

【資料】

アルコール依存症患者に対する看護師の具体的な関わり（2）

— 自助グループ（自助G）の参加に焦点を当てて —

松井 達也

京都学園大学 健康医療学部 看護学科

Specific nursing approaches for patients with alcohol dependency(2)
— Focusing on making patients attend self-help groups —

Tatsuya MATSUI

Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Sciences, Kyoto Gakuen. university

要 旨

目的 アルコール依存症患者に対する、看護師の具体的な関わりのうち、自助グループ（以下、自助G）の参加に焦点を当てて考察する。

方法 アルコール専門病棟の15名の看護師を対象に、アルコール依存症患者に対する具体的な関わりについての半構造化面接を実施し、質的・帰納的分析を行った。

結果 看護アセスメントとして、【自助Gに参加できるかを判断する】というカテゴリー、看護介入としては、自助Gにつなげるために、【自助Gには段階を踏んで参加してもらおう】というカテゴリー、看護姿勢としては、【自助Gを何よりも尊重する】というカテゴリー、《患者が自助Gに行く感覚を理解する》というサブカテゴリー、《患者と一緒に闘病する姿勢を持つ》というサブカテゴリーが明らかになった。

考察 自助Gの参加に関しては、参加の意思表示だけでなく、行動が伴っているかも含めて判断していた。また、参加を無理にすすめるのではなく、段階を踏んで行うことが明らかになった。

看護姿勢としては、患者が自助Gに行くことに対する思いを理解し、看護師自身も自助Gに参加するという姿勢を持って関わっていた。

キーワード：アルコール依存症、具体的な関わり、自助グループ（自助G）

Key words: alcohol dependence, specific nursing approaches, self-help groups

I はじめに

2010年5月に、WHOは『アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略』を承認したが、その中で「アルコールの有害な使用は世界の健康障害の最大のリスク要因の1つであり、アルコールの有害使用に起因する罹患率や死亡率等を大幅に低減し、個人、家族、社会の健康や社会的結果を改善する」こ

とを宣言し、アルコール有害使用の低減が全世界的に取り組むべき課題となっている¹⁾。そのような世界的な潮流の中で国内でも、2013年12月にアルコール健康障害対策基本法が制定され、その中で「アルコール依存症に係る専門的な治療及びリハビリテーションの充実その他の必要な施策を講じるものとする」（同法18条）など、看護師も医療従事者として大きな役割を担うこととなった²⁾。

国内でのアルコール依存症患者の現状であるが、Osaki³⁾によると、ICD-10の診断基準によるアルコール依存症の生涯有病率は107万人(平成25年)と推計された。しかし実際の患者数は6万人(平成26年)とわずか6%であり、受療患者の少なさが目立っている⁴⁾。この点から、看護師としても早期受診、入院中からの働きかけが大切であることが示唆された。

アルコール依存症の治療であるが、断酒を継続する事が基本となる。離脱に対する対処が行われ、解毒が終了したところでリハビリテーションが開始され、酒害教育、集団精神療法、認知行動療法、自助Gへの接触、抗酒剤の服用が開始される⁵⁾。また、アルコール依存症の入院時の看護について、重黒木⁶⁾は自助Gの導入や依存関係にならないようなチームでのアプローチの重要性を指摘している。このように、治療においても、看護においても、自助Gの参加にいかにつなげるかが重要であると言える。

アルコール依存症における自助Gであるが、当事者が集まって、自らのアルコール依存症の体験談を語り合うことで断酒を継続するための団体である。わが国では、世界各国で展開しているAlcoholics Anonymous(以下、AA)と断酒会がある⁷⁾。自助Gの参加については、断酒や通院継続に関連していることが、国内・外の研究においても指摘されている⁸⁻¹⁵⁾。

アルコール依存症患者の自助Gの参加に関しては、アルコール依存症の心理的過程として、断酒期間により自助Gを活用する目的の相違や同じ病気を持つ仲間の中で自己尊重感が育まれ、回復モデルと成長することが指摘されている¹⁶⁾。また自助Gの不参加の理由として、自助Gは自分にとって必要ない、自助Gへの知識不足、誤解による拒否感なども指摘されている¹⁷⁾。さらに自助Gの未定着者の自助Gの認識として、個人的な事情で参加できないなども指摘されている¹⁸⁾。

しかし、看護師が、患者をいかに自助Gの参加につなげるために、どのような関わりを行っているかについては、明らかになっていない。

著者は、アルコール依存症患者に対する看護師の具体的な関わりを明らかにすることを目的に、半構造化面接を行い、質的帰納的に分析した。その結果、看護師の具体的な関わりとして、120個のサブカテゴリーと29個のカテゴリーが生成され、看護アセスメント、看護介入は、入院時から退院に至るまで、アルコール・リハビリテーション・プログラム(以下、ARP)の経過にそって行われていることがわかった。また入院期間を通じて、看護姿勢、看護に伴う

