

アルコール健康障害対策関係者会議  
相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ  
第1回議事録

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）付

第1回 アルコール健康障害対策関係者会議  
相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ  
議事次第

日 時：平成27年5月25日（月）15:59～18:06

場 所：中央合同庁舎4号館（4階）共用408会議室

1. 開会

2. 意見交換

3. 議題

（1）関係団体からのヒアリング

- ・日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会
- ・全国マック協議会
- ・NPO法人 いちごの会

（2）その他

4. 閉会

○田辺座長 それでは、定刻になりましたので、「アルコール健康障害対策関係者会議相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ」の第1回目を開催いたします。

樋口会長から御指名いただきまして座長をさせていただきます田辺です。よろしくお願いいたします。

委員の皆様、また、きょうプレゼンテーションしていただける方におかれましては、大変お忙しいところお集まりいただき、ありがとうございます。

また、本日は、全体会の樋口会長にも委員として御参加していただいております。

お二人の先生があらかじめちょっとおくれる予定との御連絡ですが、時間になりましたので、始めさせていただきます。

初めに、事務局のほうから委員の出欠状況と資料の確認などをお願いいたします。

○加藤参事官 事務局でございます。

本日は、見城委員、松下委員が少しおくれる旨の御連絡をいただいております。

それから、本日は、ワーキンググループでの議論に際しまして、座長の指示によりまして参考人をお招きしておりますので、御紹介いたします。

日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会会長、岡崎直人様。

全国マック協議会議長、井上茂様。

NPO法人新潟マック理事・施設長、北原勝利様。

NPO法人いちごの会理事、佐古恵利子様。

後ほど御発表等をお願いいたします。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

資料1 相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ整理票

資料2-1 アルコール関連問題の解決に向けたソーシャルワーカーの支援

資料2-2 アルコール依存症者のリハビリを支援するソーシャルワーカー実践ガイド

資料3-1 マックの現状と今後の依存症対策

資料3-2 全国マック協議会とマックグループの活動

資料4 回復施設の現状と課題 今後求められる対策

参考資料1 アルコール健康障害対策関係者会議ワーキンググループ開催要綱

参考資料2 さいたまマック14周年感謝の集い

以上、8点でございます。過不足、欠落等がございましたら、お知らせください。よろしければ、事務局からは以上でございます。

○田辺座長 それでは、議事に入りたいと思います。

まず初めに、このワーキングの進め方などについて事務局から説明をお願いいたします。

○加藤参事官 それでは、事務局でございます。

ワーキンググループでの議論の進め方につきましては、他の2つのワーキンググループ同様、事務局におきまして、これまでのアルコール健康障害対策関係者会議での議論を整理させていただいております、それが資料1の整理票でございます。

例えば相談支援につきましては、保健所・精神保健福祉センターにおける相談支援等、専門機関における相談支援等、民間団体における相談支援等などと細分化しております。

それぞれの細分化された項目につきまして、「施策・取組」の欄に各省庁の施策、関係団体等の取り組みを記載しております。

「現状」と「課題・問題点」の欄には、これまでの関係者会議での委員の御意見や資料などから要素を抽出して記載しております。

各ワーキンググループでは、この票につきまして、適宜、追加や修正などの御意見をいただき、また関係省庁や参考人の御意見を伺いながら空欄を埋めていき、整理票を作成し、現状と課題の認識、求められる対策というものを整理して関係者会議に報告していくという流れで進めておるところでございます。

ただ、ごらんいただくとおわかりになりますように、特に社会復帰や民間団体の分野については、これまでの関係者会議でも意見や議論が余り出ていない状況であります。このため、田辺座長とも御相談し、今回は参考人をお招きし、現状や問題点につきまして御意見を伺い、その後、皆様から自由に御意見をいただければと考えております。

以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

ワーキンググループの進め方について少し補足いたしますと、このワーキンググループは全体で3回を予定しております。

本日は、ヒアリングを中心に問題の洗い出しを行って、次回、次々回で全体をまとめていければと考えております。

何か進め方について御意見とか御質問などおありでしょうか。

よろしければ、大体こういう方向で進めていきたいと思えます。

それでは、早速、参考人のお話を伺ってまいりたいと思えます。

初めに、当事者の方が社会復帰を目指す上でソーシャルワーカーの役割が非常に大きいものと考えております。そこで、本日は、日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会の会長の岡崎直人参考人をお招きして、御意見などを伺いたいと思えます。

それでは、岡崎さん、お願いしたいのですが、皆さん言いたいことはたくさんあると思えますが、全体でお一人ずつプレゼンテーションを大枠10分程度としまして、それぞれの事業体や活動体での歴史や理念だとか、目指すことはたくさんあると思うのですけれども、そういったところはたまかな要点で、そうしたお立場から見えてきた現状での課題あるいはアルコール健康障害対策基本法の今後の計画に期待するところなどを中心にお話しいただければと思えます。よろしく願いいたします。

○岡崎参考人 御紹介いただきました日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会の岡崎と申します。

本日は、このような機会をいただきまして、まことにありがとうございます。アルコール関連問題の解決に向けたソーシャルワーカーの支援、アルコール健康障害対策基本法に求めるものについて発表させていただきます。

(PP)

まず、ソーシャルワーカーの定義は、ごらんとおりです。「生活を、また人間を、その多様性を十分に意識しながら、しかも一つの全体として全面的にこれを見渡して援助をする」社会福祉の専門職というふうに定義づけられております。

(PP)

ソーシャルワーカーは、アルコール関連問題の発生予防、進行予防、再発予防の全てにまたがり、支援活動を連携して展開しています。

支援の実際をモデルケースで御説明します。Aさん（男性45歳、会社員）、妻、娘、母の4人暮らしです。Aさんは、大学生のころから常習飲酒、会社の健診で肝機能障害を指

摘され、節酒の指導を受けますが、30代半ばより、守れずに慢性肝炎で内科を受診します。

妻とのもめごとがふえ、何度も酒をやめる約束をするが果たせず、妻に暴力を振るい、また高校生の娘は不登校となり、Aさんを避けています。母親は認知症が進み、妻の負担はますます増えていくのに、Aさんは連続飲酒で、退院しては飲み、暴力を振るい、けがや肝炎の悪化で救急車で緊急入院するという悪循環を繰り返します。このままでいきますと、失職し、生活保護を受けたり、また死亡するという危険もあります。

7回もの入院のときに、内科主治医よりアルコール依存症の疑いで医療ソーシャルワーカーにつながり、進行予防支援によって回復の動機づけを受けます。

最初は、アルコール依存症を認めていなかったのですが、次第に自覚するようになり、専門病院で本格的に治療を受ける決心をします。

専門病院に転院し、再発予防支援としてアルコール・リハビリテーション・プログラムを受け、回復が進みます。体の症状も落ちつき、退院後には定期的にアルコール外来とデイケアに通い、断酒会に妻と一緒に毎週1回参加しています。パートですが、仕事にも復帰し始めました。娘は一旦、高校を中退しましたが、現在は定時制に通っています。母親は高齢者の施設に入所し、妻も働き始めました。

これは全体のスケッチでございます。

(PP)

各段階の支援について説明いたします。

発症予防支援の段階における地域関係機関です。保健所や保健センターあるいは福祉事務所など地域の関連機関では、Aさんのように混乱の渦中にある御本人や御家族からの相談を受けて、問題を整理して的確な相談先を案内します。失職や借金などの経済問題は福祉機関に、子供のひきこもり問題は精神保健福祉センターに、酒乱や飲酒運転の問題は警察に、けがや肝障害は病院にというようなくあいです。しかし、機械的な振り分けではなく、問題の背後にある苦しみや悲しみ、怒りや絶望といった感情を傾聴して受けとめ、身体的、心理的、社会的な多様な領域に及ぶ問題をアセスメントしていきます。さらに、こうした問題の背後にあり、往々にして見過ごされるアルコール依存症を発見し、それを御本人、御家族と共有しながら、回復の希望のある病気であることを伝えつつ、専門医療を紹介します。

(PP)

一般医療機関のソーシャルワーカーは、Aさんのような悪循環を繰り返す患者に積極的に介入し、経済問題や子供の不登校、介護の問題を解決しながら、院内や地域で多職種連携システムをつくり、早期発見・早期回復に向けた動機づけ支援を行い、必要に応じて専門治療機関へつなぎます。一般医療機関でのソーシャルワーカーの働きに関しましては、本日、皆さんにお配りいたしました「アルコール依存症のリカバリーを支援するソーシャルワーク実践ガイド」を参考にさせていただきたいと思っております。

しかしながら、このような支援ができる一般医療機関は大変少ない現状です。一般医療

機関で捉えるアルコール関連問題の課題としては、一番目として入退院の繰り返しなど悪循環による重篤化、合併症の悪化、家族崩壊、失職、介護の問題、子供の不登校などがあり、二番目に、アルコール依存症に対する誤解のためにアルコール専門治療機関につながりにくく、自業自得と考えられてしまいます。3番目に、ソーシャルワーカーを含め、介入できるスタッフが少ない、知識がない、方法を知らないということがあります。4番目に、アルコール問題は面倒であるという意識が根強いことが挙げられます。

(PP)

次は、アルコール専門治療機関でのソーシャルワーカーの再発予防支援です。Aさんのような方に対しては、治療前から飲酒によって積み重なった経済的困窮、失業、住居問題の解決のサポートを行うことにより治療を安定して継続できるように支援を行います。

また、社会復帰に向けての障害となるさまざまな問題を解決する支援を側面から行います。特に社会復帰に向けて、断酒会、AAなど自助グループや社会復帰施設、制度やサービスに関する情報提供から直接の利用導入までのサポートを行い、入院治療を終えた後も断酒が安定するように社会的な調整を行います。

家族に対しては、依存症に対する心理・社会教育や心理面のサポートをアルコール家族プログラムや相談面接を通して行い、家族がアルコール問題に向き合える力をつける援助をいたします。

(PP)

次に、専門的支援は始まったものの、再発を繰り返す事例は少なくありません。この場合には、援助職より見えていなかった再発のリスクがないかを生活の様子から再アセスメントし、より専門的な援助を組み立てます。

しかしながら、専門治療機関は全国的にも数が限られていますし、地元にも自助グループがないといった資源の乏しい地域が少なくありません。こうした場所でも回復の援助を行うには、ソーシャルワーカーや保健師といった地域で働く専門職が中心となり、コミュニティの中に本人が孤立しないための受け皿をつくる必要があります。

専門治療機関が捉える課題としては、専門治療機関が少ない、回復のための社会資源に地域格差があるという2点です。

(PP)

