

厚生労働省

厚生労働科学研究費補助金

障害保健福祉総合研究事業

アルコール依存症の社会復帰施設の
実態把握と支援モデル構築に関する研究
(H16-障害一般-015)

平成16年度～平成18年度

総合研究報告書

樋口 班

主任研究者 樋口 進

平成19年3月

目 次

1. アルコール依存症の社会復帰施設の実態……………	1
把握と支援モデル構築に関する研究	
主任研究者 樋口 進 ¹⁾	
1) 独立行政法人国立病院機構 久里浜アルコール症センター	
2. アルコール依存症の社会復帰施設の必要数の推計……………	15
分担研究者 尾崎米厚 ¹⁾ 松下幸生 ²⁾	
主任研究者 樋口 進 ²⁾	
1) 鳥取大学医学部環境予防医学分野	
2) 独立行政法人国立病院機構 久里浜アルコール症センター	
3. 海外における社会復帰システムや施設の現状に関する調査……………	21
分担研究者 水井忠訓 ¹⁾ 田所溢丕 ¹⁾	
1) 全日本断酒連盟	
添付資料……………	25
1) アルコール依存症受け入れ可能社会復帰施設リスト	
2) 精神科入院病床を有する病院リスト	

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
平成 18 年度総合研究報告書

アルコール依存症の社会復帰施設の実態把握と支援モデル構築に関する研究
主任研究者 樋口 進 国立病院機構久里浜アルコール症センター副院長

研究要旨

本研究はアルコール依存症者の社会復帰に関して基礎資料を提供することを主たる目的としている。具体的には、全国のアルコール依存症を受け入れている社会復帰施設や精神科入院医療機関に対する調査等を行い、その実態を明らかにする。また、その結果や海外のデータを参考にしながら、最終的に施設の在り方に関する提言を行う。3年間の研究で得られた主な結果は以下のようによまとめられる。

1. 全国で 361 のアルコール依存症を対象としている社会復帰施設を同定した。
2. 全国の精神科入院病床を有する医療機関 1,750 施設のリストを作成した。
3. 社会復帰施設を必要とするアルコール依存症のスクリーニング基準を作成した。
4. 上記施設に対して施設の実態に関する調査を行い、132 施設から返答があった。また、施設の利用者に対して施設や社会復帰に関する自記式意識調査を行い、613 名（有効回答 581）から回答があった。結果の主な内容は以下の通りである。
 - 1) 全国の施設で 1 年間に受け入れ可能なアルコール依存症者数は最大で 2,700 名程度と推計された。
 - 2) 施設の平均在所期間は約 1 年 3 ヶ月程度と推計された。
 - 3) 平成 17 年度の退所者のうち就労自立は 12%、逆に飲酒・無断退所等の途中退所者は 53%であり、退所者の転帰は必ずしも良好ではなかった。
 - 4) 一方で、施設を利用して安定した長期断酒を継続している者も多かった。利用者に対する調査から、男女とも 2/3 以上が 1 年以上、約 1/4 が 5 年以上断酒していた。特に長期利用、長期断酒の傾向は高齢者で顕著であった。
 - 5) 利用者にとって施設での役立つプログラムは、居場所の提供と断酒支援であり、社会復帰や生活自立に対する支援プログラムに対する評価は低かった。
 - 6) 多くの利用者が施設の意義を認めていたが、一方でサービス向上への要望も多かった。
5. 全国の精神科入院医療機関 1,750 施設に対してアルコール依存症の治療等について調査し、593 施設（33.9%）から回答があった。また、これらの施設を平成 18 年 9 月に退院した 886 例の患者に関する調査票が回収された。その結果を基に以下のような推計等を行った。
 - 1) 医療者の判断や既述のスクリーニング基準を用いて、社会復帰施設を必要とするアルコール依存症者数を推計した。その結果、1 年間に 17,800 名～22,600 名程度存在することが明らかになった。
 - 2) 施設を必要とする者の中で、実際に施設の利用に繋がる者の予測因子を同定した。
6. 米国を中心とする海外の社会復帰施設に関して WEB による調査を行った。
 - 1) わが国における社会復帰施設数（やその種類）が少ないことが確認された。
 - 2) 非病院型の外来施設や住居リハビリ施設がわが国での「在り方」を考える有力なモデルであることが示唆された。

以上の結果を参考にして、社会復帰施設の在り方に関する提言と、今後の課題についてまとめた。

分担研究者	
樋口 進	独立行政法人国立病院機構久里 浜アルコール症センター
水井忠訓	全日本断酒連盟
田所溢丕	全日本断酒連盟
尾崎米厚	鳥取大学医学部衛生学
松下幸生	独立行政法人国立病院機構久里 浜アルコール症センター

研究協力者	
白坂知信	北仁会石橋病院
米沢 隆	慈友会慈友クリニック
西山 仁	西山クリニック
猪野亜朗	西山クリニック
小杉好弘	小杉クリニック本院
幸地芳朗	兵庫県立光風病院
杠 岳文	国立病院機構肥前精神医療 センター
藤田さかえ	独立行政法人国立病院機構久里 浜アルコール症センター
館内由枝	独立行政法人国立病院機構久里 浜アルコール症センター
村井田晃子	独立行政法人国立病院機構久里 浜アルコール症センター

A. 研究目的

本研究は、アルコール依存症の社会復帰施設に関する基礎的情報を提供することを主な目的としている。具体的には、社会復帰資源の中でも社会復帰施設を必要とするアルコール依存症者の特徴を明らかにするよう試みるとともに、社会復帰施設に関して現状における社会復帰施設数、必要数の推計、社会復帰施設におけるアルコール依存症者の回復率などの実態を調査する。さらに海外における福祉の現状を調査することによって今後の我が国における社会復帰システムの在り方の参考とする。これらのデータから、最終的にわが国におけるアルコール依存症の社会復帰施設の「在り方」を提言するのがその目的である。

この目的を達成するために、本研究では3年

間の研究期間に多くの調査を実施してきた。具体的には、1) 全国精神科入院医療機関リスト作成、2) アルコール依存症社会復帰施設入所スクリーニング基準作成、3) アルコール依存症を受け入れ可能な社会復帰施設リスト作成、4) 社会復帰施設に関する調査、5) 社会復帰施設の利用者に対する調査、6) 精神医療機関入院アルコール依存症に対する調査、7) 精神科入院医療機関に関する調査、8) 海外の社会復帰施設に関する調査、である。各調査の、1) 実施年度、2) 目的、3) 方法、4) 結果の概要等に関するアウトラインは表1にまとめてある。また、主要な調査は平成17年度～18年度に集中して実施したので、各調査の詳細については、それぞれの年度の総括研究報告書を参照していただきたい。

本報告書では、各調査から浮かび上がった社会復帰施設に関係した実態、今後の課題、および提言をまとめていく。平成18年度の総括報告書にも記載したが、調査の進行、データ入力に予定より遅れたために、解析に充分時間を費やすことができなかった。そのため、今後さらに解析を進め、より詳細な実態や提言等についてまとめていく予定である。

