

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

平成 28 年度 総括研究報告書

研究代表者 樋口 進

平成 29(2017)年 3 月

# 目 次

## I . 総括研究報告

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

(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

## II . 分担研究報告

1. アルコール依存症の診断・治療ガイドラインの作成

樋口 進

(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

2. 関係機関（社会復帰施設など）の機能向上のための研究

樋口 進

(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

3. アルコール依存症の普及・啓発に関する研究

米山 奈奈子

(国立大学法人秋田大学大学院医学系研究科精神保健看護学)

4. アルコール依存症の実態に関する研究

長 徹二 (三重県立こころの医療センター)

5. アルコール依存症家族の支援に関する研究

成瀬 暢也 (埼玉県立精神医療センター)

6. 家族のための対応や疾患についてのマニュアル作成

吉田 精次 (社会医療法人あいざと会藍里病院)

7. アルコール依存症の治療・社会復帰に対する医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究 第2報

白川 教人 (横浜市こころの健康相談センター)

8. アルコール依存症の早期発見・早期治療導入

堀井 茂男 (財団法人慈圭会 慈圭病院)

9. アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究

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)

10. 転帰調査におけるアカンプロサートの  
効果検証  
吉村 淳（東北医科薬科大学 精神科学教室）
11. 薬物治療の有効性評価と薬効の向上  
齋藤 利和（医療法人北仁会 幹メンタルクリニック）
12. アルコール依存症の社会復帰支援に関  
する研究  
大嶋 栄子（特定非営利活動法人リカバリー）
13. アルコール依存症の治療・社会復帰に関  
する社会資源情報の作成  
湯本 洋介（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

### Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷





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

平成 28 年度総括研究報告書

研究代表者 樋口 進

独立行政法人国立病院機構行政法人国立病院機構久里浜医療センター院長

研究要旨

本研究は、アルコール依存症の実態の把握、支援のための研究や事業の実施、アルコール健康障害対策基本法の実施計画立案に対する基礎資料の提供を目的としている。アルコール依存症普及啓発用の資料作成、アルコール依存症者の特性把握や治療効果の判定、関係機関との連携モデルの構築や支援の方向性の考察、アルコール依存症の早期発見・早期治療や飲酒量低減といった新たなアプローチの検討、診断治療ガイドラインの更新等、多様な課題が本研究の内容に含まれている。最終年度となる今年度は、各分担研究者がそれぞれの目標を概ね達成し、研究によって得られた成果物を残すことができた。本研究で得られた知見が、アルコール健康障害対策基本法の実施計画策定の際にエビデンスに基づいた情報を提供し、アルコール依存症の治療や社会復帰の向上、家族の理解や対応力の向上に寄与することを目指す。

A. 研究目的

本研究はアルコール依存症（以後、ア症と略）の予防、治療、社会復帰を支援するために必要な実態を把握し、支援のためのモデル構築、ガイドライン、マニュアル作成、家族に対する支援事業、ア症の啓発を推進するための研究や事業を実施する。加えて、アルコール健康障害対策基本法の実施計画立案に対する基礎資料の提供を目的とする。

B. 研究方法

本研究は 13 項目の研究分野から成る。

(1)「アルコール依存症の普及・啓発に関する研究」では、ア症の普及・啓発に関して、一般市民向け及び家族向けに依存症の普及啓発用 DVD やリーフレットを作成、各関係機関等で配布を行う。また(2)「アルコール依存症家族の支援に関する研究」では、ア症家族の実態とニーズを調査し、分析結果に基づいた啓発活動を行っていく。(3)「家族のための対応や疾患についてのマニュアル作成の研究」では、家族向けの対応法や疾患の対応マニュアルを作成し啓発活動

行う。

(4)「アルコール依存症の治療転帰とその予測因子に関する研究」では、ア症入院患者にアン

ケート調査を行い、患者特性の把握と治療予後予測因子を明確化する。また(5)「アルコール依存症の実態に関する研究」では、ア症合併精神障害に関する調査を実施し、治療・対応マニュアルのアップデートを行う。(6)「薬物治療の有効性評価と薬効の向上」研究では、ア症に対して効果のある抗うつ薬や抗精神病薬の探索を試みる。(7)「医療機関、行政、自助グループ等の連携の在り方に関する研究」にて、現状の関係機関の支援態勢を把握し、回復に役立つ連携モデルを構築する。さらに(8)「関係機関（行政、社会復帰施設など）の機能向上のための研究」では、関係機関を効果的に活用するためのマニュアルを作成し、それを十分に生かすための研修方法について分析する。(9)「アルコール依存症の社会復帰支援に関する研究」では、回復施設に対してアンケート調査を行い、社会復帰アプローチの実施の成果について把握し、よりよい支援の方向性について探る。また(10)「アルコール依存層の治療・社会復帰に関する社会資源情報の作成」研究においては、ア症各関係機関の情報にアクセスしやすいホームページを作成し、一般向けに公開した効果を検討する。(11)「アルコール依存症の早期発見・早期治療導入」研究では、職域での介入プログラム実施の効果を検討する他、ア症専門医療機関と一般医療機関の地域連携モデルの在り方についても言及する。

ア症に対する新しいアプローチ法として(12)「アルコール依存症に対する簡易介入の適

応に関する研究」で、飲酒量低減効果を認めるア症の予測因子を調査する。(13)「アルコール依存症の診断・治療ガイドラインの作成」では、国外のガイドラインに関する文献のレビューなどを参考にしながら新たなガイドライン完成を目指す。

以上、本研究にはア症に関しての多岐に渡る研究課題を含んでいる。

#### (倫理面への配慮)

本研究全体については、久里浜医療センターの倫理審査委員会の承認を得て行う。また、個々の研究分担者で、倫理委員会審査が必要な研究は、倫理委員会が存在する施設では、それぞれ承認を得てから行う。個人情報の管理は徹底して行う。

### C. 研究結果

今年度の各分担研究の研究結果について論じる。

(1)「ア症の普及・啓発に関する研究」では、家族の対応や家族と相談機関のつながりの促進を意識したDVDを作成、精神保健福祉センターなどの相談機関に配布を行った。また専門職向けに行った上映会では、理解が深まったなど良好な反応を得た。(2)「家族の支援に関する研究」では、家族が本人の依存の問題に気付いた年齢と初めて相談に行った年齢は平均7年間空いていること等の実態を明らかにし、市民フォーラムを開催するなどして得られたデータとともに広く一般市民に呼びかけを行った。(3)「家族のための対応や疾患についてのマニュアル作成の研究」では、CRAFTプログラムをもとにしたDVDを作成し関係機関や医療機関などに広く配布を行った。ア症患者が治療に繋がりをもち始めたり、依存行動の改善を認めた効果を広めていった。

(4)「アルコール依存症の治療転帰とその予測因子に関する研究」では、久里浜医療センターのアルコール依存症の入院患者を対象とした転帰調査にて、退院後1年間の断酒率は30%程度であり、うつ病や不安障害を合併すると断酒率が有意に低かった。(5)「アルコール依存症の実態に関する研究」では、ア症の実態に基づいた知識の普及のため、専門職向けに国内外の知見をまとめたレビューを、市民向けにはQ&A形式の分かりやすい形の資料を作成した。ア症の心理的背景に即した効果的な治療ツールを作成した。

(6)「薬物治療の有効性評価と薬効の向上」では、断酒への補助的薬物療法が、抑うつ症状を合併したア症の抑うつの改善にも寄与する可能性が示された。また1日飲酒量と社交不安障害スコアに正の相関を認めた。

(7)「医療機関、行政、自助グループ等の連携の在り方に関する研究」では、連携の中核となる精神保健福祉センターでの相談支援事業の実態を把握するために全国の精神保健福祉センターに対してアンケート調査を行い、精神保健福祉センターはアルコール依存症専門医療機関情報を提供する体制はある一方で、情報を提供できる医療機関数の不足が示唆された。(8)「関係機関(行政、社会復帰施設など)の機能向上のための研究」においては、ア症患者からのインタビュー調査より関係機関の機能向上に不可欠な要素を抽出することを試みたところ、より早く関係機関につながる事が機能向上について有用であることが示された。

(9)「アルコール依存症の社会復帰支援に関する研究」では、社会復帰に関する意識調査を依存症専門病院に対して行ったところ、社会復帰の資源が限られていることや、地域格差が大きいことに困難を感じているとの回答や、高齢者・重複障害・女性など抱える問題が複雑化している中で、医療連携と地域連携の必要性が示された。(10)「アルコール依存症の治療・社会復帰に関する社会資源情報の作成」については、依存症治療機関や回復施設において提供できる治療やプログラム内容を問うアンケート調査を実施し、医療機関と回復施設を合わせて300施設余りの公表可能な施設情報を得ることができた。

(11)「アルコール依存症の早期発見・早期治療導入」に関する研究では、職域における習慣飲酒者向けの早期介入プログラム「おいしくお酒を飲むための教室」を開催し、岡山市以外でも教室を開催できるように、資料作成を行った。身体科、精神科を含めた医療機関の連携(G-Pネットワーク)を高めるための研修会を開催し、研修に参加した医師からの紹介件数が増加傾向にあった。身体科クリニック医師にアルコール使用障害についてのアンケート調査を行ったところ、飲酒によって社会的問題が顕著でなければ精神科への紹介が行われない現状が把握できた。

(12)「アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究」では、アルコール依存症を疑う問題飲酒者に対して簡易介入を行った。アルコール依存症およびその疑いのある群にも

短期介入を行うことで、一定の飲酒量低減効果が認められ、かつ関連問題も減少した。

(13)「アルコール依存症の診断・治療ガイドラインの作成」研究では、引き続き国外のアルコール使用障害のガイドラインについてレビューを行い、飲酒量低減などを含めた新たな心理社会的治療や薬物療法についての知見を含めることや、主に軽症アルコール患者の対応に焦点を当てた、現在国内で主流となっている診断治療コンセンサスを網羅したガイドラインを作成することを計画し、28名の執筆者による新ガイドラインの編集を行った。

#### D. 考察

当研究班の最終年度の達成度と意義について述べる。

ア症の普及・啓発に関しては、啓発のためのDVDが作成され、専門職また一般向けの視聴の機会を持って良好な評価を得ており、有用な普及・啓発ツールを作成できた。

ア症の実態調査については、重複障害がある場合には断酒継続が有意に達成されにくくなること、また断酒の補助的薬物療法がうつ症状を合併するア症患者の断酒継続や抑うつ症状の改善に寄与する可能性が示され、合併精神障害を持つア症の実態や対応についての知見をさらに深めることができた。これらの知見も含めたア症に関する専門職向け、一般向けのファクトシートを作成、さらに効果的な治療ツールを開発することもできたため、実態調査の内容を成果物に反映できた。

ア症に対する関係機関の連携については、各関係機関の調査から、精神保健福祉センターでの相談事業の改善点を見いだす必要性、早期に関係機関とつながりを持つことの必要性が見いだされ連携の重要性が把握できた。社会復帰施設との連携については、医療機関と社会復帰施設の関わりや復職支援への対応のニーズが把握できた。以上より、関係機関の連携が重要であることも自明であるが、連携を深める上でのニーズを具体化することができた。情報資源の作成とも合わせ、スムーズかつニーズを満たした連携について情報を提供することができた。

アルコール問題の簡易介入については、地域や職域での教育プログラムを展開し、その効果を認めている。さらに、一般医療機関と専門医療機関の連携モデルに関して、身体科医師も含めた地域の関係者が研修会の場に集まり、紹介患者数の変化を見るなど連携を深めることが

できたことは、地域の連携モデルを進めていく上で大きな成果である。

ア症の飲酒量低減効果についての研究においては、短期介入がより幅広い層に受け入れられることを明らかにでき、保健指導分野での今後の更なる活用が期待できる結果を得られた。飲酒量低減も含めたア症使用障害に対する最新の診断治療ガイドラインの作成を行うことができた。

今年度の当研究班の成果の概観について述べた。本研究課題によって得られた新たな知見や成果物の詳細に関しては、各分担研究の報告書を参照されたい。

#### E. 研究発表

1. 論文発表  
各研究分担に記載
2. 学会発表  
各研究分担に記載

#### F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
各研究分担に記載
2. 実用新案登録  
各研究分担に記載
3. その他  
各研究分担に記載

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 28 年度分担研究報告書  
アルコール依存症の診断・治療ガイドラインの作成  
研究分担者 樋口 進  
独立行政法人国立病院機構行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長

研究要旨

我が国におけるアルコール依存症の診断・治療ガイドラインは、2001 年以降更新されていない。アルコール障害対策基本法の施策施行に当たり、適切な診断に基づいた治療手段の提供は重要なポイントである。そのため、前回の診断・治療ガイドライン以降の診断体系や治療手段の変遷を含めた、新たなガイドラインへの刷新が求められている。本研究では、国内外の新しい知見や診断・治療ガイドラインを参考にしながら、我が国の治療環境に合わせたガイドラインの作成を目的としている。本年度は、新ガイドラインの構成について検討し、薬物依存もガイドライン内容に含むこととし、依存症を専門としない治療者が携えておくべき基礎知識や具体的な初期対応を中心とした内容をコンセプトに挙げた。また、内科医、救急医も含め、28 名の執筆者が執筆に関わり、多様な観点から依存症医療で抱えやすいテーマを扱った新ガイドラインが完成した。

研究協力者

斎藤利和(幹メンタルクリニック、院長)  
宮田久嗣(東京慈恵会医科大学精神医学講座、教授)  
堀井茂男(慈圭病院、院長)  
杠岳文(肥前精神医療センター、院長)  
成瀬暢也(埼玉県立精神医療センター、副院長)  
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、部長)  
森田展彰(筑波大学、准教授)  
堀江義則(山王病院、内科部長/国際医療福祉大学教授)  
田中 完(新日鐵住金株式会社 鹿島製鐵所)  
湯本洋介(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター、医員)

A. 研究目的

わが国におけるアルコール依存症の診断・治療ガイドライン作成については、厚生労働省の委託研究による「アルコール・薬物依存症の病態と治療に関する研究」班により、2001 年に「ア

ルコール・薬物関連障害の診断と治療のためのガイドライン」がまとめられた。以降、DSM 5 の導入といった診断体系の変更に加え、新たな視点を持った治療原則や心理社会的介入、薬物療法等が生まれ、本邦において選択できる治療手段の多様性は増している。さらに、アルコール障害基本対策法の策定もなされ、適切な診断に基づいた治療手段の提供がなされることは、基本法に基づいた施策施行に当たって重要なポイントである。

一方、アルコール依存症の診断・治療ガイドラインは2001 年以降変化を遂げずにいるため、新たな診断体系や治療手段を含めた、我が国の現状に見合ったアルコール依存症の診断・治療ガイドラインの刷新が求められている。この研究では、新たな知見も取り入れながら、我が国におけるアルコール依存症の診断・治療ガイドラインの作成を目的としている。

B. 研究方法

今年度は、左記の研究協力者からなるワーキンググループを定期的を開催し、診断・治療ガ

ガイドライン作成のコンセプトや具体的な構成を決定した。多様な観点からの対応について言及するため、内科医、救急医を含め、28名の執筆者を選定して執筆原稿を集め、新ガイドライン冊子の編集を行った。

(倫理面への配慮)

本研究における一切の利益相反は生じていない。

## C. 研究結果

ガイドライン作成ワーキンググループ会議を重ね、ガイドラインのポイントを具体化していった。

ポイント 薬物使用障害をガイドラインに含めることとした。その裏付けとして、アルコール使用障害と薬物使用障害の治療の根本は一緒であること、また一部執行猶予制度の実現により、薬物使用障害者の医療的ケアや法的な対応についての知識の普及が医療者に求められるためである。

さらにポイント 「軽症者」に焦点を置いた内容をすることにした。従来のガイドラインはアルコール依存症の中核群を対象にしたものであり、依存症を専門としないプライマリケア医や内科医、レジデントが治療に応じる機会が多いと思われる「軽症依存症者」の対応のイメージをもってもらうことを想定している。

ガイドラインの構成について述べる。

A「総論」では依存症概念や一般的な依存症の診断や治療、疫学、法的事項、支援者に求められるスキルや家族対応の基本等について論じている。

B「初期対応編」では、物質使用障害者が最も来院しやすいような状況を症例を挙げて解説し、初期対応が中心の、プライマリケア医やレジデント向きの内容となっている。

C「問題別対応編」では、物質使用障害者が抱えやすい問題点を4つのカテゴリー、  
・物質使用障害の重症度別対応、  
・社会的問題、  
・

身体的問題、  
・精神的問題、以上に分け、それぞれの問題点別に対応法を解説している。  
D「参考資料」では、社会資源リストとして医療機関や回復施設、精神保健福祉センターの情報や、DV相談、婦人相談の相談先、児童相談所などのリストを掲載している。

以下にB「初期対応編」の記載例について記す。

### 初期対応編

「抑うつとアルコール使用障害が合併している例」

症例A: 61歳男性) 会社員

2週間前からの抑うつ気分を主訴に来院。意欲低下、集中力の低下、思考の緩慢さを認めた。希死念慮は否定する。問診の中で、退職後の空いた時間を飲酒に費やすようになり、次第に飲み始めたら止まらず、朝から飲酒をするようになったと語った。AUDIT25/40点。生化学的検査では、  
GTP 軽度高値。

<対応> 飲酒の習慣がアルコール使用障害に当てはまること、断酒にて抑うつ症状が改善することを説明した。断酒後、抑うつ症状は速やかに改善した。以降も断酒を希望し、定期的な通院にて断酒を維持し、抑うつの再燃なく過ごしている。

<症例に関する一般的事項>

- ・アルコール使用障害は抑うつの発症リスクを上げる。
- ・飲酒の影響による一過性のうつ症状の場合、断酒によってうつ症状が改善することがある。
- ・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。
- ・断酒が困難な場合は専門医療機関を紹介する。

<飲酒と抑うつの関連についての evidence>

- ・飲酒を継続することで、一過性の抑うつ状態

を来たすことが示されている。この場合、飲酒を中止することで抑うつ状態は改善している。  
・アルコール依存症の既往がある者では、ない者に比べて、大うつ病性障害を発症する危険性が4倍高いという報告がある。アルコール依存者の抑うつ発症リスクは高く、注意すべきである。

#### < 参照 >

Tamerin JS, Mendelson JH : The psychodynamics of chronic inebriation : observations of alcoholics during the process of drinking in an experimental group setting. Am J Psychiatry 125 : 886-899, 1969

Hasin DS, Grant BF : Major depression in 6050 former drinkers : association with past alcohol dependence: Arch Gen Psychiatry 59: 794-800, 2002

#### D . 考察

長年に渡って更新されていなかった我が国のアルコール・薬物依存症の診断・治療ガイドラインの作成についての経過を論じた。

ガイドラインの対象読者を依存症医療を専門としない非専門家におき、依存症者が診療の場に訪れたときに役立つような初期対応例を

盛り込んだ内容にしたことは、依存症医療の裾野を広げることに役立つと思われる。

アルコール依存症者のうち、実際に医療に結びつく者はわずか6%と言われている。当ガイドラインの広がりとともに依存症の対応ができる治療者が増え、医療機関への相談が普及することはアルコール健康障害対策基本法の計画推進にあたって重要な点となり得る。

また刑の一部執行猶予制度の施行により、薬物使用障害者を地域でサポートしていくにあたって医療の関わりは重要な位置を占めるとと思われる。その指針として当ガイドラインが活用されることを期待する。

#### E . 研究発表

- 1 . 論文発表  
なし
- 2 . 学会発表  
なし

#### 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

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 28 年度分担研究報告書  
関係機関（行政、社会復帰施設など）の機能向上のための研究  
研究分担者 樋口 進 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長

研究要旨

アルコール依存症の回復には医療機関、精神保健福祉センターや保健所などの行政機関、断酒会、DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center)、AA (Alcoholics Anonymous)、MAC (Maryknoll Alcohol. Center) など当事者による自助団体、AI-Anon など家族や友人などによる自助団体などの関係機関が重要な役割を担っている。その重要性は平成 24 年 11 月から平成 25 年 3 月にかけて厚生労働省で開催された「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」でも指摘されている。ところが、今までに、アルコール依存症の関係機関の機能向上に関する具体的な研究は行われていなかった。そこで、本研究では、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて、アルコール依存症の関係機関の機能向上に不可欠な要素をアルコール依存症患者の視点から抽出した。その結果、アルコール依存症として受診に至るまで、「最近、飲酒量が増えてきた」と自覚する、「家族関係が悪くなった」と自覚する、「まずいなど考えつつも飲酒を続ける」ようになる、「止めたいけど止められなくなる」ようになる、「家族に説得されてやっと受診する」ようになる、という各ステージを経ることが明らかになった。そして、そのステージに対応するためのマニュアル試案を作成した。本年度は、そのマニュアルについて、インタビューを行った当事者からのフィードバックを反映した改訂版を作成し、さらにマニュアルについての講習会を行うことで、最終的なマニュアルを完成させた。

研究協力者

蒲生裕司：こころのホスピタル町田

A. 研究目的

アルコール依存症の回復には医療機関、精神保健福祉センターや保健所などの行政機関、断酒会、DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center)、AA (Alcoholics Anonymous)、MAC (Maryknoll Alcohol. Center) など当事者による自助団体、AI-Anon など家族や友人などによる自助団体などの関係機関が重要な役割を担っている。

その重要性は平成 24 年 11 月から平成 25 年 3 月にかけて厚生労働省で開催された「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」でも指摘されており、関係機関がその機能を十分に発揮していくためには、各関係機関の役割分担の明確化と連携が重要であり、その地域での、それぞれの役割分担を認識しながら、実態に即した体制を構築していくことが必要

であるとしている<sup>1)</sup>。つまり、各関係機関の機能を十分に発揮できることが、アルコール依存症の支援に不可欠となる。

ところが、いままでに、社会復帰施設（全国の精神科を標榜する入院医療機関）の機能向上についての研究は行われているが<sup>2)</sup>、アルコール依存症の関係機関の機能向上のための具体的な研究は行われていない。

本研究では、まず、アルコール依存症から回復した依存症本患者とその家族の視点から、関係機関の機能向上に不可欠なものを明らかにすることを目的とする。さらに、その結果に基づき、各関係機関の連携マニュアルの試案を作成し、そのマニュアルに基づいた研修を実施することで、マニュアルの改定を行い、より実用性の高いマニュアルを作成することを最終的な目的とした。

B. 研究方法

対象

調査対象は、現在、関係機関に繋がっている

アルコール依存症患者7名で、自己の経験を振り返って第3者に語るができる者とした。面接中に精神的な動揺などの不快な状態が見受けられた際には調査を中止し、必要な援助を受けられることを保障した。

#### 研究手法

平成27年度までの本研究において作成したマニュアル(案)をインタビュー対象者に確認していただき、マニュアル(案)に修正を加えた。

さらに、このマニュアル(案)を関係機関の関係者を対象とした、平成28年度アルコール依存症回復施設職員研修において、マニュアル(案)に基づいた講習を行った。

そこで得られたフィードバックを反映して、最終的なマニュアルの改定作業を行い、マニュアルを完成させた。

なお、インタビューに関しては研究協力者の蒲生裕司(こころのホスピタル町田)が行った。

#### 倫理的配慮

本研究の実施にあたり、対象者にインタビュー内容を文書及び口頭で説明し承諾を得た。また、個人のプライバシーの保護に最大限に留意すると共に、自由意思による参加、同意の撤回等について文書および口頭で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

#### C. 研究結果

マニュアル(案)の内容については、インタビュー対象者からの修正意見は得られなかった。

介入のポイントとなる各ステージは、

1)「最近、飲酒量が増えてきた」と自覚するステージ

2)「家族関係が悪くなった」と自覚するステージ

3)「まずいなと考えつつも飲酒を続ける」ようになるステージ

4)「止めたいけど止められなくなる」ようになるステージ

5)「家族に説得されてやっと受診する」ようになるステージ

の5つとなったが、各ステージ毎に1ページに記載する方がわかりやすいだろうとの意見を得たため、マニュアルに反映した。

また、各ステージにおける記載事項のうち、重

要と思われる部分を赤字で強調するなどし、より見やすいものとなるよう修正を行った。

以上の修正を加えたものを、再度、インタビュー対象者に確認していただき、承認を得ることができた。

また、マニュアルに基づいた講習においても内容について修正も求めるような意見はなく、一部の受講者からは「わかりやすいマニュアルである」等の好意的な評価を得ることができた。

#### D. 考察

上記の結果及び修正手続きにより「アルコール依存症関係機関機能向上のためのマニュアル」を完成させたが、問題点も残る。マニュアル作成のベースとなるデータがグラウンデッド・セオリー・アプローチという質的な研究手法から得られたものであるため、データの偏りは否定できない。したがって、本マニュアルはあくまでも叩き台とし、各関係機関の状況や特徴に即し、随時改訂して使用していただくことが必要と考えられる。

また、本マニュアル作成の過程で、自助団体と行政機関のより密接な関わりが必要であることも示唆された。このことは依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会<sup>1)</sup>でも指摘されており、今後、より一層の関係強化が望まれるところである。

本マニュアルでは「スピード感を持って動く」と「しっかりと関係機関に繋げる」ことの重要性が示されたと思われる。この2点をより確実に実行するためにクリアしなければいけないことはまだ多いと考えられ、引き続き、患者の視点に基づいた研究を重ねることは必要であろう。

#### E. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

#### 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

参考文献

- 1) 厚生労働省(2013): 依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会報告書.
- 2) 樋口進(2006): アルコール依存症の社会復帰施設の実態, 厚生労働科学研究費補助金障害保険福祉総合研究事業 アルコール依存症の車騎復帰の実態把握と支援モデル構築に関する研究 平成18年度総括研究報告(研究代表者 樋口進).

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 28 年度総括分担研究報告書  
アルコール依存症の普及・啓発に関する研究  
研究分担者 米山 奈奈子  
国立大学法人秋田大学大学院医学系研究科精神保健看護学 教授

研究要旨

平成 27 年度作成したアルコール依存症の普及啓発に関する DVD を、今年度新たに全国の市保健センター等 794 か所に配布した。昨年度配布した全国の精神保健センター 69 か所および全国保健所 480 か所（平成 27 年度）と国立病院及び自治体立病院 175 か所、全国市保健センター等 794 か所を対象として、DVD の評価に関するアンケート調査を行った。その結果 102 施設より回答があった。DVD の内容はほぼ理解できた割合が高かったが、当事者及び家族の回復に繋がる効果的な支援の方法についてあまり知らない・全く知らないと答えた割合が 27%であった。またアルコール依存症の相談を受ける場合に 8 割以上の施設で困っていることがあると回答し、その内訳では多い順に相談技術の不足、連携できる医療機関が少ない、マンパワーの不足があげられた。

A．研究目的

アルコール依存症に関する知識の普及・啓発及び相談活動の促進を目指して作成した DVD の評価を行うことを目的とし、今後のアルコール依存症の啓発活動のための示唆を得る。

B．研究方法

全国の精神保健福祉センター 69 か所・全国の保健所 480 か所・精神科病床を有する全国の国立病院機構および自治体立病院 175 か所・全国市保健センター等 794 か所に、アルコール依存症の普及・啓発に関する DVD に評価アンケートを同封し、DVD を視聴した後で評価アンケートに任意で協力していただけるよう書面で研究協力について依頼した。アンケートは施設の職員の無記名自記式で記入するもので、研究者あてにファックスで返送していただくよう依頼した。返送された調査票は、単純集計を行った。

なお、調査への協力がない場合であっても各機関には不利益がないことを書面に明記した。調査期間は 2017 年 1 月 30 日から 2 月 28 日。

本研究は秋田大学医学部倫理審査委員会の

承認を経ている。

C．研究結果

回答があった調査票は 102 枚で、回収率 6.7%。102 枚を全て有効回答とした。DVD を視聴してアルコール依存症が回復する可能性がある病気であることがよく理解できた、だいたい理解できたを合わせると 93.1%、あまり理解できなかったは 6.9%。アルコール依存症のご家族が相談できる場所があること、および相談窓口としての精神保健福祉センター・保健所や保健師の役割についてはほぼ理解されていた。しかし、当事者支援のための効果的な支援の方法について、よく知っていたは 28.7%、言葉だけ知っていたは 43.6%、一方で、あまり知らなかった・全く知らなかったを合わせると 27.7%であった。また、職場でアルコール依存の相談を受ける場合に困っていることがあると答えた施設の割合は、83.3%で、その内訳は多い順に、相談技術の不足、連携できる医療機関が少ない、マンパワーの不足、知識不足・研修会などの機会がない、自助グループなどの情報が少ないことが

あげられた。DVD の活用については、試しに職員で視聴(65 施設)、職員等の研修で視聴(27 施設)が多かったが、一般住民向けの健康講座などで活用(12 施設)、一般向けに健診等の待ち時間に活用(6 施設)、必要な人に貸し出している(29 施設)であった。自由意見では、困難ケースの対応をさらに考えてほしいという意見があった一方で、『健康講座に活用した。受講された方は頷きながら視聴していた。』『今まではアルコール依存症のご本人に対し、治療を強制できない、本人の意志が重要と考えていた。しかし、この DVD を視聴して考えが変わった。ご本人が治療の意志がない段階でも、家族や医療職が根気強く関わることの重要性に気づくことができた。』という感想が述べられていた。

#### D . 考察

アルコール依存症者の当事者及び家族への効果的な支援方法については、特に行政や市役所の保健センターでスキルアップを目指すニーズが高いと考えられる。しかし、実際にはほとんど相談を受けていない・関わっていないという施設もあるため、今後も相談技術を広める活動は非常に重要であると考えられる。また、少数意見だが、アルコール依存症当事者への関わり方や考え方を見直す契機になったという意見もあり、今回の DVD 作成および配布が一部の医療関係者のアルコール依存症の理解を深める一助になったのではないかと考えられる。

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 28 年度分担研究報告書  
アルコール依存症の実態に関する研究  
研究分担者 長 徹二 三重県立こころの医療センター 医長

研究要旨

アルコール依存症の成因について今までいくつか議論されてきたが、決定的なものはなく、心理的な成因に関して、アルコール依存症をもつ人は生育歴上、様々な生きづらさを抱えていることが重要であるという結論に至った。そして、学習された心理的な孤立や対人不信を背景にした、アルコールに頼ったストレス対処行動を取ることが病態の本質であるというこの仮説を証明するために、実態調査を全国 10 医療機関で実施した。その結果はおおよそこの仮説を支持するものであり、アルコール依存症をもつ人は生育上の逆境体験を多く抱えており、信頼感等の対人関係に關係する尺度と AUDIT スコアなどとの関連を認めた。

これまで依存症治療は、治療を受ける側が心理抵抗を抱きやすい断酒を中心とする治療が主であったという経緯があり、治療中断が多いという課題を今なお抱えている。これらの結果を踏まえて、断酒を一方的に推奨するのではなく、アルコール依存症をもつ人が抱えている生きづらさを理解して治療にあたる必要性があると結論付けた。そして、その根底に潜む生きづらさを克服する具体的な手段や回避方法を提供することが、治療やその動機の維持や向上に寄与することを狙って、アルコールに頼らないでできるストレス対処や生きづらさの解消を目的とした治療ツールを作成した。

本ツールは ARASHI（アラシー；Addiction Relapse prevention by Amusement-like Skill-up tool for Help-seeking Innovation）と命名し、薬物依存症にも対応できるように、薬物依存の予後に関わる海外の調査をも参考にした。治療を継続し、ストレス対処や自己効力感を高めて、仲間とのネットワークを広げることにより、社会からの援助を得やすくなるように配慮した。

研究協力者

蒲生裕司：北里大学医学部精神医学教室  
佐久間寛之：国立病院機構久里浜医療センター  
湯本洋介：国立病院機構久里浜医療センター  
武藤岳夫：国立病院機構肥前精神医療センター  
小林桜児：神奈川県立精神医療センター  
辻村理司：横浜市立大学医学部精神医学教室  
板橋登子：神奈川県立精神医療センター  
早坂透：福島県障がい者総合福祉センター  
眞城耕志：阪和いづみ病院  
野田龍也：奈良県立医科大学公衆衛生学教室  
田中増郎：信和会 高嶺病院/慈圭会 慈圭病院  
中牟田雅子：信和会 高嶺病院  
橋本望：岡山県精神科医療センター  
角南隆史：岡山県精神科医療センター

中野温子：岡山県精神科医療センター  
別所和典：尚生会 湊川病院  
福田貴博：国立病院機構 琉球病院  
田中大輔：尚生会 湊川病院/幸地クリニック  
射場亜希子：兵庫県立光風病院  
鶴身孝介：京都大学大学院医学研究科  
脳病態生理学講座  
池田俊一郎：関西医科大学精神神経科  
水野晃治：東京薬科大学 生化学教室  
高橋伸彰：関西学院大学文学部  
久納一輝：三重県立こころの医療センター  
江上剛史：三重県立こころの医療センター  
濱本妙子：三重県立こころの医療センター  
太田千代：三重県立こころの医療センター  
中西伸彰：三重県立こころの医療センター

牧野有華：三重県立こころの医療センター

矢崎太郎：三重県立こころの医療センター

#### A. 研究目的

アルコール依存症の成因について今までいくつかが議論されてきたが、未だ決定的なものはない。その中でも特に心理的な成因に関して、アルコール依存症をもつ人は生育歴上、様々な生きづらさを抱えている者が多く、学習された心理的な孤立や対人不信を背景に、アルコールに頼ったストレス対処行動を取ることが病態の本質であるという一つの仮説がある。

この仮説を検証するために、平成 26-27 年度において、アルコール依存症をもつ人が抱えるさまざまな「生きづらさ」の評価を日本全国の幅広い地域における 10 か所の医療機関で調査した。

その結果より、高い不信感や被拒絶感を有しつつも、高い被受容感を同時に有するといったアンビバレントな状態にある場合が多いことが本研究から明らかとなった。治療的な介入においては、このアンビバレンスに着目し、過剰適応そのものを見据えた、より適切な介入が必要である。これまでアルコール依存症の治療は断酒を中心とする治療が主であったこともあり、そのハードルの高さから治療中断が多いという課題を抱えてきた。この課題を解決するために、アルコール依存症をもつ人が抱えるさまざまな生きづらさを臨床において理解して治療にあたる必要性がある。本研究の結果を臨床に反映させるために、平成 28 年度は、本研究の結果や海外文献、そして研究メンバーの臨床経験をもとに、アルコールや薬物に頼らないでできるストレス対処や生きづらさの解消を目的とした治療ツールを作成した。

#### B. 治療ツールの作成方法

本研究の結果に加え、薬物依存に対する長期間調査の結果など<sup>1,2)</sup>、ツール作成の中核とな

る柱を定めた。「治療継続を重要視する」、「ストレスに適切に対処できる力や自己効力感を高める」、「仲間とのネットワークを築き、社会的支援を受けやすくする」などの柱を中心に、研究メンバーの臨床経験や患者の体験などをもとに、アルコールや薬物に頼らないでできるストレス対処や生きづらさの解消を目的とした治療ツールを作成した。

具体的には、実生活での再飲酒・再使用のリスクが高まりやすそうな危機状況をリスト化し、重要な危機状況の上位 24 状況をそれぞれ選び出した。この危機状況は実生活だと危険であるが、治療ツールとしての場では失敗してもいい。この疑似的な体験を通して、可能な限り人とのつながりの中で乗り切れるイメージを養うこと、自分ひとりでも対処できるという自信をつけ、困った際には、誰かに助けを求められるようになることを、楽しんで学習できるように工夫した。また、これまで飲酒・使用することで対処してきたために、乏しいスキルを改善し、より適切な対処を考えることを促進するような、日常にあふれているアイテム 24 種類を話し合っ決定した。さらに、こうした状況がマンネリ化しないための工夫として、さらに自由度が高まるようなシステムを導入し、より実生活での体験を意識する方向性やより参加しやすくなるようなシステムも考案した。

#### C. 治療ツールの詳細

我々は治療ツールを ARASHI (アラシー ; Addiction Relapse prevention by Amusement-like Skill-up tool for Help-seeking Innovation) と命名した。再飲酒や再使用を誘発する刺激や状況の嵐を、飲酒や薬物使用ではなく、仲間に助けを求め、共に適切な対処の嵐で立ち向かうことを願い、名づけられている。ARASHI はアルコール・薬物に関連する問題を抱える人のための、治療的な要素

を含むカードゲームであり、再飲酒や再使用の危機にまつわる対人関係の課題を楽しむという体験を通して共有できるようにした。

具体的には、物質使用の危機が書かれた各 25 種類の危機カード（アルコール・薬物を使いたくなる状況・ストレスのかかる状況と本日のカード）の示す状況を、25 種類のアイテムカードを用いて、いかに乗り切るかを考えるのである。この 100 種類 104 枚のカード（別添資料 1）を利用することで数多くの状況を提示し、多様な視点をはぐくむことにもつながる。危機カードの示す状況に関する治療的な説明も含め、詳細は ARASHI 取扱説明書（別添資料 2）に記載する。

ゲームの流れは、まず、用いる危機カードの種類を決めて、アイテムカードと別々の山を作り、順番を決めて、（好きな山から選べる）危機カードの山から 1 枚引き、参加者に見せあう。次に、その危機カードについて、過去の体験や率直な感想、そして、実際に用いた対処の経験などを、参加者で簡単に話し合っ共有する。そして、その危機を乗り切るために使用するアイテムカードを 2 枚引き、その危機状況をそのアイテム 2 つを用いてどのように乗り切るかを考えて発表する。最後に、どの対処が上手もしくは面白かったかを参加者全員で話し合うのである。

ARASHI は 2 人以上であれば何人でもできる個人戦、チーム戦、個人面接などでの利用、そして、集団治療（グループ療法）という、4 つのパターンを想定して作成した。つまり、軽い気持ちで遊んでもいいし、じっくり考えるための材料にしてもいいし、ある程度自由にアレンジするなど、その応用は多岐にわたる。

本ツールの発想は「ミーティングなどの会話のマンネリ化が解消できればいいのに…」という悩みが起源であった。巨大なサイコロを振って出た目に応じて話すという、テレビ番組発祥のいわゆる“サイコロトーク”や芸人主催のト

ーク番組で正 20 面体を利用した、出た目で話す人が決まるという、緊張感のある集団トークをヒントに、ランダムに話題が変わり、そのパターンの種類を増やせるものとしたことに由来する。さらに 3 種類のお楽しみカードが、その広がりを際限のないものにする。

### （3 種類のお楽しみカードの紹介）

おたすけカード（引いたらもう一枚アイテムカードを引く）は、自分一人で解決できない場合に、誰かに頼ることができる。参加者の中から誰かを指名し、アイデアやヒントをもらい、協力して乗り切ることを促進することができる。たとえチーム戦であっても、相手チームや治療スタッフに助けを求める事すら可能にするカードである。

スペシャルアイテムカードは、都合のいいアイテムを自由に使えるオールマイティカードで、24 種類のアイテムから選ぶこともできる、何でもありのカードである。いつも自分がよく用いるアイテムや対処を紹介するチャンスにもなるし、仲間の対処に耳を傾けることも可能となる。

本日の危機カードは、日替わりの危機カードで、日替わり定食のように自由に設定することができる。参加者の近況に応じてあらかじめ設定しておくにはゲーム開始前に発表しておけばよいし、実際に生じたものを個人情報に配慮した上で採用することも現実性を実感しやすくなってよい。

### 「ARASHI の具体例」

アルコール；「仏壇にお酒がある」という危機カードを引いた場合、参加者で「これは飲んでしまいそうだね」などと話し、これまでの体験についても共有しながら、対処できないと再飲酒の危険があるであろうという合意に至り、アイテムカードを引いて、仲間と一緒に対処し

ようとゲームを進める。そして実際に山札から引いた2枚のアイテムカードを用いて、おもしろい対処の方向性でもいいし、実効性のある方向性でもいいし、多様な視点で意見を述べ、仲間の意見にも耳を傾ける。例えば、「ボールペン」と「自転車」であれば、ボールペンで家族に次のような置手紙を書く。「仏壇のお供え物にお酒があったから飲みたくなかったよ！今から自転車で別のお供え物買いに行くから、だれかお酒を処理してくれるかな？処理できたら電話かメールで連絡してね」などといったストーリーを考えて乗り切るのである。なるべくアイテムはこのように2つを用いて対処することができるが、難しければ、1つずつ用いてもよい。例えば、「ボールペンで缶ビールの側面を強く突き、あふれさせて飲めないようにする」そして、「お酒が売っていない方角に向かって、サイクリングする」、などである。

薬物；「すれ違った友人がそっけない」という危機カードを引いた場合、参加者で「これは使ってしまいそうだね」などと話し、これまでの体験についても共有しながら、対処できないと再使用の危険があるであろうという合意に至り、アイテムカードを引いて、仲間と一緒に対処しようとゲームを進める。そして実際に山札から引いた2枚のアイテムカードを用いて、おもしろい対処の方向性でもいいし、実効性のある方向性でもいいし、多様な視点で意見を述べ、仲間の意見にも耳を傾ける。例えば、「メモ帳」と「自動車」であれば、「メモ帳で楽しい予定などを確認して(なければ無理やり書き込んで) 売人のいない方にドライブする」などといったストーリーを考えて乗り切るのである。なるべくアイテムはこのように2つを用いて対処することができるが、難しければ、1つずつ用いてもよい。例えば、「メモ帳に気持ちを正直につづり、それをやぶって嫌な気

持ちとさよならする」、そして、「車の中で一人の時間をつくり、好きな音楽を音量上げて聞く！車内は叫んでも大丈夫な場所なはずである」などである。

こうした例を見本に、経験が豊富なスタッフや仲間と共に、時間の許す範囲で繰り返し、最後に、実際に類似する状況が起きた際に一人でいても、今日のこの練習を参考に乗り越えることができるであろうと仲間でお互いを高めあう機会になったとまとめ、役割解除を行い終了とするのである。

遊び方のアレンジはある程度自由にできるように、難易度の設定やカードの示す状況における意味合いなどの簡単な解説も含め、ARASHI取扱説明書に記載する。

#### 今後の ARASHI の展望

飲酒・薬物使用で OK! という方向に盛り上がりすぎることには注意するなど、集団治療に用いるのにあたってのマニュアルなども作成する予定であり、将来的には ARASHI の治療ツールとしての効果検証ができるように準備をすすめていく予定である。

動機づけレベルを適切に評価し、動機づけに乏しい患者の場合は短期的な断酒断薬を強調しすぎず、むしろ物質乱用の害を減らし、乱用物質ではなく人(援助者)への信頼感を強化する関わりを援助者側が支援ネットワークを構築しながら、粘り強く続けることが重要である。ARASHI が患者の中長期的な断酒・断薬につながるツールとなることを願っている。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

The persons suffering from alcohol use disorder represented low Sense of Coherence

-A multi-center study in Japan-

Tetsuji Cho, Masuo Tanaka, Ohji Kobayashi, Akiko Iba, Hiroshi Sakuma, Nozomu Hashimoto, Daisuke Tanaka, Takeo Muto, Takahiro Fukuda, Tatsuya Noda, Satoshi Tsujimura, Toru Hayasaka, Tohko Itabashi, Yosuke Yumoto, Takashi Sunami, Haruko Nakano, Kazunori Bessho, Masako Nakamuta, Koji Mizuno, Koshi Shinjo, Nobuaki Takahashi, Kazuki Kuno, Takashi Egami, Taeko Hamamoto, Masayuki Morikawa

2016 Congress of International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Berlin, 2016.9.4

依存症医療における精神科医師の専門性

長 徹二

第 38 回アルコール関連問題学会 秋田

2016.9.9

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

特になし

参考文献

1) Hser, YI et al. (2001): A 33-year follow-up of narcotics addicts. Arch Gen Psychiatry. 58(5):503-8.

2) Hser, YI et al. (2004): Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. Psychiatr Serv. 55(7):767-74.



アラシー

# ARASHI カードセット

楽しく遊んでね♥



## 内容

### カードの印刷の仕方

お酒を飲みたくなる状況カード 24 種類

薬物がほしくなる状況カード 24 種類

ストレス負荷のかかる状況カード 24 種類

アイテムカード 24 種類

お楽しみカードたち





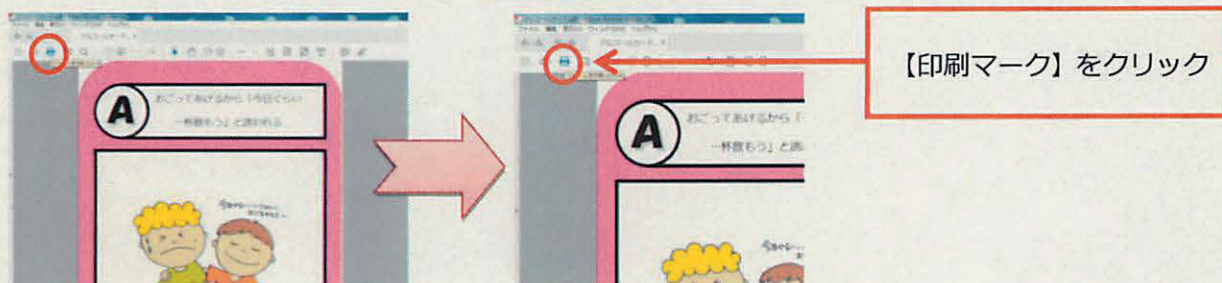
## 「トランプサイズ」での印刷方法

### ① A 4 印刷用紙をご用意ください

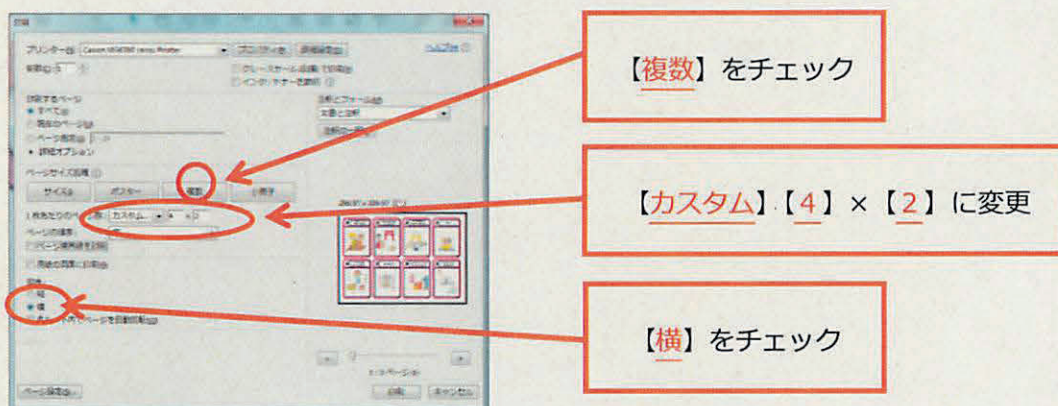
コピー用紙よりも厚手の印刷用紙がおすすめです。

(※ペーパークラフト等に適した厚紙や、一度コピー用紙に印刷したものを、  
後で厚紙に貼りつけて頂くだけでも構いません)

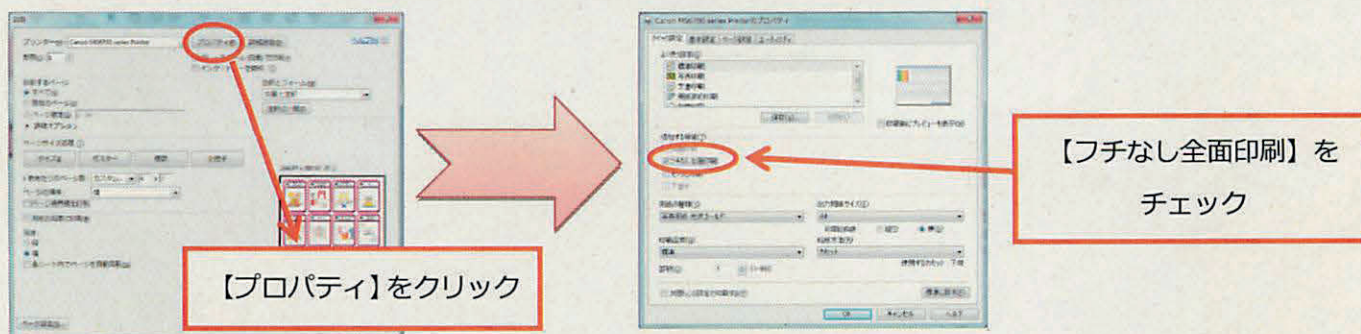
### ②印刷したいPDFファイルを開き、印刷ボタンをクリックしてください



### ③ページサイズの処理および用紙の向きを変更します



### ④【フチなし全面印刷】対応のプリンターの場合は【フチなし全面印刷】をおすすめします (実際のカードサイズに近くなり、画像がやや大きくなり、プレイしやすくなります)



### ⑤最後に印刷をクリックします

※上記は「トランプサイズ」での印刷方法の一例になります。お手持ちのパソコンやプリンターの機種によっては、多少操作が異なる場合もございます。あらかじめご了承ください。また、実際のプレイに際しては、カードサイズに限らず、使いやすい大きさに印刷してプレイを楽しんでください。サイズの調整・変更はして頂いても構いません。



A

「おごってあげるから  
今日ぐらい一杯飲もう」と  
さそわれた



A-001

A

神社にきたら、無料で  
お酒がふるまわれている



A-002

A

大切なひとの結婚式  
だから参加したけど  
カンパイしなくちゃ



A-003

A

コンビニのレジ横に  
やすくなったお酒がある



A-004

A

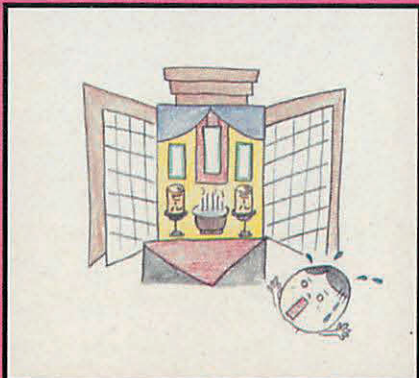
臨時収入



A-005

A

ぶつだんにお酒がある



A-006

A

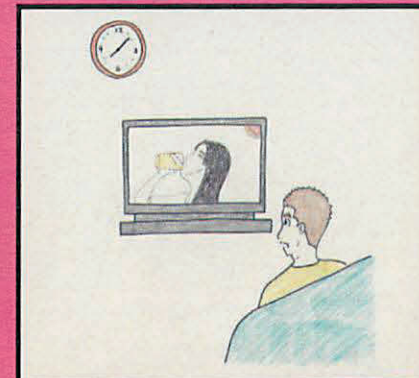
コンビニのくじで  
ウコンドリンクがあたった



A-007

A

CMでおいしそうに  
お酒をのんでいる



A-008



A

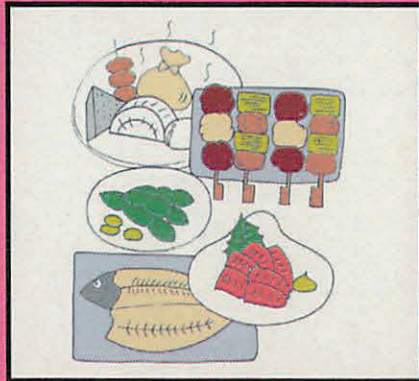
ほうじ せき さけ  
法事の席でお酒を  
すすめられた



A-009

A

さけ  
お酒にあいそうな  
おつまみを見つけた



A-010

A

ねむれない・・・



A-011

A

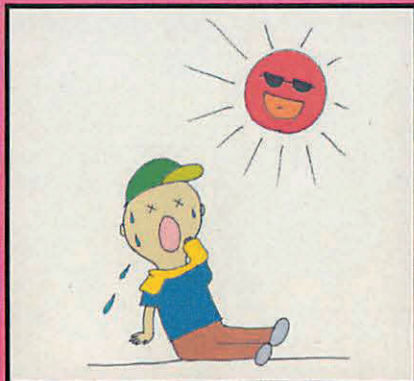
おなかがすいた～



A-012

A

のどがかわいた



A-013

A

さけ  
お酒をのんだことを  
うたがわれたとき



A-014

A

あした  
明日はやすみだー！



A-015

A

バーベキュー



A-016



A

ひさしぶりに  
むかし一緒にのんでいた  
仲間にあった



A-017

A

レストランでワインも  
ビールも100円



A-018

A

いざかや まえ  
居酒屋の前を  
とお  
通ったとき、おいしそうに  
のんでいる人がいる



A-019

A

の 飲み屋のマスターや  
ママに会いたくなかったとき



A-020

A

「おいしいお酒が  
て 手にいったんだよ」という  
おさそいの電話



A-021

A

かぞく  
家族とケンカした!



A-022

A

はなみ  
お花見のとき  
「今日ぐらいいいじゃない」  
とステキな相手に誘われた



A-023

A

きょう  
今日はあついなあ〜



A-024



D

ばいじん やす  
売人から「安くするよ」  
でんわ  
と電話がかかってきた



D-001

D

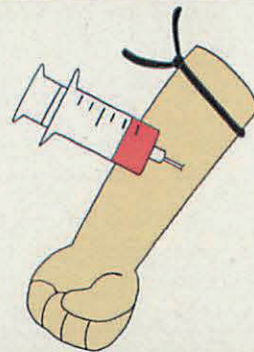
きゅうりょうび  
給料日



D-002

D

びょういん さいけつ  
病院で採血のときに  
ちゅうしゃき  
注射器をみた



D-003

D

がいこくさん  
外国産  
ミネラルウォーター



D-004

D

やくぶつしようなま  
薬物使用仲間からの電話  
でんわ



D-005

D

けいのうじん  
テレビで芸能人が  
やくぶつしよう  
薬物使用で逮捕された



D-006

D

けいさつとくぼん  
警察特番のテレビで  
パッケージがうつる



D-007

D

たいじゅう  
体重がふえたから  
やせたいとおも  
思ったとき



D-008



D

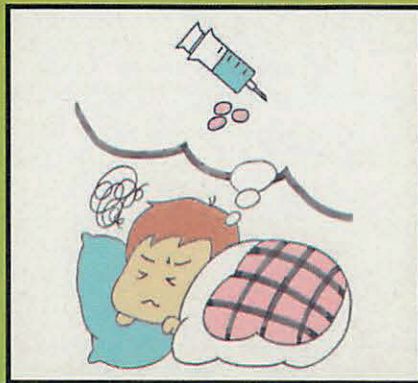
くすり しょう  
薬を使用したことを  
うたが  
疑われたとき



D-009

D

ゆめ なか  
夢の中で  
つか  
使ってしまった・・・



D-010

D

なかま さいしょう にゅういん  
仲間が再使用で入院した



D-011

D

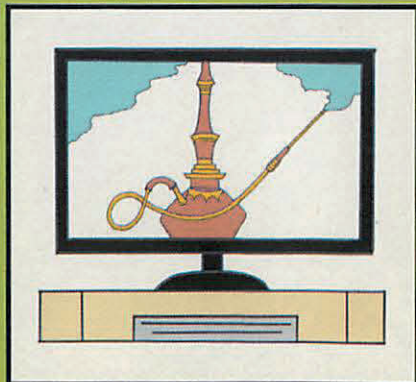
むかし  
昔かくしていたネタを  
ぐうぜん ほんけん  
発見した



D-012

D

みず  
水タバコを  
しょうかい  
紹介している  
ばんぐみ  
テレビ番組をみた



D-013

D

しょうらい にほん  
将来、日本で  
おお たくさん  
多くの薬物が  
ごうほうか  
合法化になったら！？



D-014

D

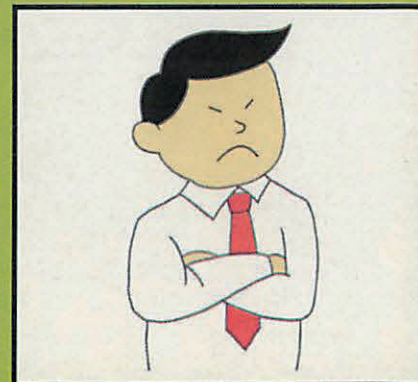
やくぶつ つか  
薬物を使っていたこと  
さべつ  
で差別をうけた



D-015

D

つか こと  
「もともと使う事が  
いはう  
違法なのにやめてエラそう  
にするな！」と言われた

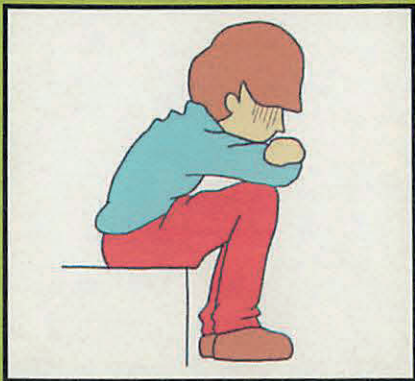


D-016



D

きゅう  
急にひとりでず  
じかん  
ヒマな時間ができた



D-017

D

ばいじん  
している売人がよくいた  
ばしょ とお  
場所を通った



D-018

D

りんじしゅうにゅう  
臨時収入!



D-019

D

おも  
思っていることが言えない



D-020

D

つよ こどくかん  
とても強い孤独感



D-021

D

かぞく こごと  
家族の小言

「ちゃんとやっているの  
かしら？」



D-022

D

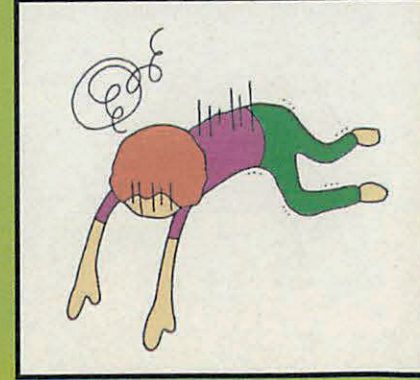
おなかがすいた～



D-023

D

とてもつかれた・・・

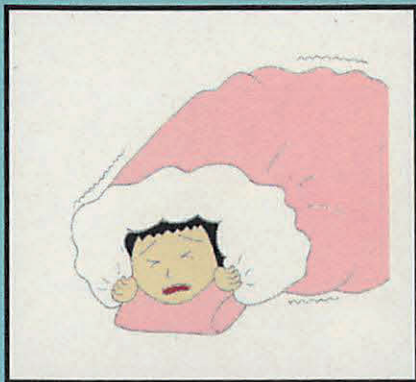


D-024



S

いやなことをわすれたい



S-001

S

は  
歯がいたい



S-002

S

たいちよう  
体調がわるい



S-003

S

がんばっている自分<sup>じぶん</sup>を  
みとめてくれない



S-004

S

しごと りふじん め  
仕事で理不尽な目にあった



S-005

S

いやらやつと口論した<sup>こうろん</sup>



S-006

S

しんさつ  
診察がみじかい



S-007

S

じょうし  
上司のムチャぶり

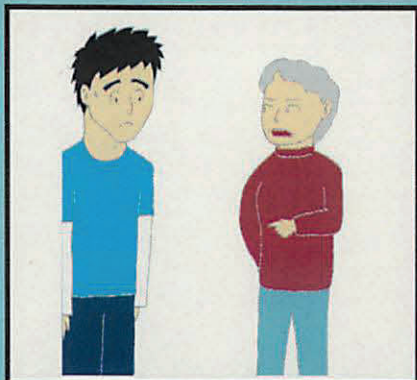


S-008



S

かぞく つめ ことば  
家族から冷たい言葉を  
かけられた



S-009

S

がいらい ま じかん  
外来の待ち時間がながい



S-010

S

しつれん  
失恋した・・・



S-011

S

じぶん そんな  
自分ばかり損している



S-012

S

ゆうじん  
すれちがった友人が  
そっけない



S-013

S

ほしいものがあるのに  
かね  
お金がない



S-014

S

なかま こいびと  
仲間・恋人とケンカした



S-015

S

ねむれない・・・



S-016



S

いばしょ  
居場所がない



S-017

S

いろいろ  
いやな依頼を  
ことわることができない



S-018

S

しゅうい ひと  
周囲の人に「たすけて」  
と言えない



S-019

S

じぶん  
自分のかんがえを  
うまく相手に伝えられない



S-020

S

がまん  
なんか我慢してばかり



S-021

S

きょう  
おみくじで凶がでた



S-022

S

か  
蚊にさされた



S-023

S

あたま  
頭がいたい

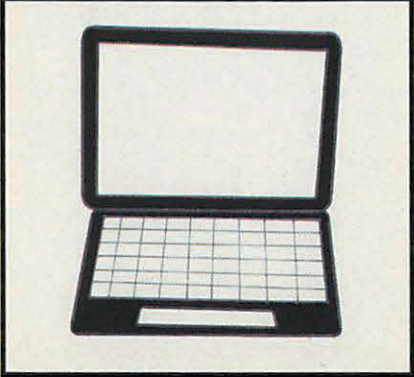


S-024



i

パソコン



i-001

i

ちょう  
メモ帳



i-002

i

でんわ  
ケータイ電話



i-003

i

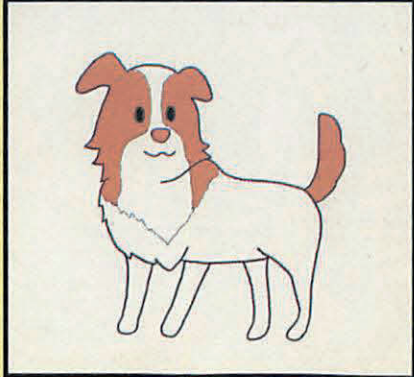
まんえん  
100万円



i-004

i

いぬ  
犬



i-005

i

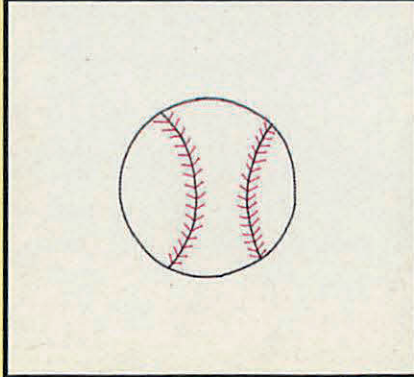
せっけん



i-006

i

ボール



i-007

i

サングラス



i-008



  
いりょう  
医療スタッフ



i-009

  
てんねんすい  
天然水




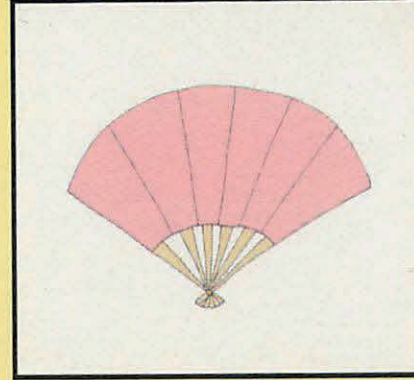
i-010

  
カロリーゼロ  
たんさんいんりょう  
炭酸飲料



i-011

  
せんす




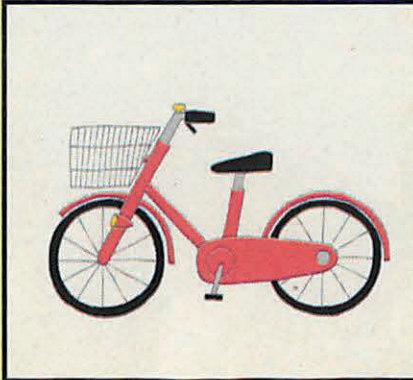
i-012

  
じどうしゃ  
自動車



i-013

  
じてんしゃ  
自転車



i-014

  
ガム



i-015

  
えんだま  
500円玉



i-016



i

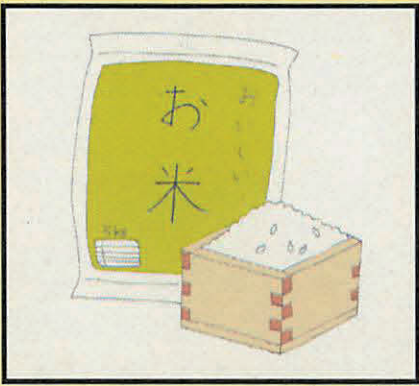
かがみ



i - 017

i

こめ  
お米



i - 018

i

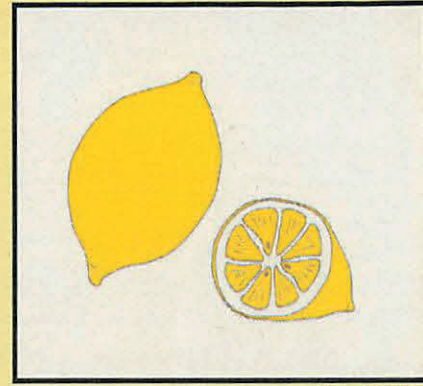
ボールペン



i - 019

i

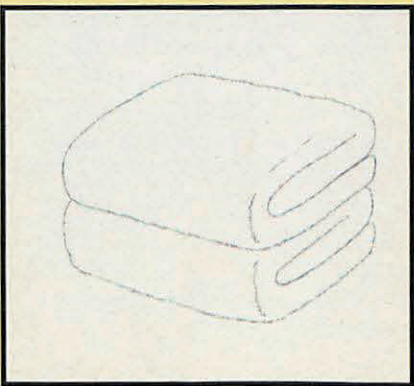
レモン



i - 020

i

タオル



i - 021

i

しゃしん  
写真



i - 022

i

ちりょうやく  
治療薬



i - 023

i

スペシャルアイテム

好きなアイテムカードを1枚えらべます



i - 024



**i**

スペシャルアイテム

すきなアイテムカードを1枚えらべます



i-024

**i**

おたすけカード



i-025

**i**

おたすけカード



i-025

**i**

おたすけカード



i-025

**i**

おたすけカード



i-025

**A**

ほんじつ  
本日のカード



A-025

**S**


ほんじつ  
本日のカード



S-025

**D**

ほんじつ  
本日のカード



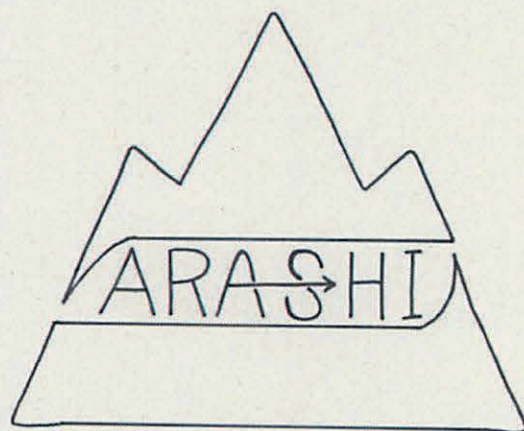
D-025



アイテムカードの背表紙



危機カードの背表紙





# ☆ARASHI（アラーシー）取扱説明書☆

ARASHI（アラーシー； Addiction Relapse prevention by Amusement-like Skill-up tool for Help-seeking Innovation）はアルコール・薬物に関連する問題を抱える人のための、治療的な要素を含む嵐を呼ぶ！？カードゲームです。



危機カード  
「使いたくなる状況」

アイテムカード  
「切り抜けるヒント」

5

負担のかかる状況が書かれた各 25 種類の危機カード（アルコール・薬物を使いたくなる状況・ストレスのたまる状況）と、25 種類のアイテムカードを用いて、どうやって危機状況を乗り切るかをできるだけ具体的に考えるゲームです。

## 準備するもの

- ・ ARASHI カードセットのみ  
危機カード（アルコール・薬物使用・ストレス増加＋本日のカード）  
アイテムカード（＋スペシャルアイテムカード・お助けカード）

（集団で使用する場合にはあると好ましいもの）

- ・ 飲み物やお菓子など（なるべく楽しみながらプレイして下さい）
- ・ ホワイトボード（出た案を書きとめるために使用）
- ・ デジタルカメラなど、ホワイトボードの内容を記録しておけるもの

## ゲームの進め方

参加人数は何人でも構いません。多い場合はチーム戦も考慮して下さい。

1. 用いる危機カードの種類を決めて、アイテムカードと別々の山を作る



アルコールを飲みたくなる状況、薬物を使いたくなる状況、そしてストレスがたまる状況の3条件毎に、それぞれ24種類ずつあるので、遊ぶ際にどれを何枚用いるかについてはご自由にお決め下さい。

- 2.じゃんけんで順番を決めて、(好きな山から選べる)危機カードの山から1枚引き、参加者に見せる。そして、その危機カードについて、過去の体験や率直な感想、そして、実際に用いたことがある対処など、参加者で簡単に話し合う。

次にアイテムカードの山から2枚引き、その危機状況をそのアイテム2つを用いてどのように乗り切るかを考えて発表する。アイテムは、2つを組み合わせ使っても、バラバラに使ってもいいのでなるべく自由に対処を考えて下さい。

3. どの対処が上手もしくは面白かったかを参加者全員で話し合う。  
(勝敗を決めることはなるべく避け、多様な視点を学ぶ機会にできるとよい)

### (3種類のお楽しみカードの紹介)

①おたすけカード(引いたらもう一枚アイテムカードを引く)は、自分一人で解決できない場合に、誰かに頼ることができます。参加者の中から誰かを指名し、アイデアやヒントをもらい、協力して乗り切ることを促進するカードです。



② スペシャルアイテムカードは、都合のいいアイテムを自由に使えるオールマイティカードです。いつも自分がよく用いる対処を紹介できるといいでしょう。



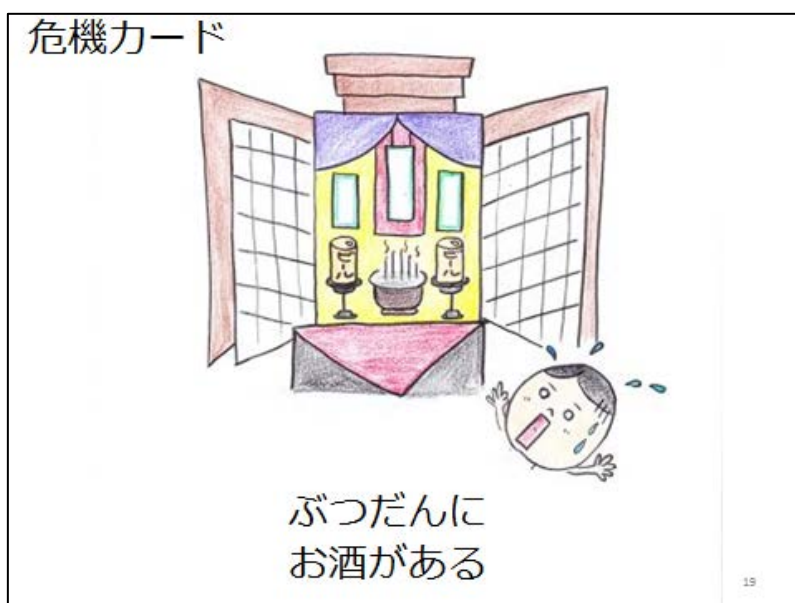
③ 本日の危機カードは、日替わりの危機カードです。参加者の近況に応じてあらかじめ設定しておくには開始前に発表しておきますが、設定しなくてもよい。



ARASHI（アラーシー）は以下の4つのパターンを想定して作成されています。

- ① 2人以上であれば何人でもできる個人戦
- ② チーム戦
- ③ 個人面接などでの利用
- ④ 集団治療（グループ療法）

危機カード、アイテムカード、対処法の詳細例を以下に示します！



- ・ボールペンで家族に次のような置手紙を書く。「仏壇のお供え物にビールがあったから飲みたくなつたんよ！今から自転車で別のお供え物買いに行くから、だれかビール処理してくれるかな？処理できたらケータイに連絡してね♥」
- ・ボールペンで缶ビールの側面を強く突き、あふれさせて飲めないようにする♥
- ・自転車でお酒が売っていない方角に向かって、サイクリング♥

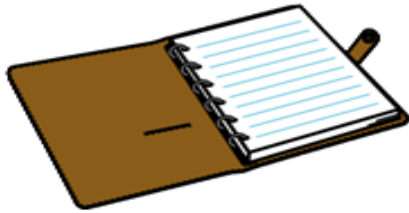
## 危機カード



すれちがった友人が  
そっけない

21

## アイテムカード



メモ帳



自動車

22

- ・メモ帳で楽しい予定などを確認して（なければ無理やり書き込んで）、売人のいない方にドライブする♥
- ・気持ちを正直につづり、それをやぶって嫌な気持ちとさよならする👉
- ・車の中で一人の時間をつくれる！好きな音楽を音量上げて聞くわ！叫んでも大丈夫な場所なの♥

ぜひ、たくさんの視点で考えて、いろんな対処を考えてみましょう！

## 難易度の設定について

☆ARASHI はその参加メンバーにより自由に難易度を変えることができます☆

以下の順に徐々に難易度が上がりますので、遊ぶ際にどのルールで遊ぶかをあらかじめ決めていただければ幸いです。

### レベル1. オープンカード (いちばんやさしい)

危機カードを引く際に、「対処できないカードを引いてしまったらどうしよう」「いきなり出たカードに対応するのは不安」、「思いつかないと恥ずかしいなあ」などといったような抵抗感を減らすことができるように、あらかじめすべてのカードが見えるようにして広げておいて、対処できそうな（したことがある）、もしくは、おもしろそうな回答が話せそうな危機カードを自分で選んで、その対処について話すというやり方であり、慣れないうちはおススメです☆

### レベル2. マニュアル通り

(前述したとおりに1枚危機カードに2つのアイテムで対処)

### レベル3. 反復的訓練

2. を 2-3 回繰り返す。実生活ではこうした危機が重なっておこる場合があるので、それを想定したものです。一つの危機状況ならもう対処できるかな？という自信がついてきた方には、ぜひ勇気を持って挑戦してください☆

### レベル4. 2-3枚危機カード+アイテムカード(2枚)単回 (一番むずかしい)

一度に危機状況を複数枚引いてしまうと、状況がややこしくなることが多くなってしまふ(例えば②「お神酒(みき)を配っている」と⑥「仏壇にお酒」を同時にひいてしまうと神社にいるはずなのに、家にもいることになる)ので、ストレス全般状況カード(S)を1-2枚引いてから、お酒もしくは薬物カードを1枚引いて対処して下さい。とても耐えきれない状況ですが、いつかはトライ☆



対処の嵐を巻き起こせ♥

## ARASHI 危機状況カードの解説

危機状況（アルコール 25 種類＋薬物 25 種類＋ストレスがかかる 25 種類）

### アルコール A 25 種類

#### ① 「おごってあげるから今日ぐらい一杯飲もう」と誘われた

「飲みたい」と「やめたい」の二つの極端な考えに悩まされている時に、このような周囲の働きかけなど、ささいな刺激によって再飲酒に至る危険は高まりやすくなります。「誘われたから仕方がなかった」という言い訳ができるという悪魔のささやきにも似た考えが浮かぶのも当然ですが、「誘われても飲まずにすんだ」という体験は自身の身体で体験するしかありません。治療の開始当初は、このような場を避けるという手もありますが、徐々に、お酒のある場面を体験しながら飲まずに過ごせる体験を積むことが重要です。

#### ② 神社に来たら、無料でお酒がふるまわれている

限られた時期にしかない現象ですが、正月やお祭り等の気分が高まる時期であることが注意したいところです。さらに「無料」という条件により、人間の行動は影響を受けやすくなります。「タダより高いものはない！」と気合で乗り切るだけではなく、工夫した上で乗り切れるとさらに対処の幅が広がります。

#### ③ 大切な人の結婚式だから参加したけど、乾杯しなくちゃ

昔から日本では冠婚葬祭にはお酒が付きものでした。「乾杯だけして口をつけなければいい」と思っている、「少しくらいいいや」という考えも同時に浮かんでくると、なかなか対処が難しくなったりします。治療開始当初においては、冠婚葬祭や歓送迎会を避けるのも一つの手ですが、参加する場合には事前に飲まずに過ごすことを支援してくれる仲間を見つけておくといいでしょう！

#### ④ コンビニのレジ横に安くなったお酒がある

値段が下がっているセール品はつい買ってしまうものです。この少しのお得感から気が緩みそうになるのも仕方ありませんが、このすぐに手が伸びそうな瞬間は他にも多く、「長い目で見て高くつきそう」と考えるとよいでしょう。

#### ⑤ 臨時収入

お金が手に入るとお酒を買うことができる感覚がよみがえります。お金を持たずに過ごすという対処も役には立ちますが、何も考えずに買いに行ってしまうがちなので、このような状況への対処を考えておくことも役に立つでしょう。

#### ⑥ぶつだんにお酒がある

実物が目の前にあるという強烈な刺激に加えて、「手を伸ばせば、手に入る」状況です。お酒が好きだったご先祖様に申し訳ないですが、事前にご家族にお願いしておく、などいくつかの対処がすぐ思いつくようになるとよいでしょう。

#### ⑦コンビニのくじでウコンドリンクが当たった

「以前はお酒をたくさん飲むために事前にこうしたドリンク剤を飲んでいたなあ」ということを想起させ、飲酒のイメージが浮かんでくる可能性のある状況です。この状況は栄養ドリンクにも応用することができ、栄養ドリンクには概ね少量のアルコールが含まれている（特に抗酒剤を服用している人は注意してください）ことも併せて覚えておくといいいでしょう。

#### ⑧CMでおいしそうにお酒を飲んでいる

視覚・聴覚的な刺激で、脳が勝手に反応することが脳画像研究で指摘されており、自分の意思にかかわらず飲みたい衝動を経験することを多くの患者さんが体験しています。特に夏にはその頻度が増える傾向にあり、「録画したドラマはCMを省略する」「テレビを見る時はリモコンを手元に置いておき、CMの時はチャンネルを変える（目をつぶる）」など、カードなしでも対処してみましよう。

#### ⑨法事の席でお酒を勧められた

冠婚葬祭の行事では「今日くらいいいじゃない」という誘惑が生じやすく、目上の親せきからお酒を勧められるとなかなか断りにくいものです。「すぐに席を外す」「助けてもらえるように事前にご家族にお願いしておく」「ついでもらうが飲まずに他の用事をする」など、カードなしでも対処してみましよう。

#### ⑩酒に合いそうなおつまみを見つけた

いつもお酒とセットだった食べ物たちは、人によってかなりの数に上ります。お刺身やおつまみなどがその代表選手だと思いますが、食べることはできても飲めない違和感を体験する場合があります。自分にとっての飲みたくなるような食べ物は何かを意識して、普段の生活の中で注意できるとよいでしょう。

#### ⑪眠れない

健康を維持するために睡眠は重要です。睡眠が十分にとれないと翌日の体調に影響が出ることが多く、眠れないと不安が高まります。アルコールは睡眠の質に関しても、量に関しても低下させることがわかっており、寝るための飲酒は控えて下さい。寝る前なので、興奮しすぎない対処にできるといいですね☆



## ⑫おなかがすいた

おなかがすくと飲みたくなることは昔から知られている事実であり、いつからか「空腹になることを避け、何か食べられるものを持ち歩く」という対処はとても有名なものです。特に空腹でイライラしやすい人はなおさらのようです。

## ⑬のどがかわいた

お水代わりにビールやチューハイなどの低濃度アルコール飲料を口にしていた人ほど注意しましょう。特に注意したいのが、風呂あがりと少し気温が高くなった日などが挙げられます。一般的な対処として、水筒に氷やお茶を入れて持ち歩く、帽子をかぶる、飴やガムを携帯することなどが挙げられます。

## ⑭お酒を飲んだことを疑われたとき

運動した後や風邪をひいたときのように少し体温が高かったり、日中の日焼けなどが原因で顔が赤かったり、においにするものをたくさん食べている状況に出くわすと、周囲の者は飲酒したのではないかと疑念を抱くことがあります。特に、アルコール関連問題を持つ人のご家族はこの傾向が強く、飲酒に伴う問題が生じる不安から、つい「飲んだのではないか？」と考える癖がついている場合があります。迷惑をかけてきたことに対しては一定の理解を求められる面もありますが、疑われてしまうとせっかく頑張ってきたことを評価してもらえず悲しくなってしまうかもしれません。具体的には、「調子がいいだけさ♥」、「もし飲んだ時はちゃんと話すね☆」など、攻撃的ではない対応が望ましいでしょう。

## ⑮明日はやすみだ！

翌日が休日であれば、「以前はたくさん量を飲める日だった」という記憶がよみがえってくる場合があります。また、充実した仕事や勉強ができていれば、その達成感から気が緩んでしまうこともあるようです。充実した生活がリスクになるという視点はあまり喜ばしくはありませんが、注意したいところです。

## ⑯バーベキュー

同じ食べ物でもバーベキューだとおいしく感じるように、お酒もきつとおいしく感じるだろうという気持ちになります。以前の飲酒体験がよみがえることも少なくありません。また、自分は飲まないつもりで参加していても、目の前で楽しそうに飲んでいる友達がいると、飲みたい気持ちが強くなったりします。参加するのであれば、「飲まないように運転手を買って出る」「料理酒を使わないメニューに限定する」「お酒を飲まないで過ごしていることを周囲に伝える」など、具体的に飲まないための工夫が準備できるとよいでしょう。

### ⑰ 久しぶりに昔一緒に飲んでいた仲間に出会った

昔一緒に飲んでいた仲間は「(酒の問題に取り組んでいる)今の私」について知ることもなく、以前と同じように飲む私のイメージを持っていることが多く、「また酒を一緒に飲もう！」と思うことでしょう。その思い出は大切にしたい(したくない場合も)ですが、「今は酒をやめていること」を伝えるかどうかを問わず、「今日は一緒に飲むことができない」ことが伝えられるといいでしょう。

### ⑱ レストランでワインもビールも 100 円!

④の状況と同様、お得感から気が緩みそうになるのも致し方ありませんが、「長い目で見て高くつきそう」と考えましょう。具体的な対処として、メニューを下げてもらったり、看板の見えにくい席を選んだりするといいでしょう。

### ⑲ 居酒屋の前を通った時、おいしそうに飲んでいる人がいる!

⑧同様、視覚・聴覚的な刺激で、脳が勝手に反応することで飲みたくなることがあります。⑩同様、楽しそうな雰囲気も飲みたくなる刺激になるでしょう。「居酒屋の前は横を見ながら歩く」「居酒屋前を通る時はサングラスをかける・帽子を深くかぶる」など、カードなしでの対処も考えてみましょう。

### ⑳ 飲み屋のマスターやママに会いたくなったとき

いつも通っていた場所には顔なじみの人たちがいて、以前感じていた安心感を得られるのではないかと考えることは少なくありません。

### ㉑ 「おいしい酒が手に入ったんだよ」というお誘いの電話

「おいしいお酒☆」というフレーズだけで、飲んだ後の快感を思い出すということがあります。また、誘ってくれた人の魅力にも左右されるのですが、「一緒に飲もう！」という状況は⑰にも通じるような状況です。会ってしまうと断りきれなくなるかもしれませんし、おいしいお酒を目の当たりにすると飲みたくなるかもしれません。具体的には「誘ってくれてうれしい」「電話してくれてありがとう」などと、感謝を伝えつつ、残念ながら今は応じることができないことを丁寧に伝えるといいでしょう。

### ㉒ 家族とケンカした

イライラすることや腹を立てることがあれば、飲みたい気持ちが強まります。この時に大切なのは「相手と適切な距離を取って冷静になる」ことにつきます。そのための対処を考えられるようになることが大切です。誰かに助けを求め、自分の思いに耳を傾けてもらうことができると安心することができるでしょう。

②③お花見の時「今日くらいちょっといいじゃない！」と素敵な相手に誘われた！

素敵な相手の誘いほど断りにくいものはないのかもしれませんが、涙をのんでお断りする勇気をもつよりは、「他の何かと一緒に楽しむ」ことで乗り切ることができないかを考えてみましょう。余裕があれば、「今日だけで済まなくなっちゃうんだよ〜」って伝えてみることもできるといいのかもしれませんが。

②④今日は暑いなあ…

⑬同様、特に注意したいのが、真夏よりも予想外の5月や10月に意表をつかれるような日が挙げられます。対処として、水筒に氷やお茶を入れて持ち歩く、帽子をかぶる、アイスを食べる、ことなどが挙げられます。これから暑くなってきたような季節に事前に準備しておくといよいでしょう。

②⑤本日のカード ご自由に♥

薬物D 25種類

①売人から「安くするよ」と電話がかかってきた

売人と電話番号を交換したことがあり、使いたくなかった時に連絡を取って、購入していた人を想定しています。使いたいけど使わずに頑張っている時に、安価に薬物を手に入れられる誘いがあると、使いたくなくなってしまいます。このような誘惑を乗り切る対処を考えられるようにしておくといよいでしょう。

②給料日

違法薬物は希少価値が出るほど高価ですから、まとまったお金が手に入ったときにしか手に入れることができない記憶がよみがえります。使いたい欲求が高まっているところに、十分なお金が手に入ったときは使うリスクが高いことが知られています。対処として「(売人が現れる)暗くなる前に家に帰る」「1万円札を財布に入れず・即貯金する」「おいしいものを食べる」「誰かと一緒に過ごす」など、有効なお金の使い方を事前に考えておきたいものです。

③病院で採血の時に注射器を見た

覚せい剤を水に溶いたものを注射して使っていた人は、注射器を見ただけで使いたくなることがあります。駆血帯(血の流れを止めるために腕に巻くもの)で腕を縛られたり、針が刺さる感覚なども使っていた感覚を呼び起こすので、採血は危険だという人も多いです。今後の生活において、採血をせざるを得ない時が訪れるでしょうし、実際にどう対処するか準備しておきましょう。

#### ④外国産ミネラルウォーター

ミネラルウォーターを見ると覚せい剤の粉を水に溶いて、注射器で使用したことを思い出す人がいます。和名のものより、カッコいい名前の外国産の方を使用していた人のほうが多い印象があるため、「外国産」と設定しています。こんなささいな刺激でも、脳は使用した際の快楽を思い出し、再使用の危機につながる可能性がありますので、予防できるとよいでしょう。

#### ⑤薬物使用仲間からの電話

かつて一緒に薬物を使用していた仲間から一緒に薬物を使わないかと連絡が入ったとき、仲間に会えるうれしさも伴い、誘いに乗りたくなることもあるでしょう。自分が使いたいかどうかだけでなく、使用しないとノリが悪いように見られ、嫌われることを恐れて、かつての仲間と一緒に使う場合があります。薬物依存症を抱える人は、こうした他人に過剰に気を遣ったり、自分の考えや気持ちを表出することが苦手な人も多く、具体的な対処を身につけたいですね。

#### ⑥テレビで芸能人が薬物使用で逮捕された

テレビに実際の薬物（モザイクがあってもみえると話す患者さんは結構多い）が映る機会が多くなり、薬物の映像を見たことから脳が勝手に反応して使いたい欲求が高まる人がいます。また、コメンテーターや街ゆく人々の「そんなものに手を出す奴が悪い」といった意見を聞いて、社会に受け入れられないような感覚から悲しくなる人も多いようです。「有名人が捕まった時は、しばらくはテレビをつけない・ニュースは見ない」など、対処を考えておきましょう。

#### ⑦警察特番のテレビでパッケージがうつる

⑥同様薬物の実物やパッケージが映るシーンや使用体験談を語る人が現れることもあり、使いたい欲求が高まります。警察特番を観ないという対処法もあるでしょうが、こうした番組が好きな人にとってはなかなかつらいものです。このような番組だけではなく、薬物取引などを扱うような刑事のものドラマや映画も似たようなシーンが採用されており、この対処を応用できるでしょう。

#### ⑧体重が増えたからやせたいと思ったとき

覚せい剤などの興奮作用のある薬物は、「食事もとらずに物事に集中して、夜も眠らず動き続けられるやせ薬」として違法に販売されていることがあります。薬をやめてきちんと食事をするようになり、健康になったと考える反面、外見を気にして、太ってしまったと嘆く方も確かにおられます。だからといって、やせるために覚せい剤を使うことは、医学的に正しくない対処なのです。

#### ⑨薬を使用したことを疑われたとき

頑張っているときに疑われると悲しいものですが、一方で疑わざるを得ないほどの行動をそれまでとってきたことのつけが回ってきているというところもあるかと思います。ついつい攻撃的に返してしまいがちですが、「心配してくれてありがとう、もし使うことがあったら助けてね」、「単に調子いいだけよ」などと、攻撃的ではない返答を考えてみましょう。

#### ⑩夢の中で使ってしまった

ダイエット中の人食べる夢を見たり、禁煙中の人タバコを吸う夢を見たりするように、薬物をやめて間もない時期に使用した夢を見ることがあります。回復初期は正常な回復過程で見えるものであり、むしろ好ましいものと考えられている場合もあります。その反面、やめてしばらくたってから見る夢は再使用の危機を予見すると言われますが、ただの言い伝えであって詳細な研究は存在せず、何回夢の中で使っても現実には使っていないというところが重要です。「使ったかもしれない」と不安になりますが、現実では大丈夫で安全な体験であるとイメージできるようになれば、今後は恐れなくても大丈夫になります。

#### ⑪仲間が再使用で入院した

再使用したことを正直に打ち明けたこと、そして治療しようと思って入院を決断したことなど、素晴らしい点はたくさんありますが、それはともかく仲間が薬物を使用したことで動揺することもあるでしょう。裏切られたような思いや、大事な時に力になれなかった無力感に襲われることもあるでしょう。しかし、薬物依存や他の精神疾患に限らず、大事なことは何回失敗したかではなく、現在立ち上がって歩き出そうとしているかどうかです。失敗したことを責めるよりも、回復に向かって歩き出していることを認めていけるといいですね。

#### ⑫昔、隠していたネタを偶然発見した

そのネタが高価であれば高価であるほど、もったいない気持ちを誘発して、使う絶好のチャンス！といきたいところではありますが、当然ながら使わないための工夫を事前に決めておくといいたいです。

#### ⑬水タバコを紹介しているテレビ番組を見た

水タバコは重厚感のある豪華な装置を使って吸引することから、マリファナなどの吸引系の薬物を使っていた方は、使いたい欲求が高まりやすくなります。吸引して使用していなかった方は、自分の使っていた薬物を使用している映像を観ることと同様の体験であると考えて、どう対処するか考えてみましょう。

#### ⑭将来、日本で多くの薬物が合法化になったら！？

つらい時に助けてくれた薬物を合法的に使えるのであれば…といった誘惑が浮かんでくるでしょうが、同時に脳は法律に関係ないということを忘れないでください。つまり、合法化されたからといって脳が受けるダメージは変わることはなく、それを認識したうえで薬物を使うのかやはり使わないでおくのかを考える必要があります。もちろんこうした悩みを自分一人で決めるのではなく、仲間の意見に耳を傾けながら決めていくことを体験できる機会になるでしょう。以前なら「日本で薬物が手に入りやすくなるパラダイスが到来するわけですね！」と思ったはずの現象を、いまつらく感じる事ができているのであれば、自分が変わったことをきっと実感できる状況なのかもしれません。

#### ⑮薬物を使っていたことで差別をうけた

薬物を使ったら廃人になるといった類の啓発の影響で、興味本位で手を出す人を少なくする効果はあるのかもしれませんが、実際に薬物を使っていた人にとっては社会に受け入れられない感覚を抱くという弊害を招いてしまいます。

#### ⑯「もともと使うことが違法なのにやめてエラそうにするな！」と言われた

使わずにはいられなかった事情を知ろうともせず、やめるに至る努力を想像しようとしなくせにエラそうにするな！と逆に言い返したいところですね。こうした状況は思いのほか経験している人は多く、「余計に使いたくなかった！」経験でもあることが多い印象があります。しかし、社会から薬物に対する偏見をより少なくしようと思えば、スマートに乗り切りたいところです。こうした場면을上手に乗り越えたところに、社会からの偏見の低減があるはずですよ。

#### ⑰急に一人で過ごす暇な時間ができた

やることなく一人でいるときは再使用のリスクが高いことが知られており、だからこそ一人になりがちな時間に積極的に誰かと会うなど、計画を考えるとよいとされています。だからといって暇になる時間を完全に排除できるわけではないので、その時にどう乗り切るかをあらかじめ考えておくとよいでしょう。

#### ⑱知っている売人がよくいた場所を通った

いつも薬物を買っていた場所の近くを通ることは、使っていた当時の感覚を思い出して使いたくなるものです。思いのほか急激に浮かんでくるという体験をする人が多い印象です。できるだけその周辺は通らないようにする、いつも売人と会っていた場所からは目を背けて通るなどが一般的な対処法でしょう。

### ⑱臨時収入！

自由なお金が手に入ると「薬物を買うことができる！」という感覚がよみがえったりします。お金を持たないようにして過ごすという対処も役には立ちますが、持った上でどう対処するのかについて考えてみるとよいでしょう。

### ⑳思っていることが言えない

そもそも薬物依存症を抱える人は、思っていることを表現できずため込んでしまう傾向が強く、そのつらさに対処するために薬物を習慣的に使っていたというパターンの人が多いと言われています。思っていることを安心して言えるようになることが回復への一番重要な道であると言っても過言ではありません。

### ㉑とても強い孤独感

孤独な時に薬物を使用したくなるということはよく知られた事実で、そもそも孤独感を紛らわす対処の一つとして薬物を使っていた人は少なくありません。誰かに助けを求めることが重要になると同時に、「お気に入りの写真を見る」、「好きな動画を見る」など自分なりの対処を準備しておくともよいでしょう。

### ㉒家族の小言 「ちゃんとやっているのかしら？」

これまでに迷惑をかけてきたという自覚があるからこそ、小言を言われても言い返しにくいのですが、「言われなくても頑張っている！」という思いも同時に浮かんでくるでしょう。腹が立つと使いたくなる気持ちが強くなりますが、この時に大切なのは「相手と適切な距離を取って冷静になる」ことにつきます。

### ㉓おなかすいた

おなかですくと使いたくなることは昔から知られている事実であり、いつからか「空腹になることを避け、何か食べられるものを持ち歩く」という対処はとても有名なものです。特に空腹でイライラしやすい人はなおさらのようです。軽くて持ち歩ける食べ物を話題にするのも役に立つことでしょう。

### ㉔とても疲れた

疲れた時に使っていた記憶から使いたい欲求が高まることがあります。また、覚せい剤があればもっと多くの仕事を片付けられるのという思いになることもあるでしょう。まずはゆっくり休んで無理をしすぎていないかチェックして、さまざまな対処について話し合うとよいでしょう。

### ㉕本日のカード ご自由に♥

## ストレス全般 S 25 種類

以下の状況は、ストレスがたまりやすいさまざまな状況を想定しています。

- ①いやなことを忘れたい
- ②歯が痛い
- ③体調が悪い
- ④がんばっている自分を認めてくれない
- ⑤仕事で理不尽な目にあった…
- ⑥嫌なやつと口論した
- ⑦先生の診察が短い
- ⑧上司の無茶ぶり
- ⑨家族から冷たい言葉をかけられた
- ⑩外来の待ち時間が長い
- ⑪失恋した
- ⑫自分ばかり損をしている
- ⑬すれ違った友人がそっけない
- ⑭ほしいものがあるのにお金がない
- ⑮仲間・恋人とケンカした
- ⑯眠れない
- ⑰居場所がない
- ⑱嫌な依頼を断ることができない
- ⑲周囲の人に「助けて」と言えない
- ⑳自分の考えがうまく相手に伝えられない
- ㉑なんか我慢してばかり
- ㉒おみくじで凶が出た
- ㉓蚊に刺された
- ㉔頭が痛い
- ㉕本日のカード



## アイテムカード 25 種類

- ①パソコン
- ②メモ帳
- ③携帯電話
- ④100 万円
- ⑤犬
- ⑥せっけん
- ⑦ボール
- ⑧サングラス
- ⑨医療スタッフ
- ⑩天然水
- ⑪カロリーゼロ炭酸飲料
- ⑫せんす
- ⑬自動車
- ⑭自転車
- ⑮ガム
- ⑯500 円玉
- ⑰かがみ
- ⑱お米
- ⑲ボールペン
- ⑳レモン
- ㉑タオル
- ㉒写真
- ㉓治療薬
- ㉔スペシャルアイテムカード ㉕お助けカード

### (おまけ) ARASHI 誕生秘話

依存症をもつ人が抱える「生きづらさ」に関する研究の結果をどう広めるのか悩んでいたそんなある日、研究仲間との何気ない会話から産声を上げました。「ミーティングのマンネリ化が解消できればいいのに…」というつぶやきに、巨大サイコロを振って出た目に応じて話す、テレビ番組発祥のサイコロトークならどうか？という提案がでました。「サイコロだと6通りだけど、某芸人主催のトーク番組は正20面体ですよ！、…パターン増やすなら指数関数ですかね？」こんな話題になったら、このチームの想像力、もとい、迷走力は抜群でした☆多くの仲間と助け合う要素を実感し、様々な危機を対処の嵐で乗り越えてきたこのチームならではの創造のARASHIは、こうした試行錯誤の末に完成しました。

## 作成委員（50音順） \*は編集委員も兼任 ☆はイラスト委員も兼任

池田俊一郎(いけだしゅんいちろう)	関西医科大学 精神神経科学教室
板橋登子(いたばし とうこ)	地方独立行政法人 神奈川県立精神医療センター
射場亜希子(いば あきこ) *	兵庫県立光風病院
江上剛史(えがみ たかし)	三重県立こころの医療センター
太田千代(おおた ちよ) ☆	三重県立こころの医療センター
蒲生裕司(がもう ゆうじ)	北里大学医学部 精神科学教室
久納一輝(くのう かずき)	三重県立こころの医療センター
小林桜児(こばやし おうじ)	地方独立行政法人 神奈川県立精神医療センター
佐久間寛之(さくま ひろし) *	国立病院機構 久里浜医療センター
眞城耕志(しんじょう こうし)	聖和錦秀会 阪和いずみ病院
角南隆史(すなみ たかし)	地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター
高橋伸彰(たかはし のぶあき)	関西学院大学 文学部
田中増郎(たなか ますお) *	信和会 高嶺病院/慈圭会 慈圭病院
田中大輔(たなか だいすけ)	尚生会 湊川病院/幸地クリニック
長徹二(ちょう てつじ) * ☆	三重県立こころの医療センター
辻村理司(つじむら さとし)	横浜市立大学医学部 精神医学教室
鶴身孝介(つるみ こうすけ)	京都大学大学院医学研究科 脳病態生理学講座
中西伸彰(なかにし のぶあき) ☆	三重県立こころの医療センター
中野温子(なかの はるこ)	地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター
中牟田雅子(なかむた まさこ)	信和会 高嶺病院
野田龍也(のだ たつや)	奈良県立医科大学 公衆衛生学講座
橋本望(はしもと のぞむ)	地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター
濱本妙子(はまもと たえこ) *	三重県立こころの医療センター
早坂透(はやさか とおる) *	福島県障がい者総合福祉センター
福田貴博(ふくだ たかひろ)	国立病院機構 琉球病院
別所和典(べっしょ かずのり)	尚生会 湊川病院
牧野有華(まきの ゆか) ☆	三重県立こころの医療センター
水野晃治(みずの こうじ)	東京薬科大学 生化学教室
武藤岳夫(むとう たけお)	国立病院機構 肥前精神医療センター
矢崎太郎(やざき たらう) ☆	三重県立こころの医療センター
湯本洋介(ゆもと ようすけ)	国立病院機構 久里浜医療センター



