

アルコール問題 相談対応ハンドブック



平成26年2月

長野県精神保健福祉センター

はじめに

平成25年11月21日の衆議院、12月7日の参議院で「アルコール健康障害対策基本法」が可決されました。

アルコール関連問題対策はこれまで、1次予防、2次予防、3次予防という考え方の流れで組み立てられてきました。法ができて、その流れには変わりないと思います。

1次予防には「健康日本21」が掲げている目標があります。

- ① 1日に平均純アルコールで約60gを越え多量に飲酒する人の減少。
- ② 未成年の飲酒をなくす。
- ③ 「節度ある適度な飲酒」としては、1日平均純アルコールで約20g程度である旨の知識を普及する。

2次予防は病気の早期発見、早期治療です。否認の病といわれるアルコール依存症は、知らず知らずに飲酒をしているうちに、自らを滅ぼしてしまう病気であることを、本人も家族も知らなくてはなりません。

3次予防は、入院を含む治療の後に、再飲酒防止のリハビリテーションや、AAや断酒会など自助グループや認知行動療法の学習会への参加を意味します。

ところで、昨年1月19日に当センターが協力し、長野県断酒連合会が漫画家の西原理恵子さんの講演会を開催しました。そこで、西原さんは亡くなった元夫の鴨志田譲さんのアルコール依存症に触れ、

「鴨ちゃんが、亡くなる1週間前に緩和ケア病棟に入ったんですが、『がんっていい病気だな。こんなに皆に大事にされて』と言うんですね。

『10年も20年も、アル中はクソヤローとか、バカヤローとかさ、言われなきゃいけない。同じ病気なのに』日本一、有名なアル中の家族なので、アルコール依存症を皆に知ってもらい、病気としての身分を上げたい。そうすれば、早く治療に繋がるんです」と語っておられました。（講演記録集より）

この、アルコール問題相談対応ハンドブックは、そのような思いを込めて、作成させていただいた冊子です。まだ、不十分な点もあるかと思いますが、ご意見を是非、当センターにお寄せ下さい。終わりに、本冊子を熟読し、活用して下さるようお願い申し上げます。

平成26年1月

長野県精神保健福祉センター

所長 小泉典章

目次

はじめに

I	アルコール問題の理解	
1	アルコール関連問題	6
2	アルコール依存症とは	12
3	アルコール依存症 各種医療機関での治療	15
4	アルコール依存症 治療を支える制度	18
5	アルコール依存症 治療・断酒で取り戻せるもの	20
6	高齢者のアルコール依存症	21
7	女性とアルコール依存症	22
8	アルコール依存症 職場での配慮	23
9	睡眠障害とうつ	24
10	アルコールと自殺	25
II	アルコール問題の支援機関と役割	
1	関係機関の基本的役割	26
2	相談対応機関における判断と初期対応	28
3	回復施設・自助グループ	30
III	アルコール問題の相談対応	
1	依存症ケースワークへの基本姿勢	33
2	家族支援	35
3	生活保護上の支援	39
4	各種手法・技術	42
IV	アルコール問題相談の諸様式	
1	アルコール問題相談受付票	44
	① AUDIT（アルコール使用障害特定テスト）	51
	② アルコール依存症の自己判定	54

アルコール問題相談対応ハンドブック

V アルコール問題に関する法律等

1	アルコール健康障害対策基本法	56
2	未成年者飲酒禁止法	59
3	酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律	60
4	刑法および道路交通法における飲酒運転の罰則規定について	61
5	健康増進法について	61
6	健康日本21について	62
7	信州保健医療総合計画について	62

VI 資料編

1	家族向け SHIFT 相談シートについて	64
	家族向け SHIFT 相談シート	68
2	相談機関・自助グループ 一覧	85
3	参考図書・参考資料	92
	参考文献 一覧	95

【 本 編 】



第 I 章 アルコール問題の理解

1 アルコール関連問題

1. アルコールの特徴

アルコールは依存性のある薬物です。厚生労働省は他の一般食品にはないアルコールの性質として「到酔性」「慢性影響による臓器障害」「依存性」「未成年者・妊婦を通じた胎児への影響」を指摘し、成人男性の適正飲酒量の目安を一日に純アルコール量20g（例：ビール500ml 1本）、週に2日の休肝日を設けることとし、『健康日本21』の施策を通じてアルコール対策を進めてきました。

到酔性のために正常時の判断が失われ「この辺でおひらきにしよう」「今は飲んではいけない時」といったブレーキが効きにくかったり、依存性のため、適正飲酒を超えて休肝日のない習慣飲酒となりやすいという特徴があります。

【表 1-1-1 問題飲酒者に関する人口統計 2003年 厚労省研究班】

	男性	女性	総計
多量飲酒者（1日平均純アルコール60グラム以上）	649万人	208万人	857万人
何らかのアルコール関連問題を有する人（AUDIT12点以上）	560万人	94万人	654万人
アルコール依存症者と予備群（KAST 2点以上）	367万人	73万人	440万人
ICD-10診断基準によるアルコール依存症者	72万人	8万人	80万人

※アルコールスクリーニングテスト AUDIT および KAST についてはP51以下参照

※多量飲酒となる純アルコール60グラム以上とは

…15度の日本酒3合、5度のビール1500ml、25度焼酎200ml、12度ワイン5杯

ただし、女性、高齢者についてはより少量のアルコール摂取で影響を受ける。

※ICD-10…疾病及び関連保健問題の国際統計分類：International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（以下「ICD」と略）の10版。国内衛生行政の統計分類として使われている。アルコール依存症の診断基準はP12参照

地方公共団体及び健康増進法に定める健康増進事業実施者（医療保険者、事業者、市町村、学校等）は、アルコール健康障害対策基本法により、その地域の状況に応じてアルコール健康障害対策に取り組む責務があります。長野県では、平成25年度に策定された『信州保健医療総合計画～「健康長寿」世界一をめざして～』により、生活習慣病のリスクを高める飲酒をする者の割合を男女とも減少させること、未成年者の飲酒をなくすこと、アルコール依存症から回復するためには完全断酒が必要であることを知っている者を増加させること、アルコール依存症の専門的診療実施医療機関数を増加させること等を指標にしてアルコール問題対策に取り組んでいます。

休肝日を作らず習慣的な飲酒をしていれば、誰でもアルコール依存症になるリスクがあります。もし、飲みすぎによる病気や問題が繰り返されているとしたら、背景にアルコール依存症が隠れていると考え、周囲から介入する必要があります。アルコール依存症の国内推定患者数は80万人

とされていますが、厚生労働省の患者調査によると、アルコール依存症の受診患者数は4万人超で、推定患者数の80万人の5%ほどでしかありません。

2. アルコール健康障害対策基本法

アルコールに起因する疾病のために、1987年には年間1兆957億円の医療費がかかっていると試算されており、アルコール乱用による本人の収入減などを含めれば、社会全体では約6兆6千億円の社会的費用になるとの推計があります（高野健,中村桂子1993）。これを解決するための総合的な取り組みが必要とされています。

2013年、WHO（世界保健機関）は非感染性疾患（NCD）の4大リスクの1つに「アルコールの有害使用」を位置付け、「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」を提言し、その中で2010年までにアルコールの有害使用を10%低減する目標を提示しました。

日本では従来から「未成年者飲酒禁止法」「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」など、飲酒の規制や酩酊者の保護に関する法律はあったものの、アルコール飲料やアルコール関連問題（アルコール健康障害及びこれに関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題を言う）に関与する各省庁を統括する監督官庁が存在しない状況でした。

2013年12月に、WHO世界戦略で提唱された対策を実施するために、国としての基本路線を定めた法律として「アルコール健康障害対策基本法」が成立しました。管轄は内閣府で、アルコール健康障害対策基本計画等の体制を整備後、厚生労働省に移管される予定です。

国は、アルコール健康障害対策推進基本計画を策定する義務を負い、都道府県はそれぞれの実情に即したアルコール健康障害対策の推進に関する計画を策定する努力義務を負うとされています。

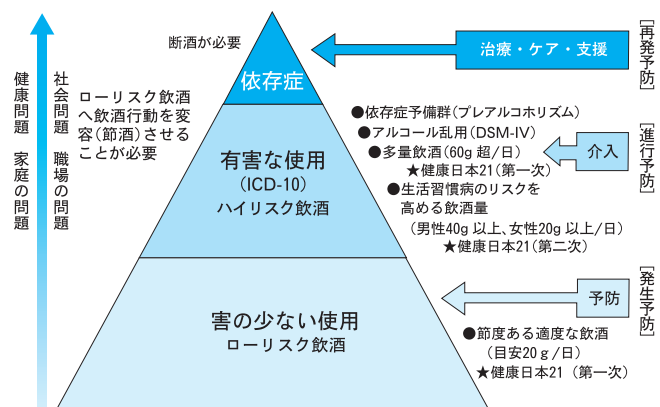
施策体系は、WHOの考え方に沿って「アルコールの有害な使用の低減」をめざし、最新のエビデンスを基本にした総合的対策を行なうものとされています。

一次予防（発生予防）として、「教育・啓発・研修の充実」と「国によるアルコールの社会規制システムづくり」を、二次予防（進行予防）、三次予防（再発予防）として、

省庁横断的な「総合的で連携した対策」をめざしています。また、地域における「関係機関の連携」を重視し、「アルコールの有害な使用」によって被害を受けた当事者とその家族の支援対策を重視する法律となっています。

（概念図参照）

【図1-1 アルコール健康障害対策基本法が目ざすもの】



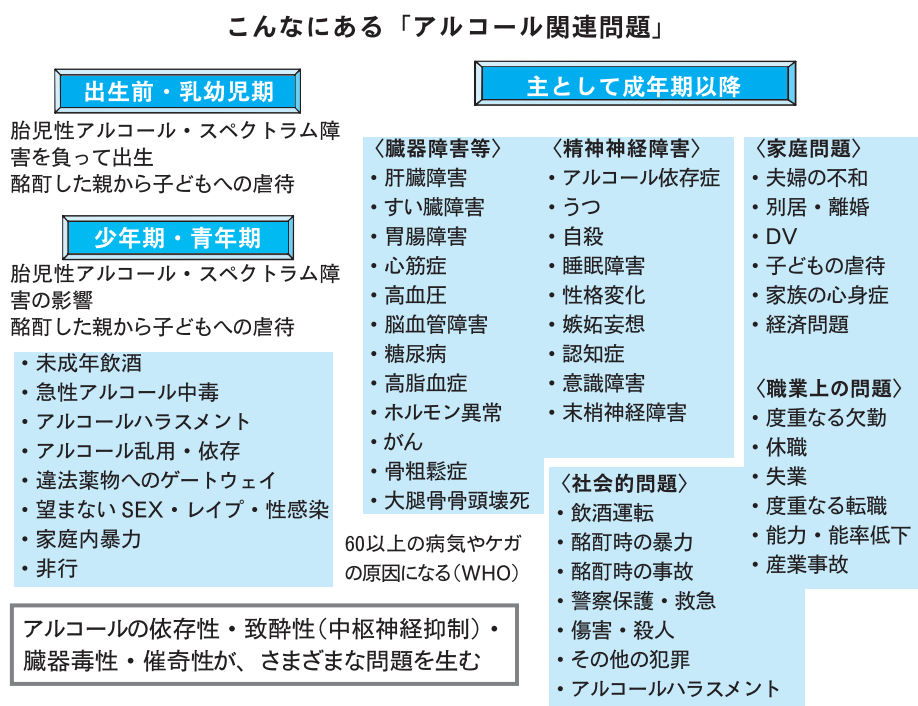
[参考]「健康日本21」厚生労働省、「我が国のアルコール関連問題の現状」厚健出版1994

3. アルコール健康障害は公衆衛生の課題

アルコールの異常な酩酊により、若者の急性アルコール中毒死、列車ホームでの転倒、飲酒運転などをはじめとした事故や事件が引き起こされています。また、習慣的な多量飲酒は、生活習慣病（高血圧、糖尿病）、がん、うつ病、認知症、アルコール依存症のリスクを高めます（アルコール健康障害）。

アルコール健康障害は、飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の社会的問題に密接に関係しており、その対策は公衆衛生上の大きな課題となっています。

【表1-1-2 アルコール関連問題】



4. 本人の身体への影響

＜内臓疾患＞ アルコールによる臓器障害の代表格は肝臓疾患です。実際には肝臓だけでなく、脳・歯・消化器・循環器・心臓・骨.....体中が障害を受けます。一般病院に入院中の患者のうち2割以上が、飲酒が原因で発病または病気を悪化させていたとの調査もあります。痛んだ臓器を治療するだけでは解決にはなりません。身体を治して「飲める体」を取り戻しても、飲酒習慣が変わらないと再び健康障害を引き起こします。内科での節酒・禁酒指導はもとより、アルコール依存症を早期発見して専門医療につなげる介入システムが欠かせません。

＜生活習慣病＞ 高血圧、高脂血症、肥満、糖尿病、痛風などは、問題飲酒者に多い生活習慣病です。処方された薬を飲み続けても、飲酒習慣を改めなければ快方に向かう可能性は薄いため、「保健指導」の中で介入を行ない、節酒・禁酒指導を行なうとともに、アルコール依存症が疑われる場合は専門医療につなげる対策が不可欠です。

<がん> アルコールは、発がん物質の「運び屋」となるだけでなく、アルコールそのものにも発がん性があります。WHOは、飲酒が原因となるがんとして、口腔・咽頭・喉頭・食道・肝臓・大腸の各がんと女性の乳がんを挙げています。多量飲酒者では、これらのがんになる確率が、飲酒しない人の6.1倍とされています。がんの予防にアルコール対策が必要です。

<急性アルコール中毒> 年に数回の祭事とともに酒を酌み交わし連帯感を強める風習が日本にはあります。それが飲酒が容易になった現代にも引き継がれ、冠婚葬祭にとどまらず、無礼講と称して集団で節度のない飲酒を容認しやすい文化的背景になっています。中でも、「飲酒の強要」「イッキ飲ませ」「酔いつぶし」「飲めない人・飲まない人への配慮を欠くこと」「酔ってからむこと」これらはアルコール・ハラスメント（アルハラ）と呼ばれ、飲酒をめぐる人権侵害を引き起こしています。

一度に大量のアルコールを飲むと、体内でのアルコール濃度が一気に高まり、急性アルコール中毒となります。脳の機能まひが進んで「昏睡」から死に至るリスクもあります。「イッキ飲み・イッキ飲ませ」が急性アルコール中毒を引き起こし、昏睡やそれに伴う吐物吸引などで若者が命を失うケースが相次いでいます。ASK（NPO法人アルコール薬物問題全国市民協会）が国内の報道に関して行った調査では2011年までの10年間に少なくとも19人の大学生が亡くなっていることがわかりました。

飲酒をしない自由を認める文化、節度ある飲酒をよしとする社会に変えていく必要があります。アルコールをめぐる体質の違いや、アルコールの作用について、正しい知識の普及が欠かせません。

一方で、急性アルコール中毒患者が繰り返し救急医療にかかり、地域救急医療が疲弊する問題も起きています。繰り返し救急搬送される者の背景にはアルコール依存症がある可能性が高く、鍵になるのは、救急・警察と専門医療との地域連携です。

「依存症を発症してから専門治療にたどりつくまで7.44年かかっていた」との患者調査もあります。早期介入が進まなければ、事態は改善しません。簡易介入の手法を広めるとともに、地域ネットワークの構築が急務です。

<外傷など> 酩酊状態になった飲酒者は、足下がふらつき、転倒するなどのリスクが高く、また酔った勢いでけんかになり、負傷したりさせたりすることもあります。このほか川に転落したり、路上で寝込んでいて車にひかれたり、ホームから線路に落ちて命を失うケースも後を絶ちません。寝たばこによる火災も、酩酊状態で起きることが多いとみられています。

救急・外科・リハビリ医療から、アルコール問題に介入する試みが必要とされています。

<認知症> 大量飲酒の経験がある高齢男性は、認知症になるリスクが、4.6倍高まるという研究もあります。アルコール依存症や大量飲酒者には脳の萎縮がみられ、飲酒量が多いほど萎縮の程度は重篤になりますが、断酒によって改善することも知られています。認知症予防にも、節酒・

断酒は大きな効果があります。

5. 家族への影響

<胎児・乳児への影響> 妊娠・授乳中の母親が摂取したアルコールは、胎児・乳児の発達に悪影響を及ぼす可能性があることが知られています。特に妊娠初期の飲酒は、発育の遅れや奇形、中枢神経の問題からくる行動障害など「胎児性アルコール症候群（FAS）」につながるリスクが高くなります。また妊娠中のどの時期であっても脳に影響を及ぼし「胎児性アルコール・スペクトラム障害（FASD）」を引き起こすリスクがあります。

日本では1970年代後半から女性の飲酒率が急上昇しています。2008年には男性83.1%に対して女性60.9%になりました。20代前半を見ると、男性83.5%に対して、女性90.4%と、男女の割合が逆転しました。女性は男性よりアルコールの害を受けやすく、短期間で依存症や肝臓病になることも併せて、出産適齢期にある若い女性への啓発が急務です。

<未成年飲酒> 未成年者の飲酒は、1996年から4年ごとに全国調査が行なわれており、減少傾向にあることがわかっています。しかし、男子に比べ女子の減少幅は小さく、飲酒経験率は女子（中学41.9%、高校63.2%）が男子（中学38.4%、高校59.6%）を上回る逆転現象が起きています。これには、女性向けのCMが展開されている果物味の甘いお酒の流行や母親の飲酒率の増加による影響が指摘されています。

また、中学生を10年間追跡した調査により、問題飲酒に関連する因子は「中学で飲酒経験あり」「親がよく飲む」の2点であることがわかっています（久里浜医療センター飲酒問題長期追跡調査による）。違法である「未成年飲酒をなくすこと」、適正飲酒についての啓発を行い「成人の多量飲酒者を減らすこと」が、将来の問題飲酒を低減するために大切です。

学校教育では、薬物・タバコに比べアルコールは軽視される傾向がありますが、学校での飲酒予防教育の強化と保護者への啓発、コンビニなどの販売店対策が欠かせません。

<家庭内暴力（ドメスティックバイオレンス：DV）> 飲酒問題のある夫に酒を飲ませまいとする妻に対し、夫が暴力で支配しようとするケースはきわめて多く、深刻なDVの32%は飲酒時に起きているという研究もあります。また、刑事処分を受けたDV事例の67.2%が、犯行時に飲酒していたという報告もあります。

こうした暴力・暴言はもちろんのこと、飲酒に伴う数々の問題によって、配偶者は心身に多大な負担を受けます。家族の相談の受け皿を充実させるとともに、女性相談センターや婦人保護施設などDV被害者支援に取り組むスタッフがアルコール問題の知識を持つことが欠かせません。

<子どもへの虐待> 酔って暴力をふるうという身体的虐待だけでなく、心理的虐待にも親のアルコール問題は大きく影響しています。アルコールを求める本人と苦言を呈す家族というように、家庭をアルコールが支配し、子どもが安心できる居場所でなくなってしまいます。

また、母親がアルコール依存症の場合には、ネグレクト（育児放棄）の状態に至ることがあり

ます。アルコール問題のある家庭には、私的にも公的にも介入の支援が必要で、子どもの安全の確保と心のケアが図られなければなりません。その際には、アルコール依存症という病気について子どもも含め家族全員が学ぶことが大切です。子どもは「自分が悪い子だから親が酒を飲む」と思い込みがちだからです。

親が安心して治療と回復に取り組むためには、児童相談所、保健所、家庭裁判所、その他虐待に関わる援助者がアルコール問題の知識を備えて支援することが必要です。

<家庭問題> 飲酒をめぐる家庭内のいさかい、酔った上での暴力、借金や仕事上の問題、異性問題など、数々のトラブルからアルコール関連問題のある家庭では離婚に至ることも少なくありません。家族全体が傷ついて崩壊していくことに、アルコールは深く関与しています。

行政機関の職員等や、家庭裁判所調査官、弁護士、家庭の問題に関わる人々が、アルコール依存症と家族についての知識を踏まえて対応することが必要です。

2 アルコール依存症とは

飲酒を続けてアルコール依存症になると「これ以上飲むのは危険」という脳の判断機能が壊れ、「自己コントロール」が失われます。アルコール以外にもっと大切なものがあるのに（自分の健康、家族からの信用、社会的な地位、自動車免許など…）飲酒を優先させてしまいます。

アルコール関連問題が起きて、飲酒をやめよう、減らそうと反省し、一旦、自分の努力で止めることができたと思っても、自己コントロール喪失のため「あと少しくらいいいだろう」と言い訳しながらいつの間にか元の飲み方になります。また、人に迷惑をかけていなくても、一人でひきこもり飲み続けるような「おとなしいけれど実は依存症」の人も少なくありません。

<耐性>

アルコールには精神安定剤の働きがあり、飲酒により不安が和らぎます。しかし、毎日のように飲酒しているとアルコールによる「(仮の)安定した状態」に気持ちも身体も慣れていきます。

以前と同じ量では効果が十分得られなくなる「耐性」が出現すると飲酒量が増えていきます。いつの間にか焼酎やウイスキーなどの度数の高い蒸留酒系に変わっていくこともあります。

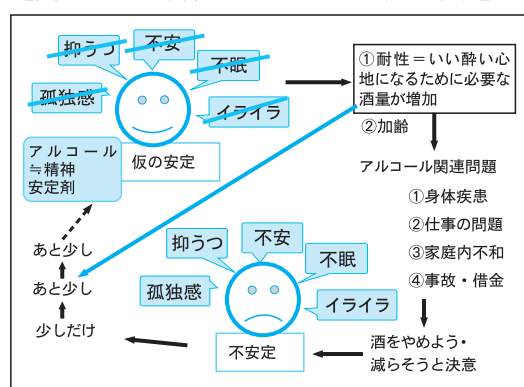
<離脱症状>

飲酒量が増えたことで、さまざまな問題が起きますが、いざ減らそう、やめようとする、と、「安定した状態」が「不安定な状態」になるためうまくいきません。アルコールが体から抜けてくる際の離脱症状で、身体面ではてんかん発作、振戦、発汗など、精神面ではせん妄による幻視や抑うつ状態などが出現する場合があります。

アルコールをやめる「断酒」はふつうの人が考えるよりもずっと難しいことで、決意して断酒や節酒にチャレンジしては、失敗を繰り返します。

毎日飲酒していた人が飲むのをやめると、神経過敏な状態になります。些細なことでイライラする。よく眠れず翌日に会社を遅刻する。上司の嫌味の一言で、いつも以上にカッとなる。我慢して強いストレスがたまっていく…。そういう自分を抑えるためにエネルギーを使い、消耗します。

【図1-2-1 耐性 コントロール喪失飲酒】



【表1-2-1 アルコール依存症の診断】

アルコール依存症の診断	
(ICD-10ではアルコール依存症群)	
ICD-10では以下の6項目のうち3項目以上が過去12ヶ月間に認められれば依存症候群とされる。	
(a)	物質を摂取したいという強い欲望あるいは切迫感。
(b)	自己コントロールの喪失。(適量が守れない、飲む時間・場所・状況が守れない)
(c)	中止または減量時の離脱症状。(離脱症状の出現または離脱症状の予防)
(d)	耐性。(使用する物質の量が増える)
(e)	物質使用以外の楽しみや興味の喪失。(飲酒中心の生活)
(f)	負の強化への抵抗。(明らかに有害な結果が起きているのに物質使用を続ける)
ICD-10… P6参照	

<アルコール依存症とアルコール関連問題>

依存症の人は少量のアルコール、例えばビールを1、2本飲んでも飲んだ気がしません。もう「ほどほどの飲酒」はできなくなっているのです。これはアルコールが脳を変えてしまっているせいであり、その人自身がだらしがないためではありません。

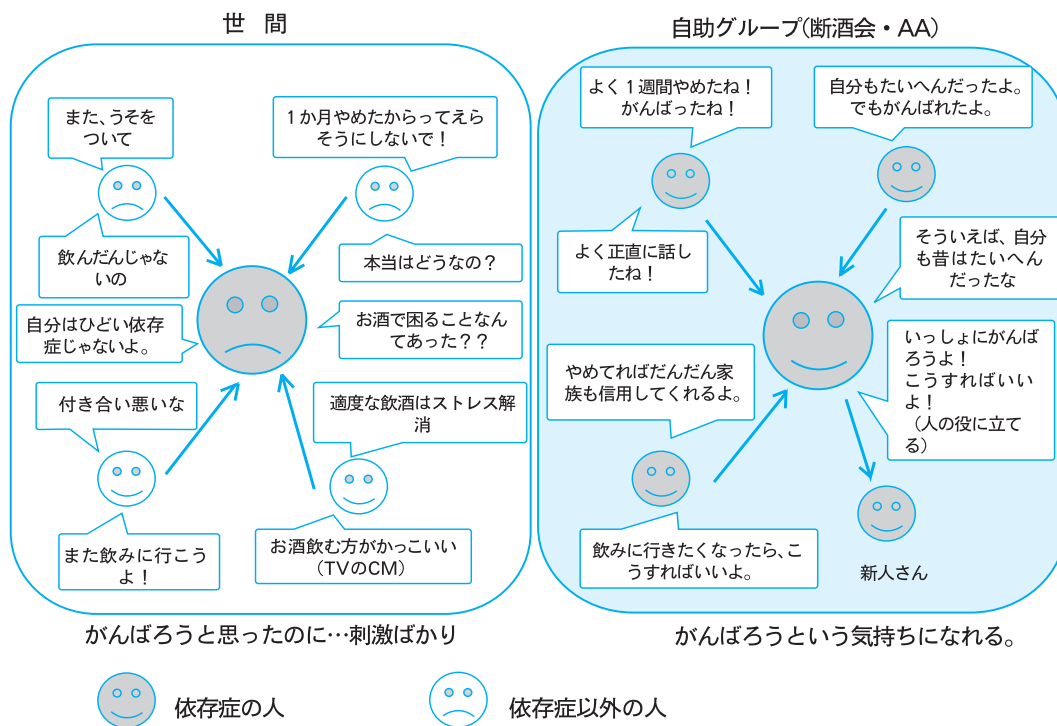
身体の病気がある人は病気が進行します。脂肪肝が肝炎になり肝硬変になります。肝硬変になると肝臓は元通りにはなりません。また、夫婦げんかが別居になり、離婚問題に発展します。アルコール依存症の人は心のどこかでアルコールで問題が起きている、困ったことが起きている、これから困ったことが起きるだろうとわかっているのですが、飲酒してしまいます。問題を忘れるために飲酒してしまうこともあります。これがコントロール喪失飲酒です。ICD-10の診断基準がありますが、一番重要なのは自己コントロールの喪失と耐性です。【表1-2-1】

健康を失い、家族を失い、仕事を失い、人生の大切なものを失うのに飲んでしまう。アルコール依存症の怖いところです。最後には生命も危うくなり、また自殺を考える人も少なくありません。

