

## 第6章

# 野宿から脱した生活保護受給者のアルコールの問題とその支援

大阪市立大学文学部 学部生  
伊藤 正輝

### 6.1 はじめに

この章では、生活保護受給者、それも特に野宿から脱して生活保護を受給するようになった人々に関わるアルコールの問題とその支援について考える。野宿者の中にはアルコールの問題を抱えている人が少なからずいて、生活保護を受けるようになって、その問題を解決するのに苦労している人が存在する。

次節からはまず、問題飲酒を引き起こすものとしてラベリングされている、アルコール依存症について考える。その次に、野宿者とアルコールの関わりについて考える。彼らは「一般」的なアルコール依存患者とはまた違った背景が存在するのである。

そして、後半は生活保護を受給するようになってからの支援についてである。治療への導入から、病院での治療、さらにその次のステップとして非医療のアルコール治療の専門機関への参加、とりわけセルフヘルプ・グループへの参加等での問題点や支援の方法を検討する。

### 6.2 アルコール依存症とは

#### 6.2.1 アルコール依存症に対する誤解

「アルコール依存症」というものが、病気であり専門の医療機関で治療すべき状態であると十分に世間に認知されているとはいいがたい。しかも、我々がよく耳にする言葉は「アルコール依存症」よりも「アルコール中毒」や「アル中」であるように思える。野口祐二は『アルコリズムの社会学：アディクションと近代』の中で、「アルコール中毒」や「アル中」という言葉のなかにスティグマが存在することを指摘し、また「アルコール依存症」という言葉であっても、つまりは「アル中」のことだと分かったとたんにスティグマが蘇り、この言葉もスティグマからは逃れられていないと主張する。これらの言葉は、自業自得、逃避、落伍者、意志が弱いといったイメージを連想させるのである（野口、1996:18-19）。

また、多くの人が抱いている「アル中」のイメージは、酒を飲まないでいると手が震えたり、幻覚が見えたりといった禁断症状が出る人に限定されているのではないだろうか。比較的軽度の症状、例えば酒がらみで社会的なミスを犯してしまったりする程度の酒害は、アルコール依存症とは結びついて考えられ

ず、単なる「酒癖の悪い人」とされているように思える。しかし、そのような酒害でも原因がアルコール依存症である可能性は十分にありえる。そしてアルコール依存症であれば専門機関での治療が必要とされる。医学的に考えられているアルコール依存症の範囲はもっと広いのである。

また、アルコール依存症は意志の問題という認識も強い。専門の医療機関での治療よりも、本人が強い意志を持ちアルコールから一切縁を切るということが重要であり、それがすべてであると考えられる。そしてそれが失敗すると、「意志が弱い」というレッテルを張られる。

確かに、強い決意をもって断酒をすることが回復のために必要であることは明らかであるが、ここでアルコール依存症が本当に意志の力だけで克服できるものなのかを考える必要がある。アルコール依存症の回復を目的とするセルフヘルプ・グループのAA (Alcoholics Anonymous) では、「われわれはアルコールに対して無力であり、生きていくことがどうにもならなくなったことを認めた」(AA 文書委員会, 2005) という考え方をとっている。つまりアルコール依存症者はアルコールに対してコントロールがきかなくなったということである。AAはこの考え方を採用することで、アルコール依存症者を回復へ導くことに成功している。このようなAAの考え方は医学的な疾病概念にも影響を与え、日本では一般的に「コントロール喪失」という立場がとられている。少しでもアルコールを口にすると、適量でやめることができなくなるため、治療方針も「節酒」ではなく「断酒」である。アルコール依存症は発症すれば一生治ることはなく、酒を断っていくしか道はない。このように、専門家や専門機関の間では、アルコール依存症は意志の力だけでどうこうできるものではないとされている。意志の病気という考え方から離れて、飲酒をコントロールできなくなった患者をどのように回復に向けて支援していくかということを考える必要がある。

## 6.2.2 日本での治療の展開

では、アルコール依存症の治療は日本でどのように展開されてきたのだろうか。以下では心光世津子の「アルコール依存症と医療化」を参考に紹介する。

アルコール依存症の概念自体は、明治以降になって海外から輸入されていたのだが、その定義自体はあいまいであった。病名も「慢性アルコール中毒」と呼ばれるなどしていたが統一はされていなかった。しかし、1975年のWHOの提案を受けて、「慢性アルコール中毒」などが「アルコール依存症」へとかわっていき、またWHOのICD-10や、アメリカ精神医学会のDSM-IVの考えを取り入れ、日本でもアルコール依存症の概念が統一されていった。また、アルコール依存症の上位概念として、それによって生じるすべての身体的・精神的な障害や、社会的問題がまとめて「アルコール関連障害」とされた。例えば、肝障害や糖尿病、離婚、虐待、仕事上のミスなどである。アルコール関連障害に対処するためには、その問題自体を解決するだけでなく、原因であるアルコール依存症を治療することが必要になってくる。治療を一時的、身体的なものだけで終わってしまうと、患者は飲める体になっただけで、長期的に見ると問題の解決にはなっていないのである。

