

令和2年度厚生労働省依存症民間団体支援事業

令和2年度
医療ソーシャルワーカー（MSW）における
依存症支援意識・実態調査

最終報告書

令和3年3月

公益社団法人日本医療社会福祉協会 社会貢献事業部

依存症リカバリーソーシャルワークチーム

はじめに

公益社団法人日本医療社会福祉協会は、公益法人の責務として「会員一丸となり国民の福祉サービスの向上に寄与するため」、令和 2 年 4 月から新たに「依存症リカバリーソーシャルワークチーム」を立ち上げ、活動を始めました（「公益事業 4：社会貢献活動事業」）。

第一の目標はアルコール健康障害による死亡患者を減らすため「一般病院を受診する、潜在化したアルコール依存症に苦しむご本人・ご家族（クライアント）の早期発見と、クライアントが早期にアルコール専門治療や支援のサービスを楽しむよう支援する MSW を養成する」ことです。また、第二の目標として、クライアントとの相談経過の実践から得た知見を、国や都道府県アルコール健康障害対策推進計画に反映できる活動を行うことです。

これらの活動を通して、この社会問題の解決に向け、全国の保健医療分野に働くソーシャルワーカー（MSW）が実践する先駆的な取り組みを集め、検討を行い、ソーシャルワークのミクロ・メゾ・マクロの各領域で課題解決に寄与することが、社会貢献事業部に位置づく活動として意義があると考えています。

MSW は、長年、たくさんのアルコール依存症に苦しむクライアントに出会い、生活再建に向けた支援に携わってきました。しかしその一方で、知識や支援技術等の力量不足は否めず、未だ、依存症の特徴でもある否認やスティグマの課題に対するハードルは高く、所属機関の在院日数の制限もあり、アルコール依存症を積極的に支援課題とする MSW が少ないのではないかとこの危惧がありました。これを仮説とし実施した調査の結果が、本報告書となります。

ぜひとも報告書をご一読頂き、ご感想、ご意見を頂戴できれば大変有り難く存じます。

令和 3 年 3 月吉日

公益社団法人日本医療社会福祉協会
会長 早坂由美子
社会貢献事業担当理事 坪田 まほ

目次

I. 調査概要	1
1. 調査を実施する背景（問題の所在）	
2. 調査の目的・意義	
3. 調査者	
4. 調査概要	
5. 配布・回収結果	
II. 主要結果	5
1. 総括	
2. アンケート調査の分析結果の概要	
3. 自由記述の回答パターンの概要	
4. ラウンドテーブル形式による調査の分析結果の概要	
5. MSW が依存症支援力を高めるために、協会が取り組むべき 課題とアクションプラン	
III. 単純・クロス集計による調査結果	25
1. 回答者の属性について（年齢、性別、SW の経験年数、所属機関の所在地、 所属機関の SW の人数、所属機関、一般病院の病床数、一般病院における 精神科、一般病院における精神科医、一般病院における精神科病床、一般 病院における依存症専門医、一般病院における医師による依存症治療）	
2. 依存症の患者・家族に対する関わりの経験について	
3. 患者・家族に関わったことのある依存の種類について	
4. 現在の依存症問題に対する関わりのスタンスについて	
5. 相談の工夫について	
6. 今後の依存症問題に対する関わりのスタンスについて	
7. 支援のやりにくさ、取り組みにくさの要因について（自分自身、所属機関、 患者側、家族側、医療供給体制、社会的要因）	
8. パチンコ・パチスロ依存、ギャンブル依存症・病的賭博について（関心、 非合法化／規制に対する考え、カジノ建設を伴うギャンブル依存症問題に 対する関心）	
9. 自助グループや家族会について（関心、存在価値、知っている依存症の社会 資源、SW の関わりについての相談経験、見学や出席の経験、勧めた経験、 勧めたことがある自助グループ）	
10. 院内・地域での回復支援やネットワークづくりについて	

11. 知っている、活用している依存症の支援方法について
12. 自業自得・自己責任に対する考え方について
13. アルコール依存症の患者に対する職場の理解と受け入れの円滑さについて
(糖尿病、がん、うつ病、統合失調症、アルコール依存症の比較)
14. アルコール依存症の患者に対する地域関係機関の理解と受け入れの円滑さについて
(転院相談先、在宅退院、生活保護、就労関連との比較)
15. 依存症は回復する疾患であることを知っているかどうかについて
16. 依存症回復者から「回復について」話を聞いた経験について
17. 今後あればいいと思う事について
18. 依存症に関する現任者研修を受けた経験について
19. 受けたことのある現任者研修について
20. 職場スタッフについて(医師、看護師・准看護師、臨床心理士・公認心理師、
作業療法士、栄養士、薬剤師)

IV. 自由記述の分析結果(KH Coder) 73

1. 自由記述の分析方法
2. 共起ネットワークの結果
 - (1)「①社会状況に対して思うこと」の回答パターン
 - (2)「②期待すること」の回答パターン

V. ラウンドテーブル形式による調査の分析結果 83

1. 目的
2. 方法
3. 実施状況
4. 参加者
5. 分析対象
6. 結果

資料：調査票 105

編集後記

I. 調査概要

1. 調査を実施する背景（問題の所在）

平成 25（2013）年に制定（平成 26 年施行）されたアルコール健康障害対策基本法（以下、アル法）は、アルコールに関連する年間 3 万 5 千人の死亡者と 4 兆円の社会的損失の低減を目指して制定された。

制定の背景となる課題の一つ目に、アルコール性肝硬変の増加がある。アルコール性肝疾患の死亡数は、平成 8（1996）年には 2,403 人であったものが、平成 26（2014）年には 4,689 人と増加しており、そのうち約 8 割がアルコール性肝硬変である。肝疾患の重篤化には、アルコールの持つ依存性による脳内物質の変化などにより、自分の意志では飲酒量をコントロールできないアルコール依存症が大きく関与していると指摘されている。

二つ目に、患者調査における我が国のアルコール依存症の総患者数は、約 4 万人前後で推移しており、平成 26（2014）年は、4.9 万人と推計されているが、成人の飲酒行動に関する調査では、アルコール依存症の生涯経験者は 100 万人を超えるとの報告がある。

三つ目に、アルコール依存症を有する者（推計数 58 万人）のうち、「アルコール依存症の専門治療を受けたことがある」と回答している者は 22%しかおらず、一方で、アルコール依存症を有する者の 83%は「この 1 年間に何らかの理由で医療機関を受診した」と回答している。既述のアルコール性肝硬変を含むアルコールに起因する臓器障害のある者に対する一般医療機関から専門医療機関への受け渡しが適切に行われておらず、専門的治療に繋がっていない、いわゆる「治療ギャップ」の可能性があると指摘されている。

四つ目に、アルコール問題は、いまだに偏見・差別があり、周囲が正しい知識を持って「見ようとしなないと見えない」問題であることから、潜在化しやすい（稗田、2017）。

以上のことから、一般医療機関に潜在するアルコール問題を「見ようとする」と、深刻なアルコール性臓器障害で加療する人々にアウトリーチすることも可能となり、結果、アルコール関連問題の悪化予防にもつながり、志望者や社会的損失を低減することに貢献できることが期待される。

平成 31（令和元）年度から令和 2 年度にかけ行われたアル法における基本計画の見直しでは、早期発見・早期治療の目標を達成に向け一般医療機関における介入方法として、減酒指導などに対する診療報酬化に関する意見、エスバーツ（SBIRTS：Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment and Self-help Groups）による連携体制の構築、これらを支援できる人材育成について積極的に議論された。これらの議論の中で、支援の重要な担い手として、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）に対する期待の声が上がっている。

（参考文献）

- ・「アルコール健康障害対策基本計画（第 2 期）（案）」厚生労働省ウェブサイト
<https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/000709798.pdf>（令和 2 年 12 月 24 日公開）
- ・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——一般医療機関での実践を目指して』みらい

2. 調査の目的・意義

このような背景から、MSW が一般医療機関に潜在するアルコール関連問題を持つ患者や家族にアウトリーチできるようになれば、アル法の目標達成にも貢献できると考えた。

そのために発足した本協会の社会貢献事業部依存症リカバリーソーシャルワークチームは、どのような活動の方略をたてるべきか。まずは、会員の依存症に対する意識や、アルコールを中心にした実践の現状を把握することが急務と捉えた。そこで、会員に対しアンケート調査を実施することとした。

本調査は、チームの活動の推進力となることが期待され、会員をはじめ、MSW 全般に対する依存症支援力向上に寄与することを目指している点においても意義がある。

3. 調査者 *調査報告書執筆担当

1) 調査代表者：所属

*稗田里香：武蔵野大学人間科学部社会福祉学科・教授、正会員、同担当（チーム）委員長

2) 分担調査者：所属

*左右田 哲：北里大学病院、正会員

*野村 裕美：同志社大学社会学部社会福祉学科・准教授、正会員

坪田 まほ：日本医療社会福祉協会事務局長、社会貢献事業部担当理事、正会員

南本 宜子：済生会京都府病院、正会員

佐々木 幸：JCHO 北海道病院、正会員

佐原まち子：WITH 医療福祉実践研究所、正会員

斉藤 正和：相模原中央病院、正会員

*浅野正友輝：トヨタ記念病院、正会員

才田 靖人：東神戸病院、正会員

兵倉 香織：市立四日市病院、正会員

上堂蘭順代：ASK 依存症予防教育アドバイザー・社会福祉士・精神保健福祉士、非会員

松浦 千恵：安東医院・精神保健福祉士、非会員

3) 研究協力者：所属

*伊達 平和：滋賀大学データサイエンス学部・准教授

調査全体のデータ分析メンター

*堀 兼大朗：日本学術振興会特別研究員 PD、京都大学文学研究科

データ分析（質的分析）メンター

4) 外部協力者：個人、企業・教育機関・他

アンケート票の借用：公益社団法人日本精神神経科診療所協会依存症対策プロジェクトチーム（許可済み）

4. 調査概要

- （１）調査地域 日本国内
- （２）調査対象 日本医療社会福祉協会会員 5,309 人（令和 2 年 7 月 1 日時点）
- （３）抽出方法 名簿に記載されている正会員全員（全数調査）
- （４）調査方法 郵送による調査票配布・郵送による調査票回収
- （５）電子メールによる督促を 1 回実施
- （６）調査期間 令和 2 年 7 月 15 日～8 月 1 4 日

5. 配布・回収結果

配布数	有効回収数	有効回収率
5,309 件	1,211 件	22.8%

II. 主要結果

1. 総括

本協会設立以来、初めての依存症に関するアンケート実態調査は、全正会員 5,309 名（令和 2 年 7 月 1 日現在）を対象に実施したものである。回収率 22.8%は、決して高いとは言えない。設問の多さやその内容、告知の仕方などに課題はあるものの、会員の依存症に対する関心の程度を表し、これも今の協会の依存症における実態の一つと受け止められる。

同時に、寄せられた 1,211 件の、年齢、性別、所属機関の所在地の分布（割合）は、全正会員 5,309 名のそれらとおおむね一致する分布を示す（「単純・クロス集計による分析結果」質問 1 参照）ことから、本協会の実態を表すものと捉える。また、自由記述の記載も多く、依存症に対し何らかの関心を有する積極的な発言であり、回答者の意識、思い、期待などを率直かつ具体的に表す貴重な実態と受け止める。

本調査は、量的調査（アンケート調査）と質的調査（自由記述の回答、ラウンドテーブル形式による調査）の混合研究法に依拠し、分析を行っている。

なお、アンケート調査の回答に「その他」がある場合、回答の 20%を超えたものについて、その内容を分析している。

2. アンケート調査の分析結果の概要

アンケート調査の分析結果の概要は、次の通りである。

なお、全ての分析結果は、「Ⅲ. 単純・クロス集計による調査結果」（24 頁）に掲載している。

（1）回答者の属性について（質問 1-A～F）

回答者の属性の「年齢」では、30 代が 36.5%と最も多く、40 代を加えると全体の 71.2%を占める。回答者の年齢構成は配布した会員の年齢構成と概ね一致している。

「性別」では、女性が全体の 71.9%を占める。回答者の性別構成は配布した会員の性別構成と概ね一致している。

「社会福祉士・精神保健福祉士（SW）としての経験年数」では、全体的に経験年数は散らばっているが、最も多いのは 10 年～15 年未満の 25.8%である。

「所属機関の所在地」では、全体的に経験年数は散らばっているが、最も多いのは 10 年～15 年未満である。所属機関の所在地は、北海道が 12.3%と最も高く、次いで東京都、神奈川県の順である。会員情報と比較しても所属機関の所在地の構成比は概ね一致している。

「ソーシャルワーカー（SW：社会福祉士・精神保健福祉士）の人数」では、5～9 名が 43.8%と最も多く、次いで 1～4 名が 37.5%である。

「所属機関」では、一般病院が 87.5%を占める。会員の所属する機関の構成も病院が最も多い。

（2）依存症専門医療体制の状況について（質問 1G～L）

「一般病院の病床数」では、200～499 床が 40.8%と最も高く、20～199 床以下の一次～二次医療圏が 74.7%を占める。

「一般病院における精神科」では、精神科無しが 58.8%である。

「一般病院における精神科医」では、最も高いのは「精神科医がいない」の37.8%で、次いで「常勤医がいる」の36.9%、「非常勤医がいる」が24%である。

「一般病院における、精神科病床」では、「精神科病床無い」が83.2%を占める。

「一般病院における依存症専門医」では、「依存症専門医無い」が93.5%を占める。

「一般病院における、医師による依存症治療」では、「医師による依存症治療は行っていない」が、83.7%を占める。

（３）依存症本人や家族への関わり経験と依存症の種類について（質問 2、3、4）

「依存症の患者さんやその家族へ関わったことがありますか」では、「関わったことがある」82.0%を占める。

「本人が直接相談に来た依存症当事者について関わったことのある依存の種類」では、「アルコール依存症」が約87.2%を占め、次いで「摂食障害」の36.6%、3番目は「薬物依存・乱用」の30.2%である。そのほか、「買い物依存」「病的賭博」「病的窃盗」「性依存」「ネット・ゲーム障害」も少ない割合であるが関わりがある。

「家族が相談に来た依存症当事者について関わったことのある依存の種類」では、最も多いのが「アルコール依存症」で93.5%を占める。次いで「摂食障害」の32.6%、3番目は「薬物依存・乱用」の22.0%である。そのほか、「買い物依存」「病的賭博」「ネット・ゲーム障害」「病的窃盗」「性依存」も少ない割合であるが関わりがある。

（４）現在の依存症問題への関わり方のスタンスと相談の工夫について（質問5、6）

「現在の依存症問題への関わり方のスタンス」では、「積極的にかかわっている」、「やや積極的にかかわっている」を合すると50%である。一方、「どちらともいえない」、「できれば関わりたくない」「一応は相談対応している」を合すると49.4%であり、積極的なスタンスと、積極的とは言いつけないスタンスの割合がほぼ同じである。

なお、現在の関わり方のスタンスについて、クロス集計で詳細に検討したところ、男性のほうがやや積極的である傾向を示し、関わりがあった人、働いているSWの数が多い所属の人、回復者の話を聞いた経験がある人のほうが積極的であった。

また、「依存症問題における相談工夫について」は、「身体的健康・身体的合併症に目配りしている」が59.1%と最も多く、「自助グループ・家族会・回復施設などの情報を提供できるようにしている」が57.0%、「家族と連携するようにしている」が54.6%である。一方、「依存症プログラムを用意している」は2.3%と最も低い。また、「特に工夫している点はない」が5.2%いる。

工夫の有無についてクロス集計で詳細に検討したところ、男性のほうが「動機付けを意識」「精神科依存疾患に目配り」をする傾向があり、女性のほうが「身体症状に目配り」「自助グループ等の情報提供」をする傾向があるが、それほど大きな差はみられない。さらに、おおむね年齢、経験年数、積極性が高い人ほど、工夫をしている。

なお、「依存の治療プログラム」と「所属機関の連携」には、SWの数が多い機関ほど工夫をし、「動機付け意識」「身体症状に目配り」「自助グループなどの情報提供」は、10～14名の機関に所属している人が最も工夫をしている。

（５）今後の依存症問題への関わりのスタンスについて（質問 7）

「今後の依存症問題への関わりのスタンス」では、「やや積極的に関わりたい」、「積極的に関わっていきたい」を合すると 51.6%である。一方、「どちらともいえない」、「できれば関わりたいくないが一応は相談対応する」、「相談を受けることをお断りしたい」を合すると 48.9%となり、積極的なスタンスと、積極的とは言い切れないスタンスの割合は概ね同じである

（６）支援の取り組みにくさ・やりにくさについて（質問 8A～F）

「支援の取り組みにくさ、やりにくさ」の 6 要因すべての回答総数は 12,043 件である。この中で最も回答が多かったのは、「医療供給体制の要因（2,998 件）」24.9%、次いで「所属機関の要因（2,096 件）」17.4%で、「患者側の要因（1,893 件）」15.7%、「家族側の要因（1,802 件）」15.0%、「社会的要因（1,746 件）」14.5%、「自分自身の要因（1,508 件）」12.5%であった。また、「自分自身の要因」については、他の要因と比べ「その他」の回答が 20%以上を超える。中でも、「自分自身の要因」については、その他の回答が 20%以上を超え、記述による様々な取り組みにくさや、やりにくさが 257 件回答された。

「自分自身の要因」として「取り組んだとしても関わりの成果は少ない」が最も多く 41.2%を占める。次いで「忙しくて依存症問題に手が回らない」が 30.0%である。また、「取り組んだとしても嫌な思いが多い」「回復した人を見たことがない」がそれぞれ 1 割以上いる。また、「自分自身の要因」では、その他の記述が 20%を超え（257 件）、他の要因のその他の記述に比べると飛びぬけて多かった。内容を分析すると、「知識・技術・経験不足」に関する記述が 5 割以上、「関わったことがない、あるいは少ないからわからない」、「自信がない」、「じっくり関わる時間がない」などが少数ながら挙げられている。

「所属機関の要因」では、最も多いのが「院内スタッフの依存症に対する理解が不足している」が 52.8%、次いで「ともに関わっていける医師・看護職がいない」が 49.1%である。また、「依存症問題には介入しないという指示や雰囲気がある」が 15.9%、「診療報酬に位置付けられていない支援や関わりは行わないという指示や雰囲気がある」が 7.3%である。

「患者側の要因」では、「自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題」が最も多く 67.5%を占め、次いで、「嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為」が 46.2%、「借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題」が 35.6%である。

「家族側の要因」では、最も多いのが「依存症治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為」が 59.3%を占める。次いで、「家族の福祉機能や経済機能が損なわれている」が 41.7%、「家族の情緒安定機能が損なわれている」が 38.5%である。

「医療供給体制側の要因」では、最も多いのが「依存症・嗜癖問題について社会福祉学教育の中で、教育・学習が十分でない」が 50.1%、「依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない」が 46.2%、「通院、入院医療供給体制や依存症専門医療機関の相談や治療体制の問題」が 40.9%、「依存症専門医療機関側の相談や治療体制の問題」が 38.9%、「緊急時の入院先がないなど入院医療供給体制の問題」が 38.2%、「コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等診療報酬の問題」が 28.2%となっている。

「社会的要因」では、最も多いのが「依存症問題への社会的偏見が根深い」が 57.3%、「社会政策としての国・地方自治体の取組が乏しい」が 56.4%、「依存を誘うコマーシャルや環境があられ

ている」が24.3%である。

（７）ギャンブル依存症・病的賭博への関心について（質問9A～D）

「パチンコ・パチスロ依存についての関心」では、最も高いのが「まあまあある」の40.1%であり、「強い関心がある」とを合すると45.5%を占める。また、「あまりない」と「全くない」を合すると、49.3%である。

「パチンコ・パチスロの非合法化/規制について」では、「もっと厳しく規制すべきである」が最も高く38.9%である。一方、「分からない」が28.0%、「現状のままでよい」が25.3%である。

「カジノ建設に伴うギャンブル依存症問題について」は、カジノ建設に伴うギャンブル依存症問題は、「まあまあある」が44.8%と最も高く、「強い関心がある」とを合すると55.5%を占める。また、「どちらとも言えない」が23.0%、「あまりない」と「全くない」が合せて21.2%である。

「カジノ建設に反対か、賛成か」では、「反対である」は49.9%と最も高く、「賛成である」は6.8%である。また、「どちらとも言えない」が43.1%である。

（８）自助グループや家族会について（質問10A～G）

「自助グループ・家族会など依存症の回復支援に活用できる社会資源について」では、「大いにある」が最も高く58.5%で、「ある」を合すると79.5%を占める。

「メンタルヘルス領域における自助グループ・家族会などの社会資源の存在価値の評価について」では、「評価している」が最も高く56.2%で「大いに評価している」を合すると82.6%を占める。

「依存症に関する社会資源で知っているもの」では、「自助グループ」が最も高く90.3%、次いで、「家族会」が84.4%、「専門治療施設」69.0%、「回復支援施設」が54.3%といずれも50%を超えている。それらに比べ、保健所や精神保健福祉センターの依存症プログラムは約3割と低い。

「自助グループ・家族会などのメンバーへ、SWの関わりについて相談したことがあるか」では、「いいえ」が77.0%を占める。

「自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたことはあるかについて」では、「いいえ」が65.6%を占める。クロス集計で、自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたこと、また相談をしたことの経験について組み合わせを見たところ、どちらともしたことがない人が半数以上にのぼる。自助グループへの接触経験がある人の中では「出席のみ」が2割と最も多い。また、自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたこと、また相談をしたことの経験について組み合わせを性別にみたところ、女性よりも男性のほうがなんらかの関わりをした人が多い。さらに、自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたこと、また相談をしたことの経験について組み合わせを年代別にみたところ、年齢が高い人のほうが自助グループと何らかの関わりをした人が多い。

「患者や家族等に依存症の自助グループ・家族会等を勧めた事はあるかについて」では、「はい」が60.5%を占める。

「勧めたことのある自助グループ（アルコール）」では、勧めたことのある自助グループ（アルコール）で最も多いのが「断酒会」に78.4%、次いで「AA」が63.3%となっている。

「勧めたことのある自助グループ（薬物）」では、アルコールと比べるとどれも少ない。その中で、最も多いのが「ダルク」の28.0%、次いで「NA」が5.0%となっている。

「勧めたことのある自助グループ（ギャンブル）」では、アルコールや薬物と比べるとどれも少な

い。その中で、最も多いのが「GA」の6.3%、次いで「ギャンブル依存症家族の会」が4.4%となっている。

（９）院内、地域における依存症の回復支援やネットワークづくりについて（質問 11）

「院内、もしくは地域において、依存症の回復支援やネットワークづくり」では、「行っていない」が93.8%を占める。

（１０）支援方法や内容について知っている、活用しているものについて（質問 12）

「知っている、活用している支援方法や内容について」では、「知らない」が36.4%と最も高い。最も知っている、活用しているものは、「動機づけ面接法」が28.6%、次いで「厚生労働省「依存症対策」ホームページ」が25.1%となっている。SMARPP や SBIRTS を知っているのは1割弱である。

（１１）「依存症になったのは自業自得・自己責任」に対する考え方について（質問 13）

「依存症になったのは自業自得」に対する考え方では、「どちらともいえない」が45.7%と最も高い。次いで、「そう思わない」が34.9%で、「全く思わない」と合すると46.3%である。「そう思う」、「大いにそう思う」が7.8%いる。「依存症になったのは自業自得」に対する考え方について、クロス集計で詳細に検討したところ、年齢が高い、経験年数が長い、関わり経験がある、回復者の話を聞いた経験がある人ほど、「自業自得ではない」と回答している。また、性別や現場のSWの数との関連はほとんど見られなかった。

（１２）職場内や地域でのアルコール依存症者に対する理解と受け入れについて（質問 14、15）

「糖尿病、がん、うつ病、統合失調症、アルコール依存症に罹患する患者さんに対する職場での理解と受け入れについて」は、身体疾患である糖尿病、がんは89.7%が円滑である。また、精神疾患の中でもうつ病は46.7%、統合失調症は36.9%が円滑である。一方、アルコール依存症は、23.9%が円滑であるが、他の疾患の中で「いくらか困難」30.6%、「困難」が11.4%と最も高い。

「糖尿病、がん、うつ病、統合失調症、アルコール依存症に罹患する患者さんに対するアルコール依存症の患者さんに対し、地域関係機関での理解と受け入れについて」では、「生活保護」において、「まあまあ円滑」、「円滑」と合せ39.2%となっており、他の疾患と比べ最も高い。次いで、「転院相談先」が32.3%、「在宅退院」が25.2%であり、「就労支援」が10.8%と最も低い。また、困難さからとらえた場合、「いくらか困難」、「困難」を合すると「転院相談先」が38.3%と最も高く、次いで「在宅退院」34.1%、「就労支援」が28.5%となっている。

（１３）依存症の「回復」に関することについて（質問 16、17）

「依存症は回復する疾患であると知っているか」では、「知っている」が91.2%を占める。

「依存症回復者から「回復について」話を聞いたことがあるか」では、「はい」と答えたのは52.3%、「いいえ」と答えたのは47.4%となっている。回復について話を聞いたことがあるかどうかについて、クロス集計で詳細に検討したところ、男性のほうが女性よりも、年齢が高い人のほうが低い人よ

りも、経験年数が長い人のほうが短い人よりも回復について話を聞いたことのある人が多い。なお、現場のSWの数別のクロス集計では特に差異は見られなかった。

（１４）あればいいと思うことについて（質問 18）

今後、あればいいと思う事で最も多いのは、「依存症に対する治療や支援に関する勉強会や情報提供」で 71.1%。次いで、「依存症専門医療機関における治療・支援内容について知る機会」、「当事者の回復や社会資源（自助グループ・家族会・回復施設等）について知る機会」、「保健所や保健センターといった行政における支援内容について知る機会」がいずれも約 6 割である。また、「日本医療社会福祉協会の学会や研修会で依存症問題を取り上げる機会」についても約 5 割である。「特に無い」も 2.6%とわずかにある。

（１５）依存症に関する現任者研修について（質問 19、20）

「これまでに、依存症に関する現任者研修について」では、「受けたことがある」19.4%で、「受けたことがない」が 79.6%を占める。

受けたことのある現任者研修で最も高いのは、「その他」の 38.3%、次いで、「日本医療社会福祉協会」、「依存症（アディクション）」研修」が 37.4%である。「その他」では、246 件（回答した実人数 232 人）の回答が寄せられた。その中で、回答の選択肢と重なっている「日本医療社会福祉協会」、「依存症（アディクション）」研修」と「日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会（ASW）アルコール健康障害対策基本法啓発基礎講座研修」を除くと、最も高いのは「地方自治体や行政機関主催の研修」の 24 件である。

（１６）職場スタッフについて（質問 21）

「職場スタッフについて」では、最も多いのが「看護師・准看護師」の 95.8%、次いで「医師」、「栄養士」、「薬剤師」、「作業療法士」でいずれも約 9 割となっている。最も少ないのが「臨床心理士・公認心理師」の 47.5%である。

（参考文献）

・伊達平和・高田聖治（2020）『社会調査法』学術図書出版社

3. 自由記述の回答パターンの概要

アンケートの最後の設問として、「①社会状況に対して思うこと」、「②社会貢献事業部依存症リカバリーソーシャルワーク担当（チーム）に期待すること」、「③その他（なんでも気づいたこと等）」における自由記述のうち、①（316 ケース）、②（287 ケース）をKH Coder（樋口、2020）で分析した。その結果、以下のような MSW の意識、思い、期待があることが読み取れる。なお、全ての分析結果は、「Ⅳ. 自由記述の結果と分析(KH Coder)」(73 頁)に掲載している。

（１）「①社会状況に対して思うこと」について

回答者が、社会状況に対して思うことは、「依存症へのイメージと啓発」、「知識の必要性」、「様々な問題への危機意識」、「依存の誘因」、「アルコール依存症者と医療的支援」、「自己責任論への批判」と大きく 6 つの分類に関するものである。

「依存症へのイメージと啓発」は、依存症に対する偏見を危惧する回答で構成されている。依存症への偏った認識が依存症の人を排斥していることを指摘し、一方でその処方箋として、依存症という病気や依存症の人に関する正しい知識の啓発を望んでいることが読み取れる。

「知識の必要性」は、依存症に関する知識の普及を必要とする回答で構成されている。上述の「依存症へのイメージと啓発」と類似のカテゴリーだが、こちらは学校教育や医療機関など、知識の普及の仕方や場所に関して、より具体的に記述されていることがうかがえる。

（２）「②期待すること」について

回答者が、期待することは、「SW のあり方の改善」、「取り組みや支援方法を学ぶ機会」、「MSW や病院のあり方の改善」、「チームへの期待」、「情報提供」、「当事者・家族への社会的支援の改善」、「啓発活動の必要性」、「社会全体の改善」と大きく分けて 8 つの分類に関するものである。

最も期待するのは、「SW のあり方の改善」である。これは、依存症支援に関する SW に対する研修や診療報酬化などのインセンティブを求める回答で構成されている。

次に、「取り組みや支援方法を学ぶ機会」に関することでは、専門性を持つ人や自助グループにかかわっている人による勉強会の機会を必要としていることがうかがえる。

さらに、義務教育での啓発活動の必要性や、依存症支援に活用できる社会資源、情報、地域での取り組みの実情を共有することなどを求めていることがうかがえる。

（参考文献）

- ・樋口耕一(2020)『社会調査のための計量テキスト分析—内容分析の継承と発展を目指して 第2版』ナカニシヤ出版

4. ラウンドテーブル形式による調査の分析結果の概要

(1) 調査の目的、対象、分析方法

2つの調査結果に対して、リカバリーソーシャルワーク担当（チーム）では、ラウンドテーブルを開催した。目的は、第一に調査結果をどのように説明することができるのか、第二にさらにデータを積み上げていくためにどのような新たな変数や介入方法はないかについて、メンバーの見解や洞察、及びそこから発展した自由な意見を活用するためである。

ラウンドテーブルは計3回開催し、そのうち1回目令和2年12月9日開催（参加者：チームメンバー10人）と2回目令和3年1月9日開催（参加者：チームメンバー11人と調査メンター2人）を分析対象とした。ラウンドテーブルのテーマ及び分析テーマは「調査結果に対してソーシャルワーカーとして想うこと」とし、分析テーマに沿いながらコード化を行った。続いて、類似したコードの関連を検討しカテゴリー化を行った。なお、全ての分析結果は、「V. ラウンドテーブル形式による調査の分析結果」（82頁）に掲載している。

(2) 調査の結果：カテゴリーの概要

ラウンドテーブル形式による調査結果について、発言は、以下の11カテゴリーに分類することができた（表1）。2つの調査結果の中で、参加者が焦点をあてたのは、これまでと今後の「関わりのスタンス」、「相談の工夫」、「自助グループ・家族会」「院内、もしくは地域における依存症の回復支援やネットワークづくり」についてであった。

表1 11カテゴリーの一覧

①	【支援の前提や困りごと、興味関心が人によってばらばら】
②	【「社会資源紹介屋」になっている】
③	【関心がない・湧かない、支援のやり方がわからない】
④	【MSWが専門医療のことをよく知らない/距離がある】
⑤	【アルコール依存症者支援について組織内の理解が低い】
⑥	【地域づくりが一つの糸口となる】
⑦	【ネットワークを創出する難しさ・継承する難しさ】
⑧	【アルコール依存症者の支援は精神科の範疇だと認識している】
⑨	【診療報酬算定や退院支援優勢にソーシャルワーク支援が影響を受ける】 ・退院支援に追われていてアルコール依存症者支援に手が回らない ・退院支援は言い訳 ・退院支援の中にアルコール依存の問題は内在化される ・アルコール依存症者への支援に診療報酬がつくことには是非がある
⑩	【アルコール依存症者への関わりの成果】 ・成果（効果）を実感できないソーシャルワーカーの割合が多い ・支援の成果（効果） ・支援の指標 ・依存症支援に対する自信のなさ

	・専門医療機関につながれば何とかするという幻想がある
⑪	【依存症支援のためにソーシャルワーカーに必要なだと思うこと】

①【支援の前提や困りごと、興味関心が人によってばらばら】

調査結果への第一印象として、支援の前提や困りごと、興味関心が人によってばらばらであるとの意見がでてきた。（質問１・５の結果に着目）

②【「社会資源紹介屋」になっている】

質問５・６に関連して、関わりのスタンスについてさらに意見交換がなされた。相談の工夫において、自助グループなどの情報を提供できるようにしていると回答している率が高いが、質問 10-C, 10-D, 10-E では、自助グループ等のメンバーへ相談・見学・出席している率が低い点について意見交換がなされた。ソーシャルワーカーが自助グループについて、ただ情報提供をしたり、情報提供をすることが支援のゴールであるかのように見える、その姿は、患者家族の人権や健康権といった権利擁護の担い手というよりは、ある種の「社会資源紹介屋」のように見えるかもしれない等、次々に意見がでた。チームメンバーの中には、過去に、自分自身、自助グループなどに参加して活動の実際を見学せず、クライアントや家族に紹介していた等振り返る発言もでてきた。（質問 10-D, 10-E の結果に着目）

③一般医療機関のソーシャルワーカーの実態【関心がない・湧かない、支援のやり方がわからない】

質問 7 の、依存症問題への関わりのスタンスについて、「どちらともいえない」「できれば関わりたくない」で約 50%程度あること、また問 10、11 の結果に焦点があたり、さまざまな意見がでてきた。

地域でのネットワークづくりには関心はあると思われるが、問 11 では、93.8%が行っていないと回答している。

どうして行動するに至っていないのかについて意見がでてきた。依存症患者に関わる方法・手段を知らないために支援が遅れてしまったり見過ごしてしまうような事態が起こりうるのかもしれないということ、支援の遅れや見過ごしたことが重なることで、結果として依存症の支援への苦手意識や困難感を生み、あきらめや無関心につながるのではないかという意見も多数でてきた。（質問 7・10・11 の結果に着目）

④ソーシャルワーカーが直面している課題 1【MSW が専門医療のことをよく知らない/距離がある】

（質問 8A～F の結果に着目）

問 8A～F の、支援のやりにくさについて、特にここでは医療供給体制の要因について意見がでた。アルコール専門医療機関の予約が取れない、そもそも地域に専門医療機関がない、診療につなげてもらっても依存症と診断されない、専門医療の行っているサポートが見えず不安、否認をする患者と患者の任意入院を受ける精神科病院の現実、精神科へ通院または退院した患者の治療や支援経過が一般医療機関のソーシャルワーカーに見えにくいなどの意見が出された。

⑤ソーシャルワーカーが直面している課題2【アルコール依存症者支援について組織内の理解が低い】（質問8-B、14-Eの結果に着目）

アルコール依存症者支援について、質問8-B、14-Eについて、組織内の理解度が圧倒的に低いという結果に焦点があたり、院内スタッフの理解度の低さから支援が必要な患者としてソーシャルワーカーにつながりにくい状態になってしまっているのではないかと意見もでてきた。

⑥ソーシャルワーカーが直面している課題3【地域づくりが一つの糸口となる】

特に自助グループに焦点をあて、意見交換がなされた。アルコール依存症は、地域によって支援者の理解の度合いが異なること、近年ではソーシャルワーカーが地域にでて断酒会などと交流することが少なくなっているということがでてきている。コロナ禍となり、重層的な支援がますます求められる今、地域のどこでもアルコール依存症に関わる潜在的なニーズを早期にキャッチし早期に介入する必要性や、アルコール依存症者への支援を地域づくりの一つの糸口として、ソーシャルワーカーが積極的に関わることの提案などもでてきた。

⑦ソーシャルワーカーが直面している課題4【ネットワークを創出する難しさ・継承する難しさ】（質問11の結果に着目）

社会資源・ネットワークの創出に関わる課題について議論が広がった。関心を持ち、支援に力を入れようとするソーシャルワーカーほど困難を感じている点について、院内の協力者をふやさなければならぬという課題を抱えているため、「自分のところ（勤務先病院）でもできるのではないか」という感覚が生まれたら良いのではないかという意見がでている。医師と組めるようになったなど、院内にネットワークを作る事について意見がなされた。

また、ネットワークの創出を上司や先輩世代のワーカーが積極的に取り組んできた地域にいるソーシャルワーカーは、先代たちが構築してきた関係性を維持継承していく課題について直面していると感じている。この点についてもさまざま指摘がなされている。必要な社会資源がない時代に作ってきた世代から、自分たちが創出するという経験がない次世代に引き継がれる際、さまざまな認識の齟齬があるのではないかという点にも議論は集中した。

⑧ソーシャルワーカーの認識1【アルコール依存症者の支援は精神科の範疇だと認識している】

議論は、一般医療機関のソーシャルワーカーも含めて、「アルコールの問題は精神科病院の問題である」という認識があることも指摘されていることとなった。

⑨ソーシャルワーカーの認識2【診療報酬算定や退院支援優勢にソーシャルワーク支援が影響を受ける】

・退院支援に追われていてアルコール依存症者支援に手が回らない

診療報酬の算定がなされる退院支援が優勢となり、さらに退院支援に追われている点に焦点が当てられた。ソーシャルワーカーが院内ネットワークから排除されることなく入り続けるには、引き受ける相談に優先順位がついてしまう現状や、わかっているが、相談体制に労力や余力がない点、アルコール依存症支援には他職種間に温度差があり、最終的に引き受けるのはソーシャルワーカーである点、支援に時間がかかるためワーカー間でも温度差がある点などが指摘された。

・退院支援は言い訳

以上のような現状はあるものの、それは「言い訳」ではないかという指摘についても議論がなされた。実際、日々の支援でパワースレスになっていることや支援の仕組みを作ることができない言い訳に「退院支援」を上げているのではないかという点、時間を作ろうと思えば支援体制構築のために確保できるのではないかという点、継続して支援に関わることで解決できるのではないかという提案などでてきた。

・退院支援の中にアルコール依存の問題は内在化される

ソーシャルワーカー自身や、あるいは院内に仕組みをつくることでさまざまな院内スタッフが早期発見者になる可能性、そのような意識づけ、プロセス、実際の支援のやり方などを後輩世代にどのように伝えたらよいのかという点に議論は発展した。入院時チェックで退院時にオーダーするなど、内在化されるアルコール依存をチェックするしくみをどのように作り、それをルーティン化していったらよいかについて意見がでている。

・アルコール依存症者への支援に診療報酬がつくことには是非がある

ソーシャルワーカーの業務として依存症者支援に診療報酬がつくことは、自らの診療補助業務に対する対価と捉えられると同時に、院内における多職種とのチームアップを得るための一つの方法になると考える。一方で、ソーシャルワーカーの中に、対価を得られる相談支援と得られない相談支援があるという意識が生まれる。診療報酬がつくことで求められる組織への貢献・成果と、患者家族に対する支援効果を改めて考える必要がある。対価を得ることへの偏った判断が、結果的にソーシャルワークの目的を履き違えてしまうことが起きてしまうのではないかなどの意見がでてきた。

⑩ソーシャルワーカーの認識3【アルコール依存症者への関わりの成果】

・成果（効果）を実感できないソーシャルワーカーの割合が多い

支援に労力をかけたにもかかわらず、退院後、飲酒の再開によって再入院する実態等に対し、「成果（効果）」を実感できない人の割合が多い実態において、ここでいう「成果（効果）」とは一体何をさすのか、たくさんの意見がでた。

・支援の成果（効果）

ソーシャルワーカーが依存症者支援において「支援の成果」をどう考えているのか、あるいはソーシャルワーカーの支援は「断酒がゴールなのか」という点について議論となった。ソーシャルワーカーの支援においては、患者が再飲酒した時には、再飲酒するに至ったプロセスに関心を向け「一体あなたに何があったのか」と寄り添わねばならないのに、なぜ成果（断酒に失敗してしまったこと）だけに着目するのかについて意見がでた。

・支援の指標

ソーシャルワーカーにとっては、患者が断酒できなくても、再度相談にきてもらえる関係構築も支援の一つの効果として表すこと、関わる際には、なぜこの人にはアディクションが必要であったのかという視点が必須である点に焦点があたる。

特にアルコール専門医療クリニックのワーカーからは、断酒に結果を設定することは棚上げした方がよいと思って日頃支援をしていること、患者を死なせないという視点を持つこと、「この人は断酒は無理だ」「断酒できない」という一点で支援の手を離し患者や家族を孤立させてしまわないようにすることがただ一つの指標と思い仕事をしているなどの意見が述べられた。

本来、支援の達成感はワーカーではなくクライアント自身が抱くものである。ワーカーは今ここにあることと、生きることを支援し、治療に向けて歩みだして踏み外した時にサポートできる力を備え、ワーカーなど支援者が回復の地図をもっているとクライアントも楽になることもある。依存症の人たちの生き方を尊重できる視点をもてる仕組みづくり、また、ワーカークライアント関係をきちんと評価して関わりつつける必要性があるなど、依存症患者への支援だけでなくソーシャルワークの根ざすべき価値・倫理に関わる意見がでてきた。

