

厚生労働科学研究費補助金  
障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究  
（研究代表者 樋口 進）

平成 26-28 年度分担研究報告書  
アルコール依存症の実態に関する研究  
研究分担者 長 徹二 三重県立こころの医療センター 医長

研究要旨

アルコール依存症をはじめとするアルコール関連問題に関する様々な報告がこれまでになされているが、これらの内容を集積し要約したものが乏しい。そこで、全体像をわかりやすく伝えることを目的として、アルコール依存症の実態を中心としたアルコール関連問題について、医療関係者向けの review として「近年の我が国における飲酒問題」を作成し、市民向けの解説書として「お酒とアルコール依存症を理解するためのガイドライン」をまとめた。その作成過程で、現場の臨床感覚とすり合わせを行い、これまでの研究報告でほとんど言及されてこなかった箇所について研究メンバーで議論したところ、「アルコール依存症をもつ人が抱える生きづらさ」を理解し受容することが極めて重要であると実感しているにもかかわらず、このことに関するデータには乏しいという結論を得た。アルコール依存症の成因について今までいくつか議論されてきたが、決定的なものはなく、心理的な成因に関して、アルコール依存症をもつ人は生育歴上、様々な生きづらさを抱えていることが重要ではないかという結論に至った。そして、学習された心理的な孤立や対人不信を背景にした、アルコールに頼ったストレス対処行動を取ることが病態の本質であるというこの仮説を証明するために、実態調査を全国 10 医療機関で実施した。

結果はおおよそこの仮説を支持するものであり、アルコール依存症をもつ人は生育上の逆境体験を多く抱えており、信頼感等の対人関係に關係する尺度と AUDIT スコアなどとの関連を認めた。

これまで依存症治療は、治療を受ける側が心理抵抗を抱きやすい断酒を中心とする治療が主であったという経緯があり、治療中断が多いという課題を今なお抱えている。これらの結果を踏まえて、断酒を一方向的に推奨するのではなく、アルコール依存症をもつ人が抱えている生きづらさを理解して治療にあたる必要性があると結論付けた。そして、その生きづらさを克服する具体的な手段や回避方法を提供することが、治療やその動機の維持や向上に寄与するはずである。そして、最終年度は本研究のさらなる細かな解析を行うとともに、アルコール・薬物の使用の危機やストレス負荷がかかる状況への対処や生きづらさの解消を目的とした治療ツールを作成した。

本ツールは ARASHI（アラシー；Addiction Relapse prevention by Amusement-like Skill-up tool for Help-seeking Innovation）と命名し、治療を継続し、ストレス対処や自己効力感を高め、仲間とのネットワークを広げることにより、社会からの援助を得やすくなるように配慮した。

