

発行／民間相談機関連絡協議会  
連絡先

162-0823 新宿区神楽河岸1-1  
東京ボランティア・市民活動センター

メールボックス 60番  
民間相談機関連絡協議会

FAX 03(3235)0050

<https://www.minsouren.org/>

メール info@minsouren.org

# そうだん

## 目次

「SOSを出さない人と向き合うために、抱え込まず、  
地域や周囲とつながりを」 2ページ

2020年度 活動報告 3ページ

2021年度 活動計画 4ページ

第22回 相談員研修会 5～9ページ

「困りごとを抱えている人への開かれた対話による支援  
～オープンダイアログという支援を知ろう～」

第33回 都内相談機関研究協議会 10～14ページ

「今あらためて「依存症」をしよう  
人はなぜ依存症になるのか?～回復のために必要なこと～」

リレートーク 15ページ

ホームページ活用をお願い 16ページ



## 「SOSを出さない人と向き合うために、抱え込まず、地域や周囲とつながりを」 民間相談機関連絡協議会会長／東京ボランティア・市民活動センター所長 山崎 美貴子

私たちの暮らしはコロナ禍であって、大きな変化を強いられています。様々な制限も加えられております。特に人とのつながり方に変化が生じております。直接人と会合を持つことが困難になりました。

例えば、病院に入院した家族との面会は大きく制限され、危篤の知らせを受けても看取ることもできずに霊安室でようやく対面するという話も聞きます。施設に入所されている高齢者や障がい者の方々にも面会の制限が加えられています。訪問を重ねていたボランティアも直接交流することが難しくなりました。「傾聴ボランティア」の継続的な訪問も中断し、かなり回数を減らして電話で活動をされているというお話もありました。

相談者から深刻な課題についての相談を持ち込まれても、今までの様な直接面談が難しい状況で様々な工夫が始まっています。

特にオンラインの活用が盛んになりました。コロナ禍であって、孤立している若い女性たちの相談が増えてきております。また自殺者の数も、若年女性に増加傾向がみられます。この年代の人々にアプローチできる新たな方法として、スマホを用いた相談が飛躍的に増えており、大きな効果を上げてきております。個別の相談だけでなく、「もやもやルーム」などを立ち上げ、そこで、オンラインだけでなく、複数で悩みを語り合う場を構成して当事者同士が気持ちを語り合うなどの方法が開発されています。こうしたツールになじみにくい人も少なくない為に、特定の人、年代に限定される可能性はありますが、

匿名性を担保できることから広がりを見せ始めており、様々な工夫が重ねられてきております。

こうした状況下であって大変懸念されるのは、一人暮らしの人々が増え続けていること、そうした人々の中で、誰ともつながりを持つことができない人々の増加傾向についてです。コロナ禍に直面する前から、この問題は大きな課題でしたが、コロナ禍にあつて、さらに、深刻になっております。因みに、厚生労働省の調査によると、一人暮らし世帯、ひとり親世帯が増加し、家族の規模は縮小の傾向にあります。未婚の割合も増え、2025年以降50歳以降の未婚の割合は2030年には男性で28%、女性で19%の見込み、単身世帯は2040年には4割に達すると推計されております。2025年以降は「高齢者の急増」から「現役世代の急減」の問題が注目されており、人口構成、世帯構成の面から見ると、今後ひとり暮らしの傾向が進むと予測されております。

加えて、コロナ禍で人と人とのつながりの希薄化が一段とすすんできております。こうした背景を踏まえて、本年3月に、本連絡協議会は研修会に講師として国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長の松本俊彦先生をお招きしました。講演の内容は本誌に掲載しております。地域でいわゆる「ひきこもり」といわれる社会的孤立状態にある人びとの背景の多様性や多様な支援を具体的に提示されております。先生のご著書の一つに「『助けて』が言えない SOSを出さない人に支援者は何ができるか」があります。何度か声掛け、訪問しても心

の扉があかない、ドアを開けて頂けない利用者さんに直面した相談員、支援者は少なくないと推察します。このコロナ禍で一人閉じこもっておられ「助けて」と声を出せないひとがいます。様々な課題を抱えていて困難な状態にあつても、そのような人は「声を出せない、SOSを発信しない」ところに特徴があり、地域でひっそりとながりを持たずに暮らしている為に発見が難しいところに課題があります。今、相談員、支援者が受けている大きな挑戦でもあります。

生きる希望を失いかけていて、ひたすら死にたいと願っている人、いじめられているといえない子どもたちがいます。ようやく発見できても介入ができない。家庭内で虐待が生じていることが近隣の通報で発見できても、介入ができない場合も少なくありません。多くは地域で気づかれない、発見できないでおります。発見され、「助けて」と言わないとだめです。困った時には是非助けてと言ってください」と声をかけても届かない場合が多いと思います。「助けて」と言わせることの違和感」と松本先生は表現されておられますが、「援助希求」が難しい人に対する態度を高めることの重要性を指摘されています。「悩んだら相談してね」という言葉の空虚感を味わい尽くし、支援者自身が「助けて」と言っているか、失敗や弱さをさらけ出して、支援者自身、相談員自身が抱え込まないで、地域に働きかけ、地域の力を掘り起こし、周りに依存することができているかが問われていると思います。

民間相談機関連絡協議会

2020年度活動の報告

★第24回定期総会

日時…2020年7月

場所…東京ボランティア・市民活動センター

第1号議案…2019年度事業報告および収支決算を承認

第2号議案…監査報告

第3号議案…2020年度事業計画(案)および

第4号議案…会員入退会

第5号議案…その他

収支予算(案)を承認

総会は紙面表決としました。

新型コロナウイルス感染拡大のため、基調講演は開催せず、

総会は紙面表決としました。

★相談員研修会の開催

日時…2020年11月2日

場所…東京ボランティア・市民活動センター

会場とオンラインのハイブリット方式

「困りごとを抱えている人への開かれた会話による支

援〜オープンダイアログという支援を知ろう〜」

講師…森川 すいめい氏 精神科医 鍼灸師

(医療法人社団 翠会 みどりの杜クリ

ニック院長)

★第33回都内相談機関研究協議会

日時…2021年3月26日

場所…東京ボランティア・市民活動センター

「今あらためて『依存』を知ろう」

講師…松本 俊彦氏 精神科医

(国立研究開発法人 国立精神・神経医療

研究センター 精神保健研究所 薬物依存研

究部 部長 兼任 薬物依存症センターセ

ンター長)

