

2 アルコール／薬物乱用・依存症

【相談者の特徴】

- 自分の飲酒行動に問題があることに気づいていない、もしくは、問題飲酒行動や薬物使用を認めようとしないうえ、自分から援助を求めようとせず、支援や治療に対して非協力的であったり、拒否的であったりする。
- 一方で、家族や周囲の人々は陰で苦しんでいる。
- 身体疾患、精神疾患、暴力、虐待、飲酒運転、自殺など、重大な社会問題との関連性が強いために医師から飲酒を止められている、あるいは違法な行為にも関わらず、使用し続けている、もしくは、断酒・断薬と再飲酒・再使用を繰り返している。
- 飲酒にまつわる暴力が繰り返されている。
- 飲酒運転、または、酒気帯び運転を複数回起こしている。
- 自分の生命や健康を大切にできない、あるいは自分の身体を傷つける行動を繰り返す傾向がある（持病の治療中断や健康管理の放棄、自傷、自殺未遂等）。
- 複数の依存症、嗜癖行動（アディクション）が併存していることがある。

【支援における9つのポイント】

- ① 依存症、**嗜癖行動(アディクション)**について正しく理解しておく
- ② 意志力、精神力に頼っていたり、深く反省するだけでは、行動をコントロールできないことを理解し、本人、家族、関係者、支援者間で共有しておく
- ③ 本人が協力的でない場合は、まずは家族支援から開始する
- ④ スモールステップ（小さな目標から少しずつ）を原則とする
- ⑤ 本人の主体性を尊重する
- ⑥ 失敗、再使用への寛容と再挑戦への応援
- ⑦ 反社会的行為、違法行為に対しては、毅然した対応に努め、必要に応じて司法化する
- ⑧ 自助グループ、民間リハビリ施設との連携
- ⑨ 専門医療機関や、保健行政機関、その他の関係機関、関係者との情報交換、連携

◆ アルコール健康障害対策基本法 ◇◇◇

【アルコール健康障害の定義】

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

【基本理念】

- ・ 発生、進行、再発の各段階に応じた防止対策
- ・ 当事者と家族が日常生活と社会生活を円滑に営むことができるよう支援
- ・ 飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に関する施策との有機的連携

【責務】

国、地方公共団体、国民、医師等、健康増進事業実施者の責務とともに、事業者の責務として、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努力義務を規定

【アルコール健康障害対策推進基本計画】

基本法第12条第1項に基づき、平成28年5月に国が策定。

- 重点課題1：
 - ・ 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防
 - ・ 特に配慮を要する者(未成年者、妊産婦、若い世代)に対する教育
 - ・ 啓発
 - ・ アルコール依存症に関する正しい知識や理解の啓発
- 重点課題2：
 - ・ アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備
 - ・ アルコール健康障害への早期介入
 - ・ 地域における相談拠点の明確化
 - ・ アルコール健康障害を有している者とその家族を、相談、治療、回復支援につなぐための連携体制の推進
 - ・ アルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備

【支援の実際】

① 依存症、嗜癖行動（アディクション）について正しく理解しておく

依存症、嗜癖行動を一言で表現すると、“その行動を意志力や精神力ではコントロールできない”という行動障害である。

飲酒や薬物使用、ギャンブル、買い物などの行為には、「気持ちが良い」「ストレス解消になる」「嫌なことから解放される」などといった快感が伴う。そして快感を伴う物質や行為は、“脳内報酬系”という神経回路を活性化させ、もう一度同じ快感を求めようという欲動が起きてくると理解されている。依存症には、この脳内報酬系の異常が想定されている。言い換えると“脳が自動的に物質や行為を求める”わけで、もはや個人の意志力や精神力などでのコントロールは不可能となる。「脳がハイジャックされている」などとも表現され、脳の機能障害と理解すべきである。

