

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

平成 26 年 - 平成 28 年 総合研究報告書

研究代表者 樋口 進

平成 29(2017)年 3 月

# 目 次

## I . 総合研究報告

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

(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

## II . 分担研究報告

1. アルコール依存症の診断・治療ガイドラインの作成

樋口 進

(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

2. 関係機関（社会復帰施設など）の機能向上のための研究

樋口 進

(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

3. アルコール依存症の普及・啓発に関する研究

米山 奈奈子

(国立大学法人秋田大学大学院医学系研究科精神保健看護学)

4. アルコール依存症の実態に関する研究

長 徹二 (三重県立こころの医療センター)

5. アルコール依存症家族の支援に関する研究

成瀬 暢也 (埼玉県立精神医療センター)

6. 家族のための対応や疾患についてのマニュアル作成

吉田 精次 (社会医療法人あいざと会藍里病院)

7. アルコール依存症の治療・社会復帰に対する医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究 第2報

白川 教人 (横浜市こころの健康相談センター)

8. アルコール依存症の早期発見・早期治療導入

堀井 茂男 (財団法人慈圭会 慈圭病院)

9. アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究

杠 岳文 (独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター)

10. 転帰調査におけるアキャンプロサートの  
効果検証  
吉村 淳（東北医科薬科大学 精神科学教室）
11. 薬物治療の有効性評価と薬効の向上  
齋藤 利和（医療法人北仁会 幹メンタルクリニック）
12. アルコール依存症の社会復帰支援に関  
する研究  
大嶋 栄子（特定非営利活動法人リカバリー）
13. アルコール依存症の治療・社会復帰に関  
する社会資源情報の作成  
湯本 洋介（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）



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

平成 26 年 平成 28 年度総括研究報告書

研究代表者 樋口 進

独立行政法人国立病院機構行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長

研究要旨

本研究は、アルコール依存症の実態の把握、支援のための研究や事業の実施、アルコール健康障害対策基本法の実施計画立案に対する基礎資料の提供を目的としている。アルコール依存症普及啓発用の資料作成、アルコール依存症者の特性把握や治療効果の判定、関係機関との連携モデルの構築や支援の方向性の考察、アルコール依存症の早期発見・早期治療や飲酒量低減といった新たなアプローチの検討、診断治療ガイドラインの更新等、多様な課題が本研究の内容に含まれている。3年間の研究期間を通して、各分担研究者がそれぞれの目標を概ね達成し、研究によって得られた成果物を残すことができた。本研究で得られた知見が、アルコール健康障害対策基本法の実施計画策定の際にエビデンスに基づいた情報を提供し、アルコール依存症の治療や社会復帰の向上、家族の理解や対応力の向上に寄与することを目指す。

A. 研究目的

本研究はアルコール依存症（以後、ア症と略）の予防、治療、社会復帰を支援するために必要な実態を把握し、支援のためのモデル構築、ガイドライン、マニュアル作成、家族に対する支援事業、ア症の啓発を推進するための研究や事業を実施する。加えて、アルコール健康障害対策基本法の実施計画立案に対する基礎資料の提供を目的とする。

B. 研究方法

本研究は 13 項目の研究分野から成る。

(1)「アルコール依存症の普及・啓発に関する研究」では、ア症の普及・啓発に関して、一般市民向け及び家族向けに依存症の普及啓発用 DVD やリーフレットを作成、各関係機関等で配布を行う。また(2)「アルコール依存症家族の支援に関する研究」では、ア症家族の実態とニーズを調査し、分析結果に基づいた啓発活動を行っていく。(3)「家族のための対応や疾患についてのマニュアル作成の研究」では、家族向けの対応法や疾患の対応マニュアルを作成し啓発活動を行う。

(4)「アルコール依存症の治療転帰とその予測因子に関する研究」では、ア症入院患者にアンケート調査を行い、患者特性の把握と治療予後予測因子を明確化する。また(5)「アルコール依存症の実態に関する研究」では、ア症合併精神障害に関する調査を実施し、治療・対応マニュアルのアップデートを行う。(6)「薬物治療の有効性評価と薬効の向上」研究では、ア症に対して効果のある抗うつ薬や抗精神病薬の探索を試みる。(7)「医療機関、行政、自助グループ等の連携の在り方に関する研究」にて、現状の関係機関の支援態勢を把握し、回復に役立つ連携モデルを構築する。さらに(8)「関係機関（行政、社会復帰施設など）の機能向上のための研究」では、関係機関を効果的に活用するためのマニュアルを作成し、それを十分に生かすための研修方法について分析する。(9)「アルコール依存症の社会復帰支援に関する研究」では、回復施設に対してアンケート調査を行い、社会復帰アプローチの実施の成果について把握し、よりよい支援の方向性について探る。また(10)「アルコール依存層の治療・社会復帰に関する社会資源情報の作成」研究においては、ア症各関係機関の情報にアクセスしやすいホ

ームページを作成し、一般向けに公開した効果を検討する。(11)「アルコール依存症の早期発見・早期治療導入」研究では、職域での介入プログラム実施の効果を検討する他、ア症専門医療機関と一般医療機関の地域連携モデルの在り方についても言及する。

ア症に対する新しいアプローチ法として(12)「アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究」で、飲酒量低減効果を認めるア症の予測因子を調査する。(13)「アルコール依存症の診断・治療ガイドラインの作成」では、国外のガイドラインに関する文献のレビューなどを参考にしながら新たなガイドライン完成を目指す。

以上、本研究にはア症に関しての多岐に渡る研究課題を含んでいる。

#### (倫理面への配慮)

本研究全体については、久里浜医療センターの倫理審査委員会の承認を得て行う。また、個々の研究分担者で、倫理委員会審査が必要な研究は、倫理委員会が存在する施設では、それぞれ承認を得てから行う。個人情報の管理は徹底して行う。

#### C. 研究結果

(1)「ア症の普及・啓発に関する研究」では、家族の対応や家族と相談機関のつながりの促進を意識したDVDを作成、精神保健福祉センターなどの相談機関に配布を行った。また専門職向けに行った上映会では、理解が深まったなど良好な反応を得た。(2)「家族の支援に関する研究」では、家族が本人の依存の問題に気付いた年齢と初めて相談に行った年齢は平均7年間空いていること等の実態を明らかにし、市民フォーラムを開催するなどして得られたデータとともに広く一般市民に呼びかけを行った。(3)「家族のための対応や疾患についてのマニュアル作成の研究」では、CRAFTプログラムをもとにしたDVDを作成し関係機関や医療機関な

どに広く配布を行った。ア症患者が治療に繋がりをもち始めたり、依存行動の改善を認めた効果を広めていった。

(4)「アルコール依存症の治療転帰とその予測因子に関する研究」では、久里浜医療センターのアルコール依存症の入院患者を対象とした転帰調査にて、退院後1年間の断酒率は30%程度であり、うつ病や不安障害を合併すると断酒率が有意に低かった。(5)「アルコール依存症の実態に関する研究」では、ア症の実態に基づいた知識の普及のため、専門職向けに国内外の知見をまとめたレビューを、市民向けにはQ&A形式の分かりやすい形の資料を作成した。ア症の心理的背景に即した効果的な治療ツールを作成した。

(6)「薬物治療の有効性評価と薬効の向上」では、断酒への補助的薬物療法が、抑うつ症状を合併したア症の抑うつの改善にも寄与する可能性が示された。また1日飲酒量と社交不安障害スコアに正の相関を認めた。

(7)「医療機関、行政、自助グループ等の連携の在り方に関する研究」では、連携の中核となる精神保健福祉センターでの相談支援事業の実態を把握するために全国の精神保健福祉センターに対してアンケート調査を行い、精神保健福祉センターはアルコール依存症専門医療機関情報を提供する体制はある一方で、情報を提供できる医療機関数の不足が示唆された。

(8)「関係機関(行政、社会復帰施設など)の機能向上のための研究」においては、ア症患者からのインタビュー調査より関係機関の機能向上に不可欠な要素を抽出することを試みたところ、より早く関係機関につながることで機能向上について有用であることが示された。

(9)「アルコール依存症の社会復帰支援に関する研究」では、社会復帰に関する意識調査を依存症専門病院に対して行ったところ、社会復帰の資源が限られていることや、地域格差が大きいことに困難を感じているとの回答や、高齢者・重複障害・女性など抱える問題が複雑化し

ている中で、医療連携と地域連携の必要性が示された。(10)「アルコール依存症の治療・社会復帰に関する社会資源情報の作成」については、依存症治療機関や回復施設において提供できる治療やプログラム内容を問うアンケート調査を実施し、医療機関と回復施設を合わせて300施設余りの公表可能な施設情報を得ることができた。

(11)「アルコール依存症の早期発見・早期治療導入」に関する研究では、職域における習慣飲酒者向けの早期介入プログラム「おいしくお酒を飲むための教室」を開催し、岡山市以外でも教室を開催できるように、資料作成を行った。身体科、精神科を含めた医療機関の連携(G-Pネットワーク)を高めるための研修会を開催し、研修に参加した医師からの紹介件数が増加傾向にあった。身体科クリニック医師にアルコール使用障害についてのアンケート調査を行ったところ、飲酒によって社会的問題が顕著でなければ精神科への紹介が行われない現状が把握できた。

(12)「アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究」では、アルコール依存症を疑う問題飲酒者に対して簡易介入を行った。アルコール依存症およびその疑いのある群にも短期介入を行うことで、一定の飲酒量低減効果が認められ、かつ関連問題も減少した。

(13)「アルコール依存症の診断・治療ガイドラインの作成」研究では、引き続き国外のアルコール使用障害のガイドラインについてレビューを行い、飲酒量低減などを含めた新たな心理社会的治療や薬物療法についての知見を含めることや、主に軽症アルコール患者の対応に焦点を当てた、現在国内で主流となっている診断治療コンセンサスを網羅したガイドラインを作成することを計画し、28名の執筆者による新ガイドラインの編集を行った。

それぞれの分担研究における結果、成果物の詳細については、各分担者の報告書を参照されたい。

#### D. 考察

当研究班の研究成果の学術的意義について考察する。ア症の実態調査について、合併する精神障害によってア症の治療予後が影響を受けることや、断酒の補助的薬物療法が合併精神障害の改善にも寄与することを、データを基に示すことができた。これらの実態をもとに、今後ア症全体での予後の改善や他の精神障害を合併した症例への対応を考える上での基礎データの構築がなされた。効果的な各機関の連携についてどの要素が有用であるかをピックアップできたことは、有効な連携モデルを構築していく上で有意な知見となる。ア症患者にも短期介入にて飲酒量低減や問題行動の減少が認められたことは、ア症患者において治療の方向性の選択肢が広がることを示している。

一方で、当研究班の成果における行政的な意義について言及すると、アルコール健康障害対策基本法の基本的施策に関して、ア症の普及・啓発手段の充実、国民のアルコール関連問題に関する知識の普及の手段や方法、またスティグマの払拭について重要な意味を持つ。また、ア症の関係機関の連携についての研究は、有効な相談支援の推進を進めることに役立ち、困惑している家族や患者に対して円滑に治療のプロセスを提示できる。さらに新しい診断・治療ガイドラインを作成することと併せ、関係機関の連携モデルの構築と治療プロセスの明確化はアルコール健康障害に係る包括的なケアの提供を考慮する際に極めて重要である。また社会復帰についての研究では、有効な社会復帰の方向性がより明確化され、社会復帰に困難を抱えるア症患者の社会復帰支援の充実に寄与する。保健指導の観点からは、職域や地域における教育プログラムや減酒指導の有効性の評価が、より適切な保健指導内容の充実につながることができ。以上より、本研究の調査内容はアルコール障害対策基本法の施策推進に対する基礎資料となる。

当課題から得られた成果が全国に広まり、ア  
症患者の健康増進や国民のア症への理解が進  
むことを期待する。

E．研究発表

1．論文発表

各研究分担に記載

2．学会発表

各研究分担に記載

F．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

各研究分担に記載

2．実用新案登録

各研究分担に記載

3．その他

各研究分担に記載

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

平成 26 年 平成 28 年度総括研究報告書

研究代表者 樋口 進

独立行政法人国立病院機構行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長

研究要旨

本研究は、アルコール依存症の実態の把握、支援のための研究や事業の実施、アルコール健康障害対策基本法の実施計画立案に対する基礎資料の提供を目的としている。アルコール依存症普及啓発用の資料作成、アルコール依存症者の特性把握や治療効果の判定、関係機関との連携モデルの構築や支援の方向性の考察、アルコール依存症の早期発見・早期治療や飲酒量低減といった新たなアプローチの検討、診断治療ガイドラインの更新等、多様な課題が本研究の内容に含まれている。3年間の研究期間を通して、各分担研究者がそれぞれの目標を概ね達成し、研究によって得られた成果物を残すことができた。本研究で得られた知見が、アルコール健康障害対策基本法の実施計画策定の際にエビデンスに基づいた情報を提供し、アルコール依存症の治療や社会復帰の向上、家族の理解や対応力の向上に寄与することを目指す。

A. 研究目的

本研究はアルコール依存症（以後、ア症と略）の予防、治療、社会復帰を支援するために必要な実態を把握し、支援のためのモデル構築、ガイドライン、マニュアル作成、家族に対する支援事業、ア症の啓発を推進するための研究や事業を実施する。加えて、アルコール健康障害対策基本法の実施計画立案に対する基礎資料の提供を目的とする。

B. 研究方法

本研究は 13 項目の研究分野から成る。

(1)「アルコール依存症の普及・啓発に関する研究」では、ア症の普及・啓発に関して、一般市民向け及び家族向けに依存症の普及啓発用 DVD やリーフレットを作成、各関係機関等で配布を行う。また(2)「アルコール依存症家族の支援に関する研究」では、ア症家族の実態とニーズを調査し、分析結果に基づいた啓発活動を行っていく。(3)「家族のための対応や疾患についてのマニュアル作成の研究」では、家族向けの対応法や疾患の対応マニュアルを作成し啓発活動を行う。

(4)「アルコール依存症の治療転帰とその予測因子に関する研究」では、ア症入院患者にアンケート調査を行い、患者特性の把握と治療予後予測因子を明確化する。また(5)「アルコール依存症の実態に関する研究」では、ア症合併精神障害に関する調査を実施し、治療・対応マニュアルのアップデートを行う。(6)「薬物治療の有効性評価と薬効の向上」研究では、ア症に対して効果のある抗うつ薬や抗精神病薬の探索を試みる。(7)「医療機関、行政、自助グループ等の連携の在り方に関する研究」にて、現状の関係機関の支援態勢を把握し、回復に役立つ連携モデルを構築する。さらに(8)「関係機関（行政、社会復帰施設など）の機能向上のための研究」では、関係機関を効果的に活用するためのマニュアルを作成し、それを十分に生かすための研修方法について分析する。(9)「アルコール依存症の社会復帰支援に関する研究」では、回復施設に対してアンケート調査を行い、社会復帰アプローチの実施の成果について把握し、よりよい支援の方向性について探る。また(10)「アルコール依存層の治療・社会復帰に関する社会資源情報の作成」研究においては、ア症各関係機関の情報にアクセスしやすいホ

ームページを作成し、一般向けに公開した効果を検討する。(11)「アルコール依存症の早期発見・早期治療導入」研究では、職域での介入プログラム実施の効果を検討する他、ア症専門医療機関と一般医療機関の地域連携モデルの在り方についても言及する。

ア症に対する新しいアプローチ法として(12)「アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究」で、飲酒量低減効果を認めるア症の予測因子を調査する。(13)「アルコール依存症の診断・治療ガイドラインの作成」では、国外のガイドラインに関する文献のレビューなどを参考にしながら新たなガイドライン完成を目指す。

以上、本研究にはア症に関しての多岐に渡る研究課題を含んでいる。

#### (倫理面への配慮)

本研究全体については、久里浜医療センターの倫理審査委員会の承認を得て行う。また、個々の研究分担者で、倫理委員会審査が必要な研究は、倫理委員会が存在する施設では、それぞれ承認を得てから行う。個人情報の管理は徹底して行う。

#### C. 研究結果

(1)「ア症の普及・啓発に関する研究」では、家族の対応や家族と相談機関のつながりの促進を意識したDVDを作成、精神保健福祉センターなどの相談機関に配布を行った。また専門職向けに行った上映会では、理解が深まったなど良好な反応を得た。(2)「家族の支援に関する研究」では、家族が本人の依存の問題に気付いた年齢と初めて相談に行った年齢は平均7年間空いていること等の実態を明らかにし、市民フォーラムを開催するなどして得られたデータとともに広く一般市民に呼びかけを行った。(3)「家族のための対応や疾患についてのマニュアル作成の研究」では、CRAFTプログラムをもとにしたDVDを作成し関係機関や医療機関な

どに広く配布を行った。ア症患者が治療に繋がりをもち始めたり、依存行動の改善を認めた効果を広めていった。

(4)「アルコール依存症の治療転帰とその予測因子に関する研究」では、久里浜医療センターのアルコール依存症の入院患者を対象とした転帰調査にて、退院後1年間の断酒率は30%程度であり、うつ病や不安障害を合併すると断酒率が有意に低かった。(5)「アルコール依存症の実態に関する研究」では、ア症の実態に基づいた知識の普及のため、専門職向けに国内外の知見をまとめたレビューを、市民向けにはQ&A形式の分かりやすい形の資料を作成した。ア症の心理的背景に即した効果的な治療ツールを作成した。

(6)「薬物治療の有効性評価と薬効の向上」では、断酒への補助的薬物療法が、抑うつ症状を合併したア症の抑うつの改善にも寄与する可能性が示された。また1日飲酒量と社交不安障害スコアに正の相関を認めた。

(7)「医療機関、行政、自助グループ等の連携の在り方に関する研究」では、連携の中核となる精神保健福祉センターでの相談支援事業の実態を把握するために全国の精神保健福祉センターに対してアンケート調査を行い、精神保健福祉センターはアルコール依存症専門医療機関情報を提供する体制はある一方で、情報を提供できる医療機関数の不足が示唆された。

(8)「関係機関(行政、社会復帰施設など)の機能向上のための研究」においては、ア症患者からのインタビュー調査より関係機関の機能向上に不可欠な要素を抽出することを試みたところ、より早く関係機関につながることで機能向上について有用であることが示された。

(9)「アルコール依存症の社会復帰支援に関する研究」では、社会復帰に関する意識調査を依存症専門病院に対して行ったところ、社会復帰の資源が限られていることや、地域格差が大きいことに困難を感じているとの回答や、高齢者・重複障害・女性など抱える問題が複雑化し

ている中で、医療連携と地域連携の必要性が示された。(10)「アルコール依存症の治療・社会復帰に関する社会資源情報の作成」については、依存症治療機関や回復施設において提供できる治療やプログラム内容を問うアンケート調査を実施し、医療機関と回復施設を合わせて300施設余りの公表可能な施設情報を得ることができた。

(11)「アルコール依存症の早期発見・早期治療導入」に関する研究では、職域における習慣飲酒者向けの早期介入プログラム「おいしくお酒を飲むための教室」を開催し、岡山市以外でも教室を開催できるように、資料作成を行った。身体科、精神科を含めた医療機関の連携(G-Pネットワーク)を高めるための研修会を開催し、研修に参加した医師からの紹介件数が増加傾向にあった。身体科クリニック医師にアルコール使用障害についてのアンケート調査を行ったところ、飲酒によって社会的問題が顕著でなければ精神科への紹介が行われない現状が把握できた。

(12)「アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究」では、アルコール依存症を疑う問題飲酒者に対して簡易介入を行った。アルコール依存症およびその疑いのある群にも短期介入を行うことで、一定の飲酒量低減効果が認められ、かつ関連問題も減少した。

(13)「アルコール依存症の診断・治療ガイドラインの作成」研究では、引き続き国外のアルコール使用障害のガイドラインについてレビューを行い、飲酒量低減などを含めた新たな心理社会的治療や薬物療法についての知見を含めることや、主に軽症アルコール患者の対応に焦点を当てた、現在国内で主流となっている診断治療コンセンサスを網羅したガイドラインを作成することを計画し、28名の執筆者による新ガイドラインの編集を行った。

それぞれの分担研究における結果、成果物の詳細については、各分担者の報告書を参照されたい。

#### D. 考察

当研究班の研究成果の学術的意義について考察する。ア症の実態調査について、合併する精神障害によってア症の治療予後が影響を受けることや、断酒の補助的薬物療法が合併精神障害の改善にも寄与することを、データを基に示すことができた。これらの実態をもとに、今後ア症全体での予後の改善や他の精神障害を合併した症例への対応を考える上での基礎データの構築がなされた。効果的な各機関の連携についてどの要素が有用であるかをピックアップできたことは、有効な連携モデルを構築していく上で有意な知見となる。ア症患者にも短期介入にて飲酒量低減や問題行動の減少が認められたことは、ア症患者において治療の方向性の選択肢が広がることを示している。

一方で、当研究班の成果における行政的な意義について言及すると、アルコール健康障害対策基本法の基本的施策に関して、ア症の普及・啓発手段の充実、国民のアルコール関連問題に関する知識の普及の手段や方法、またスティグマの払拭について重要な意味を持つ。また、ア症の関係機関の連携についての研究は、有効な相談支援の推進を進めることに役立ち、困惑している家族や患者に対して円滑に治療のプロセスを提示できる。さらに新しい診断・治療ガイドラインを作成することと併せ、関係機関の連携モデルの構築と治療プロセスの明確化はアルコール健康障害に係る包括的なケアの提供を考慮する際に極めて重要である。また社会復帰についての研究では、有効な社会復帰の方向性がより明確化され、社会復帰に困難を抱えるア症患者の社会復帰支援の充実に寄与する。保健指導の観点からは、職域や地域における教育プログラムや減酒指導の有効性の評価が、より適切な保健指導内容の充実につながることができ。以上より、本研究の調査内容はアルコール障害対策基本法の施策推進に対する基礎資料となる。

当課題から得られた成果が全国に広まり、ア  
症患者の健康増進や国民のア症への理解が進  
むことを期待する。

E．研究発表

1．論文発表

各研究分担に記載

2．学会発表

各研究分担に記載

F．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

各研究分担に記載

2．実用新案登録

各研究分担に記載

3．その他

各研究分担に記載

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 年 平成 28 年度総合分担研究報告書

関係機関（行政、社会復帰施設など）の機能向上のための研究

研究分担者 樋口 進 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長

研究要旨

アルコール依存症の回復には医療機関、精神保健福祉センターや保健所などの行政機関、断酒会、DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center)、AA (Alcoholics Anonymous)、MAC (Maryknoll Alcohol. Center) など当事者による自助団体、AI-Anon など家族や友人などによる自助団体などの関係機関が重要な役割を担っている。その重要性は平成 24 年 11 月から平成 25 年 3 月にかけて厚生労働省で開催された「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」でも指摘されている。ところが、いままでに、アルコール依存症の関係機関の機能向上のための具体的な研究は行われていない。本研究では、アルコール依存症の関係機関の機能向上に不可欠な要素をアルコール依存症患者の視点から抽出することとした。そのための研究デザインは質的研究デザインとし、分析にはグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いることとした。この方法により、アルコール依存症患者本人の実体験をそのまま理論化できることが期待される。関係機関への繋がり方を検討することを目的とし、関係機関に繋がりが続いているアルコール依存症の患者 7 名に対して面接調査を行った。その結果、患者本人が医療機関に繋がるには 5 つのステージがあり、「最近、飲酒量が増えてきた」と自覚する、「家族関係が悪くなった」と自覚する、「まづいなと考えつつも飲酒を続ける」ようになる、「止めたいけど止められなくなる」ようになる、「家族に説得されてやっと受診する」という経過をたどった。この結果より、各ステージにおける関係機関の関わりについて考察したところ「なるべく早く関係機関に繋がる」ことの重要性が示唆された。これを踏まえ、関係機関の機能向上のためのマニュアル作成を試み、その試案を作成した。さらに、そのマニュアルについて、インタビューを行った当事者からのフィードバックを反映した改訂版を作成し、さらにマニュアルについての講習会を行うことで、最終的なマニュアルを完成させた。

研究協力者

蒲生裕司：こころのホスピタル町田

A. 研究目的

アルコール依存症の回復には医療機関、精神保健福祉センターや保健所などの行政機関、断酒会、DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center)、AA (Alcoholics Anonymous)、MAC (Maryknoll Alcohol. Center) など当事者による自助団体、AI-Anon など家族や友人などによる自助団体などの関係機関が重要な役割を担っている。

その重要性は平成 24 年 11 月から平成 25 年 3 月にかけて厚生労働省で開催された「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」でも指摘されており、関係機関がその機能

を十分に発揮していくためには、各関係機関の役割分担の明確化と連携が重要であり、その地域での、それぞれの役割分担を認識しながら、実態に即した体制を構築していくことが必要であるとしている<sup>1)</sup>。つまり、各関係機関の機能を十分に発揮できることが、アルコール依存症の支援に不可欠となる。

ところが、いままでに、社会復帰施設（全国の精神科を標榜する入院医療機関）の機能向上についての研究は行われているが<sup>2)</sup>、アルコール依存症の関係機関の機能向上のための具体的な研究は行われていない。

本研究では、まず、アルコール依存症から回復した依存症本患者とその家族の視点から、関係機関の機能向上に不可欠なものを明らかにすることを目的とする。さらに、その結果

に基づき、各関係機関の連携マニュアルの試案を作成し、そのマニュアルに基づいた研修を実施することで、マニュアルの改定を行い、より実用性の高いマニュアルを作成することを最終的な目的とした。

## B．研究方法

### 対象

調査対象は、現在、関係機関に繋がっているアルコール依存症患者7名で、自己の経験を振り返って第3者に語るができる者とした。面接中に精神的な動揺などの不快な状態が見受けられた際には調査を中止し、必要な援助を受けられることを保障した。

### 研究手法

具体的には Kathy Charmaz(2006)の方法<sup>3)</sup>を参考とし、下記の4段階の作業を行った。

アルコール依存症患者へのインタビュー結果を文字に起こし文章とする。

その文章を分断し、その内容をコード化する。

同じ内容のコードをまとめて、上位概念となるカテゴリーを作る。

そのカテゴリーを関連付け、現象を表現する。

調査期間は2017年3月～2017年10月で、患者本人に面談し、インタビューする形式をとった。質問は、現在の年齢、初めて飲酒をした年齢、飲酒に関する問題が発覚した年齢、初めて相談をした人、相談をした施設、繋がった関係機関を中心に、初めて飲酒をした時から、飲酒の問題を自覚し、医療機関、関係機関に繋がるまでの経過について行った。

平成27年度までに、そこで得られたデータを基に、マニュアル(案)を作成した。

平成28年度では、本研究において作成したマニュアル(案)をインタビュー対象者に確認していただき、マニュアル(案)に修正を加えた。

さらに、このマニュアル(案)を関係機関の関係者を対象とした、平成28年度アルコール依存症回復施設職員研修において、マニュアル(案)に基づいた講習を行った。

そこで得られたフィードバックを反映して、最終的なマニュアルの改定作業を行い、マニュアルを完成させた。

なお、インタビューに関しては研究協力者の蒲生裕司(こころのホスピタル町田)が行った。

### 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、対象者にインタビュー内容を文書及び口頭で説明し承諾を得た。また、個人のプライバシーの保護に最大限に留意すると共に、自由意思による参加、同意の撤回等について文書および口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

## C．研究結果

### 対象の概要

現在、アルコール依存症の治療をしている患者7名にインタビューを行った。患者は44～67歳で、いずれも男性であった。いずれの患者も問題飲酒は30歳を過ぎてからであった。そのうち、3名が肝機能障害で内科に通院歴があった。インタビュー対象者が利用している関係機関は、断酒会3名(うち、病院内の断酒会を利用している者1名)、AA4名であった。患者について最初に相談を受けたところは、保健所3名、医療機関3名、精神保健福祉センター1名で、いずれも本人ではなく、家族が初めに相談をした。

また、以下のこともインタビューにより明らかになった。

- ・いずれの患者も精神科受診の後、関係機関を紹介された。

- ・問題飲酒となってから家族が相談に行くまでに3年以上を要している。

- ・家族の相談から受診につながるまで1年以上を要している。

- ・受診から自助グループにつながるまで半年以上を要するケースがあった。

### 分析結果

最終的に医療機関に繋がるまでには以下の5つのステップがあることが明らかとなった

- 1)「最近、飲酒量が増えてきた」と自覚する。

- 2)「家族関係が悪くなった」と自覚する。

- 3)「まずいなと考えつつも飲酒を続ける」ようになる。

- 4)「止めたいけど止められなくなる」ようになる。

- 5)「家族に説得されてやっと受診する」ようになる。

各ステージにおける介入の可能性については以下のような分析結果となった。

1)「最近、飲酒量が増えてきた」と自覚する。介入には反応しなかったと本人は考えていた。

2)「家族関係が悪くなった」と自覚する。医療機関の受診はしなかったが、同じような仲間の話は聞いたかもしれないと考えていた。

3)「まずいなと考えつつも飲酒を続ける」ようになる。この時に自助グループに繋がっていれば良かったと考えていた。

4)「止めたいけど止められなくなる」ようになる。アルコール依存症と診断されることへの不安が強かったため、受診には抵抗があり、介入には抵抗をきたさずと考えていた。

5)「家族に説得されてやっと受診する」ようになる。ほっとした部分があることは否定しないと考えていた。

関係機関との繋がりに関しては、次のような意見を得た。

- ・もっと早い時点で、関係機関に繋がれたら良かったかもしれない。

- ・医療機関から関係機関を紹介されたが、すんなりと訪問する気にはなれなかった。

- ・関係機関ではどのようなことをするのかわからず不安を感じた。

- ・ミーティングに一回行って見て「これは合わないな」と感じた。

- ・初めてのミーティングの帰り際に「どうでしたか？」と声をかけてもらって気が楽になった。

上記の内容をマニュアル(案)として作成し、その内容についてインタビュー対象者に確認を取ったが、特に修正意見は得られなかった。

介入ポイントとなる各ステージ毎に1ページに記載する方がわかりやすいだろうとの意見を得たため、マニュアルに反映した。

また、各ステージにおける記載事項のうち、重要と思われる部分を赤字で強調するなどし、より見やすいものとなるよう修正を行った。

以上の修正を加えたものを、再度、インタビュー対象者に確認していただき、承認を得ることができた。

また、マニュアルに基づいた講習においても内容について修正も求めるような意見はなく、一部の受講者からは「わかりやすいマニュアルである」等の好意的な評価を得ることができた。

#### D. 考察

上記の結果より、関係機関に繋がるためには、同じような仲間の話は聞いたかもしれないと考えていた「家族関係が悪くなった」と自覚す

るステージ、あるいは、この時に自助グループに繋がっていれば良かったと考えていた「まずいなと考えつつも飲酒を続ける」ようになるステージが適切な時期と考えられる。

しかし、すべての調査対象者が関係機関に繋がったのが医療機関を受診してからということを見ると、医療機関受診前に関係機関に繋がる仕組みを作ること、あるいは医療機関を受診後速やかに関係機関に繋がる仕組みを作ることが求められる。

また、「最近、飲酒量が増えてきた」と自覚する時期にアルコール依存症についての注意喚起を行い、関係機関に相談をできることも必要かもしれない。

このことを踏まえ、関係機関の機能向上のために、下記のことが必要と考えた。

- ・より早期に関係機関に繋がるよう、地域における情報収集、情報の共有を行う。

- ・行政、医療機関が自助グループでの活動内容を伝えた上で紹介ができるようにする。

- ・そのために、行政、医療機関、自助グループで定期的なミーティングを行う。

- ・「最近、飲酒量が増えてきた」と考えている人に対する、プレアルコールリックについての啓発。

- ・初めて訪問した人に対し、フィードバックを求めるなど、受容的な雰囲気を作ることが必要である。そのためには、自助グループメンバーの「コミュニケーションスキル」向上が必要と思われる。

本研究での対象者は、既に医療機関を受診している、既に関係機関に繋がっている、全員男性であるなど、アルコール依存症者のすべてを反映しているわけではない。従って、得られた結果はある種の偏りのある内容になっていることは否定できない。したがって、本マニュアルはあくまでも叩き台とし、各関係機関の状況や特徴に即し、随時改訂して使用していただくことが必要と考えられる。

また、本マニュアル作成の過程で、自助団体と行政機関のより密接な関わりが必要であることも示唆された。このことは依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会<sup>1)</sup>でも指摘されており、今後、より一層の関係強化が望まれるところである。

本マニュアルでは「スピード感を持って動く」と「しっかりと関係機関に繋げる」ことの重要性が示されたと思われる。この2点をより確実に実行するためにクリアしなければいけ

ないことはまだ多いと考えられ、引き続き、患者の視点に基づいた研究を重ねることは必要であろう。

E．研究発表

- 1．論文発表  
なし
- 2．学会発表  
なし

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  
なし

参考文献

- 1) 厚生労働省 (2013): 依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会報告書.
- 2) 樋口進 (2006): アルコール依存症の社会復帰施設の実態, 厚生労働科学研究費補助金障害保険福祉総合研究事業 アルコール依存症の車騎復帰の実態把握と支援モデル構築に関する研究 平成 18 年度総括研究報告 (研究代表者 樋口進).
- 3) Kathy C. (2006): グラウンデット・セオリーの構築 社会構成主義からの挑戦 (抱井尚子、末田清子監訳), ナカニシヤ出版.



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 年 平成 28 年度総合分担研究報告書  
アルコール依存症の普及・啓発に関する研究  
研究分担者 米山 奈奈子  
国立大学法人秋田大学大学院医学系研究科精神保健看護学 教授

研究要旨：本研究では、平成 26 年度にアルコール依存症の普及啓発に関する DVD を実際にアルコール依存症の相談に関わっている保健所の協力を得て作成し、平成 27 年度 平成 28 年度で全国の精神保健福祉センター69 か所、保健所 480 か所と精神科病床を有する国立病院及び公立病院 175 か所、全国市保健センター等 794 か所に配布した。平成 28 年度にはこれまでの DVD の配布先を対象として、DVD の評価に関するアンケート調査を行った。その結果 106 施設より回答があった。DVD の内容はほぼ理解できた割合が高かったが、当事者及び家族の回復に繋がる効果的な支援の方法についてあまり知らない・全く知らないと答えた割合が 27%であった。またアルコール依存症の相談を受ける場合では 8 割以上の施設が困っていることがあると回答し、困っている内容の内訳では多い順に相談技術の不足、連携できる医療機関が少ない、マンパワーの不足があげられた。

#### A．研究目的

アルコール依存症に関する一般市民への知識の普及・啓発及び関係機関の相談活動の促進を目指して、教育媒体としての DVD を作成し、また作成した DVD の評価を行うことにより今後のアルコール依存症の啓発活動のための示唆を得ることを目的とする。

#### B．研究方法

平成 26 年にはアルコール依存症について正しい知識の普及・啓発を目的とした DVD を、アルコール依存症の家族相談を実際に行っている保健所の協力を得て作成した。DVD の内容は知識編と、再現ドラマを含む相談編の二部構成で編集されている。平成 27 年度から平成 28 年度には作成した DVD のコピーを全国の精神保健福祉センター69 か所、保健所 480 か所、精神科病床を有する国立病院及び公立病院 175 か所、全国市保健センター等 794 か所、総計 1518 か所に配布した。平成 28 年度は前述の 1518 か所に DVD 評価アンケートを郵送し、作成した DVD の評価を行った。DVD を視聴した後で評価アン

ケートに施設単位で任意で協力していただくよう書面で研究協力について説明した。アンケートは施設の職員によって無記名自記式で記入後、研究者あてにファックスで返送していただくよう依頼した。返送された調査票は、単純集計を行った。

なお、調査への協力が無い場合であっても各機関には不利益がないことを書面に明記した。調査期間は 2017 年 1 月から 3 月である。

調査内容は、記入者の属する施設の種類の、記入者の職種、年代といった基本情報の他、DVD を視聴してのアルコール依存症に関する理解、アルコール依存症の相談窓口に対する理解、相談機関の役割に対する理解、当事者支援に有効な支援技法に関する理解、各施設でアルコール依存症の相談を受ける場合に困難を感じる内容、DVD の職場での活用方法を含んでいる。

本研究は平成 26 年度秋田大学医学系研究科保健学研究審査委員会の審査を得て行った。

#### C．研究結果

平成 28 年度に回収できたアンケートは 106

件で回収率は 7.0%であった。106 件を全て有効回答とした。DVD を視聴してアルコール依存症が回復する可能性がある病気であることがよく理解できた、だいたい理解できたを合わせると 93.4%、あまり理解できなかったは 6.6%であった。アルコール依存症のご家族が相談できる場所があること、および相談窓口としての精神保健福祉センター・保健所や保健師の役割についてはほぼ理解されていた。しかし、当事者支援のための効果的な支援の方法について、よく知っていた 29.2%、言葉だけ知っていた 42.5%、一方で、あまり知らなかった・全く知らなかったを合わせると 27.3%であった。また、職場でアルコール依存の相談を受ける場合に困っていることがあると答えた施設の割合は、83.0%で、困っている内容の内訳は多い順に、相談技術の不足、連携できる医療機関が少ない、マンパワーの不足、知識不足・研修会などの機会がない、自助グループなどの情報が少ないことがあげられた。DVD の活用については、試しに職員で視聴(67 施設)、職員等の研修で視聴(28 施設)が多かったが、一般住民向けの健康講座などで活用(13 施設)、一般向けに健診等の待ち時間に活用(7 施設)、必要な人に貸し出している(29 施設)であった。自由意見では、困難ケースの対応を DVD の中でさらに考えてほしいという意見があった一方で、『健康講座に活用し

た。受講された方は顔きながら視聴していた。』

『今まではアルコール依存症のご本人に対し、治療を強制できない、本人の意志が重要と考えていた。しかし、この DVD を視聴して考えが変わった。ご本人が治療の意志がない段階でも、家族や医療職が根気強く関わることの重要性に気づくことができた。』という感想が述べられていた。

#### D . 考察

アルコール依存症の普及啓発に関する DVD は、全国の関係機関 1518 か所に配布できたが、アンケートの回収率は 7%と低かった。調査時期及び調査方法のさらなる検討が課題である。アンケートの結果から、アルコール依存症者の当事者及び家族への効果的な支援方法については、特に行政や市役所の保健センターでスキルアップを目指すニーズが高いと考えられる。しかし、実際にはほとんど相談を受けていない・関わっていないという施設もあるため、今後も相談技術を広める活動は非常に重要であると考えられる。また、少数意見だが、アルコール依存症当事者への関わり方や考え方を見直す契機になったという意見もあり、今回の DVD 作成および配布が一部の医療関係者のアルコール依存症の理解を深める一助になったのではないかと考えられる。

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-<sup>-</sup>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・何とかするという感覚）」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的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.

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 年 平成 28 年度総合分担研究報告書  
アルコール依存症家族の支援に関する研究  
研究分担者 成瀬 暢也 埼玉県立精神医療センター 副病院長

**研究要旨**

アルコール依存症の治療・支援が十分とは言えないわが国において、負担は家族に向かう。その実態を把握し、家族に必要な支援は何かを明らかにすることは重要である。本研究では、特に相談機関や依存症医療機関に繋がって間もない家族に焦点を当てた。また、先行研究や対照群である薬物依存症家族との比較により、具体的で実現可能な支援について検討した。

今回アルコール 525 例、薬物 431 例の回答を得た。調査経路に相違があるため確定的なことは言えないが、平成 20 年度の前回調査に比べて、家族支援については目立った改善があるとは言えなかった。アルコールや薬物依存症の家族は精神健康が低下している者が半数弱を占めており、精神健康の悪い群では当事者へのよい関わりができにくくなっている。家族は相談に行くことへの不安や抵抗が強く、社会的スティグマを強く意識しており、孤立しがちである。家族は支援につながった後でも、当事者に対して不安が強く、適切な関わりを難しく感じている。家族に依存症やその回復に関して適切な知識を伝えることが、家族の当事者への関わりや精神健康の改善につながる。以上のことを念頭において、家族に対して、1) 依存症の心理教育、2) 当事者との関わりの支援、3) 家族自身のメンタルケア、4) 経済的支援、5) 社会的な偏見を減らす啓発などが不可欠である。家族の不安や混乱に対応した細やかな対応・支援の必要性は明らかであり、あらゆる時点での包括的な家族支援体制の構築が求められる。

**研究協力者**

森田展彰：筑波大学

吉岡幸子：埼玉県立大学

新井清美：首都大学東京

岡崎直人：さいたま市こころの健康センター

小松崎智恵：茨城県立こころの医療センター

**A. 研究目的**

当研究者等は、平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金の助成により、2500 名以上の家族から調査協力を得て実態とニーズについて調査を行った。その結果、アルコール依存症・薬物依存症患者の家族は深刻なストレス状況にあり、実態を踏まえた十分な支援体制の構築が必要であることが明らかとなった。しかし、その対象者の多くがすでに支援機関やグループに繋がりに、患者も良好な状態にあった。本研究では、相談機関や依存症医療機関に繋がって間もない（3 か月以内）家族の実態とニーズについ

て明らかとするためアンケート調査を行うことを目的とする。

**B. 研究方法**

下記の通り研究を進める。

1) 調査票の作成

全国 69 カ所の精神保健福祉センター・保健所などの相談機関用、依存症医療機関用、断酒会用、ダルク・家族会用、保護観察所用に分け、それぞれの機関に、家族自身（対象者）の相談や問題を持つ本人（当事者）の受診に同伴した家族（対象者）に対して、対象者の属性、生活状況、当事者の状況、対象者が問題と感じていること、対象者のストレス状況、相談や受診に至る状況・困難、家族グループとの繋がり、今後必要とする支援などについて過不足なく調査できるものを作成した。

2) 調査対象・調査場所

対象は、全国の精神保健福祉センター・保健所などの相談機関、及び全国の依存症治療を実施している医療機関、断酒会、ダルク・家族会、保護観察所などに、アルコール関連の問題および薬物関連の問題で相談、あるいは受診に同伴した家族とする。

### 3) 調査方法

上記相談機関及び治療機関に協力を依頼し、理解と同意を得て、各機関の相談・治療スタッフを介して、調査票を対象者に配布し調査への協力を依頼してもらう。匿名で記入された調査票を郵送にて研究代表者（分担研究者）が回収する。

### 4) 結果の分析

上記方法で得られた調査票をもとにアルコール関連問題を持つ当事者の家族の実態とニーズについて、先行研究及び薬物関連問題を持つ当事者の家族の実態とニーズとの比較などを通して分析する。

### 5) 結果の公表・啓発

本研究で得られた結果をまとめた報告書を、研究協力機関をはじめ、関連機関へ配布するとともに、フォーラム等の開催により啓発活動に繋げる。

#### （倫理面への配慮）

各機関に対して文書あるいは可能な限り直接、調査の目的、方法、倫理的配慮等を説明し理解を得て協力を依頼する。各機関の協力者から対象者に対して、文書及び口頭で調査目的、方法、倫理的配慮等を説明し、協力を依頼する。調査協力に同意を得られた対象者に調査票を渡し、無記名で回答してもらう。記入された調査票は各対象者から研究代表者（分担研究者）宛に郵送してもらう。対象者が調査協力できない場合でもなんら不利になることはないことを説明したうえで、無記名で郵送にて回収する。個人情報that特定されることはなく、個人情報は保護される。

## C. 研究結果

平成28年2月10日までの時点で回収された

アルコール家族525例、薬物家族431例を基に調査結果について報告する。

## 1. アルコール問題を持つ家族の研究

### 研究方法

【無記名自記式質問紙調査】

【アンケート依頼先】

- ・ アルコール依存症を診ている医療機関
- ・ 全国の精神保健福祉センター
- ・ 全国の保健所
- ・ 公益社団法人全日本断酒連盟

繋がって間もない家族（おおよそ3か月）にアンケート依頼

### 研究結果

【アルコール家族からの回答】525通

配付機関	人	(%)
精神保健福祉センター	15	(2.9)
保健所・保健センター	5	(1.0)
医療機関	248	(47.9)
断酒会	236	(45.6)
ダルクや家族会	-	-
保護観察所	-	-
その他	4	(0.8)
無回答	10	(1.9)

#### 性別・年齢・続柄

家族の性別は、男性72人(13.9%)、女性444人(85.7%)であり、平均年齢は、それぞれ60.18歳(±13.31)、57.77歳(±11.88)であった。続柄は、配偶者が64%、親16%、子10%、兄弟姉妹5%であり、配偶者が多数を占めた。

一方、当事者の性別は、男性461人(89.0%)、女性55人(10.6%)であり、平均年齢は、それぞれ57.73歳(±13.31)、48.75歳(±16.07)であった。

#### 生活状況・就労状況

当事者との同居状態は、同居中79.9%、別世帯の家族と同居7.9%、独居5.2%であった。

当事者の飲酒状況は、断酒中55.4%、飲酒できない状態(入院、服役など)19.7%、頻回に飲酒12.9%、時々飲酒9.3%であった。

当事者の就労状況は、働いている（パート等含む）38.8%であり、高齢のため働いていないが18.5%であった。当事者の収入源は、年金51.8%、家族の援助38.2%、自分の収入12.6%、生活保護4.5%の順であった。

#### アルコール問題の相談

家族が当事者のアルコール問題に気づいた時の本人の年齢は44.6歳、最初に相談した時の本人の年齢は51.6歳であり、7年の差があった。

アルコール関連問題で内科や救急診療科などに受診歴がある例が66%であり、医師からの助言で最も多かったのは、「断酒指導と依存症専門医療機関の紹介」40.5%であり、次いで「節酒指導のみ」19.8%、「断酒指導のみ」18.7%であった。

家族が初めて相談に行った機関は、精神科医療機関36.5%、一般診療科17.2%、保健所・保健センター9.5%、精神保健福祉センター3.1%の順であった。相談回数は、1回42.1%、2~5回35.9%でほとんどを占めた。相談機関への満足度は、「とても満足」30.9%、「やや満足」39.2%、「やや不満」13.9%、「とても不満」9.3%であった。相談機関の対応として、「親身に相談に乗ってくれ対応や治療について具体的に教えてくれた」62.7%と、「話は聞いてくれたが具体的な対応や治療はあまり教えてくれなかった」27.2%でほとんどを占めた。

家族が精神科医療機関や相談機関に繋がったきっかけは、「自分で調べた」35.1%、「内科で勧められた」25.9%、「インターネットで調べた」22.8%、「家族・親戚から勧められた」20.7%、「友人・知人から勧められた」13.9%であった。

各相談機関の満足度（役立ち度）については、「役に立った」と回答した割合は、精神保健福祉センター41.5%、精神科医療機関61.8%、救急診療科39.0%、一般診療科35.9%、民間相談機関48.0%、自助グループ81.3%、警察34.0%、行政の市民相談31.0%などであった。

当事者を医療機関や相談機関に繋がられたかについては、継続利用62.5%、1度も行っていない13.1%、継続していない11.4%となった。

当事者の飲酒に関する考え・行動としては、改善に取り組んで6か月以上37.3%、6か月以内32.6%、改善する必要はない12.5%であった。

家族がとても助けられたと感じているのは、自助グループ51.5%、精神科医療機関50.0%の2者が半数を占め、次いで、家族25.5%、一般診療科15.4%、友人・知人15.3%などであった。

家族が医療機関や相談機関に繋がってからの期間は、3か月未満36.1%、3~6か月10.4%、6か月~1年13.1%であり、1年以上が37.3%であった。

アルコール問題について相談することの困難を、「いつも感じていた」42.9%、「時々感じていた」28.4%と合わせて71.3%が相談することの難しさを感じたと答えている。その理由として（複数回答）「どこで相談すればいいかわからなかった」61.4%、「世間体や偏見が気になる」41.0%、「相談機関・医療機関が不足している」27.7%、「疲れていて相談する気になれない」19.2%であった。

#### 当事者の現在のアルコール問題

当事者の現在のアルコール関連問題は、頻度の高いものから、身体の問題（47.3%）、うつ状態（24.9%）、家庭問題（21.2%）、就労問題（18.3%）、言葉の暴力（15.3%）、幻覚妄想（11.0%）、経済的問題（10.8%）、家族への暴力（7.9%）などであった。

家族は当事者の飲酒問題に対して、89%が断酒を望んでおり、8%が節酒を望んでいた。

#### アルコール健康障害対策基本法

アルコール健康障害対策基本法を、知らない59.7%、名前を知っている27.0%、内容を知っている11.2%と、未だ周知は不十分であった。

## 2. 薬物問題を持つ家族の研究

### 研究方法

【無記名自記式質問紙調査】

【アンケート依頼先】

- ・ 薬物依存症を診ている病院・クリニック
- ・ 全国の精神保健福祉センター
- ・ 全国の保健所
- ・ 全国の保護観察所
- ・ 全国の家族会・ダルク

繋がって間もない家族  
(おおよそ3か月)  
にアンケート依頼

### 調査項目と倫理的配慮

【調査項目】

- ・ 調査票配布機関、居住地
- ・ 基本属性(回答者・本人の年齢・性別、属性、同居家族)
- ・ 当事者の薬物使用状況
- ・ 当事者の司法・援助機関との関わりの有無
- ・ 家族の医療・支援機関等への相談状況
- ・ 満足度
- ・ 当事者との関係
- ・ K6(気分・不安障害等のスクリーニング・テスト)
- ・ 当事者の持つ問題

【倫理的配慮】

埼玉県立医療センター倫理委員会承認後に実施し、回答後の調査票は無記名・郵送法にて回収、調査票の回答をもって同意を得た

3

## 4) 結果の分析

まず、基本統計量を算出した。次に、家族が当事者の薬物関連の問題に気づいてから相談あるいは受診につながるまでの期間を1年未満、1~3年、4年以上の3群に分け、<sup>2</sup>検定、一元配置分散分析を用いて相談につながるまでの期間による家族の実態とニーズの差を検討した。

## 5) 結果の公表・啓発

本研究で得られた結果をまとめた報告書を、研究協力機関をはじめ、関連機関へ配布するとともに、フォーラム等の開催により啓発活動に繋げる。

(倫理面への配慮)

本研究は、埼玉県立精神医療センター倫理審査を受けて実施した。

各機関に対して文書あるいは可能な限り直

接、調査の目的、方法、倫理的配慮等を説明し理解を得て協力を依頼した。各機関の協力者から対象者に対して、文書及び口頭で調査目的、方法、倫理的配慮等を説明し、協力を依頼し、調査協力に同意の得られた対象者に調査票を配布、回答を求めた。

## C. 研究結果

回収状況を図1に示す。2,059件配布し、431件(回収率20.9%)から回答が得られた。

回収先は、ダルク・家族会50%、保護観察所35%、医療機関と精神保健福祉センターがそれぞれ6%であった。

### 調査票の回収状況

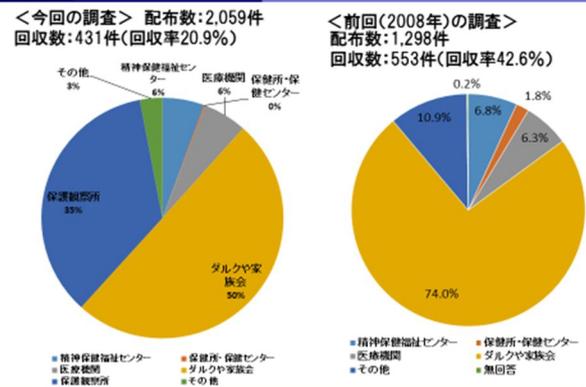


図1 調査票の回収状況

## 性別・年齢・続柄(表1)

家族の性別は、男性125名(29.0%)、女性304名(70.5%)であり、平均年齢は、それぞれ64.4歳(SD:9.5)、60.9歳(SD:11.1)であった。続柄は、親が77.5%、子供7.7%、配偶者5.1%、兄弟姉妹3.5%であり、親が多数を占めた。一方、当事者の性別は、男性356人(82.6%)、女性72人(16.7%)であり、平均年齢は、それぞれ37.9歳(SD:9.6)、33.2歳(SD:8.0)であった。

表 1 対象者の背景

対象者の背景		人数	%	
記入者性別	男性	125 (平均64.4歳, SD:9.5)	29.0	
	女性	304 (平均60.9歳, SD:11.1)	70.5	
	無回答	2	0.5	
当事者性別	男性	356 (平均37.9歳, SD:9.6)	82.6	
	女性	72 (平均33.2歳, SD:8.0)	16.7	
	無回答	3	0.7	
当事者との関係	親	334	77.5	
	配偶者	22	5.1	
	子ども	33	7.7	
	兄弟姉妹	15	3.5	
	その他	20	4.6	
	無回答	7	1.6	

当事者の生活状況・就労状況 (図 2)

当事者の居住地は、刑務所が 39%、同居中と別世帯の住居が各 18%であり、ダルク入寮中は 14%であった。当事者の就労状況については、刑務所入所中 39%を除くと、家族の援助 31.8%、自分の収入 28.3%、生活保護 12.8%であった。

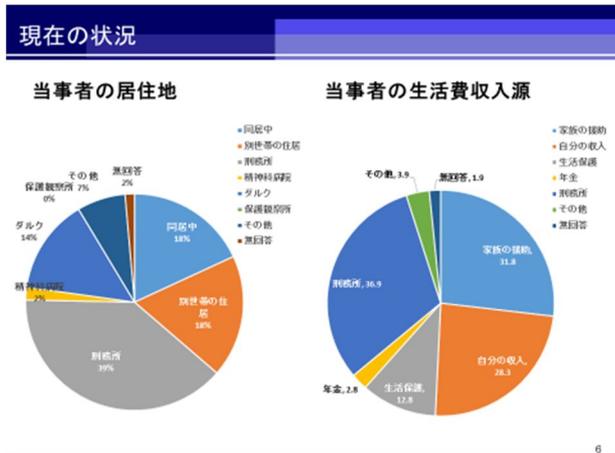


図 2 当事者の現在の居住と就労状況

薬物使用状況

当事者が主に使っていた薬物は、覚せい剤が 63.3%、危険ドラッグ 8.6%、大麻 5.3%、精神安定剤・睡眠薬 4.6%などであった。保護観察所からの回答が多かったこともあり、覚せい剤が突出していた。一度でも使ったことのある(と思う)薬物は、覚せい剤 74.7%、精神安定剤・睡眠薬 34.3%、大麻 28.3%、シンナー 26.5%、危険ドラッグ 22.7%、鎮痛剤 14.6%などであ

った (図 3)。

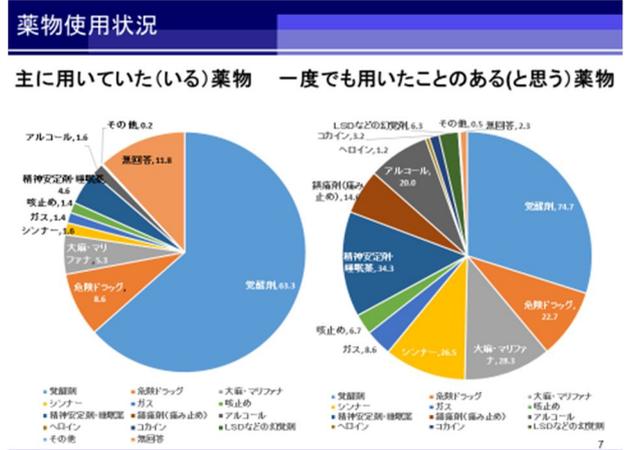


図 3 薬物使用状況

当事者の薬物問題に家族が気づいてから、相談に行くまでの期間について、表 2 に示す。最初に薬物問題に気づいたときの当事者の平均年齢は 26.3 歳であり、家族が何らかの機関に最初に相談に行った時の当事者の年齢は 29.7 歳であったことから、この時間差が 3.4 年間であった。

調査経路別にみると、保護観察所が 29.3 歳時に気づき 34.1 歳時に相談しており 4.8 年間、医療機関・精神保健福祉センター等が 27.8 歳時に気づき 31.1 歳に相談しており 3.3 年間、ダルクや家族会が 24.0 歳時に気づき 26.9 歳に相談しており 2.9 年間であった。ダルクや家族会につながった家族は、有意に短期間で相談につながっていたことがわかる。

表 2 薬物問題に対する発見・相談年齢

薬物問題に対する発見・相談年齢		N	Mean	SD	
当事者の薬物問題に最初に気づいた時の、当事者の年齢 (歳)	全体	416	26.3	9.3	
	保護観察所	141	29.3	10.5	
	センター、医療機関、その他	59	27.8	9.1	
最初に相談に行ったときの当事者の年齢 (歳)	全体	307	29.7	10.5	
	保護観察所	115	34.1	12.5	
	センター、医療機関、その他	58	31.1	9.7	
		ダルクや家族会	213	26.9	8.6

ANOVA \*\*p<0.01 \*p<0.05

□ 気づいた年齢、相談に行った年齢ともに、ダルクや家族会はセンター・医療機関、保護観察所に比べて有意に低い(早く相談に行っている)  
 □ 気づいてから相談に行くまでに3.4年、保護観察所では4.8年、センター・医療機関等は3.3年、ダルクや家族会は2.9年を要していた

つぎに、薬物問題に気付いてから相談につながるまでの期間を図4に示す。分布によって見ると、1年未満が43.4%と最も多く、ついで6年以上が19.3%であり、両極端な結果が出ている。1年未満でつながるか、6年以上を要するかに分かれるという結果であった。今回の調査では、相談・医療機関につながって間もない家族を主対象としているため、このような結果が出ていると考えられる。

薬物問題を発見し、相談につながるまでの期間

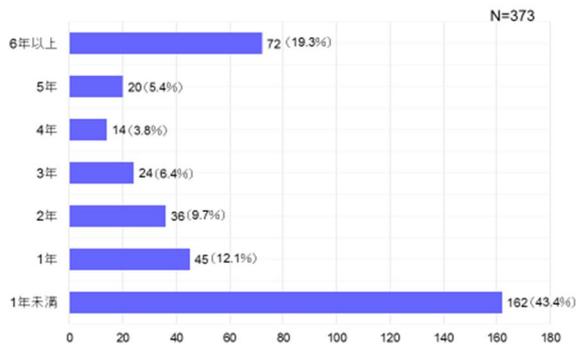


図4 家族が当事者の薬物問題に気づいてから相談につながるまでの期間

家族が当事者の薬物使用に気づいたきっかけで相談につながるまでの期間別に有意な差を認めたのは、「薬物による精神症状をみたため」、「警察の世話になるトラブルがあったため」、「その他」であった。薬物による精神症状をみたため、「警察の世話になるトラブルがあったため」は1年未満が有意に回答頻度が低く、「薬物による精神症状をみたため」、「その他」は4年以上の回答頻度が有意に高い結果となり、相談までの期間が長いほど、家族は当事者の薬物による精神状況を経験し、相談につながるきっかけとなっていたことが示された(図5)。

当事者の薬物問題に気づいたきっかけ(期間別)

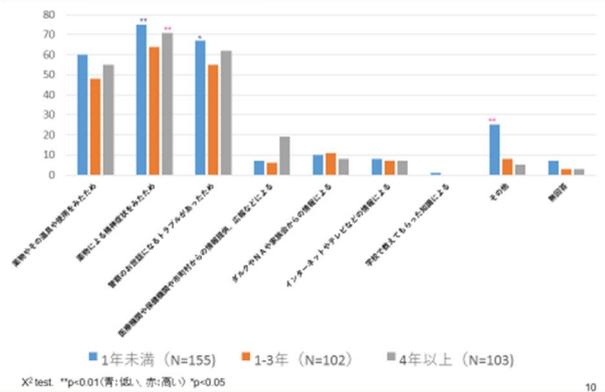


図5 家族が当事者の薬物使用に気づいたきっかけ

家族が最初に相談につながった先をつながるまでの期間別に見ると、1年未満の家族で警察と回答した頻度が有意に高く、家族や支援団体と回答した頻度が有意に低かった(図6)。

最初の相談機関

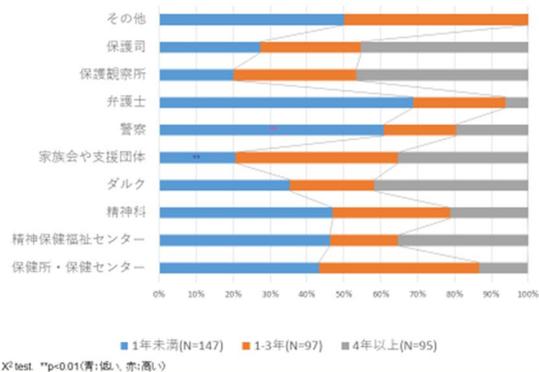


図6 家族が最初に相談した機関

初めて相談に行った先の家族の満足度と、相談機関の対応について図7に示す。最も満足度が高かったのは家族会や支援団体であり、次いでダルク、保護司、保護観察所、精神保健福祉センターの順であった。精神科医療機関は、警察と同等かそれ以下で満足度は低かった。

相談機関の対応に関して、「親身に相談に乗ってくれて対応や治療について具体的に教えてくれた」と回答した家族が最も多かったのは、保護観察所で、次いで家族会や支援団体、ダルク、精神保健福祉センター、保護司と続いた。

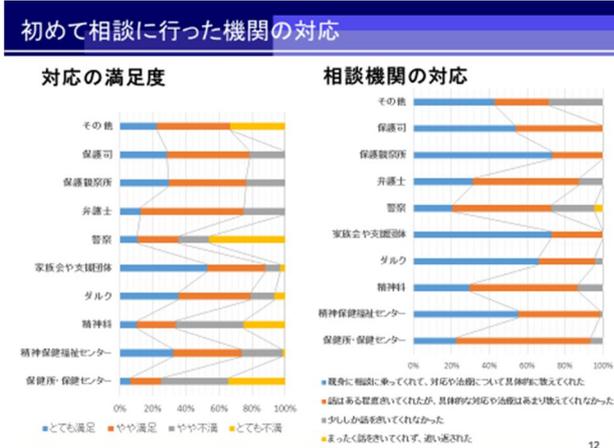


図7 初めて相談に行った機関の対応

相談するのが難しいと感じた経験については、相談につながる期間が1年未満の家族も、1~3年の家族も、4年以上家族も有意差はなかった(図8)。早くにつながった家族であっても、相談することの難しさを感じていることが示された。

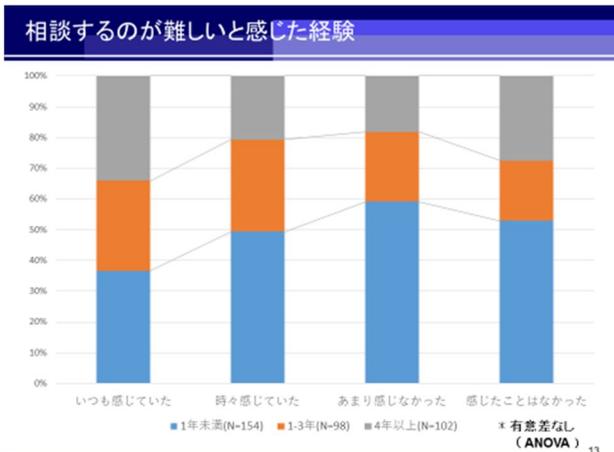


図8 相談するのが難しいと感じた経験

相談をすることが難しいと感じた原因は、相談までの期間が1~3年で「家族自身が疲れ切ってしまい、相談をしようとする気持ちになれないため」の回答頻度が有意に高かったものの、その他の原因で相談までの期間による有意な差は認めなかった(図9)。

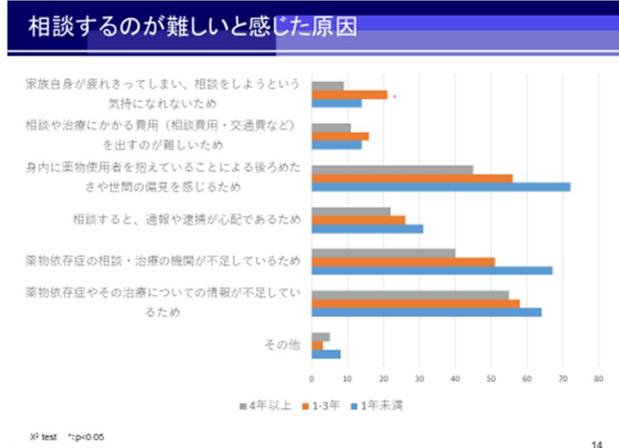


図9 相談するのが難しいと感じた原因

家族が感じている当事者の問題として、有意な差を認めた項目は「犯罪(薬物関連)」、「パートナー・親への暴力」、「脅しや言葉の暴力」、「ギャンブル問題」、「家庭内不和・別居・離婚」であった。相談までの期間が4年以上が他の期間よりも有意に高かったのは「ギャンブル問題」、「家庭内不和・別居・離婚」、1年未満よりも高かったのが「犯罪(薬物関連)」であった。また、1~3年が1年未満よりも有意に高かったのは「パートナー・親への暴力」、「脅しや言葉の暴力」であり、相談までの期間が長いほど家庭内外での問題が深刻化している状況が示された(図10)。

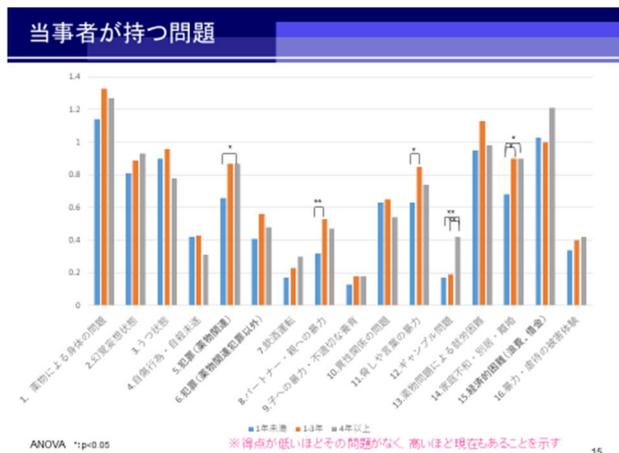


図10 家族が感じている当事者の問題

当事者の薬物に対する考えと行動に関する点についても、早期に相談につながった家族と長期間かかった家族との間に違いはないかを

確認した。当事者の薬物に対する考えと行動に関して、有意差を認めなかった（図 11）。

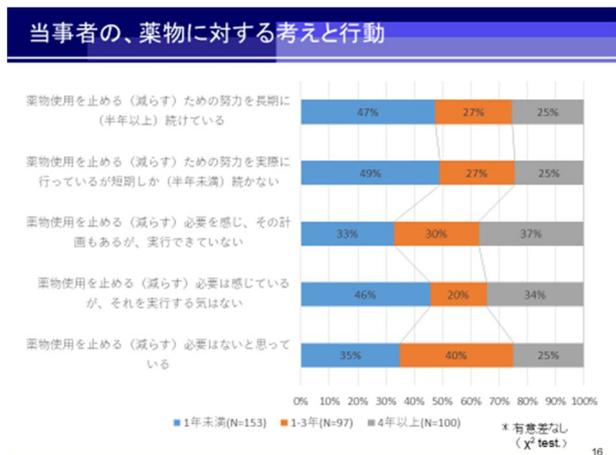


図 11 当事者の薬物に対する考えと行動

家族のここ1か月間の幸福感が高かったのは、「自分の時間が持てること」、「家事や身の回りのこと」、「娯楽や活動」、「家族関係」などで、「お金・経済状態」、「社会的な活動」、「あなたの感情」などで幸福感が低いという結果であった。

相談につながるまでの期間による家族の幸福感に有意な差を認めたのは「家事や身の回りのこと」のみであり、相談につながって1年未満の家族より、4年以上の家族でここ1か月間の幸福感が高いという結果が示された。



図 12 最近1か月の家族の幸福感

薬物問題や当事者への理解度について図 13 に示す。家族は、「問題となる薬物や悪影響について知っている」、「薬物依存症とはどういう

ものかわかっている」、「当事者への過保護・過干渉はよくないことをわかっている」、「自助グループやダルクについて知っている」などは理解できていると回答しているが、「当事者と薬物問題の治療・相談について話し合うことができる」、「薬物問題の相談・医療機関にアドバイスをもらうことができている」などができにくいと回答している。これらについては、相談につながる期間による有意な差は認めなかった。

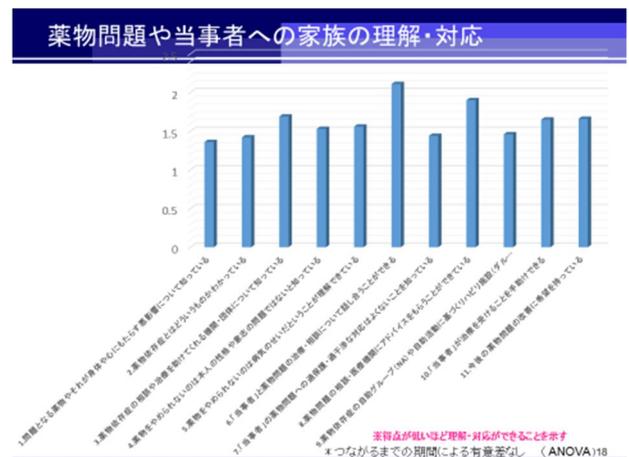


図 13 薬物問題や当事者への家族の理解・対応

当事者とのコミュニケーションについて図 14 に示す。「当事者の治療・回復に対する努力を誉めることができる」、「おちついて当事者の回復を見守ることができる」、「当事者の無理な要求をきちっと断れる」などはできていたが、反対に「当事者におびえてしまう」、「当事者を責めてばかりになってしまふ」、「当事者を責めてばかりになってしまふ」などが特に難しく、次いで、「当事者に世話をやきすぎてしまふ」、「当事者の問題に巻き込まれてしまふ」、「当事者の心配で頭がいっぱいである」などであった。これらも相談につながるまでの期間による有意な差はみられなかった。

## 家族の当事者とのコミュニケーション

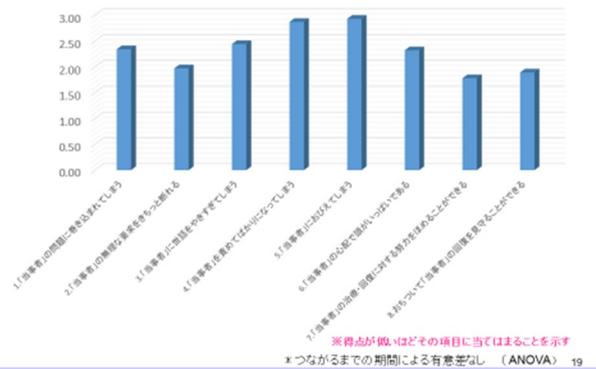


図 14 当事者とのコミュニケーション

家族の精神健康について、K6を指標に評価した(図15)。5点以上で精神的健康度に問題があることを示している。相談につながる期間による有意な差は見られないことから、いかに薬物の家族が精神的な健康度が低くなっているかがわかる。

## 家族の精神的健康度(K6)

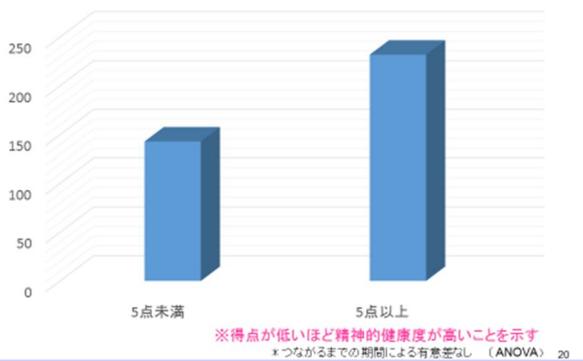


図 15 家族の精神的健康度

## D. 考察

### 1. アルコール問題を持つ家族の調査

#### 調査の概要

質問紙の配布は、アルコール治療医療機関、精神保健福祉センター・保健所および公益社団法人全国断酒連盟(以下、断酒会)の協力を得て、2,333名に配布した。回答後の質問紙は返信用封筒にて回収した。回答の得られた518件(22.2%)の配布場所内訳(今回回収率、前回回収率)は、医療機関は248件(47.0%、12.2%)、断酒会236件

(45.6%、81.9%)。精神保健センターは15件(4.3%、2.9%)、保健所は5件(1.0%、0.9%)であり、今回は医療機関と断酒会が各4割を占め、医療機関からの回収率が高値となっていた。

#### 家族と当事者の背景

前回調査との比較において、家族の記入者は、二つの調査ともに女性が8割以上であったものの、男性の記入者は前回は8.6%であり、今回は13.9%で増加していた。一方、当事者は、前回の結果では、男性が89%であり、女性は5.5%であった。しかし、今回、男性当事者はほぼ変化はないものの、女性の当事者は5.5%から10.6%と倍増していた。また、前回と今回調査の記入者の平均年齢と当事者の平均年齢は、ほぼ変化は見られないが、標準偏差値が高くなっており、記入者や当事者の年齢幅が広がっていることが窺えた。

記入者と当事者との関係では、今回は配偶者が79%であり、今回は64%と減少し、親、子ども、兄弟姉妹等が増加していた。このことは、子どもや兄弟姉妹が記入し家族成員の多くが当事者のアルコール問題に何らかの形で関わっていることが見受けられた。当事者の就労状況は、前回調査と比較し、働いている人が減少し、高齢で働けない人が若干増加していた。

「家族が当事者の飲酒問題に気づいた年齢」は、前回は41.8歳、今回は44.6歳であった。また「家族が最初に相談に行った時の当事者の年齢」は、前回は47.2歳、今回は51.6歳であり、どちらも前回調査より上昇していた。前回調査では、家族が受診に繋がるまでに5.5年を経過していたが、今回は7年もかかっていた。

現在の飲酒状況は、「断酒している」が8割であり、「頻りに飲酒」は8%と比較的少ない状況であったが、今回の調査は、「断酒している」が5割にとどまり、「頻りに飲酒」は12.9%と増加していた。

「飲酒できない状態の人(入院中)」の人は今回の調査では19.7%で、前回調査より大幅に増加していたが、これは、繋がって間もない家族への

調査であり、その影響と考えられる。つまり、今回調査の家族は、飲酒問題を抱えている家族であることが示唆された。

次に、医療機関経由と断酒会経由の回答について比較する。

現在の飲酒状況では、医療機関では81人(46%)、断酒会では31人(14.1%)が飲酒中(時々・頻回含む)であり、医療機関の方が高く有意差がみられた。また、医療機関に繋がっている家族は、6か月未満が168人(61.8%)と多く、断酒会に繋がっている家族は6か月以上が220人(93.2%)と多く、有意に差がみられた。

家族がアルコール問題で相談することが難しかった経験では、医療機関、断酒会ともに有意差はないものの、双方ともに7割以上が難しいと感じていた。

家族が当事者のアルコールの問題に気づいた時および初めて相談に行ったときの当事者の年齢と各機関別の比較をみると、気づいた年齢が有意に低かったのは、医療機関であり平均44.4歳(SD:15.0)、高かったのは断酒会で平均45.0歳(SD:13.1)であり、最初に相談に行った年齢も同様の結果であった。家族は、問題に気づいてから相談に行くまでの期間では、医療機関では平均8.0年、断酒会では平均5.0年を要していた。

また、家族が精神科や相談機関につながったきっかけでは、「医療機関」に繋がっている家族は、「内科医から勧められた」「インターネットで調べた」に「はい」と回答した頻度が有意に高かった。一方、「断酒会」に繋がっている家族では、「自助グループからの勧め」に「はい」と回答した頻度が有意に高かった。家族が相談するのが困難と感じた理由では、各機関ともに、「どこに相談すればよいかわからない」、次に「世間体や偏見が気になる」に「はい」と回答した頻度が高かった。二つの機関で比較すると、「医療機関」家族は、「相談機関や医療機関が不足している」に「はい」と回答した頻度が、有意に高く、「断酒会」家族では「世間体や偏見が気になる」に「はい」と回答した頻度が有意に高かった。当事者が受診に繋が

るまでの長い期間の要因に、相談場所や機関が不足していることは否めないが、世間体や偏見も関係していると考えられる。

### 家族の相談の状況と対応の満足度

家族が最初に相談に行った機関は、前回は、「精神科」が最も多く1109人(54.6%)、「保健所・保健センター」が322人(15.8%)、「断酒会、AA等」が252人(12.4%)であり、今回も「精神科」が最も多く189人(36.5%)で、次いで「内科等の一般診療科」が89人(17.2%)、「保健所・保健センター」が49人(9.5%)、「セルフヘルプグループ(断酒会、AA)」が38人(7.3%)の順であった。

また、それぞれの機関に対する満足度では、前回は、最も高かった断酒会は9割以上が満足と回答していた。しかし、今回は最も高かったのは、救急診療科でありその対応は9割以上が満足と回答していた。これは、回答が11人と少ないことも影響しているが、飲酒問題で緊急に受診し対応しており、家族には、生命危機回避の観点からも満足度が高くなったと考えられる。

前回調査と比較し、精神保健福祉センターや保健所・保健センター、警察は、「満足」「やや満足」と合わせると7割以上が満足と回答し上昇していた。

しかし、全ての機関の対応に不満と回答している家族もいることから、さらに家族に満足が得られるような各機関の治療・相談技術の向上が求められるといえる。

支援につながった家族が感じている過去1か月の満足度は、多くの項目で10点前後の低い数値であった。2群で比較すると、「断酒会」家族の方が満足度はやや高い結果となっていた。このことは、「断酒会」家族の9割が6か月以上継続して繋がっていることや飲酒していない当事者が9割いることが影響していると考えられる。家族が感じている満足感に与える要因は、当事者が仕事や学業に繋がること、つまり元の生活に戻ることや家族自身が家事や身の回りのことができることも満足感にも影響すると推察できる。一方で、「医療機関」家族は、経済状態やコミュニケーション、

家族の感情、自分の時間が持てること、家族の健康、家族関係等は、特に低く、この1か月の満足感健康も低い得点であった。これらの事から、支援に繋がったばかりの家族は、心身ともに疲弊している実態が明確となり、多くの視点からの対応の必要性が示唆された。

#### まとめ

今回の家族調査の大きな特徴は、家族が医療や相談機関に繋がって間もない家族への調査である。回答者は、男性が増加し当事者は女性が増加していた。また回答した家族も、配偶者の回答は減少し、親や子ども兄弟姉妹等のように多くの家族成員が回答していた。つまり、配偶者だけでなく、家族成員の多くが本人の飲酒問題に関わっていることが把握できた。また、前回調査の2008年よりインターネットやスマートフォン等のように情報を得る手段はおおきく変化したにも関わらず、治療や相談機関に繋がるまでに7年が経過していた。

アルコール健康障害基本法も成立したにもかかわらず、まだ飲酒問題で困っている家族は受診や相談することに年月が経過しており、早期に相談機関に繋げる必要性が明確となり、今後の充実した相談体制づくりが喫緊の課題である。

アルコール依存症家族は、問題に気づきながらも受診や相談するのに平均7年間を要し、医療機関に繋がった家族はさらに長く7.7年もかかっていた。また、どの家族もすぐに相談することが難しいと感じていた。相談先がわからないことや世間体や偏見が気になっていることが受診や相談行動を遅らせてしまう要因ともいえる。このような背景から、アルコール依存症家族への支援に必要なことは、精神科だけでなく、身近に相談できる機関の増加や公的機関や自助グループへの社会的認知の拡大を進めてゆくことが重要であり、さらには経済的支援等、家族が心身ともに疲弊し困っていることに対し、対応できる人材育成も大きな課題である。

## 2. 薬物問題を持つ家族の調査

### 調査の概要

今回の調査で回答の得られた431件の配布場所の内訳は、保護観察所152件(35.3%、2008年は配布無)、ダルク・家族会216件(50.1%、2008年は74.0%)、医療機関25件(5.8%、2008年は6.3%)、精神保健福祉センター24件(5.6%、2008年は5.8%)、保健所・保健センター1件(0.2%、2008年は1.8%)、その他13件(3.0%、2008年は10.9%)であり、前回はダルク・家族会からの回答、今回はダルク・家族会および保護観察所からの回答を合わせて85.4%を占めている。つまり、司法サイドの保護観察所を経由した回答が多数加わったことが特徴である。

### 当事者の背景

前回同様、回答のあった家族の性別は女性が70.5%、当事者は男性が84.2%を占めていた。平均年齢を見ると家族、当事者ともにやや上昇している。当事者との関係を見ると前回は親が約9割を占めたのに対し、今回は親が77.5%と多いものの、子ども7.7%、配偶者5.1%、兄弟姉妹3.5%が回答している。このことから、薬物問題を持つ者の家族のうち、親の高齢化が推測される。

さらに、「家族が当事者の薬物問題に最初に気づいた年齢」26.3歳(SD:9.3)、「家族が最初に相談に行ったときの当事者の年齢」29.7歳(SD:10.5)を見ると、前回に比べて今回の方が、何れも5歳ほど年齢が上昇している。一方、最初に薬物問題に気づいてから相談までの期間は3.4年ほどの期間を要している。また、家族が当事者の薬物使用に気づいた年齢、相談に行った年齢ともに、ダルク・家族会は医療機関・精神保健福祉センターや保護観察所に比べて、それぞれの年齢が24.0歳、26.9歳と有意に低かった。つまり、ダルク・家族会では相談までに2.9年、医療機関・精神保健福祉センターでは3.3年、保護観察所では4.8年を要していた。

これらから、家族が相談や当事者の受診などにつながる場合はダルク・家族会、次いで医療機関・精神保健福祉センターであり、最も相談などにつながれなかった例は逮捕・服役等によりつな

がるようになったと考えられる。逮捕される前に家族が相談につながれるように支援することが重要である。

主な使用薬物を見ると、前回調査では覚醒剤（50.8%）、有機溶剤（10.7%）、大麻・マリファナ（8.1%）の順に多かったが、今回調査では覚醒剤（66.3%）、危険ドラッグ（8.6%）、大麻・マリファナ（5.3%）となっている。

ここで、近藤ら<sup>2)</sup>の2010年の報告をみると、当事者が薬物使用を開始する年齢は平均17.9歳で、薬物使用期間は平均12.1年であり、主な使用薬物は覚醒剤（66.7%）、大麻・鎮咳薬・睡眠薬（各14.3%）であったとしている。本調査では、当事者の薬物使用開始年齢についての項目は設けておらず、家族が当事者の薬物問題に気づくまでの期間までは示すことができないが、問題に気づき、相談する年齢、当事者の年齢の上昇が見られることから、前回、あるいは近藤らの調査対象者と比べて使用開始年齢の上昇、当事者と家族の関わる時間の減少、使用薬物の多様化等が背景にある可能性が考えられる。

### 家族の相談の状況

最初に相談に行った機関として、前回は精神科病院（22.1%）、ダルク（20.3%）、精神保健福祉センター（17.3%）の順に多く、今回は精神科病院（15.8%）、精神保健福祉センター（15.5%）、警察（11.6%）、ダルク（11.4%）であった。相談先がどこへ行けばいいかがはっきりしていない状況が続いていることを示している。とくに保護観察所経由で回答した家族については、精神保健福祉センターや精神科医療機関に初めてつながったと答えている家族が、それぞれ7.9%、8.6%と1割にも満たない状況であり、初めての相談先として警察が16.4%と最も高かった。

相談機関の満足度については、全体では「とても満足」20.9%、「やや満足」31.6%であった。内訳では、精神保健福祉センター・医療機関経由、およびダルク・家族会経由の家族は、相談機関の対応に「とても満足」「やや満足」と答えている割合が、それぞれ23.8%・34.9%、23.6%・31.0%

であり、保護観察所経由の15.8%・30.9%と比較して満足度が高かった。

概して、相談に対する満足度は向上している印象があるものの、「とても不満」15.3%および「やや不満」21.3%と、合わせて36.6%の家族が相談に不満を持っていることも見逃してはいけない。

その対応については、「親身に相談に乗ってくれて、対応や治療について具体的に教えてくれた」39.0%、「話はある程度きいてくれたが、具体的な対応や治療について教えてくれなかった」38.5%と、ほぼ同数であった。

「相談につながった経験あり」と回答している家族は、薬物依存の家族会58.5%、ダルク・NA48.3%、精神科医療機関43.9%、精神保健福祉センター35.0%、警察32.9%、保護司・保護観察官21.8%、保健所・保健センター18.6%、行政の市民相談9.0%などであった。

「相談が役に立った」と回答している家族が多いところから、薬物依存の家族会72.6%、ダルク・NA68.3%、精神保健福祉センター37.1%、保護司・保護観察官26.6%、精神科医療機関21.7%、保健所・保健センター12.5%、警察7.2%などであった。

当事者を医療機関や相談機関につなげられたか否かについては、保護観察所経由の家族は、「当事者は一度も行っていない」49.3%と高かった。

家族が相談につながってからの期間については、全体で1か月未満10.4%、3か月未満6.5%と合わせて16.9%であり、調査を行うにあたって主対象に考えていた3か月未満の家族に対する困難さが明らかになった。結局1年以上が54.8%を占めた。その中でもダルク・家族会は1年以上が77.8%であった。

### 相談の困難

相談することの困難を「いつも感じていた」と回答した家族は、全体で51.3%、保護観察所52.0%、精神保健福祉センター・医療機関49.2%、ダルク・家族会51.4%といずれも約半数になる。「時々感じていた」を合わせると、相談に困難を

感じていた家族は、全体で 72.4%、保護観察所 69.8%、精神保健福祉センター・医療機関 65.1%、ダルク・家族会 76.4%であった。家族にとって相談することの困難が最大の問題であると言えよう。

相談が難しいと感じた原因については、全体で「薬物使用者を抱える後ろめたさ」57.7%、「薬物依存症や治療の情報不足」57.4%、「相談・治療機関の不足」50.6%、「通報や逮捕の心配」25.3%、「疲れ切って相談に行けない」15.2%、「費用の問題」14.9%などの順となった。

これらの原因の軽減を図れなければ、相談につながる家族は容易に増えないであろう。これらの課題の克服が薬物依存症対策には重要であると考ええる。

### まとめ

#### まとめ <背景>

- 回収状況としては、ダルクや家族会が半数、保護観察所が35%を占めていた
- 家族は女性約7割、当事者は男性が約8割を占め、関係性としては親子の関係が約8割であった
- 主な使用薬物は覚醒剤(63.3%)であった
- 当事者の薬物問題に最初に気づいてから相談に行くまでに、平均年3.4年を要しており、つながるまでの期間が長いほど、精神症状を見たことが契機となり相談につながっていた

21

#### まとめ <相談状況・対応・精神的健康度>

- 初めて相談に行った機関は精神科、精神保健福祉センター、警察の順に多く、その対応に対して半数を超える家族が不満に感じたのは保健所・保健センター、精神科、警察であった。
- 当事者が持つ問題では、相談までの期間が4年以上では1年未満よりも犯罪(薬物関連)、ギャンブル問題、家庭不和・別居・離婚を抱えており、1-3年では1年未満よりもパートナー・親への暴力、脅しや言葉の暴力、家庭不和・別居・離婚を抱えていた
- 薬物問題や当事者への理解・対応、精神的健康度は、相談に繋がるまでの期間による差を認めなかった。

22

### 3) 家族の精神健康について

調査結果をもとに、家族の精神健康とコミュニ

ケーションおよび家族の依存症の理解度の間の関係について分析した結果を図1に示す。

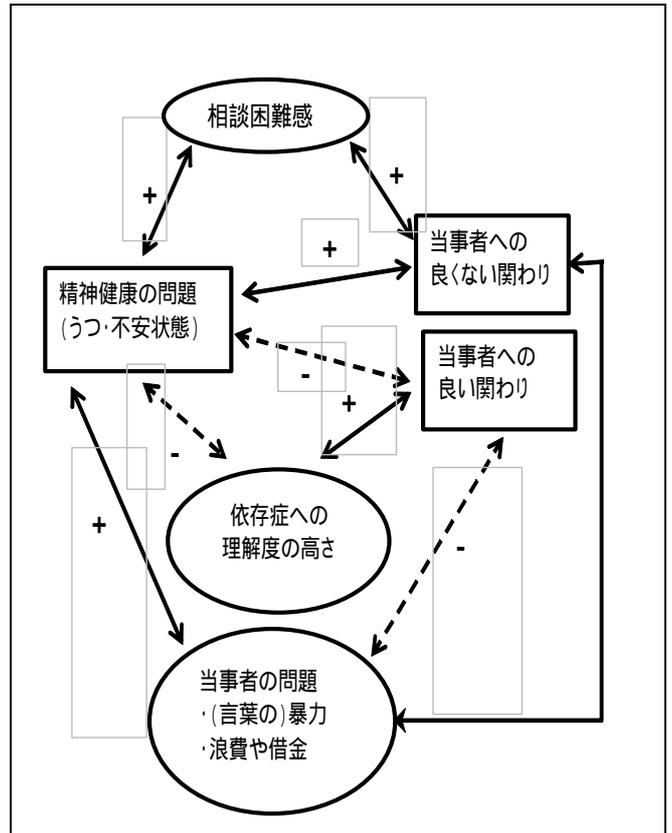


図1. アルコール・薬物依存症者の家族の精神健康やコミュニケーションの関係や関連要因

実線の矢印は強めあう影響の関係を、破線の矢印は弱めあう影響の関係を示している。

精神健康はK $\alpha$ (うつや不安の程度を測る心理尺度)で測定し、家族の当事者に対するコミュニケーションや依存症に対する理解度は、森田が作成した「家族の理解と関わりに関する尺度」(表1)で評価した。

表1 家族の理解と関わりに関する尺度の得点について

以下の項目について「1:あてはまらない」-「4:あてはまる」の4段階で評価し、各サブスケールについて平均得点をとる。

家族によるアディクション理解に関する得点(得点範囲1-4) 平均3点以上が望ましい
・酒・薬物をやめられないのは病気のせいだと理解できている
・酒・薬物をやめられないのは本人の性格や意志の問題ではないと知っている
・アルコール・薬物依存症の相談や治療を助けてくれる機関・団体について知っている
・アルコール・薬物依存症とはどういうものかわかっている
・アルコール・薬物依存症の自助グループについて知っている
当事者への肯定的関わり得点(得点範囲1-4) 平均3点以上が望ましい
・おちついて「当事者」の回復を見守ることができる
・「当事者」の治療・回復に対する努力をほめることができる
・今後のアルコール問題の改善に希望を持っている
・「当事者」が治療を受けることを手助けできる
当事者への否定的関わり得点(得点範囲1-4) 平均2.5点以下が望ましい
・「当事者」の心配で頭がいっぱいである
・「当事者」の問題に巻き込まれてしまう
・「当事者」を責めてばかりになってしまう
・「当事者」に世話をやきすぎてしまう
・「当事者」におびえてしまう

図1からわかることは、家族の精神健康と当事者へのコミュニケーションと依存症の理解の程度の間には、密接な関係があるということである。また、当然のことながらこれらと当事者のもつ問題は相互に関係している。家族支援を行う場合には、家族と依存症者のそれぞれの状態とコミュニケーションを考慮して行う必要がある。以下にそれぞれの側面について詳しく論じる。

### 家族の精神健康

家族の精神健康について、K6 という心理尺度で測定した結果を図2に示した。

これによれば、アルコール依存症者の家族も薬物依存症者の家族も、4割以上の者が、精神健康が低下した状態であった。家族への働きかけを行う場合に、家族のメンタル面へのサポートは必須である。具体的には、家族のセルフサポートに焦点をあて、場合によっては、家族自身を精神的な問題の当事者として治療に導入することも含まれる。

図2 K6 による精神健康の評価

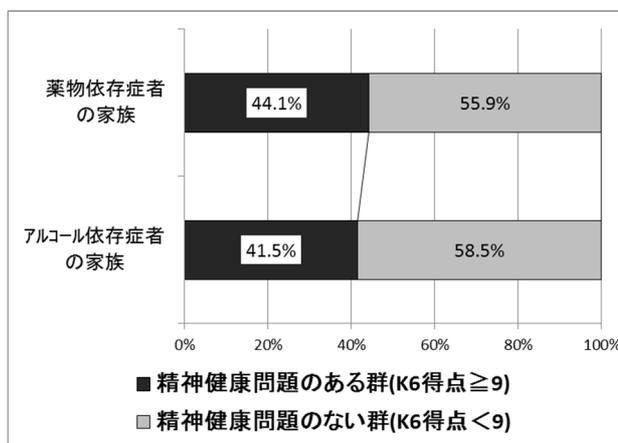


図1に示したように、家族の精神健康には、当事者の暴力、経済的問題が関係しており、これらの背景要因への対応に取り組むことが重要である。配偶者や親など近親者への暴力が、アルコール・薬物依存症と重複して生じることが多いことは以前から指摘されている。例えば、清水<sup>4)</sup>によるアルコール依存症者の調査では、深酒していた時期には侮辱・ののしる73.0%、蹴る・げんこつで殴る33.6%に対して、断酒後では各々の行為は18.7%、2.2%であり、一般住民は23.1%、3.0%であったとしている。

家族という立場は、依存症者への支援者という面が強調されがちだが、暴力被害者という場合は単純に支援者役割を期待するよりも被害者支援に向ける方が適切な場合がある。いずれにしても背景に暴力を見逃さないようにすることが大事である。暴力などの被害によるトラウマを持つ場合には、傷つきやすく、援助を自分から求めることが難しい。また加害者に支配されて、反抗や逃げることできない場合もある、そうした可能性を十分考慮した対応が必要であり、その点で安易に「共依存」等の言葉を用いるべきではない。被害を受けていることがもし明確な場合、被害から逃げることやその相談を求める場所があえることを示す必要がある。しかし一方で、被害者という立場での支援よりもあくまで依存症家族としての支援を望む方も多いので、この場合は被害者支援という視点ももちながらまずは家族のニーズに添えていくことになる。

さらに浪費や就職困難な状態が続くことでの経済的問題は、家族にとって大きな負担になっている。依存症という診断そのものでは障害年金がでるケースは少なく、生活保護を除けば、依存症者への経済的支援制度はわが国では整っておらず、その分を家族が支え続けていることになる。少しでも家族の経済的な負担を軽減する制度を紹介したり、当事者の就労支援につながる道を一緒に考えたりしていくことが求められる。

### 家族のコミュニケーションの問題

家族の当事者への良い関わりと良くない関わりを状況を図3に示した。

図3 アルコール薬物依存症の家族の当事者への関わり

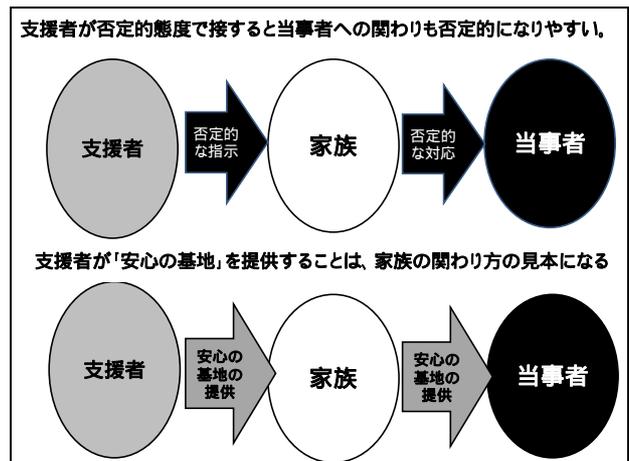


アルコール依存症と薬物依存症のどちらの場合でも、家族の良い関わりができていない人の割合は、1割から2割程度低く、その一方で家族の良くない関わりをしている人の割合は、3割以上で6割を超える項目もある。特に「責めすぎでしまう」と「おびえてしまう」は50%を超えている。図1からわかる通り、家族のコミュニケーションの仕方は、その精神健康状態と関わっており、う

つや不安が強い家族ほど、良くない関わり方が多く、良い関わりが少ないという傾向がみられた。さらに、暴力や経済的問題などの当事者の問題がある場合は、良い関係が少ない傾向がみられる。

以上から、家族の当事者に良い関わりをもてない場合には、家族自身が当事者の問題に遭遇して、精神的に参っていることが影響していると考えられる。つまり、精神的に余裕がないがゆえに、その不安や恐怖心をぶつけてしまったり、逆に当事者の要求に従ってしまったりしがちである。援助者が、家族の良くない対応を責めると家族を追い詰めるのみでなく、当事者への否定的な関わりを行う悪い見本になってしまう可能性がある。逆に援助者が、家族自身の気持ちを受け止める「安心の基地」として機能すれば、それが良い見本になり、家族が本人の気持ちを受け止めながら支援を勧める関わり方のモデルになる(図4)。