★ホームページのリニューアル

2020年11月 16ページをご覧ください

★仲間の輪を広げましょう

民相連は、会員団体の会費収入によって運営され

ています。

相談活動をしている団体どうしがよりつながりあ

い高めあっていけるように、新たな仲間を迎えるた

めに、リーフレットを使ってお知らせの団体への

入会のお誘いにご協力ください。

※リーフレットの部数が必要な場合には事務局まで

ご連絡ください。

※現在の会員加入団体は、民相連ホームページにて


ご覧いただけます。

★リーフレット作成と配布

2020年11月

**民間相談機関  
連絡協議会**

学びあう、支えあう、励ましあう  
みんなでつながる




**入会のお誘い**

民間の相談機関・団体・個人で活動を行って  
いる方の入会を随時受け付けております。  
ご連絡お待ちしております。

加盟すると…		
研修の 提案・参加	情報共有	つながり 支え合い 交流

年会費 5000円 (団体)  
2000円 (個人会費)



**加盟団体の  
相談対象**


子ども子育て 高齢者 障がい ひきこもり 自立支援 孤独 DV 難病 依存症 当事者 生活困窮 自死

Eメール SNS 手紙 FAX 対面 電話 訪問

■ 民間相談機関連絡協議会 ■

〒162-0823  
東京都新宿区神楽河岸 1-1  
東京ボランティア市民活動センター  
メールボックス 60 番  
FAX: 03-3235-0050  
E-mail: info@minsourcen.org  
https://www.minsourcen.org

2020年11月



民間相談機関連絡協議会

民間相談機関連絡協議会

2021年度活動計画

★第25回定期総会

日時…2021年7月17日(土)

場所…東京ボランティア・市民活動センター

会場とオンラインのハイブリット方式で開催

第1号議案…2020年度事業報告および収支決

算を承認

第2号議案…監査報告

第3号議案…2021事業計画(案)および収支

予算(案)を承認

第4号議案…会員入退会

第5号議案…その他

★第25回定期総会 基調講演

日時…2021年7月17日(土)

場所…東京ボランティア・市民活動センター

会場とオンラインのハイブリット方式で開催

「日本に暮らす外国ルーツの方々の困難

」共に生きる相談と実践」

講師…田中宝紀氏(NPO法人青少年自立援助セ

ンター定住外国人支援事業部責任者)

石河久美子氏(日本福祉大学社会福祉学部

教授)

★2021年度 活動予定

相談員研修会

日時…2021年11月23日(火・祝日)

13:00～15:00 講演会

15:15～16:45 ワークショップ

場所…東京ボランティア・市民活動センター

会場とオンラインのハイブリット方式

で開催

「ひきこもり8050問題を考える

」多職種連携を中心にして」

講師…池田 正樹氏(ジャーナリスト・NP

O法人KHJ全国ひきこもり連絡会連

合会広報担当理事)

20年以上にわたり、ひきこもりについて取

材してきたジャーナリストの池上正樹氏を講

師に招聘し、80-50問題の課題と対応につい

て学びたいと思います。

都内相談機関研究協議会

2022年2月から3月に開催予定

機関誌「そうだん」の発行

相談ガイドブック(仮)作成発行

出展 東京ボランティア・市民活動センター主催

ボランティア・フォーラム「満点市場」

2021年度民間相談機関連絡協議会幹事一覧

監 事		幹 事															
中山 牧子	森下 慎一	佐藤 新哉	熊谷 紀良	篠原 恵	加藤 和江	市川 乙充	常名さとみ	小桐 陽子	是常 景子	小林 良子	鈴木 恵理	高橋 直樹	鶴田 桃エ	中尾 好子	(事務局) 西岡由香里	(会長) 山崎美貴子	東京ボランティア・市民活動センター
NPO法人 の山彦電話	一般社団法人 仏教情報センター	東京ボランティア・市民活動センター	東京ボランティア・市民活動センター	板橋区社会福祉士会	NPO法人 楽の会リーラ	NPO法人 楽の会リーラ	シニアダイヤル	公益財団法人 東京YWCA	シニアダイヤル	公益財団法人 東京YWCA	個人会員	協会(NABA)	協会(NABA)	協会(NABA)	公益財団法人東京カリタスの家	個人会員	

# 困りごとを抱えている人への 開かれた対話による支援

～オープンダイアログという支援を知ろう～

2020年11月2日

講師：森川 すいめいさん（精神科医 鍼灸師、オープンダイアログ国際トレーナー）

※本稿は2020年11月2日のオンライン講義によるものをまとめ直したものです。

## オープンダイアログとは何か？

フィンランドの北西部、西ラップランドの精神医療の現場、ケロプダス病院で、1984年8月27日に「オープンダイアログ」という取り組みが始まりました。

「オープン」とは開かれた、「ダイアログ」とは対話、という意味です。

それまで、話を聞いてもらえなかった、意思決定の蚊帳の外に置かれていた精神面の困難を抱える人々への支援が大きく変わった日でした。すべての意思決定は本人たちのいるところで対話的に行われることになったのです。

この取り組みが行われてから後に行われた2年間の調査研究によると、幻覚妄想状態にあった人の8割の人が寛解しフルタイムの就労や就学につき、抗精神病薬を内服し続けている人は20%でした。この調査は2015年まで続けられ、現在も同水準の結果を得ています。

日本では、幻覚妄想状態になった人のほとんどの人が薬を飲み続け、就労や就学に復帰した人はとても少ないというのが現状です。世界中を見回しても、ここまでの回復に至った例は、これまで発表されていませんでした。

## いったい何が起きているのか？

この現状を知ろうと、世界中の人たちが、フィンランドの北西部へ見学に行きました。

世界中の人の目が入ったので、この成果が偽物であればすぐに分かるはずですが。

ところが、現地を訪れた人たちは皆、この結果を当然のこととして受け止めました。

そして現在は、北欧諸国、イギリス、アメリカ、イタリア、オーストラリア、そして日本などの各地で、オープンダイアログを学ぶためのトレーニングが展開されてきています。

ついに、2021年6月、WHO（世界保健機構）はオープンダイアログをグッドプラクティスとして紹介しました。

私は、2015年にフィンランドの現場に行き、同じように、この結果は当然のことと感じました。そして同年9月にオープンダイアログの実践を小さなクリニックで開始しました。2017年からオープンダイアログのトレーニングを開始し2020年2月に国際トレーナーの資格を得ました（フィンランド国家資格）。

それにしても、どうしてここまで、今までの精神医療のスタイルでは助けられなかった人たちが回復しているのでしょうか？

それまでの精神医療は、「診断面接」と「治療面接」

が中心でした。診断することを目的に医療者は患者の言葉や症状を見て、診断が確定すると、その後は治療のための面接が行われます。治療の中心は薬物療法でした。

オープンダイアログでは、最初から最後まで対話を中心に置かれます。診断のための話を聞くのではなく、医療職たちのいる場で、困りごとを抱えている本人やご家族たちと一堂に会して、そのときに話したいと思うことを対話的に話します。医療職たちは、対話の場が対話的になるように助けます。