・依存症支援に対する自信のなさ

以上の議論と並行して、一般医療機関のソーシャルワーカーは、実際に依存症患者との関わりがなかったり、支援の効果が感じられなかったり、労力をかけても拒否している人が多いと思っている現実について再度焦点が当たった。自分の意識しないところで、患者が専門病院に予約をとった日にきちんと受診している事実を知ったという体験も語られた。

依存症者支援の苦手意識や自信がない状況があるとすれば、ソーシャルワーカーは「医療モデル」の現場に身を置きながらも、「生活モデル」の視点をもって、当事者の声を聴きながらネットワークを広げることが必要である。「自分はできていない」「上手に介入できていなかった」とソーシャルワーカーが思っていたとすれば、「成果は断酒ではない」ということを伝えるなどの具体的な提案もでてきた。

一般医療機関と専門医療機関に属するソーシャルワーカーとのアプローチに差はなく、実例として、専門医療機関に受診を段取りする経過の中で一般病院のワーカーと患者本人との関係ができ、信頼関係の構築のために時間をかけてでも真摯に向き合うことが一般病院であろうが専門医療機関のワーカーであろうが大切であるなどを確認しあう場面もあった。

・専門医療機関につなげば何とかできるという幻想がある

一般医療機関のソーシャルワーカーなどの中には、専門医療機関につなげば何とかできるという幻想があるかもしれない点、しかし一方で、専門医療機関だからといって関係機関にわかりやすい理想的な支援をしているわけではない点、専門医療機関の専門職も支援に右往左往している現実もあるなどの話題がでてきた。

⑪ 依存症支援のためにソーシャルワーカーに必要なと思うこと

・アルコール依存症支援に対する目指すべき社会のあり様の確認と共有

アルコール健康障害対策基本法の理念が地域で暮らす人々の生活の中に根づく社会の実現、また、ソーシャルワーカーの共通理念として、ソーシャルワーカーの行うハームリダクションという視点が根付くことへの要望などの意見がでた。

・依存症支援に必要な具体的な知識・スキルなど

アディクションの基礎知識、支援に関する知識（専門医療機関にいくまでが大変、話して受け入れてくれる人と場）、家族力動に関する知識などが話題にでた。具体的に本人や家族と関わるための面接技術、断酒会などの語りの場の効果、スーパービジョンの必要性があがった。また、うまくいった事例、失敗談、どのような声掛けをすれば自助グループにってもらえるかなど実際の取り組み事例から具体的に学ぶ機会を必要としている意見もでてきた。

5. MSW が依存症支援力を高めるために、協会が取り組むべき 課題とアクションプラン

アンケート調査の分析結果から、回答した依存症を支援する MSW は、ほとんどが一次～二次医療圏の一般病院に属し、経験年数 10～15 年未満の 30 代、40 代の女性が 7 割を占めることが明らかとなった。10 年以上の経験がある MSW の場合、組織内において、中堅クラスの SW が想定される。

これらの MSW は、SW の配置人数 9 名以下で、院内に精神科が少なく依存症専門医療がほとんど無い中、8 割以上が依存症の患者やその家族に関わった経験があり、その 9 割がアルコール依存症であった。自由記述の回答パターンの概要（「社会に対して思うこと」）の「アルコール依存症者に医療的支援の必要性」とするカテゴリーからも、回答者が依存症のなかでもアルコール依存症に注目しており、アルコール依存症の人に対する医療的支援が盤石ではないこと、アルコール依存症の人への支援や回復に諦めや失意が病院内で生じその打開策として、医療的支援の見通しを得ることを求めている。また、「様々な問題への危機意識」とするカテゴリーに示される通り、回答者は、様々な危機意識を持ち、例えば、依存症や依存症の人への関心の希薄さの問題、特定の領域における依存症の人の多さの問題、経済状況の悪化による患者の増加の問題について指摘している。

すなわち、アルコール依存症の課題を主に、専門治療、支援、連携、社会資源が圧倒的に不足している中で、約 7 割が「関わっても成果が少ない」、「忙しくて依存症問題に手が回らない」と回答し、その関わりのスタンスや取り組みには必ずしも積極的になりきれない様々な課題がある実態が見えた。

したがって、これらの分析を踏まえ、本チームは、以下に示す通り、「依存症支援における MSW のスタンスの課題」と「支援の取り組みにくさ・やりにくさの課題」の大きく 2 つに着目した。

（1）依存症支援における MSW のスタンスの課題

依存症支援における MSW のスタンスでは、回答者の約半数が「どちらとも言えない」、「関わりたくない」、「相談を断っている」という実態が見えた。これらの支援のスタンスは、支援や関わりの経験、回復者の話を聞いた経験、所属機関の SW の人数が影響していることが示唆された。また、クロス分析や自由記述のパターンの概要から、中堅クラスの MSW ほど依存症支援における課題について認識し、課題を克服するために何をすべきかという積極的な姿勢や工夫がある。これらの実態を踏まえ、依存症支援における MSW のスタンスの課題を、次のように整理した。

1) 「自業自得・自己責任ではない」と言い切れない MSW 自身の意識

アンケート調査の分析結果から、「依存症になったのは自業自得・自己責任だと思うか」の質問に対し、「大いにそう思う」、「そう思う」が約 1 割弱、「どちらともいえない」が約 5 割を占め、「依存症になったのは自業自得・自己責任ではない」と言い切れない MSW の実態が見えた。これらは、年齢が高い、経験年数が長い、支援や関わり経験がある、回復者の話を聞いた経験がある人ほど、「自業自得ではない」と回答している。特に、支援や関わり経験がある、回復者の話を聞いた経験があるに関しては、既述の、依存症支援のスタンスの影響にも重なっている。

したがって、MSW が「依存症になったのは自業自得・自己責任ではない」と言い切れるよう、MSW 自身の依存症に対する意識を変える支援が必要と考える。そのためには、経験年数、支援や関わりの経験、回復者の話を聴いた経験など「経験」に着目し、「一番何が効いているのか」といったさらに細かい統計解析が必要と考える。

2) MSW の依存症支援の阻害要因となっている院内や地域社会にある社会的偏見

自由記述のパターン（「社会状況に対して思うこと」）の分析を通じ、「自己責任論への批判」のカテゴリが抽出された。ここでは、依存症の原因が、本人や家族の意思の弱さや性格の問題に向けられ、人々から自己責任や自業自得として扱われていること、自己責任や自業自得であるため、本人や家族の苦労は人々から理解や同情を得づらく、社会から排斥されやすいことを言及している。また、回答者は、依存症への偏った認識が依存症の人を排斥していることを指摘し、一方でその処方箋として、依存症という病気や依存症の人に関する正しい知識の啓発を望んでいる。

アンケート調査の分析結果から、職場内でのアルコール依存症の患者に対する理解と受け入れについては、糖尿病、がん、うつ病、統合失調症と比べた場合、困難の割合が最も高いのがアルコール依存症であった（4 割以上）。アルコール依存症の患者に対し地域関係機関での理解と受け入れについては、他の疾患と比べ、「転院相談先」、「在宅退院」、「就労支援」に困難を感じる回答者の実態が見えた。これらの実態は、「支援の取り組みにくさ、やりにくさ（社会的要因）」で約 6 割が「根深い社会的偏見」を指摘していることとも関連性があると捉える。

ラウンドテーブル形式の調査分析結果から、【アルコール依存症者支援について組織内の理解が低い】、【地域づくりが一つの糸口となる】との指摘があった。

したがって、MSW の依存症支援の阻害要因となっている院内や地域社会にある社会的偏見の是正に対する協会の活動 や、MSW 自身もその取り組みの主体者となれるような支援が必要と考える。

3) 回復者・家族、自助グループから「回復（リカバリー）」について直接学びきれていない

アンケート調査の分析結果から、ほとんどの回答者が、依存症は回復する疾患であると知っている一方、依存症回復者から「回復について」の話を聴いことがあるのは約 5 割にとどまっている。

アルコール依存症は当事者の身体面や精神面だけではなく、その家族や仕事、社会的な関係においても大きな影響を与える疾患である。「支援のやりにくさ（患者側の要因、家族側の要因）」の分析結果から、当事者の飲酒に伴う行動や言動（否認に関する課題）から家族や周りの人が疲弊し傷つくということに加えて、社会的に根深い偏見のある疾患であるため、当事者を抱える家族の心情を少しでも深く理解する努力が必要と考える。特に SW の立場から「家族の態度や行動」は、アルコール依存症が当事者だけではなく家族に与える大きな影響の結果とも受け止めることができる。そのため、アルコールによる課題が家族内外にどのような力動を生み出し、当事者をはじめそこにいる大切な人たちに影響を及ぼすものなのか、より多くの回復者やその家族から学ぶ必要がある。これを裏付けるように、回復者・家族の話を聴くことについては、積極的にかかわるスタンスに影響していることが示唆されている。

支援に効果的な社会資源である自助グループ・家族会については、多くの回答者が関心を示し、知っている社会資源においても「自助グループ」が 9 割を超えている。しかしながら、自助グループ・

家族会などのメンバーへ、関わりについて相談したことがない、自助グループ・家族会等への見学や出席したことがない回答者が多く、これらをどちらともしたことがない人は半数以上であり、自助グループへの接触経験があったとしても「出席のみ」（2割）となっている。なお、年齢が高い、経験年数の長い、当事者と関わった経験がある回答者のほうが自助グループと何らかの関わりをした人が多い。このような自助グループ・家族会への関わりの状況で、6割の回答者が自助グループや家族会を勧め、断酒会、ダルク、GAを勧めていることから、回答者は、自助グループ・家族会に関心があるが、直接的な関わりが薄い状況下で勧めている実態が見えた。

したがって、「社会資源紹介屋」ではなく、ソーシャルワークの原理に立ち返り、自らの使命を再確認し、依存症支援に取り組むことができるために、回復者・家族、自助グループから「回復（リカバリー）」について直接学ぶ仕掛けづくりが必要と考える。

（２）支援の取り組みにくさ・やりにくさに関する課題

二つ目は、支援の取り組みにくさ・やりにくさに関する課題である。

支援の取り組みにくさ・やりにくさに関する質問に対しては、多くの回答が寄せられた。分析結果から、治療継続の問題、否認、家族の態度や行為、経済機能や情緒的機能の損失など患者や家族側にある課題、関わりの成果がない、十分な時間が取れない、知識、技術、経験不足、院内スタッフの依存症に対する理解不足、ともに関わっていける医師・看護職がいない、通院、入院医療供給体制や依存症専門医療機関の相談や治療体制の問題など自分自身を含めた支援者側の課題、根深い社会的偏見、国・地方自治体の取り組みの乏しさなど、個人から地域、社会まで幅広い要因がある回答者の実態も見えた。これらのふまえ支援の取り組みにくさ・やりにくさに関する課題を、次のように整理した。

１）MSW 自身にある専門的知識、技術の不足がもたらす依存症支援の周縁化

アンケート調査の分析結果から、「支援の取り組みにくさ・やりにくさ（医療供給体制側の要因）」では、「依存症・嗜癖問題について社会福祉学教育や、卒後教育の中で、教育・学習の不十分さ」について半数以上が指摘している。また、国が推奨するSBIRTSなど、連携に関する新しい支援方法を知っているのはわずか1割ほどであり、依存症の支援方法を知らない、あるいは活用しきれていないという実態が見えた。

また、「今後あればいいと思う事」や、自由記述の回答パターン（「期待すること」）の概要から、支援のための知識や方法の習得を求める回答者が多い一方、依存症に関する現任者研修の受講経験は少ないという実態が見えた。

ラウンドテーブル形式の調査分析結果からは、この課題に関連すると考えられる多くのカテゴリーが挙がった。【支援の前提や困りごと、興味関心が人によってばらばら】、【「社会資源紹介屋」になっている】、【MSWが専門医療のことをよく知らない/距離がある】、【関心がない・湧かない、支援のやり方がわからない】、【アルコール依存症者の支援は精神科の範疇だと認識している】、【診療報酬算定や退院支援優勢にソーシャルワーク支援が影響を受ける】、【アルコール依存症者への関わりの成果】、【依存症支援のためにソーシャルワーカーに必要なと思うこと】である。これらのカテゴリーは、MSW自身にある依存症支援における専門的知識や技術の不足が、依存症支援そのものをMSWのソーシャルワーク実践の周縁に追いやってしまっている実態を示唆するものとする。

したがって、MSW 自身にある専門的知識、技術の不足がもたらす依存症支援の周縁化の課題に対応するために、専門的知識、技術を習得する機会を提供し、依存症支援を MSW のソーシャルワークのメインストリームの一つに位置付ける取り組みが必要と考える。

2) 院内スタッフ、回復者、家族、自助グループと連携する支援方法（ネットワークづくり）を習得する機会の不足

アンケート調査の分析結果から、ほとんどの回答者が、院内スタッフ、もしくは地域において、依存症の回復支援やネットワークづくりを行っていない実態がある。

依存症回復支援における社会資源の要の一つである自助グループ・家族会などのメンバーへ、関わりについて相談したことがない回答者が、約 8 割を占める。また、自助グループ・家族会等への見学や出席したことがない回答者がおよそ 7 割で、これらをどちらともしたことがない人は、半数以上にのぼる。自助グループへの接触経験があっても相談までには至らず、「出席のみ」にとどまっている回答者の方がわずかながら上回った。

さらに、ラウンドテーブル形式の調査分析の結果からは、【ネットワークを創出する難しさ・継承する難さ】についての指摘がある。

近年、回復者やその家族は、自助グループではピアカウンセラー的な立場として、依存症専門治療機関、依存症社会復帰施設、就労支援施設などでは支援者として多数活躍するようになってきている。令和 3 年度に改正されるアル法の第 2 期基本計画では、自助グループと連携し回復を支援する SBIRTS（Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment, and Self-help group）が推奨されていることから、回復者・家族と連携する支援方法を身に着けることができれば、MSW の負担感の軽減や関わるスタンスにも好影響を与えると考ええる。

したがって、院内スタッフ、回復者、家族、自助グループと連携する支援方法の習得の機会の提供が必要と考える。

(3) 協会のアクションプラン

以上の課題を解決するためのアクションプランについて、ラウンドテーブル形式の調査結果の 11 カテゴリーを加味しながら、2 つの大きな課題別に、知識啓発、研修・研修システムの構築（ミクロ・メゾ・マクロ）に分け、次のように提示する（表 2）。

1) 依存症支援における MSW のスタンスの課題に対するアクションプラン

一つ目の依存症支援における MSW のスタンスの課題において、「自業自得・自己責任ではない」と言い切れない MSW 自身の意識の課題に対しては MSW 自身の依存症に対する意識を変える支援（MSW の依存症支援における原理・原則づくり）を行う。

MSW の依存症支援の阻害要因となっている院内や地域社会にある社会的偏見の課題に対しては、組織内や地域にある社会的偏見の解消に向けた学びの機会の提供（MSW から地域住民に向けたソーシャル・アクション）を行う。

回復者・家族、自助グループから「回復（リカバリー）」について直接学びきれていない課題に対しては、当事者主体の依存症回復に対する共通イメージづくり（MSW の依存症支援における原理・原則づくり）を行う。

2) 支援の取り組みにくさ・やりにくさの課題に対するアクションプラン

二つ目の支援の取り組みにくさ・やりにくさに関する課題において、MSW 自身にある専門的知識、技術の不足がもたらす依存症支援の周縁化の課題に対しては、依存症支援を MSW の実践のメインストリームに位置付けるための「MSW 支援技術向上」に向けた学びの機会を提供する。

院内スタッフ、回復者、家族、自助グループと連携する支援方法（ネットワークづくり）を習得する機会の不足の課題に対しては、「連携」のための知識を習得する機会の提供を行う。

3) 1)、2) に共通するマクロ（社会・政策等）アクションプラン

1)、2) の課題に対し共通するマクロ（社会・政策等）レベルのアクションプランとして、ミクロ、メゾレベルの研修を受講した MSW に対する地域活動におけるネットワークづくり、活動に関する研修を企画・実施、実施した研修に対する効果測定や実践アプローチの開発に向けた調査・研究、協会の取り組みや依存症対策に関する情報発信（ホームページの策定、SNS など）、依存症政策に対する提言、関連する学会や諸団体との連携を行う。

表2 アクションプランの一覧表

課題		アクションプラン（手段）			
		知識啓発	研修・研修システムの構築		
			ミクロ：クライアントシステム	メゾ：所属組織、地域システム	マクロ：社会・政策等
(1) 依存症支援におけるMSWのスタンスの課題	1) 「自業自得・自己責任ではない」と言い切れないMSW自身の意識	MSW自身の依存症に対する意識を変える支援：MSWの依存症支援における原理・原則づくり	- MSW(会員)に対する依存症患者の考え方や家族支援に関する概論的な研修の企画 - アルコール依存評価のためのスケールの種類や活用方法（CAGE、AUDIT、KAST他）習得研修の企画。 - アルコール依存症がもたらすBio・Psycho・Socialに対する課題を正しく理解する研修の企画 - SBIRTSの知識習得のための研修の企画	断酒会、家族会、ダルク（DARC）、マック（MAC）など関連機関を招いた講演会。当事者らによる回復体験の聴講。これらの聴講後のグループセッションによる回復者とのコミュニケーションによる知識習得。SBIRTSの知識習得2。	
	2) MSWの依存症支援の阻害要因となっている院内や地域社会にある社会的偏見 ※注1	組織内や地域にある社会的偏見の解消に向けた学びの機会の提供：MSWから地域住民に向けたソーシャル・アクション	MSW(会員)に対する依存症患者家族の地域での課題や支援に関する実態や課題に関する研修を企画・実施。（患者会・家族との連携が必須）社会的孤立に関する概念も学習の中に盛り込む必要あり。	地域住民に向けた研修を企画実施。2)のメソレベル研修を習得したものが企画していくことが望ましい。	
	3) 回復者・家族、自助グループから「回復（リカバリー）」について直接学びきれていない	当事者主体の依存症回復に対する共通イメージづくり：MSWの依存症支援における原理・原則づくり	MSW(会員)に対し、依存症当事者の考え方や家族支援に関して学ぶための研修を企画する。	地域における研修会企画方法やプランニング、実際に活用するツールなどについての研修会を企画・実施。	- ミクロ、メソレベルの研修を受講したMSWに対する地域活動におけるネットワークづくり、活動に関する研修を企画・実施 - 実施した研修に対する効果測定や実践アプローチの開発に向けた調査・研究 - 協会の取り組みや依存症対策に関する情報発信（ホームページの策定、SNSなど） - 依存症政策に対する提言 - 関連する学会や諸団体との連携
(2) 支援の取り組みにくさ・やりにくさの課題	1) MSW自身にある専門的知識、技術の不足がもたらす依存症支援の周縁化 ※注2	依存症支援をMSWの実践のメインストリームの一つに位置付けるための「MSW支援技術向上」に向けた学びの機会の提供	理論・方法論・面接技術を使って苦学意識を克服し意図してアルコールケースに介入できるための研修を実施（カウンセリング、レジリエンス、リカバリー、エンパワメント、動機づけ面接、家族システム（FT）、ナラティブ、SFA、グループワーク、統合的短期型ソーシャルワーク（ISTT）など）	断酒会、家族会、DARC、MACなど関連機関を招いた講演会。当事者らによる回復体験の聴講。これらの聴講後のグループセッションによる回復者とのコミュニケーションによる知識習得。	
	2) 院内スタッフ、回復者、家族、自助グループと連携する支援方法（ネットワークづくり）を習得する機会の不足 ※注3	「連携」のための知識を習得する機会の提供	- 断酒会、家族会、DARC、MACなど関連機関を招いた講演会。 - 当事者らによる回復体験の聴講。 - これらの聴講後のGWセッションによる回復者とのコミュニケーションによる知識習得。	- 各MSW（会員）による、所属内での啓発教育用資料の作成（DVDなど動画も好ましい）し研修を企画。 - 研修会を行うことで認定医療社会福祉士ポイントなどの付与も考慮。	

*注1 ラウンドテーブル形式調査結果から該当するカテゴリーは以下の通り。【アルコール依存症患者支援について組織内の理解が低い】【地域づくりが一つの糸口となる】
 *注2 同上。【支援の前提や困りごと、興味関心が人によってばらばら】【「社会資源紹介屋」になっている】【MSWが専門医療のことをよく知らない/距離がある】【関心がない・湧かない、支援のやり方がわからない】【アルコール依存症者の支援は精神科の範疇だと認識している】【診療報酬算定や退院支援優勢にソーシャルワーク支援が影響を受ける】【アルコール依存症者へのかかわりの成果】【依存症支援のためにソーシャルワーカーに必要だと思うこと】
 *注3 同上。【ネットワークを創出する難しさ・継承する難しさ】

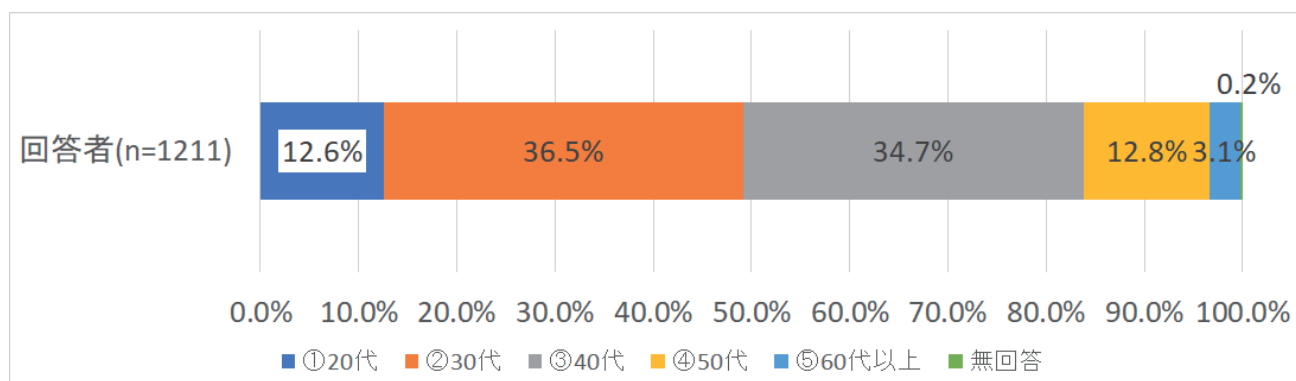
Ⅲ. 単純・クロス集計による 調査結果

1. 回答者の属性について

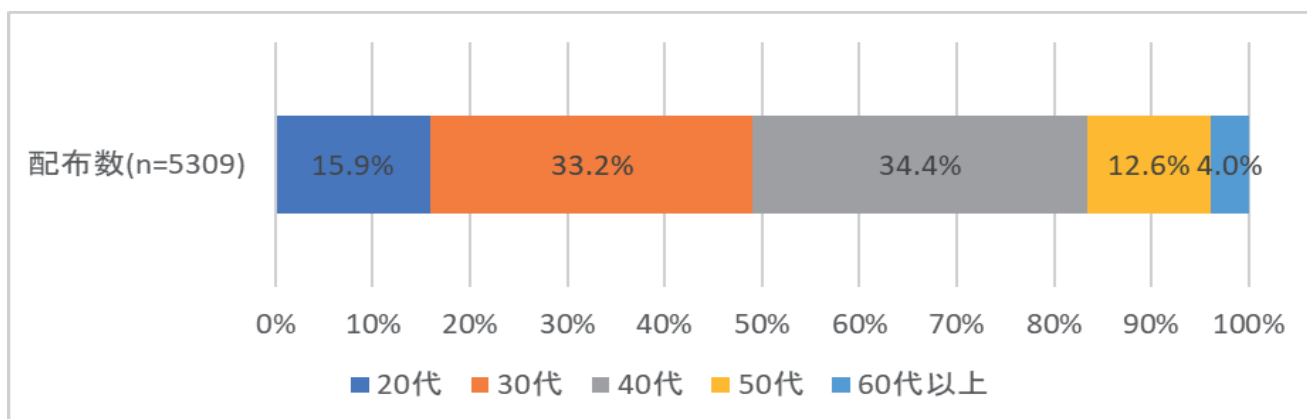
質問 1 あなたの属性（令和 2 年 7 月 1 日現在）について教えてください。

■ 1-A：年齢

30代が36.5%と最も多く、30代、40代で71.2%を占める。回答者の年齢構成は配布した会員の年齢構成とほぼ一致している。

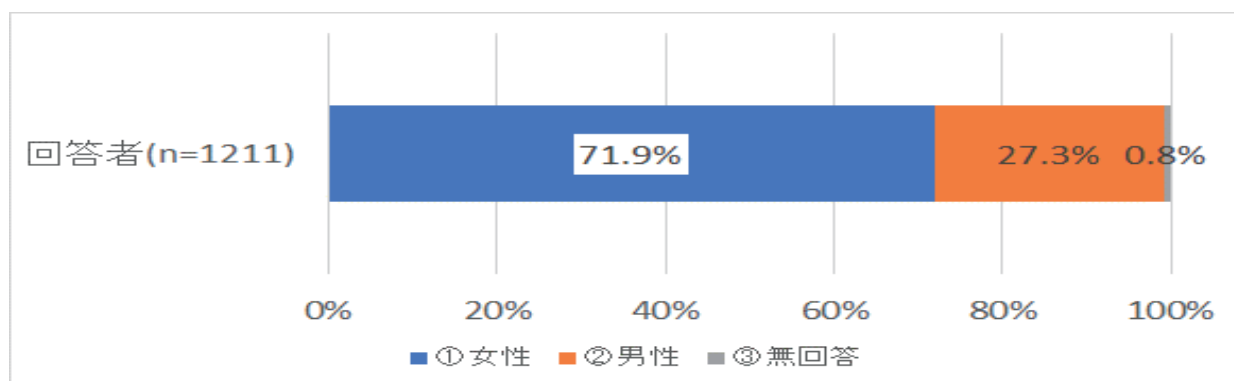


<参考>：配布した会員の年齢構成比

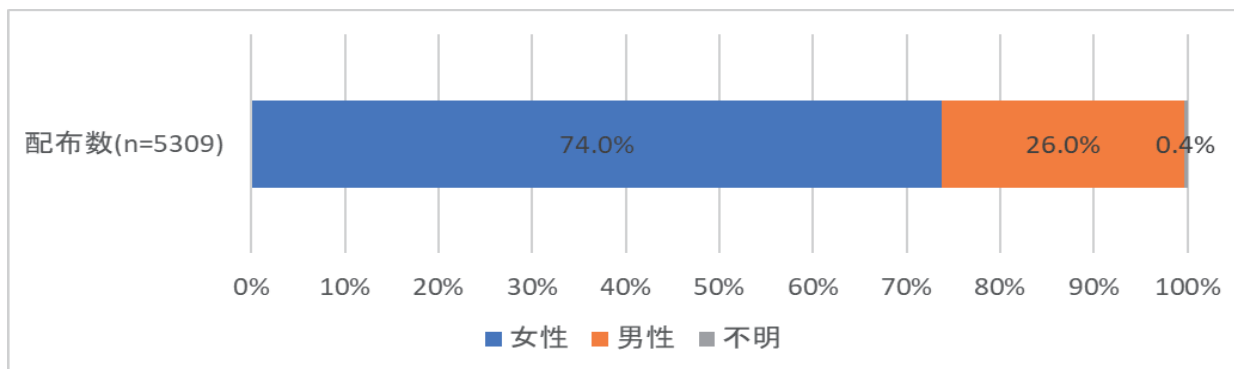


■ 1-B：性別

女性のほうが回答者が多く、全体の71.9%を占める。回答者の性別構成は配布した会員の性別構成とほぼ一致している。

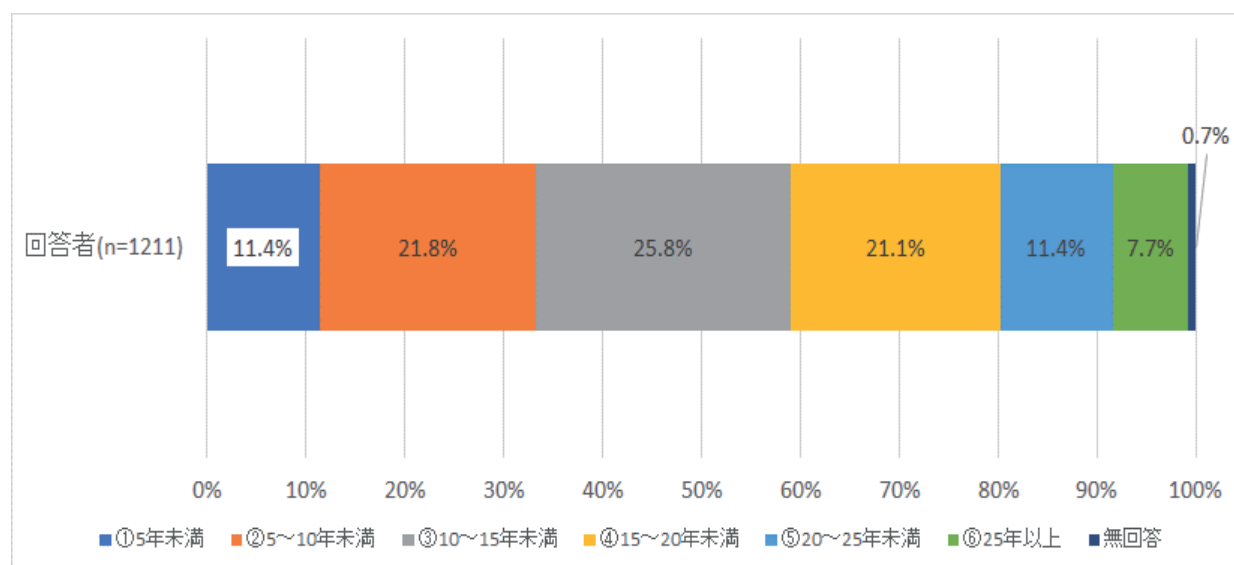


<参考>：配布した会員の性別構成比



■ 1-C 社会福祉士・精神保健福祉士（SW）としての経験年数

全体的に経験年数は散らばっているが最も多いのは10年～15年未満の25.8%である。



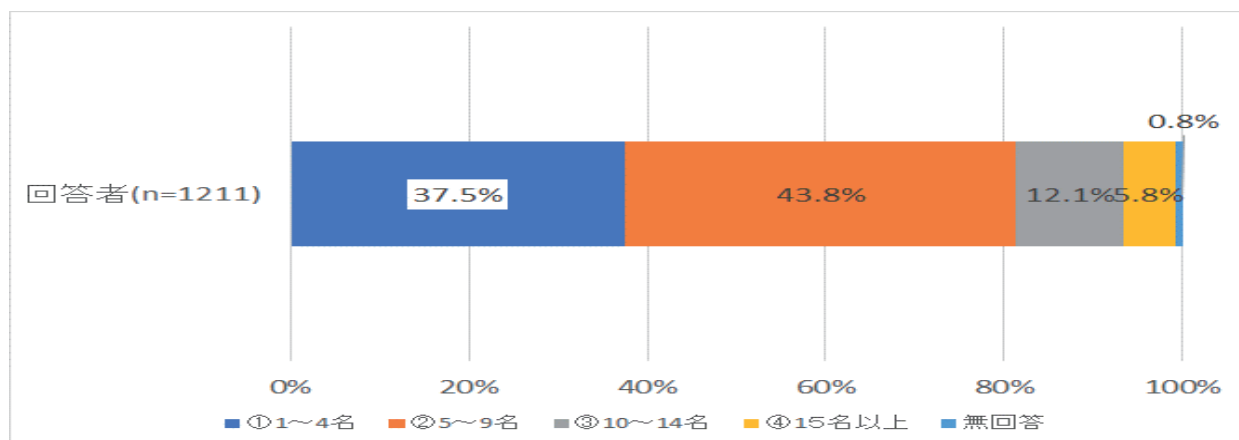
■ 1-D：所属機関の所在地（都道府県）

北海道が12.3%と最も高く、次いで東京都、神奈川県の順となっている。会員情報と比較しても所属機関の所在地の構成比は概ね一致している。

	調査		会員情報	
	度数	比率	度数	比率
①北海道	149	12.3%	751	14.1%
②青森県	4	0.3%	36	0.7%
③岩手県	7	0.6%	32	0.6%
④宮城県	22	1.8%	90	1.7%
⑤秋田県	5	0.4%	23	0.4%
⑥山形県	10	0.8%	38	0.7%
⑦福島県	14	1.2%	118	2.2%
⑧茨城県	30	2.5%	130	2.4%
⑨栃木県	8	0.7%	56	1.1%
⑩群馬県	55	4.5%	242	4.6%
⑪埼玉県	53	4.4%	269	5.1%
⑫千葉県	72	5.9%	277	5.2%
⑬東京都	146	12.1%	702	13.2%
⑭神奈川県	118	9.7%	418	7.9%
⑮新潟県	12	1.0%	60	1.1%
⑯富山県	8	0.7%	44	0.8%
⑰石川県	28	2.3%	96	1.8%
⑱福井県	4	0.3%	30	0.6%
⑲山梨県	7	0.6%	30	0.6%
⑳長野県	24	2.0%	76	1.4%
㉑岐阜県	8	0.7%	30	0.6%
㉒静岡県	26	2.1%	90	1.7%
㉓愛知県	37	3.1%	201	3.8%
㉔三重県	11	0.9%	48	0.9%
㉕滋賀県	8	0.7%	38	0.7%
㉖京都府	40	3.3%	138	2.6%
㉗大阪府	55	4.5%	247	4.7%
㉘兵庫県	56	4.6%	202	3.8%
㉙奈良県	4	0.3%	28	0.5%
㉚和歌山県	5	0.4%	13	0.2%
㉛鳥取県	6	0.5%	22	0.4%
㉜島根県	6	0.5%	33	0.6%
㉝岡山県	24	2.0%	120	2.3%
㉞広島県	15	1.2%	70	1.3%
㉟山口県	16	1.3%	30	0.6%
㊱徳島県	6	0.5%	33	0.6%
㊲香川県	7	0.6%	43	0.8%
㊳愛媛県	13	1.1%	53	1.0%
㊴高知県	19	1.6%	71	1.3%
㊵福岡県	19	1.6%	105	2.0%
㊶佐賀県	7	0.6%	23	0.4%
㊷長崎県	7	0.6%	22	0.4%
㊸熊本県	10	0.8%	32	0.6%
㊹大分県	11	0.9%	35	0.7%
㊺宮崎県	1	0.1%	9	0.2%
㊻鹿児島県	3	0.2%	15	0.3%
㊼沖縄県	10	0.8%	37	0.7%
無回答	5	0.4%	3	0.1%
計	1,211	100%	5309	100%