楽しみながら学んでね♥

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 28 年度総括分担研究報告書  
アルコール依存症家族の支援に関する研究  
研究分担者 成瀬 暢也 埼玉県立精神医療センター 副院長

研究要旨

アルコール依存症は家族を巻き込む病気であると言われる。アルコール依存症の治療・支援が十分とは言えないわが国において、負担は家族に向かう。本研究では、家族に対する調査研究によりその実態を把握し、家族支援に必要なものは何かを明らかにする。特に相談機関や依存症医療機関に繋がって間もない家族に焦点を当てる。さらに、先行研究や対照群である薬物依存症家族との比較により、具体的で実現可能な支援について検討する。そこで得られた結果をもとに、家族支援の必要性を具体的に啓発していく。

調査対象はアルコール 525 例、薬物 431 例であり、調査経路に相違があるため確定的には言及できないが、平成 20 年度の調査に比べて、家族支援については目立った改善があるとはいいがたい。昨年度までに、アルコールに問題のある人の家族の調査を終えており、本年度はこれと比較するために、対照群として薬物に問題のある人の家族の調査を実施した。先の 431 例の回答を基に考察した。

本研究では、支援につながって間もない家族を主対象としていることから、家族の不安や混乱に対応した細やかな対応・支援の必要性が明らかとなった。

研究協力者

森田展彰：筑波大学医学医療系

吉岡幸子：埼玉県立大学健康福祉医療学部

新井清美：首都大学東京健康福祉学部

主に薬物依存症患者の家族を対象とした。

B．研究方法

下記の通り研究を実施した。

1) 調査票の作成

全国の精神保健福祉センター・保健所などの相談機関用、依存症医療機関用、保護観察所用に分け、それぞれの機関に、家族自身(対象者)の相談や問題を持つ本人(当事者)の受診に同伴した家族(対象者)に対して、対象者の属性、生活状況、当事者の状況、対象者が問題と感じていること、対象者のストレス状況、相談や受診に至る状況・困難、家族グループとの繋がり、今後必要とする支援などについて過不足なく調査できるものを作成した。

2) 調査対象・調査場所

対象は、全国の精神保健福祉センター・保健所などの相談機関、及び全国の依存症治療を実施している医療機関、保護観察所、家族会など

A．研究目的

当研究者等は、平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金の助成により、2500 名以上の家族から調査協力を得て実態とニーズについて調査を行った。その結果、アルコール依存症・薬物依存症患者の家族は深刻なストレス状況にあり、実態を踏まえた十分な支援体制の構築が必要であることが明らかとなった。しかし、その対象者の多くがすでに支援機関やグループに繋がり、患者も良好な状態にあった。本研究では、相談機関や依存症医療機関に繋がって間もない(3 か月以内)家族の実態とニーズについて明らかにする。昨年度に実施したアルコール依存症患者の家族と比較する目的で、今年度は

に、薬物関連の問題で相談あるいは受診に同伴した家族とした。

### 3) 調査方法

上記相談機関及び治療機関に協力を依頼し、理解と同意を得て、各機関の相談・治療スタッフを介して、無記名自記式質問調査票を対象者に配布し調査への協力を依頼した。回答後の調査票を郵送にて回収した。

## 研究方法

### 【無記名自記式質問紙調査】

#### 【アンケート依頼先】

- ・ 薬物依存症を診ている病院・クリニック
- ・ 全国の精神保健福祉センター
- ・ 全国の保健所
- ・ 全国の保護観察所
- ・ 全国の家族会・ダルク

繋がって間もない家族  
(おおよそ3か月)  
にアンケート依頼

## 調査項目と倫理的配慮

### 【調査項目】

- ・ 調査票配布機関、居住地
- ・ 基本属性(回答者・本人の年齢・性別・属性、同居家族)
- ・ 当事者の薬物使用状況
- ・ 当事者の司法・援助機関との関わりの有無
- ・ 家族の医療・支援機関等への相談状況
- ・ 満足度
- ・ 当事者との関係
- ・ K6(気分・不安障害等のスクリーニング・テスト)
- ・ 当事者の持つ問題

### 【倫理的配慮】

埼玉県立医療センター倫理委員会承認後に実施し、回答後の調査票は無記名・郵送法にて回収、調査票の回答をもって同意を得た

### 4) 結果の分析

まず、基本統計量を算出した。次に、家族が当事者の薬物関連の問題に気づいてから相談あるいは受診につながるまでの期間を1年未満、1~3年、4年以上の3群に分け、<sup>2</sup>検定、一元配置分散分析を用いて相談につながるまでの期間による家族の実態とニーズの差を検討した。

### 5) 結果の公表・啓発

本研究で得られた結果をまとめた報告書を、研究協力機関をはじめ、関連機関へ配布すると

ともに、フォーラム等の開催により啓発活動に繋げる。

### (倫理面への配慮)

本研究は、埼玉県立精神医療センター倫理審査を受けて実施した。

各機関に対して文書あるいは可能な限り直接、調査の目的、方法、倫理的配慮等を説明し理解を得て協力を依頼した。各機関の協力者から対象者に対して、文書及び口頭で調査目的、方法、倫理的配慮等を説明し、協力を依頼し、調査協力に同意の得られた対象者に調査票を配布、回答を求めた。

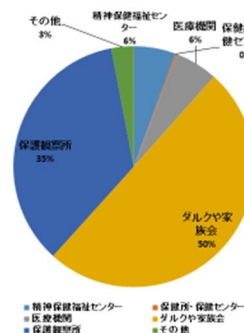
## C. 研究結果

回収状況を図1に示す。2,059件配布し、431件(回収率20.9%)から回答が得られた。

回収先は、ダルク・家族会50%、保護観察所35%、医療機関と精神保健福祉センターがそれぞれ6%であった。

## 調査票の回収状況

<今回の調査> 配布数:2,059件  
回収数:431件(回収率20.9%)



<前回(2008年)の調査> 配布数:1,298件  
回収数:553件(回収率42.6%)

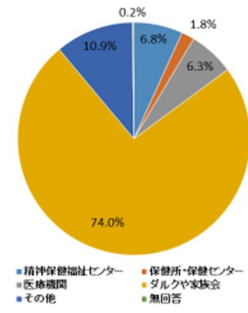


図1 調査票の回収状況

### 性別・年齢・続柄(表1)

家族の性別は、男性125名(29.0%)、女性304名(70.5%)であり、平均年齢は、それぞれ64.4歳(SD:9.5)、60.9歳(SD:11.1)であった。続柄は、親が77.5%、子供7.7%、配偶者5.1%、兄弟姉妹3.5%であり、親が多数を占めた。一方、当事者の性別は、男性356人(82.6%)、女性72人(16.7%)であり、平均

年齢は、それぞれ 37.9 歳 (SD:9.6) 33.2 歳 (SD:8.0) であった。

表 1 対象者の背景

対象者の背景		人数	%
記入者性別	男性	125 (平均64.4歳, SD:9.5)	29.0
	女性	304 (平均60.9歳, SD:11.1)	70.5
	無回答	2	0.5
当事者性別	男性	356 (平均37.9歳, SD:9.6)	82.6
	女性	72 (平均33.2歳, SD:8.0)	16.7
	無回答	3	0.7
当事者との関係	親	334	77.5
	配偶者	22	5.1
	子ども	33	7.7
	兄弟姉妹	15	3.5
	その他	20	4.6
	無回答	7	1.6

当事者の生活状況・就労状況 (図 2)

当事者の居住地は、刑務所が 39%、同居中と別世帯の住居が各 18%であり、ダルク入寮中は 14%であった。当事者の就労状況については、刑務所入所中 39%を除くと、家族の援助 31.8%、自分の収入 28.3%、生活保護 12.8%であった。

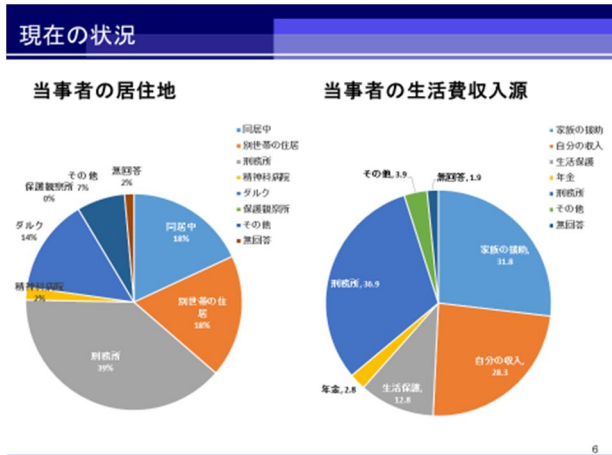


図 2 当事者の現在の居住と就労状況

薬物使用状況

当事者が主に使っていた薬物は、覚せい剤が 63.3%、危険ドラッグ 8.6%、大麻 5.3%、精神安定剤・睡眠薬 4.6%などであった。保護観察所からの回答が多かったこともあり、覚せい

剤が突出していた。一度でも使ったことのある (と思う) 薬物は、覚せい剤 74.7%、精神安定剤・睡眠薬 34.3%、大麻 28.3%、シンナー 26.5%、危険ドラッグ 22.7%、鎮痛剤 14.6%などであった (図 3)。

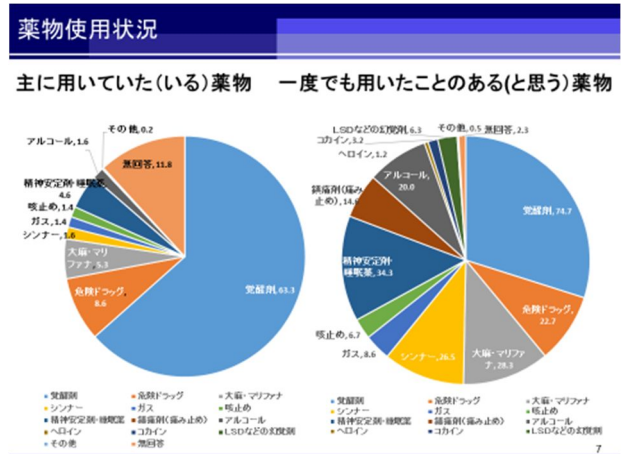


図 3 薬物使用状況

当事者の薬物問題に家族が気づいてから、相談に行くまでの期間について、表 2 に示す。最初に薬物問題に気づいたときの当事者の平均年齢は 26.3 歳であり、家族が何らかの機関に最初に相談に行った時の当事者の年齢は 29.7 歳であったことから、この時間差が 3.4 年間であった。

調査経路別にみると、保護観察所が 29.3 歳時に気づき 34.1 歳時に相談しており 4.8 年間、医療機関・精神保健福祉センター等が 27.8 歳時に気づき 31.1 歳時に相談しており 3.3 年間、ダルクや家族会が 24.0 歳時に気づき 26.9 歳時に相談しており 2.9 年間であった。ダルクや家族会につながった家族は、有意に短期間で相談につながっていたことがわかる。

表 2 薬物問題に対する発見・相談年齢



### 薬物問題に対する発見・相談年齢

	N	Mean	SD
当事者の薬物問題に最初に気づいた時の、当事者の年齢 (歳)	全体 416	26.3	9.3
	保護観察所	29.3	10.5
	センター、医療機関、その他	27.8	9.1
	ダルクや家族会	24.0	7.7
最初に相談に行ったときの当事者の年齢 (歳)	全体 307	29.7	10.5
	保護観察所	34.1	12.5
	センター、医療機関、その他	31.1	9.7
	ダルクや家族会	26.9	8.6

ANOVA \*\*p<0.01, \*p<0.05

□ 気づいた年齢、相談に行った年齢ともに、ダルクや家族会はセンター・医療機関、保護観察所に比べて有意に低い(早く相談に行っている)  
 □ 気づいてから相談に行くまでに3.4年、保護観察所では4.8年、センター・医療機関等は3.3年、ダルクや家族会は2.9年を要していた

つぎに、薬物問題に気付いてから相談につながるまでの期間を図4に示す。分布によって見ると、1年未満が43.4%と最も多く、ついで6年以上が19.3%であり、両極端な結果が出ている。1年未満でつながるか、6年以上を要するかに分かれるという結果であった。今回の調査では、相談・医療機関につながって間もない家族を主対象としているため、このような結果が出ていると考えられる。

### 薬物問題を発見し、相談につながるまでの期間

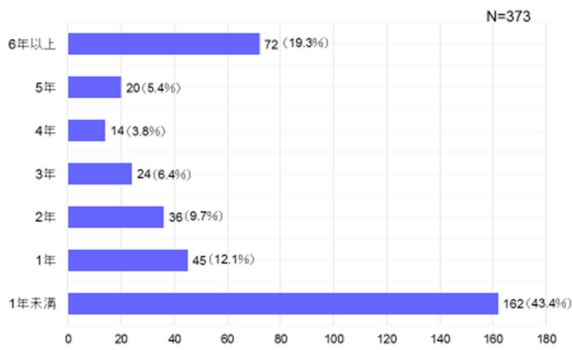


図4 家族が当事者の薬物問題に気づいてから相談につながるまでの期間

家族が当事者の薬物使用に気づいたきっかけで相談につながるまでの期間別に有意な差を認めたのは、「薬物による精神症状をみたため」、「警察の世話になるトラブルがあったため」、「その他」であった。薬物による精神症状をみたため、「警察の世話になるトラブルがあ

ったため」は1年未満が有意に回答頻度が低く、「薬物による精神症状をみたため」、「その他」は4年以上の回答頻度が有意に高い結果となり、相談までの期間が長いほど、家族は当事者の薬物による精神状況を経験し、相談につながるきっかけとなっていたことが示された(図5)。

### 当事者の薬物問題に気づいたきっかけ(期間別)

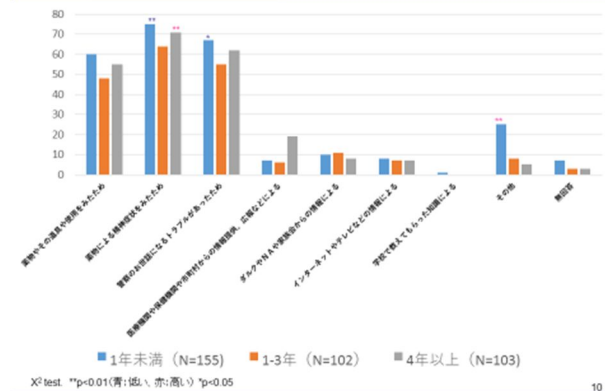


図5 家族が当事者の薬物使用に気づいたきっかけ

家族が最初に相談につながった先をつながるまでの期間別に見ると、1年未満の家族で警察と回答した頻度が有意に高く、家族や支援団体と回答した頻度が有意に低かった(図6)。

### 最初の相談機関

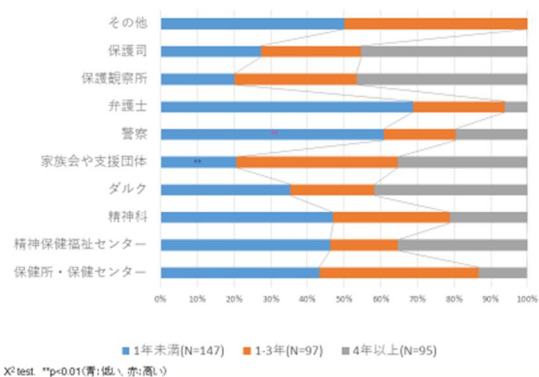


図6 家族が最初に相談した機関

初めて相談に行った先の家族の満足度と、相談機関の対応について図7に示す。最も満足度が高かったのは家族会や支援団体であり、次いでダルク、保護司、保護観察所、精神保健福祉

センターの順であった。精神科医療機関は、警察と同等かそれ以下で満足度は低かった。

相談機関の対応に関して、「親身に相談に乗ってくれて対応や治療について具体的に教えてくれた」と回答した家族が最も多かったのは、保護観察所で、次いで家族会や支援団体、ダルク、精神保健福祉センター、保護司と続いた。

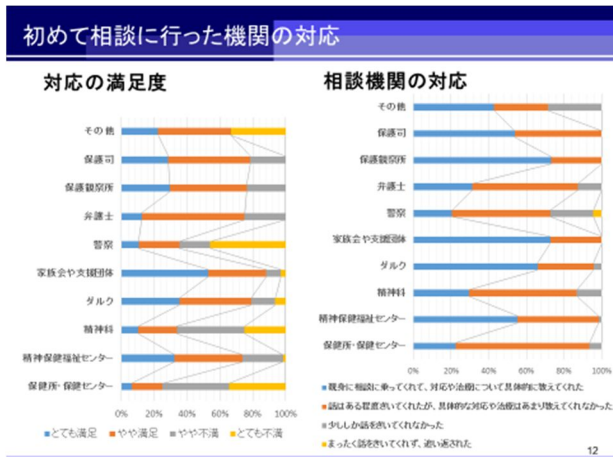


図7 初めて相談に行った機関の対応

相談するのが難しいと感じた経験については、相談につながる期間が1年未満の家族も、1~3年の家族も、4年以上家族も有意差はなかった(図8)。早くにつながった家族であっても、相談することの難しさを感じていることが示された。

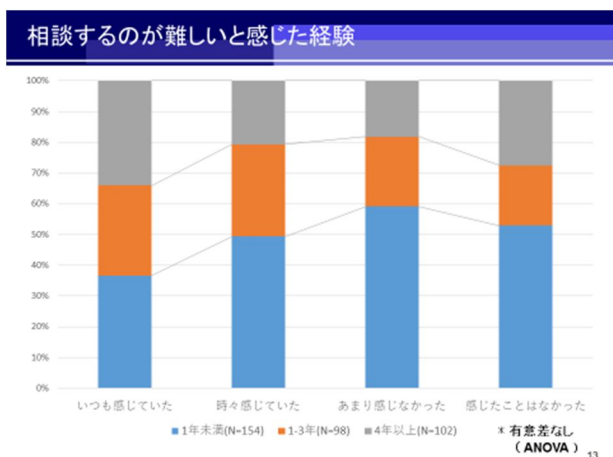


図8 相談するのが難しいと感じた経験

相談をすることが難しいと感じた原因は、相談までの期間が1~3年で「家族自身が疲れ切

ってしまい、相談をしようとする気持ちになれないため」の回答頻度が有意に高かったものの、その他の原因で相談までの期間による有意な差は認めなかった(図9)。

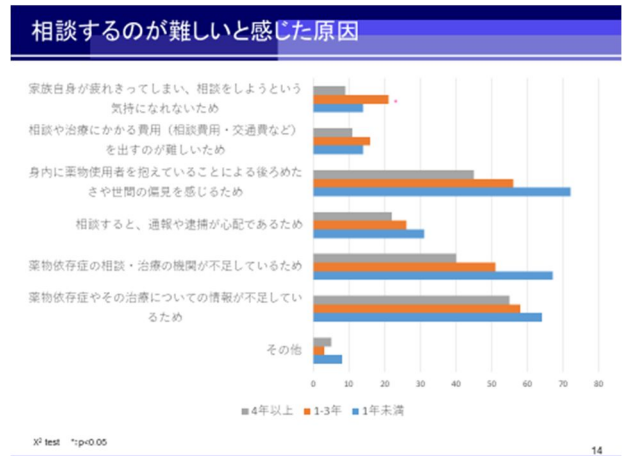


図9 相談するのが難しいと感じた原因

家族が感じている当事者の問題として、有意な差を認めた項目は「犯罪(薬物関連)」、「パートナー・親への暴力」、「脅しや言葉の暴力」、「ギャンブル問題」、「家庭内不和・別居・離婚」であった。相談までの期間が4年以上が他の期間よりも有意に高かったのは「ギャンブル問題」、「家庭内不和・別居・離婚」、1年未満よりも高かったのが「犯罪(薬物関連)」であった。また、1~3年が1年未満よりも有意に高かったのは「パートナー・親への暴力」、「脅しや言葉の暴力」であり、相談までの期間が長いほど家庭内外での問題が深刻化している状況が示された(図10)。

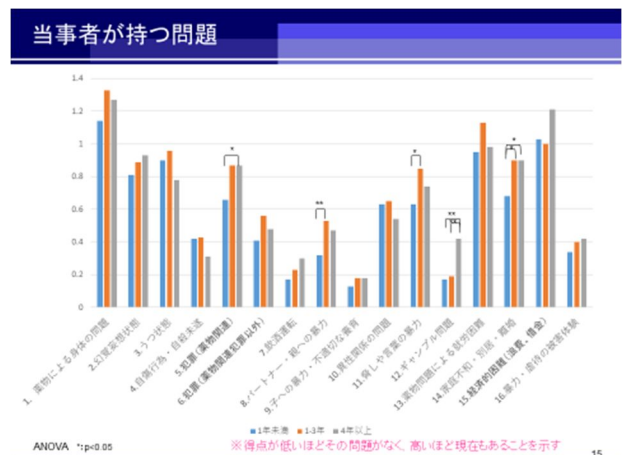


図 10 家族が感じている当事者の問題

当事者の薬物に対する考えと行動に関する点についても、早期に相談につながった家族と長期間かかった家族との間に違いはないかを確認した。当事者の薬物に対する考えと行動に関して、有意差を認めなかった（図 11）。

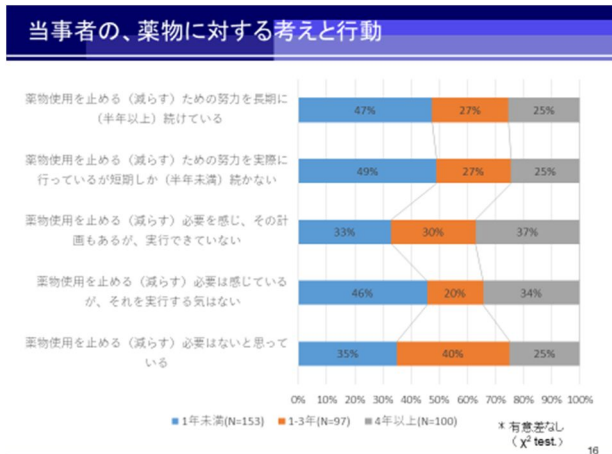


図 11 当事者の薬物に対する考えと行動

家族のここ1か月間の幸福感が高かったのは、「自分の時間が持てること」、「家事や身の回りのこと」、「娯楽や活動」、「家族関係」などで、「お金・経済状態」、「社会的な活動」、「あなたの感情」などで幸福感が低いという結果であった。

相談につながるまでの期間による家族の幸福感に有意な差を認めたのは「家事や身の回りのこと」のみであり、相談につながって1年未満の家族より、4年以上の家族でここ1か月間の幸福感が高いという結果が示された。

最近1か月の家族の幸福感

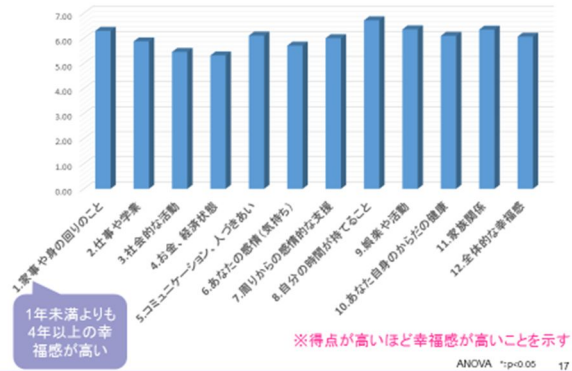


図 12 最近1か月の家族の幸福感

薬物問題や当事者への理解度について図 13 に示す。家族は、「問題となる薬物や悪影響について知っている」、「薬物依存症とはどういうものかわかっている」、「当事者への過保護・過干渉はよくないことをわかっている」、「自助グループやダルクについて知っている」などは理解できていると回答しているが、「当事者と薬物問題の治療・相談について話し合うことができる」、「薬物問題の相談・医療機関にアドバイスをもらうことができる」などができにくいと回答している。これらについては、相談につながる期間による有意な差は認めなかった。

薬物問題や当事者への家族の理解・対応

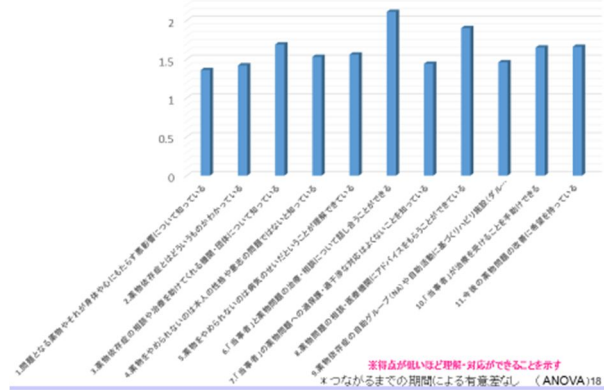


図 13 薬物問題や当事者への家族の理解・対応

当事者とのコミュニケーションについて図 14 に示す。「当事者の治療・回復に対する努力を誉めることができる」、「おちついて当事者の



回復を見守ることができる」、「当事者の無理な要求をきちっと断れる」などはできていたが、反対に「当事者におびえてしまう」、「当事者を責めてばかりになってしまう」などが特に難しく、次いで、「当事者に世話をやきすぎてしまう」、「当事者の問題に巻き込まれてしまう」、「当事者の心配で頭がいっぱいである」などであった。これらも相談につながるまでの期間による有意な差はみられなかった。

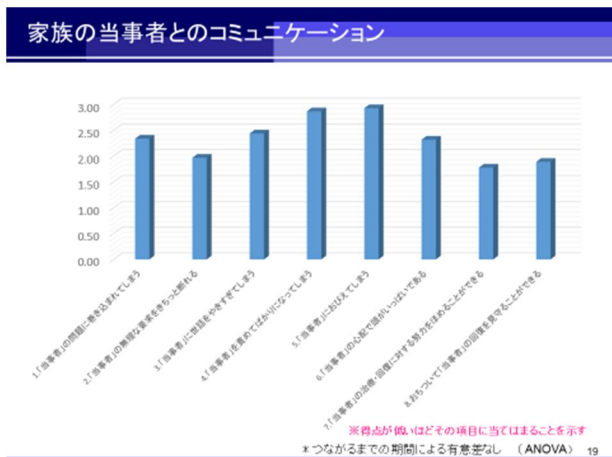


図 14 当事者とのコミュニケーション

家族の精神健康について、K6を指標に評価した(図15)。5点以上で精神的健康度に問題があることを示している。相談につながる期間による有意な差は見られないことから、いかに薬物の家族が精神的な健康度が低くなっているかわかる。

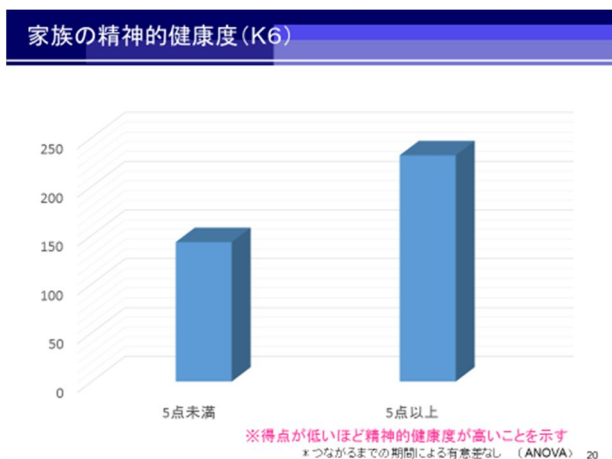


図 15 家族の精神的健康度

## D. 考察

### 1) 調査の概要

今回の調査で回答の得られた431件の配布場所の内訳は、保護観察所152件(35.3%、2008年は配布無)、ダルク・家族会216件(50.1%、2008年は74.0%)、医療機関25件(5.8%、2008年は6.3%)、精神保健福祉センター24件(5.6%、2008年は5.8%)、保健所・保健センター1件(0.2%、2008年は1.8%)、その他13件(3.0%、2008年は10.9%)であり、前回はダルク・家族会からの回答、今回はダルク・家族会および保護観察所からの回答を合わせて85.4%を占めている。つまり、司法サイドの保護観察所を経由した回答が多数加わったことが特徴である。

### 2) 当事者の背景

前回同様、回答のあった家族の性別は女性が70.5%、当事者は男性が84.2%を占めていた。平均年齢を見ると家族、当事者ともにやや上昇している。当事者との関係を見ると前回は親が約9割を占めたのに対し、今回は親が77.5%と多いものの、子ども7.7%、配偶者5.1%、兄弟姉妹3.5%が回答している。このことから、薬物問題を持つ者の家族のうち、親の高齢化が推測される。

さらに、「家族が当事者の薬物問題に最初に気づいた年齢」26.3歳(SD:9.3)、「家族が最初に相談に行ったときの当事者の年齢」29.7歳(SD:10.5)を見ると、前回に比べて今回の方が、何れも5歳ほど年齢が上昇している。一方、最初に薬物問題に気づいてから相談までの期間は3.4年ほどの期間を要している。また、家族が当事者の薬物使用に気づいた年齢、相談に行った年齢ともに、ダルク・家族会は医療機関・精神保健福祉センターや保護観察所に比べて、それぞれの年齢が24.0歳、26.9歳と有意に低かった。つまり、ダルク・家族会では相談までに2.9年、医療機関・精神保健福祉センターでは3.3年、保護観察所では4.8年を要して

いた。

これらから、家族が相談や当事者の受診などにつながる場合はダルク・家族会、次いで医療機関・精神保健福祉センターであり、最も相談などにつながれなかった例は逮捕・服役等によりつながるようになったと考えられる。逮捕される前に家族が相談につながるように支援することが重要である。

主な使用薬物を見ると、前回調査では覚醒剤（50.8%）、有機溶剤（10.7%）、大麻・マリファナ（8.1%）の順に多かったが、今回調査では覚醒剤（66.3%）、危険ドラッグ（8.6%）、大麻・マリファナ（5.3%）となっている。

ここで、近藤ら2)の2010年の報告をみると、当事者が薬物使用を開始する年齢は平均17.9歳で、薬物使用期間は平均12.1年であり、主な使用薬物は覚醒剤（66.7%）、大麻・鎮咳薬・睡眠薬（各14.3%）であったとしている。本調査では、当事者の薬物使用開始年齢についての項目は設けておらず、家族が当事者の薬物問題に気づくまでの期間までは示すことができないが、問題に気づき、相談する年齢、当事者の年齢の上昇が見られることから、前回、あるいは近藤らの調査対象者と比べて使用開始年齢の上昇、当事者と家族の関わる時間の減少、使用薬物の多様化等が背景にある可能性が考えられる。

### 3) 家族の相談の状況

最初に相談に行った機関として、前回は精神科病院（22.1%）、ダルク（20.3%）、精神保健福祉センター（17.3%）の順に多く、今回は精神科病院（15.8%）、精神保健福祉センター（15.5%）、警察（11.6%）、ダルク（11.4%）であった。相談先がどこへ行けばいいかがはっきりしていない状況が続いていることを示している。とくに保護観察所経由で回答した家族については、精神保健福祉センターや精神科医療機関に初めてつながったと答えている家族が、それぞれ7.9%、8.6%と1割にも満たない

状況であり、初めての相談先として警察が16.4%と最も高かった。

相談機関の満足度については、全体では「とても満足」20.9%、「やや満足」31.6%であった。内訳では、精神保健福祉センター・医療機関経由、およびダルク・家族会経由の家族は、相談機関の対応に「とても満足」「やや満足」と答えている割合が、それぞれ23.8%・34.9%、23.6%・31.0%であり、保護観察所経由の15.8%・30.9%と比較して満足度が高かった。概して、相談に対する満足度は向上している印象があるものの、「とても不満」15.3%および「やや不満」21.3%と、合わせて36.6%の家族が相談に不満を持っていることも見逃してはいけない。

その対応については、「親身に相談に乗ってくれて、対応や治療について具体的に教えてくれた」39.0%、「話はある程度きいてくれたが、具体的な対応や治療について教えてくれなかった」38.5%と、ほぼ同数であった。

「相談につながった経験あり」と回答している家族は、薬物依存の家族会58.5%、ダルク・N A 48.3%、精神科医療機関43.9%、精神保健福祉センター35.0%、警察32.9%、保護司・保護観察官21.8%、保健所・保健センター18.6%、行政の市民相談9.0%などであった。

「相談が役に立った」と回答している家族が多いところから、薬物依存の家族会72.6%、ダルク・N A 68.3%、精神保健福祉センター37.1%、保護司・保護観察官26.6%、精神科医療機関21.7%、保健所・保健センター12.5%、警察7.2%などであった。

当事者を医療機関や相談機関につながれたか否かについては、保護観察所経由の家族は、「当事者は一度も行っていない」49.3%と高かった。

家族が相談につながってからの期間については、全体で1か月未満10.4%、3か月未満6.5%と合わせて16.9%であり、調査を行うに

あたって主対象に考えていた3か月未満の家族に対する困難さが明らかになった。結局1年以上が54.8%を占めた。その中でもダルク・家族会は1年以上が77.8%であった。

#### 4) 相談の困難

相談することの困難を「いつも感じていた」と回答した家族は、全体で51.3%、保護観察所52.0%、精神保健福祉センター・医療機関49.2%、ダルク・家族会51.4%といずれも約半数になる。「時々感じていた」を合わせると、相談に困難を感じていた家族は、全体で72.4%、保護観察所69.8%、精神保健福祉センター・医療機関65.1%、ダルク・家族会76.4%であった。家族にとって相談することの困難が最大の問題であると言える。

相談が難しいと感じた原因については、全体で「薬物使用者を抱える後ろめたさ」57.7%、「薬物依存症や治療の情報不足」57.4%、「相談・治療機関の不足」50.6%、「通報や逮捕の心配」25.3%、「疲れ切って相談に行けない」15.2%、「費用の問題」14.9%などの順となった。

これらの原因の軽減を図れなければ、相談につながる家族は容易に増えないであろう。これらの課題の克服が薬物依存症対策には重要であると考えられる。

#### 5) 家族の精神健康について

調査結果をもとに、家族の精神健康とコミュニケーションおよび家族の依存症の理解度の間の関係について分析した結果を図1に示す。精神健康はK6(うつや不安の程度を測る心理尺度)で測定し、家族の当事者に対するコミュニケーションや依存症に対する理解度は、森田が作成した「家族の理解と関わりに関する尺度」(表1)で評価した。

図1からわかることは、家族の精神健康と当事者へのコミュニケーションと依存症の理解の程度の間には、密接な関係があるということである。また、当然のことながらこれらと当事

者のもつ問題は相互に関係している。家族支援を行う場合には、家族と依存症者のそれぞれの状態とコミュニケーションを考慮して行う必要がある。以下にそれぞれの側面について詳しく論じる。

#### 家族の精神健康

家族の精神健康について、K6という心理尺度で測定した結果を図2に示した。これによれば、アルコール依存症者の家族も薬物依存症者の家族も、4割以上の者が、精神健康が低下した状態であった。家族への働きかけを行う場合に、家族のメンタル面へのサポートは必須である。具体的には、家族のセルフサポートに焦点を当て、場合によっては、家族自身を精神的な問題の当事者として治療に導入することも含まれる。

図1に示したように、家族の精神健康には、当事者の暴力、経済的問題が関係しており、これらの背景要因への対応に取り組むことが重要である。配偶者や親など近親者への暴力が、アルコール・薬物依存症と重複して生じることが多いことは以前から指摘されている。例えば、清水<sup>4)</sup>によるアルコール依存症者の調査では、深酒していた時期には侮辱・ののしる73.0%、蹴る・げんこつで殴る33.6%に対して、断酒後では各々の行為は18.7%、2.2%であり、一般住民は23.1%、3.0%であったとしている。

家族という立場は、依存症者への支援者という面が強調されがちだが、暴力被害者という場合は単純に支援者役割を期待するよりも被害者支援に向ける方が適切な場合がある。いずれにしても背景に暴力を見逃さないようにすることが大事である。暴力などの被害によるトラウマを持つ場合には、傷つきやすく、援助を自分から求めることが難しい。また加害者に支配されて、反抗や逃げることもできない場合もある、そうした可能性を十分考慮した対応が必要であり、その点で安易に「共依存」等の言葉を用いるべきではない。被害を受けていることが

もし明確な場合、被害から逃げることやその相談を求める場所があえることを示す必要がある。しかし一方で、被害者という立場での支援よりもあくまで依存症家族としての支援を望む方も多いので、この場合は被害者支援という視点ももちながらまずは家族のニーズに応えていくことになる。

さらに浪費や就職困難な状態が続くことで経済的問題は、家族にとって大きな負担になっている。依存症という診断そのものでは障害年金がでるケースは少なく、生活保護を除けば、依存症者への経済的支援制度はわが国では整っておらず、その分を家族が支え続けていることになる。少しでも家族の経済的な負担を軽減する制度を紹介したり、当事者の就労支援につながる道を一緒に考えたりしていくことが求められる。

#### 家族のコミュニケーションの問題

家族の当事者への良い関わりと良くない関わりを状況を図3に示した。アルコール依存症と薬物依存症のどちらの場合でも、家族の良い関わりができていない人の割合は、1割から2割程度低く、その一方で家族の良くない関わりをしている人の割合は、3割以上で6割を超える項目もある。特に「責めすぎてしまう」と「おびえてしまう」は50%を超えている。図1からわかる通り、家族のコミュニケーションの仕方は、その精神健康状態と関わっており、うつや不安が強い家族ほど、良くない関わり方が多く、良い関わりが少ないという傾向がみられた。さらに、暴力や経済的問題などの当事者の問題がある場合は、良い関係が少ない傾向がみられる。

以上から、家族の当事者に良い関わりをもてない場合には、家族自身が当事者の問題に遭遇して、精神的に参っていることが影響していると考えられる。つまり、精神的に余裕がないがゆえに、その不安や恐怖心をぶつけてしまったり、逆に当事者の要求に従ってしまったりしがちである。援助者が、家族の良くない対応を責

めると家族を追いつめるのみでなく、当事者への否定的な関わりを行う悪い見本になってしまう可能性がある。逆に援助者が、家族自身の気持ちを受け止める「安心の基地」として機能すれば、それが良い見本になり、家族が本人の気持ちを受け止めながら支援を勧める関わりモデルになる(図4)。当事者への関わり方について示す必要がある。具体的なポイントは以下の通りである。

- a. 本人自身がアルコール薬物問題をきっちり受け止められるように、家族は本人がギャンブル関連した問題を尻ぬぐいせず、無理な要求を断るなど過干渉な方法から手を引くこと
- b. 当事者自身の回復を家族として心から願っていることを肯定的に伝えること
- c. 飲酒や薬物をやめることを強く説得するのではなく、依存症という病気に対する治療に具体的な取り組みを勧めること(具体的な病院や自助グループのことを伝えることも含む)
- d. 回復への努力は本人自身が担うべきものであり、家族としてそうした本人の試行錯誤を伴う努力を落ち着いて見守る姿勢を持つこと

更に、近年わが国に紹介されているCRAFTのようなコミュニケーションスキルトレーニングのような方法で、関わり方を伝えることも有用であると思われる。心理教育プログラムを行うことで、「無理な要求を断れる」「落ち着いて話せる」「本人なりに人生をきりひらいていくことができる」と信じられるなどの本人への良い関わりを行う自信が向上することをアホカミ<sup>1)</sup>している<sup>2)</sup>。

図4

また、2008年の調査データの分析によれば、家族のコミュニケーションを改善するのに断酒会や依存症の家族会の利用が非常に有用であった<sup>1)</sup>。これらの会を使用している家族はそうでない家族よりも、当事者への良い関わりや



増え、良くない関わりが減っており、その傾向は家族会への参加機関が長い人ほど明確であった(図5)。支援者以上に、同様の立場にある家族同士の関わりが、家族のコミュニケーションを改善する効果を持つと考えられる。支援者は積極的に、家族を家族会や断酒会につなぐことが重要であろう。

### 依存症の理解と相談困難感

家族の精神健康とコミュニケーションの仕方に関わっていた要素として、注目されたのは、家族の依存症の理解と、相談困難感であった。この2つについて以下に述べる。

依存症について正しい理解をしていることは、家族のうつや不安の少なさ及び当事者への良い関わりと関係していた。その理由は、アルコール薬物依存症を病気として受け止めることで、当事者と家族が互いを責めたり、自分を責めたりすることから離れられるためであると考えられる。図6は、依存症の理解が、依存症当事者と家族の関係を良いものにすることを示したものである。依存症を病気として理解していない場合には、上図のように家族は当事者に対して、アルコールや薬物によるトラブルを減らそうと本人にその抑制を強いたり約束させたりしては、裏切られることを繰り返し、一方でその尻拭いをしてしまう。当事者は、結局は減らしたりやめられたりせずに嘘をつく結果となり、責められる中で自尊心の低下やストレスの蓄積を生じ、それが更に使用の継続につながってしまう。結局は依存症者と家族が争う形になるが、依存症の理解が進むと、依存症者と家族のどちらかに悪者が言うのではなく、依存症という病気が“共通の敵”へ対応する治療協力者になることができる。依存症の心理やその症状への対応について一緒に学び、またそれを支援してくれる相談や治療機関の利用を検討できることにつながる。

そこで重要になってくるのは、「相談困難感」である。図1にみるように、相談困難感を強く

感じている人は、精神健康度が低く、当事者とのコミュニケーションにおいても良くない関わりが多くなっている。相談できる気持ちを引出し、継続することが、家族の精神健康の回復や当事者との関係をよくする上でもとても重要であるといえる。

相談困難感を感じていると答えた人は、アルコール依存症者の家族、薬物依存症者の家族とも8割以上であった。そして、相談困難を感じている人に対して、その理由を尋ねたところ、アルコール依存症者の家族では、治療・回復の相談場所の情報の不足67.2%、相談機関や医療機関の不足29.7%、世間体や偏見44.1%、家族自身の疲労20.8%であった。薬物依存症者の家族では、薬物依存症やその治療についての情報の不足36.2%、薬物依存症の相談・治療の機関の不足30.1%、通報や逮捕への心配14.4%、世間体や偏見28.6%、相談や治療にかかる費用(相談費用・交通費など)を出すことの困難52.1%、家族自身の疲労50.8%であった。

これらを見ると、家族にとって、依存症の相談にくるということは、支援体制が非常に限られている上に、情理的にも感情的にも大きな壁があることがわかる。これらの壁があることで家族や当事者が社会的に孤立する状況に追いやることになる。依存症の相談や治療をうけることが、他の病気の治療を受けることと変わらないものになるように、支援者は依存症やその相談治療体制を整え、社会にそうしたメッセージを伝えていく必要があると思われる。

### まとめ

本研究では、アルコール・薬物依存症者の家族の調査結果をもとに、その支援について論じた。特に重要なポイントを以下にまとめた。

- a. 家族に依存症やその回復に関して適切な知識を伝える。依存症が病気であることを示し、その治療や相談機関を使えること。
- b. 家族に当事者に対して、不適切な関わりを減らし、適切な関わりを増やす働きかけが重要

である。不適切な関わりをしている場合でも、家族を責めたり、共依存という言葉を手易に用いたりせず、家族のつらさを受け止めて治療関係を作ることが重要である。その上で、コミュニケーションスキルを教えたり、家族会や断酒会などの家族グループにつないだりすることが重要である。

c. 家族自身が、精神健康が低下していることを念頭に置いて、精神的サポートを行う。セルフケアに焦点をあてるとともに、暴力や経済的問題などの背景要因の評価や支援を行う。

d. 家族が支援を求めることが難しいことを十分配慮して、情報提供や社会的なスティグマを減らすメッセージを伝えていくこと。

## E. 研究発表

### 1. 論文発表

吉岡幸子, 新井清美, 森田展彰, 成瀬暢也: アルコール・薬物依存症の家族支援 ~ 全国家族調査の結果を踏まえて ~. 日本アルコール関連問題学会雑誌(印刷中)

### 2. 学会発表

吉岡幸子: アルコール依存症家族の実態とニーズ. 第 38 回日本アルコール関連問題学会教育講演, 秋田, 2016.9.9

新井清美: 薬物依存症家族の実態とニーズ. 第 38 回日本アルコール関連問題学会教育講演, 秋田, 2016.9.9

森田展彰: 依存症家族の精神健康・コミュニケーション問題の実態とその支援. 第 38 回日本アルコール関連問題学会教育講演, 秋田, 2016.9.9

成瀬暢也: 依存症家族支援の基本的な考え方. 第 38 回日本アルコール関連問題学会教育講演, 秋田, 2016.9.9

成瀬暢也: 依存症臨床において断酒・断薬の強要は禁忌である. 再飲酒・再使用を責めてはいけない ~ その 2 ~. 第 38

回日本アルコール関連問題学会教育講演, 秋田, 2016.9.9

吉岡幸子, 他: アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査 その 1 アルコール依存症家族の背景と支援の必要性. 第 38 回日本アルコール関連問題学会教育講演, 秋田, 2016.9.9

新井清美, 他: アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査 その 2 薬物依存症家族の背景とニーズ. 第 38 回日本アルコール関連問題学会, 秋田, 2016.9.9

森田展彰, 他: アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査 その 3 家族の精神健康を中心とした分析. 第 38 回日本アルコール関連問題学会, 秋田, 2016.9.9

成瀬暢也, 他: アルコール依存症・薬物依存症家族の支援に関する全国調査 その 4 刑の一部執行猶予制度に伴う家族支援. 第 38 回日本アルコール関連問題学会, 秋田, 2016.9.9

成瀬暢也: 薬物事犯者の家族の実態と支援のニーズに関する調査報告. 第 12 回日本司法精神医学会, 千葉, 2016.6.18

成瀬暢也: 受刑者の薬物事犯者の家族の実態と必要な支援に関する研究 ~ 全国の保護観察所家族会参加者の調査より ~. 第 112 回日本精神神経学会学術総会, 千葉, 2016.6.2

吉岡幸子, 新井清美: アルコール依存症・薬物依存症家族支援に関する全国調査 ~ その 1 ~ アルコール依存症家族の相談機関別の特徴, 第 5 回日本公衆衛生看護学会学術集会, 仙台, 2017.1.22

新井清美, 吉岡幸子: アルコール依存症・薬物依存症家族支援に関する全国調査 ~ その 2 ~ 薬物依存症家族の相談機関別の特徴, 第 5 回日本公衆衛生看護

護学会学術集会, 仙台, 2017.1.22

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

特になし

## 集計データ

	全体		保護観察所		センター、医療機関、その他		ダルクや家族会	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
質問 1.どの機関からアンケートを配布されましたか？								
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
精神保健福祉センター	24	5.6	-	-	24	38.1	-	-
保健所・保健センター	1	0.2	-	-	1	1.6	-	-
医療機関	25	5.8	-	-	25	39.7	-	-
ダルクや家族会	216	50.1	-	-	-	-	216	100.0
保護観察所	152	35.3	152	100.0	-	-	-	-
その他	13	3.0	-	-	13	20.6	-	-
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-

質問 2.「あなた」はどちらにお住まいですか？

	全体		保護観察所		センター、医療機関、その他		ダルクや家族会	
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
北海道	20	4.6	15	9.9	2	3.2	3	1.4
青森県	-	-	-	-	-	-	-	-
岩手県	2	0.5	1	0.7	1	1.6	-	-
宮城県	3	0.7	3	2.0	-	-	-	-
秋田県	-	-	-	-	-	-	-	-
山形県	1	0.2	-	-	-	-	1	0.5
福島県	-	-	-	-	-	-	-	-
茨城県	12	2.8	2	1.3	3	4.8	7	3.2
栃木県	10	2.3	2	1.3	2	3.2	6	2.8
群馬県	4	0.9	-	-	3	4.8	1	0.5
埼玉県	21	4.9	7	4.6	6	9.5	8	3.7
千葉県	35	8.1	11	7.2	2	3.2	22	10.2
東京都	81	18.8	24	15.8	9	14.3	48	22.2
神奈川県	45	10.4	3	2.0	10	15.9	32	14.8
新潟県	9	2.1	4	2.6	3	4.8	2	0.9
富山県	2	0.5	-	-	-	-	2	0.9
石川県	3	0.7	-	-	1	1.6	2	0.9



福井県	-	-	-	-	-	-	-	-	-
山梨県	11	2.6	2	1.3	-	-	9	4.2	-
長野県	6	1.4	5	3.3	1	1.6	-	-	-
岐阜県	8	1.9	5	3.3	-	-	3	1.4	-
静岡県	35	8.1	5	3.3	-	-	30	13.9	-
愛知県	9	2.1	4	2.6	1	1.6	4	1.9	-
三重県	3	0.7	1	0.7	-	-	2	0.9	-
滋賀県	5	1.2	5	3.3	-	-	-	-	-
京都府	12	2.8	1	0.7	-	-	11	5.1	-
大阪府	17	3.9	2	1.3	4	6.3	11	5.1	-
兵庫県	14	3.2	7	4.6	4	6.3	3	1.4	-
奈良県	9	2.1	7	4.6	-	-	2	0.9	-
和歌山県	-	-	-	-	-	-	-	-	-
鳥取県	1	0.2	1	0.7	-	-	-	-	-
島根県	-	-	-	-	-	-	-	-	-
岡山県	5	1.2	5	3.3	-	-	-	-	-
広島県	2	0.5	-	-	2	3.2	-	-	-
山口県	1	0.2	1	0.7	-	-	-	-	-
徳島県	-	-	-	-	-	-	-	-	-
香川県	2	0.5	1	0.7	1	1.6	-	-	-
愛媛県	4	0.9	4	2.6	-	-	-	-	-
高知県	2	0.5	1	0.7	1	1.6	-	-	-
福岡県	10	2.3	6	3.9	3	4.8	1	0.5	-
佐賀県	6	1.4	3	2.0	3	4.8	-	-	-
長崎県	1	0.2	-	-	-	-	1	0.5	-
熊本県	7	1.6	5	3.3	1	1.6	1	0.5	-
大分県	3	0.7	2	1.3	-	-	1	0.5	-
宮崎県	2	0.5	2	1.3	-	-	-	-	-
鹿児島県	1	0.2	1	0.7	-	-	-	-	-
沖縄県	4	0.9	1	0.7	-	-	3	1.4	-
無回答	3	0.7	3	2.0	-	-	-	-	-

質問3.「あなた」の性別

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
男性	125	29.0	49	32.2	16	25.4	60	27.8

女性	304	70.5	102	67.1	46	73.0	156	72.2
無回答	2	0.5	1	0.7	1	1.6	-	-

質問4.「当事者」の性別

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
男性	356	82.6	128	84.2	55	87.3	173	80.1
女性	72	16.7	23	15.1	7	11.1	42	19.4
無回答	3	0.7	1	0.7	1	1.6	1	0.5

質問5.「当事者」との関係

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
親	334	77.5	111	73.0	43	68.3	180	83.3
配偶者	22	5.1	11	7.2	6	9.5	5	2.3
子ども	33	7.7	10	6.6	7	11.1	16	7.4
兄弟姉妹	15	3.5	7	4.6	2	3.2	6	2.8
その他	20	4.6	9	5.9	4	6.3	7	3.2
無回答	7	1.6	4	2.6	1	1.6	2	0.9

質問6.「あなた」の同居家族 【複数回答】

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
同居家族なし	60	13.9	26	17.1	6	9.5	28	13.0
配偶者・パートナー	281	65.2	85	55.9	37	58.7	159	73.6
母親	57	13.2	24	15.8	11	17.5	22	10.2
父親	27	6.3	15	9.9	4	6.3	8	3.7
子ども	163	37.8	49	32.2	35	55.6	79	36.6
その他	45	10.4	20	13.2	6	9.5	19	8.8
無回答	8	1.9	4	2.6	1	1.6	3	1.4

質問7.「当事者」の現在の居住地は？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
同居中	78	18.1	19	12.5	25	39.7	34	15.7
別世帯の住居	79	18.3	5	3.3	11	17.5	63	29.2
刑務所	168	39.0	115	75.7	14	22.2	39	18.1
精神科病院	8	1.9	-	-	3	4.8	5	2.3

ダルク	61	14.2	3	2.0	3	4.8	55	25.5
保護観察所	-	-	-	-	-	-	-	-
その他	31	7.2	7	4.6	6	9.5	18	8.3
無回答	6	1.4	3	2.0	1	1.6	2	0.9

質問8.「当事者」が主に用いている(いた)薬物は何ですか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
覚醒剤	273	63.3	128	84.2	39	61.9	106	49.1
危険ドラッグ	37	8.6	5	3.3	3	4.8	29	13.4
大麻・マリファナ	23	5.3	7	4.6	3	4.8	13	6.0
シンナー	7	1.6	-	-	-	-	7	3.2
ガス	6	1.4	-	-	1	1.6	5	2.3
咳止め	6	1.4	-	-	1	1.6	5	2.3
精神安定剤・睡眠薬	20	4.6	-	-	6	9.5	14	6.5
鎮痛剤(痛み止め)	-	-	-	-	-	-	-	-
アルコール	7	1.6	-	-	1	1.6	6	2.8
ヘロイン	-	-	-	-	-	-	-	-
コカイン	-	-	-	-	-	-	-	-
LSDなどの幻覚剤	-	-	-	-	-	-	-	-
その他	1	0.2	-	-	1	1.6	-	-
無回答	51	11.8	12	7.9	8	12.7	31	14.4

質問9.「当事者」が一度でも用いたことがある(と思う)薬物は何ですか？【複数回答】

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
覚醒剤	322	74.7	137	90.1	45	71.4	140	64.8
危険ドラッグ	98	22.7	18	11.8	16	25.4	64	29.6
大麻・マリファナ	122	28.3	19	12.5	16	25.4	87	40.3
シンナー	114	26.5	37	24.3	16	25.4	61	28.2
ガス	37	8.6	3	2.0	5	7.9	29	13.4
咳止め	29	6.7	2	1.3	7	11.1	20	9.3
精神安定剤・睡眠薬	148	34.3	39	25.7	24	38.1	85	39.4
鎮痛剤(痛み止め)	63	14.6	19	12.5	11	17.4	33	15.3
アルコール	86	20.0	20	13.2	10	15.9	56	25.9
ヘロイン	5	1.2	-	-	-	-	5	2.3



コカイン	14	3.2	3	2.0	2	3.2	9	4.2
LSDなどの幻覚剤	27	6.3	3	2.0	2	3.2	22	10.2
その他	2	0.5	-	-	1	1.6	1	0.5
無回答	10	2.3	5	3.3	2	3.2	3	1.4

質問 10. 現在、「当事者」はどのように生活費を得ていますか？ 【複数回答】

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
家族の援助	137	31.8	29	19.1	24	38.1	84	38.9
自分の収入	122	28.3	21	13.8	21	33.3	80	37.0
生活保護	55	12.8	5	3.3	5	7.9	45	20.8
年金	12	2.8	2	1.3	2	3.2	8	3.7
刑務所	159	36.9	109	71.7	14	22.2	36	16.7
その他	17	3.9	3	2.0	5	7.9	9	4.2
無回答	8	1.9	3	2.0	1	1.6	4	1.9

質問 11. 「当事者」は司法機関との関わりがありますか？ 【複数回答】

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
逮捕	193	44.8	59	38.8	30	47.6	104	48.1
刑務所への服役	220	51.0	123	80.9	21	33.3	76	35.2
保護観察	108	25.1	36	23.7	20	31.7	52	24.1
刑務所や保護観察所での薬物乱用防止プログラムへの参加	41	9.5	20	13.2	5	7.9	16	7.4
なし	107	24.8	7	4.6	20	31.7	80	37.0
無回答	12	2.8	5	3.3	3	4.8	4	1.9

質問 12. 現在、「当事者」は以下の援助機関とつながっていますか？ 【複数回答】

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
医療機関	89	20.6	12	7.9	26	41.3	51	23.6
ダルク	116	26.9	15	9.9	6	9.5	95	44.0
NA など自助グループ	73	16.9	5	3.3	7	11.1	61	28.2
福祉事務所	25	5.8	1	0.7	5	7.9	19	8.8
その他	42	9.7	18	11.8	7	11.1	17	7.9
不明	106	24.6	57	37.5	10	15.9	39	18.1
無回答	99	23.0	48	31.6	17	27.0	34	15.7

質問 13. 現在、「当事者」は薬物を使用していると思いますか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
やめられている	163	37.8	40	26.3	23	36.5	100	46.3
時々使用	29	6.7	-	-	6	9.5	23	10.6
頻回に使用	12	2.8	-	-	4	6.3	8	3.7
使用できない状態（入院、服役など）	170	39.4	103	67.8	21	33.3	46	21.3
不明	44	10.2	2	1.3	6	9.5	36	16.7
無回答	13	3.0	7	4.6	3	4.8	3	1.4

質問 15. 「当事者」に薬物乱用や薬物依存の問題があると感じるようになったきっかけ【複数回答】

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
薬物やその道具や使用をみたため	172	39.9	41	27.0	23	36.5	108	50.0
薬物による精神症状をみたため	226	52.4	64	42.1	34	54.0	128	59.3
警察のお世話になるトラブルがあったため	208	48.3	90	59.2	28	44.4	90	41.7
医療機関や保健機関や市町村からの情報提供、広報などによる	22	5.1	1	0.7	5	7.9	16	7.4
ダルクやN A や家族会からの情報による	29	6.7	2	1.3	3	4.8	24	11.1
インターネットやテレビなどの情報による	22	5.1	1	0.7	4	6.3	17	7.9
学校で教えてもらった知識による	1	0.2	-	-	-	-	1	0.5
その他	49	11.4	14	9.2	12	19.0	23	10.6
無回答	22	5.1	10	6.6	2	3.2	10	4.6

質問 16. 「あなた」が、薬物問題のことで初めて相談に行かれたのはどこですか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
保健所・保健センター	32	7.4	7	4.6	-	-	25	11.6
精神保健福祉センター	67	15.5	12	7.9	16	25.4	39	18.1
精神科	68	15.8	13	8.6	17	27.0	38	17.6
ダルク	49	11.4	5	3.3	5	7.9	39	18.1
家族会や支援団体	35	8.1	7	4.6	5	7.9	23	10.6
警察	50	11.6	25	16.4	7	11.1	18	8.3
弁護士	16	3.7	11	7.2	2	3.2	3	1.4
保護観察所	17	3.9	13	8.6	1	1.6	3	1.4
保護司	14	3.2	11	7.2	1	1.6	2	0.9
その他	24	5.6	16	10.5	3	4.8	5	2.3
無回答	59	13.7	32	21.1	6	9.5	21	9.7

質問 18. 相談機関の対応は満足の得られるものでしたか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
とても満足	90	20.9	24	15.8	15	23.8	51	23.6
やや満足	136	31.6	47	30.9	22	34.9	67	31.0
やや不満	92	21.3	26	17.1	16	25.4	50	23.1
とても不満	66	15.3	17	11.2	6	9.5	43	19.9
無回答	47	10.9	38	25.0	4	6.3	5	2.3
加重平均値	2.35		2.32		2.22		2.40	
標準偏差	1.02		0.97		0.95		1.07	

質問 19. 相談機関の対応はどのようなものでしたか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
親身に相談に乗ってくれて、対応や治療について具体的に教えてくれた	168	39.0	49	32.2	24	38.1	95	44.0
話はある程度きいてくれたが、具体的な対応や治療はあまり教えてくれなかった	166	38.5	40	26.3	28	44.4	98	45.4
少ししか話をきいてくれなかった	29	6.7	13	8.6	4	6.3	12	5.6
まったく話をきいてくれず、追い返された	4	0.9	2	1.3	-	-	2	0.9
無回答	64	14.8	48	31.6	7	11.1	9	4.2

質問 20. 相談経験：1. 保健所・保健センター

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
なし	225	52.2	88	57.9	31	49.2	106	49.1
あり	80	18.6	11	7.2	8	12.7	61	28.2
無回答	126	29.2	53	34.9	24	38.1	49	22.7

質問 20. 相談経験：2. 精神保健福祉センター

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
なし	173	40.1	78	51.3	14	22.2	81	37.5
あり	151	35.0	23	15.1	34	54.0	94	43.5
無回答	107	24.8	51	33.6	15	23.8	41	19.0

質問 20. 相談経験：3. 精神科

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100



		.0		.0		.0		.0
なし	142	32.9	69	45.4	12	19.0	61	28.2
あり	189	43.9	33	21.7	37	58.7	119	55.1
無回答	100	23.2	50	32.9	14	22.2	36	16.7

質問 20. 相談経験：4. 薬物依存の家族会

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	96	22.3	65	42.8	11	17.5	20	9.3
あり	252	58.5	37	24.3	35	55.6	180	83.3
無回答	83	19.3	50	32.9	17	27.0	16	7.4

質問 20. 相談経験：5. 当事者の自助グループ（ダルク、NAなど）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	125	29.0	74	48.7	11	17.5	40	18.5
あり	208	48.3	30	19.7	35	55.6	143	66.2
無回答	98	22.7	48	31.6	17	27.0	33	15.3

質問 20. 相談経験：6. 民間の相談機関

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	242	56.1	94	61.8	32	50.8	116	53.7
あり	56	13.0	5	3.3	5	7.9	46	21.3
無回答	133	30.9	53	34.9	26	41.3	54	25.0

質問 20. 相談経験：7. 警察

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	180	41.8	73	48.0	25	39.7	82	38.0
あり	138	32.0	34	22.4	15	23.8	89	41.2
無回答	113	26.2	45	29.6	23	36.5	45	20.8

質問 20. 相談経験：8. 保護司・保護監察官

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	217	50.3	60	39.5	29	46.0	128	59.3

あり	94	21.8	56	36.8	12	19.0	26	12.0
無回答	120	27.8	36	23.7	22	34.9	62	28.7

質問 20. 相談経験：9. 行政の市民相談

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
なし	256	59.4	90	59.2	35	55.6	131	60.6
あり	39	9.0	6	3.9	6	9.5	27	12.5
無回答	136	31.6	56	36.8	22	34.9	58	26.9

質問 20. 相談経験：10. 更生施設

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	50	100.0	-	-	48	100.0	2	100.0
なし	29	58.0	-	-	27	56.3	2	100.0
あり	3	6.0	-	-	3	6.3	-	-
無回答	18	36.0	-	-	18	37.5	-	-

質問 20. 役立ちましたか：1. 保健所・保健センター

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	80	100.0	11	100.0	8	100.0	61	100.0
役立った	10	12.5	2	18.2	-	-	8	13.1
少し役立った	23	28.8	4	36.4	3	37.5	16	26.2
あまり役立たなかった	25	31.3	4	36.4	3	37.5	18	29.5
役立たなかった	21	26.3	1	9.1	2	25.0	18	29.5
無回答	1	1.3	-	-	-	-	1	1.6
加重平均値	2.7		2.3		2.8		2.7	
標準偏差	2.0		0.9		0.8		1.0	

質問 20. 役立ちましたか：2. 精神保健福祉センター

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	151	100.0	23	100.0	34	100.0	94	100.0
役立った	56	37.1	13	56.5	10	29.4	33	35.1
少し役立った	64	42.7	8	34.8	17	50.0	39	41.5
あまり役立たなかった	19	12.6	2	8.7	5	14.7	12	12.8
役立たなかった	11	7.3	-	-	1	2.9	10	10.6
無回答	1	0.7	-	-	1	2.9	-	-

加重平均値	1.9 0	1.5 2	1.9 1	1.9 9
標準偏差	0.8 9	0.6 7	0.7 7	0.9 6

質問 20. 役立ちましたか：3. 精神科

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	189	100	33	100	37	100	119	100
		.0		.0		.0		.0
役立った	41	21.7	8	24.2	11	29.7	22	18.5
少し役立った	47	24.9	5	15.2	8	21.6	34	28.6
あまり役立たなかった	53	28.0	10	30.3	10	27.0	33	27.7
役立たなかった	42	22.2	9	27.3	6	16.2	27	22.7
		2		3		2		7
無回答	6	3.2	1	3.0	2	5.4	3	2.5
加重平均値	2.5 2		2.6 3		2.3 1		2.5 6	
標準偏差	1.0 8		1.1 6		1.1 1		1.0 5	

質問 20. 役立ちましたか：4. 薬物依存の家族会や医療スタッフ

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	252	100	37	100	35	100	180	100
		.0		.0		.0		.0
役立った	183	72.6	19	51.4	15	42.9	149	82.8
少し役立った	57	22.6	16	43.2	16	45.7	25	13.9
あまり役立たなかった	6	2.4	1	2.7	2	5.7	3	1.7
役立たなかった	3	1.2	1	2.7	-	-	2	1.1
無回答	3	1.2	-	-	2	5.7	1	0.6
加重平均値	1.3 1		1.5 7		1.6 1		1.2 1	
標準偏差	0.5 8		0.6 9		0.6 1		0.5 2	

質問 20. 役立ちましたか：5. 当事者の自助グループ（ダルク、NAなど）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	208	100	30	100	35	100	143	100
		.0		.0		.0		.0
役立った	142	68.3	15	50.0	17	48.6	110	76.9
少し役立った	42	20.2	11	36.7	12	34.3	19	13.3
あまり役立たなかった	16	7.7	4	13.3	3	8.6	9	6.3
役立たなかった	4	1.9	-	-	1	2.9	3	2.1
無回答	4	1.9	-	-	2	5.7	2	1.4
加重平均値	1.4 2		1.6 3		1.6 4		1.3 3	
標準偏差	0.7 2		0.7 2		0.7 8		0.6 9	

質問 20. 役立ちましたか：6. 民間の相談機関

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	56	100.0	5	100.0	5	100.0	46	100.0
役立った	21	37.5	2	40.0	3	60.0	16	34.8
少し役立った	13	23.2	1	20.0	-	-	12	26.1
あまり役立たなかった	10	17.9	-	-	1	20.0	9	19.6
役立たなかった	10	17.9	1	20.0	-	-	9	19.6
無回答	2	3.6	1	20.0	1	20.0	-	-
加重平均値	2.17		2.00		1.50		2.24	
標準偏差	1.15		1.41		1.00		1.14	

質問 20. 役立ちましたか：7. 警察

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	138	100.0	34	100.0	15	100.0	89	100.0
役立った	10	7.2	3	8.8	-	-	7	7.9
少し役立った	30	21.7	8	23.5	2	13.3	20	22.5
あまり役立たなかった	46	33.3	8	23.5	9	60.0	29	32.6
役立たなかった	46	33.3	11	32.4	3	20.0	32	36.0
無回答	6	4.3	4	11.8	1	6.7	1	1.1
加重平均値	2.97		2.90		3.07		2.98	
標準偏差	0.94		1.03		0.62		0.96	

質問 20. 役立ちましたか：8. 保護司・保護監察官

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	94	100.0	56	100.0	12	100.0	26	100.0
役立った	25	26.6	21	37.5	2	16.7	2	7.7
少し役立った	28	29.8	16	28.6	6	50.0	6	23.1
あまり役立たなかった	20	21.3	12	21.4	-	-	8	30.8
役立たなかった	14	14.9	2	3.6	3	25.0	9	34.6
無回答	7	7.4	5	8.9	1	8.3	1	3.8
加重平均値	2.26		1.90		2.30		2.96	
標準偏差	1.05		0.90		1.10		0.98	

質問 20. 役立ちましたか：9. 行政の市民相談

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	39	100.0	6	100.0	6	100.0	27	100.0



役立った	7	17.9	2	33.3	3	50.0	2	7.4
少し役立った	6	15.4	2	33.3	-	-	4	14.8
あまり役立たなかった	13	33.3	1	16.7	2	33.3	10	37.0
役立たなかった	11	28.2	-	-	-	-	11	40.7
無回答	2	5.1	1	16.7	1	16.7	-	-
加重平均値	2.7		1.8		1.8		3.1	
標準偏差	1.0		0.8		1.1		0.9	
	9		4		0		3	

質問 20. 役立ちましたか：10. 更生施設

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	3	100.0	-	-	3	100.0	-	-
役立った	2	66.7	-	-	2	66.7	-	-
少し役立った	-	-	-	-	-	-	-	-
あまり役立たなかった	1	33.3	-	-	1	33.3	-	-
役立たなかった	-	-	-	-	-	-	-	-
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-
加重平均値	1.6		-	-	1.6		-	-
標準偏差	1.1		-	-	1.1		-	-
	5		-	-	5		-	-

質問 21. 「当事者」を医療機関や相談機関につなげられましたか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
「当事者」は医療機関や相談機関に一度も行ってない	127	29.5	75	49.3	14	22.2	38	17.6
「当事者」は医療機関や相談機関に行ったことはあるが、継続して利用したことはない	85	19.7	29	19.1	13	20.6	43	19.9
「当事者」は医療機関や相談機関をある程度継続したが、安定しては続いていない	78	18.1	19	12.5	11	17.4	48	22.2
「当事者」は医療機関や相談機関を継続的に利用できている	107	24.8	8	5.3	19	30.2	80	37.0
無回答	34	7.9	21	13.8	6	9.5	7	3.2

質問 22. 「当事者」の薬物に関する考えや行動について、もっともあてはまると思われる項目

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
薬物使用を止める（減らす）必要はないと思っている	21	4.9	4	2.6	3	4.8	14	6.5
薬物使用を止める（減らす）必要は感じているが、それを実行する気はない	35	8.1	6	3.9	6	9.5	23	10.6
薬物使用を止める（減らす）必要を感じ、その計画もあるが、実行できていない	88	20.4	45	29.6	15	23.8	28	13.0
薬物使用を止める（減らす）ための努力を実際に行っているが短期しか（半年未満）続かない	59	13.7	23	15.1	14	22.2	22	10.2
薬物使用を止める（減らす）ための努力を長期的に（半年以上）続けている	190	44.1	50	32.9	21	33.3	119	55.4

無回答	38	8.8	24	15.8	4	6.3	10	4.6
-----	----	-----	----	------	---	-----	----	-----

質問 23. 「あなた」が薬物問題の医療機関や相談機関に継続してつながるようになってどのくらいですか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1か月未満	45	10.4	25	16.4	13	20.6	7	3.2
3か月未満	28	6.5	7	4.6	12	19.0	9	4.2
6か月未満	28	6.5	8	5.3	10	15.9	10	4.6
1年未満	35	8.1	20	13.2	3	4.8	12	5.6
1年以上	236	54.8	47	30.9	21	33.3	168	77.8
無回答	59	13.7	45	29.6	4	6.3	10	4.6

質問 24. 「あなた」は、薬物問題について相談することが難しいと感じた経験はありましたか？

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
いつも感じていた	221	51.3	79	52.0	31	49.2	111	51.4
時々感じていた	91	21.1	27	17.8	10	15.9	54	25.0
あまり感じなかった	24	5.6	5	3.3	10	15.9	9	4.2
感じたことはなかった	57	13.2	16	10.5	8	12.7	33	15.3
無回答	38	8.8	25	16.4	4	6.3	9	4.2

質問 25. 薬物問題を相談するのが難しいと感じた原因は何ですか？【複数回答】

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	336	100.0	111	100.0	51	100.0	174	100.0
薬物依存症やその治療についての情報が不足しているため	193	57.4	52	46.8	34	66.7	107	61.5
薬物依存症の相談・治療の機関が不足しているため	170	50.6	40	36.0	24	47.1	106	60.9
相談すると、通報や逮捕が心配であるため	85	25.3	26	23.4	13	25.5	46	26.4
身内に薬物使用者を抱えていることによる後ろめたさや世間の偏見を感じるため	194	57.7	52	46.8	31	60.8	111	63.8
相談や治療にかかる費用（相談費用・交通費など）を出すのが難しいため	50	14.9	18	16.2	5	9.8	27	15.5
家族自身が疲れきってしまい、相談をしようという気持ちになれないため	51	15.2	13	11.7	9	17.6	29	16.7
その他	19	5.7	9	8.1	4	7.8	6	3.4
無回答	18	5.4	9	8.1	3	5.9	6	3.4

質問 26. 利用状況：1. 家族グループや家族教室（精神保健福祉センター・保健所などの公的機関）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在参加	78	18.1	25	16.4	19	30.2	34	15.7

		1		4		2		7
以前の参加のみ	58	13.5	11	7.2	7	11.1	40	18.5
参加なし	101	23.4	48	31.6	15	23.8	38	17.6
無回答	194	45.0	68	44.7	22	34.9	104	48.1

質問 26. 利用状況：2. 家族グループ<sup>®</sup> や家族教室（医療機関・カウンセリング 機関）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在参加	52	12.1	4	2.6	15	23.8	33	15.3
以前の参加のみ	48	11.1	8	5.3	3	4.8	37	17.1
参加なし	113	26.2	55	36.2	15	23.8	43	19.9
無回答	218	50.6	85	55.9	30	47.6	103	47.7

質問 26. 利用状況：3. ダルクの家族会・フォーラム

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在参加	174	40.4	14	9.2	8	12.7	152	70.4
以前の参加のみ	26	6.0	8	5.3	10	15.9	8	3.7
参加なし	79	18.3	51	33.6	15	23.8	13	6.0
無回答	152	35.3	79	52.0	30	47.6	43	19.9

質問 26. 利用状況：4. 自助グループ（ナラノン、アラノンなど）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在参加	63	14.6	9	5.9	10	15.9	44	20.4
以前の参加のみ	33	7.7	2	1.3	3	4.8	28	13.0
参加なし	113	26.2	54	35.5	17	27.0	42	19.4
無回答	222	51.5	87	57.2	33	52.4	102	47.2

質問 26. 利用状況：5. 家族グループ<sup>®</sup> や家族教室（刑事司法機関で行うもの）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	381	100.0	152	100.0	15	100.0	214	100.0
現在参加	32	8.4	20	13.2	2	13.3	10	4.7
以前の参加のみ	18	4.7	7	4.6	-	-	11	5.1
参加なし	128	33.6	47	30.9	3	20.0	78	36.4
無回答	204	53.5	79	52.0	10	66.7	115	53.7

質問 27. 幸福感 : 1. 家事や身の回りのこと

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸 (不満足)	22	5.1	5	3.3	7	11.1	10	4.6
2	14	3.2	6	3.9	4	6.3	4	1.9
3	22	5.1	10	6.6	4	6.3	8	3.7
4	15	3.5	3	2.0	4	6.3	8	3.7
5	45	10.4	14	9.2	11	17.4	20	9.3
6	59	13.7	19	12.5	8	12.7	32	14.8
7	32	7.4	10	6.6	2	3.2	20	9.3
8	72	16.7	9	5.9	10	15.9	53	24.5
9	38	8.8	12	7.9	1	1.6	25	11.6
10 完全に幸福 (満足)	30	7.0	11	7.2	2	3.2	17	7.9
無回答	82	19.0	53	34.9	10	15.9	19	8.8
平均値	6.30		6.09		5.08		6.73	
標準偏差	2.51		2.61		2.56		2.33	

質問 27. 幸福感 : 2. 仕事や学業

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸 (不満足)	35	8.1	13	8.6	8	12.7	14	6.5
2	14	3.2	4	2.6	5	7.9	5	2.3
3	31	7.2	8	5.3	5	7.9	18	8.3
4	15	3.5	3	2.0	5	7.9	7	3.2
5	44	10.2	16	10.5	8	12.7	20	9.3
6	45	10.4	18	11.8	6	9.5	21	9.7
7	37	8.6	12	7.9	3	4.8	22	10.2
8	61	14.2	11	7.2	4	6.3	46	21.3
9	33	7.7	6	3.9	5	7.9	22	10.2
10 完全に幸福 (満足)	25	5.8	8	5.3	1	1.6	16	7.4
無回答	91	21.1	53	34.9	13	20.6	25	11.6
平均値	5.88		5.57		4.74		6.35	
標準偏差	2.69		2.69		2.69		2.59	

質問 27. 幸福感 : 3. 社会的な活動

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0



1 完全に不幸（不満足）	39	9.0	12	7.9	10	15.9	17	7.9
2	14	3.2	6	3.9	2	3.2	6	2.8
3	38	8.8	11	7.2	7	11.1	20	9.3
4	19	4.4	4	2.6	3	4.8	12	5.6
5	65	15.1	25	16.4	9	14.3	31	14.4
6	38	8.8	10	6.6	6	9.5	22	10.2
7	33	7.7	8	5.3	1	1.6	24	11.1
8	37	8.6	8	5.3	2	3.2	27	12.5
9	27	6.3	4	2.6	4	6.3	19	8.8
10 完全に幸福（満足）	25	5.8	7	4.6	1	1.6	17	7.9
無回答	96	22.3	57	37.5	18	28.6	21	9.7
平均値	5.46		5.09		4.38		5.89	
標準偏差	2.69		2.62		2.65		2.64	

質問 27. 幸福感：4. お金、経済状態

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	46	10.7	17	11.2	11	17.5	18	8.3
2	26	6.0	13	8.6	5	7.9	8	3.7
3	33	7.7	7	4.6	7	11.1	19	8.8
4	22	5.1	7	4.6	2	3.2	13	6.0
5	53	12.3	17	11.2	8	12.7	28	13.0
6	48	11.1	11	7.2	6	9.5	31	14.4
7	38	8.8	11	7.2	5	7.9	22	10.2
8	49	11.4	14	9.2	6	9.5	29	13.4
9	27	6.3	3	2.0	-	-	24	11.1
10 完全に幸福（満足）	17	3.9	6	3.9	4	6.3	7	3.2
無回答	72	16.7	46	30.3	9	14.3	17	7.9
平均値	5.32		4.90		4.61		5.73	
標準偏差	2.69		2.76		2.82		2.54	

質問 27. 幸福感：5. コミュニケーション、人づきあい

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	14	3.2	3	2.0	4	6.3	7	3.2
2	23	5.3	10	6.6	5	7.9	8	3.7
3	20	4.6	4	2.6	7	11.1	9	4.2
4	25	5.8	6	3.9	5	7.9	14	6.5

5	54	12.5	22	14.5	10	15.9	22	10.2
6	56	13.0	16	10.5	8	12.7	32	14.8
7	34	7.9	7	4.6	3	4.8	24	11.1
8	53	12.3	12	7.9	5	7.9	36	16.7
9	52	12.1	9	5.9	4	6.3	39	18.1
10 完全に幸福（満足）	17	3.9	11	7.2	-	-	6	2.8
無回答	83	19.3	52	34.2	12	19.0	19	8.8
平均値	6.1		6.0		4.9		6.4	
標準偏差	1.1		1.1		0.3		0.7	
	2.4		2.5		2.3		2.3	
	2		2		3		0	

質問 27. 幸福感：6. あなたの感情（気持ち）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	28	6.5	9	5.9	11	17.5	8	3.7
2	14	3.2	7	4.6	1	1.6	6	2.8
3	43	10.0	15	9.9	13	20.6	15	6.9
4	23	5.3	8	5.3	3	4.8	12	5.6
5	58	13.5	15	9.9	12	19.0	31	14.4
6	46	10.7	14	9.2	6	9.5	26	12.0
7	33	7.7	11	7.2	2	3.2	20	9.3
8	58	13.5	11	7.2	2	3.2	45	20.8
9	41	9.5	9	5.9	3	4.8	29	13.4
10 完全に幸福（満足）	13	3.0	5	3.3	2	3.2	6	2.8
無回答	74	17.2	48	31.6	8	12.7	18	8.3
平均値	5.7		5.3		4.3		6.2	
標準偏差	1.1		1.4		1.1		0.9	
	2.5		2.5		2.5		2.3	
	3		9		2		1	

質問 27. 幸福感：7. 周りからの感情的な支援

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	26	6.0	8	5.3	6	9.5	12	5.6
2	13	3.0	4	2.6	3	4.8	6	2.8
3	16	3.7	6	3.9	4	6.3	6	2.8
4	20	4.6	4	2.6	6	9.5	10	4.6
5	65	15.1	26	17.1	11	17.5	28	13.0
6	55	12.8	16	10.5	5	7.9	34	15.7
7	39	9.0	14	9.2	3	4.8	22	10.2

8	52	12.1	7	4.6	7	11.1	38	17.6
9	35	8.1	8	5.3	3	4.8	24	11.1
10 完全に幸福（満足）	23	5.3	6	3.9	4	6.3	13	6.0
無回答	87	20.2	53	34.9	11	17.5	23	10.6
平均値	6.0		5.6		5.3		6.3	
標準偏差	1.1		0.8		0.3		0.7	
	2.4		2.3		2.6		2.3	
	6		9		8		8	

質問 27. 幸福感：8. 自分の時間が持てること

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	14	3.2	5	3.3	4	6.3	5	2.3
2	10	2.3	6	3.9	3	4.8	1	0.5
3	16	3.7	6	3.9	7	11.1	3	1.4
4	21	4.9	5	3.3	5	7.9	11	5.1
5	57	13.2	20	13.2	8	12.7	29	13.4
6	39	9.0	9	5.9	7	11.1	23	10.6
7	41	9.5	12	7.9	5	7.9	24	11.1
8	56	13.0	10	6.6	6	9.5	40	18.5
9	50	11.6	15	9.9	6	9.5	29	13.4
10 完全に幸福（満足）	53	12.3	14	9.2	2	3.2	37	17.1
無回答	74	17.2	50	32.9	10	15.9	14	6.5
平均値	6.7		6.3		5.4		7.2	
標準偏差	2.4		2.6		2.5		2.2	
	7		6		5		0	

質問 27. 幸福感：9. 娯楽や活動

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	18	4.2	6	3.9	5	7.9	7	3.2
2	16	3.7	7	4.6	4	6.3	5	2.3
3	23	5.3	9	5.9	5	7.9	9	4.2
4	22	5.1	7	4.6	2	3.2	13	6.0
5	53	12.3	20	13.2	12	19.0	21	9.7
6	41	9.5	7	4.6	6	9.5	28	13.0
7	37	8.6	8	5.3	6	9.5	23	10.6
8	51	11.8	14	9.2	4	6.3	33	15.3
9	49	11.4	12	7.9	5	7.9	32	14.8
10 完全に幸福（満足）	40	9.3	9	5.9	1	1.6	30	13.9

無回答	81	18.8	53	34.9	13	20.6	15	6.9
平均値	6.3		5.8		5.2		6.8	
標準偏差	2.5		2.6		2.5		2.4	
	8		8		0		3	

質問 27. 幸福感：10. あなた自身のからだの健康

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	23	5.3	11	7.2	3	4.8	9	4.2
2	13	3.0	7	4.6	1	1.6	5	2.3
3	30	7.0	9	5.9	8	12.7	13	6.0
4	23	5.3	4	2.6	4	6.3	15	6.9
5	53	12.3	24	15.8	10	15.9	19	8.8
6	50	11.6	13	8.6	7	11.1	30	13.9
7	38	8.8	10	6.6	7	11.1	21	9.7
8	56	13.0	8	5.3	7	11.1	41	19.0
9	46	10.7	9	5.9	5	7.9	32	14.8
10 完全に幸福（満足）	26	6.0	9	5.9	2	3.2	15	6.9
無回答	73	16.9	48	31.6	9	14.3	16	7.4
平均値	6.1		5.4		5.6		6.5	
標準偏差	2.5		2.6		2.3		2.4	
	3		9		6		1	

質問 27. 幸福感：11. 家族関係

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
1 完全に不幸（不満足）	26	6.0	8	5.3	9	14.3	9	4.2
2	12	2.8	4	2.6	3	4.8	5	2.3
3	21	4.9	4	2.6	7	11.1	10	4.6
4	25	5.8	7	4.6	5	7.9	13	6.0
5	51	11.8	16	10.5	9	14.3	26	12.0
6	37	8.6	10	6.6	4	6.3	23	10.6
7	35	8.1	6	3.9	6	9.5	23	10.6
8	54	12.5	14	9.2	6	9.5	34	15.7
9	60	13.9	17	11.2	4	6.3	39	18.1
10 完全に幸福（満足）	36	8.4	16	10.5	1	1.6	19	8.8
無回答	74	17.2	50	32.9	9	14.3	15	6.9
平均値	6.3		6.5		4.8		6.6	
標準偏差	2.6		2.8		2.6		2.4	



5 0 5 4

質問 27. 幸福感：12. 全体的な幸福感

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
1 完全に不幸（不満足）	25	5.8	8	5.3	8	12.7	9	4.2
2	14	3.2	4	2.6	5	7.9	5	2.3
3	25	5.8	8	5.3	5	7.9	12	5.6
4	25	5.8	5	3.3	9	14.3	11	5.1
5	58	13.5	21	13.8	8	12.7	29	13.4
6	47	10.9	17	11.2	6	9.5	24	11.1
7	42	9.7	9	5.9	6	9.5	27	12.5
8	60	13.9	14	9.2	4	6.3	42	19.4
9	46	10.7	12	7.9	3	4.8	31	14.4
10 完全に幸福（満足）	22	5.1	8	5.3	1	1.6	13	6.0
無回答	67	15.5	46	30.3	8	12.7	13	6.0
平均値	6.07		5.94		4.65		6.51	
標準偏差	2.51		2.54		2.49		2.35	

質問 27. 問題、対応：1. 問題となる薬物やそれが身体や心にもたらす悪影響について知っている。

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	278	64.5	90	59.2	34	54.0	154	71.3
ややあてはまる	88	20.4	26	17.1	18	28.6	44	20.4
あまりあてはまらない	12	2.8	4	2.6	2	3.2	6	2.8
あてはまらない	9	2.1	5	3.3	2	3.2	2	0.9
無回答	44	10.2	27	17.8	7	11.1	10	4.6
加重平均値	1.36		1.39		1.50		1.30	
標準偏差	0.66		0.74		0.74		0.57	

質問 27. 問題、対応：2. 薬物依存症とはどういうものかわかっている

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	249	57.8	71	46.7	30	47.6	148	68.5
ややあてはまる	114	26.5	43	28.3	21	33.3	50	23.1
あまりあてはまらない	15	3.5	8	5.3	4	6.3	3	1.4
あてはまらない	6	1.4	3	2.0	1	1.6	2	0.9
無回答	47	10.9	27	17.8	7	11.1	13	6.0

加重平均値	1.4	1.5	1.5	1.3
	2	4	7	1
標準偏差	0.6	0.7	0.7	0.5
	5	2	1	5

質問 27. 問題、対応：3. 薬物依存症の相談や治療を助けてくれる機関・団体について知っている

	度 数	%	度 数	%	度 数	%	度 数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	204	47.	49	32.	28	44.	127	58.
		3		2		4		8
ややあてはまる	113	26.	36	23.	16	25.	61	28.
		2		7		4		2
あまりあてはまらない	50	11.	26	17.	11	17.	13	6.0
		6		1		5		
あてはまらない	18	4.2	13	8.6	2	3.2	3	1.4
無回答	46	10.	28	18.	6	9.5	12	5.6
		7		4				
加重平均値	1.6		2.0		1.7		1.4	
	9		2		7		7	
標準偏差	0.8		1.0		0.8		0.6	
	7		2		9		8	

質問 27. 問題、対応：4. 薬物をやめられないのは本人の性格や意志の問題ではないと知っている

	度 数	%	度 数	%	度 数	%	度 数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	236	54.	58	38.	24	38.	154	71.
		8		2		1		3
ややあてはまる	115	26.	49	32.	23	36.	43	19.
		7		2		5		9
あまりあてはまらない	26	6.0	17	11.	7	11.	2	0.9
				2		1		
あてはまらない	13	3.0	5	3.3	4	6.3	4	1.9
無回答	41	9.5	23	15.	5	7.9	13	6.0
				1				
加重平均値	1.5		1.7		1.8		1.2	
	3		6		4		9	
標準偏差	0.7		0.8		0.8		0.5	
	6		3		9		9	

質問 27. 問題、対応：5. 薬物をやめられないのは病気のせいだということが理解できている

	度 数	%	度 数	%	度 数	%	度 数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	238	55.	60	39.	28	44.	150	69.
		2		5		4		4
ややあてはまる	103	23.	34	22.	19	30.	50	23.
		9		4		2		1
あまりあてはまらない	28	6.5	20	13.	6	9.5	2	0.9
				2				
あてはまらない	19	4.4	12	7.9	4	6.3	3	1.4
無回答	43	10.	26	17.	6	9.5	11	5.1
		0		1				
加重平均値	1.5		1.8		1.7		1.3	
	6		7		5		1	
標準偏差	0.8		1.0		0.9		0.5	
	3		0		1		7	

質問 27. 問題、対応：6. 「当事者」と薬物問題の治療・相談について話し合うことができる

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
あてはまる	138	32.	52	34.	19	30.	67	31.
ややあてはまる	123	28.	41	27.	20	31.	62	28.
あまりあてはまらない	64	14.	21	13.	10	15.	33	15.
あてはまらない	58	13.	11	7.2	9	14.	38	17.
無回答	48	11.	27	17.	5	7.9	16	7.4
加重平均値	2.1		1.9		2.1		2.2	
標準偏差	1.0		0.9		1.0		1.1	
	6		7		6		1	

質問 27.問題、対応：7.「当事者」の薬物問題への過保護・過干渉な対応はよくないことを知っている

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
あてはまる	255	59.	68	44.	32	50.	155	71.
ややあてはまる	99	23.	33	21.	20	31.	46	21.
あまりあてはまらない	21	4.9	14	9.2	4	6.3	3	1.4
あてはまらない	10	2.3	6	3.9	3	4.8	1	0.5
無回答	46	10.	31	20.	4	6.3	11	5.1
加重平均値	1.4		1.6		1.6		1.2	
標準偏差	0.7		0.8		0.8		0.5	
	2		7		3		1	

質問 27.問題、対応：8.薬物問題の相談・医療機関にアドバイスをもらうことができている

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
あてはまる	184	42.	36	23.	29	46.	119	55.
ややあてはまる	90	20.	23	15.	19	30.	48	22.
あまりあてはまらない	67	15.	41	27.	6	9.5	20	9.3
あてはまらない	40	9.3	21	13.	3	4.8	16	7.4
無回答	50	11.	31	20.	6	9.5	13	6.0
加重平均値	1.9		2.3		1.7		1.6	
標準偏差	1.0		1.0		0.8		0.9	
	4		9		7		5	

質問 27.問題、対応：9.薬物依存症の自助グループ（NA）や自助活動に基づくリハビリ施設（ダルクなど）について知っている

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
あてはまる	260	60.	59	38.	36	57.	165	76.
	3		8		1		4	

ややあてはまる	87	20.2	36	23.7	17	27.0	34	15.7
あまりあてはまらない	22	5.1	14	9.2	5	7.9	3	1.4
あてはまらない	16	3.7	14	9.2	-	-	2	0.9
無回答	46	10.7	29	19.1	5	7.9	12	5.6
加重平均値	1.46		1.86		1.47		1.23	
標準偏差	0.78		1.02		0.65		0.51	

質問 27. 問題、対応：10. 「当事者」が治療を受けることを手助けできる

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	218	50.6	63	41.4	34	54.0	121	56.0
ややあてはまる	109	25.3	41	27.0	18	28.6	50	23.1
あまりあてはまらない	38	8.8	14	9.2	3	4.8	21	9.7
あてはまらない	23	5.3	7	4.6	4	6.3	12	5.6
無回答	43	10.0	27	17.8	4	6.3	12	5.6
加重平均値	1.65		1.72		1.61		1.63	
標準偏差	0.88		0.88		0.87		0.89	

質問 27. 問題、対応：11. 今後の薬物問題の改善に希望を持っている

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	212	49.2	76	50.0	30	47.6	106	49.1
ややあてはまる	112	26.0	30	19.7	15	23.8	67	31.0
あまりあてはまらない	49	11.4	14	9.2	9	14.3	26	12.0
あてはまらない	16	3.7	6	3.9	3	4.8	7	3.2
無回答	42	9.7	26	17.1	6	9.5	10	4.6
加重平均値	1.66		1.60		1.74		1.68	
標準偏差	0.85		0.87		0.92		0.82	

質問 27. コミュニケーションについて：1. 「当事者」の問題に巻き込まれてしまう

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
あてはまる	88	20.4	29	19.1	22	34.9	37	17.1
ややあてはまる	148	34.3	45	29.6	18	28.6	85	39.4
あまりあてはまらない	81	18.8	19	12.5	10	15.9	52	24.1
あてはまらない	68	15.8	32	21.1	6	9.5	30	13.9
無回答	46	10.7	27	17.7	7	11.1	12	5.6



	7	8	1	
加重平均値	2.3	2.4	2.0	2.3
	4	3	0	7
標準偏差	1.0	1.1	1.0	0.9
	2	1	1	5

質問 27. コミュニケーションについて：2. 「当事者」の無理な要求をきちっと断れる

	度 数	%	度 数	%	度 数	%	度 数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	147	34.	53	34.	20	31.	74	34.
		1		9		7		3
ややあてはまる	134	31.	41	27.	19	30.	74	34.
		1		0		2		3
あまりあてはまらない	76	17.	21	13.	15	23.	40	18.
		6		8		8		5
あてはまらない	29	6.7	11	7.2	2	3.2	16	7.4
無回答	45	10.	26	17.	7	11.	12	5.6
		4		1		1		
加重平均値	1.9		1.9		1.9		1.9	
	7		2		8		9	
標準偏差	0.9		0.9		0.8		0.9	
	4		7		8		4	

質問 27. コミュニケーションについて：3. 「当事者」に世話をやきすぎてしまう

	度 数	%	度 数	%	度 数	%	度 数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	72	16.	29	19.	9	14.	34	15.
		7		1		3		7
ややあてはまる	139	32.	53	34.	23	36.	63	29.
		3		9		5		2
あまりあてはまらない	111	25.	33	21.	21	33.	57	26.
		8		7		3		4
あてはまらない	66	15.	11	7.2	4	6.3	51	23.
		3						6
無回答	43	10.	26	17.	6	9.5	11	5.1
		0		1				
加重平均値	2.4		2.2		2.3		2.6	
	4		1		5		1	
標準偏差	0.9		0.9		0.8		1.0	
	8		0		3		4	

質問 27. コミュニケーションについて：4. 「当事者」を責めてばかりになってしまう

	度 数	%	度 数	%	度 数	%	度 数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	40	9.3	17	11.	8	12.	15	6.9
				2		7		
ややあてはまる	91	21.	38	25.	16	25.	37	17.
		1		0		4		1
あまりあてはまらない	134	31.	40	26.	19	30.	75	34.
		1		3		2		7
あてはまらない	120	27.	30	19.	13	20.	77	35.
		8		7		6		6
無回答	46	10.	27	17.	7	11.	12	5.6
		7		8		1		
加重平均値	2.8		2.6		2.6		3.0	
	7		6		6		5	
標準偏差	0.9		0.9		1.0		0.9	
	7		9		0		2	

質問 27. コミュニケーションについて : 5. 「当事者」におびえてしまう

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	53	12.	13	8.6	13	20.	27	12.
		3				6		5
ややあてはまる	79	18.	23	15.	7	11.	49	22.
		3		1		1		7
あまりあてはまらない	96	22.	31	20.	17	27.	48	22.
		3		4		0		2
あてはまらない	158	36.	59	38.	19	30.	80	37.
		7		8		2		0
無回答	45	10.	26	17.	7	11.	12	5.6
		4		1		1		
加重平均値	2.9		3.0		2.7		2.8	
	3		8		5		9	
標準偏差	1.0		1.0		1.1		1.0	
	8		3		6		7	

質問 27. コミュニケーションについて : 6. 「当事者」の心配で頭がいっぱいである

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	95	22.	41	27.	26	41.	28	13.
		0		0		3		0
ややあてはまる	135	31.	51	33.	18	28.	66	30.
		3		6		6		6
あまりあてはまらない	97	22.	20	13.	7	11.	70	32.
		5		2		1		4
あてはまらない	62	14.	14	9.2	7	11.	41	19.
		4				1		0
無回答	42	9.7	26	17.	5	7.9	11	5.1
				1				
加重平均値	2.3		2.0		1.9		2.6	
	2		6		1		0	
標準偏差	1.0		0.9		1.0		0.9	
	1		7		3		6	

質問 27. コミュニケーションについて : 7. 「当事者」の治療・回復に対する努力をほめることができる

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	178	41.	63	41.	24	38.	91	42.
		3		4		1		1
ややあてはまる	141	32.	44	28.	22	34.	75	34.
		7		9		9		7
あまりあてはまらない	46	10.	15	9.9	8	12.	23	10.
		7				7		6
あてはまらない	23	5.3	3	2.0	2	3.2	18	8.3
無回答	43	10.	27	17.	7	11.	9	4.2
		0		8		1		
加重平均値	1.7		1.6		1.7		1.8	
	8		6		9		5	
標準偏差	0.8		0.7		0.8		0.9	
	8		8		2		4	

質問 27. コミュニケーションについて : 8. おちついて「当事者」の回復を見守ることができる

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
--	----	---	----	---	----	---	----	---

計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
あてはまる	147	34.	61	40.	15	23.	71	32.
		1		1		8		9
ややあてはまる	161	37.	52	34.	21	33.	88	40.
		4		2		3		7
あまりあてはまらない	64	14.	12	7.9	19	30.	33	15.
		8				2		3
あてはまらない	20	4.6	4	2.6	3	4.8	13	6.0
無回答	39	9.0	23	15.	5	7.9	11	5.1
				1				
加重平均値	1.8		1.6		2.1		1.9	
	9		8		7		4	
標準偏差	0.8		0.7		0.8		0.8	
	6		7		8		7	

質問 28-1. 神経過敏に感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
いつも	57	13.	22	14.	9	14.	26	12.
		2		5		3		0
たいてい	52	12.	19	12.	18	28.	15	6.9
		1		5		6		
ときどき	93	21.	32	21.	12	19.	49	22.
		6		1		0		7
少しだけ	106	24.	25	16.	9	14.	72	33.
		6		4		3		3
全くない	79	18.	27	17.	9	14.	43	19.
		3		8		3		9
無回答	44	10.	27	17.	6	9.5	11	5.1
		2		8				
加重平均値	3.2		3.1		2.8		3.4	
	5		3		4		4	
標準偏差	1.3		1.3		1.3		1.2	
	2		9		2		6	

質問 28-2. 絶望的だと感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0
いつも	35	8.1	11	7.2	7	11.	17	7.9
						1		
たいてい	23	5.3	8	5.3	9	14.	6	2.8
						3		
ときどき	89	20.	35	23.	13	20.	41	19.
		6		0		6		0
少しだけ	95	22.	25	16.	12	19.	58	26.
		0		4		0		9
全くない	141	32.	46	30.	15	23.	80	37.
		7		3		8		0
無回答	48	11.	27	17.	7	11.	14	6.5
		1		8		1		
加重平均値	3.7		3.7		3.3		3.8	
	4		0		4		8	
標準偏差	1.2		1.2		1.3		1.2	
	7		7		7		1	

質問 28-3. そわそわ、落ち着きなく感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
		.0		.0		.0		.0

いつも	26	6.0	10	6.6	5	7.9	11	5.1
たいてい	29	6.7	9	5.9	9	14.3	11	5.1
ときどき	86	20.0	27	17.8	15	23.8	44	20.4
少しだけ	108	25.1	29	19.1	15	23.8	64	29.6
全くない	131	30.4	49	32.2	12	19.0	70	32.4
無回答	51	11.8	28	18.4	7	11.1	16	7.4
加重平均値	3.76		3.79		3.36		3.86	
標準偏差	1.20		1.26		1.24		1.13	

