

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
（研究代表者 樋口 進）

平成 26 年—平成 28 年度総合分担研究報告書
アルコール依存症の早期発見・早期治療導入
研究分担者 堀井 茂男 財団法人慈圭会 慈圭病院 院長

研究要旨

A. 研究目的：わが国に 107 万人（2013 年厚生労働省）のアルコール依存症者が存在すると言われているが、専門医療を受診しているものはわずかに 4 万人とされている。専門的治療につなげることができない多くのアルコール依存症者へのアプローチは喫緊の課題と言える。また、依存症予備軍とも言える習慣飲酒者への取り組みも同様に重要な領域である。アルコール関連健康障害における 2 次予防、そして 1 次予防と 2 次予防の間の 1.5 次予防に関連する領域が本研究のテーマである。

研究 1：一般企業における習慣飲酒者への介入に関する調査研究：岡山市こころの健康センターでは平成 22 年から常習飲酒者個人の飲酒習慣に介入する教室を開始し、継続して現在に至っている。本研究ではこの取り組みの内容を検討し、その普及を行うことを目指した。さらに、普及版の講義およびグループワーク、継続介入のグループワークのスライドと使用マニュアルを作成した。

研究 2：アルコール関連問題への早期介入のための、一般医療機関とアルコール専門医療機関の連携に関する調査研究：岡山市こころの健康センターでは、平成 23 年度から「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」を行っている。本研究ではこの取組の内容を検討し、その評価を行うことを目指した。

B. 研究方法

研究 1：岡山市こころの健康センターは平成 22 年度から「おいしくお酒を飲むための教室」という、職域におけるアルコール依存症早期介入プログラムを実施している。初年度の研究 1-1 で、前年度の研究の中で、教室を 1 回実施することの介入の有効性と複数回のフォローアップの有効性を示した。研究 1-2 では、平成 23 年度から継続的に教室を実施している A 企業に焦点をあて、複数回のフォローアップの有効性について検証し、職域における常習飲酒者への継続的な介入の有効性を検討した。そして後の 2 年度において、研究 1-3 でこのプログラムを岡山市以外の自治体である徳島県、高知県および岡山県で行い、研究 1-4 で様々な支援者が使用可能なスライドとその使用マニュアルを作成した。

研究 1-1：教室を 1 回実施することの介入効果を調べるために、初期介入プログラムの教室に参加した人に現在の飲酒状況等を問うアンケート調査を行い、介入前後の効果を評価した。

研究 1-2：岡山市以外の自治体である徳島県と高知県で、初期介入及びフォローアップの介入を行った。さらに、岡山市こころの健康センターのスタッフを徳島県および高知県に派遣して行った。それに加えて、岡山県での初期介入の運用開始を支援した。

研究 1-3：精神科医以外の職種でも使用可能なように講義スライド、グループワークスライド、継続介入グループワークのスライドの改訂を行った。さらに、それぞれの使用マニュアルも作成した。

研究 2-1：平成 23 年度から 27 年度にかけての 5 年間の事業を通して、アルコール専門医と非専門医が顔の見える関係となり、紹介患者が増したという印象があった。そのため我々は、一般医療機関からアルコール専門医療機関への患者紹介状況の変化を調査し、そこに示されるネットワーク開始前後での「連携」の変化について検討した。

研究 2-2：目下の課題となっている一般医療機関の医師・コメディカルの研修会・ネットワークへの参加不足に対して、年度前半に実態調査を実施し、継続的な働きかけの方策を検討した。

研究 2-3：現在のネットワーク会議のメンバーからの聞き取りを行い、岡山市でのネットワークづくりで重視したことをまとめて、「ネットワークづくりのための 10 か条」を作成した。

C. 研究結果

研究 1-1：有効回答が得られた 78 名において、介入前と比較して飲酒量が減少した人が 46.2%、維持した人が 19.2%だった。職域での 1 回のこの介入は、半数以上の人に 6~12 か月間の飲酒量低減効果を有していることが示された。

研究 1-2：各々の精神保健福祉センターを通じて 2 年間で徳島県および高知県の合計で、5 事業所にて 8 回、計 142 名に初期介入である講義及びグループワークを行った。さらに、継続介入を 3 事業所にて 4 回、計 52 名に行った。2 回目の継続介入は 1 事業所にて 1 回、計 5 名に行った。

研究 1-3：精神科医以外の職種、特に事業所の保健師が使いやすいように、初期介入の際に使用するスライドの改訂および使用マニュアルの作成を行った。それに加えて、グループワーク用および継続介入のグループワーク用のスライドと使用マニュアルを作成した。

研究 2-1：身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介は平成 23 年度が 60 名、平成 27 年度が 86 名と、大幅な増加が見られた。また精神科クリニックからの紹介は平成 23 年度が 5 名、平成 27 年度が 13 名と、増加が見られた。そして、研修に参加した一般医療機関の医師からの紹介件数を調べてみると、平成 23 年度では 10 件であったのに対し、平成 27 年度においては 22 件と増加を認めた。よって、今までアルコール専門医療機関に紹介経験のない一般医療機関の医師がアルコール問題を持つ患者を紹介する行動に、本事業が影響した可能性が示唆される。

研究 2-2：岡山市内の内科・外科のいずれかを標榜する医療機関（病院・診療所）に所属する医師 1,072 名にアンケート調査を行い、565 名から回収を得た（回収率 52.7%）。調査の結果、内科医・外科医はアルコールの問題に関心をもっていることがわかった。約 7 割の医師が診療場面で対応の難しさを感じている一方で、飲酒問題のある患者を専門医療につなぎたいと考えていたり、飲酒問題に関する研修への参加意欲や関心が高かったりと、現場での対応に苦慮しつつも患者への対応に前向きな姿勢がうかがえた。

研究 2-3：①ネットワーク事務局は可能なら公的機関が担うのがよい（保健所等）、②少人数でよいのでコアとなるメンバーを集める、③コアメンバーはどんどん増やす、④まずは事例検討会を始める、⑤事例検討会ではグループワークより全体でのディスカッションを重視する、⑥事例検討会等の会場は毎回持ち回りで開催した方がよい、⑦事例検討会等の広報は個人あてに郵送する、⑧広報のチラシのデザインは統一する、⑨事例検討会に参加した人が「また行ってみよう」と思える会をつくる、⑩すぐに成果が上がらなくてもあきらめない、が挙げられた。

D. 考察

研究 1-1：初期介入プログラムの教室に参加した人の介入前後の飲酒量を比較した。介入を行った集団は、介入がなければ飲酒量が増加する可能性がある集団であるため、この介入は集団の約半数に効果があったと考えられた。また介入参加者の目標達成度を調べたところ、目標を半分以上達成した人は 61.1%だった。職域での 1 回のこの介入は、半数以上の人に 6~12 か月間の飲酒量低減効果を有していることが示された。

