

精神科病院におけるアルコール依存症者の治療

尾 口 昌 康

【要 旨】

精神保健福祉士は相談援助業務の中で、アルコール依存症のクライアントとの支援を担当することがある。しかしながら、殆どの精神保健福祉士は統合失調症やうつ病に関する知識は持ち合わせていても、アルコール依存症者への支援についての知識に乏しいことも多く、場合によっては誤った支援を行い、回復を遠ざけてしまう恐れもある。そこで、本稿において精神保健福祉士として必要なアルコール依存症に関する知識を、入院治療に焦点を当てまとめた。

【キーワード】

アルコール依存症 入院治療 断酒 自助グループ 回復過程

はじめに

厚生労働省の調査によると、アルコール依存症者数は、1997（平成9）年の調査で242万人にのぼり、現在では300万人を超えるといわれている。2000（平成12）年の「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」以降、国民の健康意識の高まりにより、今後少しずつ減少していくと予測されているが、女性や高齢者の新規患者数が増加するなどの問題もあり、2014（平成26）年1月には「アルコール健康障害対策基本法」が成立した。このような経緯から、精神科医療においてもアルコール依存症者の治療や支援はますます重要になってくるであろう。

医療機関では医師や看護師の他に、薬剤師や栄養士、作業療法士やソーシャルワーカーなど、コメディカルスタッフが治療や支援に携わっている。そのなかで、ソーシャルワーカー（特に精神保健福祉士）はインテーク面接をはじめ入院中のさまざまな相談に応じ、さらには退院後の生活支援などにも携わるため、アルコール依存症に関する正しい、かつ看護やリハビリテーションも含む幅広い知識が求められる。

しかし、多くの精神保健福祉士は、アルコール依存症者をはじめとするアディクション（嗜癖）の問題を抱える人々への支援についての知識が十分に備わっていないことも多く、場合によっては誤った支援を行った結果、回復に繋がらないだけでなく、反対に状況を悪化させてしまうこともある。そこで、本論文では精神保健福祉士として必要なアルコール依存症に関する知識を、入院治療に焦点を当てまとめることとする。

アルコール依存症とは

アルコール依存症は健康な飲酒とは異なり、酒に対してコントロールを失う病気とされている。飲酒による酩酊状態を体験するため、あるいはアルコール欠如時の不快感からの逃避の為に、持続的または周期的にアルコールを摂取したいという強迫的欲求が常にあり、アルコール過剰反復摂取の結果、種々の精神的、身体的および社会的障害が生じる。アルコールに対する種々な程度の精神依存、耐性及び身体依存が認められる。

通常、アルコール依存症の成立過程では、機会飲酒に始まり晩酌等の習慣飲酒、次第に飲酒度が増し、朝酒あるいは隠れ飲みをするようになることが多い。アルコール飲料の種類も次第に入手容易なものへと移行していく。さらに怒り、睡眠障害、疲労感、抑うつ感、不快感等もみられるようになり、些細な事に口実を設けては飲酒を繰り返すことになる。

飲酒欲求は次第に強迫的となり、飲酒を抑制する事が不可能になる。自己の飲酒に起因した身体疾患や、家庭や職場での問題及び事故にもかかわらず、過剰反復飲酒が続く。飲酒・酩酊・入眠・覚醒・飲酒の順序事で行動が繰り返されるようになる。何の処置もしなければ死に至るともいわれ、さらにはアルコール依存症には「治療」という概念はなく、「回復」、すなわち飲酒量を控えた生活を送るのではなく、断酒(全く飲酒しないこと)の継続のみが唯一の治療である。

酩酊時には、自己の行動や感情を統制することが困難で、周囲の者に対し易怒的であったりするが、酔いが醒めると自己の非行を詫び、断酒を約束するが、一度アルコールが入ると、また元へ戻ってしまうのも特徴のひとつである。

身体依存の形勢については、離脱症状(禁断症状と同義)が発現するかどうかによって判別できる。すなわち、飲酒間歇期、あるいは最終飲酒後、数時間を経た時点から精神神経症状が発現する。軽症の場合は不穏、苦悶を伴った入眠困難、夜間覚醒、悪夢等の睡眠障害、手指の振戦、心悸充進、頻脈や不整脈等の自律神経障害、神経過敏、不安、焦燥、抑うつ感等の情動面での障害が認められる。重症の場合は、癲癇様発作、せん妄状態、幻覚が出現するが、これらは、アルコール精神病として扱われる。これらの退薬症状は通常、最終飲酒後、24時間から72時間にかけて最も強く発現し、その後、次第に減弱していく。

