

専門機関と地域の方

－アルコール依存症治療スタッフとしての経験から－

阿津川 令子

1. はじめに

毎日のように新聞やテレビニュースで数々の事件が報道され、現代社会は社会病理と個人病理に満ちている。必然として、「心の病」「心の教育」など、「心の～」を冠する用語も増え、「一大心理学ブーム」とでも呼ぶべき現象が起きているように思われる。精神科医や臨床心理士などにもわかに脚光を浴びるようになり、一昔前なら考えられないような人気を集めている。

しかしその一方で、専門家だけに任せるのではなく、当事者自らが声をあげ、エンパワメントし合って立ち上がろうとする動きもみられる。同じ悩みや問題を抱える者同士の支え合い（ピア・サポート）の場、圧倒的権力に裁判で立ち向かおうとする被害当事者の会、犯罪被害者の会、当事者としての心情を吐露する書籍の出版などが確実に増えている。

筆者は、Z県のX病院（公立単科精神病院）に9年間奉職（心理職）し、アルコール依存症（以下、表題以外の本文中ではAL症と略す）治療スタッフとして様々なアルコール関連問題に携わってきた。アルコール医療というのは、これまでの既存の精神科医療とは一線を画する方法論を持っている。援助側と当事者側が、通常の一般的な「医療スタッフ－患者（治療を処方－治療を受ける）関係」を超えた協力・連携関係を創造していくこととなる。そして、そこで出会う当事者たちは、自らの手で「回復の途を模索する」こ

とを誇りとしており、彼らこそが私たち「援助専門職」の先生となり得ることを示してくれているのだ。

ここでは、筆者の実際の経験を踏まえながら、アルコール依存症者の回復過程を通して、援助専門機関と当事者（地域）自助組織との協力・連携関係モデルを提示したい。また、現代社会におけるアルコール依存症の意味についても再考してみることにする。

2. アルコール依存症

2-1. アルコール依存症とは

(1) アルコール依存症の現在

アルコール関連問題は、我が国戦後の高度経済成長によって生み出されてきた物質的に豊かな生活の「影」の面の1つとも言える。いまだにほとんど日の目を見ないこの疾患は、実は、家族内への深刻な影響（家族の不和、離婚、一家離散、経済的逼迫、ホームレス、子どもの傷つき、虐待－被虐待、ドメスティック・バイオレンス、等）、本人の心身への影響、犯罪や事故加害との関連など多くのnegativeな要因をはらんでいる。その一方で、AL症からの奇跡的な回復者たちは、「一見健康で普通に生きている人たちが」が忘れてしまいがちなこと・置き去りにしてしまいがちなことを丁寧に拾い上げながら、まるで修行僧のように1日1日を尊く大切に生きている。多くのnegative－positive要因を同時に内包するこの疾患は、とてつもなく厄介で魅力的

な病（やまい）なのである。

現在、我が国のAL症患者は推計で230～240万人いると言われている。しかしながら、AL症と診断されて専門治療を受けているのは1%ほどであり、90%以上は、身体疾患を理由に内科や外科等で入退院を繰り返していると考えられている。他には、「困った酒飲み」として見過ごされているか、家族や周囲の者が悩んでいてもどうしてよいのかわからないまま年月が過ぎているか、などで何ら未治療のままのこともある。

AL症というと、イメージ的に特定の社会階層のうらぶれた中高年男性が酪酊して道ばたに倒れている姿を思い浮かべられてしまいがちだが、実のところ、年齢・職業・性別などにはまったく関連がなく、そういう意味では誰にでも非常に身近な疾患であると言えるだろう。WHO（世界保健機関）はアルコールを、他の麻薬同様の「依存性薬物」の一つとして分類しているが、今やアルコールはいつでもどこでも容易に入手することが可能なれっきとした「薬物」である。ただし、心身両面の依存（特に身体依存性が強い）が完成するまでにかかる年月は、飲酒開始年齢、飲酒量、飲酒回数、アルコール耐性などによって異なり、数年～40年以上とかなりの幅がある。我が国では社会的場面で「酒が強いこと」はむしろ肯定的に認知されることが多く、アルコールが「依存性薬物」であることをさして意識されないまま、（若年層、主婦層のキッチンドリンカーなどの一部を除き）慢性的にゆっくりと依存が形成されていく。

その依存形成期間に、徐々にアルコールに関連する問題行動（金銭トラブル、事故・けが、暴力問題、家族不和、家庭内役割放棄、職場への遅刻や無断欠勤、等）が表面化してきたり、身体疾患による入退院が繰り返されるようになり、AL症に至るまでのグレーゾーンである問題飲酒期（プレアルコホリックとも呼ばれる）に移行する。本来は、この時

期にAL症専門治療に結びつくと、比較的予後良好に回復の途につくことができるはずだが、そうはいかないのがこの病の厄介な点である。

アルコールによる害であることが本人・周囲にもうすうす気づかれながらも、なかなかAL症専門治療につながらないのは、幾重もの壁に阻まれているからだ。

まず第一に、この疾患そのものの持つ心理機制「否認」によって、「私は病気ではない」「私には何の問題もない」などと本人が治療を強く拒否するために、専門機関につなぐにくいという壁があげられる。AL症は「家族ぐるみの病」とも言われているが、本人のみならず家族でさえも「否認」が強く、「うちのお父さんは病気なんかではない」「お酒を飲まない夫は、すごく家族思いの優しい人だ」「私の力で、お酒をやめさせてみせる」などと思いこんでいる場合がある。多くの場合は、家族などの周囲が困ってAL専門相談・治療機関につながっているのに、肝心の本人はなかなか登場せず、何年も遅れてつながるケースが多い。

次なる壁は、社会全体のなかで一般的に、AL症についての正しい認識がまだ十分に浸透していないことがあげられる。AL症がれっきとした疾患であること、したがって回復可能であること、専門治療（相談）機関や自助グループがあること、「意志の弱い人になる」「社会階層が低い人になる」病気ではなく誰にとっても身近な疾患であること、などの基本的な情報がないために、困っている家族が「どうにもならない」と無力感にさいなまれながらあきらめていたり、あるいは「こんな『家の恥』となるようなことは、誰にも相談できない」などと我慢を重ねているだけということがあるだろう。AL症についての知識・情報が多少あったとしても、negativeイメージの強いこの疾患に対する偏見のために、専門機関に足が向かないこともあるだろ