思いが見られ、中でも看護姿勢は看護実践の基盤として存在することがわかった。このうち、第一報では、チームアプローチの実際に焦点を当てて考察した結果、病棟スタッフに患者、家族も含めて、1つのチームを形成し、チーム一体となって、闘病することが重要であることがわかった。しかし、既に述べたように、自助Gの参加につなげることは、チームアプローチと並んで、看護における重要な論点であり、第一報では報告できなかったため、本論文でとりあげることにする。

II 研究目的

アルコール依存症患者に対する、看護師の具体的な関わりのうち、自助Gの参加に焦点を当てて考察する。

III 用語の定義

看護師の関わりについて、看護実践国際分類¹⁹⁾(国際看護師協会, 2008)、精神科の看護活動分類²⁰⁾(野嶋, 2004)を参考に、以下のように定義し、分類した。このことによって、看護師が援助を行う上で、参考にしやすくなるを考える。

1. 看護師の関わり

看護師が患者に対して行う意図的な働きかけとし、看護実践、看護姿勢、看護に伴う思いも含む。

2. 看護実践

看護アセスメントと看護介入から構成される。

3. 看護アセスメント

看護実践に関連する健康の側面に関する判断であり、観察、モニタリングも含まれる。

4. 看護介入

看護アウトカムを生み出すために、患者や家族に向けて援助する具体的な行為から構成される。

5. 看護姿勢

看護実践の基盤として存在し、看護師が看護を行う時に常に持ち続けている関わり姿勢である。

6. 看護に伴う思い

看護実践の際に伴う思考や感情である。

IV 方法

1. 研究デザイン

因子探索型質的帰納的研究

2. 研究協力者と調査期間

研究協力者は、A地域のアルコール専門病棟またはユニットを有する精神科病院で、アルコール依存症患者の看護経験年数が3年以上の看護師とし、調査期間は200X年Y月～Y+3月とした。

3. データ収集方法

A地域のアルコール専門病棟またはユニットを有する医療機関の病院長及び看護部長に対して、研究協力及び研究協力者の紹介依頼を文書で行った。その後、承諾の得られた研究協力者には、同意書を持って同意を得て、半構造化面接を行った。

面接では、アルコール依存症の看護の最も印象に残った事例（1事例）を思い出してもらい、患者が入院してから退院するまでどのように関わったかについて、話してもらった。ここでは、看護師の関わりを限定せずに幅広く聞き取りたいと考えたため、具体的な基準はあえてもうけなかった。効果的であると考えたり、うまくいったと考える関わり、アルコール依存症の患者の看護で大切と考えている関わりについて、自由に話してもらった。面接は1回とし、内容については、録音、メモの許可をとった。（資料1インタビューガイド参照）

4. データの分析方法

得られたコードは舟島²¹⁾の内容分析の手続きを参考に、内容分析を用いて、逐語録の意味内容の類似性に従い、カテゴリを作成した。

まず、逐語録の中で語られている内容のうち、それが指し示す意味が変化している箇所を切れ目とし、データを分離して、それにコード名をつけた。次に

内容の類似したコードを集めてサブカテゴリを作成し、サブカテゴリ名をつけた。

さらに、内容の類似したサブカテゴリを集めてカテゴリを作成し、カテゴリ名をつけた。

その後、生成したカテゴリを用語の定義で挙げた、看護アセスメント、看護介入、看護姿勢、看護に伴う思いの4つに分類した。

分析の妥当性・信頼性（真実性）の確保については、以下のように行った。カテゴリの生成過程において、質的研究者2名のスーパーバイズを受けながら、分析を進めた。また、臨床の意見として、アルコール依存症患者の看護に5年以上従事している、認定看護師（薬物・アルコール依存症）1名と日本アルコール看護研究会の役員1名のスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

研究協力施設の看護管理者および研究協力者に対して、研究協力は任意であり、一度同意した後でもいつでも辞退でき、拒否をしても不利益は生じないこと、プライバシーの保護、匿名性の保持について、書面と口頭で説明を行った。なお、本研究の実施にあたっては、2013年6月大阪府立大学看護学研究倫理委員会の承認を得て行った。

1. 自己紹介

面接開始時は互いの緊張感を和らげるため、自己紹介を兼ねて5分くらい話す。

- (1) 研究協力者には今の仕事とそれに至るまでの話や現在の病棟に勤務した時の印象や感じたこと、勤務して困ったことなどを話してもらう。
- (2) 研究者は以前の看護師での体験、今の仕事とそれに至るまでの話などについて話す。

2. インタビュー内容

緊張がとれたところでアルコール依存症の看護の最も印象に残った事例（1事例）を思い出してもらい、患者が入院してから退院するまでどのように関わったかについて、話してもらう。

- (1) 効果的であると考えたり、うまくいったと考える関わり
- (2) アルコール依存症の看護で大切と考えている関わり
- (3) 研究協力者の基本属性

看護者としての経験年数、精神科看護の経験年数、アルコール依存症の看護の経験年数、アルコール依存症の研修参加経験、アルコール依存症の看護に関する資格の有無など。

3. 話の展開が不十分なとき

- (1) 離脱期、回復期、退院期など回復段階ごとに思い返してもらう。
- (2) 受け持ち（プライマリー）患者、うまくいったケースを思い返してもらう。
- (3) 聞きたいことについては補足説明を求める。