図4 支援者への家族の関わりは、家族の当事者への関わり方の見本となる



当事者への関わり方について示す必要がある。具体的なポイントは以下の通りである。

- 本人自身がアルコール薬物問題をきっちり受け止められるように、家族は本人がキャンセル関連した問題を尻ぬぐいせず、無理な要求を断るなど過干渉な方法から手を引くこと
- 当事者自身の回復を家族として心から願っていることを肯定的に伝えること
- 飲酒や薬物をやめることを強く説得する

のではなく、依存症という病気に対する治療に具体的な取り組みを勧めること（具体的な病院や自助グループのことを伝えることも含む）

- d. 回復への努力は本人自身が担うべきものであり、家族としてそうした本人の試行錯誤を伴う努力を落ち着いて見守る姿勢を持つこと

更に、近年わが国に紹介されている CRAFT のようなコミュニケーションスキルトレーニングのような方法で、関わり方を伝えることも有用であると思われる。心理教育プログラムを行うことで、「無理な要求を断れる」「落ち着いて話せる」「本人なりに人生をきりひらいていくことができる」と信じられる」などの本人への良い関わりを行う自信が向上することを確認している<sup>2)</sup>。

また、2008年の調査データの分析によれば、家族のコミュニケーションを改善するのに断酒会や依存症の家族会の利用が非常に有用であった<sup>1)</sup>。これらの会を使用している家族はそうでない家族よりも、当事者への良い関わりや増え、良くない関わりが減っており、その傾向は家族会への参加機関が長い人ほど明確であった(図5)。

支援者以上に、同様の立場にある家族同士の関わりが、家族のコミュニケーションを改善する効果を持つと考えられる。支援者は積極的に、家族を家族会や断酒会につなぐことが重要であろう。

### 依存症の理解と相談困難感

家族の精神健康とコミュニケーションの仕方に関わっていた要素として、注目されたのは、家族の依存症の理解と、相談困難感であった。この2つについて以下に述べる。

依存症について正しい理解をしていることは、家族のうつや不安の少なさ及び当事者への良い関わりと関係していた。その理由は、アルコール薬物依存症を病気として受け止めることで、当事者と家族が互いを責めたり、自分を責めたりすることから離れられるためであると考えられる。

図5 .薬物依存症者の家族における家族グループ

### 利用状況と当事者への関わり

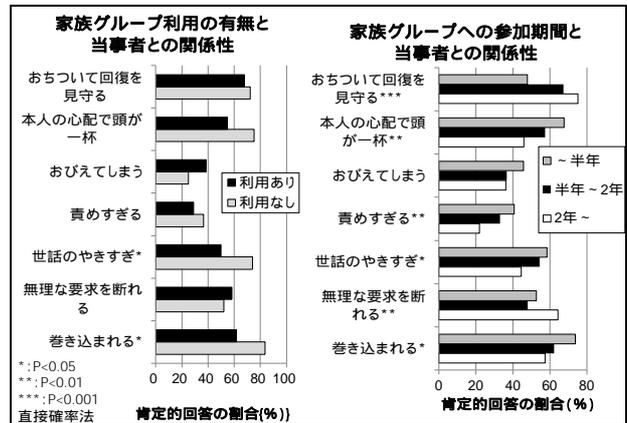


図6 . 依存症の理解と当事者との対立

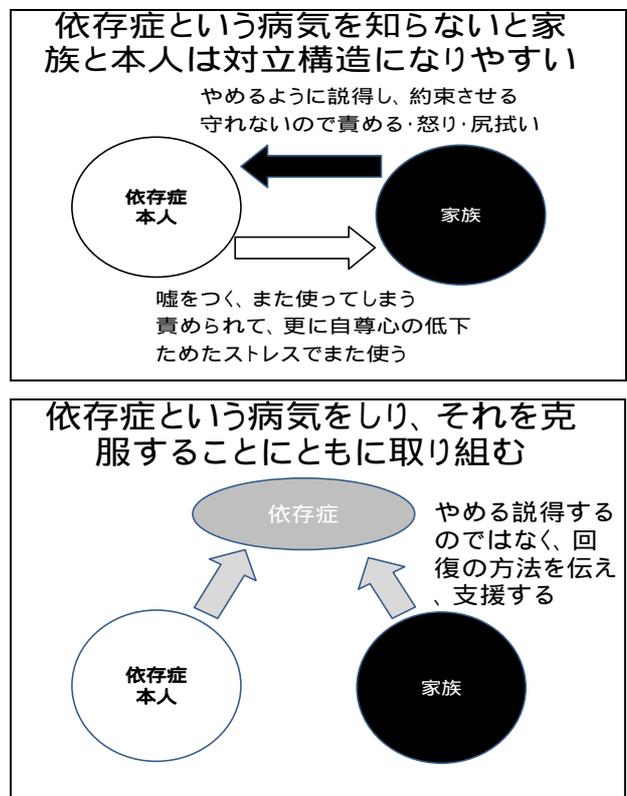


図6は、依存症の理解が、依存症当事者と家族の関係を良いものにするということを示したものである。依存症を病気として理解していない場合には、上図のように家族は当事者に対して、アルコールや薬物によるトラブルを減らそうと本人にその抑制を強いたり約束させたりしては、裏切られることを繰り返し、一方でその尻拭いをしてしまう。当事者は、結局は減らしたり止められたりせず嘘をつく結果となり、責められる中で自尊心の低下やストレスの蓄積を生じ、それが更

に使用の継続につながってしまう。結局は依存症者と家族が争う形になるが、依存症の理解が進むと、依存症者と家族のどちらかに悪者が言うのではなく、依存症という病気が“共通の敵”へ対応する治療協力者になることができる。依存症の心理やその症状への対応について一緒に学び、またそれを支援してくれる相談や治療機関の利用を検討できることにつながる。

そこで重要になってくるのは、「相談困難感」である。図1にみるように、相談困難感を強く感じている人は、精神健康度が低く、当事者とのコミュニケーションにおいても良くない関わりが多くなっている。相談できる気持ちを引出し、継続することが、家族の精神健康の回復や当事者との関係をよくする上でもとても重要であるといえる。

相談困難感を感じていると答えた人は、アルコール依存症者の家族、薬物依存症者の家族とも8割以上であった。そして、相談困難を感じている人に対して、その理由を尋ねたところ、アルコール依存症者の家族では、治療・回復の相談場所の情報の不足67.2%、相談機関や医療機関の不足29.7%、世間体や偏見44.1%、家族自身の疲労20.8%であった。薬物依存症者の家族では、薬物依存症やその治療についての情報の不足36.2%、薬物依存症の相談・治療の機関の不足30.1%、通報や逮捕への心配14.4%、世間体や偏見28.6%、相談や治療にかかる費用（相談費用・交通費など）を出すことの困難52.1%、家族自身の疲労50.8%であった。

これらを見ると、家族にとって、依存症の相談にくるということは、支援体制が非常に限られている上に、情報的にも感情的にも大きな壁があることがわかる。これらの壁があることで家族や当事者が社会的に孤立する状況に追いやることになる。依存症の相談や治療をうけることが、他の病気の治療を受けることと変わらないものになるように、支援者は依存症やその相談治療体制を整え、社会にそうしたメッセージを伝えていく必要があると思われる。

## まとめ

本研究では、アルコール・薬物依存症者の家族の調査結果をもとに、その支援について論じた。特に重要なポイントを以下にまとめた。

- a. 家族に依存症やその回復に関して適切な知識を伝える。依存症が病気であることを示し、その治療や相談機関を使えること
- b. 家族に当事者に対して、不適切な関わりを減らし、適切な関わりを増やす働きかけが重要である。不適切な関わりをしている場合でも、家族を責めたり、共依存という言葉をやや安易に用いたりせず、家族のつらさを受け止めて治療関係を作ることが重要である。その上で、コミュニケーションスキルを教えたり、家族会や断酒会などの家族グループにつないだりすることが重要である
- c. 家族自身が、精神健康が低下しているを念頭に置いて、精神的サポートを行う。セルフケアに焦点をあてるとともに、暴力や経済的問題などの背景要因の評価や支援を行う
- d. 家族が支援を求めることが難しいことを十分配慮して、情報提供や社会的なスティグマを減らすメッセージを伝えていくこと

## 4) 家族支援に関する啓発活動

調査結果をもとに啓発活動を展開する方法として家族支援フォーラムを開催した。以下に研究期間中に研究班メンバーが主体となって実施した家族支援に関する活動を示す。

### 家族支援フォーラム

- a. 平成26年度：越谷市
- b. 平成27年度：さいたま市
- c. 平成28年度：さいたま市

平成29年1月28日に埼玉県さいたま市において「第8回埼玉アルコール・薬物家族支援フォーラム」を実施した。家族、関係機関職員等の支援者を中心に約90名の参加を得て、今後の有効な啓発活動を行うための予備調査とした。また、同年2月19日に「第1回アルコール・薬物家族支援フォーラム in 東京」を都内秋葉原で開催した。今回の研究班で得られた調査結果も報告した。

## 調査資料配布用報告書

今回の調査から得られた内容について、広く啓発するために分かりやすい配布冊子を作製した。

## E . 研究発表

### 1 . 論文発表

吉岡幸子,新井清美,森田展彰,成瀬暢也:アルコール・薬物依存症の家族支援～全国家族調査の結果を踏まえて～.日本アルコール関連問題学会雑誌(印刷中)

### 2 . 学会発表

吉岡幸子:アルコール依存症家族の実態とニーズ.第38回日本アルコール関連問題学会教育講演,秋田,2016.9.9

新井清美:薬物依存症家族の実態とニーズ.第38回日本アルコール関連問題学会教育講演,秋田,2016.9.9

森田展彰:依存症家族の精神健康・コミュニケーション問題の実態とその支援.第38回日本アルコール関連問題学会教育講演,秋田,2016.9.9

成瀬暢也:依存症家族支援の基本的な考え方.第38回日本アルコール関連問題学会教育講演,秋田,2016.9.9

成瀬暢也:依存症臨床において断酒・断薬の強要は禁忌である.再飲酒・再使用を責めてはいけない～その2～.第38回日本アルコール関連問題学会教育講演,秋田,2016.9.9

吉岡幸子,他:アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査 その1 アルコール依存症家族の背景と支援の必要性.第38回日本アルコール関連問題学会教育講演,秋田,2016.9.9

新井清美,他:アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査 その2 薬物依存症家族の背景とニーズ.第38回日本アルコール関連問題学会,秋田,2016.9.9

森田展彰,他:アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査 その3 家族の精

神健康を中心とした分析.第38回日本アルコール関連問題学会,秋田,2016.9.9

成瀬暢也,他:アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査 その4 刑の一部執行猶予制度に伴う家族支援.第38回日本アルコール関連問題学会,秋田,2016.9.9

成瀬暢也:薬物事犯者の家族の実態と支援のニーズに関する調査報告.第12回日本司法精神医学会,千葉,2016.6.18

成瀬暢也:受刑者の薬物事犯者の家族の実態と必要な支援に関する研究～全国の保護観察所家族会参加者の調査より～.第112回日本精神神経学会学術総会,千葉,2016.6.2

吉岡幸子,新井清美:アルコール依存症・薬物依存症家族支援に関する全国調査～その1～アルコール依存症家族の相談機関別の特徴,第5回日本公衆衛生看護学会学術集会,仙台,2017.1.22

新井清美,吉岡幸子:アルコール依存症・薬物依存症家族支援に関する全国調査～その2～薬物依存症家族の相談機関別の特徴,第5回日本公衆衛生看護学会学術集会,仙台,2017.1.22

## 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

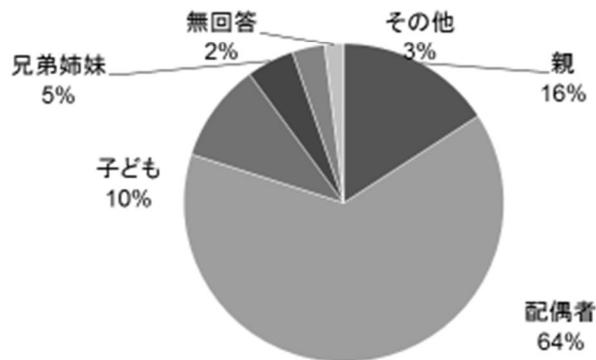
## 謝 意

今回の調査にご協力いただきました断酒会、ダルク、家族会、医療機関、保護観察所、精神保健福祉センター、保健所などのみなさま、アンケートにご協力いただきました多くのご家族のみなさまに、心より感謝いたします

# \* アルコール問題を持つ家族の研究 \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*

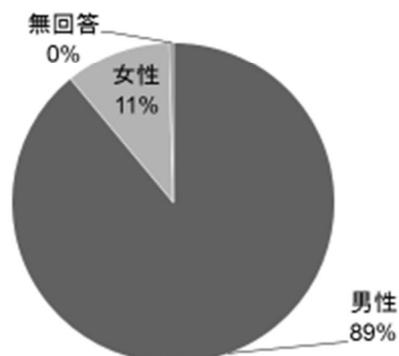
## (1) 家族の性別・年齢・続柄

- ・ 男性 72人 (13.9%) 60.18歳(±13.86)
- ・ 女性 444人 (85.7) 57.77歳(±11.88)
- ・ 続柄

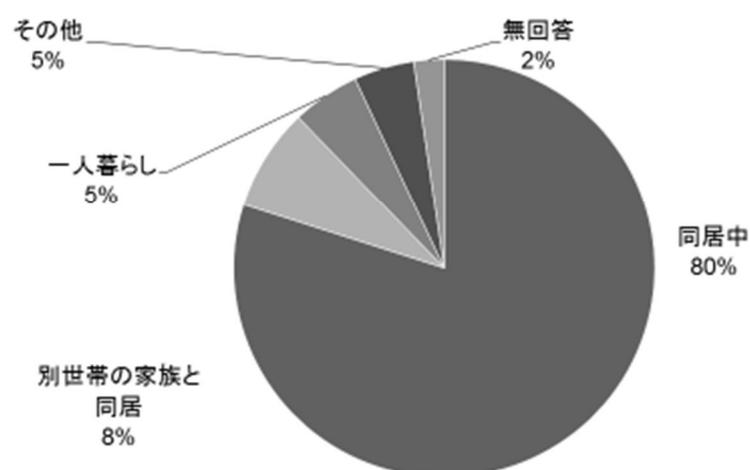


## (2) 当事者の性別・年齢・続柄

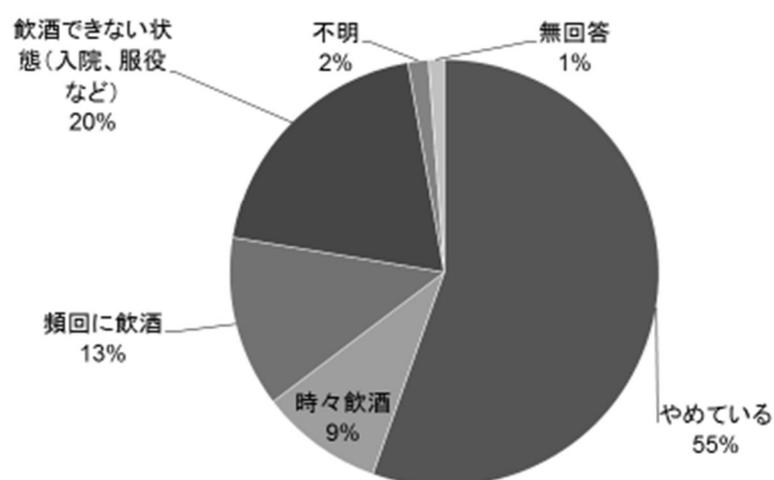
- ・ 男性 461人 (89.0%) 57.73歳(±13.31)
- ・ 女性 55人 (10.6%) 48.75歳(±16.07)



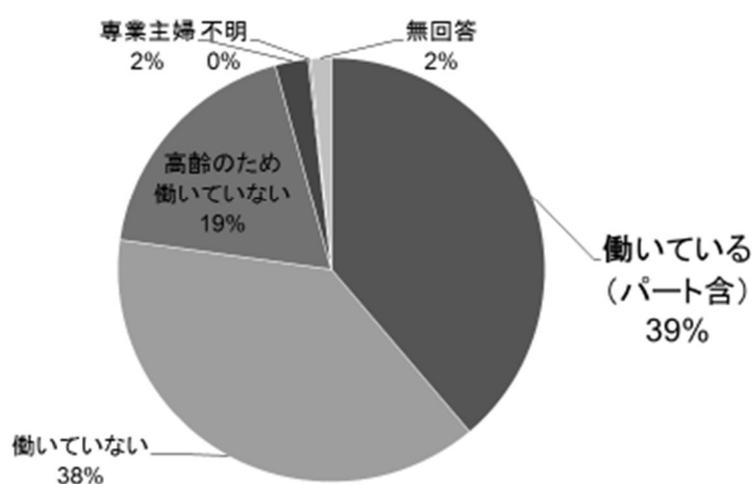
## 「当事者」との同居状態



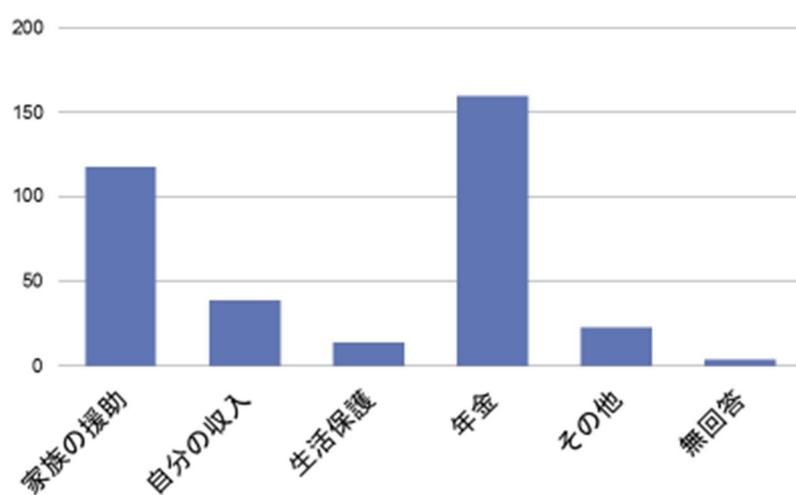
## 「当事者」の飲酒状態



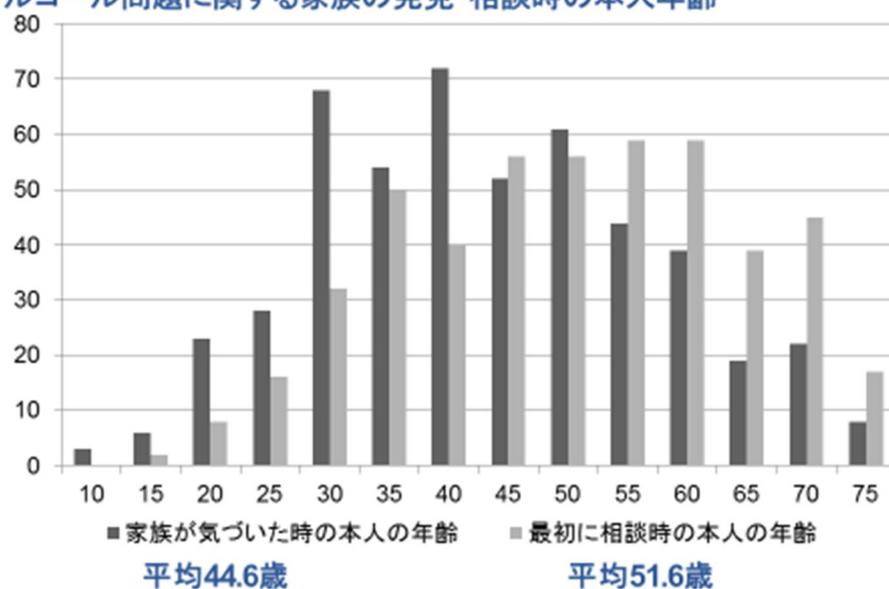
## 「当事者」の仕事



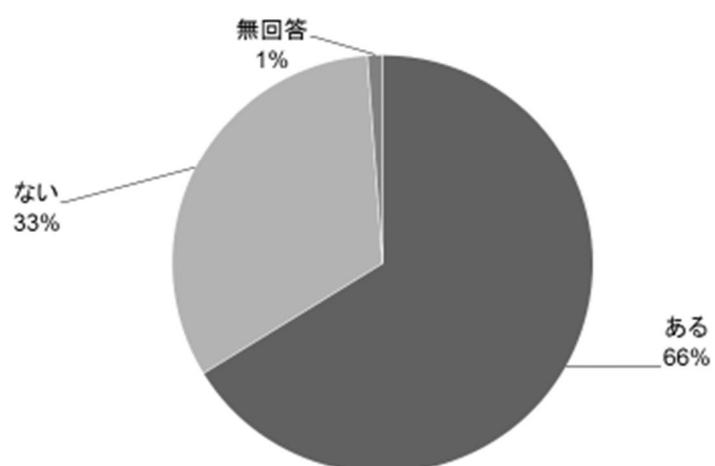
## 「当事者」の収入源 (複数回答)



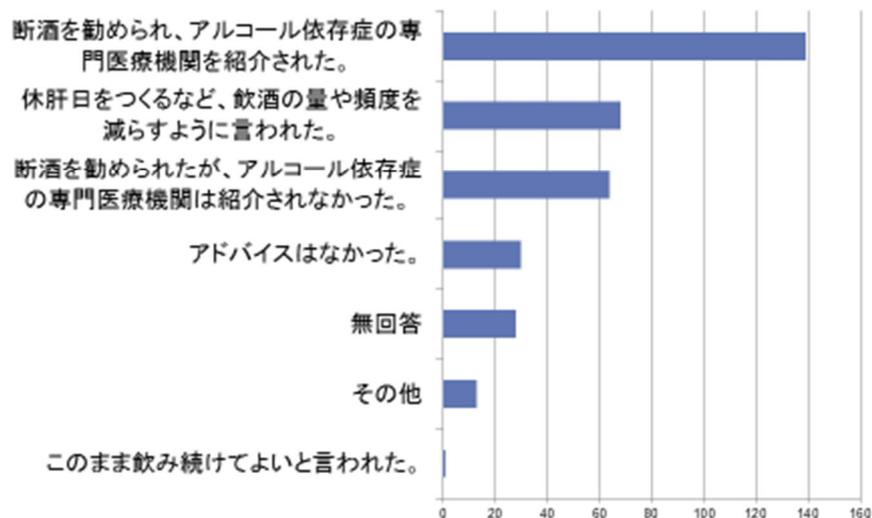
### アルコール問題に関する家族の発見・相談時の本人年齢



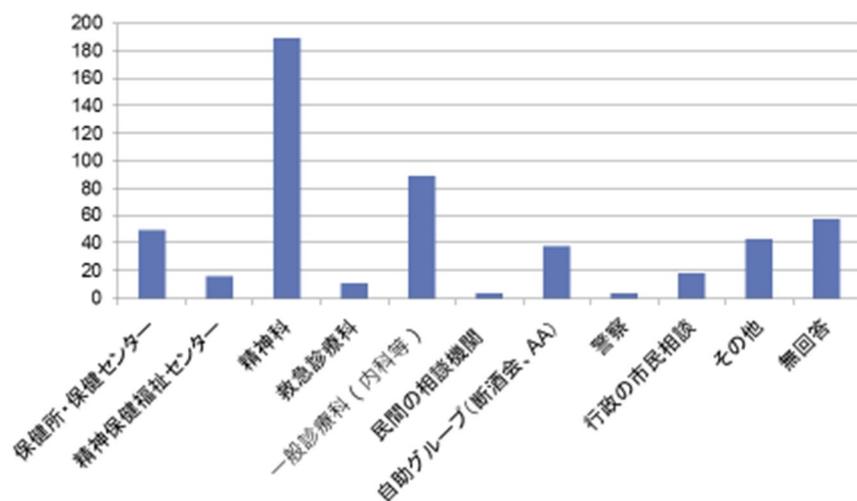
### アルコール関連問題で内科等一般診療科、救急診療科等に受診の有無



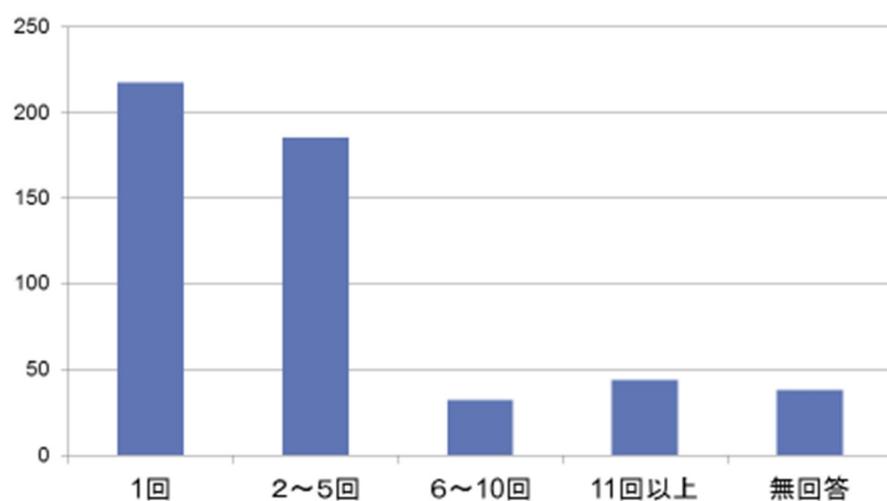
## 医師からのアドバイス内容



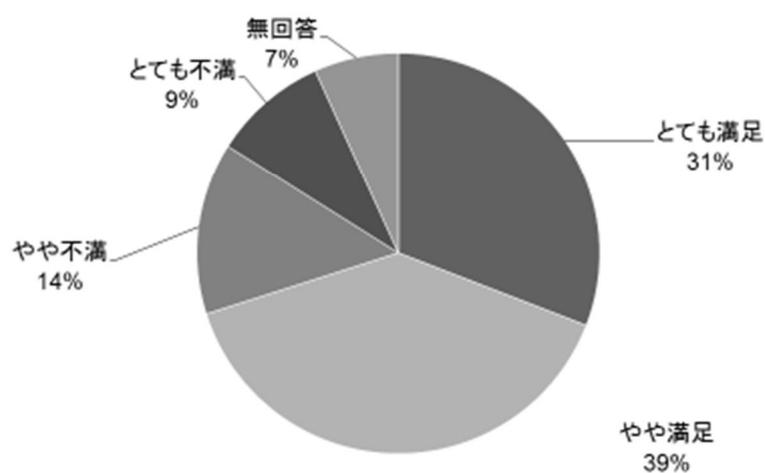
## 家族が初めて相談に行った機関



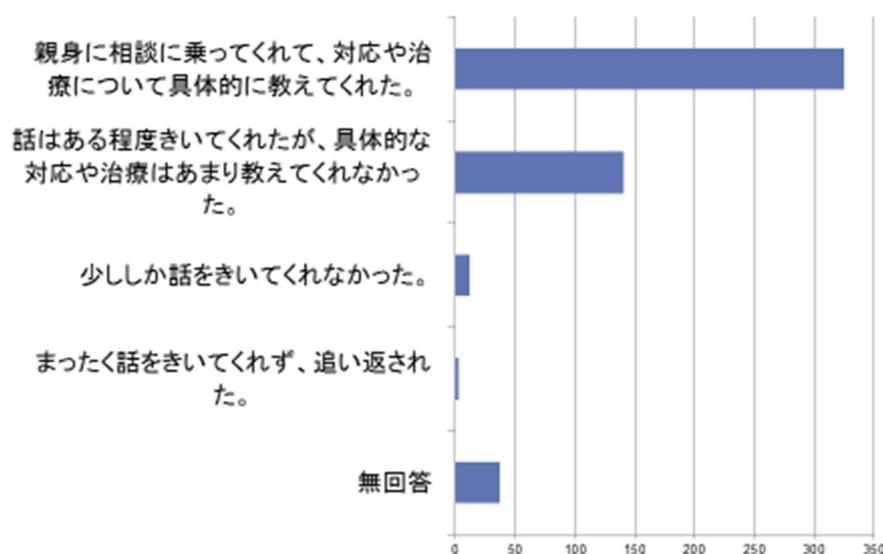
## 相談回数



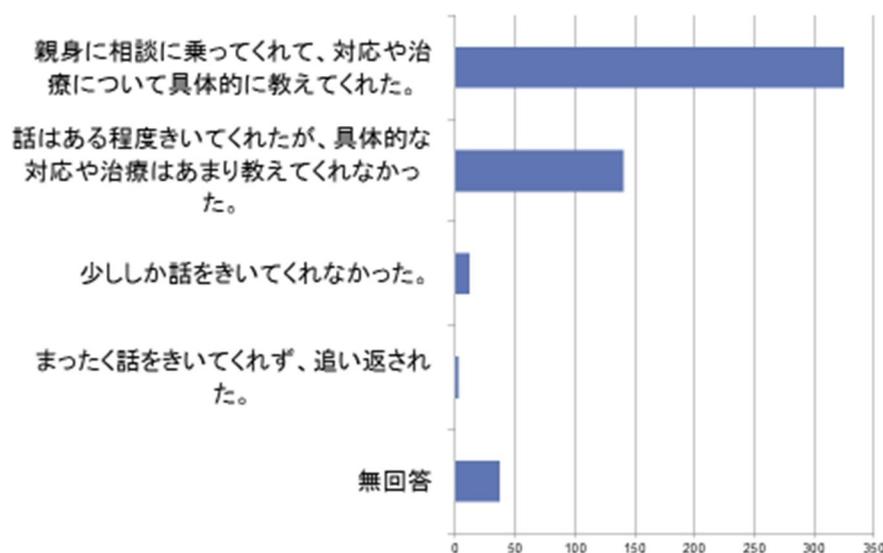
## 相談機関の対応の満足度



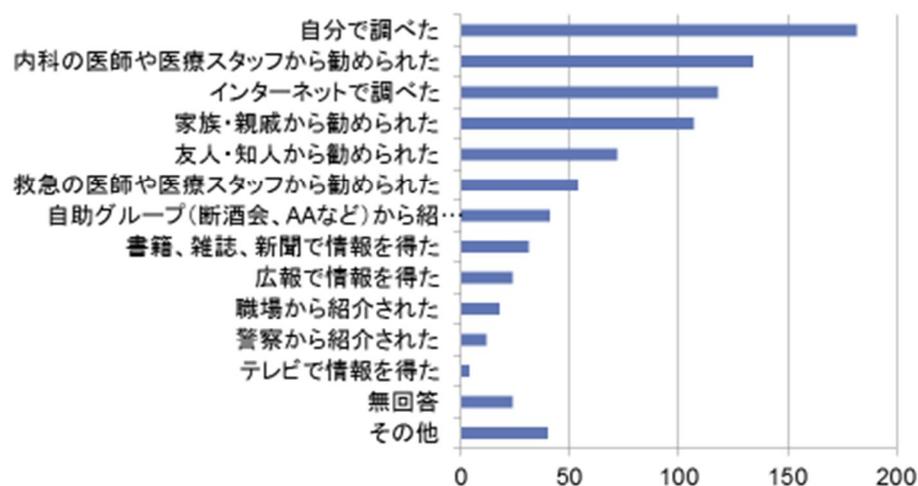
## 相談機関の対応



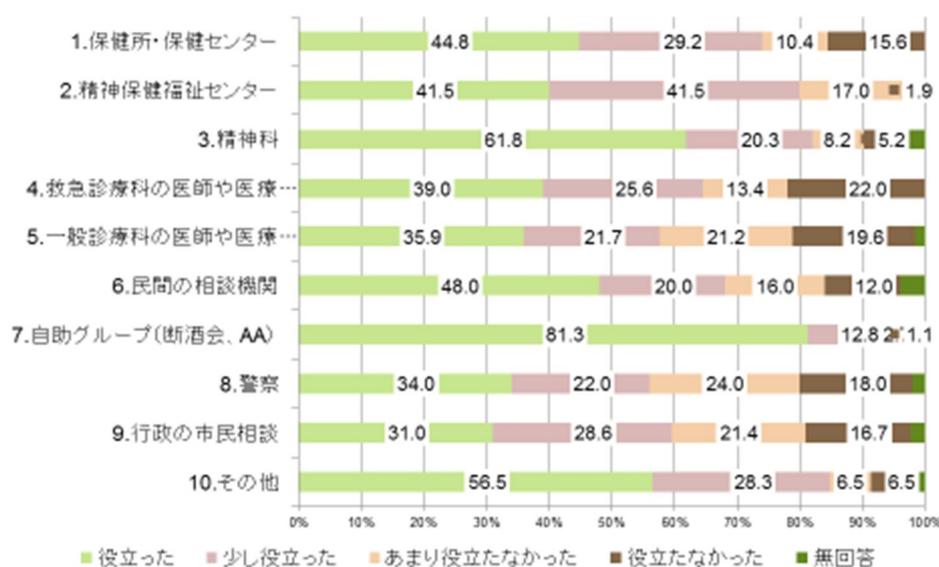
## 相談機関の対応



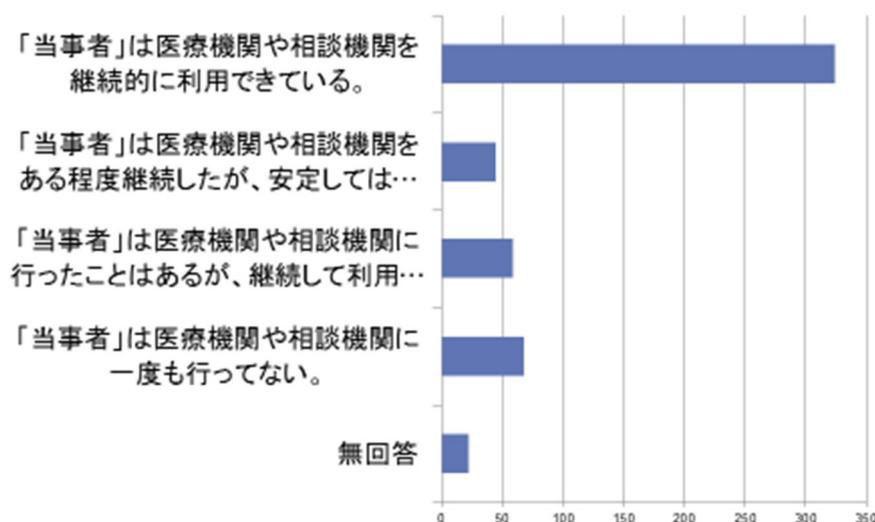
## 「あなた」が精神科や相談機関につながったきっかけ



## 相談機関の満足度



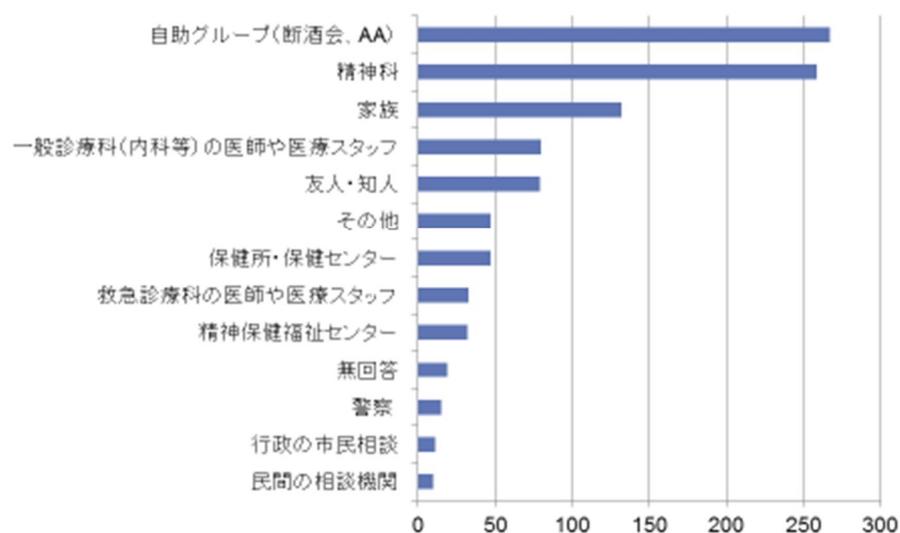
## 医療機関や相談機関につながられたか



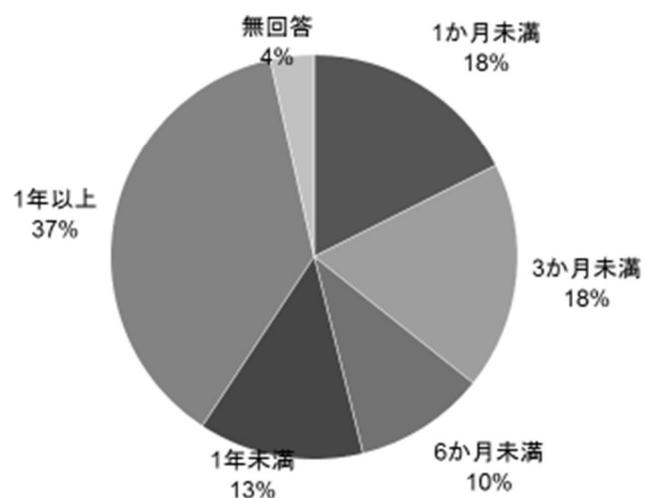
## 「当事者」の飲酒に関する考えや行動(複数回答)

飲酒習慣を改善する必要はないと思っている。	65	12.5
飲酒習慣を改善することに関心はあるが、6ヵ月以内に開始しようとは考えていない。	29	5.6
飲酒習慣の改善を、6ヵ月以内に開始しようと考えている。	12	2.3
飲酒習慣の改善に関心があり、今後1ヵ月以内に実行しようと考えている。	36	6.9
飲酒習慣の改善に取り組んで、6ヵ月以内である。	169	32.6
飲酒習慣の改善に取り組んで、6ヵ月以上経過している。	193	37.3
無回答	14	2.7

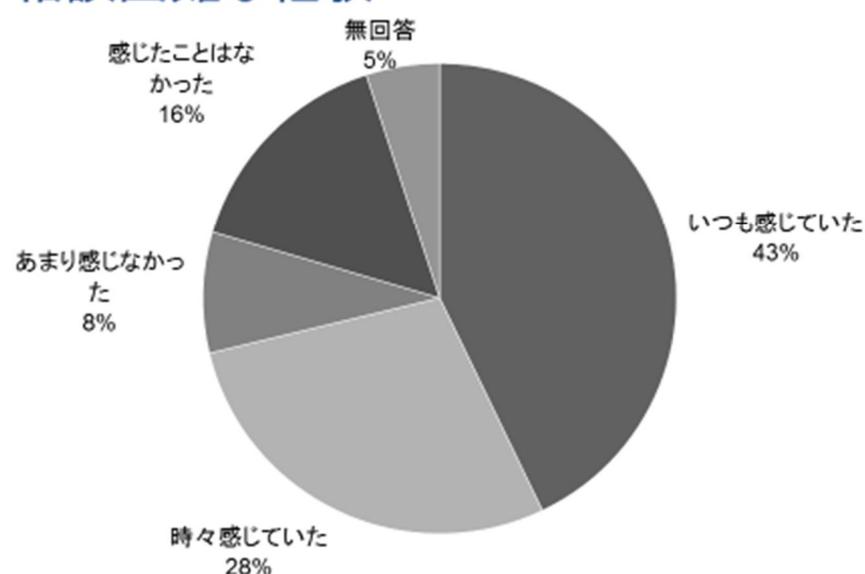
## とても助けられたと感じている機関や人【複数回答】



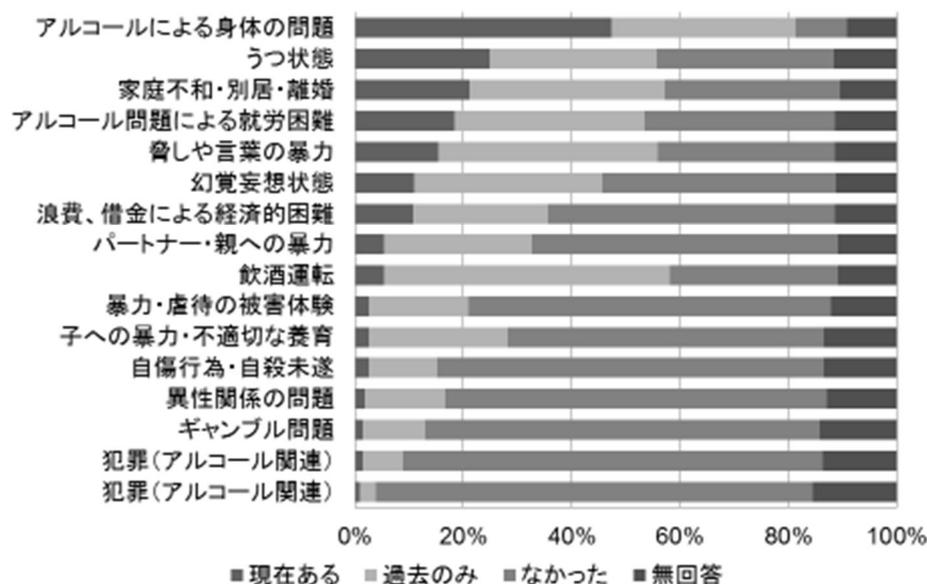
## 「あなた」がアルコールの医療や相談機関に継続してつながるようになってどのくらいか？



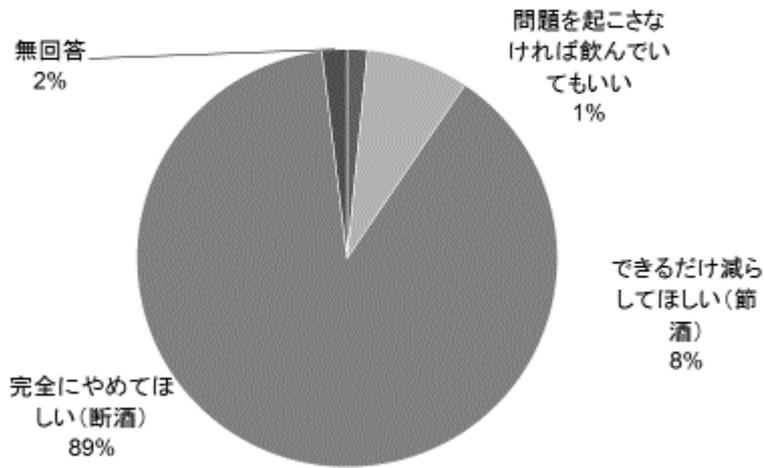
## 相談困難な経験



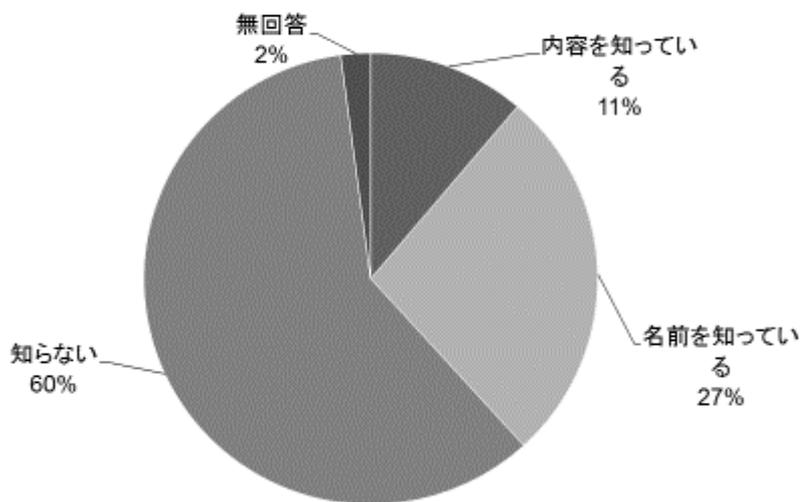
## アルコールに関連した問題



## 当事者の飲酒に関する思い



## アルコール健康障害対策基本法の認知

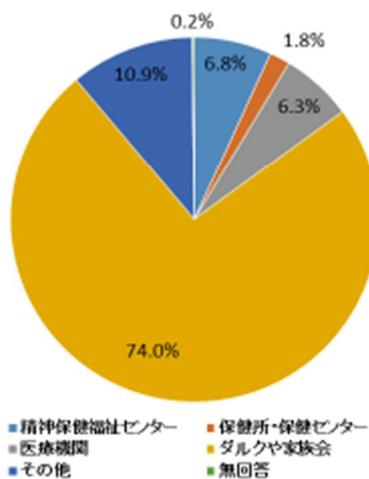
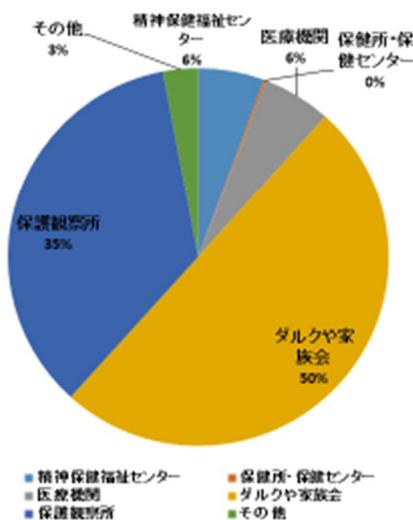


# \* 薬物に問題を持つ家族の研究 \* \* \* \* \*

## 調査票の回収状況

＜今回の調査＞ 配布数:2,059件  
回収数:431件(回収率20.9%)

＜前回(2008年)の調査＞  
配布数:1,298件  
回収数:553件(回収率42.6%)

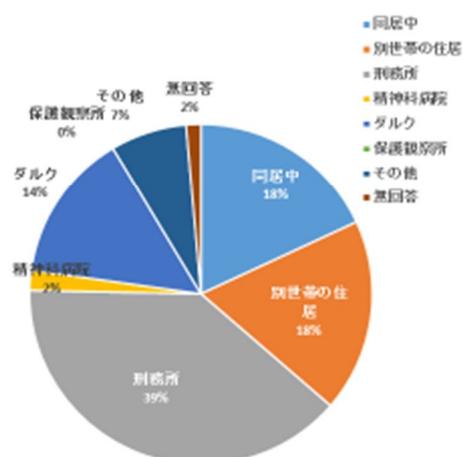


## 対象者の背景

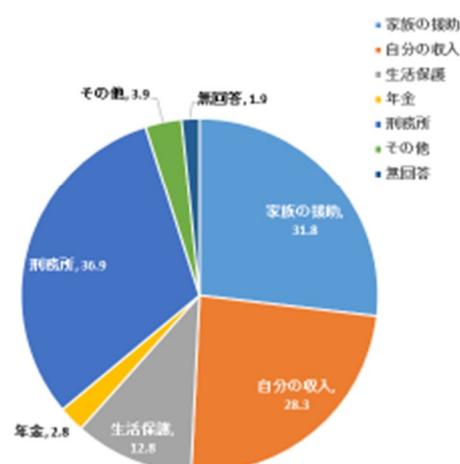
		人数	%
記入者性別	男性	125 (平均64.4歳, SD:9.5)	29.0
	女性	304 (平均60.9歳, SD:11.1)	70.5
	無回答	2	0.5
当事者性別	男性	356 (平均37.9歳, SD:9.6)	82.6
	女性	72 (平均33.2歳, SD:8.0)	16.7
	無回答	3	0.7
当事者との関係	親	334	77.5
	配偶者	22	5.1
	子ども	33	7.7
	兄弟姉妹	15	3.5
	その他	20	4.6
	無回答	7	1.6

## 現在の状況

### 当事者の居住地



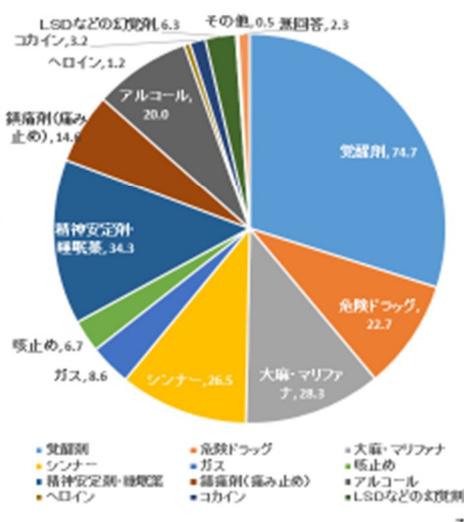
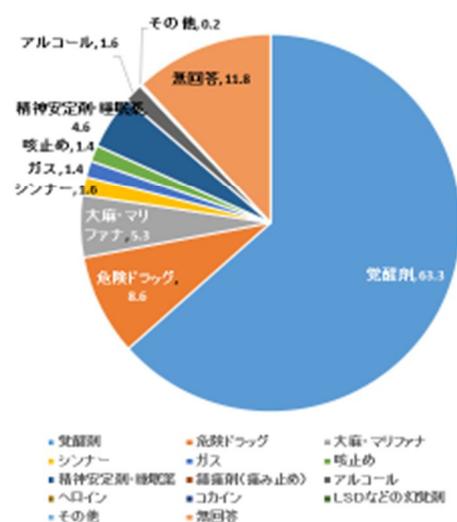
### 当事者の生活費収入源



6

## 薬物使用状況

### 主に用いていた(いる)薬物 一度でも用いたことのある(と思う)薬物



7

## 薬物問題に対する発見・相談年齢

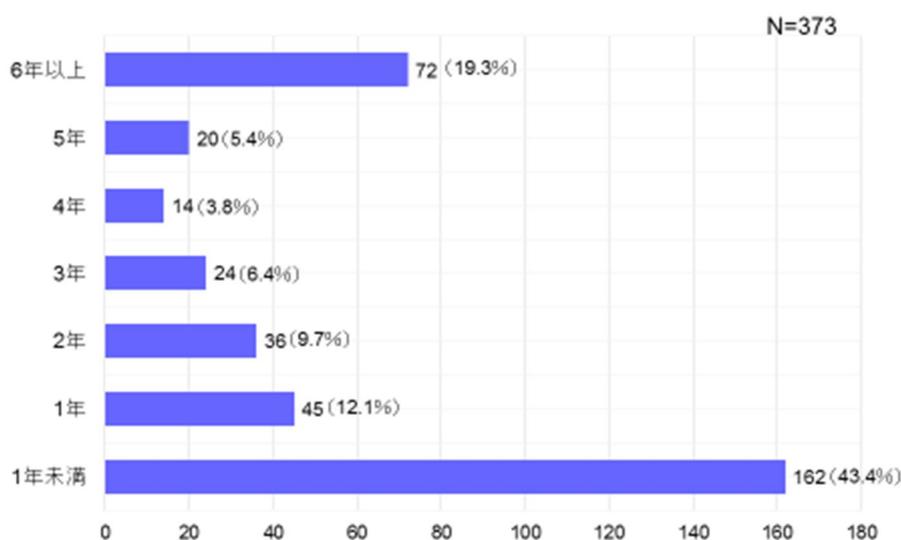
		N	Mean	SD
当事者の薬物問題に 最初に気づいた時の、 当事者の年齢 (歳)	全体	416	26.3	9.3
	保護観察所	141	29.3	10.5
	センター、医療機関、その他	59	27.8	9.1
	ダルクや家族会	216	24.0	7.7
最初に相談に行った ときの当事者の年齢 (歳)	全体	307	29.7	10.5
	保護観察所	115	34.1	12.5
	センター、医療機関、その他	58	31.1	9.7
	ダルクや家族会	213	26.9	8.6

ANOVA \*\*: $p<0.01$ , \* $p<0.05$

- 気づいた年齢、相談に行った年齢ともに、ダルクや家族会はセンター・医療機関、保護観察所に比べて有意に低い(早く相談に行っている)
- 気づいてから相談に行くまでに3.4年、保護観察所では4.8年、センター・医療機関等は3.3年、ダルクや家族会は2.9年を要していた

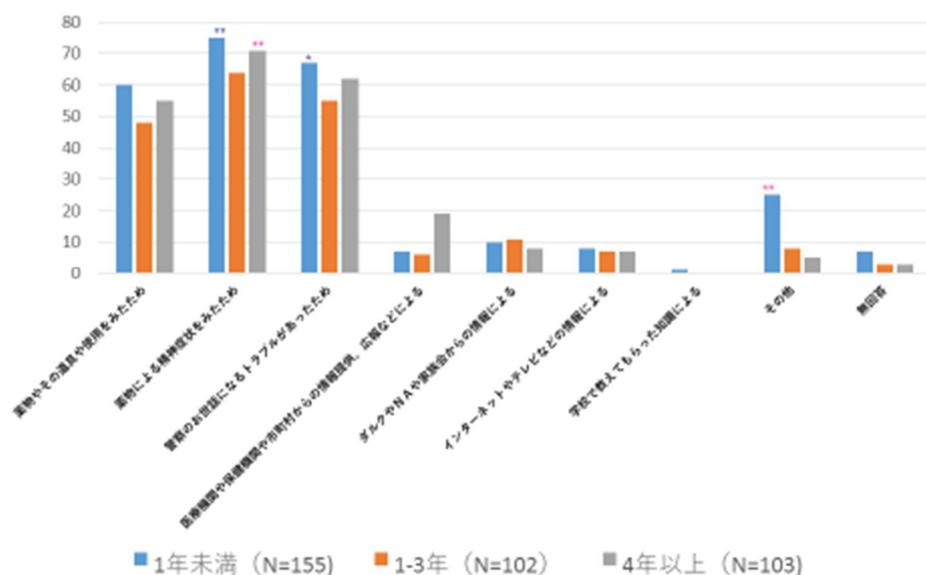
8

## 薬物問題を発見し、相談につながるまでの期間



9

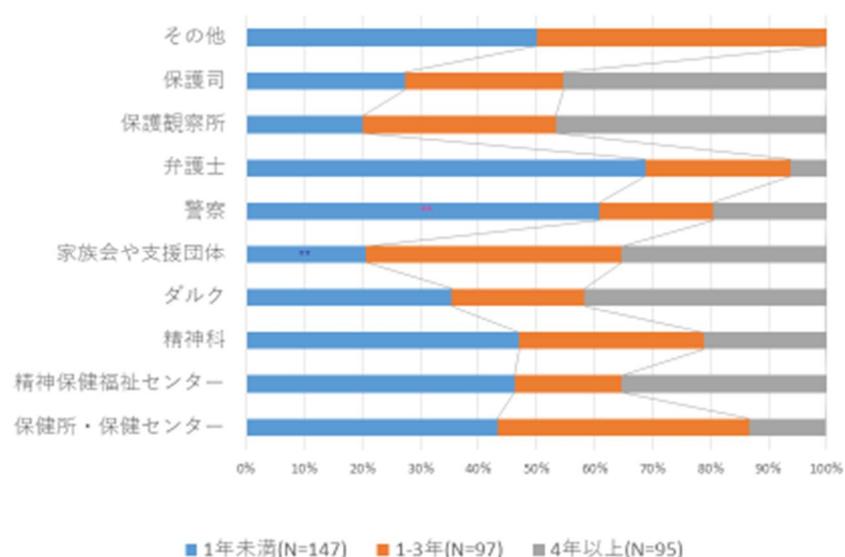
## 当事者の薬物問題に気づいたきっかけ(期間別)



X<sup>2</sup> test. \*\*p<0.01(青:低い、赤:高い) \*p<0.05

10

## 最初の相談機関

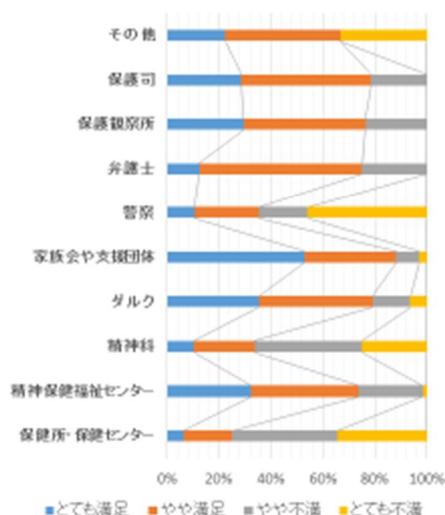


X<sup>2</sup> test. \*\*p<0.01(青:低い、赤:高い)

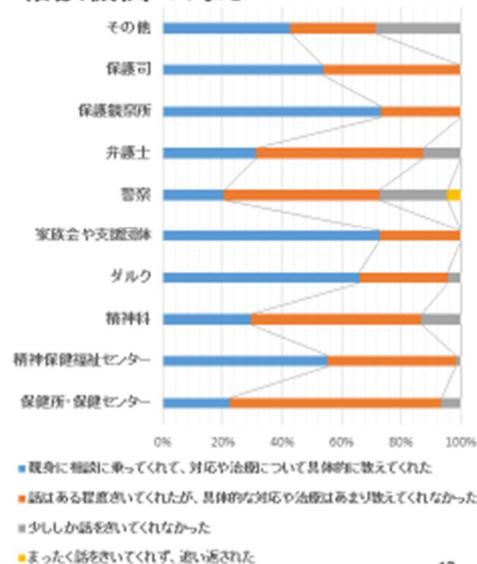
11

## 初めて相談に行った機関の対応

### 対応の満足度

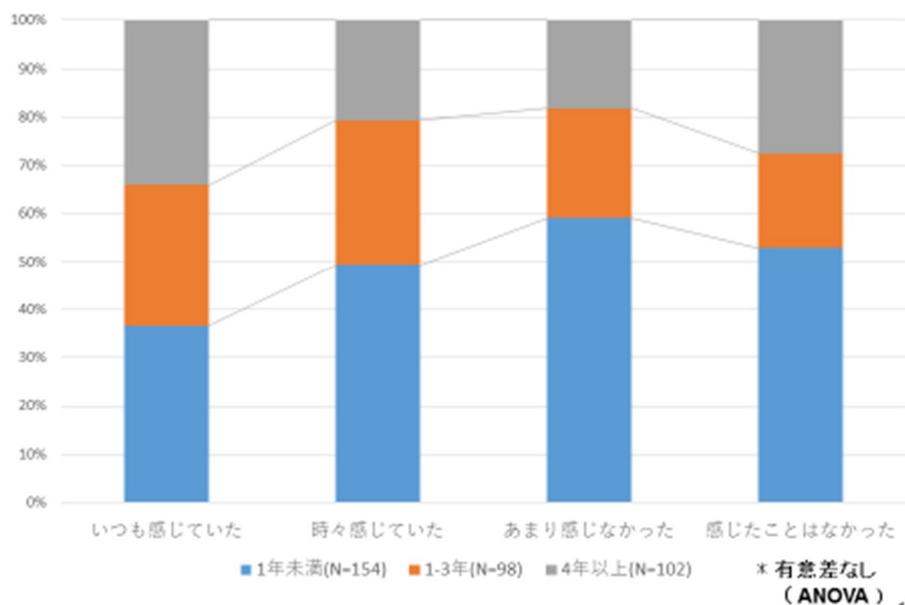


### 相談機関の対応



12

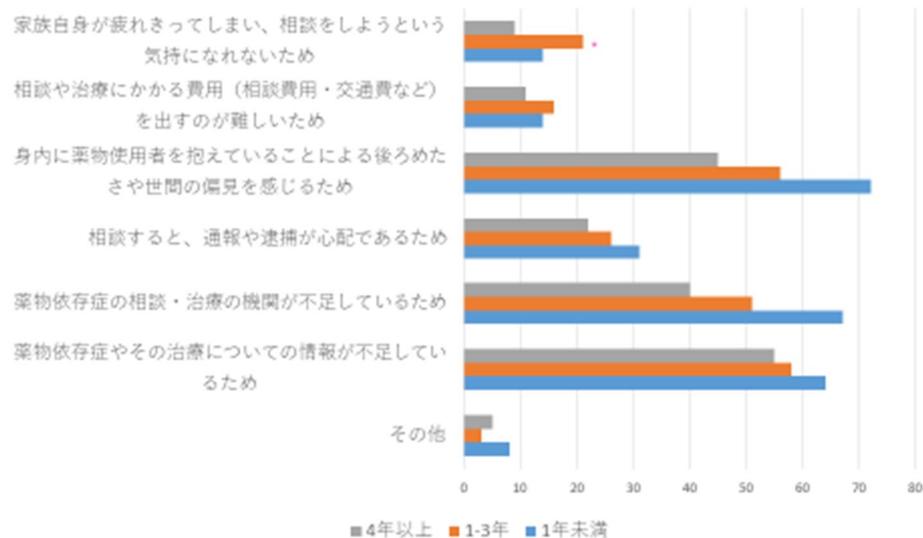
## 相談するのが難しいと感じた経験



\* 有意差なし (ANOVA)

13

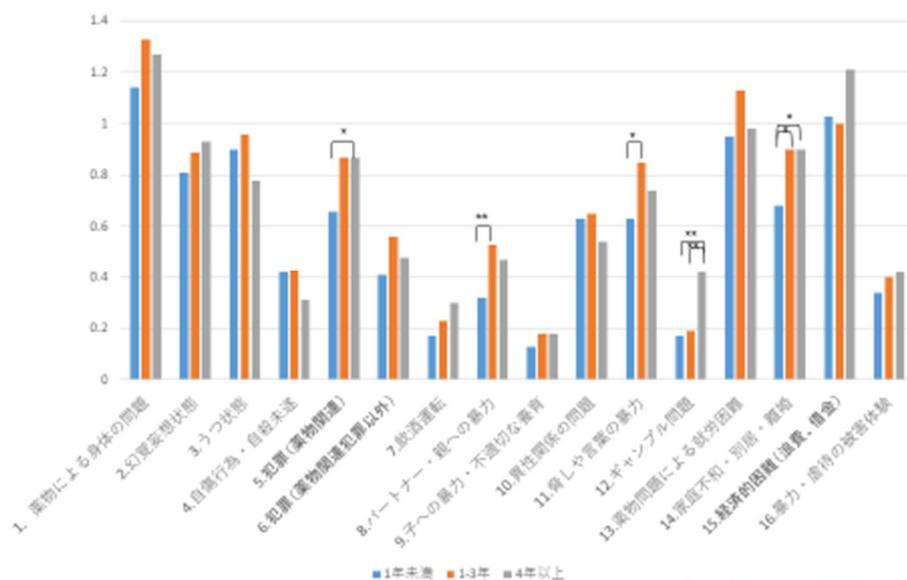
## 相談するのが難しいと感じた原因



$\chi^2$  test  $^{*}p<0.05$

14

## 当事者が持つ問題

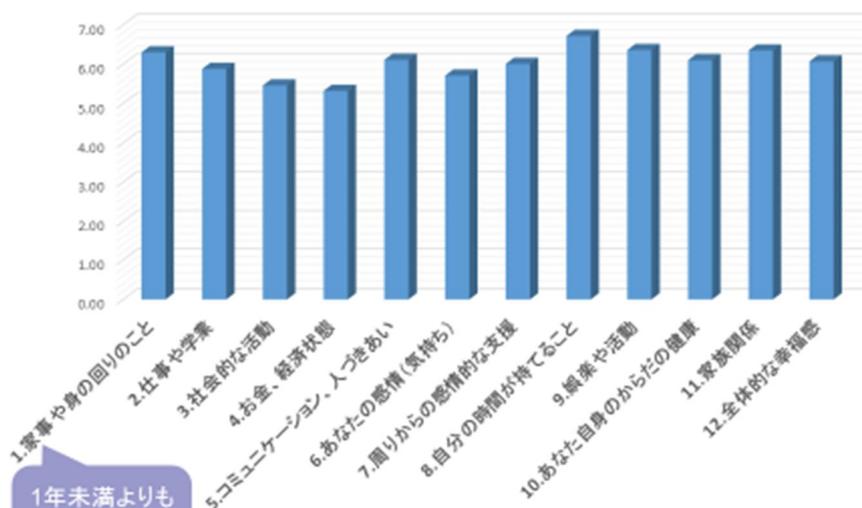


ANOVA  $^{*}p<0.05$

※得点が低いほどその問題がなく、高いほど現在もあることを示す

15

## 最近1か月の家族の幸福感

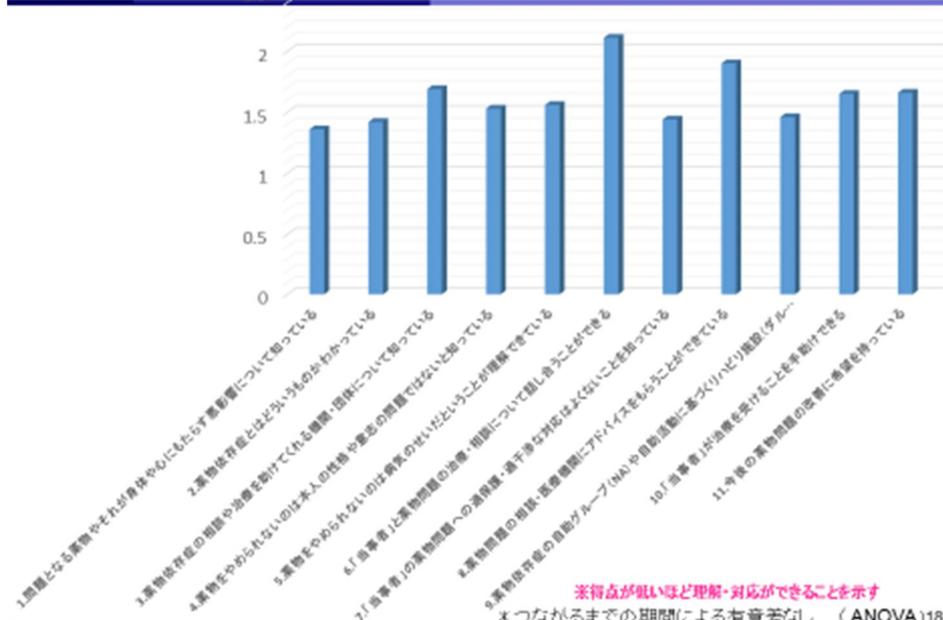


1年未満よりも  
4年以上の幸  
福感が高い

※得点が高いほど幸福感が高いことを示す

ANOVA \* $p < 0.05$  17

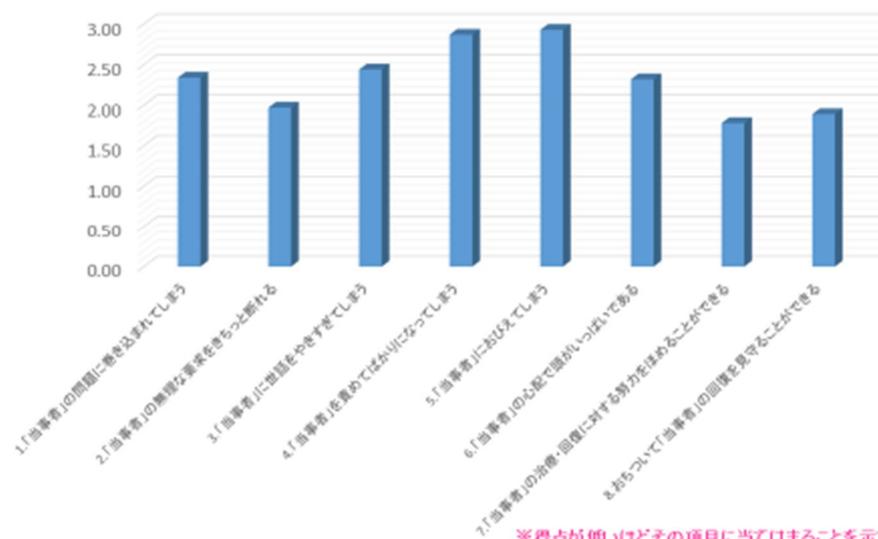
## 薬物問題や当事者への家族の理解・対応



※得点が高いほど理解・対応ができることを示す

\*つながるまでの期間による有意差なし (ANOVA) 18

## 家族の当事者とのコミュニケーション



※得点が低いほどその項目に当てはまることを示す

\*つながるまでの期間による有意差なし (ANOVA) 19

# アルコール問題をもつ方のご家族に関するアンケート調査

記入日 年 月 日

次の質問につきまして、ご記入、または、当てはまる答えの番号に をつけてください。

このアンケートでは、  
「当事者」はアルコール問題を持つご本人、「あなた」はご家族のことをお示し  
しています。

## 本研究についてのお問い合わせ先

本研究について、ご質問・ご不明な点などございましたら下記までご連絡ください。

**実施責任者:** 埼玉県立精神医療センター 副病院長 成瀬 暢也  
〒362-0806 埼玉県北足立郡伊奈町小室 818-2  
電子メール: naruse.nobuya@pref.saitama.lg.jp  
電話(FAX)番号 048-723-1111/048-723-1550

### 研究分担者:

筑波大学 医学医療系	准教授 森田 展彰
埼玉県立大学 保健医療福祉学部 看護学科	准教授 吉岡 幸子
首都大学東京 健康福祉学部 看護学科	助教 新井 清美
さいたま市こころの健康センター	所長 岡崎 直人
埼玉県立精神医療センター	医員 平山 智恵

質問1 どの機関からアンケートを配布されましたか？ (1つを選んで )

1. 精神保健福祉センター      2. 保健所・保健センター      3. 医療機関  
4. 断酒会      5. その他( )

質問2 「あなた」はどこにお住まいですか？

(                      都・道・府・県 )

質問3 「あなた」の性別と年齢をおたずねします。

1. 男性 (              歳)      2. 女性 (              歳)

質問4 「当事者」の性別と年齢をおたずねします。

1. 男性 (              歳)      2. 女性 (              歳)

質問5 「当事者」との関係をおたずねします。

私は      1. 親      2. 配偶者      3. 子ども      4. 兄弟姉妹      5. その他  
( )

質問6 「あなた」の同居家族をおたずねします。 (あてはまるもの全てに、( )内は人数を書いてください)

1. 同居家族なし      2. 配偶者・パートナー      3. 母親      4. 父親  
5. 子ども(      人)      6. その他(      人)

質問7 「当事者」とは現在同居中ですか、別世帯ですか？ (1つを選んで )

1. 同居中      2. 別世帯の家族と同居      3. 一人暮らし      4. その他( )

質問8 現在、「当事者」は飲酒していますか？ (1つを選んで )

1. やめている(断酒期間:              )      2. 時々飲酒      3. 頻回に飲酒  
4. 飲酒できない状態(入院、服役など)      5. 不明

質問9 現在、「当事者」は仕事をおられますか？ (1つを選んで )

1. 働いている(パートも含める)      → 質問11へ  
2. 働いていない      3. 高齢のため働いていない      4. 専業主婦      5. 不明      → 質問10へ

質問10 現在、「当事者」はどのように生活費を得ていますか？ (当てはまるもの全てに )

1. 家族の援助 ⇔ 今の援助額(入院費等全て含めた額)は？ 月額 = 

約
---

  
2. 自分の収入      3. 生活保護      4. 年金      5. 刑務所      6. その他( )

質問11 「あなた」が「当事者」のアルコールの問題について最初に気づいたのは、「当事者」が何歳くらいのときですか？

( )歳くらい

質問12 「当事者」は、これまでにアルコールに関連する問題で内科等一般診療科、救急診療科等を受診したことがありますか？ (1つを選んで )

1. ある ( )回 → 質問13へ                      2. ない → 質問14へ

質問13 「当事者」がアルコールに関連する問題で内科等一般診療科、救急診療科等を受診したときに、「当事者」もしくは「あなた」は医師からどのようなアドバイスを受けましたか？ (1つを選んで )

1. このまま飲み続けてよいと言われた。
2. 休肝日をつくるなど、飲酒の量や頻度を減らすように言われた。
3. 断酒を勧められたが、アルコール依存症の専門医療機関は紹介されなかった。
4. 断酒を勧められ、アルコール依存症の専門医療機関を紹介された。
5. アドバイスはなかった。
6. その他( )

質問14 「あなた」が、アルコール問題で初めて相談に行かれたのはどこですか？ (1つを選んで )

1. 保健所・保健センター                      2. 精神保健福祉センター                      3. 精神科
4. 救急診療科                                      5. 一般診療科(内科等)                      6. 民間の相談機関
7. 自助グループ(断酒会、AA)                      8. 警察    9. 行政の市民相談
10. その他( )

質問15 「あなた」が質問14で回答した機関に初めて相談に行ったのは、「当事者」が何歳の時ですか？

( )歳くらい

質問16 質問14で回答した機関にはどのくらい相談に行きましたか？ (1つを選んで )

1. 1回                                      2. 2～5回                                      3. 6～10回                                      4. 11回以上

質問17 質問14で回答した機関の対応は満足の得られるものでしたか？ (1つを選んで )

1. とても満足                      2. やや満足                                      3. やや不満                                      4. とても不満

質問18 質問14で回答した機関の対応はどのようなものでしたか？ (当てはまるもの全てに )

1. 親身に相談に乗ってくれて、対応や治療について具体的に教えてくれた。
2. 話はある程度きいてくれたが、具体的な対応や治療はあまり教えてくれなかった。
3. 少ししか話をきいてくれなかった。
4. まったく話をきいてくれず、追い返された。

質問19 「あなた」が精神科や相談機関につながるきっかけは何ですか？ (当てはまるもの全てに )

1. 自分で調べた                                      2. 内科の医師や医療スタッフから勧められた
3. 救急の医師や医療スタッフから勧められた                      4. 友人・知人から勧められた
5. 家族・親戚から勧められた                      6. 警察から紹介された
7. 自助グループ(断酒会、AAなど)から紹介された
8. 職場から紹介された                                      9. テレビで情報を得た
10. 広報で情報を得た                                      11. インターネットで調べた
12. 書籍、雑誌、新聞で情報を得た                      13. その他( )

質問 20 「あなた」が、これまでにアルコール問題で相談したところはどこですか？初めに、相談の「あり」「なし」のいずれかに        をつけてください。次に、相談「あり」と回答した方は、「役立った」～「役立たなかった」でもっとも当てはまる数字に        をつけてください。

	相談経験		役 立 っ た	少 し 役 立 っ た	役 立 た な か っ た	あ ま り 役 立 た な か っ た	役 立 た な か っ た
1. 保健所・保健センター	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	4
2. 精神保健福祉センター	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	4
3. 精神科	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	4
4. 救急診療科の医師や医療スタッフ	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	4
5. 一般診療科の医師や医療スタッフ	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	4
6. 民間の相談機関	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	4
7. 自助グループ (断酒会、AA)	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	4
8. 警察	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	4
9. 行政の市民相談	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	4
10. その他	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	4

質問 21 「当事者」を医療機関や相談機関につなげられましたか？ (1つを選んで )

1. 「当事者」は医療機関や相談機関に一度もいってない。
2. 「当事者」は医療機関や相談機関に行ったことはあるが、継続して利用したことはない。
3. 「当事者」は医療機関や相談機関をある程度継続したが、安定しては続いてない。
4. 「当事者」は医療機関や相談機関を継続的に利用できている。

質問 22 「当事者」の飲酒に関する考えや行動について、家族から見て、もっとも当てはまると思われる項目に        をつけてください。推測でかまいません。(1つを選んで )

1. 飲酒習慣を改善する必要はないと思っている。
2. 飲酒習慣を改善することに興味はあるが、6ヵ月以内に開始しようとは考えていない。
3. 飲酒習慣の改善を、6ヵ月以内に開始しようと考えている。
4. 飲酒習慣の改善に関心があり、今後1ヵ月以内に実行しようと考えている。
5. 飲酒習慣の改善に取り組んで、6ヵ月以内である。
6. 飲酒習慣の改善に取り組んで、6ヵ月以上経過している。

質問 23 「あなた」がアルコール問題について、とても助けられたと感じている機関や人はどれですか？  
(当てはまるもの全てに )

- |                    |                         |           |
|--------------------|-------------------------|-----------|
| 1. 保健所・保健センター      | 2. 精神保健福祉センター           | 3. 精神科    |
| 4. 救急診療科の医師や医療スタッフ | 5. 一般診療科(内科等)の医師や医療スタッフ |           |
| 6. 民間の相談機関         | 7. 自助グループ(断酒会、AA)       | 8. 警察     |
| 9. 行政の市民相談         | 10. 家族                  | 11. 友人・知人 |
| 12. その他( )         |                         |           |

質問 24 「あなた」がアルコールの医療機関や相談機関に継続してつながるようになってどのくらいですか？  
(1つを選んで )

1. 1か月未満      2. 3か月未満      3. 6か月未満      4. 1年未満      5. 1年以上

質問 25 「あなた」は、アルコール問題について相談することが難しいと感じた経験はありましたか？  
(1つを選んで )

1. いつも感じていた      2. 時々感じていた      3. あまり感じなかった → 質問 26 へ  
4. 感じたことはなかった → 質問 27 へ

質問 26 アルコール問題を相談するのが難しいと感じた原因は何ですか？ (あてはまるもの全てに )

1. アルコール問題やその治療・回復をどこで相談すればよいかわからなかった
2. アルコール問題の相談・治療を行う相談機関や医療機関が不足している
3. 世間体や偏見が気になる
4. 家族が疲れていて、相談する気持ちになれない
5. その他( )

質問 27 「当事者」はこれまでに、以下の問題がありましたか？ それぞれの問題について、「現在ある」「過去のみある」「なかった」のうち、当てはまる番号1つに をつけてください。

	現在ある	過去のみ	なかった		現在ある	過去のみ	なかった
アルコールによる身体の問題	1	2	3	子への暴力・不適切な養育	1	2	3
幻覚妄想状態	1	2	3	異性関係の問題	1	2	3
うつ状態	1	2	3	脅しや言葉の暴力	1	2	3
自傷行為・自殺未遂	1	2	3	ギャンブル問題	1	2	3
犯罪(アルコール関連)	1	2	3	アルコール問題による就労困難	1	2	3
犯罪(アルコール関連犯罪以外)	1	2	3	家庭不和・別居・離婚	1	2	3
飲酒運転	1	2	3	浪費、借金による経済的困難	1	2	3
パートナー・親への暴力	1	2	3	暴力・虐待の被害体験	1	2	3

その他の問題があれば以下にお書きください。

質問 28 今現在、「あなた」は「当事者」の飲酒についてどう思っていますか？ (1つを選んで )

1. 問題を起こさなければ飲んでいてもいい
2. できるだけ減らしてほしい(節酒)
3. 完全にやめてほしい(断酒)

質問 29 「あなた」自身や、「あなた」と「当事者」との関係についておたずねします。

◆ 以下にあげる項目について、最近 1 カ月間の状態についてあなたが感じている幸福感(満足感)は 10 点満点でどれくらいですか? 1 点:完全に不幸(不満足)から 10 点:完全に幸福(満足)のうち 1 つを選んでつけて下さい

完全に不幸(不満足)

完全に幸福(満足)

1. 家事や身の回りのこと	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. 仕事や学業	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. 社会的な活動	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. お金、経済状態	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. コミュニケーション、人づきあい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. あなたの感情(気持ち)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. 周りからの感情的な支援	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. 自分の時間が持てること	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. 娯楽や活動	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. あなた自身のからだの健康	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. 家族関係	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. 全体的な幸福感	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

◆ 以下に、アルコール問題や当事者への理解、対応についての文章を示します。それぞれの文章について、自分にあてはまるかどうかを考えて、回答を 1 つ選んでください。

あてはまる  
る  
やあてはま  
い  
あてはまらな  
あ  
あてはまらな

1. アルコールが身体や心にもたらす悪影響について知っている	1	2	3	4
2. アルコール依存症とはどういうものかわかっている	1	2	3	4
3. アルコール依存症の相談や治療を助けてくれる機関・団体について知っている	1	2	3	4
4. アルコールをやめられないのは本人の性格や意志の問題ではないと知っている	1	2	3	4
5. アルコールをやめられないのは病気のせいだということが理解できている	1	2	3	4
6. 「当事者」とアルコール問題の治療・相談について話し合うことができる	1	2	3	4
7. 「当事者」のアルコール問題への過保護・過干渉な対応はよくないことを知っている	1	2	3	4
8. アルコール問題の相談・医療機関にアドバイスをもらうことができている	1	2	3	4
9. アルコール依存症の自助グループ(断酒会や AA など)について知っている	1	2	3	4
10. 「当事者」が治療を受けることを手助けできる	1	2	3	4
11. 今後のアルコール問題の改善に希望を持っている	1	2	3	4

以下は当事者とのコミュニケーションについて述べた文です

あなたに、あてはまるものを 1 つ選んでください。

(「当事者」と接する機会がない場合は対面した場面を想像して書いて下さい)

あてはまる  
まる  
やあてはま  
ない  
あてはまら  
あ  
あてはまら

1. 「当事者」の問題に巻き込まれてしまう	1	2	3	4
2. 「当事者」の無理な要求をきちんと断れる	1	2	3	4
3. 「当事者」に世話をやきすぎてしまう	1	2	3	4
4. 「当事者」を責めてばかりになってしまう	1	2	3	4
5. 「当事者」におびえてしまう	1	2	3	4
6. 「当事者」の心配で頭がいっぱいである	1	2	3	4
7. 「当事者」の治療・回復に対する努力をほめることができる	1	2	3	4
8. おちついて「当事者」の回復を見守ることができる	1	2	3	4

質問 30 過去 30 日の間に、「あなた」にどのくらいの頻度で次のことがありましたか。  
次の質問を読み、最も適当と思われる数字を1つ選んで でかこんでください。

	いつも	たいてい	ときどき	少しだけ	全くない
1. 神経過敏に感じましたか	1	2	3	4	5
2. 絶望的だと感じましたか	1	2	3	4	5
3. そわそわ、落ち着きなく感じましたか	1	2	3	4	5
4. 気分が沈み込んで、何が起こっても気が晴れないように感じましたか	1	2	3	4	5
5. 何をするのも骨折りだと感じましたか	1	2	3	4	5
6. 自分は価値のない人間だと感じましたか	1	2	3	4	5

質問 31 アルコール健康障害対策基本法という法律を知っておられますか？ (1つを選んで )

1. 内容を知っている                      2. 名前を知っている                      3. 知らない

---

◆ 最後に、アルコール問題をもつ方の家族として、今後必要な援助や困っていることを自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。  
今一度ご記入もれがないかご確認いただけますようお願い致します。

# 薬物問題をもつ方のご家族に関するアンケート調査

記入日 年 月 日

次の質問につきまして、ご記入、または、当てはまる答えの番号に をつけてください。

このアンケートでは、  
「当事者」は薬物問題を持つご本人、「あなた」はご家族のことをお示ししています。

## 本研究についてのお問い合わせ先

本研究について、ご質問・ご不明な点などございましたら下記までご連絡ください。

**実施責任者:** 埼玉県立精神医療センター 副病院長 成瀬 暢也  
〒3362-0806 埼玉県北足立郡伊奈町小室 818-2  
電子メール: naruse.nobuya@pref.saitama.lg.jp  
電話(FAX) 番号 048-723-1111/048-723-1550

### 研究分担者:

筑波大学 医学医療系	准教授 森田 展彰
埼玉県立大学 保健医療福祉学部 看護学科	准教授 吉岡 幸子
首都大学東京 健康福祉学部 看護学科	助教 新井 清美
さいたま市こころの健康センター	所長 岡崎 直人
埼玉県立精神医療センター	医員 平山 智恵

質問1 どの機関からアンケートを配布されましたか？ (1つを選んで )

1. 精神保健福祉センター      2. 保健所・保健センター      3. 医療機関  
4. ダルクや家族会      5. 保護観察所      6. その他  
( )

質問2 「あなた」はどちらにお住まいですか？

( 都・道・府・県 )

質問3 「あなた」の性別と年齢をおたずねします。

1. 男性 ( 歳)      2. 女性 ( 歳)

質問4 「当事者」の性別と年齢は？

1. 男性 ( 歳)      2. 女性 ( 歳)

質問5 「当事者」との関係は？

- 私は    1. 親      2. 配偶者      3. 子ども      4. 兄弟姉妹  
         5. その他 ( )

質問6 「あなた」の同居家族をおたずねします。(あてはまるもの全てに、( )内は人数を書いてください)

1. 同居家族なし      2. 配偶者・パートナー      3. 母親      4. 父親  
5. 子ども( 人)      6. その他( 人)

質問7 「当事者」の現在の居住地は？(1つを選んで )

1. 同居中      2. 別世帯の住居      3. 刑務所      4. 精神科病院  
5. ダルク      6. その他( )

質問8 「当事者」が主に用いている(いた)薬物は何ですか？(1つを選んで )

1. 覚醒剤      2. 危険ドラッグ      3. 大麻・マリファナ      4. シンナー  
5. ガス      6. 咳止め      7. 精神安定剤・睡眠薬      8. 鎮痛剤(痛み止め)  
9. アルコール      10. その他( )

質問9 「当事者」が一度でも用いたことがある(と思う)薬物は何ですか？(当てはまるもの全てに )

1. 覚醒剤      2. 危険ドラッグ      3. 大麻・マリファナ      4. シンナー  
5. ガス      6. 咳止め      7. 精神安定剤・睡眠薬      8. 鎮痛剤(痛み止め)



質問 17 「あなた」が質問 16 で回答した機関に初めて相談に行ったのは、「当事者」が何歳の時ですか？

( ) 歳くらい

質問 18 質問 16 で回答した機関の対応は満足の得られるものでしたか？ (1つを選んで )

1. とても満足      2. やや満足      3. やや不満      4. とても不満

質問 19 質問 16 で回答した機関の対応はどのようなものでしたか？ (1つを選んで )

1. 親身に相談に乗ってくれて、対応や治療について具体的に教えてくれた。
2. 話はある程度きいてくれたが、具体的な対応や治療はあまり教えてくれなかった。
3. 少ししか話をきいてくれなかった。
4. まったく話をきいてくれず、追い返された。

質問 20 「あなた」が、これまでに薬物問題で相談したところのあるところはどこですか？初めに、相談の「あり」「なし」のいずれかに            をつけてください。次に、相談「あり」と回答した方は、「役立った」～「役立たなかった」でもっとも当てはまる数字に            をつけてください。

	相談経験		役 立 つ た	少 し 役 立 つ た	役 立 た な か つ た	あ ま り 役 立 た な か つ た	役 立 た な か つ た
1. 保健所・保健センター	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	
2. 精神保健福祉センター	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	
3. 精神科	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	
4. 薬物依存の家族会	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	
5. 当事者の自助グループ (ダルク、NA など)	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	
6. 民間の相談機関	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	
7. 警察	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	
8. 保護司・保護観察官	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	
9. 行政の市民相談	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	
10. 更生施設	(なし・あり)	「あり」の場合、役立ちましたか？	1	2	3	4	

質問 21 「当事者」を医療機関や相談機関につなげられましたか？ (1つを選んで )

1. 「当事者」は医療機関や相談機関に一度もいってない。
2. 「当事者」は医療機関や相談機関に行ったことはあるが、継続して利用したことはない。

3. 「当事者」は医療機関や相談機関をある程度継続したが、安定しては続いてない。

4. 「当事者」は医療機関や相談機関を継続的に利用できている。

**質問 22 「当事者」の薬物に関する考えや行動について、家族から見て、もっとも当てはまると思われる項目に をつけてください。推測でかまいません。**

1. 薬物使用を止める(減らす)必要はないと思っている。
2. 薬物使用を止める(減らす)必要は感じているが、それを実行する気はない。
3. 薬物使用を止める(減らす)必要を感じ、その計画もあるが、実行できてない。
4. 薬物使用を止める(減らす)ための努力を実際に行っているが短期しか(半年未満)続かない。
5. 薬物使用を止める(減らす)ための努力を長期的に(半年以上)続けている。

**質問 23 「あなた」が薬物問題の医療機関や相談機関に継続してつながるようになってどのくらいですか？**

(1つを選んで )

1. 1 か月未満
2. 3 か月未満
3. 6 か月未満
4. 1 年未満
5. 1 年以上

**質問 24 「あなた」は、薬物問題について相談することが難しいと感じた経験はありましたか？**

(1つを選んで )

1. いつも感じていた
2. 時々感じていた
3. あまり感じなかった →

**質問 25 へ**

4. 感じたことはなかった → **質問 26 へ**

**質問 25 薬物問題を相談するのが難しいと感じた原因は何ですか？ (あてはまるもの全てに )**

1. 薬物依存症やその治療についての情報が不足しているため
2. 薬物依存症の相談・治療の機関が不足しているため
3. 相談すると、通報や逮捕が心配であるため
4. 身内に薬物使用者を抱えていることによる後ろめたさや世間の偏見を感じるため
5. 相談や治療にかかる費用(相談費用・交通費など)を出すのが難しいため
6. 家族自身が疲れきってしまい、相談をしようという気持になれないため
7. その他( )

**質問 26 「あなた」は以下の家族援助のサービス・団体を利用したことがありますか？(1つを選んで )**

	現在参加	参加のみの	参加なし
1. 家族グループや家族教室(精神保健福祉センター・保健所などの公的機関)	1	2	3
2. 家族グループや家族教室(医療機関・カウンセリング機関)	1	2	3
3. ダルクの家族会・フォーラム	1	2	3
4. 自助グループ(ナラノン、アラノンなど)	1	2	3

質問 27 「あなた」自身や、「あなた」と「当事者」との関係についておたずねします。

◆ 以下にあげる項目について、最近 1 カ月間の状態についてあなたが感じている満足度はどれくらいですか？

0 点(完全に不満足)から 10 点(完全に満足)のうち、1 つを選んで をつけてください。

	完全に不幸(不満足)					▼	完全に幸福(満足)				
1. 家事や身の回りのこと	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. 仕事や学業	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. 社会的な活動	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4. お金、経済状態	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5. コミュニケーション、人づきあい	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6. あなたの感情(気持ち)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7. 周りからの感情的な支援	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8. 自分の時間が持てること	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. 娯楽や活動	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. あなた自身のからだの健康	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. 家族関係	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12. 全体的な幸福感	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

◆ 以下に、薬物問題や当事者への理解、対応についての文章を示します。それぞれの文章について、自分にあてはまるかどうかを考えて、回答を1つ選んでください。

	あてはまる	ややあてはまる	あてはまらない	あまりあてはまらない
1. 問題となる薬物やそれが身体や心にもたらす悪影響について知っている。	1	2	3	4
2. 薬物依存症とはどういうものかわかっている	1	2	3	4
3. 薬物依存症の相談や治療を助けてくれる機関・団体について知っている	1	2	3	4
4. 薬物をやめられないのは本人の性格や意志の問題ではないと知っている	1	2	3	4
5. 薬物をやめられないのは病気のせいだということが理解できている	1	2	3	4
6. 「当事者」と薬物問題の治療・相談について話し合うことができる	1	2	3	4
7. 「当事者」の薬物問題への過保護・過干渉な対応はよくないことを知っている	1	2	3	4
8. 薬物問題の相談・医療機関にアドバイスをもらうことができている	1	2	3	4
9. 薬物依存症の自助グループ(断酒会やAAなど)について知っている	1	2	3	4
10. 「当事者」が治療を受けることを手助けできる	1	2	3	4
11. 今後の薬物問題の改善に希望を持っている	1	2	3	4

◆ 以下は当事者とのコミュニケーションについて述べた文です。  
 あなたに、あてはまるものを選んでください。  
 (「当事者」と接する機会がない場合は対面した場面を想像して書いて下さい)

あてはまる  
 ややあてはまる  
 あてはまらない  
 あまり  
 あてはまらない

1. 「当事者」の問題に巻き込まれてしまう	1	2	3	4
2. 「当事者」の無理な要求をきちんと断れる	1	2	3	4
3. 「当事者」に世話をやきすぎてしまう	1	2	3	4
4. 「当事者」を責めてばかりになってしまう	1	2	3	4
5. 「当事者」におびえてしまう	1	2	3	4
6. 「当事者」の心配で頭がいっぱいである	1	2	3	4
7. 「当事者」の治療・回復に対する努力をほめることができる	1	2	3	4
8. おちついて「当事者」の回復を見守ることができる	1	2	3	4

質問 28 過去 30 日の間に、「あなた」にどのくらいの頻度で次のことがありましたか。  
 次の質問を読み、最も適当と思われる数字を1つ選んで でかこんでください。

	いつも	たいてい	ときどき ない	少しだけ	全く
1. 神経過敏に感じましたか	1	2	3	4	5
2. 絶望的だと感じましたか	1	2	3	4	5
3. そわそわ、落ち着きなく感じましたか	1	2	3	4	5
4. 気分が沈み込んで、何が起ころしても気が晴れないように 感じましたか	1	2	3	4	5
5. 何をするのも骨折りだと感じましたか	1	2	3	4	5
6. 自分は価値のない人間だと感じましたか	1	2	3	4	5

質問 29 「当事者」はこれまでに以下の問題がありましたか？ それぞれの問題について、「現在ある」「過去のみある」「なかった」のうち、当てはまる番号1つに をつけてください。

	現在ある	過去のみ	なかった
薬物による身体の問題	1	2	3
幻覚妄想状態	1	2	3
うつ状態	1	2	3
自傷行為・自殺未遂	1	2	3
犯罪(薬物関連)	1	2	3
犯罪(薬物関連犯罪以外)	1	2	3
飲酒運転	1	2	3
パートナー・親への暴力	1	2	3

	現在ある	過去のみ	なかった
子への暴力・不適切な養育	1	2	3
異性関係の問題	1	2	3
脅しや言葉の暴力	1	2	3
ギャンブル問題	1	2	3
薬物問題による就労困難	1	2	3
家庭不和・別居・離婚	1	2	3
経済的困難(浪費、借金)	1	2	3
暴力・虐待の被害体験	1	2	3

その他の問題があれば以下にお書きください。

- ◆ 最後に、薬物問題をもつ方の家族として、今後必要な援助や困っていることを自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。  
今一度ご記入もれがないかご確認いただけますようお願い致します。

## アルコールに問題を持つ家族の研究：集計結果

### 相談期間 <精神保健福祉センター・保健所>

	度数	%
計	518	100.0
3か月未満	55	10.6
3か月以上6か月未満	23	4.4
6か月以上1年未満	41	7.9
1年以上	7	1.4
相談に行った事がない	254	49.0
無回答	138	26.6

### 相談期間 <医療機関>

	度数	%
計	518	100.0
3か月未満	193	37.3
3か月以上6か月未満	60	11.6
6か月以上1年未満	124	23.9
1年以上	20	3.9
相談に行った事がない	42	8.1
無回答	79	15.3

### 相談期間 <断酒会>

	度数	%
計	518	100.0
3か月未満	76	14.7
3か月以上6か月未満	53	10.2
6か月以上1年未満	108	20.8
1年以上	16	3.1
相談に行った事がない	171	33.0
無回答	94	18.1

### 質問1.どの機関からアンケートを配布されましたか？

	度数	%
計	518	100.0
精神保健福祉センター	15	2.9
保健所・保健センター	5	1.0
医療機関	248	47.9
断酒会	236	45.6
その他	4	0.8
無回答	10	1.9

### 質問2.「あなた」はどちらにお住まいですか？

	度数	%
計	518	100.0
北海道	8	1.5
青森県	-	-

岩手県	2	0.4	
宮城県	12	2.3	
秋田県			-
山形県	3	0.6	
福島県	11	2.1	
茨城県	5	1.0	
栃木県	5	1.0	
群馬県	6	1.2	
埼玉県	25	4.8	
千葉県	16	3.1	
東京都	40	7.7	
神奈川県	14	2.7	
新潟県	10	1.9	
富山県	6	1.2	
石川県	2	0.4	
福井県	1	0.2	
山梨県	1	0.2	
長野県	4	0.8	
岐阜県	1	0.2	
静岡県	40	7.7	
愛知県	32	6.2	
三重県	20	3.9	
滋賀県			-
京都府	5	1.0	
大阪府	77	14.9	
兵庫県	6	1.2	
奈良県	14	2.7	
和歌山県	14	2.7	
鳥取県	7	1.4	
島根県	2	0.4	
岡山県	8	1.5	
広島県	10	1.9	
山口県	5	1.0	
徳島県			-
香川県	7	1.4	
愛媛県	5	1.0	
高知県	1	0.2	
福岡県	63	12.2	
佐賀県	4	0.8	
長崎県	2	0.4	
熊本県	5	1.0	
大分県	10	1.9	
宮崎県			-
鹿児島県			-
沖縄県	3	0.6	
無回答	6	1.2	

