

断酒期間 = 4 7 8 X 家族の病気理解有り
断酒期間 = - 2 . 4 3 X 家族に癒す力が無い

D 考察

アルコール依存症の初期治療において、あるいは治療の最も重要な関門として、「飲酒問題の否認」の問題がある。著者が整理するだけでも15の否認の成因によって、何重にも否認が頑強に形成され、維持されている。

- 1 ブラックアウト
- 2 意識，記憶，認知 感覚への酩酊の影響
- 3 強迫的飲酒欲求
- 4 急性離脱症状
- 5 心的外傷への心的防衛機制
- 6 認知障害，記憶障害などの慢性離脱症状
- 7 過去の忘却、美化
- 8 脳萎縮による認知，記憶障害
- 9 自滅的思考
- 10 飲酒がもたらした魂（スピリット）の喪失
- 11 飲酒によって生じた家族関係の機能不全状態
- 12 生まれ，育ちの中で形成された人間関係能力障害
- 13 家族の共依存
- 14 家族の否認
- 15 治療者の情報不足

さらに、否認には飲酒問題の否認に加えて、アルコール依存症という「病気を持っていることの否認」、この病気を治療するためには断酒が必要であるが、「断酒の必要性の否認」もあり、これら3段階の否認への気付きがあつて、はじめて、回復に必要な気付きとして完成するといえる。

さらに、否認は単にアルコール依存症者の心の中で成立しているのではなく、周囲の人，とりわけ家族，配偶者が患者に対する「癒す力」を持ったり，気付かせる力を持つことが否認への気付きを促がす重要な要素であるし、逆に、アルコール依存症者の飲酒行動や否認への反応としての拒絶/イネイブリングという共依存がさらに否認を維持させていくと考えた。

これらが明らかにされるようなスケール作りに取り組んだ。また、飲酒問題は百人百様であるし、特に「静かなアルコール依存症」が増えてきていることを考えると、飲酒問題が暴力的な陽性状態ではなくて、家族関係の機能不全という陰性状態についての評価が重要であり、そのためには患者と家族双方に尋ねることで、「その人の客観的な飲酒問題」の把握が必要であると考えた。

ところで、これまで否認は捉える方法もなく、治療者の勘に頼っ

ていたと言えよう。その上に、否認へのアプローチ法も十分なものはなかった。臨床現場では今道が述べる「離婚を口にする配偶者、失職を口にする上司、入院や厳しい治療を口にする治療者などか作る外的プレッシャーによって患者に生じる見せ掛けの動機」に幻惑されて治療を進め、治療者は「たまされたという失望感や怒り」を持つことがあった。このような幻惑のために「アルコール依存症は予後予側の意外性がある」と語られていた。しかし、患者は騙そうとしたのではなく、「浅い、あるいは弱い動機」のために、再発に至るに過ぎないと言えよう。

では、予後を左右するような「深くて、強い動機」は何かということか重要となってくる。この実態も不明であるか、著者は「魂のレベルでの気付き」が重要であると考えている。これについても、スケールによって、予後を左右するような気付きとは何であるかも判明してくることを期待した。

さて、演者らはこのような観点に立って、否認と気付き、そして否認や気付きに関連すると思われる事項を測定するスケールの開発を目指して始めた研究であるが、その後、先行研究があることを知った。

一つは Goldsmith と Green による Denial Rating Scale である。これは 8 つの段階のスケールで、評価する人かカルテなどの資料をもとに評価する。正確に評価するには、アルコール依存症の否認と回復の知識、AA モデルの理解が必要と思われる。

信頼性、妥当性の検討が行われ、標準化されている。

一方、Allan は Visual Analogue Scale を作成している。自己評価を記入させるとともに、治療者が記入することでその差異を意味付けている。

これらの先行スケールに対して、著者らのスケールは前述の仮説が実証されるならば、次の特徴を持ったスケールとなる。

- 1 患者が自己評価するので、患者自身か質問項目に答える形で、どのように飲酒問題や病気について考えているか直接知ることか出来る。また、どのような否認、気付きを持っているか、その強さも含めて、これらを質的、量的に知ることが可能である。
- 2 家族が認知している飲酒問題だけでなく、本人の否認や気付きに関連すると思われる家族の病気理解、癒す力の有無、イネイブリンク/拒絶についても知ることか可能である。
- 3 患者と家族か飲酒問題について、どのように認知しているかを、同じ質問項目を双方にすることで、双方の認知の差異を知ることか出来、否認や気付きをより客観的に把握できる。

