Doshisha Clinical Psychology: Therapy and Research
2019, Vol. 9, No. 1, Pp. 3-13

研究論文

アルコール関連問題に対するACT介入実施に向けた探索的調査研究
――心理的関連因子に注目して――

An exploratory research for ACT intervention for alcohol-related problems: Focus on psychological related factors

吉川　翔[1]　武藤　崇[2]

Sho YOSHIKAWA　Takashi MUTO

要　約

本研究の目的は，飲酒問題の重篤度によって，不安，抑うつや孤独感といった心理的関連因子と，アクセプタンス＆コミットメント・セラピー（以下，ACT）関連因子に差があるかを探索的に調査することであった。本研究では，40-60歳の男女1,176名を飲酒問題の重篤度によって分類し，1）不安，抑うつ，孤独感などの心理的関連因子の程度に差が存在するのかまた，アルコール依存症に対してACT介入の効果が認められていることから，2）認知的フュージョン，マインドフルネス，価値に沿った行動の程度などのACT関連因子に差が存在するのかの2点について，WEB上で質問紙調査を行った。質問紙は，アルコール使用障害同定テスト（AUDIT），心理的関連因子に関して，不安・抑うつ尺度(HADS)，孤独感尺度(UCLA.LS-3)，ACT関連因子に関して，認知的フュージョン尺度(CFQ)，マインドフルネス尺度（MAAS），価値尺度（VQ）をそれぞれ用いた。AUDITを用いて，対象者を正常飲酒群，多量飲酒群，危険飲酒群，依存群に分類した。その結果，正常飲酒群と依存群にはCFQ, MAAS, VQ(障害)，HADSの項目において有意な差が存在することが明らかとなった(p<.001)。一方，依存群と危険飲酒群の間には全ての項目において有意な差が示されなかった。以上の結果は，非常に高い検定力を有する分析を用いたことから（1-β：.99以上），依存群と危険飲酒群の間に類似性や連続性を想定することが可能であると考えられる。今後の課題として，他の心理社会的関連因子の探索，回答の質の改善など，さらなる研究の必要性が示された。

キーワード：アルコール関連問題，アルコール使用障害同定テスト（AUDIT），アクセプタンス＆コミットメント・セラピー（ACT）

はじめに

アルコール関連問題とは，アルコールに関係する全ての問題を含む概念であり，飲酒量や依存レベルを基準に分類すると，1）多量飲酒，2）有害な使用・アルコール乱用・プレアルコホリズム，3）アルコール依存症などに分類される（厚生労働省，2019）（Figure 1）。以下に，各概念を詳細に示す。1）の多量飲酒とは，1日の平均飲酒量が60グラム以上であり，飲酒量が多い

[1] 同志社大学大学院心理学研究科（Graduate School of Psychology, Doshisha University）
[2] 同志社大学心理学部（Faculty of Psychology, Doshisha University）

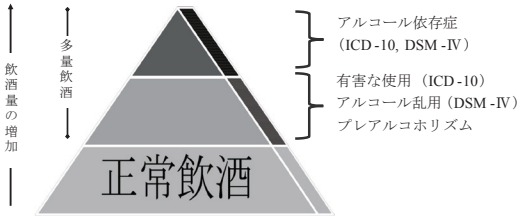

Figure 1　アルコール関連問題の分類（厚生労働省（2019）より一部変更）。

ことを示すものである（厚生労働省，2019）。2）の有害な使用・アルコール乱用・プレアルコホリズムとは，多量飲酒の基準を満たした上で，アルコール依存症までは至らないが何らかのアルコール関連問題を有している場合に用いられる概念である（厚生労働省，2019）。3）のアルコール依存症とはInternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10（以下，ICD-10）によると，激しい飲酒渇望，飲酒コントロールの喪失，離脱症状，耐性の証拠，飲酒中心の生活，問題を有しながらの飲酒など6項目の内，過去1年以内に3項目以上を1カ月以上経験するか，繰り返し経験する状態と定義されている（World Health Organization, 1992　融・中根・小見山監訳，1993）。

近年，アルコール関連問題は予防的な対応が求められている（杠, 2012）。なぜなら，アルコールに対して依存が形成されると，回復が難しいからである。たとえば，アルコール依存者は自己に関する問題への認識が乏しく，あるいはその問題を否認し，その結果，治療への導入に抵抗を示すことが報告されている（樋口・久富，2000）。また，猪野・遠藤・西山（1996）は，アルコール関連疾患による一般医療機関の受診から専門医療機関に受診までに平均7.4年の長い期間が存在し，その間にアルコール依存症が進行する可能性を報告している。つまり，飲酒に対する否認と治療抵抗が形成されやすいことがアルコール関連疾患の大きな特徴である。そのため，アルコールに対して一度依存が形成されると，その後の治療継続や回復に多くのエネルギーを必要とし，回復率が非常に低いことが報告されている（久富・水谷・長島・樋口，1997）。

