーズに行ったのですが、入所して1週間くらいしたら、病気がすごく出始めたのですね。1日に7回くらい過呼吸で動けなくなるんです。過呼吸は何度見ても、最初は死ぬんじゃないかとやはりパニックになります。ミーティング場に行く途中で過呼吸を起こして、通行人の方が救急車を呼んでくださることもありました。で、救急車が到着するときにはけろっとしているんですね。そういうことがあったりしても、まあ何とか対応していこうということではやっていましたが、1ヵ月たっても2ヵ月たっても、過呼吸の回数が同じなんです。精神病院に通院してしまっていて、主治医との連携もありますので、記録していたのですが、起こした時間も同じです。しかし病院では、そういう体質なんでしょう、ということだけでした。

ある日、詳しく、経歴を聞こうと言うことで、その女性と1対1で、腰をすえてお話しを聞く機会を設けたのですね。話したくないことは話さなくていいからと言ったのですが、「実は、実父から性的虐待を受けていた」と、涙をポロポロ流しながら2時間、話し続けたんです。過去なんかみたくもない、この思いで一杯一杯なんだと。だからミーティングに出て仲間の話を聴いて、自分の過去のことを見つめると、それがまず先に出てきてしまうんだという話をしました。この人には、午前と午後のマックのミーティングとAAのミーティング、ほんとうに必要なんだろうかと思いました。どうしようかと困って、今の段階では、治療のために必要とされているミーティングも、この子にとってはつらいことではないかということも含めて、私はある精神科の女医さんに相談しました。

専門的にカウンセリングをどうかとか、いろんな話が出ましたが、カウンセリングを受けるにもまず処方薬が必要だということもありまして、主治医は男性だから女性さんの方がいいだろうということになり、なんとか紹介状を書いてもらえないかと相談に行きました。そしたら、その男性の主治医は、紹介状を書くのを拒否しました。

それでその女性は、2回のミーティングを1回にするとか、夜のミーティングをNAの方に出るとか工夫したり、カウンセリングの準備もしたのですが、なかなか進まず、1年後には退所していきました。先日仕事で精神病院に行きましたら、再来月、臨月なの、と妊娠していましたけど。そういうことで、上岡さんにもそういうトラウマを持っている場合は、どちらを先にみていくのか、同時なのかとか、今日一日生きるには、トラウマがどのように作用しているのかという見方もあるし、ということで相談したりもしました。1年間の後半の半年は、トラウマの問題にはあまり触れることなく、なんとかうちには居たのですが、本当にそういうものを抱えてくる女性が多いです。8割方そうです。トラウマもそうですし、その他の被害体験も含め、女性は何故こうも、いろいろなことを背負ってしまいやすいのかな、と思います。5人の男と関係をもったら、5人の子どもがいて、子ども全員施設にいて、月に1回会いに行きます。ほんとうは自分自身の病気の

治療のことが第一なんだけど、と思う人もいます。だから女性の場合は、ひとりひとりに対して、個々のプログラムを考えていかななくてはと、実感させられました。

母子再統合の支援——佐竹

DV 被害女性で、ギャンブル依存症があり、子へのネグレクトと身体的虐待があったので、3人の子どもは施設に保護され、本人は生活保護を受け単身でアパート暮らしをしていました。子どもたちに面会に行ったとき、「施設のお母さん」に叩かれるという話を何度か聞いて、自分が虐待するのを防ぐために泣く泣く施設に預けたのに、そこで叩かれているのでは意味がないと、子どもたちを引き取ることになりました。

家族再統合ということで私も一緒に動いたのですが、一番困ったのは住居の問題です。子どもを引き取るには、単身者用のアパートではなく部屋数の多いところに移らなければなりません。ところが単身の生活保護費では家族用のアパートの家賃は出ない。子どもを引き取るのと同時にアパートの契約をしないと借りられないのです。そのへんのこと役所ではすごく融通がきかなくて、しかもお金は後から出るんです。生活保護の担当窓口と何回もやりとりしても融通がよくわからなくて、結局、こちらがよく利用している不動産屋さんを通して部屋を借り、賃貸契約書を日付だけを変えることで書類上の問題点をクリアして、お金は生活保護費が出たときに返してもらうということでこちらで立て替えました。その人を信用するというで立て替えたわけです。

しかも、子どもを引き取るまでに何回か訓練で子どもと一緒に過ごさなくてはいけないのですが、そのときのお金はどこからも出なません。施設の親子が宿泊できる部屋に行って、ご飯を作って一緒に食べたりして一晩過ごすのだけど、その食材にしても全部単身の生活保護費からお金を出さなくてはいけないのです。遊びに連れて行くにもどこからも補助がない、という中でなんとか彼女はしのいで、やっと親子再統合して、今なんとかやっています。

仙台は区が5つあってそれぞれの保護課の対応の仕方が違うのですが、ちょっと親しくしている他の区の女性の担当者に、ずっと後になってその件をちょっと愚痴ったら、「意地悪されたんださー」と言われて(笑い)。「いろいろ抜け道はあるんだよ」と言われました。意地悪したのは男性の担当で、「ああ、そういうこともあるのか」ということを学びました。依存症のことについて勉強して、分かってくださる保護課の方も増えて、以前よりはやりやすくなったのですが、そういう意地悪もあるんだということがわかってからは、事前にいろんな情報を流してくれる別の親しい方から情報を集めて対応しなくてはいけないなということ、その時始めてよくわかりました。

自立支援法に、「治療」「回復」という概念のないこと——榎原

プログラムの最中も女性はけっこう頑張っています。1日3回しっかりミーティングに参加して、頑張って半年、1年とやるんですけど、だんだんしんどくなってきます。最近は具合が悪い、いう女性が増えてきて、私は適当にして今日は休んだら、という感じで言うんですけど、男性スタッフからするとそれはとんでもないという感じなんですね。「あんたが甘やかすからダメなんだよ」と男性スタッフから言われます。

女性は頑張るので、確かにプログラムをやれるのですが、そのひずみが逆に出てないかなと心配で、本当の意味で回復のプログラムになっているのかと疑問に思います。逆にみると、男性は弱みを見せたらダメだということになっているから、男性の方がもっとしんどいかなーと思いますね。そういう面からすると、

男性のスタッフはもっと「しんどいねん」と言えたらいいだろうなと感じています。

それから、依存症という病気を治すためにマックに通うわけですけど、自立支援法の考え方には病気を治療するとか治すとか、そういう視点はありませんか、はっきり言われます。障害というのは治らないから治療という考え方はない、という言い方を行政の方はされます。治療じゃなくて訓練だと。だから行政が主に考えているのはやはり身体的な、機能訓練的なことのように、生活訓練で日曜日開所するというのも、昼ご飯ちゃんと提供されますか？ みたいなことばかり注目されて、いや、それだけではないと思うんですけど、と言ってもなかなか通じなくて苦労します。

重複障害のある人への支援——宮本

アスペルガーとか発達障害のある人たちが一度に3～4人入寮してしまって、施設のみんなが反応し合ったときは、すごく困りました。そのときに、誰か1人でも早めに入院させるとかして避難させることができたら、そこまでみんな症状を出さなかったらいいと思います。誰かが怒ってバタンバタンとドアを閉めたりするだけでビクンとしちゃって、固まって動けなくなったり、というのが何人かいたりするときに、具合の悪い子を動かすことができる場所があればよかったのにな、と思ったことがありました。

今は、短期でお願いしますとあって、病院が受けてくれるようになりました。アスペルガーの人を1人入院させてもらったことで、こういうケースが一度に3、4人もいたら施設は大変だな、ということがワーカーさんに分かってもらえるようになったんですね。でも、その方がいま妊娠していて出産休暇に入ったらどうなるのかなと心配です。医師にはあまり分かってもらえてないので。短期で引き受けてくれる病院がいくつかあれば、日々の生活かやりやすくなるんですけど。

病院以外に、地域支援センターというところも利用はできるのですが、登録しておかないといけないし、1ヵ月前に予約しないととといけないと言われて使いにくく、実際には利用できなかったことがあります。1週間とかだったら大丈夫だよ、利用できるよと言ってくれるのですが、実際は緊急を要することが多いので、そんな1ヵ月の猶予をもってとかいうのはまずないから困っています。

うちの施設は自炊なので、食事が貧しくなってしまうことがあるんですね。私もみんなのつくってあげる余裕がなくて、みんなが具合悪くなったりすると、ちゃんとした食事がつくれなくなってしまうんですね。もう少しちゃんとした食事がなんとかならないかなと思っています。せめて1週間に何日間かは、ラーメンとか単品とかでなくて、ご飯とおかず何品かがそろった食事ができるといい。今日はちゃんと食べましょうと、1週間に2回とか外食に行っていて、そこで栄養補給したりしてますけど。お弁当を買ってくださいといっても、みんなけちってタバコ代にするとかですから。

あとは、具合が悪いときに薬があまり使えないですから鍼灸を利用させてもらっているのですが、保健で処方してもらえるのは整形（外科）の鍼だけなので、それが不便です。もうちょっと拡がって、眠れないとか、ここが具合悪いんですというような不定愁訴にも鍼治療を処方してもらえればいいなと思います。

③プログラム終了時とその後

退所願いを出したからないので登録人数ばかりが増えていく——佐竹

利用期限は、明解には設けていません。それぞれ自分のペースでやってくださいという形です。

小規模地域活動センターの方は、長期間通ってこない利用者がいても、本人が「退所させてください」と

言ってこないかぎり、退所扱いにはできないんです。退所願いを出してもらわないと、退所にできないんです。1年間来なくても退所にはできないんです。一応3年契約にしていって、更新時期に通って来ていない人には、継続しますか、退所しますか、という問い合わせを返信用封筒と一緒に送るのですが、ほとんどの人が継続しての通所申込書をよこすのです。でも通わなくても通所費を払わなくていいんですね。退所すると、つながりが途切れちゃうから心配だから通所申し込みはしてくるけど、来ない。本当に困ったときに来たり、電話で相談してきたりはしますが。

本当に明確に退所するのは、自分にはこの施設は合わないということがわかって別の施設に移る人が、他の地域に引っ越しをして移転先の施設に行くという人くらいで、後の人たちは退所願いを出してくれませんが、登録人数だけが延々と増え続けています。平均通所者数と、登録者数との計算式というのがあって、その数でランクが分かれるので、なんとか増えすぎないように調整はしています。

通所費は1ヵ月3,000円ですが、それを払えない人には減免申込書というのをを出してもらわなくてはなりません。それは経済的に事情のある人ということで、生活保護だから認めるということではないです。

自立支援法の補助対象になるのは仙台市内の人だけなので、遠方からの方や、仕事をしている人がときどき来られるように、チケット制というのを設けています。1回300円の5枚綴りのチケットを買ってもらって来るたびに切ってもらいます。だから終了というのはなかなかなくて、やめたくないんですね、みんな。どこかでつながってほしいというのがある。

ただ、自分で勝手に消えていく人も多くて、追跡調査をしていないのでわからないのですが、中には何年後かにまた来る人もいるし、風の噂で居所が分かる人も、行き先が全く分からない人もいます。そういう中には元気で過ごしている人もいるんだなと思っています。

1年で就労、退所をめざす——住谷

うちはだいたい1年を目処に、施設側で退所を決めています。その都度相談はしますが、最低、1年はいってね、という感じです。精神的、肉体的にダメージがそれほどない場合は、早い人では4ヵ月目くらいでもう就労活動をしてもらいます。遅くても6ヵ月です。とにかく、ハローワークに行ってみて、と仕事探しが目的ではなくて、ちょっとまた別の所に行く気分転換にもなるし、という感じで話していくと行きますね。仕事探しに、となるともうがちんがちんに固まって、なかなか出られないという人もいますから。そういうふうにして、だいたい1ヵ月くらいかけて仕事を見つけてもらいます。

ハローワークでパソコン入力して、プリントアウトして、1回で5枚のプリントを印刷して、それをいったん持ってきて、どうするこうすると相談しながら、だいたい1ヵ月くらいで面接に行ってもらい、それでなんとか行ってもらおうという感じです。6ヵ月から9ヵ月かかる人もいますが、どんな失敗してもいいし、行ってすぐ辞めてきてもいいので（とは言いませんが）、とにかく行ってみてと方向付けしますと、なんとか動いてくれます。

最初はやはり長くて5時間、短くて4時間の仕事に就いてもらって、グループホームでマックプログラムを実践しながら、仕事に行くと言うのはどういうことなのかを経験してもらおう。いきなりフルタイムにつくとなるとなかなか大変なので、それをしてから退所ということを考えましょうか、というところで相談のつてます。

