

アルコール専門病院における治療プログラムの実際

—依存症者の回復力向上を目指す支援に焦点をあてて—

西田 美香* 原 修一**

Treatment programs at hospitals specializing in alcoholism therapy:
Focus on support that aims to improve alcoholics' resilience

Mika NISHIDA* Shuichi HARA**

Abstract

In this study we investigated treatment programs at hospitals specializing alcoholism therapy and verified the relationships between these programs and improvements in alcoholics' resilience. First, using previous studies on alcoholism and resilience, we investigated the considerations of recovery from alcoholism on the basis of the concept of resilience. The actual conditions of hospitals specializing in alcoholism therapy were then investigated to determine the effects of these programs on alcoholics' resilience. These results revealed that the main treatment programs of these hospitals had the following objectives: (1) knowledge of one's true self; (2) increased understanding of alcoholism and the development of coping skills; (3) establishment of interpersonal relationships; and (4) contemplation about way of life in the future (continuing recovery). These four objectives overlapped with the components of resilience, which indicated the ability of alcoholics to overcome their illness and return to a healthy status. These findings indicate that the treatment programs at hospitals specializing in alcoholism therapy provide support that promotes these patients' resilience.

Key words : Alcoholism, hospitals specializing in the treatment of alcoholism, treatment program, resilience.

キーワード : アルコール依存症、アルコール専門病院、治療プログラム、レジリエンス

はじめに

1. 研究の背景と目的

近年、精神保健福祉領域における当事者支援において、その対象者がもつ力や健康的な部分に焦点をあてることが支援の主流となっている。例えば、当事者と地域社会が有する幅広い資源を探り出し、確保し、支える、つまり、これらの強みを積極的に活用しようとするストレングスモデル (Rapp & Goscha=2008)

や、病気を跳ね返し克服する復元力を重視するレジリエンスモデルが注目されている (加藤 2008)。また、2001年にWHOが採択したICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)においても、損なわれた部分だけではなく人々の健康的な部分も包括し生活機能を捉えている。このことから、当事者の力を含めた総合的理解が不可欠であり、さらに、その力をもって当事者が希望する生活を実現することが当事者支援の中核であることがうかがえる。

*九州保健福祉大学 社会福祉学部 臨床福祉学科 〒882-8508 宮崎県延岡市吉野町 1714-1

**九州保健福祉大学 保健科学部 言語聴覚療法学科 〒882-8508 宮崎県延岡市吉野町 1714-1

*Department of Clinical Welfare Service, School of Social Welfare, Kyushu University of Health and Welfare 1714-1 Yoshino-machi, Nobeoka-shi, Miyazaki, 882-8508, Japan

**Department of Speech Therapy, School of Health Science, Kyushu University of Health and Welfare 1714-1 Yoshino-machi, Nobeoka-shi, Miyazaki, 882-8508, Japan

このように当事者の力に焦点を当てた支援が目されるなか、本稿ではアルコール依存症者の回復力に注目した。わが国におけるアルコール依存症の実態について、平成15年度厚生労働科学研究班が実施した全国調査の結果では、アルコール依存症人口は81万人と報告されている。しかし、厚生労働省の患者調査では「アルコールによる精神・行動の障害」の総患者数は約5万人前後で推移しており、未治療者が多いことが示唆される¹⁾。さらに1年断酒率は約3割とされており、アルコール依存症者が専門的治療につながるこの難しさに加え、専門的治療につながったとしてもその効果が低く、アルコール依存症の回復の困難性がうかがえる。このような回復の困難性が指摘されるアルコール依存症において、断酒を継続し、なおかつ、ただ酒を飲まないだけでなく、これまでの人生を振り返り、人生で体験してきたことをよりよく生きるための糧とし充実した日々を過ごす回復者が存在する。なぜ彼らは回復が困難といわれるアルコール依存症を克服し断酒を継続できているのか、安定した社会生活を送ることができているのか、そこにはアルコール依存症者の持つ回復力が作用していると仮定できる。そして、アルコール依存症者への支援において、当事者が持つ回復力を高める支援が求められることが想像される。そこで本稿では、実際にアルコール依存症者への支援を実施している、あるアルコール専門病院の治療プログラムを調査し、その治療プログラムとアルコール依存症者の回復力向上との関連性を検討することとした。

それでは、アルコール依存症者の回復力をどう捉えるのか。本稿では、アルコール依存症者の持つ回復力をレジリエンスという概念から捉えることとした。

2. アルコール依存症者の回復力とレジリエンス

加藤ら(2009:9)によると、レジリエンスという言葉の初出はイギリスであり、1600年代から「跳ね返る、跳ね返す」という意味で使用され、1800年代には「圧縮された後、元の形、場所に戻る力、柔軟性」の意味で使用されるようになった。また、石原ら(2007:53-57)のまとめによると、レジリエンス分野における研究は、重篤な障害をもつ患者について厳しい逆境に直面しながらも適応的な結果を示す要因についての研究が行われたことがきっかけであるとされている。例えば統合失調症について、当初は患者の不適應行動に対する解釈に焦点がおかれていたが、次第に重篤な障害をもっているにもかかわらず、適応的な結果を示