現在，アルコール関連問題への予防的対応として行われている主な対応策には，アルコール関連問題に関連する心理社会的問題が十分に扱われていないという問題がある。現在，アルコール関連問題への予防的対応として行われている主な方法には，酒害教育などの教育的介入（久富他，1997）や，ブリーフ・インターベンション（以下，BI）などが挙げられ，短期的な効果が示されている（Babor, & Higgins-Biddle, 2001　小松・吉本監訳，2011）。しかし，アルコール関連問題には精神障害や人間関係が起因となるタイプが存在し，飲酒問題の重篤化や難治化などの問題が示されており，個別対応の必要性が示唆されている（真栄里・久富・樋口，2007）。そのため，アルコール関連問題に対しても，アルコール依存症の治療に推奨される心理的介入（日本アルコール・アディクション医学会，2018）を実施する必要があると考えられる。

アルコール依存症に関連する心理社会的要因として，1）不安，2）抑うつ，3）孤独感などが考えられる。1）の不安に関して，たとえば，社交不安障害，パニック障害，あるいは全般性不安障害患者は，不安の軽減のためにアルコールを用いることや，自己治療のために飲酒行為を肯定する現状が報告されている（塩入，2014）。また，アルコール依存症者のストレスに対する行動特性を調査した研究によると，アルコール依存症者は日常苛立ち事や特性不安が高いことが示されている（塩谷・葛山・幸地，2007）。2）の抑うつに関して，うつ病の発症がアルコール依存症に先行する場合，一次性うつ病と分類されており（橋本・齋藤，2010），抑うつ状態がアルコール依存症の起因であることが考えられる。また，アルコール依存症とうつ病の併発率が41％と高いことが報告されている（Preuss et al., 2002）。さらに，うつ病の症

例では人間関係やライフイベントでの喪失体験に対する逃避行動に飲酒が用いられることが報告されている（中村・行正，2000）。3）の孤独感に関して，工藤・西川（1983）は学生，一般社会人，アルコール依存症者の孤独感を調査し，アルコール依存症者が最も強い孤独感を持つことを報告している。また，孤独感は抑うつと強い正の相関関係を持つことが報告されている（古川・国武・野口，2004）。

これらの心理社会的要因とアルコール依存症自体に効果がある心理療法としてアクセプタンス＆コミットメント・セラピー（Acceptance and Commitment Therapy；以下，ACT；Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012　武藤・三田村・大月訳，2014）が挙げられる。ACT とは，機能的文脈主義の観点に基づき，心理的柔軟性の促進に焦点を当てたアプローチであると定義されている（Hayes et al., 2012　武藤他訳，2014）。心理的柔軟性とは，今この瞬間をあるがままのものとして接触しながら，自身の価値のために，行動を維持または変化させていくことであり，アクセプタンス，脱フュージョン，文脈としての自己，今この瞬間の接触，価値，コミットされた行為で構成されている（Harris, 2009　武藤監訳，2012）。なお，アルコール使用障害の領域での介入研究では，ACT 介入が無治療群や単独治療群よりも，アルコール使用障害の患者に効果的であることが報告されている（Byrne, Haber, Baillie, Costa, Fogliati, & Morley, 2019）。また，気分障害とアルコール使用障害を併発する患者に対する ACT による介入が通常治療群よりも，飲酒渇望，不安，抑うつなどの項目において強い治療効果を持つことが報告されている（Thekiso et al., 2015）。

このように，アルコール使用障害で治療効果が示されているにもかかわらず予防的介入としての ACT を用いた効果は未検討である。そのため予防的介入として ACT を用いる上での有用性を検討するために，アルコール関連問題の重篤度によって ACT 関連因子と心理的関連因子に差があるのかについて，探索的な調査を実施する必要がある。そこで，本研究の目的は，アルコール関連問題の重篤度によって心理的関連因子の程度，および ACT 関連因子の程度に差が存在するのかを探索的に調査することとした。

