

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))

アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究

アルコール・薬物使用障害の 診断治療ガイドライン

ガイドライン目次

<総論> ※各項目 2000 字まで

I「依存の概念」(齋藤 利和)

II「診断総論」

② ICD10/DSM5 診断基準について(宮田 久嗣)

②評価尺度(AUDIT, DAST20 など)の解説(アルコール:松下 幸生)(薬物:松本 俊彦)

③合併精神疾患の解説(長 徹二)

④合併身体疾患の解説(堀江 義則)

III「治療総論」

① 療の目標(樋口 進)

②治療の内容

a-心理社会的治療(村上 優)

b-薬物治療(樋口 進)

c-ブリーフインターベンション(杠 岳文)

IV「疫学」(アルコール:樋口 進)(薬物:松本 俊彦)

V「法的事項」(松本 俊彦)

VI「支援者に求められるスキル」(成瀬 暢也)

VII「家族への対応」(吉田 精次)

<問題別初期対応編>最も来院しやすいような状況を症例を挙げて解説する。プライマリケア・レジデント向きの内容。※各項目 1200 字まで

(ア・内科系)酔ってケガをした患者が来院した場合(柴山 美紀根)

(ア・内)アルコールに関連した内科疾患がある場合(堀江 義則)

(ア・内)酩酊/酒気帯びで繰り返し来院する場合(瀧村 剛)

(ア・内)家族や職場の人が本人を連れてきた場合(澤山 透)

(ア・精神科系)抑うつとアルコール使用障害が合併している時(白坂 知彦)

(ア・精)不安障害とアルコール使用障害が合併している時(真栄里 仁)

(ア・精)発達障害とアルコール使用障害が合併している時(長 徹二)

(薬)処方薬依存の患者が来院した場合(成瀬 暢也)

(薬)眠れないことが主訴の患者が来院した時(成瀬 暢也)

(薬)違法薬物の使用を告白された、発覚した時(成瀬 暢也)

(薬)HIV、肝炎、感染症が判明した時(森田 展彰)

(救急)離脱せん妄・離脱けいれんの患者が搬送されてきた時(武藤 岳夫)

(救急)ウェルニッケ脳症が疑われる患者の診療(武藤 岳夫)

<軸評価に基づいた問題別対応編>

→使用障害に起こりやすいそれぞれの「問題」を評価し対応法を解説する。症例を含まない。

※各項目 1200 字まで

I 軸:使用障害の重症度

- ・アルコール使用障害 AUDIT-C 高得点者の対応(杠 岳文)
- ・薬物使用障害 松本先生作成の重症度評価項目高得点者の対応(松本 俊彦)

II 軸:社会的問題

- ・暴力/DV がある場合の対応(堀井 茂男)
- ・児童虐待がある場合(森田 展彰)
- ・犯罪を起こした場合(森田 展彰)
- ・交通事故を起こした場合(瀧村 剛)
- ・就労問題(欠勤など含む)がある場合(太田 順一郎)
- ・高齢者の場合(木村 充)
- ・女性の場合 (真栄里 仁)

III軸:身体的問題

(堀江先生、田中先生で身体的問題項目を考慮いただく)(田中 完/堀江 義則)

IV軸:精神的問題

- ・双極性障害がある場合(蒲生 裕司)
- ・PTSD がある場合(森田 展彰)
- ・精神病性障害がある場合(吉村 淳)
- ・認知症がある場合(木村 充)

<参考資料>10 頁程度。(湯本 洋介)

社会資源リスト

- 医療機関、回復施設、自助グループ、精神保健福祉センター、DV 相談、婦人相談、児童相談所

総論 >

I 「依存の概念」

精神作用物質は摂取すると酩酊などの快反応が得られるために連用、乱用され易く、ついにはその使用が他のいかなる行動よりも、より高い優先度を持つようになる状態、即ち依存状態を呈するようになる薬物をいう。WHO(ICD-10)¹⁾はこうした精神作用物質使用による精神および行動の障害を①アルコール、②アヘン類、③大麻類、④鎮静剤あるいは睡眠剤、⑤コカイン、⑥カフェイン、および他の精神刺激剤、⑦幻覚剤、⑧タバコ、⑨揮発性溶剤、⑩多剤および他の精神作用物質に分類している¹⁾。代表的な精神作用物質はアルコールであるが、この使用による障害については古代から記載がある。例えばストア学派に属するローマの哲学者セネカは²⁾著書の中で、「酔っぱらい」という言葉には二つの意味があり、一つはワインを飲んで自分自身をコントロールできなくなった人間のことで、もう一つは酔うことが習慣になりその習慣の奴隷となった人間のことである」と述べている。この記述はアルコール依存症概念の萌芽とみることができる。その後も精神作用物質による障害については様々の概念が提示されてきた。すなわち「慢性中毒」「嗜癖」、「依存」などである。慢性中毒の概念は19世紀後半から現代まで精神作用物質によるあらゆる障害を指す用語として広く使われてきた。嗜癖については1957年WHOのExpert Committeeは①著明な身体依存、②薬物摂取の渴望、③大きな社会的弊害の3条件を満たす薬物の使用と定義した³⁾。しかしながら、当時社会問題となっていたコカインが身体依存を形成しにくいにもかかわらず重篤な嗜癖に相当する状態を示すことから、批判が多く、1964年WHOのExpert Committeeは「依存」を正式な学術用語として採用した。1969年同Committeeは「薬物依存とは、生体と薬物の相互作用の結果生じた特定の精神的、時に精神的および身体的状態をいう。また、時に離脱による苦痛を逃れるため、その薬物を連続的あるいは周期的に摂取したいという強迫的欲求を常に伴う行動やその他の反応によって特徴づけられた状態を指す。耐性は見られることも見られないことがある」と定義した⁴⁾。WHOの定義の中にみられる身体依存とは精神作用物質が長時間体内にあり効果を発現し続ける結果、生体はその効果が存在する状態に適応して正常に近い機能を営むようになり、その効果が減弱したり、消失したりすると、身体機能のバランスが失われて適応失調の状態となり病的症候である離脱を呈するような身体的状態をいう。また薬物摂取に対する強い欲求(渴望)は精神依存と呼ばれる症候の中心をなすものである。耐性とは、精神作用物質の効果が長期の飲酒のために減弱し、初期の効果をj得るためにはより大量の飲酒をすることを必要とする状態をいう。1975年、世界保健機構(WHO)は、慢性アルコール中毒という用語を放棄することを決定し、二年後にエドワーズらの編集による最終報告書では、「アルコール依存症候群」の疾患概念を提示した⁵⁾。このアルコール依存症候群(1977)は、その症候を飲酒行動の変化、主観的状态の変化、精神生物学的状態の変化にまとめている。この概念の特徴は、まず第一に精神依存徴候である飲酒行動の変化、主観的状态の変化の記述に重点が置かれていることである。飲酒行動の変化としては(1)飲酒量、飲酒時刻、飲酒機会に対する抑制の減弱、(2)飲酒行動の多様性の減弱、(3)有害な飲酒に

対する抑制の喪失をあげている。主観的状态の変化はアルコール依存症者の体験として語られる変化であり症候学的には同様であっても他覚的な飲酒行動の変化とは区別され記載されている。その中には(1) 飲酒抑制の障害、(2) 渴望、(3) 飲酒中心性(1日のほとんどの時間薬物を手に入れるため、また、酩酊などの薬物の影響から回復するのに費やしたり、物質使用以外の楽しみや興味に関心を示さなくなったりする)があげられている。一般に疾病概念の基準においては客観的な基準に重きが置かれが、この概念においては主観的状态の変化が他覚的な飲酒行動の変化と同列に置かれている。このことは精神依存という現象においては主観的状态をあえてあげなければその症候をとらえきれないということである。このことは前述した精神依存重視の現われとも言える。こうした精神依存重視の立場はその後の相次いで出された米国精神医学会(DSM-IV)⁶⁾ および世界保健機構の診断基準「精神および行動の障害-臨床記述と診断ガイドライン」(ICD-10)¹⁾に引き継がれる。

すなわち、ICD-10の診断項目はa 渴望、b 薬物摂取行動の統制不能、c 身体的離脱状態、d 耐性、e 薬物中心性、f 有害な使用に対する抑制の喪失であるが、この6項目中、過去1年以内に3項目が共に存在した場合にアルコール依存症候群と診断できる。診断項目中c、d以外は精神依存に分類される項目である。したがって、耐性と離脱は診断の必須項目ではないこと、換言すれば、精神依存の存在のみでアルコール・薬物依存の診断が下せるのである。このことは依存の中心は精神依存であることを示している。

文献

- 1) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992
- 2) Caddy, G.: Alcohol use and abuse Historical perspective and present trends. Medical and social aspects of alcohol abuse (Tabbakoff, B., Stuker, P., Randall, C.), Plenum Press, New York, p.1-30, 1983
- 3) WHO: EXPERT COMMITTEE ON ADDICTION-PRODUCING DRUGS. 7TH REPORT. WHO Tec Rep Ser 116: 1-15, 1957
- 4) WHO: EXPERT COMMITTEE ON DRUG DEPENDENCE 16TH REPORT. WHO Tec Rep Ser 407: 1-28, 1969
- 5) Edwards, G., Gross, M., Keller, M., et al.: Alcohol-related disabilities. WHO Offset Publication, Geneva, 1977

6) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. APA, Washington DC, 1992

II 「診断総論」

①ICD10 / DSM5 診断基準について (ICD-10 / DSM-5)

宮田 久嗣 (東京慈恵会医科大学 精神医学講座)

1. 診断基準について

アルコール・薬物依存症の診断基準は、国際的には ICD-10 ①) (世界保健機構) と DSM-5 ②) (米国精神医学会) が用いられる。二つの診断基準の比較を表 1 に示したが、①摂取欲求 (精神依存) に基づく衝動制御障害、②身体依存 (離脱と耐性)、③社会生活障害、④危険を知らなからの摂取行動という診断のコンセプトは共通している。一方、診断名 (ICD-10 では“依存症候群”、DSM-5 では“使用障害”) と診断方法 (ICD-10 では診断には摂取欲求が必須であるのに対して、DSM-5 では摂取欲求に特別な重みづけはなく、社会障害を重視している) には相違がある。

診断基準を用いる側として気をつけることは、ICD-10 で診断される患者は、依存症の専門治療が必要な比較的重症例が多いのに対して、DSM-5 では、そのような患者のほかにも、早期発見、早期介入の対象となる軽症例も含まれることである。

2. “依存”、“依存症 (依存症候群)” “使用障害”、“アディクション”、“嗜癖” という用語の使い方について

- ① 依存：依存とは、物質への摂取欲求が生体に生じている状態の総称である。したがって、欲求は軽度で、社会生活に支障のないレベルから、欲求が強くなり、社会生活や健康に障害が生じているレベルまで、すべての段階を含む ③)。
- ② 依存症、依存症候群：上記の依存のなかで、欲求が強くなり、摂取の結果、社会生活や健康に障害が生じているものをいう ③)。
- ③ 使用障害：DSM-5 において、従来の依存に代わって採用された診断名である。基本的なコンセプトは依存症や依存症候群と類似しているが、使用障害では、社会生活の障害が重視され、より軽症例を含む点で違いがある。
- ④ アディクション (嗜癖と同義)：ギャンブルなどの行動の場合は、物質依存と共通の病態が推察されるものの、十分なエビデンスは得られていない。このため、行動に対しては、依存よりも広い概念であるアディクション (嗜癖) という用語が用いられる。すなわち、アディクション (嗜癖) とは、物質と行動の両者をカバーする用語である。

3. ICD-10

ICD-10 の“依存症候群”の診断基準を表 2 に示した。6 項目 (制御障害 2 項目、社会障害 1 項目、危険な使用 1 項目、離脱 1 項目、耐性 1 項目) 中 3 項目以上で診断される。診断には物質への強い欲求が必須で、たとえば、鎮痛のためにオピオイドが投与され、オピオイドに対する耐性と離脱が生じていても、オピオイドへの欲求が認められない場合には“依存症

候群”とは診断できない。

4. DSM-5

DSM-5 の“使用障害”の診断基準を表 3 に示した。11 項目（制御障害 4 項目、社会障害 3 項目、危険な使用 2 項目、離脱 1 項目、耐性 1 項目）中 2 項目以上で診断される。IDC-10 との違いは、欲求を必須項目としていないこと、社会障害を重視していること、より軽症群も含むことである。そのほか、DSM-5 では物質ごとに診断基準が設けられ、また、重症度分類が用意されている。(1,243 文字)

文 献

- 1) World Health Organization. World Health Organization; 1992 / 融 道男, 中根充文, 小見山 実 (監訳). 医学書院 1997 : pp81-94.
- 2) American Psychiatric Association. American Psychiatric Publishing; 2013.
- 3) 宮田久嗣. DSM-5 における診断の変化とその意義 : DSM-5 時代のアルコール依存の診断と治療のゴール—断酒か飲酒量低減か—. 精神誌 2017 (印刷中)

表 1. ICD-10 と DSM-5 の比較

診断基準	ICD-10	DSM-5
診断の共通点	1. 摂取欲求（精神依存）に基づく衝動制御障害 2. 離脱や耐性からなる身体依存 3. 摂取の結果生じる社会生活障害 4. 危険を知らながらの摂取行動（危険な使用）	
相違点		
診断名	依存症候群	使用障害
診断方法	1. 診断には摂取欲求（精神依存）が必須。	1. 摂取欲求（精神依存）に、特別な重みづけはない。 2. 相対的に、社会生活障害が重視される。
該当症例	比較的重症例	軽症例も含まれる

表 2. ICD-10 の”物質の依存症候群の診断基準”

- ・6 項目中 3 項目以上で診断。同じ 1 年以内で起こること。
- ・中心となる特徴は、精神作用物質を摂取したいという欲望（しばしば強く、時に抵抗できない）である。

項目	内容	診断項目
1	衝動障害	物質摂取の強い欲求や強迫感
2	衝動障害	物質摂取行動（開始、終了、量の調節）を制御することが困難。
3	離脱	中止や減量による離脱症状の出現。 離脱症状の回避、軽減のために再使用する。
4	耐性	当初得られた効果を得るために、使用量が増加する。
5	社会障害	物質使用のために、本来の生活を犠牲にする。 摂取に関係した行為や、物質の影響からの回復に費やす時間が増加する。
6	危険な使用	心身に問題が生じているにもかかわらず、使用を続ける。

表 3. DSM-5 の”物質使用障害”の診断基準

- ・問題となる使用様式で、臨床的に意味のある障害や苦痛を生じている。
- ・11 項目中 2 項目以上で診断。同じ 1 年以内で起こること。

項目	内容	診断項目
1	制御障害	最初に考えていたよりも、使用量が増えたり、長期間使用するようになる。
2	制御障害	やめようとしたり、制限しようとする努力や、その失敗がある。
3	制御障害	物質の入手、摂取行動、その影響からの回復に多くの時間が費やされる。
4	制御障害	物質への渴望や強い欲求がある。
5	社会障害	物質使用の結果、社会的役割（仕事、学校、家庭）を果たせなくなる。
6	社会障害	社会・対人関係の問題が生じたり、悪化しているにもかかわらず、使用を続ける。
7	社会障害	物質使用のために、重要な社会的活動や娯楽活動を放棄、縮小する。
8	危険な使用	身体的に危険な状況下で使用を続ける。
9	危険な使用	心身に問題が生じたり悪化することを知っていながら、使用を続ける。
10	耐性	以前と同じ使用量では効果が減弱する、または、同じ効果を得るために使用量が増加する。
11	離脱	中止や減量による離脱症状の出現、または、その回避のために再使用する。

注：幻覚薬と吸入剤では診断項目「11」を除いて、カフェインでは診断項目「7」と「8」を除いて判定する。

注) 軽度：2～3 項目、中等度：4～5 項目、重度：6 項目以上が該当。

②評価尺度の解説（アルコール）

松下 幸生（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

I はじめに

アルコール依存症やアルコールに関連した問題のスクリーニングテストは数多く知られているが、ここでは国際的によく使われていて早期発見・早期介入にも役立てられている 2 つの代表的なテストを紹介する。

一つは CAGE という 1973 年に作成された古いものだが、4 問から成り、シンプルで使いやすい割に感度、特異度が高いので、今でもよく使われている。もう一つは、AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) という WHO によって開発された 10 問からなる質問票で、アルコール関連問題の早期発見に利用され、簡易介入などの早期介入や依存症のスクリーニングに役立てられている。

II CAGE

質問票を表 1 に示す。質問は 4 つしかないシンプルなテストであり、各質問 (Cut down, Annoyed by criticism, Guilty feeling, Eye-opener) の頭文字をとって CAGE と呼ばれている。プライマリ・ケアの場面で CAGE を用いて多量飲酒者（1 日に純エタノール換算で 64 グラム以上の飲酒）を同定することを目的とすると 2 項目以上で陽性とした場合、感度は 84%、特異度は 95%と報告されている¹⁾。一方、60 歳以上の者を対象とした場合には同じカットオフで感度は 14%、特異度は 97%という報告もある²⁾。総合すると多量飲酒の同定に関する感度は 49-69%、特異度は 75-95%とされる³⁾。

一方、アルコール乱用やアルコール依存のスクリーニングテストとしては、どうだろうか。カットオフ値を 2 項目以上が該当とした場合、プライマリ・ケアでの感度は 21-94%、特異度は 77-97%と調査対象によって大きく異なることが知られている。また、カットオフ値を 1 項目以上の該当に下げた場合では感度 60-71%、特異度は 84-88%とされているが、有用性は人種や性別によっても異なると報告されている³⁾。

(表 1)

III AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

このテストは世界保健機関 (WHO) の 6 か国の研究者が共同で作成したアルコール問題の発見を目的としたテストである⁴⁾。過去 1 年間の飲酒に関する 10 の質問で構成されており、3 つの領域について評価するようになっている。すなわち、1) アルコール摂取 (質問 1 ~ 3)、2) 依存 (質問 4 ~ 6)、3) 飲酒による有害事象 (質問 7 ~ 10) の各領域である。各質問の回答につけられた点数を合計してその合計で評価する。英語版の AUDIT は WHO から著作権なしで使用することができ、プライマリ・ケアで使用する場合のマニュアルも用意されている⁵⁾。日本語版は廣により邦訳されたものが使用されている⁶⁾。

(表 2)

AUDIT はカットオフ値によって多量飲酒、有害な使用、アルコール依存といったさまざま

な目的に使用できる点が特徴である。原版では危険な飲酒、有害な飲酒のカットオフ値を 8 点以上/未満としている。最近のレビューによると、AUDIT の特異度、敏感度は対象者の年齢、性別等で異なるが、ICD-10 の有害な使用のスクリーニングを目的とした場合、敏感度は 0.60-0.93、特異度は 0.78-0.98 としている⁷⁾。また、女性は男性と比較して 8 点をカットオフ値とすると敏感度が低く特異度が高いことが指摘されており、女性の場合はより低い値を用いることを提唱しているが、具体的なカットオフ値は調査によってさまざまであり、2, 3, 5 を用いた場合の敏感度、特異度が報告されている⁷⁾。

AUDIT は元々成人を対象として作成されたテストだが、未成年者を対象とした場合の報告もみられる。14 歳から 18 歳を対象とした調査では何らかのアルコール問題を検出する場合にカットオフ値を 2 とすると、敏感度 0.88、特異度 0.81、アルコール乱用または依存を検出する際にはカットオフ値を 3 とすると、それぞれ敏感度 0.88、1.00、特異度 0.77、0.73 とされる⁸⁾。一方、高齢者の場合はスクリーニングテストとしての正確性が低い点が指摘されており、他のテストを含めて複数のテストを用いることが推奨されている⁷⁾。

AUDIT は短縮版も使われるようになっており、その敏感度や特異度についても数多くの研究がある。文献⁷⁾より抜粋したものを表 3 に示す。短縮版はいくつか知られているが、AUDIT-C という AUDIT の最初の 3 問からなるテストで研究数が最も多い。前出のレビューでは、カットオフ値は男性で危険な飲酒のスクリーニングには 4、アルコール使用障害のスクリーニングには 5、女性の場合は、それぞれ 3 と 4 とすることを提案している⁷⁾。

(表 3)

参考文献

- 1) King M: At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychol Med*, 1986;16: 213- 217.
- 2) Adams WL, Barry KL, Fleming MF: Screening for problem drinking in older primary care patients. *JAMA*, 1996; 276: 1964-1967.
- 3) Fiellin DA, Reid C, O'Connor PG: Screening for alcohol problems in primary care: A systematic review. *Arch Intern Med*, 2000; 160: 1977-1989.
- 4) Reinert DF, Allen JP: The alcohol use disorders identification test (AUDIT): A review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res*, 2002; 26: 272-279.
- 5) Babor TF, Higgins-Biddle, Saunders JB: AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care. Second edition. World Health Organization , 2001.
(http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf)
- 6) 廣 尚典: WHO/AUDIT(問題飲酒指標/日本語版) 千葉テストセンター, 2000.
- 7) Reinert DF, Allen JP: The alcohol use disorders identification test: An update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res*, 2007; 31: 185-199.
- 8) Knight JR, Sherritt L, Harris SK, et al.: Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, PSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res*, 2003; 27: 67-73.
- 9) Ewing JA (北村俊則訳) : CAGE 質問票 精神科診断学, 1991; 2:359-363.
- 10) 廣 尚典 : CAGE, AUDIT による問題飲酒の早期発見 アルコール関連問題とアルコール依存症 日本臨床, 1997; 55 (特別号) :589-593.

表 1 CAGE⁹⁾

-
1. 飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか。
 2. 他人があなたの飲酒を非難するので気に障ったことがありますか。
 3. 自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか。
 4. 神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために「迎え酒」をしたことがありますか。
-

表2 AUDIT¹⁰⁾

-
1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか。
- | | | |
|-------------|-------------|-------------|
| 0. 飲まない | 1. 1ヶ月に1回以下 | 2. 1ヶ月に2~4回 |
| 3. 1週間に2~3回 | 4. 1週間に4回以上 | |
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか。
- ただし、日本酒1合=2単位、ビール大瓶1本=2.5単位
 ウイスキー水割りダブル1杯=2単位、焼酎お湯割り1杯=1単位
 ワイングラス1杯=1.5単位、梅酒小コップ1杯=1単位
- | | | |
|----------|-----------|----------|
| 0. 1~2単位 | 1. 3~4単位 | 2. 5~6単位 |
| 3. 7~9単位 | 4. 10単位以上 | |
3. 1度に6単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか。
- | | | |
|-----------|-----------------|-----------|
| 0. ない | 1. 1ヶ月に1回未満 | 2. 1ヶ月に1回 |
| 3. 1週間に1回 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 | |
4. 過去1年間に飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか。
- | | | |
|-----------|-----------------|-----------|
| 0. ない | 1. 1ヶ月に1回未満 | 2. 1ヶ月に1回 |
| 3. 1週間に1回 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 | |
5. 過去1年間に普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか。
- | | | |
|-----------|-----------------|-----------|
| 0. ない | 1. 1ヶ月に1回未満 | 2. 1ヶ月に1回 |
| 3. 1週間に1回 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 | |
6. 過去1年間に深酒の後、体調を整えるために朝迎え酒をしなければならなかったことがどのくらいの頻度でありましたか。
- | | | |
|-----------|-----------------|-----------|
| 0. ない | 1. 1ヶ月に1回未満 | 2. 1ヶ月に1回 |
| 3. 1週間に1回 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 | |
7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか。
- | | | |
|-----------|-----------------|-----------|
| 0. ない | 1. 1ヶ月に1回未満 | 2. 1ヶ月に1回 |
| 3. 1週間に1回 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 | |
8. 過去1年間に飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか。
- | | | |
|-----------|-----------------|-----------|
| 0. ない | 1. 1ヶ月に1回未満 | 2. 1ヶ月に1回 |
| 3. 1週間に1回 | 4. 毎日あるいはほとんど毎日 | |
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かが怪我をしたことがありますか。
- | | |
|-------------|-----------------|
| 0. ない | 2. あるが、過去1年にはない |
| 4. 過去1年間にある | |
10. 肉親や親戚、友人、医師あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすよう勧めたりしたことがありますか。
- | | |
|-------------|-----------------|
| 0. ない | 2. あるが、過去1年にはない |
| 4. 過去1年間にある | |
-

表3 短縮版 AUDIT の敏感度、特異度

発表年	対象	評価項目	カットオフ	敏感度	特異度
AUDIT-C (AUDIT の質問 1, 2, 3)					
2002	プライマリ・ケア患者 (米国)	危険な飲酒	4 以上	0.98	0.66
		男性: 16 ドリンク/週以上 女性: 12 ドリンク/週以上	5 以上	0.94	0.82
2002	ドイツ一般住民	危険な飲酒	4 以上	0.94	0.65
		男性 > 280g/週、女性 > 168g/週	5 以上	0.74	0.83
		依存症 (DSM-IV)	4 以上	0.96	0.62
2005	米国一般住民	依存症 (DSM-IV)	4 以上	0.91	0.69
			5 以上	0.85	0.80
2001	ベルギー男性	乱用・依存症 (DSM-III-R)	5 以上	0.78	0.75
2002	女性プライマリ・ケア患者 (スペイン)	168g/週以上の飲酒または有害な飲酒	3 以上	0.91	0.52
			4 以上	0.91	0.68
2005	女性一般住民 (米国)	依存症 (DSM-IV)	4 以上	0.85	0.81
		アルコール使用障害	3 以上	0.87	0.69
			4 以上	0.74	0.83
AUDIT-PC (AUDIT の質問 1, 2, 4, 5, 10)					
2001	ベルギー男性	アルコール乱用または依存 (DSM-III-R)	5 以上	0.68	0.84
			6 以上	0.58	0.92
			7 以上	0.46	0.96
			5 以上	0.50	0.93
			6 以上	0.39	0.97
2005	プライマリ・ケア患者 (スペイン)	280g/週以上の飲酒 (男性)	7 以上	0.28	0.99
		168g/週以上の飲酒 (女性)	5 以上	0.98	91
AUDIT-3 (AUDIT の質問 3 のみ)					
2001	プライマリ・ケア患者 (イタリア)	16 ドリンク/週以上 (男性)	1 以上	0.89	0.65
		12 ドリンク/週以上 (女性)	2 以上	0.73	0.90
2003	従業員 (米国)	1 回に 5 ドリンク以上 (男性)	1 以上	0.73	0.93
		1 回に 4 ドリンク以上 (女性)			
2005	プライマリ・ケア患者 (スペイン)	280g/週以上 (男性) 168g/週以上 (女性)	1 以上	0.83	0.91
FAST (AUDIT の質問 3, 5, 8, 10)					
2005	プライマリ・ケア患者 (スペイン)	280g/週以上 (男性) 168g/週以上 (女性)	3 以上	0.80	0.94

薬物使用障害の評価尺度

嶋根 卓也、松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）

薬物使用障害の評価

薬物乱用を体系的に評価することは、患者の治療・ケアに不可欠である。信頼性・妥当性のある評価尺度を用いることで、患者の薬物問題の程度を把握することや、治療の有効性を評価することが可能となる。

国際的には数多くの評価尺度が開発されているとはいえ、薬物使用障害に関する評価尺度のうち日本語化され、かつ信頼性・妥当性が検証されているものは限られている。

ASI (Addiction Severity Index) は、1980年にThomas McLellanらによって開発された評価尺度である。患者が抱える問題を精神医学的な側面のみならず、雇用、法律、家族関係など多面的に把握できるという特徴がある。1993年に斎藤らが日本語版を発表し、2006年にSenooらが信頼性・妥当性を検証した改訂版 (ASI-J : Addiction Severity Index-Japanese) を発表している¹⁾。しかし、重症度評価に長時間の半構造化面接（約90分間）を要することや、面接者の事前トレーニングが必要といった条件を踏まえると、プライマリケア医には若干敷居が高いかもしれない。

SDS (Severity of Dependence Scale) は、1992年にMichael Gossopらによって開発された自記式評価尺度である。2005年に、尾崎らが日本語版 (SDS-J) を発表している²⁾。この尺度は、使用薬物によらず適用可能であり、評価項目も5項目と少なく、簡便性が高いという特徴がある。しかし、評価対象を「精神依存」に限定しているため、患者が抱える薬物問題を多面的に捉えることはできない。

そこでプライマリケア医におすすめしたいのがSkinnerらによって開発されたDAST (Drug Abuse Screening Test) である。面接・自記式のどちらでも測定可能な評価尺度であり、測定に要する時間は約5分、スコアリングに要する時間は1~2分と簡便である。使用薬物の種類、使用期間、使用頻度を問わず評価することができ、精神依存のみならず、多剤乱用、社会的問題、医学的問題、治療歴など患者が抱える問題を多角的に評価する。1982年に28項目版が発表され、1986年には20項目版のDAST-20が、1991年には10項目版のDAST-10が発表されている。わが国では、2003年に鈴木らがDAST-20の日本語訳を紹介し、2015年に嶋根らが信頼性・妥当性を検証したDAST-20日本語版を発表している³⁾。

DAST-20 日本語版

DAST-20の測定方法はいたってシンプルである。全20項目の質問に対して、過去12ヶ月間に経験があれば「はい」、経験がなければ「いいえ」に○をつける。教示文には、薬物使用が定義されており 1) 覚せい剤や大麻などの違法薬物を使うこと、2) ハーブなどの危険ドラッグを使うこと、3) 乱用目的で処方薬や市販薬を使うことを薬物使用と定義している。ただし、飲酒は薬物使用に含めない点に注意が必要である。

スコアリングもシンプルである。「はい=1点」、「いいえ=0点」とコード化し、全20項目の合計得点を求める。ただし、(4) と (5) は逆転項目であるため、「はい=0点」、「いいえ=1点」と反転させる。DAST-20スコアは、0~20点に分布し、薬物乱用に関連した問題が大きいほどスコアも大きくなる。したがって、DAST-20スコアが0点ということは、薬物に関連した問題がないということになり、最高得点の20点であれば、かなり深刻な問題があるということになる。

次の表は、DASTのガイドラインで暫定的に掲載されているスコア解釈表である。DAST-20日本語

版のカットオフ値等については、今後の検証が必要であることから、現時点では参照程度にとどめておくべきであろう。

	DAST-10	DAST-20	対応	ASAM
問題なし	0	0	経過観察	
軽度	1-2点	1-5点	簡易的なカウンセリング	レベル I
中度(DSMの診断基準を満たす可能性が高い)	3-5点	6-10点	外来治療	レベル I あるいは II
相当程度	6-8点	11-15点	集中治療	レベル II あるいは III
重度	9-10点	16-20点	集中治療	レベル III あるいは IV

ASAM: American Society of Addiction Medicine (米国嗜癮医学会のガイドライン)

文献

- 1) Senoo E et al. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence. 2006; 41:368-379.
- 2) 尾崎茂, 和田清. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 2005; 40: 126-136.
- 3) 嶋根卓也 ほか. 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 2015; 50: 310-324.