また、1963年に神奈川県久里浜病院にアルコール専門病棟が設置された。これは日本発のアルコール専門の治療施設である。この久里浜病院で作られたアルコール依存症の治療プログラムである“久里浜方式”は、日本中に広まり一般的な治療プログラムとなっていった。このプログラムでは、3ヶ月の入院を基本とし、その中で患者達による自治会の運営、長距離の歩行運動である「行軍」、専門外来通院や、抗酒剤の服用、セルフヘルプ・グループへの参加などが主要な方法としてとられている。この久里浜方式が広まったことによって、アルコール医療が日本で確立されていくこととなった。

1970年代からは、保健所や精神保健センターでの酒害相談事業や、デイケアなどの社会資源が誕生し、

アルコール依存症者への早期介入やアフターケアが重視されるようになっていった（心光，2006）。

ではなぜこのように1960～70年代ごろから徐々に治療法が普及していったにもかかわらず、いまだにアルコール依存症の世間的な認知度が低いのだろうか。それにはおそらく文化的な背景があるのかもしれない。

日本では昔から、酒は文化的に容認されてきた。アルコールは人間関係の潤滑油として歓迎されてきたし、冠婚葬祭のなかでも飲む機会が多い。日本よりもアルコール依存症の医療化が進んでいるアメリカでは、19世紀に入ってから、キリスト教系の禁欲主義などから発生した禁酒運動がいくつも起こっている。比較的早くから、酒害に対する論争が社会で広く注目されてきたのである。一方、日本はそれほど大きな論争は起こっておらず、比較的酒に対して寛容である。このような背景が、アルコール依存症が病気として社会に普及するのを妨げている要因のひとつだろう。

### 6.2.3 アルコール依存症の診断基準

では実際にどのような人がアルコール依存症といえるのであろうか。ここでは、先ほども述べたWHOのICDの診断基準を紹介する。

過去1年間に、次の6項目の中で3項目以上が経験されるか出現した時にアルコール依存症と診断されることになる。

1. 飲酒への強い欲望または強迫感。
2. 飲酒開始のコントロールまたは飲酒終了のコントロールまたは飲酒量のコントロールが困難。
3. アルコールを中止または減量したときの生理学的離脱状態。離脱症候群の出現や離脱症状を軽減するか避ける意図で飲酒することを証拠とする。
4. 耐性の証拠。
5. 飲酒のために、他の楽しみや趣味を次第に無視するようになり、飲んでいる時間が多くなり、酔いが醒めるのに時間を要するようになる。
6. 明らかに有害な結果が起きているのに、アルコールを飲む。例えば、過度の飲酒による臓器障害、または大量飲酒による精神障害など。（The Medical Letter, 2005）。

以上からアルコール依存症の概念が見えてくるものの、やはり曖昧な部分は残ってしまい、明確な定義はなされていない。依存という疾患は、明確な線引きをして病気だと言い切れないところに治療の困難さが潜んでいる。しかし、日本においては上の基準（他にもいくつか診断基準はあるが、どれもそれほど異ならない）においてアルコール依存症は診断され、治療されている。

## 6.3 野宿者とアルコールの関わり

野宿者にとってアルコールは重要である。野宿者の中には、野宿してから酒を飲むようになった人や、野宿する前から酒を飲んでいて、酒でのトラブルが原因で野宿に陥った人など様々であるが、それぞれに共通して野宿とアルコールには特別な繋がりがある。

小杉は、野宿者にとって野宿生活の中でアルコールは特別な役割を果たしていると述べている。アルコールは高カロリーであり、すぐに吸収されるので重要なエネルギー源となる。また、睡眠薬代わりにもなる。冬の寒い中、外で寝ようとしてもなかなか寝付けない。しかしアルコールの力を借りればすぐに眠

することもできる。しかも、体も温まる。さらに値段も安い。何か食べるよりも、酒1杯飲むほうが安くすむ。しかも、自販機でいつでも手に入る。大阪の釜ヶ崎では、他の地域と比べて酒の自販機が非常に多い。飲み屋も多い。アルコールの好きな人にとっては魅力的な街である。

また、野宿者はそれぞれに何らかのつらい過去を背負っている。彼らの中には人間関係が苦手な人も多い。そのような中で、アルコールは人間関係をうまくいかせるための道具にもなる。日常のつらいことも忘れさせてくれる。毎日厳しい生活を送っていく中で、酒だけが楽しみという人も多い。

さらに、日雇いの仕事にあぶれた日は、その日一日何もすることがなくなってしまう。その日は余暇になるのである。暇を持て余したときにすることといえば、酒を飲む以外にない人もいる(小杉, 2008)。

