

多量飲酒の定義と多量飲酒者数

- 厚生労働省の提唱した健康日本21では、
- ・多量飲酒者を「1日当たりの純アルコールで平均約60g以上摂取する人」と定義
 - ・2003年の調査では、20歳以上の日本人において、男性の12.7%、女性の3.4%が、多量飲酒しており、その数は、約860万人と推計された

主な種類の換算の目安

種類	ビール	清酒	ウイスキー・ ブランデー	焼酎 (25度)	ワイン
酒量	中瓶: 500ml	1合: 180ml	ダブル: 60ml	1合: 180ml	1杯: 120ml
アルコール 度数	5%	15%	43%	25%	12.5%
純アルコール 量	20g	21.6g	20.6g	36g	12g

主な種類の換算の目安 (ウイスキーボトル1本の場合)



ウイスキー
(サントリーオールド
700ml 43%)
*ちなみに角瓶は40%

純アルコール量(g)
= 酒量(ml) × アルコール度数 × 0.8 ÷ 100

ウイスキーボトル1本(700ml, 43%)の場合
⇒ 700ml × 43% × 0.8 ÷ 100 = 240.8g
* ボトル1本が4日以内に飲めれば多量飲酒者

ウイスキーボトル1本(700ml)
= 純アルコール240.8g
≒ 日本酒11合
≒ ビールロング缶12本

主な種類の換算の目安 (焼酎ボトル1本の場合)



焼酎(むぎ焼酎
いいちこ 720ml
25%)

純アルコール量(g)
= 酒量(ml) × アルコール度数 × 0.8 ÷ 100

焼酎4合瓶1本(720ml 25%)の場合
⇒ 720ml × 25% × 0.8 ÷ 100 = 144g
ちなみに焼酎100mlの純アルコール量は20g
⇒ 100ml × 25% × 0.8 ÷ 100 = 20g
* 720mlボトルが2日以内に飲めれば多量飲酒者

焼酎1本(720ml, 1800ml)
= 純アルコール(144g, 360g)
≒ 日本酒(7合, 17合)
≒ ビールロング缶(7本, 18本)

主な種類の換算の目安 (ワインボトル1本の場合)



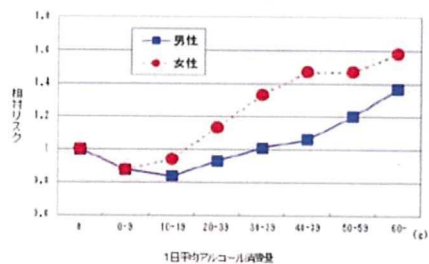
ワイン(750ml
12.5%)
*ワインのアルコール
度数は大体12~13%
のものが多く

純アルコール量(g)
= 酒量(ml) × アルコール度数 × 0.8 ÷ 100

ワイン1本(750ml 12.5%)の場合
⇒ 750ml × 12.5% × 0.8 ÷ 100 = 75g
ちなみにワイン200mlの純アルコール量は20g
⇒ 200ml × 12.5% × 0.8 ÷ 100 = 20g
* ボトル1本が1日で飲めれば多量飲酒者

ワイン1本(750ml)
= 純アルコール(75g)
≒ 日本酒3.5合
≒ ビールロング缶3.8本

「節度ある適度な飲酒」の根拠 アルコール消費と死亡率(1日の平均アルコール消費量と 死亡率の関係: 国外の14研究のメタ解析)



(出典 Holman CDほか. MJA 164: 141-145, 1996.)

健康日本21(www.kenkounippon21.gr.jp)におけるアルコールに関する基本方針と数値目標

厚生労働省が提唱した「健康日本21」の中にアルコールに関する基本方針と数値目標が設定されている。基本方針と数値目標は次の3つとなっている。

- ①多量飲酒問題の早期発見と適切な対応
→多量飲酒者の割合を20%以上削減する
- ②未成年者の飲酒防止
→未成年飲酒者をゼロにする
- ③アルコールと健康についての知識の普及
→「節度ある適度な飲酒」の概念を国民に100%浸透させる

アルコール関連問題の分類

ICD-10による「有害な使用」の診断基準

健康に害を及ぼす精神作用物質使用パターン。その障害は身体的なものであったり精神的なものであったりする(ここでは、「物質使用」を「飲酒」に置き換えている)

診断には、使用者の精神的あるいは身体的な健康に実際に害が起きていることが必要である

飲酒パターンはしばしば他人から批判され、またしばしばさまざまな種類の社会的に不運な結果に結びつく。飲酒パターンが、他人あるいはその文化から容認されないものであっても、あるいは逮捕や夫婦関係の破綻のような社会的に不幸な結果に結びついたものであっても、それだけで有害な使用の証拠とはならない

急性中毒、あるいは「二日酔い」だけでは、有害な使用とコードするに必要な健康への害の十分な証拠とはならない

有害な使用という診断は、依存症候群、精神病性障害、あるいは薬物とアルコールに関連した他の特定の障害がある場合はくすすべきではない

DSM-IV-TRによる「物質乱用」の診断基準

臨床的に著明な障害や苦痛を引き起こす不適切な物質使用様式で、かつアルコール依存の診断基準を満たさない。以下の少なくとも1つが、12か月以内に起こることによって示される(ここでは、「物質使用」を「飲酒」に置き換えている)

- (1) 繰り返し飲酒した結果、仕事や学校、または家庭の重要な役割義務を果たすことができなくなる
(例: 飲酒に関連した欠勤の繰り返しや仕事の能率の低下。飲酒に関連して学校を欠席したり、停学や退学になったりする。飲酒のために育児や家事を無視する)
- (2) 身体的危険のある状況で繰り返し飲酒をする
(例: 飲酒により能力が低下している時でも、自動車の運転や機械の操作をする)
- (3) 飲酒に関連した法律違反を繰り返し起こす
(例: 飲酒に関連した不法行為により逮捕される)
- (4) 持続的、反復的な社会的または対人関係の問題がアルコールの影響により引き起こされたり、悪化したりしているにもかかわらず、飲酒を継続する
(例: 飲酒のために起こったことで配偶者と口論や暴力を伴うけんかをする)

アルコールの「有害な使用」と「乱用」の診断基準の比較

- アルコール依存症までには至らないが何らかのアルコール関連問題を有する場合、すなわち正常飲酒とアルコール依存症の間の部分の病態は概念が錯綜している
- ICD-10では「有害な使用(harmful use)」、DSM-IVでは「アルコール乱用(alcohol abuse)」と呼ばれている
- しかし、その内容は両者でかなり異なる。「有害な使用」は、飲酒のために何らかの精神的または身体的障害が存在する場合にのみ診断される。飲酒による社会的・家族的問題があっても、それだけでは診断の対象とはならない
- これに対して、アルコール乱用は、社会的または家族的問題があれば、本人の精神的・身体的問題の有無にかかわらず、そのように診断される

ICD-10による「依存症候群」の診断基準

過去1年間のある期間以下の6項目のうち3つ以上がともに存在した場合に診断される(ここでは、「物質使用」を「飲酒」に置き換えている)

- (a) 飲酒したいという強い欲望あるいは強迫感
- (b) 飲酒の開始、終了、あるいは飲酒量に関して、飲酒行動をコントロールすることが困難
- (c) 飲酒を中止または減量したときの生理学的離脱状態(離脱症状を軽減するか避けるために飲酒することが証拠となる)
- (d) はじめはより少量で得られた飲酒の効果をj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
- (e) 飲酒のために、それに代わる楽しみや興味を次第に無視するようになり、飲酒をせざるを得ない時間や酔いからの回復に要する時間が延長する
- (f) 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、いざんとして飲酒する。例えば、過度の飲酒による臓器障害に気づいているのに飲酒を続ける

DSM-IV-TRによる「物質依存」の診断基準

- 以下の3つ(またはそれ以上)が、12カ月の期間内のどこかで起こることによって示される(ここでは、「物質使用」を「飲酒」に置き換えている)
- (1) 耐性
 - (a) 耐性または希望の効果をj得るために、著しく増大した量の飲酒が必要となる
 - (b) 同じ量の飲酒により、著しく効果が減弱する
 - (2) 離脱
 - (a) 飲酒に特徴的な離脱症候群がある
 - (b) 離脱症状を軽減したり回避したりするために、飲酒する
 - (3) はじめに考えていたより大量に、またはより長い期間、飲酒することがよくある
 - (4) 飲酒を中止、または減量しようとする持続的な欲求または努力の不成功のあること
 - (5) 飲酒するために必要な活動、飲酒、または、酔いからの回復などに費やされる時間が長いこと
 - (6) 飲酒のために重要な社会的、職業的または娯楽的活動を放棄、または減少させていること
 - (7) 精神的または身体的問題が、飲酒によって持続的、または反復的に起こり、悪化しているらしいことを知っているにもかかわらず、それでも飲酒を続ける

アルコール依存症の診断基準の比較

ICD-10	DSM-IV-TR
過去1年間に以下の項目のうち3項目以上を同時に1ヶ月以上経験するか、繰り返して経験した	同じく1年間に以下の項目のうち3項目以上を経験した
1. 激しい飲酒渴望	なし
2. 飲酒コントロールの喪失	3. 飲酒コントロールの喪失
なし	4. 飲酒コントロールの欲求および努力の失敗
3. 離脱症状	2. 離脱症状
4. 耐性の証拠	1. 耐性の証拠
5. 飲酒中心の生活 飲酒行動に時間がかかる	3. 飲酒中心の生活 5. 飲酒行動に時間がかかる
6. 問題があってもかわらぬ飲酒	7. 問題があってもかわらぬ飲酒

