

ととなった。ガイドラインは、総論と各論に分かれ、施設職員が日常的に使用し理解できる内容別に項目建てされており、現場での実用的なマニュアルとすることを目標とした。

3) わが国における過剰なインターネット利用者の実態

インターネットの利用状況を全国代表性のある標本で示した調査として「平成 18 年社会生活基本調査」を選定し、公表および未公表のデータを分析することにより、国民の行動者率や性年齢および職業等によるインターネット利用目的の違いを整理・分析した。また、過剰なインターネットの利用が医学的な介入対象となる要件について、疫学的および臨床的に検討を加え、将来の方針を示した。

3. 研究結果と考察

現時点で上記研究 1)は終了している。研究 2)3)の一部は現在も進行中である。

1) アルコール・薬物依存症と他の重複障害の医療機関・社会復帰施設における実態

全国のアルコール・薬物依存症の 7 専門医療機関、9 社会復帰施設に対し、平成 23 年度～平成 24 年度にかけて調査を行い 81 症例、112 症例の回答が得られた。調査対象者の内訳は、アルコール依存症が 107 症例、薬物依存症が 86 症例、男性が 148 症例、女性が 45 症例であった。調査対象は、クリーン期間 6 か月以上など 5 つの条件を満たすものとした。結果の概要は以下のとおりである。

a) 平均年齢はアルコール依存症が 51.2±9.7 歳、薬物依存症が 38.8 歳±8.7 歳、施設入所期間は、それぞれ 33.6±58.5 (月)、36.6±30.4 (月)となっている。主な収入では、アルコール依存症の 45.5%、薬物依存症者の 66.3%が生活保護となっている。

b) M.I.N.I では、大うつ病 (過去) がアルコール群で 15.0%、薬物群で 11.6%、パニック障害を伴わない広場恐怖が、それぞれ 7.5%、8.1%、精神病性症候群 (現在) が薬物群で 23.3%など高い合併が見られた。また自殺の危険がアルコール群で 45.8%、薬物群で 60.5%と両群共に高い値を示した。

c) SCID-II では、主要 II 軸診断で、アルコール群が回避性 (4.6%)、境界性 (3.7%)、反社会性 (3.7%) と様々な人格障害が見られたのに対し、薬物群では反社会性人格障害が 34.5%と高値であり、人格障害合併例の大部分を占めた。

d) 以上のことより、アルコール・薬物依存症では、気分障害、不安障害の重複例が多く、自殺のリスクも高いことが示された。特に薬物群については、重複障害の問題がより深刻であると考えられる。

2) ガイドラインの作成

1)の実態調査に関係した医療関係者を中心に、その結果を踏まえたうえで、社会復帰施設の職員を主な対象としたガイドラインを作成した。

3) わが国における過剰なインターネット利用者の実態

社会生活基本調査の分析からは、10 歳以上の国民の約 6 割が年に 1 日以上インターネットを利用しており、非就業希望者より就業希望者の方が利用者率は高いが、「掲示板・チャット」「ネット通販」といった一部項目で、就業を希望しない者の年間平均行動日数が大幅に多いことなどが示された。今後、調査票やスクリーニングテスト等を構築する上で考慮すべき社会経済項目が、全国代表性のあるデータにより裏付けられたと言える。また、過剰なインターネッ

トの利用が精神科上の介入対象となる要件の検討については、ある行動がリスクとして定義づけられるための疫学的な必要条件とその検証方法、定義づけられたリスクが介入を必要とする大きさを有するかについての検証方法について必要かつ最小限な条件をまとめたものであり、今後の研究に関するロードマップとして利用することが期待できる。

研究分担者

樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター

研究協力者

【医療機関関係】

野田 龍也 浜松医科大学
朝倉 新 新泉こころのクリニック
奥平富貴子 東北会病院
村山 昌暢 赤城高原ホスピタル
森田 展彰 筑波大学大学院人間総合科学研究科
成瀬 暢也 埼玉県立精神医療センター
梅野 充 東京都立松沢病院
上原 久美 神奈川県立せりがや病院
長 徹二 三重県立こころの医療センター
武藤 岳夫 国立病院機構肥前精神医療センター
真栄里 仁 国立病院機構久里浜医療センター
桑田 美子 国立病院機構久里浜医療センター
遠山 朋海 国立病院機構久里浜医療センター
中山 秀紀 国立病院機構久里浜医療センター
前園 真毅 国立病院機構久里浜医療センター
三原 聡子 国立病院機構久里浜医療センター
野村 祥平 国立病院機構久里浜医療センター
伊藤 満 国立病院機構久里浜医療センター

【社会復帰施設関係】

住谷健次郎 札幌マック
大平 孝夫 Campus どんぐり作業所
岩井喜代仁 茨城ダルク
山本 大 日本ダルクアウェイクニングハウス
辻本 俊之 埼玉ダルク
本島 直幸 みのわマック
幸田 実 東京ダルク
青木美智子 仲間の会はばたき