う。もし仮に、思いあまった家族が、知人・親戚、あるいは何らかの相談機関に相談を持ちかけたとしても、AL症に関する知識が十分にある相談員に出会えることはまだまだ少ない。さらに言えば、アルコール性の身体疾患のためにかかりつけている内科・外科などの医療スタッフでさえ、いまだにAL症の知識が十分でないために専門機関へ紹介することなく、AL症本人を「再び酒が飲める身体」に治療しては、AL症進行に手を貸している場合も少なくない。実際に、X病院で出会ってきたAL症者は、アルコール性の身体疾患のために何度も内科・外科などで入退院を繰り返してきたエピソードを持つ人が多かった。また、「AL症が病気であるなどとは、思ってもみなかった」ことがよく語られていた。逆に、AL症に詳しい内科の医師などから、「あなたはAL症だから、このままだったら間違いなく飲み続けて死ぬ。AL症専門治療をしている病院へ紹介しましょう」と強く勧められたケースは、比較的早期にAL症専門治療につながっていた。

さらなる壁は、AL症専門治療が精神科で行われていることかもしれない。一般の人にとって、まだまだ精神科は敷居が高く偏見も強いために、「できれば行きたくないところ」なのだろう。特にAL症者は人一倍プライドが高いので、周囲からAL症専門治療のために精神科を勧められても、「なぜ、私が精神科なんかへ行かねばならないのか！」などと猛然と怒り、かたくなに受診を拒否していたケースも多かった。

このように、幾重もの壁に阻まれてAL専門機関につながらないまま、多くのAL症者はやがて早期に「死」に至る。未治療のAL症者の平均寿命は50歳前後とされているが、これは肝硬変や心不全などの身体疾患以外にも、転落・溺死・交通事故など不慮の事故や自殺のリスクも高いからである。AL症は慢性的・進行性の疾患で、放置しておけば間違

いなく死に至ることは、ほとんど知られていないのではなかろうか。また、運よくAL症専門機関につながったとしても、以降アルコールをやめ続けることができるのは3割弱と言われている。一旦は治療につながっても、結局は断酒を継続することができず再飲酒（「スリップ」と呼ばれている）して早期に死に至る場合が大半であり、10年・15年・20年と断酒できている回復者たちは、まさにこの意味で「奇跡的」なのだ。筆者がX病院で出会ってきたAL症者のなかでも、断酒を継続できず、結果的に早期に亡くなられた方がおられたことは、非常に残念なことであった。

(2) アルコール依存症の診断

AL症とは、簡単に言うと、『飲酒によって身体的、精神的、家庭的、社会的、経済的など様々な面での弊害が長期に渡って起きているにもかかわらず、本人の意思とは関係なく飲み続けてしまう状態』である。

WHOが作成しているICD-10「精神および行動の障害 - 臨床記述と診断ガイドライン」の診断基準によると、過去1年間のある期間、次の6つの項目のうち、3項目以上該当すればAL症と診断されることになっている。() 内に筆者の解説を加えた。

- ①飲酒への強い欲望、あるいは強迫感（明らかな病的飲酒欲求であり、通常は飲酒がはばかれる場所・時間帯にもかかわらず、飲まずにはいられない状態）
- ②飲酒開始、飲酒終了、あるいは飲酒量に関して、コントロールすることが困難（飲み始めや飲み終わる常識的な時間帯、飲酒量が自分の力では統制できなくなる状態）
- ③アルコールを中止または減量したときの離脱症状の出現、飲酒すると離脱症状が消失するか軽減される（離脱症状とは、アルコールが切れたとき出現する心身症状のことで、軽いものは手の震え・不眠・嘔気など、重いものは、けいれん発作や幻覚など。離

脱症状群の不快感や恐怖感を軽減させるために、AL症者はますます飲酒にのめりこむこととなる)

- ④当初の酩酊気分を得るためには、飲酒量を増やさなければならぬような耐性の証拠(そのために、通常では考えられないような量の飲酒が見られる。末期には、逆に耐性が弱くなり、ごく少量の飲酒で酔いつぶれてしまうことになる)
- ⑤飲酒のために他の楽しみや趣味を次第に無視するようになり、飲酒せざるを得ない時間が増したり、酔いから醒めるのに要する時間がかかる(生活全体が飲酒中心となり、「どうやって酒を飲もうか」が頭を占領し、家族・友人との交流が減り、仕事など社会生活への影響も大きくなっていく。嘘やごまかしも多くなる)
- ⑥明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、飲酒を続ける(飲酒による深刻な身体疾患があったり、仕事・家庭に深刻な事態が起きていることが明らかな場合でも酒を飲むことがやめられない状態)

なお、X病院では、48時間以上の連続飲酒発作(飲酒しているか寝ているか、どちらかしかないような生活)と離脱症状の2つの存在を認めれば、すでにAL症治療の対象としていた。

(3) アルコール依存症とアルコール関連問題

アルコールへの依存は、若年層や主婦層のキッチンドリンカーなどの一部を除き、ほとんどの場合は長い年月をかけてゆっくり形成されていくことを前述した。AL症と明確に診断されるに至るまでのグレーゾーンである問題飲酒期においても、すでにさまざまなアルコール関連問題が持ち上がってくる。職場などへの対社会的な影響ももちろんあるが、もっとも大きいのは家族への影響であろう。