これまでの医療は、困りごとが起こって、追いつめられて、妄想や抑うつなどの精神病状が起こった、その結果としての症状に対して診断し治療を行っていました。しかし困りごとそのものへのアプローチはほとんどできていませんでした。

オープンダイアログの取り組みではむしろ、結果としての症状へのアプローチをいったん脇に置いて、困りごとそのものを主題として対話します。どうして「監視されている」「集団に狙われている」と思うように至ったのか。「統合失調症」と診断をして薬を出すのではなく、その背景を聞きながら対話を重ねます。

すると案外そこには、家族関係、学校や仕事での人間関係などが複雑に絡んでいくことが見えてきます。対話は、この絡み合ったことを少しづつほぐしていくことの助けになります。

困りごとに統合失調症と名前をつけてしまえば、すべては「症状だから」「薬を飲みなさい」となりますが、困りごとが親子の関係性に起因するもので

あれば、そのことをもとに対話するというわけです。するとそれまで親は子どもに（子どもが発病した場合）、病院に行ったか、薬を飲んだかを心配するだけでなくて、子どもがどうして困難に至ったのかに関心をもつことができるようになって、親子の間にあった問題が解消されるように両者が動くようになります。

妄想に至った背景そのものが緩和されていったならば、結果としての症状が出現しなくなるというのは自然のことです。問題は変わらないまま薬を飲むだけとなるのか、問題が解消された中で生活できるのか、その安心感、人生の展開はまったく異なるものになるでしょう。

そうはいっても、そんなことが本当に起こるのか？ 考えは分かるけれども実際に幻覚が消失するなど考えられない、と思う方も少なくないかもしれません。

しかし現在、フィンランドではその実践が行われ、そして成果が出ています。一時期はフィンランドの中でも、西ラップランドの小さな病院の取り組み程度に受け止められていましたが、今では、フィンランドの専門職たちは、メンタルヘルスに関する国家資格を取得するプロセスの中で必ずオープンダイアログを学びます。オープンダイアログを実践する病院もいくつも出てきています。

そして今、日本でもその取り組みが少しずつ始まっていて、実際の成果を得ているケースが報告さ

れるようになってきました。

## オープンダイアログは何をしたのか？4つの視点

ここではオープンダイアログ実践において大切にされている部分を4つに分けて紹介したいと思います。それは次の4つです。

- ① 二つの大切なことを決めた
- ② 対話の場を作った
- ③ 対話のトレーニングを行った
- ④ 病院を含めた支援システムを変革した

### ① 二つの大切なことを決めた

それまで、患者の話を十分に聞かずに症状を見て治療方針を決めていた、その一般的な精神医療の流れにケロブダス病院はNOと態度を表明しました。患者と対話することを決めたのです。このとき大きな2つの意思決定をしました。それは「その人のいないところでその人の話をしない」「1対1で会わない」というものでした。

(1) 「その人のいないところ」でその人の話をしない」これはすべてのことが、本人たちいる場で、本人たちと対話的に話され、本人たちが意思決定をすることを完全に守ることになりました。

このことは、本人のいないところで話される専門職だけの会話というもののほとんどが、まったく現実と違う、ただ解釈だけが進むのみということへの気づきとなっていきました。考えてみれば当たり前のことですが、その当り前にそれまでは気づかずに

支援の計画が立てられてしまっていたというわけです。

支援者だけで話すことができれば、その展開はとも早くなるでしょう。しかし速度が速まったとしても、本当の助けになるアイデアに至ることは滅多にありません。大切なことは、じっくり、ゆっくり、行きつ戻りつしながら、移り行く本人たちの気持ちを聞きながら、本人や家族のいるところで、物事が進むほうがいいのです。

## (2) 「1対1で会わない」

ここにはいくつもの意味がありますが、大きくは2つの意味があります。

その一つは、他者が関係するということです。

本人の困りごとは、ほとんどすべては他者が関係しています。だからその困りごとを抱える一人だけを取り出して、その人の症状だけに治療をしても、状況はよくなりません。関係する当事者同士で対話しなければ、問題が解消することができないという考えです。

もう一つは、医療職との上下関係をなくする試みです。

患者と医師が1対1で会うのは、生徒と先生のよきな関係になりがちで、上下関係ができやすい構造と言えます。すると患者は言いたいことが言えず、医師は聞きたいことが聞こえなくなるかもしれません。意思決定はなんだかんだいって医師が行うことになりがちです。そこでケロプダス病院では、医療職は2名以上にするというルールを決めました。医

療職2名は異なる意見を持つことが求められます。事前に集まって医療職だけで意思統一をして対話の場に挑むということはしません。それでは1対1で会うことと何ら変わりません。事前に打ち合わせをせずに、対話の場に挑み、そして互いに思ったことをその場で話します。互いに別々の人間ですから、同じことを考えるということはありません。正しうだと思ふことの見解も異なります。その異なりが、患者と医療職の上下関係を解消するというわけです。

## ② 対話の場を作った

ケロプダス病院が次に行ったことは、困りごとを抱える人と、その関係する人たち、そして医療職たちが一堂に会して、対話の場を作ったということです。

何が正しいか、誰が正しいか、そんなことを意思決定するためではなくて、何が起きている、それぞれが何を考えていて、どう思っているのか、そのことを話し、聞き、相互に理解し合える場を作りました。

家族の中で問題が起こっていたとしたら、家族だけで対話することはとても難しいことで、その場には第3者がいたほうがいいでしょう。対話を促進する第3者の役割をケロプダス病院のスタッフたちは担うことにしました。

同時に対話の場にいる専門職たちは、専門知識をその場に出すことも求められました。それぞれの話を聞くのと同時に、専門職が持つ知識や考えを、その対話の場に置きます。

対話の場には、その場に参加するすべての人の考えや気持ち、知識やアイデアが置かれることになり

ます。そして、互いの理解や助けになるアイデアが、例えば『患者』から出されたアイデアが家族の困りごとを助けることもしばしばあります。特にその問題に困っているのは患者ではなくて、家族や支援者だったというようなときです。一人ではどうにもならなかった問題が、このようにして少しずつ解消していくことになったのです。

ケロプダス病院は、このような対話の場を作ったということなのです。

## ③ 対話のトレーニングを行った

困難を抱える人たちの中に入って、さあ対話しましょう、と言っても、そう簡単に対話が生まれることはないでしょう。簡単に対話が生まれるならば、人間関係がこじれたとしてもすぐに解消するはずなのです。

ケロプダス病院のスタッフたちは、困難があつて、対話ができなくなったその場所に出掛けていって、その渦中の中で対話することを助けます。

だからスタッフたちは、3年以上の対話のトレーニングを行います。どんなことがあっても対話を続けることができるそのトレーニングです。

具体的には、自分の物語を仲間語る。その語りの場は対話の場で、オープンダイアローグの場です。これを繰り返します。物語だけでなく、自分の実践について、その他の困りごとについて、大切にしていることについても語ります。対話のことだけな