B. 研究方法

各調査の実施方法については、各分担研究報告に詳述されているので本報告書で繰り返さない。社会復帰施設でのアルコール依存症受け入れ可能数の推計値、およびアルコール依存症の中で施設を必要とする人の推計値の算出方法等については、本報告書の尾崎による分担研究報告を参照していただきたい。

C. 結果および考察

記述の通り、本セクションでは各調査から浮かび上がった社会復帰施設に関係した実態、今後の課題をまとめていく。

- (1) アルコール依存症を対象とした社会復帰施設のリスト作成
平成17年度～18年度に行った再調査で361

表 1. 平成 16 年度～平成 18 年度調査内容一覧（その 1）

実施年度	調査名	調査目的	調査方法および内容	結果の概略と分担研究報告者
平成 16	全国精神科医療機関リスト作成	全国の精神科入院医療機関のリストを作成する。	「病院要覧 2003-2004、医学書院刊」および「総合病院精神科・神経科ガイド、星和書店刊」を基に作成した。また、日本精神科病院協会のリスト（ www.nisseikyoo.or.jp ）も参考にした。	精神病院 1,066 施設、総合病院精神科 684 施設、合計 1,750 施設を同定した。実際のリストは今年度の総合報告書の添付資料を参照。
平成 17	社会復帰施設入所スクリーニング基準作成	社会復帰施設利用が必要なアルコール依存症のスクリーニング基準を作成する。	医療機関に通院しており、過去にも将来的にも施設を利用しないと判断されたアルコール依存症患者（N=439）、現在施設を利用しているアルコール依存症患者（N=488）に対して調査を行い、施設を必要とする者のスクリーニング基準を作成した。	因子分析およびロジスティック回帰分析による 2 通りの基準が作成された。前者は 4 項目、後者は 9 項目からなる。前者は、a) 社会復帰施設を必要としない群、b) 通所施設を利用している群、c) 入所施設を利用している群の 3 群を弁別するのに対して後者は a) と b)+c) を弁別するようになされた。詳細は平成 17 年度の谷畑および尾崎の分担研究報告を参照。
平成 17	社会復帰施設リスト作成	平成 15 年度作成のアルコール依存症を受け入れ可能な施設リストの更新版を作成する。	平成 15 年度の調査で作成した 277 の施設リストを、都道府県および政令指定市の精神保健福祉センターに送付して、更新していただいた。	アルコール依存症を受け入れ可能な 361 施設を同定した。リストは本報告書の添付資料を参照。
平成 17, 18	海外の社会復帰施設に関する調査	海外の社会復帰施設に関する調査を行い、わが国での在り方の参考とする。	WEB サーチにより、米国、英国、カナダ、オーストラリアの状況を調べた。	英語圏の各国に、非病院型の外来施設・非病院型の住居リハビリ施設が多く存在し、これらが日本における社会復帰施設の「在り方」を設定する貴重な資料になることが示唆された。詳細は平成 17 年度分担、18 年度総括分担、総合分担（いずれも水井、田所）を参照

表 1. 平成 16 年度～平成 18 年度調査内容一覧 (その 2)

実施年度	調査名	調査目的	調査方法および内容	結果の概略と分担研究報告者
平成 18	社会復帰施設に関する調査	1) 全国のアルコール依存症社会復帰施設の実態を明らかにする。 2) 社会復帰施設におけるアルコール依存症受け入れ可能数を推計する。	361 施設に調査票を送付して回収した。調査内容は、社会復帰施設の概要、入所者数、退所者数、一定期間内の退所状況、実施されているリハビリテーションプログラムなどである。	上記 361 施設中 132 施設 (回収率 36.6%) から返答があった。平成 18 年 4 月 1 日現在でのアルコール依存症者の施設利用者は 1,110 名であった。アルコール依存症者は、他の疾患の者と混在して施設を利用していた。平成 17 年度に社会復帰施設を退所した人は 885 名であった。これらの中で、再飲酒や無断で途中退所する者が 56.7%を占めていた。また、施設側の問題点として、マンパワーの不足が 70%近くの施設で指摘された。詳細は平成 18 年度の館内の分担報告を参照。
平成 18	社会復帰施設利用者に対する調査	1) 社会復帰施設を利用しているアルコール依存症の現状や意識を明らかにする。 2) 社会復帰施設の利用者方に関する基礎資料を得る。	施設を利用しているアルコール依存症者を各施設に無作為に 10 名選んでもらい、無記名の自記式調査を行った。調査の内容は、社会・家庭的背景、断酒期間、施設の治療プログラムの評価等についてであった。	上記 132 施設中、129 施設 613 名の利用者から返答があった (有効回答 581)。社会復帰施設の利用により長期の安定した断酒年数を維持している利用者の層があることが示された。また、多くの回答者がアルコール依存症のほかにも精神疾患・身体疾患を抱えていた。社会復帰に関しては、就労・地域社会への復帰より、依存症の回復に重要な援助を得ていると感じている者が多かった。なお、1 年間に社会復帰施設で受け入れ可能なアルコール依存症者は、最大で 2,700 名程度と推計された。上記について、前者の詳細は H18 年度総括研究報告の藤田による分担報告、後者については、本報告書の尾崎の分担報告を参照。

表 1. 平成 16 年度～平成 18 年度調査内容一覧（その 3）

実施年度	調査名	調査目的	調査方法および内容	結果の概略と分担研究報告者
平成 18	精神医療機関入院アルコー ル依存症に関 する調査	1) 社会復帰施設を必 要とするアルコー ル依存症者数を推 計する。 2) 上記アルコール依 存症の社会復帰に 関連する要因の特 性を明らかにす る。	全国の精神科入院医療機関（1,750 施設）に対して、平成 18 年 9 月に各 病院を退院したアルコール依存症者 を最大 20 名無作為に選んでもらい、 社会復帰施設を必要とするアルコー ル依存症のスクリーニング基準項目 を含んだ調査票を、担当者に記載し てもらった。	1,750 施設のうち、593 施設（33.9%）から回答 があった。また、平成 18 年 9 月に退院した 886 例の患者に関する調査票が回収された。この中 から不適切な回答を除いた 878 例について解析 した。この調査よって改めて社会経済的にも困 難な状況にあるアルコール依存症者が数多く存 在することが明らかになった。 この調査と下記の調査結果ら、社会復帰施設 を必要としているアルコール依存症者数は年間 17,800 名～22,600 名程度存在すると推計され た。調査結果の詳細について、前者は平成 18 年 度総括報告書の松下による分担報告、後者につ いては、総合報告書の尾崎の分担報告を参照。 既述の通りである。
平成 18 年	精神科入院医 療機関に関す る調査	社会復帰施設を必要と するアルコール依存症 者数を推計する。	各施設に対して、平成 18 年 9 月 30 日の精神病床数、同日のアルコール 依存症入院患者数、平成 16 年度にお ける退院アルコール依存症者数につ いて調査した	