たとえば、父親、母親、子ども2人という

4人家族のなかで、生計中心者である父親のアルコールへの依存が進行している時期にはどんなことが起こってくるであろうか。まずは、父親が飲酒のせいでケガを負ったり、なかなか帰宅しないことで、他の家族たちは常に心配を余儀なくされたり、警察や友人から「酔っぱらって寝込んでしまっているの、迎えに来てほしい」などと連絡が入り、しょっちゅう母親は夜中に出かけなければならないことになるかもしれない。あるいは、父親の飲酒代やタクシー代などが膨大なものとなり、家計を圧迫し始めることもあるだろう。そのうち、アルコール性の身体疾患におかされて入院することになるかもしれない。飲酒や金銭をめぐる、父親と母親は常にいがみあい、大声での言い合いになったり、時には暴力に及ぶことがあるかもしれない。家の中は常に緊迫し、母親は父親の行動を監視し、何とか飲酒をやめさせることができないかいつも悩み、家計簿をつけながら大きなため息をつくようになるかもしれない。子ども達は、いつも酔っぱらっていい加減なことしか言わない父親を信じられず寄りつかないようになり、常に疲れた顔をしているか激しく父親を責めている母親に「これ以上、お母さんに心配を増やしてはいけない」と遠慮するようになるかもしれない。家庭は安心できる場所ではなくなり、友達を家に呼んだりすることもできず、家に帰りたくなくなるかもしれない。あるいは逆に、子ども心なりに「お母さんを守ってあげなければ!」と責任感にかられて一切外で遊ぶことなくまっしぐらに家に帰り、母親の手助けをして家事にいそしみ、夜中に父親が暴れたら母親とともにいつでも逃げ出せるよう、靴とカバンをベッド脇に置き、パジャマではなく普段着で寝る習慣がつくかもしれない。こうなってくると、すでに家族が家族としての役割機能を果たさなくなっており、笑顔も楽しい行事もなく、ただひたすら「今日は何が起こるのだろうか」と非常事態

に備える日々となる。こうして、酒と結婚してしまった父親と母子家庭という混乱した二重構造家族ができあがっていくのである。

AL症が家族、なかでも配偶者に与える影響は大きく、その心理構造は「共依存」「イネイブリング (enabling)」などとも呼ばれている。AL症についての正しい知識がない時期に、「酒をやめさせよう」という一心からしている行動がかえって本人の飲酒継続を助ける結果になっていくという事態が起こるのである。もちろん、子どもたちの成長・発達への影響も大きいですが、ここでは詳細に触れない。

2-2. アルコール依存症治療

(1) 断酒の4本柱

AL症は慢性疾患であり、回復はあるが治療(完治)はない。したがって、AL症治療・回復の基本は「断酒の継続」である。たとえ、半年、1年あるいは、5年、10年断酒していたとしても1度形成されたアルコールへの依存は不可逆であり、アルコールを再び摂取すればほどなく連続飲酒におちいり、AL症は進行する。この不可逆変性を、よく「大根が1度たくあんになってしまったら、再びもとの大根に戻ることはない」とたとえられることがあるが、わかりやすいメタファであろう。AL症者は、飲み続けようと断酒しようと、生涯AL症者なのである。

強い身体依存が形成されているAL症者が断酒を継続していくことは、並々ならぬことである。AL症者の飲酒渴望は、のどから内臓がひっくり返って出るほどに、生体細胞の1つ1つがアルコールを求める。「自分ではまったく意識がなかったが、はっと気づくと手に缶ビールを持っていた」などは、AL症者からよく語られるエピソードの1つである。

このような困難極めるAL症者の断酒継続のためには、4本柱が必要であると言われてい(高木・猪野,2002)。それは、①自助グ

ループへの継続的な参加、②抗酒剤の利用、③専門治療(入院→外来)、④周囲への断酒を宣言すること、である。

(2) X病院におけるAL治療

筆者が所属していたX病院は、精神保健に関わる公立総合施設(3部門併設)の一部である。1992年に開設されたこの施設の役割の1つは、AL症治療・教育・予防・啓発を行うことであり、これまで県内に存在しなかったAL症専門機関として、以後大きな役割を果たし続けている。

医療機関におけるAL症治療にはいくつかの類型や方式があるが(小宮山・三ツ汐, 2000)、X病院では基本的に久里浜方式と呼ばれる3ヶ月の教育入院(ARP=Alcoholism Rehabilitation Program)を原則としている。外来で、このAL症3ヶ月教育入院に対する十分な動機づけがなされ、治療同意が得られたAL症者だけが入院することができ、厳密に設定された1日の日課や12週のプログラムをこなしていく。X病院のARPには、次のようなプログラムがある。

①アルコール講座: AL症について正しい知識を得るために、精神科医師、内科医師、看護師、保健師、ケースワーカー、心理職など各専門分野の講義を聴く。自助グループの紹介もここで行われ、実際に回復者の体験談を聴ける場になっている。

②ミーティング: さまざまなテーマで人前で話すことや他者の体験・考えを聴くことを通して、AL症についての理解を深めたり、共感性を養い、社会性を取り戻していく。

③作業療法: 忍耐力や協調性を養い、心身の機能回復をはかる。

④スポーツ: 飲酒生活で弱ってしまった運動機能を回復し、体力を増強する。

⑤錬歩: 集団で5~12kmの行程を歩くことによって、健康感を取り戻し、仲間意識や連帯感を養う。

⑥酒歴発表：最終週には、自身の酒歴と断酒の決意を書き上げ、ARPの仲間と病棟スタッフの前で発表する。

以上のような本人のためのプログラムの他に、家族のためのプログラムもあり、同様に、AL症についての正しい知識を身につけ、家族としてどのように行動していくべきかを学び、AL症家族にしかわからないこれまでのつらさをわかち合っていく場が準備されている。

(3) 最近の動向

我が国に最初のAL症専門病床が久里浜病院に開設されてから、40年あまりが経過した。当初は、AL症治療に取り組む病院はこぞって久里浜方式を取り入れ、実践を重ねてきたが、時代の変遷や臨床研究の成果によって、最近では新たなAL症治療の展開がみられるようになってきている。診断名がAL症でも、その質的な幅はきわめて大きい。1つの流れは、入院治療から外来治療へという動きであり、治療への動機づけが高く、離脱症状や身体疾患が比較的軽いAL症者には必ずしも入院が必要でなく、病院では講座や抗酒剤を利用しながら、デイ・ケア、デイナイトケア、自助グループなどの地域資源を有効に活用すれば、外来治療だけでも断酒継続できる可能性があるという考え方である。この考え方とあいまって、入院治療は、むしろ「治療への動機づけが難しい」重症例や、躁うつ・人格障害・他の依存症との合併例などに対してこそなされるべきだという考え方もある。しかしながら、病識が乏しく「否認」が強い上に、社会的・経済的・人格的・身体的問題を抱える重症AL症者の入院治療に果敢に取り組もうとする病院は、現実的にはごく少数であろう。