A. 研究目的

アルコール・薬物関連障害に他の精神疾患を合併したケースを「重複障害」と呼び、非合併例に対し治療成績が不良である一方、治療方法

が確立されていない。本研究は日本の重複障害の実態を明らかにし、現場で使用できる対応マニュアルを作成することを最終目的としており、二つの研究からなっている。一つは、全国のアルコール・薬物依存症を対象とする専門医療機関・社会復帰施設に関する実態調査である。日本における重複障害の多施設研究は乏しく、本研究は有意なものと考えられる。もう一つは、社会復帰施設の職員を主たる対象とするガイドラインを作成することである。また、これらアルコール・薬物依存症重複障害研究とは別に、日本における過剰なインターネット利用の実態に関する研究についても本年度から開始した。本研究は、既存の調査結果を利用することにより、我が国における過剰なインターネット利用の実態を把握することを目的とする。具体的には、全国代表性のある調査（平成18年社会生活基本調査）を用いて、日本国民のインターネット利用時間分布をまとめるとともに、インターネット利用時間が多い者とそうでない者とで、性、年齢階級、就業状況、世帯収入その他の基本属性、および生活行動との差異を調べることにより、わが国におけるインターネット長時間利用者の割合とその生活像を疫学的に記述する。

B. 研究方法

1. アルコール・薬物依存症と他の重複障害の医療機関・社会復帰施設における実態調査。

わが国における重複障害の実態把握を目的として、アルコール・薬物依存症者の代表的な7医療機関、9施設に対し調査を行った。

1) 調査対象

a) 対象は下記項目に該当するもの

- ① 薬物依存症、アルコール依存症で現在、病院で加療中、もしくは施設利用中。
- ② 薬物依存症では対象薬物、アルコール依存症ではアルコールを6か月以上使用していない。

- ③ 学歴：中学卒業以上
- ④ 年齢：15 歳以上~65 歳未満
- ⑤ 既往歴・合併症：頭部外傷、肝硬変、認知症を合併していない、もしくは過去に経験したことがない。

b) 専門医療機関は東北会病院、赤城高原ホスピタル、埼玉県立精神医療センター、神奈川県立せりがや病院、国立病院機構久里浜医療センター、三重県立こころの医療センター、国立病院機構肥前精神医療センターの7施設が調査に参加した。

c) 社会復帰施設は前年度と合わせると札幌マック、茨城ダルク、東京ダルクアウェークニングハウス、埼玉ダルク、みのわマック、東京ダルク、仲間の会はばたき、ダルク女性シェルターとちぎ、磐梯ダルクの9施設に調査を行った。

2) 調査票

調査票は当初主なものでも6調査を検討していたが、予備調査を行う上で調査者、被調査者への負担や調査効率の面から問題が明らかとなり、4調査(ASI-J、SSAGA、WAIS-III、AUDIT、FTND、TDS)については実施しないこととなった。その結果、今回の調査に用いたのは“M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法”“SCID-II, DSM-IV II 軸人格障害のための構造”の二つとなった。その以外に、患者情報を補足する目的でアルコール・薬物使用歴や生活歴のアンケート、処方内容等の調査を行った。

3) 調査の方法

医療機関における調査は、各医療機関の研究協力者に依頼して行った。各医療機関では調査担当者が担当しているアルコール・薬物依存症者の中で調査協力可能な対象者に対し調査を実施し、久里浜医療センターへ郵送した。社会復帰施設については、久里浜医療センターの研究協力者が施設を訪問して調査を行った。回収された調査票は、久里浜医療センターで入力、解析作業を行った。

4) 調査の経過

平成22年度は、3年間の調査内容について各専門医療機関や社会復帰施設関係者と検討を重ね、平成23年より予備調査を行ったうえで、社会復帰施設と久里浜医療センターを中心に実際の調査を開始し、平成24年度は医療機関を中心とした調査を行った。最終的に全国の依存症の代表的な7医療機関、9施設に対し調査を行うことが出来た。

ね、平成23年より予備調査を行ったうえで、社会復帰施設と久里浜医療センターを中心に実際の調査を開始し、平成24年度は医療機関を中心とした調査を行った。最終的に全国の依存症の代表的な7医療機関、9施設に対し調査を行うことが出来た。

5) 倫理面に対する配慮

当研究と、後述のガイドライン作成に関しては、平成23年3月に久里浜医療センター倫理審査委員会にて審査を行い了承が得られた。また協力施設に倫理委員会がある場合には、それぞれ倫理審査を経て研究を実施した。倫理委員会のない施設の場合には、久里浜医療センターでの審査結果をもとに調査を実施した。調査に際しては、対象者に調査の内容を書面により、よく説明し理解していただき、書面による同意書を得てから実施した。

2. 社会復帰施設職員を主たる対象とするガイドライン作成

平成24年10月23日に専門医療機関医師6名で社会復帰施設重複障害ガイドライン作成委員会を行い、「社会復帰施設の職員を主な対象とし、重複障害の入所者の理解と介入の助けとなる」ことを目的とするガイドラインを作成することを決定し、分担して執筆することとなった。

3. 日本における過剰なインターネット利用の実態に関する研究

本研究では、以下の4つに分けて研究を行った。

1) 既存の公表データの整理・統合

政府より公表されている総務省「平成18年社会生活基本調査」の結果表より、過剰なインターネット利用に関連する部分を抽出し、整理・統合した。

既存の公表データを整理する利点として、結果の一覧性を高めることにより、将来の学術的または行政上の利用に備えることが想定される。一方、この方法では、基本属性ごとに層化された単変量の記述疫学を超える分析的な疫学は困

難である。

2) 既存の非公表データの分析

独立行政法人統計センターより提供を受けた平成18年「社会生活基本調査」のマイクロデータ（調査票Aの個票をリサンプリングしたもの）を利用し、過去1年間のインターネットの利用状況と個人・世帯属性およびその他の生活行動との関連を分析した。