<治療と回復>

現代の医学では、アルコール依存症から完治はできないと言われていたのですが、断酒（＝酒を止める）を続けることで完治はしなくても回復することはできます。自力での回復は難しいので、依存症リハビリテーション・プログラムに参加することが大切です。また、治療目標はアルコールを止め続けることですが、そのためには「通院」、「服薬」及び「自助グループへの参加を続けること」の3本柱を続けることが大切です。

【図1-2-2 自助グループの支え】



<自助グループ>

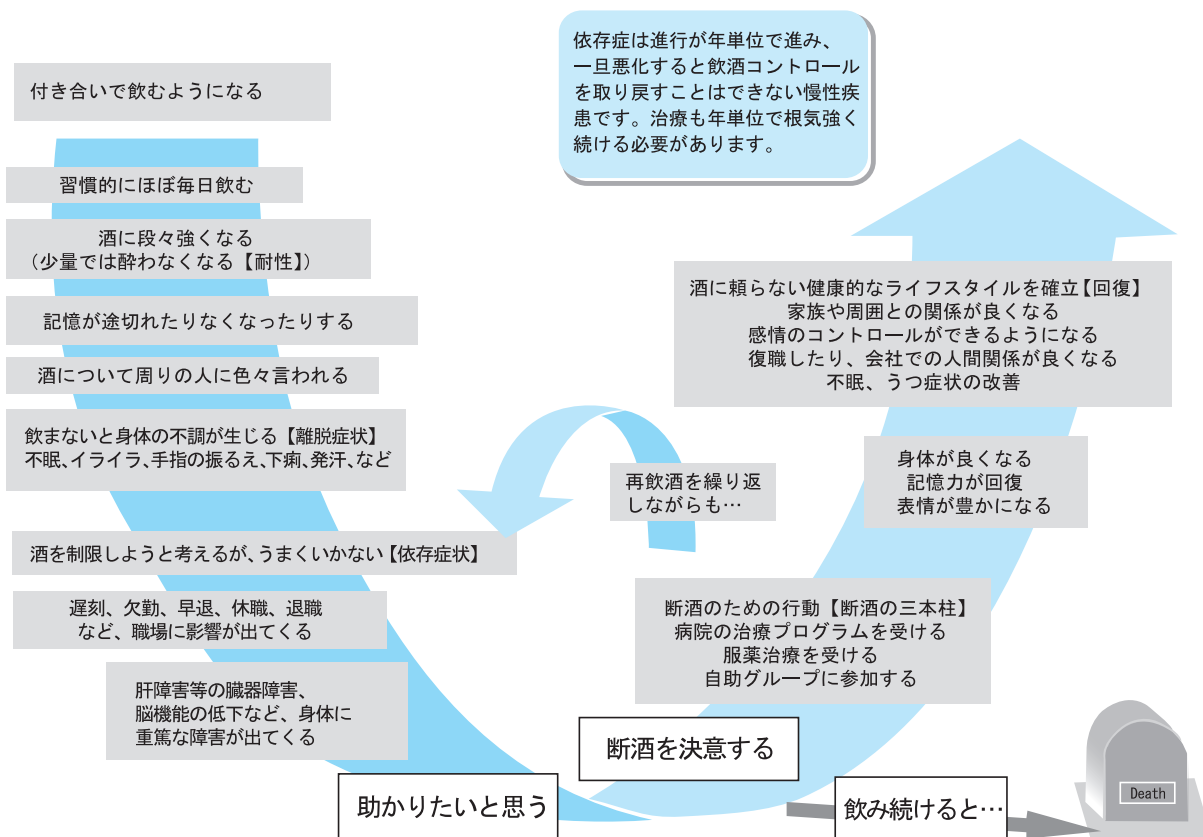
飲酒を止め続けることは、世間の中では大変です。【図 1-2-2 左】 家族からは「また嘘をついて、飲んだんじゃないか」と疑われる。1 か月止めたからといって誰も褒めてくれない。逆に、家族以外の方からは、「付き合いが悪い」と言われたり、「正月くらいいいじゃないか」と依存症を知らない周囲に言われ、その気になってしまいます。「自分はひどい依存症ではない」という気持ちにだんだん変わって、最初の 1 杯を飲んでしまいます。

ところが、自助グループ（AA や断酒会）に出席していると「1 週間よく頑張ったな」と断酒していることを評価してもらえます。「自分も酒をやめるのは大変だった。でも頑張れたよ」と先輩の話が聞けます。逆に新しい人が入ってくると「そういえば昔は自分も大変だったな」と記憶がよみがえってきます。こうして、段々断酒生活が上手くなっていくのです。【図 1-2-2 右】

<アルコール依存症の進行と回復>

アルコール依存症は進行性の慢性疾患です。断酒しないで飲酒し続けた場合の平均寿命は52歳です。男性で30年かけて進行し、女性や高齢者をもっと短期間で重症になります。アルコール依存症からの回復も、家族が受けた影響から回復するのも順調にいても数年かかります。専門家の援助や治療を受けながら、本人も家族も一緒に自助グループに参加することが大切です。

【図 1-2-3 アルコール依存症の進行と回復】



3 アルコール依存症 各医療機関での治療

アルコール依存症の治療に対して十分な知識、経験を持つ医師のもとで治療が行われます。アルコール依存症者は、飲酒への欲求がとても強く、自分自身では抑えられない状態になっています（精神依存）。そして、飲酒をやめるとイライラする、不安になる、手が震える、夜眠れない、汗をかく、食べた物を嘔吐するなどの症状（離脱症状）が現れる状態になるのです（身体依存）。このような依存から回復し、身体の健康を取り戻すためには治療を受け断酒することが必要です。

治療は外来でも可能ですが、常時飲酒状態で離脱症状が予想される場合は入院治療が安全です。治療段階は一般的に受診を開始する「治療導入期」、入院後の治療として「解毒治療期」「リハビリ治療期」「退院後のアフターケア」の4段階に分けられます。

「治療導入」「解毒治療」は一般病院で行うことも十分可能ですが、「リハビリ治療」及び「退院後のアフターケア」は治療のノウハウを持つ専門治療に委ねるのがよいでしょう。

専門医療機関での治療を開始してからも、安定した断酒生活を送ることができるようになるまでには長い年月がかかります。少なくとも3年は本人・家族とも一緒に治療に取り組む必要があります。治療中の本人の気持ちは揺れ動きがちになりますが、家族が常に本人の断酒を成功させたいという目標に向かって一緒に治療に取り組むことで、予後を改善することが知られています。

1. 第一段階 治療導入期

アルコール依存症者は「これ以上飲むとまずい」という思いが本心であったとしても、「あなたはアルコール依存症です」と言われると反発することから別名、「否認の病」とも呼ばれています。実際、本心では「アルコールをやめたい」という思いがあったとしても、強い飲酒への欲求に負けて飲酒を正当化し、飲酒を責める家族には攻撃的な言葉を発したりしがちです。

家族だけで隠したり抱え込んだりせず、市町村、保健所や精神保健福祉センターに相談することがスムーズな受診の第一歩です。アルコール依存症が病気であり、治療が必要であるということをご家族や職場、現主治医の共通理解にして、本人に治療を勧めることで、患者さんが治療に意欲を持つことができます。

飲酒の影響で重い身体疾患となり、総合病院等に入院している場合、これ以上飲酒できないことを頭ではわかっているにもかかわらず、退院すれば間もなく飲酒を再開してしまいます。入院を繰り返さないためには、入院中の病院の主治医に対して家族や支援者から本人のアルコール問題を伝え、精神科の専門治療を紹介してもらうことが大切です。

<専門病院初回面談～断酒開始前>

初回面談では、単身者の場合は本人自身または市町村の保健師など地域の支援者と同伴で、ご家族がいる場合はご家族と同伴で初回面談に行くのが一般的です。

最初は患者本人のみ、その後ご家族と一緒に、または入れ替わって面談が行われます。

初回の面談では、必ずしも病気を発見することが目的ではありません。医師からは、患者自身が飲酒に対して問題を感じているのか、問題として感じているなら、どのような問題として捉え

ているのかをヒアリングされます。さらに、そのような状況に陥った背景やエピソード、幼少時代の自身の振り返り、治療に対する抵抗感などを、答えやすい順番で質問されます。

また、「治療を受けながらの生活が成り立つのか」という視点での質問もあります。経済状況や親族の援助はあるのかなど、具体的な生活についても確認されます。

2. 第 2 段階 解毒治療

重度の離脱症状（頻脈や発熱、発汗などの著明な自律神経機能亢進、全身性の粗大な振戦、意識変容、精神運動興奮、失見当識、幻覚などの症状などの振戦せん妄が起こることがあります）、身体疾患の重症度、精神的に不安定、家族が疲弊しているなどの場合には入院治療が選択されます。

入院した患者に対して、まず精神・身体合併症と離脱症状の治療を行います。精神・身体合併症については対症的に治療します。離脱症状治療の原則は、まず交差耐性のあるベンゾジアゼピン系薬物でアルコールの肩代わりをさせ、漸減することです。この処置を行わずに、点滴などでアルコールの排泄を促進すると、離脱症状を悪化させることがあります。解毒治療は通常 2～4 週間行われます。

3. 第 3 段階 リハビリ治療

断酒・解毒を開始しおよそ 3 週間ほどで症状が治まり、精神・身体症状が回復してくると、退院後も断酒していくための精神療法が始まります。

まず教育により、患者に正しい知識を提供すると同時に、個人カウンセリングや集団精神療法などで否認の処理と断酒導入を行います。退院後の断酒継続をみすえ、断酒会や AA（アルコールクス・アノニマス）といった自助グループへの導入を図るとともに、家族や職場との調整を行います。またこの時期から、患者によく説明したうえで抗酒薬の投与を始めます。この治療は 2 か月ほどかけてしっかりと行います。

一連の治療を ARP（アルコール・リハビリテーション・プログラム）としてプログラム化して治療を実施している専門病院もあります。

4. 第 4 段階 退院後のアフターケア

<リハビリ後期>

退院後は、患者の断酒継続を支援するとともに、再飲酒した場合には速やかに必要な治療を行います。

アフターケアの三本柱と呼ばれているものがあり、患者はこれらへ取り組むよう勧められます。転帰調査でも三本柱の有効性は確認されています。【右図】

アフターケアの三本柱

- ① 病院・クリニックへの通院
- ② 抗酒薬の服用
- ③ 自助グループへの参加

リハビリテーションを終えて退院した後も、定期通院し、自助グループへの参加を継続し、さまざまな支えを受けながら断酒を継続します。また、再発防止のために、6 か月～1 年ほど抗酒薬もしくは断酒補助薬を服用する場合があります。

アルコール依存症からの回復には数年という長い時間がかかります。一般的に約 3 年間断酒期間が継続すれば、ようやく安定した日常生活を送ることができるようになりますと言われています。

アルコール依存症者が一人だけで断酒生活を継続することは容易ではありません。当事者たちが運営する組織である自助グループに参加し、共感できる仲間に分身の体験談を語ったり、人の体験談を聞いたりして、支え合うことが重要です。

アルコール依存症者は、治療初期からその後一生、再発のリスクを背負いながら日常生活を送ることになります。したがって、治療の進行に関係なく、自助グループに参加して断酒を継続することは大きな意味があります。

<再飲酒（スリップ）への対応>

アルコール依存症者は治療を受けて断酒をしていますが、つい誘惑にかられて再飲酒（スリップ）することがあります。治療が順調に進んでいるように見えても、たった一杯でもお酒を飲み出せば、次第に飲酒量が増加しアルコール依存症は再発します。

再飲酒のきっかけはさまざまですが、特に治療開始直後は断酒が定着していないので、ストレスから衝動的に飲酒してしまうことが多いようです。また、退院直後も、自宅に戻って危機感が薄れたり、解放感から飲酒してしまう可能性があります。退院後、2.5か月以内に再飲酒する患者さんは約 5 割というデータがあり、また、1 年間断酒を継続できる人は 3 割程度というデータもあります。

アルコール依存症は再発しやすい病気だと理解して、飲酒のきっかけになりそうなものを遠ざけ、最初の 1 杯に手を付けない工夫をし、専門医療機関への通院を続けながら、アルコール依存症治療薬を服用し、自助グループへ参加するなど再発予防策を取ることが大切です。

また、本人や家族が医師に対して再飲酒の事実を的確に伝えることも、その後の治療方針を検討してもらう上で重要です。

5. 通院治療の場合

断酒した際の離脱症状や、身体疾患の程度が軽度で治療意欲が比較的高く、医師の指示にしたがって通院することができるなどの場合は通院治療が選択されます。

通院治療のメリットは、家族が本人の回復の様子を肌で感じることができる点です。患者さんが苦しみながらも断酒を継続する過程を家族が共有し、アルコール依存症について患者さんと共に学ぶことは、今後の家族全体の回復にとっても非常に大切なことです。

また、生命の危険がなく、入院にためらいがあり、自分自身で何とか断酒、節酒を試みるとの意欲がある場合には、まずは通院継続を目標として治療を開始する場合があります。経過観察後、飲酒コントロールの不良が認められる場合は、本人に振り返りと自覚を促すこととなります。

4 アルコール依存症 治療を支える制度（平成26年 2月現在）

1. 通院医療費の窓口負担

○70歳未満の方 ※自立支援医療費も参照

医療保険に加入しており70歳未満の場合、医療機関の窓口での自己負担額は3割です。初診時には初診料、さらに注射・点滴や血液検査、薬剤処方などが行われた場合は、おおよそ2,000～6,000円がかかることがあります。これらの額は各医療機関や受けた処置内容により異なります。

○70歳以上の方

70歳以上の方の場合、加入している医療保険から「高齢受給者証」が交付されます。また、75歳以上になると「長寿医療制度（後期高齢者医療制度）」の対象となり、いずれも医療機関の窓口での自己負担額は1割となります。

但し、70歳以上であっても現役世代並みの所得を得ている方（課税所得145万円以上）の場合は、3割負担となります。

<自立支援医療（精神通院医療）>

アルコール依存症で精神科への通院治療が必要な人は、障害者総合支援法により心身の障害の状態を軽減するための医療について、医療費の自己負担額を軽減するための自立支援給付として「自立支援医療（精神通院医療）」が利用できます。

本制度を利用した場合、精神疾患の治療上必要と認められる医療費の自己負担額が、原則として1割になります。ただし、通院に限った制度ですので、入院には適用されません。

お住まいの市区町村の担当窓口へ提出書類を予め確認され、必要書類と申請書を用意し、利用されるご本人が申請してください（担当窓口は市区町村によって名称が異なりますので、「自立支援医療の申請をしたい」と総合窓口でお伝えください）。自立支援医療に上乘せする形で市町村独自の助成制度がある場合もあります。居住地の市町村にご確認ください。

自立支援医療の申請が受理されますと、自立支援医療受給者証と自己負担上限額管理票が交付されます。申請時に指定した医療機関や薬局を利用される際は毎回、医療機関や薬局の窓口へ受給者証と管理票をご提示ください。

<福祉医療費給付事業>

精神科のみならず、医療機関で保険診療を受けた場合、医療費の自己負担分を支給します。お住まいの市町村に申請し受給者証の交付を受け、県内の医療機関窓口で提出の上受診すると、窓口で一度支払った医療費が、後日福祉医療費として市町村より支払われます。

補助対象…乳幼児、障害者、母子家庭、父子家庭、父母のいない18歳未満の児童

- ・補助対象者により、支給内容が異なります
- ・対象者の詳細な条件は窓口の市町村にお問い合わせください

※長野県福祉医療費給付事業では 1 か月あたり医療機関ごとに500円、薬局ごとに500円の一部自己負担があります。

※市町村によっては補助対象を広げているところもあります。

2. 精神障害者保健福祉手帳

アルコール依存症の方のうち、本疾患や併発する精神疾患が原因で長期に渡り日常生活や社会生活に障害のある方は、「精神障害者保健福祉手帳」の交付対象となります。また、初めて当該疾患で治療を受けた日から 6 か月を経過して障害状態が固定していないと申請手続きができません。

居住地の市町村の障害福祉担当窓口へ、提出書類を予め確認され、必要書類と申請書を用意し、利用されるご本人が申請してください。障害の程度に応じて障害等級（1～3級）が決定されます。手帳所持により、各種の減免が受けられます。【表 1-4-1】

また、自治体によっては公営・民営交通の割引や無料化、公営住宅の家賃減免や優先入居などの独自サービスがある場合もありますので、詳しくは各自自治体の窓口にお問い合わせください。

【表 1-4-1 手帳所持者が利用できる制度】

[手帳所持者が利用できる制度]
税金の控除などの優遇措置
生活保護の障害者加算
福祉手当の受給（特別障害手当等の受給）
心身扶養共済制度の加入
負担軽減サービス（NHKや携帯電話料金の減免）
※手帳の等級によって、受けられるサービスの範囲が異なります。

3. 障害者総合支援法の利用方法

この法に規定されている障害福祉サービスの利用にあたっては、まず居住地の市町村に申請し、認定調査を受ける必要があります。介護給付の場合は、障害程度区分（平成26年4月1日からは障害支援区分）が決定され、区分によって受けられる障害福祉サービスが決まり、最終的に利用希望サービスと量が決定されます。訓練等給付の場合は、区分に関わらず暫定支給決定を行い、個別支援計画を立て、支給が決定されます。

【表 1-4-2 障害者総合支援法に基づく各種支援】

障害者総合支援法に基づく各種支援	
[自立支援給付]	
障害福祉サービス	介護給付：居宅介護、生活介護、短期入所、行動援護、共同生活介護など 訓練等給付：自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助 計画相談支援給付：サービス利用支援、継続サービス利用支援 地域相談支援給付：地域移行支援、地域定着支援 自立支援医療：通院治療の項目を参照 補装具
[地域生活支援事業]	
	相談支援、移動支援、成年後見制度利用支援、日常生活用具、 地域活動支援センターなど

5 アルコール依存症 治療・断酒で取り戻せるもの

アルコール依存症者が、適切な治療を受けて回復すると、さまざまな生活環境の変化が見られます。

<体調が改善する>

アルコールは、さまざまな臓器や脳に障害をもたらすことが知られています。早めに気づいて治療を受けることで、これらの症状の改善につながる可能性があります。脳の萎縮も、ある程度まで進行してしまうと元に戻すことは困難ですが、早期から断酒を継続すれば改善が期待できます。

<家計の支出を軽減できる>

毎晩の晩酌や、付き合い酒だけでも通年でみるとかなりの酒代を支払っていることになります。例えば、毎晩ビール500ml と酎ハイ350ml を 2 缶ずつ、週 2 回の居酒屋での飲食を 1 年間続けた場合を概算してみると、実にお酒代だけで年間約72万円も消費する計算になります。断酒が成功すれば、家計の支出軽減効果は非常に高いものになります。さらに、断酒が継続できれば内科疾患にかかる治療費も抑制されます。

<家族や周囲の人の生活が改善される>

飲酒に関連する問題は、多かれ少なかれ、家族や知人、同僚などの生活に影響を与えます。経済的な問題や家庭内暴力、夫婦不仲、近所迷惑、子供の発達への影響、事故など深刻度の高い問題に発展してしまう恐れがあります。アルコール依存症は放置してしまうとさまざまな問題を引き起こす病気ですが、患者さん本人の飲酒行動が改善すれば、それらの問題も改善に向かっていきます。

<眠りが深くなり、朝目覚めが良い>

アルコール依存症に伴う多量の飲酒は、夜中の寝つきにも影響します。アルコールには眠りを浅くする作用があると同時に、喉の渇きも強くなるため頻繁に目が覚めて熟睡できなくなります。そのため、翌朝も二日酔い状態となり、職場に行けなかったり、行けたとしてもアルコール臭のため周囲に不快感を与えてしまいます。このような不眠や職場放棄といった事態も、断酒することで防ぐことができます。

一旦アルコール依存症にかかると、飲酒を我慢し続けることは過酷なことです。また、飲酒が招く問題は理解していても、本人が依存症に陥った今までの生活と思考のパターンを変えていくには地道な努力の積み重ねが必要となります。本人が治療の中で、自分自身を変え、人間関係を回復し、周りの人や社会のために生きていくことに価値を見出すといった、行動や考え方を変化させていくことが大切です。

6 高齢者のアルコール依存症

加齢によりお酒に弱くなり飲酒量が減るということは広く経験されることです。加齢の影響によって体内に占める水分の割合が低下するため、高齢者はより少量の飲酒で酩酊し、アルコールの問題を起こし易くなっていきます。飲酒習慣がある高齢者は、年齢に応じ飲酒量を減らす必要があるのです。また、若い頃から飲酒によってストレスを発散させる傾向のある人ではより飲酒問題が起こりやすいとされています。

高齢者で飲酒問題を疑うポイントを右図にまとめました（真栄里仁「高齢者アルコール問題の理解と支援」講演資料，2013）。

「転倒・外傷（骨折）」「高血圧」「不眠」「下痢」といった患者の主訴には、背景としてアルコール問題が隠れている可能性があります。

定年退職までは大酒家ではあっても仕事が順調であった男性が、定年後昼酒をするようになりコントロール不良となります。配偶者が節酒を心掛けて世話をしていたがその配偶者に先立たれて際限ない飲酒となる等、ライフイベントにより孤立を深めて依存症になるパターンがあります。

【表 1-6-1 高齢者で飲酒問題を疑うポイント】

- 頻回の転倒、外傷（骨折）
- 救急外来の頻回な受診
- 外来予約のキャンセルが多い
- コントロール不良の高血圧
- 入院時のせん妄
- MCV（平均赤血球容積）が大きい
- γ -GTP（ガンマ・グルタミルトランスフェラーゼ）が高い
- 物忘れが多い
- 社会的孤立
- 家庭内での孤立
- うつ症状（意欲の低下、食欲不振など）
- 不適切なセルフケア（身なり、食事など）
- 不眠
- けいれん発作
- 下痢、失禁

認知症の背景にアルコールの影響がある場合は、治療と断酒により認知症が改善します。飲酒量と脳萎縮の程度には正の相関が見られることが報告されています。萎縮以外の影響として、アルコールが加齢による記憶、学習低下を促進することが動物実験では証明されています。

過去に5年間以上のアルコール乱用または大量飲酒の経験のある高齢男性では、そのような経験のない男性と比べて認知症の危険性が4.6倍、うつ病の危険性が3.7倍と報告されています。

高齢者のアルコール依存症では、入院治療時の離脱症状が長引きやすかったり、認知症の合併発症が多いという点がありますが、アルコール・リハビリテーション・プログラムにきちんと取り組める方が多く、治療成績は良好であると言われています。退院後は健康に配慮してお酒を断った生活を送る必要があり、自助グループへの参加など社会参加をしてリズムある生活を取り戻す環境調整や、非飲酒習慣を形作る家族の協力が欠かせません。

7 女性とアルコール依存症

女性は男性より体格が小さいことが多く、体に占める水分の割合が男性より低いことから男性と同じ量の飲酒をしても血中アルコール濃度が高くなりやすいため、男性より少量の飲酒が適当と考えられています。一方、男女を問わず過量の飲酒は肝障害の原因になりますが、女性の場合は男性より少ない飲酒量で、より短期間に肝障害を来すことが指摘されています。また、アルコールに対する依存の形成についても同様の傾向があると言われています。

わが国で実施された2008年飲酒実態調査では、20代前半の若い女性の飲酒者の割合は同年代の男性より高く、過去の飲酒実態調査を通して初めて女性の飲酒者の割合が男性を上回りました。女性のこの年代の飲酒は飲酒する本人のみならず、妊娠・授乳している女性が飲酒した場合の次世代への影響等さまざまな影響が懸念されます。

<女性のアルコール依存症のポイント>

アルコール依存症では飲酒のコントロール喪失など基本的な症状は男女共通ですが、女性のアルコール依存症の特徴が指摘されています。右表にまとめました。

【表1-7-1 女性のアルコール依存症の特徴】

- ① 成育歴において性的・身体的虐待の経験を有する割合が高い
- ② 摂食障害、うつ病、不安障害といった精神科合併症が多く、希死念慮、自殺未遂を経験している割合が男性より高い
- ③ 親や配偶者との間の問題を契機として飲酒の問題が生じることが多い
- ④ 社会からの偏見は男性に対するものより女性に対してより強い
- ⑤ 治療では女性だけでグループを形成することが望ましいが、そのようなプログラムを実施している施設は少なく、治療環境の整備が必要である
- ⑥ 家事や育児などの役割のため入院治療や、その後のリハビリテーション等に専念できないという問題を抱えている

(簡易版アルコール白書より)

<アルコール依存症と家庭>

アルコール問題が家族に与える影響は大きいですが、その中でも、最も深刻なパターンとして、アルコール問題と関連して家庭内暴力(DV)や児童虐待が生じる場合があります。児童に対する直接的な暴力のないDVやアルコールの問題でも、心理的に深刻なダメージを子どもに与えることがあります。

アルコール依存症の治療機関はDVや児童虐待の発見や介入の糸口になりえますが、暴力を依存症に付随する二次的な問題ととらえ、治療を優先することは適切ではなく、安全確保のための介入や被害者保護が最優先されます。

アルコール問題と家庭内暴力の間にある複雑で深刻な悪循環を解決するためには、アルコールの問題の援助機関と、児童虐待やDVの対応機関が、連携して援助や介入を行うことが必要です。

8 アルコール依存症 職場での配慮

飲酒による遅刻・欠勤、仕事上の約束を忘れる、ミスが重なる、重大な失敗をするなど業務上の問題や、周囲との人間関係トラブルにより、問題飲酒者は信用を失い、時には失職にもつながります。飲酒運転のリスクもあります。もしも一旦の療養、配置換え、転職等ができたとしても、根本である飲酒問題に介入が行なわれないうえ、再び職場で同じことが繰り返されます。

職場の人事に関わる担当者がアルコール問題の知識を身につけ、解雇に至る前に治療についての情報を与えて選択を促す場を設けることが望まれます。

本人は、専門医療機関への受診を促しても拒否する傾向がありますので、そのような場合は職場の方が率先して産業医や専門医療機関のソーシャルワーカーに相談し、本人を受診させるためのアドバイスを受けることが望まれます。アルコール依存症では、職場の理解を得て入院治療をする場合があります。入院治療では、断酒への必要性を認識し、生活リズムを整え、体力や作業能力を回復し、症状の改善・再発予防のための知識を習得するなどの活動に取り組んでいます。

<入院治療からの職場復帰について>

1) 職場復帰の前提条件

アルコール依存症者の復職支援を進めるにあたっては、一定期間治療を行った後に次の条件を満たしていることが必要です。

- ①本人が断酒の必要性を認識し、かつその時点で継続できていること
- ②本人が復職を希望していること
- ③主治医が復職可能であると判断をしていること

2) 復職時における本人への働きかけ

復職時には、本人も職場も、本人にとって断酒を続ける必要性が極めて高いことを認識することが必要です。断酒状態から再飲酒すると、短期間の間に、以前のどうしようもない飲み方まで飲酒が悪化してしまい、仕事どころではなくなります。

本人は「遅れを取り戻したい」と気持ちが焦りがちですが、主治医からの指導内容を確認し、職場内の配慮で、「定期通院・抗酒剤の服用・自助グループ（断酒会、AA）への参加」を継続させていくことが大切です。この断酒の3本柱を続けられるように業務上で配慮をしてもらうことで、本人の予後が改善します。

