

## 〈論 文〉

## わが国のアルコール依存症者支援における連携について

## ——展開過程・促進要因・阻害要因の検討——

若林 真衣子

**Abstract** アルコール依存症（以下、ア症）の主症状は飲酒に対するコントロール喪失であり、現在の医学では治療対象である主症状が「治癒」困難であるといわれている。しかし断酒を続ける事によって、健常成人と一見変わらない社会生活を送ることが可能である。本稿ではア症者の「回復」を支援するネットワークについて注目し、今までの実践例がなぜ有用だったのか、またどのような課題をもっているのか、「連携」そのものの展開過程・促進要因・阻害要因の観点から分析した。結果、展開過程については個人レベルの顔の見える関係性の段階とその先の広がりや連携内容の底上げの段階があり、支援対象となる地域の現状に応じてその内容が細分される可能性があること、促進要因としては研究会や事例検討会を連携体制構築の要としてきた例は多いが複数の観点からこれが有効であることなど、今までの知見・実践例について一定の根拠を示すことができた。

**キーワード：**アルコール依存症、ネットワーク、連携、精神保健福祉、ソーシャルワーク

## 1. はじめに

アルコール依存症（以下、ア症）の主症状は飲酒に対するコントロール喪失であり、現在の医学では治療対象である主症状が「治癒」困難であるといわれている。しかし断酒を続ける事によって、健常成人と一見変わらない社会生活を送ることが可能であり、小杉（1997）は治療目標を「断酒の継続による社会的適応」としており、アルコール依存症者<sup>1)</sup>（ア症者）の予後のために行う心理的支援は飲酒のコントロールを取り戻す「治癒」を目指すものではなく、断酒を継続しながら社会生活を続けていくための「回復」を目指すためのものである。ア症が治癒困難であることから「回復」のためには継続的な支援が必要であると考えられるため、ア症者の「回復」を支援するネットワークについて注目する。

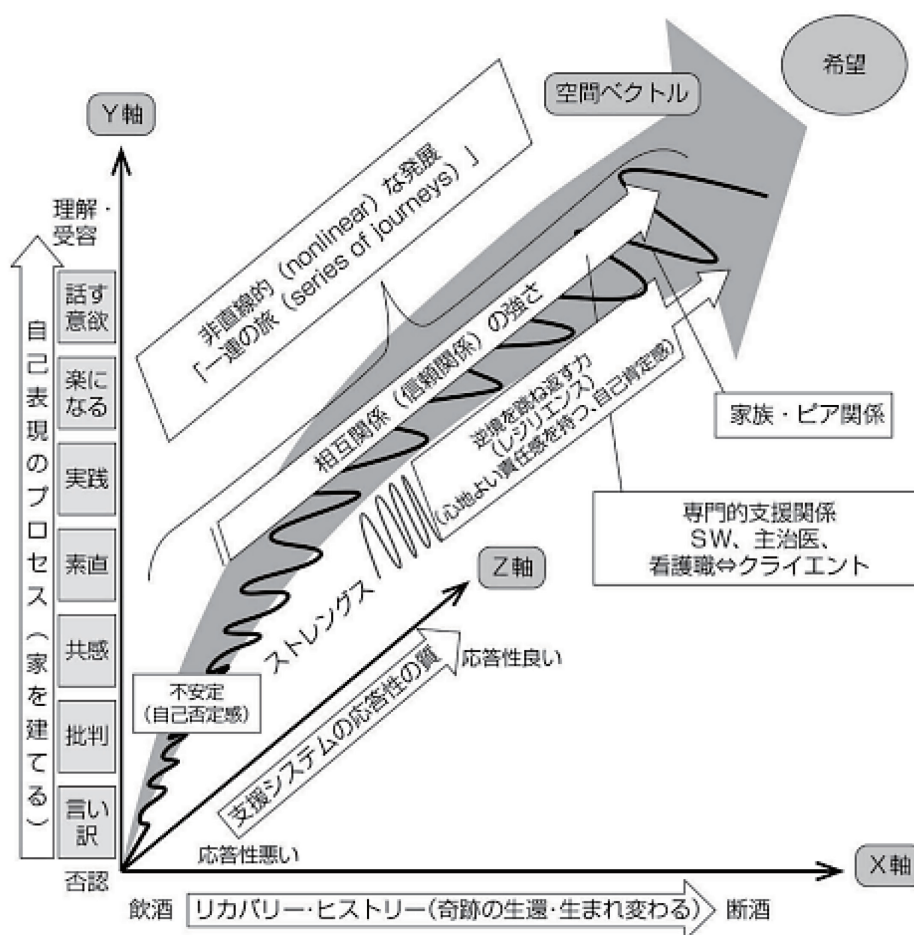
ネットワークといってもソーシャルネットワーク（social network）は家族・友人・同僚・地域コミュニティなどが含まれる（Mowbray, Quinn, & Cranford, 2014）が、本稿においては「支援ネットワーク」の中でも行政機関、医療機関、福祉施設、自助グループ等を中心とした支援者等の「連携」について着目することとする。この論拠として、稗田（2017）が提唱しているア症者の回復における「リカバリーの三次元的構造理論」について述べる。