DAST-20日本語版

注意事項：ここでいう「薬物使用」とは、以下の1～3のいずれかを指します（使用回数に関わらず）。

1. 違法薬物（大麻、有機溶剤、覚せい剤、コカイン、ヘロイン、LSDなど）を使用すること
2. 危険ドラッグ（ハーブ、リキッド、パウダーなど）を使用すること
3. 乱用目的で処方薬・市販薬を不適切に使用すること（過量摂取など）

※飲酒は「薬物使用」に含みません。

過去12ヶ月間で当てはまるものに○を付けてください。

当てはまる方に○
をつけてください

- | (1) 薬物使用しましたか? (治療目的での使用を除く) | はい | いいえ |
|---|----|-----|
| (2) 乱用目的で処方薬を使用しましたか? | はい | いいえ |
| (3) 一度に2種類以上の薬物を使用しましたか? | はい | いいえ |
| (4) 薬物を使わずに1週間を過ごすことができますか? | はい | いいえ |
| (5) 薬物使用を止めたいときには、いつでも止められますか? | はい | いいえ |
| (6) ブラックアウト（記憶が飛んでしまうこと）やフラッシュバック（薬を使っていないのに、使っているような幻覚におそわれること）を経験しましたか? | はい | いいえ |
| (7) 薬物使用に対して、後悔や罪悪感を感じたことはありますか? | はい | いいえ |
| (8) あなたの配偶者（あるいは親）が、あなたの薬物使用に対して愚痴をこぼしたことがありますか? | はい | いいえ |
| (9) 薬物使用により、あなたと配偶者（あるいは親）との間に問題が生じたことがありますか? | はい | いいえ |
| (10) 薬物使用のせいで友達を失ったことがありますか? | はい | いいえ |
| (11) 薬物使用のせいで、家庭をほったらかしにしたことがありますか? | はい | いいえ |
| (12) 薬物使用のせいで、仕事（あるいは学業）でトラブルが生じたことがありますか? | はい | いいえ |
| (13) 薬物使用のせいで、仕事を失ったことがありますか? | はい | いいえ |
| (14) 薬物の影響を受けている時に、ケンカをしたことがありますか? | はい | いいえ |
| (15) 薬物を手に入れるために、違法な活動をしたことがありますか? | はい | いいえ |
| (16) 違法薬物を所持して、逮捕されたことがありますか? | はい | いいえ |
| (17) 薬物使用を中断した時に、禁断症状（気分が悪くなったり、イライラがひどくなったりすること）を経験したことがありますか? | はい | いいえ |
| (18) 薬物使用の結果、医学的な問題（例えば、記憶喪失、肝炎、けいれん、出血など）を経験したことがありますか? | はい | いいえ |
| (19) 薬物問題を解決するために、誰かに助けを求めたことがありますか? | はい | いいえ |
| (20) 薬物使用に対する治療プログラムを受けたことがありますか? | はい | いいえ |

© Copyright 1982 by Harvey A. Skinner, PhD and the Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada. You may reproduce this instrument for non-commercial use (clinical, research, training purposes) as long as you credit the author Dr. Harvey A. Skinner, Dean, Faculty of Health, York University, Toronto, Canada.
Email: harvey.skinner@yorku.ca

③物質使用障害に合併する精神疾患

長 徹二（三重県立こころの医療センター）

はじめに

治療機関に受診する物質使用障害を抱える人は他の精神疾患を合併している確率が高く、ある研究によれば約半数にも及ぶ¹⁾と報告されており、「物質使用障害を診たら、合併している精神疾患を疑え」という教訓を持って臨床に臨む必要がある。精神疾患には確定診断できる検査や決定的な症状がなく、診断基準も文言で定められているため、診断のばらつきが多くなってしまいう危険があり、一方で同じ症状が出る複数の疾患もあり、慎重さが求められる。さらには健常と疾患の境界が不明瞭なことも多く、物質使用障害を抱えている人は本音を口にするまでに時間がかかることも多く、合併する精神疾患に関して確定診断に至るプロセスは容易ではない。

物質使用障害の結果として他の精神疾患を抱えるようになる場合であっても、他の精神疾患の結果として物質使用障害を抱えることになった場合であっても、治療は必ず同時に進めていくことが望ましいため、早期に発見する必要がある。

疫学

わが国の全国調査²⁾では、物質使用障害を抱える人の3～4割にうつ病や双極性障害、2～3割に不安障害、そして、約半数に自殺のリスクがあったと報告されている。また、米国の大規模調査³⁾では、アルコール・薬物使用障害に罹患する確率はそれぞれ、13.5%、6.1%であるが、何らかの精神疾患を抱えている場合、物質使用障害に罹患する確率は29%（アルコール22%、薬物15%）であり、精神疾患を抱えていない者に比べて、物質使用障害に2.7倍罹患しやすいと報告されている。

合併しうる精神疾患を疑うヒント

精神疾患を抱える人は、物質使用障害のリスク因子に暴露されやすい面もあるが、同様に物質使用障害を抱える人は様々なストレス（物質使用も含む）に対し脆弱性があり、精神症状が発症・再発しやすいと考える仮説もある。ただし、診断がはっきりしなくても、症状ごとにも出来る対応はある。断酒・断薬を行うと、併せて他の精神症状も軽減することが多いが、“self-medication”という考え方も忘れてはならず、物質を使用しても生き抜いてこなければならなかった過程を大切に考える必要がある。

生育歴の詳細な聴取

遺伝要因が環境因よりも比較的大きいとされる統合失調症や双極性障害、そして発達障害などは家族歴がより重要であり、環境因が相対的に多いとされるその他の疾患では生活環境がより重要である。初回物質使用はほぼ10代であることが多く、出生・発達からの児童・思春期における家族や他者との関係性を含む生活状況が重要である。不安の強い親から虐待に至るまで、自分の力では対処できない不安・緊張を強いられる環境の影響は少なくないが、こうした状況の影響が大きいほど、受診直後には表出されにくく、関係性が構築されてからようやく本音が語られることが多い。特に、情報提供者が不在である場合には様々な可能性を視野に入れて、関係性を構築する中で表出される言動に注意を向ける事が大切である。一方、情報提供者が存在する場合でも、虐待の加害者であるなど、その人との対人関係を考慮して、得た情報を解釈することが求められる。

確定診断

診断に際しては、Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) や SCID-II 自記式質問票などの構造化面接を利用することが望ましいが、限られた診療時間で実施することは困難な場合が多く、現実的ではない医療機関もある。ただし、ICD や DSM などの診断基準の文言だけを当てはめるような、単回の面接で安易に確定診断を判断しない姿勢が重要であり、経過の中で慎重に判断する必要がある。

経過から診断を再考する機会を

受診当初の主訴や困難が改善されると表れてくる症状に目を向けて、診断を再考することも忘れてはならない。例えば、急性期に幻覚妄想状態で受診し、覚せい剤精神病と診断した例をイメージするとわかりやすい。断薬して安定し始めると、抑うつ状態を呈するようになり、生きづらさを抱え、不安や抑うつに対処するための使用だったことが判明する場合もあれば、陰性症状が前景化して、認知機能障害・思考障害が目立つようになり、統合失調症と診断する場合もある。同様に、対人緊張や社交不安を軽減するために飲酒量が増えてコントロールを失った場合は、断酒すると同時にもともと抱えていた症状が表れるなど、常に多様な視点で考え、予後に寄与するための診断でなければならない。他にも、飲酒習慣があり、認知症が疑われる場合には断酒後 60 日、うつ病が疑われる場合には断酒後 3-4 週間たってから診断の確定をするなど、判断する時期も重要である。

まとめ

確定診断には正確さが求められるが、治療には柔軟性が必要であり、経過の中で慎重に判断していくことが重要である。

- 1) カプラン臨床精神医学テキスト 日本語版第 3 版 pp. 691-700
- 2) 樋口進：平成 22-24 年度 厚生労働科学研究費補助金 総合分担研究報告書
アルコール・薬物依存症と他の重複障害の実態把握と治療モデルの構築に関する研究
- 3) Regier DA et al: JAMA; 264: 2511-2518, 1990

④ 合併身体疾患の解説

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

アルコール性臓器障害とは、長期（通常は5年以上）にわたる過剰の飲酒が主な原因である臓器障害を指す。過剰の飲酒とは、1日平均純エタノール60g以上の飲酒をいう。ただし女性やアルデヒド脱水素酵素2活性欠損者では、1日40g程度の飲酒でもアルコール性臓器障害を起こしうる。慢性的な多量の飲酒は、肝臓のみならず全身の臓器障害を引き起こす（表）。各疾患において、軸評価に基づいた対応が必要である（図）。

大量飲酒により起こる消化管病変は、食道や胃・十二指腸にとどまらず、小腸にまで出血性びらんや潰瘍などの病変を直接惹起する。また、下痢や吸収障害などが臨床上市しばしば経験される。肝障害については、アルコールの過飲によりまず脂肪肝が惹起され、その後連続大量飲酒を繰り返すと、約10-20%にアルコール性肝炎が発症する。肝炎が重症化せずに長期に大量飲酒をすると、徐々に肝の線維化が進み、アルコール性肝線維症からアルコール性肝硬変に至る。1日平均純エタノール110g以上の飲酒を20-30年以上続けているひとに多発するが、女性の場合はその3分の2の飲酒量で、飲酒期間も12-20年程度で肝硬変に至る場合が多い。急性膵炎の成因の約34%、慢性膵炎の成因の約70%を過剰飲酒が占める。10-15年の経過で慢性化して、膵石などを伴う慢性膵炎に移行する。

習慣的な多量飲酒は高血圧症の原因となる。少量の飲酒は虚血性心疾患の罹患率を減らす。過度の飲酒は虚血性心疾患の罹患率を増やし、また、心筋症や不整脈などの危険因子にもなる。脳血管障害については、少量飲酒であっても脳出血のリスクを増やす。過度の飲酒は、脳梗塞を含めたすべての脳血管障害の危険因子となる。

大量飲酒者にはしばしば糖尿病が合併し、飲酒は糖尿病の増悪因子になり得る。膵臓障害に伴うインスリン産生の低下、末梢でのインスリン抵抗性増加に伴う糖の利用低下などが悪化の原因として挙げられる。飲酒に伴う高尿酸血症は、アルコール飲料中に含まれるプリン体が高尿酸血症をもたらすだけでなく、NADH/NAD比の上昇による高乳酸血症により尿酸の腎排泄が乳酸と拮抗し低下することや、酢酸代謝によるプリン代謝の亢進による尿酸の産生増加なども関与している。高脂血症については、長期にわたる飲酒は、血清中の中性脂肪を上昇させることが知られている。エタノールが肝臓で代謝される際の肝細胞内のNADH/NAD比の上昇による中性脂肪合成基質の増加や脂肪酸のβ酸化の抑制が起こり、肝臓内の中性脂肪が上昇する。

その他の臓器障害として、ビタミン欠乏からウエルニッケ脳症、コルサコフ神経病や多発神経炎、アルコール性大脳萎縮からアルコール性痴呆も引き起こす。アルコール性筋症、骨粗鬆症、大腿骨骨頭壊死など、整形外科疾患の危険因子ともなる。外傷による頭蓋内出血や骨折なども注意が必要である。また、飲酒は、口腔咽頭喉頭癌、食道癌、肝臓癌、膵臓癌、大腸癌、乳癌のリスクを上昇させる。

表：習慣性の大量飲酒にともなう臓器障害

消化器疾患

食道：食道潰瘍、食道炎、胃食道逆流症(GERD)、食道静脈瘤、Mallory-Weiss 症候群

胃・十二指腸：胃・十二指腸潰瘍、胃・十二指腸炎、急性胃粘膜病変（出血性胃炎）

小腸・大腸：びらん、下痢、吸収障害

肝臓：脂肪肝、肝炎、肝線維症、肝硬変

膵臓：急性膵炎、慢性膵炎

脳神経障害：ウエルニッケ脳症、コルサコフ神経病、小脳変性症、ペラグラ、アルコール性大脳萎縮、多発神経炎（アルコール性神経障害）、脳卒中（脳出血、脳梗塞）

アルコール性筋症（ミオパチー）：横紋筋融解症

骨疾患：骨粗鬆症、大腿骨骨頭壊死

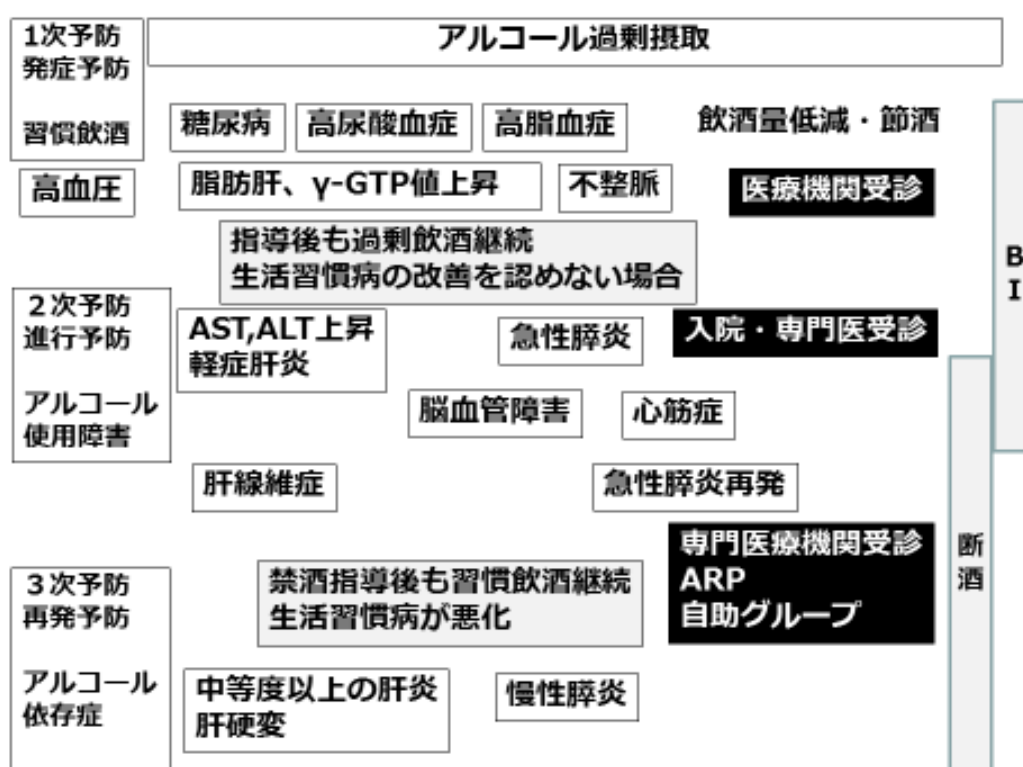
循環器疾患：高血圧症、アルコール性心筋症、虚血性心疾患、不整脈（心房細動など）

造血器障害：巨赤芽球性貧血、溶血性貧血、血小板減少

代謝障害：高脂血症、高尿酸血症、糖尿病

悪性腫瘍：口腔咽頭喉頭癌、食道癌、肝細胞癌、膵臓癌、大腸癌、乳癌

その他：外傷による骨折や頭蓋内出血



図： アルコール性臓器障害の進展度に応じた対応法

BI：ブリーフ・インターベンション、ARP：アルコール・リハビリテーション・プログラム

文献

堀江 義則 診断と治療 2010; 98: 1921-1927.

Ⅲ 「治療総論」

① 治療目標

樋口 進（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

物質依存症の治療目標は依存物質の摂取を完全に止め続けることである。これが、最も安定かつ安全な目標である。特に依存対象が違法性薬物である場合には、断薬が唯一の治療目標である。しかし、アルコール依存症や処方薬依存症のようなケースでは、使用量低減も治療目標になりうる。ここではまず、物質依存症の治療目標に関する一般的な推奨事項を表1にまとめた。また、臨床的にも使用量（飲酒量）低減が目標のオプションになりつつある、アルコール依存症の治療目標について、表2にその推奨事項をまとめた。なお、これらの推奨事項については、海外における物質使用障害治療のガイドラインや既存の治療エビデンスや専門家のコンセンサスを基に作成した。

表1. 物質依存症および使用障害の治療目標に関する一般的な推奨事項

-
- ・ 物質依存症の治療目標は、継続した断酒・断薬であり、これが最も安定かつ安全な目標である。
 - ・ 特に非合法薬物に対する依存症や有害な使用の場合には、断薬が唯一の治療目標である。もし合法であっても、法的に摂取禁止が推奨されている場合（例えばアルコール依存症に伴い飲酒運転を繰り返す）には、それに従う。
 - ・ アルコールや処方薬等合法物質依存症については、使用量低減も治療目標になりうる。また、後者については、より安全性の高いまたは依存性の低い物質への代替えも考慮する。
 - ・ 治療目標設定に関しては、物質使用を続けた場合、止めた場合、減らした場合のメリットや問題点を患者に充分説明し、同意を得て設定する。
 - ・ 使用量低減目標に関しては、患者本人と家族等との間で意見の食い違う場合がある。目標を達成するためには、家族等からの支援も重要であるため、十分に説明の上、目標に関して家族等からも同意を得る努力をする。
 - ・ 依存症では、治療の継続が重要である。従って、目標をめぐる治療からドロップアウトする事態は避けなければならない。例えば、患者が物質使用低減を主張するのであれば、それを目標にしてドロップアウトを避ける選択肢もある。その場合、当面の目標を低減にして、うまくいかなければ断酒・断薬に切り替える方法もある。
 - ・ 依存症まで至っていない合法物質の有害な使用ケースについては、患者本人が断酒・断薬を望む場合、またはその他特別な事情がない限り、使用量低減を治療目標にする。
 - ・ 治療目標は、単に断酒・断薬や物質使用の低減に留まらず、それによってもたらされる身体的・精神的健康状態や社会的機能の改善にあることも患者に理解してもらう。
-

表2. アルコール依存症の治療目標に関する推奨事項

-
- ・ アルコール依存症の治療目標は、原則的に断酒の達成とその継続である。
 - ・ 重症のアルコール依存症や、明確な身体的・精神的合併症を有する場合、または、深刻な家族・社会的問題を有する場合には、治療目標は断酒とすべきである。
-

-
- 上記のようなケースであっても、患者が断酒に応じない場合には、まず説得を試みる。もし、説得がうまく行かない場合でも、そのために治療からドロップアウトする事態は避ける。一つの選択肢として、まず飲酒量低減を目標として、うまくいかなければ断酒に切り替える方法もある。
 - 軽症の依存症¹⁾で明確な合併症を有しないケースでは、患者が断酒を望む場合や断酒を必要とするその他の事情がない限り、飲酒量低減も目標になりうる。
 - 理想的には、男性では1日平均40グラム以下の飲酒、女性では平均20グラム以下の飲酒が飲酒量低減の目安になる²⁾。
 - 上記目安に関わらず、飲酒量の大幅な低下は、飲酒に関係した健康障害や社会・家族問題の軽減につながる。

1) 依存症の重症度に関する統一の見解はない。既述の ICD-10 の診断項目を満たした数や AUDIT の点数などが参考になる。

2) この目安は、厚生労働省による第二次健康日本21の「生活習慣病のリスクを上げる飲酒」の基準をもとに作成した。

主な文献

1. American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Second Edition. APA, 2010.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence. NICE, 2011.
3. Rolland B et al. CNS Neurosci Ther 2016; 22: 25-37.

②治療の内容

村上 優（独立行政法人国立病院機構榊原病院）

a- 心理社会的治療

アルコール・薬物使用障害の心理社会的治療はこの20年で大きく変化をして、集団精神療法より認知行動療法へ大きくシフトした。さらには心理教育を取り入れ、ロールプレイなど生活技術訓練の要素を取り入れた治療が準備されている。

認知行動療法はA. T. Beckらによって開発され、出来事や物事に対する認知に注目し、今までの出来事や物事に対する認知を自分自身で検討し、その認知を変えることで自分の行動や感情、生活を改善しようとする治療法である。アルコール研修をとおして久里浜医療センター病院による久里浜版新認知行動療法が普及している（www.kurihama-med.jp/info_box/al_5_9.html）。これまでのアルコール使用に対する認知を患者自身が検討、修正し、断酒という行動を目指すような認知行動療法に基づく治療プログラムが取り入れられている。変化のステージモデルはトランス・セオリアカル・モデル TTM に基づいて広く採用されている¹⁾。無関心期、変化について考える関心期、準備期、実行期、維持期に回復段階を5つのステージに分けて認知の変化の動機を包括的に高めていく。これらと並行して心理教育も準備されて複合的に情報提供をおこなう。動機付け面接法はW. R. ミラーらによって開発された「人間の変化」を支援することを基本として作られた。変化を促進するときに行われるチェンジ・トークなどの具体的な手法が説明されている²⁾。

松本らによって開発されたSMARPPなどの系統的な物質依存症治療プログラムも、薬物依存症に関する心理教育や治療動機の掘り起こし、回復のための社会資源に関する情報提供による再乱用防止プログラムである。テキストではより具体的で治療ステージごとのマイルストーンを明確にして繰り返し治療セッションへ誘う、統合型外来治療のMatrixモデルを参考にしているが、我が国の実情に際して、さらには入院でのプログラムも活用できる³⁾。

家族介入にもこれらの手法を取り入れた家族と治療者のためのプログラムにCRAFT(Community Reinforcement and Family Training)があり、治療を受け入れやすい環境を作ることによって、自ら治療を選んでもらうためにコミュニケーションを変えることを目的とする。家族に対する介入・支援の考え方については、従来、「突き放し」による「底つき体験」の誘導は、今日では危険と認識されており行動分析と家族の対応スキルの向上を目指す支援が主流となりつつある。吉田らによって我が国での普及が行われている⁴⁾。

一方でA. R. P. (Alcoholism Rehabilitation Program:アルコール依存症社会復帰プログラム)と呼ばれる従来の入院・外来治療プログラムも柱となって治療の構造化が行われている。アルコール・薬物使用障害患者の治療に集団精神療法が好まれる背景には否認といった防衛機制の打破、すなわち自己を洞察し、回復への動機づけをえるために、治療者よりも同じ病気の仲間の発言あるいは助言の方が共感を得やすく、治療の中で主体的になることが期待できる。このほかに専門病棟で構造化されたプログラムには絵画療法、ロールレタリング、ストレスマネジメントや運動療法などを取り入れている。今道が指摘した集団精神療法の治療的因子は、孤独からの開放(希望, 普遍性)、疾病の認識(病識の獲得)、メンバーを介しての自己の客観化、感情状態の同定、内的葛藤の意識化(カタルシス)、自己評価と他者の受容(人間関係の習得)、危機の予防および危機における具体的対策の伝達(再飲酒予防)、自助グループへの抵抗の緩和(集団の力の発見)、断酒生活の喜びと意味の発見(価値の転換)をあげ、治療グループに対するセラピストの役割をグループの形成の維持、治療文化の創造、「ここーいま」の問題に焦点を向け、プロセスの理解を助けるとしている点は現在でも生きている⁵⁾。

自助グループは「共通の問題を抱える者同士が支え合い、問題解決を図ろうとするグループ」で、医療モデルの治療構造に見られる「治療者」と「患者」という「縦の人間関係」はここにはなく、福祉ないし市民的モデルによる回復を目的とする。人間が本来持っている回復力や復元力に全幅の信頼を置いた人間観よりなる。アルコール・薬物使用障害に対する自助グループは断酒会、AA、NAがあり例会（ミーティング）が行われている。自助グループとの連携は大切に、またメッセージを届けることを目的に病院や診療所、精神保健福祉センターなどを訪問している。連絡先は社団法人全日本断酒連盟 〒101-0032 東京都千代田区岩本町 3-2-2 エスコート神田岩本町 101 号 TEL **03-3863-1600**、AA 日本ゼネラル・サービス・オフィス(JSO) 〒171-0014 東京都豊島区池袋 4-17-10 土屋ビル 4 階 TEL 03-3590-5377。またアルコールにはマック、薬物にはダルクという回復者施設も多様化して地域に根付いている。これらの施設との連携もこれからは求められる。

- 1) M. M. Velasques et. al (杠岳文ら訳)：物質使用障害のグループ治療。星和書店、2012
- 2) W. R. Miller et. al (松島義博ら訳)：動機づけ面接法。星和書店、2007
- 3) 松本雅彦、今井扶美：SMARRP-24 物質使用障害治療プログラム。金剛出版、2015
- 4) J. E. smith et. al (境泉洋ら訳)：CRAFT 依存症患者への治療動機付け。金剛出版、2012
- 5) 今道裕之：アルコール依存症－関連疾患の臨床と治療－。今道裕之著、創造出版、東京、175-206, 1986

b-薬物治療

樋口 進（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

物質依存症や有害な使用に関する治療では、既述の心理社会的治療が治療の主体になり、薬物治療は補助的役割を担う。覚せい剤や大麻等の違法性薬物依存症に関しては、未だ治療薬が開発されていない。従って、これらの依存症については、物質使用に関連した幻覚、妄想、精神運動興奮などの精神・行動障害に対する対症療法としてのみ薬物は使用される。個々の薬物使用で引き起こされる症状や対症的治療薬使用については既存の成書を参考していただきたい。

本項では、治療薬物の開発が進んでいるアルコール依存症に焦点を当てる。表1では解毒治療、表2では再発予防に関する薬物治療のガイドラインを示す。なお、これらのガイドラインは、海外における物質使用障害治療のガイドラインや既存の治療エビデンスや専門家のコンセンサスを基に作成した。

表1. アルコール解毒に関して推奨される薬物治療

-
- ・ アルコール離脱症状の治療の第一選択薬は、ベンゾジアゼピン系薬物（BZD）である。その際、高齢者でない限り、ジアゼパムなどの長時間作用性 BZD の使用が推奨される。
- 離脱症状に対する薬物治療の適応や減量に関しては、離脱症状の程度と薬物の効果を繰り返して観察しながら、適切な使用量を決定する。その際、CIWA-Ar¹⁾のような離脱症状の重症度評価スケールを使うことも推奨される。
- ・ 通常は、ジアゼパムで1回2mg～10mg、1日3回投与で開始し、症状に応じて漸減してゆく。
 - ・ 離脱症状が軽度な場合（例えば CIWA-Ar が8点未満）など不要なケースには、薬物治療を行わない。
 - ・ BZD の使用にリスクを伴うケース（例えば、慢性呼吸器疾患、重症肝硬変、黄疸などを伴うケースや高齢者）で離脱症状の治療が必要な場合には入院治療を考慮する。
 - ・ 振戦せん妄、離脱けいれん発作、過去に振戦せん妄または離脱けいれん発作の既往のある場合、他の薬物依存症を合併する場合も入院治療を考慮する。
 - ・ 振戦せん妄の治療に関し、欧米では BZD の大量投与が推奨されている。わが国では、コンセンサスレベルのエビデンスではあるが、けいれん閾値に影響の少ないハロペリドールや非定型抗精神病薬が BZD と併用されてきている。
 - ・ 離脱けいれん発作を起こした場合またはその既往のある場合は、他の離脱症状が軽症であっても、上記のように BZD を使用する。
 - ・ BZD は、症状の改善とともに減量し、使用は原則的に7日以内とする。また、離脱症状が遷延する場合でも、その使用は4週間を超えないようにする。
 - ・ 患者の栄養状態を考慮し、必要な場合にはチアミノンを投与する。
 - ・ 高齢者の治療には、ロラゼパムのような短時間作用性 BZD を使用する。その際、使用量は上記の1/2～2/3程度とする。
-

・ 離脱症状の治療が必要な妊婦についても、BZDの使用が推奨される。

¹⁾Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol, revised (添付参考資料参照)。

アルコール依存症の再発予防のための薬物治療については、治療目標が断酒と飲酒量低減に分けてガイドラインを示す。断酒に関しては、エビデンスのレベルから、アカンプロサートが第一選択薬である。諸外国ではナルトレキソンも第一選択薬に挙げられているが、わが国では現在のところ臨床使用できないので、ガイドラインに含めなかった。長く断酒目的に使用されてきたジスルフィラムやシアナミドはエビデンスのレベルや副作用の面から第二選択薬とするのが妥当と判断された。

飲酒量低減に関しては、現在ナルメフェンの治験が進んでおり、近い将来臨床使用が可能となるかもしれない。そのため、ナルメフェンもガイドラインに加えた。

表 2. アルコール依存症の治療目標に関する推奨事項

治療目標が断酒

- ・ アルコール依存症の治療目標は、原則的に断酒の達成とその継続である。
 - ・ アカンプロサートが第一選択薬である。1回 333mg 錠を 2 錠、1 日 3 回食後に服用する。服用期間は原則的に 6 ヶ月であるが、必要に応じてさら延長も考慮する。
 - ・ ジスルフィラムやシアナミドは、断酒への動機づけがある患者に使用する第二選択薬である。使用に際しては、その作用機序や副作用について十分に説明する。特にシアナミドは肝障害を引き起こしやすいので、肝機能のモニターをしながら使用する。服用期間は 6～12 ヶ月とする。
 - ・ 断酒を維持するために、薬物のアドヒヤランスを高めるように配慮する。
 - ・ 心理社会的治療の併用も、断酒の維持に重要である。
-

治療目標が飲酒量低減

- ・ 軽症の依存症で明確な合併症を有しないケースでは、飲酒量低減が治療目標になりうる。
 - ・ より重症な依存症ケースであっても本人が断酒を希望しない場合には、飲酒量低減を暫定的な治療目標にすることも考慮する。その際、飲酒量低減がうまく行かない場合には断酒に目標を切り替える。
 - ・ 治療薬物としてナルメフェンを考慮する¹⁾。
 - ・ 毎日の飲酒量のモニタリングなどの心理行動療法の併用が重要である。
-

¹⁾現時点で臨床使用は認められていない。

主な文献

4. Mayo-Smith MF et al. JAMA 1997; 278: 144-151.
5. Soyka M et al. World J Biol Psychiatry 2008; 9: 6-23.
6. Rolland B et al. CNS Neurosci Ther 2016; 22: 25-37.

1. ブリーフインターベンションとは

ブリーフインターベンション（Brief Intervention、以下 BI と略）は、1982年に始まった WHO の多国間共同研究事業の中で、その有効性を検証しながら開発されてきたものである。その後、プライマリケアを中心に有効性をその有効性を示す数多くのエビデンスが蓄積され、アルコール依存症の手前の段階にある有害な使用、あるいは危険な使用者に対して飲酒量低減をもたらす有効な二次予防策として確立されている。こうした点から、米国予防医療専門委員会（USPSTF）はプライマリケア医に対して「18 歳以上の者にアルコール乱用のスクリーニングをし、危険な飲酒とされた場合には、BI を行う」ことを推奨している。

BI は、飲酒に限らず生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリングとされる。動機付け面接やコーチングといった面接技法が基になるが、「共感する」、「励ます」、「誉める」が面接の際のキーワードとなる。BI に、定訳はなく、「簡易介入」や「短時間介入」と訳されることもある。特定保健指導の中では「減酒支援」として扱われている。

2. 飲酒量低減指導技法としての BI の基本及び進め方

BI は、短時間のカウンセリングであり、指示や指導とは異なる。このため、臨床場面では、医師よりも「支持」的態度を取りやすい臨床心理士、看護師、保健師、栄養士などのコメディカルスタッフが行うことが望ましい。医師の場合は、疾患についての説明や最も望ましい行動目標と対処法を伝える役割を担い、時間の制約もあってどうしても「指導」的にならざるを得ない立場にあるからである。

BI を行う際のポイントを以下に述べるが、いずれも他の生活習慣の行動変容におけるものと同じと考えてよい。

① クライエントの飲酒問題とその程度を客観的にフィードバックする

クライエントの飲酒問題がどの程度であるのか、AUDIT などのスクリーニングテストや飲酒量のランキング表（表 1）などを用いて客観的に評価し、結果を淡々と伝える。具体的かつ客観的で自らの問題としてクライアントの心に響くフィードバックが有用である。

表 1 あなたの 1 日の飲酒量は同じ年代 100 人中上から何番目でしょうか？

		20～39歳	40～59	60～74				20～39歳	40～59	60～74
上位3位	女	7ドリンク			男	14ドリンク			12	8
5位		6	3	2		13	9	7		
10位		4	2	1		9	7	6		
20位		2	1	1		6	6	4		
30位		2	1	0		4	4	4		
40位		1	1	0		3	4	3		
50位		1	1	0		2	3	2		
60位		1	0	0		2	2	1		
70位		0	0	0		1	1	1		
80位		0	0	0		1	1	0		
90位	0	0	0	0	0	0				

② 達成可能な当面の目標をクライアント自身に設定してもらう

7～8割の頑張りのできそうな具体的な飲酒の数値目標を自分で立ててもらおう。以下に挙げた4つの目標設定の方法の中から、自分にできそうなものを1つないし2つ選んで、具体的な目標を設定してもらおう。

- 1ヵ月間で多く飲む日の量と日数の上限を何日と決める（多量飲酒日限定型）。
- 1ヵ月間に全く飲まない日数の下限を何日と決める（休肝日設定型）。
- 1週間の総ドリンク数（あるいは1日のドリンク数）を「〇〇ドリンクまで」と決める（酒量限定型）。
- 夜10時以後は飲まないなど、独自の工夫や節酒ルールを作る（独自型）

③ 目標達成に役立つ具体的な対処法を一つ以上考えてもらう

節酒・断酒のために自分でもできそうな具体策（コップを小さくする、お湯割りのお湯の量を増やすなど）を例示し、その中から選んでもらう。セルフモニタリングは飲酒日記の記入を指し、有効性の確認されている対処法の一つである。毎日の飲酒量をできればドリンク数に換算して記録を付けてもらう。

④ 目標達成できた時の自身の変化した像をクライアントに思い描かせる

カウンセリングの中ではクライアントに自らの目標達成できた時の生活や健康面での変化をイメージ、予測してもらおう。具体的なイメージができるほど目標達成の可能性も高くなる。

3. BIの補助ツール:HAPPYとSNAPPY

わが国で用いられているBIの補助ツールの一つがHAPPYである。HAPPYは、医師が行う教育や指導をビデオやテキストの教材にし、医学的専門知識の乏しいコメディカルスタッフにも介入が行いやすいように構造化されたBIのパッケージツールである。その他に、職域などでは5～10人程度の集団での介入を目的に作成された「集団節酒指導プログラム」も用いられている

SNAPPYは、フィードバックを中心に作成されたWEB (https://www.udb.jp/snappy_test/) 上のBIツールで、自由にアクセスできる。

(参考文献)

Bien TH, et al. *Addiction*. 1993; 315-336

Moyer VA. *Ann Intern Med*. 2013; 159: 210-218

IV 「疫学」

飲酒パターンとアルコール健康障害

樋口 進（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

1. 成人の飲酒パターン

1) 平均アルコール消費量の推移

1年間にわが国で消費された総アルコール量を成人人口で割った値が平均飲酒量である。この値は第二次対戦後一貫して上昇していたが、1990年代半ばにピークを迎えた後に漸減してきている。WHOによると、純アルコール換算で2003-2005年の平均値は8.0Lであったが、2008-2010年には7.2Lに下がっているという。しかし、わが国のこの消費レベルは世界的にみて決して少ない方ではない。例を挙げると、多くのヨーロッパ諸国のレベルより低い、米国やカナダのそれとほぼ同レベルである。また、アジアの新興大国の中国やインドに比べるとはるかに高いレベルに留まっている。

2) 飲酒者の割合

図1aは、過去60年ほどの間に行われた国レベルの調査結果から飲酒者の割合を抽出してプロットしたものである。飲酒者とは、調査前1年以内に1回（調査により1ヵ月以内もある）以上飲酒した者である。男性の飲酒者割合は最近漸減傾向にあるが、全体としては、わずかに増加したことが示唆される。一方、この間に女性の割合は著しく増加した。女性では特に若年で増加が顕著のようだ。図1bのように、2008年には、若年女性の飲酒者割合は男性を凌ぐまでになっている。

3) 生活習慣病のリスクを上げる飲酒者

厚生労働省は「第二次健康日本21」で、生活習慣病のリスクを上げる飲酒を、1日平均男性では40グラム以上、女性では20グラム以上と定義している。また、このような飲酒者を平成25年から10年間で15%低減させることを目指している。表1のように、2003年から2013年の10年間に、男性、女性、全体、いずれも低下しており、特に男性は25%近く低下している。

2. アルコール使用障害と依存症

アルコール使用障害はDSM-5で基準が示されている。ICD-10では、依存症に有害な使用を加えた概念である。しかし、使用障害者の割合に関するデータは既存の調査では報告されていない。仮にAUDITで12点以上を使用障害とみなすと、2003年から2013年に男女ともに低下傾向を示している（表1）。

しかし、逆にアルコール依存症者は、ICD-10による過去12ヵ月の有病率も生涯有病率の推計値も増加傾向にある。これらの率を基にした推計数（生涯）は、2003年が81万人、2013年が107万人であった。

厚生労働省が3年に1度実施している患者調査の結果によると、総患者数（調査日現在において、継続的に医療を受けているアルコール依存症患者数）の推計値は、1999年が4.4万人、2002年が4.9万人、2005年が5.1万人、2008年が5.0万人、2011年が4.3万人、2014年が6.0万人となっている。2011年は震災の影響があったことなどを加味すると、全体的に増加傾向にあるようだ。それにしてもその数は上記のICD-10による推計値の5%程度で、大多数の患者は依存症治療を受けていないと推定される。

しかし、彼らは医療機関にかかっていない訳ではない。2013 年の実態調査によると、アルコール依存症と同定された者の 80%以上が過去 1 年間に医療機関を受診していたという。残念ながら、依存症治療に結びつかなかっただけのようである。

表 1. 成人の飲酒パターンとアルコール健康障害の変化¹⁾

項目	2008 年			2013 年		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
飲酒者 ²⁾	83.6	62.5	72.3	82.9	63.3	72.9
生活習慣病のリスクを上げる飲酒 ³⁾	19.0	6.0	12.0	14.4	5.7	9.6
アルコール使用障害 ⁴⁾	13.5	1.7	7.0	10.2	1.4	5.3
アルコール依存症 ⁵⁾ 過去 12 ヶ月	0.5	0.0	0.3	1.0	0.1	0.5
アルコール依存症 ⁵⁾ 生涯	1.5	0.2	0.8	1.9	0.2	1.0

¹⁾2003 年、2013 年に実施されたわが国成人の飲酒実態調査結果からの抜粋値。

²⁾調査前 1 年間に少なくとも 1 回以上飲酒した者。

³⁾1 日平均純アルコール換算で、男性 40 グラム以上、女性 20 グラム以上飲酒する者。

⁴⁾AUDIT の得点が 12 点以上の者。

⁵⁾ICD-10 のアルコール依存症の診断ガイドラインを満たす者。

文献

7. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. World Health Organization.
8. Osaki Y et al. Alcohol Alcohol 2016; 51: 465-473.