※表ではICD-10の項目順序にDSM-IVの項目を合わせてあります。
どちらの診断基準でも、飲酒のコントロール喪失と離脱症状の存在が診断に重視される

アルコール依存症の特徴

- (1) 日常生活に支障をきたすような飲酒問題(身体的問題、仕事・経済的問題、家族・人間関係の問題、社会的問題、離脱症状など)がありながらも、アルコールを調節して飲むことが出来なくなった状態が続いている
- (2) アルコール摂取を減量もしくは中断したときに離脱症状を認める

2004年 厚生労働省

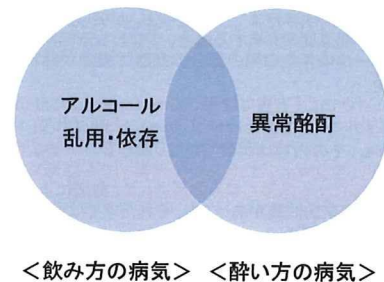
「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究」

- ・ 成人人口から抽出した3500名に対して、面接および自記式による調査票を用いて施行。2547名(72.8%)から回答
- ・ ICD-10の診断基準に基づくアルコール依存症の有病率は、男性の1.9%、女性の0.1%、全体で0.9%と推定
- ・ この割合から、「ICD-10の診断基準に基づくわが国のアルコール依存症者数」は、82万人と推定(厚生省の患者調査によると、治療を受けている依存症患者は入院・外来合計で17,100人(2002年))
- ・ 久里浜式アルコール症スクリーニングテスト(KAST)でスクリーニングテスト上アルコール依存症と同定された者は、男性の7.1%、女性の1.3%で、全体の3.9%となり、この割合から「KASTによる依存症者数」は440万人と推定。1984年の日米共同研究調査の336万人に比べて増加しており、女性の割合が0.6%から1.2%へと倍増している

酩酊の3分類

- (単純酩酊)
 血中アルコール濃度にほぼ平行して酩酊の症状が段階的に進行。普通の酔っ払い
- (異常酩酊) * 異常酩酊の多くは、「複雑酩酊」
- ① 複雑酩酊
 普通酩酊とは、“量的”に異なる酩酊状態で、易刺激的で暴力的な言動がみられる。いわゆる「酒乱」と呼ばれる酩酊。記憶障害は比較的強いが、その行動は、周囲の状況からある程度了解可能である
 - ② 病的酩酊
 普通酩酊とは“質的”に異なる酩酊で、幻覚・妄想や意識障害が出現し、周囲の状況と全く無関係な言動をとる。記憶障害も著しい。血中アルコールが低くても出現する

アルコール乱用・依存と異常酩酊の関係



アルコール依存症の 初回診察の実際

<病歴聴取とアセスメント>

症例

氏名：酒尾吞蔵。63歳男性。妻と2人暮らし。一男一女がいるが、それぞれ独立している。現在、無職。

高校卒業後、電気製品メーカーの工場に勤務。就職後、飲酒習慣を持つようになり、30歳過ぎから、毎日飲酒するようになった。徐々に酒量が増え、45歳以降は、会社の健診などで、肝機能障害を指摘されていたが、放置。50歳以降は、深酒による体調不良で、2～3ヶ月に1回程度、仕事を休むこともあったが、なんとか仕事を続け、60歳で定年。しかし、定年後は、昼間から焼酎を飲むようになり、酔って妻に絡んだり、家の中で転んだり、トイレが間に合わないといったことも出現。1年前から、手が震えるといった症状も認めるようになった。2週間前に、酔って自宅の階段から転落。近井総合病院で診察を受けたが、頭部打撲のみで、CT等で異常なかったもの、アルコール性肝障害とアルコール依存症が疑われた。妻の強い希望もあり、1週間前に当院精神科を紹介受診。アルコール依存症の疑いで、本日、当科アルコール専門外来を受診した。

初回診察にあたっての心構え

- 一番重要なのは、患者との信頼関係作り
- そのためには、
 - ①患者との論争を避ける
 - ②“職務質問”のような雰囲気にならないようにする
 - ③患者や家族に来院して良かったと思ってもらえるような診察を心がける
- 患者の断酒に対する動機づけが高まるようにアプローチしていくことが重要であるが、次回以降の診察に繋がるようにすることが最重要課題
- 一度の介入により、患者が断酒を決意し、継続するようになることもある

自己紹介と診察への導入

医：「どうも大変お待たせ致しました。酒尾吞蔵さんと奥様ですね。どうぞお掛け下さい。私、精神科医の澤山と申します(第一印象を良くするために丁寧に自己紹介)」

医：「今回は、お酒が原因で肝臓が悪いということと、2週間前にお酒を飲んだときに転んでしまったということで、近井総合病院から、紹介となったようですが、そういうことでよろしいですか？」

患：「ええ、まあ」

アセスメント

①受診の動機(誰の希望でなぜ受診したのか)

医：「ご自分では、自分のお酒について、どう思われますか(まずは本人の考えを聞く)」

患：「まあ、やっぱり飲みすぎかとは思いますが...」

医：「飲みすぎていると...(単純なオウム返しで相手の発言を誘導)」

患：「まあ、定年してから、ヒマなんで昼間から飲むようになったんですよ。それが良くなかったのかな。これからはそういう飲み方はやめようと思ってますよ」

医：「昼間の酒をやめて、夜だけ飲むと...」

患：「ええ...(黙り込んでしまう)」

医：「...今回の受診は、ご自分で受けようと思ったのですか」

患：「いや、できたらこういうところは来たくかったですね。近井病院の先生と、あとは、妻が言うので...」

妻：「(割って入ってくる)はい、私が近井病院の先生にお願いして紹介状を書いてもらいました」

アセスメント

①受診の動機(誰の希望でなぜ受診したのか)

妻：「(続けてしゃべりだす)今回、階段から落ちて病院に行くことになりましたが、もうずいぶん前から、私は主人を病院に連れて行きたかったんです。転んだのは、今回が初めてではありませんし。仕事を辞めてから、昼間から酒を飲んで、いつもお酒の臭いをさせてますし、酔うと訳のわからないことを言って、ひどいことを言ってくるんです」

患：「そうかなあ。そんなにひどくないでしょ(無然として)」

妻：「あなたは、言ったこと覚えてないんですよ！」

患：「...(無然として黙り込む)」

医：「(雰囲気緊迫しているので話題を変えて)酒尾さんとしては、今後お酒のことは、どうしているかと思っているのですか」

患：「ですから、さっきも言ったとおり、昼間の酒をやめて、夜だけにしようと思ってますよ」

医：「酒をやめるのではなく、夜だけにすると...」

患：「まあ、完全に酒をやめるのは難しいですよ」

アセスメント

①受診の動機(誰の希望でなぜ受診したのか)

①のまとめ

- 受診は、主に妻の希望。患者本人は、それほど精神科の受診に前向きではない
- 本人は、「酒を飲み過ぎていると思うが、その原因は、定年してヒマになり、昼間から酒を飲んだこと」にあると思っている
- そのため、「昼間の酒をやめれば、解決する」と考えている
- 飲酒行動を変えようとは思っているが、断酒に対する動機づけは整っていない

アセスメント

②診断のための問診

医:「もう少し詳しく聞いてもいいですか(診察継続の了解を取る)。先ほどの話だと、お酒の量が増えてきたのは、60歳で定年してからですか」

患:「ええ、そうですね」

医:「お仕事をしていたときは、大丈夫でしたか」

患:「まあ、飲むのは飲んでいただけ、今ほどでは...」

医:「会社の健診などで肝機能障害を指摘されたことはなかったですか(客観的情報を得る)」

患:「まあ、多少は...」

医:「γ-GTPが高いとか」

患:「ああ、言われたことはあるかもしれませんが」

医:「いくつくらいか覚えてますか」

患:「100は超えていましたね」

医:「いつ頃からですかね」

患:「45、6歳くらいからかな」

アセスメント

②診断のための問診

医:「その当時、どこか内科の病院には行きましたか」

患:「いや、行ってないですね」

医:「お酒が原因で仕事を休むことはありましたか(仕事上の問題を聞く)」

患:「まあ、たまには...」

医:「たまにというと、月に何回くらいですか(予想より少し多めに聞いてみる)」

患:「いや、そんなにはないですよ。月に一回あるかないか」

医:「2~3ヶ月に一回くらいですかね」

患:「まあ、そうですね」

医:「やっぱり週明けとかに多いですか(飲酒のコントロール障害の可能性を聞く)」

患:「そうですね。平日は大丈夫なのですが、週末飲み過ぎてしまっ...」

アセスメント

②診断のための問診

医:「長い休み明けとか...(相手が抵抗なく話してきたので、少し先読みして聞いてみる)」

患:「ええ、そうすると油断してしまっ...」

医:「でも、大体はお仕事に行っていて、定年まで勤め上げたのですね(少し相手を認めて、抵抗を減らす)。そうすると元々お酒は好きだったけど、お酒の量が増えたのは、やはり定年してからですかね」