す要因についての理解に研究の焦点が移ってきた。これが1970年代のことである。また、レジリエンス研究は統合失調症などの重篤な障害のみならず、慢性的な病気、虐待、戦争など幅広い分野で進められている。そして、厳しい困難な状況において良い発達及び良い行動をする者と、そうではない者のとの差が何にあるのかを調査、研究したものが全般を言い、レジリエンスの定義は、個人が持っている個人内特性に着目したものとその劇的な変化の過程に着目したものとされている。

レジリエンス概念は各研究者によって、その解釈に若干の違いが生じている。例えば加藤ら(2009:10)は「病気に陥らせる困難な状況、ひいては病気そのものを跳ね返す復元力、回復力」とし、Wolinら(=2002:13)は、「回復する力、困難に耐えて自分自身を修復する力」としている。様々な研究者がレジリエンス概念を提唱しているが、その多くにおいて、不利な状況や困難に直面したとき、一度は傷つきへこむことを前提とし、そこから立ち直っていくという意味を含んでいる。庄司(2009:36)は、「レジリエンスには大きな脅威や深刻な逆境に曝されることと、良好な適応を達成することという2つの条件を満たすことが必要」としている。また、Hauserら(=2011:4)は、「問題なくしてレジリエンスはない」とし、レジリエンスは深刻なリスクとよい結果という2つの条件の重なりによって提示されるとしている。このように一旦は何らかの困難に遭遇し、そこから良好な適応を示すことがレジリエンス概念の基本になると考える。

このレジリエンス概念の基本であるが、アルコール依存症においても同様のプロセスが見受けられる。アルコールによって一旦は身体的、精神的、社会的課題が生じ、様々な困難に遭遇する。そして、多くのアルコール依存症者はその問題に気づかなかつたり、また、気づいたとしても否認が生じる。更に社会的スティグマにより益々、否認の力は強まり回復力は弱まっていく。そのようななか、アルコール依存症という病を患いその苦しい体験を自ら振り返り人生の教訓とし、また、回復の糧として、今現在、断酒しながら充実した社会生活を送る、すなわち良好な適応を示している人たちが存在する。このことは、レジリエンス概念の基本とアルコール依存症者の回復プロセスが類似していることを示しており、アルコール依存症者の回復要因をレジリエンス概念で捉えることの可能性を示している。そこで、本稿ではアルコール依存症者の回復力をレジリエンスという概念で捉えることとし、また、宮

岐阜で唯一アルコール治療病棟を有する「大悟病院」の治療プログラムは、レジリエンスを高める内容となっているのかを検証することとした。

3. レジリエンスの構成要素

レジリエンスの向上を検証する上で、その指標となるレジリエンスの構成要素についてここに記す。先行研究におけるレジリエンスの構成要素であるが、森ら(2002:179-185)はレジリエンス尺度としてHiewら(2000)を参考に36項目の質問紙を作成した。この質問紙を用い大学生789名を対象に調査を実施し、その結果からレジリエンスの構成要素を明らかにしている。その内容は、第1に本当の自分を知る力、自分自身の良いところも悪いところも含めて自分自身を受け入れていくという「I AM」、第2に本当の自分を知るために他者との交流が大切となってくるが、その他者との信頼関係を築き、学びのネットワークを広げていく力「I HAVE」、第3に日々の試練を乗り越え、問題を解決していく力「I CAN」、第4に自分自身で目標を定め、それに向かって伸びていく力「I WILL」である。また、Wolinら(=2002:13-14)が25人のサバイバーに実施したインタビューから抽出した7つのレジリエンスの構成要素は、洞察、独立性、関係性、イニシアティブ、創造性、ユーモア、モラルである。その他にも小塩ら(2002)は大学生を対象とする調査で新奇性追究、感情調整、肯定的な未来志向、の3因子を挙げている。このように、これまでの先行研究により様々なレジリエンスの構成要素が示されている。これらのレジリエンス構成要素を用いて、アルコール専門病院における支援とレジリエンス向上に関する検証を進めていく。

調査方法

1. 調査対象と方法

本稿では、アルコール治療病棟を有する大悟病院の治療プログラムがアルコール依存症者のレジリエンスを高める内容となっているのかを検証するため、その大悟病院で実際に実践されている治療プログラムの実態を調査した。まず、大悟病院にアディクション問題で入院する全ての患者が所持する大悟手帳²⁾と第24回九州アルコール関連問題学会(宮崎大会)の学会誌にある治療プログラムに関する記述を参考に治療プログラムの概要を把握した。次に、2013年9月3日から9月9日の間の4日間、アルコール依存症者への治療プログラムの実際を知るために筆者自身が治療プロ

