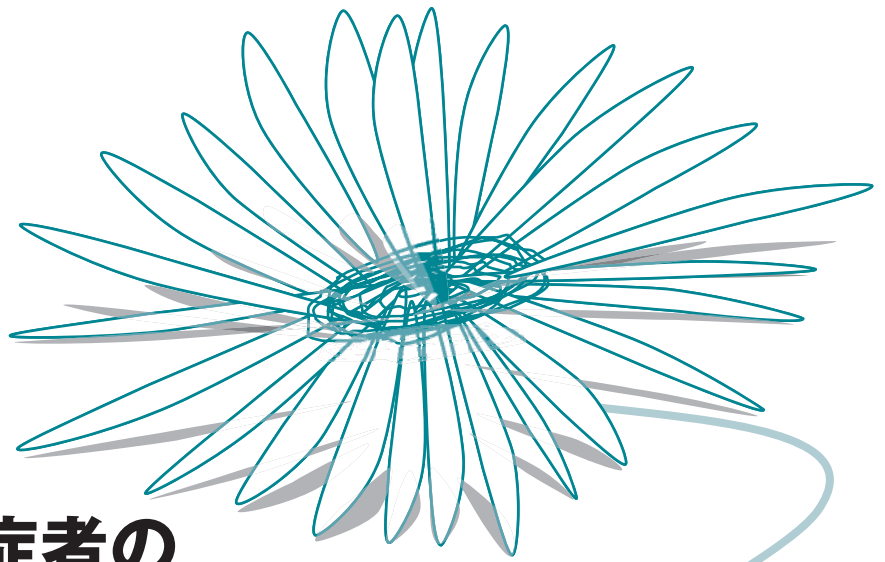




アルコール依存症者の リカバリーを支援する ソーシャルワーク実践ガイド

一般医療機関による
アウトリーチ（早期発見・早期治療）のための支援地図

はじめに

1 もっと早くアルコール依存症と知っていれば

アルコール依存症患者さんの多くは、自らの健康や生活を脅かしている原因が「アルコール依存症という病」であることを知るのに、数年から数十年かかっています。

患者さんは、この長い患いの間、飲酒によって、健康、仕事、家族、地位、名誉、プライドなどを失い、人生のどん底を嫌というほど経験します。生きていくことすらも危うくなるころまで追いつめられ、ようやくアルコール専門治療・支援の存在を知るのです。

「底つき体験」と呼ばれるこの体験は、患いの経験者やその家族、関係者と医療者・支援者との間では、回復へ向かう重要契機になると認識され、この体験なくしては回復できないとさえ言われています。

しかし、「底つき体験」には、大きな代償が伴います。

例えば、深刻な合併症、家族離散、失業、多重債務など、「もうこれ以上失うものは無い。あるとすれば、命だけ」という崖っぷちの状態です。

ここまでくると、いくらアルコール依存症という病を知り、治療や支援を受ける機会を得たとしても、代償が余りにも大きすぎ、社会復帰に困難が伴い、中には命を失うという悲惨な結果に至ることも、残念ながら決して珍しいことではありません。

さらに深刻なのは、アルコール依存症とは知らず、治療や支援の機会を得ることなく命を落とす人々が、回復している人々の数をはるかに上回っているという現実です。アルコール依存症から回復したご本人やご家族は、「もっと早く、アルコール依存症と知っていれば」と口をそろえて訴えます。

この訴えに何とか応えたい。けれど、その重要な鍵を、一般医療機関が握っているという事実は、あまり知られていません。

「アルコール依存症はアルコール専門病院で」という認識が定着していますが、実は、多くのアルコール依存症患者さんが、専門病院にたどり着く前に、幾度となく一般医療機関の受診を経験しています。

ただし一般医療機関では、アルコール依存症を根本的に治すのではなく、飲酒に起因する臓器障害の治療を目的としているため、結果的には、臓器障害が回復すればまた飲酒が始まり、臓器障害が再び悪化して治療を受け、再び飲酒するという悪循環の「蚊取り線香」状況（8ページ、図3）を繰返し、ライフ（life：生活や命）が脅されることとなります。

2 【見ようとしないと見えない】患い～回復支援が期待される一般医療機関～

このような悪循環の「蚊取り線香」状況が、一般医療機関によって作り出される課題であると指摘されています。臓器障害は診ていても、アルコール依存症そのものを知らない、あるいは知っていても関わらないため、一般医療機関では、アルコール依存症が【見ようとしないと見えない】患いになってしまっているのです。

2013年12月、「アルコール健康障害対策基本法案」が可決されました。

この法律では、「アルコール健康障害」を、「アルコール依存症その他の多量飲酒、未成年

者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害」と定義しています。

法律の第一条（目的）には、「酒類が国民の生活に豊かさと潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している一方で、不適切な飲酒はアルコール健康障害の原因となり、アルコール健康障害は、本人の健康の問題であるのみならず、その家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高いことに鑑み、アルコール健康障害対策に関し、基本理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、アルコール健康障害対策の基本となる事項を定めること等により、アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進して、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止を図り、あわせてアルコール健康障害を有する者等に対する支援の充実を図り、もって国民の健康を保護するとともに、安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」と掲げています。

これらの目的を達成するため、国や地方公共団体、事業者、国民の責務と並んで、「医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が実施するアルコール健康障害対策に協力し、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に寄与するよう努めるとともに、アルコール健康障害に係る良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない（第八条 医師等の責務）」と、医師その他の医療従事者の責務が明示されています。

それは、これまでのような個人的な努力で終わるのではなく、医療者として当然の責任を果たすべき根拠が示されたことを意味します。つまり、これからは一般医療機関といえども、**【見ようとしないと見えない】** アルコール依存症では済まされないのです。

換言すれば、一般医療機関にはアルコール依存症の予防的役割を担う責務があるということです。組織的にも、飲酒による関連疾患への対応のほうを受け入れやすいため、ソーシャルワーカーの取り組みのきっかけになり、ネットワークも広がりやすいでしょう。早期発見、早期治療は、まさに、組織内の資源に網をかけ、つなげる支援です。ここに、一般医療機関におけるソーシャルワーカーの最大の役割があると考えます。

支援地図の目的、利用対象者、用語の使い方

1 目的：【生まれ変わる】ことを支援するために

本支援地図は、一般医療機関のソーシャルワーカーが、**【見ようとしないと見えない】** 患いに直面している患者さんにかかわるための道しるべです。この支援地図が目指すゴールは、アルコール依存症によって破壊された健康や日常生活を患者さん自らが再構築するため、復元力を強め、**【生まれ変わる】** ことです。

一般医療機関にみられるアルコールに関係した事例は多種多様です。本支援地図で取り上げる事例は、その中のほんの一つの典型にしすぎません。したがって、各一般医療機関で活用しやすいように応用するなどの汎用化を期待しています。

さらに、本支援地図は、根拠に基づいた支援方法の確立・定着をめざしています。具体的には、アルコール依存症から回復している方々やご家族、ソーシャルワーカーの語りや実践記録などから得られたデータに基づいて生成した**【リカバリーの3次元志向構造】**理論を可視化し、それをベースラインにした実践のシステム（理論編、実践編）を示しています。

2 支援地図の利用対象者

本支援地図は、社会福祉実践の第二次分野であり、統合的なソーシャルワークの展開が必要な、一般医療機関のソーシャルワーカーが利用することを前提に作成しています。

3 用語の使い方

1) 「回復」と「リカバリー」の違い

日本語では「リカバリー」を回復と訳していますが、本支援地図では、疾病や障害と向き合いながら希望を持って生きていくプロセスという意味を含む場合は「リカバリー」と表しています。一方、「回復」はアルコール依存症という患いから回復するという意味で用いられる言葉であることから、そのような意味を含む場合は「回復」と表し、両者を使い分けることとしています。

2) 一般医療機関とは

アルコール依存症の専門治療を中心にしていない、あるいは専門治療システムがない医療機関を「一般医療機関」とし、アルコール依存症の専門治療を中心に行っている「専門医療機関」と区別し用いています。

3) 【 】でくくっている用語について

【 】でくくっている用語は、「インヴィボ・コード」を示し、それは、話し手の言葉そのもの、話し手が発した言葉等でそれ以上抽象化することが難しいキーワードそのままをコンセプト名として使用していることを表しています。

(戈木クレイグヒル滋子『グラウンデッド・セオリー・アプローチ理論を生みだすまで』新曜社、2006/2010. B.G.グレーザー・A.L ストラウス 後藤隆ほか訳『データ対話型理論の発見』新曜社、1996/2008. 志村健一「(講座)グラウンデッド・セオリー／1～4」『ソーシャルワーク研究』第34巻、第1～4号、相川書房)

目 次

はじめに

- 1 もっと早くアルコール依存症と知っていれば
- 2 【見ようとしないと見えない】 患い～回復支援が期待される一般医療機関～
◆支援地図の目的、利用対象者、用語の使い方
- 1 目的：【生まれ変わる】 ことを支援するために
- 2 支援地図の利用対象者
- 3 用語の使い方

理 論 編

1 アルコールとアルコール関連問題の実態.....2

- 用語解説 「アルコール依存症」 2 「アディクション」 2 「アルコール関連問題」 2
「多量飲酒」 3 「アルコール依存症の予防の段階」 4
《表 1》わが国のアルコール関連問題とアルコール依存症の実態 3
《図 1》日本の飲酒者の状況 4

2 アルコール専門医療サービスからこぼれ落ちる現実とその要因 ～【見ようとしないと見えない】 患いの構造～.....5

- 1 アルコール専門医療サービスからこぼれ落ちる現実 5
 - 2 アルコール専門医療サービスからこぼれおちる要因 6
 - (1)「否認」の課題 6
 - (2)スティグマの課題 8
 - ①医学の在り方に起因するスティグマ 9
 - ②「イメージ」に起因するスティグマ 9
 - ③精神障害に対するスティグマから生じる医療の課題 10
 - (3)未確立な一般医療機関におけるアルコール関連ソーシャルワーク実践の課題 10
- 用語解説 「三次予防（再発予防）」 5 「スピリチュアルペイン」 5 「病的飲酒欲求」 7
「スティグマ」 8 「精神障害の定義（第 5 条）」 10
「診療報酬には反映できない課題」 10 「動機づけ面接法」 11
「エスバート」 11
《図 2》一般医療機関においてアルコール専門医療サービスからこぼれ落ちる構造 6
《図 3》アルコール依存症の自然死（蚊取り線香型悪循環） 7

3 アルコール依存症患者さんの健康権を保障するソーシャルワーク13

- 1) 健康権の原則と課題
用語解説 「アルコール健康障害対策基本法」 15
- 2) 業務指針にみるソーシャルワークの方法

実践編

1 回復を支援するために旅の地図「リカバリーの三次元志向構造」を持とう……18

用語解説 「リカバリー」 18 「復元力（レジリエンス）」 19

インヴィボ・コード【行きつ戻りつ（ジグザグ）】な旅 19

《図 4》「リカバリーの三次元志向構造」の支援地図 18

《図 5》「リカバリーの三次元志向構造」の平面図 20

2 こんな患者さんに出会っていませんか？～どこまでどう支援するか～……22

《図 6》ソーシャルワーカーによる「つながりの支援」 22

3 事例でリカバリーのソーシャルワーク支援を理解する（X.Y,Z 軸の支援）…23

Aさんのケース

〈ステップ 1〉回復動機づけ期 23

〈ステップ 2〉回復行動期 30

〈ステップ 3〉回復定着期 31

〈ステップ 4〉生活再構築期 32

用語解説 「ソーシャルニーズ」 23 「抗酒剤などの再発予防薬と新薬」 26

情報 「アルコール関連問題についての正しい知識を身につけることに役立つ研修・通信教育等」 27 「アウトリーチ・ツール」 28

支援のポイント 「患者さんは必ず回復できる、という確信を持つ」 28
「言葉かけの例」 28

《表 2》〈支援開始〉のアセスメント 24

《表 3》〈アウトリーチ〉のアセスメント 24

《表 4》〈スピリチュアルペインの表出〉のアセスメント 25

《表 5》〈アルコール専門治療を受ける〉のアセスメント 26

《図 7》動機づけ支援の流れ 27

《表 6》インテークシート（例） 29

《表 7》〈断酒継続開始〉のアセスメント 30

《表 8》〈再発：第二の否認〉のアセスメント 31

《表 9》〈再発防止〉のアセスメント 32

4 つなげる支援（連携支援）のシステムづくり（Z軸の支援）……33

①どこまで支援できそうか 33

②連携支援システム開発の実際 34

(1)四日市モデル：「商店街型」連携支援システムモデル 34

(2)A病院モデル：「デパート型」連携支援システムモデル 36

(3)「商店街型」と「デパート型」の特性と共通点 40

用語解説 「アドボカシー」 33 「一元化アプローチ」 36

〈表 10〉 できそうな支援のパターン	34
〈表 11〉 四日市アルコール連携ネットワーク開発の展開とソーシャルワーク実践	35
〈図 8〉 「商店街型」 支援システムによるアウトリーチ	36
〈表 12〉 A病院のアルコールリハビリテーションシステムの展開	37
〈図 9〉 「統合モデル」 の構造	38
〈図 10〉 「統合モデル」 を活用したA病院でのシステム開発の視座	39
〈図 11〉 「デパート型」 連携支援システムによるアウトリーチ	39
〈図 12〉 「商店街型」 と「デパート型」 の特性と共通点	40
〈図 13〉 資源の再利用（例）	41

おわりに 42

コラム

●用語解説

- ・アルコール依存症 2
- ・アディクション 2
- ・アルコール関連問題 2
- ・多量飲酒 3
- ・アルコール依存症の予防の段階 4
- ・三次予防（再発防止） 5
- ・スピリチュアルペイン 5
- ・病的飲酒欲求 7
- ・スティグマ 8
- ・精神障害の定義（第 5 条） 10
- ・診療報酬には反映できない課題 10
- ・動機づけ面接法 11
- ・エスパート 11
- ・アルコール健康障害対策基本法 15
- ・リカバリー 18
- ・復元力（レジリエンス） 19
- ・ソーシャルニーズ 23
- ・抗酒剤などの再発予防薬と新薬 26
- ・アドボカシー 33
- ・一元化アプローチ 36

●情報

- ・アルコール関連問題についての正しい知識を身につけることに役立つ研修・通信教育等 27
- ・アウトリーチ・ツール 28

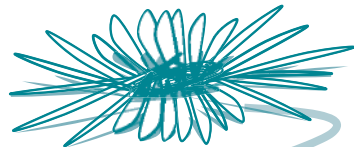
●支援のポイント

- ・患者さんは必ず回復できる、という確信を持つ 28
- ・言葉かけの例 28

●インヴィボ・コード

- ・【行きつ戻りつ（ジグザグ）】 な旅 19

理論編



1

アルコールとアルコール関連問題の実態

アルコールは「人間関係の潤滑油」などと称されるように、国民生活に深く浸透しています。しかし、アルコールは依存性薬物（エチルアルコール）の側面を持っています。その影響により発症する**アルコール依存症**は、依存性薬物による中毒性精神病であり、精神依存・身体依存を伴います。また、**アディクション（Addiction：嗜癖）**の問題¹も内包しています。

用語解説

アルコール依存症

診断基準（WHO 診断基準：ICD-10）

過去 1 年間に以下の項目のうち 3 項目以上が同時に 1 ヶ月以上続いたか、または繰り返し出現した場合

- 1) 飲酒したいという強い欲望あるいは強迫感
- 2) 飲酒の開始、終了、あるいは飲酒量に関して行動を統制することが困難
- 3) 禁酒あるいは減酒したときの離脱症状
- 4) 耐性の証拠
- 5) 飲酒にかわる楽しみや興味を無視し、飲酒せざるをえない時間やその効果からの回復に要する時間が延長
- 6) 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず飲酒

注意：項目の内容を簡略化してある。

出所：独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターアルコール科のホームページより抜粋
(http://www.kurihama-med.jp/outpatient/clinic/cl_alcohol_shindan_kijun.html)

用語解説

アディクション

「もともとその人にとって目的に合っていて環境や状況に適応的であったはずの行動習慣が、適切な自己調整機能をもたずに続けられた結果、ついにはその個人にとって不利益で不都合なことになってしまっている状態」を表す概念。物質依存、行動嗜癖、人間関係嗜癖などの種類がある。これらの発生には、生育歴が関係していると捉えられ、AC、トラウマ、共依存の課題に目を向け、健康な自己愛を発達させることが問題解決の中核的課題と捉えられている。

さらに、「慢性の自殺行為」「進行性の慢性疾患」とも言われ、未治療の場合、身体的・精神的・社会的障害などの**アルコール関連問題**に直面し、死に至る可能性が高くなります。

用語解説

アルコール関連問題

がんや消化器系を中心としたアルコール性臓器障害などの身体的障害、アルコール依存症やうつ病など精神的障害、貧困・失業・虐待など社会的障害の総称。

現に、飲酒者は深刻な状況（表 1）におかれています。

2003 年の厚生労働省による調査では、**多量飲酒**者が推計で約 857 万人、何らかのアルコール関連問題を有する者が 654 万人、アルコール依存症者と予備群が 440 万人、治療が必要なアルコール依存症者が 80 万人となっています²。特に着目したいのは、この 80 万人の中

