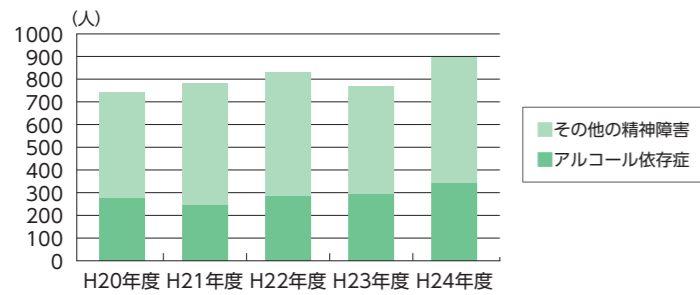
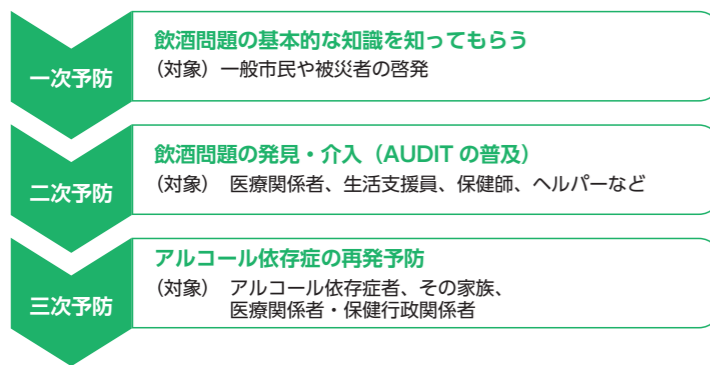


図表1 東北会病院の新患状況
アルコール依存症の新患者人数の推移



図表2 東北会病院の災害支援の基本方針



図表3 各地区への支援内容

地域	一次予防	二次予防	三次予防	経緯
気仙沼市	啓発リーフレット配布	支援者支援研修会	「断酒をめざそう会」断酒会育成支援	継続
南三陸町	啓発リーフレット配布	「安眠カフェ」開催 支援員支援・講義 ・グループ・ワーク ・支援事例検討 ・ネットワーク療法	個別訪問事例検討	継続
石巻市	啓発リーフレット配布	支援者・講義 医療関係者研修事例検討会	断酒会活動支援	要請時
東松島市	啓発リーフレット配布	個別訪問事例検討		1回/月
七ヶ浜町	啓発リーフレット配布	事例検討 個別訪問	断酒会設立支援	要請時
仙台市	啓発リーフレット配布	「こころのケア」 チーム支援 支援員支援・講義 ・事例検討 ・ネットワーク療法	事例検討	要請時
岩沼市	啓発リーフレット配布	ケアマネ研修		要請時
山元町	啓発リーフレット配布		事例検討	要請時
亘理町	啓発リーフレット配布			
大崎市		被災者グループ・ワーク (鳴子仮設)		終了

続・東日本大震災における 飲酒問題の現状と課題

東北会病院
院長 石川 達

2011年3月11日の東日本大震災発生後、NEWS & REPORTSは7月発行のVol.17No.01にて久里浜医療センターの松下幸生先生のインタビュー記事「東日本大震災における飲酒問題の現状と課題」を掲載しました。震災から2年が経過した現在、被災地の飲酒問題はどのような状況にあり、どのようなケアが行われているのでしょうか。宮城県内の沿岸部へ支援チームを派遣している仙台市東北会病院の石川先生にお話を伺いました。

編集部

● はじめに ●

平成23年3月11日に発生した東日本大震災は、甚大な被害をもたらしました。死者・行方不明者は2万人に迫り、その大半は地震直後の大津波による被害でした。被害は沿岸部に集中しており、死者・行方不明者が人口の約1割にのぼる地域もあります。

家屋や職をなくした地域住民は、避難生活や仮設住宅への移住など長期にわたり不自由な生活を余儀なくされています。一瞬にして多くのものを失った彼らの喪失感と悲しみは計り知れず、その気持ちを飲酒で紛らわす人がいるであろうことは想像に難くありません。