グラムに参加、見学し、また、プログラム終了後、担当職員に直接話を聞き情報を得た。そして、これらの治療プログラムに関する情報を整理するとともに、その治療プログラムがアルコール依存症者のレジリエンス向上につながっているのかを検証するため、治療プログラムの目的とレジリエンスの構成要素との関連について検討した。

2. 倫理的配慮

大悟病院長に対し本調査の趣旨や研究計画について文書をもとに説明し、調査協力の承諾を得た。また、本調査による結果は研究以外には使用しないこと、調査協力はいつでも撤回できること、撤回しても不利益は生じないこと、調査データは調査者が厳重に保管、管理することを文書をもとに説明し、確認した。写真撮影については、その都度職員に確認し許可を得た。さらに、病院長を始め、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士に大悟病院治療プログラム調査結果を提示し、内容に誤りがないか確認を得た。

調査結果

1. 大悟病院の概要

大悟病院は、アルコール専門病院として昭和56年に開院し、現在、精神科、神経科、内科を有する病床数311床の医療機関である。地理的には霧島連山の麓、都城市に隣接する三股町の高台に位置し、南には鰐塚山系を眺望できる自然豊かな環境にある。依存症と老年期の精神医療を専門とし、自由な雰囲気の中で治療を受けることができるように全て開放病棟となっている。



写真1 ナースステーションは開放的でいつでもスタッフに声をかけることができる

治療は原則として3ヶ月の入院期間を設定し、クリニカルパスを活用しながら内科的治療はもちろんのこと、精神療法を実施している(表1参照)。最初の1ヶ月は、病棟生活に慣れる期間で、アルコールの解毒、離脱症状への対応や身体合併症の検査、治療が主となる。病的賭博や摂食障害、うつ病などその他の精神疾患を合併していることも多いので、それらの治療も実施する。

表1 日課表

午前		午後	
5:30	起床 病棟開放	12:15	食後薬服用
		14:00	各種プログラム
6:00	坐禅(～6:50)	16:00	坐禅(～16:50)
7:00	ラジオ体操	17:00	入浴
		女性	～18:00
7:45	朝食	男性	18:00～20:00
		17:45	夕食
8:15	食後薬・抗酒剤服用	18:00	病棟閉鎖
		18:15	食後薬服用
9:00	検温 点滴 注射など	19:00	自助グループミーティング
10:00	各種プログラム	20:00	就寝前薬服用
11:45	昼食	21:00	消灯

入院2ヶ月目からは、合併症の治療とともにアルコール依存症治療プログラムを順次進めていく(表2参照)。

入院3ヶ月目からは、患者個別の課題に取り組み、家族関係の調整、職場との連携、地域の自助グループのつながりをつくるなど、退院に向けての準備を行っていく。この時期に自分のアディクション問題について振り返りレポートを作成する。

表2 週間表(アルコール依存症のプログラムに特化)

	午前	午後
月	回診 10:00～CST(再飲酒予防トレーニング)	14:00～グループミーティング 15:00～坐禅指導 19:00～AAミーティング ³⁾
火	レクリエーション(月2回)	14:00～認知行動療法 14:00～シニアミーティング
水	10:00～集団精神療法	14:00～グループミーティング 14:00～(第三水曜日)家族教室 15:30～(第一水曜日)禅師による坐禅指導 19:00～(第二・第四水曜日)断酒会 14:00～グループミーティング
木		15:00～坐禅指導 14:00～認知行動療法 19:00～AAミーティング
金	回診	13:15～禅友会例会 14:30～女性ミーティング
土		13:00～AAミーティング
日		13:00～AAミーティング

2. 治療プログラム

1) 内科的治療

解毒及び飲酒により発症した身体疾患の治療、アルコール離脱期の精神症状の治療を実施する。また、必要に応じて合併症の治療も実施する。



写真2 離脱症状による興奮や外出時の飲酒によりアルコール臭がある場合は、一時的に保護室に入室し心身の状態の安静を促す

2) 精神療法

以下の予定で治療プログラムが実施される。各プログラムに関する記述は、大悟手帳、第24回九州アルコール関連問題学会(宮崎大会)の学会誌にある記述、筆者が実際に体験したプログラムの内容を併せて記載した。

(1) 坐禅

坐禅の目的として、①飲酒中心の生活という不規則な生活習慣の改善、②坐禅によって体を調え、呼吸を調え、心を調えることにより、心を落ち着かせ、身体を健康にする、③瞑想の効用として、心と体にたまっていたストレスが解放され深い休息とやすらぎが得られる。今、直面している問題や出来事を乗り越えていく知識と活力がわいてくる。人は瞑想により自分の心を知り本来の自分自身を取り戻す事ができる。などが挙げられる。