他に、かつては、AL症者自身が「もう、自分の力ではどうにもならない」と自覚する「底つき体験」を待って治療への動機づけを

行っていくことが有効であると考えられていたが、AL症は重症化すると「死」と直結するため、「底つき体験」を待っているのは死亡リスクが高くなることがわかり、最近では、より早期に治療へ結びつける「底上げ」ができるよう、初期介入技法が研究開発されてきている。

また、先進的な地域では、AL症専門の支援ホーム、共同作業所、通所授産施設などの中間施設が作られ、医療からバトンタッチされた福祉面での充実がはかられ始めていることも、最近の流れと言えるだろう。

2-3. アルコール依存症治療専門機関の果たす役割と限界

前述したが、AL症治療は（薬物依存症治療も同様だが）、これまでの伝統的医療とは一線を画しており、「受診→診察→治療→完治」という自己完結的な治療モデルでは通用しない（和田,2004）。伝統的医療モデルから抜けきれない医師が、AL症治療を好まないのはここに大きな理由があるのかもしれない。AL症は、「お医者さんが治してくれる病気」ではない。退院してからの1日1日を「酒を飲める環境下であって、飲まないでいる」当事者自身の行動こそが、回復の鍵であると言えよう。

したがって、AL症治療における専門機関の役割はごく限られており、回復初期に、当事者と家族に対するAL症についての教育、抗酒剤の処方、社会資源の情報提供、福祉や地域資源との連携調整、などを行う程度のことであろう。あとは、本人自身と、当事者自助グループにおまかせするしかない。

2-4. アルコール依存症関連の自助グループ

現在、我が国におけるアルコール依存症関連の自助グループには、大きく分けて2種類の系列の団体がある。1つは、我が国で生ま

れた断酒会、もう1つはアメリカから導入されたAA(Alcoholics Anonymous)である。AA系列では、当事者グループから独立したアラノン(AL症者の配偶者のためのグループ)や、アラティーン(AL症者を親に持つ未成年の子どものグループ)、アラノンAC(AL症者を親に持つ成人した子どものグループ)もある。AL症者本人のための自助グループである断酒会とAAの詳細は、次章で述べることにする。

3. 断酒会とAA

3-1. 断酒会

(1) 歴史と変遷

断酒会のルーツは、明治20年代の禁酒組織(酒の害を追究し、世の中から酒をなくそうとする趣旨を持つ)にまでさかのぼることができる。その後昭和に入り、AAの影響も受けながら禁酒組織は変遷していったが、禁酒会活動とは関係なくAL症者が自身の酒害問題を解決するため1958(昭和33)年に自ら発足させたのが、松村春繁と小原寿雄による「高知県断酒新生会」である。同じころ、禁酒組織のなかからもAL症当事者である大野徹によって「東京断酒新生会」が発足した。当初はいずれも試行錯誤的であったが、会の運営に工夫を重ねることで徐々に断酒を継続できる回復者が増え、その回復者が支部を作っていくことで断酒会は拡大していった。

さらに、1962(昭和37)年より、高知の松村は全国行脚を始め、各地の酒害者とその家族に断酒の喜びと回復の可能性を説き、その指導を受けた者たちが次々と断酒会を創設していき、1963(昭和38)年には全日本断酒連盟(略して、「全断連」と呼ばれる)という全国ネットワークの結成にこぎつけたのである。ほどなく、AL専門治療機関ができ始め、各地で「**病院退院者による断酒会」活動も活発になり、全日本断酒連盟に統合されて

いった。

現在では、全国各地に都道府県単位の断酒会とその支部、あるいは特定病院退院者で組織されている断酒会などという形で日々の例会が運営されている。

(2) 構造と内容

ここでは具体的に、Z県での断酒会開催の様子を述べてみることにする。

Z県にはZ県断酒連合会という本部会があり、主に市町村単位で支部がおかれている。曜日ごとに開催されている通常の会合は「例会」と呼ばれており、夜7時～9時に公民館の一室を借りて開催されていることが多い。この時間帯は、AAともほぼ共通なのだが、世間的にも夕食時間でアルコールが摂取されやすい時間帯であり、AL症者にとってもっとも「飲酒欲求」が強くなる時間帯でもある。この危険な時間帯を仲間とともに過ごし、「今日1日の断酒をする」という設定である。Z県の場合は、自家用車で通える範囲でほぼ1週間毎日近隣の断酒会に参加できるように例会が開催されている。断酒初期や飲酒の危機期には、多い会員でほぼ毎日参加、安定している会員は週1～2回の参加の場合もある。曜日ごとの例会の他に、月単位で設定されている土曜日・日曜日の昼間例会や家族の会も開催されている。また、各支部は1年間のうち、その支部が発足した月に「○周年記念例会」という大規模な会合を開催し、県内各支部の会員や医療関係者が駆けつけて祝うことになっている。Z県は小規模県であることから、一旦断酒会に参加し始めると、すぐに新入会員として名前と顔を覚えてもらえ、各支部にとどまらず全県単位で断酒会仲間(同友)ができる。

日々の例会では、支部によって異なるが、10人～30人の参加があり、参加者の確認、「○年断酒継続」などの記念表彰が行われた後、1人ずつが生々しい自身の酒歴を語って

いく。形式的にはすべて、「言いつばなし、聴きつばなし」で批判・非難はもちろんのこと、質問も一切ない。時間の関係もあるが、家族が語ることもあり、最後に、「断酒の誓い」「家族の誓い」がそれぞれ読み上げられ、「全断連」の歌を歌って閉会する。このうち、「断酒の誓い」のみを紹介しておこう。

