

## 第3部

# 事例検討型シンポジウム及び グループワークによる研修



# 1. 事例検討型シンポジウム及びグループワークによる研修の概要

平成30年度に行った全国4か所のインタビュー調査に加え、新たに令和元年度に行った2か所のインタビュー調査で得た知見を基に、資質の担保されたソーシャルワーカー人材の養成、社会資源の偏在を改善するための地域特性を踏まえたネットワーク構築への手掛かりを展望することを目的に「事例検討型シンポジウム及びグループワークによる研修」（以下「研修」という。）を、マンパワーや社会資源の偏在を課題とする地方の中核都市である仙台市と福岡市で開催した。

## 〔研修日程〕

地域	日程	会場
宮城県	2020/ 1/12 (日)	TKPガーデンシティPREMIUM仙台東口 ホール10B (10階) 仙台市宮城野区榴岡3-4-1 アゼリアヒルズ10F アクセス・JR「仙台駅」東口から徒歩5分、 ・仙台市地下鉄東西線「宮城野通駅」北1出口から徒歩2分
福岡県	2020/ 2/2 (日)	TKPカンファレンスシティ博多 TKPホール (1階) 福岡市博多区博多駅前3-19-5 博多石川ビル1F アクセス・JR「博多駅」徒歩6分、福岡市地下鉄空港線「博多駅」徒歩6分

## 〔プログラム〕

時間		内容
10:00		受付開始
10:25 - 10:30	5分	開講式・オリエンテーション
10:30 - 12:00	90分	講義 「暮らしと依存症 ～みる・みえる・かかわるための基礎知識と技法」 講師：山本由紀
12:00 - 12:30	30分	グループワーク① 総合司会：齊藤健輔（宮城会場）・岡村真紀（福岡会場）
12:30 - 13:30	60分	休憩
13:30 - 15:50	140分	事例検討型シンポジウム 「確かなりカバリー支援と地域特性を生かしたネットワークのために」 座長：山本由紀 シンポジスト：齊藤健輔・佐古恵利子・神田知正・加藤雅江・稗田幸則 回復者から支援者へのメッセージ：宮城県断酒会理事（宮城会場）・AAメンバー（福岡会場）
15:50 - 16:00	10分	休憩
16:00 - 16:55	55分	グループワーク② 司会進行等：池戸悦子
16:55 - 17:00	5分	閉会挨拶等
17:00		終了

# 2. 講義

## 「暮らしと依存症 ～みる・みえる・かかわるための基礎知識と技法」

公益社団法人日本精神保健福祉士協会  
厚生労働省「令和元年度依存症民間団体支援事業」(補助金事業)  
2020/1/12(日)宮城、2/2(日)福岡

### 「暮らしと依存症 ～みる・みえる・かかわるための 基礎知識と技法」



山本由紀  
遠藤嗜癮問題相談室  
上智社会福祉専門学校

#### この講義の目的

～LIFEに棲みつく依存症を見つけ、見立て、かかわり始める

- 見る I 依存症とは・依存症へのソーシャワーク
- 見る II アウトリーチ  
地域に暮らす人たちに棲みつく依存症に気付く
- みえる III アセスメント(個人・家族)
- みえる IV 介入を始める/動機付けから支援する/  
導入は減酒からでも/専門治療をすすめる
- かかわる V 支援を展開する  
専門治療へつなぐ/多問題ケースは  
解決志向で、ネットワークを使って
- かかわる VI 活動する地域の社会資源の特徴を  
つかみ、メソレベルの支援へ



依存症に関連する人の生きづらさ

#### I 依存症とは～脳の報酬系のしくみ

私たちは生きるために報酬を求め

このバランスが壊れる病気



\* 報酬とは、快感や欲求の充足(食べ物、セックス等)、やる気、安定、人に承認されるその他、生きる上で必要な感覚。脳内のエンドルフィンやドーパミンが放出(短時間)されて快感となる報酬系のしくみがある。何に快感が得られるかは個人によって違い、一般的な行為からその人独自に意味のある行為まで依存行為の対象となる。

\* 状況によって、得られた報酬をさらに求め続け、自動化する **習慣化**

\* その習慣が不都合になっても点検・検討されずに続く **悪習慣**

\* 時間とともに欠乏し、快感を回復させようとする行為を切望して、探索行動へ。だんだんささいな刺激でも反射的に報酬をもとめて行為に走る

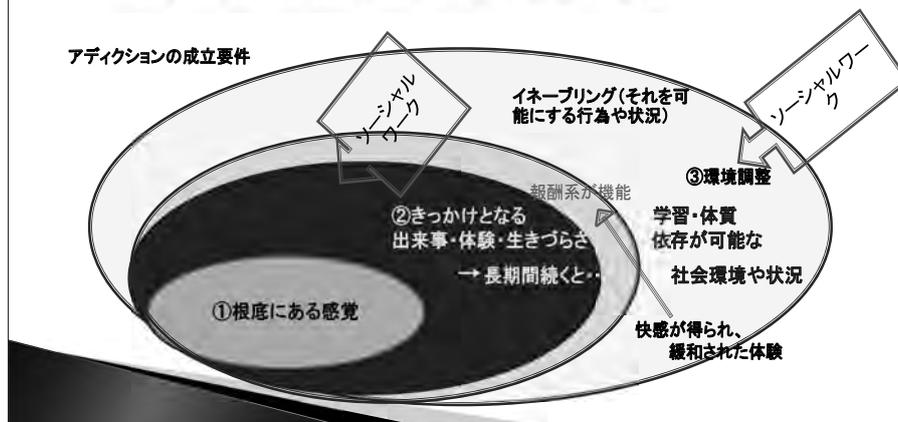
意志ではコントロールできない  
依存症へ

## さらに脳の特徴から

- ①その人にとって快感となるかは遺伝する(\*アルコール)  
 遺伝要因と環境要因があいまって進行  
 遺伝要因がなくてもその人にとって意味があると発展することも。
- ②一度習慣形成されると長く脳に記憶 “自転車のメタファ”
- ③悪習慣でも修正されず、心理的防衛機制(\*否認)を使って進行  
 \* 心理的防衛機制とは葛藤する状況を無意識の中に納めて直視しなくてよい一時的な安全装置。使い続けると心の自由を奪われ、認知のゆがみが起き、その状態で対人関係の問題が起きてくる。

## 依存症の成立要件～

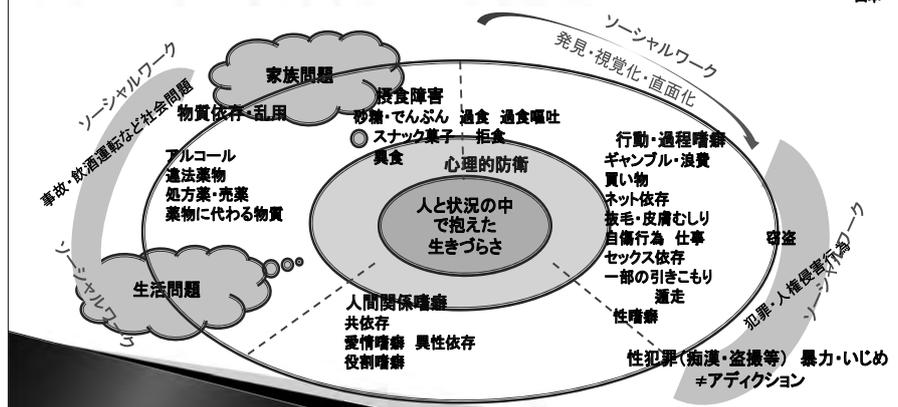
～ソーシャルワーカーはどこに着目するか



## 様々な依存症・アディクション

～人と状況からの構造的理解

\*「対人援助職のためのアディクションアプローチ」  
山本



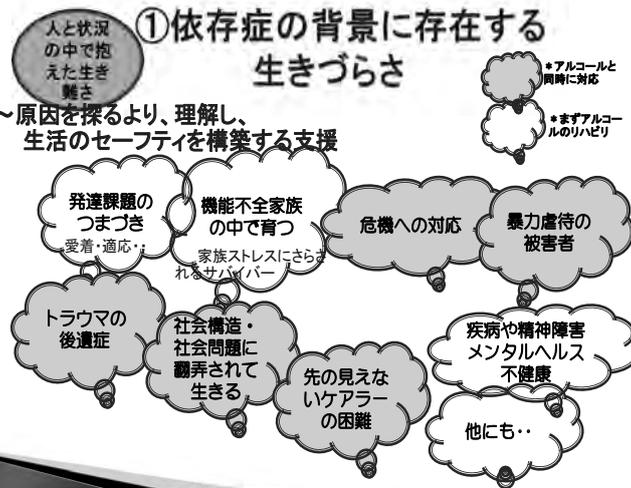
## 依存症の理解とソーシャルワーク

～なぜソーシャルワークが必要か～



### ① 依存症の背景に存在する生きづらさ

～原因を探るより、理解し、生活のセーフティを構築する支援



### ② 依存症によって生じる関連問題

(生活 健康 家族関係 仕事関係 犯罪行為)

- ① 身体を病む・アルコール・薬物・摂食障害は特に顕著
- ② 経済的問題: 借金
- ③ 労働問題: 休職・失職
- ④ 暴力・犯罪: 依存症にまつわる犯罪  
借金問題の解決としての犯罪 欲求充足のための暴力  
家族に発生する暴力  
依存する行為そのものが違法で人権侵害
- ⑤ 事故・自殺
- ⑥ 一般的な生活問題: すべてを依存症で失って・・・  
生活保護・精神保健福祉領域のリハビリテーションユーザーになる。
- ⑦ 家族関係の問題 現在の家族が機能不全状態に  
巻き込まれて育つ子どもの主体性の成長にアンバランス→次世代へ様々な影響

### ③社会からの苦痛～回復を阻むバリア

#### 社会資源のバリア

- \* アディクションを扱う医療機関の少なさ
- \* 中核的なアルコール依存症をベースとした断酒治療
- \* リハビリ施設: 多機能に、多様なアディクトを受け入れている  
安定しない経営や不足するマンパワー

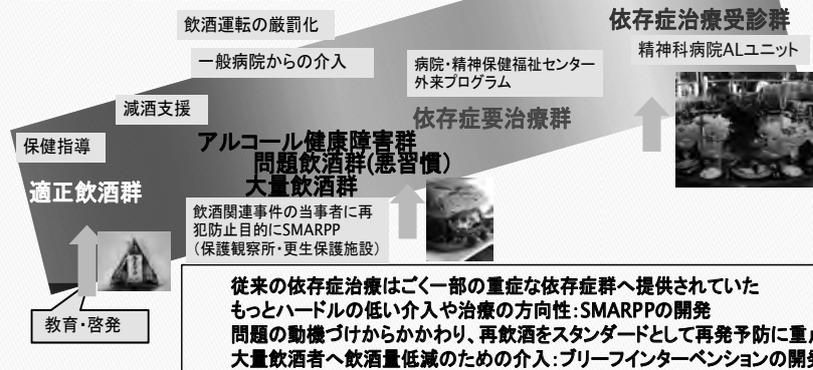
#### 社会資源へのアクセスにおけるバリア

- \* 社会に棲みつく、偏見  
疾患とみられない、精神疾患としては偏見
- \* どこにどのような資源があるかなかなかわからない

#### 社会資源の連携の機能不全

- 協働連携・バトン連携・地域包括ケアシステムと連動できるか
- ワーカー側の苦手感覚  
援助関係の困難感(援助者の技術・援助者自身の課題  
職場環境)

### 地域にはびこるアルコール問題へのアプローチの現状 ～依存症の治療スペクトラム



### 依存症をめぐる現状 ～WHOからのメッセージと日本の現状

#### 日本の依存症をめぐる階層

減酒・簡易介入対象  
問題飲酒・大量飲酒群  
980万～1039万人

● 依存症治療群4万人α

要治療群107万人

#### 依存症をめぐる階層

2013年厚労省研究班 患者調査  
2016年 尾崎米厚論文より

- \* 2010年WHO総会にて「アルコールの有害使用低減のための世界戦略」決議 → 様々なレベルで包括的に対策せよ
- \* 有害使用とは①健康を害する飲酒  
②社会への弊害をもたらす飲酒行為

- \* アルコール健康障害対策基本法 (2013年 日本)
- \* 都道府県で推進計画ができたところ
- \* 日本の現状はほとんど治療につながらっていない

(私見)  
減酒・簡易介入対象群は“軽い人達”だけではない。  
むしろ多問題家族や様々な生きづらさに棲みつき、  
SOSの機能を持つが状況をより困難にしている。