1回の坐禅は50分程度であり、大まかな流れとしてまずリーダー(入院患者)が生活信条⁴⁾を朗読し、その後引き続き参加者全員がそれを復唱する。次に20分の坐禅を行い合図があったら両手を重ねて胸に当て静かに歩く(経行:きんひん)。さらにその後20分の坐禅を行う。坐禅終了後、リーダーが断酒道⁵⁾、断酒十二訓⁶⁾をまず朗読し、続いて全員でそれらを復唱し、道場を退室する。

道場内に入る時から決められた作法に則り、厳かな雰囲気の中坐禅を行う。患者のなかには「プログラムのなかで一番、坐禅が辛い」という者や、過去を思い出して涙する者もいるということである。

坐禅を指導する禅師によると、坐禅は呼吸を調え、身体を調えることにより、その人が持つ自然治癒力を

高めるという。そして、その自然治癒力を高めることにより依存症という病の回復を目指すということであった。



写真3 坐禅道場

(2) 酒害研修会（禅友会例会）

アディクション問題により入院した患者は、入院と同時に禅友会⁷⁾の会員となる。そして、この禅友会例会において毎週交代で依存症に関連したテーマについて自分の考えを発表し、また、他者の発表や職員による講話を聞くことで、より客観的に自己をみつめ、自分の抱えている課題について考えるのである。

禅友会例会の流れは、①「大悟断酒の歌」の斉唱、②新入会員の自己紹介、③退院が決まった方の退院挨拶、④会員（入院患者）によるテーマ発表（筆者が参加した日は、「もし飲酒欲求がわいたら、あなたは どうしますか」であった）、⑤自助グループメンバーのスピーチや病院長、精神保健福祉士、臨床心理士、管理栄養士、看護師などによる講話（筆者が参加した日は、看護師による「子育てに学ぶ自己肯定感の高め方～今からでも自己肯定感を高めることができます～」であった）、⑥禅友会からの連絡事項（会計報告等）、⑦病院からの連絡事項（プログラム参加に対する皆勤賞、努力賞等の表彰、治療プログラムに参加する際の注意事項等）であった。

写真4 坐禅出席表⁸⁾（大悟手帳）

禅友会では会長、副会長、事務局長、会計を患者のなかから投票で選出する。その代表4名が患者組織の中心となり会を運営する。また、この役職については2ヶ月毎に投票を行い患者が交代で担うことになる。このことから患者同士のつながりが深まり、ともに治療に臨むという雰囲気づくりにつながっていると思われる。すなわち、病棟全体が大きな自助グループであるという捉え方もできる。



写真5 食堂兼禅友会例会会場

(3) グループミーティング

看護師が中心となり、1週間に2回、約10～30分程度のグループミーティングを行う。テーマは全部で28項目あり順番に提示される。ミーティングの目的は、正直に自分を語る、自分を見つめる、聴くことによる共感の体験、対人関係を養う、自分をありのままに受け入れる体験をすることである。規則は、他者の語りに批判、指導、評価はせず、議論もしない。自分の体験を話すだけである（言いつばなし、聞きつばなし）。筆者が参加した時のテーマは、「自分の過去に責任をと

る」であった。まず、そのテーマが意図することを示すため、アルコール依存症者（グループメンバーではない）の手記を看護師が朗読する。そこには3事例のことが記されており、飲酒により失ったもの、そして、そのことを自分自身が受け入れ償い埋め合わせをする体験と当事者の想いが描かれている。グループメンバーはそれを静かに聞き、自分自身を振り返る。朗読が終わった後、看護師はホワイトボードに「あなたが今、償いや埋め合わせを是非したいと感じている人はいますか?」「具体的にできることはありますか? どのようなことでしょうか?」という質問を書き、グループメンバー一人ひとりに順番で問いかけていく。この質問に対してメンバーは自分のことについて答えていく。筆者が参加した時は8名の参加があったが、そのうちの6名が、「自分は1人で酒を飲んでいただけで、誰にも迷惑はかけていない」と答えていた。しかし、その他の2名については、「妻に迷惑をかけた」「会社に迷惑をかけた」と自己を振り返っていた。

このグループミーティングでは、リーダーである看護師はメンバーに対して指示や指導は行っていない。あくまでも同じアルコール依存症者が回復プロセスのなかで感じることを考えることをグループワークの材料とし、その当事者の言葉をもってメンバー自身が「自分の過去に責任をとる」ということを考える機会を設けていた。

(4) 集団精神療法

入院後1ヶ月を目安とし、依存症について学ぶこと、また、自分自身の抱える問題に焦点をあてることを目的に集団精神療法を行う。医師、看護師、臨床心理士が中心となり、1クール6回で依存症について心理教育を行う。その内容は、①「アディクション（嗜癖）について」、②「アディクション（主にアルコール依存症）に関連した身体症状や精神症状について」、③「否認について」、④「アディクションと家族について」、⑤「感情について（特に怒りについて）」、⑥「回復について」である。筆者が参加した時は、⑤感情についてであったが、まず看護師から怒りの感情が引き起こす身体症状についての話があり、次に、怒りの感情が心理面、精神面に与える影響について臨床心理士からの心理教育があった。グループメンバーは熱心に耳を傾けていた。