アルコール類は少量であっても飲めない体質になっていますので、予め、職場内外で飲酒が予想される場面について、上司と話し合い、そこでの対処法を相談しておくことも重要です。

患者さんの治療の大きな目標は断酒の継続であるため、職場の方も患者さんに対して、飲み会に誘ったりするのはもちろん、アルコールに関する話題を目の前でしないなど、飲酒を助長するような行為をしない配慮が望まれます。

9 睡眠障害とうつ

1. 睡眠障害

日本では、眠れないときには寝酒を飲むという人が諸外国に比べて多くいます。睡眠薬よりも手近で危険がないとの思い込みがあるようです。アルコールも薬物ですから、眠ることを飲酒に頼っていくうちに薬物耐性が起き、同じ効果を得るために酒量が増えていきます。寝酒は、深い睡眠を減らし中途覚醒を増やすなど睡眠の質を悪化させるため、疲れが取れず、心身のバランスを崩すという悪循環に陥りやすく、結果的に、睡眠障害はさらに悪化してしまいます。

また、大酒飲みが禁酒をすると、寝付きも睡眠の深さも悪くなり、重篤な睡眠障害に陥るということも報告されています（菱川泰夫，1997）。

アルコールの睡眠への害について啓発し、飲酒に頼らない安眠法を知らせる必要があります。

2. うつ病

ストレス解消というと、飲酒をあげる人が多くいます。これは、アルコールは少量であれば理性の抑制が外れて、気分が高揚し憂いが晴れたと錯覚するためです。その効果を求め、酔いでつらさを紛らわしていることが常習化すると、アルコールに耐性ができ、飲酒量が増加します。

精神科を受診しているうつ病患者の調査では、40～50代男性患者の3割以上が飲酒問題を抱えていました。一方、アルコール依存症者の3割は、うつ病を合併しているという研究もあります。つまり、実はアルコール依存症になっているのに、うつ病としての治療のみが行なわれているケースが相当数あるのです。一般精神科、職場のメンタルヘルスに関わる専門職の方々に、アルコール依存症の正しい知識と対応を知って頂くことが大切です。

また、一般的に精神科の服薬治療中には飲酒を控えるようにとの指導がなされていますが、多量の飲酒は抗うつ薬の効果を弱め、肝臓に大きな負担をかけます。

一方で、うつ病が断酒により改善するという報告もあります（樋口進，2005）。

10 アルコールと自殺

うつ病と、アルコールと、自殺は「死のトライアングル」と言われています。多くの国で、国内アルコール消費量と男性の自殺死亡率は正の相関を示しています。自殺既遂者の2割以上がアルコール関連問題を抱えており、それが40～50代の仕事を持つ男性に集中していたことが明らかになっています（松本俊彦，2009）。中高年男性の自殺予防には、アルコールという視点からの対策が不可欠であり、自殺対策の中にアルコール関連問題の啓発を組み込む必要があります。

自殺者にうつ病が多いことは有名ですが、うつ病以外では依存症が最も頻度が高く、自殺者全体の15～56%にアルコール乱用または依存がみられたと報告されています（Pirkola SP, Suominen K, Isometsa ET, 2004）。

また、アルコール依存症の人は依存症ではない人と比較して自殺の危険性が約6倍高いとされています。特にうつ病の合併、離婚や別離といった対人関係のストレス、社会的サポートの欠如、非雇用、重篤な身体疾患、単身生活といったことが自殺の危険性を高めるとされます（松下幸生、樋口進，2006）。

<飲酒した後の自殺行動>

自殺した人の体からアルコールが検出されることは珍しいことではありません。日本の調査では、自殺例全体のアルコール検出率は32.8%で、毒物死・焼死・轢死・墜落死で高濃度のアルコールが検出されています（伊藤敦子・伊藤順通，1998）。海外の調査では、自殺未遂で救急病院を受診した人からは平均で40%の人からアルコールが検出されています。このように自殺の直前に飲酒する割合は高いことが知られていますが、その理由として「飲酒が絶望感・孤独感・憂うつ気分といった心理的苦痛を増強する」、「飲酒が自分に対する攻撃性を高める」、「飲酒は人の予想に変化をもたらして死にたい気持ちを行動に移すきっかけとなる」、「視野を狭めて自殺を予防するために有効な対処手段を講じられなくなる」といった心理的变化が提唱されています。

<慢性的な飲酒と自殺の関係>

習慣的な大量飲酒も自殺の危険性を高めます。わが国の調査によると、中年男性を7年以上追跡した調査では月に1～3日程度飲酒する人が自殺で死亡する危険度を1とした場合、非飲酒者および週に414グラム（日本酒約18合に相当）以上の大量飲酒者で自殺による死亡の相対危険度が2.3と危険性が高くなり、少量ないし中等量の飲酒では自殺による死亡の危険度は低くなるという結果でした（Akechi, Iwasaki, Uchitomi 2006）。

第Ⅱ章 アルコール問題の支援機関と役割

1 関係機関の基本的役割

①市町村

a. 保健担当

健康増進法により地方公共団体には健康増進についての教育活動・広報活動・情報収集・人材育成・関係者への支援をする責務が課せられています。最前線の担い手は市町村保健センターの保健師、栄養士等の専門職種です。ここでの支援の基本姿勢は、相談者をきちんと受け止め、方向づけをし、関係機関につなげ、状況を捉えながら（モニタリング）継続支援をすることです。

b. 生活保護担当

経済的に困窮し生活が立ち行かなくなった時など相談に対応します。生活保護の申請窓口です。

c. 障害福祉担当

市町村の障害福祉担当課は精神障害者保健福祉手帳や自立支援医療（精神通院医療 P18）給付の申請窓口です。長野県内では精神通院医療給付患者数27,253人（H24年3月末）のうちアルコール依存症が含まれる精神作用物質による精神及び行動の障害（国際疾病分類 I C D 10の分類上のコード F 1）の方は499名です。

d. その他（母子福祉、児童福祉等）

依存症者の影響で、家庭が機能不全に陥る場合があります。また、母親が依存症を発症すると治療に専念する際に子どもの保護が必要になる場合があります。ヘルパー派遣や、ショートステイなどの資源を持つ子ども支援と連携することで、依存症の負の影響が子どもに及ぶことを防ぎます。

②保健所、保健福祉事務所

保健所ではより専門的な指導を行うこととされています。保健所は県内10圏域と長野市に設置されており、地域保健法により精神保健に関する専門対応を行います。また、依存症に関しては精神保健福祉相談や関係機関への技術援助、家族教室、個別相談指導などを行い当事者の社会復帰の促進を図っています。

③精神保健福祉センター

精神保健福祉に関する総合的な中枢機関として、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき県に設置されています。依存症の技術援助、教育研修、普及啓発、組織育成支援、相談および当事者グループミーティング・家族グループミーティングを実施しています。

④医療機関

a. 精神科以外の医療機関（かかりつけ医）

アルコールによる身体疾患の治療を行い、重篤な内科疾患の場合は専門科へ紹介します。また、依存症等の精神疾患が認められる場合には、依存症のリスクを本人、家族に説明し、精神科への受診するための動機づけを行っています。

b. 精神科医療機関

精神科ではアルコール依存症の診断を行います。入院、通院治療では、精神・身体合併症と離脱症状の治療を対症的に行います（解毒治療）。入院して、断酒状態での解毒治療は通常2～4週間行われます。

c. アルコール依存症専門医療機関

アルコール依存症専門医療機関では、ソーシャルワーカーがアルコール問題の家族相談に応じています。患者本人が治療につながり、精神・身体症状が回復してくると、通院・入院治療によりアルコール依存症についての正しい知識を提供すると同時に、個人カウンセリングや集団精神療法などで否認の処理と断酒導入を行います。アルコール・リハビリテーション・プログラム（ARP）を持つ専門病院もあります。

断酒継続を目標に、断酒会やAA（アルコホーリクス・アノニマス）といった自助グループへの導入を図るとともに、家族や職場との調整を行います。

退院後はアフターケアが行われます。再飲酒した際には速やかに必要な治療を行います。アフターケアの三本柱は、「(1) 通院、(2) 抗酒薬の服用、(3) 自助グループへの参加」と言われており、転帰調査でも三本柱の有効性は確認されています。慢性期の患者さんの社会復帰をめざしてアルコール依存症デイケアに取り組む病院もあります。

⑤消防機関・救急医療

ケガや内科疾患が重篤な場合、意識障害などの生命の危険がある際には救急医療機関を受診することがよくあります。救急搬送され、応急処置を行ってから、離脱症状の管理のために精神科の医療機関につなげる担い手となります。

⑤警察

精神症状が激しく、自傷他害のおそれ、暴力・器物破損があるなどの場合に、警察へ通報します。家族が一時避難する対応も考えられます。

⑥女性相談・婦人保護施設

精神症状が激しく、家庭内暴力（DV）の状態にあるなどの場合の相談先を担っています。

⑦自助グループ ⇒P30「II-3回復施設・自助グループ」の項を参照

2 相談対応機関における判断と初期対応

a. 本人の治療意思、依存症の自覚がある場合

本人の状態	対応内容（助言、指示）		対応機関
身体合併症が深刻 (受傷、吐血、意識障害等)	身体科の治療後、依存症治療の勧め	→	精神科以外の医療機関
離脱症状 精神病症状	精神病治療の勧め	→	精神科医療機関
渴望 再飲酒欲求	依存症治療の勧め リハビリプログラムの勧め	→	アルコール依存症専門医療機関 自助グループ・回復施設
社会復帰、社会参加	断酒の継続 依存症の自覚の継続	→	精神科医療機関 自助グループ

b. 本人の治療意思、依存症の自覚がない場合

本人の状態	対応内容（助言、指示）		対応機関
緊急性あり 意識障害・ケイレン 急性幻覚妄想状態 生命の危険あり	緊急受診の指示	→	救急車の要請
自傷他害の恐れ 暴力・器物破損	刑事司法手続きの優先 危険の回避、家族の避難指示	→	警察へ通報
緊急性なし	相談対応機関で家族相談を継続しながら、本人の状況を把握	→	相談対応機関（家族相談）

c. 家族への対応

家族の状態	対応内容（助言、指示）		対応機関
家族の理解不足 イネイブリング行動 共依存関係 精神的負担	家族のアルコール依存症理解促進 継続面接・家族教室参加 家族同士の分かち合い	→	アルコール依存症専門医療機関 保健所・精神保健福祉センター 市町村保健師 家族自助グループ
本人が回復途上	家族の生活の安定、エンパワメント	→	家族自助グループ
その他複雑な主訴	問題の整理 相談担当が他機関から情報収集 各専門機関の情報提供とつなぎ	→	各専門機関

「アルコール・薬物依存症への対応方法の普及」 宮岡等・厚生科研 平成24年度様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究より改変

1. 相談対応機関における判断

①初期対応

相談への抵抗感もあり、電話による相談が多いです。複雑で多くの問題を抱えていることもあり、一般論で、また1回の電話で解決することはありません。できるだけ家族や本人に来所して頂き、面接をして話を聞くようにします。

②評価と対応

ア) 本人の重症度と現在のステージ

健康状態及び健康障害、生活サイクル、学業・職業上の問題、法的問題、家族の問題といった「アルコール関連問題」の状況把握を行います。アルコール摂取の様態（頻度や量の増加、連続摂取の有無など）、断酒の試みの既往と本人の現在の思いなどを把握。その重症度および動機のステージについておおまかな見立てをします。相談者の訴えを整理しながら情報収集するために、アルコール関連問題専用の相談記録様式を活用します（⇒相談記録様式はP44）

イ) 緊急性の評価

精神病症状や強い飲酒欲求により、家族への暴力や自分を傷つけることも考えられるので、その際の家族の対応と行動について情報を提供します。

○緊急な精神科医療受診を促す場合（救急車の要請、警察への連絡）

急性中毒に基づく意識障害、錯乱状態や急性幻覚妄想状態
受傷、吐血など身体合併症が重傷で危険がある場合。

○家族の避難を促す場合

暴力行為、器物破損など家族に危険の及ぶとき（特に乳幼児や高齢者等の保護）

③他機関を紹介するときの対応

医療機関、支援機関、自助グループといった紹介先の機能や役割を、前もって十分把握しておき、相談者に正確な情報を伝えるようにします。場所や行き方、担当者の名前を伝えると、相談しやすくなります。相談者の了解を得た上で、事前に紹介する機関へ連絡をしたり、状況を伝えること、また、必要に応じて同伴することも検討します。入院の要否や訪問の可否など、紹介先の機関が判断や決定することは安易に説明しないよう注意します。

④継続支援の必要性

アルコール依存症の治療回復には長い時間がかかり、段階に応じて医療機関や相談機関、自助グループなど、様々な支援者が関わるため、モニタリング機関は本人・家族の動向を長期に捉えながら、関係機関をコーディネートし、支援方針を随時検討していく必要があります。

アルコール依存症の回復段階では、再飲酒（スリップ）が多くみられます。支援者の姿勢として、たとえ再飲酒してもそれを責めるのではなく、自助グループ参加と通院を中断しないよう、家族と本人にゆるぎない姿勢で伝え、今後の危険性や再飲酒予防策について話しあう機会にします。

3 回復施設・自助グループ

1. アルコール依存症者回復施設

県内には薬物・アルコール依存症者回復施設として長野ダルクがあります。県外には、依存症者の回復と成長をサポートするアルコール等依存症者リハビリテーション施設「マック（MAC）」があります。当事者による当事者へのサポートを大切にしており、民間施設であり、施設長、スタッフなどの多くは依存症の当事者が活躍しています。多くが男性を受け入れる施設ですが、県外では女性専用の回復施設、シェルターもあります。なお、薬物依存症では「ダルク」、ギャンブル依存症では「ワンデーポート」「ヌジュミ」などの回復施設があります。

いずれの回復施設も、日中、夜間の集団ミーティングおよび個別面接のプログラムを基盤に、依存対象や今までの人間関係を断ち、リズムのある集団生活を行うことで人間らしい生活とコミュニケーションを取り戻し、そこから自身の人生の回復を目指します。

入所だけでなく、障害者総合支援法の給付を受けているデイケアセンターや地域活動支援センターを運営している施設もあります。この場合、医療機関で行っているアルコールデイケアとは異なり、自立支援医療費の対象ではなく障害福祉サービスとなります（障害福祉サービスについてはP19参照）。

2. 自助グループへの支援・組織育成

アルコール健康障害対策基本法により、国および地方公共団体が、『アルコール依存症にかかった者が互いに支え合ってその再発を防止するための活動その他のアルコール健康障害対策に対する自発的な活動を行う民間団体』を支援するために必要な措置を講ずるものとされています。

共通の問題を抱える者同士が支え合い、問題解決を図ろうとするグループを自助グループといいます。断酒会、AA、アラノンなどの自助グループは、本人または家族がアルコール依存症であることを自覚し、こころと身体の回復をめざして、仲間を支え合いながら断酒継続の活動を行っています。本人がすぐに参加できなくても、家族にまず自助グループに参加を進めます。家族がアルコール依存症への理解を深めたり、「自分だけではなかったのだ」と気持ちが楽になったり、本人への対応方法を自助グループから学ぶことができることが大切です。

自助グループはアルコール依存症者の長期的な回復を支える重要な地域資源であり、その支援・育成が地域の保健専門職に求められます。例会に出席して状況把握や助言を行ったり、また自助グループに参加できていない当事者、家族を粘り強くつなげていくなど、地域の自助グループの求めに応じて協働していくことが大切です。県内の断酒会では合同例会および市民公開セミナー、AAではAA広報フォーラムで、地域住民および支援機関へのアルコール問題の啓発に取り組んでいます。

※県内の自助グループの連絡先・例会会場はP86からの自助グループ一覧に掲載しています。

3. アルコール依存症者本人のための自助グループ

日本では自助グループは断酒会とAA（アルコホリクス・アノニマス＝無名のアルコール依存

症者の集まり)が活動しています。両グループとも精神保健分野での当事者自助活動として草分け的な活動です。長野県内でも、断酒会とAA合わせると50ヶ所以上、毎日どこかの会場・ミーティングで例会が開催されています。

①断酒会

1935年にアメリカでAAが始まり、断酒会は日本でアメリカのAAを参考にして1953年に「断酒友の会」(のちの東京断酒新生会となる)、1958年に「高知断酒新生会」の活動が始まりました。断酒会は酒害者(お酒に悩む人達)による、酒害者のための自助組織です。1963年には全日本断酒連盟が発足し、1970年には公益社団法人全日本断酒連盟(全断連)となりました。断酒会活動では例会出席を基本としており、「例会は体験談に始まり、体験談に終わる」ことが原則とされています。これら断酒会の理念と原点は、「断酒新生指針」ならびに「断酒会規範」として著わされています。県内でも各地に地域断酒会が発足し、その連合体として1979年に長野県断酒連合会が発足、2000年にはNPO法人長野県断酒連合会となり、活動しています。

断酒会活動の基本とされる断酒例会は公民館などの会場で毎週開かれ(多くは19時からの2時間程度)、依存症者である本人と家族の会員一人一人が順番に、酒害体験と自分自身を率直に語り、周りの人はそれを聴きます。例会で語ることで、また今日一日アルコールを断って生活し続けようとの思いを新たにします。

同じ病を抱える者同士だからこそ理解しあえるという当事者の視点に立って、酒害相談(酒害に苦しんでいる本人及び家族の相談にのる)を行ったり、酒害の恐ろしさを、一般市民に啓発していく普及啓発にも取り組んでいます。

会の運営は入会した会員の会費によって行われています、会員同士は平等の立場ですが、断酒ができるようになると断酒会の役を引き受けることを通じて、断酒会をきっかけに社会との関わりを取り戻したり、家族への償いを行っていきます。

②AA：アルコホーリクス・アノニマス®(無名のアルコール依存症者たち)

日本で最初のAAミーティングは1975年に開催されました。AAミーティングは、匿名が原則で、「言いつぱなし」「聞きつぱなし」を原則としています。メンバーがその日のテーマに合わせて自分の意見や体験談を正直に話すといったスタイルでミーティングは進行します。メンバーは、「12のステップ」(P32【表Ⅱ-3-1】)という回復プログラムと「12の伝統」を共有し、単に飲まないというだけでなく、新しい生き方を身につけることを目指してミーティングに通います。会の運営はメンバーの任意の献金によって行われています。

4. 依存症者の家族の自助グループ

家族が参加するものとして、断酒会の家族会と、アラノン(アルコール依存症者の家族と友人の集まり)があります。依存症の当事者は自助グループへの参加を渋る場合がありますが、まず家族が自助グループに参加し、「本人の飲酒をどうやってコントロールしようか」という悩みを「本人の飲酒はコントロールできず、変えられるのは家族自身の行動である」と変化させること

で、家族自身の本人への対応方法を変化させ、本人が依存症の援助を求める環境を整えることができます。

【表Ⅱ-3-1 AAの12のステップ】

①断酒会 ⇒断酒会の項を参照

②アラノン

アラノンはアルコール依存の問題を持つ人の家族と友人が、お互いの共通の問題を解決していく自助グループです。アラノンは1951年にアメリカで始まりました。日本では1980年に始まり、現在、北海道から沖縄まで全国各地にミーティング場があります。世界のアラノンの本部はアメリカ・バージニア州に置かれており、日本の本部はそのアラノン本部から認可を受けたアラノンジャパンG S Oが担っています。1999年にN P O法人化しています。

身近な人のアルコールの問題で苦しんでいる人、あるいは以前に苦しみ、

今もその影響を感じている人が集まります。アラノンミーティングは匿名が原則で、ミーティングの中では、自分たちの体験や気持ちが話されます。ミーティングでは、苦しさ、悲しさ、恐れ、不安、怒りなど、どんな気持ちも正直に打ち明けることができます。仲間は共感をもって受け止めます。仲間の経験の分かち合いは、問題を解決するためのより良い方向に気づかせてくれます。

アラノンには会費はなく、集った人々の自由な献金と書籍の売り上げだけで自立しています。

「12のステップ」を通じて、同じ問題を持った人を慰め理解し、さらにアルコール依存症者の助けとなるように実践しています。

12のステップ

- 1) 私たちはアルコールに対し無力であり、思い通りに生きていけなくなっていたことを認めた。
- 2) 自分を越えた大きな力が、私たちを健康な心に戻してくれると信じるようになった。
- 3) 私たちの意志と生き方を、自分なりに理解した神の配慮にゆだねる決心をした。
- 4) 恐れずに、徹底して、自分自身の棚卸しを行ない、それを表に作った。
- 5) 神に対し、自分に対し、そしてもう一人の人に対して、自分の過ちの本質をありのままに認めた。
- 6) こうした性格上の欠点全部を、神に取り除いてもらう準備がすべて整った。
- 7) 私たちの短所を取り除いて下さいと、謙虚に神に求めた。
- 8) 私たちが傷つけたすべての人の表を作り、その人たち全員に進んで埋め合わせをしようとする気持ちになった。
- 9) その人たちやほかの人を傷つけない限り、機会あるたびに、その人たちに直接埋め合わせをした。
- 10) 自分自身の棚卸しを続け、間違ったときは直ちにそれを認めた。
- 11) 祈りと黙想を通して、自分なりに理解した神との意識的な触れ合いを深め、神の意志を知ることと、それを実践する力だけを求めた。
- 13) これらのステップを経た結果、私たちは靈的に目覚め、このメッセージをアルコールに伝え、そして私たちのすべてのことにこの原理を実行しようと努力した。

AA日本常任理事会・広報委員会のホームページより引用

第Ⅲ章 アルコール問題の相談対応

1 依存症ケースワークへの基本姿勢

①両価的な気持ちに正確に共感する

依存症者は「飲酒を止める気持ちが無い人」ではなく、「望んだ自分になれずに飲酒を止められず、路頭に迷っている人」です。こんなはずではなかった。本当はこうなりたい。しかし自信がない…。これらの気持ちに正確に共感しましょう。面接できたときは「シラフで来てくれて良かった」と言葉に出して伝えましょう。飲酒問題に遭遇している時は「酔った姿を見ると私は悲しい。体のことをとても心配している」と言葉に出して伝えましょう。

②関係者が断酒と回復を目標として情報共有する

アセスメントは非常に重要です。身体問題、家族問題をはじめとするアルコール関連問題の重症度を把握しながらも、本人のつながっている（過去につながっていた）医療資源や、家族の中のキーパーソンなど「強み」の情報も収集します。

依存症者・家族からの聞き取りをすることによって、依存症者が以下のどの段階にいるのかを探ります。行動変容ステージモデルで考えると、人が行動を変える場合は「前熟考期」→「熟考期」→「決断期」→「実行期」→「維持期」の5つのステージを通ることの繰り返しです。例えば、本人が飲酒問題に気付いていない段階でいきなり入院の決断をと説得しても、なかなか本人の同意は得られません（否認状態と呼ばれます）。前熟後期であればまずどうしたら本人が飲酒問題に気付くかということに焦点を当てます。その人が今どのステージにいるかを把握し、それぞれのステージに合わせた働きかけが必要になります。

・飲酒問題に気付いていない段階	(前熟考期)
・飲酒問題について考え始めている段階	(熟考期)
・行動を変える（飲酒を止める・減らす）決心をする段階	(決断期)
・行動を具体的に変わる段階	(実行期)
・変化した行動を維持し継続する段階	(維持期)

[行動変容のステージモデルによる]

依存症では飲酒行動を続けるために「頼れる人」を作って巻き込もうとする症状があります。家族や援助者等の中で、善意に頼ったり、暴力的に脅すことで、後始末をしてくれる人、世話をしてくれる人、問題を肩代わりしてくれる人が巻き込まれてしまいがちです。

アセスメントで得た情報を基本に、治療回復を願う家族と関係者全員が依存症の特徴を理解して、治療方針、支援方法、意見調整、危機介入の段取り等を共有しましょう。

③酩酊者には関わらない

酩酊している依存症者の延々とした愚痴を聞く、暴力、脅し、懇願等に対応すると、本人にとっては『酩酊することで周りに関わってくれる』という体験になってしまい、結果としてマイナス

行動の強化になります。聞き流すか、事前に約束し、救急医療などの必要性がない限りは酩酊時には面談しない方がよいでしょう。酔った勢いだと話をしやすと思わせないためには、日中にシラフでいるタイミングで話をする約束をしておくことが大切です。飲酒状態でのやりとりや本人と取り交わした約束は、ブラックアウトと呼ばれる記憶障害により本人の記憶に残っていないこともあり注意が必要です。

家族には「巻き込まれない対応を身につけてもらう」ことが重要で、家族相談や家族受診、断酒会、アラノンにつなげます。

④酔いの後始末はしない

依存症者が問題を起こした時は、本人が「このままではいけないのでは」と飲酒問題を認識できるチャンスです。金銭問題、対人問題、警察沙汰になったとき、家族もケースワーカーも手を出さず、本人に対応を任せましょう。どうにもならなくなったタイミングだと、専門病院への受診や自助グループへの参加など、回復への行動につながることもあります。

⑤暴力は受けない～警察対応を

依存症者が飲酒を続けている状態では、アルコールにより脳が委縮していたり、幻覚などの精神症状が出たり、理性の働きが弱まっているため、暴力をコントロールすることができません。依存症者の酩酊時に暴言や暴力があっても、それらに屈して要求を受け入れないようにします。

ひどい暴力をしても、ブラックアウトにより本人の記憶に残らず反省ができません。できるだけ個人対応でなく組織的に対応し、暴力等に対しては警察の協力も要請する準備をしておきます。同居家族の避難先は予め家族と打ち合わせ、逃げる準備をしておきます。アルコールが抜けてからも精神症状が続いて危険な場合は、保健師の協力を依頼します。関係機関と家族で共通認識を持つことが大切です。

⑥直言するタイミングを待つ

「あなたのアルコール（もしくは薬物）の問題が心配です。依存症になっているかもしれません。依存症は性格ではなく病気だから、治療すれば回復の可能性がある」と伝えるタイミングを待ちましょう。ケースワーカーが、家族が、職場の上司が、主治医が、同じメッセージを伝えましょう。本人が何かを失った時、失いそうな時が絶好のチャンスです。

⑦ケースワーカー自身の健康を維持する

依存症者に巻き込まれると、ケースワーカー自身が疲労困憊となることがあります。また、熱心な援助にもかかわらず本人が亡くなってしまう場合もあります。

当事者の回復が一人では難しいように、ケースワーカーもまた積極的にスーパーバイズを受け、連携していくことが大切です。アルコール依存症者の5人に1人は、失敗を繰り返しながらも3年ほど経つと安定した断酒に成功し、自立、回復の道を歩みだします。長く断酒が続いている回復者の体験を見聞きしておくことで、目の前の依存症者の可能性を信じることができるでしょう。