質問 28-4. 気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
いつも	30	7.0	10	6.6	8	12.7	12	5.6
たいてい	41	9.5	15	9.9	12	19.0	14	6.5
ときどき	93	21.6	32	21.1	13	20.6	48	22.2
少しだけ	110	25.5	30	19.7	17	27.0	63	29.2
全くない	113	26.2	38	25.0	9	14.3	66	30.6
無回答	44	10.2	27	17.8	4	6.3	13	6.0
加重平均値	3.61		3.57		3.12		3.77	
標準偏差	1.23		1.26		1.29		1.15	

質問 28-5. 何をするのも骨折りと感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
いつも	22	5.1	7	4.6	5	7.9	10	4.6
たいてい	31	7.2	10	6.6	7	11.1	14	6.5
ときどき	87	20.2	32	21.1	14	22.2	41	19.0
少しだけ	108	25.1	34	22.4	15	23.8	59	27.3
全くない	134	31.1	42	27.6	14	22.2	78	36.1
無回答	49	11.4	27	17.8	8	12.7	14	6.5
加重平均値	3.79		3.75		3.47		3.90	
標準偏差	1.17		1.17		1.26		1.14	

質問 28-6. 自分は価値のない人間だと感じましたか

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0



いつも	14	3.2	4	2.6	4	6.3	6	2.8
たいてい	21	4.9	4	2.6	8	12.7	9	4.2
ときどき	62	14.4	24	15.8	8	12.7	30	13.9
少しだけ	97	22.5	28	18.4	16	25.4	53	24.5
全くない	190	44.1	64	42.1	21	33.3	105	48.6
無回答	47	10.9	28	18.4	6	9.5	13	6.0
加重平均値	4.1		4.1		3.7		4.1	
標準偏差	1.0		1.0		1.2		1.0	
	9		5		9		4	

質問 29-1.薬物による身体の問題

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	138	32.0	33	21.7	30	47.6	75	34.7
過去のみ	169	39.2	56	36.8	18	28.6	95	44.0
なかった	72	16.7	33	21.7	8	12.7	31	14.4
無回答	52	12.1	30	19.7	7	11.1	15	6.9

質問 29-2.幻覚妄想状態

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	51	11.8	7	4.6	12	19.0	32	14.8
過去のみ	208	48.3	62	40.8	31	49.2	115	53.2
なかった	115	26.7	44	28.9	13	20.6	58	26.9
無回答	57	13.2	39	25.7	7	11.1	11	5.1

質問 29-3.うつ状態

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	74	17.2	9	5.9	21	33.3	44	20.4
過去のみ	170	39.4	59	38.8	22	34.9	89	41.2
なかった	128	29.7	49	32.2	13	20.6	66	30.6
無回答	59	13.7	35	23.0	7	11.1	17	7.9

質問 29-4.自傷行為・自殺未遂

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
		.0		.0		.0		.0

現在ある	16	3.7	3	2.0	4	6.3	9	4.2
過去のみ	111	25.8	20	13.2	18	28.6	73	33.8
なかった	244	56.6	93	61.2	33	52.4	118	54.6
無回答	60	13.9	36	23.7	8	12.7	16	7.4

質問 29-5. 犯罪（薬物関連）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	62	14.4	28	18.4	13	20.6	21	9.7
過去のみ	174	40.4	61	40.1	20	31.7	93	43.1
なかった	145	33.6	34	22.4	24	38.1	87	40.3
無回答	50	11.6	29	19.1	6	9.5	15	6.9

質問 29-6. 犯罪（薬物関連犯罪以外）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	28	6.5	11	7.2	8	12.7	9	4.2
過去のみ	125	29.0	40	26.3	16	25.4	69	31.9
なかった	223	51.7	68	44.7	33	52.4	122	56.5
無回答	55	12.8	33	21.7	6	9.5	16	7.4

質問 29-7. 飲酒運転

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	2	0.5	-	-	1	1.6	1	0.5
過去のみ	78	18.1	18	11.8	9	14.3	51	23.6
なかった	295	68.4	102	67.1	45	71.4	148	68.5
無回答	56	13.0	32	21.1	8	12.7	16	7.4

質問 29-8. パートナー・親への暴力

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	6	1.4	2	1.3	2	3.2	2	0.9
過去のみ	142	32.9	37	24.3	20	31.7	85	39.4
なかった	235	54.5	84	55.3	34	54.0	117	54.2
無回答	48	11.1	29	19.1	7	11.1	12	5.6

質問 29-9. 子への暴力・不適切な養育

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	1	0.2	1	0.7	-	-	-	-
過去のみ	55	12.8	20	13.2	6	9.5	29	13.4
なかった	300	69.6	93	61.2	46	73.0	161	74.5
無回答	75	17.4	38	25.0	11	17.5	26	12.0

質問 29-10. 異性関係の問題

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	21	4.9	5	3.3	3	4.8	13	6.0
過去のみ	181	42.0	60	39.5	26	41.3	95	44.0
なかった	173	40.1	53	34.9	29	46.0	91	42.1
無回答	56	13.0	34	22.4	5	7.9	17	7.9

質問 29-11. 脅しや言葉の暴力

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	34	7.9	3	2.0	8	12.7	23	10.6
過去のみ	197	45.7	62	40.8	26	41.3	109	50.5
なかった	150	34.8	55	36.2	24	38.1	71	32.9
無回答	50	11.6	32	21.1	5	7.9	13	6.0

質問 29-12. ギャンブル問題

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	9	2.1	4	2.6	2	3.2	3	1.4
過去のみ	74	17.2	29	19.1	7	11.1	38	17.6
なかった	299	69.4	88	57.9	48	76.2	163	75.5
無回答	49	11.4	31	20.4	6	9.5	12	5.6

質問 29-13. 薬物問題による就労困難

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100.0	152	100.0	63	100.0	216	100.0
現在ある	85	19.7	9	5.9	20	31.7	56	25.9
過去のみ	194	45.0	65	42.8	22	34.9	107	49.5

なかった	98	22. 7	44	28. 9	14	22. 2	40	18. 5
無回答	54	12. 5	34	22. 4	7	11. 1	13	6.0

質問 29-14. 家庭不和・別居・離婚

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
現在ある	63	14. 6	17	11. 2	14	22. 2	32	14. 8
過去のみ	167	38. 7	55	36. 2	20	31. 7	92	42. 6
なかった	141	32. 7	48	31. 6	22	34. 9	71	32. 9
無回答	60	13. 9	32	21. 1	7	11. 1	21	9.7

質問 29-15. 経済的困難（浪費、借金）

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
現在ある	97	22. 5	22	14. 5	23	36. 5	52	24. 1
過去のみ	214	49. 7	74	48. 7	28	44. 4	112	51. 9
なかった	76	17. 6	26	17. 1	8	12. 7	42	19. 4
無回答	44	10. 2	30	19. 7	4	6.3	10	4.6

質問 29-16. 暴力・虐待の被害体験

	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%
計	431	100	152	100	63	100	216	100
現在ある	11	2.6	2	1.3	4	6.3	5	2.3
過去のみ	115	26. 7	30	19. 7	17	27. 0	68	31. 5
なかった	246	57. 1	85	55. 9	36	57. 1	125	57. 9
無回答	59	13. 7	35	23. 0	6	9.5	18	8.3



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 28 年度総括分担研究報告書  
家族のための対応や疾患についてのマニュアル作成  
研究分担者 吉田 精次 社会医療法人あいざと会藍里病院 副院長

研究要旨：アルコール依存症者をもつ家族に対して不可欠な援助は、（１）アルコール依存症という病気について家族に正しく理解してもらえるような情報の提供、（２）アルコール依存症者に対してどのような対応をすればよいのかについての実行性のある情報の提供の２点に集約される。家族のために必要で十分な情報について、そしてその情報をわかりやすい形でいかに提供するかについて研究し、具体化する。そのために CRAFT の有効性について検証し、家族のためのマニュアルを作成し、啓発活動を行う。

研究協力者

小西友：藍里病院

A．研究目的

CRAFT（コミュニティ強化と家族トレーニング）の有効性について臨床的に検証し、家族のためのマニュアルを作成し、啓発活動を行う

B．研究方法

マニュアルを作成し、DVD を提供し、啓発活動を行う。

（倫理面への配慮）

個人が得る出来ないよう十分な配慮を行った。

C．研究結果

DVD は平成 28 年 6 月初めに完成し、全部で 2000 枚作製した。確実に視聴してもらうために全国の精神保健福祉センターには郵送したが、それ以外は研究者が行った CRAFT のセミナーの参加者に直接渡すことにした。配布したのは次の施設が主催したセミナーである。北九州市精神保健福祉センター、大分県こころと

からだの相談支援センター、大阪ダルクフリーダム、静岡県精神保健福祉センター、北九州ダルク家族会、兵庫県精神保健福祉センター、久里浜アルコール依存症臨床医研修、徳島・ギャングブル問題を考える市民公開講座、高知断酒サマースクール、中四国アルコール関連問題学会プレ企画、中四国アルコール関連問題研究会・徳島大会、日本アルコール関連問題学会・秋田大会、福島県精神保健福祉センター、国立精神神経医療研究センター・スマープ研修、岡山市こころの健康センター、香川ダルク CRAFT セミナー、大分県こころとからだの相談支援センター、鳥取県かかりつけ医等依存症（アルコール等）対応力向上研修、徳島保健所、徳島県自殺予防協会、徳島県精神保健福祉センター（以上、セミナー開催順）。

DVD はインターネット上で久里浜医療センターと藍里病院のホームページをアクセスすれば誰にでも視聴できるようにした。

D．考察

「家族支援は本人支援、本人支援は家族支援」とこれまで言われてきたように、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。家族支援の目的は、家族への支援が適切に行われることによって、本人が治療につながり回復する、本人の問題行動が軽減する、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。

家族支援の具体的な業務としては 初回面接、継続的なサポート、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の3つがあげられる。

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、いたずらに家族が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を開催していくことも大切である。

本人との対応を効果的に行うための考え方やスキルを家族に提供するためのツールとしてCRAFTを活用した。従来の家族支援では「相

手を変えようとしないうこと」「イネープ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は家族の動機づけ、問題行動の機能分析、暴力への対応、効果的なコミュニケーション、望ましい行動の強化、望ましくない行動を強化しない、家族自身が楽になる、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。～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。

今回CRAFTを活用して家族のためのマニュアルを作成したが、これまでの家族支援の限界性を克服できる内容になったと考える。

## E．研究発表

### 1．論文発表

### 2．学会発表

日本アルコール関連問題学会秋田大会、  
CRAFT ワークショップ

F . 知的財産権の出願・登録状況

なし

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 28 年度総括分担研究報告書  
医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設の連携の在り方に関する研究  
研究分担者 白川 教人 横浜市こころの健康相談センター センター長

研究要旨

A．研究目的：アルコール依存症者を早期の段階で治療に導入し回復を促すために、アルコール関連問題に関わる関係諸機関の連携が不可欠である。これを踏まえ、既存のアルコール依存症の治療・社会復帰に関わる医療機関、行政（精神保健福祉センター（以下「MHWC」と略す）・保健所等）、自助グループ、社会復帰支援施設等の施設間連携の現状把握並びに既存の連携を明確化し、平成 28 年度は、早期治療並びに回復に役立つ関係諸機関連携モデルの提示を行う。あわせてアルコール依存症者を速やかに医療機関に繋ぐための情報提供書とアルコール専門医療機関情報リストを作成し、MHWC、保健所等とアルコール専門医療機関との間の連携マニュアルの作成を行う。

B．研究方法

研究 1 では、アルコール依存症者を早期にアルコール専門医療機関に繋ぐための相談拠点となる MHWC 等の役割を明確化する。研究 2 では、早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐための 情報提供書を作成する。平成 27 年度に抽出したアルコール専門医療機関を精査した情報を収集して MHWC が把握するアルコール専門医療機関情報リストを作成し、精神保健福祉センター、保健所等と専門医療機関の連携マニュアルを作成する。

C．研究結果

研究 1：アルコール問題相談支援機関としての MHWC の役割を明確化した。

研究 2：MHWC が把握しているアルコール専門医療機関は、全国に 275 カ所であり、機関名称とアルコール治療プログラムの有無を明らかにした。その上で、 情報提供書、 MHWC が把握するアルコール専門医療機関情報リスト、 精神保健福祉センター、保健所等と専門医療機関の連携マニュアルを作成した。

D．考察

研究 1：アルコール問題の相談拠点と相談体制の「アルコール問題地域相談支援センター」案を示した。専門職によるアルコール相談専門員（仮称：アルコールコンシェルジュ）を配置することを提案した。活動においては回復者の相談員も活用することで、回復するイメージを周知することにも役立ててもらえると考えた。相談拠点における事業は、次の 5 点 連携構築、人材育成研修、相談支援事業、モデル事業、普及啓発事業を挙げたが、全てを同時期に実施するのは困難なので各 MHWC の状況に応じて拡大して充実していく必要があると考えている。

研究 2：早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐために「情報提供書」「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」として、各 MHWC と各保健所に配布することとし、リストを見れば紹介先が容易にわかり、アルコール依存症者をアルコール専門医療機関へ早期に繋ぐことに役立てると考えている。

## 研究協力者

太田順一郎：岡山市こころの健康センター  
岡崎 直人：さいたま市こころの健康センター  
上條 敦史：誠心会 神奈川病院  
小林 洋：横浜マック デイケアセンター  
一青 良太：横浜市こころの健康相談センター  
鈴木 剛：川崎市精神保健福祉センター  
稗田 里香：東海大学健康科学部  
山田 耕一：まこと心のクリニック  
馬場 俊明：東京大学精神保健学

## A．研究目的

平成 25 年にアルコール健康障害対策基本法が成立、平成 26 年に施行された。平成 28 年 5 月にはアルコール健康障害対策推進基本計画が策定された。これらを受け、アルコール依存症者の早期受診及び回復への支援は喫緊の課題となった。

本分担研究では、アルコール依存症者を早期に医療に繋ぎ治療へ導入して良好な回復に導くために、アルコール関連問題に関わる諸機関の連携が不可欠であることを踏まえ、既存のアルコール依存症の治療・社会復帰に関わる医療機関（以下「アルコール専門医療機関」）、医療への橋渡しや地域での行政（精神保健福祉センター（以下「MHWC」と略す）・保健所等）アルコール依存症者が安定した断酒を続けるための断酒会や AA 等の自助グループ、安定した断酒を支え就労に繋げる社会復帰施設等の施設間連携の現状把握、並びに既存の関係機関連携モデルを抽出し、早期治療並びに回復に役立つ関係機関連携モデルの提示を行う。平成 26 年度は関係機関連携の実態把握と既存の連携モデルを明確化することを目的としたが、平成 27 年度は機関連携強化

の課題抽出と平成 26 年度抽出以外の連携モデルの抽出を目的とした。平成 28 年度は、これまで抽出した連携モデルから今後の基本となるアルコール関係機関連携モデルを抽出する。あわせて、早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐための情報提供シートを作成する。また、紹介先のアルコール専門医療機関は、平成 27 年度に抽出したアルコール専門医療機関を精査した上で、情報を収集して「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」の作成と普及を目的とした。

## B．研究方法

### 研究 1

平成 28 年度は、平成 27 年度と平成 26 年度に抽出したアルコール依存症の治療・回復支援等に関する多機関連携モデルから基本的な多機関連携モデルを示すことを目的とし、合わせてアルコール依存症者を早期にアルコール専門医療機関に繋ぐための相談拠点となる MHWC 等の役割を明確化する。

地域アルコール依存症対策における MHWC の役割については、平成 26、27 年度の当分担研究班の調査結果から以下のような必要性が抽出できた。

- 1．地域における依存症支援策に関する行政（MHWC・保健所等）医療、地域保健、回復施設、更生保護、自助グループ、民間団体の連携体制の構築に努める。
- 2．現代の依存症問題のよりわかりやすい普及啓発を行う。
- 3．当事者・家族がアクセスしやすい相談機関の所管内への設置を担う。



4. 当事者回復支援プログラム実施機関を確保する。地域の状況によっては先駆的にMHWCが実施の役割を担う。
5. 家族への支援プログラムの充実を図り、家族支援を強化する。
6. 当事者・家族の自助グループ活動の受け皿となる。
7. 前述の自助グループ活動の育成・支援を行う。

これらを踏まえて、アルコール問題の相談拠点と相談体制の要となる「アルコール問題地域相談支援センター」案を示す。

- 1) 相談拠点機関の設置は、「アルコール問題地域相談支援センター」等のわかりやすい名称の相談拠点機関を都道府県に1カ所以上設置する(なお、わかりやすい名称については、ひきこもり地域支援センターの看板を掲げることによって相談数が激増したことが参考となっている)。相談拠点機関の人員は、医師、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門職によるアルコール相談専門員(仮称:アルコールコンシェルジュ)を配置する。なお、活動においては回復者の相談員も活用する。相談拠点の長は、相談拠点の受託先である機関(MHWC等)の職員の兼務を可能とする。各種事業は、受託先の事業所との連携で行う。
- 2) 相談拠点における事業は、次の5点が考えられる。
 

連携構築: 地域における相談支援体制の構築のために、相談拠点機関は、都道府県政令指定都市が主宰する自治体のアルコール健康障害対策推進会議に参画する。相談拠点機関は、保健、医療、福祉、その他の事業所、関係団体などを参集する。そして、相談拠点機関は地域における相

談から医療、回復支援までの切れ目のない支援体制を構築するための「アルコール健康障害地域ネットワーク会議」を主催する。この会議では、参加機関が依存症対策でそれぞれが果たす役割を整理する。これにより相互の役割・業務に精通し、情報提供や協力体制を築き、相談から治療、回復支援までの連携体制を構築する。

人材育成研修: 拠点機関は、身近な相談窓口を増やすために市町村、事業体、その他各種の相談窓口担当者に対し研修を行い、窓口対応可能な人材を育成する。「アルコール依存症は飲酒をしていれば、誰でもなる可能性がある」「飲酒量のコントロールができなくなる疾患である」「医療や自助グループの活用で回復可能である」などの正しい知識を浸透させる。さらに、チェックリスト等の相談ツールを活用した簡単な相談や社会資源の適切な情報提供、拠点機関への繋ぎができる人材を育成する。研修受講後に、アルコール相談を実施する窓口は、都道府県政令指定都市指定のアルコール相談窓口の愛称(例えば「アルトーク」)を名乗ることができる。公認のマークも表示でき、対策の関連啓発資料の住民への普及の出先機関となる。

相談支援事業: 相談は基本的に市町村や保健所の一時相談窓口が受けるが、この事業では相談支援とコンサルテーション(助言指導)を実施するため、拠点機関は、家族や当事者の対面相談を行うほか、インターネット等の電子媒体を活用した幅広い相談対応に努める。また一次相談窓口からの求めに応じ、専門相談員が窓口担当者に困難事例の関わりについてコ

ンサルテーション（助言指導）を行う。  
モデル事業：支援効果を高めるモデル事業を実施する。治療への動機を高めて医療や自助グループに円滑に繋げ、相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援をするために、回復者相談員や家族団体の経験者等を活用し、以下のような事業を行う。a ) 家族の学習会・セミナー・分かち合い等の家族の集い、b ) 当事者の集団療法・認知行動療法・モデルミーティング、c ) 自助グループの紹介・モデルミーティング、d ) 医療機関の専門治療プログラムのガイダンス等である。  
普及啓発事業：アルコール問題や依存症への正しい理解を進めるため、拠点機関は、地域の連携ネットワークに参加する機関や団体に呼びかけ、当事者や家族が正しい知識を得て早期に相談が受けられるようにする。当事者の回復、社会復帰の支援が円滑に進むような、依存症に偏見のない地域を創るために、住民への普及啓発活動を行う。啓発事業は、アルコール健康障害対策の普及啓発週間等を利用し、回復者と協力して「アルコール依存症が回復する病気である」こと等を広く住民に啓発する。これらを模式化したものが図-1である。

## 研究 2

早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐための「情報提供書」を作成する。また、紹介先のアルコール専門医療機関は、平成 27 年度に抽出したアルコール専門医療機関を精査した上で、情報を収集して「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専

門医療機関の連携マニュアル」を作成する。

### 1 情報提供書

情報提供書の作成については、分担者や研究協力者がこれまでアルコール依存症の治療に携わってきた経験から医療機関を初診する際に必要な最小限の情報内容にとどめた。

情報提供の本人同意・家族同意の有無、氏名、生年月日、年齢、性別（生物学的）、現在の困りごと、治療目標、簡単な病歴、推定初飲年齢、推定習慣飲酒年齢、連続飲酒の有無、離脱症状の有無、精神科合併症、身体的合併症、家族・職場への影響等である。作成した情報提供書をシート - 1 として示す。なおシートの電子データについては、全国精神保健福祉センター長会常任理事会で許可を得てセンター長会メーリングリストで提供する。各 MHWC を介して所管域の保健所への電子データの提供も行う。

### 2 . アルコール専門医療機関

平成 27 年度の本分担研究班では、全国に MHWC が把握するアルコール専門医療機関は、399 カ所あった。病院は 243 カ所、うち治療プログラム有が 163 カ所、診療所数 156 カ所、うち治療プログラム有が 39 カ所であった。数からするとある程度充足されているようにも見える。しかし、MHWC の所管域内にあるアルコール医療機関数の充足状況に関する設問に対しては、「足りている」11MHWC、15.9%にとどまり、「不十分」52MHWC、75.4%であり、十分には充足していないと考えられていることが明らかとなった。また、MHWC 所管域内の専門医療機関の質については「良い」と回答したのは 23MHWC、33.3%で、「普通」25MHWC、36.2%、「悪い」が 1MHWC、1.4%、また「不明」は、18MHWC、26.1%と 3 割弱が質の把握がなされていない状況があ

り、アルコール専門医療機関の質の向上の必要性和医療機関のさらなる把握の必要性が示唆される結果であった。また、各自治体の医療機関調査で自ら依存症を診られると回答したがアルコール専門とは判断しきれない医療機関が相当数含まれていることが判明した。それゆえ平成 28 年度は、多くのアルコール専門医療機関名を記載した MHWC、医療機関名未記入の MHWC や専門医療機関なしと回答した MHWC と直接電話やメールでの確認を行った。アルコール依存症リハビリテーションプログラムいわゆる ARP を有する医療機関、重度アルコール依存症入院管理加算をしている医療機関、アルコール専門病棟の勤務歴が長い医師がいて適切なアルコール依存症の医療の提供ができていない医療機関という基準を持って、再度アルコール専門医療機関の選定を行った。その結果、275 カ所のアルコール専門医療機関が選定され表 - 1、表 - 2 を作成した。

### 3 . アルコール専門医療機関情報リスト

表 - 1 のアルコール専門医療機関名をもとに機関ごとにインターネットで得られる情報からアルコール専門医療機関情報リストを作成委託した。

内容は医療機関の住所、TEL・FAX、診療科目、アルコール治療プログラムの有無、アルコール治療プログラムの内容、診療曜日・時間、予約の必要性、家族相談の有無等、データ検索 URL、その他の医療機関情報を明らかにした。その上で「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、アルコール依存症者をアルコール専門医療機関へ早期に繋ぐことに役立てることとした。

(倫理面への配慮)

本研究では、研究 1、研究 2 のいずれにおいても個人情報に係る内容は扱わない。

### C . 研究結果

#### 研究 1 : アルコール問題地域相談支援センター

相談拠点機関の設置は、「アルコール問題地域相談支援センター」等のわかりやすい名称の相談拠点機関を都道府県に 1 カ所以上設置することとした。相談拠点機関の人員は、医師、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門職によるアルコール相談専門員(仮称:アルコールコンシェルジュ)を配置することとした。なお、活動においては回復者の相談員も活用することとした。相談拠点機関の長は、相談拠点の受託先である機関(MHWC 等)の職員の兼務が可能であるとした。各種事業は、受託先の事業所との連携で行うこととした。この相談支援機関をアルコール健康障害対策基本法の継続推進という観点から行政機関である MHWC 等が受託し同法の実務の要となる役割を担う案を図 - 1 として示した。「アルコール問題地域相談支援センター」の役割は、連携構築、人材育成研修、相談支援事業、モデル事業、普及啓発事業等である。これらの事業の詳細は、B . 研究方法 研究 1 の解説に譲る。

#### 研究 2 : アルコール専門医療機関

平成 28 年度のアルコール依存症リハビリテーションプログラムいわゆる ARP を有する医療機関、重度アルコール依存症入院管理加算をしている医療機関、アルコール専門病棟の勤務歴が長い医師がいて適切なアルコール依存症の医療の提供ができていない医療機関という基準を持っての、アルコール専門医療機関の再度の選定で、アルコール専門医療

機関の総数は 275 カ所とした（表 - 1 及び表 - 2）。病院は 210 カ所、うちプログラムを有するのが 175 カ所あった。診療所は 65 カ所でプログラムを有するのが 41 カ所であった。アルコール専門医療機関を把握する MHWC 数は 66 と変わらなかったものの 65MHWC は、医療機関名を明らかにすることができた。ただし、1 MHWC については、医療機関との関係性から特定の医療機関名を公表できないため、アルコール依存症の本人ないし家族から該当の MHWC へ電話連絡することによってアルコール専門医療機関を紹介する形となった。残りのアルコール専門医療機関のない 3MHWC だが 2 カ所は、専門医療機関はないが地域に対応してくれる医療機関は存在するとの回答をいただいている。もう 1 カ所の MHWC は、政令指定都市にある専門病院を紹介しているという回答を得ており全 MHWC が医療への繋ぎの対応はできる状況にはなっていた。

なお、アルコール依存症と専門医療機関の連携マニュアルを含む第 3 報の報告書については、全国 69MHWC と全国 480 保健所に送付しアルコール依存症の専門医療機関への繋ぎに役立ててもらおうこととした。

#### D . 考察

研究 1：平成 26、27 年度の精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関との連携活動の少ないこと、その強化の必要性、連携の要がアルコール専門医療、精神科医療機関、保健所、断酒会、福祉事務所であるという研究結果を踏まえ MHWC 等が中心となりアルコール問題の相談拠点と相談体制の要となる役割を担う「アルコール問題地域相談支援センター」案を示した。専門職によるアルコール相談専門員（仮称：アルコール

コンシェルジュ）を配置することを提案した。活動においては回復者の相談員も活用することで、回復するイメージを周知することにも役立ててもらえんことを考えた。相談拠点における事業は、次の 5 点 連携構築、人材育成研修、相談支援事業、モデル事業、普及啓発事業を挙げたが、全てを同時期に実施するのは困難なので各 MHWC それぞれの状況に応じて拡大して充実していく必要があると考えている。

アルコール健康障害対策基本法で整備すべき相談拠点の機能は、これまで MHWC が担ってきた機能の発展型ともいえる。そのため、MHWC は、積極的に相談拠点機関を受託し、アルコール健康障害対策基本法の実務の要となる必要があるだろう。この相談拠点については、アルコール以外の種々の依存症対策にも汎用できる。地域依存症対策において、「アルコール問題地域相談支援センター」の役割を持つことは、今後の様々な依存・嗜癖に対応する地域アクション相談支援センターへの展開も期待でき、相談支援センターを受託した MHWC はこれまで以上に貢献が可能になると考える。

研究 2：早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐために「情報提供書」「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」とした。

情報提供書は、医療機関を初診する際に必要な最小限の情報内容にとどめた。作成した情報提供書（シート - 1）を利用することで平易に紹介が可能となる。全国の MHWC と保健所に配布することで活用が広がると考えている。

アルコール専門医療機関を アルコール依

依存リハビリテーションプログラムいわゆる ARP を有する医療機関、 重度アルコール依存症入院管理加算をしている医療機関、 アルコール専門病棟の勤務歴が長い医師がいて適切なアルコール依存症の医療の提供ができている医療機関という基準を持って再選定したことによって全国 275 カ所のアルコール専門医療機関が選定され表 - 1、表 - 2 を作成したが、絞り込むことで、ある程度の質の担保されたアルコール専門医療機関に繋ぐことができるようになったと考えている。アルコール治療プログラムを有する医療機関への繋がりを優先すべきと考える。

アルコール専門医療機関情報リストは、「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」として作成して「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」として各 MHWC と各保健所に配布することとしておりリストを見れば紹介先が容易にわかりアルコール依存症者をアルコール専門医療機関へ早期に繋ぐことに役立てると考えている。

総括：アルコール依存症者を医療に繋ぐために、MHWC が「アルコール問題地域相談支援センター」の役割を担い地域の要となる機関連携モデルを示したが、今後の依存症をはじめとするアルコール問題の解決に寄与できるものと考えている。「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」を使用することで、これ

までより容易に繋がることができるようになることを期待したい。

#### E．研究発表

##### 1．論文発表

なし

##### 2．学会発表

平成 29 年 9 月のアルコール関連問題学会で発表を予定している。

#### F．知的財産権の出願・登録状況

##### 1．特許取得

特になし

##### 2．実用新案登録

特になし

##### 3．その他

特になし

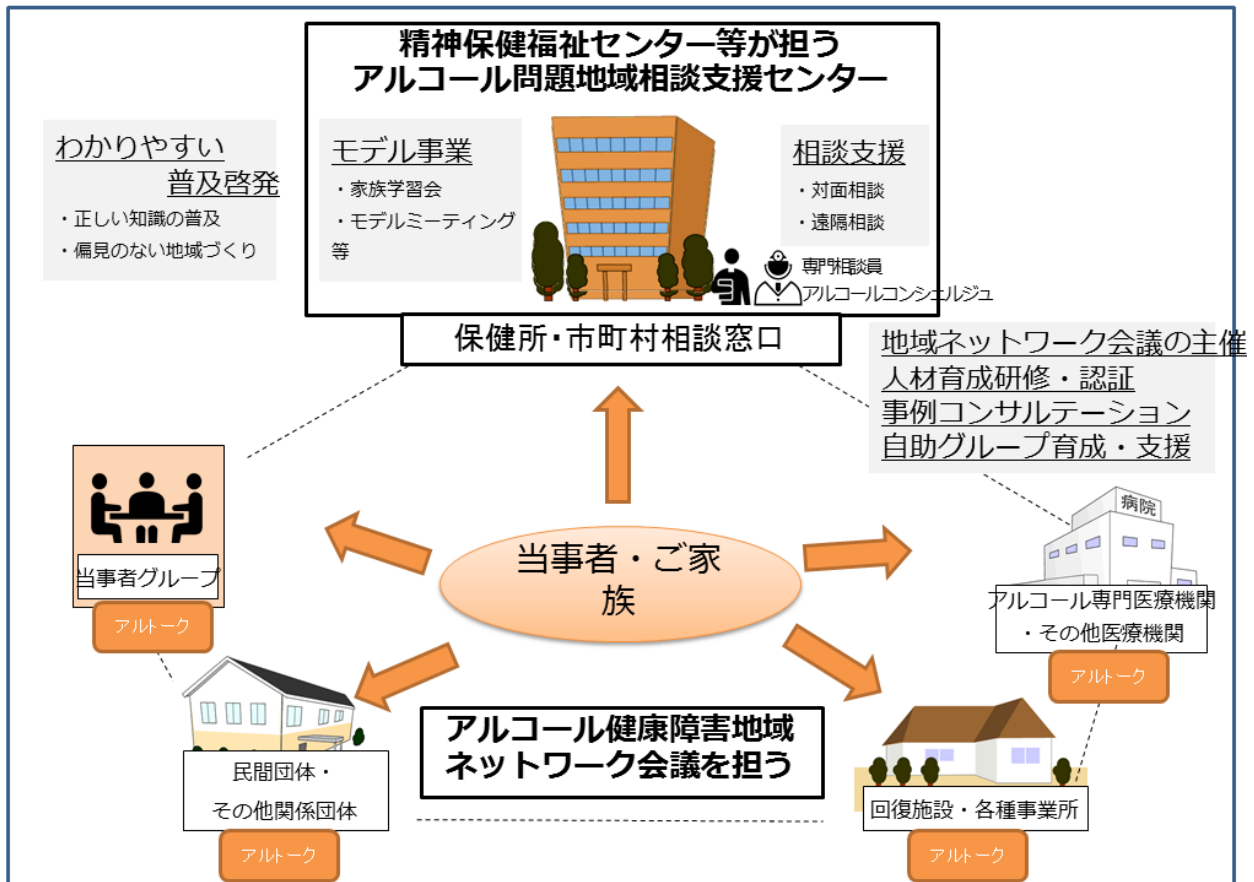
#### G．参考文献

- 1．アルコール依存症の治療・社会復帰に対する医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究 第 2 報 研究報告書  
研究分担者 白川教人
- 2．最近の制度改革や課題に対応した精神保健福祉センターの役割  
白川教人 原田豊 田辺等  
公衆衛生 第 80 巻 第 11 号 p813-818  
医学書院



図 - 1

# アルコール依存症対策における、精神保健福祉センターの役割案



## 情報提供書

( 情報提供への同意有 本人 家族 )

患者 ID	氏名	生年月日 S・H 年 月 日生	年齢 才	性別 男・女
現在の困りごと (ご本人):				
ご本人の治療への希望: 断酒 ・ 節酒				
病歴				
推定初飲年齢 歳	推定習慣飲酒年齢 歳	連続飲酒 有・無	離脱症状 有・無	
精神科合併症		身体的合併症		
( 家族・職場への影響 )				
処方 ( 処方医療機関: )				
備考				
( 相談日 H 年 月 日 ) 記載者:				

表 - 1 アルコール専門医療機関一覧

アルコール治療プログラムの有無（H28）

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
北海道立精神保健 福祉センター	北見赤十字病院 こぶし植苗病院 相川記念病院 旭川圭泉会病院 空知病院 熊谷病院 函館渡辺病院 大江病院 道立緑ヶ丘病院 石橋病院 苫小牧緑ヶ丘病院 江別すずらん病院 (札幌医科大学付属病院) (旭山病院) (五稜会病院) (札幌太田病院)		北海道立精神保健福祉センター メンタルケアわかかさ (幹メンタルクリニック)	
札幌こころのセン ター(札幌市精神保 健福祉センター)	札幌医科大学付属病院 旭山病院 五稜会病院 札幌トロイカ病院 札幌太田病院 さっぽろ香雪病院	*	大通公園メンタルクリニック 幹メンタルケアクリニック さっぽろ麻生メンタルクリニック	
青森県立精神保健 福祉センター	生協さくら病院 藤代健生病院 芙蓉会病院 十和田市立中央病院			
岩手県精神保健福 祉センター	盛岡市立病院 岩手県立南光病院 北リアス病院 宮古山口病院 国立花巻病院			

センター名	病院名一覧	p 有無	診療所名一覧	p 有無
	三陸病院 岩手県立一戸病院			
宮城県精神保健福祉センター	東北会病院			
仙台市精神保健福祉総合センター	(東北会病院)		WANA クリニック	
秋田県精神保健福祉センター	なし			
山形県精神保健福祉センター	二本松会上山病院 公徳会若宮病院 斗南会秋野病院 公徳会佐藤病院 山容会山容病院			
福島県精神保健福祉センター	なし			
茨城県精神保健福祉センター	豊後荘病院 ホスピタル坂東			
栃木県精神保健福祉センター	岡本台病院			
群馬県こころの健康センター	赤城高原ホスピタル			
埼玉県メンタルヘルスセンター(埼玉県立精神保健福祉センター)	埼玉県立精神医療センター 不動ヶ岡病院 久喜すずのき病院 (与野中央病院)		(白峰クリニック) (ひがメンタルクリニック)	
さいたま市こころの健康センター	与野中央病院		白峰クリニック ひがメンタルクリニック	
千葉県精神保健福祉センター	船橋北病院 秋元病院			

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
	(下総精神医療センター)			
千葉県こころの健康センター	下総精神医療センター		新検見川クリニック	
東京都立精神保健福祉センター	東京足立病院 東京アルコール医療総合センター		周愛利田クリニック 周愛巣鴨クリニック うらべ医院 京橋メンタルクリニック きむらメンタルクリニック こまごめ緑陰診療所 榎本クリニック メンタルオフィス亀戸	
東京都立中部総合精神保健福祉センター	東京都立松沢病院 昭和大学附属烏山病院		アパリクリニック 慈友クリニック 洗足心療内科クリニック 金杉クリニック	*
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	駒木野病院 井之頭病院 桜ヶ丘記念病院 よしの病院 高月病院 東京高尾病院	*		
川崎市精神保健福祉センター			沼田クリニック	
神奈川県精神保健福祉センター	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター 清川遠寿病院 みくるべ病院 (神奈川県立精神医療センター)			
横浜市こころの健康相談センター	神奈川県立精神医療センター 神奈川病院 (独立行政法人国立病院機構)		大石クリニック まこと心のクリニック 関内メンタルクリニック	



センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
	久里浜医療センター)		寿診療所	
相模原市精神保健 福祉センター	北里大学東病院 相模湖病院		北条クリニックはしもと 北条クリニックおおの	
新潟県精神保健福 祉センター	三交病院	*	ながおか心のクリニック	
新潟市こころの健 康センター	河渡病院		かとう心療内科クリニック ささえ愛よろずクリニック	
山梨県立精神保健 福祉センター	県立北病院 住吉病院			
長野県精神保健福 祉センター	こころの医療センター駒ヶ根 千曲荘病院 飯田病院 城西病院 北アルプス医療センターあづ み病院			
岐阜県精神保健福 祉センター	各務原病院 養南病院			
静岡県精神保健福 祉センター	聖明病院 服部病院		(マリアの丘クリニック)	
静岡市こころの健 康センター			マリアの丘クリニック	
浜松市精神保健福 祉センター	佐鳴湖病院		木戸メンタルクリニック	
愛知県精神保健福 祉センター	刈谷病院 犬山病院 桶狭間病院こころのケアセン ター 共和病院 南豊田病院 可知記念病院			

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
名古屋市精神保健福祉センター	八事病院		西山クリニック	
三重県こころの健康センター	三重県立こころの医療センター 国立病院機構 榊原病院		かすみがうらクリニック おおごしクリニック	
滋賀県立精神保健福祉センター	滋賀県立精神医療センター びわこ病院			
富山県心の健康センター	谷野呉山病院		アイ・クリニック	
石川県こころの健康センター	加賀こころの病院 県立高松病院 松原病院			
福井県総合福祉相談所	福井県立病院			
京都府精神保健福祉総合センター	府域にはなし			
京都市こころの健康増進センター	いわくら病院		安東医院 広兼医院	
大阪府こころの健康総合センター	大阪府立精神医療センター 東大阪山地病院 新阿武山病院 新生会病院 丹比荘病院 阪和いずみ病院 ( 金岡中央病院 )	*	稲垣診療所 川田クリニック 新阿武山クリニック ひがし布施辻本クリニック ( ひでんいん ( 悲田院 ) クリニック ) ( 小谷クリニック ) ( 藤井クリニック )	
大阪市こころの健康センター			ひでんいん ( 悲田院 ) クリニック 小谷クリニック 藤井クリニック	
堺市こころの健康センター	金岡中央病院			

センター名	病院名一覧	p 有無	診療所名一覧	p 有無
兵庫県精神保健福祉センター	東加古川病院 新淡路病院 公立宍粟総合病院 豊岡病院		ただしメンタルクリニック	
神戸市こころの健康センター	垂水病院 兵庫県立光風病院 有馬高原病院		宋神経科クリニック 幸地クリニック	
奈良県精神保健福祉センター			医療法人植松クリニック 医療法人八木植松クリニック	
和歌山県精神保健福祉センター	和歌浦病院 和歌山県立こころの医療センター			
鳥取県立精神保健福祉センター	渡辺病院			
鳥根県立心と体の相談センター	松江赤十字病院 松江市立病院 八雲病院 こなんホスピタル 安来第一病院 奥出雲コスモス病院 県立こころの医療センター 西川病院 松が丘病院			
岡山県精神保健福祉センター	希望ヶ丘ホスピタル 積善病院 ももの里病院			
岡山市こころの健康センター	岡山県精神科医療センター 慈圭病院 林精神医学研究所附属林道倫精神科神経科病院		ゆうクリニック けやき通りメンタルクリニック	
広島県立総合精神保健福祉センター	全 16 機関の記載あり 2 重複 センターに問い合わせの事		全 6 機関の記載あり センターに問い合わせの事	

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
広島市精神保健福祉センター	瀬野川病院 草津病院			
山口県精神保健福祉センター	山口県立こころの医療センター 高嶺病院			
徳島県精神保健福祉センター	藍里病院		あいざとパティオクリニック	
香川県精神保健福祉センター	三光病院			
愛媛県心と体の健康センター	松風病院 西条道前病院 正光会今治病院 和ホスピタル 堀江病院 松山記念病院 久米病院 愛媛生協病院 くじら病院 双岩病院 正光会宇和島病院		みやもとクリニック 兵頭クリニック	
高知県立精神保健福祉センター	海辺の杜ホスピタル 岡豊病院 下司病院			
福岡県精神保健福祉センター	福岡県立精神医療センター太宰府病院 おおりん病院 回生病院 一本松すずかけ病院 行橋記念病院 のぞえ総合心療病院 乙金病院 三池病院	* *		

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
北九州市立精神保健福祉センター	新門司病院 門司松ヶ江病院 門司田野浦病院 平尾台病院 松尾病院 八幡厚生病院			
福岡市精神保健福祉センター	医療法人社団 飯盛会 倉光病院 医療法人優なぎ会 雁の巣病院			
佐賀県精神保健福祉センター	肥前精神医療センター 森本病院		多布施クリニック	
長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター	西脇病院 道ノ尾病院 三和中央病院 真珠園療養所 あきやま病院			
熊本県精神保健福祉センター	あおば病院 有働病院 菊池有働病院 菊陽病院 酒井病院 益城病院 松田病院 吉田病院			
熊本市こころの健康センター	向陽台病院 こころの医療センター 明生病院			
大分県こころとからだの相談支援センター	大分丘の上病院 鶴見台病院 山本病院 大分友愛病院		河村クリニック 竹下粧子クリニック	



センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
	帆秋病院 杵築オレンジ病院			
宮崎県精神保健福祉センター	大悟病院			
鹿児島県精神保健福祉センター	鹿児島県立始良病院 三州脇田丘病院 谷山病院 森口病院 メンタルホスピタル大隅 指宿竹本病院 奄美病院			
沖縄県立総合精神保健福祉センター	糸満晴明病院 琉球病院			

都道府県と政令指定都市が重複し名称をあげている場合は、原則として所在地側に記載し、一方を( )ている。

p有無欄は、アルコールリハビリテーションプログラムを有している場合に を付した。

医療機関調査中にプログラムがあることが確認できた病院、診療所のp有無欄に\*を付記した。

表 - 2 H28 年度 各精神保健福祉センター所管圏域のアルコール専門医療機関数

センター名		病院数		診療所数		合計	
		( )内は、そのうちアルコール治療プログラムがある機関数					
1	北海道立精神保健福祉センター	12	(12)	2	(2)	14	(14)
2	札幌こころのセンター(札幌市精神保健福祉センター)	6	(5)	3	(3)	9	(8)
3	青森県立精神保健福祉センター	4	(4)			4	(4)
4	岩手県精神保健福祉センター	7	(7)			7	(7)
5	宮城県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
6	仙台市精神保健福祉総合センター			1	(1)	1	(1)
7	秋田県精神保健福祉センター なし1					0	
8	山形県精神保健福祉センター	5	(5)			5	(5)
9	福島県精神保健福祉センター なし2					0	
北海道・東北ブロック 9センター 小計		35	(34)	6	(6)	41	(40)
10	茨城県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
11	栃木県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
12	群馬県こころの健康センター	1	(1)			1	(1)
13	埼玉県メンタルヘルスセンター	3	(3)			3	(3)
14	さいたま市こころの健康センター	1	(1)	2	(2)	3	(3)
15	千葉県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
16	千葉市こころの健康センター	1	(1)	1	(1)	2	(2)
17	東京都立精神保健福祉センター	2	(2)	8	(8)	10	(10)
18	東京都立中部総合精神保健福祉センター	2	(2)	4	(2)	6	(4)
19	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	6	(5)			6	(5)
20	川崎市精神保健福祉センター			1		1	
21	神奈川県精神保健福祉センター	3	(2)			3	(2)
22	横浜市こころの健康相談センター	2	(2)	4	(1)	6	(3)
23	相模原市精神保健福祉センター	2	(1)	2		4	(1)
24	新潟県精神保健福祉センター	1		1		2	
25	新潟市こころの健康センター	1	(1)	2		3	(1)
26	山梨県立精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
27	長野県精神保健福祉センター	5	(1)			5	(1)
関東・甲信越ブロック 18センター小計		37	(29)	25	(14)	62	(43)
28	岐阜県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
29	静岡県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
30	静岡市こころの健康センター			1	(1)	1	(1)
31	浜松市精神保健福祉センター	1		1		2	
32	愛知県精神保健福祉センター	6	(6)			6	(6)
33	名古屋市精神保健福祉センター	1	(1)	1	(1)	2	(2)
34	三重県こころの健康センター	2	(2)	2	(1)	4	(3)
35	滋賀県立精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
36	富山県心の健康センター	1	(1)	1	(1)	2	(2)

センター名		病院数		診療所数		合計	
		( )内は、そのうちアルコール治療プログラムがある機関数					
37	石川県こころの健康センター	3	(3)			3	(3)
38	福井県総合福祉相談所	1	(1)			1	(1)
39	京都府精神保健福祉総合センター なし 3					0	
40	京都市こころの健康増進センター	1	(1)	2	(1)	3	(2)
41	大阪府こころの健康総合センター	6	(5)	4	(3)	10	(8)
42	大阪市こころの健康センター			3	(3)	3	(3)
43	堺市こころの健康センター	1	(1)			1	(1)
44	兵庫県精神保健福祉センター	4	(4)	1	(1)	5	(5)
45	神戸市こころの健康センター	3	(3)	2	(2)	5	(5)
46	奈良県精神保健福祉センター			2	(2)	2	(2)
47	和歌山県精神保健福祉センター	2	(1)			2	(1)
中部・近畿ブロック 20センター 小計		38	(35)	20	(16)	58	(51)
48	鳥取県立精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
49	島根県立心と体の相談センター	9	(6)			9	(6)
50	岡山県精神保健福祉センター	3	(3)			3	(3)
51	岡山市こころの健康センター	3	(3)	2		5	(3)
52	広島県立総合精神保健福祉センター 名無 1	14		6		20	
53	広島市精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
54	山口県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
55	徳島県精神保健福祉センター	1	(1)	1		2	(1)
56	香川県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
57	愛媛県心と体の健康センター	11	(11)	2	(2)	13	(13)
58	高知県立精神保健福祉センター	3	(3)			3	(3)
中国・四国ブロック 11センター 小計		50	(33)	11	(2)	61	(35)
59	福岡県精神保健福祉センター	8	(3)			8	(3)
60	北九州市立精神保健福祉センター	6	(6)			6	(6)
61	福岡市精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
62	佐賀県精神保健福祉センター	2	(2)	1	(1)	3	(3)
63	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	5	(5)			5	(5)
64	熊本県精神保健福祉センター	8	(8)			8	(8)
65	熊本市こころの健康センター	3	(3)			3	(3)
66	大分県こころとからだの相談支援センター	6	(5)	2	(2)	8	(7)
67	宮崎県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
68	鹿児島県精神保健福祉センター	7	(7)			7	(7)
69	沖縄県立総合精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
九州ブロック 11センター 小計		50	(44)	3	(3)	53	(47)
合計		210	(175)	65	(41)	275	(216)

都道府県と政令指定都市が同機関をあげている場合は、原則として所在地側にきさいしている。

所管圏域にアルコール専門医療機関が「ない」と回答した場合は、合計の欄に0と記載している。

アルコール治療プログラムがある機関数は、公表可能として具体的にあげられた病院名、診療所名において、「アルコール治療プログラムがある」にあった機関をカウントした結果である。

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 28 年度分担研究報告書  
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 公益財団法人慈圭会 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、専門的な医療に受診しているものはわずかに 4 万人とされている。専門的治療につながる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。本研究ではこの取組の内容を検討し、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初回介入用グループワーク、継続介入用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関連問題介入プログラムを実施している。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。今回は、研究 1-1 でこのプログラムを岡山市以外の自治体である徳島県および高知県で行い、研究 1-2 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：**岡山市以外の自治体（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。実施に当たっては、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。

**研究 1-2：**精神科医以外の職種でも使用可能なプログラムへの改訂を行い、初期介入時の講義のスライドと初期介入用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。

**研究 2-1：**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 2-2：**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：**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で、合計 5 事業所の 126 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、継続介入を計 3 事業所で 52 名に行った。

**研究 1-2：**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。

**研究 2-1：**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 2-2 :** 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 :** 昨年に引き続き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、今までに同様の取り組みを行ったことのない高知県で行った。徳島県での施行においても、その支援を継続して行った。

**研究 1-2 :** 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 :** 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 2-2 :** 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。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でも使用が容易な講義スライドおよびグループワーク、継続介入のグループワークスライドとそれぞれ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、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。

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<sup>1)</sup>。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地域依存症対策をもとにして、以下の 2 つの研究を行うこととした。

#### **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、我々の行った調査により、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<sup>2)</sup>。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いう形での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、保健管理者たちは習慣飲酒者の飲酒習慣の変容に十分に組み合わせておらず、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状態であると言える。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して、さらに飲酒習慣に対する早期の介入を行うことにより、問題のない飲酒習慣を確立してもらうことである。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いう、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る。この介入プログラムは、岡山市では一定の効果が検証されているが、他の地域での実施、及び、現在精神科医が行っている初期介入時の講義を他の職種、特に保健師が講義を行う介入法の開発に組み込み、講義内容の改定を行った。今年度の本研究では、研究 1-1：岡山市以外での介入プログラムの実施の継続、研究 1-2：精神科医以外の職種でもこれらのプログラムを容易に運用できることを目指し、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%に対する取組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、センターの職員と既に顔見知りである内科医・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

介入プログラムの内容は2種類あり、1つが初期介入プログラムとして、講義(20~60分)およびグループセッション(40~60分)を行っている。その後、約3~6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。講義の概要を説明すると、まず①アルコールの特徴と歴史、②アルコール摂取の影響、③アルコール依存症、④適切な飲酒、といった内容である。①、②および③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。④はリスクの少ない飲酒行動について説明し、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・時間の低減を目指して、自分で設定した目標に挑戦してもらうようにした。

一昨年度の研究では、1回目の介入の効果と2回目の介入の効果を実証し、フォローアップ介入の効果も実証した。昨年の研究では、岡山市以外の自治体である、徳島県での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が介入プログラムを実施することができるよう、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

岡山市以外での地域における、この介入の実施の可能性とその効果の検証を目的に、他地域での精神保健福祉センターに介入プログラムの実施を打診した。その結果、昨年に引き続き徳島県で実施することができた。また新たに高知県の協力を得ることができた。各精神保健福祉センターを通じて、徳島県および高知県の企業に対して初期介入およびフォローアップ介入を行った。

### 研究 1-2

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、および使用マニュアルを作成した。さらに、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改訂とその使用マニュアルも作成した。

### 研究 2-1

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。

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（Excel）

## 研究 2-2

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 は無記名自記式のアンケート調査であり、研究 2-2 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

岡山市以外の他地域での初期介入プログラム実施を目的に、徳島県および高知県でこの介入プログラムを行った。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、各県精神保健福祉センターの職員と協働して介入プログラムを実施した。まず、岡山市こころの健康センターが介入プログラムの講義及びグループワークを実施し、各精神保健福祉センター職員に実際の講義のやり方やグループワークの進め方を確認してもらった。その後、各精神保健福祉センター職員に介入プログラムを実施してもらい、岡山市こころの健康センターのスタッフと振り返りを行うことで、実施にあたっての改善点等を確認しあった。この方法により、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の 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。初期介入は 5 回行い、合計で 126 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 52 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」と言う感想があったが、「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 1-2

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

※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ぎ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 2-2

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作業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おう。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イケない」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、様々な考え方をもっ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がある参加者個人あてに郵送することが望ましい。これは実際に行うと、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で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

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ている。今回は、この介入プログラムを高知県精神保健福祉センターの仲介で高知県の事業所にて初めて行い、徳島県精神保健福祉センターの仲介で徳島県の事業所で引き続き試行した。今回は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。昨年の徳島県と同様に、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行うことができると言えるだろう。

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、徳島県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。よって、地域を変えてもこの介入プログラムは行えると言えるだろう。ただし、スタッフの感想から、専門医の少ない地域での実施は困難も予想され、研究 1-2 の重要性が再確認された。

### 研究 1-2

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。今年度はさらなる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を作成した。

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。昨年度、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

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 2-2

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。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用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、より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。

#### F. 研究発表

1. 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)

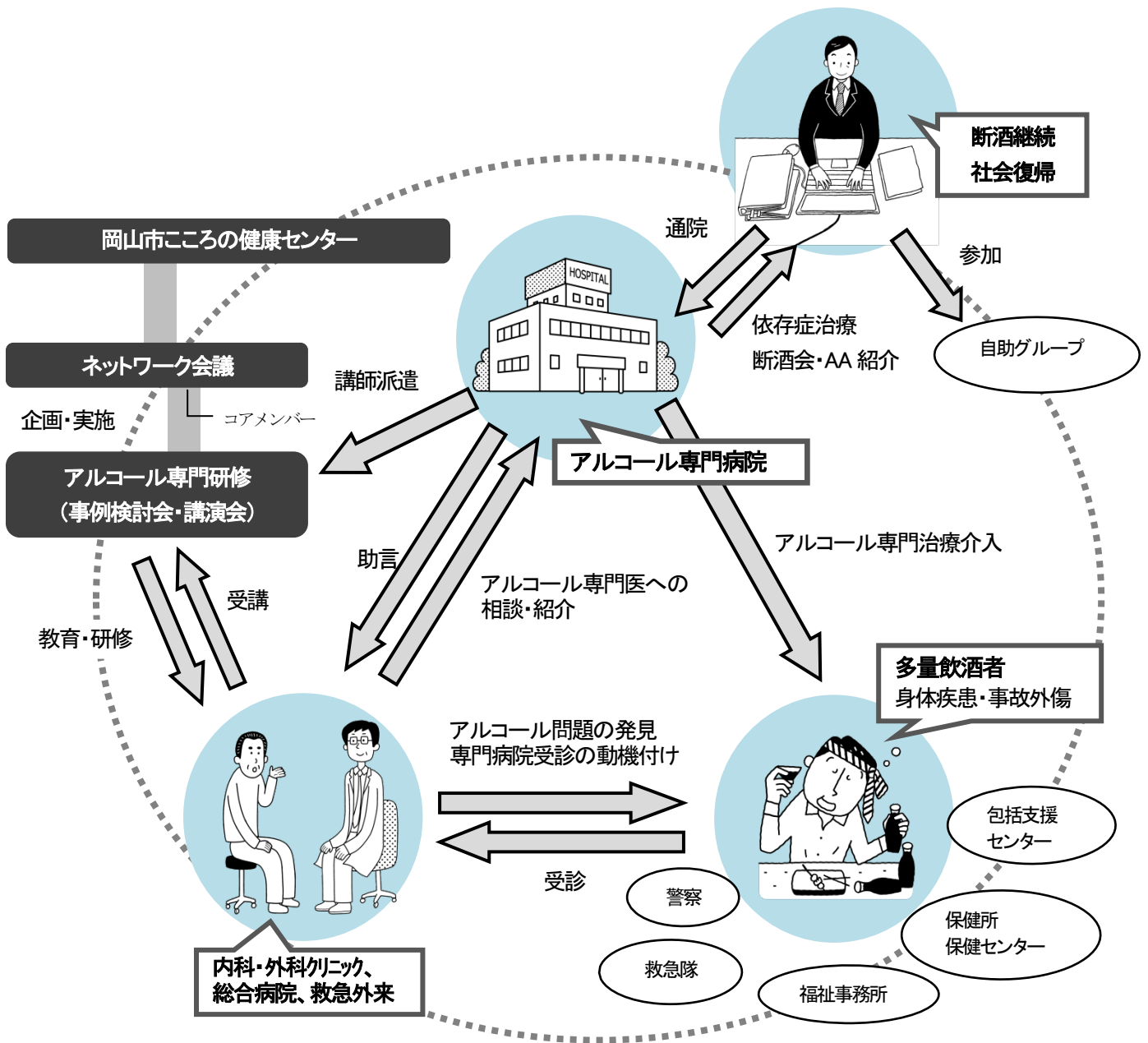
#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
特になし
2. 実用新案登録  
特になし
3. その他  
特になし

#### 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？

## 資料4. 講義用スライド・マニュアル

はじめに

この講義マニュアルは「セリフ」と「解説」の部分で構成されている。スライドは全32枚で、以下の3つの部分で構成されている。

1～7枚目 アルコールの歴史とその作用

8～20枚目 アルコールの影響とアルコール依存症

21～32枚目 適正飲酒（低リスクの飲酒）の知識

後のグループワークのために、21～32枚目のスライドは重要である。

スライド1枚目

おいしくお酒を飲むための教室

### おいしくお酒を飲み続けるために 酒は百薬の長か？百厄の長か？



岡山市こころの健康センター

セリフ：

本日はお忙しい中たくさんの方にご参加いただきありがとうございます。今日は「おいしくお酒を飲み続けるために」ということで、皆さんと「お酒」について一緒に勉強していきたいと思えます。

健康的に、お酒を長く飲み続けるための「お酒との付き合い方」を一緒に考えていただければと思っています。

解説：

この講義はアルコールの知識を学び、今後のアルコールとの付き合い方を考えるためのグループワークの導入である。

講義時間が長くとれる場合には、アルコールの良い面と悪い面の知識を整頓する良い機会であることも説明できると良いだろう。



スライド2枚目

## 日本人とお酒の関係



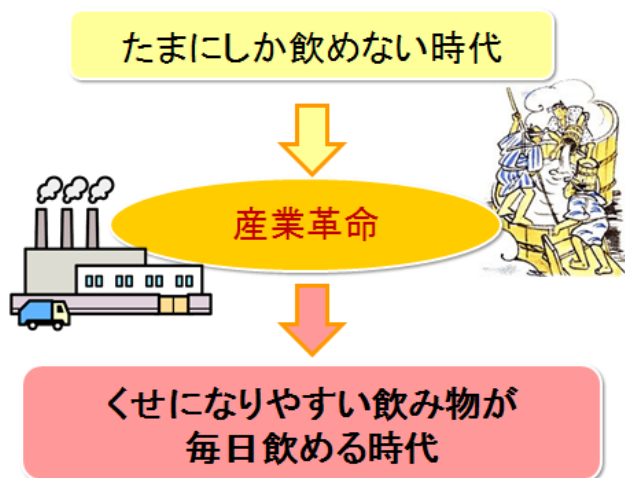
セリフ：

まずは、日本人とお酒の関係についてお話します。

解説：

次のスライドからアルコールと人類（特に日本人）との関連の歴史について説明することを伝える。

スライド3枚目



セリフ：

日本では昔からお酒は貴重なものとして、お祭りの時に「神様からのお下がり」として飲まれていました。お酒の原材料は、お米です。昔は食料であるお米の残りでお酒を作っていたので、貴重なものでした。たくさん飲んでも良いとされたのは、お祭りの時だけでした。

ところが、産業革命によって食料をたくさん作れるようになり、日本でも飢饉のリスクは少なくなりました。すると、お米が酒造りのために以前よりはるかに多く使えるようになり、お酒がたくさん造られるようになりました。

このように、昔はたまにしか飲めなかったお酒は、明治時代の産業革命によって日常的に飲めるようになり、晩酌の習慣が生まれました。

ただ、お酒は「くせになりやすい」という性質があるので、飲み方によってはこの性質が「凶」と出ることがあります。そのことを今日は一緒に勉強していきたいと思います。

(参考)

中国でみつかった紀元前 7000 年前のものが最古のお酒とされています。

日本でも縄文時代には穀物をかみ砕いて造られていたようです。現在のお酒のルーツは奈良時代に記録があり、1300 年の歴史があるようです。昔はお酒を毎日飲めたわけではなく、お酒は神様からのお下がり、とても神聖なものとして扱われてきました。今でも神棚にはお神酒をお供えしたりしますが、その名残です。そして、お酒を飲めるのは年に数回のお祭りの時くらいでした。その時には酔うのが良いこと、というのが我が国補長い風習でした。

明治時代に入って日本でも産業革命で近代化が進み、飢饉のリスクは少なくなってきて、お米が酒造りのために使えるようになり、お酒がたくさん造られるようになりました。そして、その明治時代に晩酌の習慣ができ、ヨーロッパ先進国と同様に庶民も日常的に飲むことができるようになりました。昭和 40 年、50 年代の高度経済成長期には、外での飲み会が日常的に行われるようになり、飲み会が仕事の一部とされるような風潮も出てきました。

昭和 50 年後半～60 年代には学生のコンパなどでは、一気飲みが流行ってきました。

このように、日本でも古くからお酒を楽しんできました。

解説：

このスライドには 3 つのポイントがある。

- ① わが国で庶民がお酒をたくさん飲めるようになったのはほんの 150 年前からであること。
- ② 晩酌の習慣も明治時代からと、比較的新しい習慣であること。
- ③ お酒は癖になりやすい性質があること。

である。③を強調したいところだが、あまりこれを強調しすぎると飲酒習慣に問題がある人には受け入れられにくい。よってそのような人の興味を引くために、①も②も丁寧に説明してもらおうと良いだろう。

スライド 4 枚目

## お酒のいいところ

- 酔って気持ち良くなる
- 気分が変わる
- ストレスが薄れる
- 寝つきが良くなる
- 一緒に飲む人と仲間意識が持てる
- 普段言えないことが言える

…などなど

セリフ：

昔から日本でも楽しまれてきたお酒ですけど、ここでお酒の「いいところ」、「悪いところ」についてちょっと考えてみましょう。

まず、いいところですよ。皆さんにとってお酒の「いいところ」ってどんなところでしょう？

- 酔って気持ち良くなる
- 気分が変わる
- ストレスが薄れる

- 寝つきが良くなる
  - 一緒に飲む人と仲間意識が持てる
  - 普段言えないことが言える
- などになると思います。お酒のいいところはたくさんあります。

解説：

ここはお酒のメリットについて説明する。一般的にはこのお酒のメリットを利用するためにお酒を飲んでいる人が多く、このメリットの確認（言語化など）が、後の行動変容のためのグループワークに対する抵抗を低減すると考えている。講義時間に余裕があれば、参加者にお酒の良いところを問いかけても良いだろう。

スライド5枚目

## お酒の悪いところ

- 酔って無茶をして人に迷惑をかける
- 暴力をふるったり暴言をはくことがある
- 二日酔いになり、仕事の能率が下がる
- 夜中に目が覚める
- 飲みすぎると体が悪くなる
- 酒代がかかる
- なかなかやめられなくなる

・・・などなど

**実は、お酒で困った時にはなかなかやめにくい...**

セリフ：

次に、「悪いところ」を考えてみてください。

- 酔って無茶をして人に迷惑をかける。
- 暴力をふるったり、暴言を吐くことがある。
- 二日酔いになり、仕事の能率が下がる。
- 夜中に目が覚める。
- 飲みすぎると体が悪くなる。
- 酒代がかかる。

実はもう一つあります。「なかなかやめられなくなる」・・・このことが先ほどの「くせになりやすい」ということと関係があるのです。

実は、お酒で困った時には既にくせになっていて、やめにくい状況になっていることがあります。

これを少し専門的に言うと「お酒の依存性」と言います。

解説：

お酒のデメリットを話すスライドだが、特に強調したいデメリットが「お酒の依存性」であることを説明する。この依存性がアルコール関連の病気の原因の一つであることを伝える。これはこの講義スライドの重要な点であり、後のスライドでも依存性を解説していく。

## お酒の依存性

- お酒は、麻薬や覚せい剤と同じように、強い依存性があります。
- 知らず知らずのうちに、飲むことを中心に考えて行動をしようとしてしまいます。
- 大切なものになりすぎて困ってもやめられません。



セリフ：

この「お酒の依存性」をもう少し説明すると、

- お酒には麻薬や覚せい剤と同じように、強い依存性があることがわかっています。
- 知らず知らずのうちに、飲みことを中心に考えて行動しようとしています。
- 大切なものになりすぎて困っても止められません。

になります。知らず知らずのうちに飲みことを中心に考えて行動しようとする、とは、例えば、帰っておいしくお酒を飲む手段として、夕方の水分摂取を控えたり、家族旅行の時に、飲酒を優先とした計画を練る、などです。

解説：

このスライドでは2点のポイントがある。

- ① アルコールの依存性が決して弱いものではない。
- ② 本人の気が付かないうちに、依存が進行してしまうという特徴がある。

ことである。依存性はいわゆる「本人の意思」とは関係なくアルコールにはまり込む原因である。依存性の詳細を伝えることを目標としている。

講義時間に余裕がある場合、依存性の強い物質は、最大のものがヘロインであり、その次がアルコール、その次がコカインとなっている。合法であるアルコールの依存性が強いことも説明できると良いだろう。

こんな言葉があります

酒は百薬の長、されど万病の元

セリフ：

さて、日本では徒然草の中で吉田兼好が「酒は百薬の長、されど万病の元」と記しています。しかし、日本では後半の「されど万病の元」の部分は都合よく省かれて使われることが多くなっています。

酒は百薬の長というのは、昔の人の経験からくる感覚だと思いますが、飲み方によっては、酒は万病の元になりかねないということも分かっています。

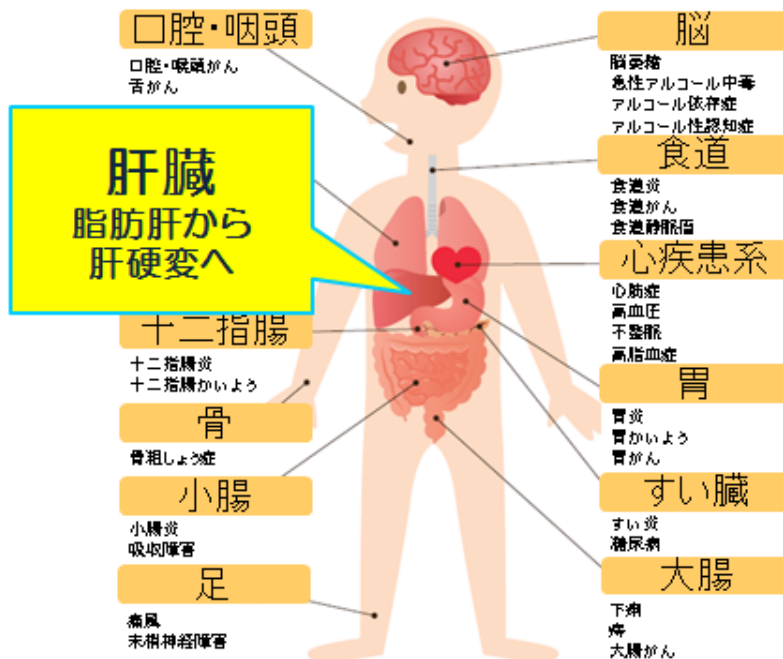
では、万病とはどのような病気なのでしょうか？

※実際には全く飲まない人よりほんの少し（おちょこ1杯程度）飲む人の方が、虚血性心疾患と脳梗塞、2型糖尿病になるリスクが低いという研究もあるそうです。

解説：

約800年前に記載された徒然草が、歴史に残っている日本最古のお酒に言及している文章と言われている。「酒は百薬の長」の出典は約2000年前、中国の前漢と後漢の間に約20年間だけ存在した新という国の皇帝である王莽によって記載された、酒税徴収のためのうたい文句と言われている。もし時間がある場合には、この「酒は百薬の長」が医学的な記載ではなかったことも併せて説明すると良いだろう。

スライド8枚目



セリフ：

口から飲んだアルコールは、食道、胃、腸を通り、血液の中に吸収され、全身に影響を及ぼします。アルコールの飲みすぎは血液のおとる全ての臓器に影響を及ぼすことがわかっています。高血圧などの生活習慣病のリスクも上がります。脳などの神経への悪影響もあります。そして、すい臓はアルコールの影響を受けやすく、すい炎や糖尿病になります。すい炎は非常に痛いのです。さらに、口の中のがん、喉頭がんや、食道がんのリスクが上がります。では有名な肝臓について解説します。

解説：

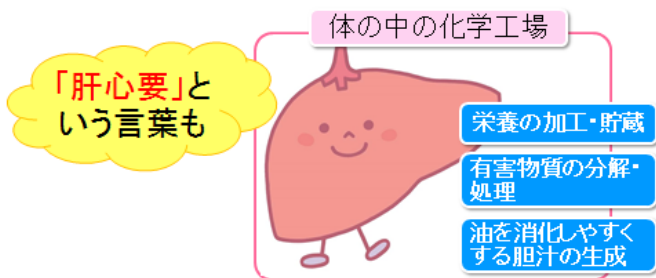
アルコールの健康被害は肝臓だけではないことを説明する。特に、脳を含んだ神経、すい臓、生活習慣病との関連を説明する。そして、ここでは肝臓に注目し、アルコールに関連した肝臓の病気は脂肪肝から肝臓がんまでであることを説明する。

さらに、時間に余裕があれば、ここで「下痢からがんまで」といった幅広い病気に関連していることも説明しても良いだろう。

スライド9枚目

## 肝臓の働き

**肝臓**は私たちの生命を維持するのに  
心臓と同じくらい**重要な臓器**



セリフ：

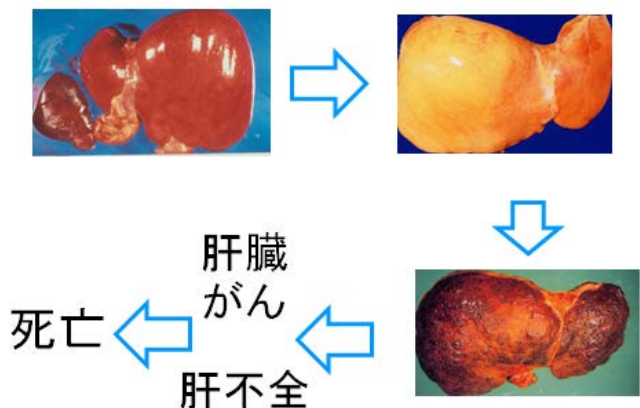
肝臓は私たちの生命を維持するのに心臓と同じくらい重要な臓器であるといってもよく、このことから、一番大切なもののたとえとして「肝心かなめ」などと表現されることがあります。働きは大きく分けて3つあり、①栄養の加工・貯蔵、②有害物質の分解、③消化吸収のための胆汁の生成、です。アルコールの分解は②に当たります。

もう一つの特徴として、肝臓は症状が悪くなっても痛みなどが無いので、「沈黙の臓器」と言われています。では次に肝臓の病気について解説します。

解説：

ここでは肝臓の機能について説明する。肝臓は人体の中でいわゆる化学工場のような役割をしている。その機能は大きく分けて3つあり、①栄養の加工・貯蔵、②有害物質の分解、③消化吸収のための胆汁の生成、である。そして、その機能は多彩であり、人工の肝臓を作るのは不可能で、大きな工場群が必要と言われている。時間次第で、このことも説明できると良いだろう。

スライド10枚目



写真：2014年3月第3版 久里舘医療センター



セリフ：

これは正常な肝臓の写真です。元々肝臓では脂肪を作り肝細胞内にためているのですが、使うエネルギーよりも脂肪が肝細胞内にどんどん溜まってしまうと、このように肝臓がパンパンに張れた状態になります。これが脂肪肝です。脂肪肝はお酒や肥満、糖尿病などが原因で起こります。脂肪肝から徐々に肝臓の線維化（固くなる状態）が起こり、最後は肝硬変となります。肝硬変になった状態から、一部の人は肝臓がんや生命の維持が困難なほど肝臓の機能が落ちた肝不全という状態となり、死亡することもあります。

脂肪肝であれば、禁酒などで治ることが多いです。

解説：

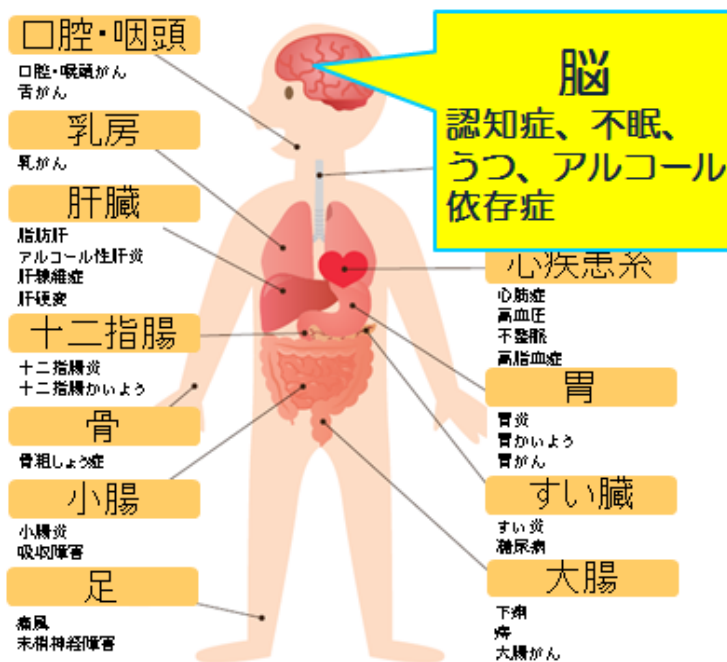
アルコールによる肝臓の病気の進行を写真で示している。

アルコールによって肝臓の機能が徐々に低下していくと、多くはまず脂肪肝となる（一部はアルコール性肝炎となる）。

脂肪肝は肝臓で処理していた脂肪がうまく運搬できないなどで肝臓の細胞内にたまった状態である。

アルコールのせいで肝臓の細胞が壊れ、肝臓の細胞の再生より線維という本来ではないものが増えていく状態が線維化である。肝硬変はその線維化がひどくなった状態で、その名の通り肝が硬く変化した状態である。肝硬変になった肝臓では、肝臓がんが起こったり、生命維持できないほど肝臓の機能の低下した肝不全が起こることもある。ただし、最近のデータから、アルコールが原因で肝硬変になった場合には、長期間の断酒で肝硬変からほぼ正常の肝臓まで機能自体は回復することがあることがわかってきている。このことも良い情報として提供できると良いだろう。

スライド 11 枚目



セリフ：

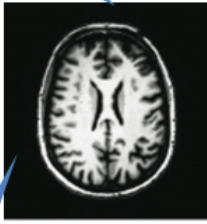
次に、アルコールの脳への影響についてお話しします。

解説：

肝臓の次は、アルコールの脳に対する影響を説明する。アルコールが脳に影響を与えていることが、酔い以外のことを知らない場合が多い。よって、脳への影響を伝えてほしい。

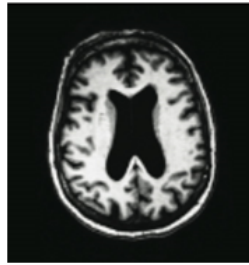
思考、判断、  
学習、意志など

## 脳の萎縮



記憶、言語、  
コミュニケーションなど

正常



アルコール性認知症

萎縮した脳

写真: Oscar-Berman M et al: Handb. Clin. Neurol. 2014

セリフ：

脳への影響の一つは脳萎縮です。脳は人間の行動の司令塔です。

脳の前の部分では、思考、判断、学習、意志などをつかさどり、横の部分では、記憶や言語・コミュニケーションなどをつかさどっています。

左は正常脳です。右は、長年の飲酒習慣により脳が萎縮してこのように隙間ができていて、アルコール性認知症という状態になります。

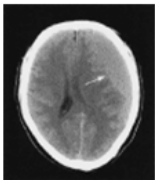
解説：

この写真は頭部の MRI の画像である。頭蓋骨は映っていない。白～灰色のものは脳である。黒い部分が髄液である。

大量飲酒によって、脳萎縮が年齢平均よりも早く起こると言われている。脳のしわがはっきりと見えるということは、脳の中心付近の脳室という部分が脳の萎縮が進んでいる証拠となる。

## 転倒・転落によるケガ

- ・アルコールが脳をマヒさせるため、酔って足が千鳥足になる ⇒ 転倒のもと！
- ・ホームでの人身傷害事故の約6割強が酔っていたというデータも・・・



慢性硬膜下血腫



写真: Bernstein M: Can. J. Surg. 2003

セリフ：

脳萎縮の他、脳への影響としてよくあるのが転倒・転落によるケガですが、特に外傷による出血よりも、頭を強く打つことにより、頭蓋骨と脳の間で出血し、それが気づかないまま血が溜まっていき、だんだん大きくなり、そのために脳が圧迫されます。そのため、徐々に意識障害などが起こります。頭を打ってから、徐々に時間をか

けて血腫は大きくなり、症状が少しずつしか出ないもしくはほとんどないことも多く、進行するまで気づかないこともよくあります。

そして、皆さんは酔って階段や道の側溝、駅のホームから落ちたりということを見たり聞いたりした経験ありませんか？酔って足が千鳥足になるのは、アルコールが脳をマヒさせるからです。ホームでの人身傷害事故の62.5%が酒酺者によるものというデータもあります。

解説：

この慢性硬膜下血腫は脳の病気の一つだが、けがの影響が大きい。慢性硬膜下血腫は頭を打ってから、3週間から数か月かけて徐々に血種が大きくなって発生し、気づかないこともしばしばある。

駅からの転落は、酺した状態が非常に多いことも強調すると良い。酔って足が千鳥足になるのは、アルコールが脳の機能を低下させるためであることも重要である。

スライド 14 枚目

## アルコール依存症

たくさんのお酒を飲み続ける



お酒を飲まずにはいられない  
離れられない状態になることも！

- ・「意思が弱い」ではない！
- ・不適切な飲酒習慣が続くと誰でもなる可能性がある病気
- ・悪い結果になることがわかってもお酒をやめることができない病気
- ・放置すれば死にいたることも…



セリフ：

脳への影響のもう一つは、アルコール依存症という脳の病気です。

これは、

・お酒をたくさん飲み続けていると、お酒から離れられなくなります。飲まずにはいられない状態になります。お酒による酔いに対する欲求が非常に強く表れ、またお酒が切れた時の不快な感覚が非常に強いため、お酒を足してこの不快さを消そうとします。お酒が切れると手が震えたり、汗をかいたり、動悸がしたりするような症状が現れることがあります。

これは、最初にお伝えしたアルコールの「くせになりやすく、なかなかやめられなくなる」という性質から起こってきます。

- ・「意思が弱い」からなるわけではありません。
- ・不適切な飲酒習慣を続けていると誰でもなる可能性がある病気、いったんなると大変なことが多い病気です。
- ・悪い結果になることがわかってもお酒をやめることができない病気
- ・放置すれば死にいたることもある

です。

解説：

ここではアルコール依存症の解説をする。①アルコールの脳に対する作用、②アルコールの依存性、などが原因

でなってしまう病気であること、を説明する。さらに、意志の強さとは関係がないこと、不適切な飲酒習慣も大きな問題であること、わかっているやめることが非常に難しいこと、時に死を迎えることがあることも説明する。

「お酒を飲まずにはいられない、離れられない状態になる」という状態は、病的な飲酒欲求があることや、常に酩酊した状態を続ける連続飲酒を説明すると良い。

ちなみに実際に飲酒に関連する問題を抱えている人はこのスライドの内容を嫌がる傾向にあるかもしれないが、飲酒習慣により健康被害のない方が“拡声器”として内容を周囲に伝えてくれることが多いという印象がある。よって、このスライドが2つの効果を持つことを頭に入れてほしい。

スライド 15 枚目

## お酒のいろんな影響

**からだ** 肝臓や脳など内臓全般の病気

**こころ** やめたくてもやめられない状態、  
不眠症、うつ病

**社会** 暴力、離婚、家庭崩壊や解雇、  
飲酒運転

など

セリフ：

万病の元の万病について代表的なものをいくつかお話してきました。

まとめると

からだ・・・肝臓や脳など、内臓全般の病気になります。

こころ・・・やめたくてもやめられない、自分ではコントロールできない状態になります。

いわゆるアルコール依存症という病気ですね。

さらに病気ではないですが、飲酒により

社会・・・酔って暴力、借金、離婚や家庭崩壊、解雇など、家庭や社会的な影響もあります。つまり、身体・精神・社会に影響があるのです。

解説：

アルコールの悪い影響をまとめたスライドである。影響を大きく3つにわけ、身体・精神・社会に影響があることを説明する。身体への影響を気にする人が多いが、実際には精神と社会問題もあることや、後者の2つも重要であることを説明してほしい。

講義の時間がある際には、それらが自分の気が付かないうちに進行することが多いことも説明すると良いだろう。

ちょっと一息  
～豆知識～



セリフ：

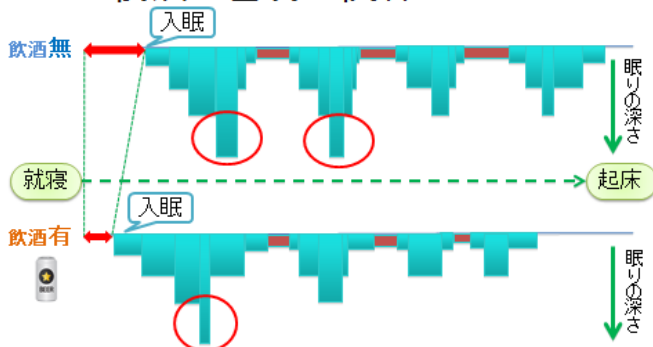
ここまで、お酒が及ぼすところや体への影響について話してきましたが、ちょっと一息、お酒に関する豆知識を紹介します。

解説：

固く飲酒のマイナス面を強調する話が続いたので、ここで一息つくために豆知識を挟んでいる。次のスライドから産業保健の現場の保健師から要望が多かった話題の一つを取り上げている。

講義時間が短い場合は、スライド17～20枚目は省略しても良い。

寝酒と睡眠の関係って？



- アルコールは、寝つきは早いですが、眠りが浅くなる。
- 睡眠薬の方が安全な場合がある。

セリフ：

「お酒を飲んで寝ると寝つきがいいから」と寝酒を飲む人がおられると思います。

飲んで寝るときと飲まずに寝るときは睡眠の質が変わります。

上がお酒を飲まないで寝た場合で、下がお酒を飲んで寝た場合の眠りを表しています。

飲んで寝ると

①まず、入眠までの時間が早くなります。

②しかし、深い睡眠の時間が少なくなり全体的に眠りの深さが浅くなります。

睡眠のためにお酒を飲んで寝ると、寝つきは早くなりますが、眠りが浅くなり、飲まない場合に比べて睡眠の質

が低下します。

睡眠薬は、医師の処方のもと正しく使えば、寝酒と比較してほとんど危険性はありません。

解説：

このスライドでは、アルコールと睡眠の関係を示している。上の図が飲酒せずに寝た時の睡眠の長さや深度の図、下の図が飲酒して寝た時の図である。縦軸が睡眠の深さ、横軸が時間経過を示している。3つの重要な点があり、飲酒によって

- ① 入眠までの時間が短縮するというメリット。
- ② 深い睡眠の時間が減少、全体的に浅い睡眠となるデメリット。
- ③ 途中で目が覚めやすくなるというデメリット

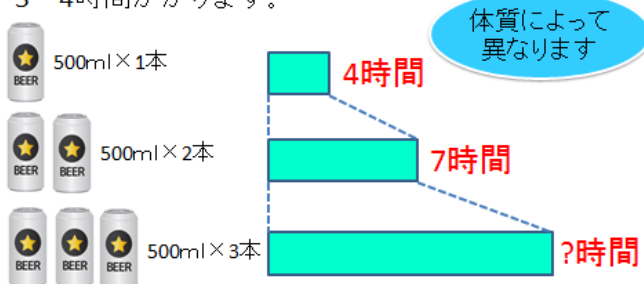
があることを説明する。不眠の際には、医師の管理のもと睡眠薬の処方を受けた方が寝酒よりも危険がはるかに少ないことも説明する。

講義の時間があれば、海外の主な先進国では不眠の時に寝酒をするより医師に相談するということが一般的であることも伝えると良いだろう。

スライド 18 枚目

## アルコールが体から抜けるまでの時間は？

適量(ビール500ml1本)飲むと、代謝されるまでに3~4時間かかります。



セリフ：

アルコールが体から抜けるまでの時間はどのくらいかご存知でしょうか？

例えば、ビール 500 ml を 1 本で約 4~5 時間と言われていました。個人差が大きいことに注意してください。

この図はアルコールの分解時間を示しております。実際に人の体を使った実験で、ビール 1000 ml と同じアルコール量の分解を調べており、その場合大体 7 時間以上かかることがわかっております。

解説：

現在、アルコールの分解速度は体重、性別、およびその他の要因でかなり個人差がある。アルコール 2 ドリンク (エタノール約 20 g) の分解速度は 4~5 時間であると言われていた。飲むアルコール量が増えると、尿や汗から出るため、純粋に飲むアルコール量が倍になると分解時間が倍になるわけではないことがわかっている。つまり、飲んだアルコール量の代謝時間は単純な足し算ではなく、汗をかく状態や尿の状態の影響が大きいことも伝えると良いだろう。



## これって飲酒運転？

- 自宅で缶ビール(500ml)3本を飲んで深夜0時に就寝



- 翌朝、6時に起床し、7時に車で出勤
- 一時停止違反でパトカーに止められる

缶ビール(500ml)3本が  
体から抜けるには7時間+ $\alpha$ が必要です！！

セリフ：

これって飲酒運転になるかも、という例です。自宅に帰ってからビールを 500 ml×3 本、計 1500 ml 飲んで、0 時に就寝しました。そして翌朝 6 時に起きて 7 時に車で出勤していた時に、一時停止の違反でパトカーに止められ、ついでにアルコールの呼気検査を受けると、アルコールが検出される可能性があります！

ビール 1000 ml 以上飲んだ精密な実験結果がないのですが、ビール 1500 ml が体から完全に抜けるには 7 時間 +  $\alpha$  (アルファ) は必要なようです。

解説：

前のスライドの解説にも記載したが、飲んだアルコール量の代謝時間についてはビール 1000 ml (4 ドリンク、エタノール換算 40 g) までは調べられています、それ以上を調べたものはデータとしては存在しない。よっておおよその代謝時間が、おおよそ 7 時間 +  $\alpha$  以上であるということしか述べるできない。

しかし、これらを踏まえて、夜遅くまで飲酒した際の朝の運転では、飲酒検問で感知されるほどの呼気中のアルコール濃度が促成されてしまう恐れがあるがあることを説明してほしい。知識として、一部運輸関係の仕事では、職務の何時間か前から飲酒を禁止しているところもあることも伝えると良いだろう。

## 家計について考えよう

1日にビール500ml2本と焼酎2合を飲んで、  
月に2回飲み会に参加(6,000円/回)とすると・・・

ビール 500ml = 300円

焼酎 1合 = 100円 として、1日800円



1ヶ月：800円×30日+6,000円×2回= 36,000円

1年：36,000円×12ヶ月 = 432,000円

10年：432,000円×10年 = 4,320,000円

いい車を買えるかも



セリフ：

さて、アルコールにかかる金額を計算してみましょう。1日にビール 500 ml 2本と焼酎 2合を飲んで、月に2

回飲み会に参加（6,000 円/回）とすると、ビール 500 ml が 300 円、小中 1 合が 100 円として計算すると、  
1 か月で 36,000 円  
1 年で 432,000 円  
10 年ではなんと、4,320,000 円  
かかります。この金額なら結構いい車を買えますね。

解説：

これは、アルコールとお金の関係を示したものである。できるだけ、「これだけかかっているからやめましょう、減らしましょう」よりも「やめたり減らしたりするとこれだけの家計へのメリットがあります」と説明する方が受け入れられやすい。例えば、「仮にお酒の量が半分になると 200 万円以上支出が減ります。これでも車を買えますよね」、などという表現である。できるだけ、ポジティブな表現をすると良いだろう。

スライド 21 枚目

おいしくお酒を  
飲むために



セリフ：

それでは、最後に本日のテーマ「おいしくお酒を飲むために」というお話ですが、「美味しい食事と美味しいお酒を味わう」という意味ではありません。

「おいしくお酒を飲む」とは、「お酒と適度な距離を保ちながら、ずっとお酒とうまく付き合える」ということです。

なぜなら、お酒の飲みすぎで身体を悪くしたら内科の先生からお酒を控えるように言われることになるでしょう。また「お酒がくせになってやめにくくなる」アルコール依存症という病気になってしまったら、お酒を控えるというより「二度とお酒を飲まないこと」

いわゆる「断酒」を目指すしかなくなるからです。

解説：

このスライド以降がグループワークを行う前の重要なスライドとなる。このスライド以降で、グループワークで行う具体的な目標設定の基準になる情報提供とする。

## 適切なお酒の飲み方

- お酒との適度な距離は重要！
- そのためには、**量・飲み方**が重要！

セリフ：

今から健康を害さないための、適切なお酒の飲み方をご紹介します。

まず、お酒との適度な距離は重要です。そのためには、お酒の量と飲み方が重要となってきます。

解説：

アルコールの飲み方の改善にはいくつかの方法があるが、まずはこれらの「お酒の量」と「お酒の飲み方」の2点について、わけて説明する。考える対象を細かく分けることで、目標設定をしやすくすることを目的としている。

量について



セリフ：

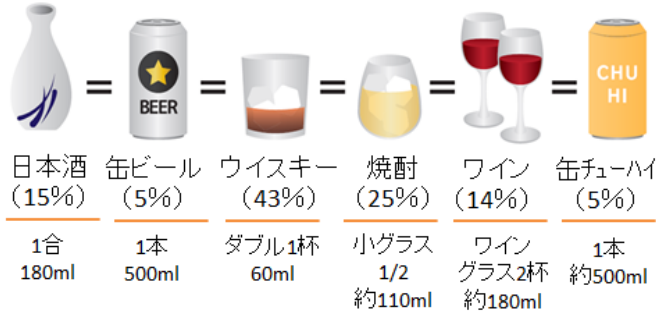
まずお酒の量について、一般によく知られている考え方を示します。

解説：

まずはアルコール量についての説明をする。

## 適切な飲酒量

(注) 健康な成人男性の場合



( )内はアルコール度数

(出典:厚生労働省健康局生活習慣対策室)

セリフ:

厚生労働省の示す、適切な飲酒量は、日本酒 1 合に相当するアルコール量です。カッコ内の数字はアルコール度数です。

日本酒なら 1 合

ビールなら 500ml

ウイスキーならダブル 1 杯

ワインならコップ 1 杯

など になります。

解説:

このスライドは、厚生労働省健康局生活習慣対策室が作成した、「適切な飲酒量」の量の指標である。世界保健機関 (WHO) は「適切な飲酒」という表現ではなく、「危険が少ない飲酒」という表現をしていることも注意する。適切な飲酒量とは、アルコール 2 ドリンク (エタノール換算約 20 g) に相当する。

## 節度ある適度な飲酒の留意点

- 女性は、男性よりも少ない量が適当です
- 飲酒後顔が赤くなる人はこれより少なくしましょう
- 65歳以上の高齢者においては、より少量の飲酒が適当です
- アルコール依存症の方は、適切な支援のもとに完全断酒が必要です
- 非飲酒者には飲酒をすすめないようにしましょう

(出典:厚生労働省健康局生活習慣対策室)



セリフ:

さらに、節度ある適度な飲酒の留意点としてはこれらが挙げられます。

女性、飲酒後顔が赤くなる人、65歳以上の高齢者は、これより少量の飲酒が適当です。さらに、アルコール依存

症の方は病気の性質上、アルコールを断つことが必要で、飲酒しない人には無理に進めないようにしましょう。

解説：

このスライドは、スライド 24 枚目の続きである。こちらも厚生労働省健康局生活習慣対策室が作成している。女性、飲酒後に顔が赤くなる人（フラッシュャーといい、アルデヒドの分解が遅く、アルコールの代謝が遅い体質の人）、65 歳以上の高齢者は先ほどのアルコール 2 ドリンク（エタノール換算約 20 g）以下が適切であることを説明する。

さらに、アルコールを受け付けられない体質の人が飲酒すると非常に危険であることも説明できると良いだろう。

さらに講義の時間がある場合には、フラッシュャーの人は飲める人と比べてアルコールによる発がんの危険性が非常に高いという、追加の説明をすると良いだろう。

講義時間があれば、注意点をすべて述べてほしい。

スライド 26 枚目

## 飲み方について



セリフ：

次に適切な飲み方を解説します。

解説：

次は飲み方についての解説をする。

スライド 27 枚目

## お酒の適切な飲み方

- 1) 談笑し 楽しく飲むのが基本です
- 2) 食べながら 適量範囲でゆっくりと
- 3) 強い酒 薄めて飲むのがおススメです
- 4) つくろうよ 週に2日は休肝日
- 5) やめようよ きりなく長い飲み続け
- 6) 許さない 他人(ひと)への無理強い・イッキ飲み
- 7) アルコール 薬と一緒に危険です
- 8) 飲まないで 妊娠中と授乳期は
- 9) 飲酒後の運動・入浴 要注意
- 10) 肝臓など定期検査を忘れずに

セリフ：

アルコール健康医学協会では、お酒の適切な飲み方として「適正飲酒の10か条」を提唱しています。この中で、適切な飲み方にとって特に大事なものはこの3つです。

- 2) 食べながら 適量範囲でゆっくりと
- 4) つくろうよ 週に2日は休肝日
- 5) やめようよ きりなく長い飲み続け

今から、この3つを解説します。

解説：

このスライドで示しているのは、アルコール健康医学協会が推奨している適正飲酒の10か条である。長いので、すべては読まず、3項目のみ読むようにしている。クリックでほかの項目は消えるように設定してある。次のスライドからその選んだ3つの項目を詳しく解説する。

スライド28枚目

## 食べながら 適量範囲でゆっくりと

- 大切なのは「適切な飲酒量」を守ることです。
- お酒だけを飲むとついつい量が増えてしまうので、ゆっくり食事を味わいながら楽しんで飲みましょう。



セリフ：

多くのアルコール依存症の人たちの飲酒パターンが「食べないで飲むばかり」という事実があります。これを踏まえて、「食べながら」アルコールを飲むことが大切です。

まずは「適切な飲酒量」を知り、それを守ると良いでしょう。

解説：

推奨される飲酒の方法を説明する。まずは適切な量を知る、それをも守ることを提案する。さらに、お酒だけを飲むと量が増えやすい傾向にあるため、それを避けることも伝える。

講義の時間がある場合には、「楽しいお酒が望ましい」ことを伝えるのも良いだろう。やけ酒はアルコール依存症の予防の観点からは推奨できない飲み方であることも説明すると良いだろう。



## つくろうよ 週に二日は休肝日

- 「休肝日」とは、お酒を飲まない日を作る  
ことによって肝臓を休ませて  
あげることです。



- しかし、「休肝日」の本当の意味は  
「お酒のある・なしに左右されない自分」  
を確認する日です。

セリフ：

もう一つは休肝日です。

「休肝日」とは、お酒を飲まない日を作ることによって、肝臓を休ませてあげることです。  
しかし、「休肝日」の本当の意味は、「お酒のある・なしに左右されない自分」を確認する日です。  
つまり、お酒があってもなくても大丈夫な自分を確認する日です。

解説：

2 つ目の飲み方のおすすめは、休肝日についてである。休肝日についてはただ単にお酒を飲まずに肝臓を休ませるという意味合いだけでなく、「お酒がなくても別に何も問題医のない自分」を確かめる意味もあることを説明する。つまり、お酒に対して主体的な行動、自分の意思で休む、ということを確認する行動でもあると伝える。さらに、24 時間以上「酔わない脳」を続けるという意味で、脳を休ませる、つまり「休脳日」という表現をすることもある。

ちなみに、休肝日は2 日間続けた方が良いかどうかの医学的根拠は今のところない。よって、分けて取るか、続けて取るか、は個人の好みと説明して良いだろう。

## やめようよ きりなく長い飲み続け

- 大切なのは「コントロール」が  
できていることです。

- 「コントロール」とは、飲み始め、  
飲む量、飲み終わりなどを  
自分で決めて守ることです。



↔ コントロールできていない飲み方  
例)「休みの日は朝から一杯」  
「ついつい午前様」

セリフ：

最後は・・・「やめようよ きりなく長い飲み続け」です。

簡単に言うと、自分でアルコールをコントロールして飲むことができるかどうかということです。「コントロール」とは、飲み始め、飲む量、飲み終わりなどを自分で決めて守ることで

コントロールできていない飲み方の例ですが、「休みの日は朝から一杯」、「翌朝早いについつい午前様」などです。

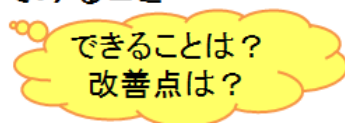
解説：

このスライドでは飲み方の3つ目のおすすめの方法を説明する。きりなく飲み続けることで、飲酒量が増えてくる傾向にあり、飲酒の終了時間のコントロールの調節の喪失といった、依存症の症状に近いものに陥らないようにしてほしいということを説明する。

スライド31 枚目

## おいしく長く飲み続けるために 大切なことは

- お酒と適度な距離を保つこと
- お酒を飲むことを最優先させる生活になっていないこと
- 自分の量や飲み方を振り返り、自分自身に問いかけてみること



セリフ：

最後に本日のまとめです。おいしく長く飲み続けるためには大切なことは、

- お酒と適度な距離を保つこと
- お酒を飲むことを最優先させる生活になっていないこと
- 自分の量や飲み方を振り返り、自分自身に問いかけてみること

です。できること、改善してみたいことを今から考えましょう。

解説：

飲酒に対する振り返りを行うことを、グループワークの前に示します。3つの重要な点があり、

- ① お酒との距離を保つことが適切な飲酒に肝心であること。
  - ② お酒は生活の一部であり最優先事項になっていないかを確認すること、また最優先事項ならないように心がけること。
  - ③ 現象の自身のお酒の量や飲み方を振り返り、その改善によってどのようないい点があるかを考えること。
- である。この3点を踏まえて、この後のグループワークを行う。

## この機会に皆さんも 振り返ってみましょう！



セリフ：

このあと、グループセッションでご自分の飲み方を少し振り返ってみましょう。  
ご清聴いただき、ありがとうございました。

解説：

この後、グループセッションの準備をする。

### 資料 5. 初回介入用 GW スライド・マニュアル

はじめに

このグループワークマニュアルは講義の後に行うグループワークの時に使用する。講義スライドマニュアルと同様に「セリフ」と「解説」の部分で構成されている。スライドは全 14 枚で、以下の 2 つの部分で構成されている。

