

依存症回復支援施設職員研修

「依存症回復支援施設の連携を目指す」

報告書



主催 NPO法人 札幌マック
地域活動支援センター

平成24年度 独立行政法人福祉医療機構「社会福祉振興助成事業」
(福祉活動支援事業)



平成 24 年 11 月 18 日
 於．道民活動センター かでの 2・7
 ／9：00～15：45

……目次……

(テーマ「依存症回復支援施設の連携を目指す」)

青十字サマリヤ館	1～6
館長：斎藤和夫	
北海道ダルク	7～9
施設長：森亨（とおる）	
札幌マック女性共同作業所	9 頁
前所長：住谷喜久乃 ／（現所長は斎藤寿恵）	
医療法人 北仁会 旭山病院	13 頁
院長：山家研司（やんべ けんじ）	
NPO法人リカバリー	23 頁
代表：大嶋栄子	
札幌連合断酒会	28 頁
共同理事：福田清司	
北海道地域生活定着支援センター	30 頁
札幌センター長 野村宏之	
全体ディスカッションー	39 頁
資料1 特定非営利活動法人北海道ダルク「ダルクの概要」	46 頁
資料2 札幌連合断酒会例会会場一覧	47 頁
資料3 依存症回復支援施設・機関一覧	48 頁

司会：皆さん、おはようございます。今日は、本当にすごい天気が悪い中、さらにこの建物の 10 階まで足を運んでいただいて本当にありがとうございます。今回、私達のような依存症者の回復を支援している施設の連携を目指すというテーマを掲げてはいるんですけども、特に連携について何か課題を提示してあって、それに対して解決策を出していこうとか、こういうふうな取り組みをしていこうとか、そういった部分ではなくて、今回の研修の趣旨は、今日お話をさせていただき方にもお願いしてあるのですが、お互いの自己開示から、先ず互いを知り、その上で今日ここにご出席くださった皆さんにその取り組みを持ち帰ってもらい今後の活動に役立てて頂きたいというところにあります。

すいません、私、今年の 7 月から札幌マックの施設長を務めさせてもらうことになりました小野寺洋と言います。紹介が遅れました、よろしくお願いします。

実際、自分が札幌マックに勤め出した頃からを振り返ってみて、ここ 2、3 年の間にずいぶんと札幌マック自体の連携の幅が広がって、地域生活定着支援センターですとか、保護観察所、あと刑務所ですとか、それから保護課の方に関しても、ずいぶんと関係が深くなっていったというか、それがたぶん顔と顔の見える関係を大事にして、自分達の方に何か連絡が来るのを待つとか、それはいつでもいいからというわけではなくて、とにかくにも男性マックも女性マックもそうなんですけれども、自分達で実際にそこに行って、自分達のことを、情報を伝えて、その上でいろんなことを決めていくということを、続けてきた結果ではないかと思っています。

これは私の考えなのですが、今日この場に来ていただいている皆さんは依存症者と関わる援助職にある方だと思いますが、実際に普段職場で依存症という病気の人と関わっていても、中間施設のことを知っている方もいれば、まったく知らないという方もいるのではないかと思います。参加申し込みされた方の地域をずっと見ていたんですが、紋別からですとか、留萌からですとか、かなり遠いところからも来て下さっているの、本当にありがとうございます。

今日の研修はそういった意味で、それぞれの自

己開示と、それから課題の提供、そして午後のプログラムの最後に全体ディスカッションという形で、今日、参加されている方の意見とか感想とかも伺いながら進めていきたいと思っていますので、よろしくお願いします。

お話しをしていただく前に資料の確認をしたいと思いますのでお願いします。先ほど受付の方でもらったと思うのですが、青色の封筒に入った資料です。順番に読み上げていきますので確認してください。(以降、資料の確認)

まず依存症回復支援施設職員研修に関するアンケートが 1 枚あると思います。これは最後に回収いたしますので、ご記入の方よろしくお願い致します。次に、地域活動支援センター札幌マック女性共同作業所というパワーポイントの資料があるかと思います。次に札幌連合断酒会の概要というのと、それから会場案内の表。次に、サマリア会のパワーポイントの資料になります。そしてパワーポイントではないのですが、北海道ダルクさんの活動内容、それから活動目的と書かれた資料になります。次がリカバリーさんの資料になります。そして地域定着支援センターの、これが一番量が多い資料になります。そして最後に旭山病院の山家先生のパワーポイントの資料になります。

では早速始めていきたいと思います。トップ、申し訳ないのですが、サマリア館の館長の斎藤さん、お願いします。

<障害者自立支援法事業>

- ・共同生活援助 グループホーム青十字サマリア館
- ・就労継続支援(B型) ふじの共同作業所
- ・自立訓練(生活訓練) ふじの共同作業所

社会福祉法人
青十字サマリア会



斎藤：皆さん、おはようございます。今日は自己開示がテーマの一つですが、私、自己開示あまり個人的にはしたことがないですけども、まず、最

初に自己紹介ということで、社会福祉法人青十字サマリヤ会を紹介します。法人は南区の藤野にあり、私が青十字サマリヤ会と関わったのは最初、理事という形で入っていました。平成 19 年 4 月から館長ということで責任を持たせていただいています。以前は、病院のソーシャルワーカーをしていました。昭和 54 年に精神科の看護助手として勤務し、平成 4 年からソーシャルワーカーをさせてもらって、その後、国家資格を取らせていただきました。25 年間、病院に勤めさせていただきましたが、退職時には事務長や看護部長、院長が、だいたい同年代、一緒に病院を作り上げた一人として途中で裏切ってしまった形になりました。自分自身ソーシャルワーカーの働きとして、最後の定年まで依存症の方の回復施設で働きたいということで、了解を得てというか、事後承諾だったのですが、退職させてもらいました。病院とは、まだ関係があって、私も糖尿病という立派な病気を持っています、2 か月に一度通院しています。そういう関係を保ちつつですが、病院の方々も青十字サマリヤ会を応援してくださっています。



青十字サマリヤ館なのですが、自立支援法が平成 18 年に施行されて、今は共同生活援助グループホーム青十字サマリヤ館と、平成 20 年に就労継続支援 B 型のふじの共同作業所と、あと自立訓練の生活訓練ふじの共同作業所ということで、一緒になって多機能という体制を取りました。

青十字サマリヤ館グループホームですが、こんな感じです。建物としては全室個室。開設から 34 年経っていますので、かなり寒かったですが、去年、暖房を全部直しました。なんとか今過ごしやすくなったと思います。部屋は 4 畳半の部屋もあ

るし、8 畳の部屋も、実はボランティアの方々が一気に作った施設なものですから、皆さん同じ部屋の大きさではなくて、それぞれ違うのです。でも家賃は一緒ということです。トイレ、風呂、洗濯場、食堂も共同ということになっております。



先程のふじの共同作業所ですが、平成 20 年の自立支援法の中の就労継続支援の B 型ということで、以前は小規模通所授産施設です。作業所の建物自体もかなり古かったんです。もう 20 年以上前に買ったものがあったのですが、平成 20 年の自立支援法の基盤整備で 2 千万円の補助金が付き、増改築して建て替えました。こちら側半分が新しい方でオール電化、古い方が薪ストーブです。なにか災害があった時は、電気はダメけれどもストーブで何とか生き延びるところです。林の中に、というか調整区域なので住宅が建てられないので、とても自然の多い中にあります。定員が 20 名で、作業室、多目的室だと色々備えております。ここにはサマリヤ館を退館した人達が日中活動として、すぐ社会復帰出来ないという方々を受け入れようということで作った施設です。作業は木工だとか、あとはジャム、ステンドグラスなど色々それぞれの個性を活かして作っています。この売り上げは通所者の人達の工賃という形で、だいたい年間 130 万円ぐらいあります。多目的のひとつの自立訓練(生活訓練)も平成 20 年に開設しました。ここはサマリヤ館に入っている方々が毎日通っています。サマリヤ館からサマリヤ・カンパニーまで歩いて大体、早い人で 20 分、遅い人では 30 分かかります。そこを毎日、日曜日以外、月曜日から土曜日まで通っております。こういうふうミーティングをしています。

施設概要

自立訓練(生活訓練)
ふじの共同作業所・(サマリヤ・カンパニー)



住所 札幌市南区藤野5条6丁目
定員 12名(男性のみ)
部屋 作業室・多目的室・事務室
相談室・浴室・トイレ・台所



以前のサマリヤ・カンパニーから引っ越しした時に、サマリヤ館との距離というのを考えました。最初、近い所もいいのではないかと考えたのですが、やはり 20～30 分歩いてもらい、体力的にも必要だし、あと精神的な、自分のミーティングの内容を反省、自分で反芻するというか、自分の中でいろんな事を考えながら、歩くことの必要性を感じて、現在の場所にしました。

施設沿革

1973年 アルコール依存症者の回復施設を北海道に集まった方々。



1977年工事が始まる。



2008年11月
30周年記念セミナー



2009年
社会福祉法人認可



1975年新川にサマリヤ館



1978年11月 開所式



2012年
青十字サマリヤ館は34年目を迎えました。

沿革ですけども、昭和 47 年 (1972 年)、札幌オリンピック、若い人は分からないと思いますが、札幌オリンピックがあった年くらいですかね。アメリカの宣教師ティム・ボイルさんが札幌の麻生の借家で 2～3 人のアルコール依存症の方たちと生活を始めました。その後、同じ宣教師のカニングハムさんが引き継ぎました。カニングハムさんのお父さんはアルコール依存症で AA に通っていたんです。奥様は、スイスにある青十字会という、創立が 1877 年の歴史のあるアルコール依存症の方々の回復施設があるのですが、そこでお父様が働いていたということです。二人が北海道にキリスト教の宣教師として来た時に、こういう回

復施設がないということで、是非建てたいという思いがあり、昭和 50 年 (1975 年) 新川に 1 軒家を借りて、回復施設を開設しました。そこが最初のサマリヤ館です。それから 2 年後、スイスの青十字が中心だったのですが募金を集めまして、その募金で藤野の土地を買うことができました。しかし、土地は買ったのですが、建物の募金は受けられず、もう日本は経済大国なので自立でやってくださいということで、その予定していた募金はアフリカの方に送られました。

このままもう建てられないのではないかなというところまで行きましたが、なんとか、また日本の中で募金を集めて建てたいというのを決め、募金が集まったら材木を買うということで、着工から出来るまで 1 年半以上かかってしまったんですけども、無事に昭和 53 年 (1978 年) 11 月に建つことができました。11 月に開所式をして、実際に入館したのは、その翌年の 1 月からだそうです。それから 30 年経ちまして、平成 20 年 (2008 年) 11 月に開設 30 周年の記念セミナーを行いました。その時に、カニングハム先生、今アメリカにいますが、ご夫婦で来ていただきました。今日お話して下さる山家先生も出席して頂きました。今年で 34 年が経ちます。

平成 20 年に、それまで財団法人だったのですが、建て替えということもあり、社会福祉法人の認可を申請し、平成 21 年に社会福祉法人の認可をいただきました。

活動内容



- * 共同生活: 訓練期間1年～2年間(当番制・付き人制)
- * 自立訓練: 生活訓練1年～2年間(月～土ミーティング)
- * AA・GA・NAの参加: 毎日札幌市内のミーティング場
- * AA・GAセミナー参加: 釧路・帯広・浦河・ランドアップ
- * レクリエーション: スポーツ大会・山菜採り・海水浴・等
- * 行事: サマリヤ館セミナー・クリスマス・餅つき・見学会

活動内容ですが、サマリヤ館に入りまして共同生活をします。訓練期間としては1年から2年です。自立支援法では、グループホームは入所期間の限定はないのですが、サマリヤ館としてはグループホームではありませんけども一応訓練施設と

いう立場をとっています。共同住居での役目として当番制の仕事があります。先ほど、共同の所があると言いましたが、共同の部分の掃除だとか整理整頓、あとは朝ごはんの支度だとかということです。また、付き人制を取っています。先輩が後輩に、いろんな共同生活の面を教えたり、AAの行き方、あと交通費の出し方だとか、いろんな細かい事を先輩から後輩に引き継ぐという体制を取っています。

あと自立訓練ですが、先ほどのミーティングの所ですけれども、月曜日から土曜日まで、これも基本的には入館中および退館してから1か月2か月通ってもらうという形をとっています。夜は札幌市内のAA・GA・NAの参加。これは365日行ってもらうという形をとっています。最初のうちは付き人について3か月間行って、3か月後には自分で好きな自助会に行けるという形をとっています。それとAA・GAのセミナーにも参加しています。春には釧路・帯広、今年は浦河のGAのセミナーに行きました。あとはランドアップです。レクリエーションも男性ばかりなんですけれども、頑張ろうということでスポーツ大会、あと山菜採りだとか、海水浴等に行っています。行事としては、今月の23日にあるのですがサマリヤ館セミナー、クリスマス、餅つき、あと見学会等もやっています。

現況・職員体制

管理者・サービス管理責任者
齊藤和夫



生活支援員
葛森祐二



生活支援員
土谷俊男



職業指導員
岡田 純



生活支援員
米田憲司



会計
笠井 力



世話人
齊藤千恵子



生活支援員
岡久義亮



生活支援員
嵯峨昌二



施設調理員の皆さん



理事長: 齊藤和夫
理事: 久保本 努、小林基人、富田政義、ファーガソン・ディビット、吉田浩二
監事: 荒木直文、佐藤 隆
評議員: 今井洋子、岡田 純、越田伸哉、丹藤大智、葛森祐二、根本淑恵、林共栄子

現在の職員体制です。私が一応、3施設のサービス管理者と、管理者を兼務しております。うちの妻は、グループホームの世話人をしています。今年から入ってくださった会計の方がいます。あとは当事者スタッフがずらっと。笑顔ですね。いつも笑顔なんですか。お世話になっていますね、知っている方もいると思います。その他に調

理員の女性の方がいらっしゃって、いい写真があったので入れておきました。

社会福祉法人の方が、私が今、理事長。前理事長が亡くなったということで2年間だけ札幌市の許可をもらって施設長と理事長を兼任という形になっております。その他に理事が内科の医師、2名、牧師、ワーカー、宣教師の6名。監事の方が、病院の事務長と、JRの関係の会計をされていた方の2名で監事をしていただいています。評議員会は、13名の方の中に、2名の職員も入っています。

施設の特徴・特徴

- ★当事者スタッフと専門職スタッフの協働施設。
- ★施設は札幌市南区の豊かな自然の中にある。
- ★サマリヤ館退館後に就労継続支援として「ふじの共同作業所」がある。




施設の特徴ですが、マックさん、ダルクさん、断酒会さん、といろんな会や施設があると思うのですが、うちの施設は当事者スタッフと専門職スタッフの共同で業務をしています。

入館者の方々が初めてサマリヤ館に来る時に、どこに連れて行かれるのだろうかというぐらい、真駒内駅を降りて、その後ずっと森の中を走ってくるのですが、南区の自然豊かな中にあるって格好がいいのですが、ちょっと都会から離れた所にあるため不安を感じます。これはサマリヤ館の裏にある大きな白樺の木です。サマリヤ館の駐車場で焼肉も出来ます。サマリヤ館の退館後ですが、先ほどの就労支援のふじの共同作業所に通ってもらうという、一つの特徴があります。

施設の課題・問題点

- * 自立支援法の個別支援対応と依存症者対応の違い
- * 地域生活移行個別支援者への受け入れ対応
- * 施設運営上の危機管理
- * 当事者スタッフと専門職スタッフの協働業務
- * 当事者スタッフの精神的ストレスと個人管理
- * 法人及び施設運営マネジメントの主体性
- * 予防としての依存症対策の可能性
- * 利用者の変動による、訓練等給付収入の変動

また、自立支援法の個別支援対応と依存症対応の違いということで、細かくはなっていませんが、自立支援法の成り立ちというか、やっぱり統合失調症の方をメインとした制度だと思うので、依存症の方をあまり意識してるか、してないかちょっと分からないのです。私達は現自立支援法という一つの枠の中で 34 年間やってきた中間施設の立場というか、依存症の方々の対応のノウハウというか、そういうものを持って今対応しています。やはり、ここのギャップがあります。

例えば、自立支援法という個別支援。例えば、退館、このグループホームを出たいと言った時に、やっぱり次の医療的な繋がりだとか、施設的な繋がりというものを確実な形で利用者に問題が起きないように完璧な形で次の施設につなげるという役目があると思うのですが、うちの場合、特に強制退館という、施設内で飲酒してしまったとか、いろんな所で警察沙汰になってしまったということになった時に、やっぱり他の施設に紹介するというのは難しい状況なんです。やっぱり個人の責任というか、自立してもらいたいという思いがありますので、どこまで支援をしていくかということで、制度的な対応の違いがあると思うのです。また、行政からそういう対応をするんじゃないと言われたら本当に根底から崩れるというか、考えを変えなきゃいけないということもあり得るのではないかと。

地域生活移行個別支援者への受け入れ対応ということで、今年も 4 人ほど、その前にもいらっしやったんですけど、医療観察という方々もグループホームに入ってきています。やはり難しい面があり、再犯を犯してしまう確率が、かなり高いということで、うちの施設としてなんでもできるという

うわけではなくて、私たちの施設で出来ることはしますけども、それ以上のことは難しいという話をして、受け入れを対応します。なかなか定着というのは難しいなということで、今後の課題かなということがあります。

施設運営上の危機管理ですが、やっぱり私も長年病院のワーカーをした時に、ドクターだとか看護師の方から、例えば治療していなくても既往歴の中に依存症という病名があるだけで断ってくださいという病院は結構多いのではないかと思います。どうしてそうなったかということとはやっぱり難しさというか、依存症の方が入院して、入院生活をする中でいろんなトラブルを起こしてしまうということの中で、なかなか受け入れは難しいと思います。実際、施設の中では大きな問題は今は無いけども、地域の方々にチラッと聞くとやっぱり色々ご迷惑をかけています。

強制退館で「あなた出ていきなさい」と言われて行ったら隣の家に行って「今日一日泊まらせてくれ」とか。隣の家に行って「車を出して真駒内駅まで連れて行ってくれ」とか。なんかそういう話をチラッと聞くんです。やっぱりそういう施設はいいけども、周りに問題を残すことがあるということです。

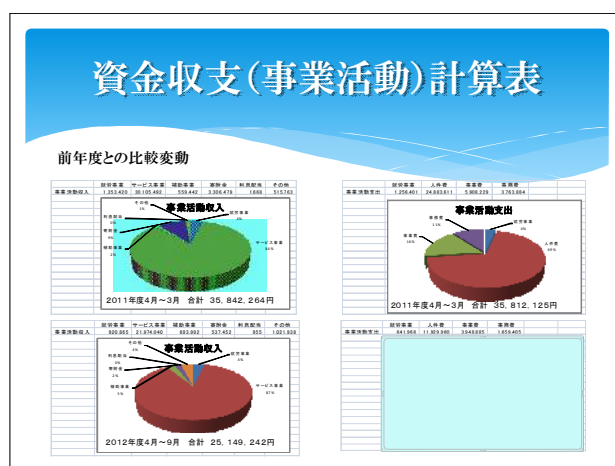
それとあと一つは、私は違う法人で理事をやっていた時、精神障害の方が医療的な繋がりがうまくいかなかった時に、世話人だと思って、違う方を包丁で刺した事件がありました。私が関わっていた所なので、入所者の移転問題を解決するためにお金もかかりました。入居していた人たちがそこに住めなくなり、10 名の方を他のグループホームにつなげるという事があったんです。やはり、うちらは依存症の方々のために社会福祉の立場に立ってやっているんですが、でも実際、事件が起きてしまうと、すべて法人の責任になってしまうんです。行政はそこまでは責任は持たないので、やっぱり運営している法人が全部責任を持つという。何か問題があった時に、そういう問題解決をするお金がなければならぬ、危機管理というんですかね、ただ単純に社会福祉をやっているから理解されていると思ったら大間違いで、ものすごい責任を負わされているというところを、いつも意識していなければならないと思います。

私達のサマリヤ館は当事者スタッフと専門職の共同でやっています。その中で、やっぱり当事

者スタッフの精神的ストレスと個人的管理というのが大きな問題になります。今までうちの当事者スタッフは何名かいらっしゃいましたけど、やっぱりストレスの多さというか、途中でスタッフが出来なくなった方も何人かおられます。そういう意味で、やっぱり2つのキャップ、AAに行ったらみんなと同じだけれども、施設だと指導しなければならない立場なので、かなり精神的なストレスがあるということで、ある方は個人的なカウンセリングを受けたりするということの大切さ。やっぱり当事者スタッフがスリップすることは、ものすごく大変な大きなダメージになります。本人にとってもそうだし、入館者にとっても、自助会にとっても大きな事となるので、私としては当事者スタッフのストレスが少しでも解消されるような個人的なドクターとのカウンセリングの方がいいかなと思っています。

次は法人および運営、マネジメントの主体性。私は今、理事長も、色々責任を持っているのですが、本当にマネジメントの難しさというか、当事者スタッフも色々な話をしますけども、なかなかこのへんの、僕自身は個人的な考え方をすると当事者スタッフが働きやすく、入館してくれた方が一人でも多くAAにつながってもらいたいという思いがあります。そこは法人の運営よりも大事なことかなと思うんです。法人の運営は、その働きをバックアップする形であって、主体は目には見えませんが当事者スタッフが、いま苦しんでいる人達が入館してきて、その人達が本当に回復していく、それを主体と思って働いています。

その中で、予防としての依存症対策の可能性は無いのかなと、僕は前にワーカーとして病院で働いていましたが、どうしても対処療法というか、いろんな家族の問題にしても何にしても、いろんな問題がどうしてもなくなって相談に来ることがあるのですが、少しでも予防的な依存症対策の可能性は無いのかなということをいつも思いながら、日々の運営にかまけて、そのことを忘れがちですけども、やっぱり予防としての依存症対策の必要性はあるなということは感じています。



最後になりますけども、昔は補助金でやっていましたので年間の運営費は大体決まっていたのですが、自立支援法になってから収入の変動があります。多かったり少なかったりです。次に34年間の利用者の年間の数ですが、これも多かったり少なかったりで、ある時は本当にいなかったりします。私はここから関わってきたんです。それまでは定員20名のサマリヤ館でしたけど、自立支援法から10名になりました。10名になって2、3年は本当に少なかったです。酷い時は1～2名いたのですが、一人入院してしまって、一人に対してスタッフが7～8名という形で。今年24年になってからGAの方も入ってくれたので、少し運営費的には回復してきました。

実は収入の事から言うと去年、人数が少なかったもので、3千5百万の収入に対して、支出が同じく3千5百万ですけども、その他に自立の施設を持っていますので、減価償却だとかすると大体800万円の赤字を出しました。実際の減価償却を抜いた中では650万くらいの赤字でした。前理事長が献金をしてくださったのでなんとかあったのですが、今年半期になりましたら入館者増えたので、半期だけでも去年が3千5百万円だったのですが2千5百万円です。支出の方が1千8百万と増えましたが、でも去年はそれこそ職員の冬季賞与が、50%カットだったんです。やっぱりそういうことが無いような制度としての自立支援法になってほしい。回復施設の経済的な安定も大切ではないかなと思いました。

以上です。どうもありがとうございました。

司会: 斎藤館長、どうもありがとうございました。続いて北海道ダルクの森さん、お願い致します。

森：おはようございます。北海道ダルクの森といいます。ダルクはだいぶ変化してきたんです。ここ8年か、10年くらいの間にです。ほとんどのダルクは当事者のみでやっている所が多いですが、ダルクでは当事者ではない方が、大体PSWの方が多いですけど、スタッフとして働くようになってきました。北海道ダルクも経理の方が一人、当事者以外の方で、あとはみんな当事者がスタッフをやっています。