睡眠障害は、アルコール依存症者に非常に多く見られる重要な症状のひとつである。元来から神経症的な傾向を持っており、飲酒前より入眠困難があるという理由で飲酒し始める場合や、過剰反復飲酒後に身体依存が形成され、その一つの症状として睡眠障害が起こり、そのため更に再飲酒する場合がある。アルコール症者の半数以上は、非飲酒時に不眠を訴え、飲酒すると90%以上が「よく眠れる」と回答しており、睡眠障害が夜間の飲酒と関連するひとつの要因である事を示唆している。

アルコール依存症者が治療に繋がるまで

アルコール依存症の初期に精神科を受診するクライアントは極めて少なく、糖尿病や肝臓疾患などの理由で内科病院を受診する場合が多く、内科治療を受けながら飲酒を続け、病の自覚に至らないことが回復を遅らせる要因となっている。

また、病気に対する否認が強いため、仮に精神科受診や入院に繋がった場合も、自ら進んで来院した初回入院者は少なく、家族や職場の上司に説得されたり、あるいはその圧力によって仕方なく受診することが多い。また、クライアントは家庭や職場での信用度について現実認識が甘い

ことが多く、職場内では自分の飲酒問題に気づかれていないと思いついでいることさえもある。

近年は、数回の内科病院への入退院を繰り返した後、内科医の紹介で受診するというケースが増加している。ここで大切な点は、クライアント自身がアルコールに問題があると自覚しての入院なのか、それとも、他者の勧めによつての入院なのかという点である。

入院者の中には、入院医療を受けなければ離婚するという配偶者からの圧力、また、職場からの業務命令で、指定された期間入院しないと職場復帰をさせてもらえない等、様々な理由で入院している。自分がアルコール依存症かもしれないと自覚し、治療を受け入れるクライアントは治療効果を期待できるが、一時的、腰かけ入院と考えている場合については期待できない場合が殆どである。

入院時の面接

精神保健福祉士はインタビュー面接時、または入院前の面接時に、家族歴・生育歴・現病歴などの一般的な情報収集のほかに、以下の点に着目して情報の聴取を行う。基本釣にはクライアントと同伴している家族の両者より情報を得るが、両者の話に食い違いがある場合がある。その理由はクライアントが病気を否認していたり、家族の話が主観的で問題が過大化されているため、客観的に問題を整理する必要がある。

①飲酒歴・飲酒様式・飲酒量、飲酒による問題点

飲酒開始年齢、機会飲酒から習慣飲酒の始まり、精神依存・身体依存の徴候の出現時期、飲酒量や飲酒方法が変化した時期と環境の変化、飲酒動機を含めた依存の進行過程を把握する。

特に最近の飲酒状況は重要であり、飲酒パターン、あるいは飲酒サイクルの特徴、1日の飲酒量、最終飲酒の時期、飲酒停止時の行動や、精神状態についての情報が必要である。これらの情報を基に、何時、どんな離脱症状が出現するかを予測する。患者の中には、飲酒量、最終飲酒について量を少なめに答えたり、今朝まで飲酒していたにもかかわらず、前日までと答える事もあるので注意しなくてはならない。

②アルコール関連身体疾患、その他の精神障害の合併

ほとんどの場合、肝障害を始めとする臓器障害を併発している。クライアント・家族からの情報を基に、既往歴・現病歴を把握し、医師や看護師に報告をする。また、精神障害の合併には、統合失調症、双極性障害、パーソナリティ障害などがあり、特に抑うつ傾向が強い場合、自殺企図があるため注意を要する。さらに薬物依存の有無も必要な情報のひとつであり、今後服薬管理上において注意が必要となる。

③アルコール離脱症状の有無とその程度

小離脱症状としての、振戦・発汗・不眠・不安等から、重症とされる振戦せん妄・幻覚・痙攣発作等があり、現在どんな症状が出現しているか、過去に出現した離脱症状はどのようなものがあったか聴取する。本人が覚えていないこともあるため、家族からの情報も大切である。

④家族の人間関係および経済状況

アルコール依存症の進行過程の中で、家庭内での人間関係、家族システムの歪みは言うまでもないが、クライアントと配偶者間の問題に止まらず、他の同居家族、つまり、家族構成員相互間

に複雑な亀裂が生じてくる。その家族関係のストレスによって、一層、クライアントの飲酒問題に拍車がかかり、それが家族の関係を益々悪化させ、悪循環となり、家族崩壊の一步手前の状態となっている事もある。家族は時にクライアントに対して冷たく、「死んでくれればいい」と言った訴えを洩らす事もある。子どもにとっても影響が大きく、情緒障害や不登校、非行等といった問題を抱えている事も多い。