く、精神医療、心理療法、家族療法、制度のこと、組織のこと、研究、調査などあらゆることを学びます。様々な知識を経験、そしてトレーニングを行った人となった専門職が、一人の人間として対話の場に挑む、そういう試みです。

#### ④ 病院を含めた支援システムを変革した

困りごとがあった、その結果の症状。その症状に対して治療をするというスタイルをいったん脇に置いて、困りごとについて対話する。それがオープンダイアログでしたが、同時に、診断名をつけることが解決方法の主役ではなくなったため、様々な支援アイデアが必要になっていきました。

それまでやったことがなかったり、聞いたことがなかった話が、対話の場に出てくる。しかし対話の場があったとしても、その場にいる誰にもどうしてもアイデアがなかったなんてことはしばしばあるものです。

しかし、それで終わりにはしませんでした。そのことがどうなったらいいかを学び、相談し、一緒に考え続けました。その経験値が積み重なっていききました。

ケロプダス病院のオープンダイアログは、このようにして、困りごとによいような助けが必要かを見出し、実践し続けた、その経験値が蓄積されたものと言えます。

次の項目で、その支援システムを紹介します。

### 人を支援するシステムがすごい

オープンダイアログは、対話することそのものに意義があるのですが、その対話の場の活動を実装させるためのケロプダス病院のシステム作りも注目すべき点がいくつもあります。オープンダイアログの対話の場を「仕組み」という視点で見ると、『とても質の高いハブ』にも見えます。ここで言うハブとはネットワークの中心となる装置の意味です。ケロプダス病院はこれを「7つの原則」としてまとめています。

「即時支援」「ネットワークにある人を招く」「柔軟かつ機動的に」「責任／責務」「心理的連続性」「不確実なことに寄り添う」「対話主義」である（※本来のフィンランド語を森川なりに意訳）。

7つの原則は、オープンダイアログによって困難を抱えた人たちが助かった事例を集めて、その理由を質的に研究し、これを7つにまとめたものです。いわばオープンダイアログがより役立つための原則とも言えます。

#### (1) 即時支援

困っている人たちがまずはハブに連絡すると即時に対話の場が設定されます。できるだけ24時間以内に対話の場を作ることが目指されています。

それまで、フィンランドでは、精神医療にかかるまでにはかかりつけ医に相談し、そこから紹介を受けるなどして3か月以上の月日が必要でした。ケロプダス病院は、直接病院に電話ができるようにしたという背景があります。

#### (2) ネットワークにある人を招く

本人の抱える困りごとは、必ず別の誰かが関わっています。困難の原因となる関りかもしれませんが、困難を助けてくれている人かもしれません。その人たちと一堂に会します。「その人のいないところでその人の話をしない」というのは、何も精神症状をもつ本人だけのことを指すわけではありません。本人の困難と関わるのが両親であれば両親と一緒に対話します。両親のいないところで両親の話をしないというわけです。

とても難しそうな試みですし、実際に難しいようです。それでも対話するということは、このことを守ろうとする行動によってこそ意義が高まります。

#### (3) 柔軟かつ機動的に

困りごとを抱えている人たちは、困っているためになかなか病院に来ることができませんでした。そのご家族や、関係者が一堂に会するのも難しかったのです。そこでケロプダス病院は柔軟に機動的に自分たちのシステムを変えていきました。自宅に訪問したり、会社や学校、年金事務所などで対話の場を開いたのです。

制度や病院に合わせてもらうのではなくて、本人たちに病院を合わせたというわけです。

#### (4) 責任／責務

相談を受けた専門職たちは、その人を助ける責任があります。その責任意識をしっかりと持ち続けることが肝要だったということです。24時間以内に会う



ことが良いとわかっているのに会う体制を作ることができない、だからしかたがないというのではなく、どうしたら最高の助けになることができるのか、その責務があるとスタッフたちは考え続けています。

#### (5) 心理的連続性

相談を受けた担当者が、コロナ変わることはありませぬ。相談内容や悩み事を、「情報」として聞き、その問題を解決するというのであれば、情報が正確に伝わりさえれば担当者が変わってもいいのかもしれない。

しかし人を支援するにあたって、または支援を受けるにあたって、一度ではうまく話せなかったり、互いの性格を知ったり、情報紙には書き切れない背景を互いに知っていくこと、そういうこと全部を含めて相談を受け話をじっくり聞いていく。支援のために必要な厳選された情報だけでなく、何色の服が好きで、家族のことをどう思っていて、人生の価値は何だと思っていて、どんな仕事をしたいと思っているのか、趣味は何で、どうしてその車に乗っていたのか。そんな紙には書き切れない皆さんのこと、その思いの背景を、話を聞く人は感じていきます。困りごとがあったその時からずっと、その人とともに生きていく。

そのような時間を過ごして初めて、信頼関係が育まれていく。対話が積み重なったからこそその関係性があるわけです。

#### (6) 不確実なことに寄り添う

困難なことがすぐに解決するようなことは滅多にありません。すぐに解決するなら困難なことではないのだと思います。幻覚がある、じゃあ薬を、治療同意がない、じゃあ入院を、子どもが暴れる、じゃあ警察を、などと一見、即時に良い解決策を提案したように見えますが、実際のところは、薬を飲んだあとも人生が続き、強制入院が終わった後も家族との生活は続き、警察が介入したとしても、その後も家族の関係性は続く。

支援者は強力な解決策を即時に選択しがちですが、それは本当に本人や家族のためになっているでしょうか？支援者だけが解決策に飛びついて、解決策が実行されたらその場からいなくなる。苦悩を話しても、それは病院で話すことではないから、子どもの暴力が続いても、警察を呼ぶしかないから、と言って一緒に悩むことをやめてしまう。

答えを出してその場に留まることをやめてしまう。取り残された人たちはどうなるでしょうか。

支援者だけが勝手に答えを出さない、本人たちが本当に助かった、問題が解消された、その答えを自分たちが見つけるまで、ただただ一緒に悩み、考え、寄り添う、そういうことが大切だというわけです。

#### (7) 対話主義

そしてこうした困難は、すべて対話的に話されていきます。

#### オープンダイアログが目指すところ

オープンダイアログは何のために行われるのでしょうか。症状が治まるためでしょうか？そうではありません。

オープンダイアログは、対話することが困難になり、問題の解消が起これなくなった場に行って、その困難を一緒に悩み寄り添いながら、その場で一緒に対話していく、その試みのことを言います。