4 治療法の効果判定に役立つし、患者の断酒予後の判定が可能である。

「結果」は4つのサブスケールのみが断酒期間を予測する因子であった。

今回の報告には、3. の患者、家族双方の認知の差異から否認、気付きを知ろうとした点については検索されていない。

「家族の病気理解」のサブスケールが断酒期間を長くする結果が出たが、家族への心理教育治療の重要性が示唆されたと考える。

「癒す力が無い」のサブスケールが断酒期間を短くする結果が出てきた点から、患者を傷つける方向で対処しないことの重要性が示唆されたと考える。

しかし、「癒す力がある」というサブスケールが相関性を示さなかったのは、患者の心を傷つけず「癒す」ということは、否認に気付かせる上で重要であるが、一方で、共依存との重複性があると考えられる。「癒す力」の単独評価ではなく、患者を飲酒問題の現実に直面化させる必要があると考えられるので、今後データの検討を行っていききたい。

現在、因子分析法を用いてサブスケールを再編成して結果を分析する作業を行っている。その結果、サブスケールを統計的に再編成することになるはずである。

また、実施した質問紙は否認や気付きの質問項目を混在させることで、意図的な回答を回避しようと考えたが、認知障害があるアルコール依存症者には「保続傾向」があるので、正確な回答になりにくかった可能性が考えられる。

今回の調査結果では報告できなかったが、調査後の6ヶ月間に、断酒したかどうか、患者と家族による通院や自助グループ参加があったかどうかの予後調査を施行している。これらをもとに、判別式を求めて、DASとしての実用化を目指したいと考えている。

また、今回の調査を元に、質問項目で重要性のあったものを整理抽出して、より簡便化することを目指して、第二次の調査を行っていききたい。

最後に、「スタッフによる退院時用否認スケール」のデータ収集を行っているが、分析結果は次年度に報告したい。

E 結論

演者らは3段階の否認の構造と否認や気付きに影響を与える周囲との関連要因をもとに、アルコール依存症者(4つのサブスケール)と家族用(8つのサブスケール)の Denial and Awareness Scale (DAS) の完成を目指して、調査を行った。

各下位尺度の信頼係数(α)係数は0.61-0.92までの範囲にあり、概ね試験的な検討に耐え得る数値を示した。これら1

2の下位尺度得点を説明変数として、治療開始後の断酒期間を従属変数としてステップワイズの重回帰分析を行ったところ、「本人の病気の否認」「本人の飲酒問題の気付き」「家族に癒す力が無い」の3つの下位尺度のパラメーター推定値は5%水準で有意であり、「家族の病気理解」は10%水準で有意であった。

今後、因子分析法をもとにサブスケールを整理して、重要な質問項目を絞り込み、より簡便で有効性のあるサブスケールに再編成して第二次調査を行い、DASを完成させる必要があると考えている。尚、スタッフによる否認と気付きのスケールは今後分析を進めていく。

F 研究発表

1 論文発表

なし

2 学会発表

なし

G 知的所有権の取得状況

1 特許取得

なし

2 実用新案登録

なし

3 その他

なし

参考文献

Allan,C A , Phil,M Acknowledging Alcohol Problems The Use of a Visual Analogue Scale to Measure Denial The Journal of Nervous and Mental Disease Vol 179,No10,USA,1991

Goldsmith,R ,Green,B L A Rating for Alcoholic Denial The Journal of Nervous and Mental Disease Vol 176,No10,USA,1988

Leonald,K,Dunn N J ,Jacob,T Drinking Problems of Alcoholics Correspondence Between Self and Spouse Reports Addictive Behaviors,Vol 8,pp369-373,USA,1983

McCormack,H M ,Horne,D J , Sheather,S Clinical Application of Visual Analogue Scales a critical review Psychological Medicine,Vol 18,pp1007-1019,UK,1988

Newsome,R D ,Ditzler,T Assessing Alcoholic Denial Further Examination ofTheDenial Rating Scale The Journal of Nervous and Mental Disease Vol 181,No11,USA,1993

White,R ,LeVan,Debra,McDuff,D Helping the patient in denial the role of the family in intervention Maryland and

Medical Journal June 1995

Wiseman, E J Relation of Denial of Alcohol Problems to
neurocognitive Impairment and Depression Psychiatric
Services, March Vol 47 No 3 ,1996

分担研究報告書

一般住民における問題飲酒の実態およびその長期予後に関する研究

分担研究者 杜 岳文 国立肥前療養所神経科医長

研究協力者 比江島 誠人 国立肥前療養所精神科

村上 優 国立肥前療養所精神科医長

研究要旨：地域一般住民における飲酒の実態を質問紙を用いたスクリーニング法で把握し、このコホート集団を長期に追跡し、飲酒の身体および社会生活に及ぼす影響を調査することを計画した。われわれは平成9年より病院近郊のS村で一般住民を対象に頭部MRIを用いたコホート研究を行っており、本年までに410名ほどの脳健診を終了した。本年度は、この頭部MRIによる脳健診の研究と並行して、同地区で住民全員を対象に飲酒に関するアンケート調査を行ったのでその結果を報告する。