② 意志力、精神力に頼っていたり、深く反省するだけでは、行動をコントロールできないことを理解し、本人、家族、関係者、支援者間で共有しておく

意志力や精神力ではコントロールできない行動障害であるということは、言い換えると“意志力や精神力に頼っているかぎり回復できない病気”である。深く反省し、二度とやらないと誓っても、いったん異常を来した脳内報酬系は改善しないわけで、意志力や精神力、倫理観に働きかけるだけでは克服できないという事実をよく理解し、本人、家族や関係者、支援者間で共有しておくことが重要である。

周囲の人々や支援者は、本人の意志力や精神力、倫理観に訴えるような働きかけは慎むべきである。むしろ、自己コントロールが難しい問題であることを伝え、専門家の支援や自助グループへの参加など、他者の力を借りることを提案すべきであろう。

③ 本人が協力的でない場合は、まずは家族支援から開始する

本人が支援を拒否したり、非協力的な態度をとることはしばしばあるが、その場合は家族の支援から開始する。家族の相談に対応してくれる機関としては、最寄りの保健所、精神保健福祉センターがある。その他、家族相談に対応してくれる医療機関や民間リハビリ機関もあるが、地域によって実情が異なるので、保健所、精神保健福祉センターに確認する。

④ スモールステップ（小さな目標から少しずつ）を原則とする

アルコールや薬物の摂取をやめ続けるのは極めて困難な課題であり、飲酒量を減量することですら容易ではない。最初から困難なゴールを設定すると、失敗し、自信喪失とともに支援や回復過程からの脱落を惹起するので注意を要する。

小さな目標から少しずつ挑戦することを推奨するべきである。

例：「まずは、今日一日やめてみましょうか」

「まずはこのやり方で一週間トライしてみましょう」

⑤ 本人の主体性を尊重する

本人が主体的に関わらないと成功率は減少するとともに、上手く行かなかった場合に、家族や支援者、治療者のせいにして、自分の問題として直面できなくなる。

本人が望まない方法を無理矢理選択させるのではなく、まずは本人の希望を採用するとともに、上手く行かなかった場合にはこちらの提案を受け入れてもらうよう約束をしておくという手順が一般的である。

本人に特に希望がないときは、複数の選択肢を提示し、本人に選択してもらう。初期の段階であれば、支援を受けないという選択肢を入れておいても良い。もちろん、生命の危険があったり周囲への影響が深刻な場合などは、このような選択肢は不可である。

⑥ 失敗、再使用への寛容と再挑戦への応援

最初の挑戦で断酒や断薬を成功する例は極めて希であり、多くは使用の中止と再使用を繰り返す中で、酒や薬を使わなくて良い生き方や生活の仕方を見いだすこととなる。

一定期間断酒や断薬していた人が再使用してしまうことを、当事者や関係者の間では“スリップ”と呼ぶが、「スリップすることは恥ずかしいことではないが、スリップしたことを隠して何の手立ても構わないことは問題である」という認識を、本人と支援者、関係者間で共有しておくことが重要である。

また、再挑戦への応援も大事であるが、「1年でスリップしたのだから、今度は1年と1日やめることを目標にしよう」など、スモールステップを提案する応援メッセージが望ましい。

⑦ 反社会的行為、違法行為に対しては、毅然とした対応に努め、必要に応じて司法化する

暴行・傷害や虐待、飲酒運転などの違法行為、あるいは威力業務妨害等に該当するような迷惑行為に対しては、毅然とした対応が原則であり、警察への通報をためらう必要はない。このような行為を大目に見ることは、支援者の燃え尽きや、本人と支援者の関係性の悪化につながる。また、司法化することは、本人の問題への直面化や動機付けのきっかけになることも多々ある。ただし、使用そのものが違法とされる薬物の場合、再使用のたびに警察に通報するものではなく、⑥で示した原則的な対応を考慮しながら、ケースバイケースで判断することとなる。

⑧ 自助グループ、民間リハビリ施設との連携

自己コントロールができないという事態は、自尊心を傷つけ、自己肯定感を低下させる。他者の援助を受けることが推奨されるのだが、プライドや「強い意志を持っていればコントロールできるはずである」という間違った社会通念が影響して、素直に受け入れられずに状況は悪化し、さらに自尊心が傷つくというパターンとなる。