4. 最後に

インタビュー終了後、研究協力者の体験が研究にとって大変貴重なものであったことを伝える。

V 結 果

1. 研究協力者の背景

対象者は5施設の男性9名、女性6名、精神科の看護経験年数は6年～30年（平均19年）、アルコール依存症患者の看護経験年数は5年～23年（平均11年）、1人あたりの面接時間は20分～70分（平均36分）だった。（看護師、事例の特性については、

表1、表2を参照）

2. 分析結果（表3、4、5、6参照）

分析の結果、総コード数は588個、サブカテゴリーは120個、カテゴリーは29個であった。これらを定義に基づいて分類すると、看護アセスメントは18個のサブカテゴリー、6個のカテゴリー、看護介入は60個のサブカテゴリー、14個のカテゴリー、看護姿勢は34個のサブカテゴリー、7個のカテゴリー、看

表1. 研究協力者の属性

看護師	性	経験年数 (看護)	経験年数 (アルコール看護)	面接時間 (分)	選択事例時の経験年数 (アルコール)	事例に関わった期間
1	女性	30	8	30	5年	3年間(退院後も含む)
2	男性	23	23	20	不明	8か月
3	男性	20	15	21	不明	6か月
4	男性	20	11	35	不明	2か月
5	男性	30	10	40	2年	1年6か月
6	女性	30	5	30	不明	3か月
7	男性	18	8	70	3年	3か月
8	女性	30	13	30	6年	3か月
9	女性	15	7	30	2年	4か月
10	男性	20	19	35	不明	4か月
11	女性	35	12	40	不明	3か月
12	女性	15	6	25	不明	7か月
13	男性	25	6	40	1年	不明
14	男性	22	17	42	不明	不明
15	男性	16	10	52	不明	不明

表2. 事例の特性（患者の性は全員男性）

事例	年齢	断酒期間	入院経験	他の精神疾患	自助G所属の有無	コードの分布（コード数）
1	50代	2年	複数回	不明	有	26
2	不明	不明	3回目	不明	不明	12
3	不明	不明	3回目	不明	有	11
4	不明	不明	6回目	不明	有	21
5	70代	8年	1回目	不明	無	11
6	不明	不明	3回目	不明	無（死亡）	20
7	50代	不明	複数回	不明	不明	24
8	60代	6年	1回目	不明	有	16
9	60代	5年	1回目	不明	無	11
10	40代	不明	複数回	摂食障がい	有	12
11	40代	3か月	1回目	不安神経症	有	13
12	60代	4年	2回目	不明	不明	8
13	不明	15年	不明	不明	有	16
14	不明	不明	3回目	不明	有	28
15	不明	不明	3回目	不明	有	30

表3. 看護アセスメント（カテゴリー、サブカテゴリー 一覧表）

カテゴリー	サブカテゴリー
(1) 離脱症状を判断する	1. 離脱症状が長引くと、精神状態が混乱する
(2) 対人関係を観察する	1. 患者との信頼関係ができてきているかを判断する
	2. 周りの人に気づかいはできてきているかを観察する
	3. 家族との関係を観察する
(3) 断酒したいのかを判断する	1. 院内で飲酒しているかを判断する
	2. 病気を否認しているかを判断する
	3. 病院慣れしているかを判断する
	4. 飲酒の悪影響を話すタイミングを考える
	5. 再飲酒の可能性を予測する
(4) 治療プランを考える	1. どんな治療プランが合うかを判断する
	2. 今までの経過の中で入院の目標を考える
	3. 今回の入院目標の到達度を把握する
(5) 自助Gに参加できるかを判断する	1. 自らすすんで、自助Gに参加するかを判断する
(6) 退院後のサポートを考える	1. 退院後にどんなサポートが適しているかを考える
	2. 退院後の生活環境を把握する
	3. 通院が可能かどうかを判断する
	4. 患者と家族の情報をすり合わせる
	5. 福祉サービスを利用できるかを考える

表4. 看護介入（カテゴリー、サブカテゴリー 一覧表）

カテゴリー	サブカテゴリー
(1) 離脱期を支える	1. 解毒を優先する
	2. 入院の目的を説明する
	3. 食事の観察や変更を行う
	4. 離脱期からいろいろな話をする
	5. 離脱が終るころにはプログラムの参加をすすめる
(2) 患者との関係をつくる	1. 看護師から、積極的に声をかける
	2. リラックスして話せる雰囲気を作る
	3. 患者のしんどさを和らげる
	4. 患者のペースで向き合う
	5. 信じていると伝える
	6. 思いを引き出す
(3) 家族を元気づける	1. 家族の苦労をねぎらう
	2. 家族が心に傷を抱えていることを説明する
	3. 家族が強くなる方法を説明する
(4) 他人との付き合い方を伝える	1. グループの中での緊張をときほぐす
	2. 他の人と話しやすい関係を作る
	3. 家族との付き合い方を伝える
(5) 自分を大切に思えるようにする	1. できていることを認め、励ます
	2. 自分を大切にできるような声かけをする
(6) 生き方を伝える	1. 生き方を変えてほしいと伝える
	2. 哲学的な視点から正しい生き方を伝える
	3. 不適切な行動や考え方を指摘する