薬物乱用・依存の疫学

嶋根 卓也, 松本 俊彦 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部)

一般住民における薬物使用の疫学

わが国には、一般住民における薬物使用障害の有病率に関する疫学情報が存在せず、薬物使用経験から、薬物使用者人口を推計せざるを得ない状況にある。「薬物使用に関する全国住民調査」は、一般住民を対象とした薬物使用に関する疫学調査である。15～64歳までの男女5,000名を年齢・性別・居住地に偏りがないように、住民基本台帳から無作為に抽出する(層化二段無作為抽出法)。選ばれた対象者に対して、調査員の戸別訪問による自記式調査(無記名)を行う。この調査は、1995年より隔年で実施されており、一般住民における薬物使用状況の経年変化を掴むことができるわが国で唯一のモニタリング調査でもある。

最新調査(2015年)によれば、薬物使用の生涯経験率(これまでに一度でも薬物使用経験のある者が占める割合)は、有機溶剤1.5%、大麻1.0%、覚せい剤0.5%、危険ドラッグ0.3%、MDMA0.1%、コカイン0.1%、いずれかの薬物2.4%と報告されている。使用経験者の平均年齢は、有機溶剤が最も年齢が高く(47.9歳)、覚せい剤(44.1歳)、大麻(41.3歳)、危険ドラッグ(40.8歳)の順に若くなる。また、それぞれの薬物使用者を一般人口に換算すると、有機溶剤(約138万人)、大麻(約95万人)、覚せい剤(約50万人)、危険ドラッグ(約31万人)、MDMA(約12万人)、コカイン(約12万人)、いずれかの薬物(約223万人)と推計される。なお、ヘロイン経験者は非常に少なく、統計誤差内となっている。

生涯経験率は、過去の経験を対象としているため、必ずしも近年の薬物使用状況を反映したものとは限らない。薬物使用の動向を捉えるならば、本来、過去1年以内の薬物使用経験といった直近の経験を指標とすべきである。しかし、わが国では薬物使用自体が稀な事象であるため、直近の経験は統計誤差範囲にとどまり、データとならない現状にある。また、これまで使用回数や、依存の程度を把握することはできない。

こうした限界があるとはいえ、同一デザインでモニタリングを続けることで、経年的変化をある程度は掴むことはできる。図1に1995年～2015年の推移を示した。有機溶剤は横這いで推移し、大麻は増加傾向となり2009年にピークがみられ、その後は減少傾向にある。覚せい剤もほぼ横這いであるが、2009年(0.3%)から2013年(0.5%)にかけて微増している。危険ドラッグは2013年(0.4%)から2015年(0.3%)にかけて減少している。

薬物使用障害患者における「主たる薬物」

「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」は、1987年から実施されている悉皆的な全国調査である。精神科医療施設に入院・通院中の薬物関連精神障害患者(アルコールを除く)が対象であり、主治医による診療録転記によって患者情報を収集する。報告症例のみの情報であるため、患者数等を推計することはできないが、当該患者の主たる薬物(現在の精神科的症状に関して、臨床的に最も関連が深いと思われる薬物)を追うことで、薬物使用障害患者の動向を掴むことができる。図2に1987年から2014年までの推移を示した。一貫して覚せい剤症例が患者層の大部分を占めている。従来、覚せい剤と共に比率の高かった有機溶剤は年々減少傾向にあり、2010年には処方薬・抗不安薬症例(主にBZ薬剤)が上回る形となった。その後、2012年から登場した危険ドラッグ症例が2014年にかけて増加傾向となり、覚せい剤に次ぐ患者群となっている。

文献

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部ホームページ(研究報告書)

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/index.html>

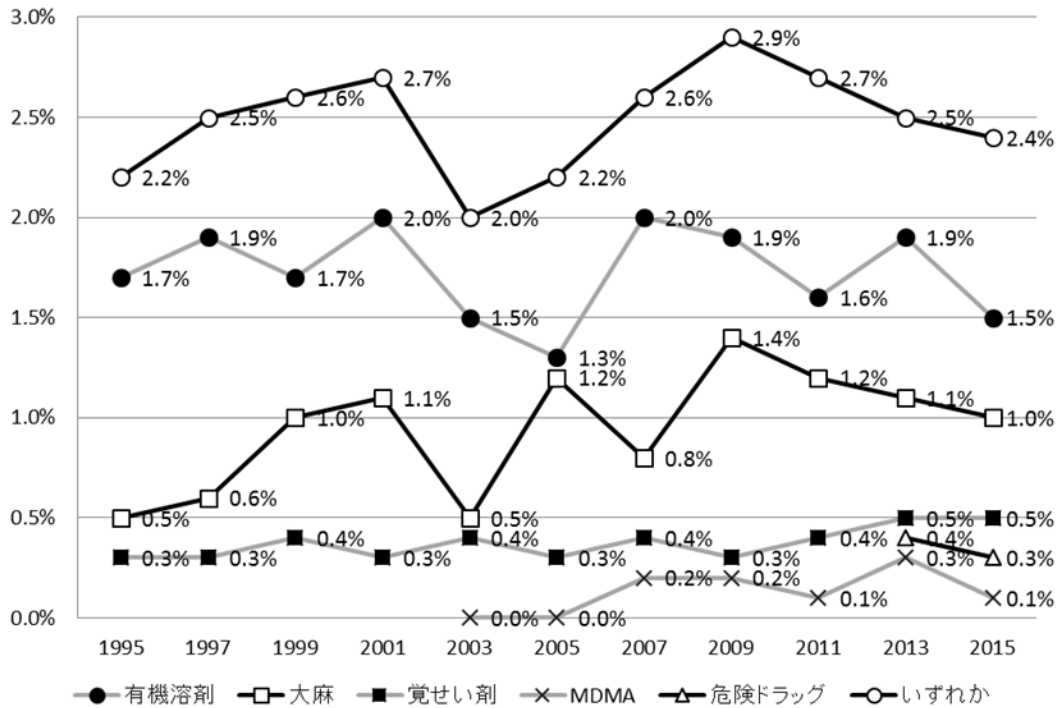


図 1. 一般住民(15~64 歳)における薬物使用の生涯経験率の推移(1995-2015 年)

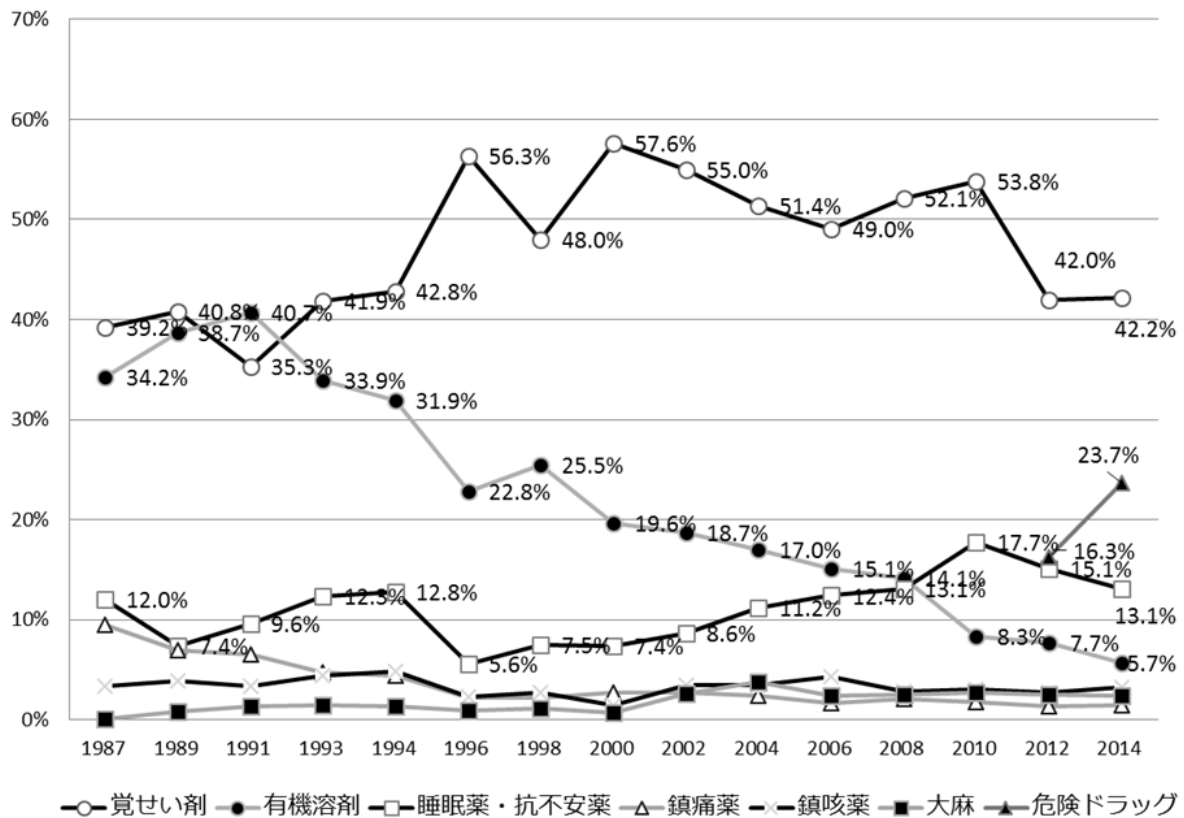


図 2. 精神科医療施設における薬物使用障害患者の「主たる薬物」の推移 (1987-2014年)

V 「法的事項」

松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）

本節では、患者の違法薬物使用に遭遇した医療者の対応、さらには、その医療者が公務員である場合の対応について、関連する法令とその解釈を整理したい。

1. 麻薬および向精神薬取締法の届出

1) 麻薬中毒とは

いかなる規制薬物に関しても医療者に警察通報を義務づけた法令は存在しないが¹、医師に限っては、「都道府県知事への届け出」の義務が生じる場合がある。

それが、麻薬及び向精神薬取締法（以下、麻向法）第 58 条の 2 に定められた届出義務である。本条は、「医師の診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときには、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地の都道府県知事に届け出なければならない」と定めており、「麻薬中毒」と診断しながらも届出を怠った場合には罰則の規定がある。ただし、「麻薬中毒」の定義が明確ではなく、実際には、診断は医師の裁量に委ねられている。

なお、本条でいう「麻薬」とはあくまでも行政用語であり、ヘロイン、コカイン、LSD、MDMA（いずれも医学的には「麻薬」にあたらぬ）などの麻向法規制対象薬物を指し、あへんや大麻など、他の法令によって規制されている薬物も含む（ただし、覚せい剤は含まれない）。

2) 届出とその後の流れ

ある患者を麻薬中毒と診断をした場合には、医師はまず都道府県の薬務課に電話で連絡しなければならない。この連絡をもって、都道府県知事に通報したことになる。

届出を受けた薬務課は、当該患者を自治体の麻薬中毒者台帳に登録するとともに、地方厚生局麻薬取締部を介して厚生労働省に報告する。また、自治体薬務課職員である麻薬取締員は、その患者が通院・入院している病院へと出向いて患者と面会し、環境調査を行う。

この環境調査は、精神保健指定医による診察（58 条第 6 項）の必要性、麻向法による措置入院の要否に関する判断をするとともに、医療・保護の必要性と本人の治療意欲を評価することを目的としている。入院とならなかった場合、あるいは、措置入院後に退院となった場合には、自治体薬務課職員及び麻薬取締部職員による定期的な面談が行われる。

2. 麻向法届出対象薬物以外の規制薬物への対応

1) 覚せい剤使用を知った場合

患者の覚せい剤使用に関して医療者に警察通報を義務づけた法令はないが、だからといって、医療者が警察通報することも許容されている。刑事訴訟法第 239 条第 1 項には、「何人でも犯罪があると思料するときは、告発をすることができる」とあり、捜査機関に対して犯罪事実を告発することは守秘義務には反しないと解釈されている。

ただし、告発に際して、医療機関で採取した尿などの検体を警察に提出するのは問題である。検体の所有者は患者であり、患者に無断で治療以外の目的で使用することはできない。提出にあたっては、患者の承諾を得たうえで再度採尿する必要がある。

一方、覚せい剤使用の結果、患者の「自傷・他害のおそれ」が切迫している場合には、患者や想定される被害者の生命を守るために、警察を要請する必要がある。そして、この「おそれ」が覚せい

い剤精神病などの精神障害によるものであれば、精神保健福祉法第 23 条の警察官通報により対応されることとなろう。

2) 大麻使用を知った場合

大麻の場合、わが国では単純使用は犯罪を構成しないことから、警察通報は守秘義務違反と見なされる可能性がある。しかしその一方で、麻薬中毒者の基準を満たす場合には、麻向法第 58 条の 2 の届出義務が生じる。

3. 医療者が公務員である場合の対応

国公立病院に勤務する医療者は医師や看護師である以前に公務員である。すべての公務員は、刑事訴訟法第 239 条第 2 項の規定「官吏又は公吏は、その職務を行うことにより犯罪があると思料するときは、告発をしなければならない」により、犯罪告発義務が課せられている。

しかし、同条に関しては、公務員の職務上正当と考えられる程度の裁量は許容されている。『地方行政実務の法律相談上巻』²⁾には、「公立中学校の生活指導担当教諭が、喫煙をしている生徒を見つけたが、いまだ生活指導の余地ありとして、教育上の見地から告発をしないことは、事情によっては『職務上正当』と認められる」という例があげられている。したがって、相談支援・医療などを本務とする公務員が、告発義務よりも守秘義務を優先することは可能である。

なお、公務員としての告発は、所属機関の長の名義で行う。このため、機関としての意向を広く社会に表明する意味を持ち、告発することが、当該行政機関の今後の業務遂行に重大な支障を生じる場合もある。そのような場合には、告発しないという判断は許容されるという³⁾。

文献

1. 松本俊彦：薬物依存症臨床の倫理—医療スタッフ向け行動指針。精神神経学雑誌 115；第 108 回学術総会特別号：SS1-9，2013.
2. 関哲夫：地方行政実務の法律相談上巻。ぎょうせい，1982.
3. 安富潔：刑事訴訟法。三省堂，2009.

VI 「支援者に求められるスキル」

成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター）

アルコール・薬物使用障害の治療・支援において、支援者に求められるスキルとは何か。医学的な知識や技術を身に着けていることは当然として、支援者の患者に対するスタンスが重要である。

物質使用障害、特に依存症には誤解や偏見がついて回る。依存症は、診断基準に示された項目を満たすことで診断される物質使用上のコントロール障害である。意志や精神力で対処できない「病氣」であることを理解しておく必要がある。

反省、叱責、罰などで解決するものではなく、これらはかえって治療の妨げになることが多い。断酒・断薬の強要や再飲酒・再使用の叱責は禁忌であることに留意したい。止めようと思っても飲酒したり薬物を使ったりすることは、依存症の「症状」である。この認識を持っていないと強要したり叱責したりしてしまう。うつ病患者に「元気がない」「元気をだせ」と責めることがないように、依存症患者に「飲むな」「使うな」「やめろ」と責めてはいけない。強要や叱責は、より飲酒や薬物使用に向かわせることを知っておきたい。

これまで、依存症は他の精神疾患とは別の扱いをされてきた。専門病棟で専門プログラムを行い、専門とする医師が治療に当たってきた。一般の医師は専門外として関わりから外されてきた。これは、これまでの依存症治療では、進行した重症患者ばかりを対象としてきたことにも一因がある。たとえば、わが国には100万人を超えるアルコール依存症患者があると推測される状況で、医療につながった患者は5万人にも満たない。診断基準に照らすと、依存症はきわめてありふれた疾患である。「この人はまだ軽い」と見落とすことなく、早期発見早期介入を心がける必要がある。

患者に関わる際の重要な対応スキルとして、依存症患者に対して陰性感情・忌避感情をもたずに、一人の患者として敬意をもって関わられるか否かが重要なポイントとなる。依存症患者には対人関係の問題がある。たとえば、「自己評価が低く自信を持ってない」「人を信じられない」「本音を言えない」「見捨てられる不安が強い」「孤独で寂しい」「自分を大切にできない」などの特徴を持つことが多い。人に安心して相談したり正直な思いを話したりすることができないため、アルコールや薬物に酔って気分を変え続けた結果、依存症となる。とすると、依存症患者の飲酒・薬物使用は、「人に癒やされず生きにくさを抱えた人の孤独な自己治療」という視点が大切である。

このように依存症患者を理解すると、望ましい対応は自ずと明らかである。望ましい対応を10カ条にまとめる（表）。これらは依存症に何ら特別な対応ではなく、あらゆる精神疾患の患者に対して当たり前に心がけることである。これを依存症患者に対してもできるか否かが問われることになる。そうは言っても、依存症患者はトラブルを起こしやすく、指示に従わないこともしばしばみられる。このような場合、これらの問題は依存症の症状であることが多く、それをしばしば見落されている。先に挙げた依存症患者の特徴を知っていると、患者の行動の理由を理解しやすい。指示に応じないのは支援者を信用していないからである。

あるいは患者が出来ないことを指示しているからである。患者は信頼できる拠り所を求めているが、容易に信頼関係を持っていないため、酒や薬物に酔うという対処法を繰り返してしまう。

以上を踏まえると、支援者は患者と信頼関係を築くことの重要性が理解できるはずである。そのためには、支援者が患者に対して苦手意識や陰性感情を持たないことが大切である。強要や叱責が反治療的なのは、それがたとえ善意からであっても、信頼関係がなければ患者の「コントロール」であり「支配」となるからである。

支援者に求められるスキルとして大切なことは、知識や技術的なこと以上に、依存症患者に対する誤解や偏見から解放され、「共感」できることである。強要ではなく「提案すること」、叱責ではなく「懸念を伝えること」が基本となる。信頼関係が築け、人に癒やされるようになったときに、患者はアルコールや薬物に酔う必要はなくなっていく。

依存症患者の治療を困難にする最大の原因は、支援者の患者に対する陰性感情・忌避感情である。支援者は、特に意識することなく患者を「病者」として誠実に向き合うことが求められる。依存症患者は決して特別な人ではなく、依存症治療は決して特別なものではない。依存症患者を特別にしているのは、支援者の意識の他ならない。

表

依存症患者への望ましい対応

1. 患者ひとりひとりに敬意をもって接する。
2. 患者と対等の立場にあることを常に自覚する。
3. 患者の自尊感情を傷つけない。
4. 患者を選ばない。
5. 患者をコントロールしようとししない。
6. 患者にルールを守らせることにとらわれすぎない。
7. 患者との1対1の信頼関係づくりを大切にする。
8. 患者に過大な期待をせず、長い目で回復を見守る。
9. 患者に明るく安心できる場を提供する。
10. 患者の自立を促す関わりを心がける。

VII 「家族への対応」

吉田 精次（藍里病院）

1、家族への対応の目的

「家族支援は本人支援、本人支援は家族支援」と言われるように、アルコール依存症を含む飲酒問題を抱える本人の家族への対応は極めて重要である。その目的は、家族への支援が適切に行われることによって、①本人が治療につながり回復する、②本人の問題行動が軽減する、③家族自身が健康を取り戻す、の3点を達成することである。家族は本人の回復のための最も重要な資源であり、家族自身も健康になる必要があるという認識が大切である。

2、家族への対応に求められる業務

具体的な業務としては①初回面接、②継続的なサポート、③アルコール依存症の理解を深め、効果的な対応法を学び、身につける機会の提供があげられる。

初回面接では家族の苦勞を受け止め、問題解決の希望があることを明確に伝える事がまず重要である。家族が相談に訪れたことで問題解決へ向けて動き出していることを説明し、本人が受診しなければどうしようもないという誤った悲観論を語ってはならない。どの治療も同様であるが、初回面接がその後の経過を決定づける。家族相談を決してなおざりにせず、担当医が丁寧に行うことが望ましい。問題の全貌を聴取すると同時に、苦しい思いを持ち続けてきた家族の心情を吐露できる場所になるべきである。家族がこれまでやってきた対応の間違いを指摘するだけでは、いたずらに罪悪感と自責を増幅するだけで、本人や家族の回復にはつながらない。初回面接の後、3つの目的を達成するために家族相談を継続していくが、そのためには家族の問題解決への動機が強化されることが不可欠である。支援の焦点はアルコール依存症の理解と効果的な対応の課題に移っていくが、事態がすぐには好転しなくても、家族をサポートし続けていくことが重要である。家族向けの勉強会や家族会を定期的で開催していくことも大切である。

3、家族への対応に必要な技術

本人との対応を効果的に行うための考え方とスキルを家族に提供するためのツールとしてCRAFT（コミュニティ強化と家族トレーニング）を推奨する。従来の家族支援では「相手を変えよう」としないこと、「イネイブリングを止めること」などが家族に提案されてきたが、「～しない」という提案ばかりで、家族がどうすればよいのかについての具体的なアイデアに乏しかった。CRAFTではこれまで家族がやってきたがうまくいかなかった方法に代わる効果的な方法を提案する。家族はこの問題についての正しい考え方と効果的な対応法を学んでいくが、CRAFTで重要視しているのは練習と実践を繰り返しながら家族がスキルを習得していくところまで援助することである。従来の技法よりも治療導入率が高く（従来型が10%～30%に対し、CRAFTは60%以上）、家族のメンタル面の改善効果が非常に高いことが報告されている。CRAFTは①家族の動機づけ、②問題行動の機能分析、③暴力への対応、④効果的なコミュニケーション、⑤望ましい行動の強化、⑥望ましくない行動を強化しない、⑦家族自身が楽になる、⑧患者に治療を提案するの8つのメニューで構成されている。④～⑧の具体的なスキルの習得を通して、相手との関係性を修正していくことで相手の行動に変化を生む。今日から始められることを発見し、練習し、実践する、やってみて問題があれば修正する、これを繰り返すことで家族は着実に力をつけていく。家族支援のみならず本人への治療・援助にも効果的な考え方とスキルが多く含まれており、治療者のスキルアップにも非常に役立つ。

4、家族への対応の留意点

家族は様々であり、一律の対応ではうまくいかない。多様性に対応していかなければならないが、基

本的な心構えは「丁寧に、親身に対応すること」に尽きる。家族は本人の回復には不可欠で重要な存在であるという位置づけがぶれないように注意し、今日の前にいる家族に合った考えやスキルを提供することに留意する。

参考文献

- 1) ロバート・メイヤーズ, ブレンダ・ウォルフ (著) 松本俊彦他 (監訳) : CRAFT 依存症患者家族のための対応ハンドブック. 金剛出版, 東京, 2013
- 2) ジェーン・エレン・スミス, ロバート・メイヤーズ (著) 境泉洋他 (監訳) : CRAFT 依存症患者への治療動機づけ—家族と治療者のためのプログラムとマニュアル, 金剛出版, 東京, 2012

<問題別初期対応編>

酔ってケガをした患者が来院した場合

柴山 美紀根（四日市市立四日市病院救急センター）

1. 症例：72歳男性 独居・身寄りなし

胆石性（非アルコール性）膵炎にて2週間の入院治療を受けるも、退院後は定期外来受診を自己中断していた。退院2か月後から、不定愁訴や軽症外傷などを主訴に救急外来を頻回に受診するようになった。半数以上は救急車を利用しており、飲酒していることも少なくなかった。外傷は縫合が不要な程度の挫創がほとんどで、数日おきに受診する場合もあった。対応した救急医は、軽微な外傷を繰り返す背景にアルコール使用障害を疑い、院内のケースワーカーへ介入を依頼した。アルコール問題の治療に繋げることを目的に、相談員への引き継ぎを繰り返したものの、いずれも本人が拒否したために専門医療機関の受診には到らなかった。初めての救急外来受診から8か月後、階段から転落し路上で意識障害を来して倒れているところを発見された。急性硬膜下血腫と診断され、治療を受けるも死亡した。

2. 症例に関する一般的事項

- ・「酔ってケガ」はアルコール使用障害の一症状ではないかと疑ってみる。
- ・アルコール使用障害をもつ患者には医療機関との接点が限られているため、ケガでの外来受診を、背景にあるアルコール問題の治療へ繋げる契機ととらえる。
- ・繰り返す軽微なケガは重症外傷の前兆かもしれず、次の外傷が後遺症や死に繋がるような重傷となる可能性を考えておく。

3. 解説

飲酒後にケガをした患者の背景には、アルコール使用障害が隠れている可能性がある。救急外来でのSBIRT（エスバート；Screening・Brief Intervention・Referral to Treatmentの頭文字）と呼ばれる介入が、アルコール使用障害の治療に有効であることは海外から多数報告されている。さらにアルコールに関連する後遺障害や死亡の約2割が外傷（自傷を除く）に起因するとされ、介入により外傷頻度の低減が確認されている。とはいえアルコール問題に対応する専門職員に乏しい本邦の多忙な救急外来や一般外来で、SBIRTを完遂することは現実的に困難である。また本邦のアルコール使用障害をもつ患者のうち、実際に治療を受けている割合はわずか5%程度との報告もあり、その原因の一つとして患者が医療機関を受診すらしないことも考えられる。このため外傷の治療が主目的だとしても、本人が医療機関を受診したことは貴重な介入の機会となる可能性がある。飲酒後に外傷を負った患者を診療する場合には、受診の動機となった外傷への対応だけでなく、その背景に潜むアルコール使用障害を想定して、患者本人や付き添い者に、飲酒に関して何か困っていないかと尋ねてみる。もしアルコールに関する問題が疑われた場合には、アルコール専門医療機関への受診を勧めたり、保健所や精神保健センターへの相談を案内したりするだけでも、問題の解決に繋がる端緒となり得る。医療者が意識して簡単な介入をするだけで、アルコール使用障害をもつ患者本人はもちろん、家族など周囲の人々の苦悩に転機をもたらすことができる。

【タイトルなしで、1190文字】

（参考文献）

http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injury_summary.pdf 2007: 1-13
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ 2014; 46-57
Landy MS et al. J Subst Abuse Treat. 2016; 61: 1-12.

初期対応編

飲酒による代謝障害の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

1、 症例：38歳男性、会社員

27歳時より飲酒量増加し、ビール3-4本/日の飲酒を続けていた。会社の検診で高尿酸血症を指摘され、ビールを焼酎に変え、焼酎3-4合/日の習慣飲酒を続けていた。今回、左第1趾基節関節から足背にかけての腫脹を主訴に受診。急性痛風性関節炎と診断された。断酒、栄養指導も行うため入院となった。

内科入院時身体所見、検査所見；身長169cm、体重75kg、血圧130/70mmHg、WBC 5,600/ μ L、Hb 17.7g/dL、UA 9.5mg/dL、Cr 0.8mg/dL、AST 82IU/L、ALT 129IU/L、 γ -GTP 284IU/L、TC 296mg/dL、TG 413mg/dL、FBS 120mg/dL、HbA1c 6.4%。

経過：入院後コルヒチンおよび消炎鎮痛剤を投与し、炎症の改善後にアロプリノールを服用している。高脂血症と高血糖は禁酒と食事療法のみでTC 266mg/dL、TG 133mg/dL、FBS 98mg/dL、HbA1c 6.1%まで改善し、内服加療は行っていない。

2、 症例に関する一般事項

・大量飲酒者にはしばしば糖尿病が合併し、飲酒は糖尿病の増悪因子になり得るが、禁酒により速やかに血糖値が改善する例も多く、緊急にインスリン投与が必要な場合を除き、禁酒指導と食事療法で経過を見る。

・意識障害が疑われる場合は、血糖値や動脈血液ガスなどの検査により、低血糖や代謝性アシドーシス（ケトアシドーシス）などを鑑別する。

・飲酒による高TG血症や高血糖は、禁酒により速やかに改善され、一般的には抗高脂血症剤や経口糖尿病薬の投与を必要としないことが多い。

・飲酒に伴う高尿酸血症は、アルコール飲料中に含まれるプリン体が高尿酸血症をもたらすだけでなく、NADH/NAD比の上昇による高乳酸血症により尿酸の腎排泄が乳酸と拮抗し低下することや、酢酸代謝によるプリン代謝の亢進による尿酸の産生増加なども関与している。プリン体を含まない蒸留酒の飲酒でも尿酸値は上昇する。

3、 解説：飲酒による代謝障害のエビデンス

・糖尿病に罹患している人の飲酒率は、6割との報告がある。アルコールが飲めない人がいることを考えると、かなりの確率で飲酒しており、糖尿病患者における飲酒の問題は重要である。

・高尿酸血症患者の94%が飲酒者であり、1日10-14.9gの飲酒量でも痛風発作の危険度は1.32倍となる。容量依存性に尿酸値は上昇し、痛風発作の危険度も増す。

・高尿酸血症は、長期に及べば及ぶ程、痛風発作を起こしやすい。UA 9.0mg/dL以上の患者を14年間追跡したところ、90%に痛風発作が生じたとの報告もある。

・糖代謝異常、高脂血症、高尿酸血症に対し、禁酒、節酒の指導後も問題飲酒を継続する場合は、積極的に専門医療機関への受診を勧める。

文献

高橋 昭光. 診断と治療 2010; 98: 1971-1979.

奥山 啓二、他. アルコール医療ケース・スタディ 新興医学出版社 2008: 64-72
堀江 義則、石井 裕正. The Lipid 2006; 17: 44-49.