A 研究目的

わが国では、これまで主にKASTを用いて問題飲酒の実態調査が行われてきたが、KASTは元来、重篤な問題飲酒者あるいはアルコール依存症者をスクリーニングする目的で作成されたものである。地域住民を対象に飲酒とそれによる直接あるいは間接的な健康被害の関連をみるには、KASTはスクリーニングする問題飲酒のレベルがやや重篤すぎ、また具体的な飲酒頻度や量といった飲酒様態が明らかにならないといった点であまり適さない。そこで、われわれはWHOが開発し、わが国では廣らが翻訳したAUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) 日本語版を基に、さらに詳細な飲酒頻度と飲酒量が分かるように作成した質問紙を用いて、平成9年から住民の脳MRI健診を行っているS村住民の飲酒の実態と、飲酒に基づく健康被害の実態を把握すべく調査を行った。われわれが作成した質問紙は、昨年病院職員とアルコール依存症患者を対象としたパイロットスタディにより質問の内容についての検討を既に行ったものである。今後この調査対象集団を長期に追跡予定である。

B 研究方法

地元役場の協力を得て、S村の20～74歳の住民全員(1325名)に対して、平成10年のある時期にわれわれが作成した調査票を各家庭に配布し、調査を記名で行った。また、返送のなかった対象者には平成11年の住民健診の際に調査票の記入を依頼し回収した。調査票にはAUDITの質問項目の他に、社会背景や健康状態、KASTとCAGEの質問項目、さらには配偶者の飲酒に対する評価に関する質問も含まれている。

C 研究結果

平成10年の第一期調査の郵送での回収は672名で、回収率は全体で51% (672/1325名)であった。その後の平成11年の第二期調査によりこれまで62% (821/1325名)の住民からの回収を終了している(表1)。飲酒頻度については、男性では、毎日飲酒するものが32%と最も多く、週4日以上飲酒習慣のあるものが57%を占めた。女性では、全く飲まない、あるいは月1回未満の飲酒ものが61%と、男女で著しい対比を示した(図1)。1週当たりの飲酒量(1単位=純アルコール10g)では、男性の平均 18.3 ± 23.3 単位、女性の平均 $1.8 \pm$

7.7単位であった。1週間に50単位以上の大量飲酒をするものか、男性では7.4%、女性では、0.5%にみられた(図2)。年代別に飲酒量を比較すると、男女とも20代が最大で加齢とともに減少する傾向にあった(図3、図4)。また同様に、年代別にAUDIT点数を比較すると、女性は加齢とともに減少するが(図5)、男性は二峰性のカーブを描き20代と40代で最高値を示した(図6)。AUDITの点数で10点以上をアルコールの危険な使用者(Hazardous user)とすると、男性では31.6%が、女性では1.7%が相当した(図7)。夫の飲酒について妻が困ったり、悩んだりしたことがあるかという質問に対し、過去にあると答えた妻は、189組の夫婦のうち42名(22.2%)に及んだ。特に40歳代と50歳代で29%とともに高率であった(図8)。また、悩んだことのない妻の夫の1週間の飲酒単位数は12.8±12.5単位で、悩んだことのあるものでは33.7±25.5単位であった。夫のAUDIT点数でみると、夫の飲酒で悩んだことのない妻の夫の平均点数は5.9±4.1、悩んだことのあるもの場合は13.9±6.1であった。これをAUDIT点数の分布でみると、悩みのない妻の夫のAUDIT点数は、1例を除き全て13点以下であった(図9)。

D 考察および結論

今回の調査では、対象が山村住民ということもあるためか、男性と女性で飲酒状況に顕著な差がみられた。いずれにせよ男性住民の32%が毎日飲酒し、男性住民の32%が危険な飲酒者(AUDITで10点以上)という結果は、一般住民に対する適正飲酒の啓発の必要性を改めて示したものと考えられる。また、夫の飲酒で悩んだ経験のある妻が22%に見られ、特に40~50歳代では30%近くみられた。また、妻が飲酒で悩んだことのある夫のAUDITの平均点数は13.9±6.1であった。妻が悩んだことのない夫のAUDIT点数は1例を除き全て13点以下であった。「妻が悩む」という指標を用いて家庭内に影響を与える問題飲酒の一つのカットオフ値としてAUDITを用いると以下のようになる。

9点	感度 79%	特異度 72%
10点	感度 78%	特異度 76%
11点	感度 64%	特異度 88%
12点	感度 64%	特異度 88%
13点	感度 55%	特異度 95%

このことから、家庭内に影響を与える問題飲酒の一つのカットオフ値としてAUDIT9~10点を採用されうるものと考えられる。

表1

年齢	性別		合計
	男性	女性	
20-29	48/124 (39%)	70/103 (68%)	111/227 (67%)
30-39	56/89 (63%)	44/87 (51%)	81/176 (57%)
40-49	65/134 (49%)	74/109 (68%)	139/243 (57%)
50-59	76/112 (68%)	67/113 (59%)	143/225 (64%)
60-69	101/130 (78%)	92/151 (61%)	193/281 (69%)
70-74	67/74 (91%)	61/99 (62%)	128/173 (74%)
計	408/665 (61%)	413/662 (62%)	821/1325 (62%)