このように、アルコール健康障害は生活の困窮と相互作用を起こしながら深刻な健康被害と社会的損失を招く一方で、変化と安定した生活を取り戻すには長い時間がかかりますので、本人と家族が地域で生活しながら、途切れない援助を受けるために、生活課題の変化に柔軟に対応できる地域の多機関・多職種のネットワークづくりが急務です。

(PP)

アルコール関連問題の解決を支援するソーシャルワーカーは、行政、司法、専門治療機関、一般医療、福祉施設などさまざまな場で働いています。ASW協会の会員は、行政機関としては精神保健福祉センター、保健所、保健センター、福祉事務所などで、司法機関とし

ては保護観察など、またアルコール依存症の専門病院やクリニック、アルコール依存症も対象とした精神科病院やクリニック、一般の総合病院など、さらにアルコール・リハビリ施設や高齢者の施設などで働いております。一般福祉分野で一番数が多いのは生活保護を担当するケースワーカーで、全国で1万人以上おります。詳細は資料をごらんください。

(PP)

今まで述べましたように、ソーシャルワーカーは、アルコール健康障害対策基本法ができる以前から、社会福祉の諸問題である社会的損失と人々の不幸の低減、年間死亡者3万5,000人の低減に向け、かかわってきました。社会的損失は、2008年の試算によりますとアルコール関連疾患による医療費の損失として1兆円以上とされ、アルコール関連の生活保護費は57億円とされています。しかしながら、今回の関係者会議のメンバーに社会福祉の専門家が入っていないことについては自分たちに向けられた課題であると真摯に受けとめておりますとともに、アルコール健康障害対策基本法を後ろ盾にして、これまで以上にソーシャルワーカーの支援について国民の皆様幅広く知っていただく努力を重ねていかなくてはならないと思っています。

(PP)

最後に、アルコール健康障害対策基本法に求めるものを3点にまとめて申し上げたいと思います。

1点目としまして、ソーシャルワーカーの人材養成・育成の開発・推進・研究です。ソーシャルワーカー養成課程にアルコール問題の回復支援を盛り込み、現任教育では、専門治療病院だけでなく一般医療機関や福祉関係施設で働くソーシャルワーカーに対する研修カリキュラムの開発と実施が必要です。また、アルコール問題についての指導と助言が受けられるようなスーパービジョンシステムができれば対応が向上できると思います。これは、当協会が宮城県で行っているような被災地支援のアルコール関連問題に対応する人材養成も含まれております。

2点目は、国民にアルコール関連問題に対応する具体的な相談窓口に関する情報提供を持続的に行うためのプロモーション活動の充実です。どこに相談してよいかわからないという声が家族の中から上がっており、それに対応するものです。アルコール問題相談センターのようなわかりやすい名称も必要であると思います。

3点目は、多様な場で身近に相談できる機能を充実させることです。近年のアルコール関連問題は、高齢者や子育て中の女性など、福祉的なサポートの必要な人たちにも広がってきています。多様性に見合った相談窓口である専門治療機関を初め、市区町村の行政機関、一般医療機関、地域包括支援センターなど、既にある窓口アルコール関連問題に対応できる回復支援ソーシャルワーカーを必置としていただければ大きな貢献ができると考えております。そして、この3つが組み合わせられれば、アルコール関連問題の解決に向けて、ソーシャルワーカーのアウトリーチ力、問題解決力、早期発見・早期支援と治療がさらに発揮でき、アルコール関連問題解決への貢献ができるものと考えております。

(PP)

参考文献と資料です。

発表は以上です。御清聴、どうもありがとうございました。

○田辺座長 どうもありがとうございました。

お三人の方に大体10分少しのプレゼンテーションをしていただいて、15分ぐらいは個々に議論し、最後に全体でまた30分ぐらいのディスカッションをというふうに考えております。

それでは、今の御発表について御質問とか御意見がございましたら、どうぞお願いいたします。

樋口先生、どうぞ。

○樋口委員 わかりやすい発表をありがとうございました。

相談の話というのはすごく大事だと思っていて、相談を充実することによって家族も専門医療機関にアクセスしやすくなるだろうし、的確な情報を得ることができるようになるだろうと思います。現場で働くソーシャルワーカーとして、現時点での相談の課題というのはどんなことがあって、どういうところを変えていったら、より相談の状況がよくなっていくだろうかというようなことについて意見があればお教えてください。

○岡崎参考人 御質問、どうもありがとうございました。

発表の中で申し上げたのですけれども、私ども以前に家族の方たちにアンケートをとったときに、やはり一番大きな声としましては、相談する場所がわからないとか、相談する場所に行っても適切な答えが得られなかったということで、非常にさまよっていらっしゃる御家族の方が多いのかなというふうに思いますので、相談できる場所をはっきりと明示して、そこであればアルコールの相談がきちっと受けもらえるという場所をもっとはっきり社会の中に位置づけることが必要と思っております。

また、例えば社会福祉のソーシャルワーカーの人たちは福祉事務所に、各都道府県、市町村に必ずいますので、その方たちにもう少しアルコールの知識を持っていただければそういう窓口としてもかなり広がるのかなと思います。

3つ目としましては、今、高齢の問題や子育ての虐待の問題、いろんな問題がアルコール問題と絡んできますので、そういう課題にも対応できるような人たち、これは今言ったソーシャルワーカーの人たちを生かすということともつながると思いますけれども、そういう付随するいろんな問題に対応できるような力をつけていくことも必要と考えております。

○樋口委員 続けていいですか。

○田辺座長 どうぞ。

○樋口委員 発表の中に人材の育成というところがありましたけれども、具体的にどうやったら人材の育成がよりできるか、そのあたりのお考えがあったらということと、もう一つお聞きしたいことがあるのですが、先ほど相談センターとかいうのをおっしゃっていま



したけれども、具体的にはどういうことをイメージされているのか、その2つをお教えてください。

○田辺座長 特に前半のほうは、私も聞いていて、人材育成ということは研修のようなことでいいのか、例えば1年間に研修1週間だとかというようなことでいいのか、それ以上のものなのか、それを教えていただきたいと思います。

○岡崎参考人 人材育成に関しましては、久里浜でも研修をやっております、養成も行っているというところなのですが、やはり専門治療機関を中心にかなり行われているという感じでありまして、より広い一般医療ですとか、地域で相談を受ける福祉事務所、保健センター、保健所の方たちがアルコールの知識を身につけるということが、できれば何らかの資格というところまでいくかどうかは長期的課題ですけれども、そういう肩書が持てるような、アルコール相談、回復支援のソーシャルワーカーと先ほど申し上げましたけれども、そういうものができるといいかなというふうには思っております。

○樋口委員 専門知識を持ったソーシャルワーカーの方々は現状では少ないのですか。

○岡崎参考人 少ないのではないかと思っております。

○田辺座長 これは大事なところだと思うので、ASW協会、アルコールのソーシャルワーカー協会とPSW、ソーシャルワーカーは、数で見ると相当開きがありますね。ASWの方は250人ぐらいで、ほかの方は万単位。ASWでないと質的に担保された相談が余りできない、ソーシャルワーカーという資格を取った段階だけではアルコールの相談は余りできないというギャップがあるので、その質を高める必要がある、というような御提案というか、プレゼンテーションの御趣旨でしょうか。

○岡崎参考人 今のソーシャルワーカーの教育の中でもアルコール関連問題に対する比重は非常に低いのではないかと思っております。社会的なこの問題の大きさに比べてそれに対する適切な支援を行えるだけの力量を身につける教育研修が不足しているのではないかと私は思っております。

○樋口委員 相談センター。

○岡崎参考人 私、仕事のほうではさいたま市の精神保健福祉センター「こころの健康センター」というところで働いておりました、3年ほど前に「ひきこもり相談センター」という看板を掲げまして、これをマスコミにも発表しましたり、いろいろ広報でも載せましたところ、市内からたくさん相談の方がいらっやまして、非常に掘り起こしには役立だったという気持ちを持っております。やはりどこに相談していいかわからない、相談に行っても要を得ないような答えしか得られないということではなくて、一つはっきりそういう中心をつくってやっていく。もちろん直接相談ということもあると思いますし、いろいろな既存のコーディネートみたいなものも必要と思いますが、そういう拠点となるところを一つつくっていくということは、行政の責任として非常に大事なものかなと思っております。

○樋口委員 では、みずから精神保健福祉センターの所長ですけれども、どこにつくるの

がよろしいとお考えですか。

○岡崎参考人 そこはやはり都道府県とか政令指定都市というところが一つの単位になるかと思しますので、自殺とかひきこもりは精神保健福祉センターにつく場合と、都道府県で考えてということですから、ほかのいろんな団体に委託するような場合もあるのですけれども、都道府県が責任を持ってどちらかにそういう場所を設けていくという形がいいのかなとは思いますが。

○田辺座長 樋口先生、いろいろ御質問ありがとうございました。

そうすると、ひきこもり支援センターのようなことが一つのモデルになるのではないかと、ひきこもり支援センターも精神保健福祉センターについているところもあれば、そうではない民間が担っているところもありますけれども、人口のある程度の範囲で1カ所というような形で都道府県ベースで置かれているのがモデルになる、そういうような御発言ということによろしいですか。

○岡崎参考人 私のなれ親しんだモデルとしてはそういうものをイメージしております。

○田辺座長 今成委員、どうぞ。

○今成委員 質問は2つあります。

1つは、保健所のヒアリングをさせていただいたときに、黙っていると相談は来ないと言っていました。地域連携でネットワークをつくったときに初めて警察とかいろんなところから持ち込まれるようになった。家族に広報が届いていないということもあるとは思いますが、この辺の現状、相談が来ないという現状は本当にそうなのかどうかというところをお聞きしたいということです。

もう1つは、先ほどのお話の中で、今、高齢者と女性が一番目立ってきているという話が出たと思うのですが、何が問題で、どこがどうだったらいいいのかというところをお聞かせください。

○岡崎参考人 相談が来ないというお話なのですけれども、その辺の実態というのは私ものはっきりわからない点もあるのですが、いろんな形でいろんなところにアルコール問題というのは相談が行っているのではないかと思います。ただ、先ほども述べましたように、その背後に病気としてのアルコール依存症があるというような見方がされていないことによってその相談がうまくいかないとか、誤った方向に行ってしまうとか、また家族もがっかりしておしまいになってしまっています。そういう相談を受ける側がアルコール依存症の援助の方法について熟知しているようになれば、なかなか見つけにくい問題からアルコール問題というようなものを見つけることができるのではないかと考えております。