通所の方は自然消滅的に来なくなる人が多いのですが、田舎ですので消息はだいたいわかります。病院にいるか、死んでるか、塀の中です。また身元引受人になってくださいと手紙がちゃんと来ます。でも、死ぬよりいいと思って、あ、刑務所にいてよかったな、と思います。

困った例は、今も現在進行形なんですけど、他の施設から紹介されてきた方で、あいかわらず飲むことがやめられない。うちにきて2日目からもう万引きしてお酒を飲み続けるということをやっていました。それでも見て見ないふりをして、何とか自分から言ってくるのを待とうということで待ちました。それでもダメで、そのうちけいれん発作など離脱症状が出るようになったので、最初に通院した病院に連れて行き、入院してもらいました。

入院中も飲酒が止まらず、病院がうちの施設で引き取ってくれというのです。うちに来るとまた飲酒です。もといた施設に戻そうかと電話したら、「ほっぽり出してくれ、生きようと死のうと関係ない」とその施設長はいいました。でも出してくれと行っても出て行かないんですよ。困りました。

今度は私の方から主治医に頭を下げて再入院させてもらい、その間に毎日会いにいった、ホームにある荷物はどうする、うちに送ろうかと聞くと、いや、送らないでください、あそこは家じゃないですからと言うんです。そうやって何度か短期間の入退院を繰り返しているうちに、幸か不幸か病院内で彼氏を見つけられました。身を寄せる彼氏をみつけくれたんです。女性はそういう方が多いです。ついこの間、籍を入れたというのを聞きました。

次の受け入れ先が押し付け合いになりがち——榎原

普通でしたらアルコール一本でプログラムを終えて、就職活動をして出て行くということになりますが、出るときは精神的にかなりぶれるんやなと言う感じがして、そこは大きくかかわらなきゃあかんところかなと思っています。

マックのプログラムでは、ちょっとハードルがしんどいやろ、という場合に精神障害向けのデイケアではどうやろと思っても、依存症がつくと断られてしまいます。そこである人は、うちにきてもいいよという作業所があったので、そこに行ってもらいました。依存症のことで困ったらうちのスタッフに相談にきてくださいと、本人にも先方のスタッフにも言って、やりとりをしながら移ってもらいました。本人は病気はあまり治ってないんですけど、作業所のスタッフは依存症の人にかかわったことで、あ、そうなんやと、依存症のことを知ってもらったりということはありません。

ただ、面白いのは、その人は依存症とか男のことはマックに相談してくるのだけど、作業所では、「私は精神障害のおとなしい人」というのちゃんと演じていて、うまいことこなせるな、という感じです。

それから、ある人がマックを出たいというのでカンファレンスをしたのですね。医療と福祉とマックと、次の受け入れ先をどうするかというカンファレンスです。ところが、それぞれの限界をもって、じゃ私の所はこれができる、これはできないけど、これはできる、という感じじゃないんですね。うちとこ、うけいれられへんし、あんたんとこはどう？ でもどこも無理で、うちとこも、いやーそれは無理、うちもだめ、みたいな、結局なんやろカンファレンスって、と思うんですね。無理の言い合いで、そういうなら逆にできるところを出し合った方がいいんじゃないかと思うんですが、カンファレンスと言うとそんなことが多いかなと感じてます。

5年たって、自立できていける利用者がやっと2人目——宮本

うちはまだやり始めて5年目なので、そんなにたくさんの退寮者はいません。退寮よりは、途中で途切れる人が多いですね。とくに20代前半の人に多いです。一番最近では、酔っぱらって「荷物取りに来た」と帰ってきて、荷物を袋詰めにして、酔っぱらってぱっと出て行っちゃいました。そんな元気のいい子と、

あとは次につなげる人ですね。やはり問題があったら地元に戻ってもらうことになります。

今、仕事をしている子が1人いて、お金を20～30万ためたら、施設を出て行くというふうに考えて、一所懸命お金を貯めています。仕事をしてお金を貯めて出て行くのはまだ2人目です。

うちにいる子たちは、どちらかという仕事よりも、朝起きて、顔を洗って、着替えて、プログラムに入りましょうというところからまず始めないといけない子が多いです。掃除機が壊れました、とよく言うてくるのですが、見るとふたが開いてたり、紙パックが一杯になっているだけだったり。階段はどうやって掃除するんですか、と聞いてきたりとか、そういう感じですね。で、掃除機は紙パックが一杯になったら取り替えないと吸えなくなって、止まるんだとか、ふたが開いていると掃除機は吸えないんだよということがわからないわけです。そういうところから始めるので、すごく時間がかかるかなと思います。

でも障害者支援相談センターの人と話すと、いや、別に掃除なんかできなくてもいいんじゃないですか、と言うのです。まあ、掃除はヘルパーさんに頼んで、とにかく自立という方向に向けていけばいいというのは確かにそうかもしれません。いろんなことができなくても助けてもらいながら進めばいいので。

出て行き時は、仕事して、部屋借りて、というのが一番いいと思うけど、実際には、そうはならないことの方が多いかと今は思っています。順番にできることをたくさん探して行って、そのうち1人で暮らしてみようという方向にいけばいいのかなと。大事なのは、その子が行き場所をたくさん持っていること、それができればいいのかなと思っています。

退寮手続きですが、うちは書類とかそういうのは何もないですね。急に突然行っちゃったというのもあるし、期間は別に決まってないです。次の所に行くまで、という感じですね。自助グループも、高知はいま、施設があるからグループがあるという感じで、外に出て生活している子がいないです。外に出て使っている子、使ってNAに来る子はいるんですけど、あとは施設の子です。できれば地元に住居が増えていけばいいかなと思っています。

4年くらい利用を続けているメンバーもいる——倉田

設立して7、8年になりますが、うちを卒業して地域に戻って、働きながら自立している、卒業と捉えられる人は、まだ、たった1名です。あとは、皆さんの所と同じで、途中で出ていったり、こちらから退寮していただいた方とかがほとんどです。

今現在、一番長い方は4年くらいいる方です。その方は小さい頃から人の姿がもやもやしている雲のように見えていて、あるときシンナーを吸ったら、そのもやもやした雲が人間の形に変わって行って、はっきりと人に見えたので面白くなって、ずっとシンナーを吸い続けて25年たったという人です。やっと医療につながって、入所してきたのですが、小さい頃からあったという幻覚の話をしてくれたり、幻覚の絵をみせてくれたりしました。その方も当初、不安が強いと身体化して、吐き気がする、目がいたい、耳が痛い、頭痛、というので、夜間救急に四度くらい連れて行きました。最初はわからなかったのですが、数年単位でおつきあいしていくうちに、幻覚が口の中に入って胃を荒らすとかいうことがわかるようになり、今も幻聴や幻覚がある状態が続いているのですが、少しましになっていると本人はおっしゃっています。

長くおつきあいしてきて、私自身がもう限界だなと思って高知のハウスに行っていた例もあります。5年くらいおつきあいたのですが、大阪で暮らすのをあきらめてもらうために5年かかって、やっと高知に行っていただく気になったのですが、彼女がいなくなっからさみしいですね。私ってやっぱり1人では生きれないし、自分の肩に乗ったらやっぱり頑張らなくてはと思ってしまったり、彼女が考えなければいけないことを代わりに考えて答えを示してあげたりとか、あるときに彼女が自分の小さなころのように見えて

すごく怒ってしまったたり、泣いている姿をみたら、私も涙が出てきたりとか、そういうふうな繰り返しを5年間やり続けてきて、今高知に彼女が居て元気になっているのを知って、彼女を通して自分を振り返ってみたり、考えたりとか、自分は無理をしていないだろうか考えるように、また違った関係というか、場所を離れることによって、本当に、もう一度彼女との関係と捉え直したり、経験として活かしていく時間をもらっているかなというふうに思います。

一番疲れたなと思ったのは、施設の中で自傷行為を激しくされた時のことです。せっかく買ったベッドや壁が血だらけになって。その彼女にとっては、たぶん、環境がよくなかったのですね。うちの施設の何か、匂いかもしれないし、音かももしれないし、ベッドの色かももしれないし、私自身の言動かももしれない、お風呂の広さかももしれない、玄関かも、電灯の明るさかも、それはわかりませんが、彼女が不安になり、やはりここにいないようにしたい、みたいなものがあったんじゃないかとすごく思います。それを自分としては困ったととるか、難儀だからもう出してしまえというふうにとるか、あとは、もう本当に今は無理かなと限界設定をするかというところですが、私はやはり限界設定をするしかなくて、うちの代表にも手伝っていただいて、実家に戻っていただきました。そのあと何度か電話も来て、今自助グループにつながって、しっかりやっていらっしゃるというのを聞いています。やめていくということを前提にして入った場所が、あるときは居心地が良く、あるときは不安にさせ、家族のようになり、みたいな中で、ここに居たいけど、いたらすごい不安、みたいな症状になってしまったのかな、とすごく思います。それがよかったのかどうか、彼女の経験を通していいものになっているのかどうかは、彼女にしかわからないのと同様に、その体験を通していろんなことを考えることができたというのも私自身にしか考えられないし、体験できないものなのかなと思います。

スタッフをやり始めて、最初は、たいへんだ、たいへんだ、もうやっていられない、もうやだ、と言い続けていたし、そこからいろいろなものを通して、一緒に時間を共に過ごせてよかったと言えるようになりました。私自身、森の中を彷徨っているような時期がすごくありましたが、経験だけではすごく無謀だからいろいろな専門的な知識を身につけて強くなりたい、というふうに思った時期があったんですね。でも、ある医師の院内ミーティングに出たときに、私が言った言葉でふっと我に返ったことがあります。「強くなりたい」と言ったときに、ああ私は本当に強くなりたいんだと思ったんですね。私は信念がなくて、狭間を揺れている人なので、多分そういう知識をもつてもうまく使えないだろうし、かといって当事者であるというだけでは無謀だということもすごくわかるので、じゃ、何がいいかと言うと、どこが自分の位置がしっくりくるかということなんだろうなと思います。施設にいても常にそれを考えて、自分がしっくり来る位置とか時間とか場所とか、関係とか、というのを無意識で探している、今日ここに座ったのも、自分がいちばんしっくり来るので座りましたが、ありがとうございました。

④子どもをもつ女性の支援等に関する問題、困難について

母子プログラムを当事者たちが立ち上げているところ——佐竹

通所の方も入寮の方も、子どもさんがいらっしゃる方が何人かいて、その中には再統合の人もいれば、子どもを施設に預けたままの人もいれば、親戚に預けたまま入寮している人もいます。いろいろなケースがありますが、このごろは、ACとしての子育ての困難さということで、ミーティングでのテーマではないのですが、雑談の中で話が出てきていることと、以前は施設にいる子どもに会いに行くのが嫌だった人がだんだん会いにいけるようになったりと、変化が見られます。もう一つ、私は母子のプログラムを東京でやってい

ると聞いて、仙台でもやった方がいいのかな、とぐずぐずしていたら、お母さん同士で母親グループという、自分たちのグループを立ち上げようというので動き出して、いま、準備段階に入っています。なので、子どものこと、子育てのことは通所者同士の情報交換がけっこうたくさんあります。

子育てプログラムを設けている——住谷

うちは、マックが始まったときに生後三ヵ月の子どもを連れてきた方がいました。その後、一時的に施設に預けて通所したりという形で解決して、本人も薬物を使わずに健康に生きていらっしゃいます。うちも通所、入所共に施設に預けている人がほとんどです。その中で、以前に3人の子どもを児相を通して施設に預けていまして、毎月1回、半ば強制的に会いに来てくださいと言われていた例があります。ところが会いに行っているうちにだんだん、行く前に薬を使う、ということがあって困ってしまいました。そこで専門家に相談しまして、月に1回、子育てプログラムというのを設けました。そこでは、だいたい3歳の子どもはこういう形で成長していますよというような専門家の話があって、質疑応答があって、時間が残ったらお母さん同士で経験の分かち合いをするということが続けてやっております。

児相、マック、養護施設と定期的にカンファレンスを行っている——榎原

私自身がプログラムを終えて子どもを産んで、ずっと自助グループに行きながら、施設にもつながりながら、スタッフしながら子育てしてきたので、その辺を経験として活かしてしまおうという部分はありますね。確かに保育園、小学校、中学校、と変わっていくごとに子どもとの関わり方は変わります。

