

博士論文

断酒しているアルコール依存症者に対する  
一般住民の態度改善に関する研究

平成 26 年 3 月

広島大学大学院総合科学研究科  
総合科学専攻

岡田 ゆみ

## 目 次

第 1 章 研究動向と本研究の目的	
1.1 問題の所在	1
1.2 アルコール依存症者の現状とその対策	1
1.2.1 アルコール依存症	
1.2.2 アルコール依存症者の現状	
1.3 アルコール依存症者の回復に一般住民の理解や態度が及ぼす影響	5
1.3.1 アルコール依存症からの回復	
1.3.2 アルコール依存症者に対する人びとの理解と態度	
1.3.3 一般住民の無理解や拒絶的な態度が断酒しているアルコール依存症者の断酒継続に及ぼす影響	
1.4 一般住民の理解や態度改善のための検討	9
1.4.1 態度改善のための対策のあり方	
1.4.2 精神障害者に対する一般住民の態度を規定する要因	
1.4.3 アルコール依存症者に対する態度を規定する要因	
1.4.4 断酒しているアルコール依存症者に対する態度改善のための介入方法の検討	
1.4.5 教育内容の教材化に向けた検討	
1.5 本研究で取り組む検討の視点	14
1.6 本研究の目的と意義、構成	15
1.6.1 目的	
1.6.2 意義	
1.6.3 構成	

第2章 研究Ⅰ：断酒しているアルコール依存症者に対する一般住民の理解・  
態度と態度の関連因子の検討

目的	17
方法	17
結果	22
考察	29
要約	33

第3章 研究Ⅱ：「断酒している依存症者への態度」改善に向けた教育プログラムの開発①-態度の関連因子に基づく教育プログラムの構成と介入検討-

課題	34
方法	42
結果	46
考察	53
要約	56

第4章 研究Ⅲ：「断酒している依存症者への態度」改善に向けた教育プログラムの開発②-短縮版教育プログラムの検討-

課題	57
方法	59
結果	62
考察	65
要約	67

第5章 研究Ⅳ：教育プログラムの映像化に向けた検討-映像版教育プログラムの検討-

課題	68
方法	70
結果	74

考察	83
要約	84

## 第6章 総合考察

6.1 総括	85
6.2 断酒しているアルコール依存症者への一般住民の態度	87
6.3 開発した教育プログラムの評価	88
6.3.1 3つの教育プログラムにおける態度とその関連因子の介入効果の比較	88
6.3.2 本研究の教育プログラムにおける態度とその関連因子の介入効果	91
6.3.3 教育的プログラムによる介入効果が回復期アルコール依存症者との相互作用に及ぼす影響の可能性	93
6.4 教育プログラムの発展可能性と適応可能性	95
6.5 評価と意義	96
6.6 本研究の限界と課題	96
6.7 今後の展望	98
6.8 要約	99
本論文の要約	100
謝辞	105
引用文献	106
Appendix	

# 第 1 章

## 研究動向と本研究の目的

### 1.1 問題の所在

アルコール依存症者の断酒継続による社会復帰は困難な現状にある。その原因には、本人の病的な飲酒渴望や病識の欠如等の問題に限らず、手軽に飲酒できる環境で社会生活を送らなければならないことや、家族や専門職、自助グループの仲間との関係だけではなく、職場や近隣等の人びととの関係をもつなかにもある。そして、社会復帰を困難にさせる人びとの関係には、“アルコール依存症”というだけで人びとから受ける拒絶的な態度やそれに伴う排斥がある。

アルコール依存症者に対する一般住民の態度は、他の精神障害と比較しても薬物依存について拒絶的だといわれる (Angermeyer & Matschinger, 1997; Link, Phelan, Bresnahan, & Pescosolido, 1999)。また中本 (2011)は、断酒会員の約 65%がアルコール依存症であるために世の中の人びとから不愉快や苦痛を受けた経験をもつことや、偏見の実例として職場の同僚から入院歴を嘲笑され、アル中と面罵され、それらが本人の非常な苦しみとなっていることを紹介している。社会的な排斥は被排斥者の自己制御を損なう (Baumeister, DeWall, Ciarocco, & Twenge, 2005; 浦, 2009)ため、上記のような生活場面での人びとからの排斥がアルコール依存症者の断酒継続による社会復帰を阻害することにつながると考えられる。また、障害を克服しながら生活する人に対する拒絶的な態度は改善していく必要がある。そのため、アルコール依存症者の社会復帰支援には一般住民の断酒している依存症者への態度に着目し、それを改善する取り組みが欠かせないと考えられる。

### 1.2. アルコール依存症者の現状とその対策

#### 1.2.1 アルコール依存症

アルコール依存症とは、飲酒 (アルコール)を自分でコントロールすることが困難になる病気で、その回復には断酒が必要となる。アルコール依存症の診断基準は、ICD-10 (International Classification of Diseases-10)の依存症候群の基準によると、以下の 6 つの特徴のうち 3 つ以上が 1 か月以上にわたり同時

に生じたか、あるいは持続期間が 1 カ月未満であれば過去 12 カ月以内に繰り返し同時に生じたかによって判断される。①物質を摂取したいという強い欲望あるいは脅迫感、②物質使用の開始、終了、あるいは使用量に関して、その物質摂取行動を統制することが困難、③物質使用を中止もしくは減少した時の生理的離脱状態、④はじめはより少量で得られたその精神作用物質の効果を得るために、使用量を増やさなければならないような耐性の証拠、⑤精神作用物質使用のために、それにかわる楽しみや興味を次第に無視するようになり、その物質を摂取せざるをえない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する、⑥明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、いぜんとして物質を使用する（中根・岡崎・藤原・中根・針間, 2012）。

このようなアルコール依存症は、脳の器質的な変化によるものであるが、そのメカニズムは、樋口（2003）を参考にまとめると以下の通りとなる。酩酊に伴う多幸感、側坐核という部位に投射しているドーパミン神経の活性化によるもので、この神経系にオピオイド神経が密接に関与して「報酬系」を形成している。飲酒によりドーパミン神経を反復刺激するとその感受性がますます高まり、その結果、飲酒をしなくてもそれに関係した何らかのサインが引き金になり、ドーパミン神経が活性化されて飲酒への渴望（craving）が現れ（精神依存）、そのまま飲酒を続けると、やがて神経細胞は酩酊下でも正常に活動できるように変化（身体依存）する。この状態に陥った人は、離脱症状の不快感や苦痛から逃れるために飲酒を余儀なくされる。このようなアルコール依存症の発症には、薬物依存の成立要件から①薬物特性、②環境要因（過程環境や社会文化的環境など）、③薬物使用者の特性（性、年齢、学歴、職業、性格特性、遺伝素因<sup>1</sup>など）が関係する（樋口, 2003）。そして、アルコール依存症からの回復については、節酒か断酒かといった議論もあるが（Cunningham, 1999; Vaillant, 1996）、わが国では、一度、依存症になると節度ある飲酒には戻れないといった考えのもと、断酒を基本とする考え方が主流となっている。

---

<sup>1</sup>アルコール依存症の発症のしやすさの 40～60%は遺伝的要因で説明できる。また、今のところ、この関与が明らかなのは、アルコール脱水素酵素(ADH)と 2 型アルデヒド脱水素酵素(ALDH2)である（樋口, 2003）。

### 1.2.2 アルコール依存症者の現状

わが国のアルコール依存症者数は約 80 万人 (樋口, 2005)で, そのうち, 通院・入院している患者は約 5 万人, アルコール医療施設は約 290 施設, 自助グループ (断酒会と AA: Alcoholics Anonymous)への参加者は約 13,000 人といった現状にある。このような現状について中本 (2007)は, アメリカの現状と比較しながら, わが国の特徴について発症率は低い傾向にあるが, 医療や社会復帰施設の数が少ないことを指摘している。なお, アメリカの依存症者数は推定約 1000 万人で発症率 7.7%, この推計は WHO が開発した AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test)の 13 点以上で換算しており, 同年同基準に当てはめると日本の発症率は 4.2%となる。また, 医療施設や社会復帰対策では, アメリカは, アルコール依存症の病名で通院・入院中の患者は約 200 万人, アルコール・薬物の治療施設が約 13,000 施設, 自助グループ (AA)のメンバーは約 90 万人である (中本, 2007)。

アルコール依存症者に対して専門的な医療や社会復帰対策が必要なのは, アルコール依存症者が飲酒を続けることによる問題が個人にとどまらず, 家族や社会的な問題にも発展していくためでもある。個人の問題としては, アルコール依存症者の生命転帰 (病気が進行した状態での生存状態)は決して良好ではなく, 鈴木 (1996)の調査によると, アルコール依存症者の平均寿命は 48.4 歳とかなり短い。同年齢階級の一般人と比較して年齢が若いほど人口相対危険度が高くなることが報告されている。また, アルコール依存症者の自殺率は, 非依存症者と比較して 6 倍も高くなる (Harris & Barraclough, 1997)。この他にも, 依存症に多い代表的な身体疾患には, アルコール性肝障害 (依存症者の 80%), 糖尿病 (依存症者の 35%), 食道がん (依存症者の 3.6%), 突然死などがある。多量飲酒との関連では, この他に, 循環器疾患 (アルコール性心筋症, 高血圧, 脳梗塞など), がん (口腔がん, 咽頭がん, 肝臓がんなど), 消化器疾患 (胃腸障害, 食道静脈瘤の破裂, マロリーワイス症候群など), アルコール性膵炎, などへ罹患しやすいことが報告されている (高木, 2000)。精神的な疾患としては, 薬物依存・乱用, 人格障害, 感情障害, 不安障害, 摂食障害, 精神分裂病 (現在の統合失調症)などが合併する可能性がある (菱本, 2001)。洲脇・村上・土井・堀井・藤本 (1996)は, アルコール依存症 193 例のうち, 精神障

害の合併を 25.4%に認め、それは感情障害 (11.4%)や統合失調症 (8.3%), 神経症 (3.1%)であったことを報告している。さらに、生活や経済面について中田 (1989)は、生活崩壊調査から、アルコール依存症者の多くが 20代~30代で失業を、30代で離婚をすることが始まり、40~50代になると生活保護率や未婚・離婚率が高くなることを報告している。

また家族や社会を巻き込む問題には、対人関係破綻 (約束を守らないなど)、職業問題 (無断欠勤, 職務怠慢, 職務放棄など), 家族関係破綻 (離婚, 共依存, 児童虐待など), 犯罪行為 (飲酒運転, 交通事故, 乱暴行為, 酒類窃盗など)等がある (森本, 2003)。そもそも日本では、伝統的に酩酊時の問題行動に関して一般住民は寛容であるため、飲酒による暴言・暴力・セクシャルハラスメントなどを伴いやすく、その被害者数は 3040 万人に上ると推計されている (わが国の精神保健福祉, 2011)。飲酒をして暴力や犯罪等に結びつく酒乱<sup>2</sup>は、関与している遺伝子多系の違いから、アルコール依存症になるタイプと酒乱になるタイプは異なるといった見解もある (眞先, 2003)。しかし、アルコール依存症であればアルコールの摂取量や頻度も高く問題が生じやすいため、飲酒運転のほか、犯罪や暴力などの危険が伴いやすい。実際、依存症者の飲酒運転のリスクは高く (中山・樋口, 2008)、犯罪では、長期間のアルコール摂取による人格水準の低下や経済的破綻による無力的粗暴犯 (わいせつ, 住居侵入, 詐欺, 窃盗)や、財産犯罪などが多い (安原, 2007)。更に暴力について、清水 (2007)は、アルコール依存症者が深酒をしていた時期の暴力行動は、侮辱・ののしるが 73.0%, 蹴る・げんこつで殴るが 33.6% (断酒後の同様の行為は 18.7%, 2.2%, 一般住民では 23.1%, 3.0%)であることを報告し、一般人口より飲酒しているアルコール依存症者にこのような問題が多いことを明らかにしている。このようなことから、家族や周囲を巻き込む問題は深刻であることがわかる。

また、アルコール依存症を頂点に裾野に広がりをもせるアルコール関連問題においてわが国が 1年間に抱える損失は、約 6兆 6千億円 (1987年)にのぼることが推定されている (わが国の精神保健福祉, 2011)。これは当時の GDP (国内総生産)の 1.9%に相当し (中山, 2011)、2012年現在に換算すると 9兆 358

---

<sup>2</sup>エタノールによって大脳皮質が麻痺し、社会的な規範を逸脱する言動が出現している状態のこと。



億円にもなる。またこの損失の 8 割以上は、欠勤や生産性低下、事件・犯罪に関わる費用など医療以外の部分が占めている（わが国の精神保健福祉，2011）ことから、社会的損失は大きい。勿論，上記の社会的損失は，アルコール依存症患者だけが担っているわけではないが，このような問題に依存症者が関わっていることは事実であり，その損失を減らすためにも，アルコール依存からの回復が欠かせないことは言うまでもない。

### 1.3 アルコール依存症者の回復に一般住民の理解や態度が及ぼす影響

#### 1.3.1 アルコール依存症からの回復

アルコール依存症者にとっての断酒継続は，生命予後を改善し，再飲酒が生命予後を悪化させる（Yoshino, Kato, Yoshimasu, Tatsuzawa, & Watanabe, 1997）ため非常に重要である。また，前述の家族や社会に及ぼす影響を考えると，依存症者の回復は重要な課題である。しかし，アルコール依存症者が飲酒渴望を抱え<sup>3</sup>，かつ手軽に飲酒できる環境の中で，断酒を継続しながら社会生活を送ることは並大抵なことではない。実際，アルコール依存症者が住み慣れた地域に居住し，社会生活を送りながら断酒を継続することは難しく，入院治療後に退院した患者の断酒率は，6ヶ月で 44%，1年で 34%，2年で 20%，3年で 12～17%と減少する（山根，1987）。また，鹿野（1991）が行った断酒会員の予後調査でも，2年の断酒期間中に断酒率は下がり続けることが報告されている。

断酒を継続するために，臨床上では 3 本柱（通院・抗酒剤・自助グループ）の重要性が指摘されている。また本人が依存症であることを自覚し（病識もち），断酒の決意をすることは最も重要であるといえるだろう。

このような断酒継続に関連する要因については，個人的な要因や社会的な要因がある。個人的な要因では，性・年齢・パーソナリティ・入院回数・断酒会への参加などがある（長尾，2005）。予後調査からは，若年者や単身者の予後が悪い傾向であったほか，自助グループに入会していないことや専門機関での治療に結びついていないことが予後不良と報告され（野田・平野・今道，1988，

---

<sup>3</sup>アルコール依存症の治療開始直後の脱落率・再発率は高く，強い飲酒渴望は再発危険因子になる（立澤・吉野・野村，2005）。

1993)、女性や入院回数が多いものも予後不良とされている。社会的な要因では、経済状態の安定のほか、良好な婚姻や職業の安定などが関連要因としてあげられている(森・荒記・横山, 1993)。さらに断酒を継続できる回復促進因子には、家族の適切な援助や自助グループへの参加(森他, 1993)だけでなく、同僚や友人の支援が報告されている(Gordon & Zrull, 1991)。このことから、アルコール依存症者にとっての回復は、個人の問題だけでなく、生活していくうえで関わる人びととの関係が影響していることがわかる。

### 1.3.2 アルコール依存症者に対する人びとの理解と態度

アルコール依存症者が断酒生活を送るうえで関わる人びとには、より身近な立場での家族のほか、保健・医療・福祉職者等の専門職者、および職場や近隣など地域生活を送るうえで関係をもつ一般住民がいる。アルコール依存症者にとって、家族や専門職者との関わりは重要である。特に家族との関わりは、互いの関係修復や回復にも欠かせないため、医療現場や保健所等で教育が行われており、家族への介入や変化を扱った報告もある(清水, 1992)。また、専門職者の態度について清水(2003)は、看護師ら治療を施す側の集団がよりネガティブな態度を示す大井(1970)の知見を紹介している。そして、このような事は医療・福祉に従事する職種(精神科医, 精神保健福祉士, 保健師, 福祉事務所員など)にも関連し、おそらくそれは不幸な出会い(労多いだけの厄介な疾患との印象だけを実感し強めてしまう等)によって形成されるか、もしくは業務上の関わりからの必要性から「受容」的であろうとしながらも現実を識っているからこそ、むしろ「厳格」な態度を示す傾向にあるのではないかと指摘している。そして、このような具体的な関わりをもつ専門職者に対しては、スティグマ<sup>4</sup>を減らすための教育実践の検証等が行われてきている(Livingston, Milne, Fang, & Amari, 2012)。

地域生活を共に送ることが想定される一般住民の態度も拒絶的である。一般に、アルコール依存症者に対する一般住民の態度は、他の心身の疾患と比較しても薬物依存に次いで拒絶的である(Angermeyer & Matschinger, 1997; Link

---

<sup>4</sup>「負の烙印」と呼ばれるように、これらをもつことで望ましくない存在として他人から軽蔑や不信をうけ、社会から十分に受け入れられる資格をうばわれること(上瀬, 2002)。

et al., 1999)。一般住民は、アルコール依存症者の「朝まで飲んでいる」「仕事をせずに飲んでいる」などの病気の症状としての姿を「だらしがない」「意志が弱い」と捉え、本人の意志の問題 (Peluso & Blay, 2008; 清水, 1985)として誤って評価しやすい。また、アルコール依存症者に対して一般住民は、「危険」「暴力」「予測不能」など否定的なイメージをもち (Crisp, Gelder, Goddard, & Meltzer, 2005), それは他の精神疾患と比較しても拒絶的な態度である (竹島・小山・小山・沢村・立森・長沼・八木, 2007)。そして、一般住民の拒絶的な態度は、断酒継続により依存症者の回復が可能となっても依然として続く。

諸外国の中には、回復者に対して肯定的な評価が得られている国があることを清水 (2003)は Kilty (1981)を引用して紹介している。しかしわが国では、断酒継続により回復が可能な状態でも一般住民は拒絶的な態度であることが報告されている。日本人とハワイ在住の日系アメリカ人、カリフォルニア在住の日系アメリカ人で比較した調査では、「以前はアルコール依存症で酒を飲んでいた」という人に対して日本人の評価は最も低くなることが報告されている (樋口・河野, 1996)。清水 (2002)によると、わが国の飲酒文化が、飲むこと・酔うことに対する許容と統制をあわせもち、人びとの間で飲酒と酔いが集団的に共有されることにより、行き過ぎた酔い方に対するチェックもなされるという。また、この許容と統制のメカニズムの中で、統制では酒害の原因を個人に還元するため、逸脱することを厳しく問題にし、アルコール依存症者をダメ人間と決めつけてしまう側面があることを清水 (2002)は指摘している。また、1980年代に行われた調査では、退院後のアルコール依存症者に対して、一般住民は、彼らと「一緒に働く」「隣に住む」といった生活の場面での関係に否定的な態度を示すことが報告されている (清水, 2003)。そのため、回復者として断酒している依存症者に対する人びとの態度を改善し、理解を促進することは重要である。しかし、偏見対策としての一般住民に対する研究や実践では、家族・専門職者と比較して、ネガティブな態度などの実態検証に留まる傾向にある。また、わが国では一般住民に対する教育活動の機会は少なく、その活動の効果検証はほとんど行われていない。

### 1.3.3 一般住民の無理解や拒絶的な態度が断酒しているアルコール依存症者の断酒継続に及ぼす影響

アルコール依存症者に対する一般住民の無理解は、断酒しているアルコール依存症者に対し社交場面における再飲酒を誘発する。実際、Emmelkamp & Vedel (2006)はレビュー論文において、Marlatt & Gordon (1980)の研究を紹介しており、再飲酒したアルコール依存症者の23%は飲酒を勧められる等の社会的なプレッシャーがあることが示されている。わが国では、佐古 (1999)らが、再飲酒の原因に仕事上で歓迎会・忘年会・接待、上司からの勧めがあることを報告している。病的な飲酒渴望をもつアルコール依存症者は、飲酒の席や飲酒を想起させる場面に参加するだけでも再発のリスクが高まる可能性がある。一般住民は、直接的な飲酒の強要の有無に関わらず、飲酒に関連した環境を回避し「飲まない」選択を続けている依存症者への理解がないと、アルコール依存症者の再発を誘発するプレッシャーを与えることになる。

また、一般住民の拒絶的な態度としての偏見は、社会復帰を目指し断酒しているアルコール依存症者に対する社会的な排斥につながる可能性があり、引いては再発を誘発する。排斥とは、社会的結びつきを欠いた状態で、本人がそれを苦痛としている状態をいう (日本社会心理学会, 2009)。地域で受療中のアルコール依存症者は、アパート等への入居面で拒否される経験をもつ (佐古・野沢・山崎・橋本・小川・三宅, 1998)。また断酒会員が社会から受けた不愉快や苦痛に関する報告 (中本, 2011)は先述のとおりである。さらに、回復期のアルコール依存症者に対するスティグマは、アルコール依存症者の抑うつをひき起こす (Link, Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock, 1997)。終生の断酒という強い自己制御が求められる断酒中のアルコール依存者にとって、生活の中で受ける社会からの排斥はそれを阻む大きな障害となるだろう。排斥と再発に関する数量的な調査報告はないが、中本 (2011)は、断酒会員が偏見に負けることが多いことを指摘している。また、2013年3月の「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」の報告書でも、依存症者に対する人びとの偏見が強く、それが回復を阻んでいるという指摘があるととりあげられている。

## 1.4 一般住民の理解や態度改善のための検討

### 1.4.1 態度改善のための対策のあり方

アルコール依存症者の社会復帰にとっては、彼らへの社会的な排斥を抑制することが不可欠で、その改善をはかる取組みが重要である。排斥の原因となるスティグマや差別が生じる過程には、自らとの相違を認識し、それに伴う態度が生起されることにより生じる。そのため、これらの問題を解決していくためには、①外見的に異なる点を減らす、②患者への肯定的な態度を育成し、患者を受け入れやすくする教育を行う、③差別を軽減させ、統合を促進させる教育的、社会的および法的処置をとる、ことがあげられている（日本精神神経学会、2002）。上瀬（2002）も、ステレオタイプや偏見は、現実の社会のあり方とそれを解釈する個人の心の問題が関与することを指摘している。このような対策は、スティグマや差別の発生に基づいて考えられているために、アルコール依存症に対しても適用できるものと考えられる。特に、この3つのうち介入とその効果が早期に期待できるのは、教育による人びとの拒絶的な態度の改善と考えられる。そこで本研究では、社会復帰を阻害する因子の一つとして「断酒しているアルコール依存症者に対する一般住民の態度」を重視し態度改善の検討を行うことを目的として検討を進める。現実の社会のあり方（社会システムや法的施策等）を変えていくことは容易ではないが、個人の心の問題は認知的傾向や自己高揚傾向、社会的態度から生じたものであるため、ステレオタイプや偏見を完全になくすことは難しくても、否定的内容を意識的に変容させ、その活性化をコントロールすることが可能である（上瀬、2002）。また、障害を克服しながら生活をする人に対する拒絶的な態度を改善することは重要である。具体的には一般住民の偏見的態度が改善される教育的介入のあり方を検討する必要がある。

### 1.4.2 精神障害者に対する一般住民の態度を規定する要因

一般住民の精神障害者に対する態度に影響する要因にはどのようなものがあるだろうか。障害を持つ人に対する態度の形成や変容に影響する要因としては、1）経済・人口統計的要因、2）接触経験の質と量、3）事実などの知識的要因、4）価値観などの心理社会的要因がある（Jordan, 1971）。実際の精神障害者

(主としてうつや統合失調症者)を対象とした先行調査による影響要因の検討では、精神障害者との日常的な接触経験が一般住民の肯定的な態度に影響しているといった報告は多い (Angermeyer & Dietrich, 2006; 大島・上田・山崎・椎谷, 1992; 全家連保健福祉研究所, 1998)。また、精神障害者 (統合失調症者) に対する一般住民の態度に影響する要因として、属性 (性・年齢・学歴)、精神疾患としての認識、病気の原因 (遺伝、脳の病気、過労など)、予後の予測 (予後不良)、対象特性 (予測不能、危険) といった複数の要因から影響力の検討が行われ、“対象特性”や“予後の予測”が一般住民の態度に強く影響を与えることが報告されている (Angermeyer, Beck, & Matschinger, 2003)。この他に、Angermeyer et al. (2003)は、統合失調症者に対する一般住民の認識は、「怒り」「同情」「恐れ」「危険」「依存性」と関連し、さらにこれらの要因が精神障害者に対する態度に影響を及ぼすこと、しかしうつ病の場合には、一般住民の認識は「怒り」のみに関連し、それが態度に影響を及ぼすことを指摘している。精神障害者に対する一般住民の態度への影響要因は必ずしも一様ではなく、その障害の特性も影響しているといえる。

#### 1.4.3 アルコール依存症者に対する態度を規定する要因

アルコール依存症者に対する一般住民の態度を規定する要因については、先述の精神障害者を対象とした調査のように態度への複数の要因間の影響力を検討したものがないため、Jordan (1971) の 4 つの要因である、1) 経済・人口統計的要因、2) 接触経験の質と量、3) 事実などの知識的要因、4) 価値観などの心理社会的要因、に基づいて以下に紹介する。

1) の経済・人口統計的要因については、これまでアルコール依存症者に対する一般住民の態度と人びとの年齢、教育、職業、婚姻の有無などの関連が検討されているが、必ずしも一貫性のある見解は得られていない (Arun, Chavan, & Bhargava, 2010; Crisp et al., 2005; 清水, 2003)。

次に、2) の接触経験の質と量については、主としてアルコール依存症者との日常的な接触が検討されているが、それとアルコール依存症者に対する態度に関連が認められていない (Crisp et al., 2005; 清水, 2003)。日常的場面では様々な関係や状況が想定され、「断酒している依存症者への態度」に対する一貫

性のある見解は得られにくいと思われる。

3) の事実などの知識的要因については、アルコール依存症の「病気」としての知識が、一般住民のアルコール依存症者に対する態度にポジティブに影響すると言われている (Peluso & Blay, 2008; 清水, 1989)。生物学的事態としての病気の理解は、その問題の責任を個人に還元し評価しないためにも重要になると考えられる。また、アルコール依存症者に対する一般住民の「危険」などの認識は態度に関連する (Janulis, Ferrari, & Fowler, 2013)。しかし、Schomerus, Lucht, Holzinger, Matschinger, Carta, & Angermeyer (2011)は、アルコール依存症者への「危険」などの認識に対して、単に間違っている事と拒絶しきれないこと、また、それがどれだけ事実なのかという「事実の量」について議論することは誤解を招くため、反スティグマキャンペーンには適切でないことを指摘している。

4) の価値観などの社会心理学的要因については、一般住民がアルコール依存症(者)をどのように捉え、関係しようとするかを取りあげることが重要である。そのため、捉え方については、①誰もが病気になる可能性、②病気の回復、関係しようとする意識については、③病気を持つ人に関与しようとする意識、をとりあげる。①誰もが病気になる可能性について、田中 (2004)は、この認識が精神障害者に対するポジティブな態度に重要であることを報告している。そのため、「断酒している依存症者への態度」に対しても、このような認識が重要と思われる。しかしアルコール依存症の場合、身近さが自己に対するものと他者に対するもので異なる。「自分がアルコール依存症になるかもしれない」という身近さについて、清水 (2003)は、飲酒頻度が高い者(毎日飲酒をする人)は、既知の依存症者に対して寛容的ではないことを報告し、それが近親憎悪に近い攻撃的な防衛であろうと指摘している。そのため、自分が依存症になる可能性を取り上げることは、態度改善にむけた認識としては適切ではなく、家族や友人など身近な人を対象として「周囲が依存症を経験する可能性」をとりあげる方よいと思われる。

②病気の回復については、予後の解釈について統合失調症などの精神疾患の予後を不良 (poor) と捉える人はスティグマが強まることが報告されている (Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller, & Scutt, 1984)。アルコール依存症

は再発率の高い病気であるが、回復は可能であるため「断酒継続の予測」ができることは、「断酒している依存症者への態度」の改善に重要だと考えられる。

③病気を持つ人に関与しようとする意識は、病気（ここでは飲酒問題）を持つ人に対する援助の可能性を評価する意識に他ならない。援助の可能性について援助対象となる人に関わろうとする姿勢を持つ人は、「断酒している依存症者への態度」も、よりポジティブな態度であることが予測される。そのため、「飲酒問題への関与」の意識は、「断酒している依存症者への態度」を改善するために重要と考えられる。

上記の検討から、1) 人口統計的要因、2) 接触経験については、アルコール依存症者への態度との関係は認められていないが、態度と態度を規定する因子を確認する際に、性・年齢・接触体験との関連についても確認は必要である。また、3) 知識的要因、4) 社会心理的要因の①～③については、先行調査において因果の関係性が実証的に報告されていない。そのため、これらの因子を影響要因として規定することはできない。この4つの因子（「病気としての理解」「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」）については、態度が改善されることにより肯定的な認識が高まることも十分に考えられる。よって、4つの因子が「断酒している依存症者への態度」と関連する因子であることを確認したうえで扱うことが必要である。

#### 1.4.4 断酒しているアルコール依存症者に対する態度改善のための介入方法の検討

断酒している依存症者への一般住民の態度を改善するための介入を行うには、介入方法や調査方法を検討することが重要である。こうした態度は生まれつき備わったものではなく、学習や経験を通して後天的に形成されるものである。そのため、ネガティブな態度であっても、意図的な介入により改善していくことが可能である。

このような態度形成に向けた介入には、主として説得や接触がある。山内(1996)は、障害者に対する偏見が、障害者との相互作用がなく、行動の経験を欠いた認知や感情に基づいた態度であることを指摘している。そして文献レビューの中で、Wilson, Dunn, Bybee, Hyman, & Rotondo (1984)や Wilson, Kraft,



& Dunn (1989), Millar & Millar (1990)の研究を紹介し、論理的・感情的側面への説得よりも行動的側面（相互作用に対する不安・抵抗）に働きかける障害者との直接的相互作用（接触）によって人びとの態度変容が起こりやすいと報告している。この他にも、人びとの精神障害者（主として統合失調症やうつ病）に対するスティグマ対策の効果検証において、教育（Mino, Yasuda, Tsuda, & Shimodera, 2001）、接触体験（直接・間接含む：Angermeyer & Dietrich, 2006）、キャンペーン（Luty, Umoh, Sessay, & Sarkhel, 2007; Wolff, Pathare, Craig, & Leff, 1996）、などの効果が確認されている。さらに、アルコール依存症者に対する介入効果や、リーフレットや短時間の動機づけインタビューなどの効果も検証されている（Luty et al., 2007 ; Luty, Rao, Arokiadass, Easow, & Sarkhel, 2008 ; Luty, Umoh, & Nuamah, 2009）。

態度への介入効果を検討するためには、介入により態度改善の効果を検証するため対照群の設定や追跡調査が必要となる。その際、アルコール依存症者に対する一般住民の態度は性・年齢の関連が認められないため（Arun et al., 2010）、介入効果の検証において性別や年齢層を考慮する必要はないといえる。

#### 1.4.5 教育内容の教材化に向けた検討

断酒しているアルコール依存症者に対する一般住民の態度を改善する介入方法を検討する上で、教育内容を広く普及させて一般化できるような教材の検討が必要となる。これまで統合失調症やうつ病の偏見を解消するために、複数の関係機関が協力して、中高生向けの「こころの病気を学ぶ授業」が開発されている。この教材（プログラム概要、映像教材、PPT教材）は、日本イーライリリー株式会社サイトから教育機関に無料提供されている。この他、人権啓発の視点からは、統合失調症を中心にビデオが製作されている。しかし、アルコール依存症に関する偏見やスティグマ対策を目的とした教材は、人権啓発を含め制作されていない。これまで製作されてきた映像教材には、中高生向けの未成年飲酒防止のためのアルコールの害を中心とした教材、飲酒運転防止に関する教材、本人・家族が「依存症」の知識を深めるための教材、支援者育成を中心として依存症の理解を深めるための教材にとどまっている。そのため、アルコール依存症者への態度変容を目的とした教育プログラムを広く普及させていくた

めに映像化していく検討も必要である。

### 1.5. 本研究で取り組む検討の視点

これまで、アルコール依存症者の現状や回復の実態を紹介しながら、依存症者の回復に影響する要因の一つとして、周囲となる一般住民の理解や態度が重要であることを指摘してきた。しかし、一般住民はアルコール依存症(者)について無理解や拒絶的な態度を有していることから、一般住民への態度改善にむけて教育プログラムを確立していくことが必要であることを述べてきた。本研究の位置づけを図1に示す。

本論文では、断酒している依存症者への理解や態度を整理し、態度に関連すると考えられる4つの因子(「病気としての理解」「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」)の態度との関連を確認したうえで、それらの因子に基づいた態度改善の教育プログラムを開発していく。従来のアルコール依存症者に対する一般住民の偏見対策に関する研究や実践は、病気としての知識の低さやネガティブな態度などの実態検証にとどまっていた。そのため、偏見改善に向けた対策には、偏見の実態検証に加え、教育プログラムによる態度改善の検証を行う必要がある。今回の態度改善の検討では、介入の可能性に着目した因子の検証を行うことで、教育プログラムの有効性にもつながると考えられる。

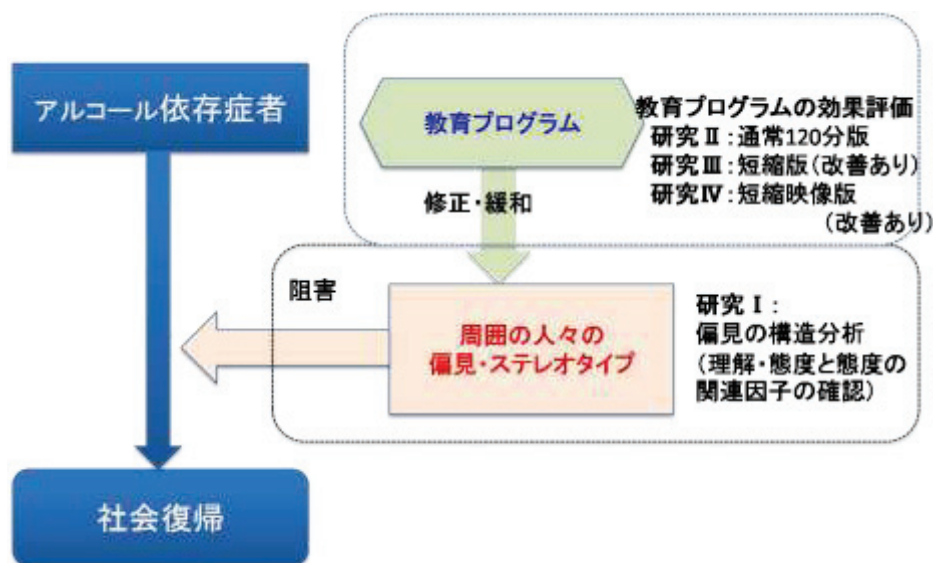


図1. 本研究の位置づけ

## 1.6. 本研究の目的と意義，構成

### 1.6.1 目的

本研究は，地域に暮らす一般住民を対象とし，断酒しているアルコール依存症者に対する一般住民の態度（以後，「断酒している依存症者への態度」とする）を明らかにする。さらに，態度の関連因子を確認し，それに基づいた態度改善のための介入法を検討し，教育的プログラムを開発することを目的とする。