質問 3. 「あなた」の性別

	度数	%
計	518	100.0
男性	72	13.9
女性	444	85.7
無回答	2	0.4

質問 4. 「当事者」の性別

	度数	%
計	518	100.0
男性	461	89.0
女性	55	10.6
無回答	2	0.4

質問 5. 「当事者」との関係

	度数	%
計	518	100.0
親	82	15.8
配偶者	332	64.1
子ども	52	10.0
兄弟姉妹	25	4.8
その他	17	3.3
無回答	10	1.9

質問 6. 「あなた」の同居家族【複数回答】

	度数	%
計	518	100.0
同居家族なし	34	6.6
配偶者・パートナー	367	70.8
母親	77	14.9
父親	40	7.7
子ども	262	50.6
その他	52	10.0
無回答	3	0.6

質問 7. 「当事者」とは現在同居中ですか、別世帯ですか？

	度数	%
計	518	100.0
同居中	414	79.9
別世帯の家族と同居	41	7.9
一人暮らし	27	5.2
その他	24	4.6
無回答	12	2.3

質問 8. 現在、「当事者」は飲酒していますか？

	度数	%
計	518	100.0

やめている	287	55.4
時々飲酒	48	9.3
頻回に飲酒	67	12.9
飲酒できない状態(入院、服役など)	102	19.7
不明	8	1.5
無回答	6	1.2

質問 9. 現在、「当事者」は仕事をしておられますか？

	度数	%
計	518	100.0
働いている(パートも含める)	201	38.8
働いていない	199	38.4
高齢のため働いていない	96	18.5
専業主婦	13	2.5
不明	1	0.2
無回答	8	1.5

質問 10. 現在、「当事者」はどのように生活費を得ていますか？【複数回答】

	度数	%
計	309	100.0
家族の援助	118	38.2
自分の収入	39	12.6
生活保護	14	4.5
年金	160	51.8
刑務所	-	-
その他	23	7.4
無回答	4	1.3

	度数	%
計	518	100.0
ある	343	66.2
ない	169	32.6
無回答	6	1.2

質問 13. 受診したときに、医師からどのようなアドバイスを受けましたか？

	度数	%
計	343	100.0
このまま飲み続けてよいと言われた。	1	0.3
休肝日をつくるなど、飲酒の量や頻度を減らすように言われた。	68	19.8
断酒を勧められたが、アルコール依存症の専門医療機関は紹介されなかった。	64	18.7
断酒を勧められ、アルコール依存症の専門医療機関を紹介された。	139	40.5
アドバイスはなかった。	30	8.7
その他	13	3.8
無回答	28	8.2

質問 14. 「あなた」が、アルコール問題で初めて相談に行かれたのはどこですか？

	度数	%
計	518	100.0
保健所・保健センター	49	9.5
精神保健福祉センター	16	3.1
精神科	189	36.5
救急診療科	11	2.1
一般診療科(内科等)	89	17.2
民間の相談機関	4	0.8
自助グループ(断酒会、AA)	38	7.3
警察	4	0.8
行政の市民相談	18	3.5
その他	43	8.3
無回答	57	11.0

質問 16. 相談機関にはどのくらい相談に行きましたか？

	度数	%
計	518	100.0
1回	218	42.1
2～5回	186	35.9
6～10回	32	6.2
11回以上	44	8.5
無回答	38	7.3

質問 17. 相談機関の対応は満足の得られるものでしたか？

	度数	%
計	518	100.0
とても満足	160	30.9
やや満足	203	39.2
やや不満	72	13.9
とても不満	48	9.3
無回答	35	6.8

質問 18. 相談機関の対応はどのようなものでしたか？

	度数	%
計	518	100.0
親身に相談に乗ってくれて、対応や治療について具体的に教えてくれた。	325	62.7
話はある程度きいてくれたが、具体的な対応や治療はあまり教えてくれなかった。	141	27.2
少ししか話をきいてくれなかった。	12	2.3
まったく話をきいてくれず、追い返された。	3	0.6
無回答	37	7.1

	度数	%
計	518	100.0
自分で調べた	182	35.1

内科の医師や医療スタッフから勧められた	134	25.9
救急の医師や医療スタッフから勧められた	54	10.4
友人・知人から勧められた	72	13.9
家族・親戚から勧められた	107	20.7
警察から紹介された	12	2.3
自助グループ(断酒会、AA など)から紹介された	41	7.9
職場から紹介された	18	3.5
テレビで情報を得た	4	0.8
広報で情報を得た	24	4.6
インターネットで調べた	118	22.8
書籍、雑誌、新聞で情報を得た	31	6.0
その他	40	7.7
無回答	24	4.6

質問 20. 相談経験: 1. 保健所・保健センター

	度数	%
計	518	100.0
なし	309	59.7
あり	96	18.5
無回答	113	21.8

質問 20. 相談経験: 2. 精神保健福祉センター

	度数	%
計	518	100.0
なし	324	62.5
あり	53	10.2
無回答	141	27.2

質問 20. 相談経験: 3. 精神科

	度数	%
計	518	100.0
なし	140	27.0
あり	306	59.1
無回答	72	13.9

質問 20. 相談経験: 4. 救急診療科の医師や医療スタッフ

	度数	%
計	518	100.0
なし	305	58.9
あり	82	15.8
無回答	131	25.3

質問 20. 相談経験: 5. 一般診療科の医師や医療スタッフ

	度数	%
計	518	100.0
なし	215	41.5
あり	184	35.5

無回答	119	23.0
-----	-----	------

質問 20. 相談経験:6. 民間の相談機関

	度数	%
計	518	100.0
なし	342	66.0
あり	25	4.8
無回答	151	29.2

質問 20. 相談経験:7. 自助グループ(断酒会、AA)

	度数	%
計	518	100.0
なし	229	44.2
あり	187	36.1
無回答	102	19.7

質問 20. 相談経験:8. 警察

	度数	%
計	518	100.0
なし	330	63.7
あり	50	9.7
無回答	138	26.6

質問 20. 相談経験:9. 行政の市民相談

	度数	%
計	518	100.0
なし	340	65.6
あり	42	8.1
無回答	136	26.3

質問 20. 相談経験:10. その他

	度数	%
計	518	100.0
なし	300	57.9
あり	46	8.9
無回答	172	33.2

質問 20. 役立ちましたか:1. 保健所・保健センター

	度数	%
計	96	100.0
役立った	43	44.8
少し役立った	28	29.2
あまり役立たなかった	10	10.4
役立たなかった	15	15.6
無回答	-	-

質問 20. 役立ちましたか:2. 精神保健福祉センター

	度数	%
計	53	100.0
役立った	22	41.5
少し役立った	20	37.7
あまり役立たなかった	9	17.0
役立たなかった	1	1.9
無回答	1	1.9

質問 20. 役立ちましたか:3. 精神科

	度数	%
計	306	100.0
役立った	189	61.8
少し役立った	62	20.3
あまり役立たなかった	25	8.2
役立たなかった	16	5.2
無回答	14	4.6

質問 20. 役立ちましたか:4. 救急診療科の医師や医療スタッフ

	度数	%
計	82	100.0
役立った	32	39.0
少し役立った	21	25.6
あまり役立たなかった	11	13.4
役立たなかった	18	22.0
無回答	-	-

質問 20. 役立ちましたか:5. 一般診療科の医師や医療スタッフ

	度数	%
計	184	100.0
役立った	66	35.9
少し役立った	40	21.7
あまり役立たなかった	39	21.2
役立たなかった	36	19.6
無回答	3	1.6

質問 20. 役立ちましたか:6. 民間の相談機関

	度数	%
計	25	100.0
役立った	12	48.0
少し役立った	5	20.0
あまり役立たなかった	4	16.0
役立たなかった	3	12.0
無回答	1	4.0

質問 20. 役立ちましたか:7. 自助グループ(断酒会、AA)

	度数	%
計	187	100.0

役立った	152	81.3
少し役立った	24	12.8
あまり役立たなかった	5	2.7
役立たなかった	2	1.1
無回答	4	2.1

質問 20. 役立ちましたか:8. 警察

	度数	%
計	50	100.0
役立った	17	34.0
少し役立った	11	22.0
あまり役立たなかった	12	24.0
役立たなかった	9	18.0
無回答	1	2.0

質問 20. 役立ちましたか:9. 行政の市民相談

	度数	%
計	42	100.0
役立った	13	31.0
少し役立った	12	28.6
あまり役立たなかった	9	21.4
役立たなかった	7	16.7
無回答	1	2.4

質問 20. 役立ちましたか:10. その他

	度数	%
計	46	100.0
役立った	26	56.5
少し役立った	13	28.3
あまり役立たなかった	3	6.5
役立たなかった	3	6.5
無回答	1	2.2

質問 21. 「当事者」を医療機関や相談機関につなげられましたか？

	度数	%
計	518	100.0
「当事者」は医療機関や相談機関に一度も行っていない。	68	13.1
「当事者」は医療機関や相談機関に行ったことはあるが、継続して利用したことはない。	59	11.4
「当事者」は医療機関や相談機関をある程度継続したが、安定しては続いている。	45	8.7
「当事者」は医療機関や相談機関を継続的に利用できている。	324	62.5
無回答	22	4.2

	度数	%
計	518	100.0

飲酒習慣を改善する必要はないと思っている。	65	12.5
飲酒習慣を改善することに関心はあるが、6ヵ月以内に開始しようとは考えていない。	29	5.6
飲酒習慣の改善を、6ヵ月以内に開始しようと考えている。	12	2.3
飲酒習慣の改善に関心があり、今後1ヵ月以内に実行しようと考えている。	36	6.9
飲酒習慣の改善に取り組んで、6ヵ月以内である。	169	32.6
飲酒習慣の改善に取り組んで、6ヵ月以上経過している。	193	37.3
無回答	14	2.7

	度数	%
計	518	100.0
保健所・保健センター	47	9.1
精神保健福祉センター	32	6.2
精神科	259	50.0
救急診療科の医師や医療スタッフ	33	6.4
一般診療科(内科等)の医師や医療スタッフ	80	15.4
民間の相談機関	10	1.9
自助グループ(断酒会、AA)	267	51.5
警察	15	2.9
行政の市民相談	11	2.1
家族	132	25.5
友人・知人	79	15.3
その他	47	9.1
無回答	19	3.7

	度数	%
計	518	100.0
1ヵ月未満	91	17.6
3ヵ月未満	94	18.1
6ヵ月未満	54	10.4
1年未満	68	13.1
1年以上	193	37.3
無回答	18	3.5

	度数	%
計	518	100.0
いつも感じていた	222	42.9
時々感じていた	147	28.4
あまり感じなかった	43	8.3
感じたことはなかった	80	15.4
無回答	26	5.0

度数 %

計	412	100.0
アルコール問題やその治療・回復をどこで相談すればよいか わからなかった	253	61.4
アルコール問題の相談・治療を行う相談機関や医療機関が 不足している	114	27.7
世間体や偏見が気になる	169	41.0
家族が疲れていて、相談する気持ちになれない	79	19.2
その他	46	11.2
無回答	32	7.8

問 27. 問題の有無: アルコールによる身体の問題

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	245	47.3
過去のみ	176	34.0
なかった	49	9.5
無回答	48	9.3

問 27. 問題の有無: 幻覚妄想状態

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	57	11.0
過去のみ	179	34.6
なかった	224	43.2
無回答	58	11.2

問 27. 問題の有無: うつ状態

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	129	24.9
過去のみ	159	30.7
なかった	170	32.8
無回答	60	11.6

問 27. 問題の有無: 自傷行為・自殺未遂

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	13	2.5
過去のみ	66	12.7
なかった	369	71.2
無回答	70	13.5

問 27. 問題の有無: 犯罪(アルコール関連)

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	7	1.4
過去のみ	39	7.5

なかった	401	77.4
無回答	71	13.7

問 27. 問題の有無: 犯罪(アルコール関連犯罪以外)

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	4	0.8
過去のみ	16	3.1
なかった	417	80.5
無回答	81	15.6

問 27. 問題の有無: 飲酒運転

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	28	5.4
過去のみ	273	52.7
なかった	161	31.1
無回答	56	10.8

問 27. 問題の有無: パートナー・親への暴力

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	28	5.4
過去のみ	141	27.2
なかった	293	56.6
無回答	56	10.8

問 27. 問題の有無: 子への暴力・不適切な養育

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	13	2.5
過去のみ	133	25.7
なかった	302	58.3
無回答	70	13.5

問 27. 問題の有無: 異性関係の問題

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	10	1.9
過去のみ	76	14.7
なかった	365	70.5
無回答	67	12.9

問 27. 問題の有無: 脅しや言葉の暴力

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	79	15.3

過去のみ	210	40.5
なかった	170	32.8
無回答	59	11.4

問 27.問題の有無:ギャンブル問題

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	8	1.5
過去のみ	59	11.4
なかった	377	72.8
無回答	74	14.3

問 27.問題の有無:アルコール問題による就労困難

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	95	18.3
過去のみ	182	35.1
なかった	182	35.1
無回答	59	11.4

問 27.問題の有無:家庭不和・別居・離婚

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	110	21.2
過去のみ	186	35.9
なかった	167	32.2
無回答	55	10.6

問 27.問題の有無:浪費、借金による経済的困難

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	56	10.8
過去のみ	129	24.9
なかった	274	52.9
無回答	59	11.4

問 27.問題の有無:暴力・虐待の被害体験

	度数	%
計	518	100.0
現在ある	13	2.5
過去のみ	96	18.5
なかった	346	66.8
無回答	63	12.2

質問 28.今現在、「あなた」は「当事者」の飲酒についてどう思っていますか？

	度数	%
計	518	100.0

問題を起こさなければ飲んでいてもいい	8	1.5
できるだけ減らしてほしい(節酒)	41	7.9
完全にやめてほしい(断酒)	459	88.6
無回答	10	1.9

質問 29. 幸福感:1. 家事や身の回りのこと

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	25	4.8
2	21	4.1
3	45	8.7
4	39	7.5
5	90	17.4
6	65	12.5
7	50	9.7
8	75	14.5
9	33	6.4
10 完全に幸福(満足)	48	9.3
無回答	27	5.2

質問 29. 幸福感:2. 仕事や学業

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	60	11.6
2	19	3.7
3	44	8.5
4	22	4.2
5	65	12.5
6	56	10.8
7	38	7.3
8	72	13.9
9	34	6.6
10 完全に幸福(満足)	51	9.8
無回答	57	11.0

質問 29. 幸福感:3. 社会的な活動

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	52	10.0
2	21	4.1
3	57	11.0
4	30	5.8
5	95	18.3
6	61	11.8
7	38	7.3
8	56	10.8
9	30	5.8

10 完全に幸福(満足)	41	7.9
無回答	37	7.1

質問 29. 幸福感:4. お金、経済状態

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	63	12.2
2	32	6.2
3	51	9.8
4	38	7.3
5	67	12.9
6	64	12.4
7	42	8.1
8	53	10.2
9	37	7.1
10 完全に幸福(満足)	47	9.1
無回答	24	4.6

質問 29. 幸福感:5. コミュニケーション、人づきあい

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	38	7.3
2	27	5.2
3	44	8.5
4	33	6.4
5	87	16.8
6	59	11.4
7	53	10.2
8	67	12.9
9	41	7.9
10 完全に幸福(満足)	44	8.5
無回答	25	4.8

質問 29. 幸福感:6. あなたの感情(気持ち)

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	46	8.9
2	47	9.1
3	42	8.1
4	42	8.1
5	82	15.8
6	59	11.4
7	46	8.9
8	55	10.6
9	39	7.5
10 完全に幸福(満足)	32	6.2
無回答	28	5.4

質問 29. 幸福感:7. 周りからの感情的な支援

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	21	4.1
2	24	4.6
3	34	6.6
4	35	6.8
5	91	17.6
6	66	12.7
7	55	10.6
8	69	13.3
9	37	7.1
10 完全に幸福(満足)	48	9.3
無回答	38	7.3

質問 29. 幸福感:8. 自分の時間が持てること

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	35	6.8
2	29	5.6
3	42	8.1
4	35	6.8
5	73	14.1
6	62	12.0
7	54	10.4
8	63	12.2
9	42	8.1
10 完全に幸福(満足)	59	11.4
無回答	24	4.6

質問 29. 幸福感:9. 娯楽や活動

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	39	7.5
2	36	6.9
3	47	9.1
4	35	6.8
5	67	12.9
6	47	9.1
7	64	12.4
8	70	13.5
9	42	8.1
10 完全に幸福(満足)	42	8.1
無回答	29	5.6

質問 29. 幸福感:10. あなた自身のからだの健康

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	24	4.6
2	31	6.0
3	51	9.8
4	42	8.1
5	81	15.6
6	64	12.4
7	49	9.5
8	67	12.9
9	42	8.1
10 完全に幸福(満足)	46	8.9
無回答	21	4.1

質問 29. 幸福感:11. 家族関係

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	28	5.4
2	33	6.4
3	52	10.0
4	31	6.0
5	91	17.6
6	49	9.5
7	37	7.1
8	73	14.1
9	51	9.8
10 完全に幸福(満足)	53	10.2
無回答	20	3.9

質問 29. 幸福感:12. 全体的な幸福感

	度数	%
計	518	100.0
1 完全に不幸(不満足)	24	4.6
2	37	7.1
3	48	9.3
4	35	6.8
5	85	16.4
6	65	12.5
7	47	9.1
8	76	14.7
9	41	7.9
10 完全に幸福(満足)	39	7.5
無回答	21	4.1

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	349	67.4

ややあてはまる	127	24.5
あまりあてはまらない	21	4.1
あてはまらない	5	1.0
無回答	16	3.1

質問 29. 問題、対応: 2. アルコール依存症とはどういうものかわかっている

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	282	54.4
ややあてはまる	177	34.2
あまりあてはまらない	34	6.6
あてはまらない	7	1.4
無回答	18	3.5

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	302	58.3
ややあてはまる	131	25.3
あまりあてはまらない	48	9.3
あてはまらない	15	2.9
無回答	22	4.2

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	249	48.1
ややあてはまる	162	31.3
あまりあてはまらない	52	10.0
あてはまらない	32	6.2
無回答	23	4.4

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	255	49.2
ややあてはまる	159	30.7
あまりあてはまらない	53	10.2
あてはまらない	30	5.8
無回答	21	4.1

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	188	36.3
ややあてはまる	145	28.0
あまりあてはまらない	106	20.5
あてはまらない	55	10.6
無回答	24	4.6

度数 %

計	518	100.0
あてはまる	249	48.1
ややあてはまる	180	34.7
あまりあてはまらない	52	10.0
あてはまらない	13	2.5
無回答	24	4.6

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	290	56.0
ややあてはまる	134	25.9
あまりあてはまらない	41	7.9
あてはまらない	26	5.0
無回答	27	5.2

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	330	63.7
ややあてはまる	98	18.9
あまりあてはまらない	41	7.9
あてはまらない	27	5.2
無回答	22	4.2

質問 29. 問題、対応:10. 「当事者」が治療を受けることを手助けできる

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	307	59.3
ややあてはまる	140	27.0
あまりあてはまらない	37	7.1
あてはまらない	9	1.7
無回答	25	4.8

質問 29. 問題、対応:11. 今後のアルコール問題の改善に希望を持っている

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	267	51.5
ややあてはまる	152	29.3
あまりあてはまらない	54	10.4
あてはまらない	25	4.8
無回答	20	3.9

質問 29. コミュニケーションについて:1. 「当事者」の問題に巻き込まれてしまう

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	187	36.1
ややあてはまる	193	37.3
あまりあてはまらない	58	11.2

あてはまらない	54	10.4
無回答	26	5.0

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	159	30.7
ややあてはまる	188	36.3
あまりあてはまらない	109	21.0
あてはまらない	36	6.9
無回答	26	5.0

質問 29. コミュニケーションについて:3. 「当事者」に世話をやきすぎてしまう

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	94	18.1
ややあてはまる	205	39.6
あまりあてはまらない	121	23.4
あてはまらない	71	13.7
無回答	27	5.2

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	74	14.3
ややあてはまる	158	30.5
あまりあてはまらない	156	30.1
あてはまらない	104	20.1
無回答	26	5.0

質問 29. コミュニケーションについて:5. 「当事者」におびえてしまう

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	68	13.1
ややあてはまる	109	21.0
あまりあてはまらない	128	24.7
あてはまらない	185	35.7
無回答	28	5.4

質問 29. コミュニケーションについて:6. 「当事者」の心配で頭がいっぱいである

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	106	20.5
ややあてはまる	173	33.4
あまりあてはまらない	134	25.9
あてはまらない	77	14.9
無回答	28	5.4

度数 %

計	518	100.0
あてはまる	205	39.6
ややあてはまる	184	35.5
あまりあてはまらない	84	16.2
あてはまらない	22	4.2
無回答	23	4.4

	度数	%
計	518	100.0
あてはまる	180	34.7
ややあてはまる	211	40.7
あまりあてはまらない	83	16.0
あてはまらない	22	4.2
無回答	22	4.2

質問 30-1. 神経過敏に感じましたか

	度数	%
計	518	100.0
いつも	69	13.3
たいてい	82	15.8
ときどき	138	26.6
少しだけ	109	21.0
全くない	99	19.1
無回答	21	4.1

質問 30-2. 絶望的だと感じましたか

	度数	%
計	518	100.0
いつも	48	9.3
たいてい	50	9.7
ときどき	112	21.6
少しだけ	107	20.7
全くない	184	35.5
無回答	17	3.3

質問 30-3. そわそわ、落ち着きなく感じましたか

	度数	%
計	518	100.0
いつも	28	5.4
たいてい	60	11.6
ときどき	118	22.8
少しだけ	129	24.9
全くない	163	31.5
無回答	20	3.9

質問 30-4. 気分が沈み込んで、何が起ころしても気が晴れないように感じましたか

度数	%
----	---

計	518	100.0
いつも	46	8.9
たいてい	62	12.0
ときどき	115	22.2
少しだけ	128	24.7
全くない	149	28.8
無回答	18	3.5

質問 30-5. 何をするのも骨折りだと感じましたか

	度数	%
計	518	100.0
いつも	32	6.2
たいてい	55	10.6
ときどき	113	21.8
少しだけ	155	29.9
全くない	146	28.2
無回答	17	3.3

質問 30-6. 自分は価値のない人間だと感じましたか

	度数	%
計	518	100.0
いつも	25	4.8
たいてい	25	4.8
ときどき	82	15.8
少しだけ	103	19.9
全くない	262	50.6
無回答	21	4.1

質問 31. アルコール健康障害対策基本法という法律を知っておられますか？

	度数	%
計	518	100.0
内容を知っている	58	11.2
名前を知っている	140	27.0
知らない	309	59.7
無回答	11	2.1

# 薬物に問題を持つ家族の研究：調査結果

質問 1. どの機関からアンケートを配布されましたか？	全体		保護観察所		センター、医療機関、その他		ダルクや家族会	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
精神保健福祉センター	24	5.6	-	-	24	38.1	-	-
保健所・保健センター	1	0.2	-	-	1	1.6	-	-
医療機関	25	5.8	-	-	25	39.7	-	-
ダルクや家族会	216	50.1	-	-	-	-	216	100.0
保護観察所	152	35.3	152	100.0	-	-	-	-
その他	13	3.0	-	-	13	20.6	-	-
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-

質問 2. 「あなた」はどちらにお住まいですか？

	度数		%		度数		%	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
北海道	20	4.6	15	9.9	2	3.2	3	1.4
青森県	-	-	-	-	-	-	-	-
岩手県	2	0.5	1	0.7	1	1.6	-	-
宮城県	3	0.7	3	2.0	-	-	-	-
秋田県	-	-	-	-	-	-	-	-
山形県	1	0.2	-	-	-	-	1	0.5
福島県	-	-	-	-	-	-	-	-
茨城県	12	2.8	2	1.3	3	4.8	7	3.2
栃木県	10	2.3	2	1.3	2	3.2	6	2.8
群馬県	4	0.9	-	-	3	4.8	1	0.5
埼玉県	21	4.9	7	4.6	6	9.5	8	3.7
千葉県	35	8.1	11	7.2	2	3.2	22	10.2
東京都	81	18.8	24	15.8	9	14.3	48	22.2
神奈川県	45	10.4	3	2.0	10	15.9	32	14.8
新潟県	9	2.1	4	2.6	3	4.8	2	0.9
富山県	2	0.5	-	-	-	-	2	0.9
石川県	3	0.7	-	-	1	1.6	2	0.9
福井県	-	-	-	-	-	-	-	-
山梨県	11	2.6	2	1.3	-	-	9	4.2

					-	-		
長野県	6	1.4	5	3.3	1	1.6	-	-
岐阜県	8	1.9	5	3.3	-	-	3	1.4
静岡県	35	8.1	5	3.3	-	-	30	13.9
愛知県	9	2.1	4	2.6	1	1.6	4	1.9
三重県	3	0.7	1	0.7	-	-	2	0.9
滋賀県	5	1.2	5	3.3	-	-	-	-
京都府	12	2.8	1	0.7	-	-	11	5.1
大阪府	17	3.9	2	1.3	4	6.3	11	5.1
兵庫県	14	3.2	7	4.6	4	6.3	3	1.4
奈良県	9	2.1	7	4.6	-	-	2	0.9
和歌山県	-	-	-	-	-	-	-	-
鳥取県	1	0.2	1	0.7	-	-	-	-
島根県	-	-	-	-	-	-	-	-
岡山県	5	1.2	5	3.3	-	-	-	-
広島県	2	0.5	-	-	2	3.2	-	-
山口県	1	0.2	1	0.7	-	-	-	-
徳島県	-	-	-	-	-	-	-	-
香川県	2	0.5	1	0.7	1	1.6	-	-
愛媛県	4	0.9	4	2.6	-	-	-	-
高知県	2	0.5	1	0.7	1	1.6	-	-
福岡県	10	2.3	6	3.9	3	4.8	1	0.5
佐賀県	6	1.4	3	2.0	3	4.8	-	-
長崎県	1	0.2	-	-	-	-	1	0.5
熊本県	7	1.6	5	3.3	1	1.6	1	0.5
大分県	3	0.7	2	1.3	-	-	1	0.5
宮崎県	2	0.5	2	1.3	-	-	-	-
鹿児島県	1	0.2	1	0.7	-	-	-	-
沖縄県	4	0.9	1	0.7	-	-	3	1.4
無回答	3	0.7	3	2.0	-	-	-	-

質問3.「あなた」の性別

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
男性	125	29.0	49	32.2	16	25.4	60	27.8
女性	304	70.5	102	67.1	46	73.0	156	72.2
無回答	2	0.5	1	0.7	1	1.6	-	-

質問4.「当事者」の性別

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
男性	356	82.6	128	84.2	55	87.3	173	80.1
女性	72	16.7	23	15.1	7	11.1	42	19.4
無回答	3	0.7	1	0.7	1	1.6	1	0.5

質問5.「当事者」との関係

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
親	334	77.5	111	73.0	43	68.3	180	83.3
配偶者	22	5.1	11	7.2	6	9.5	5	2.3
子ども	33	7.7	10	6.6	7	11.1	16	7.4
兄弟姉妹	15	3.5	7	4.6	2	3.2	6	2.8
その他	20	4.6	9	5.9	4	6.3	7	3.2
無回答	7	1.6	4	2.6	1	1.6	2	0.9

質問6.「あなた」の同居家族 【複数回答】

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
同居家族なし	60	13.9	26	17.1	6	9.5	28	13.0
配偶者・パートナー	281	65.2	85	55.9	37	58.7	159	73.6
母親	57	13.2	24	15.8	11	17.5	22	10.2
父親	27	6.3	15	9.9	4	6.3	8	3.7
子ども	163	37.8	49	32.2	35	55.6	79	36.6
その他	45	10.4	20	13.2	6	9.5	19	8.8
無回答	8	1.9	4	2.6	1	1.6	3	1.4

質問7.「当事者」の現在の居住地は？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
同居中	78	18.1	19	12.5	25	39.7	34	15.7
別世帯の住居	79	18.3	5	3.3	11	17.5	63	29.2
刑務所	168	39.0	115	75.7	14	22.2	39	18.1
精神科病院	8	1.9	-	-	3	4.8	5	2.3
ダルク	61	14.2	3	2.0	3	4.8	55	25.5
保護観察所	-	-	-	-	-	-	-	-
その他	31	7.2	7	4.6	6	9.5	18	8.3
無回答	6	1.4	3	2.0	1	1.6	2	0.9

質問8.「当事者」が主に用いている(いた)薬物は何ですか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
覚醒剤	273	63.3	128	84.2	39	61.9	106	49.1
危険ドラッグ	37	8.6	5	3.3	3	4.8	29	13.4
大麻・マリファナ	23	5.3	7	4.6	3	4.8	13	6.0

シンナー	7	1.6	-	-	-	-	7	3.2
ガス	6	1.4	-	-	1	1.6	5	2.3
咳止め	6	1.4	-	-	1	1.6	5	2.3
精神安定剤・睡眠薬	20	4.6	-	-	6	9.5	14	6.5
鎮痛剤（痛み止め）	-	-	-	-	-	-	-	-
アルコール	7	1.6	-	-	1	1.6	6	2.8
ヘロイン	-	-	-	-	-	-	-	-
コカイン	-	-	-	-	-	-	-	-
LSDなどの幻覚剤	-	-	-	-	-	-	-	-
その他	1	0.2	-	-	1	1.6	-	-
無回答	51	11.8	12	7.9	8	12.7	31	14.4

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
覚醒剤	322	74.7	137	90.1	45	71.4	140	64.8
危険ドラッグ	98	22.7	18	11.8	16	25.4	64	29.6
大麻・マリファナ	122	28.3	19	12.5	16	25.4	87	40.3
シンナー	114	26.5	37	24.3	16	25.4	61	28.2
ガス	37	8.6	3	2.0	5	7.9	29	13.4
咳止め	29	6.7	2	1.3	7	11.1	20	9.3
精神安定剤・睡眠薬	148	34.3	39	25.7	24	38.1	85	39.4
鎮痛剤（痛み止め）	63	14.6	19	12.5	11	17.5	33	15.3
アルコール	86	20.0	20	13.2	10	15.9	56	25.9
ヘロイン	5	1.2	-	-	-	-	5	2.3
コカイン	14	3.2	3	2.0	2	3.2	9	4.2
LSDなどの幻覚剤	27	6.3	3	2.0	2	3.2	22	10.2
その他	2	0.5	-	-	1	1.6	1	0.5
無回答	10	2.3	5	3.3	2	3.2	3	1.4

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
家族の援助	137	31.8	29	19.1	24	38.1	84	38.9
自分の収入	122	28.3	21	13.8	21	33.3	80	37.0
生活保護	55	12.8	5	3.3	5	7.9	45	20.8
年金	12	2.8	2	1.3	2	3.2	8	3.7
刑務所	159	36.9	109	71.7	14	22.2	36	16.7
その他	17	3.9	3	2.0	5	7.9	9	4.2
無回答	8	1.9	3	2.0	1	1.6	4	1.9

質問 11. 「当事者」は司法機関との関わりがありますか？【複数回答】

度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
----	---	----	---	----	---	----	---

計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
逮捕	193	44.8	59	38.8	30	47.6	104	48.1
刑務所への服役	220	51.0	123	80.9	21	33.3	76	35.2
保護観察	108	25.1	36	23.7	20	31.7	52	24.1
刑務所や保護観察所での薬物乱用防止プログラムへの参加	41	9.5	20	13.2	5	7.9	16	7.4
なし	107	24.8	7	4.6	20	31.7	80	37.0
無回答	12	2.8	5	3.3	3	4.8	4	1.9

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
医療機関	89	20.6	12	7.9	26	41.3	51	23.6
ダルク	116	26.9	15	9.9	6	9.5	95	44.0
NA など自助グループ	73	16.9	5	3.3	7	11.1	61	28.2
福祉事務所	25	5.8	1	0.7	5	7.9	19	8.8
その他	42	9.7	18	11.8	7	11.1	17	7.9
不明	106	24.6	57	37.5	10	15.9	39	18.1
無回答	99	23.0	48	31.6	17	27.0	34	15.7

質問 13. 現在、「当事者」は薬物を使用していると思いますか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
やめられている	163	37.8	40	26.3	23	36.5	100	46.3
時々使用	29	6.7	-	-	6	9.5	23	10.6
頻回に使用	12	2.8	-	-	4	6.3	8	3.7
使用できない状態（入院、服役など）	170	39.4	103	67.8	21	33.3	46	21.3
不明	44	10.2	2	1.3	6	9.5	36	16.7
無回答	13	3.0	7	4.6	3	4.8	3	1.4

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
薬物やその道具や使用をみたため	172	39.9	41	27.0	23	36.5	108	50.0
薬物による精神症状をみたため	226	52.4	64	42.1	34	54.0	128	59.3
警察のお世話になるトラブルがあったため	208	48.3	90	59.2	28	44.4	90	41.7
医療機関や保健機関や市町村からの情報提供、広報などによる	22	5.1	1	0.7	5	7.9	16	7.4
ダルクやNA や家族会からの情報による	29	6.7	2	1.3	3	4.8	24	11.1
インターネットやテレビなどの情報による	22	5.1	1	0.7	4	6.3	17	7.9
学校で教えてもらった知識による	1	0.2	-	-	-	-	1	0.5
その他	49	11.4	14	9.2	12	19.0	23	10.6
無回答	22	5.1	10	6.6	2	3.2	10	4.6

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
保健所・保健センター	32	7.4	7	4.6	-	-	25	11.6

精神保健福祉センター	67	15.5	12	7.9	16	25.4	39	18.1
精神科	68	15.8	13	8.6	17	27.0	38	17.6
ダルク	49	11.4	5	3.3	5	7.9	39	18.1
家族会や支援団体	35	8.1	7	4.6	5	7.9	23	10.6
警察	50	11.6	25	16.4	7	11.1	18	8.3
弁護士	16	3.7	11	7.2	2	3.2	3	1.4
保護観察所	17	3.9	13	8.6	1	1.6	3	1.4
保護司	14	3.2	11	7.2	1	1.6	2	0.9
その他	24	5.6	16	10.5	3	4.8	5	2.3
無回答	59	13.7	32	21.1	6	9.5	21	9.7

質問 18. 相談機関の対応は満足の得られるものでしたか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
とても満足	90	20.9	24	15.8	15	23.8	51	23.6
やや満足	136	31.6	47	30.9	22	34.9	67	31.0
やや不満	92	21.3	26	17.1	16	25.4	50	23.1
とても不満	66	15.3	17	11.2	6	9.5	43	19.9
無回答	47	10.9	38	25.0	4	6.3	5	2.3
加重平均値	2.35		2.32		2.22		2.40	
標準偏差	1.02		0.97		0.95		1.07	

質問 19. 相談機関の対応はどのようなものでしたか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
親身に相談に乗ってくれて、対応や治療について具体的に教えてくれた	168	39.0	49	32.2	24	38.1	95	44.0
話はある程度きいてくれたが、具体的な対応や治療はあまり教えてくれなかった	166	38.5	40	26.3	28	44.4	98	45.4
少ししか話をきいてくれなかった	29	6.7	13	8.6	4	6.3	12	5.6
まったく話をきいてくれず、追い返された	4	0.9	2	1.3	-	-	2	0.9
無回答	64	14.8	48	31.6	7	11.1	9	4.2

質問 20. 相談経験：1. 保健所・保健センター

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	225	52.2	88	57.9	31	49.2	106	49.1
あり	80	18.6	11	7.2	8	12.7	61	28.2
無回答	126	29.2	53	34.9	24	38.1	49	22.7

質問 20. 相談経験：2. 精神保健福祉センター

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	173	40.1	78	51.3	14	22.2	81	37.5
あり	151	35.0	23	15.1	34	54.0	94	43.5
無回答	107	24.8	51	33.6	15	23.8	41	19.0

質問 20. 相談経験：3. 精神科

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	142	32.9	69	45.4	12	19.0	61	28.2
あり	189	43.9	33	21.7	37	58.7	119	55.1
無回答	100	23.2	50	32.9	14	22.2	36	16.7

質問 20. 相談経験：4. 薬物依存の家族会

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	96	22.3	65	42.8	11	17.5	20	9.3
あり	252	58.5	37	24.3	35	55.6	180	83.3
無回答	83	19.3	50	32.9	17	27.0	16	7.4

質問 20. 相談経験：5. 当事者の自助グループ（ダルク、NAなど）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	125	29.0	74	48.7	11	17.5	40	18.5
あり	208	48.3	30	19.7	35	55.6	143	66.2
無回答	98	22.7	48	31.6	17	27.0	33	15.3

質問 20. 相談経験：6. 民間の相談機関

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	242	56.1	94	61.8	32	50.8	116	53.7
あり	56	13.0	5	3.3	5	7.9	46	21.3
無回答	133	30.9	53	34.9	26	41.3	54	25.0

質問 20. 相談経験：7. 警察

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	180	41.8	73	48.0	25	39.7	82	38.0
あり	138	32.0	34	22.4	15	23.8	89	41.2
無回答	113	26.2	45	29.6	23	36.5	45	20.8

質問 20. 相談経験：8. 保護司・保護監察官

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	217	50.3	60	39.5	29	46.0	128	59.3
あり	94	21.8	56	36.8	12	19.0	26	12.0
無回答	120	27.8	36	23.7	22	34.9	62	28.7

質問 20. 相談経験：9. 行政の市民相談

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	256	59.4	90	59.2	35	55.6	131	60.6
あり	39	9.0	6	3.9	6	9.5	27	12.5
無回答	136	31.6	56	36.8	22	34.9	58	26.9

質問 20. 相談経験：10. 更生施設

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	50	100.0	-	-	48	100.0	2	100.0
なし	29	58.0	-	-	27	56.3	2	100.0
あり	3	6.0	-	-	3	6.3	-	-
無回答	18	36.0	-	-	18	37.5	-	-

質問 20. 役立ちましたか：1. 保健所・保健センター

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	80	100.0	11	100.0	8	100.0	61	100.0
役立った	10	12.5	2	18.2	-	-	8	13.1
少し役立った	23	28.8	4	36.4	3	37.5	16	26.2
あまり役立たなかった	25	31.3	4	36.4	3	37.5	18	29.5
役立たなかった	21	26.2	1	9.1	2	25.0	18	29.5
無回答	1	1.3	-	-	-	-	1	1.6
加重平均値	2.72		2.36		2.88		2.77	
標準偏差	1.00		0.92		0.83		1.03	

質問 20. 役立ちましたか：2. 精神保健福祉センター

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	151	100.0	23	100.0	34	100.0	94	100.0
役立った	56	37.1	13	56.5	10	29.4	33	35.1
少し役立った	64	42.4	8	34.8	17	50.0	39	41.5
あまり役立たなかった	19	12.6	2	8.7	5	14.7	12	12.8
役立たなかった	11	7.3	-	-	1	2.9	10	10.6
無回答	1	0.7	-	-	1	2.9	-	-
加重平均値	1.90		1.52		1.91		1.99	
標準偏差	0.89		0.67		0.77		0.96	

質問 20. 役立ちましたか：3. 精神科

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	189	100.0	33	100.0	37	100.0	119	100.0
役立った	41	21.7	8	24.2	11	29.7	22	18.5
少し役立った	47	24.9	5	15.2	8	21.6	34	28.6
あまり役立たなかった	53	28.0	10	30.3	10	27.0	33	27.7
役立たなかった	42	22.2	9	27.3	6	16.2	27	22.7
無回答	6	3.2	1	3.0	2	5.4	3	2.5
加重平均値	2.52		2.63		2.31		2.56	
標準偏差	1.08		1.16		1.11		1.05	

質問 20. 役立ちましたか：4. 薬物依存の家族会や医療スタッフ

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	252	100.0	37	100.0	35	100.0	180	100.0

役立った	183	72.6	19	51.4	15	42.9	149	82.8
少し役立った	57	22.6	16	43.2	16	45.7	25	13.9
あまり役立たなかった	6	2.4	1	2.7	2	5.7	3	1.7
役立たなかった	3	1.2	1	2.7	-	-	2	1.1
無回答	3	1.2	-	-	2	5.7	1	0.6
加重平均値	1.31		1.57		1.61		1.21	
標準偏差	0.58		0.69		0.61		0.52	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	208	100.0	30	100.0	35	100.0	143	100.0
役立った	142	68.3	15	50.0	17	48.6	110	76.9
少し役立った	42	20.2	11	36.7	12	34.3	19	13.3
あまり役立たなかった	16	7.7	4	13.3	3	8.6	9	6.3
役立たなかった	4	1.9	-	-	1	2.9	3	2.1
無回答	4	1.9	-	-	2	5.7	2	1.4
加重平均値	1.42		1.63		1.64		1.33	
標準偏差	0.72		0.72		0.78		0.69	

質問 20. 役立ちましたか：6. 民間の相談機関

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	56	100.0	5	100.0	5	100.0	46	100.0
役立った	21	37.5	2	40.0	3	60.0	16	34.8
少し役立った	13	23.2	1	20.0	-	-	12	26.1
あまり役立たなかった	10	17.9	-	-	1	20.0	9	19.6
役立たなかった	10	17.9	1	20.0	-	-	9	19.6
無回答	2	3.6	1	20.0	1	20.0	-	-
加重平均値	2.17		2.00		1.50		2.24	
標準偏差	1.15		1.41		1.00		1.14	

質問 20. 役立ちましたか：7. 警察

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	138	100.0	34	100.0	15	100.0	89	100.0
役立った	10	7.2	3	8.8	-	-	7	7.9
少し役立った	30	21.7	8	23.5	2	13.3	20	22.5
あまり役立たなかった	46	33.3	8	23.5	9	60.0	29	32.6
役立たなかった	46	33.3	11	32.4	3	20.0	32	36.0
無回答	6	4.3	4	11.8	1	6.7	1	1.1
加重平均値	2.97		2.90		3.07		2.98	
標準偏差	0.94		1.03		0.62		0.96	

質問 20. 役立ちましたか：8. 保護司・保護監察官

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	94	100.0	56	100.0	12	100.0	26	100.0

役立った	25	26.6	21	37.5	2	16.7	2	7.7
少し役立った	28	29.8	16	28.6	6	50.0	6	23.1
あまり役立たなかった	20	21.3	12	21.4	-	-	8	30.8
役立たなかった	14	14.9	2	3.6	3	25.0	9	34.6
無回答	7	7.4	5	8.9	1	8.3	1	3.8
加重平均値	2.26		1.90		2.36		2.96	
標準偏差	1.05		0.90		1.12		0.98	

質問 20. 役立ちましたか：9. 行政の市民相談

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	39	100.0	6	100.0	6	100.0	27	100.0
役立った	7	17.9	2	33.3	3	50.0	2	7.4
少し役立った	6	15.4	2	33.3	-	-	4	14.8
あまり役立たなかった	13	33.3	1	16.7	2	33.3	10	37.0
役立たなかった	11	28.2	-	-	-	-	11	40.7
無回答	2	5.1	1	16.7	1	16.7	-	-
加重平均値	2.76		1.80		1.80		3.11	
標準偏差	1.09		0.84		1.10		0.93	

質問 20. 役立ちましたか：10. 更生施設

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	3	100.0	-	-	3	100.0	-	-
役立った	2	66.7	-	-	2	66.7	-	-
少し役立った	-	-	-	-	-	-	-	-
あまり役立たなかった	1	33.3	-	-	1	33.3	-	-
役立たなかった	-	-	-	-	-	-	-	-
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-
加重平均値	1.67		-		1.67		-	
標準偏差	1.15		-		1.15		-	

質問 21. 「当事者」を医療機関や相談機関につなげられましたか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
「当事者」は医療機関や相談機関に一度も行っていない	127	29.5	75	49.3	14	22.2	38	17.6
「当事者」は医療機関や相談機関に行ったことはあるが、継続して利用したことはない	85	19.7	29	19.1	13	20.6	43	19.9
「当事者」は医療機関や相談機関をある程度継続したが、安定しては続いている	78	18.1	19	12.5	11	17.5	48	22.2
「当事者」は医療機関や相談機関を継続的に利用できている	107	24.8	8	5.3	19	30.2	80	37.0
無回答	34	7.9	21	13.8	6	9.5	7	3.2

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0

薬物使用を止める（減らす）必要はないと思っている	21	4.9	4	2.6	3	4.8	14	6.5
薬物使用を止める（減らす）必要は感じているが、それを実行する気はない	35	8.1	6	3.9	6	9.5	23	10.6
薬物使用を止める（減らす）必要を感じ、その計画もあるが、実行できていない	88	20.4	45	29.6	15	23.8	28	13.0
薬物使用を止める（減らす）ための努力を実際に行っているが短期しか（半年未満）続かない	59	13.7	23	15.1	14	22.2	22	10.2
薬物使用を止める（減らす）ための努力を長期的に（半年以上）続けている	190	44.1	50	32.9	21	33.3	119	55.1
無回答	38	8.8	24	15.8	4	6.3	10	4.6

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1か月未満	45	10.4	25	16.4	13	20.6	7	3.2
3か月未満	28	6.5	7	4.6	12	19.0	9	4.2
6か月未満	28	6.5	8	5.3	10	15.9	10	4.6
1年未満	35	8.1	20	13.2	3	4.8	12	5.6
1年以上	236	54.8	47	30.9	21	33.3	168	77.8
無回答	59	13.7	45	29.6	4	6.3	10	4.6

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
いつも感じていた	221	51.3	79	52.0	31	49.2	111	51.4
時々感じていた	91	21.1	27	17.8	10	15.9	54	25.0
あまり感じなかった	24	5.6	5	3.3	10	15.9	9	4.2
感じたことはなかった	57	13.2	16	10.5	8	12.7	33	15.3
無回答	38	8.8	25	16.4	4	6.3	9	4.2

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	336	100.0	111	100.0	51	100.0	174	100.0
薬物依存症やその治療についての情報が不足しているため	193	57.4	52	46.8	34	66.7	107	61.5
薬物依存症の相談・治療の機関が不足しているため	170	50.6	40	36.0	24	47.1	106	60.9
相談すると、通報や逮捕が心配であるため	85	25.3	26	23.4	13	25.5	46	26.4
身内に薬物使用者を抱えていることによる後ろめたさや世間の偏見を感じるため	194	57.7	52	46.8	31	60.8	111	63.8
相談や治療にかかる費用（相談費用・交通費など）を出すのが難しいため	50	14.9	18	16.2	5	9.8	27	15.5
家族自身が疲れきってしまい、相談をしようという気持ちになれないため	51	15.2	13	11.7	9	17.6	29	16.7
その他	19	5.7	9	8.1	4	7.8	6	3.4
無回答	18	5.4	9	8.1	3	5.9	6	3.4

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在参加	78	18.1	25	16.4	19	30.2	34	15.7
以前の参加のみ	58	13.5	11	7.2	7	11.1	40	18.5
参加なし	101	23.4	48	31.6	15	23.8	38	17.6

無回答	194	45.0	68	44.7	22	34.9	104	48.1
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在参加	52	12.1	4	2.6	15	23.8	33	15.3
以前の参加のみ	48	11.1	8	5.3	3	4.8	37	17.1
参加なし	113	26.2	55	36.2	15	23.8	43	19.9
無回答	218	50.6	85	55.9	30	47.6	103	47.7

質問 26. 利用状況：3. ダルクの家族会・フォーラム

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在参加	174	40.4	14	9.2	8	12.7	152	70.4
以前の参加のみ	26	6.0	8	5.3	10	15.9	8	3.7
参加なし	79	18.3	51	33.6	15	23.8	13	6.0
無回答	152	35.3	79	52.0	30	47.6	43	19.9

質問 26. 利用状況：4. 自助グループ（ナラノン、アラノンなど）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在参加	63	14.6	9	5.9	10	15.9	44	20.4
以前の参加のみ	33	7.7	2	1.3	3	4.8	28	13.0
参加なし	113	26.2	54	35.5	17	27.0	42	19.4
無回答	222	51.5	87	57.2	33	52.4	102	47.2

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	381	100.0	152	100.0	15	100.0	214	100.0
現在参加	32	8.4	20	13.2	2	13.3	10	4.7
以前の参加のみ	18	4.7	7	4.6	-	-	11	5.1
参加なし	128	33.6	47	30.9	3	20.0	78	36.4
無回答	204	53.5	79	52.0	10	66.7	115	53.7

質問 27. 幸福感：1. 家事や身の回りのこと

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	22	5.1	5	3.3	7	11.1	10	4.6
2	14	3.2	6	3.9	4	6.3	4	1.9
3	22	5.1	10	6.6	4	6.3	8	3.7
4	15	3.5	3	2.0	4	6.3	8	3.7
5	45	10.4	14	9.2	11	17.5	20	9.3
6	59	13.7	19	12.5	8	12.7	32	14.8
7	32	7.4	10	6.6	2	3.2	20	9.3
8	72	16.7	9	5.9	10	15.9	53	24.5
9	38	8.8	12	7.9	1	1.6	25	11.6
10 完全に幸福（満足）	30	7.0	11	7.2	2	3.2	17	7.9

無回答	82	19.0	53	34.9	10	15.9	19	8.8
平均値	6.30		6.09		5.08		6.73	
標準偏差	2.51		2.61		2.56		2.33	

質問 27. 幸福感：2. 仕事や学業

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	35	8.1	13	8.6	8	12.7	14	6.5
2	14	3.2	4	2.6	5	7.9	5	2.3
3	31	7.2	8	5.3	5	7.9	18	8.3
4	15	3.5	3	2.0	5	7.9	7	3.2
5	44	10.2	16	10.5	8	12.7	20	9.3
6	45	10.4	18	11.8	6	9.5	21	9.7
7	37	8.6	12	7.9	3	4.8	22	10.2
8	61	14.2	11	7.2	4	6.3	46	21.3
9	33	7.7	6	3.9	5	7.9	22	10.2
10 完全に幸福（満足）	25	5.8	8	5.3	1	1.6	16	7.4
無回答	91	21.1	53	34.9	13	20.6	25	11.6
平均値	5.88		5.57		4.74		6.35	
標準偏差	2.69		2.69		2.69		2.59	

質問 27. 幸福感：3. 社会的な活動

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	39	9.0	12	7.9	10	15.9	17	7.9
2	14	3.2	6	3.9	2	3.2	6	2.8
3	38	8.8	11	7.2	7	11.1	20	9.3
4	19	4.4	4	2.6	3	4.8	12	5.6
5	65	15.1	25	16.4	9	14.3	31	14.4
6	38	8.8	10	6.6	6	9.5	22	10.2
7	33	7.7	8	5.3	1	1.6	24	11.1
8	37	8.6	8	5.3	2	3.2	27	12.5
9	27	6.3	4	2.6	4	6.3	19	8.8
10 完全に幸福（満足）	25	5.8	7	4.6	1	1.6	17	7.9
無回答	96	22.3	57	37.5	18	28.6	21	9.7
平均値	5.46		5.09		4.38		5.89	
標準偏差	2.69		2.62		2.65		2.64	

質問 27. 幸福感：4. お金、経済状態

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	46	10.7	17	11.2	11	17.5	18	8.3
2	26	6.0	13	8.6	5	7.9	8	3.7
3	33	7.7	7	4.6	7	11.1	19	8.8
4	22	5.1	7	4.6	2	3.2	13	6.0
5	53	12.3	17	11.2	8	12.7	28	13.0
6	48	11.1	11	7.2	6	9.5	31	14.4

7	38	8.8	11	7.2	5	7.9	22	10.2
8	49	11.4	14	9.2	6	9.5	29	13.4
9	27	6.3	3	2.0	-	-	24	11.1
10 完全に幸福（満足）	17	3.9	6	3.9	4	6.3	7	3.2
無回答	72	16.7	46	30.3	9	14.3	17	7.9
平均値	5.32		4.90		4.61		5.73	
標準偏差	2.69		2.76		2.82		2.54	

質問 27. 幸福感：5. コミュニケーション、人づきあい

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	14	3.2	3	2.0	4	6.3	7	3.2
2	23	5.3	10	6.6	5	7.9	8	3.7
3	20	4.6	4	2.6	7	11.1	9	4.2
4	25	5.8	6	3.9	5	7.9	14	6.5
5	54	12.5	22	14.5	10	15.9	22	10.2
6	56	13.0	16	10.5	8	12.7	32	14.8
7	34	7.9	7	4.6	3	4.8	24	11.1
8	53	12.3	12	7.9	5	7.9	36	16.7
9	52	12.1	9	5.9	4	6.3	39	18.1
10 完全に幸福（満足）	17	3.9	11	7.2	-	-	6	2.8
無回答	83	19.3	52	34.2	12	19.0	19	8.8
平均値	6.11		6.01		4.90		6.47	
標準偏差	2.42		2.52		2.33		2.30	

質問 27. 幸福感：6. あなたの感情（気持ち）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	28	6.5	9	5.9	11	17.5	8	3.7
2	14	3.2	7	4.6	1	1.6	6	2.8
3	43	10.0	15	9.9	13	20.6	15	6.9
4	23	5.3	8	5.3	3	4.8	12	5.6
5	58	13.5	15	9.9	12	19.0	31	14.4
6	46	10.7	14	9.2	6	9.5	26	12.0
7	33	7.7	11	7.2	2	3.2	20	9.3
8	58	13.5	11	7.2	2	3.2	45	20.8
9	41	9.5	9	5.9	3	4.8	29	13.4
10 完全に幸福（満足）	13	3.0	5	3.3	2	3.2	6	2.8
無回答	74	17.2	48	31.6	8	12.7	18	8.3
平均値	5.71		5.34		4.31		6.29	
標準偏差	2.53		2.59		2.52		2.31	

質問 27. 幸福感：7. 周りからの感情的な支援

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	26	6.0	8	5.3	6	9.5	12	5.6

2	13	3.0	4	2.6	3	4.8	6	2.8
3	16	3.7	6	3.9	4	6.3	6	2.8
4	20	4.6	4	2.6	6	9.5	10	4.6
5	65	15.1	26	17.1	11	17.5	28	13.0
6	55	12.8	16	10.5	5	7.9	34	15.7
7	39	9.0	14	9.2	3	4.8	22	10.2
8	52	12.1	7	4.6	7	11.1	38	17.6
9	35	8.1	8	5.3	3	4.8	24	11.1
10 完全に幸福（満足）	23	5.3	6	3.9	4	6.3	13	6.0
無回答	87	20.2	53	34.9	11	17.5	23	10.6
平均値	6.01		5.68		5.33		6.37	
標準偏差	2.46		2.39		2.68		2.38	

質問 27. 幸福感：8. 自分の時間が持てること

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	14	3.2	5	3.3	4	6.3	5	2.3
2	10	2.3	6	3.9	3	4.8	1	0.5
3	16	3.7	6	3.9	7	11.1	3	1.4
4	21	4.9	5	3.3	5	7.9	11	5.1
5	57	13.2	20	13.2	8	12.7	29	13.4
6	39	9.0	9	5.9	7	11.1	23	10.6
7	41	9.5	12	7.9	5	7.9	24	11.1
8	56	13.0	10	6.6	6	9.5	40	18.5
9	50	11.6	15	9.9	6	9.5	29	13.4
10 完全に幸福（満足）	53	12.3	14	9.2	2	3.2	37	17.1
無回答	74	17.2	50	32.9	10	15.9	14	6.5
平均値	6.72		6.35		5.47		7.24	
標準偏差	2.47		2.66		2.55		2.20	

質問 27. 幸福感：9. 娯楽や活動

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	18	4.2	6	3.9	5	7.9	7	3.2
2	16	3.7	7	4.6	4	6.3	5	2.3
3	23	5.3	9	5.9	5	7.9	9	4.2
4	22	5.1	7	4.6	2	3.2	13	6.0
5	53	12.3	20	13.2	12	19.0	21	9.7
6	41	9.5	7	4.6	6	9.5	28	13.0
7	37	8.6	8	5.3	6	9.5	23	10.6
8	51	11.8	14	9.2	4	6.3	33	15.3
9	49	11.4	12	7.9	5	7.9	32	14.8
10 完全に幸福（満足）	40	9.3	9	5.9	1	1.6	30	13.9
無回答	81	18.8	53	34.9	13	20.6	15	6.9
平均値	6.36		5.89		5.22		6.88	
標準偏差	2.58		2.68		2.50		2.43	

質問 27. 幸福感：10. あなた自身のからだの健康

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	23	5.3	11	7.2	3	4.8	9	4.2
2	13	3.0	7	4.6	1	1.6	5	2.3
3	30	7.0	9	5.9	8	12.7	13	6.0
4	23	5.3	4	2.6	4	6.3	15	6.9
5	53	12.3	24	15.8	10	15.9	19	8.8
6	50	11.6	13	8.6	7	11.1	30	13.9
7	38	8.8	10	6.6	7	11.1	21	9.7
8	56	13.0	8	5.3	7	11.1	41	19.0
9	46	10.7	9	5.9	5	7.9	32	14.8
10 完全に幸福（満足）	26	6.0	9	5.9	2	3.2	15	6.9
無回答	73	16.9	48	31.6	9	14.3	16	7.4
平均値	6.10		5.49		5.69		6.53	
標準偏差	2.53		2.69		2.36		2.41	

質問 27. 幸福感：11. 家族関係

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	26	6.0	8	5.3	9	14.3	9	4.2
2	12	2.8	4	2.6	3	4.8	5	2.3
3	21	4.9	4	2.6	7	11.1	10	4.6
4	25	5.8	7	4.6	5	7.9	13	6.0
5	51	11.8	16	10.5	9	14.3	26	12.0
6	37	8.6	10	6.6	4	6.3	23	10.6
7	35	8.1	6	3.9	6	9.5	23	10.6
8	54	12.5	14	9.2	6	9.5	34	15.7
9	60	13.9	17	11.2	4	6.3	39	18.1
10 完全に幸福（満足）	36	8.4	16	10.5	1	1.6	19	8.8
無回答	74	17.2	50	32.9	9	14.3	15	6.9
平均値	6.35		6.50		4.83		6.68	
標準偏差	2.65		2.80		2.65		2.44	

質問 27. 幸福感：12. 全体的な幸福感

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	25	5.8	8	5.3	8	12.7	9	4.2
2	14	3.2	4	2.6	5	7.9	5	2.3
3	25	5.8	8	5.3	5	7.9	12	5.6
4	25	5.8	5	3.3	9	14.3	11	5.1
5	58	13.5	21	13.8	8	12.7	29	13.4
6	47	10.9	17	11.2	6	9.5	24	11.1
7	42	9.7	9	5.9	6	9.5	27	12.5
8	60	13.9	14	9.2	4	6.3	42	19.4
9	46	10.7	12	7.9	3	4.8	31	14.4
10 完全に幸福（満足）	22	5.1	8	5.3	1	1.6	13	6.0

無回答	67	15.5	46	30.3	8	12.7	13	6.0
平均値	6.07		5.94		4.65		6.51	
標準偏差	2.51		2.54		2.49		2.35	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	278	64.5	90	59.2	34	54.0	154	71.3
ややあてはまる	88	20.4	26	17.1	18	28.6	44	20.4
あまりあてはまらない	12	2.8	4	2.6	2	3.2	6	2.8
あてはまらない	9	2.1	5	3.3	2	3.2	2	0.9
無回答	44	10.2	27	17.8	7	11.1	10	4.6
加重平均値	1.36		1.39		1.50		1.30	
標準偏差	0.66		0.74		0.74		0.57	

質問 27.問題、対応：2.薬物依存症とはどういうものかわかっている

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	249	57.8	71	46.7	30	47.6	148	68.5
ややあてはまる	114	26.5	43	28.3	21	33.3	50	23.1
あまりあてはまらない	15	3.5	8	5.3	4	6.3	3	1.4
あてはまらない	6	1.4	3	2.0	1	1.6	2	0.9
無回答	47	10.9	27	17.8	7	11.1	13	6.0
加重平均値	1.42		1.54		1.57		1.31	
標準偏差	0.65		0.72		0.71		0.55	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	204	47.3	49	32.2	28	44.4	127	58.8
ややあてはまる	113	26.2	36	23.7	16	25.4	61	28.2
あまりあてはまらない	50	11.6	26	17.1	11	17.5	13	6.0
あてはまらない	18	4.2	13	8.6	2	3.2	3	1.4
無回答	46	10.7	28	18.4	6	9.5	12	5.6
加重平均値	1.69		2.02		1.77		1.47	
標準偏差	0.87		1.02		0.89		0.68	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	236	54.8	58	38.2	24	38.1	154	71.3
ややあてはまる	115	26.7	49	32.2	23	36.5	43	19.9
あまりあてはまらない	26	6.0	17	11.2	7	11.1	2	0.9
あてはまらない	13	3.0	5	3.3	4	6.3	4	1.9
無回答	41	9.5	23	15.1	5	7.9	13	6.0
加重平均値	1.53		1.76		1.84		1.29	
標準偏差	0.76		0.83		0.89		0.59	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	238	55.2	60	39.5	28	44.4	150	69.4
ややあてはまる	103	23.9	34	22.4	19	30.2	50	23.1
あまりあてはまらない	28	6.5	20	13.2	6	9.5	2	0.9
あてはまらない	19	4.4	12	7.9	4	6.3	3	1.4
無回答	43	10.0	26	17.1	6	9.5	11	5.1
加重平均値	1.56		1.87		1.75		1.31	
標準偏差	0.83		1.00		0.91		0.57	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	138	32.0	52	34.2	19	30.2	67	31.0
ややあてはまる	123	28.5	41	27.0	20	31.7	62	28.7
あまりあてはまらない	64	14.8	21	13.8	10	15.9	33	15.3
あてはまらない	58	13.5	11	7.2	9	14.3	38	17.6
無回答	48	11.1	27	17.8	5	7.9	16	7.4
加重平均値	2.11		1.93		2.16		2.21	
標準偏差	1.06		0.97		1.06		1.11	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	255	59.2	68	44.7	32	50.8	155	71.8
ややあてはまる	99	23.0	33	21.7	20	31.7	46	21.3
あまりあてはまらない	21	4.9	14	9.2	4	6.3	3	1.4
あてはまらない	10	2.3	6	3.9	3	4.8	1	0.5
無回答	46	10.7	31	20.4	4	6.3	11	5.1
加重平均値	1.44		1.65		1.63		1.27	
標準偏差	0.72		0.87		0.83		0.51	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	184	42.7	36	23.7	29	46.0	119	55.1
ややあてはまる	90	20.9	23	15.1	19	30.2	48	22.2
あまりあてはまらない	67	15.5	41	27.0	6	9.5	20	9.3
あてはまらない	40	9.3	21	13.8	3	4.8	16	7.4
無回答	50	11.6	31	20.4	6	9.5	13	6.0
加重平均値	1.90		2.39		1.70		1.67	
標準偏差	1.04		1.09		0.87		0.95	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0

あてはまる	260	60.3	59	38.8	36	57.1	165	76.4
ややあてはまる	87	20.2	36	23.7	17	27.0	34	15.7
あまりあてはまらない	22	5.1	14	9.2	5	7.9	3	1.4
あてはまらない	16	3.7	14	9.2	-	-	2	0.9
無回答	46	10.7	29	19.1	5	7.9	12	5.6
加重平均値	1.46		1.86		1.47		1.23	
標準偏差	0.78		1.02		0.65		0.51	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	218	50.6	63	41.4	34	54.0	121	56.0
ややあてはまる	109	25.3	41	27.0	18	28.6	50	23.1
あまりあてはまらない	38	8.8	14	9.2	3	4.8	21	9.7
あてはまらない	23	5.3	7	4.6	4	6.3	12	5.6
無回答	43	10.0	27	17.8	4	6.3	12	5.6
加重平均値	1.65		1.72		1.61		1.63	
標準偏差	0.88		0.88		0.87		0.89	

質問 27.問題、対応：11.今後の薬物問題の改善に希望を持っている

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	212	49.2	76	50.0	30	47.6	106	49.1
ややあてはまる	112	26.0	30	19.7	15	23.8	67	31.0
あまりあてはまらない	49	11.4	14	9.2	9	14.3	26	12.0
あてはまらない	16	3.7	6	3.9	3	4.8	7	3.2
無回答	42	9.7	26	17.1	6	9.5	10	4.6
加重平均値	1.66		1.60		1.74		1.68	
標準偏差	0.85		0.87		0.92		0.82	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	88	20.4	29	19.1	22	34.9	37	17.1
ややあてはまる	148	34.3	45	29.6	18	28.6	85	39.4
あまりあてはまらない	81	18.8	19	12.5	10	15.9	52	24.1
あてはまらない	68	15.8	32	21.1	6	9.5	30	13.9
無回答	46	10.7	27	17.8	7	11.1	12	5.6
加重平均値	2.34		2.43		2.00		2.37	
標準偏差	1.02		1.11		1.01		0.95	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	147	34.1	53	34.9	20	31.7	74	34.3
ややあてはまる	134	31.1	41	27.0	19	30.2	74	34.3
あまりあてはまらない	76	17.6	21	13.8	15	23.8	40	18.5

あてはまらない	29	6.7	11	7.2	2	3.2	16	7.4
無回答	45	10.4	26	17.1	7	11.1	12	5.6
加重平均値	1.97		1.92		1.98		1.99	
標準偏差	0.94		0.97		0.88		0.94	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	72	16.7	29	19.1	9	14.3	34	15.7
ややあてはまる	139	32.3	53	34.9	23	36.5	63	29.2
あまりあてはまらない	111	25.8	33	21.7	21	33.3	57	26.4
あてはまらない	66	15.3	11	7.2	4	6.3	51	23.6
無回答	43	10.0	26	17.1	6	9.5	11	5.1
加重平均値	2.44		2.21		2.35		2.61	
標準偏差	0.98		0.90		0.83		1.04	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	40	9.3	17	11.2	8	12.7	15	6.9
ややあてはまる	91	21.1	38	25.0	16	25.4	37	17.1
あまりあてはまらない	134	31.1	40	26.3	19	30.2	75	34.7
あてはまらない	120	27.8	30	19.7	13	20.6	77	35.6
無回答	46	10.7	27	17.8	7	11.1	12	5.6
加重平均値	2.87		2.66		2.66		3.05	
標準偏差	0.97		0.99		1.00		0.92	

質問 27. コミュニケーションについて : 5. 「当事者」におびえてしまう

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	53	12.3	13	8.6	13	20.6	27	12.5
ややあてはまる	79	18.3	23	15.1	7	11.1	49	22.7
あまりあてはまらない	96	22.3	31	20.4	17	27.0	48	22.2
あてはまらない	158	36.7	59	38.8	19	30.2	80	37.0
無回答	45	10.4	26	17.1	7	11.1	12	5.6
加重平均値	2.93		3.08		2.75		2.89	
標準偏差	1.08		1.03		1.16		1.07	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	95	22.0	41	27.0	26	41.3	28	13.0
ややあてはまる	135	31.3	51	33.6	18	28.6	66	30.6
あまりあてはまらない	97	22.5	20	13.2	7	11.1	70	32.4
あてはまらない	62	14.4	14	9.2	7	11.1	41	19.0
無回答	42	9.7	26	17.1	5	7.9	11	5.1
加重平均値	2.32		2.06		1.91		2.60	

標準偏差 1.01 0.97 1.03 0.96

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	178	41.3	63	41.4	24	38.1	91	42.1
ややあてはまる	141	32.7	44	28.9	22	34.9	75	34.7
あまりあてはまらない	46	10.7	15	9.9	8	12.7	23	10.6
あてはまらない	23	5.3	3	2.0	2	3.2	18	8.3
無回答	43	10.0	27	17.8	7	11.1	9	4.2
加重平均値	1.78		1.66		1.79		1.85	
標準偏差	0.88		0.78		0.82		0.94	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	147	34.1	61	40.1	15	23.8	71	32.9
ややあてはまる	161	37.4	52	34.2	21	33.3	88	40.7
あまりあてはまらない	64	14.8	12	7.9	19	30.2	33	15.3
あてはまらない	20	4.6	4	2.6	3	4.8	13	6.0
無回答	39	9.0	23	15.1	5	7.9	11	5.1
加重平均値	1.89		1.68		2.17		1.94	
標準偏差	0.86		0.77		0.88		0.87	

質問 28-1. 神経過敏に感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
いつも	57	13.2	22	14.5	9	14.3	26	12.0
たいてい	52	12.1	19	12.5	18	28.6	15	6.9
ときどき	93	21.6	32	21.1	12	19.0	49	22.7
少しだけ	106	24.6	25	16.4	9	14.3	72	33.3
全くない	79	18.3	27	17.8	9	14.3	43	19.9
無回答	44	10.2	27	17.8	6	9.5	11	5.1
加重平均値	3.25		3.13		2.84		3.44	
標準偏差	1.32		1.39		1.32		1.26	

質問 28-2. 絶望的だと感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
いつも	35	8.1	11	7.2	7	11.1	17	7.9
たいてい	23	5.3	8	5.3	9	14.3	6	2.8
ときどき	89	20.6	35	23.0	13	20.6	41	19.0
少しだけ	95	22.0	25	16.4	12	19.0	58	26.9
全くない	141	32.7	46	30.3	15	23.8	80	37.0
無回答	48	11.1	27	17.8	7	11.1	14	6.5
加重平均値	3.74		3.70		3.34		3.88	
標準偏差	1.27		1.27		1.37		1.21	

質問 28-3. そわそわ、落ち着きなく感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
いつも	26	6.0	10	6.6	5	7.9	11	5.1
たいてい	29	6.7	9	5.9	9	14.3	11	5.1
ときどき	86	20.0	27	17.8	15	23.8	44	20.4
少しだけ	108	25.1	29	19.1	15	23.8	64	29.6
全くない	131	30.4	49	32.2	12	19.0	70	32.4
無回答	51	11.8	28	18.4	7	11.1	16	7.4
加重平均値	3.76		3.79		3.36		3.86	
標準偏差	1.20		1.26		1.24		1.13	

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
いつも	30	7.0	10	6.6	8	12.7	12	5.6
たいてい	41	9.5	15	9.9	12	19.0	14	6.5
ときどき	93	21.6	32	21.1	13	20.6	48	22.2
少しだけ	110	25.5	30	19.7	17	27.0	63	29.2
全くない	113	26.2	38	25.0	9	14.3	66	30.6
無回答	44	10.2	27	17.8	4	6.3	13	6.0
加重平均値	3.61		3.57		3.12		3.77	
標準偏差	1.23		1.26		1.29		1.15	

質問 28-5. 何をするのも骨折りだと感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
いつも	22	5.1	7	4.6	5	7.9	10	4.6
たいてい	31	7.2	10	6.6	7	11.1	14	6.5
ときどき	87	20.2	32	21.1	14	22.2	41	19.0
少しだけ	108	25.1	34	22.4	15	23.8	59	27.3
全くない	134	31.1	42	27.6	14	22.2	78	36.1
無回答	49	11.4	27	17.8	8	12.7	14	6.5
加重平均値	3.79		3.75		3.47		3.90	
標準偏差	1.17		1.17		1.26		1.14	

質問 28-6. 自分は価値のない人間だと感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
いつも	14	3.2	4	2.6	4	6.3	6	2.8
たいてい	21	4.9	4	2.6	8	12.7	9	4.2
ときどき	62	14.4	24	15.8	8	12.7	30	13.9
少しだけ	97	22.5	28	18.4	16	25.4	53	24.5
全くない	190	44.1	64	42.1	21	33.3	105	48.6
無回答	47	10.9	28	18.4	6	9.5	13	6.0
加重平均値	4.11		4.16		3.74		4.19	

標準偏差 1.09 1.05 1.29 1.04

質問 29-1.薬物による身体の問題

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	138	32.0	33	21.7	30	47.6	75	34.7
過去のみ	169	39.2	56	36.8	18	28.6	95	44.0
なかった	72	16.7	33	21.7	8	12.7	31	14.4
無回答	52	12.1	30	19.7	7	11.1	15	6.9

質問 29-2.幻覚妄想状態

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	51	11.8	7	4.6	12	19.0	32	14.8
過去のみ	208	48.3	62	40.8	31	49.2	115	53.2
なかった	115	26.7	44	28.9	13	20.6	58	26.9
無回答	57	13.2	39	25.7	7	11.1	11	5.1

質問 29-3.うつ状態

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	74	17.2	9	5.9	21	33.3	44	20.4
過去のみ	170	39.4	59	38.8	22	34.9	89	41.2
なかった	128	29.7	49	32.2	13	20.6	66	30.6
無回答	59	13.7	35	23.0	7	11.1	17	7.9

質問 29-4.自傷行為・自殺未遂

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	16	3.7	3	2.0	4	6.3	9	4.2
過去のみ	111	25.8	20	13.2	18	28.6	73	33.8
なかった	244	56.6	93	61.2	33	52.4	118	54.6
無回答	60	13.9	36	23.7	8	12.7	16	7.4

質問 29-5.犯罪（薬物関連）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	62	14.4	28	18.4	13	20.6	21	9.7
過去のみ	174	40.4	61	40.1	20	31.7	93	43.1
なかった	145	33.6	34	22.4	24	38.1	87	40.3
無回答	50	11.6	29	19.1	6	9.5	15	6.9

質問 29-6.犯罪（薬物関連犯罪以外）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	28	6.5	11	7.2	8	12.7	9	4.2
過去のみ	125	29.0	40	26.3	16	25.4	69	31.9

なかった	223	51.7	68	44.7	33	52.4	122	56.5
無回答	55	12.8	33	21.7	6	9.5	16	7.4

質問 29-7. 飲酒運転

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	2	0.5	-	-	1	1.6	1	0.5
過去のみ	78	18.1	18	11.8	9	14.3	51	23.6
なかった	295	68.4	102	67.1	45	71.4	148	68.5
無回答	56	13.0	32	21.1	8	12.7	16	7.4

質問 29-8. パートナー・親への暴力

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	6	1.4	2	1.3	2	3.2	2	0.9
過去のみ	142	32.9	37	24.3	20	31.7	85	39.4
なかった	235	54.5	84	55.3	34	54.0	117	54.2
無回答	48	11.1	29	19.1	7	11.1	12	5.6

質問 29-9. 子への暴力・不適切な養育

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	1	0.2	1	0.7	-	-	-	-
過去のみ	55	12.8	20	13.2	6	9.5	29	13.4
なかった	300	69.6	93	61.2	46	73.0	161	74.5
無回答	75	17.4	38	25.0	11	17.5	26	12.0

質問 29-10. 異性関係の問題

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	21	4.9	5	3.3	3	4.8	13	6.0
過去のみ	181	42.0	60	39.5	26	41.3	95	44.0
なかった	173	40.1	53	34.9	29	46.0	91	42.1
無回答	56	13.0	34	22.4	5	7.9	17	7.9

質問 29-11. 脅しや言葉の暴力

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	34	7.9	3	2.0	8	12.7	23	10.6
過去のみ	197	45.7	62	40.8	26	41.3	109	50.5
なかった	150	34.8	55	36.2	24	38.1	71	32.9
無回答	50	11.6	32	21.1	5	7.9	13	6.0

質問 29-12. ギャンブル問題

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0

現在ある	9	2.1	4	2.6	2	3.2	3	1.4
過去のみ	74	17.2	29	19.1	7	11.1	38	17.6
なかった	299	69.4	88	57.9	48	76.2	163	75.5
無回答	49	11.4	31	20.4	6	9.5	12	5.6

質問 29-13. 薬物問題による就労困難

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	85	19.7	9	5.9	20	31.7	56	25.9
過去のみ	194	45.0	65	42.8	22	34.9	107	49.5
なかった	98	22.7	44	28.9	14	22.2	40	18.5
無回答	54	12.5	34	22.4	7	11.1	13	6.0

質問 29-14. 家庭不和・別居・離婚

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	63	14.6	17	11.2	14	22.2	32	14.8
過去のみ	167	38.7	55	36.2	20	31.7	92	42.6
なかった	141	32.7	48	31.6	22	34.9	71	32.9
無回答	60	13.9	32	21.1	7	11.1	21	9.7

質問 29-15. 経済的困難（浪費、借金）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	97	22.5	22	14.5	23	36.5	52	24.1
過去のみ	214	49.7	74	48.7	28	44.4	112	51.9
なかった	76	17.6	26	17.1	8	12.7	42	19.4
無回答	44	10.2	30	19.7	4	6.3	10	4.6

質問 29-16. 暴力・虐待の被害体験

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	11	2.6	2	1.3	4	6.3	5	2.3
過去のみ	115	26.7	30	19.7	17	27.0	68	31.5
なかった	246	57.1	85	55.9	36	57.1	125	57.9
無回答	59	13.7	35	23.0	6	9.5	18	8.3

## アルコール家族からのコメント（自由記載）

Comment
現在、当事者は医療機関に入院中で、アルコール依存症について、学んでいますが、今後、退院してからの生活がとても不安です。
保健所の窓口でもアルコールの専門的な方が在中している様な状況で、すぐに対応出来る様であって欲しい（出来れば24時間対応）。テレビのコマーシャルでもアルコールの飲酒のコマーシャルだけでなく、断酒のコマーシャルして欲しい（禁酒外来の様な）。
結婚して14年目、やっと去年、主人が病院につながり、依存症と診断されました。もう、ずっと前からお酒が入ると暴言、暴力になっていた。この8年間は、つらかったけど、お酒アルコールがどこでも24時間購入でき、会社みんなが、飲むことが当たり前、酔っぱらって、当たり前の世の中で、あばれるのを、押さえられない嫁が悪い、帰りたい家をつくるのは嫁の役割だと、まわりに言われつづけたこと。こんなに当たり前に、24時間、安い価格で、お酒を売っている、日本は、どうかと思う。主人はオーストラリア人で、日本に住んでいる外国人の方にも、たくさんアルコール問題があるのに、外国人の方が相談にいける場所がない。英語対応の方がいない。病院や断酒会は古いスタイルすぎて入りづらい。病院ももっと優しい感じの、新しいスタイル、もっとプライバシーを考えてほしい。日本がこんなに無責任にアルコールを売っているのなら、日本(国)がもっと、医療機関やリハビリセンターを改善すべき。もう「アル中」というイメージを、国から、変えていくべきだと思う。先進国で、こんなに遅れていることを、もっと考えるべきだ。家族も若い世代は、働く、子育てで、時間もない、お金もない、なかなか家族会に参加できないことを改善すべきだ。
医者などがアルコールに対する状況をしっかり認識してほしい。良くなったらすぐ飲みたい人に一本ぐらいならいいでしょうと答える。本人はすぐ真に受け飲み出した。一滴もダメと認識してほしい。
まだまだ、アルコール依存症の認知度は低いと思うので、医療機関、自助グループ、メディア等、ネットワークを拡げて、とても身近な病気なんだという事を知ってもらいたい。相談につながっている人は、ほんの一握りで、悩んでいる方は、数倍いると思う。少しでも助けられる人が増えたら良いです。
入院させたくても、お金がない時、困る。
入院を経ても、まだ当事者を疑ってしまう。アルコール依存症は病気だということは分かっている。しかし、病気なら許されるのか。家族に対しての救済があまりにも少なすぎる。依存患者だけでなく、家族の精神的フォローも必要だ。
個人で止める方法が知りたい。
就職がなかなか決まらない。病院・断酒会につながっても、完全断酒できない。断酒会へ本人が何かと理由をつけて、出席しない。
主人は、断酒して、29年になりますが、止めてから、子供にいろいろな問題が出て来ました。子供が小学1年生(女)、小学5年生、中学1年生の時に断酒して、1度の失敗もありませんでしたが、女の子は、中学位から、体の不調が出はじめ、今でもまだまだ残っています。私は、断酒会でいろいろ話せますが、子供はA.Cとして生きにくい人生を過ごしています。断酒会は家族として、29年間、通っています。
まずは、アルコール依存症という病気を、世間に正しく知ってもらいたい。その上で、社会復帰ができると思う。自助グループの家族会、病院での家族会はとても心安らく時間で参加するたび、自分が疲れていることに気が付かされ、肩の力を抜こうと意識できる場です。きっと、ここにさえ参加できない人達を、誘い出し、一緒に話をすることで、もっともっと、アルコール依存症を深く知る事ができると考えます。何か、いい方法はないかと思います。
アルコール依存症の専門医が少ない。退院後マックを利用したいが、宿泊できる所が少ない。家族内でトラブルが生じると、近所の目を気にしてしまう。
精神保健センターにはうつのカウンセリングに通っていたので、いろいろなパンフレットがあり、情報を得た。アルコールだけでなく、依存的な性格を持っているので重い。
現在は、やめているので、このまま断酒会の人達と、断酒してほしい。
テレビでの酒のコマーシャルの多い事。就業の事、結婚の事

<p>アルコールを止めても、別の問題(アルコールと一緒にパチンコ、競馬、競艇)が続いており、本人が家族に対して、迷惑かけたり、つらい思いをさせ、金銭的にも、生活苦にさせていたことの反省がない。心の問題、ケアが足りない、アルコール止めたんだから、と大きな顔してられるのが、一番こたえる。酔っている時には、酒のせいと諦めたが、飲まないでいて、言葉も行動も前のままだと、止めた意味がないと思う。専門医療では、意図的に反省の場もあるようだ、本人の性格が自分本位の人だからかと思う。また幼少期から甘やかされて育ったせいか、本人も家族も心のケアが出来る所がたくさん出来たら良いと思う。</p>
<p>世の中にアルコール依存症は病気だという事を、正確に伝えて欲しい。</p>
<p>今年4月に肝不全で緊急入院し、当事者の意志で断酒会に入会させて頂いて、2ヵ月もたたないうちに、隠れてお酒を飲んでいたのでしょ。また、皮下出血が続き、腹水がまた、たまり始め、脱腸にもなり、歩く事もままならない状態に戻ってしまいました。ここまで、身体を痛めつけなければ、断酒できないのかと、情けない気持ちでいっぱいです。長年かけて飲酒し、依存症になってしまったのだから、断酒会に入会したからといって、すぐにお酒を止められる訳がないと自分の甘さを痛感しています。今は、寝たり起きたりの状態で、断酒会にも出席できていません。むろん、具合が悪いので、お酒もタバコも飲む気にはならない様です。少し、状態が良くなれば、また飲酒したくなるのではと、私の気持ちは晴れることは無いのだと思います。でも、とにかく、夫に1日でも長く生きてほしいと願っています。</p>
<p>本人が一番苦しいのではないかと聞いた事がありますが、家族やパートナーは、どれだけ我慢して生活しているかを、考えると何とか平和に暮らしたいと思います。酒が大量に体に入ること、気が大きくなり、皆を巻き込んで、周りの意見など聞かない様になるのが一番大変です。DVに発展し、問題が大きくなり、自律神経や運動機能までも失うことなどもありえます。例え、そうなったとしても、本人は「(俺)には、何も関係ない」と言うでしょう。...それが現状です。</p>
<p>定年後、70、80...と働ける場所があると、良いと思います。簡単な仕事、ボランティア等でもOK。</p>
<p>現在は入院中であるが、退院した時(以降)の経済的困難。今後の生活の目途がたたない。預貯金なし、酒に又、手を出すのではないかと不安。当事者に家族・兄弟が巻き込まれるのはとても迷惑。</p>
<p>CRAFTを全く知らなかったので、広報の拡大に期待して、飲酒で悩んでいる家族の身近な存在になってほしいと思います。</p>
<p>3年前、当事者が「幻覚」を見たとの事で、心療内科に通院しましたが、本当の原因は、アルコール依存症であったと、今なら分かります。診療分野が違って、可能性としてアドバイスが受けられていれば、今回のような、身体への悪影響までは、いかなかったと考えます。身体への悪影響による救急診療でも同じでした。医療機関の相互交流がもっと必要と感じました。依存症の判断基準等もっと人目に触れる事が出来れば、私自身でも、気がついたと思います。もっと、広報活動が出来ないかと感じています。救急搬送後、自宅に連れて帰り、途方に暮れていた時、義兄の知人の薬剤師さんと、お話しが出来なければ、もっと遅れていたと思います。</p>
<p>我が家では、入院中は落ち着かない毎日でした。(どうして入院しているのか、理解できず、私は依存症でないと言い続けます(不認))。でも毎週(1回)断酒会には参加しています。今後、ずっと酒に手をつけないで生活が出来るのかな...と不安に思います。断酒会の方やお友達に助けてもらいながら、家族も主人に協力していきたいと思っています。</p>
<p>早い時期に受診の為に、早期治療が行う事が出来、回復が早かったと考えています。早期発見、早期治療が大切に思います。</p>
<p>本人がアルコール依存症を自覚はしているが、これから先、アルコールを飲酒しないでいけるかが常に心配である。</p>
<p>家族の対応が、本人の個性があり、一定にできない。時々、対応方法の勉強会がほしい。DVD等でもよい。一般的に出回ってほしい。</p>
<p>当事者は断酒を頑張って続けようと努力しているが、いたる所でアルコールが目につき、(TVのCMでも、おいしそうに飲む姿が...)そのような刺激で、飲酒してしまうのではないかと心配している。世間の多くの人々のアルコール依存症への偏見があるが、病気なんだという事を知ってもらいたい。テレビの健康番組でも取り上げてほしいと思う。アルコールの問題を家族としても勉強して理解してあげたいと思うので、気軽に出て学べる場があるとよいと思う。</p>
<p>私は経済力があるけど、元夫は無職で経済力がないので、今後が不安です。子供達に迷惑がかからない様に私が支援をしています。できる事なら支援を止めたいです。</p>

<p>急に一人暮らしの私の所へガイコツみたいな二男が帰って来ました。離職と離婚をかかえて、精神科病院に3ヵ月アルコール依存症で入院。とても有り難い事でした。今は退院して、家から週三日この病院のデイケアに通っていて、三月までは行けます。他の日はハローワーク、会社紹介のリクルート、市立体育館で体力作り。私はマイペースで美味しい食事を作るだけ。病院の家族会に参加し、クラフトを学び、心が元気になっています。何事も天の理と思い、楽しい事を探して生きて行こうと思っています。又、元に戻ったら病院に連れて行くつもりです。</p>
<p>「アルコール依存症 = 精神科」とは、知らなければ結びつきません。わかるようにして頂きたいです。どのような症状が出たら、アルコール依存症なのか。このままの状態を続けていたら、どうなるか...などのポスターを、あらゆる所に貼って頂いて、周知して頂けたら有り難いです。その場合は何科に行けばよいのか(何科を受診すればよいのか)・断酒会の大切さは十分に分かっておりますが、家族まで参加しなければならないことが、ストレスになっています。毎週1回に加えて、家族会や年行事等、私の支部は人数が少ないので、参加せざるを得ません。当事者のことは、もちろん大事です。でも私にも自分の人生があります。自分の事を犠牲にしてまで、断酒会に家族が参加しなければならないものなのでしょうか？このことが、今、一番のストレスになっています。アルコール依存が回復された方でも、まだ働き盛りの年齢で、社会復帰できない人が多すぎます。簡単に生活保護を出すのは良くないと思います。</p>
<p>断酒会等に参加して思うのは、年齢が高い人が多くて、私の息子(28才)のようなケースが少なく、同じ年令の方々との交流の機会が増えるといいなと思います。特に、息子は未婚で将来を考える時に、話をする仲間がいるといいのに、と感じます。リタイヤされた高齢の方々は、断酒することが大きな目標になりますが、まだ家庭を持ち、仕事をしたい、等を考えるとむずかしいと言っています。「行かなきゃ、いけないの？」という疑問を、感じるようです。断酒会につながる事の大切さは、理解できるようですが...</p>
<p>当事者が現在収入がない事や、将来、仕事に就くことが出来るかと、とても不安に思っています。家族としては、元気になれば大丈夫と、声をかけていますが、何と返答をして良いか、戸惑うことが多々あります。又、親亡き後の事を当事者も不安に思っていますが、親もとても不安です。</p>
<p>夫が診断されてから、4年程になります。今年に入り、やっと断酒会につながりました。現在、完全断酒5ヵ月くらいです。断酒会に週一回参加するようになってから、家族との関係が良くなりました。今、困っていることは、酒のテレビコマーシャルや飲酒シーンです。自粛規制がかかり、おいしそうに飲酒するシーンなど、なくなり以前程ではないですが、今でもCMが流れると本人も家族も嫌な気分になり、酒害体験がよみがえります。タバコのようにお酒のCMもなくなってほしいです。</p>
<p>アルコール問題について、気軽に相談できる場所が身近にあれば良いと思います。</p>
<p>当事者が義理の父で(同居)いろいろ言いづらいこともある。もっとたくさんアルコール依存症の専門機関があればと思う。</p>
<p>一般の内科診療で肝硬変の治療をしてきましたが、先生にお酒がやめられない様子を話していても、アルコール依存症の話は出来ず、どうしたら良いか困りました。こちらから専門の病院を紹介してもらい入院する事が出来ました。入院してから家族会や断酒会に出席して、とても心が安らぎました。本人も今、断酒が出来て前向きに頑張っています。もっと早く、一般内科医からのアドバイスがほしかったです。</p>
<p>いつまでも、見守りたい</p>
<p>分かりません</p>
<p>もっと病院を増やしてほしい。出来れば当人が二度とお酒を飲めないようにもっと強く指導してほしい。当人の人権ばかりでなく、家族の人権も考えてほしい。</p>
<p>断酒会への家族同伴の参加推進。本人と家族と、それぞれが自分を語り合う場、それを、第3者として聞くという習慣を持つ。依存症からの回復に欠かせない場だと思えます。断酒会は、素晴らしい場です。</p>
<p>アルコール依存になってしまうことによって、万引きを2回してしまい、裁判費用がかかり、生活を圧迫しています。本人は少し認知症のような症状がでてきて困っていますが、長期治療をしてもらえるところが近くにないので、困っています。</p>
<p>退職後、やる事が無い。ジムとか趣味に出かけるが、その時に飲んでしまう。行くことができる施設がほしい。</p>

<p>H25.3月に当事者が飲酒によって、私の目から見て、「こわれてしまった」と感じた時。精神科から、アルコール専門クリニック、精神保健福祉センターと次々と電話にて相談させてもらった。結果、その時の私の結論は、「お酒が当事者より抜けないと、病院に連れて行ってはいけないのだ、今、酔っている状態にて、困っているのに、酔った人間はダメなんだ。」だった。今思えば、私だけでも、保健センターかどこかにつながればよかったのだが、それができなかった(理由はいろいろ)。タバコは害であるという事は普通に口に出れても、酒は害であるという事はなかなか口に出れない。酒に関する広告を見ると腹もたつ。世間からも、やさしくされない病気だと感じている。</p>
<p>もう少し、妹弟同士でこれからのことを話し合いたいと思っています。私1人ではできないこともたくさんあるから。</p>
<p>九月に死去いたしました。6年程前に完全にやめていて、穏やかな晩年でした。</p>
<p>言葉にできない。一言では言えない。</p>
<p>これまで、どこにどう相談に行ったらいいか、むしろ、お酒をたくさん飲んだら、どうなるか、全く知らなかった。アル中という言葉とイメージはあっても、正しくなかった。身近に相談できる場所があるとうれしい。通院は困る。本人は運転できず、また病院まで遠くて、交通機関もない。断酒会参加も同様。治療に理解のない医師や病院がある。</p>
<p>仕事も失った当事者を金銭的に支える事業所。家庭との適度の距離を保つデイケアのような施設。ペースメーカーのような体内埋め込み型抗酒剤</p>
<p>アルコールの問題がある為に、当事者との関係が必要以上に深くなり、自分らしく生活できない。今までのアルコールの出来事が強く頭に残っている為、気付かなかった事まで、必要以上に悪く思ってしまう。</p>
<p>交際して6年になります。彼は娘と同居、私は息子と同居なので、見えない所もあり、この形で月日が経つのが不安です。一緒に住めば食事も生活も今ほどは生活費がかからずやっていたらいいが、私だけの給料ではやっていけないし、でも一緒に住むと保護費がもらえなくなる。断酒会でも家族に当たるが、籍も入っていないし、家族でもない中途半端な所にいると自分を責めてしまう。入院時、ワーカーも家族扱いしてくれたが、通い始めたクリニックでは他人扱いで、相談や聞きたい事があれば、私が受診して下さいと言われたクリニックには不満だが、本人は機嫌良く通っているの、唯一の自分達の支部や知り合った断酒会の方、以前入院していた時のケースワーカーに相談する。もっと早く知っていたならと思う事が多いです。</p>
<p>当事者がアルコール依存症に真っ向から立ち向かうという気持ちがない限り、とても難しい問題であると思います。家族としては、早く病気を治してほしいと願っています。もとの子供になって欲しいと思います。</p>
<p>退院したてで、断酒会や、AAに通ってほしいと思っても、本人は気がすすまないようだし、入院中に色々勉強してわかっているだろうに、やはり少しくらいならと隠れて飲んでいるのかと思うと、今のままでは治らないかと思えます。というか治らない一生の問題だから、相手を信じるにしても、もう振りまわされるのは嫌だし、最後は自分の問題だと言われると、家族の対応は無視だろうけど、それを先生に話すのか？話せないのかで、本人ともめる。でも、又今度の診察までにおかしかったら、話そうと思います。仕事の復帰が難しいのかもしれないですが、仕事に出たらすぐ悪い結果を出しそうです。何のために入院したのか、わかりません。</p>
<p>自分の回りにアルコール依存症の人が、いませんでしたので、どのように対応していいかわかりませんでした。また退院してからの接し方も少し心配です。</p>
<p>24時間いつでもどこでも酒が手に入る現状を規制してもらいたい。私はまわりにアルコール問題を起こす人を見ないで育ち、アルコール問題に対して無知だった。タバコの害と同様にアルコールの害にも早いうちから教育してもらいたい。日本はあまりにも酒に対して寛容で、頼みもしないのに食前酒が出てきたりして、断酒の努力を無にするような場面が頻繁にある。もっと世の中に害をアピールして、酒の強要などしないのを常識にしてほしい。テレビのCMも人気タレントを使ったビールのコマーシャルが多すぎです。四六時中流すのはやめてほしいです。酒をなくしてほしいです。</p>

アルコール依存症が病気であると理解するまで家族は辛かったです。病気とわかれば家族も当事者の接し方や言葉かけなど自助グループ等で勉強していけば、希望が持てると感じることができています。本人が自助グループにつながるまで、どうしたら良いか毎日悩んでいます。本人は自助グループに行かなくて良い、自分だけは大丈夫、1人でも断酒できると考え、再飲酒してしまいます。底付き体験が大事と言われますが、いつなのか、どんな時なのか、断酒会のみなさんに相談しながら、見守っていこうと思っています。アルコール依存症は専門病院で入院して、アルコールを身体から抜いて、身体を健康にして、自助グループを継続して、みんなの体験を聞いたり、自分のいままでの行動を話したりして、心も健康になるとと思っています。当事者だけでなく、家族も健康になれると信じて、断酒会に参加しています。

世間一般では、アルコール依存症についての理解がされていないので、公報、マスコミで知らしめて、頂きたい存じます。NHKでも何度か放送されましたが、回数が少ないと思っています。兄弟でも理解されていませんでした。節酒でOKと…。よろしく願い致します。

精神科の方へかかるようになり始めの頃は、人や親戚の方などに話す事が恥ずかしくなったりして、言えなかったのですが、今は正直に話した方が自分も当事者も良い方に行くように感じています。

息子のお酒の飲み方がおかしいと感じてから、今年で9年目を迎えました。山型サイクル飲酒から、連続飲酒になるまでに、そう時間はかかりませんでした。その間、5回も入退院をくり返しましたが、現在もすっきり、断酒できていません。仕事も社会的信用も失いました。最近、派遣の仕事を始めましたが、再飲酒するので、飲酒すると、5~6日休んでしまい、仕事が長続きしません。酒害者家族は、精神的にも身体的にも、経済的にも、つらく地獄のような日々です。日本はお酒に対して、寛大なように思います。薬物を、含めての教育を、学校でもやってほしいと思います。又、お酒のコマーシャルも多すぎます。全くなくすることはできませんが、お酒の害も伝えてほしいと思います。私の地では、お酒(依存症)専門の病院は、2つ位しかありません。他の科の先生にも依存症について、知っていただきたいと思ひますし、専門病院との連携がスムーズに行くようになれば良いと思ひます。酒害者家族にとっては、24時間お酒が買える環境(コンビニ)は、つらいです。又、入院についても家族が困り果てているのに、任意入院(本人の意志)ではないと、できません。又、困り果てて、病院に相談の電話をかけると「酔いが覚めてから、来て下さい」と言われます。家族は、すがりたい気持ちでいますが、今日まで、断酒会の方、保健センター、医療機関に大変、お世話になり、助けていただいております。1人だったら、とっくに、つぶれていると思ひます。まとまりのない文章で申し訳ありません。