患:「ええ」

医:「お酒は何を飲みますか。種類はなんですか」

患:「定年してからは、焼酎ですかね」

医:「焼酎は、どういったものを買ってきますか。2ℓくらいのボトルとか」

患:「ええ、そうですね。いちいち買いに行くのが大変なんで」

医:「その2ℓのボトルが何日くらいで無くなりますか(一日の酒量を聞くより、この聞き方の方が客観的にわかる)」

アセスメント

②診断のための問診

患:「まあ、3~4日くらいですかね(焼酎2リットル≒日本酒19合)」

妻:「(すかさず)2日もたないこともあります」

患:「減多にないよ」

医:「まあ、だいたい良いですから。奥様の話だと、酔って記憶がなくなることもあるんですか」

患:「まあ、ありますね」

医:「トイレの場所を間違ったり、間に合わなくなることがありますか」

患:「ありました」

医:「酔って転んでしまうのは、これまでも何回かありましたか」

患:「ええ、何回かは」

妻:「何回もあります」

アセスメント

②診断のための問診

医:「外で酔っ払って、お巡りさんに保護されたことはありますか」

妻:「(本人が答える前に妻が)2回あります」

患:「お前は黙ってろよ」

医:「(妻に肩入れしすぎないように話題を変えて)夜は眠れますか(離脱症状について聞く)」

患:「まあ、お酒を飲まないで眠れないですね」

医:「夜中に目が覚めてしまうことはありますか」

患:「はい」

医:「そういうときに、お酒を飲んで寝直すことはありますか」

患:「ときどきありますね」

医:「手が震えたりすることはありますか(離脱症状について聞く)」

患:「ああ、ときどき。緊張のせいかもしれないですけど」

アセスメント

②診断のための問診

医:「いつ頃からですか。飲みすぎた次の日の朝とかに振るえがでることはないですか」

患:「1年くらい前かな。確かに飲み過ぎた翌日に震えることはありますね」

医:「それはお酒を飲むと和らぎますか」

患:「よくわかりませんが、そうかもしれません」

医:「指を開いて両手を前に出してもらえますか」
(軽度の手指振戦あり)

医:「昨日はお酒を飲みましたか」

患:「ええ、少しだけですが」

医:「(少し冗談交じりに)ちなみに今日は」

患:「さすがにそれはないです(苦笑)」

アセスメント

②診断のための問診

医:「変な話かもしれませんが、今までに何か虫とかの幻覚を見たとか、ひきつけを起こしたことはありませんか(重篤な離脱症状の確認)」

患:「いや、それはないですね」

医:「肝障害以外に糖尿病とか高血圧とか何か持病はありますか(合併症の確認)」

患:「1年くらい前に風邪で近くの内科に行ったら、血圧が高いつて言われて、降圧剤を飲んでます。あとはないです」

医:「そこでは、血液検査とかしましたか」

患:「いやあ、最近では検査してなかったですね」

医:「手足がしびれるとか足をつりやすいとかはありますか」

患:「いや、それはないです」

医:「手術したことはありますか」

患:「ないです」

アセスメント

②診断のための問診

医:「ご家族、ご親戚、血縁関係のある方で、お酒の飲みすぎで病院にかかっていたような方はいませんか(家族歴の聴取)」

患:「母は飲みませんでしたが、父も酒好きで、最期は肝硬変って言われてました。私には兄が2人いますが、一番上も結構飲みますね」

医:「アルコール依存症の治療を受けていたりとか」

患:「いや、それはないですが、父は今考えると依存症かもしれません。酔って母を困らせてましたから。兄も肝臓が悪いみたいで酒をやめたようです。まあ、もう70歳過ぎてますしね」

医:「依存症以外の精神科の病気で治療を受けていたご家族、ご親戚の方はいらっしゃいますか」

患:「いません」

アセスメント

②診断のための問診

医:「話は戻りますが、ご自分でも定年してからは飲みすぎているという自覚はあるんですよね」

患:「はい」

医:「そうすると、今までにお酒の量を減らそうとしたことは、なかったんですか(節酒への試みの結果について聞く)」

患:「いや、ありましたよ。でも、どうしても屋間やるのがないんで、つい飲んでしまうんです。これからは、借りの煙の手入れでもしようと思ってます。そうすれば、屋間の時間もつぶせますから」

医:「今まで、お酒をやめたことはありますか」

患:「実は、1年ほど前に内科の先生からも肝障害を言われて、3ヶ月ほどやめたことがあるんです。別に飲まなきゃどうってことなかったんですが、やっぱり口寂しくてね」

アセスメント

②診断のための問診

②のまとめ

- 定年以前にも、過量飲酒のため、肝機能障害や頻度は少ないが欠勤を認めている
- 定年後は、屋間から飲酒を認め、酩酊時にブラックアウト、転倒、失禁、警察保護、妻に絡む、といった飲酒問題を認めている
- 1日の飲酒量は、おおよそ日本酒換算で5~8合程度
- 中途覚醒後の飲酒や手指振戦を認め、アルコール離脱症状が疑われる
- 肝機能障害以外の身体疾患として、高血圧を認め、降圧剤を内服している(血圧上昇は離脱症状の可能性もある)
- 父親や兄も大酒家であった
- これまでに酒量を減らそうとしたことはあるが、うまくいかなかった。
- 1年ほど前に酒を3ヶ月ほど中断したことがある

<解説> 飲酒問題とは?

(1) 身体的問題

(消化器疾患)

アルコール性肝障害、肝硬変、食道・胃静脈瘤、肝性脳症、

食道・喉頭がん

(内分泌疾患)

糖尿病、高脂血症、高尿酸血症(痛風)

(神経疾患)

末梢神経障害、小脳失調、ウェルニッケ脳症・コルサコフ症候群

(外傷性疾患)

骨折、外傷性クモ膜下出血、硬膜下血腫

(造血管疾患)

大球性貧血

<解説>飲酒問題とは？

(1) 身体的問題

～ウェルニッケ脳症とコルサコフ症候群～

(ウェルニッケ脳症)

意識障害、眼球運動障害(眼振や眼筋麻痺)、運動失調(歩行障害)などに特徴付けられる急性の神経学的障害。大部分が数日～数週間でコルサコフ症候群に移行する

(コルサコフ症候群)

ウェルニッケ脳症に続発する慢性の健忘症候群。記銘力障害、健忘、失見当識、作話などが特徴。回復することもあるが、なんらかの症状が残ることも多い

上記いずれも長期飲酒によるビタミンB1の欠乏が原因と考えられているため、治療早期にビタミンB1の投与が必要である

<解説>飲酒問題とは？

(2) 仕事・経済的問題

- 仕事上のミス
- 酒臭出勤
- 遅刻、欠勤
- 左遷、閑職
- 休職、失業
- 借金
- 生活保護
など

<解説>飲酒問題とは？

(3) 家族・人間関係、日常生活上の問題

- 家族間のコミュニケーション不足
- ブラックアウト
- 信頼関係の崩壊
- 酩酊時の暴言、暴力
- 子供の成長への悪影響
- 酩酊時の転倒、けが
- 酩酊時の失禁、失便
など

<解説>飲酒問題とは？

(4) 社会的問題

- 飲酒運転
- 喧嘩
- 酩酊時の警察保護
- 自殺
など

<解説>アルコール離脱症状とは？

不眠、不安・焦燥感といった症状(精神依存)に始まり、発汗、発熱、頻脈、血圧上昇、手指振戦といった症状(身体依存)を認めるようになる。さらに進行すると、けいれん発作、振戦せん妄が出現する

<解説>アルコール離脱症状とは？

～精神依存形成の徴候～

- 夜中や早朝に覚醒して飲酒する
- 帰宅前に飲まずにいられない
- 仕事中に飲酒する
- 寝酒、むかえ酒、かくれ酒
- 飲酒しないと調子が出ない
など

アルコール依存症の人は
ビール派、日本酒派、焼酎派、
それともウイスキー派？

→半数以上が焼酎派

- ・ 安価でアルコール度数が高いので、“早く安く”アルコール血中濃度を上げることができるからと思われる
- ・ 2～4ℓのボトルで焼酎を買うような人は要注意

<解説>アルコール離脱症状とは？
～アルコール離脱けいれん発作～

- ・ 発作型は、全身性強直間代性けいれんが圧倒的に多い
- ・ 発作回数は単回で終わるものが大部分であるが、まれに重積状態になるものもある
- ・ 発作を認めた後、振戦せん妄に移行することもある
- ・ 発作が重積しない場合は、抗けいれん薬などの処方はない

<解説>アルコール離脱症状とは？
～振戦せん妄、アルコール離脱せん妄～

- ・ 多くは、断酒後2～3日目に発症し、症状のピークは4～5日目を中心にほぼ3日間続き、通常7日目までに消退する
- ・ 典型例では、興奮、見当識障害、不安・恐怖感、妄想、生々しい幻覚、錯覚や知覚の歪み、重度の不眠、全身の振戦、発汗、頻脈などの症状を認める
- ・ 幻覚は、虫や小動物が見えるといった幻視(小動物幻視)が有名で、虫取り動作を認める
- ・ 自分の職業に関連したまとまりのない行動、例えば、大工が金づちを打つ、なども特徴である(職業せん妄)

アルコール依存症の
初回診察の実際

<フィードバック>

フィードバック ①検査結果の説明

医:「前回、こちらを受診したときの血液検査の結果ですが、肝機能の数値であるγ-GTPが524でした。通常の方だと20～40台くらいなので、明らかに異常値です。これは、アルコール肝障害のときに上がることが多いです。またGOTとGPTという肝機能の数値も軽度上昇しています。黄疸の数値や血小板の減少などは認めないので、肝硬変まではいってなさそうです。あとは、尿酸値という痛風の原因となるものも9.2と上昇しています。尿酸値が高い状態が続くと足の指の付け根などが痛くなる痛風発作を認めることがあります。また軽度ですが貧血も認めます。MCVという平均赤血球容積が上昇していますので、アルコールによる赤血球の大型化のための(溶血性)貧血と思われます。高脂血症や糖尿病などの異常は認めなかったです」

