

## わが国におけるアルコール関連問題対策の歴史的変遷

－ソーシャルワーカーとプロシューマーとの関係に着目して－

朝比奈寛正<sup>1</sup>

(2015年9月30日受付, 2015年12月17日受理)

Historical changes of alcohol-related problems measures in Japan  
－Focusing on the relationship between the social worker and the prosumer－Hiromasa ASAHINA<sup>1</sup>

(Received : September 30, 2015, Accepted : December 17, 2015)

## 要 旨

本稿は、アルコール関連問題における専門職とプロシューマーとの関係の実証的研究を行う必要性について、先行研究を整理した。まずは、プロシューマー等の呼称の整理を行った。次に、アルコール関連問題対策の変遷を概観した。次に、専門職とプロシューマーとの関係に関する先行研究をレビューした。特に、専門職の中でもソーシャルワーカーに着目した。その結果、我が国では、アディクション領域を始めとして、専門職とプロシューマーが協働することが望ましいとされている。しかし、実践ではプロシューマーとの協働支援が定着しているものの、プロシューマーとソーシャルワーカーとの関係についての実証研究がされていないことが把握できた。

キーワード：アルコール関連問題対策，歴史的変遷，ソーシャルワーカー，プロシューマー，関係

## Abstract

This paper, on the need to perform an empirical study of the relationship between the professional and prosumer in alcohol-related problems, was to organize the previous research. First of all, we went organize designation such as prosumer. Then, we had an overview of the transition of alcohol-related problem measures. Next, we reviewed the previous studies on the relationship between professional and prosumer. In particular, we were paying attention to the social worker among the profession. As a result, in our country, including the addiction area, professional and prosumer it is that it is desirable to cooperate. However, in practice although the cooperation support of the prosumer is established, it was able to grasp that not been empirical research on the relationship of the prosumer and social worker.

Key Words : Alcohol-related problem measures, historical changes, social worker, prosumer, relationship

---

1 高知県立大学大学院人間生活学研究科博士後期課程

Kochi Prefectural College graduate school human being live science graduate course doctoral course

## I はじめに

古来よりアルコール飲料は、祝祭や会食など多くの場面で飲用されており、生活・文化の一部として活用されている。しかし、アルコールは依存性薬物であるため、過度な飲酒が続くと、身体的問題、精神的問題とともに、社会生活や家族生活を中心とした広範で多様な生活障害をもたらす(清水2003)。

尾崎ら(2005)によると、2002年時点では、アルコール依存症者が約80万人と推計されていた。2008年に樋口ら(2013)厚生労働省研究班が全国調査をした結果は60万人であった。最新の2013年時点では、109万人と推計されている。かなり幅を持った推計なので、この数字のみから、一概にアルコール依存症者が大幅に増減しているとは言いきれない。しかし、人口の減少や若年者の飲酒人口が減少している状況で、109万人ものアルコール依存症者の存在は看過できるものではない。施策上も2013年12月に超党派によるアルコール健康障害対策基本法が制定されている。よって、アルコール関連問題への対策は喫緊の課題である。

そこで、わが国のアルコール関連問題対策の歴史の変遷について文献をレビューした。特に、アディクション領域では、医療、保健、福祉いずれの領域においても、自助グループ(以下、SHG)によって、依存症から回復した者の関与は欠かせない。よって、ピアサポートやプロシューマーに着目して検討した。

## II 文献検討

本稿では、CiNii(国立情報学研究論文情報ナビゲータ)、メディカルオンライン、医中誌、Google Scholarを使用し、2014年から2015年7月19日にかけて文献検索を行った。さらに、その先行研究や著書に掲載されていた文献もレビューした。

検索方法は、年代や形式を指定せず、キーワードには「アルコール依存orアルコール関連orアディクション」及び「プロシューマーorピアサ

ポor自助orセルフヘルプ」を用いた。検索の結果、該当した文献は計231本であった。そのうち、重複している文献及び今回の検討内容と関係しないと考えられるものを除くと、計57本であった。

本稿では、主要な文献の検討結果を示し、アルコール関連問題における専門職とプロシューマーの関係について考察する。

### II-1. 呼称の整理

文献検索したところ、「プロシューマー、ピアサポーター、ピアヘルパー、ピアスタッフ、コンシューマースタッフ、ピアカウンセラー、ピアスペシャリスト、当事者支援員、当事者スタッフ、リカバリング(リカバード)・カウンセラー、酒害相談員」など類似した呼称が用いられていた。

呼称について橋本(2013:5)は、「日本に取り入れられたときには、ピアヘルパー、ピアスタッフ、コンシューマースタッフ、ピアカウンセラー、ピアスペシャリストなど当事者は支援者として活動するときの呼称はさまざまであるが、役割は同じ呼称であっても異なるものもあり、その定義づけはあいまいである。」と述べている。

相川(2009:82)も「実践現場にはサービスの受け手でありかつ送り手である人が、わが国においては各機関で『当事者スタッフ』『ピアスタッフ』『ピアサポーター』などと呼称されながらも、常勤および非常勤スタッフとして雇用されている。これらの呼称は統一されたものはない。また、欧米諸国においても統一された用語はなく各国、各研究者、実践者などによってその表現は異なっている。」と述べている。

以上のことから、今後の研究において操作的定義の必要性を考慮し、本稿ではまず、定義付けが可能な呼称の整理を行う。

#### (1) ピアサポーター

ピアサポートの起源について、西山・山本(2002:82)は「1800年代のイギリスのランカスターやアメリカの早期の学校教育では、先輩が後

輩の生活や学習の世話をする形態がみられた。」と述べている。その後、相互支援の類似概念でもある peer support（ピアサポート）という用語が使用されるようになったのは、1909年にニューヨークで非行防止を目的として制度化された BBBS プログラム（Big Brother/Big Sisters program）からである（相川：2013）。