1 ～10 枚目 講義内容の振り返りと飲酒状況改善の目標設定のための準備

11～14 枚目 飲酒状況改善の目標設定とその動機付け

11～14 枚目のスライドでは、できるだけ具体的な目標設定ができることが望ましい。

このグループワークを行う際に、ファシリテーターが困りやすい場面としては、

①飲酒習慣がほとんどない人が多い。

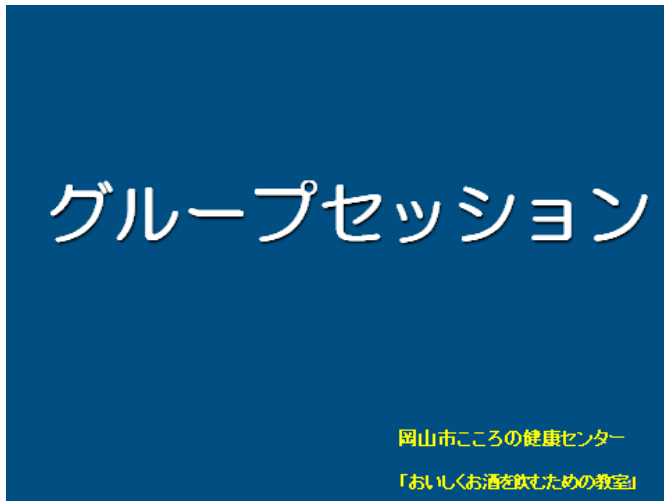
②目標設定で現状維持を選択する人が多い。

時などである。①に関しては、生活習慣の改善、特に運動習慣の設定や改善が話し合えると場が持ちやすい。②については、ファシリテーターが現状維持をできるだけ肯定的にとらえ、現状維持の具体的な方法や行動を尋ねる。参加者がグループワークに慣れていないなどの理由で、消極的な理由で現状維持という目標設定を行おうとしていることもあるが、悪化を防ぐという観点からは、この現状維持も重要な目標設定であると言えるだろう。

例えば、飲酒習慣が適正範囲内で「現状維持」の場合、「今の飲み方があなたにとってちょうどいいんですね」などの肯定的な質問確認の仕方、相手が今の飲酒状況を「選択している」ことを共有すると良いだろう。

ファシリテーターは参加者が本音を話しやすい雰囲気づくりを心がけ、どのような飲酒習慣の人がいても、決して誰からも責められない雰囲気づくりを重視してほしい。

スライド1枚目



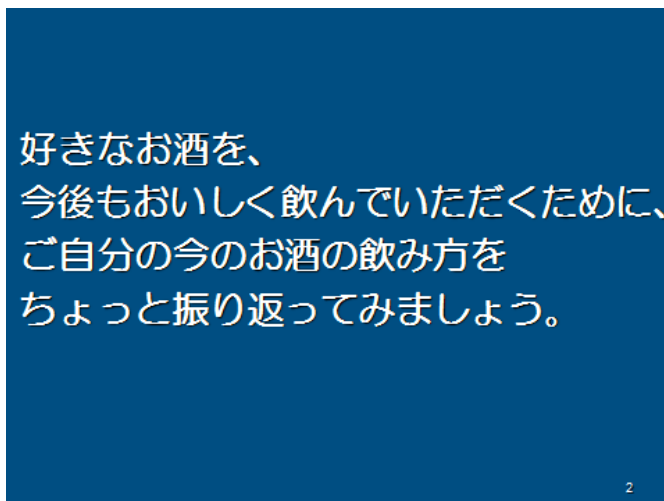
セリフ：

では、グループセッションを始めます。  
担当させていただく〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

解説：

これからグループワークを始める。  
まずは、ファシリテーター（司会）は、参加者と講義で話した内容を復習し、  
グループセッションをとおして、今後の飲酒に関する目標を設定する。

スライド2枚目



セリフ：

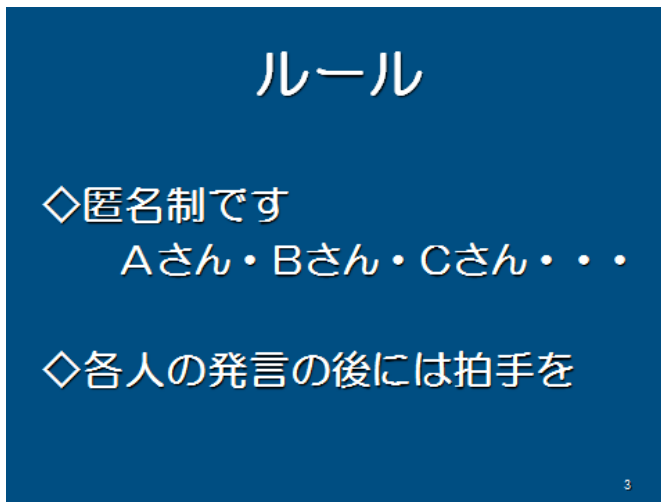
では、好きなお酒をずっとおいしく飲み続けていただくために  
ご自分のお酒の飲み方をちょっと振り返ってみましょう。  
依存症になってしまうと、コントロールしてお酒を飲むことが困難になり、  
かなりの確率で治療として断酒を目指すしかなくなります。  
そういった病気にならないために、ご自分の今のお酒の飲み方を

ちょっと振り返ってみましょう。

解説：

講義の内容を思い出しながら、現在の飲酒についても振り返る。  
依存症を予防するための飲酒に関する目標設定であることを強調する。  
できるだけリラックスして参加してもらえそうな雰囲気をつくと良い。

スライド3枚目



セリフ：

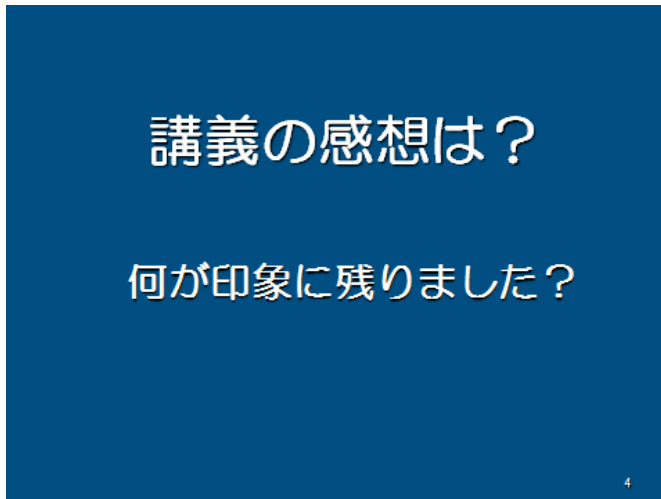
このグループセッションには、2つのルールがあります。  
まず、ここでは名前を呼ばず、匿名でお話してください。  
右から順に、Aさん、Bさん、Cさん…とお呼びさせていただきます。  
また皆さんが発言した後に、拍手をしてください。他の人の発言に対して批判はしないでください。

解説：

ここでの重要な点は2つある。

- ①匿名性：名前を呼ばないことで、できるだけ自分の飲酒状況を表現しやすくすることを目的としている。  
例えば、同じ職場である場合、顔見知りであることも多いが、あえて名前を呼ばないことで発言しやすい雰囲気をつくる。
- ②発言後の拍手：受容的態度をみんなでつくるのが目的である。  
大量飲酒の傾向がある場合、アルコールのことを発言すること自体に抵抗がある場合が多い。  
そのような参加者の心情を考慮して、発言をしやすい雰囲気づくりを心がける。

スライド4枚目



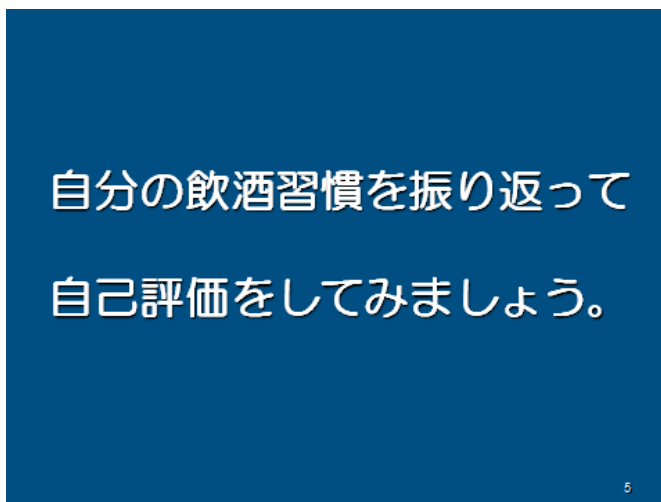
セリフ：

講義はいかがでしたか？何か印象に残ったことからお聞きしたいと思います。  
印象に残ったこと、参考になったこと、驚いたこと、などがあれば教えてください。  
ではAさんから順番にお願いします。

解説：

講義内容を振り返る。特に、講義を聴いて初めて知ったことについて重点的に聞けると良いだろう。  
それに加えて、アルコールのネガティブな点を述べた参加者には、  
より一層「よく理解されましたね」などといった、称賛が有効だろう。

スライド5枚目



セリフ：

さて、自分の飲酒習慣に対する自己評価です。  
みなさんがご自分の飲み方をどう思っておられるのかお聞きしたいと思います。  
そして、その自分のお酒の飲み方についての評価は、講義を聞く前と聞いた後では変わっているかもしれない  
ので、

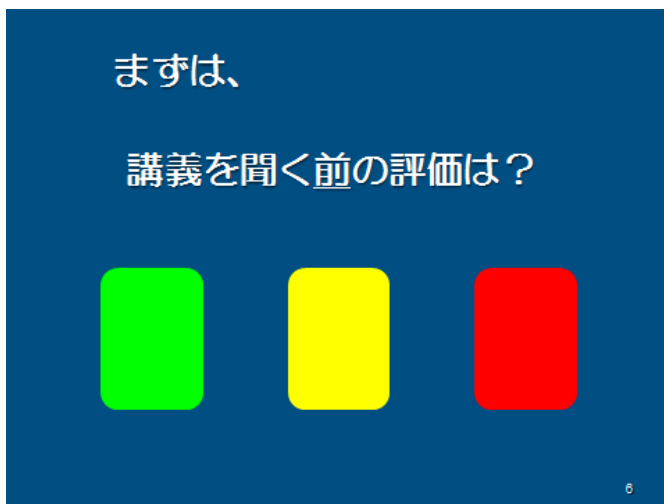


講義前後の両方について教えてください。

解説：

このスライドでは、参加者に講義前後での飲酒状況について自己評価の変化を訊ねる。大半の参加者が飲酒量や時間などに改善の余地があると考えることが多いようである。ここでもファシリテーターは受容的態度を重視し、指示的にならないようにする。

スライド6枚目



セリフ：

まずは、講義を聞く前の飲酒状況の自己評価についてお聞きします。  
お配りしているカードを使って教えてください。  
現在の飲酒状況が安全であると思う方は緑、注意が必要と思う方は黄色、危険だと思う方は赤色のカードを出してください。  
ではご自身のお酒の飲み方はどのカードに当たるでしょうか？  
<一斉にカードを出してもらおう>

解説：

ここでは、3種類のカードを使用する。  
3段階の評価とすることで簡略に現状を示すことができる。  
イエロー（警告）とレッド（退場）はサッカーの審判の判定と同じように考えてもらえるとわかりやすい。

スライド7枚目



次に、

講義を聞いた後の評価は？

7

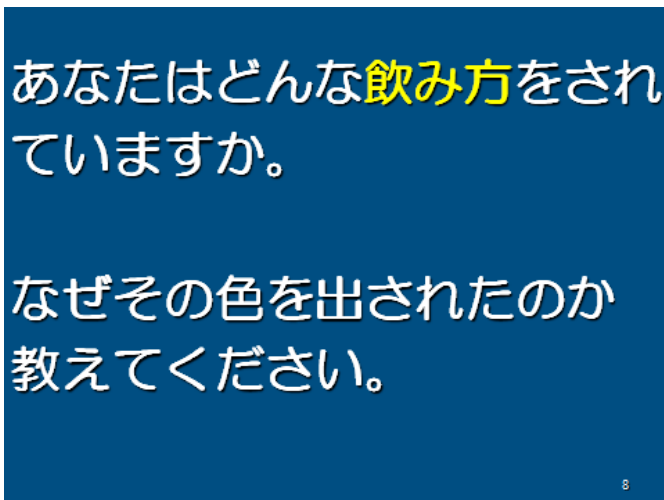
セリフ：

次に、講義を聞いた後の自己評価について教えてください。  
カードの色が変わった方は、変わったその色を出してください。  
カードの色が変わらない方は、そのまま出しておいてください

解説：

自己評価の変化については次のスライドで介入を行う。

スライド8枚目



あなたはどんな飲み方をされていますか。

なぜその色を出されたのか  
教えてください。

8

セリフ：

先ほどカードを出してもらいました。カードの色とその色を選んだ理由を一緒に教えてください。  
今、どのような飲み方をしているから、そのカードの色を選んだのでしょうか？  
ご自分の飲み方についても教えてください。  
では、Aさんから順番に教えてください。

解説：

ここでは、そのカードの色を選んだ理由と、講義前後でカードの色が変わった場合にはその理由についても訊ねる。

そして、その理由を参加者に自身の飲酒状況と交えて話してもらう。この時の注意点は以下の2つである。

①後ろめたさがある参加者がいるので、責められていると感じないようにする。

②参加者が正直に話せることを重要視する。自己評価のみを行い、他の人の発言に対して批判はしない。

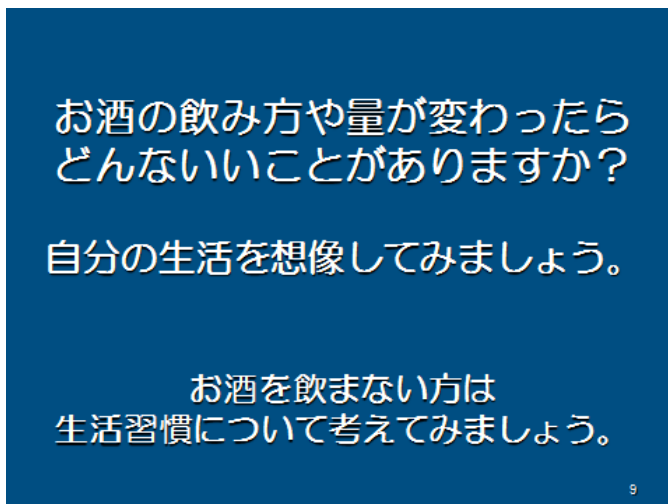
参加者の発言への反応として、自己業過の高い人に対しては「すごいですね」「頑張っているんですね」などでこたえる。

また、自己評価の低い人に対しては「自己評価が厳しいですね。」などの評価ができるとさらに良い。

「飲み方を教えてください」というオープンクエスチョンを投げかけるが、そのあとの参加者の発言内容に応じて、

飲酒量、飲酒頻度、飲む時間帯、食べながら飲酒をしているかどうか、などの質問をして、具体的な飲酒状況を確認する。

スライド9枚目



セリフ：

では、お酒の飲み方や量が変わったらどんないいことがあると思いますか？今のご自分の生活がどのようになるか想像してみてください。

(飲まない人がいれば)

お酒を飲まない方は、生活習慣について考えてみてください。

(意見が出ないときは)

- ・ 検診データが改善する。
- ・ 酒代が減る
- ・ 家族と素面で会話する時間が増える…など例をあげてみる

解説：

行動変容の基本は報酬である。行動を変えることで起こるメリットを具体的に想像できることは、行動変容の動機をつくる良いきっかけとなる。

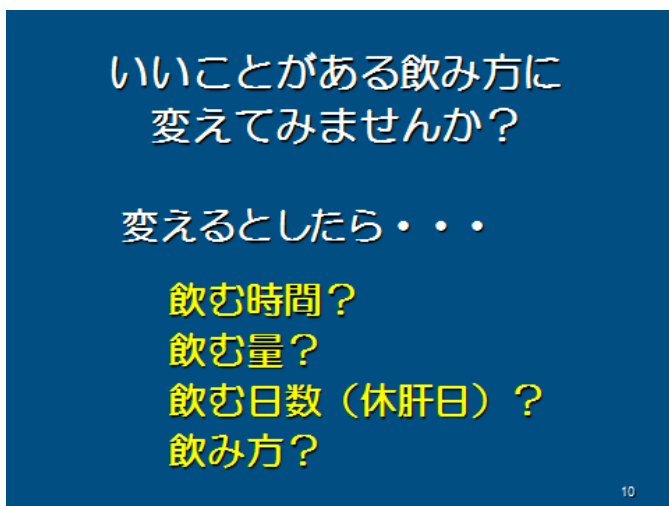
この部分はグループワークの中で最も大事な部分と言えるだろう。

飲酒をしていない参加者が多い場合も、話が進みにくくなり、ファシリテーターがグループワークを運営しに

くくなる要因となる。その際は1. 運動、2. 食生活、3. 生活リズム（朝方の生活など）の目標設定の準備とすると良い。経験的だが、特にグループワークの参加者である一般の労働者は運動不足の人が大半であるため、運動に関することを問うのが最も無難であると考えている。

グループワーク以前から、現状の飲み方を意識的に選択して改善を実行している参加者もいるため、その場合には無理にいいことを想像するのではなくその意識的な取り組み自体を評価することが良いだろう。その変化を行おうとしたきっかけを問うというのも良いだろう。

スライド10枚目



セリフ：

飲み方を変えることで色々メリットがあると感じておられるようですね。

では、メリットがある飲み方に変えてみられますか？

変えるとしたら、時間ですか？それとも量や頻度ですか？飲み方ですか？

また、飲み方を変えられない方もいらっしゃると思います。

もちろん現状維持するという目標もいいことだと思います。

その場合は、現状維持でもいいと思った理由について教えてください。

それぞれ具体的に1つずつ考えてみましょう。

例えば・・・

- ・飲む時間なら・・・飲み始め、飲み終わりの時間は？休日は朝から、昼間からでは？

- ・量なら・・・一日の飲酒量は何をどれだけにしますか？

- ・日数なら・・・飲まない日（休肝日）をつくりますか？

- ・飲み方なら・・・「ついついもう一杯」「つい飲み過ぎて」「つい午前様」こんな飲み方を変えますか？グラスを小さくしますか？お酒の種類を変えてみますか？

では順番にお願いします。

解説：

ここでは目標設定のために、現在の状況の改善点を探る。

問題点を全体的にとらえようとするよりも、細分化して、どの部分に改善の余地や必要性があるかを話し合う。

飲酒自体に問題がないと語る人も、細分化によって何らかの改善の余地を見つけることが多い。

この時もファシリテーターの受容的な態度は非常に有効であり、「よく気が付きましたね」などの声掛けが重要である。特に、参加者の努力の過程を評価すると良いだろう。受容的な態度が最も有効な場面と考えている。

さらに、時間があれば、「どれくらい変えたい気持ちがあるでしょうか？」と10段階評価や%といった具体的

な数値で表現してもらっても有効である（スケーリング）

スライド 11 枚目

**目標を立ててみましょう！**

- ☆ご自分が実現できそうな目標にする
- ☆なるべく具体的にたてる
- ☆書いて目に見える
- ☆誰かに宣言する

**がポイント！**

紙とマグネットバーに書いてください。

11

セリフ：

では目標を立ててみましょう。

- ★あまりよくばらず、自分が実現できそうな目標にする
- ★なるべく具体的に立てる
- ★書いて目に見えるようにする
- ★立てた目標を誰かに宣言する

が目標達成のためのポイントです。お手用の用紙に目標を書いてみてください。

目標はなるべく具体的な方が実行しやすいといわれています。たとえば週1回休肝日をつくるのであれば何曜日にするかまで具体的に考えてみて下さい。

そして更に、その理由と、目標を達成するための具体的な行動を裏に書いてください。

具体的な行動とは、たとえば、

「家族に注意してもらおう」「コップを小さくする」「早く寝る」「お酒の種類を変えてみる」

など考えて頂いて書いてみてください。

そして目標はマグネットバーに書き写してください。マグネットバーはみなさんに持って帰っていただきます。

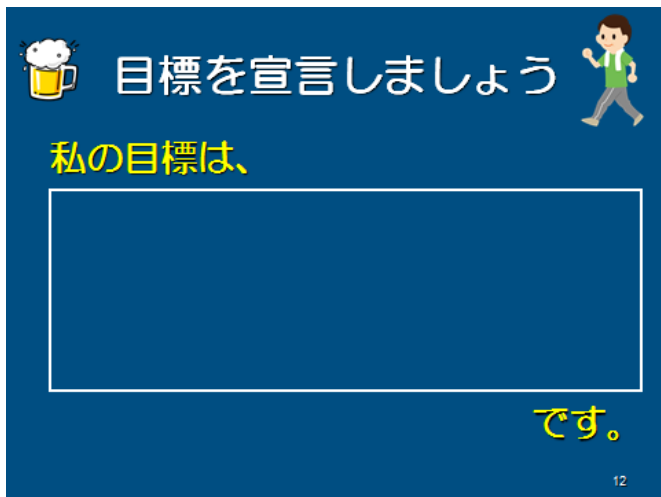
よく見えるところに貼ってください。ご家族や職場の方に宣言していただいてもいいですね。

解説：

目標設定をする。具体的には、スライド内に書いてある4点を重視する。

可視化、他者への明確化、現実的かつ具体的ということを目指す。具体的に関してはできるだけ数値目標を入れることも勧めると良い。

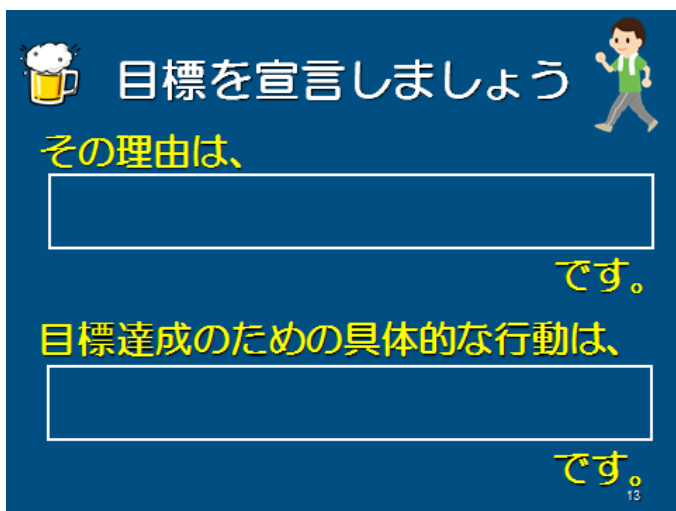
スライド12 枚目



セリフ：

では今立てられた目標を発表してください。立てた目標と（次のページへ続く）

スライド13 枚目



セリフ：

言える方はその理由と、目標を達成するための具体的な行動を順番にお願いします。  
ではAさんからお願いします。

解説：

ここでは、立てた目標を発表してもらおう。例え飲酒状況に問題があると思われる方が現状維持を目標とした場合でも、受容的に拍手をする。

本人が今の量を選んでいる、つまりコントロールして飲酒していることを自身に確認してもらうことが重要である。

この場面で、注意点が2つある。まずは聞き返しの際に使用する言葉に注意を払う。「なぜ」のみの聞き返しは圧迫される感覚をもたれることがあるため、極力避ける。「どうしてですか」や「なるほど。ところで、なぜ（いったん受容）」など、受容的態度を意識する。次に、現状維持を選んだ際には、それを維持するための具体的な方法や行動を尋ねる。グループワークという貴重な時間を少しでも有効に活用するために、自身の言葉で理由を述べてもらう。現状維持の場合にも「なぜ」は極力避ける。



(例えば、飲酒習慣が適正範囲内で「現状維持」の場合)  
「今の飲み方があなたにとってちょうどいいんですね」  
などの肯定的な質問/確認の仕方、相手が今の飲酒状況を「選択している」ことを共有する。

スライド14枚目

どんなことにも応用可能！

実際に自分の手で目標を書くのは  
目標達成に効果的です。

元気で長生きのための準備を  
今日からはじめて下さい！

14

セリフ：

目標を自分の手で書くのは目標達成には効果的といわれています。  
好きなお酒をおいしく楽しく飲み続け、元気で長生きするための準備を今日から始めてください。

解説：

目標設定にはいくつかのポイントがあるが、ここでの目標設定では、以下の4点の存在が成功のカギとなりやすいことを心がけると良いだろう。

- ①可視化されると達成されやすい。
- ②具体的な数値があると達成されやすい。
- ③達成も大事だが、その過程も重要である。
- ④自己効力感を重視する。

ちなみに、ファシリテーターも目標の内容にこだわらず、「真剣に考えてくれたこと」や「参加してくれたこと」自体、つまり過程自体を評価できると良い。

## 資料8. フォローアップ スライド マニュアル

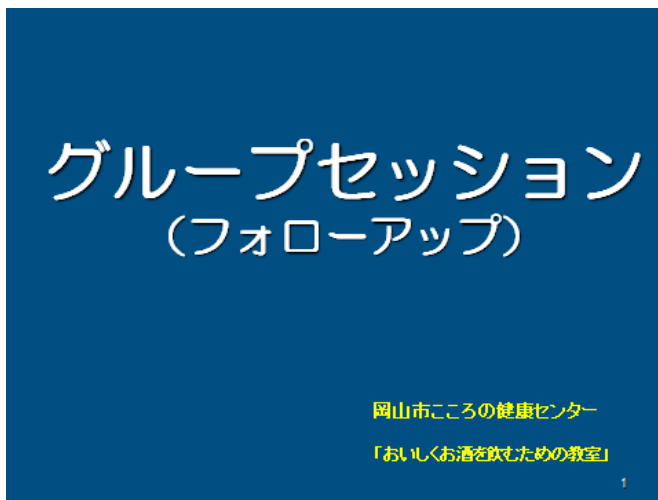
はじめに

このフォローアップスライドマニュアルは、グループワーク後3~6か月後に行う、フォローアップ介入の際に使用するスライドのマニュアルである。講義スライドなど同様に、「セリフ」と「解説」の部分で構成されている。スライドは全26枚で、以下の3つの部分で構成されている。事前にアンケートを取り、その中に前回の講義内容の復習になる設問が加えられている（アンケートの間10~12）。

- 1 ~16枚目 前回の講義内容の振り返り（事前に行ったアンケートの間10~12の答え合わせも含む）
  - 17~22枚目 前回立てた飲酒状況改善の目標設定と自己評価
  - 23~26枚目 目標の再設定と動機付け
- 23~26枚目で目標の再設定を行ってもらう。

グループワークの時と同様に、ファシリテーターは参加者が本音を話しやすい雰囲気づくりを心がけ、どのような飲酒習慣の人がいても、決して誰からも責められない雰囲気づくりを重視してほしい。

スライド1枚目



セリフ：

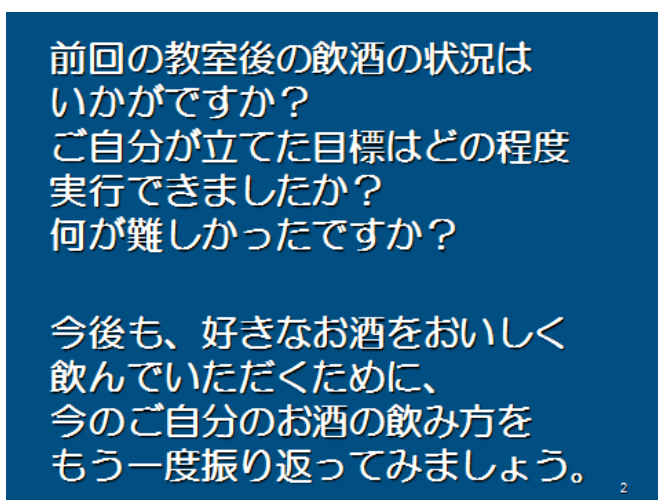
前回に引き続いての教室へのご参加ありがとうございます。これからグループセッションを始めたいと思います。

このグループを担当させていただく〇〇と申します。よろしくお願いいたします。

解説：

これは、初期介入後 3～12 か月後に行うフォローアップのためのグループワークのためのスライド集である。このスライドはグループワークの導入である。

スライド2枚目



セリフ：

前回の教室後の飲酒の状況はいかがですか？

ご自分が立てた目標はどの程度実行できましたか？

前回の教室後のみなさんのお酒の飲み方を教えてください。

もし実践が難しかった場合は何が難しかったのか？

どうすれば実践できそうか。もう一度一緒に考えたいと思います。

今後も、好きなお酒をおいしく飲んでいただくために、今のご自分のお酒の飲み方をもう一度振り返ってみましょう。

解説：

ここでは3つのことを参加者に思い出してもらおう。

①前回たてた目標

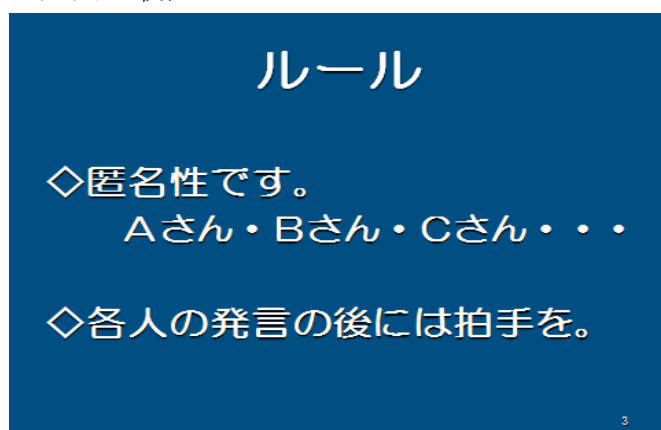
②目標の達成状況（飲酒状況の変化）

③目標達成のための工夫や障害、特に実行が困難だった点

である。ただし、③の実行困難な点を聞く際には抵抗を示されることも多い。マイナスの面ばかりを尋ねるだけでなく、

達成できたことやできていることの確認を重視してほしい。

スライド3枚目



セリフ：

このグループセッションには、2つのルールがあります。

まず、ここでは名前を呼ばず、匿名でお話してください。

右から順に、Aさん、Bさん、Cさん…とお呼びさせていただきます。

また皆さんが発言した後に、拍手をしてください。他の人の発言に対して批判はしないでください。

解説：

ここでの重要な点は2つある。

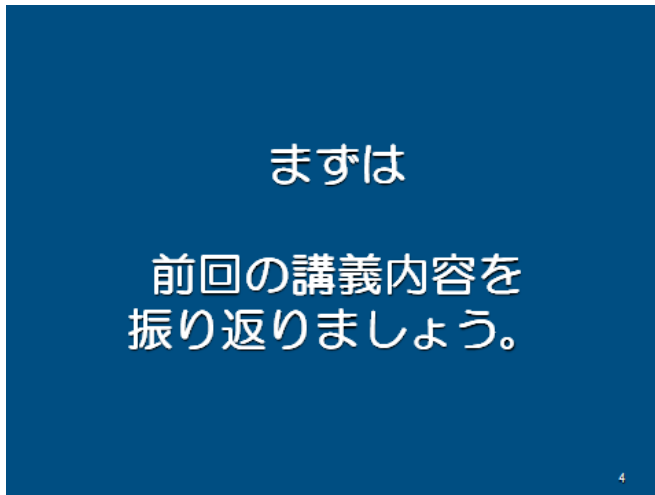
①匿名性：名前を呼ばないことで、できるだけ自分の飲酒状況を表現しやすくすることを目的としている。

例えば、同じ職場である場合、顔見知りであることも多いが、あえて名前を呼ばないことで発言しやすい雰囲気をつくる。

②発言後の拍手：受容的態度をみんなでつくるのが目的である。

大量飲酒の傾向がある場合、アルコールのことを発言すること自体に抵抗がある場合が多い。そのような参加者の心情を考慮して、発言をしやすい雰囲気づくりを心がける。

スライド4枚目



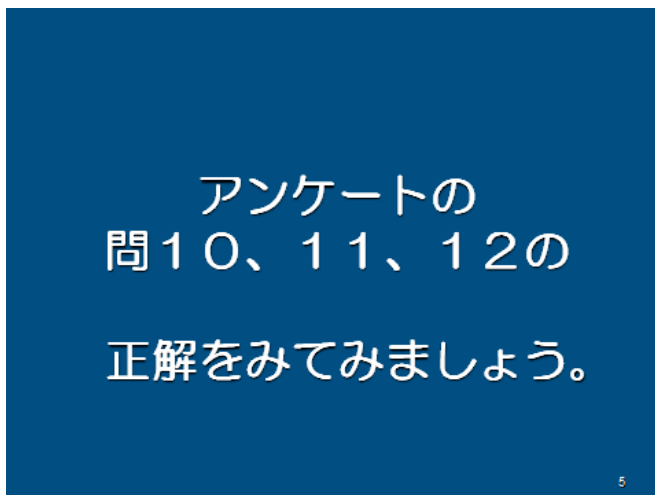
セリフ：

まずは前回の講義内容を振り返ってみましょう。

解説：

通常、フォローアップを始める前に参加者にアンケートをしてもらおう。(資料1)  
その中に、前回の初期介入の講義内容を含んだ数問の簡単な振り返りの問題を挿入している。  
よって、アンケートに答えることによって、講義内容の復習ができるようになっている。

スライド5枚目



セリフ：

まずはアンケートの問10、11、12の正解をみてみましょう。

解説：

通常、フォローアップを始める前に参加者にアンケート(資料1)にある問10、11、12の3つの問題の正解を説明する。  
問10が「適切な飲酒量」、問11が「アルコールによる健康への影響」、問12が「アルコール依存症について」である。

スライド6枚目

問10の正解は

6

セリフ：

まず問10です。

〇〇さん、 $10-1$ は〇か×かいかがですか？

(以下、一人一問ずつ質問を続ける)

スライド7枚目

2・3・6

7

セリフ：

正解は2、3、6です。

スライド8枚目

適正飲酒量

純アルコールー日20g  
(お酒の量(ml)×アルコール度数(%)×比重(0.8g/ml))

日本酒：1合弱(180ml)  
ビール：500ml缶1本  
焼酎：コップ0.5杯(100ml)

8

セリフ：

適正飲酒量は純アルコールで一日20gです。

日本酒では1合弱(180ml)、ビールで500ml缶1本、焼酎ではコップ0.5杯(100ml)、となります。

計算の仕方は

(お酒の量(ml)×アルコール度数(%)×比重(0.8g/ml))

です。

解説：

正解は2、3、6である。厚生労働省が示す、適正飲酒量が2ドリンク(純アルコール約20g)であることを知ってもらう。

それに該当するのが、上記の答えになっている。

時間があれば計算方法も伝えるとよい。

日常的な飲酒量を計算することが、食事のカロリー計算と同様に健康維持に役立つことを参加者に対して説明したい。

スライド9枚目

問11の正解は

9



セリフ：

問 11 の正解をみてみましょう。

〇〇さんから一問ずつ読んで、〇か×かを教えてください。

では、〇〇さんからお願いします。

(一問ずつ参加者の回答に対し、正解かどうかコメントする。)

解説：

これから問 11 の正解を説明する。

スライド 10 枚目



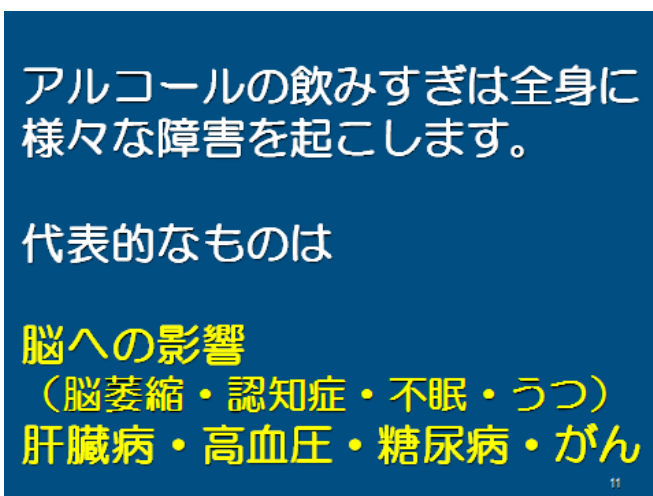
セリフ：

ということで問 11 の正解は、 $1 \cdot 2 \cdot 3 \cdot 4$  です。

解説：

正解は問 11 の設問 1～5 のうち 5 以外は正解である。

スライド 11 枚目



セリフ：

アルコールの飲みすぎは全身に様々な障害を起こします。

代表的なものは

脳への影響で脳萎縮、認知症や不眠、うつ病です。

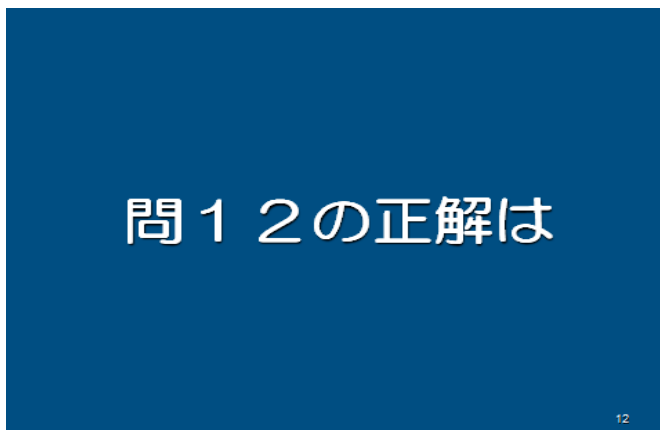
また肝臓病や高血圧、糖尿病、がんなどが代表的で、血液の通っているところはすべて、つまりほぼ全身に影響があるとされています。

解説：

問 11 の設問の内容を詳細に解説している。アルコールは肝臓だけでなく、脳や高血圧、糖尿病などにも悪影響があることを説明する。

時間がある場合、意外と知られていない脳への影響を強調すると良いかもしれない。

スライド 12 枚目



セリフ：

次は、問 12 です。

また順番に一問ずつ読んでいただき、○か×かを教えてください。

(一問ずつ参加者の回答に対し、正解かどうかコメントする。)

スライド 13 枚目



セリフ：

ということで、問 8 の正解は  $2 \cdot 7 \cdot 8$  です。

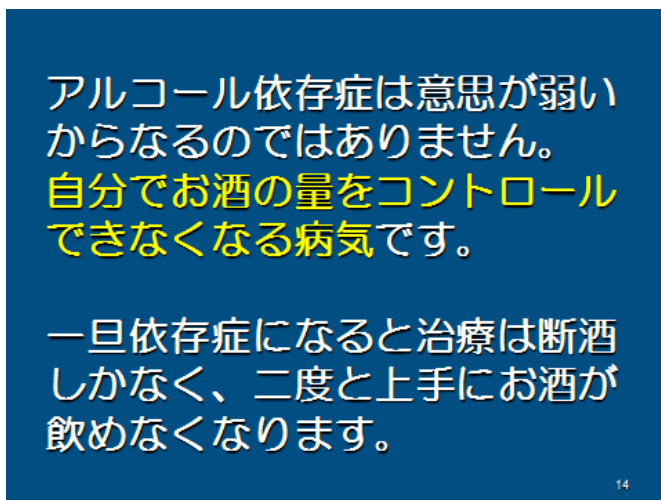
解説：

問12の正解の解説をする。

正解は、

2. アルコール依存症は自分で酒量をコントロールすることができなくなる病気である、
7. お酒、睡眠薬、覚せい剤はすべて依存症をつくる、
8. 眠れない時は寝酒よりも睡眠薬を飲む方が安全な場合が多い、である。

スライド14枚目



セリフ：

アルコール依存症は意思の問題ではなく、自分でお酒の量をコントロールできなくなる病気です。  
だから意思だけではお酒を止めることはできません。  
一旦依存症になると断酒以外の方法では回復するのが困難になります。  
上手にお酒が飲めなくなる病気です。

解説：

このスライドでは、アルコール依存症の解説をする。

依存症の説明の注意点は大きく2つあり、

- ①自分自身で飲酒量をコントロールできなくなる状態となること
  - ②その状態からの回復は通常断酒以外では困難であること
- ということである。

スライド15枚目

アルコール依存症になりやすい性格は特定されていません。

また、アルコール依存症が遺伝するという明確な証拠はありません。

15

セリフ：

アルコール依存症になりやすい性格は特定されていません。

アルコール依存症が医学的に遺伝するという明確な証拠や、アルコール依存症になる明確な遺伝子は特定されていません。

依存症は病気ですから、運が悪ければ誰でもなる可能性があります。

ただし、「飲める体質」「飲めない体質」についてはある程度遺伝子の影響があることが明らかになっています。

解説：

依存症に関する遺伝は医学的には様々な解釈があって正確な結論が出ているとは言えず、遺伝の要素も一部あるという報告もある。

しかし、明確な遺伝や、決定的な遺伝子は見つかっていないため、このような説明としている。

依存症の発症には様々な要因の関与が示唆されているが、大量飲酒できる体質が関連していることは知られており、その遺伝についてもある程度明らかになっている。

お酒・睡眠薬・覚せい剤は  
すべて依存症をつくります。

ただし、寝酒より  
睡眠薬の方が安全な場合もあ  
ります。

16

セリフ：

お酒・睡眠薬・覚せい剤はすべて依存症をつくります。ただし、寝酒より睡眠薬の方が比較的安全性が高いと言われております。

また、寝酒よりも睡眠薬の方が質の高い睡眠が得られます。

前回の講義にもあったように、お酒は寝付くまでの時間は早くなりますが、睡眠を浅くし途中で目を覚めやすくします。

解説：

依存性のある物質は多様にある。アルコールだけでなく、睡眠薬や覚せい剤も依存性がある。

不眠時に寝酒をする人は日本では多いが、世界的には一般的ではなく、特に先進国ではむしろ医師に相談することが多いことも説明できると良い。

睡眠薬は医師の指示通り使用すれば、寝酒より安全であることが多いことも説明したい。

さらにアルコールの睡眠に対する作用では、入眠までの時間は短縮できても、睡眠が浅くなり、中途覚醒も増え、さらに早朝覚醒も増えることも説明したい。

では、もう一度  
自己評価をしましょう。

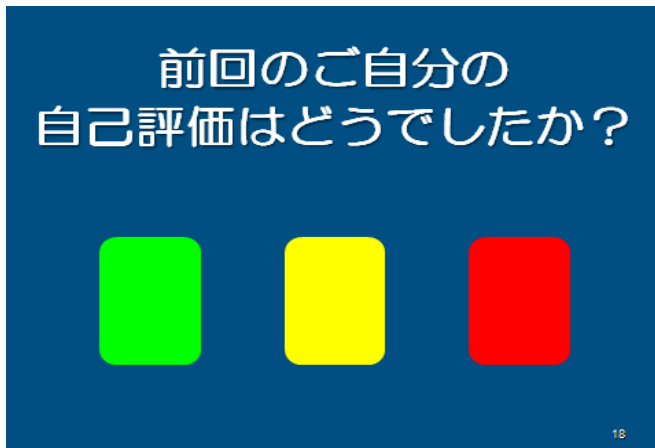
17

セリフ：

では、もう一度自己評価をしてみましょう。

解説：

目標の自己評価を始める。



セリフ：

まず、前回の講義を聞いた後に出した自己評価を思い出してください。何色を出されましたか？

〇〇さんから前回のカードの色を教えてください。

お配りしているカードを使って教えてください。

講義を聴いた後に、その時の飲酒状況が安全であったと思う方は緑、注意が必要であったと思う方は黄色、危険だと思った方は赤色

のカードを出してください。

<一斉にカードを出してもらおう>

解説：

ここでは、3種類のカードを使用する。

3段階の評価とすることで簡略に現状を示すことができる。

イエロー（警告）とレッド（退場）はサッカーの審判の判定と同じように考えてもらえるとわかりやすい。



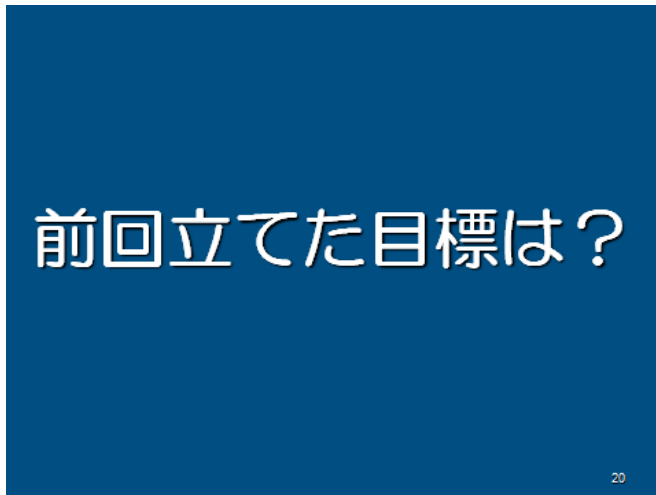
セリフ：

それでは、今の自己評価はいかがでしょう？今のカードの色とその理由を教えてください。では、〇〇さんからお願います。

解説：

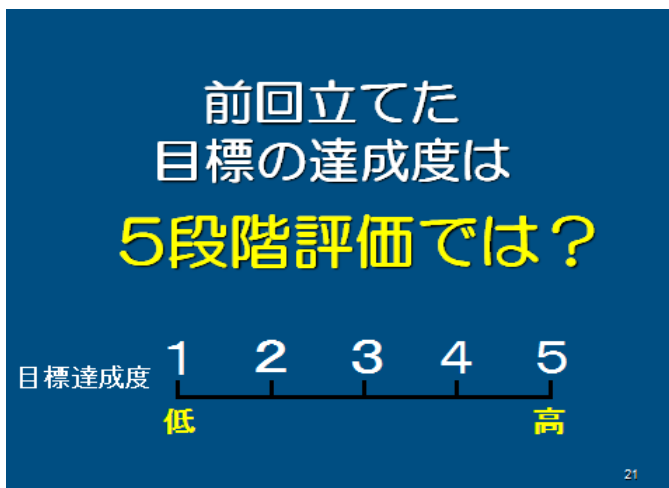
次に、今の自己評価を問う。





セリフ：

では、前回みなさんが立てられた目標をもう一度教えてください。(次のページへ)



セリフ：

また、前回ご自分が立てた目標の達成度を 1~5 の 5 段階評価で教えてください。  
またその理由も一緒に教えてください。では、〇〇さんからお願いします。

解説

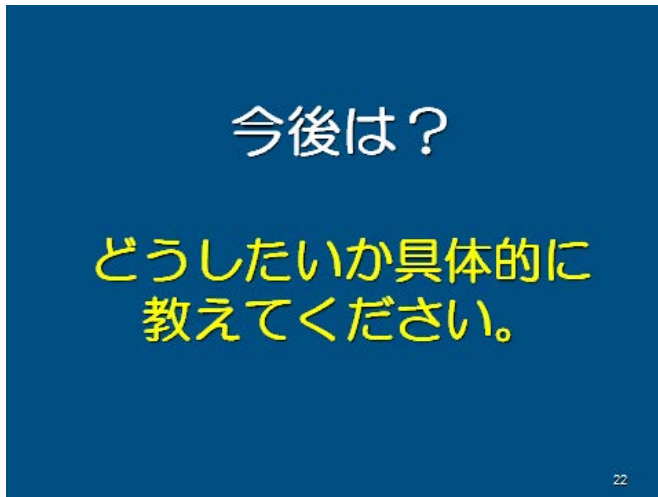
前回作成した目標を振り返ってもらい、次の目標設定の準備となるようにする。

前回立てた目標が思い出せない場合、参加者のたてる目標の多くは「休肝日」や「飲酒量」なのでこちらがヒントを示しながら一緒に思い出していく。

ここでは前回たてた目標を思い出すことが目的ではなく、今回のグループワークで改めて目標をたてることが目的であるので、前回の目標を完全に思い出すことにこだわらない。

5 段階評価で達成度を数値化するとともに、今後、達成したい点や、改善したい点も話してもらおうと良いだろう。

特に、成果を上げた行動を振り返ることは重要で、その継続や強化のために、グループワークで発表してもらうことも重要である。



セリフ：

皆さん頑張って取り組まれたんですね。自己評価の厳しい方もいらっしゃると思いますが前向きで素晴らしいと思います。

それでは、今後はどうしようとお考えですか？

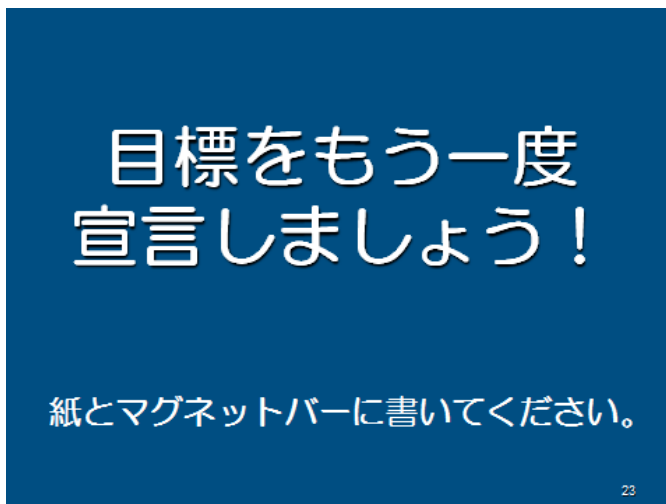
今の飲み方がレッドカードやイエローカードの方もいらっしゃると思いますが、今後どうしたいか具体的に教えてください。

では〇〇さんからお願いします。

解説：

自己評価の後に、参加者に再度目標設定をしてもらう。

先ほどの、振り返りを踏まえて目標設定のために具体的な行動を発言してもらう。



セリフ：

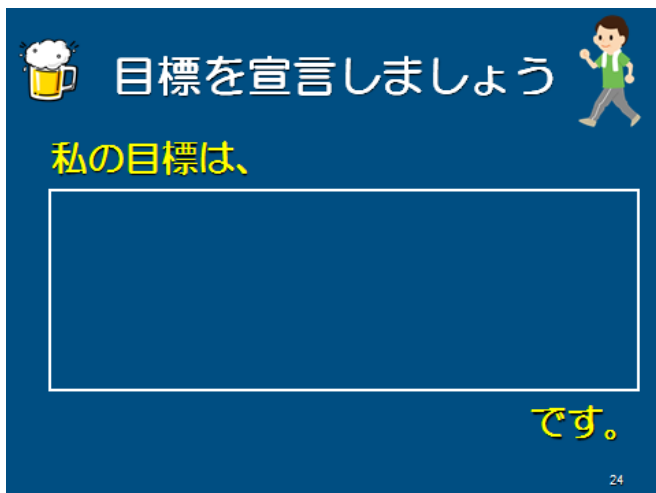
それではもう一度目標を立ててみましょう。

前回の目標を継続する方は同じ目標を書いていただいても構いません。

解説：

目標の視覚化のため、紙及びマグネットバーに目標を記載する。  
マグネットバーは、家庭や職場の目につくところに張って目標の視覚化も促せると良い。  
過去には自身用のロッカーの中や、冷蔵庫など家族の目に付く場所に張っている人もいたという例の紹介も良いだろう。

スライド24枚目



目標を宣言しましょう

私の目標は、

です。

24

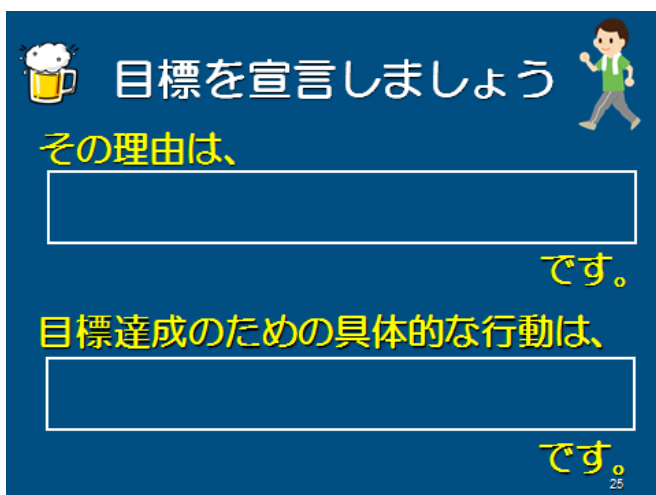
セリフ：

ではまずお手用の用紙に目標を記入してください。

解説：

紙への記載を促す。可能であれば、具体的に書いてもらい、何らかの数値目標を記載してもらうとより一層良いと伝えることが望ましい。

スライド25枚目



目標を宣言しましょう

その理由は、

です。

目標達成のための具体的な行動は、

です。

25

セリフ：

もし書ける方は、裏にその理由と、目標を達成するための具体的な行動を書いてみてください。  
具体的な行動とは、たとえば、家族に注意してもらい、コップを小さくする、早く寝るなどです。

解説：

目標を作成する際に、理由の明確化と具体的な行動について述べてもらう。

(具体性が増すと目標達成の可能性が増す) と言った説明をするとよいだろう。

態度としては受容的に接することを心がける。

この場面で、注意点が2つある。まずは聞き返し際に使用する言葉に注意を払う。

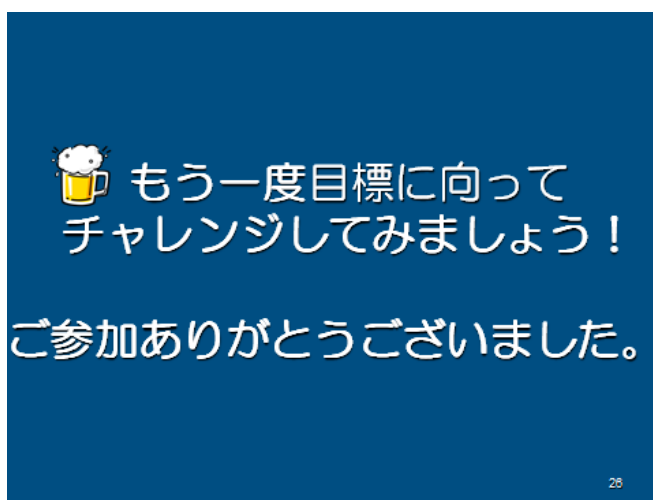
「なぜ」のみの聞き返しは圧迫される感覚をもたれることがあるため、極力避ける。

「どうしてですか」 や「なるほど。ところで、なぜ(いったん受容)」など、受容的態度を意識する。

2番目は、現状維持を選んだ際には、積極的な理由をできるだけ聞く。

現状維持が悪いわけではないが、グループワークという貴重な時間を少しでも有効に活用するために、自身の言葉で理由を述べてもらう。

スライド26枚目



セリフ：

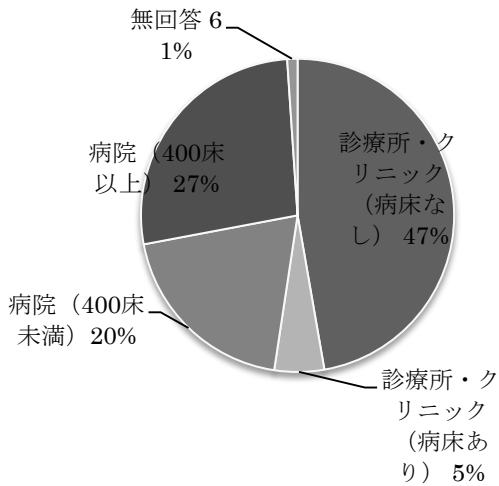
ぜひもう一度、目標に向かってチャレンジしてみてください！今回もご参加有難うございました。

解説：

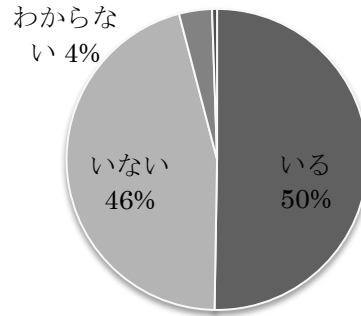
このスライドでグループワークを締めくくる。

資料7. 内科医外科医アンケート調査結果

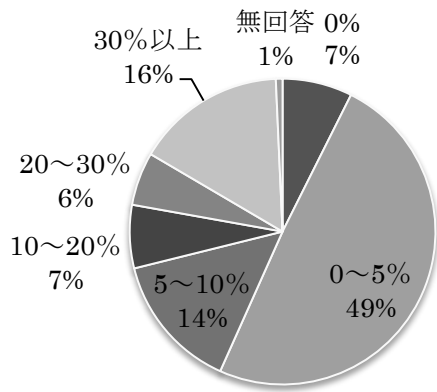
問1 診療形態



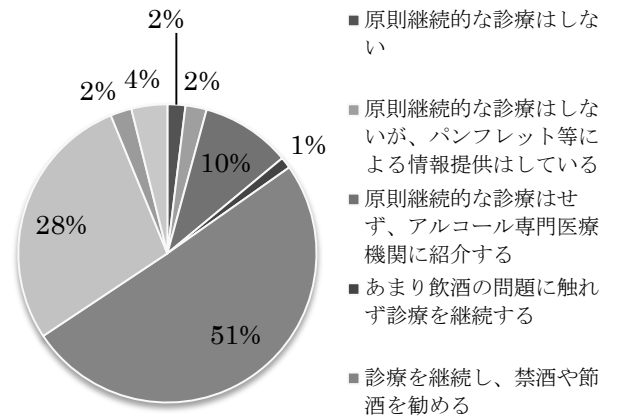
問2 飲酒問題の影響する患者の有無



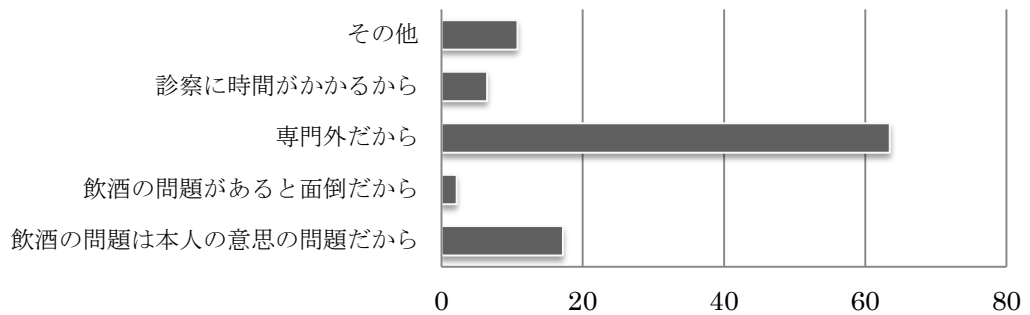
問3 アルコール専門医療機関での治療が必要な方の割合



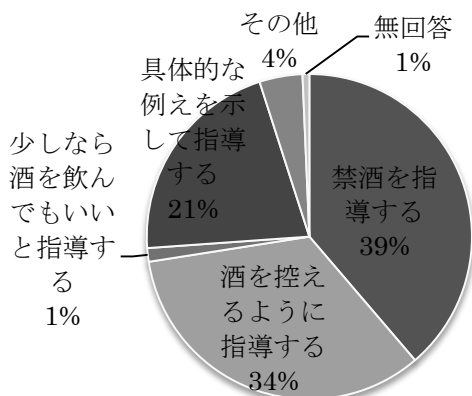
問4 飲酒問題がある方への主な対応



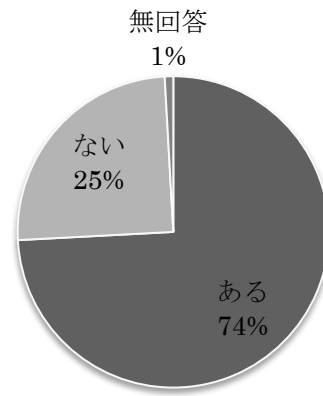
問4 原則診療しない理由 (複数回答)



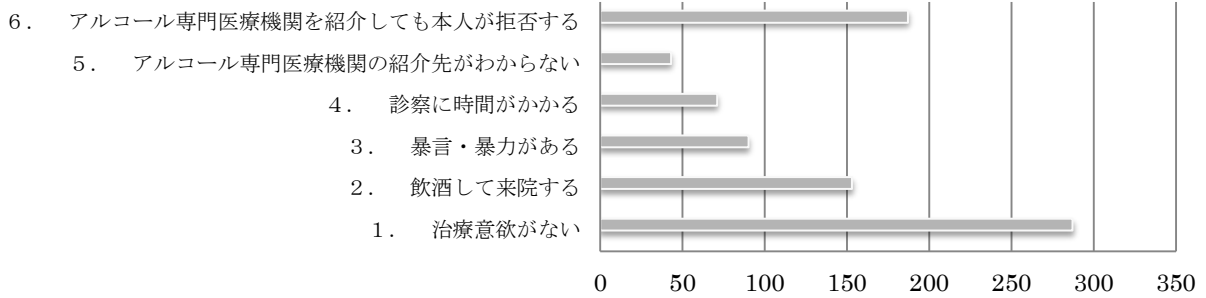
問6 主疾患の症状に飲酒の問題が大きく影響している場合の主な指導内容



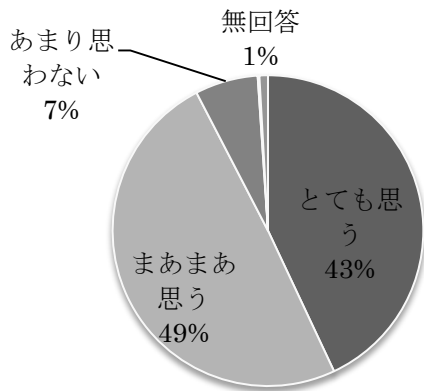
問7 飲酒問題のある患者に困ったこと



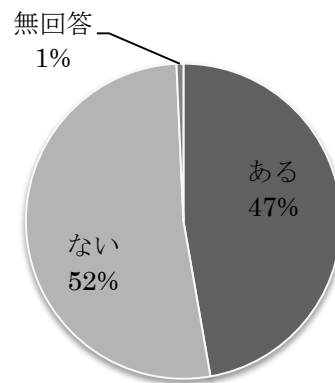
### 問7-1 困ったことの内容



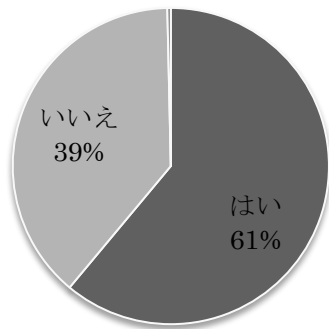
### 問8 アルコール専門治療につなげたいか



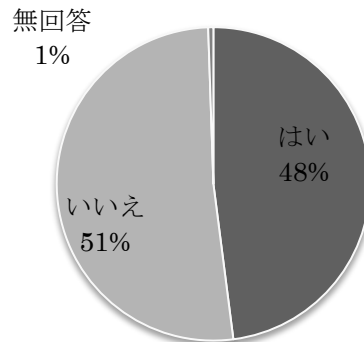
### 問9 家族からの相談の有無



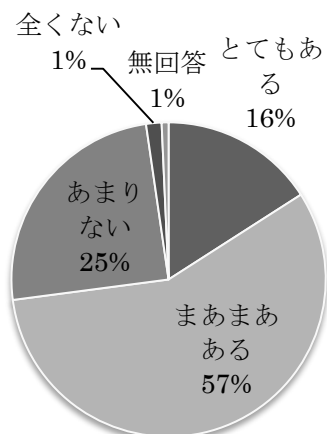
### 問10 アルコールに関する相談先・紹介先を知っている



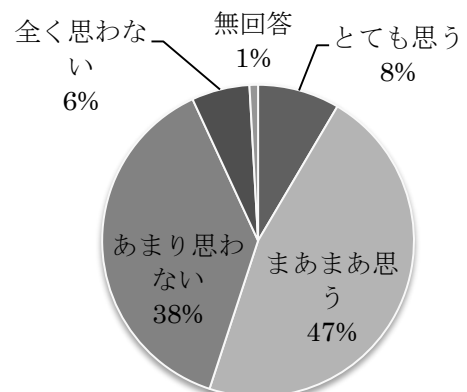
### 問11 相談窓口やアルコール専門医療機関を紹介したことがある



### 問12 飲酒問題への関心

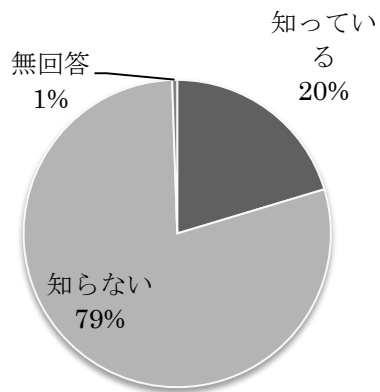


### 問13 飲酒問題に関する研修会に参加したい

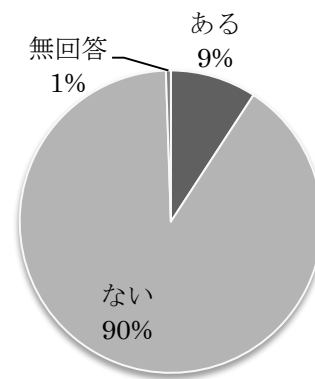




問14 ネットワークが主催する研修会  
を知っている



問15 ネットワークが主催する研修会に  
参加したことがある



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）
- 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

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 28 年度総括分担研究報告書  
アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究  
研究分担者 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 院長

研究要旨

本研究では、アルコール依存症が疑われる患者に対し簡易介入（Brief Intervention, BI）を行い、どのような患者に BI が効果をもたらしやすいか、節酒の維持につながるのか、その患者特性を明らかにすることを目的とする。昨年度 S 社 A 事業所、B 事業所に協力を依頼し、職域で AUDIT15 点以上の問題飲酒者に対し、BI を行い、今年度は介入 1 年後の転帰調査および質問紙調査（AUDIT、TLFB 法、SOCRATES-8A、VAS 等）などでの効果検証を行った。S 社 B 事業所の対象者には、統制群として AUDIT のみ調査を行った。

その結果、AUDIT 得点は 1 年後の調査では A 事業所、B 事業所の対象者ともに有意に減少したが、減少幅では BI を実施した A 事業所の対象者が有意に減少していた。TLFB 法については、平均値においては非飲酒日数以外では有意差を認めなかったが、いずれの項目においても約 60% 程度の者に改善が見られた。特に、50 歳以上の対象者においては、50 歳未満の者に比べ著明な改善が見られており、BI の飲酒量低減効果は 50 歳以上の重篤問題飲酒者により現れやすい可能性が示唆された。

VAS (Visual Analogue Scale) による質問項目の類似性を確認するため、介入前後の両時点ごとにクラスタ分析を行った。その結果、介入前において節酒の重要性を強く感じ、節酒による変化に期待を持っているがその自信を持ちにくい群は、そうでない群に比べ、介入後の 1 週間のドリンク数、非飲酒日数、多量飲酒日数において有意に改善が見られた。この群では、介入前の DSM-5 該当項目数、Socrates-8A については介入前後においても「病識」、「迷い」の項目得点が有意に高く、これらの結果から、BI の介入効果を予測する因子として、節酒の重要性認識や変化の期待が高いが、節酒に対する自信は低いこと、さらに BI 前後を通して病識、逡巡を持続させた群の方が、長期に節酒を維持できる可能性が示唆された。

研究協力者

武藤岳夫<sup>1)</sup>、吉森智香子<sup>1)</sup>、長祥子<sup>1)</sup>、小牧真也<sup>1)</sup>、近藤早紀<sup>2)</sup>、壁屋康洋<sup>2)</sup>、有馬正道<sup>2)</sup>、村上優<sup>2)</sup>、末宗万里沙<sup>3)</sup>、守田祐作<sup>4)</sup>、田中完<sup>5)</sup>

1) 国立病院機構肥前精神医療センター

2) 国立病院機構榊原病院

3) 国立病院機構東尾張病院

4) 新日鐵住金（株）名古屋製鐵所

新日鐵住金（株）鹿島製鐵所

A. 研究目的

簡易介入（Brief Intervention, 以下 BI）

による酒量低減効果については、既に欧米を中心に多数の報告が存在するが、わが国では未だ無作為割り付けによる効果検証研究は数少ない。一方、諸外国においてもほとんどの効果検証研究の対象は基本的に（依存症ではない）危険な (hazardous) あるいは有害な (harmful) 問題飲酒者に限られている。特にわが国では、長年アルコール依存症に断酒が唯一の治療目標とされてきたこともあり、アルコール依存症を疑われる患者を対象に加えた BI の効果検証研究は行われていない。しかしながら、わが国でもハームリダクション理念が広まりつつあり、飲酒量低減を治療目標とするアルコール依存

症治療薬の導入などが進んでおり、依存症患者でもどのような患者であれば飲酒量低減を治療目標に加えられるかの議論も行われるようになってきている。

本研究では、まず、職域における BI による酒量低減効果の検証を行う。次いで、どのような重篤問題飲酒者に対してであれば、BI がその飲酒量低減効果をもたらし、その効果を長期に維持できるかという問いを立て、BI により適応しやすい重篤問題飲酒者の心理的特性を明らかにする。これらの調査を行い、重篤問題飲酒者に対する飲酒量低減を目的とした BI の効果が明確になるとともに、重篤問題飲酒者側の心理的特性を介入の目安とした BI 実施が可能になることによって、今後、重篤問題飲酒者への節酒に焦点づけた早期介入が多く施設で可能になり、重篤問題飲酒あるいはアルコール依存症に対する早期介入の実現に繋がること、さらにはアルコール依存症患者に対する第二の治療目標として節酒を加える際の指針策定に寄与することを本研究の主たる目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 対象

研究二年度に、職域における問題飲酒群の BI に関連した行動変容および行動変容を及ぼす問題飲酒者の心理社会的、身体的要因を分析するため、S 社 A 事業所（以下、A 事業所）、S 社 B 事業所（以下、B 事業所）に協力を依頼した。A 事業所、B 事業所の全社員を対象に健康診断時に AUDIT（Alcohol Use Disorders Identification Test）を行ったところ、A 事業所では 2858 名が回答し、B 事業所では 3250 名が AUDIT に回答した。このうち、A 事業所では、AUDIT15 点以上に該当する社員（124 名、全社員の 4.3%）に対し、BI 等の研究協力を依頼したところ、102 名が調査協力に同意し、集団での BI に参加、以降の調査を継続した。このうち、今年度の飲酒状況把握を含む転帰調査に参加したのは 51 名であった。

B 事業所では、コントロール群として、1 年後の AUDIT の再調査のみ実施した。健康診断時に AUDIT に回答した 3250 名のうち、AUDIT15 点以上 19 点以下が 277 名、AUDIT20 点以上は 52 名の合計 329 名（全社員の 1.0%）が調査対象者であった。介入前の時点では 316 名から調査協力が得られ、このうち、1 年後の今年度の調査では 109 名から AUDIT 調査結果が得られた。

### 2. 調査内容

1) A 事業所において、BI 実施前・BI 実施後、BI 実施 1 年後に行われた調査内容は以下の通りである。

- (1) AUDIT 全 10 項目
- (2) TLFB (Time Line Follow Back) 法による飲酒量調査（最近 4 週間の非飲酒日数、最近 4 週間の多量飲酒日数、最近 1 週間の合計ドリンク数）
- (3) DSM-5 の物質使用障害に関する診断基準（全 11 項目の該当有無）
- (4) SOCRATES (Stage of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale)-8A 19 項目（「病識」7 項目；「迷い」4 項目；「実行」8 項目）
- (5) 節酒の重要性認識、今後の飲酒の目標、節酒目標達成の自信、目標達成時の生活変化、専門医療機関受診の意向に関する VAS (Visual Analogue Scale ; 0-10 評定)。ただし、受診の意向に関する項目は BI 実施 1 年後には回答を求めなかった。

以上の調査票に加え、健康診断時のデータとして、問題飲酒関連項目（血圧最高値、血圧最低値、AST、ALT、 $\gamma$ -GTP、総コレステロール、中性脂肪、血糖値、BMI、腹囲）も参考にした。

### 2) 介入調査

ナレーション付きスライドの視聴とワー

クブック（基礎編, 応用編）を中心に合計 60 分程度で構成される, 集団での BI を 2 回行った。対象者には, セッション間およびセッション終了後の飲酒日記記載を依頼し, 2 回目のセッション終了後 3 か月経過した時点で飲酒日記を回収した。

### 3. 調査時期

BI1 年後調査 (A 事業所) : H. 28 年 7 月

AUDIT1 年後調査 (B 事業所) : H. 28 年 7 月

### 4. 調査場所

S 社 A 事業所および B 事業所

### 5. その他

BI の効果評価のため, 15 分程度の面接による 1 年後の転帰調査に協力した者には, 研究協力謝礼として QUO カード(3000 円)を渡した。

#### (倫理面への配慮)

調査内容について, 肥前精神医療センター倫理審査委員会に申請し, 承認を得た。対象者の研究への参加については, 文書で研究の目的, 概要を説明し, 研究に参加しなくても不利益がないことを伝え, 文書で同意を得た。

## C. 研究結果

### 1. AUDIT およびその他主要変数

#### 1) A 事業所 (実験群)

調査協力者の基本属性 (年齢, 性別, 勤務形態), AUDIT, 非飲酒日数, 多量飲酒日数, 1 週間ドリンク数, DSM-5 該当項目, SOCRATES-8A, 重要性認識, 飲酒目標, 目標達成の自信, 生活変化の期待, 受診意思, 主要健診の記述統計量は以下の通りであった (Figure1, 2, Table1)。

基本属性 : 51 名は全員男性, 平均年齢は 45.45 歳 (SD=11.70, Max=65, Min=21), 内訳として, 20 代が 5 名 (10%), 30 代 13 名 (25%), 40 代 11 名 (22%), 50 代 17 名 (33%), 60 代 5 名 (10%) であった。勤務形態については, 日勤が 33 名 (65%), シフト勤務が 18 名 (35%)

であった。

AUDIT : Pre-AUDIT 得点平均は 17.98 [S. D. 3.236], Post-AUDIT では 12.70 [S. D. 4.991]であった。

TLFB 飲酒量 : TLFB 法調査による飲酒量については, Pre 時点の最近 4 週間の非飲酒日数の平均は 3.520 [n=50, S. D. 5.853, Max27, Min0] 日, 最近 4 週間の多量飲酒日数の平均は 8.240 [n=50, S. D. 9.469, Max28, Min0] 日, 最近 1 週間の合計ドリンク数は 33.86 [n=50, S. D. 16.565, Max86.2, Min6.4] ドリンクであった。

Post では非飲酒日数の平均は 7.216 [n=51, S. D. 7.229, Max27, Min0] 日, 最近 4 週間の多量飲酒日数の平均は 5.510 [n=51, S. D. 7.086, Max28, Min0] 日, 最近 1 週間の合計ドリンク数は 32.31 [n=51, S. D. 15.44, Max62.9, Min0] となった。

非飲酒日数が 1~5 日増加したのは 10 名 (20%), 6~10 日増加が 9 名 (18%), 11~15 日増加が 4 名 (8%), 16~20 日増加が 3 名 (6%), 21 日以上増加が 3 名 (6%) であった。非飲酒日数の減少については, 16~19 日減少が 1 名 (2%), 11~15 日減少が 2 名 (4%), 6~10 日減少が 2 名 (4%), 1~5 日減少が 7 名 (14%), 増減無が 9 名 (18%) となった。

多量飲酒日数は, 1~5 日減少が 13 名 (26%), 6~10 日減少が 8 名 (16%), 16~20 日減少が 1 名 (2%), 21~25 日減少 2 名 (4%), 26 日以上の減少が 5 名 (10%) となった。逆に多量飲酒日数が増加したのは, 20 日以上増加が 2 名 (4%), 16~19 日増加が 2 名 (4%), 6~10 日増加が 2 名 (4%), 1~5 日増加が 13 名 (26%), 増減無が 2 名 (4%) であった。

週間ドリンク数では, 1~5 ドリンク減少が 3 名 (6%), 6~10 ドリンク減少が 2 名 (4%), 11~20 ドリンク減少は 7 名 (14%), 21~30 ドリンク減少が 9 名 (18%), 31~40 ドリンク減少が 8 名 (16%), 41 ドリンク以上の減少が 2 名 (4%) といった割合であった。ドリン

ク数増加は、20ドリンク以上が5名(10%)、11~19ドリンク増加が7名(14%)、1~10ドリンク増加は6名(12%)、ドリンク数が変わらなかったのは1名(2%)となった(Figure5)。

DSM-5 該当数: DSM-5 の診断基準該当項目数(以下 DSM 該当数)による、参加者の物質使用障害の程度は Pre では、軽症(2~3項目該当)41名(39.8%)、中等症(4~5項目該当)27名(26.2%)、重症(6項目以上該当)14名(13.6%)であり、Post では軽症(2~3項目該当)19名(37.1%)、中等症(4~5項目該当)9名(17.6%)、重症(6項目以上該当)0名(0.0%)となった(Pre: M=3.27, SD=1.86; Post: M=1.90, SD=1.64) (Figure6)。

Socrates-8A: Pre-SOCRATES-8A は、「病識」因子(7項目)の得点の平均は17.22[S.D. 5.456]、「迷い」因子(4項目)の得点の平均は10.63[S.D. 2.932]、「実行」因子(8項目)の得点の平均は21.70[S.D. 5.974]であった。Post では、「病識」因子(7項目)の得点の平均は15.63[S.D. 4.372]、「迷い」因子(4項目)の得点の平均は9.76[S.D. 2.902]、「実行」因子(8項目)の得点の平均は24.06[S.D. 4.805]であった(Figure7)。

健診データ: 主要健診データの平均値は Pre (BI 前健康診断), Post (BI 後健康診断)にて以下の通りであった(Pre→Post)。血圧最高値(129.41→127.80), 血圧最低値(84.10→85.30), AST (24.34→25.62), ALT (26.32→26.74),  $\gamma$ -GTP (71.02→71.19), 総コレステロール(204.70→199.77), 中性脂肪(151.88→148.93), 血糖値(103.58→101.00), BMI (23.84→23.92), 腹囲(84.97→85.40)。

## 2) B事業所(統制群)

B事業所では Pre 時点で AUDIT スコアが15点以上であったのは329名であり、このうち316名が調査協力に応じた。そのうち、1年後の Post-AUDIT スコアが得られたのは109名であった。

AUDIT: 欠損値のみられた5名を除き、104名の Pre-AUDIT 得点平均は17.32[S.D. 2.502], Post-AUDIT では14.11[S.D. 4.240]であった。

## 2. 各変数の推移

### 1) AUDIT

#### (1) A事業所 AUDIT/B事業所 AUDIT

A事業所においてBIの1年後まで調査協力の得られた51名について、Pre-AUDIT と Post-AUDIT 間の平均値の比較をおこなったところ、Post-AUDIT (M=17.98, SD=3.236) は、Pre-AUDIT (M=12.70, SD=4.991) に比して有意に低下した [ $t(49)=6.418, p=.000, 95\%$ ]。B事業所の Pre-AUDIT (M=17.32, SD=2.502) と Post-AUDIT (M=14.11, SD=4.240) についても同様の比較を実施したところ、B事業所においても Pre-AUDIT, Post-AUDIT の得点平均の間に有意な差がみられた [ $t(104)=8.012, p=.000, 95\%$ ] (Figure8, Figure9)。

次いで、A事業所、B事業所の各 Pre-Post 間の AUDIT 得点の増減幅(名古屋 M=5.16, SD=5.825; B事業所 M=3.21, SD=4.088)について平均の比較を行った。両集団ともに等分散性が仮定され(Levene の検定)、独立性の t 検定を実施した。その結果、Pre-Post 間で AUDIT スコアの増減幅では  $t(153)=2.408, p<.05, 95\%$  となり、BI を実施した A 事業所の方が有意に AUDIT スコアを減少させたことが示唆された (Figure10)。

#### (2) A事業所 AUDIT 下位項目

A事業所 AUDIT の下位項目(全10項目。1-3が「有害な使用」、4-6が「依存」、7-10が「乱用」)をみていくと、まず質問項目ごとでは、AUDIT10が  $p=.000$ , AUDIT2, 3, 4, 5が  $p<.005$  で Pre-Post 間で有意にスコアを減少させた

(AUDIT1, 6, 7は n.s. であったが、AUDIT1では点減少、AUDIT6は点減少、AUDIT7は点減少)。続いて、因子ごとの推移に着目し、AUDIT1-3, AUDIT4-6, AUDIT7-10についても Pre-Post の間の得点推移を検討すると、AUDIT1-3で

は  $p = .006$ , AUDIT4-6 ならびに AUDIT7-10 では  $p = .000$  で減少を示した。

## 2) AUDIT と主要変数との関連

A 事業所にて BI を行い、介入 1 年後の飲酒様態の把握のできた 51 名について、AUDIT 得点と、その他主要変数（非飲酒日数、多量飲酒日数、1 週間ドリンク数、DSM-5 該当項目、SOCRATES-8A、重要性認識、飲酒目標、目標達成の自信、生活変化の期待の関連について検討した。

### (1) TLFB 調査による飲酒量調査（非飲酒日数、多量飲酒日数、1 週間ドリンク数）

TLFB 調査法を用いた非飲酒日数、多量飲酒日数、1 週間ドリンク数（以下、TLFB 飲酒量）では、Pre、Post の 2 時点において多量飲酒日数と 1 週間のドリンク数の間に中程度の正の相関（Pre:  $r = .647$ ; Post:  $r = .658$ ）、Pre-Post の非飲酒日数と 1 週間のドリンク数の間に中程度の負の相関（Pre:  $r = -.468$ ; Post:  $r = -.549$ ）がみられ、TLFB 飲酒量の 3 項目（非飲酒日数と多量飲酒日数、1 週間のドリンク数）は Pre、Post それぞれにおいて得点相関があることが確認できた。さらに、AUDIT 合計得点と TLFB 飲酒量の関連をみていくと、Pre-AUDIT 合計得点では、Pre-多量飲酒日数との間で  $r = .298$ 、Pre の 1 週間ドリンク数との間で  $r = .350$  といった弱い相関がみられたものの、Post-AUDIT 合計得点と Post-TLFB 飲酒量との間には、明確な相関があらわれなかった。

AUDIT 下位因子レベルでみていくと TLFB 飲酒量との間で一定の相関がみられたのは Pre-AUDIT1-3 であり、Pre-非飲酒日数との間に中程度の負の相関（ $r = -.421$ ）、Pre-多量飲酒日数および Pre-週間ドリンク数との間に中程度の正の相関（ $r = .313$ ,  $r = .383$ ）がみられた。

さらに、AUDIT 得点と TLFB 飲酒量を、Pre-Post 間の変化量（増減幅）に着目して関連を検討した。その結果、AUDIT 1-3 変化量は、 $r = 0.350$  で多量飲酒日数の変化量との間に相関を示した。また AUDIT1-3 変化量は Pre-非飲酒日

数、Pre-多量飲酒日数との間にも相関を見いだすことができた（ $r = -0.3152$ ,  $r = 0.368$ ）。

### (2) DSM-5 該当項目数

Pre-AUDIT と Pre-DSM 該当数の間に  $r = .260$ 、Pre-AUDIT と Post-DSM 該当数の間には  $r = .213$  といった僅かな相関がみられた。また、AUDIT 下位項目の中では、Pre - AUDIT7-10 と Pre-DSM の相関は  $r = .331$  であった。

Pre-DSM 該当数と Pre-非飲酒日数との間には、 $r = -.287$ 、Pre 週間ドリンク数との間に  $r = .362$ 、Pre-Socrates 「病識」（以下、Pre-病識）との間に  $r = .543$ 、Post-Socrates 「病識」（以下、Post-病識）との間に  $r = .336$ 、Pre-Socrates 「迷い」（以下、Pre-迷い）との間に  $r = .578$ 、Post-Socrates 「迷い」（以下、Post-迷い）との間に  $r = .283$  の相関をみられた。その一方で Post-DSM 該当数は上記変数との間に相関が見受けられず、Pre-DSM、Post-DSM の間の相関係数も  $r = .186$  と低い値を示した。

### (3) Socrates-8A

Socrates 合計得点は Pre 平均 49.76（SD=12.18）、Post 平均 49.45（SD=9.67）であり、Pre-Post 間には  $r = .717$  の比較的強い相関があった。Socrates と AUDIT の各変数同士の関連をみると、Pre-Socrates 「迷い」が Pre-AUDIT との間に  $r = .209$ 、Pre-Socrates 「病識」が Pre-AUDIT7-10 との間に  $r = .287$  の弱い相関をみせた。他方、Post - AUDIT の各項目は Socrates 各項目との間に Post-Socrates とともに目立った関連を見いだせなかった。

Socrates と TLFB 飲酒量のあいだでは、Pre-Socrates 「病識」は、Post-TLFB 多量飲酒日数との間に  $r = -.319$ 、Pre- 「重要性認識」との間に  $r = .670$  の中程度の相関があった。Post-Socrates 「病識」も、Pre- 「重要性認識」との間に  $r = .478$  があったものの、Post-Socrates 「病識」と Post- 「重要性認識」との関連は比較的低かった（ $r = .269$ ）。Pre-Socrates 「迷い」は Pre 「重要性認識」との間に  $r = .515$  の相関があったが、Post-Socrates



「迷い」では  $r = .283$  に低下する。また, Post-Socrates「迷い」は Socrates 構成 3 因子以外の変数との明確な相関は見られていない。Pre-Socrates「実行」は, Pre-TLFB 週間ドリンク数との間に  $r = -.406$ , Pre「重要性認識」との間に  $r = .496$  の相関があったが, Post-Socrates「実行」では, Pre「重要性認識」との間で  $r = .340$ , Post「重要性認識」との間で  $r = .502$  といった値を示した。

#### (4) 勤務形態と年齢

PRE-AUDIT 合計得点, POST-AUDIT 合計得点, AUDIT 増減幅は勤務形態による有意差はみられなかった(日勤者 33 名, シフト勤務者 18 名)。

A 事業所調査協力者 51 名を 50 歳以上と 50 歳未満に群分けし (50 歳以上 29 名, 50 歳未満 21 名), 各変数平均値の比較を行ったところ, AUDIT スコアに差はみられなかった。他方, Pre-TLFB ドリンク数 ( $M=33.86, SD=16.56$ ) と Post-TLFB ドリンク数 ( $M=24.31, SD=15.44$ ) においては 50 歳以上と 50 歳未満の間にそれぞれ統計的差異が見られ, Pre では 50 歳以上のドリンク数 ( $M=39.39, SD=11.96$ ) が 50 歳未満のドリンク数 ( $M=29.85, SD=18.40$ ) に比して有意に高かった [ $t(48) = -9.532, p < .05$ ] (Figure11)。一方, POST 調査時になると 50 歳以上のドリンク数 ( $M=19.45, SD=12.34$ ) が 50 歳未満 ( $M=28.00, SD=16.70$ ) に比して有意に低い値を示した [ $t(49) = 8.554, p < .05$ ] (Figure12)。また, 統計的差異は見られなかったものの, 50 歳以上と 50 歳未満では TLFB に違いがみられた。非飲酒日数平均は 50 歳以上で Pre1.81 日, Post7.45 日, 50 歳未満で Pre4.76, Post7.03 日, 多量飲酒日数平均では 50 歳以上が Pre10.14 日, Post3.73 日, 50 歳未満は Pre6.86 日, Post6.86 日であった。

これらより, 今回の調査対象では週間ドリンク数にのみ 50 歳をカットオフ値と定めた際の有意差が示されたが, 非飲酒日数・多量飲酒日数においても実質的な数値減少が認められて

おり, BI 実施による TLFB 飲酒量減少は, 50 歳未満の BI 参加者に比べ, 50 歳以上の参加者の方がより現れやすい可能性があることが窺えた。

#### (5) VAS 調査項目「重要性認識」「節酒目標」「節酒自信」「生活変化期待」

VAS を用いた質問項目「重要性認識」「節酒目標」「節酒自信」「節酒による生活変化期待」の 4 項目の類似性を確認するため, Pre, Post の両時点ごとにクラスタ分析 (平方ユークリッド距離, Ward 法, Z 得点) を行った。その結果, Pre 時点において, 2 つのクラスタに分類することができた (Figure13)。「重要性認識」は第 1 クラスタ > 第 2 クラスタ ( $p = .000$ ), 「節酒自信」は第 1 クラスタ < 第 2 クラスタ ( $p = .000$ ), 「生活変化期待」は第 1 クラスタ > 第 2 クラスタ ( $p = .001$ ) といった有意差が示された。これらより, 第 1 クラスタは第 2 クラスタに比べ, 節酒の重要性をより強く感じ, 節酒による変化に期待を持っているものの節酒をする自信を持ちにくい群であり, 第 2 クラスタは第 1 クラスタに比べ, 重要性や生活変化の期待をあまり感じていないものの, 節酒をする自信を持っている群であると仮説をたて, 以下, 2 つのクラスタごとに Pre-Post 両時点での AUDIT 他主要変数の様相を探索的に分析比較した。その結果, AUDIT の Pre-Post 両時点と Pre-TLFB 飲酒量ではクラスタ間に目立った差はあられなかった。その一方で, Post-TLFB 飲酒量では, 1 週間のドリンク数が第 1 クラスタ < 第 2 クラスタ ( $p < .005$ ), 非飲酒日数は第 1 クラスタ > 第 2 クラスタ ( $p < .05$ ), 多量飲酒日数は第 2 クラスタ > 第 1 クラスタ ( $p < .05$ ) であった。Pre-DSM は  $p < .005$  で第 1 クラスタが有意に高く, Socrates-8A については, Pre, Post ともに Socrates「病識」, Socrates「迷い」において第 1 クラスタが有意に大きかった。(Pre-Socrates「病識」:  $p = .000$ , Pre-Socrates「迷い」:  $p = .000$ ; Post-Socrates「病識」:  $p < .001$ , Post-Socrates「迷い」 $p$

く.01)。

これらの結果からは第1クラスタのような、BI前にすでに節酒の重要性認識や変化の期待が高く、さらに病識、逡巡をBI前後を通して持続させた群の方がBIを通して、Post-TLFB 1週間のドリンク数を比較的少なくすることができる仮説が生成できるだろう。付記として、有意差の見られなかった Socrates「実行」では両クラスタともに Pre-Post で約2点のスコア上昇を示している(第1クラスタ:2.562 上昇, 第2クラスタ:2.070 上昇)。ただし、本調査におけるVAS尺度では4つの回答項目全てにおいて中心化傾向や顕著な偏差も見受けられるため、2つのクラスタの存在やその特徴についてはさらなる検討を要すると考えられる。

#### (6) BI参加有無による各変数の比較

A事業所におけるPre+BI参加者(n=51;平均年齢45.45)とPre+BI+Post参加者(n=51,平均年齢43.67)の2つの群の特性を比較検討するため、年齢,Pre時点でのAUDIT,DSM該当数,SOCRATES-8Aの合計得点および病識,迷い,実行の3因子,非飲酒日数,多量飲酒日数,週間ドリンク数についてのt検定を行った。その結果,両協力者間の間にPre-AUDIT合計得点の差は見られなかった(n.s.)。AUDIT下位項目ではPre-AUDIT2のみ $p < .05$ でPre+BI+Post参加者の方が低い値を示した[t(100)=2.199,  $p = .030$ , 95%](Figure14)。また,年齢,DSM該当数,VAS項目「重要性認識」「節酒目標」「節酒自信」「生活変化期待」,TLFB飲酒量,Socrates合計得点には有意差がみられなかったものの,Socrates「実行」では,Pre+BI参加者の得点(M=19.12, SD=.701)よりもPre+BI+Post参加者(M=21.48, SD=.866)のほうが有意に高い得点を示すことが明らかとなった[t(99)=2.124,  $p = .037$ ](Figure15)。これより,Pre+BI+Post参加の51名のほうが,Pre時点において既に,AUDIT2“通常ドリンク量”が比較的低く,飲酒習慣に対する変化の“実行”も比較的顕著

な傾向があったことが考えられた。

#### D. 考察

本研究は、アルコール依存症患者を含む重篤な問題飲酒者の中でも、どのような特性を有する者であればBIによる飲酒量低減効果をもたらしやすいか、その特性を明らかにすることを主な目的とした。今回の研究で1年後に追跡できた51名の転帰と彼らの社会背景、飲酒に対する認識等の心理、飲酒状況などの分析から、50歳未満の者に比べ50歳以上の重篤問題飲酒者でBIによる有意な飲酒量低減効果を認めた。これは、若年群に比べると、BIは多量飲酒が健康問題につながりやすく、生活習慣病等疾病予防の一環として中年以後に行うことで動機付けを生みやすく、効果を生じやすいということが言えるのであろう。

また、介入前において節酒の重要性を強く感じ、節酒による生活の質の変化に期待を持っているが、その実行について自信を持ちにくい群は、そうでない群に比べ、介入後の1週間のドリンク数、非飲酒日数、多量飲酒日数において有意に改善が見られた。この群では、介入前のDSM-5該当項目数、Socrates-8Aについては介入前後においても「病識」、「迷い」の項目得点が有意に高く、これらの結果から、BIの介入効果を予測する因子として、節酒の重要性認識や変化の期待が高いが、節酒に対する自己効力感が低いこと、さらにBI前後を通して病識、逡巡を持続させた群の方が、BIが飲酒量低減効果をもたらしやすい、節酒を維持できる可能性が示唆された。

本研究で得られた結果は、自己効力感の増大がBIの効果予測の上で重要とする、より軽症の飲酒問題者を対象者とした従来のBI研究結果と矛盾しないものである。今回の研究では、他に対象者の年齢、飲酒問題の重要性の認識、節酒により飲酒問題が改善した時の具体的な自己イメージ形成が重篤な問題飲酒者においてBIの効果予測因子として重要であることが

示唆された。

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

武藤岳夫：減酒支援の理論と実践～ブリーフ  
インターベンションと HAPPY プログラム、第  
28 回九州アルコール関連問題学会北九州大  
会、2016

武藤岳夫：ハーム・リダクション～正しい導  
入のために、専門医療機関の立場から、第 51  
回日本アルコール・アディクション医学会学術

総会シンポジウム、2016

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

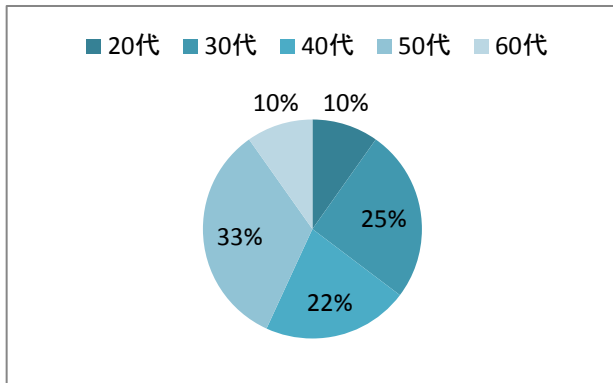


Figure1 A事業所 調査協力者 51名の年齢

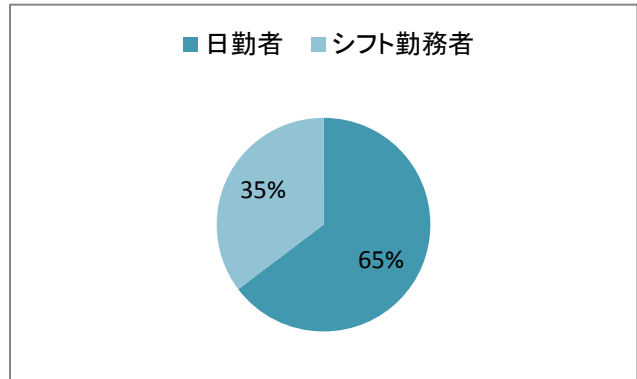


Figure2 A事業所 調査協力者 51名の勤務形態

Table 1 A事業所 調査協力者 51名 記述統計量

	Pre(BI)前		Post(BI)後	
	M	SD	M	SD
A事業所				
<b>AUDIT 合計</b>	17.98	3.24	12.70	4.99
AUDIT1-3	8.45	2.09	7.27	2.19
AUDIT4-6	3.06	1.99	1.63	1.70
AUDIT7-10	5.96	2.20	3.86	2.54
<b>DSM 該当項目数</b>	3.27	1.86	1.94	1.64
<b>Socrates-8A</b>				
Socrates-合計得点	49.16	12.46	49.16	12.46
Socrates-「病識」	17.22	5.46	15.63	4.37
Socrates-「迷い」	10.63	2.93	9.76	2.90
Socrates-「実行」	21.70	5.97	24.06	4.81
<b>TLFB</b>				
TLFB-非飲酒日数	3.52	5.85	3.52	5.85
TLFB-多量飲酒日数	8.24	9.47	8.24	9.47
TLFB-週間ドリンク数	33.86	16.56	33.86	16.56
<b>健診データ</b>				
血圧最高値	127.90	18.53	126.33	17.04
血圧最低値	83.46	13.88	84.63	13.61
AST	24.74	7.41	26.00	10.56
ALT	26.67	14.25	27.09	15.26
γ-GTP	70.31	46.25	70.51	51.43
総コレステロール	201.02	40.63	196.31	38.52
中性脂肪	149.41	103.62	146.52	103.52
血糖値	102.20	24.52	99.68	21.43
BMI	24.37	5.64	24.44	5.70
腹囲	84.11	12.35	84.15	11.85
B事業所				
<b>AUDIT 合計</b>	17.32	2.50	14.11	4.24