¹ 稗田里香「暴力・アディクションとソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』第 29 巻第 1 号、相川書房、2003

² 樋口進「アルコール依存症治療の現状と将来の展望」『精神神経学雑誌』第 109 巻第 6 号日本精神神経学会、2007

で、アルコール依存症の専門治療を受けている患者さんはわずか5%ほどにすぎない現状（図1）です³。

2011年の「簡易版アルコール白書」⁴では、アルコール依存症が、死亡数、社会的費用、自死、飲酒運転、ドメスティックバイオレンス（DV）、犯罪、女性の健康、高齢者の介護の問題に介在していることを明らかにしています（表1）。また、貧困、低所得者問題、借金問題、孤独死などの社会問題に、アルコール依存症が深く関連していることがさまざまな報告書等⁵で浮き彫りになっているのです。

表1 わが国のアルコール関連問題とアルコール依存症の実態

アルコール関連問題	実 態
飲酒による死亡	年間死亡数推計：男性 23,583 人/女性 11,405 人/総数 34,988 人 総死亡数の 3.1%（2008 年人口動態統計）
アルコール乱用に伴う社会的費用	2008 年にあてはめると 4 兆 1483 億円に相当（内訳：飲み過ぎによる病気やけがの治療に 1 兆 226 億円。病気や死亡による労働損失と生産性の低下などの雇用損失を合わせて 3 兆 947 億円。自動車事故・犯罪・社会保障などに約 283 億円）
自死者	21%が死亡 1 年前にアルコール関連問題を呈し、その 80%がアルコール使用障害の診断に該当（2010）
飲酒運転	飲酒運転検挙経験者の内アルコール依存症を疑う者の率：男性 47.2%、女性 38.9%（2010）
DV	刑事処分を受けた DV 事例の内、犯行時に飲酒している者の割合 67.2%（2008）
犯罪	犯罪の背景となる割合：50 代男性の窃盗 23%、万引きの再犯の 26%が過度の飲酒（2009）
リスクが高い女性の飲酒	女性の飲酒率：男性 83.1%に対して女性 60.9%。20 代前半では、男性 83.5%に対して、女性 90.4%と、男女の割合が逆転（2008）
高齢者の介護とアルコール問題	高齢者の居宅介護に従事する介護支援専門員、介護員等が利用者のアルコール問題に遭遇した率：79.1%（2009）

出所：アルファネット ホームページ（<http://alhonet.jp/problem.html>）、「簡易版アルコール白書」をもとに作成

用語解説	多量飲酒
1 日平均純アルコール 60 g（日本酒で 3 合、ビールで中ビン 3 本）を超える飲酒。関連疾患だけでなく飲酒運転などの関連問題の温床となっているため、健康日本 21（第一次）で 2 割減の数値目標が立てられたが、達成できなかった。健康日本 21（第二次）では、生活習慣病のリスクを高める飲酒として、男性は 40g 以上、女性は 20g 以上があげられ、15%低減の目標が立てられている。一方、健康へのリスクが低い「節度ある適度な飲酒」の目安は、1 日 20g 程度とされている。	

³ 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成 23 年患者調査（傷病分類編）」厚生労働省、2011

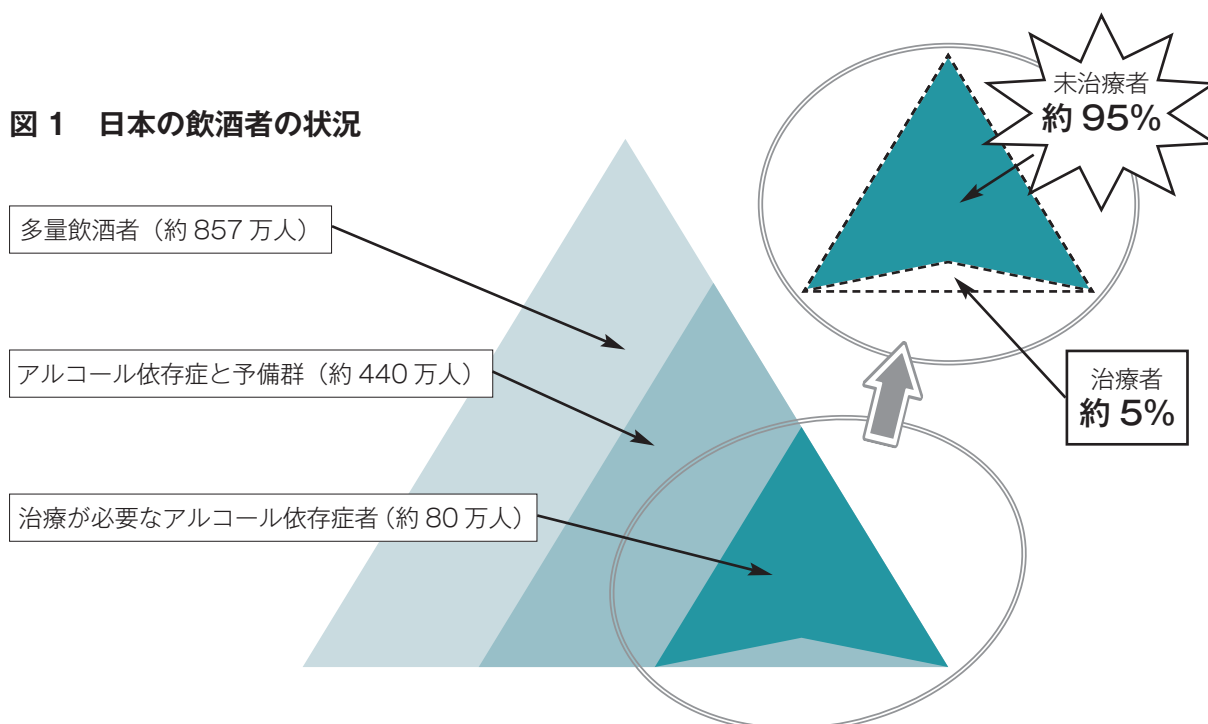
⁴ 日本アルコール関連問題学会、日本アルコール・薬物医学会、日本アルコール精神医学会編「簡易版アルコール白書」日本アルコール関連問題学会『日本アルコール関連問題学会雑誌特別号』2011

⁵ 生活保護受給者の社会的な居場所づくりと新しい公共に関する研究会『生活保護受給者の社会的な居場所づくりと新しい公共に関する研究会報告書』2010

内閣府『平成 24 年版自殺対策白書』2012

これらの深刻なアルコール関連問題に、80 万人中の 95% もの未治療者が直面し、その多くが内科を中心とした一般医療機関に受診している可能性が高いと指摘されています⁶。

図 1 日本の飲酒者の状況



このような実態から、近年、**アルコール依存症における二次予防（進行防止）**に最適な支援機関として、一般医療機関が注目されています。一般医療機関に、アルコール依存症の早期発見、早期治療・支援（初期介入）システムを機能させることによって、アルコール依存症の悪化を防ぎ、アルコール関連問題の発生を予防し、社会的費用の損失を減らすことに貢献するという期待が寄せられているのです。しかし、このようなシステムの定着や普及には、次のような課題があります。

用語解説 アルコール依存症の予防の段階

- 一次予防：発生防止（健康増進と疾病予防）
- 二次予防：進行防止（早期発見、早期治療によって、病気の進行や障害への移行を予防）
- 三次予防：再発防止（専門治療、リハビリテーション、自助グループ）

⁶ 大熊一夫『新ルボ精神病棟』朝日新聞社、1988
中本新一『脱「アルコール依存」社会をめざして』明石書店、2009

2 アルコール専門医療サービスからこぼれ落ちる現実とその要因 ～【見ようとしないと見えない】患いの構造～

1 アルコール専門医療サービスからこぼれ落ちる現実

専門治療が必要であり、それによって回復する可能性のある未治療のアルコール依存症者が、一般医療機関に受診していながらアルコール専門治療を受ける機会に恵まれていない現象を、アルコール専門医療のサービスからこぼれ落ちると捉えてみます。

アルコール依存症の回復者や家族は、「もっと早く病気と知っていれば」と社会に訴えています。なぜなら、問題が重症化すると、専門治療や支援（**三次予防**）を受け、断酒はできても、職を得ることができず貧困状態から脱することが難しい、重症化したアルコール性臓器障害によって日常生活に支障が出る、あるいは、身体的な生命危機にさらされるなど、重篤な生活課題に直面する可能性が高くなるからです。そこには、絶望感、孤独感、不安感、恐怖感など自らの存在意義を問わざるを得ないほどの**スピリチュアルペイン**を伴います⁷。

用語解説

三次予防（再発防止）

【**専門治療**】アルコール依存症専門医（主治医）の診察を受けること。具体的には離脱症状（アルコールが切れた後に出る振戦せん妄などの症状）やうつ状態などの精神症状の治療と合わせ、精神的サポートを受けながら具体的な再発防止の方法について話し合うこと

【**リハビリテーション**】アルコール依存症と向き合うために、ソーシャルワーカーなど相談の専門家に、カウンセリングや教育プログラムを受けたり、グループワーク（院内ミーティングなど）に参加し、再発の危険性について話し合うこと

【**自助グループ**】同じ病を持つ仲間同士で支えあい、再発について率直に語り合い断酒に取り組むこと

〈日本にある自助グループ〉

・ AA（アルコホーリクス・アノニマス：無名のアルコール依存症者たち）

問合わせ先：日本ゼネラルサービスオフィス（J S O）

TEL:03-3590-5377 FAX:03-3590-5419

・ 断酒会

問合わせ先：公益社団法人 全日本断酒連盟

TEL：03-3863-1600 FAX：03-3863-1691

用語解説

スピリチュアルペイン

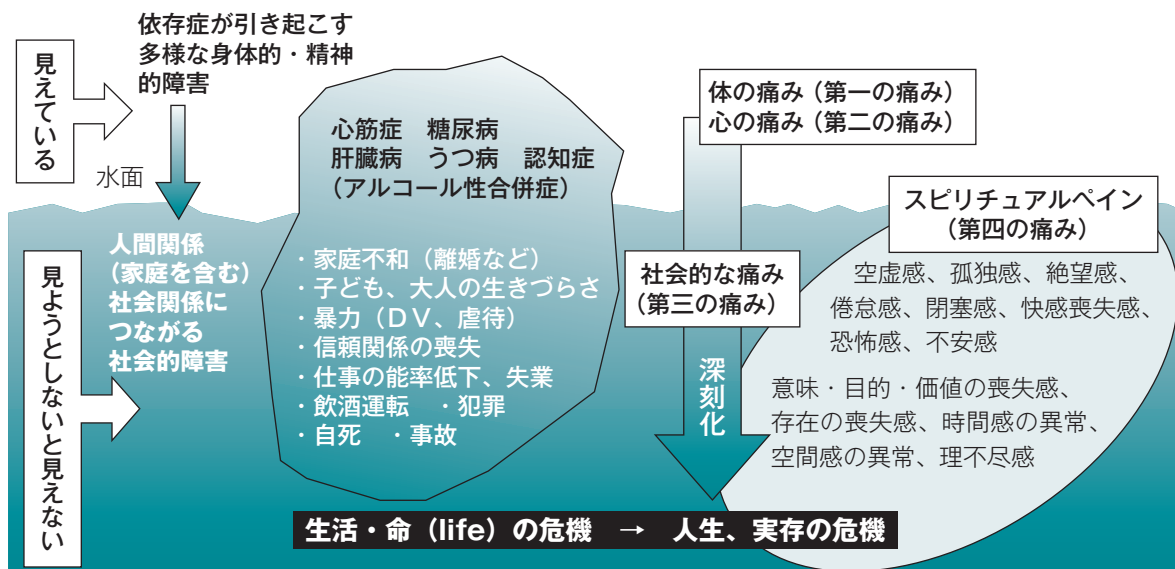
重篤な病や障害、喪失などの危機的状況が引き金となり、ライフが脅かされた際に感ずる『体の痛み（第一の痛み）、心の痛み（第二の痛み）、社会的な痛み（第三の痛み）のどの痛みにも当てはまらない（第四の痛み）』を示す言葉。

スピリチュアルペインからの解放に必要なのは、苦しむ人自身の主観的意味づけ（何らかの価値や意味の再構成によって新しい意味を獲得すること）である。

（藤井美和「人の苦しみとスピリチュアルペイン」『ソーシャルワーク研究』第38巻4号、相川書房、2013）

⁷ 稗田里香「アルコール依存症者のスピリチュアルペイン——一般医療機関における実践から——」『ソーシャルワーク研究』第38巻4号、相川書房、2013

図2 一般医療機関においてアルコール専門医療サービスからこぼれ落ちる構造



この痛みは、意識して容易には表出できないため、医療スタッフに受け止められにくく、アルコール依存症患者さん自身が抱え込むことになります。その結果、患者さんの自己肯定感を著しく低下させ、解決の動機づけや解決能力を抑圧し、社会復帰をより困難にさせ、再び飲酒へと向かわせる悪循環に陥ることも多いのです。

アルコール依存症は、医療者が強い関心を持って【見ようとしないと見えない】患いなのです。これが、まさに必要なアルコール専門医療サービスからこぼれ落ち、患者さんの命（life）そのものを脅かす構造（図2）なのです⁷。

2 アルコール専門医療サービスからこぼれ落ちる要因

なぜ、必要な医療サービスからこぼれ落ちるのでしょうか。その要因として考えられるのは次の三つの課題です。

1 「否認」の課題

一般的に、過剰なアルコール摂取によって引き起こされた合併症の改善を目的に来院するアルコール依存症者の心身の状態は多様です。

「健康日本21」政策（厚生労働省）では、癌、脳血管障害、心臓病、糖尿病などの生活習慣病などが、不適切な飲酒と結びついていることに警鐘を鳴らしています。

例えば、職場の検診で肝障害を指摘され精査目的で一般医療機関を紹介される、胃腸障害の治療で一時的に受診をする、うつ状態で欠勤が続いている、あるいは、アルコール性肝硬変の合併症である食道静脈瘤破裂の大量出血により瀕死の状態緊急入院し一命を取り留めるといった危機的状態に直面し、一般医療機関を受診する患者さんも少なくありません⁸。

⁸ 植松直道「アルコール内科病院の試み」『アルコール依存とアディクション』第12巻2号、星和書店、1995、p.123

このようなアルコール依存症患者さんのほとんどが、自分の身にふりかかった健康問題が過剰なアルコール使用に起因することを自覚しています。医師からも禁酒を厳しく指導され、同意します。しかし、退院後ほどなく飲酒は再開され、同様の治療や入退院を繰り返す場合が多いのです⁹。

アルコール依存症の正体は、「頭で理解できても身体が欲する」と言われる**病的飲酒欲求**なので、一般医療機関におけるアルコール依存症者のあり様は、むしろ未治療のアルコール依存症者であり、それは自然な姿と言えます。このような欲求を満たすには、アルコールを摂取する正当な理由が必要となる訳です。

用語解説

病的飲酒欲求

アルコール依存症を特徴づける症状の一つである。正常な飲酒者の飲酒欲求とは違い、「渴望」とも呼ばれ、飲酒によって深刻な問題が生じていることを自覚しているにもかかわらず、飲酒を制御できない強い欲求。「我慢できる生理的飲酒欲求と、我慢できない病的飲酒欲求」と言われたりする。

「少量なら大丈夫」「そんなにひどくはない」「自分はアル中（アルコール依存症）ではない」など、様々な理由付けをしながら、問題を過小評価する、あるいは、問題そのものを認めず飲酒を継続させます。

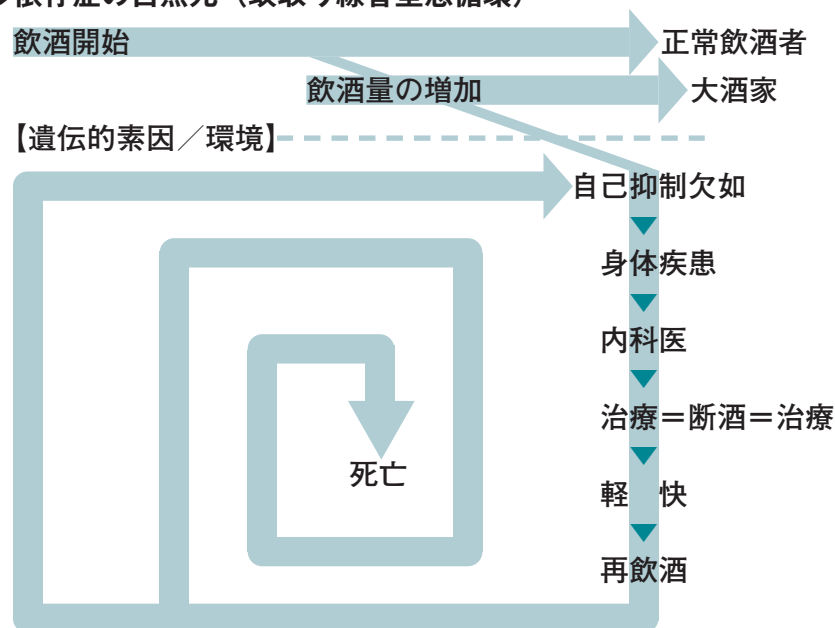
これを「否認」の心理が強く作用している状態と捉えます。このような心理状態に置かれると、アルコール依存症患者さんは、アルコール依存症の正体を認知することを拒み続けます。アルコール依存症患者さんは、自らの存在が脅かされる危機感に怯えながらも、スピリチュアルペインを誰にも打ち明けられず、結果的にアルコール依存症そのものの問題を放置することとなるのです。