2 家族支援

①ねぎらい

アルコール問題が家族に与える影響は大きいですが、その中でも、最も深刻なパターンとしてはアルコール問題と関連して家庭内暴力（DV）や児童虐待が生じる場合があります。誰にも相談できず、時には自分自身が悪いからだと思われ、患者本人や周囲に責められて、一人で悩んでいるご家族も多いのです。悩みを聴くだけでも心労が軽くなりますので、まずは地域保健、専門医療機関の相談の場で、アルコール関連問題を適切に聴き取ることを目指します。勇気をもって相談の一步を踏みだした家族を、ねぎらいの気持ちをもって接遇し、初回面接を終えた時に、「今まではどうにもならないと思っていたけど、もしかしたら何とかなるかもしれない」との思いに至ってもらうことを目指します。

②安全確保

家庭の中で自傷他害などの暴力が引き起こされていないか、本人やご家族が安全かどうかを把握します。安全が保たれない時は、警察への通報など、どこに連絡し、どのように安全確保を行うかの具体的な計画を立てることが必要です。

継続相談の中で、相談機関が家庭全体を捉え、モニタリングを続けることで、アルコール問題へ介入するチャンスを逃さず対応することができます。

③イネイブリング

精神的に疲れ切った家族は、知らず知らずのうちにアルコール問題のパターンに巻き込まれ、問題の後始末・肩代わりにばかり終始し（＝イネイブリング）疲弊します。家族が飲酒問題に巻き込まれず、依存症についての知識を得て適切な対応が取れるようになると、逆に家族が本人に対して治療の動機づけをすることができるようになります。Ⅵ資料編1 家族向け「SHIFT 相談シート」（P64～）では、個別面接を通じて家族トレーニングを行い、家族コミュニティを強化させる手法を紹介しています。家族は良くも悪くも本人に対して大きな影響力を持っており、家族が本人への対応の仕方を変化させていくと、本人の回復の可能性が高まります。

<本人の動機づけに向けた家族支援>

(1) 家族が病気を支える行動（イネイブリング）を知る

家族の多くが、アルコール依存者がアルコールを使い続けることを支えている人（病気を支えている人：イネイブラー）になっています。この家族の行動をイネイブリングといいます。イネイブラーの行動により依存症者はますます自分の責任や役割を放棄し病気を進行させていくこととなります。このような説教や監視、干渉などのイネイブリングは、結果的に本人にとってはアルコールを飲み続ける口実にしかありません。

(2) 家族が共依存症を知る

依存症者自身はお酒のことで頭が一杯になり、家族は依存症者のことで頭が一杯になった

状態になります。つねに心配し、世話を焼き、自分のエネルギーを相手のために使い果たし「誰かに必要とされている自分」をつねに感じることを「共依存症」と言います。

参考

共依存症のセルフ・チェック

- 私は自分の事を二の次にして家族や親しい人の世話を焼く。
- 私はそれらの人達の考え方や振る舞いに干渉し、それを正そうとする事が多い。
- 私の家族や親しい人は事件に巻き込まれたり、問題を起こしたり病気を繰り返したりする事が多いので私はいつも忙しい。
- すぐに片付けなければならぬ問題がない時は退屈でつまらなく、憂うつになったりする。
- 誰かに頼られていないと私は自分が役立たずのように感じ、憂うつになる。
- 私の家族には病気など問題を抱えた人がいるが、何処の家もこんなものだろうと思うので、深刻に悩まない。
- 人に頼まれたり誘われると私ははっきりと断れない。
- 私は時々、他人の問題を自分の問題のように感じてしまう。
- 私は世間の動きや季節の移り変わりに無頓着である。
- 私は自分の体の不調に気が付かないで、頑張り過ぎてしまうことがある。
- 私はいつも肩こり、頭痛、息苦しさに悩まされている。
- 私は自分の悲しみや怒りをその場で表現するのが怖い。
- 私は人に叱られ、怒鳴られるとすくんでしまい、自分の意見が言えなくなる。
- 私は自分の恨みや愚痴を聞いてくれる人をいつも求めている。
- 私は1人になった時、寂しくてたまらない。
- 私は他人の期待に添えなくて申し訳ないと感じる事が多い。
- 私は自分の本音を他人に知られるのが怖い。
- 私は時々自分を不器用で、愚かで、生きるに値しないように感じる。
- 私は今、自分に必要なものや自分が本当に望んでいる事がはっきりと分からない。
- 私は自分の欲求を人にはっきり伝える事が出来ない。

●採点法：各項目に以下の点数を入れ、合計点を算出

全くその通り＝2点 その傾向があるかもしれない＝1点 全くあてはまらない＝0点

●評価： 20点以上→共依存傾向が強い 11～16点→普通 10点以下→協調性不足

『コ・デイペンデンスー<共依存症>からの回復』（西尾和美/斉藤学著 ヘルスワーク協会刊）より

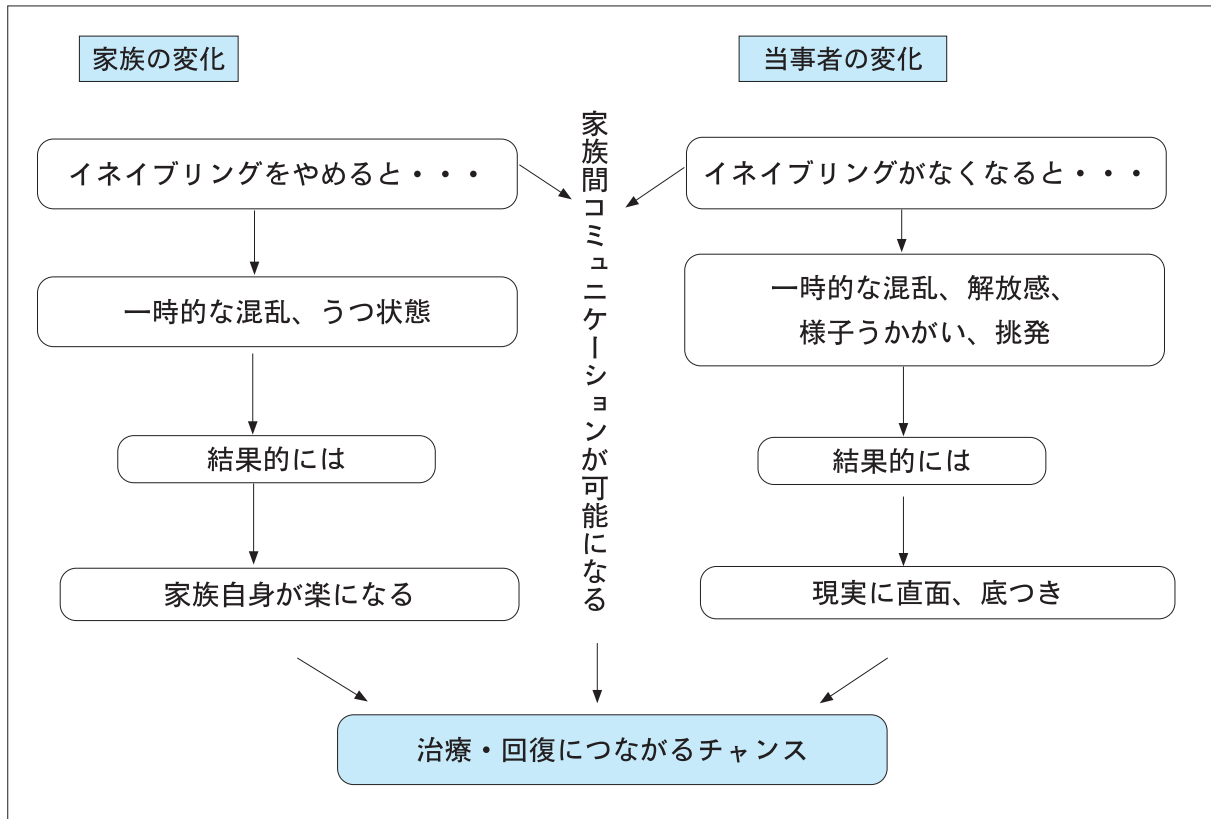
(3) イネイブリングをやめると起こること

(家族自身におこる変化)

家族自身が今までの行動パターンを変え、イネイブリング行為（世話焼きや監視、干渉などの行為）をやめることは、家族にとっては大変な勇気が必要であり、迷いながら対応している状況にあります。長い目で見ることによって家族が楽になっていくわけですが、支援者は、このときの家族のつらい思いを受け止め、支持していく関わりが家族や当事者の回復にとって重要となります。

(アルコール依存症者本人の変化)

家族がイネイブリングをやめると当事者にも様々な変化が現れます。



支援者は家族、本人の変化を見据え、長期的にみてどうすることがアルコール依存症の回復に役立つかという基本をしっかり守った対応法を支持、助言していくことが重要です。

④自助グループ・家族教室で理解を深める

家族がアルコール依存症という病気と患者さんへの対応に関する正しい知識を学ぶと同時に、心のケアを受けることが必要です。継続相談を行いつつ、行政・医療機関での家族教室や、自助グループの家族会、自治体主催の家族向けセミナーなどにつながると良いでしょう。

断酒会の家族会やアラノンなどの自助グループに行けば、同じ悩みを持ったご家族から、ご本人への対応の仕方や、治療を拒む人を自助グループや医療につなぐための知恵がたくさんあります。悩みを共有できる人にも出会えます。断酒歴の長い患者さん（回復者）の姿や、他の家族が回復する姿に触れることで、家族自身が「回復できる」という希望の光が見えてくるようになります。そうして、まずはご家族自身が元気を取り戻していただくことが重要です。

家族教室では、ソーシャルワーカーや臨床心理士などの専門家からの講義により、アルコール依存症および患者さんと密着しすぎない関係をつくるコツを学んでいきます。加えて、同じ境遇で苦しんでいる人と交流を持つことで、それまで溜めこんできた悩みや不安を打ち明けるといった気分転換やいやしの場にもなります。

⑤治療・断酒継続を支える

断酒を始めたアルコール依存症の患者さんが飲酒欲求に耐え、または再飲酒を経験しつつも回復へ向かって歩いていくためには、家族や職場の仲間など周囲の方々の理解とサポートは欠かせません。

アルコール依存症の回復の目標は、断酒を前提とした社会参加や生活づくりです。言い換えれば、患者さんが単に元の生活に戻るのではなく、新しく生まれ変わることといえます。そのためには、アルコールのない生活と家族関係を再構築することが重要なポイントになります。

専門医療機関への通院を続けながら、自助グループに参加することが、治療を継続するうえで重要です。治療の進行度に関わらず、積極的に自助グループへの参加を勧めましょう。

励まし合って断酒を続けるためには、家族が自助グループに参加し続けることも良いでしょう。患者さんや家族が例会やミーティングに参加し、自分の体験談を語ったり人の体験談を聞いたりします。そういった仲間との交流が精神的な支えとなり、断酒を長続きさせる助けとなります。

⑥地域自治体における家族支援

アルコール健康障害対策基本法では、地方公共団体がその地域の状況に応じた施策を策定し、実施する責務が定められています。また、本人および家族への相談支援、社会復帰への支援、民間団体（自助グループ）の活動に対する支援、人材確保に取り組むと定められています。

個別ケース対応にとどまらず、地域で取り組む家族支援としては、健康増進事業の実施、アルコール関連問題啓発週間（11月10日～16日）の取り組み、学校、職場等様々な場におけるアルコール関連問題に関する教育及び学習の振興（家族教室も含む）、アルコール関連問題の普及啓発、健康診断および保健指導の場での、アルコール健康障害の発見及び飲酒についての指導などがあります。

民間団体（自助グループ）が公開している場などで、保健師などの専門職からアドバイスを行うことや、協働で酒害相談会を行うことも、地域での家族支援となります。

3 生活保護上の支援

アルコール依存症になることでアルコール関連問題を次々と起こしてしまい、失業等により収入が途絶えることで、生活保護につながることもあるため、ケースワーカーが、アルコール依存症患者の支援にあたることは少なくありません。生活保護を受給し、最低生活費が保障されることで安価な酒類が手に入りやすい状況になりますが、福祉事務所では、飲酒につながるような個別支援の視点で生活保護のケースワークを行わなければなりません。家族が病気を理解し、本人を治療につなげ、本来の自立支援を行うためには、担当ケースワーカーが保健・医療機関とケースを共有し、対応の工夫を重ねることが大切です。

依存症者へのケースワークの上での対応ポイントは「P33 Ⅲ-1 依存症ケースワークへの基本姿勢」、また活用できる制度資源は「P18 I-4 治療を支える制度」も参考にしてください。

①飲酒・薬物使用に関わらない

飲酒の確認を行い、飲酒して来所した場合は再来所を指示するなど危機管理を念頭において見守りを行います。無条件で金銭を渡しても、酒代にまわってしまい本人の生活の自立や回復には寄与しません。基本的に保護費は口座支給となっていますので、金銭管理については本人・家族の承諾を得て、日常生活自立支援事業の活用により金銭管理を社会福祉協議会に委ねる等により実施する必要があります。ひとたび飲酒が始まると飲酒が最優先になり、ケースワーカーに顔向けできないとの思いにかられ、さらに飲酒サイクルを回してしまいます。連続飲酒状態では介入が必要です。

②内科治療を漫然と繰り返さず、専門治療につなげる

被（要）保護者が身体科医療機関への入院を繰り返すことがあります。中には繰り返し救急搬送される人もいます。退院したことで病気が治ったと考えがちですが、精神依存、身体依存の問題が放置されたままだと必ず飲酒は再開され、ほどなく前回と同じような問題飲酒のパターンまで戻ってしまいます。病気が進行すると脳の委縮により認知症状が出たり、糖尿病による神経壊死などにより自立生活が困難になり、がんなど生命の危険もあります。

体の不調がある時は良いタイミングです。「あなたのアルコールの問題が心配です。依存症になっているかもしれません。依存症は性格ではなく病気だから、治療すれば回復の可能性がある」と伝え、介入しましょう。身体科の主治医からは、専門治療への紹介をしてもらいましょう。ケースワーカーや福祉事務所は、まず、地域でアルコール依存症の治療を行っている精神科病院や診療所の所在や連絡先を把握しておくことが必要です。アルコール依存症の専門病院では1人でも多くの方々に断酒を達成させ、本来持っている力を社会で発揮できるように支援を行っています。ご本人が病院に行ってみようというわずかなチャンスを的確に捉え、つなげましょう。

③断酒継続を支える

一般的なアルコール依存症の退院後の断酒率は20%ですが、断酒継続のためのアフターケアの

[参考]「自立支援の手引き」厚生労働省、「福祉事務所・児童相談所など相談支援機関におけるアルコール・薬物依存症者への援助」北九州市地域依存症対策推進事業/北九州市精神保健福祉センター

3本柱（P16参照）として「通院・服薬・自助グループへの参加」の継続が回復可能性をあげると言われています。ケースワークでは、生活状況や療養上での支持支援が重要です。また、再飲酒をきっかけに、自分の意思ではなく依存症が悪化することは多くの依存症者が経験することです。再飲酒したことを正直に話せる信頼関係の構築が再飲酒時の早期介入を可能にします。断酒したことで時間を持て余す場合もあり、日中活動やスケジュール作成は有効な支援です。入所型の民間施設として、一日中回復プログラムを行っている回復施設もあります。都市部では生活保護受給者を対象に、日中ミーティングを提供している団体もあります。

断酒継続が安定しないうちに「働けるなら就職を」と促すことで、再飲酒し元の状態より悪化させてしまうことがあります。アルコール依存症は、断酒の決意だけで回復できるわけではありません。治療中の人間関係は、断酒会のメンバー、病院職員など依存症者にとって保護的なものです。

保護的な人間関係の段階で働き始めたところで、いきなり普通の人間関係に適応しようとしても、うまくいかないことが多いのです。主治医の指示の期間内は断酒を仕事として自助グループに通い続け、アフターケアの三本柱を維持しながら就労にステップアップしていくことが大切です。

④断酒継続を支える制度

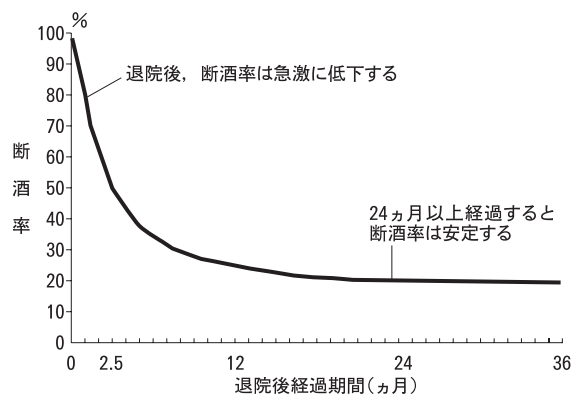
（「P18 I-4 アルコール依存症治療を支える制度」も参考）

通院医療費の窓口負担の減免

を受けるための自立支援医療（精神通院医療）の申請、精神障害者保健福祉手帳の申請ができます。初めてアルコール依存症の治療を受けた日（初診）から6か月を経過していれば二つを同時申請することもできます。医師の診断書類の取得には検診命令を出す事も可能です。障害者総合支援法のサービスを利用申請することも可能です。

アルコール依存症の治療には専門治療と退院後の通院・服薬・自助グループへの参加が有効で

【図Ⅲ-3-1 退院後の断酒率の変化】



引用：長尾 博，図表で学ぶアルコール依存症，星和書店，p82, 2005.

【表Ⅲ-3-1 支援時の留意点】

～支援時の留意点～

「自立支援の手引き」平成20年3月厚生労働省社会・援護局保護課より

- 専門的な医療機関への受診が支援の第1歩である。
（継続通院を確保するため、必要に応じて通院報告の励行を求める。）
- 飲酒の確認を行い、危機管理を念頭に置いた見守りを行う。
飲酒して来所した場合は、再来所を指示する。
- 主治医、保健師、医療ソーシャルワーカー等の連携のもとにアルコール依存症であることの自覚をさせる。
- 必要に応じて家族及び扶養義務者に助言等を行う。
- 医療機関、保健所と連携して自助グループへの参加に向けた支援を行う。（パンフレット等を用意）
- 自助グループに通う交通費の取り扱いを検討する。適宜、ケース診断会議等に諮り、支援方針を明確にしたうえで、組織的な対応及び関係機関との連携の確保に努める。

あるため、断酒に取り組んでいる被保護者に対しては、専門医の意見書を得るなどして、遠隔地の専門医療機関への入院・通院、自助グループへの参加を移送費で保障することができます。

参考 1

『生活保護法による保護の実施要領について（昭和38年4月1日 社発第246号）』

(7) 移送費

(ア) 移送は、次のいずれかに該当する場合において、他に経費を支出する方法がないときに乗車船券を交付する等なるべく現物給付の方法によって行なうこととし、移送費の範囲は、(イ)又は(ロ)において別に定めるもののほか、必要最小限度の交通費、宿泊料及び飲食物費の額とすること。

(～中略～)

(セ) 次のいずれかに該当する場合であってそれがその世帯の自立のため必要かつ有効であると認められるとき。

- a アルコール症若しくはその既往のある者又はその同一世帯員が、断酒を目的とする団体（以下「断酒会」という。）の活動を継続的に活用する場合
- b アルコール症又はその既往のある者（同伴する同一世帯員を含む。）が、断酒会の実施する2泊3日以内の宿泊研修会（原則として当該都道府県内に限る。）に参加する場合
- c 精神保健福祉センター、保健所等において精神保健福祉業務として行われる社会復帰相談指導事業等の対象者又はその同一世帯員が、その事業を継続的に活用する場合

参考 2

医療扶助の通院移送費についての要領改正（平成22年3月12日社援発0312第1号 厚生労働省社会・援護局長通知）

医療扶助の通院移送費については、通院移送費の不正受給事件等を踏まえ、通院移送費の給付範囲の明確化を図る観点から、それまで「移送に必要な最小限度の額」としかなかった給付基準について、平成20年4月以降の要領改正で給付範囲及び給付手続きを明確化されましたが、その後、一部自治体において、画一的な取扱いによって、認められるべき必要な交通費が支給されない事案等が見受けられたことや上記通知後の支給実績等を踏まえ、平成20年の課長通知を廃止し、改めて局長通知を改正し、給付範囲及び給付手続き等の徹底を図るものです。

○改正のポイント

- ① 実施機関における個々の事案ごとに内容の審査が行われるよう、画一的な取扱いと誤解を与える文言について以下の改正を行う。
 - ・ 給付の範囲について、国民健康保険の例による「一般的給付」と同例によらない「例外的給付」という給付範囲の文言については、区分せずに並列列挙する。
 - ・ 受診する医療機関について「福祉事務所管内の医療機関に限る」としていたものを「要保護者の居住地等に比較的近距离に所在する医療機関に限る」等と修正
 - ・ 「身体障害等」「へき地等」と例示していた文言について修正・削除
 - ・ 「交通費の負担が高額になる場合」という表現の削除
- ② 支給決定の判断に当たっては、同一の病態にある当該地域の他の患者との均衡を失しないようにする方針を明示する。
- ③ 要保護者に対して事前申請等給付手続きの周知を図る。

4 各種手法・技術

アルコール問題対応と治療において有効とされている各種手法・技術について以下にまとめました。P92からの参考図書及び資料にも関連情報を掲載していますので参照ください。

①動機づけ面接法 (Motivational Interviewing : MI)

動機づけ面接法とは、相談者中心かつ目的志向的な面接のスタイルによって相談者の両価的(アンビバレンス)な考えを探り、それを解消する方向に行動の変化を促していく面接技術です。ウィリアム・R・ミラーとステファン・ロールニクによって1991年に基本的な考えとアプローチ、臨床的な手続きがまとめられました。欧米では動機づけ面接のトレーニングを行うトレーナーの世界規模の組織(MINT)があり、日本国内でもトレーナーが養成されました。

動機づけ面接は何か特定の治療技法のパッケージではなく、さまざまな人間同士のコミュニケーションのスタイルであり、その特定のスタイルのなかで行動の変化を起こす要素をまとめたものであるため、依存症者に限らず、行動を変える決心をする前段階にいる相談者への対応方法として広く活用していくことができます。

②マトリックスモデル

マトリックスモデルは、アメリカのマトリックス研究所で開発された薬物依存症治療のための認知行動療法を用いた外来プログラムです。日本では平成19年度から神奈川県立精神医療センターせりがや病院の外来グループSMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program) が取り組まれ、医療機関、精神保健福祉センターでの取り組みに広がっています。対象も、アルコール・薬物だけでなく、各種依存症に対応できるようなテキストが作られるようになってきました。自分自身の飲酒のパターンを客観的に理解し、飲まない生活を継続するための知恵や工夫を仲間と共に共有しながら身につけていくことを目標としています。

③CRAFT プログラム

CRAFT (Community Reinforcement And Family Training : コミュニティ強化法と家族トレーニング) プログラムはロバート・J・メイヤーズにより1990年に開発された家族に対するトレーニングのプログラムです。国内でも先進的な精神科病院や精神保健福祉センターの家族教室のプログラムとして採用されています。

コミュニティとは依存症者をとりまく環境のこと。アルコール漬けの生活よりも、しらふの生活の方が良いと本人が思えるよう、家族に対してコミュニケーション法を中心にしたトレーニングを行います。家族が自分自身の安全を図りつつ、本人の飲酒問題の進行を支えてしまうイネイブリング行動を控え、本人の望ましい行動には評価の言葉をかけるなどしてサポートできるようになることを目指します。

④HAPPYプログラム

HAPPYプログラムとは、多量飲酒者に対する飲酒量低減法としてのブリーフ・インターベンション（Brief Intervention：簡易介入）で、職域、地域、医療の現場で使用できるようにグループ向けにアレンジした、多量飲酒者に対する減酒指導のプログラムです。（独）肥前精神医療センター及び（独）久里浜医療センターにおいて、減酒指導者養成の研修会が実施されています。

HAPPYプログラムのテーマは健康であり、飲酒量の減少を目標とします。飲酒運転防止、生活習慣病防止等を目的に、個人個人に合ったお酒との付き合い方をワークブックなどで学びます。欧米諸国では1980年代から医療現場などで数多くの研究が行われ、その有効性は確立されています。日本でも飲酒量低減に対する有効性を確認する研究が相次いで報告され、現在は特定健診・特定保健指導プログラムや飲酒運転対策特別プログラム（運転免許取消処分者講習新カリキュラム）にHAPPYプログラムが減酒支援として取り入れられています。

HAPPYプログラムは多量飲酒者向けの対策であり、アルコール依存症者向けの対策ではありませんが、アルコール依存症に陥る方を減らすための予防策として期待されます。

第IV章 アルコール問題相談の諸様式

1 アルコール問題相談の諸様式について

アルコール健康障害対策基本法第二十条で、国、地方公共団体はアルコール健康障害を有している者、およびその家族からの相談を受け、支援を推進することとされています。

アルコール問題の相談は、家庭で心労を抱えている家族からスタートすることも多いです。相談者を十分ねぎらい、話を受け止めることは第一にすべきことですが、相談対応上で、どんな情報が必要なのか、どんなポイントで整理すれば良いのか知っておくことも大切です。

「アルコール問題相談受付票」は、相談を受け付け支援を行うにあたって必要な情報をまとめました。インテーク相談場面、その後の問題点の整理、関係機関との連携の際にご活用ください。

また、アルコール問題・アルコール依存症のスクリーニングテストの様式は、問題がどの程度深刻かを把握するツールとして併せてご活用ください。

1. アルコール問題相談受付票

今後の支援に必要な情報、問題点の整理、ケースの見立てに必要なアルコール問題の状況や緊急性の判断に必要な項目を盛り込んでいます。家族からの聞き取り、本人からの聞き取り、支援者からの聞き取りいずれにも使用できます。

1面および2面の「既往歴」3面の「飲酒による問題」欄は緊急性の判断をするために必要な項目であり、初回相談で聞き取ることが大切です。本人と家族が同席での面接の場合は、本人から中心的に聞き取り、家族から後に補足してもらうなど、本人の継続相談・受診の意欲を高める配慮が必要です。

2面以降は生活背景や受診既往歴、家族の状況などの項目になっています。全部を聞き取ろうとすると相談者にとっては尋問を受けているようで負担が大きいことがあります。相談者の話しで大筋を埋め、足りない情報について質問するなど、相談者の気持ちを受け止めながら無理のない範囲の聞き取りとしましょう。

入院から地域へ戻る場合など、他の機関への紹介や一緒に取り組む必要がある場合に情報共有が必要となります。他の機関への紹介や連携のため、紹介状や本受理票での情報提供を行うことについては、個人情報保護の観点から基本的には本人や家族（相談者）の同意が必要です。同意書をとることや、本人やご家族に手渡して、他機関に渡すようにすることが望ましいと考えます。

連携の際には、書類上のやり取りだけでなく担当者同士が連絡を取り合うことも大切です。入院中などから周囲の機関の協力を得、必要な支援が途切れないようにしていくことが大切です。

2. スクリーニングテスト

アルコール問題・アルコール依存症のスクリーニングテストの各種様式のうち、WHOを始め世界各国で広く使われている「AUDIT」と、「新久里浜式アルコール依存症スクリーニングテスト(KAST)」のテスト用紙です。本人・ご家族が書き込む形でも、支援者が書き込む形でも使えます。インターネット上では自動計算のものが公開されています。