一般的に大きくなれば手を離れるといいますが、そうでもないですよ。中学になればなっただ一人で行動していくので親の監視も必要です。実際に通所している人で中学生の子どもを持っている人なども、何も一緒にお風呂に入る必要はなくても、一緒にいる必要があるよとか言う形で、夜は（ミーティングに）出ないで、「帰り」と言ったりとかしています。子どもを一人預けている人は、DVを受けて施設に入ってから養護施設に預けてマックに来ました。定期的に児相とマックと養護施設に預けているスタッフとカンファレンスをして、お母さんの状態がどうか、お母さんと離れている子どもの状態がどうか、会うときにはどのような状態の時がいいか、とかを見て、お母さんの状態に合わせて子どもに会おうという形をとってくださっているので、比較的うまくいっているケースかなと思います。ただ、虐待をしたときがどのような状況やったのか、というのは、児相は個人情報ということで教えてもらえなくて、こちらばかりがしゃべっているという感じです。そういう場ではどのような状態だったのかという現実を知りたいなと思っています。

子どもを見てくれる人が必要——宮本

うちは地方で、子どもを預けて親元に預けている人が2人います。児相とのやりとりはないんですけど、私がスポンサーになっている人は子どもがいて、地方ではAAやNAに行くにも車で何時間も行かないといけないのですが、その人はときどき自分で車を飛ばして来たりします。子どもを連れてきたときは私が見て、ミーティングに出て帰るということを主体にしています。

DVを受けているある人は、子どもを連れて1回出たんですけど、その方はアルコールという自分自身の問題もあるし、とてもじゃないけど子育ては無理じゃないのと私が判断してその人に言ったのですが、結

局、子どもは旦那さんの方において、自分のことをまずやりましょうということになりました。

私自身は、実家にいましたので、母親に子どもを見てもらったりしました。父親が半身不随だったので、しばらくの間は私が父親の面倒を見て、ということをやっていたんですけど、父親が亡くなってからは母親は仕事に行って、子どもだけを残して私はミーティングに行く、ということをしてきました。やはり、そのときは後ろ髪を引かれる思いで、子どもに「お母さん、今日だけはいて」みたいなことを言われて、でも、行かないと、私は死んでしまう、「いや、お母さんは行く」みたいなことを言ってミーティングには行ってました。そういう自分のことを考えると、親の援助があったから、多分、子どもを育てながら自助グループで、ということのできたのかなと思います。当初、子どもたちを食わせて行かなくてはいけないんだというのがあったんで、それがすごくいい方向に働いたのかなとは、振り返ってみて思います。

急を要するとき、すぐに子どもを預かってくれるような場所があれば——倉田

皆さんもご存じのように大阪ではけっこう、子どもと母親との悲惨な事件が多かったのですが、いろいろな窓口ができて、というのはまだまだこれからだと思います。

私自身がかかわった中で、保健師さん、生活保護課の人、お医者さん、児相の人、当事者の人、子どもさんをみてくださっている親戚の方と、1テーブルで話をしたことがあります。そのときに、一番親身になってくださったのは保健師さんでした。ということはやはり、日々そういう現場に行かれている方はわかる、察する力があると思うのだけれども、それ以外の方は何か起きてから、とおっしゃるのです。

実際にお子さんを預けたり引き取ったりを繰り返していよいよ引き取ったときに、お子さんが家の中で火をつけたりとか、お母さんがそれに耐えられなくて自傷行為が起きて、家から飛び降りようとするのを子どもが止めたりとか、お母さんを見張るようになったという、親子管理が逆になったり、言葉で母親を傷つける、「おまえのせいだ」とか、「なんで産んだんだ」とか、というのが起きて、本人さんはいま私の所に入所されています。お母さんの動機がついて、うちの施設でリハビリをやり出したら、親戚の方にお子さんの生活面とかを支えてあげてほしいと言うことを前々からお願いしてありました。そこで、お母さんがその気になって入院して解毒してうちに入所したのと同時に、ご親戚の何人もの方が、生活保護を受けながら1人暮らしをされている成人年齢間近のお子さんの生活を支えていく、家の中に入ってお掃除を手伝ったり、ヘルパーを入れたりということをやっています。

一応それで落ち着いたように見えるのですが、そこで出てくるのが新たな問題で、確かに母子の虐待というのはあると思いますが、依存症の中で生まれ育ったお子さんが、やはりしっかり発達しないというか、親戚の方が1週間後に行ったときに、彼女がお金の計算ができない、ということに気がつかれました。そこで今、児童精神科で今後どうしていこうかという話になっているのですが、彼女はお母さんの姿を見てきているので、夜は寝なければいけないということはないとか、知り合った人と一緒に喫茶店に行ってもいいんだとか、というふうになってしまいます。家に帰ってこないとかいろいろ新たな問題が起きてきているのではないかと思います。大阪の児相にはいい方も、理解のある方もいらっしゃるのだけれど、だいたいは何かがおきないと動かない、という場合が多いのです。私たちの方は、今この瞬間にお願いしたいということが多いので、その辺がなかなかかみ合わないけど、そこで喧嘩して終わってしまうのもどうかと思うので、その辺をもう一度やっていかなければならないと思っています。

それから、自助グループの中で見える虐待、見える暴言、暴力というのは、私も虐待を受けてきているので、すぐに発見することができるのですが、見えないもの、隠されたり、隠れているものもあります。NAに連れてきているお子さんを見ると、半年くらい前は生き生きとはしゃぎ回っていたのに、少し大きくなっ

たら、「大きくなったね」と話しかけても下を向いて話さないとか、じっとしていないとか、やはり何か起きていと察することができるようなことがあります。そういう方々が集まって……と思うのですが、すぐには話せないと思うのですね。お子さんをお持ちの方同士、自分がそういうことをしていることを話す場所のだけど、そういうことを話さずに、子育てって大変だよ、というだけになってしまうのはどうかと思うので、かかわっている専門家の方に、もう少し話しやすいような、共感できるような場になっていてもらいたいなとすごく思います。そういう意味ではまだこれからかなと。だって、家族の支援をしている人が子育ての支援をしているんです。長年家族の支援をされてきている方で、ちょっと名前の知られてきている方が、いきなり子育ての支援をする、ということを知って、私はたまげて、それはちょっと違うだろうと、思ったのです。そこに何か効果があるのだろうか、正直思います。子育ては大変だという共感ができていいと、言ってらっしゃるので、そうなのかなと思うのですが、ちょっと共感できない部分もあるし、なかなか一緒にやりたいと思ってもむずかしいです。

ディスカッション

K（施設スタッフ） 皆さんの話を聴かせていただいて、うちもそうだなと思うことがたくさんあり、どこからお話ししていいか迷うのですが、最初に思ったのは、みんなが言っていた、今すぐどうにかしなければ、ということが多いというのは本当にそうで、1ヵ月先に法事でおばあちゃんをショートステイで預かってほしいというような時間の流れで私たちは動いていないんですよ。よくあることですけど、誰かが誰かを思いきり罵倒したりとか、ちょっと突き飛ばしたみたいなのがあつて、ほんの3日、1週間、1ヵ月、どこかでちょっと、クールダウンするような場所があつてほしいなと思うし、それに精神症状がついていると病院さんでお願いすることが多いのですが、それがなかなかうまくいかなかったりする。ほんの少しそこで預かってもらって、落ち着いて調整すれば、また戻ってこれらるようなことがあるんですけど、一緒に住んだがために、もっともっとアクテイングアウトが多くなってしまったり、火をつけるようなことが起きると、施設に戻れなかったり、いられなくなってしまうということがあります。そういうときに、今すぐ、預けられるところがあるといいなと思います。とくに女性の場合は、事前に情報があつてわかっていても、やはり住んでみて安心したとたんに何かを出してくるといった、3ヵ月過ぎたあたりが一番恐ろしいというか、ということもあります。そういったときに、そこで手間取るとスタッフも消耗してしまいます。ですから何か起きたときに、すぐに預かってくれるところ、スタッフをカバーできる態勢がもう少しあるといいかなと思いました。

お子さんの話では、最近はお子さんを持っている方は少ないですが、今、18歳未満で、いろいろな手立てのある中で入っている方がいます。児相がいろいろかかわってくださるからいいというものでもなくて、児相さんがメインとしていることについてはすごくやってくださるのですが、アディクションの問題を抱えていたり、精神疾患などを抱えていたりすると、自分たちの守備範囲とはちょっと違うみたいな感じで押し出されてしまったり、民間シェルターなどでも精神科の受診歴があるともううちでは無理と言われてたり、殴られていて薬を使っていたら精神科にいかないわけにはいかないでしょうという感じなんですけど、でも逃げるところがないということなどがあります。

上岡 私はハウスをずっとやってきてこのところ思っているのは、女性にとって必要なのは、デイケアだったり、子どもの問題だったり、身体の問題だったり、いろいろなことが起きてきて、どれも継続的にケアが必要だと言うことなんですよ。だから仙台の佐竹さんのお話しにもありましたが、一通りプログラムを終

えても、辞めない人が多いです。ミーティングにはこないけど所属しておきたくて、なおかつ、本当に必要なときがあって、そのときになると突然電話がきたり、逃げてくることがあったりする。だからセンターみたいな役割の場所、そこに行ったら、女性の依存症、マイノリティの依存症のことが全部わかるというような、そしてつながりが継続しているという場所が実は使いやすいのではないかなということはこの頃思っています。だけど、制度的に生活訓練施設はこうとか、分けられてしまうとすごく使い勝手が悪いし、利用後もいろいろなことがおきるのだけど、そのたびにいろいろな施設資源を探していかなくてはならないというのもヘンな気がします。それで、大阪のめばさんに、フリーダムでやっていらっしゃることを、ちょっとお話し願いたいなと思います。

めば 「フリーダム」は、大阪ダルクが8年たったときに、それまで民間で一般の支援センターという形でお金を集めていたのを、フリーダムという名前にして発展的に解消して、私たちのような当事者、家族、専門家が同等の立場でかかわれる場をつくるということと、私自身が性同一性障害というマイノリティで、ダルクという男ばかりの所に私自身が居れなくなったということから、中間的な場所をつくるという意味合いもありました。

やっていることは、まず相談業務で、家族の相談を当事者のいるダルクの中で行うのはよくないので、そういう当事者以外の方の相談に乗ったり、地域とのネットワークを新しくつくったり、社会資源を開発したりということをやっています。今は、刑務所を出てきた人のサポートを始めています。

そういうわけで薬物依存の当事者以外の人をサポートをする場だったのですが、今度ダルクの真横に引っ越しをしたので、しょっちゅうスタッフがお弁当を食べにきたりとか、愚痴をいいに來たりということもあるし、女性ホームのメンバーがミーティングの後にきてだべったりしています。女性ホームのスタッフはダルクの中に机も何もないので、フリーダムがオフィス代わりになったり。だから結果的に非常に風通しのいい場になっているというか。プログラムのにも今までのダルクでは、1日3回のミーティングが規則ですが、うちはそういうのは強制していません。ですから人によって違うプログラムを提供するには、1つの空間だけではダメで、風通しがよかったり逃げ道があったり、最終的にはダルクがスキャンダルを起こして問題になったときに、ダルクという看板を外してすぐにフリーダムになれるよう準備をしています（笑）。

アバウトプログラムを必要としている人が実際多いんですが、それはどういうものかという、ダルクでやっているきっちりしたプログラムを受けている横で、そうじゃない人も共存できる、そういう態勢を今作っています。だからきっちり決めない。風通しをよくすることと、3ミーティングが抑圧的なプログラムになっていくことを防ぐ、という感じです。

5) まとめ

4回にわたる討論会によって、女性依存症者の回復支援をめぐる問題が明らかになった。

第1回は、カナダで臨床を行っているケースワーカーである南氏を講師にしてカナダでの治療施設の実態を通じて依存症支援のあり方を検討した。インテークを主な業務にしている南氏が、どれほどきめ細やかに対象者に向かうのかが明確にされた。特にカルチャーとジェンダーに注意して介入を行うとされている点が印象的であった。

第2回は、沖縄で民間組織として依存症本人と家族の支援を行っている安高真弓氏を講師にして当事者研究を通じて育児をしながら回復をめざす女性依存症患者に対する支援について検討した。子どもをもつ女性依存症者にとって、適切な育児をしていくことは回復過程において大きな課題になる。育児と回復との両立のための本人の立場から有用な冊子を作成してきた過程から、当事者の立場でどのような丁寧な支援が必要であるのかが生き生きと語られている。