(5) 認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy : CBT)

今までの出来事や物事に対する認知（見方、考え方、価値観、こだわり、認識）を自分自身で検討し変えることで、これからの行動や生活を改善することを目的とする。具体的には、現在抱えている自分のストレスや生活の問題点を把握してもらい、認知行動療法で取り組む目標を設定する。そして、目標を達成するために具体的な手段を計画し練習する形で展開する。看護師、臨床心理士がリーダー、サブリーダーとなり1クール6回、1ステージ60～90分で実施する。内容は、①アディクションに関する諸問題を整理する、②アディクションに関連した問題があったにも関わらず、なぜ行為が続いてきたのかを考える、③アディクティブな行動に対するこれまでの考え方が適切かどうかを検討し依存症であることを認める、④-1回復するための心構えをつくる、④-2アディクティブな行動の引き金になる感情について考える、⑤回復継続のための実現可能で具体的な方法を考える、である。

筆者は④-2に参加した。メンバーには事前に質問用紙が配られ、「これまでどのような感情になった時、お酒を使うことが多かったか?」「入院前1年以内で、感情的な引き金でお酒を使っていることが多かったか? 特に引き金となった感情は?」「入院前1年以内に、自分なりにお酒をやめようとしていたにも関わらず、自分の感情の変化によってお酒を使用してしまった経験は?」「前記のような自分の態度を客観的に見てどう感じるか?」「今後、引き金となりやすい感情とどう付き合っていけばよいか」という質問に答えるようになっていた。そして、認知行動療法の場でリーダーである看護師がメンバーにそれぞれの質問を投げかけ、発表を促していた。また、サブリーダーである臨床心理士は、メンバーの発言をホワイトボードに書きだし、そのなかからポイントとなる言葉を抽出していた。



写真6 臨床心理士がメンバーの言葉を整理する

(6) 対処技能訓練 (Coping Skills Training : CST)

現在、また今後直面する問題や状況に対する対処技術を身につけるための実践学習である。CSTは社会生活技能訓練 (Social Skills Training : SST) を基本としており、問題行動の引き金、その時の思考と感情、その行動をもとに、各個人の問題点を患者同士で検証する。そして、ロールプレイで対処技能を向上させ再発を予防する。参加者数は6～8名で、看護師 (リーダー)、臨床心理士 (サブリーダー) により進められる。1クール6回で、1回のセッションは60分である。導入時にはセッションが明るく楽しい雰囲気で行われるようにウォーミングアップを行う。その後セッションに入るが、6回のセッションは、①自己紹介・オリエンテーション、②嗜癖の検証 (1回目)、③嗜癖の検証 (2回目)、④ロールプレイ (ビデオ撮影)、⑤ビデオによる検証、⑥自分への励ましの手紙である。セッション②③の嗜癖の検証では、事前にメンバーに自己観察記録用紙が配られ、飲酒行動の引き金、その時の思考と感情、良い結果と悪い結果について事前に記入してもらい、客観的に自分のアディクティブな行動を分析、検証する。セッションではメンバーの中から1名、自分の検証を行いたいという人を募り、そのメンバーの検証をメンバー全員で行う。④ロールプレイでは、「お酒を勧められてどう断るか」という状況を設定し、「酒を進める役」と「酒を断る役」両方を体験する。両方の役を演じることで、相手の気持ちも体験でき、より理解が深まることになる。⑤ビデオによる検証では、ロールプレイの様子を撮影したものを全員で振り返り、効果的な対処方法についてディスカッションする。⑥自分への励ましの手紙では、断酒のために現在の自分に宛てて励ましの手紙を書く。そして、その手紙をグループで発表するとともに、発表後はそれを封筒に入れ、各自お守りとして大切に保管する。

筆者は③嗜癖の検証 (2回目) に参加した。セッションでは初めて精神科病院に入院した1人のメンバーに自己の振り返りを発表してもらい、飲酒の引き金、その時の思考と感情、良い結果と悪い結果についてグループ全体で検討した。そのなかで特徴的であったのは、発表した本人は飲酒の要因を「意志の問題」として捉えていたことに対し、スリッパ⁹⁾し数回の入退院を繰り返してきた他のメンバーは、「一人で断酒することの難しさ」「自助グループの大切さ」を語ったことである。失敗を重ねたからこそ見えてくる回復に必要なもの、さらに、意志の問題では片付けられない断酒の難しさを自分の体験をもとに語るのである。それは、他者へ

の指導教育ではなく、自分を振り返り自分の思いを語る作業である。そのため、周りで聞いているメンバーの心にも届きやすい。同じ痛みを感じているからこそわかることであり、語れることである。



写真7 対処技能訓練の様子 (準備時)