もちろんいろんな問題がありますし、アルコール問題だけで解決しないものもあるかと思いますが、暴力や鬱、いろんな問題の背後にアルコールの問題が実は隠れていて、それに焦点を当てていくことによってアルコール問題を発見し、つなげることができる。特に一般の内科の疾患の中にも随分いるのではないかとというのが報告書などでも書かれていることだと思います。そういうふうな思っております。

2つ目の問題ですけれども、やはり社会の高齢化とともに、定年退職後のアルコール問題を起す相談というのは私どものところにも随分来ております。また、その方たちというのは、数として一番多いのは中高年男性なのですけれども、やはり今増えてきていて、高齢者ですと体のほうの問題や認知症が入ってきたり、家族も介護の問題とアルコール問題をどういうふうに組み合わせていったらいいのか、例えばアルコール依存症で今まで一般的によく言われていた言葉が「余り助けられないほうがいいですよ」ということで、御本人に問題をちゃんと認めてもらうまでは援助を手控えるというのも一つの方法ですみたいなことも言われていたのですが、高齢者の介護が必要な方にはそういう形はできないというようなこともあったりします。もう一度、援助の方法を組み立てて考え直していかなければならない点があるのかと思います。

また、子供の問題というのも、ひきこもりの背景にアルコールの問題のある方もいらっしゃいますし、ネグレクトを初めとした虐待で特にお母さんのアルコール問題ということも最近増えてきているような印象がありますので、そういうときにも特別なケアとかサポートがさらに必要かなと感じております。

○今成委員 今おっしゃったのをちょっとまとめると、いろんな問題の背景に実は隠れていて、さまざまところでいろんな機能があって相談は受けているのだけれども、アルコール問題を見つけることができている。だから、相談に従事している人たちにアルコール問題を見つけることができる技術を持ってもらえば掘り起こしができてつなげることができるということによろしいでしょうか。

○岡崎参考人 そうですね。見つけるというか、つなぎ先というところも大事なのかなと、つなげる場所がなかなかないとか、地域の社会資源が乏しいということも一つ背景にはあるかなと思っています。

○田辺座長 発見する力は、ソーシャルワーカーであってもやはりある程度力がないとそういう整理ができない。それから、問題として把握しても、ではどうすれば、どこにその人をつなげればいいのかというところで、受け皿となる医療機関なり、何らかのその人に対するアプローチする支援機関が少ないということによろしいですか。

○岡崎参考人 そのとおりです。

○田辺座長 確かに、私も高齢者虐待の事例の検討会のスーパーバイザーで呼ばれたり、児童虐待のスーパーバイザーで呼ばれたりしますけれども、高齢者虐待であれば、経済的虐待と暴力的虐待、どちらもアルコール依存症かギャンブル依存症の人が加害者には多いですね。児童のほうでも、ネグレクトという形ではアルコール依存症とギャンブル依存症のお父さん、お母さんというのが確かに非常に多いですね。ありがとうございました。

樋口先生、この件、最後の質問、よろしいですか。

○樋口委員 ちょっと岡崎参考人の意見発表を超えてしまうかもしれないのですが、後の30分の時間のうちの5分ぐらいをいただきますが、前、厚生労働省でやった依存の検討会のときも家族の代表の方がしつこくおっしゃっていたのは、家族も社会から偏見にさ

らされている、そういうさらされている家族が気軽に相談できるところがなくて本当に困る、情報をどこから得ていいかわからないというようなことを繰り返しおっしゃっていた。それを私はよく覚えています。

今、仮に私にお酒の依存症があって問題があったとすると、恐らく家内がいろんなところを探すと思いますが、さて、家内が一体どこに連絡したらいいのかと考えたときに、我々はいつも、精神保健福祉センターにどうぞ、保健所にどうぞ、自助グループにどうぞ、専門医療機関にどうぞと言っているのですね。多分ASKにもたくさん行っていると思うのですが、こういう受け皿を担っているところが実際どのくらい機能しているのだろうかということです。家族の1回目の相談に対してうまく機能できて、うまく対応ができていれば、いろんなところがスムーズに流れるのではないかと思います。このあたりを全般的に底上げしていくようなことが必要なのではないかと思います。岡崎参考人は所長でもあるので、まず精神保健福祉センターは実際、田辺座長もそうですけれども、どのくらいそういう家族からの声に機能できているのだろうか、あるいは保健所の代表の委員もいらっしゃいますので、我々専門医療機関の代表みたいなものですが、自助グループもいるし、後の議論でも構わないのですけれども、そのあたりを少しすり合わせできたらいいなと思います。

○田辺座長 そうですね。相談支援のほうの議論は実は次回を予定しています。大変重要な問題です。

○樋口委員 もしそうだとすると、次回のワーキンググループのときに、実態を持ってきていただいて、ここで少しすり合わせしてみる、それも大事ななと思います。

○田辺座長 厚生労働省のほうも相談支援のデータを出していただきながらということになります。実態を検討することは非常に大事だと思うのです。ただ相談支援していますということになるとたくさん数が出てくるかもしれませんが、今の相談支援とか相談指導というのは2種類あります。酒害者とか家族とかという形で相談の場所がわからないという相談は、これから治療に結びつける相談なのですけれども、一方で、既に治療を受けた後の患者さんあるいは社会復帰の途上者という人が途中で困ったり、生活保護のケースワーカーから、生活保護をもらうだけではなく、ちゃんと断酒会に行きなさいというようなのも相談支援の件数なのです。ですから、社会復帰に向かう相談支援の件数は結構ある可能性があっても、今、困っていて、まさにこれから治療を始めるという件数は数字でみるより実際は低いかもしれない。相談指導とか相談支援という分でも2種類あるということで、これがうまくデータの中で把握できるかどうかかわからないのですが、そういう現状もあると思います。

それでは、最初のプレゼンテーションは一区切りにしていただいて、岡崎参考人、どうもありがとうございました。

○岡崎参考人 どうもありがとうございました。

○田辺座長 次に、依存症の当事者の方が社会復帰を目指す過程で、いわゆる社会復帰施

設あるいは回復施設、古くは中間施設などという言葉もございましたけれども、そういう施設を利用する方がいますが、その代表的なところからということで、アルコール依存症のほうでは、マックという施設がございます。その全国協議会から井上茂参考人と北原勝利参考人をお招きしております。

それでは、お二方、よろしく願いいたします。

○井上参考人 全国マック協議会の井上でございます。きょうはどうもありがとうございます。座らせていただきますので、よろしく願いいたします。

(PP)

全国マック協議会については資料3-2に書かれておりますので、割愛させていただきます。それから、今、配られているパンフレットにも書かれてありますので、全国マック協議会のできてきた経緯や目的についてはそれをごらんになっていただければと思います。

(PP)

40年ほど前になりますけれども、社会から見放され、福祉や医療からも忌み嫌われていたと同時に、社会を忌避せざるを得なかった、行き場のない一群のアルコール依存症者に対してマックの創立者たちは回復支援の手を差し伸べていました。アルコールに対してコントロールを失い、社会的にも破綻していたこれらの人たちに対して、医療の管理下にないもう一つの回復支援の場としてハーフウェイハウス、それから後にデイケアの施設をつくりました。これがマックです。

ハウスでは、A.A. 12ステップを取り入れた回復支援のもとでの日常生活が営まれ、医療や福祉と協働しつつ、彼らを回復する可能性のある一人の人間として受け入れていました。それらの人のほとんどが生活保護法による被保護者であったり、要保護状態であった人たちでした。それらの活動理念や実践活動が現在のマックにつながっています。

(PP)

その活動を通して見えてきたことは、退院後のアルコール依存症者がソブリエティを続け、社会生活に移行していくに従い、医療面での身体的、精神的な治療の比重は少しずつ軽減し、それと反比例して、崩れた生活習慣の立て直しを図る日常生活の自立に向けての取り組みを初めとして、人間関係の回復や人間性の回復に向けて取り組んでいくこと、そして自己中心的な言動を修正し、社会のルールと協調していく社会的行動の修正や、就労後にあらわれる問題、例えば残業とA.A. ミーティング出席のどちらを優先するのか、宴会への参加はどうしたらよいのか等への対応を図っていく重要性が増してくるということでした。マックは、回復支援のメニューとしてこの部分の支援にも力を注ぎ、利用者の社会復帰への基礎固めの役割を果たしています。この部分の支援がマックを特徴づける支援だと思えます。

(PP)

アルコール依存症者にとって外部環境である社会には、酒場や自動販売機、飲酒を刺激する宣伝、宴会等々、さまざまな飲酒誘因が存在し、アルコール依存症者はその中で適応

しながら共存していく必要があります。

また、アルコール依存症者自身に目を向けると、様々な感情的苦痛や苦悩、社会的なストレスへの対応がアルコール摂取に直結してしまっています。様々な選択肢があるにも関わらず、理性的な判断を打ち消し、記憶に残る最初の一杯がもたらす安堵感だけにとりつかれ、飲酒欲求に向かってしまう強力な考えに支配されています。これらの否定的感情やストレスとの調整を行っていかねば、リラップスのプロセスに入り、再飲酒（再発）への危険性が増していきます。

これらの要因に誘発されて起こるリラップスのプロセスから抜け出る、それは第三次予防としての再発予防、再飲酒への予防そのものですけれども、問題を認め、助けを求めて、最初の一杯を口にしないことを続けることが最も大切なことで、マックの回復支援はこの再飲酒予防が中核となっています。

(PP)

マックでは、アルコールを口にしない支援に始まり、アルコール依存症によって拡大され、ゆがめられてきた生き方を修正する支援を行い、ソブラエティを続けていくための基礎づくりを集中的に行うことを目的とした回復支援施設で、基本的には一定期間を過ごす通過施設と位置づけています。

(PP)

しかし、近年、マックを訪れるアルコール依存症者の中には、新たな対応を要する人達が出てきました。幾つか例示しますと、一つは、障害や高齢のために理解力が衰えていたり、就労支援には適応困難である人で長期間に渡りマックとの関係を持ち続ける必要のある一群の人達です。

マックでは、その人達への対応として、一定の作業を行ったり、茶飲みをしながらの談話やレクリエーション等を通して仲間に出会い続けることに重点化した支援も行い始めている施設も出てきました。例えば、ボランティアの指導者によって機織機で織物をつくったり、そういった作業を通じてマックに来続けていただく。その中で12のステップの考え方を頭の中に入れていくことを長期間使ってやっていくことも行っております。