「断酒の誓い」

- 一 わたしたちは酒に対して無力であり、自分ひとりの力だけでは、どうにもならなかったことを認めます。
- 一 わたしたちは断酒例会に出席し、自分を率直に語ります。
- 一 わたしたちは酒害体験を掘り起こし、過去の過ちを素直に認めます。
- 一 わたしたちは自分を改革する努力をし、新しい人生を創ります。
- 一 わたしたちは家族はもとより、迷惑をかけた人たちに償いをします。
- 一 わたしたちは断酒の喜びを、酒害に悩む人たちに伝えます。

断酒会では実名公表を常としており、実名を名乗った上で入会することになっている。組織としての形が明確であり、会長、副会長、支部長、会計などの役職も置かれている。会長は、名実ともにすぐれたリーダーであり、会員や家族の相談のみならず、いまだ飲み続けているAL症者の家族の相談活動にも積極的であるし、一般市民向けのAL症についての講演を行うなど、AL症についての啓蒙活動も行っている。

新入会員たちは、最初のうちはおそろおそろ疑心暗鬼に参加し、うまく話せなかったり、雰囲気になじめなかったり、いまだ「オレは、こんな奴らとは違う」などと否認がとれずにいたりするが、例会に何度も足を運んでいるうちに、帰り道がさわやかな気持ちになってくる。やがて、先輩会員諸氏のあからさまな酒歴とその正直さに感服し、「ここにいる皆が、自分と似たような体験をしてきたのだ」

と孤独感が減少し断酒会への帰属意識が芽生えてくる。飲酒欲求に負けそうなときの知恵や負けてスリップしたときの対処を耳にし、生きた回復者モデルを目の前にして、回復への希望を持てるようになる。反面、せっかく断酒を始めても、スリップを重ねて死に至ってしまった元会員の存在も知るようになり、「AL症者は何十年断酒していても、一杯飲んだら逆戻り」であることの現実を学ぶ。思い切って、自身の酒歴を語り始めると、誰も批判・コメントすることなく「わかる、わかる」「私もそうだった」と凄惨な体験を共有してきた者だけが味わうことのできる「魂からの共感」とも呼ぶべき一体感でもって受けとめてもらえるのだ。先輩会員諸氏は、新入会員のごく最近の生々しい酒歴を聴くことによって、自らの油断を戒め、初心に戻って「今日1日の断酒」をあらためて誓うこととなる。こうして、断酒の連鎖、互いのエンパワメント効果が生じていく。

(3) 断酒会に対する私見

主にZ県の断酒会に参加してきた筆者の私見を述べると、断酒会は、古来からの日本文化に即しており、タテ社会構造を持った団体行動を好む中高年層のAL症者がなじみやすい雰囲気を持っている。Z県はいまだ農村文化が残っている地域でもあり、「公民館（村の集会所）の一室で寄り合いを持つ」という構造も、実に日本的である。卓越したリーダーである会長のもと、会員組織が明確で、「父性原理」によって運営されていると見ることもできるだろう。会員同士の家族ぐるみの濃いつき合いが深まる一方で、ほとんど表面化しないが、家族ぐるみで「断酒歴～年」という密かなる競争意識も働いているとも考えられる。

大きな大会では、最後に「連鎖握手」といって参加者全員（参席している医療スタッフも）で手をつなぎ、大きな声で「もっと強

く！もっと賢く！もっと真剣に！やろう！やろう！やろう！」と高々と握手した手を振り上げるのだが、これは、もっとも「一体感」を実感できる場面であろう。AL症者は、周囲と隔絶された生活が長かったために、孤独に苦しみ続けた経歴を持っている。「同友との一体感」は何よりも「薬」として有効に作用する。

断酒会には、年々家族ぐるみ（主に配偶者とともに）で参加する会員が増えているようだが、筆者が残念に感じていたのは、「世話焼き行動をやめよう」と心理教育されているAL症家族（妻がほとんどである）が、断酒会の場で、いそいそとお茶・お菓子の準備をしているなど、夫たちの会合がスムーズに運ぶよう、内助の功を發揮していたことである。ただ考えようによっては、この点も日本の文化に即した一面なのかもしれない。

3-2. AA

(1) 歴史と変遷

AAは、アメリカで禁酒法が廃止された翌年（1935）に、オハイオ州アクロンという町で、AL症者のビルとボブの出会いから始まった。ビルが出張先で訪れたアクロンで、とある宗教団体によってボブを紹介されたのである。ふたりはお互いのアルコールに関する体験を語り合うことで飲酒欲求が軽減されることに気づき、「AL症者は、もう一人のAL症者がいれば断酒が続くはずだ」と考えた。これが、AAの出発点であり、ふたりはその後終生の友人となって、それぞれアクロンとニューヨークでAL症者どうしが体験を語り合うグループ活動を展開していった。1938年に書かれたAAの「12のステップ」は、その後誕生したさまざまな自助グループ（断酒会も含む）に影響を与え続けている。現在AAは、全米だけで100万人以上のメンバーを持ち、世界の約150か国に広がる団体となっている。

我が国においては、1950（昭和25）年に日本禁酒連盟のなかの1人が渡米し、AAを参考にして断酒会の前身へと展開させていったが、AAそのものは1960年代には普及せず、一旦その活動は消滅した。1972（昭和47）年頃から再び活動の波が起こり、関東地区を中心にして主に教会に場を借りて外国人向けのAAミーティングが開催され、1975（昭和50）年に初めて日本語ミーティングが始められた。その後、1970年代後半（昭和50年代）頃から、関東地区にとどまらず、札幌、名古屋、大阪などの大都市にひろがっていった。AAは小冊子を多く発行し、これを利用して啓発活動を展開していった。AAは断酒会と異なり、実名を名乗らず「アノニマス＝無名であること」を重視し、厳密な会員制度や役職のある組織性をとらないことで、「AL症者がそれぞれ無名のままに、ただ参加するだけでいい」開かれた場をつくっている。ただし、AL症からの回復についてのさまざまなメッセージを発信をしたりサービスを提供するための拠点として、AA日本ゼネラルサービスオフィスや各地域にセントラルオフィスが設けられている。