その間、アルコール依存症は加速度的に進行し、アルコール依存症患者さんの社会生活は、ますます危機的状況に晒されていきます。それは、あたかも次ページの「蚊取り線香」(図3)のようにじりじりと消耗し、最後は全て灰になるがごとく死に至る可能性を高めるのです。

飲んで体を悪くして治療を受け、回復し、また飲んで治療を受けるといった悪循環を絶つには、それを引き起こしている「アルコール依存症」に焦点が当たらなければならないのです。

⁹ 猪野亜朗『アルコール性臓器障害と依存症の治療マニュアル』星和書店、1996

図3 アルコール依存症の自然死（蚊取り線香型悪循環）



出所：高木敏「内科領域からみたアルコール関連疾患」（斉藤学他編『アルコール依存症の最新治療』金剛出版、1989、p 43）に筆者加筆

2 スティグマの課題

アルコール・ケースワーク論¹⁰で著名な窪田暁子は、「アルコール依存に陥っている人々は援助を求めて専門機関を訪れても、なかなか適切な治療や援助が得られない。（中略）そればかりでなく医療機関でも、福祉相談機関でも、アルコール問題があるというだけで厄介者扱いにされることが多く、またそれらの場所で出会う人々が崩壊していく様子を見せていること、そして社会一般にもアル中は治らない、という見方が強く存在する」¹¹と指摘しています。

アルコール依存症患者さんは、社会的には落伍者とのレッテルを貼られ、治療や援助の専門家や専門機関からも閉め出される「二重の壁」¹²によって、回復の道を閉ざされ、社会的排除の対象にされやすいと言えます。このような**スティグマ**が押される要因については、医学、社会学、各々の立場からの、以下のような指摘を通じてうかがい知ることができます。

用語解説 スティグマ

もともとは、奴隷や犯罪者であることを示す、刺青などの肉体的刻印のことを指す言葉であった。現在流通している用法は、社会学者ゴッフマン（Erving Goffman）が1963年『スティグマの社会学』（せりか書房）の中で提示した。彼は、スティグマを負った人々への劣等視が社会的に正当化されていることを論じた。その結果、スティグマを負った人々は差別という形でさまざまな社会的不利を被ることになるのである。

¹⁰ 窪田暁子「アルコール・ケースワーク論」アルコール健康医学協会厚生省保健医療局精神保健課監修『アルコール中毒臨床医等研修テキスト』発行年不詳、pp.148-152

¹¹ 窪田暁子「アルコール依存症者の回復をエンパワーメントの視点からみる」『ソーシャルワーク研究』第21巻第2号、相川書房、1995、p85

¹² 窪田暁子「セルフヘルプ・グループ」『保健の科学』第44巻7号、2002

①医学の在り方に起因するスティグマ

「(一般) 医療機関では、臓器障害は検査データに従って、診断され、治療されていく。(中略) 検査データだけではアルコール依存症は見えてこない。心の病であるから、当然検査結果には引っかけられない。(中略) 現代内科学は臓器障害は治せるけれども、アルコール依存症は放置されたままなので、当然再飲酒によって臓器障害の悪化、アルコール依存症の進行、家庭崩壊がもたらされていく (括弧内は筆者)」¹³ という指摘があります。

アルコール依存症は、一般医療機関では【見ようとしないと見えない】患いなので、見ないまま治療を放置された結果、アルコール関連問題が深刻化していく患者さんに対し「医療スタッフには無力感のみが残され、燃え尽き、飲酒問題を抱えた患者さんは適当にあしらうという姿勢ができていく」¹⁴ のです。

このような実情を、「医学教育全体の問題であり (中略) 検査データに従って、診断されており、治療されていく (中略) 細分化され、専門化された現代医学そのものの欠陥」¹⁵ と捉え、医学におけるアルコール依存症治療の在り方そのものに、スティグマを生じさせる課題が内包されていると考えられます。

②「イメージ」に起因するスティグマ

スティグマを押すもう一つの要因として、「イメージ」の課題があげられます¹⁶。

中でも、社会学の立場でアルコール依存の研究を進めている野口裕二は、ゴッフマンのスティグマ理論に依拠しながら、アルコール依存症には、i)「自業自得のイメージ」、ii)「とらわれのイメージ」、iii)「逃避のイメージ」、iv)「落伍者のイメージ」というスティグマが伴っていると提起しています。そして、これらの「『否定的なイメージ』に彩られて、アルコールリズムは、(中略) スティグマの付着した病気として我々の社会に存在している」¹⁷ と指摘しています。さらに、そのようにイメージされた「状態を克服できないでいることに対するスティグマがもう一つ存在する。『意志薄弱』というスティグマである。(中略) (この『スティグマ』は) 社会により根深く浸透する (括弧内は筆者)」¹⁸ と言及しています。

一般医療機関では、「アルコールの患者さんは難しい」というイメージが根強く存在しています。飲酒の問題と分かっているにもかかわらず、アルコール依存症を診ず、「意志を強くすること」「がんばって量を減らすこと (節酒)」などの指導のみに留まる傾向が強いのです。そこには、アルコール依存症という根本的な問題を見ようとせず、患者さんの「意志薄弱」へと問題がすり変わる形で対応が終結するという、一般医療機関のスティグマを押す構造が見えてくるのです。

¹³ 猪野、前掲書、1996

¹⁴ 猪野、前掲書、1996

¹⁵ 猪野、前掲書、1996

¹⁶ 窪田、前掲書、1995=2002/野口裕二『アルコールリズムの社会学』日本評論社、1996/樋口進 松下幸生「10.アルコール関連問題の予防」アルコール・薬物関連障害の診断・治療研究会 (白倉克之他) 編『アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン』じほう、2003、p146/清水新二『アルコール関連問題の社会病理学的研究』ミネルヴァ書房、2003、p55

¹⁷ 野口、前掲書、1996

¹⁸ 野口、前掲書、1996

③精神障害に対するスティグマから生じる医療の課題

アルコール医療の歴史を遡ると、アルコール問題に直面する者は「アル中」と呼ばれ、他の精神疾患と同様に予防拘禁的保護や治安維持的取締りの対象とされてきました。

昭和 30 年代後半に、アルコール開放病棟や断酒会（自助グループ）が誕生。昭和 40 年代にはアルコール医療に取り組む病院が全国に増えていきます。そして昭和 50 年代には、差別的な用語である「アル中」が「アルコール依存症」と改められました。

現在においても、アルコール依存症は、**精神障害の定義**（精神保健福祉法：精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 昭和二十五年五月一日法律第百二十三号 第 5 条）の中で、統合失調症などと並び精神作用物質による急性中毒またはその依存症と明記され、強制入院の対象にもなっています。

用語解説 精神障害の定義（第 5 条）

この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。

精神障害に対して、まだまだスティグマが強いわが国では、アルコール依存症＝精神障害と結びつくことが、専門治療への敷居を高くしているとの指摘もあります¹⁹。また、診療報酬制度においても、専門医療機関ではない一般医療機関でアルコール医療サービスを提供しても、**診療報酬には反映できない**という問題があります。というのも、重度アルコール依存症入院医療管理加算においては、「アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること」という精神科医療機関に限定された施設基準があり、さらに適用の対象も「入院治療が必要な患者さん」という精神障害に限定された形です。

そのため採算の問題から、一般医療機関で、アルコール医療サービス体制を組織的に整えることの限界があり、ここにも医療サービスからこぼれ落ちる要因があり、重大な課題と捉えられています。

用語解説 診療報酬には反映できない課題

次のような取り組みがなされている。日本アルコール関連問題学会では、平成 20 年および 22 年の診療報酬改定時に、内科領域におけるアルコール関連疾患患者に対して介入することにより、疾患の進行及びアルコール依存症への進展を予防する方法を提示し、診療報酬の要望をしている。しかし、介入による効果のエビデンスが明らかではないという理由で要望は通らなかった。

3 未確立な一般医療機関におけるアルコール関連ソーシャルワーク実践の課題

ここ 20 年間のアルコール医療や支援を振り返ると、**動機づけ面接法**や**エスバート(SBIRT)**など、アルコール依存症の専門医でなくともアルコール依存症にアウトリーチする方法やツールの積極的な開発や発展が見られています。

¹⁹ 中本、前掲書、2009

用語解説**動機づけ面接法**

臨床心理士であるウィリアム・R・ミラー Ph.D とステファン・ロールニク Ph.D が主になって開発したカウンセリングアプローチである。動機づけ面接は、クライアントの中にある矛盾を拡大し、両価性を探り、明らかにし、それを解消する方向にクライアントが向かうようにしていく。クライアントの内発的な動機づけを呼び覚まし、行動を変容させる、クライアント中心かつ準指示的な方法である。

用語解説**エスバート**

(SBIRT : Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment)は、Screening によって患者を「ふるい分け」、Brief Intervention という「介入」によって「危険な飲酒」患者には節酒を勧め、“乱用”や“依存症”患者には断酒を勧め、Referral to Treatment によって専門治療の必要な患者は「紹介」を行うという一連の技法。特に依存症を日常的に治療しない医療者にとって重要な枠組みであり、多くの人々のアルコールの害を減らすための道しるべと言われる。

(吉本尚、小松知己、猪野亜朗「アルコール使用障害への SBIRT」『精神科治療学』編集委員会『物質使用障害とアディクション臨床ハンドブック』精神科治療学 Vol.28 号増刊号、星和書店、2013、pp.100-104)

また、アルコール専門医療機関や専門社会復帰施設などにおけるソーシャルワークが確立され、アルコール関連問題ソーシャルワーカーという専門職種も生まれて、発展を続けています。

しかしながら、一般医療機関のアルコール関連問題ソーシャルワークは、未確立な分野と言えます。数少ない一般医療機関のソーシャルワーカーらの先行研究では、アルコール依存症は慢性で進行性の疾患で、社会的偏見や差別による苦しみがあり、他の疾患と同様に早期発見・早期治療、継続的支援と、啓発等が重要²⁰との指摘があります。

それでも、医療ソーシャルワーク関連の報告書、学会誌、テキスト等の文献を確認する限りにおいて、同じ慢性疾患である神経難病、がん、HIV やハンセン病などに対するソーシャルワークは取り上げられていても、アルコール依存症についてはわずかしき見られません。

また、近年では平均在院日数の短縮など政府の医療費適正化対策により、ソーシャルワーカーの支援も短期間に効率的で効果的な成果が要求されています。医療機関は、社会福祉実践の第二次分野であり、治療や健康を保障することを第一義的とした医療サービスに参与する複雑で統合的なソーシャルワークの展開が求められます。

このような組織で機能する一般医療機関のソーシャルワーカーとしては、既述の診療報酬の問題のために、採算の取れない時間と労力を要するアルコール医療サービスに係ることの優先順位を低くせざるを得ないことが考えられます。

多くのソーシャルワーカーは、アルコール支援の必要性を認識していても着手しにくく、

²⁰ 加藤恵美子「総合病院におけるアルコール関連患者へのアプローチ」『日本アルコール関連問題学会雑誌』第4巻、日本アルコール関連問題学会、2002

稗田里香「大学病院におけるアルコールソーシャルワーク実践についての一考察ー「統合モデル」を適用してー」『社会福祉学』第27号、明治学院大学大学院社会学研究・社会福祉学専攻、2003、p.p.23-45

片岡千都子ほか「一般医療機関でのアルコール依存症への初期介入～アルコール専門医療機関との連携医療から地域に広がるネットワークへ～」『日本アルコール関連問題学会雑誌』第13巻、日本アルコール関連問題学会、2011

専門機関を紹介するなど最低限の支援にとどまっているのが現状です。これについては、ソーシャルワーカーのジレンマ と合わせて検討すべき課題²¹と言えます。

また、医療ソーシャルワーカーが多数所属する職能団体が実施する研修においても、医学や社会復帰に向けた資源に関する知識習得を目的としたものはあるものの、一般医療機関で行う体系的なアルコール関連問題ソーシャルワークに特化した研修を提供するまでには至っていません。

つまり、一般医療機関で汎用化されるようなソーシャルワーク実践のエビデンスが極めて少ないため、実践の体型化については未確立と言えます。どこまで支援するかについては、この課題に関心を寄せているソーシャルワーカー個人の熱意と努力次第であることは否めません。

熱心なソーシャルワーカーがいなくなれば、アルコール支援も衰退するということも少なくないのです。このような未確立な一般医療機関におけるアルコール関連ソーシャルワーク実践の状況に、専門医療サービスからこぼれ落ちる要因があり、実践の重要課題と捉えます。

²¹ 堀越由紀子「第1章 医の倫理とソーシャルワーク 第1節 医の倫理 3 医の倫理とソーシャルワークの倫理」社団法人日本社会福祉会 社団法人日本医療社会事業協会編『保健医療ソーシャルワーク実践2』中央法規、2004、pp.26-39

3 アルコール依存症患者さんの健康権を保障する ソーシャルワーク

一般医療機関の医療従事者は、未治療のアルコール依存症患者さんに対して、しばしば「厄介者」「意志が弱い」「自業自得」とレッテルを貼って敬遠し、アルコール問題を、個人の問題とする傾向にあります。

しかし、既述のとおり専門医療サービスからこぼれ落ちる要因を明らかにすると、問題は、むしろ個人の外側（社会的環境）に浮上します。それは、基本的人権における、**健康権**と深く結びつく重大な課題と捉えることができます。その理由は次のとおりです。

健康権は、世界人権宣言第 22 条で明記され、権利としての地位を獲得し、わが国でも、日本国憲法の基本的人権に根拠を持つ新しい権利の一つで、医療保障を中核とした人間の尊厳を保障する重要な権利の一つです²²。社会福祉領域では、1983 年に一番ヶ瀬康子が初めて取り上げました²³。

健康権の原則を、こぼれ落ちるアルコール依存症者の実情に照らして検討すると、次のような課題が認められます。

1 健康権の原則と課題

① 不断の原則（時を選ばない病気やケガに対する救急医療の体制の保障）

例えば、アルコール救急体制は、救命救急医療における受け入れ態勢の整備等に課題がある²⁴ことから、不断の原則が保障されていない。

② 地域平等の原則（どこに住んでいても医療を受けられる権利の保障）

アルコール専門医療サービスを提供している一般医療機関は、全国的に極めて少ない²⁵ことから、地域の不平等が生じている。

③ 主体の包括性・平等性の原則（誰もが平等に医療を受けられる権利の保障）

一般医療機関で起こっているように、未治療のアルコール依存症者に対して専門医療サービスの提供が体系化されていないことにより、主体の包括性・平等性の原則が保障されていない。

④ 負担の原則（経済的心配なしに医療を受ける権利の保障）

一般医療機関において重篤なアルコール合併症で入退院を繰り返している場合、就労できないことにより収入が断たれ、貧困などの経済的問題に直面しやすいが、アルコールに特化した医療費助成制度などの医療サービスはなく、負担の原則が保障されているとは言えない。

²² 井上英夫「第 1 章 医の倫理とソーシャルワーク 第 3 節 医療における人の尊厳と権利 1 医療と人権（侵害）」社団法人日本社会福祉会 社団法人日本医療社会事業協会編『保健医療ソーシャルワーク実践 2』中央法規、2004、pp.116-120

²³ 一番ヶ瀬康子編『これからの社会福祉 現代の社会福祉・Ⅱ』ミネルヴァ書房、1983

²⁴ 猪野亜朗ほか「アルコール専門外来と一般診療科外来受診者による救急車利用の対比」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』第 48 巻 5 号、2013、pp.314-24

²⁵ 特定非営利活動法人アルコール薬物問題全国市民協会編『アディクション《治療相談先・自助グループ》全ガイド』アスク・ヒューマンケア、2002

⑤最高水準医療の原則（インフォームド・コンセントなどの観点から、その国の資源を動員して達成される最高水準の医療を保障する）

既述の「アルコール専門医療サービスからこぼれ落ちる要因」で明らかにしたとおり、一般医療機関では、アルコール依存症の治療に関して十分なインフォームド・コンセントが行われているとは言い難い。つまり、適切なアルコール専門医療サービスを提供しきれていないという大きな課題を抱えていることから、最高水準医療の原則が保障されていない。

⑥非営利性の原則（生命・健康が経済的要因によって左右されない医療の保障）

営利性や効率化を優先させ加速させることによって、一般医療機関でアルコール医療サービスを提供する体制が狭められ、アルコール専門医療のサービス供給の質・量ともに左右されやすい。その結果、専門治療が遅れ命に関わる危機に直面する場合もあることから、非営利性の原則が保障されていない。

⑦公的責任の原則（健康権は公的権力によって保障される）

一般医療機関が、アルコール専門治療に対して公的な責務を負うと定めた国家レベルの法制度は、2013年によく「**アルコール健康障害対策基本法**」が成立したばかりである。したがって、政府は、この問題に対して公的な責任をまだ果たしていないと言わざるを得ない。