研究協力者

蒲生裕司：北里大学医学部精神医学教室

佐久間寛之：国立病院機構久里浜医療センター

湯本洋介：国立病院機構久里浜医療センター

武藤岳夫：国立病院機構肥前精神医療センター

小林桜児：神奈川県立精神医療センター

辻村理司：横浜市立大学医学部精神医学教室

板橋登子：神奈川県立精神医療センター

早坂透：福島県障がい者総合福祉センター

眞城耕志：阪和いずみ病院

野田龍也：奈良県立医科大学公衆衛生学教室

田中増郎：信和会 高嶺病院/慈圭会 慈圭病院

中牟田雅子：信和会 高嶺病院

橋本望：岡山県精神科医療センター

角南隆史：岡山県精神科医療センター

中野温子：岡山県精神科医療センター

別所和典：尚生会 湊川病院

福田貴博：国立病院機構 琉球病院

田中大輔：尚生会 湊川病院/幸地クリニック

射場亜希子：兵庫県立光風病院

鶴身孝介：京都大学大学院医学研究科  
脳病態生理学講座

池田俊一郎：関西医科大学精神神経科

水野晃治：東京薬科大学 生化学教室

高橋伸彰：関西学院大学文学部

高田智世：南風会 万葉クリニック

久納一輝：三重県立こころの医療センター

江上剛史：三重県立こころの医療センター

瀨本妙子：三重県立こころの医療センター

太田千代：三重県立こころの医療センター

中西伸彰：三重県立こころの医療センター

牧野有華：三重県立こころの医療センター

矢崎太郎：三重県立こころの医療センター

## A. 研究目的

これまでに、アルコール依存症を含むアルコールに関連する問題については、多くの視点から様々な報告がなされてきた。そして、それは継時的に情報が更新され、様々な視点からの報告もなされている。しかしながら、これらの内容を集積し要約したものが乏しいという現状がある。特に臨床家が説明に使用できるような報告や、一般市民向けの網羅的な内容の報告は乏しい。そこで、アルコールに関連した様々な情報の全体像をわかりやすく伝えることを目的として、国内調査を中心に医療関係者を対象とした「近年の我が国における飲酒問題」という review を作成した。加えて、一般市民がお酒やアルコール依存症に対して疑問に思っていることを各研究協力者の周囲の非医療者に聞き取りをした上で、一般市民を対象とした「市民のためのお酒とアルコール依存症を理解するためのガイドライン」もまとめた。その作成過程で、現場の臨床感覚とすり合わせを行い、これまでの研究報告でほとんど言及されてこなかった箇所について研究メンバーで議論したところ、「アルコール依存症をもつ人が抱える生きづらさ」を理解し受容することが極めて重要であると実感しているにもかかわらず、

このことに関するデータには乏しいという結論を得た。アルコール依存症の成因について今までいくつか議論されてきたが、未だ決定的なものはない。その中でも特に心理的な成因に関して、アルコール依存症をもつ人は生育歴上、様々な生きづらさを抱えている者が多く、学習された心理的な孤立や対人不信を背景に、アルコールに頼ったストレス対処行動を取ることが病態の本質であるという一つの仮説がある。

この仮説を検証するために、小林らは自分と他人に対する信頼度を測定する信頼感尺度<sup>1)</sup>と、状況把握や処理能力、生き甲斐などを測定する Sense of Coherence (SOC) 尺度<sup>2)</sup>の2つの自記式評価尺度を実施し、問題飲酒を押し量るスクリーニング検査である Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)<sup>3)</sup>との関係を検討する先行研究を行った<sup>4)</sup>。アルコール依存症をもつ人を母親に持つ子どもは対人的信頼が低いことが示されているが<sup>5)</sup>、成人のアルコール依存症をもつ人を対象としたこの研究において信頼感尺度の下位項目である「自分への信頼」とAUDITが正の相関を示した。これは周囲への過剰適応を示していると推測された。つまり、アルコール依存症をもつ人は表面的には社会適応能力を持つが、実際は生きづらさを抱えている可能性がある<sup>6)</sup>と推測され、そこから生まれる不安への対処としてアルコールの習慣的な多量摂取にいたるようになり、いずれそのコントロールを失うという仮説を支持している。

しかし、この調査は神奈川県に限定されたものであり、アルコール依存症の発症には環境要因の影響も推測されている<sup>6)</sup>ため、複数の地域で実施する必要がある。さらに、「生きづらさ」を抱える者が若年者に多く見られる傾向があるというのが我々の臨床経験からの実感だが、社会適応能力を有している中高年のアルコール依存症をもつ人も、表現しにくい「生きづらさ」を抱えている可能性も忘れてはならない。

これまでの治療は、断酒のみを治療目標とすることが主であったが、患者の個別的なニーズに対応できずに治療中断が多くなるという課題を抱えてきた。よって、アルコール依存症をもつ人が抱える生きづらさを調査する意義は、この課題を解決するきっかけとなると推測している。つまり、この調査の結果を基に、アルコールに頼らなくてもできるストレス対処法や、生きづらさを解消する手段を獲得できるように支援するという具体的な臨床上の示唆をもたらし、治療中断に至りやすいという課題に対する解決への手がかりをももたらすと期待できるからである。そして、これはアルコール依存症に関する啓発にも寄与するはずである。

## B. 研究方法 reviewの作成

アルコール依存症に関してのみにとどまらず、近年のアルコール問題に関する疫学調査文献を広く収集した。これらをもとに、a) 我が国の飲酒問題の世界的位置づけや近年増加がみられている b) 女性のアルコール依存症および c) 高齢者のアルコール依存症について検討を行い、「近年の我が国における飲酒問題」としてまとめ、医療関係者を対象とした review を作成した。

また、担当ワーキング・グループを形成し、お酒やアルコール依存症に対して疑問に思っていることを各研究協力者の周囲の非医療者に聞き取りをした上で、比較的関心の多い知識や疑問を集約した。そして、その内容に対応する形で、第1部に知識編、第2部にお酒とアルコール依存症に対する質疑応答集をまとめた、「市民のためのお酒とアルコール依存症を理解するためのガイドライン」を作成した。本ガイドラインは三重県立こころの医療センターをはじめ、兵庫県立光風病院、神奈川県立精神医療センターなどの、病院ホームページから無料でダウンロードできるように整備した。