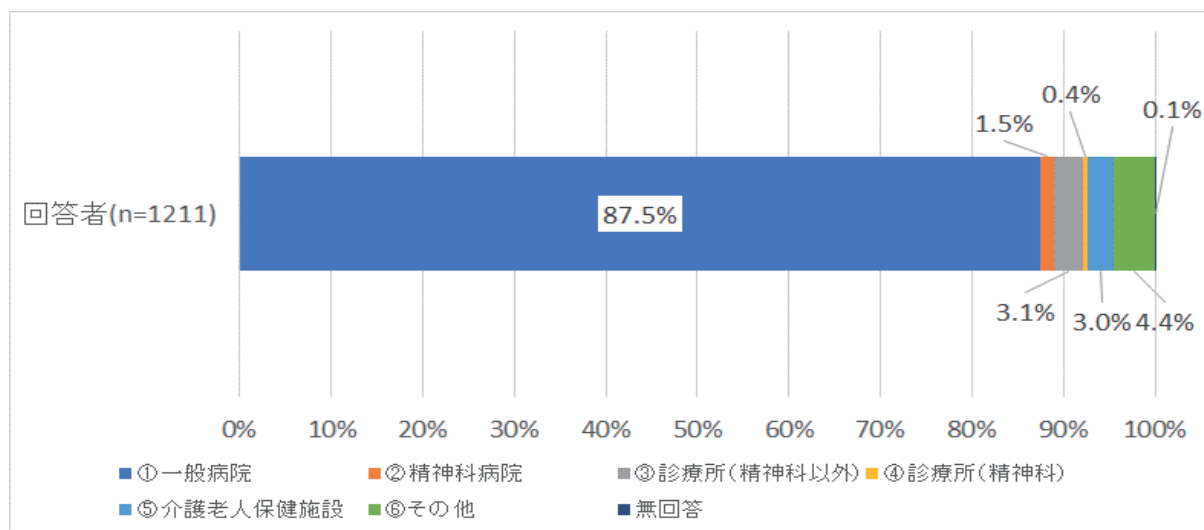
■ 1-E：所属機関の社会福祉士・精神保健福祉士（SW）の人数

5～9 名が 43.8%と最も多く、次いで 1～4 名が 37.5%である。

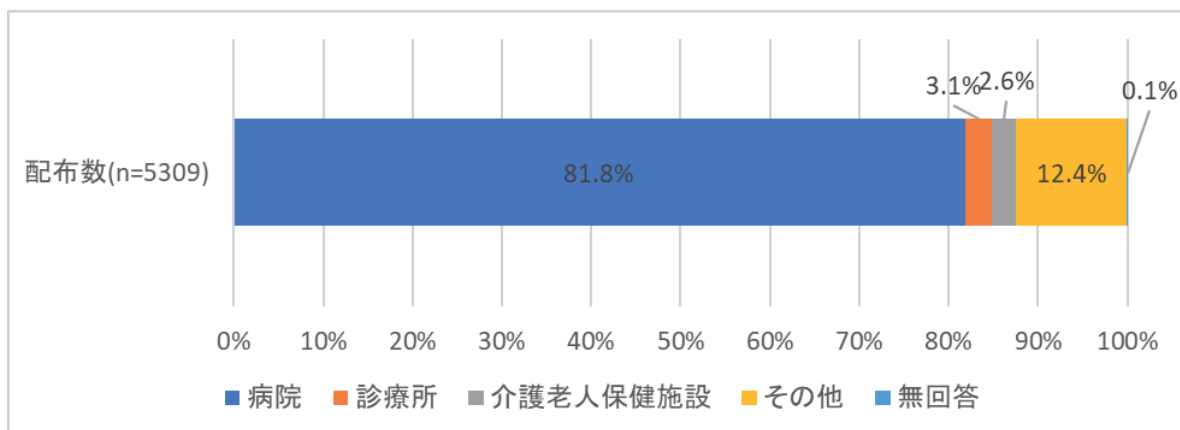


■ 1-F：所属機関

一般病院が 87.5%を占める。会員の所属する機関の構成も病院が最も多い。

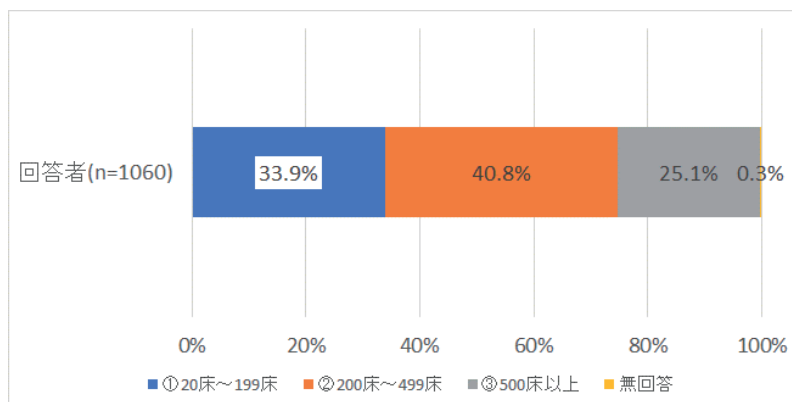


<参考>：配布した会員の所属する機関の構成比



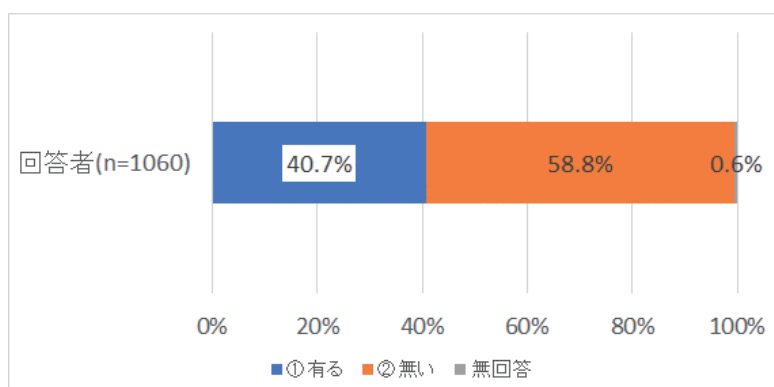
■ 1-G：一般病院の病床数

200～499 床が 40.8%と最も高く、次いで 20～199 床であり、合すると 74.7%が 499 床以下（一次～二次医療圏）である。



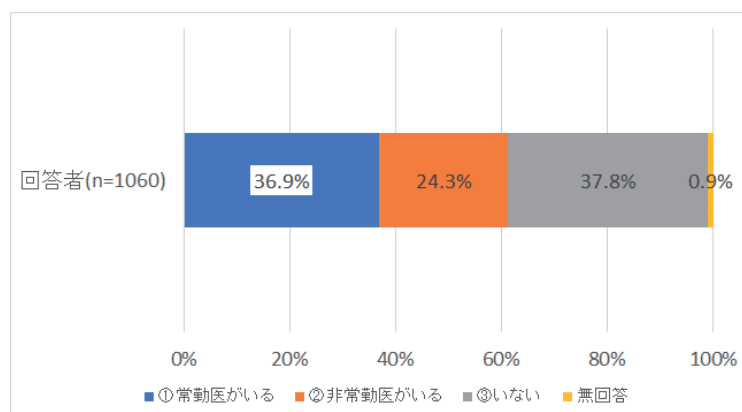
■ 1-H：一般病院における精神科

精神科無しが 58.8%である。



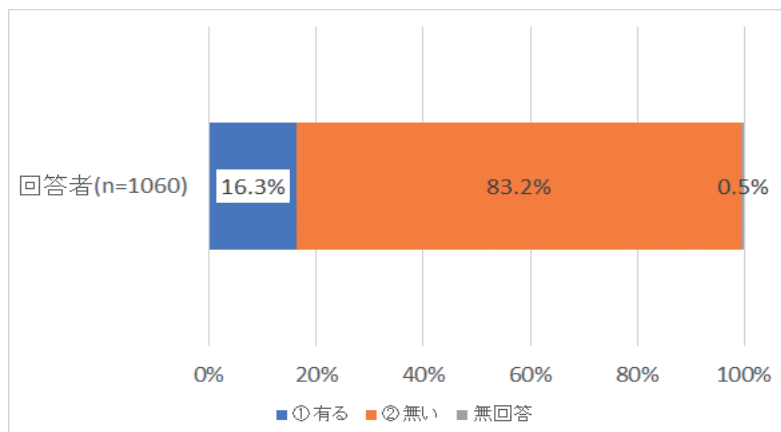
■ 1-I：一般病院における精神科医

最も高いのは「精神科医がいない」の 37.8%で、次いで「常勤医がいる」の 36.9%、「非常勤医がいる」が 24%である。



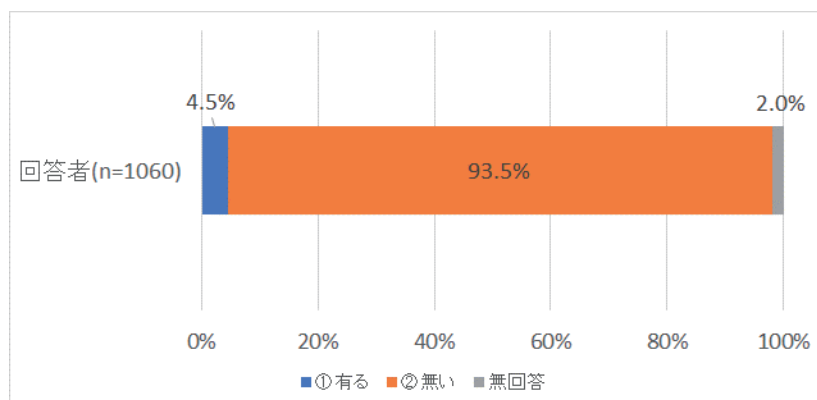
■ 1-J：一般病院における、精神科病床

「精神科病床無い」が83.2%を占める。



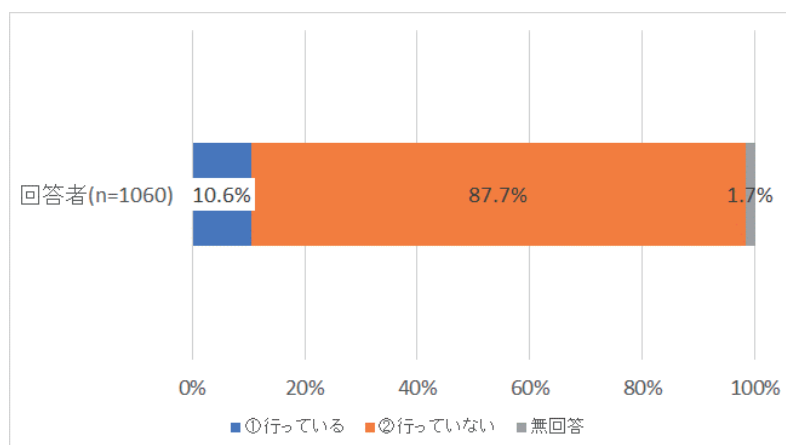
■ 1-K：一般病院における依存症専門医

「依存症専門医無い」が93.5%を占める。



■ 1-L：一般病院における、医師による依存症治療

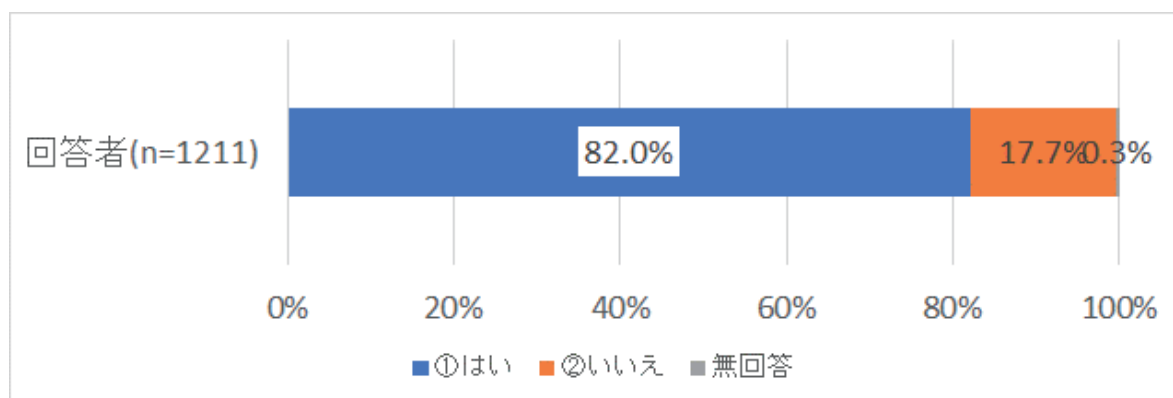
「医師による依存症治療は行っていない」が、87.7%を占める。



2. 依存症の患者・家族に対する関わりの経験について

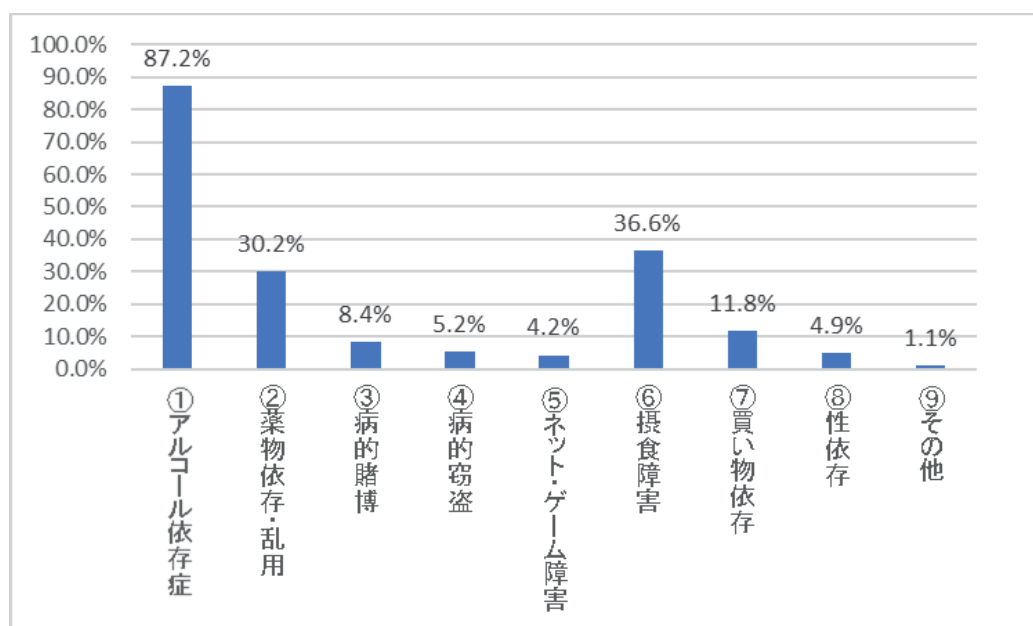
質問 2 依存症の患者さんやその家族へ関わったことがありますか

「依存症の患者さんやその家族へ関わったことがある」が82.0%を占める。



質問 3 本人が直接相談に来た依存症当事者について、あなたが関わったことのある依存種類に、○をつけて下さい。(複数回答可)

本人が直接相談に来た依存症当事者について関わったことのある依存種類で最も多いのが「アルコール依存症」で約87.2%を占める。次いで「摂食障害」の約37%、3番目は「薬物依存・乱用」の約30%である。そのほか、「買い物依存」「病的賭博」「病的窃盗」「性依存」「ネット・ゲーム障害」も少ない割合であるが関わりがある。

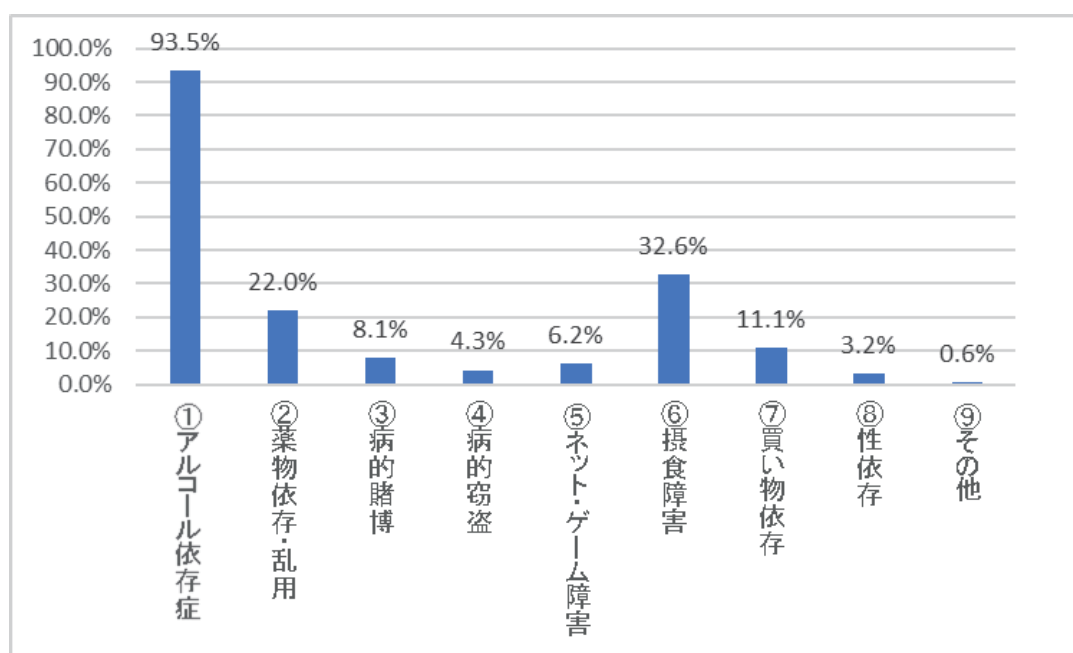


n=993

3. 患者・家族に関わったことのある依存の種類について

質問 4 家族が相談に来た依存症当事者について、あなたが支援、もしくは関わったことのある依存種類に、○をつけて下さい。(複数回答可)

家族が相談に来た依存症当事者について関わったことのある依存種類で最も多いのが「アルコール依存症」で93.5%を占める。本人と同様に、次いで「摂食障害」の約33%、3番目は「薬物依存・乱用」の22%である。そのほか、「買い物依存」「病的賭博」「ネット・ゲーム障害」「病的窃盗」「性依存」も少ない割合であるが関わりがある。

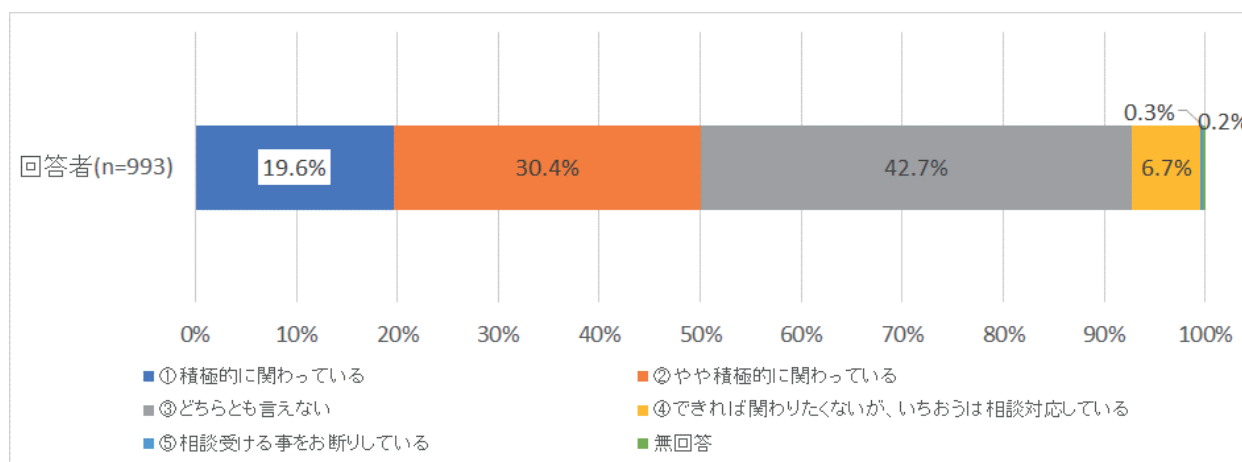


n=993

4. 現在の依存症問題に対する関わりのスタンスについて

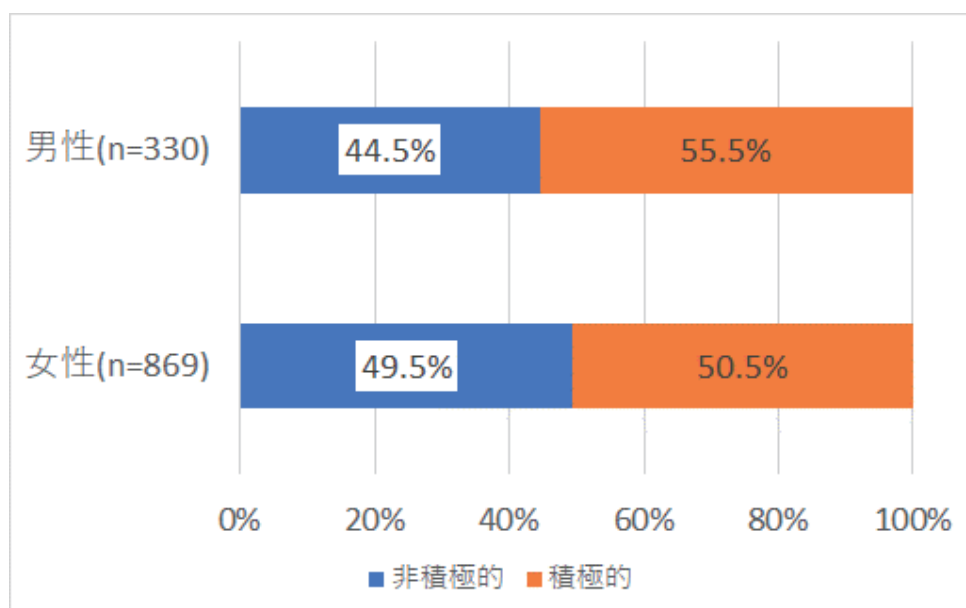
質問 5 現在のあなたの状況についてお伺いします。依存症の患者さんが来られた場合、あなたの関わりのスタンスについて、該当するものに、○を一つつけて下さい。

現在の依存症問題への関わりのスタンスについては、「積極的ににかかわっている」が19.6%、「やや積極的ににかかわっている」が30.4%で合すると50%である一方、「どちらともいえない」が42.7%、「できれば関わりたくないが一応は相談対応している」が6.7%、「相談を受けることをお断りしたい」が0.3%、無回答が0.2%である。



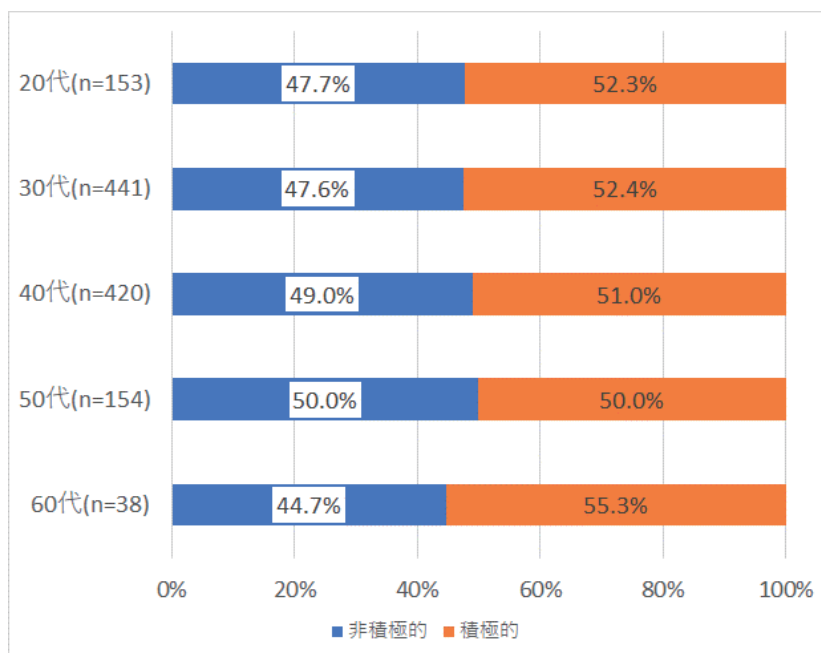
■性別のクロス集計

現在の依存症問題への関わりのスタンスについて、「積極的ににかかわっている」、「やや積極的ににかかわっている」を積極的、その他を非積極的として、性別のクロス集計をしたところ、男性のほうがやや積極的である傾向があった。



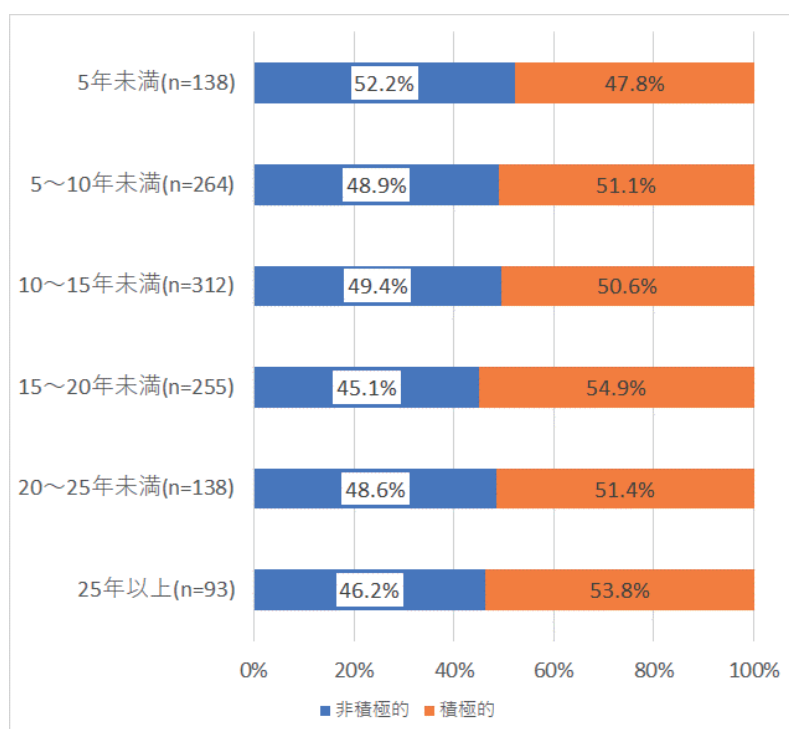
■年齢別のクロス集計

現在の依存症問題への関わりのスタンスについて、年齢別のクロス集計をしたところ、大きな差異はみられなかった。



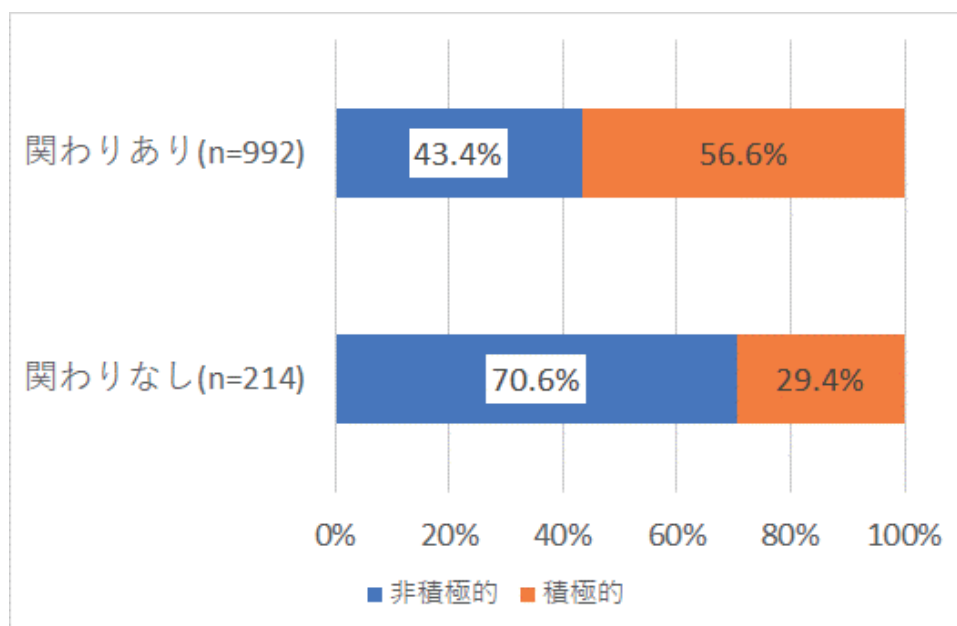
■経験年数別のクロス集計

現在の依存症問題への関わりのスタンスについて、経験年数別のクロス集計をしたところ、大きな差異はみられなかった。



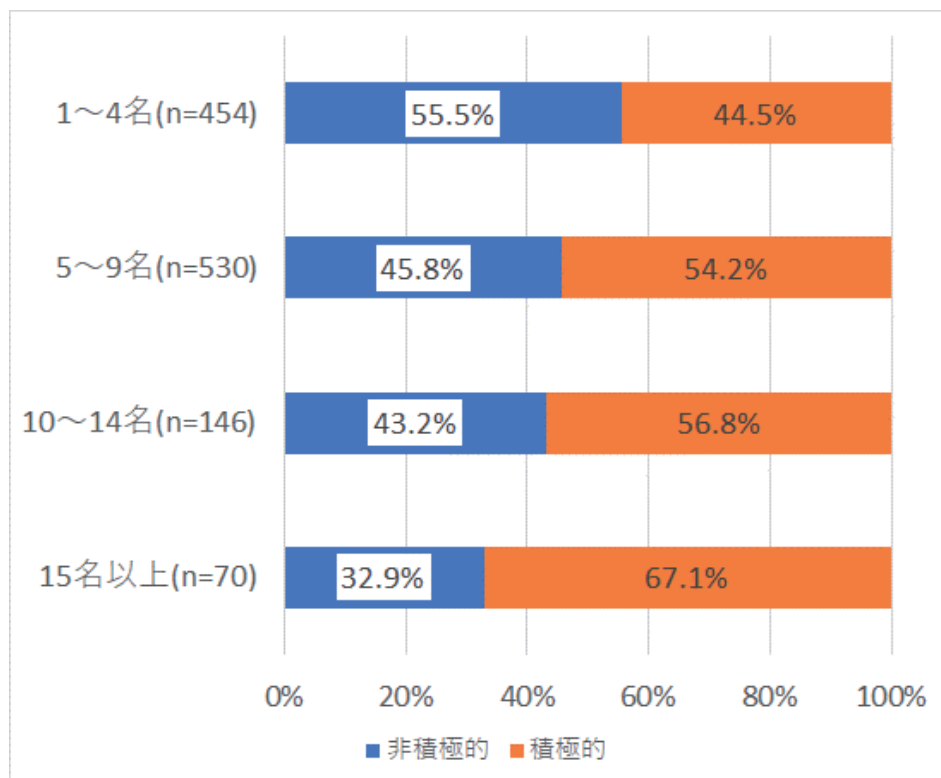
■現在の関わりのスタンス別のクロス集計

現在の依存症問題への関わりのスタンスについて、関わり経験別のクロス集計をしたところ、関わりがあった人のほうが積極的であった。



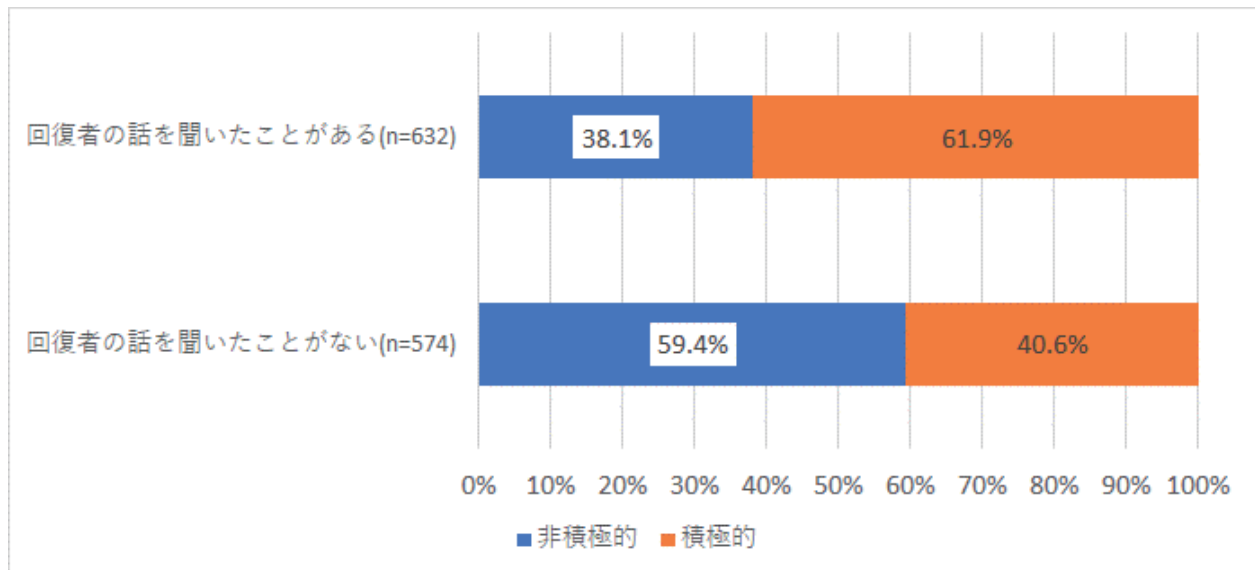
■SW の人数別のクロス集計

現在の依存症問題への関わりのスタンスについて、SW の人数別のクロス集計をしたところ、働いている SW の数が多い所属の人のほうが、積極的であった。



■回復者の話を聞いた経験別のクロス集計

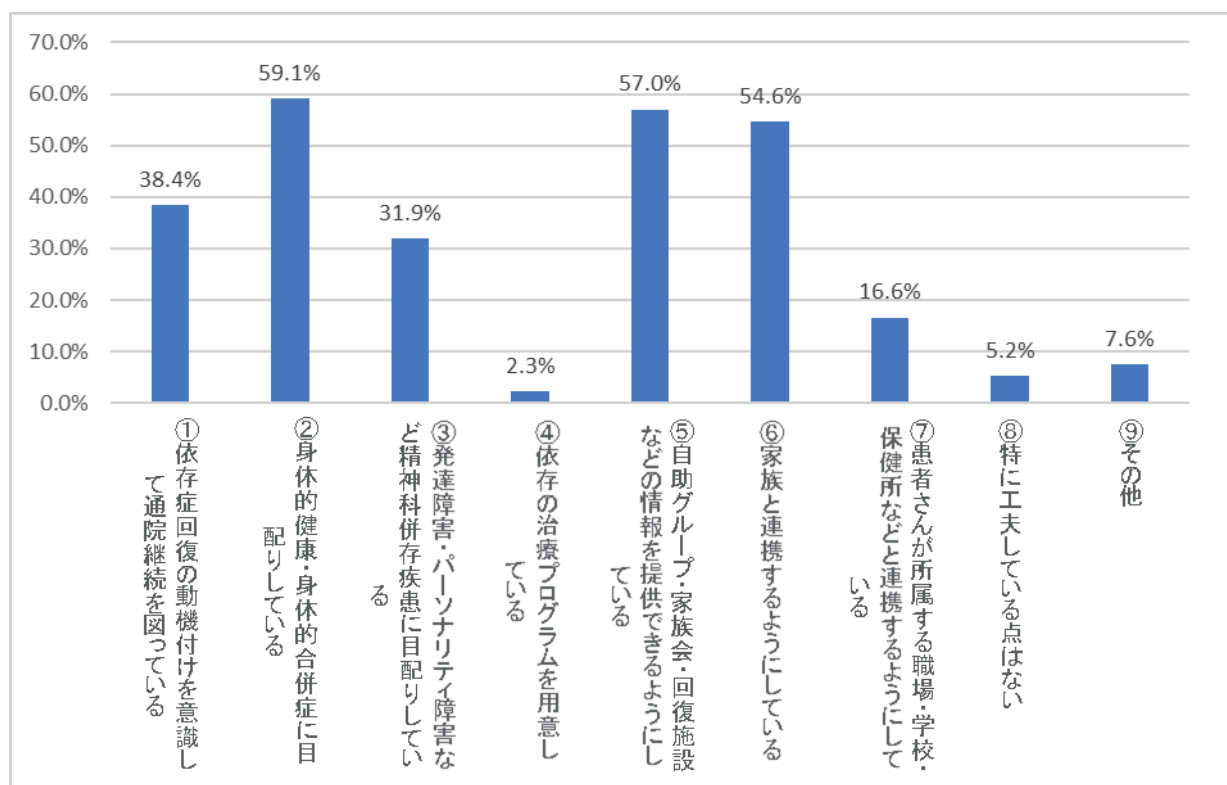
現在の依存症問題への関わりのスタンスについて、回復者の話を聞いた経験別のクロス集計をしたところ、回復者の話を聞いた経験がある人のほうが、積極的であった。



5. 相談の工夫について

質問 6 依存症問題について、どこに相談の工夫をしていますか。該当するものに、○をつけて下さい。（複数回答可）

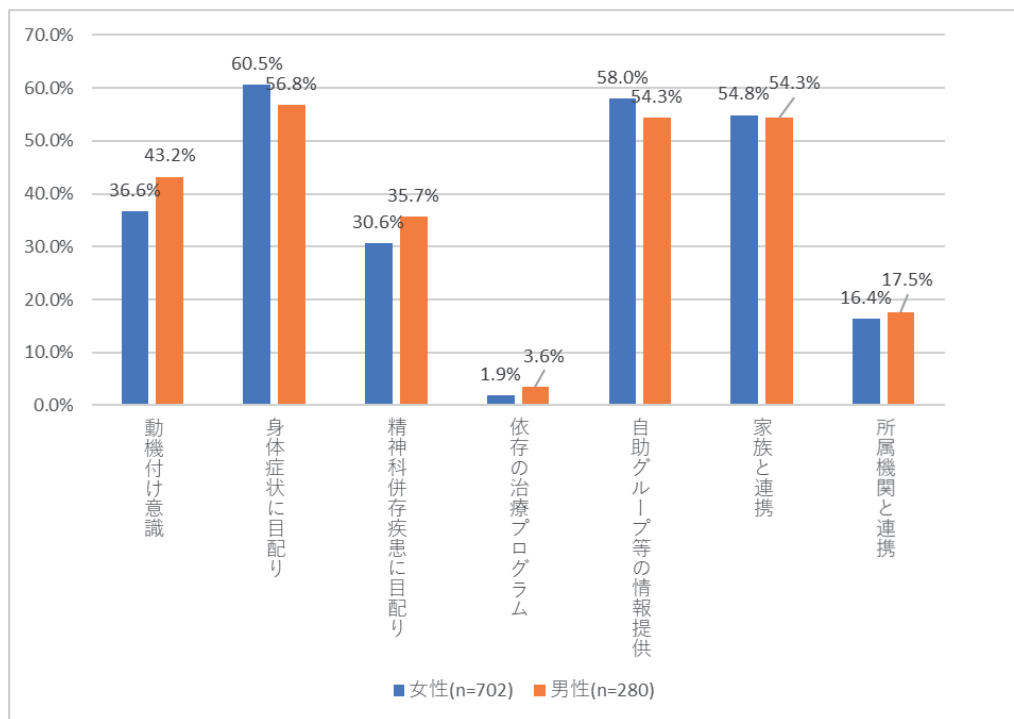
「身体的健康・身体的合併症に目配りしている」が 59.1%と最も多く、「自助グループ・家族会・回復施設などの情報を提供できるようにしている」が 57.0%、「家族と連携するようにしている」が 54.6%である。一方、「依存症プログラムを用意している」は 2.3%と最も低い。また、「特に工夫している点はない」が 5.2%いる。



n=993

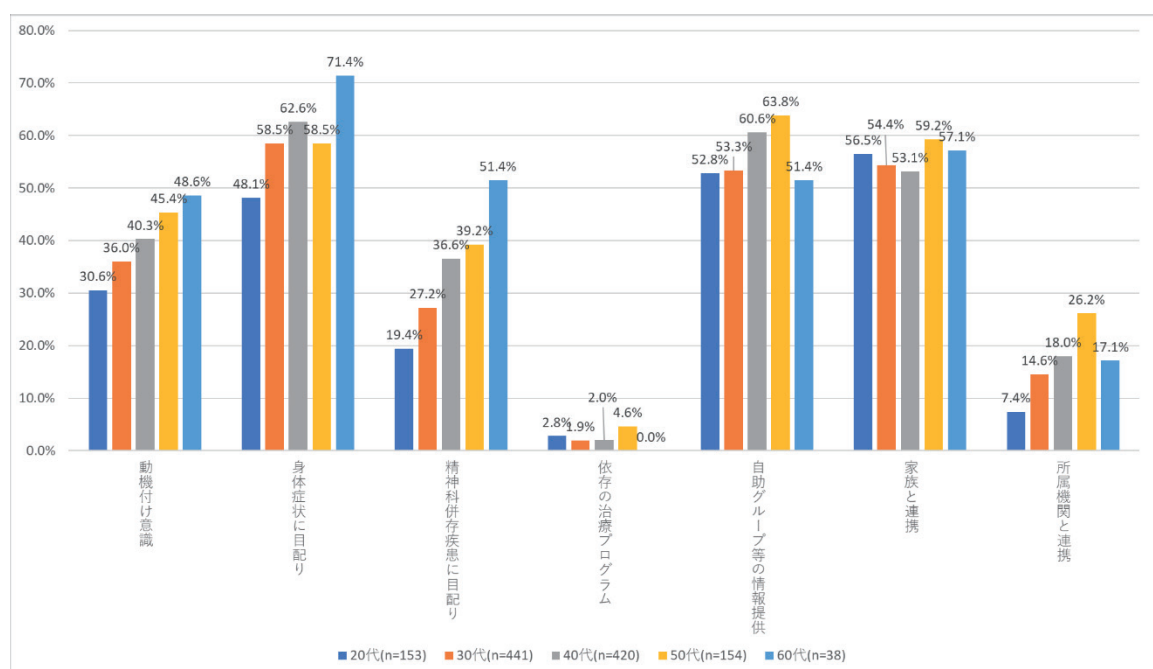
■性別の相談の工夫の有無

性別に相談の工夫の有無についてみたところ、男性のほうが「動機付けを意識」「精神科依存疾患に目配り」をする傾向があり、女性のほうが「身体症状に目配り」「自助グループ等の情報提供」をする傾向があるが、それほど大きな差はみられない。