従来の治療群へ医療チームとして、リハビリテーションワーカーとしてかかわるだけでなく、精神保健福祉士はあらゆる場でこの問題を読み解くゲートキーパーの役割

## コミュニティソーシャルワークの視点で、 家族・生活に棲みつく依存症問題を読み解く

- \* 依存症は好きな行為やありふれた行為の繰り返しの先にあり、否認されており見えにくい。
  - \* 家族生活にも支障をきたすが家族の持つ力でなんとかしようといネイプリングされておりわかりにくい。
  - \* 依存症を診断基準(資料1)にとらわれず、「生活の中の悪習慣」という課題としてとらえる。
  - \* 依存症はその人や家族の抱える困難を判別的にしのごうとする行為で、構造的に理解する。
  - \* そのほころびや小さなSOSをキャッチし、ワーカーはまず関係づくり・情報提供や心理教育によって変化や改善を共に考えていく。
- \* 悪習慣が棲みついた生活状況をめぐる家族の理解:本人に対処してきた家族にはパターンができて  
いる。対応してきたことをねぎらった上で対応の形を変えていく提案を。その先に受療介入がある。
- \* 医学モデルだけで考えない:家計相談支援 多重債務相談 健康相談 減酒支援  
子どもや高齢者の問題の背景として 暴力・虐待の問題・犯罪の側面 ..
- \* 多問題を抱える家族では必ずしも依存症を優先したワンイシューにしない。(逆もまたしかり)

## 8050・5010事例に代表される ～アルコール問題やメンタルヘルス課題が棲みつく家族

- ▶ 80父認知症 80母親は息子に頼り気味
- ▶ 50長男 一般就労経験後、双極性障害・アルコール乱用。でも治療中断。過去に短期の医療保護入院歴(異常酩酊にて)あり。
- ▶ 時に酔って家族に暴力がある
- ▶ 40長女知的障害 自立的 B型事業所通所

基幹相談支援センター事例

- ▶ 80母親は受診歴のない気分変性症と認知症の疑いで近隣とトラブルが絶えない。離婚して実家に戻った50長女と同居。長女は若い頃に精神科入院歴があり、通院中。病状不明だが、酔って母親に暴言・暴力があるが母親は家を出る気がない。部屋は服などであふれている。過去数回長女の借金を母親は整理した。ケアマネージャーから虐待の疑いで包括へ連絡。孫は独立し家によりつかない。

地域包括支援センター事例

## 8050・5010事例 ～アディクションやメンタルヘルス課題が棲みつく家族②

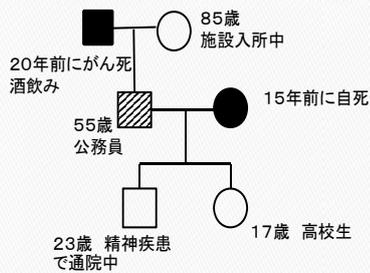
- ▶ 80母親歩行不自由。実家に50長男が離婚後して10息子と住む。長男はパチンコ・借金気味で、仕事は続かず。10息子は統合失調症で通院。生活は母親の年金頼みか。家の中は汚部屋。

生活困窮者自立相談支援事例

- ▶ 50代男性。妻は以前にうつ疾患で自死。その後80代母親に手伝ってもらって子ども二人を育てている。20長男が統合失調症で入院を経て通院中。この頃から男性もうつ疾患で飲酒量も増える。母親が身体機能低下で、施設入所。10長女は高校生だが、家に寄り付かず、部屋からは咳止め錠瓶がいくつも見つかったり

シンポジウム事例

## シンポジウム検討事例



### <応用>

- ▶ 母親が施設入所せずこのまま家で介護状態が進んだ場合
- ▶ 50代男性が失職し、生活に困ようになった場合
- ▶ 10代長女が高校中退して引きこもってしまった場合

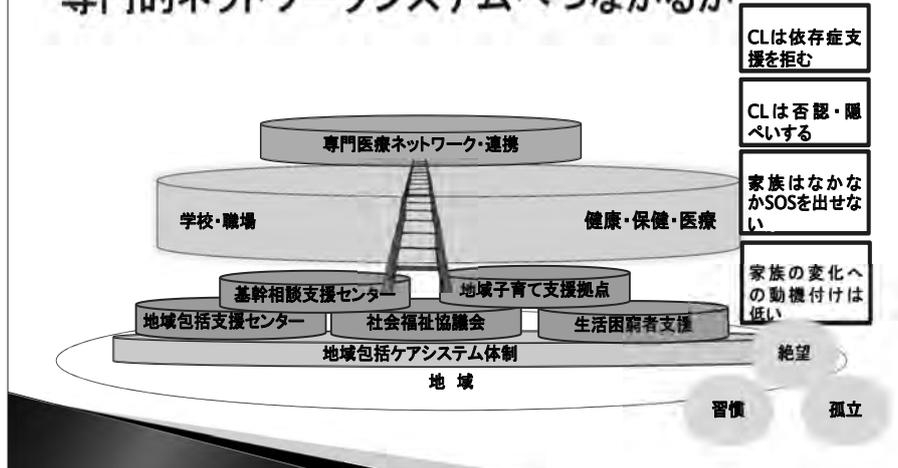
ジェノグラム

応用して考えられる課題

## 事例の時系列的理解



## 専門的ネットワークシステムへつながるか



## Ⅱ 事例へのアウトリーチ～問題の視覚化

- ▶ 家族から発せられたSOSを受け止める。(流さない)
- ▶ その切り口から家族全体の状況を理解する:ワンダウンポジションで
- ▶ 依存症や精神疾患に目を奪われがちだが、それ以外の問題や生きづらさも視野にいれる:時にはそちらの変化から
- ▶ 主たるニーズにアディクションが潜在化している場合、相手と共有
- ▶ ファーストクライアントがいる場合やキーパーソンとなる足を動かす力のある人と関係継続を目指す
- ▶ 支援者側もチームや連携を組み、キーマン等緩やかな役割分担をし、会議を持つネットワークグループによるワーカーの価値の変化を体験する
- ▶ アディクションもその他の問題についてもすぐ着手できて実現可能な提案を病院受診だけでなく、その手前のプロセスを作る  
変わるどころ、変わる人から

## Ⅱ 事例へのアウトリーチ:各機関のPSWの役割 ～どこでも、どこからでも

- ゲートキーパーの役割:おや?という自分の違和感を大切に継続的に関心を持つ
- 心理教育的情報提供者として:心理教育プログラムがない場合は自分で
- 専門治療につなげる介入の“てこ”の役割
- 回復を信じて見守る伴走者～かけがえのない立ち会った人として  
専門治療やリハビリテーションにつながったあとも。
- 回復を信じて見守る伴走者～主たる援助者として  
周囲に資源がない・医療の対象になりにくい依存症・一般精神障害と重複し、ARPIに乗りにくいケースの場合はあなたが主たる援助者に。
- 専門治療機関や専門リハビリテーション機関における依存症専門のリハビリテーションワーカーとして

## Ⅲ アセスメント～依存症について 生活システムへの影響をみる

- 主訴:依存症を主訴にしているのか、別の主訴を訴えているのか
- 行為自身に支障が出ているかどうか。生活への侵食度を見る  
スクリーニングテストの活用
- 依存症に関連した問題は何か・その深刻さ:身体への影響・仕事や学業・生活・対人関係・家族関係の問題があるか
- 本人の依存症への認識
- 本人の健康性:精神疾患や発達障害・知的障害などのベースの上で起きているかどうか。

関連問題を確認することは動機付けに貢献する

## アセスメント～当事者の文脈を立体把握する レジリエンスの視点で

- 本人の生活歴において習慣化するようになってきたストーリーを教えてください  
その人・その家族への関心
- 背景にある生きづらさの部分はなにか(この段階では分からないことも多い)  
生きづらさ＝それに対しアディクションなどでコーピングしている、とみる  
ストレンクスやレジリエンスの視点 自己治療仮説の視点
- 本人の依存症をイネイブリングしている状況は何か
- 暴力加害被害・被虐待・被ハラスメントの側面はあるか
- 違法な行為か～司法との連携・司法サポート・入口支援 } リスクもバランスよく  
アセスメント
- 医療や活用できる社会資源のある依存症か  
でも社会資源を紹介して終わらせない

## アセスメント～家族はどうやって対応しているか

家族間の交互作用を理解し、  
家族全体がコーピングを醸造している現象をとらえる

- 家族システムの視点から家族をとらえる  
関係性の特徴、家族内役割、境界線(家族境界、世代境界、個人境界)  
飲むことを結果的に可能にしているイネイブリングシステム
- 家族集団がこれまでどのように発達し、次世代を作っているか、また、繰り返されている葛藤や課題があるかどうか世代伝播の様子をみる。
- ファーストクライアント(依存症の件でまず最初に動いたクライアント)がいるか→家族全体にかかわるキーパーソンになれるか
- 家族に複合的な問題が起きているか(取り組みの優先順位)
- 家族の健康性やストレンクスとなる、過去に問題が起きた時の乗り越え方に関するエピソードがあるか、対応力を知る
- ケアラーとしての支援の必要性

## IV 介入を始める～AUDITから

簡易介入: 減酒支援～まず減らすことを目標に

- ▶ ALによる内科疾患のある人や大量飲酒により問題が出始めている人に
- ▶ 依存症の病名がまだついていないとき
- ▶ 否認が強いときに
- ▶ 受給者に対し、保健師などと一緒に保健指導の一つとして活用を
- ▶ アルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)とその評価結果(危険な飲酒域～依存症域)に基づく減酒支援 減らす計画につきあう  
「お酒が減らせる練習帳」「減酒につき」アプリ
- ▶ →SBIRTS:スクリーニングテストを実施、問題飲酒者には簡易介入を、依存症の疑いがあれば専門医療につなぎ、自助グループのメンバーにつなぐ技法。
- ▶ アルコール依存症の専門治療機関に減酒支援からお願いできるか相談する (減酒のための薬物治療・「ナルメフェン」)

## 介入を始める～家族介入を支援する

- ▶ まず問題に気づいたファーストクライアント(家族)を専門相談へ。専門相談機関は家族と契約して相談(個別・グループ)する
- ▶ どういう疾患か、どう影響を受けているかを理解し(家族心理教育)、家族システムの変容を目指してもらう
- ▶ 本人がやめることを選びやすい家族環境を積極的に作る(CRAFT)  
:コミュニケーションの質を変える
- ▶ 家族や関係者で本人が直面化できるよう働きかける(ジョンソン式)
- ▶ :愛情を伝えながらも危機を醸して伝え、治療につながることを働きかける

## 支援者が受療介入を始める～動機づけ

- \* 協働関係で一緒に考えていく・やめるための社会資源につながるリンケージ支援 同行支援
- \* 動機付けを高める→動機付け面接
- ▶ 変わりたいという動機づけを高めること
- ▶ 面接は「変化について語る」(チェンジトーク)機会
- ▶ 基本的共感⇔現状と希望の矛盾を拡大
- ▶ 抵抗にからまりながら進む
- ▶ 自己効力感を支援
- \* 意思決定支援を意識:相手は否認という心理的防衛を破れない、決められない人。時には積極的に必要性を述べて理解してもらう

## アウトリーチや介入にあたって活用できる技法群 (資料参照)

- ▶ 動機づけ面接:変化への揺れにつきあい、自己決定の過程に寄り添うSW面接は動機づけに働きかけるもの。そのプロセスを体系的に技法化された理論。
- ▶ 解決志向アプローチ:多問題・複合問題のある家族にまず小さな課題の変化から目指して家族の機能を強化するアプローチ  
その人のコーピング力を見つけて解決をエンパワメントする会話的質問を使う
- ▶ 向社会的アプローチ:援助を拒むクライアントへのアプローチ  
その人の社会的態度を促進し、反社会的態度に挑戦する
- ▶ 家族療法的視点:問題のある当事者ではなく、悩む家族の変化から。
- ▶ オープンダイアログ対話実践:対話することで、外的会話と内的会話を区切らずにオープンで行うプロセスを体験する、問題緩和を目指す実践・システム。問題について変えること・治すことではなく対話を続けて深めることが強調。

クライアント家族との話し合いと  
援助者チーム内の話し合い

## V 支援を展開する～危機場面への介入

\* アディクションや暴力について、見守る段階と本人が問題をみつめられるようにこの役割をする段階がある。

\* 変化や受療を目指すにはクライアントの希望や目標の共有が必要になる～援助者側の理由だけでは変わらない

\* 高齢者・子ども・障害者など家族の中でも弱者の権利擁護の立場でかわる必要があるが。→権利擁護の立場から対決するのではなく、暴力や支障を出している加害者側に権利擁護の気持ち持てるように。  
\* 分離は双方の立場に立つ支援者がセットで対応しないと残された側に負担がかかるか、元に戻る。

## チームインターベンション: 膠着状態にかかわる

- ▶ グループの力動を使う(本人と信頼関係のある関係者)
- ▶ あなたに関心がある これからもよりよく生活してほしいと願う。この苦境を乗り越えてほしい、できると信じている(実存的な関係にある人として)