研究 1-2：2 年間に渡り、初期介入プログラムおよびフォローアップ介入プログラムを、今まで同様の取り組みを行ったことのない徳島県および高知県で行った。

研究 1-3：精神科医以外の職種、特に保健師が使いやすいように、初期介入時の講義のスライドとグループワークのスライドおよび継続介入用グループワークのスライド、さらにそれぞれの使用マニュアルを作成した。今後はこれらの普及を目指していく。

研究 2-1：本調査において、ネットワークの効果が顕著に認められた。そして岡山市内における一般医療機関とアルコール専門医療機関の連携に関して、その「量」の面で、本ネットワークが寄与しうる可能性が認められた。

研究 2-2：ネットワークの周知・拡大とともに、実際の診療現場で活用できるネットワークづくりが今後の課題といえた。

研究 2-3：ネットワークづくりは詰まる所、「顔の見える関係づくり」であり、今後も様々な行き違いや問題が出てくることは当然のこととして、試行錯誤を繰り返しながら、長い目で見ていくことが重要であると考えられた。

E. 結論

1) 過去に我々は、職域での飲酒習慣に対する短時間の介入プログラムの飲酒量および頻度低減

に対する効果を示した。また、現在岡山市で実施している介入プログラムを、徳島県で試行した。今年度は、徳島県、高知県および岡山県で初期介入およびフォローアップ介入を試行した。今年度作成した精神科医以外でも使用が容易な改訂スライドおよびグループワーク、継続介入の使用マニュアルも作成した。

2) これまでの3年間の研究を通じて、一般医療機関とアルコール専門医療機関のネットワークについては、我々の「有効である」という実感の通り、平成26, 27年度で量的にも、当年度で質的にも効果を示すことができた。今後はこのネットワークが、現場でより効果を示すことができるように研修会や事例検討会の内容の見直しを行っていきたいと考えている。

研究協力者

太田順一郎：岡山市こころの健康センター

角南隆史：地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

中野温子：地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

田中増郎：公益財団法人慈圭会 慈圭病院/医療法人社団信和会 高嶺病院

土器悦子：岡山市こころの健康センター

岸倫衣：岡山市こころの健康センター

留田範子：岡山市こころの健康センター

前田勝子：公益財団法人 林精神医学研究所付属林道倫精神科神経科病院/けやき通りメンタルクリニック

石元康仁：徳島県精神保健福祉センター

山崎正雄：高知県精神保健福祉センター

橋本 望：地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター/ロンドン大学キングスカレッジ

A. 研究目的

平成25年12月にアルコール健康障害対策基本法が国会で採択後、翌26年6月より施行され、わが国でもアルコールに起因するさまざまな健康障害に対する取り組みが推進されつつある。地域・学校における健康教育や酒類販売の制限といったレベルから、アルコール依存症者のリハビリテーション、再発防止に至るまで、幅広い領域でのアルコール関連健康問題への取り組みの強化が期待されている。

わが国に107万人のアルコール依存症者がいると言われているが、専門医療にかかっているものはわずかに4万人とされている¹⁾。専門

治療をうけることができない96%を超えるアルコール依存症者へのアプローチは喫緊の課題であり、さらに、依存症予備軍とも呼ばれる習慣飲酒者への取り組みも同様に重要な領域と言える。

アルコール関連健康障害における2次予防もしくは1次予防と2次予防の間の1.5次予防とも言えるこれらの領域が本研究のテーマである。本研究では、すでに岡山市で平成22年から開始されている職域依存症対策推進事業および、平成23年度から開始されている一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業をもとにして、以下の2つの研究を行った。

研究1：一般企業における習慣飲酒者への介入に関する調査研究

以前、岡山市こころの健康センターの行った調査では、職域でのアルコール関連問題の認識は不十分であるという実態が示された²⁾。仮に、アルコール関連問題が発見されたとしても、その原因である飲酒、特に飲酒習慣への介入は行われておらず、過量飲酒の結果である検査異常の精査や各種身体疾患の加療と言う形で介入となっている実態も示された。つまり、現状の職域において、保健担当者たちは習慣飲酒者の飲酒習慣を変化させるような取り組みを十分に行えておらず、習慣飲酒者に対するアルコール依存症を予防する手段がほとんどない。そのため、これらの結果をもとに我々は平成22年から常習飲酒者個人の飲酒習慣に介入する教室という事業を開始し、継続して現在に至っている。

教室の名称は「おいしくお酒を飲むための教室」である。この教室の目的は、職域における習慣飲酒者、特に飲酒量が多いと気にしている人がアルコールの正しい知識を習得して個々の飲酒習慣改善に向けた動機付けを行うようにと、飲酒習慣に対する早期の介入により、問題のない飲酒習慣を確立してもらうことである。初年度は、未然に疾病発生を防ぐという一次予防と、早期発見早期治療という二次予防の中間として、既に飲酒習慣を有するアルコール依存症のリスク群（プレアルコホリック群を含む）に対して、早期介入および疾病予防を同時に行うと言う、一次予防と二次予防の中間の「1.5 次予防」と位置付けられる取り組みであり、本研究ではこの取り組みの内容を検討し、その評価を行うことを目指した。研究1-1では、この教室1回の介入効果を調べるために、1回目の介入プログラムである初期介入プログラムの教室に参加した人に教室実施前後でアンケート調査を行った。回答は任意で行ってもらい、介入前後の飲酒量を比較した。研究1-2では、岡山市内のある企業における平成23年度～26年度の教室参加者(N=106人)に対して、参加前の飲酒頻度・飲酒量、飲酒量に対する自己評価、減酒希望の有無などについて質問した教室参加前アンケート(以下、アンケート①)を実施した。

さらに、この介入プログラムでは精神科医が講義を行うなど主な運用している岡山市では一定の効果が検証されている。しかし、この介入法の普及のためには、①他の地域での実施、②精神科医以外の職種、特に事業場保健師が行う初期介入時の講義を行う介入法の開発、が重要であると考えた。よって、次の2年間で、講義内容の改定を行った。研究1-3では、岡山市以外での初期介入及び継続介入のプログラムを実施した。研究1-4では、精神科医以外の職種でも容易に運用できるプログラムの開発を目指した。具体的には、初期介入プログラム用のスライド、グループワークや継続介入の使用

および解説マニュアルの作成を行った。

研究2：アルコール関連問題への早期介入のための、一般医療機関とアルコール専門医療機関の連携に関する調査研究

前述のように、アルコール依存症患者の専門的医療の受診率がわずか4%弱である現状の中で、残りの96%に対する取り組みがわが国のアルコール依存症対策の大きな課題となっている。岡山市においてもアルコール依存症者は約6300人と推計されるが、そのほとんどはアルコール専門医療機関に繋がっていないことになる。

このような状況を鑑み、岡山市こころの健康センターでは、平成23年度から「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」を行ってきた。