**アルコール問題
相談受付票**

<統計コードなど>

日付

対応者

本人	ふりがな		(性別) (生年月日)	年齢・職業
	氏名	(男・女) (T・S・H 年 月 日)		
	住所		電話	
同伴者 相談者・	氏名	(男・女) (年齢)		続柄 ※本人との関係
	住所		電話	
相談 動機	本人より: 断酒の意思 有・無			紹介元
	家人・知人より:			
今後の意向 と打ち合わせ事項	本人より:			リスク状況の把握
	家人・知人より:			介入ポイント
所見及び 処遇				機関紹介
<家族歴> _____ _____ _____ _____ ☆主たる介護者 ★キーパーソン ※上段は父母の世代 ※問題飲酒者(本人含む)、精神障害者、自殺者、あれば記入				<続柄等備考> ※両親、家族の職業を付記 ※婚姻歴とその時期を付記
<ここ1か月の飲酒状況と生活状況> 				

＜既往歴＞					
年 齢					大きなケガや救急搬送
医 療 機関名					
疾患名					
処方・ 備考					
<p>＜問題飲酒の経過と状況(年齢・様式・飲酒量)＞ ※職歴も併記、断酒しようとしたことがあればそれも付記。</p> <p>歳</p> <p>歳</p> <p>歳</p> <p>歳</p> <p>歳</p> <p>歳</p> <p>歳</p> <p>歳</p> <p>歳</p> <p>歳</p>					
<p>＜酒歴＞</p> <p>初飲年齢 歳 きっかけ： 習慣飲酒開始時期 歳 きっかけ：</p> <p>ブラックアウト開始時期 有・無 歳</p> <p>昼酒開始時期 有・無 歳</p> <p>隠れ酒開始時期 有・無 歳</p> <p>連続飲酒開始時期 有・無 歳</p> <p>離脱症状初発年齢 有・無 歳～ <input type="checkbox"/>不眠 <input type="checkbox"/>イライラ感 <input type="checkbox"/>手指振戦 <input type="checkbox"/>発汗 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>離脱症状の自覚 本人より： 離脱症状の自覚 家族・知人より：</p>					
<p>＜断酒会・AA とのかかわり＞ [有 ・ 無]</p>					

<最終飲酒>

年 月 日

種類: 度数:[]/100 量:[]ml

純アルコール量: ml × /100 × 0.8 = []

※例: 飲酒量 500ml × (ビール中瓶)5度/100 × AL 比重 0.8 = 純アルコール量 [20]グラム

<最終学歴>

中学・高校・大学・大学院・専門学校(歳時) 卒業・中退・在学中

学校名 備考:

<身心の状況>

うつ気分 興味や喜びの喪失 食欲の減退または増加 睡眠障害

精神運動の障害(強い焦燥感・運動の抑止) 疲れやすさ・気力の減退

強い罪悪感 思考力や集中力の低下 自殺への思い

喫煙習慣 有・無 喫煙開始年齢 歳 現在 本/日

薬物乱用 有・無 薬物名()

自殺企図 有・無 有の場合(①時期 ②内容 ③程度)

<飲酒による問題>

◎家族的問題

離婚(時期・回数)

暴言 暴力 近所からの苦情 器物破損

子どもの状態 不登校 非行 家族の疾病()

酒の購入方法 本人 家族(配偶者 子供) その他

◎社会的問題

経済基盤 収入(①本人・配偶者・親・子供) ②給与・年金 生活保護(受給中 申請中 申請予定)

警察沙汰(保護・飲酒運転・事故・犯罪) 借金 その他

◎身体的問題・具合の悪いところ

食欲不振・食事摂取不良 体重減少

その他

<備考>

アルコール問題
相談受付票

記入上のポイント

		日付		. . .	
		<統計コードなど>		対応者	
本人	ふりがな	(性別) (生年月日)		年齢・職業	
	氏名	(男・女) (T・S・H 年 月 日)			
	住所			電話	
同伴者 相談者・	氏名	(男・女) (年齢)		続柄	※本人との関係
	住所	<p>経過聴取終盤で確認し記載。本人と家族に意見の相違がある場合も多い。互いが向き合うきっかけ、動機づけの始まりと心得ながら面接する。現時点での本人の気持ちを尊重。</p>			
相談 動機	本人より:	断酒の意思 有・無			
	家人・知人より:				
今後の意向 と打ち合わせ事項	本人より:	リスク状況の把握			
	家人・知人より:	介入ポイント			
所見及び 処遇			機関紹介		
<家族歴>			<続柄等備考>		
<p>すでに親が亡くなっている場合…</p> <p>① 親の亡くなった年齢</p> <p>② 当時の本人の年齢</p> <p>→親の死が本人の生活歴をたどる際に少なからず影響している場合がある。</p>					
<p>☆主たる介護者</p> <p>★キーパーソン</p> <p>※上段は父母の世代</p> <p>※問題飲酒者(本人含む)、精神障害者、自殺者、あれば記入</p>			<p>離婚や離婚調停中・別居中の場合は期間(いつからか)も含めて記入。</p> <p>※両親、家族の職業を付記</p> <p>※婚姻歴とその時期を付記</p>		
<ここ1か月の飲酒状況と生活状況>					
<p>直前の1か月に、受診のきっかけとなる出来事が隠れていることが多い。生活の破綻具合、仕事など切羽詰まった状況を把握。</p>			<p>本人以外の問題飲酒者も記載。多量飲酒者、酒乱、AL症(あれば治療歴も)、などを記入。</p>		

＜既往歴＞					
年 齢					大きなケガや救急搬送
医 療 機関名					
疾患名					
処方・ 備考					
			<p>精神科、他科に分けて記載。人間ドックなど健康診断が定期的であればそれも記載。</p>		
					<p>ケガ等のエピソードは聞くと出てくることが多い。自分からのSOSか、誰がつきそって受診したかも聞く。</p>
＜問題飲酒の経過と状況(年齢・様式・飲酒量)＞ ※職歴も併記、断酒しようとしたことがあればそれも付記。					
歳	<p>酒量や飲酒頻度よりも、抜け出せなくなっている飲酒パターンが重要。20代、30代、40代はどうだったのか、年齢または年代ごとに順を追って聞いていく。就職や結婚など、ライフサイクル上の出来事と酒の飲み方との関係を聴取する。</p> <p>また、家族も本人も、飲酒のきっかけを他のことだと思いついでいる場合は以外と多いので、経過を丁寧に聞いていく中で、それぞれが初めて気づくこともあるもの。</p> <p>問題の流れが見えてくると、様々な事情と重なって、飲酒問題が生じ、加速していることが見えてくる。</p>				<p>事務や大工などの職種も聴取。</p> <p>アルバイト等を転々としている場合は、期間などを大体まとめて書き、転職を繰り返した理由や職場でのトラブルがなかったかなども含めて聞く。</p>
歳					
歳					
歳					
歳					
歳					
歳					
歳					
＜酒歴＞					
初飲年齢	歳	きっかけ：	習慣飲酒開始時期	歳	きっかけ：
ブラックアウト開始時期		有・無	<p>20歳とする人が多いが、建て前の場合もあるので、一応確認する。</p>		
昼酒開始時期		有・無			
隠れ酒開始時期		有・無			
連続飲酒開始時期		有・無	歳		
離脱症状初発年齢		有・無	歳～	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> イライラ感 <input type="checkbox"/> 手指振戦 <input type="checkbox"/> 発汗 <input type="checkbox"/> その他	
離脱症状の自覚	本人より：			離脱症状の自覚	家族・知人より：
＜断酒会・AA とのかかわり＞ [有 ・ 無]					

<最終飲酒>

年 月 日

種類: 度数:[]/100 量:[]ml

純アルコール量: 飲酒量 ml × 度数 /100 × AL比重 0.8 = []

※例: 飲酒量 500ml × (ビール中瓶)5度/100 × AL比重0.8 = 純アルコール量 [20]グラム

断酒中の場合は最終飲酒。断続的に飲酒中の場合は一日のおよその飲酒量を記入。

<最終学歴>

中学・高校・大学・大学院・専門学校(歳時) 卒業・中退・在学中

学校名 備考:

<身心の状況>

うつ気分 興味や喜びの喪失 食欲の減退または増加 睡眠障害

精神運動の障害(強い焦燥感・運動の抑止) 疲れやすさ・気力の減退

強い罪悪感 思考力や集中力の低下 自殺への思い

喫煙習慣 有・無 喫煙開始年齢 歳 現在 本/日

薬物乱用 有・無 薬物名()

自殺企図 有・無 有の場合(①時期)

<飲酒による問題>

◎家族の問題

離婚(時期・回数)

暴言 暴力 近所からの苦情 器物破損

子どもの状態 不登校 非行 家族の疾病()

酒の購入方法 本人 家族(配偶者 子供) その他

◎社会的問題

経済基盤 収入(①本人・配偶者・親・子供)(②給与・年金) 生活保護(受給中 申請中 申請予定)

警察沙汰(保護・飲酒運転・事故・犯罪) 借金 その他

◎身体的問題・具合の悪いところ

食欲不振・食事摂取不良 体重減少

その他

家族の問題に、

①家族が気づいたのはいつ頃か

②家族が受けた影響は何か

③それを家族はどう受け止めているのかを聴取する。暴力は程度や内容も聞く。本人のみから聴取の場合は「家族からお酒のことで何か言われていること」と尋ねる。

借金は家のローン、過去に清算したものや自己破産も含めて聴取し、①借り始めた時期、②金額、③借りた先(消費者金融など)を記入。返済済みの場合は、返済者が本人でない場合もあるので、誰が清算したのかも聴取する。

診断名がついているものばかりでなく、具合の悪いところ、食欲、物忘れの有無や、排せつや移動の困難なども記入。

<備考>

① AUDIT（アルコール使用障害特定テスト）

ここではアルコール使用障害特定テスト「AUDIT」の口頭面接様式を掲載しています。AUDITは過度の飲酒をスクリーニングし、短時間で評価するための簡単な方法として、WHOによって作成されました。

※参考文献「アルコール使用障害特定テスト使用マニュアル」WHO 監訳・監修 小松 知己・吉本 尚, 2011

<AUDITの導入> AUDITは単独での実施および、全般的な健康に関する問診、病歴聴取の一環として、他の質問と併用しての実施ができます。スクリーニング担当者は看護師、ソーシャルワーカー、医師（内科、精神科）、他の医療スタッフ、保健師、警官、心理職、EAPスタッフ（産業保健）などが想定されています。AUDITを施行する前に質問内容、質問の目的、正確な回答の必要性について説明することが推奨されます。

（例）「それではこれから、この1年間にあなたがアルコール飲料をどれくらい飲んだのかについていくつか質問します。アルコールはいろいろと健康に影響を与えます（また、ある種の薬とも相互作用します）。ですので、あなたが日頃どれくらいアルコールを飲んでいるのか、飲酒に関連して何か問題がなかったかどうかを知ることが私達にとって大切なのです。できる限り正直に、正確に答えるようお願いします。」

<口頭面接> AUDITが面接で実施される際には、質問を書かれている通りに、順番通りに読むことが重要です。書かれている通りに質問を読み上げることによって、あなたの得た結果と他の質問者の結果が比較可能になります。

AUDITの大半の質問は、「どのくらいの頻度」で症状が起こるか、という言葉を使います。患者にはそれぞれの質問に対する答えの選択肢を与えます（例えば、「全くない」、「月に数回」、「毎日」）。また、患者が答えを選択後、その答えに対して関連質問をすることで、実際に最も患者の状況に適した答えかどうかを判断できます。

<アルコール単位・ドリンクへの換算> 純アルコール量10gを「1ドリンク」と数えます。

アルコール飲料に含まれる、純アルコール量の計算式

飲酒量（ml）×アルコール度数（％）×アルコールの比重0.8＝純アルコール量（g）

お酒の種類	数量	飲酒量(ml)	アルコール度数(%)	アルコールの比重	純アルコール量(g)
ビール (中ビン500ml)	1	500	5/100	0.8	20(2ドリンク)
ウイスキー (シングル30ml)	2	60	40/100	0.8	19.2(≒2ドリンク)
日本酒 (1合180ml)	1	180	15/100	0.8	21.6(≒2ドリンク)
焼酎 (1合180ml)	1	180	25/100	0.8	36(≒3.5ドリンク)

表4 アルコール使用障害特定テスト：口頭面接

<p>以下の質問を字句通り読むこと。注意深く答えを記入するように。 次の言葉で AUDIT を開始する。「今から、あなたの過去1年間の飲酒に関する質問を始めます」。 「アルコール飲料」の意味を、ビール、日本酒、ウォッカなど、地域に合った例を挙げ説明する。答 えは飲酒単位で統一する。正しい答えの番号を、[] の欄に入れていく。</p>	
<p>1. どれくらいの頻度でアルコール飲料を飲みますか？ (0) 全く飲まない [質問9と10まで飛ぶ] (1) 月1回以下 (2) 月2～4回 (3) 週2～3回 (4) 週4回以上</p>	[]
<p>2. 飲酒時は1日平均して何ドリンク（何単位）飲みますか？ (0) 1-2ドリンク（0.5または1単位）（純アルコールで10-20g 台） (1) 3-4ドリンク（1.5または2単位）（純アルコールで30-40g 台） (2) 5-6ドリンク（2.5または3単位）（純アルコールで50-60g 台） (3) 7-9ドリンク（3.5か4か4.5単位）（純アルコールで70-90g 台） (4) 10ドリンク（5単位）以上（純アルコールで100g 以上）</p>	[]
<p>3. どれくらいの頻度で一度に3単位以上飲むことがありますか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日 ※質問2と3の合計スコアが0の場合は質問9と10に進む</p>	[]
<p>4. 飲み始めたら、飲むのを止められなくなったことが、過去1年でどれくらいの頻度ありますか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日</p>	[]
<p>5. 飲酒のせいで、通常あなたが行うことになっている事を行うことができなかったことが、過去1年 でどれくらいの頻度ありますか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日</p>	[]
<p>6. 飲み過ぎた翌朝、アルコールを入れないと動けなかった、ということは過去1年でどれくらいの頻 度ですか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日</p>	[]
<p>7. 飲酒後に罪悪感・後ろめたさを感じたり、後悔をしたことが、過去1年でどれくらいの頻度ありま すか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日</p>	[]
<p>8. 飲酒翌朝に夕べの行動を思い出せなかったことが、過去1年でどれくらいの頻度ありますか？ (0) 1回もない (1) 月1回未満 (2) 毎月 (3) 毎週 (4) 毎日または、ほとんど毎日</p>	[]
<p>9. あなたの飲酒により、あなた自身や他の人がケガをしたことがありますか？ (0) ない (2) ある、でも1年以上前に (4) ある、過去1年以内に</p>	[]
<p>10. 親戚、友人、医師、または他の保健従事者が、あなたの飲酒について心配をしたり、飲酒を控え るようにとあなたに薦めたことはありますか？ (0) ない (2) ある、でも1年以上前に (4) ある、過去1年以内に</p>	[]
<p>合計スコアを記入</p>	[]
<p>合計がカットオフ値を超えている場合、取り扱い説明書：User's Manual を参照する。</p>	

<AUDITの採点> 採点は容易です。個々の質問には選択肢一覧が付属し、個々の回答には0から4の幅があります。この面接書式で面接者は、患者の回答に一致する得点（カッコ内の数字）をそれぞれの質問の横になる囲みの中に記入します。全ての回答の点数を合計して、「合計」の囲みに記入します。

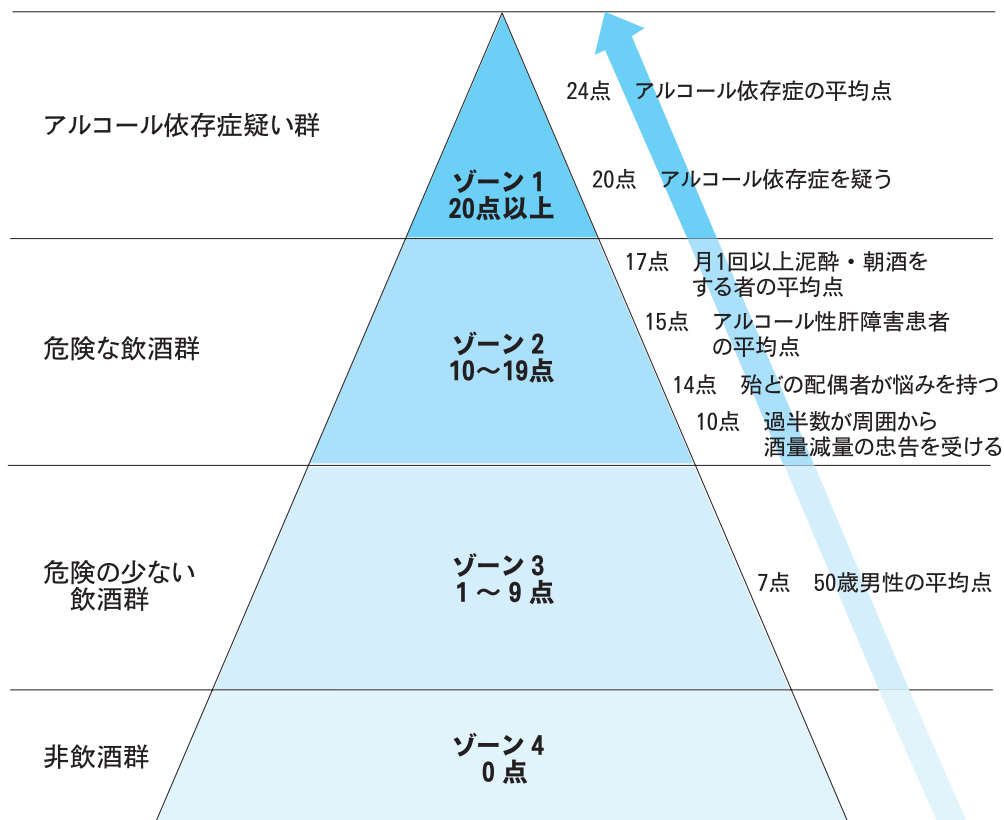
合計スコア8点以上は、有害で危険なアルコール使用およびアルコール依存症の可能性もある、ということの指標とされます。

<問題飲酒の重症度判定図>

アルコール使用障害特定テスト（AUDIT）の評価

あなたの飲酒習慣の評価を確認しましょう。
 P51の合計点が当てはまるゾーンがあなたの評価です。
 あなたが当てはまるゾーンや調査結果を参考に、あなたの飲酒習慣を見直してください。

問題飲酒の重症度判定



<参考資料> (独)国立病院機構・肥前精神医療センターの許可を得て転載

② アルコール依存症の自己判定 男性版 (KAST-M)

●自宅のできる簡単な判定法

ここ最近6か月のことを振り返って、質問に「はい」か「いいえ」で答え、合計点数を出してください。アルコール依存症は、軽症のうちほど回復も早いので、少しでも思い当たることがあれば、「はい」を選んでみましょう。家族や周囲の人にもいっしょに回答してもらえると、より客観的でしょう。

※KASTは、久里浜式(K)アルコール症(A)スクリーニング(S)テスト(T)の略で、久里浜とは、日本で最大のアルコール関連問題の治療・研究・研修機関である「久里浜医療センター」(神奈川県横須賀市)のことです。KASTは簡単に自己判定できるテストとして日本で考案され、さらに男女別の新KASTに改訂されました。また、このテストの判定で、アルコール依存症と診断されるわけではありません。

記入者： (続柄：) 記入年月日： 年 月 日

●ご本人について

氏名：	生年月日 年 月 日 () 歳
持病： 有 ・ 無 病名 ()	
気になること	

●最近6か月の間に次のようなことがありましたか。

項 目	はい	いいえ
1. 食事は1日3回、ほぼ規則的にとっている	0点	1点
2. 糖尿病、肝臓病、または心臓病と診断され、その治療を受けたことがある	1点	0点
3. 酒を飲まないことと寝付けないことが多い	1点	0点
4. 二日酔いで仕事を休んだり、大事な約束を守らなかったりしたことが時々ある	1点	0点
5. 酒をやめる必要性を感じたことがある	1点	0点
6. 酒を飲まなければいい人だとよく言われる	1点	0点
7. 家族に隠すようにして酒を飲むことがある	1点	0点
8. 酒がきれたときに、汗が出たり、手が震えたり、いらいらや不眠など苦しいことがある	1点	0点
9. 朝酒や昼酒の経験が何度かある	1点	0点
10. 飲まないほうがよい生活を送れそうだと思う	1点	0点

判定

合計 点

合計 4点以上	アルコール依存症の疑い群	アルコール依存症の疑いが高い群です。専門医療の受診をお勧めします。
合計 1～3点	要注意群	飲酒量を減らしたり、一定期間禁酒をしたりする必要があります。医療者と相談してください。ただし、質問項目1番のみ「はい(1点)」の場合には、正常群とします。
合計0点	正常群	

アルコール依存症の自己判定 女性版 (KAST-F)

●自宅のできる簡単な判定法

ここ最近6か月のことを振り返って、質問に「はい」か「いいえ」で答え、合計点数を出してください。アルコール依存症は、軽症のうちほど回復も早いので、少しでも思い当たることがあれば、「はい」を選んでみましょう。家族や周囲の人にもいっしょに回答してもらえると、より客観的でしょう。

※KASTは、久里浜式(K)アルコール症(A)スクリーニング(S)テスト(T)の略で、久里浜とは、日本で最大のアルコール関連問題の治療・研究・研修機関である「久里浜医療センター」(神奈川県横須賀市)のことです。KASTは簡単に自己判定できるテストとして日本で考案され、さらに男女別の新KASTに改訂されました。また、このテストの判定で、アルコール依存症と診断されるわけではありません。

記入者： (続柄：) 記入年月日： 年 月 日

●ご本人について

氏名：	生年月日	年	月	日 () 歳
持病： 有 ・ 無	病名 ()			
気になること				

●最近6か月の間に次のようなことがありましたか。

項 目	はい	いいえ
1. 酒を飲まないと言いつけられないことが多い	1点	0点
2. 医師からアルコールを控えるようにと言われたことがある	1点	0点
3. せめて今日だけは酒を飲みたいと思っても、つい飲んでしまうことが多い	1点	0点
4. 酒の量を減らそうとしたり、酒を止めようと試みたことがある	1点	0点
5. 飲酒しながら、仕事、家事、育児をすることがある	1点	0点
6. 私のしていた仕事をまわりの人がするようになった	1点	0点
7. 酒を飲まなければいい人だとよく言われる	1点	0点
8. 自分の飲酒についてうしろめたさを感じたことがある	1点	0点

判定

合計 点

合計 3点以上	アルコール依存症の疑い群	アルコール依存症の疑いが高い群です。専門医療の受診をお勧めします。
合計 1～2点	要注意群	飲酒量を減らしたり、一定期間禁酒をしたりする必要があります。医療者と相談してください。ただし、質問項目6番のみ「はい(1点)」の場合には、正常群とします。
合計0点	正常群	

第V章 アルコール問題に関する法律等

1 アルコール健康障害対策基本法

(平成25年12月7日成立)

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は、酒類が国民の生活に豊かさや潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している一方で、不適切な飲酒はアルコール健康障害の原因となり、アルコール健康障害は、本人の健康の問題であるのみならず、その家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高いことに鑑み、アルコール健康障害対策に関し、基本理念を定め、及び国、地方公共団体等の責務を明らかにするとともに、アルコール健康障害対策の基本となる事項を定めること等により、アルコール健康障害対策を総合的かつ計画的に推進して、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止を図り、あわせてアルコール健康障害を有する者等に対する支援の充実を図り、もって国民の健康を保護するとともに、安心して暮らすことのできる社会の実現に寄与することを目的とする。

(定義)

第二条 この法律において「アルコール健康障害」とは、アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害をいう。

(基本理念)

第三条 アルコール健康障害対策は、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。

一 アルコール健康障害の発生、進行及び再発の各段階に応じた防止対策を適切に実施するとともに、アルコール健康障害を有し、又は有していた者とその家族が日常生活及び社会生活を円滑に営むことができるように支援すること。

二 アルコール健康障害対策を実施するに当たっては、アルコール健康障害が、飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に密接に関連することに鑑み、アルコール健康障害に関連して生ずるこれらの問題の根本的な解決に資するため、これらの問題に関する施策との有機的な連携が図られるよう、必要な配慮が

なされるものとする。

(国の責務)

第四条 国は、前条の基本理念にのっとり、アルコール健康障害対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する。

(地方公共団体の責務)

第五条 地方公共団体は、第三条の基本理念にのっとり、アルコール健康障害対策に関し、国との連携を図りつつ、その地域の状況に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有する。

(事業者の責務)

第六条 酒類の製造又は販売（飲用に供することを含む。以下同じ。）を行う事業者は、国及び地方公共団体が実施するアルコール健康障害対策に協力するとともに、その事業活動を行うに当たって、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に配慮するよう努めるものとする。

(国民の責務)

第七条 国民は、アルコール関連問題（アルコール健康障害及びこれに関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題をいう。以下同じ。）に関する関心と理解を深め、アルコール健康障害の予防に必要な注意を払うよう努めなければならない。

(医師等の責務)

第八条 医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が実施するアルコール健康障害対策に協力し、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に寄与するよう努めるとともに、アルコール健康障害に係る良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。

(健康増進事業実施者の責務)

第九条 健康増進事業実施者（健康増進法（平成十四年法律第百三号）第六条に規定する健康増進事業実施者をいう。）は、国及び地方公共団体が実施するアルコール健康障害対策に協力するよう努めなければならない。

(アルコール関連問題啓発週間)

第十条 国民の間に広くアルコール関連問題に関する関心と理解を深めるため、アルコール関連問題啓発週間を設ける。

2 アルコール関連問題啓発週間は、十一月十日から同月十六日までとする。

3 国及び地方公共団体は、アルコール関連問題啓発週間の趣旨にふさわしい事業が実施されるよう努めるものとする。

(法制上の措置等)

第十一条 政府は、アルコール健康障害対策を実施するため必要な法制上、財政上又は税制上の措置その他の措置を講じなければならない。

第二章 アルコール健康障害対策推進基本計画等

(アルコール健康障害対策推進基本計画)

第十二条 政府は、この法律の施行後二年以内に、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、アルコール健康障害対策の推進に関する基本的な計画（以下「アルコール健康障害対策推進基本計画」という。）を策定しなければならない。

2 アルコール健康障害対策推進基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めるものとする。

3 内閣総理大臣は、あらかじめ関係行政機関の長に協議するとともに、アルコール健康障害対策関係者会議の意見を聴いて、アルコール健康障害対策推進基本計画の案を作成し、閣議の決定を求めなければならない。

4 政府は、アルコール健康障害対策推進基本計画を策定したときは、遅滞なく、これを国会に報告するとともに、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

5 政府は、適時に、第二項の規定により定める目標の達成状況を調査し、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

6 政府は、アルコール健康障害に関する状況の変化を勘案し、及びアルコール健康障害対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、アルコール健康障害対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない。

7 第三項及び第四項の規定は、アルコール健康障害対策推進基本計画の変更について準用する。

(関係行政機関への要請)

第十三条 内閣総理大臣は、必要があると認めるときは、関係行政機関の長に対して、アルコール健康障害対策推進基本計画の策定のための資料の提出又はアルコール健康障害対策推