友愛

- ▶ でも今のあなたは〇〇の問題があるように思う。

具体的例を挙げる

場面禁酒・相談・治療など

事実

- ▶ だから〇〇をして改善してほしい(具体的にできること)

限界と希望

その上で家族との暮らしをどうしていきたいか、ぜひ相談しましょう。

## 治療・相談

<場所>

精神科医療(通院・外来):

精神保健福祉センター・保健所

カウンセリング機関

<治療プログラム>

- ・依存症についての心理教育(家族や関連問題を含む)
- ・入院による断酒のためのリハビリテーションプログラム(ARP)
- ・SMARPP(アルコールや薬物依存症者への外来治療)
- ・自助グループ活動へつなぐ 断酒会 AA 等

## アルコールリハビリテーションプログラム

心理教育  
グループミーティング  
身体管理や精神的面への治療  
再発予防や具体的な対処スキルを重視した認知行動療法  
断酒行動や関連する行動の変化からすすめるSST  
地域の自助グループ参加 自助グループからのメッセージ



パッケージされている

## リハビリテーション:

やめていくには一定のトレーニングが必要/酒以外の問題にも取り組む必要  
(一人ではやめ続けられない。2. 3年は断酒が定着しない)

<専門のリハビリ施設>

病院外来アルコールデイケア:プログラム活動にミーティングを組み込んだ外来医療 復職を目的にしたリワークデイケアもある

マック・ダルク等:当事者スタッフにより運営される施設。その事業の一部は障害者総合支援法事業となっており、多様な依存症の相談や家族相談にも応じるところなど柔軟な活動

NPO法人等による障害者総合支援法事業所:相談支援事業所、就労支援事業所、自立訓練事業所、グループホームなど多機能化して展開

<自助グループ>

AA 断酒会 GA NA OA 等

## 支援を展開する

切れ目のない支援を目指して  
ケアマネジメント視点を使う



- ▶ 地域ベースの支援を行う
- ▶ 様々な対象群に合わせたケアマネジメント:
  - 予防的介入群・危機介入群、ALリハビリ群・生活支援群
  - 就労支援群・地域移行群・家族支援群
- ▶ ケアマネージャー:ただし依存症には施策に基づくCMはない。一部は障害者総合支援法に基づく事業所利用のため障害者のケアマネジメントシステムを使う
- ▶ 連携チームのキーパーソン:病院ワーカーや回復施設の中のキーマン あるいは事例の担当者
- ▶ リンケージ(連結)
- ▶ 人権への配慮 本人不在の相談にしない わかるように説明を

## 連携: ネットワークに必要なもの

- ▶ 連携が生きたものにするためには
  - 1 ゲートキーパーの存在: 情報を流す・情報を蓄積する
  - 2 トパス(論題を蓄えてある“場”) = 生きた情報の交換場所・機会がある  
ネットワークグループがある
  - 3 目標の共有がある: 個人支援・地域のコミュニティワーク・国レベル
  - 4 何らかの協働作業: アクション・資源づくり・ネットワークづくり

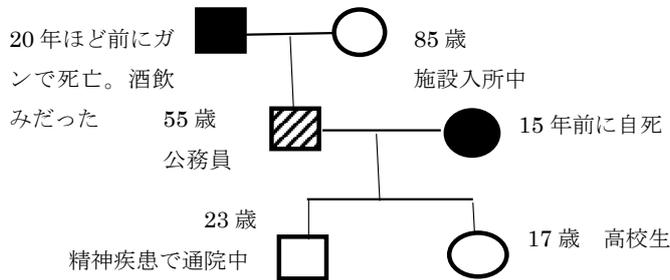
## VI 自身の活動地域・領域の課題を理解する

- ・社会資源や支援システムが十分だったことはない。
- ・社会資源そのものも常に運営課題を抱えている。
- ・依存症専門の社会資源で活動する人も、そうではない場所で活動する人も、ひとりひとりが依存症についてのゲートキーパーになり、それぞれ社会資源や専門職仲間とつながっていることで、依存症治療全体の底上げになる。
- ・地域の特徴をつかみ、メゾレベルの支援へ
- ・地域のコミュニティソーシャルワーカーやその実践機関と緩やかにつながることで、地域包括ケアシステムの一部に依存症介入システムを組み込む

## 参考文献

- ▶ 「対人援助職のためのアディクションアプローチ」  
中央法規 山本由紀編
- ▶ 「動機づけ面接法 基礎・実践編」星和書店 ウイリアム・ミラー ステファン・ロールニツク2007
- ▶ 「動機づけ面接法 実践入門 あらゆる医療現場で応用するために」星和書店 2010
- ▶ 「援助を求めないクライアントへの対応～虐待・DV非行に走る人の心を開く」トロッター著(明石出版)
- ▶ 連携については日本アルコール関連問題学会報告集回復支援施設シンポジウム基調報告(山本 2017年)より

<事例 統合失調症で通院中の子どもと暮らす 50 代男性>



●公務員男性 55歳。大学卒後より入職。28歳で知人の紹介にて結婚。子どもが生まれるが38歳ごろ妻はうつで治療していたが自死。母方の親戚とは折り合いが悪く疎遠になっている。男性の母親（85歳）が同居し、子どもとともに暮らす。長男が中学生頃から不登校・引きこもり気味。高校には進学するが行かなくなる。長男は「祖母の作った食事は毒が入っている」と拒否するようになり、不眠で昼夜逆転した生活で男性に絡んでくるようになる。病院受診させ、統合失調症で3か月ほど入院。その後も通院はしているが、通院以外の日は昼過ぎに起き、家でネットゲームなどをしてこもり気味の生活を続けている。長男の発症後から母親は関節リュウマチなどがひどくなり、施設入所。男性はもともと酒量が多かったが、長男の発症あたりから週末は昼間から、夜も飲んで過ごすようになった。職場健診で肝機能障害を指摘されており、また2年前には糖尿病で短期間だが入院歴がある。半年前には酒気帯び運転が見つかり、免許停止になったこともある。

●うつ・不眠を訴え、心療内科受診。休職。3か月後に復職するが、朝ろれつの回らない状態で休みを伝えて欠勤するため、職場の上司が通院に付き添って状態を伝える。酒は控えるように言われて再び休職。が、1か月もしないうちにクリニックに行かなくなる。職場には「自分は依存症ではない。飲んではいませんが体調が悪いので、休む。元気になったら出勤します」とやはりろれつの回らない口調で連絡してくる。「飲んでないですか?」「絶対に飲んでません」と同僚と押し問答が続き、職場に出られない日が続く。状態が上司や人事に伝達され、男性の進退問題について検討されている。

●家では男性がこの頃朝から酒を飲む日が続いているのを、長男も高校生の長女も怒りと心配で見ている。お金は渡してくれるので、子どもたちは各自適当にコンビニで買って食事している。家の中はモノやごみで荒れている。長男は主治医からデイケアをすすめられたり、地域活動支援センターの情報をケースワーカーに聞いてみるように言われたが、そのままになっている。長女は高校を休みがちで、夕方からアルバイトとライブ・クラブ通いで深夜帰りが続いている。部屋にはブロン錠の空きビンがいくつかころがっていたのを男性は見かけ、叱ったが部屋に入るなどけんかになった。ある時、以前から気にかけていた担任とともにスクールソーシャルワーカーが訪問すると、娘は外出しており、男性が出てきて「娘の様子は気になっている」というが、酒の匂いがした。

<キーワード> 統合失調症 ブロン錠 アルコール依存症 キーパーソンなし 生活問題

# 3. 事例検討型シンポジウム

## 「確かなリカバリー支援と地域特性を生かしたネットワークのために」解説及び資料

### 1) 東北という地域特性のなかで出来ること～東北地方C町と東北地方E地域の取組みを通して～

昨年度インタビュー調査を実施したC町と今年度インタビュー調査をした同じ東北であるE地域をまとめて報告させていただいた。

C町はもともと社会資源が乏しく交通のアクセスも悪い、閉鎖的な社会構造であったが東日本大震災により壊滅的な打撃を受けた地域である。E地域は県単位なので比較する大きさは違うことを前提とするが、高齢社会の先駆でもあり人口減少が著しい地域である。核となる依存症専門医療機関は無く、社会資源と交通のアクセスの問題は共通している。何よりも狭い地域性が問題を開示することの大きな障壁となっている。依存症の問題が抱えきれなくなったときの援助希求として保健所を始めとする行政機関が身近な相談先ではあるが、まず最初の壁として「相談先がわからない」ことがあり、その次に「相談に行く決断」という大きな壁が現れる。さらに当該地域では最後の壁、「隣人に知られたくない」という問題がある。顔の見える社会が相談に行くことを躊躇わせてしまう。

一方で、顔の見える社会はアドバンテージにもなりうる。C町では、フォーマルな資源は少ないが、インフォーマルな資源を活かせる場面も多い。そのためには支援者が地域社会に溶け込んでいき、顔の見える関係を築いていく。それがアウトリーチのしやすさにつながることもある。E地域では、関係機関同士のつながりやすさが、支援ネットワークの形成に有利に働いているように感じる。ここで共通しているのはフェイス・トゥ・フェイスの関係の築きやすさかもしれない。顔の見える関係が支援の基盤となり、個人と地域をつなげる鎖となり得るところが東北地方の強みであろう。

今回の事例へのアプローチにおいては、本人や家族も含めて「人」そのものが社会資源であり、そのつながりをどう活かしていくか説明した。報告者の私見だが、本人を円の中心に置いて関係者が取り囲むようなイメージは間違えると支援システムではなく監視システムに成り下がる。そのためにも依存症者が地域から排除されることを予防し、コミュニティが多様性を受け入れていく風土を醸成することが必要であり、E地域におけるE県依存症関連問題研究会の啓発や予防活動は良質なネットワーク形成に大きく寄与している。このようなコミュニティソーシャルワークの視点が、問題を見やすくし、関わりやすくし、本人のニーズの充足と地域の力を強めることになるであろう。

本人・家族を含めて、関係者も困っている当事者として参加し、問題解決を進めるネットワークの構築。そして、依存症の問題が特別な一部のマイノリティーの問題ではないと地域社会に啓発し、地域社会を育てていくこと。本事例に関して、東北地方の課題と可能性をお示しさせていただいた。

事例検討型シンポジウム  
「確かなリカバリー支援と地域特性を生かしたネットワークのために」

## 東北という地域特性のなかで出来ること ～東北地方C町とE地域の取組みを通して～

医療法人 東北会病院  
リカバリー支援部 相談支援課  
精神保健福祉士 齊藤健輔

### C町の地域性 (東日本大震災の影響も含め)

- 沿岸部の漁業・水産業の町。3世代以上の同居率が高い。平均100坪の広大な持ち家。全世帯の約半分は年収300万円未満。  
⇒東北地方ではむしろ当たり前？
- 平成23年2月 ⇒ 平成30年11月  
人口 17,666 ⇒ 12,999(↓約26%)  
世帯数 5,362 ⇒ 4,573(↓約15%)
- 死者 620人 行方不明者 211人
- 全半壊 約3,000戸 全体の約6割
- JR線の不通(代替としてBRT:高速バス)

### C町の社会資源

医療機関	保健所等
町内に精神科医療機関は無し (アルコール専門医療機関まで片道100Km) 町立病院(総合病院)	県保健所 : アルコール家族教室(月2回) 総合ケアセンター(保健福祉課、子育て支援・地域包括支援、保健福祉、地域活動支援、ボランティアの各センター・社協)
自助グループ	回復支援施設
断酒会(月1回) A A(月2回)	なし

## C町のインタビュー調査で見えてきたもの

- 精神障害やアルコール問題への根強い偏見
- 酒に寛容な社会／文化としての酒
- 保健師の役割が多く、困難な問題はじっくりと関わるのが難しい。
- 待っていては支援は始まらない。「訪問」して生活の場に入っていきることが必要。
- あらゆるものが社会資源。

## E地域の地域性

- 県全体の人口は約107万人。（高齢率↑）
- 4つの地方に分類される。
- 一般世帯の平均人員（2.78人）三世帯同居率（17.8%）共に全国一位。総務省平成27年国勢調査
- 県全体としても飲酒に寛容な文化

## E地域の社会資源

医療機関	保健所等
R1.11.のE県依存症対策連携推進会議※を経て、県は、R2.2選定に向け以下の医療機関に焦点化して内々の調整に動く。「専門医療機関」等の申請受付中。	県精神保健福祉センター： アルコール家族ミーティング※依存症相談会※ 市：市アルコール家族支援事業※ 町：お酒とタバコ予防対策検討会議※ 保健所：精神保健福祉相談の一環として※
自助グループ	回復支援施設
断酒会 A A N A G A、ギャマンなど	D A R C

### E県依存症関連問題研究会

（※には、研究会メンバーが在籍。あるいは立ち上げや運営等々に継続的に関与）

## E県依存症関連問題研究会



官か民か。所属機関の職員である前に専門職者として。

個人への丁寧なかかわりと全体状況である社会変革を合い言葉に!