<事業の目的>

本事業では、アルコール依存症者の多くはアルコール依存症の専門医療機関を受診する前に内科その他の身体科を受診しているという認識のもと、岡山市内の一般医療機関とアルコール依存症の専門医療機関の、お互いの顔や現場の医療が見えるネットワークづくりに取り組み、アルコール依存症者への早期専門医療介入や支援導入を目指してきた。また、アルコール依存症者やその家族の支援は医療のみで完結するものではなく、地域の保健師やケアマネージャー、ヘルパー等の多職種の理解と支援も欠かせないため、医療だけでなく、保健、福祉、介護との連携も目指した。

<事業の内容>

- ①ネットワーク会議の設置・運営
- ②「事例に学び事例でつながるアルコール専門研修」（事例検討会）の運営
- ③「一般医療機関アルコール専門研修」の運営

主な事業内容としてまず、内科医、精神科医、ソーシャルワーカー等のコアメンバーで構成されるネットワーク会議の設置・運営を行った。岡山市こころの健康センターが事務局となり、初代のネットワーク会議のメンバーは、センタ

一の職員と既につながりのある内科医、精神科医、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士に参加してもらった。当初6名で始まったネットワーク会議も現在では18名にまでメンバーが増えている。

次に、「事例に学び事例でつながるアルコール専門研修」（事例検討会）の運営を行った。事例検討会は、一般医療機関とアルコール依存症の専門医療機関のスタッフ、そして、保健、福祉、介護関係のスタッフ等のアルコール依存症者やその家族の支援に関わる者が、事例検討を通してアルコール依存症者本人及びその家族に対する支援スキルや、医療・社会資源について理解するとともに、顔の見える支援ネットワークを構築することを目的として開催された。現在では年3回、市内の総合病院を会場として持ち回りで開催され、毎回100名近くの参加を得ている。

また、「一般医療機関アルコール専門研修」の運営も行っている。この専門研修は、一般医療機関のスタッフ等がアルコール依存症者の特性や病気を正しく理解し、アルコール依存症に対する誤解や偏見を払拭すること、アルコールと肝障害等の身体疾患との関係について正しく理解し、アルコール依存症者への治療介入を適切に行うこと、さらに依存症者本人や家族に対する支援のための医療・社会資源について理解し、支援ネットワークを構築することを目的に開催された。現在では年1回、外部講師を招いての講演会やディスカッションを行っている。

※資料1. ネットワーク概要図

B. 研究方法

研究1

この介入プログラムは2種類あり、1つが初期介入プログラムとして、講義（30～60分）およびグループセッション（30～60分）を行っている。その後、約6か月後に継続介入プログラムとして30～45分のグループセッション

を行い、さらにその6～12か月後に更なる継続介入プログラムを行っている。もう1つのプログラムは講義のみという内容である。この3年度の間改訂した講義の概要を説明すると、まず①アルコールの歴史、②アルコールの影響とアルコール依存症、③適切な飲酒（危険性の低い飲酒）、とう内容を説明する。①は導入部分で興味を引くことを目的とし、②はアルコールおよびアルコール依存症の知識の習得を目的としている。③に危険性の少ない飲酒行動について説明し、グループワークで現在の自分自身の状況と比較する土台を作ることを目的としている。その後のグループワークでは、講義の内容に基づいて自らの飲酒習慣を振り返り、自己評価を行って、飲酒の量・回数・時間の低減と、自分で設定した目標に挑戦してもらうようにした。初年度我々は、研究1-1で1回目の介入の効果を調べた。

さらに、次の2年度で、岡山市以外の自治体（徳島県および高知県）で介入プログラムの施行と精神科医以外の職種が使用する初期介入用講義スライドの作成を行った。今年度は、精神科医以外の職種でのこの事業の運用のために、講義スライド、グループワークスライド、フォローアップのグループワークスライドを作成し、その使用マニュアルを作成した。

研究1-1

この教室1回の介入効果を調べるために、1回目の介入プログラムである初期介入プログラムの教室に参加した人にアンケート調査を行った。任意で回答を得て、介入前後の1週間の飲酒量を比較した。平成22年度～23年度における参加者中、介入前後の飲酒量の有効回答が得られた78名を調査対象とした。さらに、平成22年度～26年度において介入6～12ヶ月での介入参加者の目標達成度を調べた。目標達成の有効回答は136名だった。

次に、1回目の継続介入の後の約6か月後に2回目の継続介入を行えた人である34名の、2回目の継続介入の効果を調べた。比較は飲酒量

の指標の一つとして考えることができる血清中の γ -GTPを用いて、1回目の介入後と2回目の介入後の γ -GTP値を比較した。なお、個人が特定されることのないようプライバシーには十分な配慮をし、匿名化して検証を実施した。

研究 1-2

岡山市以外の地域において、この介入の実施の可能性とその効果の検証を目的に、各々の精神保健福祉センターを通じて、徳島県および高知県の事業場に対して初期介入およびフォローアップ介入を行った。岡山市では通常6か月後にフォローアップ介入を行っていたが、今回の徳島県および高知県ではフォローアップ介入を3~12か月後に行った。

研究 1-4

精神科医以外の職種でも使用しやすい初期介入用のスライド、グループワーク、継続介入時のグループワークのスライドの作成を目指し、それぞれのスライドの改訂および使用マニュアルを作成した。

研究 2-1

平成23年度から27年度の5年間の事業を通して、アルコール専門医と非専門医とが顔の見える関係となり、紹介患者が増したという印象があった。そのため、我々は、一般医療機関からアルコール専門医療機関への患者紹介状況の変化を調査することにした。アルコール治療プログラムを有する市内3か所の精神科単科病院（慈圭病院、林病院、岡山県精神科医療センター、以下3病院と表記する）において平成23年度と平成27年度のそれぞれ半年間のアルコール依存症新患者の紹介元を調べた。方法としては、後方視的に診療録を調査することにより行った。治療が中断して、再度来院した再来新患者は除外とした。

まず我々は、新患者の受診経路を調べた。受診経路として、身体科クリニック、一般病院、精神科クリニック、精神科単科病院、精神保健福祉センター、市町村福祉、地域包括支援センター、自助グループ、直接来院を分類し、それ

以外の警察同伴での受診や知人からの紹介はその他に分類した。

研究 2-2

目下の課題となっている一般医療機関の医師やコメディカルの研修会への参加不足に対して、年度前半に実態調査を実施し、継続的な働きかけの方策を検討した。

そこでまず、岡山市内における医療機関を受診するアルコール依存症が疑われる患者に対し、医療機関に勤務する医師がどのような認識をもっているか把握し、ネットワークシステム構築に反映するためにアンケート調査を実施した。

