

産業保健セミナー
埼玉産業保健総合支援センター
04.01.28

産業保健スタッフが知っておきたい 依存症の基礎知識と対応

埼玉県立精神医療センター
成瀬暢也

1

はじめに

- 依存症は誰でもなりうるありふれた病気です。しかし、多くは「意志の問題」「がまんの問題」として捉えられます。
- 意志やがまんでは止められない病気が依存症です。当然、がまんではやめられません。
- 回復を望むのであれば、依存症の人を「病者」として支援することが必要です。

2

依存症は病気である

- 依存症は病気である。懲らしめてよくなる病気はない。むしろ悪化する。回復には適切な治療と支援が必要である。
- 薬物依存症は道徳や犯罪の問題とされ、患者は自業自得と突き放される。
- 依存症者の物質使用は、責められるべき「悪」ではなく、改善をめざす「症状」である。
- わが国は犯罪に対するスティグマが強く、違法薬物乱用者はさらに激しくバッシングされる。
- 病者の人権は著しく傷つけられている。

3

- 依存症支援のコツを1つ挙げるとしたら、それは、「やめさせようとしないうこと」である！

4

やめさせようとするしない依存症治療

- 「やめさせようとするしない依存症治療」とは、「やめることを無理強いしない治療」である。これまで私たちは、依存症患者の飲酒や薬物使用の有無にばかり囚われ、断酒・断薬を強要し、再飲酒・再使用を責めてきた。
- 断酒・断薬はにわかに継続できることではない。生きのびるためにアルコールや薬物を必要とした患者もいる。問題は、「やめない」のではなく「やめられない」のである。
- 治療者が「症状」を責めるスタンスで、信頼関係は築けない。

5

依存症治療における誤解と偏見

1. 依存症は病気であるとは思えない。
 - 病気と理解できなければ根性論などで対応し適切な治療をできない。
2. 依存症は専門医療機関で診る病気である。
 - 依存症は何ら特別な病気ではないのに診ようとさえしなくなる。
3. 本人がやめる気にならないと治らない。
 - 治療の動機づけこそが治療者の最も重要な役割であり放置してはならない。
4. 依存症患者には甘えさせず厳しく指導しなければならない。
 - 患者を責めると悪化するよう、この対応には根拠はなく逆効果である。
5. 依存症の治療には「底つき」が必要である。
 - 患者を追い詰める方法に有効性はなく危険な結果を招く危険がある。
6. 回復にはミーティング(自助グループ)しかない。
 - 全ての患者に有効な治療はなく、他にも効果を期待できる方法がある。
7. 依存症の治療は続かない。
 - 他の慢性疾患の治療脱落率と変わらない。続くための配慮が求められる。
8. 何が何でも断酒・断薬を目指すしかない。
 - 断酒・断薬に動機づけされない患者には、害を減少させる方法から始める。⁶

依存症治療における 4つの壁

1. 依存症は病気であると思えない。
* 病気と理解できなければ正しい対応はできない。
2. 依存症は専門医療機関で診る疾患である。
* 依存症は特別な病気ではない。
3. 本人が止める気にならなければ治らない。
* 動機づけこそが治療者の重要な役割である。
4. 依存症患者には厳しく接しなければならない。
* この対応には根拠はなく逆効果である。

7

依存症の最大の問題は？

- 依存症の最大の問題は何でしょう？
- それは、依存症が続けば続くほど、ストレスに弱くなっていくことだと考えます。そして、当たり前にかけていたこともできなくなっていきます。しかし、それは「やる気のなさ」や「甘え」と誤解してしまうことが多いのです。そして、家族との間にどんどん深い溝ができてしまいます。依存症を正しく理解することはとても重要です。

8

本日の内容

1. 依存症とは？
2. 依存症の治療とは？
3. これまでの治療の問題点と新たな治療
4. 埼玉県立精神医療センターの治療の実際
5. 依存症の背景にあるもの
6. 依存症の回復支援
7. アルコール依存症治療革命
6. 支援者に求められるスキル

9

1.

依存症とは？

10

風鈴とクーラーの話

11

200m先のコンビニまで 車で買い物に行く話

12

パチンコで勝ったことのない人は
パチンコにはまらない！
人は気分がかわるものには
はまらない！

13

かつて快感を得られたものでも
繰り返すうちに、快感は減弱していく。
同じ快感を得るためには、より強い刺激が必要
になる。
そして最後には快感が得られなくても、やめら
れなくなる。
「やる気が出なくて切れやすい」という、強い欲
求不満状態が慢性的にみられるようになる。
気がついたときには、素面ではストレスに耐え
られない人になっている。

14

依存症候群の診断基準 (ICD-10)

1年間に3項目以上で依存症の診断

1. 物質使用への強い欲望または強迫感
2. 物質開始、終了、使用量のコントロール障害
3. 物質使用を中止または減量した時の離脱症状
4. 耐性の証拠
5. 物質使用のために他の楽しみや興味を次第に無視するようになり、使用時間が増したり、酔いから醒めるのに時間がかかる(物質使用中心)
6. 明らかに有害な結果が起きているに使用する

15

物質使用障害の診断基準 (DSM-5)

12カ月の期間内に11項目のうち2項目以上で診断

1. 当初の思惑よりも摂取量が増えたり長時間使用したりする。(依存)
2. 物質中止・減量の持続的な欲求または努力の失敗がある。(依存)
3. 物質使用に関連した活動に費やす時間が増える。(依存)
4. 物質に対する渴望、強い欲求、衝動がある。(新設)
5. 物質使用により社会的役割が果たせない。(乱用)
6. 社会・対人関係の問題が生じていても飲酒する。(乱用)
7. 物質使用のために重要な社会活動を犠牲にする。(依存)
8. 身体的に危険のある状況で物質使用を繰り返す。(乱用)
9. 心身に問題が生じていても物質使用を続ける。(依存)
10. 耐性: 反復使用による効果の減弱または使用量の増加。(依存)
11. 離脱: 中止や減量による離脱症状の出現。(依存)

* 重症度: 軽度2~3項目、中等度4~5項目、重度6項目以上

16

物質乱用・依存・中毒

- 乱用: 物質使用上のルール違反
- 依存: 物質使用のコントロール障害
- 中毒: 物質使用によるダメージ

- 「使用障害」: 乱用 + 依存

17

2.