わが国におけるピアサポートの定義について、教育分野では西山・山本（2002：82）が「仲間による対人関係を利用した支援活動の総称」と述べている。

精神保健福祉分野では、久保・石川（1998）は「サービスの受け手こそが最もそのニーズを把握していることから、当事者はプロデューサーとして多くの貢献をしているとしてプロデューサーとしての当事者いわゆるピアサポーターである」と述べている。さらに、相川（2013：7）は「ピアサポート（peer support）とは、『仲間同士の支え合いの営みのすべて』のこと」と述べている。ピアサポートの構造としては、坂本（2008：44）は、「精神障がいのあるピアサポートとは、同じ問題や環境を体験した人が、対等な関係性の仲間として相互に支援を提供、受ける活動であり、多様且つ柔軟な利便性があり、サービスの不備な点を補完、検証、是正、改革する地域生活支援システムの一つである。」と述べている。

## （2）プロシューマー

プロシューマーの語源は、1980年にアメリカの A. トフラー（1982）が、producer と consumer を組み合わせた造語として用いたのが初めである。これは、生産と消費が一体化した新しいタイプの生活者のことを指している。したがって、プロシューマーとは、「援助の与え手」であると同時に、「援助の受け手」である人を用いる。

わが国においては、1980年代後半より、消費経済学においてプロシューマーの概念を導入し始めた（相川2009）。

社会福祉領域においては、1990年代後半より用

いられるようになり、岩間（2000：145）は、「セルフヘルプ・グループは、それに参加するメンバーを誰しも援助者となり、援助の受け手ともなる相互支援の過程を含んでおり、プロシューマー・モデルの代表的な例であるといえる。」と述べている。さらに、岩田（2010：144）は「セルフヘルプグループでは、グループの構成員（参加者）は、いろいろな呼称で呼ばれている。たとえば、プロシューマーやメンバー、セルフヘルパーなどであるが、上記の意味で、プロシューマーと呼ぶのが最もふさわしい。」と述べている。また、「プロシューマーという呼び名は、『援助の与え手』と『援助の受け手』の2つの立場を同時に有している点を示し、援助の与え手の役割を担える点を強調している。（岩田2010：144）」とも述べている。

相川（2012a：253）は「送り手・提供者 provider でありかつサービスの受け手・消費者 consumer であるという側面に着目し、その特性をあらわす『プロシューマー』という用語」を使用している。さらに、「『保健福祉領域におけるプロシューマーであり、かつ自らが受け手（利用者・消費者/コンシューマー）であるサービスおよび支援と同領域の保健医療福祉サービスおよび支援の送り手（提供者/プロバイダー・生産者/プロデューサー）であり、彼らが提供（生産）しているサービスおよび支援によって、金銭的対価として報酬給与を得ている者』と定義」している。また、相川（2009）は、プロシューマーの活動を「SHGの機能の一つ」として位置付けている。

プロシューマーの理論的整理において、相川（2009：85）は、「ソーシャルワーク分野におけるプロシューマーに関する理論研究はいまだ途上にあるといわざるを得ない。セルフヘルプやピアサポートなど、『仲間同士の支えあい』を根底とした理論的研究は多数存在しているが、そこに『仕事』としての側面、『金銭的価値』の側面がくわり、サービスシステムの雇用されている（就労している）コンシューマーの役割等に関する研究等は主に1990年代後半にはじめられたもののみであ

る。」と述べており、研究としても発展途上であることが確認できた。

### (3) その他の呼称

ピアヘルパーについて、栄(2004:6)は「精神疾患の体験を基礎に、特に、時間や場所を限定せず、ありのままの自分の力を生かしながら、精神障害者の日常生活における支援を行い、既存のホームヘルプサービスの不備な点を補完、検証、是正、改革する活動」を行う者と述べている。

コンシューマースタッフについて、橋本(2013:6)は「日本において、ピアスタッフ、当事者スタッフなどの呼称で呼ばれることが多い。そのときに、ピアスタッフという呼称がピアサポートとの混乱を招いていると考えられる。また、当事者スタッフというあいまいな立場ではなく、精神保健福祉士の資格を取得し、専門職として活動している人が増加している」と説明している。

ピアスタッフについては、相川(2013:23)は、「自身の人生経験(精神障がいや疾患の経験、サービスを受けた経験、リカバリーの途を歩んでいる経験等)を生かして、事業所等で職員として働き、利用者のリカバリーに寄与する職員をいう。当事者スタッフ、利用者職員など事業所によって呼び名はさまざまだが、ほぼ同義で使用されている場合もある。」と述べている。

向谷地(2009)は「当事者スタッフの育成の課題は、常に『専門スタッフの育成』と表裏一体をなすものであり、当事者スタッフを支える現場の職員には、そのような当事者スタッフの抱える現状を肯定しつつ支える志と、それを反映した新たな理念とシステムづくりが必要になってくる」と述べている。

岡崎(2011:83)は「SHGの発展とリハビリ施設の設立は、アディクション分野に特徴的な『回復者カウンセラー』を生み出した。『当事者スタッフ』の名称のほうが、他分野では適切であるだろうが、『回復者カウンセラー』あるいは『リカバリング(リカバード)・カウンセラー』がア

ディクション分野ではよく使われている。」と述べている。

様々な呼称について概観すると、ピアサポーターは「仲間」として「体験の分かち合い」を行い、「自助」と同時に「共助」を目指す者であると考える。お互いの関係はあくまで対等であり、行為には金銭的対価は発生しない。そして、「ヘルパー・セラピー原理」が活かされている。一方、プロシューマーは「支援者」として「サービスの提供」を行い、「公助」を駆使しながら、「自助」と「共助」を目指す者である。お互いの関係は支援契約に基づくものであり、金銭的対価が発生する場合もある。「ヘルパー・セラピー原理」に加え、精神保健福祉士などの専門資格を取得した場合は、専門職としての倫理も問われる。

アディクション領域では、医療機関や社会復帰施設等で援助を受けて、SHG等にも属する当事者が、疾病や障害から回復し、支援活動を展開できる回復者であることが想定できる。そこで、本稿では「アルコール関連問題において、自らが受け手(利用者・消費者/コンシューマー)であるサービス及び支援と同領域の保健医療福祉サービスおよび支援の送り手(提供者/プロバイダー・生産者/プロデューサー)である者」をプロシューマーとして定義する。