本人は働こうと思ひていても、会社や面接をしてくださる方達が長い目で見てくれると良いのになあと思ひ事があります。断酒会に入っていると少しでもわかると仕事を又は面接さえしてもらえない事もあるから。

入院して4年になっています。精神病院。常に怒っている状態からは親を思う優しい気持ちが表れていますが、アルコールのつけが頭に来て、もの忘れとか仲間を作れない状態ですが、入院でお酒も止まっているので、穏やかになっています。断酒例会に出席して気持ちが癒されています。

夫がアルコール依存症であり、3ヵ月入院、10月に退院しました。本人はこれまでと同じ職場に就きたいと希望していますが、なかなか難しいのが現実です。家族は違う仕事内容でも良いのではと思ひているのですが、仕事復帰に向けての支援があればいいなあと思ひます(私達家族が知らないだけかもしれませんが...)。また、アルコール依存症の夫が、受けられる支援は、どのようなものがあるのか、わかることができれば、生活の支えになるのではと思ひます。

本人が働きたくても体力的にも精神的にも一般の人のように働けない。入社しても続かない。親(女親)が高齢の為、仕事をやめたら、彼を養う事が出来ない。早く自活してほしい。これから先の事を考えると心配です。

いま入院中なのですが、認知症もあり、アルコール依存症を治すにも、言われた事をすぐ忘れてしまい、治療になっているのか？3ヵ月程度で退院との事ですが、家に帰って、又、暴力などがあるのかと思うと、いたたまれない。91才の母の面倒を見なければならぬので、私自身の体力も不安になる。

突然、家族の1人がアル中になり、途方にくれ、このまま、治らないのであれば、家族がダメになってしまう。病気なんだと言われても、最初は信じられず、ただの飲んだくれと思ひ、責めました。泣きました。やっと、病院のお世話になり、本当に病気なんだと言う事が受け止められるようになりました。何年かかっても、断酒できるように、見守っていくしかないと思っています。家族会に参加させていただいておりますが、もっと腹から、苦しい事、こんな時、こうすれば等々、もっと打ち解けて話せればなあと思ひます。

<p>アルコール依存症は病気であるという事を理解出来なかった。又、近所や知り合いにわかる事が、とてもいやでした。3年位前には私の方がうつ状態になってしまい、死をいつも考えてしまう事が多々ありました。とても苦しかったです。2年前から、断酒会に出席して、皆さんに話を聞いてもらったり、励まして頂いて、2人で立ち直る事が出来ました。これから先、ずっと続く事を願っています。</p>
<p>本人が苦しいのはもちろんですが、家族にとっても大変な問題です。相談、受診できる場が増えますように、本人・家族が自死、うつにならない様、手助けしてくれる公的機関が周知されますように。</p>
<p>義父が酒の為、亡くなり、主人も着実に後を追っています。今後年齢を重ねて、どういう風になるのか、とても心配ですが、回りの方の力を借りて、笑顔で生活したいと思っています。</p>
<p>回復につながる支援をお願いします。</p>
<p>アルコールで救急病院へ行った時3回ほど、医師は相談しても何も言ってくれませんでした。2年ほどの間、最後に救急車で入院した病院の医師が、アルコール依存症専門医療を紹介されました(こちらが何も話さなかったにもかかわらず)。もう少し、一般病院の医師もアルコール依存症に対して、病気であるという事を相談にのり、治療へとつなげていただきたいと思います。そうすれば本人も家族も病気だと気付いて、気持ちの持ち方も変わると思っています。一般病院のスタッフの方々の対応が大きいいと思います。</p>
<p>心的問題から逃げるため、アルコール飲酒に走っていると思う。現在、退院後、通院を行って、カウンセリングも行っているが、なかなか改善が見られない。私は心の問題が解決しないと、アルコールに逃げる事を本人自身が止めることが出来ないのではないかと考えている。</p>
<p>アルコール依存症という病気がどのような病気なのかが、世間一般に知られていない為、お酒は百薬の長と言われる半面、飲み方を間違えるととても恐ろしい飲み物であるという事を子供の頃から教育して欲しい。コンビニやスーパーなどで手軽に買えない様にして欲しい。お酒のCMをテレビであまり流さないで欲しい。アルコール依存症で、頑張っで断酒している人の就労支援を充実して欲しい。</p>
<p>息子が依存症になり、10年以上になり、自助グループ、入院・退院を繰り返し、現在は医療機関から将来、自立に向け、リハビリ施設に入っていますが、心配は多々あります。医療機関のアドバイスで、私(親)は自分の生活を楽しむ事を一番に考えています。</p>
<p>本人はもちろん、身近な肉親の理解がそれぞれ時々で違い、一般医療関係に他の病気にかかった時でも専門外。ということを経験してアルコール依存に対する理解と接し方を考えてほしいと思います。当事者は病気を治したいと思って苦しんでいるが、原因がアルコール依存にあるとは理解する方向にエネルギーを使えないのも大きな要因だと思います。</p>
<p>父は無関心(自分の仕事と自分の老いで精一杯、85才)。アメリカの主人は深刻さはわかっているが、助けるより、弟に対して、批判的。母は一昨年死亡。弟のパートナー(結婚もしていないので)は心配してくれているが、遠距離在住なので、あまり頼れない。家族の中で私一人が何とかしようと考えているようで、心もとなく感じることがある。弟の友人は、依存と知っていても、あまり積極的に干渉してくれない。簡単にお酒が買ってしまうのが問題。マイナンバーで問題のある人は、お酒を買えないようにしてほしい。もっと大きく宣伝して、アルコール依存の深刻さについて、広告してほしい。中学などの保健の教科書に取り上げ、道徳の時間にも話してほしい。</p>
<p>一緒に断酒会で活動していきます。</p>
<p>「病院に行って相談をする。」ということが思いつけなかった。恐らく社会的な認知も低いのではないかとと思われる。家族が頑張るだけでは、お互いに不幸になるだけなので、医療機関へ気軽に相談できるよう告知を広めて欲しいです。</p>
<p>家庭を壊してしまう。それが本人には、わからなくなるほど、飲酒してしまうので、困る。</p>
<p>メディアで、もっとアルコール問題を取り上げて、広めてほしいと思いました。毎日、テレビでビールや缶チューハイのCMを見ると、なんでタバコより家族や、まわりの人たちに迷惑をたくさんかけているのに、話題にならないのか。アルコール問題は精神的な病気が重くて、就労困難が続くと、家族が大変です。もう少し行政の支援を充実させて欲しいと思いました。</p>
<p>お酒が入ると考え方が変わって、言葉も荒々しくなって、話をするのも嫌になる事。飲まない時は普通ですが？</p>
<p>夫は1年前に専門(アルコール)の病院に繋がり入院して、現在退院して1年になります。入院中に私が(夫は入会してません)断酒会に入会して、1年になります。正直、飲んでいいのか？わからないのです。夫は本音を語る事が少なく、ほとんど隠れて飲んでる事が多い状態だったので...よくわかりませんが依存症である事は、この1年間で認め、外来には週1回通院しています。私の希望としては、自助グループに繋がってほしいと思っています。長期を覚悟して見守っていきたくて考えております。</p>

入院先のプログラムによって、夫は救われました。職場の協力もあったからです。早期治療が本当に大切。悪くなる前に治療を受けられるよう、社会全体でカバーしていくべきだと思いました。私は兄を依存症で亡くしましたが、悪くなりきってからでは救えません。どうかよろしくお願いします。
もう少し行政機関の方が、アルコールが身体に及ぼす悪いことを、広く教えて欲しい。
救急診療科の医師がアルコール依存症者に対する知識を持ってほしい。そして、積極的にアルコール専門病院につなげてほしい。特にK病院は、全くひどい。断酒会すら否定された。アルコール依存症の理解を深める為、関連のテレビ番組で取り上げてもらいたい。
過度のアルコール商品のテレビ・新聞でのコマーシャルには敏感になってしまう。
数年前から振りまわされていて、離婚を考えています。アルコールは、うつなども悪化させて自殺ばかり考えている人と一緒にいるのに疲れました。そんな私の支えになってくれたのが、「アルコール患者を持つ家族の為の家族会」でした。そのようなものが、あるとは当事者が入院して、その病院ではじめて知ったので、もっとこういう周りの家族をサポートしてくれるものが、あるということを知りたかったです。
断酒会に入会して、まだ日が浅いので良く分かりませんが、娘が断酒会に入会して、毎日が楽しいと言ってくれました。あちこちの断酒会めぐりをしているみたいです。もっと早く入会すれば良かったと思いました。今後ともよろしくお願い致します。最後にあまりわからないところがありましたので、ごめんなさい。
自分の仕事と当事者への対応への両立、アルコール依存で退院後の本人の健康回復(継酒会と医療機関をこのまま継続してほしい)
長い間、当事者の飲酒に悩まされてきた家族に、これが「病気のせい」ということを感情的に理解することは、難しい。治療の手助けなど、できる気持ちにはならない。
私は断酒会に通うことで救われました。もっと、学習会、勉強会に参加したいのですが、経済的に困難です。私だけ置いていかれるのではないかと、見えない不安でいっぱいになります。もう少し、お金がかからなければいいなと思います。
アルコールのコマーシャルが多すぎると思います。アルコールが毒になる人もいるということをアピールする事も大切だと思います。断酒会の力が大きいという事を実感しています。現在夫婦で人生勉強を、させて頂いています。家族としても、自らの自尊心を回復させることにつながっています。
自助グループに入会しているが、その中での人間関係に少し大変さを感じている。家族会の人数の減少で、一人一人に負担が多くなっているように思う。
アルコール問題に困っている家族は、どこで情報を得る事ができるのか知らない人が、ほとんどだと思います。私は断酒会に結びついて、援助を受けられ、幸運だと思っていますが、一人でも家の中で困っている人が助けられるよう、国から一般の人に向けて、もっとアルコール問題をアピールしてほしいと思います。
39年断酒会一筋で来ました。車椅子でも気軽に行ける援助があれば願っています。40年前は皆さん本当に助け合いの精神が強かったのですが、今は自分さえ良ければいいと思っている人が多くなりました。仲間同士の助け合いの気持ちがなくなりましたね。残念です。
今は幸せです。もっと若ければ...。遅すぎた春です。断酒会大好きです。
質問29の各項目は答えにくい内容でした。最近1ヵ月をふりかえると夫の断酒は続いていて、断酒会にも参加していますので、私自身も落ち着いた生活を送ることが出来、有り難いと感じていますが、夫のちょっとした言動に過去がよみがえり、怒りや不平不満がつい口から出てしまう。そんな状態が時々あります。これは共依存だとわかっているのですが、そこから抜け出すことはなかなか出来ません。私はアルコール教室に2年間通わせてもらい、「アルコール依存症とは・・・」も教えてもらいました。当事者は断酒していても、普通の考え方・行動が出来るようになるまで、特に後期高齢者になっているので、がんこで、私との価値観の違いや、趣味や共通点の違いなど、一緒に生活するのは、なかなか大変です。ただ、高齢にもかかわらず、元気で断酒会回りにはげみ、回復をめざして、がんばっているの、私もそれぞれの違いは横において、必要なサポートは続けていき、老後の2人だけの生活を幸せに過ごしていきたいと思っています。
家族会のような会がもっと色々な場所やスケジュールであるように、又、子世代(10代くらい)も参加できる家族会もできると良いと思います。
広く講習会や勉強会を開いて頂き、問題を解決するための窓口を増やしてほしい。ニコチン中毒の薬があるように、アルコール中毒用の薬があると良いのに...と思います。

今断酒会が魅力のないものとなりつつあるのを心配しています。
精神科や自助グループだけでなく、更生施設などがもっとたくさんあるといいと思います(和歌山県の断酒道場や山口県の学び舎のような施設)。精神科では、入院期間が決まっているし、自助グループでは自分と向き合えなかったり、いつの間にか行かなくなっているということも多いので、更正施設のように、自分自身と向き合うまで、更生するまで、入所していただける施設はいいと思います。アルコール依存症は、断酒継続することが難しい病気で、酒害者本人の再飲酒に苦しんでいる家族は、たくさんいます。薬物依存症のように、精神科を退院後、更生施設につながるような道もあっていいと思います。
私自身がフルタイムで働いている為、治療の手助けが困難。経済的負担の援助や、身の回りの世話も困難に感じている。(現在別居中のため)
全ての医者アルコールの害のことをもっと勉強してもらいたい。そして、手遅れになる前に専門病院を紹介してもらいたい。全ての市町村に一つは役所として、アルコール教室を作ってもらいたい。
断酒会をもっと多くの方々に知ってもらおうようにして欲しい。
幼少期の生い立ちが子供をアルコールの力を借りて、嫌なことから逃げる習慣をつけてしまう。その結果が現在だと思っています。精神力のもろさもあって、子供を助けてあげることができなかった。親自身、毎日反省しながら見守って行きたいと思います。
アルコール依存症、病気とは知らず、主人は頭がおかしくなったと、32才、45才、64才、精神病院へ。病名は躁状態と言われました。長年、親子4人酒で苦しんで、短気・ケンカ・暴言・暴力・苦しみました。64才の時、アルコール専門病院へ入院。私も耐えきれず、離婚一步手前で病気だったと思い直し、主人と共に断酒会へ通っています。ブラックアウトで私をぶった事などあまり覚えていない？今は穏やかで、笑顔もあり楽しく生活。長男は時々、家に見に来てくれるのですが、長女はまったく便りもありません。今もたえず主人を見張っている「酒飲まぬよう」願っている自分です。
依存症が病気であるということがわかり安心しました。病院に3ヵ月入院し、今、現在、こんな幸せな生活が送れるとは夢にも思いませんでした。断酒会から離れる事なく、生涯断酒を続けてほしいと願います。
24時間営業のコンビニが多すぎると、アルコールがなければと感じるのは私だけでしょうか？
最近、公務員のアルコール問題が多く報じられている。地位や名誉にとらわれないで、断酒会の門をたたきたい。
アルコール依存症という病気については確かに専門家の方々がお詳しいと思います。ただ当事者については家族が一番良く分かっていると思います。近すぎて、冷静に見ることが出来ないこともあるかと思いますが、医療機関で決めつけられたような扱いを受けました。どうしようもなくなって受診される方がほとんどだそうで、うちの場合はそのどうしようもない状態にならないように受診しました。それなのに即入院と言われ、PSWの方に話を聞いてもらえませんでした。PSWの方では話にならないと思い、その面談後、Drと病棟Nsをまじえた時に再度、通院での治療を訴えました。はじめはDrもNsもPSWの方と同じ様な事を言われましたが、結局折れてもらった形で通院治療をしています。同じアルコール依存症でも十人もいれば十人の治療法があると思います。このような形で家族の気持ちを聞いてくださり、感謝申し上げます。
アルコール、薬物、買い物など依存してしまう人との係わり、言葉かけがわからない。当事者に対して、注意すること、気にかけていることを言う。それが押しつけであり、共依存だと言われ、どうして良いかわからない。良い事、悪い事を教えるつもりが共依存だとしたら、当事者を見たり、一緒に生活していることが苦痛となってしまう。家族はどう接していけば良いのか？当事者はすぐ共依存だと言い、気にくわないと、今はアルコールや薬を飲んではいないが、脅す。全く、どうして良いのか？
依存症(アルコール、薬物)で入院する病院の入院中の病院側の管理(治療方法や患者の管理)実態が不明朗であり、行政・政府が実態把握して社会問題(飲酒就労全般)として捉えて、光を当て依存症対策を様々な角度から考察し、対策を取るべきである。
子どもが依存症になって、初めて、アルコールの問題についての啓発が少ないと感じた。(最近、たまに新聞、テレビ、ラジオで取り上げていることがあるが...)TVのCMにも問題がある。
医療機関でも、断酒会があることを教えてほしいです。(本人、家族にも)保健所、市など、無料で施設を開放してほしいです。(断酒会使用)保健所、市など、アルコール問題の事について、協力してほしい。
断酒会に入会したが、また数月後には飲酒が始まるのではないかと。

<p>本人は、どうなってもいいから、私自身が解放されたいと思い、離婚前提に、別居や家庭内別居をくりかえしています。現在は、通所ケアと仕事を始めています。別居中に、私が鬱になり、家族がバラバラになりました。病欠30日とり、なんとか回復したのですが、この7月に夫の再飲酒により再発。「片頭痛関連めまい」で私が入院しました。心も体も、本人より私がボロボロです。本人も私も、夫がアルコール依存症で3ヵ月入院中に勉強し、再飲酒は覚悟していたのですが、かなりまいりました。私の入院後、クリニックで「あなたは家族巻き込み型だね。奥さんがこわれた。」と言われ、私の鬱は、原因がやっと自分だと認めたようです。その後、断酒していますが、油断はできません。私は、夫の問題が泥のようにたまり、失意が発酵して私自身が毒されてゆくことが、恐怖でした。現在は、断酒していますが、一応、並みの夫婦の生活を明るく過ごしています。</p>
<p>専門機関の少なさ。アルコール問題に対しての行政の理解不足。自助グループへの、行政の力の入れ方の弱さ。</p>
<p>辛い困っている事はありません。また、どこかに相談したこともないため、アンケートの質問には、ほとんど該当しません。申し訳ありません。息子は学生時代にアルコール依存症で入院し、それから断酒会に入会しています。辛いその後、現在まで、酒を断ち、普通に生活ができています。来年就職も決まり、家族として、アルコール問題で悩むことはありません。</p>
<p>アルコール依存症がいかに大きな不幸をもたらすのか、もっと多くの人に知ってもらいたいです。酒はとても楽しいもの、コミュニケーションを高める有効な手段であるかのような風潮が強くなり、気になります。アルコール依存症がどういうものか、私自身、正しく理解出来ていなかった為事態を悪くしてしまったように思います。早目に相談し、学ぶことの大切さを痛感しています。</p>
<p>夫は人に親切ですが、自分に対しては甘い所があります。私はすごい心配性で、夫に対して信じる事がなかなか出来ない所があり、私にも責任があったと思っています。今はまだ治療中ですが、特に心配もなく進んでいます。夫を信じて二人でケンカしながらも仲良く日々を過ごして行きたいと思っています。病院の先生には、本当に親切に話を聞いて頂いて、感謝しています。</p>
<p>常に不安で心配でしょうがないので、すぐに対応して頂ける(24時間)相談員がほしいです。</p>
<p>未成年者(15才以上)に対する、アルコール依存症の恐ろしさをきちんと一般の人達に対して、指導する。アルコール依存症の正しい知識の啓発。過度なアルコール飲料の広告。相談や治療を受けやすい環境作り。</p>
<p>一生飲めないという病気である事を、当事者がいつも自覚してくれると、家族としても平穏な生活がおくれる幸せを感じる。家族としても油断する事なく、いつも気に掛け、協力していきたいと思っています。</p>
<p>主人は完全に酒を断ち、断酒会にも参加して断酒の喜びを感じています。ただ、息子の方が、アルコール依存症を若くして(25才)発症し、進行も速く、何回も入院しました。親子で、アルコール依存症になる確率が高いので、早期に発見して、理解し、対応する事で悪化を防げます。父親の立ち直った姿を見て、息子も良くなっています。断酒会の仲間にも救われて感謝しています。</p>
<p>結局、繰り返して、周りの家族を巻き込むだけだと思う。離別しない限り、絶望的な人生だと思う。本人は病気のつもりでいるから、こっちは健康だからと、自分は弱いとアピールする。こっちだって病気だ。巻き込まれた家族も病んでいく。逃げ場のないスパイラル。</p>
<p>医療機関、病院に内科などにかかった時、依存症(アルコールで)になっていて、内科的病気になっている事をはっきりと当事者に伝えてほしい。「だから飲まないで下さい」とはっきりと...家族が言っても聞く耳はないようです。</p>

<p>「何か」が起こらなければ病院へ行かないので、そこをうまく早目に受診する「きっかけ」を販売店なり、飲食店なりも作ってくださることが出来ればと思います。救急で内科にかかったが、アルコール離脱症状が出ると、転院を勧められました。しかし、精神科だったので、そこでもせん妄が回復してきたので、早急に退院させられました。入院当初3ヵ月日程で、退院後も相談できる方を紹介して下さる記載があったが...。「アルコール」と「内科」などきちんと連携して転院するシステムが必要と思います。本人は病院嫌いな為、内科へ受診するのも、又、一苦勞となりました。アルコール外来で紹介してもらった。依存症の勉強会で「住所」を記入したところ、冊子が届くが、ほとんど寄付のお願いです。自分では当事者を病院へ(アルコール外来)行くことを説得するのが困難でしたので、施設へ入ることを話してもらおうとある所へ依頼しましたが、「1ヵ月あたり20万円程度お金がかかる」という事と、本人が気持ちを持っていなければ、話をしに行っても無駄だという事を聞き、もう頼る先は無いと思いました。現在は、「アルコール外来を受診する事」を条件に、退院したので、とりあえず初回の受診は叶いました。今後の心配は、内科への受診と、仕事への復帰、お金の管理、飲み友達との付き合い方など、人それぞれだと思いますが、どうしたら良いか、どう支えていけば良いかが悩みの種です。アルコール飲料コマーシャルの後にも、相談窓口案内をしてくれれば良いのと思います。少しでも調査のお役に立てたらと思います。どうぞよろしくお願い致します。</p>
<p>病院に連れて行くまでが、心配。警察に相談しても、ついてきてくれない。</p>
<p>プライバシーを守って頂いて、正直な気持ちで相談できる所は、どこでしょうか、心配で、相談できません。</p>
<p>現在は入院していて、完全に断酒しているが、3ヵ月後、退院して家庭に帰った時、断酒が守れるかどうか心配です。</p>
<p>断酒会に入会し、7年目になります。家族として、何年経っても安心という言葉はありません。大変な病気と思います。</p>
<p>アルコール依存症の父親と暮らし、約9年になり、父親は娘に十分な生活費を与え、将来は(近々)マンションを与える予定でもある。2年前にも、大量の飲酒で、救急病院へ3ヵ月入院。末梢神経障害となり、社会に出るのは困難な様子の為、尚、父親がお金、マンション与える思考で困っています。娘には、自分の病気と向き合い、治療に向かってほしいと願っています。自ら、何故?この様な状況になっているのか、感じていってほしいです。</p>
<p>1週間後に退院を控え、3ヵ月の入院治療で断酒を決意するまでに回復したが、退院してからは、毎日をどう過ごすのかが、問われるところだと思う。日中、家族は仕事で本人だけが留守を預かることとなる。断酒を継続し、正しい生活習慣を守れるかが心配するところである。何か生きがいとなるものを見つけてもらいたいと思っている。</p>
<p>本人の意志も固いし、断酒会に出席しているので、安心しているが、本人に目標のある生活に、手をさしのべ続けて行きたい。</p>
<p>初めて、治療につながることが出来ました。しかし、その際、当事者の仕事場での復帰について、「完治したら」と言われました。「完治」は無いと医療からは言われていたので、クビなのかとも思いました。アルコール問題につき、企業側の知識、対応等に?を感じました。難しいところではあると思いますが、どうしたらいいのか、悩みました。最後に回答が遅くなりすみませんでした。</p>
<p>今後も断酒会や断酒会のサークルなどにも一緒に参加したいと思っています。私達の場合は、本人の意志と決断力により、今では眠剤や抗酒剤にもたよらないでやめているように感じます。今は安心して見守っていられます。飲んでいる時はアルコールを飲んで運転するし、周りがどう言っても聞く耳を持たなかった人が、これ程良く変わったと本当に断酒会の皆様には感謝致しております。そして今後一人でも主人の言う様に、この病気から救われる方が断酒会を通して、又、色々な場での体験発表により、やめる人が出ればと思っております。</p>
<p>結婚して何年も主人のアルコール問題に振り回されてきました。私が先に断酒会につながりました。1年後に主人も入会しました。17年も断酒会に夫婦で通っているのに、今年7月で断酒5年です。飲んだりやめたりで、最後に大きな借金を作りました。家族がどうしたところで本人が頭を打たなければアルコールはなかなかやめられないものだ痛感しています。大きなことが起きないうちにアルコールをやめる手立てはないものか。</p>
<p>つい共依存に巻き込まれてしまう事が多く、長く苦しんできたので、自分が早く心を開けていれば、よかったかなと思いました。</p>
<p>断酒会よりアンケート用紙を頂きましたが、内容を見て、私達ではないと思いました。当時を振り返り、又、現代を思いながら、記入致しましたが、あまりお役に立てなかった事、失礼に感じております。</p>

「家族会なんか要らん」と言う断酒会がまだ多いです。どうか温かい心で家族会の存続を見守って下さい。

今後は、タバコ喫煙をなんとか完全にやめるよう指導してほしい。自助グループ(断酒会)への積極的出席を本人へ勧めしてほしい。依存症に至ったこと、親とか、周りからの注意を完全無視した事が原因だ！ということ、自分自身の失敗を、心より反省する様に御指導戴けたら幸いです。

3ヵ月間、入院してきて、今は断酒できているのですが、いつ、以前のように戻ってしまうか飲酒してしまうのかと不安に思っています。まだ、まだ、心が休まらないです。

当事者が、断酒会の役員で、私も例会に参加し、新会員が断酒継続出来るよう頑張っています。

日本の子供達もアルコールに対する正しい知識を教育として、学ばせてあげてほしいと思う。繰り返し学んでいる間に理解も深まると思う。インターネット等で情報は取得出来るが、身近な医院、ホームドクター等でアルコールに対する正しい助言が得られるなら心強いと思う。以前私が相談に行った時(かかりつけの医者)、「何か酒にかかわる事を見つけて提案したらどうか」との返事だった。私もその医者もあまりにも無知だった。

(他の件ですが)前夜の酒で次の朝、トラックの運転中にバイクが後ろより追突する事故で、飲酒運転で免許となつて、大変だったのですが、その時には、酒をやめるつもりでしたが、やめられなくて、4~5年は、いつも心配していたのですが、一年前仕事上の事故と重なり、(右手がきかなくなった)酒が一因だと思い、本人に断酒のために診察に病院へ行く事ができ、入院しました。なかなか、自分から病院へ行きたがらず、家族も皆、勤めているので、なかなか相談に行けない。本人がやめる気がない。(本人にもっと気軽に勉強出来る場所、見学できる場があるとよいと思います。現在は、全く酒は飲まない日々を送って、断酒会にも行き、活動することが大切と本人の経験を生かして、少しでも困っている方に、目を向けていただきたいと思います。今は、「孫の笑顔に断酒の決意する」と、メモ書きしていることに私も嬉しくなりました。今後も主人を応援して行きたいと思っています。また、夫には趣味がなかったので、今は畑を借りて、野菜作りに仕事に頑張っています。

本人も病気になって長いのが、自分がどうなるのか、どういう病気なのか、十分分かりすぎているが、それでも断酒を継続することは難しい。本人を尊重しつつ、1日でも長く継続してほしいと思います。

主人のアルコール依存症のことで長年苦しみました。毎日のように、主人(本人)は断酒会に行っています。もっと、早く断酒会を知りたかったです。まだまだ知らない人がおられることでしょう。断酒会の存在を広げて、ひとりでも依存症から抜けていって欲しいものです。その人のまわりで苦しんでおられる人のために。

初めは、アルコール依存という病気の事を知りませんでしたが、うつ病の為、通院している精神科の先生より、アルコール専門の病院を紹介頂き、依存症について知ることになりました。病気と理解は出来ても、今までの精神的苦痛から、以前のように主人と接する事が、なかなか出来ない事が多く、子供(大学生)はそんな父の様子に傷ついて、反発はしませんが、あまり話したがりなくなっています。うつ病もかかっている為、不安定な所が多いこともあります。こんな回復途中の家族が気持ちを安心して話せる場が多くあるといいと思います。

「アル中」=意志の弱い人、だらしない人、落伍者、人間失格、そんなイメージを持つ人が99%だと思います。残りの1%の人が、専門の病院を受診(入院)して治療・研修を受け、その結果断酒継続している本人と、その周囲の人達だと思います。「アルコール依存症(アル中)」は「病気」である事と、その言葉さえ知らない人が多いと思います。「アル中」というイメージが、本人・家族を専門の病院を受診「しない・させない」最大の理由だと思います。「病気」なんだ、意思の強弱とか性格ではなく、誰もが罹り得る「病気」なんだ。そんな事を、もっともっと社会に知らしめる必要があると思います。お酒は嗜好品です。「健康のため、飲みすぎに注意しましょう」と、どんなに注意喚起しても、一定の割合で依存症者が出ると思います。この病気は、本人だけの問題ではありません。周りの人を巻き込んで、その人達をも、どん底に落としてしまう、深刻な病気です。大量飲酒を、「しない・させない」注意喚起も必要ですが、依存症になってしまった人達へのケアや、AL依存症という「病気」の事を一般社会に知っていただく事が、もっともっと重要だと思います。「アルコール依存症(アル中)」は、「病気」なんだ。だから、恥ずかしながら、専門の病院を受診して断酒すれば、健康者と同じ生活をする事が出来るんだ。表現の仕方が不適切かも知れませんが、「不治の病」ではない、回復できる病気なんだ。そんな事を、もっともっと世間の一般の人達から「知って欲しい」「知らしめなければ」と痛感いたします。飲酒問題で苦しんでおられる人達に、一日でも早く、専門の病院を受診されて、断酒の喜びを知ってもらいたいと、願っております。

身近な地域に、相談出来る場所があれば良いと思う。近場の掛かり付けの内科医に相談したが、何も得られなかった。

<p>家族会等あって、ありがたいのですが、環境が違いすぎる者同士で、一緒に話しをうかがうより、5分でいいので個別に相談できる場がほしい。</p>
<p>当事者のプライドを尊重し、傷つけないよう見守る。自助グループと一緒に参加する。</p>
<p>本人の意志がなければ医療にかかれないうこと。連続飲酒状態におちいると、日に日に身体症状が悪くなっていくのに、病院には行かない気持ちが強くなり(否認)倒れるまで、家族は何もできなかった。本人が拒否しても、本人が援助(入院)を受けられるようになってほしい。</p>
<p>晩酌を静かにやり、問題は起こさなかった。長年飲んでいるうちに、知らない間にアルコール依存症になってしまった。お酒の害を子供のうちから教育し、健康を害する事を知る事が良いと思う。アルコール依存症の理解が広まっていないうつ病の様に理解が広まればと願う。</p>
<p>近くにアルコール専門の治療ができる施設・病院がありません。現在、通っている病院も近くアルコール専門の治療、プログラムも、やめてしまう予定であり、再飲酒した場合の入院治療する施設・病院を捜すのが大変です。行政の対応も行政によって違い、私の住んでいる市は、断酒会等も紹介してくれず、治療につながるまでに時間がかかってしまった。</p>
<p>幼児期に、当事者から受けたことによる心の傷。この回復のための支援がほしい。(子どもに対して)子が1才の時、私が当事者に首をしめられ、乱用する姿を泣きながら見ていました。それ以降(現在4才)、大きな物音、転ぶ等の痛みの衝撃やお皿を落とすなど、ささいなことでも、「あ！」という状況が起こると、声も出さず、かたまってしまいます。普段はごく普通の4歳児です。幼い子どもが、受けた傷、これを乗り越える、癒す支援があると、ありがたいです。私にできることが何かないか・・・と思います。この直後、別居しましたが、今は、当事者の頑張りもあり、家族3人楽しく生活しております。当事者、そして家族支援の為の活動があること、感謝しております。社会全体にアルコール・薬物への理解がもっともっと広がること、期待しております。</p>
<p>病気である事が、他人に理解してもらえず、どうしても本当の病気の事を隠してしまうこと。</p>
<p>現在、精神保健福祉センターで、相談に乗っていただいておりますが、専門の医療機関にもし、かかるとすると、近くにはない為、今後、不便に思うことのひとつです。</p>
<p>子供に対する影響(心の)を心配している。現在、当事者は、アルコールについての勉強をしているわけではなく、飲酒を止めているだけなので、今後どのように進めていくべきなのか分からず不安。何より終わりのない問題として考えると、辛く思うことがある。</p>
<p>現在、アルコール専門外来への受診と、断酒会を続けています。アルコールをやめてから、物事の考え方、人との接し方など、自分を変えていきたいと思っているようです。外来の先生や断酒会での話を聞き、アドバイスをもらっていますが、できれば、専門のカウンセラーの方などがいらっしゃれば、本人・家族を含めて、回復をしていく過程でのアドバイスをより詳しく話ができればいいなと思っています。断酒しておりますが、摂食障害気味で、不安な気持ちになると、酒のかわりに、食べることで、気をまぎらわせています。何かに依存しなければ、生きていけないようです。</p>
<p>夫がアルコール依存症の医療従事者です。「アルコール依存症」に対してまだまだ偏見があると共に関係ない人達にとっては、未知の領域であることを痛感しています。医療従事者の中にいて、自分の夫がアルコール依存症であることを言い出せないでいる自分の小ささを感じてしまいます。心のどこかで「恥ずかしい」「みんなに知られたくない」と思っているのです。でも、断酒会でもらう断書カレンダーを見てみると、「依存症になったことが問題なのではない。アルコール依存症を治そうとしないことが問題なのだ」とあります。まったくその通りだと思いました。病気になったことが悪いことではないのだから、私も職場でそれを堂々とと言える環境を作らなければいけないと思いはじめました。医療従事者、奇しくも看護師が病気を理解しないで、どうする、という気持ちです。私は夫が偏見の目で見られない環境で、まわりの人の理解を得て、相談できる社会にしたいと思っています。一人で苦しんでいる人はたくさんいるはずですから。</p>
<p>夫の身内(親族)の無理解と身轟烈的な発言を振り回される。</p>
<p>(当事者が50才の時)長い間、メンタル科にかかっていましたが、不安神経症とか不眠症とかで薬をもらうばかりでした。その根本にアルコール依存症であったことが、もっと早くに分かっていれば、もう少し早く治療が出来たと思います。早くにアルコール依存症の医療機関に紹介して戴けたら良かったなあと思ひます。</p>
<p>行政(特に市)がアルコール問題に真剣に取り組んでいないと思われまふ。又、今の若い保健師はアルコール問題について、知識もなく、かかわろうとしていない。</p>

<p>現役時代も数え切れなく救急車のお世話になり、早期退職してからもだんだんと酒の量が増し、だらだらと毎日飲んでました。ここ四年間、飲酒運転で警察にみつきり、忘れる事が出来ません。お正月でした。警察からの電話で事情を話され、「すぐ迎えに来て下さい」息子家族、娘家族にぎやかにおせちでお祝いし、又、私の誕生日でしたので、大きなケーキで私を祝ってくれました。終わって後片付けして、夕食の準備をしていて、気が付いたら、主人がいないのに気が付き、「まあ、毎度の事、孫(5人)になんか買っているんやろ？」と皆が思っていた矢先でした。私が運転して、息子と娘が同乗して行きました。大神神社の参道は人人で車、車で前へ進みません。暴れる夫を警察5人と娘、息子が車に放り込み、家へ連れて帰りました。あれ以来、地獄の毎日でした。植松クリニックへ四人で連れて行き、待っている時、「おまえら何も言うな、俺が話すから」と木塚先生の前では落ち着いた様子でうそばかり言っていました。次の日から「毎日来なさい」と言われましたが、気ままな夫は(月2回)行ってました。が又飲んでました。地獄でした。木塚先生に病院を紹介していただき、あさってから入院により、3ヵ月お世話になり、又退院後は断酒に行かしてもらっています。もちろん家族として私も行っています。今のところ人が変わった様になり、今の所、飲んでいません。今の所全く飲んでいませんが、一生続きますよう願っています。夫は普段きままで時間を守る事もないし、一人行動でした。がどんなイベントにもいやとも言わず、断酒会にも私も出席しています。断酒会の皆様とも親しくなり毎週行くのが楽しくなりました。ほんと、植松クリニック、入院。断酒会の皆様のおかげです。今は夢の様です。ありがとうございます。</p>
<p>父がアルコール依存症で、現在入院中です。前頭葉がアルコールで萎縮しているので、精神病棟に入っています。薬の加減で呆けたみたいになったり、暴言を言ったり、人格がコロコロ変わって、中々、アルコール病棟に移る事が出来ず、自分が「アルコール依存症」という病気なんだという事もわかって(理解)できていない。母は共依存で、父の態度や言葉に振り回されている。「入院中で大丈夫」と母に言っても、涙を流したり、自分を責めたり、情緒不安定な所があります。父と母の間で、私自身、正直疲れてくる時もあります。</p>
<p>今の所、断酒できているので、このまま続けていけるよう望んでいます。また、協力していきたいと思います。</p>
<p>アルコール依存は本人の問題とと思っていましたが？</p>
<p>アルコールの問題について、学校教育の場でも取り上げ、窓口も紹介してほしい。テレビによる公報もすると効果的と思う。市の市民だより等で、アルコール問題とは具体的にどの様なものなのか、きっかけとなる状況の例を示して、病気であることの認識を知る機会を多く知らせて行くこと。</p>
<p>経済的な支援がないことには、就労が断られた際、再起が難しいと思います。セカンドオピニオンがたやすくできると良いと思います。気が合わない精神科医の飼育状態は苦しいです。</p>
<p>まだまだアルコール依存に関して、理解してくれない人がたくさんいる。福祉関係の施設少し利用していたのですが、アルコール飲んでくると途中で断られる所が多く、依存症だから治したいと思って、いかしても本人が傷ついただけだった。仕事で受け入れてくれないのはわかるけど、福祉施設などで断られたら、本人も、私も本当に困ってしまいます。</p>
<p>当事者の地元の市民病院や保健所に、幾度となく相談していたようだが、医療機関や断酒会の情報は出てこなかった。関連機関などの広報がしっかりできていないと感じた。</p>
<p>断酒を始めることを、できるだけ早く行えば良かったと感じる。底付きをまったことにより、脳へのダメージは大きく、せっかく断酒につながっても、認知症(アルコールがすべての原因だとは思わないが)になって、家族の不安はますます大きくなり(今後の介護)、断酒をがんばっている当事者への接し方は、自分でもひどいと思う。(言葉の暴力を行っている)飲酒(アルコール依存症とわかる前)中の内臓系の病気の治療の手助け(定期的な検査へ行かせる為)を断酒後もしなかったため(飲酒中だった頃の問題で助ける気力がわかなかった)当事者の病状は悪化し、手遅れとなった。底つきなど待たず、早く治療につなげていければ、当事者に対する気持ちは、ここまで酷くはならなかったのではと後悔している。断酒後の当事者の態度はとても良かったので、なおさら悔やまれる。</p>
<p>毎日、夕方になると、今日は飲酒するのか、考える日々がいつまでも続く...? 疲れます。</p>
<p>今後も断酒会に継続的に出席してもらって、断酒を皆さんと一緒に続けてもらいたいです。</p>
<p>アルコール専門病院の充実を強く要望いたします。(現実には縮小されています) 夫は断酒会に入会して以来、断酒を続けることができています。家族(私に)にとっても大切な会です。全国の断酒会に助成会であるなど国の応援が大きくなることを願っています。現実的には断酒会は会員減少など予算的にも人員的にも問題をかかえています。大切な組織なので、何とか対策を考えてほしいと思います。夫は断酒を継続し(5年前から)タバコもいっさいやめ、精神的にも安定して、毎日穏やかに過ごしています。家族としてもこれ以上の幸福はありません。夫は入院歴は1回だけで(3ヵ月間で)、再入院はありませんし、断酒会のおかげです。</p>

<p>こんな風にしてしまったのは、私ではないかと考えてしまいます。退院してから仕事へ復帰出来るのか、本当に断酒できるのか、不安がつのります。東京から離れた方が良いのかも考えてしまいます。</p>
<p>いま入院させてもらってますけど、退院後、本当にお酒を飲まずにいられるものが不安です。</p>
<p>私自身、今何がほしいのか、どうしたらいいのか、わからない。私は、今まで、受け入れるだけで、生きてしまった。自分の意志をはっきり持つ事が大切。私が...まだ、自分の力のなさを責めている。何か必要なのかも、分かっていない。何を求めればいいのか、それも、今は分かっていない。</p>
<p>アルコール依存症は、本人が治療する気にならない限り、入院させて、治すことができないと、いろいろな機関から言われています。我が家は、本人がアル中でないと言い張り、病院に行くことを、拒み続けています。まわりにも迷惑をかけ、友人もほとんどいなくなり、仕事も首になりました。このような人間を強制的に入院させ、治療を受けさせる手立てはないものかと、日々、悩んでいます。</p>
<p>アルコール問題で、精神科の病院へつながった時、医療機関は当事者だけでなく、巻き込まれている家族の心のケアも一緒に行ってほしい。現在、夫の入院した病院では、家族会だけでなく、クラフトという家族向けの勉強会がある。本やネットで調べるだけでなく、人と語り合う中での学ぶ機会は、酒害に巻き込まれない生き方を知ったり、悩んでいるのは、自分だけでないことを知ることで、前向きに進むきっかけにつながっている。当事者は入院する中で、依存症の勉強、心と体の治療を受け、元気になって退院します。でも、自助グループにつながることも少なく、仕事に復帰すると、また再入院します。その度に、家族は、いろんな不安でいっぱいになります。依存症を理解して、治療できる病院が増えると共に、当事者だけでなく、家族も一緒に相談やアドバイスが受けられるようになると、「諦めない、怒らない、見捨てない」生き方が出来るような気がします。</p>
<p>周囲の偏見が気になり話せない。アルコール依存症は病気だと、世間が認識してくれるような時代になってほしい。</p>
<p>アルコール依存に対する偏見がなくなるような社会であって欲しいと思います。</p>
<p>私は、精神病院という機関に助けられました。アルコール依存症の父に、家族は長年苦しみました。この苦しみは誰にも分からないだろうと、家族だけで苦しみを抱えていました。しかし、専門機関での指導や学習によって、気持ちが楽になりました。もっと早く知る機会があったらと思いました。</p>
<p>断酒会を知り、たどり着くまでには、何十年もかかりました。長い長い年月、暗く、苦しい日々、何があってもおかしくない程に大きな犯罪に至らなかったのが救いでした。子供にも、多大な迷惑をかけてしまい申し訳なく思っています。本人は分かっているのか、いないのか、今は断酒会に望みを託して、例会出席を楽しみにしています。</p>
<p>私自身がビール大好きで、毎日の様に飲んでおります。今、現在「当事者」である夫は入院中の為、気兼ねなく、一人でビールを楽しんでおりますが、退院してから二人の生活となると、私はやはり好きなビールを我慢しなくてはならないのでしょうか？もう何年も夫は仕事をしておりません。私はパートでスーパーの仕事です。身体を使う仕事ですので、一日働いた後はビールの1本も飲みたいものです。たとえ飲めたにしても、夫の目を気にして苦いビールの味となる事でしょう。</p>
<p>お酒のない世界はなく、自分のTPOで飲む事を抑制出来なくなり、相談出来る所を知らず、長い間、家族は苦勞し、家庭崩壊寸前でした。当事者はもちろん家族もアドバイスをもらって欲しい。現在は断酒会につながり、家族にも勉強の場をいただいているが、もっともっと悩んでいる家庭も多いのでは？</p>
<p>断酒会に入会して9年、断酒して8年になります。入会した頃は、夫婦で参加が原則のはずだったのですが、最近、当事者のみの出席が増えています。あなたはあなた、私は私という夫婦の考え方が変わってきているのかな...と感じています。夫婦で断酒会へ行けば、良い事がたくさんあります。互いの気持ちも客観的にわかることが出来ます。聞く事ができます。なので、断酒会に家族の参加が増えてほしいなと感じています。</p>
<p>本人が入院中の経済問題(無収入なのにローンの請求が来ること)</p>
<p>本人がアルコール依存症と認めないため、体調が悪い時、脳外科、内科、循環器科とたくさんの病院を回りました。家族の承諾があれば、入院・治療が早く出来るようにしてほしい。そうすれば家族の心も救われると思います。</p>
<p>本人に経済力がない場合、家族はとても不安である。治療費、入院費、本人が持っている負債の返済等を考えると不安であり、全員が不幸になる。</p>
<p>特になし</p>

<p>アルコール問題をもつ家族が相談したり、援助を受けたりする機関や場所、組織はけっこうあると思いますが、そういう当事者、家族が一步ふみ出すために何があれば良かったのかなと、これまでの私自身をふり返って反省しております。</p>
<p>私の主人はアルコール依存症だけでなく、肝硬変にもなっていて、毎月肝硬変の薬だけでも2万はかかります。しかも、車の運転もしない方がよいと言われ(いつ脳症が起きてもおかしくはない数値だから)運転も私がしていて、主人の送り迎え、子供の送り迎えをフルタイム勤務をしながらしていて、毎日大変です。その為、(主人が運転できないため)主人が仕事に復帰して半年くらい経ちますが、会社から運転できない人に仕事がまかされるわけないと言われ、休日出勤も残業もさせてもらえず、お給料も入院する前とくらべ、半分になり、私と主人のお給料を合わせて、やっと1人分のお給料になるくらいです。小さい子供が2人もいて生活が苦しく、だんなの両親もあまり病院へ行ってくれず、病気のことをわかってくれるまでに時間がかかり、最近やっと少しだけ助けてくれるようになりましたが、まだ、ギリギリの生活をしています。本当に毎日、毎日、「こんなはずじゃなかった!」「離婚したい」とマイナスなことを考えてしまいます。主人や、依存症者の方たちを助ける所や制度はあっても、家族を支える制度はあまりない!と感じています。もう少し、心や、生活面、金銭面の助けがあったらいいのに!と毎日思っています。良い方向にこれから向かっていくことを願って、今の気持ちを書きました。</p>
<p>夫(46)は、自己中心的で、私(41)に手をあげなければ迷惑をかけていないと言う。ささいな事で夫はにらむ目つきで私を見る。何も手伝いをしない。「食事の片付けが出来ていない」「洗濯物が干してある風呂場は非常識」「自分の好きなようにして何が悪い」「長生きしたくない」これを毎日聞かされる。協力してくれない。一番辛い言葉、「おれがアルコール依存症になったのはお前のせいだ!」「お前のせいで酒はやめられん!絶対やめるか!」「生きたいように生きる。仕事はしない」夫の両親を恨んでいます。14才で酒を飲ませた両親を!</p>
<p>長年断酒ができていても何かのきっかけで、脱線する事があると時々聞く事があるので、それが一番心配?</p>
<p>社会の偏見をなくすこと。病気であることの理解を周知に知らせる報道が欲しい。CM等配慮。長い間、苦しんで来た家族(子供達)へのサポート。我が家は、子供が小さいうちからオープンで話しが出来たけれど、暴言暴力のあった家族は、断酒が長くても、なかなか話せなかったり、飲み続けていた年数が長いと、その分回復も時間がかかり、失った物が大きい。気付くまでに時間がかかり、考え方の習慣が改められにくいし、クロスアディクションが多い。依存症と診断されていなくても、家族の飲酒に不満を持っている人は多い。(二日酔い、ケガ、飲酒運転、暴言暴力、金銭面など)</p>
<p>いつまでも断酒出来ない人の家族の苦勞をみると、辛いだろうと思います。そういう方々が早く断酒できる方法があれば良いと思います。29の質問が?</p>
<p>家族の前では、絶対に飲まない人なので、どれぐらいの量をどれぐらいの時間で飲んでいるのか、全くわからない。飲み方に問題があるという事を完全に否定し、改善しようという気がまるでないため、先が全く見えない。子供はまだ小さいが、離婚しか考えられない自分がいる。</p>
<p>仕事のストレスから飲酒をしてしまったと思われるが、体の状態が心配なことと、回復をした後に、同じ仕事をする事で、再飲酒しないか心配です。断酒会へ無理なく(会社の方に理解してもらえて)行けるようになるとうれしいです。アルコールのCMは本当につらいです。(おいしそうに飲まれると悲しくなります)どこでも手に入るアルコールは薬物より大変な気がします。</p>
<p>自助グループ出席のための交通費の援助をしてほしい。</p>
<p>保健所の方が、お役所仕事でガッカリ!!必死の思いで相談に行ったのに、予約を取って出直して下さい...と言われた。</p>
<p>約1年前、アルコール専門病院に入院し、退院してからは、病院の通院、病院の集団精神療法、地域の断酒会に通っています。家族の協力のもと、これらをしてしていますが、今後自分自身で行動する時、今は手軽にお酒が買える環境が多いと思います。世の中にはアルコール依存症予備群がたくさんいると思うし、アルコール問題で困っている人もたくさんいると思います。アルコール健康障害対策基本法という法律をもっと全面に出し、社会問題として重要視できるようにしてもらえると、アルコール問題で苦勞している家族に希望が持てると思います。</p>
<p>質問29は内容が良く理解が出来ない状態で を付けています。本人が自力で断酒する気にならないと私の頑張りではどうにも出来ない感じがします。本人が進んで断酒会に行く事を願っていますが、その気はありません。</p>
<p>当事者が高齢でもアルコール問題を持っていると、公的支援など(ショートステイやデイサービス)も受けられないので、家族の外的内的負担が大きいと思います。</p>
<p>今後断酒を続けてもらいたい。</p>

<p>私は近くに母と兄を少しでも手助けできればと思い、呼び寄せましたが、母の年金(遺族年金)での生活は、やはり、兄がきちんと社会復帰してもらわなければ、正直厳しいです。兄は緑内障も患っており、正社員として就職は無理かもと思っております。しかし、母と同居中は、生活保護も受けられない…。当然なのかもしれませんが、兄が今の状態で一人で生活すると、またアルコールに走ってしまうのではないかと思います。</p>
<p>今、アルコール専門病院に当事者は入院しているが、なかなかアルコールの弊害について、まったく理解しようとせず、家族一同に迷惑をかけたと思っていない。これからがやっと一歩前に進めるかどうか！？</p>
<p>医療機関にアルコール専内科を増やしてほしい。アルコールが脳に与える影響をもっと広めてほしい。アルコール依存者が、お店でアルコールを購入出来ない手段があれば良いと思った。</p>
<p>否認の病気なので、本人が「治さなければ」と気付き、断酒すると決心するには長い年月がかかります。家族は最初のうちはあの手この手とやれる事を頑張ります。(例えば専門病院に連れて行く。自助グループにつなげる等)しかし、どんなにつなげて本人が気付かない為、家族はヘトヘトになり、あきらめの心境になります。そこに病院の先生や自助グループ又はカウンセリング等で、「底つきをしないと気付かない」「その問題は誰の問題か?」「奥さんも好きな事をしていい」「預金があるなら家を出て、アパートに住みなさい」「プラスのかかわり方をしなさい」等助言されます。ある程度、勉強しているので、全て正解だということは分かります。しかし、なかなか実行できません。巻き込まれてしまうのです。家族が本人に関わる事は危険です。関わっても関わらなくても、本人の事は本人しか変える事はできません。保健所等が介入して病院につなげてもらうことも大切ですが、普通の診療内科や、内科等で認知行動療法等を用いて、気づきに結びつけて行って欲しいです。普通の病院・行政も無関心です。</p>
<p>もし、失業した時、断酒できていても、就職は、難しくなると思うと、心配です。(生活が)</p>
<p>アルコール依存症をみしてくれる病院が少ないと思う。医者がいないからと何度も断れた。</p>
<p>当事者(本人)を病院へ連れて行くのに、約一年掛かりました。説得するのが難しく、専門医の応診(来診)があればと思う事が多々ありました。</p>
<p>アルコールの匂いなど、アルコールが嫌いになれるような特効薬的な薬が発明されるといいと思っています。</p>
<p>人間ドッグや定期健康診断で、肝臓などアルコールが原因で数値が悪い人に対してはアルコール専門病院へ行く事を指導するべき。「アルコールを控える」のではなく「アルコールをやめる」とアドバイスし、勉強するべき。アルコール専門病院が少なすぎる。増やして欲しい。医師はアルコール専門病院を知らない人が多く、非常に残念。地域のアルコール専門病院と断酒会の情報のパンフレット、自治体が作成し、各病院に責任を持って、配置、管理するべき。アルコール依存症者を持つ家族の苦しみを自治体、医療者はもっと知るべき。アルコール被害について小～高等学校で教育すべき。地域でもっとアルコール被害のこわさについて、啓蒙を行い、合わせて回復者がどのように回復したかを紹介する場を積極的に作って欲しい。</p>
<p>個人的に悩み等を聞いてもらえたらいい。そんな場所はないのでしょうか、断酒会ではなかなか言えない事もある。</p>
<p>私は夫に酒の問題があると気づいてから、相談に行くまでとても長い時間を要しました。目の前に起こる問題に振り回されてばかりで、自分の中にも否認のような所があったように思います。専門のクリニックや自助グループにつながって自分も病気なんだと気づかされ、自分を変えて行く事を教えられて少しずつ前に進めるようになり、現在はずいぶん楽に生きられるようになりました。私が苦しんでいた頃とは時代も大部変わっていると思いますが、酒の問題は変わる事はない様に思います。自助グループに来て長続きせず途中で来なくなった人たちは…、気になりながらも何もできない事が、とても心苦しく思う事があります。たばこの害は世間で大きく騒がれ、禁煙している人が増えていますが、酒にはとても寛容なこの国では、酒の害はまだ受け入れられないのがとても残念な事だと感じます。酒に対してのこわさやおそろしさ、害などが人々に伝わり、悲しい事故や事件が少しでも、減る事を願います。医療の中で、酒害についてもっと学んでいただければ病気も減らす事ができるのではと思います。毎日、テレビ・ラジオから流れる酒のCMはなんとかならないものかいつも思っています。その中で生活している人たちも多くいるのもわかりますが、マスコミが与える影響のこわさも感じます。コンビニで簡単に酒が手に入る事もアルコール問題の低年齢化につながっているのではないかと。規制すればいいというものでもないとは思いますが…。</p>
<p>身体的病が有るように、アルコール依存症という病がある事を理解して頂きたい。世の中に知って頂きたい。偏見があるように思います。</p>

<p>困っていること、当事者(夫)は、自分でアルコールの飲み方をコントロールできているようで、医療機関、相談機関へ行くことは拒みます。現在は週末のみ飲むと決めて、ほぼ守っていますが、時々、平日に酒を買ってきて飲むこともあります。連休が続くと、連日飲むためか、ぼんやり、ふらふらしてしまうこともあり、そのまま、ふらっと飲酒運転をするのでは...と心配になる時があります。また、アルコールを飲んできたためか、夫の性格なのか、口数が少なく、私や他家族との会話はほとんどありません。家のこと、子どものことの話にも無関心のように、頼りなく思います。夫の母(81才)もアルコールのことを問題とは考えていない様で、飲酒運転も見つからなければ、たいしたこととは思っていないようです。第三者から夫に気づかせてもらえないものか...と今も思っています。</p>
<p>私が働けなくなった時、経済的に、つらくなりそうです。私は質素に生活できるが、当事者の金銭感覚がおかしいので、不安です。</p>
<p>断酒会に属していますが、会主催の行事が多く、仕事もあり、忙しく、会としての参加人数が少ないと、長年の断酒者に負担が掛かり、健康状態にも影響を及ぼす事もある。参加率などを毎回、表にして、各会に配布しているが...いかがなものかと思う。なかなか、交通手段、経済的負担なども大きく、参加出来ない人も多い。行儀参加が強制的になってしまうのが納得いかない事がある。</p>
<p>アルコール依存症は、病気なんだということを、みんながもっと知るべきだと思う。ひどくなり過ぎる前にしっかり対処できるよう、相談機関があるなど、もっと世間に知らせるべきだと思う。</p>
<p>この項目が有るのを知らなかった為にP5に書きました。今、飲酒を止めて7ヵ月目ですがスリップするか、又、暴力暴言が始まるかと不安は常にあります。そして、安定剤、眠剤を服薬しているのですが、寝る前に飲んで、又夜中の2~3時頃に飲んでる様です。ガスをつけてコーヒーを入れたり、煙草の火もいつ落とすかと心配で眠れません。フラフラの状態で行っており、何を言っても理解出来ない様です。朝、比較的、しっかりしている時に注意し、改善策と一緒に考えるのですが、継続がむずかしい状態です。老母(祖母)も居り、火事等が本当に心配です。私達も年金しか収入が無く、仕事を持っておりました時も(当事者が)結婚しておりました時も、多額の金銭的援助をくり返してきた結果、老後の蓄えも無くなり、経済的に困窮しております。当事者もその所は解っているらしく、自動車免許を再習得して、社会復帰をし金銭援助をしようと言っておりますが、どうなる事やらという思いです。</p>
<p>子供への影響が心配なので、心のケアについて、もっと知りたいです。</p>
<p>アルコール専門の医療機関が少ない為、予約が常にいっぱい、すぐには予約は取れない。</p>
<p>私も一緒に勉強し、アルコールを断ち切り、普通の生活を送りたい。そのための援助出来る機関などを教えてほしい。仕事もしてほしい。向けられているのは私や娘に対する不満ばかりで、自分に対する反省がなく、悲しい。今回は初めて対応していただき、ほっとしている。今後も市や保健所に相談して対応していく。</p>
<p>通常、仕事をしていれば、酒の席が必ず付いて来るので、付き合いが悪く思われてしまう。</p>
<p>アルコールが、どこでも販売していることに不満でした。(自動販売機)等</p>
<p>常に一緒にいる訳ではないので、目の届かない所での周りの方々、病院の方などのフォローがとても有り難い。ただ病院に入院させるにも金銭がかかり、費用が大きく、アルコールにより家族が働けなくなったのもあり、やはり金銭の問題が一番大きい。そういった面で、費用が安くなる、給付が受けられるなどの国の制度や支援があれば、積極的に教えてもらいたい。</p>
<p>断酒をしている今でも再飲酒に対する不安は常にあります。アルコール依存症は一人では治療は困難であり、周囲のサポートが絶対必要です。おかしいと家族や周りの人が感じたら、恥ずかしがらずに早く相談する事が、大切だと思います。私自身、アルコールの問題を本人の問題(精神、気持ち)と考え、ずいぶん長い間、放置してしまい、その間、私も子供も苦しみました。もっと早く相談すれば良かったと思っています。今は夫を信じ頑張るしかないと思っていますが、たとえ再飲酒しても相談出来て、わかってもらえる人がいると思うと心強いです。</p>
<p>アルコール依存病が病気である事に対して、勉強出来ました。今後、手助けしか出来ませんが、私自身、働き、行動して行きたいと思っています。</p>
<p>本人治療、働けないので経済的なことで大変だ。</p>
<p>断酒会、家族会に参加したいが、勤務中なかなか抜け出せない。平日夜や土日があると嬉しい。</p>

<p>私の周りには主人に意見を言うてくださる方がいません。主人はみんな自分のことを尊敬していると思込んでいるようです。お酒を飲めることを自慢しているくらい、自分が周りの人にどれだけ迷惑をかけていることを理解していない。今、息子は勉強のため家におりません。主人と2人で生活しておりますが、毎日どれだけ私が辛い思いをしていることを知らず、日常生活や仕事も一日一緒におります。ほとんどの生活や仕事は私が主としております。但し仕事は主人がいなくて仕事にはなりません、他人に対しても暴言を吐いたり周りが常に振り回されています。お金を借金してまで人を誘って飲みに行く。今の借金はどんどん増して何も理解しない夫には人間としての責任のなさを感じる。このような人を強制的に病院に入れていただくことはできないのでしょうか。</p>
<p>これからの時代、この依存症・・・という病気が増えてくるのでは・・・と感じています。社会的にまだ知られていない。理解されにくい病気を精神科の分野も専門的な科を増やしていただきたい。当事者が障害(ADHDなど)として、もともと持っていることからアルコール依存になったのか、ストレスからなっているのか、根本的なところを治療できる医療機関が増え断酒会や地域のNPO法人などと繋がり、早期発見、早期治療のできる環境になって欲しいと思います。</p>
<p>本人がアルコール依存症だということを認識していなくて、身体にどのような影響を及ぼすのかをDrより説明されても重く受け止めていない様子。Drより治療が必要といわれても意味がわかっておらず、どんなに説明しても理解してくれない・・・入院するのが嫌なため、とぼけているふりをしているのか「精神科」という偏見があり暗い、怖い、鉄格子、隔離、異常者という先入観もある為、そういう先入観を持たないような病院作りをしていただき、もっとアピールすれば通院しやすくなるのではないかと思います。</p>
<p>アルコール専門の病院に入院することを本人が決めてくれた。これまで断酒会やカウンセリングを勧めたが自分には向かないと否定されてきた。内科の先生に進められて考えが変わったようだ。</p>
<p>アルコールの飲みすぎも病気の一つとして早くに病院等に行けるように・・・。</p>
<p>仕事をしていると時間的に全く相談を受けられないので、孤独に1人で悩んでいるだけに陥りがちです。もっと相談機関が増え、平日夜間もやっているところがあって欲しい。有閑階級しか相談できないような現状に不満、不安を感じます。夜にある自助グループは話をするだけです。話だけをしたいのではなく、対応やいろんなことを相談したいのです。(かろうじて土曜わずか、クリニックにつながっていますが・・・)</p>
<p>生活に関してが一番の不安です(お金)。子供があと2年で大学を卒業ですが、まだまだお金がかかる事、仕事のことなどもアドバイスしていただけたらうれしいのですが。家族会などでまだまだ時間がかかることがわかりました。このまま借金を増やしても大変な事です。傷病手当なども1ヶ月半できられてしまいます。</p>
<p>長くかかる治療を続けられるか・・・不安。仕事や家族との関係がギクシャクしていくのではないかと心配。</p>
<p>もっと手遅れになる前にアルコール依存症について正しい知識を得られるように全国的に講演や指導をして欲しい。</p>
<p>わが家の場合、息子で20才頃アルコール依存症と診断があり、断酒することができなく、刑務所(お酒を飲んだの暴行等)に出たり入ったりしていました。このままの状態では息子の人生どうなるか?。断酒するしかありません。又、息子自身が依存症を認め、本当に断酒するという気持ちになってもらいたいと思っています。私はどう息子と向き合ったらよいかを、自助グループ・医療機関の方々に教えていただきながら、物品の協力ではなく、心の、気持ちの協力ができるならと思っています。</p>
<p>本人は主にビール(発泡酒)を飲んでいましたが、今回お酒をやめるに当たり、炭酸であればなんでもいいとのことで現在、コカコーラゼロフリーを飲んでいるがいつまでコーラで満足してくれるのか不安です。また、ゼロフリーといっても飲みすぎるので大丈夫かなと思っています。</p>
<p>どこに誰に何と言って助けてもらうのか、そもそも助けてもらえるのか、よくわからずにいました。今日、アルコール依存を直すため、本人が入院しました。これでようやく少しく眠れるようになると思います。</p>
<p>主人にとって初めての断酒です。主人はわがままで、いつも自分中心、自分の思い通りにならないと気がすまない性格です。きっぱり断酒できるか不安です。主人が本気で断酒すると決めて、治療に入っていると信じて、支えて行くつもりですが、心が折れそうになったとき、相談できる方がいたらなと思います。</p>
<p>アルコール依存症は、本人の気持ちでやめられるものではないと知り、今後は心配です。</p>

<p>医療機関での徹底治療でアルコールは3ヶ月で欲しがりません。今の所は、今までの本人とは全く違って穏やかになりました。勇気を出して、病院へ行き、アルコールから脱出したら良いと思います。今は本人もニコニコと落ち着きを戻し、家族も明るさを少しずつ手に入れていきます。</p>
<p>覚せい剤などの薬物は購入するのに規制がかかっているのに、アルコールは一旦依存状態になれば他の薬物と変わらないのに、簡単に手に入る。それも手頃な価格で。どこでもすぐ購入できるし、TVのコマーシャルなどではアルコール摂ることがおしゃれなかついていいイメージで放送されている。息子が依存症になるまで特別何とも思わなかった。このような環境の中、断酒し続けることの難しさを強く感じる。うつからくる不眠症も併発しているため、眠剤の依存状態になるのではないかと（もう依存しているかもしれないけど）という不安もある。眠剤に対しては医師の支持量以上服用しないように論じているが、診療所を掛け持ちして眠剤だけ出してもらっていることもあった。かかりつけ薬局というシステムはあるが、その都度別の薬局で処方薬受取れば眠剤も簡単に好きなだけ手に入ってしまう。家族や周りが気をつけていても、本人の意志の規制がきかなくなった時それを正すことがとても難しいと思います。</p>
<p>当事者のことで家族がゆっくり相談できるような電話窓口などがあると助かります。子供が小さいので、出かけることが難しいので。</p>
<p>土日や休日に対応できる機関がないこと。相談やセミナーの為に仕事を休まなければならないこと。親の世代がアルコール問題に対して理解が十分でない事。アルコールが簡単に手に入ってしまうこと。</p>
<p>「目立たないアルコール依存症」の人が、沢山いると思います。症状が進行する前、入口の時点で、当事者や家族、周囲の人間が危機感を持って早急に対処できるように、社会に広く告知していただきたいです。医療機関や行政機関の尚一層のご援助、ご努力をお願い申し上げます。</p>
<p>アルコール依存症という病気があることを医者みんなが理解して欲しい。アルコールを減らすだけでは直らない、断酒が必要と言って欲しい。アルコールが原因でなる病気を診断したときに、同時に依存症も治療できるように、病院同士で連携できていれば嬉しい。アルコール依存症がいる家族は、かなり重症になるまで動かないと思うので、相談に行った時点で、今の状況を変える何らかの方法をすぐに対応して教えて欲しいし、助けて欲しい。「本人の意志がないと治療できません」といわれたら、諦めるしかないのだから、改善はないと思う。</p>
<p>市町村単位で、AAグループ活動の設置を望んでいます。</p>
<p>この様な状態になる前に早くに治療を始めるべきと反省しています。主人の両親、兄弟も皆、大量のお酒のみで自分は他の兄弟(5人)とは違うと、常に言っていました。結局は同じでした。若いときから暴力、言葉の暴力もひどく、子供のためにも私が我慢すれば・・・いつも思っていました。今はほとんどの内臓が悪く、通院しておりますが、飲酒は一日も欠かしません。自分の身体も辛くなりました。</p>
<p>金銭トラブルをどう解決すればいいのかわからない。</p>
<p>何度も裏切られ、信頼、信用は全くできない。馬鹿馬鹿しい事後処理に時間を割いて、心配したり、探し回ったり、馬鹿な親でほんとに疲れました。私の行き着いた思いは「死ななきゃ治らない」です。</p>
<p>テレビでアルコールを飲むCMを流さないで欲しい。もっと断酒会を増やして欲しい。専門病院を増やして欲しい。家族会を増やして欲しい。</p>
<p>1月退院予定ですが、治療中の毎日が家できちんとできるかどうか少し心配です。</p>
<p>お酒は良薬というような風潮が強く、特に私たち年代(昭和10年前後生まれ)の多くは、飲酒する男性に寛大であったように思う。私も、なので何十年もの間経済的にも家庭の雰囲気にも全部私のせいみたいな気持ちで親は勿論、子供たちにも友人にも相談できなかった。結婚してこのかた55年、80才を目の前にして自分の無知さを後悔、子供たちへの影響が心配でいっぱい。本人は今だに、以上のことを殆ど認識していない様子で、薬ロックピンに頼っているかと思われる。ではどうすればよかったか、今後どうすればよいか、今としてはこれで続けてやってみるしかないが、私の気持ちや身体や寿命がこれらに耐え得るかどうか、ただただ子供たちに負の遺産を置いていかなければならない。今頃になって気付いたのも「運」、今後どうなるかも「運」かなあ。</p>
<p>飲んだら数十年前の事をこまごまと言いだし、しつこく言いまくるので困る。すぐ母を殺す、と言ったり、兄姉妹までもTELしまくり、文句を言い続ける。飲んだら人が変わり、素の心が本心ではないので、話した後、こわく感じ、また飲んだら言うのかと思ってしまう。気に入らない事も自然に忘れていくように心の中で処理できる人になって欲しいです。</p>

<p>当事者が地方在住のため、専門の医療機関が通える範囲にはなく、県外の私の自宅までやっとの思いで(本人納得のもと)つれて来て受診(入院)につなげる事ができた。依存症の症状がひどくなる前に受診し、薬等の処方をしていただける病院等が増えてほしい。アルコール依存症が本人の意志が弱いためではなく、病気ののだという事を一般の方々に広く周知されることを望む</p>
<p>断酒の治療を開始してまだ1週間なので、本人が関係の方々の指導を守ることができるか不安。本人(当事者)がまだ、断酒は自分の意志でできるもの(その気になればいつでもやめることができるから、医療機関に通院しなくてもよい…必要ない)と心の奥底で思っている。自分の意志だけでは、やめられなかった40年があることを感じてないことが不安です。</p>
<p>医療機関に相談に行って、治療が始まり本人も自覚して、断酒を今のところ頑張っているのですが、とりあえずひと安心していますが、又、いつ飲み始めるか?と思うと気が抜けない。本当にこのまま一生断酒ができるのか?と少々不安である。断酒をしてまだ6ヶ月未満であるが、こんなに効果があるとは…びっくりしています。よく食べるようになったし、血液検査の結果も良く、体調も元に戻っています。精神的にも穏やかになりました。</p>
<p>アルコール依存症の症状や知識をテレビ等マスコミで情報を広めてほしい。飲酒は若年層でも気軽に手に入り、ジュース感覚で楽しめてしまう。その反面リスク、特に脳神経や内臓、妊娠などへの影響が恐ろしいことを皆が自覚(意識)できれば良いと思う。</p>
<p>当事者に(息子)にきちんと入院をして治療をしてもらいたいと思っていますが、断固入院を拒み自分で飲まないようにできるといって家に居るので、私は病院のソーシャルワーカーから本人からちょっと離れていた方がいいのではといわれ、遠く離れた親類の叔母の家で暮らしています(約1ヶ月)。入院するまで帰らないと置手紙を書いて出ています。ただ心配なのは入院して(3ヶ月間らしく、その後、また私1人が生活する家に帰ってきた場合、うまく接することができるかすごく心配です。不安です。その後の対処の仕方がまだよく解りません。それと病院に当事者のことを電話で尋ねても、個人情報関係の守秘義務ありとかでまったく教えてもらえないことが親としては、納得いきません。無理に病院に入院させられないのは解りますが、母親としてはなんとかアルコール依存症がどうにかならないものかと思っています。</p>
<p>親や兄弟がみんな死んでしまい1人になった。友達がいなくなり淋しかった。酒におぼれた。</p>
<p>自助グループの向上を願います。開かれていて、個人を非難しないという公平公正であるという基本が消えつつあるように思います。充実した自助グループならば参加したいと思いますが、(数回参加して感じました)。</p>
<p>当事者が自覚することが第一で、家族が当事者に理解を求めてもなかなか理解されず、しらふのときにどう伝えていいのか困っています。アルコール依存症と本人が理解するのにかなりの時間がかかり、又認めない。家族会に参加して、気が晴れるのでしょうか?会に参加して帰りに落ち込み不安になり帰宅するのではと不安で参加できません。幼い時に父が酒乱で私たちは父におびえて生活してきました。現在、当事者は酒乱ではありませんが、お酒におぼれ、ストレスをお酒で発散することにより疑問を感じております。アルコールをセーブできない人間が許せない。</p>
<p>まだ専門病院が少ないと思います。</p>
<p>精神保健福祉法の縛りがきつすぎるのではないかと、本人の意志がないと入院できない等、色々緊急措置入院等はあると思うが医師、保健福祉士の対応に疑問を感じる事があった。医師の対応にも不満がある(医療従事者に質問する事があった)しかし、依存症は家族、親戚、皆疲れるね。</p>
<p>働く場所があるといい。依存症に対する偏見がなくなって欲しい。</p>
<p>家族それぞれ意見が違うので、当事者と各自が統一性のないままどう関わっていくか全体の計画を誰に相談していいのかがわからず困っています。</p>
<p>当事者の意志に関わらず、家族が相談に行った場合(他に当事者を納得(説得)させる人がいない場合)、一時的に緊急入院できる体制を作って欲しい。入院している間に家族は今後のことを当事者のことを心配せずに考えられるのではないかと思う。どうせまた飲んでいいるからと、面と向かって話をしてこなかったような気がする。逃げていた方が楽で…夫婦なんだから、俺の言うことを聞くのは当たり前という生活の中で、今まで褒められたことやプレゼントとかもらいたいわけではないが、褒め言葉とか何か私自身を評価してくれるところがなかった。感じたことがなかったような気がする。当事者が弱い立場(歩けない)になったときには、自分は冷酷で罵声を浴びせていた(飲まなければこういう状態にならなかったのに…自業自得だ…)。自分は来年3月で退職をする。当事者が酒をやめて2人でやっていければと、当事者から言われてみたい、夢のような話だが…。</p>

<p>今、息子は 35 才、来年は 36 才になり高校卒業以来、まともに仕事が続いたことがありません。18 才～33 才迄は趣味や資格の勉強をアルバイトしながらの飲酒の日々。33 才～現在、連続飲酒。断酒して自立してもらう為に親がどのようにサポートしていけばいいのか、また、今は断酒中ですが、いつスリップするかと不安な毎日です。</p>
<p>当事者は、断酒会にも積極的に参加して断酒が続いており、今のところスリップはしていない。ただアルコールの依存からの回復中、買い物を沢山したり、お菓子の食べ過ぎになったりした。依存から立ち直るのには、他の衝動に走ってしまうことをもう少し本人を含めて広報(伝えて)欲しい。断酒会のように当事者がいないところで家族(子供を含めて)が言葉に出して、今までの辛かった体験を昇華させる所があると嬉しい。</p>
<p>いつでも(月 1 でも週 1 でも)無料で参加できる場所がある事。又、その事を知っているだけで気持ちの上で安心です。アルコール依存が本人の意識だけでは治らない事を広く知ってほしい。薬物依存等で中、高校生に話があるときに依存症(薬物、アルコール、ギャンブル等)について話すなど。</p>
<p>TVでのアルコールのコマーシャルがとても無責任に思えます。親や姉妹(当事者)でさえも、平気で「アル中」と言ってきます。とても傷つきます。本人が仕事への責任感が強く、なかなか休むか辞めるかをして入院して欲しいと思っている家族の希望がかないません。職場に話すとかクビになるのではないかと心配しています。入院している間・・・無収入になることを心配しています。スリップが怖くて気を使いすぎて疲れています。私のストレスや心配を話せる人がいません。誰かに支えて欲しいと思います。</p>
<p>当事者が 1 人で自宅にすることができなくなって、年金で入所できる施設があると安心できます。</p>
<p>初めての経験でしたが、割合早く体の回復ができた事は医療機関のおかげだと感謝しております。</p>
<p>健康体(身心とも)を取り戻したい</p>
<p>「アルコール依存症」という病気を全く知りませんでした。普通の病院にもこの「病気」があることを知らせるポスターを貼り、どんなところに相談に行ったらいいかを広めてもらいたい。</p>
<p>アルコール性認知症になるとわかっているのにアルコール依存症のためお酒をやめられないというかやめる気がないことにに関してとても辛いと感じている。早く死んじゃえと思うことがある(お酒を飲んでいるのを見ると)。</p>
<p>当事者に同居する家族がなく、こちらに依存してこられること。</p>
<p>家族の和を保つこと、取り持つことを仕向けることが大変困難と思う。</p>
<p>今、日本にはアルコールの問題を持っている人で社会資源につながっている人はとても少ないことを知っています。それはプライドや世間体が邪魔をしているのかも知れません。この問題を持っている当事者や家族が 1 人でも多く、回復の為に助けを求める行動をして欲しいし、社会も国を上げて、法律を強化して欲しいと強く願います。</p>
<p>アルコール依存症という病気は本人が治したいと思わない病気で、家族が相談したときに「本人に治療の意思がないと何も対応できない」と言われてしまったときは本当に絶望的でした。私は 2 度保健所へ相談しましたが、2 度とも上記のことを言われ本当に苦しく辛かったです。もう少し何らかの対応をして欲しかったです。</p>
<p>当事者がアルコール抜きで生活できないということはわかって(早くから)いましたが、社会生活が過不足なく送っていたのでうつ状態になったときはその機関の治療あるいはコミュニケーションに関しては単に個人的な問題(相性 etc)と思っていました(対処しました)。今「依存症」という病名がつくと、長い生活の中で適度に飲酒することができていれば若い頃からの当事者の生活も違っていただろうのかも？と感じます。きちんと教育の中に組み入れることも大事かもしれません。家族ともども、断酒の継続はどのくらいか？と案じています。繰り返さないことを祈るばかりです。</p>
<p>当事者も会社出勤日数も半分くらいになり、勤務中に今の所倒れる事が(てんかんアルコールの為)何回かあり、やむなく会社から休むように言われ、給料も半分になり経済的にきつい毎日を過ごしております。一日も早くアルコールから脱出してほしいです。老夫婦がこの世にいる間にね・・・</p>

<p>アルコール依存症は重度の患者のイメージしかなかった。どういった飲み方が依存につながるのか等、知るすべも思いつかなかったのだが、どうにかして知りたかった。私はアルコール依存症について無知だった。子供がいくつかの問題をかかえていたのに、元気に接してくれていたため、大丈夫だと思ってしまっていた。未成年の飲酒は法律では禁止されているが、少くらは飲んでも大丈夫ではないかと思っていた。子供が気分を晴れやかにするために飲酒しつつ友人と接していたことを知り、身体の害を伝え論じたが、やめなかった。そして、子供が負担になり、距離を置いてしまい、子供が飲酒する状態が半年ほど日常化してしまった。私は、状況をそこまで深刻にとらえることができなかったが、祖父母の判断により、病院へ連れて行ってくれた。あのまま放っておいたら重病になっていたように思う。現在子供は医療機関にて、入院し治療をしている。家族もカウンセリングをする必要があることは理解しているのだが、古傷が開き、大変、気分が落ち込んだ。子供と離れて、勝手ながら必死で前を見て生きてきたつもりだが、カウンセリングを受けてからつらかった生い立ちや夫の暴力、離婚して子供を置いてきた罪悪感、色々な気持を思い出し、時々、泣いてしまい疲弊している。子供を全て受け入れることができない器しかなく、私自身が幸福でいてはいけないような罪悪感がいつも付きまとっている。図々しいように思うが、こんな不安定になってしまう親の心のケアも必要だと思う。古傷が開いたことで潰れてしまいそうな為。</p>
<p>アルコール依存症は治らない病気。本人の気持でもどうにもならない絶望的です。</p>
<p>疑問があります。性格的に乱暴な言い方と行動は若いときから感じておりました。そのようなことはアルコールと関係があるのでしょうか。私は現在主人とは別居中です。昨年12月より警察の指示で…現在の住まいは教えてありません(2人子供たちには連絡済み)。ただ心配な事は私以外の人に迷惑をかけたかと…そのことばかりです。だったら主人と共に治療、回復にと思うのですが、申し訳ないのですが…苦しんでいる主人を助けてあげたいと思わないのです。</p>
<p>アルコール依存症の当事者は病気だからで済まされるが、家族はどのように気持を整理したらいいかわからない。</p>
<p>50年間もアルコールを飲み続け、身体面で心配していた。今回、本人から「断酒」を言っているのでも妻として喜んでいる。しかし成功するかどうか不安であるが、精神科のDrとのつながりができたことを家族は幸せに感じている。家族として見守るだけで終わらせる生涯ではなく努力することの充実を感じている。</p>
<p>本人が決意をして入院しましたが、退院後職場復帰できるか心配である(経済的問題)。退院後飲酒の機会が多いと思うが断る勇気があるか不安である。家に戻っても息子(大学生)と2人暮らしである。目標を持って飲酒しない生活を維持できるかどうか心配である。私も離れて生活している為、常には見守りできないので、本人にこの入院でしっかり治療してほしいと思っています。</p>
<p>専門機関、専門医が増えると良い。又、依存症は誰でもなる可能性があるとのことだが、24時間どこでも飲酒可能な社会にも問題を感じる。本人が必死に断酒しているのにいたるところで手に取れ、目につく(テレビなど)というのも家族としては心苦しい。今後の医療に期待して回答させていただきました。</p>
<p>断酒を始めて1年弱、本人は少しずつ回復してきていますが、同居の私の母との折り合いが段々と悪くなり、私は疲れ気味。どんなに今まで、私や周りの人たちが困ったことが、何もなかったように、暴言を言ったり、行動したりと以前とは違った面で、又悩み始めました。</p>
<p>3ヶ月以上の長期入院が可能でかつ、人間的生活が保障される施設を増やしてほしい。</p>

<p>約4年前会社健康診断結果で -gtp 値が初めて4桁の異常値がでて緊急入院を強いられた。この時「急性アルコール性肝障害」と診断され、追加で画像検査、点滴治療を受け肝機能改善にて退院(入院期間2週間)。ただ、この時医師からは断酒ではなく節酒をすすめられたと、都合よく解釈、体調改善につれて家族に隠れた再飲酒スタート。家族としては断酒してくれているものと信じていた。信じたかった。1~2年前体調が又悪化、会社定期健診で GTP 再上昇、嫌がる本人を受診させると、前述同病院消化器内科医師に「しかられた」「断酒しない限り無理だ」と言い落胆。家族の手前もあってか通院1回/月、内服治療のみで繰り返すと言われた約半年続けるが同時に隠れ飲みも。徐々に酒量が増え、転倒、ケガ事故もあり、言動に変化。家族間コミュニケーション障害も出て自宅に引きこもりがちとなり、心身ともに危険な状態、家族崩壊の危機を感じ、アルコール依存症も扱う精神科を探して受診に至る。妻として誰にも相談できず、辛かった。悩みぬいた。まさか「依存症」にまで来ているとは考え及ばず。現在は断酒に向け、本人毎日(仕事終わりに)通院中も手遅れしたのではないかと不安でいっぱい。4年前4桁の異常事態に関連機関へ相談できていれば、子供4人、そして私、当然本人も、これ程の犠牲なく病気に向き合えたのではないかと後悔している。内臓障害をおこし、治療を受けた際にアルコール依存症へのハイリスク状態にあるという知識があれば、勝手な本人はともかく、家族はサポート姿勢を変えられたのではないと思う。妻として「まさか夫が」と信じたくはない状況になって初めて、慌てて誰にも相談できずに一人でネット検索。今回アルコール漬けの身体がボロボロで家族崩壊寸前であったため、本人も素直に受診承諾してくれたが、精神科を勧めるにあたり、大変気を使った。大きな壁だった。まだ断酒期間はスタートしたばかりで家族はおびえている。再三のうそや裏切り行為に傷ついた経験からか、現実を直視するのが怖く本人を避けたい。先が見通せない不安と治療開始時期を遅らせた知識・認識不足、間違ったサポートしてきた後悔を抱きながら苦痛な日々を送っている。</p>
<p>大変な調査作業お疲れ様です。現在は専門病院に入院中(初)で、本人の断酒の意志も固く家族としても安心できる状況で、アンケートもほぼ Positive な内容でお答えできましたが、一年半~半年くらいまでなら質問30など全項目「いつも」だったかもしれません。今回、私自身が自力で多少持ち直したところで精神保健福祉センターにつながり、同時にとんとん拍子で入院へと進めましたが、本当に自分まで精神的に病んでいる時は、相談機関を調べることに思いつきませんでした。まずは家族が元気を取り戻し、病気を理解するためにも、そういう機関の存在がもっとPRされればよいと感じています。</p>
<p>もう一生飲んでもらいたくない。</p>
<p>息子が依存症になってからは、飲酒に対する考え方が変わりました。テレビのお酒のコマーシャルは過剰すぎるし、身近にも依存症の人が多くいる。カウンセリングをしっかりとってくれる精神科の先生が少ないと思います。</p>
<p>老いてのアルコールの問題の為、妻の私にとって、自分自身の体が精神的にも肉体的にも、限界を感じてしまう。</p>
<p>現在は、精神医療センターとの繋がりができているので、大きな不安はありませんが、以前はアルコールによる身体的な問題が起こるたび、病院をいくつもまわらなければならなくなり大変でした。体の治療をしなければ、今後の治療が始められないという事はわかりますが、なんとか一般診療科などに連れて行ったその時が、家族などにとって最後のチャンスだという事もあると思います。まず行くのは内科等だと思うので、早期に専門病院、また医療者と繋がりを持てるようなシステムができれば良いと感じます。</p>
<p>病院を受診しても、脳の病気で自分では飲酒をコントロール出来ないと言われても、頭では理解していても、やっぱり本人をせめる気持ちがある事は否めません…。これまで、私自身、家事や仕事を優先させてきて、本人に飲みすぎを注意したぐらいで、全く聞き入れてくれない事は、長年の事で、もう言う事も面倒臭いな...とっていました。でも今日、幻覚などの症状を目の当たりにして、結果的に入院治療につながった事は、これからの家族のために良かったのかなと感じております。</p>
<p>私は娘と一緒に住んでいない。父(当事者)と同居の母は、私以上に苦しんでいる。もっとアルコール問題について相談できる場所がほしい。</p>
<p>家族の協力、職場の理解を必要と考える。どうしてアルコールに逃げてしまうのか不明で困っている。ストレスなどでアルコールに逃げるのは性格的に何か特徴があるのでしょうか？親として断酒会を紹介されて、現在参加しているが、とても勉強させて貰っている。お陰様で、親として上から目線で注意していたが、今では同じ目線で話ができるようになった。病院に入院して4ヶ月、月1~2回面会に行くが、先生やスタッフのお陰で、とても明るくなって喜んでいる。</p>
<p>内科入院した際に、医者から必要な事をもっと聞きたかった。外来で相談しても、「うちには精神科はないので...」とだけでした。当事者がせっかく医者の話を聞いているのに、飲みすぎなければ良いとだけ言われた。</p>

<p>夫に対する不信感がぬぐえない。努力は認めるが、断酒が継続するか不安でいっぱい。アルコール問題が恥ずかしいだけでなく、そこから立ち直ろうとすることはもっと社会的に認められ、オープンになっても良いと思う。</p>
<p>暴れた時等、救急等で連れて行ってくれる機関を作って欲しい。</p>
<p>各市町村の広報で、依存症(アルコール、ギャンブル等)は病気である事をもっと知らせるべきである。全家庭に、そういう冊子を作り、問題点、症状、相談先等、まとめた情報を、配布するべきだと思います。若い世代の飲酒の機会が多い世の中、道徳の授業でも考えることも必要だと思います。</p>
<p>禁煙外来がメディアで広報活動されているように、禁酒外来がメディアで広報され、医療機関にかかりやすくなることを願います。</p>
<p>仕事がなくなった。夫に仕事に行ってほしい。</p>
<p>生活している中で、現在は、アルコールがテレビや他の報道等...余りに多すぎ、断酒する、又はそれを手助けする側から見ると、さける事は大変難しく思う。</p>
<p>精神科の診察を受けるのが、大変です。予約をするのですが、待ち時間が長くなっています。積極的に治療に取り組んでいないのに、また、仕事があつたりして、長く待つことができないんです。怒りっぽく、イライラしていて、受診が遠のいてしまいます。予約番号を付けて、あと何番目とかわかるといいと思います。メールであと何人目ですとか、知らせるシステムがあると、多少はストレスが解消されて、受診に繋がるのではないのでしょうか。</p>
<p>本人より、まず初めに最も近くで過ごす家族の心が、当事者の言動の波に日々蝕まれていくように思います。どのようにして、自分を保持できるか、又、生きる力を生み出せるか、とても大変です。だから、家族がつぶれたり、見捨てたりしないうちに、初期の家族対応が重要と実感します。今後の終わりのない治療をうまく進める上で、家族等身近な人との支え合いが、大きな力になると思うからです。専門医が近くにあればと思います。又、かかりつけ医と精神科との繋がりができると、治療が早くなったり、家族支援につながったりするのではと思いました。</p>
<p>私の父はアルコール依存症、母は身体障害者です。障害者の母は介護保険や介護士さんに頼っても、アルコール依存症の父は、どこに頼れば良いのか分かりません。現在、父は専門の医療機関に入院中(精神科)ですが、退院後、通院を続けるにしろ、断酒会に通うにしろ、本人の意志がないとできない事で、父にはその意志がないように思われます。私がアルコール依存症の事を理解しても、本人がアルコール依存症という「病気」なんだと、自覚させることへの難しさを感じています。</p>
<p>たばこについては近頃 TV・CM 等によるニコチン依存症が取り上げられ、禁煙外来などの治療法が世に広まってきたのに対し、アルコール依存についての危険性は全く、知られていないと思う。</p>

## 薬物家族からのコメント（自由記載）

Comment
刑務所から出所をした後、仕事をせず、暴言暴力をされるのではないかと、又、出所したその日にダルクに相談して迎えて欲しいけど良い対応していただけるか、又町内に迷惑がかかるか、本当に不安な毎日です。又、薬物が身体から抜けず、暴れだすか心配です。家族も(主人)年ですから、不安です。私も足が不自由で(人工関節)歩くことがあまりできず主人もがんでいつ息子に殺されるか心配です。何回も覚せい剤をやっているし、不安でたまりません。親の私たちが悪いか(育て方)悩んでいます。どうか良い方法の回答をお願いします。私の我がままばかり言ったり書いたり乱筆乱文で申し訳ありません。よろしく願い申し上げます。
薬物を使用しているかもしれないと家族が気付いた時は、どのような方法をとってどうすれば良いのかわかりません。どうすればよいのでしょうか？
当事者は通称ラッシュと呼ばれている薬物を服用していました。家では服用していなかったので税関、警察に逮捕されるまで私も家内もわかりませんでした。親としてうかつだったと思います。そこに至るまでの当事者の心情を理解できなくて申し訳ないと思っています。懲役刑を受けた為、再就職できず悩んでいます。引きこもりにならなければ良いと願っております。
具体的な対応治療の方法の問題
「当事者」の「薬物問題」の本当のところ(原因、病気の程度、治療の方法)がよくわからない。「当事者」への対処の仕方について、ケースワーカーや自助グループ先輩方の話を素直に受取れない。薬物依存という、すぐ家族云々とされるが、家族のない人には薬物依存症はないのか？
現在服役しておりますが大事なものはこれからだと思っています。今でも色々な問題等ありましたが、当事者と共に、自分自身が背負っていかねばいけないことだと認識しております。たよれる所には頼り、自分だけで悩まず、強い気持を持って過ごしていく覚悟でいます。
適切な医療機関が少ないと感じた(例えば適切な医療機関と思っても初診の予約が1ヶ月先とか)。薬物の場合、警察署に拘留中に一定期間治療等の回復プログラムの必要性を教えても良いのではと思う。
現在生活保護を受け病気治療(C肝)を行っていて、経過は非常に良いとDrから聞いています。本人はこれまでの行為を反省し、今までにない努力をしています。年齢もそれなりに重ねていますので、回復後の就労先があるか心配です。
精神安定剤とアルコールと一緒に服用してしまい、現状逃避をし、責任を親のせいだと考えている。自己責任、自覚を持たせるために何をさせるべきなのか？又、どう接すれば良いのか？まだ若いので今後の心配である。
治療には長時間がかかると思われます。どこまで、できるか心配です。先生と本人の相性も必要かと思えます。いい先生に会えればいいのかと思えます。病院、施設が遠いと通うのにも大変かと思えます。
現在当事者は入院中の為、金銭的援助を100%支援しなければならない。当事者は出産2週間で警察に捕まり、その赤ちゃんは現在乳児院にお世話になっているが、当事者は今だに赤ちゃんとは面会謝絶のため、当事者と私たち家族の元にいつ赤ちゃんが帰ってくる事ができるかで児童相談所と意見の相違があり困っている。
本人が困っているとき、家族に話できないときに話せて安心できる場所が沢山あったら、本人だけでなく家族も助かります。
経済的な問題
私は現在38歳の薬物依存症者を持つ父親です。本人は20歳頃から薬物に手を出し、色々な出来事がありましたが、現在はダルクに定着し、薬は止まっています。今まで私たち親は本人の薬を止めることだけが目標で、今現在止まっているので子どもの生活は平穏なのですが、ふとこれからの事を考えると不安になることが多々あります。もちろん先のことなので、そんなことは考えても無意味なことであるとはわかっているのですが、このままダルクに死ぬまでいることができるのかとか、一生生活保護の元で暮らしていくのかとか、次から次へと心配がわいてきます。薬物依存症者だけの問題ではないと思いますが、これら依存症者がこれからの世の中を生き延びられるような社会的な理解があったらいいなと思っています。最後に皆様方の依存症者、その家族に対して

<p>の支援に深く感謝申し上げます。</p>
<p>薬を使用しながらも働いているので底つき状態になるのを待って回復へのチャンスを待ちましょう、と言われて2年経ちました。「止めたい」「止めなければならぬ」と当事者が思うのをただ待っている親ですが、勉強しながら日々過ごしております。</p>
<p>息子45才です。覚醒剤を使用していたことがわかった時は、気が動転、絶望、目の前が真っ暗くなりました。薬物依存症は直らないけど回復(成長)すると講義を聴き、少し明るい気持ちになりました。今後は無職ですので仕事を見つけ仕事をして、薬物には二度と使わないで欲しいと願うばかりです。</p>
<p>初めて「これは大変だ」と思って、個人病院や専門機関をネットで探しました。しかし周りにあるのは心療内科ばかりでここに行っているものかどうか、医院や先生の専門がよくわかりませんでした。夫の友人(医者)のすすめで近くの心療内科に5、6回通いましたが、親へのアドバイス、本人へのアドバイス等なく、ほとんど経過を聞くのみ、薬を出してくれて終わりでした。診療2800円位、薬代3000円位と、かなり高額でした。本人はガスをやめたり、また吸ったり、そんな繰り返し。仕事をやっと見つけても長続きせず、面接に落ちて又ガスを吸い始める、そんな感じ。保健所に電話をし相談しました。女性の方が対応してくれ、親身になって聞いてくれました。そこで病院を紹介されました。この病院は最初の医療機関を調べている中で出てきたのですが、アル中が専門の精神病院で怖い?なんていうイメージがあり、行きませんでした。でも最終的に今は通い始めました。この病院にお世話になりじっくり治してたいと思っています。そのうち本人も通ってくれるようになるとういと思っています。乱筆乱文失礼いたします。</p>
<p>ダルク等のリハビリ施設の入寮、病院の治療など経済的な支援の負担がとても大変です。家族の経済的負担を減らす国の対策を強く望んでいます。</p>
<p>薬物依存病は不治の病といわれますが、家族にとっても厳しい病気だと思います。家族だけが苦まず、一般社会にも受け入れていただき理解をいただきたいものです。家族は、「薬物依存は犯罪」という重荷を背負ってしまっているのになかなかオープンに話ができない。</p>
<p>私の娘が薬物依存や覚醒剤依存になったのは私の子育てが間違っていた。私わが子をダメにした…の気持ちが取れません。人は「そんな事ないよ」と言ってくれますが、私が悪いんです。そんな本音を聴いてくれる人が、場所が欲しいです。そうなった原因を明らかにしてくれる場所が欲しいです。私も娘も死ぬまで一生、引きづり続ける課題です。</p>
<p>精神科医師をはじめとするスタッフの言動で、当事者が再受傷する現実、家族からすればやっとの思いで医療につながるのにあまりにも悲しい。アルコール依存、薬物依存の専門と言われる機関やDrに又相談機関に「回復のイメージ」がない。そのために当事者も家族も「希望」が見えない。特に当事者にとっては、それが何よりも必要と思う。当県には、当事者の回復プログラムを実施する医療機関がない。又、ダルクと連携共働する医療機関もないため、退院すれば引きこもり当事者の自助Gとつながるのが難しい。</p>
<p>薬物問題というものは目に見えるはっきりとしたものがないだけに良くなっているという事がわからず、長い年月をかけ家族も本人も努力してゆかなければならぬ事、又、見た目には普通に見えてしまう事から「もう大丈夫」と言われ家族共に不安になってしまうことが「こわい」。経済的な問題もあり医療機関に見放された場合は家族ではどうしようもない事実、幸い今ははっきりとした医療に見守られ入院させていただいています。先生方にお任せし、あとは本人がよくなることを祈る現在です。</p>
<p>咳止め等、簡単に手に入らないよう、規制して欲しい。</p>
<p>2016年1月からダルクに入所する予定でいるが、ダルクに対して「周りが変な人ばかりだったらどうしよう」などと入所したくないアピールがでているが、何とか入所して回復して欲しいと願っています。父親1人が甘やかして、すぐにも自宅に呼び戻そうとする様子が見られるので、心配である。当人をダルクに入れる交換条件として、今まで渡してくれていた生活費25万を10万にするといっている事がとても不安です。本当に生活費を下げられたら主人の事をもう信じられないし憂鬱です。現在主人は入院中です。(肝臓、腎臓)が悪いため。</p>
<p>今現在服役中です。私が又、面会の折、言葉にすることは、「もうこりごり絶対このようなことは決してしない」。心配かけないというのですがいざ社会復帰することにより、又このようなことの繰り返しではと心を痛めています。いろんな勉強会に出席させていただき再犯率の高いことを伺いますので、医療関係又更生施設等の指導をいただきながら二度とこのようなことがないようにと願うばかりです。いろんな機会に出席して依存症というのは治らない。医療機関でも治らないと伺いました。薬物に対する医学の方面でも止められるような治療があればと切に思います。</p>