「リカバリーの三次元的構造理論」とは、X 軸として「リカバリーヒストリー」、Y 軸として「自己表現のプロセス」、Z 軸として「支援システムの応答性」があり、この共変による3つの「合力」によって創生される空間ベクトル「逆境を跳ね返す力（レジリエンス）」が強化され、ア症者は希望に向かっていく、とするものである。これら3軸のうち、X 軸はクライアントの行動の変化、Y 軸はクライアントの自己表現の変化を示しており、Z 軸はX 軸と Y 軸を側面的に支援する過程であり、ア症者にかかわる様々な関係者や関係機関との

「連携」によるアルコール回復支援システムによって実現されるという（稗田，前掲書）。

ア症者の「回復」支援のために必要なネットワークは家族や職場での理解など生活に密着したものであると筆者は考えており、稗田の理論にも X 軸と Y 軸にはその部分が多分に含まれていると考えられる。しかし X 軸と Y 軸はア症者の個別性も変数として大きく、個別支援の要素が強くなることが推測できる。一方で Z 軸は支援者側によって変数が変化するのであり、X 軸・Y 軸とは介入の仕方が異なる。支援ネットワーク構築について考えるにあたり、まずはネットワーク構造の整理も必要であることもあり、本稿では「リカバリーの三次元的構造理論」の Z 軸にあたる「支援システムの応答性」に着目し、支援者らの「連携」について考察することとする。

図1 「リカバリーの三次元的構造理論」の全体像（稗田，2017）



## 2. 「連携」の定義について

「連携」は多様に定義されているため、定義を明記する必要があるが、本稿では「連携」の概念についてはその要であるソーシャルワーカーによる知見を採用する。「連携」の機能をもつ専門職はソーシャルワーカーであり、わが国では社会福祉士及び精神保健福祉士がその国家資格として創立されており、社会福祉士の根拠法である「社会福祉士及び介護福祉士法」、精神保健福祉士の根拠法である「精神保健福祉士法」の双方において、その職務として「連携・調整」が明記されている。

吉池・栄（2009）が国内外の保健医療福祉領域における「協働」、「連携」、「チーム」の概念を整理したうえで、「連携」そのものは目的を達成するための手段的概念であるとしている。具体的には、同じ目的をもつ複数の人及び機関が協力関係を構築して目的達成に取り組むことを「協働（collaboration）」、「協働」を実現するための過程を含む手段的概念が「連携（cooperation）」、「協働」における「連携」の実態として「チーム」を位置付け、「協働」は目的達成のための手段的概念であり、「連携」は「協働」を実現するための更なる手段的概念であるとした。

吉池・栄（前掲書）はさらに、「連携」の構成要素についても先行研究を整理し、再定義を試みている。その結果、①同一目的の一致、②複数の主体と役割、③役割と責任の相互確認、④情報の共有、⑤連続的な相互関係過程の5要素によって「連携」は構成されるとした。

これらのプロセスを経て、吉池・栄（前掲書）は「連携（cooperation）」を「共有化された目的をもつ複数の人及び機関（非専門職を含む）が、単独では解決できない課題に対して、主体的に協力関係を構築して、目的達成に向けて取り組む相互関係の過程である」と定義した。

本稿ではアルコール依存症支援における「連携」についての知見を複数取り上げるが、上記の構成要素を満たしていることから、この定義を適用し、以下、「連携」より鍵括弧を外す。ただし、本稿では各種知見を取り上げるにあたり、特に節の題名などでは引用元の表現を使用するため、必ずしも連携という表現ではないものもあることを記しておく。さらに、次節以降先行研究の引用に係る部分については「治療」という言葉が散見されるが、本研究の意図としては「支援のための連携」についての知見をまとめることであり、前節でも述べた通り「治癒」ではなく「回復」に焦点を当てていることに変わりはないことを申し添える。

### 3. わが国のアルコール依存症支援における連携の類型

#### 3.1 田中（2017）による連携体制の整理

田中（2017）はわが国での各地の事情に合わせたア症治療のための連携体制の代表的なものとして、「大阪方式」、「世田谷方式」と「三重モデル」を挙げている。

「大阪方式」は①自助グループの誕生、②専門医療機関の誕生、③保健所精神衛生相談員（現、精神保健福祉相談員）の3要素が絡んでいる。医療機関での治療には限界があり、ア症の回復のためには自助グループへの参加が必要不可欠であるという考えに基づいており、断酒会との連携が核となっている。また、保健所の役割は介入と動機づけであり、本人の意思を尊重した自発的な入院となるよう、丁寧な介入を行うとともに、酒害教室や酒害家族教室等のグループワークを開催することにより、本人・家族の参加につなげるための関係者の連携体制強化にもつながったと考えられている。

「世田谷方式」は、東京都世田谷区におけるアルコール医療のケアネットワークサービスのことを指す。1983年より世田谷区の保健所を中心として取り組まれており、精神科医を中心としている。ア症者にかかわる治療者・支援者・家族も含めた人間関係システムに働きかけていくことにより、ア症者を取り巻く地域の人脈を形成、変容させていく。キーパーソンである斎藤学は家族療法を理論的背景により、地域ケアスタッフに対してもシステムアプローチを試みている。個別のケースに対する治療的要素が強い連携体制ではあるが、保健所が相談窓口を持つことにより開かれた支援体制と事例発見機能があるといえるという。