自尊心の回復には、所属している集団や社会の中で、自分が“意味ある役割を果たしている”、他人のために“役立つ”という体験や実感が必要とされており、そのような体験ができる場として、自助(セルフヘルプ)活動は極めて有用である。

依存症者の自助グループや、当事者が運営する民間リハビリ施設との連携、情報交換は必須項目の一つともいえる。

⑨ 専門医療機関や、保健行政機関、その他の関係機関、関係者との情報交換、連携

依存症を診てくれる精神科医療機関、保健所や精神保健福祉センターはもちろん、福祉事務所や警察、一般医療機関、法律家など、アルコール、薬物関連問題と関連する関係機関、関係者とは、連携、情報交換をしておくことが有用である。

具体的な方法とは、事例検討会議の開催や協力、研修会や普及啓発イベントへの相互協力などである。

◆ 自助グループ ◇◇◇◇

何らかの生活課題や問題を抱えた人たちが、相互に支え合い、その問題などを乗り越えようとする小団。

グループ運営を専門家に委ねず、あくまで当事者たちが独立しているというのが特徴。

アルコール依存の「断酒会」「AA」、薬物依存の「NA」、ギャンブル依存の「GA」などがある。

● 主たる活動は体験談ミーティング

自身の体験談を語り、他者の体験談を聞く。他者の発言に対する意見は述べない“言い放し、聞きっぱなし”と呼ばれるスタイルが一般的。

体験談を語ることは体験者であれば誰でもできることであり、「自分と似た体験をしているあなたの体験談が聞けて良かった」という参加者の反応は、“他人のために役立つ”という実感を与えてくれる。

● 主な自助グループ

《アルコール依存症》

○ 断酒会

1958年に誕生した「東京断酒新生会」と、翌年に誕生した「高知県断酒新生会」が、1963年に合併して『全日本断酒連盟(全断連)』を結成したのが始まり。

○ AA (Alcoholic Anonymous, アルコティクス・アノニマス)

『無名のアルコール依存症者たち』の意。1935年に誕生した先駆的自助グループで、日本では、1975年に始まった。組織を持たない共同体で、実名も名乗る必要はなくニックネームを使用するのが特徴。

《薬物依存症》

○ NA (Narcotics Anonymous, ナルコティクス・アノニマス)

『無名の薬物依存者たち』の意。1953年米国カリフォルニアでAAからの分離という形で生まれ、実名も名乗る必要はなくニックネームを使用する。日本では、1982年に東京で最初のグループが誕生。

《ギャンブル障害(ギャンブル依存症)》

○ GA (Gamblers Anonymous, ギャンブラーズ・アノニマス)

『無名のギャンブラーたち』の意。1957年、米国で誕生、日本では、1989年に横浜で最初のグループが誕生。

◆ 専門医療機関 ◆◆◆

アルコールや薬物依存症の治療プログラムを提供している精神科医療機関。

外来治療としては、薬物療法、個人精神療法、集団精神療法を提供するとともに、地域の自助グループとのネットワークを大事にしなが、断酒や断薬の維持や新しい生き方の発見を手伝ったりしてくれる。

入院治療については、離脱症状や精神症状に対する薬物療法から、疾患教育、個人精神療法、集団精神療法、自助グループの紹介から社会復帰の準備までの、一貫した入院治療プログラムは、『アルコール・リハビリテーション・プログラム(ARP)』、『ドラッグ・リハビリテーション・プログラム(DRP)』と呼ばれたりする。

地域によっては、専門医療機関がないところもある。アルコール依存症を診てくれる医療機関は比較的多いが、薬物依存症になると対応してくれる医療機関は少ないというのが現実である。

専門医療機関がない地域においては、保健所や精神保健福祉センターの協力を得ながら地域の自助グループや一般医療機関等と連携しながら支援ネットワークをつくって対応することとなる。

◆ 薬物依存症リハビリ施設「ダルク」◆◆◆

薬物依存症の当事者が運営する民間のリハビリ施設で、1985年、自らも覚醒剤中毒である近藤恒夫氏(東京弁護士会人権賞受賞者)が中心となって東京で開設され、その後全国各地に広がった。