方　法

研究参加者

2019 年 6 月にインターネット調査会社 Yahoo! クラウドソーシングに WEB 上での質問紙調査を依頼した。Yahoo! クラウドソーシングが保有する40-60歳の1, 357名を対象とした。40-60歳を対象とした理由は，40-60歳が，アルコール関連疾患者の大半を占めており，その代表性を担保するためであった（Osaki et al., 2016）。参加者にインターネット上で同意を求め，1, 336名から同意が得られた。1, 336名のうち，1）回答に1問でも不備がある参加者，2）回答に30分以上経過している参加者，3）全有効回答のうち回答時間が早い下位5%（2分46秒以下）に含まれる参加者は除外した。その結果，1, 179名が分析対象となった（有効回答率86. 9%）。平均年齢48. 10（5. 53）歳であった。

質問紙

質問紙は，説明書／同意書，フェイスシート，アルコールスクリーニングテスト，ACT 関連指標，心理的関連因子，心理的介入への参加意思の6つで構成されていた。以下にそれぞれの内容を記す。

説明書／同意書　調査の目的，回答者の権利とプライバシー保護に関する倫理的配慮，回答が統計的に処理され匿名化された上で研究発表等に使用する旨を説明文に記載し，同意が得られた対象者にのみ回答を求めた。

フェイスシート　性別，年齢，職業，婚姻状況，子どもの有無，最終学歴，過去の診断の有無，現在の診断の有無の8項目について回答を求めた。過去と現在で診断が有ると回答した対

象者に，身体疾患や精神疾患を問わず，任意で診断名の記入を求めた。

アルコールスクリーニングテスト

アルコール使用障害同定テスト（以下，AUDIT；廣・島，1996）の全10項目を用いた。この尺度は問題飲酒の早期発見と早期介入を目的として，アルコールの危険使用から有害な使用までをスクリーニングするために作成された尺度である。得点に関して，7項目を5件法，2項目を3件法，1項目を6件法で回答を求めた後，0-4点の範囲でそれぞれ重みづけを行った。得点範囲は0-40点であり，4群に分けられている。0-7点は無飲酒か低リスク飲酒群，8-15点は多量飲酒群，16-19点は危険で有害な飲酒群，20-40点はアルコール依存症疑い群と定義されている（Babor, Higgins-Biddle, 2001　小松・吉本監訳，2011）。得点が高いほど，アルコール関連問題が重篤化していることを示している。

ACT 関連指標

認知的フュージョン尺度　Cognitive Fusion Questionnaire 7項目版（以下，CFQ-7；嶋・川井・柳原・熊野，2016）の全7項目を用いた。この尺度は思考内容と現実を混同し，思考内容が現実よりも優位になる行動的プロセスである認知的フュージョン（Hayes et al., 2012　武藤他訳，2014）を測定する尺度である。この尺度は1因子構造であり，各項目について「全く当てはまらない（1）」から「いつもあてはまる（7）」までの7件法で回答を求めた。得点範囲は7-49点であった。得点が高いほど認知的フュージョンの程度が高いことを示している。

マインドフルネス尺度　日本語版 Mindful Attention Awareness Scale（以下，MAAS；藤野・梶村・野村，2015）の全15項目を用いた。この尺度は今この瞬間の自身の体験に柔軟で開かれた気づきと注意を向けるマインドフルネスを測定する尺度である（Hayes et al., 2012　武藤他訳，2014）。この尺度は1因子構造であり，各項目について「ほとんど全くない（1）」から「ほとんど常にある（6）」までの6件法で回答を求めた。得点範囲は15-90点であった。得点が高いほどマインドフルネスの程度が低いことを示している。

価値尺度　日本語版 Valuing Questionnaire（以下，VQ；土井・坂野・武藤・坂野，2017）の全10項目を用いた。この尺度は，ACT の文脈における価値に沿った行動がどの程度出来ているかを測定する尺度である。この尺度は1）個人的に重要なことに対する忍耐力を測定する「前進」と，2）価値の軽視や価値に沿った生活がどの程度崩れているかを測定する「障害」の2因子構造で構成されている。各項目について，「あてはまらない（0）」から「あてはまる（6）」までの7件法で回答を求めた。各下位項目の得点範囲は0-30点であった。「前進」項目において，得点が高いほど価値に沿った行動の程度が高いこと，「障害」項目において，得点が高いほど価値に沿った行動の程度が低いことを示している。今回は「前進」項目を価値に沿った行動，「障害」項目を価値に沿わない行動と定義した。

心理的関連因子

不安・抑うつ尺度　Hospital Anxiety and Depression Scale（以下，HADS；東他，1996）の全14項目を用いた。この尺度は一般外来患者の不安や抑うつを測定する尺度であり，気分障害の重篤度をスクリーニングする尺度である。この尺度は，「不安」を測定する項目と「抑うつ」を測定する項目の2因子で構成されているが，分析を行う際は原版の方法に従い，不安項目と抑うつ項目の各得点を合計して使用した（東他，1996）。各項目について4件法で回答を求め，0-3点の範囲で得点化された。得点範囲は，0-42点であった。得点が低いほど，不安・抑うつの程度が高いことを示している。