マイクロデータを利用する利点として、個票が利用することで、多変量での分析が可能となることが挙げられる。一方、この方法では、調査票の様式上、インターネットの利用状況が「過去1年間の利用日数」でしか把握できない。

3) 統計法第33条の二次利用による分析

総務省「平成18年社会生活基本調査」では、「調査票B」において、インターネットの詳細な利用状況を調査しているが、一般へのデータ提供が厳しく制限されている。統計法第33条による「二次利用」を検討した。

上記二次利用が認められた場合は、1日のインターネットの利用時間、利用時間帯および利用目的を個人ごとに分類し、インターネットの利用時間と個人・世帯属性（性、年齢、就業状態、家族構成、世帯収入等）と1日生活行動時間（睡眠、学習(学齢期の場合)、家族や友人と共同で過ごす時間等）との関連を分析することが可能となる。

4) 過剰なインターネットの利用が精神科上の介入対象となる要件の検討

過剰なインターネットの利用はいわゆる「ネット依存」として一般には認知が高まりつつあるが、医学的な介入を必要とする状態であるか否かについては議論が十分ではない。

本研究では、過剰なインターネットの利用が医学的な介入を必要とするリスク行動として定義づけられる必要条件について、疫学の立場から検討を加え、要件を定義した。

C. 研究結果

1. アルコール・薬物依存症と他の重複障害の医療機関・社会復帰施設における実態調査

1) 症例プロフィール（表1、2）

調査対象となった依存症の内訳は、アルコール依存症が107名、薬物依存症が86名である。アルコール依存症とした症例の中には、調査票でアルコール依存症と自己申告したものの調査者の判断により薬物依存症と分類した例が一例含まれている。性別では男性が全体の76.7%(アルコール依存症75.7%、薬物依存症77.9%)と圧倒的に多かった。平均年齢はアルコール依存症が51.2±9.7歳、薬物依存症が38.8歳±8.7歳、施設入所期間は、それぞれ33.6±58.5(月)、36.6±30.4(月)となっている。主な収入では、アルコール依存症の45.5%、薬物依存症者の66.3%が生活保護となっており、平成21年に行われた全国調査での結果(アルコール通院患者37%、アルコールデイケア利用者58%、薬物通院患者54%、薬物デイケア82%)と同様の傾向を示している。また居住先はアルコール依存症では自宅が73.8%であるのに対し、薬物依存症では施設が75.6%と大きな違いがみられているが、今回、医療機関での調査対象にアルコール依存症が多かった(79.0%)ことも影響している可能性がある。

最終学歴は、中学までが、アルコール依存症で15.0%、薬物依存症で25.6%であり、近年の高校進学率からすると比較的低い傾向がみられた。

2) 薬物経験率（表3）

違法薬物の経験は、当然のことながら薬物依存症者に多く、覚せい剤(79.1%)、大麻(70.9%)、吸入剤(68.6%)、エクスタシー(45.3%)、ヘロイン(14.0%)の順に高くなっている。また薬物依存症者でもアルコールの高い経験率(81.4%)を示している。

3) SCID-II結果（表4）

主要Ⅱ軸診断については、薬物依存症では、44.8%が人格障害に相当する結果となり、中でも反社会性人格障害が34.9%と多数を占めていた。アルコール依存症では、強迫性人格障害が5.6%、境界性人格障害と反社会性人格障害が3.7%となるなど、特定の傾向は見られなかった

4) M.I.N.I結果（表5）

気分障害は、アルコール群で29.9%、薬物群

で 41.9%にみられた。両群ともに過去の軽躁病・躁病エピソードが最も多くなっていた。不安障害は、アルコール群の 18.7%、薬物群の 29.1%にみられ、アルコール群ではパニック障害の既往のない広場恐怖、薬物群では強迫性障害が最も多かった。

精神病性障害は、薬物群で現在の障害が 15.1%、生涯が 23.3%と高い割合でみられた。

自殺の危険はアルコール群で 45.8%、薬物群で 60.5%と両群ともに高い値となった。

2. 社会復帰施設職員を主たる対象とするガイドライン作成

上記実態調査に関係した医療関係者を中心に、実態調査の結果を踏まえたうえで、先行する他の研究成果も取り入れ、社会復帰施設の職員を主な対象としたガイドラインを作成した。ガイドラインは、総論と各論に分かれ、各論は「死にたい」「何か聞こえる・勘ぐりやすい」など、施設職員が日常的に使用し理解できる内容別に項目建てされており、現場での実用的なマニュアルとしている。(付属資料 1 参照)。

3. 日本における過剰なインターネット利用の実態に関する研究

- 1) 既存の公表データの整理・統合
- 2) 既存の非公表データの分析

平成 18 年「社会生活基本調査」は、統計法第 2 条による基幹統計であり、実施主体は総務省である。実施期間は 2006 年 10 月であり、調査票 A の調査客体は、全国から抽出された 72,117 世帯の 10 歳以上の構成員 178,820 名、調査票 B の客体は、全国から抽出された 3,866 世帯の 10 歳以上の構成員 18,291 名である。本研究に関する主な調査項目は、調査票 A では、ある 2 日間における詳細な生活行動（プリコード方式）および過去 1 年間の行動経験であり、調査票 B では、ある 2 日間の詳細な生活行動（自由記載によるアフターコード方式）およびインターネットを利用した時間帯である。