初期対応編

アルコール性脂肪肝・肝炎の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

2、 症例：

症例 A：38 歳男性、会社員

20 歳より飲酒を開始したが、習慣飲酒を続けるうち飲酒量増加し、ほぼ毎日ワイン 1 本の習慣飲酒をしていた。接待が増えた 35 歳頃からは、ワインに加えウイスキーを 2-3 杯飲むようになった。会社の健康診断で γ -GTP と中性脂肪の上昇を指摘され、消化器内科受診した。

内科受診時検査所見； WBC 5,200/ μ L, Hb15.5 g/dL, Plt 19.1 万/ μ L, TP 7.5g/dL, Alb 4.5 g/dL, AST 25IU/L, ALT 31 IU/L, γ -GTP 128 IU/L, TB 0.5mg/dL, DB 0.1mg/dL, Cr 0.72 mg/dL, FBS 88 mg/dL, HbA1c 5.8%, TC 236 mg/dL, TG 520 mg/dL. 腹部超音波検査で脂肪肝を認めた。

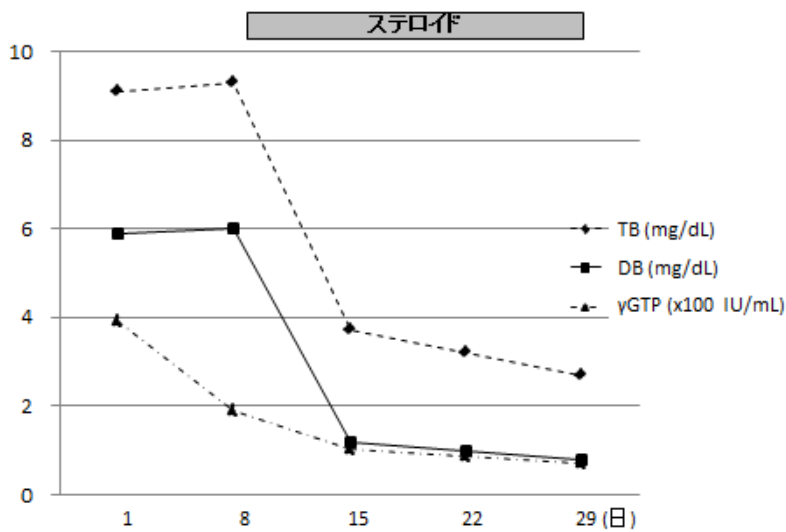
経過：栄養指導と節酒指導を行った。2 週間の禁酒で、 γ -GTP 78 IU/L, TG 160 mg/dL と改善し、その後は自宅ではワイン 2 杯までとし、外食時も油ものを控え、退院 3 か月後にも肝機能、中性脂肪の増悪は認めていない。

症例 B：50 歳女性、主婦

28 歳で出産。授乳が終わった 30 歳ころから習慣飲酒が始まり、徐々に飲酒量増加し、ほぼ毎日ビールのロング缶(500mL)を 2-3 缶飲むようになった。40 代後半からは、ビールに加え缶酎ハイ(500mL)を 2-3 缶飲むようになった。市の検診においての採血では肝機能障害を指摘されていたが、自覚症状もなく、医療機関は受診しなかった。今回、夫に黄疸を指摘され近医内科受診し、黄疸が著明なため総合病院を紹介された。CT で著明な肝腫大と肝の脂肪化を認め、JAS 9 点の中等症アルコール性肝炎のため入院となった。

内科入院時検査所見； WBC 15,200/ μ L, Hb11.5 g/dL, Plt 15.1 万/ μ L, TP 7.1g/dL, Alb 4.1 g/dL, AST 85IU/L, ALT 60 IU/L, γ -GTP 391 IU/L, TB 9.1mg/dL, DB 8.6mg/dL, Cr 0.92 mg/dL, FBS 88 mg/dL, HbA1c 5.8%, TC 186 mg/dL, TG 420 mg/dL, PT 52% (INR 1.75).

経過：TB が入院後 7 日たっても軽快傾向がないため、プレドニゾン 40mg/日の投与を開始した。徐々に黄疸も軽快し、ステロイドも漸減した (図)。黄疸は消失し、PT も 70%まで改善した。ステロイドが中止できたところで、アルコール依存症の専門医療機関へ転院となった。



3、 症例に関する一般事項

- ・アルコール性脂肪肝は、2-4 週間の禁酒で消失し、特別な治療は不要である。
- ・脂肪肝の状態にある人が連続大量飲酒を繰り返すと、その 10-20%にアルコール性肝炎が発症する。
- ・AST 優位の血清トランスアミナーゼの上昇、黄疸、著明な肝腫大、腹痛、発熱、末梢血白血球数の増加、ALP やγ-GTP の上昇などを認めることが多い。
- ・中等症や重症と判定された場合は、黄疸が遷延する場合はステロイド投与、腎不全には血液透析などを検討する。

4、 解説：飲酒と脂肪肝・肝炎の関係についてのエビデンス

- ・アルコール性肝炎重症度スコア (JAS) で 10 点以上の症例は、重症 (アルコール性肝炎) であり、入院の上積極的な治療介入が必要である。8-9 点の症例でも 10 点以上に移行する可能性があり、入院の上で注意深い経過観察が必要である。重症アルコール性肝炎の死亡率は、以前は 70%以上であったが、治療法が進歩した現在でも 40-50%と予後不良である。
- ・アルコール性肝炎が重症化すると肝不全で死亡するか、救命できても肝炎を繰り返すと短期で肝硬変に移行する。積極的に専門医療機関への受診を勧める。

文献

- Horie Y, et al. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi 2016; 51: 71-90.
堀江 義則、他. 肝臓 2016; 57: 171-177.
堀江 義則、他. 日本消化器病学会雑誌 2015; 112: 1630-1640.

初期対応編

多量飲酒による循環器疾患・脳血管障害の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

5、 症例

症例 A：43 歳男性、会社員

20 歳時より飲酒量多く、ビール 2-3 本に加え焼酎 2-3 合の習慣飲酒をしていた。今回、労作時呼吸困難、発作性夜間呼吸困難を主訴に受診。胸部 X 線検査で肺野のうっ血、心拡大を認め、心不全の診断で入院となった。

内科入院時身体所見、検査所見；血圧 208/131 mmHg, 心拍数 110/min, 肺野に湿性ラ音を聴取、心音 S(3+) S4(+), WBC 11, 500/ μ L, Hb 16.4 g/dL, PLT 19.1 万/ μ L, TB 1.28 mg/dL, Cr 1.57 mg/dL, AST 54 IU/L, ALT 88 IU/L, γ -GTP 220 IU/L, BNP 1170 pg/dL.

経過：心臓超音波検査にて左室拡大を認め、拡張型心筋症と診断された。Ca 拮抗薬と利尿剤にて心胸比も正常化し、血圧も正常化、心エコーでも左室機能改善したため退院となった。しかし、退院後接待などで再飲酒し、再度心胸比が増大。断酒できないためアルコール依存症専門病院へ入院となった。

症例 B：56 歳男性、無職

30 歳時より飲酒量増加し、日本酒 4 合の習慣飲酒をしていた。51 歳から連続飲酒発作となり、このため会社も退社し、生活保護を受けるようになった。泥酔状態でアパートの廊下で倒れていたため救急搬送された。画像診断にて右被殻から内包前脚の出血巣を認め、脳出血の診断にて入院となった。

入院時診察所見；血圧 176/111 mmHg、座位の保持は可能で、左上肢のバレー兆候を認めた。

経過：保存的治療で症状軽快し、血圧も正常化した。アルコール依存症治療のため専門病院に転院となった。

6、 症例に関する一般事項

- ・アルコール性心筋症では高血圧を伴うことが多い
- ・禁酒により高血圧はすみやかに改善することが多く、左室機能もそれに伴って改善することが多い。心不全を発症している例では、回復まで時間を要する。
- ・アルコール性心筋症は長期の多量飲酒（90g/日で5年以上）で心筋細胞数の減少から収縮力の低下が始まり、心拍出量を補うために左室拡大が起こる。さらに飲酒を継続すると壁が菲薄化し心不全に至り、労作時呼吸困難や発作性夜間呼吸困難を認める。
- ・アルコール性心筋症の好発年齢は 40-60 歳で、男性が多い。栄養状態がよく、社会的地位もある人に多いのが特徴である。
- ・多量飲酒者に神経所見を認めれば、頭部 CT が推奨される。

3、解説：飲酒と循環器疾患・脳血管障害の関係についてのエビデンス

- ・アルコール依存症の 3 分の 1 に心機能障害あるとの報告もある。
- ・左室拡大、壁の菲薄が進行して心不全に至るとその予後は 3 年以内との報告もある。治療介入は早ければ早いほうが良い。

- ・循環器疾患や脳血管障害の既往に対し、禁酒、節酒の指導後も問題飲酒を継続する場合や、すでに心筋症を発症している例は、積極的に専門医療機関への受診を勧める。
- ・過度の飲酒は、脳出血や脳梗塞を含めたすべての脳血管障害の危険因子となる。

津金 昌一郎 アルコールと健康 アルコール健康医学協会 2005: 80-81.

白木 裕人. アルコール医療ケース・スタディ 新興医学出版社 2008: 73-82.

杠 岳文. アルコール医療ケース・スタディ 新興医学出版社 2008: 83-87.

初期対応編

多量飲酒による消化管疾患の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

7、 症例：65歳男性、定年退職後（年金生活）

20歳より飲酒を開始。飲むと顔が赤くなるため当初は缶ビール1本の飲酒であったが、習慣飲酒を続けるうちに30歳ころから飲酒量増加し、営業に配属になるとほぼ毎日日本酒3合の習慣飲酒をしていた。40代後半からは、日本酒に加えウイスキーをロックで飲むようになった。喫煙歴は、20歳から30本/日。60歳で定年してからは朝から飲酒するようになり、肝機能障害は軽度であるが、家族の勧めもあり専門病院に入院となった。

内科入院時検査所見；AST 50IU/L, ALT 35 IU/L, γ -GTP 195 IU/L.

経過：入院後、上部消化管内視鏡を施行したところ、ヨード染色にて食道に多発するヨード不染帯を認め、生検で食道扁平上皮癌と診断された。内視鏡的粘膜切除術を行い、依存症のプログラムを終了して退院となった。断酒は継続するものの喫煙は20本/日で継続していた。半年後の再検査で別の部位にヨード不染帯を認め、再度内視鏡的粘膜切除術を行った。

8、 症例に関する一般事項

- ・食道癌においては、ウイスキーなどの高濃度アルコール飲料を薄めずにストレートやロックでのむことでリスクが上昇する。高濃度アルコール飲料は薄めて飲むよう指導する。
- ・アルデヒド脱水素酵素2型の欠損者で顔面紅潮をきたすような人もリスクが上昇する。
- ・習慣飲酒者は消化管悪性腫瘍の罹患率が高く、無症状であっても内視鏡による消化管悪性腫瘍のスクリーニングは重要である。

9、 解説：飲酒と消化管疾患の関係についてのエビデンス

- ・口腔咽頭喉頭癌、食道癌においては、高濃度アルコール飲料でリスクが上昇し、アルデヒド脱水素酵素2型の欠損者（ヘテロ）で顔面紅潮をきたすような人でのリスク上昇が報告されている。
- ・喫煙は習慣飲酒によるリスクを相乗的に高める（表）。

表：飲酒による食道癌のリスクと喫煙の関係

	喫煙なし	30本/日以上
飲酒習慣なし	1倍	3.9倍
日本酒換算で1.5合/日以上 の飲酒	8.2倍	29.9倍

- ・アルコール依存症者では、内視鏡検査での食道癌の発見率は4.2%と健常者の一般検診での約100倍であり、大腸癌も1.4%と10倍であるとの報告もある。
- ・飲酒量の増加に伴って食道癌の発症率は高まるが、ヨード染色やNBIでの観察を行うことでその発見率が上がる。禁煙、断酒のできない場合は、健常者よりも短い間隔での内視鏡検査を勧める。
- ・食道癌、大腸癌などの治療後も問題飲酒を継続する例は、依存症の可能性が高い。使用障害の重症度に問題があれば、積極的に専門医療機関への受診を勧める。

参考文献

永田 博 診断と治療 2010; 98: 1959-1962.

Takezaki T, et al. 2000; 11: 597-608.

横山 顕. アルコール医療ケース・スタディ 新興医学出版社 2008: 93-97.

初期対応編

アルコール性肝線維症、肝硬変の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

10、 症例：症例：70歳男性、定年退職後（年金生活）

30歳頃から飲酒量増加し、ほぼ毎日ワイン1本の習慣飲酒をしていた。40代後半からは、ワインに加えウイスキーを2-3杯飲むようになった。65歳で定年してからは昼から飲酒するようになった。会社の健康診断や定年後の市の検診においての採血では肝機能障害と耐糖能異常を指摘されていたが軽度で、自覚症状もなく、医療機関は受診しなかった。70歳になり健康診断を受け、65歳の定年後に5年ぶりの腹部超音波内視鏡を施行したところ、肝表面の不整や肝内構造が粗造で、1.5cm程度の結節性病変を指摘され、消化器内科受診した。

内科受診時検査所見； WBC 3,500/ μ L, Hb11.5 g/dL, P1t 12.1万/ μ L, TP 7.0 g/dL, Alb 4.1 g/dL, AST 45IU/L, ALT 31 IU/L, γ -GTP 348 IU/L, TB 1.5mg/dL, DB 0.9mg/dL, Cr 0.85 mg/dL, FBS 128 mg/dL, HbA1c 7.3%, PT 85% (INR 1.08), AFP 5.7 ng/mL, PIVKA-II 102 mAU/mL.

経過：造影CTならびにMRI検査を施行したが、明らかな肝細胞癌とは診断できないものの、結節性病変を認め、腫瘍生検を施行した。病理検査で肝細胞癌と診断され、肝硬変ではあるが肝機能は保たれており手術も検討したが、ラジオ波焼灼術での治療となった。上部消化管内視鏡検査では、食道静脈瘤を認めたが、Li, F1, Cw, Rc(-)で経過観察でよいと判断された。糖尿病も、禁酒後はFBSが正常値まで軽快し、肝硬変があるため食後血糖は高いものの、食事療法のみでHbA1cも6.5%まで軽快した。本人、家族とも相談し専門病院で加療を行った。その後は内科、精神科両方に通院し、自助グループへも参加している。

11、 症例に関する一般事項

- ・本邦のアルコール性肝硬変では、肝炎が重症化せずに長期に大量飲酒し緩徐に肝の線維化が進み、アルコール性肝線維症からアルコール性肝硬変に至る例が多い。
- ・糖尿病や栄養障害（低栄養や肥満）を合併する場合は、比較的少量（1日60-110g）の飲酒でも肝硬変に至ることがある。
- ・肝線維症や大小性肝硬変では、中等症・重症のアルコール性肝炎と異なり、症状が無いが軽微なため、検診や健康診断の血液検査などで肝機能障害を指摘されてもアルコール性肝障害の治療のために医療機関を受診しないことが多い。健康診断などで肝細胞癌を指摘され受診する例も増えている。
- ・腹水コントロールや食道静脈瘤治療の技術が進歩し、肝硬変による肝不全や食道静脈瘤の破裂などではなく、肝細胞癌の進展で死亡する例が増えると推察される。

12、 解説：飲酒とアルコール性肝線維症、肝硬変の関係についてのエビデンス

- ・本邦のアルコール性肝硬変は、肝硬変の成因の24.6%（男性34.3%、女性8.7%）を占める。肝炎ウイルスマーカー陽性例などをあわせたアルコール関連肝硬変は30.6%に達し、近年増加傾向を示している。
- ・本邦のアルコール性肝細胞癌においては、66歳以上の例が69%を占める。
- ・アルコール性肝硬変からの肝細胞癌の発癌は、年間約2.5%との報告があるが、年齢（55歳以上）と血小板数の低下（ $12.5 \times 10^4/\text{mm}^3$ 以下）がさらに発癌率を増加させる危険因子となる。

- ・肝硬変に至っている例は、ほとんどの症例で依存症である。節酒ではなく断酒が必要であり、身体障害の加療もしくは治療終了後に、精神科医や専門医療機関への紹介が推奨される。
- ・AFP は肝細胞癌があっても低値なことが多く、逆に PIVKA-II は肝細胞癌の有無にかかわらず高値なことが多い。
- ・飲酒量の低減が根本的な課題ではあるが、画像診断等により早期に肝細胞癌を診断し、治療に結び付けることも今後の課題である。

文献

堀江義則、他. 肝臓 2016; 57: 538-547.

Horie Y, et al. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi 2016; 51: 71-90.

高橋久雄、他. アルコール医療ケース・スタディ 新興医学出版社 2008: 51-56

初期対応編

アルコール性ケトアシドーシスと低血糖の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

1 3、 症例：56 歳男性、無職

27 歳時より飲酒量増加し、ビール 2 本/日に加え焼酎 3-4 合/日の習慣飲酒をしていた。54 歳の時会社をリストラされ朝から飲むようになった。55 歳時に酩酊して転倒し、外傷で入院のあと、アルコール依存症と診断され、専門病院入院した。一時断酒していたが、就職活動のトラブルからストレスがたまって再飲酒。焼酎 5-6 合/日の飲酒をしていた。数日食事もとらず飲酒を続けていた。嘔吐をきたし、廊下で倒れているのを家人に発見され、救急車で搬送された。

内科入院時身体所見、検査所見；呼吸数 30/分、脈拍 118/分、血圧 130/70 mmHg、動脈血液ガス pH 7.21, PaCO₂ 38.3 torr, PaO₂ 100.1 torr, HCO₃⁻ 16 mEq/L, BE -10.8 mEq/L, WBC 20,800/ μ L, Hb 14.9 g/dL, UA 13.3 mg/dL, BUN 37.1 mg/dL, Cr 1.48 mg/dL, AST 147 IU/L, ALT 41 IU/L, LDH 518 IU/L, γ -GTP 91 IU/L, Na 145 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Cl 106 mEq/L, Mg 1.37 mEq/L, P 5.8 mEq/L, TC 210 mg/dL, TG 238 mg/dL, BS 19 mg/dL, HbA1c 5.1%, 尿中ケトン対分画：総ケトン体 2192 μ mol/L, アセト酢酸 234 μ mol/L, β ヒドロキシ酪酸 1958 μ mol/L.

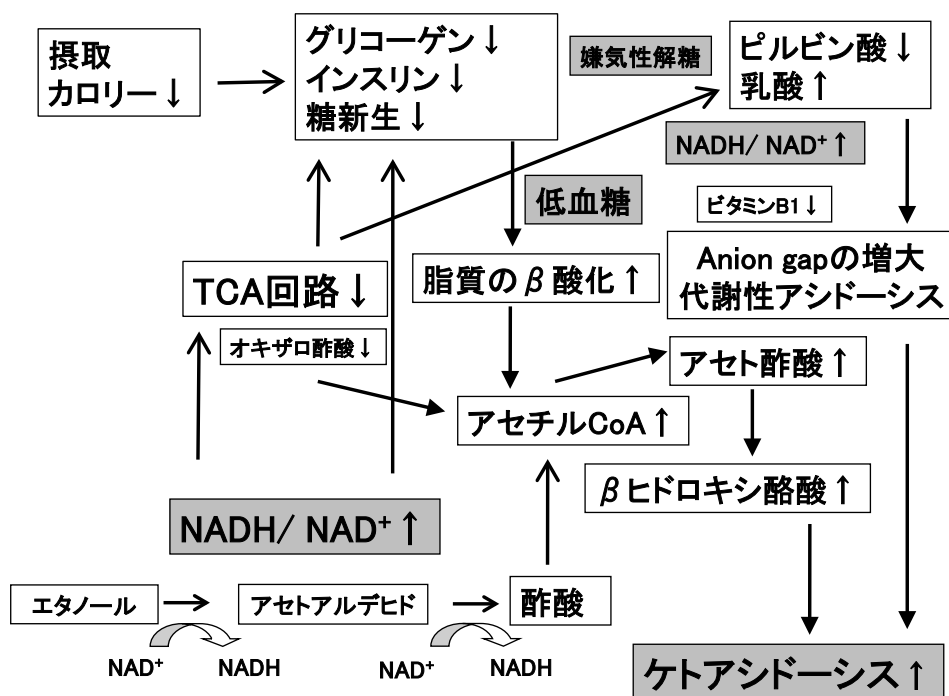
経過：入院後糖質を 50% ブドウ糖 20mL の急速静注を行い、5%ブドウ糖を含む維持輸液にマグネシウムを追加して点滴を行い、意識レベルは改善した。食事摂取が可能になるまで、維持輸液を行った。アルコール依存症の加療のため転院となった。

2、 症例に関する一般事項

- ・意識障害が疑われる場合は、血糖値や動脈血液ガスなどの検査により、低血糖や代謝性アシドーシス（ケトアシドーシス）などを鑑別する。
- ・ケトアシドーシスでは血糖値と電解質の補正を中心に行う。マグネシウム、カリウム、リン酸の低地を認めることが多く、適宜補正する。アシドーシスの補正は、不要なことが多い。
- ・アルコール性ケトアシドーシスでは、腹痛、悪心、嘔吐などの症状を呈する。
- ・アルコール代謝による NADH/NAD 比の上昇による TCA 回路、糖新生の抑制に経口摂取不良が加わり、低血糖をきたすことが多く、約 8%に認めるとの報告もあり、低血糖をきたすと意識障害を認める。
- ・糖尿病性ケトアシドーシスと異なり、高血糖をきたした場合もその上昇は軽度である。
- ・低血糖を認める場合、糖質を高濃度ブドウ糖の急速静注で補正した上で、5%ブドウ糖を持続的に投与し、血糖値を 70 mg/dL 以上に保つようにする。ブドウ糖の投与によりインスリンが産生され、TCA 回路が活性化され、オキザロ酢酸が供給されてアセチル CoA が消費され、ケトアシドーシスが改善する。
- ・食事摂取が不良になるとグリコーゲン貯蔵量は低下し、インスリン分泌の低下や抗ストレスホルモン分泌亢進などを介して脂質の β 酸化が促進し、アセチル CoA が上昇する。しかし、アセチル CoA が TCA 回路で消費できずにアセト酢酸へと代謝される。アセト酢酸はさらに β ヒドロキシ酪酸に代謝され、ケトアシドーシスを生じる。
- ・嫌気性解糖からピルビン酸が乳酸となり、anion gap が増大し、代謝性アシドーシスをきたす。

3、 解説：アルコール性ケトアシドーシスのエビデンス

・試験紙による尿中ケトン体測定はアセト酢酸を測定しているため、 β ヒドロキシ酪酸が優位のアルコール性ケトアシドーシスでは偽陰性が多く、陽性率は 45%程度であり、尿中ケトン体の分析が望ましい。



図：アルコール性ケトアシドーシスと低血糖の病態生理

文献

奥山 啓二、他. アルコール医療ケース・スタディ 新興医学出版社 2008: 64-72
 松崎 公信、他. 産業医科大学雑誌 2015; 37: 43-47.

初期対応編

アルコール性膵炎の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

14、 症例

症例 A：42 歳男性、会社員

35 歳頃より飲酒量増加し、ビール 1-2 本に加え焼酎 4 合の習慣飲酒をしていた。今回、背部痛を主訴に受診。から揚げなど油ものを摂取後に背部痛が出現することが多かった。造影 CT にて、膵腫大と膵周囲に限局する fluid collection を認め、急性膵炎の診断で入院となった。

内科入院時身体所見、検査所見； 血圧 100/70 mmHg, 心拍数 102/分, WBC 22,500/ μ L, Cr 0.85 mg/dL, AST 60IU/L, ALT 45 IU/L, γ -GTP 155 IU/L, AMY 290 IU/L, リパーゼ 210 IU/L.

経過：入院後禁食とし、ショックを予防するために 3L/日の補液を行った。抗生剤と制酸剤の投与も行った。炎症反応の改善を待って脂肪制限食より開始し、再発がないことを確認し退院となった。

症例 B：46 歳男性、無職

42 歳時、背部痛を主訴に近医受診し膵炎と診断され治療された。飲酒歴は、初飲は 17 歳、20 歳から習慣飲酒、26 歳から 80-110g/日で膵炎診断後も 40-60 g/日の飲酒継続していた。45 歳時、中華料理を摂取後に再び背部痛出現した。疼痛を和らげるため飲酒を繰り返した。慢性の下痢と体重減少を認めた。仕事も休みがちとなり退職となり、それを契機に入院となった。画像診断にて主膵管の拡張と不整を認め、慢性膵炎と診断され、入院となった。

内科入院時検査所見； WBC 5,500/ μ L, AST 25IU/L, ALT 36 IU/L, γ -GTP 50 IU/L, AMY 49 IU/L, リパーゼ 10 IU/L.

経過：栄養指導などを行い、消化酵素の投与で体重減少や下痢もなくなり、疼痛コントロールもついたことから、アルコール依存症治療のため専門病院に転院となった。

2、 症例に関する一般事項

- ・急性膵炎と診断された場合、重症度判定のため腎不全などなければ造影 CT の施行が勧められる。
- ・軽症でも 3L/日程度の補液が必要なことが多く、入院管理が望まれる。重症例では集中治療室での管理が望まれる。禁食の上、制酸剤や抗生剤を投与する。
- ・慢性膵炎では肝機能は正常なことが多く、膵酵素活性も急性増悪期を除き正常なことが多い。
- ・このため画像検査での診断が重要である。主膵管の拡張や不整、膵全体に不均一に分布する分枝膵管の不規則な拡張、膵管内の膵石、膵全体に分布する石灰化などが特徴的な所見である。

・

3、 解説：飲酒と膵炎の関係についてのエビデンス

- ・アルコール過飲が、急性膵炎の成因の約 34%、慢性膵炎の成因の約 70%を占める。
- ・アルコール性慢性膵炎とアルコール性肝硬変の危険因子は異なり、アルコール性膵炎の予防やスクリーニングには、肝障害とは別の指標が必要である。
- ・急性、慢性膵炎とも飲酒量の増加に伴って発症率は高まるが、1日 60 g を超えたあたりから急に高くなる。
- ・一度急性膵炎を起こすと、適量の飲酒であっても膵炎の再発率は高く、断酒できない場合は専門医療機関への受診を勧める。

・アルコール性慢性膵炎の症例は、依存症の可能性が高い。断酒できない例は、積極的に専門医療機関への受診を勧める。

文献

Nakamura Y, Kobayashi Y, et al. J Gastroenterol. 2004; 39: 879-887.

丸山勝也、他. アルコール医療ケース・スタディ 新興医学出版社 2008: 57-63

正宗淳、下瀬川徹: 医学と薬学 2016; 73(8): 977-983.

「酩酊 / 酒気帯びで繰り返し来院する(救急外来を受診する)場合」

瀧村 剛 (独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

1. 症例 A : 60 才男性 無職

数年前に母が死去して以降、独居となった。酒量が増えているようで、酔って近隣とトラブルになることもある。生活保護を受給中で、身寄りはないようである。

この数か月は、転倒した、胸が苦しいといった訴えで救急外来を月に複数回受診し、いずれの受診も酩酊下であった。

時に粗暴となるため救急スタッフは対応に苦慮しており、陰性感情を強く持っている者もいる。
<経過>

医師からの「アルコール依存症の専門病院を受診するように」という指導は、あっさり拒否され事態は進展しなかった。いつもの救急受診が終わりかけたある日、比較的受け入れが良かったナースから「あなたの身体を心配しています、一度ゆっくり話を聴かせてください」と依頼、酔いも醒めかけた夜明けの救急外来で AUDIT (→p. **) を施行したところ 24 点であった。お酒と身体について資料を使いながら説明、SBIRT (→p. **) を実施した。予め院内ソーシャルワーカーが探していた近隣の依存症専門病院を紹介したところ、受診することを約束した。しかし、「病院の電話対応が気に入らない」などと訴え一向に受診する様子がなかったため、本人の了解を得て生活保護の担当ケースワーカーに情報を提供し、介入を依頼した。最終的にはケースワーカーが地元自助グループと連携し専門医療機関の受診に結びつけたようで、救急受診はほとんどなくなった。

2. 症例に関する一般的事項

- ・アルコール依存症は救急外来の受診が多い¹⁾。
- ・アルコール依存症は医療ニーズが高い；身体的疾患を合併していることが多く、また、外傷の際は受傷時に防御が取れないため、深刻な受傷となりやすい。
- ・一方で不要不急の受診も多く、医療スタッフに陰性感情を持たれやすい。
- ・スタッフに対する暴力にも注意が必要。
- ・アルコール依存症の治療に結びつけるためには、職種や施設をまたいだ連携が必須であり、事前にそのような連携システムが構築されていると理想的。
- ・それでも一進一退の経過が予想されるが、粘り強い対応はきっと実を結び、連携は回を重ねるごとに洗練される。地道な取り組みで患者は依存症治療に辿りつき、救急スタッフの負担は軽減される。

3. 解説

・猪野さらの報告によれば、アルコール依存症群は、一般診療科群に比べ、救急車の利用が 4.68 倍である¹⁾。

・救急外来やプライマリケアの診療の場は、未治療アルコール依存症者を専門治療に結びつける貴重なきっかけとなり得る。

・このような連携を構築することが、アルコール健康障害対策基本法 (→p. **) でも求められており、今後の各地域での進展が期待されているところであるが、例えば三重県のように先進的に取り組み既に連携のマニュアルが作成されている地域もある。

<http://www.pref.mie.lg.jp/SHOHO/HP/2015050354.htm>

・介入ツールとしては、下記も参考になる。

http://www.kurihama-med.jp/kaijo_tool/index.html

<参考文献>

1) 猪野亜朗 他. Jpn. J. Alcohol & drug Dependence. 2013; 48: 314-323

「家族が本人を連れて来た場合」

澤山 透（北里大学医学部精神科学）

1. 症例 A 48 歳男性

7 年前に父の工務店を引き継いだ頃から酒量が増え、毎晩焼酎 600～700ml ほど飲むようになった。ここ 1 年は、朝、酒を飲んでから出勤することもしばしば認めた。1 週間前から、嘔気、食欲低下、倦怠感を訴え、仕事を休むようになったため、妻に連れられ、B 内科クリニックを受診した。＜経過＞診察時、「休む前は、朝から酒を飲んで出勤していました」と妻が話すと、本人は、「朝からは飲んでません」と不機嫌そうに答えた。それについて、どちらが正しいとは議論せずに、まずは本人の体調について、問診を続けた。体調に関する問診後、本人の飲酒状況を途中で批判することなく聴取した。そして、「奥さんからもお聴きしても良いですか？」と断った後、妻からも本人の飲酒状況について聴取した。飲酒状況について聴取した後、「今後、お酒の飲み方をどのようにしていこうと思いますか？」と本人の意向を確認したところ、「飲み過ぎだとは思っているので、少し酒の量を減らします」と答えたため、「医師として意見を述べても良いですか？」と本人に断ったうえで、相手を責めるのではなく、このままの状態を放っておくことの医師としての懸念を伝えた（嘔気、食欲低下、倦怠感などの体調不良はアルコールが原因と思われることや、自分は専門家ではないので、アルコールについては専門医療機関で相談した方が良いと思うこと、など）。そして、妻にも、どんなことが心配か、今後どんな風になってほしいか、と尋ねたところ、「具合が悪そうで心配です。先生の言う通り、専門病院を受診して、元気になってほしい」と答えた。「私も奥さんと同じように、A さんに元気になってほしいと思っています。今後お酒のことをどうするかは、専門家に相談してみませんか？」と伝えたところ、専門病院への受診を承諾したため、当日、紹介状を作成し、本人に渡した。

2. 症例に関する一般的事項

- ・ まずは、患者の話を批判したり裁いたりせず、共感的に傾聴し、信頼関係を構築する。
- ・ 介入の際は、患者を責めるのではなく、「医師として、あなたのことが心配です」というメッセージを伝える。
- ・ 患者が、専門医療機関への受診や断酒に同意しない場合は、ひとまず「内科への通院は継続する」、「当面は酒量を減らす」といったことを目標とし、節酒できなかった場合は、専門医療機関へ受診することを患者と約束する。
- ・ 受診に同伴するような家族は、治療に協力的な場合が多いので、家族を交えて、今後のことを相談することも有用である。

3. 解説（根拠となるエビデンス）

- ・ 治療者が患者に対して、指示的で直面化（飲酒問題を直接的に突き付けることによって、患者の否認を打破する）を行う傾向が強いと、共感的な態度をとる場合と比べて、治療転帰は不良になる^{1), 2)}。
- ・ アルコールに特化したソーシャル・サポート（断酒を目指して患者をサポートするパートナーなど）は、患者の治療転帰に良好な影響を与える³⁾。

(1227 字)

<参考文献>

- 1) Miller WR et al. J Consult Clin Psychol. 1993; 61: 455-461.
- 2) Karno MP, Longabaugh R. J Consult Clin Psychol. 2005; 73: 262-267.
- 3)** Beattie MC, Longabaugh R. Addict Behav. 1999; 24: 593-606.