「三重モデル」の発端は内科と精神科の連携にみることができる。猪野(1995)はア症者が最初にアクセスするのは内科であり、一般医療機関でのアルコール問題への介入、一般医療機関とアルコール専門治療機関との連携の必要性を訴えた。1996年には三重県アルコール関連疾患研究会が発足した。これは総合病院を会場に開催したことによりその病院の多職種及びその病院と連携する近隣の多職種が参加することが可能となったことから、他職種を巻き込んでいくことが可能となった。さらには三重県内の総合病院を会場として順番にまわり、県内全域をくまなくまわるという工夫もしている。

田中はこの3モデルについて、二次予防から三次予防に比重を置いた連携体制であるとしており、ア症の医療化という目的にもとづいているとしているが、その一方で現在ではそれぞれのモデルが一次予防を含めた裾野の広がるアルコール関連問題への対応に取り組んでいることを明らかにした。

### 3.2 稗田(2017)による一般医療機関におけるアルコール依存症回復支援の連携モデル

稗田(再掲)は「商店街型」と「デパート型」を挙げている。

「商店街型」については、三重県の四日市アルコール連携ネットワークが基となっている。四日市のモデルは上述した「三重モデル」から広がりを見せたものであり、一般医療機関を拠点にして、その周辺地域にある資源とのつながりを支援するシステムモデルである。これは専門店で構成されている商店街のイメージに重なることから「商店街型」と名付けた。

「デパート型」は一般医療機関として高度医療・地域医療を担う機関の精神神経科に、アルコール専門医が非常勤で診療しており、ソーシャルワーカーと連携から始まって院内全体での連携システムが構築されていった事例から、1つの機関内ですべての支援を提供するモデルはあらゆるものがそろったデパートのイメージから「デパート型」と名付けられた。

それぞれの特性と共通点は表1にまとめたが、両方とも連携先として自助グループが入っている。

表1 「商店街型」と「デパート型」の特性と共通点(稗田, 2017)

商店街型(四日市病院)	デパート型(A病院)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・商店街型支援システム(専門店が分担してサービスを提供するタイプ)</li> <li>・院外でネットワークシステムを充実化</li> <li>・院内と院外との役割を分担して支援する</li> <li>・ソーシャルワーカーの間接支援が増える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・デパート型支援システム(店が集まって1ヶ所でサービスを提供するタイプ)</li> <li>・院内でネットワークシステムを充実化</li> <li>・アウトサイドにある支援を院内に取り込み支援する</li> <li>・ソーシャルワーカーの直接支援が増える</li> </ul>
<b>【共通点】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・ソーシャルワーカーが知識を持つことから始めている</li> <li>・事例を積み重ねている</li> <li>・クライアントから学ぶ姿勢を持っている</li> <li>・会を発足させるなど集団の力動を活用し展開している</li> <li>・精神科以外の医療者(内科等)と協働している</li> <li>・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」をつくるという着眼点を持っている</li> <li>・誰でもできるような支援の普遍化を目指している</li> </ul>	



### 3.3 SBIRT と SBIRTS (猪野・長, 2013 ; 猪野・吉本・村上ら, 2018)

SBIRT とは Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment の略称であり、Screening によって対象者を「ふるい分け」、Brief Intervention という「介入」によって『危険な飲酒』に該当する者には節酒を勧め、『乱用』や『依存症』に該当する者には断酒を勧め、Referral to Treatment によって専門治療の必要な者には「紹介」を行うという一連の技法である。米国厚生省薬物乱用精神保健局 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration ; SAMHSA) は「危険な飲酒の人には早期に介入し、アルコール乱用や依存の人にはインテンシブな専門治療へタイムリーに紹介する包括的で統合された公衆衛生的アプローチ」と定義している。米国予防医療専門委員会 U.S. Preventive Services Task Force, 以下 USPSTF, は、SBIRT は最も臨床的に効果があり費用対効果の良いサービスの一つであると結論付けている (Zgierska, A. & Fleming, M.F., 2009)。

わが国では、猪野・長 (2013) がこの有用性に着目し、日本に取り入れた。その際、SBIRT の後に and Self-help groups 「自助グループへの紹介」を加え、「SBIRTS」を「医療者が普遍的に行うべき『一連の治療過程』」として提示した。

本来 SBIRT 及び SBIRTS はプログラムであり連携モデルではないが、①専門治療への紹介という要素もあって関係機関の連携が欠かせないこと、②わが国で SBIRT を発展させた SBIRTS は自助グループとの連携が不可欠であること、③SBIRTS は日本最大のアルコール依存症者自助グループである公益社団法人全日本断酒連盟が賛同しており、全国に普及しつつあることから、取り上げる必要があると考えた。

### 3.4 連携の類型についてのまとめ

泉・若林 (2015) は、「世田谷方式」の影響を受けながら依存症支援ネットワークを形成していった仙台市の事例についてまとめているが、その中で野口 (1996) の知見を取り上げ、「依存症の医療化」とは自助グループの意義を認めることで「脱医療化の可能性」を内包するような逆説的な運動であり、アメリカでも、日本でも時間をかけつつ、専門治療機関と自助グループの双方に精力的に活動した人々がいたことによって、当事者と支援者のネットワークが形成されたことを指摘している<sup>2)</sup>。