アンケートに答えて自分を振り返ることができました。オオサカとサッポロで2回、成瀬先生のお話をお聞きする機会を(コレカラノカイフクシエン)得ることができました。感謝します。家族に向けたお話をぜひお聞きしたいです。今後、本人とどのような関係をつなげて行ったらいいのか、どっぷり共依存になってしまっていたことを今は理解しているが何をどう変えたらいいのか、小さなこと、一つ一つに悩みます。ふつうの親子関係がよくわかりません。
保護観察等が平日しかやっていないため正社員で働いている自分には時間を合わせる事がとても難しく思います。
現在は相談に行くところが解りましたが、何年か前(10年以上)はどこへ相談に行けばよいのか本当わかりませんでした。もっと世間に知らせる必要があると思います。服役して初めて保護観察所の家族会に行って解りました色々薬物問題が理解できました。
今回2回目の逮捕で刑務所に服役しておりますが、1回目の時何もわからず、どこにどう相談をしていいのかもわからず(そういう方は沢山いると思います)、警察も署によってとても違い、心無い言葉ばかりかけるところもあれば…。初めてのときにもう少し情報を教えてほしかったと思います。2回目の時に刑事さんがとても親切にアドバイスくださり精神保健福祉センターへ相談に行くことができ、とてもありがたかったです。
出院後の生活が始まってみないと、まだ何ともわかりません。今回、保護観察所の存在、家族会の様子など初めて知り、心強く感じました。皆さんのお力をお借りして回復を信じ見守って行きたいと思っています。ありがとうございます。世界中から薬物の問題がなくなりますよう…
出所後の仕事が一番心配です。
生活は別々にしています。現在は刑務所で28年の11月頃まで服役です。出所した後の生活の援助が年金生活のため自由にしてやれないことです。
相談できる機関の情報(また、利用できる時間帯、曜日等)をもう少し詳しく知りたい
べつになし
どうすれば完全に覚醒剤を断ち切ることができるかと思っています。又、私は子供にどうすれば良かと悩んでいます。これという方法をどうか教えて下さい。
薬物に手を出していた時でも親に対しては普通なので気付くまで遅くなるのが、いつもの事でした。やめられないのは本人の意志が弱いからとずっと思っていました。成瀬先生の話をお聞きしている中で、本人が依存症にかかっているのでは…とお恥ずかしい事ですが、親にその辺のことがわからず、出所した際は先生のところへ本人と共に行って、もう一度、話を聞かせて頂き、薬から手を切る手助けをしたいと考え、出所する本人を待っています。
親の元気なうちに回復の道を歩み続けてほしい。
入院中、担当のソーシャルワーカーがついたが、殆ど対面することもなく1度だけ面談しただけだったので、もう少し、退院後の生活等について親身になってほしいと思いました。退院後、自立して生活できているのか、月に何度か様子を見に行ってくれたりする人がいると家族の立場としては安心できますので、退院後も担当のソーシャルワーカーか、民生委員の方をつけるのは可能なのでしょうか？ 生命保険についても、薬物依存症だと対象外になっていますが、本人が病気になってしまい、入院してプログラム生活を送り治療をしているのだから、保険金対象外になるのはおかしいと思います。「薬物依存症=病気」なのであればその辺も今後検討してほしいです。
今回医療機関にお世話になりましたが、今までの年月長い間とても苦しんでまいりました。誰にも相談できず大変な思いをしてきましたが、成瀬先生にお会いすることができ、少し前向きに考えるようになりました。ありがとうございました。
日中よりも、夕方から夜間に不安定になることが多いが、医療機関や相談できる所がない。夜がとても不安です。
私と主人2人共が病気を持って医療機関にお世話になっている。2人とも70歳を超えてそういつまでも元気でいられない状況。
家族会、ダルク等の会が身近にあるとわかり今後利用していきたいと思いました。
刑務所から出てきてからが心配です。
現在、独身だけどできれば良いパートナーがほしいと思っています。優しい性格の息子なのでしっかりした女性をとっています。

娘、母の関係は続けていますが、兄(3人)は全く疎遠となり回復の見通しが見つからない事。息子(孫)の今後、現在は祖母である私がすべて見ていますが、出所後孫の生活の拠点をどうするのが良いのか、息子たちとはまったく話せない状態ですが、娘の伴侶とよくよく話し合うことしかありませんが、方法として何かアドバイスしていただければと思っております(息子=孫 成人 20才大学生)
経済的余裕がないのでどこまで面倒見てやれるか心配です。病気を持っているが病院でどこまで見てもらえるのか心配です。医療費の事とか生活のこととかです。
少年院、裁判所が当事者を親元に帰すことを最善と考え、共依存を助長するような行動を推奨している(突き放しを否定する)。共依存に対する知識が全くないようだ。親としては、ダルクへの入所を希望したが、少年院と保護観察所から反対されてしまった。ダルクへの理解が全くできていないことがわかって、とても困っている。
薬物依存症という病に対する社会的な理解がして頂ける世の中になって欲しいです。家族や本人が偏見をもたれることなく、いろいろと相談しやすい環境が多くあればと思いました。
「薬物の使用が疑わしい」と言うのみでは「保護のしようがない、手の出しようがない」と、相談機関でも言われてしまう。事件性がないと警察も手を出せない。何も出来ない。では、どうすれば、子供を救えるのか？黙って、事件を起こすのを待つのか？助けてほしい。
薬をやめる事を考えていない。インターネットの情報をあまりにも勉強しすぎて、信じている。自分は病気なのだからと親に意見を言わせない。「そんな事を言ったら、薬を飲むよ」とおどかさず。インターネットで自前の物を売り、全て薬を購入する。
当事者がかかっている医師に、周囲の者がどの様にかかわって良いか、アドバイスをお願いしたい。投薬を受けているが、家族はずっと当事者が薬を服用しつづける様になるのか、心配である(本人は、家族と口をきかないので...)。本人がカウンセリングなどを受ける必要があるのではないかと思うが、どうして良いかわからない。
例えば刑務所から出所した後、どうやって仕事を探したらいいのか、わからないので相談できる窓口があったらと思います。
私の息子は覚醒剤の罪で今現在、北海道の網走刑務所に服役中です。今年の秋頃に出所すると思います。今回3回目の覚醒剤での服役です。今回出所したら、薬物依存者本人のための自助グループに親の私と一緒に参加したいと思っています。
刑務所から帰って来たばかりで、色々と病気を持っていて肝臓ガンの手術が終わったばかりです。何をしても人の介護が必要で歩く、服の脱ぐ、着るのも1人では出来ず、風呂も1人では入れず、すべて、私がしてやらなければならない状態です。介護認定を受けたばかりで決定を待つばかりです。そうなれば私も少しばかり介護をしてやらなければならないと言う事もなくなります。本人も施設を希望しており、話を進めて行くつもりです。本人も後悔をしており、こんな事で人生を棒にふるたしみじみ言っており、本人はともあれ、周りの人が本当に大変です。家族みんな不幸になり、関わりたくありません...が身元引受人をしたため、満期日迄は頑張るつもりですが、精神的に具合が悪いです。私も最近、左足の神経痛や睡眠もままならず、左足の股関節の手術もしなくてはならなくなりました。本当に大変です。
困った事があっても相談対象者がいない。体の事が心配であるが、力で押さえ込むだけ。刑務所に行くしかないのか。病院という事も考えられるが、本人の気持ちを無視してつれていくことも難しい。
「会」に出席して、大変勉強になりました。ありがとうございます。皆様の体験をいかして、声かけをして、親子の関係を(絆)深めていきたいと思っています。本当にありがとうございます。今後も「会」の「和」が広がることを望んでいます。
薬物はなかなかきれないと思いますので、本人を精神科の病院にいれたいと思っています。
出所したあと、保護司の方と相談しながら、注意深く日常の態度等、観察しながら、見守りながらやっていけたらと思います。家族会の代表者の方の名刺をいただいておりますので、何かあったらすぐに相談したいと思います。
アルコール依存症で入院した時、病院で飲んでいた薬の量と種類の多さに、驚いた。薬の内容を知らないの、自殺未遂をくり返す事に家族が心身共に疲れている。

<p>現在本人は刑期中で来年3月まで出所出来ませんので、本日のアンケートの中で私自身一度も会っていません。手紙での話しなので、どれ程信用していいのかわからない処が多いのです。2度のこうした問題の講義を受け、依存症の問題等、出所後の彼の行動を見ないとわかりません。只私達夫婦で確実に薬物をやめさせる決意は持っております。彼が出所するまでの間にこうした薬物の問題での講義はこれからも欠かさず受けて行きたいと思います。本日のアンケートで解答出来ない2項目がありましたが、本人との生活が出来ていないので解答はしていません。</p>
<p>覚醒剤 警察 逮捕でなく、相談、治療、更生への支援体制がほしいです。</p>
<p>家族がどんなに苦しんでいるのか、解って欲しいのですが、まず本人が一日一日薬物に手を出さない様、見守って、私自身も自助グループに参加して回復の一步を進みたいと思っております。</p>
<p>本人へ一番私が伝えたいのは、「薬物依存症」という客観的な知識。家族が伝える、教えるではダメなんです。伝わらないから。そういう客観的な知識を得るプログラムが必要だと思えます。</p>
<p>今現在服役中で、私自身アディクションセミナー等に参加して勉強中です。又、当事者(息子)もカウンセリングの先生と、文通にて相談しており、出所後(1年半後)ダルクへの入所を希望していますが、その気持ちが出所時にも持ち続けてほしいと願っています。又、入所後の生活費が心配です。今現在私は年金生活で入所後の経費を考えると、今から少しずつでも貯蓄して行こうと考えています。本人が入所後何かと早くその生活に慣れて、生活保護を受けられる様、願ってくれる様、面会時に話しています。</p>
<p>薬物依存は病気と認知しているから、治療にあたっての経済的援助を国の支援が必要だ。</p>
<p>二年前に、約5年間の刑を終えて、仮釈放で帰って来ました。ダルクか病院へ...との思いはありましたが、私は精神障害1級の認知症の夫との二人暮らしで、本人の生活や治療を受けさせる費用面での不安が大きく、「どこに行っても、行かなくても本人次第やから」という本人の言葉と、警察の方の言葉を信じ、家に迎えました。結局はその後1年8ヶ月、昨年6月末に本人は薬の使用で再度逮捕され、現在は刑務所にいます。本人がいなくなってから、本人の税金、国民保険、年金、生命保険と、その請求に必死に対応してきました。生命保険もとうとう解約しました。現在夫も、私1人ではどうしても介護が困難になった為、入院させました。今後特養への入所を予定していますが、主人の年金はほとんどが、主人の為に必要になって来るようです。来年本人は刑が明けますが、ダルクや病院へと入れてやりたくても、これ以上、どうしてお金を用意すればいいのか、不安です。とても、とても。</p>
<p>これから先、家族会やその他の自助グループ等での話し合いの場をもっと増やして、家族の方も薬物への理解をもっと深め、当事者と一緒に薬物からの回復をしていけるように出来れば良いのではないかと思います。</p>
<p>今回、初めて息子(22才)が服役しました。元夫ですが、7年ほど前に服役中に離婚しました。元夫とは、私が18才、夫が20才の時に結婚し、19才で息子を産みました。夫は結婚した時からシンナーをして、その後覚醒剤をするようになり、3度刑務所に入り、今も覚醒剤で服役しています。元夫も息子もで、本当に情けないですが、夫の姿を見て来たので、息子もなのかなあ?と思ったりします。息子は2才の頃から小学6年生まで夫からの暴力を受け育ちました。中1年の頃、夫が服役をしていたので、息子が荒れ狂い、中2年の時、施設へ入所しましたが、その後、退所を中3年の終わりにし、やっぱり荒れました。金銭の要求が始まり、だんだん金額が大きくなり、すべて薬物をするのに使ったように思います。今は服役しているので、安心ですが心配もあります。「二度と同じ繰り返しはしない」、と面会では言っていますが、不安はすごいです。普通の生活ができるのか、先の事を思うと不安でいっぱいです。薬物のこわさは良く知っていますが、私自身もDVを受け、大変な思いをしているので、色んな事を考えるといっぱい、いっぱいになります。不安だらけです。</p>
<p>再犯が心配であり、危険ドラッグなどに手を出さないか、家族としては、とても心配です。</p>
<p>親として、今は二回目の刑務所に入っていますが、夏までに帰って来ますが、又、薬物をしないかと思ってしまうことがあります。家族で見守ってやって行きたいと思っております。</p>
<p>私達、家族も自分の考え方の傾向や、問題に気づくのにかかります。正直になることも難しい中で、保護観察所の家族会の対応の温かさが、うれしかったです。ナラノンが新しい仲間にもっと充分に温かさを伝え向かえていけるようにしなければと思いました。メッセージに行こうと感じております。依存症が病気と社会が認めただけのために、何が出来るだろうか?と思っております。</p>

<p>心が安まる事がなかったです。本人もやめる気がなかったと初めて言いました。今回は刑務所、入院中、愛犬が死んでショックを受けて泣いたそうです。初めて、愛犬の死がきっかけで始めてやめると手紙をくれました。出所して、1ヶ月半です。不安はありますが、治ると信じる様にしています。日本は余りにも薬物が手に入りやすく、刑も軽いです。国をあげて薬物問題を取り組んで下さい。日本の子供達の未来をもっともっと考えないと大変な事になります。薬物の恐ろしさを、身を持って体験しました。アンケートをむだにせず、国にもっと訴えて下さい。お願いします。本人を産んで、育てて、薬物中毒になって、人に言えなくて、夫婦で悩み、自業自得と、そんな生活でした。でも諦めません。やめると信じています。字がきたなくてすみません。最後に薬物は、狂人になり廃人になり、家族は崩壊し、心は死にます。暗いです。</p>
<p>現在薬物依存症の息子は国の施設にお世話になっておりますので、今は困っている事は無いのですが、これより出所した後、依存症の息子は以前ダルクに居て、薬物では無く別の刑で国の施設に一年半お世話になっております。今年中には出所出来るのではと思っておりますが、政府の決めた一部執行猶予で政府の決められた、今年6月より行われるとか、政府の考え、やり方に不安を感じております。国の施設 中間？ 中間施設ダルク、いきなり、ダルクではなく、もう少し考えてほしく思います。でないと現在ダルクに入寮している依存症、又は本気で回復したいと思っている仲間達に亀裂がおきるのでは...大変不安を感じております。どう考え、思われますか？これからも皆様のお働き感謝致しております。</p>
<p>当事者は現在服役中であるため、今後仮釈放があった場合に備えて、薬物について勉強し、再度の薬物使用の中止を達成したい。</p>
<p>出所後、日常生活の過ごし方は自主的に本人が考えて行動することだとは思いますが、子供に会いたくて、とんでもない行動を起こすのではないかと心配しています。現在、離婚手続き中で、弁護士(双方)に依頼し、未だ条件等が決まらない状況。</p>
<p>薬物依存症を克服するには、医療センターとか、ダルクの支援が必要な時、お金はいくら位かかるのですか？生活が苦しくて、治療も行けない人も多数いると思います。入院する時でも、高額なお金がかかると、一般では行きたくとも行けないのです。土日は休みで、私達は仕事を休んで行かなくてはいけないので困っています。年金生活しながら、どうして娘が早く薬からのがれるのか、やはり心配です。同じ事が二度と起きないように、子供を見守るしかないのです。子供を信じてこそ、親子の絆があるのではないのでしょうか？家族会の話も聞き、本当にあれでよいのでしょうか？親は親、子供は子供、それで子供は幸福になるのでしょうか？罪を起こしたから引受人はしない。世の中、それでは悪い方に走る人が多くなると思います。自分のお腹を痛めた子供、年がいくつになっても、子供の幸福を祈る、それが罪を起こした人への愛情にもなると思います。私は子供に何度、心配させられた事でも、娘は大切な宝物です。子供を信じ、もう一度、何度でも頑張ります。必ず、親の気持ちかわかると信じています。家族会に参加して、解決がつかますか？先だつ物はお金です。余裕のない人は電車代にも困っています。こんな点をもう少し、保護出来ないか検討して見て下さい。話しをしたからといって、どうにもならないのが現実です。調査して返答が来るのですか？助けてくれるのですか？</p>
<p>現在、刑務所に服役中で、後1年9ヶ月したら家に戻ってきます。私は病気ながらも仕事をして、薬物をする息子の面倒を見ています。今は本人が居ないので、気分的にも違います。でも家に帰ってくると、又、同じ事をすると、頭が痛い。去年にダルクに電話を入れて、本当は行くはずだったのですが、本人はドタキャンして、そのうち逮捕されて、現在に至ります。</p>
<p>現在、刑務所に入り、6ヶ月、離婚2回、子ども1人、本人の努力と性格からか、交友関係は良好に見えるが、群がっている状態でも、さみしいのかもしれない。自分の子どもと離れ、母親に孫育てを頼んでいることが、親として、どうしようもなく、悲しく、とんでもないことをしてしまったと後悔しているようにみえます。出所した時の娘と孫との関係がとて心配です。そして、自活できるまで、本人の努力、周りの援助のことを考えると、私が、まず健康で、しっかりしていなくては、という思いで、少々、不安になります。</p>
<p>父親が肺気腫という病気で、体が自由に動かさません。移動する時、酸素が必要なため、薬物をしている時は、家族みんなドキドキして、家庭崩壊と言うのでしょうか、それでも警察はずっと動いてくれなかった。そう言うものなのでしょうか。今、警察の方も人のこととはいえ、親身になってくれなかった。一番悪いのは子どもですけどね。</p>
<p>国の方できちっと施設を作り、学校に通わせ、社会に出られる様、技術を身に付け、国が経営する働く所をつくる。一般社会は大変むずかしく、会社は自分の利益ばかり考え、犯罪をした人の本当の援助はしない。トラブルにまきこまれたら、きちっと国の方で対応できる人がいた方がよい。日本に薬物を入れない、全力投球で国が最後までしっかり面倒をみてほしい。できる仕事はいっぱいあると思いますが、社会はむずかしく、国が立ちあがってほしい。薬物は、海外より入る様で、暴力団を全面なくす。国が薬物を日本に入れない様にがんばってほしい。</p>

<p>薬物使用は良くないことだと思えます。依存から回復に向かうためには、もっと社会からの理解も良くなるとよいなと思っています。「依存症は病気」だと言いますが、病気のせいだけにするのはではなく、気持ちもしっかりと持ち続けて行きたいと思えます。本人の気持ちも大切に、信じていきたいです。</p>
<p>私達、親が生活して居る所は、本当の田舎なので、少しの事でも、すぐうわさになるので、とても困っています。今はまだ近所の人達も分からないので、普通に生活していますが...あと2年経つと出て来るので、そのあとの事が心配です。田舎に連れて来て、私達と一緒に生活するように決めています。</p>
<p>当事者は現在服役中ですが、出てきた時にどのように向き合っていけば良いのか心配しています。</p>
<p>今はまだ刑務所にいます。帰ってからが大変だと思えますが、ダルクと言う所も知りましたので、少しは心の余裕が出来た事に感謝しています。</p>
<p>うちは母子家庭で育てて来ました。父親は子供が幼稚園の時に病気で亡くなりました。女手でこの子と妹の2人で育ててきました。妹の方は成人した子供もいて、ごく普通の生活をしていますが、兄貴の方は歯車が狂い、私の手には負えなくなりました。性格は内向的で仕事などはとことんするし、最後まできっちりする子です。高校は行かない、働くといって、パンを作る技術を習い、上司にも仕事が上手。腕も良いと言われ、立派な職人になって、母の私も安心していたのですが、覚醒剤使用で捕まり、刑務所に入りまして、何度も出入りしているです。4回目頃に入った時は、絶対最後にするので、身元引受けしてほしいと頼まれ、出所して2年位でまた入るありさまで。今は北海道の刑務所に7回目位で入っています。現在、47才です。私も73才になるので、前途を考える日々です。この子の体からは覚醒剤を抜く事はむずかしいなと思ったり、でも私の目の玉が黒いうちにとか考えます。遅くなってしまって申し訳ございません。</p>
<p>今後、薬物に関わる事のないよう、見守って、少しでも、本人が安心して生活できるよう、気持ちをもって接していきたいと思えます。</p>
<p>あまりにも長期間の闘いで、自分の体力が続くか不安。</p>
<p>出所して実家に住んで、様子を見ながら、生活していくつもりですが、娘が、又、昔の仲間に連絡して薬に手を付ける事も考えられます。刑務所よりの手紙では1日も早く出所したい為に反省している様ですが、はたして出所してきたら、それが心配ですが、家族全員で病気を治して行く様にします。今後、本人と保護司さん、家族で相談して、やって行こうと思っています。初めて参加しました。良い話を聞かせていただき、ありがとうございました。</p>
<p>覚醒剤依存は病気であっても治らないとのことを伺って出所後は本人とどのように接していったらよいのかと絶望的になってしまい希望も持てない時期もありました。でも八幡山の精神保健センターに何回か通っているうちにこちらでの皆さんのお話を聞いたり、職員の田中様とお話をしていると少しずつ考え方が変わり元気になっていけるようになりました。出所後は本人が希望すればダルクに通ったらよいがと思っております。</p>
<p>1. すべての病院で薬物による急性期症状を抱えた依存症者を急患として受け入れてほしい。(わが家の場合、お電話で受け入れていただきたいと申し出たところ、3ヶ所の病院で断られました) 2. 一つの病院で対応しきれない場合は、断るだけでなく他の機関につなげてほしい。 3. 依存症治療拠点病院が中心になって、それぞれが包括している地域の精神科のある病院、精神保健福祉センター、保健所、福祉事務所、警察署、ダルク等の依存症回復自助グループ、家族会が連携できるようなネットワーク作りをしてほしい。 4. 医療従事者、福祉事務所関係者、保護司、民生委員、学校関係者が依存症の研修を受けられるよう、依存症研修の環境を整備してほしい。 5. 刑務所内での処方薬過剰投与について調査、改善してほしい。</p>
<p>薬物を見て頂ける医療機関の少ないことと、予約を取るのに大変である。当事者が問題を起こす時は、夜おそくとか夜中が多く、受け入れの医療機関がなく困ったことがあった。警察に連絡しても、多くの警察官の人たちが来てくれても、事件を起こさないと動いてくれない。質問ばかりされて、嫌な思いをすることが多かったです。社会的支援を充実してほしい。医療機関を増やしてほしい。</p>
<p>現在、服役中の為、出てきてから本人とどう関わったらいいのか心配です。</p>
<p>合法的な物は本人の問題、違法的なものは行政、各所の問題、薬物で問題になるものはすべて排除すればいい。何の役にも立ちません正直者は損をするだけです。</p>
<p>刑務所から出たら、そのままダルクに入れるのが一番のような気がします。家に帰ったら、同じ繰り返し、しそうで不安です。ただ毎月15万円位のお金を振り込まなくてはいけないのが、いつまで出せるかも不安です。自分の生活もありますし、64歳ですから考えてしまいます。</p>

<p>薬物使用の逮捕の後まず治療機関に行かせて一定期間学び、できれば職業訓練などをさせ、社会に戻し、それでも再犯したら刑務所に行くというようなことになれば良いと思います。出来れば何度かのチャンスを与えて欲しいです。</p>
<p>将来のことが心配です。処方箋依存です。偏頭痛で処方箋にはまってしまいました。病院の先生には一生直らないといわれました。本当に直らないのでしょうか。</p>
<p>薬物依存は病気であるということをご一般の方たちにもわかってもらえる様公共の場(マスコミ)で根気よく伝えていただきたい。病気であると思うと全ての行動、言葉がよく理解できるようになりました。</p>
<p>行政の縦割弊害(厚労、法務)警察官の知識向上、精神科医の依存症者への対応向上、相談窓口の多様化及び知識の向上。</p>
<p>あくまで司法より治療の態勢を！！とお願いをしたいと思います。(たしかに国でダメと決めたものに手を出し、本人はもとより家族全体に迷惑、又、苦しみを与え"好きでやったんだろう"たしかにそうだとは思いますが、どうぞ助けてください) もっと開かれた相談窓口を(通報)などのない安全な場所としての窓口があればいいと思います。 本人は本人の中からの回復、家族は家族会の中からの回復、家族会に繋がって16年になります。 自分自身の心の弱さなどからリラプスをしないで、動揺しないためにもきっとまだこれから先も続けて行きます。</p>
<p>・年金生活なのでいつまで援助が可能か不安である。本人が回復に必要なダルクに国として十分な援助をして頂きたい。・いつまでも世間体を気にして生きていくのは嫌です。薬物依存症は病気であり「本人や家族が悪い」という概念がなくなればいいと切に望みます。・有名人の薬物問題がメディアによって必要以上にバッシングという形で取り上げられることに憤りとやるせなさを感じます。そういう世の中であってほしくない。</p>
<p>統合失調症と診断されましたが、覚せい剤使用のため、障害年金はもらえませんでした。先生によっては受給している方もいます。今、お世話になっている先生には、とても良くしていただいていますので感謝していますが、矛盾も感じています。</p>
<p>何度も少年院、拘置所、刑務所と出入りを繰り返すたびに睡眠薬を処方され飲んでるようで、心配です。簡単に手に入り依存症になっているようで、処方薬、覚醒剤の両方の依存症になり回復がどうなるのかとても不安です。</p>
<p>治療に向けて日本では民間のダルクしかない。国にも治療施設を作ってほしい。</p>
<p>ダルクにより社会復帰への導き方法や援助の力量に差があるように思いますが、この時点で当事者たちを理解している第三者の助言や援助を頂けたらと思いますが、・私が住む神奈川西部は保健所、保健センター、精神科等の薬物問題に関する知識があまりにも不足しているように思えます。この点を先生方のお力でもっと普及していただけたらと思います。・このアンケート調査の結果を楽しみにしております。</p>
<p>社会的に依存症が病気であり刑罰の対象とならないよう認知されることを強く望む。</p>
<p>息子は4年の刑期を終えて現在は同居しています。クリーン期間は5年2ヶ月となっています。現在は建設会社に勤務しています。依存症が再発しないことを毎日祈っています。</p>
<p>初めての事なので何もわからない。現在服役中のためよくわからない。</p>
<p>当事者が自主的に薬物問題を取り組みやすい施設なり相談機関が身近な場所にあってほしいと思います。(ダルクほど重い施設)ではなく、もう少し楽な雰囲気自分の薬物問題と向き合いながら学ぶことが出来る場所なり施設があれば今までよりも多くの当事者が少しでも薬を減らし前向きに生活していきやすくなるのではないかと思います。それには国がもっと今の若者の現状をしっかりと見つめて若者が生活しやすく、生きていける社会にしてほしいし、薬物に手を染めてしまったものが社会において落ちこぼれてしまったらその当事者たちがやり直して社会に受け入れられるような状況にしてほしいと思います。</p>
<p>やっとの思いで(家族としては)ダルクにつながり今、本人は自立しようと努力しているところですが、やはり、普通の若者たちも、なかなか仕事がない(アルバイトでなく)仕事につけないこの日本で、色々ブランクがあった人達にも、やりたい仕事ややっていたい仕事に就けていけるような、社会になっていくべきだと思います。</p>

<p>本人(娘)はダルクに親としてやっとなぐことが出来よかったと思いましたが、5ヵ月半で自分からやめてしまった。もっと長くいてほしかったのに残念でした。今いい状態ではないと思う。会ってないので本当のところわからないのですが、本人は嫌でも長くいさせる方法があればいいのですがね</p>
<p>警察は役割として薬物の取締りをする機関であるが、犯罪行為となる以前の相談相手となるような情報をもっと提供できる場所であってほしい。・ダルクを出てからの就労について援助していただく機関と協力企業の情報が公開されるとありがたいです。薬物に対する偏見は就労を困難にしています。</p>
<p>ダルクに入って3年たちますが、去年頃からアルバイトを始め、順調に行っていましたが、つい最近なじめないという理由でやめてしまったそうです(スタッフから情報)依存症を隠しての仕事探しは大変なことと思います。ダルクでのサポート以外にも多くの相談所や援助がほしいと思っています。全国で依存症者だけのハローワークみたいなものがほしいです。わが家では長男の協力でダルクに繋がりましたが、家族会に参加するたびに苦勞している家族が沢山いることを知り、具体的な内容、かかる費用などをオープンにして、工夫、改善してゆかねばならないと思います。それには身近な家族の声をもっと勇気を持って社会にアピールできるよう努力したいと思います。</p>
<p>現在は中間施設に入所しています。(約1年半)施設を出てからは、親、当事者、ダルクのスタッフの方々と話し合いながら回復していければと思いますが、本人とは、もうしばらく会わない方がいいのかと今は思っています。顔を見れば将来の不安も出てくると思います。</p>
<p>家は、静岡県にあり、息子は湘南ダルクにいます。静岡県(近くに)内に、ナラノンがないようなので、あれば助けられるかもしれないと思います。書籍は読むことができるので、助かっています。家族会が助けになっていますが、住んでいるところから遠いので、近くの家族会がいいのかなと思っていますが、お世話になっているダルクが他県にあるので、頑張っている。信頼できる専門機関が近くにないので、県内にもあればいいなと思います。</p>
<p>1.日本では外国に比して患者数が少ないと思いますが、そのせいで、今だに悪い人間の扱いで、オープンさに欠け、そのせいで相談するのも憚られ、その施設数も少ないと思う。2.お金の問題:入寮者、退院、施設の運営者、スタッフの充実などお金をかければ解決するであろう問題が多いと思う。対策として、コストがかかるので、それを減らすという目的の施策が多く、病気を治す(回復)為や、家族の支援をするという目的のための施設は少ないと思う。少なくとも施設の充実は必要。</p>
<p>薬物は犯罪ではなく病気と変って治療を受けやすくなってほしいです。</p>
<p>10代の頃から薬物との問題が始まり、12年がたちました。継続的なダルクスタッフ、仲間に支えられ、本人はつながることができるようになりました。今後ということを考えますと、依存症である事を受け入れて繋がってもらえる就労、生活の場所や人が増えてほしいと思っています。</p>
<p>当事者の息子は回復施設でのリハビリ後、高校、専門学校を卒業し、就職した(H28.4)現在、NAや回復施設との直接の繋がりはなく、時々、アルコールの問題を抱えながらの生活である。母である私は、家族会に通い続け、学びを続けている。薬物の問題に直面し、何も知らなかったため、回復の道へつなげるのが遅くなってしまった。もっと広く情報が発信されていると助かると思う。「ダメ、ゼッタイ」の横に回復のための知識を得られるポスターなどがあれば良いと思う。早期に介入するためにも、「知る」ことが大事だと思う。</p>
<p>当事者(長男)の母親は離婚し、二人の妹と三人暮らしです。最初は長男も一緒に生活していたのですが、長男が働いても、お金を一円も家に入れずどうしようもなく長男を追い出しました。(その前に3回逮捕されている、3回目は大麻)長男の母親はうつ、そう、パニックと次々具合が悪くなり、今回4回目逮捕(大麻)で当事者の祖母である私が引受人となりました。4回目の逮捕(大麻)で少年院から昨年8月10日に家にもどりましたが本当はダルクにつなげて(通所でも)依存症について学び、回復の道を選んでほしいと思っていました。もし、大麻をやってしまったら…と思うととても心配です。(当事者が依存症と云う病気であるということを知っていない)</p>

このアンケートは次男を当事者として回答しましたが、次男の父親も薬物問題を長い事抱えていた人でした。シンナー～大麻～ヘロイン、コカイン、覚醒剤 etc、あらゆる薬物の使用頻度が増え、同時に社会的問題も増え、私は完全に巻き込まれていました。結局次男が小学校5年の頃、別居、6年のときに離婚しました。又、今年になり海外生活を続けている長男よりカミングアウトされましたが、「色々試したが、大麻が1番自分にあっており、生活の一部としてよいペースが保てている」と薬物使用もわかりました。ちなみに元夫は売人のようなこともしていた様子でしたが、今だに逮捕もされず、仕事もしているようです。次男の薬物使用がわかったとき、早めの対応を試みたのですが、当事者も私も「無力である」ことを認めるまで、なかなか治療、回復につなげることが難しかったです。又、あらゆるところに相談に行っていました。薬物問題に対して知識がない人があまりに多くて、より混乱しました。やはり一番役立ったのはダルクでした(家族会も含めて)以上のことからまずは関連機関、担当者が精神科の先生をはじめとして、薬物問題を正しく把握していただきたい。そして適切に相談先の紹介ができる体制が整うことを望みます。

警察や行政機関は依存症についてあまり理解してないように思います。

私が行っている家族会でも年1~2人が亡くなっている。何とか生かしてやってほしい!!。医療関係者は患者の回復の見立てを、本人の長い人生の中でどう付き合っていくかを示してほしい。それを医療から離れても、次の支援機関と共有して、病気を見守ってやってほしい。それぞれの出会った人が優秀でもつながりが無ければ回復も成長もないと思う。患者はいつも振り出しに戻るのが現状です。家族は最初に薬を発見して動揺した時も何度も繰り返し、ダルクや刑務所、精神病院など回復施設から出てきたときにも全く、最初と同じ苦しみや心配でいっぱいです。20年たっても同じなのはどうしてでしょうか。その受け皿はダルクや家族会だけでは回復しません。日本にはリハビリ施設はダルクだけですがダルクは嫌だという当事者も多い。もっとその人たちの生き方も受け入れるところがほしいです。政府、行政は何を考えているのでしょうか。結局は本人の自己責任、育てた家族の問題に押し付けているのでは。ダルクや刑務所を出てからのセカンドステージを社会は作らないといけないと思う。受け皿がないため社会復帰ができない。再使用に繋がっていく。本当に履歴書の空白の部分にしっかり書き込める社会にするには、自助だけでは進まないように思う。少しずつでも他の障害をもつ人たちの声も聞き協働していくことも必要ではないでしょうか。薬物依存症が病気であり、その回復には社会の理解がないと成長がないのです。家族も支援者も100年後の夢を描きましょう。そして身近なところから行動していきましょう。

息子は20歳になったばかりです。幸い早い段階でダルク、NAにつながり、又、人との信頼を得たようです。しかし、年も若いですし、今後、働いて生きてゆく中での生きづらさを考えると心配です。依存症と公表して、周りの協力を得て、生きていける世の中になれば良いと、私たちが話せる人には話をし、正しい依存症の知識を広めて行きたいと思います。

今後、依存症の事を理解していただける場所が多く出来ることを望みます。

ごく普通の娘が睡眠薬と出会って、こんなに変わるものかと驚いています。ただ娘が最初に薬に出会ったのは、町医者内科の先生だったそうです。普通に睡眠薬ではダメだったのか、もう少し強い薬をほしいといったそうです。そうしたら何の注意もなく依存性の薬が出されたと聞いています。娘の話、半分としても町医者の先生が安易に薬を処方するのだなーと強い怒りを覚えます。

息子は来年出所します、執行猶予で出て、私の元に返り3日目にスリッ刑務所入りです。弁護士や警官の人から聞かされていた出所後の生き方の難しさも、知識のない私には抽象的で対処法がわからず、長い収監中はリハビリを受け改心していると思っていたが、ただ留め置きするだけということを知り、とりあえず本人を引き受けると言われ困って区に依頼し病院を探してもらったが、薬物依存症を受け入れる病院は少なく一般病院は入れず、ダルクの事は資料をファックスで受けただけで困って家へ、二人の生活も束の間、死ぬつもりで覚醒剤を使用し逮捕です。それから1年間びっしり勉強して、「病気だから治して社会へ」を学び、今度こそ失敗できません。家族会での現状はスリッする人のなんと多いことか、苦い経験が役立たず、残念です。国も発想の大転換を図り、ダルクのようなリハビリ重視の施設を増設してください。勇気のある発言と実行を心より念じます。

現在、「当事者」は服役中ですが、勤労意欲が高いので、出所後、是非社会の中で役立つ人となり、頑張ってもらいたいと思っています。しかし、「受け皿」が少なく感じます。服役後そのままダルク入寮は(3回経験あり)、身の拘束への嫌さが先にたってしまうようなので、「依存症」を理解の上、働ける職場が多く出ていくことを希望し、就労援助を期待しています。

<p>ダルクやNAにつながってほしい。そこから回復への糸口をつかんで欲しいと思いますが、本人に参加する意欲がなければどうにもならないのを側で見ていて歯がゆく感じます。待つしかないと思うのですが、次はどんな問題を起こすのだろうかと不安になったりもします。息子の問題は出来るだけ自分とは切り離して考えるようにしています。ダルクの家族会に一度参加して同じ思いの方がおられることを知って安心できました。息子のことは見捨てるつもりはありませんが、私に何が出来るのかなあと思うこともあります。</p>
<p>当事者の自立のため、家族が「つき放す」強制的(法的処置等)な処置。</p>
<p>当事者に対する回復プログラムの確立を希望します。必要以上の医薬品を処方販売する医療機関や薬局の管理。</p>
<p>ダルクでは、家族との連絡をたった環境で回復に取り組んでおります。そのため、家族のように接しているスタッフの聞き取りの元、本人とともに本アンケートに取り組ませていただきました。研究等に支障をきたすようであれば除外下さい。</p>
<p>私の子供は亡くなっていますので当時の頃を思い出して書きました。余りの次々の事件続きと、夫の無関心、義父母の無関心と、どこでもある色々な問題が重なったことでしたので、データの前後めっちゃめっちゃ状態でお役に立てないかもしれませんが、参加させていただきました。どんな問題にせよ、今深く思います事は、家族連鎖を断ち切るために、親たちこそ安全な場所で専門家を入れて、自分自身が幼い頃より繰り返し受けてきた色々な虐待やDV等、精神的肉体的な言葉に出来なかった数々の問題の苦しみ悲しみを癒し、心を開放しない限り、自分たちの子どもや社会に対してきちんと言葉に出して話ができず、苦しみ続けて今も困っている家族がかなりいます。その人たちにこそ救いの道を作っていただきたい。そうすれば病気の子ども、ACの子供や夫に対しても、社会に対しても、もっと元気になって、お互い良い関係になれると回復までの時間が短縮されるのではないかなと思っています。</p>
<p>依存症であるという社会の偏見の払拭。製造販売側の根絶。社会復帰へのチャンスの拡大。</p>
<p>成瀬先生のような当事者を信じて責めずに支援してくれるそんな機関が増えることを切に希望します。・病気である事を世間にわかって欲しい。そして、社会から排除するのではなく回復に向けて協力して欲しい。・厚生労働省として、薬物依存者に対する支援にもっと予算と理解を示して欲しい。国としての偏見を感じる。罰するのではなく治療を。・ダルクは素晴らしい施設！！です。もっと理解を！！。・刑務所は殆ど治療に向けての支援がなさ過ぎる。</p>
<p>今まで息子に対して経済面、精神的で支援してきました。今後は親も高齢になりましたので自立を望みます。ダルクへの入所も希望しておりますが、過去のように高額の支援は出来ませんこれからは、息子に一人前の人間になり普通の生活が出来るよう心で支えるのみです。どうかよろしく願い申し上げます。</p>
<p>現在、親からの援助でダルクの入寮をして、回復プログラム、リハビリをしているが、回復する見込みはどれくらいなのかわかりません。就労問題、人間関係、思うことは山積みです。</p>
<p>当事者が危険ドラッグを使用していたことが早期に気がつくことができ、ダルクにも気がついた時点で当事者を入寮させることができたので、本当に不幸中の幸いだったと思います。今後は継続的にダルクの家族会に通い、勉強・カウンセリングを受けて、その都度当事者の問題を解決していければと思います。(現在、当事者は北海道の高校に在学し、3年生になりました。今の所クリーンが続いていますが高校を卒業してから自立した生活が始まりますので、それからのことが(何がきっかけでスリップするかわかりませんので…)少し不安はあります。</p>
<p>根絶目指し頑張ってください。</p>
<p>薬物を使用するとどうなるのか、症状や特徴など全く当初はわからず、精神病だと本当に信じていました。こうなってやっとあのときの行動や言動がそれによるものと知り、私自身に知識があれば、もっと早くに治療へとつなげる事ができたのではと思います。学校やPTA、会社などで、薬物の教育がごく普通に必須となる社会を望みます。薬物自体がこの世からなくならないのであれば、未然に防ぐ早期に離脱できる環境を整えていただきたい。刑務所でのプログラムはあってないもの、形骸化しています。そして、ダルクなど支援施設には、専門家の方が全く足りていません。経験者による支援が主なもの。プロの方の指導や判断基準のようなものが足りていないように思います。どうか、この分野の取り組みが早期に発展することを願っております。経験者として、わたしも主人も協力できることがあればしていきたいと心から思っております。</p>
<p>最近ダルクのスタッフとして生活する事になった為、このまま回復し続け、他の方の回復にもお役に立てるようにはと思っています。</p>

<p>ダルク入寮費 16 万を 2 年間払い続けるのが大変だった。ダルクを出てからの就労援助、支援、指導が欲しい。ダルクを出て、社会復帰してゆくのが大変(現在働いているが将来が不安)。成瀬先生の話聞いて大変勉強になり人生の前方を向いて生きられるようになった。負けるものかと思った。感謝しています。当事者は頑張らなくて良い。ダルクから頑張らなければ生きてゆけない社会へ復帰し 2 年が過ぎた。クリーン 4 年で間もなく 5 年のクリーンを迎える。当事者も明るく頑張っている。世界一不幸だった自分は今世界一幸せだと感じている。</p>
<p>精神科医が薬物に対しての理解を十分持って対応してもらえると良い。専門が違くとアドバイスがうまくできないので。</p>
<p>息子がダルクにつながってから私達家族は落ち着いた生活を取り戻しています。ダルク生活も 2 年 4 ヶ月が過ぎ次の段階の就労活動へと移っていきます。ただ依存症者の就職は非常に厳しい状況と聞いています。社会復帰をして、なお薬物を止め続けていけるよう、理解ある職場に就労できるよう、ここで大きく行政に関わっていただけたら心強いと思います。最低目標を社会復帰と位置づけ、そして、それを回復と言うのならダルクや医療機関につながって終了ではなく、その後の就労につなげていけるよう支援や援助をお願いしたいと思えます。薬物を止め続けていけることが私達家族の願いです。このような機会を頂きありがとうございました。</p>
<p>当事者の薬物使用を知り、当事者と一緒に警察へ行きましたが、警察はただ「法律にそむく事をしたのだから捕まえれば良い」という考えのように感じました。刑事に「刑務所に入って薬を抜くしかない」と言われ、そのときはそうかと思いましたが、その後本を読んだり話を聞いたり薬物の知識を得るにつれ、そうではないことがわかりました。「依存症という病にかかってしまったこと」、その点を警察の方も学習し、司法機関もその点を念頭に裁いて頂きたいものと強く思います。</p>
<p>子どもが薬物問題で逮捕されてから薬物依存症という病気である事を知り考え方が変わりました。もっと世間に病気である事が知れわたれるよう公共機関の方も勉強して欲しいです。</p>
<p>薬物依存症は病気ということを理解されるようもっともっと話し合いの場所、機会が多くなることを願っています。</p>
<p>ダルクに入寮して 1 年未満なのにすでに退寮したいと、自分でいつまでと決めている。入寮前に仕事をしていたところへ行くといっている。「刑務所を出所してから 2 年くらい働いていたようだが、結局その間に覚せい剤を何度か使用していたらしく、どうしようもなくなって家に帰って来た、その時点で警察へ行くか、ダルクへ行くかの選択でダルクへつながった」。社会に出ても今の状態では自立はとても無理だと思うが、ダルクのスタッフも「薬を使ってしまったらまたダルクへ来い」と言ってくれているので、本人はどのように考えているのかな?と思う。ダルクでの経験が役に立っていることを願い、ダルクに感謝している。</p>
<p>本人の承諾の上ダルクへ入館してくれましたが、未だ 1 か月ほどしか経過していないことから、途中で逃げ出したりしないか心配である。また回復してくれて、仕事につけるかどうかこれがこれからの心配事になりそうです。ただ、薬から離れられることが出来れば、それだけでも良しとしなければなりません。余り高望みは期待できないし、そうしたくはないです。</p>
<p>家族がカウンセリングや回復のプログラムの支援を受けられる場を保健所単位の数で設けてほしい。</p>
<p>自助グループナラノンにつながる前は、依存症という病気をみるのではなく、依存症者にばかり目が行っていました。当人はうとうとうかっと思えます。依存症者には仲間の助け、家族にも同じ問題を抱えている仲間の助けは今後も必要だと実感しております。当事者も家族も回復は一生ものです。ありがとうございました。</p>
<p>このアンケートに答えさせていただき、始まりから 10 年たっていたことに気づきました(何もしてなかった 10 年ではないですが、その年数に驚きました)。ナラノン、家族会、学習会等の毎日ですが、それと共にこういう時に頭の中を整理させていただき、ありがとうございました。感謝です。</p>
<p>現在ダルクへ入寮中ですが、いずれは退寮となって一人で生活していかないといけない。その時はどうなるのかの心配はあります。退寮後のアフターケアをどうするか、貴機関で検討することが再発を防ぐ方法だと思う。</p>

<p>今回で9回目の逮捕です。今まで家に入ることは許さず、突き放しの方法をと(手紙も中止、一人で聞いていくようにと思い)現在、友達からの連絡で知りました。(本人からも警察からも、弁護士からもなんの知らせもなかった)今回の件は北海道で引受人のところで3か月くらいレンタカー屋さんから、家にレンタカーを返してくれないけど電話が入り私はびっくり、そのままほっときました。その後友達が、連絡取れないけどと気にしてくれて、東京の拘置所に手紙を出したら、本人からこれからどこかに移動になるとの知らせがありました。現在どこに行ったのかわかりません、親一人息子一人の家族です。今になって思うこと、本人にとって一人になること、つらかったと思います。今回誰かに空港に迎えに行ってもらえば良かったかなと、ダルクに電話するように名刺は渡してあります。</p>
<p>当事者は私の息子(33歳)ですが、今、精神障害が残ってしまい、重複障害者です。入院中どのグループホームも受け入れてくれず、行き先がないまま入院生活(最後の入院は2年)を送っていました。やっと茨城ダルク系列で重複障害者だけ生活する施設が立ち上がり現在入寮しております。ただこの施設もずっといられるわけではないそうで、病院の先生が「地元へ帰れ」と言っています。私の地元にはこういう施設はないので今後どうしたらいいのか、本当に困っています。どのような運動をしたら国や県がダルクではない重複障害者の施設を作ってくれるのでしょうか。私は60歳、あと年老いていくばかりなので、思いはあせりばかりで方法手立てを指導して下さるところはないかしらと思っています。</p>
<p>ダルクがみんなに利用できますように。</p>
<p>薬物依存症は「病気」とであると認めてほしい。・薬物依存症の厚生施設が欲しい。</p>
<p>私が、今家族会につながっていますが、家族(妻、娘)達は、変な宗教に入っているのでは?と思っている。どの様に家族に接していったらいいのかわからない。</p>
<p>今まで種々の問題を見たり聞いたりしたが、この「薬物」のことについては今までの考え方が全然通じず、驚いたり、困惑したり、閉塞感を感じています。息子とうまく考え方が通じず(薬でこのような考え方になったのか)悲しくなったりもします。人の言う事を聞かず忍耐がいらいます。薬、金銭、女性の問題があり、私は生きている限り何とかまっとうな人間になったのを見届けて死にたいと思っています。</p>
<p>ダルクにつながり、回復してきています。感謝の気持ちでいま、家族会をやっています。一人でも多くの薬物依存症者の家族の心の安定を助けるために頑張ります。</p>
<p>売買現実が恐ろしい、常に不安あり、心臓壊れ寸前、薬物の元を断つ、取り締まってほしい。親族にも相談できず、一人苦しみ悩み続けている。</p>
<p>出所後、ダルクにお世話になりたいが、生活保護が適用になるのか、また(出所後)その後の行動が心配</p>
<p>薬物の実刑期間をもっと長くきびしく伸ばした方が本人の身体の為になると思います。</p>
<p>本人は4回の服役を経て、ちょうど2年前より、3か月のダルク生活から独立(円満退出ではないが)。その後は1人でアパート生活ができています。年末に私どもにお歳暮が届いたときには、それはびっくりして涙が出てしまうほどうれしかったです。中2の頃から20数年ずっと心配をかけられ続けていた本人が、本人の働いて得たお金で買ってくれたもの。「人生あきらめてはいけない...」家族会につながって12年になりますが、ちょうど10年で明るい光が差し込んできたこととなります。「何」が彼を変えてくれたのか?まだわかりませんが、今大変な状況にある方々にも「希望はある」ことをお伝えできればと思って家族会に通い続けます。</p>

<p>ガスを吸っているというのが分かったのが1年半前、心療内科に4回くらい通うも治療にはつながらず。吸ったり、やめるといったり、また吸ったり、アルバイトをやっても1週間位しか続かなかつたり…。保健センターから病院のことを教えてもらい昨年親が依存症についての3回のお話を聞いた後、病院のミーティング(家族会)に出るが、私には合わないというか、あまり情報を得ることはできなかった。2月～入院、4月初め家に帰っている時に再び吸い1週間で、がんがんに吸うようになり、そして父を突き倒したため、警察を呼び、警察から再び病院へ。しかし3日後、脱走し、次の日家に帰ってきてしまった。再びガンガン吸って壁に穴をあけたりする。この時病院にはもう入院できないと入院を断られてしまった。病院って何なのだ?と、この時思った。途方に暮れた時、薬物依存の家族会に参加、このころ息子は部屋にこもってガンガン吸っていた。家じゅう臭かった。しかし、共依存のことも勉強していたので、そのままにしておいた。家族会で「ギャンブル依存症を考える会」の田中さんを教えてもらい電話。ダルクを勧めてもらい、その後ダルクから電話があった。「連れてこられますか?」と聞かれたので「はい」と答えはしたが、ちょうど息子はひどい状態で、吸い続けていた。そして、その日私は1日家にいた。息子がベッドを壊したり、大きな声をあげたりし始めたので、こわくなって警察に連絡。夜引き取りに行ったが、夫ともう家に入れないと相談し息子の荷物を車に乗せてそのままダルクへ向かった。ダルクに入寮して1か月、今のところ落ち着いて、笑顔を見せ、皆さんと馴染んでいる様子。</p> <p>親の方は現在、お世話になった家族会に週1で参加し、依存症の講演会などがあると聞きに行ったりしています。病院の家族会ではほとんど情報が得られなかった。先生も信頼できなかった。ソーシャルワーカーの人も家族としては、もっと家族の経験、情報が知りたいのです。私は、たまたま行った家族会で田中さんを教えてもらいダルクにつながりました。ダルクに行った方がいいかも、と家族は思っていますが、どこのダルクがいいのか全く分かりません。息子のような20代、30代は施設に入った方が絶対いいと思います。今、悩んでいる人がいたら、私は病院の家族会よりも自助グループの家族会に行くことを勧めます。しかし、なかなかつながってこないですね。家族会の人はよく「つながる」と言葉を言いますが、本当にこのつながりって大事だと思います。病院のことをあまり良く思わないように書いてしまいましたが、病院でいただいた自助グループのプリントが家族会につながり、田中さんを紹介してもらいダルクにつながることができたので病院に行ったことも無駄ではなかったということです。乱筆、乱文申し訳ありません。</p>
<p>本人はプライドが高く、精神科受診させるのにも一苦労だった。マイスリーを断ち7か月半たったところで、友人を受診させて送ってもらい、30日分を10日で服用。3月、5月と暴れたので私たち親は入院させて環境を変えれば本人も考えるところがあるだろうと思ったが、本人の同意なしの入院は退院後又暴れると聞いて保留。父親はかわいそうだとふさぎ込んでしまう。「あなたが苦しんでいるのを見るのはつらい。この際しっかり治してみない?」と言っても、「オレはうつ病なんだよ。一生治らないんだよ。このパーカ!」で会話は終わる。これ以上言うと暴れる。話し合いができないことが今一番困っている。</p>
<p>本人は現在、ダルクに籍をおいているが、これまで度々ダルクを飛び出している。今回は自分で病院に行って検査を受けたとき、舌癌の病気が発見された。その上、彼は前から精神的に異常をきしているの、舌癌の治療する前に精神科の検査を受けて、精神病の治療を受ける必要がある。本人は精神病院に入れられることを頑固に拒否している。そのことを説得しようとしても、ダルクの言うことも、親の言うことも受け入れようとしない。どうすればよいのか、非常に困っている。</p>
<p>親が警察に相談し、逮捕してもらい、現在はダルクで学んでほしいという親の願いは受け入れず、県外で働いています。どうしたら治療につながれるのか困っています。</p>
<p>薬物で精神状態が落ち着かず、精神病院では薬物問題を理解する医者が少ないので薬づけにすることが多い。本人が落ち着ける場所を増やしてほしい(施設など)</p>
<p>薬物に対しての正しい理解をメディアで広く伝えて欲しい。薬物使用者の家族を偏見の目で見ないで欲しい。薬物患者が増えることは国にとっても大変な損失であるので、公共の費用をもっと病院、施設などリハビリのために使って欲しい。薬物は特別なものではなく、誰でもなりうるものを広く知ってもらいたい。</p>
<p>相談窓口いろいろあると良いと思います。家族は毎日が辛くて悲しい。</p>
<p>現在パート社員として働いています(フランチャイズ焼鳥屋)。将来運転免許を再取得し就職を希望(本人)しています。就職には薬物で執行猶予終了後でも不利になるのではないかと、社会での前科者への偏見が母として不安です。薬物使用を止めている(努力している)当事者たちへの就職活動を援助、助言などしている機関はあるのでしょうか</p>
<p>国がもっと積極的に相談窓口や施設を作ってほしいと思います。</p>

<p>当事者や家族には多くの希望や回復の道があることを伝えてほしい。地元のナラノンやNAやダルクなどが合わなくても全国にそれぞれすばらしい形で存在している。どの形が一番適しているのか、それは実際に体験することによってのみ判断できる。1度の体験であきらめないことが1番大切だと思う。僕はナラノンへつながり、特に同居している家族へのナラノンの必要性を感じています。当事者の気持ちは当事者にしか分からず、家族の気持ちは家族にしか分からないことを強調してほしい。それぞれの仲間と、それぞれの回復を楽しんでいます。</p> <p>Keep coming back if works</p>
<p>B病院では入院するたびに悪くなりました。お医者様でも全く違う考え方で処方、転院して良くなっても又病院を変えなければならないので元の状態に戻ってしまいました。病院のことを聞いても、行政は自分で調べてくださいと言われました。知識がなく犯罪者として関わりたくない様子でたらいまわしで結論は出ない。薬物の知識がある先生と、ない先生では処方・治療方針が全く違う。薬づけになっていても気がつかない病院、化学物質によってアレルギー体質になり一生が台無しになっている人の話しも聞いたことがあります。ダルクも2ヶ所お世話になりましたが、本人にはハードルが高くプログラムができず引きこもり、ダルクから又薬物専門病院に戻されました(地元の病院へ戻すという決まりになっている)。将来どうなるのか不安で家族会で勉強させていただいています。成瀬先生のお話で勇気を頂きました。ありがとうございます。</p>
<p>国が他の国の薬物に対しての有り方などの勉強をして、当事者や援助者に手助けできることをもっともっと根本的にやってください。</p>
<p>入院して20日ばかりなのであまり良くわかりません。家族会の皆さんに話を聞いて少し心が楽になりました。家族会の皆さんに家族が同じ気持ちで本人に向き合うようにと教えてもらいました。これからも家族会の皆さんに教えていただきながら前に進んでいこうと思います。今は家族会だけがたよりです。</p>
<p>現状は当事者にとっても受け入れが厳しい上に又、勝手ながら病気であることの理解度も低く、今後、その方面への充実を切に願うものの一人です。このような調査を実施されることに深く感謝いたします。</p>
<p>薬物が入ってこないように頑張ってください。</p>
<p>自助グループはお金がかかるので援助あれば助かります。</p>
<p>30年以上(本人)弟の問題が毎日頭をよぎり、どうして良いかわからず心に重くのしかかっていました。インターネットが普及して、話に聞いていたダルクのホームページを見つけて電話しましたが通じませんでした。今度は家族会のホームページを見つけ電話しましたがやはり通じませんでした。このような所に電話をするのはとても勇気が必要で、連絡が取れないことにはがっかりし、途方にくれておりました所、家族会の方からご連絡を下さり、やっとながら事ができました。それからというもの家族会で勉強し勇気を心得て母とともに本人に対し正しい対応ができるようになりました。本人もびっくりして自分で自分のことを考えるようになったのではと思います。本当に感謝しております。</p>
<p>薬物依存病の病気に対して、より深い理解をしてほしい。</p>
<p>水面下での使用者の数が信じがたいほど増えている今日ですので、犯罪者として捉えるだけでなく使う以前、使用後の本人のケアを国全体として危機感を持って取り組んでいただけたらと願います。これからは担っていく若者が殆ど依存症者になってしまうのはなんとしても切ないです。(薬のみにあらず、ギャンブル、ゲーム、その他然りです)国の問題と思っています。</p>
<p>薬物依存症からの回復は自宅では、まず困難です。当事者に合った回復施設での治療が必須と思います。本人は現在木津川ダルクに入所し、1年6ヶ月、何とか使用を止めていますが、まだまだ一人ではまた戻ってしまう危険を抱えています。十分回復するのを待っていますが、私自身は収入が年金のみであり、終身的支援にそろそろ限界が来ています。NPO法人ではありますが、公的な支援がほしいものです。又、個人的にはこの支援支出に対し、減税等の措置を望みます。</p>
<p>成瀬先生、これからもよろしく願いいたします。</p>
<p>成瀬先生の講演やインタビュー記事など、さまざまな形で表される薬物依存症者のみならず当事者を抱える家族へのご理解や暖かな目、お気持ちに接する度、心からの感謝の気持ちでいっぱいになります。これからもご健康で今後ともどうかご尽力いただけますよう心からお願い申し上げます。回復への道につながらず、まだ相談することもできずに苦しんでいる家族がたくさんいることでしょう。どうかお助け下さい。</p>
<p>依存症も精神病も長い治療が必要ですが、親も年齢が高くなり金銭面の支援にも不安を感じています。</p>

はじめにかかった精神科クリニックが、薬物治療についてしっかりした知識を持っていなかったのではないかと思います。トラウマとして残っています。
いつまでたっても本人との距離のとり方は難しい。
薬物をやめても本人は人間関係に悩み、仕事で疲れることが多い。長期間に渡り、本人の話を聞くことに疲れている。勉強でよく理解していても長期にわたると親も精神的に疲れている。
薬物の後遺症と思われる統合失調症の病気に苦しんでいます。外にも出られず働くこともできず、年金ももらえず、生活費の援助も困難になる中、大きな不安の中にいます。
息子は20歳でダルクに入所することが出来ました。1度家に戻ってきましたが(夜中)家に入れませんでした。ダルクの方が迎えに来てくれししぶしぶ戻りましたが、10ヶ月くらいからダルクからアルバイトに行くようになり、施設を出たいとの思いがとめられず、自分で仕事を探し、やっと受け入れてくれるところを見つけ、身一つでダルクを出ました。私たちは保証人にもならず、電気製品2つだけの差し入れだけで自分の力でやらせました。今はなんとか、自分の力でやっています。良い社長さんに巡り会ったんだと思います。現在は1年に数回友達に会いに地元に来ますが、家に立ち寄っても数時間です。仕事のこと、生活のこと、自分で話す他は一切聞かないことにしています。でも「あなたはひとりではない」という言葉がけはしています。見守っている状態ですが、この先はやはり心配です。過去のことを思い出すと本当に具合が悪くなります。たまに本人からの話を聞いて、まだまだ子供だなと。いつになったらまともな考えが出来るのか心配になりますが、それでもなんとか一人で生活できているのでよしとしています。このことがあったから、ここまで手が離れたんだとも思うことがあります。悪夢のような約3年間に比べたら今はとても幸せに思います。先の事は考えずに、もし又、何かあっても相談できるドムクス、ダルク、以前に成瀬先生の話も2回聞きましたが、私たちには頼れる所があるとの心の支えがあります。*本人はダルクを出てから、たまに遊びに行く程度でNAなどには行っていませんので、そここのところが心配です。仕事をしてしまったら、なかなか行けないとは思いますが、本人も行く気はないと思います。今は本人に任せるしかありません。ありがとうございます。
(本人は病院内でのことだから親に話すことはまずいと思っているのだが)国立精神医療センターに毎週行っている際に、(覚せい剤で)毎週スリップした(している)という話をする人や参加メンバーに、「安くしとくよ」と誘う人がいたり(売人?)する。そのことに影響(刺激)を受けてしまうことが困るという話をします。その人たちをも含めて治療と言うことでしょうが、当事者の話を真に受けると親としてはとても心配です。(だから行くなどは言っておりませんが)
・就労支援:身体障害者と同じく企業への必要雇用数の規則を作してほしい ・施設入居した場合の費用:補助or所得控除の制度を作りたい ・刑務所服役:一般犯罪者とは別施設で服役させる施設の拡充(回復プログラムを徹底して期間中実施) ・医療:専門医、病院の数を増やしてほしい。
薬物問題は長期にわたって抱える問題です。本人に巻き込まれているうちに家族は心が壊れてバラバラになり結局信頼関係がなくなり崩壊してしまいました。夫は家に帰ってこなくなり逃げました。私は一人でこの問題に向き合わなければならなくなり、孤独でした。親、兄弟に相談しましたが、「育て方が悪い」「甘やかしすぎた」と批判されました。当事者(本人)が若い場合、親はどう対応したらいいのか分からなくなります。「愛情」か「つきはなし」か二者択一ではない他の方法があったのではないかと考えています。あれから17年立ちましたが薬物使用を選ぶ若者の心に近づきたいです。高校などで「薬物乱用防止教室」の講演をするたびに、こんな家族があったんだと体験談を話しています。ずっと家族会に参加して勉強を深めています。薬物問題を持つ家族がワンストップで相談でき、かつ継続できる施設、専門家がいる場所を望みます。夜間でも電話相談を受け付けてくれれば尚いいです。
危険ドラッグが一応無くなり?その後処方薬依存になり「エリミン」と「ロヒプノール」にはまっていました。今は、エリミンは発売禁止になりほっとしていますが、「ロヒプノール」は近所の内科医、心療内科で手軽に処方してもらえる様で、医師側にも問題ありではないかと強く思っています。
当事者が女性であるため、支援機関(ダルクなど)が少ない。また女性ということで子供の養育などの問題が出てくると思う。気楽に相談できるように啓発活動が必要(テレビのCMラジオ)だと思う。相談できなく、どこに相談したらよいか分からない家族が多数いると思う。回復者が胸を張って社会復帰できる社会の受け入れが必要だと思う。
回復するプログラムを受けている家族にかかる費用支援がいつまで続けられるか心配です。
薬物を社会的に根絶することは不可能と思われませんが、売人を絶やすことをもっと重点に。又、刑務所よりリハビリにつなげて欲しい。家庭崩壊にならないためにも。
薬物問題は相談機関に相談に来る方や家族会は親が多く、私は兄弟なので立場的(考え方)に違う場合がある。 ・本人が自助グループなど横のつながりを持つとしない。 ・親に第三者の成年後見人を申請したいが、当事者からの脅しや言葉の暴力が怖い。

<p>薬物中毒で入院をした場合、生命保険が使えない？使うと次回より他の保険会社の入院保険その他には入れませんよ、と病院で言われた。保険会社が病気として依存症を認めていないということだろうか？病気で入院しているのにおかしはないか？</p>
<p>シンナーを止めて3年位経ちますが、何かのきっかけで何時「再使用するのではないか」と言う事が常に頭の中にあります。本人を疑ってはいけない、信じなければ・・・と思いつつも。</p>
<p>返送して良いかどうか悩みましたが送ります。実はネット依存症者の家族です。久里浜へ予約が取れなくて遠方ということもあり、相談する自助会や家族会ありませんでした。依存症について学び根っこは同じかなと別の家族会に参加しました。ダルクの家族会(勉強会)をお願いして参加させてもらっていてこれをもらいました。無効だとは思いましたが、薬物をネットに置き換えられる範囲で記入しました。</p>
<p>私の場合は当事者が外国人であり、当事者の母親に何回もダルクの寮の説明をしたが、家に入れたり...家族会に連れて行っても「いつも同じ話ばかりだ」とか、本国で1週間くらい家族会へ行ってきたが本人のいいように解釈して「家族の愛が必要だ」「ダルクから出して入院したほうがいい」とか・・・とにかく話になりませんでした。たぶんだの国でもアメリカのAAから取り入れているから共通だと思うのですが・・・それで何回も脱寮して母親のところへ行っては寮に戻るということをして私が倒れ、うつ病になったので子供(3才)のために離婚して金銭的援助(寮代 月 180000 円)はやめました。当事者と嫁と母親(当事者)との関係は本当に大変だと思いました</p>
<p>家族会に参加しています。1回伺うのに3000円です。もしお金を払っていけない人がいるとしたら、行政で負担していただけたら、行ける人が増えるかもです。私は参加して本当に良かったと思っています。</p>
<p>嫁も依存症で障害年金の申請をしたが許可下りず。入退院を繰り返したので、3年間正社員で働いていたが、今は生活保護に(保育料、(現在2才)や入院費等が不安のため)本人としては家族のためにがんばってきたつもりだが・・・2016年4月地元へ帰省したとき、昔の友達から大麻を、10年クリーンが続いていたがスリップ。本人はやめるつもりないと嫁が心配している現在です。</p>
<p>一番は社会に依存症は病気という理解がない為、本人、家族が生きていきづらい事。・本当はネットゲーム、スマホ依存は身近で社会問題で、みんなで向き合っていた方がよい。それが貧困を救い、社会を明るくすると思う。・援助者の現場の方の勉強が不足している事。・たとえば自助グループ等に参加してみないと本当の意味で本人家族を理解するのは無理だし、うべだけと感じてしまう。社会資源としてダルクや家族はたくさん利用して欲しい。しかし頼りすぎもだめだと思う。家族としては命がかかっているため必死で真剣です。時間がかかることは理解しています(今は)。でも一般でなく援助者(司法も含む)の方々によって傷つけられたり(心)、回復が遅くなっているこの状態を改善して欲しい。もちろんマンパワーも不足、マネーもとなると国が薬物への取り組みをもっと、海外も見ても(ポルトガル等)理解して変えて欲しいと切に思う。*汚くてすみません感謝。</p>
<p>14~15才時に咳止めを多量に服用を始め、私が気づいたのは23~24才の時。アルコールを毎晩多量に飲み、暴れたため、アルコール依存と思い3ヶ月間の入院治療を2回経験するも、その時薬のことは分からず。その時入院先にてダルクのことを始めて知り、家族会へ行きました。当初入寮者15万/月でダルクへ入り4年間支払いましたが退職後支払いが難しくなり、ダルクへ相談して生保にしてもらいました。その当時皆さんお金のことは大変なようでした。治療と再犯防止のためにも、国の援助が不可欠と思います。薬物依存症は病気ですから。当事者には社会復帰へのチャンスを与えてやって欲しいと思います。外国に比べて日本はかなり治療体制、援助、社会復帰等遅れていると思います。又、薬物問題に関して専門的に知っている人が現状少なすぎます。「自業自得」では無く病気ですから。偏見が多すぎる。捕らえるだけでは無く再犯、再発防止の体制を強く感じます。</p>
<p>本人は女性ですが、過去に暴力団とのつながりもあり、身体に大きなカラー入りの刺青があり、消すことも困難ですが、見る人に不快感を与えますし、社会的に受け入れがたいですが、現在、本人の努力で、立ち直りつつありますが、就労に大きなネックになっているのを本人は痛感しています。</p>
<p>家族が薬物問題についてもっと相談できる医療機関の情報が欲しい。・薬物問題に詳しく相談できる医療機関が都道府県に1ヶ所あれば相談に行きやすい。</p>
<p>家族会につながって9年、家族の回復も家族会に通い続けることと実感しています。10年前に比べ情報も相談機関も増えてきていると感じますが、社会の認知は相変わらず低く、家族は隠そうとします。薬物依存症の本当の被害者は家族です。このアンケートが今の状況を少しでも改善してくれることを願っています。また病院、精福センターの家族プログラムは入り口でしかないと感じています。家族も回復し続けるためにはナラノン、家族会に通い続けることが必要です。実は家族の病のほうに根が深く無自覚で厄介ですので、ぜひナラノン、家族会につないでいただけるようお願いいたします。</p>

私どもの場合は、おかげさまで、京都DARCにつながり、そこで1年半をすごさせていただき、スリップもしましたが、現在は復職し、京都DARCの近くで一人暮らしをして、仕事に通いながら、毎週、京都DARCにも通わせていただいております。成瀬先生のお話は、家族である私たちも一昨年、DARCの集まりで、お伺いさせていただき、こんなすばらしい先生がいらっしゃるのだと涙がでました。私たち家族も当事者も、これからも頑張り続けます。どうかこれからもよろしくご指導くださいませ。ありがとうございます。

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 年 平成 28 年度総合分担研究報告書  
家族のための対応や疾患についてのマニュアル作成  
研究分担者 吉田 精次 社会医療法人あいざと会藍里病院 副院長

研究要旨：アルコール依存症者をもつ家族に対して不可欠な援助は、（１）アルコール依存症という病気について家族に正しく理解してもらえるような情報の提供、（２）アルコール依存症者に対してどのような対応をすればよいのかについての実行性のある情報の提供の２点に集約される。家族のために必要で十分な情報について、そしてその情報をわかりやすい形でいかに提供するかについて研究し、具体化する。そのために CRAFT の有効性について検証し、家族のためのマニュアルを作成する。

研究協力者  
小西友（藍里病院）

#### A．研究目的

CRAFT（コミュニティ強化と家族トレーニング）の有効性について臨床的に検証し、家族のためのマニュアルを作成する。

#### B．研究方法

藍里病院において 2013 年 2 月から 2014 年 7 月までの期間に実施した CRAFT プログラムの効果について検討し、家族のためのマニュアルを作成し、全国の医療機関等に啓発する。

（倫理面への配慮）

個人が得的出来ないよう十分な配慮を行った。

#### C．研究結果

##### 1、CRAFT プログラムの有効性について

治療を拒否している患者の家族 12 例に対して CRAFT プログラムを実施した結果、10 例が患者の受診につながった。2 例は患者の受診にはつながらなかったが、依存行動の改善が見られた。プログラムによって家族自身の生活の

質の改善が全例に見られた。治療に拒否的なアルコール依存症者をもつ家族にとって本人にどう対応すればよいのかが最も援助してほしい課題であるが、CRAFT はそういう家族に対してきわめて有効なプログラムであることが実証された。プログラムには患者と家族の関係を変えるためのスキルが多く含まれており、治療を受けている患者に対する家族の対応についても多くの示唆を含んでいることも明らかになった。

##### 2、家族のためのマニュアル作成について

アルコール関連問題で悩む家族に必要な援助を行うために DVD を作成し、全国の医療機関・相談機関や援助を必要としている家族に視聴して役立ててもらおうと考えた。DVD の内容について冊子も同時に作成した。以下、冊子の内容を記す。

【DVD；アルコール依存症者に対する家族の効果的な対応の仕方】

##### （１）DVD について

飲酒問題を持つあなたの大切な人がどうすれば相談や受診をしてくれるだろうか？ どうすれば少しでも問題が軽くなるだろうか？これが家族の最大の関心事だと思います。

この課題に対する効果的な援助法を提供するためにこのDVDを制作しました。内容の多くは、数年前に我が国に紹介され、現在、医療や援助の現場で広がりつつあるCRAFT(コミュニティー強化と家族トレーニング)を参考にしています。

CRAFTプログラムは家族(や関係者)が本人への対応を修正することによって本人との関係性を変え、家族が本人の行動に影響を与えられるようになることを目的としています。依存症を含めた飲酒問題を抱えた本人が治療に拒絶的なとき、本人にではなく、家族を含む本人の重要な関係者に介入して、問題を改善するための考え方と方法を伝授する包括的なプログラムです。CRAFTは力で相手を押さえつけたりコントロールしたりということとは全く違うやり方を教えます。無理強いしたり強制したりするのは全く逆の対応法です。かといって懇願したり、お願いするわけではありません。肯定的なコミュニケーションを使って、家族も本人もどちらもが本当に願っている暮らしや人生を実現するために、新しいやり方を試し、挑戦します。これまでうまくいかなかった古い習慣を、効果のある新しい習慣に切り替えていきます。相手を変えようとするのを止め、自分の考え方と接し方を修正することで、相手との関係性を変えていきます。

総論では問題のとらえ方と考え方について述べました。

技術編では、家族が習得すれば最も効果的となるコミュニケーション・スキルについて述べました。

では簡単なモデルケースを提示しています。

DVDを見ただけですぐにできるようにはならないでしょう。しかし、今の自分にできそうなことは見つかるはずです。ヒントになることがきっとあると思います。そこから始めてみて

ください。飲酒問題解決のビッグポイントは「できそうなことから始める」です。

## (2) DVDの内容

### 総論

- [1] 地図を描く～問題飲酒者と家族が陥りやすい関係図～(8分)
- [2] 家族が陥りやすい罠(7分)
- [3] 対応のコツ(7分)
- [4] 青写真を描く～目指す方向～(3分)
- [5] 大事な考え方(10分)

### 技術編

- [1] コミュニケーションの改善(12分)
  - (1) 私を主語にした言い方
  - (2) 肯定的な言い方
  - (3) 簡潔に言う
  - (4) 具体的に言う
  - (5) 自分の感情に名前を付ける
  - (6) 支援を申し出る
- [2] イネープリングを止める方法(5分)
- [3] 望ましい行動を強化する方法(5分)
- [4] 本人に治療を勧める方法(4分)

### モデルケース

- [1] コミュニケーションを改善する  
改善前・改善後(2分)
- [2] 治療に誘う(2分)
  - (1) 本人が後悔しているとき
  - (2) 本人が飲酒のことで予想外のことを言われて動しているとき
  - (3) 家族が相談に行っていることを話題にしたとき
  - (4) 家族の行動が変わったことに本人が聞いてきたとき

### 総論

効果のないことを止め、効果的なことをやる

依存症という病気は家族を深く巻き込んでいきます。いつの間にか、知らず知らずのうちに本人の事だけが家族の頭を占拠してしまっ

ています。アルコール依存症は飲酒をコントロールできなくなる病気です。そして、次第にアルコールに行動を支配されていきます。自分ではまだうまく扱えていると勘違いしてしまいますが、病気が進行していくにつれて、思考や感情もコントロール不全状態に陥ります。

家族は本人に対して、なんとかお酒を止めて欲しいと願います。そのためにとる手段が小言、泣き言、懇願、怒り、脅しなどに偏っていきま。なにも知らなければ必ずこの落とし穴に落ちてしまいます。それは、「効果のない行動」という落とし穴です。次第に、本人に飲酒をさせないための行動（酒を隠す、捨てる）も始まります。こうなるともはや本人と家族のコントロール合戦になってしまいます。ここで忘れてはならないのは、人間の意志よりも依存性薬物の支配力の方が強いということです。断酒を始めてはじめて、その力関係が変わります。『止めさせたい、でも止めない。こちらが言えば言うほど今度は隠れて飲むようになる。酒がないと暴力を使う、逆に脅しを賭けてくる』ということが起きます。本人が一番大事なものは酒、になってしまいます。家族の愛情もわからなくなってしまいます。そういう依存症に支配された本人をなんとかしようとして、今度は家族が依存症に頭を乗っ取られてしまう。これこそ家族が巻き込まれた結果です。

まず大事なことは、どうしたってほとんどの家族はこの構図におちいってしまうということです。もちろん、そうでない家族もいます。でも大半は知らない間にこうなっているものです。別に家族が悪いわけではありません。大事なものはまずそれに気づくことです。

次にすべき事は「効果の無いことを止め、効果のあることだけをする」ことです。最初はその見分けもつかないでしょう。見分けがつくようになるには依存症のことを理解するしかありません。依存症者と家族の構図がわかった、すべきこともはっきりした、でも実行すること

はまた別の次元です。水泳と同じで、泳ぐ理屈は分かっていても実際泳げるようになるには練習が必要です。できるようになる練習は、長い、時には辛い過程ですが、この練習は間違いなく効果を生みますし、家族の人間としての幅や深みを増してくれるという大きな副産物が付いてきます。この副産物は、他の人には得られない大きなおまけです。この過程は、一人ではきつなくても仲間や相談相手がいればやれるものです。あきらめしないで、やっていきましょう。

#### 大事な考え方

飲酒問題に対処していくときに、迷いや行き詰まりもあるでしょう。そういうときはこの大事な考え方に戻ってみましょう。

- ・相手は変わらない。しかし、働きかけることはできる。
- ・人は正しいことを言われたからといって、行動を簡単に修正しない。
- ・自分も相手も、ともに本当に望んでいることは何かと考える。
- ・自分にできることを探してやってみる。
- ・できていない事よりできていることに目を向ける。
- ・目的を実現するためには考え方と方法と練習が必要。
- ・練習して、できることを増やしていく。
- ・うまくいかなかったら、次どうすればうまくいくかだけ考える。
- ・どんなに小さくてもいいので、成功体験を増やしていく。
- ・一人で行き詰ったら相談する。

#### 技術編

##### [1] コミュニケーションの改善方法

大切な人の飲酒問題の解決という目的を実現するための最大の道具がコミュニケーション・スキルです。このスキルを身に付けることで様々な効果が得られます。このスキルを知り実践することで家族は沈黙と我慢を強いられ

ることから解放されます。言いたいことを相手に伝えるように言うことがこの問題を解決するためには極めて重要です。ここでは6つのスキルを紹介します。

ここでポイントです。これまでの習慣があるのですぐには実行できないと心得ましょう。いきなり難易度の高いものではなく、あなたにやれそうなことから少しずつやり始めてください。

“私”を主語にした言い方

言葉には必ず主語がありたいは“わたし”か“あなた”です。

「あなた」「おまえ」が主語になっている時の言葉は、相手との対立を生みやすいです。その代表が「ケンカ言葉」です。「あなたが～だから、～なってしまったんでしょ！」など、相手を攻撃したり、批判したり非難するときの言い方で、トゲがあります。

逆に「わたし」を主語にすると、自分の意見を相手に伝えやすくなります。この違いが大きいです。だれでも、自分を責められたり攻撃されたと感じたときには反発する気持ちが出てきます。「わたし」を主語にした言い方に変えることで、いたずらに相手を刺激して対立的になるのを避けます。これが大きい影響を生みません。特に相手の問題行動について話すときには、自分がどう感じ、自分が何を望んでいるのかを伝えるようにしましょう。例を挙げます。

とげのある言い方	とげのない言い方
電話もせずにこんな遅くに帰ってくるなんて(あなたは)なんて自分勝手な人なの！	電話もなく帰りが遅いとわたしは心配なの。
(あなたは)飲みすぎよ！	あなたが飲みすぎてるんじゃないかとわたしは心配だわ。
(あなたは)今夜は飲	今夜はあなたが飲ま

まないですよ！	ずにいてくれるとわたしはうれしいわ。
(あなたは)また飲んできたの！	黙って出て行って帰ってこない、私またあなたがお酒でも飲んでるんじゃないかと不安になるの。
また(あなたは)隠れて飲んだでしょ！	なんか、わたし、こんな時には「また隠れて飲んでるんじゃないか」って疑ってしまうのよ。

肯定的な言い方

否定的な言い方は下の例にあるように、「～しなかったら～なる」という言い方です。この言い方は「～しなかったら、～という困ったことが起きてしまう。だから～するのを止めるべきだ(あるいは、だから～なって当然だ)」という罰を与える言い方です。内容的に否定的な言葉を使うときも同じことです。この言い方では相手を責めたり、非難することになり対立を生んでしまいます。

肯定的な言い方は「～したら～なるよ」という言い方です。「～することでこんな(良い)影響が生まれる」ということが伝わります。この違いも大きいな効果をもたらします。

否定的な言い方	肯定的な言い方
飲むのを止めなかったら肝硬変になるわよ。	今飲むのを止めたら、肝臓は回復するでしょう。
まじめに通院しなかったら、またいつか酒飲んでしまうんじゃないの？	通院を続けていると、飲まないでいられる人が多いらしいよ。
相談に行かないなら、もう私は知らないか	相談に行く気になってくれたら、わたしと

らね！	ってもうれしい。
ほんとのこと言わな い(嘘ばかりついて) なら、もう話したくな い。	あなたを信じたいけ ど、その話にはおかし い所があると思うの。

### 簡潔に言う

飲酒問題は家族を鬱屈した気分させます。嫌な感情が溜まり、それがあふれるように出てくることもあります。しかし、次々と(延々と)言い続けることは、聞き手の耳を逆にふさいでしまいます。

そうならないために、簡潔に言う練習をしてみましょう。一言か二言で終えるように工夫します。

悪い例	良い例
どうしていつも仕事 が終わってすぐに帰 って来れないの？毎 日毎日飲みに行っ て・・・。こっちは毎日 心配してるのよ・・・。 昔はそんなに飲み に行くこともなかつ たじゃない。それに前は 飲みに行っても12時 くらいまでには帰っ てきてたのに。遅くな るなら遅くなるって 電話くらいかければ いいのにそれもない し。家のことは頭にな いの？	飲みに行くのを少し 減らしてもらえな い？そうしてくれた ら、心配しなくてすむ んだけど。

### 具体的に言う

抽象的だったりあいまいな言い方をしても、望んだ返事は返ってきません。「少しは大人らしく振舞ったらどう?!」という言い方がその代表です。相手のどの行動が「大人らしくない」と思っているのか、相手の行動のどこをどう改善してほしいと願っているのかをまずはっきりさせて、それを相手に伝えることが出来れば、相手も何を言われたのか理解できますし、改善につながっていきやすいです。

悪い例	良い例
あなたはお酒飲んで 寝てるだけ。私は食事 が終わっても後片付 けに時間取られて自 分のこと何にもでき ないのに。	後片付け、手伝って くれたら助かるな。洗 ったお皿をふくのを手 伝ってくれる？
一体何考えてるの？ なんとかしようとい う気はないの？	来週の月曜日に、一度 一緒に病院に行っ てみない？
休みの日くらい、なに か父親らしいことを したらどう？	今度の休みの日に子 供を連れて公園に遊 びに行ってくれたら うれしいな。

### 自分の感情に「名前」をつける

私たちは何事につけても感情が沸いてきます。嬉しい、楽しい、気持ちいい、悲しい、腹が立つ、苦しい、寂しいなどなど。単純な感情から、いろいろ入り混じった複雑な感情まで幅広い感情を私たちは経験しています。飲酒問題が日常的にある場合、苦しい感情はできるだけ感じないように無視したり麻痺させたりする心の作用もあり、自分がどんな気持ちになっているのかを言葉にすることが難しくなってしまうこともあるでしょう。そうするとあなたの本当の気持ちが相手に伝わらなくなってしまいます。

悪い例	良い例
あなたがお酒ばかり飲むからお金がどんどんなくなってしまっで・・・私は必死でやりくりしてるのにあなたは何も考えずに飲んでばかりで本当に勝手よね。	家計が心配で夜もおちおち眠れないの。支払いどうやっていけばいいか、どんどん不安になるの。
昨日どんなに酔っぱらってたか覚えてないの？会社の人にあんな醜態見せて！本当、最悪！	昨日のあなたの酔っぱらった姿を見て、すごく恥ずかしかったし、悲しかった。
昨日はあの子の誕生日だったのよ。忘れてたんでしょ！しかも、酔っぱらって帰って来て！	昨日、あの子の誕生日を家族みんなで祝えなくて、私、すごく悲しかったわ。あの子も楽しみにしていたの。

### 支援を申し出る

さて、最後に相手に支援を申し出る課題です。具体的には病院に行く、相談に行くなどのことを提案する言い方です。これまでの言い方を総動員して、提案を受け入れやすい雰囲気を作るようにしましょう。

悪い例	良い例
黙ってお酒飲んでるだけじゃわからないわよ。何かあったらなら言えればいいじゃない。イライラしてお酒ばかり飲まれてもこっちも困ってしまうわ。	どうしたの？何かあったなら話を聞きましょう？ なにか私に協力できることがあったら言ってね。

一度に全部やろうとしないでください。今のあなたができることから始めてください。簡単そうに見えてもいざやってみるとうまくいかないことがあるのも当たり前です。大切なのは「少しでもできることをやってみる」とことと「それを続けていく」とことです。

### [2] イネープリングを止める方法

望ましくない行動(飲酒)を減らす方法として、「イネープリングを止めること」を学びましょう。アルコールが引き起こす数々の問題行動を減らす上で重要な考え方と戦術です。

#### イネープリングとは？

本人のためを思って、なんとか飲酒を止めさせたり、減らしてもらおうとしているつもりが、結局は本人の飲酒行動を支えてしまうことになってしまう行動のことを「イネープリング」と言います。具体的には、相手にお金を与える、相手の作ったトラブルを始末する、などの行動がこれに当たります。酒を捨てたり隠す、飲酒しないか相手の行動を監視する、飲まないように説教する、飲んだ相手を責めるという行為も効果的でない行動の代表として止めていく行動のリストに含めましょう。イネープリングを続けていると、本人も家族も問題が見えなくなってしまいます。イネープリングをしてしまうのは、本人を大事に思っていたり、なんとかしたいという気持ちがあるからで、そういうことをしてきたからといって、家族は自分を責めたり、非難されたりする必要はありません。こういったカラクリを知らなかっただけだと思います。これからは、イネープリングでは問題は解決しないことを理解し、有効な手だてを打っていけるように、考え方を変えていきましょう。

#### どんなことがイネープリングになるのか？

飲酒問題をかえって続けさせてしまう結果になる行動の例をあげます。

- ・酒を買ってくる

- ・本人が汚したり壊したものを片づける～掃除する
- ・本人の代わりに言い訳をする（仕事、学校、友人など）
- ・職場の上司に欠勤の理由を電話で本人お代わりに説明する
- ・本人が運転免許を失った時に職場や学校に送迎する
- ・酔って歩けなくなった本人をベッドまで運ぶ
- ・酔って寝ている本人の服を脱がせ、パジャマに着替えさせる
- ・酔って汚した服をだまって洗濯する
- ・外で飲まなくてもいいように、酒を買って用意しておく
- ・真夜中に飲み屋まで迎えに行く
- ・飲み代の支払いを代わりに支払う
- ・親族の集まりでしでかした不始末について、代わりに謝る
- ・本人が酔って約束を守れないことを見越して、家族の計画をたてない
- ・相手のウソをそのままにしておく
- ・家族や子どもに飲酒問題をかくす
- ・目覚ましをセットして、本人が仕事や学校に遅れないように気を配る
- ・二日酔いの時に特別の献立にする
- ・飲酒による問題行動のひどさを過小評価する
- ・本人が飲酒などでお金を使ったために、自分の使うお金を節約する

イネープリングを止める効果は絶大です。これまでやってきたイネープリングを止めることで相手との関係が目に見えて変わっていきます。イネープリングを止めることで本人が自分の飲酒行動の結果を身をもって知ることになります。たとえば、朝目覚めたときに泥まみれの服を着て玄関で寝ている自分を発見したらどうでしょう？ どうしてこんなことになっ

たのか考えるでしょう。泥酔したら自分はこんな状態になるのだと、人に言われれば反発しても、自分で自分の姿を見れば言い訳できません。今度はこんなことにならないようにどうしようかと考えるきっかけになるでしょう。これはイジワルでも何でもありません。当然の結果を本人が知る機会を与えているということで、これこそ本当の愛情であり相手への親切だと言えるのではないのでしょうか。

ここでも大事なポイントです。

これまで続けてきた行動を止めるのは勇気が要ります。簡単ではありません。ここでも無理をせず、今の自分で止められそうなことを見つけて、それから挑戦していきましょう。小言を止めるだけでもかなりの効果を生むものです。

### [3] 望ましい行動を強化する方法

「北風と太陽」というおとぎ話にもあるように、誰かに何かをしてほしいなら、無理やりさせようとするよりも、ご褒美（＝報酬）を与え、本人に良い気分になってもらう方がはるかに効果的です。報酬が強力であればあるほど、報酬の頻度が多ければ多いほど、その行動を繰り返す確率は高くなります。本人にしてほしいと思っていることを、本人が喜んでするようになってもらうという報酬の原理を、飲酒問題を抱えた人に適用することができます。

なにより報酬は本人にとって価値があるものでなければ効果はありませんが、飲酒問題を抱えた人にとっては、何よりもアルコールが強力な報酬であるということをもまず押さえておきましょう。アルコールは一時的にはありますが、目の前の問題を忘れさせてくれ、いい気分にもなり、不安や緊張が和らぐという効果を持っています。しかし、現実問題を一時おおい隠してはくれませんが、アルコールは後々問題をさらに大きく深刻にしていくという性質を持っています。「今すぐ」満足感を得たいという欲求が、長期的な影響を考える冷静さを妨げて

しまいます。そのことを理解した上で、本人にとっての報酬を考えてみましょう。

DVD では家族が望んでいることが起きたときに、そのままにしておかず丁寧な言葉にして相手に評価や感謝を伝えることを一番の報酬と考えて紹介しています。例を挙げます。

相談に行く気になってくれて、うれしい
今日も薬を忘れずに飲んでくれて、うれしい
最近心配事が減ったので、落ち着いて暮らせてうれしい
あなたが元気そうなので、それがうれしいのよ
今日は家族で夕食ができて、うれしかった

#### [4] 本人に治療を勧める

さて、最大の課題である、本人に治療を勧める方法について学びましょう。本人を治療につなげるためには最適なタイミングで勧める必要があります。何をどう相手に伝えるかということと同時にタイミングを間違わないことが重要です。

##### 絶好のタイミング

本人の動機が高まっているときに伝えるのが鉄則です。次の4つが代表的な例です。

本人が飲酒に関する重大な問題を引き起こして後悔しているとき

例)・飲酒運転で逮捕された

- ・酔っぱらって騒ぎを起こし警察に保護された
- ・二日酔いが続いて仕事に行けない
- ・大事な約束をすっばかした
- ・信頼している人に飲酒のことで注意を受けた

本人が自分の飲酒について予想外のことを言われて動揺しているとき

例)・孫に「じいちゃん酒臭い」と言われた時

- ・会社の後輩に「先輩と飲むのはどうも・・・」と嫌がられた時

- ・会社の同僚に「ちょっと飲み方を考えたほうがいいんじゃないか」と言われた時

あなたが相談に行っていることやCRAFTについて相手が質問してきたとき

- ・一体、どんな治療を受けているのか？どんな話をしているのか？なにか役に立っているのか？など、CRAFT のプログラムについて話題を向けてきた時

あなたが相談に行っていることやCRAFTについて相手が質問してきたとき

- ・一体、どんな治療を受けているのか？どんな話をしているのか？なにか役に立っているのか？など、CRAFT のプログラムについて話題を向けてきた時

#### いくつかのコツ

相談を“試してみる”という誘い方をする。

強制と感ぜさせない言い方をすることが効果的です。

相談ではどんなことでも相談してよいことを伝える。

一番問題なのは飲酒問題であるのは明らかですが、眠れないとかイライラしやすいとか不安や緊張が強いということからでも相談が始まれば、最後には肝心の問題にたどり着きます。

#### ポジティブなコミュニケーションスキルを使う

相手に何かを伝える時の基本をおさらいしておきましょう。これまで相手に相談や治療を勧める時、あなたはどのような話し方をしてきましたか？大事なことになるほど、次の例のように、非難したり、脅したり、説教したりの口調になることが多いです。これまで学んできたコミュニケーションスキルを使った言

い方の例をいくつかあげました。これを参考に考えてみてください。

私たちもう 10 年の付き合いになるけれど、これからもこのまま続くといいな。でも最近心配事があってクリニックに通っているの。
一度だけ、私と一緒に受診するか、あなたひとりで別の先生と話をしてみる気はない？
仕事でストレスが多くてイライラしているのね。あなたのことが大切だから心配しているの。仕事のストレスの対処法について誰かに相談してみない？カウンセラーってどんなことでも聞いてくれるし、あなたが嫌ならアルコールの話をする必要もないのよ。
もっと早く話せば良かったんだけど、3 週間くらい前からクリニックに通っているのよ、私たちの関係が心配だったから。もしあなたが一緒に来てくれたら本当にうれしい。一度だけでいいの。
あなたにとって家族がどれほど大切か知っているわ。だからこそ私が治療を受けているカウンセラーにあなたも会ってほしいの。批判されたり、あなたがしたくないことをやらされることは絶対にないのよ。
私がカウンセラーの所に通っているのは、あなたがお酒を飲むと私はとても悲しくて寂しくなるからなの。一緒に私のカウンセラーの所に話しを聞きに行ってみてほしいけど。一度だけでいいのよ。

相談に来られた家族の方と一緒に視聴する、家族教室で部分的に視聴する時間を作る、スタッフの研修に使ってみるなどの使い方はどうでしょうか？

マンパワーがまだ十分でないので家族援助になかなか時間が取れないという医療機関等では、このDVDを貸し出したり、待合室で視聴してもらったりということは可能ではないかと思います。

## 《このDVDの活用の仕方》

### 家族の方へ

DVDを見て、やれそうなことを見つけてやってみてください。CRAFTのことをもっと詳しく知りたい方は参考図書を読んでみるとか、都道府県の精神保健福祉センターに連絡を取ってCRAFTを提供している医療機関を紹介してもらってください。

### 援助職の方へ

### 3、DVD を活用した啓発について

DVD は平成 28 年 6 月初めに完成し、全部で 2000 枚作製した。確実に視聴してもらうために全国の精神保健福祉センターには郵送したが、それ以外は研究者が行った CRAFT のセミナーの参加者に直接渡すことにした。配布したのは次の施設が主催したセミナーである。北九州市精神保健福祉センター、大分県こころとからだの相談支援センター、大阪ダルクフリーダム、静岡県精神保健福祉センター、北九州ダルク家族会、兵庫県精神保健福祉センター、久里浜アルコール依存症臨床医研修、徳島・ギャンブル問題を考える市民公開講座、高知断酒サマースクール、中四国アルコール関連問題学会プレ企画、中四国アルコール関連問題研究会・徳島大会、日本アルコール関連問題学会・秋田大会、福島県精神保健福祉センター、国立精神神経医療研究センター・スマーブ研修、岡山市こころの健康センター、香川ダルク CRAFT セミナー、大分県こころとからだの相談支援センター、鳥取県かかりつけ医等依存症（アルコール等）対応力向上研修、徳島保健所、徳島県自殺予防協会、徳島県精神保健福祉センター（以上、セミナー開催順）。