「抑うつとアルコール使用障害が合併している場合」

白坂 知彦（医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院 精神保健科）

1. 症例 A：48 歳女性

元来真面目な性格で、中学卒業後准看護師として勤務し、夜間学校に通いながら正看護師の資格を取得した。仕事は大変であったが対人関係に問題なく、40 歳に退職後は老人保健施設で働いていた。47 歳に異動を機に抑うつ気分、意欲低下、集中力の低下、次第に症状は増悪し、不安焦燥感、数ヶ月に 5kg の体重減少と早朝覚醒が出現し、出勤できずにロープで首を吊ろうとしているところを夫に発見され精神科を受診した。診察時、表情は硬く、酒臭い息をしていた。飲酒習慣について聴取したところ、以前から 1 日ビール 500ml 程度の晩酌としていたが、仕事や社会生活に支障を来したことはなかった。老人保健施設で夜勤が重なり、睡眠を取ろうと寝酒をするようになり、次第に飲酒量が増えていった。さらに、異動後からは抑うつ気分を紛らわすため、日中から飲酒し 1 日の大半を飲酒して過ごすようになった。酔いの効果を得ようと飲酒量が徐々に増加し、1 日 1000ml 程度の焼酎（25 度）を飲酒していた。この頃より度々、家族から飲酒を注意され、飲酒量を減らそうと試みたが、飲み始めると止まらず、結局、飲酒中心の生活を送っていた。AUDIT25/40 点。HAM-D21 点。

〈経過〉飲酒習慣の聴取から「飲酒の制御困難」「1 日の大半を飲酒に費やしている」「耐性の獲得」「飲酒の量を減らしたりやめたりする努力の失敗」「物質使用への強い欲求」「対人関係の問題を生じているが飲酒を止められない」などの特徴を認めることから、アルコール依存症（ICD10）、アルコール使用障害重症群（DSM5、6 項目該当）と診断し、さらにアルコールが抑うつ症状を悪化させている可能性を指摘した。断酒にて抑うつ症状が軽快することを説明しアカンプロサート 1998mg を処方した。以降、断酒を継続することと更に抗うつ薬を内服することによって、抑うつ症状が改善、希死念慮も消失した。断酒の必要性を共有したところで、自助グループへの参加を提案した。定期的な通院にて断酒を維持し、抑うつ症状の再燃なく過ごしている。

2. 症例に関する一般的事項

- アルコール使用障害はうつの発症リスクを上げる。
- アルコール使用障害とうつの併存により自殺のリスクが高まる。
- 断酒によってうつ症状は改善する可能性がある。
- 一定期間の断酒によってうつ症状が改善しない場合、抗うつ薬の投与を考慮する。

3. 解説

- アルコール依存症の既往がある者は、大うつ病性障害を発症する危険性が高いという報告があり、うつの評価は必須である。
- アルコール・薬物の乱用とうつ病における自殺リスクが有意に相関しており、十分な配慮が必要である。
- うつ病が飲酒に先行して併存する一次性うつと飲酒経過中にうつを合併する二次性うつが報告されており、いずれも断酒によりうつは改善する可能性がある。断酒が困難な場合は専門医療機関紹介を検討する。（1197 字）

〈参考文献〉

Hanson DS, Grant BF. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59 794-800.

Hawton K et al. J Affect Disord, 2013;147: 17-28.

橋本恵里, 齋藤利和. 精神神経学会誌. 2010;112: 780-786.

不安障害とアルコール使用障害が合併している時

真栄里 仁（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

1. 症例 A：35 歳男性 会社員

出勤途中で出現する動悸を主訴に来院。これまで身体的・精神的既往はない。不安・焦燥感はあるものの明らかな抑うつ、意欲・活動性の低下、食欲低下などは見られなかった。6 か月前、通勤途中の満員電車の中で、呼吸苦と動悸が急激に出現。それ以降、同様の発作が徐々に増加し、電車に乗ることを考えるだけでも強い不安感が出現するようになったため受診となった。血液検査は γ -GT80、AST/ALT69/33。発作出現前は月に 2~3 回の機会飲酒だったが、発作出現後より不安感を抑制するために、帰宅時の乗車前に発泡酒レギュラー缶 1 本を習慣的に飲酒するようになり、現在は乗車前にロング缶 2 本、帰宅後もロング缶 3 本飲酒。出勤前に飲酒し、半休を取って酔いを醒ましてから出勤することもある。飲酒への罪悪感も強く自分でもやめたいとは思っているものの発作への不安感が強く止めることができない状態であった。一方で会社では飲酒問題を指摘されることはない。

〈経過〉

呼吸苦や動悸はパニック障害として治療可能であると説明したうえで、「飲酒への強迫感」「制御困難」「量の増加（耐性獲得）」「有害な結果が起きているにもかかわらず飲酒」などからアルコール依存症も合併していることを説明した（ICD-10）。患者はパニック障害の診断は納得も、アルコール依存症の診断に対しては戸惑いを示したが、「依存症かどうかは別にして、パニック障害の症状増悪と薬物療法のために、治療中だけでも禁酒が必要」と説明することで患者も禁酒に合意した。薬剤は SSRI を主剤とし、最初の 1 か月間は抗不安薬も併用し、2 か月でパニック障害の症状が軽減した。治療当初は、本人は薬物療法終了後に飲酒再開の意向を示していたが、徐々に問題飲酒やパニック症状再燃のリスクを理解するようになり、薬物療法終了後も断酒継続。最終的に満 3 年で全ての治療終了となった。

2. 症例に対する一般的事項

- 不安に対する自己治療として二次的にアルコール乱用や依存症が出現することがある。
- 治療は断酒指導と SSRI を中心とする薬物療法を行う。
- ベンゾジアゼピン系薬剤については依存のリスクもあり、使用する期間や量は最小限度に抑える。

3. 解説：飲酒と不安障害の関連についてのエビデンス

- ・アルコール使用障害の 13.4%に不安障害が合併する。
- ・不安障害とアルコール依存症との合併により、大量飲酒頻度の増加、入院回数の増加、他の精神障害合併リスクが増大する。
- ・アルコール依存症治療後に強い不安を有する群と、有しない群の比較では、断酒率：22.5% vs 42.9%、連続飲酒：58.1 vs 37.1% と、強い不安がアルコール依存症の治療予後を悪化させることが報告されている。

4. 文献

Alegria, AA, Hasin, DS et al. J.Clin.Psychiatry. 2010; 71: 1187-1195.

真栄里仁, 松下幸生 他. 精神科治療学. 2013; 328: 40-45.

症例：40代男性

大卒後、企業に就職し、ひとり暮らしで習慣的に飲酒していたという。昇進したことを契機に社内の対人関係を負担に感じるようになり、飲酒量が増えて無断欠勤が増え、受診に至る。既往歴は特になく、穏やかな性格であるが、話がくどく同じ話を繰り返し、治療者の説明に対しても言葉の細部にこだわって聞きなおしが多かった。飲酒のコントロール障害は明らかであり、血液検査でもアルコール性肝障害のパターンを認めた。

経過

両親に詳細な生育歴を聴取すると、こだわりが強く、字義通りの解釈が目立ち、友人はほとんどおらず、部屋でゲームをして過ごすことが多かったという。上司の情報では、こだわりが強く、臨機応変的な判断が求められる際に混乱しやすく、部下からの不満も少なくないという。自閉症スペクトラム障害と診断し、休職して治療を開始し、以下の経過をたどった。

- ・1つの事に没頭するのは得意であるが、複数の業務を同時に行うことが不得手であると自覚し、一日の計画を立てることにした
- ・感覚過敏があり、部下の香水に抵抗が強く、自助グループでの握手も苦手であり、安心できる人にはそのような事情を話すようにした
- ・予定変更により混乱しやすく、具体的な指示があると切り替えができるが、自分で判断ができず、部下からの非難が絶えなかったため、予定変更が起きた際には相談できる相手を設定した
- ・他者から非難されるタイムスリップ現象が多く、対処するための飲酒となり、量が増えていったことがわかり、氷をなめたり、ノンカロリーの飲料などで対処する習慣をつけた
- ・集団療法や自助グループに参加したが、自分独自のルールが多数あってなじめず、無理強いせず希望する時のみの参加とした

こうした状況を職場の上司と共有し、準備を整えて復帰した。食事しながらの会議は極力避けるようにするなど、企業の対応は柔軟であり、仕事も治療も継続し、発達障害の自助グループに参加している。

症例に関する一般的事項

- ・自閉症スペクトラム障害の3徴候は社会性、コミュニケーション、想像性（こだわりなど）の障がいであり、注意欠如多動性障害もオーバーラップしやすい
- ・Autism-Spectrum Quotient Japanese Version (AQ-J)、Adult ADHD Self Report Scale (ASSR)は有用だが、あくまでもスクリーニングであり、心理検査も適宜用いて、生活を共にした経験のある人から詳細に状況を聴取した上で、現症をとらえて診断する
- ・発達障害の特性は生涯にわたり持続するが、症候は成長とともに変化し、その人の生活環境に左右される面もあり、本人の特性をよく理解した上での支援が重要であり、治療は個性を考慮して柔軟に組み合わせる

「解説」

飲酒がストレス対処の手段となっていたならば、飲酒せずに過ごせる具体的な対処を提供し、生活で実践できるように工夫する。また、環境調整においてはシンプルな構造化を行う。

対人関係能力の程度を考慮して治療方針を工夫し、集団治療や自助グループを強いることはせず、自己決定を尊重し、成功体験を通して自己効力感を高める。

1. 症例 S : 35 歳女性

22 歳で大学を卒業した後、大学生の時からやっていた水商売を続けた。25 歳頃から仕事でのストレスが多くなり、寝付きが悪くなった。母が持っていた zolpidem を勧められて、内服すると、よく眠れるようになった。自ら内科を受診して、zolpidem を処方してもらうようになったが、徐々に効かなくなったため、複数の内科を受診して、処方してもらい、1 日 5~6 錠内服するようになった。それでも眠れなくなり、複数の眠剤を処方してもらい、1 日 10 錠以上内服するようになった。1 日で 1 ヶ月分の処方を飲みきってしまうことも出てきたため、親が心配し、28 歳の時に当院を受診した。

＜経過＞初診時、本人は多量の眠剤の処方を希望したが、処方薬依存の治療のための通院であること、減薬が治療目標となる事などを説明した。本人も処方薬依存に悩んでいたこともあり、治療に同意した。ベンゾジアゼピン系の睡眠薬を、一旦長時間型に置換した後、徐々に trazodone 等の抗うつ薬に切り替えた。しかし不眠に対する不安が強くなり、隠れて内科で睡眠薬を処方してもらい内服を続けていた。アパレル関係の仕事について、一時的に薬が減った時期もあったが、仕事のストレスから、程なく同じ量に戻ってしまい、入退院を繰り返した。この間、夜の水商売をずっと続けていたが、生活リズムが崩れやすく、不眠や処方薬乱用の引き金になっていると考えられた。本人に水商売をやめて、昼間の仕事をするように勧めていたが、34 歳の時に勤めていたキャバクラを解雇されたことを機に、昼間のアパレル関係の仕事をするようになった。その後、母の話では内科から処方された zolpidem の内服は続けているが、「1 日 2 錠に減りました。私が薬を管理しています」とのことだった。完全な断薬はできていないが、生活に支障がない程度で維持ができています。

2. 症例に関する一般的事項

- ・処方薬依存症の患者の治療は非常に難しいため、処方薬依存を作らない事が最も重要である。
- ・治療に対する動機づけが非常に重要である。
- ・再使用に至る引き金を同定し、避けるなど、認知行動療法的な介入も有効である。
- ・治療動機が無く、頻繁に処方を希望する症例では、治療を断らなければならない場合もある。

3. 解説：処方薬依存についてのエビデンス

- ・処方薬依存は精神科を受診する薬物依存症患者の中でも 2~3 番目に多い。
- ・処方薬依存患者は女性の割合が多く、比較的学歴が高く、犯罪歴が少ない
- ・不安・不眠などの苦痛の緩和を目的とした使用が多い。
- ・ベンゾジアゼピン系でも etizolam、flunitrazepam、triazolam、zolpidem は依存症例が多いため注意が必要である。
- ・短時間作用型の睡眠薬は半減期の長い睡眠薬に置換してから、時間をかけて漸減していく必要がある。

＜参考文献＞

松本俊彦. 平成 26 年度厚生労働科学研究補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)分担研究報告書 2015 : 95-128

稲田健. 臨床精神薬理 2016 ; 19 : 61-67

1. 症例F：44歳男性 独身

22歳で大学を卒業した後、会社員として働いていた。20代の頃から、仕事がうまくいかなくなると不安が強くなり、寝付きが悪くなることがあった。40歳頃から周囲でリストラされる人が出てきた。自分もリストラされるのではないかという不安から、眠れなくなってきた。不眠のために、昼間に眠くなり、仕事に支障が出てきたため、当院を受診した。

統合失調症や気分障害等の症状は認めなかった。生活習慣について聴取したところ、19時頃に帰宅してから、寝る直前までインターネットをやっていた。夕食時には必ずコーヒーを飲んでいて、入浴の習慣はなく、いつもシャワーで済ませていた。就職してから運動の習慣はなかった。22時頃に布団に入るが、寝付くのは2時頃で、中途覚醒を繰り返しながら、布団から出るのは7時半頃という。中途覚醒時にはタバコを吸っていた。昼休みには必ず昼寝をし、休日は2～3時間昼寝をすることもあった。「8時間は寝たい」と訴えた。

<経過>リストラに対する不安が誘因となっていたが、生活習慣にも問題があると考えた。パソコンは就寝1時間前までとした。夕方以降のカフェイン摂取は控えてもらい、就寝3時間前の入浴を勧めた。昼寝はできるだけ避け、可能ならば運動を勧めた。睡眠時間は6～7時間で十分であると説明した。眠くなってから寝るようにし、床上時間は7時間程度とした。生活習慣の改善だけでも不眠が治る可能性を説明したが、薬がないと不安と訴えるため、長くても3ヶ月程度でやめる予定を伝えた上で、zolpidem5mgを処方した。その後、生活習慣を変えて、不眠は速やかに改善した。面接の中でリストラへの不安に対する認知の修正をはかり、「先のことを考えすぎないようにします」と話すようになった。朝に眠気が残るようになった為、通院開始後2ヶ月でzolpidemを中止したが、睡眠に影響は無かった。状態が安定したため、6ヶ月で治療を終了した。

2. 症例に関する一般的事項

- ・併存精神疾患の除外が必要。併存疾患があれば、その治療を行う。
- ・睡眠日誌等を使用し、睡眠状態の評価を行う。生活習慣に問題がないか確認していく。
- ・治療は生活習慣の改善等、非薬物療法を優先する。「健康作りのための睡眠指針2014～睡眠12箇条～」を参考にする
- ・薬物療法は非ベンゾジアゼピン系睡眠薬(zolpidem, eszopiclone等)が第1選択となっている。依存性の問題があるため、3か月以内には中止することが望ましい。

3. 解説：不眠に関するエビデンス

- ・ベンゾジアゼピン等の睡眠薬は依存性があり、常用量依存もあるため、注意を要する。
- ・6～7時間程度の睡眠が最も健康的であるとされており、長時間の睡眠を希望する患者にも、せいぜい7.5時間程度に設定していく。
- ・就寝3時間前の運動や入浴により、深部体温が上昇すると入眠しやすくなる。

<参考文献>

- 戸田克広. 臨床精神薬理 2013 ; 16 : 867-878
稲田健 他. 臨床精神薬理 2013 ; 16 : 849-855
佐藤幹、伊藤洋. 精神科治療学 2012 ; 27 : 975-981

違法薬物の使用を告白された、発覚した時

成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター）

1. 症例：24歳男性 大学中退後派遣社員

2か月前から引きこもり傾向、気分変動、食欲不振などがみられ、イライラして物に当るようになった。工場の勤務も休みがちとなり、この1か月は全く出勤せず、ときに夜間出かけては朝帰りすることがあった。その際は、多弁に話し続けるなどの変化がみられた。このような状態で、両親に伴われて来院。

診察場面で、本人は「困っていることはない」と答えるのみで、渋々連れてこられた様子がかげがえた。家族が話している間、黙って聞いていたが、緊張して周囲を気にする様子が見られた。本人が不在時、母親から、部屋に焦げたアルミ箔とストローがあったとの情報を得た。

患者と再度面接し、家族がこれまでの患者とは別人のようで心配していること、夜間外出した後に変化がみられることから、何らかの薬物の使用の可能性が疑われるが、心当たりはないか尋ねた。同時に、違法薬物を使っていたとしても、警察に通報することはない旨を保障した。しばらく躊躇していたが、覚せい剤使用を認めた。

正直に話してくれたことを評価し、あらためて困っている症状などはないか尋ねた。「近所の人に覚せい剤を使っていることが広まっている気がする」「外出すると監視されている感じがする」「止めなければと思っても止められない」などと語った。覚せい剤は半年前からときどき吸煙で使っていたが、最近、頻度と量が増えたことを認めた。

これまで相談できずに悩んでいた辛さに共感し、「どうなりたいか」を尋ねた。「覚せい剤を止めて仕事に行けるようになりたい」、との思いを受け、止められないのは薬物依存症という病気に罹患しているからであり、治療を受ける必要があること、現在の神経過敏は、覚せい剤使用時の典型的な症状であることも説明した。

本人の了承を得て、両親に対して同様の説明をし、薬物依存症と診断されること、今後も使用が続くと精神病に発展することから、薬物療法の開始と依存症治療を受けることを提案し同意を得た。

2. 症例に関する一般的事項

- ・覚せい剤の使用については、通報の義務はなく医師の裁量に委ねられている。
- ・通報しないことを保障することで、治療関係は格段に良好となる。
- ・治療の経過で薬物使用を認めた際は、責めることなく治療的対応に専念する。
- ・麻薬については、慢性中毒と診断した場合、都道府県への届出義務が規定されているが、実際の届出例は少数である。
- ・精神病症状に対しては適切な薬物療法を行い、薬物依存症に対しては依存症治療機関へ紹介するが、情報がなければ、精神保健福祉センターに相談する。

3. 解説：薬物使用の告白・発覚について

- ・正直に薬物使用を自ら話してくれることは、回復への重要な一歩である。
- ・覚せい剤には通報の義務はなく、治療的対応を優先してよい。
- ・治療に抵抗が強く自傷他害などの危険が高い場合は、警察へ通報を要する。

薬物使用に関連する感染症についての予防や治療

森田 展彰（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

1. 薬物依存症では、HIV/AIDS と C 型肝炎をはじめとする感染症を生じることが多い。

薬物乱用を行う者に、感染症が多いことが知られている。疾患としては、HIV/AIDS やウイルス性肝炎（C 型、B 型）、性感染症（梅毒、クラミジア、トリコモナス、淋病、性器ヘルペス等）である。薬物依存症者に、これらの感染が生じる理由を以下に示す。

1. 回し打ちなど、注射器による薬物使用 (Injection Drug Users, 以下 IDUs) による感染が主要因である。和田らは、日本の HCV 陽性率がこれまでの注射回数が最も関係していたことを報告している。
2. 危ない性行為による感染。薬物使用時のセックスでは、精神状態に与える作用に等により感染を防ぐ認識を持ちにくい。また、逸脱的な傾向を持つ集団や異性との関係を持つことになる結果、健康意識の低い人や暴力を伴う相手や不特定の相手とのセックスになりがちである。
3. 薬物使用者は安全意識が乏しく、生活困窮などもあって、検査や受診などの行動がとれていない場合が多い。

日本の薬物使用者における HIV/AIDS や C 型肝炎ウイルスの状況は以下の通りである・

HIV/AIDS : 米国では、成人や青年期の AIDS の事例の 3 分の 1 以上が IDUs によるとされている。日本では、HIV 感染者における IDUs は、0.3% とされる。また和田らによる精神科病院の調査 (1993 年から 2009 年) では 1 覚醒剤関連患者 3762 名中 HIV 陽性者は 6 名のみであり、ダルクの調査 (1995 年から 2009 年) では 431 名中 0 名であった。

C 型肝炎ウイルス : C 型肝炎のウイルスが薬物乱用者において高い陽性率が報告されている。それが西欧諸国では 4-8 割にも上っている。日本では、C 型肝炎の生涯罹患率の指標となる HCV 抗体陽性者について和田らが継続的に調べている。それによれば、病院調査 (2009) で覚醒剤関連患者の HCV 抗体の陽性率は 33.6% で、ダルク調査 (2009) の HCV の陽性率では 29.7% であった。

以上のように日本では、現状では薬物乱用者に C 型肝炎は多いが、HIV/AIDS は多いとは言えない。これは日本では、薬物使用の割合自体が諸外国より低いことが影響している。しかし、和田は、社会的逸脱傾向の閉鎖的なグループで IDUs による C 型肝炎感染が起きてきたが、今まではグループの閉鎖性が HIV/AIDS の侵入を防いできたものの、一旦このグループに HIV が侵入すれば感染が一気に拡大する可能性がある」と指摘している。

2. 薬物乱用・依存の問題を持つ人には、予防教育と検査を行う。

感染症の基本的な知識を伝え、予防や早期発見のための検査を勧める。HIV や C 型肝炎ウイルスに感染しても、数年以上も症状がでないため自分で気がつかないことを示し、検査を促します。元々薬物問題を持つ人はセルフケアの意識は低く、検査に積極的とはいえない。一方で敏感な面もあるので、身体ケアの必要性を知ると検査などに前向きになるケースも多い。まずは病院で検査ということになるが、それ以外に保健所などで、無料で検査が受けられることも伝える。また、スクリーニング検査で陽性でも偽陽性の場合があるので、再度確定のための検査をおこなわないと確実ではないことを本人に説明する。逆に感染直後 (感染から 6~8 週) の場合では、HIV に感染していても抗体検査で陽性とでない時期があるので、その場合、再度の検査が必要になるのでよく問診で確かめておく。

3. HIV/AIDS や C 型肝炎ウイルスに感染していた場合は治療を開始や継続を支援する。

感染が確定すれば、HIV/IDS の場合にはエイズ治療拠点病院、肝炎の場合も肝疾患診療連携拠点

病院などに紹介することが必要になる。薬物乱用・依存問題がある事例を紹介し、その治療を継続する上で、精神科とこれらの治療機関とが連携していくことが望ましい。

・**感染の発見から紹介**：ウイルス特に HIV の陽性について聞いた患者が、「もう死ぬしかない」などと自暴自棄になって、病院などから飛び出したり、薬物再使用などにつながる恐れがあり、これを防ぐことが重要である。電話相談を含め、当事者、家族等の対する様々なカウンセリングや当事者活動を紹介することが有用である。（HIV 検査相談支援マップ<http://www.HIVkensa.com/soudan/index.html>を参照）。

・**医療費についての説明**：HIV/AIDS も C 型肝炎も治療費の補助制度があるので、それを伝え、手続きの支援をする。

・**治療の過程の支援**：C 型肝炎では、薬物治療でウイルスの除去が期待できる。一方、HIV 治療は、ウイルスを完全な除去ではなく、身体中のウイルス量を抑え続け、免疫力を回復し、それを維持することが目的となる。どちらの薬物療法も進歩しているものの、うつ等の合併症が生じる場合があり、治療を確実にを行うために精神科が協力して、薬物の再使用防止や感情的な安定化を支援する必要がある。治療の開始時期やその効果や副作用の確認、薬物再使用などのあった場合の対応など、精神科と内科でよく情報交換をしながら進めることが必要になる。

・和田清，小堀栄子：総説 薬物依存と HIV/HCV 感染—現状と対策—，The Journal of AIDS Research, 13(1);1-7, 2011 .

・抗 HIV 治療ガイドライン. 研究分担者：鯉渕 智彦（東京 大学医科学研究所附属病院）. 研究代表者：白阪 琢磨（国立病院機構大阪医療センター）平成 27 年度厚生労働科学研究費 . 2016 年 3 月、2016 年 7 月改定. <http://www.haart-support.jp/guideline.htm>

C 型肝炎治療ガイドライン（第 5.2 版）日本肝臓学会 肝炎診療ガイドライン作成委員会 編 2016 年 12 月.

「離脱せん妄・離脱けいれんの患者が搬送されてきた時」

武藤 岳夫（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）

1. 症例：60代男性

3年前にアルコール依存症で数回通院歴があるが、自己中断。肝機能障害、慢性膵炎で内科通院もしていたが、禁酒ができず説教されるため、こちらも自己中断していた。

妻が病死した1年前より、再び飲酒量が増加。家族の情報では、朝から飲酒することも増え、入院前の数日は連続飲酒となっていたが、前日は酒が切れて飲酒していなかった。入院当日朝、自室からうめき声が聞こえ、家族がかけつけたところ、けいれん発作を起こしていたため、救急病院へ搬送された。

<経過>頭部に擦過傷を認め、頭部CT施行したが、明らかな異常所見はなし。血液検査では軽度の脱水を認めた。上肢の粗大な振戦、発汗著明。見当識は障害され、焦燥感が強く、幻視および妄想を認めた。CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised) (表1)：52点。これまでの飲酒歴から、離脱せん妄と診断した。持続点滴を安全に行うため、身体拘束を行い、ジアゼパム30mg/日より開始し、漸減した。入院2日目より興奮は消失したため、拘束は解除。その後見当識障害、自律神経症状、幻覚等もほぼ消失した(CIWA-Ar：2点)ため、入院7日目にジアゼパムを中止。断酒に向けての治療再開をすすめたところ、本人も同意したため、以前通院していた依存症専門病院を紹介した。

2. 症例に関する一般的事項

- ・多量飲酒者の意識障害については、離脱せん妄と即断せず、急性アルコール中毒や頭蓋内病変、身体疾患に伴う意識障害などを鑑別しておく。
- ・離脱症状の評価にはCIWA-Arを用いることで、重症度の評価およびベンゾジアゼピン系薬剤の投与量を決定することが可能となる。
- ・脱水にならないよう十分な補液を行い、転倒や併発症に注意しながら慎重に経過観察する。
- ・意識障害が改善した時点で、依存症に対する治療導入を検討する。

3. 離脱せん妄に関するエビデンス

- ・離脱症状の重症化を予測する因子として、①最近の飲酒量が多いこと、②重症の離脱症状の既往があること、③離脱けいれんやせん妄の既往があること、④向精神薬の併用、⑤身体状況が悪いこと、⑥不安が高いことや精神症状の合併などが挙げられる。
- ・ベンゾジアゼピン系薬剤は、海外では離脱せん妄治療薬の第一選択として用いられるが、呼吸管理の問題もあり、わが国の依存症専門医の間では抗精神病薬投与が中心となっている。

<参考文献>

Sullivan JT, et al. Br J Addict. 1989; 84(11): 1353-1357

Raistrick D: International handbook of alcohol dependence and problems. 2001; 523-539

杠岳文ほか：精神神経誌. 2007; 109: 547-550

表1 : CIWA-Ar

1. 嘔気、嘔吐

「胃の具合が悪いですか」「吐きましたか」

- 0 嘔気・嘔吐なし
- 1 嘔気を伴わない軽度の嘔気
- 4 むかつきを伴った間歇的嘔気
- 7 持続的嘔気

2. 振戦

上肢を前方に伸展させ、手指を開いた状態で観察

- 0 振戦なし
- 1 軽度の振戦：視診で確認できないが、触れるとわかる
- 4 中等度振戦：上肢伸展で確認できる
- 7 高度振戦：上肢を伸展しなくても確認できる

3. 発汗

- 0 発汗なし
- 1 わずかに発汗が確認できるか、手掌が湿っている
- 4 前頭部に明らかな滴状発汗あり
- 7 全身の大量発汗

4. 不安

「不安を感じますか」

- 0 不安なし、気楽にしている
- 1 軽い不安を感じている
- 4 中等度不安、または警戒しており不安であるとわかる
- 7 重篤なせん妄や統合失調症の急性期にみられるようなパニック状態と同程度の不安状態

5. 焦燥感

- 0 行動量の増加なし
- 1 行動量は普段よりやや増加している
- 4 落ち着かずそわそわしている
- 7 面談中、うろうろ歩いたり、のたうち回っている

6. 触覚障害

「かゆみ、ピンでつつかれるような感じ、灼けつくような感じや感覚が麻痺したり皮膚に虫が這っているような感じがしますか」

- 0 なし
- 1 掻痒感、ピンでつつかれる感じ、灼熱感、無感覚のいずれかが軽度にある
- 2 上記症状が中等度である
- 3 上記症状が高度である
- 4 軽度の体感幻覚(虫這い様感覚)
- 5 中等度の体感幻覚
- 6 高度の体感幻覚
- 7 持続性体感幻覚

7. 聴覚障害

「まわりの音が気になりますか。それは耳障りですか。そのせいで怖くなることがありますか。不安にさせるような物音は聞こえますか。ここにはないはずの物音が聞こえますか。」

- 0 なし
- 1 物音が耳障りか、物音に驚くことがあるが軽度
- 2 上記の症状が中等度にある
- 3 上記の症状が高度にある
- 4 軽度の幻聴
- 5 中等度の幻聴
- 6 高度の幻聴
- 7 持続性の幻聴

8. 視覚障害

「光がまぶしすぎますか。光の色が違って見えますか。光で目が痛むような感じがしますか。不安にさせるようなものが見えますか。ここにはないはずのものが見えますか。」

- 0 なし
- 1 光に対し軽度に過敏
- 2 中等度に過敏
- 3 高度に過敏
- 4 軽度の幻視
- 5 中等度の幻視
- 6 高度の幻視
- 7 持続性の幻視

9. 頭痛・頭重感（めまいは採点しない）

「頭に違和感はありますか。バンドで締めつけられるような感じがしますか」

- 0 なし
- 1 ごく軽度
- 2 軽度
- 3 中等度
- 4 やや高度
- 5 高度
- 6 非常に高度
- 7 極めて高度

10. 見当識・意識障害

「今日は何日ですか。ここはどこですか。私は誰ですか。」

- 0 見当識は保たれており、3つを連続して言うことができる
- 1 3つを連続して言うことができない、日付があいまい
- 2 日付の2日以内の間違い
- 3 日付の2日以上間違い
- 4 場所か人に対する失見当識がある

[https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidlines/h
epatitis_c](https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidlines/hepatitis_c)

「ウェルニッケ脳症が疑われる患者の診療」

武藤 岳夫（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）

1. 症例：50代女性

1か月前より下肢のしびれ、歩行時のふらつき、めまいを自覚していた。本日朝から急に立てなくなったことを主訴に救急外来を受診した。

起立および座位の保持が困難。見当識障害と注意障害を認め、脈絡のない会話を続けている。注視方向の眼振を認める。軽度酒臭、上肢の振戦あり、るいそう著明のため、家族より最近の飲酒状況を中心に情報聴取。45歳時に夫と離婚後、酒量が増加。最近では昼間にも飲酒するようになり、もの忘れが目立ってきていた。元々飲酒する際はほとんど食事を摂らないため、最近数か月でかなりやせてきており心配していたとのこと。

<経過>頭部MRI施行し、FLAIR像にて第3脳室周囲に対称性の高信号域を認めた。上記所見と合わせウェルニッケ脳症の可能性が高いと判断し、生理食塩水 100ml+サイアミン 300 mgを点滴静注開始。3日間施行し、眼振は消失。座位の保持が可能となったため、さらにサイアミン 200 mg 内服を5日間継続。歩行障害は改善が見られたが、下肢のしびれは持続。見当識障害、注意障害は改善し、日常会話は問題ないレベルとなったが、短期記憶の障害が著明で、数分前のことを尋ねても覚えていないことが多い。また、逆行性健忘を認め、夫と離婚したことについても、事実と異なる作話が見られた。退院後も断酒を継続し、サイアミン 100 mg内服を継続しているが、改善が見られていない。

2. 症例に関する一般的事項

- ・多量飲酒者の意識障害の鑑別は重要であるが、ウェルニッケ脳症の治療については、開始が数時間遅れるだけでも後遺症の程度に影響するため、臨床所見から少しでも本症が疑われる場合は、速やかにサイアミン投与を開始することが望ましい。
- ・サイアミンの投与量については有用なRCTがなく、エビデンスは不十分であるが、イギリスのガイドラインでは、1500 mg/日の高容量投与が推奨されている。
- ・コルサコフ症候群は、ウェルニッケ脳症後に50～80%程度の症例で生じ、臨床症状としては前向性健忘と逆行性健忘、失見当識および作話が挙げられ、予後は不良である。

3. ウェルニッケ脳症に関するエビデンス

- ・ウェルニッケ脳症では、意識障害、眼球運動障害、運動失調が古典的な3大徴候とされるが、3つの徴候が揃うのは16.5%と多くはない。
- ・MRI検査はウェルニッケ脳症の診断には有用であるが、感度53%、特異度93%との報告もあり、診断の除外には使えず、現在でも臨床所見が診断には最も重要となる。

・上記3大徴候に、栄養不良を加えた4項目のうち、2項目以上を満たすことで、ウェルニッケ脳症の診断の感度は22%から85%に上昇すると報告されている (Caine 基準)。

<参考文献>

Galvin R et al. Eur J Neurology. 2010; 17: 1408-1418

Antunez E et al. AJR 1998; 171: 1131-1137

Caine D et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1997; 62: 51-60

<軸評価に基づいた問題別対応編記載例>

I 軸：使用障害の重症度

問題別対応編「AUDIT-C 高得点者の対応」

杠 岳文（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）

1. AUDIT-C の解説

・AUDIT-C とは、アルコール使用障害をスクリーニングするための3つの質問項目である。

・男性で4点以上、女性で3点以上であれば、アルコール使用障害の可能性がある。

<p><AUDIT-C></p> <p>①どのくらいの頻度でアルコール飲料を飲みますか？ 0. 飲まない 1. 月に1回以下 2. 月に2~4回 3. 週に2~3回 4. 週4回以上</p> <p>②典型的な1日の飲酒量はどれくらいですか？ 0. 1~2単位 1. 3~4 2. 5~6 3. 7~9 4. 10単位以上</p> <p>③1回に6単位以上飲む時はどれくらいの頻度でありますか？ 0. ない 1. 月に1回以下 2. 毎月 3. 毎週 4. ほとんど毎日 _____点</p>

2. AUDIT-C 高得点群の対応について

・AUDIT-C のスクリーニングをもとに、高得点該当者について ICD10 の依存症候群の診断基準、DSM 5 のアルコール使用障害の診断基準を用いて評価する。

AUDIT-C: 男性 4 点以上/女性 3 点以上

ICD-10: 依存症候群 3 項目以上 → 依存症候群

DSM5 : アルコール使用障害 6 項目以上 → 重症群

・AUDIT-C はアルコール問題を拾い上げる簡便なテストであり、企業や地域での保健指導の際にもスクリーニングに広く使用されている。

・AUDIT-C 高得点かつ ICD-10 の依存症候群、DSM 5 のアルコール使用障害に当てはまるケースは、社会的問題（II 軸）、身体的問題（III 軸）、精神的問題（IV 軸）にも問題を生じていることが多いため、それぞれの軸に含まれる他の問題についても評価を行った方がよい。

3. 対応法の例

・依存症候群、アルコール使用障害に当てはまる群は積極的に専門医療機関受診をすすめる。

専門医療機関への入院加療も考慮する。

・Ⅱ軸、Ⅲ軸、Ⅳ軸の問題が軽度で外来治療を希望する場合は定期的な通院、内服薬の処方等をすすめ、通院が途切れないようにサポートする。自助グループへの参加を促す。

処方例) レグテクト 6T 分3 毎食後
ノックビン 0.2g 分1 起床時
(529 字+表 2 枚)

(参考文献)

Bush K, et al. Arch Internal Med. 1998; 3: 1789-1795.