また、アルミ缶やダンボールなどの資源を収集し収入を得ている人たちの中には、昼間に働く人たちと深夜に働く人たちがいる。深夜に働く人たちの生活はいわば昼夜逆転しているため、彼らにとって酒を飲む時間は昼間である。昼間から酒を飲んでいる野宿者は一般の人からすると、無気力、怠惰、落伍者と写ってしまうのだが、彼らはちゃんと働いた上で酒を飲んでいるのである。そもそもアルミ缶やダンボール収集は過酷な仕事であり、怠惰な人にはできない。

以上のように、野宿者とアルコールの結びつきは強い。彼らが酒を飲むのは、単に意思がどうこうだからといえるものではなく、実は様々な背景が存在するのである。

## 6.4 生活保護受給後の支援

アルコール依存症者の生活保護受給後の支援と問題点については、筆者がNPO釜ヶ崎支援機構にて実際に聞き取りをしたAさんのケースを例に挙げながら考察していく。Aさんの聞き取りをまとめたものは本章の最後に掲載している。

### 6.4.1 生活保護受給から

野宿者が生活保護へとつながった場合に、彼らがアルコールの問題を抱えていればどのように支援されていくのか。ここでは、大阪の釜ヶ崎を参考に考えていく。

生活保護を申請する段階でアルコール依存症など疾患が発見されれば、彼は保護にかかる前に治療することになる。そのままの状態では保護に掛かると、保護費を酒に使ってしまったり、酔ってトラブルを起こしたりする危険性が高いからである。しかし最大の理由は、本人が死んでしまうことを防ぐためである。せっかく生活保護にかかることができたのに、死んでしまっただけでは本末転倒である。忘れてはいけないことは、アルコール依存症者は飲酒のコントロールができないということである。

また、病院での治療をきっかけに生活保護を受給するようになることもある。しかしここでも問題がある。それは、野宿者は医療にかかることが困難であるということである。彼らは、治療の必要があるにもかかわらず社会保険未加入、住民票もない、診療代すらないという状況にあるのがほとんどである。釜ヶ崎では、野宿者は無料低額診療所の大阪社会医療センターで診療代がなくても貸し付けという形で診察してもらえるが、センターの規模に対して患者数が多く、待ち時間も長い。他の手段としては、症状を限界まで我慢したうえで、道端で倒れて病院へ運ばれるということぐらいしか医療にはつながることができない。野宿者が自ら治療を受けるのは困難であり、周りの支援が重要になってくる。

また、とりわけ問題となるケースとして、本人がアルコールの問題を抱えていたのににもかかわらず、生活保護申請時に周囲がそのことに気づかなくて後になってから発覚するということがある。この場合は、

生活保護にかかってから治療に導入することになる。Aさんのケースはこれに当てはまる。

#### 6.4.2 患者への介入の問題

##### 誰が介入するのか

一般的なアルコール依存症の患者の多くは、自身の周りに家族など人間関係があることが多く、周りの人間から治療を勧められる。この場合でもなかなか上手くいくのは簡単ではないのだが、家族など身近な人からの回復へ向かわせようとする力は常に働いている。

しかし、野宿から脱出した生活保護受給者は単身であるのがほとんどである。そのような場合、誰が治療へ向かわせるのか。そこではやはり、担当のケースワーカーや、NPO スタッフ、その他生活の中で関わりのある数少ない人となってくる。ケースワーカーやNPO スタッフ以外の人と関わりがほとんどないという人も多い（ケースワーカーの数は生活保護受給者に対して非常に少なく、他の関係機関も活動に限界があるので、釜ヶ崎ではNPO 釜ヶ崎支援機構が重要な機能を果たしている）。

##### 患者の否認

介入するときしばしば問題となるのが、アルコール依存症者の自らの病気に対する否認である。彼らが自ら治療を受けようとすることは稀である。酒が飲めなくなることに對して抵抗が強い。身体的な症状は治してほしいと思っても、その根底にある酒の問題には介入されたくない。自分が病気であるとは思っていない、やめようと思えばいつでもやめることができると信じている人も多い。酒がらみのトラブルを起こしても、飲み方が悪いだけなのではと考える。自ら不適切な飲酒をしているとわかっている、飲みたくてしょうがない。しかも今までずっと酒を飲む生活をしてきているので、それを絶つことが恐いと感じることもある。酒なしで人とコミュニケーションすることが苦手な人もいるのである（小杉、2008）。自ら病気であることを否認するのであれば、人から治療を勧められてもなかなか応じない。

Aさんの場合、当初彼はその気になればいつでも酒をやめられると思っていて、酒による問題も認めようとはしなかった。否認が強いために支援者もなかなか介入ができなかったのである。酒を減らすとは言うものの、実際に断酒に至るまでにかなりの時間がかかった。

また、相談事例28のTさんのケースでは、彼は肝臓がかなり悪く、検査したら値が基準値の約10倍にもなっていたのだが、彼は「検査をした人が数値を見間違えているのではないか」と疑っていた。