様々な垣根を越えて、連携と協働。

地域課題や人の暮らしをより良くするために負託された専門職者としての責務を果たすために。

専門医療機関がなくてもつながればここまでやれる!

## E県依存症関連問題研究会のインタビュー調査で見えてきたもの

- 精神科と内科などの一般病院との繋がりが課題。
- 相談窓口の周知。役場に知り合いがいて行きづらい。
- 市民への啓発活動。薬物・ギャンブルは足りない。
- 病院の外来のプログラムで完結している可能性。
- サービスや制度に当てはめることが支援ではない!
- 社会資源が少ないからこそ、地域・機関・職種の壁を越えた連携が機能している。



## 事例へのかかわり① ～ミクロの視点（家族）～

- F C（ファーストクライアント）としての長男へのかかわり。
- 統合失調症の本人であると同時に父親の飲酒問題に悩む家族。
- まずは「訪問」を行うことで、この家族に風穴を開ける。
- 家族全体をアセスメント（母・妻の喪失という傷つき体験）。
- 通院はしているが社会参加が進まない長男へのかかわりを父に依頼。

☆父親へのアプローチとして・・・（SBIRTS）

- 父親の飲酒が気がかりであることを伝え、スクリーニング（AUDIT）を行う。
- 可能であれば、簡易介入を行う。（保健師等に依頼して実施する）
- 専門医療機関や保健所、自助グループへつなげる。



## 事例へのかかわり② ～マクロの視点(地域と社会資源)～

- ・ 祖母－ケアマネ・施設職員・行政の高齢者担当
- ・ 父親－職場・訪問支援スタッフ・専門医療機関に協力要請
- ・ 長女－SC・SSW r・学校関係者
- ・ 長男－Dr・PSW・行政の障害者担当・地域の支援者
- ・ 家族全体－民生委員・保健推進員・区長（町内会長）
  
- ・ 関わりのある人を探す、もしくは掘り起こす！
- ・ “人”こそが社会資源。
- ・ ネットワークセラピー

(参考：ネットワークセラピーネットワーク・セラピー～アルコール依存症からの脱出～斎藤学(1985)彩古書房)

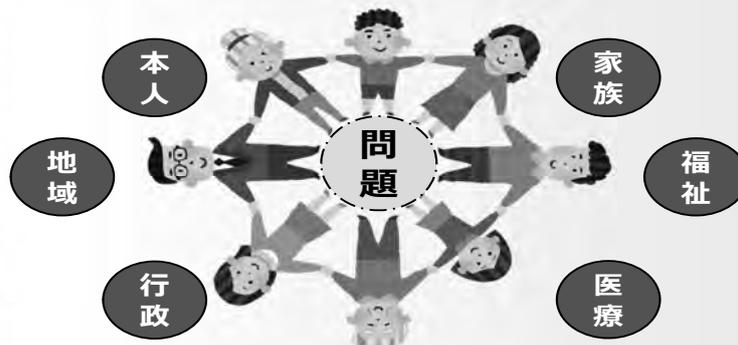


## 事例へのかかわり③ ～メゾの視点(ネットワークグループ)～

- ・ オープンダイアログ的に一堂に会してミーティング。
- ・ ポイントは、多くの人を集めて、本人家族も入る。
- ・ 本人、家族、専門職、地域がそれぞれ「困っている」という当事者性を認識しあうこと。
- ・ キーパーソンはいない。全員が当事者でキーパーソン。
- ・ 本人が最も大きいリソース（資源）であるとする。



## 事例へのかかわり④ ～“みるみるみえた”らこんな感じ～



- ・ 標的は「問題」であって、本人や家族ではない。

## まとめ

- 資源の少ないせまい地域性だからこそ、お互いの顔が“みえる”支援を展開できる。
- 専門機関がなくても日ごろのあたりまえの支援が機能していれば対応できるはず。
- ただし、地域の意識改革は必要。そのための啓発やネットワークの構築はこれからの課題。
- 今日のような機会を大切に。

## 2) 関西地方B地域における地域ネットワークづくり

関西地方B地域でのアルコール依存症治療は、当時入院中だった患者さんの「どうやったら酒をやめられるのか教えてほしい」という声を受けとめていくところから始まり、1966年関西地方B地域断酒会の結成をみる。以来、自助グループと関連問題に関わる医療者及びソーシャルワーカーらのグループのダイナミクスが地域の課題と向き合い、さまざまな機関や団体と連携しながら今日を迎えている。最初の動きは1965年前後に起こった釜ヶ崎暴動を背景とした愛隣地区のなかから「一人の回復者を出そう」というものであった。大阪万国博覧会を契機に全国から転入してきた単身の日雇い労働者たちへのアルコール問題が顕在化したとき、先達のアルコール医療関係者のグループは西成保健所分室での診療を開始し、依存症治療と生活全体の回復を目指した中間施設を創設し、単身者グループが生み出された。同時期に保健所に精神衛生相談員(当時)が配置され、行政と医療と断酒会の緊密な連携によって、回復者が一人また一人と登場するようになる。その地域ネットワークの整備のなかで、地域生活に根ざした専門クリニックが全国に先駆けて展開していくこととなった。生活保護の運用改善(佐藤訴訟)とともに、野宿を余儀なくしてきた人々の居宅が確保されるようになり、さらにグループのダイナミクスは地域医療から回復支援資源の創出へと向かうこととなった。

アルコールケアへの取り組みもみられたが「地域でどう生きたらいいのかわからない」という患者さんの声に対して、福祉の課題にソーシャルワーカーらが中心となって取り組み、こうした地域ネットワークづくりのなかから回復施設が開所されるにいたり、依存問題のある人々への包括的な支援システムを目指してきた。高齢者や女性や若年といった多様な人々のまた多様な依存症の支援ネットワークとの連携が始まってきている。家族支援も、配偶者だけでなく親、そして子どもたちへの支援、虐待防止ネットワークとの連携づくりが課題となっている。関西地方B地域においてもトリートメントギャップ問題は大きく横たわっている。b市区内の地域では「飲酒と健康を考える会」を月1回定例で開催し続けている。保健福祉センター、当事者や専門医療機関と福祉機関、高齢者や障害者相談支援機関の人たちが集い、互いの交流を図るとともに事例検討会や啓発活動に取り組んでいる。またb市においては「つながる場」を設け高齢者、障害者、児童等複合的課題を抱えて人への横断的、包括的な総合相談支援体制づくりを進めている。しかしながら狭いB地域といえどもその地域ネットワークは地域による違いも大きく、一口に地域特性を語ることは難しくなっている。今後への課題として、①依存症とその回復への理解の底上げ、そのための関わる支援者の理解の底上げ、②医療と協働した地域生活モデルの形成、③環境の世代連鎖を防ぐ活動、④自助グループを大切にした関わり、⑤これらを支える社会資源の適切な発展があげられる。

本事例では、家族成員個々への支援が必要である。介入のきっかけのひとつとしては、父の診療所に職場の人が相談に行き、依存症治療につながったあと、休職期間中に回復施設での生活訓練を利用して、回復生活を継続するリズム、自助グループにつながり仲間との関係づくりを促すことで回復を支援することが可能となるのではないかと考える。

事例検討型シンポジウム  
「確かなリカバリー支援と地域特性を生かしたネットワークのために」

## 関西地方B地域における 地域ネットワークづくり

特定非営利活動法人いちこの会  
リカバリハウスいちご  
佐古恵利子(精神保健福祉士)

### ①地域特性

### 関西地方B地域の場合「患者から生活者へ」

依存症支援の契機・ニーズ

人口約882万人  
面積が狭く、都心から概ね40km圏内に人口が集中

鉄道駅から半径1km圏に人口の7割以上が集まっている

多様な都市機能が鉄道・幹線道路等によりネットワークされた都市を形成

日本最大の寄せ場もあり  
その地域では単身生活者が多い

### 問題解決をめざした 地域ネットワークづくり

どう生きたらいいのかわからない!

釜ヶ崎のアルコール問題  
酒をやめたい!

医療・断酒会・行政  
の緊密な連携

・当事者と共に

福祉的支援が加わる【回復施設】

・包括的支援

高齢・女性・虐待防止ネットワークや多機関との連携

・多様な人々

・様々な依存症

行政・医療・福祉が一体のなったグループダイナミクスの中で発展した地域

「依存症治療へ導入」そして「患者」から「生活者」へ

①地域特性

関西地方B地域  
依存症回復支援における社会資源

地域生活支援への転換が図られた

精神保健福祉センターと保健所

- 精神保健福祉センターが2か所
- 保健所・保健センター・保健福祉センターが54か所

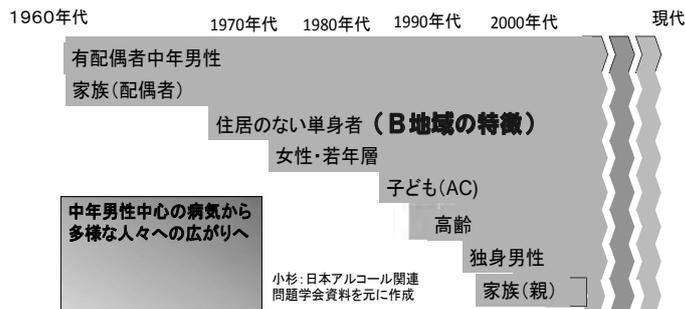
参考資料：1987年と2010年の比較（B地域）

	1987年	2010年
専門病床数	766床（8病院）	450床（6病院）
専門クリニック	1か所	6か所
社会復帰施設	4か所	16か所
断酒会	78支部	98支部
AA	24か所	53か所
アラノン	2か所	6か所
酒害教室	3か所	12か所
地域連絡会	6か所	4か所
単身者グループ	2か所	0
家族教室	8か所	0

関西地方B地域で課題として感じていることは

- 1 子どもへの支援との連携
- 2 依症治療につながるケースが未だ少ない
- 3 依存症と関連問題のネットワークに関わる人々の横つながりを強く
- 4 自助グループを大切にしたい関わり

日本のアルコール関連問題対応の流れ



個々の状況・ニーズ・課題	必要な支援
父：酒量増大化・頻回飲酒・飲酒運転 ・アルコールによる休職・欠勤・職業上の問題 ・親の責任が果たせていない ・自死遺族 ・うつと不眠で受診中	・アルコール依存症治療への導入 ・職場復帰支援 ・親役割—アルコール問題の解決 ・自死遺族支援 ・アルコール依存とうつ不眠との関連整理
母：うつ 自死	
長男：統合失調症受診中 ・日中の過ごし方 ・父のアルコールで困っている ・自死遺族	・統合失調症治療 ・日中活動 ・アルコール家族援助 ・自死遺族支援
長女：ブロン錠乱用・夜遊び・進路問題 ・家事負担 ・父のアルコールで困っている ・自死遺族	・相談（スクールソーシャルワーク） ・家事援助支援 ・アルコール家族援助 ・自死遺族支援
祖母：高齢者施設 ・孫のことを心配している ・息子のアルコール問題	・高齢者支援 ・地域支援（保健福祉センター） ・アルコール家族援助

## 関西地方B地域の場合 父親に着目して、回復施設へつなげる

- ① 職場の上司が心療内科にアルコール問題について相談する
- ② 心療内科は保健福祉センター、アルコール専門医療機関を紹介
- ③ アルコール専門医療機関で初期治療を受け
- ④ 自助グループを知る
- ⑤ 保健福祉センター・専門医療機関・自助グループで回復施設を知る
- ⑥ 回復施設で、生活モデルアプローチを利用する。（生活訓練）  
飲んでいた生活習慣を変えていく、自助グループ、新たな人間関係
- ⑦ 職場復帰、その後の継続したつながりへ

## 回復施設とは

- ① 飲まない、使わない仲間と過ごす場
- ② 医療や自助グループにつながっていく場
- ③ 社会・地域とつながっていく場
- ④ 様々な課題にしらふで向き合っていくための場
- ⑤ 新たな生活スタイルをつくりだす場
- ⑥ 新たな人生の発見