## 生きづらさに関する調査研究

アルコール依存症をもつ人が抱えるさまざまな「生きづらさ」の評価を日本全国の幅広い地域における複数の医療機関で調査する。具体的な調査項目は、一般的なステータスをはじめ、「AUDIT」、「SOC 尺度」、「信頼感 (SOT) 尺度」、および「被受容感・被拒絶感尺度」<sup>7,8)</sup>を用いる。これらの「生きづらさ」という因子は、アルコール依存症をもつ人が本来抱えてきた可能性だけではなく、飲酒の結果として二次的に生じた「生きづらさ」である可能性もある。そのため、飲酒を開始するまでに抱えていた逆境体験がどの程度であるかを把握する必要がある。例えば、被虐待歴のある人は男性でも女性でも、成人後のアルコール依存症の罹患率が高くなることが示され<sup>9-11)</sup>、人生最早期の1年間を肺結核のリスクのために隔離され母親と離れて育った子どもは、成人になり物質使用障害を発症するリスクが高い<sup>12)</sup>と報告されている。また、14歳でのbinge drinkingに関わる因子はストレスを伴うライフイベントであることが欧州の大規模調査で明らかになっている<sup>13)</sup>。そして、小児期における逆境体験の数が増えるほどアルコールの初飲年齢を早める<sup>14)</sup>ことや、親がアルコール依存症をもつ場合、その子は小児期における逆境体験が増え、後のアルコール乱用のリスクにつながる<sup>15)</sup>と報告されている。

日本では小児期逆境体験とアルコール依存症との関連に特化した実証的研究は未だ見られていない。ただし、世界精神保健調査の日本調査<sup>16)</sup>において、小児期の逆境体験はその後の人生における精神疾患発症と有意に関連していることが示されている一方で、物質使用障害に関しては有意な関連がなかった。しかし、この調査結果からアルコール依存症は虐待などの深刻な逆境体験と無関係と結論付けるのは早計である。というのも、アルコール依存症は

一般に「否認の病理」と言われ、自身のアルコール問題を認識しているが、認めようとしないう傾向があると言われているからだ。つまり、幼児期の重要な他者との関係において「自分自身にとって大事な人から大切に扱われなかった、愛されるに値しない存在」という観念を否認するころの動きを有している可能性があり、被虐待体験の自覚や告白が困難であることが予想される。そのため、この「生きづらさ」を明らかにするにあたって、15歳までの生活における、生きづらさにつながるようなライフイベントや生活環境などの逆境体験に関する聞き取りは、自己記入後に再度対人面接にて聞き取ることとした。

研究期間)

平成 27 年 3 月 1 日 ~ 平成 27 年 12 月 31 日

研究対象)

本研究は、アルコール問題に関する相談を目的に、全国 10 か所の研究参加医療機関に初めて受診した患者(20歳から65歳までの、研究内容を理解できる認知機能を有する者に限る)を対象として仮エントリーし、予診担当者が口頭および書面にて研究の参加の同意を得る。というのも、初回医師面接後にはその介入の影響が調査結果に反映されることが予想されるため、医師面接前に自記式の質問票を用いて、信頼感尺度、SOC 尺度、受容・被受容感尺度、そして、これまでの生活状況について調査する。その後の診察において、International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision(ICD-10)<sup>17)</sup>もしくは Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition text revision (DSM-IV-TR)<sup>18)</sup>のいずれかの診断基準においてアルコール依存症の基準を満たした場合に、研究の参加に関する真の同意を得るようにした。

## C. 研究結果

全国 10 か所の医療機関に受診した患者において、対象となったのは 422 名で、研究参加を拒否した者が 94 名、除外基準に該当したものが 32 名で、総エントリーは 296 名であった。一度協力を同意したが、その後に撤回した者が 2 名いたため、最終エントリー数は 294 名であった。このうち、項目に不備等があった 12 名を除き、最終的には 282 名が分析対象となった。

結果の概要)

基本属性としては男性が 77.9%、年齢分布は 21 歳から 65 歳まで(平均年齢  $47.4 \pm 10.0$  歳)であり、婚姻歴は既婚(48.6%)が最多、生活歴は家族との同居(74.6%)が最多、経済状況は自立(66.5%)が最多、就労状況は就労者(46.6%)が最多、教育年数の平均は  $13.1 \pm 2.5$  年(高校卒業程度)であった。

既往歴としては、過去に依存症治療のための精神科受診歴があった者は 29.0%、依存症治療以外での精神科受診歴があった者は 36.5%、その内訳は ICD-10 分類 F3 に該当する気分障害が 53.1%で最多であった。