以上の2つのケースは否認の典型的な例である。このような場合、彼らを治療へ導入することは大変になる。

##### 介入のタイミング

そのような状況で重要になってくるのが、介入のタイミングである。これは生活保護にかかっている人だけでなく、アルコール依存症者全体にとって重要なことである。アルコール依存症者は普段は治療に感じなくても、何かアルコールで問題を起こして頭を打つ経験をしたときには、自分でもアルコールをやめないといけないと思うときがある。そのときを狙って上手く治療に誘うことが大切である。いわゆる「底つき」体験を経験するときが、治療に感じやすい。所持品を紛失したり、喧嘩をして怪我をしたりといったことから、さらには失業、離婚、生活保護打ち切りといったもっと深刻な事態まであえて介入を待って、本人が「アルコールをやめざるを得ない」と感じたときに介入するのもひとつの手である。そうすれば本人も動機を持てる。本人の動機がなければ治療は継続しない。

タイミングを間違えて介入しても無駄に終わることが多い。むしろ次からの介入のチャンスを失ってしまう可能性もある。このように、介入する側の「力」に左右されるというのも深刻な問題である。また、介入するときには、本人にアルコール依存症についての知識を与えることも重要である。回復には治療が必要であるということをまず知ってもらわないといけない。そのためにはもちろん支援者も知識を持っていなければならない。介入の際にも、支援する人がどれだけアルコール依存症について理解しているかが重要である。病気についての教育は、もちろん治療中も続く。

だがそもそも、野宿から脱した生活保護受給者にとって、どのような体験が「底つき」体験となるのかという問題もある。彼らは野宿をするまえに、失業、離婚などを経験していることが多い。未婚の人も多い。生活保護を受給するようになって、一人暮らしなので、相当のことでは危機を感じない。生活保護を打ち切られることで、「底つき」を体験すればいいのだが、野宿に戻ることが「底つき」ではない人もいる。そのような中で、彼らが「底つき」体験するまで介入を待っていて、死んでしまったら元も子もない。ここでもやはり介入する者の「力」が重要になってくる。どのようにすれば本人が失敗体験を、治療を受け入れるきっかけと認識するか、それは根気強さも必要とする大変なことである。

Aさんのケースでは、以前まで治療にはまったく応じなかったが、借金返済のために家賃が払えなくなり、所持金もなく、さらには飲酒してけんかになり刃物で顔に数針縫うけがをした状況になり、やっと治療に応じてくれた。

このケースからも分かるとおり、介入のタイミングは微妙である。Aさんは顔を切る怪我をする前に、足を骨折していて、そこで介入が成功していれば、顔の怪我を防げたのは確かである。しかし、顔の怪我をした時点で介入が成功したおかげで、もっと深刻な事態を防げたという見方もできる。死に関わる事態に陥るまでに介入することが重要であり、Aさんは骨折の時点では依然として否認が強く、顔の怪我をした時点でAさんに介入の際ができたのを見逃さなかったのは、結果として十分だといえるのではないだろうか。いずれにせよ介入するスタッフの「力」が重要である。

また、介入の方法としてはまず内科受診をさせて肝臓などの身体の調子を検査することもある。それでも異常があれば、それを利用して説得できる。時には、医者から多少大げさに症状をいってもらうのも効果的である。専門家である医者から「酒をやめるか、くたばるかどちらかだ」と言われれば、本人も応えるだろう。症状を大げさにいい「脅す」のは気が引けるかもしれないが、患者が死んでしまうことを考えればそれも一つの手段だろう。

実際にある病院では、内科や精神科の医師、看護師、支援者など関係者すべてが協力して、患者を説得する。アルコール依存症の症状としてあらわれる不眠、物忘れ、こむら返り、足や手のつり、寝汗、振戦（手指や全身のふるえ）などを挙げ、患者にひとつでも当てはまるものがあれば、それを強調する。上に挙げた症状のうちどれかは、アルコール依存症の人であればある程度は経験しているものであり、それを指摘することによって、本人はなぜ自分のことがわかるのだろうと危機感を感じる。振戦も本人にわかりやすいように、両方の手のひらを上に向けてもらい、そこに紙を乗せて、紙が震えているのをみってもらう。少しの震えでは本人にはわからないかもしれないので、わかりやすいようにそのようにする。そしてその震えがアルコール依存症の症状であると強調する。そうすることによって本人も治療せざるを得ないと感じてくれるのである。また、脳のCTスキャンを撮って、萎縮していると言うこともある。このまま飲酒を続けると、「廃人」になってしまうと「脅す」。患者が治療になかなか応じないのであれば、そのように説得することも効果的である。

## スタッフ間の連携、ネットワークの構築

患者に関わるスタッフの統一した対応も必要である。あるケースについて、関係する機関のスタッフ同士で治療の方針などを確認しあい、連携していく必要がある。今後の方針が一致していないと、患者は混乱してしまう。それは治療と飲酒との間で揺れ動いている患者にとって不安定な状態をもたらしてしまう。治療導入への「脅し」の際にもスタッフの統一した対応が重要である。一人でも、患者の都合のいいようなことを言う人がいると、患者はそこへ逃げ込んで、酒を飲むために都合よく解釈してしまうかもしれない。この統一した対応は、治療が始まってから、その後のケアまでも継続して行われたいといけな