カテゴリー	サブカテゴリー
(7) 病気を実感してもらう	1. 依存症の怖さを実感してもらう
	2. 断酒の必要性を伝える
	3. 認知症の患者には記憶にすりこむ
	4. 哲学的な視点から酒害を説明する
	5. 無意識のうちに飲酒してしまうことを伝える
	6. 患者に質問して、実体験を話してもらう
	7. 他の患者から聞いた実体験を伝える
	8. 小集団の中で、興味がありそうな人に質問する
(8) 断酒を動機付ける	1. 飲酒体験を振り返ってもらう
	2. 入院生活を振り返ってもらう
	3. 断酒のための方法を一緒に考える
	4. 飲まないことで得られる体験を実感してもらう
	5. 依存症のまま、死ぬことのさびしさを伝える
(9) 再飲酒を指摘する	1. 飲酒したことをはっきりと伝える
	2. 再飲酒した時は内省してもらう
(10) 自助Gには段階を踏んで参加してもらう	1. 自助Gの説明を最初は簡単に行う
	2. 自助Gにまずは行きましょと話す
	3. 患者と自助Gの人が交流しやすくする
	4. 自助Gの導入時は付き添いで参加する
	5. 患者同士で自助Gに行けるように調整する
	6. 患者に合った自助Gをすすめる
	7. 自助Gの必要性を考えてもらう
	8. 1人で通えるようになったら、後は本人に任せる
(11) 家族と協力する	1. 家族に依存症が病気であることを説明する
	2. 家での過ごし方について相談にのる
(12) 退院後の生活をイメージしてもらう	1. 自分が回復しているイメージを持ってもらう
	2. 退院してすぐの仕事は難しいと伝える
	3. 再飲酒の可能性について話す
	4. 再飲酒がもたらす厳しい結果を話す
(13) 退院後の生活に慣れてもらう	1. 退院後の生活環境を整える
	2. 退院後、通院できるように練習してもらう
	3. 初回の外泊での過ごし方を伝える
	4. 退院後に向けてデイケアを提案する
(14) 退院後の治療を支える	1. 退院に向けて連携先を探す
	2. 症状悪化や再飲酒時の対応を伝える
	3. 患者に役立つような体験談のコピーを渡す
	4. 退院後も院内で会うことがあれば、声をかける
	5. 退院後の居場所として病院に来てもらう

表5. 看護姿勢（カテゴリー、サブカテゴリー 一覧表）

カテゴリー	サブカテゴリー
(1) はぐくむような気持ちを持つ	1. 辛抱強く関わる
	2. エネルギーを持って関わる
	3. 厳しい中にも優しい声かけをする
	4. 断酒を信じるが、結果は期待しない
	5. 考え方を修正してもらう
	6. 入院中のエピソードを記憶に残す
	7. 最後は本人の力に任せる
(2) 回復をあきらめない	1. 看護師自身が回復を信じる
	2. 意欲があれば社会に復帰することをめざす
	3. 退院後も断酒の努力を見守る
	4. 喜ぶ体験ができるようにする
(3) ひとりの人間として尊重する	1. ひとりの人間としてみる
	2. 発病前の生活に敬意を払う
	3. 偏見を持たずに対応する
(4) 病気であることを忘れない	1. 酒をやめられない病気であることを意識する
	2. 命に関わることを忘れない
	3. 飲酒の話になると、患者の立場は弱い
	4. 患者が自助Gに行く感覚を理解する
	5. 表面的な事だけで判断しない
(5) 自助Gを何よりも尊重する	1. 当事者が回復している姿を見るのが一番だ
	2. 自助Gの仲間の中で生きていくしかない
	3. 自助Gにつながるしかない
(6) 患者も含めたチームを作る	1. 集団の中で治療するのが大切だ
	2. プログラムという枠組みを生かす
	3. 個別の事例検討だけでは、うまくいかない
	4. 患者と一緒に闘病する姿勢を持つ
	5. 病棟のスタッフが1つの家族になって関わる
(7) 家族支援を大切にする	1. 家族への関わりを大切にする
	2. 家族と患者との関係の修復をめざす
	3. 家族自身の生き方を見つめ直すのが大切だ
	4. 家族同士で経験を共有する事が大切だ
	5. 家族の心の負担の軽減をめざす

表6. 看護に伴う思い（カテゴリー、サブカテゴリー 一覧表）

カテゴリー	サブカテゴリー
(1) 関わるのが困難を伴う	1. 患者の痛みを共有することが、しんどい
	2. 腹を立てたくても立てられない
	3. 受け持ちとして責任を感じる
	4. 関わりに苦勞する
	5. 単身者のための目標を立てるのが難しい
(2) 関わるのがやりがいを伴う	1. 回復していくことでエネルギーをもらえる
	2. 人間同士の関わりが醍醐味となる
	3. 患者から学ぶことができる