飲酒に関する項目では、初回飲酒年齢の平均は  $17.3 \pm 3.1$  歳であり、習慣的に飲酒を始めた年齢の平均は  $24.9 \pm 7.5$  歳であった。そして、飲酒によるトラブルの経験率が 86.0%であり、そのトラブル発生時の平均年齢は  $36.2 \pm 11.6$  歳であった。飲酒をやめたいと思った経験がある割合は 74.2%であり、初めてそのように考えた平均年齢は  $42.9 \pm 10.6$  歳であった。

AUDIT スコア(40 点満点)に関しては、AUDIT スコアの最小値は 3 点、最大値は 40 点、平均は  $25.5 \pm 8.2$  点であった。AUDIT スコア 15 点以上が 87.6%であり、20 点以上が 72.4%であった。

心理尺度の概要は以下の通りである。

SOC については平均値  $51.5 \pm 13.6$  であった。被受容感の平均値は  $27.0 \pm 5.6$ 、被拒絶感の平

均値は  $20.9 \pm 6.6$ 、SOT の自分への信頼は平均値  $13.1 \pm 3.7$ 、SOT の他人への信頼は平均値  $14.7 \pm 3.5$ 、SOT の不信は平均値  $19.0 \pm 5.9$  であった。逆境体験数（17 項目）の最小値は 0、最大値は 12、平均値は  $3.17 \pm 2.57$  であった。研究参加者の 30%以上の者が 15 歳までに「小学校および中学校に在学中、学校の勉強についていけないと思ったことがある」「学校や近所でいじめられたことがある」「一緒に暮らしていた親や親族のしつけが厳しすぎると思っていたことがある」「一緒に暮らしていた親やきょうだいに、お酒を飲む、または、薬物を使うことで、私を不快な思いにさせる人がいたことがある」といった逆境体験を経験していたことになる。

AUDIT スコアと各尺度との関連を重回帰分析の偏回帰係数で見た分析では、AUDIT スコアと最も強い関連を認めたのは SOT の不信であり、「被受容感」、「被拒絶感」、「自分への信頼（の低さ）」、「他人への信頼（の低さ）」、「SOC 合計点（の低さ）」と続いた。「逆境体験」については、他の尺度に比べて強い相関を認めなかった。

また、AUDIT スコアと SOC の 3 つの下位尺度（処理可能感、把握可能感、有意味感）との関連を重回帰分析の偏回帰係数で見た分析では、AUDIT スコアともっとも強い負の相関を認めた下位尺度は「処理可能感」であり、「把握可能感」、「有意味感」と続いた。「処理可能感」は統計学的にも有意であった。

逆境体験数と各尺度との関連を重回帰分析の偏回帰係数で見た分析では、逆境体験数ともっとも強い相関を認めたのは「不信」であり、「SOC 合計点（の低さ）」、「被受容感（の低さ）」、「自分への信頼（の低さ）」、「他人への信頼（の低さ）」と続いた。「被拒絶感」については、他の尺度に比べて強い相関を認めなかった。

年齢を目的変数とし、SOC 合計、逆境体験等の尺度を説明変数として重回帰分析を行った分析では、年齢ともっとも強い相関を認めたのは「SOC 合計点」であり、「逆境体験（の少なさ）」、

「自分への信頼」、「被受容感（の低さ）」、「他人への信頼（の低さ）」、「不信（の低さ）」、そして「被拒絶感」と続いた。

#### D. 考察

本研究の分析対象者である、21 歳から 65 歳までの医療機関を受診したアルコール依存症を持つ人において、AUDIT スコアと各尺度との関連では、不信と被受容感、被拒絶感が正の相関を示しており、関連性も高いことが示された。被受容感は不信や被拒絶感とは逆の内容を表す項目であるにも関わらず、AUDIT スコアに対して同じ方向の関連を示した。統計学的に比較できるものではないが、参考値としては、本研究の SOC の総得点は以前の研究で示された日本人一般集団の平均より 7 点ほど低く<sup>19)</sup>、「自分の生きている世界は首尾一貫している」という感覚が乏しく、ストレス対処能力が低い可能性がある。中でも、SOC の下位尺度である「処理可能感（どんな困難な出来事でも周囲の資源を借りて自分で切り抜けられる・何とかなるといった感覚）」の低さが AUDIT スコアの高さと統計学的にも有意に相関していたことから考えれば、困難に対峙した際に飲酒量が増えて問題が生じた過去が推測できるだろう。

一方、被受容感及び被拒絶感については、日本の大学生を対象とした先行研究<sup>20)21)22)23)</sup>と比較し、被受容感は大学生平均とほぼ同じ、被拒絶感は標準上限であった。