DVD 以外にインターネットで久里浜医療センターと藍里病院のホームページにアクセスすれば視聴できるようにした。

#### D . 考察

「家族支援は本人支援、本人支援は家族支援」とこれまで言われてきたように、アルコール依存症を含む飲酒問題を抱える本人の家族への対応は極めて重要である。家族支援の目的は、家族への支援が適切に行われることによって、

本人が治療につながり回復する、本人の問題行動が軽減する、家族自身が健康を取り戻す、の 3 点を達成することである。家族は本人の回復のための最も重要な資源であり、家族自身も健康になる必要があるという認識が大切である。

家族支援の具体的な業務としては 初回面接、継続的なサポート、アルコール依存症の理解を深め、効果的な対応法を学び、身につける機会の提供の 3 つがあげられる。

初回面接では家族の苦勞を受け止め、問題解決の希望があることを明確に伝える事がまず重要である。家族が相談に訪れたことで問題解決へ向けて動き出していることを説明し、本人が受診しなければどうしようもないという誤った悲観論を語ってはならない。どの治療も同様であるが、初回面接がその後の経過を決定づける。家族相談を決してなおざりにせず、担当医が丁寧に行うことが望ましい。問題の全貌を聴取すると同時に、苦しい思いを持ち続けてきた家族の心情を吐露できる場所になるべきである。家族がこれまでやってきた対応の間違いを指摘するだけでは、いたずらに家族が罪悪感と自責を増幅するだけで、本人や家族の回復にはつながらない。初回面接の後、3 つの目的を達成するために家族相談を継続していくが、そのためには家族の問題解決への動機が強化されることが不可欠である。支援の焦点はアルコール依存症の理解と効果的な対応の課題に移っていくが、事態がすぐには好転しなくても、家族をサポートし続けていくことが重要である。家族向けの勉強会や家族会を定期的で開催していくことも大切である。

本人との対応を効果的に行うための考え方とスキルを家族に提供するためのツールとして CRAFT を活用した。従来の家族支援では「相手を変えようとしないうこと」「イネープリングを止めること」などが家族に提案されてきたが、「～しない」という提案ばかりで、家族がどうすればよいのかについての具体的なアイデアに乏しかった。CRAFT ではこれまで家族がやってきたがうまくいかなかった方法に代わる効果的な方法を提案する。家族はこの問題についての正しい考え方と効果的な対応法を学んでいくが、CRAFT で重要視しているのは練習と実践を繰り返しながら家族がスキルを習得して

いくところまで援助することである。従来の技法よりも治療導入率が高く（従来型が 10% ~ 30%に対し、CRAFT は 60%以上）家族のメンタル面の改善効果が非常に高いことが報告されている。CRAFT は 家族の動機づけ、問題行動の機能分析、暴力への対応、効果的なコミュニケーション、望ましい行動の強化、望ましくない行動を強化しない、家族自身が楽になる、患者に治療を提案するの 8 つのメニューで構成されている。 ~ の具体的なスキルの習得を通して、相手との関係性を修正していくことで相手の行動に変化を生む。今日から始められることを発見し、練習し、実践する、やってみて問題があれば修正する、これを繰り返すことで家族は着実に力をつけていく。家族支援のみならず本人への治療・援助にも効果的な考え方とスキルが多く含まれており、治療者のスキルアップにも非常に役立つ。

今回 CRAFT を活用して家族のためのマニュアルを作成したが、これまでの家族支援の限界性を克服できる内容になったと考える。

## E . 研究発表

### 1 . 論文発表

家族に対する新しい考え方と介入法

CRAFT -、日本アルコール関連問題学会雑誌、第 6 巻第 1 号、134-137,2014

クラフト・プログラムによって家族支援が変わる、日本アルコール関連問題学会雑誌、第 7 巻第 1 号、107-110,2015

依存性物質使用障害者の家族にたいする CRAFT の実績報告、行動療法研究、第 4 1 巻 3 号、205-214,2015

アルコール依存症専門病院を持たない単科精神病院における心理社会的アプローチの可能性について、Frontiers in Alcoholism、第 4 巻第 1 号、68-71,2016

### 2 . 学会発表

第 36 回日本アルコール関連問題学会横浜大会、CRAFT ワークショップ

第 37 回日本アルコール関連問題学会神戸大会、CRAFT ワークショップ

第 112 回日本精神神経学会総会、ワークショップ「CRAFT のアディクション問題に対する効果と応用可能性」

第 38 回日本アルコール関連問題学会秋田大会、CRAFT ワークショップ

F . 知的財産権の出願・登録状況  
なし

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 年 平成 28 年度総合分担研究報告書  
医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設の連携の在り方に関する研究  
研究分担者 白川 教人 横浜市こころの健康相談センター センター長

研究要旨

研究要旨

A. 研究目的：アルコール依存症者を早期の段階で治療に導入し回復を促すために、アルコール関連問題に関わる関係諸機関の連携が不可欠である。これを踏まえ、平成 26 年度は、既存のアルコール依存症の治療・社会復帰に関わる医療機関、行政（精神保健福祉センター（以下「MHWC」と略す）・保健所等）、自助グループ、社会復帰支援施設等の施設間連携の現状把握並びに連携を明確化し既存のアルコール医療連携モデルを示す。平成 27 年度は、連携の課題を抽出しアルコール専門医療機関名を明確にする。合わせて前年以外の連携を示す。平成 28 年度は、早期治療並びに回復に役立つ関係諸機関連携モデルの提示を行う。合わせてアルコール依存症者を速やかに医療機関に繋ぐための情報提供書とアルコール専門医療機関情報リストを作成し、MHWC、保健所等とアルコール専門医療機関との間の連携マニュアルの作成を目的とした。

B. 研究方法：平成 26 年度；研究 1、全国 69MHWC を対象に、アンケート調査を実施した。調査 1. MHWC が関わっているアルコール関連問題に関する連携の実態を調べ、アルコール医療関係諸機関の連携の現状を明らかにする。調査 2. MHWC が関わっていないアルコール関連問題に関する連携の実態を調べ、関係諸機関の連携の現状を明らかにする。研究 2、調査結果を踏まえ、MHWC 等にインタビューを実施し、アルコール専門医療機関、行政、自助グループ、社会復帰支援施設等の施設間連携モデルを明らかにする。

平成 27 年度；研究 1 では、全国の連携の課題を抽出すべく、全国 69MHWC を対象に、アンケート調査を実施した。調査 1. MHWC が関わっているアルコール依存症者を医療に繋ぐための連携組織及び連携活動、調査 2. MHWC が関わっていないアルコール依存症者を医療に繋ぐための連携組織及び連携活動、調査 3. MHWC 所管域におけるアルコール医療の状況調査を実施した。研究 2 では、26 年度の調査結果と異なる機関連携を探るべく家族会等の団体にインタビューを実施した。

平成 28 年度；研究 1、アルコール依存症者を早期にアルコール専門医療機関に繋ぐための相談拠点となる MHWC 等の役割を明確化する。研究 2 では、早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐための 情報提供書を作成。平成 27 年度に抽出したアルコール専門医療機関を精査した情報を収集して MHWC が把握するアルコール専門医療機関情報リストを作成し、MHWC、保健所とアルコール専門医療機関の連携マニュアルを作成する。

C. 研究結果：平成 26 年度、研究 1 調査 1. MHWC が関わっているアルコール医療に関わる連携は 36、うち保健所とは 21、自助グループとは 15 であった。地域ブロック毎のセンター数：アルコール医療連携件数で見ると、北海道・東北 9：2、関東・甲信越 18：3、北陸・中部 9：1、近畿 11：7、中国・四国：11：11、九州 11：12 と近畿以西でアルコール医療連携が多い傾向にあった。調査 2. MHWC が係わっていないアルコール医療連携は 15 件、うち保健所との連携は 11 件、さらに自助グループとの連携は 7 件であった。MHWC ブロック毎のセンター数：アルコール医療連携件数で見ると、北海道・東北 9：2、関東・甲信越 18：3、北陸・中部 9：1、近畿 11：7、中国・四国：11：11、九州 11：12 で、近畿以西が多い傾向にあった。研究 2 では 7 タイプのアルコール医療連携モデルを作成した。島根県モデルと北里大学モデルからは、早期の依存症治療導入には一般科医療との連携が必要であることが示された。

平成 27 年度、研究 1 調査 1 MHWC が係わっているアルコール依存症者を医療に繋ぐための機

関連携は 53MHWC から、70 の活動あげられ、その中で直接医療に繋ぐための連携は、33 活動で、うち 25 が個別相談に係わる連携である。この連携の MHWC と連携先では、アルコール専門医療機関との連携が 81.4%、精神科医療機関が 74.3%、保健所 71.4%、断酒会 63.5%、福祉事務所 30% である。 ) 全国 69 の MHWC が把握しているアルコール専門医療機関は、96.3%の MHWC にあり、ないは 3.7%。 ) 全国に専門病院は 243、診療所数 156、総計 399、うち治療プログラム有は 202 であった。 ) MHWC 所管域内にあるアルコール専門医療機関数の充足状況は、足りている MHWC は、15.9%に止まり、不十分は、75.4%である。 ) MHWC 所管域内の専門医療機関の質がよいと回答した MHWC は、33.3%で、不明 26.1%と 3 割弱が質の把握不十分である。調査 2 : MHWC が直接かわわっていないがアルコール依存症者を医療に繋ぐための機関連携・連携活動では、連携「ある」は、34.7%であり、具体的な内容記載が 29 活動でアルコール依存症者を直接医療に繋ぐ活動は 12 である。この機関連携・活動機関は、精神科医療機関、保健所、断酒会、アルコール専門治療機関の順に多い。これらの機関が連携の要であることがうかがえた。調査 3 ; MHWC 所管域におけるアルコール依存症者を医療に繋ぐ状況の評価は、概ね繋ぎができていない MHWC は、23.2%と 1/4 以下、少しできていないが、73.9%。あり、繋ぎ機能の強化の必要性が示唆された。 ) MHWC の個別診療は、概ね個別診療ができていない MHWC は、17.4%と 1/5 以下である。 ) 医療機関の情報提供は、概ね情報提供ができていない MHWC は、75.3%。できていない主な理由は、8MHWC が医療機関の不足をあげた。 ) 医療へのつなぎについては、概ね診療への繋ぎができていない MHWC は、37.7%と 1/3 程度であった。できていない理由は、医療機関の不足が、28.6% の MHWC で、関与する人材不足は 19%、専門技術の不足 9.5%あった。いずれにしても専門医療機関の充足は医療へのつなぎを良くするためにも不可欠である。研究 2 では、家族会等ピアサポートを行っている自助グループが、医療との連携を積極的に行うことが有効であった。

平成 28 年度;研究 1.平成 26・27 年度の結果を踏まえアルコール問題相談支援機関としての MHWC の役割を明確化した。研究 2. MHWC が把握しているアルコール専門医療機関は、全国に 275 か所であり、機関名称とアルコール治療プログラムの有無を明らかにした上で、情報提供書、MHWC が把握するアルコール専門医療機関情報リスト MHWC、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアルを作成し、全国の MHWC 及び保健所に配布した。

D.考察：平成 26 年度、研究 1 : アルコール医療連携数は少なく、原因の究明は次年度の課題として残った。研究 2 では、7 タイプのアルコール医療連携モデル図を示すことが出来た。それぞれ、少しずつ異なっており、立場に応じた活用が必要である。現時点のアルコール医療連携モデルを示すことが出来た意義は大きいと考える。

平成 27 年度、調査 1 MHWC がアルコール依存症者を医療に繋ぐための機関連携活動の中では、直接医療に繋ぐための連携は、33 活動と少なく直接の繋ぎ強化の必要性が浮かび上がった。個別相談に係わる連携も 25 で同様に繋ぎ強化が必要であった。この MHWC との連携先では、アルコール専門医療機関との連携が 81.4%、精神科医療機関が 74.3%、保健所 71.4%、断酒会 63.5%、福祉事務所 30%であり、これらが連携の要になると考えられる。全国 69MHWC の 96.3%が、アルコール専門医療機関を把握し、399 か所と数多く挙げられたが、依存症を診察しているという自己申告による医療機関が含まれており精査の必要性が示された。アルコール医療機関数の充足状況では、足りている MHWC は、15.9%に止まり、不十分は、75.4%であり更なる充足が必要と考えられた。MHWC 所管域内の専門医療機関の質はよいが、33.3%とどまり質の改善の必要性が示された。不明 26.1%と 3 割弱が質の把握不十分で把握の改善の必要性が示された。調査 2 . MHWC が直接かわわっていないがアルコール依存症者を医療に繋ぐための機関連携・連携活動は、34.7%の MHWC に連携があり、具体的な内容記載が 29 活動で、アルコール依存症者を直接医療に繋ぐ活動は 12 である。この機関連携・活動機関は、精神科医療機関、保健所、断酒会、アルコール専門治療機関の順に多い。これらの機関が連携の要であることがうかがえた。調査 3 ; MHWC 所管域におけるアルコール依存症者を医療に繋ぐ状況は、概ね繋ぎができていない MHWC は、23.2%と 1/4 以下で繋ぎ機能の強化の必要性が示唆された。

平成 28 年度、研究 1：平成 26、27 のアルコール依存症者とアルコール専門医療機関との連携活動の少ないこと、その強化の必要性、連携の要がアルコール専門医療機関、精神科医療機関、保健所、断酒会、福祉事務所であるという研究結果を踏まえ MHWC 等が中心となるアルコール問題の相談拠点と相談体制のアルコール問題地域相談支援センター案を示した。専門職によるアルコール相談専門員（仮称：アルコールコンシェルジュ）を配置することを提案した。活動においては回復者の相談員も活用することで、回復するイメージを周知することにも役立ってもらえたと考えた。相談拠点における事業は、次の 5 点 連携構築、人材育成研修、相談支援事業、モデル事業、普及啓発事業を挙げたが、全てを同時期に実施するのは困難なので各 MHWC の状況に応じて拡大して充実していく必要があると考えている。

研究 2：早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐために、情報提供書、MHWC が把握するアルコール専門医療機関情報リストを作成した。それらを精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアルとして、各 MHWC と各保健所に配布することとした。情報リストを見れば紹介先の医療機関が容易にわかりアルコール依存症者をアルコール専門医療機関へ早期に繋ぐことに役立てると考えている。

【総括】アルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐために、MHWC がアルコール問題地域相談支援センターの役割を担い地域の要となる機関連携モデルを示したが、今後の依存症をはじめとするアルコール問題の解決に寄与できるものと考えている。精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアルを使用することで、これまでより容易に繋ぎができるようになることを期待したい。

#### 研究協力者

太田順一郎：岡山市こころの健康センター  
岡崎 直人：さいたま市こころの健康センター  
上條 敦史：誠心会 神奈川病院  
小林 洋：横浜マック デイケアセンター  
一青 良太：横浜市こころの健康相談センター  
鈴木 剛：川崎市精神保健福祉センター  
稗田 里香：東海大学健康科学部  
山田 耕一：まこと心のクリニック  
馬場 俊明：東京大学精神保健学

への橋渡しや地域での行政（精神保健福祉センター・保健所等）、アルコール依存症者が安定した断酒を続けるための断酒会や AA 等の自助グループ、安定した断酒を支え就労に繋げる社会復帰施設等の施設間連携の現状把握、並びに既存の関係機関連携モデルを抽出し、早期治療並びに回復に役立つ関係機関連携モデル提示を行う。平成 26 年度は関係機関連携の実態把握と既存の連携モデルを明確化することを目的としたが、平成 27 年度は機関連携強化の課題抽出と平成 26 年度抽出以外の連携モデルの抽出を目的とした。平成 28 年度は、これまで抽出した連携モデルから今後の基本となるアルコール関係機関連携モデルを抽出する。合わせて、早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐための情報提供シートを作成する。また、紹介先のアルコール専門医療機関は、平成 27 年度に抽出したアルコール専門医療機関を精査したうえで、情報を収集して MHWC が把握するアルコール専門医療機関リストを作成し、MHWC、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル作成と普及を目的とした。

#### A. 研究目的

平成 25 年にアルコール健康障害対策基本法が成立、平成 26 年に施行された。平成 28 年 5 月にはアルコール健康障害対策推進基本計画が策定された。これらを受け、アルコール依存症者の早期受診及び回復への支援は喫緊の課題となった。

本分担研究では、アルコール依存症者を早期に医療に繋ぎ治療へ導入して良好な回復に導くために、アルコール関連問題に関わる諸機関の連携が不可欠であることを踏まえ、既存のアルコール依存症の治療・社会復帰に関わる医療機関（以下「アルコール専門医療機関」）、医療

## B．研究方法

平成 26 年度、研究 1：地域におけるアルコール関連問題に関する連携組織・活動の実態についてアンケート調査を実施し、アルコール依存症者を早期に医療に繋げ、回復に導く為の連携の実態を探る。アルコール医療・一般医療が参加している連携会議の存在する地域では強いアルコール医療連携が確立しているという前提で、アルコール専門病院、精神科病院、一般医療機関の医療機関が加わった連携会議があった場合を、アルコール医療との連携ありとして調査結果を作成した。調査対象は、全国 69 か所の精神保健福祉センター（以下センターもしくは MHWC と略）。調査期間は、平成 26 年 7～8 月の 1 か月間。調査内容は、調査 1．精神保健福祉センターが関わっているアルコール関連問題に関する連携の実態を探り、アルコール依存症者を早期に医療に繋げ、回復に導く為の医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設等の連携を抽出する。調査 2．1 と同様に精神保健福祉センターが関わっていないアルコール関連問題に関する関係機関の連携の実態についてアンケート調査を実施した。

研究 2：研究 1 の調査結果を踏まえ、アルコール医療連携がなされている分担研究者、研究協者が所属するセンター等に対して、専門医療機関の現状と連携状況、自助グループの現状と連携状況、社会復帰施設の現状と連携状況、精神保健福祉センターと保健所（福祉保健センター）の活動の現状と連携状況、ネットワークの現状と連携状況、その他の内容についてインタビューを行いアルコール医療連携のモデル図を描いた。

平成 27 年度、研究 1：地域におけるアルコール依存症者を医療に繋ぐための連携組織・連携活動の実態についてアンケート調査を実施し、アルコール依存症者を早期に医療に繋げ、回復に導く為の連携の実態を探る。全国の状態を把握すべく、全国 69 か所の MHWC を調査対象

とした。調査期間は、平成 28 年 1 月 21 日～31 日。調査内容は、調査 1．MHWC が関わっているアルコール依存症者を医療に繋ぐための機関連携及び連携活動の実態を探り、アルコール依存症者を早期に医療に繋げ、回復に導く為の医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設等の連携を抽出する。調査 2．MHWC が関わっていないアルコール依存症者を医療に繋ぐための機関連携及び連携活動の実態を探る。アルコール関連問題に関する関係機関の連携の実態についてアンケート調査を実施する。調査 3 MHWC 所管域におけるアルコール医療の状況調査を実施した。

研究 2：平成 27 年度は 26 年度抽出以外の連携モデルの抽出を目的とし、ネットワークの現状と連携状況、その内容についてインタビューを行いアルコール医療連携のモデル図を描く。

平成 28 年度、研究 1：平成 28 年度は、平成 27 年度と平成 26 年度に抽出したアルコール依存症の治療・回復支援等に関する多機関連携モデルから基本的な多機関連携モデルを示すことを目的とし、合わせてアルコール依存症者を早期にアルコール専門医療機関に繋ぐための相談拠点となる MHWC 等の役割を明確化する。

地域アルコール依存症対策における MHWC の役割については、H26・H27 年度の当分担研究班の調査結果から以下のような必要性が抽出できた。

- 1．地域における依存症支援策に関する行政（精保センター・保健所等）医療、地域保健、回復施設、更生保護、自助グループ、民間団体の連携体制の構築に努める必要性。
- 2．現代の依存症問題のよりわかりやすい普及啓発を行う必要性。
- 3．当事者・家族がアクセスしやすい相談機関の所管内への設置を担う必要性。
- 4．当事者回復支援プログラム実施機関を確保する。地域の状況によっては先駆的に MHWC が実施の役割を担う必要性。

5. 家族への支援プログラムの充実を図り、家族支援を強化する必要性。

6. 当事者・家族の自助グループ活動の受け皿となる必要性。

7. 前述の自助グループ活動の育成/支援を行う必要性。

これらを踏まえて、アルコール問題の相談拠点と相談体制の要となる「アルコール問題地域相談支援センター」案を示す。

1) 相談拠点機関の設置は、「アルコール問題地域相談支援センター」等の分かりやすい名称の相談拠点機関を都道府県に1カ所以上設置する(なお、わかりやすい名称については、ひきこもり地域支援センターの看板を掲げることによって相談数が激増したことが参考となっている)。相談拠点機関の人員は、医師、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門職によるアルコール相談専門員(仮称:アルコールコンシェルジュ)を配置する。なお、活動においては回復者の相談員も活用する。相談拠点の長は、相談拠点の受託先である機関(MHWC等)の職員の兼務が可能とする。各種事業は、受託先の事業所との連携で行う。

2) 相談拠点における事業は、次の5点が考えられる。

連携構築: 地域における相談支援体制の構築のために、相談拠点機関は、都道府県政令市が主宰する自治体のアルコール健康障害対策推進会議に参画する。相談拠点機関は、保健、医療、福祉、その他の事業所、関係団体などを参集する。そして、相談拠点機関は地域における相談から医療、回復支援までの切れ目のない支援体制を構築するための「アルコール健康障害地域ネットワーク会議」を主催する。この会議では、参加機関が依存症対策でそれぞれが果たす役割を整理する。これにより相互の役割・業務に精通し、情報提供や協力体制を築き、相談から治療、回復支援までの連携体制を構築する。

人材育成研修: 拠点機関は、身近な相談窓口を増やすために市町村、事業体、その他各種の

相談窓口担当者に対し研修を行い窓口対応可能な人材を育成する。「アルコール依存症は飲酒をしていれば、誰でもなる可能性がある」「飲酒量のコントロールができなくなる疾患である」「医療や自助グループの活用で回復可能である」などの正しい知識を浸透させる。さらに、チェックリスト等の相談ツールを活用した簡単な相談や社会資源の適切な情報提供、拠点機関への繋ぎができる人材を育成する。研修受講後に、アルコール相談を実施する窓口は、都道府県政令指定都市指定のアルコール相談窓口の愛称(例えば「アルトーク」)を名乗ることができる。公認のマークも表示でき、対策の関連啓発資料の住民への普及の出先機関となる。

相談支援事業: 相談は基本的に市町村や保健所の一時相談窓口が受けるが、この事業では相談支援とコンサルテーションを実施するため、拠点機関は、家族や当事者の対面相談を行うほか、インターネット等の電子媒体を活用した幅広い相談対応に努める。また一次相談窓口からの求めに応じ、専門相談員が窓口担当者に困難事例の関わりについてコンサルテーション(助言指導)を行う。

モデル事業: 支援効果を高めるモデル事業を実施する。治療への動機を高めて医療や自助グループに円滑につなげ、相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援をするために、回復者相談員や家族団体の経験者等を活用し、以下のような事業を行う。a) 家族の学習会・セミナー・分かち合い等の家族の集い、b) 当事者の集団療法・認知行動療法モデルミーティング、c) 自助グループへの紹介モデルミーティング、d) 医療機関の専門治療プログラムのガイドダンス等である。

普及啓発事業: アルコール問題や依存症への正しい理解を進めるため、拠点機関は、地域の連携ネットワークに参加する機関や団体に呼びかけ、当事者や家族が正しい知識を得て早期に相談が受けられるようにする。当事者の回復、社会復帰の支援が円滑に進むような依存症に

偏見のない地域を創るために、住民への普及啓発活動を行う。啓発事業は、アルコール健康障害対策の普及啓発週間等を利用し、回復者と協力して「アルコール依存症が回復する病気である」こと等を広く住民に啓発する。これらを図式化したものが図-1である。

研究2：早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐための「情報提供書」を作成する。また、紹介先のアルコール専門医療機関は、平成27年度に抽出したアルコール専門医療機関を精査したうえで、情報を収集して「MHWCが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」を作成する。

### 1. 情報提供書

情報提供書の作成については、分担者や研究協力者がこれまでアルコール依存症の治療に携わってきた経験から医療機関を初診する際に必要な最小限の情報内容に留めた。

氏名、生年月日、年齢、性別（生物学的）、情報提供の本人同意・家族同意の有無、治療目標、現在の困りごと、簡単な病歴：推定初飲年齢、推定習慣飲酒年齢、連続飲酒の有無、離脱症状の有無、家族への影響、職場への影響等である。作成した情報提供書をシート1として示す。なおシートの電子データについては、全国精神保健福祉センター長会常任理事会で許可を得てセンター長会メーリングリストで提供する。各精神保健福祉センターを介して所管域の保健所への電子データの提供も行う。

### 2. アルコール専門医療機関

平成27年度の本分担研究班では、全国にMHWCが把握するアルコール専門医療機関は、399か所あった。数からするとある程度充足されているようにも見えるが、各自治体の医療機関調査で、依存症を診察していると自己回答したがアルコール専門とは判断しきれない医療機関が相当数含まれていることが判明した。そこでH28年度は、10カ所以上の多くのアルコー

ル専門医療機関名を記載したMHWC、医療機関名未記入のMHWCや専門医療機関なしと回答したMHWCと直接電話やメールでの確認を行った。アルコール依存症リハビリテーションプログラムいわゆるARPを有する医療機関、重度アルコール依存症入院管理加算をしている医療機関、アルコール専門病棟の勤務歴が長い医師がいて適切なアルコール依存症の医療の提供ができている医療機関という基準を持って、再度アルコール専門医療機関の選定を行った。その結果、275か所のアルコール専門医療機関が選定され表-1、表-2を作成した。

### 3. アルコール専門医療機関情報リスト

表1のアルコール専門医療機関名をもとに機関ごとにインターネットで得られる情報からアルコール専門医療機関情報リストを作成委託した。

内容は医療機関の住所、TEL・Fax、診療科目、アルコール治療プログラムの有無、アルコール治療プログラムの内容、診察曜日・時間、予約の必要性、家族相談の有無、その他、データ検索URLの医療機関情報を明らかにした。その上で「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、アルコール依存症者をアルコール専門医療機関へ早期に繋ぐことに役立てることとした。

（倫理面への配慮）

本研究では、研究1、研究2のいずれにおいても個人情報に係わる内容は扱わない。

### C. 研究結果

平成26年度、研究1：アルコール関連問題に関する地域における連携組織・連携活動の実態についてのアンケート調査回収率は、100%であった。

調査1のMHWCが関わっているアルコール関連問題に関わる連携については、52MHWCから116件（以下件を略す）の連携が回答された。連携会議は39件であったが、フォーラム開催

に係わるものが3ありそれを除外してアルコール医療に関わる連携は36である。このうちアルコール専門医療機関と保健所との連携21、アルコール専門医療機関と保健所と自助グループとの連携は15あった。参加組織、連携会議の内容から、アルコール医療連携が全国にどのように存在しているかを確認するために、MHWCの各地方ブロックごとの件数は、北海道・東北は9MHWCに対し2、関東・甲信越は18MHWCに対し3、北陸・中部は9MHWCに対し1、近畿は11MHWCに対し7、中国・四国は11MHWCに対し11、九州は11MHWCに対して12であった。

調査2のMHWCが関わっていないアルコール関連問題に関わる連携については、36MHWCから52の連携の回答がなされた。連携会議があると回答があったものの詳細は、連絡会議が19、フォーラム開催の為などを除くとアルコール医療連携は、15であった。さらにアルコール医療連携に保健所との連携が加わると11になり、医療連携と保健所との連携に自助グループが加わると7となる。MHWCの地方ブロック毎のアルコール医療連携件数は、北海道・東北0、関東・甲信越4、北陸・中部4、近畿2、中国・四国4、九州1であった。MHWCが関わっているアルコール医療連携と関わっていないアルコール医療連携の総計を地方ブロック毎のアルコール医療連携件数でみると、北海道・東北2、関東・甲信越7、北陸・中部5、近畿9、中国・四国15、九州13であった。なおこのアルコール医療連携の総数は、51であった。

研究2：研究1で調査結果の連携活動からアルコール医療連携のある機関の所管センターに関係組織間連携の状況をインタビューし、6タイプの連携モデルを作成した。さらに相模原市モデルから北里大学東病院へのインタビューを実施し、1連携モデル図を作成した。

連携モデル図についての基本モデル(図-1を参照)は、依存症・家族を中心に据え、その周辺をアルコール専門治療機関、自助グループ、社会復帰施設、行政(センター・保

健所)が取り囲み連携の弧を描いて取り囲んでいる。さらにその周囲を点線線で囲んだネットワーク(組織間連携)が囲んで支えている。なお依存症・家族の楕円と周辺の諸機関の楕円は、相互間で結んでいないが、相互関係が成立しているものとみてほしい(以下基本連携)。

岡山市連携モデル(図-1):基本連携に加え、センターでは1.5次~2次予防対策を実施している。アルコールGPが周囲を取り巻き、全体を支えているのが特徴である。

さいたま市連携モデル(図-2):基本連携に加えセンターで家族会・HAPPYプログラムを実施しており、市域レベルの依存関連連絡会と県レベルのアルコール連絡会連で二重に支えているのが特徴である。

川崎市モデル(図-3):基本連携に加えセンターの診療所で支援困難例診療の実施、フォーラム開催のために連携して依存症患者・家族を支えているのが特徴である。

相模原市連携モデル(図-4):基本連携に加え大学病院にアルコール専門外来がある。

センターで、動機付け面接、HAPPYプログラムを実施しているのが特徴である。

横浜市連携モデル(図-5):関係機関がお互いの紹介レベルで緩やかに連携している。社会復帰施設が多いこと、カウンセリングルームの存在が特徴である。

鳥根県モデル(図-6):基本連携に加え総合病院のアルコール専門外来が特徴、一般科から早期に依存症患者の紹介がある。精神保健福祉センターで多彩なプログラム(図-6上を参照)を実施、県レベルで医療計画等重層的にアルコール対策を実施しているのが特徴である。

北里大学東病院モデル(図-7):基本連携に加え大学病院のアルコール専門外来と他科外来・病棟がリエゾンで結ばれている。早期にアルコール身体疾患合併症患者が受診する。院内で自助グループが開催される。ソーシャ

ルワーカーがアルコール教育等を実施している。このモデルの多職種連携関係を図8に示す。

平成27年度、研究1：アルコール依存症者を医療に繋ぐための連携組織・連携活動についてのアンケート調査1、調査2、調査3の回収率は、100%であった。結果の詳細については当研究の調査報告書第2報に譲る。結果の概略については考察に記載した。

研究2：家族会等からの医療紹介・連携モデルを探るべく「ひばり家族会」にインタビューを行った。

### 1. 会の成り立ち

平成26年に開始。相模原断酒新生会の例会に長年出席していた家族(配偶者)が発起人となり、5人程度で始めた。

### 2. 活動内容

開催日程：毎月1回(原則第1土曜13-17時)

場所：相模大野ユニコムプラザにて活動

形式：クローズドミーティング形式。ソーシャルワーカーがアドバイザーとして参加しクラフトを活用したグループワークを行う時もある。

参加者数：毎回6から10人程度である。

### 3. 連携

参加者の多くは、断酒会やパトリスの会(家族会)など他のグループに繋がりながら参加している。また、本人が安定した回復にある家族の割合も多く、本人がまだ回復の段階にない困っている家族を積極的に受け入れ、本人の治療や支援について社会資源や相談機関、専門医療機関を具体的に紹介し、繋がるための協力をしている(ピアサポート)。(図-10)

なお、今回はどの位のアルコール依存症者を医療に繋いだかの数の把握はないが、着実に役立つ連携である。

平成27年度については、結果は考察に同時記載とした。

平成28年度、研究1：平成27年度と平成26年度に抽出したアルコール依存症の治療・回復

支援等に関する多機関連携モデルから基本的な多機関連携モデルを示すことを目的とし、合わせてアルコール依存症者を早期にアルコール専門医療機関に繋ぐための相談拠点となるMHWC等の役割を明確化する。

地域アルコール依存症対策におけるMHWCの役割については、これまでの当分担研究班の調査結果から以下のような必要性が抽出できた。

1. 地域における依存症支援策に関する行政(精保センター・保健所等)医療、地域保健、回復施設、更生保護、自助グループ、民間団体の連携体制の構築に努める。

2. 現代の依存症問題のよりわかりやすい普及啓発を行う。

3. 当事者・家族がアクセスしやすい相談機関の所管内への設置を担う。

4. 当事者回復支援プログラム実施機関を確保する。地域の状況によっては先駆的にMHWCが実施の役割を担う。

5. 家族への支援プログラムの充実を図り、家族支援を強化する。

6. 当事者・家族の自助グループ活動の受け皿となる。

7. 前述の自助グループ活動の育成/支援を行う。

これらを踏まえて、アルコール問題の相談拠点と相談体制の要となる「アルコール問題地域相談支援センター」案を示す。

1) 相談拠点機関の設置は、「アルコール問題地域相談支援センター」等の分かりやすい名称の相談拠点機関を都道府県に1カ所以上設置する(なお、わかりやすい名称については、ひきこもり地域支援センターの看板を掲げることによって相談数が激増したことが参考となっている)。相談拠点機関の人員は、医師、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門職によるアルコール相談専門員(仮称：アルコールコンシェルジュ)を配置する。なお、活動においては回復者の相談員も活用する。相談拠点の長は、相談拠点の受託先である機関(MHWC等)の職員

の兼務が可能とする。各種事業は、受託先の事業所との連携で行う。

2) 相談拠点における事業は、次の5点が考えられる。

**連携構築：**地域における相談支援体制の構築のために、相談拠点機関は、都道府県政令市が主宰する自治体のアルコール健康障害対策推進会議に参画する。相談拠点機関は、保健、医療、福祉、その他の事業所、関係団体などを参集する。そして、相談拠点機関は地域における相談から医療、回復支援までの切れ目のない支援体制を構築するための「アルコール健康障害地域ネットワーク会議」を主催する。この会議では、参加機関が依存症対策でそれぞれが果たす役割を整理する。これにより相互の役割・業務に精通し、情報提供や協力体制を築き、相談から治療、回復支援までの連携体制を構築する。

**人材育成研修：**拠点機関は、身近な相談窓口を増やすために市町村、事業体、その他各種の相談窓口担当者に対し研修を行い窓口対応可能な人材を育成する。「アルコール依存症は飲酒をしていれば、誰でもなる可能性がある」「飲酒量のコントロールができなくなる疾患である」「医療や自助グループの活用で回復可能である」などの正しい知識を浸透させる。さらに、チェックリスト等の相談ツールを活用した簡単な相談や社会資源の適切な情報提供、拠点機関への繋ぎができる人材を育成する。研修受講後に、アルコール相談を実施する窓口は、都道府県政令指定都市指定のアルコール相談窓口の愛称（例えば「アルトーク」）を名乗ることができる。公認のマークも表示でき、対策の関連啓発資料の住民への普及の出先機関となる。

**相談支援事業：**相談は基本的に市町村や保健所の一時相談窓口が受けるが、この事業では相談支援とコンサルテーションの実施するため、拠点機関は、家族や当事者の対面相談を行うほか、インターネット等の電子媒体を活用した幅広い相談対応に努める。また一次相談窓口からの求めに応じ、専門相談員が窓口担当者に困難

事例の関わりについてコンサルテーション（助言指導）を行う。

**モデル事業：**支援効果を高めるモデル事業を実施する。治療への動機を高めて医療や自助グループに円滑につなげ、相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援をするために、回復者相談員や家族団体の経験者等を活用し、以下のような事業を行う。a) 家族の学習会・セミナー・分かち合い等の家族の集い、 b) 当事者の集団療法・認知行動療法モデルミーティング、 c) 自助グループへの紹介モデルミーティング、 d) 医療機関の専門治療プログラムのガイダンス等である。

**普及啓発事業：**アルコール問題や依存症への正しい理解を進めるため、拠点機関は、地域の連携ネットワークに参加する機関や団体に呼びかけ、当事者や家族が正しい知識を得て早期に相談が受けられるようにする。当事者の回復、社会復帰の支援が円滑に進むような依存症に偏見のない地域を創るために、住民への普及啓発活動を行う。啓発事業は、アルコール健康障害対策の普及啓発週間等を利用し、回復者と協力して「アルコール依存症が回復する病気である」こと等を広く住民に啓発する。これらを図式化したものが図-11である。

**研究2：**早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐための「情報提供書」を作成する。また、紹介先のアルコール専門医療機関は、平成27年度に抽出したアルコール専門医療機関を精査したうえで、情報を収集してMHWCが把握するアルコール専門医療機関情報リストを作成し、精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアルを作成する。

## 2. 情報提供書

情報提供書の作成については、分担者や研究協力者がこれまでアルコール依存症の治療に携わってきた経験から医療機関を初診する際に必要な最小限の情報内容にとどめた。

氏名、生年月日、年齢、性別（生物学的）情報提供の本人同意・家族同意の有無、治療目標、現在の困りごと、簡単な病歴：推定初飲年齢、推定習慣飲酒年齢、連続飲酒の有無、離脱症状の有無、家族への影響、職場への影響等である。作成した情報提供書をシート 1として示す。なおシートの電子データについては、全国精神保健福祉センター長会常任理事会で許可を得てセンター長会メーリングリストで提供する。各精神保健福祉センターを介して所管域の保健所への電子データの提供も行う。

## 2. アルコール専門医療機関

平成 27 年度の本分担研究班では、全国に MHWC が把握するアルコール専門医療機関は、病院は 243 カ所、診療所数 156 カ所の計、399 カ所あった。数からするとある程度充足されているようにも見える。しかし、MHWC の所管域内にあるアルコール専門医療機関数の充足状況に関する設問に対しては、不十分が 75.4%MHWC であり十分には充足していないことが明らかとなった。また、MHWC 所管域内の専門医療機関の質が良いと回答したのは、33.3% MHWC で、不明は、26.1%と 3 割弱の MHWC が質の把握がなされていない状況が有り、アルコール専門医療機関の質の向上の必要性と医療機関のさらなる把握の必要性が示唆された。また、各自治体の医療機関調査で依存症を診察していると自己申告したがアルコール専門とは判断しきれない医療機関が相当数含まれていることが判明した。それゆえ H28 年度は、多くのアルコール専門医療機関名を記載した MHWC、医療機関名未記入の MHWC や専門医療機関なしと回答した MHWC と直接電話やメールでの確認を行った。アルコール依存症リハビリテーションプログラムいわゆる ARP を有する医療機関、重度アルコール依存症入院管理加算をしている医療機関、アルコール専門病棟の勤務歴が長い医師がいて適切なアルコール依存症の医療の提供ができていない医療機関という基準を持って、再度アルコール専門医療機関の選定を行った。

その結果、275 か所のアルコール専門医療機関を抽出し、表 - 1 アルコール専門医療機関名一覧、表 - 2 H28 年度 MHWC 所管域のアルコール専門医療機関数を作成した。

## 3. アルコール専門医療機関情報リスト

表1のアルコール専門医療機関名をもとに機関ごとにインターネットで得られる情報からアルコール専門医療機関情報リストを作成委託した。

内容は医療機関の住所、TEL・Fax、診療科目、アルコール治療プログラムの有無、アルコール治療プログラムの内容、診察曜日・時間、予約の必要性、家族相談の有無、その他、データ検索URLの医療機関情報を明らかにした。その上で「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、アルコール依存症者をアルコール専門医療機関へ早期に繋ぐことに役立てることとした。

## D. 考察

平成 26 年度、研究 1 の調査 1 において、MHWC が関わる 36 のアルコール専門医療連携が抽出されたが、全国の MHWC 数 69 からすると半数の 52.2%にとどまっていた。MHWC とアルコール専門医療機関と保健所との連携は 21、MHWC とアルコール専門医療機関と保健所と自助グループとの連携は 15 にとどまっていた。これらの関係機関が連携の要であることが示唆された。MHWC が関わっているアルコール医療連携を MHWC の地方ブロック毎の MHWC 数とアルコール医療連携数でみると、北海道・東北 9MHWC に対して 2、関東・甲信越 18MHWC に対して 3、北陸・中部 9 MHWC に対して 1、近畿 11 MHWC に対して 7、中国・四国 11 MHWC に対して 11、九州 11 MHWC に対して 12 と近畿以西でアルコール医療連携が多く西高東低の傾向にあった。

調査 2 の MHWC が関わっていないアルコール医療連携は、15 であった。さらにアルコール医療連携に保健所との連携が加わると 11 になり、医療連携と保健所との連携に自助グループが

加わると7となる。MHWCの地方ブロック毎のアルコール医療連携件数は、北海道・東北0、関東・甲信越4、北陸・中部4、近畿2、中国・四国4、九州1であった。MHWCの関わりがあるアルコール医療連携が少ない地方に多い傾向がみられた。

MHWCが関わっているアルコール医療連携と関わっていないアルコール医療連携の総計をMHWCの地方ブロック毎のアルコール医療連携件数で見ると、北海道・東北2、関東・甲信越7、北陸・中部5、近畿9、中国・四国15、九州13であった。総計をとっても西高東低の傾向が認められた。なおこのアルコール医療連携の総数は、51であった。

いずれにしてもMHWC数に比してアルコール医療連携の数は少なく、都市部では、アルコール専門医療機関が多いことによるものなのか、地方のアルコール関連問題学会の活動の活発さによるものなのか、他の原因によるものなのかその原因の究明と解析が必要であると考えられる。

研究2：研究1で作成した7タイプのアルコール医療連携モデル図は、図1～図6までの6タイプは、行政主体型のモデル図であり、図7の北里大学東病院モデルは医療モデルである。どちらのモデルを使うか立場に応じて使い分けるべきであろう。

岡山市連携モデル(図-1)：基本連携に加え、センターでは1.5次～2次予防対策を実施しており早期の医療への繋ぎの可能性を秘めている。アルコール医療懇話会(GPネット)が周囲を取り巻き、全体を支えているのは見習うべきモデルである。

さいたま市連携モデル(図-2)：基本連携に加えセンターで家族会・HAPPYプログラムを実施しており早期の医療の繋ぎに役立つと考えられる。市域レベルの依存関連連絡会と県レベルのアルコール連絡会連で二重に支えているのが特徴である。

川崎市モデル(図-3)：基本連携に加え

センターの診療所で支援困難例診療の実施、フォーラム開催のために連携して依存症者・家族を支えているのが特徴である。

相模原市連携モデル(図-4)：基本連携に加え大学病院にアルコール専門外来がある。

センターで、動き付け面接、HAPPYプログラムを実施しており早期の医療への繋ぎが可能なモデルである。

横浜市連携モデル(図-5)：関係機関がお互いの紹介レベルで緩やかに連携している。社会復帰施設が多いこと、カウンセリングルームの存在が特徴であり都市型の連携モデルになりうると考えられる。

島根県モデル(図-6)：基本連携がしっかりできておりに、加えて総合病院のアルコール専門外来が特徴で、一般科から早期にアルコールによる合併症を有する依存症患者の紹介があり早期に医療に繋げるためには理想的な連携である。またの精神保健福祉センターで多彩なプログラム(図-6上を参照)を実施している、県レベルで医療計画等重層的にアルコール対策を実施しているのが特徴で目標とすべき県タイプの良好な連携モデルと考えられる。

北里大学東病院モデル(図-7)：基本連携に加え大学病院のアルコール専門外来と他科外来・病棟がリエゾンで結ばれている。早期にアルコール身体疾患合併症患者が受診する。

院内で自助グループが開催される。ソーシャルワーカーがアルコール教育等を実施している。総合病院完結型のモデルと考えられる。

7タイプの連携図を踏まえて、現時点で提示できるアルコール医療連携(図-9)だが、基本連携のアルコール専門治療機関と自助グループの間にとして一般医療機関を、との間にカウンセリングルームを配置している。については、都市型の機能なので必要に応じて加えるとよい。またの社会復帰施設だが地域事情に応じて外しても良い。なお、人によっては負債を抱えることがあるので債

務対応の機関を基本連携の外に配置してある。

研究1では、アルコール医療連携数は少なく、原因の究明は次年度の課題として残った。研究2では、7タイプのアルコール医療連携モデル図を示すことが出来た。それぞれ、少しずつ異なっており、立場に応じた活用が必要である。現時点のアルコール医療連携モデルを示すことが出来た意義は大きいと考える。

平成27年度は、アルコール依存症者の治療導入の入り口の状況を明らかにするために、調査1:MHWCが関わっているアルコール依存症者を医療に繋ぐための機関連携・連携活動では、多機関連携があるMHWCは、76.8%である。具体的内容の記載があった活動数は合計70であった。このうち、名称記載が成されたのが49活動で、残り21活動は、名称未記入であった。この未記入活動のうち14は個別相談の連携内容であった。70活動のうちアルコール依存症者を直接医療に繋ぐための連携は、33にとどまった。うち25が個別相談に係わる連携であった。他はアルコール依存症者が医療に繋がりをやすくするための普及啓発・機関連携の強化に関わるものであった。調査結果からアルコール依存症者を直接医療に繋ぐ連携が33と少なく、アルコール依存症者を医療に繋ぐ連携を増やす必要性が示唆された。

MHWCが把握しているアルコール依存症の治療ができるアルコール専門医療機関は、95.7%のMHWCにあった。なお、本調査ではアルコール専門医療機関名にとどめた。MHWCのタイプで見ると県型46MHWC、93.9%で、政令市型は20MHWC、100%と政令市型の割合が多く、都市部への偏在がうかがわれ、医療機関の無い地域への設置の必要性が示された。アルコール専門医療機関数と名称については、全国に病院は243あり、そのうちアルコールの治療プログラムがあるのが163カ所、診療所数156カ所、そのうちプログラム有り39カ所、総計399施設である。治療プログラムがある医療機関は半数の

202カ所であった。アルコール専門医療機関がないMHWCが3カ所、病院・診療所名の記載のないMHWCが6カ所認められた。今後の医療状況の改善、医療機関情報の収集の改善の必要性が示唆された。なお、10医療機関を超える把握がなされたMHWCは9あるが、医療機関調査での依存症を診療しているという自己申告に基づく把握が多く、実際のアルコール専門医療機関はプロフラムを有する機関数+程度が、所管域の専門治療機関数である可能性もあり精査の必要性も示唆された。

MHWCの所管域内にあるアルコール専門医療機関の充足状況は、69MHWC中十分足りているMHWC話なく、足りている15.9%、不十分75.4%、足りていない5.7%で、8割を超えるMHWCがアルコール専門医療機関の不足を感じており、今後アルコール専門医療機関の増加による充足の必要性が示唆された。

MHWC所管域内の医療機関の質については69MHWC中良いと回答したMHWCは、33.3%で、普通36.2%、悪いが1.4%、不明26.1%と7割強は質の把握がなされていたが、3割弱はなされていなかった。MHWCにおいては今後アルコール専門医療機関の質の改善と、医療機関のさらなる把握の必要性が示唆された。

調査2:MHWCが直接関わっていないがアルコール依存症者を医療に繋ぐための機関連携・連携活動では、連携があるMHWCは34.7%であり、具体的な内容記載があった活動は合計29である。約半数近くの46.2%のMHWCで地域の連携活動が把握されていなかった。なお、前述29のうち記載内容からアルコール依存症者を直接医療に繋ぐ活動は12と少なく増やす必要性が示されたである。

MHWCが直接は関わっていないが地域にあるアルコール依存症者を医療に繋ぐための機関連携・活動機関は、精神科医療機関、保健所、断酒会、アルコール専門治療機関の順に多く、これらの機関が連携の要であることがうかがえた。

調査3：MHWC 所管域におけるアルコール依存症者を医療に繋ぐ状況の評価は、69MHWC 中できている5.8%、ほぼできている17.4%で概ね繋がりができているのは、23.2%と1/4以下であった。少しできているが、73.9%で、全くできていない・無回答が1.4%あり、繋ぎ機能の強化の必要性が示唆された。

MHWC の個別診療の実施は、できている MHWC が5.8%、ほぼできているが11.6%で概ね個別診療ができているのは、17.4%と1/5以下であった。少しできているが36.2%で、全くできていないのが44.9%で、無回答が1.4%であった。少しできている、全くできていない理由としてはその他が、62.5%と一番多く、関与する人材不足19.6%で、医療機関不足10.7%、専門の技術不足5.4%であった。その他の理由としては37MHWC 中21が診療機能を有していないことをあげたが、各自治体の権限に係わるものであり、改善の難しさがうかがえた。

医療機関の情報提供は、69MHWC 中できているのが30.4%で、ほぼできているのが44.9%で、合わせて75.3%と3/4が概ね情報提供ができている状況にあった。少しできているのが23.2%で、全くできていないが0、無回答が1.4%であった。できていない主な理由としては、16MHWC 中半数の8MHWC、50%が医療機関の不足をあげており、さらに改善するためにはアルコール専門医療機関の充実の必要性が示唆された。

医療への繋ぎは、69MHWC 中できているのは8.7%で、ほぼできているのは29%で、2つを合わせて概ね診療ができているのは、37.7%と1/3程度のMHWC しかできていない状況にあった。少しできている、全くできていないを合わせると、できていないのが60.8%であった。できていない主な理由は、42MHWC 中、医療機関の不足を理由に挙げるものが28.6%で、関与する人材不足は19%、専門技術の不足9.5%あった。その他の理由をあげた17MHWC のうち多いのは4MHWC が相談数の少なさや無いことをあげ、次いで区福祉センターが対応すること等になっているの

が3MHWC であった。いずれにしても専門医療機関の充足は医療への繋ぎを良くするためにも不可欠である。

これらからアルコール依存症者を医療に繋ぐためには、地域及びMHWC の連携を増やす必要がある。医療機関の無い地域への設置の必要性が示された。医療機関状況の改善、機関情報の収集の改善が示唆された。医療機関増による充足の必要性が示唆された。医療機関更なる質の向上並びに把握の必要性が示された。MHW が関わらない連携も少なく増やす必要性が示唆された。個別診療の状況改善も必要性が示唆された。医療機関へのつなぎの状況改善が必要であり、合わせてアルコール専門医療機関の増加と質の向上も不可欠である。アルコール依存症と家族が、家族会などピアサポートを行っている自助グループとの連携を積極的に行っていくことも有効と考えられた。

平成28年度、研究1：平成26、27のアルコール依存症とアルコール専門医療機関との連携活動の少ないこと、その強化の必要性、連携の要がアルコール専門医療、精神科医療機関、保健所、断酒会、福祉事務所であるという研究結果を踏まえMHWC 等が中心となりアルコール問題の相談拠点と相談体制の要となる役割を担うアルコール問題地域相談支援センター案を示した。専門職によるアルコール相談専門員（仮称：アルコールコンシェルジュ）を配置することを提案した。活動においては回復者の相談員も活用することで、回復するイメージを周知することにも役立ってもらえると考えた。相談拠点における事業は、次の5点 連携構築、人材育成研修、相談支援事業、モデル事業、普及啓発事業を挙げたが、全てを同時期に実施するのは困難なので各MHWC それぞれの状況に応じて拡大して充実していく必要があると考えている。

アルコール健康障害対策基本法で整備すべ

き相談拠点の機能は、これまで MHWC が担ってきた機能の発展型ともいえる。そのため、MHWC は、積極的に相談拠点機関を受託し、アルコール健康障害対策基本法の実務の要となる必要があるだろう。この相談拠点については、アルコール以外の種々の依存対策にも汎用できる。地域依存症対策において、「アルコール問題地域相談支援センター」の役割を持つことは、今後の様々な依存・嗜癖に対応する地域アディクション相談支援センターへの展開も期待でき、相談支援センターを受託した MHWC はこれまでに以上に様々な依存・嗜癖に貢献が可能になると考える。

研究 2：早期にアルコール依存症をアルコール専門医療機関に繋ぐために「情報提供書」「MHWC が把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」とした。

情報提供書は、医療機関を初診する際に必要な最小限の情報内容に留めた。作成した情報提供書をシート 1 を利用することで平易に紹介が可能となる。全国の MHWC と保健所に配布することで活用が広がると考えている。

アルコール専門医療機関をアルコール依存症リハビリテーションプログラムいわゆる ARP を有する医療機関、重度アルコール依存症入院管理加算をしている医療機関、アルコール専門病棟の勤務歴が長い医師がいて適切なアルコール依存症の医療の提供ができていた医療機関という基準をもって再選定したことによって全国 275 か所のアルコール専門医療機関が抽出され表 - 1、表 - 2 を作成したが、絞り込むことである程度の質の担保されたアルコール専門医療機関に繋ぐことができるようになったと考えている。アルコール治療プログラムを有する医療機関への繋ぎを優先すべきと考える。

アルコール専門医療機関情報リストは、精神保健福祉センターが把握するアルコール専門

医療機関情報リストとして作成して精神保健福祉センター、保健所とアルコール専門医療機関の連携マニュアルとして各 MHWC と各保健所に配布することとしておりリストを見れば紹介先が容易にわかりアルコール依存症者をアルコール専門医療機関へ早期に繋ぐことに役立てると考えている。

総括：アルコール依存症者を医療に繋ぐために、MHWC がアルコール問題地域相談支援センターの役割を担い地域の要となる機関連携モデルを示したが、今後の依存症をはじめとするアルコール問題の解決に寄与できるものと考えている。「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」を使用することで、これまでより容易に繋ぎができるようになることを期待したい。

#### E．研究発表

##### 1．論文発表

なし

##### 2．学会発表

平成 29 年 9 月のアルコール関連問題学会で発表を予定している。

#### F．知的財産権の出願・登録状況

##### 1．特許取得

特になし

##### 2．実用新案登録

特になし

##### 3．その他

特になし

#### G．参考文献

1．アルコール依存症の治療・社会復帰に対する医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究 第 2 報 研究報告書 研究分担者 白川教人

2．最近の制度改革や課題に対応した精神保健福祉センターの役割 白川教人 原田豊田 田辺等 公衆衛生 第 80 巻 第 11 号 p813-818 医学書院

## 岡山市の連携の現状

1. 専門医療機関; 2病院2病棟、ARP実施3病院、専門クリニック1
2. 自助グループ; 断酒会、AA
3. 社会復帰施設; ダルク(他都市)
4. 精神保健福祉センター; 1.5～2次予防  
アルコールG-Pネット  
保健所; ケース対応
5. ネットワーク; アルコール医療懇話会

## さいたま市の連携の現状

1. 専門医療機関; 1病院1病棟、ARP実施 病院、専門クリニック2
2. 自助グループ; 断酒会、AA
3. 社会復帰施設; MAC、ダルク
4. 精神保健福祉センター; 家族教室、HAPPY  
保健所; 精神科救急ケース対応
5. ネットワーク; アルコール連絡会(県レベル)、  
依存関連連絡会(市レベル)

図 - 1

### アルコール依存症の治療、回復支援等に関する多機関連携(岡山市モデル)

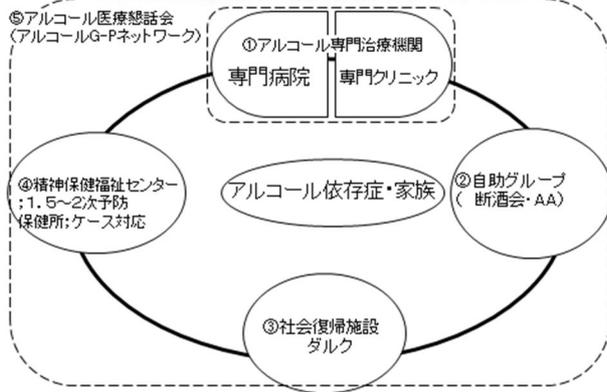
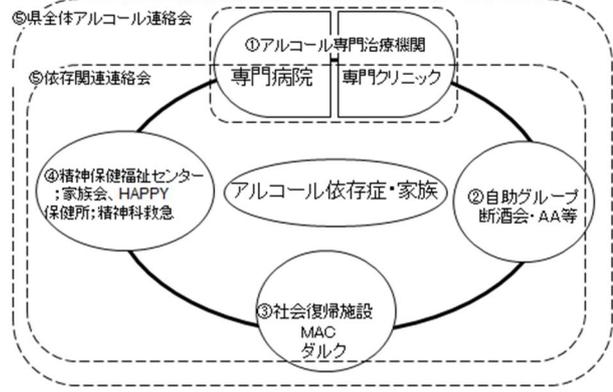


図 - 2

### アルコール依存症の治療、回復支援等に関する多機関連携(さいたま市モデル)

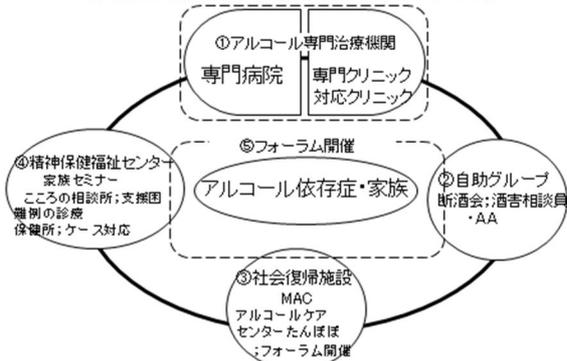


## 川崎市の連携の現状

1. 専門医療機関; 県内2病院2病棟、  
近隣専門クリニック3、市内対応クリニック1
2. 自助グループ; 断酒会、AA
3. 社会復帰施設; MAC アルコールケアセンターたんぼぼ
4. 精神保健福祉センター; 家族セミナー、個別相談  
こころの相談所(診療所); 支援困難ケース対応、  
断酒会員が酒害相談員としてプチミーティング開催  
保健所; ケース対応
5. ネットワーク; ※2、3、4の機関を中心に  
毎年アディクションフォーラム開催

図 - 3

### アルコール依存症の治療、回復支援等に関する多機関連携(川崎市モデル)

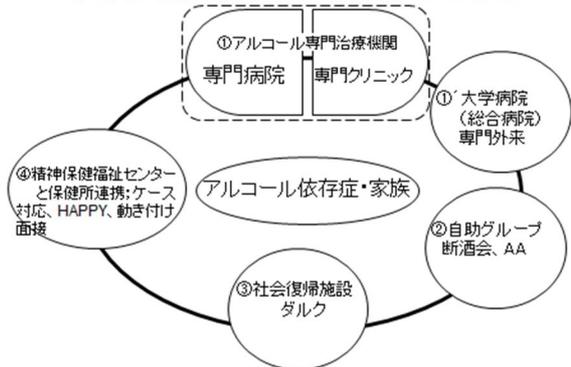


## 相模原市の連携の現状

1. 専門医療機関; 近隣2病院2病棟、対応病院1病院、総合病院専門外来1病院、専門クリニック1
2. 自助グループ; 断酒会、AA、家族会
3. 社会復帰施設; ダルク
4. 精神保健福祉センターと保健所が協力  
保健所; ケース対応、HAPPY、動き付け面接
5. ネットワーク; なし

図 - 4

### アルコール依存症の治療、回復支援等に関する多機関連携(相模原市モデル)

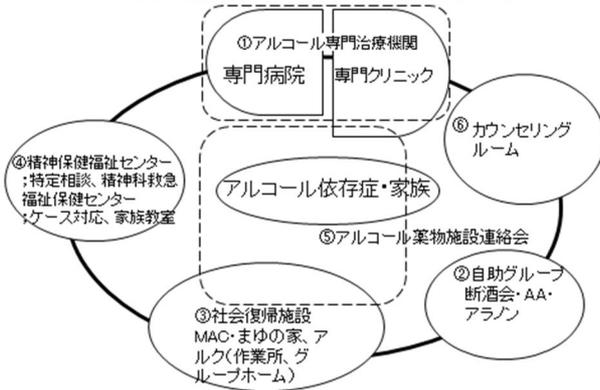


## 横浜市の連携の現状

1. 専門医療機関; 近隣1病院、市内2病棟、専門クリニック1、対応クリニック2
2. 自助グループ; 断酒会、AA、アラノン
3. 社会復帰施設; MAC・まゆの家、アルク
4. 精神保健福祉センターと福祉保健センター(保健所)が協力; 特定相談、精神科救急  
区福祉保健センター; ケース対応
5. ネットワーク; お互いに相互利用する緩やかな連携  
アルコール薬物施設連絡会
6. その他; カウンセリングルーム

図 - 5

### アルコール依存症の治療、回復支援等に関する多機関連携(横浜市モデル)

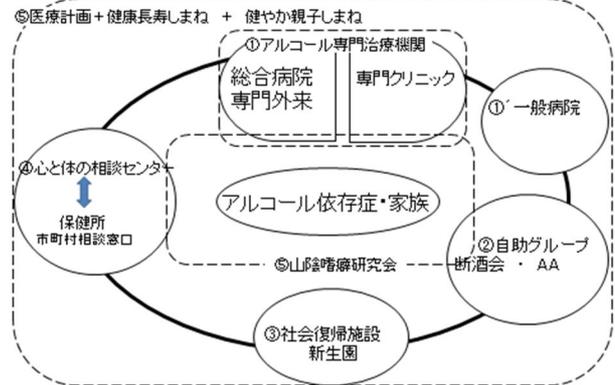


## 島根県の連携の現状

1. 専門医療機関; 総合病院アルコール専門外来2、ARP実施1病院、専門クリニック1
2. 自助グループ; 断酒会(学校セミナー)、AA
3. 社会復帰施設; 新生園(救護施設; 断酒会と連携)
4. 島根県立 心と体の相談センター; アルコール関連問題学校セミナー講師人材育成研修、アルコール関連問題関係者会議、こころの相談、アルコール問題に着目した自死対策、団体育成、  
保健所; 出前講座、普及啓発、圏域の会議の開催(既存の会議を活用)、断酒会との連携  
市町村相談窓口
5. ネットワーク; 島根県医療計画+健康長寿しまね+健やか親子しまね・山陰嗜癮研究会

図 - 6

### アルコール依存症の治療、回復支援等に関する多機関連携(島根県モデル)



## 北里大学東病院の連携の現状

1. 専門外来と他科外来・病棟と連携; 外来受診、リエゾン
2. 自助グループ; 院内でAA月1回、断酒会時折開催
3. 精神保健福祉センターのアルコール相談に協力
4. ネットワーク; アルコール連絡会(院内)
5. 総合相談部(sw)が動機づけ支援を実施;
  - ①アルコールインテーク面接(動機付けの面接)実施
  - ②アルコール教育を個別実施(有料の教育プログラムを5~6回実施)
  - ③治療的グループワーク(院内ミーティング)を実施; 月1回(sw担当)
6. swが、生活支援を行いながら自助グループと連携し、橋渡しの支援を実施

図 - 7

## アルコール依存症の治療、回復支援等に関する多機関連携(北里大学東病院モデル)

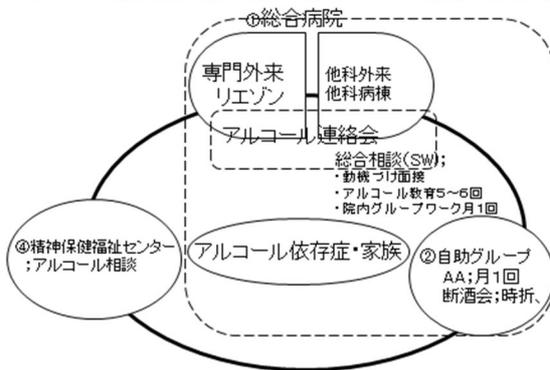
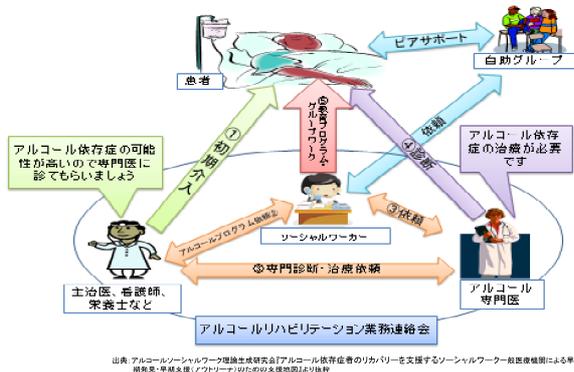


図 - 8

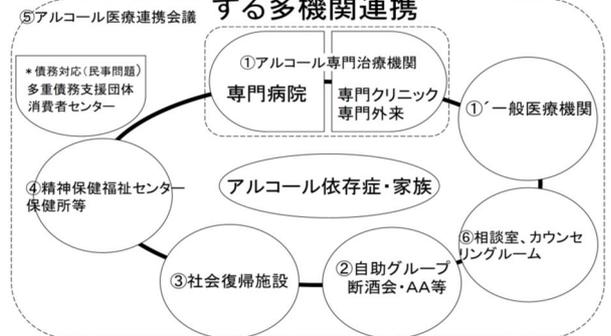
## アルコール依存症の治療、回復支援等に関する院内多職種連携モデル(北里大学東病院モデル)



出典: アルコールソーシャルワーク実践支援研究会「アルコール依存症のリハビリを支えるソーシャルワーク-般医療機関による専門医・中核医師(アルコール科)との連携」

図 - 9

## アルコール依存症の治療、回復支援等に関する多機関連携



\* 北里モデル、島根モデルなどから、早期治療導入には、一般医療機関から如何に早期の依存症を導入できるかがカギとなる

図 - 10

## アルコール依存症の治療、回復支援等に関する家族会(ピアサポート)等からの医療紹介モデル

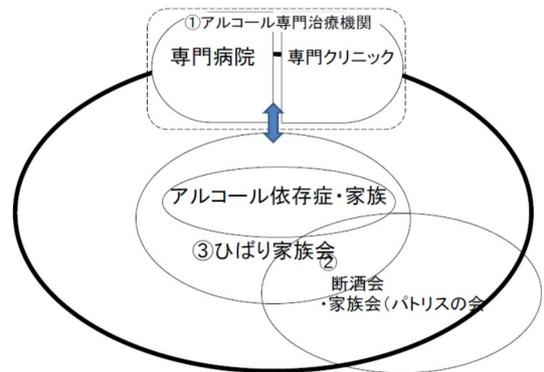
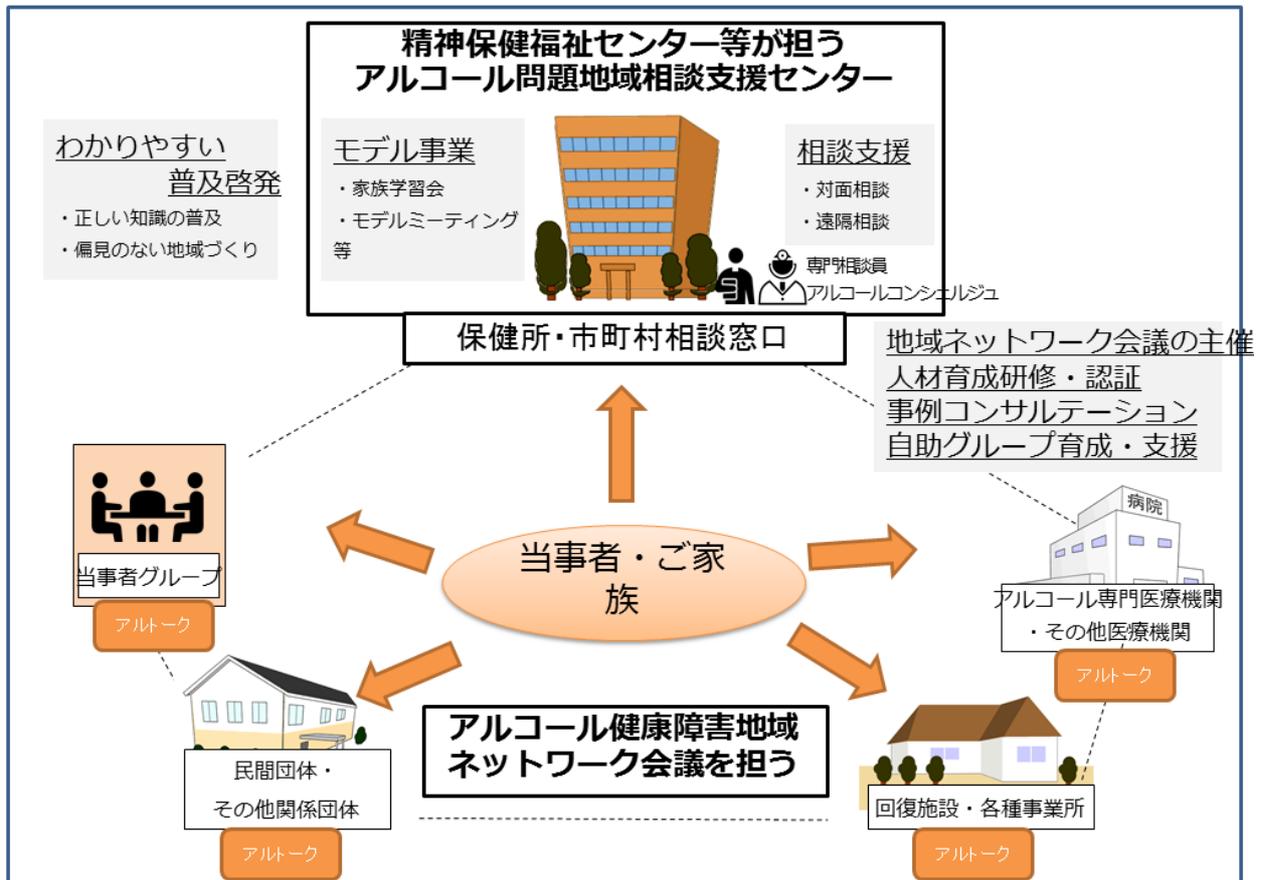


図 - 1 1

# アルコール依存症対策における、精神保健福祉センターの役割案



## 情報提供書

( 情報提供への同意有 本人 家族 )

患者 ID	氏名	生年月日 S・H 年 月 日生	年齢 才	性別 男・女
現在の困りごと (ご本人):				
ご本人の治療への希望: 断酒 ・ 節酒				
病歴				
推定初飲年齢 歳	推定習慣飲酒年齢 歳	連続飲酒 有・無	離脱症状 有・無	
精神科合併症		身体的合併症		
( 家族・職場への影響 )				
処方 ( 処方医療機関: )				
備考				
( 相談日 H 年 月 日 ) 記載者:				

表 - 1 アルコール専門医療機関一覧

アルコール治療プログラムの有無（H28）

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
北海道立精神保健 福祉センター	北見赤十字病院 こぶし植苗病院 相川記念病院 旭川圭泉会病院 空知病院 熊谷病院 函館渡辺病院 大江病院 道立緑ヶ丘病院 石橋病院 苫小牧緑ヶ丘病院 江別すずらん病院 (札幌医科大学付属病院) (旭山病院) (五稜会病院) (札幌太田病院)		北海道立精神保健福祉センター メンタルケアわかかさ (幹メンタルクリニック)	
札幌こころのセン ター(札幌市精神保 健福祉センター)	札幌医科大学付属病院 旭山病院 五稜会病院 札幌トロイカ病院 札幌太田病院 さっぽろ香雪病院	*	大通公園メンタルクリニック 幹メンタルケアクリニック さっぽろ麻生メンタルクリニック	
青森県立精神保健 福祉センター	生協さくら病院 藤代健生病院 芙蓉会病院 十和田市立中央病院			
岩手県精神保健福 祉センター	盛岡市立病院 岩手県立南光病院 北リアス病院 宮古山口病院 国立花巻病院			

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
	三陸病院 岩手県立一戸病院			
宮城県精神保健福祉センター	東北会病院			
仙台市精神保健福祉総合センター	(東北会病院)		WANA クリニック	
秋田県精神保健福祉センター	なし			
山形県精神保健福祉センター	二本松会上山病院 公徳会若宮病院 斗南会秋野病院 公徳会佐藤病院 山容会山容病院			
福島県精神保健福祉センター	なし			
茨城県精神保健福祉センター	豊後荘病院 ホスピタル坂東			
栃木県精神保健福祉センター	岡本台病院			
群馬県こころの健康センター	赤城高原ホスピタル			
埼玉県メンタルヘルスセンター(埼玉県立精神保健福祉センター)	埼玉県立精神医療センター 不動ヶ岡病院 久喜すずのき病院 (与野中央病院)		(白峰クリニック) (ひがメンタルクリニック)	
さいたま市こころの健康センター	与野中央病院		白峰クリニック ひがメンタルクリニック	
千葉県精神保健福祉センター	船橋北病院 秋元病院			

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
	(下総精神医療センター)			
千葉県こころの健康センター	下総精神医療センター		新検見川クリニック	
東京都立精神保健福祉センター	東京足立病院 東京アルコール医療総合センター		周愛利田クリニック 周愛巣鴨クリニック うらべ医院 京橋メンタルクリニック きむらメンタルクリニック こまごめ緑陰診療所 榎本クリニック メンタルオフィス亀戸	
東京都立中部総合精神保健福祉センター	東京都立松沢病院 昭和大学附属烏山病院		アパリクリニック 慈友クリニック 洗足心療内科クリニック 金杉クリニック	*
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	駒木野病院 井之頭病院 桜ヶ丘記念病院 よしの病院 高月病院 東京高尾病院	*		
川崎市精神保健福祉センター			沼田クリニック	
神奈川県精神保健福祉センター	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター 清川遠寿病院 みくるべ病院 (神奈川県立精神医療センター)			
横浜市こころの健康相談センター	神奈川県立精神医療センター 神奈川病院 (独立行政法人国立病院機構)		大石クリニック まこと心のクリニック 関内メンタルクリニック	

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
	久里浜医療センター)		寿診療所	
相模原市精神保健 福祉センター	北里大学東病院 相模湖病院		北条クリニックはしもと 北条クリニックおおの	
新潟県精神保健福 祉センター	三交病院	*	ながおか心のクリニック	
新潟市こころの健 康センター	河渡病院		かとう心療内科クリニック ささえ愛よろずクリニック	
山梨県立精神保健 福祉センター	県立北病院 住吉病院			
長野県精神保健福 祉センター	こころの医療センター駒ヶ根 千曲荘病院 飯田病院 城西病院 北アルプス医療センターあづ み病院			
岐阜県精神保健福 祉センター	各務原病院 養南病院			
静岡県精神保健福 祉センター	聖明病院 服部病院		(マリアの丘クリニック)	
静岡市こころの健 康センター			マリアの丘クリニック	
浜松市精神保健福 祉センター	佐鳴湖病院		木戸メンタルクリニック	
愛知県精神保健福 祉センター	刈谷病院 犬山病院 桶狭間病院こころのケアセン ター 共和病院 南豊田病院 可知記念病院			

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
名古屋市精神保健福祉センター	八事病院		西山クリニック	
三重県こころの健康センター	三重県立こころの医療センター 国立病院機構 榊原病院		かすみがうらクリニック おおごしクリニック	
滋賀県立精神保健福祉センター	滋賀県立精神医療センター びわこ病院			
富山県心の健康センター	谷野呉山病院		アイ・クリニック	
石川県こころの健康センター	加賀こころの病院 県立高松病院 松原病院			
福井県総合福祉相談所	福井県立病院			
京都府精神保健福祉総合センター	府域にはなし			
京都市こころの健康増進センター	いわくら病院		安東医院 広兼医院	
大阪府こころの健康総合センター	大阪府立精神医療センター 東大阪山地病院 新阿武山病院 新生会病院 丹比荘病院 阪和いずみ病院 ( 金岡中央病院 )	*	稲垣診療所 川田クリニック 新阿武山クリニック ひがし布施辻本クリニック ( ひでんいん ( 悲田院 ) クリニック ) ( 小谷クリニック ) ( 藤井クリニック )	
大阪市こころの健康センター			ひでんいん ( 悲田院 ) クリニック 小谷クリニック 藤井クリニック	
堺市こころの健康センター	金岡中央病院			

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
兵庫県精神保健福祉センター	東加古川病院 新淡路病院 公立宍粟総合病院 豊岡病院		ただしメンタルクリニック	
神戸市こころの健康センター	垂水病院 兵庫県立光風病院 有馬高原病院		宋神経科クリニック 幸地クリニック	
奈良県精神保健福祉センター			医療法人植松クリニック 医療法人八木植松クリニック	
和歌山県精神保健福祉センター	和歌浦病院 和歌山県立こころの医療センター			
鳥取県立精神保健福祉センター	渡辺病院			
鳥根県立心と体の相談センター	松江赤十字病院 松江市立病院 八雲病院 こなんホスピタル 安来第一病院 奥出雲コスモス病院 県立こころの医療センター 西川病院 松が丘病院			
岡山県精神保健福祉センター	希望ヶ丘ホスピタル 積善病院 ももの里病院			
岡山市こころの健康センター	岡山県精神科医療センター 慈圭病院 林精神医学研究所附属林道倫精神科神経科病院		ゆうクリニック けやき通りメンタルクリニック	
広島県立総合精神保健福祉センター	全 16 機関の記載あり 2 重複 センターに問い合わせの事		全 6 機関の記載あり センターに問い合わせの事	

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
広島市精神保健福祉センター	瀬野川病院 草津病院			
山口県精神保健福祉センター	山口県立こころの医療センター 高嶺病院			
徳島県精神保健福祉センター	藍里病院		あいざとパティオクリニック	
香川県精神保健福祉センター	三光病院			
愛媛県心と体の健康センター	松風病院 西条道前病院 正光会今治病院 和ホスピタル 堀江病院 松山記念病院 久米病院 愛媛生協病院 くじら病院 双岩病院 正光会宇和島病院		みやもとクリニック 兵頭クリニック	
高知県立精神保健福祉センター	海辺の杜ホスピタル 岡豊病院 下司病院			
福岡県精神保健福祉センター	福岡県立精神医療センター太宰府病院 おおりん病院 回生病院 一本松すずかけ病院 行橋記念病院 のぞえ総合心療病院 乙金病院 三池病院	* *		

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
北九州市立精神保健福祉センター	新門司病院 門司松ヶ江病院 門司田野浦病院 平尾台病院 松尾病院 八幡厚生病院			
福岡市精神保健福祉センター	医療法人社団 飯盛会 倉光病院 医療法人優なぎ会 雁の巣病院			
佐賀県精神保健福祉センター	肥前精神医療センター 森本病院		多布施クリニック	
長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター	西脇病院 道ノ尾病院 三和中央病院 真珠園療養所 あきやま病院			
熊本県精神保健福祉センター	あおば病院 有働病院 菊池有働病院 菊陽病院 酒井病院 益城病院 松田病院 吉田病院			
熊本市こころの健康センター	向陽台病院 こころの医療センター 明生病院			
大分県こころとからだの相談支援センター	大分丘の上病院 鶴見台病院 山本病院 大分友愛病院		河村クリニック 竹下粧子クリニック	

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
	帆秋病院 杵築オレンジ病院			
宮崎県精神保健福祉センター	大悟病院			
鹿児島県精神保健福祉センター	鹿児島県立始良病院 三州脇田丘病院 谷山病院 森口病院 メンタルホスピタル大隅 指宿竹本病院 奄美病院			
沖縄県立総合精神保健福祉センター	糸満晴明病院 琉球病院			

都道府県と政令指定都市が重複し名称をあげている場合は、原則として所在地側に記載し、一方を( )ている。

p有無欄は、アルコールリハビリテーションプログラムを有している場合に を付した。

医療機関調査中にプログラムがあることが確認できた病院、診療所のp有無欄に\*を付記した。

表 - 2 H28 年度 各精神保健福祉センター所管圏域のアルコール専門医療機関数

センター名		病院数		診療所数		合計	
		( )内は、そのうちアルコール治療プログラムがある機関数					
1	北海道立精神保健福祉センター	12	(12)	2	(2)	14	(14)
2	札幌こころのセンター (札幌市精神保健福祉センター)	6	(5)	3	(3)	9	(8)
3	青森県立精神保健福祉センター	4	(4)			4	(4)
4	岩手県精神保健福祉センター	7	(7)			7	(7)
5	宮城県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
6	仙台市精神保健福祉総合センター			1	(1)	1	(1)
7	秋田県精神保健福祉センター なし1					0	
8	山形県精神保健福祉センター	5	(5)			5	(5)
9	福島県精神保健福祉センター なし2					0	
北海道・東北ブロック 9センター 小計		35	(34)	6	(6)	41	(40)
10	茨城県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
11	栃木県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
12	群馬県こころの健康センター	1	(1)			1	(1)
13	埼玉県メンタルヘルスセンター	3	(3)			3	(3)
14	さいたま市こころの健康センター	1	(1)	2	(2)	3	(3)
15	千葉県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
16	千葉市こころの健康センター	1	(1)	1	(1)	2	(2)
17	東京都立精神保健福祉センター	2	(2)	8	(8)	10	(10)
18	東京都立中部総合精神保健福祉センター	2	(2)	4	(2)	6	(4)
19	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	6	(5)			6	(5)
20	川崎市精神保健福祉センター			1		1	
21	神奈川県精神保健福祉センター	3	(2)			3	(2)
22	横浜市こころの健康相談センター	2	(2)	4	(1)	6	(3)
23	相模原市精神保健福祉センター	2	(1)	2		4	(1)
24	新潟県精神保健福祉センター	1		1		2	
25	新潟市こころの健康センター	1	(1)	2		3	(1)
26	山梨県立精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
27	長野県精神保健福祉センター	5	(1)			5	(1)
関東・甲信越ブロック 18センター小計		37	(29)	25	(14)	62	(43)
28	岐阜県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
29	静岡県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
30	静岡市こころの健康センター			1	(1)	1	(1)
31	浜松市精神保健福祉センター	1		1		2	
32	愛知県精神保健福祉センター	6	(6)			6	(6)
33	名古屋市精神保健福祉センター	1	(1)	1	(1)	2	(2)
34	三重県こころの健康センター	2	(2)	2	(1)	4	(3)
35	滋賀県立精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)

センター名		病院数		診療所数		合計	
		( )内は、そのうちアルコール治療プログラムがある機関数					
36	富山県心の健康センター	1	(1)	1	(1)	2	(2)
37	石川県こころの健康センター	3	(3)			3	(3)
38	福井県総合福祉相談所	1	(1)			1	(1)
39	京都府精神保健福祉総合センター なし 3					0	
40	京都市こころの健康増進センター	1	(1)	2	(1)	3	(2)
41	大阪府こころの健康総合センター	6	(5)	4	(3)	10	(8)
42	大阪市こころの健康センター			3	(3)	3	(3)
43	堺市こころの健康センター	1	(1)			1	(1)
44	兵庫県精神保健福祉センター	4	(4)	1	(1)	5	(5)
45	神戸市こころの健康センター	3	(3)	2	(2)	5	(5)
46	奈良県精神保健福祉センター			2	(2)	2	(2)
47	和歌山県精神保健福祉センター	2	(1)			2	(1)
中部・近畿ブロック 20センター 小計		38	(35)	20	(16)	58	(51)
48	鳥取県立精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
49	島根県立心と体の相談センター	9	(6)			9	(6)
50	岡山県精神保健福祉センター	3	(3)			3	(3)
51	岡山市こころの健康センター	3	(3)	2		5	(3)
52	広島県立総合精神保健福祉センター 名無 1	14		6		20	
53	広島市精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
54	山口県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
55	徳島県精神保健福祉センター	1	(1)	1		2	(1)
56	香川県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
57	愛媛県心と体の健康センター	11	(11)	2	(2)	13	(13)
58	高知県立精神保健福祉センター	3	(3)			3	(3)
中国・四国ブロック 11センター 小計		50	(33)	11	(2)	61	(35)
59	福岡県精神保健福祉センター	8	(3)			8	(3)
60	北九州市立精神保健福祉センター	6	(6)			6	(6)
61	福岡市精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
62	佐賀県精神保健福祉センター	2	(2)	1	(1)	3	(3)
63	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	5	(5)			5	(5)
64	熊本県精神保健福祉センター	8	(8)			8	(8)
65	熊本市こころの健康センター	3	(3)			3	(3)
66	大分県こころとからだの相談支援センター	6	(5)	2	(2)	8	(7)
67	宮崎県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
68	鹿児島県精神保健福祉センター	7	(7)			7	(7)
69	沖縄県立総合精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
九州ブロック 11センター 小計		50	(44)	3	(3)	53	(47)
合計		210	(175)	65	(41)	275	(216)

都道府県と政令指定都市が同機関をあげている場合は、原則として所在地側にきさいしている。

所管圏域にアルコール専門医療機関が「ない」と回答した場合は、合計の欄に0と記載している。

アルコール治療プログラムがある機関数は、公表可能として具体的にあげられた病院名、診療所名において、「アルコール治療プログラムがある」に があった機関をカウントした結果である。

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 年—平成 28 年度総合分担研究報告書  
アルコール依存症の早期発見・早期治療導入  
研究分担者 堀井 茂男 財団法人慈圭会 慈圭病院 院長

**研究要旨**

**A. 研究目的：**わが国に 107 万人（2013 年厚生労働省）のアルコール依存症者が存在すると言われているが、専門医療を受診しているものはわずかに 4 万人とされている。専門的治療につなげることができない多くのアルコール依存症者へのアプローチは喫緊の課題と言える。また、依存症予備軍とも言える習慣飲酒者への取り組みも同様に重要な領域である。アルコール関連健康障害における 2 次予防、そして 1 次予防と 2 次予防の間の 1.5 次予防に関連する領域が本研究のテーマである。

**研究 1：一般企業における習慣飲酒者への介入に関する調査研究：**岡山市こころの健康センターでは平成 22 年から常習飲酒者個人の飲酒習慣に介入する教室を開始し、継続して現在に至っている。本研究ではこの取り組みの内容を検討し、その普及を行うことを目指した。さらに、普及版の講義およびグループワーク、継続介入のグループワークのスライドと使用マニュアルを作成した。

**研究 2：**アルコール関連問題への早期介入のための、一般医療機関とアルコール専門医療機関の連携に関する調査研究：岡山市こころの健康センターでは、平成 23 年度から「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」を行っている。本研究ではこの取組の内容を検討し、その評価を行うことを目指した。

**B. 研究方法**

**研究 1：**岡山市こころの健康センターは平成 22 年度から「おいしくお酒を飲むための教室」という、職域におけるアルコール依存症早期介入プログラムを実施している。初年度の研究 1-1 で、前年度の研究の中で、教室を 1 回実施することの介入の有効性と複数回のフォローアップの有効性を示した。研究 1-2 では、平成 23 年度から継続的に教室を実施している A 企業に焦点をあて、複数回のフォローアップの有効性について検証し、職域における常習飲酒者への継続的な介入の有効性を検討した。そして後の 2 年度において、研究 1-3 でこのプログラムを岡山市以外の自治体である徳島県、高知県および岡山県で行い、研究 1-4 で様々な支援者が使用可能なスライドとその使用マニュアルを作成した。

**研究 1-1：**教室を 1 回実施することの介入効果を調べるために、初期介入プログラムの教室に参加した人に現在の飲酒状況等を問うアンケート調査を行い、介入前後の効果を評価した。

**研究 1-2：**岡山市以外の自治体である徳島県と高知県で、初期介入及びフォローアップの介入を行った。さらに、岡山市こころの健康センターのスタッフを徳島県および高知県に派遣して行った。それに加えて、岡山県での初期介入の運用開始を支援した。

**研究 1-3：**精神科医以外の職種でも使用可能なように講義スライド、グループワークスライド、継続介入グループワークのスライドの改訂を行った。さらに、それぞれの使用マニュアルも作成した。

**研究 2-1：**平成 23 年度から 27 年度にかけての 5 年間の事業を通して、アルコール専門医と非専門医が顔の見える関係となり、紹介患者が増したという印象があった。そのため我々は、一般医療機関からアルコール専門医療機関への患者紹介状況の変化を調査し、そこに示されるネットワーク開始前後での「連携」の変化について検討した。

**研究 2-2：**目下の課題となっている一般医療機関の医師・コメディカルの研修会・ネットワークへの参加不足に対して、年度前半に実態調査を実施し、継続的な働きかけの方策を検討した。

**研究 2-3：**現在のネットワーク会議のメンバーからの聞き取りを行い、岡山市でのネットワークづくりで重視したことをまとめて、「ネットワークづくりのための 10 か条」を作成した。

## C. 研究結果

**研究 1-1**：有効回答が得られた 78 名において、介入前と比較して飲酒量が減少した人が 46.2%、維持した人が 19.2%だった。職域での 1 回のこの介入は、半数以上の人に 6~12 か月間の飲酒量低減効果を有していることが示された。

**研究 1-2**：各々の精神保健福祉センターを通じて 2 年間で徳島県および高知県の合計で、5 事業所にて 8 回、計 142 名に初期介入である講義及びグループワークを行った。さらに、継続介入を 3 事業所にて 4 回、計 52 名に行った。2 回目の継続介入は 1 事業所にて 1 回、計 5 名に行った。

**研究 1-3**：精神科医以外の職種、特に事業所の保健師が使いやすいように、初期介入の際に使用するスライドの改訂および使用マニュアルの作成を行った。それに加えて、グループワーク用および継続介入のグループワーク用のスライドと使用マニュアルを作成した。

**研究 2-1**：身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介は平成 23 年度が 60 名、平成 27 年度が 86 名と、大幅な増加が見られた。また精神科クリニックからの紹介は平成 23 年度が 5 名、平成 27 年度が 13 名と、増加が見られた。そして、研修に参加した一般医療機関の医師からの紹介件数を調べてみると、平成 23 年度では 10 件であったのに対し、平成 27 年度においては 22 件と増加を認めた。よって、今までアルコール専門医療機関に紹介経験のない一般医療機関の医師がアルコール問題を持つ患者を紹介する行動に、本事業が影響した可能性が示唆される。

**研究 2-2**：岡山市内の内科・外科のいずれかを標榜する医療機関（病院・診療所）に所属する医師 1,072 名にアンケート調査を行い、565 名から回収を得た（回収率 52.7%）。調査の結果、内科医・外科医はアルコールの問題に関心をもっていることがわかった。約 7 割の医師が診療場面で対応の難しさを感じている一方で、飲酒問題のある患者を専門医療につなぎたいと考えていたり、飲酒問題に関する研修への参加意欲や関心が高かったりと、現場での対応に苦慮しつつも患者への対応に前向きな姿勢がうかがえた。

**研究 2-3**：①ネットワーク事務局は可能なら公的機関が担うのがよい（保健所等）、②少人数でよいのでコアとなるメンバーを集める、③コアメンバーはどんどん増やす、④まずは事例検討会を始める、⑤事例検討会ではグループワークより全体でのディスカッションを重視する、⑥事例検討会等の会場は毎回持ち回りで開催した方がよい、⑦事例検討会等の広報は個人あてに郵送する、⑧広報のチラシのデザインは統一する、⑨事例検討会に参加した人が「また行ってみよう」と思える会をつくる、⑩すぐに成果が上がらなくてもあきらめない、が挙げられた。

## D. 考察

**研究 1-1**：初期介入プログラムの教室に参加した人の介入前後の飲酒量を比較した。介入を行った集団は、介入がなければ飲酒量が増加する可能性がある集団であるため、この介入は集団の約半数に効果があったと考えられた。また介入参加者の目標達成度を調べたところ、目標を半分以上達成した人は 61.1%だった。職域での 1 回のこの介入は、半数以上の人に 6~12 か月間の飲酒量低減効果を有していることが示された。

**研究 1-2**：2 年間に渡り、初期介入プログラムおよびフォローアップ介入プログラムを、今まで同様の取り組みを行ったことのない徳島県および高知県で行った。

**研究 1-3**：精神科医以外の職種、特に保健師が使いやすいように、初期介入時の講義のスライドとグループワークのスライドおよび継続介入用グループワークのスライド、さらにそれぞれの使用マニュアルを作成した。今後はこれらの普及を目指していく。

**研究 2-1**：本調査において、ネットワークの効果が顕著に認められた。そして岡山市内における一般医療機関とアルコール専門医療機関の連携に関して、その「量」の面で、本ネットワークが寄与しうる可能性が認められた。

**研究 2-2**：ネットワークの周知・拡大とともに、実際の診療現場で活用できるネットワークづくりが今後の課題といえた。

**研究 2-3**：ネットワークづくりは詰まる所、「顔の見える関係づくり」であり、今後も様々な行き違いや問題が出てくることは当然のこととして、試行錯誤を繰り返しながら、長い目で見ていくことが重要であると考えられた。

## E. 結論

1) 過去に我々は、職域での飲酒習慣に対する短時間の介入プログラムの飲酒量および頻度低減

に対する効果を示した。また、現在岡山市で実施している介入プログラムを、徳島県で試行した。今年度は、徳島県、高知県および岡山県で初期介入およびフォローアップ介入を試行した。今年度作成した精神科医以外でも使用が容易な改訂スライドおよびグループワーク、継続介入の使用マニュアルも作成した。

2) これまでの3年間の研究を通じて、一般医療機関とアルコール専門医療機関のネットワークについては、我々の「有効である」という実感の通り、平成26, 27年度で量的にも、当年度で質的にも効果を示すことができた。今後はこのネットワークが、現場でより効果を示すことができるように研修会や事例検討会の内容の見直しを行っていきたいと考えている。

#### 研究協力者

太田順一郎：岡山市こころの健康センター

角南隆史：地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

中野温子：地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

田中増郎：公益財団法人慈圭会 慈圭病院/医療法人社団信和会 高嶺病院

土器悦子：岡山市こころの健康センター

岸倫衣：岡山市こころの健康センター

留田範子：岡山市こころの健康センター

前田勝子：公益財団法人 林精神医学研究所付属林道倫精神科神経科病院/けやき通りメンタルクリニック

石元康仁：徳島県精神保健福祉センター

山崎正雄：高知県精神保健福祉センター

橋本 望：地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター/ロンドン大学キングスカレッジ

#### A. 研究目的

平成25年12月にアルコール健康障害対策基本法が国会で採択後、翌26年6月より施行され、わが国でもアルコールに起因するさまざまな健康障害に対する取り組みが推進されつつある。地域・学校における健康教育や酒類販売の制限といったレベルから、アルコール依存症者のリハビリテーション、再発防止に至るまで、幅広い領域でのアルコール関連健康問題への取り組みの強化が期待されている。

わが国に107万人のアルコール依存症者がいると言われているが、専門医療にかかっているものはわずかに4万人とされている<sup>1)</sup>。専門

治療をうけることができない96%を超えるアルコール依存症者へのアプローチは喫緊の課題であり、さらに、依存症予備軍とも呼ばれる習慣飲酒者への取り組みも同様に重要な領域と言える。

アルコール関連健康障害における2次予防もしくは1次予防と2次予防の間の1.5次予防とも言えるこれらの領域が本研究のテーマである。本研究では、すでに岡山市で平成22年から開始されている職域依存症対策推進事業および、平成23年度から開始されている一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業をもとにして、以下の2つの研究を行った。

#### 研究1：一般企業における習慣飲酒者への介入に関する調査研究

以前、岡山市こころの健康センターの行った調査では、職域でのアルコール関連問題の認識は不十分であるという実態が示された<sup>2)</sup>。仮に、アルコール関連問題が発見されたとしても、その原因である飲酒、特に飲酒習慣への介入は行われておらず、過量飲酒の結果である検査異常の精査や各種身体疾患の加療と言う形で介入となっている実態も示された。つまり、現状の職域において、保健担当者たちは習慣飲酒者の飲酒習慣を変化させるような取り組みを十分に行えておらず、習慣飲酒者に対するアルコール依存症を予防する手段がほとんどない。そのため、これらの結果をもとに我々は平成22年から常習飲酒者個人の飲酒習慣に介入する教室という事業を開始し、継続して現在に至っている。

教室の名称は「おいしくお酒を飲むための教室」である。この教室の目的は、職域における習慣飲酒者、特に飲酒量が多いと気にしている人がアルコールの正しい知識を習得して個々の飲酒習慣改善に向けた動機付けを行うようにと、飲酒習慣に対する早期の介入により、問題のない飲酒習慣を確立してもらうことである。初年度は、未然に疾病発生を防ぐという一次予防と、早期発見早期治療という二次予防の中間として、既に飲酒習慣を有するアルコール依存症のリスク群（プレアルコホリック群を含む）に対して、早期介入および疾病予防を同時に行うと言う、一次予防と二次予防の中間の「1.5 次予防」と位置付けられる取り組みであり、本研究ではこの取り組みの内容を検討し、その評価を行うことを目指した。研究 1-1 では、この教室 1 回の介入効果を調べるために、1 回目の介入プログラムである初期介入プログラムの教室に参加した人に教室実施前後でアンケート調査を行った。回答は任意で行ってもらい、介入前後の飲酒量を比較した。研究 1-2 では、岡山市内のある企業における平成 23 年度～26 年度の教室参加者(N=106 人)に対して、参加前の飲酒頻度・飲酒量、飲酒量に対する自己評価、減酒希望の有無などについて質問した教室参加前アンケート(以下、アンケート①)を実施した。