ダルクの考え方というか、就労の問題とか色々ありますけど、直接には回復を目指している、薬物依存症からの回復を目指しています。職員たちも一緒に歩むというか、僕もそうですけど教えるという感覚はあまりなくて、指導するとか、そういう感覚がほとんどなくて、NAの12ステッププログラムを中心に、今日一日、今日一日を過ごしているわけです。そこで分かち合うというのが一番大事なことのよう気がしています。かつて自分がどうであって、何が起って、今どうかという、そういうことを分かち合う。やっぱりそこには共感という大事な鍵がありまして、共感がなければ、たぶん分かち合いも無いと思うんです。

さっき斎藤館長もおっしゃってましたけど、僕らも2キャップと言われているんですけど、スタッフであることとNAメンバーであることに、僕らがギャップを感じなくても利用している方達やNAメンバー達がギャップを感じるんです。そういうことで職員達がNAの中でちょっと不自由になる部分があって、僕らがいるとNAでも正直な話が出来ないみたいな雰囲気が出来ちゃったりする。そうなると思うのは僕らです。職員の方が苦しくなる。そういうことで、ダルクの職員は結構潰れていくというか、再使用してお酒飲んだり、薬を使ったり、ダルクのお金を持ち逃げしたりしていなくなっちゃう、ということがこれまで結構あったので、そういうところを踏まえて北海道ダルクでは本人であるというスタンスをとにかく崩さないように崩さないように、そこはスタッフみんな各個人が大事な部分として持って過ごしていると思います。

ダルクには刑務所から直接来る方もいるし、それから家族が連れて来る方もいるし、滅多にないですが自分から飛び込んで来る方もいらっしゃるし、それから精神病院からつながる方もいらっしゃるし、割と様々な形でダルクに登場する

のですが、ダルクに来られて家族の方がダルクの利用費を払えるというケースはあまりなくて、ほとんどの方が生活保護にかかります。生活保護にかかることから職員がまず付き添って生活保護にかかる。もしくは、刑務所から飛び込んできたけれども暴力団から離脱しきれてなくて生活保護にはかかれない、といった事情もあります。今は保護観察所さんの方で、法務省でといった方がいいのでしょうかね。刑務所から出所して、かつて半年だったのが最近3か月間になってしまいましたけど、その間、食費と家賃と、それから施設であれば施設の利用料、そういうのを法務省の方から観察所さんを通して資金援助してくれるので、本人はやくざを辞めているつもりだけど書類上は登録になっている場合は、そういう制度を利用してダルクに来るということもあります。

そういう制度を利用できない場合というのは、刑務所を出所して半年以上経った方なんです。そういった方は各ダルクでチャリティーという名前ですけど、ダルクのお金を生活費として渡して関わっていると思います。北海道のダルクでも、なかなか北海道のダルクは貧乏なので難しいですけど、たまにそういう形でやらせてもらう時があります。どこからも資金的な援助というのがない、しかしその方が回復したいということであれば、その回復を信じて、それでやらせてもらっているということです。

そこから始まって、ミーティングを中心に生活するというのが始まります。その中で、さっきのような問題が起きてきたりするということです。最初、生活に困窮したり、行く所がなかったりして、本当は来たくないけどダルクに来るようなケースというのがほとんどですし、実際に考えていたことや想像していたことが、ダルクに来てみれば実は全然違う。仲間同士生活することやミーティングを続けることは楽しいばかりではなくて、自分の問題に気付く前に、他の仲間達の問題に気付いてしまって、仲間がむかつくとか、あいつが、という感情が持ち上がってきて、だんだん生活自体が色あせて、ここから出ていくとか、仲間と喧嘩になるとか、そういうことが起きてくる場合が結構多いです。たぶんそういうことが病院や他の場所で嫌がられるというか、そういうことなんだと思います。

今、発達障害ということをよく言われますけど、

それがアディクションによるものなのか、発達障害によるものなのか、なんとなくそうじゃないかということは思っても実際医療の力を借りないと判断も出来ないし、どう捉えていいかも分からないという、仲間ではあるけれども理解できない部分があるというか、そういう方が最近が増えてきたと思います。

かつてはすごいシンプルで、とにかくダルクやマックさん、サマリヤ館さんもそうだったと思うんですけど、本当に困り果ててダルクやマックさんに辿り着くので、僕たちがステップ1の「無力」を伝えることも、仲間が無力を認めることもある意味簡単だったんです。ところが今は法務省でそういった制度が出来たり、我々も刑務所にメッセージに入らせてもらっていたり、それから割とこの施設もホームページを出していたりしてするので、情報が行き渡るようになってきたんです。

僕たちから見ると仲間だけけど、「友だちもまだいる」、「仕事だってしていた」、って言うのは余裕だなと思うんです。僕なんかは仕事どころではなかった。薬使うためだけに生きてて仕事なんてとても出来ない。でも仕事しながら薬を使っているとか、お酒飲んでいるとか、そういう仲間も辿り着くようになってくると、なかなかミーティングだけでは、ステップが、僕らの言葉で言うと「入らない」んです。認められない、というケースが増えてきて、その中で僕らスタッフもだいぶ疲れ果ててきたのが結構あります。

斎藤館長が話してくれたような問題がやっぱりダルクでも起きているんです。個別支援計画とかを僕が立てるんですけど、さっぱり分からないままやっていて、個別支援計画とはなんじゃらほいと思ってやっているんです。コピー貼り付けでやってるんですけど、誰でも最初は一緒みたいな感じでやっています。文句言われたら文句言われた時だみたいな感じです。ダルクが今までとっていたフェイスシートというのはすごいシンプルだったんです。この人の歴史みたいなのはミーティングの中で聞かせてもらおうということなんです。ミーティング以外の時間に休憩しながら、僕らスタッフととか、仲間同士という感じでガンガン話をするんです。僕はこのように使っていたとか、こんな失敗したとかですね。

それから最近、虐待法とか出来ましたよね。正直言ってあれは恐怖ですよね。僕は、割とお互い

にそのへんが狂気なんだと思っているんで、頭のおかしい部分なんだとはっきり言っちゃうんですよね。狂ってるなあ〜、とかね。だから「あの人は僕のことを狂っている」と言った、虐待だ、と言われたどうしようみたいなものがあるんです。虐待防止法ですかね。この前うちの職員に聞いてきて「大丈夫か」なんて言ってたんですけど、そういった中で自分に気付かされたり、スタッフも来たばかりの仲間から気付きをもらったりするんです。そういうお互いにギブアンドテイクというか、そういうのが大事だなと思っているんです。

でも、なかなかそれが難しいというケースが起きてきて、ソレイユの大嶋さんにマトリックスという薬物依存症の回復のキットみたいなもの、それを利用して、今年の5月から司会をしてもらう時間を週1回持っています。なかなか言葉が通じないと言ったらいいいんでしょうかね。例えば、無力というものに対して、僕らはミーティングにつなげた時に、誰かに詳しい説明をもらったわけでもなく、ミーティングの中で、無力ってこういうことなのかな、ああいうことなのかな、そうなんだ、みたいな気付きがあったんですけど、それがなかなかなくて、誰かがある程度教える形で伝えていかないと難しいんじゃないかと感じるようになってきたんです。

でも、それを僕らは当事者なので自分たちはやりたくない、教えたくないと思っているんです。そこで大嶋さんに協力していただく事にして、週に一回来てもらっているんです。だいぶストレスが溜まると思っています。たまに溜息ついて下りて来るから、大変なんだなと思いますけど、そういう形で協力してもらうような形にしないと、なかなか難しい。嬉しいことだと思うけど、昔のように底をついて来るのではなくて、そういった形じゃなくつながってくれる仲間が増えてきたんだなというふうに思っています。

活動実績とか沿革とかですが、これは僕が書いたんじゃないで、理事の人がやっていた文書を勝手にコピーして使わせてもらいました。これは、一度目を通していただければと思っています。

活動内容については、そういう日々が続いていくという感じです。僕ら事務所の中も、みんなが勝手に出入りをしていて、へたすると仕事中にスタッフの横のソファで寝てて、僕らが喋ってい

る事全部聞いていて、見られているというか、評価されているのがスタッフです。ばっちり評価されて、厳しい利用者さん達と一緒にプログラムをやらせてもらっています。ありがとうございます。

司会：森さん、どうもありがとうございました。それでは午前中にお話しいただく3施設の中の最後の施設なんですけども、札幌マックの女性共同作業所の方から所長の住谷喜久乃さんをお願いしたいと思います。

住谷：こんにちは。今日はせっかくのお休みのところ来ていただきまして、ありがとうございます。住谷喜久乃と申します。今さらながらという感じなのですが、この仕事で最後になりますので、次からは別の方が所長として、また始めますので、皆様のご協力を宜しくお願ひしたいと思います。

センター概要

- 所在地／ 札幌市白石区東札幌2条4丁目8-25
ハイム真木 302
- TEL / 011-812-4903 (FAX兼)
- 職員構成 / 所長、他指導員2名
- 利用者の障害種別／ 精神障害（アルコール・薬物等依存症者）
- 作業所の分類 / 地域活動支援センター
・・・自立訓練（生活訓練）
- 利用定員 / 11名
- 開所日 / 365日（土・日・祝日は午前のみ）
- 開所時間 / 午前9:00～午後5:00

センターの概要ですが、パワーポイントの通りでございます。他に時間を取りそうですので、ここは簡単に、流していきたいと思います。

その前に、皆さん、ご存じかと思いますが私も私達スタッフはバリバリのどうしようもならない当事者でやってます。このどうしようもならない当事者でマックを運営できるのかと……。お陰様で立派な理事の先生たちのご支援、ご指導の下に運営しております。

活動内容

- 集団療法／ 再飲酒・再使用予防を目的としたミーティング及び教育プログラム
- 生活指導／ 健康的な生活習慣を身に付けるための相談支援
- 就労支援／ 個々の肉体的・精神的状況を考慮し、個別カウンセリングを含めた相談支援
- 子育て・料理プログラム／ 健康的な家庭を築き上げるための指導支援。
- ボランティア活動／ ホームレス炊き出し等。
- その他／ 陶芸・スポーツレク・野外レク・宿泊研修等。

それで集団療法、生活指導、就労支援、それから子育て・料理プログラム、ボランティア活動というのがあるのですが、私達は毎日毎日今すぐく流行ってますけど、スタッフも含めて当事者研究をやっているようなもんなんです。テーマが自己開示とありますが、集団療法も自己開示です。

それからミーティングとミーティングの間の仲間との関わりも、すべてスタッフが経験を通してやってきたことも含めて、健康的に生きるためのプログラムを通して、どういうふうな生活をしていけば健康的に生きられるかということを伝えているだけです。専門的な資格もなく、専門的な知識もなく、言葉は悪いですけども本当に馬鹿な私達がつながってくる方々に伝えているだけなんです。

もう本当に通所入居者は神様です。その方からお金をいただいて、運営出来ているわけですから。その方々と一緒に行動を共にすることしか出来ないんです。でも私達は自負を持っています。当事者に対して、当事者性をどう活かしていけばいいのかというのは、どんな専門家よりも私達の方が一番良く知っています。マックにつながってくるまでの苦しみ、飲んで好き勝手なことをやっているんですけど苦しいんです。「苦しかったでしょ」と声をかけるとボロボロ泣きます。私も苦しかったもん。自己開示ですね。

よく言われるんですけど、スタッフの生き方はそのまま通所者・入居者に伝わるんです。ですから、スタッフは資格も持っていない、専門的な知識も通所入居者に渡すことができないとなれば、生き方すべてを伝えて渡していくという事をやるわけです。ですから、スタッフ自身は日々、自助グループに出てセルフケアをしながら、厳格な

までの正直さで生きていかなければスタッフの資格はないんです。はっきり言います。そうでなければ指導支援なんて、こんな事なんて出来ません。

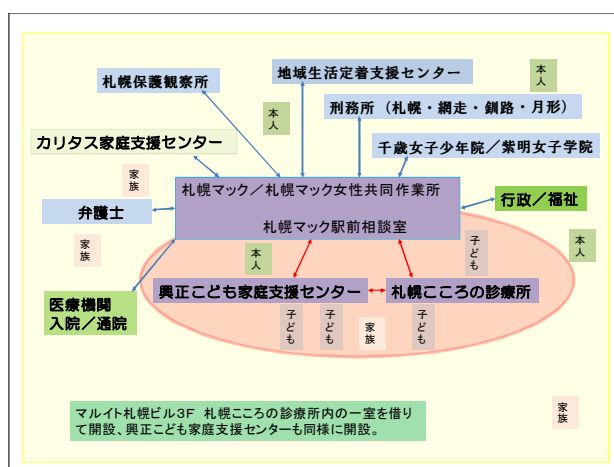
さっき、ダルクの森さんもおっしゃってましたが、「一緒にやろう」だけではなかなかうまくいかないんです。私達は教えるという感覚はないです。「伝える」「一緒にやろう」、「その先にはこれが待ってるよ」です。それだけなんです。ですから、当事者研究というのは、うちで毎日毎日日常茶飯事やっていることなんです。ミーティングとミーティングの間の食事しながらの雑談もそうです。その中で、これをこういうふうに工夫すれば、こういうことができるよ、とか。テレビなんかでよく、昨日もやっていましたが、残り物をどういうふうに活用すれば捨てないで済むよとか、そういうことも含めてすべてスタッフと通所入居者交えて経験の分かち合いをしながら、集団療法のミーティングも、生活指導・就労支援も厳しくやっています。

私はお陰様で、東京で泣きながらハローワークに行き、泣きながら仕事に行き、ボロボロ涙を流しながら、とてつもない満員電車に乗りながらの経験があります。そりゃ古いだろと思う人は思ってもいいんです。嘘はつけませんから。誇張して話すこともできませんから。希望的観測も伝えるわけにはいけませんから。自分の経験した事を、事実をそのまま伝えながら、こうしようか、ああしようか、じゃこういうふうにしようね、というふうにやっております。

生活指導も、就労支援もそうです。うちは、就労支援はハローワークに行き、最初だいたい4時間から5時間の仕事に就いてもらい、そこで肉体的、精神的なものをちょっと試して、そこから大体目途としては3か月から半年ぐらいその仕事をしてフルタイムにつながるというように指導・助言をします。要するに、うちは社会に出てこそ回復だと。本当に当事者としての回復はマックの中でもいいんです。一社会人としての回復は、社会の中で社会の人が育ててくれるというふうに信じてますので、ですので回復成長するには1時間でも2時間でも仕事に行こう、外の世界に行ってみようということをやっています。それを指導支援していくには、またまた自己開示。全部自己開示です。自分の経験を使い、自分も自分自身

のことの責任を果たしていきながら、一緒にやってみようというふうに声をかけてやっていきます。

それからボランティア活動は、マックは公的機関から援助金をいただくまでは教会の献金のみで運営されていた経緯があるんです。今でもすごくお世話になっています。理事長がカトリック教会の神父様ですので、お世話になっておりますので、そのちょっとお返しですね。ちょっとですけど、お返しのつもりで参加しております。あとは陶芸、スポーツ。スポーツは今やっていませんね。野外レクと研修。男性が多い中で女性が少ないんですけども、この世の中は男と女という所ですので、一緒に参加して楽しんでおります。



これは今の色々と連携と言いますか、関わっている所なんですけども、11年前、私がこの仕事を始めた時は、実を言いますと精神病院はあまり受け入れてくれませんでした。「いいです、いいです」、と。女性だけです。男性は普通にメッセージ行っていました。困りました。通所入居者が来ないんです。この話になると涙が出るんですけど、こうなったらもう刑務所だと。

当時、未成年の17歳の子がうちに入居してきました。保護観察中でした。薬物事犯で、保護者の所について行くんです。保護観察官の所にも一緒について行きます。その中で、とにかく女性の刑務所にマックのパンフレットを届けてくださいと。とにかく届けて下さいと。しつこく届けてくださいと言いました。で、届けてもらいました。そこからが始まりです。だいたい1年後くらいに刑務支所の女性の監視さんがお二人マックの見学に来まして、ミーティングも参加していき、そこからまた向こうも変わりました。要するに、

刑務所は閉じ込めておくだけではなくて教育をしなければならないというふうなことになります、そこで私はメッセージで行くのではなくて、薬物矯正教育の12単元の内3単元の講師という形でグループセラピーを担当しているという経緯がありますので、そこから来ます。保護観察所経由。それから出所直ぐです。来るということで受け入れています。

自ずと弁護士さんとのつながりもどんどん広がっていきました。お陰様で。いま弁護士さんは、国選弁護士さんは世代交代でずいぶん若くなりまして20代の方が多くなったんです。薬物事犯の国選の弁護士さん、ほとんど20代の若い弁護士さんということで、定期的に勉強会を開いております、そこに行きます。厚意ということではないんですけども、当事者の経験を通した話ということで話しをさせてもらっております。

いま依存症と言っても行動依存で刑務所に入っているという、行動依存の症状を呈して刑務所に入っているという方も結構いるんです。万引きが止らない。窃盗が止らない。これはいかがなものかと。実は私、飲みながら万引きが止らない。入院中、山家先生に3回貰い受けにきてもらいました。でも、酒やめたらプツリ止ったんです。今でいうと行動依存です。あの時は、やっぱり派出所のおまわりには病気だとは言えなかったです。自分でも何がなんだか分からなかったんだけど窃盗を繰り返すという。

その公判があるので情状証人で来て下さいという事で、その前に一度接見に行ったんですけども、そこでもなかなか病気の症状で窃盗を繰り返したわけですから、認めないんです。盗んだ所にお詫びの手紙を書きなさいといってもなかなか書けないと。これは一体どういうわけなんだとなんでも聞きに来るんですけど。いや、自分のやっていることは認めないですよ。否認の病気ですからね。そういうふうな事も弁護士さんに説明しながらの公判で証人をしてきたんですけど、生まれて初めてというか、男性の証人で行ってきたんですけど、そういう関係で、やっぱり司法関係の方からうちの方につながってくるというのがずいぶん多くなりました。

それから、札幌こころの診療所内に、駅前相談室という形で、相談窓口を設けました。ここはまだ6月に開設したばかりで、相談件数も少ないん

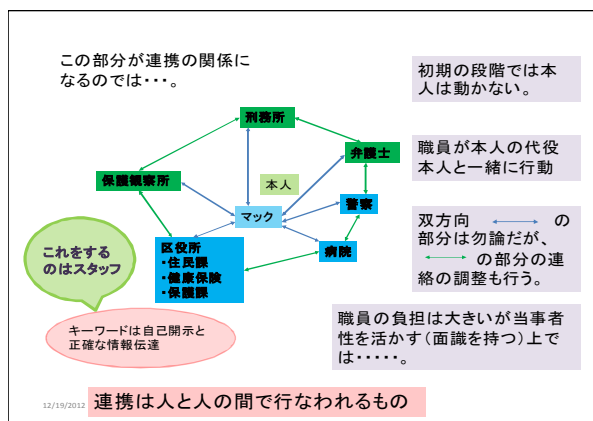
ですけれども、結構、札幌駅前相談室ということで電話に出ていますので、よろず相談所だと思って、結構そっちの方面での電話が多いです。

「薬物ですか？、アルコールですか？」と言ってもハハハという感じで切られることも多いですけど、公的機関の方がやっぱり当事者にあまり聞いてほしくないなと思われる相談だとか、ちょっと込み入った相談なんかはこちらの方で受けたりなんかしております。

開設曜日は月・水・金です。電話なんかも転送になりますので、24時間電話の相談には応じるという仕組みになっておりますので、ぜひ電話の方よろしくお願いします。

それから、少年院の方も一応、出院近くなった少年、未成年の方、だいたい14歳から19歳くらいなんですけれども、個別面談で、やっぱりこの先親元に帰るのか、それともまた別な施設に行くのか、それともまた彼氏の所に行くのか、ということで色々話を聞きながら、こういうことが予測されるよね、ああいうことが予測されるよね、ということも含めて、是非ここを出たらうちに相談に来てねといえます。その後けっこう相談に来るんです。就職の面接に行っても、ほとんど落とされると。1年前は水商売、居酒屋の店員は即採用されたんだけど、「なかなか採用されない」と言うから、私言うんです、「少年院顔になっているもん」と言うんです。それで少し表情を和らげるために「ミーティングに出てみない」とか、少し構えた顔とか、「目がつりあがったのを少したれ目にしないとなかなか仕事にはいけないよ」とか、そういうアドバイスをしています。結構保護者の相談に応じることも多いです。

3日も4日も帰ってこないんだけど、どうしようか、とか。そういうところを含めて紫明女子学院とは連携をとっております。逐一、出院してきた子の行状を報告するということではなくて、いた時はどうだったのか、それから出院直前はどのような状況にあったのかというところで情報の開示をお願いすると、開示してくれますので、そういうところでは関わり、つながりがあるかなというふうに思っています。



これも先ほどの私の話の中にあったかと思いますが、一つ一つの説明は省いて行きたいと思えますけれども、関係機関、専門家の方々が限界を感じて突き放した人、どうしてもなくなってきた人を受け入れているという自負はあります。マックのマーク（ ）がそうです。すべての関係を断ち切られて、すべての人にどうしてもなくなってしまう見放された人達を受けれております。ですので、女性でもすごいですよね。うち（ハイム真木 302）3階なんですけど、1階に転がっていますよ。電話何にもないんですよ。「何しに来たの」と言ったら、「息子に置いていかれました」と。で、受け入れるんです。ギャンブルの65歳のお母さんです。

とにかく、まだまだ家族との関わりのある方は、家族がどうしてもなくなるとぶん投げていく。なんの情報もないんですよ。それから少しずつ少しずつインテイクをしながら話を聞き、もちろん生活保護の申請にも行きます。

これは私の話ですけど、当事者でバカだから怖い者知らずなんです。はっきり言って。ある精神科医に言われました。「あまり面倒な人を連れてきたらダメだよ」「受け入れたらダメだよ」と言われたことがあるんです。受け入れてから相談なんです。スタッフがですよ。何故そういうことができるかと言うと、自分がそういうふうにしてもらったからです。私は最後退院した時に、先生がいるから言いづらいんですけど、先生は覚えてないと思うんですけど、退院の時に「女性の回復は不可能」と言われたんです。言われました。はっきり言いますが、その時の医者の方の限界じゃないですか、それは。でも、生きていかなきゃならないんです。死ぬに死ねない。自殺しても3回とも失敗です。首つりも失敗なんです。すごいと思い

ません。自慢するところじゃないんですけど。「どうしてですか？」と聞いたら、「女性の回復者みたことない」と言いました。それでも生きるしかないんです。このご立派なお医者さんですら限界を感じたこの依存症当事者をマックは助けてくれたんです。

けれど、私は決して医者には要らないとは言いません。必要です。特に急性期は命に関わるから。でも専門家は寝たきりのアル中・薬中を叩いてはくれますけど、一緒に歩いてはくれなないです。マックと一緒に歩いてくれました。私3か月目で東京で5時間の仕事をしました。3か月前は窃盗・万引き・置き引き・無銭飲食でしょっちゅう捕まっていた。3回迎えに来てもらいました。全然お金ないんです。3か月前までそうだったんです。でも3か月後は、あれだけ断ち切ることができなかった酒を飲まないで働いているんです。そこから本当になんとか生きていけそう、なんとか生きていけるって感じました。

私、マックにつながった時から希望を見出したんです。私、マックという所はそれでいいと思います。私が仕事をしてからつながってきた女性の通所入居者の中で、今2名がスタッフやっています。東京でどうしてもなくなっていて、東京の施設を転々として、札幌に飛ばされてきたんです。その人も見事に回復してスタッフやっています。今、後ろにいる薬物の人がダルクではなくてマックで回復してスタッフやってくれています。私達はこの身をもって「回復があるよ」「どんなひどい依存症者でも生き続ける事は出来るよ」ということを、ただただ伝えるだけです。後は「一緒にやろう」って一緒にやるだけです。それでは終わります。ありがとうございました。