第3回は、アパリクリニックで診療をされている精神科医である宮地尚子先生と、女性を支援するカウンセリングを長年にわたり実践されているカウンセラー平川和子氏を講師として女性依存症者に多いと考えられる性暴力被害と依存症の回復支援について検討した。本人の支援の必要性と同時に、ケアにあたるカウンセラーや治療者の側の傷つきについても注意が必要であることにも触れられている。

第4回は、女性依存症回復支援施設スタッフの研修のための組織である「豆の木ネット」座談会として施設運営上の苦労や工夫、関係機関との連携やネットワークの困難さなどが述べられている。

以上から浮かび上がってくる、女性の依存症者の回復支援に関わる問題は、第一に、心的外傷をめぐる問題である。女性依存症者は特に心的外傷体験の問題に対する配慮が必要である。全ての回でこのことについての言及があった。施設につながっても経過がスムーズでない方の場合あるいは外傷的な問題が隠されているような場合が実は多いことがうかがわれる。治療的にも依存症からの断薬を継続するための治療的取り組みと同時に心的外傷に対するケアを行う必要がある、わが国の現状ではそれぞれの専門的な治療が不足している中で、施設利用者においても症状が発現していることがうかがわれる。

このことに関連して女性依存症者の回復支援では、育児と関連して児童福祉との連携の必要性が高いことや、婦人科などの身体的な治療も同時に必要であることが明らかになった。

V. 総合的考察：依存症者と家族を支えるためのサービス類型案

1. 現状の問題点とそれに応じたサービスのあり方

以上の調査と討論会から明らかになった依存症女性のかかえる問題と、そこからの回復支援プログラムに必要とされる特性としては、以下のように集約される。

1) 多問題性

女性依存症者は、身体的・心理社会的な多くの問題をかかえ、それが突発するような場合もある。そのため一つの支援類型にはあてはまりにくく、複合的な支援ニーズに応える必要がある。多角的なサービスに対する必要性が高いために、種々のサービス類型を組み合わせる必要性が高い。

2) 問題領域の広範さ

生活福祉、婦人相談、児童福祉、医療（内科、精神科、婦人科など）、更生保護、教育など広範な関係機関との連携を要する。特に司法や法務領域との連携が問題になる。このために多領域の機関とのネットワークケアを継続する必要がある。このためにネットワークのコーディネートをを行うような機能を提供する機関が必要である。

3) 広域性

DV加害者からの避難などの移動が必要な場合がある。また、薬物仲間や売人のいる環境から離れる必要もある。そのために支援プログラムやケースマネジメントは、移動や広域にわたる施設利用の可能性をおりこんでいる必要がある。ヒアリング調査の結果からも他地域から移動してきている利用者が多いことが分かった。そこで移動によっても同様のサービスやケースマネジメントが継続するようなサービス体系が必要である。

4) 多世代性

調査結果からは3から5割程度の利用者に出産経験があることが明らかになり、また被虐待経験がある場合が多いことも討論会などからうかがわれる。こうして被害者が依存症を発症し、彼女らが育児をすることで次世代への問題の伝搬の可能性がでてくる。そこで世代を超えた育児に関するプログラムが必要であることがわかる。

5) 長期間にわたる支援の必要性

育児や結婚、就職などライフサイクルにしたがってさまざまなストレスの変化がある。そのためにそれぞれのライフステージに応じた、長期間にわたる支援が不可欠である。調査の結果でも当初の相談から本格的な施設利用にいたるまで数年間かかったり、施設利用を終了した後も数年間にわたるアフターフォローが必要であったりする場合が多いことがわかった。

6) 支援に対する動機づけの重要さ

依存症は「否認の病」とも言われ、依存症者には支援や治療を受けるまでの動機づけに時間がかかる場合が多い。調査結果としても電話相談などの初期の相談から実際に施設利用にいたるまでに数年間かかるよう

な場合があることは、動機づけのための相談を継続する必要性が高いことを示している。本人の治療に対する動機が高まるまで、いわば依存症という精神障害を受容するまでに長期間で密度の高い介入が必要である。

依存症の問題が始まってから支援が開始されるまでに時間がかかるのには、一般社会や薬物依存症に関わる種々の関係機関の側にも問題があると考えられる。依存の問題を認識した家族が精神保健関係機関に相談するのか、警察など取り締まり関係機関に相談するのかで、薬物依存症についての考え方や介入の方針が異なっており、これが支援を受けるまで長い年月がかかる一因となっている。この点では各関係機関が疾患モデルに基づく依存症の概念や介入の仕方についての認識をもてるような普及啓発も依然として必要性が高いことがわかる。

7) 生活全体そのものを通じての回復支援

依存症者は、統合失調症をはじめとする精神障害などと比較して、日常生活技能全般そのものが障害されることは少ない。しかし若年期からの虐待的な人間関係の中でトラウマ的な体験を繰り返している場合が多いことから、対人関係が不安定であったり、親密な関係に不安をもったり、就労などステップアップに際しての不安が高まってしまうような場合が多い。また基本的で一般的な教養（読み書き、計算など）が不足しているような場合があり、支援者としても予想がつかないような点で不自由を感じているような場合がある。こうした依存症者の支援にはある時期に職員がともに生活したり、長時間行動をともにするような「生活そのもの」をともにすることで回復支援が必要である。その中で本人のもっている不自由のあり方が少しずつ職員に理解され、身につけることが必要な技能が明らかになったりする。そこでデイケアとナイトケア、宿泊プログラムを一体として提供するような支援プログラムが有効である。

2. 現状の自立支援関連事業における問題点

上記の諸点が現状の自立支援関連事業でどのような問題になっているかをまとめると下記のようになる。

- 1) 一つの類型には当てはめづらく、複合的に事業の申請を行う必要がある。そのために施設の位置づけが複雑になり、事務が繁雑になっている現状が認められる。そのために調査対象機関も運営母体や施設を分割して運営する形態をとるなど複雑になっている。
- 2) ひとつの施設では支援が完結しえないために、ネットワークを組むことが必要で、広い領域の施設との交流を可能にするためのコーディネート機能や事務局機能など、ネットワークを維持できるだけの支援のシステムを要する。保健福祉関連のみならず、司法関係機関や教育機関など、立場の異なったさまざまな機関との連携を要する。
- 3) 地域間の移動や転地が必要な場合にはそれが容易にできること。地元から離れることが必要であったり、女性の場合には特にDV加害者からの避難が必要であったりする。
- 4) 次世代への伝搬を防ぐための託児所機能や子どもとともに取り組む母子プログラムを要する。
- 5) 生活訓練事業が2年までなどの規程が問題になる、依存症女性が自らの自立や育児を可能にするだけの落ち着きをとりもどすにはより長期間を要する。
- 6) 相談の段階から認定、サービス開始にいたるまでのケースワークの過程が重要で、時間もかかるために、この段階についての支援が必要である。
- 7) 生活をともにすることによる回復支援が可能であるように通所、入寮が一体であり、なおかつ社会的な活動を含む生活全般に目配りが可能な支援が必要である。

3. 検討したサービス

検討会で検討した必要なサービスとしては、以下のようなサービスであった。

1) まず介入や回復段階からみた必要なサービスは以下のものである。

① 早期介入段階：初期段階で家族や関係者しか治療必要性を認識せず、本人の治療動機が低い段階

- ・早期介入のためのアクセスしやすく安価でいつでも受けられる相談窓口
- ・相談や治療先の情報提供や振り分けのためのオープンな相談
- ・家族支援や家族のみによる相談が可能な窓口
- ・一回だけだったり、相談途中で中断したりする場合でも評価されることが必要
- ・家族が本人を介護支援する機能を失っている場合（親からの虐待、離散家族など）には、役割分担をしながら関係者のネットワークを構築することがまず必要になる。

② 施設プログラム：施設利用を開始した人に対する集中的なプログラム

- ・利用開始した人の個別支援計画をつくること
- ・継続的に通所ができない人のための個別支援計画（指定相談事業のサービス利用計画にあたる）
- ・日中の治療プログラムと入寮など生活の場を一体的に提供する施設プログラム
- ・回復者など依存症支援について見識あるリカバリースタッフによるプログラムの提供（ピアサポート）
- ・施設プログラムからの卒業が難しい場合の継続的支援プログラム
- ・必要な場合に地方の施設へ移動して行う転地プログラム
- ・金銭管理や経済的な管理についての自立を促すプログラム
- ・施設利用者の家族に対する支援（母子プログラム、親子のきずなプログラム）
- ・子育て中の利用者のための保育所機能（育児負担の軽減）

③ 施設終了にむけてのサービス

- ・就労や就学についての情報提供やトレーニングの場
- ・施設や家庭からの自立をめざして单身や母子で生活を始めた人をサポートする訪問サービス
- ・不安があるときにいつでも行ける”たまり場”
- ・突発的な事態に対応するシェルター機能（DVなど）
- ・休息が必要な場合のショートステイ事業

④ 回復過程を通じて必要な支援

- ・治療のはじめから回復期まで継続的に関わるケースマネジメント
- ・『衣・食・住』の負担の軽減につながる福祉相談窓口
- ・自殺予防を視野に入れた24時間可能な相談支援サービス

⑤ 多領域と関わるネットワーク

- ・関係機関との連携（連絡調整、連絡会の開催など）
- ・「法律相談」、「生活相談」、「医療相談」、「福祉相談」などとの連携
- ・「生活福祉、地域保健、子ども家庭、児童相談、医療、法律、教育など多領域の連携のもとでの地域ネットワーク」など

(医療との連携)

- ・24時間受診できる医療サポート
- ・治療に関するセカンド・オピニオンの窓口
- ・合併症がある場合にも総合的にサポートできる医療サービス

(司法との連携)

- ・刑務所や更生保護施設からの出所した人の受け入れの評価

2) 症状の程度からみたサービス類型

さらに本人の症状(障害)の固定の程度からは以下のような類型が想定できる。

- ・治療の必要性の理解がないが、ある程度の機能が維持されている「否認型」
 - ・治療開始しているが薬物乱用が継続している「依存型」
 - ・治療開始して薬物乱用は止まっているが、精神症状が強い「精神障害型」
 - ・強い精神症状はないが日常的なサポートが必要な「回復途上型」
 - ・内科や身体的な障害が合併しているような医療の必要の強い「合併障害型」
 - ・治療は終了の段階だが必要のあるときにはサービス利用が必要な「フォローアップ型」
- など

3) 女性の施設としての配慮すべき支援

- ・男性からの被害を受けてきた人に配慮する支援
- ・母性に配慮した支援
- ・ジェンダーバイヤスに敏感な支援
- ・周囲からの過剰な役割期待に配慮した支援
- ・女性としてのライフステージに配慮した支援

4) その他

- ・10代の人や高齢の人に配慮した支援
- ・知的レベルへの配慮、読み書きや計算など生活上不可欠な教養に自信の持てない人も多い
- ・職員の養成や研修(職員にはストレスがかかることが多い)
- ・普及啓発やメッセージ活動に関わる事業

4. 理想的な依存症回復支援施設とは

依存症からの回復とは、自助的原則にもとづく治療プログラムを年単位で継続することによる、断薬・断酒の継続と、人間的な成長がその本質である。そのために「12ステッププログラム」にもとづくミーティングに繰り返し参加し精神的な安定を維持しながら、社会的な適応を向上させるような長期間にわたる取り組みが必要である。

そこで理想的な依存症回復支援施設としては、依存症の回復支援プログラムのみならず、24時間対応できる相談サービス、シェルター機能、合併症のケアについての情報提供、保育などの育児支援、家事労働支援、就労・就学支援、家族支援、メッセージ活動や地域ネットワークとの連携などを含む「包括的な依存症回復支援施設」としての機能を必要とすると考えられる。

また依存症の回復支援プログラムの内容としても、日中と夜間を連続的に一体として提供するプログラム、

自助的原則に基づくミーティング、認知行動療法、トラウマケアなど多面的な内容を含む必要がある。これらは、治療からのドロップアウトを防ぎ、自殺などの不幸な転帰にいたるような場合を避けるためにも必要なプログラムであると考えられた。

5. 現状の自立支援事業との関連

これに対して現状の「地域生活支援」や「就労継続支援」などの自立支援法内のサービス類型がそぐわない点は、障害認定に関わる問題、対象となる「障害」が依存症回復途上者に認められる生活上の障害とマッチしないこと、2年間の期間限定に関わる問題、などが挙げられる。