Bradley KA, et al. Arch Internal Med. 2003; 163:821-829.

薬物使用障害

松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）

薬物使用障害は、乱用する薬物の種類や薬理作用によって、使用コントロール喪失の様態や渴望の強度、離脱症状の有無、さらには、薬物使用によって誘発される医学的障害などに大きな違いがある。また、薬物の種類によって法規制や社会的許容度も異なり、結果として、薬物使用に関連する社会的障害にも大きな差がある。

そのようななかで、様々な薬物の使用障害患者に共通してみられる最大公約数的特徴とは、「使用コントロールに対する問題意識の自覚」、ならびに、「使用中止時の不快感やパフォーマンス低下の自覚」であろう。

そこで、本書の「<総論> II 診断総論 ②」で触れた、薬物使用障害に関する自記式評価尺度 DAST-20 から、この点を反映する質問項目を 5 つ抽出し、使用障害そのものの重症度を評価する際の着眼点とすることを提案したい。

■ 過去 12 ヶ月以内に……

1. 薬物を使わずに 1 週間を過ごすことができない (DAST-20 第 4 項目)
2. 薬物使用を止めたいときには、いつでも止められることができない (DAST-20 第 5 項目)
3. 薬物使用に対して後悔や罪悪感を感じたことがある (DAST-20 第 7 項目)
4. あなたの配偶者(あるいは親)が、あなたの薬物使用に対して愚痴をこぼしたことがある (DAST-20 第 8 項目)
5. 薬物使用を中断した時に、禁断症状(気分が悪くなったり、イライラがひどくなったりすること)を経験したことがある (DAST-20 第 17 項目)

依存性薬物の使用が認められる患者に対しては、上記の 5 項目に関する問診を行い、治療方針の決定にあたってはその結果を参考にするとよい (ただし、睡眠薬・抗不安薬や鎮痛薬の場合、治療目的による臨床用量範囲内の使用は含まない)。

あくまでも 1 つの目安として、以下のような治療方針が考えられる。

- 1 つ以上該当⇒一般外来における薬物使用に関するモニタリング
- 2 つ以上該当⇒薬物依存症専門外来でのフォローアップ
- 2 つ以上かつ項目 1 が該当⇒週 2 回以上の集中的外来フォロー、もしくは入院治療・入所施設での回復プログラム参加

最も軽症の患者の場合、項目 4「あなたの配偶者(あるいは親)が、あなたの薬物使用に対して愚痴をこぼしたことがある」のみ該当する状況が想定できる。この場合、本

人は十分な問題意識を持っておらず、薬物依存症外来への紹介にも抵抗する可能性が高い。そこで、すでに治療関係のある援助者とのあいだで、定期的に薬物使用状況をモニタリングし、「薬物使用の功罪」について率直に話し合える関係性を維持・継続し、専門的介入の機会をうかがうのが妥当であろう。

しかし、項目4に加えて、他の4つの項目のいずれか一つ以上が該当すれば、薬物使用による何らかの否定的な結果が生じているか、多少とも使用コントロール喪失を自覚している可能性が高い。これは、専門外来でのフォローを要する事態であるとともに、患者側も医療者からの提案を受け入れやすい心境であろう。

さらに、項目1「薬物を使わずに1週間を過ごすことができない」に該当する場合、その患者は、通常の専門外来でのフォローでは治療として不十分である可能性を示唆する。というのも、わが国の専門外来では、通常、患者とのコンタクト頻度は週1回が最大であり、1週間の使用中断ができないということは、外来通院だけでは薬物使用の歯止めとならないからである。その場合、治療的なコンタクトの頻度を週2回以上に高める工夫（例：自助グループへの参加や民間リハビリ施設の通所利用、医療機関や精神保健福祉センターの再発防止プログラムやデイケアなどの併用）、もしくは、専門病棟での入院治療プログラムや民間リハビリ施設入所なども考慮すべきである。

なお、最終的な治療方針の決定は、薬物使用が引き起こす社会的問題、あるいは心身の医学的障害の程度を総合して判断がなされるべきものである。また、本人のニーズやこれまでの治療関係の経緯といった個別的要素を考慮し、医療者からの一方的な「押しつけ」とならないことは、きわめて重要である。

最後に、本節で提案した、薬物使用障害の重症度評価の着眼点については、今後、その妥当性に関する検証が必要なものであることを付記しておく。

Ⅱ軸：社会的問題 ・暴力/DV がある場合の対応

田中 増郎^{1,2}、橋本 望³、堀井 茂男²

1 高嶺病院、2 慈圭病院 3 岡山県精神科医療センター

はじめに

物質使用障害を抱える人は、暴力やドメスティックバイオレンス（DV）の被害者や加害者になることが多い。治療を受けている物質使用障害を抱える男性の場合では身体的及び性的な DV で加害者になる割合が一般人口の 4 倍¹⁾と報告されている一方、同様の状態の女性は一般人口と比較して、DV の被害者になる割合が高いことが知られている²⁾。よって、支援者は物質使用障害を抱える人と暴力や DV が深い関係にあることを熟知する必要がある。

対応のポイント：加害者に対して

我が国ではアルコール医療が DV の予防と防止の一部を担うことが期待されてきたが、そのような整備がされてきたとは言い難い。一方、近年の英国では、依存症治療の現場で働くスタッフが安全かつ有効に暴力問題に介入するために必要な能力や知識を明確化したフレームワークが開発された³⁾。

このフレームワークは 9 つの項目で構成され、支援者の持つべき知識や態度について触れている。支援者は相談者との関係構築を重視し、非批判的態度で接する。和して同せず、という態度が望ましく、責めるような態度は厳禁である。そして、物質使用障害を抱える人が暴力や DV の問題を、支援者に相談ができることを当面の目標とする。加えて、その対応と同時に、その暴力や DV の被害者の危険性の評価と対応を開始し、変化の後に起こる可能性の高い良い結果の共有も図る。そして、この問題の対応している支援者同士のスーパービジョンも必要と述べている。

さらに、物質使用障害の治療や対応自体も重要である。治療が進展しているにも関わらず、暴力や DV が続く場合もある。その際には、衝動性の原因となるような発達障害などの精神科疾患の併存や被虐待などの生育歴の問題も扱う必要がある。つまり、支援者が、物質使用障害が収まればそれら暴力の問題も自然に回復するものばかりではないと考えることが重要である。

対応のポイント：被害者に対して

被害者が物質使用障害を抱える人のパートナーである場合、Ⅶ「家族への対応」を参考にする。被害者自身の心理的健康の改善、つまり安全とその安心感を得ることを最優先課題とすると同時に、さらに物質使用障害を抱えている人との関係の改善も目指す。

被害者が物質使用障害を抱える人自身の場合、DV 被害が物質使用の問題に先行する場合がある。DV 被害による心理的苦痛感を自己治療的に緩和する目的で物質問題が増

悪しているような場合には、特に DV への介入が優先的に検討されるべきである。警察の相談窓口、シェルター、DV 相談窓口などへ適切に紹介するために、連絡先などを事前に把握しておく。

まとめ

物質使用障害と暴力や DV は密接な関係にある。加害者と被害者の両方に配慮しつつ、物質使用障害の治療とともに解決を目指す。共通して大切なことは、まず実状を当事者が安心して治療者に打ち明けることができるかどうかである。その良好な治療関係の構築には、動機づけ面接法が有用である。

- 1) Radcliffe P et al: International Journal of Drug Policy. 2016; 36: 130- 140
- 2) Feder, G et al: Health Technol. Assess. 2009; 13(16): iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347
- 3) Hughes L et al: A framework for working safely and effectively with men who perpetrate intimate partner violence in substance use treatment settings. 2015 (<https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/addictions/research/drugs/Capabilities-Framework-Final.pdf>) {2016年2月1日アクセス}

1. アルコール・薬物使用障害と児童虐待の関係

アルコール・薬物使用障害が児童虐待事例の危険要因となることが指摘されている。全米の Child Protective Services(日本でいう児童相談所)における 85%の機関が、不適切な養育の最大のリスク要因として、物質乱用と貧困を挙げたという。Anda らは、親がアルコール乱用を生じている場合、そうでない場合に比べて、子ども時代の感情的虐待、身体的虐待、性的虐待、DV の目撃を含む 9 種類の有害体験を持つことが多かったことを示した。アルコールや薬物問題が、児童虐待に結びつくメカニズムは以下の通りである。

・物質乱用の薬理効果や依存が、親の養育行動を阻害する。

アルコールや薬物の薬理効果として脱抑制、判断力の低下、その他の精神症状(幻覚妄想など)が、子どもに対する乱暴な態度や言葉あるいは暴力につながる。依存症者はアルコールや薬物に夢中になってしまうために、必要な養育を行わないパターンもある。

・慢性的な物質使用やそれに関わる要因の影響

養育している最中のアルコールや薬物摂取のみでなく、過去の使用歴や長期的なアルコール薬物摂取との児童虐待が関係することが報告されている 9)。長期の乱用者では、薬理的効果以外に生物—心理—社会における慢性の問題を生じ、これが虐待やネグレクトを起こす要因になる。

・合併する精神障害：うつ病や薬物誘発性精神病、統合失調症などの合併する精神障害やそれに伴う引きこもりや自傷行為など。

物質依存のある親では、感受性や応答性の低い養育を生じる場合が多くなる結果、子どもに不安定型やD型のアタッチメントの割合が高くなる。アルコール依存症者のいる家庭で育った成人(Adult Children of Alcoholic 以下 ACOA)に、アルコール問題を生じやすいという傾向が臨床的に気づかれてきた。依存症者のいる家庭では機能不全を生じやすく、そこで育つ子どもに対人的な境界線や情緒的な発達に混乱を生じ、それを解消しようとして物質に耽溺するようになるという機序が想定されている。近年の研究で、依存者のいる家庭で育った子どもが青年期や成人になった場合には、アルコールや薬物の問題のみでなく、気分障害や人格障害、摂食障害などの精神障害、健康上の問題、学校不適応、犯罪、自殺、自尊心の低下など広範囲の問題が多いことが示されている (Christoffersen & Soothill, 2003)。このように、児童虐待と依存症が絡み合いながら、世代間連鎖しており、これを防ぐ意味で、依存症を持つ養育者に対する子育て支援を行う必要がある。

2. 発見とケースワーク

子どもや親の行動、態度、言動、生活状況、特に児童の示すトラウマ反応や愛着障害の有無を検討し、虐待の兆候の発見とその重症度の評価を行う。児童が外傷で受診しながら、受傷状況について親の説明が矛盾したり、一貫しない場合は虐待を考慮する必要がある。さらに身体の診察、病歴のレビュー、心理所見や虐待に関する直接的な問診を通じて、虐待の有無を総合的に判断する。虐待が疑われた場合、どのように介入するかということよりも、まず児童相談所への通告を行うことが専門家の責務である。子ども虐待に関しては、必要に応じ守秘義務を超えてもよいことが法律上明記されている。

3. アルコール・薬物依存症を持つ親への支援

アディクション問題を持つ親の援助においては、以下の点を考慮する必要がある。

・**子育て支援機関へのつなぎ**：依存症者にとって、保健・医療機関であまりよいサポートを受けた体験がない場合が多く、子育てについて相談したい気持ちがあっても、援助を受けることへのためらいが強い。依存症を持つ親を子育て支援サービスにつなぐ場合には、相談先と連絡をとったり相談に行く場合に付き添うなどの細やかな対応が望ましい。

・**関連機関の連携**：児童福祉と依存症の関連機関および福祉や日常的なサポートを行う機関(保健所や市町村など)で連携することが有効である。市区町村では「要保護児童対策協議会」という合同の会議を行う仕組みがあるので、その開催を提案することが有効である、

・**親自身の回復と子育てのバランスを援助すること**；親としてがんばらせるところと、親自身の心身生活の回復を優先するところの仕分けを手伝うことが有用である。物質使用をやめることが目標になるが、すぐにそれが果たせなくてもとりあえず治療を続けていくことを優先的な目標とすべきである。保育所や児童福祉施設の利用で子どものケアの負担を減らして、依存症治療に集中させる時期を作ることも有用である。

・**物質使用障害を持つ親に特化した子育て援助**：欧米では、物質使用障害を持つ親に対して、子どもの発達に関する教育から、スキル訓練、家庭訪問などが行われている。日本では、ダルク女性ハウスが、依存症を持つ母と子どもに対するプログラムを先駆的に行っている。その中には①「ママミーティング」（依存症の母のみのグループ）、②「母子プログラム」（母子が一緒に参加する会）、③「親子キャンプ」（毎年行うキャンプ）、④24時間のメール・電話相談を行っている。こうした試みを参考にして、依存症をもつ親への支援を行うことが望ましい。

1. 森田 展彰：アルコール・薬物の問題，奥山真紀子、西澤 哲、森田 展彰編著：虐待を受けた子どものケア・治療、診断と治療社、東京、134-150 頁，151-164 頁，2012.
2. 日本子ども家庭総合研究所（編集）：子ども虐待対応の手引き -- 平成 25 年 8 月厚

生労働省の改正通知 - 有斐閣 , 2014 .

3. オフィスサーブ：親になるって、どうゆうこと?!-シラフで子どもと向き合うために-, NPO 法人ダルク女性ハウス, 2009.

犯罪を起こした場合

森田 展彰（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

1. 犯罪とアルコール・薬物依存症の関係

a. 使用や所持自体が犯罪である場合

覚醒剤や大麻など違法性薬物の使用や、飲酒運転では、使用そのものが犯罪として処罰の対象になる。

b. アルコール薬物使用が、犯罪のリスク要因となる場合

アルコール薬物による欲求や急性の中毒症状が、衝動性や判断力低下により酩酊状態での運転や暴力や自傷行為あるいは性犯罪などの衝動的な行動を行ってしまう場合がある。飲酒下の犯罪の精神鑑定では、急性中毒のモデルを中心に考えられており、異常酩酊（飲酒による極端な興奮や意識変容など）の有無や程度をもとに責任能力を判断される。一方、慢性的な中毒としてうつや精神病症状や社会経済的な問題により、逸脱的な行動を生じる場合がある。

c. 犯罪・非行行動を行うことが、アルコール薬物使用に結びつく場合

逸脱的な行動をとる際の危ない仲間とのつきあいにおいて、薬物やアルコールの使用のリスクを高める。危険な行動をとることによる逮捕やトラブルにより、生活破綻や心身の痛みを生じ、それが飲酒や薬物のもとになる。

d 犯罪行動と依存症が共通の要因を持つ場合

刺激希求性や反社会的傾向などの性格や生育期の逆境的な体験あるいはストレスなどが両方に共通する要因となることがある。

以上のような物質使用と犯罪の関係の仕方を、患者と検討することが有用である。長期的なパターンとして物質依存症が生じ、それが犯罪に関係している場合には、断酒・断薬を目標とする依存症治療への導入が必要である。一方、酩酊などの急性の問題が犯罪に関わっていても、依存症に至っていない場合には断酒・断薬を強制するよりは、リスクの低い物質使用の方法を目指す方法も検討すべきである。

2. 違法薬物の所持や使用の犯罪

薬物の所持や使用に関する法律を表1に示した。医師が、使用を知った時の通告についての法的な取り決めは以下の2つである。

①麻薬及び向精神薬取締法では「医師は、診察の結果、受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、すみやかに都道府県知事に届け出なければならない。」これに基づいて届出をする窓口は、都道府県薬事行政を管轄する部署（薬務課）である。ちなみに覚醒剤取締法では通告の義務はない。

②刑事訴訟法で、「公務員（官吏又は公吏）は、その職務を行うことにより犯罪がある

と史料するとき、告発をしなければならない。」とされる。

①により、麻薬および向精神薬の使用の場合には、守秘義務を超えて、薬務課に通告することができる。また、他の覚醒剤や大麻でも②の規定で通報することもできる。しかし、依存症を治療する医師として、使用や所持について全て通報するのでは、依存症者との治療関係上の信頼感は損なわれてしまい、治療中断や本当のことを言えない関係になってしまうので、単純使用の犯罪の場合には通報せずに治療を優先することが多い。これは医師の裁量権として認められるという考えが主流である。但し、こうした判断は、事例や医師によって幅がある。

以上のような医師による通報の是非について裁量できるのは、警察を経由せず、治療関係が当事者との間に成立している場合であるが、受診自体に警察などが関わっている場合は異なる対応になる。警官が違法性薬物の使用を知りながら病院に連れてくる場合、単純な逮捕のみで対応できない精神症状（幻覚や妄想や意識障害等）が存在する可能性がある。その場合は、精神症状を軽減するための外来または入院を行うことになる。自傷・他害のおそれが強い場合には、24条通報あるいは精神病院の管理者の名前で通報、緊急措置あるいは措置入院を選ぶことになる。こうした経緯で入院した場合には、入院時に対応した警察官が退院後に逮捕などの刑事手続きにゆだねることになる。逮捕などを行う場合には入院中に投与していた投薬について伝えて、適切な薬物療法が継続できるようにする。治療行為として医師の指示による尿検査を行う場合は、それは証拠にならない。入院前に違法性薬物の使用を警察がつかんでいない時に、措置入院中に、強制採尿の令状の執行がなされ、尿中覚せい剤が陽性なら急性期治療終了後に逮捕ということもある。

3. おわりに

物質使用に関連する「犯罪」では、処罰などの司法的な枠組みと治療の両方が必要な場合が多い。違法性薬物の単純使用については海外では、厳罰よりも相談や治療につながることを重視するハームリダクションの考え方が中心となっている。一方、暴力や性犯罪など被害者に重大なダメージを与える犯罪の場合、「ゼロトレランス」つまり1回でも許さず説明責任をきちっととらせていく原則が重視される。このように犯罪の内容や物質使用との関連の仕方によって必要な対応が変わるが十分なコンセンサスがない面もあり、今後精神医学や司法や地域支援など様々な立場から議論が必要である。

参考図書

4. 松本俊彦：薬物使用障害臨床における司法的問題への対応，精神科治療学 第28巻増刊号物質使用障害とアディクション 臨床ハンドブック、2013。

表 1. 薬物における法規制

薬物	法律名	処罰
大麻	大麻取締法	所持は違法最高で 10 年以下の懲役または情状により 10 年以下の懲役及び 300 万円以下の罰金の併科となる。使用（吸食）を犯罪とする規定はない。
アンフェタミン、メトアンフェタミン	覚せい剤取締法	所持、使用は違反。最高で無期もしくは 3 年以上の懲役、または情状により無期もしくは 3 年以上の懲役及び 1,000 万円以下の罰金の併科
ヘロイン、モルヒネ、コカイン、LSD、MDMA など	麻薬及び向精神薬取締法	所持、使用は違法。最高で無期もしくは 3 年以上の懲役、または情状により無期もしくは 3 年以上の懲役及び 1,000 万円以下の罰金の併科
あへん（けし）	あへん法	あへんの輸入、輸出、収納及び売渡を行い、けしの栽培並びにあへん及びけしがらの譲渡、譲受、所持等について取りしめる
シンナー、トルエンなどの有機溶剤	毒物及び劇物取締法	摂取・吸入をすると犯罪となる。摂取・吸入目的の所持やそのことを知っての販売も同様である。
危険ドラッグ	医薬品医療機器法	指定薬物の輸入、製造、販売、授与目的での貯蔵又は陳列の禁止に加え、所持、使用、購入、譲受けについても禁止。違反すれば、3 年以下の懲役若しくは 300 万円以下の罰金。

「飲酒運転をしている場合」

瀧村 剛（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

1. 解説

アルコール依存症者の診療をしていると、家族等から「飲酒運転を止めさせてほしい」という相談を受けることがある。また、本人からも「警察署に免許の更新に行ったら診断書が必要と言われた」と作成を依頼されることもある。

近年の数次にわたる刑法や道路交通法の改正により飲酒運転に対する厳罰化が進んでいるところであるが、加えて、2013年の道路交通法の改正により、「運転に支障を及ぼしかねない一定の病気(アルコール依存症も含まれる)」に関し虚偽の申告をして運転免許を取得・更新した場合は、一年以上の懲役または30万円以下の罰金が科されることとなった。

さらに、同法101条の6第1項においては、「医師は、その診察を受けた者が(中略：「アルコールの中毒者」を含む運転に支障のある状態が規定されている)～に該当すると認めた場合において、その者が免許を受けた者(中略)であることを知ったときは、当該診察の結果を公安委員会に届け出ることができる」とされた。

2. 対応法の例

- ・飲酒運転の危険性、厳罰となること、取り返しのつかない事態を引き起こしかねないことを説明する。(飲酒運転に対する罰則や飲酒運転被害者の手記等がいくつかの警察本部のウェブサイトで開催されている)

- ・家族の協力がえられるようであれば、車や鍵の管理等で協力を仰ぐ。

- ・傾聴やスリップを糧にする許容的な態度は依存症治療の根幹だが、飲酒運転に関しては「許容されない」という厳格さも必要となろう。そのような指導を行ったことを診療録に記載しておく。

- ・指導に従わないときには、道路交通法101条に基づく公安委員会への届け出も考慮に入れる。同法101条の6第3項には、当該届出が刑法等の守秘義務に妨げられない旨が記されている。届出の実際については、日本医師会がガイドラインを作成している。

http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140910_1.pdf

- ・しかしながら、治療を継続している者は一定の信頼関係が築かれていることが多く、このような届出を考慮することは稀である。むしろ治療につながらない若しくは中断となったアルコール依存者が心配である。

- ・免許の取得・更新時に申請者は運転に影響のある病気等に関する質問を受けるが、その回答内容によっては、運転能力に関する「診断書」を主治医から取得するよう求められることがある。この記載に関しては、日本精神神経学会がガイドラインを発表している。

https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/20140625_guldeline.pdf

就労問題（欠勤などを含む）がある場合

太田 順一郎（岡山市こころの健康センター）

1. アルコール使用障害に関連する就労問題

- ・アルコール使用障害には就労問題が伴うことが多いが、就労問題への対応を検討する場合、便宜的に「現時点で就労している」ケースと「現在未就労（失職中）である」ケースに分けて考えると分かりやすい。
- ・前者の場合、二日酔いによる遅刻、欠勤、能率低下、作業中の事故、職場での酒臭、業務中もしくは昼食時の隠れ飲酒、通勤や業務中の酒気帯び運転などのアルコール関連問題のために、すでに職場で事例化している場合もある。アルコール関連健康障害のために休業・休職を繰り返している場合もある。
- ・依存症治療が開始されて以降は、入院、通院、自助グループ参加などのために遅刻、早退、休暇が必要となることがあり、これらによる業務への支障も起きうる。
- ・後者の場合には、アルコール関連問題により職を失っており、また合併する精神疾患（うつ病、躁うつ病、不安障害、発達障害、認知症、など）のために再就労のための機能低下をきたしていることもある。
- ・若年発症の場合、就労の経験や勤労の習慣が不十分なこともありうる。

2. アルコール使用障害に伴う就労問題への対応

①現在就労中

- ・職場の上司、人事担当者、産業医および産業保健師との連携は非常に重要である。まず、彼らから本人の就労状況、就労上の問題点について十分な情報を得たい。その上で、会社側に対して、主治医としての診断、重症度、現在必要な治療、今後の治療の見通しなどについて、治療のポイントとなる時点で可能な範囲の情報提供を行い、就労継続もしくは職場復帰に関する主治医の意見を明確に述べ、理解と協力を求める。業種により職場の飲酒風土はさまざまであるため、主治医としてはその職場において飲酒がどのように受け入れられているかも大切な情報である。
- ・このような情報交換に当たっては、本人の了解は必須であり、主治医と患者は協力して就労継続もしくは職場復帰への努力を行う。
- ・主治医と産業保健従事者は、立場を異にしていることをお互いによく理解した上で、協力関係を構築したい。例えば同じ医師であっても、精神科医と産業医は異なるバックグラウンドを持つ存在である。
- ・職場復帰を焦ることが再飲酒に繋がることはしばしばであり、主治医としては慎重な姿勢が必要であるが、早期の職場復帰が断酒継続に対してプラスに働くこともあり得ることを知っておきたい。

②現在未就労

・「就労を目指すのは、まず断酒の習慣を確立してから」という旧来の考え方にこだわり過ぎない方が良い。断酒継続支援と就労支援は並行して行ってよい。例えば「事前に訓練するのではなく、就労してから訓練する」という IPS (Individual Placement and Support) の考え方が参考になる。

・一般企業への就労を支援すると同時に、既存の障害者就労支援制度の利用も考慮する。アルコール依存症は、その診断名のみでは精神障害者保健福祉手帳の対象とならないことも多いが、合併する精神科疾患名（アルコール性精神病、気分障害、アルコール性認知症）の記載や、日常生活能力、就労能力の障害となる症状、状態を記載することにより、同手帳の対象となりうる。

（参考文献）

大石雅之、日本アルコール関連問題雑誌、2014；16：21-28

廣 尚典、日本アルコール関連問題雑誌、2010；12：59-61

宮岡 等、精神障害者保健福祉手帳の判定マニュアルの作成及び実態把握に関する研究、2015；53-55

高齢者の場合

木村 充（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

1. 高齢者のアルコール問題の特徴

- ・2013年の飲酒実態の調査では、AUDITで8点以上の者の割合は、65-69歳男性では約25%、70代男性では約20%であった。70代男性での割合は、2003年、2008年調査に比べて増加していた。
- ・高齢者の人口の増加に伴い、高齢者のアルコール使用障害も増加している。
- ・高齢者の場合、加齢とともにアルコールへの感受性が高くなる。加齢とともに、以前と同じ量の飲酒であっても運動機能と認知機能に影響を受けやすくなる。そのため、高齢者では、比較的少量の飲酒であっても、様々なアルコール関連問題を引き起こすことに注意が必要である。
- ・身体的な影響については、若年者に典型的な肝機能障害、膵炎などの合併症の頻度は比較的少なく、がん、脳梗塞、身体衰弱と言った非特異的な合併症が多い。
- ・アルコール離脱症状も、手指振戦や発汗などの典型的な離脱症状よりも、注意・集中力障害などの軽度の意識障害が遷延するような病像を呈しやすい。

2. 高齢者でよく見られる問題

高齢者では、若年者によく見られる仕事に関連する問題が出にくいいため、飲酒のコントロール喪失があったとしても、飲酒の問題が表面化しにくく、家族も飲酒を容認する傾向がある。アルコール問題が顕在化するきっかけとして、次のようなものがある。

- ・頻繁なふらつき、転倒
- ・酩酊して外で保護される、頻繁な救急搬送
- ・失禁
- ・酩酊時の暴言、暴力
- ・物忘れ

高齢者の飲酒問題を発見するために、AUDIT、SMAST-Gなどのアルコール問題のスクリーニングテストが有用であることが知られている。

3. 対応法の例

- ・高齢者では、飲酒量も若い頃より減っているため、飲酒問題があると全く考えていないことも多い。
- ・飲酒問題に直面化させるよりも、「心身の健康維持のため」などとした緩やかな介入の方が受け入れられやすい。本人のプライドを傷つけないように配慮することが必要である。
- ・家族も飲酒問題をあまり深刻に考えていないことも多く、「多少なら」と飲酒を容認することもあるため、家族に対する指導も重要である。
- ・定年後に自由な時間が増加したことがきっかけで飲酒が増えていることが多く、飲

酒に代わる時間の過ごし方や趣味を見つけ、なるべく何もすることがない時間を減らすことを支援する。

- ・人間関係が希薄になり、孤独感を感じることで飲酒増加につながりやすい。地域のコミュニティや自助グループへの参加を通して、飲酒を介さない人間関係を構築することが飲酒問題解決につながる。

- ・離脱時に用いる向精神薬は、ふらつき、せん妄などの副作用に配慮し、なるべく少量で慎重に用いる。

- ・抗酒薬は、高齢者では特に飲酒した場合のリスクが高く、慎重な使用が求められる。アカンプロサートの方が比較的安全に用いることができる。

- ・若年者と比べると高齢者の方が飲酒についての予後は良好であることが知られている。

(参考文献)

尾崎米厚. 厚生労働省研究班報告書. 2014; 19-28.

O'Connell H, et al. BMJ. 2003; 327: 664-667.