二つ目と三つ目は、摂食障害を併せ持つアルコール依存症者や、刑務所から出所後のアルコール依存症者への対応を図っている施設も出てまいりました。

さらに、医療観察法との関連です。医療観察法との関連で退院先をマックにするという場合に、マックにとって大変な負担なのです。その一人分、不在分をあけておかなければならない。でも、家賃は支払わなければならない。そういう関係でマックの財政的な運用からしてみるとそれらへの対応はかなり財政的に負担があるということは一つ添えておきたいと思います。これからの課題だと思いますね。

それから、女性のアルコホリックが増えてきました。マックを訪れる子育て中の若い女性アルコホリックもでてきました。これには難しい面がありまして、母親でもあるわけで、今、さいたまマックでは、母親に戻るプログラムというものを1～2例、試してやってい

ることもあります。女性が増えてきたということに関しても、少しずつプログラムの中身をかえていかなければいけないと思っていますところでございます。

そして、地域に目を移し、例えば、介護保険サービスに目を向けますと、介護サービスを受けている世帯の陰にアルコール問題が疑われる息子なり娘がいる場合があります。しかし、これについてはケアマネも在宅サービスをしている援助者達も中々気づきづらい。気付いたとしても、アルコール問題家族への処遇論として協議の場に乗ってこない。「何か酒に問題があるんだよね」という言葉は聞くのですけれども、具体的な対応を為し得ない。彼らに聞いてみると回復支援の方法が分からないと言います。

恐らくわからないからそれを棚上げしてしまうということで、なかなか表面に現れてこないということが現実なのでしょう。回復者を見たことがない、回復していく姿をイメージできない、ということも一つの原因かもしれません。

(PP)

さて、マックでは、利用者がコントロールして飲酒しようと何度も試みて失敗し、さまざまな問題がアルコールによって引き起こされたことに気づき、アルコールに対して無力であったこと、アルコールによって自分の人生がうまくいかなくなっていたこと、それらを認められるようにマックの支援が始まります。

では、マックではどのような回復支援を行っているのか、さいたまマックを例にとって見てみます。通所施設では、12ステップの考え方に基づく午前・午後の2回のミーティングと夜の地域でのA. A. ミーティングへの参加を中心とした支援と、日常生活支援や就労支援、個別支援を組み合わせた支援体系をとっています。順調な経過をたどると3割強の人たちがおおむね約1年で自立していっています。

(PP)

回復支援ですけれども、グループ支援ではグループの持つ力を活用していきます。個別支援では、グループミーティングでは対応し切れない個別性の原理に基づいた相談、提案を行っております。

日常生活支援では、初めて来た人、病院を退院してきた人ですけれども、「おはよう」「さようなら」「いただきます」という言葉が言えないのです。ぼっと入ってきます。挨拶を初めとした生活習慣の修正をここで行っていきます。1カ月ぐらいで「こんにちは」という言葉が出てきます。それから、例えばソフトボールや卓球などのレクリエーション活動も行っていますが、孤立しがちな人間関係の垣根を取り払う効果もあるようです。

(PP)

四季の行事では、アルコールによって遠ざけられてきた季節感をもう一回再体験していただき、アルコールなしの新たな日常生活の一コマを学習していきます。

宿泊研修を取り入れているマックでは、マックグループ内の複数のマックと合同で行う場合があります。兄弟施設の仲間たちとの12ステップによる経験と希望の分かち合いを重ねます。飲酒機会が習慣化した年末年始に行うリスク回避的要素を含む行事では、酒なし

の初めての正月を仲間とともに宿泊先で過ごすようになっていきます。合唱も行っておりますけれども、メロディーや歌詞を通して何となく心が洗われる動きを体験しながら、同時に仲間との一体感を体験していきます。

就労後の相談支援については、ソブラエティを続けるために何を最優先するのか、新しい環境に移ったときのストレスマネジメントでもあります。セルフフィッシュプログラムと書きましても、最優先するのは最初一杯を遠ざけることで、残業するのか、A.A.ミーティングに出るのかというときに、初期のころはミーティングに出席して12ステップを踏む訓練をしようということでもって、残業しないような職探しをするというふうにしてあります。

(PP)

マックで行っていることは、生活保護で言うと自立助長を促す生活支援から就労支援までの援助を行っているわけです。マックプログラムによる回復支援と重なり合うもので、基本法21条で言う社会復帰の支援そのものの支援を行っているということです。

(PP)

最後に、マックから見た問題や課題というのは、全国的に見るとA.A.ミーティングへの参加移送費やマックに通所のための移送費の支給を福祉事務所でもって行わないというところも出てきています。厚生労働省においてはこういうところをよく見ていただきたいというのが要望でございます。実施機関においてもアルコール依存症に対する知識や社会資源にどういうものがあるのか、どういうふうにするのかという学習がなかなかされていないのではないかということもあります。

前回、生活保護の基準改定により住宅費が減額されておりますけれども、グループホームに関し、運営上の影響をマックとしても受けているということをここで申し添えておきたいと思っております。

マックでは障害者総合支援法の支援も行ってありますけれども、これもまた大きな問題が横たわっております。制度運用上のジレンマですが、質の高い支援をして、ある一定の期間で自立していただくのと、新しい人が入ってこないとその分、出ていってしまいますから、マックとしては財政的にかなり負担が出てきてしまいます。入ってくる人と出ていく人のバランスがなかなかとれない。地域の中でもマックを活用してくれる福祉事務所や病院、そういったところが少なくなってきた、マックに来る人たちが減ってきているというのも一つの事実です。それらについてはどういうふうこれからやっていくのかということがマックとしても課題となっております、それらの人たちとの協働をどういうふうにしていくのかということは今、考えているところです。

地域活動支援センターの利用についてですけれども、これについて、ほかの自治体の住民の利用者は補助金対象としてカウントしないことになっておりますので、マックが彼らを受け入れたとしても、自治体間の壁によって補助金交付対象に反映しないという問題もあります。当然、地活のほうは財政的に貧しくするという状況です。これらを解決するには



どうしたらいいのかというと、まず市町村レベルでもっての地活ではなくて、都道府県レベルでもって運用していく仕組みを考えていただけたら、もう少し枠が広がるのではないかと思います。

それから、人材ですね。マックについて言えば、12ステップに準拠した支援が基本にありますので、寄って立つ12ステップの実践的理解を磨いていくことがマックの職員にとっては必要不可欠です。そして、幅広い視点からの支援が可能となるように、アルコール依存症を始めとしたアディクションやその関連領域に関する学問的知見の理解度を深めるのも大切です。他方では、専門性を持つ非当事者（Non-Alcoholic）をスタッフに迎え入れながら、家族支援も含めた多様性を持った支援をこれからも行っていきたいと思っています。この辺についても今後どういうふうにしていくのかということが課題として残っているところでございます。

以上です。

○田辺座長 どうもありがとうございました。

プレゼンテーションはお一方でよろしいのでしょうか。

○井上参考人 はい。

○田辺座長 それでは、マックのほうの発表に関して御質問とか御意見ございましたら。

なお、障害者総合支援法をめぐる問題については、この後の佐古さんからも障害者総合支援法で支援している施設の御発表がありますので、そこであわせて御議論いただければと思います。

松下先生、どうぞ。

○松下委員 御発表ありがとうございました。

ちょっと確認させてください。私、関東圏のマックのスタッフの方から、子育て中のお母さんへの支援を聞いて、うまくいった成功例だったのですけれども、感動しました。マックはキャパが広いといえますか、物すごい力を持っている中間施設というのはわかっているのですけれども、一方で、アルコールだけではなくて、発達障害とか統合失調症とか重複障害のある方が1年でなかなか卒業できないというお話も聞いています。そういう方は延々と、1年半、2年とかずっと抱え続けるのか、それに対してどう対応されているのかというのが1つです。

あと、人材育成にもかかわるのかもしれませんが、働き盛りの人をスタッフとして雇えない、財政面の負担といえますか、地域格差があるのだということを伺いました。

その2点について教えていただけますでしょうか。

○井上参考人 発達障害を抱えている人や知的障害を抱えている人はプログラムにみんなと一緒に乗れないということもありますね。これはちょっと時間をかけて、その人たちに合わせた形でもって行っていくという方法をとっている施設が多いと思います。一律に、1年ですよ、2年ですよということではなくて、それはあくまでも基準ですから、その人に合った期間というものを考えております。ただ、誤ってはいけないのは、あくまでもマ

ックは通過機関ですので、ずっと抱え込まないということは常に頭の中に入れて運営しているということです。

それから、スタッフの雇用ですけれども、地域差は確かにありますね。それぞれの自治体によって、地活について言えば補助金の額が違います。これは今、市町村事業になりましたので、財源があるところとないところによって相当な差があると思います。補助金が低い基準のところではなかなか若い人たちを雇えないということもあります。そういう問題は恐らくどこの地活も、アルコールだけではなくて抱えている問題だだと思います。これは地域支援事業になってしまったので、それはなかなか難しい問題だと思います。

○田辺座長 よろしいですか。

○松下委員 ありがとうございます。

○田辺座長 どうぞ。

○樋口委員 幾つかお聞きしたいことがあります。今から何年か前に厚労科研の一環として回復者施設の調査をしたことがあって、そのときに、現有のキャパシティーと実際のくらいキャパシティーがあるといいのかということの差みたいなものを尾崎先生にお願いして計算したことがありました。アルコール依存症の専門医療機関あるいは精神病院の担当のドクターに聞くと、入院している患者さんが回復者の施設を使うのは好ましいというのは結構なパーセンテージでしたが、実際は余り行かないですね。私がお聞きしたいのは、実感として数が少ないだろうか、依存症の患者さんの回復を支援する上で、マックももちろんそうですが、満床状態で、もうちょっとマックがあったほうが多分いいだろうというふうなことをお考えか、そうでないのか、実感としてその辺どうだろうかということです。

あと、先ほど入所者の中で居場所の入所者と回復を支援する入所者とありそうだということをおっしゃっていましたが、居場所提供というのは言葉として余りよくないのかもしれませんが、その割合はマックの場合どのくらいなのだろうか、まずそれだけ教えていただきたい。

○井上参考人 全国的にマックに紹介してくれる数というのは減ってきています。まず、福祉事務所経由というのがだんだん減ってきています。病院からも今、いいことなのでしょうけれども、本人の決定に任せるということで、マックを選ぶか、どこを選ぶか、外来デイケアを選ぶか、どっちにしますかというときに、ほとんどが外来デイケアに行ってしまう。昔はワーカーさんたちの技術もあったのでしょうけれども、本人が決定をするときに、マックならマックに行くような形の決定をしてもらうような、かなり濃厚な援助をしていたのです。ところが、今は「どっちを選ぶ」「そうですね」ということで終わっている。