### 1.6.2. 意義

わが国の社会復帰したアルコール依存症者に対する一般住民の態度に関する研究は，一般住民のネガティブな見方や偏見の存在を明らかにしたものとどまっている。近年，うつ病や，統合失調症などの精神障害者に対する態度を改善するための活動の検討は進められ，その効果も検証されつつあるが，わが国においてアルコール依存症者に対する態度までは積極的に介入法の検討が行われていない。そのため，回復を目指し断酒しているアルコール依存症者に対する一般住民の理解と態度改善の促進を検討する取り組みは，偏見解消に向けた方略の一つを確立するうえで実践的な意義がある。

### 1.6.3. 構成

本論文では，断酒しているアルコール依存症者への態度を改善していくための教育プログラムを開発していくために，4つの研究を行う。以下に，研究Ⅰ・研究Ⅱ・研究Ⅲ・研究Ⅳとして，その構成を示す。

第2章（研究Ⅰ）では，「断酒している依存症者への理解・態度」を明らかにする。そのためには，一般住民を対象に，横断的に量的調査を実施することで，「断酒している依存症者への理解・態度」を明らかにし，態度に関連すると考えられる4つの因子（「病気としての理解」「断酒継続の予測」「周囲が依存症を経験する可能性」「飲酒問題への関与」）についての態度との関係性を確認する。

第3章（研究Ⅱ）では，研究Ⅰの結果に基づき，態度の関連因子を改善するための教育プログラムを構成・実施し，その有効性を評価する。プログラムの有効性は，「断酒している依存症者への態度」と「態度の関連因子」が改善するこ

とにより評価する。介入方法としては、「説得」や「接触」「討議法」を用いる。また、研究Ⅱでは、対照群を設定して追跡が可能な大学生とする。また研究Ⅱ以降では、準実験的に教育的介入後に縦断的に調査を実施しながら効果検証を行う。

第4章（研究Ⅲ）では、教育プログラムの実用化に焦点をあて、プログラムの時間短縮を主目的とし、研究Ⅱで生じた課題の改善を行い、短縮版教育プログラムの有効性の評価を検証する。研究Ⅲでは追跡可能な民生委員を対象とする。

第5章（研究Ⅳ）では、構成した教育プログラムをより普及させるために映像化を試みて検証する。方法として、対照群を設定し、追跡可能な大学生を対象にして介入による効果検証を行う。

第6章では、総合考察として、第2章から第5章までの内容をまとめ、3つの教育プログラムの効果について態度や関連因子から評価し、プログラムの適用可能性や意義、課題について考察する。

## 第 2 章

### 研究 I : 断酒しているアルコール依存症者に対する一般住民の 理解・態度と態度の関連因子の検討

#### 【目的】

第 2 章では、一般住民が断酒している依存症者に抱く理解・態度を明らかにし、態度の関連因子を確認することを目的とする。一般住民の「断酒している依存症者への態度」に関連すると予測される因子については、第 1 章の「1.4.3. アルコール依存症者に対する態度を規定する要因」で検討したように、4 つの因子（「病気として理解」「断酒継続の予測」「周囲が依存症を経験する可能性」「飲酒問題への関与」）を取り上げて検証する。さらに、性・年齢・接触体験の有無についても研究 I において検討し、態度との関係を再確認することとした。

#### 【方法】

##### 1. 対象とデータの収集方法

###### 1) 対象

A 町の 20 歳以上の 596 名とした。A 町は、2010 年現在で、人口約 7,300 人であった。選定にあたっては、選挙人名簿の閲覧から等間隔に無作為抽出とした。調査票の回収数は、301 (50.5%) であった。そのうち、性・年齢・態度 6 項目に記入漏れのない 261 (86.7%) を分析対象とした。有効回答の内訳は、男性 114 名 (43.7%)、女性 147 名 (56.3%) で、平均年齢は 63.0 (±15.9) 歳であった。なお、性別の平均年齢は男性 63.9 (±15.6) 歳、女性 62.4 (±16.25) 歳で、性差による違いは認められなかった ( $t(259)=0.77, n.s.$ )。婚姻状況については、既婚 77 人 (67.8%)、死別 47 人 (18.0%)、未婚 20 人 (7.7%)、その他 5 人 (1.9%)、無回答 12 人 (4.6%) であった。

## 2) 調査手順

データの収集は郵送調査とした。該当の対象者宛てに、調査依頼文、調査用紙、返信用封筒を送付した。また、研究への参加に同意ができる場合には、調査用紙を記入のうえ、郵送するよう依頼した。そのため、調査用紙の返信をもって研究への承諾が得られたものとした。調査時期は、平成 22 年 2 月であった。

## 3) 調査項目の構成

質問紙の構成は、属性（性別、年齢、婚姻状況、飲酒頻度）、日常的なアルコール依存症者との接触経験（接触者の状態、間柄を含む）、「断酒している依存症者への態度」と態度との関連を確認する因子「病気としての理解」「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」等で構成した。なお、調査項目の選定については、保健師の経験をもつ筆者と、心理学の研究者で合意を得て行った。

## 2. 態度と態度との関連を確認する因子の測定方法

### 1) 「断酒している依存症者への態度」の測定

「断酒している依存症者への態度」に統一したイメージを想定させるため、ヴィネットを用いた。「ヴィネット」とは、調査対象者に提示される架空の記述のことであり、その記述内容には対象の反応に影響すると想定される要因群を設定し、要因を組み合わせた上で具体的な情報を表す情報として設定される。今回の想定される要因群には、アルコール依存症の特徴（自己制御の困難さ、薬物中心の生活）、診断名、現在の状況（退院後に断酒生活を送っていること）が含まれている。これを使用するメリットとしては、具体的な状況設定を提示できることにより、内容に関する誤解や思い込みを排除できる可能性は高くなることが挙げられる（林, 2010）。本調査でのヴィネットは、Star (1955)が作成したものを清水 (2003)が翻訳して使用したものを参考に一部改変し、退院後「断酒」をして地域生活を送っていることなどを追加して使用した（図 2-2）。

次に態度の測定について、本調査では、一般住民を対象とし量的調査によって態度を検討するため、①言語的刺激に対する反応から測定できること、②簡

易な（項目数を最小限にした調査で）実施が可能なこと，③ 日常的生活場面から態度が評定できること，を条件に，リッカート尺度により評価した。

実際の調査項目は，精神病院を退院し，これから社会復帰しようとする人の社会的場面から作成された社会的距離尺度（星越・州脇・實成，1994）を参考に作成した（図 2-1）。回答は 5 段階評定で求めた。

また，態度得点の判定については，「どちらでもない」の 3.0 点を中点とし，これよりも大きければポジティブな態度，小さければネガティブな態度とすることにした。

Aさんは酒好きで、あまりに飲むため一つの仕事が長続きしません。お金さえあれば飲み屋に行き、閉店になるまで飲み続け、妻子のことなどすっかり忘れてしまうのです。酔いがさめるとつくづく家族にすまないと思い、奥さんをおがみたおして「もう酒は飲まない」と約束するのですが、翌日からまた飲みだしてお酒が自分ではやめられません。後日、Aさんはアルコール依存症で精神科に入院しました。数か月後、退院して地域で断酒生活をしています。

「Aさん」についての以下のそれぞれの項目であなたの考えに最も近い番号に○印をつけてください。

1. あなたと同じ地区にAさんらの社会施設（デイケアや作業所など）ができるとしたらどうしますか？	1. 反対する	2. どちらかといえば反対	3. どちらともいえない	4. どちらかといえば賛成	5. 賛成する
2. あなたはAさんが同じ地区の奉仕活動に参加するとしたらどうしますか？	1. 反対する	2. どちらかといえば反対	3. どちらともいえない	4. どちらかといえば賛成	5. 賛成する
3. あなたはAさんと職場が同じだとしたら楽しく働くことができますか？	1. できない	2. どちらかといえばできない	3. どちらともいえない	4. どちらかといえばできる	5. できる
4. あなたが経営者で人を雇うとしたら、Aさんを雇いますか？	1. 雇わない	2. どちらかといえば雇わない	3. どちらともいえない	4. どちらかといえば雇う	5. 雇う
5. あなたの家の近所にAさんが家を借りて住むとしたらどうしますか？	1. 反対する	2. どちらかといえば反対	3. どちらともいえない	4. どちらかといえば賛成	5. 賛成する
6. あなたの家に空き家があるとしたら、Aさんに貸してあげますか？	1. 貸さない	2. どちらかといえば貸さない	3. どちらともいえない	4. どちらかといえば貸す	5. 貸す

図 2-1 断酒している依存症者への態度の質問項目

## 2) 態度との関連を確認する因子の測定

態度との関連を確認する因子の項目とその回答肢は表 2-1 に示すとおりである。「1. 病気の理解」の「1.1. アルコール依存症とは」で“病気である”と回答した場合には、「1.1.1. (発病の可能性)」と「1.1.2. (予後の理解)」にも回答を求めた。これらの項目は，病気の理解の程度を確認するために設けたものである。また，「1.1. アルコール依存症とは」の回答の得点化に際しては，“わからない”を除外し，“病気である（1点）”“意志の問題である（0点）”とした。

「2. 周囲が依存症を経験する可能性」については、竹島ほか（2007）の調査項目とその回答肢を参考に設定した。回答の得点化では、“全くない（1点）”から“非常に高い（6点）”とした。「3. 断酒継続の予測」および「4. 飲酒問題への関与」については、河野・小片・加藤・小杉・洲脇・宮里・角田・樋口（1987）の調査項目を参考に設定した。回答の得点化に際して、「3. 断酒継続の予測」は“全くそう思わない（1点）”から“まさにその通りだと思う（5点）”としたが、「4. 飲酒問題への関与」は、“まさにその通りだと思う（1点）”から“全くそう思わない（5点）”とした。

表 2-1 態度の関連因子と回答肢

項目	回答肢
1. 病気の理解	
1.1. アルコール依存症とは	1. 病気である 2. 意志の問題である 3. 分からない
1.1.1. (発病の可能性) お酒を飲む人は誰でも、アルコール依存症になりえる	1. そう思う 2. どちらともいえない 3. そう思わない
1.1.2. (予後の予測) アルコール依存症者が生活の質を保つ上で心がけなければならないことはどのようなことだと思いますか？	1. どんな時にも酒をやめ続けなければならない 2. 飲むお酒の量をほどほどに保たなければならない 3. わからない
2. 周囲が依存症を経験する可能性	
2.1. 家族や親しい友人の少なくとも一人が、アルコール依存症を経験する可能性がどの程度あると思いますか。	1. 全くない 2. 非常に低い 3. 低い 4. どちらともいえない 5. 高い 6. 非常に高い
3. 断酒継続の予測	
3.1. アルコール依存症の人でもお酒を完全に断ち続けることができるだろう	1. 全くそう思わない 2. どちらかというそう思わない 3. どちらともいえない 4. どちらかというそう思う 5. まさにその通りだと思う
4. 飲酒問題への関与	
4.1. 飲酒は、当人の事柄であって地域社会が関与することではない	1. まさにその通りだと思う 2. どちらかというそう思う 3. どちらともいえない
4.2. 地域の人々や行政が、アルコール問題についてできることは多くない	4. どちらかというそう思わない 5. 全くそう思わない



### 3. 分析方法

本研究は、「断酒している依存症者への態度」や態度との関連を確認する因子について、リッカートスケールを5段階以上に設定することにより、近似的に間隔尺度として扱うことにした。また、態度や態度との関連を確認する因子の評価には、設定した項目や尺度の平均值得点を使用することにした。その際、値の判定には得られた平均値と中間となる値からの差分をもとに1サンプルの $t$ 検定を行ったほか、効果量を計算し有意であるかの評価を行うことにした。効果量の目安は、水本・竹内(2008)を参考に、 $g=.20$ (効果量小)、 $g=.50$ (効果量中)、 $g=.80$ (効果量大)とした。

分析にあたって、「断酒している依存症者への態度」および「飲酒問題への関与」は、尺度の信頼性を検討するため、内的整合性の指標として Chronbach の  $\alpha$  係数を算出した。「断酒している依存症者への態度」に対する対象属性(性・年齢・接触経験)の関係については、対応のない  $t$  検定や 2 変量相関を求めることにより確認した。「断酒している依存症者への態度」と態度を確認する関連因子についても 2 変量相関を求めて関連性を確認した。

分析には、IBM PASW Statistics 18.0 を使用した。

### 4. 倫理的配慮

#### 1) 対象の人権擁護のための配慮

調査協力機関(自治体)および対象者に対して、以下のことを文章で明示した。①研究対象者から得られたデータは研究目的以外に使用しない。②調査用紙の記入にかかる時間は10分程度である。③調査への参加は任意で、参加しない場合にも不利益をうけることはない。④調査協力に同意が得られる場合は、返信用封筒で返送をしてほしい。⑤得られたデータは個人が特定できない形で統計的に処理する公開する。⑥結果は学会発表や学会誌で公表する予定である。

#### 2) 同意の取得方法

調査は、実施する自治体の協力を得て行った。依頼する自治体に対しては、その担当者に研究主旨および方法などを説明した上で、調査協力を依頼した。協力を依頼するにあたって、依頼文にそって研究の意義、目的、方法、倫理的

配慮について説明を行った。調査対象者に対しては、調査票とともに研究依頼文を同封し、研究の主旨および倫理的配慮を記載した。調査依頼文には、調査の参加や中断が自由意思であることや、返送しないことによりなんらかの不利益を被ることはないことを明記した。調査項目には、個人を特定することとなる氏名や住所は含めておらず、集計・分析および発表の際しても統計的にまとめて分析したもののみを公表し、個人が特定できないようにする旨を伝えた。調査への協力が得られる場合、調査票を記入の上、郵送にて返信してもらうよう記載し、返信をもって同意を得たものとした。

### 3) 個人情報の保護等について

調査票の管理は、研究者の研究室において漏洩・紛失のないよう鍵付きのデスクに保管した。またデータ入力の際には、インターネットのつながっていないノート型のパソコンを用いて入力し、データ分析は研究室のみとした。またパソコンの管理も鍵付きのロッカーで行い、データ保存は5年間として、それ以降は匿名化したものを除きデータを消去する。

4) 上記について、広島大学大学院総合科学研究科倫理委員会の承認を得た。

## 【結果】

### 1. 研究対象の属性

男女別の飲酒頻度については表 2-2 に示す通りで、男性では「ほとんど毎日」が約半数を占めており、「週に1-4回」を合わせると7割近い人が日常的に飲酒をしている現状にあった。反面、女性は、「年に1-11日」が最も多く次いで「月に1-3回」で、日常的な飲酒状況ではなかった。

表 2-2 男女別飲酒頻度

		殆ど毎日	週 1-4 回	月 1-3 回	年 1-11 回	過去 12 カ月飲酒していない	1 年以上飲んでいない	今まで飲酒したことがない	合計
男	人	54	22	10	13	1	10	3	113
性	(%)	(47.8%)	(19.5%)	(8.8%)	(11.5%)	(0.9%)	(8.8%)	(2.7%)	(100.0%)
女	人	10	12	31	40	5	17	25	140
性	(%)	(7.1%)	(8.6%)	(22.1%)	(28.6%)	(3.6%)	(12.1%)	(17.9%)	(100.0%)

日常的なアルコール依存症者との接触経験については、これまでアルコール依存症と思われる人に会ったことが、「ある」は 140 名 (53.6%), 「ない」は 94 名 (36.0%), 「わからない」は 25 名 (9.6%), 「無回答」は 2 名 (0.8%)であった。なお、性別では、男性で「ある」は 65 名 (57.0%), 「ない」は 39 名 (34.2%), 「わからない」は 10 名 (8.8%)であった。女性で「ある」は 75 名 (51.0%), 「ない」は 55 名 (37.4%), 「わからない」は 15 名 (10.2%), 「無回答」は 2 名 (1.4%)であった。接触経験別による性差は認められなかった ( $\chi^2(2)=.74$ , *n.s.*)。接触経験のある者のうち、接触者との間柄 (複数回答)については、「本人」が 8 名 (5.7%), 「親戚や身内」が 37 名 (26.4%), 「友人」が 15 名 (10.7%), 「近所」が 59 名 (42.1%), 「職場や学校」が 26 名 (18.6%), 「その他」が 18 名 (12.9%)であった。更に、接触者の状態は、「お酒を飲んでいて」95 名 (67.9%), 「お酒をやめていて」が 12 名 (8.6%), 「その両方」が 31 名 (22.1%), 「無回答」が 2 名 (1.4%)であった。

## 2. アルコール依存症についての理解

アルコール依存症を「病気」と捉える人は 128 名 (49.0%), 「意志の問題」と捉える人は 115 名 (44.1%), 「分からない」は 4 名 (1.5%)であった。また、アルコール依存症を「病気」と回答し、かつ「発病の可能性」「予後の理解」についても正解の回答をしていた人は 18 名 (6.9%)であった。病気としての知識の整合性を確認するにあたり、上記の設問と、「発病の可能性」と「予後の理解」についての回答をクロス表で示した (表 2-3, 表 2-4)。「発病の可能性」については、 $\chi^2$  検定の結果有意な差は認められなかった ( $\chi^2(4)=7.81$ , *n.s.*)。「予後

の理解」については、有意な差が認められた ( $\chi^2(4)=26.12, p<.01$ )。しかし、残差検定の結果、アルコール依存症について病気と回答した人が、断酒の理解を得ていることには関連がなかった(表 2-4)。また、「断酒継続の予測」についての回答もクロス表で示した(表 2-5)。その結果、有意差は認められず ( $\chi^2(4)=7.19, n.s.$ )、残差検定の結果、病気と回答した人が断酒継続を予測できることには関連がなかった。

表 2-3 病気の理解と発病の可能性について

		お酒を飲む人は誰でも、アルコール依存症になりえる				
			そう思う	どちらとも いえない	そう 思わない	合計
アルコール 依存症 とは	病気である	人(%)	32(26.0%)	38(30.9%)	53(43.1%)	123(100%)
	意志の問題 である	人(%)	20(18.2%)	31(28.2%)	59(53.6%)	110(100%)
	わからない	人(%)	2(14.3%)	8(57.1%)	4(28.6%)	14(100%)
	合計	人(%)	54(21.9%)	77(31.2%)	116(47.0%)	247(100%)

表 2-4 病気の理解と予後の理解について

		アルコール依存症者が生活の質を保つ上で心がけなければならないことはどのようなことだと思いますか				
			どんな時にも酒をやめ続けなければならない	飲むお酒の量をほどほどに保たないといけない	わからない	合計
アルコール 依存症 とは	病気である	人(%)	64(52.9%)	41(33.9%)	16(13.2%)	121(100%)
	意志の問題 である	人(%)	54(49.1%)	50(45.5%)	6**(5.5%)	110(100%)
	わからない	人(%)	3*(21.4%)	4(28.6%)	7**(50.0%)	14(100%)
	合計	人(%)	121(49.4%)	95(38.8%)	29(11.8%)	245(100%)

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

表 2-5 病気の理解と「断酒継続の予測」について

			アルコール依存症の人でもお酒を辞め続けることができるだろう			
			1	2	3	合計
アルコール依存症とは	病気である	人 (%)	56(45.9%)	47(38.5%)	19(15.6%)	122(100%)
	意志の問題である	人 (%)	49(46.2%)	39(36.8%)	18(17.0%)	106(100%)
	わからない	人 (%)	3(25.0%)	9**(75.0%)	0(0.0%)	12(100%)
	合計	人 (%)	108(45.0%)	95(39.6%)	37(15.4%)	240(100%)

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

1: まさにその通りだと思う, どちらかというと思う,  
 2: どちらともいえない,  
 3: どちらかというと思わない, 全く思わない

### 3. 各尺度および変数の記述統計量

#### 1) 各尺度の信頼性の検討

「断酒している依存症者への態度」尺度 (6 項目) について, 内的整合性は,  $\alpha = .86$  であった。「飲酒問題への関与」尺度 (2 項目) について, 内的整合性は  $\alpha = .62$  であった。「飲酒問題への関与」の内的整合性は, やや低い値となったが項目数の少なさの影響と判断した。

#### 2) 「断酒している依存症者への態度」に関する基本統計量

「断酒している依存症者への態度」6 項目の平均値と各項目における平均値および標準偏差と 1 サンプルの  $t$  検定および効果量 ( $g$ ) は表 2-6 に示す通りである (各項目の設問は, 図 2-2 の略記としている)。「断酒している依存症者への態度 (6 項目)」は平均値 18.6 ( $SD=5.0$ ) であった。また, 各項目においては, 「4.雇う」「5.近所に住む」「6.家を貸す」の身近な関与が想定される項目については, 平均値が中点の「どちらでもない (3.0)」を下まわり, ネガティブな態度であった。「断酒している依存症者への態度」の各項目の平均値と「どちらでもない」の中点 (各中点は表 2-6 の註を参照) との差の検定からは, 全ての項目で有意差が認められた。また, 各項目の効果量 ( $g$ ) については, 「3.働く」が 0.26 とやや小さい効果となっていたが, その他の項目については中程度以上の効果が認められていた。

表 2-6 「断酒している依存症者への態度」に関する基本統計量

項目	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>g</i>	1 サンプルの <i>t</i> 検定
断酒している依存症者への態度 (6 項目の平均値)	18.6	5.0	0.17	2.0, $p < .05$
1. 施設の建設	3.9	1.1	1.16	12.8, $p < .01$
2. 奉仕活動	4.0	1.1	1.29	15.8, $p < .01$
3. 働く	3.2	1.1	0.26	2.9, $p < .01$
4. 雇う	2.4	1.1	0.77	-8.3, $p < .01$
5. 近所に住む	2.7	1.0	0.42	-4.9, $p < .01$
6. 家を貸す	2.4	1.2	0.71	-8.7, $p < .01$

註：6 項目の平均値 (得点範囲 5-30, 中点 18)  
各項目の平均値 (得点範囲 1-5, 中点 3)  
*t* 検定の自由度は 260

### 3) 「飲酒問題への関与」「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」に関する基本統計量

「病気としての理解」を除く態度との関連を確認する 3 つの因子 (「飲酒問題への関与」「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」) についての平均値および標準偏差と 1 サンプルの *t* 検定および効果量 (*g*) は表 2-7 に示す通りである。なお、「飲酒問題への関与」については、2 項目と各項目の平均値を表記している (各項目の設問は、表 2-1 の略記としている)。平均値と中点 (各中点は表 2-7 の註を参照) となる値の差の検定からは、「飲酒問題への関与 (2 項目)」に有意な差は認められず、効果量も 0.15 と小さかった。また、「周囲が依存症を経験する可能性」は、平均値 3.3 ( $SD=1.3$ ) で「どちらでもない (4.0)」を下まわり、身近さが得られにくい傾向にあった。この因子については、有意差が認められていたが、効果量については 0.10 と小さかった。「断酒継続の予測」は、平均値 3.4 ( $SD=1.1$ ) が「どちらでもない (3.0)」を上まわり肯定的な傾向にあった。この因子については、有意差も認められ、効果量は 0.51 と大きな効果が認められた。

表 2-7 3つの因子に関する基本統計量

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>g</i>	1 サンプルの <i>t</i> 検定
1. 飲酒問題への関与 (2項目の平均値)	5.8	1.9	0.15	-1.6, <i>n.s.</i>
① 地域社会の関与	2.8	1.1	0.26	-2.4, <i>p</i> < .05
② 人びとや行政ができること	3.0	1.1	0.00	-0.1, <i>n.s.</i>
2. 周囲が依存症を経験する可能性	3.3	1.3	0.10	-8.8, <i>p</i> < .01
3. 断酒継続の予測	3.4	1.1	0.51	6.5, <i>p</i> < .01

註: 1. 得点範囲 2-10, 中点 6, ①②. 得点範囲 1-5, 中点 3, 2. 得点範囲 1-6, 中点 4, 3. 得点範囲 1-5, 中点 3  
*t* 検定の自由度は 233-249

#### 4. 「断酒している依存症者への態度」の関連因子の検討

##### 1) 「断酒している依存症者への態度」に対する対象属性の関係

「断酒している依存症者への態度」に対する対象属性（性・年齢・接触経験）との関係では、性別については有意差が認められず ( $t(259)=.96, n.s.$ ), 年齢についても有意な相関は認められなかった ( $r=-.03$ ) (図 2-2)。また、接触経験の有無についても有意差は認められなかった ( $t(232)=1.6, n.s.$ )。そのため、「断酒している依存症者への態度」との関連はないものとした。

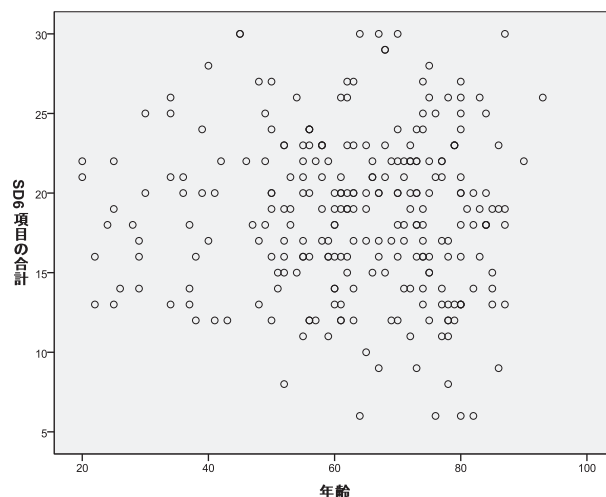


図 2-2 態度と年齢の散布図

## 2) 「断酒している依存症者への態度」と態度との関連を確認する因子の検討

「断酒している依存症者への態度」と態度との関連を確認する4つの因子の相関係数を算出した(表2-7)。「断酒している依存症者への態度」との関連について、「周囲が依存症を経験する可能性」( $r=.22, p<.01$ ), 「断酒継続の予測」( $r=.28, p<.01$ ), 「飲酒問題への関与」( $r=.23, p<.01$ ), で有意な正の相関が認められたが, 「病気としての理解」( $r=.05, n.s.$ )については有意な相関が認められなかった。さらに, 「断酒している依存症者への態度」と「病気としての理解」の関係については, アルコール依存症を「病気」と回答し, かつ「予後の理解」「発病の可能性」についても正解の回答をしていた人18名とそうでない人227名とで比較を行った。その結果, 「断酒している依存症者への態度」で有意差は認められなかった( $t(243)=.531, n.s.$ )。

また, 関連因子としての変数の相互の関連を検討するため, 「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」について, 残りの1つの変数を制御した偏相関分析を実施した。結果, 「飲酒問題への関与」と「断酒継続の予測」および「周囲が依存症を経験する可能性」に有意な相関が認められた(表2-8)。

表 2-7 「断酒している依存症者への態度」と4因子の2変量相関

	病気としての理解	周囲が依存症を経験する可能性	断酒継続の予測	飲酒問題への関与
断酒している依存症者への態度	.05	.22**	.28***	.23***
病気としての理解		.02	.00	.23***
周囲が依存症を経験する可能性			.29***	.12
断酒継続の予測				.09

\*\*\* $p<.001$

表 2-8 態度の関連因子における偏相関分析の結果

	断酒継続の予測	飲酒問題への関与
周囲が依存症を経験する可能性	-.01	-.15*
断酒継続の予測		-.13*

\* $p<.05$



## 【考察】

研究Ⅰでは、「断酒している依存症者への理解・態度」を実証的に明らかにし、「断酒している依存症者への態度」と4つの因子について態度との関連性を確認した。

### 1. 研究対象の特性

本研究では、研究対象者の属性として性・年齢・婚姻状況・飲酒頻度、アルコール依存症者との日常的接触経験について調査を行った。

性・年齢については、「断酒している依存症者への態度」との関連が認められなかった。そのため、今回の結果は先行調査と同様な見解が得られたといえる。またこれにより、成人期以降の一般住民に対する「断酒している依存症者への態度」改善の検討に、性・年齢を限定して検討する必要がないことが示されたといえる。そして、研究Ⅱ以降に設定する対象者（学生や民生委員）の年齢層の違いにより、態度の違いを懸念する必要がないことも改めて確認できたといえる。

飲酒については、本研究では対象者の回答への負担を考慮し、飲酒頻度のみ調査を行った。そのため、飲酒量を加味した習慣飲酒性までは評価できていない。本調査では、「ほとんど毎日」飲酒する人は、男性 47.8%、女性 7.1%であった。国民健康栄養調査（平成 22 年度）によると、60 歳代（本調査における平均値）<sup>5</sup>で、「毎日」「週 5-6 日」飲酒する者は、男性 52.9%、女性で 8.7%である。このことから、本調査の対象者の飲酒頻度は男女別にほぼ平均的で、アルコールに対する親和性は低くないと考えられる。

日常的なアルコール依存症者との接触経験については、本研究では、接触経験がある人は 53.6%（男性 57%、女性 51%）であった。先行調査（岡田・浦, 2010）から、他の地域の対象でもほぼ同率の接触経験が認められている。そのため、本研究でのアルコール依存症者との接触経験率が特異的な数値ではないと考えられる。

---

<sup>5</sup>飲酒頻度については、特に男性で年代により頻度が異なる。そのため、対象者の平均年齢を参考に 60 歳代と比較することにした

## 2. アルコール依存症についての一般住民の理解

今回の調査では、アルコール依存症について、49.0%の人が「病気」と回答しているにとどまった。先行調査（清水, 2003）では、1980年代に約600名（平均年齢42.9歳、対象は成人男子）に、知識に関する調査が行われている。質問方法はやや異なるが、病気44.7%、意志48.3%という結果が報告されている。先行調査と同じ地区の調査でないうえ、性別の設定や平均年齢が異なるものの、先行研究と同程度の理解率といえ、病気と正しく理解できている割合は半数に達しないといえる。また、「病気」と回答しても、発病の可能性の項目で「お酒を飲む人は誰でも依存症になりえる」ことや、予後の理解の項目で「断酒が必要である」ことを正しく答えている人は18名（6.9%）で非常に少ない現状が明らかになった。

発病の可能性については、「お酒を飲める人は誰でも依存症になりうる」の質問に、「そう思う」と回答したのは21.9%であった。依存症の発症については、1章で述べたように薬物依存の成立要件から発症が一律ではないものの、遺伝的要因（2型アルデヒド脱水素酵素（ALDH2）非活性型（飲めない体質））の約1割の人を除き、その可能性は否めない。しかし、アルコール依存症はお酒を飲める人であれば誰でもその可能性があることを認識できているのは5人に1人にすぎなかった。そのため、依存症の発症には複数の特徴があるものの、必ずしも特別な人になる病気ではないことを理解してもらうことが重要である。

予後の理解については、「アルコール依存症者が生活の質を保つ上で心がけなければならないことはどのようなことだと思いますか？」の質問については、「ほどほどに飲む事ができる」と回答した者が約43.8%も占めていた。アルコール依存症者が回復していくためには断酒が必要であるにもかかわらず、「ほどほどに飲むことができる」への回答率が高いことは、アルコール依存症からの回復についての正しい知識を持っていないことを意味する。本人のみならず周囲も断酒することの必要性を理解しておくことが、依存症者に飲酒を勧めるなどの行為を抑制していくことにつながると考えられる。今回の結果では、節酒をすれば良いという誤った知識を持つ人が約半分もいる状況が明らかになり、今後教育的な介入の必要性があることが明らかとなった。一般住民がアルコール依存症者にとっての「断酒」の必要性を理解できれば、つきあいとしての飲

酒や飲酒が関与する場面に参加ができないことも理解でき、アルコール依存症者への酒の強要も無くなり、アルコール依存症者の回復に資する環境づくりができるものと思われる。

### 3. 「断酒している依存症者への態度」と態度の関連因子

#### 1) 断酒している依存症者への態度

「断酒している依存症者への態度」について、「施設の建設」「奉仕活動」に対してはポジティブな態度であるが、「雇う」「近所に住む」など関係が身近になるほどネガティブな態度を示していた。先行調査（清水，2003）でも、退院したアルコール依存症者に対して「一緒に働く」「隣に住む」などの項目に、関係が身近になるほど一般住民はネガティブな態度を示すことが報告されていることから、今回も同様な結果が得られた。身近な関係場面でネガティブになっている態度をポジティブな態度に変えなければ、偏見や排斥は改善されないと思われる。そのため、今後の介入方法を検討する際には、日常生活の身近な関係場面において、一般住民がアルコール依存症者との関係を捉えなおすことが大切である。方法としては、断酒により回復しているアルコール依存症者を実際に知る人は少ないことから、回復期のアルコール依存症者の断酒生活について知る機会をもち、人びとが具体的なイメージをもつなかで、アルコール依存症者との関係を捉えなおせるような介入にすることが重要である。

#### 2) 「断酒している依存症者への態度」と態度の関連因子について

「断酒している依存症者への態度」と態度の関連因子については、「病気としての理解」を除き、3つの因子で関連が認められた。また、表 2-8 で示した偏相関分析の結果から「飲酒問題への関与」は「断酒継続の予測」および「周囲が依存症を経験する可能性」と関連していた。そのため、今後「断酒をしている依存症者への態度」を改善するための介入手法を検討する際、「飲酒問題への関与」は「断酒継続の予測」や「周囲が依存症を経験する可能性の認識」と相互に関連していることを念頭に置いておく必要がある。

次に、4つの因子それぞれについて述べる。「病気としての理解」は、「断酒している依存症者への態度」と関連が認められなかった ( $r = .05, n.s.$ )。また、

今回の結果ではアルコール依存症について「病気」と回答しても、発病の可能性や予後について正しい認識を有している訳ではなかった。そのため、「病気」についての捉え方が人によって異なり、「病気」を生物学的な疾病だけでなく、比喻として「悪い癖」といった解釈で捉える人がいた可能性もある。その場合には、アルコール依存症は個人の性格的な問題に解釈されてしまうことになる。したがって、今回の結果で「断酒している依存症者への態度」との関連は認められなかったが、教育プログラムを進めていくうえでは、アルコール依存症を病気として理解することは重要といえる。

「飲酒問題への関与」については、平均値が 5.8 ( $SD=1.9$ )で「どちらともいえない」の midpoint との差の検定では有意差が認められなかった。「飲酒問題への関与」については中間的認識を示しており、特定の考えに偏っている訳ではなかった。しかし、今後「断酒している依存症者への態度」の改善を目指す上でも人びとの認識が高まるような介入が必要である。そのため、アルコール依存症に罹患すると飲酒行動を自ら統制することが困難である生物学的な病気であることを伝え、どのような支援ができるのかを考える工夫が欠かせない。

一般住民は、「周囲が依存症を経験する可能性」を低いと判断する傾向にあった。つまり、アルコール依存症者が身近に存在しないと考える傾向にあったと言える。先行調査では、アルコール依存症の出現率（男性 1.9%、女性 0.1%）（樋口, 2005）について、約 3 割の人は、現状より低く出現率を見積もる傾向にあることが報告されている（竹島他, 2007）。今回の設問では、「家族や親しい友人」がアルコール依存症を経験する可能性について問う内容としたため、アルコール依存症を経験する可能性が更に低いと判断したものと考えられる。社会一般について質問したら、もっと高い可能性を答えたのではないかと考えられる。

「断酒継続の予測」については、断酒を継続することが可能であると答える傾向にあった。そのため、一般住民はアルコール依存症者の断酒継続の可能性について、ポジティブな認識をもっていたといえる。しかし、病気（コントロール障害）について理解せず、断酒継続について「本人の意思さえあれば、断酒は可能だろう」と安易に捉えていた人もいる。野口（1996）は、人びとがアルコール依存症を「意志の病」と捉えている場合、断酒を継続しているアルコール依存症者に対して「意志の強い人」と高く評価する可能性があることを指摘し

ている。しかし、このような考えを持っていると、アルコール依存症者が再発した際、「意志が弱い」と更にネガティブな態度が増す可能性があることを意味する。そのため、「断酒継続の予測」については、生物学的な「病気としての理解」として、精神依存・身体依存のメカニズムを理解できるような介入法が必要である。また、今回の調査で病気の捉え方によって予後の予測の解釈も異なることが想定されたので、今後の調査では項目を追加して、「断酒継続の予測」は、病気の重大性（深刻性、回復の困難さ）に関する認識と合わせて解釈することが必要と思われる。