## II-2. アルコール関連問題対策の変遷

### (1) 海外の状況

古くは、紀元前1100年頃の古代エジプトの禁酒策から始まり、ロシアや北欧、直近では2015年のインドネシアの禁酒令や、減薬・減酒を目的としたオランダのハームリダクションなど、様々な対策が行われている。

その中でも日本と関連する代表的な政策として、1920年にアメリカが制定した禁酒法がある。結果的には、国民からの批判や密造酒の売買等が広がり、1933年には禁酒法は廃止となる。その後、1935年にSHGであるAlcoholics Anonymous(以下、AA)が誕生した。それが全国的な活動

に発展していく中でアルコール医療に深く関連していった（西川2006）。

1970年以降、アメリカでは公共の場での酩酊が刑法による取り締まりの対象から医療の対象に移された。そして、SHGの力を積極的に医療に取り込んでいった。それに伴い、治療施設の種類も数も飛躍的に増加した。最も早く始まったのは、入院や宿泊による治療・社会復帰施設であった。着目したい点は、多くの施設が、AAで回復した当事者をスタッフとして雇用し、治療施設のプログラムの一部にAAの回復プログラムである12ステップの方法を導入したことである（窪田2002）。

プロシューマの活動について、Davidson（1999）は「すでに物質乱用の領域でピアカウンセラーの専門性や哲学が確立、発展していたが、いわゆる統合失調症等の領域においてはあまり広がらなかった。」と述べている。その要因として、Colson・Francis（2009）は、「ピアサポーターが個人的経験を活用するときに専門職者らとの間で緊張感が引き起こされている」と述べている。

以上のように、アメリカでは、SHGで回復した当事者によるサポートが、アディクション領域での対策としては功を奏したが、精神保健福祉領域においては、専門職者との協働関係が問題となり、十分に発展できなかったことが分かった。

## （2）我が国の状況

加藤（1993）によると、わが国最初の酒害に関する記録は、758年の続日本書紀である。これには酒乱の禁止の詔勅がある。病名らしきものがあったのは、860年頃の詔勅で「さかかり」と言われている。866年には太政官府として「群飲の禁止」が出されていた。その後も飲酒問題についての記述は散見されるが、1556年以降は法度等で酩酊者に対する処罰や成敗など刑罰が科されるようになった。

1600年以降は、「嗜酒喪心」や「酒客病」「酒狂病」「酒癖」といった病名がつけられるようになった。ただし、対策としては隔離や島流しのような

追放であった。このことから、この時代においても刑罰の対象として続いていたことが分かる。

明治時代以降は、西洋医学が導入された。ただし、1876年に出版されたわが国最初の精神医学書である、モーズレイの精神病約説（2006）には「酒客譫妄」や「中酒狂」の病名は記されていたが、治療に関しては記載されていなかったようである。

橋本（2003）によると、治療に関する記載は、1894年に呉秀三の精神病学集要に「酒客譫妄」には抱水あみれん服用、「中酒狂」には白熱療法、「酒精中毒」には作業療法と記されている。

その後、石田昇の新選精神病学（2003）には、禁酒に加え、パラアルデヒド、睡眠剤投与といった治療が記されている。その後は、大正・昭和初期になっても、禁酒と安静、持続浴、作業療法が記されているのみである。西洋医学の導入により、施設や精神病院が設立された。橋本（2003：258）は「1883年の東京府顛狂院年報の偏狂の項に「嗜酒狂」の病名が見られるものの、入院患者は180名中10名であったことから、精神病院に収容されていたとしてもわずかだったと思われる」と述べている。さらに、橋本（2003：258）は「明治時代になって、アルコール依存症は、従来の処罰の対象から、施設収容する福祉的な救済の対象へと変化した。」と述べている。しかし、この人数からは、当時の精神医療のような施設収容中心であったとは言い切れない。むしろ、地域で治療を受けられずに、処罰されるか、放置されて死亡していたのではないかと考えられる。

以後、1950年頃までアルコール中毒による精神疾患に関する記録はほぼ見当たらないが、断酒新聞には、1956年頃より武庫川病院や下司病院でアルコール中毒の治療に携わった医師の記録が掲載されている。治療内容は主にエメチン療法などの薬物療法が中心であったが、画期的な効果は得られなかったようである（下司1987）。ただし、断酒新聞は、主に会員や関係機関に配布されており、一般住民に届くことは少なかった。よって、世間

に周知されにくかったことが推測される。

1976年、国際疾病分類改訂において、アルコール依存症の概念が明確化され、アルコール問題の医療化を促進した。西川（2007：33）は「この方向性は、社会福祉領域にも影響を与え『医学モデル』に基づくアルコール依存症患者・家族への援助の傾向を強めた」と述べている。

1979年、世界保健機関はアルコール関連問題の概念を定義し、アルコール依存症のみならず健康問題、事故、家族問題、職業問題、犯罪・非行などの問題を例示し、加盟各国にそれらに対する取り組みを促した（清水2003）。それに伴い、アルコール依存症患者の問題から一般住民の飲酒に関連して発生する問題へと拡大し、さらにその領域も治療、リハビリテーションに加えて予防へと拡大した（西川2007）。

1985年に公衆衛生審議会の「アルコール関連問題対策に関する意見書」で、予防、医療、社会復帰の3本柱を含めた包括的対策の確立が説かれ、今後の対策の方向性が示された。さらに1993年の公衆衛生審議会精神保健部会アルコール関連問題専門委員会では、予防対策の重要性と、そのための個人ならびに社会環境の両面から対策を講じることが提言された（清水2003）。

2000年に厚生労働省は「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を策定し、生活習慣病に関連した9分野の1つとして、アルコールが挙げられた。その中で、アルコール関連問題の予防対策は三段階に分けられている。アルコール依存症への対策は3次予防であり、疾病の進行・再発防止を目的とした適切な治療、リハビリテーションによる社会復帰援助である（アルコール保健指導マニュアル研究会2003）。このマニュアルには3次予防において、「アフターケアには断酒会やAAなどSHGの援助が必要」と示されている（2003：70）。