※資料 2. 内科医外科医アンケート調査票

【調査対象】

○岡山市内の内科・外科のいずれかを標榜する医療機関（病院・診療所）に所属する医師 1,072名

○回収票 565名（回収率 52.7%）

【調査期間】

①平成28年 9月1日～9月24日

②平成28年 11月11日～11月24日

【調査方法】

郵送法によるアンケート調査（無記名自記式）

【調査項目】

診療形態、飲酒問題のある人の割合、対応、相談先・紹介先の認知と紹介の有無、飲酒問題への関心、ネットワークの認知

【分析】

記述統計（E x c e l）

研究 2-3

現在のネットワーク会議のメンバーからの聞き取りを行い、岡山市でのネットワークづくりで重視したことをまとめて、「ネットワークづくりのための10か条」を作成した。

基本法の中でも「医療連携の推進（内科、救急等の一般医療と専門医療の連携）」が謳われているが、本事業の成り立ちと経過を振り返ることを通して、本事業の今後の発展と、他地域での医療連携の更なる推進に多少なりとも資

することを目的に、ネットワーク会議メンバーにアンケート調査（記名式）を行った。アンケートの内容は別紙の通りである。

※資料 3. ネットワークメンバー調査票

（倫理面への配慮）

本分担研究の研究 1 においては、個人に対するアンケート調査を実施し、分析段階でその情報を取り扱うが、報告、発表においては個人の特定される可能性のある情報は取り扱わない。また、研究 2 においては、研究 2-1 は後方視的にカルテを閲覧し、受診経路のみ抽出した。研究 2-2 は無記名自記式のアンケート調査であり、研究 2-3 は記名式のアンケートであるが、報告に当たって本人の同意を得るとともに、個人が特定されることのないよう十分な配慮を行っている。

C. 研究結果

研究 1-1

まず飲酒量については、有効回答が得られた 78 名において、介入前と比較して飲酒量が減少した人が 36 名（46.2%）、維持した人が 15 名（19.2%）だった。また目標達成度については、目標を半分以上達成した人は 136 名中 83 名（61.1%）だった（50～74%達成した人 36 名：26.5%、75～100%達成した人 47 名：34.6%）。

継続的な介入後の血清 γ -GTP の変化については、2 回目の介入後に 1 回目のそれより低下した人は 18 名（52.9%）だった。

研究 1-2

岡山市以外での初期介入プログラムの開催地として、徳島県および高知県で行った。今回は岡山市こころの健康センターのスタッフを徳島県および高知県に派遣して行った。徳島県および高知県で、講義は岡山市のこころのセンターの職員が行い、グループワークは岡山市こころの健康センターと各県精神保健福祉センターの職員が共同して行った。そして、岡山市と同等の取り組みが、徳島県および高知県で行うことができた。

徳島県および高知県にある 5 事業所に対して初期介入およびフォローアップ介入を行った。2 年度で初期介入は 7 回行い、合計で 142 名の参加があった。フォローアップ介入は、3 事業所で 3～6 か月後に行った。計 56 名の参加があった 2 回目のフォローアップは 1 事業所で行い、5 名の参加があった。

協力して行った徳島県精神保健福祉センターのスタッフの感想としては、「初期介入の専門医の講義がわかりやすかった」「すでにマニュアル化されているグループワークを見学することで、自分たちでもできそうである」という感想があったが、「専門医やスタッフの少ない地域では実施に制約があるかもしれない」という意見もあった。

研究 1-3

精神科医以外の職種でも使用しやすい初期介入用のスライド作成を目指し、講義スライドの改訂を行った。さらに、グループワークのスライドと継続介入用のグループワークのスライドの改定も行った。

さらに、それぞれの使用マニュアルを作成した。使用マニュアルは各スライドでセリフと解説を記載し、専門的にアルコール問題を取り扱っていない医療スタッフにも使いやすいものを目指して作成した。

グループワークの時に対応に苦慮する状況の解決法も可能な限り記載した。具体的には、飲酒習慣がほとんどない人の場合には運動などの生活習慣の改善を目指してもらうことや、現在の飲酒状況を改善せずに現状維持を希望する参加者への対応の方法などである。

※資料 4. 講義用スライド・マニュアル

※資料 5. 初回介入用 GW スライド・マニュアル

※資料 6. 継続介入用 GW スライド・マニュアル

研究 2-1

本ネットワークを開始する前の、平成 23 年 4 月から同年 9 月に 3 病院を初診した患者の総

数は115名であった。その内訳は、身体科クリニック14名、一般病院46名、精神科クリニック5名、精神科単科病院9名、精神保健福祉センター0名、市町村福祉3名、地域包括支援センター2名、自助グループ3名、直接来院27名、その他が6名であった(表1)。

一方、本ネットワーク開始後の平成27年4月から同年9月に3病院を初診した患者の総数は160名であり、平成23年度と比較して45名の増加を認めた(図1)。内訳は、身体科クリニック31名、一般病院55名、精神科クリニック13名、精神科単科病院7名、精神保健福祉センター1名、市町村福祉4名、地域包括支援センター1名、自助グループ0名、直接来院38名、その他が10名であった。身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介は平成23年度が60名、平成27年度が86名と、大幅な増加がみられた。また精神科クリニックからの紹介は平成23年度が5名、平成27年度が13名と、増加がみられた。この結果からは、「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」の開始前後において明らかに一般医療機関及び精神科クリニックからの紹介患者の増加があったと言えた。そして、研修に参加した一般医療機関の医師からの紹介件数を調べると、平成23年度では10件であったのに対し、平成27年度においては22件と増加を認めた(図2)。よって、今までアルコール専門医療機関に紹介経験のない一般医療機関の医師がアルコール問題を持つ患者を紹介する行動に、研修会が影響した可能性が示唆される。

研究2-2

※資料7. 内科医外科医アンケート調査結果

- ①自らが診療している患者の中で、主疾患に飲酒の問題が大きく影響している患者がいると答えた医師は半数にのぼった。
- ②主疾患の症状に飲酒の問題が大きく影響しているとわかったとき、約80%の医師が診療を継続し、そのうち約50%の医師が禁酒や節酒を

勧めていた。

③飲酒問題がある患者の対応に困ったことがあると回答した医師は74%にのぼり、その多くが「治療意欲がない」「専門医療機関を紹介しても本人が拒否する」ことで困っていた。

④飲酒問題がある患者を専門医療機関へつなぐたいと回答した医師は92%と非常に多く、実際に紹介先を知り、紹介をしたことのある医師は半数近くみられた。

⑤内科医・外科医のアルコール依存症を含む飲酒問題への対応に関心があると回答した医師は72%と高く、研修会への参加を希望すると回答した者も多かった。

⑥当ネットワーク主催の研修会の認知度は低く、参加者も少なかった。

研究2-3

下記の10項目が挙げられた。

※資料8. 「ネットワークづくりのための10か条」

①ネットワーク事務局は可能なら公的機関が担うのがよい(保健所等)

特定の総合病院や精神科病院もしくは特定の個人が事務局となると、日常業務の時間外で事務局の運営事務をしなくてはならなくなり、負担が集中する可能性が高い。またその病院の中心となる個人が転勤等でいなくなってしまう場合、事務局の運営自体が持続できなくなる可能性がある。そのため、事務局は保健所等の公的機関が担うことが望ましい。岡山市では公的機関である岡山市こころの健康センター(精神保健福祉センター)が事務局を担当したことにより、ネットワークの運営がスムーズに行えたものと考えている。公的機関が担うことで、業務として事務局を運営することができるようになり、ネットワークに参加する関係機関同士がフラットな立ち位置で参加できるようになる。

