

総説

男性断酒継続者における飲酒の習慣化からアルコール依存症治療アクセスまでのプロセスおよび社会的支援に関する質的研究

The process between the formations of drinking habits to the treatment from the perspective of abstinent alcoholics in Japan

岩田 裕也¹ 井上洋士²

Yuya Iwata¹ Yoji Inoue²

¹元東京大学医学部健康科学・看護学科研究生 ²放送大学

¹ Former research student of School of Health Sciences and Nursing, Faculty of Medicine, the University of Tokyo

² The Open University of Japan

断酒を継続しているアルコール依存症（以下、「ア症」）者における飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセスを主に対人関係の側面から明らかにすること、および彼らの要望を明らかにすることを目的として、3年以上の男性断酒継続者（以下、「断者」）11名を対象に半構造化面接を2007年10～12月に実施した。その結果、断者が、飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセスとして、「1）反復飲酒によりうまく回っていた社会生活」、「2）問題飲酒の表面化と要因の誤認」、「3）周囲の人々からの孤立化」、「4）周囲の人々によるア症治療アクセスへの支援」の4段階が明らかになった。また、ア症者における回復支援のために断者が社会や周囲の人々に対して抱く要望として、「1）ア症の認知向上」、「2）ア症治療に対する認知向上」、「3）ア症者への支援充実」の3カテゴリーが抽出された。ア症者に対し、ア症治療へのアクセスを促進するために、本結果であげられた要望の充足と、周囲の人々や医療関係者に対する支援充実の必要性が示唆された。

Abstract

The aim of this study was to evaluate the process from the formation of a drinking habit until seeking treatment for alcohol dependence in patients with such a dependence, mainly in terms of personal relationships, and to clarify their requests for people around them and society. Semi-structured interviews were conducted between October and December 2007 with 11 patients with alcohol dependence who had remained abstinent for 3 years or more. It was found that the process from the formation of a drinking habit until treatment for alcohol dependence in the patients with such a dependence consisted of the following 4 steps: 1) social life that successfully incorporates habitual drinking, 2) rise of problematic drinking to the surface and misrecognition of its factors, 3) isolation from surrounding people, and 4) support by surrounding people to seek treatment for alcohol dependence. The patients' requests to society and people around them included: 1) increased understanding of alcohol dependence, 2) increased understanding of its treatment, and 3) improved support for patients. To encourage patients with alcohol dependence to seek treatment, the requests clarified in this study should be addressed, and support from surrounding people and medical workers should be improved.

キーワード：アルコール依存症、アルコール依存症治療、セルフ・ヘルプ・グループ、社会関係、ソーシャル・サポート

Key Words: Alcohol Dependence, Alcohol Treatment, Self-Help Group, Social Relationship, Social Support

緒言

WHOによれば、全世界に約7,000万人のアルコール使用障害者がいるとしており¹⁾、またICD-10²⁾の基準によるわが国のア症者数も約81万人であると推計され³⁾、無視できない数になっている。

ア症とは、飲酒量をコントロールできなくなり、繰り返し大量飲酒を行う精神疾患であり、その診断基準にはICD-10²⁾およびDSM-IV⁴⁾がある。ア症に罹患した場合、一般的な飲酒パターンに戻ることはできないといわれ⁵⁾⁻¹⁰⁾、ア症の治療は、飲酒量を減らすのではなく、酒を一切飲まない行為である断酒を行うことがきわめて効果的な方法であるとされている¹¹⁾。さらに、断酒に踏み切り、またその断酒を継続するためには、ア症専門医による適切な治療やSelf-Help Group (以下「SHG」)への参加が効果的とされている¹²⁾⁻¹⁶⁾。

しかし、先行研究において、アルコールへの依存が形成され、本来診断・治療を必要としている者の大部分が、ア症専門医による適切な治療やSHG (以下、「ア症治療」)につながっていないといわれている¹⁷⁾⁻¹⁸⁾。例えば、アメリカにおいて、ア症者の95.2%がア症治療を受けていないという結果が出ており¹⁹⁾、日本においても同様の問題が指摘されている²⁰⁾⁻²²⁾。

飲酒量をコントロールできず、身体的、精神的、社会的、経済的問題が生じるにいたる問題飲酒を行い、医師の診断とア症治療を受ける必要性があるにもかかわらず受けていない者は、深刻な身体的、精神的状態に置かれていることが推測できる。実際、ア症治療を受けた後よりも受ける前の方が、QOLやセルフエフィカシー、コーピングなどが劣っていたとする報告もある²³⁾⁻²⁶⁾。日本においても、ア症治療を受けていないために心身の健康状態が悪化している者が数多く存在するものと推察され、ア症者がア症の診断・治療を受けない要因を解明し、それらを考慮に入れ、ア症の診断・治療につなげる支援を行うことが早急に求められるといえよう。

しかし、ア症治療へのアクセスに関するこれまでの研究では、ア症と診断された者における回復過程の一部としてア症治療へのアクセスに触れている研究²⁷⁾や、アクセスへの障害要因に関する研究¹⁹⁾⁻²⁸⁾⁻³²⁾、あるいはアクセスした理由³³⁾⁻³⁵⁾に関する研究などが散見されるにとどまり、ア症者がア症治療にアクセスするまでのプロセスは詳細には明らかになっていないといわれている³⁶⁾。