（以下は未使用のパワーポイントになります）

マックについて

マックは、アルコール・薬物依存症（依存症全般）者の回復のための中間施設です。

1978年、アルコール・薬物依存症から回復したカトリックの神父が、アメリカの中間施設のプログラムをモデルに、依存症者を病的な依存から回復に導く手助けを目的とする、日本で最初のデイケア・リハビリテーション施設を東京に設立したのが始まりです。

1994年、活動と業績、『アルコール・薬物依存症に回復はある』という事実が、時の厚生省から認められ、【保健文化賞】を受賞。

札幌マックは、31年前札幌市内に開設され、著名な先生方、有識者はじめ多くの方々に支えられながら、「全国マック協議会」の一員としては現在でも道内唯一の施設として活動している。

16年前から札幌市より助成金をいただけるような施設となり、平成16年2月よりNPO法人として活動している。

2002年9月、札幌マックは全国に先駆けて日本で最初の当事者（リカバード）による女性専門のアルコール・薬物（依存症全般）デイケア・リハビリセンターを開設した。

12/19/2012

2004年、道立精神保健福祉センター所長・田辺先生の指導を頂きながら、日本ではまだ東京と横浜にしかないという、当事者（リカバード）による女性の依存症者回復のためのグループホーム（定員4名）を立ち上げた。

男性マックも通所施設と入所施設を持っている。入寮施設（グループホーム 3箇所・定員14名）は、社会的に一旦ドロップアウトしてしまった人にとっては、北海道の地における依存症からの回復の重要な拠点となっている。

12/19/2012

現在、社会問題の中で、アルコール・薬物を中心とした依存症（ギャンブル・買物・摂食等々）の問題は、その対策と解決が早急に迫られている問題の一つであると言われている。

現在ほぼ満杯状態にある刑務所に服役中の半数以上の方が、服役以前、何らかの形でアルコール・薬物・及びギャンブルなどに問題を抱えていたとされている。

気付いた時には仕事、家族、財産、健康、信用、生活する能力を失い、身体的・精神的・社会的にひどく病んでいき、社会の重荷になるばかりでなく、時には悲惨な死を招くこともあるのが依存症者の現実である。

青少年の問題としてある家庭内暴力、引きこもり、いじめなどが起きる背景として依存症者等を抱えた機能不全家庭の存在が今、大きくクローズアップされてきている。

司会：住谷さん、どうもありがとうございました。それではここで一旦コーヒータيمを取りたいと思います。時間は短いのですが 55 分から次に進みたいと思いますので、よろしくお願いします。

<休憩>

司会：それでは午前中の最後のプログラムになります。医療法人北仁会旭山病院の山家研司院長先生にお話しをお願いしたいと思います。今回、レジュメもかなり無理を言って作っていただいたんです。では、先生よろしくお願い致します。

山家：皆さん、こんにちは。すごい天気ですね。帰り車で来ている人がもしかしていたら夏タイヤだと気を付けないと。

今、喜久乃さんから目一杯紹介されましたけども、旭山病院、札幌市中央区で 30 年ちょっと前に立ち上がった精神病院で、当時はアルコール担当医だったんですが、今はどういうわけか院長という立場になっています山家（やんべ）と申します。よろしくお願いします。

30 年前というのは、札幌に AA とかマック、サマリヤ館、そういう活動が次から次とスタートした時期です。旭山病院もアルコールの専門病棟を立ち上げました。そういう時期です。当時、喜久乃さんがスリッパして警察に保護された時、病院から貰い受けに行ったのが本当に良かったかどうか。あれで回復を遅らせてしまったんじゃないかと思うんだけど。でも立ち上がったばかりの病院だと患者さんがそこで迷惑かけっていると、病院の評判が落ちると思って、患者さんの回復そちのけで、出来るだけ評判を落とさないようにイネイブラーしてました。今言われて思い出しました。



今日は、とにかくそれぞれ自己開示してくださいと言われたので、私も依存症回復を支援する役割を担っている職域の一人としての自己開示をしようと思ったんですけども、皆さんに比べてたくさん時間をいただいているというところがありますので、病院とか自分の自己開示だけでなく、ちょっとアルコール依存症とか、他のアディクションといわれているものも含めて、今、世の中がどうなっているかという現状を皆さんと一緒にまず確認をして、その上で少し旭山病院の自己開示をできればというふうに思っています。

実は、つい最近アルコール関連の医者の学会というのが3つ札幌で開かれたんです。そのテーマが「連携と発展」、今日のテーマも連携ですね。やたら連携という言葉が出てきています。というか、出てくるという事は必要だけどうまくいっていないという時に限って、それが出てくるんです。だから必要だけどうまくいっていないということに関して、今回この研修を企画したマックの施設長から提案された、「それぞれがそれぞれの所で何をやっているのか、どんな問題を抱えているのか、とにかく確認し合いましょう、そこから始めましょうというのは実に正しい設定の仕方、だからぜひ乗らせていただきたいと思います」と思って、ここで話をしよう、聞かせていただこうというふうに思ってやって来ました。

回復支援者、施設の連携で思うこと

- 連携の必要性
依存症者が抱えている多問題（心と体と社会生活全て）さまざまな支援者、施設がかかわらないと対応しきれない
- 連携の難しさ、必要だけどうまくいってるの？
役割が分担できない、抱え込みor中途半端なその場しのぎ
- どうしたらいいの？
まずはそれぞれがどんなことをしようとしていてどんな悩みを抱えているのか互いを知ることから

当たり前のことですけども、まず確認しなければならないことは、依存症の回復の支援者・施設はなぜ連携が必要かということです。依存症者はとにかく心と体と生活のすべてに様々な問題を抱えていますから、その様々な問題をどこか一か所でやろうと思ったら、たいてい知識もないし、人もいないみたいな形になってしまうので、様々

な支援者・施設が関わらないと対応しきれないんですよ。もしかしたら様々などいっても、様々みんな嫌がったら、一か所が必死で抱え込むというようなやり方もせざるを得ない。でもなかなかそういうエネルギーというのは長持ちしませんので、やっぱり多問題に対しては、いろんな施設や多職種が関わらなければいけないようです。

さて、必要だけどうまくいっているかということですけども、実はあまりうまくいっていないんですよ。役割の分担が出来ていない。つい最近こんなことがありました。例えば、連携というのはこういう施設だけではなくて、医者同士の中でもうまくいかない。後でちょっと話しますが、依存症者はかかりつけ医という街中の内科とか、外科とかいろんな先生の所に通っている人が多い。では、その病院と旭山病院がちゃんと連携が出来ているかといえなかなかうまくいかない。

そういう街中のかかりつけ医で診てもらっている人も、大怪我だとか、持病が重篤になって救急車で救急病院に行かなきゃいけない。では救急病院とかかりつけ医がうまくいっているかといったら、ここもうまくいってない。救急病院から救急の治療が終わった後で、専門病院につながるようになっているかと、それにつながるようになっていない。そういう医者の世界の中であっても、連携というのは全然うまくいってない、それで医者の仲間の勉強会でも連携ということがテーマになったりしてるんですけどね。

では連携ができないとどうなるかということ、喜久乃さんのように抱え込むか、それともその場しのぎで帰されてしまうかになってしまいます。すごいですよ、この前うちの病院に糖尿病や肝硬変がひどくて、高アンモニア血症になって意識がなくなってしまうというような病気になっていて、これは大変だと。うちに来る前は国立の救急病院にいましたから、そこをお願いしたら、国立の救急病院では「救急で一回診ただけ、仕方なしに診たんだ」と。「だから、かかりつけ医の所に持って行ってください」。かかりつけ医どこだと思ったら某公立病院。そこでは、「なんぼ入院して酒やめるという事を約束しても止めない。それから外来で受診日決めてても、その日に来ない。それを繰り返しているから、うちでもう面倒見れせんから、私の所でも診ません」と言うのです。

どこをお願いしたらいいんだ。手当たり次第探

しました。なんとか救急対応をしてくれる病院を探しましたが、現状はそんなところです。それぞれに掛かりつけ医も、救急病院も、もしかしたら旭山病院もその場しのぎで一生懸命している、その場しのぎに疲れ果てているというような状況です。

では、その場しのぎにならないようにどうしたら連携できるのか。それぞれの現状を知りましょうということで、医者仲間の中では、それこそ救急病院はどうなっているのか、それから医者だけじゃなくて、この前は消防局だとか、福祉だとか、そういう専門職も集まって、自分達の抱えている現状について、困っている事等について勉強したというのが、さっき言ったアルコール学会の内容でした。

「依存症」の現状と社会的な動向

- 社会的な動き
- 患者さん側の変化
- 医療者側の変化

ちょっと時間があるので旭山病院の自己開示ではなくて、最近の依存症の現状と社会的な動向ということを皆さんにお伝えしたいと思います。山家もだいぶ年をとってきて、なかなか社会の新しい動きについていけないところもあるので、まだ分かり切らないまま話をしている部分もあるかもしれませんが。

社会の変化

- 飲酒にやさしくその結果にもやさしい社会から飲酒にやさしいがその結果には厳しい社会に変化(猪野重朗)

飲酒運転事故、学生の急性アルコール中毒死

- アルコール基本法の制定を目指した動きがあります。

WHOアルコール有害使用低減に向けた世界戦略2010を受けアルコール関連問題の発生予防に取り組む。
ヒューズ法(アメリカ1970)の精神を取り入れて起こっている問題への対策、再発防止を盛り込む

社会の変化で、これはうまい言葉だなと思いました。が、「日本というのは飲酒に優しく、その結果にも優しい社会だったけど、そこから、飲酒には優しいが、その結果には厳しい社会に変化してきてるんだ」と、猪野先生という名古屋の方の精神科の先生がおっしゃっていました。この前の学会の時に、この言葉を私、聞きました。

典型的には、福岡県とか、あちこちで起こっているんですけど、飲酒運転事故を契機にして、飲酒運転をしている人に対する処罰の厳罰化を求める社会の変化が進んできてます。飲む飲まないは本人の自由だけど、飲んだ後の責任は自分でとれよみたいな。自己責任の世の中なんですね。

学生の急性アルコール中毒死も相変わらず繰り返されてて、小樽だったり、東大や慶応も一人死んでますね。学校の敷地の外で死んだケースはあまり注目されてないのかな。でも、結果に対しては責任を取れというのはどんどん増えてきてますし、飲酒運転もどんどん刑務所に行かなきゃなんないみたいな、そんな話が各都道府県単位では進んできています。

そういう世の中になってきている中で、いま実はアルコール基本法、名前がアルコール基本法という名前から違う名前に替わるかもしれませんが、こういう法律を作ろうという動きが、強く進んできています。解散したので、今の国会に出せなかったけど、次の国会に出るかもしれません。

この法律が今作られようとしているスタートは、世界保健機構(WHO)がアルコール有害使用低減に向けた世界戦略 2010 というのを出して、日本もWHOに加盟しているから一緒にやらなきゃいけないという中で、酒の消費量を減らしていこう、そうしたら問題は少なくなる。その戦略を立てようということです。お酒の値段をうんと高くしようとか、お酒を買う時にちゃんと身分証明書を出そうとか、お酒のラベルに「これは肝硬変になって死にますよ」とか、タバコにつけているようなあんなものをしようとか、言ってみればアルコール関連問題の発生予防が中心の戦略だったんです。それに対して、日本ではヒューズ法というアメリカのアルコール依存症の総合対策法を参考にした法律作りをしようとしているんです。

ヒューズさんというAAのメンバーでもある国会議員が中心になって作った法律で、問題発生

対策だけでなく、依存症の患者さんの再発予防までを含めてきちんとしてあげなきゃいけないという法律にしたいなという動きで、今だいたい骨子まで出来上がってきています。そんな流れになっているんです。それが社会の変化の一つです。

患者さんの変化

- 依存対象の拡がり
性、インターネット、アトピー、etc
- 合併症の存在
身体的、精神的
- 性別、年齢、社会経済的背景、受診動機

さて、患者さんの変化はどうなっているのでしょうか。精神病院、アルコール専門外来で見える患者さんの変化では依存対象の拡がりには啞然とします。「ちょっと自分、性依存なのでお宅で診てくれますか」という問い合わせが、うちのソーシャルワーカーの窓口に相談に来たりもあります。昔ならそういうのは病気だとも思われないうし、自分もそういうの病気って思っていないから診てよと病院にはなかなか相談には来なかったんですけど、そういうのが来ています。

インターネット、これも韓国なんかでは特に治療や研究が緊急のテーマになっているようですし、今回の学会びっくりしたのはアトピーで一生懸命掻くでしょ、あの掻くのも嗜癖行動の範疇のものだというようなことを、非常に分かりやすく説明してくれた皮膚科の先生がいました。

つい最近、NHKで番組を見ていたら、占い依存症もあるそうです。占いにはまってしまう。依存症治療では有名な心理の先生が言ってました。自己決定が面倒くさくなった時、人に決定してもらう事が楽で、そんなことから次から次から占いにはまっていくんだそうです。こんなこととか、とにかく拡がりましたね依存症の対象というのは。

それから患者さんの変化の中では、合併症が非常に難しくなりました。単純に、この人はアルコール依存症だけ、薬物依存症だけだなと思える人というのは、もしかしたら少なくなってきた。依

存症プラス鬱病、依存症プラス発達障害。こういう心の合併症がどんどん増えてきているのと、それから体の合併症もものすごく重症になっています。こんなに昔、依存症に癌が合併していたかなと思うくらい癌が見つかるんです。というか、考えてみれば、昔アルコール病者は大体 40 代くらいの元気のいい男の人中心で、あんまり元気が良すぎるからガス抜きにみんなで一日 20 キロぐらい外歩いてくれとか、とにかく身体動かした。みんな依存症は回復しないけどソフトボールと卓球だけはものすごくうまくなるという、そういう人で病棟は構成されていたんです。

ところが今は、アルコール依存症になるのは 50 を過ぎてから。もしかしたら 60 になってからかもしれない。それまでは大量飲酒とか問題飲酒はしていたけど依存ではなかったけど、それが 50 歳になって依存症になって。そういうふうになると、癌の進行度が重なってくるようになるわけです。年取ってくれば、人間いろんな体の病気を作るわけですから。昔のアルコール依存症は癌になる前に死んじゃったんですね。平均年齢 52 とか 55 とか、そういう時代だった。今は、そういう体の病気を悪化させながらもなんとか生き延びてきて、アルコールの問題も一緒になって始まったりして、精神的な鬱や発達障害とか様々な合併症も増えてきている。

それから依存症の病棟に女性がどんどん増えてきている。喜久乃さんの頃は、女性の依存症は治らないではなくて、あまり女性の依存症者が病院にはいない時代だった。喜久乃さんは治った人見たことがなかったと言っていました。でも女性がいなかった。今は依存症、薬物だとかギャンブルや、食べ吐きなんかも依存症の範疇に入れて治療しようとしているからという事もありますけども、二十歳くらいの女の子だとか、定年退職後の 70 のおじいちゃんだとか、それから今職場で非常に大事な役割をまだ担ってる会社の幹部、実は医者関係でも結構依存症になって来ています。そういう社会的背景も違うし、受診動機も上手なお酒の飲み方を出来るようになりたいということの本気で真剣に考えて来る人なんてのも、病院の外来に相談にくるようになったり、そうやって患者さんが様々になってきているんです。

昔はアルコール病棟とは患者で自治会作って、

患者さん同士で回復していつてもらえばいいんだみたいをやっていたんですけども、患者さん同士だったって70のお爺さんと20の女の子では、じっくり会えば話が分かってくるんだけど、そういうじっくりする時間がなかったら、お互いを共感できる前に離れてってしまって、なかなか共感し合えない。病棟の体制作りに困ったりしてます。

脱法ドラッグの2例 (本人特定出来ないように修飾あり)

○ 軽症だけ

20代男性、道北在住の会社員。ハーブをインターネットで購入、夜間数回の吸引だけで職場の上司から目つき、表情の変化を指摘されハーブの吸引を告白。精神科受診を指導される。興味本位の乱用レベルではあるが感情のコントロール障害、関係念慮が持続した。薬物療法で軽快。

○ 重症になると

30代男性、大学卒業後関西でフリーアルバイターしていた。7年前から大麻その後覚せい剤も乱用、幻覚妄想状態出現し3年前に帰道、この頃からリキッド系の脱法ドラッグを地元の販売店で購入、乱用を繰り返す。幻聴と被害関係妄想が持続、抗精神病薬の効果も弱い。

少し最近の脱法ドラッグのケースを話しますね。一人は軽症な人、職場の上司の人から「お前最近顔つき変だぞ」みたいなことを言われたら、「ちょっとハーブ使ってみて」って軽く言えるんですね。「覚せい剤使ってみて」とは軽くは言えない。軽く言えるから「お前それヤバいかもしれないから、いっぺん病院行って診てもらってこい」という形で来て、本当にハーブ2、3回しか使っていないんじゃないかなみたいな位で受診した。本人あんまり罪の意識がないからあっさり言えたんですね。それでもやっぱり感情のコントロール障害が出てきて、ちょっとカッときたらコントロール効かないみたいな問題や「周りが俺のことを話しているんじゃないか」、みたいな被害的なものもあって、でもこれは統合失調症で使う薬少量出ただけでスパッと治りましたね。外来だけで治っちゃった。でも軽く治っちゃったから、また軽く使っちゃうんじゃないかという、なんかそういう不安がのこっています。

もう一人は重症のケースだったんですが、この人は大麻とか覚せい剤を使っていたことがありました。最初は大麻、いろんな薬依存の出发点になったんですね。それから大麻と覚せい剤になって幻覚妄想状態になって関西から北海道に戻ってきたんです。この頃にやっぱり覚せい剤・大麻はやばいと思った。だったら違法でないドラッグ

がいいだろうということで脱法ドラッグ使い始めたという人です。この人はものすごい幻聴と被害妄想が続いてるんです。さっきの軽症の人はアルコール専門プログラムなんてのは全然使わない外来だけで終わっちゃった。逆に重症になると、こういう幻聴とか被害妄想が強すぎてアルコールのプログラムに入っていけない。だから専門病棟で専門プログラムを持っていますと言っても、その専門プログラムを全然利用できない。薬もなかなか効いてくれないです。覚せい剤よりも頭壊しますね脱法ドラッグは。だから覚せい剤使った方がいいよとは言いませんけども、何が入っているか分からない分怖いですね。これは本当に真剣に対策を考えないと大変ですね。

さて、そういう社会や患者さんの変化の中で医療の抱える現状です。アルコール依存症は80万人位いると予想されているんですが、精神科での専門治療を受けている人はその5パーセント、4万人位なんだそうです。殆どの患者さんは精神科医ではなくて、内科や外科の医者が診ているんです。

医療が抱える現状

・かかりつけ医の現状

精神病院、アルコール専門病院受診を勧めても患者が拒否し病状悪化を繰り返す。専門医へのつながりが難しい。(5%の現実)

・救急病院

正直なところ「嫌われ者」になっている。

・一般精神科クリニック、精神病院

依存症プログラムやってない、専門病院へ

・アルコール専門病院(北海道で3箇所?)

医師不足、スタッフの疲労

80万人中の76万人は、ちょっと酒の問題があると気づいても直ぐに酒を止めれとか言われる所なんて行きたくない、内科や外科の医者にとっても患者さんにとっても、アルコール依存症の専門治療というのは、断酒を指導される場所という受け止め方なんです。だから、酒止めなきゃならんということを納得したら、止めたいというふうに思うようになったら精神科受診を勧めるけども、本人が止める気がない間は、そのかかりつけの医者が嫌々ながら抱え込んでしまう。壊れた身体をとりあえず治す、みたいなことをずっと繰り返しているんです。そういう人が75万人いて、

いよいよになってアルコールの専門医とか精神病院にかかっている人は大体4万人。依存症の患者さんの5%しかいないんです。問題飲酒者まで含めると、問題飲酒者は何をもって問題飲酒者とするかということで違うんでしょうけども、問題飲酒者は200万人くらいいるかもしれない。そうしたら、その中の精神科やアルコール依存専門の治療とか相談を受けている人は4万人くらい。それではダメだと。なんとかしなきゃいけないというような流れが、さっき言ったアルコール基本法を作ろうという動きなんかになってきているんです。

かかりつけの医者では対処しきれない問題が起ると、救急病院が対応するんですが、そこでも「依存症者は正直なとこ嫌われ者になってます」という。これは、さっき言った学会の時に救急病院の外科の先生が言ってました。いい外科の先生でした。僕よりも患者さんに優しいんだなこの人とは思えるような外科の先生ですけども、「救急病院ではアルコールは嫌われ者ですよ」、とはっきり言った。酔っぱらって言う事は聞かないし、手術しなきゃならないとなっても家族はどこにいるかも分からないしみたいな中では、緊急の事をしなきゃいけないとき対応しきれないと、そういうふうに言ってました。

ところで、昔はアルコール依存症の専門家は誰かといったら精神科医だった。精神科医がアルコールの専門家だったんです。ところが最近、精神科の病院や精神科のクリニックに行くと、精神科医が専門の所に行ってくださいと言う。依存症のプログラムとかやってませんよと。専門家の所に行ってください、と。今は医療、みんなそうですよね。昔は内科とあって、どこか調子悪かったら、みんな内科に行ったもんですよ。けども今は呼吸器科、循環器科、胃腸科、ちょっと内科行ったら、これ呼吸器だよみたいな。どんどん医療が専門分化して行って、その専門分化から外れてしまう人は宙に浮いちゃうみたいな感じがあるんですけど。依存症に関しても、精神科一般の医者はあまり依存症を診なくなっているみたいですね。依存症は、その専門家が診るんだというような流れで紹介されてきている。ある精神病院の院長先生と、この前たまたま会議で横に座ったら「山家先生、最近、依存症いなくなりましたよね」と言うんです。いなくなっているんじゃ

なくて、患者さんも色々な情報で選ぶようになってきたというような部分もあるかもしれませんが、アルコールは診ない、専門病院に行ってくださいという感じになってきている。どこにあるんだろうアルコール専門病院。僕の知っている限りでは北海道中に3つくらいしかないんじゃないかという気がします。それも札幌・小樽くらいですから、函館の人どうするんだ、稚内の人どうするんだ。アルコールの専門というのは、やっぱり精神科医はみんな、アルコールの専門家でなくてもいいけど、担当しなきゃいけないんじゃないかな、と僕は思います。ですがちょっと違った現状があります。

ではアルコール専門病院どうなっているかと。アルコール専門病院は医師不足なんです。特にアルコールをやりたがる医者がアルコール専門病院でも少ない。私の所にいたアルコール担当の先生も苫小牧の方に行っちゃいました。まだ手伝ってくれてますけど。それで旭山病院の精神科医はみんなでアルコール依存症診ましようよということになり、今は旭山の精神科医はみんな専門家とは言わないけども、でも来たらちゃんと診ますみたいな形にはなっています。まだまだ、もっと勉強しあうことが必要なんですけど。旭山の自己開示になりますが、スタッフも結構疲れてた。今日の旭山のスタッフはみんな元気な顔していて、なんだったんだろうかね、たぶんこういう所で疲れが癒されるんでしょうね。皆さんもきっとそうだと思いますよね。仲間と一緒にいると疲れが癒されますよね。

医療者(援助者)側の変化

- 病名が変わる、依存という言葉はなくなり「物質使用障害」となる。なぜ変わりこの病気への対処はどう変化するのだろうか？（ギャンプルは「人格と行動の障害」から「嗜癖行動障害」へ）
- アルコール欲求を抑える(かもしれない)新薬の登場
- 医師の専門性の細分化アルコールはアルコールの「専門家に」
専門家って誰どこにいるの？
- 自助グループへの信頼と期待