施設を同定した。しかし、これらのすべてがアルコール依存症に特化した施設ではない。例えば人口規模に比べて多くの施設がリストされている、京都府、島根県、愛媛県などでは、アルコール依存症を主に受け入れている施設以外の施設（一般精神科疾患を対象とした施設）もリストに含まれている可能性が高い。事実、後述の通り調査に回答してくれた132施設のうち64施設（48.5%）のみが、アルコールに特化した施設と回答している。しかし、リストを見てみると、アルコールに特化していても回答のなかった施設も数多くある。従って、今回回答のあった施設に必ずしもアルコール特化施設が偏重していた訳でもないようだ。しかし、その割合は非回答施設に比べると幾分高いかもしれない。特筆に価するのは、特化していない多くの施設もアルコール依存症の受け入れを表明していることである。

(1) 社会復帰施設を必要とするアルコール依存症のスクリーニング基準作成

この基準は、外来に通院しているアルコール依存症で社会復帰施設を過去にも今後も使用しないと医療者が判断した群と、すでに社会復帰施設を利用している群を最もよく弁別するモデルを基に作成した。その意味ではいわばスクリーニング基準ともいふべきモデルである。平成17年度の総括研究報告にもある通り、因子分析手法に基づく谷畑モデル、多重ロジスティック回帰分析手法に基づく尾崎モデルが提案された。カットオフ値が明確なことなどから、全国の精神科入院医療機関に対する調査結果には後者のモデルを適用した。後述する平成18年度実施の精神科医療機関に対する調査では、質問項目の中で対象患者が社会復帰施設に行くのが適当かどうか担当医療者に尋ねている。この結果をゴールドスタンダードとすると、上記のモデルの敏感度、特異度は、社会生活の自立度を基準9項目の1つに入れた場合、それぞれ74%、59%であった。また、日常生活の自立を9項目の

1項目に入れた場合、それぞれ68%、66%となった（基準については表2参照）。

表2. 社会復帰施設を必要とする要件の9項目とスクリーニング基準

項 目
1. 生活保護以外の収入がない
2. 結婚経験なし
3. 離婚・死別・離別経験あり
4. 同居者なし
5. 家族との関係調整の必要あり
6. 経済問題の経験あり
7. 3ヶ月以上の断酒経験なし
8. 身体合併症あり
9. 社会生活自立なし、または、日常生活自立なし

注. 以上9項目の中で、4項目以上満たせば、社会復帰施設利用の適応となる（平成17年度総括報告書参照）

上記調査で、社会復帰施設が必要と医療担当者が回答した中で、実際に施設を利用した者は33%であった。尾崎は多重ロジスティック回帰分析の変数増加法を用いて、必要者の中で実際の利用にまで繋がるのに関係した要因を調べた。その結果を表3に示す。帰るところがなくて、入院日数が長いと社会生活復帰へ向けての施設が必要だが、断酒経験がないとその見込みも少ないということのようである。

表3. 施設利用が必要と医療者が考えたアルコール依存症の中で実際に利用に結びつくのに関係した要因

結びつきやすい要因
1) 持ち家がないこと
2) 入院日数が長いこと
結びつきにくい要因
1) 3ヶ月以上の断酒経験がないこと

(3) 社会復帰施設の現状に関する実態把握

1) 受け入れ可能数

上記 361 施設中 132 施設（回収率 36.6%）から返答があった（回答をいただいた施設は、添付の社会復帰施設リストにその旨明記してある）。上記 132 施設の定員合計は 3,584 人、アルコール依存症受け入れ可能数 1,218 人、平成 18 年 4 月 1 日現在利用者の中でアルコール依存症者は 1,110 人であった。平成 17 年度利用者で退所者数 885 人からすると、既存施設の年間新規利用者受け入れ可能数は約 1,000 人である（1,218-1110+885）。もしも、未回答の 229 施設でも同程度の受け入れが可能であれば、最大で 2,715 人の受け入れが可能である。しかし、返答のなかった施設ではアルコール依存症の受け入れ容量がやや低い可能性もあるので、2,700 は最大容量と考えるのが妥当かもしれない。

2) 利用者の回転率

施設の回転率は必ずしも高くない。仮に 1 年間通して施設の利用者が平均で 1,110 名、1 年間の入所者、退所者がそれぞれ 885 名とすると、平均在所日数は、 $(365 \times 1,110) / 885$ となり、およそ 450 日（1 年 3 ヶ月）となる。後述するように施設の利用者で 10 年を超えている者も一定割合で存在しているという事実がこの傾向を物語っている。しかし、アルコール依存症患者が安定した断酒を達成し、社会復帰するには時間がかかるのもまた事実である。この施設の利用期間に関する議論については、今後さらに詳細なデータ解析と検討が必要である。

3) 利用者の回復率

次の問題は、施設における回復率である（表 4 参照）。回復の定義は議論のあるところであるが、「就労」を仮に回復とみなすと、全退所者のわずかに 12%と低い。「期間満了退所」と合わせても 23%である。一方、「飲酒」や「無断退所」と明らかに転帰不良群は、それぞれ 19%、17%、合計 36%と非常に高い。ま

た、その他の途中退所者と合わせると 53%と退所者の半数を超える。先に議論した社会復帰施設を必要とする要件の 9 項目（表 2 参照）はいずれもアルコール依存症の不良な転帰と関連する要因である（アルコール依存症が重症で、社会・家族・経済的に劣悪な環境にいる）¹⁻⁵⁾。従って、社会復帰施設を利用した者の転帰が不良なのはある程度理解可能である。しかし、今後転帰改善に向けた努力が必要であることは言うまでもない。

表 4. 施設利用者の退所理由の構成

施設利用 目的達成	就労	110 (12.4%)
	他施設へ	102 (11.5%)
	上記以外で期間満了	93 (10.5%)
	その他	79 (8.9%)
途中退所	飲酒退所	169 (19.1%)
	無断退所	149 (16.9%)
	死亡	36 (4.1%)
	その他	147 (16.6%)
	合計	885 (100%)

4) 生活の場としての施設

しかし、一方でこのような劣悪な環境にしながら、社会復帰施設に通所または入所し続けている者も数多くいる。アルコール依存症が重症で、かつ上記のような社会的マイナス要因を多数持つ者の場合、就労による社会復帰は事実上不可能であることも多い。その意味で、社会復帰施設は本来の社会復帰施設ではなく、断酒も含めた飲酒コントロールを提供する生活の場となることもある。実際今回の調査でも、基準入所期間を定めている施設は全体の 1/4 未満であった。つまり、残りの 3/4 以上の施設では、要件さえ満たせば期限なく入所または通所が可能ということである。

このような社会復帰施設の利用の在り方も大きな意義があると思われる。なぜなら、この施設利用がなければ、再び飲酒して、身体的、社会的に更に状況が悪化する可能性が高くなるからである。当人へのダメージももち