依存症の治療とは？

18

依存症の治療

1. 治療関係作り
2. 治療の動機付け
3. 精神症状に対する薬物療法
4. 解毒・中毒性精神病の治療
5. 疾病教育・情報提供
6. 行動修正プログラム
7. 自助グループ・リハビリ施設へのつなぎ
8. 生活上の問題の整理と解決援助
9. 家族支援・家族教育

19

依存症の治療は、
決して特殊なものではなく、
専門医療機関でなくても治療は
可能です。
治療を特殊なものにしているのは、
治療者の意識に他ならないと
考えます。

20

わが国のアルコール依存症治療

■ 心理社会的治療

1. 集団精神療法 (ARP)
2. 自助グループ (AA、断酒会)・リハビリ施設へのつなぎ
3. 認知行動療法的アプローチなど
(動機づけ面接法、認知行動的スキルトレーニング、
随伴性マネジメントなど)
4. その他、作業療法、運動療法、家族療法、SST
内観療法、森田療法など

■ 薬物療法

1. 抗渴望薬: レグテクト®、セリンクロ®
2. 抗酒薬: シアナマイド®、ノックビン®
3. アルコール離脱予防薬、随伴する精神症状に対する治療

演者作成²¹

久里浜方式 (ARP)

- 断酒を目標にして、患者の同意を得て入院
- 入院期間を一律に設定 (2~3か月)
- 入院患者はアルコール依存症患者のみで構成
- 解毒治療の I 期、行動修正の II 期に区別
- 患者は自治会を組織し、日課を自主的に運営
- 各種プログラムにすべて参加
- 原則として入院治療は開放病棟で実施
- 外泊もプログラム
- 集団生活で規則正しい生活習慣を体得
- 退院後の通院、抗酒薬、自助グループを強調

演者作成²²

外来初診時の留意点

～ようこそ外来のすすめ～

1. 外来に来たこと自体をまず評価・歓迎する。
2. 覚せい剤使用については通報しない保証をする。
3. 本人が問題に感じていることを聞き取る。
4. 本人がどうしたいか、に焦点をあてる。
5. これまでに起きた問題点を整理する。
6. 薬物依存症について説明する。
7. 病気であり治療が必要であると強調する。
8. 外来で治療を続けられるように最大限配慮する。
9. 必要であれば入院を勧める。
10. 家族には、家族教室・家族会を勧める。

23

入院治療の要点

- 1. 治療関係づくり
 - 2. 疾病教育・回復のための情報提供
 - 3. 動機付けと治療意欲を高める関わり
 - 4. 精神病状態の治療・解毒
 - 5. 「渴望期」をのりこえるための援助
 - 6. リハビリ施設・自助グループへの繋ぎ
 - 7. 現実的な問題の整理と解決
 - 8. 退院後の具体的回復プランの作成
- * 入院治療により多職種スタッフと接点を持てる。
信頼関係を築いていける場所でなければならない。

24

依存症の治療プログラム

- 自助グループ・リハビリ施設への繋ぎ * * *
(対人関係の問題の改善を進める)
- 疾病教育 * *
(依存症について学ぶ)
- 認知行動療法 * * *
(考えを変えて行動を変える)
- 作業療法・レクリエーション *
(集団で身体を動かしたり物を作ったりする)
- 家族教育・家族療法 * *
(家族が元気になり、適切な対応を学ぶ)

25

3.

これまでの治療の問題点と 新たな治療

26

これまで根拠もなく言われてきたこと

1. 依存症の治療には「底つき」が必要である！
 ……有効性にエビデンスはなく非常に危険である
2. 回復には「ミーティング」しかない！
 ……他のも同等の効果が期待できるものがある
3. 自分から治療を受ける気持にならないとダメ！
 ……動機づけこそが最も重要な仕事である
4. 依存症の治療は続かない！
 ……他の慢性疾患も同程度の脱落率である
5. 何が何でも断酒・断薬をめざすしかない！
 ……少しずつ害を減少させることが自然であろう

27

- 依存症、とくに薬物依存症の入院治療は、「刑務所をモデル」にしていたのではないかと思います。
- 「患者には厳しく対応しなければならない！」
 「簡単に要求を認めたら拡大するからだめ！」
 「病棟を居心地よくしてはいけない！」
 「保護室にスポーツ新聞は入れてはいけない！」
 などと指導を受けました。
 「スリップ(再飲酒・再使用)を認めたら、一律に48時間の隔離」というルールもありました。

28

- 依存症は病気です。
- 説教したり懲らしめたりしてよくなる病気はありません。むしろ悪化します。
- 依存症からの回復を望むのであれば、支援者・治療者は、依存症者を病者として関わる必要があります。

29

1. 認知行動的スキルトレーニング

個人に特有のハイリスク状況がある。

アルコール・薬物を使う友人、入手しやすい環境
繁華街、大金を持ち歩くとき週末、退屈なとき
ストレスが高まったときなど・・・

・・・危ない状況を知る

ハイリスク状況の同定と対処を行う。

これまでハイリスク状況では、アルコール・薬物を
使ってきたが、これからは別の適応的行動に置き
換える。・・・新しい対処法を身につける

30

2. 随伴性マネジメント (ごほうび療法)

- 治療の脱落を防止し、動機付けを維持するための行動療法的技法。
- 治療に来るたびに、報酬を与える。
- 報酬が除去されると、効果はすぐに消失。
- 内発的な動機付けを高めるための動機付け面接法を併せて行う。

31

3. 動機付け面接法

- 治療への動機付けを高めるための認知行動療法的技法。
- 「やめたい」「やめたくない」という矛盾点を意図的に拡大。
- 本人の「やめたい」方向を選択的に強化する対応(チェンジ・トークなど)。
- 傾聴を重視し、抵抗への対決を回避する。
- 否認の強い人にも有効である。

32

新たな治療の考え

- 依存症に否認があるのは当然であり、底つきを待つのではなく、**動機付けを積極的に行う**。
- その際に、動機付け面接法や随伴性マネジメントなどを使った介入を行う。治療の中心は認知行動療法的スキルトレーニングであり、患者のハイリスク状況を明らかにして、**適切な対処法を身につける**。
- 自助グループも重要であるが、参加できない場合でも、**他の有効な治療手段を積極的に導入**する。
- 「依存症は慢性疾患である」という認識に立って、患者が「**治療から脱落しないように配慮する**」ことが大切である。

33

4.