さて医療者・援助側の変化ということをもう少し話をしなきゃいけないことがあります。実は病名が変わるということなんです。依存症という名

前が変わってきそうです。外国でなんです、物質使用障害という病名に変わっていきそうです。もう一つ医療者側の変化としては、アルコールの欲求を抑えるかもしれない新薬の話題があります。もうアメリカ・ヨーロッパでは使われている薬です。こういう薬が日本でも使えるようになってくる。アメリカやヨーロッパではずいぶんたくさん症例を通して、効くんだと言ってるんですけど、そういう新薬が登場した時に、問題飲酒者・アルコール依存症の患者さんに対する治療のやり方、病院の治療のやり方をどういうふうに変えられていくのか、変わっていくのか、変えることができるのか、そこがちょっと僕分らないんです。このことを考えているうちに朝までになっちゃって、今日の資料が出来なかった。

医師の専門性、アルコールはアルコールの専門家に。これはさっき言ったように、専門家といったところでどんな人がどこにいるんだろうというようなことをもういっぺん考え直さなきゃダメなんです、コメディアルの人たちに専門家と言ってもいいような人がどんどん出てきているとは思いますが。看護師さんとか、ソーシャルワーカーとか、心理士とか、作業療法士とか、それに比べて医者の人パワー低下は困ったもんです。

あと、医療援助者側の変化として、自助グループへの信頼と期待というのは、ここにちょっと入れなきゃならない。信頼と期待といったらカッコいいかもしれませんが、お国はここの方が安上がりで効率がいいと考えているかもしれない。病院に入院させて、病院で大した治りもしないのに、そこで一生懸命治療費を払っているよりは、自助グループとか、それから回復者施設とかの回復プログラムを利用していくという形で治療費を使った方が、はるかに効果的だし安上がりにつくだろうと。効果的だという考え方というのはとても大事で、これは前向きでいいんですけど、そこに安上がりというのがチラチラ僕には見えるんですよ。そういうふうに言われてもしょうがないくらい病院が依存症の治療に対して力がなかったという、そういう評価だと思うんですけどもね。ただ、こういう自助グループがどんどん依存症の治療の役割を担っていくんだと、さっきもスタッフ言っていましたね。気になるのは回復者施設のカウンセラーは二つの帽子をかぶってるんで

すよね。本人である事と、それから専門家であるという、それを両立させていくのは本当に難しいだろうなということ。

私の外来通ってた依存症の施設のスタッフやっていた人も言っていました。ミーティングが利用できなくなる。ミーティングの場で、どうしてもメンバーみたいな形じゃなくて、支援する専門スタッフの役割をしなきゃならないんだという意識がでる、それに縛られてそういう話の聞き方しかできなくなったり、周りからそういう目で見られるという意識とで、自分はミーティングがうまく利用できない、ミーティングから離れてしまったら頭がおかしくなった。昔の考えがぶり返ってきて駄目になっちゃうと。おまけに書類を書くのが結構時間も神経も使うんです。仕事として公的なお金をもらうということには、手続きや書類作りが大変、僕も書類書きに時間を割かれてしまう。

アルコール依存症

何を病んでいるのか、何をなおすのか？

- 1850年 慢性アルコール中毒
毒にあたった体を治す
- 1900年 アルコール嗜癖
悪い癖を治す
- 1950年 アルコール依存
必要としている身体と心、生き方を治す
- 2013年 アルコール使用障害
飲み方を治す？

さて、さっき依存症が使用障害という病名に変わるという話をしましたが、アルコール依存症というのは病名がずっと変わってきた病気なんですよね。最初 1850 年に慢性アルコール中毒という名前をつけられています。これ食中毒の一種という考えからですかね。食中毒、体治せばいい。毒キノコは一度食べてひどくなったら、あとは二度と食べないだろうみたいな発想で、食中毒を治す感覚で慢性アルコール中毒という病名で治療をしようと思った。だけど治ったらまた飲む。それで、これはアルコール嗜癖という悪い癖があるから飲むんで、悪い癖治さなきゃならないんだみたいな形で、1900 年代からアルコール嗜癖という病名になりました。日本ではあまり嗜癖という言葉、アルコール嗜癖という言葉使われませんでしたけど、慢性アルコール中毒という病名がそのま

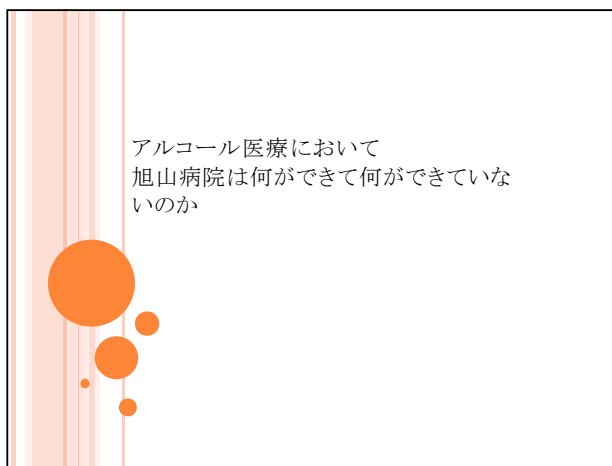
ま 1950 年くらいまで続いてましたけども、とにかくアルコール嗜癖という病名は、悪い癖だから悪い癖を治すというような治療をしようという発想です。けども悪い癖だと思って罰を与えても、罰は酒の肴になるみたいで罰を与えられれば余計に飲むとか、自分に自分で罰を与えるように、死刑を与えてしまうみたいな感じで自殺してしまう。それでやっぱり悪い癖とも違うだろうという中で 1950 年にアルコール依存という考え方が登場してきました。

必要としている体と心と生き方を治すんだという発想。この発想で、どんどん回復者が出てきた。この発想法で、実際具体的にどう治療をしたかというのと、やっぱり AA の 12 のステップを基本としてきましたね。それまでは社会の嫌われ者で一生治るはずのない病気だと思われていたのが、どんどん回復者を出してきた。そういう歴史があって、50 年間隔で病名が変わってきましたから、2000 年になってもそういう新しい病名の話が出てこなかったから僕はこれ変わらないと思ったんですね。依存症という診断名で。これで続くのかなと思っていたらアルコール使用障害という病名が登場してきました。なんにも言っていない病名のようにも感じます。

中毒というのは毒にあたってる。だから毒に当たったら体治すんだし、嗜癖は悪い癖という捉え方で悪い癖治そう。依存というのは体と心が必要としているから、それを必要でなくしようと。病名にメッセージがちゃんと込められているわけです。ところがアルコール使用障害というのは、どういうメッセージがここに入っているのかよくわからない。使い方が悪いということですね。使い方を良くしろという、そういうことかもしれない。それとも、ひどいアルコールの使用の仕方、その結果として障害なんだという、そういう病名なのかもしれない。そのへんも僕まだよく分かってませんけども、病名が変わるなら治療法が変わりますからね。今までずっと歴史がそうでした。

だから病名が変わるという事は、これからまた治療法が変わっていくことになるんだと思います。それに対して、支援する側がどういうふうにつき合っていくのか。そんなのに付き合いきれない今までそおりの考え方で行くという人もいますでしょうし、そのあたりのことを考えていかないといけない、ここ数年はそういう大変な時期にな

るんだろうなと思っています。



旭山病院アルコール医療の現状

- 総病床379床、7病棟。
- アルコール専門病棟(開放病棟36床)でARP
- 専門外来(予約制)
- アルコールグループデイケア
- アルコール家族会
- 訪問看護

さて、旭山病院の自己開示が残っていました。アルコール依存症専門病棟がありますが、そこでは何が出来て、何が出来ていないのかということをお話しないといけない。旭山病院、総ベッド数が379床あって、アルコールの専門病棟というのは里浜方式というのでやって、50床と30床、合計80床ぐらいの閉鎖と解放でやってた時期がありましたけど、今は36床。そんだけ患者が減ったかと言ったらそうでなくて、アルコール病棟でアルコール治療をやる人がどんどん少なくなってきて、他の老人病棟だとか、身体参ってる人の病棟だとか、幻覚・妄想でどうにもならない人の精神科の閉鎖病棟だとか、あっちこっちに患者さんが散らばっているんです。散らばっている患者さん全部ひっくるめると、やっぱり依存症の患者さんというのは今、旭山病院の中では70人から80人くらいだと思います。

ただ専門病棟で専門プログラム、僕らはAAのステップを参考にしながら回復のイメージを作っているのですが、そのためのプログラムになん

とか参加しようとしている人というのは半分もいないということになるわけです。でもなんとか外来や、依存症グループのデイケアとかでも回復の援助を続けています。

アルコール依存からの回復のプロセスと専門病棟の役割

- ① 問題に直面する
- ② アルコールからの離脱、解毒
- ③ アルコール依存症についての理解を深める
- ④ 直面している問題がアルコール問題だと気付く
- ⑤ 回復できることを信じる
- ⑥ 回復のための方法を続ける

患者さんは①～⑥を行きつ戻りつしながら回復していく
「AAの理解する疾患モデルと回復の12ステップと一致」
私たちのアルコール専門病棟は③④⑤のプロセスへの援助を
主な役割として考えて作られた。

アルコール依存症の回復。どういうふうに回復していくかという事なのですが、アルコールの問題にまず直面しなきゃならないと考えてきたのですが、なかなか直面するのは大変なんですよね。それこそ、警察に捕まった時にちゃんと貰い受けに行く医者なんかいたら本人自覚できないですからね。

共依存という問題があります。保護的な奥さんやお母さんがいて世話をしたらいつまでも本人何とかなると思ってしまう。本人に問題を返していくというようなやり方をしなきゃならないんです。それにしても酒をいったん抜かない事には回復はスタートできないし、アルコールでガタガタになった体に何かあったら、それも治さんと本人回復に向かっていく力がないだろうと思うと、保護的に付き合わざるを得ない時ってありますよね。そうやって、体ある程度治して、自分の直面した問題について、振り返ってアルコール依存症についての理解を深めるというのが次の段階だろうと。それをやって初めて本当に直面している問題がアルコールの問題だったんだな、世の中不景気だからだとか、女房が悪いからだとか、そういう問題ではなくて、酒の問題なんだなと。

ここまでやって初めて改めて気づく。気付いたところで、患者さんによっては、どうせ俺は酒止められっこないからみたいに諦めてしまう人もいるんですけども、回復できるということを信じてもらわなきゃならない。回復できる人もいるんだなということを信じられるようになったら、次に

その人のやった回復の仕方を自分も真似てみたり、自分なりに回復の方法を続けるということをして、こうやってアルコール依存症は回復していくんだというのが、これは旭山病院だけではなくて、日本の中でアルコール医療をやっている病院はそこそここんな感じでやっているんだと思います。これは言ってみればAAが理解するような疾患モデルと回復の12のステップとたぶん大枠では一致しているんだと思うんです。この中で、アルコール依存症についての理解を深め、直面している問題がアルコールの問題だというふうに気付いてもらうのがアルコールの専門病棟の一番大事な役割なんだろうと考えて、それが出来るようにバックアップしているのが旭山の専門病棟でやっていることです。

新規受診相談、依頼があったが不調、相談継続となったケースの理由

- 本人に受診意志がない、確認できない
- 酔っている最中での相談
- 身体合併症への対応困難
- 個室、保護室等の治療環境を用意できない
- 救急に対応する医師の不在
- すでに他院に精神科治療者が存在
- 遠隔地

そういう旭山病院のやろうとしていることなんだけども、患者さんや社会のニーズに応えられないことがとても多いんです。家族や職場が困っていても本人が受診する気がないとか、本人どう思ってるか分からないけどとにかく病院でなんとか閉じ込めて下さいみたいな、まだそういう役割も期待されます。ですけど、すぐに対応できない。酔っている最中での診察は難しいです。だけでも、自分では酒を切れない病気だというふうに先生言うじゃないかと。酒を切れない病気なのに酒を切ってから病院来いって何事だ、と怒られますね。

合併症への対応も大変。身体について十分な看病ができるような病院でまず診てもらわなければ駄目、今旭山病院で入院したら死んじゃうよとか、身体症状中心のそういう患者さんにも対応できない。あとはこれは病院の構造の問題ですけど、精神科を利用する患者さん達も、自分の入院

生活環境を、いい環境じゃないと入院してやらないぞみたいな要求にも旭山病院は応えきれていない。

プライバシーをちゃんと守れるような治療環境じゃなきゃ入院しないというような患者さん達の人権意識も高くなって、個室を希望する患者さんがどんどん増えてきている。精神病院の経営というのは個室いっぱい作っていくと赤字になっちゃうんです。旭山病院も必死で個室を増やしていつているんですけど、全然追いつかない。

それから遠い大変ですよ。稚内とか。紋別とか。でも仲間の中で回復するという発想があるので、こっちに来て仲間、来てる間に作ればいいけど、作れないまま帰っちゃたらまた孤立してしまうもんねみたいな、そんなことを考えると受診希望を断ってしまうことがありますね。

旭山病院なりの工夫(精神病院が)できるようになるべきこと

- 正確な診断（こころと身体、生活のすべてに対して）
- 精神的な合併症の存在を考慮した病棟づくりプログラムの整備
- 回復のプロセス①、②への援助への取り組み
 - ① 患者の支えてになっている人への援助、指導
 - ② 離脱、解毒への対応力の強化
- 回復支援施設との役割を分担できるような情報の共有と協力
- 依存症予備軍（プレアルコールリック、乱用者）への対応力強化

こんなアルコール依存症を取り巻く状況の変化、そんな中で、旭山病院はこれからどうしなきゃならないかということ考えているのですが、今一番必要なのは正確な診断をするということ意識しています。体の合併症はどうなっているか。それから、心の合併症。それこそ発達障害とかウツだとか、統合失調症だとか、いろんな他の合併症。最近は認知症がどんどん進んできているような患者さんもいらっしゃる。そういうのをきちんと診断してあげる。ここで言う診断というのは病名の診断だけではなくて、この人は生活の中で何が出来て何が出来ないのか。どういう問題を抱えているという生活レベルでの診断ということですが、病院がきちんとしなきゃいけない。診断を確定するための入院というのにも必要んじゃないかなというように思っています。

診断確定しない間にいろんな合併症を抱えな

がらの入院生活をするような患者さんも来るわけですから、精神的な合併症があっても、アルコールの勉強が出来るような病棟や、そういう人が参加出来るプログラムというのをなんとか作れないかなみたいなことを今やろうとしています。

あとは回復支援施設との役割をどう分担するかですね。情報の共有と協力、そのためにこういう自己開示しているわけです。旭山にはいろんなグループがメッセージを運んできてくれているので感謝しています。メッセージミーティングは参加を患者さんには強制していないので、参加者が誰もいないなんてこともしょっちゅうあるので申し訳ない気持ちになります。お互い様みたいな関係がもっと作られなければならないと思っています。

最後の話になりますが、依存症予備群。プレアルコールリックとか乱用者とも呼ばれるんですが、この人達への対応を強化することを工夫しなければなりません。これは今、国全体で取り組もうとしていることなんですが、精神科医療は、旭山病院はどんなことができるのか、しなければならないのかを考えなければなりません。

旭山病院は問題飲酒者、依存症予備軍となった人達に何ができるのだろうか？

- 診断
依存症になっているのかどうか、合併症はあるのか、関連障害の重症度は
- 合併症の治療
- 関連障害回復への援助
- 節酒指導
Happyプログラム
- 断酒指導

結論から言うと、さっき言ったように、とにかく依存症予備群とか言われている問題飲酒者には、しっかりと診断してあげなきゃいけないと思っています。まだ節酒の可能性を追求したいと思っている人の心に沿って、応援できるのか断酒しなきゃダメということなのか、その辺をきちんと診断しなきゃいけないんですね。当然抱えている問題がなんなのかということについて伝えてあげなきゃいけない。それから依存症ではないけども、アルコール関連障害としての肝臓病や糖尿がひどいというような人にも参加しやすいアルコールについて学習できるようなプログラムが必

要です。依存症でなければ摂取が可能かもしれない。本人が摂取できるようになるような治療をしてほしいみたいな人が登場しそうなんです。これをどういうふうに進めたらいいのか、こういう人と断酒指導しなきゃならない病状になっている人の治療の両立、まったく今のところは白紙ですが工夫しなければならない。もう久里浜病院とか、国のセンターでは取り組んでいるので、そのへんのノウハウを勉強してやれる範囲でやってみようと思っています。

あとはハッピープログラムというのがあります。これは国立病院で作ったプログラムで、これは問題飲酒者、依存症予備軍に対してのものといってもいいプログラムですね。こんなのも参考にしようかなと思っています。こんなプログラムを学校だとか会社だとか、保健所だとか、内科の病院だとかいろんな所に提供してお酒の怖さについて学ぶ、これをどんどん進めていって、出来上がったアルコール依存症の患者に治療のお金かけるよりは、出来上がる前の予防でお金をかけた方がいいという、そういう発想がこれからお国の中ではどんどん動き出している、出てくると思いますね。

「依存症」に対する医療の対応

問題飲酒者の治療目標には「断酒」と「節酒」の二つの選択肢が用意されるべきでどちらを選ぶかは患者の意思を尊重すべきである。
患者の問題意識に寄り添う対応を続ける。

さて、こんな医療と、たとえば旭山病院とみなさんとはどんな「連携」が組めるのでしょうか？

この辺りではAAの疾患に対する基本的な理解の仕方や、AAの回復のプロセスとは、ぶつかる所が結構あるんじゃないかと思います。断酒会もAAを日本版にアレンジして発祥してますから、断酒会も完全断酒を目指さんきゃダメだみたいな事を強く主張しようとしていますよね。こういう節酒指導から入る治療が出てきて、こういう発想法で動こうとしている公的な機関や、病院と自助グループの皆さんとはどんな連携をすればいいのか。そこを今後考えていきたいなと、考え

ていかなきゃならない時になっています。連携と協力は絶対必要であると思ってますが、病気の考え方、回復の仕方等で両者のイメージしているのがズレてしまうとうまくいきません。どういうふうに協力しあえばいいのか、今までよりもっと互いに対する理解と尊重が必要になってくるんだと思います。時間がきました。今日はお話し聞いていただいてありがとうございました。

司会：先生どうもありがとうございました。それでは今までのお話の質問とか、例えば感想とか意見とかある場合、最後に全体ディスカッションの時に、それを出していただければいいかなと思います。午後のプログラムは1時スタートです。

<昼食休憩>

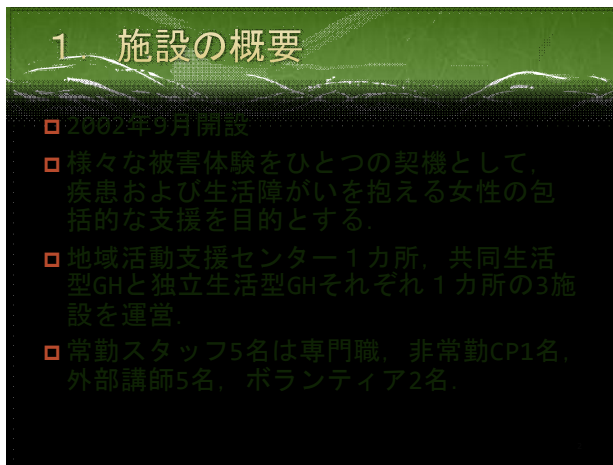
司会：時間がきましたので、これから午後のプログラムを進めていきたいと思います。では、午後の最初のお話になります。NPO法人リカバリー代表の大嶋さんお願いします。



皆さんこんにちは。NPO法人リカバリーの大嶋と申します。早速パワーポイントの資料に沿ってお話をしていきたいと思います。今日は、従来の施設がどのような特徴や機能を持って活動しているかということについてお話をしてほしいということでしたので、そのような観点から資料を作ってきました。

まず施設の概要です。今年で結成しまして10年が経ちました。NPO法人リカバリーという名前の由来は、精神障害者の方達が自分の抱えている病気と上手に付き合いながら、社会の中で一人

の人間として尊厳を持って生きていくというプロセス全体を“リカバリー”と呼ぶようになりましたが、そこからきています。



リカバリーは、2002年9月に当時運営委員会という形で任意団体としてスタートし、2004年の1月にNPO法人に認証されました。私自身のバックグラウンドは、ソーシャルワーカーです。

「リカバリー」は依存症の方たちだけではなく、様々な被害体験を背景にもつ女性の包括的な支援を目的とするというのが法人の理念ですし、援助の目標です。私自身は精神科の病院で12年働きました。今年で社会福祉実践に入りまして25年になりますが、病院で働いていた時よりも地域で生活支援を行うほうが長くなりました。今まで私がいろんなところで仕事をしてくると、疾患とか疾病概念の中だけでは解決しない生活問題、かといって既存の社会福祉サービスの体系の中には、後でお話しますが、障害者という法律の枠の中からはこぼれ落ちてしまう人達がおられることが分かってきました。

包括的な支援というのは、医療的なことも生活の場も、それからその人の生きていくための目標も、そして働く場や、ともに生きていく人の存在も、そういったものを全部含めて必要としていることをただサポートするのではなくて、生活全体の質を引き上げていくことをしたい。そういう場所が日本ではまだまだ不足しているという問題意識を持って立ち上げました。現在は、「障害者自立支援法」に基づく「地域活動支援センターそれいゆ」と共同生活型のグループホーム「リカバリーハウスそれいゆ」、そして独立生活型のグループホーム「ステップハウスそれいゆ」の計3カ所の施設を運営しています。

「障害者自立支援法」ができた時に、サービスを受ける人が一定の自己負担を払うという応益負担が始まりました。私は、例えば美容室に行って髪の毛を切ってもらうようなサービスに対して費用を払う、こういうのを応益負担というのであって、様々な疾患や障害を抱えるが故に受けるサービスが、なぜ美容院で髪を切って貰う時のサービスと同じような位置付けをされなければいけないのかというのがどうしても納得できませんでした。なので、グループホームは「共同生活援助」という訓練等給付のために利用者が自己負担を支払うことになるので、移行にあたり非常に躊躇しました。

それに対して「地域活動支援センター」は自治体の裁量で補助金を給付する事業であるため、たとえば障害区分認定を受けない人でも使えますし、あるいは病院、クリニック等にかかっている方でも何らかのメンタルヘルスの課題を抱えているという事が認定されますと使用できる、そういう形態になっています。また、日中活動を通じて、その人が自分の生きがい作りをする、そこから他の社会支援とつながっていく事をサポートするといった、内容的には比較的緩やかな縛りの中で運営できるというのが特徴です。なので、何とか「地域活動支援センター」として運営を続けてきたわけですが、来年度から「就労継続B事業所」に変更を考えています。

メンバーの就労支援はもちろん重要なサポートだと思います。しかし雇用環境がものすごく厳しいなかで、それを変えられないまま様々な困難を抱える人が、その方の努力だけで仕事に定着するのは、はたして本当の支援になっていくのかという思いがありました。実際に就労移行支援事業所を2年使った方が、その後どの程度職場に定着されているかというデータを見てみますと、その半数以上辞めているということです。こうした現実を国はなかなか言わないというなかで、今のところ就労継続B事業所を選択しました。最終的には就労継続Bの事業を通して、社会の中に新たな働ける場を設立していく、これを企業さんとういうふうにコラボレーションしていけるかという事を模索するために開設します。