⑧権利性の原則（医療を受ける権利は法的権利として保障される権利）

一般医療機関において、アルコール専門医療サービスを受ける権利は、⑦のとおり保障されていない。

⑨参加の原則（アルコール依存症者の参加と制度の民主的運営の保障）

アルコール依存症者は、自らの苦しみがアルコール依存症という病気から生じていることを知り、「治療を受ける、受けない」について自己決定し、回復する機会を得る権利がある。しかし未治療の依存症者はこの権利を享受できない不平等に直面している。前述の基本法がようやく2014年に施行されるという状況の中、アルコール依存症者が医療に主体的に参加し運営するという保障はされていない。

2013年12月7日に成立、12月13日公布。

国・地方公共団体等の責務、アルコール健康障害の発生・進行・再発の各段階に応じた防止対策、アルコール健康障害を有する者や家族に対する支援、関連して生ずる飲酒運転・暴力・虐待・自殺等の問題に関する施策との有機的な連携を網羅した、日本で初めての包括的な法律である。

この法律によって次のような改善が期待される。

① **国のポリシーが明確に**

政府が関係者会議の意見を聴いて策定する基本計画が、地方公共団体の施策に取り入れられ、酒類の製造・販売事業者、医師その他の医療関係者、健康増進事業者の業務にも反映される。

② **省庁間の連携が可能に**

推進会議の設置によって、関係省庁の連絡調整ができるようになる。所管行政から関係行政機関への要請も可能になり、必要なデータ収集や関連施策の調整ができるようになる。

③ **啓発週間が開始**

国民に対して、依存症の偏見是正や多量飲酒の危険性など、アルコール関連問題の発生・進行・再発を防止するための啓発が行える。これは依存症者の社会復帰への環境整備にもなる。また、家庭・学校・職場等での教育・学習の振興・広報活動も奨励される。

④ **医療・保健・警察・司法など多方面から介入が促進**

一般医療では、多量飲酒者への節酒指導や依存症の早期発見と専門医療への紹介を行う基盤ができ、健康診断や保健指導からの介入も促進される。飲酒運転・暴力・虐待その他の犯罪の背景にある飲酒問題についても介入が促進され、これに対応する人材の養成が始まる。

⑤ **家族の相談の受け皿が拡充、回復のための自助グループへの支援が促進**

悩んでいる本人や家族のための相談の受け皿が拡充され、自ら回復に取り組む自助グループ、社会復帰のための施設への支援等が促進される。

⑥ **調査・研究の促進**

対策に必要な調査を始め、予防や治療の方法に関する研究が進む。

*法律の全文や成立までの経緯などについては、「アル法ネット（アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク）」のホームページ <http://alhonet.jp/> を参照のこと

以上のことから、現時点で一般医療機関におけるアルコール依存症患者さんの健康権は、決して保障された状況にあるとは言えません。ここに、ソーシャルワーカーが介在する意義があると考えます。それを裏付ける根拠を、「医療ソーシャルワーカー業務指針（以下業務指針）」に求めてみます。

2 業務指針にみるソーシャルワークの方法

業務指針では、保健医療の場における具体的なソーシャルワークの方法を次のように提示しています²⁶。（下線は筆者）

① 個別援助にかかわる業務の具体的展開

患者、家族への直接的な個別援助では、面接を重視するとともに、患者、家族との信頼関係を基盤としつつ、医療ソーシャルワーカーの認識やそれに基づく援助が、患者、家族の意思を適切に反映するものであるかどうかについて、継続的なアセスメントが必要である。

²⁶ 谷修一「第3章 医療機関の機能とソーシャルワーク 第1節 医療ソーシャルワーカー業務指針」社団法人日本社会福祉会 社団法人日本医療社会事業協会編『保健医療ソーシャルワーク実践1』中央法規、2004、pp.233-235

②患者の主体性の尊重

保健医療の場においては、患者が自らの健康を自らが守ろうとする主体性を持って予防や治療及び社会復帰に取り組むことが重要である。

③プライバシーの保護

一般に、保健医療の場においては、患者の傷病に関する個人情報にかかわるので、プライバシーの保護は当然であり、医療ソーシャルワーカーは、社会的に求められる守秘義務を遵守し、高い倫理性を保持する必要がある。

④他の保健医療スタッフ及び地域の関係機関との連携

保健医療の場においては、患者に対し、さまざまな職種の者が、病院内あるいは地域において、チームを組んでかかわっており、また、患者の経済的、心理的、社会的問題と傷病の状況が密接に関連していることも多いので、医師の医学的判断をふまえ、また、他の保健医療スタッフと常に連携を密にすることが重要である。

⑤受診・受療援助と医師の指示

医療ソーシャルワーカーが業務を行うに当たっては、チームの一員として、医師の医学的判断をふまえ、また、他の保健医療スタッフとの連携を密にすることが重要であるが、なかでも受診・受療援助は、医療との特に密接な関連があるので、医師の指示を受けて行うことが必要である。

⑥問題の予測と計画的対応

社会福祉の専門的知識および技術を駆使して生活と傷病の状況から生ずる問題を予測し、予防的、計画的な対応を行うこと。

⑦記録の作成等

患者ごとの記録の作成と、記録をもとにした医師等への報告、連絡、関係職種等への情報提供。プライバシーの保護に十分留意する。

以上のことから、患者さんや家族に対するソーシャルワークで重要なのは、アルコール専門医療サービスからこぼれ落ちる構造（図2）から生まれる苦しみを、自らの力で取り組むことができるよう、その力を引出し、強化することです。そのためには、信頼関係に基づく面接とアセスメントを行うとともに、医師を含む多職種と連携しながら、職業倫理に裏打ちされた予防的、計画的な対応が必要となります。そのような支援方法を駆使することによって、はじめて患者さんの健康権を保障することができると考えます。

実践編



1 回復を支援するために旅の地図 「リカバリーの三次元志向構造」を持とう

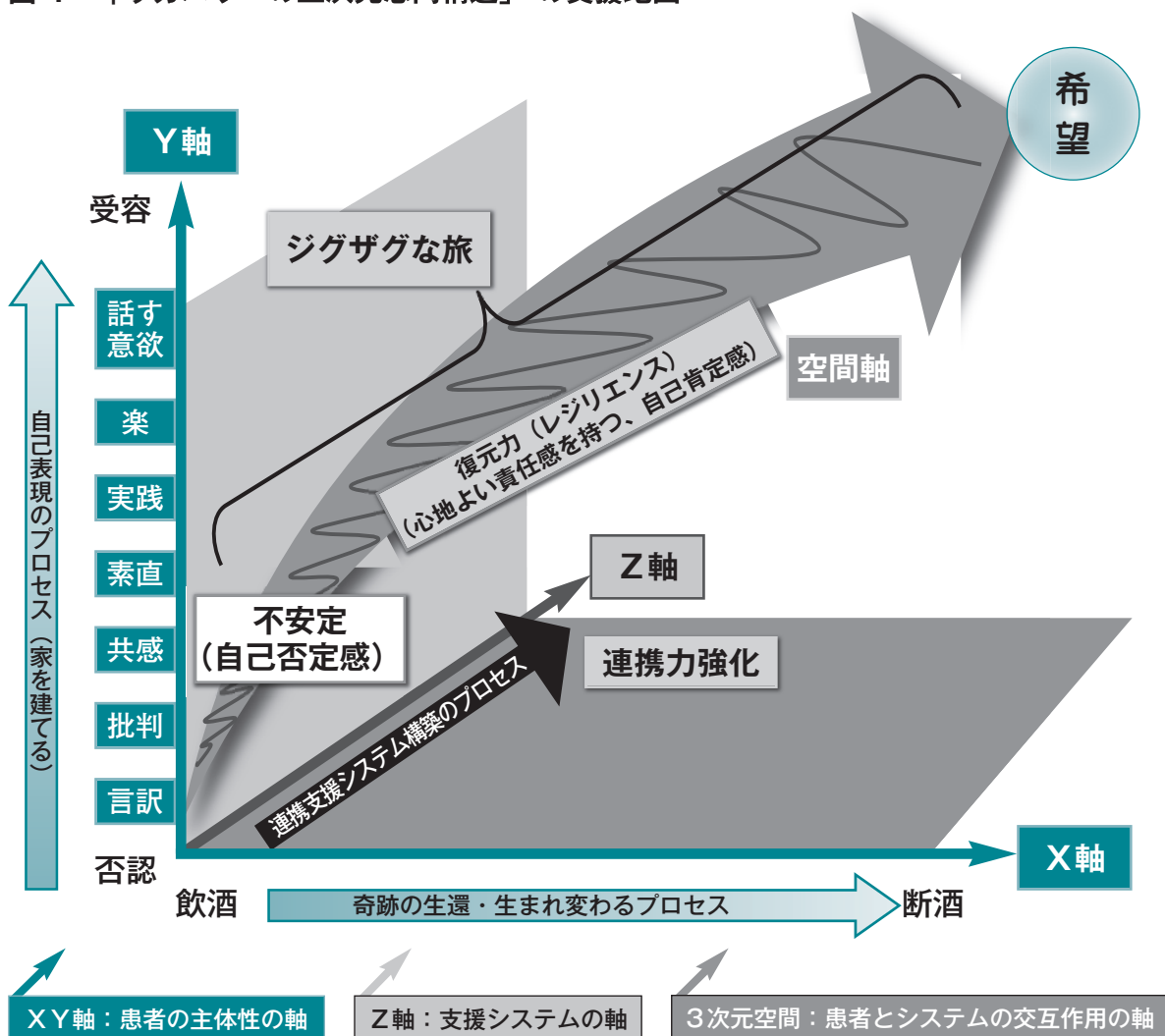
アルコール依存症は、「治癒はしないが回復できる病気」と言われています。アルコール依存症からの回復を支援するためには、アルコール依存症を慢性疾患ととらえ、患者さんは、一生涯、この病気と向き合うという理解が前提となります。

ここでは、アルコール依存症から回復する過程を「病気を持ちながら、かけがえのない命を生き、社会に生活し、再起して、自分の人生を歩む**リカバリー**の旅（ジグザグな旅）」と捉えています。

用語解説 リカバリー

「癒しの旅であり、精神保健上の問題をもった人が自分の可能性を実現しようとする中で、意味のある人生を送ることができるように変化すること」（SAMHSA：アメリカ合衆国、薬物乱用精神保健管理庁）、「どのような病や障害に圧倒されたとしても、自分らしさや日常生活、そして自分の人生を取り戻すことができるという考え方」（野中猛『図説医療保健福祉のキーワード リカバリー』中央法規、2011、p37）を示す概念。

図4 「リカバリーの三次元志向構造」の支援地図



この旅は、患者さんだけではなく、家族・関係者、支援者がアルコール（依存性物質：エチルアルコール）という薬物を一切体に入れてはならないということを理解することから始まりますが、それは、手段にすぎません。本当の目的は、飲酒によって作られた「どん底」人生の物語を、断酒することによって「希望」ある物語に書き換える【生まれ変わる】ことです。

その地図を、図4のとおり「リカバリーの三次元志向構造」と名づけました。

アルコール依存症のリカバリーは、患者さんの主体性の軸として「奇跡の生還・生まれ変わるプロセス（X軸）」「自己表現のプロセス（Y軸）」、支援システムの軸として「連携支援システム構築のプロセス（Z軸）」と、X、Y、Z軸の交互作用の軸として「復元力の強化のプロセス（空間軸）」の3次元構造からなります。

用語解説 復元力（レジリエンス resilience）

「回復する力、苦難に耐えて自分自身を修復する力」を意味する。（スティーヴン・J・ウォーリン、シビル・ウォーリン、2002）奥野光・小森康永訳『サバイバーと心の回復力』金剛出版、p13）

X軸は、飲酒行動にかかわる人生の物語です。飲酒から断酒へと依存症を患う人自身の行動が変化する旅です。死を意識するほどの「どん底」経験から生きる「希望」を持てるようになるまでの変化の旅を【奇跡の生還・生まれ変わる】と表現しています。

Y軸は、依存症を患う人自身が、否認から理解・受容へと自己表現が変化する旅です。旅をしながら、自分にとって居心地のいい【家建てる】と表現される体験です。

Z軸は、システム（機関、組織など）が、適切な支援を提供できる応答性の質が高いシステムへと変化する過程を示しています。

空間軸は、X、Y、Z軸のすべての交互作用の中で、専門的支援関係や家族、仲間関係において信頼関係が醸成され、【行きつ戻りつ（ジグザグ）】な旅をしながら自己否定から自己肯定へと変化する復元力（逆境を乗り越える力）を強くし「希望」ある人生とする旅を示しています。

「リカバリーの三次元志向構造」を、図5のとおり平面図で表してみます。これを、協働する患者さんや家族・関係者、連携する支援者と共有します。

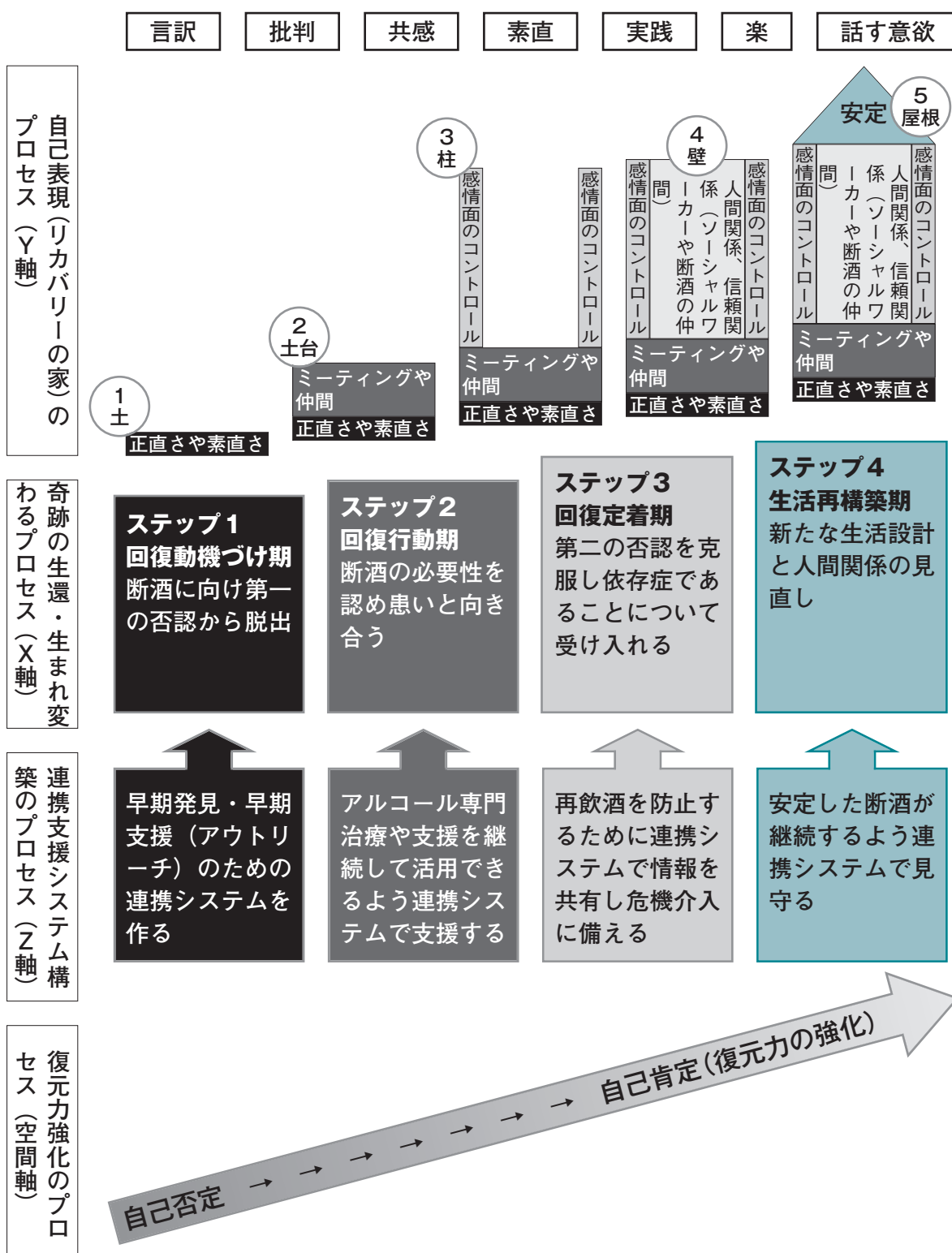
X軸の奇跡の生還・生まれ変わるプロセスは、**ステップ1～4**まで、階段を一段一段確実に上るイメージで進んでいく旅です。

ステップ1の回復動機づけ期は、断酒に向け、自分はアルコール依存症ではないというように病気を認めない、あるいは問題を過小評価するような第一の否認から脱出することが目標となります。

インヴィボ・コード 【行きつ戻りつ（ジグザグ）】な旅

患者さんの回復の過程のあり様を表している。回復は、治療や支援を受ければすぐに断酒しスムーズに回復するのではなく、治療や支援を受けた後も、再飲酒（スリップという）し、また、断酒するということを繰り返しながら、少しずつ回復していくという過程を、「行きつ戻りつ（ジグザグ）」と表現した。