ここまで取り上げてきた連携の類型は全てこの形態であり、自助グループの存在がここまで重視され、ネットワークに組み込まれてきた領域は珍しいのではないかと考える。福祉については一見影が薄いようにみえるかもしれないが、形成されてきた連携体制の中に行政・福祉が組み込まれていることと、医療機関や行政の中にいるソーシャルワーカー等が、連携体制の構築に大きな影響を与えている (稗田, 2017 ; 泉・若林, 2015 など) ことを申し添える。

## 4. アルコール依存症支援における連携に対する提言の先行研究

ア症者を取り巻く支援環境についての提言は、職種を問わず各方面から述べられている。本節では提言をいくつか取り上げる。

### 4.1 武藤・杠 (2015) による一般医療機関と専門医療機関との望ましい連携モデル

武藤・杠は、一般医療の間では DSM-5 でいうところの「有害な使用」から軽症ア症まで

を対象に節酒指導を行い、精神科病院で中等症以上のア症を対象に断酒治療を行い、その双方が有機的に連携する形が望ましく、そのためには第一のプロセスとして、周囲の理解を得て仲間づくりをする「人の調整（コーディネート）」、第二のプロセスとして「場の調整」があるという。

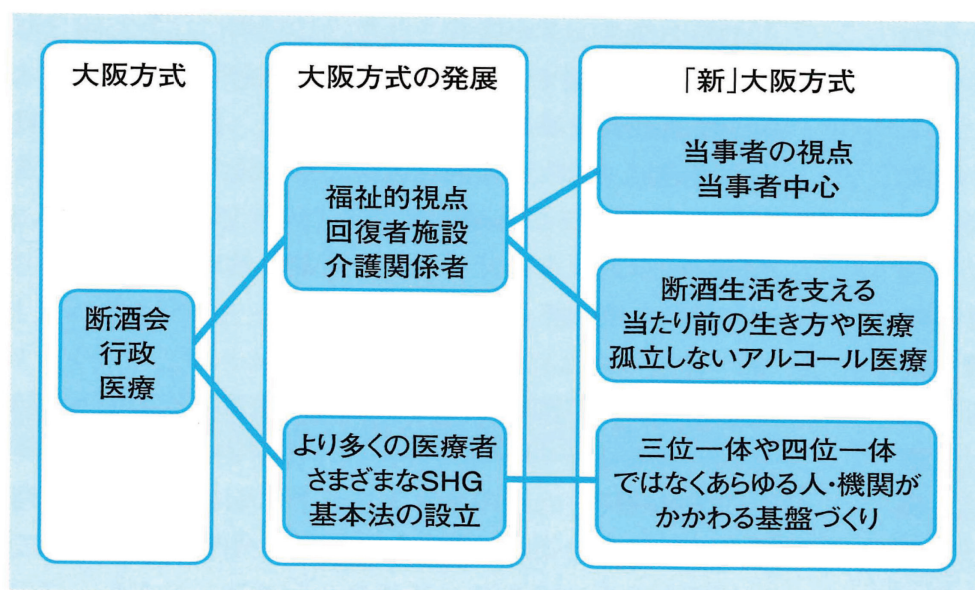
#### 4.2 白坂（2015）による地域ネットワークにおける重要性

白坂は地域におけるネットワーク形成について、①関係機関・多職種において顔が見えてお互いに相談しあえる関係性をつくること、②職種の枠を超えて、柔軟かつ幅広い援助ができるようにすること、の2点が重要であるとしている。

#### 4.3 「大阪方式」から「新大阪方式」へ（辻本，2015）

先述した田中も述べているように、大阪では専門医療機関・自助グループ・保健所を核とした「大阪方式」と呼ばれる連携体制がしかれていたが、長年その体制の渦中にいた辻本（2015）は、現在では保健所の取組が衰退したこと、複数あった専門病棟の多くが採算の関係で閉鎖したこと、専門性に特化するあまりアルコール医療が閉鎖的になったこと、その他社会情勢の変化などから、その形を変えていこうという検討がされていると指摘し、そのモデルを示している（図2）。

図2 大阪方式の発展から「新」大阪方式へ（辻本，2015）



#### 4.4 多様な回復（社会復帰）を支える要素（大嶋，2019）

大嶋（2019）は、ア症者の回復（社会復帰）を支える要素として、①住居、②役割、③仲間、④媒介者の4点を挙げている。④媒介者が本稿で焦点を当てている、ア症者を支援する援助職が想定されている<sup>3)</sup>。

媒介者の役割は2つあり、一つは地域ネットワークを構築し問題解決にあたったり、より専門性の高い別の媒介者につなげたりする。もう一つの役割は対象者及び家族のモニタリングであり、ア症者の経過を長いスパンで見守り支えるためには、媒介者が途切れなく存在

することが肝要であり、前者については関わる媒介者が増えることからネットワークの構築と活性化が、後者では複数の媒介者がそれぞれの役割を果たしながら治療・援助から脱落しない目の細かいネットワークの構築が必要であると提言している。

#### 4.5 提言についてのまとめ

連携の形成過程に関する提言としては、人と人との顔の見える関係性を構築した上で、その範囲を広げていく必要性が述べられている。ここで重要なのは最初の段階ではまず個人のレベルが必要であるという点なのではないかと考える。

連携の在り方全体については、ア症者及びその家族が漏れないような目の細かいネットワークが必要であること、また状況に応じてその形を変えていく柔軟性が必要であると考えられる。