一般的に、被災後の飲酒については「地域の飲酒量は全体的に増加する」「災害前から飲酒問題を持っていた人は災害後に飲酒問題が悪化する」「災害前に飲酒問題のなかった人に、災害により飲酒問題が新たに発生するかは結論が得られていない」と報告されています。

元来飲酒に寛容な文化を持つ沿岸部では、飲酒問題が発覚しにくく、今回の被災で飲酒問題が悪化するこ

● 現状と課題 ●

● 増加するアルコール依存症者 飲酒問題の再発も

被災地で飲酒量が増えたという話はよく聞きますし、支援活動を通じて増えているという実感は持っています。ただ、具体的なデータがなく、確かなことは言えません。

問題飲酒者の増加を示唆しているのが、当院のアルコール依存症患者の動向です。震災後2年間で、総じてアルコール依存症の新患者数が増加傾向にあります(図表1)。

最近では統計的な研究が始まってきているので、そろそろ数字が出てくるのではないのでしょうか。当院としても、今後も引き続き経過を追っていく必要があると思っています。

災害前から飲酒問題を持っていた人の飲酒問題が災害後に悪化するとは、間違いありません。この2年間、被災地で問題飲酒者の戸別訪問を66件行いました。その大半が、かつて当院で入院や外来治療を受けたことのある患者さんたちでした。いずれも震災を機に、禁酒していた人が再飲酒したり、あるいは問題飲酒がひどくなり、周囲からあぶりだされる形で問題視されるようになったものです。

● 寛容な飲酒文化の中では 飲酒問題の優先順位が低い

松下先生も指摘されていました。沿岸部には漁師の方がたくさんいらつしやいます。彼らは、漁に出ているときは飲まないけれど、陸に上がったからお酒を日中から飲んでもいいという文化があります。飲酒に対して寛容な文化があるので、「あなたにとってアルコールは良くないから断酒しなさい」というアプローチが通用しないのです。

お酒を飲むのが当たり前、飲んで多少羽目を外すのも当たり前、飲まないのが変だ、という文化です。多少お酒の問題がある人を見ても、身近に似たような人がたくさんいるので、本人も周囲の人あまり気にしません。

こうした飲酒文化とも相まって、飲酒問題の優先順位がとても低くなってしまっています。まずは自分たちの生活を立て直さなければならぬわけですから、それは仕方のない

ことです。お酒の問題は、どうしても後回しにされてしまいます。

● 飲酒問題治療の 社会資源が圧倒的に不足

東北地方には、飲酒問題について対応できる医療機関が少なく、自助グループの活動も活発とはいえません。したがって、飲酒問題のある被災者を見つけて出しても、つなげる医療機関を含め社会資源が少ないのです。そんな状況ですから、仙台にある

● 東北会病院の 支援活動 ●

当院は、以前からアルコールをはじめとする依存症問題に力を入れて

図表4 宮城県内で配布されたリーフレット

品名	数量	配布先	数量	配布先
リーフレット「被災地における飲酒について」	100,000	宮城県庁	100,000	宮城県庁
リーフレット「飲酒の量や飲む回数が増えていませんか？」	50,000	宮城県庁	50,000	宮城県庁
リーフレット「避難所など、まわりにも多くの人の中でお酒を飲んでいませんか？」	50,000	宮城県庁	50,000	宮城県庁
リーフレット「不安やうつうつとした気持ちを和らげるために、お酒を飲んでいませんか？」	50,000	宮城県庁	50,000	宮城県庁
リーフレット「飲酒日記」	100,000	宮城県庁	100,000	宮城県庁