まず、障害認定について、薬物依存症には身体障害、知的障害と、統合失調症を中心とする精神障害の場合の機能障害、生活障害とは異なる部分がある。違法な薬物に関わることも多い薬物依存症の回復支援については、司法関係機関との連携が必要になる場合が多く、司法関連機関からの勧めで施設利用にいたるような場合もあり、必ずしも医療を通過しないで施設利用を希望するような場合がある。この点に関連して本人に「精神障害」との認識が持ちづらいこともある。さらに依存症に特徴的な「否認」の機制によって、本人が自らの精神的な不調について認識が十分もたれないこともある。このために本人が障害認定の過程にのるまでに時間や介入を要する場合が多い。

早期段階の介入と障害認定にいたるまでの過程で中断してしまうような利用（候補）者も多く、この部分の労力が重要であるが、施設にとっては負担になっている。この部分の評価を受けることができる可能性があるのは、相談事業であると考えられるが、特定相談事業者となるには区の認定を受ける必要がある、などのハードルがある。

また現在のダルクによる全国的なネットワークは地域異動を含めて地方のダルクと連携をとることで全国のダルク全体として効果的な治療的な環境になるように機能している。全国からの利用者がどの施設でもサービスを受けられるようなシステムが必要である。全国からの利用者があるために所在自治体からの支援が受けづらいという特徴がある。であればこそ国からの支援が本来は必要ではなからうか。

まず、自治体格差の影響がないような生活福祉制度（全国からの利用者がある）が必要である。現状では、生活保護が出身地域から受給できるのか、それとも施設の所在地から受給できるのかが統一されずに問題があることがある。自治体によって補助金の額に格差があるような場合があり、特定の区からの入所者が少ないと補助金額が減額になるような場合には、入居の優先順位に影響せざるをえない場合がある。

さらにダルクは日中のプログラムと夜間のナイトケアとを一体的に提供する場合が典型的であるが、これが別個の形で認定されているために、包括的な依存症ケアを考える際には、複数の類型を重複して申請してケアの一体性を図る必要がある。実体的に同一の施設を分割して考える必要があることは、事務作業量の増加や煩雑さなど利用者のケアに集中すべき職員のエネルギーを奪ってしまう。

また職員の負担については、相談支援専門員やサービス管理責任者の資格研修が負担になっている。本人性の立場からケアを提供するダルクのような施設にとっては、法的な規制が施設運営における負担になる。

生活訓練事業の類型は依存症回復支援に近い部分があると考えられるが、利用期間に上限が設けられている場合には、施設利用の導入までに時間がかかり、施設プログラムの終了後にもアフターケアの必要が高い依存症の場合になじまないと考えられる。

6. まとめ

以上、調査や討論の結果を踏まえて女性依存症者の回復支援に必要な特性を抽出し、考えられるサービスの項目案を提示し、現状の自立支援法によるサービス体系との適合が難しい諸点について指摘した。

現状の施設の立場からみたサービス類型案としては、「包括的な依存症回復支援施設」が理想的である。しかし現状の自立支援法の理念などと矛盾を来す点もあり、現実的には、生活訓練事業や特定相談事業などを組み合わせた形でのサービスを複合的に提供するような形態になろうと考えられる。

VI. 検討委員会の実施状況

1) 第1回検討委員会

日程：2010年8月14日 19時～21時

参加者：平川和子、加藤俊也、坂上香、梅野充、宮本真巳、その他（事務局15名）

事務局員より、本事業「依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての調査とサービス類型の提示」についての計画書を提示し、事業目的・計画内容・予算案等について検討委員の了承を得た。

2) 第2回検討委員会

日程：2011年3月30日 19時～21時

参加者：平川和子、加藤俊也、坂上香、梅野充、宮本真巳、その他（事務局15名）

事務局員より、本事業「依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての調査とサービス類型の提示」についての報告書を提示し、事業内容・結果・決算等について検討委員の監査を受けた。

VII. 成果の公表実績計画

1. 報告書の配布

300部作成した本報告書（「依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての調査とサービス類型の提示（依存症に関わる回復支援施設の現状、家族問題、ジェンダーに注目して）」）のうち、100部を関係機関に送付した。残部については、今後の研修会などの機会に配布予定である。

2. 日本病院・地域精神医学会におけるシンポジウム（平成22年11月5日於 東京）

第53回日本病院・地域精神医学会総会において、次のシンポジウムをオーガナイズした。

日時 平成22年11月5日（金）14:50～15:50

場所 ホテルメトロポリタン エドモンド（東京都千代田区飯田橋3-10-8）

演題 女性薬物依存症のリハビリテーションと障害者自立支援法-ダルク女性ハウスの実践から

発表者 上岡陽江（ダルク女性ハウス 施設長、PSW）

内容 ダルク女性ハウスをはじめとする多くの女性薬物依存症の回復支援施設では、その支援の実績と多方面からの期待があるにも関わらず、財政的な基盤は脆弱なものである。それは現在の自立支援法によるサービスが、ダルク女性ハウスのような活動には適用しづらいためである。障害区分認定の問題や、市町村主体のサービスなど解決すべき課題は大きく、そもそも薬物依存症のリハビリテーションに適用すべきかどうかなど、2009年に行った東京都調査と本調査をふまえて問題提起を行った。ディスカッションの中では、実際に精神医療に携わるものの中にも、「アルコール依存はみても、薬物依存はみない」という人がいるように、薬物依存症者が回復支援を受けられる環境は非常に厳しいものがある事が明らかになった。特に年齢が若く、PTSDの症状等が強く現れている状態にある人に対する支援を考えた時、現在の自立支援法のサービスにあてはめることは難しく、継続的な支援につながりにくくなっているのではないかという現場の声が聞かれた。（添付資料 a、b）

女性薬物等依存症者に対する 相談支援に関する実態調査委託 -アンケートの集計結果-

ダルク女性ハウス 2009.7.31

調査対象施設一覧

- 保健所・保健センター…都立精神保健福祉センター(台東区)の担当地域(区部東北部13区)における保健所・保健センターのうち、ダルク女性ハウスと連絡を取り合ったところを中心に、地域的な偏りがないように留意しながら抽出された11箇所*1
- 精神保健福祉センター…都内3センター(全数)
- 児童相談所…ダルク*3が連携を保っている4施設
- 医療機関…アディクション《治療相談先・自助グループ》全ガイド*2に掲載されている都内の病院・診療所(全数)
- 母子生活支援施設…ダルクが継続連携を保っている2施設
- 福祉事務所・行政福祉担当…ダルクが継続連携を保っている5施設
- 更生・保護施設…女性を対象とした更生・保護施設(全数)
- 児童・青少年のための入所施設…ダルクが継続連携を保っている3施設
- 女性のためのサポートセンター…ダルクが継続連携を保っている3施設
- 民間相談室…アディクション《治療相談先・自助グループ》全ガイドに掲載されている都内の民間相談室(全数)

*1. 担当地域(区部東北部13区)には、計51ヶ所の保健所・保健センターがある。
*2. アディクション《治療相談先・自助グループ》全ガイド(ADRK、アルコール薬物問題全国市民協会)
*3. この場合、ダルクとは、ダルク女性ハウスを指す。

回答者の属性n=49

- 職種*
 - 福祉職22名(44.9%)
 - 看護職10名(20.4%)
 - 心理職7名(14.3%)
 - その他6名(12.2%)
 - 医師4名(8.2%)
- 勤務形態
 - 常勤職員39名(79.6%)
 - 非常勤職員6名(12.2%)
 - 不明2名(4.1%)

※福祉職には、精神保健福祉士、社会福祉士、生活指導員、家庭相談員、児童相談員、婦人相談員などが含まれます。
※看護職には、看護師、保健師が含まれます。
※心理職には、臨床心理士、心理カウンセラーなどが含まれます。

Q2. その他の問題(自由記載より)

- ＜専門的機関の不足＞
 - アディクションについて専門的に相談、介入してくれる人材や社会資源が少ない。ほとんどない。アディクションと児童虐待のグループミーティングの場が少ない。
- ＜世代間の連鎖と子育ての困難さ＞
 - 子育て(次世代を育てる)ことの困難さ…安定して子ども向き合えないことが多いため、児が不安定になっていく
 - 子育ての困難さが思ったより大きい。本人が問題ある家庭で育ってケースが多く、基本的なことを知らないので子どもに伝わらないことが多い。
- ＜外傷体験による対人関係の困難さ＞
 - 孤独になりがちの方がいる。人と上手く距離をとって付き合うことが苦手なのか?と思う。あと、トラウマについてどのように扱っていけばよいのかよくわかりません。

調査概要

【目的】女性の薬物等依存症者に対する相談支援に関する実態を把握し、課題を取りまとめ、東京都の今後の施策の基礎資料を得ることを目的とする。

【方法】

- 調査形式: 郵送法による自記式質問紙調査
- 調査期間: 平成21年5～7月

【対象】東京都内の関連施設*に所属する62名

- 回答者数 49名(回収率79.0%)

*調査対象施設は次ページに掲載

回答者の属性n=49

- 性別
 - 女性36名(73.5%)、男性13名(26.5%)
- 所属先
 - 医療機関(病院・診療所)13名(26.5%)
 - 保健所・精神保健福祉センター10名(20.4%)
 - 更生・保護施設7名(14.3%)
 - 福祉事務所・行政福祉担当5名(10.2%)
 - 民間相談室4名(8.2%)
 - 児童・青少年のための入所施設3名(6.1%)
 - 女性のためのサポートセンター 3名(6.1%)
 - 児童相談所2名(4.1%)
 - 母子生活支援施設2名(4.1%)



Q3. 子どもを抱えた女性薬物依存者

- 子どもを抱えた女性薬物依存者に関わった経験があるか? Yes 34名(70.8%)
- その子どもの年齢区分(複数回答)n=34
 - 乳児(1歳未満)50.0%、幼児(1歳～小学校就学前)70.6%、少年(小学校就学～18歳)70.6%

問題の種類	割合 (%)
育児放棄	50.0%
育児に対する不安や困難	70.6%
子どもの健康	70.6%
経済的問題	50.0%
子どもへの暴力	50.0%
子どもの健康被害	50.0%

Q4. ダルク女性ハウスとの連携に対する期待(n=48)

- ・ 大変期待している: 43名 (89.6%)
- ・ どちらかと言えば期待している: 5名 (10.4%)
- ・ どちらかと言えば期待していない: 0名 (0.0%)
- ・ 全く期待していない: 0名 (0.0%)

具体的に期待されること(自由記載より)

<当事者女性の施設としてのプログラムの豊かさ>

- 当事者女性が自ら回復への道を歩もうと思えるように動機づけが出来る事への支援(更生施設内では限界があり)。実際のプログラム参加で力をつけること
- 女性の回復施設として大変貴重な社会資源。経済的にも安定し、運営されることを期待している。
- 女性が同性とのつながりを育むなかで、自尊感情、自己効力感を高め、安心して自分の気持ちを話せるようになる場所として期待している。

具体的に期待されること(自由記載より)

<当事者ならではの支援>

- 専門性のある利用者支援技術
- 当事者の苦しみを当事者のことばとして発信してほしい。安易な医療化の波に呑み込まれずに活動してほしい。現在薬物依存の治療をしている利用者はいないが、いる場合は自助Gへの参加を促したいので協力をお願いしたい。また、利用者への啓発活動も行ってほしい。
- 医療や福祉行政でできないこと、例えば回復者が持っている回復のスキルを示すこと。女性のかかえる問題に対しても同じこと。

<専門機関への支援や相談>

- 困った時の相談やケース紹介などいつも大変お世話になっております。今後とも、連携をさせていただくためにもっと大きな期待を持っています。
- 関係者会議での助言。対象者とのかわり。支援に向けての個別の助言

Q6. ダルク女性ハウスを紹介する目的(複数回答)n=49

- ・ 社会復帰訓練: 28名 (57.1%)
- ・ 本人・家族からの相談があった場合: 26名 (53.1%)
- ・ 退院後・退所後の支援: 25名 (51.0%)
- ・ その他: 7名 (14.3%)

- ・ これまで紹介したことはない: 14名 (28.6%)

Q7. 女性薬物依存者に絞った回復支援の社会的な取組

- ・ 今後、どの程度充実していく必要があるか?
 - 大いに充実させる必要がある: 42名 (85.7%)
 - どちらかと言えば、充実させる必要がある: 7名 (14.3%)
 - どちらかと言えば、充実させる必要はない: 0名 (0.0%)
 - 全く充実させる必要はない: 0名 (0.0%)

図 充実させていく必要がある具体的な内容n=49

Q7-1. その他、必要だと考えられる取組(自由記載)

<医療的な専門的介入ができる非医療的な施設>

- 医療的な介入(解毒、自傷、自殺、気分障害などの精神医学的介入や各種心理療法もできる(認知行動療法、弁証的行動療法など))もある程度できる。非医療的な入所施設。