アルコール関連問題対策の連携について清水（2003：231）は、「アルコール問題への対応は、医療とSHGが協力し合う形で進める鑄型を生み

出すことになる。言うまでもなく、これに行政（保健所、福祉事務所など）が加わって、三位一体型の取り組みが、後年日本中に広がってゆく」と述べている。

精神科医療におけるアルコール関連問題では、清水（2003：232）は「精神科医療の中でもいち早い地域医療（断酒会の協力を仰ぐ）に向かわせ、精神科医療と自助グループは日本のアルコール問題への対応において車の両輪であったことは間違いない」と述べている。

次に、社会福祉におけるアルコール関連問題との関係については、地域を中心とした支援から医療サービスに加えて社会適応、地域での自立を目指す生活支援を中心とした保健福祉的社会サービスが決定的に重要である（清水2003）。さらに、清水（2004：75）は、「アルコール依存症者の場合も社会復帰施設の法定化の流れに乗り遅れているわけではない。すでに実績を上げているアルコール関連作業所も散見され、今後もこの動きが変わることはあるまい」と述べている。

一方で、西川（2006：iii）は「アルコール疾患のみならず、複雑多岐にわたるアルコール関連問題の解決をも第一義的にはアルコール治療に関連づけて期待する傾向があった。その結果、アルコール関連問題全体を視野におくと『医学モデル』への偏りは明らかである」と述べている。

さらに自立支援について、辻本（2007：58）は「精神科領域や介護領域においては意図が理解され、積極的な利用と応援、ネットワークが形成されていったが、アルコール領域においては『アルコール関連問題の社会統合』という視点での理解は得にくく、アルコール関連問題に特化した社会資源として要求された。また、アルコール領域で依然医療モデルが主流にあり、精神科施策、労働施策を活用しての支援についての技術不足から連携が不十分」と指摘されている。

2014年6月にアルコール健康障害対策基本法が施行された。内閣府（2013）によると、相談支援等に関して、本法第20条で「国及び地方公共団体

は、アルコール健康障害を有し、又は有していた者及びその家族に対する相談支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする。」と明記されている。社会復帰の支援に関して、第21条で「国及び地方公共団体は、アルコール依存症にかかった者の円滑な社会復帰に資するよう、就労の支援その他の支援を推進するために必要な施策を講ずるものとする。」と明記されている。また、SHG等の民間団体の活動に対する支援に関して、第22条で「国及び地方公共団体は、アルコール依存症にかかった者が互いに支え合ってその再発を防止するための活動その他の民間の団体が行うアルコール健康障害対策に関する自発的な活動を支援するために必要な施策を講ずるものとする。」と明記されている。

なお、2014年4月1日に施行された、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）では、地域生活支援事業として、「障害者やその家族、地域住民等が自発的に行う活動に対する支援」が追加されている。また、障害者相談支援事業の内容には、「ピアカウンセリング」が含まれている。

以上のことから、清水（2003：417）が述べていた「アルコール依存症概念に加えてアルコール関連問題概念を重視する流れでは、『メディカルモデルからソーシャルモデルないしは生活モデルへ』の展開が指摘できる。当然これらの流れは、『医療サービスから福祉サービスへの展開』として、社会復帰への支援、地域での自立的『生活支援』といった、いわゆる第3次予防的施策が重視する方向」が明確になったことを意味する。さらに、「医療的要素を含んだ、しかしそれだけで完結するのではない、経済的、教育的、文化的要素も勘案した社会生活モデルの協調」が必要であることも示唆されている。

### II-3. 自助グループ

アルコール関連で最も古いSHGの記録は、キリスト教の伝道活動の影響で始まった禁酒運動で

ある。小泉（1993）によると、日本で最初に禁酒会が発足したのは1873年に横浜にできた「横浜外国会員禁酒会」である。その後、禁酒運動は全国に広がり、1920年には全国組織である日本国民禁酒同盟となった（1949年に日本禁酒同盟に改称）。ちなみに、禁酒運動はキリスト教関係者が発足したもので、当事者によるSHGではなかった。また、会員は当事者に限られていなかった。加藤（1993）は、東京癲狂院への入院患者が減少する半面、禁酒会が組織されていたことから、「酒精による病的症状に悩む者が当時から、かなりの数にのぼっていたのではないか」と述べている。さらに、「この時代のアルコール問題対策は、禁酒会といった地域社会の改良を目指した草の根運動の方が先行し、医療は遅れをとっていた」とも指摘している。その後、1950年に禁酒同盟の山室武甫が、日本にAAを紹介した事を契機に1953年に断酒友の会が発足された。しかし、禁酒主義での活動であった為に1957年には解散することとなった。現在も禁酒同盟は存続しているが、詳細な文献は見当たらない。

以後、我が国のアルコール関連問題におけるSHGは大別すると断酒会とAAがある。

断酒会は、1958年9月、高知県高知市で禁酒同盟の小塩寛治が、禁酒公演のなかでAAと東京の断酒会活動について報告した。高知でアルコール依存症の治療に取り組んでいた下司病院の下司孝磨医師は、講演会に元患者の松村春繁を誘った。講演会終了直後、松村が断酒会の結成を提案し、同年11月にわが国最初のアルコール依存症当事者によって運営されるSHG、断酒会が結成された（小林1990）。1963年には全国組織となり、その後も発展を続け、一時は5万人を越える会員がいた。2014年時点では、全日本断酒連盟に加入している者だけで、約600の断酒会に約1.2万人の会員が所属し、全国的な活動を展開している。

一方、AAは世界的に活動を拡大する中で我が国では、1945年代頃より、在日米軍の軍人等によるAAが始まっていたようである。1956年には、

武庫川病院内で患者、家族、医師、看護師が共に「武庫川AA」の名称で始まった。その後、米国人メンバーと武庫川病院の森村医師との交流から、病院内活動に留まらず、メンバーが主体的に大阪府や兵庫県に支部を結成していった（AA日本20年の歩み編集委員会1995）。これは、専門職と当事者との協力関係で維持されており、当事者のみで形成されるSHGとは異なっている。正式にAA japanとしての活動は1975年から開始され、現在全国に約350のグループがあり、800箇所のミーティングを開いている。なお、AAは原則として匿名性であり、メンバーの名簿等は存在しないために人数は調査不可能である。