また、ア症は、飲酒行動に対する本人の判断を意味

する「心理的要因」、アルコールの化学作用を表す「薬物要因」、飲酒行動に影響を与える「社会的要因」、「文化的要因」、「経済的要因」が病因として挙げられている³⁷⁾が、特にア症治療にアクセスする要因には、「心理的要因」に加えて「社会的要因」として、他者とのかわり方が影響することも言及されている³³⁾⁻³⁵⁾。

よって、ア症者がア症治療アクセスまでのプロセスを対人関係の側面からより深くとらえていくことは、専門治療や回復援助を受けにくい現状にあるア症者に対し²¹⁾、これまで見落としていたア症治療へのアクセスに関する問題点や、改善すべき支援のあり方を明らかにする点で、重要な意味を持つと考えられる。

また日本では、日本社会特有の飲酒の扱い方や人間関係のとり方があるものと思われ、それらを考慮に入れながらア症治療へのアクセスを検討することが有益となるだろう。

加えて、治療成功段階にある断者がア症という「病い」とともに生活をし、「生活者」としてどう対処してきたのかという「病い経験」³⁸⁾ないしは「主観的经验」³⁹⁾の顕れとして「語り」をとらえ分析していく必要がある。これは、断者だからこそ語ることができる経験や思いによって、断酒継続につながるキーを探索することにつながり、支援のあり方に重要な示唆を与えるものと考えられる。

以上を背景として、本研究の目的は、断者のア症治療を受けるまでのプロセスと彼らの要望を明らかにすることで、ア症者に対してア症治療へのアクセスを促すための社会的環境面におけるニーズを検討し、よってア症者の健康向上に寄与することとする。

そのため、第一に、医師によりア症との診断を受けた断者の視点から、主に周囲の人々との対人関係を中心に彼らの飲酒の習慣化からア症治療にアクセスするまでのプロセスを明らかにする。

第二に、断者が抱いているア症者への回復支援に必要とされる要望を明らかにする。

方法

1. 調査の対象

先行研究⁴⁰⁾によれば、ア症と診断され、3年以上断酒できた者は、再飲酒率が低いことから「安定期」にあるとされている。よって、断酒継続期間3年以上をもって治療成功段階ととらえることができよう。本研究では、標準的な治療を継続し治療成功段階にある断者の語りを分析することで、治療成功を促進し得る要

因を解明することを目的とする。

そこで、本研究の調査対象者選定基準を以下のように設定した。①医師にア症と診断され、②ア症治療を継続しており、③治療の一環として、ア症者の SHG に所属し、④調査時点で 3 年以上の断者。

調査フィールドとした東京断酒新生会は、全日本断酒連盟が運営している。同連盟が運営する断酒会では、主にア症者やその家族が例会に出席し、各々が自らの体験談を語ることでア症から回復できるよう支援活動を行っている。会員数は、国内のア症者が活動している SHG の中で最も多く、2006 年度の会員数⁴¹⁾は全国で 10270 人である。そのうち東京断酒新生会の会員数は 674 名と他地域の会員数と比べて最も多く、断酒歴や年齢等の多様性を考慮に入れた調査対象者の選定が可能になることから、東京断酒新生会に調査の依頼を行った。

本研究では、調査対象者リクルートの依頼を同会に対して行い、対象者選定のクライテリアを満たした者のうちから、東京断酒新生会代表者による機縁法を用いて全対象者を選定した。

当初は、パイロット調査的な位置づけで 3 名の対象者の選択を依頼し、その後分析を深めつつ、新たな知見を知るために必要と思われる特性を備えている対象者 8 名について、追加を依頼した。対象者追加の際には、分析の過程で理論的サンプリング⁴²⁾を参考に 1 名ずつ依頼を行った。理論的サンプリングでは、本結果に示すカテゴリーに理論的要因を考慮した。例えば、「支援者が少なかった者」、「ア症を正しく認識していた者」、「問題飲酒をしていないと考えている者」等である。こうした経験を持つ対象者の選定は、著者が行うよりも、日ごろ断酒会の例会で各ア症者の経験を共有し理解している東京断酒新生会代表者による機縁法を用いた方が的確な対象者選定を行うことができると考え、機縁法を用いた。調査対象者は男性 11 名で、年齢は平均 63.5 歳 (44 ~ 81 歳)、断酒継続年数は平均 11.9 年 (3 ~ 29 年)、過去の飲酒年数は平均 36.5 年 (23 ~ 51 年) であった。

2. データ収集方法と分析

データ収集は、インタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。インタビューガイド作成の際には、東京断酒新生会の会員数名の意見を参考に作成した。質問の主な内容は、「問題飲酒を自覚するようになったきっかけは何でしょうか」や「問題飲酒の自覚から

アルコール専門病院に行くことになったいきさつを教えてください」といった「飲酒の習慣化からア症治療にアクセスするまでのプロセス」に関する質問、「当時、ご自身はアルコール依存症だと気づいていましたか」、「ご自身だけで解決できるとお考えでしたか」といった「疾患への認識」に関する質問、「ご自身の問題飲酒を治すために、周囲の人はどのようなことをしましたか」、「当時、誰かに支えてもらったことはありましたか」といった「周囲の人々との関係」に関する質問、「飲酒に関連した病気で内科等の病院に行ったことはありますか」、「なぜ、アルコール専門病院に行くことになりましたか」といった「医師の診察・治療」に関する質問、「当時、周囲の人からどのような協力や支えがあったら、ご自身が早期治療・早期断酒に結びついたと思いますか」、「アルコール依存症回復のために、国や福祉制度などに対してどのような問題点、あるいは要望を抱えていますか」といった「社会や周囲の人々への要望」に関する質問、「調査対象者の属性」等である。なお、インタビューは筆頭著者が行った。