進基本計画において定められた施策であって当該行政機関の所管に係るものの実施について、必要な要請をすることができる。

(都道府県アルコール健康障害対策推進計画)

第十四条 都道府県は、アルコール健康障害対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県の実情に即したアルコール健康障害対策の推進に関する計画（以下「都道府県アルコール健康障害対策推進計画」という。）を策定するよう努めなければならない。

2 都道府県アルコール健康障害対策推進計画は、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の四第一項に規定する医療計画、健康増進法第八条第一項に規定する都道府県健康増進計画その他の法令の規定による計画であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。

3 都道府県は、当該都道府県におけるアルコール健康障害に関する状況の変化を勘案し、及び当該都道府県におけるアルコール健康障害対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、都道府県アルコール健康障害対策推進計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう努めなければならない。

第三章 基本的施策

(教育の振興等)

第十五条 国及び地方公共団体は、国民がアルコール関連問題に関する関心と理解を深め、アルコール健康障害の予防に必要な注意を払うことができるよう、家庭、学校、職場その他の様々な場におけるアルコール関連問題に関する教育及び学習の振興並びに広報活動等を通じたアルコール関連問題に関する知識の普及のために必要な施策を講ずるものとする。

(不適切な飲酒の誘引の防止)

第十六条 国は、酒類の表示、広告その他販売の方法について、酒類の製造又は販売を行う事業者の自主的な取組を尊重しつつ、アルコール健康障害を発生させるような不適切な飲酒を誘引することとならないようにするために必要な施策を講ずるものとする。

(健康診断及び保健指導)

第十七条 国及び地方公共団体は、アルコール健康障害の発

生、進行及び再発の防止に資するよう、健康診断及び保健指導において、アルコール健康障害の発見及び飲酒についての指導等が適切に行われるようにするために必要な施策を講ずるものとする。

(アルコール健康障害に係る医療の充実等)

第十八条 国及び地方公共団体は、アルコール健康障害に係る医療について、アルコール健康障害の進行を防止するための節酒又は断酒の指導並びにアルコール依存症の専門的な治療及びリハビリテーションを受けることについての指導の充実、当該専門的な治療及びリハビリテーションの充実、当該専門的な治療及びリハビリテーションの提供を行う医療機関とその他の医療機関との連携の確保その他の必要な施策を講ずるものとする。

(アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等)

第十九条 国及び地方公共団体は、アルコール健康障害に関連して飲酒運転、暴力行為、虐待、自殺未遂等をした者に対し、その者に係るアルコール関連問題の状況に応じたアルコール健康障害に関する指導、助言、支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする。

(相談支援等)

第二十条 国及び地方公共団体は、アルコール健康障害を有し、又は有していた者及びその家族に対する相談支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする。

(社会復帰の支援)

第二十一条 国及び地方公共団体は、アルコール依存症にかかった者の円滑な社会復帰に資するよう、就労の支援その他の支援を推進するために必要な施策を講ずるものとする。

(民間団体の活動に対する支援)

第二十二条 国及び地方公共団体は、アルコール依存症にかかった者が互いに支え合ってその再発を防止するための活動その他の民間の団体が行うアルコール健康障害対策に関する自発的な活動を支援するために必要な施策を講ずるものとする。

(人材の確保等)

第二十三条 国及び地方公共団体は、医療、保健、福祉、教育、矯正その他のアルコール関連問題に関連する業務に従事する者について、アルコール関連問題に関し十分な知識を有する人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずる

ものとする。

(調査研究の推進等)

第二十四条 国及び地方公共団体は、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止並びに治療の方法に関する研究、アルコール関連問題に関する実態調査その他の調査研究を推進するために必要な施策を講ずるものとする。

第四章 アルコール健康障害対策推進会議

第二十五条 政府は、内閣府、法務省、財務省、文部科学省、厚生労働省、警察庁その他の関係行政機関の職員をもって構成するアルコール健康障害対策推進会議を設け、アルコール健康障害対策の総合的、計画的、効果的かつ効率的な推進を図るための連絡調整を行うものとする。

2 アルコール健康障害対策推進会議は、前項の連絡調整を行うに際しては、アルコール健康障害対策関係者会議の意見を聴くものとする。

第五章 アルコール健康障害対策関係者会議

第二十六条 内閣府に、アルコール健康障害対策関係者会議(以下「関係者会議」という。)を置く。

2 関係者会議は、次に掲げる事務をつかさどる。

一 アルコール健康障害対策推進基本計画に関し、第十二条第三項(同条第七項において準用する場合を含む。)に規定する事項を処理すること。

二 前条第一項の連絡調整に際して、アルコール健康障害対策推進会議に対し、意見を述べること。

第二十七条 関係者会議は、委員二十人以内で組織する。

2 関係者会議の委員は、アルコール関連問題に関し専門的知識を有する者並びにアルコール健康障害を有し、又は有していた者及びその家族を代表する者のうちから、内閣総理大臣が任命する。

3 関係者会議の委員は、非常勤とする。

4 前三項に定めるもののほか、関係者会議の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。

< 附則の概要 >

□ 施行期日について

(附則第一条) アルコール健康障害対策基本法は公布の日

から六月を超えない範囲内において政令で定める日から施行。
ただし、附則第三条、第四条、第六条及び第七条の規定（管轄の省庁の変更について）は、アルコール健康障害対策推進基本計画が策定された日から三年を超えない範囲内において政令で定める日から施行。

□法の一部改正について

内閣府管轄でアルコール健康障害対策推進基本計画が策定されたのち、管轄省庁を厚生労働省に移管するためアルコール健康障害対策基本法の一部改正を行うこととする。

（附則第三条） アルコール健康障害対策基本法（平成二十五年法律第109号）の一部を改正。

（概要）基本計画策定後、管轄省庁を内閣府から厚生労働省に変更する。そのため、「内閣総理大臣」を「厚生労働大臣」に変更。アルコール健康障害対策基本計画の推進、変更についての条文を加える改正を行う。内閣府に置かれたアルコール健康障害対策関係者会議の委員である者は、法改正により厚生労働省に置かれるアルコール健康障害対策関係者会議の委員として任命されたものとみなし、第十二条に以下の5項、6項を加える。

5 アルコール健康障害対策推進基本計画を変更しようとするときは、厚生労働大臣は、あらかじめ関係行政機関の長に協議するとともに、アルコール健康障害対策関係者会議の意見を聴いて、アルコール健康障害対策推進基本計画の変更の案を作成し、閣議の決定を求めなければならない。

6 政府は、アルコール健康障害対策推進基本計画を変更したときは、遅滞なく、これを国会に報告するとともに、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。

2 未成年者飲酒禁止法

（大正十一年三月三十日法律第二十号）

（最終改正：平成一三年一月二日法律第一五二号）

第一条 満二十年ニ至ラサル者ハ酒類ヲ飲用スルコトヲ得ス

○2 未成年者ニ対シテ親権ヲ行フ者若ハ親権者ニ代リテ之ヲ監督スル者未成年者ノ飲酒ヲ知リタルトキハ之ヲ制止スヘシ

○3 営業者ニシテ其ノ業態上酒類ヲ販売又ハ供与スル者ハ満二十年ニ至ラサル者ノ飲用ニ供スルコトヲ知リテ酒類ヲ販売又ハ供与スルコトヲ得ス

○4 営業者ニシテ其ノ業態上酒類ヲ販売又ハ供与スル者ハ満二十年ニ至ラザル者ノ飲酒ノ防止ニ資スル為年齢ノ確認其ノ他ノ必要ナル措置ヲ講ズルモノトス

第二条 満二十年ニ至ラサル者カ其ノ飲用ニ供スル目的ヲ以テ所有又ハ所持スル酒類及其ノ器具ハ行政ノ処分ヲ以テ之ヲ没収シ又ハ廃棄其ノ他ノ必要ナル処置ヲ為サシムルコトヲ得

第三条 第一条第三項ノ規定ニ違反シタル者ハ五十万円以下ノ罰金ニ処ス

○2 第一条第二項ノ規定ニ違反シタル者ハ科料ニ処ス

第四条 法人ノ代表者又ハ法人若ハ人ノ代理人、使用人其ノ他ノ従業者ガ其ノ法人又ハ人ノ業務ニ関シ前条第一項ノ違反行為ヲ為シタルトキハ行為者ヲ罰スルノ外其ノ法人又ハ人ニ対シ同項ノ刑ヲ科ス

3 酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律

(昭和三十六年六月一日法律第百三号)

(目的)

第一条 この法律は、酒に酔っている者（アルコールの影響により正常な行為ができないおそれのある状態にある者をいう。以下「酩酊者」という。）の行為を規制し、又は救護を要する酩酊者を保護する等の措置を講ずることによつて、過度の飲酒が個人的及び社会的に及ぼす害悪を防止し、もつて公共の福祉に寄与することを目的とする。

(節度ある飲酒)

第二条 すべて国民は、飲酒を強要する等の悪習を排除し、飲酒についての節度を保つように努めなければならない。

(保護)

第三条 警察官は、酩酊者が、道路、公園、駅、興行場、飲食店その他の公共の場所又は汽車、電車、乗合自動車、船舶、航空機その他の公共の乗物（以下「公共の場所又は乗物」という。）において、粗野又は乱暴な言動をしている場合において、当該酩酊者の言動、その酔いの程度及び周囲の状況等に照らして、本人のため、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当の理由があると認められるときは、とりえず救護施設、警察署等の保護するのに適当な場所に、これを保護しなければならない。

2 前項の措置をとつた場合においては、警察官は、できるだけすみやかに、当該酩酊者の親族、知人その他の関係者（以下「親族等」という。）にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない。

3 第一項の規定による保護は、責任ある親族等の引取りがない場合においては、二十四時間をこえない範囲内でその酔いをさますために必要な限度でなければならない。

4 警察官は、第一項の規定により保護をした者の氏名、住所、保護の理由、保護及び引渡しの時日並びに引渡先を毎週当該保護をした警察官の属する警察署所在地を管轄する簡易裁判所に通知しなければならない。

(罰則等)

第四条 酩酊者が、公共の場所又は乗物において、公衆に迷惑をかけるような著しく粗野又は乱暴な言動をしたときは、

拘留又は科料に処する。

2 前項の罪を犯した者に対しては、情状により、その刑を免除し、又は拘留及び科料を併科することができる。

3 第一項の罪を教唆し、又は幫助した者は、正犯に準ずる。

第五条 警察官は、前条第一項の罪を現に犯している者を発見したときは、その者の言動を制止しなければならない。

2 前項の規定による警察官の制止を受けた者が、その制止に従わないで前条第一項の罪を犯し、公衆に著しい迷惑をかけたときは、一万円以下の罰金に処する。

(立入り)

第六条 警察官は、酩酊者がその者の住居内で同居の親族等に暴行をしようとする等当該親族等の生命、身体又は財産に危害を加えようとしている場合において、諸般の状況から判断して必要があると認めるときは、警察官職務執行法（昭和二十三年法律第百三十六号）第六条第一項の規定に基づき、当該住居内に立ち入ることができる。

(通報)

第七条 警察官は、第三条第一項又は警察官職務執行法第三条第一項の規定により酩酊者を保護した場合において、当該酩酊者がアルコールの慢性中毒者（精神障害者を除く。）又はその疑のある者であると認めるときは、すみやかに、もよりの保健所長に通報しなければならない。

(診察等)

第八条 前条の通報を受けた保健所長は、必要があると認めるときは、当該通報に係る者に対し、医師の診察を受けるようにすすめなければならない。この場合において、保健所長は、当該通報に係る者の治療又は保健指導に適当な他の医療施設を紹介することができる。

第九条 前条前段の規定により医師の診察を受けるようにすすめられた者がそのすすめに従つて受ける診察及び診察の結果必要と診断された治療については、当該診察を受ける者が困窮のため最低限度の生活を維持することのできないものであるときは、生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）第十五条に規定する医療扶助を受けることができる。

(適用上の注意)

第十条 この法律の適用にあつては、国民の権利を不当に侵害しないように留意しなければならない。

附 則 この法律は、公布の日から起算して三十日を経過

した日から施行する。

4 刑法および道路交通法における飲酒運転の罰則規定について

1. 刑法の罰則規定

刑法では、飲酒運転などを故意の危険運転行為とみなし、アルコールの影響により、正常な運転が困難な状態で運転して、人を死傷させた者は、危険運転致死傷罪の適用を受け、最長20年の懲役を科せられます。

「自動車運転過失致死傷罪（刑法第211条2項）」

（2007年5月刑法改正で創設）

アルコール又は薬物の影響により正常な運転が困難な状態で自動車（二輪車を含む）を走行し、人を死亡又は負傷させた場合。

（罰則）7年以下の懲役若しくは禁錮又は100万円以下の罰金

「危険運転致死傷罪（刑法第208条の2）」

（2001年12月刑法改正で創設）

アルコール又は薬物の影響により正常な運転が困難な状態で自動車（二輪車を含む）を走行し

人を負傷させた場合…（罰則）15年以下の懲役

人を死亡させた場合…（罰則）20年以下の懲役

2. 道路交通法の罰則規定

「酒気帯び運転等の禁止」（平成19年9月罰則強化）

[運転者に対する処罰]

（罰則）

酒酔い運転 5年以下の懲役又は100万円以下の罰金

酒気帯び運転 3年以下の懲役又は50万円以下の罰金

（違反点数）※平成21年6月1日の法改正から点数引き上げ

酒酔い運転…35点 免許取消 欠格期間3年

酒気帯び運転 *呼気1リットル中のアルコール濃度

*0.25mg以上…25点 免許取消 欠格期間2年

*0.15mg以上…13点 免許停止 停止期間90日

[運転者以外の周囲の責任についての処罰]

・車両提供者は運転者と同じ処罰

・酒類の提供・車両の同乗者

運転者が酒酔い運転

…3年以下の懲役又は50万円以下の罰金

運転者が酒気帯び運転

…2年以下の懲役又は30万円以下の罰金

5 健康増進法について

平成13年に政府・与党社会保障改革協議会において、「医療制度改革大綱」が策定され、政府として「健康日本21」を中核とする国民の健康づくり・疾病予防をさらに積極的に推進するため、医療制度改革の一環として「健康増進法」が平成14年に制定されました。

この法律は、健康の増進は国民一人一人の主体的努力によってなされるべきであるとし、国民の責務、国および地方公共団体の責務、健康増進事業実施者（保険者、事業者、市町村、学校等）の責務、国、地方公共団体、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者の連繋および協力が目的と明記されています。

○食生活、運動、身体活動、休養、歯の健康等の指針の策定や、栄養成分、たばこ、飲酒などに関する情報提供を推進する。

○国及び地方公共団体…健康の増進に関する正しい知識の普及、情報の収集・整理・分析・提供、研究の推進、人材の養成・資質の向上を図るとともに、関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努める。

○健康増進事業実施者（保険者、事業者、市町村、学校等）…健康相談等国民の健康の増進のための事業を積極的に推進するよう努める。

6 健康日本21について

（第一次）2000年～2012年

健康日本21は厚生労働省が主導している「21世紀における国民健康づくり運動」です。我が国における高齢化の進展や疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が増大

しており、健康づくりや疾病予防を積極的に推進するための環境整備が要請される中、平成12年3月31日に厚生省事務次官通知等により、国民健康づくり運動として「健康日本21」が開始されました。その目標は壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することです。アルコールは重点9項目の1つになっており、達成されるべき3つの目標が設定されています。

- ①2000年の基準値に比べて2012年までに多量飲酒者の割合を20%削減すること
 - ②未成年者の飲酒を2012年までにゼロにすること
 - ③節度ある適度な飲酒をすべての国民に理解してもらうこと
- 2011年の最終評価では①③が変化が見られないというC評価がされた。
- (第二次)
- 2013年4月1日から第4次国民健康づくり運動として開始されています。

7 「信州保健医療総合計画 ～健康長寿世界を目指して～」において のアルコール問題対策について

長野県による、保健医療についての2013年度からの総合5ヶ年計画。従来の7つの計画を一体的に策定することにより、県の保健医療施策全般の方向性と具体的な目標を明らかにした上で、健康づくりから、予防、治療、療養といった施策の全体像を一つの計画の中に示した。

第4編 健康づくり 第4節 アルコール (一部抜粋)

<今後目指すべき姿と取り組み>

- アルコールによる被害を受ける人が減少すること。
 - 飲酒運転による事故(または死亡事故)が減少すること。
- [県民の取組として望まれること]
- 多量飲酒(男性は日本酒2合/日、女性は日本酒1合/日)とならないように、節度ある適度な飲酒。
 - 未成年者の飲酒禁止。
 - 未成年者には、お酒やノンアルコール飲料を飲ませないよう徹底。

[関係機関・団体の取組として望まれること]

- 小売店や飲食店は、未成年者に酒類を販売しないことの徹底。
- 学校は、飲酒防止教育を実施。
- 医療機関は、アルコール依存症の治療を実施。
- 全ての関係機関・団体は、アルコールによる健康被害に関する情報提供や多量飲酒に関する普及啓発を実施。

[県の取組(施策の展開)]

- アルコールによる健康被害に関する情報提供や、多量飲酒に関する普及啓発を行います。
- アルコール依存症の相談を行います。

<指標・平成29年度目標値>

- 生活習慣病のリスクを高める飲酒をする者の割合
現状 成人男性15.7%、成人女性5.3% ⇒同13%、4.5%へ減少
- 未成年者の飲酒割合
現状高1男子13.4%、女子15.4% ⇒0%へ
- アルコール依存症者・回復者は完全断酒が必要であることを知っている者の割合 現状61.7%(H22) ⇒増加
- アルコールの害に関する普及・啓発を実施する市町村数の増加

第7編 疾病対策等 第5節 精神疾患対策 (一部抜粋)

<目指すべき方向と医療連携体制>

- 患者が発症してから精神科医を受診するまでの期間をできるだけ短縮するとともに、精神科医療機関と地域の保健医療サービス等との連携を推進します。
- 精神科救急患者、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる体制
(腎不全や歯科疾患等の身体疾患を合併した場合の専門医療や、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を強化します)

<指標・平成29年度目標値>

- 精神科救急・合併症対応施設数 なし(H24) ⇒1か所設置
- アルコール依存症の専門的診療実施医療機関数
14病院13診療所(H24) ⇒現状より増加させる。

【 VI 資料編 】

- VI-1 家族向けSHIFT相談シート
- VI-2 相談機関・自助グループ一覧
- VI-3 参考図書・参考資料



1 家族向けSHIFT相談シート

1. SHIFT（信州 依存症 ファミリー トレーニング）について

<目的>

この面接を通じた家族トレーニングの目的は、家族が、問題を抱える本人へ対応している接し方をさわやかにシフトさせ、本人へのプラスの影響力を持てるようになることです。

本トレーニングは、アルコール依存症者の家族を「飲酒問題の解決の中核を担う人」と位置付け、家族相談の中で認知行動療法を使った面接を続けることにより、家族自身ができることについて学びます。家族は本人のことをよく知っており、接する機会も多く、本人に対してかなりの影響力を持っているのです。家族が本人への対応の仕方を変化させていくと、次の3つの変化が引き起こされていきます。

①家族が日々過ごしやすくなること

家族は飲酒問題を抱えて大きなストレスを感じています。本人に対して適切な対応をするためには、家族自身が少しでも健康な状態を維持していることが大切です。

②本人の飲酒行動が変わること（飲み方が変わる、量が減るなど）

③本人を治療に乗せること（受診する、相談するなど）

<家族支援の位置づけ>

アルコール依存症は本人が病気であることを自覚しにくいいため、自分から病院にかかって治そうとはしない病気です。そのため、家族が先に相談に来ることが多くなります。正しい知識と、正しい本人への接し方を知らない家族は、今まで飲酒をやめさせるために、説得、小言、懇願、脅しなど考えられることは全てやってきています。しかし、効き目がなかったのではないのでしょうか？「本人が問題を認識し、治療を受ける」ということを実現するためには、まず「家族への支援」が最も重要になります。

<効果について>

本トレーニングが取り入れているCRAFT：Community Reinforcement and Family Training（コミュニティ強化と家族トレーニング）のプログラムは、認知行動療法という心理療法の技法に基づいたプログラムです。国内では先進的な精神科病院や精神保健福祉センターの家族教室のプログラムとして採用されています。SHIFT相談シートはこのCRAFTを原型として取り入れ、他県で取り組まれているCRAFT家族教室を参考に、個別面接の中で家族トレーニングに取り組める材料として作成しました。

CRAFTプログラムではこれまで次のような結果が得られています。

①物質依存に陥った人を治療に繋げるために家族がこのプログラムを受け始めた後、70%が本人を治療に繋げることに成功しています。

VI 資料編 1 家族向け相談シート

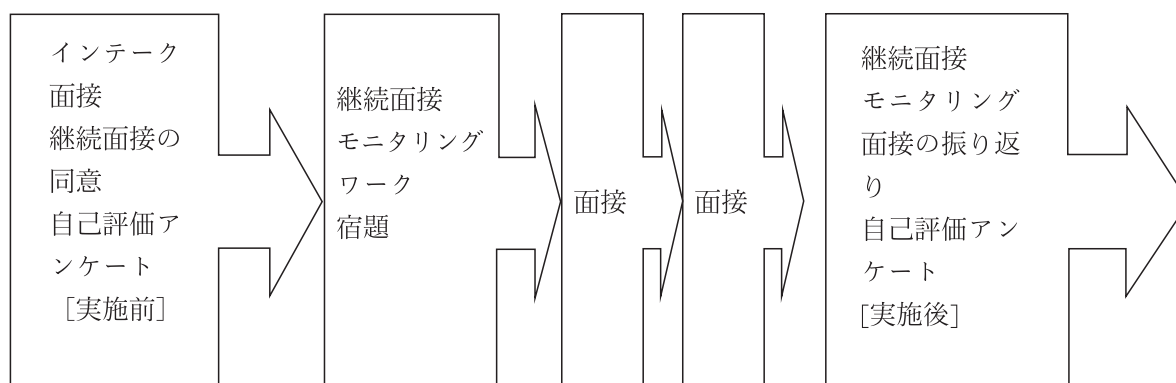
- ②このプログラムに参加した家族は物質依存に陥った人との関係が改善しています。
- ③本人が治療につながるか否かにかかわらず、家族自身の心理的健康が改善しています。

<SHIFT相談シートの使い方>

SHIFT相談シートはインテーク面接の終了後、継続面接の中でご使用いただけます。4回の宿題と、3回のワークで構成しています。相談者が宿題での取り組みが難しい状況のときは、宿題も面接の中で取り組むことができます。相談者にSHIFT相談シートを渡し、読み合わせたりチェックリストに書き込んでもらったりしながら面接を進めていきます。ワークの順番は一般的に取り組みやすい順となっていますが、相談者にとって必要性の高いワークから、また取り組みやすそうなワークから取り組むこともできます。

※相談受理のためにはSHIFT相談シートの使用に先立って、一般的なインテーク面接を実施してください。本ハンドブックP45の「アルコール問題相談受付票」も参照ください。

【図VI-1-1 SHIFT相談シート活用の面接のフロー】



<SHIFT相談シートの参考文献>

「GIFT（群馬・依存症・ファミリー・トレーニング）」／群馬県こころの健康センター依存症家族教室 ※群馬県こころの健康センターホームページに資料が掲載されています。

「CRAFTワークブック 第1版」／社会医療法人あいざと会 藍里病院

「CRAFT依存症患者家族のための対応ハンドブック」／金剛出版2013 ※P93参照

2. アルコール依存症家族相談のアンケート

次ページにアルコール依存症家族相談のアンケート様式を掲載しています。このアンケートは、ローゼンバーグ自尊感情測定尺度を使用した自己評価アンケートで、当センターで実施している依存症家族教室で使用している様式を改変したものです。この尺度における自尊心とは「自分はこれでよい」と思えることです。

初回面接時と、継続面接を任意の一定回数重ねた後、複数回アンケートを実施することで、効果測定に利用できます。

支援者が使用する評価方法、設問のポイントはP67を参照してください。

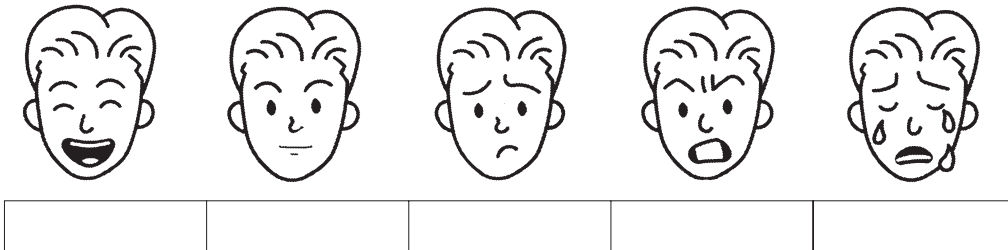
アルコール依存症家族相談のアンケート

ご家族のお気持ちや、アルコール依存症に対する考えを知るためのアンケートです。お書きいただいたことは、スタッフのみ拝見します。率直にご記入下さい。

お名前 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

1 今あなたがご本人に対して願っていることは、どんなことですか？ (3つまで)

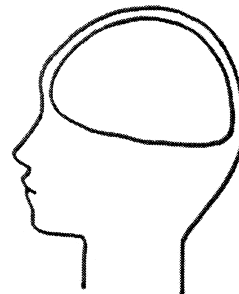
2 最近のあなたの気持ちに近いのは、どの表情ですか？○をつけて下さい。



3 あなたの頭の中では、本人のことはどのくらいの割合を占めていますか？

右の図に書いてみて
下さい

() 割くらい



4 あなたに当てはまるものに○をしてください

質 問 内 容	そう	やや そう	やや ちがう	ちがう
1 私はすべての点で自分に満足している				
2 私は時々自分でまるでだめだと思う				
3 私は自分にはいくつかの見どころがあると思っている				
4 私はたいいていの人がやれる程度には物事ができる				
5 私はあまり得意に思うことはない				
6 私は時々、確かに自分は役立たずだと感じる				
7 私は少なくとも、自分が他人と同じレベルに立つだけの価値がある人間だと思う				
8 もう少し自分を尊敬できたらと思う				
9 いつでも自分を失敗者だと思いがちだ				
10 私は自身に対して前向きな態度をとっている				

アルコール依存症家族相談のアンケート 評価・設問のポイント

1 今あなたがご本人に対して願っていることは、どんなことですか？（3つまで）

ご家族の思いの引き出し、面接の話題として把握します。「酒さえ止まれば、ちゃんと働いてくれれば、借金を返して…」と面接の最初では本人への願いがとても高い場合があります。依存症の治療と回復のプロセスについて理解が深まると、現実的で具体的な願いが出てきます。

2 最近のあなたの気持ちに近いのは、どの表情ですか？○をつけて下さい。

本人への対応の際は、家族は情熱（愛情、恨み、怒りなど）は内に秘め、『冷静』『あっさり』『さわやか』な対応ができるとよいと言われています。しかし、アルコール問題が家庭内に怒り、悲しみ等の感情のうずを引き起こしてしまいます。また、DVがあったり、長期にわたる問題の影響下では、喜びの感情や怒りの感情さえも感じられなくなるうつ状態が引き起こされている場合もあります。