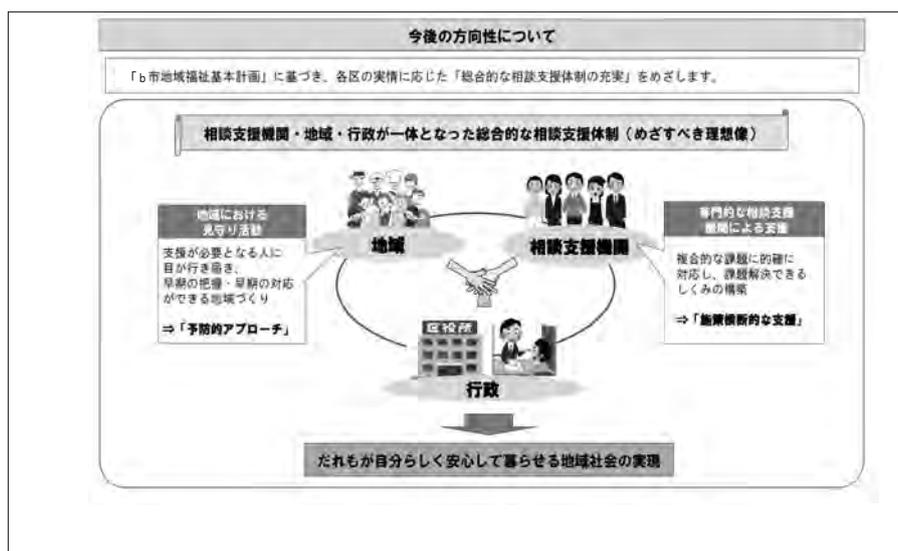


## 「つながる場」の開催：総合的な相談支援体制始動

- ・ b市においては、高齢者、障がい者、児童といった各福祉分野や生活困窮者に対する施策の充実を図っていますが、少子高齢化、単身世帯の増加、地縁・血縁の希薄化などが進み、福祉課題が一層複雑化・多様化・深刻化するなか、複合的な課題に対し既存のしくみだけでは解決できない問題が生じています。こうした複合的な課題を抱えた人を支援するためには、施策分野を横断的かつ包括的に相談・支援を行う、相談支援体制の充実が求められており、これらの課題解決に向け「総合的な相談支援体制の充実」事業を実施してきている。

本人・家族・関係者・支援者が一堂に会して、チームケアをすすめる。

- ・ 家族成員個々の状況・ニーズ・課題にも着目して家族全体の相談支援への対応を検討する
- ・ 利用者の状態像の変化により個別支援計画を変更する際に開く



### 3) 関東地方A地域における支援 事例を通じて私の暮らす地域でできる支援について考える

昨年度に実施した関東地方A地域のインタビュー調査報告と事例に対する関わりについて報告を行った。

まず、A地域の報告では人口が多く社会資源が豊富な地域での有機的な地域ネットワークのあり方や大都市特有の課題について提示した。A地域の精神保健福祉センターのプログラムは大変充実しており、外部スタッフとして回復者スタッフや連携機関の専門職が従事し、本人向けプログラムを実施すると同時に、多様な支援機関から講師として招致し、家族教室も開催されている。また、このようなグループによる支援と同様に個別支援の体制も整えられている。このような他機関連携によるプログラム運営により、対象者により多くの「依存症からの回復者」との出会いと回復のための選択肢を提供することができている。さらに、このような他機関連携の基盤として共通のプログラムがあり、プログラムを通して支援観の共有が図られていることが、より有機的な地域ネットワークの構築を支えていると考えられる。

一方で、大都市の支援機関では、アウトリーチが現実的に難しい場合が多く、援助希求を前提とした支援体制となっている。そのため、より多くの支援機関が依存症関連問題を抱える本人や家族を発見し、かかわり、つなげることが必要となる。

今回の事例へのアプローチについて、精神科病院で働くソーシャルワーカーという立場から関わりの一例を示した。目の前のクライアントに対して、どのようなことを意識して関わっているのかを具体的に示し、依存症関連問題支援が決して特別なものではなく、少しでも身近なものとして感じてもらえるよう意識した。

# 関東地方 A 地域 における支援

事例を通じて  
私の暮らす地域でできる支援について考える

公益財団法人 井之頭病院 連携相談センター 神田知正

## 関東地方 A 地域の 依存症回復支援における社会資源

医療機関

(精神科)

- 都道府県内に112精神科病院があるうち、67病院が多摩エリア
- うち依存症治療を実施している機関は7つ

多摩総合精神保健福祉

センター

- 都道府県内に3箇所の精神保健福祉センター(23区内に2か所)
- 管轄地域に7つの保健所
- 「依存症専門相談」(週1回)を実施
- 個別相談、本人グループ(TAMARPP)、家族教室など

## 関東地方 A 地域の 依存症回復支援における社会資源

回復支援施設

- マックやダルクなどの回復者スタッフを中心に運営される回復支援施設が2施設、専門職中心の支援施設2施設

- 都道府県内に17施設

自助グループ

- AA・NA・GA等のミーティング、断酒会例会はほぼ毎日地域のどこかで開催

- アラノン、ナラノン、ギャマノンやファミリーズアノニマスなどの家族のためのミーティングも週数回以上地域のどこかで開催

## 事例を通じて どのような介入ができるか考える

### 家族（身近な人）への関わりから

精神科通院中の長男に対する介入

☆出会の可能性☆

①主治医からの求めがあり面接、または診察に同席

②長男からの相談希望

③浮かぬ顔をしながら歩いているところを声掛け(入院中に担当をしていたなどのつながりがあれば...)

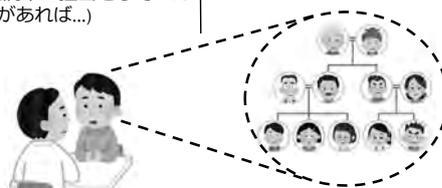
どんなことを意識して関わるか・・・

①緊急性

②継続性と連続性

③ストレングス

④目の前にいるクライアントを通じて世帯やつながりを想像する。



### 支援のイメージ

- 今すぐに介入をしないとクライアントの身に危険が生じるかどうか。
- オープンエンドにせず継続した面接を設定していく。
- やってみてどうだったかを共有するためにも継続した関わりをしていく。
- できていることに着目しつつ、今できることは何かを一緒に考える。
- 長男を使って父へ介入するというのではなく、あくまでも**長男への支援が結果的に世帯への介入につながるという視点**が大切。
- 継続した関わりを通じて、必要な地域資源とのつながりを作っていく視点。



皆さんもやっていませんか？



## 支援のイメージ

- なんでこの場に登場したのだろうか・・・クライアントにとっての目的
- 「なんとかしてほしい」を支援するのではなく「どうしたいか」を支援する
- 自己決定支援：自身が置かれている状況をどのように捉えて対応していくのか
- 動機付けと勇気づけ(自分の力で対処できるようサポートする)を。



これって特別なことですか？



## 継続した関わりを通じて どのようなつながりが作れるか・・・

社会資源	ねらい
①訪問看護	→ 自宅での様子を垣間見るきっかけになる。
②基幹相談支援センター	→ 地域という立場で長男の支援に加えて世帯への介入も期待できる。
③デイケア・就労継続支援B型など	→ 長男の自立支援に加え、家族と適度な距離感をつかむきっかけになる。
④グループホームや単身生活 等々	→ 長男が家を出たいということになれば・・・、それをきっかけに家族・関係者を交えた話し合いの場がもてるかもしれない。 →父との出会いのチャンスかも



- ・資源につなげることは目的ではなく結果論。
- ・まずはワーカー自身が社会資源という認識を。
- ・支援者からつなげるよりもつなごうとする本人をサポートする形が理想。
- ・連携はお互いを尊重するところから



## お伝えしたいこと

- 目の前のクライアントに対して真摯に向き合うことが結果としてお酒が止められずに苦しんでいる当事者や世帯のエンパワメントにつながる可能性がある。  
→クライアントの後ろに見える世帯も意識して関わっていく  
長男が家族の中でどのような役割を担っているのかなど...家族システム論
- クライアントが安心して相談できたり、話せる環境づくり、関係性づくり  
→支援者自身がどのような「眼差し(視点)」でクライアント(世帯)と向き合っているのか。どのように協働できるか...表情などの非言語的な関わりも含めて



ワーカー自身が社会資源であるために  
依存症(支援も含めて)について、  
一緒に研鑽を積み重ねていきましょう。



## 都市部での地域ネットワークの課題

- 本人または家族（身近な人）からの相談がなければ、どれだけ多くのニーズを抱えていようとも支援は始まらない
- 多様な機関で、多様な支援者が支援の必要性に気づき、関わり、繋がる事で本人と家族が新しい生き方を選択することができるように

支援者として、ニーズを察知する嗅覚が大切  
支援者同士がクライアント(世帯)に対する眼差し(視点)を共有できるような働きかけもニーズを察知したワーカーの仕事

#### 4) 総合病院のPSWにできること

昨年度の中部地方D地域のインタビュー調査を踏まえ、総合病院のなかで依存症関連問題にかかわるときにどのような視点が必要であるか、どのようなアセスメントをすることによって今まで見えなかった課題が見えるようになるのかを検討した。そのことは支援の対象が、目の前にいるクライアントや表面的に見えている現象にとどまらず、クライアントの生活や家族、環境に対して働きかけるソーシャルワークそのものであることの確認となった。

私たち総合病院のソーシャルワーカーは、患者にとって最初の支援者になることが多い。これまで課題を抱えながらも、相談する場や人にアクセスすることができず、あるいは社会資源や情報を手に入れることができないでいた人たちの課題にはじめて触れ、整理せざるを得ない。そのような人たちが、支援者というものに対して陰性感情を抱かずに、その後の支援をスムーズに行うためにも、私たち急性期医療にかかわるものの役割は大きい。

そもそも、「疾病を未然に防ぐこと」や、「疾病の治癒」「重症化を防ぐこと」のために医療を提供する場である医療機関に、なぜ福祉的な視点を持つソーシャルワーカーが存在するのか。患者・家族を地域で生活する人として捉え、その地域での生活と医療の現場をつなぐこと、医療のなかに地域を取り込むこと、地域のなかに医療機関での実践を返すこと、その「つなぎ」をすることがソーシャルワークであり、私たちが果たすべき役割であると考え。つまり、医療の場で効果的な治療が行われ、病状の安定が図られたとしても、それが在宅での安定につながらなければ提供した医療の意味がないと考える。その際、医療機関で行った治療や看護、援助が地域の支援体制のなかで活かして行けるよう、連携をとることが重要となってくる。この連携の要になるのが患者・家族との関係構築である。この関係構築が不十分なまま連携を支援の目標にすべきではないと思う。

地域のなかで最も小さな単位である「家族」の姿は支援する側には、時として表面的に、部分的にしか見ることができず、課題をアセスメントしようと試みることがとても難しい。ことに依存症の課題を抱える家族のなかの課題は外で語られることは避けられ、家族のなかで解決すべきことと当事者からは捉えられてきたように思う。課題を感じながらも支援すら求めている家族に対し、支援者として「家族を支える」ために私たちはなにをすべきかと考える。豊かな想像力・創造力と知識、何より、何が課題で、自分が何をすべきかというアセスメント能力、そして支援を継続していく覚悟が必要になる。

点と点をつないで線にするのが精神保健福祉士の仕事だと心から思う。

事例検討型シンポジウム  
「確かなりカバリー支援と地域特性を生かしたなネットワークのために」

## 総合病院のPSWにできること

杏林大学医学部附属病院 患者支援センター  
加藤 雅江

### 中部地方D地域の地域特性

- ・ 縦に広く広大な山岳地帯
- ・ 依存症治療には核となる病院が数か所、総合病院が頑張っている
- ・ 地元の病院への入院を嫌がるので離れた所へ入院
- ・ 病院へは1～2時間かかる
- ・ 外来プログラムも実施されている

### 依存症回復支援にかかわる地域の社会資源

▶ ダルク1つ  
(県外からも利用者)

▶ マックなし

リハビリテーション施設

SMARPPのD地域版実施  
家族へはCRAFT実施  
ギャンブル依存症家族講座

精神保健福祉センター

▶ AA 断酒会

▶ GA NA アラノン

▶ SA KA

自助グループ

ARPPS(拡大方向へ)  
個人ケースの介入支援

市保健所健康課・保健センター

### 中部地方D地域のインタビューから見てきたこと



- 精神保健福祉センター プログラム(CRAFT・ARPSS)重視の傾向
- 総合病院の積極的な院内連携(総合内科)及び近隣大学病院との連携による初期介入によるARPへのつなぎ
- 危機介入して病院につなげる機能自体は市町村の保健師。市のPHNは依存症に取り組む土壌がある。
- エリアが分かれている地域性ゆえ、県が事例を扱うのは難しく必然的に地域の保健師が最前線を担う。
- 回復支援施設がない。病院も回復支援施設も県外を利用している。