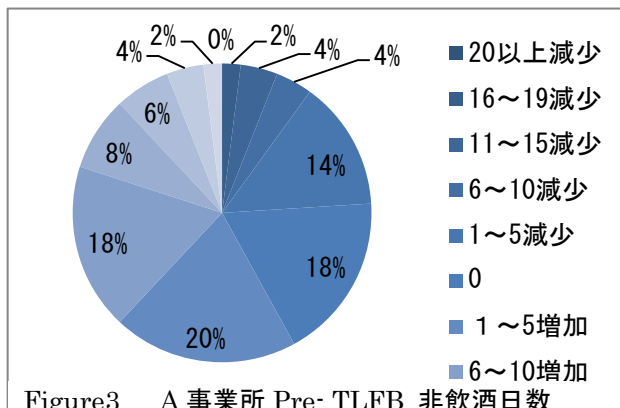


Figure3 A事業所 Pre- TLFB 非飲酒日数

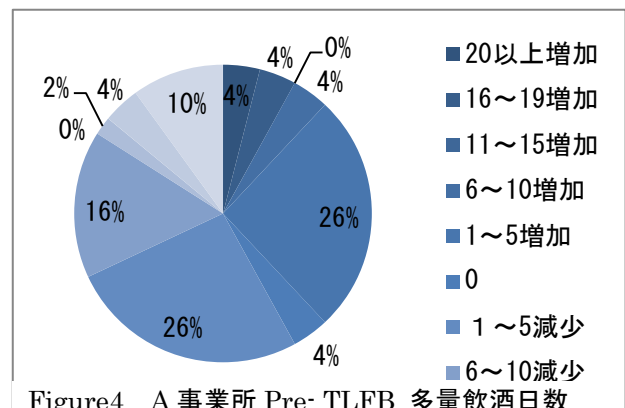


Figure4 A事業所 Pre- TLFB 多量飲酒日数

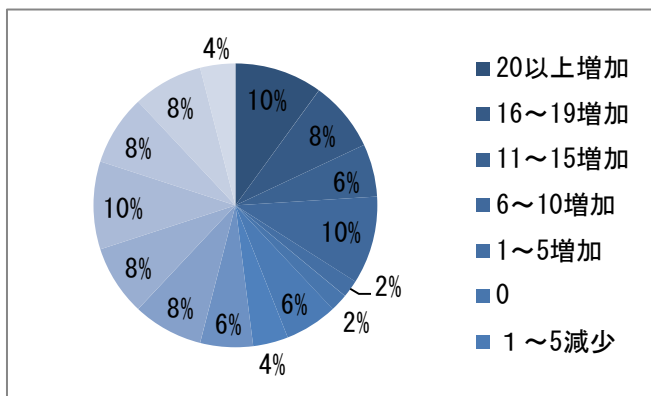


Figure5 A事業所 Pre- TLFB 1週間のドリンク数

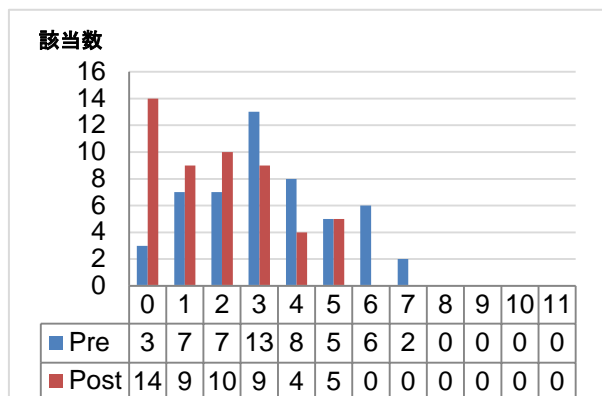


Figure6 A事業所 DSM-5 物質使用障害に関する診断基準該当項目数

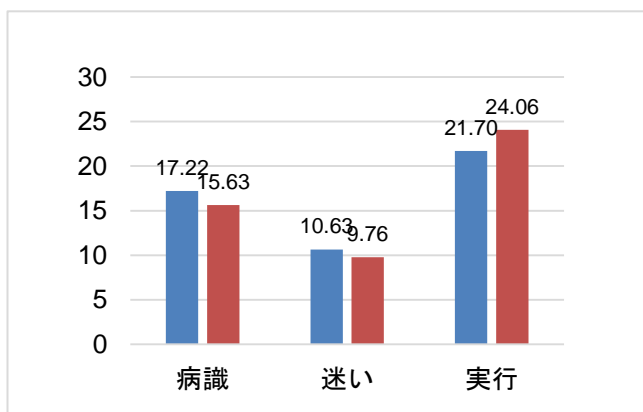


Figure7 A事業所 Socrates-8A 得点推移

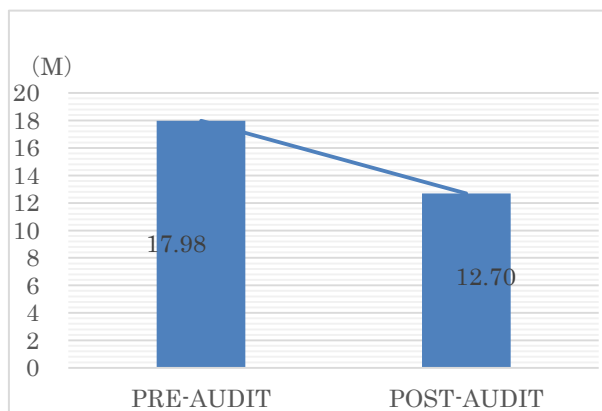


Figure8 A事業所 AUDIT 合計得点推移

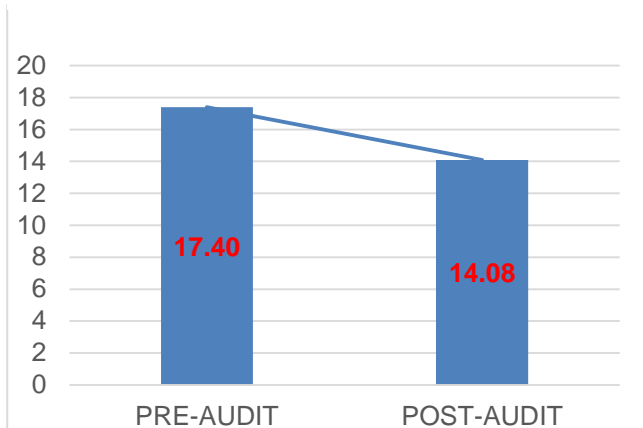


Figure9 B事業所 AUDIT 得点推移

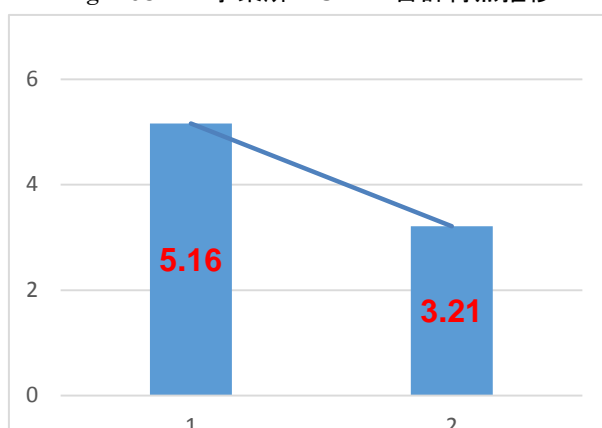


Figure10 AUDIT 得点減少幅の比較

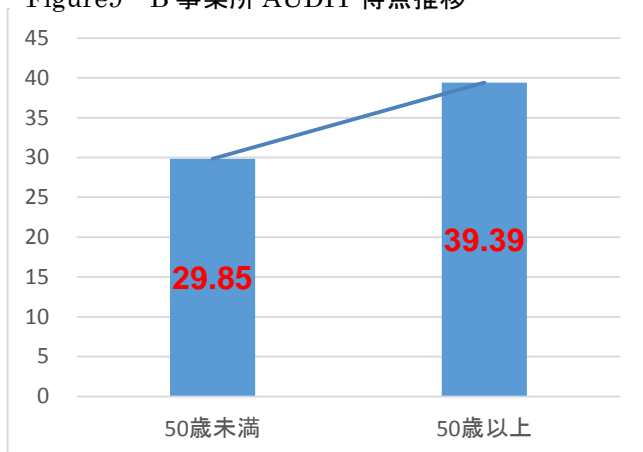


Figure11 A事業所 50歳以上-50歳未満 Pre-TLFB1週間のドリンク数比較

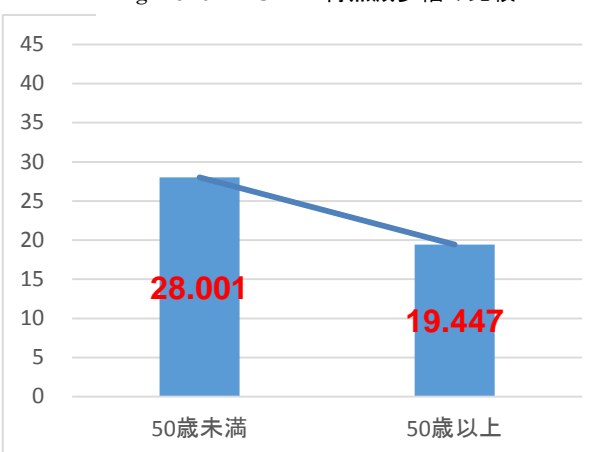


Figure12 A事業所 50歳以上-50歳未満 Post-TLFB1週間のドリンク数比較

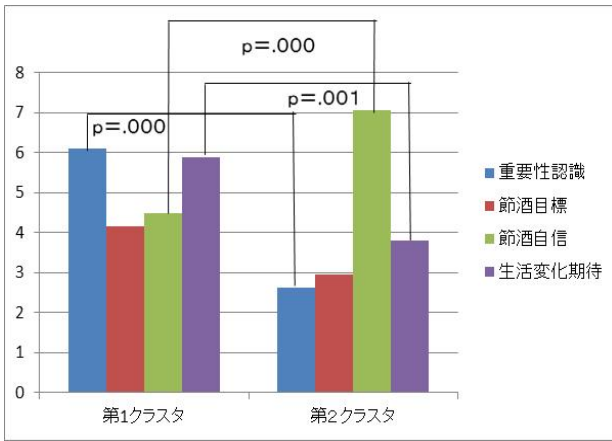


Figure13 A事業所 Pre-VAS4項目得点類似性による2クラス

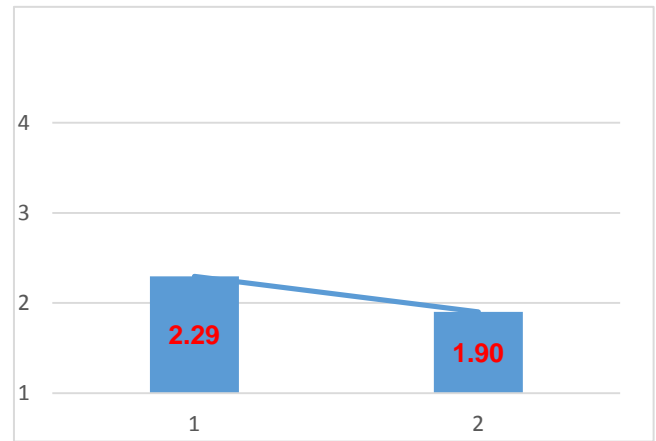


Figure14 BI参加有無による変数比較 (Pre-AUDIT2)

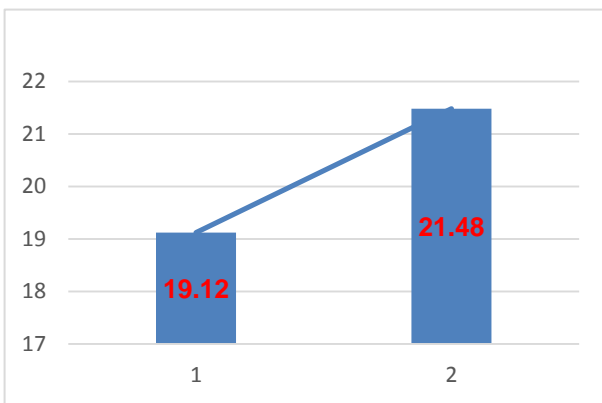


Figure15 BI参加有無による変数比較 (Pre-Socrates「実行」)



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 28 年度総括分担研究報告書  
転帰調査におけるアカンプロサートの効果検証  
研究分担者 吉村 淳  
東北医科薬科大学 精神科学教室

研究要旨

新しいアルコール依存症治療薬としてアカンプロサートが 2013 年 5 月より本邦において上市された。海外での様々な研究から、プラセボと比較して断酒率を高めるとの報告があるが、服用直後より明白に自覚的な効果を感じることが出来る薬剤ではないため、実際の医療現場においては、医師、患者ともにアカンプロサートの効果に関して漠然とした印象をもつことが多い。アルコール依存症入院患者の退院後の経過を調査することにより、アカンプロサートの臨床的な効果について改めて検証した。

研究協力者

樋口 進：国立病院機構久里浜医療センター  
木村 充：国立病院機構久里浜医療センター

アカンプロサートの退院後の飲酒状況に対する影響を調べて、アカンプロサートの臨床的な効果を検証する。

A．研究目的

新しいアルコール依存症治療薬としてアカンプロサートが 2013 年 5 月より本邦において処方可能となっている。明確な作用機序はいまだ明らかになっていないが、NMDA 受容体を介して興奮性のグルタミン酸神経系の活動性を抑え、神経系のバランスをとる働きが推定される。断酒による不安や不快感を軽減して、断酒率を高めるなどの効果が報告されている。

従来の抗酒薬はアセトアルデヒド脱水素酵素阻害作用を有しており、服用後に飲酒をするとアセトアルデヒドが体内に蓄積されて、動悸、発汗、嘔吐などの激しい不快感をもたらす。飲酒を抑止するという分かりやすい効果があった。比べてアカンプロサートの作用はマイルドであり、服用直後に自覚的な効果を感じにくい。そのため医療者、患者ともに薬効について漠然とした印象を受けがちである。

アルコール依存症入院患者を対象として、ア

B．研究方法

久里浜医療センターにおいて、研究参加に同意したアルコール依存症の入院患者を対象として、患者背景について記録した。また入院中に DSM-Ⅳ を基準とした簡易構造的面接を実施して、うつ病や不安障害の有無について調べた。退院時の服薬内容を確認し、退院後の飲酒状況や服薬状況について郵送での調査を実施した。

（倫理面への配慮）

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター倫理委員会の承認を得て実施された。

C．研究結果

今年度は、前年度までの調査の結果を受けて、統計解析を実施した。アルコール依存症入院治療を受けた対象者において、退院 6 か月後の断酒率は 36.2%、1 年後断酒率は 30.9%、調査期間中の平均断酒日数は 114 日であった。

入院回数別に退院後の経過を調べてみると、以前に指摘されていた入院3回目以上の退院後断酒率が極端に低下するという現象は認めなかった。ただし初回入院後の経過は、2回目や3回目以上の入院後の経過と比較して、退院後の断酒率が明らかに高かった(図1)。初回入院の場合、退院1年後の断酒率は36.0%、調査期間中の平均断酒日数は124日であった。一方で2回目入院、3回目以上の入院の場合、退院1年後の断酒率はそれぞれ22.8%、21.6%であり、平均断酒日数は91日、97日であった。グループ間で比較検定を実施すると、Log-rank 検定で  $p = 0.016$  (Wilcoxon 検定で  $p = 0.005$ ) であり、入院回数別に分類した退院後の断酒率推移で有意差を認めた。

退院時に処方された治療薬別に、退院後の断酒率を比較検討した。新薬として上市されたアカンプロサートと、従来より抗酒薬として頻繁に用いられているジスルフィラム、両者を併用したグループ、さらにアルコール依存症治療薬が処方されていないグループの間で退院後の断酒率の経過をカプランマイヤー曲線で表示した(図2)。ジスルフィラム服用群で退院後の断酒率が相対的に高かったが、他の3群と比較して有意差を認めなかった(Log-rank 検定;  $p = 0.411$ , Wilcoxon 検定;  $p = 0.320$ )。アカンプロサート服用群では、治療薬を服用していない群と比較しても、ほとんど治療予後に変化を認めなかった。

#### D. 考察

アルコール依存症の入院回数が退院後の予後を決定する因子であることは、臨床での経験から予想がつく。入院を何度も繰り返す患者が一定数存在するため、入院回数が増えるほどに退院後の経過は期待できない印象がある。以前の久里浜医療センターにおける男性のアルコール依存症入院患者を対象とした予後調査では、入院回数が3回以上になると、1年後に断

酒率が10%ほどに極端に低下するという報告があった。今回の調査では、3回以上の入院回数を経験している対象者であっても、退院後の断酒率はそこまで極端に低下するという現象は認めず、2回目の入院患者とほぼ同様の経過を認めた。初回入院患者については、複数回入院した対象者と比較して、有意に退院後の断酒率が高く、経過が良好であった。このことから、退院後の断酒率の予測因子の一つとして、アルコール依存症の入院治療回数が明確となった。

改めて退院後の経過を見てみると(図1)、初回入院と複数回入院の対象者のグループ間で、退院3か月ほどですでに大きな差が生じていることが見て取れる。そのため、退院直後の関わりが非常に大切になってくることが示唆される。複数回入院の既往を持つ患者に対しては、退院後に、通院回数を密にするなど、きめ細かい関わりを持つことによって、退院後の断酒率を高め、延いてはそれぞれの患者の生活の質を高めることになると考えられる。

今回の調査においては、自然な治療経過を観察しており、アカンプロサートをランダムに割り付けたわけではないため、アカンプロサートを服用したグループでは、そもそもに治療薬を服用しないグループと比較して、患者の特性が異なっている可能性が高い。例えば、退院後の断酒に自信がないから、患者自身がアカンプロサートの服用を希望する、または退院後の飲酒の懸念が高いため、医療者がアカンプロサートを処方するなどのバイアスが生じている可能性が十分にある。それ故に、今回の結果を受けて、アカンプロサートの退院後の断酒率を高める効果が認められないとした結論には決してつながらない。しかしその一方で、今回の臨床的な観察研究では、アカンプロサートを処方されたグループと治療薬を服用しないグループの間で、退院後の断酒率に差がほとんど見られなかった。実際の臨床現場において、医療者が

アカンプロサートに対して有効性を実感できないという感覚を裏付ける結果となった。

E . 研究発表

1 . 論文発表

Exploration of Core Symptoms for the Diagnosis of Alcohol Dependence in the ICD-10.

Yoshimura A, Komoto Y, Higuchi S.

Alcohol Clin Exp Res. 2016 ;40(11):2409-2417.

2 . 学会発表

なし

F . 知的財産権の出願・登録状況

1 . 特許取得

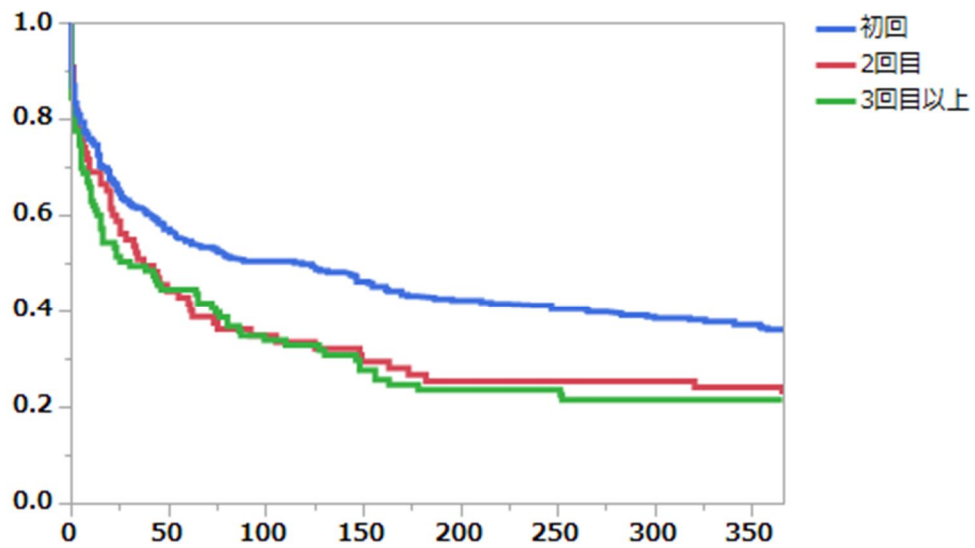
なし

2 . 実用新案登録

なし

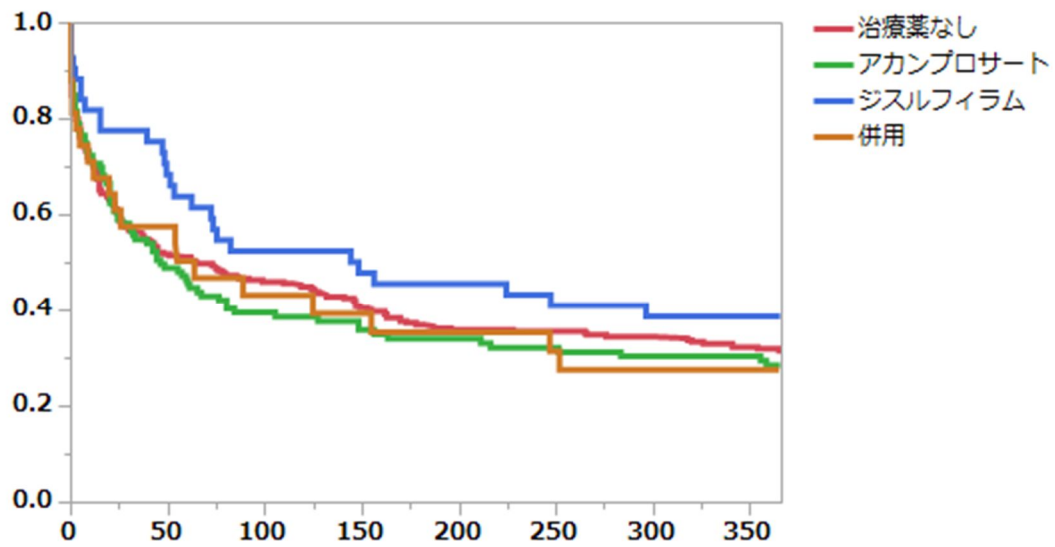
3 . その他

図1 入院回数別で比較した断酒率の経過



Log-rank 検定 ;  $p = 0.016$     Wilcoxon 検定 ;  $p = 0.005$

図2 治療薬別で比較した断酒率の経過



Log-rank 検定 ;  $p = 0.411$     Wilcoxon 検定 ;  $p = 0.320$

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 28 年度総括分担研究報告書  
薬物治療の有効性評価と薬効の向上  
研究分担者 齋藤 利和 医療法人北仁会 幹メンタルクリニック 院長

研究要旨

平成 26 年度、27 年度の研究として我々は、うつ病を併存するアルコール依存症の病態と治療経過について検討や問題飲酒と抑うつ症状の関連性の検討、アルコール依存症者の抑うつ症状に対する acamprosate の有効性の検討を行ってきた。その結果、抑うつ症状を主訴として受診した者(抑うつ群)のうち、18%に問題飲酒(AUDIT12 点以上)が認められ、アルコール問題を主訴として受診した者(アルコール群)のうち、44%が中等症以上の抑うつ症状(HAM-D17 項目 14 点以上)を有することを見出した。さらに、中等症以上の抑うつ症状を示し、かつアルコール依存症が疑われる者について、Acamprosate を使用している者(Acamprosate 群)と使用していない者(非 Acamprosate 群)の 2 群に分け、12 週に渡り HAM-D を用いて抑うつ症状の変化について調査を行ったところ、Acamprosate 群の方が有意に改善していることを見出してきた。

平成 28 年度の研究においては、症例数を増やしてより詳細な検討を加えるために調査の継続を行うとともに、うつ病と並びアルコール問題飲酒者に多く見られる社交不安障害の併存についても LSAS-J を用いて検討を行った。

その結果、抑うつ症状訴えて受診した者(抑うつ群)の内、15.4%(54 名/351 名)に問題飲酒(AUDIT12 点以上)が認められた。さらに、AUDIT20 点以上のアルコール依存症が疑われる水準にあるものは 5.1%(18 名/351 名)であった。また、アルコール問題を主訴として受診した者(アルコール群)では、43%(111 名/256 名)に中等症以上の抑うつ症状(HAM-D14 点以上)が認められており、アルコール問題飲酒には抑うつ症状が影響していることが示唆された。BDI スコアにおいては、抑うつ群では 59.2%(234 名/395 名)、アルコール群では 32.3%(76 名/235 名)が中等症以上の抑うつ症状(BDI スコア 20 点以上)を示していた。社交不安については、初診時にアルコール依存症疑いが有るもの (AUDIT20 点以上)において、1 日平均飲酒量(g)と LSAS-J の得点に有意な正の相関( $r=0.413$ ,  $p<0.01$ )が認められていた。

初診時に中等症以上の抑うつ症状(HAM-D17 項目 14 点以上)を示していたものに対しては、その後 2 週目、4 週目、8 週目、12 週目に HAM-D と BDI を行い、抑うつ症状の変化について調査を行った。12 週間の継続調査が終了した 78 名(男性 48 名:女性 30 名)について、初診時の AUDIT スコアが 12 点未満だったものを非問題飲酒群とした。さらに、AUDIT スコアが 20 点以上で Acamprosate を 12 週間継続使用した者を Acamprosate 群、継続使用していないものを非 Acamprosate 群とし、非問題飲酒群、Acamprosate 群、非 Acamprosate 群の 3 群で飲酒量の推移や HAM-D スコアの比較を行った。

初診時飲酒量については、Acamprosate 群、非 Acamprosate 群ともに大量飲酒の基準とされる 60g を上回っていたが、2 週目以降低減していた。HAM-D スコアの推移については、非問題飲酒群、Acamprosate 群においては、2 週目より 1%水準の有意な改善が認められていたが、非 Acamprosate 群においては 2 週目では 5%水準であり、4 週目から 1%水準での有意な改善が認められていた。また、HAM-D スコアの各週における 3 群間の比較を行った結果、8 週目、12 週目においては Acamprosate 群の方が非 Acamprosate 群よりも有意に低いことが認められた。

以上の結果から、アルコール問題飲酒と抑うつ症状は相互に影響を与えており、断酒や飲酒量の低減により抑うつ症状は改善する可能性が示唆された。さらに、Acamprosate 群の方が顕著な改善が認められたことから、Acamprosate が抗うつ薬様の作用を有する可能性が示唆された。

研究協力者

田山 真矢：特定医療法人北仁会 幹メンタルクリニック

白坂 知彦：医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院

田中 増郎：医療法人 高嶺病院

## A. 研究目的

アルコール依存症とうつ病の併存率は極めて高く<sup>1)</sup>、併存する場合は治療経過や予後に大きな影響を与えると考えられているが、うつ病を併存するアルコール依存症の治療については、本邦においては報告が未だ少ないのが現状である。そのため、我々は1年目(平成26年度)、2年目(平成27年度)の研究として我々は、うつ病を併存するアルコール依存症の病態と治療経過についての検討や問題飲酒と抑うつ症状の関連性の検討、アルコール依存症者の抑うつ症状に対するAcamprosateの有効性の検討を行ってきた。その結果、抑うつ症状を主訴として受診した者(抑うつ群)のうち、18%に問題飲酒(AUDITスコア12点以上)が認められ、アルコール問題を主訴として受診した者(アルコール群)のうち、44%が中等症以上の抑うつ症状(HAM-D17項目14点以上)を有することを見出し、抑うつ症状の背後にはアルコールの問題が、また、アルコール問題飲酒の背景には抑うつ症状が存在していることを報告してきた。さらに、中等症以上の抑うつ症状(HAM-D17項目14点以上)を示し、かつアルコール依存症が疑われる者(AUDIT20点以上)について、Acamprosateを使用している者(Acamprosate群)と使用していない者(非Acamprosate群)の2群に分け、12週に渡りHAM-Dスコアを調査し、抑うつ症状の推移を比較検討したところ、Acamprosate群の方が非Acamprosate群よりも有意に改善していることを見出してきた。さらに、Acamprosate群のみHAM-Dスコアが寛解域に達していたことなどから、Acamprosateが抑うつ症状の改善にも影響を与えた可能性を示してきた。

平成28年度の研究においては、症例数を増やしてより詳細な検討を加えるために調査の継続を行うこととした。また、うつ病と並びアルコール問題飲酒者に多く見られる社交不安障害の併存についてもリーボヴィッツ社交不安尺度(Llebowitz Social Anxiety Scale: LSAS-J)を用いて検討を行った。

## B. 研究方法

1年目、2年目と同様に、対象はアルコールの問題又は抑うつ症状を訴えて医療法人北仁会幹メンタルクリニックを受診した者とした。さらに、お酒をやめたい、止めるように言われたなどのアルコール問題を主訴とし、ICD-10のF1x.2依存症候群(Dependence syndrome)の診断基準を満たし、アルコール依存症と診断された者をアルコール群、気分が晴れない、やる気が出ないなどの抑うつ症状を主訴とし、ICD-10のうつ病エピソード(Depressive Episode)の軽症うつ病エピソード以上を満たしてうつ病エピソードと診断された者を抑うつ群として2群に分類した。

対象には初診時にThe Alcohol Use Disorders Identification Test(AUDIT)、Hamilton Depression Rating Scale 17-items(HAM-D17項目)、Beck Depression Inventory(BDI)、Llebowitz Social Anxiety Scale(LSAS-J)を施行し、アルコール問題の有無や抑うつ症状の重症度、社交不安障害の有無やその水準を評価し、比較検討を行った。また、HAM-D17項目において中等症(14点)以上であったものについては、初診時より、2週目、4週目、8週目、12週目にHAM-DとBDIを行い、治療経過に伴う症状の推移を調査し、比較検討を行った。調査期間中の飲酒量についても確認し、飲酒量が治療経過に与える影響やAcamprosateの有効性についても検討を行った。統計解析としてはStat Flex Ver6.0を使用し、各週における3群間のHAM-Dスコアの比較については一元配置分散分析(one-way



analysis of variance: one-way ANOVA)を用いて検討を行い、有意差が認められた場合は Tukey の多重比較を用いて検討を行った。また、各群内において、初診時 HAM-D スコアと 2 週目、4 週目、8 週目、12 週目の HAM-D スコアの比較については Dunnett-test を用いて行った。

3 年目の対象数は 572 名となり、アルコール群は 249 名、抑うつ群は 323 名となった(表.1)。

(倫理面への配慮)

本研究は医療法人北仁会石橋病院倫理委員会の承認を受け行った。

## C . 研究結果

### 1.アルコール問題飲酒と抑うつ症状の併存

アルコールの問題を有する基準として、AUDIT スコア 12 点を基準値と設定し、アルコール群、抑うつ群の初診時の AUDIT スコアを検討したところ、アルコール群においては、96%(239 名/249 名)が 12 点を上回っており、さらにアルコール依存症が疑われる水準(20 点以上)となるものは 71.9%(179 名/249 名)となっていた。(図.1)。一方で、抑うつ群においても 15.2%(49 名/323 名)の対象が基準点を上回り、アルコール依存症が疑われる水準のものは 5.3%(17 名/323 名)に認められた。

初診時の HAM-D スコアにおいては、中等症以上の抑うつ症状(HAM-D17 項目: 14 点以上)を有するものは、抑うつ群で 79.0%(223 名/323 名)に認められ、重症水準(HAM-D17 項目: 20 点以上)を呈する者は 36.5%(118 名/323 名)に達していた。アルコール群においても 44.6%(111 名/249 名)に中等症以上の抑うつ症状が認められ、18.1%(45 名/249 名)に重症水準の抑うつ症状が認められていた(図.2)。

全対象の中で AUDIT スコアが 12 点以上かつ、HAM-D スコア 14 点以上であったものは、23.8%(136 名/572 名)であり、その内訳は抑うつ群が 22.8%(31 名/136 名)、アルコール群が 77.2%(105 名/136 名)であった(図.3)。

BDI スコアについては、中等症以上の抑うつ症状(BDI スコア 20 点以上)を訴えるものは、抑うつ群では 59.3%(175 名/295 名)で、重症水準(BDI スコア 29 点以上)は 27.8%(82 名/295 名)であった。アルコール群では、34.8%(74 名/213 名)に中等症以上の抑うつ症状が認められ、16.0%(34 名/213 名)に重症水準の抑うつ症状が認められた(図.4)。

また、初診時に AUDIT スコアが 12 点以上であったものに対し、LSAS-J を施行して社交不安の有無を調査したところ、30.2%(16 名/53 名)が中等症以上の社交不安(LSAS-J70 点以上)が認められた(図.5)。また、LSAS-J と平均飲酒量の間には有意な正の相関( $r=0.413$ ,  $p<0.01$ )が認められた(図.6)。

### 2.うつ病を併存するアルコール依存症者の治療経過

初診時に中等症以上の抑うつ症状(HAM-D スコアが 14 点以上)を示した者のうち、その後 12 週間の継続調査を終えた 87 名(表.2)について、初診時の AUDIT スコアが 12 点未満であった者を非問題飲酒群(47 名)、12 点以上であった者を問題飲酒群(31 名)とした。さらに問題飲酒群において、Acamprosate を 12 週間継続使用した者を Acamprosate 群(21 名)、継続使用していない者を非 Acamprosate 群(10 名)とし、非問題飲酒群、Acamprosate 群、非 Acamprosate 群の 3 群で、飲酒量の推移や HAM-D スコアの比較を行った。その結果、初診時点での 1 日平均純アルコール量は、非問題飲酒群では 7.5g と少ない結果であったが、Acamprosate 群では 92.3g、非 Acamprosate 群 101.9g であり、多量飲酒の基準(1 日平均純アルコール量 60g)を大きく上回っていた。しかし、2 週目より Acamprosate 群も非 Acamprosate 群も平均飲酒量が低減しており、12 週目まで低減された飲酒量が維持されていた(図.7)。

HAM-D スコアの推移では、初診時の

HAM-D スコアにおいて有意な差は認められなかった( $F(2,75)=2.21, P=0.11$ ) (図.8)。非問題飲酒群、Acamprosate 群においては、2 週目以降、初診時と比較して 1%水準の有意な改善が認められていたが、非 Acamprosate 群においては 1%水準の有意な改善が認められたのは 4 週目以降からであった。また、8 週目( $F(2,75)=3.82, P=0.02$ )、12 週目( $F(2,75)=3.19, P=0.04$ )においては 3 群間に有意差が認められたため、Tukey の多重比較検定を行った結果、Acamprosate 群と非 Acamprosate 群に有意な差(8 週目： $Q(75,3)=3.89, p<0.05$ 、12 週目： $Q(75,3)=3.44, p<0.05$ )が認められた。

各群の抗うつ薬使用量を調査した結果、非問題飲酒群では十分量の抗うつ薬(イミプラミン換算 75 mg 以上)を使用していたが、Acamprosate 群、非 Acamprosate 群においては両群ともに十分量よりも少ない量で推移していた(図.9)。

#### D . 考察

抑うつ症状を有する者は、抑うつ気分や興味関心の低下に加え、不眠や精神的不安などを訴えることが多い。そして、その中には不眠を改善する目的やストレス解消、気晴らしなどのために飲酒を行う者も多くみられる<sup>2)</sup>。本研究においては、気分の落ち込み、やる気が出ない等を主訴として受診した者の中にも、15%にアルコールの問題飲酒が認められ、さらに 5%にはアルコール依存症が疑われる水準の問題飲酒が認められていた。また、アルコールの問題を主訴として受診した場合でも、約 40%に抑うつ症状が認められ、その内 15%は重症域であることが見出された。このことは、アルコール問題飲酒と抑うつ症状の関連性を示すとともに、症状の改善のために行うアルコールによるセルフメディケーションが、自身の気がつかないところで抑うつ症状を悪化させ、アルコールの問題も誘発することを示唆していると考えられた。

12 週間継続調査した症例については、Acamprosate 群も非 Acamprosate 群もともに、2 週目から HAM-D スコアの改善が認められていた。しかし、8 週目、12 週目においては Acamprosate 群と非 Acamprosate 群の間に有意差が認められていた。両群ともに HAM-D スコアの改善が認められたことは、断酒や飲酒量低減が抑うつ症状の改善に影響を与えていることが考えられたが、8 週目、12 週目に有意差が認められたことや、Acamprosate 群のみ寛解域に達していたことなどから、Acamprosate が抑うつ症状の改善に有効性を示した可能性があると考えられた。

Acamprosate はグルタミン酸受容体系の methyl-D-aspartate(NMDA) 受容体や metabotropic glutamate receptor(mGluR)5 受容体に作用する<sup>(3,4)</sup>と考えられており、この NMDA 受容体や mGluR5 受容体は近年、抗うつ薬の新たなターゲットとして注目されている<sup>(5-8)</sup>。中でも現在では ketamine が NMDA 受容体遮断作用を有し、AMPA 受容体の活性化させ、BDNF の遊離や TrkB を活性化させることで抗うつ作用を示すと考えられ、研究が進められている。Acamprosate においても、同受容体に作用すると考えられていることから、Ketamine と同様の抗うつ作用を示す可能性は十分に存在すると考えられる。今後も症例数を増やして検討を重ね、併存疾患を有するアルコール依存症者に対する有効な薬物療法や新たな治療法の開発に貢献していきたいと考える。

#### 引用文献

- 1) Grant, B.F., Harford, T.C.: Comorbidity between DSM- alcohol use disorders and major depression: result of a national survey. *Drug Alcohol Depend*, 39; 197-206,1995.

- 2) 橋本恵理, 齋藤利和.: アルコール・薬物関連障害と精神疾患の併存. 医学の歩み, 233:1154-1158, 2010.
- 3) Harris BR, Prendergast MA, Gibson DA, et al.: Acamprosate inhibits the binding and neurotoxic effects of trans-ACPD, suggesting a novel site of action at metabotropic glutamate receptors. Alcohol Clin Exp Res, 26:1779-1793, 2002.
- 4) Naassila M, Hammoumi S, Legrand E, et al.: Mechanism of action of acamprosate. Part I. Characterization of spermidine-sensitive acamprosate binding site in rat brain. Alcohol Clin Exp Res, 22:802-809, 1998.
- 5) Pałucha-Poniewiera A, Wierońska JM, Brański P, et al.: Is the mGlu5 receptor a possible target for new antidepressant drugs?. Pharmacol Rep, 65:1506-1511, 2013.
- 6) Zarate CA Jr, Singh JB, Carlson PJ, et al.: A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. Arch Gen Psychiatry, 63:856-864, 2006.
- 7) Paul IA, Skolnick P.: Glutamate and depression: clinical and preclinical studies. Ann N Y Acad Sci, 1003:250-272, 2003.
- 8) Skolnick P.: Antidepressants for the new millennium. Eur J Pharmacol, 375:31-40, 1999.
- 9) Berman RM, Cappiello A, Anand A, et al.: Antidepressant Effects of Ketamine in Depressed Patients. Biol Psychiatry, 47:351-354, 2000.
- 10) Li N, Lee B, Liu RJ, et al.: mTOR-Dependent Synapse Formation Underlies the Rapid Antidepressant Effects of NMDA Antagonists. Science, 329:959-964, 2010.
- 11) 茶木 茂之: グルタミン酸神経系を標的とした新規抗うつ薬創製の可能性. 医学のあゆみ, 244: 391-396, 2013.

## E . 研究発表

### 1 . 論文発表

田山 真矢, 齋藤 利和抑うつ症状を併存したアルコール依存症者に対する Acamprosate の有効性に関する検討(アルコール関連問題学会雑誌 投稿中)

### 2 . 学会発表

・齋藤 利和: 我が国におけるアルコール依存症の診断・治療の変遷. 第 112 回日本精神神経学会学術総会. 東京, 2016.6.2-4.

・田山 真矢, 齋藤 利和: うつ病を併存したアルコール依存症者に対する抗うつ薬と Acamprosate の有効性に関する検討. 第 44 回日本神経精神薬理学会年会. ソウル, 韓国, 2016.7.2-3.

・田山 真矢, 齋藤 利和: The study of effectiveness of antidepressant and acamprosate to the depressive patients with alcohol

use disorders. The International Society of Biomedical Research on Alcoholism (ISBRA) and the European Society for Biomedical Research on Alcoholism (ESBRA): ベルリン, ドイツ, 2016.9.2-5.

・田山 真矢, 齋藤 利和: 抑うつ症状を併存したアルコール依存症者に対する Acamprosate の有効性に関する検討. 第 38 回日本アルコール関連問題学会. 秋田, 2016.9.9-10.

・齋藤 利和: アルコール依存症の診断治療の変遷. 第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会. 東京, 2016.10.7-8.

・田山 真矢, 齋藤 利和: アルコール依存症を併存するうつ病の抑うつ症状の変化と Acamprosate の有効性に関する検討. 第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会. 東京, 2016.10.7-8.

・田山 真矢, 齋藤 利和: Study on the possibility of the antidepressant-like effectiveness of Acamprosate for the patients with comorbid Alcohol use disorder and depression. 17th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting. 高雄, 台湾, 2016.11.3-5.

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

表.1 対象の内訳

	抑うつ群	アルコール群
n	323	249
(male/female)	(159/164)	(178/71)
age	42.5±15.2	48.5±11.7
AUDIT	5.15±6.9	23.9±7.5

図.1 初診時の AUDIT スコアの比較

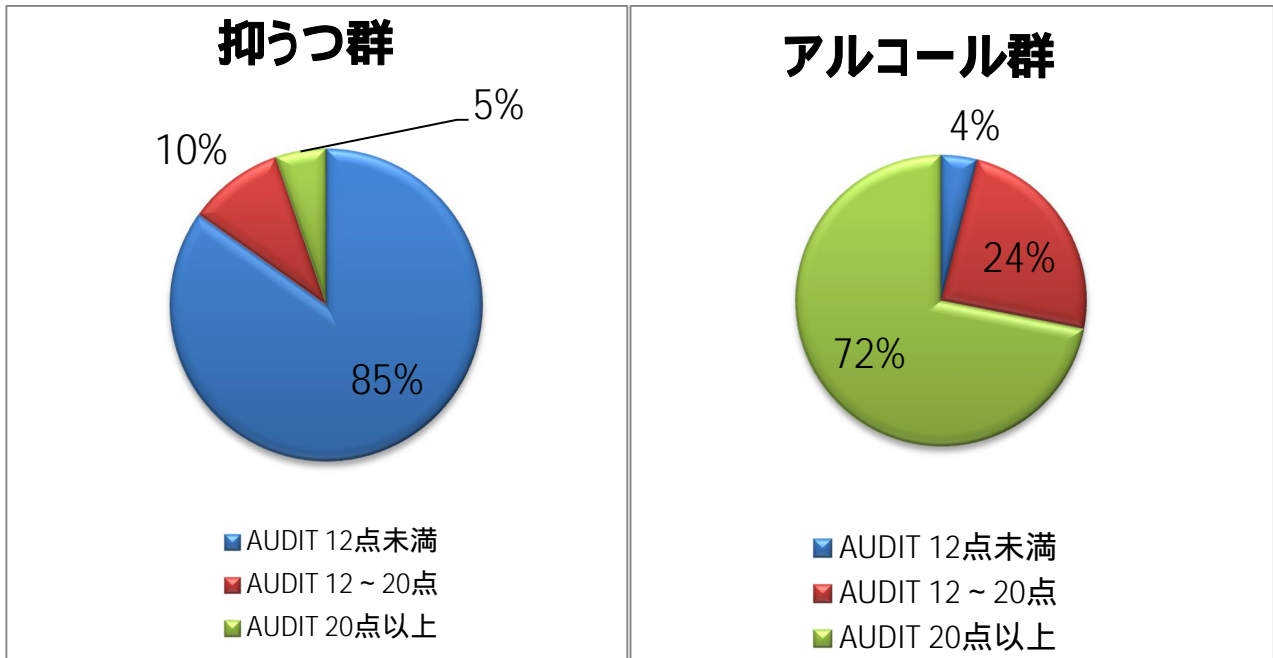


図.2 HAM-D スコアによる初診時に中等症以上の抑うつ症状を有する割合

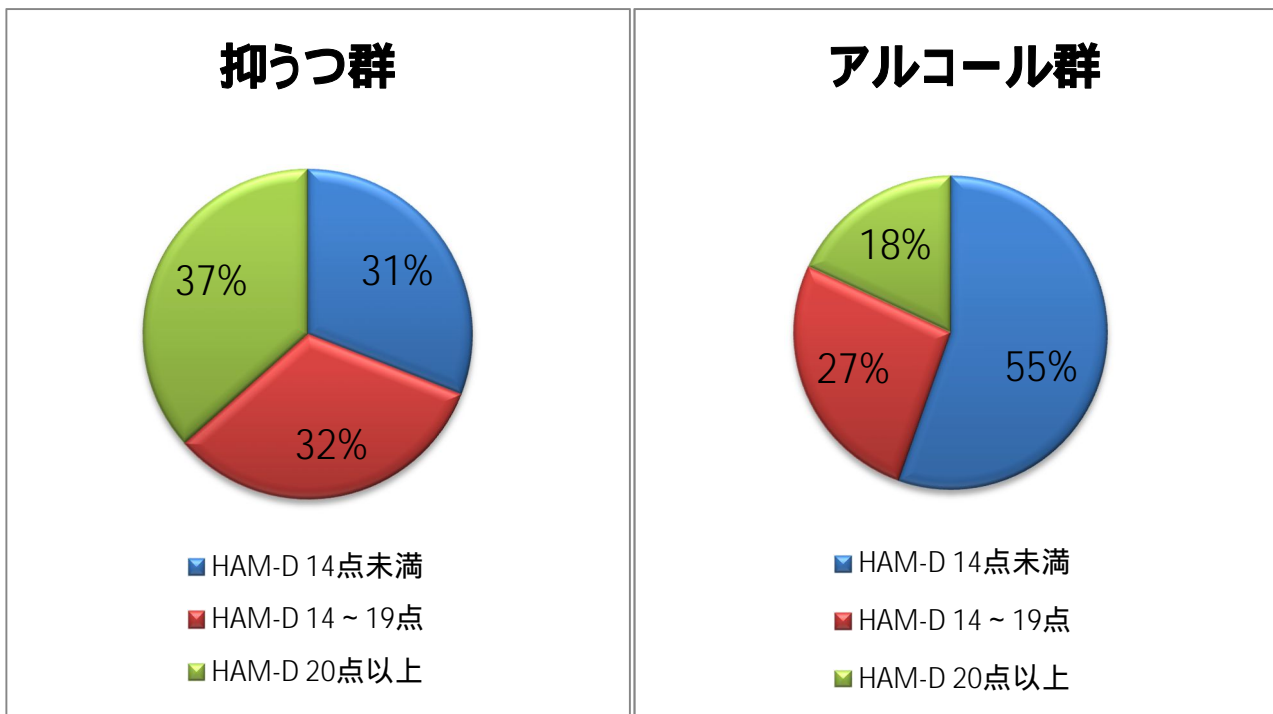


図.3 アルコール問題と中等症以上の抑うつ症状を有する者の内訳

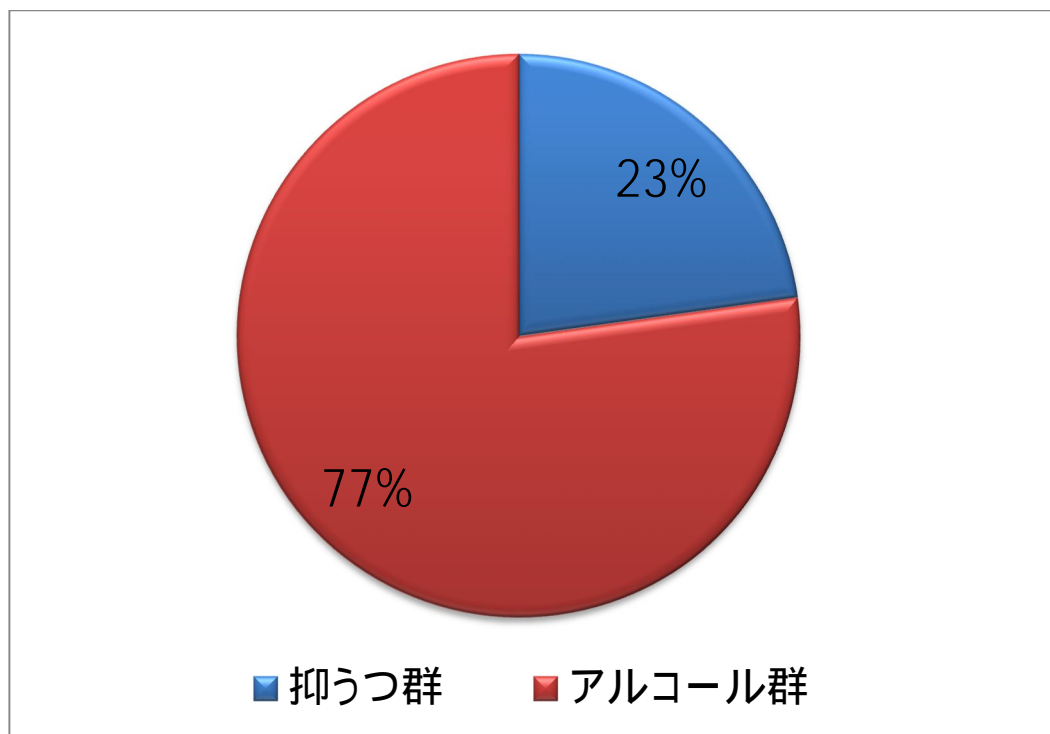


図.4 BDI スコアによる初診時に中等症以上の抑うつ症状を有する割合

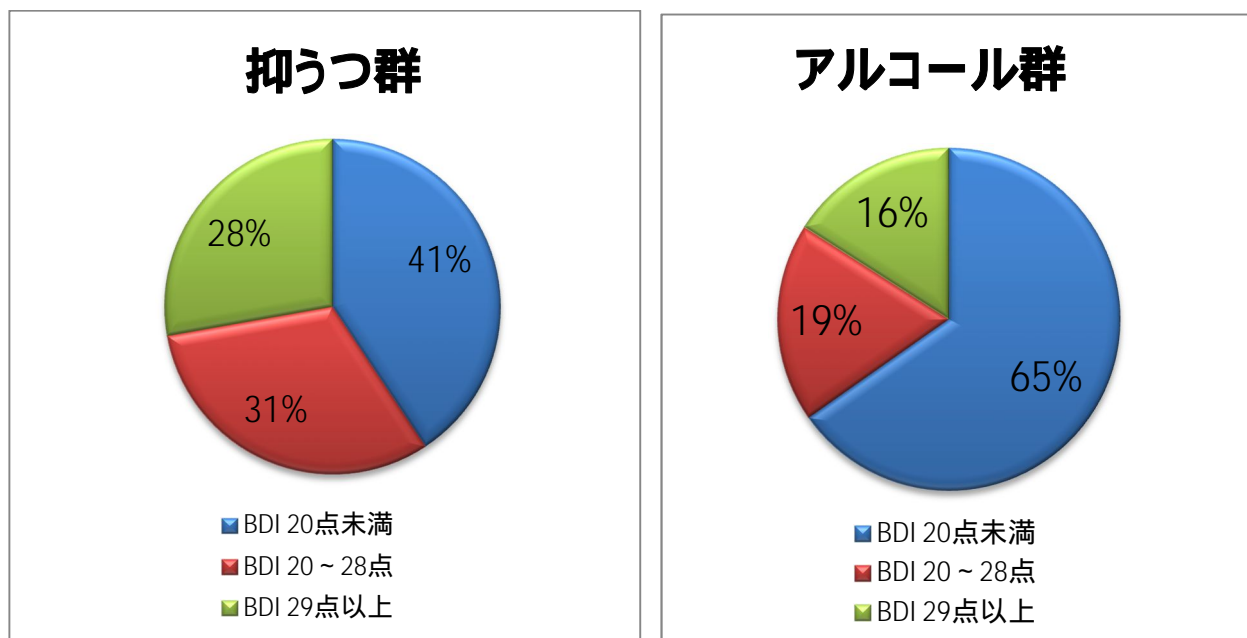




図.5 問題飲酒者(AUDIT12点以上)が社交不安症状を有する割合

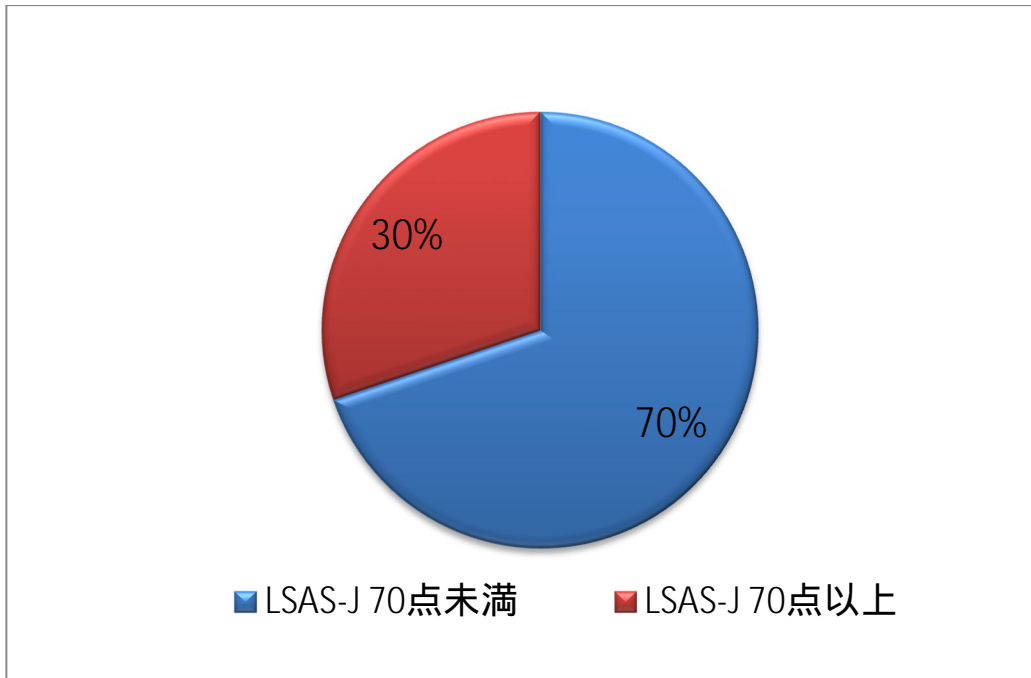


図.6 LSAS-Jスコアと1日平均飲酒量(g)の相関

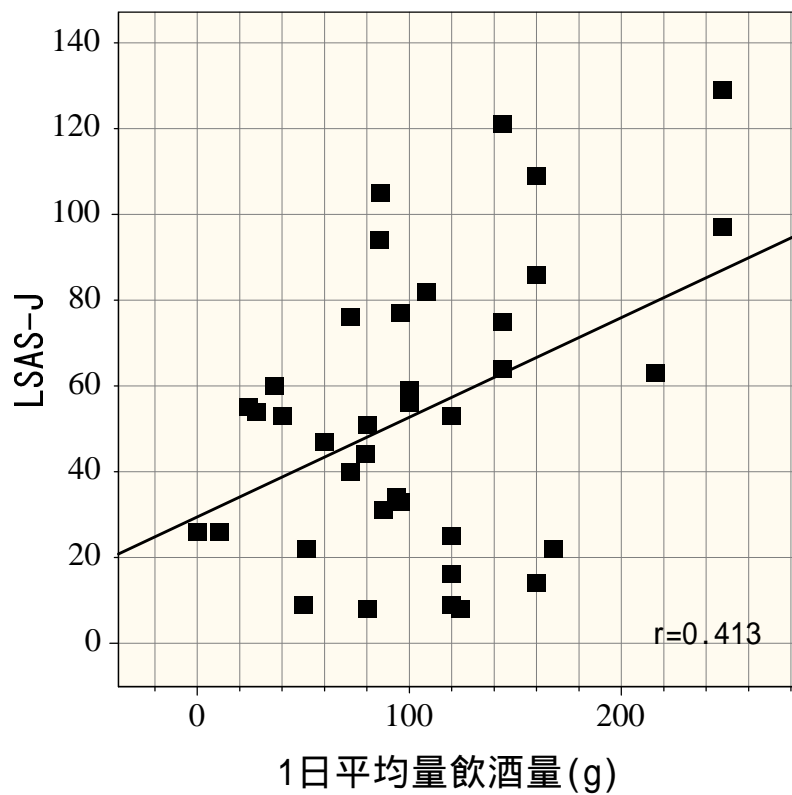


表.2

	非問題飲酒群	問題飲酒群	
		Acamprosate 群	非 Acamprosate 群
n	47	21	10
(male/female)	( 25/22 )	( 17/4 )	( 6/4 )
age	39.9±13	45.4±8.5	41.5±6.4
HAM-D	21.0±4.4	18.9±3.1	21.1±3.1
AUDIT	2.9±3.1	27.8±4.9	28.9±8.2

図.7 非問題飲酒群、Acamprosate 群、非 Acamprosate 群の飲酒量の推移

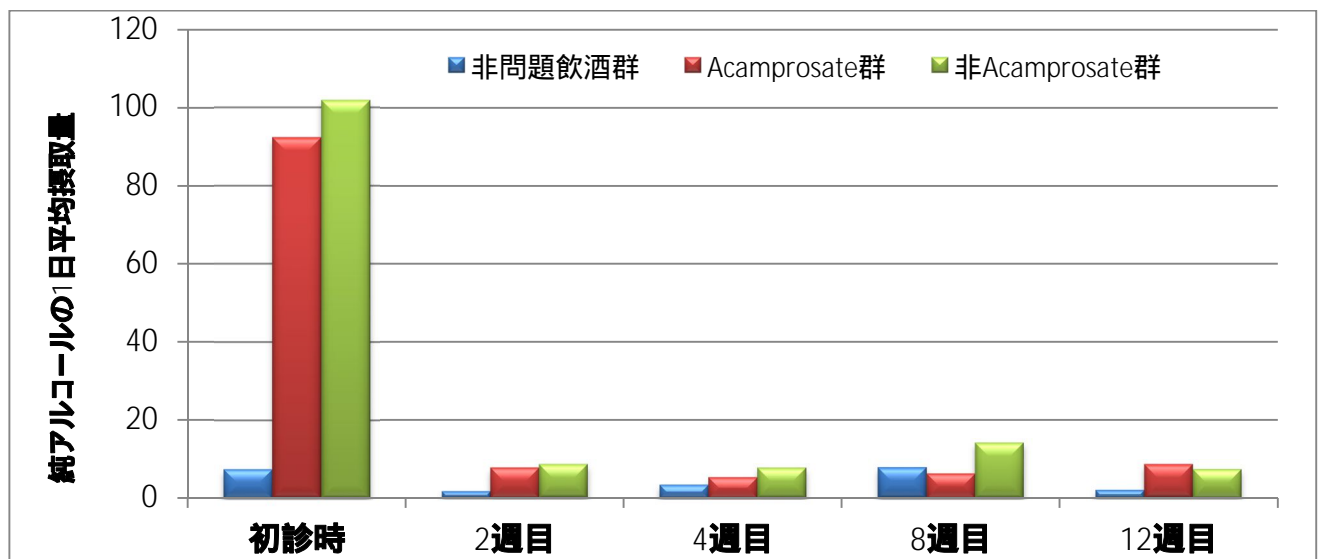
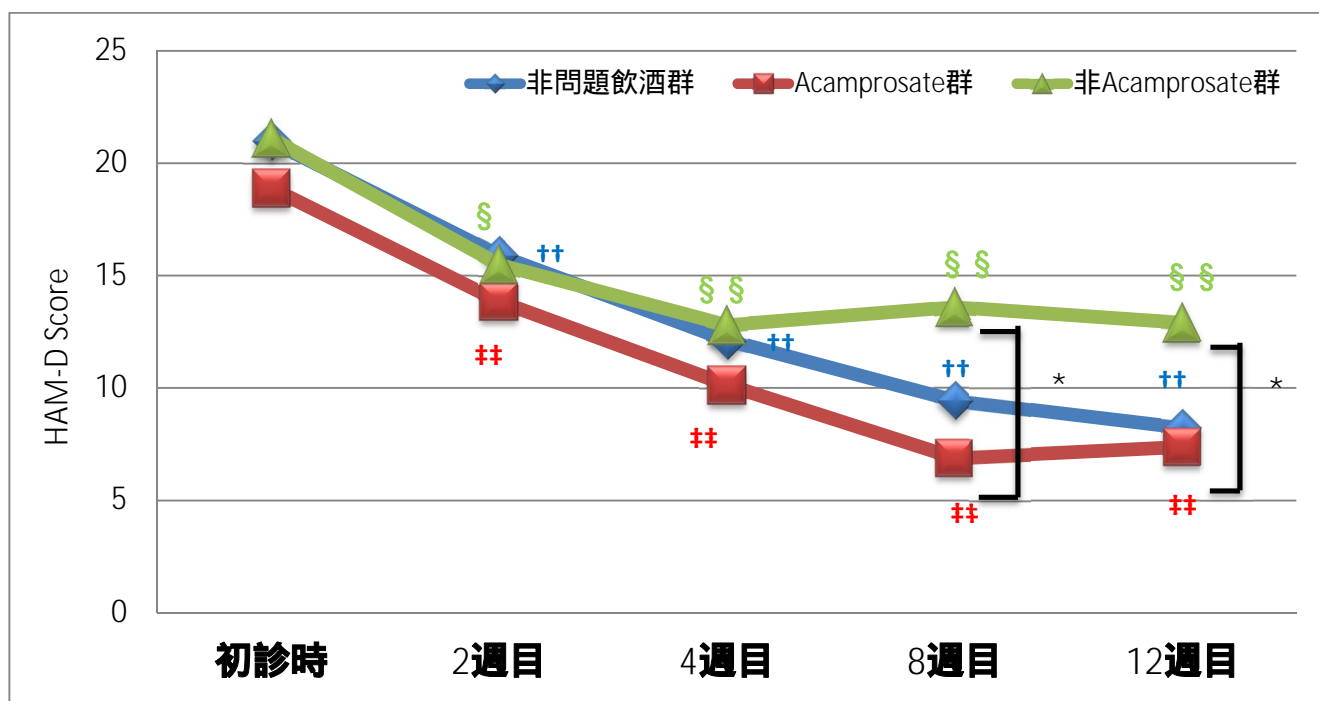


図.8 各群の HAM-D スコアの推移



非問題飲酒群	21.0±4.4	15.9±5.7	12.1±6.6	9.5±6.8	8.2±6.1
非 Acamprosate 群	21.1±3.1	15.5±5.4	12.8±7.5	13.6±7.5	12.9±6.6
Acamprosate 群	18.9±3.1	13.9±4.9	10.1±4.6	6.9±4.2	7.4±5.0
p(one-way ANOVA)	0.12	0.36	0.40	0.02	0.047

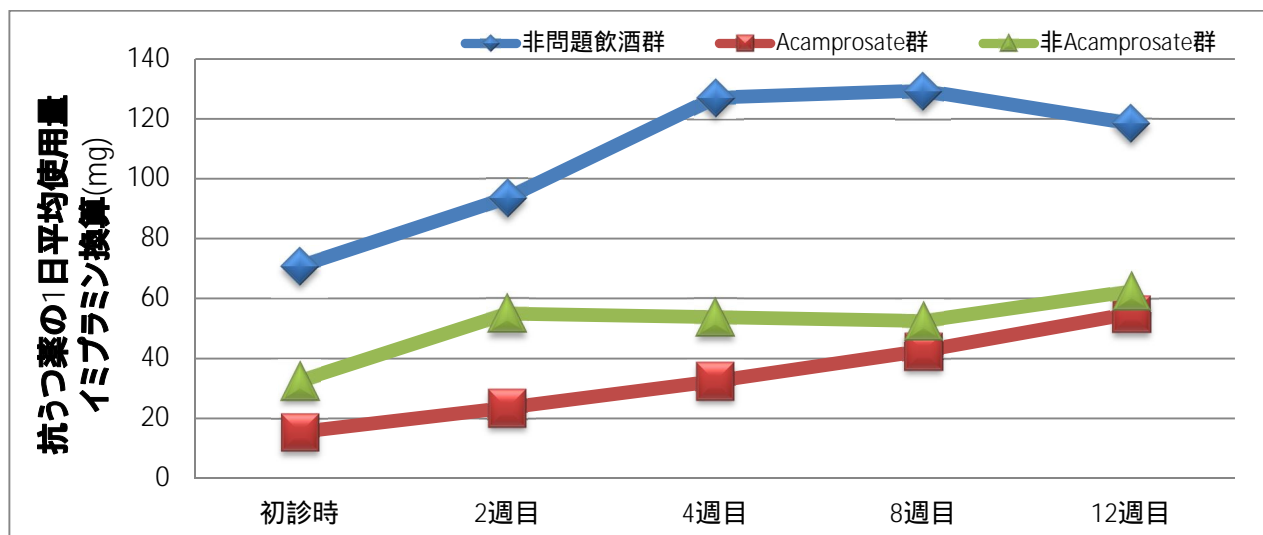
非問題飲酒群: \*†p<0.05, †† p<0.01 (Dunnett – test)

非 Acamprosate 群 : § p<0.05, §§ p<0.01(Dunnett – test)

Acamprosate 群 : ‡ p<0.05, ‡‡ p<0.01(Dunnett – test)

\* p<0.05 (tukey's test)

図.9 抗うつ薬の1日平均使用量(イミプラミン換算:mg)



	初診時	2週目	4週目	8週目	12週目
非問題飲酒群	70.8±46.3	93.6±79.0	127.2±95.5	129.5±112.4	118.5±104.1
Acamprosate 群	15.5±34.0	23.5±48.1	32.4±52.5	42.6±74.9	54.9±83.6
非 Acamprosate 群	32.5±59.0	55.0±107.2	53.8±92.1	52.5±79.5	62.5±72.9

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 28 年度総括分担研究報告書  
アルコール依存症の社会復帰支援に関する研究  
研究分担者 大嶋 栄子 特定非営利活動法人リカバリー 理事長

研究要旨

専門医療機関へのインタビュー調査と質問紙調査から、アルコール(薬物)依存症の社会復帰支援にとって、就労が持つ意味は大きいこと、また生活の場の確保および孤立を防ぐ援助の組み立てが重要であることが明らかになった。加えて専門医療機関からみる社会復帰支援に関する社会資源については、アクセスのしづらさ、地域間格差の大きさ、連携における課題の多さ等が指摘された。なお、前年度におこなった社会復帰施設の調査結果に新たな分析を加え、研究分担の総括として、冊子『誰もが取り組めるアルコール(薬物)依存症の社会復帰支援』を刊行した。

研究協力者

藤田 さかえ(独立行政法人 国立病院機構  
久里浜医療センター社会福祉学修士)  
引土 絵未(国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 社会福祉学博士)

2) 質問紙調査については、本研究の分担研究者である湯本洋介氏の協力によって実施した。

湯本班では依存症の「専門医療機関」を明確化する過程として、アルコール関連 3 学会に所属会員のいる医療機関、拠点病院協議会の資料、医療機関情報検索サイトを用い 738 施設に対し 1 次アンケートを実施した。回答のあった施設、さらに追加調査の上でアルコール依存症をはじめ、薬物、ギャンブルなどの関連問題に対応すると判断した、専門医療機関 332 施設に対して 2 次アンケートを行った。研究班では湯本班の協力を得て、この 2 次アンケートに就労支援と社会復帰施設の利用に関する独自のアンケートを一緒に同封し送付し、平成 29 年 1 月末現在の回収数は 232 (回収率 69.8%) であった。

A. 研究目的

アルコール依存症をはじめとする依存症の回復については、就労による経済的自立という狭義の社会復帰概念を前提としてきたが、その概念を再考する。高齢、重複障害、女性など多様化する対象者に対して包括的社会復帰アプローチを提示する。本年度は、専門医療機関が依存症者の就労と生活支援に関して、何をおこない、どのような課題に直面しているかを対象施設へのインタビュー調査と質問紙調査を実施し、その検証をおこなう。

(倫理面への配慮)

B. 研究方法

1) インタビュー調査については、我が国の依存症拠点病院である、久里浜医療センターにて診療にあたる 2 名の精神科医に実施した(2016 年 8 月)。

研究対象者へのインタビュー調査に関して十分な説明と同意を得ると同時に、個人情報に配慮する。また質問紙調査に関しても、回答のデータ入力後に適切な処理をおこない、施設が特定出来などの配慮をおこなう。

## C. 研究結果

### 1) インタビュー調査

従来の専門医療が入院を中心とし、教育と集団療法による疾患概念の浸透から自助組織への定着を目指してきたのに対し、就労継続を大きな動機付けとして、外来通院を中心とした治療へとシフトしていることがわかった。

また社会復帰に対しては、断酒の継続が最優先するというより、依存症者の地域生活が、本人の望む形で機能することに焦点づけられている。

次に高齢者のアルコール関連問題に関しては、従来の連携先に加えて介護保険が適用される各種サービス提供機関が、地域生活への移行に際し大きな役割を果たしていることが明らかとなった。

### 2) 質問紙調査

社会復帰に関して先行研究で重要なキーワードとなった、就労と社会復帰施設の利用について、最後に社会復帰支援が抱える課題について聞いた。

#### ①職場復帰に伴う困難(複数回答可)

質問	回答数
1、職場では本人の疾患について一部のの人にしか理解されておらず、リハビリが組みにくい。	139
2、本人の職場における現実と、本人の認識にズレがある。	181
3、失敗はできないという本人の緊張が強いため、無理をしやすい。	97
4、自助グループに参加したくても、職場では定時に帰りづらい。	85
5、嘱託医の職場復帰に対する見解と、主治医の見解に差が大きい。	33

#### ②再就職支援(複数回答可)

質問	回答数
1、コメディカル(SW, CP, OT)が相談に応じる。	175
2、機関に付設されるデイケアを勧める。	109
3、就労移行支援事業所を勧める。	128
4、ハローワークの職業訓練を勧める。	103

自由記載からは、さまざまな障害福祉サービス、またそれ以外の社会サービスを駆使していること、包括的に本人の相談に応じている様子が伺われる。

また機関付設ではなく連携している機関のデイケアと回答した施設もあり、医療機関にとってデイケア利用が就労支援のひとつと位置づけられていることがわかる。

#### ③社会復帰施設の利用を勧める理由

(複数回答可)

質問	回答数
1、再飲酒の可能性が高い。	147
2、同じ病気の仲間との交流が必要。	154
3、家族との関係悪化。	151
4、入所と同時に生活保護利用。	81
5、生活リズムを作る。	142
6、復職/再就職のため。	93

#### ④本人が応じない理由(多いもの2つ)

質問	回答数
1、自分の力でなんとかできる。	87
2、他の依存症者とは違う。	97
3、他の方法を見つけたので必要ない。	53
4、時間がもったいない。	35
5、金銭的に事情が許さない。	47

#### ⑤応じない場合の対応(多いもの2つ)

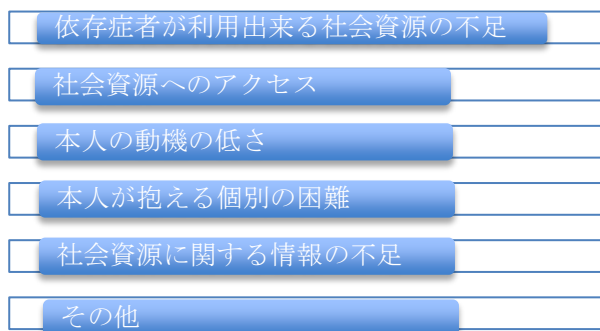
質問	回答数
1、必要を粘り強く伝える。	108
2、施設見学、体験の利用を勧める。	170
3、周囲に説得してもらう。	30
4、施設スタッフと面接。	80
5、独居へ方針転換。	27



医療機関では、回復において「人」と「場所」が重要な資源であると考え、社会復帰施設の利用を勧めていることがわかる。また、自由記載には食事や服薬管理など基本的な生活を整えることが困難な場合に利用を勧めるという回答が複数見られた。しかし、そのような勧めに応じない依存症者も少なくない。断る理由からは、医療機関側が危惧する本人の状況と、本人自身の認識のズレが大きいことがわかる。そしてこのような場合に医療機関は、社会復帰施設の見学や体験利用を勧めるなど、できるだけ本人に粘り強く説得するなど対応する試みが把握された。また、施設職員との交流にも取り組んでいることから、相互の連携を重視していることが伺われる。また、自由記載には依存症者本人を交えたカンファレンス、訪問看護サービスをおこなうなど様々な工夫をおこなっていることがわかる。共通しているのは、あくまで本人が主体であること、失敗を次のチャンスとして生かすなど時間をかけていることであった。

⑥地域における日中活動について、社会資源を利用する歳の困難(自由記載)

回答のあった 138 施設の記述内容を KJ 法によってカテゴリー分類を行い、記載数の多い順に示した。



特徴的なのは、依存症者が利用可能な社会資源が圧倒的に不足しているという記載の多さである。依存症者を特別視し、理解してもらえずに利用を断られるという記載が目立った。また、社会資源があったとしても通える場所がない、アクセスが非常に悪いなどで実際の利用に繋がらない等、交通手段の課題が深刻であること、また資源が都市部に集中する傾向などが指摘された。その他として、医療機関のスタッフの依存症に対する拒否感、診療報酬に反映されないサービスに対する問

題点の指摘があった。

⑦アルコール関連問題を抱える人の社会復帰に必要なこと(自由記載)

回答のあった 115 施設による記述を KJ 法で分類し、カテゴリー別に代表的な記載を紹介する。

**依存症に関する啓発**  
アルコール依存症に関する正しい知識と理解が広まり、「回復」という視点から支援していきたい。

**地域における社会資源との連携**  
時間はかかるが、本人との信頼関係、関係者との連携をはかりながら支援を行う必要がある。中心となるコーディネーターの存在および役割が重要となる。

**多様な依存症者のニーズに応える資源や制度**  
依存症者の高齢化、女性患者の増加、合併症のある方などに対応する施設が見つからない。

**自助グループとの連携？活動の活性化**  
地域に自助グループが少なく、活動も停滞している。

**家族による依存症の理解促進と家族への支援**  
家族のアルコール依存に関する理解が乏しく、患者の病状悪化を伴うことがある。家族支援を行っているが、退院後の環境整備に課題が多い。

**その他**  
専門医療機関に任せきりではなく、地域精神医療／福祉において、当たり前前に依存症治療および援助がおこなわれるようになることが必要。普通の医療・福祉関係者が、当たり前前の知識と技術を持って対応出来るようになることが重要。当事者が住み慣れた土地で回復が出来るようになる。

専門医療機関から見える社会復帰の困難さ、課題が山積していることはわかりながら、医療機関単独の努力では限界があることを、自由記載のなかから読み取ることが出来る。

#### D. 考察

インタビュー調査、および質問紙調査から、改めて専門医療機関の役割が浮き彫りとなった。

1) 地域社会に根強いアルコール（薬物）依存症への誤解・偏見を前提としながらも、治療導入の援助が重要となる。治療抵抗の強い依存症者を積極的に受け入れ、地域の関係者にとって敷居の低い、利用しやすい専門医療を提供する。

2) 依存症の専門治療は疾患への理解と受容を促進するための教育的アプローチと、飲酒問題への洞察を深める認知療法が中心となっている。これらは入院だけでなく、通院もしくはクリニック、あるいはデイケアでも実施可能である。

3) 専門医療機関では、依存症者の疾患のみならず身体状況、さらには生活状況を包括的にアセスメントし、当事者の地域生活への移行を想定した関わりを展開する。

4) 飲酒問題によって多くの影響を受ける家族の援助をおこなう。依存症を適切に理解するための「心理教育プログラム」の実施、家族の個別性に配慮した相談面接などを実施する必要がある。

5) 社会復帰に向けた調整と連携については、まず当事者の社会復帰プランの作成が必要となる。そのためには社会資源に関する情報収集、関係機関に対して依存症の再発を想定した支援という「視点の共有化」が必要になる。医療機関だから出来る解毒・身体管理をはじめ、地域で関わる機関および専門職が実際の支援を通じて、依存症への理解を深めていくことが可能となるような、教育的役割をもつ。

具体的には個別ケースの検討を通じた連携、また自助グループも招き入れての関係者会議の開催、一般市民に向けた啓発のための研修などが想定できる。

専門医療機関が依存症者の回復に果たす役割は多様であり、治療導入から地域社会での生活が定着するまで、長期的な展望を持って関わる。これまで、医療完結型とならざるをえない側面もあったが、質問紙調査からは地

域の関係機関および社会資源と積極的に連携しようとして模索する専門医療機関の姿が浮かび上がった。同時に、依然として依存症に対する偏見や無理解がこうした連携を阻んでいることも明らかとなった。

このような状況の中で専門医療機関は、地域社会における依存症が、どのような形で顕在化しやすいのか、その地域の実情を踏まえて理解しておく必要がある。関係機関は、それを依存症という「疾患」ではなく「個人の失敗」とみなし、対応の仕方に苦慮し、結果として依存症を忌避する悪循環に陥る体験をしている。その意味では受診に至るまでのプロセスがすでに連携の始まりであると認識しておく必要がある。依存症者の回復には長い時間が必要となる場合が多い。専門医療機関は、地域の関係機関との連携を様々な形で取り組み試行することで、依存症者の回復のみならず、地域社会における依存症への見方を変化させることに貢献することが可能である。

このような専門医療機関の役割が、さらに全ての精神科医療機関、そして一般医療機関へ拡大していくための研修、医療報酬の改定などが望まれる。

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

「オーストラリアでハームリダクションを学ぶ-排除から包摂へ」『精神看護』vol. 20, no. 1, (2017) pp065-069.

「オーストラリアでハームリダクションを学ぶ-厳罰主義を止めた理由、そして重複障害を重視する視点」『精神看護』vol. 20, no. 2, (2017) pp160-164.

『誰もが取り組めるアルコール（薬物）依存症の社会復帰支援-アルコール依存症の社会復帰支援に関する研究報告書』平成28年度厚生労働科学研究(障害者政策総合研究事業) 研究報告書(2017.3 刊行), p53.

##### 2. 学会発表

なし

#### 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

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 28 年度分担研究報告書  
アルコール依存症の治療・社会復帰に関する社会資源情報の作成  
研究分担者 湯本洋介  
独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 医員

研究要旨

アルコール依存症の回復には専門医療機関、適切な社会復帰施設、自助グループなどへの迅速かつ容易なアクセスが必須である。しかし、現在まで依存症の専門機関や社会資源に関する情報を一元的にまとめ、総覧できるリストはまだない。本研究分担では全国のアルコール依存症の治療・社会復帰に関する社会資源情報を取りまとめてリスト化し、依存症の治療・相談機関の情報を求める者が容易に情報を入手、アクセスできるようになることを目的としている。

研究協力者

大嶋栄子：特定非営利活動法人リカバリー  
斎藤健輔：医療法人東北会病院  
成瀬暢也：埼玉県立精神医療センター  
中山進：特定非営利法人ジャパンマック  
長徹二：三重県立こころの医療センター  
田中増郎：医療法人信和会高嶺病院  
高橋陽介：国立病院機構久里浜医療センター  
岡崎直人：さいたま市こころの健康センター  
橋本望：岡山県精神科医療センター  
佐藤嘉孝：岡山県精神科医療センター  
福田貴博：国立病院機構琉球病院  
田中大輔：尚生会湊川病院

A. 研究目的

アルコール依存症の回復は、社会復帰施設や自助グループなど、多様な回復資源との連携が必要である。各地でさまざまな治療施設、社会復帰施設が開設されているが、現状ではアルコール依存症の専門機関や社会資源に関する情報を一元的にまとめた資料は少ない。そのため情報収集が困難で、関係機関の紹介は相談の受け手側の経験に

頼りがちにならざるを得ない。このような背景のもと、アルコール依存症の治療機関、社会復帰施設、相談機関などの情報を一元化し、誰もがその情報に容易にアクセスできるように整備する必要性が高まってきている。本研究班では全国のアルコール依存症の治療・社会復帰に関する社会資源情報を取りまとめてリスト化し、アルコール依存症の治療・相談機関の情報を求める者が容易に情報を入手できる資料を整えることを目的としている。

B. 研究方法

以下のステップに従って研究を実施する。

1) 調査票の作成

医療機関と社会復帰施設に大別し、それぞれの情報収集のための調査票を作成する。提供できるサービスに関する情報（依存症プログラムの有無、対応できる依存症疾患、利用可能な支援の種類など）を過不足なく網羅できるものを作成する。調査票の内容については別紙を参照されたい。

2) 施設・医療機関のリストアップおよび

## 調査票の配布・回収

調査対象医療機関は、アルコール関連 3 学会所属会員がいる医療機関、依存症拠点病院協議会の資料、医療機関検索サイトから抽出を行い、病院 514 施設、診療所 224 施設を対象とした。また、調査対象回復施設全国依存症回復施設研修に参加した回復施設 600 施設から、依存症を対象にしている 100 施設を対象とした。

3) 回収した情報をもとに医療機関、回復施設の情報を一元化したリストを作成した。誰もがアクセス可能となるよう HP で閲覧ができるようにした。

### (倫理面への配慮)

情報収集に関して、各施設に対して文書にて説明し同意を得る。情報の提供を希望しない施設に対してはその意思を尊重する。リストアップの条件について(特定の情報は掲載したくないなど)は個別に判断するが、要望があった際は施設の希望通りとする。

### 医療機関情報

調査対象とした病院 514 施設、診療所 224 施設に対して、依存症の専門医療機関としてリストアップするに足り得る 6 つの質問項目を問う調査を行った(一次調査)。一次調査の結果、病院からは 390/514 施設(75.8%)、診療所からは 155/224 施設(69.2%)から回答を得た。一次調査の調査結果のうち、4 項目以上該当した医療機関及び、2 項目または 3 項目該当でかつ特定の項目に該当した医療機関を、より詳しい診療内容の詳細を問う調査の対象とした(二次調査)。さらに、一次調査の返答がなかった医療機関について、それぞれの機関のホームページなどを確認し、依存症医療

を掲げている機関、病院 21 施設、診療所 11 施設を対象機関に加えた。以上の条件で抽出したところ、一次調査の条件をクリアし、二次調査の対象となった機関は病院 234 施設、診療所 98 施設であった。このうち、病院と診療所を合わせて 271 施設(81.6%)から二次調査に回答を得ることができた。

二次調査の結果を以下に述べる。

・初診の予約制について:「予約制である」病院 61%、診療所 78%。「予約制でない」病院 22%、診療所 16%。

・酩酊時に診察をするか:「診察する」病院 39.3%、診療所 47.9%。「抜けてから診察する」病院 41.5%、診療所 27.1%。「ケースによる」病院 17.8%、診療所 22.9%。

・節酒を認めるか:「認めない」病院 11.9%、診療所 6.3%。「中間目標として受け入れる」病院 65.9%、診療所 70.8%、「最終目標として受け入れる」病院 20.0%、最終目標 18.8%。「ケースによる」病院 4.4%、診療所 12.5%。

・違法薬物使用告白時の対応:「警察通報」病院 5.9%、診療所 2.1%。「自首をすすめる」病院 11.1%、診療所 18.8%。「今後について話し合う」病院 74.8%、診療所 83.3%。

・家族相談を受けているか:「受けている」病院 92%、診療所 96%。

・実施プログラム:集団精神療法 59.3%、心理教育 41.9%、家族プログラム 41.3%、運動療法 35.5%、SMARPP 29.1%、CRAFT 19.8%、GTACK(久里浜式認知行動療法)19.8%、等の結果であった。

### 回復施設情報

調査対象とした 91 施設に対して、依存症回復施設基準としてリストアップするに足

り得る6つの質問項目を問う調査を行い、4項目以上を該当施設とした。同時に、施設概要を問う質問用紙も送付した。75施設(82.4施設)から回答が得られ、全ての施設で回復施設基準としてリストアップするための質問項目は4項目以上を満たしていた。また、ほぼ全ての回復施設で、アルコール、薬物、ギャンブルを施設利用の対象としており、施設の特色を生かした多様なプログラムの提供を行っていた。

#### D．考察

当研究項目の目標として「依存症専門病院」と呼べる医療機関を明確化することが課題であった。そのため、アルコールに加えて薬物、ギャンブルも治療の対象としている医療機関を調査段階からピックアップしたことに加え、一次調査にて依存症専門病院が持つべき基準にて該当施設を抽出したことが明確化の観点に役立ったと思われる。一般住民が依存症専門医療機関にアクセスできるソースが増え、診療疾患に応じた医療機関の選択や、一定の条件を満たしている医療機関に安心感を持って受診することが可能となることを期待する。

また、受診の際の障壁になっていると思われる事柄について質問を行ったことも、この調査の協調すべき点である。「酩酊時に診察をするか」については、およそ40～50%の医療機関が診察をすると答えており、飲酒が止まらずに受診時も飲酒して来院す

るケースでも診察に応じる姿勢が見てとれた。また、「節酒を認めるか」については、およそ10%前後の医療機関のみが「認めない」と答えており、ほとんどの医療機関では、中間目標あるいは最終目標として節酒を受け入れる姿勢であることが分かった。断酒一辺倒のコンセプトを必ずしも押し薦めないことが治療のスタンスとして定着してきた印象がある。さらに「違法薬物の使用の告白」については、75%以上の医療機関が、警察官通報や自首ではなく、「今後の方針について話し合う」と回答しており、違法薬物使用の告白自体については、その後の治療の取り組みを重要視している姿勢が感じ取れる。

以上より、治療の目標や方向性について、個々の患者の多様性に配慮した柔軟な対応が広がってきているように思われる。

#### E．研究発表

- 1．論文発表  
なし
- 2．学会発表  
なし

#### 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  
特になし

## アルコール・薬物・ギャンブル依存症の治療に関する社会資源情報作成のための調査 二次調査のお願い

このアンケートは、厚生労働科学研究の一環として、アルコール・薬物・ギャンブル依存症専門医療機関・回復施設の情報を掲載するリストを作成するために行います。リストをもとに将来的にはホームページを作成し、依存症に対応できる医療機関・回復施設の情報を患者様、ご家族、医療関係者などが迷うことなく入手できることを目的としています。

尚、このアンケートは、過日ご協力いただきました同調査の一次調査にて、**依存症医療機関のリストアップの条件を満たした医療機関様、及び依存症医療に取り組んでおられると思われる医療機関様**にお送りする二次調査となります。

ご回答いただいた担当者様の個人名が掲載・公表されることはありません。ご記入いただいたアンケートは当施設内で厳重に管理し、データ入力後にアンケートは速やかに破棄します。また得られた情報は統計学的な処理・分析を行ったうえで、論文や学会、Webなどで発表させていただく場合がございます。

回答時間は15分程度です。日常業務でご多忙かと思いますが、この調査による治療環境の向上などの有用性をご考慮いただき、ぜひともご協力いただくようお願い申し上げます。

また、当研究班では「医療機関における依存症者の社会復帰支援に関する調査」も行っております。この調査のためのアンケート用紙も同封しておりますので、ご回答下さるようお願い致します。こちらの回答は医療機関リスト・HPには掲載されず、調査の目的のみに用いられます。

両アンケート用紙にご記入いただき、添付の返信用封筒をご利用の上、平成28年9月9日(金)までにご返信ください。

本調査の重要性を鑑み、何卒ご協力の程をよろしくお願い申し上げます。

返信・問い合わせ先

厚生労働科学研究

「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)

研究分担者：湯本洋介

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター

〒239-0841 横須賀市野比5-3-1

: 046-848-1550 FAX: 046-849-7743

e-mail: hirika\_taru@yahoo.co.jp

医療機関名： \_\_\_\_\_

回答者

部署または役職（掲載しません）： \_\_\_\_\_

氏 名（掲載しません）： \_\_\_\_\_

この調査内容をホームページ作成の際に掲載してもよいですか。 はい ・ いいえ  
条件付きで可(条件： \_\_\_\_\_)

1. 診療可能な依存症の種類を教えてください（あてはまるものすべてに をしてください）

1. アルコール 2. 薬物 3. ギャンブル 4. その他（具体的に）： \_\_\_\_\_

2. 診療している依存症患者数は年間およそどのくらいですか？

（すべての依存の合計。概算でけっこうです）

\_\_\_\_\_名

3. 依存症の通常の入院期間はおよそどのくらいですか？

アルコール 1. 1ヶ月未満 2. 1～3ヶ月未満 3. 3～6ヶ月未満 4. 6ヶ月以上

薬物 1. 1ヶ月未満 2. 1～3ヶ月未満 3. 3～6ヶ月未満 4. 6ヶ月以上

ギャンブル 1. 1ヶ月未満 2. 1～3ヶ月未満 3. 3～6ヶ月未満 4. 6ヶ月以上

（入院加療を実施していない項目は をつけなくてけっこうです）

4. 重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定していますか？

1. 算定している 2. 算定していない

5. 依存症家族の相談は受けていますか？ 受けている場合、どのように受けていますか？

1. 受けている（1. 電話 2. 来院 3. 電話も来院も両方受ける）

2. 受けていない

6. 依存症家族教室はありますか？

アルコール家族教室 1. あり 2. なし

薬物家族教室 1. あり 2. なし

ギャンブル家族教室 1. あり 2. なし

依存対象に関わらず、合同の家族教室 1. あり 2. なし



7. 依存症初診診療は予約制ですか？  
1.はい 2.いいえ 3.その他( )
8. 来院時に酩酊している場合はどのように対応していますか？  
1.診察する  
2.その時は診察せず、アルコールが抜けてから受診するように促す。  
3.その他( )
9. 節酒の希望を示す患者にどのように対応していますか？  
1.断酒以外は認めない。  
2.断酒に導くための段階的/中間的な目標として受け入れる。  
3.最終治療目標として節酒を受け入れる。  
4.その他( )
10. 診察場面で患者から違法薬物の使用を告白された場合は、原則としてどのように対応していますか？  
1.警察に通報する。  
2.自首を勧める。  
3.上記1.2にいずれもせず、今後の治療の進め方について話し合う。
11. 依存症プログラムは入院・外来のどちらですか？  
1.入院 2.外来 3.両方
12. 依存症を対象としたデイケアプログラムはありますか  
1.依存症デイケアがある。  
2.精神科デイケアがあり、依存症者も参加できる。  
3.ない

実施プログラムなどを問う質問が別紙表にあります。記載をお願い致します。

「医療機関における依存症者の社会復帰支援に関する調査票」の記載もお願い致します。

13.その他、ご意見やご要望があればお書きください。各設問の余白に書いていただいてもけっこうです。

---

---

---

---

お忙しいところ、ご回答ありがとうございました。

最後に回答に抜けている箇所がないかどうか、今一度ご確認の程をよろしくお願い致します。

## 社会復帰のための関連施設のみなさまへ

### 調査協力のご依頼

#### 依存症の治療・社会復帰に関する社会資源情報作成のための調査

このアンケートは、厚生労働科学研究の一環として、依存症専門機関・社会復帰のための関連施設の情報を収集・整理の上、ホームページを作成するために行います。本研究により、患者様、ご家族、医療関係者の皆様が関連情報を容易に入手できることを目的としています。過日、同様のアンケートを送付させていただきましたが、まだ回答の得られていない回復施設様に再送しております。

最初の質問Aはホームページ掲載基準を満たすかどうかの質問です。

**6項目中4項目以上を満たした場合アルコールやその他の依存症からの社会復帰のための関連施設としてHPに掲載します。**質問Bは支援内容に関する質問です。もし質問Aで項目を4つ以上満たしていない場合でも、支援機関としてデータを分析させていただきたく思います。最後までご記入ください。

アンケート内容は将来的にホームページ上で公開を予定しています。

ご回答いただいた担当者名が掲載・公表されることはありません。

ご記入いただいたアンケートは当施設内で厳重に管理します。

得られた情報は統計学的な処理・分析を行ったうえで、論文や学会などで発表させていただく場合がございます。

回答時間は15分程度です。

ご記入いただき、添付の返信用封筒をご利用の上、お早めにご返信いただけると幸いです。

ご多忙のところ恐縮ですが、アディクション問題を抱えて困惑している当事者、家族が支援に到達しやすくなるための調査であるという趣旨をご理解いただき、ご協力いただけましたらありがとうございます。

返信・問い合わせ先

厚生労働科学研究

「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」

湯本 洋介

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター

〒239-0841 横須賀市野比5-3-1

：046-848-1550 FAX：046-849-7743

e-mail: hirika\_taru@yahoo.co.jp

施設名： \_\_\_\_\_

回答者

部署または役職（掲載しません）： \_\_\_\_\_

氏 名（掲載しません）： \_\_\_\_\_

ご回答内容をホームページに掲載してもよいですか。 はい ・ いいえ  
条件付きで可(条件： \_\_\_\_\_)

## 質問 A

貴院にあてはまる項目の にチェックを入れてください。

- アディクションに関連するプログラムがある（内容、頻度は問いません）
- アディクション担当者が何らかの依存症関連研修・勉強会等に参加している。
- 過去1年間に依存症に関する相談実績がある（人数不問）
- 過去1年間に依存症の通所または入所実績がある（人数不問）
- 依存症者の利用希望があった場合に、以下のいずれかの対応をしている。
  - 自施設利用を勧める
  - 具体的な名称をあげて他の施設を勧める（自分で調べてください、は不可）
- 自助グループとの連携がある

ご回答ありがとうございました。チェックの数に関わらず、質問 B にお進みください。  
該当しない箇所は空欄で結構です。

## 質問 B

### 【基本情報】

1. 施設の形態を教えてください。

1. 通所 2. 入所 3. 通所と入所の両方

4. その他（具体的に）: \_\_\_\_\_

2. 職員について

職員数 \_\_\_\_\_ 名

職員のうち回復者の割合 \_\_\_\_\_ 名

職員の有する資格 \_\_\_\_\_

### 【支援に関して】

1. 受け入れ可能な依存症の種類を教えてください（あてはまるものすべてに をしてください）

1. アルコール 2. 薬物 3. ギャンブル

4. その他（具体的に）: \_\_\_\_\_

2. 受け入れている依存症患者数は年間およそどのくらいですか？

（すべての依存の合計。概算でけっこうです）

1. 0人 2. 1~10人 3. 11人~20人 4. 21人~30人 5. 31人以上

3. 依存症プログラムにはどのようなものがありますか。

1. 学習会・勉強会 2. 各種ミーティング 3. 自助グループ 4. 認知行動療法

5. 運動 6. レクリエーション

7. その他（具体的にご記入ください）

\_\_\_\_\_

4. 施設の特徴、アピールしたいポイント等があればご記載ください

（空欄でもけっこうです）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

お忙しいところ、ご回答ありがとうございました。

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
白川教人	平成28年度厚生労働科学研究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」分担研究 アルコール依存症の治療・社会復帰に対する医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究 平成28年度報告書 第3報 精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル	白川教人	精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル	横浜市こころの健康相談センター	横浜市	H29年	127
吉田精次			家族・支援者のためのサンプル問題解決の処方箋 CRAFTを使った効果的な援助法	金剛出版	東京	2016	
大嶋栄子・藤田栄・引土絵未		大嶋栄子	誰もが取り組めるアルコール(薬物)依存症の社会復帰支援		札幌	2017	53

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
齋藤 利和	自助グループの歴史と変遷	Frontiers in Alcoholism	4(2)	105-109	2016
Yoshimura A, Komoto Y, Higuchi S.	Exploration of Core Symptoms for the Diagnosis of Alcohol Dependence in the ICD-10.	Alcohol Clin Exp Res.	40	2409-2417	2016

大嶋栄子	オーストラリアでハームリ ダクションを学ぶ ・恥ではなく包摂を	精神看護	VOL20, no.1		2017
大嶋栄子	オーストラリアでハームリ ダクションを学ぶ ・厳罰主義を止めた理由・ 重複障害を重視する視点	精神看護	VOL20, no.2		2017

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)<sup>1)</sup>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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>。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<sup>4)</sup>。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<sup>5)</sup>。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)<sup>6)</sup> 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)<sup>1)</sup>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. 7<sup>TH</sup> REPORT. WHO Tec Rep Ser 116: 1-15, 1957
- 4) WHO: EXPERT COMMITTEE ON DRUG DEPENDENCE 16<sup>TH</sup> 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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>。

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<sup>3)</sup>。

#### (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<sup>4)</sup>。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<sup>5)</sup>。日本語版は廣により邦訳されたものが使用されている<sup>6)</sup>。

#### (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<sup>7)</sup>。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<sup>7)</sup>。

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<sup>8)</sup>。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<sup>7)</sup>。

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<sup>7)</sup>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<sup>7)</sup>。

(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](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 CAGE<sup>9)</sup>

- 
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 AUDIT<sup>10)</sup>

- 
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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>。

### 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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>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

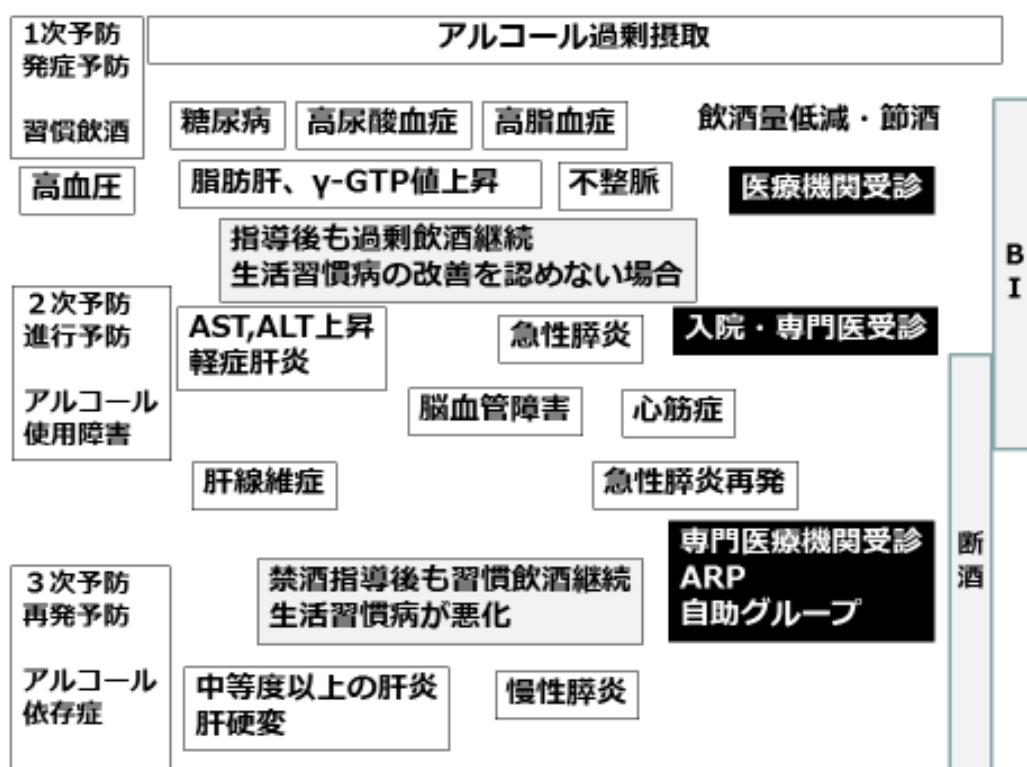
循環器疾患：高血圧症、アルコール性心筋症、虚血性心疾患、不整脈（心房細動など）

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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>。
  - 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](http://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・セオリエイカル・モデル TTM に基づいて広く採用されている<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。

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<sup>3)</sup>。

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<sup>4)</sup>。

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<sup>5)</sup>。

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観察しながら、適切な使用量を決定する。その際、CIWA-Ar<sup>1)</sup>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。

---

<sup>1)</sup>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<sup>1)</sup>。
  - ・ 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。
- 

<sup>1)</sup>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/](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<sup>1)</sup>

項目	2008 年			2013 年		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
飲酒者 <sup>2)</sup>	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 <sup>3)</sup>	19.0	6.0	12.0	14.4	5.7	9.6
アルコール使用障害 <sup>4)</sup>	13.5	1.7	7.0	10.2	1.4	5.3
アルコール依存症 <sup>5)</sup> 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 <sup>5)</sup> 生涯	1.5	0.2	0.8	1.9	0.2	1.0

<sup>1)</sup>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。

<sup>2)</sup>調査前 1 年間に少なくとも 1 回以上飲酒した者。

<sup>3)</sup>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。

<sup>4)</sup>AUDIT の得点が 12 点以上の者。

<sup>5)</sup>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>

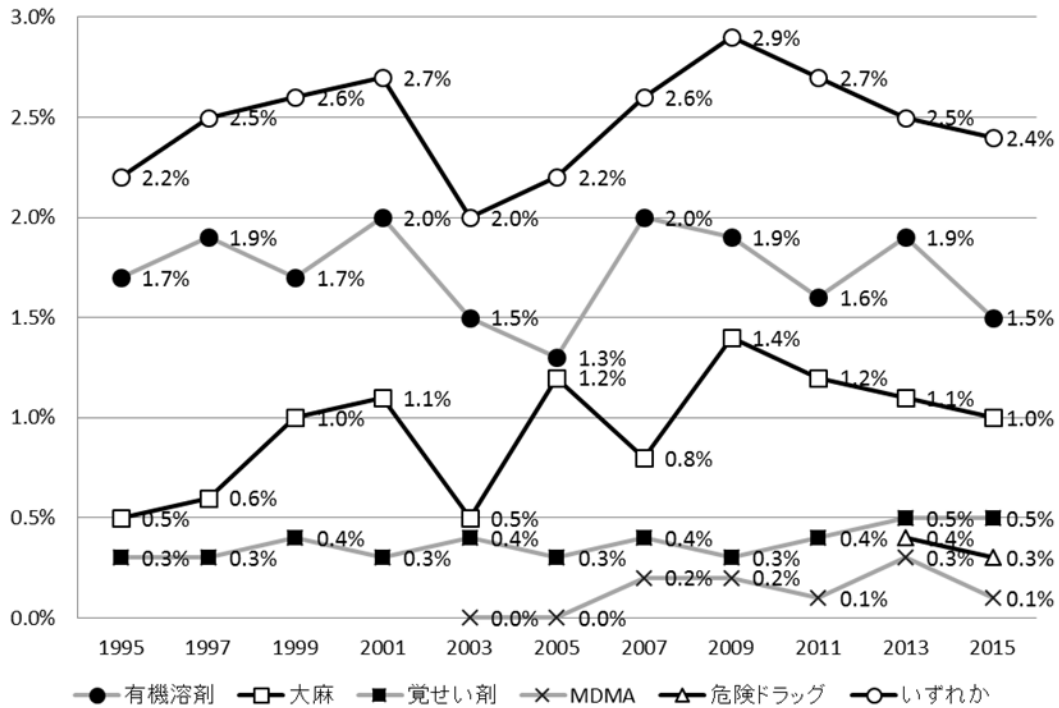


図 1. 一般住民(15~64 歳)における薬物使用の生涯経験率の推移(1995-2015 年)

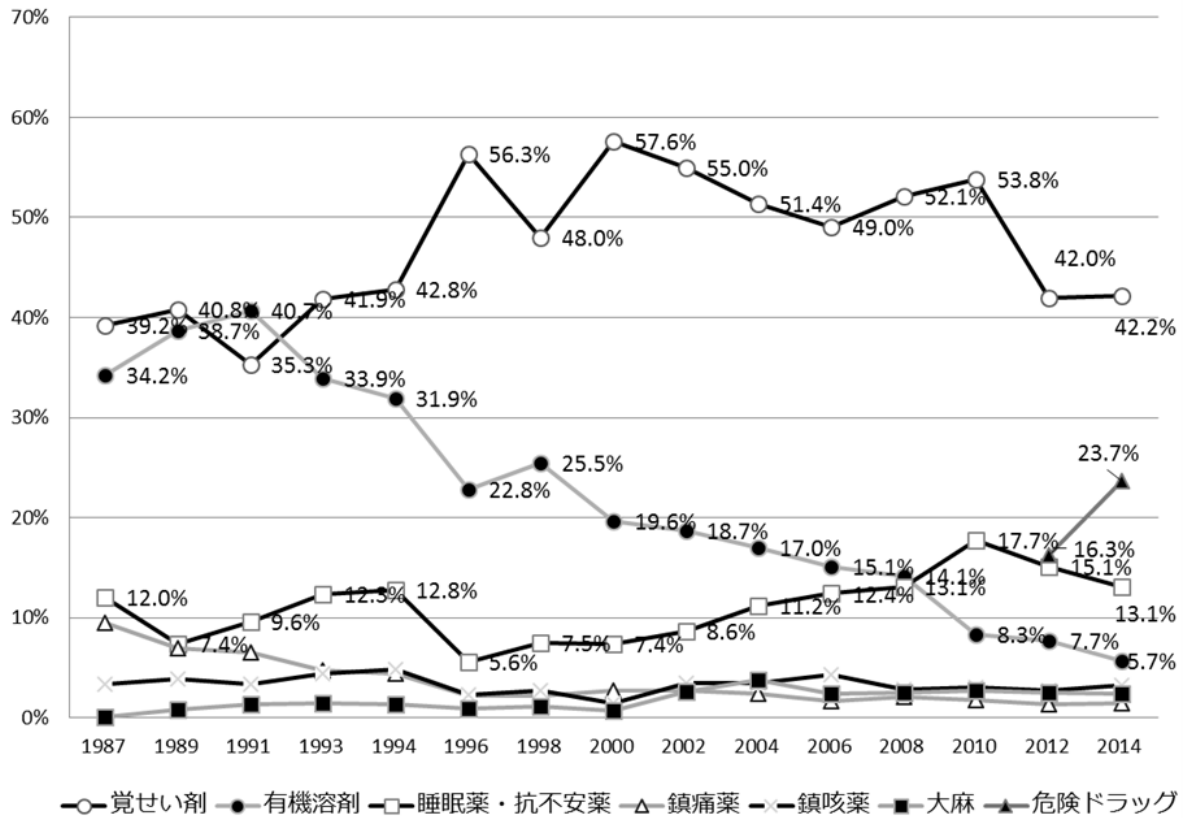


図 2. 精神科医療施設における薬物使用障害患者の「主たる薬物」の推移 (1987-2014 年)



## 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<sup>1</sup>、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』<sup>2)</sup>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<sup>3)</sup>。

## 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かけることである。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](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/](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/ $\mu$ L、Hb 17.7g/dL、UA 9.5mg/dL、Cr 0.8mg/dL、AST 82IU/L、ALT 129IU/L、 $\gamma$ -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  $\gamma$ -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/ $\mu$ L, Hb15.5 g/dL, Plt 19.1 万/ $\mu$ L, TP 7.5g/dL, Alb 4.5 g/dL, AST 25IU/L, ALT 31 IU/L,  $\gamma$ -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。

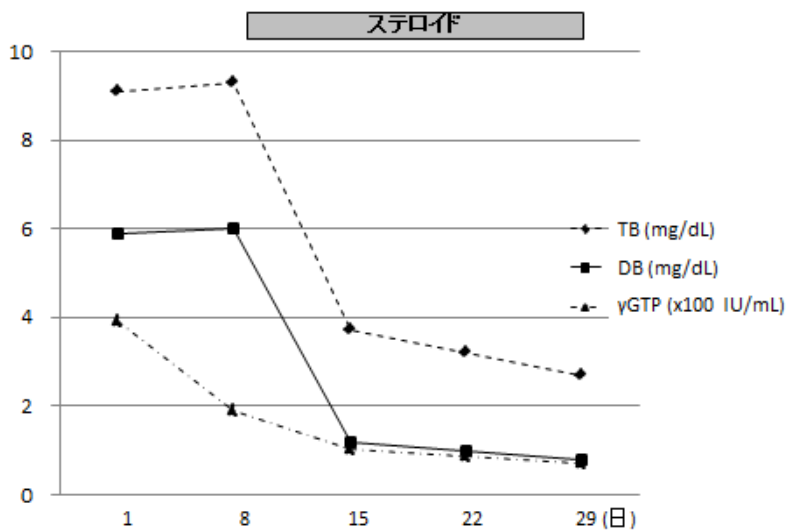
経過：栄養指導と節酒指導を行った。2 週間の禁酒で、 $\gamma$ -GTP 78 IU/L, TG 160 mg/dL と改善し、その後は自宅ではワイン 2 杯までとし、外食時も油ものを控え、退院 3 か月後にも肝機能、中性脂肪の増悪は認めていない。

##### 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/ $\mu$ L, Hb11.5 g/dL, Plt 15.1 万/ $\mu$ L, TP 7.1g/dL, Alb 4.1 g/dL, AST 85IU/L, ALT 60 IU/L,  $\gamma$ -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/ $\mu$ L, Hb 16.4 g/dL, PLT19.1 万/ $\mu$ L, TB 1.28 mg/dL, Cr 1.57 mg/dL, AST 54IU/L, ALT 88 IU/L,  $\gamma$ -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,  $\gamma$ -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, e tal. 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/ $\mu$ L, Hb11.5 g/dL, P1t 12.1万/ $\mu$ L, TP 7.0 g/dL, Alb 4.1 g/dL, AST 45IU/L, ALT 31 IU/L,  $\gamma$ -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, PaCO<sub>2</sub> 38.3 torr, PaO<sub>2</sub> 100.1 torr, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 16 mEq/L, BE -10.8 mEq/L, WBC 20,800/ $\mu$ 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,  $\gamma$ -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  $\mu$ mol/L, アセト酢酸 234  $\mu$ mol/L,  $\beta$  ヒドロキシ酪酸 1958  $\mu$ mol/L.