図5 「リカバリーの三次元志向構造」の平面図



ステップ2の回復行動期は、アルコール依存症であることを受け入れ断酒の必要性を認め、思いと向き合うことが目標となります。

ステップ3の回復定着期は、一杯ぐらいなら飲んでもいいのではないかというような、病気の認識が薄れ再飲酒を正当化する第二の否認を克服し、アルコール依存症であることを再認識することが目標となります。

ステップ4の生活再構築期は、アルコールとは無縁の新たな生活設計と人間関係の見直しを行うことが目標となります。

自己表現のプロセスの変化を表す**Y軸**は、**X軸**のプロセスと並行してみられます。それは、あたかも家を建てるイメージで否認から受容へと進みます。**X軸**の第一の否認は、病的飲酒欲求が強い段階ですので、飲酒欲求を正当化するために「言訳」や「批判」の自己表現が頻繁にみられます。

この時期は、正直さや素直さという土地を耕す上でとても重要な時期です。土地がしっかり耕され、正直さや素直さが表現されるようになると、そのような自己表現に耳を傾け受け止め、共感してくれる仲間の存在を感じられる土台を築くことが目標となります。

その上に、感情面をコントロールする柱を立てます。この時期は、すでに断酒が継続されていますが、飲酒で解消することができないストレスなどから来るイライラなどの感情に苦しみやすくなるからです。感情面がコントロールされるようになると、信頼関係（ソーシャルワーカーや断酒の仲間）という外壁で、外部からのプレッシャーによる再飲酒の危険から身を守ることができるようになります。外壁ができると、いよいよ、屋根をかけることができます。それは、「安定」の屋根です。その屋根の下で、自らを受容し、希望の明かりをともす安心した生活を送ることが可能となります。

X、Y軸の患者さんの主体性に関わるプロセスの変化を側面的に支援するのが**Z軸**です。このような変化の実現は、ソーシャルワーカー一人の力では、到底成し得ることはできません。本来、奇跡は偶発的に起こるものとされていますが、ここでの「奇跡」は偶発的なものではなく、むしろ意図的に生み出されるものと捉えています。それを可能とするのが、患者さんに関わるさまざまな関係者の連携です。

ステップ1ではアルコール依存症にアウトリーチする早期発見・早期支援を行う連携システム、**ステップ2**ではアルコール専門治療や支援を継続して活用できるよう支援する連携システム、**ステップ3**では再飲酒を防止するために情報を共有し危機介入に備える連携システム、**ステップ4**では安定した断酒が継続するよう見守る連携システムが必要となります。

このように、**X、Y、Z軸**の交互作用によって、患者さんは、苦難に耐え自分自身を修復する復元力（レジリエンス）を強めていきます（空間軸）。アルコール依存症がもたらしたさまざまな苦しみ体験は、リカバリーの旅のエネルギーとなり、人生の道を自ら切り開いていく力となります。

リカバリーの旅がうまく進むと、患者さんは「アルコール依存症になってよかった」と語ります。周囲から飲酒を責められ、排除され、「自己否定する人生」から、断酒し続けることができる自分自身に対して心地よい責任を感じ、アルコール依存症から回復している自分に対してプライドを持ち、「自己肯定する人生」へと自らの物語を書き換えることに成功するのです。

2 こんな患者さんに出会っていませんか？ ～どこまでどう支援するか～

外来に来てアルコールのにおいをぷんぷんさせながら文句ばっかり言って困る。
(外来看護師)

退院しては飲酒し、また体を壊して入院。これじゃあ、せっかく治しても意味がない。(内科医)

救急車で運ばれてきた患者さんが酔っぱらっていて大暴れ。怖い。(ER スタッフ)

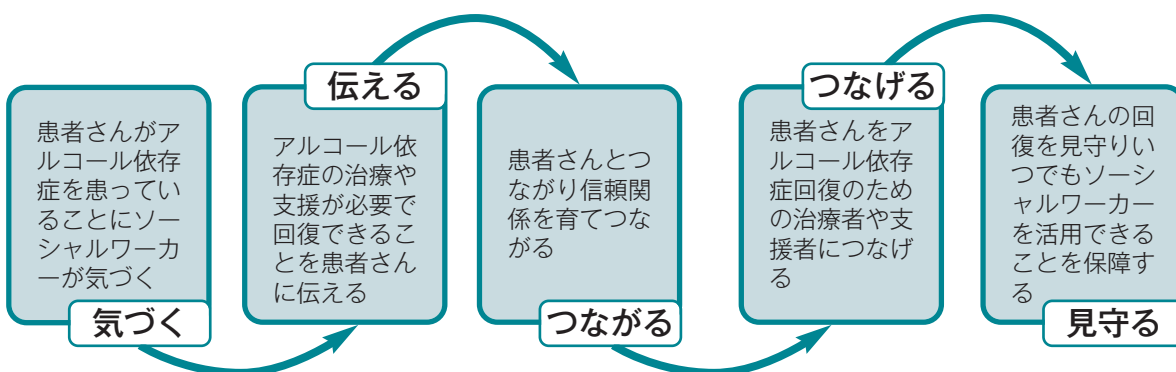
これらは、一般医療機関で、アルコール関連問題のある患者さんについて、しばしば耳にする医療スタッフの声です。

何らかのアルコール関連問題に直面する患者さんに対して、「アルコールの患者さんは難しい」「支援することの必要性は感じているが時間がない」「専門病院につなげるのが精一杯」など、厄介者、迷惑な患者さん、難しい患者さんとレッテルを貼り、支援をあきらめたり敬遠しがちになっていないでしょうか。

「理論編」で触れたように、一般医療機関のソーシャルワーカーや他の医療スタッフは、さまざまな病気を患う多くの患者さんや家族を、限られた時間の中で効率的に支援することが求められている中で、アルコール患者さんにまで手が回らないというのが実情です。しかし、これから説明するアルコールにかかわるソーシャルワーク実践を理解していただくと、おそらく、「他の病気を持った患者さんへのかかわりとそれほど変わらない」という認識に変わるはずです。ソーシャルワーカーとして身につけている価値や知識や方法は、アルコール関連問題に直面する患者さんや家族の支援にも十分に通用します。

患者さんの目指すゴールとその過程を「リカバリーの三次元志向構造」の支援地図(図4)を広げてイメージし、どこまでどのように支援するかをアセスメントし、計画をたて、「つながりの支援(図6)」を基本形にして向き合えば、他の病に直面する患者さんの支援と同じような時間や労力で課題解決へと導くことが可能です。

図6 ソーシャルワーカーによる「つながりの支援」



3 事例でリカバリーの ソーシャルワーク支援を理解する (X、Y、Z 軸の支援)

それでは、「リカバリーの三次元志向構造」の支援地図（図 4）と「リカバリーの三次元志向構造」の平面図（図 5）を用いて、空間軸の復元力が強化されるように、X、Y、Z 軸の交互作用を引き起こすソーシャルワーク支援の事例をもとに、4つのステップごとに説明します。なお、本事例は、実際の支援事例をもとに個人が特定されないように加工しています。

どのステップにおいても、患者さんと相談者の**ソーシャルニーズ**をアセスメントし、X、Y、Z 軸が交互作用を起こすように支援します。

用語解説

ソーシャルニーズ

ブラッドショー（Bradshaw, J.）によるニーズの類型

①**規範的ニーズ (normative needs)**：専門家、行政官、社会学者が、「望ましい」基準との対比においてニーズがあると判断した場合。

②**感得されたニーズ (felt needs)**：ニーズがあることを本人が自覚している場合。

③**表明されたニーズ (expressed needs)**：「感得されたニーズ」が、サービス利用の申請といった行動に転化した場合。

④**比較ニーズ (comparative needs)**：サービスを利用している人と同じ特性をもちながらサービスを利用していない人がいる場合。

個人レベルのほか、地域レベルで比較を行う場合がある。

(Bradshaw, J. A taxonomy of social need. in McLachlan, G. (ed.), Problems and progress in medical care: essays on current research, 7th series. London: Oxford University Press, 1972, pp.70-82.)

Aさんのケース

ステップ 1 回復動機づけ期



①<支援開始>

消化器内科に入院中のAさん（58歳）の妻が、相談室に来室。「主治医から退院できるといわれたが、家に帰ってきてもらっては困る。どこか入院させられる病院を探して欲しい」と話す。

詳しい事情を聴くと、Aさんは肝硬変と食道静脈瘤破裂により7回目の入院。退院するとすぐに飲酒し、また入院を繰り返している。その間失業し、妻も病弱のため働くことができないため預金を切り崩して生計を立てている。その預金もあとわずかとなってきたため、経済的な不安も大きい。Aさんが帰ってくることは、妻にとって心身ともにストレスが高くなり、耐えられないという。

「主治医からは、今度飲んだら死ぬといわれているがおそらく止められないであろう」「何とか飲酒を止めさせたいが、難しい」と妻は訴える。

これを、X、Y、Z 軸の状況とソーシャルニーズで次のようにアセスメントします（表 2）

表2 <支援開始>のアセスメント

X、Y、Z 軸の状況			ソーシャルニーズ	
Y 軸	自己表現	(妻からの情報) どうしたいのかわからない	感得されたニーズ	(妻)飲まないようにしてほしい
X 軸	断酒行動	(妻からの情報) 退院するとすぐ飲酒する	表明されたニーズ	(妻)どこかに入院させたい
Z 軸	連携システム	・妻に対して、今までの飲酒歴やアルコール関連問題についてインテーク面接を行う ・経済的問題がひっ迫しているため、妻の生活とAさんの治療が継続できるよう生活保護の申請をすすめた。福祉事務所に連絡し、申請手続きの支援の依頼を行う ・アルコール依存症のアセスメントを行い、アルコール依存症の知識とアルコール依存症の治療や支援の必要性和回復の可能性について妻に伝え、Aさんにアウトリーチすることの同意をとる ・主治医に連絡し、Aさんに対してアルコール依存症の治療や支援を勧め、ソーシャルワーカーの面接を受けるようアウトリーチをしてもらう	規範的ニーズ	アウトリーチ支援によるアルコール依存症の治療・支援が必要

②<アウトリーチ>

入院している病棟の主治医（消化器内科）より、Aさんに対してアウトリーチが行われ、ソーシャルワーカーとの面接を勧められた。

車いすに乗って相談室に来室したAさんは、インテーク面接において「自分は依存症ではない」と否認し、教育プログラムを受けることに対して強い抵抗を示した。ソーシャルワーカーの問いかけなどにほとんど応じず、拒否的態度をとっていた。

これを、X、Y、Z 軸の状況とソーシャルニーズで次のようにアセスメントします（表3）

表3 <アウトリーチ>のアセスメント

X、Y、Z 軸の状況			ソーシャルニーズ	
Y 軸	自己表現	・「自分は依存症ではない」と否認し、教育プログラムを受けることに対して強い抵抗を示す。ソーシャルワーカーの問いかけなどにほとんど応じず、拒否的態度をとっている	感得されたニーズ	自分は依存症ではない
X 軸	断酒行動	・入院中なので禁酒状態 ・拒否的態度を取りつつも、ソーシャルワーカーの面接には臨んでいる	表明されたニーズ	拒否
Z 軸	連携システム	・主治医や担当看護師に教育プログラムの受講状況を報告する	規範的ニーズ	治療の必要性を認め病気と向きあう

③<スピリチュアルペインの表出>

Aさんは、教育プログラムが最終回となった時、声を震わせ感情をソーシャルワーカーにぶつけた。「自分は、単身赴任で家族と長い間離れ、全国に点在する閉鎖寸前の工場再建に全精力を傾け立て直してきた。再建するにあたっては団結が必要で、そのために飲酒を介在させる必要性があった。その飲酒が原因で身体を壊したのにもかかわらず、働けないという理由でまるでぼろ雑巾のように会社から捨てられた」と怒りを露わにした。

健康を犠牲にして人生を捧げた仕事を奪われた空虚感、理不尽感、家族も失いかけている孤独感、命を脅かされている不安感や恐怖感に苛まれている自分を誰にも分かってもらえない絶望感や喪失感などの苦悶を、ソーシャルワーカーにはじめて語りかけた。

ソーシャルワーカーは、このような背景がAさんの否認を強化していたと捉え、そのような危機感をもつことは当然のことと伝えた。さらに、これまでの人生の過程と、現在回復に向けた教育プログラムに取り組んでいるAさんに対し心から敬意を表した。その場で、アルコール専門医の診察を受けることを提案すると、Aさんはそれに同意した。

ソーシャルワーカーは、さっそく受診を調整した。(下線はスピリチュアルペイン)

これを、X、Y、Z軸の状況とソーシャルニーズで次のようにアセスメントします(表3)

表4 <スピリチュアルペインの表出>のアセスメント

X、Y、Z軸の状況			ソーシャルニーズ	
Y軸	自己表現	自分は、単身赴任で家族と長い間離れ、全国に点在する閉鎖寸前の工場再建に全精力を傾け立て直してきた。再建するにあたっては団結が必要で、そのために飲酒を介在させる必要性があった。その飲酒が原因で身体を壊したのにもかかわらず、働けないという理由でまるでぼろ雑巾のように会社から捨てられた	感得されたニーズ	自分の苦しみを分かってほしい
X軸	断酒行動	最終的教育プログラムで、アルコール専門医の診察を受けるという提案に対してAさんは同意	表明されたニーズ	自分の状況は、皆と同じ酒をやめられるかもしれない
Z軸	連携システム	・家族に対しても、教育プログラムを実施し、アルコール依存症の正しい知識と対応について理解できるよう支援する ・教育プログラムの最終日、今までの飲酒歴や飲まざるを得なかった状況について共感し、ソーシャルワーカーの面接に臨んだことに敬意を表すとともに、アルコール依存症に関する知識を提供し、回復可能な病であることを説明する ・消化器内科の主治医や担当看護師にAさんの状況を報告し、Aさんのニーズを共有する ・アルコール依存症という病にかかっていないかどうかを診断してもらうためにアルコール専門医の受診を勧め同意をとる ・主治医や担当看護師に、アルコール専門医宛の紹介状作成を依頼する ・アルコール専門医の受診を調整する	規範的ニーズ	スピリチュアルペインを言葉で表現し、治療の必要性を認め病気と向きあう

④＜アルコール専門治療を受ける＞

この面接を契機に、Aさんは教育プログラム終了後、アルコール専門外来を受診し、アルコール専門医より「アルコール依存症」の診断を受け、定期的にアルコール外来を受診する、**抗酒剤などの再発予防薬**を服用する、院内アルコールミーティング（グループワーク）に参加することに同意した。

用語解説

抗酒剤などの再発予防薬と新薬

アルコール依存症の再発予防策の一環として補助的に使用する薬。抗酒剤の服用は、治療の基本である断酒を継続させるため、三本柱（その他の柱は、通院治療、自助グループへの参加）の一つとされている。種類は、ノックピンとシアナマイドが厚生労働省より認可されている。ノックピンはシアナマイドより効果が遅く現れるが、効果は長く続く。抗酒剤を服用後、アルコールを体内に入れると、さまざまな不快な症状をひき起こすことから、あらかじめ、その作用を自覚したうえで服用し、飲酒に歯止めをかける「おまじないのような薬」とも言われている。

なお、アルコール依存症の新しい治療薬「レグテクト（一般名：アカンプロサートカルシウム）」が開発されすでに臨床で採用されている。既存の「抗酒剤」が肝臓に作用して飲酒すると強い吐き気などの不快症状を引き起こすのに対して、新薬は脳に作用して飲酒欲求を下げる「断酒補助薬」として新たなカテゴリーの薬剤となる。ただし、新薬については、「抗酒剤」を否定したり、新薬の服用だけで断酒できるというような誤解を受けやすいため、あくまでも、医師の指示のもと、「心理社会的治療との併用」が処方上の原則となっている。

これを、X、Y、Z 軸の状況とソーシャルニーズで次のようにアセスメントします（表 5）

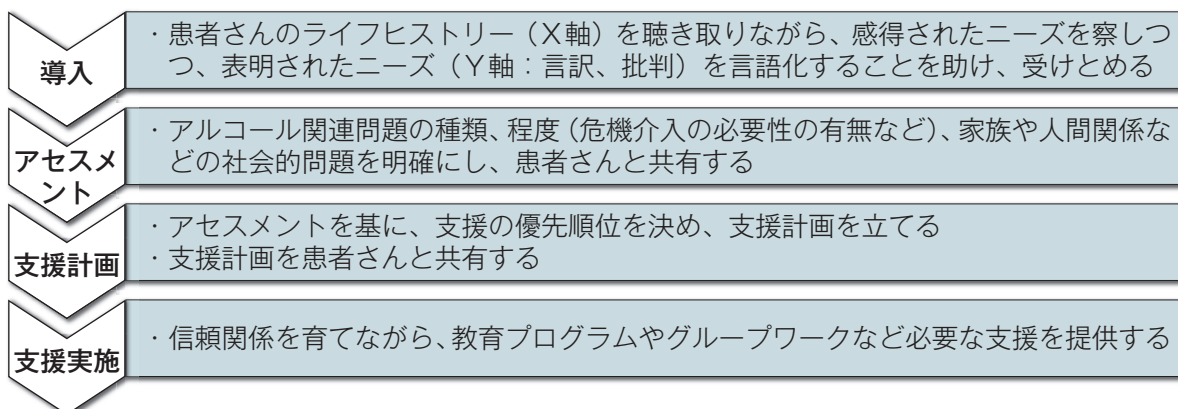
表 5 ＜アルコール専門治療を受ける＞のアセスメント

X、Y、Z 軸の状況			ソーシャルニーズ	
Y 軸	自己表現	アルコール専門治療を受けることに同意する	感得されたニーズ	アルコール専門治療を受ける必要がある
X 軸	断酒行動	アルコール専門外来やミーティングに参加し断酒することに同意する	表明されたニーズ	回復に向け、治療や支援を受けることを行動化する
Z 軸	シ連ス携テム	主治医や担当看護師に、ミーティングの参加状況を継続して報告する	規範的ニーズ	アルコール依存症から回復したい