(7) シニアミーティング

高齢や認知機能の低下などにより、通常の集団精神療法や認知行動療法などのプログラムに能力的についていけない者を対象とし、プログラム内容を簡素化し、対象者に合わせた形式で実施する。筆者は本プログラムには参加していない。

(8) 女性ミーティング

アディクション問題を抱える女性患者や女性の自助グループメンバー (外部より参加) が対象であり、女性スタッフのサポートのもと実施する。

我が国における女性のアルコール依存症に関する研究は1970年代初頭から注目され始め、その後、社会的関心は高まってきている (斎藤ら1989:277)。また、内田 (2011:289) は、近年、20代前半女性の飲酒率は男性を上回り、飲酒量も増加していることを指摘している。女性は男性に比べ短期間で依存症になりやすく、妊娠中の飲酒は胎児性アルコール症候群を引き起こす危険性がある。社会生活では、女性の社会進出により飲酒する機会の増加に加え、嫁姑問題や子育てストレス、夫婦間の問題等は女性の飲酒を助長させる要因となる。このように、女性のアルコール依存症が問題となるなか、女性が異性を気にせず女性として本来の自分を語る事ができる女性ミーティングは回復プロセスにおける重要なプログラムのひとつであると考えられる。

筆者が参加した回は、アディクション問題を抱える女性患者4名 (内アルコール依存症者は2名) と外部

の女性 AA メンバー 1 名、女性スタッフ（看護師 1 名、臨床心理士 1 名）が参加した。女性スタッフから、本ミーティングの目的やルール（前記のグループミーティングと同様）の説明があった後、「家族、周囲の人からよく言われていたこと」をテーマにミーティングを行った。まず初めに女性スタッフがテーマに沿って自分のことを語った。そして、その後が続いてグループメンバーが自分について語った。テーマを中心とし、自分のこれまでの人生や失ったもの、自分の生き方の癖などそれぞれが自由に語った。ミーティング終了後の参加者の表情は明るく、外部から参加した AA メンバーは、「涙が出そうだった。思いっきり話ができて元気が出た。これでまた明日からがんばれる」と笑顔で語った。

(9) 嗜癮歴レポート・リカバリープランの作成

患者は心身ともに安定してきた時期である入院 2 ヶ月目に嗜癮歴レポートの作成を行う。自分のアディクション問題や併存病（うつ病など）について振り返るとともに、自分や家族の生活、および職業人や社会人としての自分の役割に害を及ぼすようになった悪い生活習慣と自分との関係について、正直に、謙虚に振り返る作業を行う。また、退院を目前にした者はリカバリープランを作成する。今回の入院の原因となった自分のアディクティブな行動を振り返り、今後回復を継続していくためにどのように考えるのか、どのように行動するのかというアディクション問題からの回復の心構えや計画を具体的に記載するとともに、実現可能な対処方法について考えるのである。

(10) その他

その他に、大悟病院では専門職によるカウンセリング、生活行動様式の変化を目的とする生活療法（病棟での軽作業・レクリエーション等）、合併症に対する他科受診、家族の病気に対する理解を促すための家族教室が開かれている。そして、院外の自助グループ（断酒会、AA）への参加も積極的に推進しており、患者が退院した後も、仲間とのつながりを深めて断酒し続けられるよう環境調整も行っている。



写真 8 病棟は断酒会や AA など自助グループに関する掲示が充実している

考察

大悟病院における主な治療プログラムとしては、入院生活により身体の状態や生活を整えることを前提に、①坐禅、②禅友会活動、③ミーティング、④集団精神療法、⑤認知行動療法、⑥対処技能訓練、⑦レポート作成、が実施されていた。この 7 つのプログラムを通して入院患者が実践することは、まず自分を知る作業である。アルコール依存症は否認の病気と言われるが、ありのままの自分を知る作業をプログラムを通して実践するのである。坐禅で瞑想し自分の心を見つめ、また、禅友会や各種ミーティングを始め様々なプログラムにおいて他者の語りを聞きながら自分の姿を振り返る作業を行う。この他者の語りから自身を知る作業については、AA ミーティングが代表的である。この AA の活動の基盤となるのが「体験談」と「匿名性」である。他人の体験談を聞くことについて斎藤（1985: 177）は「ちょうど、自分の背中のホクロを鏡を使って見るような体験」と表現している。普段、自分には見えない、考えたくない問題を他人の体験談からはっきりと認識するのである。

次に、入院患者はアルコール依存症に関する知識を深めるとともに対処技能について学んでいる。禅友会での講話や集団精神療法における心理教育では、アディクション問題を中心に身体的、精神的、社会的側面に対する様々な知識が提供されている。入院患者はその情報を自分なりに解釈し習得することになる。全く他人事として聞く場合もあるであろうし、これまでの自分の人生に照らし合わせて納得して話を聞く場合もあるであろう。その人それぞれの回復の状態に応じて、提供された知識は患者に伝わっていくことになる。