図1 飲酒頻度

男女別

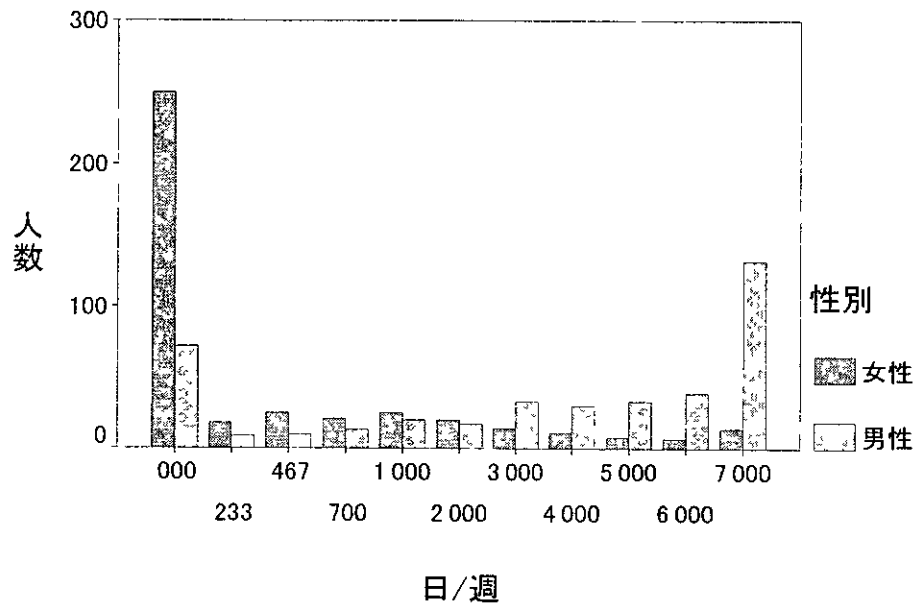


図2 1週当たりの飲酒量

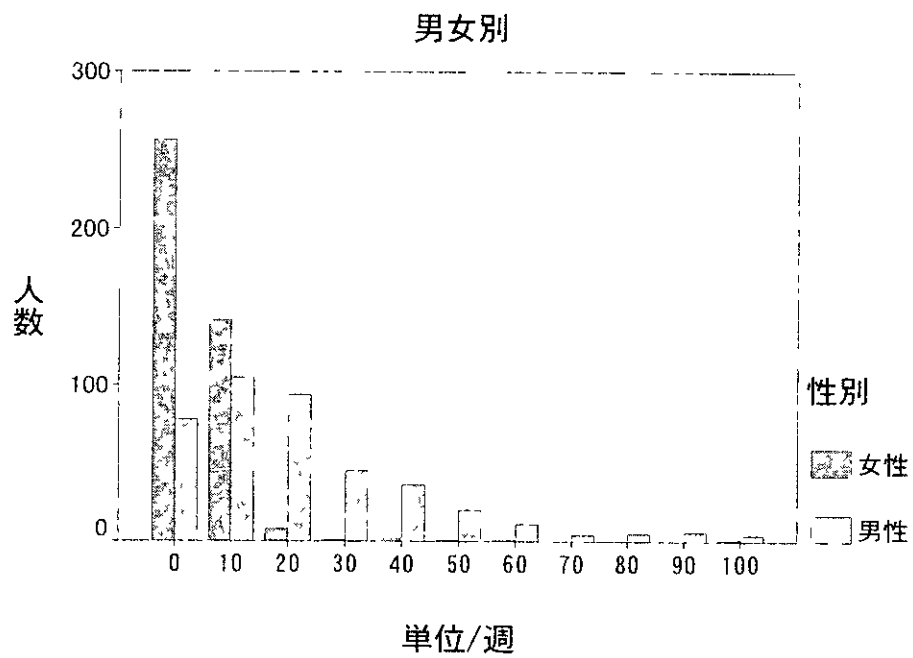


図3 年代別飲酒量

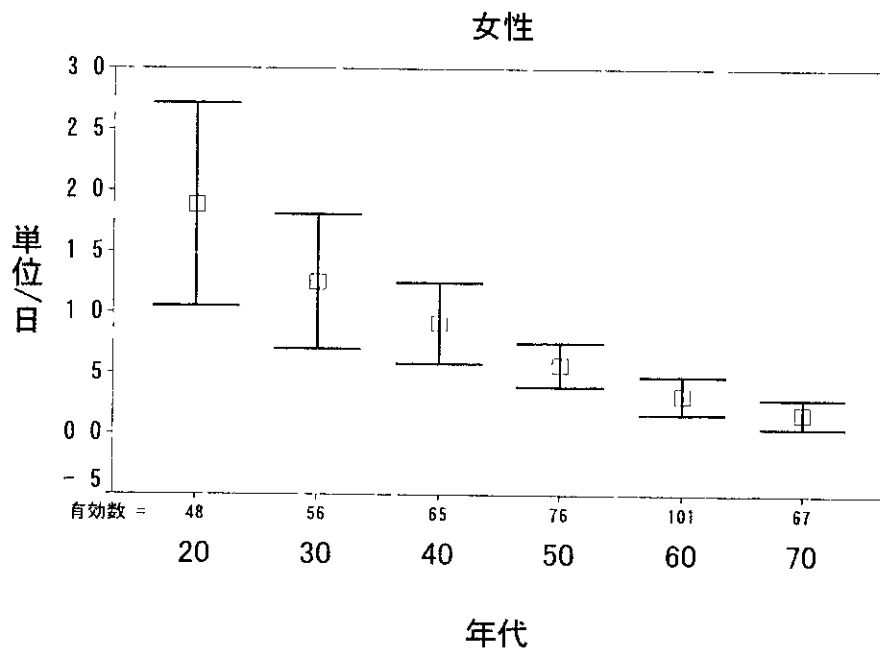


图4 年代別飲酒量

男性

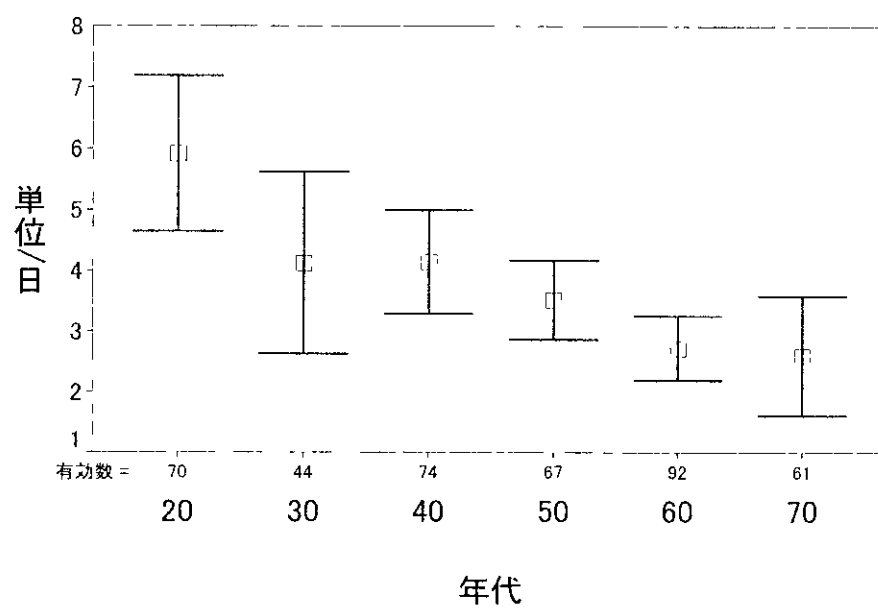


図5 年代別AUDIT点数

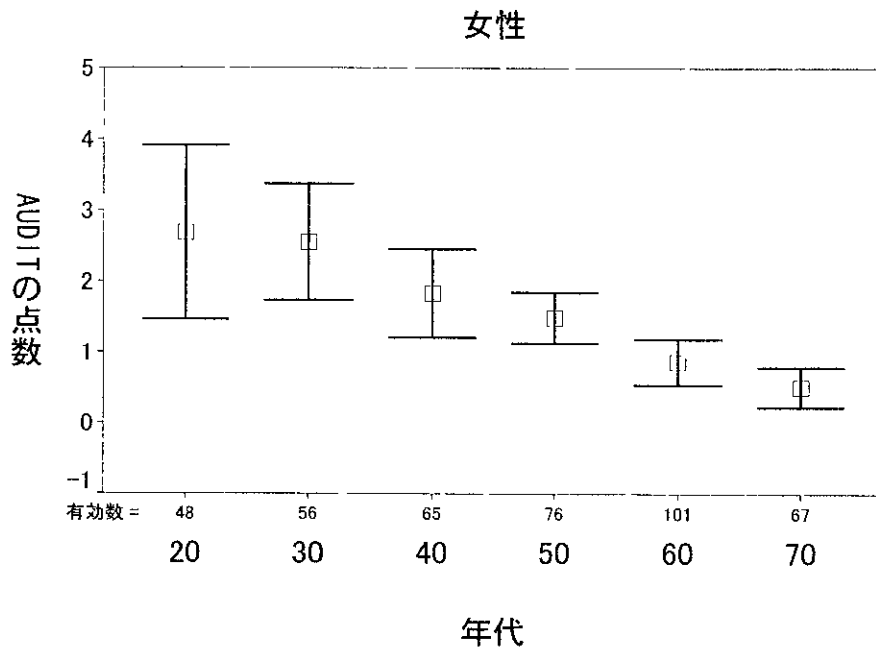


図6 年代別AUDIT点数

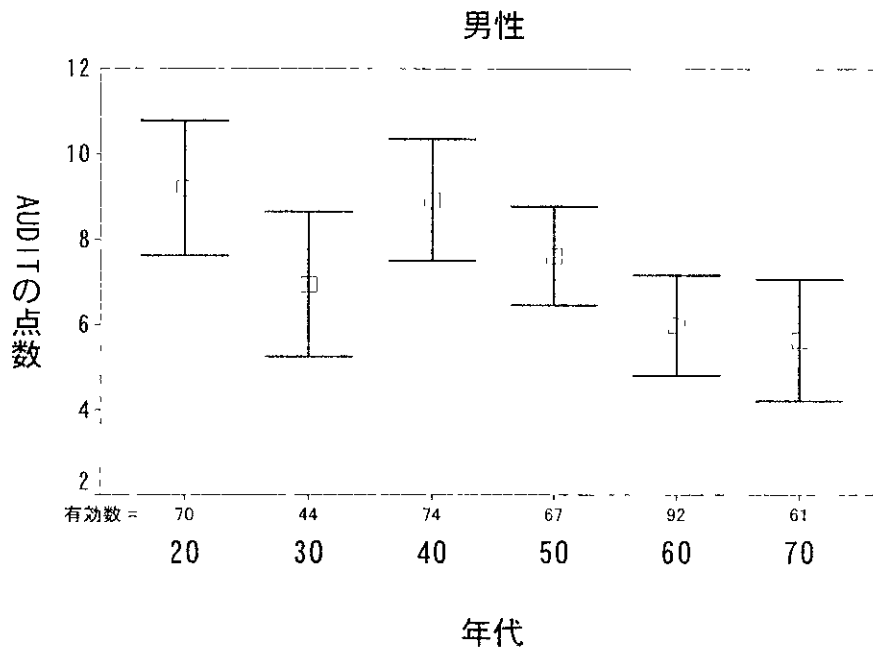


図7 AUDIT点数の分布