☆ステップ 1 の ソーシャルワーク実践

ステップ 1 で行う動機づけ支援（図 7）は、その後のステップに比べると、最も時間と労力を費やします。

図 7 動機づけ支援の流れ



動機づけ支援の面接の目的は、患者さんの動機づけを高めることです。患者さんは、自分に起こっているアルコール関連問題を自覚していますが、否認が強いため、防衛的な言動（「飲酒の問題はない」「そんなに飲んでいない」など）になりがちです。したがって、飲酒量や回数を訊ねても、過小評価する言動に終始する可能性が高いことが予測されます。

数値的な裏づけをとるよりは、生きづらさの対処を飲酒に求めざるを得なかったライフ・ストーリー（物語）に耳を傾け共感的な言葉をかけながら、語りに対して「とてもつらいことをよく話してくださいました」などと敬意を表し、スピリチュアルペインの表出を助けることです。

患者さんは、周囲だけではなく、自分自身を責め、自己否定し、時には自暴自棄になっていることも少なからずあります。自分の課題から目をそむけ回復への動機づけが低いこの段階での面接では、ソーシャルワーカーにとっても根気強さが求められます。

それを支えるのは、ソーシャルワーカー自身がアルコール依存症を含む**アルコール関連問題についての正しい知識を身に付ける**こと、目の前にいる**患者さんは必ず回復できるという確信を持つ**準備が必要となります。

情報

アルコール関連問題についての正しい知識を身につけることに役立つ研修・通信教育等

[各種研修機関]

- ・ 厚生労働省・独立行政法人久里浜医療センター
[http://www.kurihama-med.jp/training/rinsho_2013.html]
「アルコール依存症臨床医等研修 精神保健福祉士（社会福祉士を含む）・臨床心理士等コース」
- ・ 各都道府県精神保健福祉センター
- ・ 日本医療社会福祉協会
[http://www.jaswhs.or.jp/training/information_Schedule.php]
- ・ 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会 [<http://www.j-asw.jp/>]
- ・ アルコール薬物問題全国市民協会（ASK） [<http://www.ask.or.jp/>]
- ・ アルコール問題を考える会（AKK） [<http://www.akk-jp.asia/reikai.html>]

[通信教育]

- 「ASK アルコール通信講座」 [<http://www.ask.or.jp/>]

支援の ポイント

患者さんは必ず回復できる、という確信を持つ

ソーシャルワーカーの支援のモチベーションとして重要なのは、患者さんは必ず回復できる、という確信を持つことです。ソーシャルワーカー自らが断酒会やA Aなどの自助グループに参加し、アルコール依存症から回復している人たちに直接出会い、体験談を聴くことを通して回復を信じることができるようになります。自助グループでは、専門職の見学を受けていますので、地元の自助グループに連絡をとってみましょう。

また、患者さんの否認については、「自分自身が問題なのではなく、問題はアルコール依存症という病気のせいである」と問題を外在化できるような**言葉かけ**やアルコール依存症にアウトリーチするスクリーニングテストや視聴覚教材などの**アウトリーチ・ツール**が効果的です。

支援の ポイント

言葉かけの例

「〇〇というわけで、飲酒せざるを得なかったのですね。飲酒によってこれまで本当に大変なご苦労をされてきたのですね。そのご苦労について話してくだりありがとうございました」
「あなたの内科の病気はアルコール依存症のせいです。アルコール依存症は回復できる病気です。アルコール依存症が回復すれば、今の内科の病気もよい方向になる可能性が出てきます」
「アルコール依存症は誰にでもなる可能性があり、あなただけが特別ではありません。意志が弱いなどという問題ではないのです」

情報

アウトリーチ・ツール

【アルコール依存症かどうかをチェックする】

- ・ K A S T（カスト：久里浜式アルコールスクリーニングテスト）
- ・ C A G E（ケイジ）：基礎的な飲酒スクリーニングテスト）
- ・ A U D I T（オウディット：基礎的な飲酒スクリーニングテスト）
- ・ S B I R T（エスパート：飲酒スクリーニング、簡易介入、専門治療への紹介）

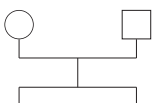
【視聴覚教材など】

- ・ 各種DVDとパンフレット（アスク・ヒューマン・ケア <http://www.a-h-c.jp/>）
- ・ エタノール・パッチテスト（アスク・ヒューマン・ケア）

さらに、【見えている】飲酒問題だけではなく、【見えない】アルコール関連問題（健康障害、精神的障害、社会的障害）の有無について情報収集しアセスメントします。特に、アルコール専門治療が保障されるよう、医療費などの経済的問題や家族関係などの問題について支援することが重要となります。

インテークシート（表6）を活用しながら、情報を整理し、アセスメントを行うと、時間等も効率的でしかもカルテに保存するなどして多職種で共有できるため連携支援にも有効です。

表6 インタークシート（例）

インタークシート				
カルテ番号：		氏名：		生年月日： 年 月 日 年齢： 歳
住所：			連絡先：	
職場：				
医療保険：			各種制度：	
外来・入院		科	主治医 担当看護師 その他スタッフ	
紹介者：				
飲酒ヒストリー（初飲～現在まで）			家族構成（ジェノグラム）  *三代を遡り、その中にアルコール関連問題があったかどうかを確認する（世代間連鎖の問題を確認することによってアルコール依存症を外在化させることができる）	
アルコール関連問題の状況		何才頃から	治療・支援状況(緊急性を含む)	
心身の問題	離脱症状	振戦せん妄		
	精神疾患			
	内科疾患			
	外科疾患			
	その他疾患			
人間関係の問題	夫婦関係	DV、別居、離婚		
	親子関係	虐待		
	親族関係			
	友人関係			
	職場関係			
	近隣関係			
社会的問題	その他関係			
	経済的問題			
	就労問題	休職、失業		
	職場の問題	生産性の低下、欠勤、同僚関係、配置転換、降格		
	子に生ずる問題	不登校、いじめ、ひきこもり など		
その他問題				
アセスメント（アルコール関連問題の緊急対応の有無、否認の状況、専門受診・入院、教育プログラム、グループワーク、自助グループ等の必要性）				
支援計画			連携先（担当者名）	
担当ソーシャルワーカー：				

アルコールソーシャルワーク理論生成研究会作成 Ver.1

*このインタークシートは、組織の状況に合わせて、自由に改変して構いません

ステップ 2 回復行動期



⑤＜断酒継続開始＞

Aさんは、内科疾患が回復し自宅に退院した。他の病院への転院を希望していた妻も、入院中にアルコール依存症の専門治療の必要性を認識できるようになり、今回の退院は今までとは違い「飲酒してはいけない」という認識の変化が見られたため自宅退院に同意した。

Aさんは、消化器外来と、アルコール外来に定期的に受診するとともに、院内ミーティングに妻とともに参加し始めた。アルコール外来の主治医から、抗酒剤が処方され、自主的に毎朝飲んでいる。院内ミーティングでは、メンバーの話に素直に耳を傾けることができるようになってきた。自分だけではないという安心感が少しずつ持てるようになった。

これを、X、Y、Z軸の状況とソーシャルニーズで次のようにアセスメントします

表 7 ＜断酒継続開始＞のアセスメント

X、Y、Z 軸の状況			ソーシャルニーズ	
Y 軸	自己表現	飲酒してはいけない、アルコール依存症から回復したい	感得されたニーズ	アルコール専門治療を受ける必要がある
X 軸	断酒行動	消化器外来と、アルコール外来に定期的に受診するとともに、院内ミーティングに妻とともに参加し始めた。アルコール外来の主治医から、抗酒剤が処方され、自主的に毎朝飲んでいる。院内ミーティングでは、メンバーの話に素直に耳を傾けることができるようになってきた	表明されたニーズ	自分だけではない酒をやめたいが本当に止められるだろうか
Z 軸	シ連携システム	アルコール外来のスタッフと消化器外来のスタッフに、院内ミーティングの参加の様子を報告する。また、外来の受診状況や飲酒欲求などについて情報交換する	規範的ニーズ	回復に向け、治療や支援を受けることを行動化する

☆ステップ2のソーシャルワーク実践

ステップ2では、アルコール依存症患者さんは、危機的体状況から脱出している状況にあります。心の中では、「酒をやめたい」と感じ、【共感】や【素直】さが出てくるようになり、同じ病の人々の体験談に少しずつ耳を傾け、自らの状態と、他者の状態を重ね合わせ「皆と同じ」、「酒が止められるだろうか」という言葉で表現するようになります。

ソーシャルワーカーは、アルコール依存症患者さんの感じているニーズに呼应し、治療の必要性を認め病気と向き合う段階ととらえます。個別支援では、アルコール依存症患者さんのスピリチュアルペインにじっくりと耳を傾け、飲酒によって引き起こされているさまざまな生活課題の解決と、今後の希望について話し合います。

また、回復への動機づけを高めるために、教育プログラムの実施、グループワークで仲間の支えを体験できるような支援も有効です。またそれらの実践と並行して、患者さんの変化を、主治医や看護師に報告し、現状を共有しながら、連携して支援できるシステム作りを行っています。

ステップ 3 回復定着期



⑥＜再発：第二の否認＞

順調に断酒が継続されていたが、1年たって、娘の結婚式が近くなるにつれ、抗酒剤を飲まなくなり、院内ミーティングも欠席するようになった。そして、結婚式の乾杯をきっかけに再飲酒が始まった。妻は、大きなショックを受け消化器内科の医師に泣きついた。

医師は、アルコール依存症の再発なので、アルコール外来の医師に再発の対応を依頼し、ソーシャルワーカーに相談するように提案し、両方に連絡してくれた。

妻は、消極的なAさんを連れて受診した。アルコール外来の主治医は、Aさんに対して「再飲酒は、病気の再発なので、恐れることはない。今日からまた断酒に向けた治療や支援を再開させればいい」とアドバイスした。ソーシャルワーカーとの面接においても「再発は予防が大事なので、手放しつつあった抗酒剤や院内ミーティングを再開させましょう」と提案され、Aさんも妻もほっとした。

Aさんは、再び妻とともに院内ミーティングに通い、抗酒剤を服用するようになり、再発は落ち着き断酒が再び始まった。

これを、X、Y、Z軸の状況とソーシャルニーズで次のようにアセスメントします（表8）

表8 ＜再発：第二の否認＞のアセスメント

X、Y、Z軸の状況			ソーシャルニーズ	
Y軸	自己表現	娘の結婚式だけはお祝いなので、飲まないわけにはいかない	感得されたニーズ	祝い酒ぐらいなら飲んでも大丈夫
X軸	断酒行動	抗酒剤を飲まなくなり、院内ミーティングも欠席するようになった	表明されたニーズ	アルコール依存症であることを再認識しなければならない
Z軸	シ連携 ス携 テム	・妻の訴えを受け、消化器内科の主治医は、アルコール外来の医師に再発の対応を依頼し、ソーシャルワーカーに相談するように提案し、両方に連絡した ・妻は、消極的なAさんを連れて受診した ・アルコール外来の主治医は、Aさんに対して、再発予防の指導を行い、ソーシャルワーカーに相談するよう促した ・ソーシャルワーカーは面接で、再発予防のための具体的な行動化のアドバイスをした ・ソーシャルワーカーは、消化器内科とアルコール外来主治医に、支援内容を報告した	規範的 ニーズ	第二の否認の時期であると判断し、アルコール依存症患者さん自身が第二の否認を認め断酒を継続させる段階ととらえる

☆ステップ3の ソーシャルワーク実践

ステップ3では、アルコール依存症患者さんは、断酒に前向きに取り組む状況にあります。しかし、心の中では、「治ったかもしれない（コントロールして上手に飲めるかもしれない）」と感じている側面もあります。それを、「一杯ぐらいなら大丈夫」、「一日ぐらいなら大丈夫」という言葉で表現したりします。実際に、言葉だけではなく、実行に移す（再飲酒する）場合もあります。

ソーシャルワーカーは、第二の否認の時期であると判断し、アルコール依存症患者さん自身が第二の否認を認め断酒を継続させる段階ととらえます。個別支援では、再飲酒は病気の

再発であることを素直に認めることができるよう、再飲酒の引き金などについて丁寧に話し合い、再発防止の方法について検討しあうことが重要です。また、再発防止への動機づけを高めるために、グループワークで仲間の支えを継続的に体験できるよう支援することも有効です。またそれらの実践とともに、医師などと連携し、再発防止を支援するシステムを維持することが重要です。

ステップ 4 生活再構築期



⑦<再発防止>

再発後、Aさんの断酒は5年継続している。

内科疾患も落ち着いており、再入院しないで済んでいる。最近は、コマーシャルで飲む場面を見ても気にならなくなった。アルコールのことを気にしないで生活できるようになってきたため、主治医やソーシャルワーカーに相談し、小さな会社の経理の仕事をするようになった。仕事を始めると、頻回に休めなくなるため院内ミーティングに参加できなくなるので、夜間開催している断酒会に通うことにした。主治医やソーシャルワーカーも賛同してくれた。消化器内科とアルコール外来の受診も1日で済むようソーシャルワーカーに調整してもらい、月1回の受診時には、必ず、ソーシャルワーカーに近況報告し再発防止を継続して取り組むことにした。

これを、X、Y、Z軸の状況とソーシャルニーズで次のようにアセスメントします（表9）

表9 <再発防止>のアセスメント

X、Y、Z軸の状況			ソーシャルニーズ	
Y軸	自己表現	仕事を始めるが、断酒を継続させることが優先である	感得されたニーズ	酒なしの生活（人生）をどう生きるか
X軸	断酒行動	仕事と両立できる回復方法（断酒会や診察日の工夫について）を具体的に考える	表明されたニーズ	アルコール依存症であることを再認識しなければならない
Z軸	連携システム	・地域の自助グループへ橋渡しする ・消化器内科とアルコール外来の主治医に、外来受診の日程調整を行う	規範的ニーズ	断酒が安定し新たな生活設計と人間関係の見直しの段階であるにとらえる

☆ステップ4の ソーシャルワーク実践

ステップ4では、アルコール依存症患者さんは、断酒が継続して安定し【楽】を実感している状況にあります。患者さんの心の中では、「酒がない生活をどうするか」と感じています。それを、「酒なしの人生をどう生きていくか」という言葉で表現し、回復している仲間の生き方に強く関心を持ち、積極的に自分の体験を話す意欲がわいてくるようになります。ソーシャルワーカーは、断酒が安定し、新たな生活設計と人間関係の見直しの段階であるにとらえます。

個別支援では、断酒を継続しながら新しい生き方や人間関係をどのように作っていくかについてともに話し合います。また、自助グループなどの仲間の力を活用しながら、生活の再構築を【実践】するのを後押しすることも有効です。

4 つなげる支援（連携支援）のシステムづくり （Z軸の支援）

1 どこまで支援できそうか

一般医療機関の多くは、アルコール依存症を専門的に治療・支援するシステムを持っていないのが実情です。しかし、少し違う角度で自分の病院を見てみると、アルコール専門医療機関にあるようなシステムがなくても、アルコール依存症のリカバリーを支援することは実は可能です。

例えば、一般医療機関は、複数の診療科を有していますので、スティグマなどの問題から精神科を標榜するアルコール専門病院に足が向きにくい患者さんにとっては、アルコール依存症の支援を受けることに抵抗が少ないという利点があります。また、一般医療機関はアルコール依存症のリカバリーにとって、システムづくりに欠かせない資源がたくさん眠っています。

一般医療機関を、アルコール依存症のリカバリーを支援する資源のオアシスと捉え直してみると、連携システム開発に現実味が出てきます。その捉え直しができ、開発を現実化する方策を持っているキーパーソンがソーシャルワーカーであると考えます。この場合のソーシャルワーカーの役割は、患者さんの**アドボカシー**機能を発揮することです。

用語解説

アドボカシー

「権利擁護」を指す言葉だが、ここでは、「ソーシャルワーカーが専門家として、クライアントの権利侵害の状態に対して支援する際の活動、用いられる技術であり、どのような目標を持ち、どのような介入をだれとともに行うかは、環境アセスメントによるものである」という「ソーシャルワークのアドボカシー」の定義に依拠している。

（小西加保留『ソーシャルワークにおけるアドボカシー』ミネルヴァ書房、2007,p209）

どのステップにおいても、重要なのは連携支援システムの構築の実践です。アルコール依存症患者さんに起こっている変化について、共に同じ認識を持ってかかわることができるよう、主治医や関係者に対して報告や連絡を密に行うなど、アルコール依存症患者さんが一般医療機関の中で潜在化しないような網の目を細やかにする実践が不可欠となります。患者さんに、何らかの緊急的な対応が必要になった場合など、タイミングを逃さず治療、支援することによって、アルコール関連問題の悪化を防ぐためにも重要な支援となります。また、医療者によってアルコール依存症患者さんに貼られたスティグマを取り除くためにも、アドボカシーは欠かせません。