また、経済的背景も家族の不安として重要な問題であり、治療を円滑に進めて行く上で、ケースによっては傷病手当や高額療養費制度、障害年金、生活保護などの制度を用いた援助をこの時期より始め、家族も不安なく治療に協力できるようにする事も必要である。

治療の実際（グループでの活動を中心に）

A 集団精神療法

①病気であることの認識

集団精神療法の目的は、集団の中で自分の考えを話し、また他者の話を聞く事の中から、アルコール問題への否認を取り除き、治療への動機づけを行う事である。つまり、アルコール依存症や関連身体疾患について、正しい医学的知識を学習し、疾病である事を認識する事、そして、これまでの飲酒行動を振り返り、医学的知識（精神依存、身体依存、アルコール探索行動、および離脱症状や連続飲酒発作等）と照らし合わせる作業を行い、飲酒によって生じた人間関係の歪みや、失った信用に至るまで考え、自分がアルコール依存症であることの認識を深めることである。

②治療の動機を探る

実際の集団精神療法の場面においては、クライアントの治療の動機が、どこにあるのか、そのレベルの段階を把握する事が大切である。「酒を飲んで人に迷惑をかけた事はない」「やめようと思えばいつでもやめられる。」「ちょっと飲み過ぎただけだ」等、発言するクライアントは、身体的苦痛が受診の動機となっている事が多く、苦痛時のみ一時的に酒をやめようと考えており、身体的回復によって断酒の決意が消えてしまう事が多い。

また、別居や離婚話、職場からの業務命令、福祉機関の職員との約束等が治療動機となっている場合は、入院期間中は何も問題なく医師や看護師、コメディカルスタッフの指示やアドバイスに従うが、受動的な動機であり、外的圧力がなくなると再飲酒してしまうことが多い。

このようなクライアントは、グループでの発言内容が抽象的で具体性に欠けていることから識別できるので、回復レベルを誤って判断しないよう注意する必要がある。

③クライアントとの距離を保つ

治療初期のクライアントは、自分の感情をコントロールできず、スタッフに対して甘えたり、また反対に突っ張ったり、攻撃的な態度を示す事がある。この場合、精神保健福祉士は回復段階における症状のひとつとして捉え、受容的態度を守りつつ、クライアントの感情に巻き込まれることなく、ワーカーとクライアントとの関係を維持しなければならない。

④治療効果

健康が回復し、断酒への動機づけが生まれると、家族や周囲の人の患者を見る目も変化し、人間関係が改善されてくる。次第に突っ張りや抑圧、自己中心的な考えがなくなり、心を開き謙虚

な気持ちとなる。そして、断酒生活をする上で家族や周囲の人に対し感謝の気持ちを持つようになる。中には、アルコール依存症になったことによって、人間的成長ができたという喜びを話すクライアントもいる。

B レクリエーション療法

①社会復帰への準備

病棟内の患者相互の人間関係を一層緊密にすること、また、一緒に身体を動かすことによって、仲間意識と人間関係の喜びを得る事、そして、体力の増強である。

クライアントの中には、言語的コミュニケーションが苦手な者も存在するが、彼らは身体的活動を通じて社会への適応性を身につけ、仲間入りする事ができることも多い。また、本人が考える以上に体力が低下していることも多く、「こんなはずではなかった。」等と言う声がよく聞かれる。このようにクライアント自身が体力のレベルを自覚し、体力を増進させることも社会復帰する上で大切な準備であることを理解することができる。

以上のことから、アルコール依存症の治療としてのレクリエーションは、チームワークを必要とするようなスポーツ、ゲームが好ましいと言える。ただし、勝敗や優劣が明確となるスポーツやゲームにおいて、負けた場合に特定のメンバーが誹謗中傷されたり、そのメンバーが劣等感や自責の念に苛まれることがないよう配慮も必要となる。

②レクリエーション場面での観察

実際のレクリエーション場面において、具体的には十分に参加できるクライアントが消極的な行動をとっている場合は、治療動機が浅かったり、まだ対人関係の障害が改善されていない状態にあると考えられる。また、自己中心的に個人プレーを行い、協調性に欠けていたり、集中力が持続しない場合は、精神的に不安定な状態であり、再飲酒しやすいため注意する必要がある。

また、断酒への動機が深まり、周囲への関心もあり、冷静な行動をしていたクライアントの中でも、退院の日が近づくにつれて、退院後の生活に対する不安から消極的な態度となってしまうこともあるので観察する必要がある。