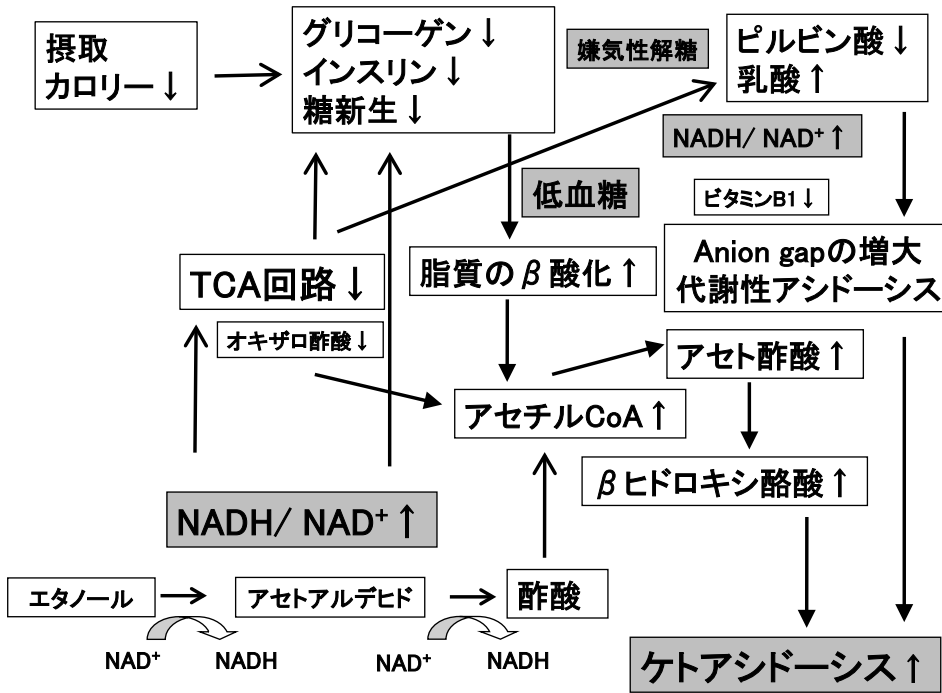
経過：入院後糖質を 50% ブドウ糖 20mL の急速静注を行い、5%ブドウ糖を含む維持輸液にマグネシウムを追加して点滴を行い、意識レベルは改善した。食事摂取が可能になるまで、維持輸液を行った。アルコール依存症の加療のため転院となった。

#### 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  $\beta$  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  $\beta$  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、 $\beta$  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/ $\mu$ L, Cr 0.85 mg/dL, AST 60IU/L, ALT 45 IU/L,  $\gamma$ -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/ $\mu$ L, AST 25IU/L, ALT 36 IU/L,  $\gamma$ -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。生活保護を受給中である。

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<sup>1)</sup>。
- ・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<sup>1)</sup>。

・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](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、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<sup>1), 2)</sup>。
- ・ 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<sup>3)</sup>。

(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  $\gamma$ -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.

発達障害とアルコール使用障害が合併している場合

長 徹二（三重県立こころの医療センター）

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みず、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は指摘している。

### 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：鯉淵 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）

「頭に違和感がありますか。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/hepatitis\\_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>&lt;AUDIT-C&gt;</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<sup>1,2</sup>、橋本 望<sup>3</sup>、堀井 茂男<sup>2</sup>

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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>。

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](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](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、臨床上の問題は無いと考えられる。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）

#### 15、 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いと、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  $\beta$  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。

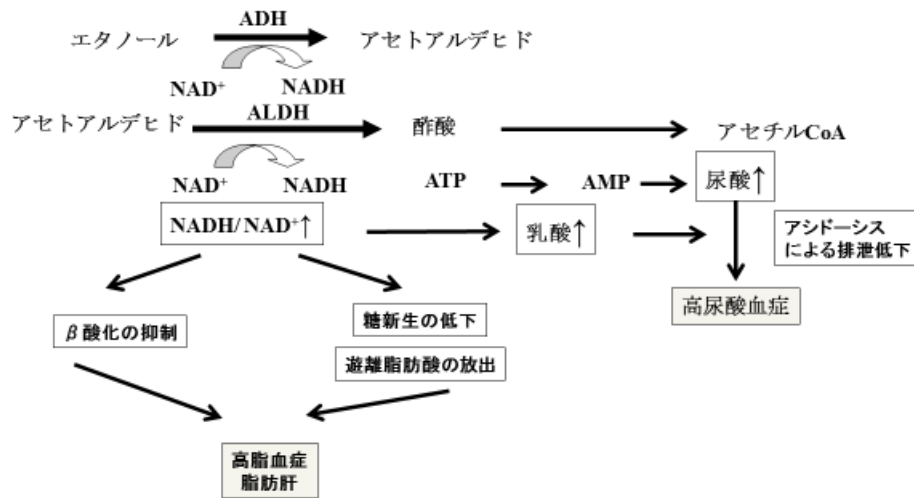
#### 2、 飲酒による糖尿病、高脂血症、高尿酸血症の対応について

- ・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 $\gamma$ -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)	$\leq 1.5$	$1.5<$	$3\leq$
PT (INR)	$\leq 1.8$	$1.8<$	$2\leq$
TB (mg/dL)	$<5$	$5\leq$	$10\leq$
消化管出血 または DIC	-	+	
年齢 (歳)	$<50$	$50\leq$	

JAS:  $\leq 7$ : 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。

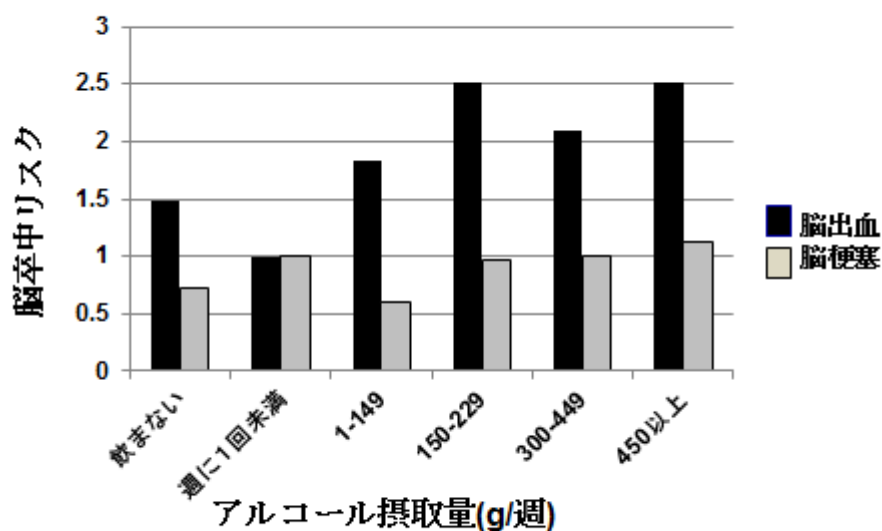
#### 2、 多量飲酒による循環器疾患・脳血管障害の対応について

- ・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

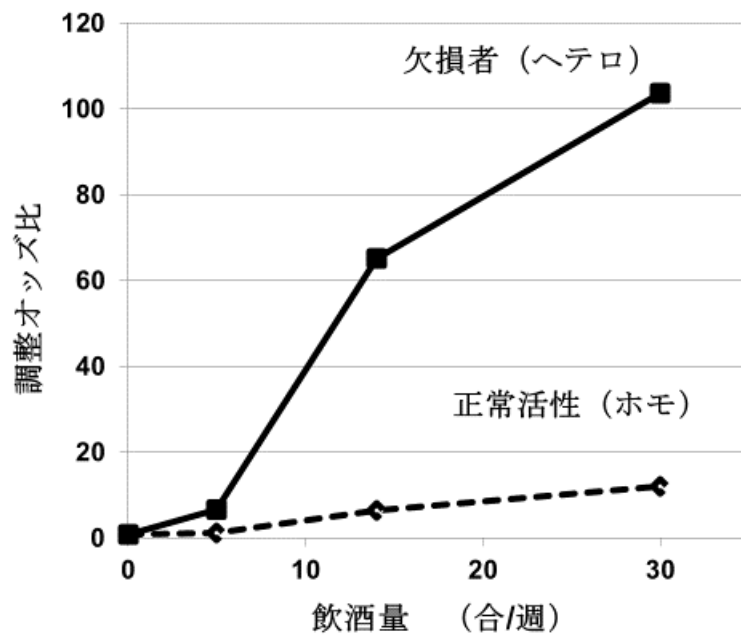
- ・大量飲酒により起こる消化管病変として、Mallory-Weiss 症候群、胃食道逆流症 (GERD)、急性胃粘膜病変や胃・十二指腸潰瘍が知られている。
- ・高濃度のアルコール摂取は、食道・胃にとどまらず小腸、しかも遠位小腸（回腸）にまで出血性びらんや潰瘍などの病変を直接惹起する。
- ・低濃度であっても慢性的な飲酒により、下痢や吸収障害などが臨床上市しばしば経験される。腹痛を伴うことは少なく、脱水や電解質異常から筋肉の痙攣などを伴うこともある。
- ・慢性的な多量飲酒は、口腔咽頭喉頭癌、食道癌、肝臓癌、膵臓癌、大腸癌、乳癌のリスクを上昇させる。
- ・口腔咽頭喉頭癌、食道癌においては、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

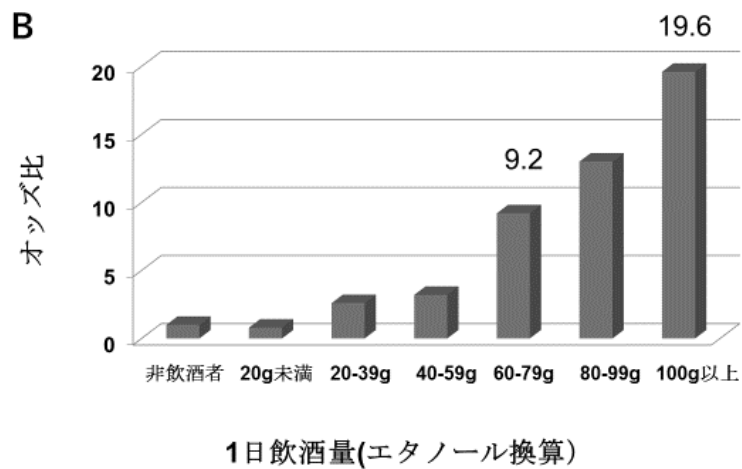
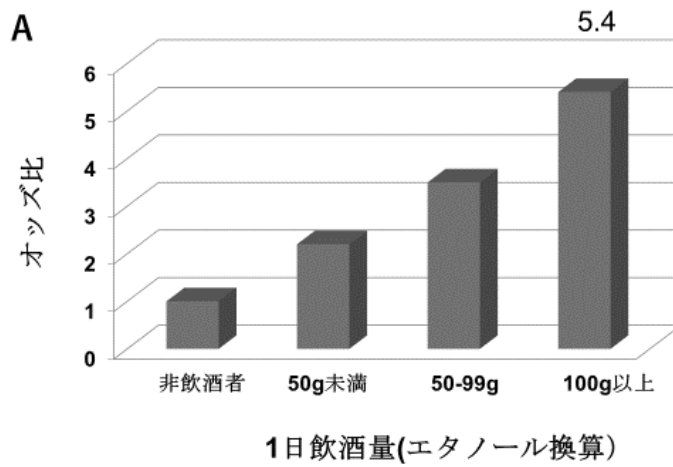
・ショックを予防するために、軽症でも3L/日程度の補液が必要なことが多い。重症例では中心静脈圧をモニタリングしながら十分な（6-8L/日になることもある）補液を行うため、集中治療室での管理が望まれる。

・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感受性と薬物関連刺激への感受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ことが理想だが、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"> <li>・<b>再体験</b>：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。</li> <li>・<b>回避</b>：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。</li> <li>・<b>過覚醒</b>：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。</li> <li>・<b>外傷的な出来事に関連した、感情と認知の否定的な変化</b>：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</li> </ul>
--

表2. 複雑雑性 PTSD (Complex PTSD)

<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>7. 意味体系の変化：継続する信念の喪失希望をもてない</li> </ol>
--

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いう。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。	



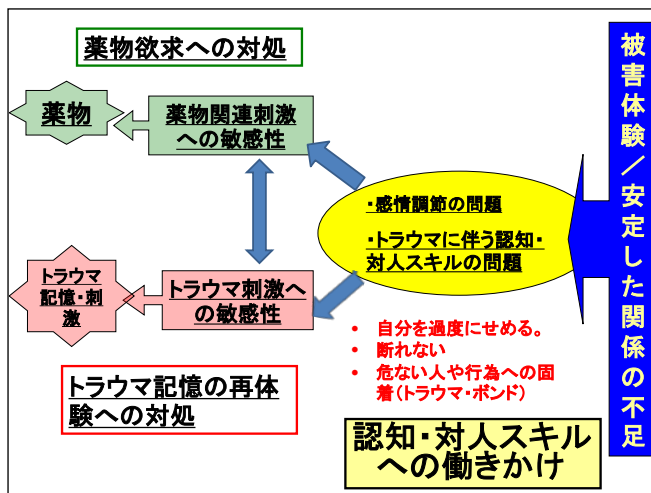


図1. 薬物依存症とトラウマ問題の合併例の心理と働きかけのポイント

## 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す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
<b>北海道</b>	
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
<b>青森県</b>	
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
<b>岩手県</b>	
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
<b>秋田県</b>	
医療法人仁政会 杉山病院	秋田県
<b>山形県</b>	
(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
<b>宮城県</b>	
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
<b>福島県</b>	
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
<b>茨城県</b>	
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
<b>北海道</b>	
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
<b>秋田県</b>	
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
<b>山形県</b>	
特定非営利活動法人 鶴岡ダルク	山形県
<b>宮城県</b>	
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	
<b>福島県</b>	
磐梯ダルクリカバリーハウス	福島県
<b>茨城県</b>	
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
<b>群馬県</b>	
NPO 法人アパリ 藤岡ダルク	群馬県
<b>栃木県</b>	
NPO 栃木 DARC	栃木県
<b>埼玉県</b>	
NPO 法人 埼玉ダルク	埼玉県
<b>東京都</b>	
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・かんだぎ日の隈寮		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

# アルコール依存症関係機関 機能向上のためのマニュアル

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 研究班作成





# はじめに

---

アルコール依存症の回復には医療機関、精神保健福祉センターや保健所などの行政機関、断酒会、DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center)、AA (Alcoholics Anonymous)、MAC (Maryknoll Alcohol. Center)など当事者による自助団体、Al-Anonなど家族や友人などによる自助団体などの関係機関が重要な役割を担っています。

その重要性は平成24年11月から平成25年3月にかけて厚生労働省で開催された「依存症者に対する医療及びその回復支援に関する検討会」でも指摘されています。

そこで、アルコール依存症の関係機関の機能向上のための具体的な取り組みとして、厚生労働科学研究において、アルコール依存症の関係機関の機能向上に不可欠な要素をアルコール依存症患者の視点から抽出するという研究を行いました。

この研究により、患者本人が医療機関に繋がるには、

- ①「最近、飲酒量が増えてきた」と自覚する。
- ②「家族関係が悪くなった」と自覚する。
- ③「まずいなと考えつつも飲酒を続ける」ようになる。
- ④「止めたいけど止められなくなる」ようになる。
- ⑤「家族に説得されてやっと受診する」ようになる。

という経過をたどることが明らかとなりました。

また、これら各ステージにおける関係機関の関わりについて「なるべく早く関係機関に繋がる」ことの重要性が示唆されました。

これらの結果を踏まえ、関係機関の機能向上のためのマニュアルを作成しました。

各関係機関に関わる皆様に、本マニュアルを活用していただき、アルコール依存症の予防、回復に役立てていただければ幸いです。



## 各ステージにおける関係機関の役割①

### 「最近、飲酒量が増えてきた」 と自覚するステージ

---

このステージで関係機関に繋がろうとする人は極めて少ないと考えられます。しかし、その後、アルコール依存症となる可能性が高い人も多いことから、このステージでアルコールに関する教育を行うことが必要と思われれます。

関係機関に関わる方が、保健所などと連携し、一般の人たちへアルコール依存症という病気の啓蒙活動を行っていただくことは、その後のアルコール依存症の発症を予防するという点で重要な意味があります。



## 各ステージにおける関係機関の役割②

### 「家族関係が悪くなった」 と自覚するステージ

---

このステージで医療機関の受診をする人は少ないと考えられます。しかし、このステージにいる人は、アルコールが問題で、同じように家族関係が悪くなってしまった仲間の話は聞きたいと思っているようです。

関係機関に関わる方は、保健所などと連携し、そのような悩みを抱えている方々にお話をしていただくことは、その後のアルコール依存症の発症を予防するという点で重要な意味があります。



## 各ステージにおける関係機関の役割③

### 「まずいなと考えつつも飲酒を続ける」 ようになるステージ

---

このステージで自助グループに繋がって良かったと考える方が多いようです。つまり、このステージが実は関係機関に一番繋がりがやすい時期だと言えます。

アルコール依存症と診断される前段階の人に、関係機関の存在を周知し、できるだけ早く関係機関に繋がれることが重要です。



## 各ステージにおける関係機関の役割④

### 「止めたいけど止められなくなる」 よくなるステージ

---

このステージの人は、アルコール依存症と診断されることへの不安が強く、医療機関への受診に抵抗を示すようです。

この時期は無理やり医療機関を受診させるよりも、関係機関の方がお話を聴くなどして不安を取り除き、できるだけ早く関係機関に繋げることが重要です。



## 各ステージにおける関係機関の役割⑤

### 「家族に説得されてやっと受診する」 ようになるステージ

---

このステージにいる人は、実は医療機関に繋がって「ほっとする」と感じられるようで、この時期になるべく早く関係機関に繋がれることが大切とされます。

医療機関と連携をして情報の共有を行い、可能な限り早急に関係機関に繋がる体制を整えることが必要です。



# より早く関係機関に繋がるために

関係機関との繋がりに関しては、研究の結果、次のような意見が得ることができました。

- もっと**早い時点**で、関係機関に繋がれたら良かったかもしれない。
- 医療機関から関係機関を紹介されたが、すんなりと訪問する気にはなれなかった。
- 関係機関ではどのようなことをするのかわからず不安を感じた。
- ミーティングに一回行って見て「これは合わないな」と感じた。
- 初めてのミーティングの帰り際に「どうでしたか？」と声をかけてもらい**気が楽**になった。

このことからわかるのは、**早い時点で関係機関に繋がることは大切**だけれども、関係機関というものがどういうことをするところなのかよくわからないために、利用を躊躇しがちだということです。そのためには、関係機関がその活動を周知するだけでなく、医療機関、行政機関などにもどのような活動をしているかということを伝えていただくことが必要でしょう。

また、初めて訪問した人に対し、「**ミーティングに参加してみてもいかがでしたか？**」などのフィードバックを求めるなどして、親しみやすい雰囲気積極的に作っていただくことが大切です。また、自助グループメンバー同士で「**コミュニケーションスキル**」の練習なども有効かもしれません。



# 医療機関、行政機関との連携について

---

アルコール依存症の回復、予防について、関係機関だけでなく、医療機関、行政機関とも**連携した活動**というものはとても重要です。

アルコールの問題を抱えた人が、より早く関係機関に繋がるよう、地域の医療機関、行政機関とともに**情報収集、情報の共有**を行うことはとても有効かもしれません。

また、医療機関、行政機関が、アルコールの問題を抱えている人に関係機関での活動内容を伝えられるよう、日頃から医療機関、行政機関と**定期的に顔合わせを行う**ことも有効と思われます。





# おわりに

---

今まで、アルコール依存症はなかなか回復に繋がりにくい病気でした。

また、その回復には、医療だけでなく関係機関の果たす役割が大変に重要であるにも関わらず、なかなか連携が取りにくいという実情がありました。

是非とも関係機関の皆さんにご協力いただき、このような状況を少しでも良い方向に変えていきたいと研究班一同考えております。

これからも、ご協力をお願い申し上げます。



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）

〈分担研究〉

アルコール依存症の治療・社会復帰に対する医療機関、行政、自助グループ、  
社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究 平成28年度報告書

第3報

精神保健福祉センター、保健所等と  
アルコール専門医療機関の連携マニュアル

情報提供書 及び 精神保健福祉センターが把握する  
アルコール専門医療機関情報リスト



平成29(2017)年3月

分担研究者 横浜市こころの健康相談センター 白川 教人



平成 28 年度厚生労働科学研究  
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」

〈分担研究〉アルコール依存症の治療・社会復帰に対する医療機関、行政、自助グループ、  
社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究 平成 28 年度報告書

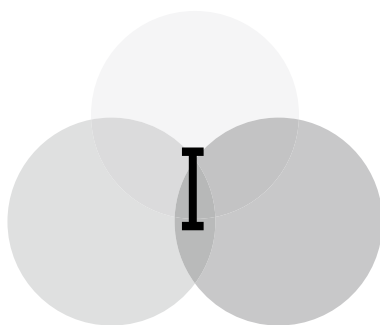
第 3 報

精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル

〈 目 次 〉

<b>I 分担研究報告</b> .....	<b>1</b>
1. 平成 28 年度分担研究報告書 .....	3
2. 情報提供書 .....	13
3. アルコール専門医療機関一覧 .....	14
4. 平成 28 年度 各精神保健福祉センター所管圏域のアルコール専門医療機関数 .....	20
<b>II 精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル</b> .....	<b>23</b>
■ マニュアル使用法 ■ .....	25
1. 情報提供書について .....	25
2. 精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト .....	25
3. ご本人、ご家族への情報提供 .....	25
■ 情報提供書 ■ .....	26
■ アルコール専門医療機関情報リスト ■ .....	27
■ アルコール専門医療機関情報リスト 索引 .....	120





---

# 分担研究報告



## 1. 平成 28 年度分担研究報告書

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28年度分担研究報告書

アルコール依存症の治療・社会復帰に対する

医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究

第3報

研究分担者 白川 教人 横浜市こころの健康相談センター センター長

#### 研究要旨

##### A. 研究目的

アルコール依存症者を早期の段階で治療に導入し回復を促すために、アルコール関連問題に関わる関係諸機関の連携が不可欠である。これを踏まえ、既存のアルコール依存症の治療・社会復帰に関わる医療機関、行政（精神保健福祉センター（以下「MHWC」と略す）・保健所等）、自助グループ、社会復帰支援施設等の施設間連携の現状把握並びに既存の連携を明確化し、平成 28 年度は、早期治療並びに回復に役立つ関係諸機関連携モデルの提示を行う。あわせてアルコール依存症者を速やかに医療機関に繋ぐための情報提供書とアルコール専門医療機関情報リストを作成し、MHWC、保健所等とアルコール専門医療機関との間の連携マニュアルの作成を行う。

##### B. 研究方法

研究 1 では、アルコール依存症者を早期にアルコール専門医療機関に繋ぐための相談拠点となる MHWC 等の役割を明確化する。研究 2 では、早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐための①情報提供書を作成する。平成 27 年度に抽出したアルコール専門医療機関を精査した情報を収集して②MHWC が把握するアルコール専門医療機関情報リストを作成し、③精神保健福祉センター、保健所等と専門医療機関の連携マニュアルを作成する。



### C. 研究結果

研究1：アルコール問題相談支援機関としてのMHWCの役割を明確化した。

研究2：MHWCが把握しているアルコール専門医療機関は、全国に275カ所であり、機関名称とアルコール治療プログラムの有無を明らかにした。その上で、①情報提供書、②MHWCが把握するアルコール専門医療機関情報リスト、③精神保健福祉センター、保健所等と専門医療機関の連携マニュアルを作成した。

### D. 考察

研究1：アルコール問題の相談拠点と相談体制の「アルコール問題地域相談支援センター」案を示した。専門職によるアルコール相談専門員（仮称：アルコールコンシェルジュ）を配置することを提案した。活動においては回復者の相談員も活用することで、回復するイメージを周知することにも役立ててもらえると考えた。相談拠点における事業は、次の5点①連携構築、②人材育成研修、③相談支援事業、④モデル事業、⑤普及啓発事業を挙げたが、全てを同時期に実施するのは困難なので各MHWCの状況に応じて拡大して充実していく必要があると考えている。

研究2：早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐために「情報提供書」「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」として、各MHWCと各保健所に配布することとし、リストを見れば紹介先が容易にわかり、アルコール依存症者をアルコール専門医療機関へ早期に繋ぐことに役立てると考えている。

[総括] アルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐために、①MHWCが「アルコール問題地域相談支援センター」の役割を担い、地域の要となる機関連携モデルを示したが、今後の依存症をはじめとするアルコール問題の解決に寄与できるものと考えている。②「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」を使用することで、これまでより容易に繋がりができるようになることを期待したい。

## 研究協力者

太田順一郎：岡山市こころの健康センター  
岡崎 直人：さいたま市こころの健康センター  
上條 敦史：誠心会 神奈川病院  
小林 洋：横浜マック デイケアセンター  
一青 良太：横浜市こころの健康相談センター  
鈴木 剛：川崎市精神保健福祉センター  
稗田 里香：東海大学健康科学部  
山田 耕一：まこと心のクリニック  
馬場 俊明：東京大学精神保健学

## A. 研究目的

平成 25 年にアルコール健康障害対策基本法が成立、平成 26 年に施行された。平成 28 年 5 月にはアルコール健康障害対策推進基本計画が策定された。これらを受け、アルコール依存症者の早期受診及び回復への支援は喫緊の課題となった。

本分担研究では、アルコール依存症者を早期に医療に繋ぎ治療へ導入して良好な回復に導くために、アルコール関連問題に関わる諸機関の連携が不可欠であることを踏まえ、既存のアルコール依存症の治療・社会復帰に関わる医療機関（以下「アルコール専門医療機関」）、医療への橋渡しや地域での行政（精神保健福祉センター（以下「MHWC」と略す）・保健所等）アルコール依存症者が安定した断酒を続けるための断酒会や AA 等の自助グループ、安定した断酒を支え就労に繋げる社会復帰施設等の施設間連携の現状把握、並びに既存の関係機関連携モデルを抽出し、早期治療並びに回復に役立つ関

係機関連携モデルの提示を行う。平成 26 年度は関係機関連携の実態把握と既存の連携モデルを明確化することを目的としたが、平成 27 年度は機関連携強化の課題抽出と平成 26 年度抽出以外の連携モデルの抽出を目的とした。平成 28 年度は、これまで抽出した連携モデルから今後の基本となるアルコール関係機関連携モデルを抽出する。あわせて、早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐための情報提供シートを作成する。また、紹介先のアルコール専門医療機関は、平成 27 年度に抽出したアルコール専門医療機関を精査した上で、情報を収集して「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」の作成と普及を目的とした。

## B. 研究方法

### 研究 1

平成 28 年度は、平成 27 年度と平成 26 年度に抽出したアルコール依存症の治療・回復支援等に関する多機関連携モデルから基本的な多機関連携モデルを示すことを目的とし、合わせてアルコール依存症者を早期にアルコール専門医療機関に繋ぐための相談拠点となる MHWC 等の役割を明確化する。

地域アルコール依存症対策における MHWC の役割については、平成 26、27 年度の当分担研究班の調査結果から以下のよ

うな必要性が抽出できた。

1. 地域における依存症支援策に関する行政（MHWC・保健所等）、医療、地域保健、回復施設、更生保護、自助グループ、民間団体の連携体制の構築に努める。
2. 現代の依存症問題のよりわかりやすい普及啓発を行う。
3. 当事者・家族がアクセスしやすい相談機関の所管内への設置を担う。
4. 当事者回復支援プログラム実施機関を確保する。地域の状況によっては先駆的に MHWC が実施の役割を担う。
5. 家族への支援プログラムの充実を図り、家族支援を強化する。
6. 当事者・家族の自助グループ活動の受け皿となる。
7. 前述の自助グループ活動の育成・支援を行う。

これらを踏まえて、アルコール問題の相談拠点と相談体制の要となる「アルコール問題地域相談支援センター」案を示す。

- 1) 相談拠点機関の設置は、「アルコール問題地域相談支援センター」等のわかりやすい名称の相談拠点機関を都道府県に1カ所以上設置する（なお、わかりやすい名称については、ひきこもり地域支援センターの看板を掲げることによって相談数が激増したことが参考となっている）。相談拠点機関の人員は、医師、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門職によるアルコール相談専門員（仮称：アル

コールコンシェルジュ）を配置する。なお、活動においては回復者の相談員も活用する。相談拠点の長は、相談拠点の受託先である機関（MHWC 等）の職員の兼務を可能とする。各種事業は、受託先の事業所との連携で行う。

- 2) 相談拠点における事業は、次の5点が考えられる。

- ①連携構築：地域における相談支援体制の構築のために、相談拠点機関は、都道府県政令指定都市が主宰する自治体のアルコール健康障害対策推進会議に参画する。相談拠点機関は、保健、医療、福祉、その他の事業所、関係団体などを参集する。そして、相談拠点機関は地域における相談から医療、回復支援までの切れ目のない支援体制を構築するための「アルコール健康障害地域ネットワーク会議」を主催する。この会議では、参加機関が依存症対策でそれぞれが果たす役割を整理する。これにより相互の役割・業務に精通し、情報提供や協力体制を築き、相談から治療、回復支援までの連携体制を構築する。

- ②人材育成研修：拠点機関は、身近な相談窓口を増やすために市町村、事業体、その他各種の相談窓口担当者に対し研修を行い、窓口対応可能な人材を育成する。「アルコール依存症は飲酒をしていれば、誰でもなる可能性がある」「飲酒量のコントロールができなくなる疾患である」「医療や

自助グループの活用で回復可能である」などの正しい知識を浸透させる。さらに、チェックリスト等の相談ツールを活用した簡単な相談や社会資源の適切な情報提供、拠点機関への繋ぎができる人材を育成する。研修受講後に、アルコール相談を実施する窓口は、都道府県政令指定都市指定のアルコール相談窓口の愛称（例えば「アルトーク」）を名乗ることができる。公認のマークも表示でき、対策の関連啓発資料の住民への普及の出先機関となる。

③相談支援事業：相談は基本的に市町村や保健所の一時相談窓口が受けるが、この事業では相談支援とコンサルテーション（助言指導）を実施するため、拠点機関は、家族や当事者の対面相談を行うほか、インターネット等の電子媒体を活用した幅広い相談対応に努める。また一次相談窓口からの求めに応じ、専門相談員が窓口担当者に困難事例の関わりについてコンサルテーション（助言指導）を行う。

④モデル事業：支援効果を高めるモデル事業を実施する。治療への動機を高めて医療や自助グループに円滑に繋げ、相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援をするために、回復者相談員や家族団体の経験者等を活用し、以下のような事業を行う。  
a) 家族の学習会・セミナー・分かち合い等の家族の集い、b) 当事者

の集団療法・認知行動療法・モデルミーティング、c) 自助グループの紹介・モデルミーティング、d) 医療機関の専門治療プログラムのガイドダンス等である。

⑤普及啓発事業：アルコール問題や依存症への正しい理解を進めるため、拠点機関は、地域の連携ネットワークに参加する機関や団体に呼びかけ、当事者や家族が正しい知識を得て早期に相談が受けられるようにする。当事者の回復、社会復帰の支援が円滑に進むような、依存症に偏見のない地域を創るために、住民への普及啓発活動を行う。啓発事業は、アルコール健康障害対策の普及啓発週間等を利用し、回復者と協力して「アルコール依存症が回復する病気である」こと等を広く住民に啓発する。これらを模式化したものが図-1である。

## 研究2

早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐための「情報提供書」を作成する。また、紹介先のアルコール専門医療機関は、平成27年度に抽出したアルコール専門医療機関を精査した上で、情報を収集して「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」を作成する。

## 1 情報提供書

情報提供書の作成については、分担者や研究協力者がこれまでアルコール依存症の治療に携わってきた経験から医療機関を初診する際に必要な最小限の情報内容にとどめた。

情報提供の本人同意・家族同意の有無、氏名、生年月日、年齢、性別（生物学的）、現在の困りごと、治療目標、簡単な病歴、推定初飲年齢、推定習慣飲酒年齢、連続飲酒の有無、離脱症状の有無、精神科合併症、身体的合併症、家族・職場への影響等である。作成した情報提供書をシートー1として示す。なおシートの電子データについては、全国精神保健福祉センター長会常任理事会で許可を得てセンター長会メーリングリストで提供する。各MHWCを介して所管域の保健所への電子データの提供も行う。

## 2. アルコール専門医療機関

平成27年度の本分担研究班では、全国にMHWCが把握するアルコール専門医療機関は、399カ所あった。病院は243カ所、うち治療プログラム有が163カ所、診療所数156カ所、うち治療プログラム有が39カ所であった。数からするとある程度充足されているようにも見える。しかし、MHWCの所管域内にあるアルコール医療機関数の充足状況に関する設問に対しては、「足りている」11MHWC、15.9%にとどまり、「不十分」52MHWC、75.4%であり、十分には充足していないと考えられていることが明らかとなった。また、MHWC所管域内

の専門医療機関の質については「良い」と回答したのは23MHWC、33.3%で、「普通」25MHWC、36.2%、「悪い」が1MHWC、1.4%、また「不明」は、18MHWC、26.1%と3割弱が質の把握がなされていない状況があり、アルコール専門医療機関の質の向上の必要性と医療機関のさらなる把握の必要性が示唆される結果であった。また、各自治体の医療機関調査で自ら依存症を診られると回答したがアルコール専門とは判断しきれない医療機関が相当数含まれていることが判明した。それゆえ平成28年度は、多くのアルコール専門医療機関名を記載したMHWC、医療機関名未記入のMHWCや専門医療機関なしと回答したMHWCと直接電話やメールでの確認を行った。①アルコール依存症リハビリテーションプログラムいわゆるARPを有する医療機関、②重度アルコール依存症入院管理加算をしている医療機関、③アルコール専門病棟の勤務歴が長い医師がいて適切なアルコール依存症の医療の提供ができている医療機関という基準を持って、再度アルコール専門医療機関の選定を行った。その結果、275カ所のアルコール専門医療機関が選定され表ー1、表ー2を作成した。

## 3. アルコール専門医療機関情報リスト

表ー1のアルコール専門医療機関名をもとに機関ごとにインターネットで得られる情報からアルコール専門医療機関情報リストを作成委託した。

内容は医療機関の住所、TEL・FAX、診

療科目、アルコール治療プログラムの有無、アルコール治療プログラムの内容、診療曜日・時間、予約の必要性、家族相談の有無等、データ検索 URL、その他の医療機関情報を明らかにした。その上で「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、アルコール依存症者をアルコール専門医療機関へ早期に繋ぐことに役立てることとした。

(倫理面への配慮)

本研究では、研究 1、研究 2 のいずれにおいても個人情報に係る内容は扱わない。

## C. 研究結果

### 研究 1 : アルコール問題地域相談支援センター

相談拠点機関の設置は、「アルコール問題地域相談支援センター」等のわかりやすい名称の相談拠点機関を都道府県に 1 カ所以上設置することとした。相談拠点機関の人員は、医師、保健師、ソーシャルワーカーなどの専門職によるアルコール相談専門員（仮称：アルコールコンシェルジュ）を配置することとした。なお、活動においては回復者の相談員も活用することとした。相談拠点機関の長は、相談拠点の受託先である機関（MHWC 等）の職員の兼務が可能であるとした。各種事業は、受託先の事業所との連携で行うこととした。この相談支援機関をアルコール健康障害対策基本法の継続推進という

観点から行政機関である MHWC 等が受託し同法の実務の要となる役割を担う案を図-1 として示した。「アルコール問題地域相談支援センター」の役割は、①連携構築、②人材育成研修、③相談支援事業、④モデル事業、⑤普及啓発事業等である。これらの事業の詳細は、B. 研究方法 研究 1 の解説に譲る。

### 研究 2 : アルコール専門医療機関

平成 28 年度の①アルコール依存症リハビリテーションプログラムいわゆる ARP を有する医療機関、②重度アルコール依存症入院管理加算をしている医療機関、③アルコール専門病棟の勤務歴が長い医師がいて適切なアルコール依存症の医療の提供ができていない医療機関という基準を持つての、アルコール専門医療機関の再度の選定で、アルコール専門医療機関の総数は 275 カ所とした（表-1 及び表-2）。病院は 210 カ所、うちプログラムを有するのが 175 カ所あった。診療所は 65 カ所でプログラムを有するのが 41 カ所であった。アルコール専門医療機関を把握する MHWC 数は 66 と変わらなかったものの 65MHWC は、医療機関名を明らかにすることができた。ただし、1 MHWC については、医療機関との関係性から特定の医療機関名を公表できないため、アルコール依存症の本人ないし家族から該当の MHWC へ電話連絡することによってアルコール専門医療機関を紹介する形となった。残りのアルコール専門医療機関のない 3MHWC だが 2 カ所は、専門医療機関はない

が地域に対応してくれる医療機関は存在するとの回答をいただいている。もう1カ所のMHWCは、政令指定都市にある専門病院を紹介しているという回答を得ており全MHWCが医療への繋ぎの対応はできる状況にはなっていた。

なお、アルコール依存症と専門医療機関の連携マニュアルを含む第3報の報告書については、全国69MHWCと全国480保健所に送付しアルコール依存症の専門医療機関への繋ぎに役立ててもらったこととした。

#### D. 考察

研究1：平成26、27年度の精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関との連携活動の少ないこと、その強化の必要性、連携の要がアルコール専門医療、精神科医療機関、保健所、断酒会、福祉事務所であるという研究結果を踏まえMHWC等が中心となりアルコール問題の相談拠点と相談体制の要となる役割を担う「アルコール問題地域相談支援センター」案を示した。専門職によるアルコール相談専門員（仮称：アルコールコンシェルジュ）を配置することを提案した。活動においては回復者の相談員も活用することで、回復するイメージを周知することにも役立ててもらえると考えた。相談拠点における事業は、次の5点①連携構築、②人材育成研修、③相談支援事業、④モデル事業、⑤普及啓発事業を挙げたが、全てを同時期に実施するの

は困難なので各MHWCそれぞれの状況に応じて拡大して充実していく必要があると考えている。

アルコール健康障害対策基本法で整備すべき相談拠点の機能は、これまでMHWCが担ってきた機能の発展型ともいえる。そのため、MHWCは、積極的に相談拠点機関を受託し、アルコール健康障害対策基本法の実務の要となる必要があるだろう。この相談拠点については、アルコール以外の種々の依存症対策にも汎用できる。地域依存症対策において、「アルコール問題地域相談支援センター」の役割を持つことは、今後の様々な依存・嗜癖に対応する地域アディクション相談支援センターへの展開も期待でき、相談支援センターを受託したMHWCはこれまで以上に貢献が可能になると考える。

研究2：早期にアルコール依存症者をアルコール専門医療機関に繋ぐために「情報提供書」「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」を作成し、「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」とした。

情報提供書は、医療機関を初診する際に必要な最小限の情報内容にとどめた。作成した情報提供書（シートー1）を利用することで平易に紹介が可能となる。全国のMHWCと保健所に配布することで活用が広がると考えている。

アルコール専門医療機関を①アルコール依存症リハビリテーションプログラム

いわゆる ARP を有する医療機関、②重度アルコール依存症入院管理加算をしている医療機関、③アルコール専門病棟の勤務歴が長い医師がいて適切なアルコール依存症の医療の提供ができていた医療機関という基準を持って再選定したことによって全国 275 カ所のアルコール専門医療機関が選定され表-1、表-2を作成したが、絞り込むことで、ある程度の質の担保されたアルコール専門医療機関に繋ぐことができるようになったと考えている。アルコール治療プログラムを有する医療機関への繋ぎを優先すべきと考える。

アルコール専門医療機関情報リストは、「精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト」として作成して「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル」として各 MHWC と各保健所に配布することとしておりリストを見れば紹介先が容易にわかりアルコール依存症者をアルコール専門医療機関へ早期に繋ぐことに役立つと考えている。

総括：アルコール依存症者を医療に繋ぐために、①MHWC が「アルコール問題地域相談支援センター」の役割を担い地域の要となる機関連携モデルを示したが、今後の依存症をはじめとするアルコール問題の解決に寄与できるものと考えている。②「精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニ

ュアル」を使用することで、これまでより容易に繋がることができるようになることを期待したい。

#### E. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
平成 29 年 9 月のアルコール関連問題学会で発表を予定している。

#### F. 知的財産権の出願・登録状況

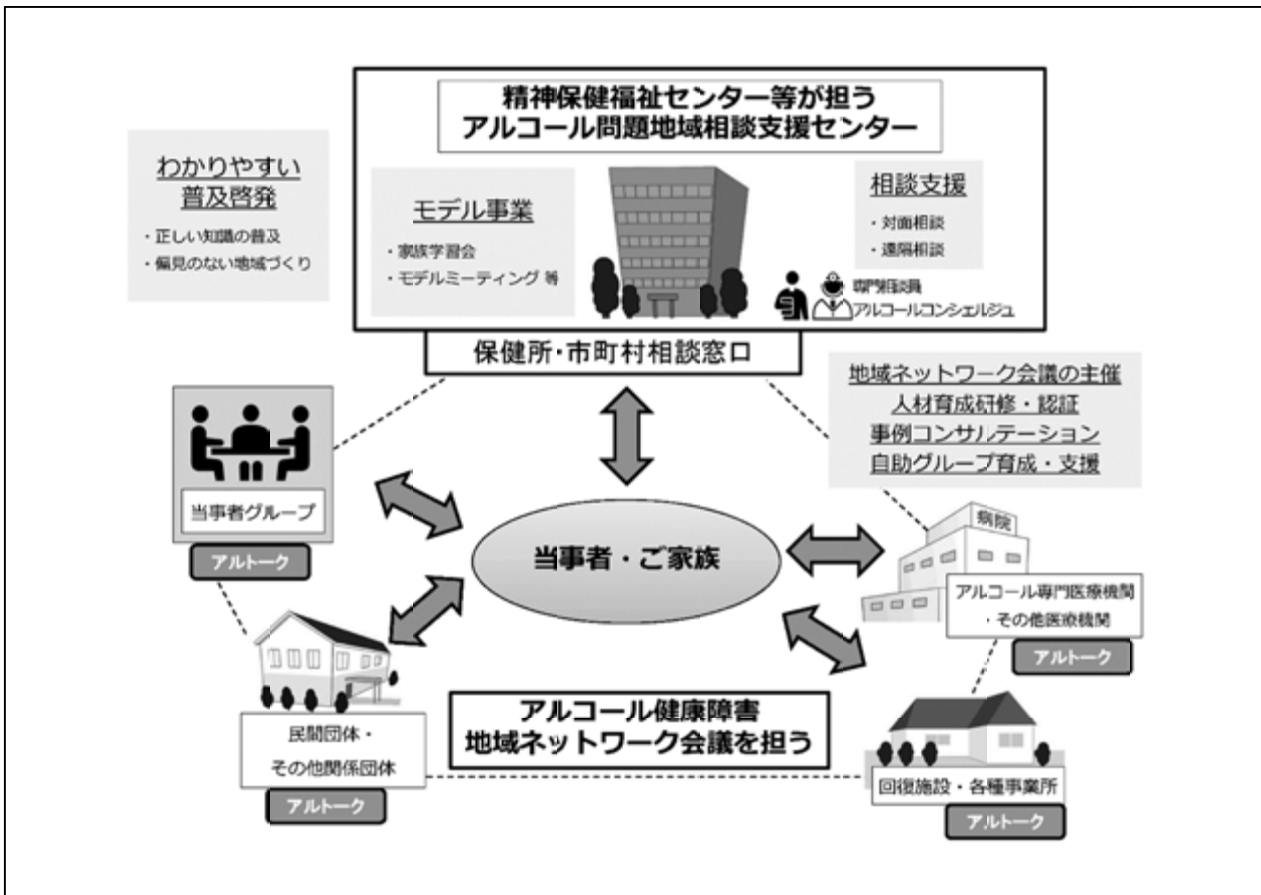
1. 特許取得  
特になし
2. 実用新案登録  
特になし
3. その他  
特になし

#### G. 参考文献

1. アルコール依存症の治療・社会復帰に対する医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究 第2報 研究報告書  
研究分担者 白川教人
2. 最近の制度改革や課題に対応した精神保健福祉センターの役割  
白川教人 原田豊 田辺等  
公衆衛生 第80巻 第11号  
p813-818 医学書院



図-1 アルコール依存症対策における、精神保健福祉センターの役割案



2. 情報提供書

シート-1

情報提供書

(情報提供への同意有 本人 家族)

患者ID	氏名	生年月日 S・H 年 月 日生	年齢 歳	性別 男・女
現在の困りごと（ご本人）： ご本人の治療への希望： 断酒 ・ 節酒				
病 歴				
推定初飲年齢 歳	推定習慣飲酒年齢 歳	連続飲酒 有・無	離脱症状 有・無	
精神科合併症		身体的合併症		
(家族・職場への影響)				
処方（処方医療機関： _____）				
備考				
(相談日 H _____ 年 _____ 月 _____ 日) 記載者:				

### 3. アルコール専門医療機関一覧

表-1 アルコール専門医療機関一覧

アルコール治療プログラムの有無(平成 28 年度)

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
北海道立精神保健福祉センター	北見赤十字病院 こぶし植苗病院 相川記念病院 旭川圭泉会病院 空知病院 熊谷病院 函館渡辺病院 大江病院 道立緑ヶ丘病院 石橋病院 苫小牧緑ヶ丘病院 江別すずらん病院 (札幌医科大学付属病院) (旭山病院) (五稜会病院) (札幌太田病院)	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	北海道立精神保健福祉センター メンタルケアわかくさ (幹メンタルクリニック)	○ ○ ○
札幌こころのセンター(札幌市精神保健福祉センター)	札幌医科大学付属病院 旭山病院 五稜会病院 札幌トロイカ病院 札幌太田病院 さっぽろ香雪病院	○ ○ ○ ○ ○ *	大通公園メンタルクリニック 幹メンタルクリニック さっぽろ麻生メンタルクリニック	○ ○ ○
青森県立精神保健福祉センター	生協さくら病院 藤代健生病院 芙蓉会病院 十和田市立中央病院	○ ○ ○ ○		
岩手県精神保健福祉センター	盛岡市立病院 岩手県立南光病院 北リアス病院 宮古山口病院 国立花巻病院 三陸病院 岩手県立一戸病院	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
宮城県精神保健福祉センター	東北会病院	○		
仙台市精神保健福祉総合センター	(東北会病院)	○	WANA クリニック	○
秋田県精神保健福祉センター	なし			
山形県精神保健福祉センター	二本松会上山病院 公徳会若宮病院 斗南会秋野病院 公徳会佐藤病院 山容会山容病院	○ ○ ○ ○ ○		

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
福島県精神保健福祉センター	なし			
茨城県精神保健福祉センター	豊後荘病院 ホスピタル坂東	○ ○		
栃木県精神保健福祉センター	岡本台病院	○		
群馬県こころの健康センター	赤城高原ホスピタル	○		
埼玉県メンタルヘルスセンター（埼玉県立精神保健福祉センター）	埼玉県立精神医療センター 不動ヶ丘病院 久喜すずのき病院 （与野中央病院）	○ ○ ○ ○	（白峰クリニック） （ひがメンタルクリニック）	○ ○
さいたま市こころの健康センター	与野中央病院	○	白峰クリニック ひがメンタルクリニック	○ ○
千葉県精神保健福祉センター	船橋北病院 秋元病院 （下総精神医療センター）	○ ○ ○		
千葉市こころの健康センター	下総精神医療センター	○	新検見川メンタルクリニック	○
東京都立精神保健福祉センター	東京足立病院 成増更生病院東京アルコール医療総合センター	○ ○	周愛利田クリニック 周愛巣鴨クリニック ハナクリニック（旧 うらべ医院） 京橋メンタルクリニック きむらメンタルクリニック こまごめ緑陰診療所 榎本クリニック メンタルオフィス亀戸	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
東京都立中部総合精神保健福祉センター	東京都立松沢病院 昭和大学附属烏山病院	○ ○	アパリクリニック 慈友クリニック 洗足心療内科クリニック 金杉クリニック	○ ○ *
東京都立多摩総合精神保健福祉センター	駒木野病院 井之頭病院 桜ヶ丘記念病院 よしの病院 高月病院 東京高尾病院	○ ○ ○ ○ ○ *		
川崎市精神保健福祉センター			川崎沼田クリニック	
神奈川県精神保健福祉センター	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター 清川遠寿病院 みくるべ病院 （神奈川県立精神医療センター）	○ * ○ ○		

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
横浜市こころの健康相談センター	神奈川県立精神医療センター 神奈川病院 (独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)	○ ○ ○	大石クリニック まこと心のクリニック 関内メンタルクリニック ことぶき共同診療所	○
相模原市精神保健福祉センター	北里大学東病院 相模湖病院	○	北条クリニックはしもと 北条クリニックおおの	
新潟県精神保健福祉センター	三交病院	*	ながおか心のクリニック	
新潟市こころの健康センター	河渡病院	○	かとう心療内科クリニック ささえ愛よろずクリニック	
山梨県立精神保健福祉センター	山梨県立北病院 住吉病院	○ ○		
長野県精神保健福祉センター	こころの医療センター駒ヶ根 千曲荘病院 飯田病院 城西病院 北アルプス医療センターあづみ病院	○		
岐阜県精神保健福祉センター	各務原病院 養南病院	○ ○		
静岡県精神保健福祉センター	聖明病院 服部病院	○ ○	(マリアの丘クリニック)	○
静岡市こころの健康センター			マリアの丘クリニック	○
浜松市精神保健福祉センター	佐鳴湖病院		木戸メンタルクリニック	
愛知県精神保健福祉センター	刈谷病院 犬山病院 桶狭間病院藤田こころケアセンター 共和病院 南豊田病院 可知記念病院	○ ○ ○ ○ ○ ○		
名古屋市精神保健福祉センター	八事病院	○	西山クリニック	○
三重県こころの健康センター	三重県立こころの医療センター 国立病院機構 榑原病院	○ ○	かすみがうらクリニック おおごし心身クリニック	○
滋賀県立精神保健福祉センター	滋賀県立精神医療センター 琵琶湖病院	○ ○		
富山県心の健康センター	谷野呉山病院	○	アイ・クリニック	○
石川県こころの健康センター	加賀こころの病院 石川県立高松病院 松原病院	○ ○ ○		
福井県総合福祉相談所	福井県立病院	○		

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
京都府精神保健福祉総合センター	府域にはなし			
京都市こころの健康増進センター	いわくら病院	○	安東医院 広兼医院	○
大阪府こころの健康総合センター	大阪府立精神医療センター 東大阪山路病院 新阿武山病院 新生会病院 丹比荘病院 阪和いずみ病院 (金岡中央病院)	* ○ ○ ○ ○ ○ ○	稲垣診療所 川田クリニック 新阿武山クリニック 東布施辻本クリニック (ひでんいん(悲田院)クリニック) (小谷クリニック) (藤井クリニック)	 ○ ○ ○ ○ ○ ○
大阪市こころの健康センター			ひでんいん(悲田院)クリニック 小谷クリニック 藤井クリニック	○ ○ ○
堺市こころの健康センター	金岡中央病院	○		
兵庫県精神保健福祉センター	東加古川病院 新淡路病院 公立宍粟総合病院 豊岡病院	○ ○ ○ ○	ただしメンタルクリニック	○
神戸市こころの健康センター	垂水病院 兵庫県立光風病院 有馬高原病院	○ ○ ○	宋神経科クリニック 幸地クリニック	○ ○
奈良県精神保健福祉センター			医療法人植松クリニック 医療法人八木植松クリニック	○ ○
和歌山県精神保健福祉センター	和歌浦病院 和歌山県立こころの医療センター	○		
鳥取県立精神保健福祉センター	医療福祉センター渡辺病院	○		
島根県立心と体の相談センター	松江赤十字病院 松江市立病院 八雲病院 こなんホスピタル 安来第一病院 奥出雲コスモ病院 島根県立こころの医療センター 西川病院 松ヶ丘病院	○ ○  ○ ○  ○ ○		
岡山県精神保健福祉センター	希望ヶ丘ホスピタル 積善病院 ももの里病院	○ ○ ○		
岡山市こころの健康センター	岡山県精神科医療センター 慈圭病院 林道倫精神科神経科病院	○ ○ ○	ゆうクリニック けやき通りメンタルクリニック	

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
広島県立総合精神保健福祉センター	全 16 機関の記載あり 2 重複 センターに問い合わせの事		全 6 機関の記載あり センターに問い合わせの事	
広島市精神保健福祉センター	瀬野川病院 草津病院	○ ○		
山口県精神保健福祉センター	山口県立こころの医療センター 高嶺病院	○ ○		
徳島県精神保健福祉センター	藍里病院	○	あいざとパティオクリニック	
香川県精神保健福祉センター	三光病院	○		
愛媛県心と体の健康センター	松風病院 西条道前病院 正光会今治病院 和ホスピタル 堀江病院 松山記念病院 久米病院 愛媛生協病院 くじら病院 双岩病院 正光会宇和島病院	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	みやもとクリニック 兵頭クリニック	○ ○
高知県立精神保健福祉センター	海辺の杜ホスピタル 岡豊病院 下司病院	○ ○ ○		
福岡県精神保健福祉センター	福岡県立精神医療センター太宰府病院 おおりん病院 回生病院 一本松すずかけ病院 行橋記念病院 のぞえ総合心療病院 乙金病院 三池病院	○  ○ ○  * *		
北九州市立精神保健福祉センター	新門司病院 門司松ヶ江病院 門司田野浦病院 平尾台病院 松尾病院 八幡厚生病院	○ ○ ○ ○ ○ ○		
福岡市精神保健福祉センター	医療法人社団 飯盛会 倉光病院 医療法人優なぎ会 雁の巣病院	○ ○		
佐賀県精神保健福祉センター	肥前精神医療センター 森本病院	○ ○	多布施クリニック	○

センター名	病院名一覧	p有無	診療所名一覧	p有無
長崎県 長崎こども・女性・障害者支援センター	西脇病院 道ノ尾病院 三和中央病院 真珠園療養所 あきやま病院	○ ○ ○ ○ ○		
熊本県精神保健福祉センター	あおば病院 有働病院 菊池有働病院 菊陽病院 酒井病院 益城病院 松田病院 吉田病院	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
熊本市こころの健康センター	向陽台病院 こころの医療センター 明生病院	○ ○ ○		
大分県こころとからだの相談支援センター	大分丘の上病院 鶴見台病院 山本病院 大分友愛病院 帆秋病院 杵築オレンジ病院	○ ○ ○ ○ ○ ○	河村クリニック 竹下粧子クリニック	○ ○
宮崎県精神保健福祉センター	大悟病院	○		
鹿児島県精神保健福祉センター	鹿児島県立始良病院 三州脇田丘病院 谷山病院 森口病院 メンタルホスピタル鹿屋（旧 大隅） 指宿竹元病院 奄美病院	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
沖縄県立総合精神保健福祉センター	糸満晴明病院 琉球病院	○ ○		

※都道府県と政令指定都市が重複し名称をあげている場合は、原則として所在地側に記載し、一方を（ ）に入れている。

※ p有無欄は、アルコールリハビリテーションプログラムを有している場合に○を付した。

※医療機関調査中にプログラムがあることが確認できた病院、診療所は p有無欄に\*を付記した。



#### 4. 平成 28 年度 各精神保健福祉センター所管圏域のアルコール専門医療機関数

表－2 平成 28 年度 各精神保健福祉センター所管圏域のアルコール専門医療機関数

センター名		病院数		診療所数		合計	
		( ) 内は、そのうちアルコール治療プログラムがある機関数					
1	北海道立精神保健福祉センター	12	(12)	2	(2)	14	(14)
2	札幌こころのセンター（札幌市精神保健福祉センター）	6	(5)	3	(3)	9	(8)
3	青森県立精神保健福祉センター	4	(4)			4	(4)
4	岩手県精神保健福祉センター	7	(7)			7	(7)
5	宮城県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
6	仙台市精神保健福祉総合センター			1	(1)	1	(1)
7	秋田県精神保健福祉センター なし1					0	
8	山形県精神保健福祉センター	5	(5)			5	(5)
9	福島県精神保健福祉センター なし2					0	
<b>北海道・東北ブロック 9センター 小計</b>		<b>35</b>	<b>(34)</b>	<b>6</b>	<b>(6)</b>	<b>41</b>	<b>(40)</b>
10	茨城県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
11	栃木県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
12	群馬県こころの健康センター	1	(1)			1	(1)
13	埼玉県メンタルヘルスセンター	3	(3)			3	(3)
14	さいたま市こころの健康センター	1	(1)	2	(2)	3	(3)
15	千葉県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
16	千葉市こころの健康センター	1	(1)	1	(1)	2	(2)
17	東京都立精神保健福祉センター	2	(2)	8	(8)	10	(10)
18	東京都立中部総合精神保健福祉センター	2	(2)	4	(2)	6	(4)
19	東京都立多摩総合精神保健福祉センター	6	(5)			6	(5)
20	川崎市精神保健福祉センター			1		1	
21	神奈川県精神保健福祉センター	3	(2)			3	(2)
22	横浜市こころの健康相談センター	2	(2)	4	(1)	6	(3)
23	相模原市精神保健福祉センター	2	(1)	2		4	(1)
24	新潟県精神保健福祉センター	1		1		2	
25	新潟市こころの健康センター	1	(1)	2		3	(1)
26	山梨県立精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
27	長野県精神保健福祉センター	5	(1)			5	(1)
<b>関東・甲信越ブロック 18センター小計</b>		<b>37</b>	<b>(29)</b>	<b>25</b>	<b>(14)</b>	<b>62</b>	<b>(43)</b>
28	岐阜県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
29	静岡県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
30	静岡市こころの健康センター			1	(1)	1	(1)
31	浜松市精神保健福祉センター	1		1		2	
32	愛知県精神保健福祉センター	6	(6)			6	(6)
33	名古屋市精神保健福祉センター	1	(1)	1	(1)	2	(2)
34	三重県こころの健康センター	2	(2)	2	(1)	4	(3)
35	滋賀県立精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
36	富山県心の健康センター	1	(1)	1	(1)	2	(2)

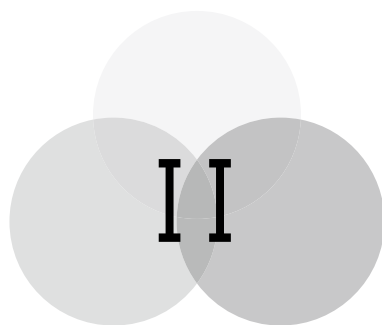
センター名		病院数		診療所数		合計	
		( ) 内は、そのうちアルコール治療プログラムがある機関数					
37	石川県こころの健康センター	3	(3)			3	(3)
38	福井県総合福祉相談所	1	(1)			1	(1)
39	京都府精神保健福祉総合センター なし 3					0	
40	京都市こころの健康増進センター	1	(1)	2	(1)	3	(2)
41	大阪府こころの健康総合センター	6	(5)	4	(3)	10	(8)
42	大阪市こころの健康センター			3	(3)	3	(3)
43	堺市こころの健康センター	1	(1)			1	(1)
44	兵庫県精神保健福祉センター	4	(4)	1	(1)	5	(5)
45	神戸市こころの健康センター	3	(3)	2	(2)	5	(5)
46	奈良県精神保健福祉センター			2	(2)	2	(2)
47	和歌山県精神保健福祉センター	2	(1)			2	(1)
<b>中部・近畿ブロック 20センター 小計</b>		<b>38</b>	<b>(35)</b>	<b>20</b>	<b>(16)</b>	<b>58</b>	<b>(51)</b>
48	鳥取県立精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
49	島根県立心と体の相談センター	9	(6)			9	(6)
50	岡山県精神保健福祉センター	3	(3)			3	(3)
51	岡山市こころの健康センター	3	(3)	2		5	(3)
52	広島県立総合精神保健福祉センター 名無 1	14		6		20	
53	広島市精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
54	山口県精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
55	徳島県精神保健福祉センター	1	(1)	1		2	(1)
56	香川県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
57	愛媛県心と体の健康センター	11	(11)	2	(2)	13	(13)
58	高知県立精神保健福祉センター	3	(3)			3	(3)
<b>中国・四国ブロック 11センター 小計</b>		<b>50</b>	<b>(33)</b>	<b>11</b>	<b>(2)</b>	<b>61</b>	<b>(35)</b>
59	福岡県精神保健福祉センター	8	(3)			8	(3)
60	北九州市立精神保健福祉センター	6	(6)			6	(6)
61	福岡市精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
62	佐賀県精神保健福祉センター	2	(2)	1	(1)	3	(3)
63	長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター	5	(5)			5	(5)
64	熊本県精神保健福祉センター	8	(8)			8	(8)
65	熊本市こころの健康センター	3	(3)			3	(3)
66	大分県こころとからだの相談支援センター	6	(5)	2	(2)	8	(7)
67	宮崎県精神保健福祉センター	1	(1)			1	(1)
68	鹿児島県精神保健福祉センター	7	(7)			7	(7)
69	沖縄県立総合精神保健福祉センター	2	(2)			2	(2)
<b>九州ブロック 11センター 小計</b>		<b>50</b>	<b>(44)</b>	<b>3</b>	<b>(3)</b>	<b>53</b>	<b>(47)</b>
<b>合計</b>		<b>210</b>	<b>(175)</b>	<b>65</b>	<b>(41)</b>	<b>275</b>	<b>(216)</b>

※都道府県と政令指定都市が同機関をあげている場合は、原則として所在地側に記載している。

※所管圏域にアルコール専門医療機関が「ない」と回答した場合は、合計の欄に0と記載している。

※アルコール治療プログラムがある機関数は、公表可能として具体的にあげられた病院名、診療所名において、「アルコール治療プログラムがある」に○があった機関をカウントした結果である。





---

精神保健福祉センター、保健所等と  
アルコール専門医療機関の  
連携マニュアル



## ■ マニュアル使用法 ■

---

### 1. 情報提供書について（26 ページ参照・コピーして活用可）

- アルコール依存症の当事者と家族をアルコール専門医療機関に紹介する際に、添付の情報提供書をお使いください。
- 情報提供書の内容は①～⑫をお書きください。
  - ①情報提供の本人同意・家族同意の有無
  - ②氏名
  - ③生年月日
  - ④年齢
  - ⑤性別（生物学的）
  - ⑥ご本人の現在の困りごと
  - ⑦ご本人の治療目標
  - ⑧病歴： i 推定初飲年齢、 ii 推定習慣飲酒年齢、 iii 連続飲酒の有無、 iv 離脱症状の有無、 v 精神科合併症、 vi 身体的合併症
  - ⑨家族・職場への影響
  - ⑩処方内容
  - ⑪相談年月日
  - ⑫記載者氏名
- なお、広い空欄の部分にはご本人の最近の飲酒にまつわるエピソードを簡単にお書きください。
  - \* 初飲：初めて飲酒すること
  - \* 習慣飲酒：飲酒が習慣化している状態
  - \* 連続飲酒：寝ているとき以外の飲酒が 1 日以上に及ぶ状態
  - \* 離脱症状：手指振戦、発熱、発汗、嘔気・嘔吐、下痢、不眠、てんかん様発作、振戦せん妄

### 2. 精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リスト

（27 ページ～119 ページ参照）

- 紹介先専門医療機関は、精神保健福祉センターが把握するアルコール専門医療機関情報リストからお近くのアルコール治療プログラムを有する医療機関をご紹介ください。

### 3. ご本人、ご家族への情報提供

- 断酒会、AA、マック等の情報の提供もお願いいたします。
- ネット環境のある方には、厚労省の依存症普及啓発ポータルサイト <http://www.izonshou.com/> もご紹介ください。  
こちらのサイトからは、断酒会、AA、マック等の情報の入手も可能です。

## ■ 情報提供書 ■

-----

(情報提供への同意有  本人  家族)

患者 I D	氏名	生年月日 S・H 年 月 日生	年齢 歳	性別 男・女
現在の困りごと（ご本人）： ご本人の治療への希望： 断酒 ・ 節酒				
病 歴				
推定初飲年齢 歳	推定習慣飲酒年齢 歳	連続飲酒 有 ・ 無	離脱症状 有 ・ 無	
精神科合併症		身体的合併症		
<p style="text-align: center;">(家族・職場への影響)</p>				
処方（処方医療機関： ）				
備考				
（相談日 H      年      月      日）      記載者：				

## ■ アルコール専門医療機関情報リスト ■

---

### ◆◆◆◆◆ アルコール専門医療機関情報リストの見方 ◆◆◆◆◆

- 記載の順番は、I 分担研究報告の表-1「アルコール専門医療機関一覧 アルコール治療プログラムの有無（平成28年度）」の掲載順、掲載名となっています。
- 都道府県と政令指定都市が重複し名称をあげている場合は、原則として所在地側でリストを作成しています。
- 名称の欄は、実施主体、法人名を含めた病院名・診療所名となっています。
- 診療科目欄は、該当する病院に複数診療科目がある場合、精神科、心療内科、神経科、その他アルコールに関する診療科目のみを掲載しています。
- アルコール治療プログラムの有無欄は、I 分担研究報告の表-1「アルコール専門医療機関一覧 アルコール治療プログラムの有無（平成28年度）」と整合しています。アルコールリハビリテーションプログラムを有している場合に「有」と記載し、医療機関調査中にプログラムがあることが確認できた病院、診療所は「※」を付記しています。
- 一覧表内のTEL欄は、病院・診療所の代表電話番号です。予約電話番号が代表電話番号と異なる場合は、予約の必要性の欄にその電話番号を記載しています。
- 広島県のアルコール専門医療機関については、詳細を記載していません。広島県立総合精神保健福祉センターに直接お問い合わせください。
- 専門医療機関の無い、秋田県、福島県、京都府は、センター名の住所と電話番号のみを記載していますので、お問い合わせください。
- 120～123 ページにリスト索引を掲載しています。



### ▼1 北海道\_北見赤十字病院 【病院】

名 称	日本赤十字社 北見赤十字病院
住 所	〒090-8666 北見市北6条東2丁目
TEL・FAX	TEL：0157-24-3115 FAX：0157-22-3339
診療科目	神経精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール集団療法：オープン形式
診療曜日・時間	月～金/8:00～11:00 ※午後 予約・急患診療のみ
予約の必要性	
家族相談の有無等	当科患者以外の方やその家族も参加できるようにオープン形式で行っている。さらに、本人や家族の要望に合わせて精神科訪問看護、医療相談を実施
データ検索URL	<a href="http://www.kitami.jrc.or.jp/sinryo/5-05-sin.htm">http://www.kitami.jrc.or.jp/sinryo/5-05-sin.htm</a>
データ検索月日	2/24/2017

### ▼2 北海道\_こぶし植苗病院 【病院】

名 称	医療法人こぶし 植苗病院
住 所	〒059-1365 北海道苫小牧市字植苗 52 番地の 2
TEL・FAX	TEL：0144-58-2314 FAX：0144-58-2564
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコールプログラム ミーティングや勉強会を通して、依存症から回復することを目指す。
診療曜日・時間	月～金/9:00～11:30 水/精神科のみ 13:30～16:00
予約の必要性	初診は電話予約が必要
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.uenae-hp.or.jp/uenae4.htm">http://www.uenae-hp.or.jp/uenae4.htm</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼3 北海道\_相川記念病院 【病院】

名 称	医療法人社団志恩会 相川記念病院
住 所	〒070-0842 北海道旭川市大町2条15丁目92-16
TEL・FAX	TEL：0166-51-3421 FAX：0166-53-0112
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール依存症の患者を対象とした集団精神療法 アルコール勉強会・院内断酒例会
診療曜日・時間	月、火/9:00～11:30 水/9:00～11:30 14:00～16:00 木～土/9:00～11:30
予約の必要性	初診のみ予約制 予約受付時間 月～金/9:30～16:30 土/9:30～11:30
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.aikawa-kinen.jp/section/shinriryohou/">http://www.aikawa-kinen.jp/section/shinriryohou/</a>
データ検索月日	2/27/2017

#### ▼4 北海道 旭川圭泉会病院 【病院】

名 称	医療法人社団 旭川圭泉会病院
住 所	〒078-8208 北海道旭川市東旭川町下兵村 252 番地
TEL・FAX	TEL : 0166-36-1559 FAX : 0166-36-4193
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	集団精神療法 (SST、アルコール集団療法、回想療法等)
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:00 ※午後は予約診療のみ
予約の必要性	初診完全予約制 初診は平日の午前中のみ
家族相談の有無等	医療相談室で家族相談可能 (医療、介護、福祉に関する相談) 電話、面接又はメールによる相談も可能。面接相談は、予め予約が必要 0166-36-7784
データ検索URL	<a href="http://www.keisenkai.or.jp/section/index5.html">http://www.keisenkai.or.jp/section/index5.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

#### ▼5 北海道 空知病院 【病院】

名 称	医療法人恵仁会 空知病院
住 所	〒068-0851 北海道岩見沢市大和 1 条 8 丁目 1 番地
TEL・FAX	TEL : 0126-22-2072 FAX : 0126-24-9559
診療科目	精神科、アルコール専門外来
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	趣旨の異なる数種類のミーティングを治療プログラムとして組み込んでいる。
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:00 13:00～17:00 土/9:00～12:00 ※土曜日は第 1・3・5 のみ診療 受付 午前 11:30 まで 午後 16:30 まで
予約の必要性	初診は事前に電話相談を勧める 精神保健福祉士 (ソーシャルワーカー) による相談は無料
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.sorachi-hp.com/about/alcohol.html">http://www.sorachi-hp.com/about/alcohol.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

#### ▼6 北海道 熊谷病院 【病院】

名 称	医療法人悠気会 熊谷病院
住 所	〒061-3207 北海道石狩市花川南 7 条 5 丁目 5
TEL・FAX	TEL : 0133-73-5201
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:30～12:00 13:30～16:00 休診日/土、日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.kumagai-hospital.or.jp/hospital.php">http://www.kumagai-hospital.or.jp/hospital.php</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼7 北海道 函館渡辺病院 【病院】

名 称	社会医療法人函館博栄会 函館渡辺病院
住 所	〒042-8678 函館市湯川町 1 丁目 31 番 1 号
TEL・FAX	TEL : 0138-59-2221 FAX : 0138-57-3176
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算
診療曜日・時間	月～金/9:00～ ※午後は薬のみ受付 土/9:00～ ※再診のみ 受付 7:00～12:00 7:00～16:30 ※薬のみ
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.hakodatewatanabe.or.jp/outpatient/service/#seishin">http://www.hakodatewatanabe.or.jp/outpatient/service/#seishin</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼8 北海道 大江病院 【病院】

名 称	医療法人社団博仁会 大江病院
住 所	〒080-2470 北海道帯広市西 20 条南 2 丁目 5 番 3 号
TEL・FAX	TEL : 0155-33-6332 FAX : 0155-36-2095
診療科目	神経精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算
診療曜日・時間	月～金/9:15～12:15 14:00～17:30
予約の必要性	外来・新患予約受付時間 平日/9:00～12:00 13:30～17:00 0155-36-2100
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.oe-hospital.or.jp/">http://www.oe-hospital.or.jp/</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼9 北海道 道立緑ヶ丘病院 【病院】

名 称	北海道立緑ヶ丘病院
住 所	〒080-0334 北海道河東郡音更町緑が丘 1 番地
TEL・FAX	TEL : 0155-42-3377 FAX : 0155-42-4233
診療科目	精神科、アルコール専門外来
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:00～12:30 受付 8:30～12:00 ※新患 1 枠のみ/13:30～
予約の必要性	初診は予約必要
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/mgb/sinnryou.htm">http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/mgb/sinnryou.htm</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼10 北海道\_石橋病院【病院】

名 称	特定医療法人北仁会 石橋病院
住 所	〒047-8585 北海道小樽市長橋 3 丁目 7 番 7 号
TEL・FAX	TEL : 0134-25-6655 FAX : 0134-22-5510
診療科目	心療内科、精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	嗜癖問題に関するプログラム 1. 読本、写本 2. ビデオ学習 3. グループワーク 4. 断酒会初心者例会、AA ビギナーミーティング 5. 合同例会 心の健康を取り戻すプログラム 1. 行軍 2. 自助グループへの参加 3. 夜間例会 4. アサーティブトレーニング 生活能力全般を回復するプログラム 1. 外出、外泊 2. 作業療法 3. ロールプレイ
診療曜日・時間	9:30~12:00 13:00~17:00 受付 9:00~11:30 13:00~16:00
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.hokujin.or.jp/ishibashi/index.php?id=54">http://www.hokujin.or.jp/ishibashi/index.php?id=54</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼11 北海道\_苫小牧緑ヶ丘病院【病院】

名 称	医療法人大島記念会 苫小牧緑ヶ丘病院
住 所	〒053-0034 北海道苫小牧市清水町 1 丁目 5 番 7 号
TEL・FAX	TEL : 0144-34-4761 FAX : 0144-34-4762
診療科目	精神科、神経科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	デイケアへの通所、訪問看護などを通じて、生活の適応力の回復、向上や服薬管理など様々な側面から治療を行う。アルコール依存症に対しては、集団精神療法により断酒指導を行う。
診療曜日・時間	月~金/9:00~17:00 受付 16:30 まで 土/9:00~12:00 受付 11:30 まで
予約の必要性	初診は予約制 電話受付時間 8:30~10:30 13:00~15:30
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.t-midorigaoka.or.jp/clinic/clinic.html">http://www.t-midorigaoka.or.jp/clinic/clinic.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼12 北海道\_江別すずらん病院【病院】

名 称	医療法人風のすずらん会 江別すずらん病院
住 所	〒067-0064 江別市上江別 442-15
TEL・FAX	TEL : 011-384-2100
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~金/8:45~12:30 13:30~16:45 受付~12:00 土/8:45~11:45
予約の必要性	新患、専門外来及び午後の診療は予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.kaze-suzuran.com/ebetsu/index.html">http://www.kaze-suzuran.com/ebetsu/index.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼13 北海道\_北海道立精神保健福祉センター 【診療所】

名 称	北海道立精神保健福祉センター
住 所	〒003-0027 北海道札幌市白石区本通 16 丁目北 6 番 34 号
TEL・FAX	TEL : 011-864-7121 FAX : 011-864-9546
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	道立精神保健福祉センターは、基本的に札幌市民以外の道民の方々を対象としているため、札幌市民の方は札幌こころのセンター（札幌市精神保健福祉センター）へ。
予約の必要性	相談予約受付時間 月～金/8:45～17:30 011-864-7000 相談研究部
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/sfc/sodan.htm">http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/sfc/sodan.htm</a>
データ検索月日	2/24/2017

### ▼14 北海道\_メンタルケアわかくさ 【診療所】

名 称	医療法人社団玄洋会 北海道メンタルケアセンター
住 所	〒053-0021 北海道苫小牧市若草町 5 丁目 1-5
TEL・FAX	TEL : 0144-34-2969 FAX : 0144-34-2542
診療科目	アルコール外来、心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコールデイケア WAC（ワック） 勉強会、レクレーション、勉強会、テーマミーティング、酒害体験、小グループミーティング、DVDミーティングなど
診療曜日・時間	8:30～11:30 13:30～16:30 ※休憩時間中の受付は午後の診療
予約の必要性	初診は予約制 ※1年以上受診がない場合も予約が必要
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.wakakusa-s.or.jp/wac.htm">http://www.wakakusa-s.or.jp/wac.htm</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼15 札幌市\_札幌医科大学付属病院 【病院】

名 称	札幌医科大学付属病院
住 所	〒060-8543 北海道札幌市中央区南 1 条西 16 丁目 291 番地
TEL・FAX	TEL : 011-611-2111 FAX : 011-621-8059
診療科目	神経精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/9:00～17:30 受付 8:45～11:00
予約の必要性	予約受付時間 月～金/14:00～16:00 ※祝日を除く 011-611-2111 内線 3533（神経精神科外来）
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://web.sapmed.ac.jp/hospital/section/npsy/index.html">http://web.sapmed.ac.jp/hospital/section/npsy/index.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼16 札幌市\_旭山病院 【病院】

名 称	特定医療法人北仁会 旭山病院
住 所	〒064-0946 北海道札幌市中央区双子山4丁目3番33号
TEL・FAX	TEL：011-641-7755 FAX：011-631-5512
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	医師の指示のもとに、ミーティングや学習会などを中心にスポーツや陶芸等の作業療法などを組み合わせたプログラムであり、看護師と一緒にスケジュールを立てる。
診療曜日・時間	月、木/9:00~17:00 休診日/土、日、祝日、12月30日~1月3日
予約の必要性	予約受付時間 9:00~17:00 ※土、日、祝日、年末年始を除く
家族相談の有無等	ソーシャルワーカーが、新規の受診や入院の相談、外来・入院している患者や家族の相談に応じている。 ※初診は予約制 電話または1階の医療相談まで直接問い合わせ。
データ検索URL	<a href="http://www.hokujin.or.jp/asahiyaama/index.php?id=42">http://www.hokujin.or.jp/asahiyaama/index.php?id=42</a>
データ検索月日	2/24/2017

▼17 札幌市\_五稜会病院 【病院】

名 称	医療法人社団 五稜会病院
住 所	〒002-8029 北海道札幌市北区篠路9条6丁目2-3
TEL・FAX	TEL：011-771-5660 FAX：011-771-5687
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	入院・外来、アルコール勉強会、集団精神療法、女性ミーティング
診療曜日・時間	9:15~13:00 14:00~17:00 受付 8:45~12:00 13:45~15:45 ※初診は15:00まで 休診日/第1・3・5土、日、祝日
予約の必要性	予約電話受付時間 9:30~17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://goryokai.com/publics/index/138/">http://goryokai.com/publics/index/138/</a>
データ検索月日	2/24/2017

▼18 札幌市\_札幌トロイカ病院 【病院】

名 称	社会医療法人共栄会 札幌トロイカ病院
住 所	〒003-0869 札幌市白石区川下577番地8
TEL・FAX	TEL：011-873-1221 FAX：011-873-2053
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:00~17:00 受付 9:00~16:00
予約の必要性	初診のみ予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.kyoueikai.or.jp/index.html">http://www.kyoueikai.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼19 札幌市\_札幌太田病院 【病院】

名 称	医療法人耕仁会 札幌太田病院
住 所	〒063-0005 北海道札幌市西区山の手5条5丁目1番1号
TEL・FAX	TEL：011-644-5111代 FAX：011-644-5144、011-644-1001
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	断酒会、サルビアの会（女性アルコール依存症者の会）、土曜女性の会（依存症でお困りの女性の会）、AA（アルコホーリクス・アノニマス）、メッセージミーティング、すいれんの会（女性アルコール症のつどい）
診療曜日・時間	外来に問い合わせ 011-644-5112
予約の必要性	予約可 アルコール依存症専門外来電話 011-644-5112
家族相談の有無等	アルコール依存症家族会（みつば会）
データ検索URL	<a href="http://www.sapporo-ohita.or.jp/alspeciality/alspeciality.htm">http://www.sapporo-ohita.or.jp/alspeciality/alspeciality.htm</a>
データ検索月日	2/24/2017

▼20 札幌市\_さっぽろ香雪病院 【病院】

名 称	医療法人社団五風会 さっぽろ香雪病院
住 所	〒004-0839 札幌市清田区真栄 319 番地
TEL・FAX	TEL：011-884-6878 FAX：011-884-6731
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	※
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算
診療曜日・時間	平日/9:00~11:30 13:30~16:00 土/9:00~11:30 ※土のみ、初診は9:00~11:00 休診日/日、祝日 ※時間外、休日にも急患は随時受け付け
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.sapporo-kohsetsu.or.jp/info/gairai.html">http://www.sapporo-kohsetsu.or.jp/info/gairai.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼21 札幌市\_大通公園メンタルクリニック 【診療所】

名 称	医療法人社団ほっとステーション 大通公園メンタルクリニック
住 所	〒060-0042 札幌市中央区大通西5丁目8番地昭和ビル4階
TEL・FAX	TEL：011-222-3989 FAX：011-233-4976
診療科目	心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~土/9:30~17:00
予約の必要性	予約制 011-233-2525
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://o-dori.com/">http://o-dori.com/</a>
データ検索月日	2/27/2017

## ▼22 札幌市\_幹メンタルクリニック【診療所】

名 称	医療法人北仁会 幹メンタルクリニック
住 所	〒064-0820 札幌市中央区大通西 20 丁目 2-20 EXCEL S1 ビル 5 階
TEL・FAX	TEL : 011-622-2525 FAX : 011-622-2526
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、火、木、金/9:00~12:00 13:00~18:00 水/9:00~12:00 13:00~18:00 18:00~20:00 土/9:00~12:00 13:00~16:00
予約の必要性	完全予約制 0120-783-874 初診相談受付時間 月、火、木、金/9:00~18:00 水/10:00~18:00 土/10:00~15:00
家族相談の有無	
家族相談の有無等	<a href="http://www.hokujin.or.jp/mikiclinic/">http://www.hokujin.or.jp/mikiclinic/</a>
データ検索月日	2/27/2017

## ▼23 札幌市\_さっぽろ麻生メンタルクリニック【診療所】

名 称	さっぽろ麻生メンタルクリニック
住 所	〒001-0039 札幌市北区北 39 条西 5 丁目 北電商販サトウビル 4F
TEL・FAX	TEL : 011-737-8676
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、火、木、金/9:00~12:30 13:30~18:00 水、第 2・4 土/9:00~12:30 受付 午前は 12:15 まで 最終 17:45 まで。
予約の必要性	初診予約制 ※午前は予約優先診療 ※再来は予約外も受け付け ※午後、土は予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.asabu-mental-clinic.com/subject/06izon_01alcohol.html">http://www.asabu-mental-clinic.com/subject/06izon_01alcohol.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

## ▼24 青森県\_生協さくら病院【病院】

名 称	青森保健生活協同組合 生協さくら病院
住 所	〒030-0131 青森県青森市問屋町 1-15-10
TEL・FAX	TEL : 017-738-2101 FAX : 017-738-2136
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	教育入院、精神リハビリ科 ※アルコールリハビリテーションプログラム (ARP)
診療曜日・時間	月~金/9:00~12:30 13:30~16:30 土/9:00~12:30 休診日/第 2・4 土
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.aomori-h-coop.com/sakura/tokucho.html">http://www.aomori-h-coop.com/sakura/tokucho.html</a>
データ検索月日	2/27/2017



▼25 青森県\_藤代健生病院【病院】

名 称	津軽保健生活協同組合 藤代健生病院
住 所	〒036-8373 青森県弘前市藤代2丁目12の1
TEL・FAX	TEL：0172-36-5181 FAX：0172-36-2823
診療科目	精神科（専門外来：アルコール）、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金／8:30～11:30 13:00～15:30 土／8:30～11:30 休診日／日、祝日、年末年始（12月30日～1月3日）、5月1日（メーデー）、 8月1日（創立記念日） アルコール外来 火、木／午前
予約の必要性	予約制 月～金／9:00～12:00 13:00～16:00 土／9:00～12:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://fujisiro-hp.info/outpatient/list.html">http://fujisiro-hp.info/outpatient/list.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼26 青森県\_芙蓉会病院【病院】

名 称	医療法人芙蓉会 芙蓉会病院
住 所	〒030-0133 青森市大字雲谷字山吹93-1
TEL・FAX	TEL：017-738-2214
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金／8:30～12:30 13:30～17:00 8月13日／8:30～12:30 受付 7:30～12:00 ※緊急や主治医の許可を得た場合は午後も受付 休診日／土、日、祝日、年末年始
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.fuyoukai.or.jp/fuyoukai_h/">http://www.fuyoukai.or.jp/fuyoukai_h/</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼27 青森県\_十和田市立中央病院 【病院】

名 称	十和田市立中央病院
住 所	〒034-0093 青森県十和田市西十二番町 14 番 8 号
TEL・FAX	TEL : 0176-23-5121 FAX : 0176-23-2999
診療科目	メンタルヘルス科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール依存症の集団ミーティングも行っている。
診療曜日・時間	予約
予約の必要性	予約制 予約受付時間 月～金/9:00～16:00 予約センター 0176-23-5796
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.hp-chuou-towada.towada.aomori.jp/03sinryo/01shinryoka/14seishinShinkeika.html">http://www.hp-chuou-towada.towada.aomori.jp/03sinryo/01shinryoka/14seishinShinkeika.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼28 岩手県\_盛岡市立病院 【病院】

名 称	盛岡市立病院
住 所	〒020-0866 盛岡市本宮五丁目 15 番 1 号
TEL・FAX	TEL : 019-635-0101 FAX : 019-631-1661
診療科目	神経精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	安全に離脱症状を脱するための治療と断酒教育を目的とする治療の 2 段階で治療。治療内容は、酒害教育、教育DVD鑑賞、認知行動療法、アルコールミーティング、作業療法、試験外出、外泊などを行っている。
診療曜日・時間	月～金/9:00～16:00
予約の必要性	神経精神科の新患は予約が必要
家族相談の有無等	家族も家庭教育として、患者と一緒に治療に参加する。内容は、自助グループへの参加、家族用教育DVDを使用しての学習、精神保健福祉センターの家族会への参加、服薬指導、栄養指導など。
データ検索URL	<a href="http://www.morioka-city-hosp.jp/guide/alcohol_program.html">http://www.morioka-city-hosp.jp/guide/alcohol_program.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

### ▼29 岩手県\_岩手県立南光病院 【病院】

名 称	岩手県立南光病院
住 所	〒029-0131 岩手県一関市狐禅寺字大平 17 番地
TEL・FAX	TEL : 0191-23-3655 FAX : 0191-23-9690
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	プログラム アルコールミーティング、アルコール教室、院内断酒会、断酒会体験談、自助グループの紹介
診療曜日・時間	予約
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.nanko-hp.net/jushin.php?itemid=51">http://www.nanko-hp.net/jushin.php?itemid=51</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼30 岩手県\_北リアス病院 【病院】

名 称	社団医療法人祐和会 北リアス病院
住 所	〒028-0015 岩手県久慈市源道 12-111
TEL・FAX	TEL : 0194-53-2323 FAX : 0194-53-9085
診療科目	専門外来・アルコール依存症治療、精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:30 13:30～16:30 土/9:00～11:30 受付 月～金/8:30～11:30 13:30～16:00 土/8:30～11:30
予約の必要性	予約受付時間 平日/13:30～17:00
家族相談の有無等	家族のみの相談も受付
データ検索URL	<a href="http://kitariasu.or.jp/sinryou.html">http://kitariasu.or.jp/sinryou.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼31 岩手県\_宮古山口病院 【病院】

名 称	社団医療法人親和会 宮古山口病院
住 所	〒027-0063 岩手県宮古市山口五丁目 3 番 20 号
TEL・FAX	TEL : 0193-62-3945 FAX : 0193-63-7545
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/9:00～17:00 受付 月～金/8:00～11:30 休診日/土、日、祝日、お盆期間、年末年始
予約の必要性	予約制 医療相談室 相談受付時間/9:00～16:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.shinwa-kai.jp/hospital/">http://www.shinwa-kai.jp/hospital/</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼32 岩手県\_国立花巻病院 【病院】

名 称	独立行政法人国立病院機構 花巻病院
住 所	〒025-0033 岩手県花巻市諏訪 500 番地
TEL・FAX	TEL : 0198-24-0511 FAX : 0198-24-1721
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、火、木、金 ※水は新患のみ
予約の必要性	予約制 予約受付時間 平日/9:00～17:00 ※土、日、祝日、12月29日～1月3日を除く
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.nho-hanamaki.jp/index.php">http://www.nho-hanamaki.jp/index.php</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼33 岩手県\_三陸病院 【病院】

名 称	医療法人財団正清会 三陸病院
住 所	〒027-0048 岩手県宮古市板屋一丁目 6-36
TEL・FAX	TEL : 0193-62-7021 FAX : 0193-64-2451
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:00~12:00 14:00~17:00 受付 8:00~11:30 13:00~15:30 休診日/土、日、祝日、お盆期間、年末年始 10月1日(開院記念日) ※急患は随時受け付け 初診は8:30~11:00 13:00~15:00 まで
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.sanrikubyoin.com/">http://www.sanrikubyoin.com/</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼34 岩手県\_岩手県立一戸病院 【病院】

名 称	岩手県立一戸病院
住 所	〒028-5312 岩手県二戸郡一戸町一戸砂森 60-1
TEL・FAX	TEL : 0195-33-3101 FAX : 0195-32-2171
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~金/午前 新患受付 8:30~11:30 再来受付 6:30~11:30 休診日/土、日、祝日、年末年始 ※急患対応
予約の必要性	希望者のみ予約診療受付
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.ichinohe-hp.com/gaiyou.php">http://www.ichinohe-hp.com/gaiyou.php</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼35 宮城県\_東北会病院 【病院】

名 称	医療法人東北会 東北会病院
住 所	〒981-0933 仙台市青葉区柏木一丁目 8 番 7 号
TEL・FAX	TEL : 022-234-0461 FAX : 022-274-2643
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	個別面接とワークブック・飲酒日記の記入、ワークブックの振り返り・飲酒日記の振り返り・目標到達の確認
診療曜日・時間	9:00~ 受付 8:30~ 休診日/土、日、祝日
予約の必要性	予約制 予約・電話相談の受付時間 月~金/9:00~17:00 ※新患インターネット予約有
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.tohokukai.com/?page_id=200">http://www.tohokukai.com/?page_id=200</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼36 仙台市\_WANAクリニック【診療所】

名 称	ワナ WANA クリニック
住 所	〒981-0915 仙台市青葉区通町 2-9-1
TEL・FAX	TEL : 022-275-8186
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	予約
予約の必要性	予約制 予約受付時間 月～金/9:30～17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://wanaclinic.org/">http://wanaclinic.org/</a>
データ検索月日	3/22/2017

▼37 秋田県精神保健福祉センター【病院・診療所】

名 称	秋田県精神保健福祉センター
住 所	〒010-0001 秋田市中通 2 丁目 1 番 51 号
TEL・FAX	TEL : 018-831-3946 FAX : 018-831-2306 ※お問い合わせください。