### 5. 実際に行われている専門職支援及びネットワーク支援およびネットワーク支援への提言

実際にア症者支援の連携を各地域で進めていくためには、その連携体制を構築していくための支援が必要な地域もある。本節では職能団体による専門職及び地域への支援、個人による地域への支援について取り上げる。

#### 5.1 一般社団法人日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会による専門職支援

一般社団法人日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会(以下、ASW 協会)は 1986 年に設立された。アルコール関連問題に関わる医療及び福祉にたずさわる専門ソーシャルワーカーの相互交流を通して専門性の向上をはかると共に社会的地位の確立をめざし、わが国におけるアルコール関連問題に対する社会福祉の増進に寄与することを目的としている (ASW 協会 HP)。

そのため、アルコール関連問題への対応力をつけるための研修を開催しており、特にアルコール健康障害対策基本法が 2013 年に制定、2014 年に施行された後は、アルコール健康障害対策基本法推進啓発研修を開催している。①アルコール依存症がみえる眼鏡をもつ (早期発見)、②苦しむ人々や家族につながる (早期支援)、③回復の資源につなげる (連携) 方法を参加者が身につけることを目的として掲げ、ソーシャルワーカー対象講座を行っている (2019 年度は高齢者の支援職対象講座も開催しており、対象者を広げている)。特に、ア症の症状の 1 つである否認や家族システムのゆがみ等によって隠されがちなアルコール関連問題を発見し、アセスメントできるスキルは重視されているという。実際に受講した専門機関に所属していないソーシャルワーカーもその効果は実感していた (岡崎・稗田・斎藤・俵, 2018) <sup>4)</sup>。

また、ASW 協会は東日本大震災の際、アルコール関連問題への支援の要請を受け、宮城県に人材を派遣した。支援者支援により、現地のスタッフが早い段階でアルコール関連問題に気づいて介入できるようになったという (藤田, 2015)。

ア症者支援の専門家は少ないため、対応できる専門職を増やすためにも支援者支援の必要性は高い。専門職団体による支援者支援が有効であることが実践レベルでは確認されていることが明らかとなった。

## 5.2 公益社団法人日本精神保健福祉士協会による支援ネットワーク支援モデルの提言（公益社団法人日本精神保健福祉士協会，2019）

ソーシャルワーカーの国家資格の1つである精神保健福祉士の職能団体である公益社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、P協会）は、「依存症及び関連問題に対するソーシャルワークの視点に基づく支援はすべての精神保健福祉士に求められている社会的責務である」という現状認識のもと、2018年に「依存症及び関連問題対策委員会」を立ち上げ、厚生労働省平成30年度依存症民間団体支援事業の交付を受け、「アルコール健康障害・薬物依存症・いわゆるギャンブル等依存からの回復のための地域ネットワーク構築にむけたソーシャルワーク人材養成及び普及啓発事業」に取り組み、報告書をまとめた。当該事業では①地域の実態把握のための調査、②連携において先駆的な取り組みについての調査、③事例検討型シンポジウム・グループワークによる研修の3つが行われた。

第55回公益社団法人日本精神保健福祉士協会全国大会／第18回日本精神保健福祉士学会学術集会において、依存症及び関連問題対策委員会は調査結果を基に、モデル化の提案をしている。1つは「資源開発モデル」であり、社会資源が限られている地域を対象に、専門治療機関がなくてもできるプログラムとして、市町村・保健所などによるプログラムや自助グループとの連携・自助グループの開拓を中心としたアプローチである。もう1つは「ネットワークモデル」であり、社会資源は一定あるが連携が不十分な地域を対象に、連携を図るための手法・工夫や、対象による違いも意識したアプローチである。

## 5.3 中核市におけるアルコール支援ネットワーク形成プロセス（田中，2014；田中，2016）

本稿3.1.において連携体制について整理した田中（2014；2016）<sup>5)</sup>は、自身も愛知県豊田市において「アルコール支援ネットワーク」確立を目指して取り組んでいる。まずは相談支援者スキルアップ研修や家族教室を開催し、一定の知識普及の効果をえた。その後関係者には実際の支援場面での不安の高さが残っていることから、ネットワーク形成の模索のためのワークショップを開催し、それぞれの機関や職種の役割を知り、その上でその期間や職種が「できること」を探していくという方向性を共有した。その結果関係者らが実態の理解が深めた結果を受け、次にアセスメントに焦点をあてた事例検討会を行い、地域の対応力の底上げを図り、実践レベルでは感触を得ているという。

田中（2016）<sup>5)</sup>はこのネットワーク形成にあたり、「カリスマがいなくても」成立するよう、機関を中心としキーマンを設けないことを意識したとのことであった。このネットワークは精神科病院のソーシャルワーカー、専門病院のソーシャルワーカー、障害者相談支援事業所相談支援専門員、地域包括支援センター、行政、救急等で構成されており、まさに地域全体の底上げを図る取り組みであり、それぞれのア症への対応の難しさによる「困り感」に焦点を当て、研修等により「できる感」を持たせることによってそれを実現していくプロセスである。