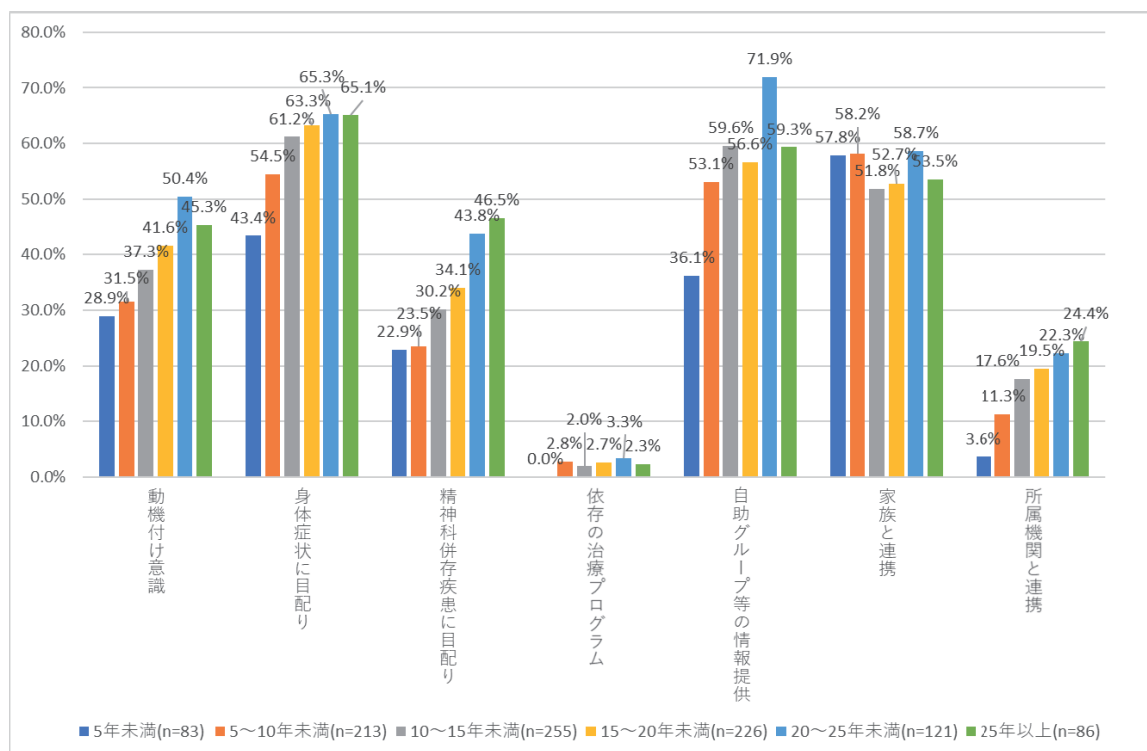
■年齢別の相談の工夫の有無

年齢別に相談の工夫の有無についてみたところ、おおむね年齢が高い人ほど、工夫をしていると回答している。



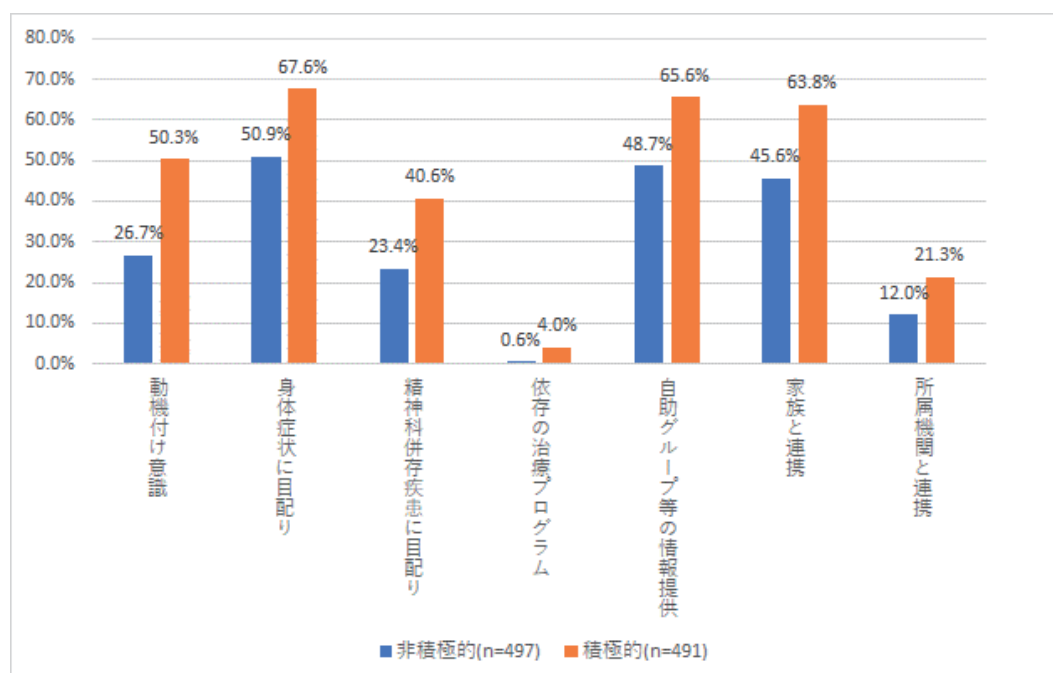
■経験年数別の相談の工夫の有無

経験年数別に相談の工夫の有無についてみたところ、おおむね経験年数が高い人ほど、工夫をしていると回答している。



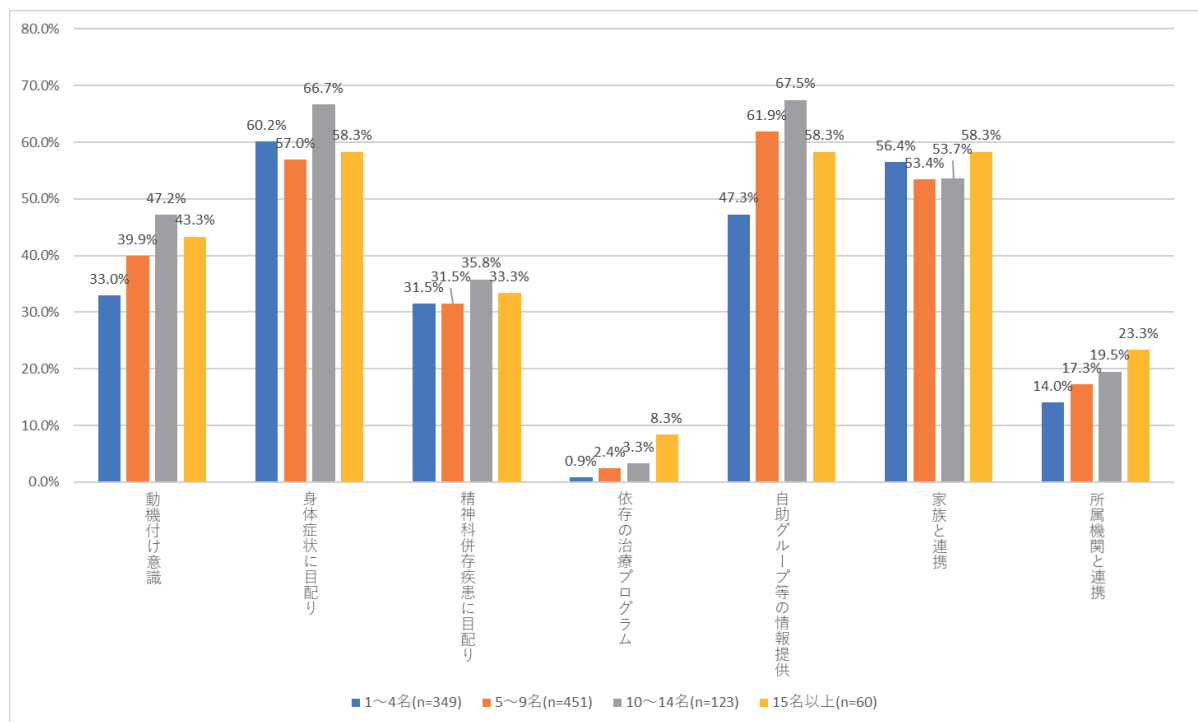
■現在の関わり別（問5）の相談の工夫の有無

現在の関わりの積極性別に相談の工夫の有無についてみたところ、すべての項目で、積極性が高い人のほうが工夫をしている。



■SW の数別の相談の工夫の有無

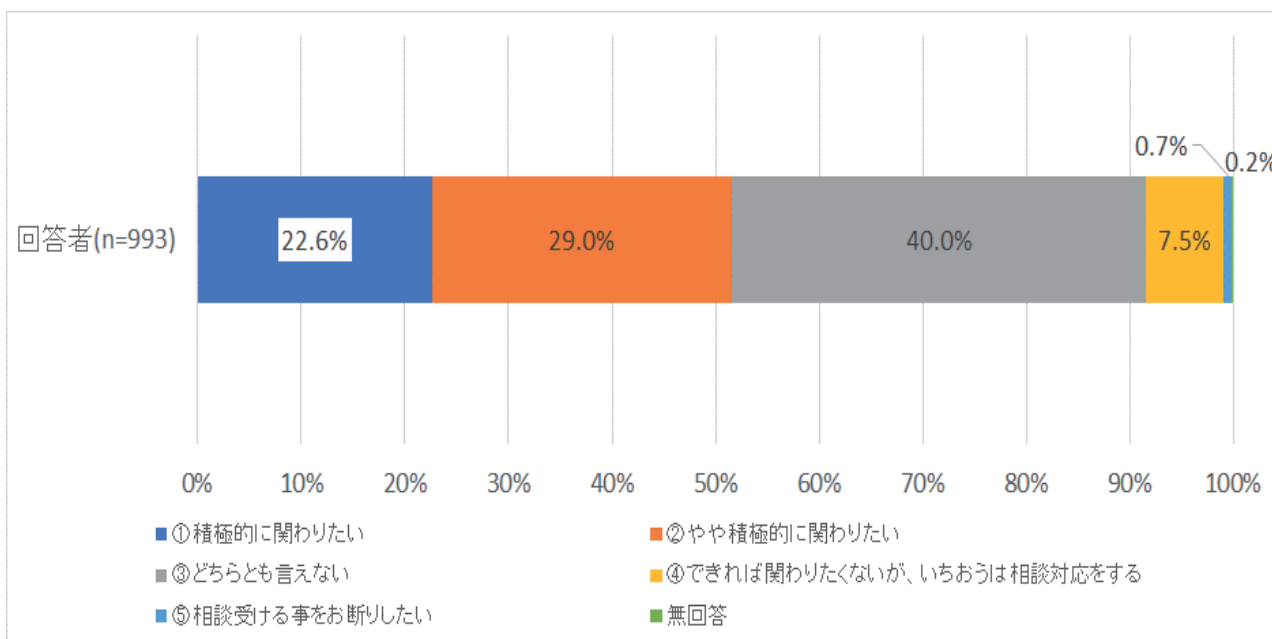
SW の数別に相談の工夫の有無についてみたところ、「依存の治療プログラム」と「所属機関の連携」には、SW の数が多い機関ほど工夫をしていることがわかる。「動機付け意識」「身体症状に目配り」「精神科併存疾患に目配り」「自助グループなどの情報提供」は、10～14名の機関に所属している人が最も工夫をしている。



6. 今後の依存症問題に対する関わりのスタンスについて

質問 7 今後のあなたの状況についてお伺いします。依存症問題へのあなたの関わりのスタンスについて、該当するものに、○を一つつけて下さい。

今後の依存症問題への関わりのスタンスについては、「やや積極的に関わりたい」が29.0%、「積極的に関わっていききたい」が22.6%で、合せて51.6%である、一方、「どちらともいえない」が40.7%、「できれば関わりたいくないが一応は相談対応する」が7.5%、「相談を受けることをお断りしたい」が0.7%、無回答が0.2%である。

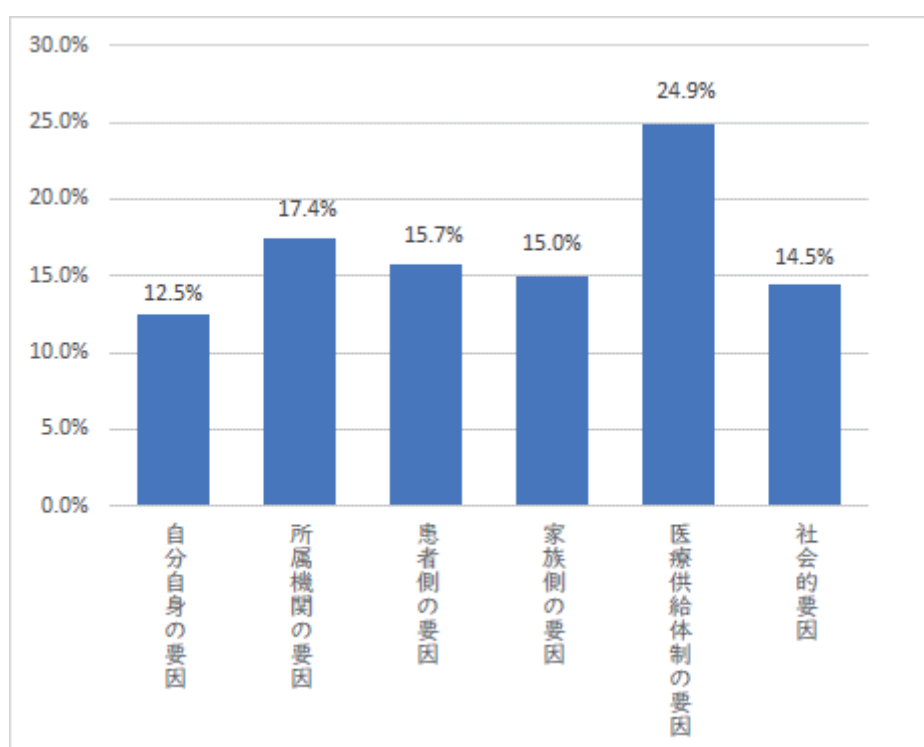


7. 支援のやりにくさ、取り組みにくさの要因について

質問 8 ソーシャルワーカー（あなた）自身の支援のやりにくさ、取り組みにくさの要因についてお尋ねします。該当するものに、○をつけて下さい。（複数回答可）

■支援の取り組みにくさ、やりにくさの要因別比較

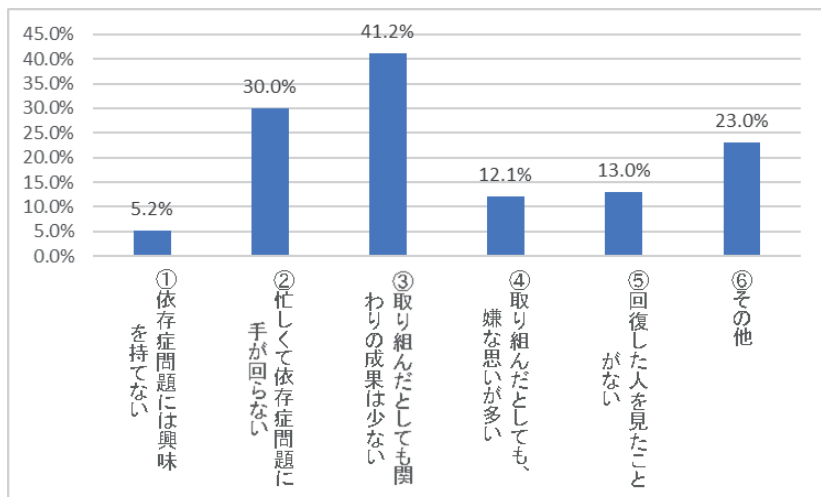
「支援の取り組みにくさ、やりにくさ」の6要因すべての回答総数は12,043件である。この中で最も多かったのは「医療供給体制の要因（2,998件）」24.9%、次いで「所属機関の要因（2,096件）」17.4%で、「患者側の要因（1,893件）」15.7%、「家族側の要因（1,802件）」15.0%、「社会的要因（1,746件）」14.5%、「自分自身の要因（1,508件）」12.5%であった。また、「自分自身の要因」については、他の要因と比べ「その他」の回答が20%以上を超える。



n=12043

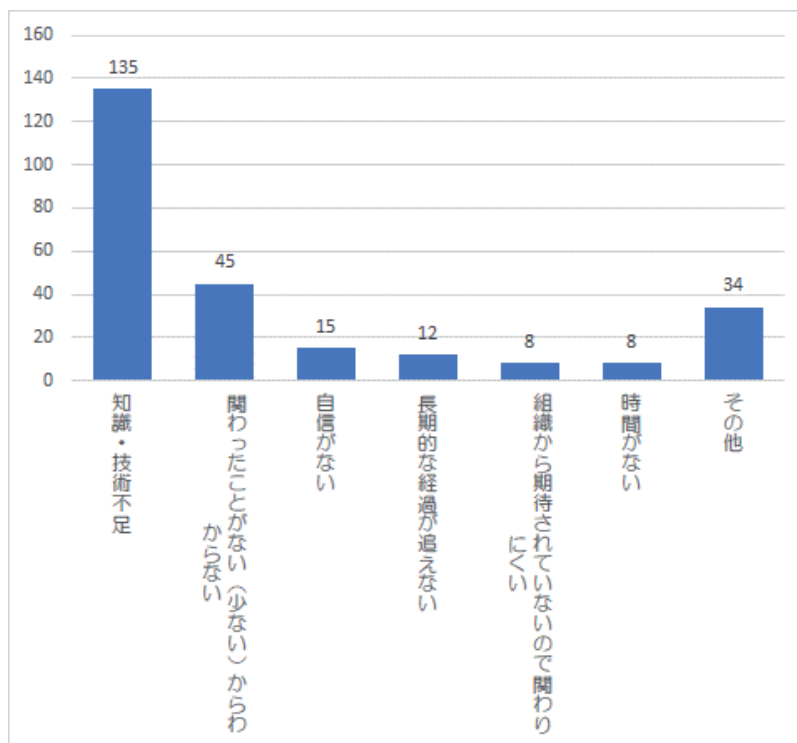
■8-A：自分自身の要因

自分自身の要因として、「取り組んだとしても関わりの成果は少ない」が最も多く 41.2%を占める。次いで「忙しくて依存症問題に手が回らない」が 30.0%である。また、「取り組んだとしても嫌な思いが多い」「回復した人を見たことがない」がそれぞれ 1 割以上いる。



n=1211

▼「その他」の具体的な記述内容（自由記述の内容を分析し、カテゴリー化し、多い順に示している。以下、上位 3 番目までのカテゴリーで代表的なものを抜粋）



n=257

<知識・技術・経験不足>

- ・否認された場合にどのように関わり続けるか、声かけするのかわからない。自分の技術不足
- ・技量不足（支援者としての）
- ・取り組むにあたっての知識・技術不足があり取組みにくい
- ・カウンセラーが対応しているので私が関わるのは力量不足でないかと気が引ける
- ・相談支援の経験値が少ない

<関わったことがない、あるいは少ないからわからない>

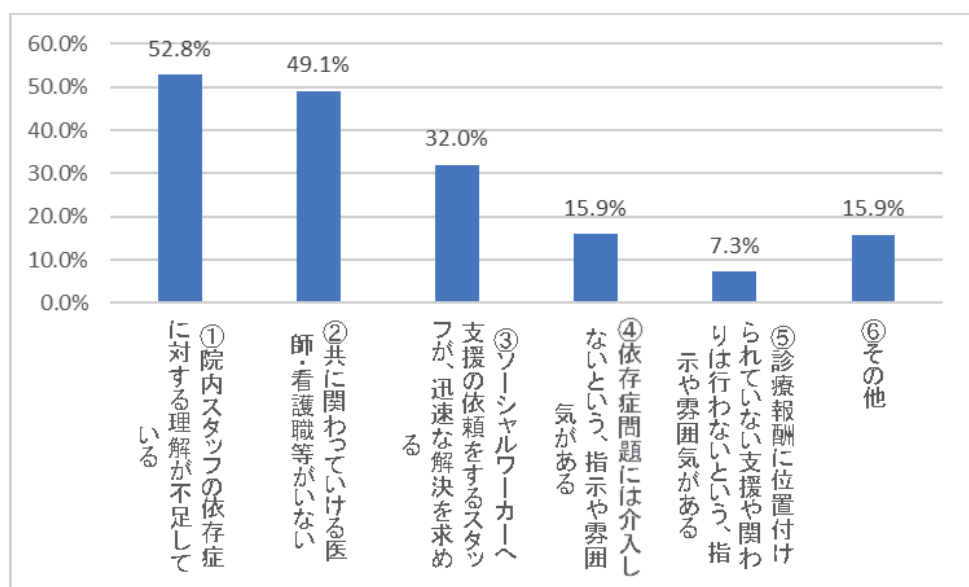
- ・まだ関わったことないため想像つかない
- ・あまり関わったことがなく、どう支援したらいいかわからない
- ・当事者に会っていない（該当する人がいない）
- ・とり組んだことがない。そういった対象者のケースももったことがない

<自信がない>

- ・本人の動機付けとそれに対するMSWの援助の経験共に薄く、支援に自信がない
- ・本当に適切なものなのか、経験数が少なすぎて自信がもてない
- ・治療や社会資源につながるケースが非常に少なく、断酒につながらないケースが圧倒的に多い。そのような支援のプロセスに対し、SVを受ける機会がないまま今に倒っており、関わり方に自信がもてない

■8-B：所属機関の要因

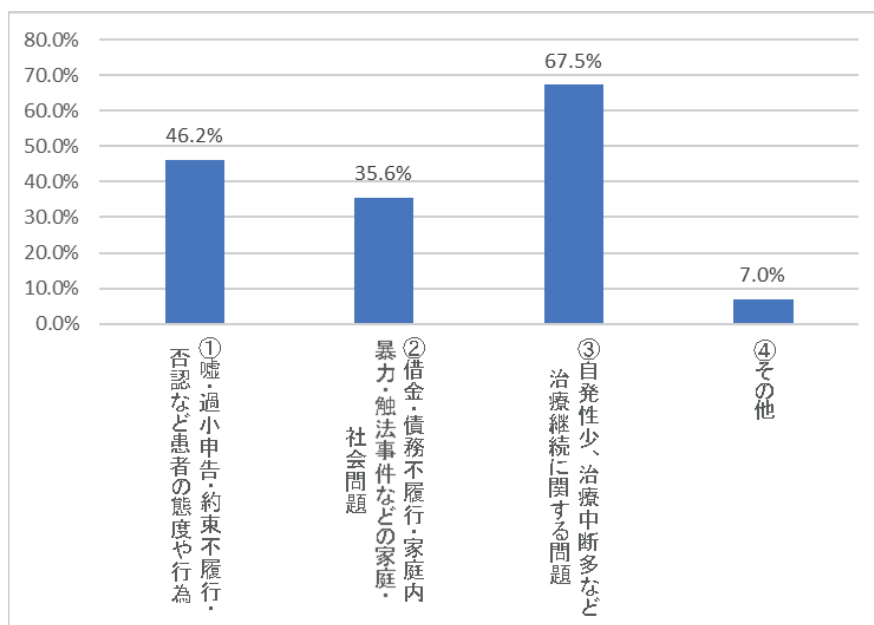
所属機関の要因として、最も多いのが「院内スタッフの依存症に対する理解が不足している」が52.8%、次いで「ともに関わっていける医師・看護職等がない」が49.1%である。また、「依存症問題には介入しないという指示や雰囲気がある」が15.9%、「診療報酬に位置付けられていない支援や関わりは行わないという指示や雰囲気がある」が7.3%、「その他」が15.9%である。



n=1211

■8-C：患者側の要因

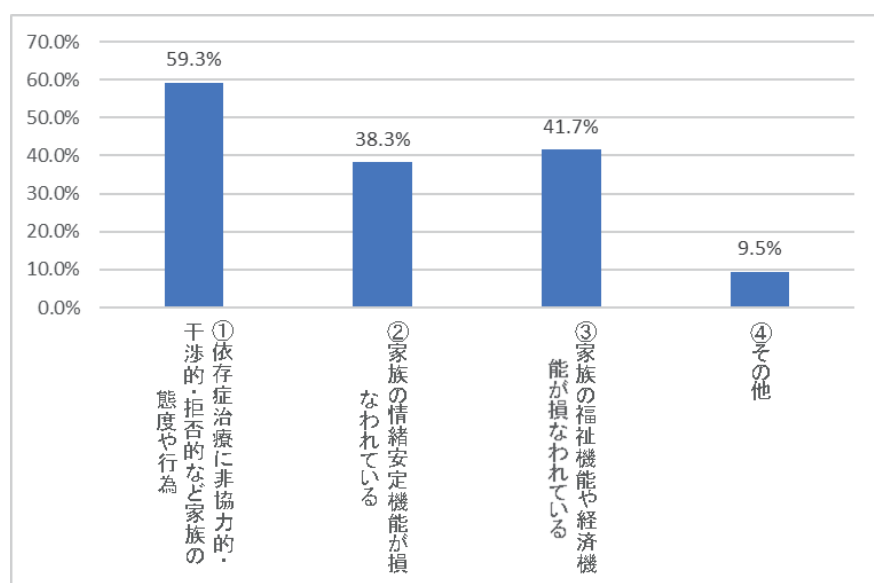
患者側の要因として、最も多いのが「自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題」が67.5%を占め、次いで、「嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為」が46.2%、「借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題」が35.6%である。



n=1211

■8-D：家族側の要因

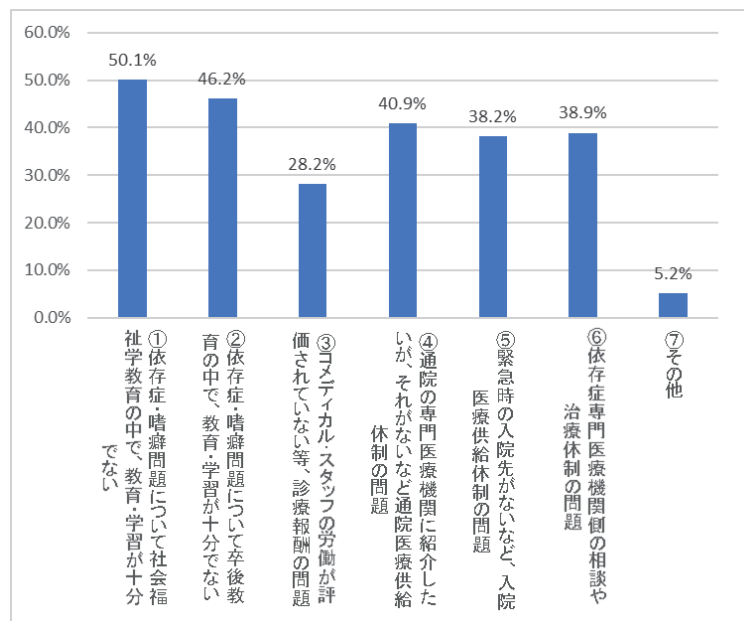
家族側の要因として、最も多いのが「依存症治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為」が59.3%を占める。次いで、「家族の福祉機能や経済機能が損なわれている」が41.7%、「家族の情緒安定機能が損なわれている」が38.5%である。



n=1211

■8-E：医療供給体制側の要因

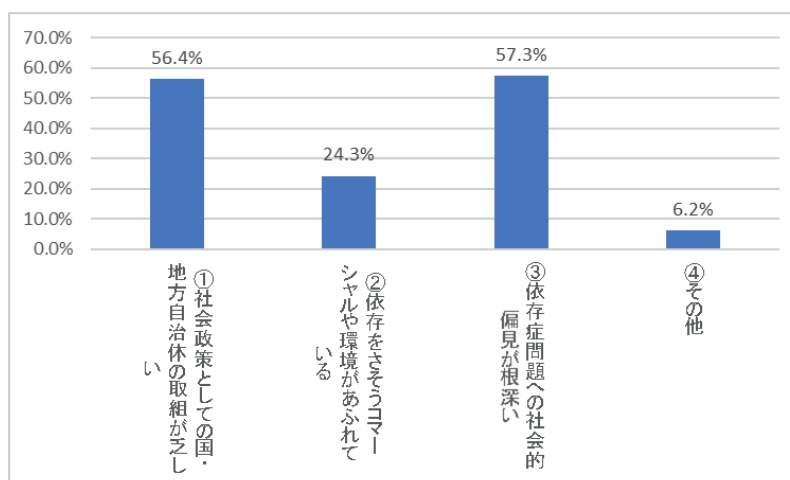
医療供給体制側の要因として、最も多いのが「依存症・嗜癖問題について社会福祉学教育の中で、教育・学習が十分でない」が50.1%「依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない」が46.2%。「通院、入院医療供給体制や依存症専門医療機関の相談や治療体制の問題」が40.9%、「依存症専門医療機関側の相談や治療体制の問題」が38.9%、「緊急時の入院先がないなど入院医療供給体制の問題」が38.2%、「コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等診療報酬の問題」が28.2%となっている。



n=1211

■8-F：社会的要因

社会的要因として、最も多いのが「依存症問題への社会的偏見が根深い」が57.3%、「社会政策としての国・地方自治体の取組が乏しい」も56.4%、「依存を誘う商業や環境があふれている」が24.3%である。



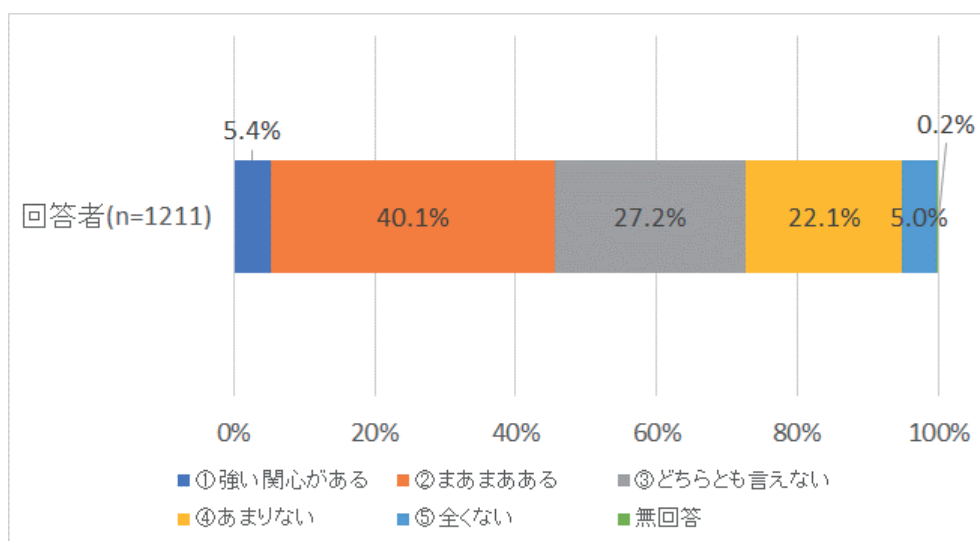
n=1211

8. パチンコ・パチスロ依存、ギャンブル依存症・病的賭博について

質問 9 パチンコ・パチスロ依存やギャンブル依存症・病的賭博についてうかがいます。

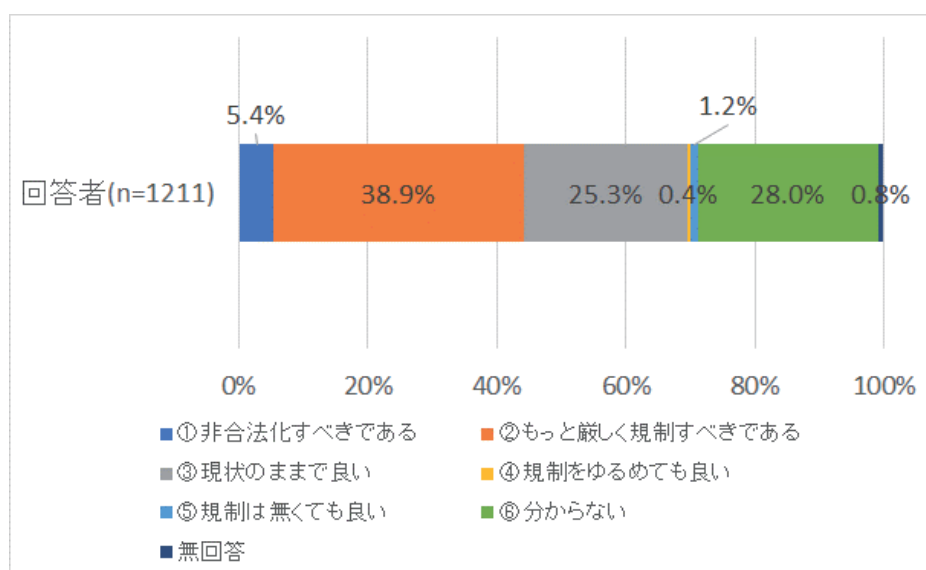
■9-A：パチンコ・パチスロ依存について、どのくらい関心をお持ちですか。○を一つつけて下さい。

パチンコ・パチスロ依存についての関心は、最も高いのが「まあまあある」の 40.1%であり、「強い関心がある」とを合すると 45.5%を占める。また、「あまりない」と「全くない」を合すると、49.3%である。



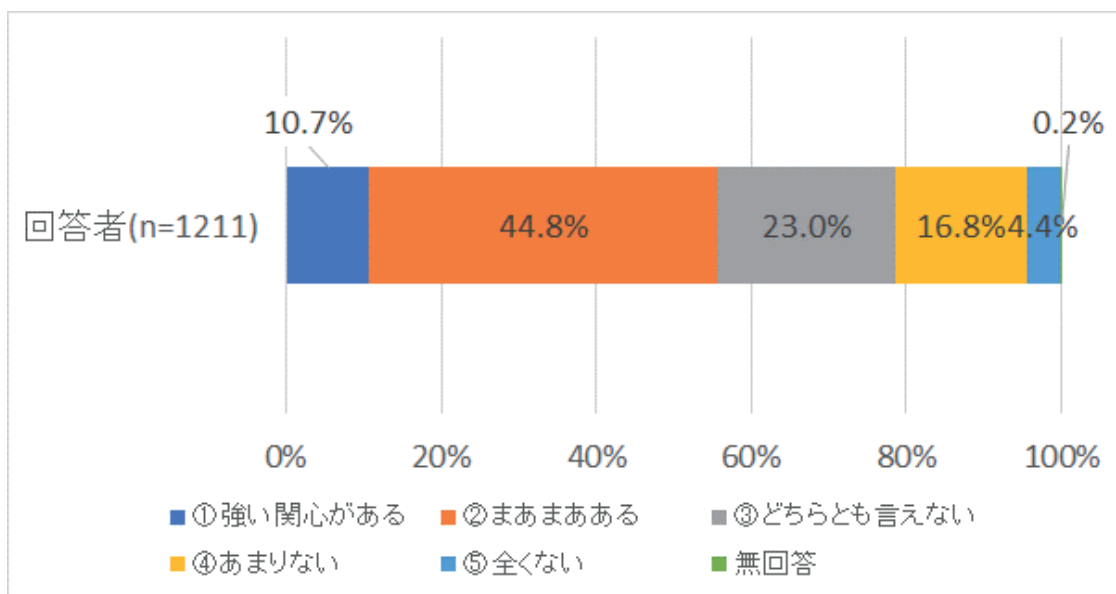
■9-B：刑法では「賭博」は厳格に非合法化されていますが、パチンコ・パチスロの非合法化/規制について、どのようにお考えですか。○を一つつけて下さい。

パチンコ・パチスロの非合法化/規制については、「もっと厳しく規制すべきである」が最も高く 38.9%である。一方「分からない」が 28.0%、「現状のままでよい」が 25.3%である。



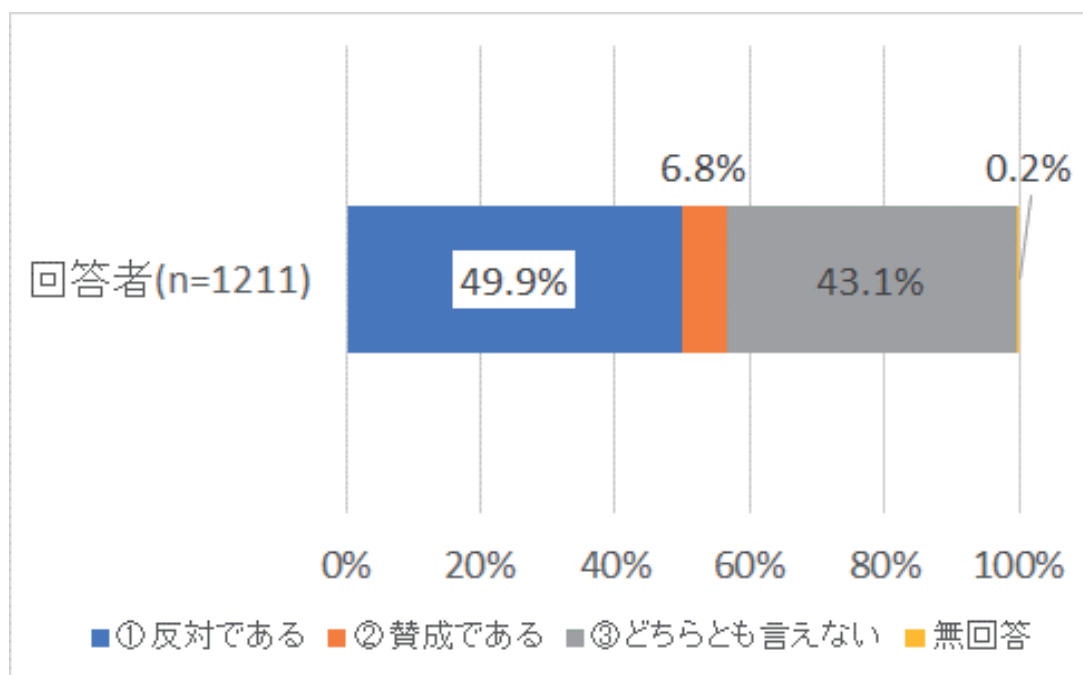
■9-C：カジノ建設に伴うギャンブル依存症問題について、どのくらい関心をお持ちですか。○を一つつけて下さい。

カジノ建設に伴うギャンブル依存症問題については、「まあまあある」が44.8%と最も高く、「強い関心がある」とを合せると55.5%を占める。また、「どちらとも言えない」が23.0%、「あまりない」と「全くない」が合せて21.2%である。



■9-D：カジノ建設に賛成ですか、反対ですか。○を一つつけて下さい。

カジノ建設に「反対である」は49.9%と最も高く、「賛成である」は6.8%である。また、「どちらとも言えない」が43.1%である。

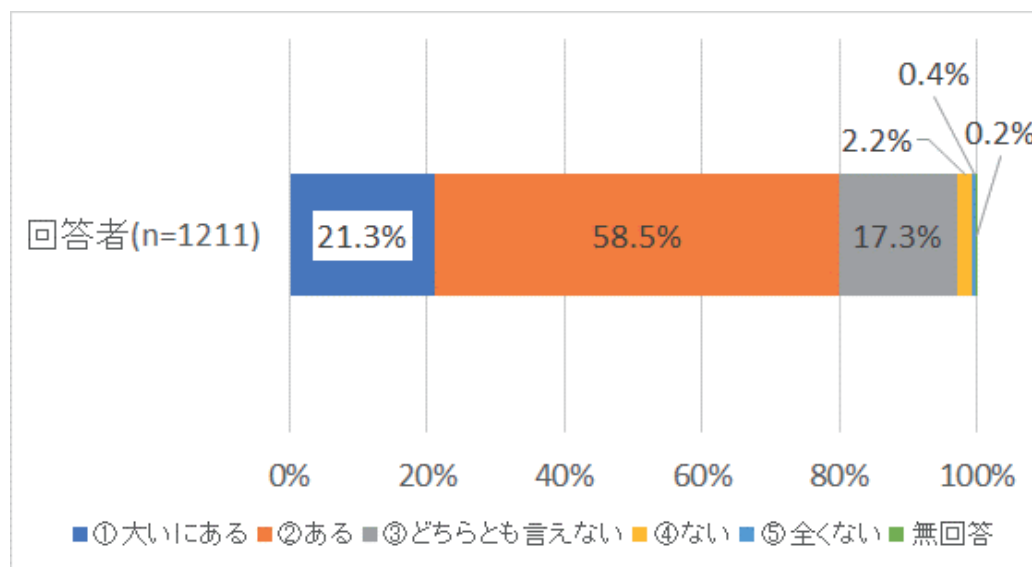


9. 自助グループや家族会について

質問 10 自助グループ・家族会についてうかがいます。

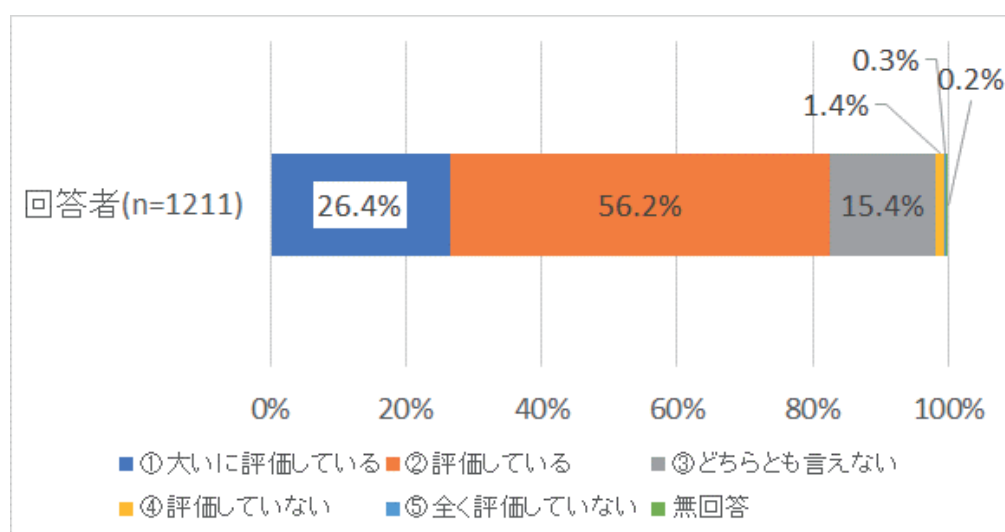
■10-A：自助グループ・家族会など依存症の回復支援に活用できる社会資源に関心がありますか。○を一つつけて下さい。

自助グループ・家族会など依存症の回復支援に活用できる社会資源については、「大いにある」が最も高く 58.5%で、「ある」を合すると 79.5%を占める。



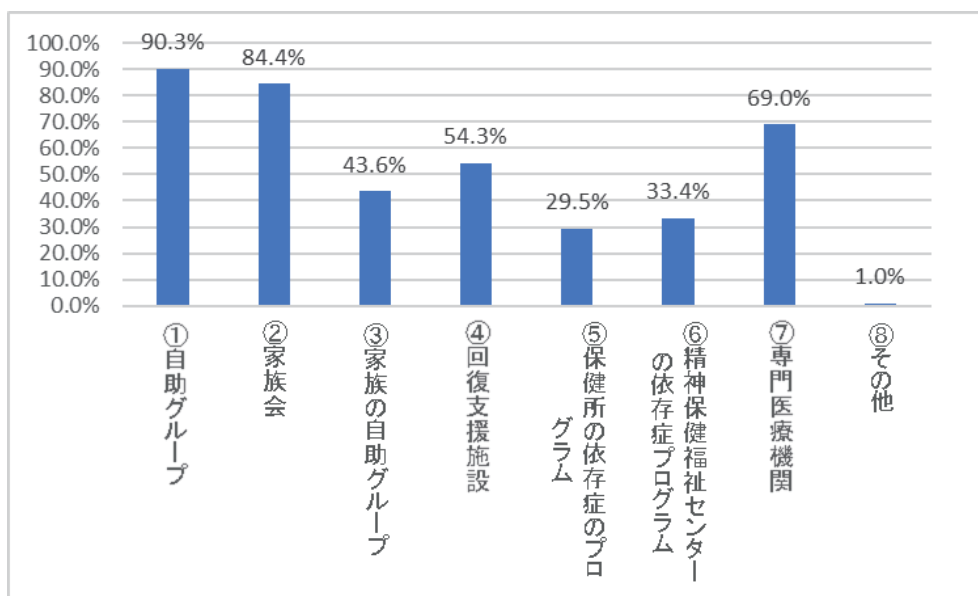
■10-B：メンタルヘルス領域における自助グループ・家族会などの社会資源の存在価値を評価していますか。○を一つつけて下さい。

メンタルヘルス領域における自助グループ・家族会などの社会資源の存在価値の評価については、「評価している」が最も高く 56.2%で「大いに評価している」を合すると 82.6%を占める。



■10-C：以下の依存症に関する社会資源で、あなたの知っているものに○をつけてください。（複数回答可）

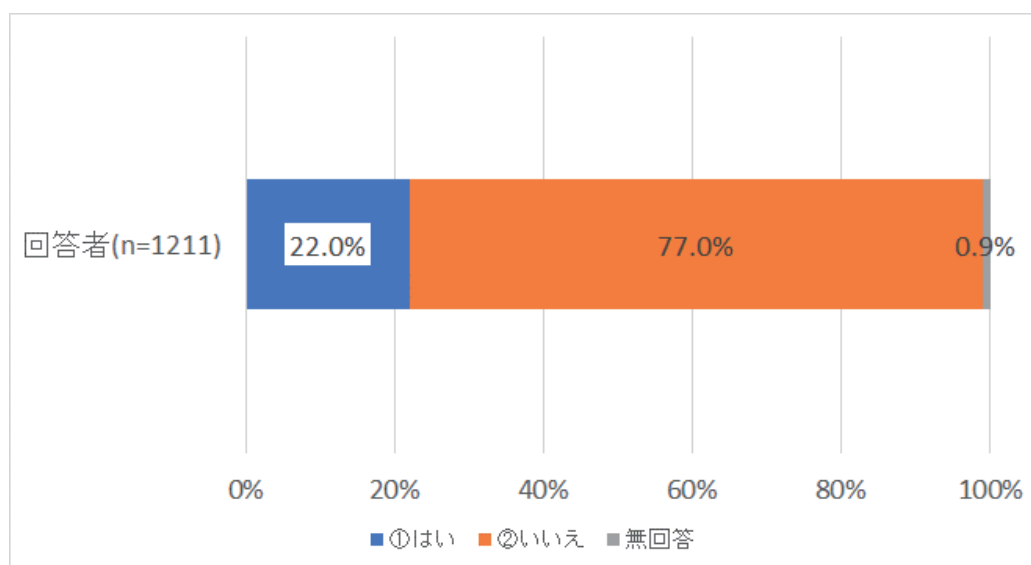
依存症に関する社会資源で知っているものは、「自助グループ」が最も高く 90.3%、次いで、「家族会」が 84.4%、「専門治療施設」69.0%、「回復支援施設」が 54.3%といずれも 50%を超えている。それらに比べ、保健所や精神保健福祉センターの依存症プログラムは約 3 割である。



n=1211

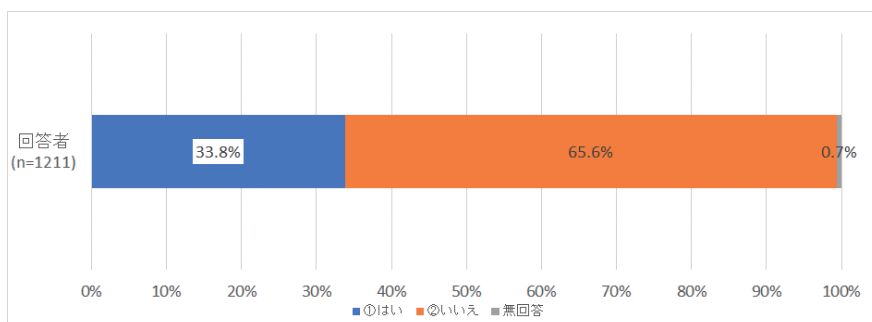
■10-D：自助グループ・家族会などのメンバーの方々へ、SW（あなた自身）の関わりについて相談したことはありますか。