埼玉県立精神医療センターの 治療の実際

34

依存症を診やすくするポイント

1. 安心できる安全な場を提供する

35

LIFEプログラムの概要

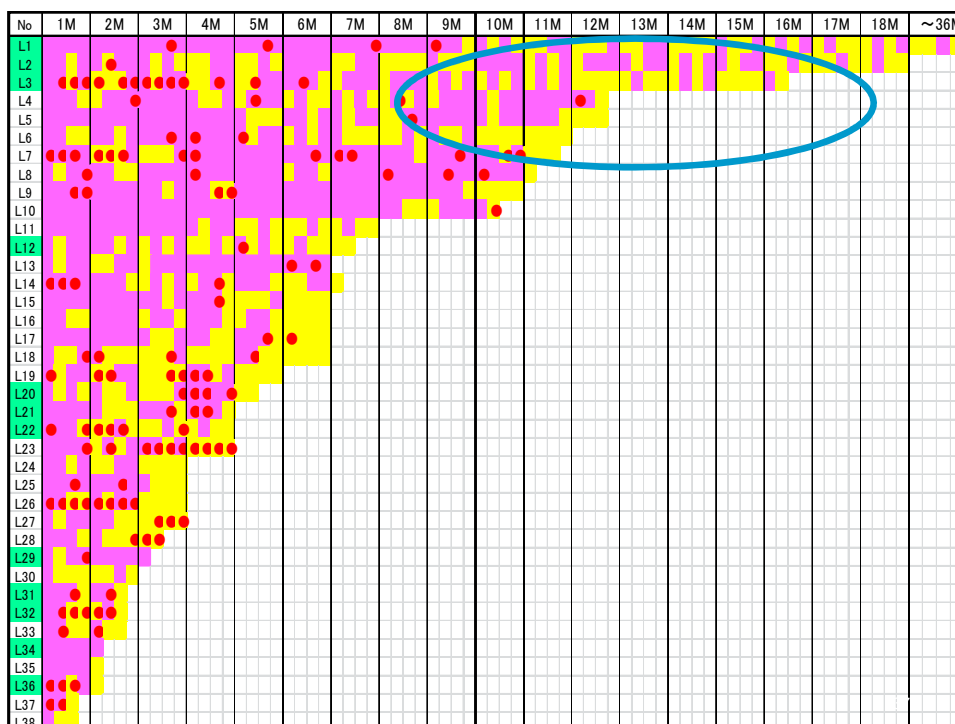
<対象者> 通院中の薬物依存症患者(DSM-IV-TR)

- ①断薬ができていない
- ②刑務所出所直後など、再使用のリスクが高い

<方法>

- ◆ 週1回、90分のワークブックを用いたグループワーク
- ◆ ワークブックは、SMARPPを中心に国内複数の機関から提供を受けた内容を取り込んで作成
- ◆ 週1回の効果測定目的の尿検査と外来診察
- ◆ 全36回(約9ヵ月間)を終了後も参加可能
- ◆ 希望者は随時参加

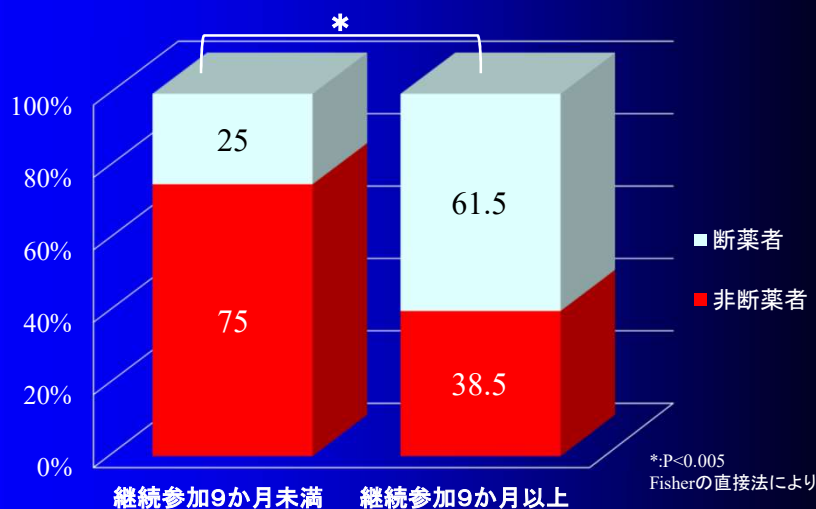
36



結果

断薬率 (3ヵ月以上)	継続参加9ヵ月以上群	61.5% (8/13)
	継続参加9ヵ月未満群	25.0% (8/32)
治療継続率	継続参加9ヵ月以上群	100.0% (13/13)
	対象者全体	75.6% (34/45) 自己中断2, 逮捕4, ダルク入寮3, 死亡2
LIFE参加中の再使用率		80.0% (36/45)
参加率	継続参加9ヵ月以上群	77.8% (28/36)
	継続参加9ヵ月未満群	23.6% (8.5/36)

継続参加月数と断薬率との関係



39

メンバーに聞いた「継続参加に必要なこと」

楽しいから来る。楽しくなかったら、誰も来ない。

- 安心して薬物の話ができる場所は他にない。
- ここに来た時だけ、ワイワイ話したり笑える。
- やめたい人だけ来れば良い。
- 仲間に会うと安心する。
- LIFE開始前の雑談がいい。
- 入院しても参加できる。
- 仲間が心配してくれたり、怒ってくれたりする。
- 苦しいと言わなくても、なんとなくわかってもらえる。
- 再使用しても、笑い飛ばしてくれる。
- やばくなってきたら、LIFEに行かなきゃと浮かぶ。

40

LIFEプログラムの特徴

- 患者中心の原則を徹底する。
- 患者の自尊感情を傷つけない。
- 動機付けを重視する。
- 患者が正直になれることを重視する。
- 患者をコントロールしようとするしない。
- 患者の困っていることに焦点を当てる。
- 患者に断薬を強要しない。
- 薬物の再使用を責めない。
- 薬物をやめさせようとするしない。
- 患者に居心地のよい「居場所」を提供できる。

41

まとめ

- ◆ LIFEプログラムの長期的な効果測定を実施した結果、9か月を超えて継続した例では、断薬率が高くなっていることがわかった。
- ◆ これは、これまで自助グループやリハビリ施設につながって効果が出てくる期間と一致している。
- ◆ LIFEプログラムも自助グループも、結局、同じ問題・目的をもつ者にとって、「仲間と居場所ができること」そのものが、回復につながることを示唆している。治療の継続こそが重要である。
- ◆ 治療者は治療継続の配慮を十分行うべきである。