②少人数でよいのでコアとなるメンバーを集める

まずは普段の業務の中で、アルコール関連問題

について情報の交換や患者の紹介をしたことのある、既に顔見知りのメンバー数人を集める。メンバー構成としては内科医と精神科医を中心に、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、保健師等多職種で構成されていることが望ましい。ただし、職種を揃えることが重要なのではなくコアとなるメンバーが数人集まった時点で速やかに開始することが重要である。ネットワークとしての活動を開始する中で、現在の問題点、他機関への希望・要望、これからどんな取り組みを行うとよりよい連携が行えるか等の課題を出していく。そしてコアメンバーを中心に、事例検討会や講演会等を企画していく。

③コアメンバーはどんどん増やす

ネットワークづくりの要になるコアメンバーは、事例検討会や講演会の参加者の中で、アルコール関連問題やネットワークづくりに興味をもってくれた人、現在のコアメンバーの知り合いで同じく興味のある人等にどんどん声掛けをして参加してもらう。新しいメンバーの視点を取り入れ、常に今行っている事業の内容を見直しながら改良を重ねていく。新しいメンバーをどんどん増やす一方で、現在のメンバーの中から抜けていくこともよしとする。メンバーの数を増やすことが目的ではない。

岡山市では6人のコアメンバーからスタートして、約5年で3倍の18名まで増えた。現在、コアメンバー増加のスピードはやや鈍っているが、これまでのところはコアメンバーをどんどん増やしてきたことが、ネットワークの活性化に有効であったと考えている。

また、岡山市ではメンバーを増やす場合、基本的に従来のコアメンバーの紹介で新メンバーが加えられていった。メンバーになるための資格要件のようなものは一切なかったが、従来のコアメンバーの紹介を基本としたことはメンバーの資質の維持に役立ったかもしれない。

④まずは事例検討会を始める

岡山市で行ってきた事例検討会での参加者へ

のアンケートの中では、「事例への対応の仕方・知識等を学びたい」、「他機関・他職種の対応を知りたい」という意見が最も多かった。ネットワークづくりをしていく場合に、講演会等も有効ではあるが、我々は事例検討会を行うことが最も有効であると考えている。提示される事例は一機関ではなく複数の機関（医療機関、介護関係、福祉関係、保健所等）の関わった事例で、誰でも遭遇しそうな事例が望ましい。事例そのものについて検討をしていくことも重要であるが、事例を通してどういったことをテーマに話し合うかをあらかじめ決めておくことが望ましい。例えば、総合病院でアルコール離脱せん妄となり精神科病院に転院した後、介護保険サービスを導入して在宅に戻った事例を通して、アルコール依存症者へ介護福祉サービスを導入するにあたって各機関が困ったこと、上手くいったこと、工夫したことを挙げてもらう等である。

特に医療や介護の現場では、アルコール関連問題のある者への対応に苦慮したり、部署異動で初めて経験する支援者が多数おり、知識の習得には前向きである。職場によっては誰にも聞けず一人で抱え込んでいたり、職場全体でも経験がないことがあるので、具体的な支援をしている事例から学ぶことはノウハウの習得としても有効である。

また、自分が所属していない機関、職種がどのような考え・視点をもっているか知る機会を実際のところなかなかなく、事例検討会では、司会やフロアからそれぞれの立場で意見を伝えてくれるので、他の参加者の考え・視点を知る機会となる。他機関がどのような考え・視点をもって、どのような事をしているのかを知ること、支援者が一人で抱え込まないためのメッセージになる。

事例を通じて頑張っている支援者がいることを知ることは重要である。依存症者と関わる中であきらめ、無力感、だらしのない人という誤解等、関わってもうまくいかない思いをもつ支援

者も多く、事例を知ること、真摯な関わり、信じる気持ち、程よい距離感、何より支援者の人間としての関わりを知ること、頑張る力に変えることができる。

⑤事例検討会ではグループワークより全体でのディスカッションを重視する

少人数のグループワークがあると、「何か発言をしないといけない」という抵抗から事例検討会への参加を躊躇する参加者も少なくないようである。また、アンケートの回答の中に、「事例への対応の仕方・知識等を学びたい」、「他機関・他職種の対応を知りたい」といったものが多かったことから、少人数のグループワークのみだと一部の意見しか聞くことができずに終わってしまうといった不満もでそうである。そういったことを考えれば、一部で根強い人気のあるグループワークではあるが、我々はこれまでに数えるほどしか取り入れていない。

我々の行っている事例検討会では参加者全体でのディスカッションを重視している。参加者全体のディスカッションから得るものは多いが、様々な考え方をもちいた様々な機関の参加者が集まることから、司会者の力量が問われる。司会者はコアメンバーが担当することが多いのだが、司会者だけが大変な思いをするということがないように他のコアメンバーの協力、コアメンバー同士の結びつきが重要である。他のコアメンバーの協力も得て、明日の業務から使える当事者への声掛けの仕方、他機関との連携の仕方等、参加者が何らかの「お土産」を持って帰ることができるように司会者は工夫をしたい。

⑥事例検討会等の会場は毎回持ち回りで開催した方がよい

岡山市でのネットワーク化事業の中での事例検討会や講演会の会場は、市内の総合病院を中心に、毎回持ち回りで開催されている。会場を毎回変えることで、担当会場となる病院スタッフの参加の便が良くなり、他病院のスタッフと交流できる貴重な機会となる。また他病院のス

タッフにとっても担当会場となる病院を見学でき、人的な交流を行うこともできる。また会場を毎回変えることで、運営の負担は分散し、継続しやすくなる。

岡山市では担当会場となった病院の関わった事例を検討事例として選ぶようにしている。そのことは担当病院スタッフの事例検討会への出席を促すことになっていると思われる。

⑦事例検討会等の広報は個人あてに郵送する

④でもふれたが個別の声掛けは重要である。事例検討会等の広報は、費用面や手間の事を考えればメール一括送信等がよい。しかし、より個人の参加意欲が沸くように、ひいてはより強固なネットワークづくりのために、各病院あて送付、医師会報等への挟み込みに加えて、これまで事例検討会等に参加したことのある参加者個人あてに郵送することが望ましい。これは実際に行くと、かなり大変な作業量となるが、少なくとも事例検討会等が軌道にのるまでは、可能であれば個人あて送付という周知方法を継続したい。このような細やかな広報作業を行うためには、やはり公的機関が事務局を担うことが望ましいであろう。

⑧広報のチラシのデザインは統一する

ネットワーク化事業の中での事例検討会や研修会、講演会を広報する際のチラシのデザインは、毎回統一することが望ましい。毎回同じデザインのチラシが目に入ることによって、チラシを子細に読む前にネットワーク化事業の会であることがすぐに分かることを狙う。目指すものはリピーターを増やすことである。