調査実施期間は 2007 年 10 月から 12 月である。面接の場所は、調査対象者の希望に合わせて、主に断酒会の事務所、喫茶店や公共施設のロビーにおいて行った。特に、喫茶店、公共施設のロビーで調査を行った際は、人が少ない場所であることと、疾患名を会話中に出さないよう留意し調査対象者のプライバシーを配慮して面接を行った。

面接の所要時間は平均 121 分 (67 ~ 223 分) であった。面接内容は同意を得てテープ録音し、逐語トランスクリプトを作成した。分析は、リサーチクエストンに照らしながら逐語トランスクリプトを繰り返し読み、コーディング並びにカテゴリー分類を行った。この際、特に対人関係を中心としたプロセスを明らかにする目的から、調査対象者と周囲の人々との関係に選択的に焦点をあて、それらを時間経過に沿って分析した。さらに、分析をすすめるにあたり、東京大学大学院健康社会学研究会にて数回発表して議論し、助言を受けた。また、調査対象者数名とア症の研究に精通した専門家 1 名に本結果について助言を受け、分析結果の妥当性向上に努めた。

3. 倫理的配慮

本研究は、東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会の承認を得て行った (承認番号 1880)。また面接調査実施前に、調査対象者へ口頭および文書によ

る調査・研究目的、調査・研究内容の説明とその協力依頼を行った。具体的には、すべての調査データは鍵のかかる場所にて厳重に管理し、調査対象者の個人的データが他人に漏れたり、公表されることは一切ないこと、本調査への参加辞退による不利益を被ることは一切ないことを説明し、署名にて同意が得られた者のみを調査対象者とした。

結果

調査対象者の語りから明らかになった「ア症治療アクセスまでのプロセス」と「社会や周囲の人々に対して抱く要望」を示す。調査対象者における口述内容の引用箇所は「」内に記載し、続けて対象者の年代と断酒歴を示す。引用中の〈〉内は調査者の発言であり、（）内には省略された文脈を補った。

なお、本研究では「対象者」とは本研究における調査対象者である。

1. 飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセス

飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセスには、時間軸に沿って「1) 反復飲酒によりうまく回っていた社会生活」、「2) 問題飲酒の表面化と要因の誤認」、「3) 周囲の人々からの孤立化」、「4) 周囲の人々によるア症治療アクセスへの支援」という4つの段階があると整理された。これら段階は一直線にすすむ変化だけでなく、戻ったり一部の段階が抜け落ちているパターンもあった。

以下に、それぞれの段階について詳細を示す。また、一部についてはサブ段階についても記述する。

1) 反復飲酒によりうまく回っていた社会生活

飲酒が習慣化した対象者は、仕事関係や友人関係等、繰り返される飲酒によって人間関係が円滑に回っていた。すなわち、反復飲酒なくして円滑な社会生活はなし得ない状況に置かれ、また周囲の人々もそれを容認している状況下にあった。

「酒が飲めるから仕事、仕事で飲んでいるからお客さんも増えてく。営業やっていればそこで付き合いも広がってだんだん、だんだん魚心あれば水心でさ。『じゃお前のところ余分にやろうか』とかさ。こんなことで増えていくわけじゃん。『じゃあお前のところあそこ紹介してやるよ』とかさ。増えるわけよ、芋づる式に。」(50代、17年)

2) 問題飲酒の表面化と要因の誤認

飲酒の習慣化により、対象者は次第に問題飲酒が表面化していたが、本人はその要因を誤って認識していた。

(1) 問題飲酒の表面化

対象者は飲酒が常習化し、飲酒量をコントロールできなくなり、大量飲酒を繰り返す問題飲酒が表面化することで、周囲の人々との関係悪化に至るだけでなく、身体的問題、仕事上の問題、金銭問題など、飲酒に伴うさまざまな問題を起こすようになっていた。

「お酒セーブできなくなったとか、それと、ブラックアウトっていうの、覚えていない部分が多い。やらかしたことを忘れてね、記憶にない。」(40代、3年)

(2) 問題飲酒の要因の誤認

対象者は、以下の(i)から(iii)のサブ段階を踏み、問題飲酒の要因を誤認するに至っていた。またこのような誤認は、ア症治療にアクセスするまでの間、他者によって是正される機会を得ることがなかった。

(i) ア症への誤解

対象者は、ア症についての認識を誤っていた。例えば、ア症は「ホームレスがなっている病気」、「朝から飲んでいる」、「仕事に行かない」、「入院している人」、「精神に病をもっている人になる」、「道端で寝転んでいる」といった偏ったイメージがあった。こうした「ア症への誤解」は、以下(ii)、(iii)の認識を生み出すことにつながっていた。

「そういうの(ア症に罹患した人)は朝から飲んでて、仕事も行かないで飲んでいる、そういうのしかイメージがないから。」(40代、3年)