<人への信頼感を育てる場やプログラム>

- 人への信頼感の醸成、自分にはかけがえのない人間なのだという自己価値感の向上のためのプログラム。薬物の方は派生して起こる、うつ、パニック、BPDなどで精神科通院をされるひが多いです。薬物を知らない精神科医が本人の訴えのままに出す薬での問題はないですか。そこで、精神科へ薬物依存の女性患者について理解してほしいことをアピールしていく事が必要。月経・ホルモンのこと、子育てのこと、片親のこと、薬の種類使い方など

**女性薬物依存者のためのリハビリ施設
ダルク女性ハウスが障害者自立支援法に適合しない問題について**

- 1.障害者自立支援法とダルク女性ハウス関連との大きなずれと問題
問題① 障害者自立支援法第24条第1項
次に掲げる女性ハウスに適用したケースは別個なことが多い。
問題② 全国のケースを対象とするダルクと自立支援法の申請利用中心の事業との不適合
問題③ 平成24年度中に通所施設「フィット」を自立支援法に準行せざるうない4000㎡一坪の敷地を地域活動センターへの申請に際し、都は生活訓練への移行のみを勧めたが、……
1)通所施設で及び「フィット」の現状
通所施設「フィット」は都の第二セクターであり東京都地域福祉振興財団(現 東京都福祉保健財団)より平成15年度は東京都と大塚倉庫の100万円借付金(補助金)交付あり、人員費も東京都から交付あり。
2)ダルク女性ハウスの要望「都単位での地域活動支援センター」への移行
3)都からの要望 生活訓練事業への平成23年度からの移行
4)国への働きかけ

女性薬物依存症者のためのリハビリ施設 ダルク女性ハウスが障害者自立支援法に適合しない問題について

NPO 法人「ダルク女性ハウス」は女性の薬物依存症者のためのリハビリテーション施設として、宿泊施設である「いこいの家」と通所施設である「フリッカ・ビー・ウーマン」を運営している。ダルクはスタッフも薬物依存の回復者を中心に運営しており、基本的には利用は本人の自由であり、自立支援法による制度には適合しない点が多いためである。

1. 障害者自立支援法とダルク女性ハウス運営との大きなずれと問題

問題① 障害者程度区分認定での問題（主に初めて女性ハウスに来所したケースに対して）

初めて女性ハウスにつながるケースは、医療からは専門病院の PSW に勧められて、司法からは拘留所や刑務所で担当の弁護士さんに勧められ、あるいは親から勧められなどで来所するが、本人のリハビリにたいする意志がそれほど固まっていない。この初期の段階では、短期間の通所・入所ケースも多く、スリップや自己退所してしまうこともしばしばである。それでも、この段階で薬物依存症者の自助グループ N.A. や回復への指針である 12 ステップを知り、女性ハウスの雰囲気やスタッフを少しでも知ってもらうことが次の回復へのチャンスにつながる。

ところで、障害者程度区分認定である。上記のようなビギナーケースに「あなたは薬物のため障害者だから薬物依存者のリハビリ施設の利用のため、障害者程度区分認定をやりましょう」と言ったところで、「薬をやめてすぐ働けますから、お断りです」と答えられるほうが多い。障害者認定区分を申し込んだとしても、申請から認定までの期間に本人は消えてしてしまう。導入時のスピードとタイミングも大事で、せっかくのチャンスがなくなる可能性がある。ダルク女性ハウスの利用者は一般の精神障害施設より、利用と利用中止の回転が非常に早く、障害者程度区分認定制度は、どうもうまくフィットしない。（いまさらですが、作業所制度のほうが、このところはゆるく出来高制でもなかったため、ダルクやマックなど依存症の施設には適合していた。）

問題② 全国のケースを対象とするダルクと自立支援法の市区町村中心の事業との不適合

自立支援法のほとんどの事業は、市区町村中心主義である。一方、ダルク女性ハウスは、都民のケースが多いが、日本全国のケースも対象にしている。宿泊施設「いこいの家」は、東京都の精神障害者のグループホームとして荒川区で活動してきたが、障害者自立支援法施行前年より、荒川区では荒川区民の利用しか認められなくなったため、グループホームとしては運用が困難になった。薬物依存者は自宅近くには売人や悪い仲間がいることが多いため、リハビリテーションとしては、むしろ自宅から離れた施設を利用したほうが効果的である。このため全国規模で利用できる制度がぜひとも必要である。「いこいの家」も広域からの利用者が多いため、現在は唯一広域でも利用できる精神障害者福祉ホームとして、平成 18 年からようやく、東京都から公的な援助を受けられるようになった。

II . 平成 23 年度中に通所施設「フリッカ」を自立支援法に移行せざるをえないのか？

1) 通所施設である「フリッカ・ビー・ウーマン」の現状

通所施設「フリッカ」は他の都内のダルクやマックの通所施設のように作業所にも認定されておらず、先駆的な地域活動に補助していた都の第三セクターである東京都地域福祉振興財団(現 東京都福祉保健財団)より援助を受けている。徐々に半額程度に減額され、今年度は家賃と光熱費分の 390 万円程度しか援助を受けられず、人件費もままならない状況である。また東京都の第3セクター廃止方針により、近々この予算も打ち切られるだろうと予測されている。薬物依存症の母子に対するサポート事業も、福祉財団などからの単年度の補助でかろうじて続けているという現状で、安定した財源の確保ができていない。

2) ダルク女性ハウスの要望：「都単位での地域活動支援センター」への移行

3 年前前から東京都とは交渉を続けてきた。自立支援法において運営する場合、上記問題①・問題②をクリアするため、ダルク女性ハウスとしては都全域での地域活動支援センターを要望してきた。本人のリハビリテーションばかりでなく、本人や家族や専門機関からの薬物に関する相談から、子育ての問題まで扱い、女性薬物依存に対する相談の中心的役割を担っている現状では、地域活動支援センターの事業に近いのではないかと考えた。既に他県のダルクでは、滋賀県などで県単位での地域活動支援センターの運用している例も説明したが、都単位での地域活動支援センターは運営する方針はないとの回答であった。

3) 都からの提案：生活訓練事業への平成 23 年度中の移行

都から勧められているのは、平成 23 年度までに生活訓練事業への移行である。都の担当者はかなり収入増になるとのお勧めであったが、問題②はクリアするものの問題①は残り、ビギナーケースなどで障害区分未認定ケースが多くなるため、かなり減収は避けられそうにない。現状より広いスペースが必要なことや、来たり来なかつたりの回転が早いことでの書類負担など、マイナス点が多い。また、女性薬物依存に対する相談やリハビリテーションの中心的役割としての事業が、ほとんどカバーされないと考えている。このため、素直には受け入れられない提案である。

4) 国への働きかけ

昨年度より、総務省や厚生労働省と、薬物依存症のリハビリテーション事業が、障害者自立支援法ではうまくいかず、新事業として援助していただきたいなどの交渉は開始している。しかし、新たな薬物依存者に対する事業がすぐに開始される可能性は小さく、とりあえず来年度はどうすればよいのだろうか。

平成 22 年 11 月 05 日 (金)

3. 佐賀県精神保健福祉センター（平成 22 年度地域依存症対策推進事業）への参加

次の「依存症に悩む女性の回復について考えるセミナー」において講演及びグループワークを行った。

日時 平成 23 年 2 月 7 日（月）・8 日（火）10：00～16：30

場所 佐賀看護協会 看護センター（佐賀市久保田町徳万 1997-1）

対象 生きづらさを抱える当事者と家族、支援者

主催 佐賀県精神保健福祉センター

共催 佐賀県看護協会

参加者 1 日目 69 名

司法関係者 6 名、女性相談関係者 8 名、医療関係者 11 名、精神保健福祉センター職員 7 名、保健福祉事務所 1 名、市町村相談窓口職員 5 名、教育委員青少年課 1 名、大学精神保健福祉コース学生 1 名、その他（当事者、家族、いのちの電話相談員、一般、メディア等）28 名

参加者 2 日目 44 名

司法関係者 2 名、女性相談関係者 5 名、医療関係者 2 名、市町村職員 1 名、精神保健福祉センター 2 名、大学精神保健福祉コース学生 1 名、その他（当事者、家族、いのちの電話相談員、一般、メディア等）31 名。

内容 2 日間にわたるセミナーでは、本調査で得られた結果を踏まえ、上岡陽江による講演「“その後の不自由”について」、「依存症からの回復とは」、およびグループワーク「いきすぎた役割について」を実施した。当事者を含め依存症を持つ女性に関わる様々な関係者が一堂に会し「回復」について考える機会となった。日頃はそれぞれの立場での関わりであるが、様々な角度から見えるものを出し合い、同じ土俵で考えることで、連携につながっていくことなどが共有された。当事者の問題が多岐にわたっている場合が多く、回復支援は長期にわたる事など、調査で明らかになった事と同様の感想が多数寄せられた。

A. 通所者（ ）人

B. 入寮者（ ）人

Q11 上記 Q10 で答えた利用者はどの都道府県にそれぞれ住民票を置いていますか。あてはまるものすべてを○で囲んでください。

北海道	青森県	岩手県	秋田県	宮城県	山形県	福島県	茨城県
栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	山梨県	長野県	神奈川県
新潟県	富山県	石川県	福井県	岐阜県	静岡県	愛知県	和歌山県
三重県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	滋賀県	鳥取県	島根県
岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県
佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	

Q12 上記 Q10 で答えた利用者のうち、以下に当てはまる人は何人いますか。A、B それぞれ記入をしてください。

A. 施設のある都道府県内で生活保護を受給している人（ ）人

B. 施設のある都道府県外で生活保護を受給している人（ ）人

Q13 上記 Q10 で答えた利用者のうち、施設利用期間中に精神科治療薬の処方を受けている方はおよそ何割いますか。

およそ（ ）割

Q14 上記 Q10 で答えた利用者のうち、出産経験のある人は、何人いますか。

出産経験のある人は全部で（ ）人

Q15 貴施設の職員のうち、以下に当てはまる人は何人いますか。以下の空欄を埋める形でお答えください。

A. 常勤（ ）人

B. 非常勤（ ）人

C. ボランティア（ ）人

Q16 上記 Q 1 5 で答えた職員の貴施設での勤続年数はどのくらいですか。以下の空欄を埋める形でお答えください。

A. 6 ヶ月未満（ ）人

B. 6 ヶ月以上 1 年未満（ ）人

C. 1 年以上 5 年未満（ ）人

D. 5 年以上 1 0 年未満（ ）人

E. 1 0 年以上（ ）人

Q17 上記 Q15 で答えた職員のうち、依存症当事者職員は何人いますか。以下の空欄を埋める形でお答えください。

A. 常勤（ ）人

- B. 非常勤 () 人
C. ボランティア () 人

Q18 上記 Q 17 で答えた職員の薬物をやめてから現在までの期間はどのくらいですか。以下の空欄を埋める形でお答えください。

- A. 6 ヶ月未満 () 人
B. 6 ヶ月以上 1 年未満 () 人
C. 1 年以上 5 年未満 () 人
D. 5 年以上 10 年未満 () 人
E. 10 年以上 () 人

3. 貴運営母体の経営状況についてお聞きします。

Q19 平成 21 年度における全体の収入（グループホーム・作業所などへの補助金・その他の収入の合計）はどれくらいですか。大まかな数字を記入してください。

平成 21 年度全体の収入・・・・・・（ ）万円

Q20 平成 21 年度における全体の支出（家賃・光熱費・人件費・交通費・食費・事務経費・プログラム経費・施設維持費・次年度からの繰越金・その他の合計）はどれくらいでしたか。大まかな数字を記入してください。

平成 21 年度全体の支出・・・・・・（ ）万円

Q21 貴運営母体はこれまで、財政上の困難のため以下のような状況となったことがありますか。A～F それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

まあ
あてはまる

あてはまる

どちらでも
ない

あまりあて
はまらない

あて
はまらない

- A. 職員に十分な給料が払えなかった..... 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
B. プログラムが実践できなかった..... 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
C. 施設整備が十分にできなかった..... 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
D. 企業・財団等の助成金を補填した..... 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
E. 必要な有給職員数を揃えることができなかった..... 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
F. 家族や支援者に緊急の寄付献金を募った..... 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

Q22 貴運営母体は、経営上の問題に対して、以下のような対策をとったことがありますか。A～H それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