ろん重要であるが、医療経済の面からも以下の2点でこのような施設利用が重要と考えられる。1点目は、この施設により再発、再入院を予防できるからである。例えば、表5のように、久里浜アルコール症センターにおける標準的な3ヶ月の入院治療に要する医療費は一人平均160万円程度である⁶⁾。また、これは1回の入院費用であり、入退院を繰り返すアルコール依存症の特性を考えれば、その金額はさらに増えると思われる。一方、表のように、3ヶ月分の施設の運営費総額を利用者数で割ると約44万円、さらに公的補助金総額を施設利用者で割ると、1利用者当たり約25万円となり、入院費用に比べるとかなり低くなる。

表5. アルコール依存症者1名当たりの入院医療費と社会復帰施設必要経費との比較

1人当たりの平均入院医療費(3ヶ月) ^{a)}	
1,602,000円	
1 社会復帰施設当たりの平均費用(3ヶ月)	
1) 運営費用	13,680,000円
2) 公的補助金	7,880,000円
利用者1人当たりの平均費用 ^{b)}	
1) 運営費用	442,000円
2) 公的補助金	245,000円

a) 入院費用は久里浜アルコール症センターでの費用。

b) 社会復帰施設の費用を利用者数で割った数値。

2点目は精神科デイケアとの関係である。データがないのであくまでも推測であるが、精神科デイケアでも上記のような社会復帰困難な症例を一定の割合で抱えているものと思われる。その場合、もし、社会復帰施設に移行可能であれば、現行のデイケア医療費を考慮に入れば、必要な経費は大幅に削減可能となる。もちろん、精神科デイケアでなければ治療困難な症例(例えば、重症な精神科合併症を有する症例など)も存在するであろう。今後、どのような特性をもった症例

をデイケアで治療し、どのような症例が社会復帰施設でケア可能であるかのすみ分けに関する研究・検討が必要である。同時に、社会復帰施設の利用者で、社会復帰を目標にする症例と社会復帰施設を生活の場としていく症例のすみ分けも重要となる。今回の調査は様々な種類の施設を対象としている。従って、施設の種類によりある程度のすみ分けは可能である、しかし、例えば最もその数が多い、作業所においても社会復帰を目的とする施設とそうでない施設が存在するだろうし、1作業所においても、社会復帰を目標にしている者とそうでない者が混在しているはずである。今後、施設の機能の明確化、対象症例の入所目的の明確化等を進めて、より効率よくしかも個人の特性に合った適切な援助ができよう全体のシステムを再構築する必要があるだろう。

5) 依存症に対する援助プログラム

施設における依存症に対する援助プログラムは、酒害教育と自助グループへの関与がその主なものである。個人面接やグループミーティングで、アルコール問題が取り上げられている可能性はあるが、どの程度行われているかは今回の調査ではわからない。アルコール依存症の専門医療施設で酒害教育が行われている割合は80~90%程度であるから、それに比べて施設の39%はもちろん低い⁷⁻⁹⁾。自助グループについては、「回答が複数回答化」となっているため、正確な割合は不明であるが、何らかの関わりをもっているのは60%程度のようなものである。このプログラム内容が退所者の転帰に関係しているかどうかは定かではない。いずれにしても、施設の種類による解析等が今後必要であるが、前述のように施設の機能のすみ分けが明確であれば、依存症に対するプログラムを現行より更に効率的に作成できる可能性はある。

6) 社会復帰のためのプログラム

実施されているプログラムで社会復帰に関係

したプログラムとその実施割合は以下の通りであった。作業プログラム（60%）、栄養指導（59%）、就労指導（67%）、職業訓練（32%）。これも施設の種類により大きく異なっている。例えば、生活訓練施設、福祉ホーム、グループホーム、作業所、更正施設、宿泊提供施設を「通過型施設」、入所授産施設、福祉工場、通所授産施設、回復者グループ、救護施設を「居住型施設」と2つに分けてみる。すると、アルコール依存症そのものの回復に関係するプログラム（酒害教育、自助グループとの連携）については、実施されている割合が前者で高く、逆に就労指導や職業訓練などは後者に高い傾向がある。

7) 施設の運営等

a) 予算額

表5のように、1施設当たりの年間平均予算額は5,473万円（表5は3ヶ月であることを注意）、このうち公的補助金の平均は3,153万円であった。予算額等に関する施設の意見をみると、当然のことながら多くの施設で不十分ということであった。

b) 利用料

利用者から施設の利用料を徴収している施設が43%あった。また、その利用料の1ヵ月の平均金額は約28,200円であった。後述するように、利用者に対する調査で、この利用料に対する不満が多くの利用者から寄せられている。

c) マンパワー

職員数は各施設によって大きく異なっているが、1施設当たりの平均は常勤職員が6.6人であった。職員が不足していると回答した施設は70%近くあった。しかし、実際に職員が足りないのか、または、マンパワーの適切な再配分によって不足を解消できるのかは、今回の調査からは明らかではない。いずれにしても多くの施設が職員の不足を訴えていることは間違いない。

d) 職員教育

サービスの向上のためには、職員教育が非常に重要である。教育により、利用者に対する適切な対応、指導、援助プログラムの向上等が可能になり、対象者の回復率を向上させることが可能となるだろう。本調査によると、回答してくれた施設における、施設内アルコール関連研修の年平均回数は1.8回、施設外研修の平均は3.0回であった。今後、職員教育を更に充実させていくのは、多くの理由から必要であろう。

(4) 社会復帰施設の利用者に対する調査

この調査は利用者に関する自記式の意識調査である。上記132施設中、129施設から利用者に対する調査票が返送されてきた。その総数は613名である。しかし、性別の不明な32名を無効回答として、残りの581名分の調査結果を解析した。

a) 施設利用期間、断酒期間

回答者の施設利用期間を見てみると、1年以上が男性の65%、女性の54%である。これは年齢によって大きく異なっている。男性の場合39歳以下の者におけるこの割合は42%であるのに対して、60歳以上では81%である。女性ではさらにその差が大きく、それぞれ、32%、79%である。既に社会復帰施設の機能について論じたが、若年者の場合には社会復帰援助を、高齢者の場合には生活の場としての機能を施設に求める傾向があるようだ。

断酒期間の分布も施設利用期間の分布と似通っていた（男性の68%、女性の67%が1年以上断酒。5年以上断酒が男性の23%、女性の24%）。特に高齢者では施設を利用しながら安定した断酒を継続している者が多いことが示されている。

さて、社会復帰施設の平均在所期間は、1年3ヵ月程度であることについては、既に言及した。それと比較すると、本調査に回答してくれた利用者の利用期間は長いように思え

る。途中で利用が中断した場合には、最新の利用期間について記入してもらうことになっているので、解答用紙に通算利用期間を記入した者が多く、その為に利用期間が長くなったとは思えない。各施設には「無作為で 10 名」とお願いしたが、もしかすると、長期間安定的に利用している者をより選択した selection bias がかかっている可能性は否定できない。

b) 他の精神疾患・身体疾患の合併

アルコール依存症以外の精神疾患の治療を受けている者が男女とも 30%強いた。女性では、断酒期間や施設利用期間が短い者の合併割合が非常に高かった。例えば、断酒期間 1 年未満の者の割合は、合併有りが 54%、なしが 24%であった。施設利用についても、1 年未満がそれぞれ、70%、37%であった。しかし、男性にはこのような傾向は認められなかった。