(ii) ア症ではないと認識

たとえ自身が大量飲酒を繰り返していても、「仕事をしている」、「家庭を持っている」、「朝から飲んではいない」など、本人が抱くア症への誤ったイメージとすべて合致しないという理由から、自分の飲酒には大きな問題はなく、ア症ではないと考えていた。

「だから、あれ(ア症)とは違うと思っていたからね。だって俺働いているじゃん。家庭もあるじゃん。こういう認識の違いね。家庭がある、仕事をしていると。だから俺はアル中(ア症)じゃねえと。」(50代、17年)

(iii) 問題飲酒の原因は意志が弱いと認識

また、(ii)に加えて対象者は、問題飲酒をやめることができないのは、自身の意志が弱いためである、よって自分だけで解決できる、解決すべきという認識を持つに至っていた。

「だけど、自分の場合は、(飲酒をコントロールできないのは)意志が弱いと思った。まず、意志が弱いと思った。」(70代、29年)

3) 周囲の人々からの孤立化

対象者は問題飲酒が表面化し、深刻になるにつれ、周囲の人々から支援的には感じられないような不適切な対応(ネガティブサポート)をされていたのみならず、孤立した状態にあった。

(1) 周囲の人々による問題飲酒への不的確な対応

周囲の人々は、対象者を支援する意図を持ちつつも、対象者の飲酒に対して意志の弱さを非難し、節酒強要を行っていたが、いずれもア症治療につながることはなかった。むしろこうした事柄が結局対象者にとって支援的とは受け止められず、むしろ余計な負担を感じることにつながり、結果的に周囲の人々と対象者とのさらなる関係悪化につながっていた。

「(周囲の人々は)みんな酒強い人ばかりだからさ。…(飲酒について)精神的に(問題があると)言われるわけだよ。そんなかですと来たからさ。自分でも精神的になんとかセーブしようとしてもできなくて、それに対して落ち込んでくるじゃない。」(40代、3年)

また、家族が飲酒に対して注意をせず、逆に飲酒を援助し、放任することにより、家族との絆を築くことができなくなり、結局、周囲との関係は孤立し、悪化していたケースもあった。

「(配偶者は)絶えず、うちに酒が切れないようには、仕向けていましたから。かみさんが仕事してたんですけど。仕事から帰ってきてお酒がないと、食事作っている最中でも買いに行きましたから。…俺はどっちみち、家で飲んで、飲みながら寝ちゃうほうですから。電気つけっぱなしで。朝までそのまんまですから。家族もそういう意味ではほったらかして、付けっぱなしで。家族は隣の部屋で閉めて、もう別の生活していましたから。…(家族は)逃げてはいましたけど、家の中で。…かみさんが気がついたときに言えなかった、だと思います。…そういう意味で言えば、触れないよ

うに協力しているっての。飲めるように協力しているってこと。だから、家の中に波風が立たないように、みんなで家族で避けて、引いているっていうか。文句言わないで、好きなようにさせて。今から思えば。」(40代、3年)

(2) 周囲の人々に相談したり支援を求めることが困難な状況

対象者は、ア症への誤解を持ち合わせている上、周囲の人々からの誤解や偏見、(1)に挙げたような不的確な対処を受けたため、これ以上周囲の人々から非難や節酒強要といった対応をされたくないため、問題飲酒について周囲の人々に相談したり、支援を求めたりすることが困難な状況に追い込まれていった。

「なんかやらかしても人には相談できない問題だから。自分では聞けないようなね。だんだんそうになってきちゃったんだよ。」(40代、3年)

(3) 周囲の人々からの適切な支援の不足

一方で、周囲の人々は、対象者にア症の情報を教えてくれたり、ア症治療を受けるようすすめてくれることはほとんどなかった。また、情報提供のみならず、対象者の思いに積極的に耳を傾けてくれる人もいない状況にあった。これらの基盤には、周囲の人々も対象者と同様にア症への誤解や偏見があったこと、そのためどのように支援し、対応すればいいのかわからなかったことがあげられる。

(4) 非専門医による不的確なケア

対象者が問題飲酒を繰り返しているうちに肝臓など身体面で合併症を引き起こし、内科医等、非専門医を受診したものの、医師がア症に対するケアをせずに、節酒指導といった不適切なケアをし、結果として対象者が、「飲むために」受診することになるという構図があった。

(i) 非専門医による身体的に限ったケアと節酒指導

飲酒で体調を悪くして内科病院に行っても、医師からア症についての診断や情報、支援は得られず、身体的治療をした上に、飲酒については節酒指導のみを受けている状態であった。

「あの肝臓ですよ。悪くなったのはね。会社の健康

診断で引っかかって、それで（内科に）行って。それで何ヶ月か（飲酒を）やめて、内科の方でそろそろ少し（酒を飲んで）いいですよって言われて。」（60代、13年）

(ii) 飲酒継続のための非専門科受診

しかし、対象者は飲酒をコントロールできないために節酒できず、再び飲酒によって身体的合併症を再発し、再度内科等、非専門科に訪れていた。しかし、医師はア症そのものについてのケアは行わず、ただ身体的合併症に対するケアを行うのみであった。このように、病院に何度も訪れるうちに、対象者は、次第に身体的合併症を治療して飲酒をすることができる体に治してもらうため、すなわち飲酒を継続するために病院を繰り返し訪れていた。