護に伴う思いは8個のサブカテゴリー、2個のカテゴリーとなった。本論文では、このうち、自助Gの参加に関連するものに絞って、記述することとした。以下、カテゴリーは【 】サブカテゴリーは《 》コードは『 』で表示することとする。

1) 看護アセスメント (表7参照)

『看護アセスメント』としては【自助Gに参加できるかを判断する】があり、《自助Gに参加できるかを判断する》というサブカテゴリーから構成された。

この他にも【断酒したいのかを判断する】の中の《病気を否認しているかを判断する》や【どんな治療プランが合うかを考える】の中の《今までの経過の入院の目標を考える》があった。

2) 看護介入 (表8参照)

『看護介入』には【自助Gには段階を踏んで参加してもらう】があり、《自助Gの説明を最初は簡単に行う》《自助Gにまずは行きましようと話す》《患者と自助Gの人が交流しやすくする》《自助Gの導入時は付き添いで参加する》《患者同士で自助Gに行けるように調整する》《患者に合った自助Gをすすめる》《自助Gの必要性を考えてもらう》《1人で通えるようになったら、後は本人に任せる》というサブカテゴリーから構成された。

3) 看護姿勢 (表9参照)

『看護姿勢』として、まず【病気であることを忘れない】の中の《患者が自助Gに行く感覚を理解する》があった。

表7. 看護アセスメント

サブカテゴリー	コード例 (一部抜粋)
自助Gに参加できるかを判断する	・自分の意思で外出届を書けば、自助Gに参加できると判断する (事例15)
病気を否認しているかを判断する	・患者さんの否認における段階的なもの、微妙なゆれ、動きの中で手探りに声掛けの仕方を判断する (事例1) ・酒をやめようという思いが出てきたタイミングで「そうやねえ」と声掛けできればと思う (事例11)
今までの経過の中で入院の目標を考える	・経過や危険性を意識しつつ、個別な条件での可能なプランを立てる (事例7) ・長いスタンスの中で入院を考える (事例15)

表8. 看護介入

サブカテゴリー	コード例 (一部抜粋)
自助Gの説明を最初は簡単に行う	・離脱期間が過ぎたら、自助Gについて一応説明する (事例15) ・説明後1ヶ月くらいは、自助Gについてそれ以上の事は言わない (事例15)
自助Gにまずは行きましようと話す	・入院中に自助Gに行ってる人がいるので、まずは行ってみましようと話す (事例1) ・院外の断酒者を見てもらうためにとりあえず行っておいでと勧める (事例10)
患者と自助Gの人が交流しやすくする	・回復者に来てもらって入院患者と回復者の交流を深めるように勧める (事例2) ・院内例会で、断酒会に参加しやすいような根回しをする (事例5)
自助Gの導入時は付き添いで参加する	・最初は一緒に家まで帰り、断酒会と一緒に参加し、翌日また迎えに行く (事例12) ・あなたの言いたい事はわかるが、自助Gは大切なので、一緒に行きましよう誘う (事例15)
患者同士で自助Gに行けるように調整する	・「みんな、今日、この人が断酒会行くんやから、ちゃんと教えてもらいや」といって部屋を離れる (事例14) ・先輩の患者が、「兄ちゃんらも今日行くんやったら、外出届け出しときや」という手順も全て教える (事例14)
患者に合った自助Gをすすめる	・断酒会に合わなければ、AAに行ってみようかと話す (事例1) ・人前で話すことが苦手なので、作業がメインの自助グループを勧める (事例3)
自助Gの必要性を考えてもらう	・外来だけでは断酒は難しいと話す (事例1) ・当事者に生の声として伝えてもらえるので、入院患者にいろいろと考えてもらえる (事例1)
1人で通えるようになったら、後は本人に任せる	・自助Gに行けるようになったら、本人に任せて声かけもしない (事例15) ・退院後に自助Gに来ているのを見届けたら、握手で思いを伝える (事例15)

表9. 看護姿勢

サブカテゴリー	コード例 (一部抜粋)
患者が自助Gに行く感覚を理解する	・自助Gに行くことは、病気であることを認めることになる (事例14) ・自助Gに行くことは、患者と看護師で感じ方も違う (事例14)
当事者が回復している姿を見るのが一番だ	・回復していつている当事者の言葉が、1番、入院患者に響くと思う (事例1) ・他人がやめていける姿を見て、自分もやめて行けると思うことが大切である (事例13)
自助Gの仲間の中で生きていくしかない	・社会に出てからは、仲間の中で生きていかなければならない (事例15) ・同じ病気を持つ仲間を作ってもらえることが大切である (事例11)
自助Gにつながるしかない	・再飲酒よりも、自助Gに行くか行かないかが大切だ (事例15) ・自助グループにつながらないと底上げもできない (事例15)
患者と一緒に闘病する姿勢を持つ	・看護師側が動かないと、患者は動いてくれない (事例14) ・同じ立ち位置で、一緒に闘病する仲間である姿勢を持つ (事例15)