自助グループ・家族会などのメンバーの方々へ、SW（あなた自身）の関わりについて相談したことがあるかについては、「いいえ」が 77.0%を占める。



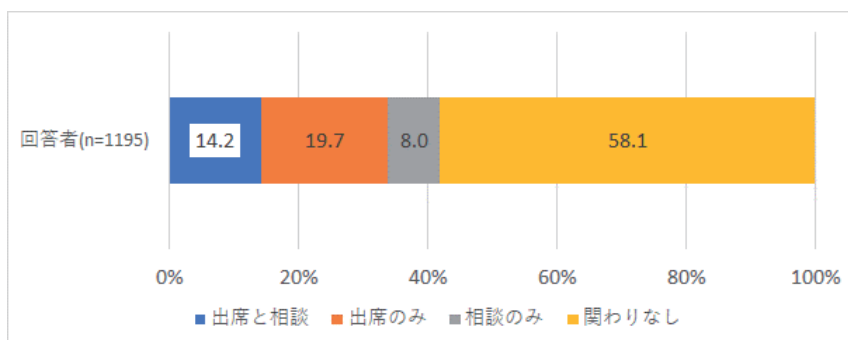
■10-E：自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたことはありますか。

自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたことはあるかについては、「いいえ」が65.6%を占める。



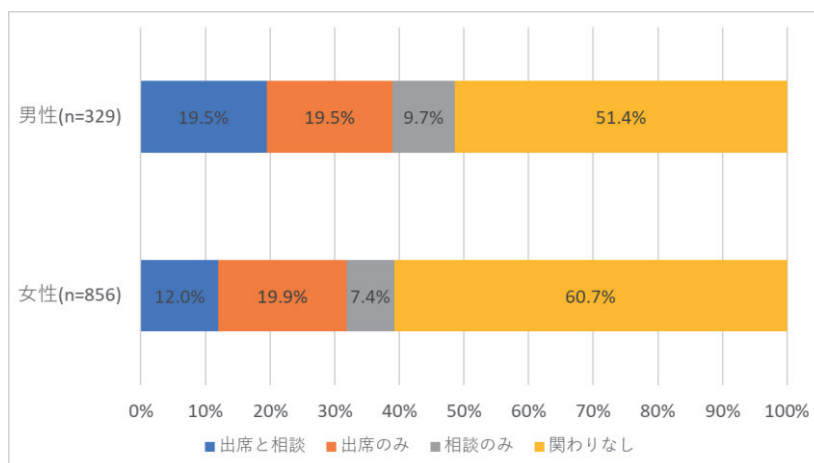
■自助グループへの出席と相談をした経験の組み合わせ

自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたこと、また相談をしたことの経験について組み合わせを見たところ、どちらともしたことがない人が半数以上にのぼる。自助グループへの接触経験がある人の中では「出席のみ」が2割と最も多い。



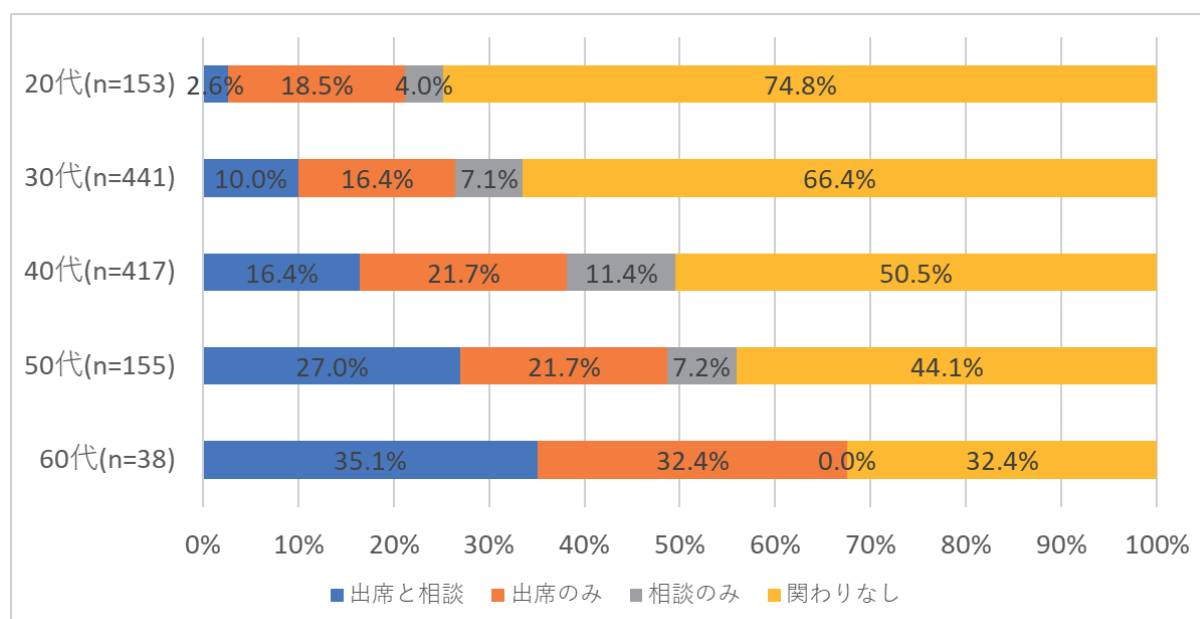
■性別のクロス集計

自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたこと、また相談をしたことの経験について組み合わせを性別にみたところ、女性よりも男性のほうがなんらかの関わりをした人が多い。



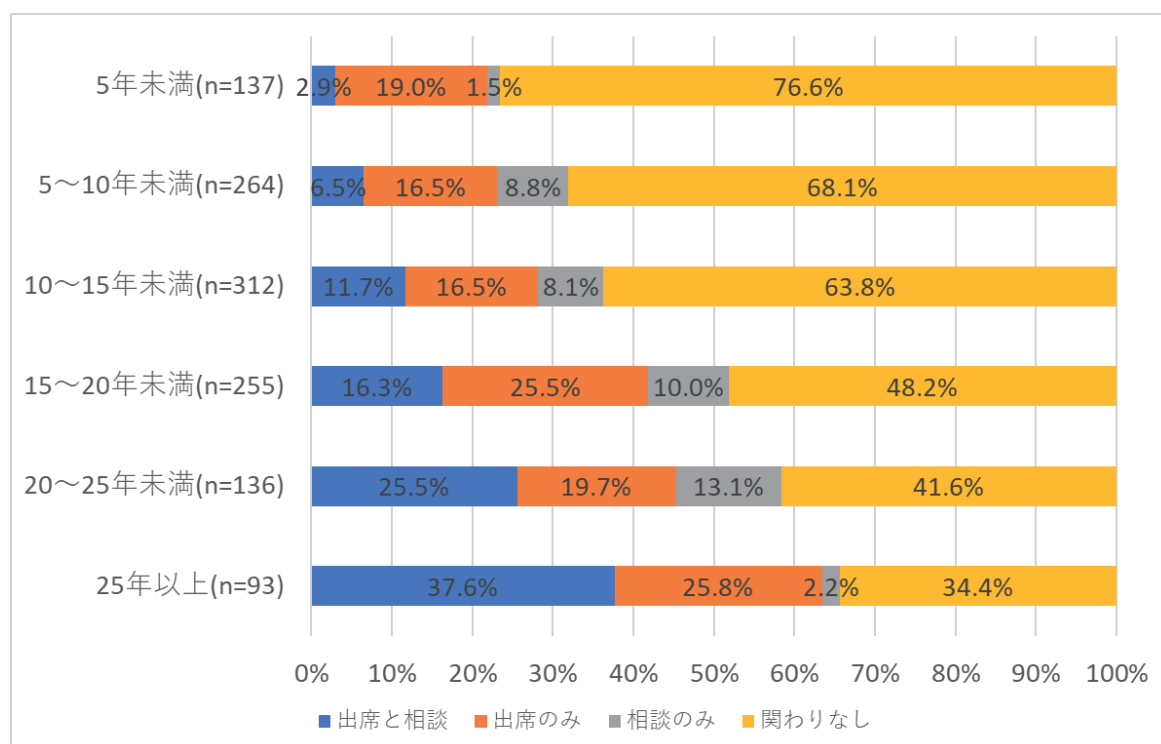
■年代別のクロス集計

自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたこと、また相談をしたことの経験について組み合わせを年代別にみたところ、年齢が高い人のほうが自助グループと何らかの関わりをした人が多い。



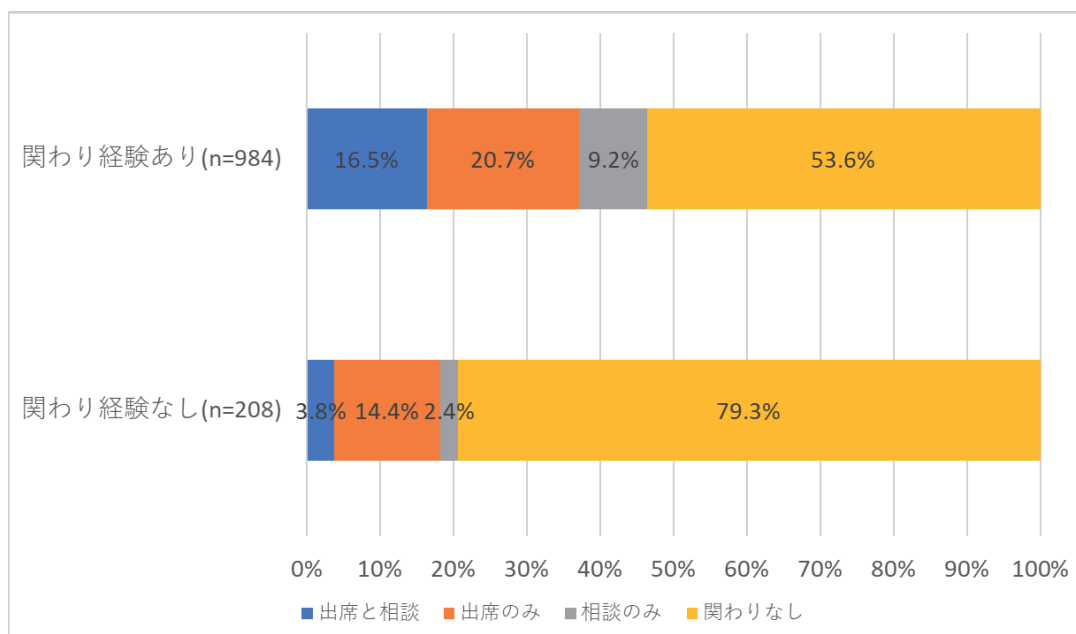
■経験年数別のクロス集計

自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたこと、また相談をしたことの経験について組み合わせを経験年数別にみたところ、経験年数が長い人のほうが何らかの関わりをした人が多い。



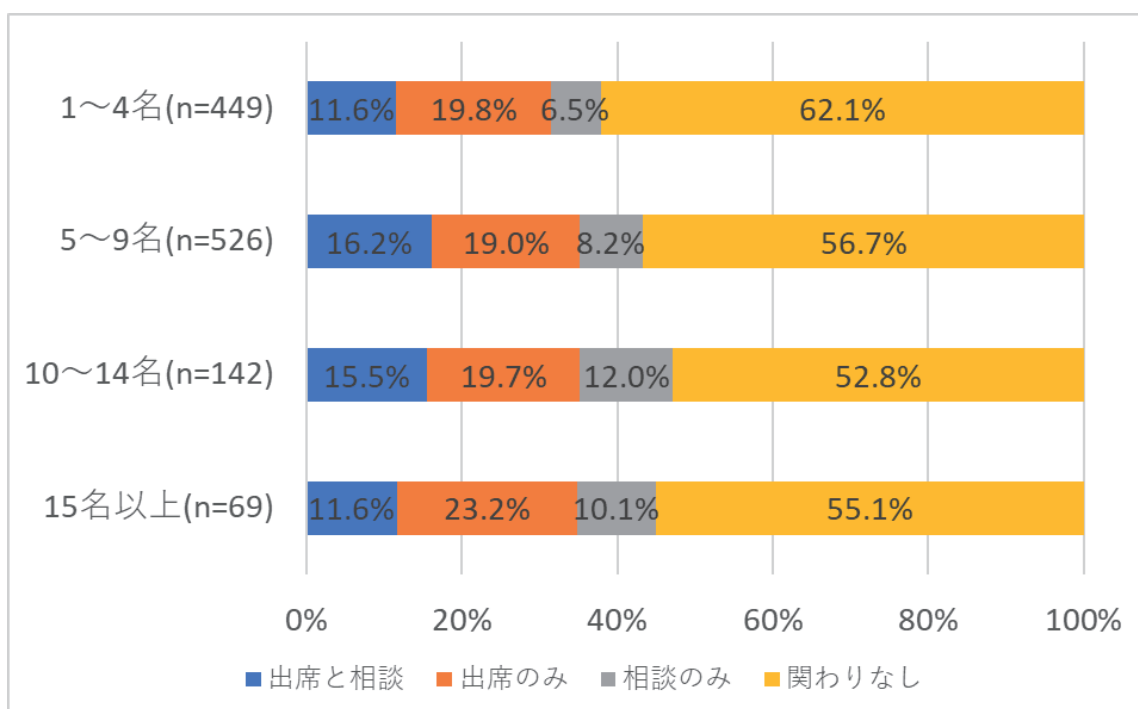
■関わり経験別のクロス集計

自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたこと、また相談をしたことの経験について組み合わせに関わり経験別にみたところ、当事者と関わった経験がある人のほうが、自助グループと何らかの関わりをした人が多い。



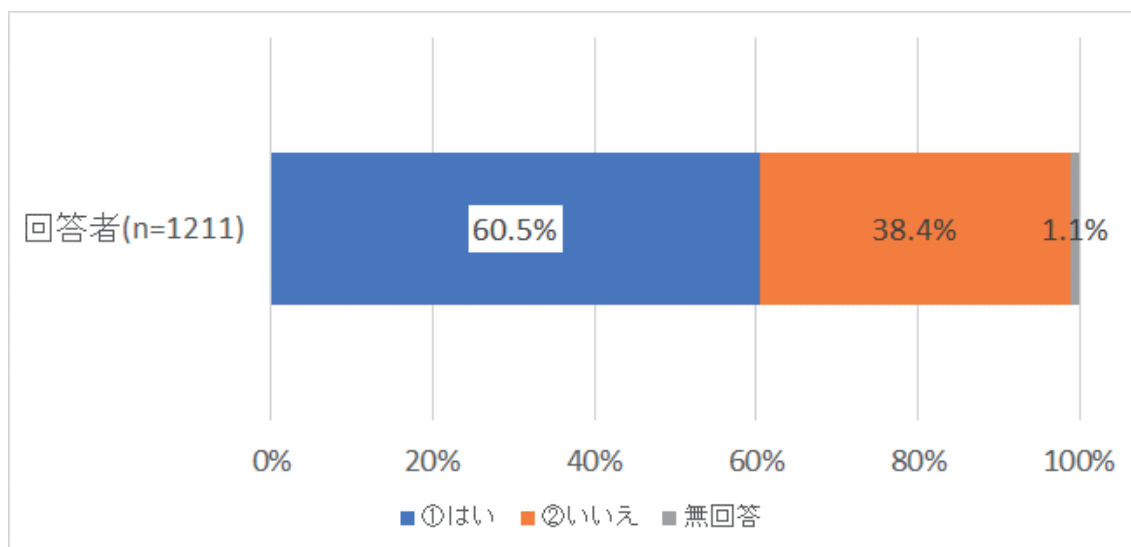
■現場のSWの数別のクロス集計

自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたこと、また相談をしたことの経験について組み合わせを現場のSWの数別にみたところ、差異はほとんどなかった。



■ 10-F；患者や家族等に依存症の自助グループ・家族会等を勧めた事がありますか。

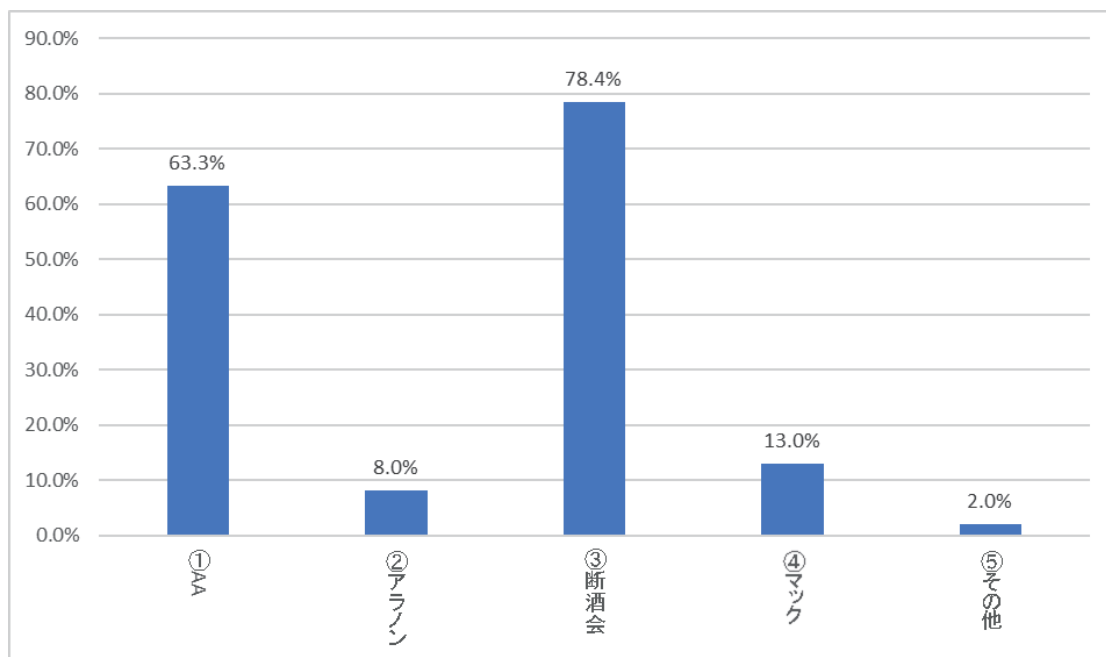
患者や家族等に依存症の自助グループ・家族会等を勧めた事はあるかについては、「はい」が 60.5%を占める。



■ 10-G：勧めたことのある自助グループについて、全ての項目に○をつけて下さい。

a) アルコール

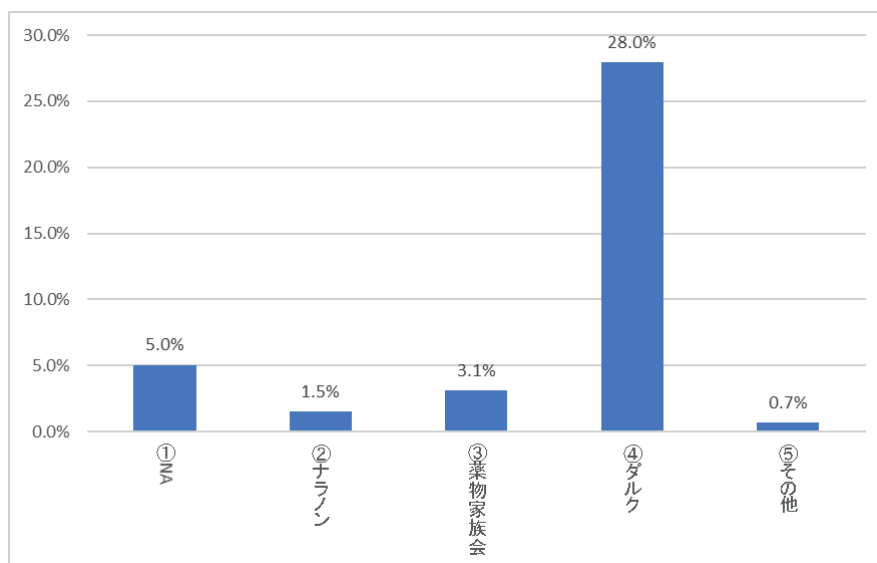
勧めたことのある自助グループ（アルコール）で最も多いのが「断酒会」に 78.4%、次いで「AA」が 63.3%となっている。



n=733

b) 薬物

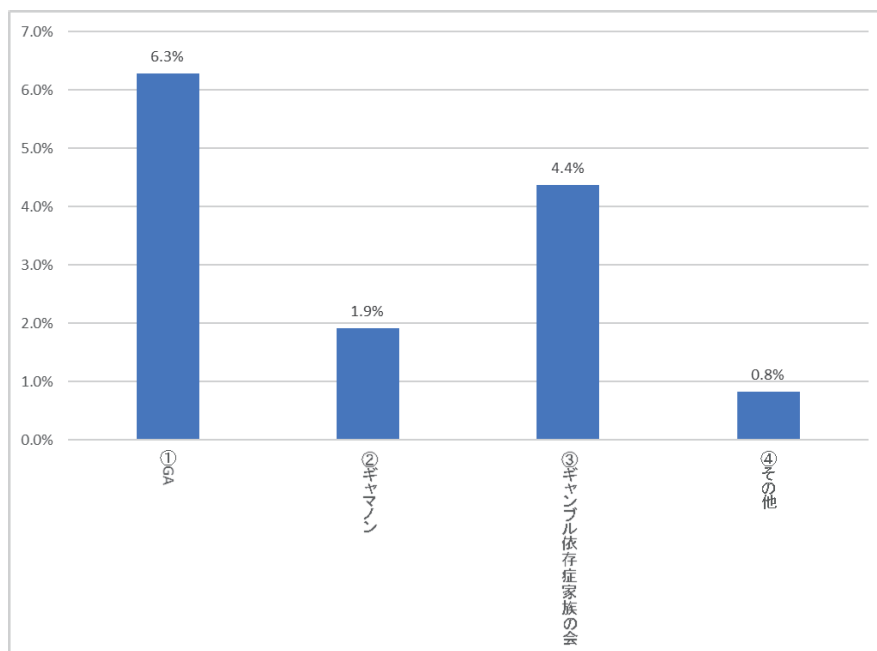
勧めたことのある自助グループ（薬物）は、アルコールと比べるとどれも少ない。その中で、最も多いのが「ダルク」の28.0%、次いで「NA」が5.0%となっている。



n=733

c) ギャンブル

勧めたことのある自助グループ（ギャンブル）は、アルコールや薬物と比べるとどれも少ない。その中で、最も多いのが「GA」の6.3%、次いで「ギャンブル依存症家族の会」が4.4%となっている。

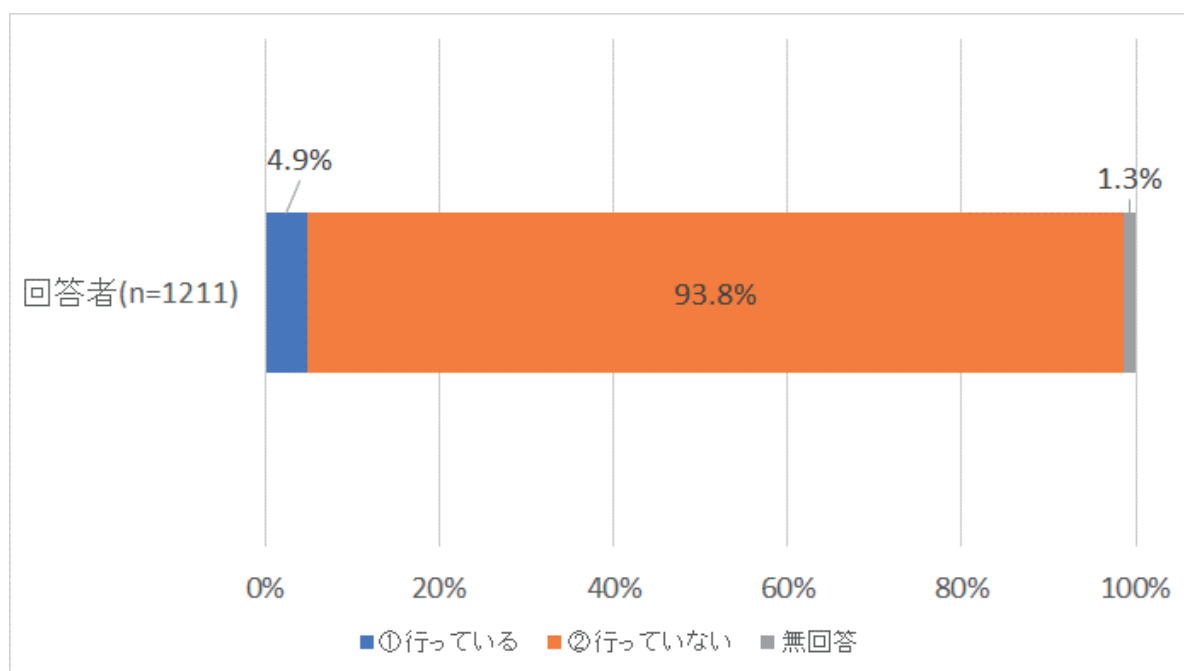


n=733

10. 院内・地域での回復支援やネットワークづくりについて

質問 11 あなたは院内、もしくは地域において、依存症の回復支援やネットワークづくりを行っていますか。

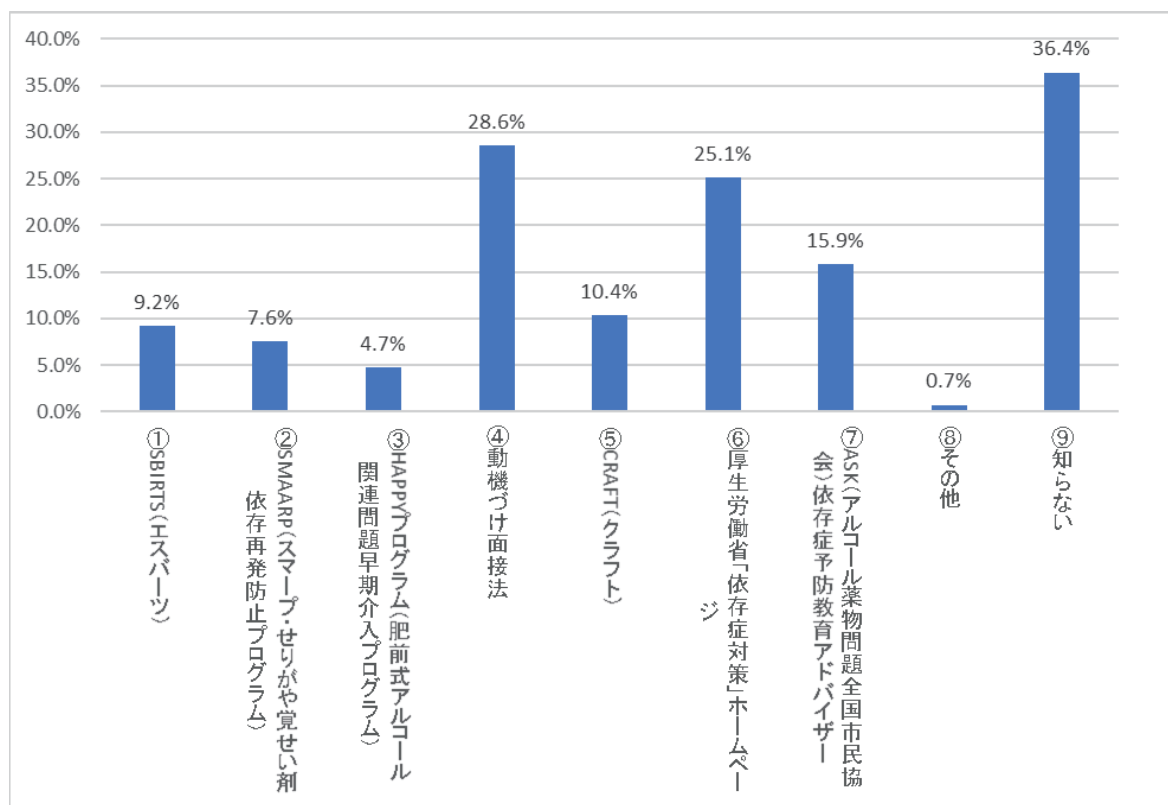
院内、もしくは地域において、依存症の回復支援やネットワークづくりを「行っていない」が 93.8% を占める。



11. 知っている、活用している依存症の支援方法について

質問 12 以下の支援方法や内容について知っている、あるいは活用しているもの全てに、○をつけてください。(複数回答可)

知っている、活用している支援方法や内容については、「知らない」が 36.4%と最も高い。最も知っている、活用しているものは、「動機づけ面接法」が 28.6%、次いで「厚生労働省「依存症対策」ホームページ」が 25.1%となっている。SMARPP や SBIRTS を知っているのは 1 割弱である。

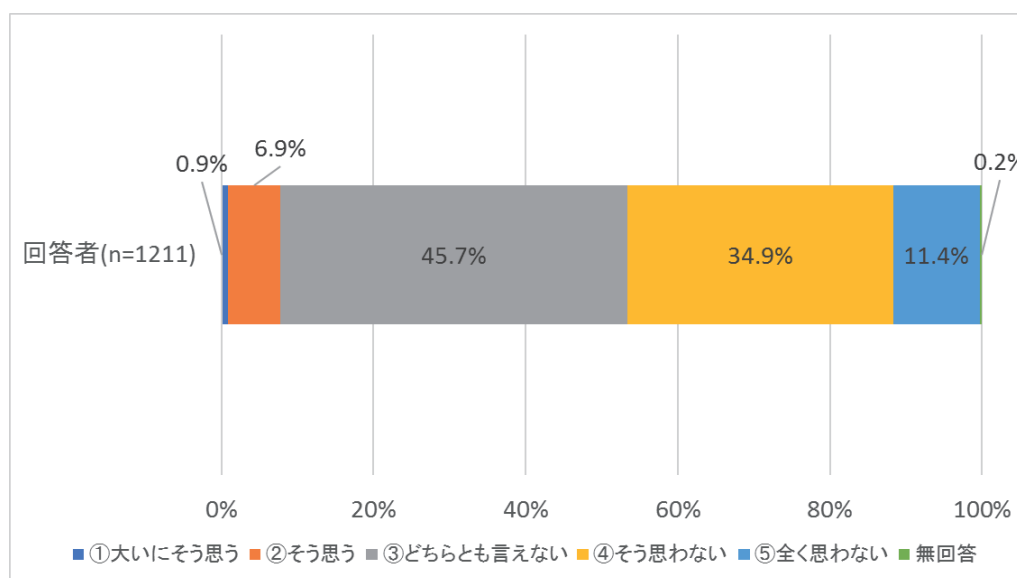


n=1211

12. 自業自得・自己責任に対する考え方について

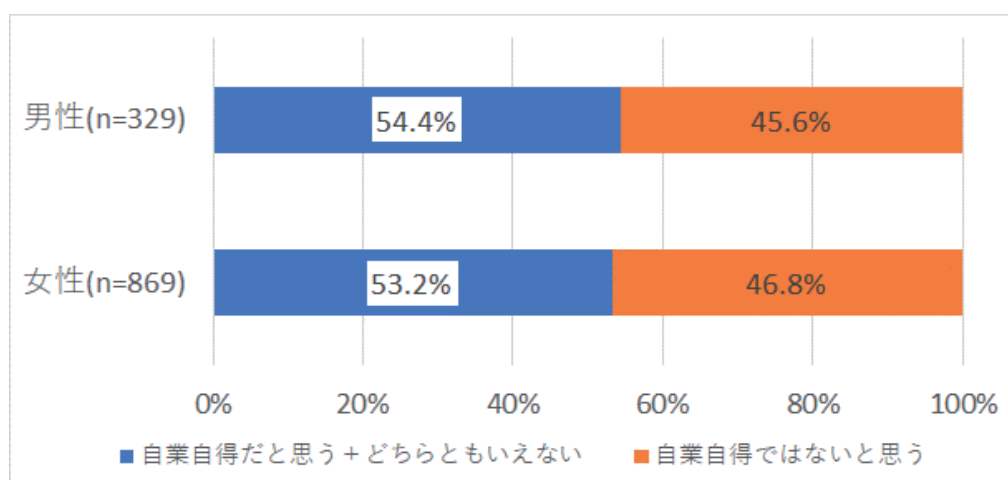
質問 13 本人が依存症になったのは自業自得・自己責任だと思いますか。○を一つつけて下さい。

「依存症になったのは自業自得」に対する考え方では、「どちらともいえない」が45.7%と最も高い。次いで、「そう思わない」が34.9%で、「全く思わない」と合せると46.3%である。「そう思う」「大いにそう思う」が7.8%いる。



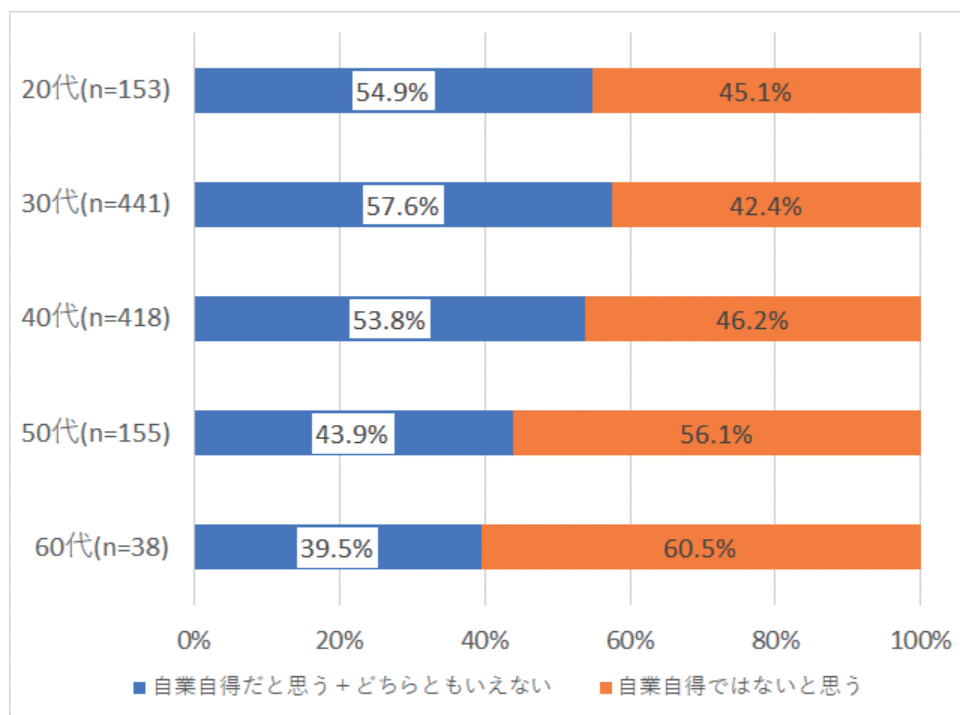
■性別のクロス集計

「依存症になったのは自業自得」に対する考え方について「大いにそう思う」「そう思う」「どちらともいえない」を統合し、「そう思わない」「全くそう思わない」に統合して、性別に分布をみたところ、性による差異はほとんどなかった。