これらのことにより、不信感や拒絶されている思い（被拒絶感）を抱えつつも、過剰適応の結果、表面上は社会的な適応度が高く、周囲から受け入れられているとの思いはそれほど毀損されていない（被受容感）という矛盾した性向を抱えている可能性が示唆された。この結果は臨床現場の感覚と一致することであり、過剰適応の存在は、自己信頼感の低さが AUDIT スコアと負の相関を示していることから推定される。岡田<sup>24)</sup>は「相手を傷つけないように気を遣った関わり方を心掛け、傷つけられる関係・

葛藤を回避して、被受容感を高めることで(もともとは低かった)自尊心を保とうとし相手から傷つけられる関係を回避しても、被拒絶感は低下しない」という一群がいると指摘していることも興味深い。当事者像の過度の紋切り型のあてはめは慎むべきであるが、本調査から集約される像として、「不信感や拒絶されているという感覚や自分への信頼の低さを、過剰適応という努力により補償し、被受容感を高めているが、そのようなとらわれから生じる不安を打ち消す手段には乏しく、多量飲酒に至る習慣が形成される」といった心理的な因子の関係性が示唆された。つまり、数字だけを見れば、今回調査対象者における被受容感及び被拒絶感は極端には一般集団から乖離していないようにみえるが、内的にはより一層複雑な感情が絡まって潜んでいるがゆえの結果である可能性がある。

杉山<sup>25)</sup>が「自分を支えてくれる他者の存在を感じ、自分は他者から一定の理解や暖かさ、承認をもって大切に扱われ、支えられている認識と情緒を『被受容感』と定義する」と述べているように、これまでの人生で重要な他者との間で、“自分がどのような自分であっても(例えば、たまには失敗することがあっても、勉強ができなくても、いい子でなくても)ありのままを認めてもらえた”という体験を得られなかった人たちが、人との関係や他者からの援助ではなく、酒の力を借りてかりそめの被受容感を保持していなければ生きてこれなかった、という解釈もできる。さらに、「処理可能感」も、「人の助けなどを借りながら自分に降りかかった問題を処理できる」という感覚を指すものであり、「誰も自分を助けてくれない」から「酒に頼るしかない」という思考につながりやすかった可能性も考えられる。つまり、アルコール依存症をもつ人への支援で望まれるのが、「人」との関係で、“まずは少なくとも拒絶はされていない、というところから関わりを続け”、“不信感をやわらげ信頼感を培い”、“人の助けを借

りながら自分で問題解決ができたという自信を積み重ね”、“酒の力ではなく、人との関係で築いた自己肯定感から、被受容感を高められるようになる”といった点を意識する必要がある。

なお、逆境体験数と AUDIT スコアの関連が小さかったのは、逆境体験が問題のある飲酒行動にあまり関係していない可能性に加え、逆境体験が 15 歳までの経験を思い出して回答する形式(参加者の平均年齢が 47.4 歳)であることから思い出しバイアスによる過小評価の可能性も考えられる。また、丁寧な面接であったとしても、初めて受診した医療機関でいきなり逆境体験について聞かれても、本音を表出しにくかった可能性も考えられ、本研究の限界である。

SOC の 3 つの下位項目と AUDIT スコアとの関連については、突出して関連の強い項目はなかったが、処理可能感との負の相関が強かったことは、過去の成功経験を有している場合でも将来の困難さを乗り切る自信に乏しいことを示しており、「今は大丈夫でも、将来はうまくいくかわからない」という将来への不安が飲酒関連問題と結びついていることを示唆している。

逆境体験数と各尺度との相関では、「不信」が圧倒的な関連の強さを示しており、逆境体験の多さは他人への信頼や被受容感よりも不信の醸成と強く結びつくことが明確であった。つまり、飲酒の結果として二次的に生じた「生きづらさ」で不信が強まっていると考えるよりは、15 歳までの逆境体験が不信につながっていたと解釈することができる。

今回の結果より、すべての心理尺度がネガティブであるとは限らず、高い不信や被拒絶感を有しつつも、高い被受容感を同時に有するといったアンビバレントな状態にある場合が多いことが本研究から明らかとなった。治療的な介入においては、このアンビバレンスに着目し、過剰適応そのものを見据えることで、より適切な介入が可能となるかもしれない。

これまでアルコール依存症の治療は断酒を中心とする治療が主であったこともあり、そのハードルの高さから治療中断が多いという課題を抱えてきた。この課題を解決するために、アルコール依存症をもつ人が抱えるさまざまな生きづらさを臨床において理解して治療にあたる必要がある。