プロシューマーによる施設サービスに関して、橋本（2003：262）によると「1973（昭和48）年頃から、断酒会内でAA研究会が始まった。その内の数人が中心になって、1975年我が国にもAAが誕生し全国に拡大した。AAの誕生と期を同じくして、アルコール依存症治療のため母国に帰っていた米国人神父が日本に戻り、埼玉県大宮市でアルコール依存症のリハビリ施設『大宮ハーフウェイハウス』を設立した。」とある。日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会（2008）の調査によると、支援内容としては、当事者運営施設においてもSHGへの導入を施設の目的とし、プログラム活動はミーティングが中心である。他にも定期的なスタッフミーティングや担当制、利用者のニーズに沿ったプログラム活動の立案、プログラム活動の開拓、経験から来る観察評価に基づく個別援助等がある。

ちなみに、ダルク（Drug addiction rehabilitation center）やマック（Meritor alcohol center）、アルク（alcohol rehabilitation center）は施設名称であり、SHG名ではない。よって、当事者が中心となって運営する施設ではあるが、ボランティアなどのSHGの概念が全て適用されているわけではない。

相川（2013：36）は「当事者運営サービスとは、リカバリーの状態にある人によって経営（運営）

されているサービスおよびプログラムで、政策や手続きを決める役員やグループが、障がいのある当事者によって構成されていること、また当事者を雇用することを決める責任があること、当事者が予算運用を管理するなどの条件がある。日本では稀な形態だが、アメリカではこのタイプの組織で働くピアサポーターは非常に多い。当事者パートナーシップサービスとは、専門職職員と、精神障がいのある当事者が、その機関の管理者や決定権を共有しているものをいう。よくあるのは、所長や雇用主が精神障がいのあるピアサポーターで、ソーシャルワーカー等の専門職者、資格をもたない職員等が彼らに雇用されているカタチである。被雇用者としての当事者によるサービスとは、主に専門職者主導のサービス機関で雇用されたピアサポーターによるサービスのことをいう。日本のピアサポーターのほとんどがこのタイプ。」と述べている。ちなみに、ダルクなど薬物依存関連は、当事者運営サービスが多く、マックなどのアルコール関連施設は、当事者パートナーシップサービスが多い。

アディクション領域ではSHGと専門職の協働が見られ、門屋（2013：14）は、「アルコール依存症の方々の活動としては、帯広でも他の地域同様、断酒会やAAといった組織活動が続いています。私は1974年から今に至るまで、アルコール依存症者のいわゆる教育的集団療法を毎週行ってきています。1976年3月、その参加者6名とご家族によって、十勝断酒会が結成されました。現在では5つの断酒会と十勝断酒連合会が例会活動を続けています。自分が継続断酒するためと言って、個別支援活動を行っている会員もいます。」と述べている。

以上の歴史的変遷から、アルコール関連問題対策は、医療や行政よりもSHGが先駆けとなって展開されて今日に至っていることが確認できた。

## II-4. 専門職とプロシューマーの関係

岡崎（2011）によると、専門職とプロシューマー



の関係については、古くは1963年に米国ミシガン州の2人の精神科医、ヘンリー・クリスタルとロバート・ムーアによって議論された。これは「季刊アルコール研究ジャーナル」における「誰がアルコール症者と関わる資格をもっているか？」での論争である。

クリスタルは、専門的な訓練を受けた精神科医・心理学者・ソーシャルワーカーだけがかかわる資格があるという立場をとった。さらに、アルコール症者とかわった経験がなくても専門的訓練を受けた治療者は、アルコール症回復者よりも勝ると主張した。

一方、ムーアは精神科医がアルコール症者に対して特に効果的にかかわってはいないという研究や誰が行うにしても個人精神療法はアルコール症への治療的選択ではないという研究を引き合いに出した。ムーアによると「嗜癖的飲酒者」というカテゴリーの80%を占めているアルコール症者は、精神療法の訓練を受けていないアルコール症回復者によって、施設やクリニックにおいて効果的に処遇されてきており、このような人々はアルコール症の治療で重要な役割を果たしていると論じた。現在においても、どちらが優位かの結論には至っていない。

我が国のアディクション領域では、相川（2013：8）は「アルコール依存症をはじめとする依存症（アディクション）については、医療のみの限界を早くに認め、SHGとの協働による支援を確立している」と指摘している。中田（1997：40）も「この領域では専門職自身が自分たち専門職の治療には限界があり、回復は難しいことを既に認めている。」と述べている。

社会復帰対策としての精神科・保健所デイケアプログラムと地域生活支援事業を始めとする障害者プランへの期待は大きく、アルコール依存症の場合でも福祉サービスが徐々に関心を集め、「アルコール・薬物関連施設連絡協議会」のような当事者たちによる民間福祉サービスネットワークも形成され始めている。さらに、アルコール依存症

者の地域支援活動、とりわけ作業所・グループホームの場合、断酒会、MACやDARCなどのSHGが運営主体になることが多い。しかし、SHGが法制化の手順を踏んでNPO団体になるべきかどうか、議論が分かれている。他の精神障害と異なり、アルコール依存症は精神科の中でも忌避される傾向があったこともあって、自分たちでなんとか問題を解決しようとする動きが早くからあり、これがSHGの結成と展開を促した一大要因であった（清水2004）。

保健領域では、安田（2009：17）は「アルコール依存症などのアディクションは「人間関係の病」であり、人格障害的なところもあるので、非常に付き合いにくい面も持っているが、断酒に成功した人（回復した人）は人間的にも成熟し、魅力的で、有能な人も多い。それだけでなく他の病気と異なり、快復すると発病以前よりはるかに人格的に成長し、『あのアル中だった人が!?!』と驚くような変化を遂げる人が少なくない。回復者と協力してSHGをつくってあげれば、彼らは徐々に自立してってくれるし、後から来る仲間を救ってくれる。」と述べている。

相川（2012a：262）は「専門職支援の限界を認識して発展したAA等のセルフヘルプグループは、誰もが支援の受け手であり且つ送り手であるという当たり前の営みにおいて、もっぱらサービスの受け手に追いやられ続けてきた人々にその機会を再設定したものといえる。それは支援を受ける人、支援を提供する人という二分された集団があるわけではなく、常に互惠性のなかに私たちが存在していることを示している。」と述べている。