フィードバック

②検査結果や問診から得られた診断の根拠と病気の説明

医:「血液検査の結果や今日お聞きしたこれまでの経過を考えると、アルコール依存症の“診断がつく状態”と思われれます。アルコール依存症という病気を一言で言うと、“お酒の量をコントロールできない病気”ということです(アルコール依存症という病名よりも“コントロール障害”について強調して説明していく)。ちょっと飲むともうちょっと飲みたくなるという病気ですね。お酒をコントロールできないために、肝障害を認めたり、仕事を休んでしまったり、酔ったときに記憶が飛んだり、転んで怪我をしまったり、トイレを間違えたりしてしまうのです…。もちろん普通のお酒飲みの人でも、何年かに一回は飲みすぎて記憶をなくしたり酔って醜態をさらすようなことはあります。逆にアルコール依存症の人だからといって毎回飲酒するたびに酔いつぶれるという訳ではありません」

フィードバック

②検査や問診から得られた診断の根拠と病気の説明

医:「アルコール依存症という、年がら年中朝から飲酒して酔いつぶれているというイメージがあるかもしれませんが、そういう依存症の人はごくわずかです(アルコール依存症の負のイメージを解く)。じゃあどういふことかという、依存症の人は、お酒を飲みすぎてしまう頻度が普通の人よりも多くなっているのです。うまく飲めるときももちろんありますが、飲み過ぎてしまうことが多くなるのです。病気が進めば進むほど、このうまく飲めない頻度が増えていきます。そのために肝障害などの体の病気や欠勤や遅刻などの仕事上の問題、酔って転んだりして家族に心配をかけるといった問題が生じてきます。あとは、お酒を飲まないときも眠れない、手が震えるなどの禁断症状が出現することもあります。酒尾さんの場合、幻覚やてんかんといった重篤な禁断症状や肝硬変などの身体疾患を認めていないので、重症という訳ではないですが、アルコール依存症の診断を満たす状態と思われると思います」

フィードバック

②検査や問診から得られた診断の根拠と病気の説明まとめと解説

- 診断のポイントとして重要なのは、①飲酒のコントロール障害の有無、②アルコール離脱症状の有無
- コントロール障害があるからといって、いつも飲み過ぎてしまうということではなく、普通の飲酒者と比べ、飲み過ぎてしまう頻度が増えているというように説明すると受け入れやすい
- アルコール依存症という“ラベル付け”を強調しすぎると患者が抵抗を示すので、コントロール障害を強調していく
- 中途覚醒後の飲酒、迎え酒、深酒をした後に手が震える、飲酒すると震えが収まる、などは離脱症状の有無を確認するのに有効な質問
- 飲酒を中断あるいは減酒した後に起きる幻覚(小動物幻視など)やけいれん発作(強直間代発作)の有無も重要
- アルコール依存症の重症度を伝え、患者も受け入れやすい

<解説>アルコールと血液検査

- 血清γ-GTP活性の上昇は、主にアルコール摂取に伴う酵素誘導によって増加するといわれている。問題飲酒者に対する検出感度は28~34%、特異度は90%といわれている(偽陰性は多いが、偽陽性は少ない。つまり、γ-GTPが高い問題飲酒者はいるが、γ-GTPが高い非問題飲酒者は少ない)
- 平均赤血球容積(MCV)の増加は、主に赤血球膜の脂質組成の変化による赤血球の大型化によるものと考えられている。問題飲酒者に対する検出感度は23~40%、特異度は90%前後といわれている
- γ-GTPとMCVのいずれかが異常値の場合、検出感度は40~63%、特異度は74~87%、両者がともに異常値の場合は、検出感度は6~18%、特異度は98~99%となる
- その他、特異的ではないが、注意すべき検査項目としては、血清GOTとGPTの上昇、血清尿酸値の上昇、空腹時血清トリグリセライドの上昇、血清ビリルビンの上昇、血糖値の上昇、血小板の低下、など

アルコール依存症の 初回診察の実際

<アドバイスと動機づけ>

アドバイスと動機づけ

医:「ここまでで何か質問はありますか」

患:「いえ、ないです」

医:「それでは、今までの話を踏まえて、今後、どうしたらいいかという話に移りたいのですが…。医学的な見解を一言で言うと、アルコール依存症の方は、お酒を一切飲まない断酒ということが必要になります(まずは、客観的な一般論から入る)。先ほどもお話しした通り、アルコール依存症という病気は、“お酒の量をコントロールできない病気”というものですから、酒の量を減らそうと試みても、2~3ヶ月はうまく飲めるのですが、半年から1年もするとまた酒の量が増えて、元の飲み方に戻る方が圧倒的に多いのです」

患:「...(黙ってしまう)」

アドバイスと動機づけ

医:「酒尾さん自身、お酒を一切飲まない断酒ということについては、どう思いますか(患者の飲酒行動の変化に対するモチベーションを尋ねる)」

患:「いやあ、やっぱりいきなり酒をやめるっていうのは、難しいですね。飲みすぎたとは思っているので、昼間は飲まないようにして、酒の量を減らすように頑張ります」

医:「皆さん、いきなり酒をやめて下さいっていう話をする、難しいと言われる方は、やっぱり多いんですね(患者の抵抗に対して単純に同意する)。酒の量を減らすことはできそうなんですか」

患:「まあ、そうするつもりです」

医:「具体的には、一日あたりどれくらいの量に減らせようですか(詳しい説明を求め)」

患:「いや、そこまでは考えていないですけど、昼間の酒はやめます」

アドバイスと動機づけ

医:「屋間の酒はやめて、夜だけにすると…。酒尾さんにとって、どうしても酒を飲まなくてはいけない理由が何かあるのですか(神秘的顔をして、少し極端な質問を試みる)」

患:「いやあ、特別飲まなくてはいけない理由はないですが、やっぱり口寂しいというか、他にやることがないというか…」

医:「これまで、お酒の量を減らそうとしたことは、なかったのですか(過去を振り返る)」

妻:「(本人が答える前に)何度もあります。でも、その度に失敗ばかりで…」

患:「いや、いつもそんなに飲みすぎている訳ではないんです。以前に肝機能が悪いと言われたときも2〜3ヶ月、缶ビール1本に減らすことができたんですから」

アドバイスと動機づけ

医:「そうなんです。多くの人が医者や上司から酒のことを注意されるとしばらくうまく飲めることが多いんです。ただそれが落とし穴なんです。しばらくうまく飲めるとどうするかというと、“じゃあ、もう少し”とちよっとずつ飲む量が増えていきます。でも、それでも問題なく飲めるので更に量が増えていきます。3〜4ヶ月はうまく飲めるのですが、多くの方が半年後、1年後には元の飲み方に戻ってしまうのです。そういうことを繰り返しているうちに、体がポロポロになったり、仕事を失ったり、家族関係が悪化してしまうことが多いのです。だから私たち医師は断酒を勧めるのです(患者の意見を認めつつ、その意見に新しい意味や解釈、情報や教育を与える:リフレイン)」

患:「…(黙って聞いている)」

アドバイスと動機づけ

医:「先ほどもお話した通り、血液検査で、γ-GTPが524と肝障害を認めています。肝硬変まではいっていないようですが、今後、進行していく恐れもあります。あと、目が覚めたときに酒を飲んで寝直す、飲み過ぎた翌日の朝に手が振える、というのもアルコールの禁断症状かもしれません。どんなお酒呑みの人でも寝ている間に酒は飲めないで、寝ている間にアルコールの血中濃度が下がって、目が覚めてしまったり、朝に手の震えが出る人が多いです。寝汗や微熱、血圧が高くなるという禁断症状もあります。酒尾さんの高血圧も、もしかしたら、お酒をやめると治るかもしれません(飲酒の弊害についての情報を再び与える)」

患:「…(反論することなく黙って聞いている)」

医:「…先ほどのお話だと、1年ほど前にお酒を止めていた時期が3ヶ月ほどあったとか。その時は大変でしたか? 深く苦しみましたか(過去の成功体験を振り返る)」

患:「いやあ、別に苦しくはなかったです。飲まなきゃ飲まないでどうってことはないんですよ」

アドバイスと動機づけ

医:「そうなんです。アルコール依存症っていうと、なにか酒なしではいられない人ってイメージが一般的にはありますが、多くの依存症の人は飲まなきゃ飲まないでも平気なんです。じゃあ、どういう病気かということ、先ほども話した通り、ちょっと飲むともう少し飲みたくなる病気なんです。ずっと酒を止めていても、何の気なしについ飲み始めると、ずるずると飲み過ぎてしまう病気なんです。だからやはり断酒が必要なんです(患者の意見を認めつつ、その意見に新しい意味や解釈、情報や教育を与える:リフレイン)」