AAは「AAの12のステップ」や「AAの12の伝統」という明確な回復と運営の指針を持っており、世界各国どこでもこれにしたがってオフィスが運営され、定例ミーティングが開催されている（許可なく転載できないため、両方ともここでは示すことができない）。

(2) 構造と内容

Z県でのAAは、X病院が開設されてまもなく、ARP退院者によって活動が活発化されていった。断酒会ほど多くはないが、現在では7箇所で開催される原則週1回のミーティングが開かれている。

昼間に開かれているミーティングもあるが、基本は、平日の夜間午後7時～8時に開催されている。AAミーティングには、大きくわ

けて「(AL症者本人のみが参加できる) クローズド・ミーティング」と「(AL症者の家族やAL症に関わる医療・保健・福祉関係者も参加できる) オープン・ミーティング」があり、筆者は後者しか経験していないが、その内容は、毎回交代していく司会(チェアパーソンと呼ばれる)が挨拶をして始まり、AAの目的や12のステップを確認した後、独自に出版されている冊子や書籍からの一説が朗読される。続いて、引用された一説や12のステップの一つを「本日のテーマ」とし、メンバーの一人一人がテーマに沿って自身の経験や思いを語っていくものである。その際、参加メンバーは最初に必ずニックネームを名乗って「アルコールの〇〇〇です。」から始め、他のメンバーは、親しみと歓迎の意をこめて「Hi! 〇〇〇!」と応答を返すのが慣例となっている。「言いつばなし、聴きつばなし」という形式は、断酒会と同様である。

毎週の定例ミーティング以外に、休日の昼間に広域メンバーが集う拡大版のミーティングも開かれることがあるほか、リクリエーション的なイベントも行われている。

AAのクローズド・ミーティングは、完全にAL症者だけのためのものであり、メンバーそれぞれは自立していて神のもとに等しく平等である。断酒会のように、傑出したリーダーシップを発揮するメンバーはいない。家族のためにはアラノンのミーティングが他にあるので、AAメンバーも家族も互いに「自立」していて、それぞれが「自分のために」「自分の責任」で各ミーティングに参加している。

(3) AAに対する私見

Z県のAAが、都心部に比べて早期に発展しなかったのは、断酒会の早期発展・普及と表裏を成しており、やはり農村文化が色濃く残っていたからであろうと考えられる。日本の伝統的神仏に対する信仰心が比較的厚いZ県の中高年にとって、「教会に出入りする」

ということそのものに強い抵抗があったのではなかろうか。また、戦中派AL症者の多かった時代には、前述の「Hi! 〇〇〇!」などを初めとするアメリカ的な慣例が受け入れがたかった面もあるだろう。あるいは、AL症本人はAAミーティングに、家族はアラノンミーティングにそれぞれが「自立して」参加する形態も、しばらくZ県にはなじまなかったことも一因であろう。

今日のZ県AAは非常にめざましい活動を展開しており、毎回のミーティングに参加するメンバーも増えて、活気にあふれている。筆者の受けた印象では、断酒会参加者よりAA参加者の方が、平均年齢が低いようである。AA独自の自由な気風や、ちょっとおしゃれな感じ、あるいは役職などがなくメンバー相互がより平等な関係性を持っていること、明るくはつらつとした雰囲気でのミーティングであることなどが、若いメンバーにとって魅力なのかもしれない。

会場が教会であることや、「12のステップ」にたびたび「神」という言葉が出てくるため、AAに参加するには特定の神への信仰が必要ではないかとの印象を持たれがちだが、特定の宗教とはいっさい結びついておらず、「神」とはもっと一般的で広義の「人智を超えた高次の存在 (higher power)」を意味している。higher powerの前に身を投げ出し、敬虔で謙虚な態度と気持ちで「アルコールをやめていこう」とする姿勢はまさしく「祈り」であり、この点においてはAAには宗教性や霊性 (spirituality) が色濃く存在しているのではなかろうか。

「12のステップ」を紹介することはできなかったが、AAで大切にされている一遍の詩があり、筆者自身もこれに深く感銘を受けているのでここに紹介しておこう。

「平安の祈り」

神様 私にお与えください。

自分に変えられないものを受け入れる落ち

着きを！
変えられるものを変えていく勇気を！
そして、二つのものを見わける賢さを！

3-3. アルコール依存症からの回復過程における自助グループの果たす役割機能

先に断酒会の項で、自助グループにおける「断酒の連鎖」について簡単に述べたが、ここではあらためて、回復途上にあるAL症者にとって自助グループが果たす役割機能・効果についてまとめておきたい。

まず、①「飲酒機会の軽減」があげられる。これも先述したが、1日のうちもっとも飲酒しやすい（あるいはこれまで飲酒してきた）時間帯に仲間とともに過ごすことにより、物理的に飲酒機会を減らすのである。これは主に、断酒初期に威力を発揮する機能であろう。②「感情面の支え（孤独感や寂しさの軽減）」；飲酒してきたことにより現実的に孤独になってしまっているAL症者が多く、また、大親友でもあり結婚相手でもあったアルコールと決別したことによる寂しさも相当大きなものである。③「心的エネルギーの補給」；AL症者にとってのアルコールは、日常生活を営む上での「ガソリン」代わりであっただけに、何十年も飲んできたアルコールをやめるためには、相当な心的エネルギーを必要とする。自助グループは、「ガソリンスタンド」のようなものであり、AL症者は、定期的に「仲間との交流」というエネルギー補給を必要とする。自動車は発進する際により大きなエネルギーを必要とするが、AL症者の断酒初期にも同様のことが言えるだろう。④「偏見への対処」；断酒初期には、社会的に避けることのできない酒席でいかに飲まないでいるか、ということや、世間的にAL症者であることをどのように公表していくのが相当大きな課題となる。先輩会員諸氏の話