### 【要約】

研究Ⅰでは、「断酒している依存症者への理解・態度」を明らかにした。また、態度と4つの因子（「病気としての理解」「飲酒問題への関与」「断酒継続の予測」「周囲が依存症を経験する可能性」）との関連を確認した。その結果、アルコール依存症を「病気」と捉える人は約半数で、依存症に関する知識が浸透していない現状が明らかになった。また、「病気」と回答した人も、「発病の可能性」や「予後の理解」など医学的知識の整合性がとれず、一貫した理解をしているわけではなかった。一般住民の「断酒している依存症者への態度」については、項目別で「雇う」「近所に住む」「家を貸す」と身近な関係での場面でネガティブな態度であった。「断酒している依存症者への態度」の関連因子については、「飲酒問題への関与」「断酒継続の予測」「周囲が依存症を経験する可能性」の3因子と正の関連が確認された。これらの認識を高めていく教育プログラムを研究Ⅱ以降で検討していく。

### 第3章

#### 研究Ⅱ：「断酒している依存症者への態度」改善に向けた 教育プログラムの開発①

#### —態度の関連因子に基づく教育プログラムの構成と介入検討—

#### 【課題】

##### 1. 教育プログラム開発に向けた検討

研究Ⅱでは、研究Ⅰによって確認された態度の関連因子「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」に基づき教育プログラムを構成する。そのため、以下のように介入方法を検討した。

##### 1) 介入方法

態度変容に向けた介入方法には、主として偏見的態度を有する者に対する「説得」、議題を設定して話し合う「集団討議」などのほか、偏見的態度の対象となっている個人や集団と偏見的態度を有する者の「接触」がある。

説得とは、“人もしくは集団が、他者・集団等を対象とし、コミュニケーションを通して、相手の自由意思を尊重しつつ、相手の態度・規範をかえるという意図を実現しようとする試み”であると定義されている（榊，2002，p.46）。さらに深田（2004）は、説得事態の構造について、「①誰が、②何を、③どのような回路で、④誰に伝達し、⑤その影響はどうであったか」という一般的なコミュニケーション事態と共通の5つの基本要因から構成されていること、また、これらの要因は①送り手の要因、②メッセージ要因、③チャンネル要因、④受け手要因、⑤効果要因、であることを示している。そのため、態度の関連因子について何をどのように伝えていくかが重要であり、説得方法の検討が必要である。

討議については、“他者の意見に耳を傾け、自己の意見を表明するという過程を通して、自己の意見の肯定的側面および否定的側面をよく認識できるようになり、討議されている論点が自己の思考の中に顕在化してくる”と言われている（榊，2002，p.95）。また、岡村（1987）は「集団決定法」とは、態度の形成変容を主軸とし、行動の実践の強化あるいは行動変容を旨とする集団技法の一つと

して、集団場面の中で各成員が自分自身の個人としての行動や実践の内容あるいは方向を決定することであると述べている。さらに集団内での自己決定における原則的な過程には、(1)小集団の編成、(2)目標とする行動実践や態度の内容に関する主題の設定、(3)その主題に関する自由な討議の推進、(4)討議の過程をふまえて、自分自身の行動実践の進め方に関する自己決定、(5)自己決定の発表、があること、および、実践の際の留意事項には、(1)取り上げる主題が成員全体の関心の高いものであること、(2)討議は自由に活発になされること、(3)めざす行動や態度の内容は可能な限り具体的、実践的なものであることが望ましいこと、(4)決定し発表された内容は原則として記録に残しておくこと、をあげている。このような手法を通して、参加者の意識の方向を決定づけることは重要である。

接触については、偏見的態度を有する者に日常とは異なる特殊な条件を設定し計画的に働きかける接触によって、態度変容が起こる。集団間葛藤の多くは、互いの異なる生活習慣や文化様式、そして居住空間が離れていることなどからくる情報不足や誤解にもとづくところが大きいと考えられる(唐沢, 2005)。集団同士の接触機会を増やして相互の理解を促進すれば、偏見が解消して少なくなるであろうというのが接触仮説の主旨である(Allport, 1954)。これまで、精神障害者の偏見対策に一般住民を対象とした介入調査でも、接触体験の効果(Corrigan, River, Lundin, Penn, Wasowski, Campion, Mathisen, Qagnon, Bergman, Qoldstein, & Kubiak, 2001)が報告されている。しかしこの接触仮説が成立するにはいくつかの条件がある。Amir (1969)はその条件として、典型性、反ステレオタイプの情報、協力的関係、地位の対等性をあげている。そのため、本研究においてもその条件を考慮しながら接触体験を検討する。

## 2) 介入方法の検討

説得方法については、アルコール依存症についての病気としての理解を前提に、研究 I で示した 3 つの態度の関連因子について検討した。

病気としての理解では、アルコール依存症についての原因や症状および診断基準だけでなく、脳の器質的な変化に基づいた生物学的な病気であることを精神依存・身体依存のメカニズムの観点から説明することにした。また現状理解

として、わが国のアルコール依存症者数や予備軍としての大量飲酒者数を示すことにした。

「周囲が依存症を経験する可能性」については、アルコール依存症になる可能性と同時に多量飲酒に陥るきっかけから身近さを提示することが重要であると考えた。研究Ⅰでは、発病の可能性について「お酒を飲める人であれば誰でもアルコール依存症になる可能性がある」ことを認識する人も少なかったので、依存の成立要件をふまえた上でこの知識を伝えると同時に、身近な事例で説得することにした。またアルコール依存症者の多量飲酒のきっかけには、人間関係、健康問題、家庭問題、理由なし等があり、これらを提示することで、きっかけは身近なところにあるといった類似性を強調した説得を行うことにした。

「断酒継続の予測」については、アルコール依存症者にとっての断酒継続が必ずしも容易ではないため、誤った解釈を避けるためにアルコール依存症者の再発率の高さを伝えたいうえで、予後の回復を説得することが重要だと考えた。メッセージの方向性（一面提示と両面提示）について、今井（2006）は、O'Keefe（1999）のメタ分析から、両面提示において反論が反駁されていれば一面提示よりも説得効果が大きいことを紹介している。そのため、アルコール依存症の経過を説明するなかで、治療により回復としての断酒継続が可能であることを伝えるだけでなく、アルコール依存症者の断酒継続率の低さや、再発のきっかけから回復が困難であることも同時に伝えていくことにした。

「飲酒問題への関与」については、関与が必要であることを判断できるように飲酒問題が身近にあることを理解し、個々に問題への関与方法を見つけ出すことが必要である。そのため、アルコール依存症者の飲酒問題を取りまく環境を伝え、少人数で話し合うといった集団討議法を導入することにした。方法については岡村（1987）の手法を取り入れ、集団討議は2～3人の少人数に設定することにした。また、飲酒問題への関与を見いだすためにはプログラムの内容を反映しながら討議ができることが重要であることから、プログラムの最後に設定することにした。討議に向けては、主題を「飲酒問題について自分たちが考えなければならないこと、できること」と設定した。また、グループ内で自由に討議を進めるようにしたが、この討議が進めやすいようにプログラムを通して感じたことなども出してもらうように設定した。討議時間については 20



分を設定し、それぞれの意見を記録しながら進め、最後に発表の場を設けることにした。

接触体験の検討では、典型性、反ステレオタイプの情報、協力的関係、地位の対等性を参考に、接触方法を以下のように検討した。典型性では、接触する成員が相手集団の中でも例外として扱われないように、相手集団として一般化されるために必要である。そのため、典型性の設定では、接触する成員である個人をアルコール依存症の診断を受けている人とした。また、反ステレオタイプの情報では、集団にとって典型的な成員が反ステレオタイプの面をみせるとそれは他の成員にも一般化されやすいことを工藤（2010）は、Johnston & Hewstone（1992）の引用から紹介している。そのため、アルコール依存症と診断されている人が、長期的に安定して断酒継続できていることを伝えることで、態度の関連因子である「断酒継続の予測」が高まることを期待できると考えられた。反ステレオタイプの情報の設定では、長期（10年以上）に断酒を継続している人とした。このような対象を特定した理由として、アルコール依存症の回復には、均衡のとれた断酒生活を送れるようになるまでには段階があり一定の時間がかかることがあげられる。今道（1996）は、回復の「安定期」は個人差があるものの2年以上、通常3年から5年はかかることを指摘している。また斎藤（1985）も断酒後、ドライドリンク（飲酒していないにもかかわらず、あたかも酔った時のような行動をする）などの問題を克服していくには3年以上、通常4年から5年の治療期間を有することを指摘している。これらを参考に、反ステレオタイプの情報につながる断酒生活の安定には断酒期間が長いことを一つの条件として、今回の調査では10年と設定した。

協力的関係においては、ともに活動することが双方の利益になるような協力的関係が必要である（工藤，2010）が、介入の時間的な制約から協働作業などの設定は困難と判断し、教育プログラムに設定しなかった。地位の対等性については、接触仮説の中で集団間に地位差がある場合には親密な関係が育ちにくいこと、また集団間に地位差がある場合にはそれが顕著にならないようにすることが必要であることを工藤（2010）は指摘している。そのため、当事者との質疑応答を含む意見交換の時間を設定し、対話的コミュニケーションにより対等性に留意していくことにした。これにより、当事者との関係が親密な方向に近づ

けば、「断酒している依存症者への態度」や「飲酒問題への関与」の意識が高まることが期待できると考えられた。

また Rebecca & Corrigan (2004)は、精神疾患を持つ人が、症状や生活（仕事、住まい等）上の大成功をおさめた体験だけを話すよりも、総体的症状、成功体験、回復過程などの日常生活を話す方が、一般住民の態度は改善することを報告している。そのため、地域生活を送りながら断酒している当事者の参加による語りを設定し、アルコール依存症者の一連の体験を聞く機会を持つことにした。このような接触は、日常で偶然に出会う接触（多くの場合飲酒している状態での接触）とは異なり、飲酒中だけでなく、断酒継続が可能であるといった情報を伝えることができる。また、アルコール依存症からの回復が可能であることも当事者との接触で実感できる。体験談の内容からは、飲酒中の体験を聞くことによりアルコール依存症者に対してネガティブな感情を抱く参加者がいることも想定されるが、先行研究での効果にもあるように一連の体験談で病気から回復を理解することが重要と判断した。そのため、当事者には、病前からの経過にそって、症状やそれに伴う生活のあり様やその時の思いを語ってもらうように設定した。これにより、飲酒をコントロールできないという依存症の病気の特徴が伝わると同時に、飲酒中や断酒継続中の状況から依存症者にとってその時々に必要なことや、まわりの人びとの関わりの必要性が伝わると判断した。

### 3) 教育プログラムの構成

上記の介入方法を組み込んだ教育プログラムを構成した（表 3-1）。教育プログラムのねらいは「アルコール依存症という病気や経験可能性を理解し、アルコール依存症からの回復やそれを取りまく社会環境を知るなかで共生のあり方を考える」とした。今回構成した教育プログラムと、これまでにアルコール依存症について製作されてきた教材<sup>6</sup>を比較してみると、アルコール依存症の病気としての理解や、病気の経過、回復などはこれまでの教材にも含まれているものが多い。しかし、依存症についての一般住民の理解や態度を提示しながら、

---

<sup>6</sup>1 章でも述べたとおり、アルコール依存症の理解を深めていくための教材には、本人や家族、医療スタッフなどの支援者を対象とした教材のほか、未成年者の飲酒防止や、飲酒運転防止に向けた教材がある。

地域で生活する人びとの飲酒問題への関与を検討する内容の教材はこれまでにない。そのため、今回の教育プログラムの特殊性は飲酒問題への関与にまつわる内容が含まれていることにある。

プログラムの構成は①講義，②当事者の参加による語り，③集団討議，公表，意見交換（質疑応答を含む）で120分とした。なお，詳細な内容については手引きを作成し，配布可能な資料を準備した（資料1）。また教育プログラム終了時に，参加者のプログラムの内容に対する知識的理解の確認を行うため，理解度チェック項目（表3-2）を作成し実施した。理解度チェックリスト番号の「1～4」は単元別の目標（表3-1）の「アルコール依存症を病気として理解する」に該当する。「5」は，「周囲がアルコール依存症を経験する可能性の認識を高める」に該当する。「6～9」は，「アルコール依存症者の断酒継続の可能性を理解する」に該当し，「10」は，「飲酒問題を取りまく社会環境を理解する」に該当する。そのため，これらの項目全てに正解できることが，教育プログラムの内容を最初から最後まで理解できていると判断することにした。

表 3-1 教育プログラム

単元別の目標	講義内容	形式
アルコール依存症を病気として理解する	1. アルコール依存症とは 1) 原因と背景 2) 精神依存, 身体依存のメカニズム 3) 依存の強さと診断基準 4) 患者推計人口, 大量飲酒者推計人口	
周囲の人がアルコール依存症を経験する可能性の認識を高める	2. アルコール依存症になる人とは 1) アルコール依存症になる人とは 2) 多量飲酒のきっかけ	講義 (45分)
アルコール依存症者の断酒継続の可能性を理解する	3. アルコール依存症の経過と回復 1) アルコール依存症の経過 2) 治療における断酒の必要性 3) 断酒継続率の推移 4) 再飲酒のきっかけ	
	4. アルコール依存症になるということ, 地域で断酒生活するということ	当事者の参加による語り (20分)
飲酒問題 (アルコール依存症) を取りまく社会環境を理解する	5. アルコール依存症に対する住民の理解と態度 - 先行調査からわかったこと -	講義 (15分)
飲酒問題について個々の考えを整理し, 問題を共有しながら学びを深める	6. 少人数での集団討議 (感じたこと, 飲酒問題について自分たちが考えなければならないこと, できること) 7 討議内容の公表, 当事者をふまえた意見交換会 (質疑応答を含む)	集団討議 公表 意見交換会 (40分)

表 3-2 理解度チェックリスト

1. アルコール依存症とは生物学的変化としての病気である。
2. アルコール依存症の依存は精神依存のみである。
3. アルコール依存症者の精神依存の程度は, アルコール依存症でない人の「飲みたい」と同程度である。
4. アルコール依存症には意志の弱い人になる。
5. アルコール依存症には中年男性になる。
6. アルコール依存症の治療には断酒が不可欠である。
7. アルコール依存症は再発しやすい。
8. アルコール依存症の断酒継続は可能である。
9. 地域にはアルコール依存症者のための自助グループがある。
10. アルコール依存症は地域住民に正しい理解が得られやすい。

#### 4) 対象サンプルの検討

教育プログラムの効果を検討するためには、統制をはかるために対照群を設定し、追跡が可能な調査設計が必要である。しかし、無作為の一般住民を対象とした場合、対照群の設定と縦断的な追跡を同時に行うことは困難である。研究Ⅰでは、「断酒している依存症者への態度」に年齢による違いはないことを確認できている。そのため、研究Ⅱは、対照群を設定して追跡調査の可能な大学生（看護学生）を対象とした。しかし、この対象では、対人ケアを目的に入学してきたという特殊性がある。対象の選定にあたっては、精神看護学領域等でアルコール依存症について演習や実習を行う前段階の対象を選定し、専門科目の影響をできるだけ受けないように配慮した。

#### 5) 介入効果の評価期間の検討

教育的介入による効果の評価期間の設定は重要である。態度変容の持続性について、深田（2001）は、Mcguire（1985）のコミュニケーション・説得マトリックスから、「誘導された態度変化の時間的衰微」について、“態度変化の持続曲線の大きさ、形、減衰率は多くの要因によって変化する”と紹介している。態度変容の持続性の評価として調査期間に統一した論拠が記載された文献がなかったが、精神障害者の偏見の改善を目的とした介入調査のレビュー（Holzinger, Dietrich, Heitman, & Angermeyer, 2008; Yamaguchi, Mino, & Uddin, 2011）では、介入評価が1週間から6か月までの調査が主流であった。そのため、これらを参考に本研究においては、探索的に介入4か月以降で効果の評価を試みることにし、研究Ⅱでは介入2週間後、2か月後、6か月後で評価をおこなうことにした。

上記の検討から、研究Ⅱでは教育プログラムの有効性評価として、①「断酒している依存症者への態度」項目及び尺度の態度を指標として、プログラムの介入効果を検証すること、②「断酒している依存症者への態度」の関連因子のそれぞれの介入効果を検証すること、を目的とする。またその際の仮説については、教育的介入が、「断酒している依存症者への態度」や3つの態度の関連因子に効果的に作用すれば、以下が導かれるとした。

教育プログラムを受けた者は、①「断酒している依存症者への態度」がよりポジティブになる、②態度の関連因子（「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」）がよりポジティブになる。

## 【方法】

### 1. 対象とデータの収集方法

#### 1) 研究参加者

A 大学看護学科 1, 2 年生とした。調査開始時点での参加者は 62 名（介入群 31 名, 対象群 32 名）であった。その後、最後の調査まで協力が得られたのは 46 名（介入群 20 名, 対象群 26 名）であった。性別は、男性 9 名, 女性 37 名で平均年齢は 19.8 (±2.48) 歳であった。アルコール依存症者との日常的な接触経験をもつ者は 2 名（介入群 1 名, 対象群 1 名）であった。接触者との間柄（複数回答）については、親戚・身内が 2 名（介入群 1 名, 対象群 1 名）であった。また、関わり方（複数回答）については、「話をした」2 名（介入群 1 名, 対象群 1 名）, 「見舞いにいった」2 名（介入群 1 名, 対象群 1 名）であった。

#### 2) 調査手順

調査協力の呼びかけを行い、調査説明会で協力の依頼を行った。その際、介入群になった場合、教育内容について調査終了後まで対象群の人と共有しないことをお願いした。また、対象群になった場合、希望者には、調査終了後、教育内容を伝えることを約束した。同意が得られた者に対して無作為に介入群と対象群の振り分けを行った。この時、事前の質問紙調査を実施した。その後、介入群には教育プログラムを実施した。教育プログラム参加者には、時間を設定して全員集合してもらい、1 回 120 分で実施した。流れは、表 3-1 の概要（詳細は、資料 1 の「アルコール依存症について考える」教育プログラム実施手引き）に沿って行った。教育プログラム実施 2 週間後、2 カ月後、6 ヶ月後にそれぞれ質問紙調査を実施した。対象群も同時期に質問紙調査を実施し、介入群との差を比較した。調査時期は平成 22 年 12 月～平成 23 年 6 月であった。調査の流れは、図 3-1 のように構成した。

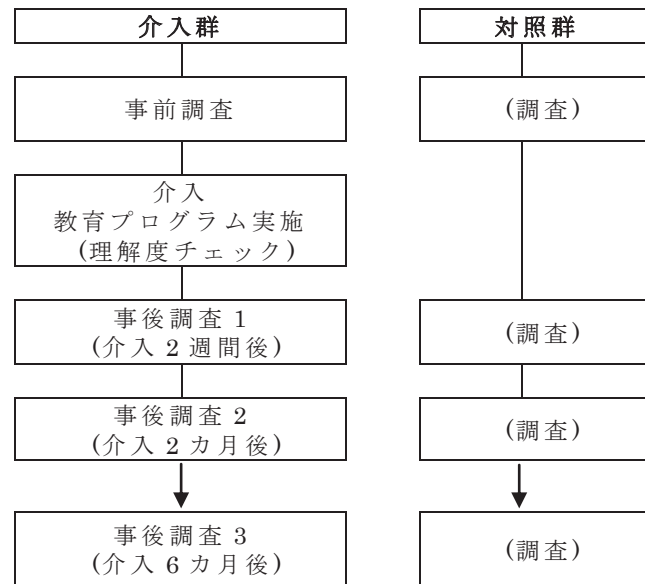


図 3-1 研究Ⅱの調査の流れ

### 3) 調査内容

研究Ⅱの調査項目については、研究Ⅰで使用した「断酒している依存症者への態度」、および「態度の関連因子」を事前調査、事後調査 1, 2, 3 で使用した。得点化についても研究Ⅰと同様に、態度得点の判定については、「どちらでもない」の 3.0 点を中点とし、3 よりも大きければポジティブな態度、3 よりも小さければネガティブな態度とすることにした (図 2-1)。その他については、表 2-1 と同様に「1. 病気の理解」の「1.1.アルコール依存症とは」で“病気である”と回答した場合には、「1.1.1.(発病の可能性)」と「1.1.2.(予後の理解)」を選択してもらおう設定とした。

「2. 周囲が依存症を経験する可能性」については、竹島ほか (2007)の調査項目とその回答肢を参考に設定した。回答の得点化では、“全くない (1 点)” から“非常に高い (6 点)”とした。「3. 断酒継続の予測」および「4. 飲酒問題への関与」については、河野ほか (1987)の調査項目を参考に設定した。回答の得点化に際して、「3. 断酒継続の予測」は“全くそう思わない (1 点)”から“まさにその通りだと思う (5 点)”としたが、「4. 飲酒問題への関与」は、“まさにその通りだと思う (1 点)”から“全くそう思わない (5 点)”とした。

次に、本研究で追加した項目について述べる。研究Ⅱの全ての調査（事前調査-事後調査 1, 2, 3）で追加した項目には、「病気の重大性」の認識がある。この項目については、アルコール依存症を「病気」と選択した場合に、「アルコール依存症という病気は深刻なものと理解している」「アルコール依存症という病気は決して簡単に治療できるものではないと理解している」の 2 設問とし、回答は「まさにその通りだと思う」から「全くそう思わない」までの 5 段階評定とした。

## 2. 分析方法

研究Ⅱでは、介入群別の教育プログラムの効果を時間的経過の中で検討するため、態度や態度の関連因子について、それぞれ 2 要因分散分析を行った。その際の従属変数は各変数得点とし、独立変数は介入の有無と調査経過とした。また、その後の検定については、結果にもとづき、単純主効果の検定や Bonferroni の多重比較を行った。また、自由度の調整には Greenhouse-Geisser 法を用いた。さらに、2 要因分散分析による交互作用の効果量として偏  $\eta^2$  も算出した。効果量の目安は、水本・竹内（2008）を参考に、偏  $\eta^2=.01$ （効果量小）、偏  $\eta^2=.06$ （効果量中）、偏  $\eta^2=.14$ （効果量大）とした。分析には、IBM PASW Statistics 18.0 を使用した。

## 3. 倫理的配慮

### 1) 対象の人権擁護のための配慮

人権配慮については調査対象者に以下のことを明示した。①研究対象者から得られたデータは研究目的以外に使用しない。②調査にかかる時間は 1 回 10 分程度である（1 人に 4 回実施予定）。また、教育プログラムの参加にかかる時間は約 140 分である。③研究（調査や教育プログラム）への参加や中断は自由意志であり、それによってなんらかの不利益を被る事はない。④調査協力への同意は調査票の回収をもって行う。⑤得られたデータは個人が特定できない形で統計的に処理し公開する。⑥結果は博士論文や学会などで公表する予定である。



## 2) 同意の取得方法

### ① 調査対象者に対して

介入前後で行う質問紙調査では、調査票とともに研究依頼文を同封した。調査依頼文には、調査の参加や中断が自由意思であることや、返送しないことによりなんらかの不利益を被ることはないことを明記した。調査項目には、個人を特定することとなる氏名や住所は含めておらず、集計・分析および発表の際にも統計的にまとめて分析したもののみを公表し、個人が特定できないようにする旨を伝えた。調査への協力が得られる場合、調査票を記入のうえ回収ボックスに投函してもらうようにした。

### ② アルコール依存症者（当事者）

断酒しているアルコール依存症者に研究目的および研究方法について書面および口頭で説明をした上で調査協力を依頼した（1名）。その際、研究協力について拒否しても不利益を生じることはない旨を口頭および書面にて説明し同意を得た。当事者が語りを行う前には、当事者の紹介に居住地、氏名（本人の了解を得て名字のみ）、断酒期間を紹介することに了解をもらった。また、今回の教育プログラムの参加にあたり、途中で中断が可能であることや、質疑応答の際、答えたくない質問には答えなくてもよいことを説明した。語りの際には、静かな環境で実施できるよう教室内の環境に注意を払った。

## 3) 個人情報の保護等について

集計・分析および発表の際には、統計的にまとめて分析したものを公表し、個人が特定できないようにした。

調査票の管理は、研究者の研究室において漏洩・紛失のないよう鍵付きのデスクに保管した。またデータ入力の際には、インターネットのつながっていないノート型のパソコンを用いて入力し、データ分析は研究室のみとした。またパソコンの管理も鍵付きのロッカーで行い、データ保存は5年間として、それ以降は匿名化したものを除きデータを消去する。

4) 上記について、広島大学大学院総合科学部倫理委員会の承認を得た。

## 【結果】

### 1. 教育プログラムの内容についての理解

#### 1) 集団討議の内容

集団討議の内容について、対象者の自由記述の一部を表 3-3 に示す。討議のテーマは「感じたこと。飲酒問題について自分たちが考えなくてはならないこと、できること」であった。感じたことの記述には、依存症者に対する思いや、依存症についての理解のあり方が記載されていた。そのため、【依存症者への思い】と【依存症者に対する理解と身近さ】に分類して示した。飲酒問題については、その方法や必要性について記載されていたため、【関与の必要性】と【飲酒問題への関与方法】に分類して示した。記述内容をみると、【依存症者への思い】では、アルコール依存症者に対しては、「キツイと思う」「つらいのでは」といった共感的な感情をあげる者もいた。また、【依存症者に対する理解と身近さ】では、アルコール依存症について病気と理解できる者もいたが、飲酒の異常さに意志の弱さと思える者もいた。また病気を身近に感じている者もいたが、一方で自分が飲酒しないといった理由から実感がわきにくいといった意見もあった。また、アルコール依存症者の断酒については、テレビや CM など環境が与える影響について考え、【関与の必要性】では、周囲の理解や環境づくりの必要性を感じる者もいた。またアルコール依存症者の断酒にとどまらず、普段の飲酒について一人一人が気をつけなければならないと感じる者もいた。

表 3-3 討議内容に関する記述

<p>【依存症者への思い】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・目につくところに多くのアルコールの宣伝や、飲料水があるため、断酒は相当キツイと思うし、どれだけの思いで我慢しているのかと思うと想像がつかない。</li> <li>・テレビやCMでビールやCMが多いため、断酒している人はつらいのではないかと思った。</li> <li>・アルコール依存症本人だけでなく家族もつらい。</li> <li>・アルコール依存症の人に対して「だったら酒をやめりゃいいじゃん」って思うけど、そういう方は簡単にいうけれど、実際に行う方にしたら大変なんだ。</li> </ul>
<p>【依存症者に対する理解と身近さ】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サルの実験では精神依存の強さがわかったし、その中で断酒をしていくことが難しいことが理解できた。</li> <li>・今まで本人の意志でやめられるものだと思っていたけれど、やめることができない「病気」だと知った。</li> <li>・アルコール依存症は、自分の意志の問題だと思っていた。</li> <li>・アルコール依存症は病気であると言うけれど、本人の意志の弱さも大きな原因だと思う。</li> <li>・身体的異常が出てからもなお、飲酒を続けていることは本人の意志の弱さのように思える。</li> <li>・頑張れば、断酒できるもんなんだなどと思った。</li> <li>・アルコール依存症は、これまで自分には関係ないと思ったが、結構身近な病気であることがわかったし、恐いと思った。</li> <li>・近所にもそのような人がいるかもしれない。</li> <li>・いまいち、お酒を飲まないのが実感はわかかなかった。</li> </ul>
<p>【関与の必要性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・治療（回復）が困難なのに驚いた。＝個人では無理である。</li> <li>・断酒は個人が行うものだけれど、周りも病気を理解していくことが必要だと思った。</li> </ul>
<p>【飲酒問題への関与方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・（アルコール依存症者の）悩みを聞く。</li> <li>・（アルコール依存症の人には）酒を飲まないような環境を周りがつくる。</li> <li>・家族や友人など周りの人で、お酒を飲むような、アルコール依存症になりそうな人がいるなら、注意をうながしたり、（その人がお酒にのめりこむ前に）早め、早めに対処できるようにすることだと思う。</li> <li>・飲みすぎは、アルコール依存症につながる可能性があるため、自分も気をつけていくと同時に周りの人にもこの知識を伝えていく。</li> <li>・（飲酒問題を抱えている人もいるかもしれないので）お酒を進めすぎるのもよくない。</li> </ul>

## 2) 教育プログラム終了後の理解度

教育プログラム終了後の理解度チェックでは、「1. アルコール依存症とは生物学的変化としての病気である」が95%であったのを除き、正解率は100%であった。そのため、教育プログラム参加者は、アルコール依存症についての知識的理解は得られたものと判断した。

## 3) アルコール依存症についての病気の理解と重大性の認識

研究Iの課題としたように、回復の予測をする上でも、病気の重大性の認識ができないと、かえってネガティブな態度が増強する可能性がある。

介入群の病気の理解については表3-4に示す。更に「病気である」と回答し

た者のアルコール依存症に関する病気の「重大性」の変化は、表 3-5、表 3-6 に示す通りである。教育プログラム終了後には、殆どの者がアルコール依存症という病気の「重大性」を認識することができていた。

表 3-4 アルコール依存症とは (介入群)

	病気である	意志の問題である	わからない	合計
事前調査	14 (70.0%)	6 (30.0%)	0 (0.0%)	20 (100%)
事後調査 1	17 (89.5%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	19 (100%)
事後調査 2	17 (85.0%)	2 (10.0%)	0 (0.0%)	19 (100%)
事後調査 3	17 (89.5%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	19 (100%)

表 3-5 アルコール依存症という病気は深刻なものであると理解している

(介入群)

	まさにその通り	どちらかというと思う	どちらでもない	どちらかというと思わない	合計
事前調査	3 (23.1%)	8 (61.5%)	1 (7.7%)	1 (7.7%)	13 (100%)
事後調査 1	10(58.8%)	7 (41.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	17 (100%)
事後調査 2	10(58.8%)	7 (41.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	17 (100%)
事後調査 3	8 (50.0%)	8 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16 (100%)

表 3-6 アルコール依存症という病気は決して簡単に治療できるものではないと理解している (介入群)

	まさにその通り	どちらかというと思う	どちらでもない	どちらかというと思わない	全くそう思わない	合計
事前調査	1 (7.7%)	9 (69.2%)	2 (15.4%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	13 (100%)
事後調査 1	9 (52.9%)	7 (41.2%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	17 (100%)
事後調査 2	12(70.6%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	17 (100%)
事後調査 3	7 (41.2%)	9 (52.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1(5.9%)	17 (100%)

## 2. 教育プログラムによる介入効果の検討

### 1) 各尺度の信頼性の検討

「断酒している依存症者への態度 (6項目)」の内的整合性は、介入前で  $\alpha = .77$

であった。また「飲酒問題への関与（2項目）」については介入前で  $\alpha = .63$  であった。再検査信頼性については、得点の安定度を確認するため、対照群の1回目調査と2回目調査の尺度得点との相関を求めた。その結果、「断酒している依存症者への態度」  $r = .85$ , 「飲酒問題への関与」  $r = .56$  であった。「飲酒問題への関与」の相関係数はやや低くなったが、再検査信頼性は確認された。

## 2) 「断酒している依存症者への態度」の検討

「断酒している依存症者への態度（6項目）」の各平均値の推移は表3-7に示す通りである。「断酒している依存症者への態度」の介入効果では、平均値得点を従属変数とし、介入別と調査経過（事前・事後1・事後2・事後3）を独立変数とした2要因分散分析を実施した。また、交互作用の効果量を偏  $\eta^2$  として算出した。結果、「断酒している依存症者への態度」の介入の主効果は有意であり ( $F(1,44) = 6.5, p < .05$ )、介入群の得点が高いことがわかった。調査経過の主効果も有意で ( $F(2,103) = 4.9, p < .01$ )、経過に沿って得点が上昇した。また、介入別と調査経過の交互作用が認められた ( $F(2,103) = 7.2, p < .01$ , 偏  $\eta^2 = .141$ )。効果量としての偏  $\eta^2$  も大きな効果として認められた。下位検定の結果、単純主効果が認められたのは、介入群の調査経過 ( $F(3,132) = 10.5, p < .01$ ) で、多重比較の結果、全ての経過に介入後の得点が高く有意な改善が認められた ( $p < .05$ )。また、調査経過の介入別で有意差が認められたのは、事後調査1 ( $F(1,44) = 8.5, p < .01$ )、事後調査2 ( $F(1,44) = 7.9, p < .01$ )、事後調査3 ( $F(1,44) = 9.5, p < .01$ ) で、いずれも介入群の得点が高かった。よって教育的介入により介入群の態度がよりポジティブに改善されたため、仮説1は支持されたといえる。

表 3-7 「断酒している依存症者への態度（6項目）」の調査経過別平均値

		事前調査 平均値 (SD)		事後調査 1 平均値 (SD)		事後調査 2 平均値 (SD)		事後調査 3 平均値 (SD)	
断酒している 依存症者への態度	介入群	19.1	(3.46)	22.8	(4.06)	22.7	(3.96)	22.1	(3.63)
	対照群	19.2	(4.41)	18.7	(5.02)	19.0	(4.56)	18.5	(4.08)

次に「断酒している依存症者への態度」の各項目の平均値得点は表3-8に示す通りである。介入前にネガティブな態度は、「4.雇う」「6.家を貸す」であっ

た。

表 3-8 「断酒している依存症者への態度」各項目の調査経過別平均値

		事前調査	事後調査 1	事後調査 2	事後調査 3
		平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
1.施設 の建設	介入群	3.8 (1.1)	4.2 (0.8)	4.2 (0.8)	4.2 (0.8)
	対照群	4.1 (1.1)	3.8 (1.0)	3.7 (1.0)	3.8 (0.9)
2.奉仕 活動	介入群	3.9 (1.0)	4.4 (0.7)	4.2 (0.8)	4.2 (0.8)
	対照群	4.1 (0.9)	3.9 (0.9)	4.0 (0.8)	3.9 (0.8)
3.働く	介入群	3.2 (0.8)	3.7 (0.7)	4.0 (0.8)	3.6 (0.8)
	対照群	3.2 (0.8)	3.1 (0.9)	3.1 (0.9)	3.1 (1.0)
4.雇う	介入群	2.4 (0.9)	3.3 (0.8)	3.3 (1.0)	3.3 (0.8)
	対照群	2.3 (0.9)	2.3 (0.9)	2.6 (1.1)	2.4 (0.9)
5.近所 に住む	介入群	3.3 (0.9)	3.9 (1.0)	3.7 (0.8)	3.5 (0.8)
	対照群	3.3 (1.3)	3.2 (1.2)	3.2 (1.1)	3.0 (1.0)
6.家を 貸す	介入群	2.5 (1.1)	3.4 (1.0)	3.4 (1.0)	3.4 (0.8)
	対照群	2.3 (1.2)	2.3 (1.2)	2.5 (1.3)	2.4 (1.2)

また、「断酒している依存症者への態度」の項目別の介入効果を検討したところ以下の通りであった。

「1. 施設の建設」は介入の主効果は認められず ( $F(1,44)=1.1, n.s.$ )、調査経過の主効果も認められなかった ( $F(2,106)=0.1, n.s.$ )。介入別と調査経過の交互作用に有意差があり ( $F(2.4, 132)=3.1, p < .05$ , 偏  $\eta^2=.065$ )、介入別の調査経過で得点が異なり、介入群の得点が調査経過で上昇していた。下位検定の結果、単純主効果は介入群の調査経過でも認められなかった ( $F(3,132)=2.2, n.s.$ )。また調査経過の介入別でも有意差は認められなかった ( $F_s(1,44) < 3.5, n.s.$ )。