#### D' 治療ツールの作成

本研究の結果に加え、薬物依存に対する長期間調査の結果など<sup>26,27)</sup>、ツール作成の中核となる柱を定めた。「治療継続を重要視する」、「ストレスに適切に対処できる力や自己効力感を高める」、「仲間とのネットワークを築き、社会的支援を受けやすくする」などの柱を中心に、研究メンバーの臨床経験や患者の体験などをもとに、アルコールや薬物に頼らないでできるストレス対処や生きづらさの解消を目的とした治療ツールを作成した。

具体的には、実生活での再飲酒・再使用のリスクが高まりやすそうな危機状況をリスト化し、重要な危機状況の上位 24 状況をそれぞれ選び出した。この危機状況は実生活だと危険であるが、治療ツールとしての場では失敗してもいい。この疑似的な体験を通して、可能な限り人とのつながりの中で乗り切れるイメージを養うこと、自分ひとりでも対処できるという自信をつけ、困った際には、誰かに助けを求められるようになることを、楽しんで学習できるように工夫した。また、これまで飲酒・使用することで対処してきたために、乏しいスキルを改善し、より適切な対処を考えることを促進するような、日常にあふれているアイテム 24 種類を話し合っ て決定した。さらに、こうした状況がマンネリ化しないための工夫として、さらに自由度が高まるようなシステムを導入し、より実生活での体験を意識する方向性やより参加しやすくなるようなシステムも考案した。  
(より詳細な内容は3種類のカードの解説の項

目にゆずる)

#### C. 治療ツールの詳細

我々は治療ツールを ARASHI (アラシー ; Addiction Relapse prevention by Amusement-like Skill-up tool for Help-seeking Innovation) と命名した。再飲酒や再使用を誘発する刺激や状況の嵐を、飲酒や薬物使用ではなく、仲間に助けを求め、共に適切な対処の嵐で立ち向かうことを願い、名づけられている。ARASHI はアルコール・薬物に関連する課題を抱える人のための、治療的な要素を含むカードゲームであり、再飲酒や再使用の危機にまつわる対人関係の課題を楽しむという体験を通して共有できるようにした。

具体的には、物質使用の危機が書かれた各 25 種類の危機カード (アルコール・薬物を使いたくなる状況・ストレスのかかる状況と本日のカード) の示す状況を、25 種類のアイテムカードを用いて、いかに乗り切るかを考えるのである。この 100 種類 104 枚のカードを利用することで数多くの状況を提示し、多様な視点をはぐくむことにもつながる。危機カードの示す状況に関する治療的な説明も含め、詳細は ARASHI 取扱説明書に記載する。

ゲームの流れは、まず、用いる危機カードの種類を決めて、アイテムカードと別々の山を作り、順番を決めて、(好きな山から選べる) 危機カードの山から 1 枚引き、参加者に見せあう。次に、その危機カードについて、過去の体験や率直な感想、そして、実際に用いた対処の経験などを、参加者で簡単に話し合っ て共有する。そして、その危機を乗り切るために使用するアイテムカードを 2 枚引き、その危機状況をそのアイテム 2 つを用いてどのように乗り切るかを考えて発表する。最後に、どの対処が上手もしくは面白かったかを参加者全員で話し合うのである。

ARASHI は 2 人以上であれば何人でもできる

個人戦、チーム戦、個人面接などでの利用、そして、集団治療（グループ療法）という、4つのパターンを想定して作成した。つまり、軽い気持ちで遊んでもいいし、じっくり考えるための材料にしてもいいし、ある程度自由にアレンジするなど、その応用は多岐にわたる。

本ツールの発想は「ミーティングなどの会話のマンネリ化が解消できればいいのに…」という悩みが起源であった。巨大なサイコロを振って出た目に応じて話すという、テレビ番組発祥のいわゆる“サイコロトーク”や芸人主催のトーク番組で正20面体を利用した、出た目で話す人が決まるという、緊張感のある集団トークをヒントに、ランダムに話題が変わり、そのパターンの種類を増やせるものとしたことに由来する。さらに3種類のお楽しみカードが、その広がりを際限のないものにする。

#### （3種類のお楽しみカードの紹介）

おたすけカード（引いたらもう一枚アイテムカードを引く）は、自分一人で解決できない場合に、誰かに頼ることができる。参加者の中から誰かを指名し、アイデアやヒントをもらい、協力して乗り切ることを促進することができる。たとえチーム戦であっても、相手チームや治療スタッフに助けを求める事すら可能にするカードである。