⑨事例検討会に参加した人が「また行ってみよう」と思える会をつくる

事例検討会や講演会等に一度でも参加した人が引き続き参加してもらえるように、個別に声掛けを行っていく。また、回ごとの参加者のアンケートを見ながら、参加者のニーズを掴み、常に新しい学びや発見が得られて、マンネリ化しないようにしていく。

岡山市では事例検討会、講演会を開催するごと

に参加者に対してアンケートを実施し、参加者のニーズを把握するように努めている。我々が実際に行ってきた工夫の中では、一つの事例を複数の支援者がプレゼンテーションする形や、当事者を発表者に加えること、精神科病院での治療プログラムの実際を紹介してもらうこと等が効果的であったと考えている。

⑩**すぐに成果が上がらなくてもあきらめない**
ネットワークづくりは詰まる所、「顔の見える関係づくり」である。今までお互いに電話もしくは文書のみ、もしくは全く知らなかったところから、事例検討会や講演会等を重ねることでお互いの立場や考え方をより知ることができるようになる。そのことだけでも大きな変化である。すぐにスムーズな連携が出来るようになり紹介患者数が増加する、すぐにアルコール関連問題を持つ者が断酒もしくは節酒するようになる、等とは思わずに、ネットワークづくりが始まった後も様々な行き違いや問題が出てくることは当然のこととして、試行錯誤を繰り返しながら、長い目で見ていくことが重要である。

D. 考察

研究 1-1

初年度の研究で我々が介入を実施した集団は、予測される飲酒習慣の状況や γ -GTP の高値などから考えて、介入がなければ飲酒量が増加する可能性がある集団であると考えられた。したがって、介入前と比較して、46.2%の参加者が飲酒量を減少させることができ、19.2%の参加者が飲酒量を維持させることができたという結果は、この介入が集団の約半数に効果があったとみなすことができるであろう。また、目標達成度についても、目標を半分以上達成した人は 61.1%であり、これらのことから、職域での 1 回のこのような介入は、半数以上の人に 6~12 か月間の飲酒量低減効果を有していることが示された。

また参加者の半数に、血清中の γ -GTP 値介入

後の低下が認められており、継続介入の時間はおよそ 30~50 分であるが、このような短時間の介入も、約半数の人に対して飲酒量低減の効果があり、それが半年間継続することが示唆された。

次年度からはこの介入を、岡山市以外の地域でも利用できるように、近隣の都道府県、市町村での実施を試行することを検討している。さらに、岡山市内で引き続き実施する介入に関して評価方法を見直し、初期介入の効果および継続介入の効果の再評価を行う予定である。

研究 1-2

我々は、職域における飲酒習慣への介入プログラムの普及を目指し、この介入プログラムを 2 つの県の精神保健福祉センターの仲介で徳島県及び高知県の事業所でこの介入プログラムを施行した。この 2 年度の間、岡山市こころの健康センターのスタッフを高知県および徳島県に派遣して行った。徳島県および高知県でも、岡山市と同等の取り組みが行うことができた。よって、地域を変えてもこの介入プログラムは施行可能であると言えるだろう。

協力してもらった際の感想は、介入プログラムを見学すれば施行は可能というものがあり、各精神保健福祉センターの保健師やその他の職種でも運用ができる可能性を示せた。ただし、感想より、専門医の少ない地域での実施は困難も予想され、研究 1-3 の重要性が再確認された。

さらにこの参加者の行動変容に関しては、2 年度目に行った初回のフォローアップ介入参加者の 7 名の内 5 名が飲酒頻度の低減を継続していた。参加人数が少なく、統計学的な判定は困難だが、岡山市で試行している介入プログラムと同等の効果が出ている。

研究 1-3

研究 1-3 で前述したが、我々が目指している介入プログラムの普及のために、精神科医以外の職種でも使用しやすい初期介入用のスライドを昨年度改訂し作成した。講義スライドの改訂を行い、同時にグループワーク用スライドと

継続介入用スライドも改訂した。それに加えて、各々の使用マニュアルも作成した。

このスライドや使用マニュアルを使用して、専門的にアルコール問題を取り扱っていない保健師や精神保健福祉士などがこの介入プログラムが行うことができれば、各地での普及は容易になると推測している。2年度目に、岡山県精神保健福祉センターのスタッフがこの改訂スライドを使用した初期介入プログラムを行った際に、改訂スライドの使用の細かなノウハウより、グループワークの実施の細かなノウハウを知りたいという要望があった。さらに、その実施のノウハウは一度見学をすることによって多少理解することができた、という感想があった。その感想を踏まえ、グループワークの際にファシリテーターが困りやすい場面を想定してスライドの解説を作成した。具体的には、飲酒習慣がほとんどない人の介入の際には運動などの生活習慣の改善を目指してもらうことや、現在の飲酒状況を改善せずに現状維持を希望する参加者への対応など、具体的な内容も記載した。

今後は、これらの改訂スライドおよび使用マニュアルの普及を目指していく。

研究 2-1

本事業を通して、アルコール専門医と非専門医が顔の見える関係となり、紹介患者が増したのではないかという印象に基づいて、平成 26 年度も平成 27 年度と同様の調査を行った。

平成 26 年度の調査では、初診患者数や、身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介患者数は平成 23 年度と比較して、ほとんど変化が見られなかった。

しかし平成 27 年度の調査では身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介は平成 23 年度が 60 名、平成 27 年度が 86 名と、大幅な増加が見られた。また精神科クリニックからの紹介は平成 23 年度が 5 名、平成 27 年度が 13 名と、増加が見られ

た。そして、研修に参加した一般医療機関の医師からの紹介件数を調べてみると、平成 23 年度では 10 件であったのに対し、平成 27 年度においては 22 件と増加を認めた。

平成 27 年度に量的な効果が出たのは、研修会への参加者が増えてきたこと、ネットワーク構築から量的な効果が表れるにはある程度の年数が必要だったことなどによるものと推測される。

研究 2-2

当初ネットワークでは、内科医・外科医は飲酒問題への関心が低く、診療について忌避感をもっているのではないかと予測していたが、調査の結果、アルコールの問題に関心をもっていることがわかった。約 7 割の医師が診療場面で対応の難しさを感じている一方で、飲酒問題のある患者を専門医療につなぎたいと考えていたり、飲酒問題に関する研修への参加意欲や関心が高かったりと、現場での対応に苦慮しつつも患者への対応に前向きな姿勢がうかがえた。ネットワークの周知・拡大とともに、実際の診療現場で活用できるネットワークづくりが今後の課題といえる。

今後は飲酒問題に対して関心があるにもかかわらず、ネットワークにつながっていない医師に対して、どのようにアプローチすればよいか検討する。また、診療所・クリニックへの周知を強化し、事例検討会は現場のニーズを聞き取って、内容の充実をはかっていきたい。

研究 2-3

⑩にも挙げた通り、ネットワークづくりは詰まる所、「顔の見える関係づくり」であり、今後も様々な行き違いや問題が出てくることは当然のこととして、試行錯誤を繰り返しながら、長い目で見ていくことが重要であると考えられた。