「2. 奉仕活動」については、介入の主効果は認められず ( $F(1,44)=1.1, n.s.$ )、調査経過の主効果も認められなかった ( $F(3,132)=0.7, n.s.$ )。介入別と調査経過の交互作用も認められなかった ( $F(3,132)=2.7, n.s.$ , 偏  $\eta^2=.057$ )。

「3. 働く」は、介入の主効果は有意であり ( $F(1,44)=6.9, p < .05$ )介入群の得点が高かった。調査経過の主効果には有意差は認められなかった ( $F(3,132)=2.2, n.s.$ )。介入別と調査経過の交互作用に有意差が認められ ( $F(3,132)=2.8, p < .05$ , 偏  $\eta^2=.059$ )、介入別の調査経過で得点が異なり、介入群

の得点が上昇していた。下位検定の結果、単純主効果が認められたのは、介入群の調査経過 ( $F(3,132)=4.3, p < .01$ )で、多重比較の結果、事前調査に比べ事後調査 2 で得点が高く介入後の有意な改善が認められた ( $p < .05$ )。また、調査経過の事後 1 ( $F(1,44)=6.0, p < .05$ )、事後 2 ( $F(1,44)=11.0, p < .01$ )において介入群の得点が高かった。

「4. 雇う」は、介入の主効果は有意であり ( $F(1,44)=8.2, p < .01$ )、介入群の得点が高かった。調査経過の主効果も有意で ( $F(3,132)=9.5, p < .01$ )、経過に沿って得点が増加した。介入別と調査経過の交互作用も認められ ( $F(3,132)=4.5, p < .05$ , 偏  $\eta^2=.092$ )、介入別の調査経過で得点が増加し、介入群の得点が調査経過で増加していた。下位検定の結果、単純主効果が認められたのは、介入群の調査経過 ( $F(3,132)=11.1, p < .01$ )で、多重比較の結果、事前調査に比べ事後調査 1, 2, 3 でそれぞれ得点が高く介入後に有意な改善が認められた ( $p < .01$ )。また、調査経過の事後調査 1 ( $F(1,44)=12.8, p < .01$ )、事後調査 2 ( $F(1,44)=4.2, p < .05$ )、事後調査 3 ( $F(1,44)=13.7, p < .01$ )において介入群の得点が高かった。

「5. 近所に住む」については、介入の主効果は認められず ( $F(1,44)=3.3, n.s.$ )、調査経過の主効果も認められなかった ( $F(3,132)=1.6, n.s.$ )。介入別と調査経過の交互作用も認められなかった ( $F(3,132)=1.7, n.s.$ , 偏  $\eta^2=.038$ )。

「6. 家を貸す」は、介入の主効果は有意であり ( $F(1,44)=7.6, p < .01$ )、介入群の得点が高かった。調査経過の主効果も有意で ( $F(3,132)=5.5, p < .01$ )、経過に沿って得点が増加した。介入別と調査経過の交互作用は認められ ( $F(3,132)=3.4, p < .05$ , 偏  $\eta^2=.187$ )、介入別の調査経過で得点が増加し、介入群の得点が調査経過で増加していた。下位検定の結果、単純主効果が認められたのは介入群の調査経過 ( $F(3,132)=7.6, p < .01$ )で、多重比較の結果、事前調査に比べ事後調査 1, 2, 3 でそれぞれ得点が高く、介入後に有意な改善がみとめられた (事前-事後調査 1 で  $p < .05$ , 事前-事後調査 2, 事前-事後調査 3 でそれぞれ  $p < .01$ )。また、調査経過の事後 1 ( $F(1,44)=10.5, p < .01$ )、事後 2 ( $F(1,44)=5.9, p < .05$ )、事後 3 ( $F(1,44)=9.5, p < .01$ )でいずれも介入群の得点が高かった。

### 3) 態度の関連因子の効果検討

態度の関連因子についての各平均値の推移は表 3-9 に示す通りである。各因子については、介入効果を明らかにするため、各因子を構成する項目の平均得点を従属変数とし、介入別と調査経過（事前・事後 1・事後 2・事後 3）を独立変数とした 2 要因分散分析を実施した。また、交互作用の効果量を偏  $\eta^2$  として算出した。結果、「飲酒問題への関与」については、介入の主効果で有意差は認められず ( $F(1,42)=2.6, n.s.$ )、調査経過の主効果で有意差は認められなかった ( $F(3,105)=0.97, n.s.$ )。介入別と調査経過の交互作用は認められ ( $F(3,105)=2.9, p < .05$ , 偏  $\eta^2 = .065$ )、効果量としての偏  $\eta^2$  も中程度の効果が認められていた。下位検定の結果、単純主効果が認められたのは、介入群の調査経過 ( $F(3,126) = 2.8, p < .05$ ) で、多重比較の結果、事前調査に比べ事後調査 1 で得点が高く、介入直後に有意な改善が認められた ( $p < .01$ )。また、調査経過の事後調査 1 ( $F(1,42) = 9.1, p < .01$ ) において介入群の得点が高かった。

「断酒継続の予測」については、介入の主効果は有意で ( $F(1,42)=7.6, p < .01$ )、介入群の得点が高かった。調査経過の主効果も有意で ( $F(3,126)=4.0, p < .01$ )、経過に沿って得点が増加した。介入別と調査経過の交互作用は認められなかった ( $F(3,126)=2.4, n.s.$ , 偏  $\eta^2 = .054$ )。効果量としての偏  $\eta^2$  はやや小さい効果であった。下位検定による多重比較の結果、介入群の事前調査に比べ事後調査 1 で得点が高く、介入後に有意な改善が認められた ( $p < .05$ )。

「周囲が依存症を経験する可能性」については、介入の主効果は認められず ( $F(1,44)=2.0, n.s.$ )、調査経過の主効果は有意であった ( $F(2,113)=2.9, p < .05$ )。また、介入別と調査経過の交互作用は認められなかった ( $F(3,113)=2.6, n.s.$ , 偏  $\eta^2 = .055$ )。効果量としての偏  $\eta^2$  はやや小さい効果であった。下位検定による多重比較も有意差は認められなかった。

よって仮説 2 は、「周囲が依存症を経験する可能性」を除き、部分的に支持されたといえる。



表 3-9 態度の関連因子の調査経過別平均値

		事前調査		事後調査 1		事後調査 2		事後調査 3	
		平均値 (SD)		平均値 (SD)		平均値 (SD)		平均値 (SD)	
周囲が依存症を経験する可能性	介入群	3.9	(1.37)	4.6	(1.05)	4.4	(0.94)	3.9	(1.21)
	対照群	3.8	(1.31)	4.0	(1.26)	3.5	(1.17)	3.8	(1.23)
断酒継続の予測可能性	介入群	3.3	(1.13)	4.5	(0.96)	4.3	(0.85)	4.1	(1.00)
	対照群	3.5	(1.14)	3.7	(0.93)	3.7	(1.05)	3.3	(1.07)
飲酒問題への関与	介入群	7.5	(1.00)	8.6	(1.35)	8.2	(1.77)	8.1	(1.62)
	対照群	7.4	(2.04)	7.1	(1.79)	7.5	(1.61)	7.6	(1.78)

### 【考察】

研究Ⅱでは、「断酒している依存症者への態度」を改善するため、態度に関連する3つの因子を教育プログラムに組み込み、対照群を設定して介入による効果を検証した。

#### 1. 「断酒している依存症者への態度」の介入効果

「断酒している依存症者への態度」は、教育的介入により持続的に態度が改善した。また、項目別においても、特に介入前にネガティブな態度であった「4.雇う」「6.家を貸す」は、介入後、平均値が3よりも大きいポジティブな態度になり、有意な改善が認められた。対象が学生であることから「雇う」「家を貸す」などのリアリティは持ちにくかったかもしれないが、身近な状況であることは、ある程度想定できたのではないかと考えられる。そのため、この態度改善は今回の教育プログラムの有効性として評価できると判断した。

尚、統計的に有意な改善が認められなかった「2.奉仕活動」は、介入前から充分ポジティブな態度得点であった。「5.近所に住む」も介入前からポジティブな態度得点であった。

#### 2. 態度の関連因子の介入効果

##### 1) 「飲酒問題への関与」について

「飲酒問題への関与」は、2要因分散分析実施後の多重比較において介入

群の調査経過に有意差が認められ、教育的介入直後に改善の効果があつた。

「飲酒問題への関与」に介入効果が認められたのは、アルコール依存症の病気としての理解や再発のきっかけ（対人関係が影響していること）が理解できたこと、また、当事者の参加による語りから、回復期に家族や周囲の関わりで回復できたことを聞いたことが影響していると考えられる。また、研究参加者が、集団討議などを通して、その関与の必要性や多様性を考える機会をもったことも影響していたと思われる。討議内容（表 3-3）から、「個人では無理」「周りも病気を理解することが必要」などの記載があつた。回復者に対する援助的関与には「悩みをきく」「飲まない環境をまわりがつくる」などがあげられていた。また、それだけでなく、アルコールの有害な使用の低減をめざす関与として「アルコール依存症になりそうな（気になる飲み方をしている）人がいたら、注意を促し、対処できるようにする」などがあげられ、普及啓発の関与としては、「アルコール依存症についての知識を共有する」などがあげられていた。このように、関与の必要性や多様性があると自己関与が見出しやすかつたのではないかと思われる。しかし一方で、討議法による介入方法では今回のように前向きな考えが多く表出される可能性もあるが、逆にその場の相互作用の影響を受け、同じような結果が得られない可能性もある。「飲酒問題への関与」について討議法を用いることでは、統制された見解が得られにくいことが問題として考えられる。

## 2) 「断酒継続の予測」について

「断酒継続の予測」では、2 要因分散分析実施後の多重比較において介入の調査経過に有意差が認められ介入直後の効果は認められた。「断酒継続の予測」について、今回の教育プログラムでは回復の困難さと回復の可能性を説得する両面提示としていた。また、長期間断酒しているアルコール依存症者との接触を体験することで、実際に断酒できることを実感できるよう試みた。教育プログラムを受けた研究参加者からは、「頑張れば断酒できるもんなんだ」といった回復を実感できる意見も討議内容から聞かれた。ではなぜ今回の介入効果は介入直後のみでその効果は持続しなかつたのか。Tania, Arens, Berger, & Rief (2008)は、統合失調症を主とする精神疾患について

生物学的な説明を行うと、対象者に対する不利な予後が導かれると報告している。今回の教育では、依存のメカニズムや断酒の困難さ、断酒継続率を提示し、また当時者の語りから「断酒していくことは安易なことではない」といった情報が教育プログラムの中で研究参加者に伝えられた。これにより、断酒継続の困難さや、病気の重大性の認識は安定的に定着したと思われるが、断酒継続の予測については前述の認識と拮抗するものであるため、十分な定着にまでいたらなかった可能性もある。

### 3) 「周囲が依存症を経験する可能性」について

「周囲が依存症を経験する可能性」では、2要因分散分析の実施により介入効果が認められなかった。「周囲が依存症を経験する可能性」では、お酒を飲めれば誰でも依存症になる可能性と多量飲酒のきっかけから類似性を強調した説得を行った。討議内容からも「結構身近な病気であることがわかった」「近所にもこのような人がいるかもしれない」といった意見が聞かれ、身近さを実感できていたといえる。しかしその反面、討議内容には「お酒を飲まないので実感がわからない」といった意見もあった。飲まない立場であるために偏見的態度の対象となっている者との類似性が認められず、結果として「周囲が依存症を経験する可能性」の変化にもつながらなかった可能性が指摘できる。

またこの認識は、介入直後には身近にアルコール依存症を感じられていたものが、その後の生活の中で、「アルコール依存症」といった言葉や当事者の事を聞く機会がなくなることにより、アルコール依存症の経験可能性に対する現実感が失なわれたことによるものであるとも考えられる。今回の研究参加者は、アルコール依存症者との日常的な接触経験率 2%と非常に低かったため、教育体験を裏付ける過去の体験がなかったことも現実感の急速な喪失に拍車をかけたのかもしれない。しかし日常的に飲酒問題を抱えていない限り、アルコール依存症に関する情報と接触する機会がないことも確かである。

#### 4) 介入効果の強化に向けて

今回の調査結果から、研究Ⅲに向けてプログラムの短縮化は可能と考えられるが、「断酒している依存症者への態度」の関連因子についての効果を高める内容を追加しておく必要がある。これについては、説得による態度変容の規定要因から改善を検討するなかで、メッセージの反復に着目した。受け手の態度や行動に脅威を与えない適度なメッセージを反復することは、受け手の好意的な思考を増すことにつながる（上野, 1991）。研究Ⅲでは、メッセージの内容に注意し、反復して説得を行うことが効果につながると考えられる。

#### 【要約】

研究Ⅱでは、「断酒している依存症者への態度」変容に及ぼす教育的介入の効果について、準実験的手法を用いて検討した。その結果、教育プログラムによる介入で、「断酒している依存症者への態度」は改善し、その効果も認められた。また、項目別の態度で介入前にネガティブであった「雇う」「家を貸す」は介入後に有意な改善効果が認められた。態度の関連因子である「飲酒問題への関与」「断酒継続の予測」「周囲が依存症を経験する可能性」については、「周囲が依存症を経験する可能性」を除き、教育的介入後の効果が認められた。

## 第4章

### 研究Ⅲ：「断酒している依存症者への態度」改善に向けた

#### 教育プログラムの開発②

#### —短縮版教育プログラムの検討—

#### 【課題】

##### 1. 教育プログラムの再構成と対象サンプル

研究Ⅲでは、研究Ⅱの介入効果を参考に実用化に向けた教育プログラムの確立を目ざす。またその際、研究Ⅱの結果をふまえ教育プログラムの改良も行う。改良にあたって、討議法では必ずしも同程度の効果を得ることは難しいと考えられるため、その手法を見直し飲酒問題への関与の提案を行う。また、態度の関連因子の効果の検討から、メッセージの反復に着目してプログラムの検討を行う。

##### 1) 介入方法の再検討

研究Ⅱでの課題を改善するため、時間・手法についての見直しを行った。プログラムの時間は、研究Ⅱでは120分で構成していたが、人びとが集まった場所で120分の教育プログラムを実施するのは困難で、受け入れ可能な時間は30分であった。これまでの精神障害者の教育や接触について、それぞれ10分程度の介入でも偏見的態度の対象となっている者への感情や態度に効果がある(Corrigan, Larson, Sell, Niessen, & Watson, 2007; Reinke, Corrigan, Leonhard, & Kubiak, 2004)。そのため今回の教育プログラムを教育(20分)、接触(10分)にまで短縮することにした。その際、研究Ⅱのプログラム構成はそのままに、各項目での詳細な説明や例示を簡略化し短縮化していくこととした。尚、短縮化にあたっては、アルコール依存症に関する専門家に内容(説得内容について誤解が生じる表現がないかや、実際の教材の構成について)の確認を行なった。

討議法を用いての「飲酒問題への関与」についてのアプローチは手法を変更し、飲酒問題への関与についての提案と質疑応答にとどめることにした。結論のあり方について榊(2002)は、“高度な内容を含まない時は、結論を保留にし

て相手に結論を出させた方がよい”と述べている。教育的介入の中で、多様な関与が見出せるように「たくさんお酒を飲んでいる人に」「お酒の問題に困っている人に」「断酒を目指している人に」とそれぞれにわけて提案の例示をだすものの、結論は保留にして個々に考えてみてほしいことを伝えるだけにした。

態度の関連因子の他の2つ（「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」）については反復した説得を行うことにした。方法については以下のようにした。「周囲が依存症を経験する可能性」については、教育的介入後にエタノールパッチテストを配布することにした。このパッチテストは、アルコールが体内で分解される過程のアセトアルデヒドを分解する酵素（ALDH2）の活性を簡易に判定できる。今回、手渡しパンフレット付きのASKアルコール体質判定セット（かんたんジェルパッチ）を使用することにした。これにより測定者は、自らの結果だけでなく、パンフレットを通して日本人の5～6割が依存症のリスクをもつ体質（ALDH2がフルに働く体質）であることを知ることができる。さらにこのパッチを2枚配布することにより、使用した人は身近な人と情報を共有することで「周囲が依存症を経験する可能性」が高まることが期待できると考えた。

「断酒継続の予測」については、教育的介入後にアルコール依存症者の回復に関して有名人が書いた新聞のコラム記事を配布することにした。精神障害者の改善された情報記事は、態度改善に効果があることが報告されている（Joann & Otto, 1996）。また、情報源効果から有名人の効果として、有名人が「視認性」「真実性」「魅力性」「権威」を有する場合、そうでない場合と比較して受け手の態度変容を起こしやすい事が報告されている（小泉, 1999）。そのため、今回、西原理恵子氏のコラム記事（朝日新聞（2009）. 漫画家・西原さん 亡き夫を支えた経験など語る 3月25日朝刊）を使用することにした。記事には家族の立場から「病気であること」「回復が可能であること」が記載されており、圧力の小さいメッセージと判断した。これにより、「断酒継続の予測」が高まることが期待できると考えた。尚、詳細な内容は、配布可能な手引きを作成した（資料2）。

## 2) 対象サンプル

研究Ⅲでは、民生委員を対象として追跡調査を実施し、対照群は設定しなかった。事後調査期間における統制が十分担保することができないと判断したからである。民生委員とは、社会福祉の増進のために、地域住民の生活状況の把握、生活困窮者の保護・指導、福祉事務所が行う業務への協力等を職務とする者をいう（広辞苑第5版）。民生委員は、地域住民の中でも特殊な団体で、一般化を検証するには結果に偏りが生じる可能性は否めなかったが、本研究では、介入効果を検証するための追跡可能性を重視し、一般化に向けた段階として対象を選定した。

上記の検討から、実用化に向けた教育プログラムの確立を目ざし、短縮版教育プログラムの効果を検証することを目的とする。またその際の仮説については、再構成した教育的介入により「断酒している依存症者への態度」や態度の関連因子に効果的に作用すれば、以下の仮説が導かれるとした。

教育プログラムを受けた者は、①「断酒している依存症者への態度」がよりポジティブになる、②態度の関連因子（「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」）がよりポジティブになる。

## 【方法】

### 1. 対象とデータの収集方法

#### 1) 研究参加者

A 県内民生委員とした。調査開始時点でのプログラム参加者は 93 名であった。その後、最後まで調査協力が得られたのは 69 名であった。男性 16 名 (67.8 ± 7.81 歳)、女性 53 名 (64.6 ± 6.74 歳) であった。日常的接触経験について、これまでアルコール依存症者との接触がある人は 35 名 (50.7%)、接触者との間柄 (複数回答) においては、近所 19 名 (27.5%)、友人 6 名 (8.7%)、親族 5 名 (7.2%)、職場・学校 4 名 (5.8%)、その他 6 名 (8.7%) であった。また、日常生活でアルコール依存症者を援助した経験をもつ者は 4 名 (5.8%) であった。

## 2) 調査手順

A 県内の民生委員会で研究協力の依頼を行い、承諾の得られた定例会で事前の質問紙調査を実施した。その後、短縮版教育プログラムを実施した。実施は、A 県内 2 ヶ所（いずれも会議室）で行い、1 回 30 分、「アルコール依存症について考える」教育プログラム実施手引き（短縮版）に沿って行った。また、介入 2 か月後、4 ヶ月後にそれぞれ郵送法にて質問紙調査を実施した。また、介入 2 ヶ月後の時点では、新聞記事およびエタノールパッチテスト 2 枚を同封した。調査時期は平成 24 年 2 月～7 月であった。調査の流れは、図 4-1 のように構成した<sup>7</sup>。尚、教育実施後の理解度チェックは時間の都合上実施することができなかった。

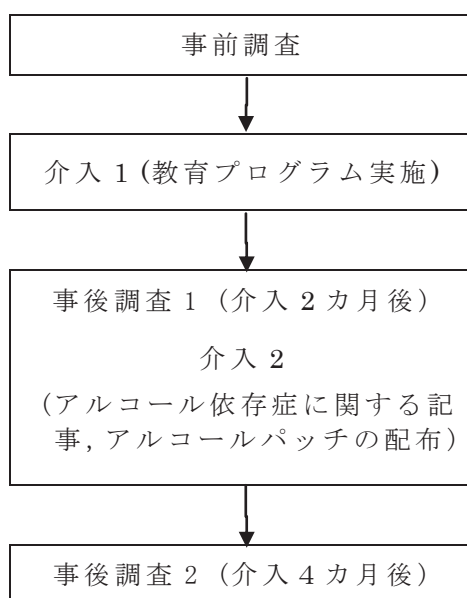


図 4-1 研究Ⅲの調査の流れ

## 3) 調査項目の構成

調査項目は、研究 I で使用した「断酒している依存症者への態度」の測定と、「態度の関連因子」の測定の項目を使用した。得点化についても研究 I と同様に、態度得点の判定については、「どちらでもない」の 3.0 点を中点とし、3 よりも大きければポジティブな態度、3 よりも小さければネガティブな態度とす

<sup>7</sup>研究Ⅲについては、調査依頼先との調整により、事後調査の時期を研究Ⅱと統一することができなかった。



ることとした(図 2-1)。その他については、表 2-1 と同様に「1. 病気の理解」の「1.1.アルコール依存症とは」で“病気である”と回答した場合には、「1.1.1.(発病の可能性)」と「1.1.2.(予後の理解)」を選択してもらう設定とした。

「2. 周囲が依存症を経験する可能性」については、竹島ほか(2007)の調査項目とその回答肢を参考に設定した。回答の得点化では、“全くない(1点)”から“非常に高い(6点)”とした。「3. 断酒継続の予測」および「4. 飲酒問題への関与」については、河野ほか(1987)の調査項目を参考に設定した。回答の得点化に際して、「3. 断酒継続の予測」は“全くそう思わない(1点)”から“まさにその通りだと思う(5点)”としたが、「4. 飲酒問題への関与」は、“まさにその通りだと思う(1点)”から“全くそう思わない(1点)”とした。

また、研究Ⅱで使用した「病気の重大性」の認識に関する項目も使用した。この項目については、アルコール依存症を「病気」と選択した場合に、「アルコール依存症という病気は深刻なものと理解している」「アルコール依存症という病気は決して簡単に治療できるものではないと理解している」の2設問とし、回答は「まさにその通りだと思う」から「全くそう思わない」までの5段階評定とした。

## 2. 分析方法

研究Ⅲでは、1つの集団(民生委員)の短縮版教育プログラムの効果を時間的経過の中で検討するため、態度や態度の関連因子について、それぞれ1要因分散分析を行った。また効果量として偏 $\eta^2$ も算出した。効果量の目安は、水本・竹内(2008)を参考に、偏 $\eta^2=.01$ (効果量小)、偏 $\eta^2=.06$ (効果量中)、偏 $\eta^2=.14$ (効果量大)とした。分析には、IBM PASW Statistics 18.0を使用した。

## 3. 倫理的配慮

### 1) 対象の人権擁護のための配慮

人権擁護の配慮については、研究参加者に以下のことを明示した。①研究対象者から得られたデータは研究目的以外に使用しない。②調査用紙記載にかかる時間は1回10分程度である。③研究への参加や中断は自由意志であり、それによってなんらかの不利益を被る事はない。④調査協力への同意は調査票の

回収をもって行う。⑤得られたデータは個人が特定できない形で統計的に処理し公開する。⑥結果は博士論文や学会などで公表する予定である。

## 2) 同意の取得方法

### ① 調査対象者に対して

介入前後で行う質問紙調査では、調査票とともに研究依頼文を送付した。調査依頼文には、調査の参加や中断が自由意思であることや、返送しないことによりなんらかの不利益を被ることはないことを明記した。調査項目には、個人を特定することとなる氏名や住所は含めておらず、集計・分析および発表の際でも統計的にまとめて分析したもののみを公表し、個人が特定できないようにする旨を伝えた。調査への協力が得られる場合、調査票を記入のうえ返信用封筒を使用して返送してもらうよう記載し、回収をもって同意を得たものとした。

### ② アルコール依存症者（当事者）

研究Ⅱと同様とした。

## 3) 個人情報の保護

研究Ⅱと同様とした。

4) 上記について、広島大学大学院総合科学部倫理委員会の承認を得た。

## 【結果】

### 1. アルコール依存症についての病気の理解と重大性の認識

アルコール依存症についての病気の理解は表 4-1 に示す。介入後には、病気の理解を得る者は増えていた。また、重大性の認識については、表 4-2, 表 4-3 に示す通りで、介入前から認識は高い傾向にあった。

表 4-1 アルコール依存症とは

	病気	意志の問題	分からない	合計
事前調査	47 (72.3%)	16 (24.6%)	2 (3.1%)	65 (100%)
事後調査 1	50 (82.0%)	9 (14.8%)	2 (3.3%)	61 (100%)
事後調査 2	56 (81.2%)	11 (15.9%)	2 (2.9%)	69 (100%)

表 4-2 アルコール依存症という病気は深刻なものであると理解している  
(介入群)

	まさに その通り	どちらかとい うとそう思う	どちら でもない	どちらかとい うとそう 思わない	合計
事前調査	30 (68.2%)	14 (31.8%)	0(0%)	0(0%)	44 (100%)
事後調査 1	38 (76.0%)	12 (24.0%)	0(0%)	0(0%)	50 (100%)
事後調査 2	37 (66.1%)	17 (30.4%)	2(3.6%)	0(0%)	56 (100%)

表 4-3 アルコール依存症という病気は決して簡単に治療できるものではないと理解している  
(介入群)

	まさに その通り	どちらかとい うとそう思う	どちら でもない	どちらかとい うとそう 思わない	合計
事前調査	23 (52.2%)	16 (36.4%)	4 (9.1%)	1 (2.3%)	44 (100%)
事後調査 1	31 (62.0%)	16 (32.0%)	3 (6.0%)	0 (0.0%)	50 (100%)
事後調査 2	33 (60.0%)	19 (34.5%)	2 (3.6%)	1 (1.8%)	55 (100%)

## 2. 短縮版教育プログラムによる介入効果の検討

### 1) 各尺度の信頼性

「断酒している依存症者への態度 (6項目)」の内的整合性は介入前で  $\alpha = .85$  であった。また「飲酒問題への関与 (2項目)」については  $\alpha = .50$  であった。

### 2) 「断酒している依存症者への態度」の検討

「断酒している依存症者への態度 (6項目)」の各平均値の推移は表 4-4 に示す通りである。「断酒している依存症者への態度」の介入効果を検討するため、事前調査から事後調査 2 の各平均値得点を用いた 1 要因分散分析 (被験者内計画) を実施した。また効果量として偏  $\eta^2$  を算出した。結果、「断酒している依存

症者への態度」は ( $F(2,136) = 3.6, p < .05$ )で経過にそって得点は上昇していたが、多重比較に有意差は認められなかった。また、効果量としての偏  $\eta^2$  は.043でやや小さい効果であった。しかし、教育的介入により「断酒している依存症者への態度」がよりポジティブに改善されたため、仮説 1 は支持されたといえる。

表 4-4 「断酒している依存症者への態度」調査経過別の平均値

	事前調査	事後調査 1	事後調査 2	1 要因の 分散分析	偏 $\eta^2$
	平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)		
断酒している依存症者への態度 (6 項目)	19.3 (4.1)	20.3 (4.3)	20.5 (4.6)	3.6, $p < .05$	.043
1 施設の建設	3.9 (0.9)	3.8 (1.0)	3.7 (0.9)	1.0, <i>n.s.</i>	.014
2 奉仕活動	4.1 (0.9)	4.2 (.09)	4.1 (0.9)	1.5, <i>n.s.</i>	.022
3 働く	3.2 (0.9)	3.6 (0.9)	3.5 (0.9)	3.8, $p < .05$	.053
4 雇う	2.6 (0.9)	2.8 (0.9)	3.0 (1.0)	5.8, $p < .01$	.078
5 近所に住む	3.0 (0.9)	3.1 (0.8)	3.3 (0.9)	5.4, $p < .01$	.074
6 家を貸す	2.5 (0.9)	2.7 (1.0)	2.9 (1.0)	6.0, $p < .01$	.081

1 要因分散分析の自由度は (2,136)

次に項目別の検討では、「断酒している依存症者への態度」において介入前の段階でネガティブな態度であったのは「4. 雇う」「6. 家を貸す」であった。

また項目別の介入効果の検討では、「3. 働く」「4. 雇う」「5. 近所に住む」「6. 家を貸す」で有意な差が認められた (表 4-4)。またこれらの効果量としての偏  $\eta^2$  も.053~.081 で中程度以上の効果が認められた。さらに、下位検定の結果、多重比較により、「3. 働く」については、事前調査に比べ事後調査 1 で得点が高く、介入後に有意な改善が認められた ( $p < .05$ )。「4. 雇う」については、事前調査に比べ事後調査 2 で得点が高く介入後に有意な改善が認められた ( $p < .05$ )。「5. 近所に住む」については、事前調査に比べ事後調査 2 で得点が高く有意な改善が認められた ( $p < .01$ )。「6. 家を貸す」については、事前調査に比べ事後調査 2 で得点が高く、有意な改善が認められた ( $p < .01$ )。

### 3) 態度の関連因子の介入効果の検討

態度の関連因子の各平均値の推移は表 4-5 に示す通りである。介入効果の検討については、事前調査から事後調査 2 までの各因子を構成する項目の平均得点を用いて 1 要因の分散分析 (被験者内計画) を実施した。また効果量として偏  $\eta^2$  を算出した。「周囲が依存症を経験する可能性」 ( $F(2,132)=0.3, n.s.$ ), 「断酒継続の予測」 ( $F(2,128)=2.7, n.s.$ ), 「飲酒問題への関与」 ( $F(2,120)=2.0, n.s.$ ) については、有意差は認められなかった。また効果量としての偏  $\eta^2$  も小さかった。よって仮説②は支持されなかったといえる。

表 4-5 態度の関連因子についての調査経過別の平均値

	事前調査 平均値 (SD)	事後調査 1 平均値 (SD)	事後調査 2 平均値 (SD)	偏 $\eta^2$
周囲が依存症を経験する可能性	2.4 (1.3)	2.3 (1.4)	2.3 (1.2)	.010
断酒継続の予測	3.5 (1.1)	3.8 (1.0)	3.9 (1.1)	.023
飲酒問題への関与	6.5 (1.7)	6.9 (1.6)	6.9 (1.9)	.006

### 【考察】

研究Ⅲでは、実用化に向けた教育プログラムの開発を旨とし、短縮版教育プログラムを構成してその効果を検証した。

#### 1. 短縮版教育プログラムによる「断酒している依存症者への態度」の介入効果

研究Ⅲについては、対照群の設定ができなかったが、対象と介入方法を変更し、プログラムの時間短縮を図るなかで介入効果を検証した。結果、「断酒している依存症者への態度」は介入後に有意に改善された。また、項目別では、介入前にネガティブな態度であった「4. 雇う」「6. 家を貸す」は、介入後にポジティブな態度までいかなかったが、これらの態度はいずれも有意に改善した。そのため、短縮版教育プログラムは態度改善に有効で実用化は可能と考えられた。

## 2. 短縮版教育プログラムによる態度の関連因子の介入効果

態度の関連因子について、全ての介入効果が認められなかったことについては、年齢の影響を受けた可能性もある。榊（2002）は複数の文献レビューの中で、男女ともに年齢の増加は被説得性の減少と関係していることを紹介している。今回の研究対象の平均年齢は、65.4歳であったことが、説得効果が低かったこととも関連している可能性がある。

また、短縮版教育プログラムの内容から各関連因子の効果については、「飲酒問題への関与」では、効果量が.006と他の因子と比較して最も小さくなっていた。「飲酒問題の関与」は、他の因子と比較して認識が変わりにくい因子である可能性もある。今回の教育プログラムでは「飲酒問題への関与」についての提案を行い、飲酒関与の動機付けにとどまるだけで、結論を導くまでは含めていなかった。そのため、今後の改良では短縮した時間のなかで思考を整理する機会をプログラム内に設けることが必要ではないかと思われる。

「断酒継続の予測」については、新聞の関連記事を配布し、メッセージの反復を行うなかで効果の改善をはかった。その結果、介入後の効果は認められなかったが、態度に関連する3つの因子の中では効果量が最も高かった。しかも、調査経過別平均値（表4-5）は、介入後、時間の経過とともに介入効果が衰微する傾向はなかった。これは、教育プログラムの中で「断酒継続の予測」への効果設定とした「a アルコール依存症の経過と回復（アルコール依存症の経過、治療における断酒の必要性、断酒継続率の推移、再飲酒のきっかけ）」の内容が説得できたためだと考えられる。そのため、「断酒継続の予測」について、プログラムの改良は必要ないと判断した。

「周囲が依存症を経験する可能性」については、新たにエタノールパッチテストを配布した。今回は、パッチテストの使用状況についての確認までは行っていないことから、使用効果であるとは考えられない。しかし、「周囲が依存症を経験する可能性」についての得点の平均値は全く変化していないことから、使用の有無に関わらず、教育による変化は受けにくかったのではないかと思われる。

## 【要約】

研究Ⅲでは、教育プログラムの実用化に向けて時間の短縮を図るなかで、対象、手法の変更を行い、教育的介入を実施し「断酒している依存症者への態度」とその関連因子から効果を検証した。結果、短縮版教育プログラムによる介入で「断酒している依存症者への態度」は有意に改善した。また、項目別においてもネガティブな態度は全て有意に改善した。そのため教育プログラムの実用化は可能であると考えられる。また態度の関連因子については有意な改善が認められなかった。特に効果が小さくなった「飲酒問題への関与」については今後プログラムの改善が必要と考えられる。

## 第5章

### 研究Ⅳ：教育プログラムの映像化に向けた検討

#### —映像版教育プログラムの検討—

#### 【課題】

##### 1. 映像版教育プログラムの検討

第4章の短縮版教育プログラムを普及させる上で「手引き」を配布してもその活用に限界があることから、第5章では教育プログラムの内容の統一化をはかり、かつ簡便に広く活用していけるように映像化を試みた。映像化に向けた検討を以下のように行った。

##### 1) 映像版教育プログラムに向けたプログラムの修正

教育内容を映像化することの効果については、これまで精神障害者に対する態度に、教育・接触体験とも短時間でのビデオ効果は認められている（小平・伊藤・松平, 2007; Chan, Mak, & Law, 2009）。しかし一方で、精神障害者との接触体験については、直接接触と間接接触を比較すると、直接接触の方が効果は高いことも報告されている（Reinke et al., 2004）。そのため、教育内容については、研究Ⅲと同様な内容や時間（教育20分、研究Ⅲと同様の当事者の語り10分）に設定するが、映像教材にすることにより、その効果は直接効果と異なる可能性がある。そのため、今回の調査設計については、対照群を設定して介入効果を検討する必要があると考えた。また、対照群を設定しての追跡調査が可能な対象として、大学生を対象にすることとした。

「飲酒問題への関与」については、その効果を高めるため、飲酒問題への関与方法について考えをまとめる機会をプログラム内に設けることにした。また、その方法としてDVD教材を視聴後、ワークシートへの記入を導入することにした。Karpicke & Blunt (2011)は、単に記憶するだけよりも、テーマをもとに自分の考えをまとめて書く方が、論理的な結論への持続効果が高くなることを報告している。そのため、自己関与のあり方を導くワークシートを設定した。ワークシートの内容については、最初に状況を想定しやすくするため、人びとの理解や態度が依存症者に及ぼす影響について考えてもらう項目を設定し、そ