孤独感尺度　短縮版 UCLA 孤独感尺度第3版（以下，UCLA.LS-3；豊島・佐藤，2013）の全6項目を用いた。この尺度は青年期から高齢期まで幅広い年代を対象に孤独感を測定する尺度である。この尺度はネガティブな表現とポ

ジティブな表現の2因子構造で構成されており，各項目について「全くない（1)」から「いつもある（4)」の4件法で回答を求めた。得点範囲は，6-24点であった。得点が高いほど孤独感の程度が高いことを示している。そのため，ポジティブな表現因子に含まれる項目を逆転項目として使用した。

手続き

参加者は，Yahoo! クラウドソーシングにアンケートモニターとして登録した40-60歳の男女であり，年齢以外の対象者の属性は制限せずに参加を求めた。参加者はまず，Yahoo! クラウドソーシングの HP 上で記載された倫理的配慮や調査参加に関する注意事項ならびに対象年齢が40-60歳であることの確認を求められた。また Yahoo! クラウドソーシングの HP 上で回答に必要な目安時間と，回答可能時間（約30分）の提示を行った。その後，研究実施者が事前に設定した Qualtrics 上の質問紙につながる URL にアクセスすることを求められた。Qualtrics 上の質問紙回答フォーマットに移動した後，再び研究目的，参加に関する注意事項，得られた回答の使用方法などの教示文が提示され，研究参加への同意が求められた。同意が得られなかった参加者は，この時点で本調査への参加が終了となった。研究参加へ同意した参加者は，予め設定された質問紙に回答を求められた。質問紙は無記入の項目を無くす目的で，1つでも回答していない項目があれば次のページに進めないように設定されていた。参加者は全ての項目に回答した後，質問紙の末尾に記載された6ケタの番号を Yahoo! クラウドソーシングの HP に入力し，約35円程度のポイントを獲得した。また，回答の質を担保する為に一度でも URL にアクセスした参加者は再び回答が出来ないように Qualtrics 上で予め設定した。

倫理的配慮

本調査は，第一著者の所属学部の倫理審査を得て実施された（承認番号：KH1921)。調査実施に際して，参加者に調査への参加が強制ではないこと，参加はいつでも辞退可能であること，個人情報の取り扱いについて Yahoo! クラウドソーシングの HP 上と，Qualtrics にて回答を行う際の二度説明文を掲載し，同意を求めた。なお得られた回答は，Qualtrics 上で回収された段階で連結不可能匿名化の処理が行われた。

分析方法

独立変数である AUDIT と従属変数である CFQ，MAAS，VQ，HADS，UCLA.LS-3 の質問紙ごとに信頼性分析と検出力検定を行った。その後 AUDIT を用いて参加者を正常飲酒群，多量飲酒群，危険飲酒群，依存群の4群に分け，飲酒問題の重篤度によって ACT 関連因子ならびに，心理的関連因子に差が存在するかを検討するため，各従属変数を用いて一元配置分散分析を行った。その後，分散分析で有意であった項目に対し多重比較を行った。

結　　果

記述統計

人口統計に関する情報は Table 1に示す。AUDIT を用いて正常飲酒群，多量飲酒群，危険飲酒群，依存群の4群に分析対象者を分け，分析を行った。

信頼性分析

今回，使用した尺度の内的整合性を確認するために Cronbach の α 係数を算出した。各尺度とその下位項目ごとの信頼性係数を算出した結果，AUDIT：$\alpha=.882$，CFQ：$\alpha=.952$，MAAS：$\alpha=.928$，VQ（前進）：$\alpha=.759$，VQ（障害）：$\alpha=.851$，HADS：$\alpha=.756$，UCLA.Ls-3：$\alpha=.843$ であった。その結果，各尺度および下位項目ごとの信頼性係数が全て .75以上であったため，内的整合性を有することが示された。

Table 1　対象者の基本情報

	N		人数（%）
性別	1179	男性	768（65.1）
		女性	411（34.9）
職業	1179	常勤職	615（52.2）
		非常勤職・パート職	175（14.8）
		専業主婦	139（11.8）
		自営業・自由業	174（14.8）
		その他	76　（6.4）
子どもの有無	1179	あり	591（50.1）
		なし	588（49.9）
最終学歴	1179	大卒以上	606（51.4）
		専門・短大・高専卒	247（20.9）
		高卒	310（26.3）
		中卒	16　（1.4）
過去の診断	1179	あり	398（33.8）
		なし	781（66.2）
現在の診断	1179	あり	244（20.7）
		なし	935（79.3）
喫煙	1179	喫煙中	315（26.7）
		喫煙経験あり（現在禁煙）	276（23.4）
		禁煙	588（49.9）
飲酒状態	1179	正常飲酒群	947（80.2）
		多量飲酒群	148（12.6）
		危険飲酒群	36　（3.1）
		依存群	48　（4.1）