調査票 A の公表データおよびマイクロデータを整理・分析した結果、以下の結果が得られた：

- ・ 平成 18 年には、10 歳以上の国民の 59.4% (6750 万人) が年に 1 日以上、インターネットを利用していた。
 - ・ 利用者の多くは、年に 200 日間以上、すなわち恒常的に利用していた。
 - ・ 利用目的は、趣味・娯楽と交際・付き合いが 8 割以上を占める。
 - ・ 利用の種類としては、電子メールがもっとも多い。
 - ・ 男女とも、無業者より有業者の方がインターネット利用率は 20%以上高い。(ただし、20~29 歳の「掲示板・チャット」「ホームページ、ブログの開設・更新」においては、無業者の方が利用率が高い逆転が認められる。)
 - ・ インターネットへの接触の有無（行動者率）は、有配偶者も未婚者も大きく変わらない。(ただし、男女とも、20~34 歳で、有配偶より未婚の方が、「掲示板・チャット」「ホームページ、ブログの開設・更新」等の行動者率が高い。この傾向は有業者より無業者でやや大きい。)
 - ・ 職種によるインターネットへの接触（行動者率）の違いとしては、技術者がもっとも高く、農林漁業作業者はきわだって低い。25~34 歳では非正規より正規の方が行動者率は高いが、「ホームページ、ブログの開設・更新」「ネット通販」においては、非正規の方が行動者率が高い逆転が認められる。
 - ・ 25~34 歳の無業者（その他）では、非就業希望より就業希望の方が行動者率は高いが、「掲示板・チャット」「ネット通販」においては、就業希望者より非就業希望者（いわゆる「ニート」を含む。）の平均行動日数が大幅に多かった。
 - ・ 世帯年収等によるインターネットへの接触（行動者率）の違いとして、男性は高収入世帯ほど行動者率が高いが、「掲示板・チャット」「ネット通販」「画像・動画・音楽」においては、年齢を調整しても、高収入でないほど平均行動日数が多かった。
- 3) 統計法第 33 条の二次利用による分析

調査票 B の二次利用について、総務省へ事前に問い合わせ、折衝を行ったが、匿名性の担保の観点から、分析方法の詳細な検討が必要とされた。研究年度内に二次利用の申請、データの受領および分析を完了することが困難であると推定されたため、本分析は実施できなかった。

d) 過剰なインターネットの利用が精神科上の介入対象となる要件の検討

検討の要旨は以下の通りである。なお、検討の詳細な内容については、本報告書の付属資料 2 として別添した。

- ・ 病気の定義を統計的に定めることはできないが、将来の有害事象（主に病気。）へつながるリスクは統計的に決定できる。リスクには便宜的に病名が付せられることがある。
- ・ リスクは、「身体上または精神上のリスク因子」、「リスクのある社会経済状態」および両者の中間に位置する「リスク行動」の 3 種類に分けられる。
- ・ ある現象がリスクであるためには、次の 3 つを満たす必要がある：(1) アウトカムとなる有害事象がある、(2) その現象が将来の有害なアウトカムの発生を増やす、(3) その現象と共存する別の因子の影響を調整しても、有害なアウトカムの増加が観測される。
- ・ リスクが介入を必要とするかについては、統計学的な有意性のみならず、臨床的な有意性を示す必要がある。

D. 考察

1. アルコール・薬物依存症と他の重複障害の医療機関・社会復帰施設における実態調査

今回の報告では、アルコール・薬物依存症では、断酒・断薬後半年以上たったケースにおいても、反社会性人格障害等の人格障害、気分障害、精神病性障害の合併が多く、自殺のリスクも高いことが示された。すなわち、断酒・断薬が出来たとしても重複する障害が大きな問題として残っていることを意味している。一方で重複障害については、従来の依存症治療の中でも、対処法が確立されておらず、今後の大きな課題となっている。

一方で、今回の調査結果についてはセレクションバイアスを考慮する必要がある。今回の結果では、摂食障害が見られなかったが、これはクリーン期間が半年という条件のため、摂食障害合併例が再飲酒、治療中断等で脱落した影響が考えられる。また、薬物依存症に、結果として施設利用者の割合が高かったことも、SCID-II での人格障害の割合に何らかの影響を与えた可能性も否定はできない。このように、本報告にはいくつか限界はあるが、これまでわが国であまり行われてこなかった重複障害に関する大規模調査を、専門家の構造化面接で実施し、極めて質が高くデータを得ることができたという意味で、臨床的、学術的にも重要であるだけでなく、重複障害対策の基礎的資料を提供するものとなっていると考えられる。

2. 社会復帰施設職員を主たる対象とするガイドライン作成

本ガイドラインは、従来皆無に等しかった、我が国における重複障害に対する治療指針となるものであり、行政機関のアルコール・薬物依存症の理解と対策にも大きく寄与することが期待される。今後、冊子化に向けた改定作業を行った後に、全国の社会復帰施設等に配布を予定している。

3. 日本における過剰なインターネット利用の実態に関する研究

日常生活に支障を来す水準でのインターネットの利用は、「インターネット依存症（嗜癖）」（Internet Addiction ; IA）とも称され、以下の 3 つのサブタイプに分類される：(1) ネットゲーム没入、(2) サイバーセックス没入、(3) テキストの過剰なやり取り（電子メール、チャット、SNS など）¹⁵⁾。その診断基準は国/文化圏により異なるが¹⁶⁾、病的ギャンブリングのアナロジーで組み立てられたものが多い（利用時間だけが基準ではない）。

一方、IA を新しい疾患概念として認めるかについては議論があり、最終審議中の DSM-5 draft では” Recommended for Further Study”とし