次に【自助Gを何よりも尊重する】があり、これは《当事者が回復している姿を見るのが一番だ》《自助Gの仲間の中で生きていくしかない》《自助Gにつながるしかない》というサブカテゴリーから構成された。

最後に【患者も含めてチームを作る】の中の《患者と一緒に闘病する姿勢を持つ》があった。

VI 考 察

1. 自助Gの参加に関するアセスメント

自助Gの参加に関するアセスメントとしては【自助Gに参加できるかを判断する】があり、《自らすすんで自助Gに参加するかを判断する》というサブカテゴリーから構成された。『自分の意思で外出届を書けば、自助Gに参加できると判断する』(事例15)というコードが示しているように、参加の意思表示だけではなく、行動が伴っているかも含めて判断していた。

この他にも【断酒したいのかを判断する】の中の《病気を否認しているかを判断する》や【どんな治療プランが合うかを考える】の中の《今までの経過の入院の目標を考える》など、自助Gの参加を促す際の否認の程度や、治療プランとしての自助Gの導入などが考えられた。例えば、『酒をやめようという思いが出てきたタイミングで「そうやねえ」と声掛けできればと思う』(事例11)や『経過や危険性を意識しつつ、個別な条件での可能なプランを立てる』(事例7)などのコードがそれを示していると言える。しかし、自助Gの参加に関するものとしては、具体的には明らかにできなかった。

Kingreeら(2006)は、AAの参加に関する信念について、「自分にとって、どのような利益があるのか」、「参加するうえで、どのような障害や抵抗感があるのか」、「自分の病気をどの程度、深刻に考えているのか」といった要素から構成されると述べていた²²⁾。

そう考えると、本研究で明らかになった、参加の意思表示と行動の観察に加えて、自助Gの参加に対する利益感、参加の障害や抵抗感、病気に対する深刻感について、より踏み込んだアセスメントが求められていると言える。

2. 自助Gにつなぐための看護介入

今道は、アルコール依存症の長年の課題として、断酒率の軽減、自助Gの定着、治療の継続を挙げている²³⁾。また重黒木も病院はあくまでも回復のための準備期間であり、最終的な回復の場は自助Gであると述べている²⁴⁾。このように、自助Gにいかになげるかが、看護において最も重要な関わりであると言える。

しかし、患者にとって、自助Gとは最初は未知の人々が集う、未知の世界であり、参加するには様々な障害がある。前田は、自助Gに定着しないアルコール依存症患者が自助Gに参加しない理由として、「自助Gは自分にとって必要ない」「自助Gへの知識不足、誤解による拒否感」「慣れない集団に対する不安感」「病棟スタッフや仲間とのつながり」を挙げており、医療スタッフによる自助Gの正しい情報の提供と理解を促す必要性を指摘していた¹⁷⁾。

本研究の結果からはそれに加えて、自助Gに対する不安や抵抗感のある患者に対する看護介入が、段

階を踏んで行われていることが明らかになった。

まず《自助Gの説明を最初は簡単に行う》《自助Gにまずは行きましょと話す》では、自助Gを強く勧めるよりは、軽く印象付けるようにしていた。例えば、『離脱期間が過ぎたら、自助Gについて一応説明する』（事例5）、『説明後1ヶ月くらいは、自助Gについてそれ以上の事は言わない』（事例5）、『入院中に自助Gに行ってる人がいるので、まずは行ってみましょと話す』（事例1）というコードがそれを示している。

次に自助Gの参加前には《患者と自助Gの人が交流しやすくする》といった、対人関係を作るようにしていた。また《自助Gの導入時は付き添いで参加する》ことで、初めてあるいは、1人での参加に伴う不安感や抵抗感を少しでも和らげるようにしていた。その理由は、アルコール依存症患者は対人関係が苦手であり、不安感や緊張感が高まることが多いためである。例えば、『院内例会で、断酒会に参加しやすいような根回しをする』（事例5）、『最初は一緒に家まで帰り、断酒会と一緒に参加し、翌日また迎えに行く』（事例12）というコードがそれを示していると言える。

しかし、病院のマンパワーの事情等で看護スタッフが付き添うことが難しいこともある。その場合は《患者同士で自助Gに行けるように調整する》という関わりが行われていた。例えば、『「みんな、今日、この人が断酒会行くんやから、ちゃんと教えてもらいや」といって部屋を離れる』（事例14）というコードがそれを示していると言える。

実際に自助Gに行くと、そのグループに合う、合わないが出てくる。そこで《患者に合った自助グループをすすめる》ことになる。また、自助Gに参加はしても、動機づけが不十分な場合には、《自助Gの必要性を考えてもらおう》ということで、動機づけを強化していた。例えば、『断酒会に合わなければ、AAに行ってみようかと話す』（事例1）『人前で話すことが苦手なので、作業がメインの自助グループを勧める』（事例3）というコードがそれを示している。