現在法人全体で働いているスタッフは、常勤が5名です。非常勤で臨床心理士が週に1度来てくれています。これだけの事業を5人でやるのはと

でも難しいので、たくさんの外部講師の人達にお手伝いをいただいています。外部講師の方達はどんな事をするかというと、「地域活動支援センターそれいゆ」で、私たちが“プログラム”と呼んでいるグループワークを各領域の専門家の方達が支えてくださっています。例えば、創作活動というのがございますが、これは織物等、それから手仕事ということで、パッチワークを作ったりとか、それからその人が使いたい日常の小物を作ったりする、そういうプログラムがございます。このプログラムは、当初から織りをずっとやっている、私達からすると作家さんと呼びたいかなと思いますが、その先生に来ていただいています。また、3年前からネイルというプログラムをやっていますが、ネイルアーティストに担当していただいています。あるいはボディーワークと言いまして、体に記憶している様々な外傷体験をどうやって身体から開放していくかを扱う専門職スタッフなど、いろいろな方達の支えでこの三つの施設を運営しています。

2 利用者の特性

- 現在は利用者のおよそ6割に嗜癖問題がある。嗜癖対象は2つ以上であることが特徴。嗜癖問題と他の精神疾患や知的障害や発達障害が重複するために、教育やSHGへの参加による行動変容という従来の援助枠組みでは対応が難しい。
- 4割は気分障害、統合失調症、発達障害などでかつ被害体験があり、アタッチメントに関する混乱が大きい。

次に利用されている人ですが、開設した当初は、嗜癖問題を抱えている人が多かったです。アルコールや摂食障害、薬物依存が中心ですが、開設当初は覚せい剤よりも睡眠薬、処方薬の乱用が多かったと思います。特徴としては、嗜癖の対象が複数にわたり既存の依存症治療にはうまく乗らない方が約6割です。残りの4割は、気分障害、統合失調症、最近では発達障害の方々です。そして気分障害や統合失調症の背景に被害体験があります。ひとくちに被害体験といってもいろいろですが、一番多いのは身近な方からの暴力被害です。

ですから統合失調症の再発予防をするというだけではなく、暴力被害の体験を抱えながらどう

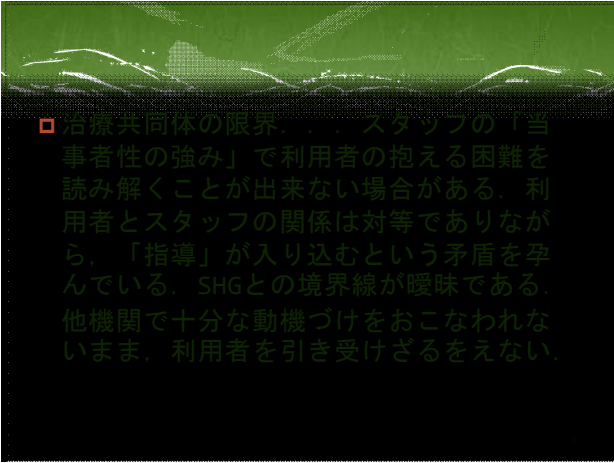
生きていくかが重要な課題となるような方達で、アタッチメントに関する混乱が大きいです。自分に対する暴力を愛着と取り違えてしまう。つまり、殴られることで自分は心配されているというふうに取り違える、親切にしてもらったからセックスでお返しをするということで、温かく穏やかな人間関係というのが本人たちには馴染みがないのです。

3. 従来の援助における限界

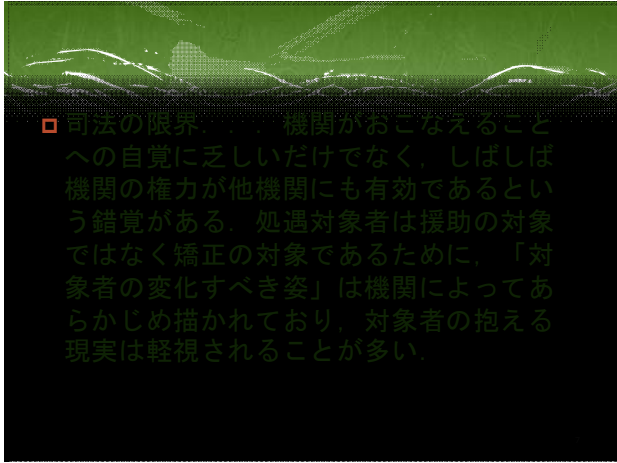
- 医療機関の限界。価値の多様化を背景とした集団としての凝集性の低下、集団処遇の利点を生かしづらい。（宮川2010『アルコール依存症の心理社会的治療』精神科治療学25, 62-65）
- 中年男性をモデルとしたプログラムをそのまま女性に援用することの問題点があるにもかかわらず、個別化出来ない。断酒や断薬の結果に焦点をあてており、プロセスにおける変化を過小評価。しらふになった先の治療枠組みが曖昧。

次に、関わる人達が努力をしてきたけれど限界が生じているという事を4枚くらいのスライドでお示しました。まず私が考える医療機関の限界です。日本でアルコールの専門治療が始まってから30年ほど経ちますが、集団力動を使った患者さんの変容というのは非常に難しくなっている。けれどもこれに変わるプログラムはまだ確立されていない。久里浜アルコール症センターでは、高齢者や女性、内科疾患を抱える人や入退院を繰り返す人など、患者さんの特性に対応したプログラムを並行して行っているそうですが、これは独立行政法人だから可能ではないか。つまり一般的な精神科病院ではこのような形態をとることが困難だということで従来の治療プログラムが限界に来ているということです。

次のスライドは、治療共同体の限界です。いわゆる当事者がその体験を基盤として同じ体験を有することの強みを生かした支援をしていくのが治療共同体です。一般市民には自助グループと混同されていることが少なくありません。非常にわかりにくい。また当事者性の強みは行為の裏表で、スタッフが当事者ゆえに抱えている脆弱性が前面に出てきてしまいますと、それが治療共同体に大きな影響を与えるというリスクも抱えているという意味で、ある種の限界があると思います。

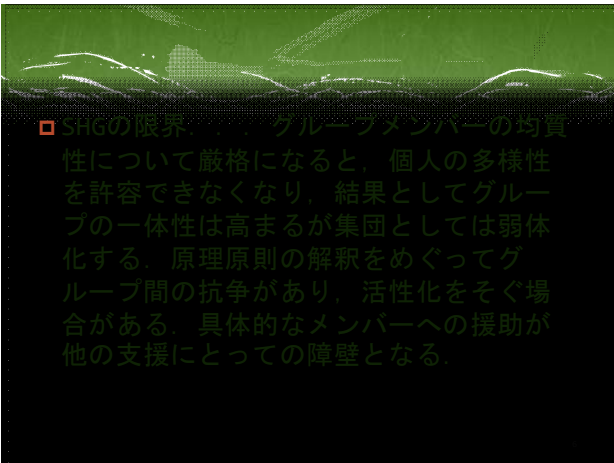


□ 治療共同体の限界：……スタッフの「当事者性の強み」で利用者の抱える困難を読み解くことが出来ない場合がある。利用者とスタッフの関係は対等でありながら、「指導」が入り込むという矛盾を孕んでいる。SHGとの境界線が曖昧である。他機関で十分な動機づけをおこなわれないまま、利用者を引き受けざるをえない。



□ 司法の限界：……機関がおこなえることへの自覚に乏しいだけでなく、しばしば機関の権力が他機関にも有効であるという錯覚がある。処遇対象者は援助の対象ではなく矯正の対象であるために、「対象者の変化すべき姿」は機関によってあらかじめ描かれており、対象者の抱える現実には軽視されることが多い。

3 番目はセルフヘルプグループです。一貫して当事者の人達の回復を支え、メンバーがどんな状況であってもこれを受け入れるという非常に度量の深い土壌です。私自身は、嗜癖(アディクション)からの回復になくてはならないものの一つだというふうに思っています。しかし今、セルフヘルプグループは非常に大きな危機の状態にあるという認識をしています。それはなぜかというと、自分達の均質性や同一性というところをあまりに強調すると、集団の凝集性は上がるがメンバーは限定されるのです。排他性も高まります。彼らが使う 12 ステップというものは、誰が読んでも同じ理解に達すということでないところに 12 ステップの奥深さがあるわけで、そうすると人間ですから、理解・解釈の違いがでてきて、この解釈の違いをめぐるさまざま亀裂があるかのように私からは見えています。



□ SHGの限界：……グループメンバーの均質性について厳格になると、個人の多様性を許容できなくなり、結果としてグループの一体性は高まるが集団としては弱体化する。原理原則の解釈をめぐるグループ間の抗争があり、活性化をそぐ場合がある。具体的なメンバーへの援助が他の支援にとっての障壁となる。

ではこうした限界をどうすればいいのかということですが、それぞれが一生懸命頑張っているのになぜうまくいかないのかという時に、嗜癖問題は個人の問題というようには捉えないことが重要です。本人が嗜癖という形で行動化しなければいけなかったかという背景に、様々な社会的な要因があると思っています。ですから、その社会的な要因を見ないで本人の自己責任というのは、筋が違う。社会がそれに対してきちっと責任を取れてないことの現れだろうと思います。この事をどういうふうに社会全体に知らせていくのかというのが、私自身のこれからの使命であると考えています。

それともう一つは、嗜癖が止まると本当に辛い戦いが始まっていくというふうに思っています。今まで嗜癖行動で見えなくなっていたものをもろに見ながら、もろに感じながら、体でそれを感じつつ、その状況に踏ん張っていかなければいけない。そういう人達にとって、暮らすという事がどんなふうに困難なのかという視点は、今まで欠けていました。ですから、ただ止めればいいのかではなくて、止めて苦しい中でどう暮らしていくのかという視点、それをとても大事にしていかなければいけないと思っています。ですから「それいゆ」という場所は、依存症の方もいれば、ウツの方もいます。ですので、集団の均質性は低いことになります。たまたま縁があって同じ屋根の下で暮らしています。病気も違えば背景も違います。年代も違います。ですから最近「それいゆ」で目指しているのは、集団の均質性や同一性ということよりは、たまたま縁があってその場に集う、「場の共同性」を保っていくということです。

5. それいゆの取り組み

- 生活場面の詳細なアセスメント
- 集団処遇と個別面接の併用。... 集団規範の内面化と個性の担保による自我の成長への働きかけ。アタッチメントの混乱に対する援助。
- 社会との接点を意識しながら「通過していく」存在としての施設。... 修了後にいつでも相談出来る関係性を保持。
- ロールモデルとしてのスタッフと外部講師。

私達のところでもできることは非常に限られています。その人が生きていくにはどんな要素がもう少し増えていけば、暮らしやすくなっていくのかという事を本人に伝え、それを集団の処遇と個別の指導で補っていきながら「それいゆ」を通過させていく事を大事にしています。私たちはスタッフと外部講師は、さまざまな個性が、それぞれ社会で生きる人としてのロールモデルです。つまり何が健康かというのはなかなか線引きが難しいところですが、彼女たちにとっては、例えば働きながら子どもを育て家の中がざっと片付いているということも、身近に経験出来なかったことだったりすると、そういう事をどのようにして両立をしていくのかということを見ることで、いろんな形のメッセージとして受け取っていくようです。

6. 変化する対象者像

- 暴力が蔓延する家族の第3世代が援助場面に登場。
- かつての利用者は第2世代(1970年代生まれ)が中心で、現在は1990年代生まれが増加している。
- すでに社会から疎外されている、もしくは孤立した家族のなかで育ち、「暮らしのありよう」が想像出来ない→援助ゴールの設定が難しい。

今「それいゆ」は1990年代生まれの方達が利用者の中で増え始めています。暴力や嗜癖など問題を抱える家族の第3世代です。ですから、お父さんやお母さんにアルコールの問題がなくても、おじいさんがアルコール依存症ですとか暴力が

家族のなかで日常的という環境にあって、それを生き延びてきたお父さんとお母さんが、今度は体罰を含む暴言・暴力の中で子供を育てます。彼女達は学校でも家族のなかでも居場所をうまく見つけられず、自分の存在価値を疑うようになります。私たち援助者にも彼女達の暮らしのありようがイメージできないような、そういった人たちが学校からドロップアウトして、あるいは卒業はしたけれど何をしたらいいのか分からずにたどり着くことが増えました。ですから、そういった方達に対して画一的なプログラムでいいのかということもありましたので、「地域活動支援センター」を残し、新たに「就労継続B型事業所」を開設して支援の機能分化をはかることにしました。働く事を強く意識しつつ、この社会の中で生きていこうとするための練習の場と、それから生きていくこと自体について、ゆっくり時間をかけながら考える“大人になっていく時間を過ごす場所”に、これからも対象者を受け入れていこうと考えています。

7. 施設の根拠法がもつ課題

- 訓練等給付のもつ問題点。... (1)精神疾患および障がいの可逆性を無視した一律のサービスに対する評価。(2)出来高払い制がマンパワーの確保にとってリスクとなる＝非正規雇用の創出。(3)受益者負担が残ることで「障がいの社会化」は条件付き。(4)障がい者の就労支援を唱ったはいいが、労働環境の劣化に関しては放置。

援助の対象は嗜癖問題を抱える人だけではないのですが、「障害者自立支援法」という法律を使っていますので、この根拠法が持つ課題をいくつか上げておきます。精神疾患および障害の可逆性を無視した一律のサービスに対価を支払うシステムにしたことに大きな問題があります。精神疾患というのは、疾患と障害が併存するという特徴を持っています。ですから、再発のリスクを最小限にするためのリハビリテーションを行いながらきめ細かい支援を組み立てる必要があるのですが、内容ではなく支援の日数と人数だけがサービスに対する対価の根拠となっています。また、これまで病気であるかどうかの診断をしてきた

基準も大きな書き換えが予定されています。これによって、医療の対象になる範囲が変わることも予測されます。また一番心配しているのは、「病者の自己責任」に代表される生活保護行政の改正に関する動きです。

問題点の2番目としては、福祉サービスに関する出来高払い制です。出来高払い制とは、利用された人数と日数に応じてサービス単価が支払われるというものです。しかし何人の人が事業所を利用されるかは、やってみなければ分かりませんし、あらかじめ事業所には利用予定人数に応じた職員配置が必要ですから、使う人が見込みより少ないからといって職員を解雇する訳にはいきません。つまり、そのリスクを事業所が負担する構造になっているのです。そうすると何が起こるかという、非正規雇用でスタッフを雇うようになります。それで本当にいいサービスができるのかということです。福祉の現場で働く人も労働者としてきちっと守られてしかるべきです。そうすると社会福祉の現場にマンパワーが不足というなら、きちっと補償してくださいということです。

8. 制度の矛盾に抗う運営

- 社会的排除に関するリスク調査(内閣府 2011~2012)に参加して分かったこと
- 3.11以後の社会と、安全や安心に関する意識の高まりが生み出す新しい運命
- Life Support→生活それ自体を支えるという取り組み
- Life Enhancement→生活の質を向上させ、利用者自らが生活を豊かに創造していくことを後押しする
- 社会のなかに多くの異業種仲間を作る

最後に、この法律では障害者にも雇用をというスローガンのもと“就労支援”をうたったはいいいけれど、いわゆる労働環境の劣化に関しては放置です。長時間労働や非正規雇用と正職員の格差、パワーハラスメントなどなど労働環境の劣化をこのままに残して、うつや再発が防げるのでしょうか。それも働く本人の自己責任なのでしょうか。こういった様々な矛盾があります。様々な矛盾にともすると負けてしまいがちになります。自分達だけ頑張っているのは無理なのではないかという気持ちになってきます。なので、小野寺さんがこういう会を今回企画して、何とかこれに負け

つばなしじゃ嫌だよね、何とかみんなと一緒に頑張っていこうという事を確認するために今日の研修会があるんだろうと思います。

昨年、大きな地震があつてから、私達はそんなに明日は、今日みたいな日が来るというそういう確固たる絶対的なものがあるわけじゃない中で生きているという事をもう1回確認させられました。ですから安全や安心ということに関する意識は、今すごく高まっています。でも一方で私達も不安なので、何か病気や障害を見つけると、そんな人達のお金と安心があるなら、こっちに回せという声も聞こえてきます。ですから私自身は、皆さんは初めて聞く言葉かも知れませんが、「それいゆ」がやっているのは、単にライフサポートしているとは思っていません。“ライフエンハンスメント(Life Enhancement)”というのですが、生活自体を支えるというよりは、生活の質を向上させて本人自らが自分の生活を豊かに作っていく事を後押しするという、そういうことを行っていると思っているのです。なので、これは本当に依存症回復支援施設だけではできません。いろんな人の力を借りるべきだと思っています。

ところで私の次の目標は株式会社をすることです。そこで障がい者の雇用を創設するという事業に打ち出していくために、これからのむこう数年間は、事業者仲間をどれだけたくさん作れるかという事を、自分のミッションだと思って頑張っていこうかなと思っています。

司会：大嶋さんどうもありがとうございました。続いて、札幌連合断酒会のほうから福田さんお願いします。

福田：皆さん、こんにちは、札幌連合断酒会の福田と申します。実は、今回この研修会について札幌マックの小野寺さんからご案内をいただいたとき、はじめはお断りしました。札幌連合断酒会は、施設を持っておりません。やがては施設を立ち上げたいと思っておりますが、今の段階でのプラン・展望を具体的に用意していませんので、今回はご遠慮したいと申し上げたのですが、2つのテーマのご案内が御座いましたので、その意味合いにおいて今日ここに参加させていただくことになりました。

まず1つは、「自己開示」です。くわえて「回

復」の2項目で共有できる部分もあるとの認識から、本日の参加となりました。

断酒会と申しますのは、今から50年程前に四国・高知県で松村春繁さんが四国行脚を始める時に由来します。その後いろいろな経緯を経まして、北海道にも約40年前に断酒会が誕生しました。私の所属する札幌連合断酒会は、今年で43年目になります。現在の会員数は170名程で、私どもは「単会」と呼んでおりますが、札幌各地区に密着した形で23の断酒会があります。月曜日から日曜日まで夕方が中心になりますが、「例会」（断酒会活動・酒害相談）を開催し、昼間においても4つの「例会」を運用し、地区のニーズに応える形で展開させていただいております。札幌連合断酒会の会員構成は50歳前後が中心になりますが、60歳代の方も3割〜4割くらいの割合を占めているかと思っています。マックさんなり、ダルクさんなり、リカバリーの大嶋さんのところと年齢構成が異なっていると思いますが……。今、札幌連合断酒会において顕著なのが、団塊の世代の加入です。退職後目標を見失って家に籠り酒びりになって、最初はタマの息抜きも良しとしてきた家族が、その進行の具合に驚いて急遽各方面に相談を持ちかけますが、なかなか適切なアドバイスが受けられない。当然本人も酒を止める気がない。ということで医療にもなかなかつながらない現状があります。札幌連合断酒会もご相談に対応していますがまだまだ不十分です。各地区の断酒会に紹介し、相談者が抱えている様々な飲酒問題、その背景にある生活問題、人間関係等断酒会の領域を超えているのが現実で、対応に苦慮しています。私が断酒会に入りまして11年を超えましたが、当時のアルコール依存症者と今の依存症者とは、かなり変容してきています。単純にアルコール一筋という依存症者の方が少なくなってきました。表面的にはアルコール問題なのですが、その背景には実は薬物が隠れていたり、ギャンブルが隠れていたり、様々なアデクションが見え隠れしています。その場合、断酒会のアルコール問題だけで対応できるかというと、これは後で話しますが不可能に近いと認識しています。各医療機関にもご連絡、ご相談申し上げますが、十分な手応えを得るには至っておりません。先ほどお帰りになりました山家先生にも、随分とご相談申し上げます。残念ながら緊急時の対応において

は充実しているとは思いません。中には理事長の権限が強い病院では、理事長の一存で緊急的に対応していただけることもありますが、それに伴うリスクも当然ついてきます。以上のような現状の中で、札幌連合断酒会は、断酒から出発しましたが、出口が断酒のみで良いのかという疑問に直面しています。断酒したなら何らかの形で、その人が生きがいという支えを持たない限りは、いずれは又アルコールに依存することは明白です。複雑に入り組んだ原因をどう解きほぐしていくのか。今、札幌連合断酒会は様々な実験をさせて頂いています。今月10日、白石区・本郷町の町内会とも連携をさせていただいて、飲酒運転防止のキャンペーンに参加させていただいています。3年目になります。スナック、飲み屋さん等を訪問して、アルコール依存症者が飲酒運転防止をご案内させていただいておりますが、このような形で柔軟に市民活動と連動していくことも断酒会の使命であろうと確信しています。社会から隔離してしまうと依存症者の嗜癖が停止したとしても、社会に復帰する確率は低くなります。より多くの地域に根ざした活動を通して、市民のご理解をいただき、一步一步社会の中に戻っていく仕組みが実現出来ればと、断酒会としての展望と自信を再生するべく断酒会活動を展開している最中です。

現状について少しお話させていただいたのですが、先ほど申し上げましたように札幌連合断酒会は今後の施設設立を視野に入れています。日本全国で一万人弱の断酒会会員がいますが、愛知県・尾張、宮城県・仙台において先駆者として施設を運営している断酒会もあります。が、様々な現実の壁をクリア出来ない事実も多々あります。

その中でも最大の問題は社会に戻れないということです。戻ろうにも仕事がない。仕事がないれば生活も出来ない。当然家族もいない。やがて自暴自棄になる。自暴自棄になった時にまた嗜癖に戻らないという補償がない。したがってその悪循環をどこかで断ちきらない限りは、回復して社会で生きるものの確信と展望も持ちえない。結果として札幌連合断酒会が展開している、いかにより多くの市民の方にその意図を周知し、理解して頂くかにあります。単純な会員のサポートに留まらず市民の方と共存する方向性が確信出来たときに、断酒会もその存在意義を実感できます。

例会では、「酒害体験に始まり酒害体験に終わ

る」という指針をベースに運営しています。各自が自らの過去を振り返り、自分という人間がいかなる人間であったか。なぜアルコールを必要としたか。その結果何が起きたか、を酒害体験の中で自分を客観視する作業をしています。その作業だけでは人間再生に限界があるということ、この数年来痛感しています。単に断酒しても断酒継続する意欲、生きる意欲を保持しない限りは不十分であると、仲間の失敗の経験を通して学習させていただいてきたからです。

今回、小野寺さんからありがたいお誘いをいただきまして、誠に札幌連合断酒会としてはPRできるチャンスを頂戴したと感謝しています。先ほどもリカバリーの大嶋さんからお話がありましたが、自助グループは単純に社会からサポートを受けるだけの存在であってはいけません。自助グループも一つの企業です。独自の経営体制、それに基づく展望を持たない限りは、結果的として社会に拱いて甘える段階で終わってしまう。その危険性故に多様な触手を伸ばしながら多様な機関のアドバイスを頂き、可能な範囲で札幌連合断酒会の目指す方向性が決まっていくと思っています。

最後に念を押すことになるかもしれませんが、断酒会の規範の中では自分の本名を名乗る事を是としています。姓名を名乗ることによってご自分の責任を負うという事が定義されています。しかし、今日の多様化する時代の中で、様々な情報が錯綜する中で、果たして自分の名前を名乗って参加する事が本当に意味があることなのか。会員からも疑問の声が上がっているのも現状です。現に就労している会員は多数います。職場においては断酒会会員の情報が漏れるだけで、リストラのリスクに晒されるケースも多々あります。そのような状況を打破するには、社会全体がアルコール依存症を認知し、理解して頂く必要があります。その理解を速やかに達成するためにも、一人でも多くの会員の社会復帰、それを訓練する施設の立ち上げが急務であると思っております。今日この場にお招きいただいて発信させていただいたことを感謝します。今後も各自助グループの交流を深め、連携しながら、ネットワークの目を小さくすることでずれ落ちる酒害者を少しでも減らす、そのような連動が機能したら、私共にとってもやりがいのある断酒会活動になると思っています。今

日は、どうもありがとうございました。

司会：福田さんどうもありがとうございました。それでは続いて、全体ディスカッションの前の最後のプログラムになります。もう一人、お話をいただくということで、北海道地域生活定着支援センター、札幌センター長の野村さんに講師として来ていただいております。では、野村さんよろしくをお願いします。