アドボカシー支援は、環境（病院組織）のアセスメントと開発が重要です。「**リカバリーの三次元志向構造**」の平面図（図5）を広げてみてください。自分が所属する病院では、どのステップまで支援できそうか。また、もう少し頑張ればここまでのステップはできそうというアセスメントをしてみましょう。一般医療機関の多くは、**ステップ1、2**の支援は実践可能と思われますが、**ステップ3**以降の支援につなげていくにはどうしたらいいのか。ここでは、いくつかのできそうな支援のパターンをあげ、支援システム開発方法について解説します（表10）。

表 10 できそうな支援のパターン

できそうな支援のパターン	ステップ	最低限必要な支援の資源
パターン 1	ステップ 1	* 知識を身に付けたソーシャルワーカーさえいればできる 動機づけの面接、危機介入 教育プログラム
パターン 2	ステップ 1～2	* 知識を身に付けたソーシャルワーカーさえいればできる 早期発見・早期支援（アウトリーチ）～動機づけの面接、教育的グループワーク（自助グループ参加への準備）
パターン 3	ステップ 1～3	* ソーシャルワーカー、医師、看護師など、自助グループとの連携が必要 早期発見・早期支援（アウトリーチ）～アルコール専門治療や支援を継続して活用できるよう連携システムで支援する
パターン 4	ステップ 1～4	* ソーシャルワーカー、医師、看護師など、自助グループとの連携が必要 生活再構築に向け、個別面接（カウンセリング）、自助グループ継続参加を見守る（危機対応に備える）、支援を継続して活用できるよう連携システムで支援する

もしも、環境アセスメントの結果、できそうな支援のパターン 1、2 である場合は、ステップ 3 以降の支援をどこでどう継続するか、具体的にアセスメントし、次に確実につながるよう情報提供や情報交換など、つなげる支援を行うことが重要です。そのため、地域にある関連機関と、日ごろから情報収集や、情報交換や勉強会などの開催などを通してつながっておく必要があります。

2 連携支援システム開発の実際

できそうな支援の例として、一般医療機関のソーシャルワーカーがキーパーソンとなり連携支援システム開発を実践した、二つのモデル（「商店街型」「デパート型」）を紹介します。

1 四日市モデル：「商店街型」連携支援システムモデル

三重県にある市立四日市病院は、一般医療機関として四日市市民の医療（救命救急を含む）を担う第一線機関です。アルコール専門外来や支援システムがない中で、院内に早期発見・早期支援のネットワークを作り、地域の医療や支援システムと結びつきながら、地域ぐるみでアルコール依存症患者さんの支援を行っています。その連携システムは、全国から注目されています。表 11 は、四日市アルコール連携ネットワーク開発の展開を示しています。

まず、ソーシャルワーカーが現状を知ることから始まり、熱意あるアルコール専門医からの「内科でのアルコール専門治療の必要性」についての問題提起を受けて、ソーシャルワーカーの働きかけで合同研究会が発足しました（はじめの一步）。

次に、院内の消化器内科医や病棟の看護師らと話し合い、事例を積み重ね、院内で「アルコールと健康を考える集い」を開始しました。それを契機に、一貫した働きかけが奏功し、スタッフチームが見ようとしなかったアルコール患者の存在に気づくようになりました。さらに、院内ネットワーク形成に必要な連帯感と風土づくりを行いました。（第一期）。

院内のチーム作りと専門機関との協働が展開されると、複数の医療機関とのネットワークが広がり、「アルコールと健康を考える集い」の開催が開始され、地域連携が広がっていききました（**第二期**）。

その集いを地域で開催し、他病院とのアルコール支援の輪を広げ、「四日市アルコールと健康を考えるネットワーク」を発足させたことで、支援者のネットワークが広がっていききました。現在は医療者だけでなく、警察、消防、福祉事務所などさまざまな機関が網の目となり、四日市市のアルコール連携ネットワークとして活動を展開しています。また、一般市民向けの集いや専門職向けの研修を開催し、救急医療の対応マニュアルを作成するなど、支援に役立つツールを生み出して、地域ネットワークの展開において成果を上げています（**第三期**）。

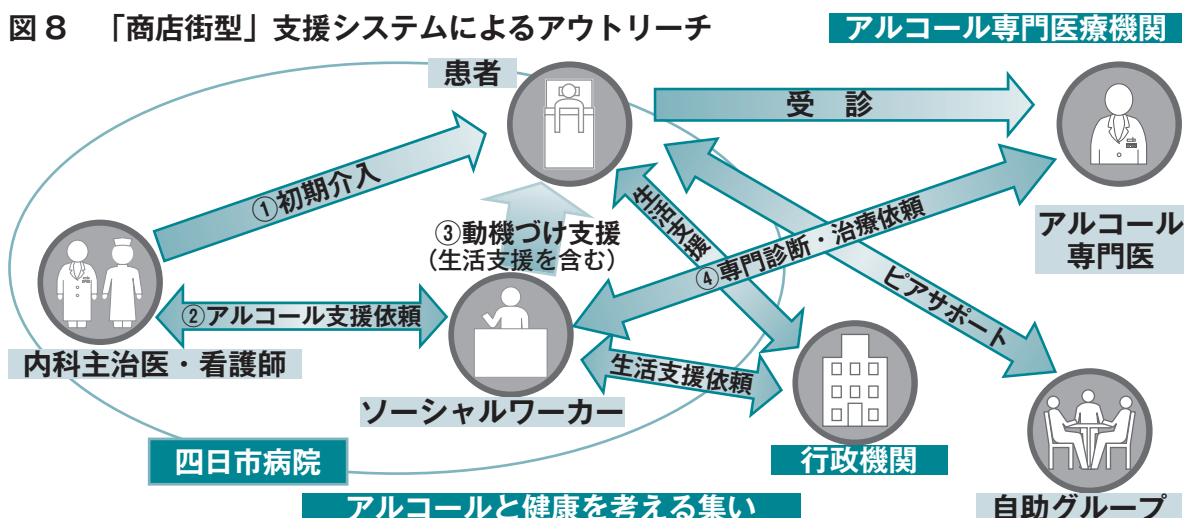
この一連の展開の促進力となったのがソーシャルワーカーでした²⁷。このように、一般医療機関を拠点にして、その周辺地域にある資源とつながり支援するシステムモデルは、あたかも専門店で構成されている商店街に重なるので、「**商店街型**」と名づけました（図8）。

表 11 四日市アルコール連携ネットワーク開発の展開とソーシャルワーク実践

展開	ソーシャルワーク実践
はじめの一歩 連携の準備期 	・ 関西アルコール関連問題学会三重大会に参加し現状を知る ・ 院内で「三重県MSW協会講演会（テーマ：アルコール関連問題）開催 ・ 「三重県アルコール関連疾患研究会」発足 ・ 県内の一般病院とアルコール専門病院との合同研究会が始まり、（MSW の働きかけで）消化器科医師、看護師と MSW の三者が参加
第一期 院内のチーム作りと専門機関との協働期 	・ 「三重県アルコール関連疾患研究会」の当番開催の提案を受け、消化器科医師、看護師、MSW で話し合い、開催を決定 ・ 研究会で提出したアルコール患者の困難事例への対応策をスタッフ全体が共有。それを契機に一貫した働きかけが奏功し、専門治療との併診が実現 ・ スタッフチームが、見ようとしなかったアルコール患者の存在に気づく ・ 事例の積み重ねにより、患者さんからの学び（依存症が回復することの発見）を得、早期発見の鍵は一般医療機関にあることを自覚する ・ 連帯感と支援風土づくりで、病院内でのネットワーク形成に努める ・ 患者さん対象の「アルコールと健康を考える集い」を計画し、各職種の役割分担によるチームアプローチを実践。 ・ 同時に、アルコール専門医療機関の医師、PSW 等の協力を得て、協働して「アルコールと健康を考える集い」を運営し、アルコール専門医のいない地域で連携医療を進める。
第二期 複数の医療機関とのネットワーク実現期 	・ 対象の広がりに応じ、市内にある 3 つの公的一般医療機関の連携により、輪番による「アルコールと健康を考える集い」の開催開始 ・ 「アルコールと健康を考える集い」を医師会や市広報を通じて地域に発信 ・ 各病院の特性を生かして参加者や内容が広がると共に、地域関係機関との連携に向けて視野が広がる
第三期 地域ネットワークの展開期 	・ 市保健所、医師会、地域包括支援センター等地域の関係機関に参加を呼びかけ、「四日市アルコールと健康を考えるネットワーク」発足、地域ネットワークを展開 ・ 一般市民向け「アルコールと健康を考える集い」の継続開催 ・ 専門職向けアルコール支援研修会の開催、多機関による事例検討会の開催、ネットワーク会議の企画・実施、運営、アルコール関連疾患別啓発リーフレットの作成、多量飲酒者への介入ツールの作成、多機関の協力によるアルコール救急多機関連携マニュアル作成

²⁷ 片岡千都子ほか、前掲書、2011

図8 「商店街型」支援システムによるアウトリーチ



2 A病院モデル：「デパート型」連携支援システムモデル

一方、ステップ1～4までの支援を一つの医療機関で実施できるよう、連携システムを開発した例を紹介します。

A病院は、一般医療機関として高度医療・地域医療を担う第一線機関です。アルコール専門医療機関ではないのですが、院内の精神神経科に非常勤のアルコール専門医がいて、その専門医とソーシャルワーカーとが連携して、少数ながらアルコール依存症患者さんの相談を中心とした支援を行っていました。表12のとおり、ソーシャルワーカーは、潜在化したアルコール依存症患者さんが院内に少なからずいることに支援課題を見出して、チェンジ・エージェントの役割を自覚し、アルコール依存症に対する組織内の支援構造を把握することから活動を始めました（第一期）。

次に、院内の医療者をチェンジ・エージェント・システムと認識し直し、アルコールリハビリテーション（アルコール相談や教育的グループワークなど）として、組織内に承認されるよう働きかけました（第二期）。

また、予防・介入的支援の必要性から、アルコールリハビリテーション業務連絡会の定期開催を実現し、院内での連携支援を展開するようになりました（第三期）。

動機づけの強化を図るため、教育プログラムの個別実施を開始しました（第四期）。

さらに、アルコール支援システムの見直しが余儀なくされる中で、連携支援システムが維持されることとなりました（第五期）。

このようなシステム開発を可能とする、**一元化アプローチ**に依拠した有効なソーシャルワーカーの方策として、統合モデル（図9）を紹介します。

用語解説 一元化アプローチ

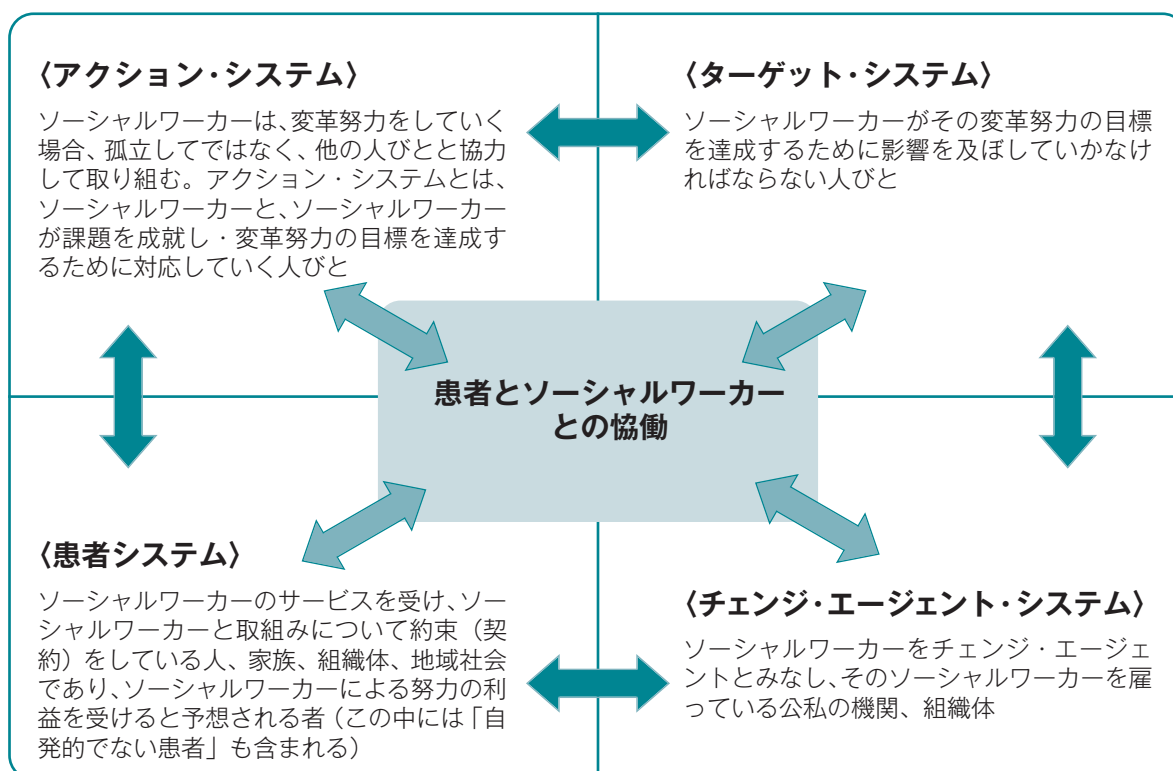
A.ピンカス（A.Pincus）とA.ミナハン（A.Minahan）が、一般システム理論に依拠しながら、「ワーカーの変革の努力から利益をうとと思われる者は誰か。ワーカーに活動の認可を与える者は誰か。ワーカーが変革したり、あるいは影響を与えたりしていこうとしている者は誰か。ワーカーは変革の努力において、各々の目標を達成するため誰と協働していくのか」と問いかけ「4つのシステム」として具体化したアプローチである。

（ハリー・スペクト/アン・ヴィッケリー Specht, Harry/Vickery, Anne 編,岡村重夫・小松源助監修訳『社会福祉実践方法の統合化』,ミネルヴァ書房,1980,p89）

表 12 A 病院のアルコールリハビリテーションシステムの展開

展開	ソーシャルワーク実践
第一期 計画期	・ソーシャルワーカー自らがチェンジ・エージェントとして自覚し、組織内の構造を把握する ・特定の患者のみが支援を受けるに留まり、多くの患者は、支援に手が届かないまま潜在化し、孤立化している ・ミッション（使命）を持つスタッフが存在するが、組織の支援体制は、少数の精神科アルコール専門医とソーシャルワーカー、保健師などの個人的な熱意による一方的な支援体制であると把握
 第二期 実行・開始期	・具体的に種まきを始める ・潜在化、孤立化し、院内に散在している患者を、実践の対象としてとらえ、患者システムとして認識し直す ・個々に支援していた医療者をチェンジ・エージェント・システムと認識する ・医療者による支援（アルコール相談、受療援助、アルコールグループミーティング）を「アルコールリハビリテーション」と名付け、病院組織にも承認される形の支援として明確化する ・ソーシャルワーカーの支援力強化。自助グループへの参加、各種研修、事例研究等で、積極的に専門知識や技術を身につけ、実践の起動力を養う ・「二重の壁」をつくり出す存在である他の医療スタッフ（病院職員全体）をターゲット・システムととらえ直す ・チェンジ・エージェント・システムが病院職員対象の「アルコール講演会」を企画するなどし、アルコール依存の正しい理解をターゲット・システムに浸透させる働きかけを行う
 第三期 実行・展開期	・アクション・システムの開発 ・「アルコールリハビリテーション」を利用するクライアントの多くが、アルコール支援システムにつながる前の段階で、すでに重篤な身体合併症や生活困難を長期に抱えていた事実を把握する ・ほとんどの患者がアルコール専門治療や支援を活用する機会を得ず、症状が悪化するなどの状況に陥ってはじめて支援にたどり着くという実態を把握する ・患者が直面する生活問題が深刻な状況に陥らないための危機介入を含めた予防的支援が要請されていると認識する ・患者システムを支援するために、ターゲット・システム（各部署各診療科間、他職種間など）との連携強化を図りながら、病院内のあらゆる場面で、連携して支援するアクション・システムとして「アルコールリハビリテーション業務連絡会（以下連絡会とする）」を所属部署に発足させ、病院の正式な会議体として位置づけた。この連絡会開催の積み重ねにより、委員一人一人に、予防的な支援の重要性が認識され、委員を中心としたネットワークによる介入が行われたり、患者、一般市民向けのリーフレットを作成し予防的支援に向けての啓発を継続的に行うようになった
 第四期 再評価期	・患者が問題解決に取り組む療養環境を開発し、整備すること ・定着化した支援システムを患者一人一人が実際にどれだけ有効に活用しているかを再評価する ・患者システムを構成する患者の個別性を重視し、患者自身が、問題解決のための力を発揮することができるような支援の提供 ・参加前の動機づけの支援が十分行われていないことが判明した ・そのため、チェンジ・エージェント・システム内に「アルコール教育プログラム（教育プログラム）」を開発し、実施するに至った ・教育プログラムによる支援は、クライアントの回復への取組みを動機づけるのに効果を発揮するようになった
 第五期 システム維持期	・医療制度改革と相まって、「アルコールリハビリテーション」業務も、実践に必要な時間や人員配置の見直しが行われる ・ソーシャルワークのエンパワメントアプローチを活用することによって、このような厳しい状況を、実践の課題とし、前向きな支援を行う一つの契機として活用できるととらえた ・退院計画を行う病棟の医師や看護師らをターゲット・システムととらえ、そのシステムとの相互関係を取り合いながら、退院促進の弊害とみなされやすいアルコール性身体合併症を持つ患者に対して、積極的に「介入」する支援を行う ・患者の医療を受ける権利を守ると共に、病院の退院促進にも貢献しながら、患者と病院組織と両方のニーズを充足しようとする支援を行う