3 あなたの頭の中では、ご本人のことはどのくらいの割合を占めていますか？

多くのご家族が、『100%本人のアルコール問題でいっぱい他のことを考える余裕がない』というような状態に追い込まれています。まずは家族が安全で元気にいられるよう、家族のセルフケアが大切です。

4 あなたに当てはまるものに○をしてください

ローゼンバーグ自尊感情測定尺度（訳：星野命1970）の質問項目です。以下の採点表を使用し、測定してください。高ければ高いほど、自尊心が高いことを示します。この尺度における自尊心とは「自分はこれでよい」と思えることです。初回面接から任意の一定回数面接を重ねた後に再度アンケートを取ることで、効果測定ができます。

【表VI-1-1 自尊感情測定尺度の評価表】

質問	そう	ややそう	ややちがう	ちがう
1	4	3	2	1
2	1	2	3	4
3	4	3	2	1
4	4	3	2	1
5	1	2	3	4
6	1	2	3	4
7	4	3	2	1
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4
10	4	3	2	1

[網掛けは逆転項目となる]

※ローゼンバーグ自尊感情測定尺度の日本語訳は何種類か発表されています。

ホームワーク① 問題状況の観察

～はじめに～

アルコール依存症はこころの病気なので、専門の医療につないでいくことが大切です。あなたの熱意と愛情、叱咤激励だけでは治りません。家族の情熱（愛情、恨み、怒りなど）は内に秘め、『冷静』『あっさり』『さわやか』な対応がよいと言われています。

私たちのとる行動には、すべて‘きっかけ’と‘理由’があります。そして、結果として得るものや失うものもあります。本人の飲酒行動と飲酒量を冷静に観察して、行動の起承転結を把握しましょう。

どのようなものをどれくらい飲んでいるか、どんな時に飲んでいないか、いつ、どこで、およそどのくらい…を適度に把握することは状況のモニタリングとなります。次回のワークでトラブルマップを作成するのに役立つでしょう。

<行動の起承転結>

問題行動や暴力にはきっかけがあり、問題行動や暴力の結果、得られるもの、失うものがあります。また、その行動に自分がどう関わっているのかを知ることが大切です。流れがつかめれば、流れを変えることができます。

【例①】 お腹がすいた ⇒ ご飯を食べた ⇒ 満たされた

【例②】 仕事が休みで昼から飲み始めた（焼酎を3合ほど）

買い置きの酒が切れた⇒夫「酒買ってこい！」 ⇒ 妻「飲み過ぎじゃないの？」

⇒ 夫「うるせえなあ！」と暴力 ⇒ 妻：仕方なく買ってくる

⇒ 夫は酒が手に入り機嫌が直る、妻は怯えて言いなり状態になり悲しみに暮れる。

⇒ いつものパターンの出来上がり

このように、アルコール問題、暴力や様々な問題行動には、起承転結の流れが存在します。

本人が、ひとりで勝手に引き起こす問題行動を変えることはできませんが、本人とやりとりのあるトラブルは解決もしくは回避できるかもしれません。

まず、起きたトラブルを記録し、自分たちの対応を見直す必要があります。飲酒行動や問題行動には、起こりやすい日、時間帯、場面、状況などがあります。また、状況によって程度や使用量が変化します。

『いつ？（時間帯／曜日）』 朝から？ 夜だけ？ 週末だけ？

『どこで？』 家で？ 決まった場所で？

『誰と？』 1人で？ 誰かと？ 家族とも接点はあった？

『どんな時に？』 野球で巨人が負けた時？ 仕事でトラブルがあった？ 休みの前日？

このように、問題行動のきっかけと起承転結を意識しながら、問題状況の観察を行います。

次のシートを使って、今日から次の面接までの間に本人が起こした飲酒による問題のリストを作ってみましょう。冷静に、相手を観察するつもりで書いてみてください。

1. 『いつ? (時間帯/曜日)』『どこで?』『誰と?』『どんな時に?』『飲酒量は?』
2. どんな問題がおきたか
3. それぞれの人がどうなったか、どんな感情を持ったか

1. いつ、どこで、誰と、どんな時に推定飲酒量は?	2. どんな問題が起きたか	3. それぞれの人がどうなったか どんな感情を持ったか
例： 火曜日深夜に、帰宅して、一人で会社で接待の飲み会があったようだ 飲酒量は不明	例： 大声で騒いで家族全員を起こした。 酔って転んで頭をケガした。 酔ってトイレに間に合わなかった。 酔って家族とけんかした。 二日酔いで仕事を休んだ。	例： 本人：頭にケガをした。 翌日は二日酔いで仕事を休んだ。 家族：怒鳴られて怖い思いをした。 本人の手当をした。本人の汚した衣類を洗濯した。翌日には頭にきて本人に注意をした。

他にも本人の問題行動が見つければ、用紙を追加して記入しましょう。

ワーク① 飲酒による問題行動・トラブルマップの作成

～はじめに～

今回は問題行動の理解の仕方（『行動理論』）について学んでいきます。飲酒による問題行動に影響を与えるためには「きっかけ」と「結果」を変える必要があります。

まず、飲酒問題を客観的に分析することから始めましょう。これは今後非常に大事になる課題です。

*** 行動理論 ***
 行動することで何か良いことが起こったり、嫌なことがなくなると、その行動は繰り返される

『飲酒の引き金や影響の起承転結をとらえる（トラブルマップ）』

- 実践課題 1 飲酒の引き金…飲酒の理由（できごと、思考、感情など）
- 実践課題 2 飲酒のサイン…すでに1杯以上飲んでいると分かる本人の兆候
- 実践課題 3 飲酒による影響…飲酒の結果
 （本人にとって良い結果・悪い結果、家族にとって良い結果・悪い結果）
- 実践課題 4 引き金を引かず、影響を受けない方法を考える（マップを書き換える）

<実践課題 1 飲酒の引き金>

飲酒の引き金とは、本人が飲酒してしまうきっかけに‘しばしば’なる出来事、機嫌、人、時間、日、考え、場所などを言います。下に引き金になりそうなことを一覧にまとめました。これを見て本人の飲酒の引き金にあてはまるものにレ点をつけてみてください。これ以外に見つかったらそれも書き出してください。

- | | | | |
|--|------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 退屈 | <input type="checkbox"/> 緊張感 | <input type="checkbox"/> 憂うつ | <input type="checkbox"/> 気分が良くてお祝いしたいとき |
| <input type="checkbox"/> 職場で悪い事があった日 | | | <input type="checkbox"/> 職場で良い事があった日 |
| <input type="checkbox"/> 仕事のある日 | | <input type="checkbox"/> 友人と一緒に車で帰ってくる | |
| <input type="checkbox"/> 友人とスポーツ観戦すること | | | <input type="checkbox"/> ひとりでスポーツ観戦すること |
| <input type="checkbox"/> 子どもがうるさかったり邪魔をしたりすること | | <input type="checkbox"/> あなたとのけんか | |
| <input type="checkbox"/> 友人を招待したとき | | <input type="checkbox"/> けんかのたねを探しているとき | |
| <input type="checkbox"/> 月経前症候群 | | <input type="checkbox"/> 上司に関する不満を口にしたとき | |
| <input type="checkbox"/> 同僚に関する不満を口にしたとき | | | <input type="checkbox"/> 家に漂う暗い雰囲気 |
| <input type="checkbox"/> 多忙なスケジュール | | <input type="checkbox"/> 人生がいかにか絶望的か話しているとき | |
| <input type="checkbox"/> 子どもが騒がしい（少なくともアルコール乱用者自身はそう感じている）とき | | | |
| <input type="checkbox"/> その他に発見した引き金（いくつでも） | | | |

<実践課題2 飲酒のサイン>

アルコールが脳まで達してしまったら、もはや理性的な話し合いや交渉は不可能となります。アルコールには、短時間で人間の明晰な思考を妨げてしまう効果があるのです。そうなった時点であなただけは対応モードをシフトしましょう。「自分の安全を確保すること」と、「これ以上の飲酒を促進するような行動をとらない」ことに専念しましょう。本人がお酒を飲み始めると、少量であっても家族はピンとくるものです。どんなサイン（兆候）があるか、あてはまるものにレ点をつけてみてください。これ以外に見つかったらそれも書き出してください。

- ビール6缶入りケースを持って帰ってきた
 - 歯をくいしばったり、こぶしを握ったりしている 食べるのを拒否する
 - とろんとした目になる まぶたが重そうになる
 - しゃべり声が大きくなる／小さくなる 家中をうろうろしはじめる
 - 一生懸命働いているのだから一杯くらいは飲むのは当然だという
 - むっつりと不機嫌になる 感情的になる 無感動になる
 - しゃべっていても呂律がまわらなくなりはじめる 家族に背を向ける
 - 子どもたちが別のことをしていて忙しいにもかかわらず、自分と一緒に「親子の時間」を過ごさなさいと主張する。
 - ひとりになりたがる 激しい気分の変動が見られる
 - その他に発見したサイン（いくつでも）
-

<実践課題3 飲酒による影響>

トラブルマップの最後の部分は、飲酒の結果生じる影響です。飲酒による問題行動の結果、それぞれの人はどうなりましたか。良い結果も、悪い結果もリストアップしましょう。誰か何か得をしましたか。後片付け・後始末はどうなりましたか。お互いどのような気持ちになりましたか。本人が得をしたり、人のせいにして反省に至らない場合、トラブルは繰り返されやすくなります。

・飲酒のおかげで私は… もしくは本人は…

- 罪悪感や恥ずかしさを抱えている 二日酔いがひどい 体調が悪い
- 仕事を休んでしまった パーティーでより社会的になれる
- 健康に問題がある DVを経験した、もしくはそのおそれがある
- 仕事をくびになった 二人の関係から喜びが失われた
- 育児が困難 自動車事故を起こした 友人を失った
- 飲酒運転で捕まった 経済的に厳しい リラックスできない

- 飲酒時の行動で恥をかいたことがある
 - 物騒な行為におよんだ
 - 社会生活に損害があったもしくは社会生活自体を失った
 - セックスができない
 - 私有もしくは共有の財産が壊された
 - 本人は私を必要としているので、その人は絶対に自分とは別れられないと感じる
 - つねに飲酒問題にかかりっきりのため、他の問題への対応を避けている
 - 不満足な性的関係を避けている
 - その他に見つけた飲酒の影響 (良いこと・悪いこと)
 - 外見的な魅力が減った
 - 肥満の問題
 - 近所での評判が悪い
 - 性生活が阻害されている
-

実践課題4 トラブルマップを書き換える

どのような飲酒の引き金があり、飲酒するとどのような前触れがあり、そしてトラブルが起き、その結果本人と家族がどうなったか、という起承転結を見てきました。これでトラブルマップの完成です。同じトラブルを繰り返さないためには、家族が飲酒の引き金を引かず、飲酒の影響も受けない別のシナリオに書き換えることが必要です。起承転結のうちどこかで、家族の対応を変えてみましょう。本人に引きずられるように同じ対応をしてしまうと、同じ結果となる可能性が高いです。

試しにできそうな、対応のパターンときっかけのセリフをいくつか作って用意しましょう。

*** 対応のポイント ***

- 情熱は内に秘め (⇔刺激し合わない)
- 冷静に状況を分析して (⇔怨念で状況を分析しない)
- 冷静に本人に言葉をかけ (⇔ののしらない)
- 冷静な行動をとる (⇔行動を本人にぶつけない)

ホームワーク② 本人の飲酒量を推定する

このシートを使って、今日から次の面接までの間に、本人がどんなパターンでどれくらいの量のアルコールを飲んでいるか推定してみましょう。

- 1、平日の飲酒量はどれくらいですか？ ()
- 2、金曜日の飲酒量はどれくらいですか？ ()
- 3、土曜日の飲酒量はどれくらいですか？ ()
- 4、日曜日の飲酒量はどれくらいですか？ ()
- 5、飲まない日はありますか？ ()
- 6、飲む時間帯はいつですか？ ()
- 7、飲まない時間帯はいつですか？ ()

下の表を参考にしてください。

1日の飲酒量をはっきりしない場合は、どのアルコールをどんなサイズのもので買ってきて、それが何日でなくなるかで計算してみましょう。

純アルコール量の目安

	アルコール度数 (%)	純アルコール量 (g)
ビール 500ml	5%	20 g
清酒15度 1合	15%	22 g
焼酎35度 1合	35%	50 g
焼酎25度 1合	25%	36 g
酎ハイ 500ml	3%~8%※ ストロング銘柄	12g~32g※
ウイスキー 60ml	40%、43%	19g、21g
ワイン2杯 240ml	12%	24g

*** 飲酒量について ***

医学的に「大量飲酒」とは1日に日本酒3合以上の飲酒をさします。アルコール換算60gです。

「少量の飲酒は健康に良い」と言われている時の「少量」とは、おおむねアルコール換算20g（日本酒1合弱、焼酎25度100ml）を指し、心筋梗塞、虚血性心疾患、脳梗塞、2型糖尿病などの病気の予防に効果があることが分かっています。

しかし、一方で少量の飲酒でも高血圧、脳出血、高脂血症（中性脂肪）、肝臓病などの疾患ではリスクをあげることが分かっています。

$$\text{純アルコール量 (g)} = \text{飲酒量 (ml)} \times \text{度数 (\%)} \times \text{アルコールの比重0.8}$$

ワーク② 暴力の分析・暴力からの安全

アルコールと暴力とは密接な関係にあります。アルコールのせいで穏やかな気性の人が怒り狂いはじめたり、あるいは、それ以上のもっとひどい状態になったりすることもあります。生活をより良いものにしようと考えたときに、暴力を受けないこと、暴力をさせないことは最優先の課題です。あなたやその他の家族にとって安全第一の行動が、本人のためでもあるのです。

『暴力の分析・暴力からの安全』

- 実践課題 1 暴力を突き止める
- 実践課題 2 危険信号に気づく
- 実践課題 3 危険信号への対応

暴力が起きた際の対応策の立て方

* 安全第一 *

最も大切なのは、あなたやその他の家族の安全を確保すること

～はじめに～

たとえあなたの家族であるアルコール依存症者が、これまで一度も暴力（身体的暴力や言葉の暴力）を振るったことがなかったとしても、油断はできません。最悪の事態に備えておくことが大切です。

過去に家庭内暴力（DV）を経験したことがあり、いつまでもその恐怖を感じているのであれば、ぜひ用心深く行動してください。今後、飲酒問題のある家族を治療につなげるために、あなたが行動や対応を変化させたとき、これまでとは違った対応が相手の暴力を誘発する可能性がないかどうか、注意深く検討しましょう。暴力を回避しながら相手を治療につなげていくということがこのプログラムの目的です。

これまでに深刻な暴力があった場合は相談して下さい。慎重に計画を立てること、そして、安全確保のために、タイミングを見計らうことが大切です。

Q：これまで、どの程度の暴力が、どのくらいの頻度で起こりましたか？

どのくらいの被害がありましたか？

深刻な暴力が起きたことはありますか？

前回、暴力があったのはいつですか？

【実害が少ないレベル】

・ 暴言レベル

・ 物に当たるが壊れない

【実害が出ているレベル】

・ 物が壊れる

・ 家族に手をあげる

【特にリスクが高いレベル】

・ 家族が怪我をする（治療は必要かどうか）

・ 凶器の使用（脅しでも十分危険）

※程度や頻度をモニターしておくことが大切です

<実践課題1 暴力を突き止める>

思い出せる限り、暴力のあった場面を書き出しましょう。怒鳴る、押す、言葉で脅す、身体的に脅す、蹴る、つかむ、物で叩く、物を壊す、武器の使用をほのめかして脅す、性的虐待につながる行為といったものが含まれます。

①いつ、どこで、誰と、どんな時に 推定飲酒量は？	②どんな暴力を誰に（何に）したか	③それぞれの人がどうなったか
例： 月曜日の朝に、寝室で、妻と二人の時前日の深夜までつぶれるまで飲酒していた 飲酒量は不明	例： 妻が仕事に遅刻すると言って本人を起こした。 本人はうるさいと言って妻を怒鳴った。 妻が本人を怒鳴ったことに腹を立て、本人が妻を殴った。	例： 本人：妻を殴ってしまったことで 気まずい思いをした。 二日酔いで仕事を休んだ。 家族：本人に殴られたことで痛い 思い、みじめな思いをした。本人 が仕事を休んだことでますます心 配事が大きくなった。

<実践課題2 危険信号に気づく>

最近起こった暴力もしくは暴力に近い状況を思い出してください。きっかけは何で、どのようにエスカレートしたのでしょうか。暴力行為や大量飲酒などの大きな問題行動に出る時には、逆鱗に触れるような強いきっかけがあることが多くあります。問題行動が後戻りできなくなった段階で、暴力に至ってしまったのです。

また、その前後で本人や家族に「怒り」、「苛立ち」、「悲しさ」、「嬉しさ」などの強い感情が生じることが多くあります。感情の状態も思い出してみましょう。

次の例で考えてみましょう。

誰	いったこと	やったこと	感情
わたし	「お父さん、遅れるわよ。起きて」	起こそうと肩をトントンと叩く	イライラ
夫	「あっち行ってろ」	寝返りを打つ	苛立ち
わたし	「起きなくちゃ、前みたいにまたクビになるわよ」	肩を揺する	怒り、不安
夫	「あっち行ってろと言っただろう」	私をにらみつける	腹立ち
わたし	(大声で)「家を出て行かなくちゃならなくなるわよ」	肩を押す	怒り心頭
夫	(叫んで)「あっちへ行ってろと言ってるんだ」	ベッドから飛び出して私を殴る	怒り心頭

Q：この例での暴力の危険信号は何だと思いますか？

危険信号

今度は実践課題 1 に挙げた、実際にあなたにあった暴力について書きだしてみましょう。

誰	言ったこと	やったこと	感情
わたし			
相手			
わたし			
相手			
わたし			
相手			

危険信号だと思うものを○で囲んでください。

危険信号が特定できたら、今度は、それらから自分の身を守るためにどうするのかを考えます。実践課題3でその方法を検討します。

<実践課題3 危険信号への対応>

先の例で、高まる危険をかわし暴力を避けるためには、どのように違うやり方であれば良かったのかを考えてみましょう。それぞれの危険信号の隣に、爆発を避けるために言うべきだった言葉や、とるべきだった行動を書き出してみましょう。要するに、これは、危険信号に安全に対応するために、あらかじめ計画を立てることなのです。

[例]

危険信号	安全な対応
あっち行けという	「じゃあ向こうへ行くわ。時間がわかって いるのか確かめたかっただけなの」という (そして本当に立ち去る!)
私をにらみつける	「この話を聞きたくないのはわかったわ。 もう行くわね」という

あなたの場合の危険信号と安全な対応を書いてみましょう。

危険信号	安全な対応

※考え方のポイント：あなたの目的はいかに相手を受診につなげるかであることを再確認しましょう。そのための戦術です。効果のないことを止め、効果のあることだけを行うように考えてみましょう。

これまでのあなたの人生で暴力が問題となったことがないのであれば、今後もそうであり続けてほしいと願っています。「最悪の場合の計画」を用意しておいたけれど使う必要はなかった、となればいいのです。そうしておけば、万一、暴力に直面したとしても、自分自身や周囲の人たちを守る方法がわかるはずです。また、暴力の危険を知らせる信号に気付けるようになることは、他にも役立つことが多いでしょう。

本人が、ひとりで勝手に引き起こす問題行動を変えることはできませんが、本人とやりとりのあるトラブルは解決もしくは回避できるかもしれません。少しずつ自らの行動を変えながら、本人の反応をみることで、だんだんと本人の反応の仕方が予測できるようになり、本人が暴力に出る兆候に気づき、それを回避する、より安全な対応ができるようになるはずです。

あなたが自分と家族の安全のためにできることには以下のことがあります。

① 避難のための準備をしておくこと

- 「安全な脱出ルートを把握しておく」「逃げ場を失わないように警戒しておくこと」
- 「避難の際に必要なものをバッグに詰めて、取りに行きやすい場所に保管しておくこと」
- 「避難先の目安をつけておくこと」

② 一時的な避難場所を準備しておくこと

- 「親戚、知人など頼れる人のところ」「アパート」「ホテル」
- 「女性相談所」「民間シェルター」

※実際に避難する場合、『暴力があるので一緒にいられない』など、避難の理由を何らかの形（直接、電話、メール、手紙）で伝えたほうがよい

③ 法的な手段

- ・ここまでの状況になったら警察を呼ぶと決めておく
- ・地方裁判所に申し立て、DV防止法に基づく保護命令を出してもらう方法もある。
※警察か被害の公証人を立てる必要がある
※基本的には別居や離別を希望することが前提

④ 限界設定

- ・こういう場合は、もう付きあいきれないというラインを決めておき、冷静な時に本人に伝えておく。
※覚悟のある約束しかしないこと。本当にそうすることが大切です。
【例】「今度、暴力を振るった時には警察に相談します」
「今度、薬を使い出したら、もう家には住ませない」
「子どもに手をあげたら実家に帰ります（離婚します）」

危険信号への対応が上手くいかずに、突然の暴力を受ける結果になったとしても、あなたにはまだ自らのためにできることがあります。今すぐ口論をやめ、それでもおさまりそうにないときには、家やアパートを出て、第三者の目がある場所に移動して下さい。上手くいけばその人たちが気づき、助けてくれたり、子どもを危険から遠ざけてくれるでしょう。最悪の場合でも、証言してくれる証人は得られることになります。

最後の手段として警察に電話することを忘れないでいてください。SOSを出しましょう。世間体など、いろいろと気になることはあるでしょうが、安全が第一です。

ホームワーク③ 私の安全対策

このシートを使って、自分自身と家族のための安全対策リストをつくりましょう。

自宅の住所【 】

自分あての電話【 】

自傷他害のおそれが切迫 ⇒ 警察を呼ぶ

電話【 】

強制であっても入院治療が必要 ⇒ 精神科病院に連絡（相談）

電話【 】

本人も治療を希望できる ⇒ 病院に連絡（基本は日中）

こころの不調 精神科病院…電話【 】

体の不調 総合病院………電話【 】

意識障害、吐血など命の心配…救急車 電話【119】

親族、家族の応援を頼む 【誰に： 】

電話【 】

相談先に SOS を出す

【機関名： 担当者名： 】

電話【 】

縮小コピーをして手帳などに貼ることも良いでしょう。

ワーク③ ポジティブコミュニケーション

やっかいな飲酒問題によって本人はもとより、家族のコミュニケーションも極度に偏ったものになりがちです。コミュニケーションの練習をする必要があるのはなぜでしょうか。こじれた状況のコミュニケーションでは、伝えたいことが伝わらず、お互いの気持ちをあおってトラブルになりやすく、あまつさえ飲酒の誘因になってしまうことも多いからです。

本人を治療につなげるという大きな目標を達成するために、まずは家族から関わりを変化させることが大切です。

ポジティブなコミュニケーションの8つのガイドライン

- 1、“わたし”を主語にした言い方をする
- 2、肯定的な言い方をする
- 3、簡潔に言う
- 4、具体的な行動に言及する
- 5、自分の感情を一言で表現する
- 6、部分的に責任を受け入れる
- 7、思いやりのある発言をする
- 8、支援を申し出る

*** 行動理論 ***

「楽しい」から「笑う」のではなく、「笑う」から楽しい気持ちになります。

言葉や行動は気分を変えます。

ポジティブなコミュニケーションを行うこと（言葉と行動）で、建設的な気持ち、本来的な優しさの気持ちを引きだします。

1、“わたし”を主語にした言い方をする

問題や感情について本人と話す際には、相手の悪いところを言うのではなく、あなたがどう感じ、あなたが何を欲しているのかを伝えるようにしましょう。

以下を見るとわかりやすいでしょう。

<とげのある言葉>

- 1) 電話もせずに夕飯をすっばかすなんて身勝手な人ね
- 2) 飲酒しているときの君はいつ事故を起こしてもおかしくない状態だ
- 3) 今夜は飲むなよ
- 4) だらしのない人ね



<とげのない言葉>

- 1) 電話連絡なく夕飯までに帰って来てくれないと悲しいわ
- 2) 君があまりお酒を飲むと心配になるよ
- 3) 今夜は飲まずに居てくれるととてもうれしい
- 4) 家をきれいにしておくことは私にとって大切なことなの。あなたのものを片付けてくれるかしら？

2、肯定的な言い方をする

「して欲しくないこと」ではなく「して欲しいこと」を伝えましょう。

「して欲しいと私は希望します。（でも私は私。あなたの行動はあなたが決めること）」

責めたり、中傷したりしても、本人は何も変わりません。

3、簡潔に言う

長話では話の焦点がぼやけてしまい、蒸し返しになりやすいです。相手の注意も要点からそれてしまいます。自分の考えや感情、起きた出来事、希望を簡潔に言葉にします。

4、具体的な行動に言及する

× 少しは家の手伝いをしてよ。 ⇒ ○ 洗い物をしてもらえると助かります。

こうした言葉がけの方があなたの提案・依頼が受け入れられる可能性は高まります。しかし、提案・依頼を受け入れるか受け入れないかは本人に任せます。

5、自分の感情を一言で表現する

「うれしい」、「安心できる」、「悲しくなる」、「困ってしまう」、「つらい気持ちになる」など、一言で表現しましょう。自分の気持ちに気づき、それを大切にしましょう。相手にしつこく言い続けると逆効果になってしまうことに注意します。

6、部分的に責任を受けて入れる

問題となっている状況を詳しく分析して、小さなことでも、自分自身が部分的に責任を受け入れられる部分があるか考えてみましょう。思いやりの言葉や褒め言葉と同様、自ら少し譲歩したほうが、相手の話を聞く姿勢を引き出せます。

7、出すべき時には思いやり発言を出す

難しいかもしれませんが、問題を本人の側から見て、理解できる部分はそれを言葉で伝えてみましょう。もし、そうすることができれば、相手は『守り』に入りやすく、話に耳を傾けるようになるでしょう。巻き込まれるのではなく、褒めて育てる感覚で接します。

8、支援を申し出る

非難せず、協力的な支援を申し出ることで相手は肯定的に反応しやすくなります。

「どうしたら助けになるかな？」という姿勢で、爽やかに、あっさり、スパッと伝えましょう。

Q：これまで、①～⑧の中で、やったことのあるコミュニケーションはどれですか？

Q：これから、①～⑧の中で、やってみることができそうなコミュニケーションはどれですか？

ホームワーク④ ポジティブコミュニケーションの音読トレーニング

これまでの苦勞に比べれば安いものです。だまされたと思って、1日1回だけ、相手に語りかけるような音読を1か月続けてみてください。驚くべき変化が起こることでしょう。

時間があれば、家族でのやり取りを振り返って、自分のキーフレーズを作ってみましょう。

【例文 - アルコールが入っている時の対応】

- なんだか、怒りっぽいわね。喧嘩するのは嫌だから、私は向こうにいきますね。
- あなたのことは大切だけど、今のあなたは怒りん坊だし勢いがあるので苦手だわ。
- あなたのことは大切だけど、お酒が入っているあなたは苦手だわ。
- だいぶ、ふらついているね。いまの状態だと危ないから、私は外出はやめたほうがいいと思うよ。
- そんなことを言われたら、とても悲しいわ。
- 今日は様子がおかしいから、話し合いはできません。落ち着いたらまた話しましょう。
- いまのあなたと一緒にいるのはこわいから、家から出て行くね。
- こんなに乱暴な様子では、怖くて一緒にいられません。しばらく実家に帰ります。
- こんなに乱暴な様子では、恐くて一緒にいられません。警察を呼びます。

