

## 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 相談担当者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・厚生労働省 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、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。
- 12) これらのステップを経た結果、私たちは霊的に目覚め、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