「ただそのときはおかしくなっているし、苦しいし。病院行って、しばらくすりゃまたうまく飲めるから病院いっただけでね。飲まないために行った病院じゃなくて、その頃は飲めるために行った病院だからぜんぜん違う。もう、ぜんぜん向いている方向が違うんだよね。反対方向を向いているんだから。」（80代、20年）

4) 周囲の人々によるア症治療アクセスへの支援

その後も対象者の大量飲酒は続き、家庭内や仕事上のトラブル、借金、身体的疾患といった問題が深刻化するに至る。こうした問題がもはやどうしようもない状況に追い込まれてしまったため、対象者とは断絶関係にあった周囲の人々が、何とか現状を打開しようと、問題飲酒やア症について改めて各方面から情報収集をする状況になっていた。

その結果、周囲の人々はア症という疾患イメージがある程度正確にとらえるようになり、問題飲酒を抱えている本人がそのア症に罹患しているのではないかと考え、さらに治療できることについても知り、対象者を半強制的にア症治療につなげていた。例えば、家族が、保健所に相談したり、内科医に相談することで、対象者をア症治療につなげたり、あるいは職場の上司や内科医が、対象者に本人の意志とは関係なく、ア症治療を受けるよう促していた。なお、この時期においても、対象者は自分がア症だとは思っていなかった。

「だから、自分じゃ依存症なんて思っていな。…お金を使いすぎるんで、（配偶者が）なんとかお酒をうちの亭主、止めさせたい。それで保健所行って話したら、（自分は）仕事はとにかく無遅刻無欠勤だし、

なんでもやるしね。ただ、毎晩帰ってくるのは、電車なくなってから。だから、そんな状態なんで、家族にすればたまったもんじゃない。それで、止めさせようと思って保健所行って、何回か行って話を聞いて、断酒会行ってみなさいと言われてたんだよね。それで、その過程で、『あんたもうアル中だよ』って話になって。それ聞いてね、『馬鹿なこというな』ってね。結局出たのはね、『お酒をやめるか、断酒会に出るか、どっちかにしてくれ』って。強行に迫られてね。ま、出るよって言うときゃ、そのうち何とかなるだろうと。」（70代、21年）

2. 社会や周囲の人々に対して抱く要望

ア症者に対する回復支援のために、対象者が周囲の人々や社会に対して抱く要望として、以下3つがカテゴリー化された。

1) ア症の認知向上

対象者は、かつて問題飲酒を繰り返していたとき、ア症を誤解し、罹患しているとは思っていなかった。また、周囲の人々も対象者の飲酒問題は、当人の精神的問題が原因であるとして不適確な対応を行っていた。そのため、対象者はア症についてより世間に理解されることを求めている。

「（ア症を）なるべく早く気づかせたほうが得だよ。…そういう意味ではほんとに広く依存症は病気だっていう、世間に知れる、そのほうがいいと思いますよね。」（80代、20年）

2) ア症治療に対する認知向上

本研究の対象者は、ア症治療にアクセスしたことで、断酒に踏み切るきっかけを得ることができた。そのため、彼らはア症専門医による治療やSHG参加といったア症への治療法が存在することを世間に広く認知させ、ア症治療を受けるア症者が増加すれば、ア症から回復する者が増えると考えていた。したがって、対象者はア症治療の認知向上を求めている。

「もうちょっと断酒会ってのが、世の中に認知される世の中になってくれれば。」（50代、17年）

3) ア症者への支援充実

ア症者に対して支援者となりうるのは、ア症者を取り巻く家族や職場の同僚、友人だけでなく、政府、内科医、産業医、精神科医、保健所、警察など多岐に渡

る。こうした社会の多方面からの支援的なまなざしと、ア症治療にむすびつけるための支援の充実が望まれていた。

たとえば下記のケースでは、内科医や周囲の人々によるア症者への支援充実を願っていた。

「<当時、周囲の人々や社会、医療関係者からどのような支援が欲しかったですか。>ま、その意味では、どうなんだろう。内科に入ったときに専門病院に回してくれるとか、周囲がね、そういう意味で、『あんだ、決して精神が弱いんじゃないんだよ。それは病気なんだから』って言われて『専門病院いこう』って言われれば、あるいは行ったかもしれないよね。」(80代、20年)

考 察

1. ア症治療アクセスに影響を与える対人関係

これまで詳細に明らかにされてこなかったといわれているア症者における飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセスを³⁶⁾、主に対人関係という側面から見たとき、4つの段階があることが明らかになった。

このうち、ア症治療へのアクセスを促進するうえで必要な対人関係として、「周囲の人々によるア症治療アクセスへの支援」が示され、またア症治療へのアクセスを促すために是正すべき対人関係として、「周囲の人々からの孤立化」があることも明らかになった。

これらの結果は、支援提供者がア症者へのよりよい対応を理解する上で役立つだろう。わが国では、ア症者に対して、周囲の人々に求められる対応のあり方を明記した指針や解説書は少ない。これはわが国だけの問題ではなく、海外の先行研究においても、周囲の人々に必要とされる対応のあり方に関して、明確な指針が不足しているといわれている⁴³⁾。

よって、今後周囲の人々に対してア症者との関わり方に関する指針の整備や解説書の出版・普及が求められ、その際には、下記に挙げる改善点および要望を考慮すべきと考えられた。