## 6. アルコール依存症者支援における連携に関する展開過程・促進要因・阻害要因の検討

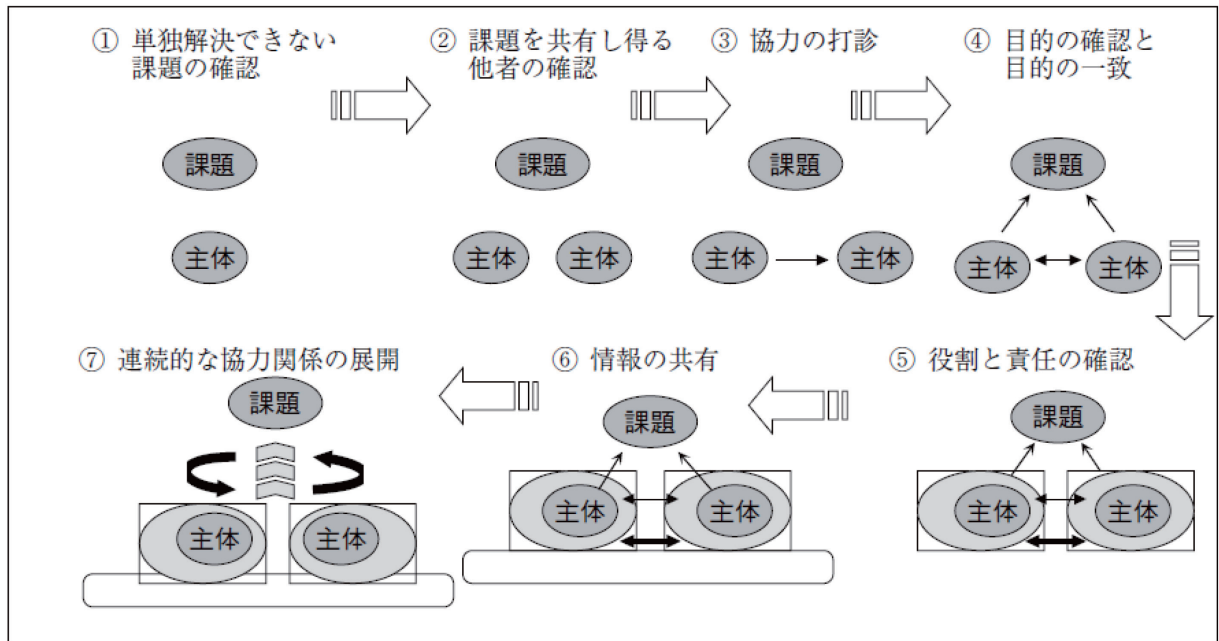
### 6.1 連携の展開過程

栄（2010）は連携の概念だけでなく、展開過程・促進要因・阻害要因についても知見を示している。栄は展開過程について Germain（1988）の「協働」の過程を基盤として、連携



の展開過程には複数の段階を包含しているとして、図3のような展開過程を試案している。

図3 「連携」の展開過程（栄，2010）



上記の①～④は4.5.で述べた個人レベルの顔の見える関係性の段階、⑤～⑦はその先の広がりや連携内容の底上げの段階なのではないかと考える。

5.1.で挙げたASW協会の研修事業については、特に①～③の支援として機能しているのではないかと考える。ア症への対応に苦手意識をもつ支援職が多いといわれている中、連携の展開過程の初期段階をフォローする取り組みは今後も必要であろう。

5.2.は①～⑦の過程全体について、地域ごとの特徴を把握したうえでその内容が変わるであろう、という前提のもと調査を行った結果、「資源開発モデル」と「ネットワークモデル」を提言したが、両方とも元々存在している社会資源は活用することが前提であり、①～⑦の過程は必ず必要であることがうかがえる。「ネットワークモデル」の場合は①～⑦の過程をしっかり踏むことが重要であるが、「資源開発モデル」では⑦の過程の展開内容が多くなることが推測される。また、各モデルにおけるソーシャルワーカーの動きについては、表1に上げた一般精神医療と専門医療の連携モデルの特性が参考になると考える。

5.3.は①～⑦を着実に実践した例であると考えられるが、⑤と⑥はほぼ並行して行ったことがうかがえる。

連携の在り方を展開過程の視点から整理するにあたり、1つの領域に特化した連携の展開過程については、⑤～⑦については細分化することにより、連携体制構築支援に役立つのではないかと考えられた。

## 6.2 連携に関する促進要因・阻害要因

栄が先行研究から整理した連携に関する促進要因・阻害要因は表2の通りである。

この中でも連携における専門職個人レベルの促進要因として挙げられている「卒業後の

職業関連専門職の学習体験」、「卒業後の連携学習時間」は研修によってフォローすることが可能であり、既に関催されているが、研修参加に対する職場の理解という観点で、組織レベルの促進要因である「管理者の協働に対する理解・支援」等が影響してくることも考えられるため、この点における組織支援が必要であろう。

また、環境でベルの促進要因として「協働を促進する諸政策・社会状況」が挙げられているが、アルコール健康障害対策基本法の施行はまさに「追い風」であり、P 協会・ASW 協会をはじめ各関係機関が関連事業を活用している。