北海道における 地域生活定着支援事業の現状と課題



社会福祉法人 北海道社会福祉協議会
北海道地域生活定着支援札幌センター 野村宏之

野村：皆さんこんにちは、ただいまご紹介いただきました北海道地域生活定着支援札幌センターの野村と申します。依存症回復施設の職員の研修にお招きいただきまして大変ありがとうございます。連携がテーマの研修とお聞きをしています。私どものセンターは、3年目になりますが、悩みながら歩みを進めているところを今日ご紹介させていただき、皆様方回復施設の職員や、関係機関の方々のお声をお聞かせいただくことができるのではないかと思います。期待して本日まいりました。よろしくお願いします。

まずは地域生活定着支援センターについて説明いたします。前置きが少し長くなるかも知れませんが、まずセンターが何をやっているのか、どういう経緯で現在に至っているのかという概略をお話しいたします。

センター名前が長いので、定着支援センターと略してお話しいたします。まずセンター設立の経緯ですが、平成15年頃、今から10年くらい前ですが、刑務所の中にたくさんの障がい者、高齢者がいるといううわさが広まってきました。実際に受刑した人の手記、本が発表される中で、だんだん刑務所が福祉の最後の砦になっているという姿

が明らかになってきました。

1. 地域生活定着支援センター設立の経緯

1) 刑務所に戻りたかった…

- ・平成15年頃、刑務所の中にたくさんの障がい者がいるという噂が広がってきました。実際に受刑した人の手記が発表される中で、刑務所が「福祉の最後の砦」となっている現状が少しずつ明らかになってきました。
- ・「刑務所に戻りたかった」という受刑者の言葉は、関係者に大きな波紋を投げかけました。
- ・平成18年より田島良昭氏を研究代表者とする厚生労働科学研究「罪を犯した地域生活支援に関する研究」が立ち上げられました。



資料にある本が実際に受刑した人の手記です。山本譲司さんのお名前は、聞いた事がありますか。結構この世界では有名な方で、この事業のできたきっかけになったと言われています。この山本さんが書いた「累犯障害者」、「獄窓記」は、小説ではなく、ご自身が体験されたドキュメンタリー、ルポのような本になっています。この山本さん、衆議院議員になられた方で、議員秘書給与流用の罪で起訴され、実刑を受けました。実刑を受けるということは刑務所に入るということで、そこで山本さんの担当作業が同囚である受刑者の介護係でした。このような作業が必要なほど、高齢、障がいを持つ受刑者が多かったのです。その体験記を発表し、こうした事情が明らかになり、福祉のみならず関係者に大きな波紋を投げかけました。これをきっかけに平成18年頃、厚生労働省の研究事業で長崎の田島良昭さんを代表者とする調査研究、「罪を犯した地域生活支援に関する研究」が立ち上げられました。

この調査で明らかになったのは、司法と福祉の縦割りの壁が存在するということです。これまで司法サイド、福祉サイドの間では、受刑者に関する情報提供・連携はほとんどなく、障がい者や高齢者の福祉の支援を必要とする人が、刑務所を出所する際にも情報提供されませんでした。刑務所出所後、住む家がなく生活が直ちに始められない方が利用する更生保護施設という施設はありますが、絶対数が足りない状況にあります。このように路頭に迷ってしまう障がい者、高齢者のが多くいらっしゃる状況が明らかになってきました。

こうした縦割りの歪みとしてJR下関駅放火事件が2006年に起きてしまいました。

2) 「累犯障がい者」を生んだ司法と福祉の縦割りの壁

それまで法務サイドと福祉サイドの間では、受刑者等に関する情報提供・連携はありませんでした。障がい者や高齢者といった福祉の支援を必要とする人については、退所すること自体の情報提供もなく、更生保護施設に受け入れられたとしても、その後の福祉の支援は、皆無でした。こうした縦割りの壁が「下関放火事件」に象徴される「累犯障がい者」を生む原因になってきました。



＜ 高齢障がい者の再犯：下関駅放火事件 ＞
74歳男性。過去10回にわたり、服役をくり返してきた知的障害のある人。
2005年12月に刑務所を退所し、2006年1月7日の事件。半日前に生活保護の申請に区役所へ行くが「住所がないとダメ」と言われ、そこで下関までの切符をもった。
放火の動機は、「刑務所に戻りたかったから」…
男性は、現在刑務所に収監され、刑務所所在地の地域生活定着支援センターの支援を受けている。

下関駅に放火した方は、高齢の知的障がい者でありました。74歳、過去10回の受刑歴がありました。2005年12月に出所し、翌年1月の事件です。放火する半日前に生活保護申請のため区役所に行ったら、「住所がないから駄目です。住所が決まったら来てください」と言われ、下関までの切符代のみ渡されました。その切符で下関駅まで行き、火をつけてしまった。放火の動機は、「刑務所に戻りたかった」でした。火を付けたら何人も人が死ぬかも知れないという重大な罪であることを分かってやったのか、という警察の取調べでは「いつも火をつけて刑務所に入ったから、今回もまた同じことをした。おにぎりを取ることは悪いことだから、この前と同じく火をつけて刑務所に戻ろうと思った」と供述したそうです。

福祉のサービスにつながらずに刑務所を何回も出入りしているこうした方々を福祉の力で何とかできないかということになりました。ちなみにこの放火した方はまだ服役中で、私どもと同じある県の定着支援センターの支援を受け、出所後すぐに障がい福祉サービスにつないでいくため、調整が進められているとの話を聞いています。こうした累犯の障がい者、高齢者の支援に当っては、出所後に必要な福祉サービス利用までの橋渡し、つなぐ体制を整備する事が必要ということで定着支援センターが立ち上がりました。

この定着支援センター、国の制度になったのが平成21年度からで、今年で4年目となります。これまで定着支援センターは、出口支援、出所に向けての支援をさせていただいておりましたが、現在では、被疑者・被告人段階における支援、も必要ではないかということで、全国でモデル事業に取り組んでいます。その模様が先日の朝のNHKニュースで紹介されておりました。

3) 地域生活定着支援センターの設置へ

・研究を進める過程で「累犯障がい者」の支援にあたっては、退所後に必要な福祉サービス利用までの橋渡しを行う「つなぐ」体制の整備と、実際に支援を行う「受け入れ」体制の構築が重要であることが明らかになってきました。

・研究班では、厚生労働科学研究のモデル事業として行われた長崎県の社会福祉法人南高愛隣会(コロニー雲仙)での実践をもとに政策提言を行いました。これを踏まえ、平成21年7月より「つなぐ」ことを担う「地域生活定着支援センター」の制度化と、「受け入れ」の体制充実のための「地域生活移行個別支援特別加算」の設立に至りました。



4) 被疑者・被告人段階での入口支援

・平成21年度からは厚生労働科学研究「触法・被疑者となった高齢者・障害者への支援の研究」がスタートし、被疑者・被告人段階の勾留中や受刑に至らず不起訴処分・起訴猶予処分となった刑務所に入る前の「入口」の支援に注目した調査研究が行われています。

・矯正施設に代わり福祉的な観点から行う、障がい者の特性に合致した更生教育並びに法律職と保健・医療・福祉職等が連携した「良質かつ適切」な介護体制を確立することで、触法・被疑者となった高齢・障がい者の「再犯防止」及び「人権擁護」に寄与することを目的としています。



具体的には、罪を犯し、起訴され、国選の弁護士がつき、窃盗であれば大体2回くらいの公判で、懲役何年と判決が出て結審してしましますが、その前段で、この人は、知的障がいがあるのではないか、高齢により認知症が進んでいるから罪を犯してしまったのではないか、そういう方々が刑務所に入ってもらいよりは、福祉サービスを利用して生活をサポートした方がその方々のためになる。障がい者や認知症の高齢者に対応する矯正教育的なプログラムは、刑務所では殆ど行われていません。そういう状況から実刑を受けずに起訴猶予もしくは不起訴の処分として福祉につなぎ、福祉サービスを利用して地域生活を送ることで、更生のためのトレーニングを行うというモデル事業が始まっています。正直なところ、現在、出口支援で手一杯なので、この入口支援が入ってくると、私どもセンターの職員体制では少し辛くなってくるかもしれませんが、こうした動きが現在の定着支援センターを取り巻く現状として、報告させていただきます。

次に、罪を犯した障がい者、高齢者の現状についてです。まず、どれくらい福祉の支援を必要としている人がいるのかについて、円グラフと棒グラフをご覧ください。先ほどの厚生労働省の調査研究結果からの抜粋ですが、平成18年度時点で、新規受刑者の中で、知的障がいを持っている方

2. 罪を犯した障がい者・高齢者の現状

1) どれ位の福祉の支援を必要としている人がいるのか

- 平成18年新規受刑者数：
 - ・知的障がい者（疑いを含む）22.9%
 - ・高齢者（65歳以上）7.2%



(疑いを含む)が22.9%いらした。何を持って知的障がい者というかについては、一般的にIQ69以下をそう捉え、大体4人に1人くらいの割合でした。高齢者は7.2%でした。現在、わが国の高齢化率は、北海道で20%を超え、大体5人に1人以上は高齢者という時代になっています。新規受刑者の65歳以上の占める割合は、一般の高齢率と比べて低いので、妥当な数字だと思われるかも知れませんが、大変なことが起っています。昭和59年から平成20年で9.2倍になっています。バブル崩壊、リーマンショックという景気動向に影響され、勾配が急になっている傾向があります。

また、お隣の韓国では3.5%、アメリカでは5.5%ですので、いかにわが国の新規受刑者に高齢者が占める割合が高いか際立っているのが理解できると思います。

次に、どのような罪を犯しているのか、罪名の状況です。横の棒グラフは、緑色が知的障がい、青色が高齢者で、どちらも第1位が窃盗、第2位が詐欺です。詐欺については無銭飲食、無賃乗車が殆どで高額の詐欺ではありません。犯罪動機をみてみますと、知的障がい者は、「困窮・生活苦」が36.8%でした。高齢者の犯罪動機を見てみると、男性は「生活困窮」でお金がなく、腹が減ってコンビニ、キオスクでおにぎりを盗んでしまったという状況でした。

2) どんな罪を犯しているのか

●罪名（高齢・知的障がい者ともに）

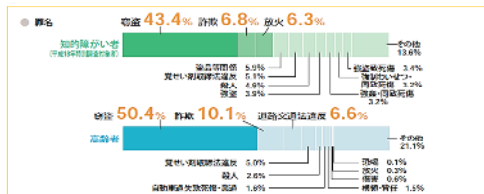
第1位：窃盗、第2位：詐欺（無銭飲食、無賃乗車等）

●犯罪動機

・知的障がい者：「困窮・生活苦」36.8%

・高齢者「窃盗」：男性「生活困窮」

女性「対象物の所有」、「節約」



女性は、「対象物の所有・節約」でした。私自身最初は理解できなかったのですが、よくよく聞くと、今コンビニで女性化粧品を売っています。この化粧品が欲しいと思うします。またトイレットペーパーがなくなったのでスーパーマーケットで買わなければならない状況にあるとします。手持ちのお金が今あるのだけれども、これで化粧品やトイレットペーパーを買ったら、当然ですが手持ち金が少なくなる。お金が少なくなるのが嫌なので盗ってしまう。女性ではこうした動機が多い結果が出ています。

3) なぜ罪を繰り返してしまうのか

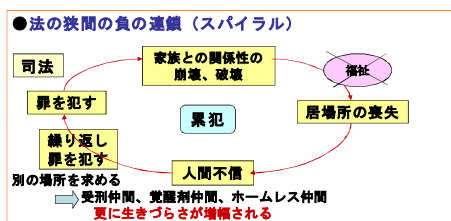
●退所後の支援の乏しさが原因

・仮出所率：知的障がい者20.0%、高齢者29.5%

・満期出所者の帰住先が未定・不詳・その他：

知的障がい者43.5%、高齢者51.0%

・1年未満の再犯：知的障がい者69.2%、高齢者49.3%



次に、なぜ罪を繰り返してしまうのか、についてですが、刑務所出所後の支援の乏しさが原因ではないかとおもわれます。累犯の障がい者、高齢者の場合、「法の狭間の負の連鎖（スパイラル）」の図にもあるように、罪を犯した時点で家族・親族との関係が壊れてしまう。法の裁きを受けて受刑し、出所しても福祉にはつながらず、居場所をなくしてしまう。受刑時の仲間や覚せい剤の仲間、ホームレスの仲間を頼ったりして、生活保護申請の窓口に行っても、住所がないから駄目と言われて、投げやりな態度になり、人間不信に陥る。そ

して空腹に我慢できずにまた窃盗をしてしまう。この悪い流れ（スパイラル）が止まらない状況が累犯者をつくり出しているのではないかとこの調査結果になっています。

3. 地域生活定着支援センターの概要

1) 地域生活定着支援事業とは

高齢または障がいにより、福祉的な支援を必要とする矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘留所、少年院を含む）退所予定者及び退所者等に対し、退所後直ちに福祉サービス等（障害者手帳の発給、社会福祉施設への入所など）につなげるための準備を、保護観察所と協働して進める「地域生活定着支援センター」を各都道府県に整備することにより、その社会復帰及び地域生活への定着を支援し、再犯防止対策に資することを目的としています。

平成23年度末、全都道府県にセンターが開設され、全国的な本事業のネットワークが構築されました。

次に定着支援センターの概要です。地域生活定着支援事業とは、「高齢または障がいにより、福祉的な支援を必要とする矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘留所、少年院を含む）退所予定者、退所者等に対し、退所後直ちに福祉サービス（障害者手帳の発給、社会福祉施設への入所など）につなげるための準備を、保護観察所と協働して進める地域生活定着支援センターを各都道府県に整備することにより、そうした方の社会復帰および地域生活への定着を支援し、再犯防止対策に資することを目的とする」、としています。やっこの春、全都道府県にセンターが開設され、全国のネットワークが完成しました。

●根拠法令

1 地域生活定着支援事業実施要領

（平成21年5月11日付厚労省社援発第0511001号）

2 地域生活定着支援センターの事業及び運営に関する指針について

（平成21年5月27日付厚労省社援総発第0527001号）

※参考法令

1 刑事施設、少年院及び保護観察所と地方公共団体、公共の衛生福祉に関する機関等との連携の確保について

（平成21年4月1日付法務省保観第206号／厚労省社援発第0401019号）

2 高齢又は障害により特に自立が困難な矯正施設収容中の者の社会復帰に向けた保護、生活環境の調整等について

（平成21年4月17日付法務省保観244号）

この事業は、国の補助事業で、各都道府県が実施主体となっています。北海道庁の仕事ですが、私の所属先でもあります北海道社会福祉協議会が、この事業を平成22年4月から受託していま

す。

3. 地域生活定着支援センターの概要

1) 地域生活定着支援事業とは

高齢または障がいにより、福祉的な支援を必要とする矯正施設（刑務所、少年刑務所、拘留所、少年院を含む）退所予定者及び退所者等に対し、退所後直ちに福祉サービス等（障害者手帳の発給、社会福祉施設への入所など）につなげるための準備を、保護観察所と協働して進める「地域生活定着支援センター」を各都道府県に整備することにより、その社会復帰及び地域生活への定着を支援し、再犯防止対策に資することを目的としています。

平成23年度末、全都道府県にセンターが開設され、全国的な本事業のネットワークが構築されました。

本道は広域のため札幌と釧路にセンターを開設しています。札幌センターは、この「かでる2・7」の3階に、釧路センターは、釧路総合振興局の2階にセンターを開いております。

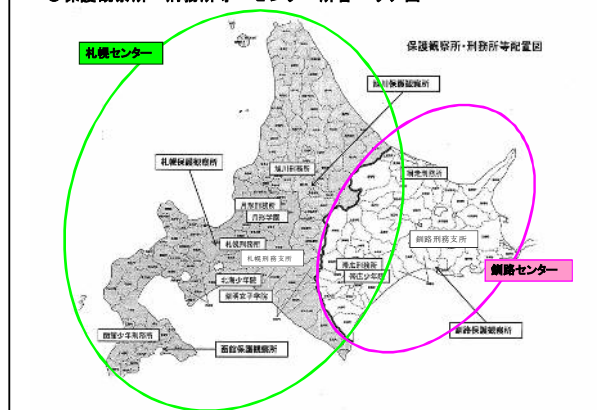
●参考：地域生活定着支援センター委託実施状況

・社会福祉法人	16
・都道府県社会福祉協議会	9
・都道府県社会福祉士会	8
・都道府県社会福祉事業団	7
・NPO法人	7
・都道府県直営	1
計	48

他の都府県における定着支援センターの実施状況は、一覧表の通りです。私ども道社協は、都道府県社会福祉協議会なので、表の9の中に含まれます。一番上の社会福祉法人とあるのが、これまでの障がい者施設、もしくは高齢者福祉事業を経営している法人です。都道府県社会福祉士会が8、都道府県社会福祉事業団が7、あとはNPO法人、都道府県直営というのが各という状況です。こうした実施主体がそれぞれ違うため、支援の進め方、関係機関との連携の方法など各都道府県によって、良くも悪くも特色がある、バラツキがある状況です。

次の図が保護観察所、刑務所、センターの所管エリアを一つにまとめたものです。保護観察所が、札幌、函館、旭川、釧路の4つ。刑務所、少年院も入れて12あります。

●保護観察所・刑務所等・センター所管エリア図



他県に比べて断トツに数が多いです。

3) 定着支援センターの5つの業務

①コーディネート業務

保護観察所からの「特別調整協力等依頼書」に基づき、矯正施設退所者等を対象として、必要な福祉サービスのニーズの内容を確認し、受け入れ施設等のあつせんまたは必要な福祉サービスを受けられるように申請支援を行う。

②フォローアップ業務

上記コーディネート業務により、矯正施設から退所した後、福祉施設等の利用を開始した対象者及び受け入れ先事業所に必要な助言等を行う。

③相談支援業務

矯正施設退所者または関係者からの相談に応じ、助言その他の必要な支援を行う。

④その他必要な支援業務

上記3業務を円滑かつ効果的に実施するために必要な支援を行う。

⑤啓発活動等

ソーシャルインクルージョンの実現に向け、積極的に周知・啓発活動を行う。

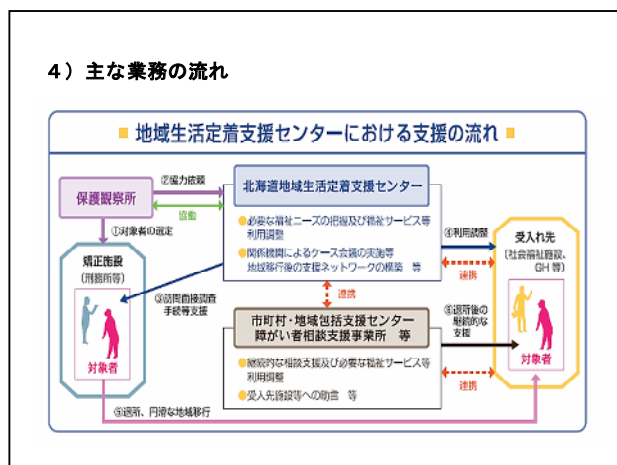


●北海道地域生活定着支援センター開設記念 地域生活定着支援事業研修会
(平成22年7月3日/札幌プリンスホテルにて開催)
※右写真、メイン講師「累犯障がい者」「黙忍記」著者の山本謙司氏

定着支援センターの業務ですが、①コーディネート業務は、支援対象者の刑期が終わるまで、受刑中の期間の業務を指します。刑期が終わり、出所してからの業務をフォローアップ業務としています。残りの刑期が少ない状況で、私どもセンターが支援する場合、コーディネート業務よりもフォローアップ業務の方が、多くの調整を行うこともあります。③相談支援業務は、正規のルート

である刑務所から保護観察所、センターに依頼を受けたケース以外のものを言います。ご本人や家族からの電話等での相談、関係機関・団体から、支援する側の職員からも相談を受けています。

④その他必要な支援業務、⑤啓発活動では、この事業は、まだ馴染みが薄い事業のため、積極的な周知啓発を行うことも重要な業務の一つです。資料にある写真がセンターを開設後、先ほどの山本譲司さんを札幌にお招きしてセミナーを開催した時の写真です。



次にパンフレットを開いて中央にあるのが、主な業務の流れの図です。一番左側から、矯正施設（刑務所、少年院等）で障がいがある、もしくは高齢であり、帰る先がない、定着支援センターの支援を希望する等の条件を満たす方が第1にセレクトされ、それから保護観察所に上申されます。ここで第2のセレクト、チェックがなされ私どもセンターに協力依頼という形できます。ここから支援が始まります。ここから具体的にその方に必要な福祉ニーズをつかみ福祉サービスの需要調整も行っていきます。受刑者を刑務所の外に引っ張り出して話をする訳にはいきませんので、センター職員が刑務所の中に乗り込み、本人と面接をすることになります。面接の内容は、刑期が終わって社会に出る際、どこの町に住みたいのか、どうい生活イメージしているのか等々、話し合って徐々に具体化していくわけです。

また道内の刑務所で受刑しているからといって北海道出身者とは限りません。むしろ道外出身者の割合が多い場合もあり、出所してから生活をする住居の調整をする際、希望地が道外の場合、たとえば東京に帰りたくなれば、東京都の定着支援センターに住居探しから生活保護や各種福

祉サービスの利用調整などを依頼する形となります。再委託のような格好です。本人の帰住希望地が道内であっても道外であっても、様々な調整結果を踏まえて本人と話し合いを重ねていくことになります。たとえば、ある福祉施設の入所調整をしていたのだけれども、ある事情で施設入所が叶わなくなってしまったとします。そのことを本人に正直に伝えて、次の別な施設を探していきます。決して本人の同意なしにセンター側で勝手に調整することをせず、本人と話し合いながら調整を進め、出所日に備えていくことがセンター業務の核となるところです。

本人との面接の積み重ねにより、支援の方向性を徐々に絞っていくと同時に、各種福祉サービスの利用調整もしていくわけですが、ここで重要になるのが「市町村」、「地域包括支援センター」、「障害者相談支援事業所」等の関係機関・団体、依存症の疑いがある方の場合、皆さんが所属されている回復施設・事業所との連携です。対象者の状況によって相談したり、場合によっては私どもセンター職員と一緒に刑務所まで面接に同行していただいたりしています。たとえば、この対象者は依存症回復施設に馴染んで、再犯せずに生活を再スタートさせることができるだろうか、そういったところの見立てをサポートいただいたこともあります。

次に実績と課題です。

4. これまでの実績と諸課題について

1) 平成22年度実績

●特別調整協力依頼件数：45件（札幌40／釧路5）

区分	件数 (%)	概要
高齢者	34 (75.6%)	●年齢：60代11／70代17／80代6 →平均年齢72.9歳 ●性別：男性28／女性6 ●要介護認定あり：1（女性）
障がい者	11 (24.4%)	区分 件数 手帳無 身体 3 0 知的 3 1 精神 8 3 ●年齢：20代5／40代1／50代3／60代2 →平均年齢41.9歳 ●性別：男性10／女性1 ●手帳無：知的1／精神3

平成22年度実績は、45件で、4分の3が高齢者、残りが障がい者という形でした。平成23年度実績は56件と若干増え、高齢者が4割、障がい者が約6割となり、障がい者数が高齢者数を逆転しています。

2) 平成23年度実績

●特別調整協力依頼件数：56件（札幌43／釧路13）

区 分		概 要		
高齢者	2 3 (41.0%)	●年齢：60代13／70代7／80代3 →平均年齢 71.2歳 ●性別：男性20／女性3 ●要介護認定あり：0		
	障がい者 (58.9%)	区分	件数	手帳無
身体		5	0	
知的		16	6	
精神		12	4	