ドラッグ (Drug=薬物) のD、アディクション (Addiction=嗜癖) のA、リハビリテーション (Rehabilitation = 回復) のR、センター (Center = 施設) のCを組み合わせて「ダルク (DARC)」という名称になった。

通所施設と入所施設があり、入所施設では5～20名の薬物依存症者が3～6ヶ月の共同生活を送りながら、薬物依存からの回復、社会復帰を目指して日々の活動を続けている。

ダルクで行われているリハビリ・プログラムは、自助グループで行われる体験談ミーティングを中心としたものであり、スタッフも全員薬物依存症の当事者(回復者)である。

この自助的な環境が、強がったり、ごまかしたりすることなく、“自分の力だけでは薬物使用をコントロールできない”という事実を素直さと潔さをもって受け入れ、仲間とともに薬を使わなくてもよい生き方を見つけようという態度に変えていくものだと考えられている。

ダルクにつながることで、医療や司法、学校、地域からも見放された多くの依存症者たちが見事に回復している。

関係者からの一言



今成知美

ASK (アルコール薬物問題全国市民協会) 代表

アルコール依存症の最近の傾向は、女性と高齢者の増加です。女性は、若年から子育て期、熟年期、高齢期まで年齢は様々で、「お酒がやめられない」と、ご本人が相談電話をかけるケースもあります。性虐待を受けていたり、子どもの虐待があったりして、死にたいと訴える人も多いです。背景にアルコールがないか、気をつけて見てください。高齢者のアルコール問題は、衰弱、路上寝、転倒、認知症の悪化などにつながります。酔酩して介護者にかんだり、酒を買ってきてくれとせがんだり。離れて住む息子や娘が困って相談することもある。

家族は、「老い先短いだから」と介入をためらいますが、高齢者を診ている専門医療では、高齢者は治療につながるとすんなり断酒する例がけっこうあると言います。人生をどう締めくくつかは大事なので、あきらめずに、保健所や精神保健福祉センターに相談してほしいと思います。うつとアルコールがからむケースもよくあります。休職中に昼間から飲んで、通院時に飲酒運転事故を起こす例も。厚生労働省は今後、アルコール・薬物・ギャンブルの相談に力を入れる方針ですし、アルコールでは基本法ができて、都道府県が対策推進計画をつくる流れになっています。そこで重視されているのが「地域連携」です。

その中心となるのが保健所・精神保健福祉センターで、家族だけでなく、周囲の人や援助者の相談も受けつけています。

関係者からの一言



嶋根卓也

国立精神・神経医療研究センター薬物依存研究室長

「もう二度と覚せい剤など手を出しません！」と固く誓ったはずの患者が、あっさり再使用(スリップ)してしまうことがよくあります。その時、援助者は何を思うのでしょうか。「反省が足りない・・・」と患者を責めたり、「もっと厳しく指導していれば・・・」と自分を責めたりしていませんか？薬物の再使用は、治療の失敗ではありません。再使用は、薬物依存から回復するプロセスで誰もが経験する「症状」なのです。

むしろ、援助者にとって怖いのは、再使用したことを隠されることや、再使用をきっかけに治療から離れていってしまうことではないでしょうか。再使用の事実を正直に話せるような安全な場を作り、何でも話せる信頼関係を日頃から構築していくことで、治療継続性は向上していきます。薬物依存症者を支援する上で必要なのは「反省」や「叱責」ではなく、「共感的な態度」や「動機付け」です。

とはいえ、薬物依存に対する支援に苦手意識を持っている方や、陰性感情を持っている方もいらっしゃるかもしれません。そういう方は、ぜひ「回復者」と出会ってください。わが国には、地域における受け皿として、30年以上の歴史を持つダルク(DARC)があります。まずはダルクの扉を叩いてみてはいかがでしょうか。ダルクのスタッフは、いずれも薬物依存の当事者であり、「モデルとなる回復者」です。