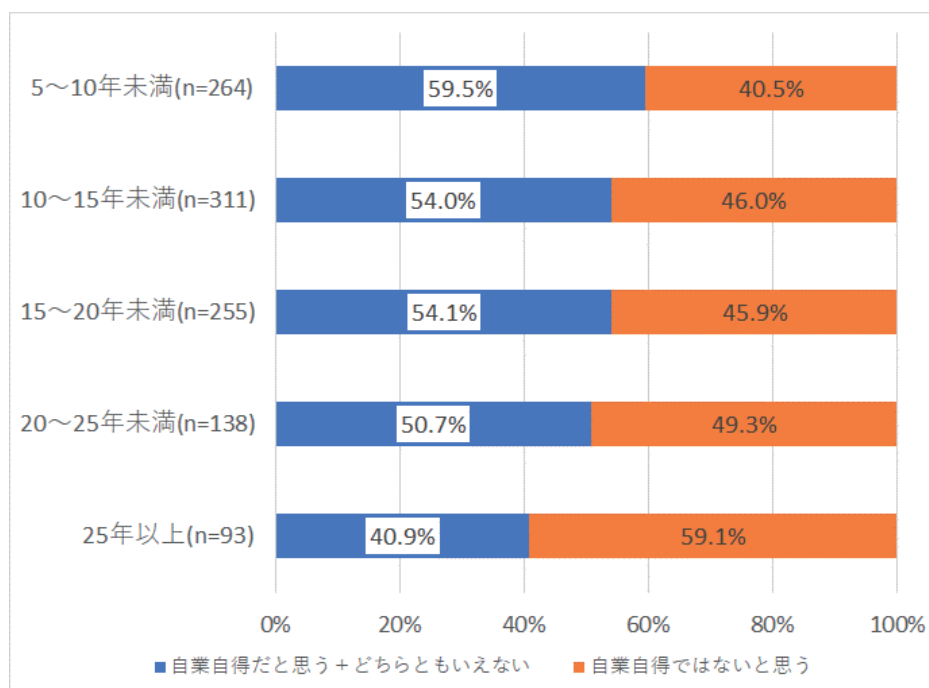
■年齢別のクロス集計

「依存症になったのは自業自得」に対する考え方について年齢別に分布をみたところ、自業自得ではないと考える人は年齢が高い人ほど多かった。



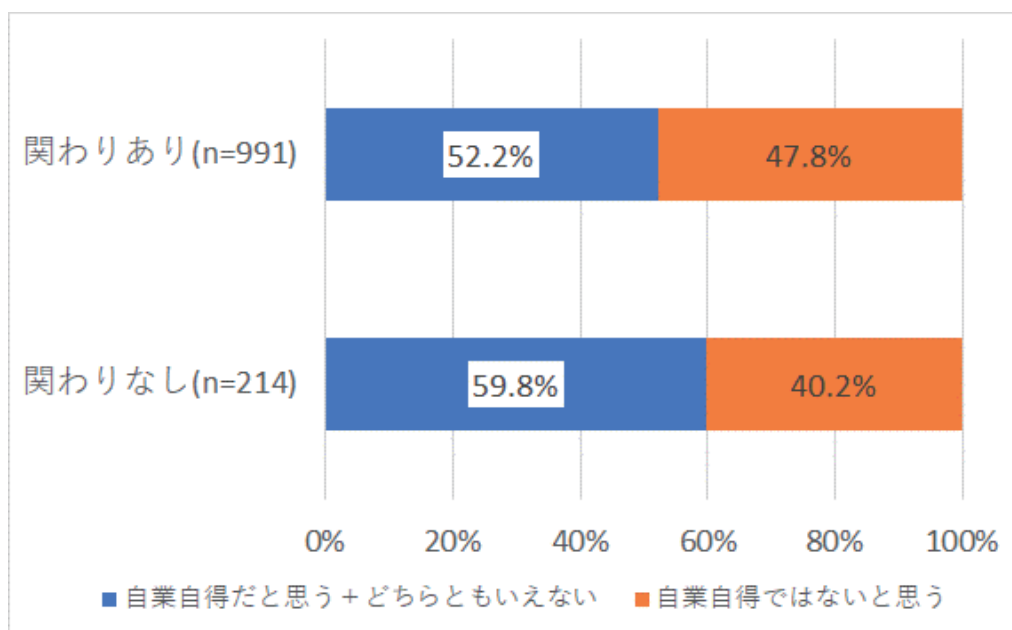
■経験年数別のクロス集計

「依存症になったのは自業自得」に対する考え方について、経験年数別に分布をみたところ、自業自得ではないと考える人は経験年数が長い人ほど多かった。



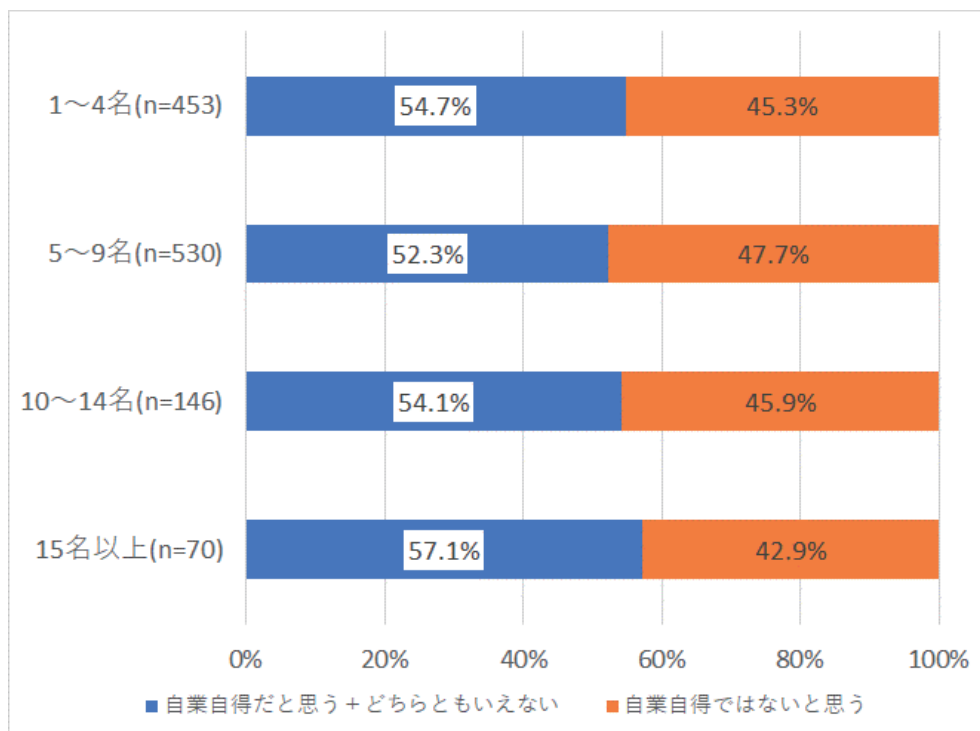
■関わり経験別のクロス集計

「依存症になったのは自業自得」に対する考え方について、関わり経験別に分布をみたところ、自業自得ではないと考える人は、関わり経験がある人ほど多かった。



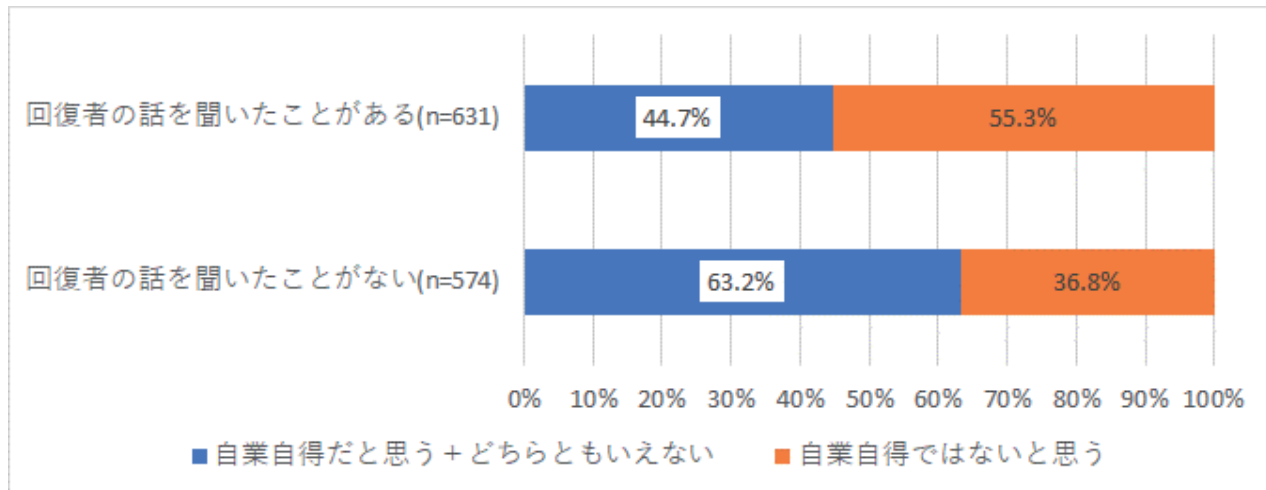
■現場の SW の数別のクロス集計

「依存症になったのは自業自得」に対する考え方について、現場の SW の数別に分布をみたところ、関連はほとんどみられなかった。



■回復者の話を聞いた経験別のクロス集計

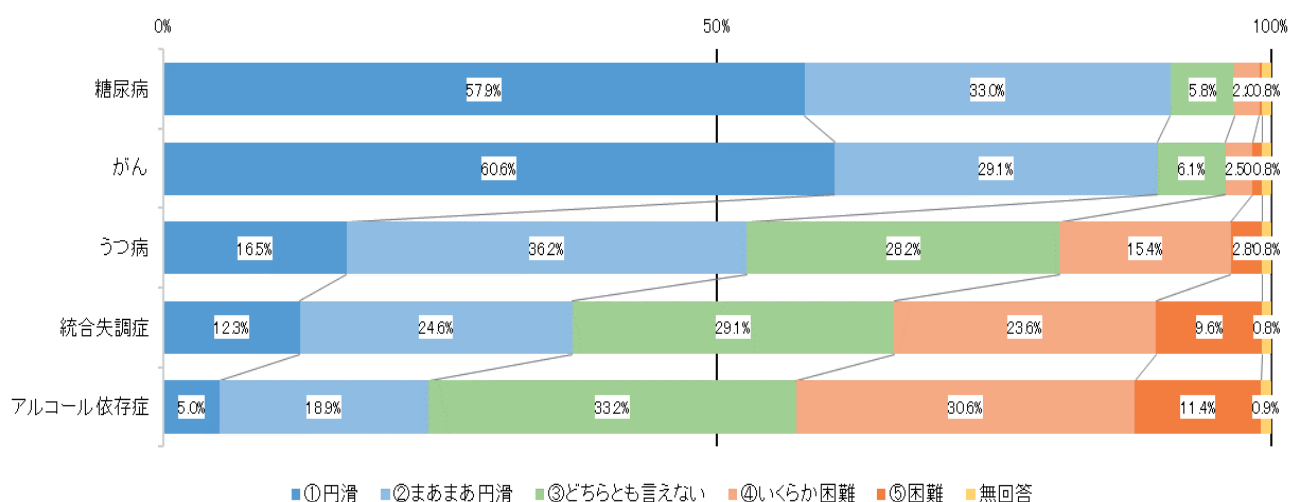
「依存症になったのは自業自得」に対する考え方について、回復者の話を聞いた経験別のクロス集計をしたところ、回復者の話を聞いた経験がある人のほうが、自業自得ではないと思うと答えている。



13. アルコール依存症の患者に対する職場の理解と受け入れの円滑さについて

質問 14 以下の疾患に罹患されている患者さんに対する、あなたの職場での理解と受け入れは円滑かを伺います。各疾患についてそれぞれ、○を一つつけて下さい。

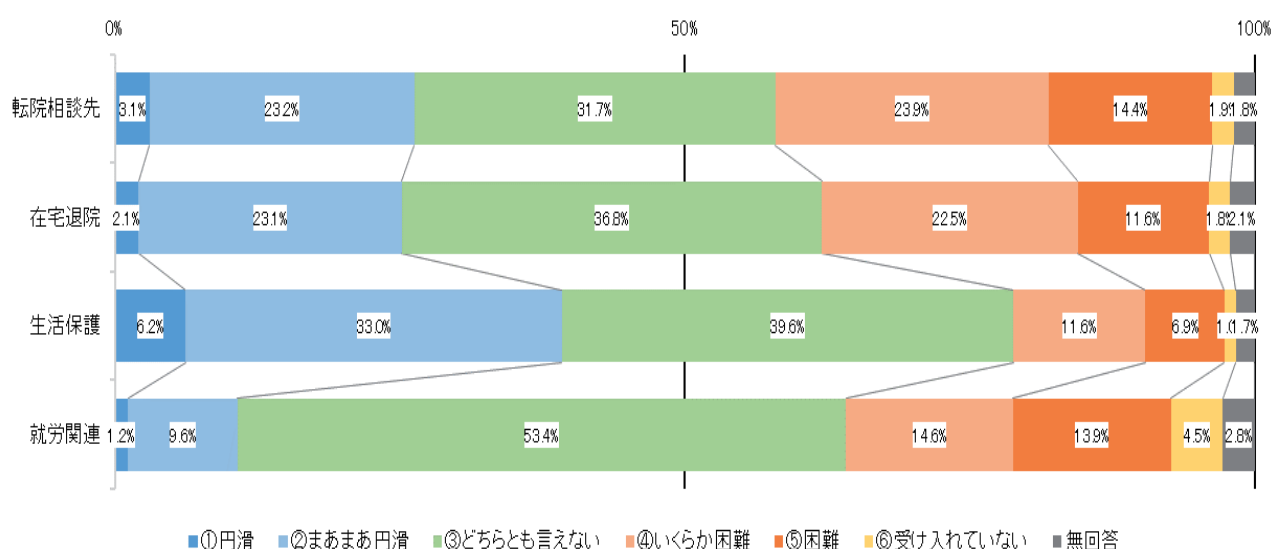
糖尿病、がん、うつ病、統合失調症、アルコール依存症に罹患する患者さんに対する職場での理解と受け入れについては、身体疾患である糖尿病、がんは89.7%が円滑である。また、精神疾患の中でもうつ病は46.7%、統合失調症は36.9%が円滑である。一方、アルコール依存症は、23.9%が円滑であるが、他の疾患の中で「いくらか困難」30.6%、「困難」が11.4%と最も高い。



14. アルコール依存症の患者に対する地域関係機関の理解と受け入れの円滑さについて

質問 15 アルコール依存症の患者さんに対し、地域関係機関での理解と受け入れは円滑かを伺います。各項目についてそれぞれ、○を一つつけて下さい。

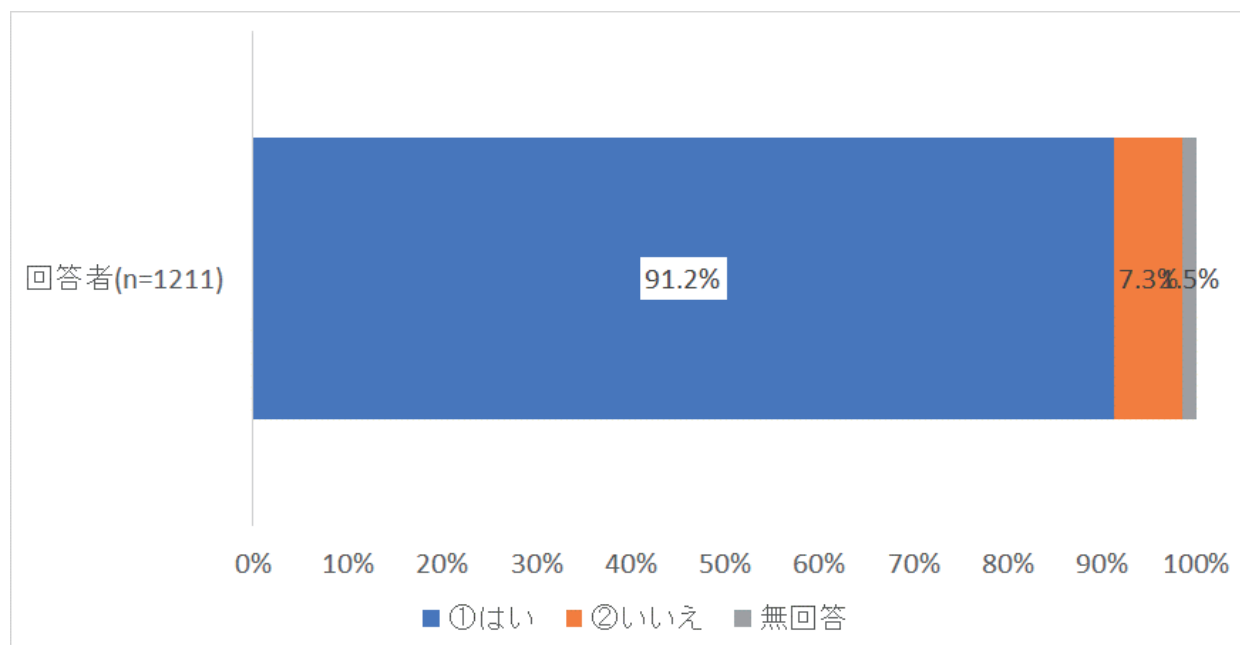
アルコール依存症の患者さんに対し地域関係機関での理解と受け入れについては、「生活保護」において、「まあまあ円滑」「円滑」と合せ 39.2% となっており、他の疾患と比べ最も高い。次いで、転院相談先が 32.3%、在宅退院が 25.2% であり、就労支援が 10.8% と最も低い。また、困難さからとらえた場合、「いくらか困難」「困難」を合せると「転院相談先」が 38.3% と最も高く、次いで「在宅退院」34.1%、「就労支援」が 28.5% となっている。



15. 依存症は回復する疾患であることを知っているかどうかについて

質問 16 あなたは、依存症は回復する疾患であることを、知っていますか。

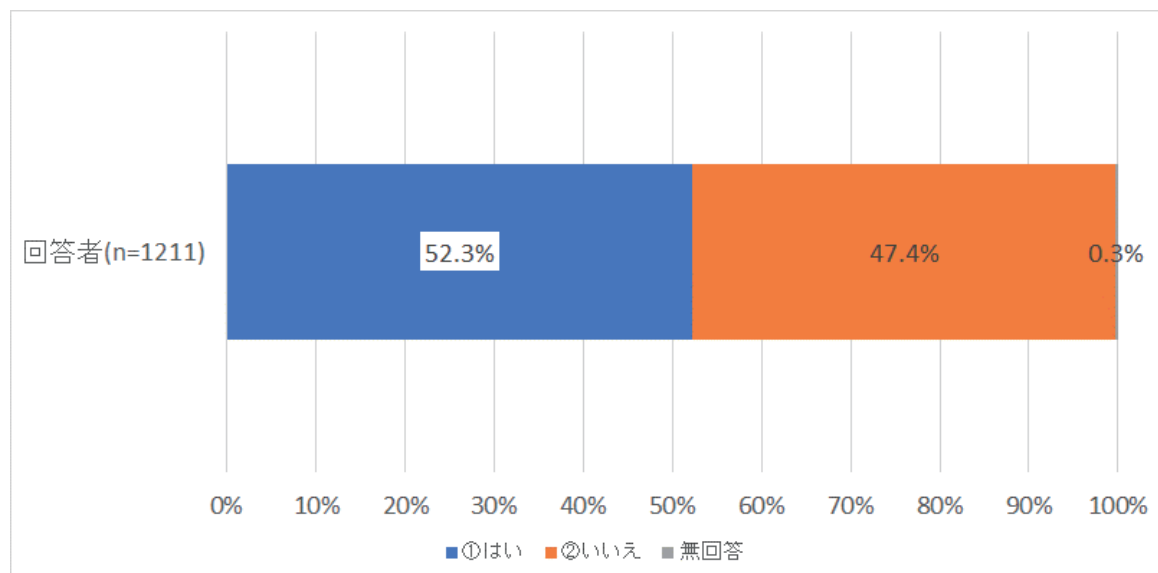
依存症は回復する疾患であると知っているのは、91.2%を占める。



16. 依存症回復者から「回復について」話を聞いた経験について

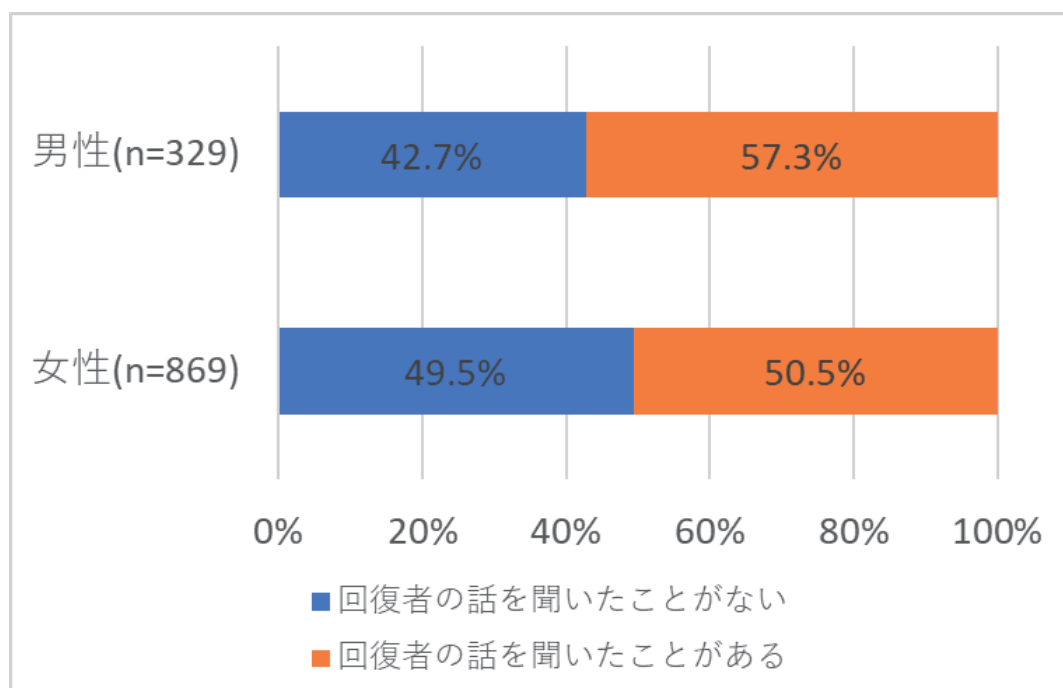
質問 17 あなたは、依存症回復者から「回復について」話を聞いたことはありますか。

依存症回復者から「回復について」、「はい」と答えたのは 52.3%、「いいえ」と答えたのは 47.4%となっている。



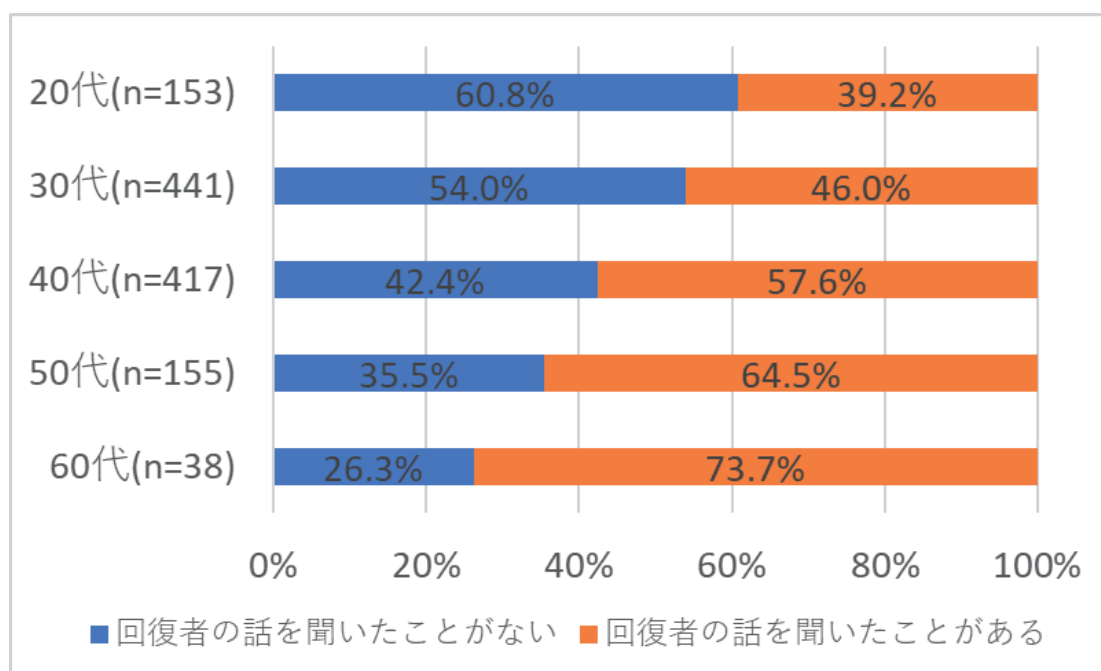
■性別のクロス集計

依存症回復者から「回復について」話を聞いたことがある人について性別のクロス集計をしたところ、男性のほうが女性よりも回復について話を聞いたことのある人が多い。



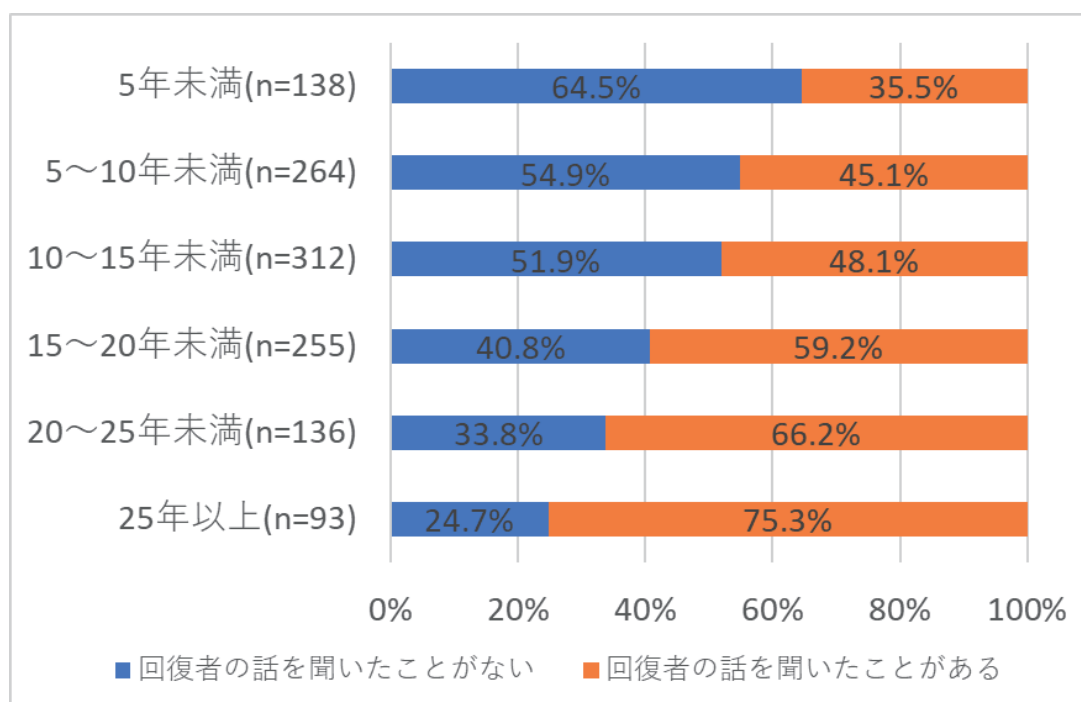
■年代別のクロス集計

依存症回復者から「回復について」話を聞いたことがある人について年代別のクロス集計をしたところ、年齢が高い人のほうが、低い人よりも、回復について話を聞いたことのある人が多い。



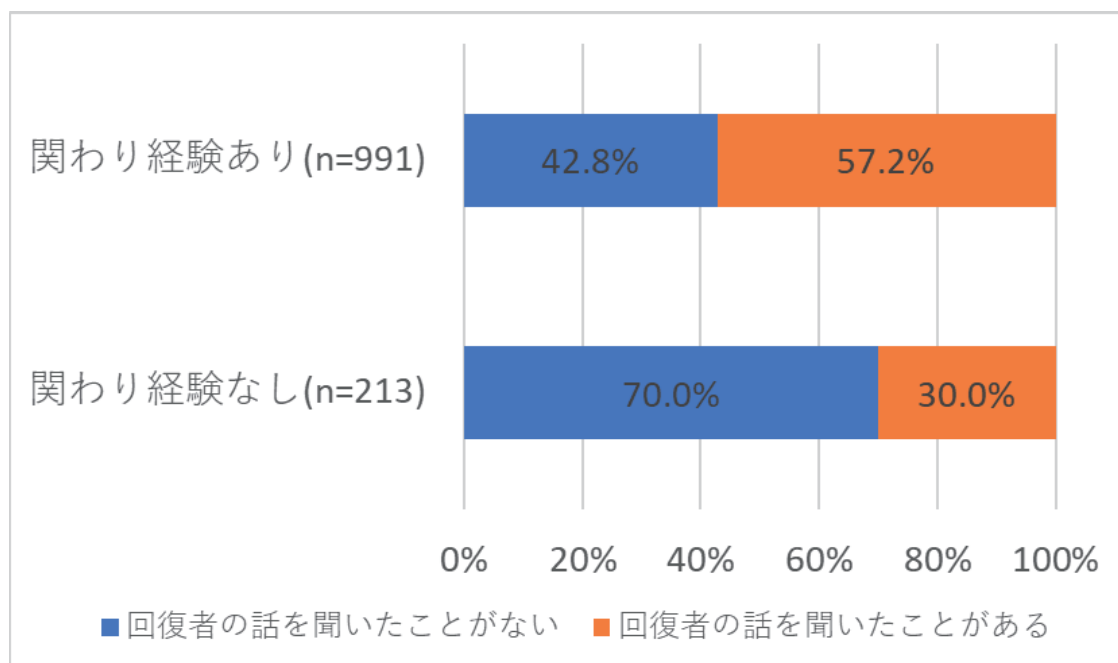
■経験年数別のクロス集計

依存症回復者から「回復について」話を聞いたことがある人について経験年数別のクロス集計をしたところ、経験年数が長い人のほうが、短い人よりも回復について話を聞いたことのある人が多い。



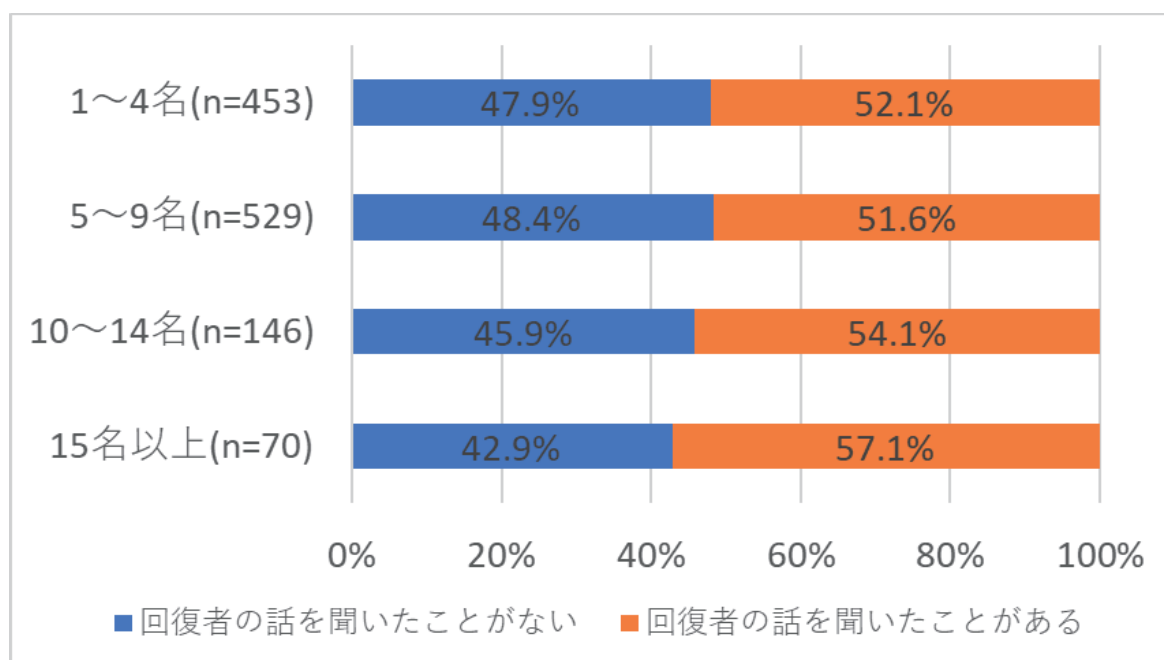
■関わり経験別のクロス集計

依存症回復者から「回復について」話を聞いたことがある人について関わり経験別のクロス集計をしたところ、関わり経験がある人のほうが、ない人よりも回復について話を聞いたことのある人が多い。



■現場のSW の数別のクロス集計

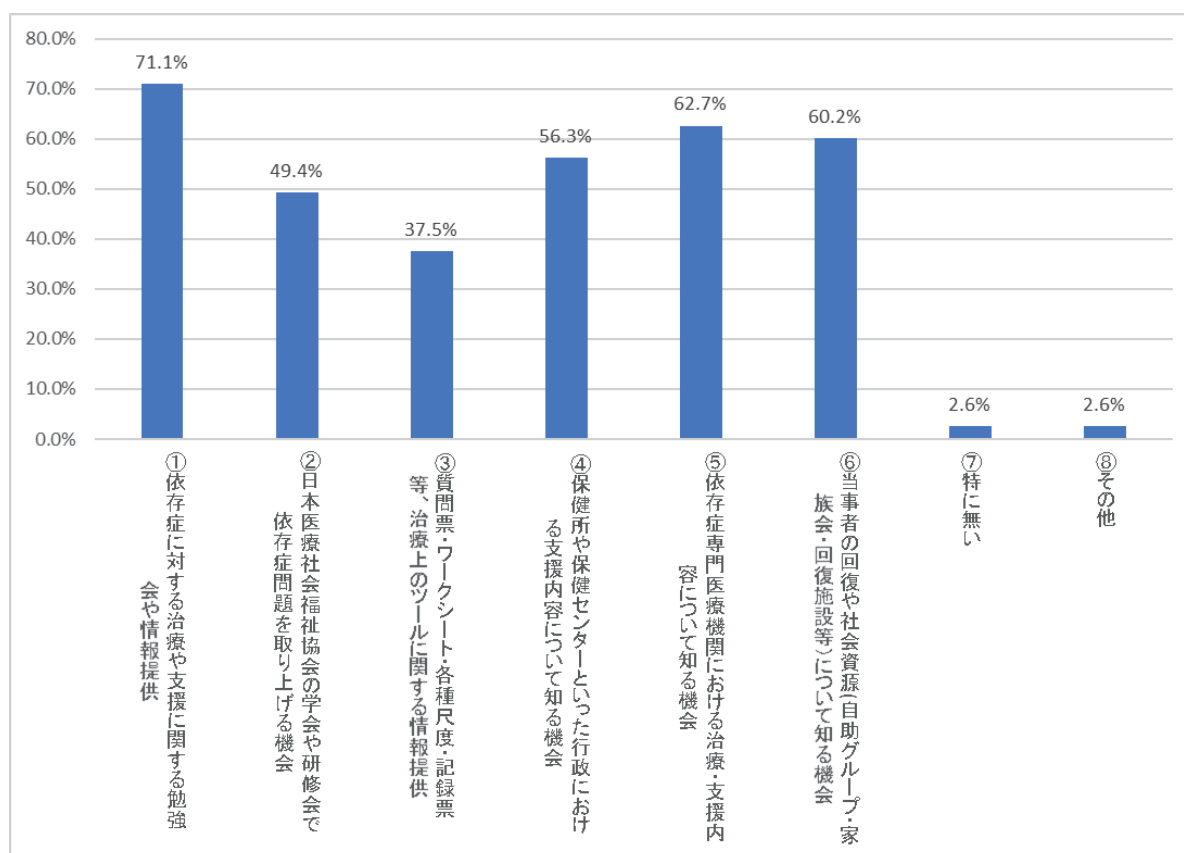
依存症回復者から「回復について」話を聞いたことがある人について現場のSW の数別のクロス集計をしたところ、特に差異は見られなかった。



17. 今後あればいいと思う事について

質問 18 以下の中で、今後、あればいいと思う事に○をつけて下さい。(複数回答可)

今後、あればいいと思う事で最も多いのは、「依存症に対する治療や支援に関する勉強会や情報提供」で71.1%。次いで、「依存症専門医療機関における治療・支援内容について知る機会」、「当事者の回復や社会資源（自助グループ・家族会・回復施設等）について知る機会」、「保健所や保健センターといった行政における支援内容について知る機会」がいずれも約6割である。また、「日本医療社会福祉協会の学会や研修会で依存症問題を取り上げる機会」についても約5割である。「特に無い」も2.6%とわずかにある。

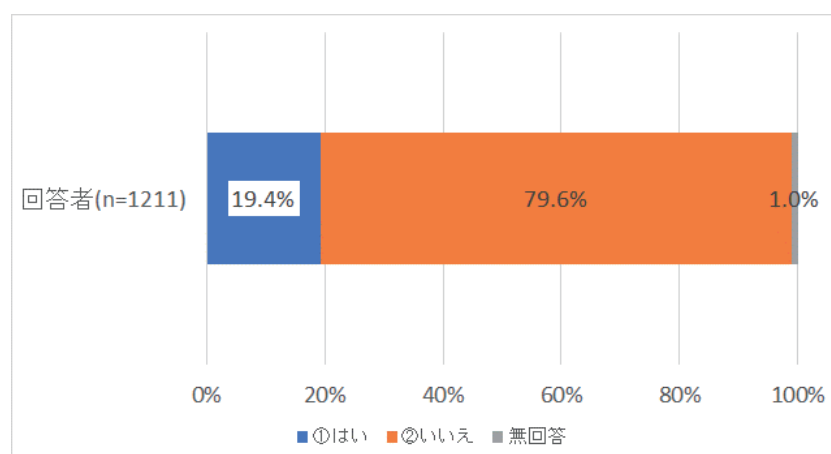


n=1211

18. 依存症に関する現任者研修を受けた経験について

質問 19 これまでに、依存症に関する現任者研修を受けたことがありますか。

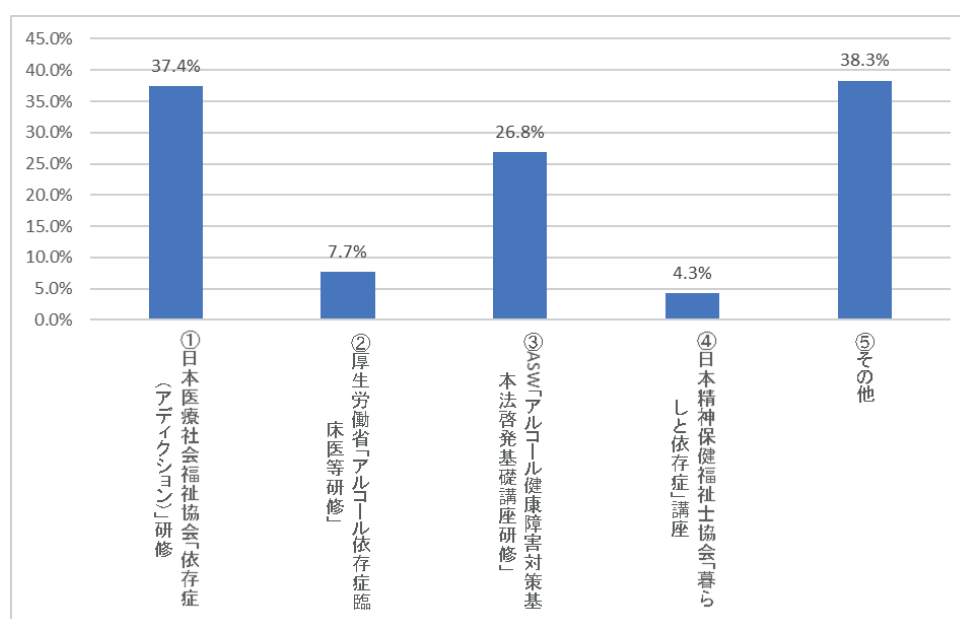
これまでに、依存症に関する現任者研修を「受けたことがある」のは 19.4%で、「受けたことがない」が 79.6%を占める。



19. 受けたことのある現任者研修について

質問 20 受けたことのある現任者研修すべてに、○をつけて下さい。(複数回答可)

受けたことのある現任者研修で最も高いのは、「その他」の 38.3%、次いで、「日本医療社会福祉協会」「依存症（アディクション）」研修」が 37.4%である。



n=235

なお、質問 20 の回答項目と「⑤その他」の内訳の回答数については、以下のとおりである。

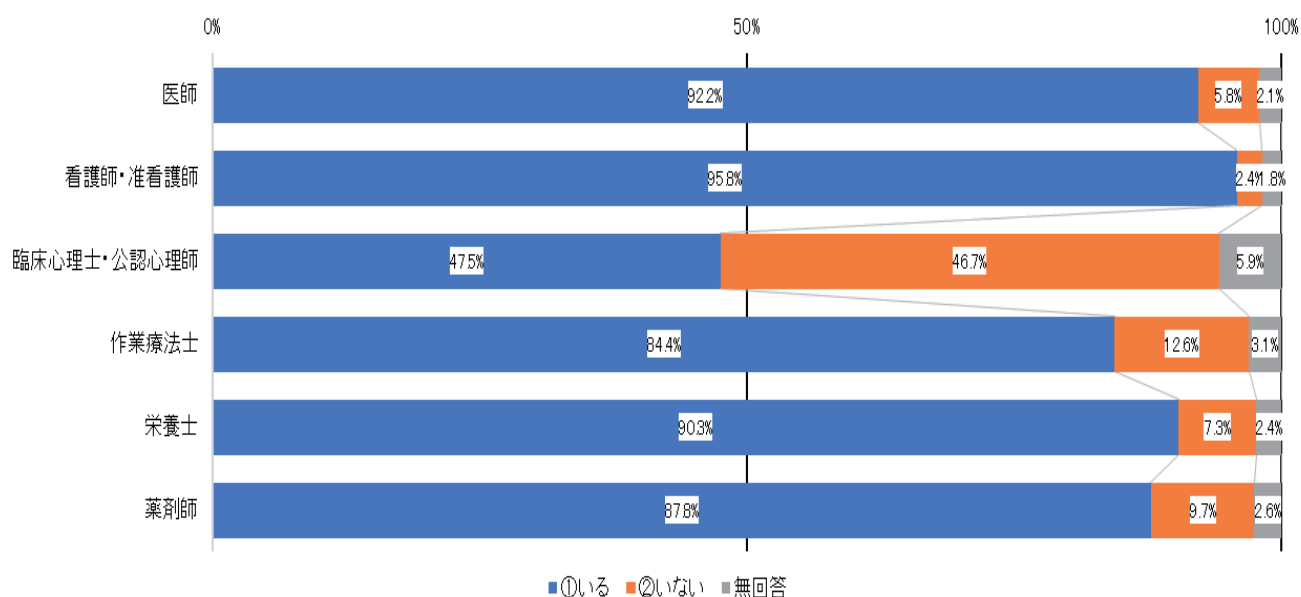
質問 20 受けたことのある現任者研修の内訳（複数回答）

回答項目	研修名もしくは主催団体名	回答数（実人数）
①	日本医療社会福祉協会「依存症（アディクション）」研修	88
③	日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会（ASW） 「アルコール健康障害対策基本法啓発基礎講座研修」	63
⑤その他	地方自治体や行政機関主催の研修	24
②	厚生労働省「アルコール依存症臨床医等研修」	18
⑤その他	都道府県等 MSW 協会の研修	14
⑤その他	医療機関主催の研修	11
④	日本精神保健福祉士協会「暮らしと依存症」講座	10
⑤その他	ASW 協会（上記以外の研修）	4
⑤その他	精神保健福祉士協会（上記以外の研修）	2
⑤その他	アルコール関連問題学会	2
⑤その他	国立保健医療科学院	2
⑤その他	大学等主催の研修	2
⑤その他	その他	6
	合計（実人数）	246（235）

20. 職場スタッフについて

質問 21 あなたの職場スタッフについて教えてください（常勤、非常勤問いません）。

職場スタッフで最も多いのが「看護師・准看護師」が95.8%、次いで「医師」、「栄養士」、「薬剤師」、「作業療法士」でいずれも約9割となっている。最も少ないのが「臨床心理士・公認心理師」の47.5%である。



IV. 自由記述の分析結果(KH Coder)

1. 自由記述の分析方法

配布したアンケートには、次の自由記述形式の質問項目（質問 22）がある。

依存症やその治療、またそれを取り巻く社会状況に関して思うこと、社会貢献事業部「依存症リカバリーソーシャルワーク担当（チーム）」に期待すること、等があれば自由にお書き下さい。

①社会状況に対して思うこと、②期待すること

この①と②の回答パターンを説明するため、計量テキスト分析ソフトウェア KH Coder（樋口 2020）による共起ネットワークを作図する。作図の際は、最小出現語数は 9、提示する共起関係は上位 60 までとし、さらに解釈を容易にするため最小スパニングツリーも適用する。なお、①の分析対象数は 316 ケース、②は 287 ケースとなる。