▼38 山形県\_二本松会上山病院【病院】

名 称	社会医療法人二本松会 上山病院
住 所	〒999-3103 山形県上市市金谷字下河原 1370 番地
TEL・FAX	TEL : 023-672-2551 FAX : 023-673-2156
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/8:30～11:30 初診・再診 13:30～15:30 初診のみ 土/8:30～11:30 初診・再診 休診日/土午後、日、祝日
予約の必要性	アルコール依存症外来 ※予約窓口は医療福祉相談室
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://kaminoyama.org/visit/senmon/alcohol.html">http://kaminoyama.org/visit/senmon/alcohol.html</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼39 山形県\_公徳会若宮病院 【病院】

名 称	社会医療法人公徳会 若宮病院
住 所	〒990-2451 山形県山形市吉原 2 丁目 15 番 3 号
TEL・FAX	TEL : 023-643-8222 FAX : 023-644-1950
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	入院中のアルコール治療プログラム 教育プログラム、作業療法プログラム、AA メッセージ、断酒会
診療曜日・時間	月、火、水、金/8:30~11:30 13:30~16:30 木、土/8:30~11:30 アルコール専門外来 水/13:30~16:30 休診日/木・土午後、日、祝日、公徳会創立記念日(7月1日)、お盆休み(8月13日午後~8月16日)、年末年始(12月30日午後~1月3日)
予約の必要性	予約制 急患受付
家族相談の有無等	アルコール家族会
データ検索URL	<a href="http://wakamiya.koutoku.or.jp/news/post-785/">http://wakamiya.koutoku.or.jp/news/post-785/</a>
データ検索月日	2/27/2017

▼40 山形県\_斗南会秋野病院 【病院】

名 称	医療法人社団斗南会 秋野病院
住 所	〒994-0012 山形県天童市久野本 362-1
TEL・FAX	TEL : 023-653-5725 FAX : 023-653-0801
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算 入院プログラム、通院治療プログラムでの治療プログラムを行っている。
診療曜日・時間	月~金/9:00~17:00 受付 8:30~12:00 土/9:00~12:00 受付 8:30~11:30 休診日/土午後、日、祝日、年末年始(12月31日~1月3日)
予約の必要性	予約優先
家族相談の有無等	地域連携室医療相談係 ※本人が受診していなくても家族だけの相談も可能
データ検索URL	<a href="http://akino-hp.com/consult.html#consult">http://akino-hp.com/consult.html#consult</a>
データ検索月日	2/28/2017

#### ▼41 山形県\_公徳会佐藤病院 【病院】

名 称	社会医療法人公徳会 佐藤病院
住 所	〒999-2221 山形県南陽市柵塚 948-1
TEL・FAX	TEL : 0238-40-3170 FAX : 0238-50-3143
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/8:30～11:30 13:30～16:30 アルコール専門外来 月/14:00～16:00 休診日/木・土午後、日曜、祝日、公徳会創立記念日(7月1日)、お盆休み(8月13日午後～8月16日)、年末年始(12月30日午後～1月3日)
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.koutoku.or.jp/visitor/specialoutpatient/">http://www.koutoku.or.jp/visitor/specialoutpatient/</a>
データ検索月日	2/28/2017

#### ▼42 山形県\_山容会山容病院 【病院】

名 称	医療法人山容会 山容病院
住 所	〒998-0074 山形県酒田市浜松町 1-7
TEL・FAX	TEL : 0234-33-3355 FAX : 0234-33-3617
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	集団精神療法 SSA(酒田山容アルコール勉強会)、CST(再飲酒予防トレーニング)
診療曜日・時間	月～土/9:00～12:00 受付 8:30～11:30 予約優先 月、火、木、金/14:00～16:00 受付 13:30～15:30 完全予約制 休診日/第1火午後、水・土午後
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.sanyokai.jp/works.html#syudan-pg">http://www.sanyokai.jp/works.html#syudan-pg</a>
データ検索月日	2/28/2017

#### ▼43 福島県精神保健福祉センター 【病院・診療所】

名 称	福島県精神保健福祉センター
住 所	〒960-8012 福島市御山町 8-30
TEL・FAX	TEL : 024-535-3556 (代表) FAX : 024-533-2408 ※お問い合わせください。

▼44 茨城県\_豊後荘病院 【病院】

名 称	医療法人新生会 豊後荘病院
住 所	〒315-0112 茨城県石岡市部原 760
TEL・FAX	TEL : 0299-44-3211
診療科目	精神科、精神科特殊
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	自助グループ、抗酒剤・断酒補助薬、外来通院、外来ミーティング、アルコール学習会
診療曜日・時間	受付 8:30~11:30 休診日/日、祝日、年末年始
予約の必要性	初診予約制 予約受付時間 13:00~17:00 ※当日の予約は行わない
家族相談の有無等	家族ミーティング ※通院していないご家族でも参加できる。
データ検索URL	<a href="http://www.bungosou.or.jp/category2/category4/">http://www.bungosou.or.jp/category2/category4/</a>
データ検索月日	2/28/2017

▼45 茨城県\_ホスピタル坂東 【病院】

名 称	ホスピタル坂東
住 所	〒306-0515 茨城県坂東市沓掛 411
TEL・FAX	TEL : 0297-44-2000
診療科目	こころの診療科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~土/8:30~16:30 ※月、木、金、土は午前のみ
予約の必要性	予約制 予約センター受付 9:00~ 0297-44-2090
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.hp-bando.jp/gairai/006.html">http://www.hp-bando.jp/gairai/006.html</a>
データ検索月日	2/28/2017

▼46 栃木県\_岡本台病院 【病院】

名 称	岡本台病院
住 所	〒329-1104 宇都宮市下岡本町 2162
TEL・FAX	TEL : 028-673-2211 FAX : 028-673-2214
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	精神保健福祉センターと協力して、アルコール関連問題研究会開催
診療曜日・時間	月~金/9:00~11:00 休診日/土、日、祝日、年末年始（12月29日~1月3日） ※救急診療 休日、夜間
予約の必要性	電話予約制 初診予約受付時間 8:50~11:00 再診予約制
家族相談の有無等	家族会
データ検索URL	<a href="http://www.pref.tochigi.lg.jp/e63/gairaiannai.html">http://www.pref.tochigi.lg.jp/e63/gairaiannai.html</a>
データ検索月日	2/28/2017



▼47 群馬県\_赤城高原ホスピタル 【病院】

名 称	医療法人群馬会 赤城高原ホスピタル
住 所	〒379-1111 群馬県渋川市赤城町北赤城山 1051
TEL・FAX	TEL : 0279-56-8148
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	院内アルコールミーティング、A A、レクリエーション、酒害関連問題研修会、断酒会、アルコール問題懇談会、アディクション問題教育プログラム
診療曜日・時間	電話相談受付時間 9:30~16:45 ※日、祭日除く
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族ミーティング、アディクション問題家族懇談会
データ検索URL	<a href="http://www2.gunmanet.or.jp/Akagi-kohgen-HP/TH-Program.htm">http://www2.gunmanet.or.jp/Akagi-kohgen-HP/TH-Program.htm</a>
データ検索月日	2/28/2017

▼48 埼玉県\_埼玉県立精神医療センター 【病院】

名 称	埼玉県立精神医療センター
住 所	〒362-0806 埼玉県北足立郡伊奈町小室 818-2
TEL・FAX	TEL : 048-723-1111 FAX : 048-723-1550
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	勉強会、病棟ミーティング、S.G.M. (スモール・グループ・ミーティング)、各種メッセージ、院外断酒会、レクリエーション、CST (再飲酒・再使用防止プログラム)、ウォーキング、残棟者ミーティング、作業療法、精神医療センター合同と依存症病棟での行事
診療曜日・時間	8:45~17:00 ※土、日、祝日、年末年始 (12月29日~1月3日) を除く
予約の必要性	初診予約受付時間 平日/8:45~17:00 048-723-6803
家族相談の有無等	アルコール家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.pref.saitama.lg.jp/seishin-c/annai/senmonchiryo/seishin-arp.html">http://www.pref.saitama.lg.jp/seishin-c/annai/senmonchiryo/seishin-arp.html</a>
データ検索月日	2/28/2017

#### ▼49 埼玉県\_不動ヶ丘病院 【病院】

名 称	医療法人藍生会 不動ヶ丘病院
住 所	〒347-0058 埼玉県加須市岡古井 107
TEL・FAX	TEL：0480-62-3005 FAX：0480-62-7583
診療科目	精神科、アルコール症、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	①外来治療 アルコール依存症勉強会、集談会、自助グループ等 ②入院治療 本人が入院を希望した場合、通院治療ではうまくいかなかった場合、通院治療が物理的に困難な場合、精神的合併症状（離脱症状-いわゆる禁断症状やその他幻覚妄想など）がひどい場合、すぐに断酒ないし治療しないと生命の危機や予後の不良が予想される場合。 ※アルコール依存症の専門病棟、病室ではない。
診療曜日・時間	初診 火、木/11:00～ 再診 火/13:30～15:00 ※第3火は13:00～13:30 土/13:00～15:00
予約の必要性	初診予約 火、木/10:00～電話で医療福祉相談員（ケースワーカー）に初診の予約をする
家族相談の有無等	家族外来、家族会、CRAFT（家族トレーニング）
データ検索URL	<a href="http://www.fudou-hp.jp/alcohol.html">http://www.fudou-hp.jp/alcohol.html</a>
データ検索月日	2/28/2017

#### ▼50 埼玉県\_久喜すずのき病院 【病院】

名 称	久喜すずのき病院
住 所	〒346-0024 埼玉県久喜市北青柳 1366-1
TEL・FAX	TEL：0480-23-6540
診療科目	心療内科、精神神経科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～土/9:30～ 14:00～ 受付 9:00～11:45 13:30～15:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約不要 順番予約ダイヤル（再診察の方で午前中のみ） 0480-25-5177 電話受付時間 月～土/9:00～17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="https://www.suzunoki.net/index.html">https://www.suzunoki.net/index.html</a>
データ検索月日	2/28/2017

### ▼51 さいたま市\_与野中央病院 【病院】

名 称	医療法人社団恵仁会 与野中央病院
住 所	〒331-0054 埼玉県さいたま市西区島根 65 番地
TEL・FAX	TEL：048-624-2211 FAX：048-624-2212
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール治療専門プログラム
診療曜日・時間	月、火、土/9:45~11:45 木、金、土(予約)/13:30~15:30 ※水午前は検査(予約) 休診日/日、祭日、年末年始
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.yonochuoh-hosp.or.jp/yonohhtml/aisatsu.htm">http://www.yonochuoh-hosp.or.jp/yonohhtml/aisatsu.htm</a>
データ検索月日	2/28/2017

### ▼52 さいたま市\_白峰クリニック 【診療所】

名 称	医療法人秀山会 白峰クリニック
住 所	〒330-0071 埼玉県さいたま市浦和区上木
TEL・FAX	TEL：048-831-0012 FAX：048-831-1310
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	社会復帰・社会参加プログラム、アルコールセミナー、アートセラピー、断酒会等
診療曜日・時間	月~土/9:00~12:00 14:00~18:00 受付 9:00~18:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制 初診電話予約 受付時間 15:30~18:00
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.hakuhou.or.jp/publics/index/13/">http://www.hakuhou.or.jp/publics/index/13/</a>
データ検索月日	2/28/2017

### ▼53 さいたま市\_ひがメンタルクリニック 【診療所】

名 称	ひがメンタルクリニック
住 所	〒330-0803 埼玉県さいたま市大宮区高鼻町 1-305
TEL・FAX	TEL：048-641-2133 FAX：048-641-6673
診療科目	精神科、神経科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アクティクショングループ(依存症の方のグループ) スポーツ、アートセラピー(パステル画・ねんど)、畑作業、料理、ストレッチ等
診療曜日・時間	月、火/9:00~17:30 水/9:00~16:00 木/14:00~17:00 金/9:00~18:00 土/9:00~11:30
予約の必要性	初診完全予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.higamental-cl.jp/info.htm">http://www.higamental-cl.jp/info.htm</a>
データ検索月日	2/28/2017

#### ▼54 千葉県\_船橋北病院 【病院】

名 称	医療法人社団健仁会 船橋北病院
住 所	〒274-0054 千葉県船橋市金堀町 521-36
TEL・FAX	TEL : 047-457-7151 FAX : 047-457-7161
診療科目	精神科、心療内科、アルコール専門治療
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	外来 外来診療、デイケア、外来治療プログラム、自助グループ（断酒会・AA） 入院 ARP、自助グループ（断酒会・AA）
診療曜日・時間	月、火、水、金、土/9:00~11:30 13:00~15:30 受付 8:45~ 12:45~ 休診日/木、日、祝日、年末年始（12月29日~1月3日）
予約の必要性	予約制 予約受付時間 10:00~16:00 初診 047-457-8006 再診 047-457-7746
家族相談の有無等	アルコール家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.kenjin.or.jp/funabashikita/alcohol/index.html">http://www.kenjin.or.jp/funabashikita/alcohol/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

#### ▼55 千葉県\_秋元病院 【病院】

名 称	医療法人梨香会 秋元病院
住 所	〒273-0121 千葉県鎌ケ谷市初富 808-54
TEL・FAX	TEL : 047-446-8100 FAX : 047-446-8100
診療科目	精神科、神経科、心療内科、アルコール依存症治療
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	入院 専門医の定期診察、抗酒剤の服用、自助グループへの参加、身体治療（離脱期）、ARP（ミーティング、断酒会、勉強会）への参加、デイケア
診療曜日・時間	月~土/9:00~12:00 13:30~17:00 受付 8:30~11:30 13:00~16:30 休診日/日、祝日 ※急患は随時受付
予約の必要性	初診予約制 専用ダイヤル 047-445-8614
家族相談の有無等	アルコール家族会
データ検索URL	<a href="http://www.akimoto-hospital.com/c03_05.html">http://www.akimoto-hospital.com/c03_05.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

#### ▼56 千葉県\_下総精神医療センター 【病院】

名 称	独立行政法人国立病院機構 下総精神医療センター
住 所	〒266-0007 千葉県千葉市緑区辺田町 578 番地
TEL・FAX	TEL : 043-291-1221 FAX : 043-291-2602
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	受付 月~金/8:30~11:00 休診日/土、日、祝日、年末年始（12月29日~1月3日）
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://shimofusa-pc.jp/index.html">http://shimofusa-pc.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼57 千葉県\_新検見川メンタルクリニック 【診療所】

名 称	新検見川メンタルクリニック
住 所	〒262-0025 千葉県千葉市花見川区花園 1-9-18
TEL・FAX	TEL : 043-213-3777 FAX : 043-213-3778
診療科目	精神科、心療内科、アルコール外来
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、木、金、土/9:30~13:00 15:00~18:00 火、水/9:30~13:00 15:00~20:00 受付 9:15~ 14:45~ 休診日/日、祝日
予約の必要性	完全予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.shinkemi-mcl.jp/special.html">http://www.shinkemi-mcl.jp/special.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼58 東京都\_東京足立病院 【病院】

名 称	医療法人財団厚生協会 東京足立病院
住 所	〒121-0064 東京都足立区保木間 5-23-20
TEL・FAX	TEL : 03-3883-6331 FAX : 03-3884-7036
診療科目	精神科（アルコール外来有）
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	作業療法 様々なプログラムを実施、自助グループや病棟職員によるミーティング、医師等による講義を行う。 アルコール依存症専門病棟 閉鎖エリアでは離脱症候群（離脱症状）の現れやすい断酒開始当初を過ごし、開放エリアではアルコール治療プログラムを行う。
診療曜日・時間	受付 月～金/初診 9:00～11:00 再診 9:00～11:30 休診日/日、祝、年末年始
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	家族教室や家族ミーティング
データ検索URL	<a href="http://tokyoadachi-med.jp/outpatients/alcohol.php">http://tokyoadachi-med.jp/outpatients/alcohol.php</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼59 東京都\_東京アルコール医療総合センター 【病院】

名 称	医療法人社団翠会 成増厚生病院東京アルコール医療総合センター
住 所	〒175-0091 東京都板橋区三園 1 丁目 19-1
TEL・FAX	TEL : 03-5998-0051
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	ARP（アルコール・リハビリテーション・プログラム）の理論による治療 生活習慣の立て直し、依存症についての勉強会、グループワーク（集団精神療法）、作業療法による身体感覚や感性の回復等
診療曜日・時間	予約
予約の必要性	電話予約 センター相談窓口（03-5998-0051）で相談員と来所日の予約調整
家族相談の有無等	家族相談有、家族教室、家族ミーティング、家族入院
データ検索URL	<a href="http://narimasukosei-hospital.jp/alcohol/hospitalization/treatment/treatment.php">http://narimasukosei-hospital.jp/alcohol/hospitalization/treatment/treatment.php</a>
データ検索月日	3/1/2017
その他	入院を前提とした検査外来のみ。外来診療は「慈友クリニック」を中心に対応

▼60 東京都\_周愛利田クリニック 【診療所】

名 称	医療法人社団利田会 周愛利田クリニック
住 所	〒114-0016 東京都北区上中里 3-6-13
TEL・FAX	TEL : 03-3911-3050 FAX : 03-3927-6660
診療科目	精神科（アルコール依存症等各種嗜癖問題治療有）、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	デイ・ナイト・ケアを実施、社会復帰をしていくための治療プログラムを実施
診療曜日・時間	月～金／8:30～18:30 土／8:30～12:00
予約の必要性	初診予約制 03-3911-3243 再診の予約 03-3911-3949
家族相談の有無等	家族会
データ検索URL	<a href="http://www.shuai-toshida.jp/onayami/onayami_01.html">http://www.shuai-toshida.jp/onayami/onayami_01.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼61 東京都\_周愛巣鴨クリニック 【診療所】

名 称	医療法人社団利田会 周愛巣鴨クリニック
住 所	〒170-0002 東京都豊島区巣鴨 1-27-2
TEL・FAX	TEL : 03-6902-1451
診療科目	精神科（アルコール依存症等各種嗜癖問題治療有）、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	デイ・ナイト・ケアを実施 社会復帰をしていくための治療プログラムを実施
診療曜日・時間	月～金／8:30～18:30 土／8:30～12:30
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://shuai-sugamo.jp/onayami/onayami_04.html">http://shuai-sugamo.jp/onayami/onayami_04.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼62 東京都\_ハナクリニック（旧 うらべ医院）【診療所】

名 称	医療法人社団恵心会 ハナクリニック
住 所	〒136-0072 東京都江東区大島 5-36-8 栄戸第3ビル 3F
TEL・FAX	TEL : 03-5858-3711
診療科目	精神科、心療内科、アルコール依存症外来
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコールデイケア
診療曜日・時間	月、火、金、土／9:30～13:00 14:00～17:00 木／9:30～13:00 14:00～17:30 休診日／第3土午後、水、日、祝日
予約の必要性	予約制 電話受付時間 9:30～17:00 初診受付 16:30 まで
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.urabeiin.net/alcoholism/index.html">http://www.urabeiin.net/alcoholism/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼63 東京都\_京橋メンタルクリニック 【診療所】

名 称	京橋メンタルクリニック
住 所	〒104-0031 東京都中央区京橋 1-2-4 八重洲ノリオビル（YNビル）8階
TEL・FAX	TEL : 03-5203-1930
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月／9:45～17:30 火／12:45～17:00 木／9:45～16:30 金／9:45～17:30 土／12:45～16:30 ※第2・4土のみ初診 15:00 まで 休診日／水、日、祝日、夏季休暇、年末年始
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://kmc-ynb8.com/free/taisyo">http://kmc-ynb8.com/free/taisyo</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼64 東京都\_きむらメンタルクリニック 【診療所】

名 称	きむらメンタルクリニック
住 所	〒113-0021 東京都文京区本駒込 6-24-1 後藤ビル 2F
TEL・FAX	TEL : 03-5981-8847
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月/8:45~12:15 14:00~17:30 水・金/8:45~12:15 14:00~17:30 17:30~19:00 木、土/8:45~12:15 休診日/火、日、祝日
予約の必要性	完全予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://t-youmei.com/index.html">http://t-youmei.com/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼65 東京都\_こまごめ緑陰診療所 【診療所】

名 称	こまごめ緑陰診療所
住 所	〒113-0021 東京都文京区本駒込 5-19-2 小林ビルデンス 2F
TEL・FAX	TEL : 03-3943-5525
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコールとギャンブル依存症のミーティングも行っている。
診療曜日・時間	火、水/9:30~13:00 14:30~17:30 18:00~19:30 木/9:30~12:30※初診のみ 14:30~17:30 18:00~19:30 金・土/9:30~12:00 13:30~17:30 休診/月、日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://ryokuin.jp/psychiatry.html">http://ryokuin.jp/psychiatry.html</a>
データ検索月日	3/1/2017



▼66 東京都\_榎本クリニック 【診療所】

名 称	医療法人社団榎会・社団明善会 榎本クリニック
住 所	〒171-0021 東京都豊島区西池袋 1-2-5
TEL・FAX	TEL : 03-3982-5321 FAX : 03-3982-5231
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール依存症治療の三本柱として、1:抗酒剤、2:通院(プログラム)、3:自助グループ(セルフヘルプグループ)を重視。 リハビリテーションプログラム、デイナイトケア、通院プログラム、ミーティングや教育プログラムなど。
診療曜日・時間	月、水、土/10:00~16:30 (受付 9:30~12:00) 火、水、金/10:00~ 14:00~ 18:00~ (受付 9:30~12:00) 火、木、金/13:30~16:00 18:00~19:30 休診日/日、祝日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.enomoto-clinic.jp/care/alcohol.html">http://www.enomoto-clinic.jp/care/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼67 東京都\_メンタルオフィス亀戸 【診療所】

名 称	メンタルオフィス亀戸
住 所	〒136-0071 東京都江東区亀戸 6-58-11 亀戸 ES ビル 3F
TEL・FAX	TEL : 03-3636-2377 FAX : 03-3636-2378
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	認知行動療法 (SMARPP など) を中心に、薬物療法、家族療法、精神分析的治療などを組み合わせ、多面的アプローチを実施。自助グループやダルク (DARC) と連携。
診療曜日・時間	月~木/9:00~13:00 14:30~19:00 金/9:00~13:00 土/9:00~13:00 14:30~18:00
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族教育プログラム 家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.kameido-mental.com/">http://www.kameido-mental.com/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼68 東京都\_東京都立松沢病院 【病院】

名 称	東京都立松沢病院
住 所	〒156-0057 東京都世田谷区上北沢 2-1-1
TEL・FAX	TEL : 03-3303-7211
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	薬物・アルコール依存症外来 入院治療や依存症デイケア 薬物・アルコール依存症治療病棟 急性期症状(幻覚・妄想)の治療や身体管理、依存症デイケアへの体験参加
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:00 13:00～17:00 土/9:00～12:00
予約の必要性	予約制 03-3303-8379 予約受付時間 月～金/8:30～17:15 土/8:30～12:45
家族相談の有無等	家族ミーティング
データ検索URL	<a href="http://www.byouin.metro.tokyo.jp/matsuzawa/aboutus/important_index/important_yakubutsu.html">http://www.byouin.metro.tokyo.jp/matsuzawa/aboutus/important_index/important_yakubutsu.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼69 東京都\_昭和大学附属烏山病院 【病院】

名 称	昭和大学附属烏山病院
住 所	〒157-8577 東京都世田谷区北烏山 6-11-11
TEL・FAX	TEL : 03-3300-5231
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アディクション外来プログラム 専用のテキスト(SMARPP24)を用いた集団プログラム。 アルコールプライマリーケアパック 心理検査、個別認知行動療法、集団認知行動療法、作業療法など
診療曜日・時間	初診 月～土/8:30～11:00 再診 月～土/8:30～11:30 休日/日、祝日、創立記念日(11月15日)、年末年始
予約の必要性	再診は予約制 アディクション専門外来 メディカルサポートセンター 03-3300-5329 FAX 03-3300-5408 予約受付時間 月～金/8:30～17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.showa-u.ac.jp/SUHK/department/special/alc.html">http://www.showa-u.ac.jp/SUHK/department/special/alc.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼70 東京都\_アパリクリニック 【診療所】

名 称	アパリクリニック
住 所	〒162-0055 東京都新宿区余丁町 14-4
TEL・FAX	TEL : 03-5369-2591 FAX : 03-5369-2592
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	デイケア(通院中の方が対象)、認定プロバイダーによるリカバリーダイナミクスプログラム(RDP)、アルコールミーティングなど
診療曜日・時間	月～土/10:00～17:00
予約の必要性	完全予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="https://www.aparclinic.com">https://www.aparclinic.com</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼71 東京都\_慈友クリニック【診療所】

名 称	医療法人社団翠会 慈友クリニック
住 所	〒169-0075 東京都新宿区高田馬場 4-3-11
TEL・FAX	TEL : 03-3360-3195 FAX : 03-3360-3335
診療科目	精神科、心療内科（アルコール専門外来）
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	ミーティング（集団精神療法）・アルコールデイケア・内科専門医による治療
診療曜日・時間	月、水、金／10:00～13:00 16:00～19:00 火、木／10:00～13:00 15:00～18:00 受付 月、水、金／～12:30 ～18:30 火、木／～12:30 ～17:30
予約の必要性	初診予約制 03-3360-0031
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.jiyu.or.jp/psychiatry/alcohol-specialty-outpatient/">http://www.jiyu.or.jp/psychiatry/alcohol-specialty-outpatient/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼72 東京都\_洗足心療内科クリニック【診療所】

名 称	洗足心療内科クリニック
住 所	〒154-0012 目黒区洗足 2-26-15 秀和レジデンス南側 1F
TEL・FAX	TEL : 03-3785-7672
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、火、木／13:00～17:00 18:00～20:00 水／10:00～12:00 13:00～17:00 18:00～20:00 金／10:00～12:00 土／9:00～12:00 14:00～17:00
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.mental-clinic.jp/senzoku/">http://www.mental-clinic.jp/senzoku/</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼73 東京都\_金杉クリニック【診療所】

名称	医療法人社団地精会 金杉クリニック
住所	〒178-0063 東京都練馬区東大泉 1-37-13 和田第2ビル
TEL・FAX	TEL : 03-5905-5511 FAX : 03-5905-5512
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	※
アルコール治療プログラムの内容	精神科デイケア アルコールプログラム
診療曜日・時間	月、火、木、金/9:30~12:30 14:00~16:00 水/9:30~12:00 14:00~16:00 17:00~20:00 土/9:30~12:30 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制 ※初診は診療時間を長くとする為、まとまった時間がとれる時のみ予約を受付。
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.kanasugi-clinic.com/day-care.html">http://www.kanasugi-clinic.com/day-care.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼74 東京都\_駒木野病院【病院】

名称	医療法人財団青溪会 駒木野病院 アルコール総合医療センター
住所	〒193-8505 東京都八王子市裏高尾町 273
TEL・FAX	TEL : 042-663-2222
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	入院 ARP、断酒教育（継続）、外来通院・抗酒剤・自助グループ参加
診療曜日・時間	火、土/9:00~12:30 受付 8:30~12:00
予約の必要性	初診は月~土で予約制
家族相談の有無等	家族相談有 家族相談専用 042-666-3526 受付時間/8:30~16:30、家族参加プログラム有
データ検索URL	<a href="http://www.komagino.jp/medical-information/menu/alcohol/">http://www.komagino.jp/medical-information/menu/alcohol/</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼75 東京都\_井之頭病院【病院】

名称	公益財団法人 井之頭病院
住所	〒181-8531 東京都三鷹市上連雀 4-14-1
TEL・FAX	TEL : 0422-44-5331
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算、アルコール依存症治療病棟有 勉強会・ミーティング・OTプログラム・自助グループ・メッセージ・酒歴発表
診療曜日・時間	月~金/9:00~12:00 休診日/土、日、祝日、年末年始
予約の必要性	予約制 初診 0422-44-5331 受付 9:00~17:00 再診 0422-26-6177 受付 11:00~14:00
家族相談の有無等	アルコール家族教育プログラム・アルコール家族ミーティング有
データ検索URL	<a href="http://www.inokashira-hp.or.jp/guide/alcohol/index.html">http://www.inokashira-hp.or.jp/guide/alcohol/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼76 東京都\_桜ヶ丘記念病院【病院】

名 称	社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院
住 所	〒206-0021 東京都多摩市連光寺 1-1-1
TEL・FAX	TEL : 042-375-6311 FAX : 042-375-2100
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	集団プログラムを実施、アルコール外来プログラム
診療曜日・時間	水、第1・3土/8:30~11:30
予約の必要性	初診は水曜午後、電話予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.swfsakura.or.jp/sakuragaokahp/gairai/">http://www.swfsakura.or.jp/sakuragaokahp/gairai/</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼77 東京都\_よしの病院【病院】

名 称	医療法人社団正心会 よしの病院
住 所	〒194-0203 東京都町田市図師町 2252 番地
TEL・FAX	TEL : 042-791-0734 FAX : 042-793-4929
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算、アルコール精神疾患専門治療病棟、アルコール外来ミーティング、アルコール外来プログラム 『酒なし生活研究会』 SMARPP のテキスト使用
診療曜日・時間	9:30~12:00 受付 9:00~11:30 休診日/日、祝日、年末年始
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.yoshinohp.com/outpatient/al_meeting.html">http://www.yoshinohp.com/outpatient/al_meeting.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼78 東京都\_高月病院【病院】

名 称	医療法人社団東京愛成会 高月病院
住 所	〒192-0005 東京都八王子市宮下町 178
TEL・FAX	TEL : 042-691-1131 FAX : 042-691-1717
診療科目	精神科一般、アルコール依存症
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール依存症回復プログラム、(アルコール病棟) 認知行動療法をたアルコール依存症からの回復プログラム
診療曜日・時間	9:30~12:00 13:00~16:00 受付 9:00~15:30 休診日/日、祭日、年末年始 (12月30日~1月3日)
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.takatuki.or.jp/hospital">http://www.takatuki.or.jp/hospital</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼79 東京都\_東京高尾病院 【病院】

名 称	一般財団法人高尾保養院 東京高尾病院
住 所	〒193-0844 東京都八王子市高尾町 2187
TEL・FAX	TEL : 042-661-6652
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	※
アルコール治療プログラムの内容	アルコール依存症専門病棟有
診療曜日・時間	月～金/9:00～11:30 休診日/土、日、祝日、12月30日～1月3日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.tt-hospital.jp/front/bin/ptlist.phtml?Category=1328">http://www.tt-hospital.jp/front/bin/ptlist.phtml?Category=1328</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼80 川崎市\_川崎沼田クリニック 【診療所】

名 称	川崎沼田クリニック
住 所	〒210-0006 神奈川県川崎市川崎区砂子 2 丁目 11-20
TEL・FAX	TEL : 044-589-5377
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、火、水、金/9:30～13:00 15:00～19:00 土/9:00～13:00 14:00～17:30 休診日/木、日、祝日
予約の必要性	予約制 予約受付時間/9:30～13:00 15:00～19:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://kawasaki-numata.jp/">http://kawasaki-numata.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼81 神奈川県\_独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター 【病院】

名 称	独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター
住 所	〒239-0841 神奈川県横須賀市野比 5-3-1
TEL・FAX	TEL : 046-848-1550 FAX : 046-849-7743
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	外来治療プログラム、プレアルコールプログラム、入院プログラム
診療曜日・時間	月～金/8:30～11:00 ※祝日、年末年始 12月29日～1月3日を除く
予約の必要性	予約不要
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.kurihama-med.jp/outpatient/clinic/cl_alcohol.html">http://www.kurihama-med.jp/outpatient/clinic/cl_alcohol.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

## ▼82 神奈川県\_清川遠寿病院 【病院】

名称	医療法人社団増田厚生会 清川遠寿病院
住所	〒243-0112 神奈川県愛甲郡清川村煤々谷 3414
TEL・FAX	TEL : 046-288-1511 FAX : 046-288-3350
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	※
アルコール治療プログラムの内容	入院治療、精神科リハビリテーション（作業療法）、院内ミーティングへの参加（AAミーティング）等
診療曜日・時間	月～土 9:30～12:00
予約の必要性	予約制 電話相談受付時間/9:00～17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.kiyokawa-enju.com/medical/izon.html">http://www.kiyokawa-enju.com/medical/izon.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

## ▼83 神奈川県\_みくるべ病院 【病院】

名称	医療法人財団青山会 みくるべ病院
住所	〒259-1335 神奈川県秦野市三廻部 948 番地
TEL・FAX	TEL : 0463-88-0266 FAX : 0463-87-3591
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	集団精神療法、条件反射抑制療法、アルコール勉強会、断酒例会、作業療法、主治医面接、心理検査・カウンセリング
診療曜日・時間	9:00～12:00 受付 11:30 まで 休診日/日、祝日、年末年始、青山会創立記念（6月第4水曜日）
予約の必要性	地域連携室直通 0463-87-3550 地域連携室ケースワーカーが受診日もしくは入院日の予約設定をいたします。 月～土 外来/10:00～11:00 入院/13:00～15:00
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.bmk.or.jp/mikurube/alcohol.html">http://www.bmk.or.jp/mikurube/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

## ▼84 横浜市\_神奈川県立精神医療センター 【病院】

名称	地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立精神医療センター
住所	〒233-0006 神奈川県横浜市港南区芹が谷 2-5-1
TEL・FAX	TEL : 045-822-0241 (代) FAX : 045-822-0242
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算、音楽療法、作業療法、SMARPP16、SARPP、SST 等
診療曜日・時間	月～金/8:30～17:00 休診日/土、日、祝日、年末
予約の必要性	予約制 予約受付時間/8:30～17:15
家族相談の有無等	アルコール・薬物家族会、アルコール家族教室
データ検索URL	<a href="http://seishin.kanagawa-pho.jp/">http://seishin.kanagawa-pho.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼85 横浜市\_神奈川病院 【病院】

名 称	独立行政法人国立病院機構 神奈川病院
住 所	〒257-8585 神奈川県秦野市落合 666-1
TEL・FAX	TEL : 0463-81-1771 FAX : 0463-82-7533
診療科目	精神科（現在休診中）、心療内科（18歳までが対象）
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	受付 8:30~11:30 休診日/土、日曜、祭日、年末年始（12月29日~1月3日）
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://kanagawa-hosp.org/index.html">http://kanagawa-hosp.org/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼86 横浜市\_大石クリニック 【診療所】

名 称	医療法人社団祐和会 大石クリニック
住 所	〒231-0058 神奈川県横浜市中区弥生町 4-41 大石第一ビル
TEL・FAX	TEL : 045-262-0014
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、水、金、土/9:30~11:00 13:00~16:00 火、木/9:30~11:00 13:00~16:00 17:00~19:00 休診日/日、祝日 ※ビジネスマン向け 夜間休日プログラム 火/18:45~20:15 土/10:00~11:30
予約の必要性	初診予約制 初診は診察に時間がかかるため、火、木の夜間診療時間での予約は受付けていない
家族相談の有無等	家族相談・家族教室有
データ検索URL	<a href="http://www.ohishi-clinic.or.jp/alcohol_1.html">http://www.ohishi-clinic.or.jp/alcohol_1.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼87 横浜市\_まこと心のクリニック 【診療所】

名 称	まこと心のクリニック
住 所	〒231-0032 神奈川県横浜市中区不老町 1 丁目 5-11
TEL・FAX	TEL : 045-222-8050
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、金/10:00~13:15 15:00~19:00 火、水/10:00~13:15 15:00~18:00 土/10:00~13:30 休診日/木、日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://makotokokoro-cl.com/">http://makotokokoro-cl.com/</a>
データ検索月日	3/1/2017



▼88 横浜市\_関内メンタルクリニック 【診療所】

名 称	医療法人財団正心会 関内メンタルクリニック
住 所	〒231-0027 神奈川県横浜市中区扇町 1-1-25 キンガビル 7F
TEL・FAX	TEL : 045-664-7000 FAX : 045-664-7001
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、金/10:00~13:00 15:00~19:30 火、水/10:00~13:00 15:00~18:30 土/10:00~13:00 休診日/木、日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.kannai-mc.or.jp/about/index.html">http://www.kannai-mc.or.jp/about/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼89 横浜市\_ことぶき共同診療所 【診療所】

名 称	ことぶき共同診療所
住 所	〒231-0025 横浜市中区松影町 2-7-17 リバーハイツ石川町 1 ・ 2 階
TEL・FAX	TEL : 045-651-2305 FAX : 045-651-2305
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	火~金/9:30~12:00 14:00~17:00 土/9:30~12:00
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://kyoudouclinic.com/index.html">http://kyoudouclinic.com/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼90 相模原市\_北里大学東病院 【病院】

名 称	学校法人北里研究所 北里大学東病院
住 所	〒252-0380 神奈川県相模原市南区麻溝台 2 丁目 1 番 1 号
TEL・FAX	TEL : 042-748-9111
診療科目	精神神経科、神経内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~金、第 1・3・5 土 受付 8:30~11:00 休診日/第 2・4 土、日、祝日、年末年始 (12 月 29 日~1 月 3 日) 専門外来 (アルコール) 水・木 (午後)
予約の必要性	初診予約必要、精神神経科外来受付直通番号 TEL : 042-748-6194 FAX : 042-748-4084
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="https://www.kitasato-u.ac.jp/ehp/medicalpersonnel/seishinshinkeika.html">https://www.kitasato-u.ac.jp/ehp/medicalpersonnel/seishinshinkeika.html</a>
データ検索月日	3/18/2017

▼91 相模原市\_相模湖病院 【病院】

名 称	医療法人社団東華会 相模湖病院
住 所	〒252-0176 神奈川県相模原市緑区寸沢嵐 2891
TEL・FAX	TEL : 042-685-0021 FAX : 042-685-0022
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、火、水、金/9:00~12:00 ※時間外の緊急時などは、当直医が担当
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.toukakai.or.jp/html/sagamiko.html">http://www.toukakai.or.jp/html/sagamiko.html</a>
データ検索月日	3/9/2017

▼92 相模原市\_北条クリニックはしもと 【診療所】

名 称	北条クリニックはしもと
住 所	〒252-0134 神奈川県相模原市緑区下九沢 1779-1
TEL・FAX	TEL : 042-763-0075
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	初診受付 ~11:00 月、火、金/9:30~12:00 水/9:30~12:00 13:30~18:00 土/9:30~12:00 13:30~16:30 休診日/木、日
予約の必要性	初診完全予約制（窓口か電話） 電話予約 受付時間/9:00~18:30（火、土午後、日、祝日、除く）
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://tokakai.or.jp/hashimoto/">http://tokakai.or.jp/hashimoto/</a>
データ検索月日	3/9/2017

▼93 相模原市\_北条クリニックおおの 【診療所】

名 称	北条クリニックおおの
住 所	〒252-0303 神奈川県相模原市南区相模大野 7-5-19 第二江口ビル 3F
TEL・FAX	TEL : 042-767-2185
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~土/10:00~12:30 14:00~18:30 休診日/日、祝日
予約の必要性	完全予約制（ホームページもしくは電話にて予約）、心療内科初めての方用問診表有
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://tokakai.or.jp/houjou/">http://tokakai.or.jp/houjou/</a>
データ検索月日	3/9/2017

▼94 新潟県\_三交病院 【病院】

名 称	医療法人三交会 三交病院
住 所	〒943-8530 新潟県上越市大字塩屋 337-1
TEL・FAX	TEL : 025-543-2624 FAX : 025-543-0415
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	※
アルコール治療プログラムの内容	SMARPP-24 (再使用予防プログラム)
診療曜日・時間	月～金/9:30～12:30 第2・4土/9:30～12:30 休診日/第1・3・5土、日、祝日 ※アルコール関連障害の初診受付は月、水の午前中
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	アルコール関連問題等を持つ当事者の家族を対象とした CRAFT プログラム有
データ検索URL	<a href="http://sanko-hospital.org/index.html">http://sanko-hospital.org/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼95 新潟県\_ながおか心のクリニック 【診療所】

名 称	ながおか心のクリニック
住 所	〒940-0082 長岡市千歳 1 丁目 3-42
TEL・FAX	TEL : 0258-38-5001 FAX : 0258-38-5002
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:00～12:30 15:00～18:00 休診日/木、日、年末年始 ※アルコール専門外来/金
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族会有
データ検索URL	<a href="http://nagakoko.com/%e3%82%a2%e3%83%ab%e3%82%b3%e3%83%bc%e3%83%ab%e4%ba%88%e9%98%b2%e5%a4%96%e6%9d%a5/">http://nagakoko.com/%e3%82%a2%e3%83%ab%e3%82%b3%e3%83%bc%e3%83%ab%e4%ba%88%e9%98%b2%e5%a4%96%e6%9d%a5/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼96 新潟市\_河渡病院 【病院】

名 称	医療法人恵松会 河渡病院
住 所	〒950-0012 新潟市東区有楽 1 丁目 15 番地 1
TEL・FAX	TEL : 025-274-8211
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	外来受診：断酒教育、精神療法、薬物療法主体、原則家族同伴 入院：断酒プログラム (A・R・P)
診療曜日・時間	予約無の受付 8:45～11:00 ※急患は別途相談 休診日/土、日、祝日、12月31日～1月3日
予約の必要性	初診予約制 受付 月～金 9:00～16:30 ※再診は原則予約制
家族相談の有無等	家族相談有 電話受付 平日 9:00～16:30
データ検索URL	<a href="http://www.kohdo-hp.or.jp/alc/">http://www.kohdo-hp.or.jp/alc/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼97 新潟市\_かとう心療内科クリニック【診療所】

名 称	かとう心療内科クリニック
住 所	〒950-0121 新潟市江南区亀田向陽 1-3-35
TEL・FAX	TEL : 025-385-0810
診療科目	心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、火、金/9:00~13:00 15:00~18:00 水/9:00~13:00 15:00~18:00 18:00~19:00 土/9:00~13:00 休診日/木、日、祝日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://katokokoro.com/index.php">http://katokokoro.com/index.php</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼98 新潟市\_ささえ愛よろずクリニック【診療所】

名 称	ささえ愛よろずクリニック
住 所	〒956-0854 新潟県新潟市秋葉区滝谷町 4-20
TEL・FAX	TEL : 0250-47-7285
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月/13:00~18:00 火、木/9:00~12:00 13:00~18:00 18:00~20:00 水、金/9:00~12:00 13:00~18:00 土/9:00~12:00 休診日/日、祝日、年末年始
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.yorozu-caretown.com/">http://www.yorozu-caretown.com/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼99 山梨県\_山梨県立北病院【病院】

名 称	地方独立行政法人 山梨県立北病院
住 所	〒407-0046 山梨県韮崎市旭町上條南割 3314-13
TEL・FAX	TEL : 0551-22-1621 FAX : 0551-23-0672
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算、アルコール医療チームで治療プログラムをもとに支援
診療曜日・時間	再診受付 8:30~11:00 休診日/土、日、祝日、12月29日~1月3日
予約の必要性	初診の電話予約受付 平日/9:00~12:00 13:00~17:00
家族相談の有無等	家族相談有、家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.ych.pref.yamanashi.jp/kitabyo/appendix/005.html">http://www.ych.pref.yamanashi.jp/kitabyo/appendix/005.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼100 山梨県\_住吉病院 【病院】

名 称	公益財団法人住吉偕成会 住吉病院
住 所	〒400-0851 山梨県甲府市住吉 4-10-32
TEL・FAX	TEL : 055-235-1521
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	外来治療、入院医療を行っている。 入院治療：医師による講義、ビデオによる疾患の説明、集団療法、地域の自助グループ（断酒会・A A）との連携など
診療曜日・時間	月～金/8:45～11:30 金/13:30～15:00 土/8:45～11:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族会
データ検索URL	<a href="http://www.sumiyoshi-kaisei.jp/s-arukoru.html">http://www.sumiyoshi-kaisei.jp/s-arukoru.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼101 長野県\_こころの医療センター駒ヶ根 【病院】

名 称	地方独立行政法人長野県立病院機構 長野県立こころの医療センター駒ヶ根
住 所	〒399-4101 長野県駒ヶ根市下平 2901
TEL・FAX	TEL : 0265-83-3181 FAX : 0265-83-4158
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算、入院治療、アルコール健康プログラム、外来ミーティング
診療曜日・時間	月～金/9:00～16:30 休診日/土、日、祝日、年末年始（12月29日～1月3日）
予約の必要性	初診予約制 電話予約 0265-83-4156 受付 10:00～15:00
家族相談の有無等	家族電話相談有
データ検索URL	<a href="http://kokokoma-hosp.or.jp/clinic/foreign/">http://kokokoma-hosp.or.jp/clinic/foreign/</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼102 長野県\_千曲荘病院 【病院】

名 称	医療法人友愛会 千曲荘病院
住 所	〒386-8584 長野県上田市中央東 4 番 61 号
TEL・FAX	TEL : 0268) 22-6611 FAX : 0268-22-6612
診療科目	心療内科、精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～土/8:30～12:00 受付 7:30～11:00 午後は予約のみ 診療/14:00～16:00 受付 13:00～15:00
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://tikumaso.jp/">http://tikumaso.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼103 長野県\_飯田病院 【病院】

名 称	社会医療法人栗山会 飯田病院
住 所	〒395-8505 長野県飯田市大通 1 丁目 15 番地
TEL・FAX	TEL : 0265-22-5150 FAX : 0265-22-3988
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	受付 月～金/8:30～12:00
予約の必要性	初診予約制 予約診察/8:30～16:30 ※担当医により異なる
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.iida.or.jp/">http://www.iida.or.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼104 長野県\_城西病院 【病院】

名 称	社会医療法人城西医療財団 城西病院
住 所	〒390-8648 長野県松本市城西 1-5-16
TEL・FAX	TEL : 0263-33-6400 FAX : 0263-33-9920
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	火、水/8:00～11:30 ※初診受付 11:00～11:30 月、木、金/8:00～11:30 土/初診受付 15:00 まで アルコール集団療法 木曜午後のみ
予約の必要性	初診は電話で問合わせ
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.shironishi.or.jp/sh/introduction/shinryoka/cat5/">http://www.shironishi.or.jp/sh/introduction/shinryoka/cat5/</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼105 長野県\_北アルプス医療センターあづみ病院 【病院】

名 称	長野県厚生農業協同組合連合会 北アルプス医療センターあづみ病院
住 所	〒399-8695 長野県北安曇郡池田町大字池田 3207 番地 1
TEL・FAX	TEL : 0261-62-3166 FAX : 0261-62-2711
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/9:00～ 受付 7:30～11:30 第1・3土/9:00～ 受付 7:30～11:00 休診日/第2・4・5土曜
予約の必要性	初診午前予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.azumi-ghp.jp/">http://www.azumi-ghp.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼106 岐阜県\_各務原病院 【病院】

名 称	医療法人杏野会 各務原病院
住 所	〒504-0861 岐阜県各務原市東山 1-60
TEL・FAX	TEL : 058-389-2228
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:00 13:00～17:00 土/9:00～12:30 休診/土曜午後、日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://kakamigahara-hosp.jp/index.php">http://kakamigahara-hosp.jp/index.php</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼107 岐阜県\_養南病院 【病院】

名 称	社会医療法人緑峰会 養南病院
住 所	〒503-0401 岐阜県海津市南濃町津屋 1508 番地
TEL・FAX	TEL : 0584-57-2511
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	予約制 月、火、木、金、土、日/9:00～12:30 14:00～16:00 初診診察/9:00～12:00 予約無 月/16:00～19:00 休診日/水、祝日、年末年始(12/31～1/3)、お盆 8/15
予約の必要性	初診予約専用ダイヤル 0120-57-2161 受付 9:00～17:00 再診予約変更専用ダイヤル 0584-57-2151 受付 13:00～17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.younan.or.jp/index.html">http://www.younan.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼108 静岡県\_聖明病院 【病院】

名 称	医療法人十全会 聖明病院
住 所	〒417-0801 静岡県富士市大淵字座松 888
TEL・FAX	TEL : 0545-36-0277 FAX : 0545-35-3192
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	外来通院、任意入院・開放病棟：身体障害の治療・病識をさらに確実にする個人・集団療法、外出・外泊による家族との対話、地元断酒会、AAへの参加、社会復帰のための訓練（外勤・内勤）、個人・集団精神療法）、閉鎖病棟：身体障害の治療、様々な精神症状の治療、病識の確立
診療曜日・時間	月～金/9:00～11:00 13:00～15:00 土/9:00～11:30
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族会
データ検索URL	<a href="http://www.seimei-hp.or.jp/program.html">http://www.seimei-hp.or.jp/program.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼109 静岡県\_服部病院 【病院】

名 称	医療法人社団進正会 服部病院
住 所	〒438-0026 静岡県磐田市西貝塚 3781-2
TEL・FAX	TEL : 0538-32-7121 FAX : 0538-32-7122
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	病院断酒例会（入院・外来患者、地域自助グループメンバー）、ミーティング（入院患者、初心者から退院前まで4段階）、女性ミーティング、アルコール教室、読書会、AA メッセージなど
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:00 受付 8:30～11:30 土/9:00～12:00 13:00～14:30 受付 ～14:30 休診日/日・祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族会、家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.myclinic.ne.jp/shinsekai/pc/index.html">http://www.myclinic.ne.jp/shinsekai/pc/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼110 静岡市\_マリアの丘クリニック 【診療所】

名 称	医療法人社団美樹会 マリアの丘クリニック
住 所	〒422-8058 静岡市駿河区中原 930-1
TEL・FAX	TEL : 054-202-7031
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	外来診察、デイケア、認知行動療法、条件反射制御法などを併用して治療。 断酒や断薬を長期に渡って継続できるようショートケア（3時間）、デイケア（6時間）、デイナーケア（10時間）を行っている
診療曜日・時間	月～金/10:00～16:00 土/10:00～12:30※再診のみ 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.maria-hill.jp/">http://www.maria-hill.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼111 浜松市\_佐鳴湖病院 【病院】

名 称	医療法人社団曙会 佐鳴湖病院
住 所	〒432-8021 静岡県浜松市中区佐鳴台 6-3-18
TEL・FAX	TEL : 053-447-1831 FAX : 053-449-2165
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～土/9:00～11:30 休診日/日、祝日
予約の必要性	月、水、金、土は予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.sanaruko.or.jp/index.html">http://www.sanaruko.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017



### ▼112 浜松市\_木戸メンタルクリニック 【診療所】

名 称	木戸メンタルクリニック
住 所	〒430-0814 浜松市南区恩地町 355-1
TEL・FAX	TEL : 053-589-5153 FAX : 053-589-5173
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、火、木、金/8:30~12:00 14:00~17:00 土/8:30~12:00 休診日/水、日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://kido-mental-clinic.com/index.php">http://kido-mental-clinic.com/index.php</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼113 愛知県\_刈谷病院 【病院】

名 称	医療法人成精会 刈谷病院
住 所	〒448-0851 愛知県刈谷市神田町二丁目 30 番地
TEL・FAX	TEL : 056621-3511 FAX : 056621-3536
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	ARP を原則、3ヶ月で行っています。 ARP : 地域自助グループ例会 (断酒会 AA)、ビデオ学習会、認知療法 AOP (アルコール作業療法プログラム) : ウォーキング、体力測定、料理会、創作活動など
診療曜日・時間	月~金、隔週土/9:00~12:00 休診日/隔週土、日、祝日
予約の必要性	予約制 受付時間 平日/9:30~16:30
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.kariya-hp.or.jp/patient/alizo.html">http://www.kariya-hp.or.jp/patient/alizo.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼114 愛知県\_犬山病院 【病院】

名 称	医療法人桜桂会 犬山病院
住 所	〒484-0094 犬山市大字塔野地字大畔 10
TEL・FAX	TEL : 0568-61-1505 FAX : 0568-61-4302
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコールミーティング
診療曜日・時間	月、水、土/8:30~12:00 12:00~14:30 火、金/8:30~12:00 ※初診/午前 11:00 まで 午後 14:00 まで 休診日/木、日、祝日、3月1日(創立記念日)、年末年始 12月30日~1月3日
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族会
データ検索URL	<a href="http://www.okeikai.or.jp/index.html">http://www.okeikai.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼115 愛知県\_桶狭間病院藤田こころケアセンター 【病院】

名 称	医療法人静心会 桶狭間病院藤田こころケアセンター
住 所	〒470-1168 愛知県豊明市栄町南館 3-879
TEL・FAX	TEL：0562-97-1361 FAX：0562-97-8004
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコールミーティング
診療曜日・時間	月～土/9:00～12:00 受付 月～土/8:30～11:00 休診日/日、祝日、年末年始
予約の必要性	予約制 初診のみインターネット予約有
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="https://www.seishinkai-kokoro.jp/">https://www.seishinkai-kokoro.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼116 愛知県\_共和病院 【病院】

名 称	医療法人共和会 共和病院
住 所	〒474-0071 愛知県大府市梶田町 2 丁目 123 番地
TEL・FAX	TEL：0562-46-2222 FAX：0562-47-6577
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	条件反射制御法を用いたアルコール依存症治療
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:00 受付 月～金/8:30～11:30 休診日/土、日、祝日、年末年始（12月29日～1月3日）
予約の必要性	予約制 受付 13:00～16:30
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.kyowa.or.jp/">http://www.kyowa.or.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼117 愛知県\_南豊田病院 【病院】

名 称	医療法人豊和会 南豊田病院
住 所	〒470-1215 愛知県豊田市広美町郷西 80 番地
TEL・FAX	TEL：0565-21-0331 FAX：0565-21-0508
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール治療友の会（基本的には「断酒」を目的として話をします）
診療曜日・時間	初診 月～金/9:00～12:00 再診 月～土/9:00～12:00 13:00～16:00 受付（予約）/8:00～11:30 11:00～15:30 （予約無）/8:30～11:30 休診日/日、祝日
予約の必要性	初診電話予約制 受付 9:00～15:30
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.minamitoyota-hp.or.jp/index.html">http://www.minamitoyota-hp.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼118 愛知県\_可知記念病院 【病院】

名 称	医療法人義興会 可知記念病院
住 所	〒411-8132 愛知県豊橋市南大清水町字富士見 456 番地
TEL・FAX	TEL : 0522-26-1101
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	作業療法
診療曜日・時間	月、火、水、金、土、日/9:00~12:30 13:30~16:30 ※日のみ隔週 予約無受付 8:30~14:00
予約の必要性	初診日時を電話予約できる 再診原則予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://kachi-memorial-hospital.jp/#top">http://kachi-memorial-hospital.jp/#top</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼119 名古屋市\_八事病院 【病院】

名 称	医療法人資生会 八事病院
住 所	〒468-0073 名古屋市天白区塩釜口 1 丁目 403 番地
TEL・FAX	TEL : 052-832-2111 FAX : 052- 832-2135
診療科目	精神科、アルコール消化器内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	教育プログラム
診療曜日・時間	受付 月~金/8:30~11:00 13:00~15:00 受付 土/8:30~11:00 休診日/日、祝日、年末年始(12月30日~1月3日)
予約の必要性	初診の予約は行っていない。アルコール専門外来(火、水)は予約制、再診予約制 外来直通電話 052-832-2116
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://yagotohp.jp/specialties/alcohol.html">http://yagotohp.jp/specialties/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/1/2017
その他	精神科アルコール専門医療として八事アルコール医療センター有 <a href="http://www.yagotoal.jp/gairai/index.html">http://www.yagotoal.jp/gairai/index.html</a>

### ▼120 名古屋市\_西山クリニック【診療所】

名 称	西山クリニック
住 所	〒460-0025 愛知県名古屋市名東区上社 1-704
TEL・FAX	TEL : 052-771-1600 FAX : 052-771-1662
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、木、金/9:30~12:30 13:00~16:30 火/9:30~12:30 13:00~16:30 17:00~20:00 土 9:30~12:30 休診日/水、第4土
予約の必要性	初診予約 平日/9:00~13:00
家族相談の有無等	家族受診有
データ検索URL	◆公式HP無 <a href="http://www.newton-doctor.com/doctor/aichi6/nishiyama/s07/">http://www.newton-doctor.com/doctor/aichi6/nishiyama/s07/</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼121 三重県\_三重県立こころの医療センター【病院】

名 称	三重県立こころの医療センター
住 所	〒514-0818 津市城山1丁目12-1
TEL・FAX	TEL : 059-235-2125 FAX : 059-235-2135
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	認知行動療法、勉強会、内観療法、外来ミーティング、家族相談、作業療法等
診療曜日・時間	月～金
予約の必要性	予約制 初診専用電話 059-253-3120 受付 月～金/9:00~13:00
家族相談の有無等	家族相談有、アルコール家族研修会有
データ検索URL	<a href="http://www.pref.mie.lg.jp/KOKOROHP/HP/000183389.htm">http://www.pref.mie.lg.jp/KOKOROHP/HP/000183389.htm</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼122 三重県\_国立病院機構 榊原病院【病院】

名 称	独立行政法人国立病院機構 榊原病院
住 所	〒514-1292 三重県津市榊原町 777 番地
TEL・FAX	TEL : 059-252-0211 FAX : 059-252-0411
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコールクリニカルパス、ARP（離脱期の学習、基礎講座、ストレスマネジメント、心理教育、作業療法、調理訓練、変化のステージミーティング、運動療法、絵画療法、つづり方教室、院内断酒会）
診療曜日・時間	休診日/土、日、祝日、年末年始（12月29日～1月3日）
予約の必要性	電話予約制 受付 8:30~11:00 ※急患を除く
家族相談の有無等	家族教室有
データ検索URL	<a href="http://www.hosp.go.jp/~sakakihp/section/cnt1_000037.html">http://www.hosp.go.jp/~sakakihp/section/cnt1_000037.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼123 三重県\_かすみがうらクリニック 【診療所】

名 称	医療法人山下会 かすみがうらクリニック
住 所	〒510-0001 三重県四日市市八田1丁目13-17
TEL・FAX	TEL：059-332-2277
診療科目	精神科（アルコール専門外来）
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール勉強会、断酒会メッセージミーティング、認知行動療法、アサーショントレーニング等
診療曜日・時間	月、火、木/9:30~18:30 第1・3土/9:30~12:30
予約の必要性	予約制 受付 月、火、木、金/13:00~18:30
家族相談の有無等	家族向けサポートミーティング
データ検索URL	<a href="http://kasumigaurac.sakura.ne.jp/alcohol.html">http://kasumigaurac.sakura.ne.jp/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼124 三重県\_おおごし心身クリニック 【診療所】

名 称	公益社団法人久居一志医師会 おおごし心身クリニック
住 所	〒514-1101 津市久居明神町2157-4
TEL・FAX	TEL：059-255-7432 FAX：059-255-7814
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	火、木、金/8:30~11:30 水/8:30~11:30 13:30~16:30 土/8:30~13:30 予約外来受付 火、木、金/13:30~15:30 休診日/日、月、祝日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://hi-med.jp/medical.php?num=10">http://hi-med.jp/medical.php?num=10</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼125 滋賀県\_滋賀県立精神医療センター 【病院】

名 称	滋賀県立精神医療センター
住 所	〒525-0072 滋賀県草津市笠山八丁目4-25
TEL・FAX	TEL：077-567-5001 FAX：077-567-5033
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	通院治療、教育入院治療
診療曜日・時間	月~金/9:00~17:00 アルコール専門外来 水、金/9:00~17:00 休診日/土、日、祝日、年末年始（12月29日~1月3日）
予約の必要性	予約専用ダイヤル 077-567-5023 予約受付 月~金/13:00~16:30 ※祝日、年末年始 12月29日~1月3日を除く
家族相談の有無等	家族教室有
データ検索URL	<a href="http://www.pref.shiga.lg.jp/e/seishin/shinryo/gairai/senmon/alcohol.html">http://www.pref.shiga.lg.jp/e/seishin/shinryo/gairai/senmon/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼126 滋賀県\_琵琶湖病院 【病院】

名 称	医療法人明和会 琵琶湖病院
住 所	〒520-0113 滋賀県大津市坂本 1 丁目 8 番 5 号
TEL・FAX	TEL : 077-578-2023 FAX : 077-579-5487
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	外来・入院（ミーティング・家族教室・アルコール学習会・自助グループ・修了レポート作成）
診療曜日・時間	受付 月～土／9:00～11:30 休診日／日、祝日、年末年始（12/29～1/3）※休診日要確認
予約の必要性	初診、アルコール外来 予約制 心理・相談室への問合わせ 077-578-2024 祝日を除く月～土／9:30～17:00
家族相談の有無等	家族面接、家族教室有
データ検索URL	<a href="http://www.biwako.or.jp/senmonryoho/alcprogram.html">http://www.biwako.or.jp/senmonryoho/alcprogram.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼127 富山県\_谷野呉山病院 【病院】

名 称	医療法人社団和敬会 谷野呉山病院
住 所	〒930-0103 富山県富山市北代 5200 番地
TEL・FAX	TEL : 076-436-5800
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール依存教室、アルコール依存症グループ、作業療法、内観療法、断酒グループ
診療曜日・時間	診療 月～土／9:00～12:30 13:30～17:00 受付 8:30～11:00 13:00～16:00 休診日／第 2・4 土、日、祝日 ※急患は除く
予約の必要性	予約制 受診相談受付 9:00～17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.wakeikai.com/gozan/guide/index.html">http://www.wakeikai.com/gozan/guide/index.html</a>
データ検索月日	3/18/2017

### ▼128 富山県\_アイ・クリニック 【診療所】

名 称	医療法人社団博啓会 アイ・クリニック
住 所	〒939-8271 富山市太郎丸西町 2-8-6
TEL・FAX	TEL : 076-421-0238 FAX : 076-421-0207
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	通院治療、入院医療機関との連携治療、ACTによる訪問や往診、低減治療
診療曜日・時間	月、水、木、金/9:00~12:00 13:00~18:00 火/9:00~12:00 13:00~18:00 18:00~20:00 土/9:00~12:00 13:00~14:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.ai-clinic.sakura.ne.jp/">http://www.ai-clinic.sakura.ne.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼129 石川県\_加賀こころの病院 【病院】

名 称	医療法人社団長久会 加賀こころの病院
住 所	〒922-0831 石川県加賀市幸町 2 丁目 63 番地
TEL・FAX	TEL : 0761-72-0880 FAX : 0761-72-0875
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~金/9:00~13:00 14:00~16:00 受付 窓口/8:00~15:00 電話/8:30~15:00 休診日/土、日、祝日
予約の必要性	予約制 外来受付専用電話 0761-72-0029 受付 月~金/8:30~15:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.chokyu.gr.jp/">http://www.chokyu.gr.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼130 石川県\_石川県立高松病院 【病院】

名 称	石川県立高松病院
住 所	〒929-1214 石川県かほく市内高松ヤ 36
TEL・FAX	TEL : 076-281-1125
診療科目	精神科、専門外来（アルコール外来）
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	サイコドラマ、作業療法、外来入院者合同ミーティング、勉強会、グループミーティング、GTMACK、ウォーキング（冬季は作業療法）、内観、自治会活動、懇談会、家族教室、自助グループなど
診療曜日・時間	月~金/8:30~12:00 受付 ~11:00
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族教室有
データ検索URL	<a href="http://www.pref.ishikawa.jp/takabyo/alcoholism/">http://www.pref.ishikawa.jp/takabyo/alcoholism/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼131 石川県\_松原病院 【病院】

名 称	社会医療法人財団松原愛育会 松原病院
住 所	〒920-8654 石川県金沢市石引4丁目3番5号
TEL・FAX	TEL：076-231-4138 FAX：076-221-8889
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	野外ウォーク、ロールプレイ、レクリエーション、リラクゼーション、ミーティング、酒歴発表、作業療法
診療曜日・時間	9:00～13:00 14:00～17:00 受付 初診/8:30～11:00 13:30～16:00 再診/8:30～12:00 13:30～16:00 アルコール外来 木/14:00～17:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	初診 直通 076-231-4145 月～金/9:00～20:00 土/9:00～17:00 ※日曜、祝日を除く 再診 076-231-4143 月～土/8:30～17:00 ※日曜、祝日を除く
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://matsubara-hospital.org/hospitalization/hospitalization04/">http://matsubara-hospital.org/hospitalization/hospitalization04/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼132 福井県\_福井県立病院 【病院】

名 称	福井県立病院
住 所	〒910-0846 福井県福井市四ツ井2丁目8-1
TEL・FAX	TEL：0776-54-5151 FAX：0776-57-2945
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/8:30～ 受付 初診/8:00～11:30 再診/7:30～11:30 7:30～8:00 は自動再来受付機のみ 休診日/土、日、祝日、年末年始（12月29日～1月3日）
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://fph.pref.fukui.lg.jp/department/d/psychosomatic/">http://fph.pref.fukui.lg.jp/department/d/psychosomatic/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼133 京都府精神保健福祉総合センター 【病院・診療所】

名 称	京都府精神保健福祉総合センター
住 所	〒612-8416 京都市伏見区竹田流池町120
TEL・FAX	TEL：075-641-1810 FAX：075-641-1819 ※お問い合わせください。



### ▼134 京都市\_いわくら病院 【病院】

名 称	医療法人稲門会 いわくら病院
住 所	〒606-0017 京都市左京区岩倉上蔵町 101
TEL・FAX	TEL : 075-711-2171 FAX : 075-722-7898
診療科目	精神科、アルコール外来
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール治療病棟有、アルコール専門外来、自助グループ、家族教室
診療曜日・時間	受付 月～土/9:00～11:30 休診日/日、祝日 ※緊急時間外受付
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族教室有
データ検索URL	<a href="http://www.toumonkai.net/co_mame/article/bqc20150603163535-205.html">http://www.toumonkai.net/co_mame/article/bqc20150603163535-205.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼135 京都市\_安東医院 【診療所】

名 称	安東医院
住 所	〒600-8155 京都府京都市下京区西玉水町 279
TEL・FAX	TEL : 075-344-6016 FAX : 075-344-6076
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	初診者ミーティング、アルコール講座、グループミーティング、院内例会、女性アルコールミーティング
診療曜日・時間	月/9:30～12:00 14:00～16:00 ※15:00～16:10 予約診療のみ 火、金/9:30～12:00 17:00～19:00 水/9:30～12:00 土/9:30～12:00 14:00～16:00
予約の必要性	初診のみ予約制
家族相談の有無等	家族相談有、家族教室（有料）
データ検索URL	<a href="http://www.geocities.jp/ando_mental/annai.html">http://www.geocities.jp/ando_mental/annai.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼136 京都市\_広兼医院 【診療所】

名 称	広兼医院
住 所	〒612-8048 京都府京都市伏見区大阪町 602
TEL・FAX	TEL : 075-622-3006 FAX : 075-622-2303
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、水/9:00～12:00 17:00～19:00 火、金、土/9:00～12:00 休診日/木、火午後、金午後、土午後、日曜、祝日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.myclinic.ne.jp/hirokane/pc/index.html">http://www.myclinic.ne.jp/hirokane/pc/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼137 大阪府\_大阪府立精神医療センター 【病院】

名 称	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立精神医療センター
住 所	〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪 3-16-21
TEL・FAX	TEL : 072-847-3261 FAX : 072-840-6206
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	※
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算
診療曜日・時間	初診受付 8:30~11:00 ※予約不要 再診予約制/9:00~11:30 13:00~16:00 休診日/土、日、祝日、年末年始(12月29日~1月3日)
予約の必要性	再診完全予約制 診察予約変更専用電話 072-847-3231 平日/8:30~17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://pmc.opho.jp/">http://pmc.opho.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼138 大阪府\_東大阪山路病院 【病院】

名 称	医療法人孟仁会 東大阪山路病院
住 所	〒578-0925 大阪府東大阪市稲葉 1-7-5
TEL・FAX	TEL : 072-961-3700 FAX : 072-961-3704
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~土/9:00~12:00 月~金/17:00~20:00 休診日/日、祝日、年末年始
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://yamajireha.wixsite.com/yamaji-hp">http://yamajireha.wixsite.com/yamaji-hp</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼139 大阪府\_新阿武山病院 【病院】

名 称	特定医療法人大阪精神医学研究所 新阿武山病院
住 所	〒569-1041 大阪府高槻市奈佐原 4-10-1
TEL・FAX	TEL : 072-693-1881 FAX : 072-693-3029
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理料届出施設 アルコール治療専門病棟 60床
診療曜日・時間	受付 月~土/9:00~11:30 ※初診受付は 11:30 まで 来院前に電話をかける 休診日/日、祭日、年末年始(12月29日~1月3日)、創立記念日(12月13日)
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族教室有
データ検索URL	<a href="http://www.shin-abuyama.or.jp/index.html">http://www.shin-abuyama.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼140 大阪府\_新生会病院 【病院】

名 称	医療法人和気会 新生会病院
住 所	〒594-1154 大阪府和泉市松尾寺町 113
TEL・FAX	TEL : 0725-53-1222 FAX : 0725-53-1227
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	院内学習会、院内断酒会、PSP、外来教室、退院者ミーティング、アルコール基礎調査、レクリエーション、認知行動療法プログラム
診療曜日・時間	月～土/9:00～12:00 13:00～15:00 ※午後は予約制 第3日/9:00～12:00 休診日/日曜(第3日除く)、祝日、年末年始
予約の必要性	初診は要予約 午後診療は予約制
家族相談の有無等	家族相談有、家族教室、家族例会
データ検索URL	<a href="http://shinseikai-hospital.la.coccan.jp/program.html">http://shinseikai-hospital.la.coccan.jp/program.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼141 大阪府\_丹比荘病院 【病院】

名 称	医療法人丹比荘 丹比荘病院
住 所	〒583-0884 大阪府羽曳野市野 164-1
TEL・FAX	TEL : 072-955-4468
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～土/9:00～11:30 月～金/13:00～15:30 初診受付 8:30～10:30 12:00～14:30 休診日/第2・4土
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.tanpisou-hosp.or.jp/">http://www.tanpisou-hosp.or.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼142 大阪府\_阪和いずみ病院 【病院】

名 称	医療法人聖和錦秀会 阪和いずみ病院
住 所	〒594-1151 大阪府和泉市唐国町 4-15-48
TEL・FAX	TEL : 0725-53-1555 FAX : 0725-53-1214
診療科目	精神科、心療内科、アルコール外来
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール依存症専門病棟有
診療曜日・時間	月～土/9:00～11:00
予約の必要性	初診予約制 受付時間 9:00～17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.shinizumi-hp.or.jp/kranke/family.html">http://www.shinizumi-hp.or.jp/kranke/family.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼143 大阪府\_稲垣診療所【診療所】

名 称	稲垣診療所
住 所	〒596-0825 大阪府岸和田市土生町 2-19-7
TEL・FAX	TEL : 072-438-6331
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、水、木、土/9:00~11:30 17:00~19:00 日/9:00~11:30 休診日/火、金、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	◆公式HP無 <a href="https://byoinnavi.jp/clinic/165010">https://byoinnavi.jp/clinic/165010</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼144 大阪府\_川田クリニック【診療所】

名 称	川田クリニック
住 所	〒596-0076 大阪府岸和田市野田町 1-6-27 コヤマビル 2F
TEL・FAX	TEL : 072-437-2711
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	男性ミーティング、女性ミーティング、酒害教室
診療曜日・時間	月、水、金/9:00~12:00 16:30~19:00 火、木、第2・4土/9:00~12:00 受付 午前 11:30 まで 午後 18:30 まで 休診日/火・木・土午後、日祝日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.myclinic.ne.jp/kawata33/pc/">http://www.myclinic.ne.jp/kawata33/pc/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼145 大阪府\_新阿武山クリニック【診療所】

名 称	特定医療法人大阪精神医学研究所精神科 新阿武山クリニック
住 所	〒569-1117 大阪府高槻市天神町 1-10-1 たかつき天神ビル 2F
TEL・FAX	TEL : 072-682-8801 FAX : 072-682-8802
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	院内例会、アルコールミーティング、アルコール講座、アルコール家族教室
診療曜日・時間	9:00~11:00 夜間/17:00~20:00 ※夜間診療は完全予約制 休診日/日、祝日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.shin-abuyama-clinic.jp/index.html">http://www.shin-abuyama-clinic.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼146 大阪府\_東布施辻本クリニック 【診療所】

名 称	医療法人 東布施辻本クリニック
住 所	〒577-0841 大阪府東大阪市足代 3-1-7 布施南ビル 1F
TEL・FAX	TEL : 06-6729-1000 FAX : 06-6728-7722
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	小グループミーティング、アルコール講座
診療曜日・時間	月、木/9:15~12:30 16:00~19:00 火、水、金、土/9:15~12:30 15:00~17:00
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有（有料）・初心者家族教室、家族ミーティング
データ検索URL	<a href="http://www.higashifuse-clinic.com/?page_id=51">http://www.higashifuse-clinic.com/?page_id=51</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼147 大阪市\_ひでんいん（悲田院）クリニック 【診療所】

名 称	医療法人孟仁会 ひでんいん（悲田院）クリニック
住 所	〒543-0055 大阪府大阪市天王寺区悲田院 5-13
TEL・FAX	TEL : 06-6773-2971 FAX : 06-6773-2976
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	院内ミーティング、初診者ミーティング、アルコール講座、女性ミーティング
診療曜日・時間	月、火、木、金/9:00~12:30 16:00~19:00 水/9:00~12:30 土/9:00~12:00 13:00~13:30
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	家族相談有、本人・家族合同ミーティング
データ検索URL	<a href="http://www.koushinkai-kosugi.com/shinryouannai.html">http://www.koushinkai-kosugi.com/shinryouannai.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼148 大阪市\_小谷クリニック【診療所】

名 称	医療法人小谷会 小谷クリニック
住 所	〒545-0051 大阪府大阪市阿倍野区旭町 1-1-27
TEL・FAX	TEL : 06-6556-9960
診療科目	精神科、心療内科、アルコール科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	院内ミーティング、初診者ミーティング、アルコール講座、本人・家族合同ミーティング、女性ミーティング等
診療曜日・時間	月、火、木、金/9:00~12:30 16:00~19:00 水/9:00 ~ 12:30 土/9:00~12:00 13:00~13:30 休診日/日、祝日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	初診者家族教室、親のグループ、家族グループ
データ検索URL	<a href="http://kotani-kc.com/alcohol.php">http://kotani-kc.com/alcohol.php</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼149 大阪市\_藤井クリニック【診療所】

名 称	医療法人 藤井クリニック
住 所	〒534-0024 大阪府大阪市都島区東野田町 1-21-7 富士林プラザ 10 番館 2F
TEL・FAX	TEL : 06-6352-5100 FAX : 06-6352-5588
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール基礎講座、グループミーティング、フォローアップミーティング、初診者ミーティング、女性ミーティング等
診療曜日・時間	月、水、金/9:30~19:00 火、土/9:30~15:30 休診日/木、日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	家族相談有、家族教室、家族の基礎講座
データ検索URL	<a href="http://www.fujii-clinic.jp/alcoholism/">http://www.fujii-clinic.jp/alcoholism/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼150 堺市\_金岡中央病院【病院】

名 称	医療法人以和貴会 金岡中央病院
住 所	〒591-8012 大阪府堺市北区中村町 450
TEL・FAX	TEL : 072-252-9000 FAX : 072-254-3660
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	個人及び集団精神療法、学習、作業療法、スポーツ、自助グループである地域の断酒会やAAへの積極的な参加等
診療曜日・時間	アルコール外来 週2回 要問い合わせ
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族教室：日時は電話にて問い合わせ
データ検索URL	<a href="http://www.kanaoka-chsp.jp/aru.htm">http://www.kanaoka-chsp.jp/aru.htm</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼151 兵庫県\_東加古川病院 【病院】

名 称	医療法人達磨会 東加古川病院
住 所	〒675-0101 兵庫県加古川市平岡町新在家 1197-3
TEL・FAX	TEL : 079-424-2983
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理料加算、心の整理、アルコール依存症からの回復、アルコールとどう付き合う、アルコール依存症とは、室内運動、断酒のために、勉強会を振り返って等
診療曜日・時間	月～土/8:30～11:30 ※初診は来院による受付が必要 受付 11時まで 休日/年末年始(12月30日～1月3日)、夏季休暇(8月中旬)
予約の必要性	再診は完全予約制 初診の予約はできない
家族相談の有無等	アルコール家族会、家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.tatsumakai.jp/information/alcohol.html">http://www.tatsumakai.jp/information/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼152 兵庫県\_新淡路病院 【病院】

名 称	医療法人 新淡路病院
住 所	〒656-0015 兵庫県洲本市上加茂 43 番地
TEL・FAX	TEL : 0799-22-1534 FAX : 0799-22-7968
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	断酒会
診療曜日・時間	月～土/9:30～ 受付 9:00～11:00 要予約 木/17:00～ 受付 17:00～18:30 アルコール 土/13:00～ 受付 13:00～15:00
予約の必要性	木 予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.shin-awaji.sakura.ne.jp/">http://www.shin-awaji.sakura.ne.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼153 兵庫県\_公立宍粟総合病院 【病院】

名 称	公立宍粟総合病院
住 所	〒671-2576 兵庫県宍粟市山崎町鹿沢 93
TEL・FAX	TEL : 0790-62-2410
診療科目	精神科、アルコール外来
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール教室
診療曜日・時間	アルコール外来 水/14:00~16:00
予約の必要性	再診予約は電話でも受け付ける 予約受付時間 15:00~17:00 ※祝日を除く月~金
家族相談の有無等	アルコール教室
データ検索URL	<a href="http://www.shiso-hp.jp/index.php/shinryouka/seishinka">http://www.shiso-hp.jp/index.php/shinryouka/seishinka</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼154 兵庫県\_豊岡病院 【病院】

名 称	公立豊岡病院組合立 豊岡病院
住 所	〒668-8501 兵庫県豊岡市戸牧 1094 番地
TEL・FAX	TEL : 0796-22-6111 FAX : 0796-22-0088
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算
診療曜日・時間	平日/8:00~11:00 12:00~15:00
予約の必要性	初診予約制 予約受付時間 月~金/8:00~11:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.toyookahp-kumiai.or.jp/toyooka/">http://www.toyookahp-kumiai.or.jp/toyooka/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼155 兵庫県\_ただしメンタルクリニック 【診療所】

名 称	ただしメンタルクリニック
住 所	〒663-8204 西宮市高松町 4 番 37 号中林ビル西宮 5F
TEL・FAX	TEL : 0798-69-2881
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール勉強会、院内例会
診療曜日・時間	月、水/9:00~11:00 16:00~18:00 火/9:00~12:00 12:00~13:00 土/9:00~11:00 木/予約のみ 休診日/金、日、祝日
予約の必要性	初診予約制 再診は順番制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.nishinomiya.hyogo.med.or.jp/homepage/index.php?pcd=P00330">http://www.nishinomiya.hyogo.med.or.jp/homepage/index.php?pcd=P00330</a>
データ検索月日	3/2/2017



### ▼156 神戸市\_垂水病院 【病院】

名 称	公益財団法人復光会 垂水病院
住 所	〒651-2202 兵庫県神戸市西区押部谷町西盛 566 番地
TEL・FAX	TEL : 078-994-1151 FAX : 078-994-2941
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール治療病棟有 アルコールミーティング（野外ミーティング）有
診療曜日・時間	月～金/9:00～11:30 13:00～15:30 土/9:00～11:30 休診日/土午後、日、祝日、年末年始（12月29日～1月3日）
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有、家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.tarumi-hospital.jp/page12.html">http://www.tarumi-hospital.jp/page12.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼157 神戸市\_兵庫県立光風病院 【病院】

名 称	兵庫県立光風病院
住 所	〒651-1242 神戸市北区山田町上谷上字登り尾 3
TEL・FAX	TEL : 078-581-1013
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール依存症専門病棟における入院治療、断酒会・AA（アルコホリックアノニマス）への橋渡し
診療曜日・時間	
予約の必要性	初診予約制 予約受付時間 9:00～17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://kofu-hosp.jp/gaiyou/chiryuu.html#alcohol">http://kofu-hosp.jp/gaiyou/chiryuu.html#alcohol</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼158 神戸市\_有馬高原病院 【病院】

名 称	特定医療法人寿栄会 有馬高原病院
住 所	〒651-1512 兵庫県神戸市北区長尾町上津 4663-3
TEL・FAX	TEL : 078-986-1115
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～土/9:30～12:30 受付 9:00～12:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制 初診受付時間 月～土/9:00～12:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.arimakougen.or.jp/">http://www.arimakougen.or.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼159 神戸市\_宋神経科クリニック【診療所】

名 称	宋神経科クリニック
住 所	〒650-0022 神戸市中央区元町通 3-3-4
TEL・FAX	TEL : 078-333-9281 FAX : 078-333-9282
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	ライフセミナー、各種講座・ミーティング、体験交流会
診療曜日・時間	月～金/9:00～17:30 土/9:00～15:30 受付 9:00～12:30 第3日/10:00～15:30 受付 10:00～12:00 休診日/第1・2・4・5日、祝日 ※祝日が第3日曜の場合は診療
予約の必要性	初診は事前に電話
家族相談の有無等	共依存ミーティング、初診者家族相談、家族会
データ検索URL	<a href="http://so-clinic.net/p/54">http://so-clinic.net/p/54</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼160 神戸市\_幸地クリニック【診療所】

名 称	幸地クリニック
住 所	〒650-0021 神戸市中央区三宮町 2-11-1 センタープラザ西館 7F 709号
TEL・FAX	TEL : 078-599-7365 FAX : 078-599-7832
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	依存症回復支援プログラム(3か月およそ10～12回)、アルコール依存症集団精神療法プログラム
診療曜日・時間	月、火、水、金/9:00～12:30 16:00～19:00 土/9:00～14:00 受付 8:45～12:00 15:45～18:30
予約の必要性	予約制 予約受付時間 開院日/9:00～18:00 土/19:00まで ※当日の予約も可能
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://kochiclinic.jp/alcohol.html">http://kochiclinic.jp/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼161 奈良県\_医療法人植松クリニック【診療所】

名 称	医療法人 植松クリニック
住 所	〒631-0824 奈良県奈良市西大寺南町 2-6 明光第5ビル 101号
TEL・FAX	TEL : 0742-45-7501
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、水、金/9:00～12:00 15:00～16:30 火、木、土/9:00～12:00 休診日/日、祝
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	◆公式HP無 <a href="https://byoinnavi.jp/clinic/46236">https://byoinnavi.jp/clinic/46236</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼162 奈良県\_医療法人八木植松クリニック【診療所】

名 称	医療法人 八木植松クリニック
住 所	〒634-0078 奈良県橿原市八木町 1-7-3 かしはらビル 5 階
TEL・FAX	TEL : 0744-25-8620 FAX : 0744-25-8622
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、火、木、金、土/9:00~13:00
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	公式HP無 ◆タウンページ <a href="http://nttbj.itp.ne.jp/0744258620/index.html">http://nttbj.itp.ne.jp/0744258620/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼163 和歌山県\_和歌浦病院【病院】

名 称	特定医療法人旭会 和歌浦病院
住 所	〒641-0021 和歌山市和歌浦東 3 丁目 2 番 38 号
TEL・FAX	TEL : 073-444-0861 FAX : 073-446-2655
診療科目	精神科、心療内科、専門外来（アルコール外来）
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	院内アルコール例会
診療曜日・時間	月、水、金/9:00~11:30 14:00~16:00 火、木/9:00~11:30 土/9:00~11:00 アルコール外来 水/14:00~16:00
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	院内アルコール例会
データ検索URL	<a href="http://www.wakaura-hosp.net/disease/alcohol.html">http://www.wakaura-hosp.net/disease/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼164 和歌山県\_和歌山県立こころの医療センター【病院】

名 称	和歌山県立こころの医療センター
住 所	〒643-0811 和歌山県有田郡有田川町庄 31
TEL・FAX	TEL : 0737-52-3221 FAX : 0737-52-5571
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	アルコール専門外来 月/13:30~16:00 休診日/土、日、祝日、年末年始（12月29日~1月3日）
予約の必要性	予約制 初診受付時間 8:45~11:00 再診受付予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050112/050112.htm">http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050112/050112.htm</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼165 鳥取県\_医療福祉センター渡辺病院 【病院】

名 称	社会医療法人明和会 医療福祉センター渡辺病院
住 所	〒680-0011 鳥取県鳥取市東町 3 丁目 307
TEL・FAX	TEL : 0857-24-1151 FAX : 0857-24-1024
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	グループセラピー、学習&交流ミーティング、エンパワーメントミーティング
診療曜日・時間	月～土/9:00～12:00 受付 初診月～金/8:45～10:00 再診月～土/8:45～12:00 休診日/日、祝日、年末年始
予約の必要性	初診で紹介状に病院の記載がない場合は、まず電話で相談する。
家族相談の有無等	アルコール・アディクション家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.mmwc.or.jp/specialist_about.html#specialist_about-4">http://www.mmwc.or.jp/specialist_about.html#specialist_about-4</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼166 島根県\_松江赤十字病院 【病院】

名 称	松江赤十字病院
住 所	〒690-8506 松江市母衣町 200
TEL・FAX	TEL : 0852-24-2111 FAX : 0852-31-9783
診療科目	精神神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコールミーティング (病棟患者のみ)、アルコール教室、病棟断酒会、地域断酒会
診療曜日・時間	アルコール外来 第 1・3 金/午後
予約の必要性	予約制 初診受付時間 8:00～18:00
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.matsue.jrc.or.jp/publics/index/210/">http://www.matsue.jrc.or.jp/publics/index/210/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼167 島根県\_松江市立病院 【病院】

名 称	松江市立病院
住 所	〒690-0045 松江市乃白町 32-1
TEL・FAX	TEL : 0852-60-8000 FAX : 0852-60-8005
診療科目	精神神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/午前 休診日/土、日、祝日、年末年始
予約の必要性	初診受付時間 8:30～11:30
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.matsue-cityhospital.jp/">http://www.matsue-cityhospital.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼168 島根県\_八雲病院 【病院】

名 称	医療法人仁風会 八雲病院
住 所	〒690-0033 松江市大庭町 1460-3
TEL・FAX	TEL : 0852-23-3456 FAX : 0852-23-3495
診療科目	精神科、心療内科、神経内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	休診日/日、祝日、年末年始、お盆
予約の必要性	予約可能
家族相談の有無等	
データ検索URL	◆公式HP無 <a href="http://nttbj.itp.ne.jp/0852233456/index.html">http://nttbj.itp.ne.jp/0852233456/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼169 島根県\_こなんホスピタル 【病院】

名 称	医療法人同仁会 こなんホスピタル
住 所	〒699-0402 松江市宍道町白石 129-1
TEL・FAX	TEL : 0852-66-0712 FAX : 0852-66-0711
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	思いを語る集い、再飲酒予防トレーニング、院内断酒会、地域断酒会、AA、作業療法（フィールドワーク）、各種アルコールミーティング
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:00 13:00～17:00 受付 初診 8:50～11:00 13:00～15:00 再診 8:50～11:30 13:00～15:30 土/9:00～12:00 受付 初診 8:50～11:00 再診 8:50～11:30 休診日/第2・4土、日、祝日、開院記念日（10月13日）、盆（8月13日～8月15日）、 年末年始（12月30日～1月3日）
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.doujinkai.jp/129.html">http://www.doujinkai.jp/129.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼170 島根県\_安来第一病院 【病院】

名 称	社会医療法人昌林会 安来第一病院
住 所	〒692-0011 安来市安来町 899-1
TEL・FAX	TEL : 0854-22-3411 FAX : 0854-23-2729
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	平日/8:30~12:30 13:30~17:30 受付 平日/8:30~12:00 13:30~17:00 ※初診は8:30~11:30 13:30~16:30 までに受付
予約の必要性	初診予約なしでも可
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.syourinkai.or.jp/hospital">http://www.syourinkai.or.jp/hospital</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼171 島根県\_奥出雲コスモ病院 【病院】

名 称	医療法人コスモ会 奥出雲コスモ病院
住 所	〒699-1311 雲南市木次町里方 1275-2
TEL・FAX	TEL : 0854-42-3950 FAX : 0854-42-3951
診療科目	精神科、神経内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	受付 9:00~12:00 ※新患は11:30 まで 休診日/日、祝日、年末年始(12月31日~1月3日)
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://okuizumocosmo-hp.or.jp/index.html">http://okuizumocosmo-hp.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼172 島根県\_島根県立こころの医療センター 【病院】

名 称	島根県立こころの医療センター
住 所	〒693-0032 出雲市下古志町 1574-4
TEL・FAX	TEL : 0853-30-0566 FAX : 0853-30-2000
診療科目	精神科、神経内科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~金/9:00~12:00 初診受付 8:30~11:00 休診日/祝日、年末年始(12月29日~1月3日)
予約の必要性	予約制 初診・再診ともに予約受付時間 9:00~17:15
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.pref.shimane.lg.jp/sppmc/">http://www.pref.shimane.lg.jp/sppmc/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼173 島根県\_西川病院【病院】

名 称	社会医療法人清和会 西川病院
住 所	〒697-0052 浜田市港町 293-2
TEL・FAX	TEL : 0855-22-2390 FAX : 0855-22-3680
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/8:30～11:00 ※外来入口は7:00に開く 休診日/土、日、祝日、盆休(8月15日)、年末年始(12月29日～1月3日)
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.nishikawa-hospital.jp/">http://www.nishikawa-hospital.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼174 島根県\_松ヶ丘病院【病院】

名 称	社会医療法人 松ヶ丘病院
住 所	〒698-0041 益田市高津町 4-24-10
TEL・FAX	TEL : 0856-22-8711 FAX : 0856-22-8730
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:00
予約の必要性	予約受付時間 8:00～17:00 受診当日なら 8:00～11:00 ※予約電話は日、祝日も受付
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.matugaoka-iatria.jp/index.html">http://www.matugaoka-iatria.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼175 岡山県\_希望ヶ丘ホスピタル【病院】

名 称	社会医療法人高見徳風会 希望ヶ丘ホスピタル
住 所	〒708-0052 岡山県津山市田町 115
TEL・FAX	TEL : 0868-22-3158 FAX : 0868-22-3150
診療科目	神経精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算
診療曜日・時間	受付 新患 8:30～11:00 再来 8:30～15:00 休診日/木、日、祝日、年末年始
予約の必要性	完全予約制 初診・再診とも 予約電話受付時間 13:30～17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://tokufuu.or.jp/kibou/visit/">http://tokufuu.or.jp/kibou/visit/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼176 岡山県\_積善病院 【病院】

名 称	一般財団法人江原積善会 積善病院
住 所	〒708-0883 岡山県津山市一方 140
TEL・FAX	TEL : 0868-22-3166 FAX : 0868-22-6527
診療科目	精神科 (アルコール外来有)、精神科デイケア
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	アルコール外来 第2・4金/13:30~17:00 休診日/日、祭日
予約の必要性	予約制 予約受付時間 月~金/9:00~17:00
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.sekizen.or.jp/index.html">http://www.sekizen.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼177 岡山県\_ももの里病院 【病院】

名 称	公益財団法人仁和会 ももの里病院
住 所	〒714-0022 岡山県笠岡市今立 2543
TEL・FAX	TEL : 0865-62-5321
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	院内断酒会、AA 院内ミーティング
診療曜日・時間	休診日/木、日、祝日、年末年始 (12月30日~1月3日)
予約の必要性	予約制 予約受付時間 9:00~16:00 新患予約専用 0865-62-5606 予約変更、問合せダイヤル 0865-62-5605
家族相談の有無等	アルコール家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.momonosato-hp.com/alcohol-related.html">http://www.momonosato-hp.com/alcohol-related.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼178 岡山市\_岡山県精神科医療センター 【病院】

名 称	岡山県精神科医療センター
住 所	〒700-0915 岡山県岡山市北区鹿田本町 3-16
TEL・FAX	TEL : 086-225-3821 FAX : 086-234-2639
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	個別プログラム、お酒を体から抜くためのプログラム
診療曜日・時間	月、水、木 休診日/土、日、祝日、年末年始
予約の必要性	完全予約制
家族相談の有無等	初期家族教室、クラフト、新生会家族会、たけのこ会家族会
データ検索URL	<a href="http://www.popmc.jp/?guidance=1008/1030/1056">http://www.popmc.jp/?guidance=1008/1030/1056</a>
データ検索月日	3/1/2017



▼179 岡山市\_慈圭病院 【病院】

名 称	公益財団法人慈圭会 慈圭病院
住 所	〒702-8508 岡山市南区浦安本町 100 番の 2 地
TEL・FAX	TEL : 086-262-1191
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	火、金/9:00~13:00 受付 8:30~11:00
予約の必要性	アルコール外来は予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.zikei.or.jp/">http://www.zikei.or.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼180 岡山市\_林道倫精神科神経科病院 【病院】

名 称	林道倫精神科神経科病院
住 所	〒703-8520 岡山市中区浜 472 番地
TEL・FAX	TEL : 086-272-8811 FAX : 086-273-9944
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	院内断酒会、前進会、認知行動療法、学習会、ウォーキング、アルコール教室等
診療曜日・時間	月~土/13:00~17:00 受付 月~金/8:30~17:00
予約の必要性	予約制 林病院地域連携室 086-272-8811
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="http://hospital.hayashi-dorin.or.jp/info/alcohol.html">http://hospital.hayashi-dorin.or.jp/info/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼181 岡山市\_ゆうクリニック 【診療所】

名 称	ゆうクリニック
住 所	〒700-0902 岡山市北区幸町 1-7 大田ビル 3F
TEL・FAX	TEL : 086-225-0375
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~水、金/9:00~13:00 15:00~18:00 土/9:00~13:00 休診日/木、日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	公式 HP 無 ◆タウンページより <a href="https://itp.ne.jp/shop/KN3300060700023655/">https://itp.ne.jp/shop/KN3300060700023655/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼182 岡山市\_けやき通りメンタルクリニック 【診療所】

名 称	けやき通りメンタルクリニック
住 所	〒703-8256 岡山市中区浜 623-1
TEL・FAX	TEL：086-272-8570 FAX：086-272-8571
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:00～12:30 14:00～17:00 受付 8:30～12:00 14:00～16:30 休診日／火、水、土午後、日、祝
予約の必要性	予約制 電話予約受付時間 月～金／8:30～17:00 土／8:30～12:30
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://keyaki.hayashi-dorin.or.jp/index.html">http://keyaki.hayashi-dorin.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017
その他	アルコール依存症の入院治療を希望する場合は、林病院のアルコール専門病棟で受付

▼183 広島県\_広島県立総合精神保健福祉センター 【病院】

名 称	広島県立総合精神保健福祉センター
住 所	〒731-4311 広島県安芸郡坂町北新地 2 丁目 3-77
TEL・FAX	TEL：082-884-1051 FAX：082-885-3447 全 16 機関の記載有、2 重複 ※お問い合わせください

▼184 広島県\_広島県立総合精神保健福祉センター 【診療所】

名 称	広島県立総合精神保健福祉センター
住 所	〒731-4311 広島県安芸郡坂町北新地 2 丁目 3-77
TEL・FAX	TEL：082-884-1051 FAX：082-885-3447 全 6 機関の記載有 ※お問い合わせください

▼185 広島市\_瀬野川病院 【病院】

名 称	医療法人せのがわ 瀬野川病院
住 所	〒739-0323 広島市安芸区中野東 4 丁目 11 番 13 号
TEL・FAX	TEL：082-892-1055 FAX：082-892-1390
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	スクリーニングミーティング、Dr レクチャー、グループミーティング、アルコール勉強会、WALK & WORK 集団活動、断酒会
診療曜日・時間	9:00～診察終了まで 受付 8:30～11:30 ※予約者は受付可能 休診日／日、祝
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有、 アルコール依存症治療プロジェクト家族会 毎月第 3 土曜日／14:00～15:30
データ検索URL	<a href="https://senogawa.jp/effort/project/alcohol/">https://senogawa.jp/effort/project/alcohol/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼186 広島市\_草津病院 【病院】

名 称	医療法人社団更生会 草津病院
住 所	〒733-0864 広島市西区草津梅が台 10 番 1 号
TEL・FAX	TEL : 082-277-1001 FAX : 082-277-1008
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	学習会、ミーティング
診療曜日・時間	月～土/9:00～12:00 13:30～17:00 受付 午前 11:30 まで 午後 16:30 まで ※初診受付 16:00 まで 日/9:00～12:00 休診日/祝日
予約の必要性	予約制 直通電話 082-277-1399 月～土/9:00～17:00 ※日、祝日を除く
家族相談の有無等	家族教室有
データ検索URL	<a href="http://www.kusatsu-hp.jp/chiryou_program/alcoholkaifuku.html">http://www.kusatsu-hp.jp/chiryou_program/alcoholkaifuku.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼187 山口県\_山口県立こころの医療センター 【病院】

名 称	山口県立こころの医療センター
住 所	〒755-0241 山口県宇部市大字東岐波 4004-2
TEL・FAX	TEL : 0836-58-2370 FAX : 0836-58-6503
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	初診日/木 再診日/月、金
予約の必要性	予約制 予約受付時間 平日/9:00～15:30 外来直通 0836-58-2327
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://y-kokoro.jp/">http://y-kokoro.jp/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼188 山口県\_高嶺病院 【病院】

名 称	医療法人社団信和会 高嶺病院
住 所	〒759-0134 山口県宇部市大字善和 187 番地の 2
TEL・FAX	TEL : 0836-62-1100 FAX : 0836-62-1105
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	他の入院、退院患者との交流を通じて、今までのアルコールとの付き合いを見つめ直す機会を持つ
診療曜日・時間	月～土/9:00～17:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制 電話受付時間 月～土/8:30～17:00 ※祝日を除く
家族相談の有無等	家族相談有、家族教室
データ検索URL	<a href="http://koryohp.com/program.html">http://koryohp.com/program.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼189 徳島県\_藍里病院 【病院】

名 称	社会医療法人あいざと会 藍里病院
住 所	〒771-1342 徳島県板野郡上板町佐藤塚字東 288-3
TEL・FAX	TEL：088-694-5151 FAX：088-694-5321
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	解毒から行動修正まで、心理教育を中心とした専門治療プログラム
診療曜日・時間	木、金/9:30~12:30 受付 9:00~11:30 休診日/木午後、土、日、祝日、年末年始(12月30日~1月3日)、お盆(8月13日~15日)
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有、家族勉強会有
データ検索URL	<a href="http://www.aizato.or.jp/byouin_izon.html">http://www.aizato.or.jp/byouin_izon.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼190 徳島県\_あいざとパティオクリニック 【診療所】

名 称	社会医療法人あいざと会 藍里病院サテライトクリニックあいざとパティオクリニック
住 所	〒770-0042 徳島県徳島市蔵本町 2 丁目 30 番地-1
TEL・FAX	TEL：088-634-1881 FAX：088-634-1880
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	水/9:00~12:30 14:00~18:30 受付 水/9:00~12:00 14:00~18:00 休診日/木、日、祝日、年末年始(12月30日~1月3日)、お盆(8月13日~8月15日)
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.aizato.or.jp/pathio.html">http://www.aizato.or.jp/pathio.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