そして、《1人で通えるようになったら、後は本人に任せる》では、退院後のみすえて、本人の自主性に任せるようにしていた。例えば、『自助Gに行けるようになったら、本人に任せて声かけもしない』（事例15）、『退院後に自助Gに来ているのを見届けたら、握手で思いを伝える』（事例15）というコードがそれを示している。

重黒木は「初回は看護師同伴でセルフヘルプグループに参加することが望ましい。ただ『行け、行

け』というだけでは人は動かないので、共に参加する姿勢が看護の役割である」と述べている²⁴⁾。また、松下（2011a）はアディクション看護において「たえず支援の自立を意識したアプローチ」が必要となると述べている²⁵⁾。

このように、入院初期は寄り添って、段階を踏みながら、最終的には本人に任せるという、「自立を意識した」姿勢が本研究でも、示されていた。

3. 自助Gの参加につなぐための看護姿勢

アルコール依存症の自助Gと看護の関係について、小宮（2008）は、「まずはセルフヘルプグループに学ぶという姿勢を大事にしたい」と述べている。そして、看護師が学べることとして、「アディクトの気持ちがわかるようになること、希望を持つことができること、できることとできないことがわかる、セルフヘルプの思想を看護の仕事に生かすこと」を挙げている²⁶⁾。

このセルフヘルプの思想であるが、小宮の言葉を借りれば、「自分に正直になる、間違いを認める、素直に語り合うことで支えあう、相談することを学ぶ、相手を鏡にして自分の問題に気づく」といったことである。こういったことを患者に伝えるわけであるが、表面的な言葉だけをなぞっても、当事者である患者には伝わらない。そこに求められるのが、今回の研究で明らかになった、看護姿勢である。

最初に、患者が自助Gに行くことに対する思いを理解するという姿勢が必要である。このことは、【病気であることを忘れない】というカテゴリーの中の《患者が自助Gに行く感覚を理解する》というサブカテゴリーが示している。例えば、『自助Gに行くことは患者と看護師で感じ方も違う』（事例14）、『自助Gに行くことは病気であることを認めることになる』（事例14）というコードには、看護師と患者の自助Gのとらえかたの違いが示されている。看護師は、当然のように自助Gを勧めるが、患者にとっては自助Gに参加することは、自らがアルコール依存症であることを認めることになる。患者はアルコール依存症という病であることを否認することが多いため、自助Gに参加することは苦渋の決断を伴うことである。このことを意識して関わらなければ、退院後に患者が自らの意思で参加することは難しいと言える。例えば、自助Gを勧める前に、「自助Gに参加することで、アルコール依存症であることを認めてしまうことになるかもしれませんが、あなたにとって、そのことはつらいことですか」といった声掛けが必要である。それは、患者のつらさを理解しながら、アルコール依存症である自分をどれくらい受容できているかを確認するという姿勢である。

次に、患者の回復のためには、何よりも自助Gの参加を重視するという姿勢が必要である。このことを示しているのは、【自助Gを何よりも尊重する】というカテゴリであり、《当事者が回復している姿を見るのが一番だ》《自助Gの仲間の中で生きていくしかない》《自助Gにつながるしかない》というサブカテゴリから構成された

例えば、『回復していつている当事者の言葉が、1番、入院患者に響くと思う』（事例1）『社会に出るからは、仲間の中で生きていかなければならない』（事例15）『再飲酒よりも、自助Gに行くか行かないかが大切だ』（事例15）というコードがそれを表している。

最後に、看護師自身が自助Gに顔を出すという姿勢が必要である。このことを示しているのは、【患者も含めたチームを作る】というカテゴリの中の《患者と一緒に闘病する姿勢を持つ》である。例えば、『看護師側が動かないと、患者は動いてくれない』（事例14）『同じ立ち位置で、一緒に闘病する仲間である姿勢を持つ（事例15）』（事例14）というコードがそれを示している。

私自身も地域の自助Gに参加すると、専門病棟の看護師の姿をよく目にする。このことについて、重黒木は、「セルフヘルプグループについての正しい知識の啓蒙を図り、共に参加する姿勢が看護の大きな役割である」と述べている²⁴⁾。また安田も「セルフヘルプグループは看護職にとっても癒しの場、自己を振り返ることができる場となりうる。患者と一緒に参加することによって、看護師自身が救われることが少なくない」と述べている²⁷⁾。

このように、看護師が、自助Gに参加することは、まさに《患者と一緒に闘病する姿勢を持つ》ことを示し、同時に自分自身を振り返る機会でもあることを示している。

Ⅶ 結 論

アルコール専門病棟またはユニットを有する医療機関の15名の看護師を対象に、アルコール依存症患者に対する看護師の具体的な関わりを明らかに、自助Gの参加とそれに関連する、カテゴリ、サブカテゴリに焦点を当てて考察した。

その結果、看護アセスメントとして、【自助Gに参加できるかを判断する】というカテゴリが明らかになった。次に看護介入としては、自助Gにつなげるために、【自助Gには段階を踏んで参加してもらう】というカテゴリが明らかになった。最後に看護姿勢としては、【自助Gを何よりも尊重する】というカテゴリ、《患者が自助Gに行く感覚を理解