一元配置分散分析

飲酒問題重篤度ごとのCFQ，MAAS，VQおよびHADS，UCLA.LS-3の平均得点，標準偏差をTable 2に示した。

AUDIT群分けごとの各ACT関連指標と心理的関連因子に対する分散分析を行った結果，ACT関連指標であるCFQ，MAAS，VQ（障害），ならびに心理的関連因子であるHADSは0.1%水準で有意であること，検定力が.99以上であり非常に高い検定力を有すること，効果量は小程度の効果を持つことが示された(CFQ：$F(3, 1175)=8.507$，$p<.001$，ES：偏$\eta^2=.021$，$(1-\beta)=.994$；MAAS：F（3，1175）$=7.510$，$p<.001$，ES：偏$\eta^2=.019$，$(1-\beta)=.987$）；VQ（障害）：F（3，1175）$=8.289$，$p<.001$，ES：偏$\eta^2=.021$，$(1-\beta)=.993$；HADS：F(3，1175)$=10.316$，$p<.001$，ES：偏$\eta^2=.027$，$(1-\beta)=.999$)。一方，ACT関連因子であるVQ（前進），心理的関連因子であるUCLA.LS-3は統計的に有意であることが示されなかった（VQ（前進）：F（3，1175）$=0.179$，ES：偏$\eta^2=.000$，$(1-\beta)=.083$；UCLA.LS-3：F（3，1175）$=1.449$，ES：偏$\eta^2=.002$，$(1-\beta)=.178$)。従ってCFQ，MAAS，VQ（障害），HADSに関しては，飲酒問題の重篤度によって有意な群間差が存在することが明らかとなった。一方で，VQ（前進），UCLA.LS-3に関しては飲酒問題の重篤度によって有意な群間差が見られなかった。

その後一元配置の分散分析で有意であった各項目に対して，TukeyのHSD検定を用いて多重比較を行った（Figure 2，3，4，5）。

Table 2　AUDIT 群分けごとの CFQ, MAAS, VQ および HADS, UCLA.LS-3の平均得点および標準偏差

	正常飲酒群 (n=947)	多量飲酒群 (n=148)	危険飲酒群 (n=36)	依存群 (n=48)	TOTAL (N=1179)
CFQ	17. 28　(9. 18)	18. 99　(8. 95)	19. 59　(7. 28)	23. 50 (10. 48)	17. 82　(9. 24)
MAAS	37. 51 (12. 13)	39. 00 (12. 20)	42. 33 (11. 37)	44. 85 (10. 85)	38. 14 (12. 17)
VQ 前進	17. 82　(2. 78)	17. 77　(2. 66)	17. 17　(2. 38)	18. 17　(2. 92)	17. 81　(2. 76)
VQ 障害	16. 26　(5. 61)	17. 57　(5. 21)	18. 28　(4. 93)	19. 52　(5. 27)	16. 61　(5. 59)
HADS	23. 04　(4. 27)	22. 14　(4. 46)	21. 58　(4. 34)	19. 88　(4. 98)	22. 75　(4. 38)
UCLA.LS-3	15. 11　(3. 98)	15. 41　(3. 75)	15. 25　(3. 55)	16. 25　(3. 91)	15. 20　(3. 94)

注）カッコ内は標準偏差。

CFQ 得点(Figure 2)，MAAS 得点(Figure 3)では，それぞれ依存群が正常飲酒群より0. 1%水準で有意に高く，多量飲酒群より5%水準で高かった。VQ（障害）得点（Figure 4）では，依存群が正常飲酒群より0. 1%水準で有意に高く，多量飲酒群が正常飲酒群よりも5%水準で有意に高いことが示された。また，HADS 得点では依存群が正常飲酒群より0. 1%水準で有意に低く，また多量飲酒群より1%水準で低いことが明らかとなった（Figure 5）。