て予備的に言及されている。

社会生活基本調査の分析からは、10歳以上の国民の約6割が年に1日以上インターネットを利用しており、非就業希望者より就業希望者の方が利用率は高いが、「掲示板・チャット」「ネット通販」といった一部項目で、就業を希望しない者の年間平均行動日数が大幅に多いことなどが示された。今後、調査票やスクリーニングテスト等を構築する上で考慮すべき社会経済項目が、全国代表性のあるデータにより裏付けられたと言える。

また、過剰なインターネットの利用が精神科上の介入対象となる要件の検討については、ある行動がリスクとして定義づけられるための疫学的な必要条件とその検証方法、定義づけられたリスクが介入を必要とする大きさを有するかについての検証方法について必要かつ最小限な条件をまとめたものであり、今後の研究に関するロードマップとして利用することが期待できる。

結論としては、当初予定していた「公開統計の整理・統合」、「匿名化マイクロデータを用いた分析」、「統計法33条に基づく二次利用による分析」、「過剰なインターネットの利用が精神科上の介入対象となる要件の検討」の4つのうち、二次利用については期間内に分析が完遂しなかった。しかしながら、他の3つにより、過剰なインターネット利用と関連している可能性がある生活行動が一定程度抽出・整理され、また、今後の研究の過程について具体的な方針が示された。

E. 参考文献

- 1) 樋口 進, 杠 岳文, 松下幸生, 宮川朋大, 幸地芳朗, 加藤元一郎, 洲脇 寛. アルコール依存症の実態把握および治療の有効性評価・標準化に関する研究. 厚生労働省精神・神経疾患委託研究費「薬物依存症・アルコール依存症・中毒性精神病治療の開発・有効性評価・標準化に関する研究, 主任研究者和田清」平成16年~18年度総括研究報告書.
- 2) Tominaga M, Kawakami N, Ono Y et al.

Prevalence and correlates of illicit and no-medical use of psychotropic drugs in Japan: findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2004. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44: 777-783, 2009.

- 3) Ciraulo DA, Piechniczek-Buczec J, Iscan EN. Outcome predictors in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am* 26: 381-409, 2003.

- 4) 松下幸生, 樋口 進. アルコールと自殺. *精神経誌* 111: 1191-1202, 2009.

- 5) 樋口 進. 厚生労働省平成20年度障害者保健福祉推進事業, 依存症者の社会生活に対する支援のための包括的な地域生活支援事業「アルコール・薬物関連リハビリ施設職員教育研修プログラム」総括事業報告書

- 6) 樋口 進. 厚生労働省平成21年度障害者保健福祉推進事業, 地域におけるサービス事業者等の連携のあり方に関する調査研究事業「アルコール・薬物関連リハビリ施設職員教育プログラム」事業報告書.

- 7) Sheehan DV, Lecrubier Y. MINI, Mini-International Neuropsychiatric Interview. 大坪天平ほか(訳) MINI 精神疾患構造化面接法. 星和書店, 東京, 2003.

- 8) First MB, Gibbon M, Spitzer RL et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, 高橋三郎(監訳) SCID-II, DSM-IV II 軸人格障害のための構造化面接. 医学書院, 東京, 2002.

- 9) Senoo E, Ogai Y, Haraguchi A et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Addiction Severity Index (ASI-J). *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 41: 368-379, 2006.

- 10) Reich T, Edenberg HJ, Goate A et al. Genome-wide search for genes affecting the risk for alcohol dependence. *Am J Med Genet* 81: 207-215, 1998.

- 11) Wechsler D. Administration and Scoring Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition, 日本版 WAIS-III 刊行委員会(訳編) 日本版 WAIS-III 実施・採点マニュアル. 日本文化科学社, 東京, 2006.

12) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 88: 791-804, 1993.

13) Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit J Addict* 86: 1119-1127, 1991.

14) Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S et al. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, DSM-IV. *Addict Behav* 24:155-166, 1999.

15) Weinstein et al. Internet addiction or excessive internet use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010, 36(5)

16) Young's Internet Addiction Scale (IAT) : USA,UK,韓国,フィンランド. Chen Internet Addiction Scale (CIAS) : 台湾. Questionnaire of Experience Related to Internet : スペイン. Compulsive Internet Use Scale (CIUS) : オランダ. 各種 IA スクリーニングは、Beard 2005 (PMID:15738688)が検証している。

1. 特許取得： なし
2. 実用新案登録： なし
3. その他： なし

F. 健康危険情報

報告すべきものなし。

G. 研究発表

1) 国内

口頭発表	0 件
原著論文による発表	0 件
それ以外の発表	0 件

2) 海外

口頭発表	0 件
原著論文による発表	0 件
それ以外の発表	0 件

H. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）

表 1 依存症内訳

		アルコール依存症(名)	薬物依存症(名)
調査施設	医療機関	64	17
	社会復帰施設	43	69
性別	男性	81	67
	女性	26	19
平均年齢		51.2±9.7	38.8±8.7
施設入所期間(月)		33.6±58.5	36.6±30.4
治療期間(月)		90.3±65.0	75.8±67.4
クリーン期間(月)		48.7±60.2	40.7±29.9