42

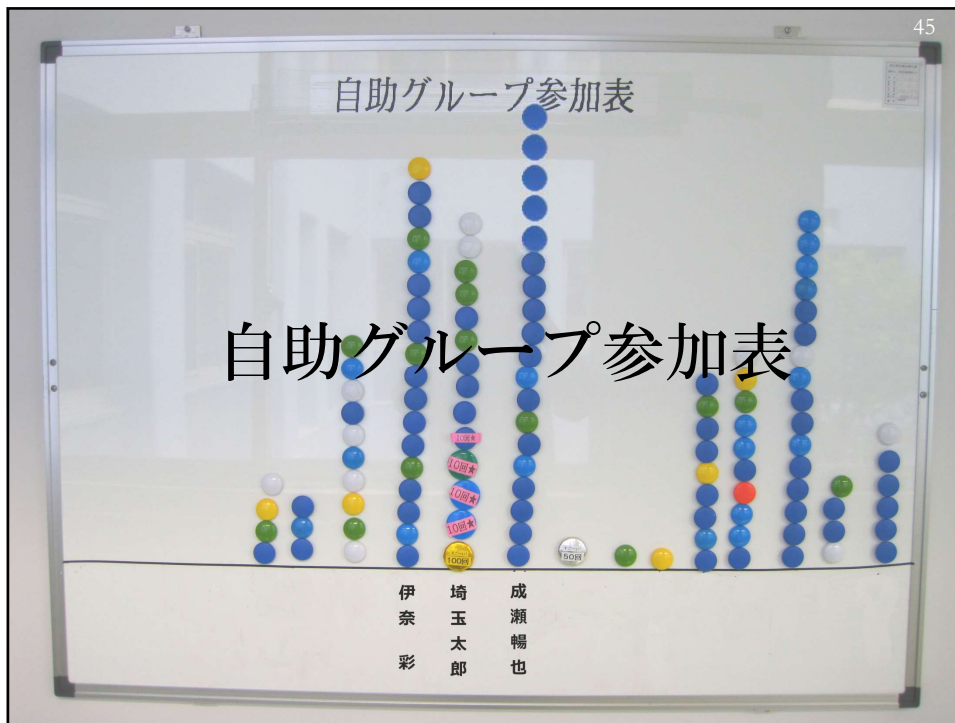
依存症を診やすくするポイント
2. 補助介入ツールと
「ごほうび療法」の活用
罰よりごほうび！

43



ワークブックは患者を治療に引き付ける！

44



46

セッション	酒量	酒歴
1	31	31
2	32	32
3	33	33
4	34	34
5	35	35
6	36	36
7	37	37
8	38	38
9	39	39
10	40	40
11	41	41
12	42	42
13	43	43
14	44	44
15	45	45
16	46	46
17	47	47
18	48	48
19	49	49
20	50	50
21	51	51
22	52	52
23	53	53
24	54	54
25	55	55
26	56	56
27	57	57
28	58	58
29	59	59
30	60	60

Ver. 1.02

療養援助1



スライド 47

療養援助1 療養援助, 2011/09/16



「ごほうび療法」を取り入れた効果

- 自助グループやプログラムへの参加意欲が高まった
- 意欲が持続し、プログラムの継続性が高まった。
- 病棟の雰囲気明るく和やかになった。
- 患者の強制感・やらされている感が軽減した。
- スタッフの患者に対する、批判的・否定的な見方が排除され、肯定的に良い点をみつけて伝えようとする雰囲気になった。

5.

依存症の背景にあるもの

51

依存症の本人の問題

1. 幻覚や妄想などの精神病状態を引き起こしたり、身体疾患、事故、自殺に頻度を高める。
2. ストレスに弱くなり、当たり前に行っていたこともできなくなっていく。
3. 社会的なさまざまな問題を引き起こす。
4. 暴力行為や他の犯罪行為を起こしやすい。
5. 健康、家族、友人、信頼、希望、いきがい、財産、命など大切なものを失う。

52

臨床場面において

- 臨床場面で依存症患者と向き合い、治療関係が深まってくると、ほとんどの患者がかつて、あるいは現在の希死念慮を認め、その多くが自傷行為や自殺企図の経験を語ってくれる。
- 「自分なんてどうなってもいい」「生きていても仕方がない」「死ねるものならいつでも死にたい」などの言葉は、日常的に語られている。
- 薬物患者は、アルコール患者以上に、死に向かう傾向・衝動性は強いと感じている。

53

当センターの患者調査より

成瀬 2016

アルコール依存症患者

- * 「うつ」の既往： 78.0%
- * 過去の希死念慮： 73.2%
- * 自殺企図歴： 55.0%

薬物依存症患者

- * 「うつ」の既往： 79.0%
- * 過去の希死念慮： 90.3%
- * 自殺企図歴： 59.7%

54

依存症者に共通した特徴

＜依存症に関係する人間関係6つの問題＞

- 1. 自己評価が低く自分に自信を持ってない
- 2. 人を信じられない
- 3. 本音を言えない
- 4. 見すてられる不安が強い
- 5. 孤独でさみしい
- 6. 自分を大切にできない

* 自分は親からさえ受け入れられていない、他人から受け入れられる価値がない、と誤解している。

55



自分に自信がもてない

56







回復のために大切なこと

- 依存症からの回復とは、人の中であって癒されるようになることである。
- それは、この6つの問題と向き合って、解決していくことである。しかし、6つはどれもが大きな問題であり、簡単に解決するとは思えない。
- しかし、その突破口がある。それが「**本音を言えない**」である。
- 「**本音を言えるようになること**」つまり、「**正直な気持ちを、安心して話せるようになること**」を徹底して行うことが回復への突破口となる。

62

患者が正直になれない理由

- 患者は自信が持てず人を信用できない。
- 支援者や社会のスティグマは、患者の健康を害し、希望を損ね、孤立を深め、無力感に陥れる。
- いったん患者が治療者からスティグマを感じた場合、二度と治療は求めてこないだろう。
- 本来支援にあたる人々からも必要な治療・支援は受けられず、患者自身も支援を求めることができない。
- 結局、患者は当たり前に必要な支援につながらず、孤立を深め、状態は悪化していく。

63

回復に自助グループが有効な理由

- どうして自助グループへの継続参加が回復のために大切なのか。その第一の理由は、「**対人関係の問題の解決を進めていく場**」だから。
- 同じ問題をもつ人の中で、患者はスティグマから守られ、心を開き、正直な思いを話しやすい。
- 自助グループを「信頼できる仲間がいる安心できる居場所」にできた人は、通い続けることで回復が進んでいく。
- 「**正直な気持ちを安心して話せる場所**」をもてれば、そこで人は癒される。人に癒されるようになると、酔う必要はなくなる。

64

依存症者の回復の流れ

1. 本音を言える治療関係を育てる。
 2. 少しずつ治療者を信じられるようになる。
 3. 本音を言っても見捨てられないことを実感する。
 4. 孤独でさみしい思いが軽減していく。
 5. ありのままの自分を受け入れられることで、少しずつ自分に自信をもてるようになる。
 6. そして初めて、自分を大切にできるようになる。
 7. 自助グループの中で、人への信頼感を育む。
- * 初期目標は治療者に正直な思いを話せること！

65

6.