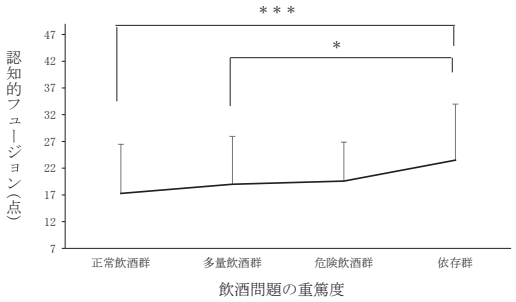

Figure 2　飲酒問題の重篤度ごとの認知的フュージョンの程度（エラーバーは標準偏差，*** p<. 001，* p<. 05）。

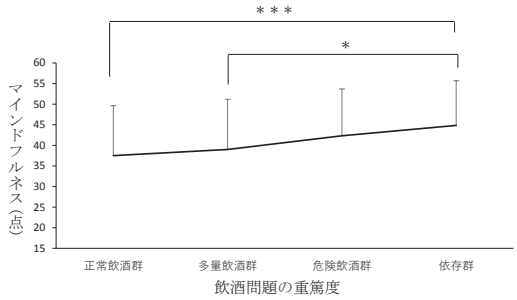

Figure 3　飲酒問題の重篤度ごとのマインドフルネスの程度（エラーバーは標準偏差，*** p<. 001，* p<. 05）。

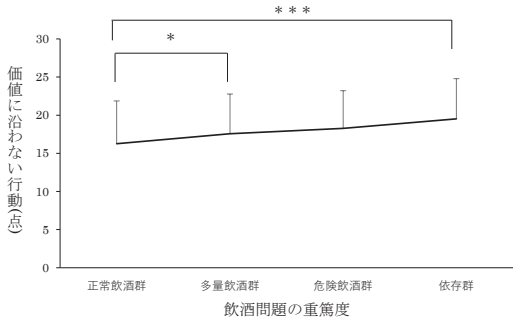

Figure 4　飲酒問題の重篤度ごとの価値に沿わない行動の程度（エラーバーは標準偏差，*** p<. 001，* p<. 05）。

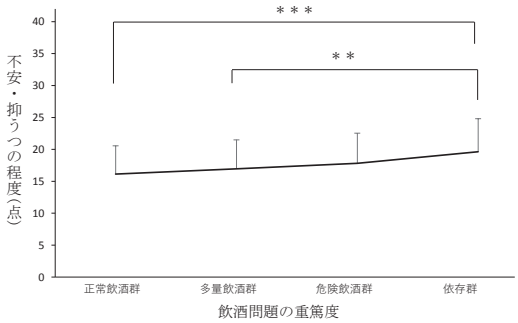

Figure 5　飲酒問題の重篤度ごとの不安・抑うつの程度（エラーバーは標準偏差，*** p<. 001，** p<. 01）。

考　　察

本研究の目的は，飲酒問題の重篤度によってACT 関連因子と心理的関連因子に差があるかを探索的に調査することであった。その結果，正常飲酒群と依存群には認知的フュージョン（CFQ），マインドフルネス（MAAS），価値に沿わない行動（VQ（障害）），不安・抑うつの程度（HADS）の全ての項目において有意な差が存在する一方で，依存群と危険飲酒群の間には全ての項目において有意な差が示されなかった。また，価値に沿った行動（VQ（前進））と，孤独感の程度（UCLA.LS-3）の項目は，飲酒問題の重篤度によって，有意な差が示されなかった。

上記の結果を考察する際に考慮すべき点として，本研究のサンプル数が極めて多く，検定力が非常に高いことが挙げられる。分散分析で有意な結果を示した認知的フュージョン，マインドフルネス，価値に沿わない行動，不安・抑うつの程度に関する項目の検定力は0. 98以上を示しており，非常に高い検定力を有していることが明らかとなった。一方で，非常に高い検出力を有する分析で帰無仮説を棄却できない場合，つまり有意な差が見られなかった項目や群間に関しては，差がないことを示すことが可能である（葛西，2011）。そのため，飲酒問題の重篤度によって，価値に沿った行動と孤独感の程度には差がないことが考えられる。

認知的フュージョン，マインドフルネス，価値に沿わない行動における有意な結果は，先行研究を裏付ける結果であると考えられる。実際に，ACT を用いた事例研究によると，アルコール依存症患者に対して価値に基づく行動に焦点を当てた ACT 介入の結果，ほぼ100％の節酒と生活の質の向上が得られたことが示されている（Heffner, Eifert, Parker, Hernandez, & Sperry, 2003）。さらに，これまで紹介した先行研究では，アルコール依存症に対する ACT 介入の効果を示していることを考慮すると，飲酒問題の重篤度によって ACT 介入の核となる認知的フュージョン，マインドフルネス，価値の変数に有意な差があるという本研究の結果は先行研究の結果を裏付けるものであると考えられる。