E. 結論

1) 過去に我々は、職域での飲酒習慣に対する短時間の介入プログラムの、飲酒量や頻度低減

に対する効果と、その複数回の介入プログラムにおける単回以上の効果を示した。今年度は、現在岡山市で実施している介入プログラムを、徳島県で試行した。今後さらに、徳島県および他の自治体の数か所で介入プログラムを試行することを目指している。特に、岡山県との共同事業を検討している。加えて、今年度作成した改訂スライドとその使用マニュアルも活用し、アルコール問題を専門的に取り扱った経験のない保健師など他職種での試行も目指していく。

過去に我々は、職域での飲酒習慣に対する短時間の介入プログラムの飲酒量および頻度低減に対する効果を示した。また、現在岡山市で実施している介入プログラムを、徳島県で試行した。今年度は、徳島県、岡山県および高知県で初期介入およびフォローアップ介入を試行した。今年度作成した精神科医以外が使用する他職種の初期介入用講義およびグループワーク、継続介入のスライドとそれぞれの使用マニュアルも作成した。今後はその使用マニュアルを活用してこの事業の普及を目指していく。

2) これまでの3年間の研究を通じて、一般医療機関とアルコール専門医療機関のネットワークについては、われわれの「有効である」という実感の通り、平成26,27年度で量的にも、当年度で質的にも効果を示すことができた。今後はこのネットワークが、現場でより効果を示すことができるように研修会や事例検討会の内容の見直しを行っていきたいと考えている。

E. 研究発表

1. Tanaka M, et al: The prevention of alcohol use disorder among the working persons with habitual drinking. 4th Asia-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research (APSAAR), 18-22th Aug. 2015, Sydney, Australia

2. Tanaka M, et al: The preventive measure against alcohol use disorder among the working persons with habitual drinking. 5th Congress of Asian College of Neuropsychopharmacology (AsCNP), 27th-29th April 2017, Bali, Indonesia, (Symposium)
3. 角南隆史 精神保健福祉センターと精神科医療機関の協働－職域への介入と G-P ネットー 第37回日本アルコール関連問題学会 平成27年10月11日 神戸
4. 土器悦子 職域と協働した依存症予備軍対策～常習飲酒者の依存症発症予防を目指して～ 第37回日本アルコール関連問題学会 平成27年10月12日 神戸

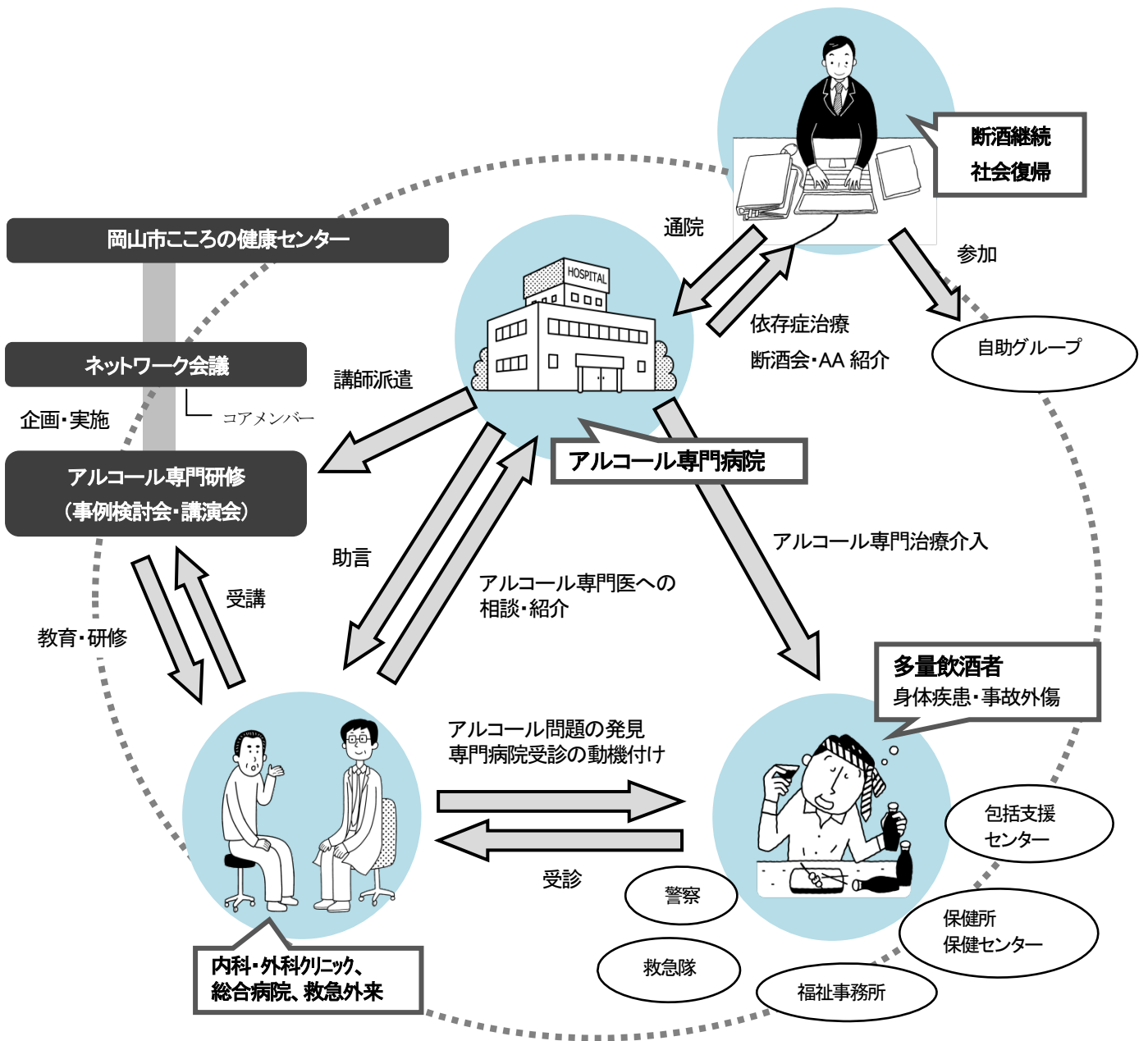
F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

文献

- 1) 尾崎米厚、神田秀幸：わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査2013年、厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究（研究代表者、樋口進）」平成25年度総括研究報告書, 19 - 28, 2014
- 2) 太田順一郎ら：職域の保健担当者に対するアルコール関連問題への意識調査から～依存症予備軍に対する取り組みを始めるにあたって～ 日本アルコール関連問題学会誌 13,123-130, 2011

資料1. ネットワーク概要図



一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業

医療機関を受診する患者の 飲酒に関する調査へのご協力をお願い

1. 調査の目的

本調査は、医療機関を受診するアルコール依存症が疑われる患者を、より早期にアルコール専門医療機関につなぐためのネットワークシステムを構築することを目的に実施するものです。