C 院内・施設内の自助グループ

①回復への希望

アディクションの問題など、同じ病気や悩みを抱えている当事者が、回復を目指して活動しているグループを自助グループと言い、アルコール依存症の自助グループとして代表されるものにAA（アルコホリック・アノニマス）と断酒会がある。現在は病院を退院し、地域で生活をしているAAや断酒会のメンバーが病院等へ出向き、入院しているクライアントに対し、メッセージを伝えたり、自分の体験から酒害で苦しむ後輩たちへのアドバイス等を行うものである。

そうして外部から参加する者もクライアントも同じアルコール依存症者であるため、彼らにとっても入院中のクライアントたちの姿を見たり話を聴いたりすることは、以前の自分の姿を見ることであり、現在は地域社会で生活ができていたとはいえ、今なお回復途上にある依存症者であることを忘れてはならないと自覚できる場でもある。

院内・施設内における自助グループの役割は、グループについて正しく認識することができ、回復者の健康的な姿を見て、自分も回復できる可能性があることを自覚することである。入院中よりAAや断酒会に親しみ、退院後も通い続けることが、アルコール依存症の回復、社会復帰への唯一の道であると考えられる為、治療プログラムの一環とされている。

②クライアントの変化

アルコール依存症を否認している段階のクライアントは、「いつも飲酒した頃と同じ話ばかりで何の役にも立たない」という感想を述べることもあり、他者と自分が異なる点（飲酒行動・症状等）ばかりを探し、「自分はアルコール依存症ではない、彼らほど酷くない」と言ったり、さらには他者が抱えている問題点や欠点ばかりを指摘し、彼らが断酒継続しているという事実さえ認めようとしないクライアントも存在する。

そのように、参加当初は体験談を聞いてもなかなか耳に入らないが、回を重ねる事によって人の話が素直に聞けるようになり、聞こうとする意識によって、次第に話の価値や意義が理解できるようになる。

③スタッフの役割

グループの終了後、必要に応じて「会の雰囲気」や「印象的だったこと」などの感想を聴き、クライアントの自助グループへの関心度を把握する必要がある。中には、体験談を聴くごとに気分の高揚や抑うつ感を呈するなどの訴えがあったり、不眠等を訴えるクライアントもいる。入院して間もない者は中座してしまう事があるが、グループに対する反発や、イライラ、気分不快を理由とすることがある。それら理由をしっかりと聴き、理解することも大切である。

D 院内・施設内の自助グループの運営

①責任・役割の自覚

院内・施設内のグループは、アルコール依存症のクライアント自らが自主的に運営し、精神保健福祉士や看護師等のスタッフは側面的な支援をする。グループに参加することによって、治療社会の一員として位置づけられ、社会性、また社会的責任・役割を自覚ようになる。孤独で自分を見失い、絶望感で一杯だった気持ちが、グループ活動を通して心を開き、人間関係を取り戻し、「人の為に役立つ自分」を再発見する事ができる。

このように、患者は自らを治療すると同時に、他者に対しても互いに良い刺激を与え合い、意図的ではなくても治療的役割を果たす事になる。治療動機の浅いクライアントが役員となり、「偽りの断酒動機」から「本気の断酒動機」となり、断酒意欲が予想以上に深まったという事例もある。

②クライアントとスタッフの連携・協働

スタッフは、院内・施設内のグループが果たしている役割をよく把握し、病棟や施設全体の雰囲気を治療的なものにするような配慮が必要となる。アルコール依存症の治療は、クライアントとスタッフとの協力に基づき、はじめて成立するものである。

時にはクライアントからスタッフ側に対し、厳しい批判の声が出される事もあるが、正当な批判・意見は、スタッフ側の質の向上に繋がるヒントも含まれており、積極的に自らの姿勢や考えを改める謙虚な気持ちも必要である。

③役員負担について

特にリーダーの役割は大きく、任期中はグループが抱えている問題を解決する余裕がないこともあり、常に緊張していることが多く負担も大きい。役員心理的負担が過剰となっていないかを随時確認することも重要である。

退院へ向けての試験外泊

外泊の時には、許可された外泊期間を確認の上、以下の点について注意が必要である。

①家族への連絡

外泊する前に、病院を出発する時間や利用する交通機関等についても事前に家族に伝えておくことが必要である。

外泊中に多いトラブルとして再飲酒があげられるが、飲酒してしまった場合、「風邪をひいて熱があり今日は帰れない」と家族に連絡させ、外泊を延長することも多い。その後、クライアントのいない場所から、「実は飲酒している」と家族から連絡があることもある。外泊中における情報は、退院後の断酒生活を進める上で重要であるため、家族との連携も不可欠である。