次の表は、対象者がどこの刑務所で受刑していたかの内訳です。道内90件は、道内の刑務所から道内の保護観察所を通じて、依頼があったケースです。その下に道外とありますが、これは道外の刑務所で受刑し、その県の定着支援センターで支援を受け、北海道に帰りたいと希望する対象者がいた場合を指します。例えば盛岡少年刑務所4件とありますが、盛岡の場合は、面接は岩手県の定着支援センターが担当し、どういう施設がいいか探す役割が私ども北海道の定着支援センターとなります。

3) これまでの矯正施設別特別調整依頼状況等

●矯正施設別件数一覧

施設名	件数	高齢・障がい割合
札幌刑務所	40	高齢26／障がい14
札幌刑務支所	16	高齢9／障がい7
函館少年刑務所	10	高齢5／障がい5
網走刑務所	7	高齢5／障がい2
釧路刑務支所	6	高齢3／障がい3
月形刑務所	3	高齢3／障がい0
旭川刑務所	3	高齢2／障がい1
帯広刑務所	3	高齢2／障がい1
紫明女子学院	2	高齢0／障がい2
道内小計	90	高齢55／障がい35
盛岡少年刑務所	4	高齢0／障がい4
鳥取刑務所	2	高齢0／障がい2
高松刑務所	2	高齢1／障がい1
前橋刑務所	1	高齢1／障がい0
和歌山刑務所	1	高齢0／障がい1
黒羽刑務所	1	高齢0／障がい1
道外小計	11	高齢2／障がい9
合計	101	高齢57／障がい44

次が帰住先の状況です。数の多い順に「高齢者専用賃貸住宅」、「更生保護施設」、「病院」、「救護施設」、「障害者グループホーム」、次に「アルコール薬物依存症者回復施設」です。様々な所に私どもセンターが調整し、受け入れていただいております。一時期のみいた方もいれば、ずっと今でもいらっしゃる方もいます。お一人で三つも四つも受け入れ先を渡り歩く場合もあります。

4) これまでの帰住先状況等

●特別調整対象者帰住先種別一覧

種別	件数	高齢／障がい割合
高齢専用賃貸住宅（下宿含む）	28	高齢28／障がい0
更生保護施設（一時帰住）	13	高齢7／障がい6
病院	7	高齢1／障がい6
救護施設	6	高齢4／障がい2
障がい者グループホーム	5	高齢0／障がい5
アルコール・薬物依存症者回復施設	4	高齢0／障がい4
ホームレス支援サポートホーム	4	高齢4／障がい0
障がい者支援施設	2	高齢0／障がい2
養護老人ホーム	1	高齢1／障がい0
認知症高齢者グループホーム	1	高齢1／障がい0
一般アパート・マンション	1	高齢0／障がい1

※複数調整・一時帰住等を含む

次に、終結となったケースの内訳です。本人からの支援拒否が9件ありますが、これは出所日前に、センターの支援は不要と断られたケースです。次に再犯ですが、私どもセンターの支援により一旦ある施設・事業所に入ったのですが、またやってしまったケースが5件です。行方不明・死亡となった方が2人います。調整不可とは、私ども定着支援センターが調整できなかったケースです。調整不可の理由は受入先施設を見つけられなかったこと、対象者が最後まで私どもの支援プランに同意いただけなかったことによります。

5) これまでの支援終結状況

●支援終結等理由別状況

理由	件数	高齢／障がい割合
本人の支援拒否	9	高齢8／障がい1
再犯	5	高齢3／障がい2
行方不明・死亡	2	高齢2／障がい0
調整不可	4	高齢0／障がい4
合計	20	高齢13／障がい7

実際のケース事例を2件ほど紹介したいと思います。2件とも、うまくいかなかったケースです。①有機溶剤依存、ガス吸引依存の20代の男性、これまで刑務所に3回窃盗での入所歴があり、今回は懲役1年6ヶ月でした。この対象者は道外の刑務所にいる方で、他県センターから支援業務協力依頼を受け、道内で帰住先を探したケースです。

6) 実際の支援ケースについて

①有機溶剤依存ケース

- ・25才 男性 窃盗 懲役1年6月 入所3回
- ・依頼時：岩手県センターから支援業務協力依頼
刑期終了3月前
- ・帰住先等の調整内容
- ・退所後の生活状況等
- ・その他

②薬物依存ケース

- ・40才 女性 覚せい剤取締法違反 懲役2年 入所初回
- ・依頼時：和歌山県センターから支援業務協力依頼
刑期終了2月前
- ・帰住先等の調整内容
- ・退所後の生活状況等
- ・その他

刑期が終了まで3ヶ月、短期間での依頼でした。この対象者は両親が小さいころ離婚し道内の郡部の児童養護施設に入所してから罪を犯すようになりました。特徴としてはイヤなことがあったり、ストレスがたまるとガス吸引してしまう方で、依存症であるとの自覚は薄かったと思われます。回復施設で生活していましたが、周囲に馴染めず、ストレスを溜めてはガス吸引を繰り返してしまい、精神科病院に入院することになりました。この病院でも不安定となり馴染めず、病院を抜け出し、ガスを窃盗しそれを吸引していたところを警察に捕まってしまいました。これはセンターが開所して間もなく、札幌マックさんに多大な迷惑を掛けてしまったケースです。依存症の対象者に対してどのような支援を組み立てていけば良いのか、暗中模索の中で様々な病院、行政、関係機関・団体に連携いただき、つないだ結果が、また同じように刑務所に戻るという結果になってしまいました。依存症治療と、私ども定着支援センターの支援をもう少しうまくマッチングさせなければならなかったと反省しています。先日、本人から手紙があり「依存症の治療は、もう疲れました。」と綴られていました。言葉が見つからないといえますか、どういう対応をしたらよかったのか、今でも考え込んでしまうケースです。

次の薬物依存のケースです。覚せい剤取締法違反の40代の女性。この対象者も他県の刑務所で受刑しており、他県センターからの支援業務協力依頼という形で受けました。覚せい剤の問題がありましたが、知的障がいがあるベースにあって、支援プログラムや治療のことでなかなか理解できない、自分の問題として捉えることができないという課題がありました。この対象者も札幌マックさ

んにご迷惑を掛けたケースで、その後、障がい者施設に入所、現在はその施設も出て、怪しげな？旅館で生活しているようです。中途半端になりましたが、時間の関係で最後のまとめに移りたいと思います。

本事業が抱える課題の中で、最初に、事業推進上の課題をあげたいと思います。まず、刑務所から保護観察所を通じて、私ども定着支援センターに調整依頼された特別調整対象者の選定の基準の問題です。高齢者は65歳以上で帰住先がないことで選定されてきますが、福祉を望まない方、馴染まない方が確かにおり、支援途中での本人の拒否、退所後すぐ再犯してしまう方々増えていることです。時間を掛けて調整して、やっと受入先を探し出したにも関わらず、生活保護費が支給される直前にまた再犯してしまうことも何度も経験させていただきました。

7) 本事業が抱える諸課題

●事業推進上の課題

①特別調整対象者の選定基準

- 高齢者：65歳以上で帰住先がないことで選定
⇒福祉的支援を望まない、馴染まない人が存在する
⇒支援途中での本人の拒否、退所後すぐ再犯となる人の増加
- 障がい者：各種手帳所持者、処遇困難者を中心に選定
⇒矯正施設の生活は、規則や指示がわかりやすく決められておりその生活に順応することで「日常生活における適応行動上の障がい」が表面化しにくく、見逃されている可能性がある
⇒潜在的な本事業対象者を把握するための新たな基準または調査方法等の見直しが必要
⇒被疑者、被告人等の段階からの関わり強化の必要性
(弁護士等との連携強化)

障がい者の方は、既に手帳を持っていたり、刑務所の中で処遇困難な方を中心に選定されています。刑務所にはまる障がいの方もいます。刑務所の生活は決まった時間で決まった事をただ黙々とちゃんとなしなさいという世界なので、そういう生活のペースに知的障がい者はピタッとはまって優等生になってしまい、表面化せず見逃されているケースがあるのではないかと推察されています。

次に保証人、身元引受人の問題です。住宅を借りるときの保証人、手術の際に必要な身元保証人、福祉サービスを利用する際の身元引受人が多くの場合に必要となりますが、私ども定着支援センターが支援する対象者は、こういう方がいない方がほとんどです。

②保証人・身元引受人の問題

- 住宅賃貸における「保証人」
- 手術の際に必要な「身元保証人」
- 福祉事業所を利用する際の「身元引受人」
 - ⇒保証人不要の理解ある受入先は増えているが、絶対数は少ない
 - ⇒善意を甘受するだけでなく、「保証人バンク制度の実施」「市町村長を身元引受人とする」等の普遍的解決策の検討が必要

③司法から福祉へ引き継ぐ上での課題

- 福祉の手立ての基準の確立・統一
- 個人情報提供の充実
- 医療上の配慮の必要性
 - ⇒退所後速やかに福祉サービスにつなげるため、入所中から福祉の手立てを整えることが不可欠だが、施設毎に収容者・規模・職員体制等状況が違ふことにより、対応も違ふことがある
(介護保険サービス等の主治医意見書の記載)

保証人バンク、市町村長が引受人になる仕組みを作っていくなど、抜本的な改善が必要です。司法から福祉へ引き継ぐ上での課題では、受刑中に障がい者手帳を取得するための医師意見書を発行してくれない、発行に時間がかかるなど刑務所によって対応の違いがあるので、そうしたことをなるべく早く統一していったほしいと思っています。

●個別支援上の課題

①受入施設(事業所)の確保の問題

- 受入先施設(事業所)にどのように理解を得ていくか
- 危機的状況(再犯、暴力等のルール違反)に際し、どのようにフォローアップしていくか
 - ⇒財政・制度的バックアップ施策等の活用促進
 - ・地域生活移行個別支援特別加算
 - ・成年後見制度
 - ・日常生活自立支援事業 等
 - ⇒地域生活定着支援センターのフォローアップ業務の充実
 - ・センター職員のスキルアップ
 - ・受入先施設(事業所)との支援会議の実施 等

個別支援上の課題として、受入施設確保の問題です。これが私どもセンターとして最も大きな問題です。どのように理解を得て、スムーズに受け入れていただく事ができるか。危機的状況、再犯、暴力等のルール違反の際にどういったフォローが、私どもセンターとしてできるのか。私どもセンターが受入調整して入所・入居した対象者が、もしも放火して全焼させてしまっても、弁償できません。対象者を受け入れていただく施設・事業所に対する財政的、制度的なバックアップを国レベルで検討していただかないと難しいと強く思っているところです。

対象者本人をどのように地域に定着してもら

うかという課題です。再犯しない生活イメージをどう持ってもらえるのか、健康な高齢対象者、中・軽度の障がい対象者に、どういう支援モデルを提案できるかが大きな問題です。どのような生活がこのような対象者にはマッチするのかという点で、依存症治療優先とするのか、依存症もあるけれども知的障がいでの対応を優先し、福祉サービスにつなげた方が良いのか、ここが大変迷うところです。はっきり言いますと、私どもでは判断できません。

②対象者本人をどのように地域に定着してもらうか

- 再犯しない地域生活のイメージをどのように持ってもらえるか
- 健康な高齢対象者にどのような日中活動を提供できるか
- 中・軽度の知的・精神障がい対象者に対する支援モデルをどのように構築し、実践していくか
 - ⇒支援対象者に対する動機づけ(ソーシャルワーク)の強化
 - ⇒受入先施設(事業所)との円滑なマッチングの実施
 - ⇒各地域の関係機関(行政、相談機関、サービス実施機関等)ネットワークの構築

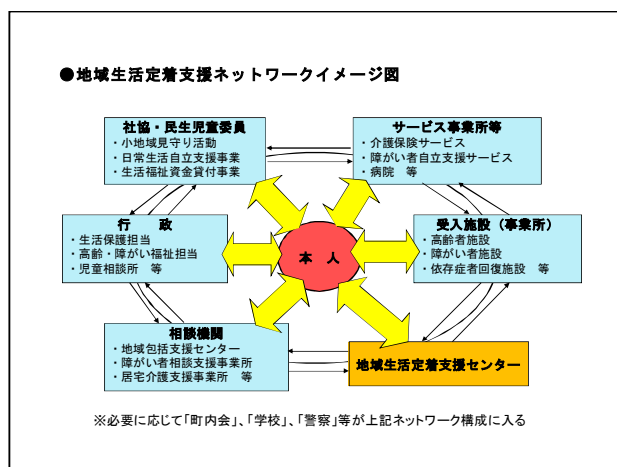
山家先生もおっしゃっていましたが、複雑に絡み合っている依存は、一つずつ紐解いていく必要があります。しかしながら、決められた時間の中で支援していく業務のため、いつも苦戦しているのが現状です。

③地域における支援ネットワークをいかに構築していくか

- 受入施設(事業所)のみに支援を押し付けない仕組みづくり
- 地域の関係機関※による支援ネットワークを対象者毎構築する
※関係機関：行政、地域包括支援センター、障がい者相談支援事業所、高齢・障がいサービス実施機関、医療機関、社協、民生児童委員、町内会、警察、学校 等
 - ⇒「特別・特殊なケース」でなく「地域における困難ケース」として認識いただく
 - ⇒多くの生活課題を抱える対象者を地域の多様な社会資源のネットワークにより多面的に支援していく仕組みづくり

次にネットワークのです。本事業は皆さんをはじめとする関係機関・団体の支援がなければ、全く立ち行かなくなる取り組みです。私どもセンターは、当事者でありませんし、病気を診断する医者でもありません。対象者にとって、安心した生活を送っていくためのより良い支援につないで

いく専門機関として、今後も仕事をさせていただきたいと思っておりますので、どうか忌憚のないご意見等いただければ幸いです。どうもご清聴ありがとうございました。



司会：野村さんありがとうございました。それでは、今から 3 時まで 10 分休憩をとりたいと思いますので、3 時に最後の全体ディスカッションを開始します。

＜休憩＞

司会：最後の全体ディスカッションを始めたいと思います。各施設の方からそれぞれの施設が抱える課題とか少しずつ提示されてきたと思いますが、自立支援法に絡む問題は、どの施設も持っているのだなということも分かりましたし、断酒会さんもこれからの事を施設のノウハウを持っているそれぞれの施設に聞いていきたいと思っていうところもありました。全体ディスカッションの司会は、プログラムにもある通り、リカバリーの大嶋さんをお願いしてありますので、これからの司会進行をお願いします。

大嶋：今日は、午前中からずっとサマリヤ館の斎藤館長、ダルクの森さん、札幌マック女性共同作業所の住谷さん、リカバリーの大嶋、札幌断酒連合会の福田さんとそれぞれお話をしてくださいました。もともと今日の会を企画してこういう集まりを作って連携を目指していきたいということと呼びかけたのが小野寺さんだから、小野寺さんがここにいないのは変だよねといって無理やり座ってもらった次第です。今日は長丁場で皆さ

んがいろんなお話を聞いてくださって、いろんな立場で、医療機関の方、行政の方、他の福祉事業所の方、いろんな方達が聞いてくださっていますが、私としてここで改めて一人一人にお話をしてもらおうと思いますが、この間に一回もフロアの方からご質問やご意見をいただく時間はありませんでした。

なので短い時間ですが、最後に皆さんからいくつか感想、今日分かったことがあればフィードバックをいただけると、きっと話したそれぞれの施設の方達も自分の投げかけた事がどういうふうに出て止められているか、どんな印象をもたれたのかということについて、フィードバックがあればまた最後にいくつか課題が出てきていましたので、その乗り越えに向けてどういうふうにしていこうという話に展開していきやすいかなと思います。残念ながらマイクが一つしかないので、マイクを今からお渡ししますので、藤島さんの特権で 4 人の方に当てて欲しいです。そしてフィードバックをいただいて、それから私にマイクを返してください。よろしくお願いします。

（名前が聞き取れませんでした）??：今日は、お話ありがとうございました。一つ質問といいますか、確かに嗜癖、依存は、ただ止めようということだけでは、確かにうまく展開していかないのではないかと私は思いました。止めた後の生き方、考え方をどういうふうにシフトしていったらいいか、止めた後はこういうふうな考え方とか、こういうような生き方で行こうねというような、そのシフトがうまく行けば依存からも抜けられるような感じがしました。以上です。ありがとうございます。

高橋：保護観察所の高橋です。大変お世話になっております。私はどちらかというと前にいらしている各施設の皆さんと個別に観察所対ダルクさん、観察所対マックさんということで、個別での連携というイメージがあります。今日のテーマが回復施設の連携とありますので、例えばマックさんを退所してマックの生活よりはダルクさんがよかったとか、そのマッチングがうまく行った例があれば最後に聞けたらと個人的には思っています。いろんな話が聞けてよかったです、ありがとうございました。

梶間：NPO法人リカバリーで企画担当しています梶間と申します。午後からの参加で、もしかしたら重なってしまうかなと思いますが、今どこでも連携という言葉が聞かれて、いろんな意味で使われているのかなと思うこともあって、その辺それぞれ皆さんどういった意味で連携という言葉を使っているのか確認させていただきたいなと思いました。よろしくお願いします。

前川：旭山病院の看護師の前川と申します。ここの看護師みんなの思いだと思いますが、今日は結構ショッキングというか、山家先生もいませんけどもアルコール依存症ということで僕達は親しんでやってきましたが、来年からはその概念を根底から覆されたというか、嗜癖の構造ではないというか、そういうような観点で、名前や今後の関わり方も変わっていくのではないかという事を言われて、依存症の病棟自体のあり方とか今後の関わり方、そういうものもすごく、今日聞いただけでも今後どうしたらいいのかと。今まで患者さんに自信を持って伝えてきていた事柄とかやり方が通用しなくなるのではないかと考えると、とてつもなく不安です。以上です。

大嶋：ありがとうございます。いろいろ問題点を指摘していただいてありがとうございます。少ない時間ですので、今いくつかのフィードバックの中にあった事をこれから前にお座りいただいた方たちと一緒に考えていこうと思います。

最初は、ご質問というよりは感想でしたが、止めた後の生き方というのが今までのものと大きくシフトしていけば、その方の回復がうまく行くのかなというフィードバックがありました。おそらくここにお座りの方それぞれは、そのようなシフトがうまく起こっていく事を目指してサポートされているのだと思いますが、そのシフトすればという、これは私の感覚ですが、シフトするということのような事はそう簡単に起こることではないという事が同時に苦労かなと思っていますが、この止めた後の生き方にシフトすればということですが、この辺について普段どのような事を考えながら支援に当たっているのかというあたりで、喜久乃さんにマイクをお渡ししたいと思います。

住谷：住谷と申します。私は当事者なんです、一番最初にどうにかしようと思ったのは、最終的にまったく全ての人に見放され人間関係を断ち切れ、精神病院の中でも酒を切る事をできず、最終的に最後の入院で死ぬ事を諦めたからです。自殺行為をしても死ねないんです。そこで生きるしかないかというところから死から生にシフトです。そこなんです。さっきも山家先生と別れ際に話しましたが、ひどい人ほど簡単なんです。どん底を見た人程簡単なんです。そのところから、今度は生きるしかない、生きるしかないというところでマックにつながりました。

そこから三十うん年、飲まないで生き続けているというところでは、まず健康な人が当たり前の事を当たり前の事としてやっている事すべてができなくなってしまったわけですから、当たり前の事をできただけで喜びなんです。今もそれは続いています。ですから1日3回まともに食事ができた、朝決められた時間に起きられた、という1日1日の生活全てが喜びでした。ですから、私は自助グループでAAの1から12のステップを生きるための道具として使っていますし、それでしか生きられません。ステップの12番目は生きることの喜びがキーワードなんです。シフトしていくにはこの喜びがキーワードになります。仕事に就けた喜びもそうです。人間として生きていくためには、依存症者として生きていくことも含めて二重に問題がいろいろ起こってきます。さっきの大嶋さんのパワーポイントでの説明もそうですが、酔いから醒めた故の現実が突きつけられてくるわけです、社会の問題、家族関係の問題、いろいろです。病気は自己責任でないにしても、病気の症状として自分でやってきたことは、全て自分自身の責任なんです。そういうこともすべて含めて一人で解決できないこともあります、1から12のステップを使って生きること、一步一步解決できていくんです。またその喜びがすごいです。私は、再婚して子供を産んで、子育てして、それから病気の真っ只中で育ててなかった子供が問題を起こして、その問題も突きつけられながら、それらの事を解決していくということとはとても苦しいですけど、嬉しいんです。その問題に立ち向かっているという事が嬉しいんです。今もそうです。相変わらず苦しみが多いです。でも生きている喜び、生かされている喜びを感じていま

す。ですので、どんなことでも日々喜びを感じるという事をキーワード。それからボーっとしているとスイッチが入って病気の方向に行きますので、いつも緊張感を持って生きてます。それは他の肉体の病気も一緒です。そうですね、がん患者さんも含めていろんな病気を持っている人は、ある程度の緊張感を持って生きていかなければ、病気の方向に行ってしまう。ですので、本当に当たり前のことですが、今日も規則正しい生活をしようというところで一つ一つ、1日1日いろんな自分のやらなくてはいけない事をこなしていく中で、やっぱり喜びを感じる。その中でストレスも感じますが、自助グループでヘルスケアということで解決をしています。よろしいでしょうか。

大嶋：その次、皆さんにマイクを回したいのは、さっきの質問の中にあった、連携という言葉がすごくよく使われますが、連携の言葉はどういう意味合いで使っていますかと、あるいはどういう意味合いで使っていこうとしているかと、その辺はどんなお考えですかという質問がありました。これに関して、福田さんと斎藤館長にお話をさせていただきたいと思います。では福田さんから、何を持って連携といいますか。

福田：断酒会の福田です。もちろん自助グループの連携も連携の一つです。断酒会で言えば会員同士の連携、これも一つです。でも最終目標は社会との連携です。社会から孤立していたら回復はありえない。私はそのように考えていますので、様々なアプローチで社会に発信していく。一つ例を申し上げますと、ここ2年間で私共の会員2名を自殺で失っています。自殺した後に出てきたのが、実は多重債務の問題です。アルコールの問題ではないです。多重債務の問題です。その多重債務から逃れるために多量のアルコールが必要になったと。逃げ切れないで命を絶ったと。

こういう情報が実はアルコールのみでお止めなさいとやっていると出てこない。情報が出てこなければ会員の前では酒を止めている振りをしていますが、その再生のきっかけがつかめない。かような意味合いでも、会員相互の連携、自助グループの連携、そして最終的には社会との連携が必要であると、そのように考えています。

大嶋：福田さんありがとうございました。ちょっと付け加えますけど、さっきの午前中の山家先生のお話の中で、アルコール基本法がありましたが、あれはアルコール健康障害対策基本法という法律で来年の1月の上程を目指して議員立法で動きがあります。さっきのお話にあったようにWHOの勧告でアルコールの害を全世界規模で減少していく世界戦略として日本はどういうアクションを起こすのかという事を1、2年のうちにはつきりと形にしないと勧告がありました。

その勧告をまだ満たしていないということで、最初はアルコール依存症対策基本法というのが上がり、でもそれだとうつ病対策とかぶるところがあるので、いろいろな紆余曲折の中でアルコール健康障害対策基本法ということで1次予防から3次予防までを包括的にやろうというような法律の名前で落ち着きつつありますが、これにはまだいろいろ議論があるところです。さっきの連携の意味ですが、健康障害対策基本法ということで議員立法で動こうという話を一番中心的に支えたのは、断酒会の活動でした。どういうことかという、断酒会の方達は名刺を配る連携というのをします。

先ほどの今日的な意味合いについて再考が必要だと福田さんは言っていましたが、この断酒連盟の方達が恐ろしい数の名刺を議員さんたちに配っていて、例えば飲酒運転の撲滅運動にしたり、うつ病のアルコール依存症の関連しかりということで非常に粘り強いロビー活動をここ10年来やってこられた、それが結実した一つの流れがあります。