### ▼191 香川県\_三光病院 【病院】

名 称	医療法人社団光風会 三光病院
住 所	〒761-0123 香川県高松市牟礼町原 883-1
TEL・FAX	TEL：087-845-3301 FAX：087-845-6822
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	身体的治療、作業療法、断酒会
診療曜日・時間	月~土/9:00~12:00 13:10~17:00 受付 午前/初診 11:00 まで 再診 11:30 まで 午後/初診 16:00 まで 再診 16:30 まで 休診日/土午後、日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.sanko-hp.com/alcoholism/">http://www.sanko-hp.com/alcoholism/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼192 愛媛県\_松風病院 【病院】

名 称	医療法人誓生会 松風病院
住 所	〒799-0712 愛媛県四国中央市土居町入野 970 番地
TEL・FAX	TEL : 0896-74-2001 FAX : 0896-74-8166
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	初診は午前診療 月～金/9:00～12:00 13:30～17:00 土/精神科再診 要予約 火/精神科再診 18:00 まで 要予約 休診日/日、祝日、年末年始(12月29日～1月3日)
予約の必要性	予約制 電話窓口 医療相談室
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://matsukaze-hp.com/">http://matsukaze-hp.com/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼193 愛媛県\_西条道前病院 【病院】

名 称	医療法人社団隣善会 西条道前病院
住 所	〒793-0010 愛媛県西条市飯岡地蔵原 3290-1
TEL・FAX	TEL : 0897-56-2247 FAX : 0897-56-2667
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～土/9:00～12:00 月～金/13:30～17:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://saijodozen.byoinnavi.jp/pc/">http://saijodozen.byoinnavi.jp/pc/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼194 愛媛県\_正光会今治病院 【病院】

名 称	公益財団法人正光会 今治病院
住 所	〒799-1598 愛媛県今治市高市甲 786 番地 13
TEL・FAX	TEL : 0898-48-2560 FAX : 0898-48-2589
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/8:30～12:30 13:30～17:00
予約の必要性	土、日、祝日、地方祭(8月第1月曜日)、年末年始は予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.shokokai-grp.or.jp/category/imabari">http://www.shokokai-grp.or.jp/category/imabari</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼195 愛媛県\_和ホスピタル 【病院】

名 称	特定医療法人清和会 和ホスピタル
住 所	〒799-2434 愛媛県松山市柳原 739
TEL・FAX	TEL : 089-992-0700
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	8:30~12:00 受付 11:30 まで 休診日/第2・4土、日、祝日、お盆（8月15日）、年末年始（12月30~1月4日）
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://nagomihospital.com/">http://nagomihospital.com/</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼196 愛媛県\_堀江病院 【病院】

名 称	医療法人佑心會 堀江病院
住 所	〒799-2652 愛媛県松山市福角町甲 1582 番地
TEL・FAX	TEL : 089-978-0783
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:00~12:00 受付 8:45~11:30 休診日/土午後、日祝日、年末年始（12月29日~1月3日）、開院記念日（5月1日）、お盆（8月15日）、地方祭（10月7日）
予約の必要性	受付時間以外の診察を希望する方は電話で相談
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.horie-hp.jp/index.html">http://www.horie-hp.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼197 愛媛県\_松山記念病院【病院】

名 称	一般財団法人創精会 松山記念病院
住 所	〒791-8022 愛媛県松山市美沢1丁目10番38号
TEL・FAX	TEL：089-925-3211 FAX：089-923-7299
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール依存症の正しい知識を身に付ける。自身の本来持っている能力・自分らしさを引き出す。同じ悩みを持つ仲間たちと新しい人生を歩み出す援助を行う。
診療曜日・時間	受付 8:50~11:30 休診日/土、日、祝日、年末年始(12月29日~1月4日)、その他(4月4日、8月15日、10月7日)
予約の必要性	再診は予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.souseikai.jp/nyuin/rehabili.html">http://www.souseikai.jp/nyuin/rehabili.html</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼198 愛媛県\_久米病院【病院】

名 称	医療法人敬愛会 久米病院
住 所	〒790-0924 愛媛県松山市南久米町723番地
TEL・FAX	TEL：089-975-0503 FAX：089-975-0560
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	平日/9:00~12:00 13:00~15:00 休診日/土、日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://kume-hp.jp/index.php">http://kume-hp.jp/index.php</a>
データ検索月日	3/1/2017

▼199 愛媛県\_愛媛生協病院【病院】

名 称	愛媛医療生活協同組合 愛媛生協病院
住 所	〒791-1102 愛媛県松山市来住町1091-1
TEL・FAX	TEL：089-976-7001 FAX：089-976-7029
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~土/9:00~12:00 月~木/15:00~17:00 火、木/17:00~18:30
予約の必要性	初診完全予約制 089-976-7202
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.e-seikyo-hp.jp/index.php">http://www.e-seikyo-hp.jp/index.php</a>
データ検索月日	3/1/2017

## ▼200 愛媛県\_くじら病院 【病院】

名 称	くじら病院
住 所	〒796-8010 愛媛県八幡浜市五反田 1-1046-1
TEL・FAX	TEL : 0894-22-2309 FAX : 0894-22-3477
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	クリニカルパスに基づいたアルコール依存症治療プログラム、入院治療を
診療曜日・時間	受付 月～金/8:30～12:00 休診日/土、日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://kokoro.kujira.biz/?page_id=239#alcohol">http://kokoro.kujira.biz/?page_id=239#alcohol</a>
データ検索月日	3/2/2017

## ▼201 愛媛県\_双岩病院 【病院】

名 称	社団法人八幡浜医師会立 双岩病院
住 所	〒796-8035 愛媛県八幡浜市若山 4 番耕地 160 番地 1
TEL・FAX	TEL : 0894-22-4355 FAX : 0894-24-7665
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	受付 8:30～12:00 13:30～17:00 ※初診受付 11:30 まで 休診日/土、日、祝日、年末年始
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.geocities.jp/futaiwahosp/programs_and_services.htm">http://www.geocities.jp/futaiwahosp/programs_and_services.htm</a>
データ検索月日	3/2/2017

## ▼202 愛媛県\_正光会宇和島病院 【病院】

名 称	公益財団法人正光会 宇和島病院
住 所	〒798-0027 愛媛県宇和島市柿原 1280 番地
TEL・FAX	TEL : 0895-22-5622 FAX : 0895-24-1182
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/午前・午後 土、日/予約診療 初診受付 月～金/8:30～11:30
予約の必要性	予約制 初診電話予約
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.shokokai-grp.or.jp/uwajima/uwajima_menu/337.html">http://www.shokokai-grp.or.jp/uwajima/uwajima_menu/337.html</a>
データ検索月日	3/2/2017



### ▼203 愛媛県\_みやもとクリニック【診療所】

名称	医療法人 みやもとクリニック
住所	〒799-2435 愛媛県松山市府中 800-1
TEL・FAX	TEL : 089-993-1911 FAX : 089-993-3692
診療科目	心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール教育入院 離脱症状、アルコール関連疾患の治療後、心の治療、個別精神療法、集団精神療法、カウンセリング、自助グループへの参加
診療曜日・時間	9:00~12:30 14:00~18:00 受付 8:30~12:00 13:30~17:30 休診日/土、日、年末年始(12月30日~1月3日)
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族カウンセリング
データ検索URL	<a href="http://www.miya-cli.com/alcoholism/index.shtml">http://www.miya-cli.com/alcoholism/index.shtml</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼204 愛媛県\_兵頭クリニック【診療所】

名称	心療内科兵頭クリニック
住所	〒791-3164 愛媛県伊予郡松前町中川原 456
TEL・FAX	TEL : 089-985-3311
診療科目	心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~土/9:00~12:00 月、水、金/15:00~18:00 休診日/火午後、木午後、土午後、日、祝日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://hyodo-clinic.jp/index.html">http://hyodo-clinic.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼205 高知県\_海辺の杜ホスピタル【病院】

名称	医療法人精華園 海辺の杜ホスピタル
住所	〒781-0270 高知県高知市長浜 251 番地
TEL・FAX	TEL : 088-841-2288
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	支持的精神療法、薬物療法、教育的プログラムのアルコール教室、自助グループの断酒会・AA(アルコホリック・アノニマス)への参加
診療曜日・時間	平日/9:00~12:00 13:00~16:30 土/9:00~12:00 受付 平日/8:30~11:45 13:00~16:00 土/8:30~11:45
予約の必要性	完全予約制 088-841-2409
家族相談の有無等	家族相談有 予約制
データ検索URL	<a href="http://umibeno-mori.com/guidance/alcohol.html">http://umibeno-mori.com/guidance/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼206 高知県\_岡豊病院 【病院】

名 称	医療法人慈光会 岡豊病院
住 所	〒783-0043 高知県南国市岡豊町小蓮 689-1
TEL・FAX	TEL : 088-866-2345 FAX : 088-866-2348
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	ミーティング、集団精神療法、女性ミーティング、断酒会、DVD 学習会、AA、作業療法、家族プログラムなど
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:00 休診日/土、日
予約の必要性	初診は原則予約制 予約受付時間 平日/9:00～17:00
家族相談の有無等	家族プログラム ※精神保健福祉士による家族の方のみのグループワーク。
データ検索URL	<a href="http://www.okou-hp.or.jp/dependence.htm">http://www.okou-hp.or.jp/dependence.htm</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼207 高知県\_下司病院 【病院】

名 称	医療法人共生会 下司病院
住 所	〒780-0870 高知県高知市本町三丁目 5 番 13 号
TEL・FAX	TEL : 088-823-3257 FAX : 088-873-3658
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	受付 月～金/8:45～12:30 13:30～16:30 土/8:45～12:00 休診日/土曜午後、日、祝日、12月30日午後～1月3日
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.kochi-al.org/url/geshi-index.html">http://www.kochi-al.org/url/geshi-index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼208 福岡県\_福岡県立精神医療センター太宰府病院 【病院】

名 称	福岡県立精神医療センター太宰府病院
住 所	〒818-0125 福岡県太宰府市五条 3 丁目 8 番 1 号
TEL・FAX	TEL : 092-922-3137
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	入院治療プログラム
診療曜日・時間	初診 月～金/8:25～11:00 13:00～14:00 再診 月～土/8:25～11:30 月～金/13:00～15:00 休診日/日、祝日、12月29日～1月3日
予約の必要性	初診予約制 予約受付時間 平日/8:30～17:00 ※最後の受診から半年以上経過した場合、予約が必要
家族相談の有無等	アルコール家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.dazaifu-hsp.jp/guidance/zero/">http://www.dazaifu-hsp.jp/guidance/zero/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼209 福岡県\_おおりん病院 【病院】

名 称	医療法人十全会 おおりん病院
住 所	〒816-0942 福岡県大野城市中央 1 丁目 13 番 8 号
TEL・FAX	TEL : 092-581-1445 FAX : 092-591-7060
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	初診受付 月～土/9:00～11:30 月～金/13:30～15:30 再診受付 月～土/9:00～12:00 月～金/13:30～16:30 休診日/土午後、日、祝日
予約の必要性	完全予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://oorin.org/sitetheme/alcohol.htm">http://oorin.org/sitetheme/alcohol.htm</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼210 福岡県\_回生病院 【病院】

名 称	医療法人十全会 回生病院
住 所	〒811-416 福岡県宗像市朝町 200-1
TEL・FAX	TEL : 0940-33-3554
診療科目	精神神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	集団精神療法、内観療法、作業療法活動、合同例会、断酒学校、回生断酒友の会など
診療曜日・時間	月～金、第1・5土/9:30～12:00 月～金/13:00～17:00 受付 月～金、第1・5土/9:00～11:00 月～金/13:00～16:00 休診日/第2～4土、日曜、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.kaisei-hpl.jp/sitetheme/program.html">http://www.kaisei-hpl.jp/sitetheme/program.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼211 福岡県\_一本松すすかけ病院 【病院】

名 称	医療法人和光会 一本松すすかけ病院
住 所	〒825-0004 福岡県田川市大字夏吉 142 番地
TEL・FAX	TEL : 0947-44-2150 FAX : 0947-44-8251
診療科目	神経精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～土/9:00～12:30
予約の必要性	予約制 0120-557-832
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://wakokai.or.jp/">http://wakokai.or.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼212 福岡県\_行橋記念病院 【病院】

名 称	医療法人翠会 行橋記念病院
住 所	〒824-0033 福岡県行橋市北泉 3-11-1
TEL・FAX	TEL : 0930-25-2000 FAX : 0930-25-3477
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	アルコール外来 第2・4金/11:00～12:30 休診日/日、祝日、お盆、年末年始
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.yukhashi-hp.or.jp/03katsudou/p02.html">http://www.yukhashi-hp.or.jp/03katsudou/p02.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼213 福岡県\_のぞえ総合心療病院 【病院】

名 称	医療法人コミュノテ風と虹 のぞえ総合心療病院
住 所	〒830-0053 福岡県久留米市藤山町 1730
TEL・FAX	TEL：0942-22-5311 FAX：0942-22-0879
診療科目	心療内科、精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	※
アルコール治療プログラムの内容	アルコールミーティング アルコール依存症の患者集団での話し合い、分かち合い、支え合い。
診療曜日・時間	10:00～12:30 14:30～17:00 夜間外来※原則電話予約 受付 9:00～12:00 13:30～16:30 休診日／土午後、日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://nozoe-hp.jp/cn42/cn57/EDT.html">http://nozoe-hp.jp/cn42/cn57/EDT.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼214 福岡県\_乙金病院 【病院】

名 称	医療法人同仁会 乙金病院
住 所	〒816-0901 福岡県大野城市乙金東 4 丁目 12-1
TEL・FAX	TEL：092-503-7070 FAX：092-503-7855
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	※
アルコール治療プログラムの内容	久里浜方式に準じたアルコール・リハビリテーション・プログラム（ARP）、クリニカルパスを導入
診療曜日・時間	9:00～12:30 13:30～16:30 受付 8:45～12:00 13:30～16:00 休診日／土午後、日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="https://www.otogane.or.jp/otogane_annai/index.html#02">https://www.otogane.or.jp/otogane_annai/index.html#02</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼215 福岡県\_三池病院 【病院】

名 称	医療法人富松記念会 三池病院
住 所	〒837-0921 福岡県大牟田市大字三池 855 番地
TEL・FAX	TEL：0944-53-4852 FAX：0944-53-0117
診療科目	心療内科、精神科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	受付 月～土／9:00～12:00 13:30～16:00
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://miikeh.com/index.html">http://miikeh.com/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼216 北九州市\_新門司病院 【病院】

名 称	特定医療法人豊司会 新門司病院
住 所	〒800-0102 福岡県北九州市門司区猿喰 615
TEL・FAX	TEL : 093-481-1368 FAX : 093-481-5595
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	入院中にアルコール依存症への認識を深め、断酒継続を目指す
診療曜日・時間	月～土/9:00～12:30 月～金/13:30～17:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	初診・入院希望事前連絡が必要 病院 093-481-1368 相談室 093-481-8844
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://shinmoji.com/">http://shinmoji.com/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼217 北九州市\_門司松ヶ江病院 【病院】

名 称	医療法人松和会 門司松ヶ江病院
住 所	〒800-0112 北九州市門司区大字畑 355 番地
TEL・FAX	TEL : 093-481-1281 FAX : 093-481-7069
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:30～13:00 14:00～17:00 ※午後は予約・再来のみ 受付 8:30～12:00 ※初診 10:00 まで 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.matsugae.or.jp/">http://www.matsugae.or.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼218 北九州市\_門司田野浦病院 【病院】

名 称	医療法人碧水会 門司田野浦病院
住 所	〒801-0803 福岡県北九州市門司区田野浦 1018
TEL・FAX	TEL : 093-331-0800 FAX : 093-331-0801
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	入院中から退院後の生活を考え学習し、断酒継続を行える退院後の生活を目指す。
診療曜日・時間	受付 月～土/8:30～12:00 月～金/13:00～17:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	外来診療は要予約
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.moji-tanoura.jp/guidance.html#abstinence">http://www.moji-tanoura.jp/guidance.html#abstinence</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼219 北九州市\_平尾台病院 【病院】

名 称	医療法人杏和会 平尾台病院
住 所	〒803-0184 福岡県北九州市小倉南区大字木下 555
TEL・FAX	TEL : 093-451-0303
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理
診療曜日・時間	月～金/9:00～12:30 13:30～17:00 土/9:00～12:00 休診日/土午後、日曜、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	◆SCUEL より (公式 HP 無し) / <a href="http://scuel.me/hospital/4017810104/">http://scuel.me/hospital/4017810104/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼220 北九州市\_松尾病院 【病院】

名 称	特定医療法人天臣会 松尾病院
住 所	〒800-0252 福岡県北九州市小倉南区葛原高松 1 丁目 2-30
TEL・FAX	TEL : 093-471-7721
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～土/8:30～12:00 ※初診 11:00 まで 月～金/13:00～16:30 ※初診 16:00 まで 休診日/日、祝日、年末年始
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.matsuo-hp.com/">http://www.matsuo-hp.com/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼221 北九州市\_八幡厚生病院 【病院】

名 称	医療法人社団翠会 八幡厚生病院
住 所	〒807-0846 北九州市八幡西区里中 3-12-12
TEL・FAX	TEL : 093-691-3344 FAX : 093-603-7213
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	ホームミーティング (外来通院対象)
診療曜日・時間	初診 月～金/9:30～12:30 再診 月～金/9:00～12:30 休診日/金午後、土、日、祝日、お盆 (8月13日～15日)、年末年始 (12月30日～1月3日)
予約の必要性	受診・入院は事前予約制 月～金/9:00～17:00 ※土、日、祝日、お盆、年末年始をのぞく 病院代表 093-691-3344 または医療連携室直通 FAX093-691-3802
家族相談の有無等	家族会
データ検索URL	<a href="http://www.yahata-hp.com/alcohol/p2.html">http://www.yahata-hp.com/alcohol/p2.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼222 福岡市\_医療法人社団 飯盛会 倉光病院 【病院】

名 称	医療法人社団飯盛会 倉光病院
住 所	〒819-0037 福岡市西区飯盛 664-1
TEL・FAX	TEL：092-811-1821 FAX：092-812-3649
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	入院 アルコール/病的賭博・リハビリテーション/プログラム (ARP)
診療曜日・時間	平日/9:30~12:30 13:30~17:00 ※午後は再診予約のみ 休診日/土、日、祝日
予約の必要性	受診相談・受診予約が必要 医師による診察の前に、専門相談員によるアルコール相談がある ※自費 5000 円必要
家族相談の有無等	家族教室 ※初回参加のみ運営費として 1,000 円、テキスト代として 500 円必要
データ検索URL	<a href="http://www.kuramitsu-hp.or.jp/alcohol/arp/index.html">http://www.kuramitsu-hp.or.jp/alcohol/arp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼223 福岡市\_医療法人優なぎ会 雁の巣病院 【病院】

名 称	医療法人優なぎ会 雁の巣病院
住 所	〒811-0206 福岡市東区雁の巣 1 丁目 26 番 1 号
TEL・FAX	TEL：092-606-2861 FAX：092-607-2211
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	集団療法を中心とした専門プログラム
診療曜日・時間	月～金/9:00～17:00 土/9:00～12:00
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.gannosu.org/medicalinfo3.html#4">http://www.gannosu.org/medicalinfo3.html#4</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼224 佐賀県\_肥前精神医療センター 【病院】

名 称	独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター
住 所	〒842-0192 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津 160
TEL・FAX	TEL：0952-52-3231 FAX：0952-53-2864
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール離脱・身体治療、ARP (アルコリズム・リハビリテーション・プログラム)
診療曜日・時間	月～金/9:00～ 受付 8:30～11:00 休診日/土、日、祝、年末年始 (12月29日～1月3日)
予約の必要性	新規の受診は原則予約制 予約受付時間 平日/8:30～17:00
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.hizen-hosp.jp/modules/patient/index.php?content_id=1">http://www.hizen-hosp.jp/modules/patient/index.php?content_id=1</a>
データ検索月日	3/2/2017



### ▼225 佐賀県\_森本病院【病院】

名 称	医療法人優なぎ会 森本病院
住 所	〒847-0056 佐賀県唐津市坊主町 441
TEL・FAX	TEL : 0955-72-5176 FAX : 0955-74-5110
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	個人的な治療（カウンセリング等）
診療曜日・時間	平日、土/9:00~12:00 14:00~17:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族会
データ検索URL	<a href="http://www.gannosu.org/morimoto/alcohol.html">http://www.gannosu.org/morimoto/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼226 佐賀県\_多布施クリニック【診療所】

名 称	医療法人 多布施クリニック
住 所	〒840-0842 佐賀県佐賀市多布施 4 丁目 1-6
TEL・FAX	TEL : 0952-24-9007
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール相談、アルコール依存症外来治療ミーティング、節酒治療
診療曜日・時間	平日/9:00~12:00 14:00~17:30 土/9:00~12:30 休診日/日、祝日
予約の必要性	初診予約 電話又はメール
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.tafuse-clinic.jp/medical/#alcohol">http://www.tafuse-clinic.jp/medical/#alcohol</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼227 長崎県\_西脇病院【病院】

名 称	医療法人志仁会 西脇病院
住 所	〒850-0835 長崎県長崎市桜木町 3-14
TEL・FAX	TEL : 095-827-1187 FAX : 095-822-8336
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	ミーティング、レクレーション
診療曜日・時間	月~土/9:00~13:00 14:00~17:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.nishiwaki.or.jp/works/addiction/index.html">http://www.nishiwaki.or.jp/works/addiction/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼228 長崎県\_道ノ尾病院 【病院】

名 称	医療法人厚生会 道ノ尾病院
住 所	〒852-8055 長崎県長崎市虹が丘町1番1号
TEL・FAX	TEL：095-856-1111 FAX：095-856-4755
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療加算
診療曜日・時間	月～土/9:30～12:00 月～金/13:30～17:00 休診日/土午後、日、祭日
予約の必要性	予約制 地域連携室
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.michinoo.or.jp/">http://www.michinoo.or.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼229 長崎県\_三和中央病院 【病院】

名 称	医療法人清潮会 三和中央病院
住 所	〒851-0494 長崎県長崎市布巻町165-1
TEL・FAX	TEL：095-898-7511 FAX：095-898-7588
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月/9:00～12:00 13:30～17:00
予約の必要性	予約制 予約受付時間 平日/9:00～17:00
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.sanwa.or.jp/sanwa.html">http://www.sanwa.or.jp/sanwa.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼230 長崎県\_真珠園療養所 【病院】

名 称	医療法人栄寿会 真珠園療養所
住 所	〒851-3423 長崎県西海市西彼町八木原郷3453-1
TEL・FAX	TEL：0959-28-0038 FAX：0959-28-1031
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール治療プログラム 病気のメカニズムを勉強し、断酒出来る生活を見つける。
診療曜日・時間	月～土/9:00～12:00 13:00～17:00 休診日/日、祝日、年末年始(12月29日～1月3日)
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.sinjyuen.com/program1.htm">http://www.sinjyuen.com/program1.htm</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼231 長崎県\_あきやま病院 【病院】

名 称	医療法人見松会 あきやま病院
住 所	〒854-0007 長崎県諫早市目代町 737-1
TEL・FAX	TEL : 0957-22-2370
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	火、水/9:00~12:30 14:00~17:00 ※第1・3・5火のみ午前診療
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://akiyamahp.jp/">http://akiyamahp.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼232 熊本県\_あおば病院 【病院】

名 称	医療法人社団明心会 あおば病院
住 所	〒869-0513 熊本県宇城市松橋町萩尾 2037 番地 1
TEL・FAX	TEL : 0964-32-7772 FAX : 0964-32-7333
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:00~12:30 14:00~17:15 受付 8:30~11:30 13:30~16:30 ※火、木は午前のみ 休診日/土、日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.aoba-hospital.jp/index.html">http://www.aoba-hospital.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼233 熊本県\_有働病院 【病院】

名 称	医療法人有働会 有働病院
住 所	〒864-0002 熊本県荒尾市万田 475-1
TEL・FAX	TEL : 0968-62-1138 FAX : 0968-64-3410
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:00~11:45 13:30~16:00 ※月のみ 9:30~ 休診日/土午後、日曜、祭日、お盆、年末年始
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.udo-hp.or.jp/">http://www.udo-hp.or.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼234 熊本県\_菊池有働病院 【病院】

名 称	医療法人有働会 菊池有働病院
住 所	〒861-13043 熊本県菊池市深川 43
TEL・FAX	TEL : 0968-25-3146 FAX : 0968-25-2696
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	断酒の方法を学ぶ中で、同じ病気の仲間との活動を通して病気を正しく理解し向き合う。
診療曜日・時間	9:00~12:00 13:30~16:30 受付 8:00~11:30 13:00~16:00 休診日/土午後、日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.kikuchi-udo.jp/program/">http://www.kikuchi-udo.jp/program/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼235 熊本県\_菊陽病院 【病院】

名 称	社会医療法人芳和会 菊陽病院
住 所	〒869-1102 熊本県菊池郡菊陽町原水下中野 5587
TEL・FAX	TEL : 096-232-3171 FAX : 096-232-0741
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	入院治療：解毒、身体治療、規則正しい日課、作業療法、スポーツ、アルコールの医学についての学習、地域での自助グループ活動への参加、ミーティングでの学習や交流、断酒三原則（専門医への定期的通院、自助グループへの参加、抗酒剤服用）の徹底指導
診療曜日・時間	受付 平日/9:00~12:00 休診日/土、日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	男性のアルコール依存症者の家族教室 女性のアルコール依存症者の家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.kikuyouhp.jp/disease/alcoholic.html">http://www.kikuyouhp.jp/disease/alcoholic.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼236 熊本県\_酒井病院 【病院】

名 称	医療法人啓正会 酒井病院
住 所	〒863-0006 熊本県天草市本町下河内 964
TEL・FAX	TEL : 0969-22-4181
診療科目	精神・神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	院内勉強会、体力測定、認知行動療法ミーティング、地域断酒会参加、面接・相談
診療曜日・時間	9:00~12:30 13:30~17:00 ※水、金、土は午前のみ 休診日/日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族ミーティング
データ検索URL	<a href="http://www.amakusa.ne.jp/~sakaihp/alcohol.html">http://www.amakusa.ne.jp/~sakaihp/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼237 熊本県\_益城病院【病院】

名 称	社会医療法人ましき会 益城病院
住 所	〒861-2233 熊本県上益城郡益城町惣領 1530
TEL・FAX	TEL：096-286-3611 FAX：096-286-8145
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	入院の場合：国立久里浜病院方式に準じて、「開放病棟、院内断酒会、3ヵ月間」のプログラム 外来の場合：通院治療を続けながら地域の断酒会に参加
診療曜日・時間	月～金/9:30～13:00 休診日/土、日、祝日
予約の必要性	完全予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.mashiki.jp/care/care.php">http://www.mashiki.jp/care/care.php</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼238 熊本県\_松田病院【病院】

名 称	医療法人松生会 松田病院
住 所	〒869-0542 熊本県宇城市松橋町豊崎 1962-1
TEL・FAX	TEL：0964-32-0666 FAX：0964-32-0377
診療科目	精神科、心療内科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	平日/9:00～12:00 13:00～17:00 休診日/土、日、祝日、年末年始、ゴールデンウィーク、お盆
予約の必要性	初診要予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://matsuda-hospital.com/index.html">http://matsuda-hospital.com/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼239 熊本県\_吉田病院【病院】

名 称	医療法人精翠会 吉田病院
住 所	〒868-0015 熊本県人吉市下城本町 1501
TEL・FAX	TEL：0966-22-4051 FAX：0966-24-9032
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	合同ミーティング、院内学習会、入院生活技能訓練（SST）自助グループなど
診療曜日・時間	平日/9:00～12:00 ※土曜予約制 休診日/日、祝日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.seisui.or.jp/arp.html">http://www.seisui.or.jp/arp.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼240 熊本市\_向陽台病院 【病院】

名 称	医療法人横田会 向陽台病院
住 所	〒861-0142 熊本県熊本市北区植木町鏡田 1025
TEL・FAX	TEL : 096-272-7211 FAX : 096-273-2355
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/9:40～16:00 ※受付は 12:30 まで 休診日/土、日
予約の必要性	初診予約制 予約専用ダイヤル 096-272-5250
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://koyodai.or.jp/index.html">http://koyodai.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼241 熊本市\_こころの医療センター 【病院】

名 称	こころの医療センター
住 所	〒861-4154 熊本県熊本市南区富合町平原 391
TEL・FAX	TEL : 096-357-2151 FAX : 096-357-2185
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月～金/9:00～17:00 休診日/土、日、祝日、年末年始
予約の必要性	原則予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.pref.kumamoto.jp/hpkiji/pub/List.aspx?c_id=3&amp;class_set_id=1&amp;class_id=1047">http://www.pref.kumamoto.jp/hpkiji/pub/List.aspx?c_id=3&amp;class_set_id=1&amp;class_id=1047</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼242 熊本市\_明生病院 【病院】

名 称	医療法人健生会 明生病院
住 所	〒860-0083 熊本市北区大窪 2 丁目 6 番 20 号
TEL・FAX	TEL : 096-324-5211 FAX : 096-322-6293
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	酒害教育（院内・外） 週 2 回の病院の治療プログラムと病棟の患者さんの自主性によるプログラムにより運営
診療曜日・時間	受付 平日/8:30～11:30 13:30～16:00 土/8:30～11:00 休診日/土午後、日、祭日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.k-meisei.or.jp/treatment/index.html">http://www.k-meisei.or.jp/treatment/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼243 大分県\_大分丘の上病院 【病院】

名 称	医療法人善慈会 大分丘の上病院
住 所	〒879-7501 大分県大分市大字竹中 1403
TEL・FAX	TEL : 097-597-3660 FAX : 097-597-3657
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	原則 3 か月での心理教育、集団精神療法、作業療法
診療曜日・時間	受付 9:30~12:30 13:30~17:00 休診日/木、日、祝日
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.okanoue-hospital.com/alcohol.html">http://www.okanoue-hospital.com/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼244 大分県\_鶴見台病院 【病院】

名 称	医療法人哲世会 鶴見台病院
住 所	〒874-0838 大分県別府市鶴見 4075-4
TEL・FAX	TEL : 0977-22-0336 FAX : 0977-26-4081
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	平日/9:00~17:00 土/9:00~12:00 休診日/日、祝日、年末年始
予約の必要性	初診予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.tsurumidai.or.jp/index.html">http://www.tsurumidai.or.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼245 大分県\_山本病院 【病院】

名 称	医療法人山本記念会 山本病院
住 所	〒874-0930 大分県別府市光町 14 番 3 号
TEL・FAX	TEL : 0977-22-0131 FAX : 0977-26-4156
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	受付 月~金/8:40~11:30 13:00~16:30 ※土は午前のみ 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.yamamoto-hp.info/aisatsu.html">http://www.yamamoto-hp.info/aisatsu.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼246 大分県\_大分友愛病院 【病院】

名 称	医療法人社団淡窓会 大分友愛病院
住 所	〒877-0062 大分県日田市大字上野 1-1
TEL・FAX	TEL：0973-23-5151 FAX：0973-23-5115
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	受付 平日/9:30~12:00 13:00~17:00 土/9:30~12:00 休診日/土午後、日、祝日、8月14日~8月15日、12月31日~1月3日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	公式HP無 ◆病院検索サイト SCUEL より <a href="http://scuel.me/hospital/4410411229/">http://scuel.me/hospital/4410411229/</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼247 大分県\_帆秋病院 【病院】

名 称	医療法人至誠会 帆秋病院
住 所	〒870-0843 大分県大分市大字大分 4772 番地 2 (大分市元町 6 組)
TEL・FAX	TEL：097-543-2366 FAX：097-543-0664
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~土/9:00~17:00 受付 8:30~11:00 13:00~16:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.hoaki.jp/index.html">http://www.hoaki.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

### ▼248 大分県\_杵築オレンジ病院 【病院】

名 称	医療法人オレンジ会 杵築オレンジ病院
住 所	〒873-0024 大分県杵築市大字船部 2167 番地 20
TEL・FAX	TEL：0978-63-5560 FAX：0978-63-5563
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	受付 月~土/8:45~11:30 13:30~16:30 休診日/日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://orange-h.jp/index.html">http://orange-h.jp/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017



▼249 大分県\_河村クリニック 【診療所】

名 称	河村クリニック
住 所	〒870-0026 大分市金池町 2 丁目 12-8
TEL・FAX	TEL : 097-548-5570 FAX : 097-548-5571
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、火、木、金/9:00~12:00 13:00~18:00 ※土曜予約制 第 3 木/初診 9:00~11:00 再診 9:00~12:00 休診日/水、日
予約の必要性	土曜予約制
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www3.coara.or.jp/~satsuki/">http://www3.coara.or.jp/~satsuki/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼250 大分県\_竹下粧子クリニック 【診療所】

名 称	竹下粧子クリニック
住 所	〒870-0047 大分県大分市中島西 1 丁目 1-24-202
TEL・FAX	TEL : 097-533-2874 FAX : 097-533-2799
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月、水、木、土、第 2・4 日/9:30~12:30 14:00~18:00 休診日/火、金、第 1・3・5 日、祝日
予約の必要性	完全予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	公式 HP 無 ◆タウンページより <a href="http://nttbj.itp.ne.jp/0975332874/index.html">http://nttbj.itp.ne.jp/0975332874/index.html</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼251 宮崎県\_大悟病院 【病院】

名 称	一般社団法人藤元メディカルシステム 大悟病院
住 所	〒889-1911 宮崎県北諸県郡三股町長田 1270
TEL・FAX	TEL : 0986-52-5800
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	9:00~12:00 14:00~17:00 休診日/日、祭日、年末年始
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族相談有 予約制
データ検索URL	<a href="http://www.fujimoto.or.jp/daigo/">http://www.fujimoto.or.jp/daigo/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼252 鹿児島県\_鹿児島県立始良病院 【病院】

名 称	鹿児島県立始良病院
住 所	〒899-5652 鹿児島県始良市平松 6067
TEL・FAX	TEL : 0995-65-3138 FAX : 0995-65-8044
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	8:30~17:00 休診日/土、日、祝日、年末年始(12月29日~1月3日)
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://hospital.pref.kagoshima.jp/aira/">http://hospital.pref.kagoshima.jp/aira/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼253 鹿児島県\_三州脇田丘病院 【病院】

名 称	特定医療法人共助会 三州脇田丘病院
住 所	〒890-0073 鹿児島県鹿児島市宇宿 7 丁目 26 番 1 号
TEL・FAX	TEL : 099-264-0667 FAX : 099-275-0119
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~土/8:30~12:00 13:30~17:00 金/14:00~17:00 ※土曜は午前のみ 休診日/土午後、日、祝日
予約の必要性	電話での予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://sansyuwakita.jp/">http://sansyuwakita.jp/</a>
データ検索月日	3/2/2017

▼254 鹿児島県\_谷山病院 【病院】

名 称	公益財団法人慈愛会 谷山病院
住 所	〒891-0111 鹿児島県鹿児島市小原町 8-1
TEL・FAX	TEL : 099-269-4111 FAX : 099-269-4169
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール・リハビリテーション・プログラム : アルコール学習会、アルコールミーティング)
診療曜日・時間	受付 月~金/9:30~17:00 土/9:30~12:00 休診日/日、祝日、年末年始
予約の必要性	初診予約制 地域連携室へ
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.jiaikai.or.jp/taniyama/alcohol.html">http://www.jiaikai.or.jp/taniyama/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/3/2017

### ▼255 鹿児島県\_森口病院【病院】

名 称	医療法人寛容会 森口病院
住 所	〒892-0873 鹿児島県鹿児島市下田町 1763 番地
TEL・FAX	TEL : 099-243-6700 FAX : 099-243-6752
診療科目	精神科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	アルコール依存症・薬物依存症治療「週間プログラム」、個人及び集団精神療法が主、薬物依存症にならないように睡眠薬、精神安定剤を使用しない
診療曜日・時間	受付 8:30~12:30 13:30~17:30 休診日/土午後、日曜、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://www.kanyoukai.or.jp/moriguchi/medical_information.html">http://www.kanyoukai.or.jp/moriguchi/medical_information.html</a>
データ検索月日	3/3/2017

### ▼256 鹿児島県\_メンタルホスピタル鹿屋(旧 大隅)【病院】

名 称	公益社団法人いちょうの樹 メンタルホスピタル鹿屋
住 所	〒893-0037 鹿児島県鹿屋市田崎町 1043-1
TEL・FAX	TEL : 0994-42-3155
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	重度アルコール依存症入院医療管理加算
診療曜日・時間	月~土/9:30~12:30 月曜午後/14:00~16:00 ※火~土の午後は診療無し 休診日/日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	
データ検索URL	<a href="http://oosumi-hp.jp/">http://oosumi-hp.jp/</a>
データ検索月日	3/3/2017

### ▼257 鹿児島県\_指宿竹元病院【病院】

名 称	医療法人全隆会 指宿竹元病院
住 所	〒891-0304 鹿児島県指宿市東方 7531 番地
TEL・FAX	TEL : 0993-23-2311 FAX : 0993-23-2518
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	
診療曜日・時間	月~土/9:00~12:00 14:00~17:00 休診日/日、祝日
予約の必要性	
家族相談の有無等	家族相談有
データ検索URL	<a href="http://www.ibutake.com/">http://www.ibutake.com/</a>
データ検索月日	3/3/2017

▼258 鹿児島県\_奄美病院 【病院】

名 称	公益財団法人慈愛会 奄美病院
住 所	〒894-0044 鹿児島県奄美市名瀬浜里町 170 番地
TEL・FAX	TEL : 0997-53-1200 FAX : 0997-53-1388
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	リハビリテーションプログラム、学習会
診療曜日・時間	月～土/9:00～17:00 休診日/日、祝日、お盆、年末年始
予約の必要性	新患・入院受診は予約制
家族相談の有無等	家族相談有 要予約制
データ検索URL	<a href="http://www.jiaikai.or.jp/amami/consultation/alcohol.html">http://www.jiaikai.or.jp/amami/consultation/alcohol.html</a>
データ検索月日	3/3/2017

▼259 沖縄県\_糸満清明病院 【病院】

名 称	医療法人晴明会 糸満清明病院
住 所	〒901-0334 沖縄県糸満市字大度 520 番地
TEL・FAX	TEL : 098-997-2011 FAX : 098-997-3885
診療科目	精神科、心療内科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	自助グループ (AA、断酒会、アラノンなど)
診療曜日・時間	平日/9:00～12:00 13:00～17:00 休診日/水午後、土、日、祝日
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.seimei.org/sub9/sub9.htm">http://www.seimei.org/sub9/sub9.htm</a>
データ検索月日	3/3/2017

▼260 沖縄県\_琉球病院 【病院】

名 称	独立行政法人国立病院機構 琉球病院
住 所	〒904-1201 沖縄県国頭郡金武町字金武 7958-1
TEL・FAX	TEL : 098-968-2133 FAX : 098-968-2679
診療科目	精神科、神経科
アルコール治療プログラムの有無	有
アルコール治療プログラムの内容	気づき・学びを予習復習、外泊・外出訓練、酒のない時間の過ごし方、自己の振り返り、外泊中の自助グループへの参加
診療曜日・時間	月～金/8:30～11:00 休診日/土、日、祝日、年末年始
予約の必要性	予約制
家族相談の有無等	家族教室
データ検索URL	<a href="http://www.ryu-ryukyu.jp/shinryou/alcot/arp-drp.html">http://www.ryu-ryukyu.jp/shinryou/alcot/arp-drp.html</a>
データ検索月日	3/3/2017

## ■ アルコール専門医療機関情報リスト 索引

1 北海道__北見赤十字病院 【病院】	28	37 秋田県精神保健福祉センター【病院・診療所】	40
2 北海道__こぶし植苗病院 【病院】	28	38 山形県__二本松会上山病院 【病院】	40
3 北海道__相川記念病院 【病院】	28	39 山形県__公徳会若宮病院 【病院】	41
4 北海道__旭川圭泉会病院 【病院】	29	40 山形県__斗南会秋野病院 【病院】	41
5 北海道__空知病院 【病院】	29	41 山形県__公徳会佐藤病院 【病院】	42
6 北海道__熊谷病院 【病院】	29	42 山形県__山容会山容病院 【病院】	42
7 北海道__函館渡辺病院 【病院】	30	43 福島県精神保健福祉センター【病院・診療所】	42
8 北海道__大江病院 【病院】	30	44 茨城県__豊後荘病院 【病院】	43
9 北海道__道立緑ヶ丘病院 【病院】	30	45 茨城県__ホスピタル坂東 【病院】	43
10 北海道__石橋病院 【病院】	31	46 栃木県__岡本台病院 【病院】	43
11 北海道__苫小牧緑ヶ丘病院 【病院】	31	47 群馬県__赤城高原ホスピタル 【病院】	44
12 北海道__江別すずらん病院 【病院】	31	48 埼玉県__埼玉県立精神医療センター 【病院】	44
13 北海道__北海道立精神保健福祉センター 【診療所】	32	49 埼玉県__不動ヶ丘病院 【病院】	45
14 北海道__メンタルケアわかくさ 【診療所】	32	50 埼玉県__久喜すずのき病院 【病院】	45
15 札幌市__札幌医科大学付属病院 【病院】	32	51 さいたま市__与野中央病院 【病院】	46
16 札幌市__旭山病院 【病院】	33	52 さいたま市__白峰クリニック 【診療所】	46
17 札幌市__五稜会病院 【病院】	33	53 さいたま市__ひがメンタルクリニック 【診療所】	46
18 札幌市__札幌トロイカ病院 【病院】	33	54 千葉県__船橋北病院 【病院】	47
19 札幌市__札幌太田病院 【病院】	34	55 千葉県__秋元病院 【病院】	47
20 札幌市__さっぽろ香雪病院 【病院】	34	56 千葉市__下総精神医療センター 【病院】	47
21 札幌市__大通公園メンタルクリニック 【診療所】	34	57 千葉市__新検見川メンタルクリニック 【診療所】	48
22 札幌市__幹メンタルクリニック 【診療所】	35	58 東京都__東京足立病院 【病院】	48
23 札幌市__さっぽろ麻生メンタルクリニック 【診療所】	35	59 東京都__東京アルコール医療総合センター 【病院】	49
24 青森県__生協さくら病院 【病院】	35	60 東京都__周愛利田クリニック 【診療所】	49
25 青森県__藤代健生病院 【病院】	36	61 東京都__周愛巣鴨クリニック 【診療所】	49
26 青森県__芙蓉会病院 【病院】	36	62 東京都__ハナクリニック(旧 うらべ医院)【診療所】	50
27 青森県__十和田市立中央病院 【病院】	37	63 東京都__京橋メンタルクリニック 【診療所】	50
28 岩手県__盛岡市立病院 【病院】	37	64 東京都__きむらメンタルクリニック 【診療所】	51
29 岩手県__岩手県立南光病院 【病院】	37	65 東京都__こまごめ緑陰診療所 【診療所】	51
30 岩手県__北リアス病院 【病院】	38	66 東京都__榎本クリニック 【診療所】	52
31 岩手県__宮古山口病院 【病院】	38	67 東京都__メンタルオフィス亀戸 【診療所】	52
32 岩手県__国立花巻病院 【病院】	38	68 東京都__東京都立松沢病院 【病院】	53
33 岩手県__三陸病院 【病院】	39	69 東京都__昭和大学附属烏山病院 【病院】	53
34 岩手県__岩手県立一戸病院 【病院】	39	70 東京都__アパリクリニック 【診療所】	53
35 宮城県__東北会病院 【病院】	39	71 東京都__慈友クリニック 【診療所】	54
36 仙台市__WANAクリニック 【診療所】	40	72 東京都__洗足心療内科クリニック 【診療所】	54

73 東京都__金杉クリニック 【診療所】	55	113 愛知県__刈谷病院 【病院】	68
74 東京都__駒木野病院 【病院】	55	114 愛知県__犬山病院 【病院】	68
75 東京都__井之頭病院 【病院】	55	115 愛知県__桶狭間病院藤田こころケアセンター 【病院】	69
76 東京都__桜ヶ丘記念病院 【病院】	56	116 愛知県__共和病院 【病院】	69
77 東京都__よしの病院 【病院】	56	117 愛知県__南豊田病院 【病院】	69
78 東京都__高月病院 【病院】	56	118 愛知県__可知記念病院 【病院】	70
79 東京都__東京高尾病院 【病院】	57	119 名古屋市__八事病院 【病院】	70
80 川崎市__川崎沼田クリニック 【診療所】	57	120 名古屋市__西山クリニック 【診療所】	71
81 神奈川県__独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター 【病院】	57	121 三重県__三重県立こころの医療センター 【病院】	71
82 神奈川県__清川遠寿病院 【病院】	58	122 三重県__国立病院機構 榊原病院 【病院】	71
83 神奈川県__みくるべ病院 【病院】	58	123 三重県__かすみがうらクリニック 【診療所】	72
84 横浜市__神奈川県立精神医療センター 【病院】	58	124 三重県__おおごし心身クリニック 【診療所】	72
85 横浜市__神奈川病院 【病院】	59	125 滋賀県__滋賀県立精神医療センター 【病院】	72
86 横浜市__大石クリニック 【診療所】	59	126 滋賀県__琵琶湖病院 【病院】	73
87 横浜市__まこと心のクリニック 【診療所】	59	127 富山県__谷野呉山病院 【病院】	73
88 横浜市__関内メンタルクリニック 【診療所】	60	128 富山県__アイ・クリニック 【診療所】	74
89 横浜市__ことぶき共同診療所 【診療所】	60	129 石川県__加賀こころの病院 【病院】	74
90 相模原市__北里大学東病院 【病院】	60	130 石川県__石川県立高松病院 【病院】	74
91 相模原市__相模湖病院 【病院】	61	131 石川県__松原病院 【病院】	75
92 相模原市__北条クリニックはしもと 【診療所】	61	132 福井県__福井県立病院 【病院】	75
93 相模原市__北条クリニックおおの 【診療所】	61	133 京都府精神保健福祉総合センター 【病院・診療所】	75
94 新潟県__三交病院 【病院】	62	134 京都市__いわくら病院 【病院】	76
95 新潟県__ながおか心のクリニック 【診療所】	62	135 京都市__安東医院 【診療所】	76
96 新潟県__河渡病院 【病院】	62	136 京都市__広兼医院 【診療所】	76
97 新潟市__かとう心療内科クリニック 【診療所】	63	137 大阪府__大阪府立精神医療センター 【病院】	77
98 新潟市__ささえ愛よろずクリニック 【診療所】	63	138 大阪府__東大阪山路病院 【病院】	77
99 山梨県__山梨県立北病院 【病院】	63	139 大阪府__新阿武山病院 【病院】	77
100 山梨県__住吉病院 【病院】	64	140 大阪府__新生会病院 【病院】	78
101 長野県__こころの医療センター駒ヶ根 【病院】	64	141 大阪府__丹比荘病院 【病院】	78
102 長野県__千曲荘病院 【病院】	64	142 大阪府__阪和いずみ病院 【病院】	78
103 長野県__飯田病院 【病院】	65	143 大阪府__稲垣診療所 【診療所】	79
104 長野県__城西病院 【病院】	65	144 大阪府__川田クリニック 【診療所】	79
105 長野県__北アルプス医療センターあづみ病院 【病院】	65	145 大阪府__新阿武山クリニック 【診療所】	79
106 岐阜県__各務原病院 【病院】	66	146 大阪府__東布施辻本クリニック 【診療所】	80
107 岐阜県__養南病院 【病院】	66	147 大阪市__ひでんいん(悲田院)クリニック 【診療所】	80
108 静岡県__聖明病院 【病院】	66	148 大阪市__小谷クリニック 【診療所】	81
109 静岡県__服部病院 【病院】	67	149 大阪市__藤井クリニック 【診療所】	81
110 静岡市__マリアの丘クリニック 【診療所】	67	150 堺市__金岡中央病院 【病院】	81
111 浜松市__佐鳴湖病院 【病院】	67	151 兵庫県__東加古川病院 【病院】	82
112 浜松市__木戸メンタルクリニック 【診療所】	68		

152 兵庫県__新淡路病院 【病院】	82	190 徳島県__あいざとパティオクリニック 【診療所】	95
153 兵庫県__公立宍粟総合病院 【病院】	83	191 香川県__三光病院 【病院】	95
154 兵庫県__豊岡病院 【病院】	83	192 愛媛県__松風病院 【病院】	96
155 兵庫県__ただしメンタルクリニック 【診療所】	83	193 愛媛県__西条道前病院 【病院】	96
156 神戸市__垂水病院 【病院】	84	194 愛媛県__正光会今治病院 【病院】	96
157 神戸市__兵庫県立光風病院 【病院】	84	195 愛媛県__和ホスピタル 【病院】	97
158 神戸市__有馬高原病院 【病院】	84	196 愛媛県__堀江病院 【病院】	97
159 神戸市__宋神経科クリニック 【診療所】	85	197 愛媛県__松山記念病院 【病院】	98
160 神戸市__幸地クリニック 【診療所】	85	198 愛媛県__久米病院 【病院】	98
161 奈良県__医療法人植松クリニック 【診療所】	85	199 愛媛県__愛媛生協病院 【病院】	98
162 奈良県__医療法人八木植松クリニック 【診療所】	86	200 愛媛県__くじら病院 【病院】	99
163 和歌山県__和歌浦病院 【病院】	86	201 愛媛県__双岩病院 【病院】	99
164 和歌山県__和歌山県立こころの医療センター 【病 院】	86	202 愛媛県__正光会宇和島病院 【病院】	99
165 鳥取県__医療福祉センター渡辺病院 【病院】	87	203 愛媛県__みやもとクリニック 【診療所】	100
166 島根県__松江赤十字病院 【病院】	87	204 愛媛県__兵頭クリニック 【診療所】	100
167 島根県__松江市立病院 【病院】	87	205 高知県__海辺の杜ホスピタル 【病院】	100
168 島根県__八雲病院 【病院】	88	206 高知県__岡豊病院 【病院】	101
169 島根県__こなんホスピタル 【病院】	88	207 高知県__下司病院 【病院】	101
170 島根県__安来第一病院 【病院】	89	208 福岡県__福岡県立精神医療センター太宰府病院 【病院】	102
171 島根県__奥出雲コスモ病院 【病院】	89	209 福岡県__おおりん病院 【病院】	102
172 島根県__島根県立こころの医療センター 【病院】	89	210 福岡県__回生病院 【病院】	103
173 島根県__西川病院 【病院】	90	211 福岡県__一本松すずかけ病院 【病院】	103
174 島根県__松ヶ丘病院 【病院】	90	212 福岡県__行橋記念病院 【病院】	103
175 岡山県__希望ヶ丘ホスピタル 【病院】	90	213 福岡県__のぞえ総合心療病院 【病院】	104
176 岡山県__積善病院 【病院】	91	214 福岡県__乙金病院 【病院】	104
177 岡山県__ももの里病院 【病院】	91	215 福岡県__三池病院 【病院】	104
178 岡山市__岡山県精神科医療センター 【病院】	91	216 北九州市__新門司病院 【病院】	105
179 岡山市__慈恵病院 【病院】	92	217 北九州市__門司松ヶ江病院 【病院】	105
180 岡山市__林道倫精神科神経科病院 【病院】	92	218 北九州市__門司田野浦病院 【病院】	105
181 岡山市__ゆうクリニック 【診療所】	92	219 北九州市__平尾台病院 【病院】	106
182 岡山市__けやき通りメンタルクリニック 【診療所】 .....	93	220 北九州市__松尾病院 【病院】	106
183 広島県__広島県立総合精神保健福祉センター 【病 院】	93	221 北九州市__八幡厚生病院 【病院】	106
184 広島県__広島県立総合精神保健福祉センター 【診 療所】	93	222 福岡市__医療法人社団 飯盛会 倉光病院 【病院】 .....	107
185 広島市__瀬野川病院 【病院】	93	223 福岡市__医療法人優なぎ会 雁の巣病院 【病院】	107
186 広島市__草津病院 【病院】	94	224 佐賀県__肥前精神医療センター 【病院】	107
187 山口県__山口県立こころの医療センター 【病院】	94	225 佐賀県__森本病院 【病院】	108
188 山口県__高嶺病院 【病院】	94	226 佐賀県__多布施クリニック 【診療所】	108
189 徳島県__藍里病院 【病院】	95	227 長崎県__西脇病院 【病院】	108
		228 長崎県__道ノ尾病院 【病院】	109
		229 長崎県__三和中央病院 【病院】	109

230	長崎県__真珠園療養所 【病院】	109
231	長崎県__あきやま病院 【病院】	110
232	熊本県__あおば病院 【病院】	110
233	熊本県__有働病院 【病院】	110
234	熊本県__菊池有働病院 【病院】	111
235	熊本県__菊陽病院 【病院】	111
236	熊本県__酒井病院 【病院】	111
237	熊本県__益城病院 【病院】	112
238	熊本県__松田病院 【病院】	112
239	熊本県__吉田病院 【病院】	112
240	熊本市__向陽台病院 【病院】	113
241	熊本市__こころの医療センター 【病院】	113
242	熊本市__明生病院 【病院】	113
243	大分県__大分丘の上病院 【病院】	114
244	大分県__鶴見台病院 【病院】	114
245	大分県__山本病院 【病院】	114
246	大分県__大分友愛病院 【病院】	115
247	大分県__帆秋病院 【病院】	115
248	大分県__杵築オレンジ病院 【病院】	115
249	大分県__河村クリニック 【診療所】	116
250	大分県__竹下粧子クリニック 【診療所】	116
251	宮崎県__大悟病院 【病院】	116
252	鹿児島県__鹿児島県立始良病院 【病院】	117
253	鹿児島県__三州脇田丘病院 【病院】	117
254	鹿児島県__谷山病院 【病院】	117
255	鹿児島県__森口病院 【病院】	118
256	鹿児島県__メンタルホスピタル鹿屋(旧 大隅)【病院】	118
257	鹿児島県__指宿竹元病院 【病院】	118
258	鹿児島県__奄美病院 【病院】	119
259	沖縄県__糸満晴明病院 【病院】	119
260	沖縄県__琉球病院 【病院】	119





平成 28 年度厚生労働科学研究  
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」

---

〈分担研究〉アルコール依存症の治療・社会復帰に対する医療機関、行政、自助グループ、  
社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究 平成 28 年度報告書

第 3 報

精神保健福祉センター、保健所等とアルコール専門医療機関の連携マニュアル

発 行：2017（平成 29）年 3 月

発行者：白川 教人（分担研究者）

連絡先：横浜市こころの健康相談センター

〒231-0021 横浜市中区日本大通 18 番地 KRCビル 6F

TEL：045-671-4450 FAX：045-662-3525



# Exploration of Core Symptoms for the Diagnosis of Alcohol Dependence in the ICD-10

Atsushi Yoshimura, Yasunobu Komoto, and Susumu Higuchi

**Background:** The classification of alcohol use disorder has changed over the past century. Now, the conceptualization of alcohol dependence is still controversial. Accumulating evidence has shown the reliability and validity for the diagnosis of alcohol dependence in the ICD-10 and DSM-IV. However, the meaning and association of the respective diagnostic items, which are descriptive of representative symptoms, have hardly been examined. The core symptom of substance use disorder has been debated in various situations, but has never been elucidated logically.

**Methods:** We consecutively registered 192 patients with alcohol-related problems who visited our hospital for the first time during a certain period. The relations and principal components among the checked items of the ICD-10 diagnostic criteria were examined statistically.

**Results:** Three diagnostic items in the ICD-10 were strongly correlated with each other and were thought to form the core symptoms of alcohol dependence: “strong desire,” “difficulties in controlling,” and “neglect of pleasures.” One major physical phenomenon, “withdrawal,” seemed to complement the core symptoms in the diagnosis of alcohol dependence. Another physical phenomenon, “tolerance,” was demonstrated to be a relatively independent item. The principal component analysis also demonstrated that the diagnostic item “difficulties in controlling” had the maximum component loading value, followed by 2 items, “neglect of pleasures” and “strong desire.”

**Conclusions:** The core symptomatic elements in the diagnosis of alcohol dependence were statistically suggested in this study. Knowledge of the relations and components among the diagnostic items of alcohol dependence might also be applicable to other forms of substance use dependence and behavioral addiction.

**Key Words:** Alcohol Dependence, Core Symptoms, ICD-10, Principal Component Analysis, Hepatic Markers.

**D**IAGNOSTIC CONSTRUCTS THAT can be applied to repetitive substance use have developed over the past century. Various historical conceptualizations of substance use disorders have resulted in the International Classification of Diseases (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual Disorders (DSM; Saunders, 2006). The diagnoses of substance use disorders are psychometrically robust and clinically useful. In the current diagnostic and classification system, these disorders are defined and delineated on a

phenomenological basis. Nevertheless, many alternative, even competing, schools of thought exist with regard to the nature of these conditions (Saunders, 2006). A detailed conceptualization of substance use disorders would be helpful in portraying the nature of these conditions.

The diagnostic criteria for substance use disorders have changed over several decades. The ICD-10, completed in 1992, was modified based on the Edward & Gross conceptualization, which was published in 1976 as a provisional description of alcohol dependence syndrome (Edwards and Gross, 1976; Li et al., 2007; Saunders, 2006). The ICD has consistently accepted dependence syndrome as the central disease of substance use disorders. Meanwhile, the ICD has been naturally influenced by the DSM criteria. Outline of diagnostic guideline for dependence syndrome according to the ICD-10 consists of 6 items: a strong desire or sense of compulsion (strong desire), difficulties in controlling substance-taking behavior (difficulties in controlling), a physiological withdrawal state (withdrawal), evidence of tolerance (tolerance), progressive neglect of alternative pleasures or interests (neglect of pleasures), and persisting with substance use despite overtly harmful consequences (harmful consequences). The definitions of dependence syndromes in the ICD-10 and DSM-IV are psychometrically similar, and the differences are relatively small. The main conceptual difference is that in the ICD-10, dependence syndrome includes the cognitive item, craving (strong desire).

From the National Hospital Organization (AY, YK, SH), Kurihama Medical and Addiction Center, Yokosuka, Kanagawa, Japan; and Department of Psychiatry (AY), Tohoku Medical and Pharmaceutical University, Sendai, Japan.

Received for publication December 7, 2015; accepted August 21, 2016.

Reprint requests: Atsushi Yoshimura, MD, PhD, 5-3-1 Nobi, Yokosuka, Kanagawa 239-0841 Japan; Tel.: +81-46-848-1550; Fax: +81-46-849-7743; E-mail: ayoshi0079@ybb.ne.jp

© 2016 The Authors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* published by Wiley Periodicals, Inc. on behalf of Research Society on Alcoholism.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

The copyright line for this article was changed on 07 October 2016 after original online publication.

DOI: 10.1111/acer.13225

Since its first publication in 1952, the DSM has been reviewed and revised several times. The first and second editions of the DSM grouped substance use disorders under the category of personality disorders and neurosis (Li et al., 2007). In the third edition (DSM-III), published in 1980, substance use disorders were classified separately for the first time. Afterward, substance use disorders were conceptualized as a disease entity. A distinction was made between substance abuse and dependence in the DSM-III. This distinction was retained in the DSM-IV, which was published in 1994. Several studies examined the validity of distinctions between normality and abuse and between abuse and dependence. However, some studies found that a 1-factor model fit the criteria best (Borges et al., 2010; Keyes et al., 2011; Saha et al., 2006; Shmulewitz et al., 2010). A unidimensionality was found for substance abuse and dependence in the DSM-IV criteria with the exception of legal problems, indicating that dependence and the remaining abuse criteria share the same underlying condition (Hasin et al., 2013; Saha et al., 2006). Other studies supported models with 2 or more factors, although these factors did not accord with the DSM-IV distinction between abuse and dependence (Grant et al., 2007; Harford and Muthen, 2001; Nelson et al., 1999). Therefore, substance abuse and dependence have been integrated into substance-related disorders in the DSM-5, which was published in 2013 (American Psychiatric Association, 2013). The meaning of craving as a criterion has been discussed, although craving has already been included in the dependence criteria in the ICD-10. In preliminary studies, the addition of craving yielded a better continuous measure that differentiates individuals with and without alcohol problems along an alcohol use disorder continuum (Keyes et al., 2011; Murphy et al., 2014). The switch from the DSM-IV to the DSM-5 changed the prevalence of individuals with alcohol-related problems and successfully incorporated diagnostic orphans into the diagnostic realm in primary studies (Agrawal et al., 2011; Bartoli et al., 2015).

Evidence regarding the reliability and validity of the ICD-10 and DSM criteria for the diagnosis of alcohol use disorder has been accumulating (Grant et al., 2007; Hasin, 2003). The test-retest reliability of ICD-10 dependence or DSM-IV dependence for a variety of psychoactive substances was relatively high, with a kappa coefficient of 0.7 to 0.9 (kappa values of 0.75 and higher are interpreted as indicating excellent reliability, while kappa values of 0.60 to 0.74 indicate good reliability). However, the reliability of ICD-10 "harmful use" or DSM-IV "abuse" was notably lower than the reliability of dependence (Hasin, 2003). Similarly, while the validity of dependence against clinical and nonclinical data has been shown to be relatively high, the validity of harmful use or abuse has been substantially lower than dependence (Grant et al., 2007; Hasin, 2003; Saunders, 2006). The reliability and validity of the diagnostic instruments and constructed interviews for alcohol and drug dependence in the ICD-10 and DSM have also been demonstrated (Dawson et al., 2012; Gerdner and Wickstrom, 2015; Ustun et al., 1997). Although

the reliability and validity of the diagnosis of alcohol dependence have been proven, the magnitude of each criterion for the diagnosis of alcohol dependence has hardly been investigated. The contributions of the respective symptoms in alcohol dependence and abuse in the DSM-IV to capture alcohol use disorders have been addressed in large general population samples in the United States using item response theory analysis (Dawson and Grant, 2010; Dawson et al., 2010; Saha et al., 2006). These studies have discussed whether dimensionality is required to assess subjects with alcohol problems and ordered relative severity of individual criteria. However, the diagnostic roles of the symptomatic items have never been discussed from the viewpoint of core symptoms.

The core symptoms of substance use disorder have been debated in various situations. Core features describe the "whatness" of a mental disorder and can be defined as the symptoms and constructs that index the internal dysfunction underlying the pathology rather directly (Martin et al., 2014). Craving, withdrawal, and tolerance have been empirically emphasized as candidates for the central element of substance use disorder (De Bruijn et al., 2004; Edwards and Gross, 1976; Hasin et al., 2000). The candidate symptoms have been proven to be predictors or risk factors of alcohol use disorder (Corbin et al., 2013; Hasin et al., 2000; Schneekloth et al., 2012). The relevance of these symptoms to the dependence mechanism has also been individually examined from genetic and neurobiological perspectives (Agrawal et al., 2013; Heinz et al., 2009; Hu et al., 2008; Seo and Sinha, 2014). However, evidence supporting candidates for the core symptoms has never been logically endorsed by practical methods. The core symptoms of substance dependence need to be identified, and which of the respective symptomatic items are really essential for the diagnosis of substance dependence should be verified.

For this purpose, the clarification of the associations among the respective symptomatic items and the identification of the core symptomatic component for the diagnosis of alcohol dependence are key research questions. We attempted to analyze statistically the correlations and magnitudes of the 6 representative symptomatic items for alcohol dependence in the ICD-10, which were endorsed by treatment-seeking patients. The ICD-10 is commonly used at psychiatric clinics in Japan. In addition, the 6 items in the ICD-10 will be integrated into 3 items in the proposed criteria for alcohol dependence in the ICD-11 (Tyburski et al., 2014). Contrary to the DSM, the ICD criteria intend to refine and elaborate the concept of dependence. Thus, an analysis of the symptomatic items in the ICD-10 seemed suitable for the present study.

## MATERIALS AND METHODS

This study targeted treatment-seeking patients visiting our hospital, the National Hospital Organization, Kurihama Medical and Addiction Center. The hospital is located near Tokyo and is recognized as a treatment center for addiction and dependence in Japan.

The patients utilized various routes to treatment in the hospital. Some patients were referred by physicians in general hospitals, where they had been followed for physical problems caused by excessive drinking. Some patients were brought by their spouses, who obtained the required information about alcohol treatment on the Internet. Some patients voluntarily visited our hospital following the recommendations of their bosses and colleagues or their relatives.

We consecutively registered patients with alcohol-related problems between the ages of 22 and 90 years who had visited our hospital for the first time between January and March 2012. The 6 symptomatic items of the ICD-10 criteria for alcohol dependence were checked at the time of the first visit in each case. The diagnostic criteria were ascertained on the basis of a nonstandardized psychiatric evaluation by 5 skilled specialists in alcohol treatment. We focused on the data in these study periods and collected the data 1 year later, because the data were filled without unreasonable leakage and considered to be more reliable.

One hundred and ninety-two patients with alcohol-related problems who had visited our hospital for the first time were registered successively in the present study. We attempted to evaluate all the patients according to the 6 symptomatic items of the ICD-10 criteria for alcohol dependence. However, 9 patients could not be evaluated. Some of the patients did not have sufficient verbal communication abilities because of severe drunkenness or serious dementia. Others were uncooperative and refused medical interventions, as they had been forced to visit the hospital by their families.

All the patients also received laboratory examinations on the same day of their visit. Markers reflecting alcohol consumption, such as serum Aspartate Aminotransferase (AST), Alanine Aminotransferase (ALT), and Gamma-Glutamyl Transpeptidase (GGT), were measured and used in the assessment. The median levels of these hepatic enzymes were calculated for groups classified according to the number of checked diagnostic items.

The correlations of the checked symptomatic items among the ICD-10 diagnostic criteria were then examined statistically using chi-square tests for the categorical variables. In this study, the null hypothesis that the presence of 1 criterion would not affect the likelihood of another was assumed. Thus, a smaller *p* value indicated stronger evidence that the 2 criteria were not independent of each other. The component loading of the respective ICD-10 diagnostic criteria was analyzed using a

categorical principal component analysis. The correlations between the median of the hepatic biomarkers and the number of the checked diagnostic items were analyzed using Spearman's rank correlation coefficients. The data analysis was performed using SPSS 19.0 software (IBM Corp., Armonk, NY). A significant level of  $p < 0.01$  was used throughout the study. A level of  $0.01 < p < 0.05$  was considered to indicate a weak correlation in the study.

## RESULTS

Of the 192 patients, 183 patients were evaluated using the ICD-10 criteria. The 183 subjects who were evaluated according to the ICD-10 criteria were interviewed with regard to their alcohol intake, smoking habits, and other background characteristics (Table 1). Overall, 142 of the subjects were male and 41 were female. The average age of male patients (55.5 years) was significantly older than that of female patients (47.1 years). Two-thirds of the subjects were smokers. About 20% of the subjects were divorced. Over 20% of the subjects were unemployed, and one-third of the female subjects were housewives.

The number of checked items for the 183 patients with alcohol-related problems are shown in Fig. 1. Overall, 162 patients satisfied the alcohol dependence criteria, since they had met 3 or more of the ICD-10 criteria at some time during the previous year. The remaining 21 patients did not meet the criteria for alcohol dependence. Patients with 5 criteria were the most common (Fig. 1). Next, the proportion of patients exhibiting each diagnostic criterion was examined (Fig. 2). The criterion "difficulties in controlling" was the most widely observed criterion among the subjects. Over 60% of the subjects exhibited evidence of "tolerance." Only half of the subjects exhibited the diagnostic item of "withdrawal."

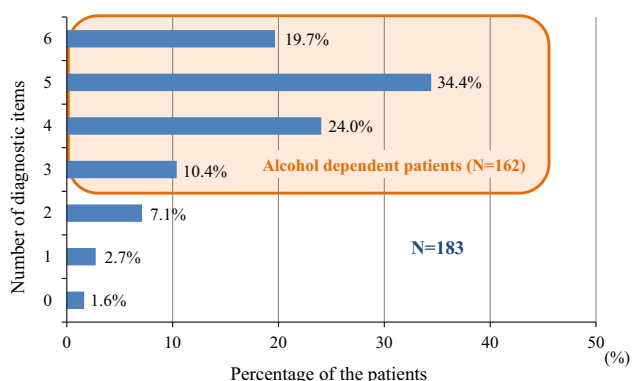
We investigated the statistical relations among the checked diagnostic items in the ICD-10 criteria. The correlations

**Table 1.** Baseline Characteristics of the Subjects Presented According to Sex

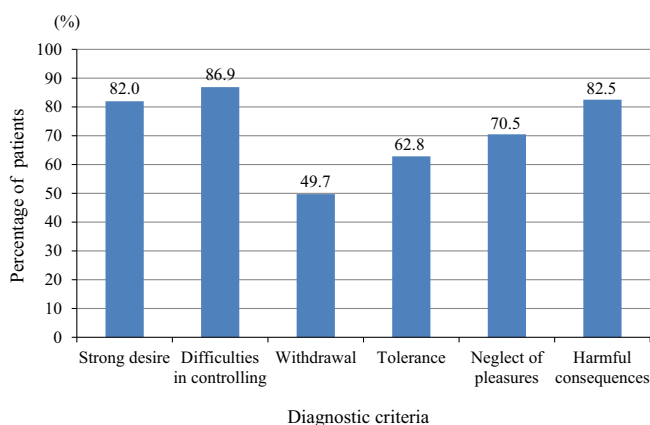
Characteristics	Average ± SD or Frequency (%)			<i>p</i>
Sex	Total, 183	Male, 142 (77.6%)	Female, 41 (22.4%)	
Age (years)	53.6 ± 14.5	55.5 ± 14.2	47.1 ± 13.5	0.001
Age at first drink (years)	17.5 ± 3.1	17.4 ± 3.0	17.9 ± 3.2	0.303
Age at start of habitual drinking (years)	25.4 ± 8.8	24.6 ± 8.0	28.2 ± 11.0	0.065
Smoking (%)				0.059
Smoking	122 (66.7)	99	23	
Cessation	20 (10.9)	17	3	
Nonsmoking	39 (21.3)	25	14	
Marriage (%)				0.513
Married	106 (57.9)	79	27	
Divorced	37 (20.2)	30	7	
Unmarried	31 (16.9)	26	5	
Bereaved	3 (1.6)	3	0	
Cohabiting	5 (2.7)	3	2	
Occupation (%)				<0.001
Full time	78 (42.6)	66	12	
Part time	10 (5.5)	6	4	
Retired	37 (20.2)	34	3	
Unemployed	42 (23.0)	34	8	
Housewife	14 (7.7)	0	14	
Student	1 (0.5)	1	0	

The titles of the columns are represented by the first letters of abbreviated labels of the respective criteria. Bold numbers indicate a significant correlation between the diagnostic items, while italicized numbers indicate a weak connection.





**Fig. 1.** Percentage of each number of diagnostic items observed at the time of first visit among patients with alcohol-related problems.



**Fig. 2.** Percentage of patients corresponding to each diagnostic criterion.

among the respective criteria were calculated by determining the *p* values (Table 2). In the table, bold numbers indicate a significant correlation between 2 items, while italicized numbers indicate a weak connection. The *r* values were calculated simultaneously and are described in parentheses in Table 2. Since categorical binary variables (0 or 1) were used in the analysis, the *r* values were relatively small.

A correlation diagram was drawn based on the statistical correlations shown in Table 2 (Fig. 3). Significant correlations are indicated by solid lines, while a weak connection concerned with “tolerance” is indicated by the dotted line.

Three diagnostic items in the ICD-10—“strong desire,” “difficulties in controlling,” and “neglect of pleasures”—were strongly correlated with each other. In particular, “difficulties in controlling” was significantly correlated with 4 other items, which was the largest number of correlations: “strong desire,” “withdrawal,” “neglect of pleasures,” and “harmful consequences.” Therefore, the diagnostic item “difficulties in controlling” was regarded as having 4 arms and was placed in the center of the correlation diagram. “Tolerance” was the only item not correlated with “difficulties in controlling.”

“Strong desire” was significantly correlated with 3 diagnostic items, which was the second largest number of correlations: “difficulties in controlling,” “withdrawal,” and “neglect of pleasures.” “Neglect of pleasures” was significantly correlated with 2 other diagnostic items (“strong desire” and “difficulties in controlling”) and was weakly connected with 3 items (“withdrawal,” “tolerance,” and “harmful consequences”; Table 2). “Neglect of pleasures” was the only item that was connected in some manner with all 5 other items.

Two diagnostic items, “withdrawal” and “harmful consequences,” were not as strongly correlated with the former 3 items (“strong desire,” “difficulties in controlling,” and “neglect of pleasures”). “Withdrawal” had 2 arms, indicating correlations with “strong desire” and “difficulties in controlling.” “Harmful consequences” had only 1 arm, indicating a correlation with “difficulties in controlling” in the correlation diagram. The last diagnostic item, “tolerance,” was minimally correlated with the other diagnostic items and was demonstrated to be a relatively independent item.

Furthermore, we performed a categorical principal component analysis to confirm the validity of the correlation diagram among the diagnostic criteria. The eigenvalue of the primary component was more than 1.0 (Table 3). This result means that the primary component could be largely attributed to the explanatory elements for patients with alcohol-related problems. The primary component reasonably consisted of 6 diagnostic items in the ICD-10 criteria. The component loading of the 6 items is shown in Table 3. The value for “difficulties in controlling” was highest and was more than 0.7. The importance of the diagnostic item “difficulties in controlling” for the diagnosis of alcohol dependence was also endorsed by this analysis. The value for “neglect of pleasures” was second to that of “difficulties in controlling.”

**Table 2.** Statistical Correlations Among the Observed Diagnostic Items According to the ICD-10 Criteria Expressed by the *p* Values With the *r* Values in Parentheses

Diagnostic items	S	D	W	T	N	H
Strong desire	–	<b>0.001</b> (0.239)	<b>0.004</b> (0.211)	0.276 (0.081)	<b>0.008</b> (0.195)	0.534 (0.046)
Difficulties in controlling		–	<b>0.002</b> (0.225)	0.064 (0.137)	<b>&lt;0.001</b> (0.281)	<b>0.001</b> (0.247)
Withdrawal			–	0.389 (0.064)	<i>0.026</i> (0.164)	0.257 (0.084)
Tolerance				–	<i>0.02</i> (0.172)	0.655 (0.033)
Neglect of pleasures					–	<i>0.018</i> (0.175)
Harmful consequences						–

The titles of the columns are represented by the first letters of abbreviated labels of the respective criteria. Bold numbers indicate a significant correlation between the diagnostic items, while italicized numbers indicate a weak connection.

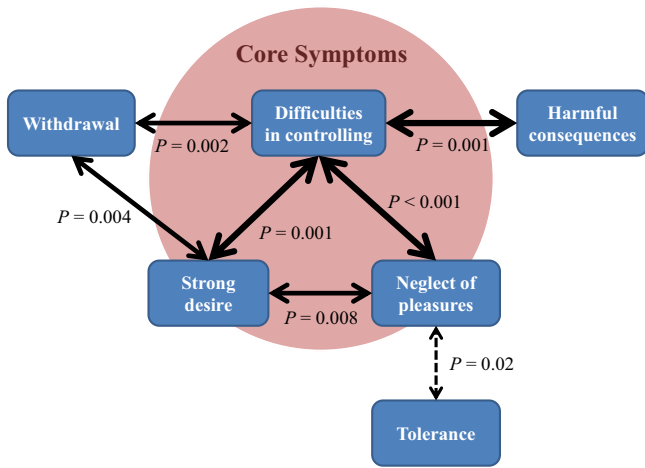


Fig. 3. Correlation diagram showing diagnostic criteria items.

Table 3. Principal Component Analysis of the ICD-10 Diagnostic Criteria

Component	Eigenvalue	Proportion (%)
Primary component	1.831	30.519
Secondary component	0.995	16.589

Diagnostic items	Primary component loading
Strong desire	0.549
Difficulties in controlling	0.711
Withdrawal	0.531
Tolerance	0.362
Neglect of pleasures	0.643
Harmful consequences	0.445

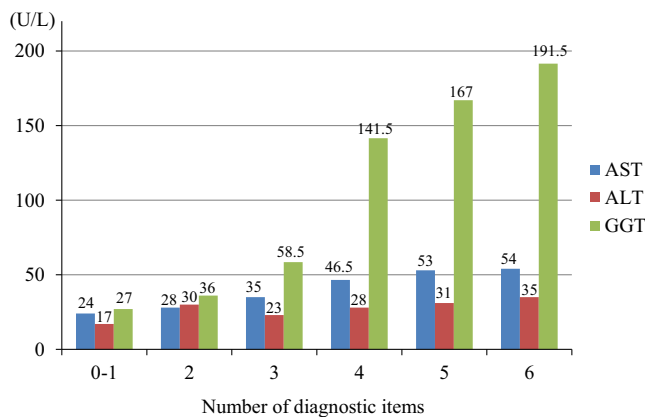


Fig. 4. Median values of hepatic markers classified according to the number of checked diagnostic items.

“Strong desire” had the third largest score in the primary component loading analysis. The component loading value of “tolerance” was lowest and was <0.4.

The validity was needed to endorse the judgments of assessors by using another method. All the patients received blood examinations when they visited our hospital for the first time. Hepatic markers, such as AST, ALT, and GGT, play a clinical role in the detection of drinking-associated complications

and comorbid conditions that may increase the risk of drinking (Conigrave et al., 2003). The medians of these markers were compared among groups that were classified according to the number of checked diagnostic items (Fig. 4). The number of diagnostic items was significantly correlated with elevated AST ( $p = 0.001$ ), ALT ( $p = 0.016$ ), and GGT ( $p < 0.001$ ) values. These results indicate that the number of checked items validly reflected the severity of alcohol dependence and alcohol-related problems.

## DISCUSSION

This study targeted treatment-seeking patients with alcohol problems and statistically evaluated the correlations and magnitudes of checked diagnostic items of alcohol dependence in the ICD-10. To our knowledge, it is the first study to address the diagnostic items endorsed by experienced treatment specialists and assess the characteristics of the diagnostic items targeting treatment-seeking patients. The validity of the endorsed diagnostic items was confirmed by hepatic markers in the blood that were concurrently examined.

As mentioned in the introduction, a unidimensional concept of substance use disorder has been widely held based on a great deal of evidence, and a single diagnostic criterion was adopted in the DSM-5 (Hasin, 2015). The principal component analysis in this study also indicated that the 6 criteria items formed a single broad superordinate factor. This finding did not contradict previously reported work (Saha et al., 2006; Borges et al., 2010).

Three diagnostic items in the ICD-10, “strong desire,” “difficulties in controlling,” and “neglect of pleasures,” were strongly correlated with each other and were considered to form the core symptoms for the diagnosis of alcohol dependence. In particular, the diagnostic item “difficulties in controlling” was the most broadly observed among the subjects and was placed in the center of the correlation diagram. Moreover, the principal component analysis also demonstrated that “difficulties in controlling” had the highest component loading value, followed by “neglect of pleasures” and “strong desire.” These results did not conflict with the theory that the diagnostic items “strong desire,” “difficulties in controlling,” and “neglect of pleasures” form the core symptoms for the diagnosis of alcohol dependence. Since “neglect of pleasures” was connected with the other 5 items and had the second largest component value, “neglect of pleasures” was thought to play an important role in the diagnosis of alcohol dependence, as was “difficulties in controlling.” “Strong desire” had 3 correlations with other diagnostic items and a particularly strong correlation with “difficulties in controlling.” Certainly, a strong desire is considered to easily lead to difficulties in controlling drinking based on clinical impressions. Thus, a strong desire has been integrated into the diagnostic item “difficulties in controlling substance-taking behavior” in the proposed ICD-11 criteria



(Tyburski et al., 2014). The present results also indicated that “strong desire” was fairly cooperative with “difficulties in controlling.”

The strong desire or sense of compulsion, that is, craving, has been discussed as a substance use disorder criterion. This symptom was included among the dependence criteria in the ICD-10, but was excluded in the DSM-IV. Evidence of craving as a treatment target for alcohol use disorder has been accumulating (O’Brien, 2005; Schneekloth et al., 2012; Subbaraman et al., 2013). Recently, anticraving drugs, such as naltrexone and nalmefene, have been shown to be effective for the reduction of drinking and the maintenance of abstinence in the pharmacological treatment of alcohol use disorder (Garbutt et al., 1999; O’Brien, 2005; Paille and Martini, 2014). Support for craving as a criterion comes indirectly from behavioral, imaging, and genetic studies (Heinz et al., 2009; Seo and Sinha, 2014). On the other hand, whether craving should be included as a criterion has remained uncertain, because craving can persist long into remission (Li et al., 2015; Pickens et al., 2011). While the psychometric benefit in adding a craving criterion has been equivocal, the opinion that craving may become important as a biological treatment target has prevailed. A craving criterion was thus included for substance use disorder in the DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) and was found to be included among the core diagnostic items in the present study.

The diagnostic item “withdrawal” was somewhat correlated with the former 3 items and seemed to complement the core symptoms in the diagnosis of alcohol dependence. In fact, “withdrawal” had intermediate component loading values. Withdrawal syndrome has been considered the key element in characterizing alcohol dependence. Indeed, withdrawal syndrome facilitates more drinking to relieve uncomfortable withdrawal sensations and leads to the development of dependency. A great deal of evidence regarding the biological mechanism of withdrawal syndrome has been accumulated using various study methods (Moonat et al., 2010; Pandey et al., 2008). The biological mechanism of withdrawal suggests that the development of withdrawal syndrome depends on the amount of recently consumed substance and the clinical characteristics of individuals (Eyer et al., 2011). Although withdrawal syndrome certainly contributes to the development of dependency, the syndrome might not play a central role in the diagnosis of alcohol dependence and might rather complement the diagnostic role of the core symptomatic items. Actually, only half of the subjects exhibited the diagnostic item “withdrawal” in this study.

The last diagnostic item, “tolerance,” was minimally related to the other diagnostic items and was demonstrated to be a relatively independent item. “Tolerance” was shown to have the lowest component loading value among the 6 criteria in the ICD-10. These results suggested that the diagnostic item “tolerance” has a minimal contribution to the diagnosis of alcohol dependence. Tolerance develops over the time course of repeated drinking episodes and might play

an important role in the escalation to heavy drinking and the formation of alcohol dependence (Corbin et al., 2013; Ghezzi et al., 2013; Hu et al., 2008). Although acquired tolerance predicts alcohol-related problems and facilitates the development of dependency (Corbin et al., 2013; Schuckit et al., 2008), whether or not evidence of tolerance exists might not be essential for a diagnosis. When patients with alcohol-related problems visit a hospital, a definite diagnosis of alcohol dependence is performed from a cross-sectional viewpoint. The acquired tolerance of the patients might have been lost at the time of the hospital visit because of their poor physical conditioning or age-related declines (Ziolkowski et al., 1995). A previous factor analysis suggested that tolerance, withdrawal syndrome, and impaired control items could be identified as separate factors (Muthen et al., 1993). The evidence of this previous factor analysis targeting current drinkers was compatible with the results of the present study targeting treatment-seeking patients with alcohol-related problems.

In the present study, the percentages of diagnostic items that were exhibited differed substantially (Fig. 2). The percentages of the checked items “strong desire,” “difficulty in controlling,” and “harmful consequences” were each over 80%. The percentage of “neglect of pleasures” was about 70%. Unexpectedly, the percentage of “withdrawal” did not reach 50% and was less than those of the other diagnostic items. The proportion of endorsed diagnostic items had been examined using data from the 1991 to 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) and the 2001 to 2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), which featured a representative sample of U.S. adults (Dawson and Grant, 2010; Dawson et al., 2010). We cannot easily compare the present study with these analyses performed in the United States, however, because the analyses were based on self-reports and targeted past-year drinkers and individuals with past-year alcohol use disorder and because they were analyzed using the diagnostic items for alcohol dependence and abuse in the DSM-IV. Nevertheless, the proportion of “difficulties in controlling” endorsed by treatment-seeking patients in this study was prevalent, as well as the corresponding items in the DSM-IV reported in these large-scale studies in the United States. The proportions of 2 physiological items, “withdrawal” and “tolerance,” endorsed in this study were lower than that of “difficulties in controlling,” and these findings were similar to the results of the previous U.S. studies. While the proportions of “neglect of pleasures” and “harmful consequences” were quite high in the present study, the corresponding criteria in the DSM-IV were rather less prevalent and had high severity threshold parameters in the analyses of the collected data from NESARC (Dawson et al., 2010). The difference seems to be mainly attributable to differences in the subjects among the studies. The diagnostic items “neglect of pleasures” and “harmful consequences” latently reflect alcohol-related problems suffered by the subjects and their families that drove the subjects to visit hospitals. Therefore, treatment-seeking

patients might have a tendency to endorse the items, “neglect of pleasures” and “harmful consequences.” In particular, the diagnostic item “harmful consequences” depends on the subjects’ circumstances, because they must be made aware of the nature or extent of the harm caused by their drinking by people who are familiar to them. If subjects who have suffered from physical or psychological problems and have realized that their problems are caused by drinking continue to have difficulties in controlling their drinking, they are very likely to involve diagnostic items “difficulties in controlling” and “harmful consequences.” Therefore, “harmful consequences” was only significantly correlated with “difficulties in controlling” and might only supplement the diagnostic role of “difficulties in controlling.”

Our study design created some methodological limitations. The first limitation was the accuracy with which the ICD-10 assessment could be conducted. All the subjects were assessed by 5 specialists, each with experience treating hundreds or thousands of alcohol-dependent patients. Although the diagnostic standard based on the ICD-10 criteria differs slightly in each case, the difference would be less noticeable in a large sample. Actually, the validity of the assessment was objectively confirmed by correlations between hepatic markers and the number of checked items. Second, all the patients including those who did not meet the criteria for alcohol dependence were analyzed in this study. When 162 alcohol-dependent patients among the 183 subjects were analyzed separately, the correlation among the 6 diagnostic items was obscured (data not shown), partly because the increase in the proportions of endorsed diagnostic items masked the correlations. However, the 21 patients who did not meet 3 or more criteria had visited our hospital because of serious alcohol-related problems such as insomnia, depression, cognitive dysfunction, blackouts, violence, or drunken driving. The ICD-10 criteria for alcohol dependence do not always cover patients with severe alcohol problems. Thus, it seemed reasonable to include them in the present analysis. Third, the criteria that reflect the consequences of substance use are substantially conditioned by social and cultural circumstances (Martin et al., 2014; Room, 2006). The consequences are explicit for the diagnostic item “harmful consequences” and implicit to varying extents for “neglect of pleasures,” most notably for “increased amount of time” around the substance. Where the substance is readily and widely available, the issue of time spent seems irrelevant to informants (Room, 2006). Alcohol consumption is very acceptable in Japanese society. Drinking parties are common activities that are used to strengthen social and business ties. Therefore, the evaluation of diagnostic thresholds for the items “neglect of pleasures” and “harmful consequences” might be influenced by a higher societal tolerance in the present study, compared with the thresholds in other countries. Fourth, the present study explored the core symptoms from only 6 symptomatic items represented in the ICD-10. The representative 6 items have inherited the elements suggested by Edwards and Gross (1976) and have been developed to

capture the precise criteria of alcohol dependence. The representative 6 items have been rigorously resolved into more symptomatic elements (Dawson and Grant, 2010; Muthen et al., 1993). Whereas the use of multiple symptom items would be desirable of yielding more reliable and valid criterion measures, the inclusion of highly correlated symptom items contributes little above and beyond the existent criteria items (Dawson and Grant, 2010). Nevertheless, caution is needed to ensure that the core symptomatic items were indicated based only on what was assessed. It would be necessary to be careful of the possibility of allosteric symptomatic items. Fifth, the core characteristics of alcohol dependence should be determined based on all accumulated evidence to generalize across diverse samples. This study was based on a relatively small Japanese clinical sample and might have contained many severe cases. Actually, since about 20% of the subjects were divorced and over 20% of the subjects were unemployed, the subjects’ social positions were thought to be relatively unstable. Other studies targeting larger samples of treatment-seeking patients or heavy drinkers in other countries are anticipated. Sixth, we examined the correlation of symptoms using manual calculations partly because only 6 symptomatic items were targeted and analyzed in the present study. Recently, new statistical approaches, such as network theory and graph theory, have been increasingly used to address symptom networks (Boschloo et al., 2015). These techniques have been used in the field of substance use disorders (Rhemtulla et al., 2016). Since these new methods would be very helpful for identifying items that appear to influence each other among numerous factors, these methods seem to be promising for addressing the relations and centrality of symptoms and for revising our conceptualization of psychiatric disorders and comorbidities. Seventh, a recent study exhibited a low consistency in the ordering of the severity of individual criteria for alcohol use disorders across studies (Lane et al., 2016). The diagnostic instruments that were used were found to be a large source of this inconsistency. Although the diagnostic criteria for alcohol dependence in the ICD-10 were used in this study, studies using different diagnostic instruments might undermine the reproducibility of the present study. Therefore, further studies using other methodological variables, such as samples and assessment instruments, would help to advance research in this area.

The present study explored the core diagnostic items associated with patients visiting a treatment center. The statistical analysis demonstrated the strong correlations of 3 diagnostic items, “strong desire,” “difficulties in controlling,” and “neglect of pleasures.” The loading values of the 3 diagnostic items quantitatively gained a large share in the principal component analysis. The core symptomatic elements in the diagnosis of alcohol dependence were statistically suggested in this study. We speculated that the relations and components among the diagnostic items of alcohol dependence might also be applicable to other forms of substance use dependence and behavioral addiction.

## ACKNOWLEDGMENTS

We are grateful to the following researchers for their contributions to this study: Hitoshi Maesato, MD, Hideki Nakayama, MD, Hisakazu Nakayama, MD, Tsuyoshi Takimura, MD.

## DECLARATIONS OF COMPETING INTEREST

None.

## REFERENCES

- Agrawal A, Heath AC, Lynskey MT (2011) DSM-IV to DSM-5: the impact of proposed revisions on diagnosis of alcohol use disorders. *Addiction* 106:1935–1943.
- Agrawal A, Wetherill L, Bucholz KK, Kramer J, Kuperman S, Lynskey MT, Nurnberger JI Jr, Schuckit M, Tischfield JA, Edenberg HJ, Foroud T, Bierut LJ (2013) Genetic influences on craving for alcohol. *Addict Behav* 38:1501–1508.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA.
- Bartoli F, Carra G, Crocama C, Clerici M (2015) From DSM-IV to DSM-5 alcohol use disorder: an overview of epidemiological data. *Addict Behav* 41:46–50.
- Borges G, Ye Y, Bond J, Cherpitel CJ, Cremonte M, Moskalewicz J, Swiatkiewicz G, Rubio-Stipec M (2010) The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross-national perspective. *Addiction* 105:240–254.
- Boschloo L, Van Borkulo CD, Rhemtulla M, Keyes KM, Borsboom D, Schoevers RA (2015) The network structure of symptoms of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *PLoS One* 10:E0137621.
- Conigrave KM, Davies P, Haber P, Whitfield JB (2003) Traditional markers of excessive alcohol use. *Addiction* 98:31–43.
- Corbin WR, Scott C, Leeman RF, Fucito LM, Toll BA, O'Malley SS (2013) Early subjective response and acquired tolerance as predictors of alcohol use and related problems in a clinical sample. *Alcohol Clin Exp Res* 37:490–497.
- Dawson DA, Grant BF (2010) Should symptom frequency be factored into scalar measures of alcohol use disorder severity? *Addiction* 105:1568–1579.
- Dawson DA, Saha TD, Grant BF (2010) A multidimensional assessment of the validity and utility of alcohol use disorder severity as determined by item response theory models. *Drug Alcohol Depend* 107:31–38.
- Dawson DA, Smith SM, Saha TD, Rubinsky AD, Grant BF (2012) Comparative performance of the audit-c in screening for DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend* 126:384–388.
- De Brujin C, Korzec A, Koerselman F, Van Den Brink W (2004) Craving and withdrawal as core symptoms of alcohol dependence. *J Nerv Ment Dis* 192:494–502.
- Edwards G, Gross MM (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J* 1:1058–1061.
- Eyer F, Schuster T, Felgenhauer N, Pfab R, Strubel T, Saugel B, Zilker T (2011) Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal-predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal. *Alcohol Alcohol* 46:427–433.
- Garbutt JC, West SL, Carey TS, Lohr KN, Crews FT (1999) Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *JAMA* 281:1318–1325.
- Gerdner A, Wickstrom L (2015) Reliability of ADDIS for diagnoses of substance use disorders according to ICD-10, DSM-IV and DSM-5: test-retest and inter-item consistency. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 10:14.
- Ghezzi A, Krishnan HR, Lew L, Prado FJ 3rd, Ong DS, Atkinson NS (2013) Alcohol-induced histone acetylation reveals a gene network involved in alcohol tolerance. *PLoS Genet* 9:E1003986.
- Grant BF, Harford TC, Muthen BO, Yi HY, Hasin DS, Stinson FS (2007) DSM-IV alcohol dependence and abuse: further evidence of validity in the general population. *Drug Alcohol Depend* 86:154–166.
- Harford TC, Muthen BO (2001) The dimensionality of alcohol abuse and dependence: a multivariate analysis of DSM-IV symptom items in the national longitudinal survey of youth. *J Stud Alcohol* 62:150–157.
- Hasin D (2003) Classification of alcohol use disorders. *Alcohol Res Health* 27:5–17.
- Hasin D (2015) DSM-5 SUD diagnoses: changes, reactions, remaining open questions. *Drug Alcohol Depend* 148:226–229.
- Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, Compton WM, Crowley T, Ling W, Petry NM, Schuckit M, Grant BF (2013) DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry* 170:834–851.
- Hasin D, Paykin A, Meydan J, Grant B (2000) Withdrawal and tolerance: prognostic significance in DSM-IV alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 61:431–438.
- Heinz A, Beck A, Grusser SM, Grace AA, Wrase J (2009) Identifying the neural circuitry of alcohol craving and relapse vulnerability. *Addict Biol* 14:108–118.
- Hu W, Saba L, Kechris K, Bhawe SV, Hoffman PL, Tabakoff B (2008) Genomic insights into acute alcohol tolerance. *J Pharmacol Exp Ther* 326:792–800.
- Keyes KM, Krueger RF, Grant BF, Hasin DS (2011) Alcohol craving and the dimensionality of alcohol disorders. *Psychol Med* 41:629–640.
- Lane SP, Steinley D, Sher KJ (2016) Meta-analysis of DSM alcohol use disorder criteria severities: structural consistency is only 'skin deep'. *Psychol Med* 46:1769–1784.
- Li TK, Hewitt BG, Grant BF (2007) The alcohol dependence syndrome, 30 years later: a commentary. The 2006 H David Archibald Lecture. *Addiction* 102:1522–1530.
- Li P, Wu P, Xin X, Fan YL, Wang GB, Wang F, Ma MY, Xue MM, Luo YX, Yang FD, Bao YP, Shi J, Sun HQ, Lu L (2015) Incubation of alcohol craving during abstinence in patients with alcohol dependence. *Addict Biol* 20:513–522.
- Martin CS, Langenbucher JW, Chung T, Sher KJ (2014) Truth or consequences in the diagnosis of substance use disorders. *Addiction* 109:1773–1778.
- Moonat S, Starkman BG, Sakharkar A, Pandey SC (2010) Neuroscience of alcoholism: molecular and cellular mechanisms. *Cell Mol Life Sci* 67:73–88.
- Murphy CM, Stojek MK, Few LR, Rothbaum AO, Mackillop J (2014) Craving as an alcohol use disorder symptom in DSM-5: an empirical examination in a treatment-seeking sample. *Exp Clin Psychopharmacol* 22:43–49.
- Muthen BO, Hasin D, Wisnicki KS (1993) Factor analysis of ICD-10 symptom items in the 1988 National Health Interview Survey on Alcohol Dependence. *Addiction* 88:1071–1077.
- Nelson CB, Rehm J, Ustun TB, Grant B, Chatterji S (1999) Factor structures for DSM-IV substance disorder criteria endorsed by alcohol, cannabis, cocaine and opiate users: results from the WHO reliability and validity study. *Addiction* 94:843–855.
- O'Brien CP (2005) Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications. *Am J Psychiatry* 162:1423–1431.
- Paille F, Martini H (2014) Nalmefene: a new approach to the treatment of alcohol dependence. *Subst Abuse Rehabil* 5:87–94.
- Pandey SC, Ugale R, Zhang H, Tang L, Prakash A (2008) Brain chromatin remodeling: a novel mechanism of alcoholism. *J Neurosci* 28:3729–3737.
- Pickens CL, Airavaara M, Theberge F, Fanous S, Hope BT, Shaham Y (2011) Neurobiology of the incubation of drug craving. *Trends Neurosci* 34:411–420.
- Rhemtulla M, Fried EI, Aggen SH, Tuerlinckx F, Kendler KS, Borsboom D (2016) Network analysis of substance abuse and dependence symptoms. *Drug Alcohol Depend* 161:230–237.
- Room R (2006) Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. *Addiction* 101:31–39.
- Saha TD, Chou SP, Grant BF (2006) Toward an alcohol use disorder continuum using item response theory: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychol Med* 36:931–941.

- Saunders JB (2006) Substance dependence and non-dependence in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the International Classification of Diseases (ICD): can an identical conceptualization be achieved? *Addiction* 101:48–58.
- Schneekloth TD, Biernacka JM, Hall-Flavin DK, Karpyak VM, Frye MA, Loukianova LL, Stevens SR, Drews MS, Geske JR, Mrazek DA (2012) Alcohol craving as a predictor of relapse. *Am J Addict* 21:S20–S26.
- Schuckit MA, Smith TL, Hesselbrock V, Bucholz KK, Bierut L, Edenberg H, Kramer J, Longacre E, Fukukura T, Kalmijn J, Danko GP, Trim R (2008) Clinical implications of tolerance to alcohol in nondependent young drinkers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 34:133–149.
- Seo D, Sinha R (2014) The neurobiology of alcohol craving and relapse. *Handb Clin Neurol* 125:355–368.
- Shmulewitz D, Keyes K, Beseler C, Aharonovich E, Aivadyan C, Spivak B, Hasin D (2010) The dimensionality of alcohol use disorders: results from israel. *Drug Alcohol Depend* 111:146–154.
- Subbaraman MS, Lendle S, Van Der Laan M, Kaskutas LA, Ahern J (2013) Cravings as a mediator and moderator of drinking outcomes in the combine study. *Addiction* 108:1737–1744.
- Tyburski EM, Sokolowski A, Samochowiec J, Samochowiec A (2014) New diagnostic criteria for alcohol use disorders and novel treatment approaches—2014 update. *Arch Med Sci* 10:1191–1197.
- Ustun B, Compton W, Mager D, Babor T, Baiyewu O, Chatterji S, Cottler L, Gogus A, Mavreas V, Peters L, Pull C, Saunders J, Smeets R, Stipeck MR, Vrsti R, Hasin D, Room R, Van Den Brink W, Regier D, Blaine J, Grant BF, Sartorius N (1997) WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. *Drug Alcohol Depend* 47:161–169.
- Ziolkowski M, Maludzinska E, Gruss T, Rybakowski J, Volpicelli JR (1995) Decrease in alcohol tolerance: clinical significance in alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend* 39:33–36.