のうえで「飲酒問題への関与」を教育のなかで提案した3つの項目にそって考えてもらうように以下のように設定した。ワークシートは、B5用紙に1枚で自由記載として設定した。また、DVD視聴後に約5分程度で考えをまとめて記載できるようにした。

#### 【ワークシート】

1. アルコール依存症に対する人々の理解や態度は、アルコール依存症者の「断酒」に影響すると思いますか。 1. 思う, 2. 思わない

「1.思う」と答えた人は、人々の理解や態度がどのように影響すると思いますか。

2. あなたや周囲ができることはどのようなことだと思いますか。

- ① たくさんお酒を飲んでいる人に。
- ② お酒の問題で困っている人に。
- ③ 断酒を目ざしている人に。

#### 2) 理解度チェックの修正

研究Ⅱで使用した理解度チェックから、以下の①～④を削除し、6項目で再構成した(表5-1)。削除した理由について、①②については、ワークシートの内容からその理解を推察することが可能と判断した。③④に関しては、プログラムの短縮化にあたり項目の内容を言及していないため削除した。

#### 【削除項目】

- ①アルコール依存症の依存は精神依存のみである。
- ②アルコール依存症者の精神依存の程度は、アルコール依存症でない人の「飲みたい」と同程度である。
- ③アルコール依存症には中年男性になる。
- ④地域にはアルコール依存症者のための自助グループがある。

表 5-1 理解度チェックリスト

- 
1. アルコール依存症とは生物学的変化としての病気である。
  2. アルコール依存症には意志の弱い人になる。
  3. アルコール依存症の治療には断酒が不可欠である。
  4. アルコール依存症は再発しやすい。
  5. アルコール依存症の断酒継続は可能である。
  6. アルコール依存症は地域住民に正しい理解が得られやすい。
- 

### 3) 対象サンプル

研究Ⅳの対象には、1)で述べたように対照群を設定して介入効果を検討することが必要であるため、大学生を対象とした。

上記の検討に沿い、研究Ⅳでは研究Ⅲと同様の教育内容を映像化し、その効果を検証する。また、再構成した教育的介入により、「断酒している依存症者への態度」や態度の関連因子に効果的に作用すれば、以下の仮説が導かれる。教育プログラムを受けた者は、①「断酒している依存症者への態度」がよりポジティブになる、②態度の関連因子（「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」）がよりポジティブになる。

## 【方法】

### 1. 対象とデータの収集方法

#### 1) 研究参加者

対象は、A大学1,2年生（看護学部、薬学部、工学部）とした。調査開始時点での参加者は92名（介入群46名・対照群46名）で、最後まで協力が得られたのは75名（介入群39名、対照群36名）であった。性別は男性13名（17.3%）、女性62名（82.7%）で、平均年齢は18.6（±0.63）歳であった。学部は、看護学部47名、薬学部25名、工学部3名であった。アルコール依存症者と日常的な接触経験を持つ者は、介入群4名（10.3%）、対照群3名（8.3%）であった。接触者との間柄（複数回答）については、「身内」が5名（71.4%）、友人が1名（14.3%）、

その他 2 名 (28.6%)であった。また、関わり方 (複数回答)については、「話をした」4 名 (57.1%), 「見舞いにいった」2 名 (28.6%), 「悩みを聞いた」1 名 (14.3%)であった。

## 2) 調査手順

調査協力の呼びかけを行い、調査説明会で協力の依頼を行った。調査説明会と1回目の調査の実施は、参加者がプログラムに参加できる時間を選定し3回に分けて実施した。また、調査協力依頼の際には、介入群になった場合、教育内容について調査終了後まで対照群の人と共有しないことをお願いした。また、対照群になった場合、希望者には、調査終了後、教育内容を伝える機会を持つことを約束した。同意が得られた者に対して無作為に介入群と対照群の振り分けと事前の質問紙調査を実施した。その後、介入群には残ってもらい教育プログラムの DVD 視聴とワークシートの記載を行った。また、その後の質問紙調査は、教育プログラム実施の2カ月後、4ヶ月後にそれぞれ行った。介入4カ月後の時点では、アルコール依存症に関する記事とエタノールパッチテスト (2枚)を配布した。尚、対照群も同時期に調査のみ実施し、介入群との差を比較した。調査時期は平成24年6月～平成24年10月であった。調査の流れは、図5-1のように構成した。

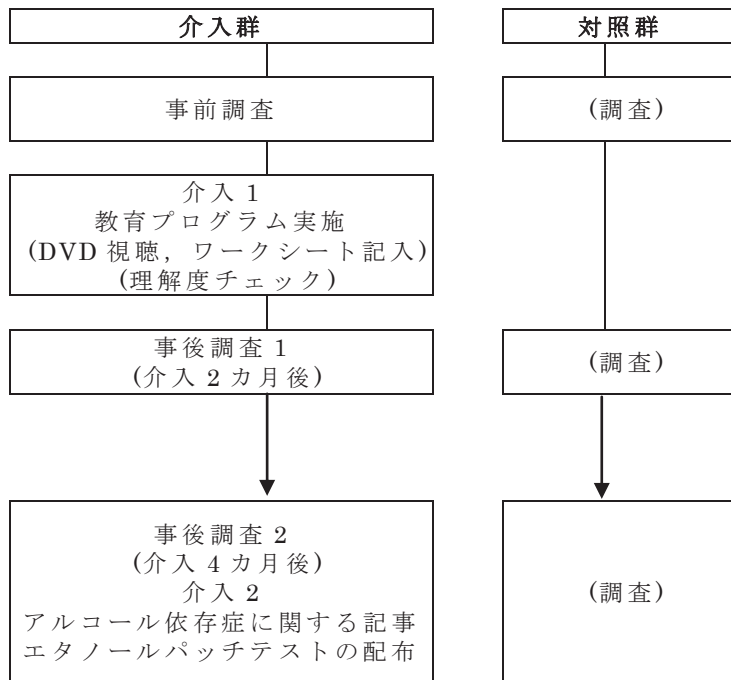


図 5-1 研究Ⅳの調査の流れ

### 3) 調査内容

調査項目は、研究Ⅰで使用した「断酒している依存症者への態度」の測定と、「態度の関連因子」の測定の項目を使用した。得点化についても研究Ⅰと同様に、態度得点の判定については、「どちらでもない」の 3.0 点を中点とし、3 よりも大きければポジティブな態度、3 よりも小さければネガティブな態度とすることにした (図 2-1)。その他については、表 2-1 と同様に「1. 病気の理解」の「1.1.アルコール依存症とは」で“病気である”と回答した場合には、「1.1.1. (発病の可能性)」と「1.1.2. (予後の理解)」を選択してもらう設定とした。これは、病気の理解の程度を確認するために項目として選定した。

「2. 周囲が依存症を経験する可能性」については、竹島ほか (2007)の調査項目とその回答肢を参考に設定した。回答の得点化では、“全くない (1 点)” から“非常に高い (6 点)”とした。「3. 断酒継続の予測」および「4. 飲酒問題への関与」については、河野ほか (1987)の調査項目を参考に設定した。回答の得点化に際して、「3. 断酒継続の予測」は“全くそう思わない (1 点)”から“まさにその通りだと思う (5 点)”としたが、「4. 飲酒問題への関与」は、“まさ

にその通りだと思う (1点)”から“全くそう思わない (5点)”とした。

また、研究Ⅱで使用した「病気の重大性」の認識に関する項目も使用した。この項目については、アルコール依存症を「病気」と選択した場合に、「アルコール依存症という病気は深刻なものと理解している」「アルコール依存症という病気は決して簡単に治療できるものではないと理解している」の2設問とし、回答は「まさにその通りだと思う」から「全くそう思わない」までの5段階評定とした。

#### 4) 分析方法

研究Ⅳでは、先ず学部別による介入効果を確認するため、学部別と介入別および調査経過を比較する3要因分散分析を実施した。その際の従属変数は各変数得点とし、独立変数を学部別（工学部は3名であるため、それを除いた看護学部と薬学部）と介入の有無と調査経過（事前調査、事後調査1、事後調査2）とした。更に3要因分散分析で学部別の効果に違いがないことを確認したうえで、介入別と調査経過を比較する2要因の分散分析を実施した。その際、看護学部・薬学部だけでなく工学部3名も加えて分析を行った。また、その後の検定については、結果にもとづき、単純主効果の検定やBonferroniの多重比較を行った。なお自由度の調整には、Greenhouse-Geisser法を用いた。さらに、2要因分散分析による交互作用の偏 $\eta^2$ も算出した。効果量の目安は、水本・竹内(2008)を参考に、偏 $\eta^2=.01$ (効果量小)、偏 $\eta^2=.06$ (効果量中)、偏 $\eta^2=.14$ (効果量大)とした。

分析には、IBM PASW Statistics 18.0を使用した。

## 2. 倫理的配慮

### 1) 対象の人権擁護のための配慮

人権擁護のための配慮については、研究参加者に以下のことを明示した。①研究対象者から得られたデータは研究目的以外に使用しない。②調査用紙記載にかかる時間は1回10分程度である。③研究への参加や中断は自由意志であり、それによってなんらかの不利益を被る事はない。④調査協力への同意は調査票の回収をもって行う。⑤得られたデータは個人が特定できない形で統計的

に処理し公開する。⑥結果は博士論文や学会などで公表する予定である。

また、DVDに協力を依頼する当事者に以下のことを明示した。①撮影する時間は10分程度である。②撮影した映像は、研究目的に使用する。またその他に教育目的で使用する際には、使用前に必ず連絡をして当事者の許可を得てから使用する。③録画は教室内で行い、収録後は映像を確認して必要であれば取り直しを行う。④本研究への参加や中断は自由意思であり、それによってなんら不利益を被ることはない。

## 2) 同意の取得方法

調査対象者に対して介入前後で行う質問紙調査では、調査票とともに研究依頼文を同封した。調査依頼文には、調査の参加や中断が自由意思であることや、返送しないことによりなんらかの不利益を被ることはないことを明記した。調査項目には、個人を特定することとなる氏名や住所は含めておらず、集計・分析および発表の際しても統計的にまとめて分析したもののみを公表し、個人が特定できないようにする旨を伝えた。調査への協力が得られる場合、調査票を記入のうえ鍵付きのレポートボックス、もしくは研究室前の回収ボックスに投函してもらうよう記載し、回収をもって同意を得たものとした。なお、研究室前の回収ボックスは投入口から取り出しができないように設定し、1日に2回は調査票を回収した。

## 3) 個人情報の保護等について

研究Ⅱと同様とした。

4) 上記について、広島大学大学院総合科学部倫理委員会の承認を得た。

## 【結果】

### 1. 教育プログラムの内容についての理解

#### 1) ワークシートの内容から

ワークシートの記載内容の一部を表5-2と表5-3に示す。人びとの理解や態

度がアルコール依存症者に与える影響については、無理解や偏見が及ぼす影響と、理解や協力的な態度が及ぼす影響について回答が得られていた。

人びとの無理解や偏見は、アルコール依存症者にストレスを与えることや、再発につながる可能性があることがあげられていた。また、人びとの理解や協力は、アルコール依存症者の意志が強くもてることや断酒につながるものがあげられていた。飲酒問題への関与方法については、〈たくさんお酒を飲んでいる人に〉〈お酒の問題に困っている人に〉〈断酒を目指している人に〉にそって記載をまとめた（表 5-3）。〈たくさんお酒を飲んでいる人に〉では、飲酒回避に協力したり、受診勧奨や情報提供をすることなどがあげられていた。〈お酒の問題に困っている人に〉でも、飲酒回避の協力についてのほか、飲酒の危険性についての情報提供や、話をきくなどの対応についてあげられていた。〈断酒を目指している人に〉では、断酒が継続できるように協力することや、相談にのること、支援することなどがあげられていた。

表 5-2 人びとの理解や態度がアルコール依存症者にどのように影響すると思うか

	(記載内容)
人びとの偏見や無理解	<ul style="list-style-type: none"> <li>・軽蔑する目とかだと思ふ。普通と違うと考える周りの人の態度は本人も気づいてるだろうから、人間関係のストレスとなる。</li> <li>・無理やりお酒を飲ましたり、お酒の場にアルコール依存症者を連れていく事によって、断酒ができなくなり再発すると思ふ。</li> <li>・アルコール依存症は本人の気持ちの問題と決めつけてしまつては病気で苦しんでいるのに理解してもらえないとむなしく感じ、断酒しないでもいいかなと思わせてしまうかもしれない。</li> <li>・周りがその人がアルコール依存症だからと言つて、その人に対する態度を極端に変えたりすると、患者本人が悲観的になってしまい、余計アルコールに救いを求めて抜けだせなくなると思ふ。手をさしのべてあげることが大切だと思つた。</li> </ul>
人びとの理解や協力	<ul style="list-style-type: none"> <li>・依存症だからと言つて孤立させるのではなく、みんなで協力し支え合うことで自分の意志をより強く持つてると思ふ。</li> <li>・周りの人の理解、支えがないとアルコール依存症は断酒には近づく事ができない。そのためにも周りの人々は、アルコール依存症者がどんな気持ちでいるのかを配慮すべきであると思つた。</li> <li>・依存症による結末がどのようなものなのか、間接的に分からせる態度が影響すると思ふ。</li> </ul>

表 5-3 飲酒問題への関与方法について

	(記述内容)
<たくさんお酒を飲んでいる人>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・極力、飲みに誘わないようにして、酒以外のことで楽しく過ごす。</li> <li>・自分も一緒に飲まない。酒の話はしない。はげまさない。</li> <li>・病院を受診するよう言う。</li> <li>・依存症であるかもしれないことを指摘してあげる。</li> <li>・「ほどほどにしろ」と注意する。</li> <li>・量を減らすように言う。</li> <li>・「心配だよ」と声をかけてあげる（やさしさを相手に伝える）。</li> </ul>
<お酒の問題で困っている人>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲み会などの話をしないように心掛ける。</li> <li>・お酒を手にしなないことが一番大切だと感じました。お酒を買わない事も必要だと思いました。</li> <li>・病院に行くように勧める。</li> <li>・アルコール依存の恐ろしさを教えてあげる。</li> <li>・お酒の危険性を伝える。</li> <li>・悩んでいる人には話を聞いてあげる。解決に協力する。</li> <li>・話を聞いてあげて、一緒に改善の策を考えてあげる。</li> <li>・話を聞いてあげる。</li> </ul>
<断酒を目指している人>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域に断酒のサークルなどがいないか一緒に探したり、その人にお酒の話題を出さない。</li> <li>・お酒のある場に連れて行かずに、断酒継続ができるようにサポートする。同じ状況にある人と話す場を設ける。</li> <li>・他の娯楽で発散させたり、気を紛らわすことを促す。見張ってあげる。</li> <li>・周りで酒の話を出さずなるべくストレスの起こらないような行動を促す。</li> <li>・自分も飲まないようにし1人だけでないことをみせる。</li> <li>・相談にのってあげたり、その人と一緒にいる時はお酒を飲まないようにする。</li> <li>・強い意志を持つように話をする。</li> <li>・断酒してから半年、1年と、良い区切りの時には知らせて褒める。</li> <li>・断酒の継続は難しいので一緒に支えてあげる。</li> <li>・断酒をしている事を隠さずに周りの人に言う事で、周りの人から協力が得られるようにする。</li> <li>・お酒のない環境をつくり続けてあげること。</li> <li>・一緒にアルコール依存症に対する考えを話し合っ、互いにどんな事に注意すべきか話し合う。</li> </ul>



### 3) 教育プログラム終了後の理解度

教育プログラム終了後の理解度チェックの正解率は表 5-4 に示す通りである。研究Ⅱよりも理解度は下がったものの、全ての項目で 90%以上の正解率が得られていたことから、映像教材の内容は理解していたといえる。

表 5-4 理解度チェックの正解率

	正解率 (%)
1. アルコール依存症とは生物学的変化としての病気である	93.3
2. アルコール依存症には意志の弱い人になる	90.0
3. アルコール依存症の治療には断酒が不可欠である	93.3
4. アルコール依存症は再発しやすい	100.0
5. アルコール依存症の断酒継続は可能である	96.7
6. アルコール依存症は地域住民に正しい理解が得られやすい	96.7

### 4) アルコール依存症についての病気の理解と重大性の認識

病気の理解については、教育プログラム終了後に殆どの者が「病気」と理解できていた (表 5-5)。病気の重大性についての認識の変化は、表 5-6, 表 5-7 に示す通りである。「病気の深刻性」については、介入後に認識するものは増えていたが、「治療の困難さ」については、介入後に困難さをあまり感じない人もいた。

表 5-5 アルコール依存症とは (介入群)

	病気	意志の問題	分からない	合計
事前調査	19 (48.7%)	17 (43.6%)	3 (7.7%)	39 (100%)
事後調査 1	31 (86.1%)	5 (13.9%)	0 (0%)	36 (100%)
事後調査 2	32 (86.5%)	5 (13.5%)	0(0%)	37 (100%)

表 5-6 アルコール依存症という病気は深刻なものであると理解している (介入群)

	まさにその通り	どちらかというと思う	どちらでもない	どちらかというと思うわけではない	合計
事前調査	9 (47.4%)	10 (52.6%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (100%)
事後調査 1	17 (54.9%)	13 (41.9%)	0 (0%)	1 (3.2%)	31 (100%)
事後調査 2	22 (68.8%)	9 (28.1%)	0 (0%)	1 (3.1%)	32 (100%)

表 5-7 アルコール依存症という病気は決して簡単に治療できるものではないと理解している (介入群)

	まさにその通り	どちらかというと思う	どちらでもない	どちらかというと思わない	全くそう思わない	合計
事前調査	11 (57.9%)	7 (36.8%)	0 (0%)	1 (5.3%)	0 (0%)	19 (100%)
事後調査 1	17 (54.9%)	9 (29.0%)	1 (3.2%)	3 (9.7%)	1 (3.2%)	31 (100%)
事後調査 2	24 (75.0%)	4 (12.5%)	1 (3.1%)	1 (3.1%)	2 (6.3%)	32 (100%)

## 2. 映像版教育プログラムによる介入効果の検討

### 1) 各尺度の信頼性の検討

「断酒している依存症者への態度」(6項目)の内的整合性は介入前で  $\alpha = .80$  であった。また「飲酒問題への関与」(2項目)については  $\alpha = .56$  であった。「飲酒問題への関与」については、項目数が少ないために  $\alpha$  係数がやや低いものになったと考える。

再検査信頼性については、対照群の1回目調査と2回目調査の尺度得点との相関を求めた。その結果、「断酒している依存症者への態度」 $r = .74$ 、「飲酒問題への関与」 $r = .45$  であった。「飲酒問題への関与」の相関係数はやや低くなったが、再検査信頼性は確認された。

### 2) 学部間での介入効果の検討

研究IVでは3つの学部の学生を対象とした。そのため介入効果を検討する前に、学部間の介入効果の違いを確認した。確認した因子は、「断酒している依存症者への態度(6項目)」「断酒している依存症者への態度」の各項目別、態度の3つの関連因子(「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」「周囲が依存症を経験する可能性」)であった。分析には3要因の分散分析を使用し、従属変数は各因子の平均値得点として、独立変数は、学部別(工学部3名を除き、看護学部47名と薬学部25名)、介入の有無、調査経過(事前、事後1, 2)とした。結果、全ての従属変数において、学部の主効果は認められず ( $F_s < 1.68, n.s.$ )、調査経過と学部別の交互作用 ( $F_s < 2.97, n.s.$ )や介入別と学部別の交互作用 ( $F_s <$

1.55, *n.s.*)も認められなかった。さらに、調査経過と介入別および学部別の交互作用は認められなかった ( $F_s < 2.58$ , *n.s.*)。そのため、その後の分析では、学部の因子を考慮せず、介入別と調査経過の2因子の分析を行うこととした。

### 3) 「断酒している依存症者への態度」の検討

「断酒している依存症者への態度 (6項目)」の各平均値の推移は、表 5-8 に示す通りである。「断酒している依存症者への態度」の介入効果の検討については、各態度得点を従属変数とし、介入別と調査経過 (事前・事後 1・事後 2) を独立変数とした 2 要因分散分析を実施した。また、交互作用の効果量を偏  $\eta^2$  として算出した。結果、「断酒している依存症者への態度」は、介入の主効果が有意で ( $F(1,73)=4.5$ ,  $p < .05$ ) 介入群の得点が高かった。調査経過の主効果も有意で ( $F(2,146)=13.6$ ,  $p < .01$ ) 経過に沿って得点が増加していた。介入別と調査経過の交互作用は認められなかった ( $F(2,146)=2.7$ , *ns*, 偏  $\eta^2 = .036$ )。効果量としての偏  $\eta^2$  はやや小さい効果となっていた。下位検定の結果、多重比較により、介入群の事前調査に比べ事後調査 1 で得点が高く有意な改善が認められた ( $p < .05$ )。また、事前調査に比べ事後調査 2 でも得点が高く有意な改善が認められ ( $p < .01$ )、事後調査 1 に比べ事後 2 で得点が高く有意な改善が認められた ( $p < .05$ )。

よって、介入群の態度の改善効果は認められ、仮説①は支持された。

表 5-8 「断酒している依存症者への態度 (6項目)」の調査経過別平均値

		事前調査 平均値 (SD)		事後調査 1 平均値 (SD)		事後調査 2 平均値 (SD)	
断酒している 依存症者への態度	介入群	17.8	(3.5)	19.9	(4.1)	21.2	(4.0)
	対照群	17.0	(4.4)	17.6	(5.0)	18.3	(4.6)

次に、「断酒している依存症者への態度」項目の平均値は、表 5-9 に示す通りで、介入前にネガティブな項目は、「3.働く」「4.雇う」「5.近所に住む」「6.家を貸す」であった。

表 5-9 「断酒している依存症者への態度」各項目の調査経過別平均値

			事前調査	事後調査1	事後調査2
			平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)
1	施設の建設	介入群	3.8 (1.1)	3.9 (1.1)	3.9 (0.9)
		対照群	3.7 (1.1)	3.5 (1.2)	3.6 (1.1)
2	奉仕活動	介入群	4.2 (1.1)	4.4 (0.7)	4.3 (0.8)
		対照群	3.8 (1.1)	3.8 (1.1)	3.8 (0.9)
3	働く	介入群	2.9 (1.1)	3.3 (1.0)	3.7 (1.0)
		対照群	2.7 (1.1)	3.0 (1.1)	2.9 (1.1)
4	雇う	介入群	2.0 (0.9)	2.6 (1.2)	3.1 (0.9)
		対照群	1.9 (0.9)	2.3 (1.1)	2.4 (1.0)
5	近所に住む	介入群	2.7 (1.0)	3.1 (1.1)	3.2 (1.0)
		対照群	2.7 (1.1)	2.7 (0.9)	3.1 (1.0)
6	家を貸す	介入群	2.2 (1.1)	2.6 (1.2)	2.9 (1.1)
		対照群	2.1 (1.2)	2.3 (1.1)	2.5 (1.2)

また、項目別の集計を行い、介入効果を検討したところ以下のものであった。

「1.施設の建設」については、介入の主効果が認められず ( $F(1,73)=2.06$ ,  $n.s.$ )、調査経過の主効果も認められなかった ( $F(2,146)=0.06$ ,  $n.s.$ )。また、介入別と調査経過の交互作用 ( $F(2,146)=0.87$ ,  $n.s.$ , 偏  $\eta^2=.012$ )も認められなかった。

「2.奉仕活動」については、介入の主効果が有意で ( $F(1,73)=7.4$ ,  $p < .01$ )、介入群で得点が高かった。しかし、調査経過の主効果は認められず ( $F(2,146)=0.26$ ,  $n.s.$ )、介入別と調査経過の交互作用も認められなかった ( $F(2,146)=0.1$ ,  $n.s.$ , 偏  $\eta^2=.007$ )。

「3.働く」については、介入の主効果が有意で ( $F(1,73)=7.0$ ,  $p < .01$ )、介入群の得点が高かった。調査経過の主効果も有意で ( $F(1,73)=5.2$ ,  $p < .05$ )、経過に沿って得点が増加した。しかし介入別と調査経過の交互作用は認められなかった ( $F(2,146)=3.0$ ,  $n.s.$ , 偏  $\eta^2=.039$ )。下位検定による多重比較の結果、介入群の事前調査に比べ事後調査2で得点が高く有意な改善が認められた ( $p < .01$ )。また、事後調査1に比べ事後調査2でも得点が高く有意な改善が認められた ( $p < .01$ )。

「4.雇う」については、介入の主効果が有意で ( $F(1,73)=3.7$ ,  $p < .05$ )、介入群の得点が高かった。調査経過の主効果も有意で ( $F(2,146)=22.5$ ,  $p < .01$ )、

経過に沿って得点が上昇した。介入別と調査経過の交互作用 ( $F(2,146)=3.6, p < .05$ , 偏  $\eta^2=.047$ )は認められた。下位検定の結果, 単純主効果が認められたのは, 介入群の調査経過 ( $F(2,146)=22.7, p < .01$ ), 対照群の調査経過 ( $F(2,146)=4.2, p < .05$ )であった。多重比較の結果, 介入群の全ての経過において介入後に有意な改善が認められた ( $p < .01$ )。また, 事後調査 2 の介入群別 ( $F(1,73)= 11.2, p < .01$ )で有意差が認められ介入群の得点が高かった。

「5.近所に住む」については, 介入の主効果は認められなかった ( $F(1,73)=0.43, n.s.$ )。調査経過の主効果は有意で ( $F(2,146)=9.6, p < .01$ )経過に沿って得点が増加していた。介入別と調査経過の交互作用は認められなかった ( $F(2,146)=1.9, n.s.$ , 偏  $\eta^2=.026$ )。

「6.家を貸す」については, 介入の主効果は認められなかった ( $F(1,73)=1.8, n.s.$ ), 調査経過の主効果は有意で ( $F(2,146)=6.4, p < .01$ ), 経過に沿って得点が増加していた。介入別と調査経過の交互作用は認められなかった ( $F(2,146)=1.5, n.s.$ , 偏  $\eta^2=.020$ )。下位検定の結果, 単純主効果が認められたのは介入群の調査経過 ( $F(2,46)=9.72, p < .01$ )であった。多重比較の結果, 介入群の事前調査に比べ事後調査 2 で得点が高く有意な改善が認められた ( $p < .01$ )。

#### 4) 態度の関連因子の検討

態度の関連因子の平均値は表 5-10 に示す通りである。各因子については, 介入効果を検討するため, 各因子を構成する項目の平均値を従属変数とし, 介入別と調査経過 (事前・事後 1・事後 2)を独立変数とした 2 要因分散分析を実施した。また, 交互作用の効果量を偏  $\eta^2$  として算出した。

「飲酒問題への関与」については, 介入の主効果は認められず ( $F(1,72)=1.3, n.s.$ ), 調査経過の主効果は有意で ( $F(2,144)=4.8, p < .01$ )経過に沿って得点が増加していた。また, 介入別と調査経過の交互作用 ( $F(2,144)=7.8, p < .01$ , 偏  $\eta^2=.098$ )が認められ, 介入別の調査経過で得点が増加することが示された。効果量の偏  $\eta^2$  も中程度以上の効果であった。下位検定の結果, 単純主効果が認められたのは, 介入群の調査経過 ( $F(2,144)=12.3, p < .01$ )で, 多重比較の結果, 事前調査と比べ事後調査 1 および 2 でそれぞれに得点が増加し, 介入後に有意な改善が認められた ( $p < .01$ )。また, 事後調査 2 ( $F(1,72)=8.0, p < .01$ )で介入群

の得点が高かった。

「周囲が依存症を経験する可能性」については、介入の主効果は認められなかった ( $F(1,71)=3.5, n.s.$ )。調査経過の主効果は有意で ( $F(2,142)=11.7, p<.01$ )、経過に沿って得点が増加していた。介入別と調査経過の交互作用 ( $F(2,142)=4.2, p<.05$ , 偏  $\eta^2=.002$ )は認められた。効果量の偏  $\eta^2$ は小さい効果であった。下位検定の結果、単純主効果が認められたのは、介入群の調査経過 ( $F(2,142)=15.0, p<.01$ )で、多重比較の結果、介入群の事前調査に比べ事後調査1および2でそれぞれに得点が増加し有意な改善が認められた ( $p<.01$ )。また、事後調査2 ( $F(1,71)=9.2, p<.01$ )で介入群の得点が高かった。

「断酒継続の予測」は、介入の主効果は有意で ( $F(1,72)=10.4, p<.01$ )、介入群の得点が高かった。調査経過の主効果も有意で ( $F(2,144)=12.3, p<.01$ )、経過に沿って得点が増加した。介入別と調査経過の交互作用は認められなかった ( $F(2,144)=1.0, n.s.$ , 偏  $\eta^2=.015$ )。効果量の偏  $\eta^2$ も小さかった。下位検定の結果、多重比較により介入群の事前調査に比べ事後調査1で得点が高く有意な改善が認められた ( $p<.05$ )。また、事前調査に比べ事後調査2でも得点が高く改善が認められていた ( $p<.01$ )。

よって、介入群の改善効果として仮説②は支持されたといえる。

表 5-10 態度の関連因子の調査経過別平均値

		事前調査 平均値 (SD)		事後調査 1 平均値 (SD)		事後調査 2 平均値 (SD)	
周囲が依存症を 経験する可能性	介入群	3.9	(1.2)	4.2	(1.2)	4.4	(1.0)
	対照群	3.4	(1.3)	3.6	(1.2)	3.8	(1.0)
断酒継続の予測	介入群	3.1	(1.1)	3.7	(1.1)	4.1	(1.1)
	対照群	2.7	(1.1)	3.3	(1.1)	3.2	(0.9)
飲酒問題への 関与	介入群	6.6	(1.6)	7.8	(1.8)	8.0	(1.7)
	対照群	7.2	(1.9)	7.3	(1.5)	6.8	(1.7)

## 【考察】

研究Ⅳでは、教育プログラムの統一化と普及を目ざし、映像版教育プログラムを構成してその効果を検証した。

### 1. 映像教材としての「断酒している依存症者への態度」の介入効果

「断酒している依存症者への態度」は、介入群は調査経過によって有意に改善する傾向にあった。本調査では、映像化により教育による介入が間接的になることでの効果が懸念されたが、介入効果は認められていた。また、効果量はやや小さい値となっていたが、一定の効果が認められたため、映像教材としての活用は可能で、これにより統一した内容を簡易に実施することが可能になると考えられる。アルコール依存症については、一般にテーマへの関心が低いため、初期介入において短時間で簡易に導入できることは重要である。また、「断酒している依存症者への態度」の各項目については、介入後にもネガティブな得点の項目もあった。しかし、介入前と比較してよりポジティブに変化したことは評価できよう。

### 2. 映像版教育プログラムにおける「飲酒問題への関与」のあり方

態度の関連因子についてはそれぞれに介入効果が認められていたが、効果量が最も大きかったのは「飲酒問題への関与」であった。「飲酒問題への関与」についてはDVD視聴後にワークシートを設定した。結果、介入群の「飲酒問題への関与」の得点は有意に減少し、効果量も.98と大きな値を示した。

「飲酒問題への関与」についての具体的な関与のあり方は、ワークシートの回答から様々な意見が出されていた（表 5-3）。そのなかで、例えば、断酒を目ざしている人に対して「互いにどんな事に注意すべきか話し合う」といった意見もあったが、「見張ってあげる」「自分も飲まないようにして、1人ではないことを見せる」等もあった。これらの対応が、当事者との実際の関係において必ずしも良い効果を生み出すとは言いきれない。しかし、今回の教育プログラムのねらいは、関与のあり方を個々に考えることにあった。そのため、実際の関与あり方の是非は、次の段階での検討でよいのではないかと考えた。

## 【要約】

映像版教育プログラムの実施により、介入群の「断酒している依存症者への態度」の有意な改善は認められた。また、項目別の態度では介入前にネガティブな態度であった「働く」「雇う」「近所に住む」「家を貸す」は介入後にポジティブな態度になっていた。そのため本教育プログラムの映像化としての活用は可能である。また、態度の関連因子についても介入効果が認められた。特に、「飲酒問題への関与」の効果を高めるために、映像版教育プログラムにワークシートを導入したところ、中程度以上の効果量が認められた。



## 第 6 章 総合考察

### 6.1 総括

本論文は、アルコール依存症者の回復を阻害する因子の 1 つとして、一般住民の「断酒している依存症者への態度」を取り上げ、態度の関連因子を確認するとともに態度を改善させる介入法の検討を行った。研究全体の総体図は、図 6-1 に示す。

第 1 章では、アルコール依存症者の現状から、その問題が個人の心身の健康問題にとどまらず、家族や社会の問題に発展していくことを取りあげ、アルコール依存症から回復する必要性を提起した。しかし、その回復を阻害する要因の 1 つに依存症者をとりまく一般住民の理解や態度があることを指摘した。また、家族や保健・医療・福祉の専門職者など身近な立場にある者の理解や態度に限らず、地域生活を共に送る一般住民の理解や態度も回復に影響することを説明した。そして、一般住民の態度を改善する必要性を述べたうえで、断酒している依存症者への態度の改善を提唱した。態度改善の介入を確立するための具体的な課題は、①：『断酒している依存症者への理解と態度』および態度の関連因子を確認すること、②：①で確認した態度の関連因子をもとに教育的な介入を構成し、その効果を検証するなかで教育プログラムを確立すること、とした。

第 2 章（研究 I）では、①の課題から「断酒している依存症者への理解・態度」を明らかにし、態度の関連因子を確認することを目的とした。一般住民を対象とした調査結果から、アルコール依存症が病気であるという認識を有している割合は約半数にとどまり、具体的な知識（発病の可能性・予後の理解）との関連も認められなかった。また、アルコール依存症を病気と認識し、かつ具体的な知識を持っている人は 18 名（6.9%）と少ない現状にあった。「断酒している依存症者への態度」について、項目別では「近所に住む」「雇う」など関係が身近になるほど、態度はネガティブになっていた。関係が身近になるほどネガティブになる態度は、偏見や排斥につながる可能性がある。そのため、「断酒している依存症者への態度」が改善するように介入を検討することの重要性が示唆さ

れたといえる。「断酒している依存症者への態度」の関連因子については、「病  
気としての理解」「飲酒問題への関与」「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒  
継続の予測」の 4 つを用いて確認を行った。結果、「断酒している依存症者へ  
の態度」と 3 つの因子（「飲酒問題への関与」「周囲が依存症を経験する可能性」  
「断酒継続の予測」）との関連を確認することができた。

第 3 章（研究Ⅱ）では、②の課題から研究Ⅰで特定された 3 つの態度の関連因  
子が改善できるように教育プログラムを構成し 120 分で実施した。またその際  
の介入手法は、当事者の参加による語り（20 分）、説得（60 分）、集団討議（40  
分）とした。教育効果の検証については、大学 1・2 年生（看護学生）を対象に統  
制群を設定して追跡調査で行った。結果、教育的介入により「断酒している依  
存症者への態度」の改善効果は認められた。また、項目別の態度でもネガティ  
ブな態度が介入後に有意に改善されていた。そのため、教育プログラムの有効  
性は評価できた。3 つの関連因子の介入効果については、「周囲が依存症を経験  
する可能性」を除き、「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」の認識が高まり  
改善が認められた。