あえてオープンダイアログに目的があるのだとしたら、それは対話を続けることです。

困難な場に、訓練を受けた専門職たちが向かって、その場で対話する。その後で何が起これるでしょうか。専門職がいなくなったら、また同じことが起これるだけかもしれません。しかし対話を繰り返していくことで、対話の場で互いのことをより理解するようになる。専門職がいなくなったあとでも、家族たちだけで、または関係者たちだけで対話が続くようになります。

対話が続くことで、問題は解消していくことに向かいます。すぐに解決しないことはたくさんあるわけで、それが人生というものであるわけで、だから対話が続いていったほうがいいというわけです。

オープンダイアログの目的とは、対話が続くことです。

# 今あらためて「依存症」をしろう 人はなぜ依存症になるのか？

～回復のために必要なもの～

2021年3月26日

講師：松本 俊彦さん（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健  
研究所薬物依存研究部 部長 薬物依存症センターセンター長）

## ■ 依存症になる人は意思が弱いのか

中高生たちは6年間、毎年1回、薬乱用防止教育のなかで依存症を学んでいます。そこで依存性薬物がもたらす影響を、「ダメ。ゼツタイ。」という言葉とともに教えられます。薬物の快感を知り、繰り返し摂取し、依存症になるという行動を学習するので、このようにして依存症になることを「正の強化」といいますが、それゆえ、最初の1回目を「ダメ。ゼツタイ。」と言われるわけです。でもこれは本当でしょうか。過去1年以内に覚せい剤をやったことがある人のなかで、依存症に該当するのは約15%といわれています。全員が依存症になっているわけじゃないのです。アルコールでも同じです。昔は、性格に何らかの偏りがある人が依存症になりやすいと指摘されましたが、依存症当事者の性格検査から否定されています。また、意思が弱い人もよく言われました。でも何度も覚せい剤を使つて、捕まつて、刑務所入つて、嫌な思いをしてもやめない。これってとても意思が強くないですか。こういった理由では説明がつかないのです。では、どんな人が依存症になりやすいのでしょうか。

## ■ 「負の強化」を考える

興味深い実験を紹介します。オスミス同数のネズミを32匹用意して、ランダムに2つのグループに分けます。一方にはネズミ1匹ずつ間仕切りのある、コミュニケーションができない檻に入れ、孤立した環境を作ります。またエサや水は決められた時間に決められた量しか与えず、息苦しい自己裁量のきか

ない場所を作ります。もう一方には、檻よりはるかに広い場所で、エサや水はいつでも欲する量を摂取できるようにし、ガラクタで遊べるような楽園にします。巢作りにも適した環境を作り、仲間や、交尾する相手を置きます。この2つのグループに2種類の飲み物を与えます。普通の水と飲みやすく砂糖シロップを混ぜた麻薬のモルヒネ入り水です。57日間観察して、どちらのグループがモルヒネを好むのかという実験です。結果は前者の16匹のネズミのほうが、はるかにたくさんモルヒネ水を吸ったのです。一方、後者のネズミは15匹が普通の水を好みました。このネズミたちにとっては麻薬がもたらす快感よりも仲間とのコミュニケーションやインタラクティブのほうが興味深かったのです。このことは、人間の場合を考えるヒントになる気があります。孤立していて、自分の裁量が利かない息苦しい、不自由な、我慢を強いられるような環境や状況にいる、今現在、居心地が悪い人のほうが依存症になりやすいのではないかとことです。これが正しいのなら、先ほど述べた「正の強化」を「負の強化」に切り替えなければいけません。「負の強化」は、「正の強化」が薬を使うことでめくるめく快感が手に入るというものに対し、薬を使うことによって以前から悩んでいた痛みや苦しみが一時的に軽減する、あるいは消えるというものです。この苦痛の緩和がご褒美となつて、薬物を摂取するという行動を学習する。「負の強化」のほうが「正の強化」より人間に当てはまる気がします。想像してください。どんなにおいしいものでも、楽しいものでも、気持ちい

いことでも、それが毎日当たり前になったら飽きると思いませんか。それなのに、なぜ一部の人がある依存症になり、やめられないのかっていうと、それは「負の強化」であり、苦痛を緩和するためであると考えられます。

たとえば10代のある市販薬の依存症の子は、親にも言えないくらい死にたいという気持ちが薬で和らぎました。薬を使っていれば友達とも普通に付き合えるし、学校でも先生や、家で親から心配されることもない、誰にも心配をかけずに普通の子のように生きることができなのです。また自分に自信のなかった人が、薬を使うことによって勉強や仕事のパフォーマンスが高くなって、他人から褒められる、あるいは容姿に自身のなかった女性が薬によって食欲を抑え、痩せることで人生最高のモテ期を迎える。今まで自分を価値のない人間だと思っていたのが、薬を使うことで認めてもらえて手放せなくなり、やえない過去に戻らないためにも使い続けます。

### ■依存症の最初は他者とのつながり

依存の過程での最初の強化は、必ずしも薬理作用ではないように思います。お酒を考えると、わたしたちはアルコールそのものを好むというより、お酒の席で普段話しづらい先輩や上司と胸襟を開いてコミュニケーションをとることができ、またその関係性が昼間の活動にもプラスに働くのでお酒を好んで飲んでいませんか。つまり、アルコール依存の第一歩は薬理作用ではなく人とのつながり、社会的な強化なのです。子どもたちの依存症も同様に考え

られるでしょう。家庭に居場所がなく学校でもずっといじめられ、家にも学校にもいたくない子たちが夜の街で自分と似たような境遇の子と出会います。そして、初めてありのままの自分を話せる友達を得て、グッと絆が深まり、さらに絆を強固にするために共通の秘密を持つとうとします。そして仲間としての度胸を試すのです。かつて10代の子たちがよく使っていたシンナーがまさにそうです。そして、その仲間のなかで一番生きづらい人、一番しんどい人が残ったシンナーを持ち帰って1人でやるようになります。ほかの人に邪魔されずに1人でその世界に没頭できるほうが楽しくなり、ついには仲間も裏切る。依存症の最初はやはり他者とのつながりが発端です。女性の依存症の方は、結婚後のDVから逃れるためや子どもの将来のため、このつらい環境や関係を耐えるために、お酒や市販薬に依存するようになります。若者が親や、恋人、友達との関係を続けるために依存するのも同様です。それから統合失調症や自閉症スペクトラム障害、発達障害、あるいはPTSDでかつ、依存症を合併している患者さんは社会的機能のレベルが高いのですが、それは精神疾患がもたらす症状をお酒や薬で和らげながら表面き社会に合わせているからなのです。当然ずっと使っていれば命を縮めますし、暴力行為につながったり、いろんな人を裏切ったりして結果、孤立していくのですが、一時的な延命効果もあります。だから単に「やめなさい」と口酸っぱく言っても、解決策にならない可能性があります。