2. 支援を求めることが困難な状況を生み出す周囲の人々の対応

先行研究において、ア症治療アクセスへの障害の1つに「他者と問題を共有できない」ことが示されている²⁹⁾。しかしその根底には、ア症者が周囲の人々から飲酒について意志の弱さを非難され、節酒強要といった不適切な対応を受けてきたため、他者に支援を求めることで、かえって不適切な対応をされるのではない

かという恐れから、支援を求めることができない状況にあることが本結果から明らかになった。そのため、対象者は支援を求めることも、支援を受けることもできない孤立した状態に陥っていた。したがって、こうした状況が、ア症者におけるア症治療へのアクセスを妨げる要因になりうることが示唆された。

周囲の人々のこうした対応・状況は、ア症についての誤解や偏見、差別、ア症治療についての認識不足などに起因するものであろう。特に日本においては飲酒について、その有害性よりも「人間関係の潤滑油」としてのメリットの側面が強調されやすいため⁴⁴⁾、問題飲酒が存在してもその重大さに気づきにくいものと考えられる。

加えて、ア症者がなんらかの困難を抱えているときに、周囲の人々はどうかしてあげようと手を差し伸べたがる日本人独自のケアの心が根底にあり⁴⁵⁾、ア症に関して知識が欠如し無策なまま、問題飲酒を繰り返すア症者を「どうかしてあげよう」と思って素人判断で対応していることが、結果的にネガティブサポート⁴⁶⁾となってしまう状況に陥っているものと考察された。

このようなア症者が受ける「他者から負わせられる苦しみ」を軽減するために、ア症者が疾患と向き合うことも重要であろう。しかし同時に、「社会受容論」⁴⁷⁾で唱えられている支援的環境の確立、すなわち社会一般の人々が障害者を心から受け入れ、偏見や差別をなくすことで、障害者の「他者から負わせられる苦しみ」を軽減する社会形成がア症者を取り巻く環境にも必要である。

そのためにも、本結果で要望としてあげられた「ア症の認知向上」および「ア症治療に対する認知向上」を充足し、周囲の人々がア症者の疾患を理解し、不適切な対応をせず、ア症治療を薦めることができるよう、ア症治療への啓発や教育の必要性が示唆される。

ア症やア症治療への正しい認識を促す啓発や教育などを、SHGや専門家だけでなく、政府や地方公共団体、企業、マスコミ、医療関係者なども協力して広く積極的に推進することが求められる。具体的には、ア症者と接する家族や会社の同僚、非専門医等がア症に関する書籍や講習会等から正しい認識を学ぶことや、マスコミが飲酒にまつわる事件や問題を報道した際は、ア症治療の必要性や専門病院・自助グループの連絡先といった具体的解決策を社会に提示し啓発することなどが対象者の要望として挙げられていた。

3. ア症への誤った認識と是正機会の不足

本結果からは、対象者は問題飲酒が表面化してから、家族や職場の人々、友人、さらに内科医といった医療関係者と接触するにも関わらず、自身の持つア症への誤った認識を変えるために働きかける者がおらず、彼らはその認識を是正する機会も逸していたこと、よって、この状況がア症治療アクセスへの障害となっている可能性が示された。

したがって、ア症者が持つ疾患への誤解を正すために、周囲の人々からの支援の必要性が示唆された。そのためには、上記2. で述べたような日常的なレベルでの「ア症の認知向上」が必要であると考えられるが、それに加えて、ア症者に情報面・知識面から積極的に働きかけていくきっかけを与えることが求められるといえよう。

例えば、会社の健康診断の際に、飲酒量の多い社員や飲酒が原因で勤務態度に問題のある社員に対して産業医がア症を説明して専門病院を勧めることや、国は飲酒に関わる罪を犯したものに対して刑罰を与えるだけでなく専門病院に入院したり自助グループに参加させることで認識を是正させ治療を行う機会を与えることなどが具体的要望として本調査で挙げられていた。このような企業や警察と専門治療機関の連携も今後必要になるであろう。

4. 飲酒継続のための通院

本結果から、対象者は、飲酒を継続するためにすすんで内科等、非専門科に通院する構図になっていることが明らかになった。わが国の内科医は、ア症への認識が低く、スクリーニングを行うことが少ないことが言及されている⁴⁸⁾が、本結果からは、非専門医がア症者に身体的合併症の治療のみを行うことで、ア症者の大量飲酒を可能にし、さらにア症についての診断や治療、支援を行わないことによって、ア症治療へのアクセスを遅らせる可能性が新たに示唆された。

しかし、ア症者が身体面での健康を損ない、身体的合併症を治す目的から「飲むために」通院することは、ア症治療へのアクセスにおける障害となりうる一方で、孤立した状況にあり、かつ支援を求めることが困難なア症者を早期に発見し、早期治療に結びつける重要な機会になりえるといえよう。

したがって、非専門医によるア症者の早期発見、早期治療が求められる。そのためにも、医学基礎教育や

卒後の継続教育において、非専門医へのア症の認知向上を目指す必要があるだろう。具体的には、ア症専門医との連携・情報交換などを積極的に行うことを通じ、非専門医がア症についての認識や診断、治療技術を高める努力や改善を行う必要がある。さらに、飲酒に関わる身体的疾患で幾度も診察を受けにくる患者については、非専門医がア症治療の受診を促すよう指導していく体制づくりが必要であると考えられた。