今、マックに対していろんな病棟の中でうわさが広まっているのは「厳しい」「1日3回ミーティングに行かなければいけない」「1年365日通わなければいけない」「そんなところに行けるか」「俺たちに土日はないのか」というようなことで、なかなか選んでいた

だけないということなのです。昔のワーカーさんたちは、病気になったときに週休2日制で酒を飲んでいたのかというようなことも言っていますね。ソブリエティを続けていくためには、そういうことをやってきたのだから、毎日毎日治療しなければ病気には勝てないでしょうというような言い方をしながらつなげてくれていた方たちもいたということです。

それから、生活保護の場面で言えば、これは言っていることか悪いことかわかりませんが、私も行政にいたから余り言えないのですが、回転が速いのです。3年ぐらいでワーカーは動いてしまいます。アルコール依存のことについてわかっていた人が何年かするといなくなってしまうと通常の支援が難しいのではないかということで、マックのほうへ行きなさいという支援もほとんどないということです。それについては全国マック協議会のほうでもいろんな方策を通して行政のほうに働きかけようというふうに話し合っているところです。

それから、居場所ですね。最近、基本プログラムに乗りづらい高齢者やさまざまな課題を抱えた人たちが出てきたのをどういうふうにしようかと考えているところで、どのぐらいのパーセンテージなのかというのは今後の運用の中で考えていきたいと思っていますが、現在のところ、先ほども申し上げましたが、居場所的な通所施設として作業も取り入れた緩やかな回復支援プログラムを提供している施設が、マックグループ53施設のうち1施設ございます。

○樋口委員 そうすると数が足りなくていつも待っている状況とか、そういうわけではなくて、むしろ最近、利用者が減ってきていて、そちらのほうがちかちかという問題だ、ということでしょうか。

○井上参考人 全国的に見ると紹介者が減っているというのも一つですけれども、地域によっては足りないという地域もあります。

○北原参考人 新潟では波がありまして、来るときと来ないときがあります。来るときはばっと来る。それから、グループホームに入ることがだんだん難しくなってきました。前はさっと入れていたのだけれども、病院に入るとケースワーカーから市町村に話が行ってという、そういうことですが、退院してしまうとそれが1カ月ぐらかかるわけです。そうなるとその間に飲んでしまっていて、そういうことでグループホームに入れなくて、そういうことで手続が長くなっていくということがありまして、なかなか難しいと思っています。

○樋口委員 わかりました。ありがとうございます。

○田辺座長 そうすると全国的な調査とかやったことがあるかもしれないのですが、アルコール関連での施設が足りているのか足りていないのか、印象としてはどうなのでしょうね。私の地域のほうでもどちらかといえば、あいている、使う人がいたら紹介していただきという時期のほうが多いという印象を持っていますが、どうなのでしょう。全国調査など過去にやられたことで把握できていれば、そうでなければ全体のふだんの連絡協議会の発言の印象で結構ですが。

○井上参考人 連絡協議会などではやはり減っています。減っていますが、被保護者が減っている、生活保護を受けている人たちが減ってきているということです。それは、やはり先ほども言いましたように、生活保護のケースワーカーのほうからアルコール依存の処遇をどういうふうにしようかということが。

○田辺座長 つなぎがないということ。

○井上参考人 つなぎがないですね。

○田辺座長 では、生活保護ではない方の利用はふえているのですか。

○井上参考人 大体同じぐらい。

○北原参考人 同じぐらいですね。

○田辺座長 それは同じぐらいで。

○樋口委員 私は病院で診療していると今の話はよくわかるわけで、患者さんたちの要望と回復施設のあり方の間に随分ギャップがあるかもしれません。つまり、おっしゃったみたいに厳しい、自由もないとか、ひょっとしたら回復支援の施設がもう少し多様化していくともっと支援の効率が上がったり、利用者の数がふえる可能性もあると思いますが、そのあたりについての示唆とかございますか。

○井上参考人 マックについて言えば、どうしても1年365日といいますか、毎日毎日通っていただきながら、12ステップに準拠したプログラムを少しずつでもいいから頭の中に、体の中に入れていってほしい。通所初期の頃は、午前中のミーティングで聞いたことを夜になるとふっと忘れてしまう。毎日の積み重ねで少しずつ回復していくという姿を見てきておりますので、今までのようなやり方ではなくて、週3回でいい、4回でいいというとき、どうも薄まってしまわないかという危惧があります。では、どっちをとるかというときに、私たちは本人の回復に有効な方法をどうしてもとり続けたいと思っていますので、通所日を減らすということは考えづらいことであるかもしれません。

○田辺座長 この問題は自助グループへのつなぎについても言えると思います。最近、自助グループにつなぐ関係機関の職員の数が余り多くないのではないかと思います。関係機関から自助グループにつながれたケースなどもふえていないような印象があります。やはりマックの場合は、12ステップグループとしてのAAの12ステップの回復理念というのを置いているので、そこを余り変えたくない。それはある意味では厳しいとか、面倒くさいとか、そういう反発を生むかもしれないけれども、そこは変えたくないというような運営をしているということですね。

○井上参考人 基本的なところは維持していきたいと思っています。それから12ステップグループでもなく、A.Aのグループでもありませんので。

○田辺座長 もちろん自助グループではありません。AAという12ステップグループの理念を、マックの回復プログラムの中で大事にするということですね。

○井上参考人 そうです。取り入れるということです。

○田辺座長 今成さん、どうぞ。

○今成委員 ワーキンググループの1のほうでこの間、法務省から、受刑者のプログラム、保護観察の中のプログラムの御報告をしていただきました。そのプログラム自体は相当ちゃんとしたものですが、そこで終わったのではだめで、その後というのが必要なわけで、その後どこに行くかというところで、今、マックになっているのだなというのがわかったわけです。そのときに、刑務所とか医療観察とかからの受け皿になるためには、ここで満床になるかなというような場面でもあきをキープしておかなければいけないという問題がある。そのあきをキープするためのお金が何らか支払われたりというのがあるのでしょうか。

○北原参考人 医療観察保護の場合は体験入所が何回かあります。そのときは実費としていただいています。後は何ももらっていないというのが実際です。

○田辺座長 例えば医療だと措置入院とかのためのベッドを持っておくとそれなりの補償みたいな、空床補償みたいなのがありますが、そういうのはないということですか。

○北原参考人 そうです。

○田辺座長 ないけれども、絶えず入所できるような準備はしておいてくれと、あけておいてくれと言われていたということですか。

○北原参考人 話が来てから入所するまでに何回か試験的に入ってこななければならない。そして、裁判所の決定がおりないとだめなわけです。その間が1年とかそれぐらいかかってしまうのです。今度入ってくる人は長いのですが、出てから見てくれる病院がなかったもので、その分、長くなってしまったのです。

○田辺座長 簡単に言えば医療観察で使った分だけしか払われないから、いつも対応するための準備ということでは非常に負担だということなのですか。

○北原参考人 ええ。

○田辺座長 樋口先生、どうぞ。

○樋口委員 我々のところは50床もありまして、大変御迷惑かけているのがよくわかりましたので、今後はできるだけスピードアップするようにいたします。

ついでにいいですか。

○田辺座長 では、御質問、最後です。

○樋口委員 済みません。運営上、多分課題がいっぱいあると思いますが、こういうところがよくなるとさらによくなるという幾つか先ほどお話をいただきましたが、そのほかに何かあるでしょうか。

○井上参考人 どこも同じかと思いますが、人と金ですね。実はこれだけはここで余り言いたくなかったのです。人と金が必要だというようなことは耳にたこができるほど、恐らく厚労省においても耳にしていると思います。ただ、現場としては、本当に人と金がないと運用ができない。継続していく運用がなかなか難しいということも大きな問題ではあります。

この仕事はどちらかという人だけですね。人材がいなければ仕事ができないので、

どうしても人材の確保のためにはそれなりの人件費を払えるような体制にしなければいけませんし、特に地活ですとかグループホームを運営しているNPOなり何なりというのは財源がほとんどないのです。それから、支援してくれる人たちが寄附するというようなことで足りない分を運営費に充てているという現状ですけれども、そんなに多くはない。これは国の施策の中の一つでもありますので、できるだけちゃんとした人を雇えるような、財源を持てるような制度にしていなければ運用としては楽になるのだらうなと思います。

○田辺座長 障害者総合支援法の枠で動く部分と、そうではない、いわゆる賛助金や関係者の募金で運営しているところ、両方ありますね。どちらも大変ということで理解していますか。

○井上参考人 あと、恐らく国のほうでも、私たちもそうですが、いわゆる福祉を変なふうに財源にしている団体も出てきています。それらが変に活躍できないような補助金制度にもしなければいけないでしょうし、単に基準を上げれば良いという問題でもないと思います。その辺のところはなかなか難しい問題だと思いますね。

○田辺座長 当事者が中心になって運営している断酒会系の施設もちょっとあると思いますので、簡単に、大槻さん、その辺から課題とか問題がありましたら、どうぞお願いします。

○大槻委員 断酒会の施設について簡単にお話ししますと、基本的な考え方は、マックさんのお話と、ほとんど変わりません。ただ、断酒会の場合、全て障害者自立支援法、今、総合支援法、この適用を受けて、100%この資金で運営しています。

考え方の基本は、あくまで運営は当事者が行う。依存症からの回復者だけでやる。ほとんどの業務は回復者でやっています。ということは、回復者のモデルを見ながら通所してもらい、あるいはグループホームで生活していただくということが建前になっていまして、よき相談者として使用者に対応するということが基本になっております。

その中でもやはり生活保護の受給率というのは非常に高いのが現状です。実際に運営している施設は、地域活動センター、就労支援B型とグループホームです。地域活動センターの問題につきまして、先ほどマックさんからも指摘がありましたが、これは対象者が支援法を扱う行政機関の行政区内居住者という制限があります。こういった制限については、総合支援法の改善をお願いしたいと思っております。依存症ということで取り組みますと、どうも総合支援法は使いにくい部分が随分あります。これを契機に、改善するような動きができればよいと思っております。

特に依存症の場合、ケアを365日しなければならないわけですが、対象は週5日ということになります。地域活動センターの場合と同じようにこういったギャップというのは全て施設側の負担になってきます。総合支援法の改善についてぜひとも我々のワーキンググループなり関係者会議で議論を深めていただければと思っております。