まあ
あてはまる

あてはまる

どちらでも
ない

あまりあて
はまらない

あて
はまらない

- A. 寄付・献金をつる..... 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
B. 助成金・補助金などを申請する..... 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
C. 利用費を値上げする..... 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

- D. 支援者・会員の数を増やす 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
 E. 利用者の数を増やす 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
 F. バザー・模擬店で収入を得る 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
 G. 物品（書籍・グッズ等）販売をする 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
 H. 講演活動に力を入れる 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

Q23 貴運営母体において、経営上もっとも大変だったことは何ですか。ご自由にお答えください。

II. 施設を利用するまで

1. 初期の電話相談（初回の電話相談からインテークまで）についてお聞きします。

Q24 平成 21 年 4 月～平成 22 年 3 月の一年間に電話相談を受けた件数は何件ですか。延べ人数ではないので同じ人は二回数えないでください。

（ ）件

Q25 最初に相談の電話をしてくるのはどなたですか。A～G それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

- | | | まあ
あてはまる | あてはまる | どちらでも
ない | あまりあて
はまらない | あて
はまらない |
|------------------------------|---------|-------------|---------|-------------|----------------|-------------|
| A. 病院、クリニック（医師・PSW など） | 1 ----- | 2 ----- | 3 ----- | 4 ----- | 5 | |
| B. 保健所、精神保健福祉センター | 1 ----- | 2 ----- | 3 ----- | 4 ----- | 5 | |
| C. 福祉事務所、母子支援施設 | 1 ----- | 2 ----- | 3 ----- | 4 ----- | 5 | |
| D. 警察、刑務所、少年院、保護司、弁護士 | 1 ----- | 2 ----- | 3 ----- | 4 ----- | 5 | |
| E. ダルク、自助グループ等 | 1 ----- | 2 ----- | 3 ----- | 4 ----- | 5 | |
| F. 家族、親せき、友人等 | 1 ----- | 2 ----- | 3 ----- | 4 ----- | 5 | |
| G. 本人 | 1 ----- | 2 ----- | 3 ----- | 4 ----- | 5 | |

Q26 主な電話相談の内容はどのようなものですか。A～K それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

- | | | まあ
あてはまる | あてはまる | どちらでも
ない | あまりあて
はまらない | あて
はまらない |
|------------------------|---------|-------------|---------|-------------|----------------|-------------|
| A. 施設を利用したい／させたい | 1 ----- | 2 ----- | 3 ----- | 4 ----- | 5 | |

- B. 薬物をやめる／やめさせるにはどうしたらいいのか. 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 C. 病院など、他の機関を紹介してほしい..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 D. 貴施設がどういう所なのかを教えてください..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 E. 死にたい・殺したい、などの自殺願望..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 F. 本人とその子どもとの関係をどうしたらよいか 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 G. 男性からの暴力、性被害をどうしたらよいか..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 H. 住居がない 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 I. どうしていいか、全くわからない 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 K. 支離滅裂なもの 1----- 2----- 3----- 4----- 5

Q27 初期の電話相談（初回の電話相談からインテークまで）のうち、一人の相談者にかかる電話相談の長さを記入してください。

- 最短 () 分
 平均 () 分
 最長 () 分

Q28 インテーク（施設を利用してもらったまでの面接）に至った人の、それまでの電話相談の回数は一人あたり何回ですか。

- イ. 少ない人で () 回
 ロ. 多い人で () 回

Q29 インテーク（施設を利用してもらったまでの面接）に至らなかった人の電話相談の回数は一人あたり何回ですか。

- ハ. 少ない人で () 回
 ニ. 多い人で () 回

Q30 上記 Q29 のニのケースについてお聞きします。それはどなたからの相談ですか。A～G それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

まあ どちらでも あまりあて あて
 あてはまる あてはまる ない はまらない はまらない

- A. 病院、クリニック（医師・PSW など）..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 B. 保健所、精神保健福祉センター 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 C. 福祉事務所、母子支援施設 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 D. 警察、刑務所、少年院、保護司、弁護士 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 E. ダルク、自助グループ等 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 F. 家族、親せき、友人等 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 G. 本人 1----- 2----- 3----- 4----- 5

Q31 上記 Q 2 9 のニのケースについてお聞きします。対応したあなたの気持ちはどのようでしたか。A～J それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

	まあ あてはまる	あてはまる	どちらでも ない	あまりあて はまらない	あて はまらない
A. がっかりした	1	2	3	4	5
B. 腹が立った	1	2	3	4	5
C. 徒労感が残った	1	2	3	4	5
D. フラッシュバックが起こった	1	2	3	4	5
E. 自分の対応がまずかった	1	2	3	4	5
F. 面倒な人なのでつながらなくてよかった	1	2	3	4	5
G. その人から解放された	1	2	3	4	5
H. 相談者の安否が気になった	1	2	3	4	5
I. かなかつながらないのはいつものことだ	1	2	3	4	5
J. 特に何も感じない	1	2	3	4	5

Q312 電話相談のみでインテークに至らなかったケース全体についてお聞きします。その理由は何だと考えますか。A～Gそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

	まあ あてはまる	あてはまる	どちらでも ない	あまりあて はまらない	あて はまらない
A. 自傷・自殺未遂をするなど、施設利用に適切な 精神状態の人ではないことがわかった	1	2	3	4	5
B. 薬物依存の状態から、別施設への入所や入院が 適切と判断された	1	2	3	4	5
C. 集団生活が難しいと推察された	1	2	3	4	5
D. 本人の意思が固まらなかった	1	2	3	4	5
E. 男性との関係がこじれた	1	2	3	4	5
F. そもそも電話で相談することだけが相手の目的だった	1	2	3	4	5
G. こちらの職員の対応がいたらなかった	1	2	3	4	5

Q 33 初期の電話相談を行う上で、最も大変なことは何ですか。自由にお答えください。

2. インテーク（施設を利用してもらうまでの面接）についてお聞きします

Q34 平成21年4月～平成22年3月の一年間にインテークを行ったのは何名ですか。延べ人数ではないので同じ人は二回数えないでください。

() 名

Q35 インテーク（施設を利用してもらうまでの面接）の内容はどのようなものですか。A～Jそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

まあ どちらでも あまりあて あて
あてはまる あてはまる ない はまらない はまらない

- A. 個人情報の聞きとり（薬物使用歴など）をする 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- B. 本人の意思・能力を知る 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- C. 当事者スタッフが自分の体験を話しながら薬物を
やめて生きることに働きかける 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- D. 薬物をやめることへの動機づけをする 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- E. 男性からの暴力、性被害の有無を聞きとる 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- F. 子どもへの関わり方や関係を聞きとる 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- G. 本人／家族／関係者への教育（家族会、自助
グループの紹介など） 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- H. 他の施設や病院の紹介 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- I. 当該施設の利用を勧める 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- J. 他のダルクやマックを勧める 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

Q36 インテーク（施設を利用してもらうまでの面接）を経て施設利用に至ったケースについて空欄を埋める形でお答えください。

1. 施設利用に至るまでに要した電話や面接の回数は

少ない人で () 回

多い人で () 回

2. 1回の面接に要した時間は

だいたい () 分

3. 最初のインテークから施設利用に至るまでの期間は

短い人で () 日

長い人で () 年

4. インテークを経て、施設利用に至る人の割合は

インテーク全体のうち (約) 割

Q37 インテーク（施設を利用してもらうまでの面接）を経て施設利用に至らなかったケースについて空欄を埋める形でお答えください。

1. インテーク後に電話や面接で相談をした回数はインテークを含めて

イ. 少ない人で () 回

ロ. 多い人で () 回

2. 1回の相談に要した時間は

だいたい () 分

Q38 上記 Q 37 の「ロ」のケースについてお聞きします。それはどなたからの相談ですか。A～G それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

	まあ あてはまる	あてはまる	どちらでも ない	あまりあて はまらない	あて はまらない
A. 病院、クリニック（医師・PSW など）.....	1	2	3	4	5
B. 保健所、精神保健福祉センター	1	2	3	4	5
C. 福祉事務所、母子支援施設	1	2	3	4	5
D. 警察、刑務所、少年院、保護司、弁護士	1	2	3	4	5
E. ダルク、自助グループ等.....	1	2	3	4	5
F. 家族、親せき、友人等	1	2	3	4	5
G. 本人	1	2	3	4	5

Q39 上記 Q37 の「ロ」のケースについてお聞きします。その人が施設利用に至らなかった理由は何だと考えますか。A～H それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

	まあ あてはまる	あてはまる	どちらでも ない	あまりあて はまらない	あて はまらない
A. 本人の意思が固まらなかった	1	2	3	4	5
B. つながるまでに薬物の再使用があった.....	1	2	3	4	5
C. 来所して相談したら満足してしまった.....	1	2	3	4	5
D. 自傷・自殺未遂をするなど、施設利用に適切な 精神状態の人ではないことが分かった	1	2	3	4	5
E. 薬物依存の状態から、別施設への入所や入院が 適切と判断された	1	2	3	4	5
F. この施設が相手の期待するものではなかった.....	1	2	3	4	5
G. 自分の対応がまずかった	1	2	3	4	5
H. 当施設を利用するのに適切な人ではなかった (精神状態、薬物依存の状態、能力など)	1	2	3	4	5

Q40 上記 Q37 の「ロ」のケースについてお聞きします。対応したあなたの気持ちはどのようなでしたか。A～I それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

	まあ あてはまる	あてはまる	どちらでも ない	あまりあて はまらない	あて はまらない
A. がっかりした	1	2	3	4	5
B. 腹が立った	1	2	3	4	5
C. 徒労感が残った	1	2	3	4	5
D. こちらの職員の対応がいたらなかった	1	2	3	4	5
E. 面倒な人なのでつながらなくてよかった.....	1	2	3	4	5
F. その人から解放された	1	2	3	4	5
G. 相談者の安否が気になった	1	2	3	4	5

約（ ）割

Q45 個人ごとのプログラムを立てていますか。あてはまるほうに○をつけてください。

個人ごとのプログラムを立てて（ いる ・ いない ）

Q46 上記Q45で個人ごとのプログラムを立てていると答えた方にお聞きします。プログラム内容にはどのようなものがありますか。A～Hそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

まあ どちらでも あまりあて あて
あてはまる あてはまる ない はまらない はまらない

- | | | | | | |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|---|
| A. 利用期間..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| B. 解毒 | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| C. セルフヘルプ・グループへの参加のペース | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| D. 個人課題の設定 | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| E. 施設利用後のめどと目標の設定 | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| F. 社会復帰訓練 | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| G. 生活訓練..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| H. 学習支援..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |

2. 施設利用者の相談についてお聞きします。

Q47 施設利用者の相談にはどのようなものがありますか。具体的な内容を記入してください。

Q48 施設利用者からの相談（電話・面接）について、空欄を埋める形でお答えください。

ひとりの職員が一日に受ける相談の回数は（約 ）回

1回の相談時間は一人あたり（約 ）分

Q49 他機関との連携についてお聞きします。どのような機関と連絡を取り合って利用者のケアにあたっていますか。A～Kそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

まあ どちらでも あまりあて あて
あてはまる あてはまる ない はまらない はまらない

- | | | | | | |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|---|
| A. 病院、クリニック（医師・PSW など）..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| B. 保健所、精神保健福祉センター | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| C. 福祉事務所..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |

D. 母子支援施設	1	2	3	4	5
E. 警察.....	1	2	3	4	5
F. 刑務所、少年院、保護司	1	2	3	4	5
G. 弁護士.....	1	2	3	4	5
H. ダルク、自助グループ等	1	2	3	4	5
I. 家族、親せき、友人等.....	1	2	3	4	5
J. 民間シェルター	1	2	3	4	5
K. 学校・教育機関	1	2	3	4	5

Q50 他機関との連携が必要なのはどのような時ですか。A～Hそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

	まあ あてはまる	あてはまる	どちらでも ない	あまりあて はまらない	あて はまらない
A. 入院の依頼をする	1	2	3	4	5
B. 利用者への対応に関する相談	1	2	3	4	5
C. ケースカンファレンスをもちたい.....	1	2	3	4	5
D. 対応の分担をしてほしい	1	2	3	4	5
E. 本人の状況把握.....	1	2	3	4	5
F. 本人の経済的な相談.....	1	2	3	4	5
G. 啓蒙活動.....	1	2	3	4	5
H. 講師依頼.....	1	2	3	4	5

3. 施設利用中の問題への対応についてお聞きします。

Q51 施設利用中、どのような問題がありますか。A～Qそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