次に飲酒問題が重篤化すると不安や抑うつの程度が増加するという結果は，先行研究と一致する結果であった（Preuss et al., 2002；塩入，2014）。これらの結果から，先行研究で示されていた飲酒問題の重篤度と不安や抑うつの関係を検証できたと言える。

一方で，飲酒問題の重篤度によって孤独感の程度に有意な差がないという結果は先行研究と異なる結果であった（古川他，2004）。孤独場面に対する捉え方が孤独感や抑うつなどの精神的健康と関連することが報告されている（大東・岩本，2009）。つまり，実際の社会的孤立度やソーシャルサポートの有無などが孤独感と関係しており，飲酒問題の重篤度に影響していることが考えられる。しかし，本研究では孤独感の認知的側面しか測定できておらず，実際の社会的な孤独場面を測定できていないという問題点がある。そのため本研究から，今後の研究において実際の社会場面などを測定する必要が示唆された。

本研究の限界として，1）心理社会的関連因子の不十分さ，2）回答の質の担保といった，2つの問題点が挙げられる。1つ目の問題点として，今回用いた心理社会的関連因子は十分ではないことが挙げられる。たとえば，ACT 介入によって治療効果が見られた生活の質や，飲酒問題の重篤度や不安，抑うつに関連があると考えられる社会的孤立度などの測定が出来ていないことも挙げられる。そのため，飲酒行動に繋がり易い社会状況や心理的素因など聴き取り調査を行う必要がある。2つ目の問題点として，回答の質を担保するような手続きの必要性が挙げられる。クラウドソーシングを用いた調査は，WEB 調査会社を介した場合と比較して回答の質が落ちることが報告されている（三浦・小林，2018）。このような問題への対処法として，回答の質を検出する手法である，Instructional

manipulation check（以下，IMC）や Directed questions scale（以下，DQS）などが紹介されている（三浦・小林，2018）。IMC や DQS の手法により，努力の最小限化つまり，教示文や回答項目を読まずに回答する行動を測定することが可能になり，回答の質を低下させるサンプルを排除できることが示されている（三浦・小林，2018）。

本研究の結果は，非常に高い検定力を有する分析を用いたことから，依存群と危険飲酒群の間には認知的フュージョン，マインドフルネスの程度，価値に沿わない行動傾向，不安・抑うつ傾向について一定の類似性や連続性を想定することが可能であると考えられる。本研究の結果は，アルコール依存や重篤な飲酒問題が主な治療対象であったアルコール関連問題に対する心理社会的介入を用いた早期介入や早期予防の対応可能性を示すものであると考えられる。今後は，上記で挙げた問題などを踏まえながら，飲酒問題の重篤度と関連が示された心理社会的関連因子に焦点を当てた適切な介入方法を探索すること，また ACT を用いた介入研究を行い，今回有意な差が示された認知的フュージョン，マインドフルネス，価値に沿わない行動のどの要素を重点的に介入することがアルコール関連問題に有効であるかの検討など，更なる研究の必要性が示された。

引用文献

Babor, T. F & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in primary Care.* World Health Organization, Geneva.（バボール，T. F.，ヒギンス－ビドル，J. C. 小松 知己・吉本 尚（監訳）（2011）．危険・有害な飲酒への簡易介入――プライマリケアにおける使用マニュアル――三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座　家庭医療学分野）

Byrne, S. P., Haber, P., Baillie, A., Costa, D. S. J., Fogliati, V., & Morley, K. (2019). Systematic reviews of mindfulness and Acceptance and Commitment Therapy for alcohol use disorder: should we be using third wave therapies? *Alcohol and Alcoholism*, *54*, 159-166.

大東 美穂子・岩元 澄子（2009）．青年の孤独に対する捉え方――孤独感，自己意識，精神的健康，自我同一性との関連――　久留米大学心理学研究，*8*，75-84.

土井 理美・坂野 朝子・武藤 崇・坂野 雄二（2017）．日本語版 Valuing Questionnaire（VQ）の信頼性と妥当性の検討　行動療法研究，*43*，83-94.

藤野 正寛・梶村 昇吾・野村 理朗（2015）．日本語版　Mindful Attention Awareness Scale の開発および項目反応理論による検討　パーソナリティ研究，*24*，61-76.

古川 秀敏・国武 和子・野口 房子（2004）．高齢者の抑うつ・孤独感の緩和と地域社会との交流――ハワイ在住日系高齢者の調査結果――　老年社会科学，*26*，85-91.

Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to- read primer on Acceptance and Commitment Therapy.*（ハリス，R. 武藤 崇（監訳）（2012）．よくわかる ACT――明日からつかえる ACT 入門――　星和書店）

橋本 恵理・齋藤 利和（2010）．アルコール依存症と気分障害　精神神経学雑誌，*112*，780-786.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy second edition: The Process and Practice of Mindful Change.* New York: Guilford Press.（ヘイズ，S. C.，ストローサル，K. D.，ウィルソン，K. G. 武藤 崇・三田村 仰・大月 友（監訳）（2014）．アクセプタンス＆コミットメント・セラピー（ACT）（第2版）――マインドフル

な変化のためのプロセスと実践――　星和書店）

Heffner, M., Eifert, G. H., Parker, B. T., Hernandez, D. H., & Sperry, J. A. (2003). Valued directions: Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*, 378-383.

東 あかね・八城 博子・清田 啓介・井口 秀人・八田 宏之・藤田 きみゑ…川井 啓市（1996）．消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale（HAD 尺度）日本語版の信頼性と妥当性の検討　日本消化器病学会雑誌，*93*，884-892.

樋口 進・久富 暢子（2000）．アルコール関連問題の診断・治療と早期介入　予防医学，*42*，33-38.

廣 尚典・島 悟（1996）．問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有用性に関する検討　日本アルコール・薬物医学会雑誌，*31*，437-450.

久富 暢子・水谷 由美子・長島 八寿子・樋口 進（1997）．プレアルコホリック教育プログラムとその教育効果　精神医学，*39*，415-422.

猪野 亜朗・遠藤 太久郎・西山 昌伸（1996）．アルコール性臓器障害への精神科的アプローチ　日本醫事新報，*3768*，28-32.

葛西 俊治（2011）．検定力入門（2018年2月10更新）http://www.relak.net/psy/power/p3.html（2019年9月16日アクセス可能）

厚生労働省（2019）．生活習慣病予防のための健康情報サイト：e-ヘルスネットアルコール関連問題の分類 https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol/a-06-003.html（2019年9月16日アクセス可能）

工藤 力・西川 正之（1983）．孤独感に関する研究（1）――孤独感尺度の信頼性・妥当性の検討――　実験社会心理学研究，*22*，99-108.

真栄里 仁・久富 暢子・樋口 進（2007）．プレアルコホリックと介入　臨床精神医学，*36*，1285-1290.

三浦 麻子・小林 哲郎（2018）．オンライン調査における努力の最小限化が回答行動に及ぼす影響　行動計量学，*45*，1-11.

中村 純・行正 徹（2000）．アルコール症とうつ病の合併――特にアルコール症による二次性うつ病について――　臨床精神医学，*29*，991-995.

日本アルコール・アディクション医学会(2018)．新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドラインの基づいたアルコール依存症の診断治療の手引き　第1版　http://www.f.kpu-m.ac.jp/k/jmsas/news/1566.html（2019年09月25日アクセス可能）

Osaki, Y., Kinjo, A., Higuchi, S., Matsumoto, H., Yuzuriha, T., Horie, Y., … Yoshimoto, H. (2016). Prevalence and trends in alcohol dependence and alcohol use disorders in japanese adults: Results from periodical nationwide surveys. *Alcohol and Alcoholism*, *51*, 465-473.

Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. R., Dasher, A. C., Hesselbrock, M. N., … Nurnberger, J. I. (2002). A comparison of alcohol-induced and independent depression in alcoholics with histroies of suicide attempts. *Journal of Studies on Alcohol*, *63*, 498-502.

嶋 大樹・川井 智理・柳原 茉美佳・熊野 宏昭（2016）．改訂版 Cognitive Fusion Questionnaire 13項目版および7項目版の妥当性の検討　行動療法研究，*42*，73-83.

塩入 俊樹（2014）．アルコールと不安障害について　日本アルコール関連問題学会雑誌，*16*，5-9.

塩谷 育子・葛山 秀則・幸地 芳朗（2007）．ア

ルコール依存症患者のストレスに対する行動特性　日本アルコール関連問題学会雑誌，*9*，131-136.

豊島 彩・佐藤 眞一（2013）．UCLA 孤独感尺度第3版の短縮版の検討――大学生と中高年における孤独感の関連要因の比較――　日本発達心理学会第24回大会発表論文集，425.

Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Fareen, C. K. (2015). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: A pilot matched control trail. *Behavior Therapy*, *46*, 717-728.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders; Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva, World Health Organization.（世界保健機構　融 道男・中根 允文・小見山 実（監訳）（1993）．ICD-10　精神および行動の障害――臨床記述と診断ガイドライン――　医学書院）

杠 岳文（2012）．アルコール医療新時代――多量飲酒者に対する節酒指導――　日本アルコール関連問題学会雑誌，*14*，9-11.