○田辺座長 大変重要な御指摘ありがとうございました。

それでは、最後のプレゼンテーションを佐古さんをお願いしたいと思います。

○佐古参考人 このような機会を与えていただきましたことに感謝しております。

それでは、早速、始めさせていただきます。

(PP)

我が国におけるアルコール問題への政策的取り組みの歴史を出しました。従来の医療・保健・教育サービスに、福祉サービスが展開してきており、包括的な支援の体制が展開してきていると言えます。

(PP)

アルコール依存症治療の流れも入院中心であった時代から地域医療が目指され、1980年代以降は、入院を含めて、治療導入からアフターケアまで一貫治療を目指した体制へと進展し、デイケアが生み出され、今日ではさらに地域生活への取り組みが展開してきています。

(PP)

治療が長期化しているアルコール依存症者の実態をASWで調査した結果をまとめたものです。これは、診断を受けてから2年以上経過している大阪府下の8医療機関で入院または通院している人たち、258名へのアンケート調査のものでした。調査の結果、治療の長期化の中で、生活崩壊の進行、断酒の困難、就労への困難があることが示されました。生活崩壊の進行は、再飲酒の繰り返しによって、初診時との比較で生活保護率が高くなっている点と、独居率が高くなっている点から仕事や家族を失っていることによって示唆されるものでした。この調査の中には断酒を継続している人たちも含まれているのですがわずかで、多くは再飲酒したために再治療を受けている人々でした。

それから、断酒の困難の実態として、再飲酒した8割の方はやめる必要性を感じていたが再飲酒したと回答しておりやめ難さを示したものでした。初診時からの経過年数を調べてみますと、5年以上かかっている方が5割、10年以上経過している方が3割近くありまして、このときの断酒継続が6カ月未満であるという人が43.4%でありました。断酒の難しさがうかがわれます。

また、就労困難におきましては、現状の生活についての自由記載からの結果でした。「現状の生活が不満だ」「することがない」「自分に対して否定的である」「仕事がしたい」という声が上がってきました。

このようなことから、医療的なアプローチだけではなくて生活の支援という立場から、生活の崩壊過程から脱出していき、新たな生活スタイルの獲得に向けた日常生活及び社会生活への支援の必要性が浮かび上がってきました。

(PP)

この調査は、私どもの「リカバリーハウスいちご」のメンバーの方のグループインタビューの結果をまとめたものです。これは「回復とは何か」ということをテーマにして、この趣旨に賛同してくれたメンバーの方が集まり、8回にわたって行った結果です。それをまとめてみますと、発症前、飲酒、発症、脱却、こういった変遷の推移が語られていまし

て、その中の状況、そのときにとった行動、そのときの感情をカテゴライズいたしました。

多くの方は、貧困、被虐待、喪失体験、アルコール家庭、家庭崩壊を経験してきて、その中で早い自立やゆがみを持った行動を経験していて、死にたいとか、生きていくのが苦しかったと述べられていました。

飲酒とつながってからは、酒と引き合うという経験をし、早い時期からの飲酒があり、酒に逃げることを覚えていき、そのときに酒が楽にしてくれるという内的な経験を得ています。

その後、発症していく経過の中で生活の悪循環が固定化して生活障害を来しています。行動としては、飲酒優先の選択行動となり、ついにその対処が尽きていくという中で、自分を否定し、他者を否定し、飲酒葛藤を抱え、人と自分は違う、そういう経験をしていく中から脱却ということで、このあたりが「いちご」の生活モデルにおけるものを使った人たちの語りの部分になります。

飲まない環境であること、仲間や相談者がいること、生活が保障されていること、多様な活動（仕事）があること、地域の人とかかわる環境があって、平等な関係がそこにある、民主的であるということ、そして、治療・自助グループにつながる、生活リズムを獲得する、回復を続ける、問題の整理を図り、一つずつ課題に取り組む、さまざまな経験をする（学び働き遊ぶ）、社会的な役割を果たしていくという行動をとる中で、病気に対する受容ができ、自分に対する肯定感や、根深い感情に向き合うことができるようになり、アルコールを必要としない生活づくりになりつつあるという声が上がりました。

(PP)

回復にとって必要で重要な課題とは何かということなのですが、若いときから生きていくことに非常に苦しい経験をしてきた人は生理・安全・社会面で基本的欲求が欠乏しておりまして、こういった中からは劣等感や無力感が生まれてきて、幾らお酒をやめても、自分の中に培ってしまった劣等感や無力感を解消しない限り社会に適応しにくいということが挙げられて、コンプレックスの解消ということが大きな回復の課題だと述べられました。

(PP)

そこで、私たちは、自信をなくし、生き方がわからなくなっている人たちのためのエンパワメント型の支援、つまりハーフメード方式を使っております。まず、医療機関、行政機関、自助グループ、地域社会との仲介機能を持って繋げる支援を行い、次に、依存症からの回復生活の基盤をつくる生活リズムを続けていく、そしてあらかじめ用意したプログラムがあるのですが、それに自分の考えたプログラムをミックスして取り組んでいく、そして仲間とのチャレンジによって生きていく自信を見出す方法です。

(PP)

機能ですけれども、ここに9つ挙げております。私たちは社会福祉援助をベースとしておりますので、個別援助技術、グループワーク、集団援助技術をもとにしながら、民主的



な運営を図りながら、先ほど申しましたような生活リズムや地域に出て働く機会の提供や多様な活動機会の提供、そして重要な自助グループにつなげる、必要な治療の継続につなげるということをしながらか、新たな人的ネットワークの促進を図ります。

(PP)

沿革は、次のようになります。1999年からアルコール小規模作業所という形から展開してきて、現在は障害者総合支援法を使いながら、日中活動支援やグループホームでの住居支援を行っております。

従来のアルコール依存症治療が進展する中で、断酒して社会復帰するアルコール症者が増加してきていましたが、一部では、断酒が困難で対人関係の障害を持ち、社会適応能力の低い難治性のアルコール依存症の一群がありました。これらの一群は、若年から発症しているため、就労や社会経験に乏しく、断酒継続されても就労困難で、生活保護受給率が高くなっています。対人関係障害のため、家庭等での不適応を起こしやすく、単身で生活することが多く、家族からの支援も期待できないという現実もあり、生活障害を持ったアルコール依存症者の方々の回復のための場ということで社会復帰施策が必要であるということから、このような生活支援の方法をとってまいりました。

(PP)

そして、さまざまな就労の機会を提供させていただいております。生活保護の方が多いですが、もちろん働いた分はちゃんと収入認定を受けて、足りない分を生活保護で補ってもらいながら、だんだんと収入を上げていって自立を図っていくというスタイルで行っております。

(PP)

利用者の状況ですけれども、先月、4月の利用者を調べました。グループホームの利用者は5住居で25名となっております。日中活動の利用者は、99名のうち女性が22.2%ありました。自助グループの出席状況は、ここに書いてあるとおりに、ほぼ皆さん参加されておまして、AAに行かれる方や、ギャンブル依存の方もいらっしゃいますので、GAを利用して回復を目指しています。断酒会の方、それぞれが自分で決めて行っていただくというシステムをつくっております。

(PP)

効果といたしましては、なかなか見えなかったアルコール依存で苦しんできた人たちの姿が地域で見えるようになりましたら非常に理解が進んできて、では、ここで業務委託を受けてくれないかとか、一緒にアルコールで困っている人たちのことを考えてくれないかというような声がかかるようになり、地域ネットワークが推進されていきました。

(PP)

利用者の背景についてご説明します。女性は比較的若い年齢傾向のある方でしたが、20～30代の方が15.3%、40～50代の方が57%、60代以上の方が27.8%でありました。独居者は65.3%となっております。

生育歴を見ますと、やはりアルコール依存で育った方々が多くて37.5%あり、そのほか、親以外の養育者、養護施設で育った方なども8名いらっしゃいました。

最終学歴は、中学校卒業者が29名ということで、教育期間としてはやはり短い環境を生きてこられた方になります。

婚姻歴では、既婚者の方の72%が離婚をしています。子育て期における離婚を経験しており、この回復施設を利用しながら家族の統合化を図る試みが行われてきています。

飲酒歴を見ますと、やはり若年発症タイプが多いことに特徴がありました。10代からの飲酒者が66.7%を占めておりまして、問題飲酒には既に10代で8.3%もの人がなっているという状況が語られてきました。

(PP)

これからの健康障害対策基本法に向けての提案をさせていただきたいと思います。

1番目は、社会福祉援助の展開ということです。このような社会福祉支援を行う、生活モデルを行う場の援助の展開が各地でも必要とされているのではないかと考えます。こういった社会福祉資源の開拓をしていくということがあります。それから、他の依存症への対応ということで、アルコールだけではなくてさまざまな依存問題を抱えている人たちの利用ニーズがあるということです。

2番目は、就労支援です。私たちは、やめていくことそのものは仕事ではないと考えています。本人の経験と自信を生み出す支援をベースにしながら、就労機会の提供として、さらなる職場開拓が啓発活動と連動して求められています。それから、初期支援では職場環境への調整が必要です。職場定着支援といたしましては、これは私どものさらなる課題となっているところですが、アルコール依存症者の特性を踏まえた支援が必要であり、一般就労についたとき、再飲酒にもどらず定着していける支援の充実が求められています。

3番目は、各地のネットワークの進展がもっと必要です。地元では、医療、自助グループ、保健、行政、そして福祉事務所を加えた形で「飲酒と健康を考える会」ボランティアで運営しています。例えば、ここに高齢者支援者が、今かかわっている人のアルコール問題について一緒に考えていくようなネットワークづくりを続けているのですがこのような動きに対して、健康障害対策基本法としてぜひとも予算化していただきたいと思います。

最後に、アルコール関連問題というものはなかなか見えにくい問題であり、生活の困窮や家族問題を持ちます。苦しんでいる子供から大人までの専門性の高い相談体制を必要とします。まさに自殺対策と重なる部分です。家族、女性、高齢者、子供、生活困窮者らの相談支援としてのアルコール健康障害相談支援センターの設置です。これは発達障害相談支援センターがすでに開始しているように、専門性の高いアルコール健康障害についての相談に応じ必要な情報提供等を行う障害者総合支援法の都道府県事業の地域生活支援事業の利用が考えられます。これを医療機関、行政機関、福祉機関、自助グループの協働の取

り組みとして運営することを提案したいと思います。

長くなりまして申しわけありませんでした。

○田辺座長 御説明ありがとうございました。

それでは、佐古さんへの御質問と、時間がおして来ましたので、きょうは社会復帰ということで、あわせて全体的なことも含めて御質問、御意見を出していただければと思います。いかがでしょうか。