する》というサブカテゴリ、《患者と一緒に闘病する姿勢を持つ》というサブカテゴリが明らかになった。

Ⅷ 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は研究協力者がA地域の15名と限定されていたことであった。今後は協力者を増やしながら、さらに当事者の視点も踏まえて、自助Gにつなげるための関わりを進めていく必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に心より感謝を申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献（引用文献、参考文献）

- 1) WHO:Global strategy to reduce the harmful alcohol use, アルコールの有害な使用を低減する世界戦略（樋口進監訳）, (<http://alhonet.jp/pdf/who2010.>)2017.6.26.
- 2) 大曾根寛：法学者から見たアルコール健康障害対策基本法. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 15 (2) : 2-12, 2013.
- 3) Osaki.Y,Kinjo.A,Higuchi.S et al : Prevalence and trends in alcohol dependence and alcohol use disorders in Japanese adults;Results from periodical nation wide surveys, Alcohol and alcoholism, 51(4):465-473, 2016.
- 4) 一般社団法人厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生生の指標, 64 (9) : 129-130, 2017.
- 5) 松下幸生：アルコール依存症の治療総論. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 14 (1), 62-67, 2012.
- 6) 重黒木一：アルコール依存症の入院時の看護. 薬物・アルコール依存症看護（天ヶ谷隆, 遠藤淑美, 末安民生ほか編）, 86-95, 精神看護出版, 2008.
- 7) 松下年子：セルフヘルプグループの役割, アディクション看護学（松下年子, 日下修一編）, 61-70, メヂカルフレンド, 2011.
- 8) Witbrodt J, Ye Y, Bond J et al : Alcohol and drug treatment involvement, 12-step attendance and abstinence : 9-year cross-lagged analysis of adults in an integrated health plan, J Subst Abuse Treat, 46(4):412-419, 2014.
- 9) Witbrodt J, Mertens J, Kaskutas LA et al : Do 12-step meeting attendance trajectories over 9 years predict abstinence? J Subst Abuse Treat, 43(1):30-43, 2012.
- 10) Majer, JM, Jason, LA, Aase, DM et al : Categorical

- 12-step involvement and continuous abstinence at 2 years. *J Subst Abuse Treat*, 44(1), 46-51, 2013.
- 11) Moos RH, Moos BS : Help seeking careers : connections between participation in professional treatment and Alcoholics Anonymous. *J Subst Abuse Treat*, 26(3):167-73, 2004.
- 12) Noda T, Imamichi H, Kawata A et al : Long-term outcome in 306 males with alcoholism, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55 : 579-586, 2001.
- 13) 今道裕之 : 治療中断者と断酒会離脱者に関する調査から. *日本アルコール関連問題学会雑誌*, 5, 12-14, 2003.
- 14) 山崎茂樹 : アルコール依存症の回復に関する研究. *埼玉県医学会雑誌*, 38 (4), 438-444, 2004.
- 15) 西川京子 : アルコール依存症患者・家族へのエコロジカル・ソーシャルワーク, 相川書房, 2006.
- 16) 篠原百合子 : SHG におけるアルコール依存症心理的回復過程の研究. *アディクション看護*, 12 (1), 33-39, 2015.
- 17) 前田周二 : 治療意欲があるアルコール依存症者が抱く自助グループへの不参加の理由. *日本看護学会論文集*, 精神看護, 44, 117-120, 2014.
- 18) 富田裕子 : アルコール依存症者の断酒因子に関する一考察. *日本看護学会論文集*, 精神看護, 38, 99-101, 2007.
- 19) 国際看護師協会 : ICNP (看護実践国際分類), 日本看護師協会出版会, 2008.
- 20) 野嶋佐由美, 梶本市子, 畦地博子, 青木典子, 中山洋子, 安藤幸子他 : 精神科の看護活動分類 (第一報), *日本看護科学会誌*, (23), 4 : 1-19, 2004.
- 21) 舟島なをみ : 質的研究への挑戦, 42-53, 医学書院, 1999.
- 22) Kingree JB, Simpson A, Thompaon M et al : The development and initial evaluation of the survey of readiness for Alcoholics Anonymous participation, *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4):453-462, 2006.
- 23) 今道裕之 : アルコール依存のリハビリテーションと予後. *アルコール依存 精神医学レビュー* 16 (洲脇寛編), 70-77, ライフサイエンス, 1995.
- 24) 重黒木一 : アルコール依存症と看護. *アディクション看護* (宮本眞巳, 安田美弥子編), 61-63, 医学書院, 2008.
- 25) 松下年子 : アディクション看護とは, *アディクション看護学* (松下年子, 日下修一編), 71-91, メヂカルフレンド, 2011.
- 26) 小宮敬子 : セルフヘルプグループの不思議, (宮本眞巳, 安田美弥子 編), *アディクション看護*, 201-207, 医学書院, 2008.
- 27) 安田美弥子 : アディクション看護の十箇条, *アディクション看護* (宮本眞巳, 安田美弥子編), 29-36, 医学書院, 2008.