### 事例を通して考える「かかわる」きっかけを探す

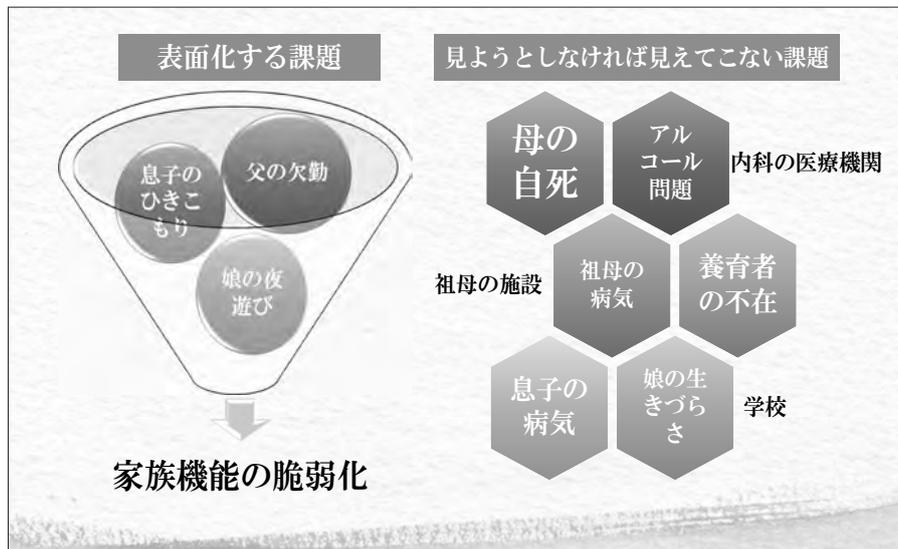
- 妻の自死 長男8歳 長女2歳
- 長男の不登校 精神科入院
- 祖母の施設入所 長男:高校生 長女:小学生?
- 本人のうつ・不眠の訴え  
→継続受診をどう支え真の課題にどうアプローチするか
- 本人の体調不良の訴え  
→就労支援・経済問題
- 現在の家族の課題 → 児童虐待 ネグレクト

それぞれの時点での  
家族の課題へのアプローチ

### 事例を通して考える「かかわる」きっかけを探す

- 妻の自死 長男8歳 長女2歳
- 長男の不登校 精神科入院
- 祖母の施設入所 長男:高校生 長女:小学生?
- 本人のうつ・不眠の訴え  
→継続受診をどう支え真の課題にどうアプローチするか
- 本人の体調不良の訴え  
→身体科から見えてくること就労支援・経済問題
- 現在の家族の課題 → 児童虐待 ネグレクト

それぞれの時点での  
身体科としてのアプローチ



### 家族のリスクを評価する

- 父親のアルコール問題  
アルコールが引き起こすうつ状態、自殺のリスク、社会的な課題
- 息子の精神疾患  
受診継続の困難さ、生活基盤の形成、対人関係の問題
- 娘の抱える問題  
生き辛さとしての問題行動、様々な連鎖を引き起こさないために
- 家族機能の脆弱化  
閉ざされた「家」の状態

### 事例を通して考える「きっかけ」を生かすために

- 妻の自死 → 自死遺族／ひとり親／養育支援
- 長男の不登校 → 不登校の背景の理解
- 祖母の施設入所 長男:高校生 長女:小学生？
- 本人のうつ・不眠の訴え  
→ 継続受診をどう支え真の課題にどうアプローチするか
- 本人の体調不良の訴え  
→ 身体科から見えてくること就労支援・経済問題
- 現在の家族の課題 → 児童虐待 ネグレクト

事例を通して考える 「つながることができた」、なにをするか

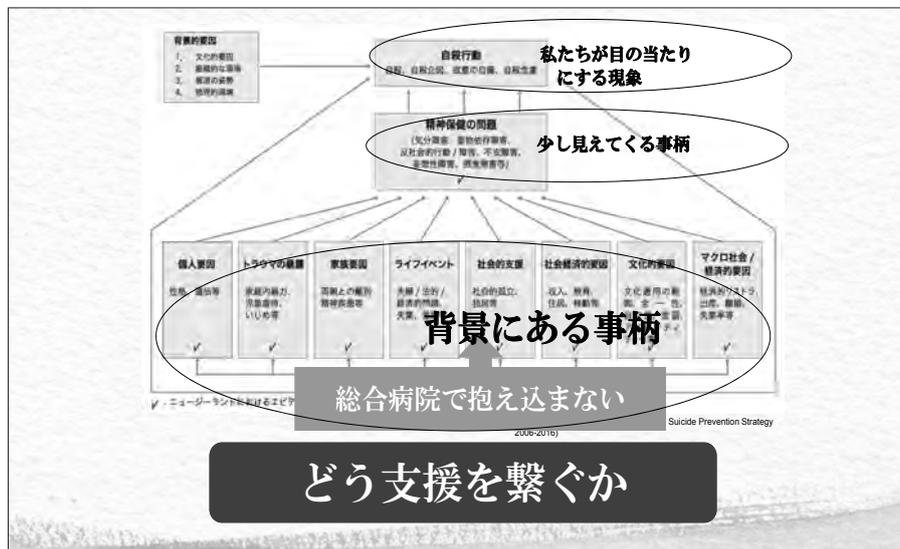
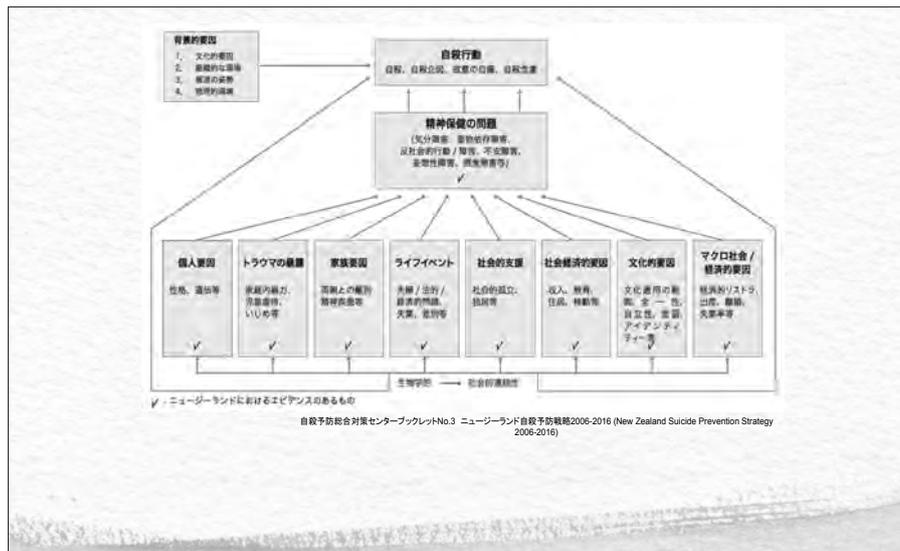
- 事例の見立て・ラベルをどう貼るか

養育支援・子ども虐待・就労支援・受診支援

- 使える資源を生かす

ひとり親支援・障害年金・精神保健福祉手帳・未成年後見

- 見立てを生かし資源を活用してソーシャルワークを展開する



総合病院のPSWにとって必要な知識

- 依存症の仕組み
- 家族への影響
- 地域の資源
- 特別なソーシャルワークでないスキル
- 回復のプロセス

総合病院のPSWにとって必要な視点

- 「支援の対象者はだれか」
- PSWとしての「かかわる覚悟」
- 「かかわる理由」を見つける
- 事例を「寄って」見て、「離れて」見て
- 「連携」に逃げない

みる・みる・見えてきた  
課題

**孤軍奮闘にならないように仲間を作る**  
**知識を持ち自分の役割を理解する**  
**見ないふり・気が付かないふりはしない**  
**できない理由・かかわらない理由を**  
**探さない**

**総合病院の強みを生かす**

## 5) 九州地方F地域におけるネットワークの現状と実践 ～飲酒運転事故がもたらしたネットワークの形成～

九州地方F地域では2006年に起こった飲酒運転により3人の児童が死亡するという悲惨な事故をきっかけに、2012年に全国で初めてF県飲酒運転撲滅の運動推進に関する条例を制定し、この条例をもとに2017年にはF県アルコール健康障がい対策推進計画を制定している。

条例では1回の飲酒運転検挙者に対して保健所、指定医療機関でのアルコール指導。5年以内に2回以上の検挙者には、受診を義務付けている。

この条例から、行政機関、医療機関、自助グループとのネットワークが形成され、依存症回復のための啓発活動や関連機関による協議の場が増えている。

F県は全国でも有数の依存症対策ネットワークが形成されており、先進的な取り組みについて伝えるとともに、一方では、事故から時間の経過とともに、事故から学んだ教訓の風化、市民レベルでの意識の希薄化などの継承性の問題も抱えている。参加者の地域における依存症のネットワークを活用し、支援の拡大を図りながら、支援者に対しての情報提供や協議の場が増えることが大切である。また、この研修で学んだ参加者、地域のさまざまな領域における支援機関のソーシャルワーカーが、依存症関連問題をみる、みえる、かかわることができるように支援してもらえることを期待したい。

事例検討型シンポジウム  
「確かなリカバー支援と地域特性を生かしたネットワークのために」

## 九州地方F地域におけるネットワークの現状と実践 ～飲酒運転事故がもたらしたネットワークの形成～

医療法人志仁会 西脇病院  
診療支援部 医療福祉相談課  
精神保健福祉士 稗田幸則

### f市の地域特性

- ・九州北部に位置し九州の中心都市（人口153万）
- ・F県には2つの政令指定都市がある。
- ・国内外の交通の結節点。公共交通機関充実。
- ・都市と豊かな自然環境が共存。
- ・医療機関が充実しており県内病院数は全国第4位。
- ・教育機関も充実。

### 依存症の社会資源

F県

f市



県内14ヶ所が専門医療機関として指定

専門病院 2ヶ所

マック、ダルクの回復者支援施設がある。

f市精神保健福祉センター  
保健福祉センター 7ヶ所

障害者基幹相談支援センター

断酒会（S39～）AA（S61～）

地域包括支援センター  
相談支援事業所、児童相談所、警察との  
連携、協議。

## 依存症回復支援の契機

平成13年 道路交通法改正。危険運転致死傷罪。

平成18年 f市の橋での飲酒運転  
による事故。3人の児童が死亡。

平成24年 F県飲酒運転撲滅の運動推進に関する条例。

平成29年 F県アルコール健康障がい対策推進計画。  
推進計画は条例を基に作成。

## F県飲酒運転撲滅運動の推進に関する条例

### 飲酒運転検挙者への罰則

●1回の飲酒運転の検挙者  
県から通知。  
保健所、指定医療機関での  
アルコール指導。

### 県民に飲酒運転を発見時の通報義務。

### 飲酒運転撲滅宣言企業を募集

●5年内で2回以上の検挙者  
県から通知。  
受診し、アルコール依存症かどうか  
の診断。診断されれば治療。  
そうでなければ県の飲酒指導の  
研修会や啓発活動への参加。

## 依存症回復支援に関わる支援

### 飲酒運転撲滅活動アドバイザー

- G病院14名登録。
- 年間20件以上、学校、企業で講演。

### 行政職員、高校生対象に「はるくんプロジェクト」

- 毎年8月25日飲酒運転撲滅大会。

## G病院での取り組み

入院	平成2年から専門治療 ミーティング	STEM リワークの会 (ハローワークとの連携)
	SST、心理劇 自助グループメッセージ (週1回)	
	退院者が自助グループの主要メンバー。自助グループとの連携とりやすい。	行政機関 講演活動でのつながり 障害福祉領域でのつながり

## 事例へのかかわり 1

### 支援者の気づき (かかわりのきっかけ)

- ・ 長男の通院機関 (PSW)
- ・ 長女の高校 (SSW、担任)
- ・ 本人の職場 (上司、保健師)

### 本人、長男、長女の課題に応じたアプローチ。

- ・ 豊富な社会資源。
- ・ それぞれの支援者のかかわりの中で、どこに相談、どこにつないでいくか。
- ・ それぞれのニーズと自己決定を尊重。

### 事例の特性から本人、長男、長女が抱える課題

- ・ キーパーソンがない。それぞれが課題を抱えた家族。
- ・ 本人・うつ病、アルコール問題、職場での問題。
- ・ 長男・統合失調症、引きこもり、社会参加が進まない。
- ・ 長女・高校よりもアルバイト優先。生活問題。市販薬への依存。
- ・ それぞれにアセスメントを行い、それぞれの支援の方向性を見出す。

## 事例への関わり 2 (地域特性を生かす)

本人	長男	長女
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 公務員で飲酒問題に対する職場の意識は高い。職場からの受診指導。</li> <li>・ 依存症とうつ病が重複。リワーク支援の視点も必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人の社会参加のための支援。地域活動支援センター等への通所。</li> <li>・ 支援のネットワークを拡大。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高校のSSW、担任が精神保健福祉センターへの相談。</li> <li>・ 支援のネットワークを拡大。</li> </ul>