②その他の注意点

家族と疎遠になり帰住先がないクライアントが外泊許可を取る際に、友人宅への外泊を希望することがある。この場合、外泊のまま「戻りたくないので退院（退所）させて下さい」という申し出があることも予想されるため、外泊の希望が出された段階で、外泊先の住所、友人との関係、外泊希望の理由等を詳しく聴取する必要がある。

外泊は、病院や施設という飲酒しにくい環境から出ることであり、飲酒への誘惑が多く、実際に飲酒してしまうクライアントも多い。外泊から戻って来たとき、スタッフは顔色・歩行・口臭等を観察するとともに、外泊中の様子（家族との話、睡眠、自助グループ参加への有無等）を聞く事が大切である。

退院時の支援

クライアントが退院または施設を退所した後も断酒継続をする上で、クライアントを取り巻く環境は大切なポイントとなる。

第一は帰住先であり、同居する家族がいる場合は、家族の病気に対する理解度が問題となる。家族に対し入院（入所）中から指導を行い、断酒に対する協力を求め、クライアントの受け入れ体制を調整しておく事が必要である。

第二は就労の問題である。就労時期・就労時間等について、病気に対する職場の理解を得ることが望ましい。復職する場合は、事前に職場との話し合いを行い、復職しても断酒しやすい環境を調整しておく必要がある。一般的に退院・退所後すぐに就労した場合は再飲酒しやすいと言われている。

また、断酒の三本柱といわれる「自助グループへの参加」「抗酒剤の服用」「外来通院」についても具体的な計画が必要であり、精神保健福祉士はそれらを含め、クライアントとともに退院・退所後の生活設計を考え、しっかりと把握する必要がある。

おわりに

アルコール依存症はある意味「社会的な疾患」とも言える。症状が進行してゆくプロセスで仕事上の信頼を失ったり、家族関係が険悪になったりする。しかし入院治療の過程における集団活動の場には、同じ疾患を経験している仲間がおり、周囲に理解されにくい悩みや苦しみに耳を傾け、共感してもらえる。そこで出会った仲間との関係が、新しい対人関係訓練の第一歩となるといえる。

また、多くのアルコール依存症者は、表面上は横柄な態度をとったり、自分の飲酒行動を正当化したり、問題を否認することもある。しかし、心の底では「何とかしなくては」と思う部分もあるのも事実である。さらに治療につながる前は、自身が飲酒量のコントロールが出来ないことを理解していないため、節酒（飲酒を控えた生活）を試みるが失敗の連続で、自ら「意志が弱い」「酒をやめられないダメな人間だ」と自分を責めていることも多い。それに加え、周囲からは「迷惑ばかりかける存在」などと責め立てられているのが現状である。

一方、前述のとおり治療の場における集団活動に参加すると、自分の飲酒行動に対して非難を受けることはない。参加の過程で「意志の問題ではなく病気だったのだ」と気づき、新しい視点からの問題を捉え直すことが可能となる。さらにグループ内では、「自分の体験が他のメンバーの役に立つ」という経験も可能である。つまりクライアント自身が回復するだけでなく、他者を助ける力を発揮することができるのである。

以上のように、精神科病院ではアルコール依存症者に対し、統合失調症やうつ病のクライアントと違った専門性の高い治療が行われている。精神保健福祉士は彼らの疾患や治療の実際、そして回復へのプロセスについて正しい知識を身につけてこそ、回復への支援が可能となるであろう。

引用及び参考文献

- ・パウルエンメルカンプ・エレンヴェーデル著 小林桜児・松本俊彦訳 (2010) 『アルコール・薬物依存臨床ガイドーエビデンスにもとづく理論と治療』金剛出版
- ・アスク・ヒューマン・ケア季刊 Be! 増刊号 No. 22 (2013) 『アルコール・薬物・ギャンブル依存こうして治療につながった』
- ・森岡洋 (1994) 『アルコール依存症家族に贈る「回復の法則」25』アスク・ヒューマン・ケア
- ・坂野憲司柳澤孝主編 (2005) 『臨床ソーシャルワーク事例集』弘文堂
- ・日本地域福祉研究所精神保健福祉士受験対策委員会 (1998) 『精神保健福祉士国家試験ー解答・解説付模擬試験問題集 (99年度版)』万葉舎
- ・葛西賢太 (2007) 『断酒が作り出す共同性ーアルコール依存からの回復を信じる人々』世界思想社
- ・アルコール薬物問題全国市民協会 (1999) 『「酒のない人生」をはじめの方法 (アルコール依存症回復ノート1)』