一方、身体疾患での治療を、男性の 38%、女性の 21%の者が受けていた。身体疾患に関しては男女とも断酒期間や施設利用期間が長い者に合併率が高い傾向があった。例えば、平均の断酒期間は合併有りが 4.3 年、合併なしが 3.3 年であった。同様に、利用期間の平均は、前者が 3.1 年、後者が 2.7 年であった。断酒期間や施設利用期間は高齢者でより長い傾向のあることは既に述べた。上記の結果は、若年者に比べて高齢者は身体疾患の合併率がより高いことを単に示しているに過ぎない可能性もある。

c) 役に立つプログラム

利用者から役に立つと思われる援助は、「居場所提供」と「断酒に関する援助」に関する項目が多かった。一方で、「就労支援」など社会復帰を目的とする援助、「栄養指導」など自立的な生活方法に関する援助は「役に立たない」という回答が高い傾向があった。既述の通り、現在社会復帰施設を利用している者は、アルコール依存症全体の中でも、就労等の自立・社会復帰の困難な者が多い群である。

利用者の多くは、施設の次の段階である自立・社会復帰を諦めて、施設に安住する傾向が強いかもしれない。既述の通り、67%の施設が就労指導を、59%の施設が栄養指導をしていると回答している。しかし、これらのプログラムが役立っていると回答している利用者は 40%強である。この割合の乖離が真実だとすると、その理由として、対象としている群の中で、就労・自立社会復帰の可能性のある者の割合が本当に低い、施設の方が充分に就労・自立の働きかけをしていない、等の理由があると思われる。後者については、職員のマンパワーの不足、職員のスキル不足、定員を大きく割り込むと補助金が削られる等の理由で施設から自立させない傾向がある、などがその理由として推測される。いずれにしても、施設毎または施設内における機能分化の促進、職員の充足および教育の推進、補助金制度の見直し、等が必要かもしれない。

d) 施設に対する感想・要望

まず感想であるが、男女ともほぼすべての者が、「施設は本人の断酒に役立っている」と回答している。また、70%以上の男女が、「もっと早く施設に来ればよかった」とも回答している。既述のように、長期断酒の安定した利用者を調査対象者として選んでいる傾向は否定できないが、多くの利用者が施設の存在意義を認めていることは確かのようなのだ。

要望に関して多かったのは、利用料をなくして欲しい、毎日利用できるようにして欲しい、医師・看護師などの医療者が職員として欲しいなどであった。

(5) アルコール依存症者を対象とする社会復帰施設の必要数の推計

全国の精神科入院病床を有する医療機関 1,750 施設のうち、593 施設 (33.9%) から回答があった (回答していただいた施設は添付資料の病院リストにその旨を記した)。また、平成 18 年 9 月に退院した 886 例の患者に関する調査票が回収された。

既述の通り、これらの対象者の中で、医療担当者が社会復帰施設の利用が必要であると回答したのは、43.8%であった（基準 1）。また、利用のスクリーニング基準では、社会生活自立版が 55.3%（基準 2）、日常生活自立版が 48.6%（基準 3）であった。回答施設の年間退院者数（2005 年度）が、13,825 人であるから、基準 1 を採用すると 1 年間に新たに 6,028 人分、基準 2、基準 3 ではそれぞれそれぞれ 7,645 人、6,719 人分の施設受け入れが必要となる。

もし、未回答医療施設にも同様の割合で施設利用必要者がいると仮定した場合は、それぞれ 17,788 人、22,562 人、19,828 人となり、2 万人前後の受け入れが必要となる。これは、本調査の施設回答率の低さを反映して過大見積のようにみえる。しかし、以下のような理由から必ずしもこの数値が過大ではないと思われる。まず、尾崎も分担報告で述べているように、未回答施設には、アルコール依存症患者の退院が少ないと予測はできるが、本調査への回答医療施設 593 施設のうち、218 施設（36.8%）は、アルコール依存症の退院患者が 2005 年度に 1 人もいなかった施設であり、回答施設が依存症治療を行っている施設に偏重している訳ではないと思われる。事実、今回の調査で、我々の知っているアルコール依存症の専門治療施設で回答をいただけなかった施設も数多くある。第二に、我々の 2003 年の全国調査で、ICD-10 によるアルコール依存症診断基準を満たす者がわが国には 80 万人存在すると推計されたことが挙げられる¹⁰⁾。第三に、今回我々は精神科入院施設以外から社会復帰施設の利用を必要とする者はいないと仮定して推計を行ったが、数は少ないものの精神科診療所や精神科以外の診療科にも対象者は存在するはずであり、我々の推計はこの点で過小に見積もっていると考えられる点である。

ここで、我々の推計は 2005 年度の 1 年間についてのみの推計であることに注意する必要がある。中には何回も精神科病院での入退院

を繰り返す患者がいること、また、一度社会復帰施設の利用を開始しても、半分以上は転帰が不良で、ある一定の割合の者が施設の利用を繰り返す可能性のあることなどを考慮すると、経年的に見た場合、この推計値は修正されなければならないだろう。本報告書ではその点について言及するにとどめ、実際の修正は詳細なデータ解析結果や患者調査¹¹⁾などを参考にして今後慎重に行う予定である。

(6) 海外における社会復帰システムや施設

や現状に関する調査とわが国との比較 WEB サーチにより、米国を中心として、英国、カナダ、オーストラリアの現状について調査した。その結果、わが国に比べて特に米国などでは、わが国の社会復帰施設に相当するような施設数が人口を考慮しても圧倒的に多いことが明らかになった。これは、国際的にみて、先進国の中でもわが国の社会復帰施設数およびその容量が少ないことを物語っている。直接の比較はできないが、その種類においてもわが国の方が限られている印象がある。

分担研究報告で水井と田所は、非病院型の外来施設および非病院型の住居リハビリ施設がわが国での「在り方」を考える上での、貴重な資料を提供してくれる、と結論している。ここで注意しなければならないのは、わが国と今回対象とした国々で医療制度や保険制度が異なる点である。今後、これらの違いを充分考慮に入れて、非病院型の外来施設・住居リハビリ施設モデルまたはその一部のわが国の社会復帰施設への適用性を慎重に検討していく必要がある。

D. 結論（まとめ、提言、課題）

1. まとめ

本研究はアルコール依存症者の社会復帰に関して基礎資料を提供することを主たる目的としている。具体的には、全国のアルコール依存症を受け入れている社会復帰施設や精神科入院医療機関に対する調査等を行い、その実態を明らかにする。また、その結果や海外の