女性アルコール依存症

真栄里 仁（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

女性は体格の関係で、男性と同じ飲酒量であっても血中アルコール濃度が高くなりやすい。また肝臓も小さいためアルコール消退速度も平均で男性の3/4程度と低くなっている。アルコール性肝障害でも週あたり84g～156g以上のアルコール摂取という男性ではあまり問題とならない量でも、女性ではアルコール性肝障害や肝硬変のリスクが上昇する。このように女性の飲酒は男性以上にリスクがある一方で、女性の飲酒は増加傾向であり、女性のアルコール使用障害も一般的になってきている。

女性のアルコール使用障害は、気分障害、情緒不安定性人格障害、他の薬物乱用/依存といった他の精神疾患の合併が多く、これらの疾患が先行発症し、自己治療的に飲酒が増大しアルコール使用障害となることが多い。特に若い女性アルコール依存症では摂食障害の合併が多く、二十代では71%に上る。発症までの経過では、女性は男性より飲酒開始年齢が低く、早期に依存形成するとされてきたが（テレスコープ効果）、最近の調査では否定的な報告が多い。臨床面では、否認が少なく自責感が強い、自分より他者中心で考える、不満や不安をうまく表現できない等、男性とは異なる特徴がある。一方で自助グループに対しては受容的である。また自己治療としての飲酒の側面が強いため、断酒を指導するだけでなく、飲酒の背景にある様々な現実的な問題についても解決に向けた援助が必要であり、ソーシャルワーカーや地域との連携が、より重要になってくる。家族との関係では配偶者との関係が鍵になることが多く、配偶者自身が疾患や治療に無理解、非協力的なケースや、中には患者への暴力がみられるケースもあることから、患者-配偶者関係を慎重に評価する必要がある。

治療は、酒害教育や認知行動療法、自助グループ参加、薬物療法等、男性同様のプログラムが中心となるが、男女の臨床特徴の相違点の理解、女性にとって安心できる治療環境の提供、社会生活上の問題解決のための支援、女性だけの治療グループ形成もしくはプログラムなどもある方が望ましい。治療者も女性が望ましいとする意見もあるが、男性治療者でもチーム内での役割分担などの工夫をすれば、臨床上の問題はないと考えられる。また自責感が強いことから、直面化よりも支持的・受容的アプローチを多用するようにする。治療成績は、以前は男性より予後不良とされてきたが、実際には男女差はほとんどないことが明らかになっている。

参考資料

樋口進：女性アルコール症者の死亡，男性例との比較研究．アルコール研究と薬物依存．1987；22：211-223．

真栄里仁、樋口進：女性とアルコール関連問題．アルコール医学・医療の最前線 UPDATE．竹井謙之（編）．2016；pp109-113．

松下幸生：依存からの回復支援：女性の飲酒とアルコール依存. 働く女性のストレスとメンタルヘルスケア（印刷中）

Ⅲ軸：身体的問題

問題別対応編

問題飲酒を伴う脂質異常症の対応

田中 完（新日鐵住金株式会社 鹿島製鐵所）

1 5、 問題飲酒を伴う脂質異常症の解説

- ・低量の飲酒はHDL・TGを上昇させ、LDLを低下させる。
- ・高TGについては、エタノールが肝臓で代謝される際の肝細胞内のNADH/NAD比の上昇による中性脂肪合成基質の増加や脂肪酸のβ酸化の抑制が起こり、高TG血症となる。高TG血症により、肝臓内の中性脂肪や内臓脂肪が上昇する。
- ・断酒により高TG血症は速やかに改善される事が多く、抗高脂血症薬の投与を必要としない場合もある。
- ・HDL上昇については、HDL-Cの主要構成アポA1の産生亢進による。
- ・糖尿病との合併が高TG血症、低HDL血症を助長する。

2、問題飲酒を伴う脂質異常症の対応について

・採血時には、LDL、HDL、TGのみでなく、以下の項目（表1）を追加し、肝機能のスクリーニングや他の合併症のスクリーニングをする事。薬の副作用検査のためにもCK、AST/ALTを行う事。

表 1

AST/ALT	スタチン系薬剤の副作用の確認とともに、アルコール性肝炎のスクリーニング。脂肪肝の合併にも注意。異常があれば積極的に腹部US検査を実施。スタチンの副作用は長期使用後にも発現の可能性があるため、定期的（半年に1度）に行う事
γ-GTP	アルコール性障害の指標、2週間で半減する
WBC	肝炎の指標
Hb	飲酒による大球性貧血のスクリーニング。
MCV	80以下で大球性貧血（葉酸不足）がある場合、飲酒も原因と考える。
Plt	肝硬変で低下
BUN/Cre	脱水や、Creは肝炎の指標
T-Bill	肝炎の指標
TP/Alb	肝硬変や食事摂取不足による低栄養評価。
Na	低Na血症は食事摂取不足者に多い。倦怠感などがあれば補正を行う。
HbA1c	大量飲酒者に血糖コントロール不良が多いため
UA	大量飲酒者に高尿酸血症が多いため

・
・

3、対応法の例

- ・3度の食事以外に、飲酒とともに摂取する食事についても詳細に把握する。
- ・中高年では、過剰なサプリメント摂取にも注意する事（基材として油脂が多い）。
- ・TG は短期間での変動が大きいため、健康診断など経年変化の記載のある資料があれば提出してもらおうと、その鑑別に有用である。
- ・血液検査で重症肝炎を疑う場合や血液検査・腹部 US 検査で肝硬変を伴う場合は専門医療機関受診を勧める。

文献

堀江義則：飲酒と関連する内科的疾患：診断と治療 2010；98, 1921-1927

問題別対応編

問題飲酒を伴う糖尿病の対応

田中 完（新日鐵住金株式会社 鹿島製鐵所）

16、問題飲酒を伴う糖尿病の解説

- ・飲酒による高血糖については、膵臓障害に伴うインスリン産生の低下、末梢でのインスリン抵抗性増加に伴う糖の利用低下などが悪化の原因として挙げられる。
- ・アルコールそのもののカロリー、血清脂質に対する影響、食事療法の不徹底、糖新生の低下による低血糖など血糖コントロールを乱す要因も多い。特にグリコーゲン貯蔵の少ない肝硬変患者は低血糖を生じやすい。
- ・アルコール1gは7.1kcalに相当するが、蒸留酒は計算に入れず醸造酒の糖質（炭水化物）は計算に入れる。
- ・欧米糖尿病患者のメタアナリシスでは低量飲酒者は心血管疾患の合併を抑制するとの報告もあるが、日本のJDCSでは飲酒はリスク要因である。
- ・外来治療を長期化させないためにも、糖尿病の治療開始とともに飲酒量を正しく把握し、早期に節酒、禁酒指導をすることが肝要である。

2、問題飲酒を伴う糖尿病の対応について

- ・採血時には、血糖、HbA1cのみでなく、以下の項目（表1）を追加する事。特に直近では滴下血による迅速HbA1c測定器も普及しているが、初診時並びに定期的にそれ以外の検査を行う事を心がける。

表1

AST/ALT	アルコール性肝炎のスクリーニング。脂肪肝との鑑別必要。異常があれば積極的に腹部US検査を実施。
γ-GTP	アルコール性障害の指標、2週間で半減する
WBC	肝炎の指標
Hb	飲酒による大球性貧血のスクリーニング。貧血はHbA1c値に影響を与える。
MCV	80以下で大球性貧血（葉酸不足）がある場合、飲酒も原因と考える。
Plt	肝硬変で低下
BUN/Cre	脱水や、Creは肝炎の指標
T-Bill	肝炎の指標
TP/Alb	肝硬変や食事摂取不足による低栄養評価。インスリン治療開始時は注意。
Na	低Na血症は食事摂取不足者に多い。倦怠感などがあれば補正を行う。
LDL・TG	大量飲酒による脂質異常症のスクリーニング
UA	大量飲酒による高尿酸血症のスクリーニング

- ・初診時HbA1c6.5-7.9程度の糖尿病患者：一般的な経口糖尿病薬の処方とともに、飲酒量を聴取し、カロリー計算などを交えて節酒指導をする。良好なコントロールができるまでは、大量飲酒に特に気をつけるよう指導する。
- ・初診時HbA1c8.0以上の糖尿病患者：大量飲酒者である可能性が高く、積極的な節酒・

禁酒指導が必要である。5 合（100g／日）を超える患者も稀ではないため、60g／日未満までの節酒を早期に指導すること。大量飲酒者でインスリン治療を開始する際は、低血糖のリスクが高いかつ節酒指導のため入院による導入が望ましい。

3、対応法の例

- ・糖尿病に関わらず、治療初期かつ軽症者は治療離脱を強く希望するため、節酒指導と飲酒時の食事指導は有効である。特に非肥満者かつ醸造酒の大量飲酒者では体重減少に代わる目標値になる。

- ・外来の待機時間にパッチテストや AUDIT を自主的に実施してもらうことにも節酒や自身の体質自覚として有用である。パッチテストでは、ALDH2 欠損型であれば、節酒目標は 40g 未満となり、AUDIT20 点以上であれば、専門医療機関によるアルコール治療も積極的に勧める。

- ・血液検査で重症肝炎を疑う場合や血液検査・腹部 US 検査で肝硬変を伴う場合は専門医療機関受診を勧める。

- ・禁酒が必要或いは望む場合は地域の断酒会の開催日程を調べておき、外来日と合わせるなどの工夫をすれば、断酒会参加率も上昇する。

文献

堀江義則：飲酒と関連する内科的疾患：診断と治療 2010；98, 1921-1927

藤川 るみ et al. 飲酒と糖尿病との関連を探る：Life Style Medicine, 4. 1:30-36. (2010)

問題別対応編

アルコール性肝硬変の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

1、アルコール性肝硬変の解説

- ・本邦のアルコール性肝硬変では、重度のアルコール性肝炎を繰り返し若年で肝硬変に至る例よりも、肝炎が重症化せずに長期に大量飲酒し緩徐に肝の線維化が進み、アルコール性肝線維症からアルコール性肝硬変に至る例が多い（図）。
- ・腹水や食道静脈瘤治療の技術が進歩し、肝硬変による肝不全や食道静脈瘤の破裂などではなく、肝細胞癌の進展で死亡する例が増えていると推察される。
- ・アルコール性肝硬変で飲酒を継続した群は予後不良で、5年生存率は30%程度である。しかし、代償性肝硬変の状態での断酒した群では、ウイルス性肝硬変症例でウイルス排除に成功した症例と同様、その予後は比較的良好である。

2、アルコール性肝硬変の対応について

- ・ヒアルロン酸やIV型コラーゲン-7Sなどの線維化マーカーが高値の場合は肝線維症や肝硬変が疑われ、肝臓専門医の受診が勧められる。
- ・肝線維症、肝硬変では、肝細胞癌のスクリーニングのため定期的な画像診断が必要である。
- ・肝不全（肝性脳症）例では、蛋白制限（0.5～0.7g/kg/日）をした上で、分岐鎖アミノ酸製剤を投与する。消化管出血や肝性脳症を認めない代償性肝硬変例では、総カロリーは標準体重1kgに対し30-35kcal、タンパク質は標準体重1kgに対し1.0～1.5gの高タンパク低脂肪の条件で十分なカロリーを補給する。

3、対応の例

- ・食道静脈瘤を認める場合は肝硬変の合併が強く疑われ、節酒ではなく断酒が望まれ、断酒できない例では使用障害の重症度（I軸）、社会的問題（II軸）の問題が軽度であっても、断酒の継続が必要であることを十分に説明しなければいけない。
- ・腹水や脾腫、血小板低値などを認め、すでに肝硬変に至っている例は、ほとんどの症例で依存症である。使用障害の重症度（I軸）、社会的問題（II軸）の問題をほとんどの例で有しており、節酒ではなく断酒が必要であり、身体障害の加療もしくは治療終了後に、精神科医や専門医療機関への紹介が推奨される。
- ・肝線維症などの肝機能障害に対し節酒指導後も問題飲酒を継続する場合は、使用障害の重症度（I軸）、社会的問題（II軸）に含まれる他の問題にもついても評価を行い、問題があれば肝硬変に移行する可能性が高く、積極的に専門医療機関への受診を勧める。

問題別対応編

飲酒による高脂血症、高尿酸血症の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

1、 飲酒による高脂血症、高尿酸血症の解説

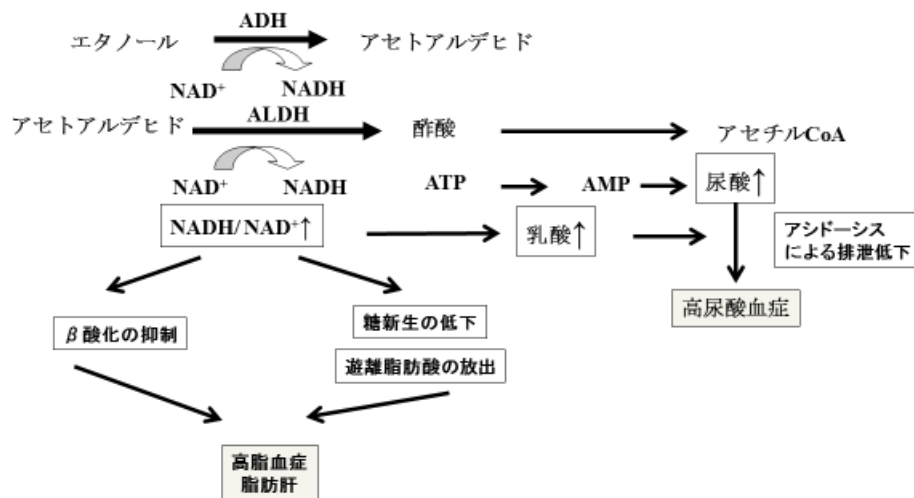
- ・長期にわたる飲酒は、血清トリグリセリド (TG)を上昇させることが知られている。
- ・糖新生の低下のため、中性脂肪の合成基質である遊離脂肪酸の放出が起こる。
- ・エタノールが代謝される際の肝細胞内の NADH/NAD 比の上昇により β 酸化の抑制が起こり、遊離脂肪酸から作られた TG の基質であるアシル CoA が、アセチル CoA に変化されて解糖系で利用されることが抑制され、TG の合成が上昇する (図)。
- ・エタノールとして 20g/日程度の習慣飲酒時には、HDL コレステロール(HDL-C)の上昇作用があり、虚血性心疾患のリスクを低下させるが、容量依存性には増加せず、TG の上昇によりむしろメタボリック症候群の誘引となる。
- ・酢酸からアセチル CoA が合成されるが、この際 ATP が消費され AMP から尿酸が産生される (図)。
- ・飲酒に伴う高尿酸血症は、NADH/ NAD 比の上昇による高乳酸血症により、尿酸の腎排泄が乳酸と拮抗し低下することも関与している。このため、プリン体を含まない焼酎やウイスキーなどの蒸留酒の飲酒でも尿酸値は上昇する。
- ・高尿酸血症患者の 94%が飲酒者であり、1日 10-14.9g の飲酒量でも痛風発作の危険度は 1.32 倍となる。容量依存性に尿酸値は上昇し、痛風発作の危険度も増す。
- ・高尿酸血症は、長期に及べば及ぶ程、痛風発作を起こしやすい。UA 9.0 mg/dL 以上の患者を 14 年間追跡したところ、90%に痛風発作が生じたとの報告もある。

2、 飲酒による糖尿病、高脂血症、高尿酸血症の対応について

- ・飲酒による高 TG 血症は、禁酒により速やかに改善され、一般的には抗高脂血症剤の投与を必要としない。
- ・高尿酸血症は、アルコール飲料中に含まれるプリン体も関与しているが、ビールでその含有量が特に多い。
- ・高尿酸血症は食事の関与の方が大きく、節酒指導とともにプリン体の少ない食事をするように栄養指導を行う。

3、対応の例

- ・高脂血症、高尿酸血症に対し、禁酒、節酒の指導後も問題飲酒を継続する場合は、使用障害の重症度 (I 軸)、社会的問題 (II 軸) に含まれる他の問題にもついても評価を行い、問題があれば積極的に専門医療機関への受診を勧める。



図：飲酒による高脂血症、高尿酸血症の機序

文献

山中 寿、他. 日本臨床 1997; 55 : 200-204

堀江 義則、石井 裕正. The Lipid 2006; 17: 44-49.

問題別対応編

アルコール性脂肪肝・肝炎の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

1、アルコール性脂肪肝・肝炎の解説

- ・アルコールの過飲により最初に起こる疾患は脂肪肝であり、大量飲酒者のほとんどに認められる。
- ・脂肪肝の状態にある人が連続大量飲酒を繰り返すと、その 10–20%にアルコール性肝炎が発症する。
- ・AST 優位の血清トランスアミナーゼの上昇、黄疸、著明な肝腫大、腹痛、発熱、末梢血白血球数の増加、ALP や γ -GTP の上昇などを認めることが多い。
- ・一部のアルコール性肝炎では、中等度から重症のアルコール性肝炎に至り、禁酒しても肝腫大などアルコール性肝炎の症状が持続することがある。(表)。
- ・アルコール性肝炎は、中等症でも死亡率が 15%前後あり、重症になると死亡率は 50% 近い。特に、消化管出血や DIC などの合併症があると予後不良である。

表：アルコール性肝炎重症度スコア (Japan Alcoholic Hepatitis Score: JAS)

Score	1	2	3
WBC ($/\mu\text{L}$)	$<10,000$	$10,000\leq$	$20,000\leq$
Cr (mg/dL)	≤ 1.5	$1.5<$	$3\leq$
PT (INR)	≤ 1.8	$1.8<$	$2\leq$
TB (mg/dL)	<5	$5\leq$	$10\leq$
消化管出血 または DIC	-	+	
年齢 (歳)	<50	$50\leq$	

JAS: ≤ 7 : 軽症, 8–9: 中等症, $10\leq$: 重症

2、アルコール性脂肪肝・肝炎の対応について

- ・アルコール性脂肪肝や軽症のアルコール性肝炎は、2–4 週間の禁酒で消失し、特別な治療は不要である。
- ・栄養障害がアルコール性肝障害の進展に関与している症例も多いため、栄養指導と節酒指導を同時に行う必要がある。アルコール性脂肪肝での必要エネルギー量は、標準体重 1kg に対し 25–30kcal とし、脂肪制限は全エネルギーの 20%以下、タンパク質は標準体重 1kg に対し 1.0~1.3g とする。
- ・アルコール性肝炎では、総カロリーは標準体重 1kg に対し 30–35kcal、タンパク質は標準体重 1kg に対し 1.0~1.5g の高タンパク低脂肪の条件で十分なカロリーを補給する。栄養障害をとまなっている場合には、ビタミン B を補給する。肥満症例や糖尿病の場合は適宜カロリーを、腎不全を合併する場合は適宜蛋白量を調整する。

・JAS（表）で中等症や重症と判定された場合は、その障害の種類と重症度に応じて、黄疸にはステロイド投与、腎不全には血液透析などを検討する。

3、対応の例

・肝炎が重症化すると死亡率が高い。透析など集学的治療が施行できる施設での入院加療が勧められる。救命できても肝炎を繰り返すと短期で肝硬変に移行する。連続飲酒発作を起こしていることがほとんどで、依存症の可能性が高い。救命できた場合は、使用障害の重症度（I 軸）、社会的問題（II 軸）にかかわらず、積極的に専門医療機関への受診を勧める。

・アルコール性脂肪肝や軽症のアルコール性肝炎であっても、節酒、断酒の指導後も問題飲酒を継続する場合は、使用障害の重症度（I 軸）、社会的問題（II 軸）に含まれる他の問題にもついても評価を行い、問題があれば積極的に専門医療機関への受診を勧める。

・アルコール性脂肪肝の場合、栄養指導と節酒指導を同時に行うと効果的である。

文献

Horie Y, et al. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi 2016; 51: 71-90.

堀江 義則、他. 肝臓 2016; 57: 171-177.

堀江 義則、他. 日本消化器病学会雑誌 2015; 112: 1630-1640.

問題別対応編

多量飲酒による循環器疾患・脳血管障害の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

1 7、 多量飲酒による循環器疾患・脳血管障害の解説

- ・習慣的な多量飲酒は高血圧症の原因となる。1日当たり30gを超えるとリスクが高くなる。
- ・少量の飲酒は虚血性心疾患の罹患率を減らす。過度の飲酒は虚血性心疾患の罹患率を増やす。
- ・長期の多量飲酒（90g/日で5年以上）は心筋症の危険因子にもなる。
- ・不整脈では、上室性頻拍や心房細動などの上室性不整脈が多く、若年者の新規発症心房細動の多くに飲酒が関与している。
- ・休日や休前日の飲酒量の増加によるイベントが多く、「holiday heart syndrome」とも称される。
- ・毎日60g以上の飲酒は10g以下に比べ、上室性不整脈のリスクが2.6倍となる。
- ・65歳以下の新規発生心房細動では3分の2に多量飲酒が関与しているとの報告もある。
- ・少量の飲酒であっても脳出血のリスクを増やす。過度の飲酒は、脳梗塞を含めたすべての脳血管障害の危険因子となる（図）。
- ・外傷性の頭蓋内出血も高頻度で認められる。

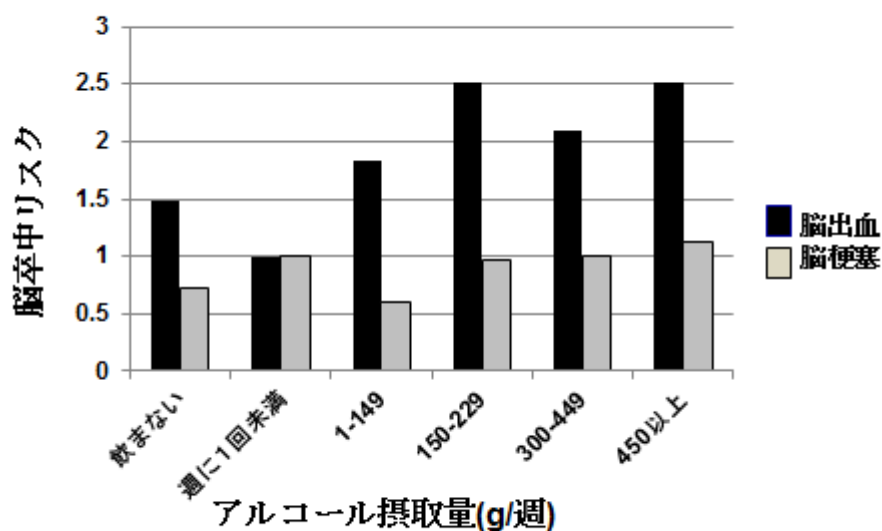
2、 多量飲酒による循環器疾患・脳血管障害の対応について

- ・飲酒による高血圧は節酒・断酒により改善することが多く、減塩などの生活習慣の改善の一環として節酒を指導すべきである。
- ・意識障害やショックが疑われる場合は、心電図や心エコー、頭部CTなどの検査により、循環器疾患や脳血管障害、外傷性の頭蓋内出血などを鑑別する。
- ・アルコール性心筋症では、断酒しないと予後は4年生存率が約50%であり、断酒が必要である。
- ・多量飲酒による不整脈は禁酒により改善することが多く、抗不整脈薬を処方する前に禁酒指導を行う必要がある。

3、 対応法の例

- ・アルコール性心筋症は禁酒後も回復に時間がかかる。心拍出量の低下や房室ブロックなどが認められる場合は、循環器専門医による加療が望まれる。左室拡大、壁の菲薄が進行すると心不全となり回復にも時間を要するため、心拍出量の低下が確認されれば治療介入は早ければ早いほうが良い。使用障害の重症度（I軸）、社会的問題（II軸）の

問題が軽度であっても、断酒の継続が必要であることを十分に説明しなければいけない。
 ・循環器疾患や脳血管障害の既往に対し、禁酒、節酒の指導後も問題飲酒を継続する場合や、すでに心筋症を発症している例は、依存症の可能性が高い。使用障害の重症度（I軸）、社会的問題（II軸）に含まれる他の問題にもついても評価を行い、問題があれば積極的に専門医療機関への受診を勧める。



図：脳卒中における飲酒量別の危険度（オッズ比）

文献

Skotzko CE, et al. Heart Fail Rev 2009; 14: 51-55.

沖中 務. Medicina 2005; 42: 1565-1570.

津金 昌一郎. アルコールと健康 アルコール健康医学協会 2005: 80-81.

問題別対応編

多量飲酒による消化管疾患の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

1、多量飲酒による消化管疾患の解説

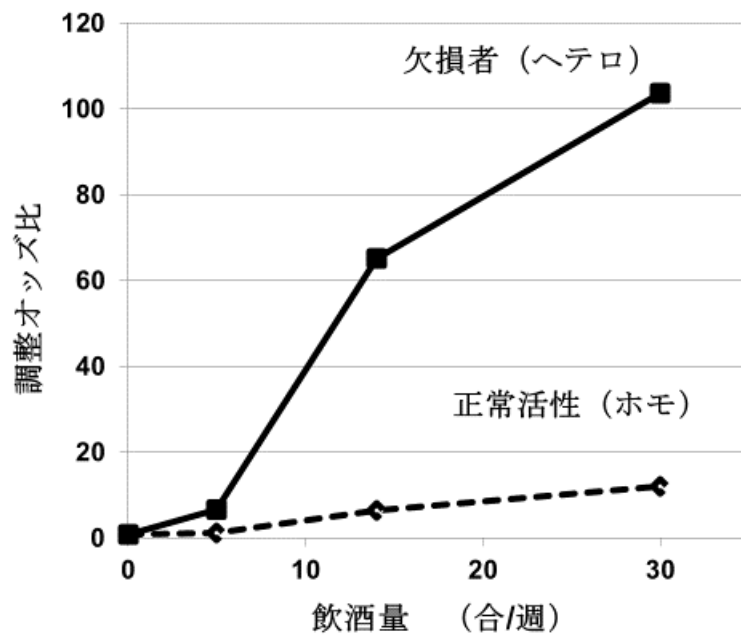
- ・大量飲酒により起こる消化管病変として、Mallory-Weiss 症候群、胃食道逆流症 (GERD)、急性胃粘膜病変や胃・十二指腸潰瘍が知られている。
- ・高濃度のアルコール摂取は、食道・胃にとどまらず小腸、しかも遠位小腸（回腸）にまで出血性びらんや潰瘍などの病変を直接惹起する。
- ・低濃度であっても慢性的な飲酒により、下痢や吸収障害などが臨床上市しばしば経験される。腹痛を伴うことは少なく、脱水や電解質異常から筋肉の痙攣などを伴うこともある。
- ・慢性的な多量飲酒は、口腔咽頭喉頭癌、食道癌、肝臓癌、膵臓癌、大腸癌、乳癌のリスクを上昇させる。
- ・口腔咽頭喉頭癌、食道癌においては、高濃度アルコール飲料でリスクが上昇し、アルデヒド脱水素酵素 2 型の欠損者で顔面紅潮をきたすような人でのリスク上昇も報告されている（図）。

2、多量飲酒による消化管疾患の対応について

- ・多くは禁酒、節酒により改善するため、症状が軽快するまで制酸剤や胃粘膜防御因子、止痢剤などを症状に合わせて投与する。
- ・習慣飲酒者は消化管悪性腫瘍の罹患率が高く、禁酒、節酒により症状が改善した場合も、内視鏡による消化管悪性腫瘍のスクリーニングは重要である。

3、対応法の例

- ・胃潰瘍など重篤な消化管疾患を認めるが、指導後も問題飲酒を継続する例は、依存症の可能性が高い。使用障害の重症度（I 軸）、社会的問題（II 軸）に含まれる他の問題にもついても評価を行い、問題があれば積極的に専門医療機関への受診を勧める。
- ・アルデヒド脱水素酵素 2 型の欠損者は、肝機能が正常であっても口腔咽頭喉頭癌、食道癌のリスクが高く、このエビデンスを踏まえた上での節酒指導が必要である。指導後も問題飲酒を継続する例は、使用障害の重症度（I 軸）、社会的問題（II 軸）に含まれる他の問題にもついても評価を行い、問題があれば積極的に専門医療機関への受診を勧める。



図：飲酒による中年男性の食道癌のリスクとアルデヒド脱水素酵素2型の欠損の関係
 実線：アルデヒド脱水素酵素2型の欠損（ヘテロ）、点線：アルデヒド脱水素酵素2型活性正常（ホモ）

参考文献

永田 博 診断と治療 2010; 98: 1959-1962.
 横山 顕 成人病と生活習慣病 2009; 39: 473-478.

問題別対応編

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

1. 飲酒による糖代謝異常の解説

- ・疫学的に飲酒が糖尿病を悪化させるという明確なデータは意外に少なく、むしろ適度の飲酒は糖尿病の罹患率を低下させるとの報告がある。実際、飲酒習慣のないイスラム圏で糖尿病の発症率が低いという報告もない。
- ・しかし、大量飲酒者にはしばしば糖尿病が合併し、すでに糖代謝異常がある例では、飲酒は糖尿病の増悪因子になり得る。
- ・膵臓障害に伴うインスリン産生の低下、末梢でのインスリン抵抗性増加に伴う糖の利用低下などが悪化の原因として挙げられる。

2. 飲酒による糖代謝異常の対応について

- ・薬物療法を必要としない食事療法中の糖尿病において、軽度飲酒（適正飲酒）を禁止する医学的根拠は確立されておらず、血糖安定時には適正飲酒を容認すべきである。また、血糖調節がつくまで禁酒するという姿勢の方が患者によっては受け入れられやすく、治療への協力が得られ、結果的に短期間で良い血糖調節ができる場合もある。
- ・禁酒により速やかに血糖値が改善する例も多く、緊急にインスリン投与が必要な場合を除き、禁酒指導と食事療法で経過を見る。
- ・禁酒後も高血糖が続く場合は経口糖尿病薬の投与を検討するが、服薬中の飲酒による低血糖のリスクについて十分に説明しなくてはならない。経口血糖降下薬を服用している患者では、飲酒による低血糖発作が多数報告されており、断酒が必要である。インスリン抵抗性の改善やNADH/NAD比上昇による糖新生の減少がその原因と考えられる。
- ・意識障害が疑われる場合は、血糖値や動脈血液ガスなどの検査により、低血糖や代謝性アシドーシス（ケトアシドーシス）などを鑑別する。
- ・初診時にインスリン投与が必要な高血糖や著しい低血糖、ケトアシドーシスを認められる場合は、入院加療が望ましい。
- ・ケトアシドーシスでは血糖値と電解質の補正を中心に行う。マグネシウム、カリウム、リン酸の低値を認めることが多く、適宜補正する。アシドーシスの補正は、不要なことが多い。

3. 対応の例

- ・経口糖尿病薬やインスリン治療中の糖尿病患者で、断酒指導後も飲酒を継続する例は、ほとんどの症例で依存症である。使用障害の重症度（I軸）、社会的問題（II軸）の問題をほとんどの例で有しており、節酒ではなく断酒が必要であり、身体障害の加療もしくは治療終了後に、精神科医や専門医療機関への紹介が推奨される。

・薬物治療は行っていないが、血糖コントロールがつかないにも関わらず禁酒、節酒の指導後も問題飲酒を継続する場合は、使用障害の重症度（I 軸）、社会的問題（II 軸）に含まれる他の問題にもついても評価を行い、問題があれば積極的に専門医療機関への受診を勧める。

・肝のグリコーゲン貯蔵の少ない肝硬変患者においては、アルコール摂取により低血糖を生じやすく、適切な治療がなされなければ致命的となり、専門医療機関での断酒指導が必要である。

文献

鈴木 吉彦、大田 成男. 診断と治療 2010; 98: 1963-1970.

奥山 啓二、他. アルコール医療ケース・スタディ 新興医学出版社 2008; 64-72

松崎 公信、他. 産業医科大学雑誌 2015; 37: 43-47.

問題別対応編

アルコール性膵炎の対応

堀江 義則（国際医療福祉大学 山王メディカルセンター 内科）

18、 アルコール性膵炎の解説

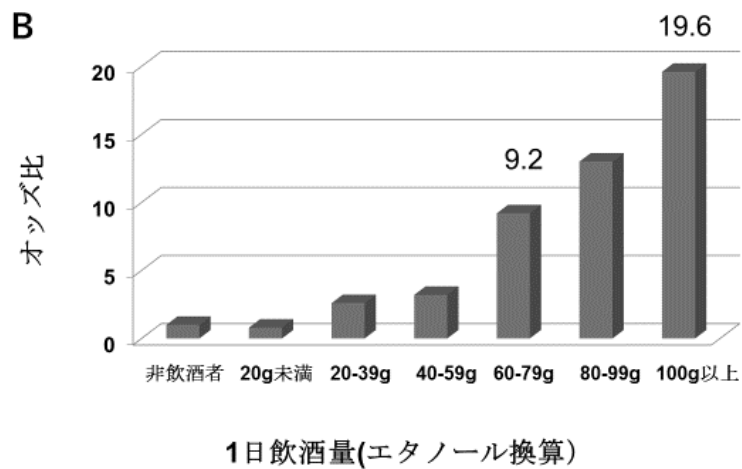
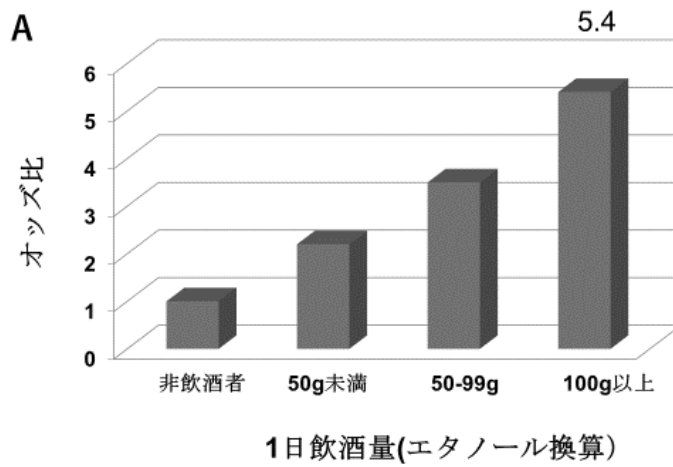
- ・①上腹部の急性腹痛発作と圧痛、②血中、または尿中に膵酵素の上昇、③超音波、CTまたはMRIで膵に急性膵炎に伴う異常所見の3項目中2項目以上を満たし、他の膵疾患および急性腹症を除外したものを急性膵炎と診断する。
- ・症状が落ち着くと再飲酒する例がほとんどで、10～15年の経過で慢性化して、膵石などを伴う慢性膵炎に移行する。
- ・アルコール過飲が、急性膵炎の成因の約34%、慢性膵炎の成因の約70%を占める。
- ・急性、慢性膵炎とも飲酒量の増加に伴って発症率は高まるが、1日60gを超えたあたりから急に高くなる（図）。
- ・慢性膵炎では、頑固な腹痛と背部痛の他に、糖尿病、下痢、体重減少などを認める。

2、 アルコール性膵炎の対応について

- ・急性膵炎の重症度と膵酵素活性は必ずしも相関しないこともあり、重症度の判定には画像検査が重要である。腎不全などなければ可能な限り造影CTの施行が勧められる。
- ・ショックを予防するために、軽症でも3L/日程度の補液が必要なことが多い。重症例では中心静脈圧をモニタリングしながら十分な（6-8L/日になることもある）補液を行うため、集中治療室での管理が望まれる。
- ・重炭酸の分泌を抑制するため、禁食の上制酸剤を投与する。食事開始直後や慢性膵炎では、膵酵素を補うため消化酵素を投与する。

3、 対応法の例

- ・急性膵炎では禁食や疼痛コントロールが必要なことが多く、原則として入院加療が勧められる。一度膵炎を起こすと、適量の飲酒であっても膵炎の再発率は高く、使用障害の重症度（I軸）、社会的問題（II軸）の問題が軽度であっても、断酒の継続が必要であることを十分に説明しなければいけない。
- ・再発を繰り返す例やすでに慢性膵炎を発症している例は、依存症の可能性が高い。使用障害の重症度（I軸）、社会的問題（II軸）に含まれる他の問題にもついても評価を行い、問題があれば積極的に専門医療機関への受診を勧める。



図：膵炎発症における飲酒量別の危険度（オッズ比）

A:急性膵炎、B:慢性膵炎

文献

正宗淳、下瀬川徹：医学と薬学 2016；73(8)：977-983.

IV軸：精神的問題

双極性障害がある場合

蒲生 裕司（医療法人社団天紀会こころのホスピタル町田）

1. アルコール使用障害における双極性障害の解説

・アルコール使用障害と気分障害は併存することが多く、アルコール使用障害の診察では気分障害の併存の有無を、気分障害の診察ではアルコール使用障害の併存の有無を確認することが極めて重要である。

・双極性障害では、大うつ病性障害と比べ、アルコール依存およびアルコール乱用が併存する割合が高いと言われている。

・一方、アルコール依存症およびアルコール乱用における双極性障害の併存は、大うつ病性障害に比べ少ないと言われている。

・双極性障害の自己治療的な飲酒という側面も指摘されることがあり、アルコール使用障害の治療だけでなく、双極性障害の治療も積極的に行うことが求められる。

・双極性障害の躁病エピソードは、うつ病エピソードに比べると急激に悪化することが多く、自傷他害の危険が増大することもあり、しばしば入院治療が必要となる。

・双極性障害のうつ病エピソード（双極性うつ病）は、しばしば過小診断されがちであるが、自殺の危険性が高く、注意が必要である。

2. アルコール使用障害における双極性障害の対応

・治療を通じて、自殺の危険性は常に念頭に置く必要がある。

・双極性障害の躁病エピソードに対する第一選択薬は気分安定薬である。

・しかし、双極性障害とアルコール依存症の併存に対し、リチウムは治療抵抗性があるとの報告もあり、バルプロ酸やカルバマゼピンなどリチウム以外の気分安定薬を使用することが推奨される。

・躁病エピソードでは興奮などの症状が激しい場合も多く、気分安定薬だけでは即効性が期待できないため、鎮静作用の強い抗精神病薬を最初から併用することもある。

・アルコール使用障害では糖尿病を併存していることも多く、抗精神病薬の使用においては血糖値の上昇という副作用を十分に考える必要がある。

・アルコール使用障害に併存した双極性うつ病の治療においてもバルプロ酸やカルバマゼピンなどリチウム以外の気分安定薬を使用することが推奨される。

・双極性うつ病の治療では、抗うつ薬を単独で使用することは推奨されない。

・双極性うつ病の治療のため、止むを得ず抗うつ薬を用いる際には、躁転や急速交代化の危険性というものを常に考慮し、慎重に使用する必要がある。

・アルコール使用障害では身体合併症を有することが多いため、抗うつ薬の使用においては副作用に十分配慮する必要がある。

- ・ベンゾジアゼピン系やバルビツール系の薬物を漫然と使用することは、依存症予防の観点などから推奨されない。
- ・心理教育や認知行動療法、対人関係療法などの併用も有効と考えられる。

3. 対応法の例

- ・専門医療機関への入院加療も考慮する。
- ・症状が軽度で外来治療が可能な場合は定期的な通院、内服ができるようにサポートする。
- ・薬物療法以外の治療法も活用する。

(参考文献)

Ragier DA et al. JAMA. 1990; 264: 2511-2518.