スペシャルアイテムカードは、都合のいいアイテムを自由に使えるオールマイティカードで、24種類のアイテムから選ぶこともできる、何でもありのカードである。いつも自分がよく用いるアイテムや対処を紹介するチャンスにもなるし、仲間の対処に耳を傾けることも可能となる。

本日の危機カードは、日替わりの危機カードで、日替わり定食のように自由に設定することができる。参加者の近況に応じてあらかじめ設定しておくにはゲーム開始前に発表しておけばよいし、実際に生じたものを個人情報に配慮した上で採用することも現実性が実感しやすい。

くなってよい。

#### 「ARASHIの具体例」

アルコール；「仏壇にお酒がある」という危機カードを引いた場合、参加者で「これは飲んでしまいそうだね」などと話し、これまでの体験についても共有しながら、対処できないと再飲酒の危険があるであろうという合意に至り、アイテムカードを引いて、仲間と一緒に対処しようとするゲームを進める。そして実際に山札から引いた2枚のアイテムカードを用いて、おもしろい対処の方向性でもいいし、実効性のある方向性でもいいし、多様な視点で意見を述べ、仲間の意見にも耳を傾ける。例えば、「ボールペン」と「自転車」であれば、ボールペンで家族に次のような置手紙を書く。「仏壇のお供え物にお酒があったから飲みたくなったよ！今から自転車で別のお供え物買いに行くから、だれかお酒を処理してくれるかな？処理できたら電話かメールで連絡してね」などといったストーリーを考えて乗り切るのである。なるべくアイテムはこのように2つを用いて対処することができるが、難しければ、1つずつ用いてもよい。例えば、「ボールペンで缶ビールの側面を強く突き、あふれさせて飲めないようにする」そして、「お酒が売っていない方角に向かって、サイクリングする」などである。

薬物；「すれ違った友人がそっけない」という危機カードを引いた場合、参加者で「これは使ってしまいそうだね」などと話し、これまでの体験についても共有しながら、対処できないと再使用の危険があるであろうという合意に至り、アイテムカードを引いて、仲間と一緒に対処しようとするゲームを進める。そして実際に山札から引いた2枚のアイテムカードを用いて、おもしろい対処の方向性でもいいし、実効性のある方向性でもいいし、多様な視点で意見を述べ、仲間の意見にも耳を傾ける。例えば、「メモ帳」と「自動車」であれば、「メモ帳で楽し



い予定などを確認して(なければ無理やり書き込んで) 売人のいない方にドライブする」などといったストーリーを考えて乗り切るのである。なるべくアイテムはこのように2つを用いて対処することができるように、難しければ、1つずつ用いてもよい。例えば、「メモ帳に気持ちを正直につづり、それをやぶって嫌な気持ちとさよならする」、そして、「車の中で一人の時間をつくり、好きな音楽を音量上げて聞く! 車内は叫んでも大丈夫な場所なはずである」などである。

こうした例を見本に、経験が豊富なスタッフや仲間と共に、時間の許す範囲で繰り返し、最後に、実際に類似する状況が起きた際に一人で、今日のこの練習を参考に乗り越えることができるであろうと仲間でお互いを高めあう機会になったとまとめ、役割解除を行い終了とするのである。

遊び方のアレンジはある程度自由にできるように、難易度の設定やカードの示す状況における意味合いなどの簡単な解説も含め、ARASHI取扱説明書に記載する。

#### 今後のARASHIの展望

飲酒・薬物使用でOK!という方向に盛り上がりすぎることには注意するなど、集団治療に用いるのにあたってのマニュアルなども作成する予定であり、将来的にはARASHIの治療ツールとしての効果検証ができるように準備をすすめていく予定である。

動機づけレベルを適切に評価し、動機づけに乏しい患者の場合は短期的な断酒断薬を強調しすぎず、むしろ物質乱用の害を減らし、乱用物質ではなく人(援助者)への信頼感を強化する関わりを援助者側が支援ネットワークを構築しながら、粘り強く続けることが重要である。ARASHIが患者の中長期的な断酒・断薬につながるツールとなることを願っている。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

The persons suffering from alcohol use disorder represented low Sense of Coherence -A multi-center study in Japan-

Tetsuji Cho, Masuo Tanaka, Ohji Kobayashi, Akiko Iba, Hiroshi Sakuma, Nozomu Hashimoto, Daisuke Tanaka, Takeo Muto, Takahiro Fukuda, Tatsuya Noda, Satoshi Tsujimura, Toru Hayasaka, Tohko Itabashi, Yosuke Yumoto, Takashi Sunami, Haruko Nakano, Kazunori Bessho, Masako Nakamuta, Koji Mizuno, Koshi Shinjo, Nobuaki Takahash, Kazuki Kuno, Takashi Egami, Taeko Hamamoto, Masayuki Morikawa

2016 Congress of International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Berlin, 2016.9.4

依存症医療における精神科医師の専門性

長 徹二

第38回アルコール関連問題学会 秋田  
2016.9.9

#### F. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

特になし

#### 参考文献

1) 天貝由美子(1995): 高校生の自我同一性に及ぼす信頼感の影響 教育心理学研究, 43: 364-371.