患:「…(うんうんとうなずいて聞いている)」

医:「1年前に3ヶ月間も完全にお酒を止めていた時期があるのですから、酒尾さんさえ、腹をくくってその気になれば、断酒できますよ(患者の自己効力感を高める)」

アドバイスと動機づけ

患:「まあ、自分でもいつか止めないといけないとは思ってはいたんですけど」

医:「そうですね。こうしてここに来たのは良いチャンスかもしれませんよ(認めて肯定する)」

患:「う〜ん、酒をやめるしかないかねえ。う〜ん」

医:「…もちろん、今後どうするかを決めるのは、私ではなく酒尾さん自身です(個人の選択権を強調)」

妻:「あなた頑張ってお酒を止めましょうよ」

患:「…わかりました。自信はないですが、頑張ってみます」

医:「酒尾さんみたいに、定年後に飲酒量が増えて、依存症になってしまう方は多いのですが、逆にきちんと定年まで勤め上げた方は、断酒できる人が多いですよ。きっと断酒できると思いますよ(自己効力感を更に強化)」

アドバイスと動機づけ まとめ

- 大事なポイントは患者の両面性(断酒したい、でも飲みたい)を許容しつつ、断酒に対する動機づけをすすめていくこと
- 両面性の矛盾に患者自らが気づいていけるように導いていく
- アルコール依存症やアルコールの害についてのアドバイスやフィードバックを客観的な医学的知識に基づいて非対決的に与える
- 患者の断酒に対する自己効力感(自分は酒をやめることができるという自信の度合い)を高める
- 最終的な選択権は患者にあることを強調する

＜解説＞動機づけ面接法
動機づけ面接法 (Motivational Interviewing) の定義

- クライアント中心主義的で、その人の関心やものの見方に焦点を当てる
- クライアント中心主義的ではあるが、面接者が意識的に特定の変化の方向(健康、回復、成長など)を目指して行われる
- 技法というよりは、コミュニケーションの方法である
- クライアントの心の中にある変化の動機を引き出すことに焦点を当てる
- 変化を引き出す鍵として、その人個人のアンビバレンス(両価性)を探索し、解決することに焦点を絞る

＜解説＞動機づけ面接法
動機づけ面接法の4つの原理

- (1) 共感を示す
- (2) 矛盾を明らかにする
- (3) 論争を避け、抵抗に逆らわず進む
- (4) 自己効力感を援助する

チェンジ・トーク(変化についての話)を引き出す

- 対決技法(直面化)では、医療者が問題解決を迫り、患者は反対に現状維持を主張する。動機づけ面接法の概念では、患者自身が、現状維持とは正反対の「変化する立場」を主張すべきである
- 患者が、このようなチェンジ・トークを引き出すように面接するのは、医療者の務めであり、動機づけ面接の鍵となる技術である
- チェンジ・トークは、「現状維持の不利益を認識した言葉」「変化の利点を認識した言葉」「変化について楽観的な気持ち表現する言葉」「変化への意志や決意を表明する言葉」の4つに分類できる

＜解説＞動機づけ面接法
チェンジ・トークの4つの分類の例

- ①現状維持の不利益を認識した言葉
「私の問題は、思ったよりも深刻になっているようですね」
「私のお酒が、体に悪影響を及ぼしていることがわかりました」
- ②変化の利点を認識した言葉
「酒をやめれば、妻や子ども達も喜ぶでしょう」
「酒をやめたら、体力もついて仕事にも行けますよね」
- ③変化について楽観的な気持ち表現する言葉
「自分さえ決心すれば、酒もやめられると思います」
「3年前にタバコもやめたので酒をやめることも出来るでしょう」
- ④変化への意志や決意を表現する言葉
「そろそろ私も、酒をやめることを考える時が来たようですね」
「こんな状態をいつまでも続けたいためには、何かをしなくては いけませんね」

＜解説＞動機づけ面接法
チェンジ・トークを呼び覚ます方法

- 開かれた質問
- 決断の利害損失を探索する
- 詳しい説明を求める
- 極端な例に関して質問する
- 過去を振り返る
- 将来の見通しを語る
- 人生の目標や価値を探求する

＜解説＞動機づけ面接法
チェンジ・トークへの応答

- チェンジ・トークの詳しい説明を求める
- チェンジ・トークを振り返る
- チェンジ・トークを集めて要約する
- チェンジ・トークを認めて肯定する

＜解説＞動機づけ面接法
抵抗(レジスタンス・トーク)への応答

- (振り返りの傾聴)
- ・単純な振り返り
- ・拡大された振り返り
- ・両面の振り返り
- (振り返り以外の方法)
- ・焦点を移す
- ・少し意味を変えて同意する
- ・違う視点で言い換える
- ・個人の選択権とコントロール(統制権)を強調する
- ・歩調をあわせて進む

＜解説＞動機づけ面接法
チェンジ・トーク(CT)を引き出ししたり、抵抗に対して応答する

- 「酒尾さん自身、お酒を一切飲まない断酒ということについては、どう思いますか？」
- 患者の断酒に対するモチベーションを尋ねるとともに決断することの利害損失や将来の見通し、変化への決意のCTを引き出す
「皆さん、いきなり酒をやめて下さいって話をすると、難しいって言われる方は、やっぱり多いんですね」
 - 抵抗を肯定して振り返る。抵抗には抵抗しないのが一般的には良い。単に認めるだけで防衛的な態度が緩和される
「具体的には、一日あたりどれくらいの量に減らせそうですか」
 - 詳しい説明を求め、現状維持の不利益や将来の見通しのCTを引き出す
「酒尾さんにとって、どうしても酒を飲まなくてはいけない理由が何かあるのですか」
 - 抵抗に対して、少し極端な質問をしてみることで、将来の見通しや現状維持の不利益のCTを引き出す。また相手が驚いて、自分の主張から一歩退いて、両価性の反対の意見(CT)を語ることもある

＜解説＞動機づけ面接法
チェンジ・トーク(CT)を引き出ししたり、抵抗に対して応答する

- 「これまで、お酒の量を減らそうとしたことは、なかったのですか」
- 過去を振り返ることで、現状維持の不利益のCTを引き出す
「そうなんです。多くの人が医者や上司から酒のことを注意されるとしばらくうまく飲めることが多いんです。ただそれが落とし穴なんです」
 - 抵抗に対して、違う視点で言い換える(リフレーミング)。患者の意見を認めつつ、その意見に新しい意味や解釈、情報や教育を与える
「血液検査で、 γ -GTPが524と肝障害を認めています。肝硬変まではいいっていないようですが、今後、進行していく恐れもあります」
 - 飲酒の弊害についての情報を与え、患者の抵抗を弱め、現状維持の不利益や変化の利点に関するCTを語らせる。しかし、両価性の一方向の立場を強調するのは、かえって抵抗を強めることがあるので注意が必要である

＜解説＞動機づけ面接法
チェンジ・トーク(CT)を引き出ししたり、抵抗に対して応答する

- 「1年前に3ヶ月間も完全にお酒を止めていた時期があるのですから、酒尾さんさえ、腹をくくってその気になれば、断酒できますよ」
- 過去の成功体験を振り返り、患者の自己効力感を高め、変化について楽観的な気持ちや変化への決意を表現するCTを引き出す
「そうですね。こうしてここに来たのは良いチャンスかもしれませんよ」
 - 患者のCTを認めて肯定することで、変化の方向へはずみをつける
「...もちろん、今後どうするかを決めるのは、私ではなく酒尾さん自身です」
 - 個人の選択と統制権を強調する。最終的にどうするか決めるのは、患者であることを伝える。面接の初期に伝えると、抵抗を減らしやすい

WR ミラー、S ロルニック著、松島義博、後藤 恵訳：
動機づけ面接法 基礎・実践編 星和書店、東京、2007



アルコール依存症の
初回診察の実際

＜断酒のための方法の選択＞

断酒のための方法の選択

医:「それでは、具体的な断酒のための方法についてお話して良いですか？」

患:「はい」

医:「一つ目としては、抗酒剤というお酒を飲むと気持ち悪くなる薬があるんです」

妻:「お酒を飲みたいなくなる薬ですか？」

医:「いえ、そうではありません。酒尾さんはお酒飲むと顔に出る方ですか？」

妻:「いえ、顔には出ない方ですね」

医:「お酒を飲むと紅くなるかならないかというのは、生まれつき遺伝で決まっています。飲むと紅くなる人というのは、生まれつき肝臓にお酒を分解する酵素が少し少ない人です。飲んででも紅くならない人は、生まれつき肝臓にお酒を分解する酵素がいっぱいある人なんです」

断酒のための方法の選択

医:「日本人においては、紅くなる人、ならない人半々くらいなんです。たまたま、ちょっとでも飲んだら、すぐに紅くなって、気持ち悪くなったり、ドキドキしてきて、これっぽっちのお酒も飲めないって人がいますよね。そういう人は、日本人に数%いるんですが、これは、お酒を分解する酵素が生まれつき全くない人なんです。抗酒剤というのは、お酒を分解する酵素をブロックする薬なんで、この薬が効いている間は、全然飲めない人と同じような状態になるんです」

妻:「あら、良い薬じゃない。あなた飲んだら」

患:「...いや出来たらあまり薬には頼りたくないというか...」

医:「お酒をやめようと思っても、イライラしたり、友達にお酒を誘われたりすると、急に飲みたいになってしまうこともあります。そんなときに抗酒剤を飲んでおけば、揺らいだ気持ちの支えになることができますよ」

断酒のための方法の選択

患:「うーん、そうかもしれないですけど、あまり飲みたいくないですね」

妻:「あなた、飲んだ方がいいんじゃない？」

医:「毎朝、奥さんの前で抗酒剤を服用すれば、奥さんも安心されると思いますよ」

患:「そうでしょうけど、薬に頼らないでやってみます」

医:「...わかりました。それでは、当面は抗酒剤なしでやってみましょう。それで、断酒がうまくいかなければ、抗酒剤を飲むことも検討してください(あまり無理強いせず、断酒ができなかったときに服用するようには話しておく)。それでは、次の断酒のための方法ですが、皆さん、長年、お酒を飲んで寝る習慣がついているので、お酒をやめると不眠になる方が多いです。あと、お酒をやめ始めにイライラしたり、手の震えがひどくなることもあります。その場合、睡眠薬や安定剤をお出ししますが、どうしますか？」