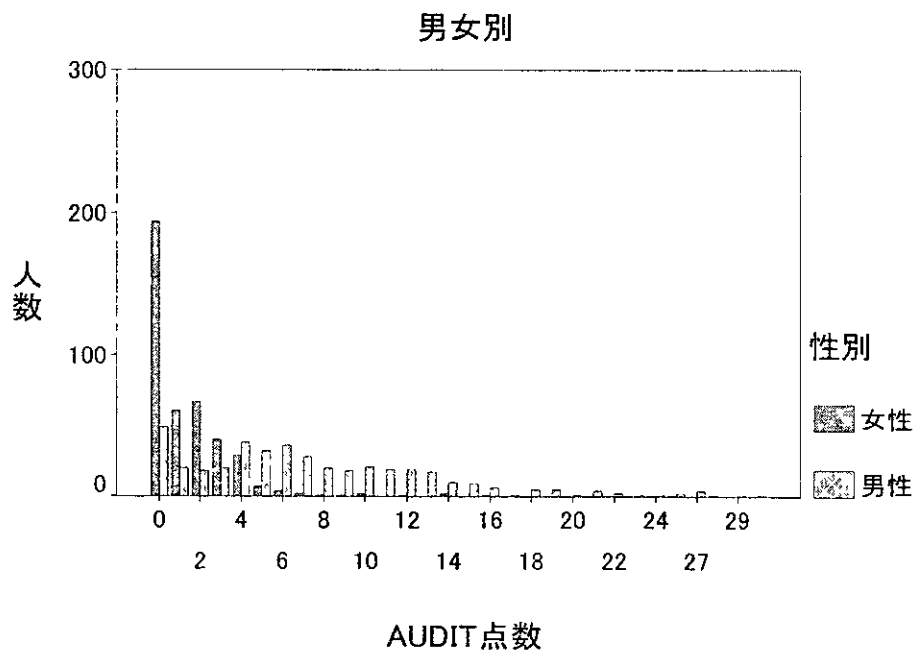


図8 夫の年代と妻の悩み

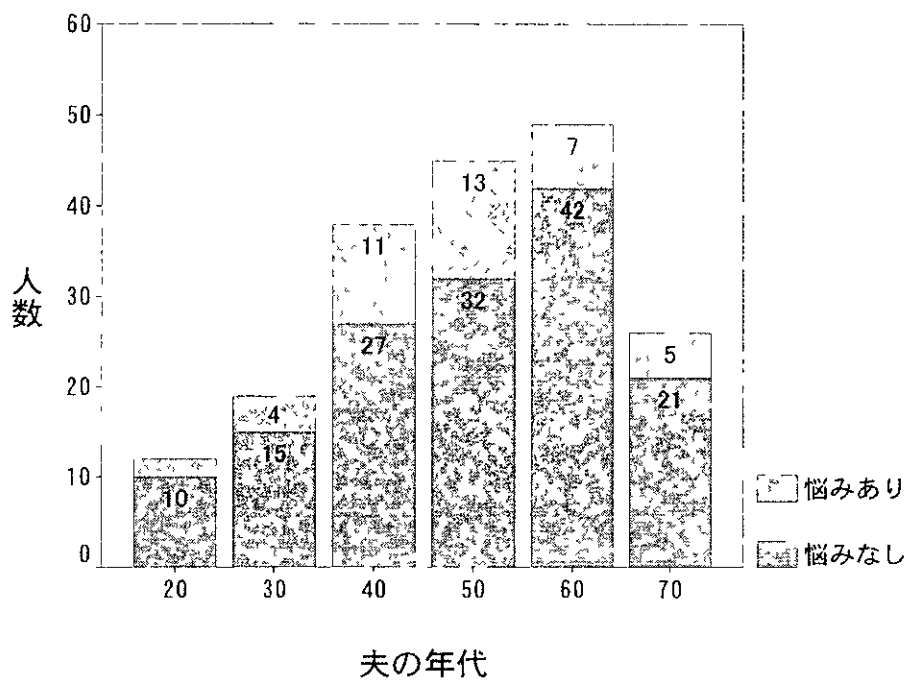
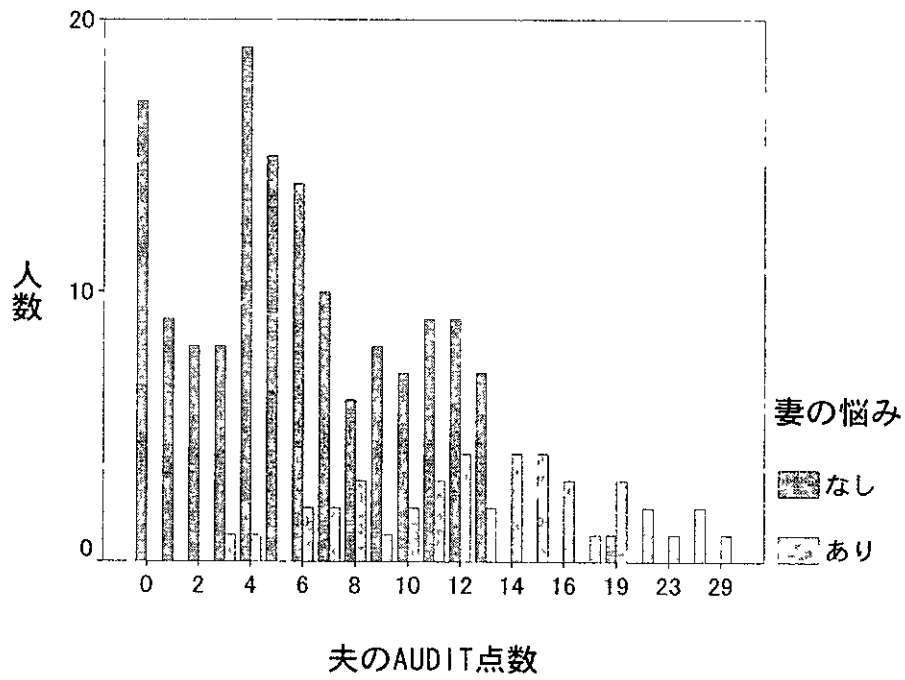


図9 夫のAUDIT点数と妻の悩みの有無



厚生科学研究費補助金（障害保健総合福祉事業）

分担研究報告書

職場における問題飲酒に対する Brief intervention の効果に関する検討

分担研究者 廣 尚典 日本鋼管病院鶴見保健センター

研究要旨 昨年度の検討では、個別面接による Brief intervention で、節酒の動機づけおよび節酒の実施に高い有効性を認めたが、本年度は、その補助となる自助マニュアルを作成するとともに、それをを用いて、昨年よりも数多くの対象に