5. 本研究の意義と限界

本研究では、これまで十分に明らかにされてこなかったア症者がア症治療にアクセスするまでのプロセスを主に対人関係の側面から明らかにし、改善点を示した。これにより、今後、ア症者への支援を拡充することによって、彼らの健康向上に寄与すると考えられる。

本研究にはいくつか限界がある。まず、過去の経験をたずねているため、リコールバイアスが存在していると考えられる。

さらに、今回の結果はあくまで断者の語りを分析したものであり、彼らの受け止めの一端は明らかになったものの、彼らをサポートする周囲の人々の問題には触れていない。そのため、ア症治療アクセスを促す上でも、周囲の人々は実際にどのような思いでア症者に接してきたのか、そしてどのような課題を抱いていたのかについて今後解明していくことで支援者側の問題を解決する必要があるだろう。

また、本結果のプロセスを計量的に明らかにする上でも、今後多施設の協力を求め、代表性についての検討、ならびに縦断的研究をも含めた調査を実施し、本研究結果をさらに裏付け、検討を深める必要があるだろう。

最後に、今回明らかにされたプロセスにおいて、ア症者はどのような思いを抱いているのか、その詳細を明らかにする必要があるものと思われる。これにより、ア症者の心理パターンの変化を類型化し、ア症治療を受けたときの思いと受けたがらない思い等を明らかにすることで、支援者がア症者の思いを理解した上で、円滑にア症治療受診を促すことができる具体的方法が得られると推測でき、本研究結果と併せることで、今後の支援的環境整備の方向性を考えていくことができるものと考えられる。

結 論

都内の断酒会に所属し、3年以上の断者を対象として、飲酒の習慣化からア症治療アクセスまでのプロセスを主に対人関係の側面から明らかにし、加えて彼らの要望を明らかにした結果、以下のカテゴリーが示され、ア症者への社会的支援環境整備の方向性が示唆された。

断者が、ア症治療アクセスまでのプロセスとして、「1) 反復飲酒によりうまく回っていた社会生活」、「2) 問題飲酒の表面化と要因の誤認」、「3) 周囲の人々からの孤立化」、「4) 周囲の人々によるア症治療アクセスへの支援」の4つの段階が明らかになった。

また、断者が社会や周囲の人々に対して抱く要望として、「1) ア症の認知向上」、「2) ア症治療に対する認知向上」、「3) ア症者への支援充実」の3カテゴリーが抽出された。

謝 辞

本調査の実施にあたり、ご協力、ご助言をいただきました東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学の山崎喜比古准教授および健康社会学教室の皆様、ならびに筑波大学大学院人間総合科学研究科心身障害学系の小畑文也准教授に心より御礼申し上げます。また、調査の機会を与えてくださいました東京断酒新生会のY氏、調査にご協力頂きました皆様に深く感謝致します。

文 献

- 1) World Health Organization. Fact Sheet: The World Health Report. [online] 2001, World Health Organization. [retrieved on 2007-12-15]. Retrieved from the Internet: < URL : <http://www.who.int/en/> >
- 2) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992. (融 道男、小見山実他訳. ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン. 東京: 医学書院., 2005 : 81-94)
- 3) 樋口進、尾崎米厚、松下幸生他. わが国の成人飲酒行動およびアルコール関連問題に関する全国調査. 樋口進編. 成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (健康科学総合研究事業) 総合研究報告書、

- 2005 : 9 - 24
- 4) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV-TR. 4th ed.. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000 (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院、2004 : 210 - 220)
- 5) Brochu, S. Abstinence versus nonabstinence. The objectives of alcoholism rehabilitation programs in Quebec. Journal of Psychoactive Drugs 1990 ; 22 : 15-21
- 6) Heather, N. & Tebbutt, J. Definitions of non-abstinent and abstinent categories in alcoholism treatment outcome classifications: A review and proposal. Drug and Alcohol Dependence 1989 ; 24 : 83-93
- 7) Miller, W. R. Controlled drinking: A history and a critical review. Journal of Studies on Alcohol, 1983 ; 44 : 68-83
- 8) Miller, W. R. & Caddy, G. R. Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers. Journal of Studies on Alcohol 1977 ; 38 : 986-1003
- 9) Peele, S. The cultural context of psychological approaches to alcoholism. American Psychologist 1984 ; 39:1337-1351
- 10) Peele, S. Can alcoholism and other drug addiction problems be treated away or is the current treatment binge doing more harm than good? Journal of Psychoactive Drugs 1988 ; 20 : 375-383
- 11) Oei T. P., Sweeton J., Dingle G. A. & Chalmers K. A. Psychometric Properties of a Quitting Time for Alcohol Questionnaire: Factor Structure, Reliability, and Validity. Addictive Behaviors 1999 ; 24 : 383 -398
- 12) Kelly, J. F., Stout, R., Zywiak, W. & Schneider, R. A 3-year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. Alcoholism, clinical and experimental research 2006 ; 30 : 1381-1392
- 13) Vederhus, J. K. & Kristensen, Ø. High effectiveness of self-help programs after drug