依存症の回復支援

66

依存症の成り立ち

- 対人関係においてストレスをため込みやすく、薬物が容易に入手できる環境にあり、その物質と相性が合えば、乱用が起こり、繰り返され、物質自体がもつ「依存性」から止められなくなっていく。
- 物質に酔うことになれば、素面であることが苦痛になり、コントロールを失うようになる。
- こうして依存症となる。

67

依存症者の飲酒・薬物使用は・・・

- 単に、面白おかしく快楽を求めた結果で自業自得とされがちですが、実は、対処できないストレスに苦しみ、生きにくさを抱えています。
- 幼少時からの虐待、いじめ、性被害などの深い傷を持っていることも少なくありません。
- そのことは誰にも話せず心に秘めています。

依存症者の飲酒・薬物使用は、

「人に癒されず生きにくさを抱えた人の孤独な自己治療」とする視点が大切です。

68

依存症患者への望ましい対応

1. 患者ひとりひとりに敬意をもって接する。
2. 患者と対等の立場にあることを常に自覚する。
3. 患者の自尊感情を傷つけない。
4. 患者を選ばない。
5. 患者をコントロールしようとしなない。
6. 患者にルールを守らせることにとらわれすぎない。
7. 患者との1対1の信頼関係づくりを大切にする。
8. 患者に過大な期待をせず、長い目で回復を見守る。
9. 患者に明るく安心できる場を提供する。
10. 患者の自立を促す関わりを心がける。

69

- 依存症の治療の成否は、「どの治療法を行うか」ではなく、「誰が治療を行うか」にかかっています。
- 「誰が」とは、「共感性が高いこと」「偏見や陰性感情から解放されていること」を示します。
- このような治療者・援助者が、適切な関わりを続ければ、かならず回復は見えてきます。
- 回復は、「人である治療者・援助者・仲間」との関わりにおいてこそ生まれるものです。

70

- 「患者を治してやろう」、「変えてやろう」、「正してやろう」という思いは、患者との信頼関係を築くこととは逆の考えです。
- 変わるかどうかは、患者自身の問題です。治療者が患者を変えようとするのは、「コントロール」であり、「支配」になります。
- 変えてやろうとすると、変わらない患者に対し怒りがでてきます。許せなくなり排除しようとしています。つまり、患者を傷つけ見捨てることになります。
- 治療者の最も重要な役割は、「患者に寄り添い信頼関係を育てていくこと」であると考えます。

71

依存症の治療を
困難にしている最大の原因は、
治療者の患者に対する
陰性感情・忌避感情である。

72

依存症は病気である。
懲らしめてよくなる病気はない。

73

患者意識調査

- 埼玉県立精神医療センターに通院中の依存症患者(DSM-IV-TR)に対して、
- 平成28年4月より5月までの期間に、主治医より依頼して質問紙を使い無記名で回答を得た。
- 回答総数: 103(男性62、女性41)
- 平均年齢: 44.9±12.6歳
- 物質別: アルコール41、覚せい剤37、
危険ドラッグ7、鎮静薬6、鎮痛薬4 他

74

患者意識調査(1)

- あなたは、再飲酒・再使用したとき、どんな気持ちになりますか？

- | | |
|------------------------|-------|
| 1. やめようと思う： | 57.0% |
| 2. どちらかというをやめようと思う： | 20.0% |
| 3. どちらかというと飲もう・使おうと思う： | 5.0% |
| 4. 飲もう・使おうと思う： | 18.0% |

* 77.0%が自らやめようと思っている！

75

患者意識調査(2)

- あなたは、家族から酒や薬物を「止めなさい」といわれると、どんな気持ちになりますか？

- | | |
|------------------------|-------|
| 1. やめようと思う： | 21.3% |
| 2. どちらかというをやめようと思う： | 21.3% |
| 3. どちらかというと飲もう・使おうと思う： | 16.5% |
| 4. 飲もう・使おうと思う： | 40.8% |

* 57.3%が悪化させる可能性あり！

76

患者意識調査(3)

- あなたは、病院スタッフから酒や薬物を「止めなさい」といわれると、どんな気持ちになりますか？

- | | |
|-------------------------------|--------------|
| 1. やめようと思う: | 30.3% |
| 2. どちらかというをやめようと思う: | 25.2% |
| 3. どちらかというと飲もう・使おうと思う: | 13.6% |
| 4. 飲もう・使おうと思う: | 31.1% |

* 44.7%が悪化させる可能性あり！

77

患者意識調査(4)

- あなたは、再飲酒・再使用したとき、家族から責められるとどんな気持ちになりますか？

- | | |
|-------------------------------|--------------|
| 1. やめようと思う: | 26.6% |
| 2. どちらかというをやめようと思う: | 11.8% |
| 3. どちらかというと飲もう・使おうと思う: | 10.8% |
| 4. 飲もう・使おうと思う: | 50.9% |

* 61.7%が悪化させる可能性あり！

78

患者意識調査(5)

- あなたは、再飲酒・再使用したとき、病院スタッフから責められるとどんな気持ちになりますか？

- | | |
|-------------------------------|--------------|
| 1. やめようと思う: | 28.7% |
| 2. どちらかというをやめようと思う: | 16.8% |
| 3. どちらかというと飲もう・使おうと思う: | 12.9% |
| 4. 飲もう・使おうと思う: | 41.6% |

* **54.5%**が悪化させる可能性あり！

79

患者意識調査(6)

- あなたが、飲酒・薬物使用する一番の理由は何ですか？

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1. 楽しくなるから・気分がよくなるから: | 29.5% |
| 2. 苦しさがまぎれるから: | 58.8% |
| 3. その他: | 11.8% |

* **58.8%**が苦痛軽減目的！

80

信頼関係のないまま
患者を変えようとすることは
患者の「コントロール」であり、「支配」です。
患者は、変えられないように抵抗します。

信頼関係を築くことができれば
治療者が期待していることを患者は察知して
その方向に変わろうとし始めます。
治療者は断酒・断薬を強要してはいけません。
治療者は飲酒・薬物使用を責めてはいけません。
回復には信頼関係の構築が何より大切なのです⁸⁹

7.