このように理解してみると、依存症の人は、ただ

酒や薬をやめたからハッピー、とは言えないということもわかっていただけかと思えます。依存症の治療でお酒や薬をやめるのはあくまでも最初のきっかけで、問題はやめた後、やめ続けるためのアフターケアが必要だし、あるいはそこで自助グループに参加して、その活動のなかで人の話を聞き、いろんなことに気づきお酒や薬を必要としない生き方を手に入れるというリハビリがとっても長いのです。正直、ただお酒や薬をやめただけでは前よりもつらくなります。それらをやっていたからこそ、生きていられたからです。

### ■生き延びるための習慣化と常習性

行動の依存症には、パチンコ、過食と嘔吐、ゲーム、買い物や窃盗などさまざまありますが、スマホゲームや買い物などはわたしたちの身近にあります。でも、全員が依存症になるわけではありません。今までみてきた通り、単に快感や快樂だけでそうなると思われるのは科学的ではありません。たとえば、ある人はお酒や薬をやめて5年経ったとします。家族との関係も良好になつてきたはずなのに、突然スリップしてまたそれらをはじめてしまうことがあります。昔の嫌なことを思い出すときに、治療を投げ出すといった、ちょっとした苦痛や不幸をわざと自分にかぶせることによって、もつとつらいことから目をそらしたりすることに成功することがある。あえて苦しみを欲するのです。また小さいときに虐待や、思春期に性暴力の被害を受けた女性が、何かの拍子で急にお酒や薬物を再び使用し始めることがあります。

たぶん、お酒や薬をやって周りからギョーギョー怒られていたときは、つらい過去の記憶の蓋が閉じているのです。意識するだけでもつらいことを抑えるために、騒ぎが必要になってくることがあります。苦しみ依存症ともいえる状況です。それから、10代の子どもたちによくみられるリストカットもこうした苦しみに依存するところがみられます。1割の中高校生がリストカットを経験したことがあり、そのうち6割が10回以上経験しているのですが、この頻度を考えると、習慣性や常習性がある、もしかすると依存性があると考えられます。当事者の若者たちに、自傷行為をする気持ちを聞いてみると、「ホッとすると」「気持ちが悪くなる」と答えます。切ったときだけ水面に浮かび上がって、スーッと息継ぎをしている安堵感や解放感でしょうか。実際、リストカットをする人の脳内では脳内麻薬となる物質が分泌されており、彼らは苦痛によって生じる脳内麻薬に依存しているのかもしれない。リストカットをすることで一緒にいたい出来事や記憶も切り離して、なかったことにするのです。また、自分が抱えているトラブルや悩みを親や先生や友達に知られずに済みます。こうすることによって、しんどい今を生き延びることに成功するのです。ただこれは一時的のぎであり、現実が変わりません。だから繰り返していくうちにエスカレートします。根本的な解決が図られないまま、リストカットし続けている子どもは、毎回鎮痛薬だけで紛らわしているようなものです。最初は週1回だったのが、週の後半にもう息切れしてしまい、後半にもう1回切り出す。そして

週3日になり、毎日になり、日に複数回切るようになり、あるいはより深く切る、体の別の箇所を傷つける、異なる道具の異なる痛みを与えるなどしないと効果が得られなくなってくる。しかしそれでも、だんだんとストレスに脆弱になり、前は耐えられたストレスにも切らないと耐えられなくなってくる。切ってもつらいが、切らないとなおつらい。でも人は必ず裏切り、カッターナイフは裏切らない。そのように自傷に依存してきた結果、それにまでも裏切られる事態が起きます。つまり自傷行為の心の痛みに対する鎮痛効果もなくなり、別の方法で自殺未遂にまでつながるのです。アルコールや薬物の依存症も、これと同じようなメカニズムがあることを皆さんに知っておいてほしいのです。本当は傷ついていて、涙を流したい。寂しい、また妬ましい感情も口に出せない。そういうのをぐっと飲みこむにお酒や薬がすごく役に立っているのです。

### ■人に依存できない「困っている人」と向き合う

覚せい剤取締法違反により全国の刑務所に服役している方々への調査では、男女ともに子供時代に虐待、親のアルコール依存、ネグレクトなどで苦労していることがわかりました。ただし、親の虐待が依存症の原因のすべてに通用すると考えるのは誤解です。たとえばパワハラやいじめなどのほかの心理的な苦痛が要因となる場合もあります。個人の責任で悪者とされているけれど、いやいや、彼らも社会の被害者かもしれないなって思います。女性の場合はこれに加えて成人してからの性暴力被害を受けてい

る方たちが約半数、恋人や配偶者からの暴力を受けたことがある方が75%います。

このようなしんどい人のほうがハマりやすいし、ハマったあとは依存症として重症になりやすい。依存症の「困った」人は、問題を抱えて何かに「困っている」人と考えるのが大事な観点となります。彼らは自分からSOSを出しません。わたしたちはちよつとずついろいろなものに依存し、また他人にも依存するなど、依存先を分散させていますが、彼らは化学物質だけでなんとかしようとしてコントロールを失っちゃうのです。彼らの依存症は人に依存できない病といえるでしょう。もし「わたしに依存しなさい」「わたしと共依存になりましょう」という支援者が出てきたとするとどうなるか。彼らは、真つ先に疑います。この支援者も最初だけで、いざとなったら消えるのではないか、本当に頼つて平気なのか、と。そしてわざと試すようにしがみついたり、振り回したり嫌がらせみたいなことをします。案の定、支援者は去っていきます。それで、「ほら、やっぱり去っていくじゃん」という認識を強めるのです。これでは、なかなか支援につながりません。支援につないで、継続した信頼関係を築くためには、1カ所だけでなく、複数の支援機関や支援者に少しずつ依存させるべきでしょう。

### ■これからの支援のあり方

神奈川県立精神医療センターでの調査では、薬物依存症外来の覚せい剤依存症の患者さんのうち3ヵ月後も治療を継続できた方は3割で、7割も脱落し

たことがわかりました。1回でも使ってしまった人は恥ずかしくて、あるいは医者から説教されるのが嫌で、または正直に言うとか警察に通報されるのではないかと恐れて治療から去っていったのです。この7割の方々を支援するには、どのようなプログラムやサービスが必要でしょうか。それは安心して「シャブ」を使いながら通えるプログラムです。薬をやりたいとかやつちやつちとかやめられない、そう言っても誰からも悲しげな顔をされないし、不機嫌にならないし、自分に不利益も起きない安心安全な場所が必要です。わたしは「SMARTP」という依存症集団療法のパログラムで、安心して失敗談を語れることを大事にしています。秘密を語って、その人に不利益が生じないという保証がないと依存症はよくありません。そして失敗したときには、一緒に振り返りをして分析することも重要です。