第 4 章（研究Ⅲ）では、教育プログラムの実用化を目ざして短縮化し、プロ  
グラムの改良を行ってその効果の検証を行うことにした。対象は民生委員とし、  
時間についてはプログラムを 30 分（教育 20 分、当事者の参加による語り 10  
分）にまで短縮した。さらに、教育プログラムの改良では討議法を廃止して「飲  
酒問題への関与」の提案を行った。また、「周囲が依存症を経験する可能性」  
「断酒継続の予測」の効果を高めるために、メッセージの反復（教育終了後の  
エタノールパッチテスト、アルコール依存症に関する新聞記事の配布）を行っ  
た。結果、短縮版教育プログラムによる介入で、「断酒している依存症者への  
態度」の改善は認められた。また項目別の態度では、ネガティブであった項目  
は介入後に有意に改善できていた。このことから、実用化に向けた教育プロ  
グラムとしての有効性が確認できた。しかし、態度の関連因子については、十分  
な介入効果は認められなかった。

第 5 章（研究Ⅳ）では、短縮版教育プログラムの映像化を目ざし、その効果  
を検証することにした。またその際、「飲酒問題への関与」の効果を高めるため  
に、プログラムの一部改良をはかることにした。映像化では、研究Ⅲと同様の内容

と時間で DVD を製作した。また、「飲酒問題への関与」の効果を高めるために、DVD を視聴後、飲酒問題についての自己関与のあり方を個々に整理することができるワークシートを設定した。対象は、大学 1・2 年生とし、対照群を設定して介入調査を実施した。結果、介入群は調査経過に伴い「断酒している依存症者への態度」に改善効果が認められた。このことから、映像化としての活用は可能であると考えられる。態度の関連因子についても介入効果は認められた。

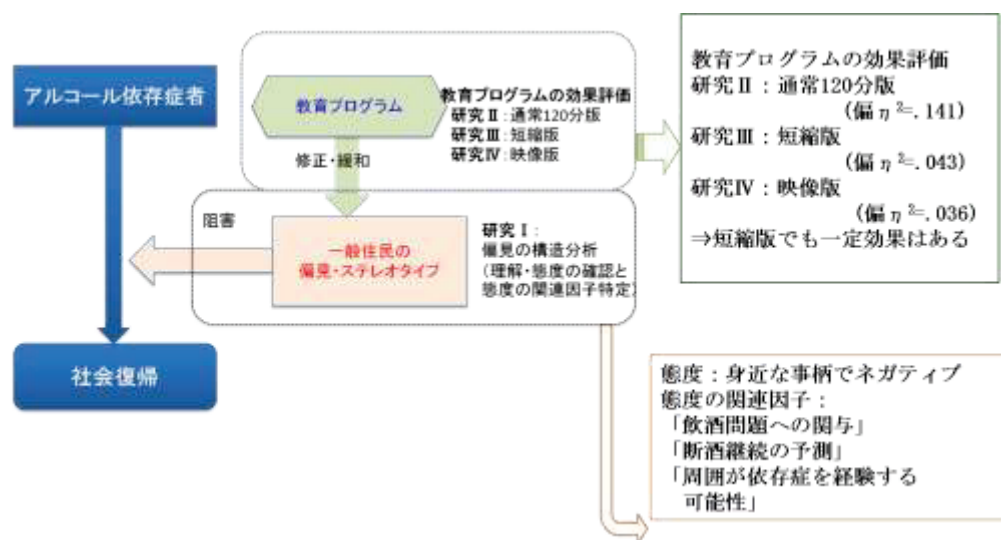


図 6-1. 研究結果についての総体図

## 6.2 断酒しているアルコール依存症者への一般住民の態度

「断酒している依存症者への態度」については、研究 I で明らかにした。結果から、態度の各項目において「雇う」「近所に住む」「家を貸す」の関係が身近な態度はネガティブになっていた。また、研究 II, III, IV では介入の対象者が民生委員と大学生と異なっていたが、これらの事前調査の各得点を確認しても「雇う」「家を貸す」などの態度ではネガティブであった。これは、1980 年代に行われた調査 (清水, 2003) でも、退院後のアルコール依存症者に対する一般住民の態度がネガティブであったことから、調査法が異なるため一概には言えないものの一般住民の態度はあまり変化することなくネガティブな傾向であったといえる。また、竹島ほか (2007) の先行調査において、4 つの疾患 (統合失調症, 大うつ病性障害, 広汎性発達障害, アルコール依存症) に対する一般住民の態度を比較した調査結果では、「雇う」「一緒に働く」「近所に住む」で最も

ネガティブな態度を示した割合が高かったのはアルコール依存症であった。そのため、今回の断酒しているアルコール依存症者に対する一般住民の態度も他の疾患よりネガティブな回答であった可能性が高いと思われる。

### 6.3 開発した教育プログラムの評価

#### 6.3.1 3つの教育プログラムにおける態度とその関連因子の介入効果の比較

態度の関連因子の検討では、研究Ⅰで、教育的な介入が可能と考えられる因子を中心に態度との関連性の確認を行った。結果、「断酒している依存症者への態度」と3つの因子（「飲酒問題への関与」「断酒継続の予測」「周囲が依存症を経験する可能性」）の関連が確認できた。研究Ⅱ以降では、「断酒している依存症者への態度」と3つの関連因子の改善が図れるように教育プログラム（通常（120分）版教育プログラム，短縮版教育プログラム，映像版教育プログラム）を構成しそれぞれの効果検証を行った。

これらの教育プログラムの介入効果を比較するために、調査時期が共通していた事前と事後2か月の調査得点を用いて介入効果（ $g$ ）を示した（表6-1）。これらの効果量の目安は、水本・竹内（2008）を参考に、 $g=.20$ （効果量小）， $g=.50$ （効果量中）， $g=.80$ （効果量大）としている。

表6-1 事前調査と事後2か月での介入効果（ $g$ ）

		研究Ⅱ (120分)	研究Ⅲ (短縮)	研究Ⅳ (映像)
断酒している 依存症者への態度	介入群	0.97	0.24	0.48
	対照群	0.05		0.12
飲酒問題への 関与	介入群	0.49	0.24	0.70
	対照群	0.08		0.06
断酒継続の予測	介入群	1.01	0.28	0.55
	対照群	0.18		0.54
周囲が依存症を 経験する可能性	介入群	0.43	0.07	0.26
	対照群	0.24		0.16

表 6-1 から 3 つの教育プログラムの比較では、対照群を設定した 120 分版教育プログラムと映像版教育プログラムにおいては、対照群と比較して介入群に効果量の高さが認められ、これまでの各章での報告と同様に介入による効果があることが確認できた。

また、各教育プログラムでの「断酒している依存症者への態度」やその関連因子の各効果を比較してみると、短縮版教育プログラムの介入効果が各因子で最も小さくなっていた。その原因については、介入前の態度やその関連因子が各教育プログラムによって異なることや年齢による違いがあると考えられる。

介入前の態度や態度の関連因子については、各教育プログラムでの対象の違いから介入前の状態が異なる可能性がある。そのため、研究 I の一般住民やそれぞれの研究間で比較し確認することにした。研究 I（一般住民）と、介入前（事前調査）の研究 II（学生）、研究 III（民生委員）、研究 IV（学生）の「断酒している依存症者への態度」や態度の関連因子についての平均値は表 6-2 に示すとおりである。また、これらの平均値の差を検討するため 1 要因の分散分析（被験者間計画）を実施した。

その結果、「断酒している依存症者への態度」について有意な差は認められなかった ( $F(3,447)=2.3, n.s.$ )。「飲酒問題への関与」については有意な差が認められた ( $F(3,415)=15.5, p<.01$ )。下位検定による多重比較の結果、研究 I（一般住民）と有意であったのは、研究 II（学生）( $p<.01$ )、研究 III（民生委員）( $p<.05$ )、研究 IV（学生）( $p<.01$ )でいずれも得点は高く、関与の意識が高かった。また、研究 II（学生）と研究 III（民生委員）でも有意 ( $p<.05$ )で、研究 II（学生）の方が得点は高く関与の意識は高かった。

「断酒継続の予測」については有意な差が認められた ( $F(3,424)=5.1, p<.01$ )。下位検定による多重比較の結果、研究 I（一般住民）と有意であったのは、研究 IV（学生）( $p<.01$ )で得点は学生の方が低く、断酒継続の予測の意識が低かった。また、研究 III（民生委員）と研究 IV（学生）でも有意 ( $p<.01$ )で、研究 III（民生委員）の得点が高かった。

「周囲が依存症を経験する可能性の意識」については有意な差が認められた ( $F(3,436)=15.9, p<.01$ )。下位検定による多重比較の結果、研究 I（一般住民）と有意であったのは、研究 II（学生）( $p<.05$ )、研究 III（民生委員）( $p<.01$ )で、

研究Ⅱ（学生）は得点が高く研究Ⅲ（民生委員）は得点が低かった。また、研究Ⅱ（学生）と研究Ⅲ（民生委員）、研究Ⅲ（民生委員）と研究Ⅳ（学生）においてもそれぞれ有意（ $p < .01$ ）で、研究Ⅱ（学生）や研究Ⅳ（学生）は、研究Ⅲ（民生委員）よりも得点が高かった。

表 6-2 介入前の態度と態度の関連要因の平均値

	研究Ⅰ (一般住民)	研究Ⅱ (学生)	研究Ⅲ (民生委員)	研究Ⅳ (学生)
断酒している 依存症者への態度	18.6 (5.0)	19.1 (4.0)	19.3 (4.1)	17.4 (4.5)
飲酒問題への関与	5.8 (1.9)	7.5 (1.7)	6.5 (1.7)	6.9 (1.8)
断酒継続の予測	3.4 (1.1)	3.4 (1.1)	3.5 (1.1)	2.9 (1.1)
周囲が依存症を経験 する可能性	3.3 (1.3)	3.8 (1.3)	2.4 (1.4)	3.7 (1.2)

上記の結果から、介入前の状態について、特に「周囲が依存症を経験する可能性」は、研究Ⅲ（民生委員）で意識が低い傾向にあった。この意識については、介入効果が.07と小さかったこと合わせて考えても民生委員であるという対象特性により、教育的効果よりも普段からの地域活動の影響を受けた可能性があるのかもしれない。

また、短縮版教育プログラムの介入効果が小さくなっていたもう一つの原因について、本論文において、時間設定が同じ映像版教育プログラムにおいても一定の効果が認められたことから、時間ではなく年齢による影響ではないかと考えられた。実際、短縮版教育プログラムでは平均年齢 65.4 歳で、大学生を対象とした他の教育プログラムとは年齢が大きく異なっていた。年齢による介入効果の違いは 4 章でも述べた通りである。そのため、短縮版教育プログラムや映像版教育プログラムを使用していく際には、対象とする年齢層によって継続教育やプログラムの追加を検討していく必要があると考えられる。

次に、「飲酒問題への関与」について 3 つの教育プログラムから比較してみると、映像版教育プログラムでその効果は最も高かった。その原因としては、年齢だけでなくここで導入したワークシートによる効果であると考えられる。ワ

ークシートによる活用は、5章でも述べたとおり、自分の考えをまとめて書くことにより単に記憶するだけよりも論理的結論の持続効果につながる(Karpicke & Blunt, 2011)。短縮版教育プログラムのように、飲酒問題への関与方法についての提案を行い個々に考えることを投げかけるだけよりも、実際にその考えを記載してもらう方がその効果は表れやすかったといえる。

「断酒継続の予測」については、それぞれの教育プログラムのなかで最も大きい効果が認められた。「断酒継続の予測」の効果は、個々のこれまでの飲酒に伴う被害経験なども影響すると思われるが、今回の教育的介入で、治療により回復が可能であることを伝えた後に、計画的に設定した回復者との直接的あるいは間接的な接触体験を導入したことで介入効果が表れやすかったのではないかと考えられる。

### 6.3.2 本研究の教育プログラムにおける態度とその関連因子の介入効果

本研究における3つの教育プログラムを合わせた介入効果 ( $g$ )を事前と事後2か月の調査得点を用いて表6-3に示した。これらの効果量の目安は、水本・竹内(2008)を参考に、 $g=.20$ (効果量小)、 $g=.50$ (効果量中)、 $g=.80$ (効果量大)としている。

表 6-3 3つの教育プログラムを合わせた態度とその関連因子の効果

	$z$ 値	$p$ 値	$g$
断酒している依存症者への態度	3.70	$p < .01$	0.67
飲酒問題への関与	3.63	$p < .01$	0.65
断酒継続の予測	4.11	$p < .01$	0.74
周囲が依存症を経験する可能性	1.61	$p = .107$	0.29

3つの教育プログラムによる介入効果(表6-3)から、「断酒している依存症者への態度」「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」についてはその介入効果を確認することができた。そのため、これらについては今回の教育プログラムにより改善可能な因子として位置づけることができる。また一方で、「周囲が依存症を経験する可能性」については、効果量が小さく今回の教育プログラムでは

改善することができない因子であったといえる。

効果のあった3つの因子の効果量を比較すると「断酒継続の予測」が最も大きくなっていった。そのため、この教育プログラムは、断酒継続の予測に対して最も効果的であることを意味している。アルコール依存症者の断酒継続が困難でも実際の回復者の存在を知ることなどで認識を改善しやすい因子であったと思われる。

教育プログラムは、「断酒している依存症者への態度」「飲酒問題への関与」に対して同程度の効果を示していた。これらの側面についても教育プログラムは効果的であったといえる。特に、「飲酒問題への関与」については、これまでのアルコール依存症に対する偏見改善の教材には含まれていなかった。そのため、今回の介入により関与の認識が改善可能であることを明らかにできたことはプログラムの有効性としても評価できる。飲酒問題については、一般に飲酒そのものが合法化されているため、飲酒運転や暴力・犯罪など明らかな問題がない限り人びとは個人の問題として解釈しやすい。しかし、教育プログラムのなかで依存症という病気の可能性を伝えながら身近に関与できることやその必要性があることを説得し、関与方法を考えてもらうことで、関与の認識も変化が可能であるといえる。しかし一方で、今回の教育プログラムの対象が、学生（看護学部・薬学部・工学部）や民生委員であったことから、健康障害を持つ人に関わる職業に就いているか、あるいはそれを目指している対象者であるといえ、「問題への関与」について反応しやすく認識が変化しやすかった可能性があることも否めない。

教育プログラムの効果は「周囲が依存症を経験する可能性」に対して最も効果量が小さくなっていった。今回の教育内容では依存の成立要件をふまえ「お酒を飲む人であれば誰でも依存症になる可能性がある」ことや多量飲酒のきっかけなどから類似性を強調していた。しかし、依存症についての身近さの実感には教育的な介入に限界があり、個々の対人関係などの背景が影響し、教育では認識の改善が難しいと思われる。



### 6.3.3 教育プログラムによる介入効果が、回復期アルコール依存症者との相互作用に及ぼす影響の可能性

今回の教育プログラムを受けることで参加者は、アルコール依存症が病気であることや、回復には断酒が必要であることを概ね理解できていた。また、教育的介入後に「断酒している依存症者への態度」の改善が認められた。では、今回のこのような一般住民の理解や態度の改善は、実際の地域生活で断酒しているアルコール依存症者との相互作用にどこまで影響を与えていく可能性があるだろうか。3つの教育プログラムの共通点から考察する。

一般住民の理解について、人びとがアルコール依存症について、飲酒をコントロールできなくなる病気であることや断酒が必要であることを理解できると、依存症者の再発を誘発する直接的な飲酒や酒の席への勧誘は軽減されると思われる。勿論、実際には1章でも述べたように、一般住民には、アルコール依存症者が、飲酒に関連した環境を回避し、「飲まない」選択を続けなければならないことまでの理解が必要であると思われる。飲酒文化といわれるわが国で、飲酒に関連した環境を回避しようとする、冠婚葬祭から仕事にまつわる酒席や娯楽場面に至るまで、様々な相互交流を図る場面において、参加そのものが困難となり続けることになる。今回の3つの教育プログラムによる介入では、共通してこのような生活上の多様な場面での理解まで盛り込まれていなかった。研究Ⅲの討議内容(表3-3)から、断酒している依存症者に対して「目のつくところに多くのアルコールの宣伝や飲料水があるため、断酒は相当きついと思うし、・・・」といった記載があった。また、研究Ⅴのワークシートの記述(表5-2)から「無理やりお酒を飲ましたり、お酒の場にアルコール依存症者を連れていくことによって断酒ができなくなり再発すると思う」といった記載があった。このことから、教育プログラムの内容を通して、生活場面や生活の中での心情から具体的な状況を想定することができた者もいたことがわかった。しかし、教育プログラムには、このような具体的な場面に関する内容が含まれていないため、具体的な場面でのアルコール依存症者に対する理解を深めるには限界がある。そのため、一般住民の理解についての介入には問題を残していると言えるが、病気や断酒の必要性を理解しておくことで、実際に断酒している依存症者と接触した際に、アルコール依存症者の必要とする状況や訴えを理解する糸

口につながり、引いては互いの関係に良好な影響を与える可能性もあると考えられる。

次に一般住民の態度改善について述べる。今回の教育的介入により、全ての教育プログラムで「断酒している依存症者への態度」は改善し、下位項目においても身近な関係に至るネガティブな態度は殆どの項目で、中立もしくはポジティブな態度へと改善する傾向にあった。一般住民が、実際に断酒している依存症者に接触した際には、個々の状況の複雑さや調査態度と実際の態度とのズレがある（清水, 2003）ことから、必ずしもネガティブな態度の解消まではいかない可能性がある。しかし、今回の態度改善は、アルコール依存症についての病気と回復の理解に基づき、個々に飲酒問題への関与のあり方までを考える内容で行っている。そのため、少なくとも“アルコール依存症”というだけで、依存症者とのつきあい方が分からないことから排斥してしまうことを抑制する効果があると思われる。実際、研究ⅡやⅣでの討議内容の記述（表 3-3, 表 5-3）からは、つきあい方の是非は別にしても「酒を飲まないような環境をまわりが作る」「悩みをきく」といったつきあい方の提案があった。勿論、偏見が解消されるまでの態度改善には、実際に一般住民の関与があるなかでこのような初期的な態度改善だけにとどまらず、日々の生活場面で受容的な態度形成が求められることになる。障害理解の発達段階の中で、徳永・水野（2005）は、知識化や情緒的理解から適切な認識（体験的裏付けをもった知識, 障害観）が形成され、障害者への態度が形成されること、またその次の段階で受容的行動として、生活場面での受容、援助行動の発現を位置づけている。しかし、このような社会的受容が形成されていくまでには、段階を追った体験や継続的な教育的介入の必要性がある。

本研究で開発した3つの教育プログラムは、これまでに直接的な関わりをもつことが少なかった一般住民の初期的な態度改善のためのものである。そのため、教育プログラムを実施することにより、断酒している依存症者に対して、よりポジティブな態度をもつことができ、加えて実際に断酒している依存症者と接触を持った際も、無条件に拒絶的な態度をとることを回避できるものである。しかし、今回の教育的介入では、接触した際に必ずしも良好な関係を築くところまでは期待できないのも確かである。例えば、松下（2007）は、家族等

の身近な人びとからの過度の「自立」要求や期待が、アルコール依存症者を断酒継続の失敗に追い込んでいく事を指摘しているが、相互作用はより複雑であることをふまえると、実際に関与をもつ人びとについては問題が生じた場合に依じて個別性のある介入が必要であると言えるだろう。

#### 6.4 教育プログラムの発展可能性と適用可能性

教育プログラムの発展可能性について、特に実用化を旨とした研究Ⅲの短縮版教育プログラムや研究Ⅳの映像版教育プログラムでは、飲酒問題への関与について具体的な関与のあり方までは検討できていなかった。そのため、このプログラムを発展させていくためには、アルコール依存症者との生活場面における具体的な関与のあり方を追加していく継続的な教育プログラムが必要である。西尾（2004）は、人びとの精神障害者（うつや統合失調症など）に対する生活の知識が増えると人びとの態度が改善することを報告している。アルコール依存症者が、断酒生活を送るなかで、どのような場面で断酒継続の困難さを感じ、どのような支援を必要とするかなど、現実に即した知識や関与の想定は、「断酒している依存症者への態度」の更なる改善にもつながるものと思われる。

また、今回のような教育プログラムの構成（偏見的態度の対象となっている個人や集団にまつわる回復の予測や関与への意識を高めることに重点をおいたもの）は、依存症だけでなく、更生をめざす人への偏見教育にも適用の可能性があると考えられる。清水（2002）は、アメリカにおいては、回復原理によって社会に復帰することができた人を（困難を克服したという意味において）非常に高く評価する伝統があることを指摘している。このような肯定的な認識を取り入れていくためにも、今回のような回復の可能性の認識を高め、回復者との肯定的な関与を想定した教育は共通して重要である。そのため、今回のような教育プログラムの構成が適用しやすいと考えられる。

以上のように、今回設定した教育プログラムには、十分な発展可能性と適用可能性があるといえる。

## 6.5 評価と意義

本研究では、「断酒している依存症者への態度」とその関連因子を明らかにすることができた。「断酒している依存症者への態度」について、「雇う」「近所に住む」「家を貸す」などの生活場面において、未だ一般住民が、断酒している依存症者に対して拒絶的な態度をもっていることも明らかにすることができた。この事は、アルコール依存症者に対する偏見対策の遅れとその必要性を指摘できたといえよう。また態度の関連因子に基づいて教育プログラムを構成し、その効果を実証的に検証した。これまで、わが国でのアルコール依存症者に対する偏見対策としての一般住民の態度については、拒絶的な態度の実態や関連要因の特定にとどまる傾向にあった。そのようななかで、態度改善を目的とした教育的プログラムを開発し、その効果を検証できたことは意味があるといえる。また本研究では、一般住民に広くこの教育プログラムが浸透できるように、教育プログラムを短縮化し、更に映像化することで実用化をはかった。一般住民にとって、「飲酒」は生活の中で非常に身近で関心の高い話題であるにも関わらず、その問題の1つである「アルコール依存症」についての関心はあまり高くないのが現状である。そのような現状の中で、短時間での教育により態度改善を可能にできることは実践的な活用可能性とその価値が高い。さらに、今回のような一般住民の態度改善を目ざした教育プログラムの開発は、依存症者の回復支援として有効であるという訳だけではない。アルコール依存症が特別な人になる病気ではないことを伝える内容も含まれていたことから、これまでの適正飲酒に関する教育同様に教育を受けた人が、個々のお酒の飲み方などを捉えなおす機会を得ることにも貢献できるのではないかと思われる。そのため、依存症への関心の低い一般住民にこの教育プログラムをよびかける際には、自らや周囲へのメリットがあることも伝えながら参加を呼びかけるとよいのではないかと考えられる。

## 6.6 本研究の限界と課題

本研究は、断酒している依存症者に対する一般住民の態度をとりあげ、態度改善のための介入を検討したものである。以下に、各章に沿って限界や課題を述べる。

第2章(研究Ⅰ)の調査では、「断酒している依存症者への態度」の現状に、地域性(農村部, 都市部)を考慮した検討が行えていないことがあげられる。農村部と都市部では一般住民の意識は異なる。清水(2002)は、地域性(農村部と都市部)から周囲への関心の高さや多面的なものの見方が異なることを指摘している。また、そのなかで、農村部ではアルコール依存症を隠しとおすことは難しくても、レッテルの一面だけで判断されることが大都会に比べて少ないこと、一方の大都会では、それを隠しとおすことは容易な反面、ひとたび発覚すると、レッテル貼りの拒絶性にはよりきついものがあることを指摘している(清水, 2002)。また、地域性については人びとの飲酒観の違いも依存症者への理解や態度に影響するのではないかと思われる。本調査における「断酒している依存症者への態度」は、農村部での調査であるため都市部と異なる可能性が否めない。どのように異なるかは一概には言い難いが、「断酒している依存症者への態度」の結果は、都市部と比較してポジティブであったのではないかと思われる。

第3章(研究Ⅱ)の介入実験では、①対象者、②討議による統制の困難さ、があげられる。対象者については、看護学生という特殊性により、介入効果に偏りの可能性がある。対人ケアを志す看護学生は、他の集団と比較しても健康障害をもつ対象への関心が高いため、介入により偏見的态度の対象となっている者への認識もポジティブに偏る可能性があったと考えられる。討議による統制の困難さについては、討議により他者からの強い意見にコントロールを受ける可能性がある。今回の調査では、討議内容からも肯定的な意見が多かったが、討議が否定的な内容にひっぱられるときには、「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」の改善が低くなる可能性があると考えられる。

第4章(研究Ⅲ)の介入実験では、①対象者、②対照群の設定があげられる。追跡可能性を重視して民生委員を対象にしたが、民生委員は、福祉的な立場から人びとの相談役を担うため、一般住民としての結果を偏りなく反映しているとは言い難い。そのため、このような役割をもっていない集団と比較して介入による効果がポジティブな傾向になった可能性が考えられる。

第5章(研究Ⅳ)の介入実験では、①対象者がある。研究Ⅳでは大学生を対象サンプルに設定した。ここでは3つの学部(看護学部・薬学部・工学部)を対象

としたが、工学部は3名のみでその他は看護学部と薬学部であった。看護学部の学生による限界は、第3章(研究Ⅱ)と同様であったと考えられる。また、薬学部についても対人ケア志す学部であることから看護学生同様に健康障害をもつ対象への関心が高いため、介入により偏見的態度の対象となっている者への認識もポジティブに偏る可能性があったと考えられる。

第3章(研究Ⅱ)・第4章(研究Ⅲ)・第5章(研究Ⅳ)に共通しては、介入前の態度の関連因子が研究Ⅰ(一般住民)と異なっていたことがあげられる。特に、「飲酒問題への関与」については、各研究に共通して関与の意識が一般住民よりも高かった。そのため、「飲酒問題への関与」は介入前からポジティブに偏っていたといえる。

最後に、教育プログラム全般を通して、今回の教育プログラムは、当事者やその家族、専門職を除く一般住民を対象としているが、その全ての人に有効であったとはいえない。地域の中には、アルコール依存症者の繰り返される再発でその対応に悩んでいる人や、深刻な飲酒問題に関与している人もある。清水(2003)は、精神障害者に対する社会的態度類型で態度表明を問われる状況への自己関与度から態度が異なる事を指摘しているが、既に関与度の高い対象者に対する態度改善には、今回のような教育的介入よりも、より個別性の高い介入が必要になる。

## 6.7 今後の展望

これまでのわが国のアルコール依存症対策については、社会復帰対策が十分に行われてこなかった現実がある。特に偏見を含む問題への対策として対象者への社会的理解の促進は積極的に進められてこなかった。清水(2002)は、アメリカは、落ち込んだ状況から這い上がってきた人の努力を高く評価する文化があるため、回復者を肯定的に評価すること、加えて、著名人の病名とその回復の公表等がアルコール依存症者に対する社会的理解を高めてきた歴史があることを指摘している。

一方で、わが国では、歴史的にもこのような対策が行われてこなかったことが、現在の一般住民の回復者への評価の低さや関心の低さにもつながっている。しかし、近年わが国においても時代的推移の中で、回復者を評価する社会に変

わりつつあるように思われる。各地で行われている地域での取り組みには、当事者、家族、専門家が中心となって依存症についての知識を伝えたり、「回復者」の存在やその活動を知ってもらうことが主流に進められてきている。また、当事者団体は、依存症者に回復があることを社会にアピールし回復しやすい社会目指して、「リカバリーパレード」を開始している。

このような活動が高まりつつある中で、今回の教育プログラムを普及させていくことは重要である。特に、今回の教育プログラムは短縮版で構成していることにより、各地でのイベントや地域での寄り合いなどでも手軽に導入しやすいものになっている。また、教育プログラムの導入だけにこだわらず、回復の可能性について説得することや、一般住民の「関与」の意識を重視して、各地で実施されている個々のプログラムに、今後は「自分はどのように関わられるのか」「自分には何ができるのか」といった考えを持つ機会を加えることでも、その効果は一段と期待できるのではないかと思われる。わが国においては、一般住民の「飲酒問題への関与」への意識が低い（樋口・河野，1996）ことから、今後の取り組みの必要性や改善の余地は十分にあると考えられる。

また、今回の教育プログラムは、病気とその障害について伝えながら回復の可能性や回復者との関与を考えるものであった。そのため、この教育プログラムの構成はアルコール依存症といった物質依存に限らず、行為依存（ギャンブル依存、買物依存）や対人関係依存などの他、更生をめざす人に対する偏見の修正にも役立つ可能性があると考えられる。

## 【要約】

本章では、2章から5章までで得られた一連の結果を総括した。また、教育プログラムの評価については、3つの教育プログラムに共通した効果量から態度やその関連因子から比較したうえで、3つの教育プログラムを統合した本教育プログラムの効果を評価した。そして、これらの教育プログラムを通して、一般住民の態度をどこまで変えていくことができるかについて考察し、今後の教育プログラムの発展や適用可能性、課題や限界について説明した。

## 本論文の要約

本論文は、アルコール依存症者の回復を阻害する因子の1つとして、一般住民の「断酒している依存症者への偏見的態度の改善」を取り上げ、態度の関連因子を確認するとともに態度を改善させる介入法の検討を行った。

### 第1章 研究動向と本研究の目的

アルコール依存症とは、飲酒がコントロールできなくなる病気で、わが国では推計80万人いると言われる身近な病気の1つである。この病気からの回復には断酒継続が必須であるが、実際にはそれが困難な現状にある。しかし、アルコール依存症者が飲酒を続けることは、個人の心身の健康問題にとどまらず、家族や社会の問題に発展していくことにつながるため、アルコール依存症から回復は大切な課題である。アルコール依存症からの回復を阻害する要因には、本人の病的な飲酒渴望や病識の欠如などがあげられるが、それだけではなく依存症者を取りまく人びとの理解や態度も関連する。この取りまく人々とは、家族や保健・医療・福祉の専門職者など身近な立場にある者だけでなく、アルコール依存症者が社会復帰をする際、地域生活を共に送る一般住民も含まれており、それらの人々の偏見的理解や態度がアルコール依存症者の回復を送らせることにある。アルコール依存症者に対する一般住民の態度は、他の精神障害と比較しても拒絶的で、実際に当事者が社会からの不愉快な対応や苦痛を受けていることが問題である。このような問題は、依存症者の再発や社会復帰の阻害につながる可能性があるため、一般住民の偏見的態度を改善する必要がある。そのため、本研究の目的は、断酒しているアルコール依存症者に対する一般住民の態度を改善するための介入法を確立するため、①：『断酒している依存症者への理解と態度』および態度の関連因子を確認すること、②：①で確認した態度の関連因子をもとに教育的な介入を構成し、その効果を検証するなかで教育プログラムを確立すること、とした。なお、教育プログラムは実用化、一般化を目ざし、短縮化や映像化を行うこととした。



## 第2章 断酒しているアルコール依存症者に対する一般住民の理解・態度と 態度の関連因子の検討

第1章で提示した課題である「断酒している依存症者への理解・態度」を明らかにし、態度の関連因子を確認することを目的とした。対象は、20歳以上の一般住民で郵送法による調査を行い、261人を分析対象とした。質問紙の構成は、基本属性、接触体験のほか、「断酒している依存症者への態度」、態度の関連を確認する4つの因子（「病気としての理解」「飲酒問題への関与」「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」）とした。結果、依存症への理解では、アルコール依存症が病気であるという認識を有している割合は約半数にとどまり、具体的な知識（発病の可能性・予後の理解）との関連も認められなかった。また、アルコール依存症を病気と認識し、かつ具体的な知識を持っている人は18名（6.9%）と少ない現状にあった。「断酒している依存症者への態度」について、項目別では「近所に住む」「雇う」など関係が身近になるほど、態度はネガティブになっていた。関係が身近になるほどネガティブになる態度は、偏見や排斥につながる可能性がある。そのため、「断酒している依存症者への態度」が改善するように介入を検討することの重要性が示唆されたといえる。「断酒している依存症者への態度」との関連を確認する4つの因子については、変数の相互の関連を確認した。その結果、「断酒している依存症者への態度」と3つの因子（「飲酒問題への関与」「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」）において、正の関連が見られることが分かった。

## 第3章 「断酒している依存症者への態度」改善に向けた教育プログラムの 開発①—態度の関連因子に基づく教育プログラムの構成と介入検討

第1章で提示した②の課題のうち、研究Iで特定された3つの態度の関連因子（「飲酒問題への関与」「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」）が改善できるように教育プログラムを構成し120分で実施した（当事者の参加による語り20分、説得60分、集団討議40分）。当事者との接触では、接触仮説が成立するための条件（典型性、反ステレオタイプの情報、地位の対等性など）を参考に設定した。説得では、依存症についてのメカニズムや特徴を説明した上で、態度の関連因子の改善に向けて、発病の可能性や依存症の経過と回復、

依存症についての人びとの理解や態度などの内容を含めた。討議では、小人数の設定で飲酒問題への関与についてテーマを設定し、公表や質疑応答等も行った。教育効果の検証については、大学1・2年生(看護学生)を対象に統制群を設定して追跡調査(2週間, 2カ月, 6カ月)で行った。なお、対象者は46名(介入群20名, 対照群26名)のうち、男性9名, 女性37名であった。結果、教育的介入により「断酒している依存症者への態度」の改善効果は認められた。また、項目別の態度でもネガティブな態度が介入後に有意に改善されていた。そのため、教育プログラムの有効性は評価でき、プログラムの短縮化は可能であると判断した。3つの関連因子の介入効果については、「周囲が依存症を経験する可能性」を除き、「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」の改善が認められた。

#### 4章 「断酒している依存症者への態度」改善に向けた教育プログラムの開発①-短縮版教育プログラムの検討-

教育プログラムの実用化を目ざして短縮化し、プログラムの改良を行ってその効果の検証を行うことにした。対象は民生委員69名(男性16名, 女性53名, 平均年齢65.4歳), 時間については研究Ⅱの内容を簡略化してプログラムを30分(教育20分, 当事者の参加による語り10分)にまで短縮した。さらに、教育プログラムの改良では討議法を廃止して「飲酒問題への関与」の提案を行った。また、「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」の効果を高めるために、メッセージの反復(教育終了後のエタノールパッチテスト, アルコール依存症に関する新聞記事の配布)を行った。追跡調査は、介入前, 介入2カ月, 4カ月で実施し、新聞記事やパッチテストは介入2カ月後に郵送した。結果、短縮版教育プログラムによる介入で、「断酒している依存症者への態度」の改善が認められた。また項目別の態度では、ネガティブであった項目は介入後に有意に改善できていた。このことから、実用化に向けた教育プログラムとしての有効性が確認できた。態度の関連因子については、教育的介入効果は認められなかった。特に「飲酒問題への関与」については、介入による効果量も小さかったことからプログラムの改善が必要である。

## 第5章 教育プログラムの映像化に向けた検討-映像版教育プログラムの検討-

短縮版教育プログラムの映像化を目ざし、その効果を検証することにした。またその際、「飲酒問題への関与」の効果を高めるために、プログラムの一部改良をはかることにした。映像化では、研究Ⅲと同様の内容と時間でDVDを製作した。また、「飲酒問題への関与」の効果を高めるために、DVDを視聴後、飲酒問題についての自己関与のあり方を個々に整理することができるワークシートを設定した。教育終了後のエタノールパッチテスト、アルコール依存症に関する新聞記事の配布も行った。対象は、大学1・2年生（看護学部・薬学部・工学部）とし、対照群を設定して追跡調査（介入前、介入2カ月、4カ月）で実施した。なお、対象は75名（介入群39名、対照群36名）のうち、男性13名、女性62名であった。学部間による介入効果に違いは認められなかったことから、介入の効果のみを検討することとした。その結果、介入群は調査経過に伴い「断酒している依存症者への態度」に改善効果が認められた。また項目別の態度では、ネガティブであった項目は介入後に有意に改善できていた。このことから、映像化して活用することが可能であると考えられる。態度の関連因子についても介入効果は認められた。