## まとめ

### 地域で形成されたネットワークを最大限活用。

- f市のように恵まれた社会資源とネットワーク、それぞれの地域に形成されたネットワークを最大限活用し、支援の拡大につなげることが必要。
- そのためには多くの支援者に情報の提供と、協議の場を。

### 依存症の支援に関わる時、回復の可能性を信じられること。

- 回復のプロセスを知る。具体的には自助グループに参加、体験談を聞く。

## 6) 事例提供者から

本事例はデザイン化された架空の事例であるものの、実践事例を凝縮したものであり、多くの皆様に思い当たることがあるように編集した。男性自身には関連問題である飲酒運転の問題からも、職場の勤怠問題からも、内科疾患の問題からも直接介入が可能でもある。また、男性のアルコール問題について一緒に病院へ行こうと事態を動かすキーパーソン役を、統合失調症の長男のような立場が務めることもある。また、長女の問題行動に気づいてスクールソーシャルワーカーが父親とかかわるうちに視覚化され、まず関心をもたれることから緩やかな介入が始まる例もある。どこからでもこの問題にソーシャルワーカーはかかわれる。

このように考えると、精神科外来における精神保健福祉士のかかわる第一義は通院患者の相談であるが、時にコミュニティに暮らす家族全体に視線を向けてかかわることも重要であることが見えてくる。精神科外来だけでなく、精神保健福祉士はどこにいても、主たるニーズに取り組むだけでなく、複眼的な視点を持つ必要がある。

シンポジストにはスクールソーシャルワーカーや母親が入所しているような高齢者の介護施設の相談員の立場はいなかったが、関係者はまだまだおり、そのネットワーク化は見えてこない。事例に終わらず地域の課題に目を向けるコミュニティソーシャルワークの姿勢が求められる。

## 7) シンポジウム総括

シンポジウムは、複合的な問題を抱えた家族が膠着状態にあり、展開できずにいる家族事例をタイムラインやジェノグラムを示して第1軸として理解すること、課題の違う各地域にて、どのように対応されるのか、という第2軸をクロスさせ、各シンポジストに報告をいただいた。もとはふつうの核家族であったろう家族に起きた家族員の死という出来事に対応するステージプロセスから、家族がそれぞれに頑張りを続けた果てに棲みついたような精神疾患や依存症、そしてステージの変化による家族機能の低下からくる生活困難や学業困難という複数のニーズ。これらの状況について、地域で多機能型生活支援を实践する事業所の立場、精神保健福祉行政の立場、精神科医療、一般医療の立場などそれぞれの立ち位置を第3軸としてクロスさせ、各シンポジストからコミュニティの課題と社会資源の特性をインタビューから分析し、それを前提に報告された。昨年度調査した地域に今年度インタビューした2か所を加えた地域に及び、報告時間がかなり厳しくなってしまったが、フロアからの発言もあわせて、どこにいてもどのような立場からでも誰かが何かできる、という可能性が感じられたシンポジウムだった。

今年度インタビューしたE地域における報告では、一人のキーマンから端を発した依存症に関する研究会活動が地域を刺激していくコミュニティワークのプロセスが見られた。またF地域における報告を通して、過去の悲惨な飲酒事故から生まれた飲酒運転撲滅を進める施策を日本で先駆けて策定し、それに基づき行政と専門病院など関係団体やスタッフが連携してソーシャルアクションを行っている実情を知った。

シンポジストたちに共通していたのは依存症を切り口にして見える多問題家族を理解する視点であり、ひとつ心に残ったことばとしてシンポジストが語った“見る見える”家族の問題を「流さない」という覚悟である。ここにはそれを阻む日ごろの業務の多忙さ、苦

手意識、回復を信じられない未熟さなどと向き合わなければならない課題がある。そして日ごろのミクロレベルの活動だけではなく、コミュニティワークを具体的に展開すること、施策づくりをしかけ、その具体的計画に協力してコミュニティに働きかけること等地域を対象とした、連携だけではない、メゾレベルの活動もあわせて見据えていく必要性を考えさせられた。1つの事例を1つで終わらせない。それをきっかけに地域のニーズとして地域を対象とした活動へ展開していくことも私たちの仕事である。

指定発言者として両会場とも自助グループメンバーから体験談をいただいた。回復の道を歩む人を目の前にするとき、私たちはどんなに困難な状況でも人には変化の可能性があるのだということを信じられ、日々の活動で迷っても道しるべとすることができる。私たちの活動は計画通りにはいかずに紆余曲折することが多いのだが、当事者の物語はその道程が困難であればあるほど、豊かなものに思えるのはなぜだろう。フロアの参加者がこの体験を明日からの活動の糧としてくれることを願う。

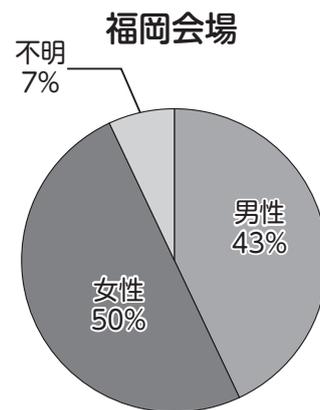
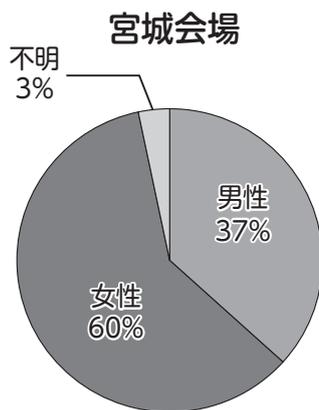
# 4. 研修アンケートまとめ

研修開催時、参加者に対して、今後の委員会活動の参考にすることを目的に宮城・福岡会場それぞれでアンケート調査を実施した。自記式アンケート（P96、97）で研修開始時に配布、終了時に回収した。回収率は宮城会場では30枚で回収率100%、福岡会場では42枚で回収率95.5%であった。集計結果について以下のとおり報告する。

## 1) 基本情報

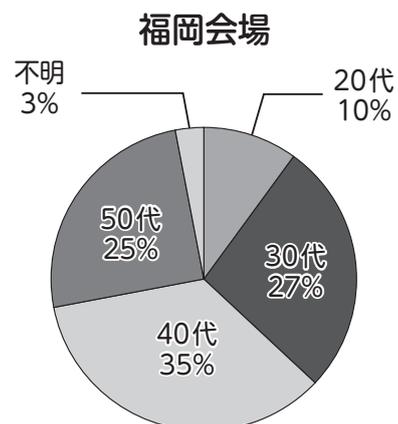
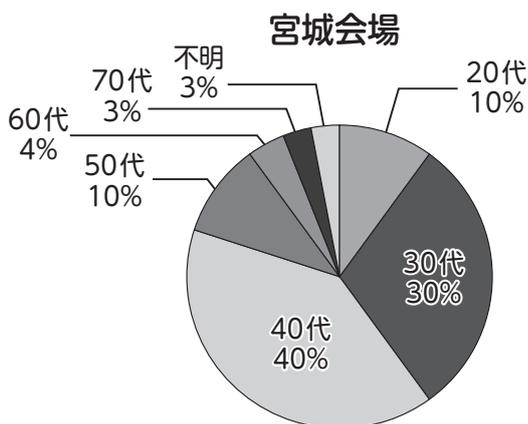
### ①性別

回答者の性別をみると宮城会場では男性37%、女性60%、不明3%であり、福岡会場では男性43%、女性50%、不明7%であった。



### ②年齢層

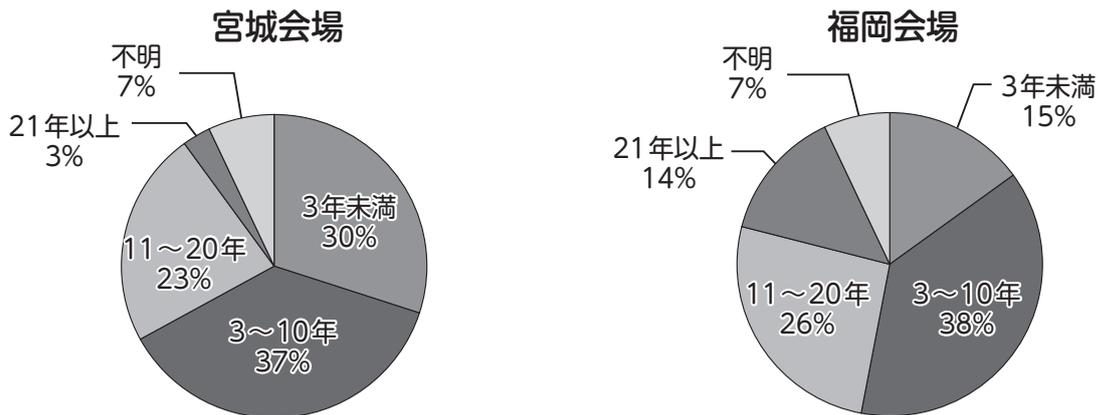
回答者の年齢層は、宮城会場では最も多いのが40代40%、続いて30代30%、20代10%、50代10%、60代4%、70代3%、不明3%であった。福岡会場でも同様に最も多いのが40代35%、続いて30代27%、50代25%、20代10%、不明3%であった。



### ③経験年数

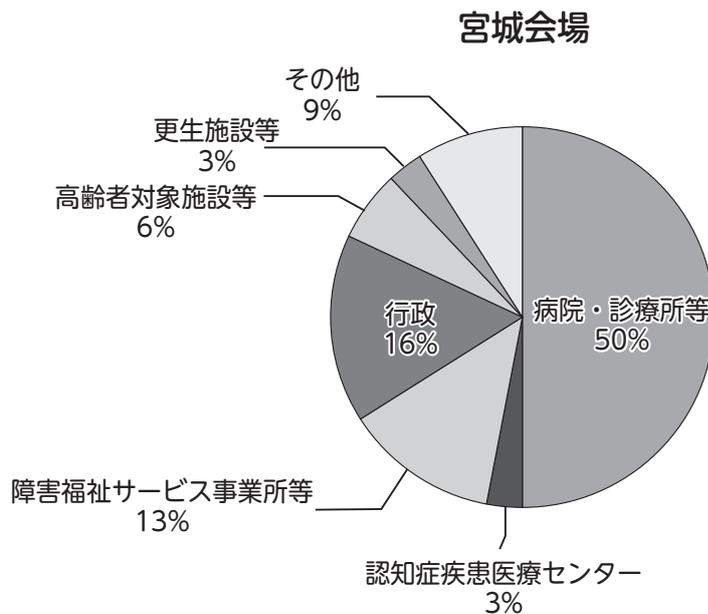
精神保健福祉士としての実務経験は宮城会場では最も多いのが3～10年37%、続いて3年未満30%、11～20年23%、21年以上3%、不明7%であった。福岡会場でも最も多いのは3～10年38%、続いて11～20年26%、3年未満は15%、21年以上14%、不明7%であった。これらの結果からみると、宮城会場では初任者や中堅層の参加者が多く、福岡会場ではベテラン層の参加者が多い印象がある。

また、依存症および関連問題へのかかわりの経験についても設問を設けたが、未回答が多く、回答者も精神保健福祉士としての実務経験と同じ経験年数の参加者が多かった。

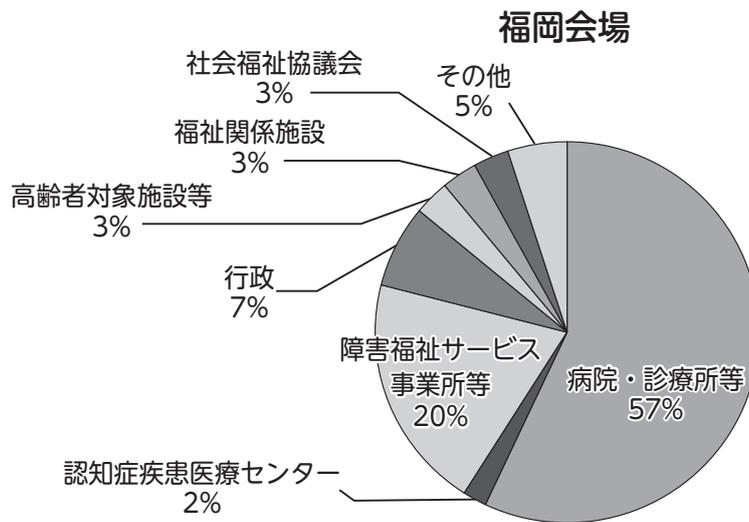


### ④所属

宮城会場では回答者の50%が病院・診療所等の医療機関の所属であった。続いて行政機関16%、障害福祉サービス事業所等が13%、高齢者対象施設等6%、認知症疾患医療センター3%、更生施設等3%、その他9%であった。