小関（2008：43）も「私たち専門職者とされる者のかかわりの質的向上は、クライアントの回復過程からいかに多くのものを学びとるか、そして、SHGに集う回復者にいかに敬意を払い、セルフヘルプ・グループとの連携を有効なものにするかにかかっているととっても過言ではない。」と述べている。

実践報告においても、田中・森脇（2013：35）

は「ピアサポートのスタンスとしては、それぞれの立場、距離感を大切にしている。PSWが自助組織の中に入りすぎず、独自性を尊重し、組織としてお互いにモチベーションを高めながら協働していくことが重要である。」と述べている。

以上のことから、我が国では「誰がアルコール症者と関わるか」という点では、専門職とプロシューマーが協働することが望ましいとされている。しかし、両者の関係性については、解明されていない。

精神保健福祉領域における当事者との協働モデルについて、石川（2015）は「社会福祉実践の協働循環モデル」と命名し、当事者性・素人性・専門性の通称「三ツ輪モデル」と呼ぶ理論化への試みを提示している。「三ツ輪モデル」による社会福祉実践は「市民性を土台に捉え、①当事者性を発揮するセルフヘルプ・グループ・メンバー、②素人性を活かすボランティア、③専門性を有するソーシャルワーカーという3つの特性を有する人々のトライアングル間での交互作用を高める関係力により、そこでの協働の実践を循環させることである」という概念で定義されている。

相川（2012b：540）は、「プロシューマーが既存のシステムに導入されるにあたり、利用者や雇用主をはじめとする専門職等とのさまざまなダイナミクスが生じ、ときにはそれらは摩擦となり、《葛藤》として表出されていた。」と述べている。さらに、「専門職者が、専門家のみで生産、提供するサービスの限界を認め、これまでの歴史を反省することなしに、これからのプロシューマーとの真の協働は生まれないのではないかと考える。」（相川2012b：542）と述べている。

坂本（2007：68）は「日本でも退院促進支援事業や地域活動支援センター等の地域生活支援活動に当事者が雇用されて「支援者」として働いている事も増えてきた。しかし、試行的な要素も強く、財政的、法制度上の保証も何もない現状である。」と示唆している。さらに、「もっとも重要な課題として、専門職中心で担ってきた精神科病院に当

事者による自立支援員が『支援者』の役割をもって、入っていくときに専門職から理解を得る事が困難な状況が見られた」と述べている。

以上のことから、近年の精神保健領域においては、プロシューマーと専門職の関係について、協働の課題が抽出できるほどに、実践活動が多様且つ多く報告されるようになってきた。その為、支援者と当事者の協働支援モデルも開発されつつある。一方、アディクション領域では、医療や福祉に先駆けてSHGが結成された頃より、回復者による支援が行われてきたために、プロシューマーと専門職間における摩擦や葛藤、理解不足などは少ないようである。しかし、両者の関係が長い年月を経ても不変であるとは言い難い。プロシューマーと専門職の関係についての論文や実践報告も少なく、お互いの関係性については十分には検証されていない。

## II-5. アルコール関連問題とソーシャルワーカー

我が国では、1963年に国立療養所久里浜病院と神奈川県立せりがや病院においてアルコール治療が開始された。せりがや病院では、当初から専門職としてケースワーカー、グループワーカーが採用され、窪田暁子をはじめとするソーシャルワーカーが実践を展開した（窪田1992）。久里浜病院でも荒久保昭子がケースワーカーとして配置され、家族会活動、SHGの育成などに着手した（荒久保1992）。この頃より、プロシューマーの育成にソーシャルワーカーが何らかの関与をしていたことが推測できる。

その後、酒害教室や家族会等の保健所事業やアルコール専門医療機関の増加に伴い、ソーシャルワーカーが配置されるようになった。この点について、岡崎（2011：84）は「1990年以降に都市部を中心に、AAの12ステップを回復の指針としたアルコール依存症者のためのマックと薬物依存症者を対象としたダルク（Drug Addiction Rehabilitation Center；DARC）やアルコール依

存症者を対象とした作業所の設立が盛んになった。その施設や運営には多くのPSWが関わっている。」と述べている。

このようなソーシャルワーカーと関係機関との連携を通じて、1977年には高知県で「アルコール問題を考える会」が、1978年には大阪で「アルコールソーシャルワーカーの会」が結成された（西川2006）。1981年には東京都で「アルコール問題に関する施設・精神科ソーシャルワーカー連絡会」が結成され、アルコール関連問題のソーシャルワーカーの組織化が始まった。1986年には「日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会」が設立された（西川2006）。現在、本協会でご支部に分かれて実践や研究を行っており、2015年時点では、約180名の会員で構成されている。

中田（1997：40）は「専門職者との関係を公には徹底的に拒否してはいても、インフォーマルに特定の専門職者と共同することはある。AAでは『協力すれど合同せず（cooperation but not affiliation）』という教えがあるが、これはメンバーは専門職と個人的にインフォーマルな関係を持つことを禁じるものではないし、対面的でなくても専門職との関係を維持する場合も含む。逆に専門職とのインフォーマルなネットワークの方がうまくいくこともある。」と述べている。

小関（2008：43）は「断酒会、ギャンブル依存のGA、薬物依存のNAそして、家族のためのA1-Anon（アラノン）等々と、さまざまに活動が展開されているSHGとの協働は、必須のことといえるだろう。」と述べている。

西川（2003：38）は、具体的な援助内容として「①正しい知識の提供、②回復のための社会資源の活用と新たな行動への支援、③関係者・関係機関との協力・連携」をあげている。この社会資源の活用と新たな行動への支援や関係者・関係機関との協力・連携には、歴史的背景から鑑みると、SHGやプロシューマーとの関わりが含まれていることが推測できる。