断酒のための方法の選択

患:「以前、酒をやめるときも眠れなくなったので、眠れないかもしれないですね。でも薬を飲むのも少し心配です」

医:「そうですね。では、一応、寝つきを良くする睡眠導入剤を処方しますので、もし寝られないようなら、服用してください。眠れるようなら飲まなくても結構です。あと、今日も若干、手の震えがあるので、今後、酒を止めると、もっとひどくなる可能性もあります。それなので禁断症状を和らげる安定剤も出しておきます。もし、安定剤の副作用で、眠気が強かったり、ポ一とすることが多かったら、薬を止めたり、飲む量を減らしてください」

患:「わかりました」

断酒のための方法の選択

医:「次のお酒をやめるための方法ですが、うちの病院では、お酒をやめるためのアルコールの外来教育プログラムがあります。テキストやビデオを使って、アルコールの害や依存症について説明したり、お酒をやめるための方法についてお話するプログラムです。教育といってもソーシャルワーカーという職種の方が、マンツーマンで対応しますので、それほど負担を感じなくても大丈夫だと思います」

患:「いやあ、そういうのはちょっと...。自分でちゃんと止めるつもりですし...」

医:「確かに今、酒尾さんがお酒を止めようと思われているように、3日坊主なんていう言葉があるとおり、今の気持ちが明日以降、ずっと続くかどうかというのは、誰にもわからないものです。喉元過ぎれば熱さ忘れるってことわざもありますしね...」

断酒のための方法の選択

医:「ですから、せつかく今、決断された気持ちを持続できるように、より自覚を深めるためにそのような教育を受けた方がいいと思いますよ。私の診察の前で60分ほどお時間をいただいてプログラムを行うので、診察の日に一緒に受けることができますし...」

患:「...わかりました。受けてみます」

医:「次に、断酒の秘訣について、お話しします。断酒の秘訣というのは、「例外を作らない」ということです」

患:「???」

医:「例外を作らないというのは、どういうことかという、ビールだけなら飲んでも良いとか、乾杯だけならOKとか、今日は嫌なことがあったから飲んでも良いとか、久しぶりに友人と会ったからOKとか、そういうことです」

断酒のための方法の選択

医:「そういう風に1つ“例外”を作り出すとやりがなくなってしまうのです。確かに一杯飲んだから、その日におかしくなるわけではありません。別の機会にまた飲んだとしても、飲みすぎてしまうことはないかもしれませんが、しかし、うまく飲めると次第に“例外”が増え、今日だけが、週に一回、一日一杯だけとなってしまい、次第に元の飲み方に戻ってしまいます。ですから、これを防ぐには、一杯の酒も飲まないように例外を作らず、ピタリと断酒することが重要なのです」

患:「かりました」

医:「そのためには、“自分でも気づかない飲むための準備”に気をつけることも大切です。“自分でも気づかない飲むための準備”というのは、例えば、同窓会に参加する、会社の送別会に参加する、結婚式に参加する、友人が来るので家に酒を置いておく、昔の友人に会う、とかそういうことです」

断酒のための方法の選択

医:「もちろん、酒尾さんにもいろんなお付き合いがあるとしますので、全部行くなというのも無理だと思います。でも、もしお酒の置いてある場所に行くなら、あらかじめ参加する人に酒は飲まない伝えておいたり、酒を誘われたときにもう酒は止めたんだと、きっぱり断ることが大事でしょう。それが出来る自信がないなら、飲み会などには行かない方が良いでしょう。あとは、お酒を売っているコンビニなんかに行くときには、お酒の販売コーナーには近づかないなどの注意も必要です」

患:「はあ。なんとかやってみます」

医:「頑張ってください。それでは、次回の外来の予約を取りましょう。次回外来に来たときに採血をしましょう。お酒を止めたら、どのように数値が変わっていくかも診ていきましょう」

患:「わかりました。今日はありがとうございました」

初回診察の終わり方

妻:「まだ心配ですが、今日は無理やりにも夫を連れてきて良かったです。ありがとうございました」

医:「まだ、お礼を言われるのは早いんですけどね(笑)。それと酒尾さん、最後に1つだけいいですか?」

妻:「ええ(診察室を出ようとしていたがまた座る)」

医:「酒尾さんは、今日お酒を止めるという素晴らしい決断をされた訳ですが、今日、今この時点からお酒を止めてください。今晚最後のお酒を飲んで明日から止めるというのはなしです。そういう方は、いつまでたってもお酒を止めることが出来ません。残念ながら、酒尾さんの最後の酒は昨日飲んだお酒で終わりです」

妻:「(少しがっかりした顔をして)わかりました。実は今日最後に飲もうと思っていたんですけど、止めますね(苦笑)」

医:「はい、頑張ってください。次回お待ちしておりますので、必ず来てくださいね」

断酒のための方法の選択 まとめ

- ・ (診察時間の関係で限界はあるが)出来る限り多くの断酒のための方法を提示する
- ・ なぜ、その方法が有効かを説明する
- ・ どの方法を選ぶかは患者の判断をなるべく尊重する
- ・ 例外なく断酒するとことが大切ということを強調する
- ・ 最後に今この時点から断酒するということを確認する
- ・ 患者がどうしても節酒を希望した場合は、無理強いせず次回の外来に患者をつなげる事を優先する。その際は具体的な1日の飲酒量の目標を設定し、守れているかどうか次回の外来で確認する。そこで守れていないようならば、再度、断酒を促す

<解説>アルコール離脱症状の治療及び予防

- ・ アルコールと交叉耐性を有するベンゾジアゼピン系の抗不安薬(ジアゼパム6mg~40mg/日など)や睡眠薬(ニトラゼパム5mg~20mg/日など)を投与し、中枢神経系の易刺激性や自律神経系の亢進を抑制する。その後、3~5日にわたって症状が再出現していないことを観察しながら、通常漸減していく
- ・ 耐性とは、薬物を長期に使用していると薬物効果が次第に減弱したり、同様の効果を得るには用量を増やさなければいけない状態になること。交叉耐性とは、ある薬物によって形成された耐性が他の薬物にも引き継がれる現象
- ・ 抗不安薬の投与により、離脱せん妄やけいれん発作の発現を予防できる

<解説>アルコール離脱せん妄の治療

- ・ 頻繁な症状観察とバイタルのチェック
- ・ 補液による脱水や電解質バランスの補正
- ・ 混合ビタミン剤(チアミンとして100mg/日程度)を最低1週間は続ける
- ・ 自律神経症状や興奮に対して、ジアゼパムを10~40mg/日を投与
- ・ 夜間の鎮静が不十分な場合は、フルニトラゼパム2mgの静注を行う
- ・ 幻覚、妄想が顕著な場合は、ハロペリドールの静注やリスペリドン液剤の投与を行う(悪性症候群の合併に注意し、高熱の患者やCPKの高い患者に対しては使用を見合わせる)
- ・ アルコール離脱せん妄は、“離脱症状”であるので、一番の治療は、“時間”。過剰な薬物投与は避ける

<解説>断酒継続するために

- 精神科などの医療機関の受診および通院
- 離脱症状(不眠、不安・焦燥、手指振戦など)に対する睡眠薬や安定剤などの服用
- アルコールの害やアルコール依存症に対する知識を深める
- 抗酒剤の服用
- 自助グループ(断酒会、AA)への参加
- 動機づけ面接法、認知行動的対処技術療法
- 飲まない環境づくり(断酒を周囲に宣言する、酒席に参加しない、など)
- その他(新しい習慣作り、家族や職場の理解や協力、趣味や生きがい、など)

<解説>断酒継続するために ～抗酒剤とは?～

- 体内に摂取されたアルコールは、アルコール脱水素酵素(ADH)によってアセトアルデヒドに代謝され、さらにアルデヒド脱水素酵素(ALDH)によって酢酸に分解される
- 抗酒剤は、このALDHの作用を阻害する
- そのため、少量の飲酒でも体内にアルデヒドが蓄積して、顔面紅潮、発汗、頭痛、頻脈、嘔気などが起こり、それ以上飲酒できなくなる。
- 日本国内では、粉末のジスルフィラムと液剤のシアナミドの2種類の抗酒剤がある
- 通常、ジスルフィラム0.2～0.3g/日、シアナミド7ml/日を起床時(もしくは朝食後)に使用
- 肝硬変や心疾患、認知症のある患者への使用は、原則避ける

<解説>断酒継続するために ～自助グループとは?～

- 日本において、アルコール依存症の自助グループは、「断酒会」と「AA(alcoholics Anonymous)」の主に2つある
- 断酒会とAAの主な違いは、
断酒会:組織であることを明言、会費制、外部からの寄付や助成金も受け入れる、非匿名性、家族の参加を積極的に奨励
AA:組織化されないことを強調、献金性、外部からの寄付は不可、匿名性、患者個人の参加が基本
- 活動内容としては、どちらも自らの飲酒にまつわる体験談を語り合い、他のメンバーがそれを聞くということが中心(“言いつばなしの聞きつばなし”)。断酒会では、地域の酒害相談も行っている
- どちらも「自分たちがアルコールに対して無力である」ということを強調している