2) Antonovsky, A (1987): Unraveling The

Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.

3) Saunders, JB et al. (1993): Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II, *Addiction*. 88(6): 791-804.

4) 小林桜児ら (2014): 物質使用障害患者における信頼感とストレス対処能力に関する予備的研究 第110回日本精神神経学会学術総会抄録集、p173

5) Bradley, LG and Schneider, HG (1990): Interpersonal trust, self-disclosure and control in adult children of alcoholics. *Psychol Rep.* 67: 731-737.

6) 樋口 進 (2008): アルコール依存: 生物学的背景. 松下正明, 加藤 敏, 神庭重信 (編): 精神医学対話. 弘文堂, pp855-871.

7) 杉山 崇 (2001): 被受容感, 被拒絶感の測定ツールの開発とその抑うつ過程 日本心理学会第65回大会論文集 p.944

8) 杉山 崇, 坂本真士 (2006): 抑うつと対人関係要因の研究 被受容感・被拒絶感尺度の作成と抑うつの自己認知過程の検討 健康心理学研究、19(2): 1-10.

9) Molner, BE et al. (2001): Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5):753-760.

10) Dube, SR et al. (2002): Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult, *Addictive Behaviors*,27:713-725.

11) Young-Wolff, KC et al. (2011): Accounting for the association between childhood maltreatment and alcohol-use disorders in males: a twin study, *Psychological Medicine*, 41:59-70.

12) Veijora, J et al. (2008): Temporary parental separation at birth and substance use disorder in adulthood, A long-term follow-up of the Finnish Christmas Seal Home Children, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,43:11-17.

13) Whelan, R et al. (2014): Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers, *Nature*, 14; 512(7513): 185-189.

14) Dube, SR et al. (2006): Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence, *Journal of Adolescent Health*, 38: 444.e1-10.

15) Xiao, Q et al. (2008): Parental Alcoholism, Adverse Childhood Experiences, and Later Risk of Personal Alcohol Abuse among Chinese Medical Students, *Biomedical and Environmental Sciences*, 21: 411-419.

16) Fujiwara, T and Kawakami, N (2011): Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: Results from the World Mental Health Japan, 2002-2004, *Journal of Psychiatric Research*, 45: 481-487.

17) World Health Organization: ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, clinical description and diagnostic guideline. WHO, 1992(融道男、中根允文、小宮山実監訳: ICD-10 精神および行動の障害. 医学書院、東京、1993)

18) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Edition text revision (DSM-TR). APA, Washington DC, 2002(高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳: DSM-TR, 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2003)

19) 戸ヶ里泰典ら (2015): 13件7項目法 sense of coherence スケール日本語版の基準値の算

出 日本公衆衛生雑誌 62 (5): 232-237.

20) 市川玲子ら(2015): パーソナリティ障害特性における被拒絶感が自己認知および他者からの評価に対する欲求に及ぼす影響 自己関連動機のネガティブな効果の検討 パーソナリティ研究 23(3): 142-155.

21) 杉山崇(2004): 被受容感・被拒絶感は抑うつに関与するのか、随伴するのか? : 3 時点の縦断的調査からの検討 山梨英和大学紀要, 3, 9-16.

22) 池田龍也、岡本祐子(2015): 比較的軽度なストレッサ と解離性体験の関連 ポジティブな対人認知の影響について パーソナリティ研究 24(1): 91-93.

23) 徳永沙智ら(2013): シャイネスと被受容

感・被拒絶感が社会的スキルに及ぼす影響 徳島大学人間科学研究 21: 23-34.

24) 岡田努(2011): 現代青年の友人関係と自尊感情の関連について パーソナリティ研究 20(1): 11-20.

25) 杉山崇(2002): 抑うつにおける「被受容感」の効果とそのモデル化の研究 心理臨床学研究 19(6): 589-59.

26) Hser, YI et al. (2001): A 33-year follow-up of narcotics addicts. Arch Gen Psychiatry. 58(5):503-8.

27) Hser, YI et al. (2004): Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. Psychiatr Serv. 55(7):767-74.