アルコール依存症治療革命

アルコール関連問題をめぐる変化

- 「中年男性」から「女性」「高齢者」への多様化
- 「健康・就労・暴力問題」からさらに多様化
- 発達障害など併存症の多様化
- 飲酒運転、自殺、メタボ問題などへの多様化
- 診断の変化:「アルコール使用障害」(DSM-5)
- 「断酒至上主義」から「節酒・飲酒量低減」への拡大
- 「一律の治療」から「個別の治療」への移行
- 「自助グループ至上主義」から「認知行動療法」への拡大
- 「重症群」対象から「軽症群」への積極介入への移行
- 「入院治療中心」から「外来治療中心」への移行
- 新たな薬物療法である「抗渴望薬」の導入

83

アルコール依存症治療革命

1. 治療者・支援者の意識改革
2. 診断名の改革
3. 治療構造の改革
4. 治療スタンスの改革
5. 人材開発の改革
6. 地域連携の改革
7. 家族支援の改革
8. インセンティブ保障の改革

84

1. 治療者・支援者の意識改革

■ 「アルコール依存症は病気であること」の徹底した啓発・教育の推進

- * アルコール依存症の治療が滞る最大の原因は、一般社会ばかりではなく、治療者までもが「依存症は病気」と認識できていないことである。
- * 依存症患者がバッシングされる社会で、回復を進めることは難しいし、治療・支援につながることを遅らせてしまう。

85

2. 診断名の改革

■ 「アルコール依存症」から「アルコール使用障害」への診断名使用の変更

- * DSM-5では、「依存」と「乱用」の文言が撤廃されて「使用障害」に一本化され、重症度を評価する。
- * 「依存症」の診断名は誤解と偏見に塗れていることから、「使用障害」を積極的に使用することで患者が治療を受け入れやすくなる。

86

3. 治療構造改革

- 「これまでの中核群(重症群)」から「新たな中核群(軽症群)」を重視した治療構造への転換

- 1) 治療の場の改革:「入院主体」から「外来主体」へ
- 2) 治療の焦点の改革:「末期治療」から
「早期発見早期治療」へ
- 3) 専門性の改革:「専門治療」から「一般治療」へ
- 4) 初期介入の改革:「身体科での簡易介入」の導入
- 5) 合併症対応の改革:「依存症単独治療」から
「統合的治療」へ

87

アルコール依存症治療の現状(1)

- わが国のアルコール依存症患者が、109万人と推定されるのに対し、実際にその治療を受けている人は、5万人程度に過ぎない。
- このギャップをどのように考えるか？
- どうして、これだけ大きなギャップがあるのか？

88

アルコール依存症治療の現状(2)

- これまでのアルコール依存症治療は、入院治療に導入してARPを行うことが中心であった。
- 入院治療の目的は、解毒して、疾病教育をして、ミーティングに慣れ、自助グループに参加できるようになることであった。
- その後、認知行動療法的なプログラムを取り入れられ広がりつつある。
- それでも基本は、2～3か月程度の入院治療が専門治療の「ひな型」として続いている。

89

アルコール依存症治療の対象(1)

- 2～3か月の入院治療を前提とする専門治療を受ける患者は「重症者」であった。
- 入院を前提とする治療が「専門治療」として普及すると、「軽症者」は治療対象とはなりにくい。
- 専門治療を行うクリニックは存在しても数は少なく、依存症治療の中心にはなっていない。
- 2～3か月の入院治療を受けざるを得ない患者だけが、専門治療を受ける対象とされてきた。

90

アルコール依存症治療の対象(2)

- つまり、これまで「専門治療」を行う医療機関が対象とした「中核群」は、アルコール依存症としては「進行群」であり、「重症群」であった。
- 一方で、大多数を占める本来の「中核群」は、依存症であることも知らず、治療を受けることもなく経過してきた。
- 「重症群」ばかりを対象にしてきた医療者は、治療の困難さに無力感を抱え、患者に陰性感情を持ち、疲弊し、依存症治療から離れていった。

91

アルコール依存症の治療は、決して特殊なものではなく、専門医療機関でなくても治療は可能である。

アルコール依存症の治療は、「専門医療」として精神医療とは別にスタートし並行してきた。

早期介入をしないで、進行して重症化した患者だけを対象として診てきた。

重症例ばかり対象としてきたため、「特殊」と誤解されてきた。

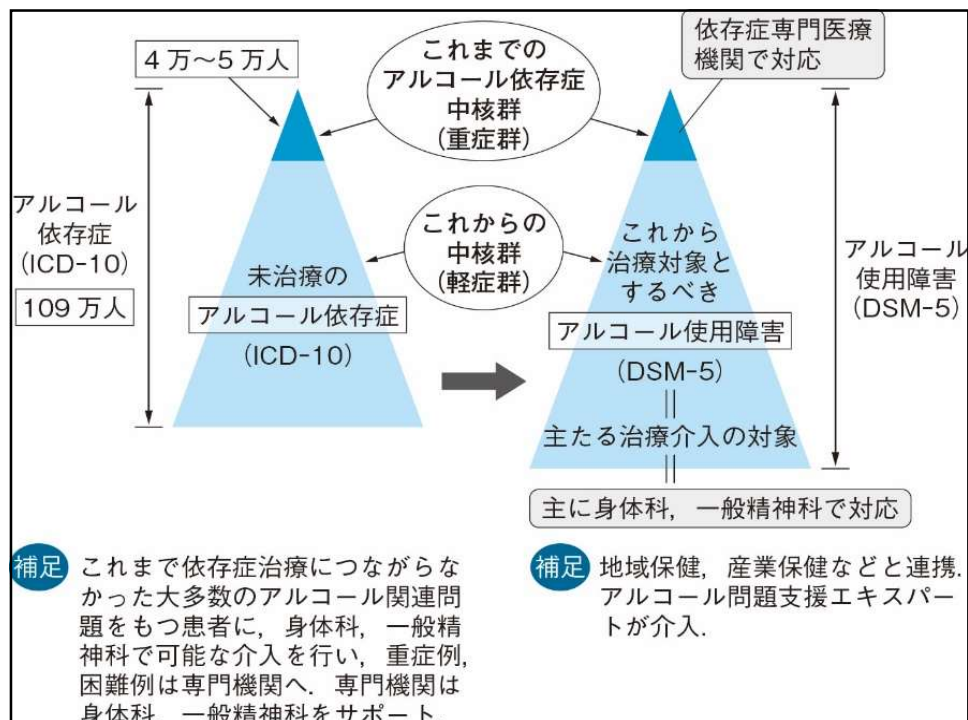
92

- これまでのアルコール依存症治療は、
- 「がん治療に例えると、末期がん患者だけを診てきたようなもの」である。

末期がん患者を、「普通のがん患者」とみてきたのではないだろうか。

アルコール依存症も「**早期発見早期治療**」

93



4. 治療スタンスの改革

- 1) 「不寛容・直面化」から「受容・動機づけ」へ
- 2) 「矯正・強要」から「治療・寄り添い」へ
- 3) 「集団一律の治療」から「個別多様性の治療」へ
- 4) 「断酒一辺倒」から「飲酒量低減」へ
- 5) 「断酒の支援」から「生きにくさの支援」へ