のなかには、具体的な対処法など、新入会員が知りたい知恵が宝の山のように盛り込まれている。

何度も自助グループへ足を運ぶうちに、⑤「仲間との一体感、帰属意識」が芽生えてくる。断酒生活は、時に、想像を絶するつらい現実を突きつけてくることもある。しかしこの「一体感」が強い心の支え、絆となって飲まずにいられる。あるいは仮に一時的にスリップしたとしても「あの場に帰ろう」と再決断できるのだ。やがて、断酒生活が年単位で持続するようになってくると、⑥「対人関係能力の成長」⑦「自己の再発見と再確認」のように、仲間との交流や何百回も自分の物語を語ってきたことにより、さらに高次の回復が促進され、生き方そのものを見直す機会が提供される。自助グループには常に、⑧「先ゆく先輩の『回復者モデル』としての姿と、新入者の一生懸命さから与えられるエンパワメント」の力が満ちている。断酒当初は「酒をやめればいい」と思っているも、自助グループに通って断酒を続けていくうちに、⑨「自分たちがやっていることは『病気からの回復』だけでなく、生き方を変えているのであり、それが『自己実現』『霊的成長』につながっている」ことに気づいていくのである。

ところで、アメリカで「集団精神療法の神様」と呼ばれているI.D.Yalom (1991)は、様々な種類の集団精神療法において共通する療法的因子(therapeutic factor)として、次の11因子をあげている。すなわち、①希望をもたらすこと、②普遍性、③情報の伝達、④愛他主義、⑤社会適応技術の発達、⑥模倣行動、⑦カタルシス、⑧初期家族関係の修正的繰り返し、⑨実存的因子、⑩グループの凝集性、⑪対人学習、であるが、AL症からの回復過程における自助グループの役割と効果を分析していくと、I.D.Yalomのあげている療法的因子のうち、①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪という実に10因子もの項目があてはまり、自助的

な「治療」の場であることがわかる。

小林（2000）は当事者としての経験から、「AL症は医療で完結する病気ではない。自助グループのメンバーたちと一体化し、地域の中で回復する病気である。」と述べている。ここまで、筆者は援助専門職としての目で自助グループの役割や治療因子を述べてきたが、当事者の回復過程の妙味は究極のところでは、結局当事者たちにしかわからないのが真理なのかもしれない。生死に関わるほどの、とてつもなく大きな病（やまい）・障害・苦難・悲哀を味わった者にとっては、それを実際に味わった者にしか到底わからない心中がある。これ以上の第三者としての自助機能の分析は、差し控えたい。

筆者が出会ってきたAL症からの奇跡的な回復者たちは、それぞれ謙虚で高潔な人柄であり、しかも自然体で気負いがなく、接していて実にさわやかで穏やかなのである。比叡山延暦寺僧侶の最高位である阿闍梨に向かう修行の一つに「千日回峰行」という行があるが、10年前後の断酒者にはどこか、その行を終えた僧侶と共通した気高さと雰囲気漂っている。これは「霊性」のなせるわざであろうか。AL症者にとって、1日1日断酒を続けていくことは、すなわち毎日が仏教的に言う修行（しかも初期の頃は苦行でしかない）に近いものなのかもしれない。当事者たち自身も、回復途上で「霊的成長」を実感すると語っている。

4. アルコール依存症治療専門機関と地域自助グループとの協力・連携関係（Z県X病院の場合を中心にして）

4-1. アルコール依存症治療専門機関からのアプローチ

X病院開設当時、Z県には断酒会がすでに活発な活動を展開しており、カリスマ的な会長のもと続々と地域支部と例会が生まれてい

た。一方、AAは、X病院開設を機に地元でのグループが誕生していった。

X病院ARPでは、スタッフの日々の発言、医師の診察時、アルコール講座の講義内容など、随所に自助グループ参加への必要性和重要性が盛り込まれている。アルコール講座では、実際に自助グループの会員・メンバーを講師として招き、自身の断酒経験をもとにして、自助グループの有用性を説いていただいている。否認の強い入院中の患者にとって、医療スタッフの講話に対しては懐疑的であっても、実際に目の当たりにする「生きた回復者」は希望となるのである。また、X病院では、ARP 3ヶ月入院中に、最低4回の自助グループ出席が義務づけられており、不本意でも、断酒会かAAに足を運ぶこととなる。

また、X病院ARPスタッフも公的・私的に自助グループに参加するよう奨励され、仕事の1つとしても、自身の成長のためにも参席する。AL症治療の過程は長期に渡る上に、似たようなことの繰り返しであることも多く、死者も出る。スタッフは、ともすれば無力感におちいりがちであるが、回復者の姿は当事者のみならず医療スタッフにも、希望を与えてくれるのである。このように、医療スタッフが院外で患者と親しげに接し、対等な「人間と人間」という立場で出会うことは、伝統的精神科医療ではむしろタブーとされてきたことであろうが、そのタブーを超越していくことがAL症治療に関わるスタッフの醍醐味とも言えるのだ。

その他、アルコール問題があることを本人の周辺（家族や地域保健師など）からX病院が情報を得た場合に、未治療のAL症者へどう初期介入していくか、あるいは、いったんAL症専門治療につながったもののその後スリップを重ねているケースにどう対応していくか、などと治療戦略を立てる際に、1つの社会資源として自助グループの助力を得ることもある。実際に、自助グループ会員が地域

の保健師とともに当事者宅を訪問することで、AL症専門治療につながったり、再び本人が断酒の方向へ向かうなど、成果をおさめているケースもある。

4-2. 地域自助グループからのアプローチ

断酒会では、記念例会など大きな大会には必ずX病院はもちろんのこと、県内外のAL症に関連する各保健・医療関係者が招待されることになっており、当事者たちの酒歴発表と並んで、祝辞を述べさせていただくことが慣例となっている。また、日々の例会にAL症関連保健・医療スタッフが参加することも、おおいに歓迎される。例会へのスタッフの参加が途絶えがちになると、外来受診の日に病院内ロビーなどで、本人たちに「最近ちっとも例会に来てくれないね。待っているから、来てくださいね。」などと声をかけられるのである。他に、月に1度会員に配布されるニュースレターへの寄稿も、関連スタッフは依頼される。