- addiction therapy. BMC Psychiatry 2006 ; 23 : 6-35
- 14) Timko, C., Moos, R. H., Finney, J. W. et al. Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. Addiction 2002 ; 97 : 877-889
- 15) Moos, R. H. & Moos, B. S. Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: a 16-year follow-up of initially untreated individuals. Journal of clinical psychology 2006 ; 62 : 735-750
- 16) Moos, R. H. & Moos, B. S. The interplay between help-seeking and alcohol-related outcomes: divergent processes for professional treatment and self-help groups. Drug Alcohol Depend 2004 ; 75 :155-164
- 17) Nathan, P. E. Treatment outcomes for alcoholism in the U.S.: Current research. In: Loberg, T., Miller, W. R., Nathan, P. E. & Marlatt, G. A., eds. Addictive behaviors: Prevention and early intervention, Amsterdam: Swets & Zeitlinger. 1989 : 87-101
- 18) Roizen, R., Cahalan, D., & Shanks, P. Spontaneous remission among untreated problem drinkers. In Kandel, D. B. ed. Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues, Washington, DC: Hemisphere Publishing, 1978 : 197-221
- 19) Cohen, E., Feinn, R., Arias, A. et al. Alcohol treatment utilization: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions Drug and alcohol dependence 2007 ; 86 : 214-221
- 20) 小杉好弘、アルコール関連問題への取り組み アルコール関連問題における医療連携: アルコール症の専門外来医療. 医学のあゆみ. 2007 ; 222 : 737-741
- 21) 加藤良弘、武田文、三宅健夫他、断酒会員における抑うつと心理社会的要因. 日本公衆衛生雑誌. 2004 ; 51 : 603-610
- 22) 角田透. 潜在するアルコール問題者数の確定について. 河野裕明、大谷藤朗編. わが国のアルコール関連問題の現状. 東京: 厚健出版、1993 : 43-53
- 23) Ginieri-Coccosis, M., Liappas, I. A., Tzavellas, E., et al. Detecting changes in quality of life and psychiatric symptomatology following an in-patient detoxification programme for alcohol-dependent individuals: the use of WHOQOL-100. In Vivo 2007 ; 21 : 99-106
- 24) Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R. & Zweben, A. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. Journal of Studies on Alcohol. Supplement. 2005 ; 15 : 119-139
- 25) Timko, C., Finney, J. W., Moos, R. H. The 8-year course of alcohol abuse: gender differences in social context and coping. Alcoholism, clinical and experimental research. 2005 ; 29 : 612-621
- 26) Ilgen, M., McKellar, J. & Moos, R. Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2007 ; 68 : 126-132
- 27) 方仁成、断酒会におけるアルコール依存症者の回復過程. 心理臨床学研究. 2006 ; 24 : 464-475
- 28) Grant, B.F. Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. Journal of Studies on Alcohol. 1997 ; 58 : 365-371
- 29) Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. et al. Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. Addictive Behaviors. 1993 ; 18 : 347-353
- 30) Stephen, E. Alcohol Dependence Patterns and Their Impact on New York City. MedGenMed. 2007 ; 9 : 23
- 31) Copeland, J. A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. Journal of Substance Abuse Treatment. 1997 ; 14 : 183-190
- 32) Vannicelli, M. Barriers to treatment of alcoholic women. Substance and Alcohol Actions Misuse. 1984 ; 5 : 29-37

- 33) Polcin, D. L. & Beattie, M. Relationship and institutional pressure to enter treatment: differences by demographics, problem severity, and motivation. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007 ; 68 : 428-436
- 34) Lemere, F., O' Hollaren, P. & Maxwell, M.A. Motivation in the treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1958 ; 19 : 428-431
- 35) Krampen, G. Motivation in the treatment of alcoholism. *Addictive Behaviors*. 1989 ;14 : 197-200
- 36) Jakobsson, A., Hensing, G. & Spak, F. Developing a willingness to change: treatment-seeking processes for people with alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*. 2005 ; 40 : 118-123
- 37) Jellinek, E.M. *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, Hillhouse Press : 1960
- 38) Kleinman, A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York, Basic Books : 1988. (江口重幸、上野豪志、五木田紳訳. 病いの語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学. 東京:誠信書房、1996)
- 39) Conrad, P. The experience of illness. In: B. Conrad and P. Conrad., eds. *The sociology of health research and illness: Critical perspectives*. New York: Worth, 2005 : 130-132
- 40) 猪野亜朗. アルコール依存症の短期予後と長期予後 断酒会員の追跡調査から. *精神神経学雑誌*. 1991 ; 93 : 334-358
- 41) 全日本断酒連盟. 2006年度全国断酒会現況調査結果. [未出版] 2006
- 42) 木下康仁. *グランデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い*. 東京:弘文堂、2003
- 43) Copello, A. G., Velleman, R. D.& Templeton, L. J. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*. 2005 ; 24 : 369-385
- 44) Pittman, D. J. International Overview : Social and Cultural Factors in Drinking Patterns, Pathological and Nonpathological, In Pittman, D. J. ed. *Alcoholism*. New York, Harper & Row, 1967: 3-20
- 45) 電通総研. 日本人の価値観変化:サステイナブルな成熟社会へ「世界価値観調査」(第1回~第5回)国内結果より. 東京:電通総研、2005 : 7
- 46) Rook, K.S. Reciprocity of social exchange and social satisfaction among older women. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987 ; 51 : 770-778
- 47) 南雲直二. *社会受容: 障害受容の本質*. 東京: 荘道社、2002
- 48) Kitamura, K., Fetters, M. D., Takenaka, H, et al. The recognition of alcohol-related problems by primary care physicians in Japan. *プライマリ・ケア*, 2001 ; 24, 104-117