い。Aさんのケースでは、Aさんの金銭管理をしている「あんしんさぼーと」が、連続飲酒<sup>\*1</sup>の状態であった本人に現金を渡してしまったことが問題である。Aさんは酒やギャンブルで金を使ってしまうので、金銭管理をする必要があったのである。Aさんは保護費を借金返済のために使ってしまう、家賃が滞納になってしまった。Aさんには、「強制」的に金銭管理をして、酒、ギャンブル、借金の悪循環を止める必要があるという支援の方針をスタッフ間で統一できていなかったということである。

また、治療が必要な人の早期発見のためにも、様々な機関のネットワークが重要になってくる。ケースワーカーやNPOスタッフが、生活保護受給者の生活を見守っていても、アルコールの問題をすぐに「発見」できるとは限らない。普段の生活のなかで関わっているすべての人、例えば弁護士、不動産屋、管理人などが何か異常を感じたら介入する、もしくは介入できる人物と連携をとるなど、そういったネットワークが必要である。

Aさんのケースでは、生活保護申請を支援した弁護士が、Aさんのアルコールの問題に介入できなかった。そのために「発見」が遅れ治療へつなげるまでに時間がかかった。結局部屋を貸すことになった不動産屋が、Aさんがアルコールの問題を抱えているかもしれないことに気づき、NPOに連絡して問題が発覚したのである。

このケースでは、弁護士は、自身でAさんのアルコールの問題に介入するか、それができないなら支援できるスタッフと連携をとる必要があった。また、不動産屋はNPOと連携を取ったことによって、問題の発見につながったのである。不動産屋がそうしなければ、発見がさらに遅れていただろう。

スタッフ間の連携、ネットワークに関しては、例えば、西成区では支援の方針を関係スタッフで話し合う会議などは比較的組織されている。そして、公的機関の支援体制の間を縫うようにNPO釜ヶ崎支援機構がサポートしているのである。しかし、西成区に限らず、治療が必要な人を早期発見するネットワークは今後さらに構築していかなければならない。支援者は、一人でケアできるものではない。様々な専門家がいなくては、総合的なサポートはできない。ケースワーカーにしても、人数が不足している中で、一人ですべて抱えることは難しい。一般のアルコール依存症者と違い、生活保護受給者の場合は家族や職場からの介入がないので、日常生活で抜け目のない網の目を張っていくことが必要である。各機関はそれぞれの職域に縛られるのではなく、ある程度柔軟になり網の目を埋めていくことが重要なのではないだろうか。

<sup>\*1</sup> 朝昼晩にかかわらず、常にアルコールを体に保つために何日も飲み続ける状態のこと。食事あまりとらずに体の限界が来るまで飲み続ける。何週間も飲み続けることもある。

## 病院での治療

患者の治療への導入が上手くいけば、次は病院で治療を行っていくことになる。患者は常にスリップ（再飲酒）する危険がある。通院の場合、患者はほとんど毎日通うことになる。回復によって段階的に通う頻度は少なくなってくるのだが、それでも通うのが面倒に思えるときもあるだろう。また、アルコール専門の病院が非常に少ないため、待ち時間が長くなることも普通である。このような状況では、患者の動機が強くなければ治療は継続しない。気が緩めば、酒を飲みたいという欲求に負けてしまう。毎日抗酒剤\*2を飲んでいるので酒は飲めないとわかっているのに、飲んでしまう人もいる。病院側も治療を継続させるために努力はするが、患者が病院に行かなくなるとそこで関係は終わってしまう。入院の場合でも、患者が自主退院や失踪してしまったら病院はどうにもできない。

患者が病院から離れそうになったり離れてしまったりといった場合にサポートするのはやはり、患者に関わる機関のスタッフしかいない。場合によってはスリップが患者にとって、自分が病気であることを自覚するきっかけになるかもしれない。そこに介入のタイミングが生まれる。人によっては何度もスリップしてしまうこともよくあるが、スリップの回数が多いほど、そのぶんより強い自覚を持てるかもしれない。スリップを単に失敗として捉えるよりも、さらに強い動機へとつながるきっかけと捉えることが重要である。

Aさんの場合、通院中に何度もスリップしている。しかし、本人が強い意志をもって断酒に励んでも、スリップしてしまうという挫折感から病気であるということを受け入れ始めたのである。そして、いまだにスリップしてしまう状況がつづいているが、スリップするたびに周りのスタッフが支えることによって再び治療に戻れるし、また、そのたびに本人の動機は徐々に強くなっていつているのである。

### 6.4.3 セルフヘルプ・グループ

ある程度治療が進んでくると、次の段階として別の治療機関に参加することが必要になってくる。例えばデイケアや、作業所、またAAや断酒会などのセルフヘルプ・グループがある。そしてここではとりわけ重要であるセルフヘルプ・グループを取り上げる。先に「久里浜方式」のことを述べたが、現在も多くのアルコールの医療機関で、セルフヘルプ・グループへの参加が治療の重要な柱とされている。