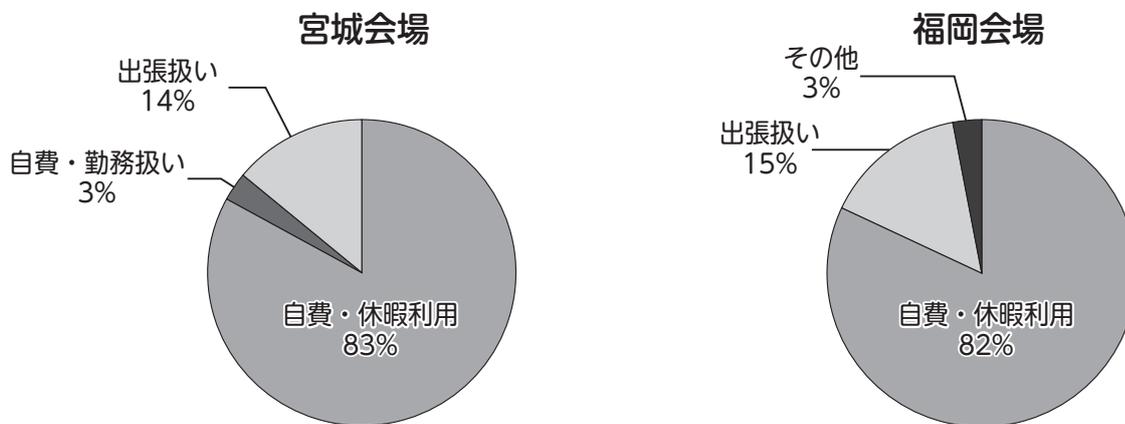


福岡会場では回答者の半数以上の57%が病院・診療所等の医療機関の所属であった。続いて障害福祉サービス事業所等20%、行政機関7%、高齢者対象施設等3%、福祉関係施設3%、社会福祉協議会3%、認知症疾患医療センター2%、その他5%となっている。



## ⑤参加方法

参加方法については宮城会場では自費・休暇利用は83%と最も多く、続いて出張扱い14%、自費・勤務扱い3%であった。福岡会場でも最も多いのは自費・休暇利用で82%、続いて出張扱い15%、その他3%であった。両会場ともほとんどが自費で休暇を利用し、自主的に参加していることが理解できる。



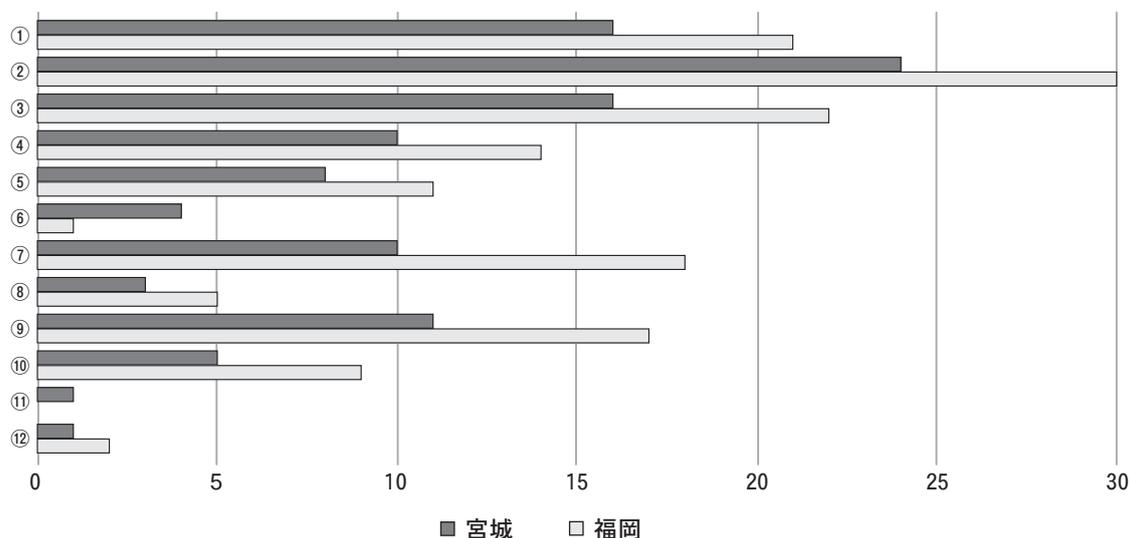
## 2) 参加動機

本研修への参加の決め手となったものを12項目から選択してもらった（複数回答可）。各項目の集計結果をグラフに示すと以下のとおりである（単位：人）。

宮城、福岡会場ともにもっとも多かったのが、「②依存症及び関連問題へのかかわりを担う上での自己研鑽を図りたいと思ったから」で、宮城会場は24人（80%）、福岡会場は30人（71%）であった。続いて宮城会場は「③今後、依存症及び関連問題へのかかわりを担う上での知識や技術を修得したいと思ったから」と「①依存症及び関連問題へのかかわりを担う自身の業務等を振り返りたいと思ったから」がともに16人（53%）であり、福岡会場は「③今後、依存症及び関連問題へのかかわりを担う上での知識や技術を修得したいと思っ

たから」が22人(52%)であった。福岡会場では3番目に多かった項目は、「①依存症及び関連問題へのかかわりを担う自身の業務等を振り返りたいと思ったから」で21人(50%)であった。福岡会場では、「⑦研修を案内するチラシに興味と関心が湧いたから」18人(43%)や「⑨開催地が近かったから」17人(40%)も多くの人参加の決め手になっていることが理解できる。

### 参加の決め手

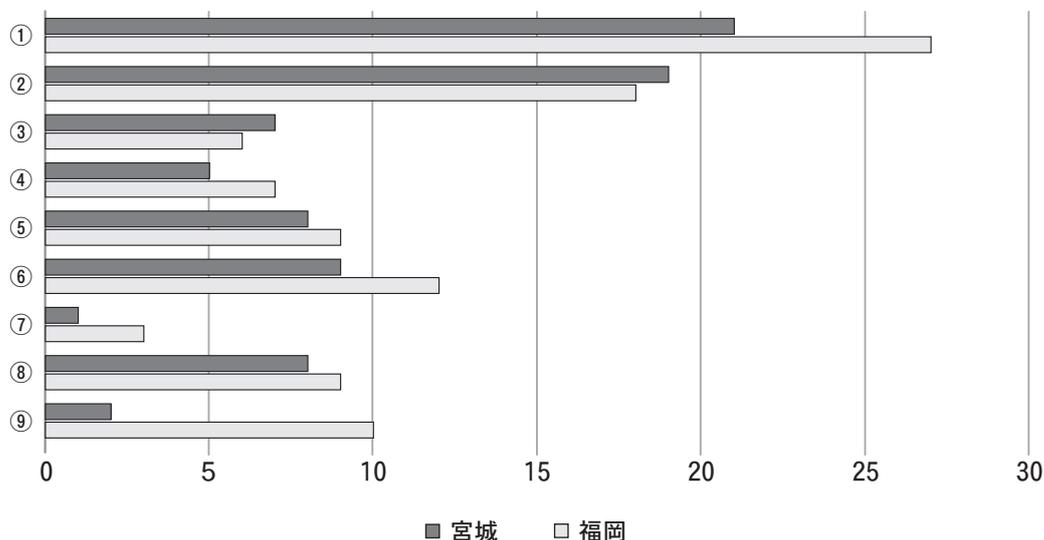


### 3) 自身の課題や悩みについて

回答者へ自身が現場で抱える課題や悩みについて9項目から選択をしてもらった(複数回答可)。各項目の集計結果をグラフにすると以下のとおりである(単位:人)。

宮城、福岡会場ともにもっとも多かったのが、「①依存症を抱える人やその家族とのかかわりについて悩むことが多い」で、宮城会場は21人(70%)、福岡会場は27人(64%)であった。続いて「②知識や技術が足りず、現場で戸惑うことが多い」が多く、宮城会場は19人(63%)、福岡会場は18人(43%)であり、3番目に多かった項目は、「⑥業務に追われ、余裕やゆとりがない」で宮城会場は9人(30%)、福岡会場は12人(29%)であった。

### 現場での課題や悩み



#### 4) 依存症とのかかわり

参加者がどのように依存症に出会い、かかわりをもつのかを把握するために「あなたの現場ではどのような依存症及び関連問題のある方に出会いますか」という設問を設け、自由記述とした。

依存症の種類としては、アルコール、ギャンブル、薬物、買い物、債務、窃盗、性、ゲーム、ネット等様々な記載があった。ゲーム、ネット依存については、若年層の相談が増えているとのことである。自助グループにつながっても何度も入退院を繰り返すご本人に、自助グループ以外の適切な方法がわからず、対応に苦慮していることが伺えた。

一方で、物質依存よりもご本人とご家族の共依存関係によって起きている課題に出会うことが多い方もいた。関係性の課題がご本人ばかりに向いてしまい、課題の共有に難しさを感じていることが伺えた。

#### 5) 研修モニタリング

講義、事例検討型シンポジウムの内容ごとに理解度の評価、気付きを記載してもらった。理解度については「すごく理解できた」を「6」、「あまり理解できなかった」を「1」として集計。平均値を算出した結果、講義について、宮城会場は5.5、福岡会場5.3であった。また事例検討型シンポジウムについては、全ての発表について宮城・福岡会場ともに平均値5.2から5.4となっている。

講義では「基礎知識・技法について勉強できた」「普段意識することなくやっていることを言語化してもらいよく理解できた」などの意見が多く、また「参考文献を読んでみようと思う」といった学びのきっかけになる情報もあり、満足感につながったように考える。一方で90分の講義時間に対して「もっと時間がほしい」「もう少し時間にゆとりがあれば、たくさんのエッセンスを理解できるのに」といった意見もあった。

また事例検討型シンポジウムでは「目の前のことだけでなく、事例を深くみること」「クライアントに対し真摯に向き合うとはどのようなことか具体的にわかった」「『かかわる覚悟』『連携に逃げない』という言葉にぐっときた」「専門職としての支援の姿勢がわかりやすかった」「いままで地域特性を意識できていなかったことに気付けた」などさまざまな角度から学びが深まったようである。

また、回復者から支援者へのメッセージで、回復者の生の声を聞いたことに対して「大変参考になった」「当事者の声を聞けるのはとても貴重でありがたい」「当事者の方の話が聞けると頑張ろうと思える」「心に響いた」「今後も当事者の回復の物語を取り入れた研修を希望する」「自助グループの意義がよくわかり、入退院を繰り返されている方に勧めてみようと思った」などより深い理解のきっかけになったと感じている。

さらにグループワークについては「それぞれソーシャルワーカーとして何ができるか参考になった」「さまざまな関係機関からたくさんの意見を聞くことができ、勉強になった」「医療以外の支援で課題を解消できることを実感した」などグループで意見交換をするなかで得られた気付きがあったようである。他にも「地域性や所属機関の役割など課題や葛藤は多くあるが、回復の希望を持ってかかわりを続けたいと思った」「積極的に意見を出し合い、あたたかい雰囲気グループワークできた」「仕事をするうえでの活力になった」「専門の体制がなくても、できることが多くあることがわかり勇気づけられた」など参加

者同士の交流からモチベーションが高まったり、「強いネットワークが築けた」と研修をきっかけに新たなつながりができているグループもあった。

## 6) 意見、要望

本協会の企画による依存症及び関連問題の研修が開催される場合には参加したいという意見が多くみられた。開催地域については、それぞれ宮城県と福岡県からの参加者がもっとも多かったこともあり、再び同県での開催を希望する意見が多かった。

研修内容の要望としては、「今後も他地域の話がたくさん聞きたい」「CRAFTや動機付け面接を取り上げてほしい」「グループワークを多くしてほしい」「困難ケースでも掘り下げて支援できるようになる自信がつく内容にしてほしい」などの意見があった。

## 7) 考察

今回は宮城県と福岡県の2会場で研修を行ったが、両会場ともに今回もアンケートの回収率が非常に高く、参加者の意欲の高さが感じられた。自由記述からみると、実践のなかで依存症及び関連問題が背景にあり、対応に苦慮しており、よりよい支援を提供したいという目的で自主的に参加している傾向が伺える。

研修内容としては概ね高い評価が得られ、本研修の企画の意図が参加者に届いたと感じている。また、グループワークの時間を設けたことで、参加者間での意見交換から新たな気付きを得られたり、思いや悩みを共有することができたことで、より参加者の満足感につながったのではないかと考える。

また今後については、継続的に研修に参加したい、同僚にも本研修を勧めたい、今後も回復者の話を取り入れた研修を希望するなどといった自己研鑽に関する意見や依存症は特別な領域なものではなく、多様な領域の支援者との連携が必要ということを支援者に広く理解を求めたいという意見があった。

本研修が依存症支援の苦手意識を払拭し、困難ケースでも掘り下げて支援していくきっかけになったのではないかと考える。