Brief intervention を実施し、その効果を比較対照研究により検討した。その結果、Brief intervention 実施群では、81%に節酒効果がみられ。書面による保健指導に比べて、有意に有効性が高いことが明らかになった。

A 研究目的

近年、問題飲酒に対する早期発見、早期介入の重要性が指摘されており、その中で短時間、少数回の介入 Brief intervention が注目されてきている。欧米では、対象によっては、従来型の長期間にわたる多数回の介入に匹敵する効果を上げたという報告も少なくない。

昨年の研究では、職域において Brief intervention を、個別面接、社内メールによる書面、小集団教育の3種類の形式で実施し、個別面接による介入の効果に優位性を認めた。

本年度は、昨年の介入研究のなかで研究参加者からも要望のあった節酒の自助マニュアルを作成し、それをを用いて基本的な骨格は昨年と同様の Brief intervention を実施して、その有効性を確認した。

B. 研究方法

1) 節酒の自助マニュアルの作成

アルコール関連問題に関する一定の知識と節酒・断酒指導の経験のある産業医およ

び保健婦の助言を得て、Brief intervention で使用できる節酒の自助マニュアルを作成した。本マニュアルは、一部本人自らが書き込みをする形式となっており、初回面接の際、介入担当者が使用方法を説明する。既存の成書としては、Heather らによる“Let's drink to yourself!”¹⁾を参考とした。（マニュアル原稿を報告の末尾に付した。）