表2 連携に関する促進要因・阻害要因（栄，2010）

レベ ル	促 進 要 因	阻 害 要 因
クライアント・家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主体的な参加</li> <li>・援助過程に関する知識と役割の明確化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人・家族の不在</li> <li>・援助過程に関する知識の欠如</li> </ul>
専門職	<ul style="list-style-type: none"> <li>〈個人〉</li> <li>・卒業後の職業関連専門職の学習経験</li> <li>・勤務経歴</li> <li>・卒業後の連携学習時間</li> <li>・独自性</li> <li>〈対クライアント・家族関係〉</li> <li>・クライアントの自己決定の尊重</li> <li>・クライアント担当数</li> <li>〈他職種との協働〉</li> <li>・互いの職務の専門性の理解</li> <li>・信頼関係に基づく相互尊重</li> <li>・同等の時間の投資</li> <li>・指導的立場の譲り合い</li> <li>・問題の予測能力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>〈対クライアント・家族関係〉</li> <li>・クライアントの主体性と自己決定の無視</li> <li>〈他職種との協働〉</li> <li>・互いの専門性に関する知識の欠如</li> <li>・役割の曖昧さ・縄張り争い</li> <li>・価値観・理念・方法論の対立</li> <li>・信頼・コミュニケーション・意欲の欠如</li> <li>・不均等な力関係の違い</li> <li>・事前の準備不足</li> </ul>
組織レベル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・協働を促す職場の構造や理念</li> <li>・管理者の協働に対する理解・支援</li> <li>・協働作業に対する時間・支出・労力の投資</li> <li>・情報共有</li> <li>・業務協力</li> <li>・関係職種の交流</li> <li>・連携業務の処理と管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス供給に関する硬直した管理体制</li> <li>・職能団体の硬直した規則</li> <li>・クライアントに対するアカウントビリティの欠如</li> </ul>
環境レベル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アクセスしやすい治療・援助の場の提供</li> <li>・協働を促進する諸政策・社会状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・たてわり行政</li> <li>・診療報酬制度</li> </ul>

また栄は退院促進支援事業の過程と機関間連携の展開過程に呼応する要因について調査し、まとめている（表3）。

促進要因としてはモニタリングにおける「事例検討会の開催」に着目するが、3.1. や 3.3. で取り上げた例をはじめ、研究会や事例検討会を連携体制構築の要としてきた例は多い。これは①4.5. で取り上げた人と人との顔が見える関係性の構築、②支援者全体の支援スキルの底上げ、の効果が期待でき、「三重モデル」のように開催方法の工夫によっては③連携への参加者を増やす、ということも可能であることが、各事例整理で明らかになったと筆者は考える。

阻害要因としては個別支援計画の作成・実施における「単一機関の抱え込み」に着目する

が、3.1. と 4.3 でも取り上げた「大阪方式」の限界について、辻本（2015）は専門医療の閉鎖性について触れているが、「単一機関の抱え込み」が地域の対応力向上につながらない可能性は十分にあるだろう。「大阪方式」にかかわらず、同様の発言は専門治療機関のスタッフより研修会などの場でもよく耳にする。専門治療機関があることによって、そこを核に連携体制を整えることができる場合がある一方で、専門治療機関があることにより、地域の援助者の「困り感」が無くなってしまい、とにかく専門治療機関につなげて終わってしまうということが起こってしまう場合もあるということなのであろう。その明暗を分けるのは表 1 の「組織レベル」の促進・阻害要因が関係していると考えられる。

例えば「三重モデル」では当初医師を中心に連携体制の構築が展開していったため、「管理者の協働に対する理解・支援」が進めやすかったのではないかと推測される。また、総合病院を会場に開催したことによりその病院の多職種及びその病院と連携する近隣の多職種が参加することが可能となったことから、他職種を巻き込んでいくことが可能となったこと、さらには三重県内の総合病院を会場として順番にまわり、県内全域をくまなくまわるという工夫もしたことは「協働を動かす職場の構造や理念」、「関係職種の交流」などの促進要因が働いたと考えることができる。

表 3 退院促進支援事業の過程と機関間連携の展開過程に呼応する要因（栄，2010）

退院促進事業の展開過程	連携の展開過程	促進要因	阻害要因
利用者と事業主体との契約			
事業主体による関係機関への呼びかけと、事業の説明及び利用者の紹介	単独解決できない課題の確認	目標の一致	目標の不一致
利用者のニーズの明確化（アセスメント）	課題を共有し得る他者の確認	機関間の特性・機能の相互理解	利用者と構成員の強い関係性
個別支援計画の作成	協力の打診 目的の確認と目的の一致	情報の共有化	単一機関の抱え込み
個別支援計画の実施	役割と責任の確認	情報の共有化	単一機関の抱え込み
モニタリング	情報の共有	事例検討会の開催	機関間の価値観の相違
⇒再アセスメント⇒個別支援計画の作成と実施⇒モニタリング⇒……終結	連続的な協力関係の展開	役割分担の再確認と柔軟性	役割分担の硬直性

## 7. おわりに

ア症者支援において連携は不可欠なものであり、ゆえにこのテーマについては先行研究の層も厚い。しかしその一方で、連携に関わる概念そのものを整理や、その連携体制について構成要素をわけながら分析したものは少ないと認識している。本稿では、今までの実践例がなぜ有用だったのか、またどのような課題をもっているのか、その根拠を少しは示すことができたと考えている。