写真 生活支援員とのグループワークの様子



いました。病院内の治療プログラムのほか、宮城県内諸地域のアルコール健康相談にあたってきた経緯があります。

東日本大震災では、当院も被災しましたが、状況が落ち着いてきた平成23年5月以降、支援を開始しました。まず、飲酒問題に限定しないメンタルヘルス全般の情報収集にあたり、徐々に飲酒問題への支援に焦点を絞りました(図表2)。

また、今回の災害は被害範囲が広域にわたるため、必要とされる支援内容も地区によってさまざまです。そのため、当院は宮城県内をいくつかのブロックに分けました。担当者が各地区へ定期的に通り、行政職員を中心とする現地支援者と「顔なじみの関係」を築いて支援のニーズを把握し、各地区の実情に即した支援を行っています(図表3)。

現地の負担を考慮し、疫学的な調査は実施していません。支援事例を積み重ねることで、災害時における飲酒問題への適切なかわり方を検証していくことを目的としました。

なお、被災地における飲酒問題への支援については、当院が宮城県を、久里浜医療センターや肥前精神医療センター、琉球病院が岩手県を担当しています。

次に、当院が行った支援について説明いたします。

● 二次予防
(問題を未然に防ぐ)

リーフレットの配布で
飲酒問題への関心を高める

寛容な飲酒文化と相まって、医療関係者も含め飲酒問題への関心が非常に低いのが実情です。まずは飲酒問題を知ってもらうために、一般被災者向けに災害後の飲酒問題に関するリーフレットを作成しています(図表4)。支援開始直後の平成23年5月から8月にかけて、宮城県内沿岸地区のほか、仙台市内、岩手県一関市に配布しました。

このリーフレットは、久里浜医療センターが作成し、すでに岩手県大船渡市で配布されていたものを流用させていただきました。また、みやぎ心のケアセンターで平成25年度から使用している飲酒問題啓発リーフレットの作成にも協力しています。

● 二次予防
(早期発見と早期治療)

生活支援員に知識の提供と
被災者としてのケア

私たちは月に2回しか現地に足を運ぶことができないため、避難所や仮設住宅を回っても飲酒問題は発見できません。それよりも、被災者に一番身近な存在で、日常的に現場を

回っている生活支援員に飲酒問題の見つけ方や対処方法を教育するほうが効率的だと考えました。

生活支援員は、問題飲酒者の言動に傷つき、対応に悩む場合が少なくありません。当院は、飲酒問題で困っているケースについて、グループワークで相談に乗りながら知識を提供しました(写真)。生活支援員によって適切な対応がなされることで、問題飲酒者の飲酒量が減少し、病院の受診や断酒目的の入院につながるなど目に見える成果が出てきています。

支援活動の中で痛感したのが、生活支援員など支援者の「被災者性」に対するケアの必要性です。現地の支援者は、自身も被災しながら住民の話聞き、思いを受け止めていきます。

そこで、私たちは支援者をケアするグループワークを実施しました。特に支援活動開始当初は、支援者の被災体験が多く語られました。彼らが支援し続けるためには、支援者自身が「被災者」として、自分の体験を吐き出す場が必要だったのです。

こうしたグループワークは、生活支援員にとどまらず、保健師や生活支援主任、行政、警察、地域住民に對しても実施しています。また、支援者のセルフケアについての講義も行いました。

問題飲酒者の個別対応を
AUDITと飲酒日記で支援

支援活動の中で、私は問題飲酒者に飲酒問題を突きつけること自体に苦手意識を持つ支援者が少なくないことを感じました。

その背景にあるのは、「アルコール依存症者に対する「否認が強い」「暴言暴力や迷惑行為を繰り返す」というマイナスイメージ」「具体的な介入方法への知識不足」「断酒の指示がはばかられる飲酒に寛容な文化」です。

こうした抵抗感を克服し、飲酒問題への評価・介入を行うツールとして有効なのが、AUDITと飲酒日記です。

AUDITは10の質問からなるスクリーニングテストで、その得点によって被験者を「飲まない人」「低リスク飲酒者」「高リスク飲酒者」「アルコール依存症者」に分けます。もちろん、アルコール依存症の人はお酒をやめなければなりません。しかし、高リスク飲酒者はこのままだと依存症になってしまう可能性がありますが、まだお酒を自分の力で控えることができるので、お酒の上手な飲み方を教えることが可能です。