データを参考にしながら、最終的に施設の在り方に関する提言を行う。3年間の研究で得られた主な結果は以下のようによまとめられる。

1) 全国で361のアルコール依存症を対象としている社会復帰施設を同定した。

2) 全国の精神科入院病床を有する医療機関1,750施設のリストを作成した。

3) 社会復帰施設を必要とするアルコール依存症のスクリーニング基準を作成した。

4) 上記施設に対して施設の実態に関する調査を行い、132施設から返答があった。また、施設に対する自記式意識調査に対して、施設利用者613名(有効回答581)から回答があった。結果の主な内容は以下の通りである。

4-1) 全国の施設で1年間に受け入れ可能なアルコール依存症者数は最大で2,700名程度と推計された。

4-2) 施設の平均在所期間は約1年3ヶ月程度と推計された。

4-3) 平成17年度の退所者のうち就労自立は12%、逆に飲酒・無断退所等の途中退所者は53%であり、退所者の転帰は必ずしも良好ではなかった。

4-4) 一方で、施設を利用して安定した長期断酒を継続している者も多かった。利用者に対する調査から、男女とも2/3以上が1年以上、約1/4が5年以上断酒していた。特に長期利用、長期断酒の傾向は高齢者で顕著であった。

4-5) 利用者にとって施設での役立つプログラムは、居場所の提供と断酒支援であり、社会復帰や生活自立に対する支援プログラムに対する評価は低かった。

4-6) 多くの利用者が施設の意義を認めていたが、一方でサービス向上への要望も多かった。

5) 全国の精神科入院医療機関1,750施設に対してアルコール依存症の治療数等について調

査し、593施設(33.9%)から回答があった。また、平成18年9月に退院した886例の患者に関する調査票が回収された。

5-1) 医療者の判断や既述のスクリーニングモデルを用いて、社会復帰施設を必要とするアルコール依存症者は1年間に17,800名～22,600名程度存在すると推計された。

5-2) 施設を必要とする者の中で、実際に施設の利用に繋がる者の予測因子を同定した。

6) 米国を中心とする海外の社会復帰施設に関してWEBによる調査を行った。

6-1) わが国における社会復帰施設数(やその種類)が少ないことが確認された。

6-2) 非病院型の外来施設や住居リハビリ施設がわが国での「在り方」を考える有力なモデルであることが示唆された。

2. 提言

この提言は、国や地方自治体に向けられたものであるが、関係する社会復帰施設がそれぞれの援助プログラム等を再考するために使用していただいてもよい。この提言は、今回得られたデータ解析の進捗により将来的に内容が一部変更される可能性がある。

1) 精神科デイケアなど医療機関で治療を続ける必要のあるアルコール依存症と社会復帰施設での援助が適切な依存症それぞれの特徴を明らかにして、その要件等に関するガイドラインを作成する。

2) 社会復帰施設を社会復帰のための施設と生活の場提供型の長期援助施設等に分類して、それぞれの機能分化を図る。

3) 個々のアルコール依存症の社会復帰に関する目標設定を促進し、個々の特性に合ったプログラムが施行されていくよう必要な援助を行う。

4) 退所者の回復率を更に向上させる。そのた

めには、

- 4-1) 飲酒・無断退所に関係した要因分析を行う。
- 4-2) 施設での援助の方法等について、適切な支援が受けられるようなシステムを作る。
- 4-3) 職員数の増加や研修等により職員の援助技術の向上を図る。

5) 社会復帰施設の年間アルコール依存症受け入れ可能数を増やす。

3. 今後の取り組み

まず、今回得られた調査結果の更なる解析が必要であることは言うまでもない。この点については、今後、データの論文化とともに取り組んで行かなければならない。しかし、一方で今回の調査等を踏まえて以下のような取り組みがなされるのが望ましい。

- 1) 精神科医療機関、特にデイケアに通所しているアルコール依存症の実態に関する調査研究を行う。
- 2) 医療での治療が必要なアルコール依存症と社会復帰施設での援助が適切な依存症の要件等に関するガイドラインを作成する。
- 3) 社会復帰施設およびその利用者に対するより詳細な調査を行う。調査から社会復帰可能なアルコール依存症の特性の明確化、社会復帰を阻害する要因の特定、施設からのドロップアウトに関する実態と関係要因等に関するデータが提供される。
- 4) 社会復帰型施設、長期滞在型施設に関するモデルを作成し、その評価を行う。

E. 文献

1. 鈴木康夫. アルコール症者の予後に関する多面的研究. 精神経誌 84: 243-261, 1982.
2. 樋口 進, 山田耕一, 村岡英雄, 他. 若年アルコール症者の予後に関する研究. 精神経誌

88: 181-205, 1986.

3. Powell BJ, Landon JF, Cantrell PJ et al. Prediction of drinking outcomes from male alcoholics after 10 to 14 years. Alcohol Clin Exp Res 22: 559-566, 1998.
4. 樋口 進. アルコール依存症の治療システムに関する研究. 平成12年度厚生科学研究費補助金, 障害保健福祉総合研究事業, 精神保健福祉の疫学および実態の把握に関する研究報告書, 東京, 2001.
5. Ciraulo DA, Piechniczek-Buczec J, Iscan EN. Outcome predictors in substance use disorders. Psychiatr Clin North Am 26: 381-409, 2003.
6. 宮川朋大, 真栄里 仁, 樋口 進. アルコール依存症の病期、治療法による医療費の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 40: 181-190, 2005.
7. 樋口 進, 村松太郎, 荒久保昭子, 他. 我が国のアルコール依存症患者の専門治療施設に関する調査, その1 - アルコール専門病棟. 精神医学 30: 547-552, 1988.
8. Higuchi S, Muramatsu T, Yamada K et al. Special treatment facilities for alcoholics in Japan. J Stud Alcohol 52: 547-554, 1991.
9. 樋口 進. わが国のアルコール依存症の専門治療施設に関する調査. 平成8年度厚生科学研究費補助金, 障害保健福祉総合研究事業, 精神保健福祉の疫学および実態の把握に関する研究報告書, 東京, 1997.
10. 尾崎米厚, 松下幸生, 白坂知信, 他. 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. アルコール研究と薬物依存 40: 455-470, 2005.
11. 厚生労働省統計情報部. 2002年度患者調査. 厚生統計協会, 東京, 2005.

F. 健康危険情報

報告すべきものなし。

G. 研究発表

1) 国内

口頭発表

2件

原著論文による発表	0 件
それ以外の発表	2 件

論文

1. 松下幸生, 谷畑健生, 藤田さかえ, 舘内由枝, 田所溢丕, 水井忠訓, 尾崎米厚, 樋口 進. 断酒継続のための支援と社会復帰施設の利用に関する検討. 精神神経学雑誌, 印刷中.
2. 樋口 進. アルコール依存症治療の現状と将来の展望. 精神神経学雑誌, 印刷中.