* 不寛容・厳罰主義では治療にならない。患者との信頼関係を築き動機づけを進め提案はするが、決定するのは患者自身である。

95

5. 人材開発の改革

- 1) 非医師による「アルコール問題支援エキスパート（コーディネーター）」の新規育成・資格化の推進
- 2) 医学部などでの依存症教育の強化・推進

* 専門医を急増させることは容易でなく現実的ではないため、依存症に関する正しい知識を持ち、適切に対応できる人材（エキスパート）を育成・資格化することを、重要な戦略とする。

* エキスパートは、①知識・情報提供、②簡易介入、③連携促進、を実施する。

96

6. 地域連携の改革

■ 地域保健・産業保健・メンタルヘルス領域・自助組織との連携システム構築の促進

- * 新たなアルコール依存症中核群（軽症群）に治療介入を広げるためには、それぞれの機関で、他のメンタルヘルス領域と一体となって、使用障害の正しい認識と、各機関の基本的な役割を共有することが重要である。
- * カギは先に述べた新たなエキスパート資格者による連携である。

97

7. 家族支援の改革

■ 家族を主体とした支援の推進：

「患者の回復支援目的の家族支援」から、
「家族自身を直接の支援対象とした家族支援」への展開

- * 家族が変わることで患者を回復させようとする意識が強すぎると、家族支援は硬直したものとなりやすい。
- * 家族が十分な支援を受けて余裕と安心を得られるために、「家族を主役とした支援」が必要である。

98

8. インセンティブ保障の改革

■ 予算化・資格化等のインセンティブ保障の実現:

1～7の改革を具体化するためには、インセンティブ保障が必須である。早期介入による医療経済的効果は大きい。

- 1) 診療報酬に関すること
- 2) 研究に関すること
- 3) 研修に関すること
- 4) 資格に関すること
- 5) 連携に関すること
- 6) 教育に関すること
- 7) 啓発に関すること

99

「アルコール依存症治療革命」とは
アルコール依存症治療の
「一般医療化」である。

100

8.

産業保健スタッフに お願いしたいこと

101

依存症と陰性感情

- 依存症は、「アル中」「ヤク中」として、人権を傷つけられることが頻繁に起こりうる疾患である。
- 依存症は疾患とはとらえられず、興味本位に快楽を求めて嵌った結果で自業自得・自己責任とされやすい。
- また、一般社会に限らず、支援にあたるはずの家族・相談員・治療者までもが、依存症あるいは依存症患者に対して陰性感情を持つ。
- 患者は傷つき、自分自身を追い詰めていく。
- そして、より病状を悪化させていく。

102

依存症者は健康なひとの中で回復します。
信頼関係を育める場所において回復します。

103

- 依存症からの回復に不可欠なものは、「安心できる居場所」と「信頼できる人間関係」である。治療者・支援者・社会の誤解と偏見が、依存症患者の回復を妨げている。
- 患者自身も自分に対して「ダメな人間」と思っている。そのつらさが否認を強め、回復を阻害している。
- 依存症患者の支援は、温かい支援でなければならない。

104

支援者が適切に対応できるように

- 依存症について正しい知識を持っていること
- 治療者自身が健康で余裕を持っていること
- 治療者が楽観的に回復を信じられること
- 治療者が回復者とつながっていること
- 治療者が周囲の人と信頼関係を築けていること
- 治療者が人を信じられること
- 治療者が回復を信じられていること
- そのうえで患者・家族と信頼関係を築いていくこと

105

具体的には・・・

- 依存症問題を純粹にメンタルヘルスの問題と捉えてください。
- アルコール問題だけを強調したり、やめさせよう正そうとすることは逆効果です。
- 説教や叱責をすることは、信頼関係を築くこととは逆のことになるので、やめてください。
- 「職場として大切なあなたのことを心配している」というスタンスで関わってください。
- 飲酒問題が繰り返されれば、「使用障害の可能性があるので」と伝えて受診を勧めてください。

106

- ほとんどの人は、「仕事人間だけれど人に心を許せずひとりで頑張ってきたタイプ」です。
- だから、「**本音を話してもらえる関係作りが基本**」です。そのうえで下記のことを試みてください。
 1. 飲みたくなる原因・状況・きっかけを同定。
 2. その対処法を一緒に考え、実行してもらおう。
 3. 同時に飲酒量のモニタリングをしてもらおう。
 4. 問題行動・肝機能障害などの経過を確認。
 5. うまくいきそうなら見守りモニタリングを継続。
 6. 悪化すれば懸念を示し医療機関を紹介。
 7. 治療経過の報告を受けて励まし続ける。

107

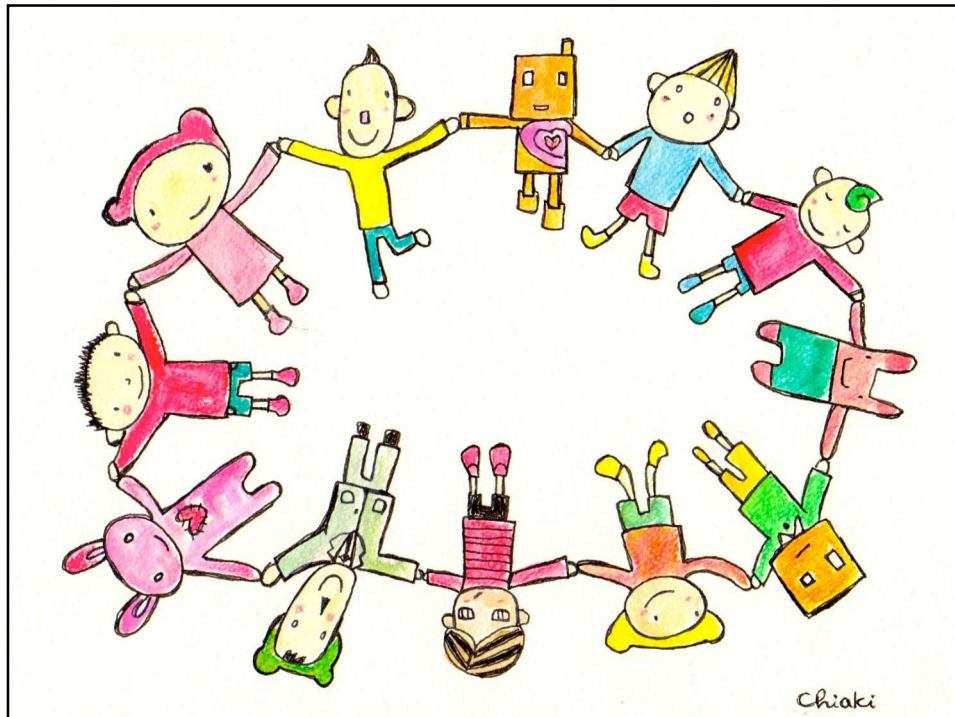
- 要するに、うつ病などの他のメンタルヘルス問題と同じ対応が基本です。
- 「アルコール問題」を意思やモラルの問題と捉えず、メンタルヘルス不調の問題として関わるのが、患者にとってよい関係を築くために重要です。
- 「大切な社員」として支援することが、職場からの提案を前向きに受け入れる契機になります。
- 職場からの受診の提案と報告は、患者を治療の場に留まり続けることにとっても有用です。
- つないだあとも積極的に医療機関と連携をとってもらえると助かります。