飲酒日記とは、節酒の目標を決めた上で、毎日、お酒を飲んだ種類と量を記入していくものです。目標が達成できたかどうか、毎日確認して

いきます。

実際の介入で有効だったのは、この2つを併用した次のような方法です。まず、AUDITに回答してもらい、その点数をもとに問題飲酒の程度を説明します。その上で、「高リスク飲酒者」「アルコール依存症者」の方に、断酒・節酒を提示し、飲酒日記の記載を勧めます。この介入方法を行った場合では、ほとんどのケースにおいて、本人が協力的に取り組んでいます。

特に断酒の意思がないアルコール依存症者に対して、飲酒日記は効力を発揮しました。節酒に挑戦する過

程で飲酒コントロール障害を自覚し、断酒の必要性を受け入れていく可能性があるので、その過程に支援者が付き添っていきけることが、この方法の持つ大きなメリットです。

アルコール依存症者に断酒の意思がない場合、従来であれば「底つき(このままでは大変なことになる、という意識の発生)」を待つしかありませんでした。断酒の意思を示すまで、治療や相互支援グループへつなげるなど次の段階へは進めることができません。支援者は寄り添うことができなかつたのです。

飲酒日記を使用する場合、支援者は面会のたびに「飲酒日記に記録したこと」や「できたこと」に注目し

ねざらうことが重要です。本人の自己肯定感を高め、自信を持って今後の治療に取り組む後押しになります。

支援者にとっても、失敗に着目しダメ出しをするよりも、気楽な心構えでかかわることができると、疲弊が少なく、ひいては良好な関係づくりにもつながります。飲酒日記を使用することは、次回の訪問・面会を約束することであり、問題飲酒者と関係をつくっていくことにほかなりません。

事例検討会で
生活支援員を肯定し支援

保健所関係者からの個別事例の相談について、当院の定例院内災害支援会議で事例検討を行い、助言しています。一つ、実例を紹介しませう。

仮設住宅に入居の64歳男性、独居で家族との関係や地縁も希薄で無縁状態。昼から飲酒し、酔って道路に寝などの奇行が多く、仮設住宅の生活支援員が困り果てていました。

この事例について話し合うため、グループワークの手法を使い10人の生活支援員と車座に座ります。まず、

図表5 アルコール関連問題実務研修プログラム

月曜	9:30~	10:00~	10:30~	11:00~	13:00~	15:30~	16:30~
	オリエンテーション			院内 AA	グループセラピー	アルコール簡易介入法活用について	事例検討
火曜	9:30~ 教育ビデオ鑑賞・アルコール依存症外来患者及び家族のグループセラピー・ピギナープログラム			11:00~ 院内断酒会	13:30~ 医師によるアルコール依存症心理教育プログラム(AOS)		AOS後 家族グループ 薬物プログラム
水曜	9:30~ アルコールの入院治療 離脱期の看護				13:30~ 看護研究発表参加		16:00~ 当事者メッセージ
木曜	9:30~ アルコール病棟の認知行動療法(CBT)				13:30~ 薬物依存症リハビリ施設		15:30~ トラウマとアディクション 関連ビデオ視聴
金曜	9:30~ 新患インタビュー・外来診察				13:30~ アルコール病棟のグループセラピー(SGT)		16:00~ 家族対応

オプションプログラム
アルコール自助グループ見学
おおよそ18:00~20:00
(希望者はスタッフ同行)

けには抵抗があります。実際、グループワークを行っている様々な葛藤が表現されます。弱音や愚痴を安心して表現できる場がない、ということが問題だと感じています。被災者や支援者の中で、「家を流された家族と流されなかった家族」