学会

1. 松下幸生, 谷畑健生, 藤田さかえ, 舘内由枝, 田所溢丕, 水井忠訓, 尾崎米厚, 樋口 進. 断酒継続のための社会復帰施設の利用に関する検討. 第 102 回日本精神神経学会, 福岡, 2006.
2. 松下幸生, 谷畑健生, 藤田さかえ, 舘内由枝, 田所溢丕, 水井忠訓, 尾崎米厚, 宮川朋大, 樋口 進. 断酒継続のために必要な支援と断酒の危機と感じる時: 断酒会会員 6,118 名のアンケート調査結果. 第 28 回アルコール関連問題学会, 仙台, 2006.

2) 海外

口頭発表	1 件
原著論文による発表	0 件
それ以外の発表	0 件

学会発表

1. Matsushita S, Tadokoro M, Mizui T, Tanihata T, ; Osaki Y, Fujita S, Tateuchi Y, Higuchi S. Support for abstinence and the risk of craving in alcoholics: results of Japan Sobriety Association survey. The 30th Annual Meeting of the Research Society on Alcoholism, Chicago, 2007.

H. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）

1. 特許取得： なし
2. 実用新案登録： なし
3. その他： なし

I. 謝辞

本研究のために多忙な中、調査に協力いただきました全国の社会復帰施設、精神科入院病床を有する医療機関、および精神保健福祉センターの担当者の皆様に心よりお礼を申し上げます。どうもありがとうございました。

アルコール依存症の社会復帰施設の必要数の推計

尾崎米厚*1、松下幸生*2、樋口進*3

(*1 鳥取大学医学部環境予防医学分野准教授、*2 久里浜アルコール症センター 医長、*3 久里浜アルコール症センター副院長)

目的

アルコール依存症の社会復帰施設の必要数の推計を行う。

方法

アルコール依存症患者が入院している全精神科医療機関に、退院患者を無作為に選び、その患者の社会復帰施設の必要性に関する調査票を医療者に記入してもらった(退院患者調査)。これにより、退院者数に占める社会復帰施設利用が適切な者の割合を算出した。また、これらの医療機関へは、2005年度の年間退院アルコール依存症者数を尋ねた(病院調査)。社会復帰施設には、現在の利用者数(アルコール依存症)および上限受け入れ数を尋ねた(社会復帰施設調査)。これらから、社会復帰施設必要数を推計、実際の上限受け入れ可能数と比較し、どのくらい不足しているかを明らかにした。

結果および考察

退院患者調査の回答者(医療者)の判断による社会復帰施設必要者割合は43.6%であり、回答施設の年間退院者数から推計した必要数は、6028人(必要数1=最小必要数)、未回答施設にも同じ割合の必要者がいると仮定した場合は17788人(必要数2=最大必要数)であった。すなわち、必要数1が最小限の必要数、必要数2が最大限の必要数であるといえる。昨年度調査により明らかになった医療者記載の退院依存症患者の生活等状況要因スクリーニング基準を用いると48.6%あるいは55.3%が必要者割合となり、これに伴う必要数1は、それぞれ、6719人、7645人、必要数2は、19828人、22562人となった。必要数1でみると、回答施設の定員合計が3584人、アルコール依存症患者受け入れ可能数1218人、平成18年4月1日現在利用者数1110人であるので、さらに108人しか受け入れできず、年間退所者数と合わせても993人しか受け入れられず5000人分近く不足する。未回答施設に同様の受け入れ可能数があったとしても、最小必要数の半分は不足する。必要数2のほうが大きいので、実際の必要数が必要数2に近づくほど、施設数はさらに不足することになる。したがって、社会復帰施設が絶対的に不足していることが推定された。これは、医療者が退院患者に対して、実際社会復帰施設を利用すると回答した割合(14.7%)に近く、調査結果の妥当性を支持する。

背景と目的

わが国では、少子高齢化が進展し、人口減少社会が到来しようとしている。未来にわたって維持持続可能な社会保障制度のあり方が問われ、社会保障費の増加防止のためにも精神障害者を含む障害者の社会復帰がにわかに唱えられるようになった。そのような文脈で、医療構造改革、障害者自立支援法等が提唱され、精神障害者の長期入院是正が叫ばれるようになった。早期退

院のためや、精神障害者の自立を促すということは、彼らが、地域社会で自立、自活できるということに他ならない。アルコール依存症においても同様のことがいえるが、そのためには病院や施設から、いきなり在宅に帰り社会生活を営むのは困難な場合も多く、社会復帰施設によるソフトランディングへのサポートが益々重要になってくる。しかし、関係者の感触では、社会復帰施設の絶対的不足があるという。しかし、

その実態は明らかになっておらず、客観的な情報を基にした、必要量推計もなされることがない。適切な政策を展開するためには、実地のデータに基づき、根拠ある推計が必須である。本調査では、アルコール依存症患者に関わる医療者からの情報をもとに、アルコール依存症の社会復帰施設の必要量を明らかにすることを目的とした。

対象と方法

退院患者調査

全国の医療機関から、総合病院で精神科をもっている病院 684 施設、および精神病院 1066 施設を選び「社会復帰施設を必要とするアルコール依存症に関する調査（退院患者調査票）」を依頼した。調査票回答者は 9 月に退院した患者の中から無作為に抽出してもらった。抽出数は各施設に任せた。退院患者から回答施設は 593 施設（33.9%）、回収退院患者調査票は、886 人分であった。回答施設のうち 218 施設は、2005 年度のアルコール依存症の退院者数が 0 であった。調査内容は、回答者の職種、退院患者の性別、年齢、住居所有状況、入院期間、生活保護受給有無、婚姻や離婚経験、アルコールによる問題、医学的合併症、日常生活能力、3 ヶ月以上の断酒経験、社会復帰施設を利用したほうがいいのか、実際利用するか等であった。これらの項目は、昨年度調査の分析により明らかになった、アルコール依存症患者の中から社会復帰施設利用適応のある人を抽出するためにスクリーニング項目である。

医療機関調査

退院患者調査を依頼した医療機関には、精神科ベッド数（2006 年 9 月末日現在）、アルコール依存症入院患者数、2005 年度アルコール依存症患者の退院数を調査した。

社会復帰施設調査

アルコール依存症者の社会復帰施設調査は、各県の施設リストからアルコール関係の施設を選び調査を依頼した。全国で 361 施設が抽出され、132 施設から回答があった（36.6%）。調査内容は、運営主体、施設の種類、開所年、予算、定員数、アルコール依存症者受け入れ可能上限数、アルコール依存症施設利用者数（2006 年 4 月 1 日現在）、アルコール依存症者退所者数、施設が提供している援助サービスの内容、各職員数、職員研修の状況等であった。

社会復帰施設利用者調査

社会復帰施設利用者に対する調査票により、社会復帰施設調査を回答した施設を利用する利用者の自記式アンケート調査を実施した。調査票回収数は 613 であった。調査内容は、年齢、性別、断酒期間、心身合併症、施設利用期間、施設での援助サービスが役立っているか、施設に対する意見・要望であった。