お願いします。

○松下委員 ありがとうございます。質問させてください。

就労支援というふうに捉えさせていただきました。いろいろな就労機会を提供されているようなのですけれども、ゴールは仕事につくということで、そうしたら関係性は一応切るということでもいいのでしょうか。

○佐古参考人 個別に違ってくると思うのです。福祉的就労という行き方もありまして、一般就労に向かった途端、取り戻そうとして、つくってきたいろんなきずながたちまち切れてしまうということもありまして、やはり人間関係ができてこないと難しいと思っております。

○松下委員 先ほどマックさんのほうでは、おおよそ1年というようなお話があったのですが、大体何年ぐらいで。

○佐古参考人 個別支援になりますので、それぞれに違います。きょうはアルコール対策ということですので、余り述べていませんが、抑鬱状態を呈している人とか、ちゃんとした精神的な症状に対するアセスメントなどをしていただくと、かなりの重複障害の方や知的障害の方なども含んでおります。統合失調症や関連の精神疾患が発現しているという場合や発達障害との併発ということもありますので、それは個別によるところになっております。しかし、1年単位で2人、3人と一般就労されて、3カ月に2～3名、数名の方が見学に来られるという流れになっております。

○松下委員 ありがとうございます。

○田辺座長 今成委員、お願いします。

○今成委員 ほかの自立支援法をもとにした施設の方から聞いた話なのですが、65歳を過ぎると介護保険のほうへ移ってしまうけれども、最近やはり高齢者が多いわけですね。そうすると65歳を過ぎた方たちは施設の持ち出しで見る。ここに来てはだめだというわけにはいかないのです、施設持ち出しで見ているというようなお話を聞いたのですが、その辺はいかがでしょうか。

○佐古参考人 その現状をどう打破していくのかというのは障害者団体の皆さんとも共通の課題になっております。高齢化に伴う障害福祉サービスをどのように継続性を持って支援していく、保障していくことができるのかということですが、私どもでは生活介護事業を立ち上げて、支援が途絶えることのないようにしてきました。

○今成委員 生活介護というと介護保険のほうとも兼ね合わせてということが可能だとい

うことでしょうか。

○佐古参考人 65歳未満から障害福祉サービスを使っている場合は、障害固有のニーズなどがあれば介護保険より優先できたり選択できたりすると思います。地域によっては移送サービス事業というようなことで断酒会やAAに行けるような形での支援を行う工夫しているところでは。

○田辺座長 ほかに御質問はありませんか。

私のほうから。アルコール依存症という同じ診断でも、これは佐古さんのところに限らないのですが、マックも断酒会施設もそうですけれども、施設を利用しないで済む人と施設を利用する人の大きな差ですね。先ほどちょっとお話に出た、依存症の診断で言えば、若年発症で多問題家族で育ったような人が多いのかなという印象があるのですが、さらに同じ施設の利用でも、施設を1年、2年利用して自立度が高まっていく人、施設のいろんな福祉サービスから離れて自分のことをやっていける人、居場所という言葉が先ほど出ましたけれども、末永く福祉サービスの対象下に置かれなければならない人との同じ施設利用者の中での差というものがありましたら、それぞれの施設で経験されていることを御紹介いただきたいと思います。

○佐古参考人 いつ仕事に行けるようになるかということなのではけれども、もう行けると思えるようになったら行けるようです。

○田辺座長 済みません。ソーシャルワーカーとして経験されていると思うのですが、一般的なアルコール依存症の方の、施設を利用されない人と利用されている人の対象の差みたいな特性、特徴を教えてくださいませんか。

○佐古参考人 必要とされるかどうかというところにかかっていると思うのです。日中することがないと思っても利用したくないという人もいますし、寂しい、孤独を何とかしたいとか、回復を目指す、変化を目指す、自分のいろんなゆがみ、投げやりな行動を変えていくこととか、やはりこのままでは生きにくいと思った人たちがそこに来て、日々の生活の中で自分を変えていくことをやろうと受け入れた人が利用していると考えています。

○田辺座長 これは、むしろ樋口先生のほうにお聞きしたほうがいいのかもしいのですが、医療で社会復帰施設などの利用を勧める人とそうではない人という、ふだんの臨床で把握されていることがございましたら。

○樋口委員 いろんな要因が関係しているので、一概にはなかなか難しいと思います。ただ、今、思ったのですが、どういう社会資源があって、それぞれの社会資源により適応的に、より有効に回復できていけるような方々のタイプというのがあるはずですね。そのあたりについてのコンセンサスがなっていないと思います。座長のほうの質問から少し派生するのですが、このあたりは少し実態を調べて、示唆が与えられるような知見を得て、それをまた現場に戻していくという作業が必要なかもしれないと思います。

これにプラス、もう一つ、デイケアというのがあるって、この間の医療のときにもちよっと申し上げたのですが、このデイケアに結構長く通っているケースもあるのです。

デイケアがいい方はどういう方なのか、自助グループに行く人はどういう方が適切なのか、回復施設に行く人たちはどういう方々がいいのかというようなこと、そのあたりのすみ分けというのは実は医療機関の中でよくできていないのだと思います。

それから、ちょっと言葉が適切かどうかわからないけれども、医療を担っている方々がそもそも知らなかったりするのです。恥ずかしい話ですけども、自助グループに一度も出たことがない専門医はいっぱいます。回復施設を見たことがない専門医もいっぱいいます。それだったら、やはりうまくすみ分けできないだろうと思います。これは教育になるのですけれども、そのあたりも総合的に進めていかないといけないだろうと思います。

あと、もう1点、ついでに、先ほどの岡崎参考人のときに、見つけられる、見つけれないという問題がありましたけれども、見つけれられても勧めないという問題も実はあります。これは内科の先生たちがよく言うのですけれども、アルコール依存症が後ろにあることはわかっているが、そのアルコール依存症の方々に専門医療を説得するのはえらく大変だと、日常の忙しい臨床の中でそんなことはとてもやれないということをおっしゃるわけです。ですから、見つけるスキルも大事だけれども、見つけた人たちを次のステップに行かせる、そういうシステムというか、モチベーションというか、そういう類いも育てていかないと今の話にあったような回復施設のほうにもなかなか結びつかないのではないかと、そんなことを感じました。

○田辺座長 相談支援者がたくさんいればつなげられると言う考えはあるのでしょうかけれども、そう簡単にいくかどうかわからないという話でもありますね。

では、佐古さんが戻られて、全体の議論の中で進められたらいいかと思います。

どうぞ、お願いします。

○大槻委員 断酒会の施設の特徴を申し上げますと、どの施設もみんな医療機関と密接に結びついています。運営母体に医療機関の方が理事で入っていただいて、助言いただいているわけです。そういう関係で、退院者あるいは通院者の方が施設に来られるという例が多いのですが、断酒会の施設では、退院された方あるいは通院でも仕事に就いている方は大体、施設には来られません。退院されたけれども、行き場のない方、あるいは当面、仕事がない方、したがって、次の職を自分で見つけるまでの間の居場所、断酒継続のためのツール、そういう目的で入所・通所されているケースが多く見受けられます。

○田辺座長 そうですね。私どもの精神保健相談で、まずは家族機能が現在ほとんど機能していない方、生活基盤がかなり崩壊している方を一からやり直すのは、依存症を治しながらやるのは大変ですから、そういう意味では社会復帰施設。それから、繰り返し通常の治療法で失敗して断酒が継続できない、断酒継続困難な、簡単に言えば重症といったらいいかもしれませんが、その背景には、先ほど佐古さんのお話があったような若年発症であったり、パーソナリティの問題があったりということなのでしょうけれども、そういう背景があって繰り返し失敗されている方を中心に紹介するようなことが多いので、受ける側も大変だろうと思っております。

そういう中で、この人たちを障害者総合支援法の枠の中で支援しているということでしたけれども、障害者手帳というような、あるいは障害概念というところではどのような診断でどういう福祉サービスの対象として整理されているのでしょうか。具体的には、障害者手帳の取得とかというのはどんなふうになっているのでしょうか。

○佐古参考人 手帳を持っておられる方も一度きちんと調査しないといけないと思うのですが、3割から4割の方は精神の手帳を持っておられる状況であります。

○田辺座長 それは、診断名はどのような診断。

○佐古参考人 いろいろです。

○田辺座長 アルコール依存症だけでもらっている人がいるのですか。

○佐古参考人 やはりいろいろです。こういった生活歴を持っておられる方は抑鬱状態を呈していますので、抑鬱状態も入ったということが多いですね。

○田辺座長 重複障害があって、別の疾患を主病名にしていらっしゃるのですか。

○佐古参考人 アルコール依存症が主病名だと思います。それと、障害者総合支援法では手帳または主治医の診断書、意見書によるということで、その主治医の先生との相談によって運営されていますので。

○田辺座長 医者の方で治療に施設を利用しているという形ですね。

○佐古参考人 はい。

○樋口委員 神奈川県だけかもしれませんが、我々がアルコール依存症ということで手帳を申請すると却下されます。必ず、アルコール精神障害という診断名に変えろというふうに指示が来るのですけれども、このあたり、私はよくわかりません。

○田辺座長 多分、神奈川県だけではなくて、そっちのほうは主流だと思います。

○樋口委員 そうですか。

○田辺座長 6カ月を超えた長期の障害が残る形の診断名に、ICD-10のコードでも変えて扱うというのが、そちらのほうはむしろ基本かなと思っていますが、その分、どのような障害かということを確認するのが専門医としては非常に難しいのです。依存症の分野では、残った障害、後遺性の障害という統合失調症のような障害の考え方よりは、非常に再発、再燃しやすい、だから働かせられないという重症度評価による生活遂行の障害というような部分がきっとあるのだろーと思います。マックのほうで障害者手帳とか持っていない方の比率はどうですか。

○北原参考人 アルコールだけだと手帳はもらえないですね。診断書とか意見書だとか、そういうのをもらっています。内科から来るとき、どうしても精神科とかクリニックにかからなくてはならないのかなという感じを持っていますが、これからどうなるのかなと思っています。

○田辺座長 就労支援のほうで障害者手帳を持っていないとどうのこうのということはないのですか。

○佐古参考人 それはあります。就労支援を受けるときに手帳が必要ということになって

おりますので、そういうふうに使われています。私がお会いしている方々の中には、生活困難をずっと抱え、更に複雑な劣等コンプレックスを持った中で社会への出にくさを経験させられて、そういったものからの回復ということでこういった場づくりをもっともう一度自分をつくり直していくというようなことをやっていると思うのです。生き直しとか、生きる力をつけていくということをやっていると思うのですが、そういうことは診断名とはどのように関係しているのかというあたりをお伺いしたいところです。