さらに、この介入プログラムでは精神科医が講義を行うなど主な運用している岡山市では一定の効果が検証されている。しかし、この介入法の普及のためには、①他の地域での実施、②精神科医以外の職種、特に事業場保健師が行う初期介入時の講義を行う介入法の開発、が重要であると考えた。よって、次の 2 年間で、講義内容の改定を行った。研究 1-3 では、岡山市以外での初期介入及び継続介入のプログラムを実施した。研究 1-4 では、精神科医以外の職種でも容易に運用できるプログラムの開発を目指した。具体的には、初期介入プログラム用のスライド、グループワークや継続介入の使用

および解説マニュアルの作成を行った。

## 研究 2：アルコール関連問題への早期介入のための、一般医療機関とアルコール専門医療機関の連携に関する調査研究

前述のように、アルコール依存症患者の専門的医療の受診率がわずか 4%弱である現状の中で、残りの 96%に対する取り組みがわが国のアルコール依存症対策の大きな課題となっている。岡山市においてもアルコール依存症者は約 6300 人と推計されるが、そのほとんどはアルコール専門医療機関に繋がっていないことになる。

このような状況を鑑み、岡山市こころの健康センターでは、平成 23 年度から「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」を行ってきた。

### <事業の目的>

本事業では、アルコール依存症者の多くはアルコール依存症の専門医療機関を受診する前に内科その他の身体科を受診しているという認識のもと、岡山市内の一般医療機関とアルコール依存症の専門医療機関の、お互いの顔や現場の医療が見えるネットワークづくりに取り組み、アルコール依存症者への早期専門医療介入や支援導入を目指してきた。また、アルコール依存症者やその家族の支援は医療のみで完結するものではなく、地域の保健師やケアマネージャー、ヘルパー等の多職種の理解と支援も欠かせないため、医療だけでなく、保健、福祉、介護との連携も目指した。

### <事業の内容>

- ①ネットワーク会議の設置・運営
- ②「事例に学び事例でつながるアルコール専門研修」（事例検討会）の運営
- ③「一般医療機関アルコール専門研修」の運営

主な事業内容としてまず、内科医、精神科医、ソーシャルワーカー等のコアメンバーで構成されるネットワーク会議の設置・運営を行った。岡山市こころの健康センターが事務局となり、初代のネットワーク会議のメンバーは、センタ

一の職員と既につながりのある内科医、精神科医、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士に参加してもらった。当初6名で始まったネットワーク会議も現在では18名にまでメンバーが増えている。

次に、「事例に学び事例でつながるアルコール専門研修」（事例検討会）の運営を行った。事例検討会は、一般医療機関とアルコール依存症の専門医療機関のスタッフ、そして、保健、福祉、介護関係のスタッフ等のアルコール依存症者やその家族の支援に関わる者が、事例検討を通してアルコール依存症者本人及びその家族に対する支援スキルや、医療・社会資源について理解するとともに、顔の見える支援ネットワークを構築することを目的として開催された。現在では年3回、市内の総合病院を会場として持ち回りで開催され、毎回100名近くの参加を得ている。

また、「一般医療機関アルコール専門研修」の運営も行っている。この専門研修は、一般医療機関のスタッフ等がアルコール依存症者の特性や病気を正しく理解し、アルコール依存症に対する誤解や偏見を払拭すること、アルコールと肝障害等の身体疾患との関係について正しく理解し、アルコール依存症者への治療介入を適切に行うこと、さらに依存症者本人や家族に対する支援のための医療・社会資源について理解し、支援ネットワークを構築することを目的に開催された。現在では年1回、外部講師を招いての講演会やディスカッションを行っている。

## ※資料1. ネットワーク概要図

### B. 研究方法

#### 研究1

この介入プログラムは2種類あり、1つが初期介入プログラムとして、講義（30～60分）およびグループセッション（30～60分）を行っている。その後、約6か月後に継続介入プログラムとして30～45分のグループセッション

を行い、さらにその6～12か月後に更なる継続介入プログラムを行っている。もう1つのプログラムは講義のみという内容である。この3年度の間改訂した講義の概要を説明すると、まず①アルコールの歴史、②アルコールの影響とアルコール依存症、③適切な飲酒（危険性の低い飲酒）、とう内容を説明する。①は導入部分で興味を引くことを目的とし、②はアルコールおよびアルコール依存症の知識の習得を目的としている。③に危険性の少ない飲酒行動について説明し、グループワークで現在の自分自身の状況と比較する土台を作ることを目的としている。その後のグループワークでは、講義の内容に基づいて自らの飲酒習慣を振り返り、自己評価を行って、飲酒の量・回数・時間の低減と、自分で設定した目標に挑戦してもらうようにした。初年度我々は、研究1-1で1回目の介入の効果を調べた。

さらに、次の2年度で、岡山市以外の自治体（徳島県および高知県）で介入プログラムの施行と精神科医以外の職種が使用する初期介入用講義スライドの作成を行った。今年度は、精神科医以外の職種でのこの事業の運用のために、講義スライド、グループワークスライド、フォローアップのグループワークスライドを作成し、その使用マニュアルを作成した。

#### 研究1-1

この教室1回の介入効果を調べるために、1回目の介入プログラムである初期介入プログラムの教室に参加した人にアンケート調査を行った。任意で回答を得て、介入前後の1週間の飲酒量を比較した。平成22年度～23年度における参加者中、介入前後の飲酒量の有効回答が得られた78名を調査対象とした。さらに、平成22年度～26年度において介入6～12ヶ月での介入参加者の目標達成度を調べた。目標達成の有効回答は136名だった。

次に、1回目の継続介入の後の約6か月後に2回目の継続介入を行えた人である34名の、2回目の継続介入の効果を調べた。比較は飲酒量

の指標の一つとして考えることができる血清中の $\gamma$ -GTPを用いて、1回目の介入後と2回目の介入後の $\gamma$ -GTP値を比較した。なお、個人が特定されることのないようプライバシーには十分な配慮をし、匿名化して検証を実施した。

#### 研究 1-2

岡山市以外の地域において、この介入の実施の可能性とその効果の検証を目的に、各々の精神保健福祉センターを通じて、徳島県および高知県の事業場に対して初期介入およびフォローアップ介入を行った。岡山市では通常6か月後にフォローアップ介入を行っていたが、今回の徳島県および高知県ではフォローアップ介入を3~12か月後に行った。

#### 研究 1-4

精神科医以外の職種でも使用しやすい初期介入用のスライド、グループワーク、継続介入時のグループワークのスライドの作成を目指し、それぞれのスライドの改訂および使用マニュアルを作成した。

#### 研究 2-1

平成23年度から27年度の5年間の事業を通して、アルコール専門医と非専門医とが顔の見える関係となり、紹介患者が増したという印象があった。そのため、我々は、一般医療機関からアルコール専門医療機関への患者紹介状況の変化を調査することにした。アルコール治療プログラムを有する市内3か所の精神科単科病院（慈圭病院、林病院、岡山県精神科医療センター、以下3病院と表記する）において平成23年度と平成27年度のそれぞれ半年間のアルコール依存症新患者の紹介元を調べた。方法としては、後方視的に診療録を調査することにより行った。治療が中断して、再度来院した再来新患者は除外とした。

まず我々は、新患者の受診経路を調べた。受診経路として、身体科クリニック、一般病院、精神科クリニック、精神科単科病院、精神保健福祉センター、市町村福祉、地域包括支援センター、自助グループ、直接来院を分類し、それ

以外の警察同伴での受診や知人からの紹介はその他に分類した。

#### 研究 2-2

目下の課題となっている一般医療機関の医師やコメディカルの研修会への参加不足に対して、年度前半に実態調査を実施し、継続的な働きかけの方策を検討した。

そこでまず、岡山市内における医療機関を受診するアルコール依存症が疑われる患者に対し、医療機関に勤務する医師がどのような認識をもっているか把握し、ネットワークシステム構築に反映するためにアンケート調査を実施した。

#### ※資料 2. 内科医外科医アンケート調査票

##### 【調査対象】

○岡山市内の内科・外科のいずれかを標榜する医療機関（病院・診療所）に所属する医師 1,072名

○回収票 565名（回収率 52.7%）

##### 【調査期間】

①平成28年 9月1日～9月24日

②平成28年 11月11日～11月24日

##### 【調査方法】

郵送法によるアンケート調査（無記名自記式）

##### 【調査項目】

診療形態、飲酒問題のある人の割合、対応、相談先・紹介先の認知と紹介の有無、飲酒問題への関心、ネットワークの認知

##### 【分析】

記述統計（E x c e l）

#### 研究 2-3

現在のネットワーク会議のメンバーからの聞き取りを行い、岡山市でのネットワークづくりで重視したことをまとめて、「ネットワークづくりのための10か条」を作成した。

基本法の中でも「医療連携の推進（内科、救急等の一般医療と専門医療の連携）」が謳われているが、本事業の成り立ちと経過を振り返ることを通して、本事業の今後の発展と、他地域での医療連携の更なる推進に多少なりとも資

することを目的に、ネットワーク会議メンバーにアンケート調査（記名式）を行った。アンケートの内容は別紙の通りである。

### ※資料 3. ネットワークメンバー調査票

（倫理面への配慮）

本分担研究の研究 1 においては、個人に対するアンケート調査を実施し、分析段階でその情報を取り扱うが、報告、発表においては個人の特定される可能性のある情報は取り扱わない。また、研究 2 においては、研究 2-1 は後方視的にカルテを閲覧し、受診経路のみ抽出した。研究 2-2 は無記名自記式のアンケート調査であり、研究 2-3 は記名式のアンケートであるが、報告に当たって本人の同意を得るとともに、個人が特定されることのないよう十分な配慮を行っている。

## C. 研究結果

### 研究 1-1

まず飲酒量については、有効回答が得られた 78 名において、介入前と比較して飲酒量が減少した人が 36 名（46.2%）、維持した人が 15 名（19.2%）だった。また目標達成度については、目標を半分以上達成した人は 136 名中 83 名（61.1%）だった（50～74%達成した人 36 名：26.5%、75～100%達成した人 47 名：34.6%）。

継続的な介入後の血清  $\gamma$ -GTP の変化については、2 回目の介入後に 1 回目のそれより低下した人は 18 名（52.9%）だった。

### 研究 1-2

岡山市以外での初期介入プログラムの開催地として、徳島県および高知県で行った。今回は岡山市こころの健康センターのスタッフを徳島県および高知県に派遣して行った。徳島県および高知県で、講義は岡山市のこころのセンターの職員が行い、グループワークは岡山市こころの健康センターと各県精神保健福祉センターの職員が共同して行った。そして、岡山市と同等の取り組みが、徳島県および高知県で行うことができた。

徳島県および高知県にある 5 事業所に対して初期介入およびフォローアップ介入を行った。2 年度で初期介入は 7 回行い、合計で 142 名の参加があった。フォローアップ介入は、3 事業所で 3～6 か月後に行った。計 56 名の参加があった 2 回目のフォローアップは 1 事業所で行い、5 名の参加があった。

協力して行った徳島県精神保健福祉センターのスタッフの感想としては、「初期介入の専門医の講義がわかりやすかった」「すでにマニュアル化されているグループワークを見学することで、自分たちでもできそうである」という感想があったが、「専門医やスタッフの少ない地域では実施に制約があるかもしれない」という意見もあった。

### 研究 1-3

精神科医以外の職種でも使用しやすい初期介入用のスライド作成を目指し、講義スライドの改訂を行った。さらに、グループワークのスライドと継続介入用のグループワークのスライドの改定も行った。

さらに、それぞれの使用マニュアルを作成した。使用マニュアルは各スライドでセリフと解説を記載し、専門的にアルコール問題を取り扱っていない医療スタッフにも使いやすいものを目指して作成した。

グループワークの時に対応に苦慮する状況の解決法も可能な限り記載した。具体的には、飲酒習慣がほとんどない人の場合には運動などの生活習慣の改善を目指してもらうことや、現在の飲酒状況を改善せずに現状維持を希望する参加者への対応の方法などである。

### ※資料 4. 講義用スライド・マニュアル

### ※資料 5. 初回介入用 GW スライド・マニュアル

### ※資料 6. 継続介入用 GW スライド・マニュアル

### 研究 2-1

本ネットワークを開始する前の、平成 23 年 4 月から同年 9 月に 3 病院を初診した患者の総

数は115名であった。その内訳は、身体科クリニック14名、一般病院46名、精神科クリニック5名、精神科単科病院9名、精神保健福祉センター0名、市町村福祉3名、地域包括支援センター2名、自助グループ3名、直接来院27名、その他が6名であった(表1)。

一方、本ネットワーク開始後の平成27年4月から同年9月に3病院を初診した患者の総数は160名であり、平成23年度と比較して45名の増加を認めた(図1)。内訳は、身体科クリニック31名、一般病院55名、精神科クリニック13名、精神科単科病院7名、精神保健福祉センター1名、市町村福祉4名、地域包括支援センター1名、自助グループ0名、直接来院38名、その他が10名であった。身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介は平成23年度が60名、平成27年度が86名と、大幅な増加がみられた。また精神科クリニックからの紹介は平成23年度が5名、平成27年度が13名と、増加がみられた。この結果からは、「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」の開始前後において明らかに一般医療機関及び精神科クリニックからの紹介患者の増加があったと言えた。そして、研修に参加した一般医療機関の医師からの紹介件数を調べると、平成23年度では10件であったのに対し、平成27年度においては22件と増加を認めた(図2)。よって、今までアルコール専門医療機関に紹介経験のない一般医療機関の医師がアルコール問題を持つ患者を紹介する行動に、研修会が影響した可能性が示唆される。

## 研究2-2

### ※資料7. 内科医外科医アンケート調査結果

- ①自らが診療している患者の中で、主疾患に飲酒の問題が大きく影響している患者がいると答えた医師は半数にのぼった。
- ②主疾患の症状に飲酒の問題が大きく影響しているとわかったとき、約80%の医師が診療を継続し、そのうち約50%の医師が禁酒や節酒を

勧めていた。

③飲酒問題がある患者の対応に困ったことがあると回答した医師は74%にのぼり、その多くが「治療意欲がない」「専門医療機関を紹介しても本人が拒否する」ことで困っていた。

④飲酒問題がある患者を専門医療機関へつなぐたいと回答した医師は92%と非常に多く、実際に紹介先を知り、紹介をしたことのある医師は半数近くみられた。

⑤内科医・外科医のアルコール依存症を含む飲酒問題への対応に関心があると回答した医師は72%と高く、研修会への参加を希望すると回答した者も多かった。

⑥当ネットワーク主催の研修会の認知度は低く、参加者も少なかった。

## 研究2-3

下記の10項目が挙げられた。

### ※資料8. 「ネットワークづくりのための10か条」

#### ①ネットワーク事務局は可能なら公的機関が担うのがよい(保健所等)

特定の総合病院や精神科病院もしくは特定の個人が事務局となると、日常業務の時間外で事務局の運営事務をしなくてはならなくなり、負担が集中する可能性が高い。またその病院の中心となる個人が転勤等でいなくなってしまう場合、事務局の運営自体が持続できなくなる可能性がある。そのため、事務局は保健所等の公的機関が担うことが望ましい。岡山市では公的機関である岡山市こころの健康センター(精神保健福祉センター)が事務局を担当したことにより、ネットワークの運営がスムーズに行えたものと考えている。公的機関が担うことで、業務として事務局を運営することができるようになり、ネットワークに参加する関係機関同士がフラットな立ち位置で参加できるようになる。

#### ②少人数でよいのでコアとなるメンバーを集める

まずは普段の業務の中で、アルコール関連問題

について情報の交換や患者の紹介をしたことのある、既に顔見知りのメンバー数人を集める。メンバー構成としては内科医と精神科医を中心に、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、保健師等多職種で構成されていることが望ましい。ただし、職種を揃えることが重要なのではなくコアとなるメンバーが数人集まった時点で速やかに開始することが重要である。ネットワークとしての活動を開始する中で、現在の問題点、他機関への希望・要望、これからどんな取り組みを行うとよりよい連携が行えるか等の課題を出していく。そしてコアメンバーを中心に、事例検討会や講演会等を企画していく。

### ③コアメンバーはどんどん増やす

ネットワークづくりの要になるコアメンバーは、事例検討会や講演会の参加者の中で、アルコール関連問題やネットワークづくりに興味をもってくれた人、現在のコアメンバーの知り合いで同じく興味のある人等にどんどん声掛けをして参加してもらう。新しいメンバーの視点を取り入れ、常に今行っている事業の内容を見直しながら改良を重ねていく。新しいメンバーをどんどん増やす一方で、現在のメンバーの中から抜けていくこともよしとする。メンバーの数を増やすことが目的ではない。

岡山市では6人のコアメンバーからスタートして、約5年で3倍の18名まで増えた。現在、コアメンバー増加のスピードはやや鈍っているが、これまでのところはコアメンバーをどんどん増やしてきたことが、ネットワークの活性化に有効であったと考えている。

また、岡山市ではメンバーを増やす場合、基本的に従来のコアメンバーの紹介で新メンバーが加えられていった。メンバーになるための資格要件のようなものは一切なかったが、従来のコアメンバーの紹介を基本としたことはメンバーの資質の維持に役立ったかもしれない。

### ④まずは事例検討会を始める

岡山市で行ってきた事例検討会での参加者へ

のアンケートの中では、「事例への対応の仕方・知識等を学びたい」、「他機関・他職種の対応を知りたい」という意見が最も多かった。ネットワークづくりをしていく場合に、講演会等も有効ではあるが、我々は事例検討会を行うことが最も有効であると考えている。提示される事例は一機関ではなく複数の機関（医療機関、介護関係、福祉関係、保健所等）の関わった事例で、誰でも遭遇しそうな事例が望ましい。事例そのものについて検討をしていくことも重要であるが、事例を通してどういったことをテーマに話し合うかをあらかじめ決めておくことが望ましい。例えば、総合病院でアルコール離脱せん妄となり精神科病院に転院した後、介護保険サービスを導入して在宅に戻った事例を通して、アルコール依存症者へ介護福祉サービスを導入するにあたって各機関が困ったこと、上手くいったこと、工夫したことを挙げてもらう等である。

特に医療や介護の現場では、アルコール関連問題のある者への対応に苦慮したり、部署異動で初めて経験する支援者が多数おり、知識の習得には前向きである。職場によっては誰にも聞けず一人で抱え込んでいたり、職場全体でも経験がないことがあるので、具体的な支援をしている事例から学ぶことはノウハウの習得としても有効である。

また、自分が所属していない機関、職種がどのような考え・視点をもっているか知る機会を実際のところなかなかなく、事例検討会では、司会やフロアからそれぞれの立場で意見を伝えてくれるので、他の参加者の考え・視点を知る機会となる。他機関がどのような考え・視点をもって、どのような事をしているのかを知ること、支援者が一人で抱え込まないためのメッセージになる。

事例を通じて頑張っている支援者がいることを知ることは重要である。依存症者と関わる中であきらめ、無力感、だらしのない人という誤解等、関わってもうまくいかない思いをもつ支援

者も多く、事例を知ること、真摯な関わり、信じる気持ち、程よい距離感、何より支援者の人間としての関わりを知ること、頑張る力に変えることができる。

#### ⑤事例検討会ではグループワークより全体でのディスカッションを重視する

少人数のグループワークがあると、「何か発言をしないといけない」という抵抗から事例検討会への参加を躊躇する参加者も少なくないようである。また、アンケートの回答の中に、「事例への対応の仕方・知識等を学びたい」、「他機関・他職種の対応を知りたい」といったものが多かったことから、少人数のグループワークのみだと一部の意見しか聞くことができずに終わってしまうといった不満もでそうである。そういったことを考えれば、一部で根強い人気のあるグループワークではあるが、我々はこれまでに数えるほどしか取り入れていない。

我々の行っている事例検討会では参加者全体でのディスカッションを重視している。参加者全体のディスカッションから得るものは多いが、様々な考え方をもちいた様々な機関の参加者が集まることから、司会者の力量が問われる。司会者はコアメンバーが担当することが多いのだが、司会者だけが大変な思いをするということがないように他のコアメンバーの協力、コアメンバー同士の結びつきが重要である。他のコアメンバーの協力も得て、明日の業務から使える当事者への声掛けの仕方、他機関との連携の仕方等、参加者が何らかの「お土産」を持って帰ることができるように司会者は工夫をしたい。

#### ⑥事例検討会等の会場は毎回持ち回りで開催した方がよい

岡山市でのネットワーク化事業の中での事例検討会や講演会の会場は、市内の総合病院を中心に、毎回持ち回りで開催されている。会場を毎回変えることで、担当会場となる病院スタッフの参加の便が良くなり、他病院のスタッフと交流できる貴重な機会となる。また他病院のス

タッフにとっても担当会場となる病院を見学でき、人的な交流を行うこともできる。また会場を毎回変えることで、運営の負担は分散し、継続しやすくなる。

岡山市では担当会場となった病院の関わった事例を検討事例として選ぶようにしている。そのことは担当病院スタッフの事例検討会への出席を促すことになっていると思われる。

#### ⑦事例検討会等の広報は個人あてに郵送する

④でもふれたが個別の声掛けは重要である。事例検討会等の広報は、費用面や手間の事を考えればメール一括送信等がよい。しかし、より個人の参加意欲が沸くように、ひいてはより強固なネットワークづくりのために、各病院あて送付、医師会報等への挟み込みに加えて、これまで事例検討会等に参加したことのある参加者個人あてに郵送することが望ましい。これは実際に行くと、かなり大変な作業量となるが、少なくとも事例検討会等が軌道にのるまでは、可能であれば個人あて送付という周知方法を継続したい。このような細やかな広報作業を行うためには、やはり公的機関が事務局を担うことが望ましいであろう。

#### ⑧広報のチラシのデザインは統一する

ネットワーク化事業の中での事例検討会や研修会、講演会を広報する際のチラシのデザインは、毎回統一することが望ましい。毎回同じデザインのチラシが目に入ることによって、チラシを子細に読む前にネットワーク化事業の会であることがすぐに分かることを狙う。目指すものはリピーターを増やすことである。

#### ⑨事例検討会に参加した人が「また行ってみよう」と思える会をつくる

事例検討会や講演会等に一度でも参加した人が引き続き参加してもらえるように、個別に声掛けを行っていく。また、回ごとの参加者のアンケートを見ながら、参加者のニーズを掴み、常に新しい学びや発見が得られて、マンネリ化しないようにしていく。

岡山市では事例検討会、講演会を開催するごと

に参加者に対してアンケートを実施し、参加者のニーズを把握するように努めている。我々が実際に行ってきた工夫の中では、一つの事例を複数の支援者がプレゼンテーションする形や、当事者を発表者に加えること、精神科病院での治療プログラムの実際を紹介してもらうこと等が効果的であったと考えている。

⑩**すぐに成果が上がらなくてもあきらめない**  
ネットワークづくりは詰まる所、「顔の見える関係づくり」である。今までお互いに電話もしくは文書のみ、もしくは全く知らなかったところから、事例検討会や講演会等を重ねることでお互いの立場や考え方をより知ることができるようになる。そのことだけでも大きな変化である。すぐにスムーズな連携が出来るようになり紹介患者数が増加する、すぐにアルコール関連問題を持つ者が断酒もしくは節酒するようになる、等とは思わずに、ネットワークづくりが始まった後も様々な行き違いや問題が出てくることは当然のこととして、試行錯誤を繰り返しながら、長い目で見ていくことが重要である。

## D. 考察

### 研究 1-1

初年度の研究で我々が介入を実施した集団は、予測される飲酒習慣の状況や  $\gamma$ -GTP の高値などから考えて、介入がなければ飲酒量が増加する可能性がある集団であると考えられた。したがって、介入前と比較して、46.2%の参加者が飲酒量を減少させることができ、19.2%の参加者が飲酒量を維持させることができたという結果は、この介入が集団の約半数に効果があったとみなすことができるであろう。また、目標達成度についても、目標を半分以上達成した人は 61.1%であり、これらのことから、職域での 1 回のこのような介入は、半数以上の人に 6~12 か月間の飲酒量低減効果を有していることが示された。

また参加者の半数に、血清中の  $\gamma$ -GTP 値介入

後の低下が認められており、継続介入の時間はおよそ 30~50 分であるが、このような短時間の介入も、約半数の人に対して飲酒量低減の効果があり、それが半年間継続することが示唆された。

次年度からはこの介入を、岡山市以外の地域でも利用できるように、近隣の都道府県、市町村での実施を試行することを検討している。さらに、岡山市内で引き続き実施する介入に関して評価方法を見直し、初期介入の効果および継続介入の効果の再評価を行う予定である。

### 研究 1-2

我々は、職域における飲酒習慣への介入プログラムの普及を目指し、この介入プログラムを 2 つの県の精神保健福祉センターの仲介で徳島県及び高知県の事業所でこの介入プログラムを施行した。この 2 年度の間、岡山市こころの健康センターのスタッフを高知県および徳島県に派遣して行った。徳島県および高知県でも、岡山市と同等の取り組みが行うことができた。よって、地域を変えてもこの介入プログラムは施行可能であると言えるだろう。

協力してもらった際の感想は、介入プログラムを見学すれば施行は可能というものがあり、各精神保健福祉センターの保健師やその他の職種でも運用ができる可能性を示せた。ただし、感想より、専門医の少ない地域での実施は困難も予想され、研究 1-3 の重要性が再確認された。

さらにこの参加者の行動変容に関しては、2 年度目に行った初回のフォローアップ介入参加者の 7 名の内 5 名が飲酒頻度の低減を継続していた。参加人数が少なく、統計学的な判定は困難だが、岡山市で試行している介入プログラムと同等の効果が出ている。

### 研究 1-3

研究 1-3 で前述したが、我々が目指している介入プログラムの普及のために、精神科医以外の職種でも使用しやすい初期介入用のスライドを昨年度改訂し作成した。講義スライドの改訂を行い、同時にグループワーク用スライドと

継続介入用スライドも改訂した。それに加えて、各々の使用マニュアルも作成した。

このスライドや使用マニュアルを使用して、専門的にアルコール問題を取り扱っていない保健師や精神保健福祉士などがこの介入プログラムが行うことができれば、各地での普及は容易になると推測している。2年度目に、岡山県精神保健福祉センターのスタッフがこの改訂スライドを使用した初期介入プログラムを行った際に、改訂スライドの使用の細かなノウハウより、グループワークの実施の細かなノウハウを知りたいという要望があった。さらに、その実施のノウハウは一度見学をすることによって多少理解することができた、という感想があった。その感想を踏まえ、グループワークの際にファシリテーターが困りやすい場面を想定してスライドの解説を作成した。具体的には、飲酒習慣がほとんどない人の介入の際には運動などの生活習慣の改善を目指してもらうことや、現在の飲酒状況を改善せずに現状維持を希望する参加者への対応など、具体的な内容も記載した。

今後は、これらの改訂スライドおよび使用マニュアルの普及を目指していく。

### 研究 2-1

本事業を通して、アルコール専門医と非専門医が顔の見える関係となり、紹介患者が増したのではないかと印象に基づいて、平成 26 年度も平成 27 年度と同様の調査を行った。

平成 26 年度の調査では、初診患者数や、身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介患者数は平成 23 年度と比較して、ほとんど変化が見られなかった。

しかし平成 27 年度の調査では身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介は平成 23 年度が 60 名、平成 27 年度が 86 名と、大幅な増加が見られた。また精神科クリニックからの紹介は平成 23 年度が 5 名、平成 27 年度が 13 名と、増加が見られ

た。そして、研修に参加した一般医療機関の医師からの紹介件数を調べてみると、平成 23 年度では 10 件であったのに対し、平成 27 年度においては 22 件と増加を認めた。

平成 27 年度に量的な効果が出たのは、研修会への参加者が増えてきたこと、ネットワーク構築から量的な効果が表れるにはある程度の年数が必要だったことなどによるものと推測される。

### 研究 2-2

当初ネットワークでは、内科医・外科医は飲酒問題への関心が低く、診療について忌避感をもっているのではないかと予測していたが、調査の結果、アルコールの問題に関心をもっていることがわかった。約 7 割の医師が診療場面で対応の難しさを感じている一方で、飲酒問題のある患者を専門医療につなぎたいと考えていたり、飲酒問題に関する研修への参加意欲や関心が高かったりと、現場での対応に苦慮しつつも患者への対応に前向きな姿勢がうかがえた。ネットワークの周知・拡大とともに、実際の診療現場で活用できるネットワークづくりが今後の課題といえる。

今後は飲酒問題に対して関心があるにもかかわらず、ネットワークにつながっていない医師に対して、どのようにアプローチすればよいか検討する。また、診療所・クリニックへの周知を強化し、事例検討会は現場のニーズを聞き取って、内容の充実をはかっていきたい。

### 研究 2-3

⑩にも挙げた通り、ネットワークづくりは詰まる所、「顔の見える関係づくり」であり、今後も様々な行き違いや問題が出てくることは当然のこととして、試行錯誤を繰り返しながら、長い目で見ていくことが重要であると考えられた。

## E. 結論

1) 過去に我々は、職域での飲酒習慣に対する短時間の介入プログラムの、飲酒量や頻度低減

に対する効果と、その複数回の介入プログラムにおける単回以上の効果を示した。今年度は、現在岡山市で実施している介入プログラムを、徳島県で試行した。今後さらに、徳島県および他の自治体の数か所で介入プログラムを試行することを目指している。特に、岡山県との共同事業を検討している。加えて、今年度作成した改訂スライドとその使用マニュアルも活用し、アルコール問題を専門的に取り扱った経験のない保健師など他職種での試行も目指していく。

過去に我々は、職域での飲酒習慣に対する短時間の介入プログラムの飲酒量および頻度低減に対する効果を示した。また、現在岡山市で実施している介入プログラムを、徳島県で試行した。今年度は、徳島県、岡山県および高知県で初期介入およびフォローアップ介入を試行した。今年度作成した精神科医以外が使用する他職種の初期介入用講義およびグループワーク、継続介入のスライドとそれぞれの使用マニュアルも作成した。今後はその使用マニュアルを活用してこの事業の普及を目指していく。

2) これまでの3年間の研究を通じて、一般医療機関とアルコール専門医療機関のネットワークについては、われわれの「有効である」という実感の通り、平成26,27年度で量的にも、当年度で質的にも効果を示すことができた。今後はこのネットワークが、現場でより効果を示すことができるように研修会や事例検討会の内容の見直しを行っていきたいと考えている。

#### E. 研究発表

1. Tanaka M, et al: The prevention of alcohol use disorder among the working persons with habitual drinking. 4<sup>th</sup> Asia-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research (APSAAR), 18-22<sup>th</sup> Aug. 2015, Sydney, Australia

2. Tanaka M, et al: The preventive measure against alcohol use disorder among the working persons with habitual drinking. 5th Congress of Asian College of Neuropsychopharmacology (AsCNP), 27th-29th April 2017, Bali, Indonesia, (Symposium)
3. 角南隆史 精神保健福祉センターと精神科医療機関の協働－職域への介入と G-P ネットー 第37回日本アルコール関連問題学会 平成27年10月11日 神戸
4. 土器悦子 職域と協働した依存症予備軍対策～常習飲酒者の依存症発症予防を目指して～ 第37回日本アルコール関連問題学会 平成27年10月12日 神戸

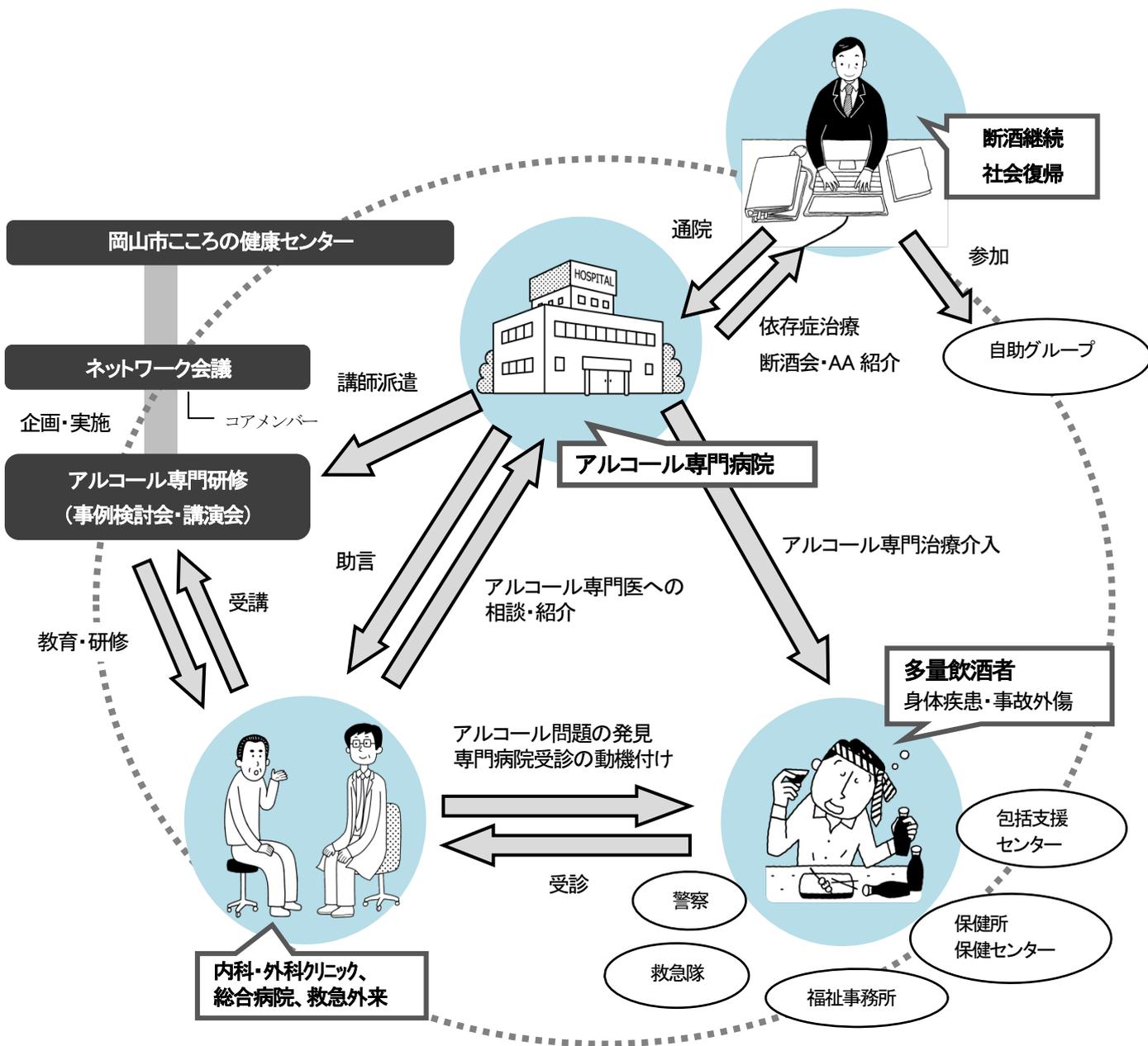
#### F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

#### 文献

- 1) 尾崎米厚、神田秀幸：わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査2013年、厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究（研究代表者、樋口進）」平成25年度総括研究報告書, 19 - 28, 2014
- 2) 太田順一郎ら：職域の保健担当者に対するアルコール関連問題への意識調査から～依存症予備軍に対する取り組みを始めるにあたって～ 日本アルコール関連問題学会誌 13,123-130, 2011

資料1. ネットワーク概要図



**一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業**

## 医療機関を受診する患者の 飲酒に関する調査へのご協力をお願い

### 1. 調査の目的

本調査は、医療機関を受診するアルコール依存症が疑われる患者を、より早期にアルコール専門医療機関につなぐためのネットワークシステムを構築することを目的に実施するものです。

### 2. 回答上の注意事項

- 本調査は、内科及び外科に所属する医師がご記入ください。  
(医師が複数所属している場合は、1人1枚ご記入ください)
- 本調査の回答は、回答用紙にご記入ください。
- 調査用紙が足りない場合は、恐れ入りますがコピーして記入をお願いします。
- 返送は、同封の返信用封筒にて平成28年9月23日(金)までにお願いします(切手不要)。  
返信用封筒は無記名で結構です。

### 【事務局】

#### ○岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク

高橋 淳(岡山協立病院)・大澤 俊哉、井上 美夕起(岡山済生会総合病院)  
小橋 春彦(岡山赤十字病院)・狩山 和也、岡部 伸幸(岡山市立市民病院)  
高木 章乃夫(岡山大学病院)・松下 公紀(岡山医療センター)・清水 慎一(岡山労災病院)  
西野 謙(川崎医科大学附属川崎病院)・川口 光彦(川口メディカルクリニック)  
寺田 亮(てらだ内科クリニック)・堀井 茂男(慈圭病院)・柳田 公佑(ゆうクリニック)  
角南 隆史、中野 温子(岡山県精神科医療センター)・上村 真実(林道倫精神科神経科病院)

#### ○岡山市こころの健康センター

(太田順一郎、土器悦子、岸倫衣、留田範子)

- この調査は、厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業を用いて実施しています。

### 【問い合わせ先】

岡山市保健福祉局 岡山市こころの健康センター(精神保健福祉センター)  
〒700-8546 岡山市北区鹿田町1丁目1番1号 保健福祉会館4階  
TEL :086-803-1273 FAX :086-803-1772  
E-mail: kokoroct@city.okayama.jp

以下の設問について、該当する項目に○を記入してください。

問1 貴院の診療形態について、該当する項目に○を記入してください。

1. 診療所・クリニック(病床なし)
2. 診療所・クリニック(病床あり)
3. 病院(400床未満)
4. 病院(400床以上)

問2 現在、貴院で先生が診察されている患者で、主疾患に飲酒の問題が大きく影響している方がいますか。

1. いる      2. いない      3. わからない

↳ 問3へ

↳ 問4へ

問3 上記のうち、アルコール専門医療機関\*での治療が必要と思われる方は全体の何%くらいを占めますか。該当する項目を1つ選んで記入してください。

1. 0%                      2. 0~5%                      3. 5~10%                      4. 10~20%  
5. 20~30%                      6. 30%以上

※アルコール依存症治療を行っている精神科医療機関を指す(以下同じ)

問4 主疾患の症状に飲酒の問題が大きく影響しているとわかった場合、主にどのような対応をしていますか。該当する項目を1つ選んで記入してください。

1. 原則継続的な診療はしない..... 問5へ
2. 原則継続的な診療はしないが、パンフレット等による情報提供はしている..... 問5へ
3. 原則継続的な診療はせず、アルコール専門医療機関に紹介する..... 問5へ
4. あまり飲酒の問題に触れず診療を継続する..... 問7へ
5. 診療を継続し、禁酒や節酒を勧める..... 問6へ
6. 診療を継続し、禁酒や節酒を勧めたうえで、アルコール専門医療機関を紹介する..... 問6へ
7. その他( )..... 問7へ

問5 原則診療しない理由を教えてください。(複数回答可)

1. 飲酒の問題は本人の意思の問題だから
2. 飲酒の問題があると面倒だから
3. 専門外だから
4. 診察に時間がかかるから
5. その他( )

⇒ 次は問7に進んでください

問6 主疾患の症状に飲酒の問題が大きく影響している場合、主にどのような指導をしますか。該当する項目を1つ選んで記入してください。

1. 禁酒を指導する
2. 酒を控えるように指導する
3. 少しなら酒を飲んでもいいと指導する
4. 具体的な例を示して指導する(例:1日〇〇合までにする)
5. その他( )

⇒ 次は問7に進んでください

以下の項目はすべての方がお答えください

問7 飲酒の問題がある患者の対応に困ったことがありますか。

1. ある 2. ない

「1. ある」を選択した方におたずねします。どのようなことで困りましたか。

(複数回答可)

1. 治療意欲がない  
2. 飲酒して来院する  
3. 暴言・暴力がある  
4. 診察に時間がかかる  
5. アルコール専門医療機関の紹介先がわからない  
6. アルコール専門医療機関を紹介しても本人が拒否する  
7. その他( )

問8 飲酒の問題がある患者をどうにかしてアルコール専門治療につなげたいと思いますか。

1. とても思う 2. まあまあ思う 3. あまり思わない 4. 全く思わない

問9 現在治療中の患者の家族から、飲酒の問題について相談を受けたことがありますか。

1. ある 2. ない

問10 飲酒の問題がある患者に対するアルコールに関する相談先・紹介先を知っていますか。

1. はい 2. いいえ

問11 飲酒の問題がある患者に対し、相談窓口やアルコール専門医療機関を紹介したことがありますか。

1. はい 2. いいえ

問12 アルコール依存症を含む飲酒問題への対応について関心がありますか。

1. とてもある 2. まあまあある 3. あまりない 4. 全くない

問13 飲酒問題やアルコール依存症に関する研修会があれば参加したいと思いますか。

1. とても思う 2. まあまあ思う 3. あまり思わない 4. 全く思わない

問14 岡山アルコール依存症早期支援ネットワークが主催する研修会を知っていますか。

1. 知っている 2. 知らない

問15 岡山アルコール依存症早期支援ネットワークが主催する研修会に参加したことがありますか。

1. ある 2. ない

問16 飲酒の問題がある患者への対応について、ご意見がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

資料3. ネットワークメンバー調査票

「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」に関するアンケート調査

所属( ) 氏名( )

＜ネットワーク会議メンバー向けの質問＞

- 事業開始当初のメンバー(H23年時) ※該当する項目に✓をしてください  
 上記以外のメンバー

1) ネットワーク会議へ参加を呼びかけられた時、あなたは本事業にどのようなことを期待しましたか？

2) 本事業に参加する前に、あなたがアルコール依存症者もしくは多量飲酒者への対応に関して困っていたことがありましたか？

3) 本事業に参加することを通して、あなたの日常の診療や業務に役立ったことはありますか？

4) 本事業に参加することを通して、アルコール依存症者もしくは多量飲酒者に対するあなたの関わり方に変化はありましたか？

5) 本事業は平成23年度から始まっていますが、この5、6年の間で、岡山市内全体におけるアルコール依存症者もしくは多量飲酒者への対応にどのような変化が起きているとあなたは考えますか？

6) 本事業が今後どのように発展していくことをあなたは期待しますか？  
(ネットワーク会議、研修会、リーフレットなど)

7) 本事業を継続的に運営していく上での苦労や工夫、そしてやりがいについて教えてください。

8) 本事業と同様の事業を仮に他の地域で始めるとした場合、まずどのようなことに注意して、どのようなところから始めていくとよいでしょうか？

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 年—平成 28 年度総合分担研究報告書  
アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究  
研究分担者 杠 岳文  
独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター 院長

研究要旨

本研究では、アルコール依存症が疑われる患者に対し簡易介入（Brief Intervention, BI）を行い、どのような患者に BI が効果をもたらしやすいか、節酒の維持につながるのか、その患者特性を明らかにすることを目的とする。初年度は、先行研究のデータを再検討し、AUDIT 20 点以上の群でも介入 12 か月後に酒量低減効果を認めること、また自身のアルコール問題に対する重要度の認識が高いが、自己効力感は低いことが示唆された。これらの結果をもとに調査票を作成し、2 年度以降は、職域で AUDIT15 点以上の問題飲酒者に対し、BI を行い、介入 1 年後の転帰調査および質問紙調査などでの効果検証を行った。S 社 A 事業所に協力を依頼し、同社の社員で AUDIT15 点以上の問題飲酒者 124 名のうち、研究参加に同意の得られた 102 名に対し、TLFB 法（最近 4 週間の非飲酒日数、最近 4 週間の多量飲酒日数、最近 1 週間の合計ドリンク数）、DSM-5 の物質使用障害に関する診断基準、SOCRATES-8A、減酒または断酒に対する重要性の認識、今後の飲酒の目標、目標達成の自信（自己効力感）、目標達成時の生活変化、専門医療機関受診の意向に関する VAS などの調査を行った。その後、ナレーション付きスライドの視聴とワークブック（基礎編、応用編）を中心に合計 60 分程度で構成される集団での BI を 2 回行い、介入 1 年後の転帰調査および質問紙調査などでの効果検証を行った。また、統制群として S 社 B 事業所社員を対象に AUDIT のみ調査を行った。その結果、AUDIT 得点は 1 年後の調査では A 事業所、B 事業所の対象者ともに有意に減少したが、減少幅では BI を実施した A 事業所の対象者が有意に減少していた。TLFB 法については、平均値においては非飲酒日数以外では有意差を認めなかったが、いずれの項目においても約 60% 程度の者に改善が見られた。特に、50 歳以上の対象者においては、50 歳未満の者に比べ著明な改善が見られており、BI の飲酒量低減効果は 50 歳以上の重篤問題飲酒者により現れやすい可能性が示唆された。

VAS (Visual Analogue Scale) による質問項目の類似性を確認するため、介入前後の両時点ごとにクラスタ分析を行った。その結果、介入前において節酒の重要性を強く感じ、節酒による変化に期待を持っているがその自信を持ちにくい群は、そうでない群に比べ、介入後の 1 週間のドリンク数、非飲酒日数、多量飲酒日数において有意に改善が見られた。この群では、介入前の DSM-5 該当項目数、Socrates-8A については介入前後においても「病識」、「迷い」の項目得点が有意に高く、これらの結果から、BI の介入効果を予測する因子として、節酒の重要性認識や変化の期待が高いが、節酒に対する自信は低いこと、さらに BI 前後を通して病識、逡巡を持続させた群の方が、長期に節酒を維持できる可能性が示唆された。

研究協力者

武藤岳夫<sup>1)</sup>、吉森智香子<sup>1)</sup>、長祥子<sup>1)</sup>、小牧真也

<sup>1)</sup>、近藤早紀<sup>2)</sup>、壁屋康洋<sup>2)</sup>、有馬正道<sup>2)</sup>、村上優

<sup>2)</sup>、末宗万里沙<sup>3)</sup>、守田祐作<sup>4)</sup>、田中完<sup>5)</sup>

1) 国立病院機構肥前精神医療センター

2) 国立病院機構榊原病院

3) 国立病院機構東尾張病院

4) 新日鐵住金（株）名古屋製鐵所

5) 新日鐵住金（株）鹿島製鐵所

A. 研究目的

簡易介入（Brief Intervention, 以下 BI）による酒量低減効果については、既に欧米を中心に多数の報告が存在するが、わが国では未だ無

作為割り付けによる効果検証研究は数少ない。一方、諸外国においてもほとんどの効果検証研究の対象は基本的に（依存症ではない）危険な (hazardous)あるいは有害な (harmful)問題飲酒者に限られている。特にわが国では、長年アルコール依存症に断酒が唯一の治療目標とされてきたこともあり、アルコール依存症を疑われる患者を対象に加えた BI の効果検証研究は行われていない。しかしながら、わが国でもハームリダクション理念が広まりつつあり、飲酒量低減を治療目標とするアルコール依存症治療薬の導入などが進んでおり、依存症患者でもどの様な患者であれば飲酒量低減を治療目標に加えられるかの議論も行われるようになってきている。

本研究では、まず、職域における BI による酒量低減効果の検証を行う。次いで、どのような重篤問題飲酒者に対してであれば、BI がその飲酒量低減効果をもたらす、その効果を長期に維持できるかという問いを立て、BI により適応しやすい重篤問題飲酒者の心理的特性を明らかにする。これらの調査を行い、重篤問題飲酒者に対する飲酒量低減を目的とした BI の効果が明確になるとともに、重篤問題飲酒者側の心理的特性を介入の目安とした BI 実施が可能になることによって、今後、重篤問題飲酒者への節酒に焦点づけた早期介入が多く施設で可能になり、重篤問題飲酒あるいはアルコール依存症に対する早期介入の実現に繋がること、さらにはアルコール依存症患者に対する第二の治療目標として節酒を加える際の指針策定に寄与することを本研究の主たる目的とする。

## B. 研究方法

初年度は、平成 19 年度～21 年度厚生労働科学研究「わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病、公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究」（主任研究者石井裕正）での分担研究として行った、「多量飲酒に対する治療的介入手法の開発とその効

果評価に関する研究」（研究協力者杠岳文）で得られた、職域を対象とした BI に関する調査データから、AUDIT の得点とそれぞれの得点群（10 点未満、15 点未満、20 点未満、20 点以上）に属する対象者の心理的特徴、および酒量低減効果を調査するため再検討を行った。その結果、自己効力感に関する質問（「あなたがお酒をやめたり、減らしたりといった、自分で立てた目標を達成できる自信がどれくらいあるかを 0 から 10 の数字で表すと、どのくらいになりますか？」）においては、AUDIT 20 点以上の群では、10 点未満の群に対して有意に低い評価をしていた ( $p < 0.01$ )。

また、アルコール問題の重要度の認識に関する質問（「あなたにとってお酒の量を減らしたり、止めたりすることがどれだけ重要かを 0 から 10 までの間の数字で表すと、どのくらいになりますか？」）においては、AUDIT 20 点以上の群では、10 点未満の群に対して有意に高い評価をしていた ( $p < 0.01$ )。

また、12 ヶ月後の酒量低減効果を AUDIT の得点群ごとに比較すると、1 週間のドリンク数において、AUDIT 20 点以上の群で最も大きな減酒効果を示した（週 14.4 ドリンク減）。

一般に専門医療機関を受診する典型的な依存症患者では、いわゆる「否認」から自身のアルコール関連問題の重要性に対する認識が乏しく、また自己効力感の高さが窺える（「やめようと思えばいつでもやめられる」など）が、職域を対象とした本調査の結果は異なっており、これらの心理的特徴の違いが、節酒の成否に影響する可能性が示唆された。これらの結果をもとに、2 年度以降の研究において使用する、アルコール依存症を疑われる問題飲酒者に対して行う治療目標、動機付け、自己効力感およびアルコール使用障害の重症度などから、患者特性を評価するための調査票を作成した（調査票は後述）。

二年度目以降の研究方法は、以下のとおりである。

## 1. 対象

職域における問題飲酒群の BI に関連した行動変容および行動変容を及ぼす問題飲酒者の心理社会的, 身体的要因を分析するため, S 社 A 事業所 (以下, A 事業所)、S 社 B 事業所 (以下, B 事業所) に協力を依頼した。A 事業所, B 事業所の全社員を対象に健康診断時に AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) を行ったところ, A 事業所では 2858 名が回答し, B 事業所では 3250 名が AUDIT に回答した。このうち, A 事業所では, AUDIT15 点以上に該当する社員 (124 名, 全社員の 4.3%) に対し, BI 等の研究協力を依頼したところ, 102 名が調査協力を同意し集団での BI に参加, 以降の調査を継続した。このうち, 1 年後の飲酒状況把握を含む転帰調査に参加したのは 51 名であった。

B 事業所では, コントロール群として, 1 年後の AUDIT の再調査のみ実施した。健康診断時に AUDIT に回答した 3250 名のうち, AUDIT15 点以上 19 点以下が 277 名, AUDIT20 点以上は 52 名の合計 329 名 (全社員の 1.0%) が調査対象者であった。介入前の時点では 316 名から調査協力が得られ, このうち, 1 年後の調査では 109 名から AUDIT 調査結果が得られた。

## 2. 調査内容

1) A 事業所において, BI 実施前・BI 実施後, BI 実施 1 年後に行われた調査内容は以下の通りである。

- (1) AUDIT 全 10 項目
- (2) TLFB (Time Line Follow Back) 法による飲酒量調査 (最近 4 週間の非飲酒日数, 最近 4 週間の多量飲酒日数, 最近 1 週間の合計ドリンク数)
- (3) DSM-5 の物質使用障害に関する診断基準 (全 11 項目の該当有無)
- (4) SOCRATES (Stage of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale)-8A 19 項目 (「病識」 7 項目 ; 「迷い」 4 項

目 ; 「実行」 8 項目)

- (5) 節酒の重要性認識, 今後の飲酒の目標, 節酒目標達成の自信, 目標達成時の生活変化, 専門医療機関受診の意向に関する VAS (Visual Analogue Scale ; 0-10 評定)。ただし, 受診の意向に関する項目は BI 実施 1 年後には回答を求めなかった。

以上の調査票に加え, 健康診断時のデータとして, 問題飲酒関連項目 (血圧最高値, 血圧最低値, AST, ALT,  $\gamma$ -GTP, 総コレステロール, 中性脂肪, 血糖値, BMI, 腹囲) も参考にした。

## 2) 介入調査

ナレーション付きスライドの視聴とワークブック (基礎編, 応用編) を中心に合計 60 分程度で構成される, 集団での BI を 2 回行った。対象者には, セッション間およびセッション終了後の飲酒日記記載を依頼し, 2 回目のセッション終了後 3 か月経過した時点で飲酒日記を回収した。

## 3. 調査時期

- BI 前 AUDIT (A 事業所, B 事業所) : H. 27. 1 月~6 月 (全社員対象健康診断時)  
BI 実施 (A 事業所のみ) : H. 27. 7 月~8 月  
飲酒日記回収 (A 事業所のみ) : H. 27. 12 月  
BI1 年後調査 (A 事業所) : H. 28 年 7 月  
AUDIT1 年後調査 (B 事業所) : H. 28 年 7 月

## 4. 調査場所

S 社 A 事業所および B 事業所

## 5. その他

BI の効果評価のため, 15 分程度の面接による 1 年後の転帰調査に協力した者には, 研究協力謝礼として QUO カード (3000 円) を渡した。

(倫理面への配慮)

調査内容について, 肥前精神医療センター倫

理審査委員会に申請し、承認を得た。対象者の研究への参加については、文書で研究の目的、概要を説明し、研究に参加しなくても不利益がないことを伝え、文書で同意を得た。

## C. 研究結果

### 1. AUDIT およびその他主要変数

#### 1) A 事業所 (実験群)

調査協力者の基本属性 (年齢, 性別, 勤務形態), AUDIT, 非飲酒日数, 多量飲酒日数, 1 週間ドリンク数, DSM-5 該当項目, SOCRATES-8A, 重要性認識, 飲酒目標, 目標達成の自信, 生活変化の期待, 受診意思, 主要健診の記述統計量は以下の通りであった (Figure1, 2, Table1)。

基本属性: 51 名は全員男性, 平均年齢は 45.45 歳 (SD=11.70, Max=65, Min=21), 内訳として, 20 代が 5 名 (10%), 30 代 13 名 (25%), 40 代 11 名 (22%), 50 代 17 名 (33%), 60 代 5 名 (10%) であった。勤務形態については, 日勤が 33 名 (65%), シフト勤務が 18 名 (35%) であった。

AUDIT: Pre-AUDIT 得点平均は 17.98 [S.D. 3.236], Post-AUDIT では 12.70 [S.D. 4.991] であった。

TLFB 飲酒量: TLFB 法調査による飲酒量については, Pre 時点の最近 4 週間の非飲酒日数の平均は 3.520 [n=50, S.D. 5.853, Max 27, Min 0] 日, 最近 4 週間の多量飲酒日数の平均は 8.240 [n=50, S.D. 9.469, Max 28, Min 0] 日, 最近 1 週間の合計ドリンク数は 33.86 [n=50, S.D. 16.565, Max 86.2, Min 6.4] ドリンクであった。

Post では非飲酒日数の平均は 7.216 [n=51, S.D. 7.229, Max 27, Min 0] 日, 最近 4 週間の多量飲酒日数の平均は 5.510 [n=51, S.D. 7.086, Max 28, Min 0] 日, 最近 1 週間の合計ドリンク数は 32.31 [n=51, S.D. 15.44, Max 62.9, Min 0] となった。

非飲酒日数が 1~5 日増加したのは 10 名 (20%), 6~10 日増加が 9 名 (18%), 11~15

日増加が 4 名 (8%), 16~20 日増加が 3 名 (6%), 21 日以上増加が 3 名 (6%) であった。非飲酒日数の減少については, 16~19 日減少が 1 名 (2%), 11~15 日減少が 2 名 (4%), 6~10 日減少が 2 名 (4%), 1~5 日減少が 7 名 (14%), 増減無が 9 名 (18%) となった。

多量飲酒日数は, 1~5 日減少が 13 名 (26%), 6~10 日減少が 8 名 (16%), 16~20 日減少が 1 名 (2%), 21~25 日減少 2 名 (4%), 26 日以上の減少が 5 名 (10%) となった。逆に多量飲酒日数が増加したのは, 20 日以上増加が 2 名 (4%), 16~19 日増加が 2 名 (4%), 6~10 日増加が 2 名 (4%), 1~5 日増加が 13 名 (26%), 増減無が 2 名 (4%) であった。

週間ドリンク数では, 1~5 ドリンク減少が 3 名 (6%), 6~10 ドリンク減少が 2 名 (4%), 11~20 ドリンク減少は 7 名 (14%), 21~30 ドリンク減少が 9 名 (18%), 31~40 ドリンク減少が 8 名 (16%), 41 ドリンク以上の減少が 2 名 (4%) といった割合であった。ドリンク数増加は, 20 ドリンク以上が 5 名 (10%), 11~19 ドリンク増加が 7 名 (14%), 1~10 ドリンク増加は 6 名 (12%), ドリンク数が変わらなかったのは 1 名 (2%) となった (Figure5)。

DSM-5 該当数: DSM-5 の診断基準該当項目数 (以下 DSM 該当数) による, 参加者の物質使用障害の程度は Pre では, 軽症 (2~3 項目該当) 41 名 (39.8%), 中等症 (4~5 項目該当) 27 名 (26.2%), 重症 (6 項目以上該当) 14 名 (13.6%) であり, Post では軽症 (2~3 項目該当) 19 名 (37.1%), 中等症 (4~5 項目該当) 9 名 (17.6%), 重症 (6 項目以上該当) 0 名 (0.0%) となった (Pre: M=3.27, SD=1.86; Post: M=1.90, SD=1.64) (Figure6)。

Socrates-8A: Pre-SOCRATES-8A は, 「病識」因子 (7 項目) の得点の平均は 17.22 [S.D. 5.456], 「迷い」因子 (4 項目) の得点の平均は 10.63 [S.D. 2.932], 「実行」因子 (8 項目) の得点の平均は 21.70 [S.D. 5.974]

であった。Post では、「病識」因子（7 項目）の得点の平均は 15.63[S. D. 4.372]，「迷い」因子（4 項目）の得点の平均は 9.76[S. D. 2.902]，「実行」因子（8 項目）の得点の平均は 24.06[S. D. 4.805]であった (Figure7)。

健診データ: 主要健診データの平均値は Pre (BI 前健康診断)，Post (BI 後健康診断)にて以下の通りであった (Pre→Post)。血圧最高値 (129.41→127.80)，血圧最低値 (84.10→85.30)，AST (24.34→25.62)，ALT (26.32→26.74)， $\gamma$ -GTP (71.02→71.19)，総コレステロール (204.70→199.77)，中性脂肪 (151.88→148.93)，血糖値 (103.58→101.00)，BMI (23.84→23.92)，腹囲 (84.97→85.40)。

## 2) B 事業所 (統制群)

B 事業所では Pre 時点で AUDIT スコアが 15 点以上であったのは 329 名であり、このうち 316 名が調査協力に応じた。そのうち、1 年後の Post-AUDIT スコアが得られたのは 109 名であった。

AUDIT: 欠損値のみられた 5 名を除き、104 名の Pre-AUDIT 得点平均は 17.32 [S. D. 2.502]，Post-AUDIT では 14.11 [S. D. 4.240]であった。

## 2. 各変数の推移

### 1) AUDIT

#### (1) A 事業所 AUDIT/B 事業所 AUDIT

A 事業所において BI の 1 年後まで調査協力の得られた 51 名について、Pre-AUDIT と Post-AUDIT 間の平均値の比較をおこなったところ、Post-AUDIT (M=17.98, SD=3.236) は、Pre-AUDIT (M=12.70, SD=4.991) に比して有意に低下した [t (49) =6.418, p=.000, 95%]。B 事業所の Pre-AUDIT (M=17.32, SD=2.502 と Post-AUDIT (M=14.11, SD=4.240) についても同様の比較を実施したところ、B 事業所においても Pre-AUDIT, Post-AUDIT の得点平均の間に有意な差がみられた [t (104) =8.012, p=.000, 95%] (Figure8, Figure9)。

次いで、A 事業所、B 事業所の各 Pre-Post 間の AUDIT 得点の増減幅 (名古屋 M=5.16, SD=5.825; B 事業所 M=3.21, SD=4.088) について平均の比較を行った。両集団ともに等分散性が仮定され (Levene の検定)，独立性の t 検定を実施した。その結果、Pre-Post 間で AUDIT スコアの増減幅では t (153) =2.408, p < .05, 95%] となり、BI を実施した A 事業所の方が有意に AUDIT スコアを減少させたことが示唆された (Figure10)。

#### (2) A 事業所 AUDIT 下位項目

A 事業所 AUDIT の下位項目 (全 10 項目。1-3 が「有害な使用」，4-6 が「依存」，7-10 が「乱用」) をみていくと、まず質問項目ごとでは、AUDIT10 が p = .000, AUDIT2, 3, 4, 5 が p < .005 で Pre-Post 間で有意にスコアを減少させた

(AUDIT1, 6, 7 は n. s. であったが、AUDIT1 では点減少、AUDIT6 は点、AUDIT7 は点減少)。続いて、因子ごとの推移に着目し、AUDIT1-3, AUDIT4-6, AUDIT7-10 についても Pre-Post の間の得点推移を検討すると、AUDIT1-3 では p = .006, AUDIT4-6 ならびに AUDIT7-10 では p = .000 で減少を示した。

#### 2) AUDIT と主要変数との関連

A 事業所にて BI を行い、介入 1 年後の飲酒様態の把握のできた 51 名について、AUDIT 得点と、その他主要変数 (非飲酒日数, 多量飲酒日数, 1 週間ドリンク数, DSM-5 該当項目, SOCRATES-8A, 重要性認識, 飲酒目標, 目標達成の自信, 生活変化の期待の関連について検討した。

#### (1) TLFB 調査による飲酒量調査 (非飲酒日数, 多量飲酒日数, 1 週間ドリンク数)

TLFB 調査法を用いた非飲酒日数, 多量飲酒日数, 1 週間ドリンク数 (以下, TLFB 飲酒量) では、Pre, Post の 2 時点において多量飲酒日数と 1 週間のドリンク数の間に中程度の正の相関 (Pre: r=.647; Post: .658), Pre-Post の非飲酒日数と 1 週間のドリンク数の間に中程度の負の相関 (Pre: r=-.468; Post: r=-.549) がみられ、TLFB 飲酒量の 3 項目 (非飲酒日数と多量飲酒日数, 1 週間のドリンク数) は Pre, Post それぞれ

において得点相関があることが確認できた。さらに、AUDIT 合計得点と TLFB 飲酒量の関連をみていくと、Pre-AUDIT 合計得点では、Pre-多量飲酒日数との間で  $r = .298$ 、Pre の 1 週間ドリンク数との間で  $r = .350$  といった弱い相関がみられたものの、Post-AUDIT 合計得点と Post-TLFB 飲酒量との間には、明確な相関があらわれなかった。

AUDIT 下位因子レベルでみていくと TLFB 飲酒量との間で一定の相関がみられたのは Pre-AUDIT1-3 であり、Pre-非飲酒日数との間に中程度の負の相関 ( $r = -.421$ )、Pre-多量飲酒日数および Pre-週間ドリンク数との間に中程度の正の相関 ( $r = .313$ ,  $r = .383$ ) がみられた。

さらに、AUDIT 得点と TLFB 飲酒量を、Pre-Post 間の変化量 (増減幅) に着目して関連を検討した。その結果、AUDIT 1-3 変化量は、 $r = 0.350$  で多量飲酒日数の変化量との間に相関を示した。また AUDIT1-3 変化量は Pre-非飲酒日数、Pre-多量飲酒日数との間にも相関を見いだすことができた ( $r = -0.3152$ ,  $r = 0.368$ )。

#### (2) DSM-5 該当項目数

Pre-AUDIT と Pre-DSM 該当数の間に  $r = .260$ 、Pre-AUDIT と Post-DSM 該当数の間には  $r = .213$  といった僅かな相関がみられた。また、AUDIT 下位項目の中では、Pre - AUDIT7-10 と Pre-DSM の相関は  $r = .331$  であった。

Pre-DSM 該当数と Pre-非飲酒日数との間には、 $r = -.287$ 、Pre 週間ドリンク数との間に  $r = .362$ 、Pre-Socrates 「病識」 (以下、Pre-病識) との間に  $r = .543$ 、Post-Socrates 「病識」 (以下、Post-病識) との間に  $r = .336$ 、Pre-Socrates 「迷い」 (以下、Pre-迷い) との間に  $r = .578$ 、Post-Socrates 「迷い」 (以下、Post-迷い) との間に  $r = .283$  の相関をみられた。その一方で Post-DSM 該当数は上記変数との間に相関が見受けられず、Pre-DSM、Post-DSM の間の相関係数も  $r = .186$  と低い値を示した。

#### (3) Socrates-8A

Socrates 合計得点は Pre 平均 49.76 (SD=12.18)、Post 平均 49.45 (SD=9.67) であり、Pre-Post 間には  $r = .717$  の比較的強い相関があった。Socrates と AUDIT の各変数同士の関連をみると、Pre-Socrates 「迷い」が Pre-AUDIT との間に  $r = .209$ 、Pre-Socrates 「病識」が Pre-AUDIT7-10 との間に  $r = .287$  の弱い相関をみせた。他方、Post - AUDIT の各項目は Socrates 各項目との間に Post-Socrates とともに目立った関連を見いだせなかった。

Socrates と TLFB 飲酒量のあいだでは、Pre-Socrates 「病識」は、Post-TLFB 多量飲酒日数との間に  $r = -.319$ 、Pre- 「重要性認識」との間に  $r = .670$  の中程度の相関があった。Post-Socrates 「病識」も、Pre- 「重要性認識」との間に  $r = .478$  があったものの、Post-Socrates 「病識」と Post- 「重要性認識」との関連は比較的低かった ( $r = .269$ )。Pre-Socrates 「迷い」は Pre 「重要性認識」との間に  $r = .515$  の相関があったが、Post-Socrates 「迷い」では  $r = .283$  に低下する。また、Post-Socrates 「迷い」は Socrates 構成 3 因子以外の変数との明確な相関は見られていない。Pre-Socrates 「実行」は、Pre-TLFB 週間ドリンク数との間に  $r = -.406$ 、Pre 「重要性認識」との間に  $r = .496$  の相関があったが、Post-Socrates 「実行」では、Pre 「重要性認識」との間で  $r = .340$ 、Post 「重要性認識」との間で  $r = .502$  といった値を示した。

#### (4) 勤務形態と年齢

PRE-AUDIT 合計得点、POST-AUDIT 合計得点、AUDIT 増減幅は勤務形態による有意差はみられなかった (日勤者 33 名、シフト勤務者 18 名)。

A 事業所調査協力者 51 名を 50 歳以上と 50 歳未満に群分けし (50 歳以上 29 名、50 歳未満 21 名)、各変数平均値の比較を行ったところ、AUDIT スコアに差はみられなかった。他方、Pre-TLFB ドリンク数 ( $M=33.86$ ,  $SD=16.56$ ) と Post-TLFB ドリンク数 ( $M=24.31$ ,  $SD=15.$

44) においては50歳以上と50歳未満の間にそれぞれ統計的差異が見られ、Preでは50歳以上のドリンク数(M=39.39, SD=11.96)が50歳未満のドリンク数(M=29.85, SD=18.40)に比して有意に高かった[ $t(48) = -9.532, p < .05$ ] (Figure11)。一方、POST調査時になると50歳以上のドリンク数(M=19.45, SD=12.34)が50歳未満(M=28.00, SD=16.70)に比して有意に低い値を示した[ $t(49) = 8.554, p < .05$ ] (Figure12)。また、統計的差異は見られなかったものの、50歳以上と50歳未満ではTLFBに違いがみられた。非飲酒日数平均は50歳以上でPre1.81日, Post7.45日, 50歳未満でPre4.76, Post7.03日, 多量飲酒日数平均では50歳以上がPre10.14日, Post3.73日, 50歳未満はPre6.86日, Post6.86日であった。

これらより、今回の調査対象では週間ドリンク数にのみ50歳をカットオフ値と定めた際の有意差が示されたが、非飲酒日数・多量飲酒日数においても実質的な数値減少が認められており、BI実施によるTLFB飲酒量減少は、50歳未満のBI参加者に比べ、50歳以上の参加者の方がより現れやすい可能性があることが窺えた。

(5) VAS調査項目「重要性認識」「節酒目標」「節酒自信」「生活変化期待」

VASを用いた質問項目「重要性認識」「節酒目標」「節酒自信」「節酒による生活変化期待」の4項目の類似性を確認するため、Pre, Postの両時点ごとにクラスタ分析(平方ユークリッド距離, Ward法, Z得点)を行った。その結果、Pre時点において、2つのクラスタに分類することができた(Figure13)。「重要性認識」は第1クラスタ>第2クラスタ( $p = .000$ )、「節酒自信」は第1クラスタ<第2クラスタ( $p = .000$ )、「生活変化期待」は第1クラスタ>第2クラスタ( $p = .001$ )といった有意差が示された。これらより、第1クラスタは第2クラスタに比べ、節酒の重要性をより強く感じ、節酒による変化に期待を持っているものの節酒を

する自信を持ちにくい群であり、第2クラスタは第1クラスタに比べ、重要性や生活変化の期待をあまり感じていないものの、節酒をする自信を持っている群であると仮説をたて、以下、2つのクラスタごとにPre-Post両時点でのAUDIT他主要変数の様相を探索的に分析比較した。その結果、AUDITのPre-Post両時点とPre-TLFB飲酒量ではクラスタ間に目立った差はあらわれなかった。その一方で、Post-TLFB飲酒量では、1週間のドリンク数が第1クラスタ<第2クラスタ( $p < .005$ )、非飲酒日数は第1クラスタ>第2クラスタ( $p < .05$ )、多量飲酒日数は第2クラスタ>第1クラスタ( $p < .05$ )であった。Pre-DSMは $p < .005$ で第1クラスタが有意に高く、Socrates-8Aについては、Pre, PostともにSocrates「病識」、Socrates「迷い」において第1クラスタが有意に大きかった。(Pre-Socrates「病識」: $p = .000$ , Pre-Socrates「迷い」: $p = .000$ ; Post-Socrates「病識」: $p < .001$ , Post-Socrates「迷い」 $p < .01$ )。

これらの結果からは第1クラスタのような、BI前にすでに節酒の重要性認識や変化の期待が高く、さらに病識、逡巡をBI前後を通して持続させた群の方がBIを通して、Post-TLFB1週間のドリンク数を比較的少なくすることができる仮説が生成できるだろう。付記として、有意差の見られなかったSocrates「実行」では両クラスタともにPre-Postで約2点のスコア上昇を示している(第1クラスタ:2.562上昇, 第2クラスタ:2.070上昇)。ただし、本調査におけるVAS尺度では4つの回答項目全てにおいて中心化傾向や顕著な偏差も見受けられるため、2つのクラスタの存在やその特徴についてはさらなる検討を要すると考えられる。

(6) BI参加有無による各変数の比較

A事業所におけるPre+BI参加者( $n=51$ ; 平均年齢45.45)とPre+BI+Post参加者( $n=51$ , 平均年齢43.67)の2つの群の特性を比較検討する

ため、年齢、Pre 時点での AUDIT、DSM 該当数、SOCRATES-8A の合計得点および病識、迷い、実行の 3 因子、非飲酒日数、多量飲酒日数、週間ドリンク数についての t 検定を行った。その結果、両協力者間の間に Pre-AUDIT 合計得点の差は見られなかった (n. s.)。AUDIT 下位項目では Pre-AUDIT 2 のみ  $p < .05$  で Pre+BI+Post 参加者の方が低い値を示した [  $t(100) = 2.199, p = .030, 95\%$  ] (Figure14)。また、年齢、DSM 該当数、VAS 項目「重要性認識」「節酒目標」「節酒自信」「生活変化期待」、TLFB 飲酒量、Socrates 合計得点には有意差がみられなかったものの、Socrates 「実行」では、Pre+BI 参加者の得点 ( $M = 19.12, SD = .701$ ) よりも Pre+BI+Post 参加者 ( $M = 21.48, SD = .866$ ) のほうが有意に高い得点を示すことが明らかとなった [  $t(99) = 2.124, p = .037$  ] (Figure15)。これより、Pre+BI+Post 参加の 51 名のほうが、Pre 時点において既に、AUDIT 2 “通常ドリンク量” が比較的低く、飲酒習慣に対する変化の“実行”も比較的顕著な傾向があったことが考えられた。

#### D. 考察

本研究は、アルコール依存症患者を含む重篤な問題飲酒者の中でも、どのような特性を有する者であれば BI による飲酒量低減効果をもたらしやすいか、その特性を明らかにすることを主な目的とした。今回の研究で 1 年後に追跡できた 51 名の転帰と彼らの社会背景、飲酒に対する認識等の心理、飲酒状況などの分析から、50 歳未満の者に比べ 50 歳以上の重篤問題飲酒者で BI による有意な飲酒量低減効果を認めた。これは、若年群に比べると、BI は多量飲酒が健康問題につながりやすく、生活習慣病等疾病予防の一環として中年以後に行うことで動機付けを生みやすく、効果を生じやすいということが言えるのであろう。

また、介入前において節酒の重要性を強く感じ、節酒による生活の質の変化に期待を持っているが、その実行について自信を持ちにくい群

は、そうでない群に比べ、介入後の 1 週間のドリンク数、非飲酒日数、多量飲酒日数において有意に改善が見られた。この群では、介入前の DSM-5 該当項目数、Socrates-8A については介入前後においても「病識」、「迷い」の項目得点が有意に高く、これらの結果から、BI の介入効果を予測する因子として、節酒の重要性認識や変化の期待が高いが、節酒に対する自己効力感が低いこと、さらに BI 前後を通して病識、逡巡を継続させた群の方が、BI が飲酒量低減効果をもたらしやすい、節酒を維持できる可能性が示唆された。

本研究で得られた結果は、自己効力感の増大が BI の効果予測の上で重要とする、より軽症の飲酒問題者を対象者とした従来の BI 研究結果と矛盾しないものである。今回の研究では、他に対象者の年齢、飲酒問題の重要性の認識、節酒により飲酒問題が改善した時の具体的な自己イメージ形成が重篤な問題飲酒者において BI の効果予測因子として重要であることが示唆された。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

杠岳文、武藤岳夫：アルコール使用障害（軽症アルコール依存症）の治療。最新医学別冊「アルコール依存症」：85-92、2014

武藤岳夫：一般医療機関と専門医療機関との連携。Frontiers in alcoholism, Vol3.No1: 25-30, 2015

##### 2. 学会発表

小池桃子、杠岳文他：AUDIT 得点群ごとの心理的特徴、減酒支援の効果に関する研究：第 49 回日本アルコール薬物医学会横浜大会、2014

武藤岳夫：節酒を治療目標に加えることの意義～BI の実践を通して～：第 49 回日本アルコール薬物医学会横浜大会スポンサードシンポジウム、2014

武藤岳夫：早期介入と予防、第 27 回九州ア

アルコール関連問題学会熊本大会、2015

武藤岳夫：減酒支援の理論と実践～ブリーフ  
インターベンションと HAPPY プログラム、平  
成 27 年アルコール・薬物依存関連学会合同  
学術総会ワークショップ、2015

守田祐作、田中完他：特定保健指導における  
アルコール使用障害スクリーニング（AUDIT）  
の活用～誰に AUDIT 調査をするか：産業衛生学  
会東海地方会学会、2015

武藤岳夫：減酒支援の理論と実践～ブリーフ  
インターベンションと HAPPY プログラム、第  
28 回九州アルコール関連問題学会北九州大

会、2016

武藤岳夫：ハーム・リダクション～正しい導  
入のために、専門医療機関の立場から、第  
51 回日本アルコール・アディクション医学  
会学術総会シンポジウム、2016

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

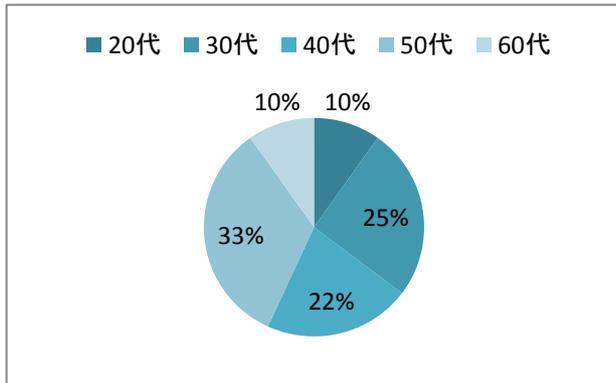


Figure1 A事業所 調査協力者 51名の年齢

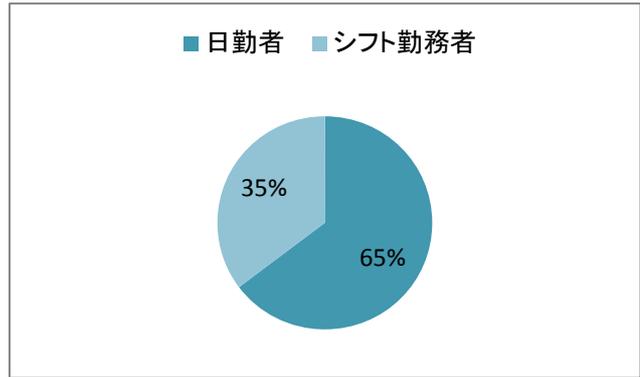


Figure2 A事業所 調査協力者 51名の勤務形態

Table 1 A事業所 調査協力者 51名 記述統計量

	Pre(BI前)		Post(BI後)	
	M	SD	M	SD
A事業所				
<b>AUDIT 合計</b>	17.98	3.24	12.70	4.99
AUDIT1-3	8.45	2.09	7.27	2.19
AUDIT4-6	3.06	1.99	1.63	1.70
AUDIT7-10	5.96	2.20	3.86	2.54
<b>DSM 該当項目数</b>	3.27	1.86	1.94	1.64
<b>Socrates-8A</b>				
Socrates-合計得点	49.16	12.46	49.16	12.46
Socrates-「病識」	17.22	5.46	15.63	4.37
Socrates-「迷い」	10.63	2.93	9.76	2.90
Socrates-「実行」	21.70	5.97	24.06	4.81
<b>TLFB</b>				
TLFB-非飲酒日数	3.52	5.85	3.52	5.85
TLFB-多量飲酒日数	8.24	9.47	8.24	9.47
TLFB-週間ドリンク数	33.86	16.56	33.86	16.56
<b>健診データ</b>				
血圧最高値	127.90	18.53	126.33	17.04
血圧最低値	83.46	13.88	84.63	13.61
AST	24.74	7.41	26.00	10.56
ALT	26.67	14.25	27.09	15.26
γ-GTP	70.31	46.25	70.51	51.43
総コレステロール	201.02	40.63	196.31	38.52
中性脂肪	149.41	103.62	146.52	103.52
血糖値	102.20	24.52	99.68	21.43
BMI	24.37	5.64	24.44	5.70
腹囲	84.11	12.35	84.15	11.85
B事業所				
<b>AUDIT 合計</b>	17.32	2.50	14.11	4.24

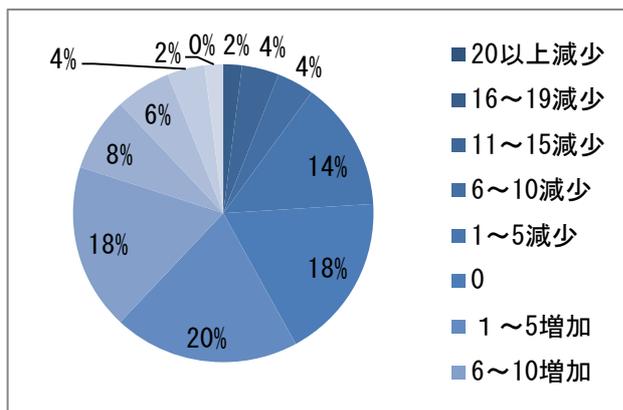


Figure3 A事業所 Pre-TLFB 非飲酒日数

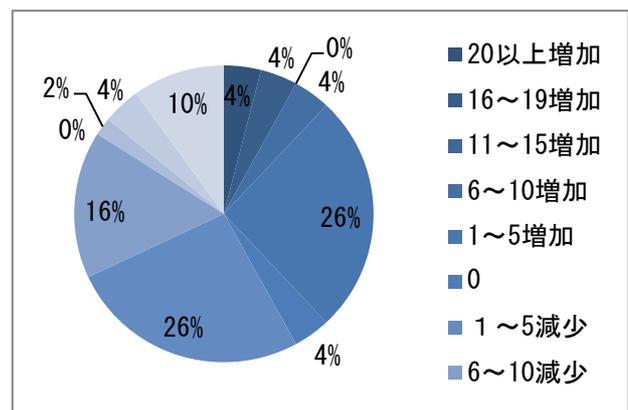


Figure4 A事業所 Pre-TLFB 多量飲酒日数

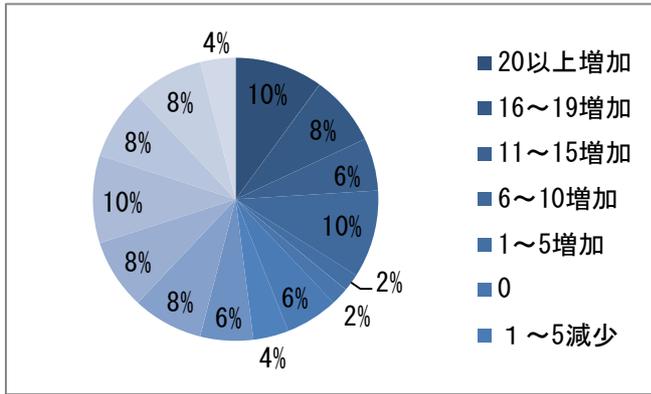


Figure5 A事業所 Pre- TLFB 1週間のドリンク数

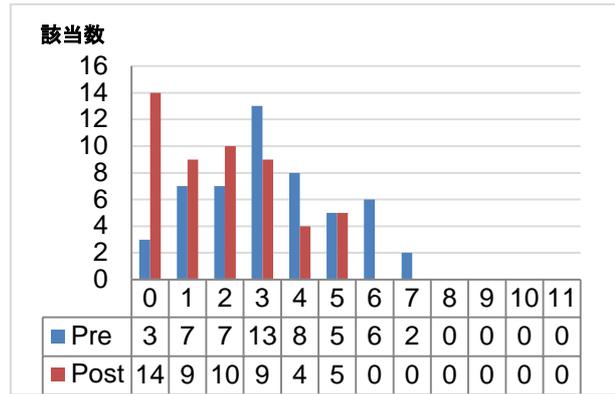


Figure6 A事業所 DSM-5 物質使用障害に関する診断基準該当項目数

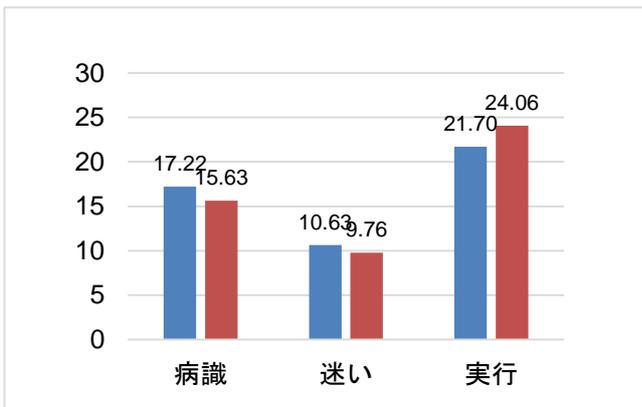


Figure7 A事業所 Socrates-8A 得点推移

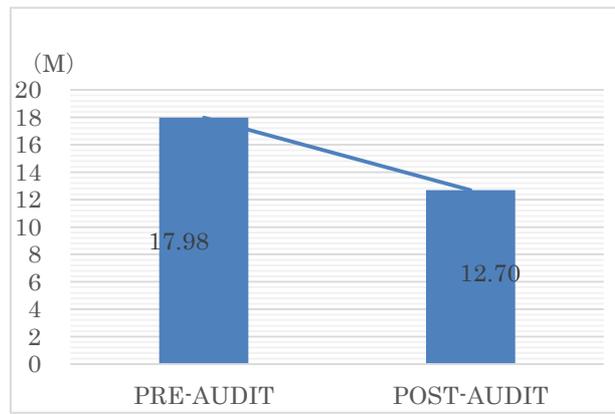


Figure8 A事業所 AUDIT 合計得点推移

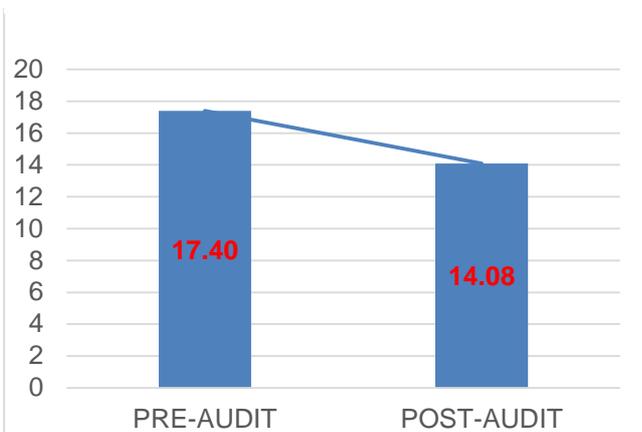


Figure9 B事業所 AUDIT 得点推移

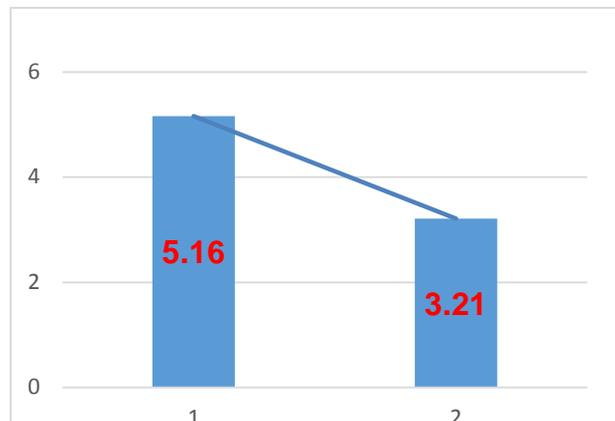


Figure10 AUDIT 得点減少幅の比較

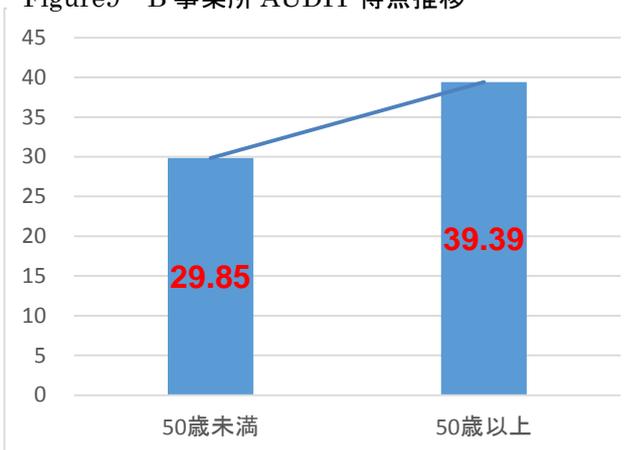


Figure11 A事業所 50歳以上-50歳未満 Pre-TLFB1週間のドリンク数比較

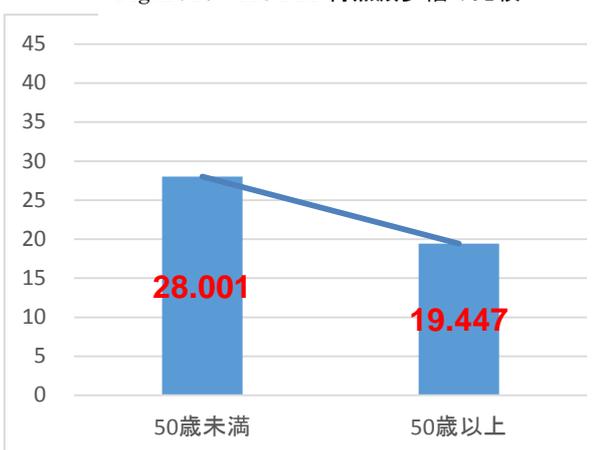


Figure12 A事業所 50歳以上-50歳未満 Post-TLFB1週間のドリンク数比較

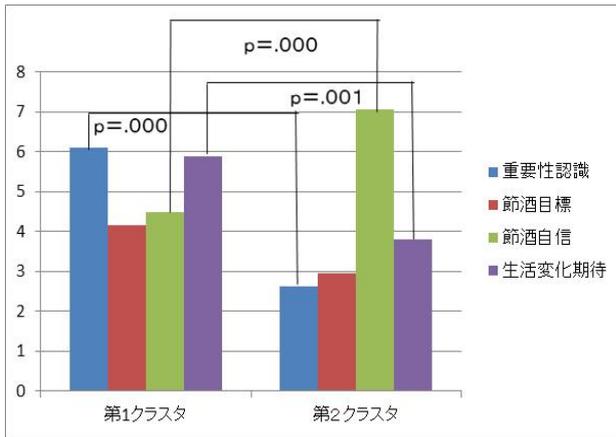


Figure13 A事業所 Pre-VAS4項目得点類似性による2クラス

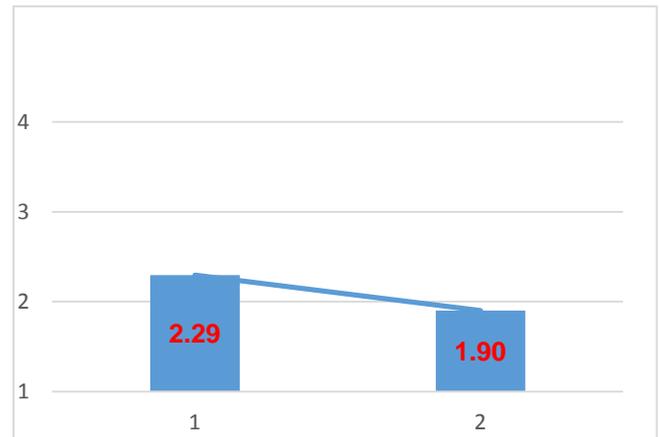


Figure14 BI参加有無による変数比較 (Pre-AUDIT2)

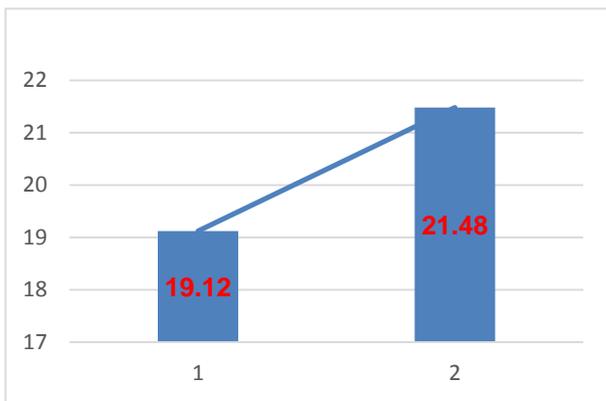


Figure15 BI参加有無による変数比較 (Pre-Socrates「実行」)

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 年 平成 28 年度総合分担研究報告書  
転帰調査におけるアカンプロサートの効果検証  
研究分担者 吉村 淳  
東北医科薬科大学 精神科学教室

研究要旨

新しいアルコール依存症治療薬としてアカンプロサートが 2013 年 5 月より本邦において上市された。海外での様々な研究から、プラセボと比較して断酒率を高めるとの報告があるが、服用直後より明白に自覚的な効果を感じることができる薬剤ではないため、実際の医療現場においては、医師、患者ともにアカンプロサートの効果に関して漠然とした印象をもつことが多い。アルコール依存症入院患者の退院後の経過を調査することにより、アカンプロサートの臨床的な効果について改めて検証した。さらにアカンプロサートの効果が期待できる患者群の特性について同定を試みた。

研究協力者

樋口 進：国立病院機構久里浜医療センター  
木村 充：国立病院機構久里浜医療センター

影響を調べて、アカンプロサートの臨床的な効果を検証するとともに、アカンプロサートの効果が期待できる患者特性について模索する。

A．研究目的

新しいアルコール依存症治療薬としてアカンプロサートが 2013 年 5 月より本邦において処方可能となっている。明確な作用機序はいまだ明らかになっていないが、NMDA 受容体を介して興奮性のグルタミン酸神経系の活動性を抑え、神経系のバランスをとる働きが推定される。断酒による不安や不快感を軽減して、断酒率を高めるなどの効果が報告されている。

従来の抗酒薬はアセトアルデヒド脱水素酵素阻害作用を有しており、服用後に飲酒をするとアセトアルデヒドが体内に蓄積されて、動悸、発汗、嘔吐などの激しい不快感をもたらす、飲酒を抑止するという分かりやすい効果があった。比べてアカンプロサートの作用はマイルドであり、服用直後に自覚的な効果を感じにくい。そのため医療者、患者ともに薬効について漠然とした印象を受けがちである。

アルコール依存症入院患者を対象として、アカンプロサートの退院後の飲酒状況に対する

B．研究方法

久里浜医療センターにおいて、研究参加に同意したアルコール依存症の入院患者を対象として、うつ症状や不安について自記式質問紙で回答を得た。また入院中に DSM-Ⅳ を基準とした簡易構造的面接を実施して、うつ病や不安障害の有無について調べた。退院時の服薬内容を確認し、退院後の飲酒状況や服薬状況について郵送での調査を実施した。

（倫理面への配慮）

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター倫理委員会の承認を得て実施された。

C．研究結果

今年度は、前年度までの調査の結果を受けて、統計解析を実施した。アルコール依存症入院治療を受けた対象者において、退院 6 か月後の断酒率は 36.2%、1 年後断酒率は 30.9%、調査期間中の平均断酒日数は 114 日であった。

退院時に処方された治療薬別に、退院後の断酒率を比較検討した。新薬として上市されたアカンプロサートと、従来より抗酒薬として頻繁に用いられているジスルフィラム、両者を併用したグループ、さらにアルコール依存症治療薬が処方されていないグループの間で退院後の断酒率の経過を Kaplan-Meier 曲線で表示した(図1)。ジスルフィラム服用群で退院後の断酒率が相対的に高かったが、他の3群と比較して有意差を認めなかった(Log-rank 検定;  $p = 0.411$ , Wilcoxon 検定;  $p = 0.320$ )。アカンプロサート服用群では、治療薬を服用していない群と比較しても、ほとんど治療予後に変化を認めなかった。

どのような特性をもつ対象者において、アカンプロサートの効果が期待できるかを検証した。入院中に実施した簡易構造化面接において、面接時に大うつ病エピソードがある症例に対して、アカンプロサートの服用が及ぼす影響を退院後断酒率の経過で観察した(図2)。うつ病のないグループでは退院後の断酒率が相対的に高かったが、うつ病を併発するグループではアカンプロサートの服用の有無にかかわらず、ほぼ同じような低い断酒率で経過した。うつ病を併発する患者に対して、アカンプロサートの有効性が特に期待できないことが示された。

次に不安障害を併発する対象者に対して、同様の解析を実施した。入院中に実施した簡易構造化面接で、パニック障害、強迫性障害、社交不安障害、全般性不安障害、心的外傷後ストレス障害などの症状を満たす場合を、不安障害の併発として総括した。退院後の断酒率を観察すると、うつ病の場合と同様に、不安障害の合併がないグループでは比較的高めの断酒率で経過した(図3)。不安障害を併発するグループにおいて、アカンプロサートの服用がなかった場合は有意に低い断酒率で推移した(Log-rank 検定;  $p = 0.029$ , Wilcoxon 検定;  $p = 0.0136$ )。一方でアカンプロサートを服用したグループでは、服用しなかったグループと比べて高い断酒率で

経過し、不安障害を伴わないグループと比較しても目立った差が見られなかった。さらに調査期間中の平均断酒日数を計算すると、不安障害の併発があっても、アカンプロサートを服用したグループでは、不安障害のないグループと同様に120日を超える結果となった(図4)。その反面、不安障害の併発があり、アカンプロサートを服用していない場合の平均断酒日数は86日ほどであり、有意差は認めなかったが(ANOVA;  $p = 0.139$ )、かなり少ない日数であった。

#### D. 考察

今回の調査においては、自然な治療経過を観察しており、アカンプロサートをランダムに割り付けたわけではないため、アカンプロサートを服用したグループでは、そもそも治療薬を服用しないグループと比較して、患者の特性が異なっている可能性が高い。例えば、退院後の断酒に自信がないから、患者自身がアカンプロサートの服用を希望する、または退院後の再飲酒の懸念が高いため、医療者がアカンプロサートを処方するなどのバイアスが生じている可能性が十分に考えられる。それ故に、今回の結果を受けて、アカンプロサートの退院後の断酒率を高める効果が認められないとした結論には決してつながらない。

しかしその一方で、今回の臨床的な観察研究では、アカンプロサートを処方されたグループと治療薬を服用しないグループの間で、退院後の断酒率に差がほとんど見られなかった。実際の臨床現場において、医療者がアカンプロサートに対して有効性を実感できないという感覚を裏付ける結果となっている。対照的にジスルフィラムを服用したグループでは有意差は生じなかったものの、調査期間の全般にわたって、アカンプロサートを服用したグループや治療薬を服用しないグループと比較して高い断酒率を保った。ジスルフィラムをはじめとした抗酒薬に対して、医療者や患者が有効性を実感で

きるのは、このような結果からも推察されるところであろう。

アカンプロサートがどのような特性をもつ患者に対して効果を発揮できるのかをうつ病と不安障害の併発という観点から調査した。アカンプロサートは断酒後の不安や不快な反応を抑えて、断酒を促すような作用が考えられている。つまり不快な気持ちを軽減するための飲酒を抑制する効果が期待されており、それ故にうつ症状や不安感などの不快な症状を緩和するための飲酒を続けたために、アルコール依存症に陥った患者に対して、特に有効でないかという推論が成り立つ。うつ病を併発する対象者に関しては、アカンプロサート服用の有無にかかわらず、うつ病の併発のない対象者と比較して、退院直後より低い断酒率で経過した。一方で、不安障害を併発した対象者に関しては、アカンプロサートを服用しないグループでは低い断酒率で経過したが、アカンプロサートを服用したグループでは、不安障害を併発しないグループと似たような経過を辿り、3群間で有意差を認めた。また平均断酒日数においても、不安障害を併発したグループでは、アカンプロサートを服用することで断酒日数が増加していた。

今回の調査では、いくつかの限界がある。前述したように、退院時に服用する薬剤は、ランダムに割り当てられているわけではなく、対象者および医師の合意の下で決定されている。そのため、ジスルフィラムを服用する対象者では、断酒への意欲が高く、アカンプロサートを服用する患者は、飲酒する動機がまだ十分でないといった状況も十分にあり得る。次に、退院時の服薬についてアカンプロサートとジスルフィラムのみを確認している。実際には抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬などの薬剤の影響についても無視できない。抗不安薬を服用していることで、断酒を継続できている症例も含まれていることが当然に予想される。さらに、服薬アドヒアランスの問題がある。今回の調査では退院時の

アカンプロサートやジスルフィラムの服用を基準としている。退院後にそれらの治療薬を継続服用している対象者も、怠薬している対象者も、同じく断酒の成否で評価している。この報告書では示されていないが、退院後のアカンプロサートの服薬継続率は、ジスルフィラムに比べて幾分低かった。服薬がどれほど規則的に守られているかは、結果を大きく影響する要因である。アカンプロサートがジスルフィラムに比べて、低い断酒率で経過したのは、ジスルフィラムが起床時に1日1回の服用で済むのに比べて、アカンプロサートは毎食後に1日3回服用する薬剤であるため、アカンプロサートの服薬継続率が低かったことが一因と考えられる。

今回のアルコール依存症の入院患者を対象とした観察研究において、不安障害を併発する一群に対して、アカンプロサートの服用によって、退院後の断酒率を高まることが示唆された。実際には様々な要因が混在しているため、拙速に結論を出すことはできないが、患者の特性に応じたアカンプロサートの適用や今後の依存症治療の可能性が示された。近い将来、アルコール依存症に不安障害を併発した患者に対して、アカンプロサートとプラセボのランダム化比較試験が実施され、さらに検証されていくことが望まれる。

## E . 研究発表

### 1 . 論文発表

“Exploration of Core Symptoms for the Diagnosis of Alcohol Dependence in the ICD-10”

Yoshimura A, Komoto Y, Higuchi S.