## 第6章 総合考察

2章から5章までで得られた一連の結果を総括した。本研究における一般住民の「断酒している依存症者への態度」は、研究ⅠからⅣに共通して身近な関係での態度（「雇う」「家を貸す」）はネガティブであった。教育プログラムについては、3つの教育プログラムの効果を比較するため、各研究で事前調査と事後2か月の調査得点を使って介入による効果量を算出した。結果、短縮版教育プログラムの各因子の効果量は他と比較して小さかった。また、映像版教育プログラムで「飲酒問題への関与」の介入効果（介入群で $g=0.70$ ）が最も大きかった。次に、3つの教育プログラムを統合した本教育プログラムにおける態度やその関連因子の効果量を算出した。結果、有意な介入効果が認められたのは「断酒している依存症者への態度（ $z=3.7, p<.01, g=.67$ ）」「断酒継続の予測（ $z=4.1, p<.01, g=.74$ ）」「飲酒問題への関与（ $z=3.6, p<.01, g=.65$ ）」であった。これらは教育プログラムにより改善可能な因子として位置づけることができた。

一方で、「周囲が依存症を経験する可能性」については、 $(z=1.6 \text{ n.s. } g=.29)$ で有意差は認められず今回の教育プログラムでは改善できない因子であることが確認できた。

今回の教育プログラムの発展には、アルコール依存症者との生活場面における具体的な関与を追加することが必要であると考えられる。また、教育プログラムの構成（回復の予測や関与への意識を高めることに重点をおいた教育）から、依存症に関する偏見教育にも適用の可能性があると考えられる。本研究の意義は、アルコール依存症者に対する一般住民の態度改善を目的とした教育的プログラムを開発し、その効果を検証できたことにある。課題や限界については、主として介入実験（研究Ⅱ～Ⅳ）における対象者の設定がある。対人ケアを志す学生や民生委員は、介入により態度や態度の関連因子が改善し易かった可能性がある。また、この教育プログラムは一般住民を対象としているが、アルコール依存症者との関わりが深い人には、必要に応じ個別性の高い介入が必要になると考えられる。

## 謝辞

本博士論文は、著書が広島大学大学院総合科学研究科博士課程後期在学中に行った研究をまとめたものです。

本論文をまとめるに当たり、多くのご指導、ご鞭撻を頂きました指導教官である広島大学大学院総合科学研究科岩永誠教授に心より感謝申し上げます。繰り返しの励ましとご指導により、あきらめずに論文を完成させることができました。心よりお礼申し上げます。また、研究を遂行するにあたり多くのご指導、ご鞭撻を頂きました追手門学院大学浦光博教授に深く感謝申し上げます。先生からの言葉に何度も励まされ、研究を続けることができました。心よりお礼申し上げます。

副査として論文をご精読いただき、親身にご指導頂きました広島大学大学院総合科学研究科坂田桐子教授ならびに高谷紀夫教授に深謝申し上げます。貴重なご助言から研究について多面的に振り返る機会を頂くことができ、論文をより良いものにしていくことができました。また、分析を進めるための統計においてご指導頂きました清水裕士助教に感謝申し上げます。中間発表や予備審査、公聴会等で貴重なご助言を頂きました総合科学研究科の坂田省吾教授、林光緒教授、入戸野宏准教授、杉浦義典准教授、小川景子准教授、に感謝申しあげます。

浦光博研究室の大学院生の皆様には、ゼミに温かく迎えて頂きご支援を頂いたことに深く感謝致します。岩永誠研究室の社会人ゼミでは、河崎千枝助教、高田艶子さん、隅田すみ子さん、北川かほるさん、LE DIMNA 優子さん、露木敏子さん、菅田文子さん、新谷奈苗さん、胡綾及さん、平田久子さん、大浜恵美子さん、に心よりお礼申し上げます。研究についてのご助言だけでなく、社会人院生として、温かい言葉をかけてご支援頂いたことが私の頑張る力につながりました。

本研究を通して、研究にご協力頂いた皆様に心よりお礼申し上げます。最後に、身近で支えてくれた家族と友人に感謝の意を表して謝辞といたします。

## 引用文献

- Allport, G. W. (1954). *The nature prejudice*. Cambridge, MA: addison-wesley. (原谷達夫・野村昭(訳) (1968). 偏見の心理 培風館)
- Amir, Y. (1969). Contact hypothesis in ethnic relations. *Psychological Bulletin*, **71**, 319-342.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, **27**, 1113-1141.
- Angermeyer M. C., Beck, M., & Matschinger, H. (2003) Determinants of the Public's Preference for Social Distance From People With Schizophrenia, *Canadian Journal of Psychiatry*, **48**, 663-668.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006) Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **113**, 163-179.
- 朝日新聞 (2009). 漫画家・西原さん亡き夫を支えた経験など語る 3月25日朝刊
- Arun, P., Chavan, S. B., & Bhargava, R. (2010). Attitude towards alcoholism and drug taking : a survey of rural and slum areas of Chandigarh, India. *International Journal of Culture and Mental Health*, **3**, 126-136.
- Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J. & Twenge, J. M. (2005). Social exclusion impairs self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, **88**, 589-604.
- Chan, J. Y., Mak, W. W., & Law, L. S. (2009). Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: "The Same or Not the Same" anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Social Science & Medicine* **68**, 1521-1526.
- Corrigan, W. P., River, P. L., Lundin, K. R., Penn, L. D, Wasowski, U. K., Champion, J., Mathisen, J., Qagnon, C., Bergman, M., Qoldstein, H. & Kubiak, A. M. (2001). Three Strategies for Changing Attributions

- about Severe Mental Illness. *Schizophrenia bulletin*, **27**, 187-195.
- Corrigan, W. P., Larson, J., Sell, M., Niessen, N., & Watson, C. A. (2007). Will filmed presentations of education and contact diminish mental illness stigma? *Community mental health journal*, **43**, 171-181.
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, **4**, 106-113.
- Cunningham, J. A. (1999). Resolving Alcohol-Related Problems with and without Treatment: The Effects of Different Problem Criteria, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, **60**, 463-466.
- Emmelkamp, P. M., & Vedel, E. (2006). Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse : A practitioner's guide to theory, methods, and practice (小林桜児・松本俊彦(訳) (2010). アルコール・薬物依存臨床ガイド—エビデンスにもとづく理論と治療— 金剛出版
- Gordon, A., & Zrull, M. (1991). Social networks and recovery: one year after inpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **8**, 143-152.
- 林拓也 (2010). ヴィネット方式による調査設計の応用可能性—「女性のライフコース希望」と「有配偶女性の地位評価」の調査事例に基づいて— 人間文化研究科年報, **25**, 147-158.
- Harris, E. C., & Barraclough, E. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, **170**, 205-228.
- 樋口進・河野裕明 (1996). アルコール臨床研究のフロンティア 樋口進(編) 日本人の飲酒行動・飲酒観—日米共同疫学研究結果をふりかえって— 厚健出版 pp.1-44.
- 樋口進 (2003). アルコール依存症の原因 猪野亜郎・高瀬幸次郎・渡邊省三(編) アルコール依存症とその予備軍 永井書店
- 樋口進 (2005). 成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究 平成16年度

総括研究報告書, 1-6.

菱本明豊 (2001). アルコールと関連精神障害 白倉克紀・丸山勝也 (編)アルコール医療入門 新興医学出版社

Holzinger, A., Dietrich, S., Heitman, S. & Angermeyer, M. (2008).

Evaluation of target-group oriented interventions aimed at reducing the stigma surrounding mental illness. *Psychiatrische Praxis*, **35**, 376-386.

深田博己 (2001). W.J.Macguireのコミュニケーション・説得マトリックス(2) 広島大学心理学研究, **1**, 169-191.

深田博己編著 (2004) 説得心理学ハンドブック—説得コミュニケーション研究の最前線 北大路書房

星越活彦・州脇寛・實成文彦 (1994). 精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査—香川県下の単科精神病院勤務者を対象として— 日本社会精神医学会雑誌, **2**, 93-104.

今井芳昭 (2006). 依頼と説得の心理学—人は他者にどう影響を与えるか—サイエンス社

今道裕之・滝口直子 (2002). 「依存症」の理解 アカデミア出版会

依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会 (2013). 依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会報告書.

(2r98520000031r05.pdf)

Janulis, P., Ferrari, J. R., & Fowler, P. (2013). Understanding public stigma toward substance dependence. *Journal of Applied Social Psychology* *Journal of Applied Social Psychology*, **43**, 1065-1072.

Joann, A. T. & Otto, F. (1996). Impact of a Newspaper Article on Attitudes Toward Mental Illness. *Journal of Community Psychology*, **24**, 17-25.

Johnston, L., & Hewstone, M. (1992). Cognitive models of stereotype change :3. Subtyping and the perceived typicality of disconfirming group members. *Journal of experimental social Psychology*. **28**, 360-386.

Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, H. A., Markus, H., Miller, T. D., & Scutt, A.



- R. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*.  
New York: W H Freeman & Co.
- Jordan, J. E. (1971). Construction of a Guttman facet designed  
cross-cultural Attitude-Behavior Scale toward mental retardation.  
*American Journal of Mental Deficiency*, **76**, 201-219.
- 上瀬由美子 (2002). ステレオタイプの社会心理学——偏見解消に向けて——サイ  
エンス社
- 唐沢穰 (2005). 集団過程 唐沢かおり(編) 社会心理学 朝倉書店
- Karpicke, D. J., & Blunt, R. J. (2011). Retrieval Practice Produces  
More Learning than Elaborative Studying with Concept  
Mapping. *Science*, **331**, 6015.
- Kilty, K. M. (1981). Drinking status and stigmatization. *American  
Journal of Drug and Alcohol Abuse*. **8**, 107-116.
- 小平朋江・伊藤武彦・松上伸丈 (2007). ビデオ視聴による統合失調症の人  
への偏見低減のための教育効果 AMD 尺度による患者談話条件と医師  
説明条件との効果の違い 日本教育心理学会第 49 回総会発表論文集  
353.
- 小泉秀昭 (1999). ブランド構築における有名人広告の戦略的考察——「情報源  
効果」と「意味移転」のコミュニケーション・モデル—— 日経広告研究所  
報, **187**, 40-45.
- 河野裕明・小片基・加藤正明・小杉好弘・洲脇寛・宮里勝政・角田透・樋口進 (1987).  
わが国の精神保健福祉の現状 厚生省保健医療局精神保健課監修 3日米科  
学技術協力アルコール中毒研究報告——飲酒パターンとその健康に関する  
意識調査—— 太陽美術 pp.78-193.
- 厚生労働省 (2012) 平成 22 年国民健康・栄養調査結果報告  
(h22-houkoku-01.pdf)
- 工藤恵理子 (2010). 集団間の関係 池田顕一・唐沢穰・工藤恵理子・村本由紀  
子 (著者)社会心理学 有斐閣
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L.  
(1997) On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal

- study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse, *Journal of Health and Social Behavior*, **38**, 177-190.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, **89**, 1328–1333.
- Livingston, D. J., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review, *Addiction*, **107**, 39–50.
- Luty, J., Umoh, O., Sessay, M. & Sarkhel, A. (2007). Effectiveness of Changing Minds campaign factsheets in reducing stigmatised attitudes towards mental illness, *Psychiatric Bulletin*, **31**, 377-381.
- Luty, J., Rao, H., Arokiadass, S. M. R., Easow, J. M., & Sarkhel, A. (2008). The repentant sinner: methods to reduce stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatric Bulletin*, **32**, 327-332.
- Luty, J., Umoh, O., & Nuamah, F. (2009). Effect of brief motivational interviewing on stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatric Bulletin*, **33**, 212-214.
- 眞先敏弘 (2003). 酒乱になる人, ならない人 新潮社
- 松下武志 (2007). 酒害者と回復活動 学文社
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of Relapse: Implications for the Maintenance of Behavior Change. In P. Davidson (Ed), Behavioral medicine : Changing health lifestyles. New York.
- Mcguire, W. J. (1985). Attitude and attitude change. In G.Lindzey & E. Aronson(Eds), *Handbook of social psychology*.3rd ed.2. New York :Randomhouse 233-346.
- Millar, M. G., & Millar, K. U. (1990). Attitude change as a function of attitude type and argument type. *Journal of Personality and Social Psychology*, **59**, 217-228.
- Mino, Y., Yasuda, N., Tsuda, T., & Shimodera, S. (2001). Effects of a

one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatry and clinical neurosciences* **55**, 501-507.

水本篤・竹内理 (2008). 研究論文における効果量の報告のために—基礎的概念と注意点— 英語教育研究, **31**, 57-66.

森宏明・荒記俊一・横山和宏 (1993). アルコール依存症者の断酒因子に関する疫学的研究, アルコール依存と薬物依存, **28**, 453-466.

森本良一 (2003). 精神保健福祉関連機関, 自助グループ, 社会資源の活用 猪野重郎・高瀬幸次郎・渡邊省三 (編)アルコール依存症とその予備軍 永井書店

長尾博 (2005). 図表で学ぶアルコール依存症 星和書店

中本新一 (2007). アメリカおよびスウェーデンのアルコール対策, 同志社政策科学研究, **9**, 171-181.

中本新一 (2011). 仲間とともに治すアルコール依存症—断酒会活動とはなにか— 明石書店.

中根允文・岡崎裕士・藤原妙子・中根秀之・針間博彦 (2012). ICD-10 精神および行動の障害-DCR 研究用診断基準 医学書院

中田陽造 (1989). アルコール依存症と生活環境破壊の相関性, 日本衛生学雑誌, **44**, 164.

野田哲郎・平野健二・今道裕之 (1988). 一衛生都市 (大阪府高槻市)におけるアルコール症者の実態と長期予後, アルコール研究と薬物依存, **23**, 26-52.

野田哲郎・平野健二・今道裕之 (1993). 一地域 (大阪府高槻市) におけるアルコール症者の長期予後, 世界精神保健連盟 1993 年世界会議抄録, 101.

日本精神神経学会(監訳) (2002). こころの扉を開く 統合失調症の正しい知識と偏見克服プログラム 医学書院

日本社会心理学会(編者) (2009). 社会心理学事典 丸善株式会社

西尾雅明 (2004). 統合失調症に対する偏見除去の方法に関する研究. 厚生科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「精神障害者の偏見除去に関する研究」平成15年度総括・分担研究報告書.

中山寿一・樋口進 (2008). 飲酒と運転に関する調査 神奈川県警察総務課&独立

行政法人国立病院機構アルコール症センター共同研究，最終報告書

(<http://www.kurihama-alcoholism-center.jp/>)

中山秀樹 (2011). アルコール関連問題の社会的費用 日本アルコール関連問題学会，日本アルコール薬物医学会，日本アルコール精神医学会(編) 簡易版「アルコール白書」

野口裕二 (1996). アルコホリズムの社会学—アディクションと近代— 日本評論社.

O'Keefe, D. J. (1999). How to handle opposing arguments in persuasive messages: A meta-analytic review of the effects of one-sided and two-sided messages. In M. E. Roloff(Ed.). *Communication Yearbook*, **22**, 209-249.

大井晴策 (1970). 精神障害に関する臨床社会心理学的研究—社会の受容度を中心に—，関東短大紀要，**16**, 101-111.

大島巖・上田洋也・山崎貴比古・椎谷淳二 (1992). 精神障害者施設とのコンフリクトを経験した大都市近郊新興住宅地域住民の精神障害者観—(その1) 障害者との接触体験，および弱者体験との関連—，精神保健研究，**5**, 11-23.

岡田ゆみ・浦光博 (2010). アルコール依存症者に対する住民の理解と社会的態度に関する研究 調査報告書.

岡村二郎 (1987). 小集団の効果—小集団のダイナミックと態度変容— 医学教育，**18**, 218-221.

Peluso, T. É., & Blay, L. S. (2008). Public perception of alcohol dependence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **30**, 19-24.

Rebecca, R. R., & Corrigan, P. W. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **23**, 377-389.

Reinke, R. R., Corrigan, W. P., Leonhard, C., & Kubiak, A. M. (2004). Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **23**, 377-389.

斎藤学 (1985). アルコール依存症の精神病理 金剛出版

- 榎博文 (2002). 説得と影響——交渉のための社会心理学—— ブレーン出版
- 佐古恵利子・野沢尚子・山崎直子・橋本直子・小川有美子・三宅重樹 (1998). 治療が長期化しているアルコール依存症者の社会的背景 日本アルコール・薬物医学会雑誌, **33**, 398-399.
- 佐古恵利子 (1999). アルコール依存症者の心的葛藤とその背景について 臨床心理学研究, **34**, 90-92.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G. & Angermeyer, M. C. (2011). The Stigma of Alcohol Dependence Compared with Other Mental Disorders: A Review of Population Studies. *Alcohol and Alcoholism*, **46**, 105-112.
- 鹿野亜郎 (1991). アルコール依存症の短期予後と長期予後——断酒会員の追跡調査から——精神神経学雑誌, **93**, 334-358.
- 清水新二 (1985). アルコール乱用の社会病理学的視点 社会精神医学, **8**, 183-189.
- 清水新二 (1989). 精神障害者と社会的態度仮説の実証的研究——アルコール症の場合—— 社会学評論, **40**, 31-44.
- 清水新二 (1992). アルコール依存症と家族 培風館
- 清水新二 (2002). 酒のみの社会学——酔っぱらいから日本が見える—— 新潮社
- 清水新二 (2003). アルコール関連問題の社会病理学的研究——文化・臨床・政策—— ミネルヴァ書房
- 清水新二 (2007). アルコールとドメスティックバイオレンス——その直接効果と間接効果——, 医学のあゆみ, **222**, 148-151.
- Star. S. (1955). *The Public's Ideas About Mental Illness*. National Opinion Research Center. University of Chicago, mimeographed.
- 洲脇寛・村上綾・土井朋子・堀井茂男・藤本康之 (1996). 精神疾患を合併する物質依存の臨床的研究 外来患者の実態を中心として, 厚生省精神・神経疾患研究委託費研究報告書, 精神作用物質性精神障害の診断と治療に関する研究平成7年度, 87-92.
- 鈴木康夫 (1996). アルコール依存症者の治療転帰榎本稔・安田美弥子(編) アル

コール依存症 太陽出版

高木敏 (2000). アルコール依存症の身体的背景, 臨床精神医学, **29**, 737-743.

竹島正・小山明日香・小山智典・沢村香苗・立森久照・長沼洋一・八木奈央 (2007).

こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査—結果の  
まとめ— 国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

田中悟郎 (2004). 精神障害者に対する住民意識—自由回答の分析— 人間科  
学共生社会学, **4**, 31-41.

Tania, M. L., Arens, E., Berger, C., & Rief, W. (2008). Can Antistigma  
Campaigns Be Improved? A Test of the Impact of Biogenetic  
VsPsychosocial Causal Explanations on Implicit and Explicit  
Attitudes to Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, **34**, 984-994.

立澤賢孝・吉野相英・野村総一郎 (2005). アルコール依存 臨床精神医学, **34**,  
275-277.

徳永克己・水野智美 (2005). 障害理解—心のバリアフリーの理論と実践  
— 誠信書房

上野徳美 (1991). メッセージの反復と圧力が説得の受容と抵抗に及ぼす効果  
実験社会心理学研究, **31**, 31-37.

浦光博 (2009). 排斥と受容の行動科学—社会と心が作り出す孤立—サイエ  
ンス社

Vaillant, G. E. (1996). A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Arch  
Gen Psychiatry*, **53**, 243-249.

わが国の精神保健福祉—精神保健福祉ハンドブック23年度版— 太陽美術出  
版部

Wilson, T. D., Dunn, D. S., Bykee, J. A., Hyman, D., B., & Rotondo, J. A.  
(1984). Effects of analyzing reasons on attitude-behavior consistency.  
*Journal of Personality and Social Psychology*, **47**, 5-16.

Wilson, T. D., Kraft, D., & Dunn, D. S. (1989). The disruptive effect of  
explaining attitudes: The moderating effect of knowledge about the  
attitude object. *Journal of Experimental Social Psychology*, **25**,  
379-400.

- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T. & Leff, L. (1996). Public education for community care. A new approach, *British Journal of Psychiatry*, **168**, 441-447.
- Yamaguchi, S., Mino, Y., & Uddin, S. (2011). Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: a narrative review of educational interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, **65**, 405-415.
- 山根隆 (1987). アルコール中毒の長期予後に関する研究, 慈恵医誌, **93**, 458-474.
- 山内隆久 (1996). 偏見解消の心理——対人接触による障害者の理解—— ナカニシヤ出版
- 安原正博 (2007). アルコール関連社会問題の法医学, 医学のあゆみ, **222**, 717-723.
- Yoshino, A., Kato, M., Yoshimasu, H., Tatsuzawa, Y., Watanabe, T., (1997). Which Relapse Criteria Best Predict the Mortality Risk of Treated Alcoholics? *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, **21**, 1374-1378.
- 全家連保健福祉研究所 (1998). 精神障害者観の現況 97——全国無作為サンプル 2000 人の調査から—— 全家連モノグラフ 22

## <付録>

資料1「アルコール依存症について考える」教育プログラム実施手引き

資料2「アルコール依存症について考える」教育プログラム実施手引き(短縮版)



「アルコール依存症について考える」  
教育プログラム

実施手引き

平成 24 年 12 月

《 目次 》

1. プログラム作成の背景	1
2. プログラム作成の過程	1
・「依存症者への態度」に影響する要因の特定	
・教育プログラムの検討	
3. プログラムの概要	3
・ねらい	
・時間と構成	
・教材	
・指導案	
3. 参考資料	9
・当事者の属性と語りの内容	
・理解度チェック表	
4. プログラムの問い合わせ先について	10

## 1. プログラム作成の背景

このプログラムは、地域の人びとの、アルコール依存症についての理解や態度の促進をはかるために作成しました。このようなプログラムを作成した背景には、社会復帰を目指し、断酒しているアルコール依存症者に対して、人びとは、「アルコール依存症者」というだけで偏見やステレオタイプをもつことがあるためです。アルコール依存症は、断酒により回復が可能な病気です。しかし、その事を知る人は少なく、退院後に、彼らが近所に住んだり、一緒に働いたりするといった生活の場面で否定的な態度を持ち(清水,2003)、「以前はアルコール依存症で酒を飲んでいて」という人に対して評価が低くなる傾向があります(樋口・河野,1996)。

このような偏見は、社会復帰を目指すアルコール依存症者に対し、社会的な排斥につながる可能性があります。社会的な排斥は、アルコール依存症者に苦痛をもたらし、社会復帰を妨げることにつながるため、その改善が求められます。このプログラムにより、アルコール依存症についての病気や回復の理解が深まる中で、社会復帰を目指し、断酒しているアルコール依存症者に対する態度(以下、「依存症者への態度」)が改善されることをねらいとしています。

## 2. プログラム作成の過程

### ・「依存症者への態度」に影響する要因の特定

人びとの「依存症者への態度」を改善する介入の検討を以下のように行いました。態度の形成や変容には、1)経済・人口統計的要因、2)接触経験の質と量、3)事実などの知識的要因、4)価値観などの心理社会的要因が影響すると言われています(Jordan,1971)。そのため、この4つに基づき、アルコール依存症者に対する態度について、これまでの先行研究を整理しました。そして、態度を改善できると思われる要因について、4つを導きだしました。①アルコール依存症の病気としての理解、②周囲がアルコール依存症を経験する可能性の認識(自分の家族や友人が、アルコール依存症を経験するかもしれないとその可能性を身近に感じる)、③アルコール依存症者が断酒を継続できる可能性の認識(アルコール依存症であっても断酒を継続していけると思えること)、④「飲酒問題への関与可能性評価(アルコールの問題は本人だけでなく、周りにもできると思えること)です(詳細に

については、別途、論文投稿中)。また、この4つの要因について「依存症者への態度」の影響を実際に確認するため、一般住民 596 名を対象にアンケート調査を実施しました(岡田・浦, 2011)。261 名の回答結果から、「周囲がアルコール依存症を経験する可能性の認識」「アルコール依存症者が断酒を継続できる可能性の認識」「飲酒問題への関与可能性評価」の3つの要因が「依存症者への態度」を改善するための要因として確認できました( $CFI=.983$ ,  $RMSEA=.048$ )。そのため、これらをふまえて教育プログラムを作成することにしました。

### ・教育プログラムの検討

態度変容に向けた介入方法には、「説得」や「接触」などがあります。今回の教育プログラムでも、説得や当事者との接触体験を導入しました。

説得では、3つの影響要因に沿って検討しました。「周囲が依存症を経験する可能性」については、“アルコール依存症”という病気が、特別な人や場所で起こるものではないことを強調することが重要と考えました。そのため、お酒を飲む人であれば誰でもアルコール依存症になる可能性があることを伝え説得することにしました。またアルコール依存症者の多量飲酒のきっかけ(人間関係, 健康問題, 家庭問題, 理由なし等)を提示し, 類似性を強調した説得を行うことにしました。「断酒継続の予測」については, アルコール依存症の再発率の高さを理解したうえで, 予後を解釈できるよう説得することが重要と考えました。「依存」のメカニズムや再発の原因について触れ, 回復の困難さを説明した後で, 回復の可能性を説得する両面提示を行うことにしました。「飲酒問題への関与可能性評価」については, 飲酒問題の所在を知り, 個々に問題への関与方法を見つけだすことが必要と思われました。そのため, 少人数で話し合うといった集団討議を導入することにしました。

接触体験については、肯定的な「接触」の条件に、典型性、反ステレオタイプの情報、協力的関係、地位の対等性があります(Amir 1969)。これを参考に、当事者は、「アルコール依存症の診断を受けている人」、「長期(10年以上)に断酒を継続している人」としました。また、「当事者の語り」を設定し、アルコール依存症者の一連の体験を聞く機会を持つことや、質疑応答を通して当事者との関係が深められるように体験を設定しました。

## 引用文献

- Amir, Y. (1969). Contact hypothesis in ethnic relations. *Psychological Bulletin*, **71**, 319-342.
- 樋口進・河野裕明 (1996). アルコール臨床研究のフロントライン 樋口進(編) 日本人の飲酒行動・飲酒観——日米共同疫学研究結果をふりかえって—— 厚健出版 pp.1-44.
- Jordan, J. E. (1971). Construction of a Guttman facet designed cross-cultural Attitude-Behavior Scale toward mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **76**, 201-219.
- 岡田ゆみ・浦光博 (2011). 断酒するアルコール依存症者に対する社会的態度に関する研究 第70回日本公衆衛生学会総会抄録集, 380.
- 岡田ゆみ・浦光博 (投稿準備中). 断酒しているアルコール依存症者に対する人びとの態度変容に向けた取り組み—教育的介入の効果と持続性の検討—
- 清水新二 (2003). アルコール関連問題の社会病理学的研究——文化・臨床・政策—— ミネルヴァ書房

## 2. プログラムの概要

- **ねらい** : アルコール依存症についての病気と回復を理解する。また、依存症者を取りまく社会を知り、共生について考える。
- **時間と構成** : 120分【講義(60分)当事者の語り(20分)討議(40分)】


### プログラムの構成

単元別の目標	講義内容	形式
アルコール依存症を病気として理解する	1. アルコール依存症とは 1) 原因と背景 2) 精神依存, 身体依存のメカニズム 3) 依存の強さと診断基準 4) 患者推計人口, 大量飲酒者推計人口	
周囲の人がアルコール依存症を経験する可能性の認識を高める	2. アルコール依存症になる人とは	講義 (45分)
アルコール依存症者の断酒継続の可能性を理解する	3. アルコール依存症の経過と回復 1) アルコール依存症の経過 2) 治療における断酒の必要性 3) 断酒継続率の推移 4) 再飲酒のきっかけ	
飲酒問題(アルコール依存症)を取りまく社会環境を理解する	4. アルコール依存症になるということ, 地域で断酒生活するということ 5. アルコール依存症に対する住民の理解と態度——先行調査からわかったこと——	当事者の語り (20分)  講義 (15分)
飲酒問題について個々の考えを整理し, 問題を共有しながら学びを深める	6. 少人数での集団討議 (感じたこと, 飲酒問題について自分たちが考えなければならないこと, できること) 7 討議内容の公表, 当事者をふまえた意見交換会(質疑応答を含む)	集団討議 公表 意見交換会 (40分)

\*プログラム終了後に理解度チェックを実施

- **教材** : PPT 26枚(詳細は、指導案を参照)、理解度チェック(詳細は参考資料)

# 「アルコール依存症について考える」の教育プログラム（120分構成）

骨子	指導内容	スライド	時間
<p>アルコール依存症を病気として理解する</p>	<p>■ <u>プログラムのねらいと流れ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>このプログラムのねらいは「アルコール依存症」という病気と回復を理解し、アルコール依存症者を取りまく社会のあり様について一人一人が考えることにあります。</li> </ul> <p>プログラムの流れは</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. アルコール依存症とは</li> <li>2. アルコール依存症になる人とは</li> <li>3. アルコール依存症の治療と回復</li> <li>4. 当事者インタビュー</li> <li>5. アルコール依存症を取りまく地域社会の現状です</li> </ol> <p>1. アルコール依存症とは</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アルコール依存症とは、一言でいうなら、アルコールを自分でコントロールして飲むことができなくなってしまう病気です。ではその原因は？ 単なる飲み過ぎでしょうか（発問）。</li> </ul> <p>■ <u>原因と背景</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（回答）アルコールといのは、エチルアルコールという薬物で精神依存・身体依存を引き起こす物質です。そしてこの依存を引き起こすには、3つの要件（薬物特性、体質などの個人要因や環境要因）が関与しています。</li> <li>薬物特性ですが、これは薬物であるアルコールが、身体依存や精神依存などを形成するように作用していくことをさします</li> <li>個人の要因には、遺伝的要因、体質などがあります。遺伝的要因は、双子の研究などから、遺伝性の関与が明らかになっています。</li> <li>体質については、アルコール依存症を引き起こす体質は、飲める体質、飲めない体質でも判断できます。これは、体内でアルコールを分解する分解酵素などが影響します。</li> <li>環境要因では、アルコール依存症を引き起こしやすい家庭として、「飲酒に寛容な家庭」や「家庭環境に問題をかかえている」ことなどがあげられますがそのような環境がすべてアルコール依存症を引き起こすわけではないことも理解しておいてください。</li> </ul> <p>■ <u>精神依存・身体依存のメカニズム</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アルコールの精神依存、身体依存について説明します。精神依存ですが、これはそもそも“人はなぜアルコールを飲むのか”と深い関わりがあります。</li> <li>古来から人はアルコールを飲んできましたが、それは「酔い」を求めるためであると言われています。酔いは、その人を幸せな気持ちにしたり、嫌なことを忘れさせてくれたりします。実はこの時、アルコールは人の脳に影響を及ぼしています。</li> </ul>	<p><b>今日の授業のねらいと流れについて</b></p> <p><b>ねらい：</b> 「アルコール依存症」という病気と回復を理解する。アルコール依存症者を取りまく社会のありようを知り、共生について考える</p> <p><b>授業の流れ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. アルコール依存症とは？</li> <li>2. アルコール依存症になる人とは？</li> <li>3. アルコール依存症の治療と回復</li> <li>4. 当事者体験談</li> <li>5. アルコール依存症を取りまく地域社会の現状</li> <li>6. グループワーク・意見交換会</li> </ol> <p><b>1. アルコール依存症とは</b></p> <p>アルコールを自分でコントロールして飲むことができなくなってしまう病気</p> <p><b>薬物（アルコール）依存の成立要件</b></p> <p>アルコールとは、<b>エチルアルコール</b>という薬物で、薬物依存を引き起こす物質</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① <b>薬物特性</b> 薬物（アルコール）の依存形成</li> <li>② <b>個人の要因</b> 遺伝的要因 体質（飲める体質・飲めない体質） その他</li> <li>③ <b>環境的要因</b> アルコール依存症を引き起こしやすい環境（家庭環境、社会文化的環境）</li> </ol> <p><b>アルコールの精神依存のメカニズム</b> そもそも人はなぜ酒を飲むのか</p> <p>酔いをもとめる 幸せな気持ちになる、嫌なことを忘れさせてくれる ↓ 脳の神経細胞に影響</p> 	<p>0:00</p> <p>4</p>

・アルコールを摂取すると、脳内ではドーパミンといった物質がさかんに放出します。図の赤い矢印がそのドーパミンが放出される部位です。このような作用により快感、つまり「酔い」を体験することはよいことなのですが。

・次の図はアルコールによってドーパミンが放出する部位を表しています。この部位は、A10 という脳の快感中枢神経と呼ばれ、脳幹上部の中脳といわれる部位にあり、その軸索を視床下部・大脳辺縁系（側座核や中核核）次いで前頭葉皮質に伸ばしていき、これらの部位に対してドーパミンを出すことによって活性化します。

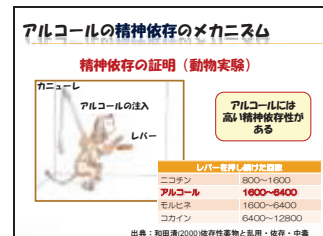
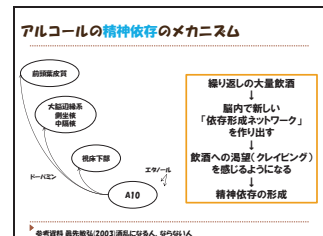
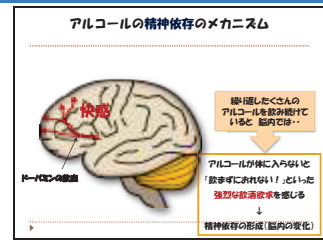
・アルコールをのむと、この A10 神経がアルコールによって刺激を受け、ドーパミンの放出量は増加します

・アルコールを飲んで「気持ちが良い」「緊張から解放される」「静かな、くつろいだ感じ」を感じるというのはこの神経の刺激によるものと考えられています。この他にもお酒の飲むと、脱抑制として気持ちが大きくなったり、眠たくなったり、攻撃性が増したりすることがありますが いずれも脳神経の働きと複数の神経伝達物質の関与が考えられています。しかし今日は依存を形成していくことに関与している A10 神経についてのべていきます。

・繰り返しのたくさんの飲酒を続けていると、脳内の A10 神経は、活動を強化し 飲酒行動が報酬をもたらすという学習を強化していきます。そして、ある時お酒が体の中に入らないと強烈な飲酒欲求を引き起こし始めます。これがアルコール依存症の精神依存です。

・この精神依存が起こるのは、脳内神経細胞が新しい「依存形成ネットワーク」を作り出すことによると考えられています。そして、これは一度できると生涯にわたり維持されます。また脳内で依存形成が作りだされるなかで生じるこのアルコールに対する欲求は、「飲まずにはおれない」という強烈な状態（渴望状態：クレイビング）を作り出し、「何とかしてお酒を手に入れよう」という行動につながっていきます。このクレイビングは精神依存ですがとても強いものです。実際私の知る方では、「砂漠で水を求めるくらいアルコールが飲みたくなる」とこのクレイビングを表現される人もいました

・ここで、アルコールの精神依存の強さを証明した一つの実験を紹介します。レバーを押すことにより、目的の薬物を体に取り入れるようカニューレをつけられたサルによる実験でした。レバーを押してアルコールを体内に取り入れ心地よい体験を学習したサルは、その体験を求めて盛んにレバーを押し始めます。アルコールを大量に取り入れたサルに、今度は、レバーを押してもアルコールが取り入れられない状況をつくりどのくらいサルがレバーを押してアルコールをもとめるかを調べました。結果、1600回から6400回もレバーを押し続けました。このような結果から、アルコールには高い精神依存性があることがわかります。