Singh JB, Zarate CA. Bipolar Disord. 2006; 8: 696-709.

PTSD（心的外傷後ストレス障害）

森田 展彰（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

1. PTSD とアルコール・薬物依存症との合併について

一般に心身の不快をもたらす要因をストレスというが、そのうちで個人の対処能力を超えたできごとで、その体験が過ぎ去った後にも心身の不調が継続的に残る場合に、これをトラウマ体験（心的外傷体験）と呼ぶ。これによる PTSD 症状は表 1 の通りであり、評価には IES-R という質問紙や CAPS という面接法が使える。

アルコール・薬物依存症は、トラウマ体験や PTSD と合併することが多いことが指摘されている。梅野らが全国ダルクの薬物乱用者の調査で、男の 67.5%、女 72.7%が中学時までに虐待を受けた体験を持っていたことを報告している。Kessler らによれば、米国の合併症に関する疫学研究の分析結果では PTSD は一般人口で生涯有病率が 6.8%であったのに対して、物質乱用者中では 14.6%になることが示されている。逆に PTSD を持つ者には物質使用障害の発生率が高いことも指摘され、Kessler らは、PTSD を持つ者は、それが無い者に比べて、2~4 倍物質乱用を持つ可能性が高まることを指摘している。

2. トラウマがアルコール・薬物依存に結びつくメカニズム

トラウマがアディクションに結びつくメカニズムについては以下のようなモデルから説明されている。

(1) トラウマによる急性の痛みの自己治療としてのアディクション

トラウマやストレス等の精神的苦痛に対処するために、アルコールや薬物やギャンブルを使うようになるという「自己治療モデル」が指摘されている。トラウマ記憶やそれに伴う心の痛みを薬物でない方法で乗り切る方法を身に着ける必要がある

(2) 複雑性トラウマによる認知・行動の問題としてのアディクション

複雑性 PTSD の一症状として物質使用障害をみる見方がある。複雑性 PTSD とは、生育期などに長期・反復的にトラウマ体験に暴露される結果、再体験、回避、過覚醒等のトラウマ症状のみでなく、感情や対人関係に関する調節能力の障害が定着してしまい、それが広範な症状・問題行動を生じる病態である。児童虐待や DV を受けてきたアディクション事例、特に女性事例では、こうした複雑性 PTSD の問題の現れとしてアディクション行動 とが指摘されている。自尊心や他者への信頼感を持ちにくい傾向があるために、他人や専門機関に援助を求めるのが苦手で、むしろ危険な人間関係へのしがみつきがちである。

3. 治療的働きかけ

薬物問題とトラウマ問題の重複事例における問題の関連性を図 1 に示した。トラウマ関連刺激に対する敏感性と薬物関連刺激への敏感性に対する働きかけと、この 2 つに共通する認知や対人関係の問題への働きかけが必要である。薬物乱用が激しいとトラウマ

に関連する感情や認知を整理することが難しいので、薬物使用の低減を先にやるのが理想だが、トラウマの症状が前面にある場合は薬物問題と同時に扱っていくしかない場合も多い。

①**安全な環境や治療関係を作り出すこと**：可能なら病院などの薬物や暴力被害から離れられる環境を作ることが重要である。そして、トラウマのつらさを受け止めること等を通じて安定的な治療関係を作ることが重要である。トラウマ症状を軽減するSSRIなどの薬物療法も有用である。

②**トラウマに伴う感情・認知・対人関係の問題**：トラウマ記憶の想起を含む心身の痛みや否定的な感情が、酒や薬物でない方法でのぐ方法＝グラウンディング（表3）を検討する。自分や他者に対する否定的な考えも再使用につながるので、肯定的な考えを思い出すような考え方を自分につぶやいたり、マインドフルネスの方法で気持ちをおちつけることが有用である。対人関係の面では、アサーティブに自分の気持ちを表現し、援助を求めたり、危険な関係を断るなどのワークを行うことも役立つ。トラウマに関連する感情・認知・対人関係のスキルを扱う Seeking Safety が参考になる。

③**過去の体験の表出と意味付け**：トラウマ体験や生育期などおける生きづらさの体験を言葉や文字で表現させ整理するプロセスである。トラウマ記憶へのエクスポージャー療法や自助グループで表出が有用である。

④**社会へのつなぎ**：感情調節や対人関係のスキルを実際の社会生活に応用していくことを援助する。たとえば、福祉サービスの窓口で、自分のニーズを伝えることなどの具体的な場面をとりあげ、受け答えの練習をさせることなどが有用である。

参考文献

1. ジュディス・L. ハーマン（中井 久夫訳）：心的外傷と回復（増補版），みすず書房，1999.
2. 森田 展彰：トラウマとアタッチメントの視点から見たアディクションの心理機序と援助（解説/特集），精神科治療学 29 巻 5 号：，593-601, 2014.
3. Najavits L. M. : Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse , (Guilford Substance Abuse Series) , Guilford Press, 2001.

表1. 心的外傷後ストレス障害の症状

<ul style="list-style-type: none"> ・再体験：大きな衝撃を感じるような災害や事故や暴力などの被害を受けるなどのトラウマ体験（心的外傷体験）の記憶を、自動的にくりかえし思い出す。悪夢、フラッシュバック（その出来事が再び起こったかのように行動したり感じたりすること）、そうした場面に生じた動悸や冷や汗などの身体的感覚の再現。 ・回避：その外傷的な体験を想起させる内的な物事（思考や感情や身体感覚）や外的な物事（人物や場所、会話、活動、物、場面）を避ける。 ・過覚醒：神経が高ぶった状態がずっと続く症状である。睡眠障害、過度に敏感で不安や恐怖や怒りなどの不快な感情を生じやすいこと、じっとしていられず集中できないこと、ちょっとした音や誰かが後ろを歩いた際にハッとびっくりしてしまう反応（驚愕反応）などの形で表れる。 ・外傷的な出来事に関連した、感情と認知の否定的な変化：外傷的な出来事の重要な場面の健忘、否定的な感情状態（抑鬱、悲哀、怒り、焦り、無力感、罪責感）、肯定的な感情を持っていないこと、自分や他者への否定的な考え、重要な活動やそれへの関心の減少、他者からの孤立や疎遠になった感覚
--

表2. 複雑雑性 PTSD (Complex PTSD)

<ol style="list-style-type: none"> 1. 慢性的又は反復的なトラウマとなるできごとを受けた経験例)戦争体験、強制収容所,児童虐待、DV など 2. 感情と衝動調節の変化：慢性的な不機嫌、慢性的な希死念慮、自傷行為、怒りの爆発と極端な抑圧、強迫的または抑圧的な性 3. 注意や意識における変化：健忘と記憶増進、一過性の解離エピソード、離人感,非現実感 4. 自己認識の変化：無援感、恥、罪悪感、汚れてしまった自分、他人とは違うというスティグマ感 5. 加害者への認識の変化：加害者との関係への耽溺（復讐心も含む）、理想化や逆説的感謝 6. 他者との関係の変化：孤立、引きこもり、親しい関係の破綻、不信感の持続、再被害化 7. 意味体系の変化：継続する信念の喪失希望をもてない
--

表3. 心の痛みを乗り越える方法(グラウンディング)

グラウンディング(地に足をつける)は、トラウマ記憶、否定な感情などの心な痛みを感じた時に、アルコール・薬物使用や自傷行為などをせずに、これを乗り切る方法である。自分の内面や過去を見つめるのではなく、現在の外部の現実世界に焦点をあてることにより、気晴らしをしする。

種類	方法	例
心理的な方法	自分の周囲にあるものを、5感をつかって言葉で表す。	「目の前に茶色い机があります。その上にはピンクの花瓶がのっけていて、花がいてあり、とてもいいにおいがします。」
	10 数える。	ゆっくり10数えます
	今の状況が安全であることを確認する。	「私の名前は _____。いまは ____年 ____月 ____日、____という場所にいる。私は過去とは違い、いまを生きている。私はいま安全です」
	安全なイメージを浮かべる	自分にとって落ち着く場所や物を思い浮かべる。
	自分を落ち着かせる言葉を用いる。セルフトーク	「なんとかなる」「今日一日(過去や未来はおいておいて今日のこと、今のことを考える)」「自分にはできる」など自分にかたりかける。AAの平穩の祈りを唱える。
	好きな人のことを考える	子どもや親あるいは好きなアイドルなどを思い浮かべたり、写真を見たりする。
身体的な方法	用いたい対処法を思い出せるようにする	対処法を聞いたリストや録音や動画をつかうセラピストや、親しい人の声を聞きたくなった時に、あらかじめ聞けるよう頼んでおく。
	周囲のものに触れ、手触り、色、素材、重さ、温度に注意を向ける。	来ている服や目の前の机や壁の表面をさわって、冷たさを味わう。座っているイスの肘掛けを握りしめる。ぬるま湯や冷たい水に手をひたす。
	自分の呼吸に目を向ける	息を吸うことと、吐くことに集中する。1. 23と吸って、4でとめて、5, 6, 7, 8, 9, 10で吐き終わるというペースで行う。そのときに「リラックス」などの落ち着く単語や色を思いうかべる。
	身体感覚に注意を向ける	背中が背もたれにくっついている感覚、周囲の音、手足の感覚などに集中してみる。
	身体を動かす	ストレッチする。右、左といいいながらゆっくり歩く、飛び跳ねる 握りこぶしを強く握り締め、そして脱力する。床にかかとを押し付ける
	心のお守り。	グラウンディングに使える小さな物をポケットに入れて持ち歩き、いざという時に触る。小石、ミサンガ、小さなぬいぐるみ、お守り。輪ゴム(危ないときにはじく)
単純作業をする	ぬいもの、絵を描く、ぬり絵、パズル、習字、テトリスなどの比較的単純なゲームをする。	

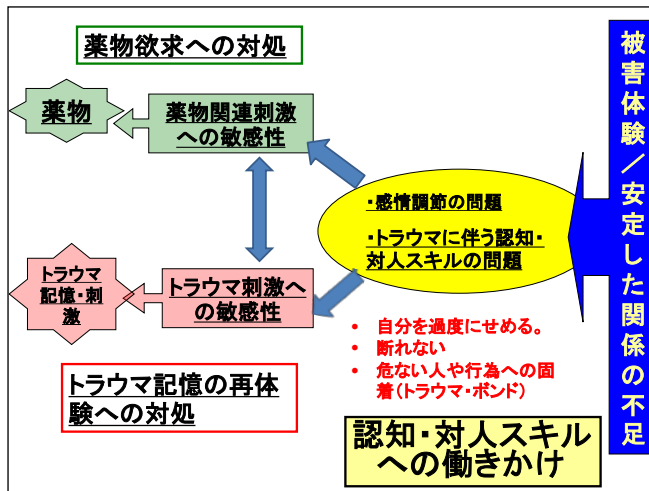


図1. 薬物依存症とトラウマ問題の合併例の心理と働きかけのポイント

精神病性障害がある場合

吉村 淳（東北医科薬科大学医学部精神医学講座）

アルコール・薬物使用と統合失調症に代表される精神病性障害は双方向性に密接に関連している。アルコール・薬物を反復的に使用していると、統合失調症に罹患しやすく、逆に統合失調症に罹患している患者はアルコール・薬物の不適切な使用に繋がりがやういことが知られている。1990年に公表された米国での2万人を超える大規模疫学調査(ECA study)の結果では、アルコール使用障害の3.8% (OR=3.3)が、その生涯において統合失調症を併発し、薬物使用障害では6.8% (OR=6.2)が統合失調症を発症することが報告された。一方で、統合失調症患者の33.7% (OR=4.4)が、その生涯においてアルコール使用障害に罹り、27.5% (OR=6.2)が薬物使用障害を患っていた。

このような重複障害に陥る要因として、1) 精神病性障害の症状に対する自己治療としてアルコール・薬物使用、2) アルコール・薬物の直接的、反復的な薬理作用の悪影響としての精神病性障害、3) 精神病性障害への潜在的な症候的、生物学的、遺伝的、環境的要因が過量のアルコール・薬物使用を促す、といったことが考えられる。さらに重複障害を患うことで、再発率が高まる、再入院率が高まる、治療反応性が低下する、暴力の危険が増加する、医療費がかかる、などの病状経過の悪化が、いくつかの研究から発表されている。

近年になって、従来の統合失調症やアルコール・薬物依存症などの各々の疾患を対象とした治療だけでなく、重複障害を標的とした統合的な治療の必要性が問われている。海外では精神病性障害をもつ患者が薬物依存を併発するケースが多いため、重複障害への取り組みが急務とされて、統合失調症患者に対して個人面接、集団療法、アルコール・薬物使用の危険性についての教育、アルコール・薬物使用に代わるコーピングスキルの強化、対人関係の改善の訓練、支援者となる家族への教育、AAやNAなどの自助グループへの参加などのプログラムが実践されている。重複障害への統合的な治療プログラムは、各々の疾患を対象とした標準的な治療に比べて、アルコール使用が低減した、社会的関係が広がった、雇用につながった、などの有効性も示されている。

重複障害に対して心理社会的な治療のみならず、薬物治療の有用性についても注目される。非定型抗精神病薬に関して、精神病症状の改善のみならず、アルコール・薬物への渴望の軽減、一定期間の断酒・断薬率の上昇、アルコール・薬物使用の低減、などの効果が知られてきている。とりわけclozapineは最も価値のある薬剤としてのエビデンスが集積されている。アルコール依存症治療薬に関して、disulfiramはアルコール使用を低減するなどの効果が期待できる反面、精神病性の症状を悪化させる懸念があり、積極的な使用は勧められていない。Acamprosateについても渴望を軽減して断酒率を高めるなどの効果が期待されるが、重複障害を対象とした効果は検証されていない。

これらの様々な報告から導かれる結論として、アルコール・薬物使用障害と精神病性

障害を併発する重複障害の患者に対して、非定型抗精神病薬での薬物治療を実施して、精神症状の安定化のみならず、アルコール・薬物使用の低減を目指す。同時に、アルコール・薬物使用が精神症状や薬の効果にもたらす悪影響について話し合い、アルコール・薬物使用に代わる生活の在り方を相談して、アルコール・薬物に頼らない生活を継続的に支援していくことが、医療者に求められることであると思われる。

(参考文献)

Regier DA, et al. JAMA. 1990 ; 264: 2511-8.

Green AI. J Clin Psychiatry. 2006; 67 Suppl 7:31-5.

Tiet QQ, Mausbach B. Alcohol Clin Exp Res. 2007; 31: 513-36.

認知症がある場合

木村 充（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

1. アルコール使用障害と認知症の合併について

- ・アルコール使用障害では、認知症を合併する頻度が高いことが知られている。
- ・入院中のアルコール依存症患者に対して認知機能検査を行った研究によると、60歳以上のアルコール依存症患者では、18%に認知症の疑いがあり、25%に軽度認知障害がみられた。
- ・認知症患者の約10%にアルコール関連問題が認められるという報告がある。
- ・アルコール関連の認知症は、ウェルニッケーコルサコフ症候群、多発性脳梗塞による血管性認知症、アルツハイマー型認知症などの認知症性疾患、肝硬変による慢性肝脳変性症など、異なった原因によるものの集合と考えられる。

2. 認知症者へのアルコール問題介入の意義

- ・アルツハイマー型認知症の経過を追跡した研究では、アルコール乱用は、認知機能を悪化させる大きな危険因子であった。このことは、飲酒が原因の認知症でない場合でも、飲酒への介入が認知機能や問題行動の改善に有効である可能性を示している。
- ・飲酒問題の有無によって要介護老人の行動を比べたアンケート調査では、飲酒問題を有する要介護老人は、飲酒問題が無い群に比べて、興奮、脱抑制、易怒性などの問題行動が有意に多かった。
- ・多量飲酒者では、通常飲酒者と比べて、20-30年早く脳委縮が進行する。しかし、断酒を続けることによって、脳委縮が回復する例が多い。
- ・認知症で自身の飲酒問題を正しく認識できないものであっても、飲酒をしばらく止めることで、飲酒への欲求が軽減し、その後の断酒継続が可能な例がある。
- ・アルコール治療病棟退院後の予後を追跡した調査では、認知症の合併例は、通常アルコール使用障害患者に比べても、良好な予後を示した。

3. 認知症があるアルコール使用障害への対応について

- ・認知症が合併すると、自らの飲酒問題を自覚することができなくなり、一般的なアルコール使用障害に対する介入が困難になる。
- ・認知症が合併している場合、家族が本人から酒を遠ざけることが重要となる。小遣いを管理したり、家に酒を置かないといった対策が必要となる。
- ・コルサコフ症候群による認知機能低下に、ドネペジルやメマンチンが症状を改善させたという報告が少数あるが、研究の数が少なく一定の見解は得られていない。
- ・暴言・暴力や興奮などの認知症周辺症状が飲酒によって悪化するケースでは、非自発的入院も選択肢の一つとなる。まずしばらく禁酒を始めることにより、飲酒欲求が軽減して穏やかになり、断酒への導入がしやすくなる例も多い。

・デイサービスの利用などにより日中の活動性を向上させることが、飲酒問題の解決に役立つことがある。地域の行政機関や介護サービス提供者を交えてケアプランを作成することが重要である。

(参考文献)

O' Connell H, et al. BMJ. 2003; 327: 664-667.

Teri L, et al. J Gerontology. 1990; 45: 58-63

<参考資料>

依存症専門医療機関リスト

医療機関名	都道府県
北海道	
特定医療法人北仁会 旭山病院	北海道
医療法人北仁会 石橋病院	北海道
札幌太田病院	北海道
医療法人恵仁会 空知病院	北海道
五稜会病院	北海道
道立緑ヶ丘病院	北海道
医療法人社団博仁会 大江病院	北海道
札幌トロイカ病院	北海道
手稲溪仁会病院 精神保健科	北海道
名寄市立総合病院	北海道
ほっとステーション大通公園メンタルクリニック	北海道
幹メンタルクリニック	北海道
青森県	
藤代健生病院	青森県
一般財団法人愛成会 弘前愛成会病院	青森県
生協さくら病院	青森県
医療法人芙蓉会 芙蓉会病院	青森県
岩手県	
独立行政法人国立病院機構 花巻病院	岩手県
岩手県立南光病院	岩手県
秋田県	
医療法人仁政会 杉山病院	秋田県
山形県	
(社)公德会 佐藤病院	山形県
若宮病院	山形県
かみのやま病院	山形県
宮城県	
東北会病院	宮城県
宮千代加藤内科医院	宮城県
ワナクリニック	宮城県
福島県	
会津西病院	福島県
(医)社団石福会四倉病院	福島県
福島県立医科大学付属病院	福島県
大島クリニック	福島県
茨城県	
茨城県立こころの医療センター	茨城県
豊後荘病院	茨城県
紫峰の森クリニック	茨城県
医療法人社団正定会 廣瀬クリニック	茨城県
東京医科大学茨城医療センター	茨城県

	群馬県		群馬県
赤城高原ホスピタル			群馬県
榛名病院			群馬県
	埼玉県		
埼玉県立精神医療センター			埼玉県
不動ヶ丘病院			埼玉県
与野中央病院			埼玉県
白峰クリニック			埼玉県
	東京都		
昭和大学附属烏山病院			東京都
医療法人社団翠会 成増厚生病院			東京都
東京アルコール医療総合センター			
井之頭病院			東京都
長谷川病院			東京都
医療法人社団光生会 平川病院			東京都
医療法人財団青溪会 駒木野病院			東京都
医療法人社団正心会 よしの病院			東京都
多摩あおば病院			東京都
高月病院			東京都
国立精神・神経医療研究センター病院			東京都
飯田橋榎本クリニック			東京都
周愛利田クリニック			東京都
メンタルオフィス亀戸			東京都
ハナクリニック			東京都
慈友クリニック			東京都
三船クリニック			東京都
さくらの木クリニック秋葉原			東京都
雷門メンタルクリニック			東京都
こまごめ緑陰診療所			東京都
新大塚榎本クリニック			東京都
榎本クリニック			東京都
成瀬メンタルクリニック			東京都
京橋メンタルクリニック			東京都
きむらメンタルクリニック			東京都
アパリクリニック			東京都
	神奈川県		
独立行政法人国立病院機構			神奈川県
久里浜医療センター			
北里大学東病院			神奈川県
神奈川県立精神医療センター			神奈川県
大石クリニック			神奈川県
茅ヶ崎クリニック			神奈川県
くりはまメンタルクリニック			神奈川県
鈴木メンタルクリニック			神奈川県
まこと心のクリニック			神奈川県

	千葉県	
船橋北病院		千葉県
社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院		千葉県
医療法人社団健仁会 手賀沼病院		千葉県
千葉県精神科医療センター		千葉県
医療法人梨香会 秋元病院		千葉県
	新潟県	
三交病院		新潟県
医療法人恵松会 河渡病院		新潟県
かとう心療内科クリニック		新潟県
山下メンタルクリニック		新潟県
	富山県	
医療法人社団 和敬会 谷野呉山病院		富山県
	石川県	
青和病院		石川県
石川県立高松病院		石川県
社会医療法人財団松原愛育会 松原病院		石川県
ひろメンタルクリニック		石川県
	福井県	
福仁会病院		福井県
福井県立病院 こころの医療センター		福井県
	山梨県	
地方独立行政法人山梨県立病院機構		山梨県
山梨県立北病院		
	長野県	
長野県立こころの医療センター駒ヶ根		長野県
北アルプス医療センターあづみ病院		長野県
粟田病院		長野県
独立行政法人国立病院機構		長野県
小諸高原病院		
かとうメンタルクリニック		長野県
鶴田メンタルクリニック		長野県
	岐阜県	
医療法人 杏野会 各務原病院		岐阜県
養南病院		岐阜県
慈恵中央病院		岐阜県
須田病院		岐阜県
丹生川診療所		岐阜県
	静岡県	
(医)十全会 聖明病院		静岡県
医療法人社団進正会 服部病院		静岡県
財団法人復康会 沼津中央病院		静岡県
	愛知県	
医療法人岩屋会 岩屋病院		愛知県
医療法人成精会 刈谷病院		愛知県

桶狭間病院藤田こころケアセンター	愛知県
愛知県精神医療センター	愛知県
医療法人豊和会 南豊田病院	愛知県
(医)資生会 八事病院	愛知県
医療法人桜桂会 犬山病院	愛知県
西山クリニック	愛知県
あらたまこころのクリニック	愛知県
三重県	
三重県立こころの医療センター	三重県
独立行政法人国立病院機構 榊原病院	三重県
総合心療センターひなが	三重県
かすみがうらクリニック	三重県
おおごし心身クリニック	三重県
滋賀県	
滋賀県立精神医療センター	滋賀県
京都府	
いわくら病院	京都府
京都府立洛南病院	京都府
独立行政法人国立病院機構	京都府
舞鶴医療センター	
京都府立医科大学附属病院	京都府
安東医院	京都府
たて内科クリニック	京都府
大阪府	
地方独立行政法人大阪府立病院機構	大阪府
大阪府立精神医療センター	
東大阪山路病院	大阪府
金岡中央病院	大阪府
医療法人 聖和錦秀会 阪和いずみ病院	大阪府
医療法人和気会 新生会病院	大阪府
新阿武山病院	大阪府
藤井クリニック	大阪府
悲田院クリニック	大阪府
小谷クリニック	大阪府
新阿武山クリニック	大阪府
東布施辻本クリニック	大阪府
川田クリニック	大阪府
奈良県	
奈良県立医科大学附属病院精神科	奈良県
八木植松クリニック	奈良県
植松クリニック	奈良県
兵庫県	
神戸大学医学部附属病院	兵庫県
復光会垂水病院	兵庫県
兵庫県立ひょうごこころの医療センター	兵庫県

医療法人 新淡路病院		兵庫県
姫路北病院		兵庫県
幸地クリニック		兵庫県
ただしメンタルクリニック		兵庫県
高石医院		兵庫県
宋神経科クリニック		兵庫県
	和歌山県	
和歌浦病院		和歌山県
	広島県	
医療法人 仁康会 小泉病院		広島県
呉みどりヶ丘病院		広島県
医療法人せのがわ 瀬野川病院		広島県
よこがわ駅前クリニック		広島県
木村神経科内科クリニック		広島県
医療法人社団緑誠会 光の丘病院		広島県
	岡山県	
岡山県精神科医療センター		岡山県
公益財団法人慈圭会 慈圭病院		岡山県
林道倫精神科神経科病院		岡山県
(財)江原積善会 積善病院		岡山県
社会医療法人高見徳風会		岡山県
希望ヶ丘ホスピタル		
ゆうクリニック		岡山県
	山口県	
医療法人信和会 高嶺病院		山口県
山口県立こころの医療センター		山口県
ふじもとメンタルクリニック		山口県
	鳥取県	
明和会医療福祉センター 渡辺病院		鳥取県
独立行政法人国立病院機構 鳥取医療センター		鳥取県
松江赤十字病院		島根県
	香川県	
(医)光風会 三光病院		香川県
医療法人 五色台病院		香川県
清水病院		香川県
	徳島県	
藍里病院		徳島県
あいざとパティオクリニック		徳島県
	愛媛県	
医療法人青峰会 くじら病院		愛媛県
みやもとクリニック		愛媛県
	高知県	
海辺の杜ホスピタル 精華園		高知県
岡豊病院		高知県
田辺病院		高知県

福岡県

新門司病院	福岡県
八幡厚生病院	福岡県
医療法人優なぎ会 雁の巣病院	福岡県
おおりん病院	福岡県
医療法人社団飯盛会 倉光病院	福岡県
医療法人和光会 一本松すずかけ病院	福岡県
のぞえ総合心療病院	福岡県
松尾病院	福岡県
十全会 回生病院	福岡県
福岡県立精神医療センター太宰府病院	福岡県
医療法人 社団翠会 行橋記念病院	福岡県
聖ルチア会 聖ルチア病院	福岡県
直方中村病院	福岡県
門司メンタルクリニック	福岡県
遊行会藤川メディケアクリニック	福岡県
ひろメンタルクリニック	福岡県

佐賀県

国立病院機構 肥前精神医療センター	佐賀県
医療法人浄心会 園田病院	佐賀県
虹と海のホスピタル	佐賀県
(医)勇愛会 大島病院	佐賀県
山のサナーレ・クリニック	佐賀県
さがセレニティクリニック	佐賀県

長崎県

医療法人見松会 あきやま病院	長崎県
三和中央病院	長崎県
道ノ尾病院	長崎県
医療法人志仁会 西脇病院	長崎県

大分県

医療法人社団淡窓会 大分友愛病院	大分県
大分丘の上病院	大分県
鶴見台病院	大分県
山本病院	大分県
仲宗根病院	大分県
河村クリニック	大分県
竹下粧子クリニック	大分県

宮崎県

宮崎若久病院	宮崎県
一般社団法人 藤元メディカルシステム 大悟病院	宮崎県

熊本県

医療法人ましき会 益城病院	熊本県
熊本県立こころの医療センター	熊本県
八代更生病院	熊本県
菊陽病院	熊本県

吉田病院		熊本県
杏仁会 くまもと青明病院		熊本県
	鹿児島県	
三州脇田丘病院		鹿児島県
医療法人金隆会 指宿竹元病院		鹿児島県
森口病院		鹿児島県
谷山病院		鹿児島県
	沖縄県	
糸満晴明病院		沖縄県
(医)天仁会天久台病院		沖縄県
独立行政法人国立病院機構 琉球病院		沖縄県
嬉野が丘 サマリヤ人病院		沖縄県
沖縄協同病院		沖縄県

依存症回復施設リスト

施設名称	都道府県
北海道	
社会福祉法人青十字サマリヤ会	北海道
青十字サマリヤ館	
北海道ダルク	北海道
地域活動支援センター 札幌マック	北海道
NPO 法人リカバリー	北海道
秋田県	
一般社団法人 秋田ダルク	秋田県
特定非営利活動法人 秋田マック	秋田県
山形県	
特定非営利活動法人 鶴岡ダルク	山形県
宮城県	
アロー萌木	宮城県
特定非営利活動法人	宮城県
仙台ダルク・グループ	
福島県	
磐梯ダルクリカバリーハウス	福島県
茨城県	
特定非営利活動法人	茨城県
潮騒ジョブトレーニングセンター	
特定非営利活動法人茨城依存症回復支援協会 共同生活援助事業所	茨城県
ビレッジダッシュ	
茨城ダルク	茨城県
鹿島ダルク	茨城県
アナク	茨城県
群馬県	
NPO 法人アパリ 藤岡ダルク	群馬県
栃木県	
NPO 栃木 DARC	栃木県
埼玉県	
NPO 法人 埼玉ダルク	埼玉県
東京都	
特定非営利活動法人 SUN	東京都
社会福祉法人救世軍社会事業団 救世軍自省館	東京都
特定非営利活動法人ジャパンマック RD デイケアセンター	東京都
ウィメンズアディクションサポートセンターオ'ハナ	東京都
日本ダルク	東京都
久留米リカバリーハウス	東京都
特定非営利活動法人 新生したまち作業所	東京都
みのわマック	東京都
アディクションリハビリテーションセンター すとおりの	東京都
フリッカ・ビーウーマン	東京都

特定非営利活動法人東京ダルク	ダルク・セカンドチャンス	東京都
社会福祉法人小さい共同体	就労継続支援B型 飛翔クラブ	東京都
特定非営利活動法人	立川マック	東京都
山谷マックデイケアセンター	ワン・ステップ	東京都
特定非営利活動法人	八王子ダルク	東京都
	神奈川県	
一般社団法人	相模原ダルク	神奈川県
地域活動支援センター	川崎マック	神奈川県
NPO 法人	アルコールケアセンターたんぽぽ	神奈川県
GAYA(我舎)	横須賀	神奈川県
第2アルク生活訓練センター		神奈川県
第2アルク地域活動支援センター		神奈川県
日本ダルク本部	神奈川	神奈川県
横浜マック・ディケア・センター		神奈川県
NPO 法人市民の会寿アルク・第一アルク松影		神奈川県
指定障害サービス事業者自立訓練(生活訓練)事業所	RDP 横浜	神奈川県
アルク・ハマポート作業所		神奈川県
横浜ダルク・ケア・センター		神奈川県
横浜市地域活動支援センターBB		神奈川県
川崎ダルクデイケアセンター		神奈川県
	千葉県	
千葉ダルク		千葉県
	新潟県	
NPO 法人	新潟マック	新潟県
	富山県	
NPO 法人富山ダルクリカバリークルーズ		富山県
	山梨県	
山梨ダルク		山梨県
NPO 法人	山梨ダルクデイケアセンター	山梨県
	静岡県	
スルガダルク	浜松	静岡県
スルガダルク		静岡県
特定非営利活動法人グループ富士		静岡県
静岡ダルク		静岡県
一般社団法人	ドムクス	静岡県
	愛知県	
特定非営利活動法人	三河ダルク	愛知県
仲間の会はばたき		愛知県
	三重県	
三重ダルク		三重県
	滋賀県	
リバティー・ウィメンズハウス・おりーぶ		滋賀県
	京都府	
特定非営利活動法人	京都 DARC	京都府
NPO 法人	アパリ 木津川ダルク	京都府

	大阪府	
大阪マック		大阪府
社会福祉法人 釜ヶ崎ストロームの家		大阪府
大阪 DARC		大阪府
	奈良県	
一般社団法人 GARDEN		奈良県
	広島県	
社会福祉法人光の園 広島マック		広島県
	岡山県	
岡山ダルク		岡山県
	島根県	
救護施設 新生園		島根県
	高知県	
高知ダルク女性ハウス”ちゃめ”		高知県
	福岡県	
救護施設 仁風園		福岡県
	佐賀県	
佐賀整肢学園・かんだき日の隈寮		佐賀県
	長崎県	
特定非営利活動法人 ちゅーりっぷ会長崎ダルク		長崎県
グラフ・ながさき		長崎県
	沖縄県	
NPO 法人 琉球 GAIA		沖縄県
沖縄ダルク「クレアドール」		沖縄県
一般社団法人沖縄ダルク 「サントウアリオ」		沖縄県