セルフヘルプグループの効果について、野口祐二は、代替機能と創造機能があると主張する。代替機能とは、それまで酒に費やしていた時間を埋めたり、酒によって紛らわされていた孤独感や不安感を代わりに癒したり、治療に対する不安が仲間との交流で軽減されたりするような、それまで酒が果たしていた役割を代替する機能である。

創造機能とは、対人関係能力の成長や、同じ病気をもつ人と交流することによって自己の再発見と再確認、スティグマへの対処というような酒なしの新たな生き方を創造していく機能のことである（野口、1996）。

セルフヘルプ・グループへの導入は、家族がいない生活保護受給者の場合は病院からの紹介や、もしくは彼らに関わるスタッフ達によって行われる。しかし、十分に支援できるわけではない（病院のスタッフ

---

\*2 シアノマイドとジサルフィラムの2つが用いられる。両剤はアルコール中間代謝産物のアセトアルデヒドの代謝酵素を阻害して、飲酒時の血中アセトアルデヒド濃度を上昇させ、飲めない体質の人と同じ生体反応を起こすことでアルコールを遠ざけようとする薬剤である。抗酒剤を飲んだ後で少量でも酒を飲めば、顔は赤く膨張し、呼吸困難、吐き気を催すなど非常に苦しむことになる。飲酒渴望を抑制する効果はない（『家庭医学大全科』法研、2004参考）。



が付き添いで通うサポートをしている場合もある)。基本的に、継続して通うかどうかは本人次第ということになる。

また、セルフヘルプ・グループには参加しにくい面がある。一つ目の側面は、セルフヘルプ・グループでの人間関係である。それは特に、野宿から脱した生活保護受給者にとって影響する。彼らの中には、しばしば過去に何かトラブルを抱えているなどして人とのコミュニケーションが苦手な人もいる。また、過去のトラブルを引きずって、自ら人間関係を断っている人もいる。そのようななかで、セルフヘルプ・グループへの参加は、新たな人間関係が生まれる場である。それまでの医者と患者のような、単に受動的な関係ではなく、友人のような関係に近い。そこでの人間関係が苦痛になるかもしれない。

二つ目の側面として、断酒会や AA は、一見何をしているのかわかりにくいということが挙げられる。治療の専門家がいるわけでもなく、主な活動であるミーティングでは、参加者は自分の話を語り、周りの人は聞いているだけというのをひたすら繰り返す。この活動の意味をしっかりと理解していなければ、誤解を生んでしまうかもしれない。また、その意義を理解したとしても、実際に参加したときに、人前で発言することに慣れていなくて苦痛を感じるかもしれない。

セルフヘルプ・グループなどへ継続して参加していくには、やはり本人の動機が最も重要になってくる。上に挙げた問題点は、参加者の動機を弱めてしまう原因になりえる。人間関係に慣れるのは困難であるかもしれないが、やはり関係スタッフの支えが頼りになる。場合によっては、支援するスタッフ達がセルフヘルプ・グループのメンバーとネットワークを構築するのも有効である。患者が人間関係をうまく構築できるようになれば、安定した断酒につながる。

また、事前に教育をしてセルフヘルプ・グループの独特の考え方に慣れておくということも必要である。病院によっては、治療プログラムの一環としてセルフヘルプ・グループと同じようなミーティングを行っているところもある。このような場合は、本人は受け入れやすい。

A さんの場合は、病院での治療プログラムの中で断酒会のようなミーティングを行っていたので、断酒会に参加することにもそれほど苦労はしなかった。人前で話をするということにも慣れてきている。また、病院のミーティングより断酒会の方が、人数が少ないために毎回メンバーと顔を会わせることになるから、人間関係が強いと感じていて、それが断酒にも役立っている。ともに励ましあう仲間ができたのである。このように A さんにとって断酒会は重要な効果を果たしている。

## 6.5 おわりに

本章では、野宿から脱した生活保護受給者のアルコール依存症の治療について考えてきた。治療への介入から、病院での治療、その後のステップとしてのセルフヘルプ・グループについて、それぞれの段階に潜む問題点をみてきた。

すべてを通して患者を支える重要な役割を果たしているのは、周りのスタッフ達である。それは NPO スタッフ、ケースワーカー、保健師、医師、ソーシャルワーカー、不動産屋、弁護士など、いくらでもあげることができる。しかし、それぞれが職域にとらわれ過ぎてサポート体制に穴ができてしまうということはあってはならない。それぞれのスタッフは、活動に限界があるのでスタッフ間の連携が重要である。また、それぞれが職域に縛られずに柔軟に介入していく必要がある。西成区のケースワーカーは一人当たり 100~250 ケースほど抱えており、手厚いサポートをしていくには限界がある。また、NPO のような支援団体も少なく、スタッフも少数である。アルコール専門病院も少ない。このように社会的資源、人的資源が不足しているなかで、さらなる資源の充実が必要なのはもちろんのこと、支援スタッフの職域に縛ら