2. 共起ネットワークの結果

以下に提示する共起ネットワークの図 1 と図 2 からは、①の回答は 6 つのカテゴリーに、②の回答は 8 つのカテゴリーに分かれていることが見てとれる。以下では、カテゴリーを構成する語の基となる回答者の自由記述を参照し、各カテゴリーの特徴を説明する。説明の際は、カテゴリーを反映した回答を一部抜粋しており、重要箇所には下線を引いている。なお、【 】はカテゴリーの名称である。

(1)「①社会状況に対して思うこと」の回答パターン

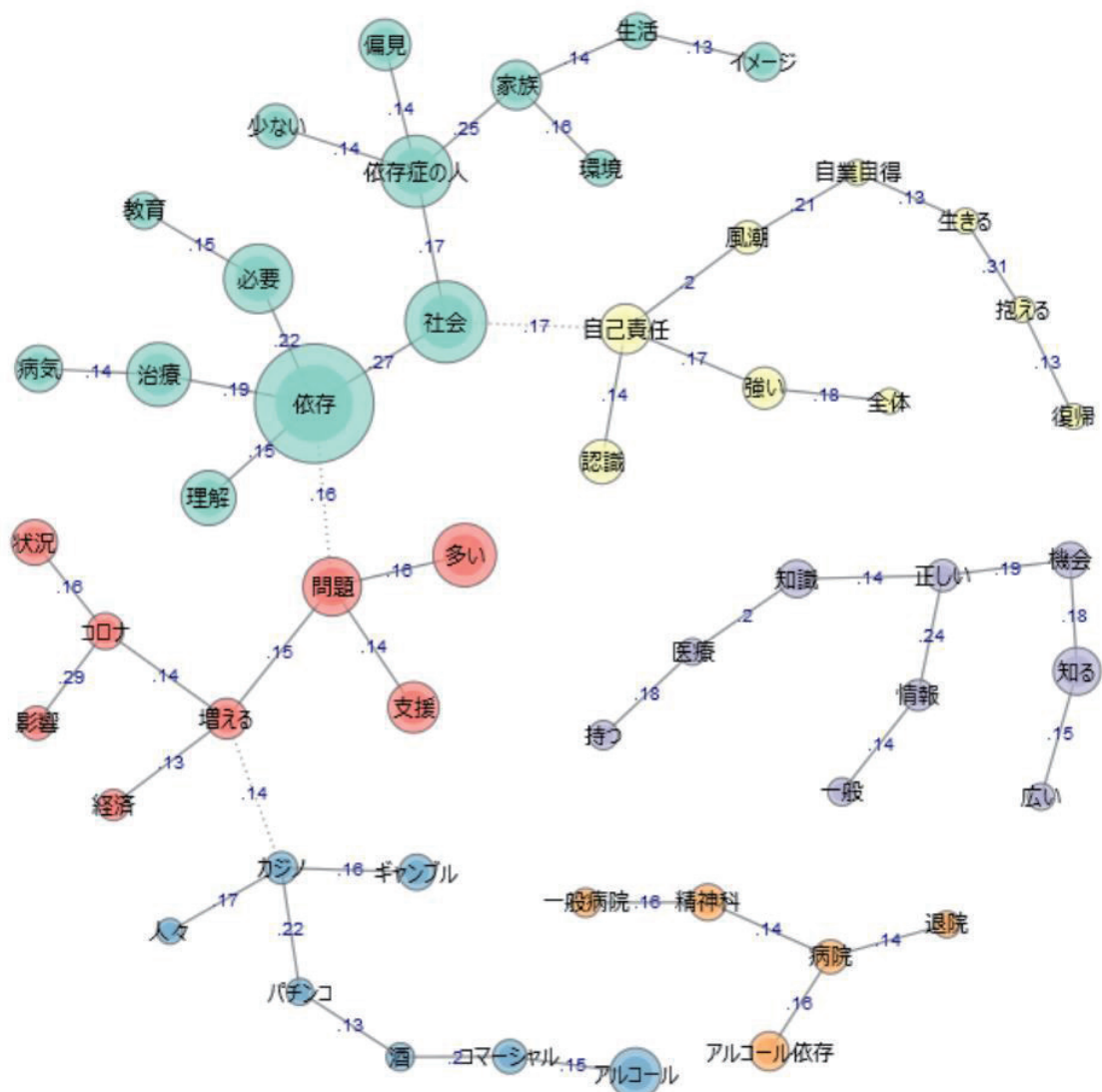


図 1. 「①社会状況に対して思うこと」の共起ネットワーク

【依存症へのイメージと啓発（図1. 緑色）】

このカテゴリーは、依存症に対する偏見を危惧する回答で構成されている。依存症への偏った認識が依存症の人を排斥していることを指摘し、一方でその処方箋として、依存症という病気や依存症の人に関する正しい知識の啓発を望んでいることが読み取れる。

回答例

- ・ マスコミでの偏った報道や一部の人の中に差別意識や偏見が残っているのにそれを口にしてはいけない雰囲気、かえって“ありのままを受け入れる”社会から依存症の人を遠避けてしまっているのではないかな。
- ・ 偏見はまだまだ強いし、「依存症の人の意志の弱さ」と思われていたり、「気持ちの問題」と思われているところが強いと思う。病気である、ということをもっと広く世間に知ってもらう必要があると思う。

- まだ依存症に対する理解が社会、支援者にも浸透していない。ちょっと難しい依存症の人、支援が分からないから普通に退院していく依存症の人として対応されている。ただ支援には勉強も必要だし時間もかかる。
- とても身近なものの割に、他人事という認識と感じる否認がほとんどの病なので、余計にそうした意識が拍車をかけてしまい、治療の受け入れにつながらないイメージ。

【知識の必要性（図 1. 紫色）】

このカテゴリーは、依存症に関する知識の普及を必要とする回答で構成されている。上述の【依存症へのイメージと啓発】と類似したカテゴリーだが、こちらは学校教育や医療機関など、知識の普及の仕方や場所に関して、より具体的に記述されていることがうかがえる。

回答例

- 依存症についての正しい知識の普及が必要。学校教育の中に取り入れてほしい。
- 飲酒やギャンブルが悪い訳ではないが、依存症になる危険性や、依存症になったらどうなるのかというような情報も知らせる必要があると思う。一般病院と精神科との連携がスムーズになると良い。医療機関のスタッフに依存症を知る機会が多くあると良い。
- 一般的にも偏見があると思うが、医療従事者であっても経験や知識のなさから“大変で困難事例”というレッテルが貼られている印象を受ける。

【自己責任論への批判（図 1. 黄色）】

このカテゴリーでは、依存症の原因が、本人や家族の意思の弱さや性格の問題に向けられ、人々から自己責任や自業自得として扱われていることを言及している。さらに、自己責任や自業自得であるため、本人や家族の苦労は人々から理解や同情を得づらく、社会から排斥されやすいことが指摘されている。

回答例

- アルコール依存症、薬剤依存症、ギャンブル依存症などの依存症は有名だが、依存症の人そのものが抱えている生きづらさについてはなかなか理解されていないと感じている。依存症は自己責任、自業自得とされていることが多いと感じる。
- 依存症が、その自己責任（自業自得）だという認識は強い様に思える。社会の風潮として、そういった誤解がなく、もう少しオープンに語れる社会になればと思う。
- 病気であるという認識が乏しく、治療につながりにくい。性格とか、自己責任という認識が根強い。
- 自己責任ではないと考えるが、依存症の人のみもしくは家族の責任とし、それを社会から切り離す傾向が強いため、難しさを感じる。

【依存の誘因（図 1. 青色）】

このカテゴリーでは、アルコールやギャンブルが、依存症の誘因であることを指摘している。依存症は本人の自己責任とされやすいが、一方で、その潜在的な社会側の原因として、アルコールやギャンブル

ンブルに関する公の営業や広告が社会的に承認されていることが関わっていると批判している。

回答例

- アルコール、ネット、ギャンブルなど、依存症につながるものは、私たちの生活のなかにあるものからつながっていることが多く、偏見や批判で依存症の人を責めるのではなく、唯もが、陥る可能性が高いことを発信していく必要があると思いました。
- パチンコや競馬などテレビコマーシャルもやったりして楽しいものとして子供にも認識されて良くないと思う。最近芸能人でも覚せい剤などで逮捕される人が多いように感じるが、出回っていると思うとこわい。
- やはりお酒のコマーシャル、駅前のパチンコなど依存症やその治療中の方にとっては強力な誘因になるだろうなと感じる。現にお酒でトラブルを起こしている人も単に“酒好き”“酒に強い人”と見なされており、治療対象となっていない人も多い。

【アルコール依存症者に医療的支援の必要性（図 1. 橙色）】

このカテゴリーでは、依存症のなかでもアルコール依存症に注目しており、アルコール依存症の人に対する医療的支援が盤石ではないことを言及している。このカテゴリーの回答者によれば、アルコール依存症の人への支援や回復に諦めや失意が病院内で生じている。そしてその打開策として、医療的支援の見通しを得ることが求められている。

回答例

- アルコール依存症を病気・治療するべきものととらえ、連携パスのようなものを作ってほしい。早期介入ができるようなプログラムを制度化・システム化して頂くと、依存症の人・家族と接しやすいです。
- アルコール依存症の人に対して、「どうせ、やめられない」「また、すぐ入院するよ」といった院内の風潮がある。依存症に対して、あきらめや失望の態度をとるのではなく、前向きに回復を考える雰囲気をつくっていきたい。
- アルコール依存症だと思って、依存症の人の治療したいという意志がないと医療機関に結びつかない現状がある。治療に結びつくまでのサポート体制が重要だと思うが現状ではない。
- アルコール関連疾患の人と関わることがある。入院をしてくと診断はついていないがアルコール依存が疑わしい人が多々いる。ただ「アルコール関連」となると介入に前向きなスタッフは少数であり、十分な支援が難しい。診療報酬で点数化されているわけでもないため、つい後回しにされがちである。

【様々な問題への危機意識（図 1. 赤色）】

このカテゴリーは、依存症の人や支援者が直面しうる様々な問題についての危機意識で構成されている。回答者の危機意識は多岐に渡っており、例えば、依存症や依存症の人への関心の希薄さの問題、特定の領域における依存症の人の多さの問題、経済状況の悪化による患者の増加の問題について指摘されている。

回答例

- ・依存症者に対し、厳しい意見（自己責任論など）があるが、それらへ誘うようなコマーシャルや、事業誘致など、矛盾への指摘が少ないように思う。社会が経済優先で依存症は身近でない、一部の人の問題と促えていることが問題解決を困難にしているのではと感じる。
- ・特に消化器内科領域の患者でアルコール依存の人が多いが見過ごされている。もっと社会的な支援が必要と感じている。依存症の人の問題意識が低く、支援へつなげにくさを感じる。支援する側が無力さを感じている。
- ・新型コロナの影響により、経済の低迷がいつまで継続するのか分からない状況となりました。体感的に経済状況が悪化すると、依存症を元にした疾患で搬送される患者が増えるように思っています。

（２）「②期待すること」の回答パターン

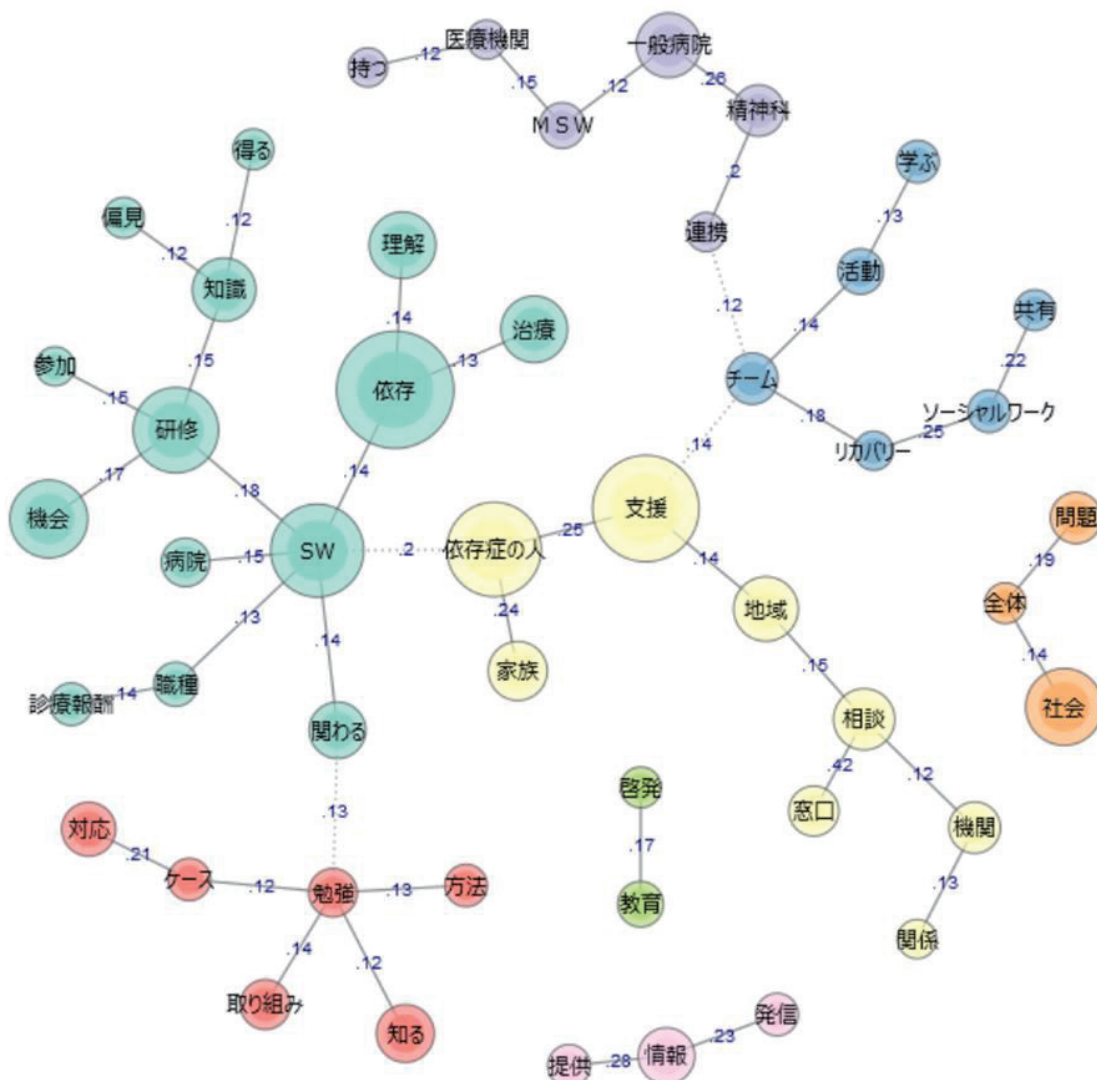


図 2. 「②期待すること」の共起ネットワーク

【SW のあり方の改善（図 2. 緑色）】

- ・今後関わる機会がある可能性は高いが、そのための関わり方や、依存症の人への支援をどうしていけばいいか、研修等で学んでいければいいと思うので、新人研修とかでやってほしいです。
- ・院内だけではない生活を支援する。地域とチームで行なわなければ難しいと考える。うまくいっている地域の活動などを学ぶ機会があると良いとともに、SW だけではなく多職種向けの研修があると良いと思います。
- ・診療報酬に位置付けられる等、各機関の役割としてネットワークづくりが行いやすくなるための社会へのアプローチや、ネットワークづくりを行うための知識・技術の向上につながる研修があるとよいと思います。
- ・病院での相談（特に一般病院）について、SW でも対応ができるということが、多職種で伝わればよいなと思います。外来での相談業務が診療報酬にて評価されると良いですが。

【取り組みや支援方法を学ぶ機会（図 2. 赤色）】

- ・専門性を持つ人からの勉強会や講演会があると、興味や関心を持つ人も増え、悩む人の存在にも気づき、治療に結びつく可能性が広がると思います。
- ・依存症の人との関わりの機会。自助グループに関わっている方の取り組みを聞く機会の提供。
- ・ケースへの関わり方の例や方法、の勉強会の開催。

【啓発活動の必要性（図 2. 黄緑色）】

- ・小学～中学の義務教育での啓発のため、教員に対し、教職課程でも十分に学習機会があるとよいので、働きかけしてほしい。
- ・子どものゲーム依存症は環境の調整で大半防げる・法的な規制までいかずとも学校教育や親への教育の機会がもっと必要ではないと思う。
- ・学校教育で取り上げる。社会福祉教育の中で依存症の人の話を伺う機会を設ける。

【情報提供（図 2. 桃色）】

- ・依存症の人へのサポートについて、情報発信をしていただければと思います。
- ・冊子などわかりやすい情報提供、依存症について、社会資源など。
- ・定期的な情報提供があると有りがたいです。（制度や家族会、プログラムなど）
- ・専門家が発信する情報がより入手しやすいツールがあると良い。本を買わないと分からない、などではなく無料動画にUPするなど多くの人が視聴できるもの、とか（実際あるのならすみません）。
- ・依存症について正しい知識を発信できるよう、まず医療者への教育強化。

【当事者・家族への社会的支援の改善（図 2. 黄色）】

- SW として、目の前の依存症の人がなぜこの様な状況になったのか（ならざるを得なかったのか）、これから意思を尊重したサポートを続けるためにはどうすればよいのか、各依存症の特性をふまえたガイドライン的なものを示して頂けるとありがたい。自分の関心の低さが影響しているのか分からないが、通常業務の中で依存症の人への支援は数少ないため、ハードルが高く感じてしまうため。
- 医療ソーシャルワークでも、依存症についての支援ケースは施設によって対応できる範囲が大きく異なると思われるが、チームが発足することで、各地の実情を共有したり、地域支援の取り組み方法などを勉強する機会を頂ければ有難く思います。
- 一部の地域住民や SW だけでなく、広く一般的に支援機関や方法が知れわたる、もしくは簡単にアクセスできて、相談機関が身近になってほしい。「どこにきいたらいい」と皆がわかるといいなと思いました。

【社会全体の改善（図 2. 橙色）】

- 依存症が個人の自業自得ではなく社会的課題もともなっていることを社会的に常識的になって欲しいと思います。
- 依存症の治療は非常に時間が長期（年単位）にわたる。社会システムの中で支える仕組の充実が必要共依存に対して家族療法を行う専門機関やサポート部署が必要行政の理解不足。（生保 c w など）
- 予防の取り組みが社会の中で進められていくと良い。誘発する要因の排除。

【チームへの期待（図 2. 青色）】

- 自分が所属する機関あるいは地域での支援チーム、また支援プログラムを、どのように構築すればいいか、勉強できる研修をお願いしたいです。
- 依存症リカバリーソーシャルワークのチームを立ち上げて頂いたことにより、支援の上で困難に感じることを共有したり、情報共有できる場が増えたと、励みになります。
- 依存症リカバリーソーシャルワークが広く世間や医療機関で働く人達へ活躍が理解できるといい。
- チームがどのくらいの期間で関われるのか存じませんが、リカバリーできるまで関わってほしいと思います。また、リカバリーできた人がピアになって支援する側になってくれるとうれしいです。

【MSW や病院のあり方の改善（図 2. 紫色）】

- MSW が、医療機関の中で様々に出会う依存症の人・家族の背景を適確に判断し、十分に支援ができる資質を持つこと。
- 依存症の人、家族への接し方やつなぎ先、支援などはわかるが、院内スタッフへの理解促進の方法や、一般病院での受け入れ（精神科がないところ）方法など取り組んでいるところを教えてもらい

たい。

- 治療に対してインボランタリーになってしまう依存症の人に、どのようにアプローチしていけば良いのか、一般病院にいるMSWにとってはとても大きな関心事ですので、ぜひともそういったアプローチに関する研修会等を開催して頂けるとありがたいです。
- 基本は現場のMSWが1つ1つケースを通して支援を重ね、チーム・行政に働きかけていくボトムアップが必要。
- 一般病院と精神科の連携がスムーズになるようにできればと思う。市販薬依存の人の体験談を読んだ時、一般病院で出されても飲めない薬があるとあったので、きちんと相談できるような雰囲気ができるといいなと思う。

（参考文献）

- 樋口耕一（2020）『社会調査のための計量テキスト分析―内容分析の継承と発展を目指して 第2版』ナカニシヤ出版

V. ラウンドテーブル形式による調査 の分析結果

1. 目的

量的調査単純集計結果ならびに自由記述に関する KH Coder による分析結果から、さらにより深い理解や知見をえるために、依存症リカバリーソーシャルワークチームメンバー（オブザーバー参加を含む）および調査メンターによるラウンドテーブルを開催した。質的・量的双方の視点を混ぜ合わせた研究方法を採用した。

2. 方法

ラウンドテーブルのテーマを「調査結果に対してソーシャルワーカーとして思うこと」とし、2つの調査結果に対して3回のラウンドテーブルを開催した。

3. 実施状況

1 回目	令和2年12月19日	調査結果（単純集計）に対する自由討論	チームメンバー10名
2 回目	令和3年1月9日	調査結果（自由記述/KH Coder 分析）に対する自由討論	チームメンバー11名、調査メンター2名
3 回目	令和3年2月3日	調査方法及び今後の方針に対する自由討論	チームメンバー10名、調査メンター2名

4. 参加者

		資格等	年代	アルコール関連問題に関心を 持つようになった年数、及び きっかけ	アルコール関連問題への 取組
1	大学教員 （元 MSW）	社会福祉士/精神保健福祉士/ ケアマネジャー	50代	35 年。最初に就職した一般医療機関でアルコール関連問題で生活苦、病苦のある方を担当。生活保護のケースワーカーとその方の骨を拾いに行ったこと。	厚生労働省アルコール健康障害対策関係者会議委員。アルコール関連問題に関する市民団体の副代表。
2	MSW	社会福祉士/精神保健福祉士/ASK 認定依存症予防教育アドバイザー	50代	7 年。アルコール関連問題研究をしている知人から誘いを受けて。	地元の MSW 勉強会にてアルコール依存症の研修会を企画運営に毎年取り組んでいる。
3	大学教員 （元 MSW）	社会福祉士/精神保健福祉士/ASK 依存症予防教育アドバイザー	40代	7 年。MSW 時代、頭頸部が ん患者担当だったが、背後にあるアルコール依存症に関心が向かなかった。研究をしている知人から誘いを受けて。	勤務先の大学において全学的なアルコール啓発活動に関わる。
4	団体事務局 （元 MSW）	社会福祉士/精神保健福祉士/日本医療	60代	一般医療機関、介護老人保健施設、福祉事務所を経る中で、	日本協会社会貢献事業部担当理事としてソーシャ

		社会福祉協会理事		複数の依存症患者と出会い、生活背景を知るにつれ、回復に役立ちたいと思うようになった。	ルワーカーが関わるべき権利擁護活動を展開している。
5	PSW/当事者	社会福祉士/精神保健福祉士/ASK 依存症予防教育アドバイザー	50代	30年。アルコール依存症患者として苦しんだことがきっかけ。現在会社経営、及び就労継続支援B型作業所で勤務している。	依存症予防教育アドバイザーとして依存症に関して広く予防啓発活動に取り組んでいる。
6	MSW	社会福祉士/介護支援専門員/ASK 依存症予防教育アドバイザー	40代	7年。アルコール健康障害対策基本法制定により一般医療機関のMSWも取り組む必要性を感じて。	院内広報だよりでアルコール啓発情報を発信、地元MSW勉強会にてアルコール依存症の研修会を企画運営している。
7	MSW	社会福祉士/救急認定ソーシャルワーカー/認定医療社会福祉士/認定社会福祉士(医療分野)	40代	5年。配置転換、転籍などを経て、救急現場や外来・病棟においてアルコール依存症患者に出会う機会が増加したことがきっかけ。	市消防本部と市内急性期医療機関のMSWの連携システムの構成メンバーを務める。
8	MSW	社会福祉士/認定社会福祉士(医療分野)/認定医療社会福祉士	30代	12年。入職した医療機関がアルコール依存症支援に積極的な介入をしていて、地域の支援ネットワークが機能していた。	市内の、アルコールと健康を考えるネットワーク運営委員。
9	MSW	社会福祉士/認定医療社会福祉士/救急認定ソーシャルワーカー/介護支援専門員/保育士/日本医療社会福祉協会会員・理事	40代	10年。阪神淡路大震災を機に飲酒し入退院を繰り返す患者と出会って。	依存症患者の居場所づくりや支援ネットワークづくりに取り組んでいる。
10	MSW	社会福祉士/精神保健福祉士、認定医療社会福祉士/日本医療社会福祉協会会員/日本精神保健福祉士協会理事	60代	35年。一般病院でアルコール外来を立ち上げ、プログラムを実施	MSWや地域の相談支援者にアルコール問題の啓発教育活動をしている。
11	PSW	社会福祉士/精神保健福祉士/日本精神	30代	12年。依存症クリニックに勤務するPSW。精神保健福	都道府県依存症等対策推進会議アルコール健康障

		保健福祉士協会会員		福祉の実習で依存症クリニックに配属になったことがきっかけ。	害部会委員。
12	MSW	社会福祉士/精神保健福祉士/介護支援専門員/日本医療社会福祉協会会員・理事 *オブザーバー	60代	37 年。日常的に酩酊状態で救急受診される患者に関わっている。	日本協会社会貢献事業部 担当理事および救急認定 ソーシャルワーカー認定 機構理事としてソーシャルワーカーが関わるべき 権利擁護活動を展開している。
13	調査メンター	本調査分析担当		調査研究者	
14	調査メンター	本調査分析担当		調査研究者	

5. 分析対象

ラウンドテーブル参加者の発言のうち、調査方法への質問や今後の方針等に関する発言をのぞき、2つの調査結果に対する参加者の見解や洞察、及びそこから発展した自由な意見交換における発言を対象とするため、座談会 1 回目・2 回目を対象とした。なお、ラウンドテーブル参加者に対しては、事前に趣旨を口頭にて説明し、録音及び分析の了解を得た。

ラウンドテーブルの音声を IC レコーダーにて録音し逐語的にテープ起こしを行った。全ての発言にナンバリングし、分析テーマは設問と同じく「調査結果に対してソーシャルワーカーとして思うこと」とし、分析テーマに沿いながらコード化を行った。続いて、類似したコードの関連を検討しカテゴリー化を行った。

6. 結果

発言は、以下の 11 のカテゴリーに分類することができた。

カテゴリーの分類一覧表

①	【支援の前提や困りごと、興味関心が人によってばらばら】
②	【「社会資源紹介屋」になっている】
③	【関心がない・湧かない、支援のやり方がわからない】
④	【MSW が専門医療のことをよく知らない/距離がある】
⑤	【アルコール依存症者支援について組織内の理解が低い】
⑥	【地域づくりが一つの糸口となる】
⑦	【ネットワークを創出する難しさ・継承する難しさ】
⑧	【アルコール依存症者の支援は精神科の範疇だと認識している】
⑨	【診療報酬算定や退院支援優勢にソーシャルワーク支援が影響を受ける】 ・退院支援に追われていてアルコール依存症者支援に手が回らない ・退院支援は言い訳

	・退院支援の中にアルコール依存の問題は内在化される ・アルコール依存症者への支援に診療報酬がつくことには是非がある
⑩	【アルコール依存症者への関わりの成果】 ・成果（効果）を実感できないソーシャルワーカーの割合が多い ・支援の成果（効果） ・支援の指標 ・依存症支援に対する自信のなさ ・専門医療機関につなげば何とかできるという幻想がある
⑪	【依存症支援のためにソーシャルワーカーに必要だと思うこと】

①【支援の前提や困りごと、興味関心が人によってばらばら】

調査結果への第一印象として、支援の前提や困りごと、興味関心が人によってばらばらであるとの意見がでてきた。（質問１・５の結果に着目）

カテゴリー	コード	発言データ
支援の前提や困りごと、興味関心が人によってばらばら	初歩的なことがわからない	そもそも「アルコール依存症の人たちへの関わり方の最初のイロハのイの部分がない」という人たちだとか（発言 7）
	地域での仕組みの作り方がわからない	「地域でのシステムの仕組みの作り方がわからない」や、もともとのベースの考え方が違ったりしているので「このやり方が絶対いいよ」とできない中で、みんなが困っているんだろうな（発言 7）
	関心が人によってばらばら	「関心がある」ことは間違いないんだけど、関心がばらばらに向いている（発言 24）

②【「社会資源紹介屋」になっている】

質問５・６に関連して、関わりのスタンスについてさらに意見交換がなされた。相談の工夫において、自助グループなどの情報を提供できるようにしていると回答している率が高いが、質問 10-C, 10-D, 10-E では、自助グループ等のメンバーへ相談・見学・出席している率が低い点について意見交換がなされた。ソーシャルワーカーが自助グループについて、ただ情報提供をしたり、情報提供をすることが支援のゴールであるかのように見える、その姿は、患者家族の人権や健康権といった権利擁護の担い手というよりは、ある種の「社会資源紹介屋」のように見えるかもしれない等、次々に意見がでた。チームメンバーの中には、過去に、自分自身、自助グループなどに参加して活動の実際を見学せず、クライアントや家族に紹介していた等振り返る発言もでてきた。（質問 10-D, 10-E の結果に着目）

カテゴリー	コード	発言データ
「社会資源紹介屋」になっている	情報提供のほかに、実は、何をやってたらいかわからない	どこに「気持ち悪さ」を感じたかという質問6。「依存症問題についてどこに相談の工夫をしていますか?」。みなさん、あたりまえのように「動機付けを意識して」とか問5の「自助グループなどの情報提供をしているよ」というところだけが、ピョンと50%に上がっていて、必要な資源や情報を提供しているし、大切だとわかっているんだけど、実は情報提供以上に何をやってたらいかわかんないんじゃないか（発言 25）
	権利擁護者ではない	ワーカー自身が、「権利擁護者」ではなく、退院支援のための「ゲートキーパー」になってしまっている実態が見えてきている。（発言 27）
	情報提供したら支援がそこで終結する	もう一つ「社会資源」だけがボンと出てくる。（発言 27）
	専門的な技術や方法が身についていない	入職してすぐの人とか経験の浅い人は、面接の技術や方法が習得しきれておらず、「社会資源屋」をやっていると感じる。（発言 42）
	ソーシャルワーカーとしての情報提供なのかが自分でもわからない	ソーシャルワーカーとして介入ができて最終的に紹介をしているのか、ソーシャルワーカーとして、どういうことができているのか、できていないのかの判断もついていない人が多いのかなと思う（発言 42）
	断酒会の人に直接ソーシャルワーカーがつながる発想がなかった	ソーシャルワーカーの仲間と院外でアルコール依存症支援のネットワークをつくって勉強会に参加するまでは、困ったケースがあっても、実際に「断酒会」の方に直接「つなぐ」という発想がなくて（発言 48）
	ただ情報提供する	大学とかで勉強して「断酒会を、ただ紹介する」とか、自分も「社会資源の紹介屋だったな」（発言 48）
	断酒会の人と関係ができると、つなげることができる	断酒会の誰に紹介するかがわかってきたりすると、つなぐことができる（発言 48）
	自分も実はよくわかっていないで紹介していた	実際に患者会や家族会といった支え合う現場を見学していないで紹介した自分（支援者）にも責任がある（発言 61）

③一般医療機関のソーシャルワーカーの実態【関心がない・湧かない、支援のやり方がわからない】

質問7の、依存症問題への関わりのスタンスについて、「どちらともいえない」「できれば関わりたくない」で約50%程度あること、また問10、11の結果に焦点があたり、さまざまな意見がでてきた。

地域でのネットワークづくりには関心はあると思われるが、問11では、93.8%が行っていないと回答している。

どうして行動するに至っていないのかについて意見がでてきた。依存症患者に関わる方法・手段を知らないために支援が遅れてしまったり見過ごしてしまうような事態が起こりうるのかもしれないということ、支援の遅れや見過ごしたことが重なることで、結果として依存症の支援への苦手意識や困難感を生み、あきらめや無関心につながるのではないかという意見も多数でてきた。(質問7・10・11の結果に着目)

カテゴリー	コード	発言データ
関心がない・わかない、支援のやり方がわからない	方法・手段を知らないからやれることがない	これだけの実践者がいるけれども、アルコール依存症に対する実際的な手段がないから、結局、見過ごさざるをえないという(発言12)
	何もできないあきらめから、関心をもてない	そこから「関心がない」という人たちもいて、その結果経験年数を問わず、関心を持たない人たちになってしまう。「やっぱり、そうなんだな」と。(発言12)
	どこから手をつけたらよいかわからない(困難感)	すぐに治療しないといけないところが見えてくるわけでもなくて、どこから手をつけたらいいのかなと。(発言24)
	経験年数が長い人でも関心がない人がいる	年数が若い、入ったばかり、入職した方とかに関して、どういうふうに関わったらいいかと。知識や経験がメインだと思ったんですが、「経験年数が長くても関心がない人が、こんなにもいるんだな」と率直に感じました。(発言15)
	ネットワークづくりには関心があっても、患者会等に参加見学したことがある人が少ない	問11「あなたは依存症の人たちに地域での回復ネットワークづくりを行っていますか？」で、「関心ある」が20%の人の中で「実際にそこに行っている人が、すごく少ない」ことにも着目すべきではないか(発言28)
	昔は交流していたが、今はしていない	自分たちの地域には「断酒会」があって「断酒会」の代表の人とも以前、よく交流していたけど、今はあまり交流していないこともあるので。(発言30)
	どこに相談したらよいかわからない(制度のはざまに該当する)	コロナ禍でアルコール依存の問題が若干、クローズアップされているくらいがあり、地域の会議で

		も問題として出していける材料かなと思っていて、来年度は「重層的支援体制整備事業」が、まさしく高齢者でもない、でもどこに相談していいかわからない人たちがいる（発言 30）
	MSW が誰とネットワークを構築したらよいかイメージがわからない	問5 「依存症の患者さんがこられた場合、あなたの関わりのスタンスについて」では、「相談を受けることをお断りしている」人が3名。「できるなら関わりたくないが、一応相談する」と。「そういうケースがあった場合はソーシャルワーカーに相談してください」とアクションを院内でどんどん起こしていけば、できるんですけど、「そういうケースをどこにつないでいくかわからない」とアンケートにも出てきて、「その通りだな」と。（発言 48）

④ソーシャルワーカーが直面している課題1【MSW が専門医療のことをよく知らない/距離がある】 （質問8A～Fの結果に着目）

問8A～Fの、支援のやりにくさについて、特にここでは医療供給体制の要因について意見がでた。アルコール専門医療機関の予約が取れない、そもそも地域に専門医療機関がない、診療につなげてもらっても依存症と診断されない、専門医療の行っているサポートが見えず不安、否認をする患者と患者の任意入院を受ける精神科病院の現実、精神科へ通院または退院した患者の治療や支援経過が一般医療機関のソーシャルワーカーに見えにくいなどの意見が出された。

カテゴリー	コード	発言データ
専門医療のことをよく知らない/距離がある	専門病院の予約がとれない、遠い地域にしかない	うちの病院は専門病院につなげることが主流にはなっているんですけど、実は専門病院も予約がなかなかとれないとか、遠い地域にしかないとか。（発言 30）
	専門治療で診断されず依然としてしんどさを抱えた人たちが断酒会に相談にやってくる	「医者は話をいろいろ聞いてくれたの？」というのと「全然」。ちょっと話をしただけで「はい」と処方してくれただけで。本人は病院で「依存症」と診断されていない。本人が「しんどいし」と自分で検索して「断酒会」にこられた。それを聞いてクラクラしたんです。そういうのが多いのかなと思ってしまって。「そのまま鬱とか、心の病気ではないか」で済まされて、そのままになっていたらと思うと（発言 34）
	本人の動機づけができていない・できていないが精神科での専門治療	転院の相談とかでも、精神科の病院のソーシャルワーカーからも、「本人の意思がないなら受入れ

	療につながる条件になっている	できません」と、よくいわれて、結局、アルコール専門クリニックに相談して。きちんと動機付けができていたら入院につながっているのが、最近が多いです（発言 42）
	MSW が専門治療の実際を知らない	「精神科の病院で診ます」といわれるんですけど、どう診てもらっているのかが見えてこない。すぐに退院させられて、また一般病院で通院されている方とかもいるので。（発言 42）
	専門病院と連絡や連携が取れていないと、本人がどのような回復のプロセスにあるのかを正確に理解することができない	アルコール専門病院に紹介するケースとかがあると、「あなたにいわれていってみたんだけど、全然、先生も話を聞いてくれなかった。ちょっと話を聞いて薬だけ出されて終わっちゃった」「せっかく紹介してもらったけど、いっても無駄でした」ということでドロップアウトして「断酒会とか自助グループにつながらなかった？」と話をしたら「そんな話、全くありませんでした」と本人さんから伺うこともある。（発言 61）

⑤ソーシャルワーカーが直面している課題2【アルコール依存症者支援について組織内の理解が低い】（質問8-B、14-Eの結果に着目）

アルコール依存症者支援について、質問8-B、14-Eについて、組織内の理解度が圧倒的に低いという結果に焦点があたり、院内スタッフの理解度の低さから支援が必要な患者としてソーシャルワーカーにつながりにくい状態になってしまっているのではないかと意見もでてきた。

カテゴリー	コード	発言データ
組織内の理解度が低い	他の疾患に比べて圧倒的に低い	データで見て、びっくりしたとかいうか、「職場の理解度」というのが圧倒的に「アルコール依存症が低い」とか。何となくわかってはいたけど、「そんなに低いんだな」と。（発言 17）
	ソーシャルワーカーにつながらない	うちの病院も外来の消化器内科で「アルコールの問題を抱えていて」とか整形外科で「転倒を繰り返して」とかでも、なかなかソーシャルワーカーにケースが上がってこない現状（発言 48）

⑥ソーシャルワーカーが直面している課題3【地域づくりが一つの糸口となる】

特に自助グループに焦点をあて、意見交換がなされた。アルコール依存症は、地域によって支援者の理解の度合いが異なること、近年ではソーシャルワーカーが地域にでて断酒会などと交流することが少なくなっているということができている。コロナ禍となり、重層的な支援がますます求められる今、地域のどこでもアルコール依存症に関わる潜在的なニーズを早期にキャッチし早期に介

入する必要性や、アルコール依存症者への支援を地域づくりの一つの糸口として、ソーシャルワーカーが積極的に関わることの提案などもでてきた。

カテゴリー	コード	発言データ
地域づくりを一つの糸口とする	どこの地域・どこの病院でも支援できるかどうか	以前から感じているのは、どこの地域、どこの病院であっても、一般病院であっても、精神科病院であっても、「そうした方がきた時に適切にキャッチしてつなげていける、リンクしていけることが大切（発言 17）
	アルコール依存症者への支援は地域支援そのものである	どこに相談していいかわからない人たちがいるので、少し地域づくりのイメージが見えるような気がしています。（発言 30）

⑦ソーシャルワーカーが直面している課題4【ネットワークを創出する難しさ・継承する難しさ】（質問 11 の結果に着目）

社会資源・ネットワークの創出に関わる課題について議論が広がった。関心を持ち、支援に力を入れようとするソーシャルワーカーほど困難を感じている点について、院内の協力者をふやさなければならぬという課題を抱いているため、「自分のところ（勤務先病院）でもできるのではないか」という感覚が生まれたり良いのではないかという意見がでてくる。医師と組めるようになったなど、院内にネットワークを作る事について意見がなされた。

また、ネットワークの創出を上司や先輩世代のワーカーが積極的に取り組んできた地域にいるソーシャルワーカーは、先代たちが構築してきた関係性を維持継承していく課題について直面していると感じている。この点についてもさまざま指摘がなされている。必要な社会資源がない時代に作ってきた世代から、自分たちが創出するという経験がない次世代に引き継がれる際、さまざまな認識の齟齬があるのではないかという点にも議論は集中した。

カテゴリー	コード	発言データ
ネットワークを創出する難しさ・継承していく難しさ	やる気のある人ほど困難が見えている	やる気のある人ほど困難が見えている。たとえば「病院の中で協力者がいない」とか、そういうことを選んでる人たちが「やる気がなくて」というのではなく、関わりがあって、やる気もあるんだけど、やる気があるからこそ課題が見えている。（発言 21）
	自分たちの世代は、つくるということをしたことがない	地域とかの関わりも、仕組みがつくられている中へ若い人たちが入ってきているので「自分たちの世代がつくっていく」ことを今までしたことがない。すでにあるところに入ってきている。今までつくってきている人たちは、ある程度、どういう関係をつくっていったらいいか、知識として経験

		としてもっているんですが、「新たにつくる」という発想にも至らない人たちが多いのかなと（発言 42）
	世代ごとの意識の差がある	今、前の世代が退職になってきているので、それをどう継続していくかが課題で、つくられたところに入ってきて「やらないといけない」と思っている人もいれば、「ネットワークがあるから、いけないといけないから来ているだけ」という人もいて意識が統一できていなかったり（発言 45）
	資源がない中、新たなものを生み出してきた前の世代	前の世代の方たちは何の資源もなく、その中で「つくろう」とやってきて大変だったけど、それがソーシャルワークだと。次の世代には伝わってなくて、つくられた中に入っていた世代の課題が、今もあるんですかね。（発言 48）
	カンファレンスでアピールする	今、そういうことを専門的にやっていると、カンファレンスでアナウンスをして先生方から「それなら紹介しよう」ということが、少しずつでき始めてきていますね（発言 51）
	他職種と組めるようになる	自分を「資源」として認めてもらうことは、確かにこの委員会のメンバーである〇〇さんも「その後、糖尿病の先生と組めるようになってきた」と。糖尿病の先生が「じゃあ、あなたにつなぐから、よろしくね」といわれるようになったと。点と点をつないで線につなぐことが具体的な方法。（発言 52）