それから、依存症の当事者が注意すべき4つの状況―「空腹」、「腹立ち」、「さびしい状況」、「疲労」、それぞれの英語の頭文字をとって「HALT」というのですが―で彼ら自身が一度立ち止まり、対処することも大事です。また、わたしは患者さんとあまり議論をしません。薬などをやりたい気持ちとやめたい気持ちで迷いながらも診察室にたどり着いたことを労い、この2つの矛盾する気持ちに共感します。診察室に来ている事実から「やめたいんだよね」というようなオチをつけた対話はしません。依存症の方は言われた逆を行きたくなりますので。

治療では、薬などの使用のデメリットとメリットも話し合います。デメリットは、家族との関係の悪

化や逮捕などありますが、使うことでその人のつらい気持ちや和らいだり、自信が持てたりするメリットも話します。この両面性に共感しながら次に会う約束をして、関係をつないでいくことが大切なのです。なかにはどうしてもやめられない人もいます。それでもわたしは、来てくれたことを評価します。やめられない場合も想定しますが、やめられないことを言いに来ることも今は大事な段階だろうと思うので、受け入れます。注意が必要なのは、患者さんに努力や変化を求めすぎると、ありのままの自分だめであるかのように思われてしまうことです。今の状態を否定せず、慌ててやめるということをするよりお酒であれば今までと同じように飲んでもらいながら、量をきちんと記録につけて一緒にモニタリングをしていくことが求められるでしょう。どのようなときに摂取しすぎしてしまうのか、トリガーに気付いたら評価をして、ときにはその害を減らしていく方向へと戦略を変える柔軟さが必要です。依存の元を断てるに越したことはありませんが、厳格にすることで支援関係が切れることが最悪です。だから、本人とやめるといふ治療目標が合意できなかつたら、量を減らすこと、それにも合意できない場合は、摂取した際の害を最小限にするというやり方もあります。これをハームリダクションといいます。

#### ■ハームリダクションの効果と日本の問題点

ハームリダクションは、ヨーロッパを中心に注目されています。たとえばアルコール依存症者の内臓障害への対処のためイギリスでは、断酒プログラム

に参加しても断酒できなかったホームレス向けの地域サービスとして、無料のお酒のサービスを行っています。お酒を提供する条件として、栄養価の豊かな食事を摂ってもらい、また提供する1杯も少量にすることで、毎日来てもらうようにします。結果栄養が摂れ、内臓障害の程度を抑えられるようになるというやり方です。またお酒をやめない上に量も減らす気がない場合、家族が車の鍵を預かり交通事故を防ぐなど、本人の健康被害と周囲の迷惑を減らすための合意を取っていくこともあります。

こうした考え方は、ヨーロッパでHIVの感染が深刻化したときに行った、注射器の無料交換やヘロインの依存症の方が安心して注射を打てる注射室の設置、看護師の常駐と正しいヘロイン注射の指導、あるいは過度の摂取に対してのヘロイン解毒剤の供与です。使用は合法ではありませんが、発覚しても注意のみで罰せられないといった施策と関係しています。これを非犯罪化といい、この施策によって、HIVの感染が激減しました。さらに、安心して薬を使える環境と看護師やソーシャルワーカーのサポートで、断薬プログラムに参加する人まで現れました。また、依存症でシングルマザーの乳幼児死亡率も下がったのです。ひとり親の女性は、警察に通報されることで子どもと引き離されることを恐れて、子育て相談ができていませんでした。それがソーシャルワーカーなどに相談しているうちに、子どもがさまざまな支援を受けられるようになり死亡率が下がったのです。

国連やWHOは、日本の罰を与えるやり方を批判

しています。日本は先進国のなかで、順法精神を重視していますが、その結果どうでしょう。数年前の脱法ハーブの流行には、日本人の順法精神重視の裏返しがあり、その後の厳罰化によって、かえって覚せい剤使用や合法である市販薬などの乱用へと向かいました。われわれは望ましくない行動に罰ばかり与えます。でも彼らにとっては、アルコールや薬物、ギャンブルなどに代わる新たな報酬が、罰よりも必要なのです。やはり、薬物使用をバッシングするのはなく、彼らが失敗したことを話しても恥ずかしいと思わないような環境が必要です。温かい視線とか皆の声掛けとかは十分報酬になりますね。

支援者や病院が、1カ所だけで抱え込まず、より広く長くつながり、支援すること。断薬率ばかりに注目しないで、より重視すべきは治療からドロップアウトせず、プログラムを受けるあいだに自助グループなどを利用するようになることが求められているのではないのでしょうか。たくさんの人とつながっている人ほど5年後、10年後が良いのです。

### ■どのような支援者が良いのか

もし当事者が、薬をやめたくないけれど逮捕はされたくない、お酒をやめたくないけれど健康を害したくないという風に言ったりします。以前の考えだと本人の理解不足であり、底つき体験で痛い思いをしてもらおうと支援者はします。あるいは、「タフラブ」として厳しい態度に出たりします。しかしハーブミクスチャーの考え方は、この当事者本人の思いは自分を大事にしたい気持ちの表れとして重視し

ます。支援者は彼らが苦しみを抱えながらも少なくとも今日の瞬間まで生きていたという証人になり、コンタクトを繰り返していく。いきなりゴールを目指すのではなく、そのようにしてさまざまな場面で「パス」回しのうまい人が支援者として望まれると思います。その過程で、支援者の話に乗ってみようかなっていう気持ちになったり、断酒を試みてくれたり、栄養を摂るよう努力してくれるのです。またそれに加えて、楽観的で肯定的な支援者であることも治療に大きな影響があります。多様な依存症の治療法よりも、誰が支援するかでめちゃくちゃ治療成績が違うこともわかっています。たしかに支援者の側も苦労が多く、なかなか楽観的になれないかもしれません。であれば、自助グループなどのオープンミーティングやフォーラムになるべく足を運んで回復している方がどんな顔つきで話しているのか、直接見るってということがたぶん支援する側にとってのエネルギーになると思います。

### ■アディクションとコネクション

ネズミの実験の話には続きがあります。檻に閉じ込めたネズミのうち1匹だけを楽園に移し2週間観察します。最初このネズミは、1匹でモルヒネ水を飲んでいましたが、次第にはほかのネズミに交わり、そしてモルヒネ水を飲まなくなりました。これは、依存症からの回復に対して示唆的です。当事者たちが排除されず、コミュニケーションを受け入れられることが回復の鍵になるのではないかとということです。残念なことに、日本の予防啓発には弊害があり、「覚え

い剤やめますか？それとも人間やめますか？」というような強烈的な言葉によって、「人間をやめ」た人が近所に集団で住んでいることへの恐怖が生まれてくるようなこともあります。これはハンセン病に対する人権侵害、新型コロナウイルスの第一波での差別にも通ずるところがあり、予防啓発のあり方も考えるべきです。厳罰政策や社会からの排除によって1回でもやってしまった人は社会にいらなくなる。そして、依存症はますますひどくなって、社会全体の問題も深刻になります。