そういった意味で、断酒会にとっては、私は時々断酒会関連の催し物に行きますとあっという間に名刺入れがパンパンになるくらいたくさんの方から名刺をいただきますが、まず名前と顔を知っていただいて断酒会という会が何をしている会なのかというのを国会議員のレベルにどれだけ浸透させる事ができたのは、ものすごい活動だなと思います。AAは匿名性を重んじるという伝統を守っていますので、こういった活動をしづらいですが、断酒会さんが実名を名乗ることの利点が、世論というか国会議員を大きく動かしていく背景としてあったという事をひと言付け加えさせていただこうと思います。斎藤館長、引き

続き何を持って連携でしようということですが。

斉藤：私は、依存症との関わりはそんなに長くはないですが、やはり回復するためにはいろんな経過があり、それぞれ違います。一つの流れがあるわけではなくて、いろんな経過の中で回復の形がいろいろあるということ。サマリヤ館だけが回復する施設でもないし、やっぱりサマリヤ館ではない方もいますし、他の施設に行って回復される方もいます。スタッフになった方もいますけども、そういういろんなプロセスを通ります。回復するためには1本の道ではないので、複雑なところを通りながら回復していくという、本当に時間のかかることですが、その上で施設間がうちでは合わないけども、違う施設ではOKとか。やっぱりどこかでつながっています。

断酒会さんともいろんな話をします。あの方はどうしたでしょうねとか、個別に心配される方がいて、そういう面でもスタッフ同士のつながりも大切だし、みんな回復してほしいです。そういう意味であの方はどうだろうと心配して、一応情報提供を受ける場合もあります。そういう意味で数少ない施設が連携を持って、一人でも多くの人が回復できるように進めて行きたいなと、まだまだ足りないのかなと思いつながりながら進めています。最近、道の方のアディクションのお金や国からの補助金があってやっていますが、アディクションフォーラムという大きな断酒会さんを含めた会もありますので、そういう面でつながりが少しずつ進んでいるという思いがあります。

大嶋：斎藤館長ありがとうございました。つながる、お互いを気遣いあう、情報を渡しあう、そういうイメージで連携を使っているというお話だったかと思います。そのまま先ほどのもう一つの質問の中に施設同士はどのように気遣いあい、情報を渡しあい、励ましあっているのかというあたりで、小野寺さんと森さんにお話をさせていただきたいなと思います。では、森さんからお願いします。

森：利用している仲間ですが、1回ダルクにいたが飛び出してマックさんに行ったとか、逆もあるし、サマリヤ館の場合もあるし、そういう情報を僕はあまりもらわないようにしていて、というのは先入観が入ってしまっていて、あまりこういう事が

起きるとこうなるよというのは、あまり逆に貰わないように意識的にしています。ただ、自己完結をしたくなってしまうんですが、あまりそれをしないように、助けてもらうというか、部分部分でこういう時はどうしましたかとか、こういうことはどうしましたかというのは助けてもらった。I need your help というか、そういう感じで連携させてもらっています。

大嶋：そうですね。施設はさっきも言いましたように、監査があったり、書類がいっぱい来たり、説明会があるけど行ったとか、そこで何が一番大事だったとか、書類はどれだけとって置けばいいとか、あとは捨てるいいとか、そういう情報は施設を運営していくためにはとても重要で、どの程度ハードな監査だったとか、今回の監査のポイントは何とか、新しい法律が施行されたからこれの窓口が必要だから誰になるといいと思うとか、そういうことは割とお互いで施設の運営に関するノウハウですね。

私たちは、お金を国からいただく事業としていくつかやっていますので、そういった事で、館長のところが入館者が激減したらしいというので、大変だ、誰かサマリヤのサポートが必要な人で心あたりの人がいなかったかなとか、サマリヤの特徴を活かした支援がフィットした人がいなかったとか、そういうようなことはあるし、あと、森さんのお話で、情報をあまり、森さん自身は重要ではないとしている、なぜなら先入観があるからという話をしていますが、例えばダルクは男の人をサポートしていて、ソレイユでは女の人をサポートしています。そうすると、ここでカップルが成立する事があるので、そういう時に私は何気にここにピキッとときながらいろいろ起こっている事を、男の側からどういうふうに見えているかという事を、こちら辺がピキピキしながら聞きます。そこでは何も言わないようにして。そうか相手側の現実からはこのように見えているのかなと。だから何ということはないのですが、その時に私は同じ事実は、違う人から見たときに様々な事実として捉えられる、当たり前のことですが、そういう意味でも支援の反対側からの支援を見させてもらって、それはすごく自分の支援にとって有意義だなということは多々あります。男女交際に関して、本当にいろんな事を学べたし、い

ただいているなと思います。小野寺さんお願いします。

小野寺：情報というのは伝えられなかったよりは、伝えられた方がある意味では予防できたり、回避できたり、対応できたりするケースがかなりあると思います。今回時間はだいぶ経った仲間のことですが、うちではもうこれが限界だという時に、フォローワークとしていろんなところを探して、見つけて、お願いした時に、ただ渡す、同じ依存症だから頼むよというのは、逆に相手に対してはただの丸投げですよ。だから、こっちはこっちでどうだった、ああだったという事を、その人はかなり長期間居ただけで、その長期間での様子を具体的に、前施設長の住谷さんがかなり相手に伝えたことで、相手もそれなりに対応してくれた。

だから何か、僕、実は今回施設の連携というのを考えたときに、なんで自己開示なんだと言ったら、僕自身がアルコール依存症で僕がそれを言わないと誰も僕がアル中だとわからないわけです。僕がどこに勤めていて、どういう流れで、何で施設の職員になったのかという事が分からない。でも分からない事が分かった瞬間にほっとするとか、そこから関係が築いていけるとか。今回伝えようと思ってきたのは、保護観察所との関係での刑務所出所者を受け入れるようになって、わざわざ登録までして、面接までやって、1人に対して2度3度とやって、それって何だといったら、住谷さんはそれが連携だよ、と言います。だから何か共通の目的と言っても、今これだけ複雑なアディクションの分野になってきて、何か逆に共通にってしまう方が難しい。

ただ依存症というものを持っていて抱えて苦しんでいる仲間に対しての支援を可能な限り、そこはそこの力で行っていくとか、僕は施設と施設の連携となったときに、多分サマリヤ館さんが言ったように完璧な施設はありえない、逆にそこで助からない人の方がはるかに多いと考えれば、自分達の限界を認めて次の人に渡すときに、本当に正直な自己開示というのが、ある意味では正確な情報伝達というのが、とても大切な部分になってくるのかなと思ったんです。

それは、保護観察所の職員の方が施設を訪ねてきた時に、1人のケースに関して15分くらいしゃべります。すごい細かくて、なんでそうなんだと

思うけど、逆にそれがあってふと気づくとちゃんと聞いているんです、こっちは。本人にアセスメントする時に聞くからいいですはこちら側の勝手な考えで、客観的な情報が大切だって気づいたこともあって、やはり相手が真剣に話してくれるから真剣に聞くとか、そういう関係が連携とか、そう思いました。今日ここで各施設の人に来ていただいてお話をいただいたのは、知らないことはたくさんあると思うからです。分かっているようで分かっていない。ある意味ではうろ覚えで対応しているところが、こうだったんだということが分かれば、それは本当に明日から活かせる。今日から活かせるというのかな。僕は最初にお伝えしたとおり、今日のことは報告書にして皆さんのお手元に一冊ずつお届けしようと思っています。ダルクさんとは、何度かケース的に連絡を取り合ってたことはあります。

大嶋：小野寺さんの思いを話していただく事がこの全体のディスカッションの中では一番大事だと思うから、私はぜんぜんいいと思います。

後5分くらいしかないのですが、今日それぞれの施設とか、あるいは断酒会さんに来ていただいてお話をし、他のご発表をいろいろ、山家先生のお話や野村所長のお話など今日のプログラム全体を振り返って、新たな気づきであったり、持ち帰りたいものであったり、それらとしてはどんなものがありになったか、あるいはもうひと言、施設全体のそれぞれの施設の状況として最後にこれだけはお話したい事がありましたら、短い時間で恐縮ですが、マイクを回しますのでお一人1、2分ほどのお話をいただいて終わろうかなと思います。

斎藤：サマリヤ館は、当事者と職員ということで共同でやっているということですが、教わることもたくさん、生き方としてあるので、今入っている、訓練を受けている方々は、スタッフの生き方をみていると思います。スタッフが依存症から回復した生き方とか、高いレベルではなくて、本当に生活の中で回復してよかったという姿を利用者の方々が見ているということ、それをサポートしていくのは私の仕事だなと思います。私自身も仕事をしていて生きがいを感じないといけないなと思いながらやらせてもらっています。

森：自立支援法の書類なんですけど、どちらも大変なんだというのが分かったのが、ちょっと元気になりました。自分だけが大変じゃなくてよかったみたい。ひと言、ここにいるか分からないけど、生活保護の問題で、ダルクに来るときにダルクを利用するということで生活保護にかかりますが、ダルク出た後に手厚くお家を借りてくれた上に生活保護の受給を継続していただいても、9割9分刑務所に戻られるか、もしくは亡くなるんですよね。使う場所、使うお金を提供してただけなので、本人にとってはありがたいことだと思います。本当にありがたいと思ってその制度を使ったのでしょうか、本人の回復のためにつながった生活保護がそういうふうになっていくことに対して、命をも奪うことに関して、もう少し違った方向でサポートするという事をお願いできたらなと。

刑務所に行くくらいは、うちに戻るようなものなので命も助かりますから。刑務所に行けば薬は使えませんが、健康な生活になってまた薬を使える体になって戻って来られますけども、亡くなってしまうというのは、さっきの男女交際も含めてなくなるので、デートする場所もできますからね。その辺をちょっと他の方法を考えていただければと思います。ありがとうございました。

住谷：一番肝心な事を伝え忘れていました。マックは、薬物アルコールの止め方は伝えません。生き方を伝えるところです。依存症という病気は、私達の認識ですが、要するに生き方全てが病気になっているということで、他の関係機関の方は、物質を断ち切る事を第一に見ると思います、もちろんそれもそうですが、うちの場合は生活を見ます。私自身もそうでしたけど、生活を見直し単純に規則正しい生活習慣を身につけたら物質の方は遠ざかっていきました。ですので、酒なんか止めるのこんなに簡単なものかと。止めて生きる事が今でも大変です。

この病気は、病気とはいえ自分がぼんやりとボーっとしていて回りは何かをしてくれて回復する病気ではないんです。とにかく自分自身がどうしたいのか、どう生きたいのかということに関わるんです。自分自身がどうしたいのかに関わりますので、そこらへんのところで私たちも援助して

いくということになります。それから、お隣の森さんが言ったとおりです。マックにつながって生活保護を受給させていただきます。退所してもずっと優遇です。生活保護をいただいている依存症者の方で、困っている方は今一人もいません。ですから真剣に回復しようなんて思っている人はいないと思います。そういう事も含めて、依存症者に対して支援・援助するということは、一步誤ると死の手助けをしてることになるんです。そういう意味でも、本当に大変かと思いますが、支援の仕方をちょっと考えていただきたいなと感じております。

福田：こういう会に参加させていただいて、断酒会としては誠にありがたいと思っています。私見も入りますが、全国レベルの断酒会に比べて北海道の断酒会は立ち遅れていると思っています。関西地方の断酒会は相当数が社会的な運動を起こしつつあります。北海道でもそれに準じていく必要があろうかと思っています。中部地方、愛知県ですが、実際に施設がございます。その施設はどういう機能を果たしてるかというと、アルコール依存症者の回復をはじめは目的とした施設でしたが、失敗しましてその地域の独居老人の集会所、アルコール依存症者のたまり場、それに社会復帰への作業場、この三つの機能を併用させまして、どうにか定着しつつあるのかなと思っています。

札幌での断酒会は、おそらくはこの様な方向を目指すことになろうかと思っています。今一点お伝えしたいのは、アルコール問題だけでは物事を解決し得ないという事を、ここ数年で痛感いたしましたので、入口は何でも相談、という様な形でお受けする中で、様々なグループとの連携がより必要になるのかと思っています。今日はありがとうございました。

大嶋：全体ディスカッションということで、ちょうど時間になりましたので、それでは全体のまとめということで小野寺さんにマイクを渡したいと思います。

小野寺：自分では知らなかったというか、リカバリーさん、サマリア館さん、断酒会さんにしても、今日聞いて逆にそうだったのかと思っても、僕はかなりダメージが大きいので忘れてしまいます。

でも、報告書が出来上がった時にそれを読み返せば、こういう事だったんだと。それはなぜかと言うと、1、2年前にやった治療共同体の報告書というのが、それを読んだ時に綺麗さっぱり自分の頭から抜け落ちてると感じました。だから、自分がどこでどうやって助かったのかとなった時に、僕を助けたマックというのは、お酒だの薬だのギャンブルだのという垣根はなかったんです。そのままの僕を受け入れてくれて、何一つ細かいことは言わなかったです。一緒にやっていこうで終わりです。後はお前さんの気づき次第だしかわれませんでした。だから、できの悪い僕というのは、何も気づかないままに自分のやりたい放題やって、一年半施設にお世話になって、何をやってたかというただ飲まないでいただけでした。最初の質問にあった、シフトするというのは、何かそういったもの、何か変わっていく。変わらない限りは僕はまた飲んだと思います。何かが変わったから飲まないでいたと思います。それは多分、自分が生きている人生が同じじゃなく変わっていく。それを自分で知った。だからこういうことなんだという事が分かりました。

僕は知らない事を知らないままに済ませるのではなくて、さっき言ったことも、刑務所の面会のことも、相手から電話がきたら、来てくださいじゃなくてこちらから行きます、というのが連携だと、僕はそういうことだと取りました。自分から動かないで連携にはならないんだという事を。

今日も、本当にこんなに天気が悪くなるとは思ってなくて、帰りの皆さんの足を心配していますが、当初の予定を少しずつ変えてきてしまったのですが、こうやってたくさん集まっていただけことは、本当にうれしく思っています。まとめになっているかどうか分かりませんが、本当に札幌にはこれだけの施設があって、こういう団体があって、午前中の旭山病院の院長のお話のように、逆に道内でアルコール専門は3つしかないみたいな。いろんなことが分かると、分かるころから始めることもできると思います。僕は、今日の午前午後の時間の事を、ここにきた皆さんに持ち帰っていただける事が最大の成果ではないかと思っています。今日は、本当に天候の悪い中研修に参加くださってどうもありがとうございました。これで今日の研修は終わりたいと思います。アンケートの方だけ忘れずに箱の方をお願いします。

【ダルクの概要】

(別紙)

第1 活動目的

ダルクは、覚醒剤・シンナー・咳止め薬・睡眠薬・アルコールなどの薬物依存症に陥った仲間が集まり、適切なプログラム（ナルコティクス・アノニマスの提案する12のステップ）にしたがって共通の問題を解決し、薬物に頼らない健康的な生き方を身につけることを目的に、薬物依存症者のため、身体的、精神的、社会的援助を提供するリハビリ施設です。

社会からも家族からも見放され、絶望の淵をさまよい、どん底の地獄を経験した多くの仲間が人とつながり、信頼を学び、立ち直り、社会的・家族的回復を果たし自立しています。

第2 活動実績

1 沿革

- (1) 昭和61年9月、薬物依存者の回復の手助けを目的とした民間リハビリ施設ダルク（Drug Addiction Rehabilitation Center）が、東京に設立されました。このダルクは、マック・ダルク後援会のロイ・アッセンハイマー神父の理解と善意の方々の援助を得て、薬物依存症から社会復帰を果たした薬物依存症者である近藤恒夫の手によって開設されたものです。その後、ダルクは全国各地に開設されていきました。
- (2) 平成15年8月、北海道ダルク設立準備委員会が設立されました。そして、1年間の準備期間を経て、平成16年8月、北海道ダルクが開設されました。札幌市中央区北1条東6丁目に事務所建物と、近接する建物に宿泊可能な建物を賃借し、事業を開始しました。宿泊可能な建物は、グループホームとして利用され、定員4名で運営されていました。
- (3) 平成18年4月、任意団体であった北海道ダルクは、特定非営利活動法人として認可され、法人格を取得しました。
- (4) 平成21年4月、グループホームを札幌市東区に移転し、従前のグループホームは、一時的宿泊施設として活用することになりました。
- (5) 平成22年3月、グループホームを札幌市白石区に移転しました。
- (6) 平成23年8月、北海道ダルクの支部的な施設として帯広市にとかちダルクを設け、職員2名、入所者1名で活動を開始しました。とかちダルクは、近い将来、北海道ダルクから独立し、NPO法人格を取得する予定です。

2 現在の組織・施設等

- (1) 理事者は、理事長に精神科医の芦沢健（医療法人こぶし会植苗病院院長）を迎え、他に精神科医3名、精神保健福祉士2名、看護師1名、保健師1名、弁護士1名、及び、施設長1名の合計10名です。
- (2) 当事者スタッフは、北海道ダルクの施設長に森亨、とかちダルクの施設長に宿輪龍英がそれぞれ就任し、施設長を除くスタッフは、北海道ダルクが6名、とかちダルクの職員が1名です。
- (3) 施設は、北海道ダルクについては、札幌市中央区北1条東6丁目に事務所とダルクホーム（一時的宿泊を可能とする施設）、札幌白石区にグループホームであるリ・ボン・ハウスをそれぞれ賃借して利用しています。ダルクホームとリ・ボン・ハウスには、それぞれスタッフ1名が宿泊し、夜間も入所者の相談等に応じられる体制を取っています。

また、とかちダルクについては、帯広市に事務所兼宿泊施設を賃借し、そこにスタッフと入所者が同居して、グループホーム事業等に利用しています。

3 事業内容等

- (1) 北海道ダルクの事業内容は、①グループホーム事業、②日中活動事業、③相談事業、④予防・啓蒙事業、⑤養成事業の5つに分類されます。各種事業の実績は、別紙記載のとおりです。
- (2) グループホーム事業は、北海道ダルクの事業の中心をなす事業です。
薬物依存症者は、病院・刑務所等から通常の社会生活に戻った際、薬物再使用の危険が高いことから、宿泊を伴う中間施設として、個別相談、自立生活のための援助活動、生活指導、金銭管理、健康管理、就労支援等のサービスを提供しています。現在、札幌市白石区所在の建物を賃借し、夜間はスタッフ1名が常駐し、定員6名のグループホームを運営しています。
- (3) 日中活動事業は、夜間開催されている自助グループのミーティングのみでは回復困難な方や、遠方からの通所者、仕事や家族の関係等で変則的な参加しかできない人たちをサポートできる昼間のミーティング開催です。
- (4) 相談事業は、薬物依存症者本人のみならず、家族からの相談を受けています。
ア 本人に対しては、回復へ向けての動機付けをし、医療・リハビリ・自助グループへの参加につなげる窓口となることを目標に、電話・面談・手紙による相談・指導を行っています。特に、刑事裁判中の被疑者・被告人や、刑務所に収容されている薬物依存症者については、弁護人からの連絡、あるいは、本人からの直接の要請に応じて、依存症からの回復に向けての相談に対応しています。また、回復途中、あるいはダルクプログラムを修了して社会復帰した後に抱える問題についても、随時、相談に応じています。
イ 家族に対しては、共依存の病理を抱えている方が多いため、依存症者本人とのかかわりを見つめなおしてもらい、家族の自助グループにつなげる窓口となることを目標に、相談・指導を行っています。
- (5) 予防・啓蒙事業としては、講演、刑務所での薬物離脱教育、フォーラムの開催等があります。
ア 主に、学校（中学、高校、大学）や保健所の要請に応じ、スタッフが自らの薬物依存に至った経緯や、そこから回復した体験を話し、薬物自体の危険性を広く認識してもらうとともに、ダルクや自助グループの効用について理解を深めてもらい、依存症の治療および再発防止が最大の予防であることを訴えています。
イ 北海道内の刑務所で行われている薬物離脱指導に協力し、グループミーティングを実施するとともに、出所後にダルクや自助グループにつながるよう指導をしています。
ウ 一般市民向けにセミナーやフォーラムを開催し、依存症からの回復についての情報を発信しています。
- (6) 養成事業としては、施設や病院、司法関係、福祉関係等で、依存症とかかわる人を対象とした学習会に参加しています。講師と生徒という一方的な教育ではなく、互いに経験を分かち合うことによる相互学習と情報交換の場として、考えています。

毎日どこかで断酒例会が開かれています。(酒害相談・無料)

曜日	断酒会名	場所	住所	時間	電話番号
月	白石断酒会	白石区民センター	白石区本郷通 3 北	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-861-3100
	手稲断酒会	手稲コミュニティーセンター	手稲区手稲本町 1 丁目 3-41	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-681-2133
	新川断酒会	北区民センター	北区北 25 条西 6 丁目	午後 1 : 00～午後 3 : 00	011-757-3511
	ことに断酒会	札幌太田病院内(日曜祭日休会)	西区山の手 5 条 5 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 00	011-644-5111
	リラの会 (ｱﾏﾅｽﾄ) (女性のみ)	北区民センター(第 2 月曜休会) 祝祭日は第 3 月曜	北区北 25 条西 6 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-757-3511
火	中央断酒会	プロミス札幌お客様サービスデスク	中央区南 2 条西 4 丁目	午後 1 : 00～午後 2 : 30	080-1874-0589
	南断酒会	南区民センター	南区真駒内幸町 2 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-582-2400
	円山断酒会	円山会館(円山会館連絡所)	中央区北 1 条西 23 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-611-3367
	札幌花川断酒会	熊谷病院	石狩市花川南 7 条 6 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	0133-73-5201
	新生山の手断酒会	西区民センター	西区琴似 2 条 7 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 00	011-641-4791
水	西断酒会	西区民センター	西区琴似 2 条 7 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-641-4791
	篠路断酒会	篠路コミュニティーセンター	北区篠路 3 条 8 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-771-3700
	断酒ひるの会	平岸まちづくりセンター	豊平区平岸 3 条 5 丁目	午後 1 : 00～午後 3 : 00	011-811-9545
	断酒「友」	中央区民センター(第 2、第 4 開催)	中央区南 2 条西 10 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-271-1100
木	発寒断酒会	西区民センター	西区琴似 2 条 7 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-641-4791
	断酒木曜の会	札幌太田病院内(日曜祭日は休会)	西区山の手 5 条 5 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 00	011-644-5111
	清田断酒会	清田区民センター(第 2、第 3 開催)	清田区清田 1 条 2 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-883-2050
	東断酒会	東区民センター	東区北 11 条東 7 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-742-5500
金	豊平断酒会	豊平区民センター	豊平区平岸 6 条 10 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 00	011-812-7181
	山の手断酒会	札幌太田病院内(日曜祭日は休会)	西区山の手 5 条 5 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 00	011-644-5111
	麻布断酒会	北区民センター	北区北 25 条西 6 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-757-3511
	円山断酒会	旭山病院内	中央区双子山 4 丁目 3-33	午後 3 : 30～午後 5 : 00	011-641-7755
土	北断酒会	北区民センター(第 1、第 3 開催)	北区北 25 条西 6 丁目	午後 6 : 30～午後 8 : 00	011-757-3511
	ひばりヶ丘断酒会	厚別南会館	厚別区厚別南 1 丁目 15-10	午後 6 : 30～午後 8 : 30	011-891-1666
日	日曜日断酒会	北区民センター	北区北 25 条西 6 丁目	午後 1 : 00～午後 3 : 00	011-757-3511
	家族会	中央区民センター(毎月第 1 日曜開催)	中央区南 2 条西 10 丁目	午後 1 : 00～	011-271-1100