108

トリートメントギャップについて

- アルコール依存症患者は、わが国に109万人いると報告されているが、依存症の診断をされている人は5万人前後に過ぎない。
- 109万人のうち、82.9%が身体科を受診しており、69.6%が健康診断を受けている。
- これら軽症者を、プライマリ・ケアや産業保健領域で早期に相談・治療につなぎ、介入することで重症化を防ぐことができる。
- メンタルヘルス問題として産業保健領域での介入が重要である。

109



うつ病患者に、「元気を出せ」と強要したり、
「元気がない」と責めたりはしない。

統合失調症患者に、「幻聴がでたのはけしから
ん」と責めることはしない。

認知症患者に、「忘れるな」と強要したり、
忘れたことを責めたりはしない。

どうして、依存症の症状であるスリッパ(再使用)
が起きたときに患者を批判的に見てしまうので
あろうか？

111

断酒・断薬を強要する治療者や再飲酒・再使用
を批判する治療者は、「依存症を病気」とは理解
できておらず、よい治療者とは言えない。

112

依存症の治療・回復支援に大切なことは、
依存症を「病気」と正しく理解し、
無理に薬物を止めさせようとせず、
患者の困っていることに耳を傾け、
当たり前前に治療を続けることです。
それだけで、十分有効な治療となります。

113

- これまで、われわれは、「北風と太陽」のイソップ寓話のなかの「北風」の役を疑うことなく果たそうとしてきた。
- 私たちは、依存症者に対して「北風」になってはいけない。
- よい治療者・支援者には、信頼感に溢れた「太陽」であることが求められている。

114

- 依存症は人との関わりにおいて回復する病気である。
- 治療者・支援者として依存症者と関わるのであれば、私たち自身が「健康」でなければならない。
- 私たち自身が、依存症者に対して、「共感と信頼」をもてるように意識し続けることが大切である。
- 信頼関係は、「双方向性」のものである。
- 治療者・支援者のかかわり方は、極めて重要な要素である。

115

依存症の治療・支援のポイント(まとめ)

1. 依存症は「病気」であると理解できれば支援はうまくいく。
2. 回復を困難にしている最大の原因は、支援者の患者に対する陰性感情である。
3. 回復者に会い回復を信じられると、支援者のスタンスは変わる。
4. 依存症患者を理解するために「6つの特徴」を覚えておく。
5. 依存症患者の飲酒・薬物使用は、生きにくさを抱えた人の孤独な自己治療である。
6. 断酒・断薬を強要せず、再飲酒・再使用を責めなければ、よい支援者になれる。
7. 断酒・断薬の有無に囚われず信頼関係を築いていくことが支援のコツである。

116

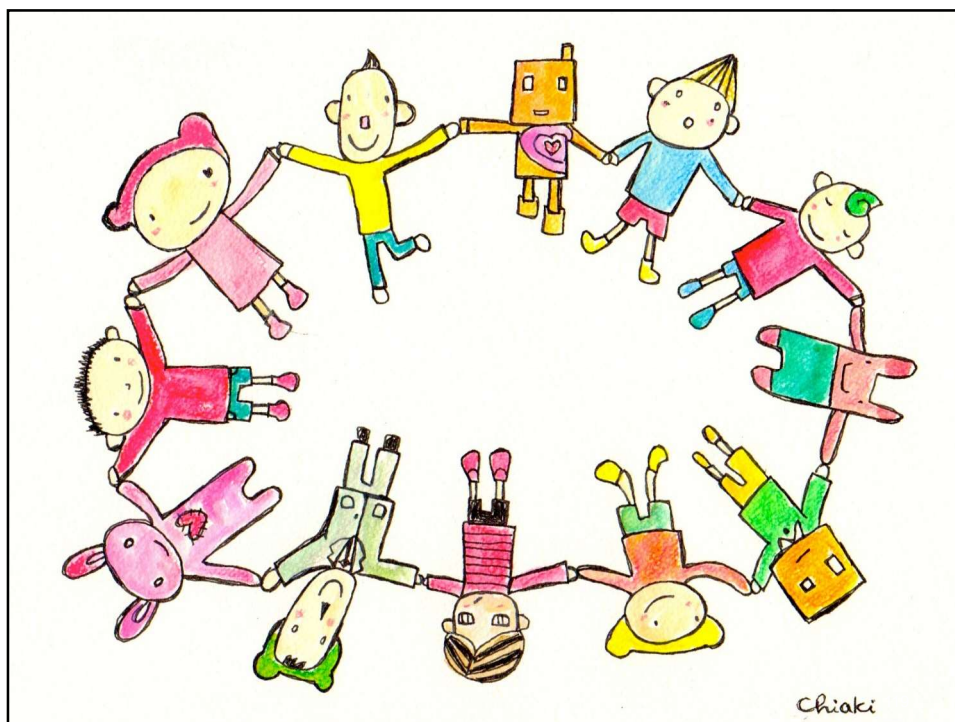
ひとを信じられるようになると、
ひとに癒されるようになります。
ひとに癒されるようになると、
アルコールや薬物に酔う必要はなくなります。

依存症は人間関係の問題です。
回復とは、信頼関係を築いていくことです。

117

- 依存症者もその家族も、よりどころとなる治療者を求めています。
- 依存症の治療は決して特殊なものではありません。
- 彼らは決して、特別な人たちではありません。
- わが国の依存症者が、回復を望んだときに、あたりまえに治療を受けられる日が来ることを切望します。

118



■ 参考図書: 本日の詳細はこちらで..



「アルコール依存症治療革命」

中外医学社 2017



「ハームリダクションアプローチ
～やめさせようとしなない依存症治療の実践～」

中外医学社 2019



「厄介で関わりたくない精神科患者と
どうかわるか」

中外医学社 2021

120