表 2 生活状況・学歴

		アルコール依存症(名)	(%)	薬物依存症(名)	(%)
主な収入	生活保護	46	45.5	53	66.3
	自分の収入	32	31.7	10	12.5
	年金・保険	7	6.9	2	2.5
	その他	16	15.8	15	18.8
居住先	施設利用	24	22.4	62	75.6
	自宅	79	73.8	20	24.4
	その他	4	3.7	0	0.0
結婚歴	既婚	37	34.9	3	3.5
	離婚	33	31.1	27	31.4
	未婚	36	34.0	56	65.1
家族状況	同居	46	43.8	14	17.1
	単身	53	50.5	61	74.4
	その他	6	5.7	7	8.5
就労	常勤	24	22.9	17	21.0
	パートなど	22	21.0	10	12.3
	未就労	59	56.2	54	66.7
自助グループ	定期的	61	58.7	71	86.6
	不定期	7	6.7	5	6.1
	未参加	36	34.6	6	7.3
学歴(中退含)	大学以上	28	26.2	15	18.3
	専門学校	12	11.2	10	12.2
	高校	48	44.9	34	41.5
	中学	16	15.0	21	25.6
	その他	3	2.8	2	2.4

表3 薬物経験率

	アルコール依存症(名)	(%)	薬物依存症(名)	(%)
覚せい剤	6	5.6	68	79.1
吸入剤	14	13.0	59	68.6
アルコール	104	96.3	70	81.4
大麻	9	8.3	61	70.9
ヘロイン	0	0.0	12	14.0
コカイン	1	0.9	33	38.4
エクスタシー	1	0.9	39	45.3

表4 SCID-II

	基準値以上		主要Ⅱ軸診断	
	アルコール (%)	薬物(%)	アルコール (%)	薬物(%)
回避性	8.3	15.1	4.6	2.3
依存性	0.9	3.5	0	1.2
強迫性	13	5.8	5.6	0
受動攻撃性	0.9	3.5	0	0
抑うつ性	7.4	11.6	1.9	2.3
妄想性	1.9	5.8	0	0
分裂病型	0.9	0	0	0
分裂病質	2.8	1.2	0	0
演技性	0	1.2	0	0
自己愛性	0.9	3.5	0	2.3
境界性	6.5	10.5	3.7	1.2
反社会性	4.6	41.9	3.7	34.9
特定不能	2.8	1.2	1.9	1.2

表 5 M.I.N.I

		アルコール依存症(名)	(%)	薬物依存症(名)	(%)
大うつ病(現在)		6	5.6	3	3.5
大うつ病(過去)		16	15.0	10	11.6
メランコリー型		4	3.7	3	3.5
気分変調症		4	3.7	7	8.1
自殺の危険		49	45.8	52	60.5
自殺の危険度	低度	38	35.5	43	50.0
	中度	2	1.9	5	5.8
	高度	9	8.4	7	8.1
軽躁病エピソード	現在	0	0.0	1	1.2
	過去	16	15.0	10	11.6
躁病エピソード	現在	0	0.0	2	2.3
	過去	6	5.6	13	15.1
パニック(広場+)		0	0.0	3	3.5
パニック(広場-)		4	3.7	0	0.0
広場(パニック-)		8	7.5	7	8.1
社会恐怖		6	5.6	5	5.8
強迫性障害		2	1.9	8	9.3
PTSD		0	0.0	2	2.3
アルコール依存症		14	13.1	0	0.0
アルコール乱用		3	2.8	0	0.0
薬物依存		2	1.9	4	4.7
薬物乱用		0	0.0	3	3.5
精神病性症候群	現在	3	2.8	13	15.1
	生涯	12	11.2	20	23.3
精神病像を伴う気分障害		1	0.9	4	4.7
神経性無食欲症		1	0.9	0	0.0
神経性大食症		0	0.0	4	4.7
神経性無食欲症 むちゃ食い/排出型		0	0.0	0	0.0
全般性不安障害		1	0.9	7	8.1
反社会性人格障害(生涯)		10	9.3	50	58.1

[付属资料 1]

アルコール・薬物依存症者で、 うつやパニックなどをもっている 利用者への対応法について

～回復者施設職員向け依存症重複障害対応ガイドライン～

平成 25 年 3 月
重複障害対応ガイドライン作成委員会

◆目次◆

- I. はじめに
樋口 進（久里浜医療センター）
- II. そもそも依存症って何？
真栄里 仁（久里浜医療センター）
- III. こんな症状で困ったときには
1. 食べ吐きや、盗癖^{とうへき}などのある人に困ったら？
村山 昌暢（赤城高原ホスピタル）
 2. 落ち着きがなく、じっとしてられない人の対応に困ったら？
朝倉 新（新泉こころのクリニック）
 3. ミーティングでもまわりの空気が読めない利用者さんに困ったときには？
朝倉 新（新泉こころのクリニック）
 4. パニックで困ったら？
森田 展彰（筑波大学）
 5. 「何か聞こえる」、勘^{かん}ぐりやすい人に困ったら？
成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター）
 6. 眠れないという訴えで困った時には？
長 徹二（三重県立こころの医療センター）
 7. “気分の波”がある人への接し方で困ったら？
奥平 富貴子（東北会病院）
 8. 「自分を傷つけたい」、「死にたい」という人の支え方に困ったら？
青山 久美（神奈川県立せりがや病院）
- IV. もっと詳しく知りたい方に、おすすめの本や記事のリスト

《 I . はじめに 》

平成 20 年度より、「厚生労働省 障害者保健福祉推進事業」の一環として、私どもは「アルコール・薬物依存症者 回復施設職員研修事業」を始めました。

この事業は、平成 22 年度から厚生労働省の委託事業に格上げされ、これまで 2 年間、この事業を継続させていただいております。この研修の中では、当初から、回復施設が抱えている最も大きな問題点の 1 つとして、利用者に重複障害を有する者が多く、その対応に苦慮しているということが明らかになっていました。