2. 回答上の注意事項

- 本調査は、内科及び外科に所属する医師がご記入ください。
(医師が複数所属している場合は、1人1枚ご記入ください)
- 本調査の回答は、回答用紙にご記入ください。
- 調査用紙が足りない場合は、恐れ入りますがコピーして記入をお願いします。
- 返送は、同封の返信用封筒にて平成28年9月23日(金)までにお願いします(切手不要)。
返信用封筒は無記名で結構です。

【事務局】

○岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク

高橋 淳(岡山協立病院)・大澤 俊哉、井上 美夕起(岡山済生会総合病院)
小橋 春彦(岡山赤十字病院)・狩山 和也、岡部 伸幸(岡山市立市民病院)
高木 章乃夫(岡山大学病院)・松下 公紀(岡山医療センター)・清水 慎一(岡山労災病院)
西野 謙(川崎医科大学附属川崎病院)・川口 光彦(川口メディカルクリニック)
寺田 亮(てらだ内科クリニック)・堀井 茂男(慈圭病院)・柳田 公佑(ゆうクリニック)
角南 隆史、中野 温子(岡山県精神科医療センター)・上村 真実(林道倫精神科神経科病院)

○岡山市こころの健康センター

(太田順一郎、土器悦子、岸倫衣、留田範子)

- この調査は、厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業を用いて実施しています。

【問い合わせ先】

岡山市保健福祉局 岡山市こころの健康センター(精神保健福祉センター)
〒700-8546 岡山市北区鹿田町1丁目1番1号 保健福祉会館4階
TEL :086-803-1273 FAX :086-803-1772
E-mail: kokoroct@city.okayama.jp

以下の設問について、該当する項目に○を記入してください。

問1 貴院の診療形態について、該当する項目に○を記入してください。

1. 診療所・クリニック(病床なし)
2. 診療所・クリニック(病床あり)
3. 病院(400床未満)
4. 病院(400床以上)

問2 現在、貴院で先生が診察されている患者で、主疾患に飲酒の問題が大きく影響している方がいますか。

1. いる 2. いない 3. わからない

↳ 問3へ

↳ 問4へ

問3 上記のうち、アルコール専門医療機関*での治療が必要と思われる方は全体の何%くらいを占めますか。該当する項目を1つ選んで記入してください。

1. 0% 2. 0~5% 3. 5~10% 4. 10~20%
5. 20~30% 6. 30%以上

※アルコール依存症治療を行っている精神科医療機関を指す(以下同じ)

問4 主疾患の症状に飲酒の問題が大きく影響しているとわかった場合、主にどのような対応をしていますか。該当する項目を1つ選んで記入してください。

1. 原則継続的な診療はしない..... 問5へ
2. 原則継続的な診療はしないが、パンフレット等による情報提供はしている..... 問5へ
3. 原則継続的な診療はせず、アルコール専門医療機関に紹介する..... 問5へ
4. あまり飲酒の問題に触れず診療を継続する..... 問7へ
5. 診療を継続し、禁酒や節酒を勧める..... 問6へ
6. 診療を継続し、禁酒や節酒を勧めたうえで、アルコール専門医療機関を紹介する..... 問6へ
7. その他()..... 問7へ

問5 原則診療しない理由を教えてください。(複数回答可)

1. 飲酒の問題は本人の意思の問題だから
2. 飲酒の問題があると面倒だから
3. 専門外だから
4. 診察に時間がかかるから
5. その他()

⇒ 次は問7に進んでください

問6 主疾患の症状に飲酒の問題が大きく影響している場合、主にどのような指導をしますか。該当する項目を1つ選んで記入してください。

1. 禁酒を指導する
2. 酒を控えるように指導する
3. 少しなら酒を飲んでもいいと指導する
4. 具体的な例を示して指導する(例:1日〇〇合までにする)
5. その他()

⇒ 次は問7に進んでください

以下の項目はすべての方がお答えください

問7 飲酒の問題がある患者の対応に困ったことがありますか。

1. ある 2. ない

「1. ある」を選択した方におたずねします。どのようなことで困りましたか。

(複数回答可)

1. 治療意欲がない
2. 飲酒して来院する
3. 暴言・暴力がある
4. 診察に時間がかかる
5. アルコール専門医療機関の紹介先がわからない
6. アルコール専門医療機関を紹介しても本人が拒否する
7. その他()

問8 飲酒の問題がある患者をどうにかしてアルコール専門治療につなげたいと思いますか。

1. とても思う 2. まあまあ思う 3. あまり思わない 4. 全く思わない

問9 現在治療中の患者の家族から、飲酒の問題について相談を受けたことがありますか。

1. ある 2. ない

問10 飲酒の問題がある患者に対するアルコールに関する相談先・紹介先を知っていますか。

1. はい 2. いいえ

問11 飲酒の問題がある患者に対し、相談窓口やアルコール専門医療機関を紹介したことがありますか。

1. はい 2. いいえ

問12 アルコール依存症を含む飲酒問題への対応について関心がありますか。

1. とてもある 2. まあまあある 3. あまりない 4. 全くない

問13 飲酒問題やアルコール依存症に関する研修会があれば参加したいと思いますか。

1. とても思う 2. まあまあ思う 3. あまり思わない 4. 全く思わない

問14 岡山アルコール依存症早期支援ネットワークが主催する研修会を知っていますか。

1. 知っている 2. 知らない

問15 岡山アルコール依存症早期支援ネットワークが主催する研修会に参加したことがありますか。

1. ある 2. ない

問16 飲酒の問題がある患者への対応について、ご意見がありましたらご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

資料3. ネットワークメンバー調査票

「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」に関するアンケート調査

所属() 氏名()

＜ネットワーク会議メンバー向けの質問＞

- 事業開始当初のメンバー(H23年時) ※該当する項目に✓をしてください
 上記以外のメンバー

1) ネットワーク会議へ参加を呼びかけられた時、あなたは本事業にどのようなことを期待しましたか？

2) 本事業に参加する前に、あなたがアルコール依存症者もしくは多量飲酒者への対応に関して困っていたことがありましたか？

3) 本事業に参加することを通して、あなたの日常の診療や業務に役立ったことはありますか？

4) 本事業に参加することを通して、アルコール依存症者もしくは多量飲酒者に対するあなたの関わり方に変化はありましたか？

5) 本事業は平成23年度から始まっていますが、この5、6年の間で、岡山市内全体におけるアルコール依存症者もしくは多量飲酒者への対応にどのような変化が起きているとあなたは考えますか？

6) 本事業が今後どのように発展していくことをあなたは期待しますか？
(ネットワーク会議、研修会、リーフレットなど)

7) 本事業を継続的に運営していく上での苦労や工夫、そしてやりがいについて教えてください。

8) 本事業と同様の事業を仮に他の地域で始めるとした場合、まずどのようなことに注意して、どのようなところから始めていくとよいでしょうか？