今後の課題としては依存症治療拠点機関運営事業・各都道府県のアルコール健康障害対策推進計画についても分析が必要であらう。

## 注

- 1) 「アルコール依存症患者」は医師による診断を受けた者に限定されているのに対し、「アルコール依存症者」は医師の診断の有無に関わらず問題飲酒者として断酒の必要性がある者としてより広い対象者を指す言葉としてしばしば使用される。本稿ではアルコール関連問題にかかわる広い対象者の支援について考察するため、基本的にはアルコール依存症者と表記する。
- 2) 依存症は医療化されることによって初めて支援の対象となってきた経緯がある。よって依存症を対象とした医療化そのものは必要な過程であったと筆者は考えているが、その「医療化」は「脱医療化」の要素を含むものであり、支援の医療化に特化したものではない。依存症治療に取り組もうとする数少ない医療機関が中心となった支援体制が事例として多いのは否めないが、近年 5.3 に述べたような地域中心の連携体制が確立されつつある地域もあり、依存症支援の在り方も多様となりつつある。
- 3) 大嶋 (2019) は、媒介者は基本的には医療／保健／福祉の援助職が想定されるが、問題の現れ方が多様になり、地域社会における非専門家（民生委員、町内会役員、民間ボランティア団体、保護司など）が最初に媒介者になる場合も少なくないと指摘している。
- 4) 引用の一部には、資料集には明記されていないが大会発表当日口頭で発表された内容も含まれている。
- 5) 引用の一部には、資料集には明記されていないが大会発表当日口頭で発表された内容も含まれている。

## 謝辞

本研究は JSPS 科研費 JP18K02140 の助成を受けたものである。

## 文献

- Germain, C. B. (1988) Social Work practice in health care : An ecological perspective. New York, Free Press.
- 藤田さかえ (2015) 東日本大震災被災支援事業 石巻市における日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会の支援活動報告. (一社) 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会編, 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会 30 周年記念誌, 23-27.
- 稗田里香 (2017) 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理論生成研究 : 一般医療器圏での実践を目指して. みらい.
- 稗田里香・岡崎直人・齋藤幸・俵はるみ (2018) シンポジウム①アルコール健康障害対策基本法の推進は、今 第 1 幕 アルコール健康障害対策基本法全国研修の振り返り. 一般社団法人日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会第 33 回全国研究大会 (天童大会) 資料集, 1-11.
- 猪野亜郎・長徹二 (2013) SBIRT の意義と普及への対策. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 48 (2), 105-117.
- 猪野亜郎・吉本尚・村上優・宮崎學・皆木裕 (2018) アルコール依存症者を専門外来から断酒会へつなげる試みと効果検証—SBIRTS (エスバーツ) と呼称して取り組む—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 53 (1), 11-24.
- 一般社団法人日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会ホームページ「ASW 協会について」 <http://www.j-asw.jp/index.php/page-109/>
- 泉啓・若林真衣子 (2015) 仙台市における依存症支援ネットワーク形成し—T 病院と自助グループの協働関係に注目して—. 東北文化研究室紀要, 56 (別冊), 21-37.



- 小杉好弘 (1997) 専門外来治療—離脱治療・リハビリテーション. 日本臨床, 55, 422-428. 公益社団法人日本精神保健福祉士協会.
- Orion Mowbray, , Adam Quinn, , and James A. Cranford (2014) Social networks and alcohol use disorders: findings from a nationally representative sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40 (3) , 181-186.
- 武藤岳夫・杠岳文 (2015) 特集 アルコール依存症診療における連携の現状と展望 2 一般医療機関と専門医療機関との連携. *Frontiers in Alcoholism*, 3 (1), 25-30.
- 野口裕二 (1996) アルコリズムの社会学. 日本評論社.
- 大嶋栄子 (2019) 特集 入院・外来治療における取り組みの現状 4 地域の回復施設における取り組み. *Frontiers in Alcoholism*, 7 (1), 25-31.
- 栄セツコ (2010) 「連携」の関連要因に関する一考察—精神障害者退院促進事業をもとに—. 桃山学院大学総合研究所紀要, 35 (3), 53-74.
- SAMHSA: Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Behavioral health care. <https://www.samhsa.gov/sbirt>
- 白坂知信 (2015) 特集 アルコール依存症診療における連携の現状と展望 3 地域連携—ネットワーク活動の重要性. *Frontiers in Alcoholism*, 3 (1), 31-34.
- 田中和彦 (2014) 豊田市における救急現場でのアルコール問題の現状—救急医療スタッフと消防士への調査から—. アルコール関連問題学会雑誌, 16 (1), 86-90.
- 田中和彦 (2017) アルコール依存症に対する連携体制の整理 3つのモデルの比較. 日本福祉大学社会福祉論集, 136, 143-152.
- 田中和彦 (2016) 中核市におけるアルコール支援ネットワーク形成プロセス—愛知県豊田市での取り組みを題材に—. 第 38 回日本アルコール関連問題学会秋田大会プログラム・抄録集, 101.
- 辻本土郎 (2015) 特集 アルコール依存症診療における連携の現状と展望 5 自助グループとの連携. *Frontiers in Alcoholism*, 3 (1), 40-46.
- 吉池毅志・栄セツコ (2009) 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理—精神保健福祉実践における「連携」に着目して—. 桃山学院大学総合研究所紀要, 34 (3), 109-122.
- Zgierska, A. and Fleming, M.F. Screening and Brief Intervention. In: *Principles of Addiction Medicine*. Force Editions (Ries, R.K., Fiellin, D.A., Miller, S.C., Saitz, R. eds) 267-279, American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, 2009.