れない連携が必要である。

また、アルコール依存症者のケアをするにあたって根本的なことを理解しておかなければならない。

それはつまり、なぜそこまでしてアルコール依存症者に介入し、治療へ向かわせる必要があるのだろうかということである。本人は周りの人が心配しているにもかかわらず、治療を否認し、介入されるのを敬遠する。好きで酒を飲んでいる、好きなことをさせてくれと言う。また、その考えを支持する「一般」の人もいる。

しかし、アルコール依存症者はアルコールに対してコントロール不能だということを忘れてはならない。自ら望んで飲んでいるように見えても、それは実は意思とは関係がない。例えば薬物依存の患者について考えてみると、好きなことをやらせてあげたほうが良いという考え方が間違っていると容易にわかるだろう。アルコール依存症も同様である。アルコールの影響をなくした上で、自らの生き方を自らの意思でみつけることが重要なのだと思う。

Aさんは、再びスリップしたが、また、断酒に励んでいる。始めに介入したころは、本人の否認が強かったが、現在では自ら治療しようという強い意志をもっている。スリップするたびに罪悪感を覚えている。彼は、アルコールによるコントロール不能の状態からすこし抜け出して考えられるようになった結果、「アルコールを飲み続けて死ぬ」ということを選択しなかった。本人がそう思うようになったということは、スタッフが今まで支援してきたことは意味があったということだろう。

アルコール依存症の治療は長期にわたるもので、これからもAさんは治療を続けていくことになる。これからも安定して断酒ができるかどうかはわからない。それはスタッフの支援がなくては成功しないだろう。

### 参考事例\*3

**男性・50歳代後半** Aさんは、大学を卒業後、職を点々とするが、50代から野宿するようになった。酒は若いころから飲んできて、年をとるにつれ量は増えていった。酒量のピークは40代後半で、ギャンブルで負けたときなど、ストレスがたまれば酒に走るようになっていた。酒を飲むと気が大きくなりお金を勢いよく使ってしまう。50代頃から、酒を飲むと悪酔いするようになってきて、酒でのトラブルを繰り返した。周りの人も飲酒をとめるようになってきていた。野宿していたときもしょっちゅう酔って喧嘩をしていた。

その後Aさんは、風邪を引いていたので薬をもらおうと野宿者生活支援統一行動\*4に相談に訪れ、そこで弁護士の支援によって居宅保護を受けることになった。Aさんは野宿中にハローワークを利用して仕事が見つかった。

しかし、居宅を探すときに、仲介をした不動産屋がAさんのアルコールの問題に気づいた。Aさんは車で部屋探しをしたときに必ず酒臭がし、区役所に行くときなど酒を飲んではいけな場面酒を飲んでいたのである。この不動産屋はAさんのことを心配し、NPO 釜ヶ崎福祉相談部門に相談してきた。

Aさんは生活保護申請の際に弁護士と関わっているときも、酒を飲んで酔っている状態のときがあったのだが、その弁護士はAさんのアルコールの問題に介入することはなかったために「発見」が遅れてし

\*3 この男性に関しては筆者が実際に聞き取りを行ったほか、この男性に関する尾松の資料（尾松、2008）も参考にした。

\*4 医療、生活、法律、就労など、様々な分野の専門家による相談などが行われ、野宿からの脱却を支援する事業であり、毎年行われている

まった。生活保護受給後の「発見」となったのである。

その後、Aさんは支援のために弁護士、NPOスタッフと会う約束をしたが、そのような場面でも飲酒して話ができない状態であるなど、深刻な問題であった。

Aさんは酒でのトラブルや、記憶力低下、不眠などの問題は本人も認識しているが、それが飲酒の問題であるとは認めなかった。当初彼は、酒はいつでもやめられると思っていたのである。

ケースワーカーなども介入しようとするが、Aさんの否認が強くてなかなか治療へ導入できない状況がつづいていた。

そのような状況の中、ある時Aさんは飲酒して転倒し、左足首の骨を折ってしまう。仕事のほうは、作業が厳しく骨折をきっかけに辞めてしまった。周りの支援スタッフは定期的にAさんを訪問し、介入しようとするが以前否認が続いていた。

Aさんは骨折したにもかかわらず病院へ行かずにそれを放置していた。しばらくして、体が動くようになると、飲酒、ギャンブルで家賃を食いつぶしてしまう。この事態を深刻に受け止め、弁護士はAさんをNPOに行かせたが、NPOに尋ねて来た時にも酒臭がし、所持金も持っていなかった。さらに、飲酒して喧嘩をし、刃物で切り付けられ顔を縫う怪我をしていた。