図9 「統合モデル」の構造



A病院のような一般医療機関は、組織の規模が大きく、医師を頂点とした他職種による多数の職員によって構成されています。医療は専門分野別にシステム化されており、各々の業務計画や方針、運営の決定は部署内でまず承認され、病院組織責任者の許可の下で運用される仕組みとなっています。

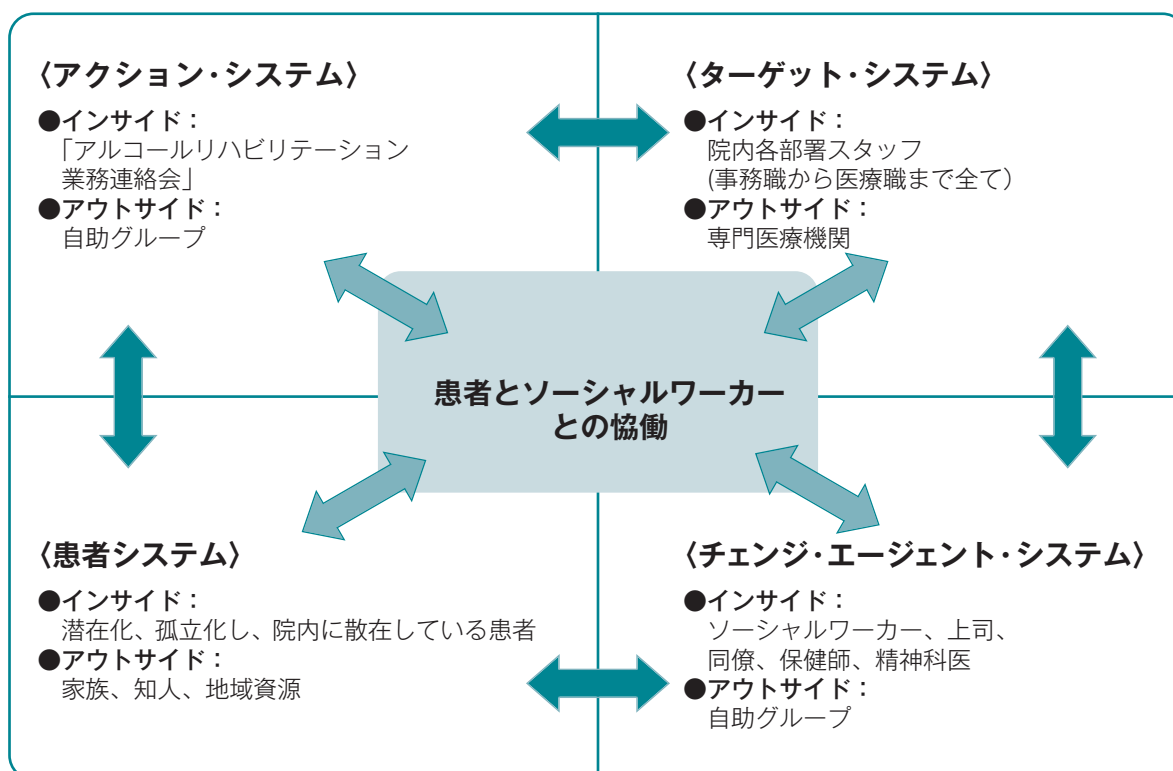
したがって、アルコール支援システム開発のような新しい実践を行う場合には、ソーシャルワーカーの所属する部署に、まずはその部署のシステムとして承認されなければなりません。その上で、病院全体の組織のシステムとして組織責任者からの承認を得る必要があるのです。

このように、組織内のシステム同士の関係を取りながら、新たな支援はやっと病院内に根付く土壌を組織から与えられます。このような状況から考えると、連携支援システムを開発するためには、組織の特質と要件について確認する必要があります。

組織に、連携支援システムを作るために統合モデルを具体的にどう活用したのかは、図10に示しました。患者さんとの関係性では、ソーシャルワーカーが変革する人（チェンジ・エージェント）となり、組織内に存在する患者さん、部署や職員を資源のオアシスと捉え、4つのシステム（患者システム、アクション・システム、ターゲット・システム、チェンジ・エージェント・システム）でアセスメントしながらつながり、その結果、ステップ1～4まで支援可能な連携システムができていきました²⁸。

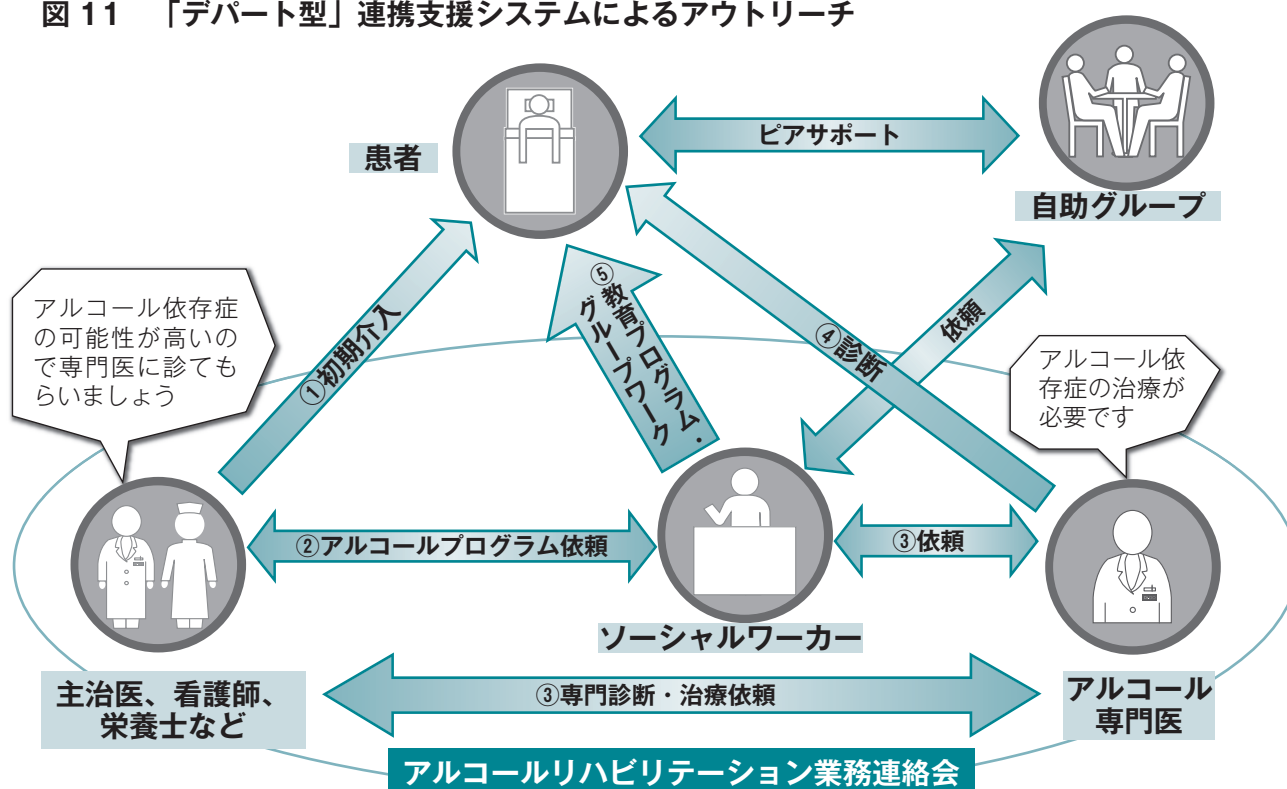
²⁸ 稗田里香「大学病院におけるアルコールソーシャルワーク実践についての一考察－「統合モデル」を適用して－」『社会福祉学』第27号、明治学院大学大学院社会学研究・社会福祉学専攻、2003、pp.23-45

図 10 「統合モデル」を活用したA病院でのシステム開発の視座



このように、一般医療機関内にある既存の資源を、アルコール支援用に開発し直し、一つの機関内で、すべての支援を提供するモデルは、あたかも、すべてがそろったデパートに重なるので、「デパート型」と名づけました（図 11）。

図 11 「デパート型」連携支援システムによるアウトリーチ



3 「商店街型」と「デパート型」の特性と共通点

商店街型、デパート型のどちらで開発するかについては、図 12 に示したようにそれぞれの特性や共通点を把握した上で、組織を十分にアセスメントしなくてはなりません。

図 12 「商店街型」と「デパート型」の特性と共通点

四日市病院	A病院
・ 院外でネットワークシステムを充実化 ・ 院内と院外との役割を分担して支援する ・ 「商店街型支援」連携支援システム (分担してサービスを提供するタイプ) ・ ソーシャルワーカーの間接支援が増える	・ 院内でネットワークシステムを充実化 ・ アウトサイドにある資源を、院内に取り込み支援する ・ 「デパート型」連携支援システム (集客してサービスを提供するタイプ) ・ ソーシャルワーカーの直接支援が増える
(共通点) ・ ミッションを持つキーパーソン（アルコール専門医）が存在する ・ ソーシャルワーカーが知識を持つことから始めている ・ 事例を積み重ねている ・ 患者から学ぶ姿勢をもっている ・ 会を発足させるなど集団の力動を活用し展開している ・ 精神科以外の医療者（内科等）と協働している ・ アルコール支援システムづくりに対して、ソーシャルワーカーは「文化」や「風土」を作るという着眼点を持っている ・ 誰でもできるような支援の普遍化を目指している	

しかし、どちらを選ぶにしても共通しているのは、ミッションを持つキーパーソン（消化器内科の医師や看護師、アルコール専門医）の存在です。そして、システム開発は、ソーシャルワーカーがアルコール関連問題に関する正しい知識を持つことから始まっています。

開発には、すでに病院内にある資源を再利用しています。また、事例検討を積み重ねることを通して、常に患者さんから学ぶ姿勢をもっています。同時に、会を発足させるなど集団の力動を活用し展開しています。

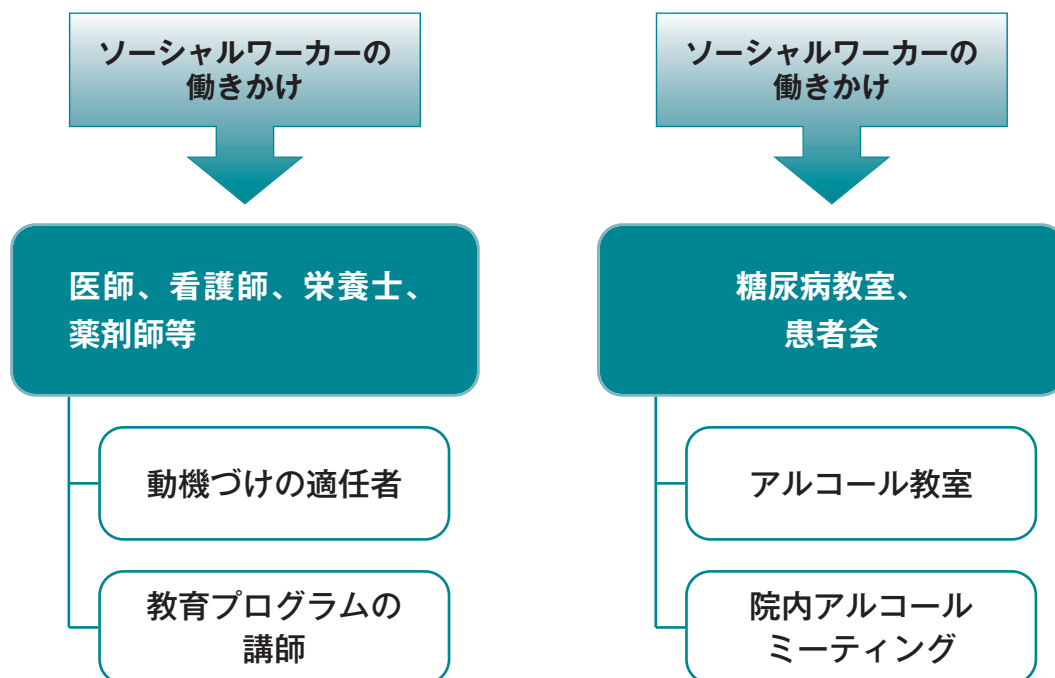
さらに、アルコール連携支援システムづくりに対して、ソーシャルワーカーがそれにふさわしい「文化」や「風土」を作るという着眼点を持ち、なおかつ誰でもできるような支援の普遍化を目指しています。何よりも、一般医療機関のソーシャルワーカーは、アルコール依存症に限らず、他の疾患を患う患者さんに対しても連携して支援しているという豊かな経験をアルコール支援に活かすことができます。

これらの共通点が、まさに、アルコール連携支援システムを開発する重要な要素と言えます。

すでにある資源を再利用していることについては、ソーシャルワーク実践も同様です。新たな支援方法を身に付けなければ支援ができないということは決してありません。例えば、問題のある飲み方かどうかを確認するためのアウトリーチは、栄養士の栄養相談の際に実施を試みるのが可能です。また、教育プログラムや教育的グループワークのファシリテーター

ターには、糖尿病教室など疾病に関連した各種指導の経験を持つ院内の医師や看護師が適任者です（図 13）。

図 13 資源の再利用（例）



おわりに

アルコール依存症は、「治癒はしないが回復できる病気」です。

回復の旅は、アルコール依存症者が自らの復元力を強化していく道のりともいえます。復元力は、患いと向き合いだけではなく、その後の人生の旅でも大いに役立つことでしょう。患者さんやご家族が、回復後の人生の旅路を自らの力で歩むことができるよう支援することを見据えながら、その支援地図として、「**リカバリーの三次元志向構造**」を活用していただけたら幸いです。

繰り返しになりますが、アルコール依存症をはじめアルコール関連問題に直面する患者さんやご家族に対するソーシャルワーク支援は、他の病を患う患者さん支援と何ら変わりありません。アルコール関連問題に関する正しい知識と、「**リカバリーの三次元志向構造**」の**支援地図**さえ持てば、誰でも適切な支援が提供できるのです。

どうか、今、持っている実践力を、アルコール関連問題のある患者さんや家族にも同様に発揮していただきますようお願いしております。

最後に、作成にあたり、さまざまな立場の方からご協力をいただきました。

射場福男さん、今井辰巳さん、荻野義弘さんご夫妻、するめサークルの皆様（鈴木正さん、對間和義さん、永田良平さん）は、ご自分の「アルコール依存症のリカバリーの旅」を語ってくださいました。

ソーシャルワーカーの片岡千都子さん、吉川晴子さん（市立四日市病院）、久保田一葉さん（札幌清田病院）、医師の猪野亜朗さん（かすみがうらクリニック）は、調査や実践地図の使い勝手を評価するためのワークショップ開催のコーディネートをしてくださいました。

ソーシャルワーカーの秋丸舞さん、伊藤幸代さん、岡香織さん、丹羽香織さん（市立四日市病院）、三輪晃士さん（四日市社会保険病院）、鷹野航太さん（三重県立総合医療センター）、眞境名望さん（菰野厚生病院）、駒田れい子さん（鈴鹿中央総合病院）、不動宏平さん、岩崎美香さん、畠山祐志さん（真栄病院）、高橋奏絵さん（札幌しらかば台病院）、神部今日子さん（札幌平岡病院）は、現場で実践しているソーシャルワークに関して語ってくださったり、ワークショップで一緒に実践ガイドの内容について検討してくださいました。

特定非営利活動法人 A S K（アルコール薬物問題全国市民協会）の皆様には、企画や内容に対するご意見をいただき、さらに、編集において技術的なお力添えをいただきました。

この場をお借りして心よりお礼を申し上げます。

なお、本実践ガイドは、文部科学省 JSPS 科研費 23530759（基盤研究 C：研究課題「ソーシャルワーク方法理論生成に関する実証研究—アルコール依存症者の語りから—」平成 23 年度～25 年度）の助成を受け作成しました。

平成 26 年 3 月 31 日

アルコールソーシャルワーク理論生成研究会

研究代表者

稗田里香（東海大学健康科学部准教授）

研究分担者

北川清一（明治学院大学社会学部教授）

志村健一（東洋大学社会学部教授）

稲垣美加子（淑徳大学総合福祉学部教授）

（平成 26 年 4 月 1 日現在）

〈連絡先〉

東海大学健康科学部社会福祉学科
〒259-1193 伊勢原市下糟屋 143
Tel&Fax 0463-90-2017
email hieda@is.icc.u-tokai.ac.jp

〈編集協力〉

特定非営利活動法人 A S K（アルコール薬物問題全国市民協会）