<解説>アルコール依存症者における 転帰の予測因子

- どのようなアルコール依存症者が断酒を継続していけるのかは、臨床家にとって興味深いテーマである。これまでの研究においては、
<臨床的特徴>
高齢者>若年者、雇用状況安定>不安定、既婚>未婚・離婚、高学歴>低学歴、経済状態安定>不安定
<精神科学的特徴>
反社会的人格障害なし>あり、抑うつ弱い>強い、不安弱い>強い、新規追求性低い>高い、危険回避性高い>低い
<飲酒状況・治療歴・家族歴など>
飲酒量少ない>多い、重症度低い>高い、治療歴少ない>多い、発症年齢高い>低い、遺伝負因なし>あり、飲酒欲求弱い>強い
などが言われている

<解説>FRAMESアプローチ 短期介入の効果を上げるための6つの要素

- F (Feedback: 還元)⇒客観的にわかりやすく非対立的に診察の評価を具体的に説明する
- R (Responsibility: 責任)⇒最終的な判断は患者にあることを強調する
- A (Advise: 助言)⇒断酒を患者に指示するのではなく、温和な態度で提言する
- M (Menu: 選択肢)⇒飲酒行動の改善の方法や手段を具体的にいくつか提示して選ばせる
- E (Empathy: 共感)⇒患者の両個性(酒をやめたい、でも飲みたい)を非難するのではなく、行動変化の過程の1つとして共感する
- S (Self-efficacy)⇒患者の自己効力感を強化する

<解説>アルコール乱用～依存者における 節酒指導の適応

- 身体依存など明らかな離脱症状がない(アルコール乱用・依存が軽度)
- 進行した肝障害、心疾患、糖尿病などの生命をおびやかす身体合併症がない
- 異常酩酊がない
- 他の治療薬を服薬していない
- 患者が断酒を拒否する
- 断酒指導の効果が上がらないとき
- 家庭内の暴力や常習飲酒運転など重篤な飲酒問題がない

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究
（研究代表者 宮岡 等）

平成 21 年度分担研究報告書
精神科医療における適切な医療圏の設定

研究分担者 藤原 修一郎 金沢文庫エールクリニック院長

研究要旨

精神科医療は、医療圏に基づかない精神科病院における入院医療を中心として行われてきたため、医療機関、医師の偏在化は顕著である。近年は精神科診療所が増加しているが、機能分担は進んでおらず、精神科医療提供体制の整備は甚だしく遅れている。この状況を改善し、利用しやすい、迅速な相談、支援、受診体制を構築することが望まれている。そのためには、モデルとなる精神科医療圏を設定し、どのような医療資源が必要であるかを想定し、円滑に機能するようなネットワーク活動を実践することで、医療計画の中で精神科医療が議論され、精神科医療の発展のみならず、医療、福祉全体の底上げ、指針となるような研究を行った。平成 19 年度は 精神科医療機関、精神科医の偏在化の調査と医療圏設定の考え方を検討し、平成 20 年度 モデルとした設定医療圏（2 次医療圏 + α ）における医療・福祉機関の配置を調査し、機能連携の中核となる NPO を設立した。

今年度の研究では、実践的な活動とその成果から、精神科における医療圏の機能分担について検討した。特に疾患、領域（児童・思春期、訪問支援等）を考慮したネットワークの構築が必要であると考えた。

A. 研究目的

精神科医療機関、精神科医の偏在化は顕著であり、そのため機能分化は遅れている。一般医療においては医療計画、診療報酬上の誘導で地域医療提供体制の充実化、効率化が図られている。しかし、精神科医療では、2 次医療圏で規定されていないことや、疾患の特殊性もあり議論されていない。認知症疾患医療センターやこども心の拠点病院化は、システムの構築を目指しているが、中核になる施設が非常に少なく、各地域において、限られた施設、人材で、どのように連携していくのか、理念と現実がかけ離れている。精神科医療において、まず、現状を踏まえて医療圏を設定し、機能分担し、いかにネットワークを構築するかという課題を解決し、今後の精神科医療提供体制のあり方について提言したい。

B. 研究方法

昨年度までの研究結果を踏まえ、三浦半島（三浦市、横須賀市、逗子市、葉山町）、鎌倉市、横浜市南部（金沢区、磯子区、栄区）を医療圏として設定した。「NPO 法人地域精神医療ネットワーク」を設立し、ネットワークの構築を目指した実践的な活動を行ない、企画、運営を通じた経験と、協力者、参加者からの意見をもとに、医療圏のとらえ方、その中でのネットワークの構築について検討した。疾患や対象とする分野の広がりや専門性、従事者の属性なども考慮して、以下に述べる地域ネットワークに関する会の設立、運営を行ない、意見交換、情報収集等を行った。

1. 地域精神医療ネットワークの構築に関する普及啓発

ネットワーク構築の実際の連携を構築する

ために、一昨年の平成 20 年 12 月 22 日、NPO 法人「地域精神医療ネットワーク」を設立し、設定医療圏における機能分担、ネットワークの中核とした。初期事業として普及啓発事業として、講演会「地域生活中心の精神医療福祉」（平成 21 年 3 月 19 日）を開催した。

2. 地域連携

①訪問支援に関わるネットワーク「神奈川県訪問支援研究会」

「第 1 回・神奈川訪問支援研究会」（平成 21 年 7 月 17 日）を開催した。この会では神奈川県内で訪問支援型研究に取り組んでいる機関に呼びかけ、福祉、保健、医療機関のスタッフにより、情報の共有化、支援技術の向上、将来のネットワーク構築を目指した。講演会のテーマは、「横浜市・神奈川県の精神障害者退院促進事業の取り組み」「地域精神医療・訪問支援の魅力」を行った。

②地域精神医療保健福祉機関交流会（通称金沢サロンの会）

NPO 法人地域精神医療ネットワーク主催による地域精神医療保健福祉連携の会（金沢サロンの会）という形で、地域連携の場を設けた。第 1 回目は平成 20 年 12 月 15 日の開催、以降 2 カ月に 1 回、定期的で開催し、平成 22 年 2 月までに、計 8 回行った。（資料 1）医療機関、保健所、作業所、グループホーム、生活支援センター等の職員が参加している。

③精神障害者、家族の支援（再発予防講座）

生活支援センター、保健所、NPO 地域精神医療ネットワークの共催により、精神障害者、家族の支援を目的とし年 4 回開催した。

3. 児童・思春期ネットワーク

教育、福祉、医療、警察など児童思春期に関わる多領域の各専門機関による実践的・包括的な「児童・思春期のネットワーク構築」を目指した。

普及、啓発及び意見、情報交換を目的として平成 21 年 10 月 31 日に講演会「児童・思春

期の心の医療と地域連携ネットワーク」を行った。多職種、多機関が一同に集まることができるように広く案内を呼びかけ、その後、アンケートの集計によるフィードバックを行うことで、現状の把握および、今後の課題について検討をした。（資料 2. 3）

4. プライマリケア医との連携の会（金沢区の近隣の診療所との勉強会）

うつ病等の精神疾患の対処(初期治療、紹介)を行うため、区内の一般診療所の医師を対象に事前に日常的な疑問、質問、意見、要望を受けて講演を行った。

5. 精神科医療機関一覧名簿の作成）

医療圏内の精神科医療機関（横浜市・三浦半島地域）にご意見を伺い、基礎資料の作成の御協力を求めた。（資料 4）

C. 結果

1. 地域精神医療ネットワークの構築に関する普及啓発（図 1, 2）

参加人数は 61 名。職種は医師約 60% で 38 名、精神保健福祉士 30% で 17 名、看護師 4% で 2 名の参加であった。

講演会において、「精神病床削減と入居施設、訪問支援活動等の充実、ACT の展開」や「医療、福祉機関連携の必要性」について言及された。今後の地域ネットワーク構築の指針となった。

2. 地域連携

①訪問支援に関わるネットワーク「神奈川県訪問支援研究会」（図 3, 4）

参加人数は 35 名。職種は、精神保健福祉士 70% で 24 名の参加、看護師が 30% で 10 名あった。

神奈川県、横浜市の退院促進事業の現況を整理し、さらに、ACT を題材に具体的な訪問支援活動についての情報を共有した。同時に多機関同志の交流の場が設けられ、連携システムの基盤作りに努めた。

②地域精神医療保健福祉機関交流会（通称サロンの会）

参加人数は平均 24 名、職種は、精神保健福祉士が 80%、19 名。その他は作業療法士、看護師、心理士が参加し、所属は医療機関（単科精神病院、総合病院精神科）、保健所、福祉機関（生活支援センター、就労支援機関、作業所、グループホーム等）であった。各施設紹介や、精神疾患の理解と対応を深めるための勉強会などが行われた。また、情報交換の場として、有用なものになったという意見が多く、この交流会が地域の連携強化を図る上で重要な位置を占めているということを強く認識させるものとなった。

開催当初の参加者は、金沢区と横須賀市の関係者であったが、7 回の遂行を継続していくことで、磯子区、港北区、中区など地域などの多機関同士の地域連携のネットワーク構築を実践することができた。

③精神障害者、家族の支援（再発予防講座）

参加人数は平均約 20 名。担当医師、精神保健福祉士の協力を得た。当事者とその家族が参加した。地域における予防、普及、啓発事業についても、他機関との連携により、地域のニーズに継続的に関わるのが重要と考える。