⑧ソーシャルワーカーの認識1【アルコール依存症者の支援は精神科の範疇だと認識している】

議論は、一般医療機関のソーシャルワーカーも含めて、「アルコールの問題は精神科病院の問題である」という認識があることも指摘されていることとなった。

カテゴリー	コード	発言データ
アルコール依存症者の支援は精神科の範疇だと認識している	アルコールの問題は精神科の問題（経験年数の多い人でも）	「アルコールの問題は精神科の病院だけでやればいいんじゃないか」という意見があったり、結構、経験年数が多い人でも、そういう意見が多かったりして。（発言 17）
	アルコールの問題は精神科の問題	変わらず、ソーシャルワーカーは精神科の問題だと思っている。自助グループも、がんばっているのに、そこに参加する人が少なくなっているから自助グループもあやうい

		感じもしているし。治療機関は昔より増えたので少しは変わったとは思いますが。（発言 149）
--	--	---

◎ソーシャルワーカーの認識2【診療報酬算定や退院支援優勢にソーシャルワーク支援が影響を受ける】

・退院支援に追われていてアルコール依存症者支援に手が回らない

診療報酬の算定がなされる退院支援が優勢となり、さらに退院支援に追われている点に焦点があてられた。ソーシャルワーカーが院内ネットワークから排除されることなく入り続けるには、引き受ける相談に優先順位がついてしまう現状や、わかっているが、相談体制に労力や余力がない点、アルコール依存症支援には他職種間に温度差があり、最終的に引き受けるのはソーシャルワーカーである点、支援に時間がかかるためワーカー間でも温度差がある点などが指摘された。

カテゴリー	コード	発言データ
退院支援に追われていてアルコール依存症者支援に手が回らない	わかっているが、労力・余力がない。	「退院のマネジメント業務に追われてしまい、なかなか手を出せない」とか。アンケートから出てきているのは「わかっているんだけど、自分から積極的にやる労力がない」とか「余裕がない」という部分も見えてくる（発言 32）
	診療報酬の算定により退院支援に追われている	「診療報酬が算定される前は断酒会とかにいていた。今は退院支援に追われて行きたいけど、行く暇がない」と。40代後半から50代前の方ですが。アンケートのコメントにもあったし、他のメンバーも、そういうことをいっていました。退院支援に追われて実際、難しいのか（発言 53）
	退院支援が優勢となる	「退院支援」の看護師さんがメインでもっている病棟に「入院する前から抱えてきた問題をわざわざチェックして入院しないわ」といって「ダメダメ。このケースはソーシャルワーカーさんに渡すわ」と。（発言 58）
	時間がかかるので、ワーカー間でも温度差がある	ルーティン的に「退院支援」していくのに比べてアルコールのことがあると、結構、時間がかかるので「効率的」という尺度でいうと「効率が悪い」ところになっちゃう。相談室でも温度差があったりするので、そこに対してエネルギーをどこまで注ぐか。（発言 60）

・退院支援は言い訳

以上のような現状はあるものの、それは「言い訳」ではないかという指摘についても議論がなされた。実際、日々の支援でパワーレスになっていることや支援の仕組みを作ることができない言い訳

に「退院支援」を上げているのではないかという点、時間を作ろうと思えば支援体制構築のために確保できるのではないかという点、継続して支援に関わることで解決できるのではないかという提案などでできた。

カテゴリー	コード	発言データ
退院支援は言い訳	退院支援が逃げ口上	「退院支援に追われている」というと「そうだ」ともいえますし、「そうじゃない」ともいえると思うんです。「退院支援がMSWの専門業務か」というと、そうじゃない時代になってきていますよね」というところと、院内のネットワークのつくり方とかもそうだし、先代がやっていたことと新しい人たちがやっていることと、もともとのベースが違うところで「やり方がわからない」とか「退院支援」が逃げ口上のようになっていて。（発言 54）
	パワーレスになっている	病院としては安全に退院してくれればいいので「治療が終わったら、おしまい、さようなら」だけど、我々は「その先の生活をどうするか」を考える。もともと支援する「時間軸」が違うんですね、見ているところが。先のことをどうするかを考える時、院内の中で「マイノリティ」になってしまう。情報共有をしようにも「そんなの、ワーカーがやればいいじゃないか」と。ネットワークをつくろうとしても何となく排除されるような意見になる。パワーレスになって仕組みをつくれずに、「難しいですよ」という話になって「退院支援」自体が前に出る仕事になっているんじゃないか。（発言 54）
	時間を作ろうと思えば作れる	外来で通院していたりする人もいますし、入院にかかわる患者さんは予約をとって面談をして合間の時間があるので、その時間をどこで、どう活用していくか。（発言 62）

・退院支援の中にアルコール依存の問題は内在化される

ソーシャルワーカー自身や、あるいは院内に仕組みをつくることでさまざまな院内スタッフが早期発見者になる可能性、そのような意識づけ、プロセス、実際の支援のやり方などを後輩世代にどのように伝えたらよいのかという点に議論は発展した。入院時チェックで退院時にオーダーするなど、内在化されるアルコール依存をチェックするしくみをどのように作り、それをルーティン化してい

ったらよいかについて意見がでている。

カテゴリー	コード	発言データ
退院支援の中にアルコール依存の問題は内在化される	退院支援とアルコール依存の課題は分けて考えない	「退院支援」をスピードをもってしなければいけないことも増えて業務は忙しいけれども、「退院支援の中にこそ、アルコールの課題も多く含まれている」と理解しています。（発言 56）
	退院支援の中にアルコール依存のチェックを組み込む	「退院支援の中にアルコール依存のチェックをすることを組み込む」という話をしたら「いかに効率よく診療報酬をとるかだから、そこまで大変なことをわざわざ蓋を開けてチェックなんかしたら大変なことになっちゃうよ」といわれた方もいらっしゃいましたね。（発言 57）
	栄養相談の中にアルコール依存のチェックを組み込む	栄養士さんが「いっぱいいるよ、アルコールの人って」と。栄養相談で糖尿病の人とかのチェックを「やる、やる」といってKGクエスションとかやって、それでつなげてくださったこともありましたね。（発言 59）
	アディクションの課題があるかどうかのチェックは病院独自でも入れている	入院時のチェックで退院が困難な人のスクリーニングを上げて「退院支援」のオーダーが出るじゃないですか。平成30年度は「生活困窮」とか「虐待」とかも入っているし、「アディクションの課題が、この人にあるかどうか」のチェックは病院独自でも入れている。（発言 58）
	ルーティンでアルコールのことを確認する	うちも「アナムネ」が変わる時にアルコールのことをさらっとしか聞いてなかったのを「飲酒歴」とか「飲酒頻度」とか細かくルーティンでとってもらうものをつくった（発言 60）

・アルコール依存症者への支援に診療報酬がつくことには是非がある

ソーシャルワーカーの業務として依存症者支援に診療報酬がつくことは、自らの診療補助業務に対する対価と捉えられると同時に、院内における多職種とのチームアップを得るための一つの方法になると考える。一方で、ソーシャルワーカーの中に、対価を得られる相談支援と得られない相談支援があるという意識が生まれる。診療報酬がつくことで求められる組織への貢献・成果と、患者家族に対する支援効果を改めて考える必要がある。対価を得ることへの偏った判断が、結果的にソーシャルワークの目的を履き違えてしまうことが起きてしまうのではないかなどの意見がでてきた。

カテゴリー	コード	発言データ
診療報酬がつくことには是非がある	対価がある相談とない相談という認識が生まれる	「診療報酬」がつけば、確かに集中してその部分にかかわるという意味ではチームもつくりやすいし、それに関する業務に時間を割いて、そこに人を増やすための一つの要因にはなりえるので「あった方がいいな」という見方はしたいです。一方で相談にお金がつくところが低所得の人たちに対して「相談をやったから数百円でも値段が高うつく」ところに、いつも気になる部分があって「全く対価がない相談をするのも、どうなんだ」という思いもあることと、いつも矛盾を感じる（発言 89）
	成果は何なのかを考えないといけなくなる	「診療報酬がつくことはいいことだ」と思う反面、先程の「成果」、何をしたら診療報酬がつくか、「退院支援」も、そうですが、それすることによって何かしらの「成果」につながっていないと診療報酬を認められにくいと思いますが、アルコールに関していうと、どうしても病院だと「医学モデル」が先行する中で「成果」がどこにつながっていくのか、今、分科会でも取り組んでいただいていると思うんですけど、そこを考えていかないといけない（発言 90）
	ソーシャルワーク支援をする目的を常に確認する	「診療報酬」の話が出てくると「退院支援」もわかりだけど、お金がつけば私たちが何のためにソーシャルワークを実践するのかということで入れ違いが起こりやすくなるし、我々がちゃんと寄って立つ足場を共通でもってないと心配だなと（発言 141）

⑩ソーシャルワーカーの認識3【アルコール依存症者への関わりの成果】

・成果（効果）を実感できないソーシャルワーカーの割合が多い

支援に労力をかけたにもかかわらず、退院後、飲酒の再開によって再入院する実態等に対し、「成果（効果）」を実感できない人の割合が多い実態において、ここでいう「成果（効果）」とは一体何をさすのか、たくさんの意見がでた。

カテゴリー	コード	発言データ
関わりの成果が少ない	否認の病気であること	「否認の病気」であったりするところがあると思うので、ご家族といっしょにお話をして支援させていただき、退院して数カ月後、また戻ってこられる。（発言 64）
	再飲酒する病気であること	生活の改善や病状の改善に確実につながる話が、他の支援よりも労力をかけた割には「やっぱり、この人、家で飲んでではって、しんどそうやわ」という人もいれば、確かに改善している人もいるんだけど、「効果」を実感できない人の割合が多い（発言 66）

・支援の成果（効果）

ソーシャルワーカーが依存症者支援において「支援の成果」をどう考えているのか、あるいはソーシャルワーカーの支援は「断酒がゴールなのか」という点について議論となった。ソーシャルワーカーの支援においては、患者が再飲酒した時には、再飲酒するに至ったプロセスに関心を向け「一体あなたに何があったのか」と寄り添わねばならないのに、なぜ成果（断酒に失敗してしまったこと）だけに着目するのかについて意見がでた。

カテゴリー	コード	発言データ
支援の成果とは一体何か	別に断酒できなくても再度相談にきてもらえる関係構築	一回、関わって困った時、別に断酒できなくても「また気になったら相談にきてよ」という関係ができただけでも、一個の「効果」なんですけど、それを「効果」と理解していない人たちが多いのではないかなと。「効果」のレベルが違ούνじゃないかというところで「効果がない」という答えになっているのかな（発言 65）
	断酒という目標を棚上げする	「断酒」というところに結果をもっていくと、そもそも、すごく低いわけじゃないですか。そこは棚上げしておかないといけないかなと私自身も、いつも言い聞かせているんです（発言 70）
	スリップをする病気	断酒すればいいのか？という話で。お医者さんは「断酒」しか見てないかな。この前、ASWの時、地域包括支援センターの人がいて「スリップはするもんだ」って。「スリップを何回もしつつ、お酒には抗えないということがわかっていくんだから、スリップをしたからって落ち込まないでください」とか「その人を否定しないでください。スリップはだめなことじゃないんです」というお

		話をしたら「ああ、そうなんですね」と。「スリッパ、再飲酒を誤解していた」といってくださったんですが（発言 79）
	病気の根本的な理解が必要である	糖尿病だったら悪くなって何回来ても「ああ、また来たんか」みたいな普通の反応で。依存症の人に対して「再飲酒したんですか」というふうには思わないじゃないですか。なぜ依存症だけ、そういうふうにするのか、根本的なところを、もう少しわからないと（発言 79）
	23年間断酒していた人が再飲酒する	この前も23年間、断酒している人が再飲酒したんですが、それを見ていた先生は「23年間はやった成果が出た」と思っていて、23年目に飲んじゃって「ああやっぱりダメだったか」と。「23年間、よく断酒した、よくがんばった。何があったんかな？」と思わないといけいないのに、ただ「成果」だけというのが。（発言 79）
	ソーシャルワーカーは医学モデルの視点ではない	アディクション、依存症を医学モデルで考えたら負になる。「何とか治す、改善させる」という医学モデルになるんだけど、ソーシャルワーカーは、その視点であってはいけないんだ（発言 80）

・支援の指標

ソーシャルワーカーにとっては、患者が断酒できなくても、再度相談にきてもらえる関係構築も支援の一つの効果として表すこと、関わる際には、なぜこの人にはアディクションが必要であったのかという視点が必須である点に焦点があたる。

特にアルコール専門医療クリニックのワーカーからは、断酒に結果を設定することは棚上げした方がよいと思って日頃支援をしていること、患者を死なせないという視点を持つこと、「この人は断酒は無理だ」「断酒できない」という一点で支援の手を離し患者や家族を孤立させてしまわないようにすることがただ一つの指標と思い仕事をしているなどの意見が述べられた。

本来、支援の達成感とはワーカーではなくクライアント自身が抱くものである。ワーカーは今ここにあることと、生きることを支援し、治療に向けて歩みだして踏み外した時にサポートできる力を備え、ワーカーなど支援者が回復の地図をもっているとクライアントも楽になることもある。依存症の人たちの生き方を尊重できる視点をもてる仕組みづくり、また、ワーカークライアント関係をきちんと評価して関わりつづける必要性があるなど、依存症患者への支援だけでなくソーシャルワークの根ざすべき価値・倫理に関わる意見がでてきた。

カテゴリー	コード	発言データ
ワーカーの支援の指標	死なせない	「死なせない」というところを考えているので、そういう視点で「何度も何度も入院させていただける内科といっしょにやれる」ところが、それだけで大きい「成果」なんだなと思っています。アルコール依存症でたくさん亡くなられるじゃないですか。なんで亡くなったかという、もちろん寿命もあるけど、支援者が手を外したというか、「この人は無理だ」「断酒ができない」という一点で「無理だ」と手を離してきたんじゃないかなと思っているので、「孤立をさせない」ところが一つの指標（発言 70）
	回復はジグザクな旅	「回復の地図をもつ」とか「回復はジグザクな旅だったんだ」とか基本的なことを、ちょっとでも描ければ、もう少し課題もクリアできることもあるのかなと。（発言 75）
	支援者ではなくクライアントが達成感をいただくもの	本来、ソーシャルワーカーって基本は自己満足で終わっちゃいけない。達成感はクライアントさんがもつもので、それがそもそもの原則ではなかったかな」（発言 80）
	飲んでも飲まなくても生きることを支援する	「飲んでも飲まなくても、とにかく生きる」ということ「今ここにあることと生きることを支援していくことがソーシャルワーカーの本来のあるべき姿なんじゃないか（発言 80）
	お酒をやめられなくても切り捨てない	医者、看護師はどうしても「アルコールをやめさせろ」となるけれども、もちろんやめられれば、それに越したことはないんだけど、ソーシャルワーカーは「やめられない人だから切り捨てて」というのではなく、そういう人たちの生き方を尊重できる視点をもてる仕組みづくりを研修とかシステムづくりが一つポイント（発言 85）

・依存症支援に対する自信のなさ

以上の議論と並行して、一般医療機関のソーシャルワーカーは、実際に依存症患者との関わりがなかったり、支援の効果が感じられなかったり、労力をかけても拒否している人が多いと思っている現実について再度焦点が当たった。自分の意識しないところで、患者が専門病院に予約をとった日にきちんと受診している事実を知ったという体験も語られた。

依存症者支援の苦手意識や自信がない状況があるとすれば、ソーシャルワーカーは「医療モデル」の現場に身を置きながらも、「生活モデル」の視点をもって、当事者の声を聴きながらネットワーク

を広げることが必要である。「自分はできていない」「上手に介入できていなかった」とソーシャルワーカーが思っていたとすれば、「成果は断酒ではない」ということを伝えるなどの具体的な提案もでてきた。

一般医療機関と専門医療機関に属するソーシャルワーカーとのアプローチに差はなく、実例として、専門医療機関に受診を段取りする経過の中で一般病院のワーカーと患者本人との関係ができ、信頼関係の構築のために時間をかけてでも真摯に向き合うことが一般病院であろうが専門医療機関のワーカーであろうが大切であるなどを確認しあう場面もあった。

カテゴリー	コード	発言データ
支援に対する自信のなさ	労力をかけても拒否していると思っていた人が、案外専門病院に受診していた	イメージとしては「関わりがなかったり、効果がなかったり、労力をかけても拒否されている人も多いな」と思っていたのが案外、「予約した日にいっているんじゃないか」とデータをとった時に思ったので、「効果」の部分でとらえ方が違う（発言 66）
	病院の中でどんな効果を上げるのかが常に問われている立場	医療ソーシャルワーカーとしては赤字になりそうな病院を、いかにしていくかという「医療モデル」の中にいるので、そういう意味ではワーカーは原点回帰していかないといけないんだけど、医療機関の中で生きていく中では「ソーシャルワーカーを病院の一つの資源として投入したら、そこに何の効果を得るか」が、いつも問われていて。当事者の方の思いを共有しながら、ワーカーとして、どのへんのところで生きていかないといけないか（発言 82）
	「自分はできてない」とか「上手に介入できていなかった」という思いが多い	「死なせない支援」というか、そこを一般病院のワーカーに「自分はできてない」とか「上手に介入できていなかった」という思いが多いと思う（発言 103）
	ワーカークライアント関係の構築が基本的に必要である	内科病院のワーカーさんが必死に、うちにつなごうとしてくれて何度も何度も予約をとるけど、うまくいかない。次は「いっしょにきて」とかやってくださって、そういう中で内科の病院のワーカーさんとの関係性が、めちゃめちゃ、できたんですよね、ご本人が（発言 110）
	ワーカークライアント関係の構築が一般病院でも専門病院でも必要となる	「関係性をどうつくっていくか」、ほんとに、これに尽きるじゃないかと思って。どんなに経験が高い、ベテランの依存症病院のワーカーさんであっても、この関係づくりが、どなたにも当てはま

		るというものがあるわけじゃないじゃないですか。おおよそは上手かもしれないけど（発言 110）
	関係性を振り返るための知識が必要	関係性がうまくいったところで変な依存の関係になってしまっていたり、「誰かが評価をしないと危なくなっちゃうのではないか」ということが多分、わからない人たちが多いんじゃないかなと思うと、そこが「何か関わりが、うまくできない」というアンケート結果にも反映されていて、「知識がない」というところにも、つながったりするのではないかなと思うんです（発言 111）

・専門医療機関につなげば何とかできるという幻想がある

一般医療機関のソーシャルワーカーなどの中には、専門医療機関につなげば何とかできるという幻想があるかもしれない点、しかし一方で、専門医療機関だからといって関係機関にわかりやすい理想的な支援をしているわけではない点、専門医療機関の専門職も支援に右往左往している現実もあるなどの話題がでてきた。

カテゴリー	コード	発言データ
専門医療機関につなげば何とかできるという幻想がある	専門医療機関だからいい支援しているわけではない	依存症専門のクリニックという依存症の方たちにとって「いい支援をしている」と思われがちだと思いますよ。「専門までつながれば何とかできるんじゃないか」と、わりと思われるんですけど、そんなわけがなくて、援助者として一番近いところにいるかもしれないけれども（発言 105）
	専門医療機関の専門職も支援に右往左往している	依存症においては専門医療が、すぐく隔絶されていて特別のように思われていて、そこに距離があると思うんですけど、何も特別なことはなくて右往左往して「専門といいながら、うまくいかないことの方が、ほとんど」で、それに苦しんでいて。（発言 105）

⑪ 依存症支援のためにソーシャルワーカーに必要なと思うこと

・アルコール依存症支援に対する目指すべき社会のあり様の確認と共有

アルコール健康障害対策基本法の理念が地域で暮らす人々の生活の中に根づく社会の実現、また、ソーシャルワーカーの共通理念として、ソーシャルワーカーの行うハームリダクションという視点が根付くことへの要望などの意見がでた。

・依存症支援に必要な具体的な知識・スキルなど

アディクションの基礎知識、支援に関する知識（専門医療機関にいくまでが大変、話して受け入れてくれる人と場）、家族の力動に関する知識などが話題にでた。具体的に本人や家族と関わるための面接技術、断酒会などの語りの場の効果、スーパービジョンの必要性があがった。また、うまくいった事例、失敗談、どのような声掛けをすれば自助グループにってもらえるかなど実際の取り組み事例から具体的に学ぶ機会を必要としている意見もでてきた。

（参考文献）

- ・日精診・依存症対策プロジェクトチーム編『依存嗜癖疾患診療実態調査報告書 2019』公益社団法人日本精神神経科診療所協会、2021

資 料

（公社）日本医療社会福祉協会 社会貢献事業部
依存症リカバリーソーシャルワーク担当（チーム）

医療ソーシャルワーカーにおける 依存症支援意識・実態調査

（提出期限 2020年8月14日（金）必着）

医療ソーシャルワーカーにおける依存症支援意識・実態調査
(提出期限 2020年8月14日(金) 必着)

はじめに

少子高齢化、未曾有の自然災害、世界的な感染による経済の悪化など、先の見えない社会の中で、依存に陥る人は少なくないと思われます。医療保健現場においては物質依存のアルコール依存症だけでなく、ギャンブル、ネット・ゲーム、病的窃盗など行動嗜癖などの問題で助けを求めてくる本人や家族の受診が増えてまいりました。また、うつ病などの精神疾患だけでなく、糖尿病、がん、肝臓病など身体疾患の背景に依存症の問題があり、回復が遷延化しているケースも少なくありません。

このたび日本医療社会福祉協会では社会的要請に応えるため、社会貢献事業部に「依存症リカバリーソーシャルワーク担当(チーム)」を立ち上げました。

つきましては日本医療社会福祉協会会員の皆様を対象としてアンケート調査を実施するものです。皆さまの貴重なご意見は今後、ソーシャルワーカーの依存症問題への相談支援の確立に役立ててまいります。

なお、この調査は当協会の倫理審査の承認のもと、倫理的配慮が十分になされ実施されます。倫理的配慮につきましては、アンケート調査への回答・提出をもって同意とみなします。会員であっても回答を強いるものではなく個人の意思を尊重します。また、無記名式で行うため個人が特定されることはありません。ご多忙中たいへん恐縮ですが、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

本調査票は、日本精神神経科診療所協会(日精診)が、日精診会員に向けて2019年8月に行ったアンケートの調査項目をベースに、日精診の許諾の上、作成しています。日本医療社会福祉協会の調査結果と比較検討も行う予定です。

2020年7月 吉日

(公社)日本医療社会福祉協会 会長 早坂由美子
社会貢献事業部 依存症リカバリーソーシャルワーク担当(チーム) 委員長 稗田里香

回答につきましては、日本医療社会福祉協会事務局まで同封の封筒を用いて、
2020年8月14日(金) 必着にて御返送ください。

問い合わせ先
日本医療社会福祉協会 事務局 坪田まほ
〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷チンゴビル 2F
TEL:03-5366-1057 FAX:03-5366-1058
Mail: jaswhc@d3.dion.ne.jp

質問 1 あなたの属性（2020 年 7 月 1 日現在）について教えてください。

1-A 年齢：①20 代 ②30 代 ③40 代 ④50 代 ⑤60 代以上

1-B 性別：①女性 ②男性 ③無回答

1-C 社会福祉士・精神保健福祉士（SW）としての経験年数

①5 年未満 ②5～10 年未満 ③10～15 年未満 ④15～20 年未満
⑤20～25 年未満 ⑥25 年以上

1-D 所属機関の所在地（都道府県）

①北海道	②青森県	③岩手県	④宮城県	⑤秋田県	⑥山形県	⑦福島県
⑧茨城県	⑨栃木県	⑩群馬県	⑪埼玉県	⑫千葉県	⑬東京都	⑭神奈川県
⑮新潟県	⑯富山県	⑰石川県	⑱福井県	⑲山梨県	⑳長野県	㉑岐阜県
㉒静岡県	㉓愛知県	㉔三重県	㉕滋賀県	㉖京都府	㉗大阪府	㉘兵庫県
㉙奈良県	㉚和歌山県	㉛鳥取県	㉜島根県	㉝岡山県	㉞広島県	㉟山口県
㊱徳島県	㊲香川県	㊳愛媛県	㊴高知県	㊵福岡県	㊶佐賀県	㊷長崎県
㊸熊本県	㊹大分県	㊺宮崎県	㊻鹿児島県	㊼沖縄県		

1-E 所属機関の社会福祉士・精神保健福祉士（SW）の人数

①1～4 名 ②5～9 名 ③10～14 名 ④15 名以上

1-F 所属機関

- ① 一般病院（回復期リハビリ、療養病院含む）・特定機能病院・地域医療支援病院・結核病院（これらは便宜上「一般病院」とします）
（→「質問 1-G」へ進んでください）
- ② 精神科病院（→「質問 2」へ進んでください）
- ③ 診療所（精神科以外）（→「質問 2」へ進んでください）
- ④ 診療所（精神科）（→「質問 2」へ進んでください）
- ⑤ 介護老人保健施設（→「質問 2」へ進んでください）
- ⑥ その他_____（→「質問 2」へ進んでください）

1-G 一般病院の病床数

①20 床～199 床 ②200 床～499 床 ③500 床以上

1-H 一般病院における精神科

①有る ②無い

1-I 一般病院における、精神科医
①常勤医がいる ②非常勤医がいる ③いない

1-J 一般病院における、精神科病床
①有る ②無い

1-K 一般病院における、依存症専門医
①有る ②無い

1-L 一般病院における、医師による依存症治療
①行っている ②行っていない

* 以下からの質問は、現在(2020年7月1日現在)所属している機関での経験でご回答下さい。

質問 2 依存症の患者さんやその家族へ関わったことがありますか。
①はい (→「質問 3」へ進んでください)
②いいえ (→「質問 7」へ進んでください)

質問 3 本人が直接相談に来た依存症当事者について、あなたが関わったことのある依存種類に、○をつけて下さい。(複数回答可)
①アルコール依存症 ②薬物依存・乱用 ③病的賭博 ④病的窃盗
⑤ネット・ゲーム障害 ⑥摂食障害 ⑦買い物依存 ⑧性依存
⑨その他: _____

質問 4 家族が相談に来た依存症当事者について、あなたが支援、もしくは関わったことのある依存種類に、○をつけて下さい。(複数回答可)
①アルコール依存症 ②薬物依存・乱用 ③病的賭博 ④病的窃盗
⑤ネット・ゲーム障害 ⑥摂食障害 ⑦買い物依存 ⑧性依存
⑨その他: _____

質問 5 現在のあなたの状況についてお伺いします。依存症の患者さんが来られた場合、あなたの関わりのスタンスについて、該当するものに、○を一つつけて下さい。
① 積極的に関わっている
② やや積極的に関わっている
③ どちらとも言えない
④ できれば関わりたくないが、いちおうは相談対応している
⑤ 相談受ける事をお断りしている

質問 6 依存症問題について、どこに相談の工夫をしていますか。該当するものに、○をつけて下さい。（複数回答可）

- ① 依存症回復の動機付けを意識して通院継続を図っている
- ② 身体的健康・身体的合併症に目配りしている
- ③ 発達障害・パーソナリティ障害など精神科併存疾患に目配りしている
- ④ 依存の治療プログラムを用意している
- ⑤ 自助グループ・家族会・回復施設などの情報を提供できるようにしている
- ⑥ 家族と連携するようにしている
- ⑦ 患者さんが所属する職場・学校・保健所などと連携するようにしている
- ⑧ 特に工夫している点はない
- ⑨ その他：_____

質問 7 今後のあなたの状況についてお伺いします。依存症問題へのあなたの関わりのスタンスについて、該当するものに、○を一つつけて下さい。

- ① 積極的に関わりたい
- ② やや積極的に関わりたい
- ③ どちらとも言えない
- ④ できれば関わりたくないが、いちおうは相談対応をする
- ⑤ 相談受ける事をお断りしたい

質問 8 ソーシャルワーカー（あなた）自身の支援のやりにくさ、取組みにくさの要因についてお尋ねします。該当するものに、○をつけて下さい。（複数回答可）

8-A 自分自身の要因

- ① 依存症問題には興味を持ってない
- ② 忙しくて依存症問題に手が回らない
- ③ 取り組んだとしても関わりの成果は少ない
- ④ 取り組んだとしても、嫌な思いが多い
- ⑤ 回復した人を見たことがない
- ⑥ その他：_____

8-B 所属機関の要因

- ① 院内スタッフの依存症に対する理解が不足している
- ② 共に関わっていける医師・看護職等がない
- ③ ソーシャルワーカーへ支援の依頼をするスタッフが、迅速な解決を求める
- ④ 依存症問題には介入しないという、指示や雰囲気がある
- ⑤ 診療報酬に位置付けられていない支援や関わりは行わないという、指示や雰囲気がある
- ⑥ その他：_____

8-C 患者側の要因

- ① 嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為
- ② 借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題
- ③ 自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題
- ④ その他：_____

8-D 家族側の要因

- ① 依存症治療に非協力的・干渉的・拒否的など家族の態度や行為
- ② 家族の情緒安定機能が損なわれている
- ③ 家族の福祉機能や経済機能が損なわれている
- ④ その他：_____

8-E 医療供給体制側の要因

- ① 依存症・嗜癖問題について社会福祉学教育の中で、教育・学習が十分でない
- ② 依存症・嗜癖問題について卒後教育の中で、教育・学習が十分でない
- ③ コメディカル・スタッフの労働が評価されていない等、診療報酬の問題
- ④ 通院の専門医療機関に紹介したいが、それが無いなど通院医療供給体制の問題
- ⑤ 緊急時の入院先がないなど、入院医療供給体制の問題
- ⑥ 依存症専門医療機関側の相談や治療体制の問題
- ⑦ その他：_____

8-F 社会的要因

- ① 社会政策としての国・地方自治体の取組が乏しい
- ② 依存をさそうコマーシャルや環境があふれている
- ③ 依存症問題への社会的偏見が根深い
- ④ その他：_____

8-G その他、相談対応や支援をやりにくくしている要因があればお書き下さい。

質問 9 パチンコ・パチスロ依存やギャンブル依存症・病的賭博についてうかがいます。

9-A パチンコ・パチスロ依存について、どのくらい関心をお持ちですか。○を一つつけて下さい。

- ①強い関心がある ②まあまあある ③どちらとも言えない
④あまりない ⑤全くない

9-B 刑法では「賭博」は厳格に非合法化されていますが、パチンコ・パチスロの非合法化/規制について、どのようにお考えですか。○を一つつけて下さい。

- ①非合法化すべきである ②もっと厳しく規制すべきである ③現状のままで良い
④規制をゆるめても良い ⑤規制は無くても良い ⑥分からない

9-C カジノ建設に伴うギャンブル依存症問題について、どのくらい関心をお持ちですか。○を一つつけて下さい。

- ①強い関心がある ②まあまあある ③どちらとも言えない
④あまりない ⑤全くない

9-D カジノ建設に賛成ですか、反対ですか。○を一つつけて下さい。

- ①反対である ②賛成である ③どちらとも言えない

質問 10 自助グループ・家族会についてうかがいます。

10-A 自助グループ・家族会など依存症の回復支援に活用できる社会資源に関心がありますか。○を一つつけて下さい。

- ①大いにある ②ある ③どちらとも言えない ④ない ⑤全くない

10-B メンタルヘルス領域における自助グループ・家族会などの社会資源の存在価値を評価していますか。○を一つつけて下さい。

- ①大いに評価している ②評価している ③どちらとも言えない
④評価していない ⑤全く評価していない

10-C 以下の依存症に関する社会資源で、あなたの知っているものに○をつけてください。
(複数回答可)

- ①自助グループ ②家族会 ③家族の自助グループ ④回復支援施設
⑤保健所の依存症のプログラム ⑥精神保健福祉センターの依存症プログラム
⑦専門医療機関 ⑧その他:

10-D 自助グループ・家族会などのメンバーの方々へ、SW（あなた自身）の関わりについて相談したことはありますか。

- ①はい ②いいえ

10-E 自助グループ・家族会等へ、見学や出席をしたことはありますか。

①はい ②いいえ

10-F 患者や家族等に依存症の自助グループ・家族会等を勧めた事がありますか。

①はい（→「質問 10-G」へ進んでください）

②いいえ（→「質問 11」へ進んでください）

10-G 勧めたことのある自助グループについて、全ての項目に○をつけて下さい。

- a) アルコール：①AA ②アラノン ③断酒会 ④マック
⑤その他（ ）
- b) 薬 物：①NA ②ナラノン ③薬物家族会 ④ダルク
⑤その他（ ）
- c) ギャンブル：①GA ②ギャマノン ③ギャンブル依存症家族の会
④その他（ ）
- d) その他の依存症：（ ）

質問 11 あなたは院内、もしくは地域において、依存症の回復支援やネットワークづくりを行っていますか。

①行っている ②行っていない

①の場合の具体的な活動内容： _____

質問 12 以下の支援方法や内容について知っている、あるいは活用しているもの全てに、○をつけてください。（複数回答可）

- ① SBIRTS（エスパーツ）
② SMARPP（スマーブ・せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム）
③ HAPPY プログラム（肥前式アルコール関連問題早期介入プログラム）
④ 動機づけ面接法
⑤ CRAFT（クラフト）
⑥ 厚生労働省「依存症対策」ホームページ
⑦ ASK（アルコール薬物問題全国市民協会）依存症予防教育アドバイザー
⑧ その他： _____
⑨ 知らない

質問 13 本人が依存症になったのは自業自得・自己責任だと思いますか。○を一つつけて下さい。

- ①大いにそう思う ②そう思う ③どちらとも言えない
④そう思わない ⑤全く思わない

質問 14 以下の疾患に罹患されている患者さんに対する、あなたの職場での理解と受け入れは円滑かを伺います。各疾患についてそれぞれ、○を一つつけて下さい。

14-A 糖尿病の場合は：

①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いくらか困難 ⑤困難

14-B がんの場合は：

①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いくらか困難 ⑤困難

14-C うつ病の場合は：

①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いくらか困難 ⑤困難

14-D 統合失調症の場合は：

①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いくらか困難 ⑤困難

14-E アルコール依存症の場合は：

①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない ④いくらか困難 ⑤困難

質問 15 アルコール依存症の患者さんに対し、地域関係機関での理解と受け入れは円滑かを伺います。各項目についてそれぞれ、○を一つつけて下さい。

15-A 転院相談先：

①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない
④いくらか困難 ⑤困難 ⑥受け入れていない

15-B 在宅退院支援における連携先：

①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない
④いくらか困難 ⑤困難 ⑥受け入れていない

15-C 生活保護関連の相談窓口：

①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない
④いくらか困難 ⑤困難 ⑥受け入れていない

15-D 就労関連における相談窓口：

①円滑 ②まあまあ円滑 ③どちらとも言えない
④いくらか困難 ⑤困難 ⑥受け入れていない

質問 16 あなたは、依存症は回復する疾患であることを、知っていますか。

①はい ②いいえ

質問 17 あなたは、依存症回復者から「回復について」話を聞いたことはありますか。

- ①はい ②いいえ

質問 18 以下の中で、今後、あればいいと思う事に○をつけて下さい。(複数回答可)

- ① 依存症に対する治療や支援に関する勉強会や情報提供
- ② 日本医療社会福祉協会の学会や研修会で依存症問題を取り上げる機会
- ③ 質問票・ワークシート・各種尺度・記録票等、治療上のツールに関する情報提供
- ④ 保健所や保健センターといった行政における支援内容について知る機会
- ⑤ 依存症専門医療機関における治療・支援内容について知る機会
- ⑥ 当事者の回復や社会資源(自助グループ・家族会・回復施設等)について知る機会
- ⑦ 特に無い
- ⑧ その他： _____

質問 19 これまでに、依存症に関する現任者研修を受けたことがありますか。

- ①はい (→「質問 20」へ進んでください)
②いいえ (→「質問 21」へ進んでください)

質問 20 受けたことのある現任者研修すべてに、○をつけて下さい。(複数回答可)

- ① 日本医療社会福祉協会「依存症（アディクション）」研修
- ② 厚生労働省「アルコール依存症臨床医等研修」
- ③ 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会（ASW）
「アルコール健康障害対策基本法啓発基礎講座研修」
- ④ 日本精神保健福祉士協会「暮らしと依存症」講座
- ⑤ その他： _____

質問 21 あなたの職場スタッフについて教えてください（常勤、非常勤問いません）。

- | | | |
|-----------------|-----|------|
| A) 医師(精神科医師を除く) | ①いる | ②いない |
| B) 看護師・准看護師 | ①いる | ②いない |
| C) 臨床心理士・公認心理師 | ①いる | ②いない |
| D) 作業療法士 | ①いる | ②いない |
| E) 栄養士 | ①いる | ②いない |
| F) 薬剤師 | ①いる | ②いない |

質問 22 依存症やその治療、またそれを取り巻く社会状況に関して思うこと、社会貢献事業部「依存症リカバリーソーシャルワーク担当（チーム）」に期待すること、等があれば自由にお書き下さい。

①社会状況に対して思うこと

②期待すること

③その他（何でも気づいたこと等）

ご協力ありがとうございました。

回答につきましては、日本医療社会福祉協会事務局まで同封の封筒を用いて、
2020年8月14日（金）必着にて御返送ください。

問い合わせ先

日本医療社会福祉協会 事務局 坪田まほ
〒162-0065 東京都新宿区住吉町 8-20 四谷チンゴビル 2F
TEL:03-5366-1057 FAX:03-5366-1058
Mail : jaswhc@d3.dion.ne.jp

編集後記

全会員（正会員）を対象とする依存症支援に特化した今回の意識・実態調査は、昭和 28 年に日本医療社会事業家協会（現日本医療社会福祉協会）が設立されて以来、初めて実施したものです。

ソーシャルワーカーにとってアルコール依存症を含む依存症関連問題は、世界中のソーシャルワーカーの先人たちがコツコツと関り、実践知を積み重ねてきた古くて新しい支援課題の一つです。今回、回答者の実態を通じ、改めてこのことを強く実感させられました。

一方、経験を積み重ねてきたMSWでさえも「依存症は精神科」と線引きし、依存症の支援に対し必ずしも積極的とは言い切れないスタンスや取り組みにくさの実態が見え、協会が取り組むべき活動の根拠が示されたといえます。ここに、本調査の意義があったことを改めて感じております。

我が国の依存症対策は、アル法制定（平成 25 年）を契機に、アルコール依存症のみならず、薬物、ギャンブル等の依存症対策の体制が整備され、依存症が自己責任から社会的責任の課題へと変化の兆しを見せています。

会員の皆様には、ぜひ、本報告書をご一読いただき、このような新たな潮流の中で MSW が依存症支援において行うべきソーシャルワーク実践について、共に考え、学び、活動できることを願ってやみません。

また、MSW 以外のご関係の皆様からも、ご意見やご助言をいただけますと幸甚です。

最後に、本調査実施と報告書の作成には、次の方々や団体、機関のご協力がなければ成し遂げることができませんでした。

調査メンターである伊達平和先生、堀兼大朗先生は、アンケート調査に不慣れな私たちを根気よくご指導、ご助言をしてくださいました。

本調査は、公益社団法人日本精神神経科診療所協会の『依存嗜癖疾患診療実態調査 2019』の一部がアルコール健康障害対策関係者会議でご報告され、その結果に少なからず衝撃を受けたことが契機となりました。同協会会長の三木和平先生をはじめ、同協会「日精診・依存症対策プロジェクトチーム」委員長の辻本土郎先生、「実態調査担当委員・報告書執筆編集担当」の山崎茂樹先生は、調査票を快くお貸しくださり、また、ご助言もくださいました。

本調査と報告書作成は、「令和 2 年度厚生労働省依存症民間団体支援事業」と「令和 2 年度同志社大学特定研究奨励費」の助成を受け実現しました。

この場をお借りし、心より、感謝とお礼を申し上げます。ありがとうございました。

令和 3 年 3 月吉日

公益社団法人日本医療社会福祉協会 社会貢献事業部

依存症リカバリーソーシャルワークチーム

調査・報告書編集担当

稗田 里香

左右田 哲

野村 裕美

令和2年度厚生労働省依存症民間団体支援事業

『令和2年度医療ソーシャルワーカー（MSW）における依存症支援意識・実態調査最終報告書』

発行年：令和3年3月31日

発行者：公益社団法人 日本医療社会福祉協会

〒162-0065 東京都新宿区住吉町8-20 四谷ヂンゴビル2F

TEL:03-5366-1057/FAX:03-5366-1058

編集：公益社団法人 日本医療社会福祉協会

社会貢献事業部 依存症リカバリーソーシャルワークチーム

（令和3年4月から当協会は「公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会」に名称を変更します）

印刷：(有)木村桂文社