○田辺座長 岡崎参考人、どうぞ。

○岡崎参考人 確かに後遺症が余り目立たない依存症の方は多いのですが、飲酒してしまうと崩壊してしまうということで、ほかのところでも使われている言葉だと思うのですが、予防的リハビリテーションという言葉がありまして、その言葉が非常にしっくりくるのではないかと思います。

○田辺座長 再発予防ですか。

○岡崎参考人 そうですね。再発予防というところで、高齢者のけがの予防みたいなもので使われているようなのですが、そういう言葉がしっくりくるかなと思っています。

○田辺座長 樋口委員。

○樋口委員 今の話ですけれども、どのコンテキストで出てくるのですか。

○岡崎参考人 高齢者のそれほどまだ機能が落ちていない人が、けがや病気にならないように予防するためのリハビリテーションということですね。高齢者のリハビリをやっているところで最近使われているというふうに私も読んだときがあったので。

○樋口委員 それがアルコールの社会復帰の中のどのコンテキストで使われるのですか。

○岡崎参考人 マックやこちらでやっていらっしゃるような、社会に出るところで再発を予防するためのリハビリテーションという意味になるのかなと思います。

○佐古参考人 もう一つの現実としましては、認知障害があると思います。いろいろなものをなくしてきた上に脳の障害をきたして行って、そういう人たちが地域で生きていくために、生活の面から支援する活動が必要です。アルコール医療機関からも離れて一般の精神病院に長期の入院をしているという現実も見られますので、そういった問題にもやはり目を向けていく必要があるかと思っています。

○田辺座長 今の認知障害というのは、残遺性の後遺症性的なものの話ですね。

○佐古参考人 そうです。

○今成委員 社会復帰の支援というところをわかりやすくするために、逆説的な言い方なのですが、もしもこういう施設がなかったらその人たちはどうなってしまうのでしょうか。それは社会的には、より大きな問題になっていくということなのではないでしょうか。

○佐古参考人 私もそう思っております。かつてアルコール医療の今道先生も言われていたのですが、3分の1の人が回復し、3分の1の人が入退院を繰り返し、あとの3分の1の人は亡くなっている、こういった現実があり、今までのサポートシステムだけではその現状はなかなか変わりにくいだろう、それを変えていくための支援のあり方を考え

るべきだと言われていたと思います。それに新たに対応していく方法がこの生活支援モデルではないかと考えています。

○田辺座長 入所施設としてはそんなに不足していないのではないかという意見も、むしろ入所者の確保については困ることすらあるという話も出ている反面で、今おっしゃったのは通所なり、さまざまな就労支援なり、さまざまな自立に向けたプロセスでの福祉サービスはまだ必要だ、そういう話として理解していいでしょうか。そういうことでよろしいのですか。

○佐古参考人 そうです。と同時に、孤立している人たちが孤独死しているという現実があります。私もソーシャルワーカーとしてたくさんそういう現実に出会ってきました、もう少し生活の支援が届いていたら、この人は亡くなってはいなかったのではないかという思いを何回もしてきました。そういった意味の対策でもあると思います。

○田辺座長 統合失調症とか、ほかの障害者と同じ対象の支援ではなく、アルコールあるいは薬物とかの依存症というところで一線をそこに引いて支援したほうがよろしいのでしょうか。

○佐古参考人 そういうところも必要だと思います。私どもは、そういった専門でやっているのですけれども、多くの統合失調症圏の施設は、やはり飲酒社会なのであって、プログラムが違うのです。

○田辺座長 井上参考人どうぞ。

○井上参考人 こういう回復支援施設がないとどういうふうになるのかということですが、日常生活の自立から社会復帰に至るまでの集中的な支援の場を失い、再飲酒（再発）のリスクが増すということです。基本的に生活基盤や日常生活能力というのは、この病気の進行とともにかなり崩れてきているわけです。入所施設なり、通所施設でも構わないのですけれども、彼らの生活状況を観ながら、どういうふうに社会に適応していくのかという支援は、ある一定の期間は必要なのではないかと思います。それが果たして病棟の中でできるかという、隔離された病棟の中と現実の生活場面とでは相違があります、医療的なケアが全部済んで病院から退院した後、もう一回、今度は地域の中で医療との関係を維持しながら生活していく、それも回復支援施設で提供される回復支援プログラムを集中的に受けながら一定期間過ごし、社会に旅立っていくというのにも必要かと思えます。医療が果たしてどこまで関与していくのか。

例えば、人間はいかに生きるのかということが恐らくアルコール依存症からの回復にとってとても大事なキーワードだと思うのです。いかに生きるのかということ退院してからの問題として施設の中で仲間みんなと一緒に考えていこうという過程を通りながら、回復の道を歩んでいくことの大切さというものもあるのではないかと思います。

○田辺座長 どうもありがとうございました。

大変活発な御意見をいただいて、もう時間になってきましたので、ほかに御発言いただいている先生もいらっしゃるのですが、一言ぐらいずつ御意見をいただいてディスカッ



ションのほうは終わっていきたいと思います。

○中原委員 保健所を代表して出ております中原です。

きょうはいろいろと本当に貴重なお話をありがとうございました。どちらかというところ保健所に相談に来られるアルコール依存症の方というのは、御家族が、そうだと思うのだけれども、困ってどうしたらいいかわからないというような相談が多くて、社会復帰や就労支援という話になると、たびたび出ておりましたけれども、多分、福祉事務所のケースワーカーさんがキーパーソンになっているのだらうと思います。福岡の場合は保健所と福祉事務所が統合しております、そういった意味では、ケースワーカーさんのほうから、そういう事例があった場合は割と保健師さんのほうに相談があって、そういった社会復帰施設の御紹介だとかはさせていただいています。

項目に上がっていました社会復帰の就労支援については、それなりに支えてくださる家族がおられる依存症の回復者の方で一般就労をどうやって支援していくか、それこそハローワークや企業の人事関係者の方、そういった方にどういうアプローチをしたらいいのかということに漠然と思っていましたが、きょうお話を聞いた社会復帰や就労支援というのは、もっと難しい問題をたくさん抱えていて、それこそ一般就労でなくてもボランティア的な活動でもいいのではないかなというようにお話を聞かせていただきまして、私のほうもちょっと認識が変わったところです。印象ですけれども、お話しさせていただきました。

○田辺座長 見城委員。

○見城委員 仕事の都合で途中から失礼いたしました。私が伺ったところからの話なのですが、本当に現場にこういう皆さんがいらっしゃるなかったら結局は救いがないかというのが実感です。

もっと前からということでは、一つ、貧困ということがキーワードで出てきていまして、これはもともとの貧困なのか、アルコールに依存したために職を失い、本当に貧困になってしまって、アルコールに依存する前と依存した後が全く別な人生になってしまったことゆえの、自分の以前と今ということは大変なショックですが、このことが大きいのか、その辺が短い中でわかりませんでした。貧困というキーワードをどの段階で打ち出していくべきなのか、救っていくために最初からそういうことが大前提なのか、ある時期が来たときに貧困に向き合ってしまう、そこをある段階で支援していくときに必要なのか、その辺をもう少し整理して考えるべきかと思いました。

それから、きょうの話題ではないと思うのですが、私もこのことがあって周辺の若い人たちに話を聞いたら、30代、40代、ネットでみんなアプローチするんですね。飲んで意識がなくなった人がいるから、ちょっと怖いのではないかなという話をすると、ネットで調べてクリニックを探しましたとか、その段階と今の皆さんがお引き受けになるところの間、ここが非常に重要で、そこが切れたまま突然皆さんのところに全てかかってくるのか、これはソーシャルワーカーの人の力だけではどうにもならないだろうし、施設を幾ら使ってもだめだろうし、ここをもう少しこの中で明快にしていかなければならないと思

ました。

○田辺座長 どうも御意見ありがとうございました。

本当にそのとおりで、通院だけで回復している依存症者もたくさんおりますし、その中で積極的にプログラムを受けて、すぐ自助グループにつながって、社会的な基盤も失っていないという方も、もちろんいらっしゃいます。社会復帰施設で対応しなければならない人というのは、アルコール問題を再燃しやすく、すぐ再発してしまうので、いろいろ検討したところ、生活技術や就労経験、あるいは家族関係、人間関係の維持能力、人間的な力が非常にまだ不足があるとか、あるいは経験が少なかったとかということがあって、そういうものを補って、生きる力をつけ直すところが必要だというような人がかなりいらっしゃる。そういう方が重症度の依存症者になっている。そこをどう支えていくかというような御意見を中心にさせていただきました。

この問題の中での女性の問題というのは、きょう佐古さんのほうで22%ですか、そのぐらいいるということでした。まだ女性の問題が社会復帰の中での一つの論議としてされていない部分があります。

それから、次回以降で相談支援のほう、あるいは民間の施設の中で当事者グループのほうになかなかつなげてくれる人たちがいないという話が今回出ましたけれども、当事者、自助団体、民間団体、これに対する支援、育成ということも、あと2回のこのワーキンググループの中で議論していきたいと思います。

それでは、本日出てきた議論も踏まえて、次回また関係省庁なども呼びしていきたいと思います。

今成さん、手短にどうぞ。

○今成委員 ヒアリングで呼びました方たちは次回はいらっしゃらないので、今、質問されていた貧困がもとにあってこうになってしまうのか、病気のゆえに貧困というのが出てくるのか、両側あると思うのですけれども、その辺の感触だけちょっと一言お伺いしたいと思います。

○佐古参考人 社会福祉のほうから見たときに、現代社会の問題を映す形で、その人たちの生活を脅かして、その過程から発生してきている貧困の問題と、アルコール依存の進行の結果陥る貧困、その両方がありますので、両方の方が存在していて、両方の方は違うのですが、一緒に回復努力しているというのが私どもの現状であります。

○田辺座長 いろいろ意見は尽きないと思いますが、今日は、このデータがある話でもないのです、大変申しわけないですが、その代表的な意見で締めさせていただきます。よろしいでしょうか。

それでは、次回の会議の日程について事務局より説明をお願いいたします。

○加藤参事官 次回につきましては、6月26日の開催を予定しております。時間、場所につきましては調整の上、御連絡させていただきます。

以上でございます。

○田辺座長 それでは、私の不手際で時間を超過してしまいましたけれども、第1回「相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ」をこれにて終了させていただきます。活発な御討議、どうもありがとうございました。