このような状況になり、ケースワーカーと保健師がAさん宅を訪ね、アルコール専門病院の予約を取ることになった。保護費を酒やギャンブルに使ってしまうので、金銭管理も必要であると判断し「あんしんさぼーと」を申し込む。家賃は「あんしんさぼーと」から支払われるようになった。

初診はNPOスタッフが同行し、嫌々ながらAさんは通院を始めることとなった。始めの頃はAさん自身、自分がアルコール依存症であるとは思っていなかった。また、毎日通院しなければならなかったのも、後悔していた。病院での待ち時間も長く、行ってもしょうがないという気持ちであった。

始めの1ヶ月は断酒が続いたものの、その後はスリップ（再飲酒）を繰り返した。一度スリップをすると、スリップを何度もしてしまう。そしてAさんは連続飲酒状態になっていた。しかし、この頃もAさんは依然として、酒はいつでもやめられると思っていた。また、飲酒してギャンブルで借金をしてしまい、「あんしんさぼーと」で金銭管理されている金を自分の手に入るようにして、その返済にあてていた。本来なら「あんしんさぼーと」から直接家賃を払う計画であったのだが、「あんしんさぼーと」はAさんに家賃を手渡し持っていくように支援の方針を変更したのである。そのために、家賃がまたしても滞納になってしまった。「あんしんさぼーと」は、飲酒をすると計画的に金が使えなくなるAさんをサポートするために申し込んだのに、Aさんの要求で保護費をAさんにあっさり渡してしまった。金銭管理の意図を理解していなかったと思われる。

その後Aさんは、周りのスタッフに今度スリップしたら入院すると約束し、スリップしてしまったので入院することとなった。しかし2週間で自主退院してしまう。借金返済のために金が必要で、入院のために生活保護費が減額されては困るので退院したのである。そして退院後も飲酒している。

以後の支援としては、Aさんに現金を渡すと危険なので、「あんしんさぼーと」によって現物購入をすることとなった。

この頃からAさんは、度重なるスリップや酒でのトラブルを経験するうちに自分の意志で酒をやめることができずと実感し、病気であることを受け入れ始めた。また、アルコール依存症であった友人の死も影響し、今までになく強い意志をもって断酒に励むようになった。そして再通院を始める。また、病院側から意志を態度で示して欲しいと言われ、断酒会にも参加するようになった。

Aさんは当初、断酒会に行っても意味はないと思っていたが、その効果はあった。断酒会ではミーティングを行い、メンバーはみんなの前で自分の過去の酒に関する過ちや、断酒の方法などの話しをする。A

さんは、始めは人前で話をするに慣れていなかったが、徐々に慣れてきた。人間関係にも慣れてきて、現在では共に励ましあう仲間もできた。病院でもミーティングを行っていたが、病院は人数が多く、人数の少ない断酒会のほうが、人間関係が強い。一人で断酒するのは心細いし、参加しないときは仲間に心配されるので、仲間の存在は重要である。

ここまでの内容が、筆者が聞き取りをしたときの A さんの状態であった。A さんの治療は良好に進んでいて、本人も以前とは違う気持ちをもって断酒に励み、手ごたえを感じていたのである。

しかし、後日 A さんは再びスリップしたと連絡がはいった。以前、A さんが酔っていたときに、携帯電話の名義を誰かに貸してしまっていて、それが悪用されてしまった。そのため、A さんは裁判に呼ばれ、悪用された分のお金を払わないといけないと言われ、不安になって飲んでしまったということである。そして、A さんは酔いからさめて、鼻に怪我をしているのに気づいた。おそらく酔っている間に喧嘩をしたと思われる。

このように、断酒がこのまま成功すると本人でさえ思っていたにもかかわらず、ちょっとした不安ですぐにスリップしてしまった。不安を感じたときに、誰にも相談できずに酒に逃げてしまったのである。

アルコール依存症者は、治療中も常にスリップの可能性が潜んでいる。すぐに断酒が成功するわけではなく、長い時間をかけて治療していかなければならない。現在も A さんへの支援は続いている。

## 参考文献

- AA 文書委員会訳編,1982,『12のステップと12の伝統』
- The Medical Letter, 2005,「The Medical Letter 日本語版 追加メモ to 1199,1240」  
[http://www.medmk.com/mm/add/mp\\_alcoholism.htm](http://www.medmk.com/mm/add/mp_alcoholism.htm), 2009年1月13日
- 心光世津子, 2006,「アルコール依存症と医療化」森田洋司・進藤雄三編『医療化のポリックスー近代医療の地平を問う』学文社, 115-127
- 野口祐二, 1996,『アルコリズムの社会学：アディクションと近代』日本評論社
- 中島らも, 1994,『今夜、すべてのバーで』講談社文庫
- 小杉好弘, 2008,「アルコール関連問題とは—アルコール関連問題の実態について—」野宿者生活支援統一行動シリーズ講座1,「アルコール依存症」講習会配布資料
- 尾松郷子, 2008,「野宿からの脱却をどう支えるのか～具体的な事例を通して～」野宿者生活支援統一行動シンポジウム資料