Alcohol Clin Exp Res. 2016 ;40(11):2409-2417.

### 2 . 学会発表

INTERNATIONAL SOCIETY OF ADDICTION  
MEDICINE (ISAM) CONGRESS 2015

“Re-visitation of the diagnostic criteria for alcohol dependence in the ICD-10 using a sample of alcoholic subjects”

平成 27 年度アルコール・薬物依存関連学会合

同学術総会 シンポジウム「転帰調査における  
アンプロサートの効果検証」

平成 27 年度アルコール・薬物依存関連学会合  
同学術総会 「アルコール依存症診断の中核症  
状を探る」

F．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

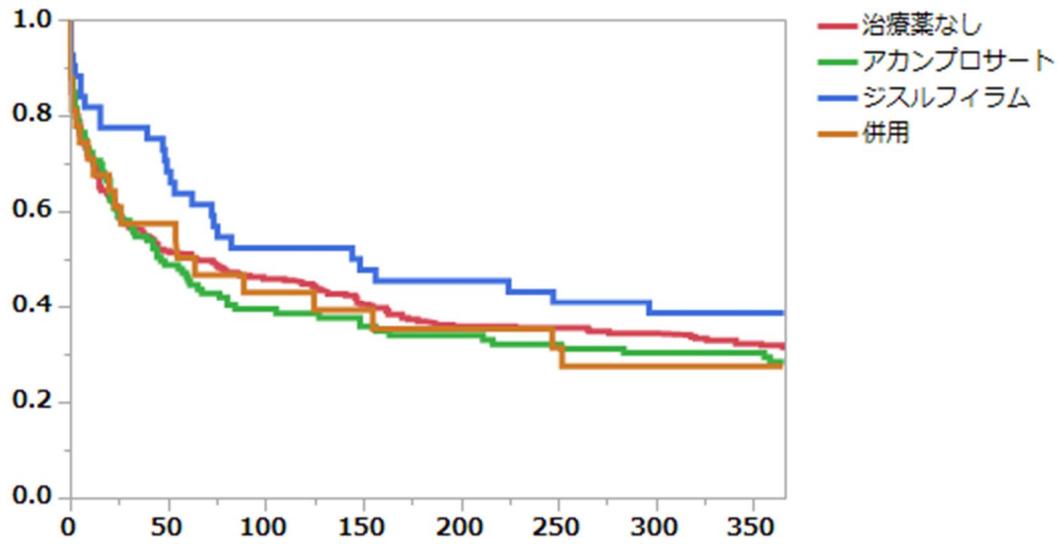
なし

2．実用新案登録

なし

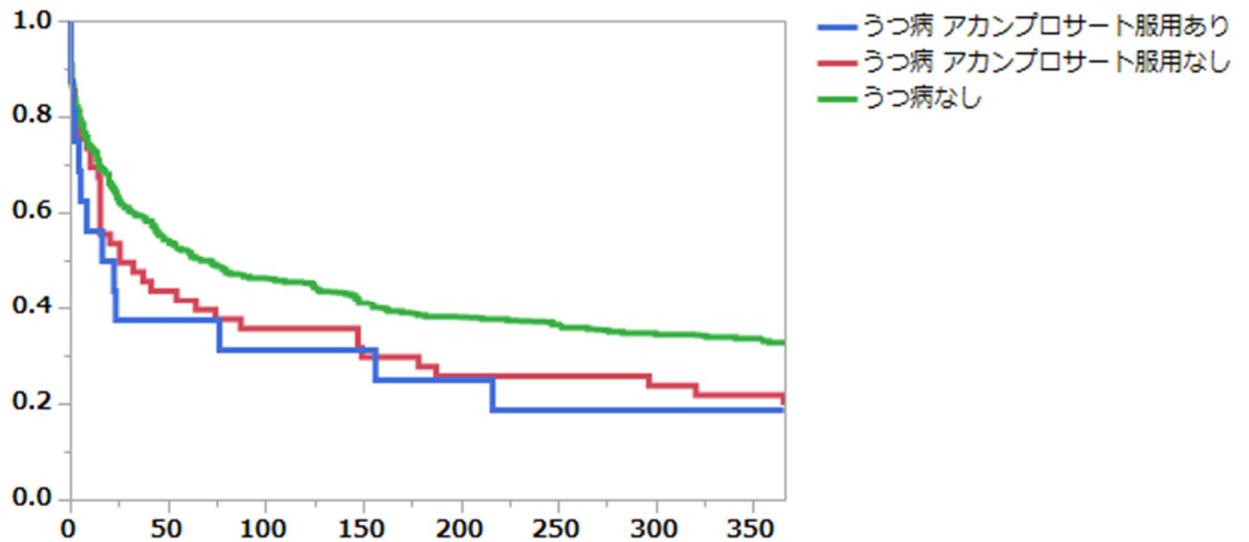
3．その他

図1 治療薬別で比較した断酒率の経過



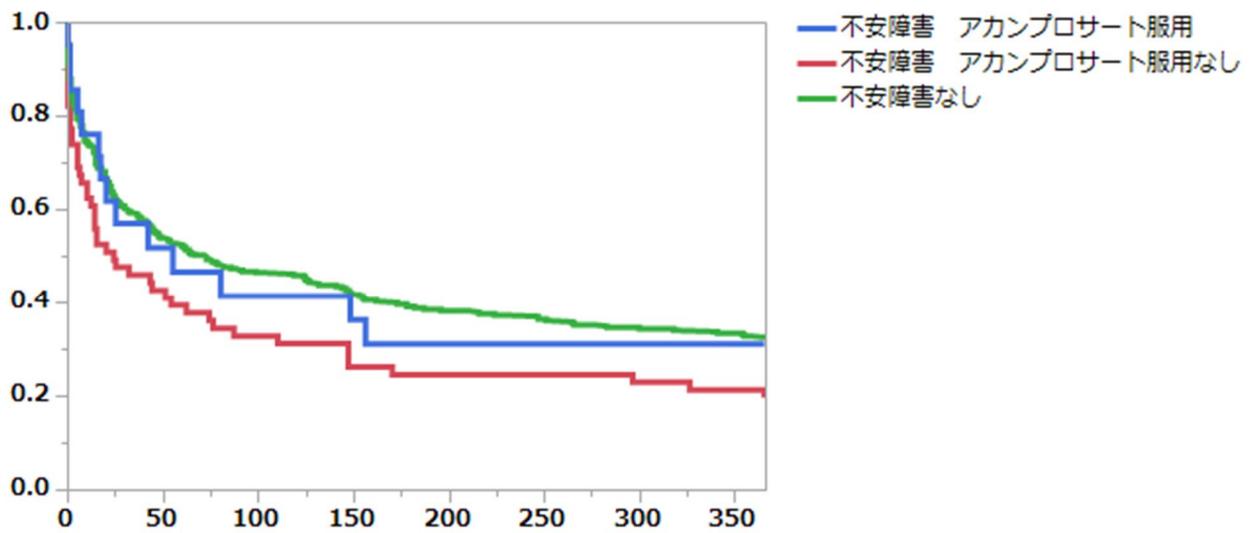
Log-rank 検定;  $p = 0.411$  Wilcoxon 検定;  $p = 0.320$

図2 うつ病の併発とアカンプロサート服用の有無で比較した断酒率の経過



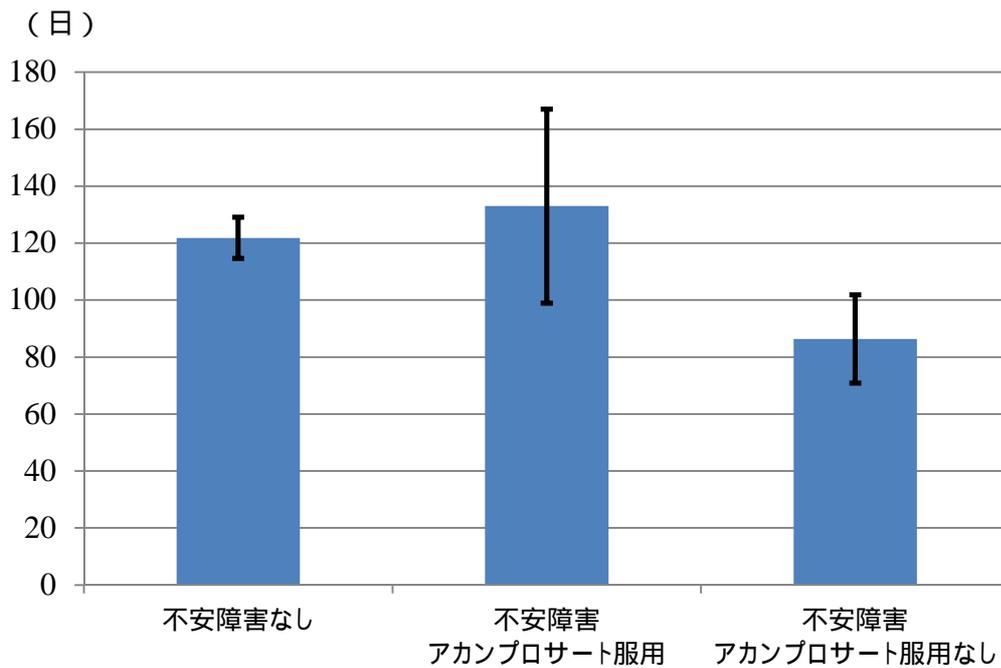
Log-rank 検定;  $p = 0.0579$  Wilcoxon 検定;  $p = 0.0912$

図3 不安障害の併発とアカンプロサート服用の有無で比較した断酒率の経過



Log-rank 検定;  $p = 0.029$  Wilcoxon 検定;  $p = 0.0136$

図4 不安障害とアカンプロサート服用の有無で分類した平均断酒日数



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 年—平成 28 年度総合分担研究報告書

薬物治療の有効性評価と薬効の向上

研究分担者 齋藤 利和 特定医療法人北仁会 幹メンタルクリニック 院長

研究要旨

アルコール依存症とうつ病の併存率は極めて高く、併存する場合は治療経過や予後に大きな影響を与えると考えられているが、うつ病を併存するアルコール依存症の治療については、本邦においては報告が未だ少ないのが現状である。

平成 26 年度の研究として、我々はうつ病を併存するアルコール依存症の病態と治療経過について検討を行った結果、抑うつ症状を訴えて受診した者(抑うつ群)の内、20%(13 名/64 名)に問題飲酒(AUDIT スコア 12 点以上)が認められ、アルコール問題を主訴として受診した者(アルコール群)の内、54%(30 名/58 名)に中等症以上の抑うつ症状(HAM - D17 項目 14 点以上)が認められることを見出した。また、アルコール群において、初診時点で多量飲酒(1 日純アルコール摂取量が 60g 以上)を呈し、acamprosate を 12 週間継続使用した 5 名の経過を検討したところ、飲酒量の低減に伴い、HAM-D スコア及び BDI スコアも改善し、12 週目には寛解域(HAM-D : 7 点以下、BDI : 13 点以下)に達していたことを見出した。以上の結果から、アルコールの問題を呈する場合においても抑うつ症状は極めて強いことや、抑うつ症状を主訴とする場合においても、背景にはアルコールの問題が潜む可能性が高いことが考えられることを見出し、節酒、又は断酒が治療経過に重大な影響を与えることを見出した。

平成 27 年度の研究として我々は、うつ病を併存するアルコール依存症の治療経過についての検討や問題飲酒と抑うつ症状の関連性の検討、アルコール依存症者の抑うつ症状に対するacamprosate の有効性の検討を行ってきた。中等症以上の抑うつ症状を示し、かつアルコール依存症が疑われる者(AUDIT20 点以上)について、Acamprosate を使用している者(Acamprosate 群)と使用していない者(非 Acamprosate 群)の 2 群に分け、12 週に渡り HAM-D を用いて抑うつ症状の変化について調査を行ったところ、Acamprosate 群の方が有意に改善していることを見出し、Acamprosate が抗うつ薬様の作用を有する可能性を示唆してきた。

平成 28 年度の研究においては、より詳細な検討を加えるために症例数を増やして調査の継続を行うとともに、うつ病と並びアルコール問題飲酒者に多く見られる社交不安障害の併存についても LSAS-J を用いて検討を行った。その結果、抑うつ群では 15.4%(54 名/351 名)に問題飲酒(AUDIT12 点以上)が認められ、その内 5.1%(18 名/351 名)が AUDIT20 点以上となっていた。また、アルコール群では、43%(111 名/256 名)に中等症以上の抑うつ症状が認められており、アルコール問題飲酒には抑うつ症状が影響していることが示唆された。BDI スコアにおいても同様の傾向が認められた。社交不安については、初診時に AUDIT20 点以上であった者において、純アルコールの 1 日平均摂取量(g)と LSAS-J の得点に有意な正の相関( $r=0.413$ ,  $p<0.01$ )が認められていた。抑うつ症状の治療経過については、12 週間の継続調査が終了した 78 名(男性 48 名 : 女性 30 名)の内、初診時の AUDIT スコアが 12 点未満だったものを非問題飲酒群とし、AUDIT スコアが 20 点以上で Acamprosate を 12 週間継続使用した者を Acamprosate 群、継続使用していないものを非 Acamprosate 群とし、非問題飲酒群、Acamprosate 群、非 Acamprosate 群の 3 群で比較を行った。その結果、HAM-D スコアの推移については、3 群ともに 2 週目より有意な改善が認められていたが、8 週目、12 週目において Acamprosate 群の方が非 Acamprosate 群よりも有意に改善していることが認められた。

以上の結果から、アルコール問題飲酒と抑うつ症状は相互に影響を与えており、断酒や飲酒量の低減により抑うつ症状は改善する可能性が示唆された。さらに、Acamprosate 群の方が顕著な改善が認められたことから、Acamprosate が抗うつ薬様の作用を有する可能性が示唆された。

研究協力者

田山 真矢：特定医療法人北仁会 幹メンタルクリニック

白坂 知彦：医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院

田中 増郎：医療法人 高嶺病院

## A. 研究目的

アルコール依存症とうつ病の併存率は極めて高く<sup>1)</sup>、併存する場合は治療経過や予後に大きな影響を与えると考えられているが、うつ病を併存するアルコール依存症の治療については、本邦においては報告が未だ少ないのが現状である。さらに、アルコール依存症者は109万人とされているものの<sup>2)</sup>、その内治療に結びついているものは約4万人程度しかいないことから<sup>3)</sup>、本邦におけるアルコール依存症者の病態や併存疾患、治療経過について調査し、有効な治療法を見出すことは極めて重要である。

そのため、我々は1年目(平成26年度)には、うつ病を併存するアルコール依存症の病態や問題飲酒と抑うつ症状の関連性の調査をし、2年目(平成27年度)の研究として、うつ病を併存するアルコール依存症の治療経過や、アルコール依存症者の抑うつ症状に対するAcamprosateの有効性の検討を行ってきた。その結果、抑うつ症状を主訴として受診した者(抑うつ群)のうち、18%に問題飲酒(AUDITスコア12点以上)が認められ、アルコール問題を主訴として受診した者(アルコール群)のうち、44%が中等症以上の抑うつ症状(HAM-D17項目14点以上)を有することを見出し、抑うつ症状の背後にはアルコールの問題が、また、アルコール問題飲酒の背景には抑うつ症状が存在していることを報告してきた。さらに、中等症以上の抑うつ症状(HAM-D17項目14点以上)を示し、かつアルコール依存症が疑われる者(AUDIT20点以上)について、Acamprosateを使用している者(Acamprosate群)と使用していない者(非Acamprosate群)の2群に分け、12週に渡りHAM-Dスコアを調査し、抑うつ

症状の推移を比較検討したところ、Acamprosate群の方が非Acamprosate群よりも有意に改善していることを見出してきた。さらに、Acamprosate群のみHAM-Dスコアが寛解域に達していたことなどから、Acamprosateが断酒補助剤としてだけでなく、抑うつ症状の改善にも影響を与えた可能性を示してきた。

平成28年度の研究においては、症例数を増やしてより詳細な検討を加えるために調査の継続を行うこととした。また、うつ病と並びアルコール問題飲酒者に多く見られる社交不安障害の併存についてもリーボヴィッツ社交不安尺度(Liebowitz Social Anxiety Scale: LSAS-J)を用いて検討を行った。

## B. 研究方法

対象はアルコールの問題又は抑うつ症状を訴えて特定医療法人北仁会幹メンタルクリニックを受診した者とした。さらに、お酒をやめたい、止めるように言われたなどのアルコール問題を主訴とし、ICD-10のF1x.2依存症候群(Dependence syndrome)の診断基準を満たし、アルコール依存症と診断された者をアルコール群、気分が晴れない、やる気が出ないなどの抑うつ症状を主訴とし、ICD-10のうつ病エピソード(Depressive Episode)の軽症うつ病エピソード以上を満たしてうつ病エピソードと診断された者を抑うつ群として2群に分類した。

対象には初診時にThe Alcohol Use Disorders Identification Test(AUDIT)、Hamilton Depression Rating Scale 17-items(HAM-D 17項目)、Beck Depression Inventory(BDI)、Liebowitz Social Anxiety Scale(LSAS-J)を施行し、アルコール問題の有無や抑うつ症状の重症度、社交不安障害の有無やその水準を評価し、比較検討を行った。また、HAM-D17項目において中等症(14点)以上であったものについては、初診時より、2週目、4週目、8週目、12週目にHAM-DとBDIを行

い、治療経過に伴う症状の推移を調査した。調査期間中の飲酒量についても確認し、飲酒量が治療経過に与える影響や Acamprosate の有効性についても検討を行った。統計解析としては Stat Flex Ver6.0 を使用し、各週における 3 群間の HAM-D スコアの比較については一元配置分散分析 (one-way analysis of variance: one-way ANOVA) を用いて検討を行い、有意差が認められた場合は Tukey の多重比較を用いて検討を行った。また、各群内において、初診時 HAM-D スコアと 2 週目、4 週目、8 週目、12 週目の HAM-D スコアの比較については Dunnett-test を用いて行った。

初診時調査の 3 年目の対象数は 572 名となり、アルコール群は 249 名、抑うつ群は 323 名となった(表.1)。

(倫理面への配慮)

本研究は医療法人北仁会石橋病院倫理委員会の承認を受け行った。

## C . 研究結果

### 1. アルコール問題飲酒と抑うつ症状の併存

アルコールの問題を有する基準として、AUDIT スコア 12 点を基準値と設定し、アルコール群、抑うつ群の初診時の AUDIT スコアを検討したところ、アルコール群においては、96%(239 名/249 名)が 12 点を上回っており、さらにアルコール依存症が疑われる水準(20 点以上)となるものは 71.9%(179 名/249 名)となっていた。(図.1)。一方で、抑うつ群においても 15.2%(49 名/323 名)の対象が基準点を上回り、アルコール依存症が疑われる水準のものは 5.3%(17 名/323 名)に認められた。

初診時の HAM-D スコアにおいては、中等症以上の抑うつ症状(HAM-D17 項目: 14 点以上)を有するものは、抑うつ群で 79.0%(223 名/323 名)に認められ、重症水準(HAM-D17 項目: 20 点以上)を呈する者は 36.5%(118 名/323 名)に達していた。アルコール群においても 44.6%(111 名/249 名)に中等症以上の抑うつ

症状が認められ、18.1%(45 名/249 名)に重症水準の抑うつ症状が認められていた(図.2)。

全対象の中で AUDIT スコアが 12 点以上かつ、HAM-D スコア 14 点以上であったものは、23.8%(136 名/572 名)であり、その内訳は抑うつ群が 22.8%(31 名/136 名)、アルコール群が 77.2%(105 名/136 名)であった(図.3)。

BDI スコアについては、中等症以上の抑うつ症状(BDI スコア 20 点以上)を訴えるものは、抑うつ群では 59.3%(175 名/295 名)で、重症水準(BDI スコア 29 点以上)は 27.8%(82 名/295 名)であった。アルコール群では、34.8%(74 名/213 名)に中等症以上の抑うつ症状が認められ、16.0%(34 名/213 名)に重症水準の抑うつ症状が認められた(図.4)。

また、初診時に AUDIT スコアが 12 点以上であったものに対し、LSAS-J を施行して社交不安の有無を調査したところ、30.2%(16 名/53 名)が中等症以上の社交不安(LSAS-J70 点以上)が認められた(図.5)。また、LSAS-J と平均飲酒量の間に関連(r=0.413, p<0.01)が認められた(図.6)。

### 2. うつ病を併存するアルコール依存症者の治療経過

初診時に中等症以上の抑うつ症状(HAM-D スコアが 14 点以上)を示した者のうち、その後 12 週間の継続調査を終えた 87 名(表.2)について、初診時の AUDIT スコアが 12 点未満であった者を非問題飲酒群(47 名)、12 点以上であった者を問題飲酒群(31 名)とした。さらに問題飲酒群において、Acamprosate を 12 週間継続使用した者を Acamprosate 群(21 名)、継続使用していない者を非 Acamprosate 群(10 名)とし、非問題飲酒群、Acamprosate 群、非 Acamprosate 群の 3 群で、飲酒量の推移や HAM-D スコアの比較を行った。その結果、初診時点での 1 日平均純アルコール量は、非問題飲酒群では 7.5g と少ない結果であったが、Acamprosate 群では 92.3g、非 Acamprosate

群 101.9g であり、多量飲酒の基準(1 日平均純アルコール量 60g)を大きく上回っていた。しかし、2 週目より Acamprosate 群も非 Acamprosate 群も平均飲酒量が低減しており、12 週目まで低減された飲酒量が維持されていた(図.7)。

HAM-D スコアの推移では、初診時の HAM-D スコアにおいて有意な差は認められなかった( $F(2,75)=2.21, P=0.11$ ) (図.8)。非問題飲酒群、Acamprosate 群においては、2 週目以降、初診時と比較して 1%水準の有意な改善が認められていたが、非 Acamprosate 群においては 1%水準の有意な改善が認められたのは 4 週目以降からであった。また、8 週目( $F(2,75)=3.82, P=0.02$ )、12 週目( $F(2,75)=3.19, P=0.04$ )においては 3 群間に有意差が認められたため、Tukey の多重比較検定を行った結果、Acamprosate 群と非 Acamprosate 群に有意な差(8 週目： $Q(75,3)=3.89, p<0.05$ 、12 週目： $Q(75,3)=3.44, p<0.05$ )が認められた。

各群の抗うつ薬使用量を調査した結果、非問題飲酒群では十分量の抗うつ薬(イミプラミン換算 75 mg 以上)を使用していたが、Acamprosate 群、非 Acamprosate 群においては両群ともに十分量よりも少ない量で推移していた(図.9)。

#### D . 考察

抑うつ症状を有する者は、抑うつ気分や興味関心の低下に加え、不眠や精神的不安などを訴えることが多い。そして、その中には不眠を改善する目的やストレス解消、気晴らしなどのために飲酒を行う者も多くみられる<sup>3)</sup>。本研究においては、気分の落ち込み、やる気が出ない等を主訴として受診した者の中にも、15%にアルコールの問題飲酒が認められ、さらに 5%にはアルコール依存症が疑われる水準の問題飲酒が認められていた。また、アルコールの問題を主訴として受診した場合でも、約 40%に抑うつ症状が認められ、その内 15%は重症域であ

ることが見出された。このことは、アルコール問題飲酒と抑うつ症状の関連性を示すとともに、症状の改善のために行うアルコールによるセルフメディケーションが、自身の気がつかないところで抑うつ症状を悪化させ、アルコールの問題も誘発することを示唆していると考えられた。

12 週間継続調査した症例については、Acamprosate 群も非 Acamprosate 群もともに、2 週目から HAM-D スコアの改善が認められていた。しかし、8 週目、12 週目においては Acamprosate 群と非 Acamprosate 群の間に有意差が認められていた。両群ともに HAM-D スコアの改善が認められたことは、断酒や飲酒量低減が抑うつ症状の改善に影響を与えていることが考えられたが、8 週目、12 週目に有意差が認められたことや、Acamprosate 群のみ寛解域に達していたことなどから、Acamprosate が抑うつ症状の改善に有効性を示した可能性があると考えられた。

Acamprosate の作用機序は未だ明確にはされていないが、グルタミン酸受容体系の methyl-D-aspartate(NMDA) 受容体や metabotropic glutamate receptor(mGluR)5 受容体に作用すると考えられている<sup>(4,5)</sup>。この NMDA 受容体や mGluR5 受容体は近年、抗うつ薬の新たなターゲットとして注目されている<sup>(6-10)</sup>。中でも現在では ketamine が NMDA 受容体遮断作用を有し、AMPA 受容体の活性化させ、BDNF の遊離や TrkB を活性化させることで抗うつ作用を示すと考えられ、研究が進められている<sup>(11-13)</sup>。Acamprosate においても、同受容体に作用すると考えられていることから、Ketamine と同様の抗うつ作用を示す可能性は十分に存在すると考えられる。本研究において、Acamprosate 群に有意な HAM-D スコアの改善が認められたことは、Acamprosate が上記のような抗うつ作用を示したのではないかと考えられる。今後も症例数を増やして検討を重ね、併存疾患を有するアルコール依存症者に対す

る有効な薬物療法や新たな治療法の開発に貢献していきたいと考える。

## 引用文献

- 1) Grant, B.F., Harford, T.C.: Comorbidity between DSM- alcohol use disorders and major depression: result of a national survey. *Drug Alcohol Depend*, 39; 197-206,1995.
- 2) 尾崎米厚, 松下幸生 白坂知信, 廣尚典, 樋口進.: 我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. *Jpn J. Alcohol & Drug Dependence*, 40;455-470.2005.
- 3) 厚生労働省 : 平成 26 年患者調査(傷病分類編 ).(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubu/>)
- 4) 橋本恵理, 齋藤利和.: アルコール・薬物関連障害と精神疾患の併存. *医学の歩み*, 233:1154-1158, 2010.
- 5) Harris BR, Prendergast MA, Gibson DA, et al.: Acamprosate inhibits the binding and neurotoxic effects of trans-ACPD, suggesting a novel site of action at metabotropic glutamate receptors. *Alcohol Clin Exp Res*, 26:1779-1793, 2002.
- 6) Naassila M, Hammoumi S, Legrand E, et al.: Mechanism of action of acamprosate. Part I. Characterization of spermidine-sensitive acamprosate binding site in rat brain. *Alcohol Clin Exp Res*, 22:802-809, 1998.
- 7) Pałucha-Poniewiera A, Wierońska JM, Brański P, et al.: Is the mGlu5 receptor a possible target for new antidepressant drugs?. *Pharmacol Rep*, 65:1506-1511, 2013.
- 8) Zarate CA Jr, Singh JB, Carlson PJ, et al.: A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Arch Gen Psychiatry*, 63:856-864, 2006.
- 9) Paul IA, Skolnick P.: Glutamate and depression: clinical and preclinical studies. *Ann N Y Acad Sci*, 1003:250-272, 2003.
- 10) Skolnick P.: Antidepressants for the new millennium. *Eur J Pharmacol*, 375:31-40, 1999.
- 11) Berman RM, Cappiello A, Anand A, et al.: Antidepressant Effects of Ketamine in Depressed Patients. *Biol Psychiatry*, 47:351-354, 2000.
- 12) Li N, Lee B, Liu RJ, et al: mTOR-Dependent Synapse Formation Underlies the Rapid Antidepressant Effects of NMDA Antagonists. *Science*, 329:959-964, 2010.
- 13) 茶木 茂之 : グルタミン酸神経系を標的とした新規抗うつ薬創製の可能性. *医学のあゆみ*, 244 : 391-396,2013.

## E . 研究発表

### 1 . 論文発表

田山 真矢, 齋藤 利和抑うつ症状を併存したアルコール依存症者に対する Acamprosate の有効性に関する検討(ア

ルコール関連問題学会雑誌 投稿中)

ディクソン医学会学術総会. 東京,2016.10.7-8.

## 2. 学会発表

・齋藤 利和：我が国におけるアルコール依存症の診断・治療の変遷. 第 112 回日本精神神経学会学術総会. 東京, 2016.6.2-4.

・田山 真矢, 齋藤 利和：うつ病を併存したアルコール依存症者に対する抗うつ薬と Acamprosate の有効性に関する検討. 第 44 回日本神経精神薬理学会年会. ソウル, 韓国,2016.7.2-3.

・田山 真矢, 齋藤 利和： The study of effectiveness of antidepressant and acamprosate to the depressive patients with alcohol use disorders. The International Society of Biomedical Research on Alcoholism (ISBRA) and the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA): ベルリン, ドイツ, 2016.9.2-5.

・田山 真矢, 齋藤 利和：抑うつ症状を併存したアルコール依存症者に対する Acamprosate の有効性に関する検討. 第 38 回日本アルコール関連問題学会. 秋田, 2016.9.9-10.

・齋藤 利和：アルコール依存症の診断治療の変遷. 第 51 回日本アルコール・アディクソン医学会学術総会. 東京,2016.10.7-8.

・田山 真矢, 齋藤 利和：アルコール依存症を併存するうつ病の抑うつ症状の変化と Acamprosate の有効性に関する検討. 第 51 回日本アルコール・ア

・田山 真矢, 齋藤 利和： Study on the possibility of the antidepressant-like effectiveness of Acamprosate for the patients with comorbid Alcohol use disorder and depression. 17th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting. 高雄,台湾,2016.11.3-5.

## 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

なし

表.1 対象の内訳

	抑うつ群	アルコール群
n	323	249
(male/female)	(159/164)	(178/71)
age	42.5±15.2	48.5±11.7
AUDIT	5.15±6.9	23.9±7.5

図.1 初診時の AUDIT スコアの比較

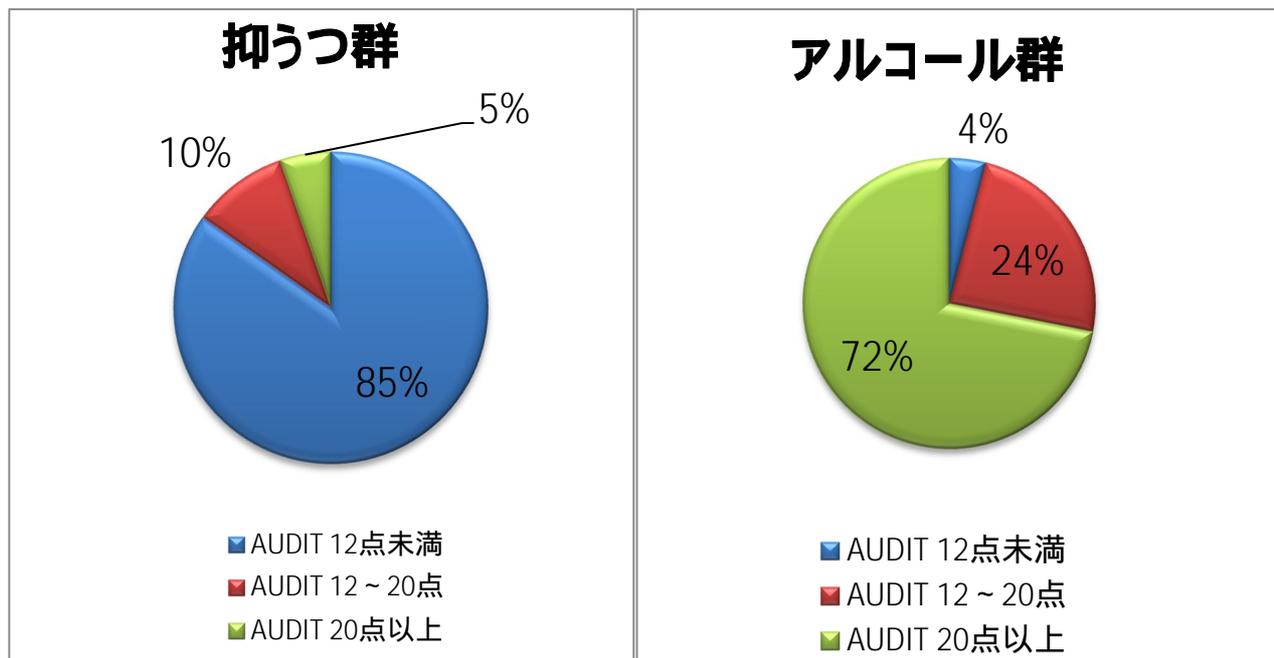


図.2 HAM-D スコアによる初診時に中等症以上の抑うつ症状を有する割合

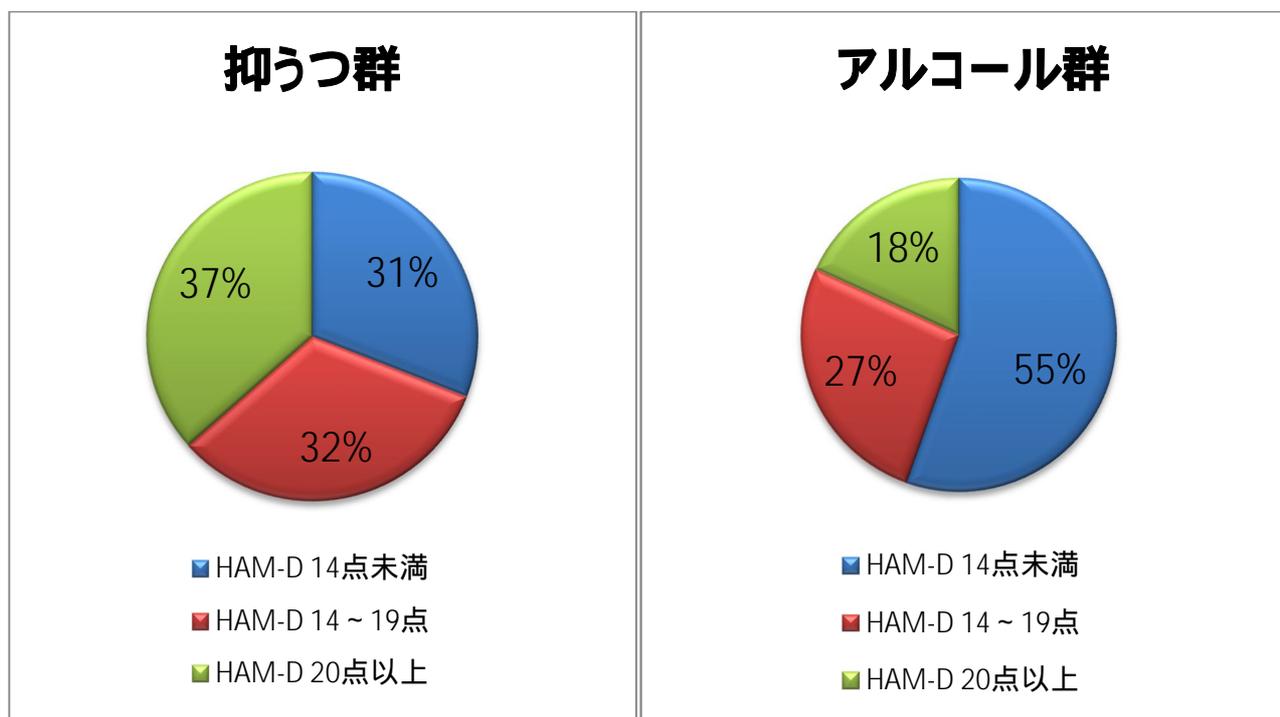


図.3 アルコール問題と中等症以上の抑うつ症状を有する者の内訳

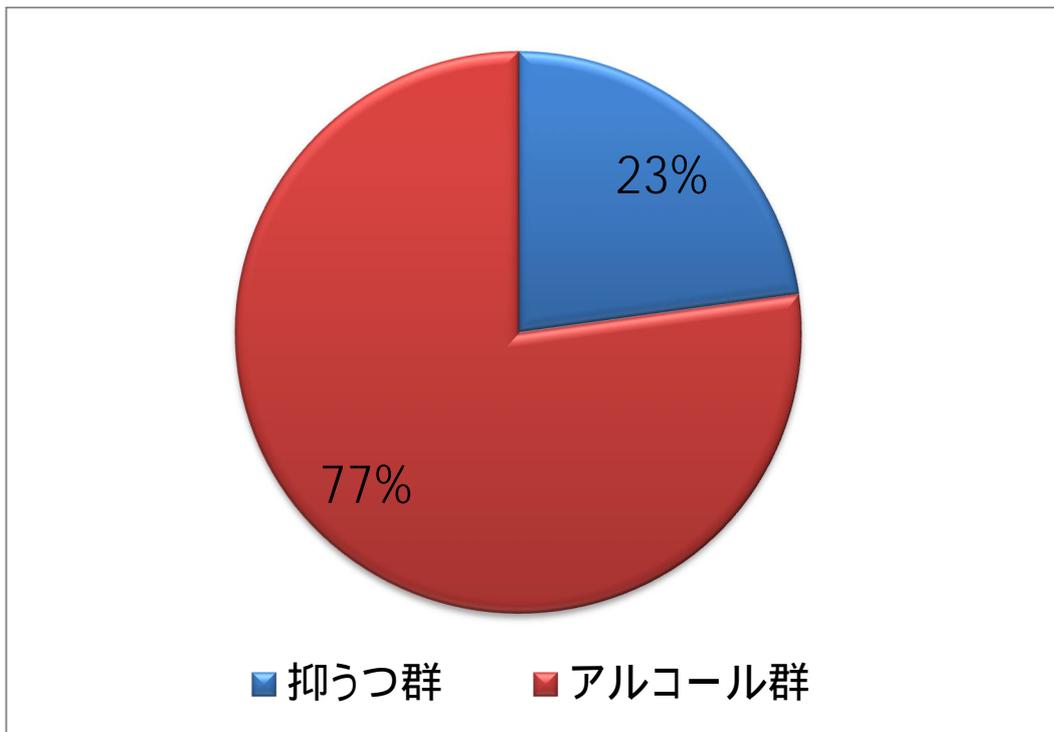


図.4 BDI スコアによる初診時に中等症以上の抑うつ症状を有する割合

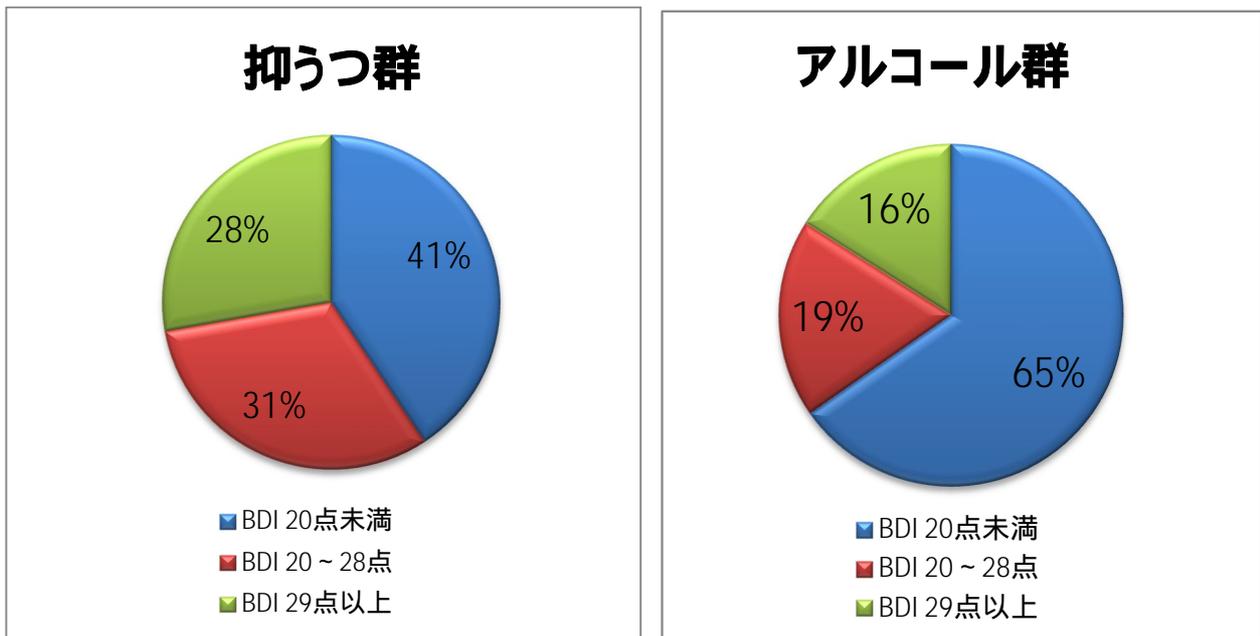


図.5 問題飲酒者(AUDIT12点以上)が社交不安症状を有する割合

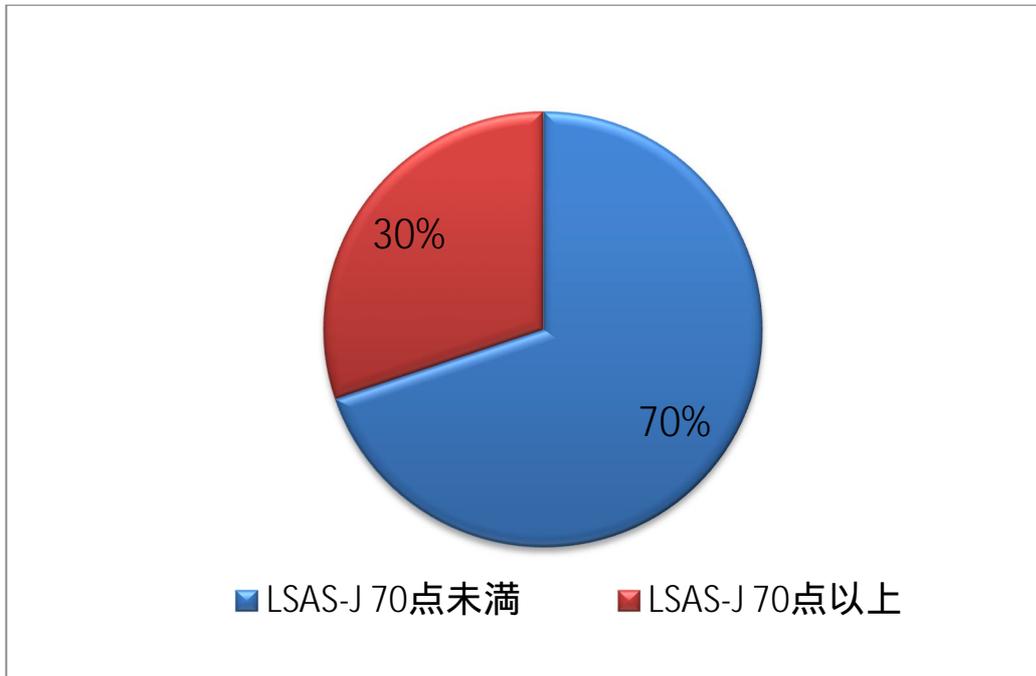


図.6 LSAS-Jスコアと1日平均飲酒量(g)の相関

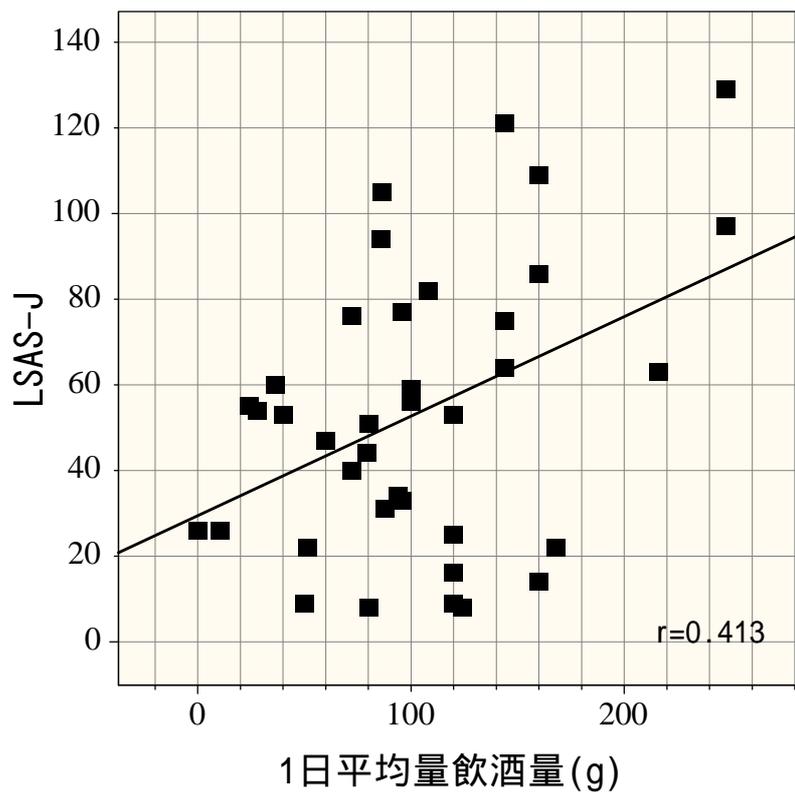


表.2

	非問題飲酒群	問題飲酒群	
		Acamprosate 群	非 Acamprosate 群
n	47	21	10
(male/female)	(25/22)	(17/4)	(6/4)
age	39.9±13	45.4±8.5	41.5±6.4
HAM-D	21.0±4.4	18.9±3.1	21.1±3.1
AUDIT	2.9±3.1	27.8±4.9	28.9±8.2

図.7 非問題飲酒群、Acamprosate 群、非 Acamprosate 群の飲酒量の推移

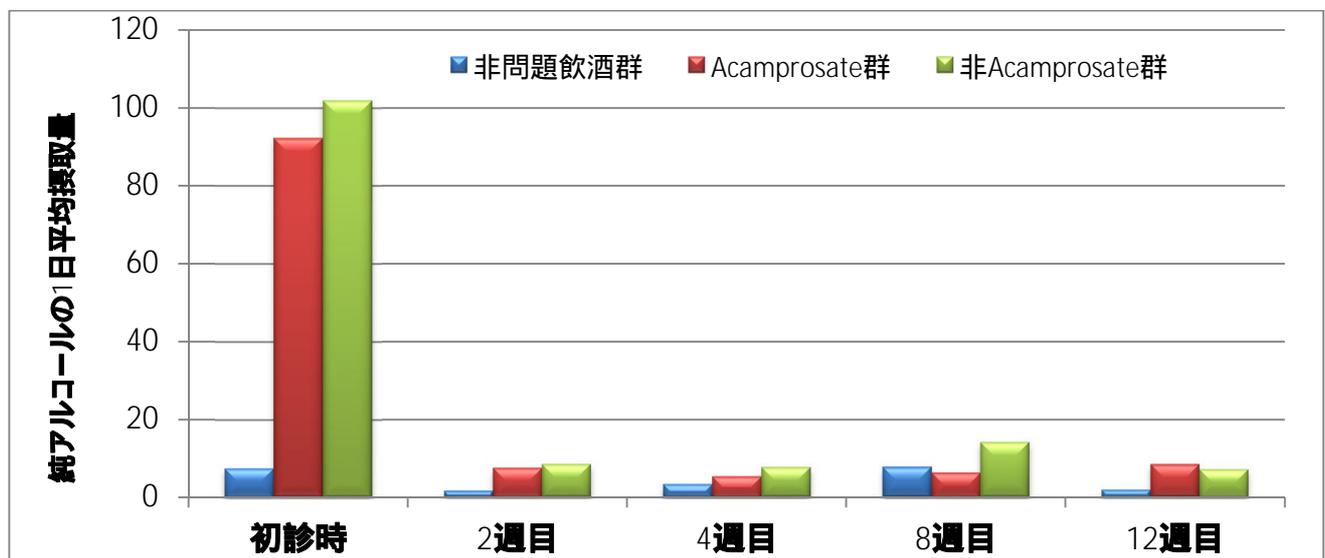
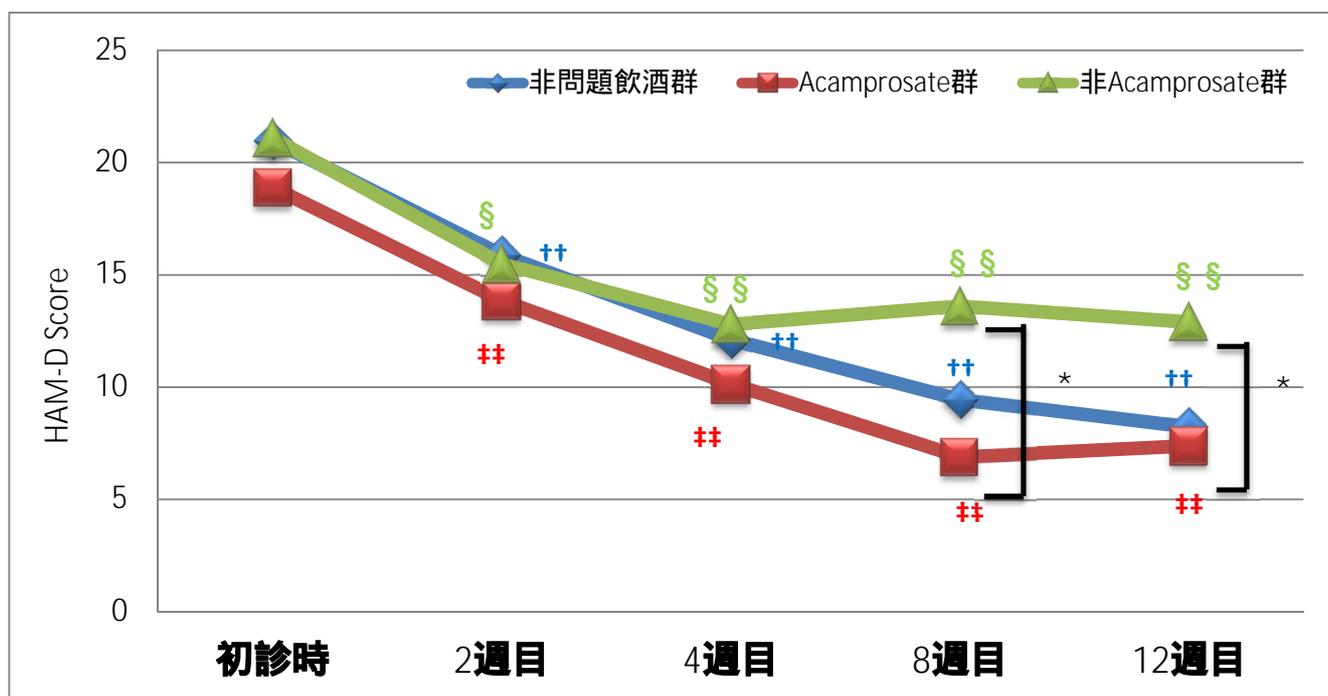


図.8 各群の HAM-D スコアの推移



非問題飲酒群	21.0±4.4	15.9±5.7	12.1±6.6	9.5±6.8	8.2±6.1
非 Acamprosate 群	21.1±3.1	15.5±5.4	12.8±7.5	13.6±7.5	12.9±6.6
Acamprosate 群	18.9±3.1	13.9±4.9	10.1±4.6	6.9±4.2	7.4±5.0
p(one-way ANOVA)	0.12	0.36	0.40	<b>0.02</b>	<b>0.047</b>

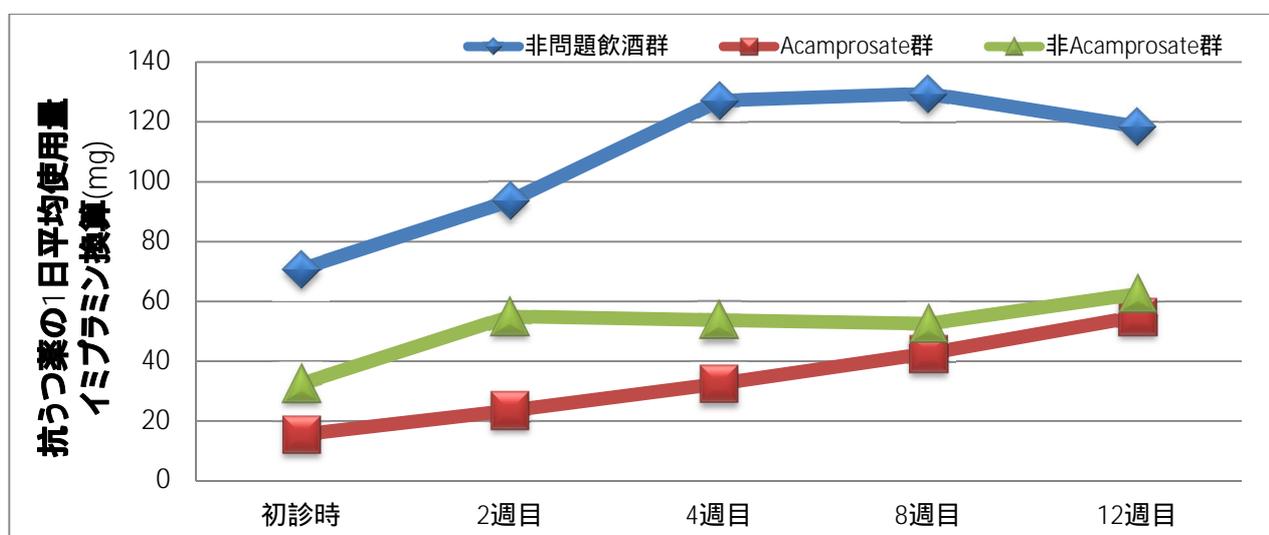
非問題飲酒群: \*†p<0.05, †† p<0.01 (Dunnett – test)

非 Acamprosate 群 : § p<0.05, §§ p<0.01(Dunnett – test)

Acamprosate 群 : ‡ p<0.05, †† p<0.01(Dunnett – test)

\* p<0.05 (tukey's test)

図.9 抗うつ薬の1日平均使用量(イミプラミン換算:mg)



	初診時	2週目	4週目	8週目	12週目
非問題飲酒群	70.8±46.3	93.6±79.0	127.2±95.5	129.5±112.4	118.5±104.1
Acamprosate 群	15.5±34.0	23.5±48.1	32.4±52.5	42.6±74.9	54.9±83.6
非 Acamprosate 群	32.5±59.0	55.0±107.2	53.8±92.1	52.5±79.5	62.5±72.9

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 年—平成 28 年度総合分担研究報告書  
アルコール依存症の社会復帰支援に関する研究  
研究分担者 大嶋 栄子 特定非営利活動法人リカバリー 理事長

研究要旨

研究 1 年目はテーマに関する文献研究、2 年目は社会復帰施設に対するインタビューおよび質問紙調査、3 年目は専門医療機関に対するインタビューおよび質問紙調査をおこなった。これらの結果および考察から、アルコール(薬物)依存症の社会復帰支援に共通するアセスメント項目について整理した。また回復を支援する場合に、その重症度にかかわらず共通して用いることの出来る新しい社会復帰支援モデルを構築しこれを示した。以上の成果を、研究報告書『誰にでも可能なアルコール(薬物)依存症の社会復帰支援』(p53)として刊行した。

研究協力者

藤田 さかえ(独立行政法人 国立病院機構  
久里浜医療センター社会福祉学修士)  
引土 絵未(国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 社会福祉学博士)

配慮する。また質問紙調査に関しても、回答のデータ入力後に適切な処理をおこない、施設が特定出来などの配慮をおこなう。

A. 研究目的

従来の社会復帰＝就労による経済的自立としてきた回復像を再考し、多様化する依存症者に対応可能な新しい社会復帰支援モデルを構築する。

B. 研究方法

研究所年度は、文献研究による先行研究レビューをおこなった。2 年目は日本における依存症者を対象とする社会復帰施設に対して、インタビューおよび質問紙調査を実施した。3 年目は日本における依存症の専門医療機関に対してインタビューおよび質問紙調査、オーストラリアの重複障害者に関する臨床研究担当者へのインタビュー調査を実施した。

(倫理面への配慮)

研究対象者へのインタビュー調査に関して十分な説明と同意を得ると同時に、個人情報に

C. 研究結果

ここでは刊行した研究報告書『誰にでも可能なアルコール(薬物)依存症の社会復帰支援』のなかから、研究目的でもある新しい社会復帰支援モデルについて述べる。

まず依存症からの回復(社会復帰)を次のように定義する。すなわち「依存症からの回復(社会復帰)とは、当事者が心身とも安定した状態にあり、希望する社会生活がそれなりに機能している状況を指す。そして、回復(社会復帰)とはある地点に到達するというより、当事者の状態と社会生活の機能状況に応じて変化し続けるものであると捉える」である。

そのうえで社会復帰支援の前提として重要な援助機関による連携、依存症者のための希望と環境のアセスメントツール、多様な社会復帰を支える 4 つの要素について述べる。

1) 途切れない相談支援を可能にする連携

依存症は当事者の健康問題として現れるだけでなく、家族の健康問題／経済問題として、あるいは当事者の職場における機能低下、コ

コミュニティにおける孤立、そして犯罪として現れる場合がある。しかしそれぞれに対応する機関や人が必ずしも目の前の問題を“依存症という病気”（あるいは依存症から派生している）とは捉えておらず、同じ現象に苦慮しながら対応しているにもかかわらず、対応しているそれぞれは出会うことが少ないという現実がある。

依存症には様々な機関、個人が関わるが、社会復帰施設は第3章でも触れたように、依存症に特化した施設のほか、障害福祉サービス事業所として依存症者を受け入れる施設がある。暮らしを文字通り支える機能を持っているこれらの施設だが、問題が現れ始めた時期に、相談／治療機関と直接連携することは少ない。当事者中心で運営される社会復帰施設の一部、また自助グループでは家族からの相談を受けているが、治療を拒絶する当事者をどう医療に結びつけるかという具体的な相談の他、家族の心理的苦痛を緩和することなどが柱である。また問題が現れ始めた頃から、回復(社会復帰)までの長い経過を切れ目なく包括的に支えることが必要だが、公的相談が関わるのはかなり状況が進行してからとなっている。このように、当事者の社会復帰に関する働きかけ、家族や周囲への支援はどれも重要でありながら、バラバラに行われているのが現状といえる。

また従来の社会復帰支援はは依存症の専門医療機関がイニシアチブをとることが多かったが、その数は全国的にも少ないために、地域によってはその役割を取れないこともある。依存症については、社会における偏見が大きいことはこれまでの質問紙調査でも明らかとなっているが、糖尿病や心臓疾患と同じように生活習慣病として、生活に留意しながら悪化させない対処が可能である。したがって、問題の現れに対峙する全ての機関において、依存症に関する知識を携え対応にあたる必要がある。エキスパー

トを目指すのではなく、相談者が次の資源へ適切につなげることが可能になれば、抱え込みによる疲弊やお互いの責任を主張するなどの混乱を防ぐことが出来る。

## 2)現状の捉え方：依存症に関する包括的なアセスメント

包括的なアセスメントとは、幅広く援助の場面において依存症の課題を評価する際に利用するものを指す。簡易でありながら、何に目を向け確認しておくとか、次の連携に向けた橋渡しをする際に分岐点となるものを示している。また全体像を頭に置いておくことで、出会った課題の大きさや広がり、また深刻度や(関わる側にとっての)難易度などを評価することが可能となる。

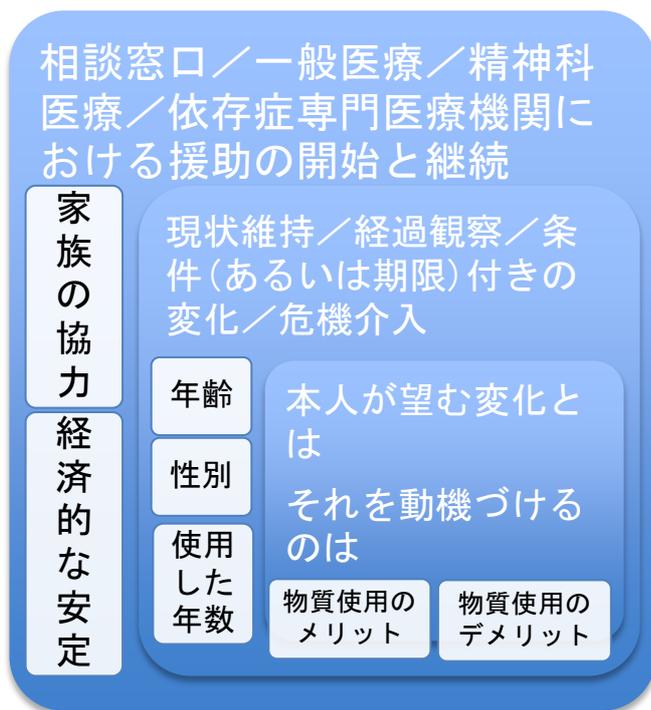


図1 現状の捉え方：本人の希望と環境のアセスメント

図1では援助者が依存症と出会ったときに、まず現状をどう掴むかを示したものである。右下枠から最左枠へと視点を広げ、それぞれの枠について情報収集をするだけでなく、相互の関連をみていく。

## 2)-1：当事者にとっての物質使用

図にある「物質使用のメリット」と「物質使用のデメリット」とは、自己治療仮説<sup>1</sup>を背景にした問いかけである。カンツイアンとアルバニーズによれば、本人が無意識のうちに自ら抱える困難や苦痛を一時的に緩和するのに役立つ物質を選んでおり、その効果を得ようと使用していくうちに依存症に陥るといふ。現在の依存症専門治療では、本人が治療につながることや断酒(断薬)への動機付けを重要なテーマとしているが、様々な場で依存症と出会うことを想定すると、治療を受けるかどうか、物質使用を止めるのかは当面問題とせず、むしろ現状を正確に把握することが有効と考えられる。物質使用がもたらしたメリットを聞き取ることは、同時に本人の変化への希求を評価することにつながる。

## 2)-2：本人の属性から見る現状

次の枠では年齢、性別、物質使用の年数との関係で現状を捉える。通常のアセスメントはこのような基本情報を最初に書いてもらうことが多いが、ここでは治療／援助の緊急度を掴み、「とりあえず」のゴールを設定するための情報として聞き取る。年齢と使用年数の関係から、身体疾患の重症度が推察可能となる。また若年で使用開始の場合には、生活環境(貧困、家族関係の悪化、虐待、いじめなど)との関連が強いとされており、相談の経験や援助を受けた経緯の有無なども同時に把握する必要がある。逆に高齢期に初めて物質使用が問題として認識される場合には、先行して認知機能の低下や老年期の気分障害などの有無を知っておくことが必要となる。

また使用した年数について聞くことは、その時々々の生活状況(学業、就労の内容、結婚や出産等のライフイベント)を同時に明らかにしてい

く。そのことから本人にとっての物質使用のメリット、また使用のパターンなどとの相関がみえる。加えて物質使用のみならず、ギャンブルなど行動の依存などが語られることもある。さらに自己治療仮説との関係でみれば、精神疾患の発症、隠れていた障がいの認知と物質使用が関係していることも見逃せない。

次に性別も重要な情報となる。女性の場合には生理周期、出産体験と授乳、更年期および閉経後などホルモンとの関係で刻々と変化する身体と向き合う。また男女ともに年齢や地域性による違いはあるが、性別役割期待のなかで生活している。男性における稼ぎ手役割、女性における子育て役割など性別に付与された役割が負担となり物質使用と結びつくこともあり、同時に相談や治療の開始を困難にする理由にもなっている。加えて、性別に関しては男女の二つだけではないことも考えておく必要がある。性的少数者(LGBT)である事実が明かされる場合には、物質使用との関連をどう捉えるのか、慎重な対応が求められていく。

前項の結果と併せて、当面の(1)現状維持、(2)経過を観察、(3)一定の期間、あるいは条件付きで変化を必要とする状況、(4)危機的状況と判断して介入が必要、の評価をおこなう。

## 2)-3：相談援助／治療の観点から見る現状

最左枠には、現状維持にせよ危機介入にせよ相談援助／治療を開始あるいは継続するには、欠かせない二つの条件があることを示している。それが「家族の協力」と「経済的な安定」である。

依存症は物質使用に伴うコントロールの喪失に陥ることから、家族にとっても大きな問題であり、経済的安定も脅かす。しかし依存症専門医療機関にたどり着くまでに長い時間が経過する場合が多いこともよく知られている。背景には本人が相談／治療を拒む、状況を過小評価する傾向が強いなど、「否認」のメカニズムが働く。しかし依存症も他の疾患

<sup>1</sup> エドワード・J・カインツアン、マーク・J・アルバニーズ(2008)＝松本俊彦訳(2013)『人はなぜ依存症になるのか』(星和書店)

と同じように、早期に発見され、本人にとっての物質使用のメリット／デメリットへの十分な聞き取り、年齢や性別との関連で特徴付けられる困難などにも配慮したうえで相談／治療が開始されることにより、十分に健康維持と社会活動が可能な疾患である。

経済的な安定は相談／治療を始める動機付けとなる。学業を途中で放棄することで将来的に得られたかもしれない利益を喪失する、あるいは職業を失うことで生活が困窮するなどはっきりと困難を予測することで、一般的にはそれを回避する行動に強化されてしまう。そのためアセスメントの段階で、逆に本人の否認を強化することがないよう注意が必要となる。「自分でなんとかできる」と話す人の場合に効果的なのは、相談／治療が本人にとって「ダメな人間だ」とレッテルを貼るものではなく、物質使用に伴うリスクを低減することに役立つものと認識してもらうことである。特に就労している人の場合には、依存症の定期的アセスメントを就労の継続に役立てるなど、定期健康診断の一環と位置づけるような仕掛けも必要となっていく。

また家族も本人の物質使用に関して十分な知識がないために、間違った対応をしてしまうことは少なくない。まずは依存症とはどのような病気なのか、症状の特徴、進行することの意味などを理解する必要がある。ここでも家族にもある「否認」を強化することのない対応が重要となる。経過観察が相当と思われる人の場合には、リスク低減の実施についてモニタリングし、ハードルが高ければ再度援助／治療の目標を下げていくなど、あくまで家族にとって「実現可能な」ものにする。

援助／治療を開始、あるいは継続する場面は内科などの一般医療期間から依存症専門医療機関まで幅広いが、エキスパートでないと出来ないのではなく、出会った場所で出来る最善のアセスメントと関わりをおこなう。家族の協力が得られない場合、あるいは家族が

別の困難や課題を抱える場合には、家族を別の機関で援助／治療することも可能である。その場合には、二つ以上の機関が一つの家族に関わることになるので、担当する人に対する援助／治療経過の共有と、同時に家族をひとつのまとまりとして捉えていくための連携が重要といえる。

依存症が隠されたままで放置され、以前から存在した問題との相互作用で複雑化、重症化してから援助／治療を開始することもあります。この場合にはどんなエキスパートであっても対応は難しい。経済的安定をすでに失った場合には、公的支援に相談するだけでなく、援助／治療の進捗と就労への動機付けを同時に検討するなど、本人の社会参加を阻害しない形が望ましい。

以上のように、依存症の包括的アセスメントを使いながら、「飲むか止めるか」の二者択一ではない幅広い現状の捉え方を示した。同時に否認のメカニズムを発動させない、本人が無意識に抱え込んだ困難や苦痛の緩和と物質使用との関連に着目した、本人の望む変化から始まる援助／治療の方向性も提示した。

### 3) 多様な回復(社会復帰)を支える要素

依存症の診断が広がり、物質使用に対する懸念に対して早期に相談や治療が開始されるようになると、当然だがこれまでの断酒(断薬)を前提とした回復像も変化していく。また先述した「社会生活が機能している状況」も、人によって様々である。しかし依存症が重症化しない、あるいはより機能回復していくために、どのような依存症のステージにあっても共通する要素があると考えられる。本研究ではこれまでの先行研究レビュー、社会復帰施設への調査、また専門医療機関への調査等を通じて得られた結果を踏まえて、回復(社会復帰)を支える要素として次の4つを抽出した(図2)。

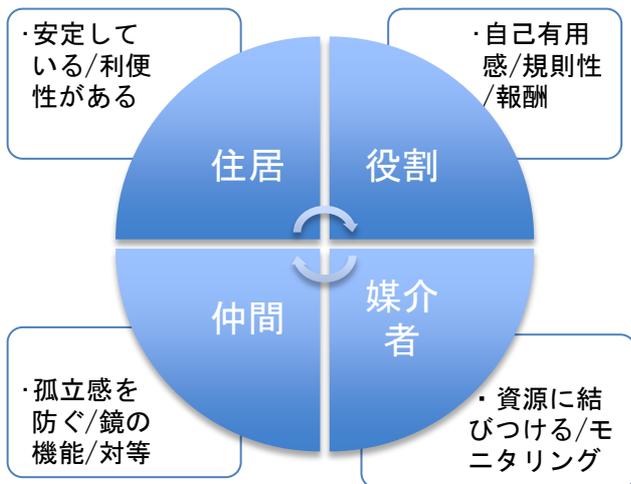


図2 多様な社会復帰を支える4つの要素

### 3)-1 : 住居

安定した住居とは、生活のベース＝拠点であると同時に精神的な基盤となる。そして相談／治療が定期的に受けられる、必要に応じて通える場所である＝利便性がある、ことも重要である。職場の健康診断で再検査となり、内科で身体治療が始まった人の場合には、一般医療機関だけでなく、仕事をしながら通うことの出来る自助グループ、週末に開催される依存症の啓発セミナーや研修などに参加しやすい場所に住居があることは、回復を促進する要素となる。利便性に課題が大きい場合には、それが相談／治療から遠ざかる原因となりがちで、その場合には後述する媒介者による援助が欠かせない。

依存症によって住居を失った人の場合には、次にどこへ住居を設定するかが重要となる。依存症の治療や回復を中心に考えるのであれば、そのための資源につながることを第一に住居を設定するが、単独生活か、家族との同居、あるいは社会復帰施設のような共通の課題を抱える人との共同生活等バリエーションは広い。しかしどの場合であっても、自分の

領域(生活空間)があり、それが一方的に侵害されない配慮が必要だ。本人が自分の拠点と精神的な基盤を持ってないことと、依存症をはじめとする精神疾患がその原因でもあり結果でもあるという調査報告もあり<sup>2</sup>、これまで考えられていた以上に住居の持つ意味は大きいと言える。

### 3)-2 : 役割

専門医療機関におけるインタビュー調査では、依存症の治療継続群の大半は就労しているという語りがあった。ここでは就労を含めて「役割」としている。役割があることは、何より本人の自己有用感、つまり自分は誰かにとって大切な存在であり、また自分も誰かの役に立っているという感覚を醸成する。また役割をもつことで、生活に規則性が生まれる。例えば、すでに職場を退職して高齢であることから雇用関係ではないが、町内会で広報を配布する役割を担っている人、身体障害者の施設で週に一度の入浴介助を手伝う有償ボランティア活動を行う人なども、本人にとってその役割が自分の有用感を引き上げると同時に、生活のなかである種の規則性を保つことに役立っていることが予測される。当然のことながら、酩酊などの状態を避けようとする気持ちも働くので、依存症とも向き合うことにつながっていく。

しかし残念なのは、復職を希望する場合のリハビリ出勤を許容する職場が少ないという現実である。回復には役割が非常に重要な要素であると同時に、本人の現状とかみ合わない大きな役割は、逆に本人にとって負担とな

<sup>2</sup> 森川すいめい他(2011)「東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率」『日本公衆衛生雑誌』58(5), 331-339.

森川すいめい(2013)「東日本大震災被災地域でのアルコール依存症者支援の試み：岩手県釜石市における支援活動から(特集 震災とアルコール関連問題)」『月刊地域保健』44(7), 19-25.

り、再発のリスクを高める側面がある。また、依存症によって役割を一度失った人ほど、自分の現状を受け入れ難いために急いで役割に復帰しようと焦る傾向がある。このようなミスマッチに関しては、その背景に留意しながら関わっていくことが必要になる。

### 3)-3 : 仲間

ここでいう「仲間」とは、依存症に限らずある種の困難を抱えている人を指している。依存症の自助グループにおける仲間はもちろんだが、医療機関で同じ時期にデイケアを利用した、子供の不登校で同じ相談機関を利用しているなど、何らかの困難に向き合う作業をしている人たちと捉えている。依存症が重症化してしまう要因のひとつには「孤立」があるが、仲間はその孤立から本人を遠ざける役割を果たす。

また人の中にいることで、自分が直面する課題など一人では気づくことの難しいことを、仲間の失敗も含め言動を通じて理解していくことが可能となる。仲間は、自分を映し出す鏡の役割を果たし、他者に依存症の症状や物質使用の有無などを指摘されると、批判されたという気持ちになりがちだが、相手も自分と同じように困難を抱えて生活しているという事実や共感が、そうした指摘への敷居を低くする効果がある。

そして、仲間の存在を通じて「対等である」関係性を体験する。社会には目に見えるものからそうでないものまで、多くの上下関係が存在する。自分がありのままでいられる場所は限定的であり、誰もが社会的立場や役割に応じた振る舞いをするよう条件づけられる。依存症の場合も同じで、社会では一人の社会人として生活している人がほとんどと言える。特に偏見にさらされることを恐れ、社会生活において依存症の相談／治療につながっていることを開示しない場合は少なくない。だからこそ、社会的立場、性別、年齢を超えて同

じようにある種の困難を抱えながら生活している人との関係において、限りなく対等でお互いが尊重されることは、まさに孤立感から解放され、自分を無理せずに表現する場面として重要と言える。

### 3)-4 : 媒介者

最後の要素が「媒介者」である。従来であれば医療、保健、福祉の援助職が想定されるが、図1で示したように問題の現れ方が多様となり、必ずしも援助職がはじめに出会うとは限らない。これまで直接的に依存症と関わることが少なかった非専門家も、問題の現れ方によっては自分が助言を求めて相談／治療機関を探す必要がある。ここでの媒介者の役割は、自分がアクセス可能な資源に本人または家族を結びつけることである。しかし資源があっても、本人や家族がそれを利用しづらい場合がある。例えば費用の問題、本人や家族の中にある依存症への誤解や偏見あるいは周囲の無理解など、障壁に気づくと共に、それ取り除くことが求められる。ただし媒介者が全ての答えを出す必要はなく、そうした障壁の乗り越え方について別の媒介者に相談する、あるいはつなげることが役割となる。

そして媒介者のもう一つの役割は、本人または家族のその後をモニタリング＝見守ることである。資源に結びついた後も、本人が相談／治療からドロップアウトする、経済状況が逼迫して労働を優先させる、家族の問題が浮上し本人が落ち着いて自分のことに取り組めない等、回復は直線的に進まないことが多い。援助者も自分たちの援助場面から離れた本人のその後を知ることは少なく、症状の再燃で再会することが多いため、依存症の回復に希望を持ちにくい側面がある。

媒介者は依存症の長い経過のなかで、変わっていくことが前提となる。援助者の異動や退職があっても、大事なのは本人または家族に非専門職も含め、媒介者が必ず存在するこ

とが重要である。単身生活の場合には、コミュニティの住人や自助グループの仲間がその役割を果たすことも可能と思われる。また本人が特別な事情(本人が依存症で老親の介護を担っている、特殊な労働環境にあって労働時間が不規則等)を抱える場合、複数の媒介者が個別のニーズに沿って資源を探し結びつけるなど、媒介者同士の連携もまた必要な時代を迎えていると言える。

以上、どのような依存症の状況にあっても、本人の望む生活が機能していくことを支える住居、役割、仲間、媒介者について概説したが、今後はこれらの要素が欠けることのないように全体を概観し、マネジメント機能を果たす人材の育成が急務となる。

#### 4) ソーシャルワーカーの役割

依存症は回復可能な疾患だが、現実には何回も再発を繰り返すことがある。その意味では、「飲むか止めるか」ではない長い支援を想定して関わるが必要になる。ソーシャルワーカーは医療機関、地域、学校、行政など様々な領域で仕事をしているが、当事者の「暮らし」に根ざした援助をおこなう。私たちが生活の再構築支援を特に重要視するのは、この疾患が家族を巻き込むだけでなく社会にとって大きな損失にもつながるからである。

もう一つの取り組みとしてソーシャルワーカーが重要視するのは「マネジメント」の機能である。切れ目のない相談支援を可能にする連携にも、多様な社会復帰支援モデルが動き出した後にも、それを見守りモニタリングをする人が必要であり、本研究では「媒介者」として提示した。マネジメントを担うソーシャルワーカーは、多くの媒介者を束ね、小さなネットワークが当事者をしっかりと受け止める大きなネットへと、撚り糸を織り上げる役割を果たしていく。

誰もが取り組める社会復帰支援と同時に、

ソーシャルワーカーもこれまで培ってきたマネジメント機能をさらに磨き、アルコール(薬物)依存症に関わる人たちとそれを共有することが今後の重要な役割となる。また依存症が個人の問題から「ソーシャル(社会的)な問題」として社会の中に認知されるために、ソーシャルワーカーとしてのアクション=行動を起こすことも求められている。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

「女たちが手を取りあえる援助を-自己責任論と自立概念からのサバイバル」

『日本アルコール・薬物医学会雑誌』Vol149 No. 4, p113, 2014.

「社会復帰施設におけるハームリダクションへの取り組み」『日本アルコール・薬物医学会雑誌』Vol149 No. 4, p184, 2014.

「症状の意味を捉え、他職種チームで支える」林 直樹・松本俊彦・野村俊明編(2016)『くらしの中の心理臨床 2 パーソナリティ障害』, PP48-53.

「その後の不自由を生き延びる」『ヒューマンライツ』部落解放・人権研究所 2015年11月号, pp21-24.

「オーストラリアでハームリダクションを学ぶ-排除から包摂へ」『精神看護』vol. 20, no. 1, (2017) pp065-069.

「オーストラリアでハームリダクションを学ぶ-厳罰主義を止めた理由、そして重複障害を重視する視点」『精神看護』vol. 20, no. 2, (2017) pp160-164.

『誰もが取り組めるアルコール(薬物)依存症の社会復帰支援-アルコール依存症の社会復帰支援に関する研究報告書』平成28年度厚生労働科学研究(障害者政策総合研究事業) 研究報告書(2017.3刊行), p53.

## 2. 学会発表

第 36 回日本アルコール関連問題学会

分科会 4 「依存症の当事者・家族の多様な  
ニーズへの支援を考える」座長・指定発言

「女たちが手を取りあえる援助を-自己責  
任論と自立概念からのサバイバル」

第 49 回日本アルコール・薬物医学会

シンポジウム I 「治療目標としての飲酒量  
低減」シンポジスト「社会復帰施設におけ  
るハームリダクション」

## 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

なし

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 年 平成 28 年度総合分担研究報告書  
アルコール依存症の治療・社会復帰に関する社会資源情報の作成  
研究分担者 湯本 洋介  
独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター

研究要旨

アルコール依存症の回復には専門医療機関、適切な社会復帰施設、自助グループなどへの迅速かつ容易なアクセスが必須である。しかし、現在まで依存症の専門機関や社会資源に関する情報を一元的にまとめ、総覧できるリストはまだない。本研究分担では全国のアルコール依存症の治療・社会復帰に関する社会資源情報を取りまとめてリスト化し、依存症の治療・相談機関の情報を求める者が容易に情報を入手、アクセスできるようになることを目的としている。

研究協力者

大嶋栄子：特定非営利活動法人リカバリー  
斎藤健輔：医療法人東北会病院  
成瀬暢也：埼玉県立精神医療センター  
中山進：特定非営利法人ジャパンマック  
長徹二：三重県立こころの医療センター  
田中増郎：医療法人信和会高嶺病院  
高橋陽介：国立病院機構久里浜医療センター  
岡崎直人：さいたま市こころの健康センター  
橋本望：岡山県精神科医療センター  
佐藤嘉孝：岡山県精神科医療センター  
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

A. 研究目的

アルコール依存症の回復は、社会復帰施設や自助グループなど、多様な回復資源との連携が必要である。各地でさまざまな治療施設、社会復帰施設が開設されているが、現状ではアルコール依存症の専門機関や社会資源に関する情報を一元的にまとめた資料は少ない。そのため情報収集が困難で、関係機関の紹介は相談の受け手側の経験に頼りがちにならざるを得ない。このような背景のもと、アルコール依存症の治

療機関、社会復帰施設、相談機関などの情報を一元化し、誰もがその情報に容易にアクセスできるように整備する必要性が高まってきている。本研究班では全国のアルコール依存症の治療・社会復帰に関する社会資源情報を取りまとめてリスト化し、アルコール依存症の治療・相談機関の情報を求める者が容易に情報を入手できる資料を整えることを目的としている。

B. 研究方法

以下のステップに従って研究を実施した。

1) 調査票の作成

医療機関と社会復帰施設に大別し、それぞれの情報収集のための調査票を作成する。提供できるサービスに関する情報（アルコール依存症プログラムの有無、対応できる依存症疾患、利用可能な支援の種類など）を過不足なく網羅できるものを作成する。

2) 施設・医療機関のリストアップおよび調査票の配布・回収

本研究で掲載対象となる施設のリストアップにはアルコール関連の学会などの理解・協力が必須である。このため各組織へ趣旨説明し協力依頼を求め、情報収集の対象とする医療機関

のピックアップを行う。また回復施設については、アルコール施設研修に参加した職員のいる施設を対象とする。

3) 回収した情報をもとに医療機関、回復施設の情報を一元化したリストを作成し、将来的には誰もがアクセス可能となるよう HP で閲覧の閲覧ができるようにする。

#### (倫理面への配慮)

情報収集に関して、各施設に対して文書にて説明し同意を得る。情報の提供を希望しない施設に対してはその意思を尊重する。リストアップの条件について(特定の情報は掲載したくないなど)は個別に判断するが、要望があった際は施設の希望通りとする。

### C. 研究結果

#### 1) 調査票の作成について

初年度から次年度にかけて、依存症医療機関としての質を保った機関をリクルートするための情報をワーキンググループにて吟味した。

その結果、アルコール依存症の専門医療機関を名乗る条件として、依存症プログラムがあること、アディクション担当者が何れかの依存症関連学会(日本アルコール・薬物医学会、日本アルコール関連問題学会、日本依存精神神経学会)に所属していること、アディクション担当者が依存症関連の研修を受けたことがあること、1ヶ月に1名以上の依存症の新患診察があること、1ヶ月に1名以上の依存症の通院実績があること、自助グループや民間リハビリ施設との連携があること、の6つの項目を挙げ、この中である程度の項目を満たせば、アルコール依存症の専門医療機関としてリストアップすることとした。リストアップの基準を満たす項目数については4項目以上を専門医療機関に認定し、2項目または3項目が該当した機関については依存症治療プログラムがある、または自助グループとの連携があれば専門医療機関に該当するものとして含めた。次に、

リストアップした医療機関に対して、提供できるプログラム内容を問う二次的な調査を行うこととした。

#### 2) 施設・医療機関のリストアップ及び調査票の配布・回収について

調査対象医療機関は、アルコール関連3学会(日本アルコール・薬物医学会、日本アルコール関連問題学会、日本依存精神神経学会)所属会員がいる医療機関それぞれについて趣旨説明を文書にて行い、該当する医療機関のリストを得ることができた。その他依存症拠点病院協議会の資料、医療機関検索サイトから抽出を行い、病院514施設、診療所224施設を対象とした。また、調査対象回復施設全国依存症回復施設研修に参加した回復施設600施設から、依存症を対象にしている100施設を対象とした。

#### 3) 調査表の集計

最終年度は、調査票の回収と集計を中心に行った。

#### 医療機関情報

調査対象とした病院514施設、診療所224施設に対して、依存症の専門医療機関としてリストアップするに足り得る左記の6つの質問項目を問う調査を行った(一次調査)。一次調査の結果、病院からは390/514施設(75.8%)、診療所からは155/224施設(69.2%)から回答を得た。一次調査の調査結果のうち、4項目以上該当した医療機関及び、2項目または3項目該当でかつ特定の項目に該当した医療機関を、より詳しい診療内容の詳細を問う調査の対象とした(二次調査)。さらに、一次調査の返答がなかった医療機関について、それぞれの機関のホームページなどを確認し、依存症医療を掲げている機関、病院21施設、診療所11施設を対象機関に加えた。以上の条件で抽出したところ、一次調査の条件をクリアし、二次調査の対象となった機関は病院234施設、診療所98施設であった。

このうち、病院と診療所を合わせて 271 施設 (81.6%) から二次調査に回答を得ることができた。

二次調査の結果を以下に述べる。

- ・初診の予約制について：「予約制である」病院 61%、診療所 78%。「予約制でない」病院 22%、診療所 16%。
- ・酩酊時に診察をするか：「診察する」病院 39.3%、診療所 47.9%。「抜けてから診察する」病院 41.5%、診療所 27.1%。「ケースによる」病院 17.8%、診療所 22.9%。
- ・節酒を認めるか：「認めない」病院 11.9%、診療所 6.3%。「中間目標として受け入れる」病院 65.9%、診療所 70.8%、「最終目標として受け入れる」病院 20.0%、最終目標 18.8%。「ケースによる」病院 4.4%、診療所 12.5%。
- ・違法薬物使用告白時の対応：「警察通報」病院 5.9%、診療所 2.1%。「自首をすすめる」病院 11.1%、診療所 18.8%。「今後について話し合う」病院 74.8%、診療所 83.3%。
- ・家族相談を受けているか：「受けている」病院 92%、診療所 96%。
- ・実施プログラム：集団精神療法 59.3%、心理教育 41.9%、家族プログラム 41.3%、運動療法 35.5%、SMARPP 29.1%、CRAFT 19.8%、GTMACK(久里浜式認知行動療法)19.8%、等の結果であった。

#### 回復施設情報

調査対象とした 91 施設に対して、依存症回復施設基準としてリストアップするに足り得る 6 つの質問項目を問う調査を行い、4 項目以上を該当施設とした。同時に、施設概要を問う質問用紙も送付した。75 施設(82.4 施設)から回答が得られ、全ての施設で回復施設基準としてリストアップするための質問項目は 4 項目以上を満たしていた。また、ほぼ全ての回復施設で、アルコール、薬物、ギャンブルを施設利用の対象としており、施設の特色を生かした多様なプログラムの提供を行っていた。

以上、得られた情報から各機関の情報用紙を作成し、各機関に配布、内容の確認を得てから、書籍及び Web ホームページにて公表の形とした。

#### D. 考察

当研究項目の目標として「依存症専門病院」と呼べる医療機関を明確化することが課題であった。そのため、アルコールに加えて薬物、ギャンブルも治療の対象としている医療機関を調査段階からピックアップしたことに加え、一次調査にて依存症専門病院が持つべき基準にて該当施設を抽出したことが明確化の観点に役立ったと思われる。一般住民が依存症専門医療機関にアクセスできるソースが増え、診療疾患に応じた医療機関の選択や、一定の条件を満たしている医療機関に安心感を持って受診することが可能となることを期待する。

また、受診の際の障壁になっていると思われる事柄について質問を行ったことも、この調査の協調すべき点である。「酩酊時に診察をするか」については、およそ 40~50%の医療機関が診察をすると答えており、飲酒が止まらずに受診時も飲酒して来院するケースでも診察に応じる姿勢が見てとれた。また、「節酒を認めるか」については、およそ 10%前後の医療機関のみが「認めない」と答えており、ほとんどの医療機関では、中間目標あるいは最終目標として節酒を受け入れる姿勢であることが分かった。断酒一辺倒のコンセプトを必ずしも推し薦めないことが治療のスタンスとして定着してきた印象がある。さらに「違法薬物の使用の告白」については、75%以上の医療機関が、警察官通報や自首ではなく、「今後の方針について話し合う」と回答しており、違法薬物使用の告白自体については、その後の治療の取り組みを重要視している姿勢が感じ取れる。

以上より、治療の目標や方向性について、個々の患者の多様性に配慮した柔軟な対応が広がってきているように思われる。

今後、当調査で得られた調査結果が書籍やホームページなどの形態で公表され、その評価を得ていく。また当調査でまとめた治療資源情報は暫定的なものであり、新たに依存症専門医療機関・回復施設リストに掲載を希望する機関があれば、情報をアップデートしていく予定である。

E．研究発表

1．論文発表

なし

学会発表

なし

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

なし

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
吉田精次 +ASK			アルコール・薬物・ギャンブルで悩む家族のための7つの対処法	アスク・ヒューマン・ケア	東京	2014	
吉田精次・境泉洋			CRAFT 薬物・アルコール依存症からの脱出	金剛出版	東京	2014	
著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
吉田精次他、共著		伴信太郎 樋口進	ぼくらのアルコール診療	南山堂	東京	2015	125-127
大嶋栄子	症状の意味を捉え、他職種チームで支える	林 直樹・ 松本俊彦・ 野村俊明	暮らしの中の心理臨床2	福村出版	東京	2016	48-53
白川教人	〈平成28年度厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究	白川教人	精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル	横浜市こころの健康相談センター	横浜市	H29年	127
吉田精次			家族・支援者のためのギャンブル問題解決の処方箋—CRAFTを使った効率的な援助	金剛出版	東京	2016	
大嶋栄子・藤田栄・引土絵未		大嶋栄子	誰もが取り組めるアルコール(薬物)依存症の社会復帰支援		札幌	2017	53

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
吉田精次	家族に対する新しい考 え方と介入方法—CRAFT—	日本アルコール関 連問題学会雑誌	第16巻第1号	134-137	2014
齋藤 利和	アルコール関連障害と 自殺	News Letter	3	1-2	2014
大嶋 栄子	女たちが手を取りあえ る援助を～自己責任論 と自立概念からのサバ イバル	日本アルコール・ 薬物医学会雑誌	Vol49 No4	113	2014
大嶋 栄子	社会復帰支援における ハームリダクション	日本アルコール・ 薬物医学会	Vol49 No4	184	2014
吉田精次、小西 友	クラフト・プログラムに よって家族支援が変わ る	日本アルコール関 連問題学会雑誌	第17巻第1号	107-110	2015
吉田精次、小西 友	依存性物質使用障害者 の家族にたいするCRA FTの実績報告	行動療法研究	41(3)	205-214	2015
吉田精次	アルコール依存症専門 病棟を持たない単科精 神科病院における	Frontiers in Alco holism	第4巻第1号	68-71	2016
齋藤 利和	物質依存の世界,	精神科	26(4)	243-246	2015
齋藤 利和	アルコール依存症の治 療	医学のあゆみ	254(10)	955-958	2015
齋藤 利和	アルコール依存症治療 の歴史を振り返る	Frontiers in Alco holism	4(1)	20-24	2016
田山 真矢 齋藤 利和	アルコール依存症とう つ病.	Frontiers in Alco holism	4(1)	52-55	2016
大嶋栄子	その後の不自由を生き 延びる	部落人権研究所 『ヒューマンライ ツ』	11月号	21-24	2015
齋藤 利和	自助グループの歴史と 変遷	Frontiers in Alco holism	4(2)	105-109	2016

Yoshimura A, Komoto Y, Higuchi S.	Exploration of Core Symptoms for the Diagnosis of Alcohol Dependence in the ICD-10.	Alcohol Clin Exp Res.	40	2409-2417	2016
大嶋栄子	オーストラリアでハームリダクションを学ぶ ・恥ではなく包摂を	精神看護	VOL20, no.1		2017
大嶋栄子	オーストラリアでハームリダクションを学ぶ ・厳罰主義を止めた理由 ・重複障害を重視する	精神看護	VOL20, no.2		2017

その他(DVD)

作成者氏名	タイトル名	全体の編集者名	出版社名	出版地	出版年	時間
米山奈奈子	アルコール依存症に関する家族向けの普及啓発用ビデオ	米山奈奈子	(株)アートワークス中野	東京	2015	約20分