一方で、岡崎（2011：83）は「アディクション

分野における治療後のリハビリ段階での施設による支援では、回復者カウンセラーの役割は重要であるが、専門家との役割分担では葛藤も生じやすい。」と示唆している。実際、依存症回復施設で勤務経験のある大嶋（2011：94）も「米国の治療共同体とは異なり、日本の専門職治療共同体に職員として迎え入れ協働する下地が十分ではない。また、当時の筆者は専門職のもつ権威性に十分な自覚がなかった。そのため筆者の専門性が協働ではなく当事者性を脅かす形に働いたため、3年で退職することになった。」と述べている。

近年の報告では、岡崎（2011：84）は「2007（平成19年）年から、厚生労働省の主催で「リハビリ施設職員教育研修プログラム」として年1回開催されている。対象者はすべてではないが当事者スタッフが多く含まれている。日本では回復者スタッフと専門職の大きな葛藤は生じていないようである。」と述べている。しかし、なぜ葛藤が生じていない、もしくは生じなかったのかは触れていない。

一方、松田（2007：31）は「AAの影響を受けて変化する援助専門職者や学生は確かに存在する。しかし、このような変化は、どのようにして援助専門職者が人や環境に変化を生じさせるのかという視点からは見えにくい。」と述べている。

アルコール関連問題に対するソーシャルワークについての研究だが、西川（2006：19）は「これまでのアルコール関連問題のアプローチを問い直すと、ソーシャルアクション、人権擁護、アドボカシーなどの活動においてほとんど見るべきものがない現状にある。」と述べている。さらに、「約20年間、アルコール関連問題領域のソーシャルワーカーはASW協会を拠点に実践を重ね、それを研究大会などで報告してきた。このASW協会の活動報告やアルコール関連問題に関するソーシャルワーカーの研究発表や論文を概観してみると、残念ながら、いまだアルコール関連問題領域のソーシャルワークは体系化や理論化には至っていない。」（西川2006：37）とも述べている。

以上のことから、アディクション領域におけるソーシャルワーカーとプロシューマーの関係は、精神保健福祉領域で生じている専門職者対非専門職者という対置構造は、専門職がいち早く専門的支援のみの限界を認めたという歴史的背景からも生じにくかったと考えられる。ただし、ソーシャルワーカーとプロシューマーの構造が、医療が進歩した現在においても不変であるかは明らかにされていない。よって、お互いに何らかの葛藤はありつつ協働しているようだが、実証研究は見受けられないのが現状である。

### Ⅲ まとめ

まず、我が国では当事者が支援者の役割を担いながら支援を提供する場合、呼称は統一されていない。加えて、ピアサポーターとプロシューマーでは、役割は全く同じというわけではない。例えば、アディクション領域においては、SHGのメンバーもしくは会員といったピアサポーターが提供するものと、プロシューマーが提供するものは異なる。前者は体験の共有が中心であり、金銭的対価がつくものではない。お互いの関係は対等でなければならない。一方、後者は活動内容が同じであったとしても、フォーマルサービスとして提供され、金銭的対価が発生する場合がある。お互いの関係は、契約によって決定される。そこで、呼称を可能な限り、定義づけした。本稿では「アディクション領域において、自らが受け手（利用者・消費者/コンシューマー）であるサービス及び支援と同領域の保健医療福祉サービスおよび支援の送り手（提供者/プロバイダー・生産者/プロデューサー）である者」をプロシューマーとして定義した。その上で、呼称はプロシューマーに統一した。

アルコール関連問題対策を概観すると、海外では、SHGによるサポートは、アディクション領域から端を発し、アルコール関連問題対策としては功を奏したが、幅広い精神保健福祉領域においては、専門職者との協働関係が課題となり、十分

に発展していない。一方、我が国でも、SHGによるサポートは断酒会などから始まり、近年の精神保健領域においては、当事者が支援者として地域生活支援活動を担う実践活動が多様且つ多く報告されるようになり、プロシューマーと専門職の協働支援モデルが開発されつつある。一方、アディクション領域におけるプロシューマー及び専門職に関する論文や実践報告は少ない。

アディクション領域における専門職とプロシューマーとの関係性だが、米国では「誰がアルコール症者と関わるのか」について議論されているが、現時点でもどちらが良いのかは明らかにされていない。我が国では、専門職とプロシューマーが協働することが望ましいとされている。しかし、両者の関係の構造などは解明されていない。

アディクション領域におけるソーシャルワーカーとプロシューマーの関係は、精神保健福祉領域のような専門職者対非専門職者という対置構造は見られない。しかし、アディクション領域ではプロシューマーによる支援が定着しているもの、ソーシャルワークが体系化や理論化には至っていないために、お互いに何らかの葛藤を抱えながら実践されている。よって、アディクション領域におけるプロシューマーとソーシャルワーカーの関係についての実証研究は見受けられない。

今後、ソーシャルワーカーとプロシューマーが協働する際の関係性を解明していくことが、アルコール関連問題対策の発展に役立つのではないかと考える。さらに、協働支援を展開する際の関係が構造化できるようになれば、アディクションの社会福祉援助の質の向上にもつながる。また、専門職とプロシューマーとの協働が課題となっている精神保健福祉領域で、専門職の意識変容に役立つのではないかと考える。