対処技能に関しては、認知行動療法で回復を継続するために具体的にどのような方法があるのか検討したり、対処技能訓練で実際にロールプレイを通して、より適切な対処について仲間とともに検証している。この際のビデオ撮影において映し出された自分の姿を客観的にみることは、対処技能を考える材料となると同時に新たな自分の発見にもつながるであろう。

次に入院患者は、ともに治療に臨む仲間や自助グループのメンバー、職員とのつながりを構築している。禅友会という患者組織の一員としての活動や発言、各ミーティングやプログラムにおける他者との関わり等により、仲間との絆は深まりを見せる。職員との関係性に加え同じ痛みを抱えた者同士のつながりは、同じ立場だからこそ理解できること、分かりあえることがある。この仲間とのつながりは断酒を継続するための重要な要素である。

職員とのつながりで特徴的なのは女性ミーティングの一場面である。女性ミーティングでは、職員も患者と同様にテーマにそって自分について語っている。そのことは、支援する側、される側という関係性ではなく、様々な課題を抱える同じひとりの人間としての関係性構築につながっている。職員と患者ではなくパートナーシップに基づく関わりにより深い信頼関係が構築される。

大悟病院治療プログラムには、上記に記したことに加え、自分の未来、自分はこれからどのように生きていくのかを計画する作業がある。これまでを振り返り、ありのままの自分を知るだけでなく、これからの生き方を具体的に考え、創造するのである。

以上、大悟病院の治療プログラムが目的とするものは、①ありのままの自分を知る、②アルコール依存症に関する知識を深めるとともに対処技術を身につける、③人との関係性を構築する、④これからの生き方（回復の継続）について考えることであった。これらは、先にふれた当事者の病気を跳ね返し克服する復元力を示すレジリエンスの構成要素①本当の自分を知る力、自分自身の良いところも悪いところも含めて自分自身を受け入れていくという「I AM」、②本当の自分を知るために他者との交流が大切となってくるが、その他者との信頼関係を築き、学びのネットワークを広げていく力「I HAVE」、③日々の試練を乗り越え、問題を解決していく力「I CAN」、④自分自身で目標を定め、それに向かって伸びていく力「I WILL」と重なる。すなわち、大悟病院の治療プログラムはこのレジリエンスの構成要素を高める内容となっており、アルコー

ル依存症者の回復力向上を目指す支援であると言える。



写真9 病棟内にある図書室 アルコール依存症についていつでも学ぶことができる環境となっている

まとめ

大悟病院におけるアルコール依存症治療プログラムはアルコール依存症者のレジリエンス、すなわち回復力を向上させることを目的とする支援であることが確認された。患者の損なわれた部分、障害の部分に焦点をあて、その改善を図るという医学モデルから、患者の力に焦点を当て、その力を引き伸ばしその力を持って回復するというエンパワーメント支援へと精神保健医療分野の潮流は変化してきている。まさしく大悟病院の治療プログラムは患者の力を引き伸ばし、その力をもって社会のなかで自分らしく生きる、つまり回復することを支援していた。アルコール依存症者は専門的治療につながりにくく、専門的治療につながったとしてもその効果が低いと考えられている。このアルコール依存症からの回復の困難性を打破するためにも、患者の回復力を向上させる治療プログラムが多くの中核病院で理解され、展開されることが望まれる。そして、アルコール依存症は回復する病であること、回復するための方法があることを多くの人々に啓発していくことがアルコール依存症支援のひとつの課題であると考えられる。

本稿の限界として、大悟病院におけるアルコール依存症の治療成果、つまりアルコール依存症者の回復の実態が明らかにされていないことが挙げられる。本稿では回復の在り方を「断酒を継続し、なおかつ、ただ酒を飲まないだけではなく、これまでの人生を振り返り、人生で体験してきたことをよりよく生きるための教訓とし充実した日々を過ごす」と表現した。しかし、アルコール依存症者や臨床現場で勤務する専門家と語

れば語るほど、回復の在り方の多様性を感じる。回復の在り方を再検討するとともに、大悟病院における治療プログラムがもたらすものを調査分析することが、アルコール依存症支援を考える上で欠かせないものと痛感している。このことが、本稿の限界であり課題である。

謝辞

最後に、調査に快くご協力いただきました大悟病院長を始め職員の皆様、プログラム参加を承諾くださった患者様、また、本稿作成についてご指導、ご協力下さった先生方に深謝いたします。