これを受けて、厚生労働科学研究の本分担研究では、過去 3 年間にわたり、アルコール・薬物依存症者における重複障害の実態調査を行った上で、研究のもう 1 つの目標である、対応ガイドラインの作成にも取り組んで参りました。

本ガイドラインは、このような経過の中で生み出されたものです。内容を見ていただければお分かりのように、本ガイドラインには、主要な重複障害がすべて網羅^{もうら}されています。また、手に取った方が使いやすいよう、非常にわかりやすく書かれ、編集されています。

本ガイドラインの執筆や編集にご貢献いただきました「重複障害対応ガイドライン作成委員会」の各先生方には、この場をお借りして心より深謝いたします。

本ガイドラインが、できるだけ多くの方々にお役立ていただけるよう、祈念しております。

平成 25 年 2 月

厚生労働科学研究

様々な依存症における医療・福祉回復プログラムの策定に関する研究（研究代表者 宮岡 等）

分担研究

アルコール・薬物依存症と他の精神障害との重複障害の実態把握と治療モデル構築に関する研究

研究分担者

独立行政法人 国立病院機構 久里浜医療センター 院長 樋口 進

《Ⅱ．そもそも依存症って何？》

■はじめに■

このガイドラインは依存症の患者さんに見られるうつや、パニック、死にたい気持ちなど訴えを取り上げています。この章では、その準備として、依存症について取り上げていきます。

依存症になり始めのころ、多くの人は病気といわれることに戸惑い、「私は周りの人と変わらない普通の酒飲みだ」「覚せい剤をやっている、仕事は人並み以上にやっている。」「マリファナは合法の国もあるから、自分は病人や犯罪者ではない」と言ったりします。また依存症であることを自分で受け入れるようになってからも、周りの人に、依存症についてうまく説明できなかったことはありませんでしょうか？ いったい依存症ってどんな病気なのでしょう？

1. 依存症の定義

お酒の場合で考えるとわかりやすいのですが、依存症の人も最初は普通の酒飲みです。それが飲み方が段々変わってきて、いつの間にか依存症といわれる状態になったわけです。どこから依存症になるかという、「そのクスリを使うことやお酒をのむことが人生の目的になり、それまで大切にしていたものよりクスリやお酒が生活の中心となること」が、依存症と、それ以外の飲酒者を分ける境目になります。つまり、依存症になると、お酒やクスリに支配され、家族や仕事といったものよりもお酒やクスリやお酒を優先するようになるわけです。このような状態になっているかどうか判断するのに、病院では6つの項目からなる依存症の診断基準を使っています。そのうち3つ以上あてはまる場合、依存症と診断しています。

① クスリを使いたい、お酒を飲みたいという強い欲求

これはすべての依存症に共通するもので精神依存と呼ばれます。お酒が切れると夜中もお酒を買いに出かけたり飲酒運転をする、クスリを手に入れるために犯罪に走ったり、売春をしたりするといった行動が見られます。

② ほどほどにすることができない

覚せい剤やマリファナでも、使い始めのころは「彼氏と遊ぶ時だけ使う」、「海外旅行先だけで使う」など、環境に応じた使い方や自分の考えでクスリをコントロールすることもあるようです。お酒でも、平日はビール一缶にして、週末はガンガンのむというような場所や時間による飲み分けができています。ところが、依存症になると、「いつでもどんな時でもクスリを使う」、「一缶だけにしようと思って飲み始めても、結局止まらなくなってしまう」といったように、環境に応じた飲み方や自分の考えでクスリやお酒をコントロールすることが出来なくなってしまう。

③ 禁断症状（離脱症状）

長期間、モルヒネ、ヘロイン、睡眠剤などのいわゆるダウンナー系といわれるポーとするようなクスリを使い続けたり、お酒を大量に飲み続けていると、体がクスリやお酒なしではいられない状態になります。この状態でクスリやお酒が体から抜けると、手が震えたりけいれんを起こしたり、幻覚が見えたりといった禁断症状（医学的には離脱症状と言います）が起こります。禁断症状は依存症の症状の中でも代表的な症状です。なお覚せい剤は、脳を興奮させるクスリであり禁断症状はないとされていますが、覚せい剤をやめて数週間たったころにおこるイライラを禁断症状とする考えもあります。

④ クスリが効かなくなってくる、お酒に強くなる

依存症者であっても最初から大量の薬を使ったり、一升酒を飲んだりしていたわけではありません。最初のころは、少量のクスリでも十分な効果が得られていたり、むしろ使い始めのころは気分が悪くなった方も多かったと思います。しかし、長期間クスリを使ったりお酒を飲んだりしているうちに、だんだん同じ量のクスリやお酒では効かなくなり、結果として量が増えてきます。

⑤ クスリやお酒を手に入れたり、それが体から抜けたりするのに長時間かかるようになる

依存が進行してくると、一日中ラリっていたり酔っていたり、クスリやお酒を手に入れるのにあちこちに出かけたりして、クスリやお酒のために一日がつぶれ、それ以外のことにかかる時間が無くなってきます。

⑥ いろいろ問題があるにもかかわらずこれを認めようとしない、クスリやお酒をやめようとしない

普通の病気は問題がでてくると患者さん自身が心配になり、自分から病院へ来ます。しかし依存症の場合には、問題が深刻になればなるほど、問題を隠したり、病院へ行くことを嫌がったりするようになります。ただ、このような特徴もクスリやお酒をやめて、回復していく過程で徐々になくなってきます。