・次は、身体依存です。右は、シナプスの構造を表しています。通常、シナプス前膜からシナプス後膜にむけて物質は運ばれます。A10 神経のドーパミンもこのように伝えられていきます。そして、ここでもアルコールを大量に繰り返し飲み続けているとシナプス機能不全といった構造の変化が体に生じてきます。シナプス機能不全とは、ドーパミンが過剰に放出することにより、ドーパミン受容体の数を減らして適応する状態を引き起こします。これにより、以前と同じお酒の量を飲んでもドーパミンの伝達は少ないために、酔いの効果は少なく感じるようになります。そのため、以前のような酔いをもとめて、どんどんお酒の量が増えていくことを引き起こします。これは耐性の強化とよばれています。このような作用によりどんどんアルコールが増えていくと、今度は、脳内のこのようなシナプスの機能不全の状態が正常であると、体は認識しはじめるため、逆にアルコールがきれると、これらの神経伝達物質のバランスの乱れが生じることから離脱症状がおこりはじめます。これが身体依存です。

・離脱症状には、イライラや手の震え、動機などひどくなると幻覚や幻聴などもあります。

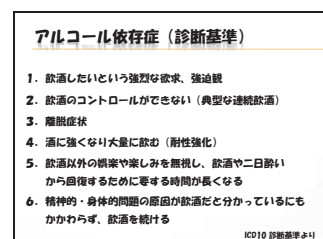
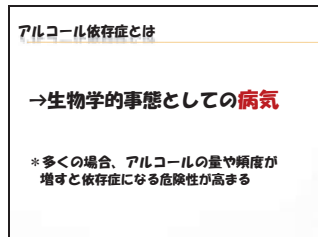
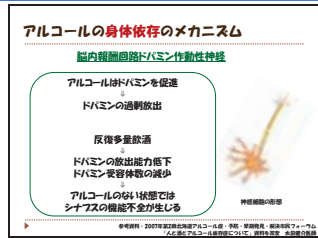
### ■ 依存の強さと診断基準

- ・繰り返し、たくさんのアルコールを飲んでいった人がアルコール依存症になると、お酒が飲みたいといった強烈な精神依存とお酒をやめると不快な症状がでる身体依存とで、もはや自分でアルコールをコントロールできないとても苦しい状況に陥ることになります。
- ・これまでを整理していくと、アルコール依存症とは本人の人格や性格などではなく生物学的な事象としての病気といえます。またアルコール依存症は量だけで診断がつくものではありませんが、多くの場合、量や頻度が増すにつれ依存症になる危険性ははらんでいます。

- ・アルコール依存症の診断基準を示します。過去1年間に次の症状のうち3つを繰り返し経験したか、同時に3つ以上の症状が1カ月以上続いたかで判断されます。
- ・この基準の中には、先ほどの強烈な飲酒欲求や、耐性の強化、身体依存としての離脱症状といった生物学的な状態の変化による症状がふくまれていることがわかります。

### ■ 患者の推計人口、大量飲酒者数

- ・アルコール依存症になる人は、日本にどのくらいいるのでしょうか？(発問)わが国では推計で82万人にのぼると言われています。これは成人男性の約2%です。



0:25



周囲の人がアルコール依存症を経験する可能性の認識を高める

- ・アルコール依存症者の予備群と言える大量飲酒者は、わが国で227万人と推計されています。
- \*注意（大量飲酒者とは、1日にビールを中瓶6本ぐらい飲む人のこと。純アルコール換算120g以上）。

## 2. アルコール依存症になる人とは

- ・このようにたくさんのアルコールを飲んで依存症になる人はどんな人でしょうか？（発問）よくこんな声があります。

- ・「責任感の強い人は酒で身をほろぼすようなことはありません」「酒をのまないと言いたいことを言えない人はきっとアルコール依存症になるだろうね」本当に、そうでしょうか？

- ・正解は「お酒を飲める人であれば誰でも依存症になりうる」ということです。先ほどの例に出したようなことで、判断することはできません。
- ・今、アルコールを飲んでいないからといっても、お酒が飲める人は、生涯のなかでどんなきっかけで、お酒を飲み始め、それが繰り返されるなかで、量が増えていくことになるかなど予測がつかいません。

- ・お酒をのむきっかけも、大切な人の別れや、病気や男女関係、家族内での問題、仕事や学校での問題、友達や近所でのトラブルなどなど、誰もが生きてると経験するような内容がたくさんあります。お酒を飲むことがとっても好きで、特にきっかけもなく量が増えて、何十年かかけて依存症になる人もいます。そして、今やアルコールは、コンビニや自動販売機で24時間手軽に買えてしまえる飲み物だけに依存症になりやすいといえます。

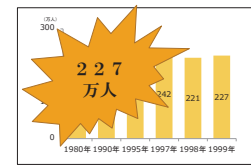
## 3. アルコール依存症の治療と回復

### ■ アルコール依存症の経過

- ・アルコール依存症の治療と回復です。この図はアルコール依存症の経過を示しています。初めてお酒を飲んだところが「初飲酒」で、機会がある時にしか飲まなかったのが習慣性になります。そして今度はその飲み方や量が変わってきて、沢山飲むようになったり、朝から飲まずにはおれなくなったりして、身体的にも、精神的にも社会的にも問題は深刻化していくことになります。

アルコール依存症者の断酒継続の可能性を理解する

アルコール依存症とは（予備群となる対象飲酒者）



参考資料：お酒と健康（本邦ビール株式会社）

## 2. アルコール依存症になる人とは？



責任感の強い人は酒で身をほろぼすようなことはありません



酒を飲まない、言いたいことを言えない人はきっと依存症になるだろうね

### 正解！

お酒が飲める人であれば誰でもアルコール依存症になりうる



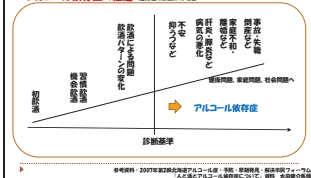
たくさんお酒を飲むきっかけ？



- 大切な人の別れ
- 病気
- 人とのトラブル
- 特になし
- 家族や仕事の問題

## アルコール依存症の治療と回復

アルコール依存症の経過…進行性で悪化した場合



参考資料：2007年酒類消費実況アンケート調査、発問、発問後編、酒類消費実況アンケート調査、酒類消費実況アンケート調査、酒類消費実況アンケート調査、酒類消費実況アンケート調査

■ 治療による断酒の必要性

- ・アルコール依存症の治療や回復は、アルコール依存症が治ることを目指すのではなく、アルコール依存症という病気を理解しながら、完全にアルコールを断ち生活していくことを指します。そしてそのために、最初は入院などで離脱症状を克服し、教育プログラムや精神療法、自助グループの参加 などを通して断酒をしていきます。通常、専門病院での入院は3か月、6か月などのプログラムが作られています。

■ 断酒継続率の推移と再飲酒のきっかけ

- ・アルコール依存症者にとっての断酒ですが、実際、退院1年後の断酒継続率は約20%と低く再発しやすい状況にあります。なぜ断酒の継続が難しいのでしょうか。

- ・退院後、再飲酒のきっかけ調査では、1位は、依存症そのものによる再飲酒でした。「飲みたい」といった飲酒欲求は断酒後も残ることが影響しています。また今の日本では、お酒がどこでも売られているので、思わないところでお酒を目にしてしまい気がついたら・・・ということもあります。また2位はネガティブな感情ですが、3位と4位は仲間や仕事など、社会的なつきあいや関係が影響していることがわかります。

■ 断酒をしていくためには

- ・断酒をしていくためには通院などの治療のほか、仲間や家族、周囲の理解が重要です。
- ・そしてアルコール依存症になっても断酒は継続していけます。アルコール依存症で10年以上断酒を継続されているAさんにお話を伺いました

4. アルコール依存症になるという事、地域で断酒するという事 (当事者の体験談)

5. アルコール依存症者に対する住民の理解と態度

- ・「地域の人々はアルコール依存症をどのように理解し捉えているか、2009年度アンケート調査を行いました。

- ・この結果では、アルコール依存症を「病気」と捉えている人は約半数、残りの人は「意思の問題」としてまるで病気を本人の責任であるかのように捉えていました。

飲酒問題をとりまく社会環境を理解する

アルコール依存症は、  
飲酒のコントロールができない病気  
↓  
生涯、断酒が必至  
専門病院での入院や通院を通しての  
治療のほか自助グループの参加なども重要

**アルコール依存症の治療と回復**  
退院後の断酒率の変化  
鈴木ら(1996)の調査によると、  
退院直後から断酒率は急速に低下し、  
退院2.5ヵ月後に約半数、2年以降に  
約19~20%程度で一定になる。

**アルコール依存症の治療と回復**  
再飲酒のきっかけ調査 (N=268) : 佐古(1999)  
1位 アルコール依存症そのものによる再飲酒  
2位 ネガティブな感情や精神状態をまぎらわせる再飲酒  
3位 飲酒を通じた仲間関係を変えられずに再飲酒  
4位 仕事上の関係から再飲酒

断酒をしていくためには・  
通院などの治療  
仲間や家族周囲の理解も重要  
アルコール依存症になっても断酒は継続していけます

アルコール依存症をとりまく地域社会の現状  
住民はアルコール依存症についてどのように理解しているか?  
2009年調査  
A県内B町の成人596名(無作為抽出)  
郵送で調査票を送付  
回収率301名(50.5%)  
有効回答率261名(81.7%)

住民はアルコール依存症についてどのようにとらえているか  
調査結果から・  
病気は本人の責任?  
アルコール依存症とは

0:45

1:05

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• またアルコール依存症になると、「断酒」が必要になりますが、それを理解しているのは約半数でした。</li> <li>• アルコール依存症になって、断酒を継続していくかは本人の問題です。しかし、周りの人達は、ここまで理解しなくてもよいのでしょうか？断酒をしている人達に影響はないのでしょうか。そもそも、誰が今後、アルコール依存症になるかわからない中で、人ごとの問題でしょうか？断酒を継続できるよう周りの人達にできることはないのでしょうか。</li> <li>• この後のグループワークで、アルコール依存症者に対する考えを整理してみてください。</li> </ul>	<p>後者はアルコール依存症についてどのように考えているか</p> <p>調査結果から・・・</p> <p>アルコール依存症の予後</p>	1:20
--	---	---	------

## 参考資料

### ● 当事者の属性と語りの内容

#### 当事者の属性と語りの内容

属性：70代、男性、1人暮らし、現在、10年以上断酒を継続して地域生活を送る

内容 10代後半：飲酒開始。陶酔感から仕事後、毎日飲酒する。

20代：結婚。子どもも生まれる。

40代：休日の朝酒が始まる。肝炎で入院。

飲酒量は次第に増える。飲酒が原因で、仕事・家族を失い1人暮らしになる。気持の上では“何とかしなければいけない”という思いがあっても、どうしても酒をやめることができなかった。その時は「依存症」であるということに自分も周りも気がつかなかった。

50代：連続飲酒が始まる。専門病院へ入院するも、再発を繰り返す。

ある時、医師から「酒を辞め続けると必ず回復する。回復すると不自由なく生活できる」と言われ断酒を決意する。

断酒の厳しさ：焦りや不安、不眠などの症状が起こり苦しかった。

断酒生活を身につけるため、数年間施設に入所した。

断酒継続の生活：断酒会に通い仲間と出会えたことや、地域での居場所ができたことが断酒継続につながった。仲間や周りの人達のお陰である。また、断酒継続のなかで、家族との関係も修復した。断酒継続には、生活のリズムをつかむことがコツである。

● **理解度チェック表**

正しいものに○を誤っているものに×をつけてください

1. アルコール依存症とは生物学的変化としての病気である
2. アルコール依存症の依存は精神依存のみである
3. アルコール依存症者の精神依存の程度は、アルコール依存症でない人の「飲みたい」と同程度である
4. アルコール依存症には意志の弱い人になる
5. アルコール依存症には中年男性になる
6. アルコール依存症の治療には断酒が不可欠である
7. アルコール依存症は再発しやすい
8. アルコール依存症の断酒継続は可能である
9. 地域にはアルコール依存症者のための自助グループがある
10. アルコール依存症は地域住民に正しい理解が得られやすい

4. プログラムの問い合わせ先について

「アルコール依存症について考える」教育プログラムを希望の方は、下記にご連絡ください。教材をお送りいたします。

また、教材に関するご質問・ご相談なども下記にご連絡ください。

**【連絡先】** 〒737-0112

広島県呉市広古新開 5-1-1

広島国際大学看護学部 (0823-73-8368)

岡田ゆみ

「アルコール依存症について考える」  
教育プログラム（短縮版）

実施手引き

平成 24 年 12 月

《 目次 》

1. プログラム作成の背景	1
2. プログラム作成の過程	1
・「依存症者への態度」に影響する要因の特定	
・教育プログラムの検討	
・教育プログラムの効果の検討	
3. プログラムの概要	4
・ねらい	
・時間と構成	
・教材	
・指導案	
3. 参考資料	9
・当事者の属性と語りの内容	
4. プログラムの問い合わせ先について	9

## 1. プログラム作成の背景

このプログラムは、地域の人びとの、アルコール依存症についての理解や態度の促進をはかるために作成しました。このようなプログラムを作成した背景には、社会復帰を目指し、断酒しているアルコール依存症者に対して、人びとは、「アルコール依存症者」というだけで偏見やステレオタイプをもつことがあるためです。アルコール依存症は、断酒により回復が可能な病気です。しかし、その事を知る人は少なく、退院後に、彼らが近所に住んだり、一緒に働いたりするといった生活の場面で否定的な態度を持ち(清水,2003)、「以前はアルコール依存症で酒を飲んでいて」という人に対して評価が低くなる傾向があります(樋口・河野,1996)。

このような偏見は、社会復帰を目指すアルコール依存症者に対し、社会的な排斥につながる可能性があります。社会的な排斥は、アルコール依存症者に苦痛をもたらし、社会復帰を妨げることににつながるため、その改善が求められます。このプログラムにより、アルコール依存症についての病気や回復の理解が深まる中で、社会復帰を目指し、断酒しているアルコール依存症者に対する態度(以下、「依存症者への態度」)が改善されることをねらいとしています。

## 2. プログラム作成の過程

### ・「依存症者への態度」に影響する要因の特定

人びとの「依存症者への態度」を改善する介入の検討を以下のように行いました。態度の形成や変容には、1)経済・人口統計的要因、2)接触経験の質と量、3)事実などの知識的要因、4)価値観などの心理社会的要因が影響すると言われています(Jordan,1971)。そのため、この4つに基づき、アルコール依存症者に対する態度について、これまでの先行研究を整理しました。そして、態度を改善できると思われる要因について、4つを導きだしました。①アルコール依存症の病気としての理解、②周囲がアルコール依存症を経験する可能性の認識(自分の家族や友人が、アルコール依存症を経験するかもしれないとその可能性を身近に感じる事)、③アルコール依存症者が断酒を継続できる可能性の認識(アルコール依存症であっても断酒を継続していけると思える事)、④「飲酒問題への関与可能性評価(アルコールの問題

は本人だけでなく、周りにもできることがあると思えること) です(詳細については、別途、論文投稿中)。また、この4つの要因について「依存症者への態度」の影響を実際に確認するため、一般住民 596 名を対象にアンケート調査を実施しました(岡田・浦, 2011)。261 名の回答結果から、「周囲がアルコール依存症を経験する可能性の認識(以下、周囲が依存症を経験する可能性)」「アルコール依存症者が断酒を継続できる可能性の認識(以下、断酒継続の予測)」「飲酒問題への関与可能性評価(以下、飲酒問題への関与)」の3つの要因が「依存症者への態度」を改善するための要因として確認できました( $CFI=.983, RMSEA=.048$ )。そのため、これらをふまえて教育プログラムを作成することにしました。

### ・教育プログラムの検討

態度変容に向けた介入方法には、「説得」や「接触」などがあります。今回の教育プログラムでも、説得や当事者との接触体験を導入しました。

説得では、3つの影響要因に沿って検討しました。「周囲が依存症を経験する可能性」については、“アルコール依存症”という病気が、特別な人や場所で起こるものではないことを強調することが重要と考えました。そのため、お酒を飲む人であれば誰でもアルコール依存症になる可能性があることを伝え説得することにしました。またアルコール依存症者の多量飲酒のきっかけ(人間関係, 健康問題, 家庭問題, 理由なし等)を提示し, 類似性を強調した説得を行うことにしました。「断酒継続の予測」については, アルコール依存症の再発率の高さを理解したうえで, 予後を解釈できるよう説得することが重要と考えました。「依存」のメカニズムや再発の原因について触れ, 回復の困難さを説明した後で, 回復の可能性を説得する両面提示を行うことにしました。「飲酒問題への関与」については, 飲酒問題の所在を知り, 個々に問題への関与方法を見つけ出すことが必要と思われました。そのため, 少人数で話し合うといった集団討議を導入することにしました。

接触体験については, 肯定的な「接触」の条件に, 典型性, 反ステレオタイプの情報, 協力的関係, 地位の対等性があります(Amir 1969)。これを参考に, 当事者は, 「アルコール依存症の診断を受けている人」、「長期(10年以上)に断酒を継続している人」としました。また, 「当事者の語り」を設定し, アルコール依存症者の一連の体験を聞く機会を持つことや, 質疑応答を通して当事者との関係が深められるように体験を設定しました。



## ・教育プログラムの効果の検討

上記の検討をもとに、教育プログラムを作成し実施してみました。また、その効果を検証するため、学生（46名）を対象に対照群を設定して介入調査を行いました（詳細については、別途、投稿準備中）。当初教育プログラムは、説得・接触・グループ討議を含めて120分で構成しました。プログラムの有効性については、アンケート調査で「依存症者への態度」や「周囲が依存症を経験する可能性」「断酒継続の予測」「飲酒問題への関与」の効果について、介入6カ月後まで確認を行いました。

結果、プログラムを受けた学生は、受けなかった学生と比較して「依存症者への態度」や「飲酒問題への関与」が6カ月に渡り改善しました。また、「依存症者への態度」と「飲酒問題への関与」のそれぞれの改善は、関連していました。「断酒継続の予測」や「周囲が依存症を経験する可能性」については、プログラム終了後の効果は認められたものの、効果の持続性までは認められませんでした。これらの結果を参考にしながら、今回の教育プログラム（短縮版）では、以下の3つを改善していきました。①アルコール依存症についての身近さや、依存症者の断酒について、教育プログラム終了後、繰り返し伝える機会を持つ、②グループ討議をやめて、個々の考えが整理できるよう「飲酒問題への関与」について提案を行う、③時間短縮（30分）をはかり、プログラムを使いやすくする、ことにしました。

## 引用文献

- Amir, Y. (1969). Contact hypothesis in ethnic relations. *Psychological Bulletin*, **71**, 319-342.
- 樋口進・河野裕明 (1996). アルコール臨床研究のフロントライン 樋口進(編) 日本人の飲酒行動・飲酒観——日米共同疫学研究結果をふりかえって—— 厚健出版 pp.1-44.
- Jordan, J. E. (1971). Construction of a Guttman facet designed cross-cultural Attitude-Behavior Scale toward mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, **76**, 201-219.
- 岡田ゆみ・浦光博 (2011). 断酒するアルコール依存症者に対する社会的態度に関する研究 第70回日本公衆衛生学会総会抄録集, 380.
- 岡田ゆみ・浦光博 (投稿準備中). 断酒しているアルコール依存症者に対する人びとの態度変容に向けた取り組み—教育的介入の効果と持続性の検討—
- 清水新二 (2003). アルコール関連問題の社会病理学的研究——文化・臨床・政策—— ミネルヴァ書房

## 2. プログラムの概要

- ねらい : アルコール依存症についての病気と回復を理解する。また、依存症者を取りまく社会を知り、共生について考える。
- 時間と構成 : 30分【講義(20分)当事者の語り(10分)】

### プログラムの構成

単元別の目標	講義内容	形式
アルコール依存症を病気として理解する	1. アルコール依存症とは 1) 原因と背景 2) 精神依存, 身体依存のメカニズム 3) 依存の強さと診断基準 4) 患者推計人口, 大量飲酒者推計人口	
周囲の人がアルコール依存症を経験する可能性の認識を高める	2. アルコール依存症になる人とは	講義 (15分)
アルコール依存症者の断酒継続の可能性を理解する	3. アルコール依存症の経過と回復 1) アルコール依存症の経過 2) 治療における断酒の必要性 3) 断酒継続率の推移 4) 再飲酒のきっかけ	
	4. アルコール依存症になるということ, 地域で断酒生活するということ	当事者の語り (10分)
飲酒問題(アルコール依存症)を取りまく社会環境を理解し、周囲にできることを考える	5. アルコール依存症に対する住民の理解と態度 ——先行調査からわかったこと—— 飲酒問題について周りにできることの提案 質疑応答	講義 (5分)

\*プログラム終了2カ月後には、「アルコール依存症に関する新聞記事」と「エタノールパッチテスト2枚」を配布する。

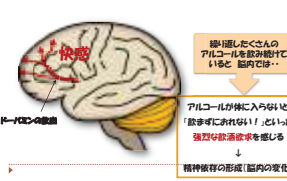
教材: PPT 20枚(詳細は、指導案を参照)、

アルコール依存症に関する新聞記事の配布

(2009.3.25 朝日新聞「アルコール依存症は病気なのだと思ってほしい」)

エタノールパッチテスト 1人2枚

「アルコール依存症について考える」の教育プログラム（短縮版 30分）

骨子	指導内容	スライド	時間
<p>アルコール依存症を病気として理解する</p>	<p>■ <u>プログラムのねらいと流れ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>このプログラムのねらいは「アルコール依存症」という病気と回復を理解し、アルコール依存症者をとりまく社会のあり様について一人一人が考えることにあります。プログラムの流れは             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. アルコール依存症とは</li> <li>2. アルコール依存症になる人とは</li> <li>3. アルコール依存症の治療と回復</li> <li>4. 当事者インタビュー</li> <li>5. アルコール依存症を取りまく地域社会の現状です</li> </ol> </li> </ul> <p>1. <b>アルコール依存症とは</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アルコール依存症とは、一言でいうなら、アルコールを自分でコントロールして飲むことができなくなってしまう病気です。ではその原因は？ 単なる飲み過ぎでしょうか（発問）。</li> </ul> <p>■ <u>原因と背景</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>（回答）アルコールといのは、エチルアルコールという薬物で精神依存・身体依存を引き起こす物質です。そしてこの依存を引き起こすには、3つの要件（薬物特性、体質などの個人要因や環境要因）が関与しています。</li> </ul> <p>■ <u>精神依存・身体依存のメカニズム</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アルコールの精神依存、身体依存について説明します。精神依存ですが、これは“そもそも人はなぜアルコールを飲むのか”と深い関わりがあります。</li> <li>古来から人はアルコールを飲んできましたが、それは「酔い」を求めるためであると言われていています。酔いは、その人を幸せな気持ちにしたり、嫌なことを忘れさせてくれたりします。実はこの時、アルコールは人の脳に影響を及ぼしています。</li> <li>アルコールを摂取すると、脳内ではドーパミンといった物質がさかんに放出します。図の赤い矢印がそのドーパミンが放出される部位です。このような作用により快感、つまり「酔い」を体験することはよいことなのですが。</li> <li>繰り返したくさんのアルコールを飲み続けていると、脳内では「アルコールは報酬をもたらす」という学習を強化し、ある時、アルコールが体の中に入らないと「飲まずにはおれない」といった強烈な飲酒欲求を引き起こし始めます。これがアルコールの精神依存で、脳内の変化によるものです。</li> </ul>	<p><b>プログラムのねらいと流れ</b></p> <p><b>ねらい：</b> 「アルコール依存症」という病気と回復を理解し、アルコール依存症者をとりまく社会のあり様について考える</p> <p>プログラムの流れ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. アルコール依存症とは？</li> <li>2. アルコール依存症になる人とは？</li> <li>3. アルコール依存症の治療と回復</li> <li>4. 当事者インタビュー</li> <li>5. アルコール依存症を取りまく地域社会の現状</li> </ol> <p><b>1. アルコール依存症とは</b></p> <p>アルコールを自分でコントロールして飲むことができなくなってしまう病気</p> <p><b>アルコール依存症とは</b></p> <p>アルコール <b>エチルアルコール</b>という薬物（精神・身体）依存を引き起こす物質</p> <p>依存を引き起こすには</p> <p>個人要因（体質など）や環境なども関与している</p> <p><b>アルコールの精神依存のメカニズム</b> そもそも人はなぜ酒を飲むのか</p> <p>酔いをもとめる 幸せな気持ちになる、嫌なことを忘れさせてくれる ↓ 脳の神経細胞に影響</p> <p><b>アルコールの精神依存のメカニズム</b></p>  <p>繰り返したくさんのアルコールを飲み続けていると脳内では…</p> <p>アルコールが体に入らないと「飲まずにはおれない」といった強烈な飲酒欲求を感じる</p> <p>精神依存の形成（脳内の変化）</p>	<p>0:00</p> <p>5</p>

- ここでアルコールの精神依存の強さを証明した一つの実験を紹介します。レバーを押すことにより、目的の薬物を体に取り入れるようカニニューレをつけられたサルによる実験でした。レバーを押してアルコールを体内に取り入れ心地よい体験を学習したサルは、その体験を求めて盛んにレバーを押し始めます

アルコールを大量に取り入れたサルに、今度は、レバーを押してもアルコールが取り入れられない状況をつくりどのくらいサルがレバーを押してアルコールをもとめるかを調べました。結果、1600回から6400回もレバーを押し続けました。このような結果から、アルコールには高い精神依存性があることがわかります。

- 次は身体依存です。精神依存に続き、アルコールを大量に繰り返し飲んでいるとアルコールを飲んでいる状態が、正常であると脳が認識しはじめます。そして逆にアルコールがきれると、脳内でバランスの乱れが生じることから離脱症状がおこりはじめます。これが身体依存です。イライラや手の震え、動機などひどくなると幻覚や幻聴も起こり始めます。

■ 依存の強さと診断基準

- 繰り返したくさんのアルコールを飲んでいて人がアルコール依存症になると、お酒が飲みたいといった強烈な精神依存とお酒をやめると不快な症状がでる身体依存とで、もはや自分でアルコールをコントロールできないとても苦しい状況に陥ることになります。
- これまでを整理していくと、アルコール依存症とは本人の人柄や性格などではなく生物学的な事象としての病気といえます。またアルコール依存症は量だけで診断がつくものではありませんが、多くの場合、量や頻度が増すにつれ依存症になる危険性をはらんでいます。

- アルコール依存症の診断基準を示します。過去1年間に次の症状のうち3つを繰り返し経験したか、同時に3つ以上の症状が1カ月以上続いたかで判断されます。

■ 患者の推計人口、大量飲酒者数

- アルコール依存症になる人は、日本にどのくらいいるのでしょうか？(発問)わが国では推計で82万人にのぼると言われています。これは成人男性の約2%です。
- アルコール依存症者の予備群と言える大量飲酒者は、わが国で227万人と推計されています。
- \*注意 (大量飲酒者とは、1日にビールを中瓶6本ぐらい飲む人のこと。純アルコール換算120g以上)。

周囲の人がアルコール依存症を経験する可能性の認識を高める

2. アルコール依存症になる人とは

- このようにたくさんのアルコールを飲んで依存症になる人はどんな人でしょうか？(発問)よくこんな声があります。

**アルコールの精神依存のメカニズム**

精神依存の証明 (動物実験)

レバーを押し始めた回数	回数
ニコチン	900~1600
アルコール	1600~6400
モルヒネ	1600~6400
コカイン	6400~12800

出典：和田清(2000)依存性薬物と乱用・依存・中毒

**アルコールの身体依存のメカニズム**

酒を求めるとは：脳で何が起きているか

大量に繰り返し飲んでいるとアルコールを飲んでいることが正常と脳が認識する

離脱症状 (身体依存)

**アルコール依存症とは**

→生物学的事象としての**病気**

\*多くの場合、アルコールの量や頻度が増すと依存症になる危険性が高まる

**アルコール依存症 (診断基準)**

- 飲みたいという強烈な欲求、強迫観
- 飲酒のコントロールができない (典型は連続飲酒)
- 離脱症状
- 酒に強くなり大量に飲む (耐性強化)
- 飲酒以外の娯楽や楽しみを無視し、飲酒や二日酔いから回復するために要する時間が長くなる
- 精神的・身体的問題の原因が飲酒だと分かっているにもかかわらず、飲酒を続ける

ICD10 診断基準より

**アルコール依存症と大量飲酒者の数**

227万人 (ビールを1日中瓶6本以上)

82万人 (アルコール依存症)

毎日新聞2004年6月17日

**2. アルコール依存症になる人とは？**

0:05

0:10

アルコール依存症者の断酒継続の可能性を理解する

・「責任感の強い人は酒で身をほろぼすようなことはありえない」「酒をのまないと言いたいことを言えない人はきっとアルコール依存症になるだろうね」本当に、そうでしょうか？

・正解は「お酒を飲める人であれば誰でも依存症になりうる」ということです。先ほどの例に出したようなことで、判断することはできません。

・今、飲んでいないからといっても、お酒が飲める人は、生涯のなかでどんなきっかけで、お酒を飲み始め、それが繰り返されるなかで、量が増えていくことになるかなど予測がつきません。たくさん飲むきっかけも、大切な人との分かれや、病気、人とのトラブルなど、誰もが経験するような内容がたくさんあります。特にきっかけもなく量が増えていく人もいます。そして、今やアルコールはコンビニや自動販売機で手軽に買えるだけに依存症になりやすいといえます。

3. アルコール依存症の治療と回復

■ アルコール依存症の経過

・アルコール依存症の治療と回復です。この図はアルコール依存症の経過を示しています。初めてお酒を飲んだところが「初飲酒」で、機会がある時にしか飲まなかったのが習慣性になります。そして今度はその飲み方や量が変わってきて、沢山飲むようになったり、朝から飲まずにはおれなくなったりして、身体的にも、精神的にも社会的にも問題は深刻化していくことになります。

■ 治療による断酒の必要性

・冒頭にもお伝えしましたが、アルコール依存症は、飲酒のコントロールができなくなってしまう病気です。そのため回復には生涯にわたり断酒していくことが必要になります。またこの時、専門病院での治療の他、自助グループ等への参加が重要になります。

■ 断酒継続率の推移と再飲酒のきっかけ

・アルコール依存症者にとっての断酒ですが、実際、退院1年後の断酒継続率は約20%と低く再発しやすい状況にあります。なぜ断酒の継続が難しいのでしょうか。退院後、再飲酒のきっかけ調査では、1位は、依存症そのものによる再飲酒でした。「飲みたい」といった飲酒欲求は断酒後も残ることが影響しています。また今の日本では、お酒がどこでも売られているので、思わないところでお酒を目にしてしまい気がついたら・・・ということもあります。また2位はネガティブな感情ですが、3位と4位は仲間や仕事など、社会的なつきあいや関係が影響していることがわかります。

責任感の強い人は酒で身をほろぼすようなことはありえない

酒を飲まないと言いたいことを言えない人はきっと依存症になるだろうね

**正解!**

お酒が飲める人であれば誰でもアルコール依存症になりうる

たくさんお酒を飲むきっかけ?

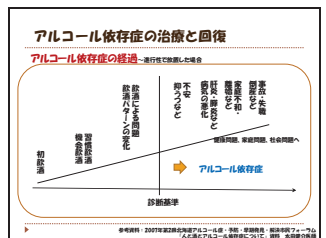
大切な人との別れ

病気

人とのトラブル

特になし

家族や仕事の問題



アルコール依存症は、飲酒のコントロールができない病気

↓

生涯、断酒が必要

専門病院での入院や通院を通しての治療のほか自助グループの参加なども重要

退院後のアルコール依存症の断酒継続率

昨年(1996)の調査によると、退院後から断酒率は急激に低下し、退院後2ヶ月以内の再飲酒、2年以上に19~20%程度で一定になる。

再飲酒のきっかけ調査

1位 アルコール依存症そのものによる再飲酒

2位 ネガティブな感情をまぎらわせる再飲酒

3位 飲酒を通じた仲間関係を安んずる再飲酒

4位 仕事上の関係から再飲酒 (N=268) 検査(1999)

飲酒問題をとりまく社会環境を理解する

- 断酒をしていくためには
  - ・断酒をしていくためには通院などの治療のほか、仲間や家族、周囲の理解が重要です。
  - ・そしてアルコール依存症になっても断酒は継続していきます。アルコール依存症で10年以上断酒を継続されているAさんにお話を伺いました

4. アルコール依存症になるという事、地域で断酒するという事 (当事者体験談)

5. アルコール依存症者に対する住民の理解と態度
- ・地域の人びとのアルコール依存症に対する理解について。「地域の人々はアルコール依存症をどのように理解しているか、2009年度アンケート調査を行いました。この結果では、アルコール依存症を「病気」と捉えている人は約半数、残りの人は「意思の問題」としてまるで病気を本人の責任であるかのように捉えていました。またアルコール依存症になると、「断酒」が必要になりますが、それを理解しているのは約半数でした。
  - ・アルコール依存症になって、断酒を継続していくかは本人の問題です。
  - ・しかし、アルコール依存症について、病気を理解するなかで、周りの人たちにできることはないでしょうか。断酒を継続できるように周りの人たちにできることはないのでしょうか
  - ・例えば、今たくさんお酒を飲んでいる人に、飲みすぎると「依存症」になる可能性があることを伝えることもできます。お酒の問題で困っている人や家族に、専門機関での治療や回復があることを伝えることもできます。そして断酒を目指している人に、アルコールを勧めたりせず、又アルコールのない場面で生活することを応援することもできます。一例をあげましたがこれに限らず、周りでできることはもっとあるはず。これを機に、考えてみてください。これで「アルコール依存症を考える」教育プログラムを終了します。

断酒をしていくためには・・・

アルコール依存症になっても断酒は継続していきます

0:16

5. アルコール依存症を取りまく地域社会の現状

病気は本人の責任?

アルコール依存症の予感 (n=261)

2009年度調査

0:26

周りの人にできること

- ×たくさんお酒を飲んでいる人に・・・
- ×お酒の問題で困っている人に・・・
- ×断酒を目指している人に・・・

0:30

## 参考資料

### ● 当事者の属性と語りの内容

#### 当事者の属性と語りの内容

属性：70代、男性、1人暮らし、現在、10年以上断酒を継続して地域生活を送る

内容 10代後半：飲酒開始。陶酔感から仕事後、毎日飲酒する。

20代：結婚。子どもも生まれる。

40代：休日の朝酒が始まる。肝炎で入院。

飲酒量は次第に増える。飲酒が原因で、仕事・家族を失い1人暮らしになる。気持の上では“何とかしなければいけない”という思いがあっても、どうしても酒をやめることができなかった。その時は「依存症」であるということに自分も周りも気がつかなかった。

50代：連続飲酒が始まる。専門病院へ入院するも、再発を繰り返す。

ある時、医師から「酒を辞め続けると必ず回復する。回復すると不自由なく生活できる」と言われ断酒を決意する。

断酒の厳しさ：焦りや不安、不眠などの症状が起こり苦しかった。

断酒生活を身につけるため、数年間施設に入所した。

断酒継続の生活：断酒会に通い仲間と出会えたことや、地域での居場所ができたことが断酒継続につながった。仲間や周りの人達のお陰である。また、断酒継続のなかで、家族との関係も修復した。断酒継続には、生活のリズムをつかむことがコツである。

#### 4. プログラムの問い合わせ先について

「アルコール依存症について考える」教育プログラムを希望の方は、下記にご連絡ください。教材をお送りいたします。

また、教材に関するご質問・ご相談なども下記にご連絡ください。

#### 【連絡先】〒737-0112

広島県呉市広古新開 5-1-1

広島国際大学看護学部 (0823-73-8368)

岡田ゆみ