解析手順

解析の手順は、表 1 のような考え方にしたがって実施した。

表 1 解析手順

<p>1) 社会復帰施設を必要とするアルコール依存症に関する調査（退院患者調査票）を用いて、退院患者に占める社会復帰施設利用必要者割合を計算する。計算方法を 3 通り実施した。</p> <p>(1)医療者の判断（退院後、社会復帰施設を利用したほうがいいのかと思う割合）</p> <p>(2)昨年度の研究結果を利用した退院患者調査票における 9 項目のうち 4 項目以上該当した者を施設利用適格者とした場合の割合</p> <p>(3)上記(2)のうち、社会生活自立の有無を日常生活自立の有無に変更し、9 項目のうち 4 項目以上該当した場合の割合</p> <p>9 項目：生活保護以外の収入がない、結婚経験無、離婚・死別・離別経験有、同居者なし、</p>
--

2) 必要数1の推計

医療機関調査に回答しなかった施設には利用適格者がいないと仮定した場合の推計。上記(1)の割合に、回答施設の年間退院者数をかけあわせて算出(最小見積必要数)

3) 必要数2の推計

医療機関調査に回答しなかった施設にも、回答施設と同様の割合適格者が存在すると仮定し、1施設あたりの年間退院者数も回答施設のそれと同じだと仮定した場合(最大見積必要数)。

4) 施設利用が望ましい人のうち、実際の施設利用へ結びつく人とつかない人を分ける要因についての多変量解析

正しい判断(ゴールドスタンダード)と仮定した場合、このスクリーニングテストの敏感度は73.8%、特異度59.0%、陽性反応的中度58.2%となった(表2)。これは、敏感度が比較的高く、特異度がやや低い結果となった。すなわち、社会復帰施設の必要のないひと少なからず施設が必要だと判定されてしまうことをしめす。

9つ目の変数に日常生活の自立を入れた場合の結果を表3に示す。スクリーニングテスト4点以上が48.6%とやや下がり、敏感度も67.6%と下がり、一方特異度は66.0%、陽性反応的中度60.6%と上昇した。どちらが適切かは、この問題(社会復帰施設利用)の性質による。対象者もなるべくもれなく施設へつなぎたいければ前者のモデル、必要のない人をあまり多く、必要ありとしてしまいたくなくれば(様々な負担が多きい場合)後者のモデルが望ましいといえる。退院者の場合であれば、前者のモデルのほうが望ましいかもしれない。いずれにせよ、退院者のうちのかかなりの割合が社会復帰施設利用が望ましい人々であるといえる。

3) 社会復帰施設必要数の推計

医療者の判断による退院患者に占める施設利用が望ましいものの割合に回答施設の年間退院者数を掛け合わせると年間の施設利用適格者数ができる。実際の数字で計算すると回答施設の年間退院者数(2005年度)が、13825人であるから、その43.8%の6028人分必要だということになる(表4 必要数1)。これは、未回答施設には施設利用適格者が一人もいないという仮定に基づく推計であるため、約6000人という数字は「最も少なく見積もった」値である。スクリーニングテストの4点以上の者を適格者とすれば、必要数1は、社会生活自立を入れたモデルと日常生活自立を入れたモデルでは、それぞれ7645人、6719人となった。いずれにせよ、少なくとも6-7千人は必要者がいることになる。もし、未回答医療施設にも同様の割合で施設

結果および考察

1) 社会復帰施設利用の必要な患者の割合

医療者の判断による社会復帰施設利用が望ましい退院患者割合(退院患者調査票)は、43.6%であった。この割合は、回答者の職種(医師、看護師、ソーシャルワーカー)別にみても大きな差は認められなかった。一方、実際、社会復帰施設を利用すると回答した割合は14.7%であり、利用が望ましいと回答した者の66.8%は、実際利用しないということである(表1)。この値だけをみても、社会復帰施設が不足しているのではないかと考えることもできる。

2) スクリーニング質問による社会復帰施設利用適格者

9項目の質問のうち4項目以上に該当した場合、社会復帰施設利用の適格者だと判定するスクリーニングを用いて回答者を分類した結果、社会生活の自立を9つ目の項目に用いたモデルでは、4点以上が55.3%となった。医療者の社会復帰施設の利用が望ましいという判断が真の

利用必要者がいると仮定した場合は、必要数(必要数2)は、それぞれ 17788 人、22562 人、19828 人となり、2 万人前後も必要となる。これは、本調査の施設回答率の低さを反映して過大見積のようにみえる。未回答施設には、アルコール依存症患者の退院が少ないと予測はできるが、本調査への回答医療施設 593 施設のうち、218 施設 (36.8%) は、アルコール依存症の退院患者が 2005 年度にひとりもいなかった施設であり、本調査へは必ずしも退院患者がいる施設だけが回答しているわけではないこと、全国には数多くのアルコール依存症患者が存在することはわかっていることなどからすると必要数 6000 は過少評価であろう。

一方、社会復帰施設調査 (回答 132 施設) の定員合計は 3584 人、アルコール症受け入れ可能数 1218 人、平成 18 年 4 月 1 日現在利用者 アルコール依存症の利用者 1110 人、平成 17 年度利用者で退所者数 885 人からすると、既存施設の年間新規利用者受け入れ可能数は $(1218-1110)+885=993$ 人となり約 1000 人である。もしも、未回答の $361-132=229$ 施設でも同程度の受け入れが可能であれば、2715 人の受け入れが可能である。この値は、最小必要数 6000 の半分にも満たない。真の必要数が最小必要数と最大必要数の中間くらいであれば (13000 前後)、今の社会復帰施設の 3 倍以上は新しい施設が必要と

なる。

今回の退院患者の医療者への質問で、社会復帰施設利用が望ましいと回答されたうちの 3 分の 1 (386 人中 128 人) しか実際利用すると回答されなかったことと、この施設不足数の推計結果は、かなり近く整合性のある結果であるといえる。

4) 実際の施設利用を決める要因があるか?

退院患者調査票のデータを用いて、社会復帰施設利用が望ましい者のうち、実際の利用になるものをならないものを分ける要因を検討した。データを施設利用が望ましい者に限定し、従属変数を実際の利用のあり、なし、その他のアンケート項目を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を変数増加法により実施した (表 5)。選択された変数は 3 つで、実際の利用に結びつきやすい要因は、持ち家がないことと、入院日数が長いこと、利用しにくい要因は 3 ヶ月以上の断酒経験がないことであった。帰るところがなく、入院日数が長いと社会生活復帰へ向けての中間施設が必要だが、断酒経験がないとその見込みも少ないということであろうか。

表1 社会復帰施設の利用が望ましいかという判断と実際利用するかどうかとの関連 (医療者の回答)

		実際の利用予定		合計	
		利用する	しない		
社会復帰施設利用	望ましい	128	258	386	43.60%
	度数	33.16	66.84	100	
不要	度数	2	498	500	56.40%
	%	0.40	99.60	100	
合計	度数	130	756	886	100%
	%	14.67	85.33	100	