病院内ではどうしても個人の「患者」として扱われるため、当事者と医療スタッフの立場の対等性が薄れてしまいがちだが、断酒会例会は、彼ら自身が生き生きとした主役であり、断酒を継続している誇り高い姿が存分に発揮できる場である。専門機関スタッフに「私たちの土俵にも上がってください」と声がかかるのは、積極的に協力・連携関係を築き上げていこうとする姿勢のあらわれであろう。

一方、AAでも、オープン・ミーティングへの参加の呼びかけ、拡大版ミーティングやハイキングなどの大きなイベントへの招待、記念誌への寄稿依頼などを通して、積極的にAL症関連保健・医療スタッフと協力・連携関係を持つようとする姿勢があらわれている。AAは独自にAL症に関する小冊子を多数発行しているが、その一つに「保健医療関係の皆様へ - 社会資源としてのAA - 」という

ものがある。(AL症専門治療をしている機関に限らず)保健・医療スタッフに対して、「皆さんの専門家としての仕事のなかで、AL症という病気をもっと知り、AAという社会資源を十分に活用してください」というメッセージが込められた小冊子で、啓発的に利用されている。

これ以外に、AAは、メンバーが月1回夜間7時にX病院まで直接来て、ARP入院患者に酒害と回復への可能性などの話をしてくれる「メッセージ」というシステムも持っている。

4-3. 援助専門機関と当事者(地域)自助組織との協力・連携関係モデル

今日、地域でさまざまな自助組織が次々と生まれている。比較的歴史のある断酒会やAAがモデルになっている自助グループも多く、薬物依存症、ギャンブル依存症、摂食障害、などにその傾向がみられる。一方、これらとはまったく異なった経緯で発足している自助組織も多く、運営の方法、内容、規範、援助専門職との関わり方など、さまざまである。自助組織は当事者たちの自由活動であるから、純然として当事者たちのためになるなら継続されていくし、何らかの問題が生じて参加者が集まらなくなれば消滅するだろう。また、援助専門職が個人的に助力して立ち上げている自助グループもあるし、病院やクリニックの中で開催されている自助グループもある。これとは逆に、「専門家などあてにも頼りにもならないから、自分たちでグループをやるのだ」というスタンスをとるグループもあるだろう。

そのようななかであって、反目せず互いの価値を認めあい、従属することなく、あくまでも対等な立場として積極的に双方が歩み寄り協力・連携関係を築き上げていこうとしている、AL症に関する専門機関と自助グループの関係は、1つの「地域主導型回復支援

モデル」として稀にして卓越したものではな
かろうか。そしてそれは、時代の趨勢やニ
ーズにも非常に適合しているモデルであら
う。専門機関側の態度として特筆すべき
ことは、AL症からの回復者が「酒に対
して無力であること」を認めているのと
同様に、AL症治療スタッフは「AL症者
が回復していくことに対して無力である
」ことを謙虚に認めている。専門機関は
専門機関ゆえに果たさなければならぬ
役割を持つことは当然であるが、同時
に自らの限界も見極め、当事者と地域の
自助の力を信頼してゆだねていくこと
も必要である。

現状では、まだまだ「私が治した」「私
の力で治してやるんだ」と思いこみたい
傲慢な専門家が少なくないのは残念な
ことである。伝統的医療モデルにし
ろ、旧来型の心理療法モデルにし
ろ、専門機関のなかで完結させよう
とする「治す-治される」という閉じ
られた「専門家-当事者」関係に縛
られている古典的な専門家は、AL
症回復過程に示される「地域主導
型回復支援モデル」から多くを学
ぶべきであろう。

5. おわりに

以上、筆者の経験をもとに、AL症の概
要や専門機関と自助組織との協力・連
携関係について述べてきた。

AL症は知られているようで知られて
いない病気であり、実は正確な情報・
知識を持っている人は援助専門職の
なかでもきわめて少ないのではない
かと推察される。2000年前後は
比較的小さな書店でもAL症関連の
書籍を見かけたが、最近ではほとん
ど置かれていないのが実状である。
今日、子どもや家庭に関する問題
がさまざまな形で顕在化してきて
いるが、その背景にAL関連問題
が存在しているケースもあるのでは
なからうか。

AL症（あるいは問題飲酒）であることが

自他ともに気づかれておらず、今ま
さに破滅の方向へ向かってアルコ
ールを飲み続けている当事者への
支援のために、拙論が少しでもお
役に立てれば幸いである。

付記

拙論を、AL症で逝かれた方々と
そのご家族に、そして今日もまた
「1日断酒」を続けておられる
尊敬すべき回復者の皆様とその
ご家族に捧げます。

文献

- AA日本出版局（訳編）2001 保健医療者の皆様へ
-社会資源としてのAA- AA日本ゼネラルサ
-ビスオフィス
- 榎本稔 2000 アルコール依存症の現在 こころの
科学 91 16-21
- I.D. Yalom, S. Vinogradov 川室優（訳）1991 グ
ループサイコセラピー 金剛出版
- 加藤清・鎌田東二 霊性の時代 春秋社
- 小林哲夫 自助グループ-断酒会-分かち合い、
癒し合う こころの科学 91 48-52
- 小宮山徳太郎・三ツ汐洋 2000 アルコール依存症
の入院治療 こころの科学 91 27-34
- 中本新一 2004 アルコール依存社会 朱鷺書房
- 西村直之 2004 ダルク（DARC）の活動について
精神科治療学 19(12) 1405-1410
- 松田隆夫・水野淳一郎 アルコール依存症とデイ
ケア こころの科学 91 35-42
- 宮永耕 2004 物質依存症治療のための治療共同体
-アメリカモデルについて 精神科治療学 19
(12) 1411-1418
- 森岡洋 2002 よくわかるアルコール依存症 白揚
社
- 高木敏・猪野亜朗監修 2002 アルコール依存症
小学館
- 融道男他監訳 1993 ICD-10「精神および行動の障
害-臨床記述と診断ガイドライン-」医学書院
- 和田清 2004 医療モデルの違いとしての精神作用
物質依存症治療 精神科治療学 19(11) 1281-
1287