「仮設住宅から脱出できた家族とできない家族」など、さまざまな点で確実に格差が広がっています。当然のことながら、そこには嫉妬や羨望が渦巻いています。特に高齢者や単身者の問題は深刻になりつつあり、松下先生も懸念されていたように、

●● 二次予防
(再発予防と
社会復帰支援)

相互支援グループの設立・再建を援助
問題飲酒者が医療につなげられた

この男性に対して支援できていることを、全員に挙げてもらいました。「訪問を拒否されない関係性がある」「寂しいという本音を聴けている」「孤立させていない」これらを全員で確認し、生活支援員が「あなたに心を向けている」ことを示すという大切な支援ができていることを、事例検討会として十分に評価しました。生活支援員の不安な表情で始まったグループワークは、安堵な表情と笑顔で終えることができました。

生活支援者を肯定し支援することは結果的に支援者が当事者を肯定的に支援する姿勢を生み、セラピーとしてのネットワークが生成されます。この事例では、当事者を「飲酒してどうしようもない人」ではなく、「被災に伴い孤立感を深め、生きる意味を喪失して悲鳴をあげている人」と捉え直し、心配しているという関心を向けることで、男性の飲酒が止まっていきました。こうした専門家ではない地域のネットワーキングでも、問題飲酒者を支えることができます。

としても、回復するには通院に加え、定期的な相互支援グループへの参加が欠かせません。しかし、宮城県沿岸部にはもともと相互支援グループが少ないうえ、今回の震災で活動停止したグループもあり、回復を支援する体制が不十分でした。仙台市内にはグループがありますが、通うのに不便で長続きしにくいのです。そのため、既存の断酒会やAA(アルコールホーリック・アノニマス)、NA(ナルコティクス・アノニマス)、AAKK(アディクション問題を考える会)など相互支援グループの協力を得て、メンバーを被災地に派遣し、断酒会の設立や運営支援を行っています。定期的な例会を開けるようになることが、一つの目標です。派遣しているメンバーには、当院から運営のアドバイスやフォローを行っています。

が、主要メンバーが被災し、再飲酒する事態となり、例会が休止状態となりました。その後、うち2名が当院入院を経て、やはり仙台市の断酒会員が積極的に足を運び、数カ月後に再開されました。

また、当院院内での沿岸地区ミーティングを発足しています。沿岸部から当院に(教育)入院した患者が増加してきた平成24年8月に開始し、断酒会メンバーの協力のもと現在も継続中です。

●● おわりに

高まりつつある飲酒問題への関心
「二次予防」「三次予防」の順番で拡大していきました。現在は、地域のニーズに即した形で、これらの支援を並行して行っています。

「東北の人たちは我慢強い」と言われます。そうした一方的な決めつな収穫でした。今でも、皆使命感を持って治療や支援活動に取り組んでくれています。

「被災者や葛藤を抱え
苦しむ被災者たち」

●● さらたて確認した
ネットワークセラピーの重要性

震災後、約2年にわたる当院の支援活動を通じて、私はグループワークとネットワークセラピーの有効性をあらためて確認しました。

現地に足を運び、支援者の悩みに耳を傾け助言し、顔なじみの関係を構築していく中で、支援者の緊張や不安が軽減し、ひいては問題飲酒者の行動が変化します。ここでいう支援者とは、医療や専門家に限定されません。地域住民や家族、生活支援員と地域全体に拡大可能なのが断酒会をはじめとするネットワークセラピーです。元来アルコール医療が手薄だった沿岸部で、震災によって飲酒問題が顕在化し、それを契機にネットワークが構築されてきたといえます。

今後は、グループワークと事例検討、AUNITの普及を中心に支援活動を継続していく方針です。

■ いしかわ・とおる

東北会病院院長、ワナクリニク院長、精神科医師。昭和48年北海道大学医学部卒業。同年、東北大学精神医学教室入局。昭和53年医療法人東北会東北会病院勤務。日本アルコール関連問題学会理事、日本嗜癮行動学会理事。