2. 依存症まではいかないけど問題のある状態

依存症の診断にはあてはまらないが、なんらかの問題を抱えている状態を“乱用”や“有害な使用”と言います。

有害な使用は主に健康に害が出るようなクスリの使い方や飲みかた（例：飲みすぎて肝臓を壊した。）、乱用は主に社会的な問題が起こるような使いかたや飲みかた（例：飲酒運転を繰り返す）などを指しています。最近では、依存症も含めて“使用障害”としてまとめていく動きも出ています。

3. 依存症の治療と予後

依存症は、クスリやお酒をコントロールできなくなった病気です。そのために、いったん依存症になると程よくクスリやお酒と付き合うことが不可能になります。しかもいったんクスリやお

酒をやめても、体はいつまでのクスリやお酒をやっていたころのことを覚えているため、少量でもクスリやお酒を使うと、どんどん欲しくなって、短期間（多くの場合、数か月）で元の使い方や飲み方に戻ってしまいます。そうならないように、クスリやお酒を完全に、生涯にわたってやめることが必要ですが、人の気持ちはとても変わりやすく、また現代はクスリやお酒はいつでも簡単に手に入る環境になっています。その中で自分一人の力だけで断薬・断酒を継続することは、とても難しいことです。その一方で、アルコール依存症の場合、治療を受けたとしても3か月で半分、1年で7割、10年で8割が元の飲み方に戻り、10年で半分近くの人が亡くなるという事実に示されるように、依存症は一人で立ち向かうには余りにも重い病気です。だから一人にならずに、自助グループや病院、家族や仲間の力をうまく活用して断薬・断酒を続けていきましょう。

4. クスリやアルコール依存症以外の依存症

摂食障害や、窃盗癖、ギャンブル依存症なども、精神依存のために自分で自分の行動をコントロールできないという意味ではクスリやアルコール依存症と共通しています。現在、これらの疾患や問題行動を依存症とすべきか活発な議論が行われています。

5. 合併症

依存症に限らず、一つの病気が他の病気を引き起こしたり、違う病気が共通の原因から起こったりすることはよくあります。前者の例では、^{のうこうそく}脳梗塞を起こした患者さんは、その後うつになりやすいとされています。後者では、肥満が、^{とうにょうびょう}糖尿病や^{つうふう}痛風、高血圧など様々な病気を引き起こすことが例として挙げられます。

依存症も様々な病気を合併していることが多い病気です。特に、精神科の病気を合併した場合、^{ちようぼう}重複障害と呼んでいます。平成23年に行われた調査では、アルコール・薬物依存症者の3割～4割にうつやそううつ病などの病気がみられ、パニックなども2割～3割にみられており、自殺のリスクに至っては約半数の依存症者がもっていると報告されています。

また依存症には、他の病気が起きた後に依存症になる二次性の依存症と、依存症になった後に他の病気が起こる一次性の依存症がありますが、正確に区別することは難しいです。ただ、いずれにしても、断薬・断酒と、合併した病気の治療を行うことが、両方の病気にとって良い結果をもたらします。例えば、うつや強い不安は、断酒率を半分にすることや、逆に断酒によって不安やうつが改善されることも報告されています。

このガイドラインでは、それらの病気によって起こりやすい症状を取り上げて解説しています。症状や病気を知ることは回復のための第一歩です。皆様のお役にたてれば幸いです。

《Ⅲ. 各論》

1. 食べ吐きや盗癖などのある人に困ったら？

《ポイント》

- アルコールや薬物の依存症には、ほかの依存も合併しやすいことを理解しましょう。
- 食べ吐きや拒食は、若い女性にかぎらず、中年女性や男性にも見られます。さらに窃盗癖を合併する人もいます。
- 対応の方向性は、アルコールや薬物への依存と同じで、自助グループに参加することです。ただし、万引きがひどい場合には、治療の必要性を本人に認識してもらったり、“自分の引き起こしたことへの責任”を自覚して、治療への意識を高めてもらうためにも、警察への通報が必要な場合があります。

■はじめに■

アルコールや薬物への依存をかかえる人たちは、その人の生き方の総決算として、生きる上でのつらさや痛みを、何かに“ハマる”ことで解消しようとする習性が染みついてしまっている人たちです。このため、アルコールや薬物といった依存性の物質以外にも、特定の行為や人との付き合い方などに妙にハマりやすいところがあるので、関わる際には、彼らのもつハマりやすさとして、“ほかの依存症を合併しやすい傾向がある”ということを押さえておく必要があります。

1. 摂食障害および窃盗癖

そして、合併しやすい依存としては、摂食障害と言って、食べ物を（普通に、または異常に大量に）食べて、そのあと自分で強制的に吐き出す“自己誘発性嘔吐”を繰り返したり、過食（異常に大量に食べる）するだけで吐き出さない人、あるいはダイエットに異常にこだわって、食べることを極端に制限する人もいます。吐き出したり過食することを“過食症”、食事を極端に制限することを“拒食症”、過食症と拒食症を合わせて“摂食障害”と言いますが、これもアルコールや薬物依存と同じ、依存症の1つです。

そのやり方は実にさまざまで、吐くためにノドに指を突っ込んだり、ゴムのチューブを入れたりする人もいれば、食べ物を噛むだけで飲まずにそのまま吐き出す（“噛み吐き(チューニング)”）人もいます。あるいは、下剤や利尿剤（尿を強制的に出す薬）を大量に使って無理に排泄したり、