	まあ あてはまる	あてはまる	どちらでも ない	あまりあて はまらない	あて はまらない
A. 薬などの再使用	1	2	3	4	5
B. 精神症状の再燃.....	1	2	3	4	5
C. 恋愛問題.....	1	2	3	4	5
D. DV 加害者からの追跡.....	1	2	3	4	5
E. DV 加害者への接近	1	2	3	4	5
F. 家族・子どもに関するトラブル.....	1	2	3	4	5
G. 金銭の貸借.....	1	2	3	4	5
H. 盗難	1	2	3	4	5
I. 仲間同士の処方ofやりとり	1	2	3	4	5
J. 失踪	1	2	3	4	5
K. 自傷・自殺.....	1	2	3	4	5
L. 多量服薬	1	2	3	4	5

- M. 拒薬..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 N. 仲間同士の関係、いじめなど..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 O. 暴言・暴力..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 P. 売春..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 Q. 望まない妊娠..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5

Q52 問題発生時はどのような対応をしますか。A～Kそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

- | | まあ
あてはまる | あてはまる | どちらでも
ない | あまりあて
はまらない | あて
はまらない |
|-------------------------|-------------|--------|-------------|----------------|-------------|
| A. 24時間いつでも電話をとる..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| B. 現場にかけつける..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| C. 個別に本人と話しあいをする..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| D. 他の施設への移動してもらう..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| E. 入院してもらう..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| F. 救急外来への同行..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| G. 緊急ミーティングの実施..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| H. 安全確保のための施設利用の停止..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| I. 関連機関との調整..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| J. 入院中のフォローアップ..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| K. 警察への対応..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |

Q 53 利用者の施設利用期間中に、最も大変なことは何ですか。自由にお答えください。

4. 施設利用の終了についてお聞きします。

Q54 ある程度回復したと思われるケースのデイケア利用の終了についてお聞きします。プログラムを徐々に減らしていく、あるいはプログラムを終了とするのはどのような時ですか。A～Dそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

- | | まあ
あてはまる | あてはまる | どちらでも
ない | あまりあて
はまらない | あて
はまらない |
|--------------|-------------|--------|-------------|----------------|-------------|
| A. 就労した..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| B. 就学した..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |

- C. 家庭生活、単身生活が滞りなく行える..... 1----- 2----- 3----- 4----- 5
 D. 自助グループに一人で通える 1----- 2----- 3----- 4----- 5

Q55 上記 Q54 のようなケースは全体の何割を占めますか。空欄を埋める形で答えてください。
 全体の約（ ）割

Q56 上記 Q54 のようになるまでには、施設利用開始から大体どのくらいの期間が必要でしたか。A～F
 それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

- | | まあ
あてはまる | あてはまる | どちらでも
ない | あまりあて
はまらない | あて
はまらない |
|-----------------|-------------|--------|-------------|----------------|-------------|
| A. 約 3 か月..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| B. 約半年..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| C. 約 1 年..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| D. 約 2～3 年..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| E. 約 3～5 年..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| F. 5 年以上..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |

Q57 回復したケースとは別に、デイケア及びナイトケア（宿泊）を離れていくケースについてお聞きします。プログラムを中断（または終了）するのはどんな場合ですか。A～M それぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

- | | まあ
あてはまる | あてはまる | どちらでも
ない | あまりあて
はまらない | あて
はまらない |
|--|-------------|--------|-------------|----------------|-------------|
| A. 薬物の再使用 | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| B. 薬を再使用して警察に捕まる | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| C. 施設利用中の仲間とトラブルになる..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| D. 施設を利用できなくなるような問題行動
（盗難、器物破損、ルールを守れない等）を起こす | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| E. リストカット、多量服薬など自傷行為があった | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| F. 周囲の人に施設利用を反対される..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| G. 本人が施設を利用したくなくなる..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| H. 就職する..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| I. 家に閉じこもって出てこれなくなる..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| J. 入院する..... | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| K. 他の施設に移る | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| L. 失踪する | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |
| M. 原因は分からない | 1----- | 2----- | 3----- | 4----- | 5 |

IV. 施設利用終了後

1. プログラム終了後のフォローアップについてお聞きします。

Q58 プログラム終了者（満了者、中断者を含む）からの相談にはどのようなものがありますか。ご自由にお答えください。

Q59 Q54のようなケースが施設をほぼ必要としなくなるまでにかかる期間（フォローアップ期間）はどのくらいですか。A～Fそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

		まあ あてはまる	あてはまる	どちらでも ない	あまりあて はまらない	あて はまらない			
A. 約3か月.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
B. 約半年.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
C. 約1年.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
D. 約2～3年.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
E. 約3～5年.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
F. 約5～10年.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
G. 10年以上.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5

Q60 Q57のようなケースでは、最長時どのくらいの期間フォローアップが必要ですか。A～Gそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

		まあ あてはまる	あてはまる	どちらでも ない	あまりあて はまらない	あて はまらない			
A. 約3か月.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
B. 約半年.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
C. 約1年.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
D. 約2～3年.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
E. 約3～5年.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5
F. 約5～10年.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5

Q61 Q57のようなケース（プログラム中断者）には、どのような対応を行っていますか。A～Hそれぞれに、あてはまる番号一つに○をつけてください。

		まあ あてはまる	あてはまる	どちらでも ない	あまりあて はまらない	あて はまらない			
A. 施設の再利用を進める.....	1	-----	2	-----	3	-----	4	-----	5

- B. 他施設の利用を勧める 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- C. 自助グループへの参加を勧める 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- D. 再度インテークという形で仕切り直しをして関わる 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- E. 必要時電話相談を受ける 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- F. 必要時個別面接を受ける 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- G. 家族の相談に乗る 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
- H. 他機関からの相談に乗る 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

Q62 長期にわたるフォローアップが必要となるのは、どのような場合ですか。自由にお答えください。

Q63 プログラム終了後のフォローアップにおいて、最も大変なことは何ですか。自由にお答えください。

3. デイケア、ナイトケア（宿泊）の再利用についてお聞きます。

Q64 デイケア、ナイトケア（宿泊）の再利用は受け入れていますか。あてはまる番号に○をしてください。

1. はい
2. いいえ

Q65 デイケア、ナイトケア（宿泊）を一旦利用終了した後、再度利用する割合はだいたい何割くらいですか。空欄を埋める形で答えてください。

だいたい（ ）割が再利用をする

V. 将来にむけて

Q66 今は出来ていないが、利用者に対し今後どのような支援をしたい、或いはどのような支援が必要だと考えますか。自由に答えてください。

Q67 上記 Q66 で答えた支援を行うには何が必要ですか。自由に教えてください

Q68 施設を今後も継続していくために、行政に対し何を望みますか。自由に教えてください。

Q69 あなたは薬物依存の女性専門の施設が必要だと思えますか。あてはまる番号に○をしてください。

1. はい
2. いいえ

Q70 Q69で「1」または「2」と答えた理由について、自由に教えてください。

ご協力ありがとうございました。

資料2 事業実施体制

(1) 検討委員会

氏名	所属
梅野充	東京都立松沢病院精神科 医長
平川和子	東京都フェミニストセラピーセンター 臨床心理士
加藤俊也	加藤会計事務所 所長 公認会計士
宮本眞巳	東京医科歯科大学大学院 教授
坂上香	津田塾大学准教授

(2) 事務局

氏名	所属	担当業務
上岡陽江	ダルク女性ハウス施設長	調査結果解析
須賀一郎	下高井戸メンタルクリニック院長	調査結果解析
梅野充	東京都立松沢病院精神科医長	調査結果解析・原稿
山田義則	アパリクリニック看護師	調査結果解析・原稿
宮本眞巳	東京医科歯科大学大学院教授	調査結果解析
小宮敬子	日本赤十字看護大学准教授	調査結果解析
三井富美代	編集者	調査結果解析・原稿
山下富美子	ダルク女性ハウス職員	調査結果解析
五十公野理恵子	ダルク女性ハウス職員	調査集計
佐藤朝子	ダルク女性ハウス非常勤看護師	調査集計・原稿
瓜生美智子	ダルク女性ハウス職員	事務局責任者
内藤なづな	ダルク女性ハウス非常勤看護師	経理
小池久枝	ダルク女性ハウス職員	経理

(3) 調査員

氏名	所属
五十公野理恵子	ダルク女性ハウス
佐藤朝子	ダルク女性ハウス
鳥山絵美	国立筑波大学大学院 人間総合科学研究科看護科学専攻
近藤希	都立松沢病院 心理職

資料3 実施概要

検討委員会

第1回 8月14日

場所 フリッカ

参加者 加藤俊也

宮本眞巳

坂上香

平川和子

梅野充

第2回 3月30日

場所 フリッカ

参加者 加藤俊也

宮本眞巳

坂上香

平川和子

梅野充

サービス類型提示検討会議

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	第10回
実施日	8月14日	9月15日	10月20日	11月17日	12月15日	1月19日	2月16日	2月26日	3月23日	3月26日
場所	フリッカ	フリッカ	フリッカ	フリッカ	フリッカ	フリッカ	フリッカ	フリッカ	フリッカ	フリッカ
参加者	上岡	上岡	須賀	須賀	上岡	上岡	上岡	上岡	上岡	上岡
	梅野	梅野	宮本	梅野	小宮	阿部	三井	三井	三井	三井
	小宮	須賀	三井	小宮	三井	三井	須賀	須賀	須賀	須賀
	三井	三井	阿部	三井	須賀	須賀	梅野	梅野	梅野	梅野
	山田	阿部	山田	宮本	瓜生	山田	小宮	山田	山田	小宮
	阿部	瓜生	五十公野	阿部	五十公野	宮本	山田	阿部	五十公野	五十公野
	瓜生	山下	瓜生	山田	鳥山	五十公野	五十公野	五十公野	瓜生	瓜生
	五十公野	鳥山	山下	上岡	山下	鳥山	瓜生	瓜生	内藤	内藤
	鳥山	五十公野	鳥山	五十公野	小池	山下	鳥山	内藤	鳥山	鳥山
	山下	佐藤	佐藤	瓜生	梅野	梅野	山下		小池	小池
	佐藤	内藤	内藤	山下	内藤	内藤	近藤		山下	山下
	内藤			鳥山			佐藤			近藤
				佐藤			内藤			
				内藤						
参加者数	12名	11名	11名	14名	11名	11名	13名	9名	11名	12名

聞き取り調査

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	第10回
実施日	9月25日	10月13日	10月23日	11月11日	11月11日	12月7日	12月9日	12月17日	2月16日	2月9日
対象	それいゆ	まゆの家	宮崎ダルク	オハナ	高知ダルク	大阪ダルク	栃木ダルク	アロー萌木	リブ	ハウス
調査者	上岡	瓜生	上岡	五十公野	山下	五十公野	瓜生	五十公野	上岡	佐藤
	佐藤	五十公野	鳥山	三井	瓜生	佐藤	五十公野	佐藤	佐藤	
		鳥山		鳥山			三井			
		佐藤								

討論会

	第1回		第2回		第3回		第4回	
実施日	9月20日		10月28日		11月24日		1月13日	
場所	日本ダルク		日本ダルク		日本ダルク		日本ダルク	
講師	南 治		安高真弓		平川和子		豆ネット	
					宮地尚子			
					M・K			
参加者	事務局	10名	事務局	7名	事務局	8名	事務局	8名
	医療機関	3名	施設利用者	3名	出版社	1名	NPO	14名
	精神保健福祉センター	1名	保健師	1名	医療機関	3名	医療機関	1名
			医療機関	4名	厚生施設	1名		
			教育委員会	1名	精神保健福祉センター	1名		
			NPO	2名	保健師	1名		
			一般	1名	大学医学部 准教授	1名		
			新聞社	1名	NPO	1名		
			音楽療法士	1名				
参加者数		14名		21名		17名		23名

謝辞

本研究に被験者としてご協力いただきました全国の依存症回復支援施設の職員みなさんに感謝いたします。
事業の初期段階からきめ細かく指導いただきました厚生労働省の方がたに感謝いたします。
施設利用者の方々の回復をお祈りいたします。

平成 22 年度 障害者総合福祉推進事業報告書

依存症者に対する地域支援、家族支援のあり方についての調査とサービス類型の提示
—依存症に関わる回復支援施設の現状、家族問題、ジェンダーに注目して—

発行 2011 年 3 月 30 日

特定非営利活動法人 ダルク女性ハウス ©

114-0014 東京都北区田端 6-3-20 -301

Tel. 03-3822-7658. Fax.03-3822-7662

recovery.12@song.ocn.ne.jp