付記 本研究は日本学術振興会科学研究費(25380826)の助成を受けて行ったものである。

注

- 1) 太陽美術出版『我が国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)平成23年度版』より引用。
- 2) アディクション問題で入院する全ての患者に大悟手帳が配布される。内容は、病院紹介、治療方針、日課表、週課表、入院中の諸規則やお願い、アディクションやアルコール依存症等に関する記述、否認や回復に関する記述、虐待やドメスティックバイオレンス、共依存に関する記述、自助グループに関する記述、自助グループや各プログラムの出席表、専門用語一覧等である。
- 3) AA: Alcoholics Anonymous はアルコール依存症からの回復を目指す自助グループで、12ステップと12の伝統という原理をもち運営している。12ステップは以下の通りである。
 - 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たことを認めた。
 - ②自分を越えた大きな力が、私たちに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くださいと、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折りと黙想を通して、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。
- 4) 生活信条：一日二度静かに座って身と呼吸と心を調えましょう。人間の尊さにめざめ、自分の生活も他人の生活も大切にしましょう。生かされている自分を感謝し、報恩の行を積みましょう。
- 5) 断酒道：
 - 一、断酒道とは、断酒を通じて悟りへの道を追求することである。
 - 一、断酒道とは、人生が苦しいことを自覚することである。
 - 一、断酒道とは、アルコールに支配された心身を自分の力で解放することである。
 - 一、断酒道とは、苦しみをのりこえて欲望を消しきることである。
 - 一、断酒道とは、その日その日を精一杯努力して生きることである。
 - 一、断酒道とは、断酒のよろこびを通じて無に達することである。
- 6) 断酒十二訓
 - 一、精神修養で断酒にふみきろう。
 - 一、謙虚に自分の過去を見つめよう。
 - 一、幸福は自分の修業でかちとろう。
 - 一、例会には必ず出席しよう。
 - 一、仲間と一緒に酒の害を語ろう。
 - 一、今日一日断酒しよう。
 - 一、断酒して父母の恩にこたえよう。
 - 一、断酒して明るい家庭をつくろう。
 - 一、断酒して一生けんめい働こう。
 - 一、断酒して子供の模範となろう。
 - 一、断酒して社会のためにつくそう。
 - 一、断酒は一日一生なり。
- 7) アディクション問題で入院した患者は、入院と同時に会員となる。依存症に関連したテーマについて毎週交代で自分の考えを発表する。これは、より客観的に自己を見つめて、自分の抱えている問題の基となった

ことについて知り、学ぶ機会となる。禅友会は毎週金曜日の午後1時15分から開催される。会員は、体調不良やその他の事情がない限り例会に全員参加する。

8) 坐禅やその他のプログラムに参加すると大悟手帳の出席表に押印される。参加回数によって、皆勤賞、努力賞等が表彰され副賞が授与される。

9) スリップとは、アルコール依存症者が依存症から立ち直り回復するために一切のアルコールを断ち、断酒生活をしているにもかかわらず、一杯の酒に口をつけてしまうことである。

文献

大悟病院発行『大悟手帳』

第24回九州アルコール関連問題学会学会誌(2012) 12(1), 6-11

Hauser, S.T., Allen, J.P. and Golden, E. (2006) *Out of The Woods. Tales of Resilient Teens.* Harvard University Press. (= 2011, 仁平 説子・仁平 義明訳『ナラティブから読み解くレジリエンス』北大路書房.)

Hiew, C.C., Mori, T., Shimizu, M., and Tominaga, M (2000) *Measurement of resilience development: Preliminary results with a state-trait resilience inventory.* 学習開発研究,

石原 由紀子, 中丸 澄子 (2007) 「レジリエンスについて: その概念, 研究の歴史と展望」『広島文教女子大学紀要』42, 53-81

加藤 敏 (2008) 「脆弱性モデルからレジリエンスモデルへ」『精神神経学雑誌』110(9), 751-56.

加藤 敏, 八木 剛平, 田 亮介ら (2009) 『レジリエンス 現代精神医学の新しいパラダイム』金原出版

森 敏昭, 清水 益治, 石田 潤ら (2002) 「大学生の自己教育力とレジリエンスの関係」『広島大学大学院教育学研究科 学校教育実践学研究』8, 179-187

小塩 真司, 中谷 素之, 金子 一史ら (2002) 「ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性」『カウンセリング研究』35(1), 57-65

Rapp, Charles.A. and Goscha, Richard.J (2006) *The Strengths Model : Case Management with People with Psychiatric Disabilities, Second Edition.*, Oxford University Press (= 2008, 田中 英樹監訳『ストレンクスモデル 精神障害者のためのケースマネジメント第2版』金剛出版.)

斎藤 学 (1985) 『アルコール依存症の精神病理』金剛

出版

斎藤 学 (1989) 『アルコール依存症の最新治療』金剛出版

庄司 順一 (2009) 「レジリエンスについて」『人間福祉学研究』2(1), 35-47

太陽美術出版『我が国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック) 平成23年度版』128-129

内田 恒久 (2011) 「WHOのアルコール有害使用低減世界戦略から見た日本における現状と課題」『日本精神科病院協会雑誌』30(4), 285-292

Wolin, Steven J. and Wolin, Sybil (1993) *The Resilient Self: How survivors of troubled families rise above adversity.* Villard, New York, (= 2002, 奥野 光・小森 康永訳『サバイバーと心の回復力 逆境を乗り越えるための七つのレジリエンス』金剛出版.)