3. 児童・思春期ネットワーク（図 5, 6）

参加人数は 101 名。職種は、医師が 16% で 16 名の参加。看護師は 3% で 3 人の参加。保健師は 1% で 1 人の参加。精神保健福祉士とケースワーカーは 19% で 19 人の参加。臨床心理士は 11% で 11 人の参加。福祉職員は 9% で 9 人の参加。教師は 16% で 16 人の参加。民生委員は 3% で 3 人の参加。その他、警察からも 2 名程が参加した。

『児童・思春期の心の医療と地域連携ネットワーク』をテーマとした講演であった。ネットワーク構築として、「市川モデル」の実践報告や、地域の拠点病院、医療機関、保健・医療・福祉となどの地域の諸機関、そして中央拠点病院化「子どもの心の診療拠点病院構

想」（H20. 4 より実施）が説明されと連携システムの在り方について共通の認識を得た。

4. プライマリケア医との連携の会（金沢区の近隣の診療所との勉強会）

近隣の医療機関に 25 施設に案内を送り、平成 21 年 9 月 15 日金沢区内会議室にて、参加の意向のあった 15 施設の医師を対象に、「うつ病の診断、治療、紹介のポイント」をテーマとした勉強会を開催した。

5. 精神科医療機関一覧名簿の作成（表 1）

既存の名簿の整理、アンケート調査の施行により、施設概要、診療体制、診療内容、特に一連のネットワークに関係する分野についての診療体制の有無を整理した。

6. その他

認知症ネットワークに関しては、福祉保健センターサービス課 高齢者担当職員及び認知症疾患医療センター医師より、ネットワークに関する意見を聴取した。うつ病・リワークに関しては、平成 22 年 2 月 26 日に、うつ病・リワークセミナー(仮称)を開催し、「プライマリケア医のうつ病診療」「復職支援」に関する講演会を開催した。リワーク施設の配置に関しては、うつ病リワーク研究会の代表者より、意見を聴取した。

D. 考察

平成 19 年、20 年度の研究成果と平成 21 年度の研修・講演活動、ネットワークの実践により得られた意見、経験をもとに考察する。

1. 精神科における医療圏の設定と機能分担及びネットワークの構築

1) 精神科における医療圏の設定と機能分担

精神科医療資源は偏在化しており、相談、受診体制は対象領域により大きく異なり、地域差も著しい。精神科医療圏を設定し、その圏域に必要な医療資源を整備すること、さらに有効なネットワークを機能させることは、精神科医療提供体制を構築する上で、極めて

重要な課題である。図7にその概要をまとめた。利用者サイドからわかりやすく、迅速に対応できる情報提供、受診、相談システムを目指すことが肝要である。そのためには、モデル的になる医療圏を提示し、将来には医療計画の中で地域毎に検討されるべきである。

一般医療における医療圏の考え方を精神科医療にあてはめると、どのような構造になるか、今回の研究により、地域において必要な機能と現状の施設、人員配置をもとにイメージした。

精神科医療圏の各次元を一般医療における社会保障国民会議資料を改変して、精神科においても日常生活圏、1次医療圏、2次医療圏、3次医療圏ととらえて、その必要な医療内容(対象疾患、領域、機能)をまとめた。(図8)

精神科設定医療圏(2次医療圏に該当、以下設定医療圏と記す)における各機関の機能の専門性を重視した資源の設置、充実、役割分担を明確にしつつ、不足している領域に関しては、他医療圏との精神科医自身が派遣されるような仕組み(兼業を可能とする)が必要である。同時に、医療圏の設定においては、機能分化するためにも、1次医療圏を中心とした一般医療、介護(プライマリケア)との円滑な連携が必要であり、精神科医療側に今セルテーション・リエゾンの軟く割が期待される。

2) ネットワーク構築

設定医療圏内を機能させるのはネットワークの構築が不可欠である。そのネットワーク構築方法について述べる。

第1段階として、中心となる組織(行政区が複数あればNPOないし、既存の団体の連携)を立ち上げる。第2段階として対象となる疾患、領域を想定し中核的な施設、人材(医療従事者、関係施設)を選抜すること。第3段階として普及、啓発活動を行ない、その場で意見交換を行ない、有効に機能させるために、さらに人材、関係機関を補充すること。第4段階は主要施設、人材の凝集性をたかめるような意見交換の機会(地域から講師

を人選した勉強会、研究会)を作り、ネットワークを機能させるための活動方針を確認する。第5段階として関係する機関、人材に、疾患、領域毎に運営を依頼していく。

各機関の機能と検討し、早期受診、相談を可能にする仕組みと特殊な検査、治療(入院)を想定した、より広い圏域(3次医療圏)の専門機関との連携、サポート体制の構築を目指す。

2. 医療圏における個々の対象疾患、対象領域のネットワークについて

地域におけるネットワークの構築は、精神科医療の特殊性を踏まえて検討する必要がある。医療圏を設定することで、その医療圏内の医療、福祉資源を把握し、既存の施設、人材が有効なネットワークが構築できる分野と明らかに不足している領域が明らかになる。その上に、各領域における活動をどのように実践するか、不足している資源をどこが担うのかを議論ことになる。昨年度の講演会の踏まえ、本研究では、訪問支援と保健、児童・思春期福祉機関の連携という3つのテーマを中心に考察を行う。

1) 訪問支援に関わるネットワーク

訪問支援活動を行っている精神科医療機関は非常に少ない。診療報酬上も不採算であり、精神科医療政策上の課題である。現状としては、地域の保健所や生活支援センターの相談・訪問活動と連携をとりながら、ケースを選別して行うことが効率的ではあるものの、ニーズに充分対応しているとはいえない。精神科医療における訪問活動は、資源の少なから日常生活圏ではなく、1次医療圏毎に行うことが望ましい。同時に、日常生活圏における訪問看護ステーション、訪問介護に関わるリエゾン・コンサルテーションを積極的に行うことで、地域のニーズに添えていくべきである。また、ACTのような重症者を対象とする場合は、2次医療圏レベルで機能し、1次医療圏の訪問支援活動と連携していくことが望ましい。

2) 地域精神医療保健福祉連携の会（通称金沢サロンの会）

「お互いを知る」という目的のもとに行われる、形式張らない気軽な交流の場は、多機関同士の連携体制の強化につながった。経験年数の少ない、孤立しがちなスタッフが、サロン風の会に参加することで、支援、助言し合える機会をもつことが重要である。アンケート調査では、精神疾患・薬物療法などの勉強会、事例検討会、地域の企画を考える会などの勉強会の要望も上がったが、今後も様々なテーマにおいて共に知恵を出し合い、交流を深め、実践の場で、医療機関（デイケア、訪問支援）、福祉機関（作業所、生活支援センター、訪問支援）が機能分担化を図ることができるように連携体制を構築することが必要である。

3) 児童・思春期ネットワーク

児童・思春期に関しては、中央拠点病院は全国的にも非常に少ない。神奈川県においては、県立こども医療センターが中央拠点病院であるが、各圏域とネットワークを構築することは困難であり、現実的ではない。児童・思春期においては、医療圏の中に中核病院（地域拠点病院）を定め、その拠点を中心に医療、教育、福祉、保健機関、警察、発達障害支援センター、民生委員など多岐にわたるネットワーク活動を行う必要がある。特に、拠点病院が入院、専門外来を担い、さらに、一次医療圏の中に、児童・思春期におけるプライマリケアを担当する医療機関があり、地域における教育（学校、教育研究所、スクールカウンセラー等）、福祉機関（児童相談所、養護施設等）と連携する必要がある。この際、連携に関わる診療報酬上の評価がされるよう望んでいる。

3. 地域のプライマリケア医との連携（リエゾン・コンサルテーション）

医療圏内で連携する医療機関においては、紹介状書式など形式にとらわれないこと、精神科医療機関側に、精神保健福祉士あるいは

看護師を受付に配置することで、電話等で直接情報交換、依頼をすることが有効であると考える。

つまり、近隣の医療機関との地域連携においては、同じ病院内の相談室機能に近い役割を精神科診療所が果たせることが、緊急性の把握、受診先の選択、家族支援等において非常に有意義である。

4. 今後の課題

1) 一般病院におけるリエゾン・コンサルテーション活動（図9）

一般病院におけるリエゾンは、そのニーズはあるが、精神科医療側は十分な役割は果たせていない。本研究の設定医療圏においても病床200以上医療機関で、精神科の関与していない施設は、63%である。精神科病院や精神科診療所の連携、非常勤医師の派遣などが望まれるが、往診料の算定やリエゾン・コンサルテーション活動の診療報酬上の評価などが必要であろう。

2) 認知症に関するネットワーク

認知症疾患医療センターが設置、機能することが期待されるが、設定医療圏内では、認知症関連のネットワークは一般医療機関、療養、介護機関との連携を進めていく必要がある。医療機関側は、介護施設の現状を把握できていない。また、診療科間（プライマリケア、神経内科、脳外科）役割分担、初期診断、画像、鑑別診断、BPSDや身体合併症を考慮しなければならない。特に行政との協力のもとに社会資源を調査し、精神科医が関与すべきBPSD、鑑別・画像診断などを整理した上で、ネットワークを構築し、情報を提供することが望まれる。

3) うつ病を中心としたリワーク（デイケア）

うつ病、休職者の増加に対しては、リワーク機関は設定医療圏内に設置されるべきである。設定医療圏を中心に、地域産業医ないし健康管理従事スタッフを対象にした研究会を開催し、ネットワークを構築していく予定である。この際、中小規模の事業所をどのよう