### 文献

AA日本20年の歩み編集委員会（1995）『いくたびもの出会いを重ねて：AA日本20年の歩み』。

- Alvin, Toffler (1980) *The Third Wave*. (= 1982, 徳岡孝夫訳『第三の波』中公文庫.)
- 荒久保明子 (1992) 「歩いてきました そしてまた歩き始めました」地域アルコール対策「仲間と共に歩む会」編『アルコール問題を考える本』川島書店.
- アルコール保健指導マニュアル研究会 (2003) 『健康日本21推進のためのアルコール保健指導マニュアル』社会保険研究所.
- 相川章子 (2009) 「プロシューマーをめぐる用語の整理および歴史の変遷について」『鴨台社会福祉学論集』18, 81-92.
- 相川章子 (2012a) 「プロシューマーの歴史と動向」『精神療法』38 (2), 253-264.
- 相川章子 (2012b) 「プロシューマーと専門職との協働—日米のインタビュー調査から—」『精神療法』38 (4), 537-547.
- 相川章子 (2013) 『精神障がいピアサポーター活動の実際と効果的な養成・育成プログラム』中央法規.
- 相川章子 (2014) 「ピアスタッフの現在と未来—日本の精神保健福祉の変革を目指して—」『精神医療』74, 36-45.
- Colson, P, W and Francis, L, E (2009) *Consumer Staff and Role of Personal Experience in Mental Health Services*. *Social Work in Mental Health*, 7(4), 385-401.
- Davidson, L and Chinman, M and Kloos, B et al (1998) *Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence*. *Clinical Science and Practice* 6 (2); 165-187.
- 下司孝磨 (1987) 「断酒新聞」『高知アルコール問題研究所』.
- 橋本美枝子 (2003) 「日本におけるアルコール依存症への福祉的援助の展開過程と今後の課題」『大分大学教育福祉科学部研究紀要』25(2), 255-264.
- 橋本達志 (2013) 「当事者による支援活動（ピアサポート）の現状と課題 ピアサポートとの協働を考える」『精神保健福祉』44 (1), 4-7.
- Henry Maudsley (1872) *Insanity*. In Russel Reynolds ed. (=2006, 加藤伸勝訳『新約精神病約説』創造出版.)
- 樋口進・尾崎米厚・松下幸生・他 (2013) 「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究」『平成25年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業』.
- 石川到覚 (2015) 『〈社会福祉〉実践と研究への新たな挑戦』新泉社.
- 岩間文雄 (2000) 「SHGと専門職の協働のために」『関西福祉大学研究紀要』2, 141-154.
- 岩田泰夫 (2010) 『セルフヘルプ運動と新しいソーシャルワーク実践』中央法規.
- 門屋充郎 (2013) 「ピアサポーター活動から見える新しい支援の関係性」『精神科臨床サービス』13, 11-16.
- 加藤伸勝 (1993) 「アルコール症治療の過去と現在」『アルコール依存とアディクション』10 (2), 120-124.
- 小林哲夫 (1990) 『松村春繁：断酒会初代会長』, アルコール関連問題市民協会.
- 小泉典章 (1993) 「安曇野における禁酒運動の発生と意義」『アルコール依存とアディクション』10 (2), 134-139.
- 小関清之 (2008) 「アルコール依存をはじめとするアディクション問題への精神保健福祉士としてのかわり」『精神保健福祉』39 (1), 41-44.
- 厚生労働省 (2000) 『健康日本21』ぎょうせい.
- 厚生労働省 (2012) 『障害者福祉』 ([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaihashukushi/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/index.html), 2015.11.17).
- 久保紘章・石川到覚 (1998) 『セルフヘルプの理論と展開』中央法規出版.
- 窪田暁子 (1992) 「歩いてきました そしてまた歩き始めました」地域アルコール対策「仲間と

- 共に歩む会」編『アルコール問題を考える本』川島書店。
- 窪田暁子 (2002) 「依存症グループと専門家」『精神療法』28 (6), 682-689.
- 石田昇 (2003) 『新撰精神病学』創造出版。
- 岩田泰夫 (2010) 『セルフヘルプ運動と新しいソーシャルワーク実践』中央法規。
- 松田博幸 (2007) 「SHGがソーシャルワーカーのアイデンティティに及ぼす影響—あるソーシャル・ワーカーからのインタビューより—」『社会問題研究』57 (1), 1-33.
- 内閣府 (2013) 『アルコール健康障害対策』 (<http://www8.cao.go.jp/alcohol/>, 2015.7.19).
- 中田智恵海 (1997) 「SHGと専門職との関連について先行研究の批判的検討」『武庫川女子大学紀要 (人文・社会科学)』45, 39-47.
- 西川京子 (2006) 『アルコール依存症患者・家族へのエコロジカル・ソーシャルワーク—質問紙調査と予後調査に基づいて—』相川書房。
- 西山久子・山本力 (2002) 「実践的ピアサポートおよび仲間支援活動の背景と動向—ピアサポート/仲間支援活動の機嫌から現在まで」『岡山大学教育実践総合センター紀要』2 (1), 81-93.
- 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会 (2008) 『アルコール依存症者の社会復帰施設とその利用者に関する調査研究』平成19年度「障害者保健福祉推進事業」(障害者自立支援調査研究プロジェクト), 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会調査研究事業委員会。
- 尾崎米厚・松下幸生・白坂知信・他 (2005) 「わが国の成人飲酒行動およびアルコール症に関する全国調査」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』40, 455-470.
- 岡崎直人 (2011) 「アディクション問題を考える」『精神保健福祉』42 (2), 82-85.
- 大嶋栄子 (2011) 「嗜癖当事者にかかわる援助者のポジショナリティ」『精神保健福祉』42 (2), 94-97.
- 栄セッコ (2004) 「精神障害者に対するホームヘルプサービス『ピアヘルパー』の意義と就労支援への可能性」『ファシリティーズネット』7 (2) 5-8.
- 坂本智代枝 (2007) 「精神障害者のピアサポートにおける実践課題—日本と欧米の文献検討を通して—」『高知女子大学紀要 社会福祉学部編』57, 69-79.
- 坂本智代枝 (2008) 「精神障害者のピアサポート活動におけるエンパワメントの条件に関する研究—グループインタビューにおける複合分析を通して—」『鴨台社会福祉学論集』17, 41-52.
- 清水新二 (2003) 『アルコール関連問題の社会心理学的研究—文化・臨床・政策—』ミネルヴァ書房。
- 清水新二 (2004) 「精神障害者の地域生活支援—アルコール依存症の場合—」『社会福祉研究』90, 70-76.
- 田中晋・森脇英人 (2013) 「山陰における嗜癖問題に対するピア・行政・PSWの協働」『精神保健福祉』44 (1), 34-36.
- 辻本直子 (2007) 「ソーシャルワーカーの挑戦—アルコール関連問題を持つ人が安心して暮らせる街づくりをめざして」『ソーシャルワーク研究』33 (3), 52-60.
- 安田美彌子 (2009) 地域保健『特集・地域で取り組むアルコール関連問題』東京法規出版14-17.
- 全日本断酒連盟 (2015) 『全日本断酒連盟について』 (<http://www.dansyu-renmei.or.jp/>, 2015.7.19).