【例文 - イネイブリングをしないことを伝える、また、本人に希望を伝える】

- 会社には自分で連絡してね。あなたの会社だものね。
- 会社には自分で連絡してね。本人にさせるように先生からきつく言われているの。
- お小遣いは約束した通りにしか渡せません。
- どうしてもお金を貸してほしいなら、カレンダーの今日の日付に金額を書いて、返済日に○をつけてください。 ※小銭に限る
- お小遣いをもらった時はカレンダーに金額をつけておいてね。月末に金額を計算してもらいます。

※小遣いの都度渡しは推奨できないが、どうしても仕方ない場合の対応

※小遣いを渡すたびに付けてもらわないと意味がない

- これはあなたが借りたお金なので、自分で返して下さい。
- これだけ借金の催促がきているけど、まずは自分のものを売ってでも清算して下さいね。市でも借金相談をやっているわよ。
- お酒のせいで服を汚しちゃったみたいね。本人に後始末をさせるように先生からきつく言われているの。申し訳ないんだけど自分できれいにしてね。
- 昨日はだいぶ荒れてたわね。自分で後片付けしておいて下さいね。
- 部屋がだいぶ散らかっているけど、昨日あなたがやったことなので、自分で片付けて下さいね。「あら、きれいになったじゃない。あなたも結構、掃除上手なのね」
- うちではこれ以上面倒みられないから、家を出て、働くか生活保護でも申請して生活してください。
- それには協力できないわ。ごめんなさい。
- それは、あなたの問題よ。私にはどうしようもないわ。
- 夕飯までに帰ってこないから心配しちゃった。帰りが十時より遅くなる時は連絡してね。
- 昨日の晩ご飯が冷蔵庫に入っているから、今日はそれを食べて下さい。
- 私は、あなたの依存症のことで悩んでいるから、自分のために家族教室に通っているの。

【例文 － 簡単なお願いをする ・ 本人を褒める】

- おかえりなさい。今日もお仕事ごくろうさま。
- お皿を洗ってもらえると助かるわ。⇒「とても助かったよ。ありがとう！」
- 今日のご飯だけ炊いておいてもらえると助かるわ。⇒「とても助かったよ。ありがとう！」
- 洗濯物をたたんでおいてくれたんだね。ありがとう。
- 最近、趣味の○○をがんばってるみたいね。すごいね。

【例文 － しらふの本人を褒める】

- いまのあなたになら話がしやすいよ。酒を使わなくて済んでいるんだね。
- 最近調子がいいみたいだし、話を聞いてもらえてよかったよ。
- 最近、生活リズムもちゃんとしていて、健康的ね。私も嬉しいよ。
- あら、お酒飲んでないのね。顔色がいいから、安心するわ。
- お酒が入っていない時のあなたは、本当に優しく好きよ。
- 最近、お酒を控えているみたいね。私も嬉しいわ。何か食べたいものはある？
- 自助グループ1か月続いたね。すごいじゃない。顔色もよくなってきたし、うれしいよ。無理せずがんばってね。

【例文 - 本人以外への対応】

- 「すみません。警察ですか。いま息子が暴れています。アルコール依存症なんです。興奮していて話になりません。助けて下さい。」
 - 「すみません。〇〇さんですか。いま息子が暴れています。アルコール依存症なんです。興奮していて話になりません。助けて下さい。」
 - おばあちゃんが心配してくれるのはありがたいけど、お金の面で周りが協力すると、依存症がよくなるって先生から言われているの。
 - おばあちゃんが心配してくれるのはありがたいけど、〇〇はもう大人なんだから、自分のことは自分で責任とるようにしてもらわないと困ります。お金を渡すのはやめてください。
 - おばあちゃんがどうしても援助をやめないというのなら、すべての面倒をおばあちゃんがみて下さい。それができないなら、お金を渡すのはやめてください。
-

例文をただひたすらに反復練習するのも十分効果的ですが、家族ごとに起きる状況も違うと思いますので、キーフレーズを作ってみるのもよい方法です。

コツは、『出来事』『自分で感じた気持ち』『なげかける言葉』だけでキーフレーズをつくること。キーフレーズはなるべく短くすること。

アルコールが入っている時の対応

イネイブリングをしないことを伝える、また、本人に希望を伝える

しらふの本人を褒める

2 相談機関・自助グループ一覧

1. 専門家への相談を 種類と特徴

(1) 保健福祉事務所

県では、保健分野と福祉分野の密接な連携を図るため、保健所・福祉事務所の機能を併せ持った機関として設置されています。保健所（健康づくり支援課）は、住民の健康を守る目的で設置された公衆衛生の第一線機関であり、精神保健に関しては、精神保健福祉相談、家庭訪問、普及啓発、精神保健関係団体の育成指導等を行っています。アルコール関連問題について予約制の精神保健福祉相談を実施しています。本人及び家族からの相談に応じています。まずはお電話でお問い合わせください。地域の医療資源や自助グループについても、相談するとよいでしょう。

佐久保健福祉事務所（佐久合同庁舎内）	健康づくり支援課	電話：(0267)63-3164
上田保健福祉事務所（上田合同庁舎内）	健康づくり支援課	電話：(0268)25-7149
諏訪保健福祉事務所（諏訪合同庁舎内）	健康づくり支援課	電話：(0266)57-2927
伊那保健福祉事務所（伊那合同庁舎内）	健康づくり支援課	電話：(0265)76-6837
飯田保健福祉事務所（飯田合同庁舎内）	健康づくり支援課	電話：(0265)53-0444
木曾保健福祉事務所（木曾合同庁舎内）	健康づくり支援課	電話：(0264)25-2233
松本保健福祉事務所（松本合同庁舎内）	健康づくり支援課	電話：(0263)40-1938
大町保健福祉事務所（大町合同庁舎内）	健康づくり支援課	電話：(0261)23-6529
長野保健福祉事務所（長野市中御所）	健康づくり支援課	電話：(026)225-9045
※管轄：須坂市・千曲市・埴科郡・上高井郡・上水内郡		
北信保健福祉事務所（飯山庁舎内）	健康づくり支援課	電話：(0269)62-6104
長野市保健所（長野市若里）		電話：(026)226-9960
※電話対応時間はいずれも平日8:30～17:15		

(2) 精神保健福祉センター

本人及び家族からの相談に応じています。まずはお電話でお問い合わせください。また、依存症の本人、家族を対象としたミーティングをそれぞれ実施しています。

長野県精神保健福祉センター（長野市若里）	電話：(026)227-1810	対応時間：8:30～17:15
依存症当事者グループミーティング	毎月第1・3火曜日	・依存症家族グループミーティング 毎月第2・4木曜日

(3) 市町村（保健センター）

本人及び家族からの相談に、地区担当の保健師が応じています。地域の医療資源や自助グループについても、相談するとよいでしょう。

VI 資料編 2 相談機関・自助グループ一覧

2. アルコール依存症に関する自助グループ

長野県内の自助グループ一覧（精神保健福祉ハンドブック2013より 平成25年4月確認調査）

① 断酒会

アルコール依存症からの回復を目指す、アルコール依存症者とその家族の自助グループです。

※例会は、備考欄に記載がない場合は全て19：00～21：00の開催となります。

NPO法人 長野県断酒連合会 理事長 宮外 勝 〒399-3202 下伊那郡豊丘村神稲2648-1 電話 0265-35-4633
--

圏域	名称	連絡先	電話	例会日	会場	備考
佐久	小諸断酒会	櫻井 昌行	0267-22-7574	毎週火	小諸市人権センター	19：30～21：00
	佐久断酒会					(休止中)
上小	上田断酒会	竹内 松夫	0268-24-6930	毎週木	上田勤労者福祉センター	19：30～21：00
	東信断酒新生会	栗俣 哲郎	0268-22-5402	毎週月	くりまた美容室別館	13：00～15：00
	東御市断酒会	健康福祉部 健康保健課	0268-64-8882	第2・4月	東御市中央公民館	
	上田市丸子断酒会	塚越 洋子	0268-43-4650	第1・3月	上田市長瀬市民センター	
諏訪	諏訪断酒会	茅野市 健康管理センター	0266-82-0105	毎週金	茅野市健康管理センター	第3金 家族会
上伊那	伊那断酒会	松沢 汎	0265-72-6919	毎週木	伊那市総合福祉センター	第2木 家族会
	竜頭断酒会	山岸 俊一	0265-94-3053	毎週水	伊那市川北町 老人憩いの家「西部荘」	
	高遠断酒会	嶋村 直人	0265-94-2017	毎週金	高遠町総合福祉センター「やますそ」	

VI 資料編 2 相談機関・自助グループ一覧

圏域	名称	連絡先	電話	例会日	会場	備考
上伊那	駒見断酒会	駒ヶ根市 保健福祉課	0265-83-2111	毎週火	駒ヶ根市福祉センター	
	箕輪断酒会	箕輪町 保健福祉課	0265-79-3111 内線118	毎週土	箕輪町産業保健センター	
飯伊	飯田断酒会	小林 稔	0265-26-9796	毎週金	飯田市サントピア飯田	第1金 家族会 19:30~21:00
木曾	木曾おんたけ断酒会	木曾町 保健センター	0264-22-4035	毎週水	木曾福島保健センター	第1水 家族会
	木曾南部断酒会	長嶋 清一	0264-57-3875	毎週金	南木曾町南木曾会館	
松本	松本断酒会	徳久 順一	0263-87-3834	毎週水	松本市あがたの森文化会館	第3水 家族会
	塩尻断酒新生会	小河原英二	0263-55-8475	毎週金	塩尻市総合文化センター	第2金 家族会
	アルプス断酒会	内山 久義	080-6936-3813	毎週木	波田町保健福祉センター	第1木 家族会
	あずみ野断酒会	土屋 毅	0263-73-2534	毎週水	安曇野市豊科公民館	第3水 家族会
大北	池田有志の会	池田町 総合福祉センター	0261-61-5000	毎週金	池田町総合福祉センター	19:00~20:30
長野	飯綱断酒会	飯綱町役場	026-253-4764 (福祉課)	毎週水	飯綱福祉センター	第4水 家族会
	須高断酒会	田中 秀人	026-246-9266	毎週木	小布施町公民館	
	戸倉断酒会	中村角太郎	026-275-3318	毎週月	戸倉コミュニティセンター「児童館」	
	長野断酒会	峰村 孝男	026-269-1401	毎週土	長野市障害者福祉センター	
	長野断酒新生会	曾根原定法	026-256-2336	毎週水	長野市障害福祉センター	第2・4水 家族会
	篠ノ井断酒新生会	富田 幸司	026-292-6451	毎週金	篠ノ井公民館	
	信濃町断酒会	信濃町役場	026-255-3112	第4水	信濃町総合会館	
北信	中高断酒会	上原美智夫	0269-22-8373	毎週火	中野市人権センター	第3火 家族会

VI 資料編 2 相談機関・自助グループ一覧

② AA（アルコールリクス・アノニマス＝無名のアルコール依存症者の集まり）

アルコール依存症者の自助グループです。“クローズド”は本人のみ参加できます。“オープン”は本人・家族・関係者、どなたでも参加できます。

連絡先：AA 関東甲信越セントラルオフィス 〒170-0005 東京都豊島区南大塚3-34-16 オータニビル3階 電話 03-5957-3506					
圏域	名称	開催曜日	時間	会場	備考
佐久	佐久グループ	毎週木	19：30～21：00	佐久市福祉総合センター	オープン，祝日休
	千曲源流グループ	第1・3・5 火	19：30～20：30	川上村中央公民館	クローズド
	らいでんグループ	毎週火	19：30～20：30	望月人権文化センター	オープン，祝日休
毎週月		19：30～21：00	小諸市人権センター	オープン，祝日休	
上小	上田グループ	毎週水	19：30～21：00	上田市ふれあい福祉センター	クローズド
諏訪	諏訪グループ	毎週水・土	19：30～21：00	カトリック諏訪教会	オープン
上伊那	アルプス中央グループ	毎週火	19：30～20：30	カトリック伊那教会	オープン
		毎週金	19：30～20：30	駒ヶ根市福祉センター	オープン
飯伊	飯田グループ	毎週木	19：30～20：30	さんとぴあ飯田	オープン
松本	松本グループ	毎週月	19：30～21：00	松本市なんなんひろば	オープン，祝日休
	ビックブック友の会	毎週木	19：30～21：00	塩尻総合文化センター	第2・4・5木のみオープン
大北	安曇野グループ	隔週水	19：30～21：00	池田町福祉会館	オープン，祝日休
	しなの大町グループ	毎週金	19：30～20：30	大町市総合福祉センター	オープン
長野	長野グループ	毎週火	19：30～21：00	カトリック篠ノ井教会	第1火のみオープン
		毎週金	19：30～21：00	千曲市埴生公民館	クローズド

VI 資料編 2 相談機関・自助グループ一覧

圏域	名 称	開催曜日	時 間	会 場	備 考
長野	長野グループ	第3木	19:30~21:00	長野市ふれあい福祉センター	オープン
女性	女性ミーティング	第2火	19:30-21:00	佐久市福祉総合センター	クローズド（女性のみ）祝日休
院内メッセージ	信濃病院内	第1・3土	19:30~20:30	信濃病院	
	佐久総合病院内	第2・4金	19:30~20:30	佐久総合病院	
	駒ヶ根病院内	第2日	13:30~15:00	駒ヶ根病院	
	安曇総合病院内	第1・3木	19:30~20:30	安曇総合病院	
	村井病院内	第3日	10:00~11:00	村井病院	入院・通院患者対象 オープン

③ アラノン（アルコール依存症者の家族と友人の集まり）

お酒の問題を持つ人から影響を受けた、または受けている家族・友人・関係者の方なら誰でも参加できます。同じ経験を持っている仲間だけが参加できるクローズドミーティングです。

連絡先：NPO 法人 アラノンジャパンGSO（日本アラノン本部） 〒145-0071 東京都大田区田園調布2-9-21 電話 03-5483-3313（10:00~17:00）日・祝休み					
圏域	名 称	開催曜日	時 間	会 場	
長野	長野グループ	毎週金	19:00~20:00	カトリック長野教会	
諏訪	諏訪グループ	毎週木	19:30~20:30	カトリック諏訪教会	
アラノンACグループ(※)					
松本	AC松本グループ	毎週火（祝日休）	13:00~14:00	カトリック松本教会（信徒館研修室）	

(※)アラノンAC（アダルトチルドレン）は、子どもの頃に両親あるいは身近な人のアルコール依存の影響を受けた人たちの集まりです。

VI 資料編 2 相談機関・自助グループ一覧

④ 断酒のための当事者グループ（酒害者回復クラブ・病院内当事者グループ等）

半自助・半治療と位置づけた会です。支援者の参加もあります。活動の詳細は各団体にお問い合わせください。

圏域	名称	連絡先・電話	例会日	会場	備考
上小	アルコールプログラム	千曲荘病院 0268-22-6611（代表）		千曲荘病院内	
	信濃病院 合同断酒会	信濃病院 0268-64-3205（代表）	毎週日	信濃病院 2 階 食堂	14：30～16：00
諏訪	茅野 酒害者回復クラブ	諏訪中央病院 医療相談室 0266-72-1000	毎週火	諏訪中央病院 講義室	19：00～21：00
	下諏訪 酒害者回復クラブ	諏訪共立病院 相談室 0266-28-2012	毎週木	諏訪共立病院 相談室	19：00～21：00
諏訪	富士見 酒害者回復クラブ	諏訪保健福祉事務所 0266-57-2927	毎週金	富士見町保健 センター	18：30～20：30
飯伊	松川町 酒害者回復クラブ	こころの医療センター駒ヶ根 A 2 病棟 0265-83-3181	毎週月	松川町中央公 民館	19：00～21：00
	ダルクメッセージ	こころの医療センター駒ヶ根 A 2 病棟 0265-83-3181	第 3 木	こころの医療 センター駒ヶ 根	※薬物依存対象
	飯田病院 やすらぎの会 (断酒会)	飯田病院 0265-22-5150（代表）	第 3 水	飯田病院	13：00～14：00
松本	院内メッセージ (断酒会)	村井病院 0263-58-2244（代表）	第 2 日	村井病院	10：00～11：30 本人対象、家族 可
	アルコール ミーティング	村井病院 0263-58-2244（代表）	毎週火	村井病院	16：00～17：00 本人対象、家族 可

VI 資料編 2 相談機関・自助グループ一覧

圏域	名称	連絡先・電話	例会日	会場	備考
大北	体験断酒会	安曇総合病院 0261-62-3166 (代表)	第2火	安曇総合病院	16:00~18:00
長野	栗田病院雷鳥会 (断酒会)	栗田病院 026-226-1311 (相談室呼出)	毎週金	栗田病院会議室	11:00~12:00
	アルコールミーティング (院内断酒会)	鶴田メンタルクリニック 026-259-9939	第2・4木	院内 ※時間はいずれも 16:00~17:00	第2・4金はアルコール家族の会

⑤ アルコール依存症の専門治療医療機関

※信州保健医療総合計画に、「重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療機関（平成24年10月1日現在）」として掲載されている医療機関を掲載しました。

これ以外の精神科医療機関についてもアルコール依存症の治療を受けられる場合がありますので、各医療機関にお問い合わせください。

名称	住所	電話番号
千曲荘病院	上田市中央東4-61	0268-22-6611
こころの医療センター駒ヶ根	駒ヶ根市下平2901	0265-83-3181
飯田病院	飯田市大通1-15	0265-22-5150
城西病院	松本市城西1-5-16	0263-33-6400
安曇総合病院	北安曇郡池田町池田3207-1	0261-62-3166

VI 資料編 3 参考図書・参考資料

参考図書等

タイトル	著者名（編集／監訳）	発行	発行年
西原理恵子月乃光司のおサケについてのまじめな話 アルコール依存症という病気	西原理恵子 月乃光司	小学館	2010年
元夫のアルコール依存症に悩んだ漫画家・西原理恵子さんと、自身が若年性アルコール依存症になった経験を持つ月乃光司さんが、それぞれ家族と当事者という立場からこの病気について語りあう、わかりやすくなるためのガイダンス。			
アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン	白倉克之 樋口進 和田清	じほう	2002年
アルコール医療ケース・スタディ	白倉克之 丸山勝也	新興医学出版社	2008年
アルコール・薬物依存臨床ガイドエビデンスにもとづく理論と治療	パウル・M・G・エンメルカンプ、エレン・ヴェーデル／小林桜児	金剛出版	2010年
アルコール医療を目指す若い医師や看護師、保健師、精神保健福祉士、医学生ないし看護学生、職場の産業保健やメンタルヘルスに関与する方々にご理解頂くための入門書。			
動機づけ面接法 ～基礎・実践編～	W・R・ミラー、S・ロルニック／松島義博、後藤恵	星和書店	2007年
動機づけ面接法 ～実践入門『あらゆる医療現場で応用するために』～	S・ロルニック、W・R・ミラー、C・C・バトラー／後藤恵、荒井まゆみ	星和書店	2010年
動機づけ面接法 ～応用編～	W・R・ミラー、S・ロルニック／松島義博、後藤恵、猪野亜朗	星和書店	2012年
薬物依存治療動機づけ（サイト）原井宏明の情報公開	W・R・ミラー／原井宏明	http://harai.main.jp/puroto/puroto1.html	
相談者中心かつ目的志向的な面接のスタイルによって相談者の両面的（アンビバレンス）な考えを探り、それを解消する方向に行動の変化を促していく面接技術である動機づけ面接法を紹介。依存症にとどまらず、行動を変える決心をする前段階にいる相談者への対応方法として広く使用していくことができます。			
薬物・アルコール依存症からの回復支援ワークブック	松本 俊彦、 今村 扶美、小林 桜児	金剛出版	2011年
米国で開発された認知行動療法を用いた依存症治療、Matrix Modelをもとに日本でつくられたワークブック。患者自身がテキストとして取り組むことを想定して作られている。			

VI 資料編 3 参考図書・参考資料

タイトル	著者名（編集）	発行	発行年
CRAFT 依存症者家族のための対応ハンドブック	R・J・メイヤーズ、B・ウォルフ／松本俊彦、吉田精次、渋谷まゆ子	金剛出版	2013年
CRAFT 依存症患者への治療動機づけ	J・E・スミス、R・J・メイヤーズ／境泉洋、原井宏明、杉山雅彦	金剛出版	2012年
<p>家族に対して認知行動療法に基づいて、コミュニケーション法を中心にしたトレーニングを実施するCRAFTを紹介。治療者や家族が学べる実践マニュアルとなっている。依存症やひきこもりなど家族が巻き込まれやすい病理について活用されている。</p>			
アルコール使用障害特定テスト（AUDIT）使用マニュアル	WHO / 監訳・監修 小松 知己・吉本 尚	沖縄協同病院HP http://oki-kyo.jp/who_audit_bi.html	
<p>WHO発行の使用法についてのマニュアル。監訳者によりWeb上に公開されている（P51 IV-2を参照）。</p>			
アルコール早期介入 HAPPYプログラム あなたが作る健康ノート 他	（独）肥前精神医療センター	テキスト、ワークブック、DVDなど（ホームページから申し込み）	
<p>多量飲酒者に対する飲酒量低減法のブリーフ・インターベンション（簡易介入）法として開発されたHAPPYプログラムの講習・実践教材。プログラム講習の講師は肥前精神医療センター及び久里浜医療センターの研修により養成している。</p>			
<p><各酒造会社発行の啓発教材></p>			
適正飲酒啓発冊子『適正飲酒のススメ』	ビール酒造組合	家庭や学校などでの教材として	
小学生向け啓発ツール 『どうする？どうなる？お酒のこと』	アサヒビール（株）	小学生高学年以上から	
お酒と健康ABC辞典（小冊子）	キリンビール（株）適正飲酒啓発事務局	学生、成人式などでの教材として	
知っておこうお酒のこと 子どもの飲酒防止のために（パンフレット）	サッポロビール（株）	小学校高学年～中学生向け	
酒は、なによりも、適量です その正しいつきあい方を考えよう	サントリー（株）	家庭や学校などでの教材として	
<p>各酒造会社では、適正飲酒の啓発および未成年者飲酒防止等の啓発教材を作成しています。利用については各社にお問い合わせください。</p>			

参考サイト等

タイトル	管理者	URL
みんなのメンタルヘルス総合サイト	厚生労働省	http://www.mhlw.go.jp/kokoro/
e-ヘルスネット	厚生労働省	http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/
アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク	アル法ネット事務局NPO法人ASK（アルコール薬物問題全国市民協会）内	http://alhonet.jp/
アルコール依存症治療ナビ.jp	日本新薬（株）	http://alcoholic-navi.jp/
アルコール問題・アルコール依存症について詳しく解説されているサイト、情報公開がされているサイトです。		
断酒会 ひとくち講座	（公社）全日本断酒連盟	http://www.dansyu-renmei.or.jp/
“お酒を止めたい”AAを知らない方々に、理解し知って頂くために	アルコホーリクス・アノニマス 日本ゼネラルサービス	http://www.cam.hi-ho.ne.jp/aa-jso/
Al-Anon アラノン家族グループ	特定NPO法人 アラノンジャパンGSO	http://www.al-anon.or.jp/
マックプログラム	全国マック協議会 事務局みのわマック内	http://www7b.biglobe.ne.jp/~zen-mac/
長野ダルク薬物問題相談室	長野ダルク	http://darc-nagano.com/
自助グループについての情報提供のサイトです。相談窓口の紹介や、ミーティング、例会の日程や会場の案内が掲載されています。また、依存症からの回復の方法について詳しい解説や体験談が紹介されているものもあります。		

参考文献

- 「AUDIT アルコール使用障害特定テスト 使用マニュアル」
(WHO2001) Thomas F. Babor 他/監訳・監修 小松 知己・吉本 尚 三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座 家庭医療学分野
- 「アルコール依存症職場復帰支援マニュアル」 廣尚典 (産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学)
- 「アルコール健康障害対策基本法リーフレット」 アル法ネット
- 「アルコール・薬物依存関連障害の診断・治療ガイドライン」 2003じほう
- 「アルコール・薬物依存症への対応方法の普及」 厚生労働科学研究 様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究 (研究代表者 宮岡等, 分担研究者 小泉典章)
- 「CRAFT 依存症者家族のための対応ハンドブック」
Robert J. Meyers Brenda L. Wolfe/監訳 松本俊彦 吉田精次 (金剛出版2013)
- 「CRAFT 依存症患者への治療動機づけ」
Robert J. Meyers J.E. スミス/監訳 境泉洋 原井宏明 杉山雅彦
- 「市民公開セミナー2013講演録」 NPO長野県断酒連合会
- 「TAMARPP」 多摩総合精神保健福祉センター アルコール・薬物依存症再発予防プログラム 2008
- 「福祉事務所・児童相談所など相談支援機関における アルコール・薬物依存症者への援助」
北九州市地域依存症対策推進事業/北九州市精神保健福祉センター
- 「健康日本21」 厚生労働省
- 「我が国のアルコール関連問題の現状」 1994厚健出版
- 「自立支援の手引き」 厚生労働省
- 「精神保健福祉ハンドブック2013」 長野県精神保健福祉センター
- 「薬物依存症者のための相談対応ハンドブック」 長野県薬物依存症対策推進会議

<Webサイト>

- みんなのメンタルヘルス総合サイト (厚生労働省) <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>
- 資料集・簡易版アルコール白書 (日本アルコール関連問題学会) <http://www.j-arukanren.com/index.html>
- アルコール依存症治療ナビ.jp (日本新薬株式会社) <http://alcoholic-navi.jp/>
- アル法ネット (アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク) <http://alhonet.jp/>
- 特定非営利活動法人 ASK (アルコール薬物問題全国市民協会) <http://www.ask.or.jp/>
- (公社) 全日本断酒連盟 <http://www.dansyu-renmei.or.jp/>
- アルコホーリクス・アノニマス 日本ゼネラルサービス <http://www.cam.hi-ho.ne.jp/aa-jso/>
- 特定NPO法人アラノンジャパンGSO <http://www.al-anon.or.jp/>
- 全国マック協議会 事務局みのわマック内 <http://www7b.biglobe.ne.jp/~zen-mac/>
- 長野ダルク薬物問題相談室・長野ダルク <http://darc-nagano.com/>

アルコール問題相談対応ハンドブック

平成26年2月発行

発行 長野県精神保健福祉センター

〒380-0928 長野市若里7-1-7

電話 026-227-1810

FAX 026-227-1170

E-mail withyou@pref.nagano.lg.jp

<http://www.pref.nagano.lg.jp/seishin/>



しあわせ信州