ヨーロッパでは、アディクションはコネクションを失った状態と考えています。つながりを失った、孤立している人ほど依存症になりやすいということです。依存症はどこの国でもあることで、深刻化するのは貧困、理不尽な暴力、そして差別といった病氣以外の原因があるのです。そうすると依存症は世界全体の問題であり、社会全体の縮図が、ある人へのしかかり、事例化していると考えられるのではないのでしょうか。われわれがしなければいけないのは、説教や嫌味ではなくて、かかわること、コネクションだと思えます。まずは「ああよく来たね」と、そこから始められたらいいなと思っています。

## リレートーク

社会支援ネット・早稲田すばいく 小林 良子

新しく、リレートークを始めることになりました。幹事の小林です。言い出しっぺの私が、トップになりました。所属組織の「社会支援ネット・早稲田すばいく」に関しましては、本誌26号で新入会団体で紹介されました。が、私自身の民間相談機関連絡協議会（以下、民相連）とのお付き合いは長く、1997（平成9）年の民相連活動が始まった直後からです。当時は、国際障害者年も終わり、1993（平成5）年に障害者基本法ができ、1995（平成7）年に精神保健福祉法の改正と続き、てんかんや難病、自閉症等々の旧来の障害者福祉では隅っこにいた問題の当事者が立ち上がり、各障害の団体、それも当事者団体がたくさんできて活発な活動が広がり始めました。その後も社会福祉基礎構造改革などがあり、さらに当事者運動の動きが進み、現在の依存症やその他の団体の動きにつながっています。「当事者運動」として、関係だけでなく、本当にたくさんの団体ができ、より専門的な相談を受けています。

さて、民相連に関わり始めた頃、私は日本てんかん協会のスタッフとしての参加でした。日本てんかん協会ではてんかんのあるご本人とご家族を中心に、医師や福祉、教育などの専門職も一緒に作っている会です。私は知的障害児教育の専門大学卒業後に、日本てんかん協会のスタッフになりました。てんかんは脳の病気であり、赤ちゃんから高齢者まで、障害も重度から全く無い人まで様々です。ここで脳の基本とソーシャルワークの基本を学ばせていただきました。

その後、1998年に夫の転勤でインドネシアに渡り、突然、国際協力の活動を始め、ジャカルタ・ジャパン・ネットワークを現地の福祉に興味のある方々、それも、皆、夫の転勤で滞在している日本人夫人で結成しました。他にも海外に滞在する日本人の問題でもグループを作りました。たった三年の赴任でしたが、この関係でできた人間関係（日本人もインドネシア人も）は今でも続いています。

現場はどこの国でも楽しく、インドネシアはとても楽しかったです。山間の婦人会が行なう幼児健診にもたびたび参加しました。「いつでも、どこでも、なんでも、なん度でも」を合い言葉に、本当に何でも食べました。お米の国なので日本的にはよく合いますし、健診の会場でお母ちゃんたちや子どもたちと一緒に三時をして、エナ〜ック（インドネシア語でおいしいの意）と笑い合いました。

そんなこんなで年月が経ち、現在は罪を犯した障害者、高齢者の問題に関与しています。罪を犯した人の問題にはホームレスの問題もあればアルコールの問題、知的障害や精神障害、高齢者、女性、虐待事件では子どもの問題等々です。在日外国人もいます。バラバラな感じですが、ソーシャルワーク的にはつながっています。罪を犯した人々の問題というのは、日常生活の困難な状況が続き、その結果、犯罪という形で現れてきているのだと考えています。犯罪と表現すると2時間ドラマのようなのですが、乗り捨て自転車を勝手に乗っていた、お酒を万引きしたついでにおつまみも、といった事件が多く、社会的支援が必要な人々がたくさんいます。生活状態や生育歴等を確認して、アセスメントし、必要な支援に繋がります。使えるものは使うという意気込みで、いろいろな方に出会ってきた人間関係を利用しています。普通の地域支援、ソーシャルワークです。

このかわりで感じるのは、未病というか、まだ不安だなあと思っているだけ、すこしだけ困っているようなときに、どのようにかわり、支援をしていくかです。家族機能が弱く、自分からつながる力が弱い人々へどうつながっていくか。それは、みんながおせっかいになる、でしょうか。考えていきたいと思います。

次は中尾好子さん（公益財団法人 東京カリタスの家）です。お楽しみに！

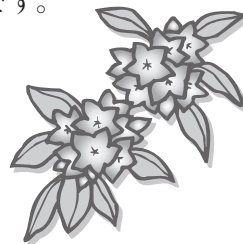
## ■ ホームページ

2020年11月にリニューアルし、スマートフォンでも見やすくなっています。  
QRコードからウェブサイトへアクセスできるようになりました。  
講演会の申し込みもホームページから直接申し込みもできるようになっています。

会員団体からのイベントや講演会のお知らせを掲載するコーナーも設けています。  
ぜひご活用ください。

ホームページでは会員団体のホームページをご覧いただけるようリンクしています。  
民相連のホームページについてもリンクしていただくと幸甚です。

ホームページ <https://minsouren.org>  
メール [info@minsouren.org](mailto:info@minsouren.org)  
QRコード



## ◆ 民間相談機関連絡協議会（みんそうれん）とは ◆

民間相談機関連絡協議会は1997年（平成9年）に設立されました。

地域において相談活動を行う民間の機関・団体は多数存在し、その行う領域は多岐にわたっています。

しかし、近年の社会経済情勢の変動にともない寄せられる相談内容も多様化・高度化しています。各々の相談機関だけでは解決しきれないケースも増えてきており、他の機関・団体との連携した取り組みが必要となっています。

そこで、都内に所在し、相談活動を行っている民間相談機関・団体を中心に相互の連携を深め、ネットワーク化を図ることを目的に活動しています。

## ◆◆◆ 会 員 募 集 ◆◆◆

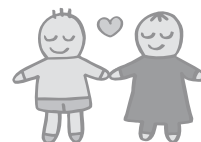
随時、団体及び個人会員の入会を受け付けております。

入会金 1000円 年会費（4月～翌年3月）団体会員 5000円 個人会員 2000円

詳しくはホームページをご覧ください。

ホームページから入会申し込みをすることができます。

お問い合わせはメールでお願いします。



— そうだん — に関するご意見・ご感想などを是非下記宛てにお寄せください。

■民間相談機関連絡協議会■ <https://minsouren.org>

〒162-0823

東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ10階

東京ボランティア・市民活動センター メールボックス 60番

E-mail : [info@minsouren.org](mailto:info@minsouren.org)

FAX : 03-3235-0050