2) 比較対照研究

平成11年の健康診断において、血清γ-GTP値が100 (IU/l 以下略) 以上と高値で、産業医による面接および過去の健診記録等でその主因が飲酒にあると考えられた者に対して、Brief intervention を実施した。介入の手順は、以下の通りである。

①初回面接

医師が本人の現時点での飲酒による問題およびこのままの飲酒を続ければ近い将来生じる可能性の高い健康障害に関して説明し、次いで保健婦が自助マニュアルを用いて節酒に関する助言を行った。

②電話によるフォローアップ

①の1ヶ月後、電話により節酒の実施や自助マニュアルの活用の有無を確認し、順調に進んでいる例に対してはその継続を促し、そうでない例には再度自助マニュアルに目を通し節酒を試行するように勧めた。

③再検査

②の5ヶ月後、節酒の達成度を確認するとともに、血清 γ -GTP値を含む血液生化学検査を実施した。

なお、一連の介入は、Bienら²⁾の指摘するBrief interventionの中核要素であるFRAMES、すなわち評価結果に関する具体的なフィードバック(Feedback)、本人の責任の強調(Responsibility)、明解な助言(Advice)、複数の節酒法の提示Menu、カウンセリングスタイルとしての共感(Empathy)、自己遂行可能感の強化(Self-efficacy)を盛り込んでいる。

①～③を予定通り行い得た47例を対象として、介入前と介入6ヶ月後の γ -GTP値を比較し、Brief interventionの効果を検討した。対照群としては、健康診断で γ -GTP値が100以上でありながら、職場等の事情で個別面接を行うことができずに、書面にて節酒のすすめを行った59例を選出した。年齢(平均±標準偏差)は、対象群49.3±6.8歳、対照群47.7±6.8歳であった。介入前の γ -GTP値(II)は、対象群256.8±212.0、対照群198.3±113.4と両者で明らかな差がみられるか、これは前者において300を超える高値を示す者が9例(後者は6例)存在したためである。

3) 倫理面への配慮

Brief interventionおよび再検査は、本人の同意のもとに実施した。実施に当たっては他の保健指導と時期や場所を区別しておらず、第三者に知られる可能性は非常に

低いと考えられる。

C 研究結果

介入後の γ -GTP値が介入前の値に比べ10%以上低下している場合を、効果ありと判定した。対象群および対照群について効果の有無を表1に示した。効果ありと判定された者の割合は、対象群で80.9%と、対照群の55.9%に比べ有意に高率であった。

年齢層別で比較すると、対象群の20～30歳代、40歳代および50歳代の間で、有意差はみられなかった(表2)。また、 γ -GTP値によって対象群を4群に分け、それらの間で効果を比較したか、やはり有意な差はみとめられなかった(表3)。

D. 考察

望ましいBrief interventionの対象としては、Hazardous drinkers、軽度あるいは中等度の依存がある者、重度の依存があり、過去に従来型の治療を受けていない者があげられているか、今回の対象の中には職場で明らかに事例化している例はなく、全対象が前2者に該当すると考えられる。

なお、本研究から、職場で事例化していない例であれば、 γ -GTP値が高値であっても、Brief interventionを試みる意義があることか示唆された。

今後は、その中長期的な効果に関しても、さらに検討を加えていく必要がある。

介入の6つの中核要素FRAMESは、介入を担当した保健婦の間でも、重要性が高いという点で意見が一致しており、わが国においても盛り込まれるべき要素といえよう。また、節酒の自助マニュアルに関しても、介入か行いやすくなるだけでなく、追求検査の場で対象者からも好評を得ている。さ

らに改訂を行った上で、Brief intervention
の定式のなかに取り入れていく意味がある
と考えられる。

E 結論

職域の問題飲酒者に対して、節酒の自助
マニュアルを用いた個別面接による Brief
intervention の有用性が確認された。

F. 学会発表

本年度日本産業精神保健学会にて発表を
予定している。

G. 参考文献

- 1) Heather N & Robertson I Let's drink to
yourself! (New revised edition)
British Psychological Society,
Leicester, 1996.
- 2) Bien TH, Miller WR et al Brief
interventions for alcohol problems: A
review Addiction 88 315-336, 1993.

表 1 Brief intervention と書面による指導の効果比較

	効果あり	効果なし
Brief intervention 実施群 (N=47)	38 (80.9%)	9
書面による指導実施群 (N=59)	33 (55.9%)	26

χ^2 検定にて 1%水準で有意差あり

表 2 年齢層による介入の効果比較

	Brief intervention 実施群 (N=47)		書面による指導実施群 (N=59)	
	効果あり	効果なし	効果あり	効果なし
20~30 歳代	1	2	4	3
40 歳代	16	4	14	12
50~60 歳代	21	3	15	11

両群とも χ^2 検定で年齢層間での有意差なし