

依存症について

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

- 他のサービスや関係機関との連携が必要と考えられる分野(認知症、依存症、児童・思春期等)については、病期・疾患に応じた入院機能のあり方と機能分化に関する検討も踏まえ、その体制のあり方について検討を行うべきではないか。

アルコール・薬物関連精神障害の分類 (ICD-10)

F1x.0 急性中毒

F1x.1 有害な使用 (=乱用)

F1x.2 依存症候群 (=依存)

F1x.3 離脱状態

F1x.4 せん妄を伴う離脱状態

F1x.5 精神病性障害

F1x.6 健忘症候群

F1x.7 残遺性および遅発性精神病性障害

F1x.8 他の精神および行動の障害

F1x.9 特定不能の精神および行動の傷害

F1x.2 依存症候群

- a. 物質摂取への強い欲望、強迫感
- b. 物質摂取行動の統制困難
- c. 離脱症状
- d. 耐性の増大
- e. 物質摂取中心の生活
- f. 有害な結果が起きているにもかかわらず物質を使用

a-fのうち3項目以上が過去1年間のある期間に同時に存在

依存とは

【依存は『精神依存』と『身体依存』に分けられる。】

- 精神依存

- 薬物を使用せずにいられない精神状態。
- 依存症では必ず存在する。

- 身体依存

- 身体が生理的に薬物の作用に適応し、使用を中止すると離脱症状が出現するようになった状態。
- モルヒネ、バルビツール系薬物、アルコール等で特に認められる。

※耐性

- 薬物の反復使用により薬物の効果が弱まり、初期と同じ効果を得るために使用量を増やさなければならない状態。

物質関連障害（依存症を含む）関連の統計

国内の物質関連障害患者数（平成17年）

	総数	男性	女性
アルコール使用による精神及び行動の障害	51	44	7
薬物使用による精神及び行動の障害	9	6	3

単位は千人
診断はICD-10
出典：患者調査

物質関連障害患者の精神科病院入院数（平成18年）

	総数	男性	女性
精神作用物質による精神及び行動の障害	16,115	14,401	1,714
アルコール	14,548	13,181	1,367
覚せい剤	762	615	147
上記以外	805	605	200

* 依存症専門病床
アルコール：61病棟 3,294床
薬物：3病棟 190床
アルコール・薬物混合：10病棟 566床
（平成18年6月30日時点、精神・障害保健課調べ）

単位は人
診断はICD-10
平成18年6月30日時点、精神・障害保健課調べ

国内の薬物事犯検挙人員

	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年
覚せい剤	14,797	12,397	13,549	11,821	12,211
内再犯者数	7,907(53.4%)	6,840(55.2%)	7,438(54.9%)	6,421(54.3%)	6,807(55.7%)
麻薬・向精神薬	327	635	606	611	542
あへん	55	68	13	27	47
大麻	2,173	2,312	2,063	2,423	2,375

単位は人
出典：警察庁、厚生労働省、海上保安庁調べ

物質関連障害（依存症を含む）関連の疫学（1）

国内のアルコール関連障害患者数の推計

	合計	男性	女性
有害な使用（アルコール）	214万人	197万人	21万人
アルコール依存症	81万人	72万人	8万人

診断はICD-10

平成16年度厚生労働科学研究「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究」主任研究者：樋口進

世界精神保健（WMH）調査データによる国内の物質関連障害有病率

	生涯有病率			12ヵ月有病率		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性
有害な使用（アルコール）	3.5	6.1	1.3	0.4	0.5	0.2
アルコール依存症	0.6	0.1	1.2	0.2	0.4	0.0
有害な使用（薬物）	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0
薬物依存症	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
いずれかの精神作用物質による障害	4.1	7.2	1.5	0.6	0.9	0.3

数字は%
診断はICD-10

平成18年度厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」主任研究者：川上憲人

物質関連障害（依存症を含む）関連の疫学（2）

国内における15歳以上の住民の薬物経験率（平成19年）

	有機溶剤	大麻	覚醒剤	ヘロイン	コカイン	LSD	MDMA	いずれか	有機溶剤を除く いずれか
生涯経験率	2.26	0.96	0.44	0.05	0.14	-	0.12	2.90	1.34
1年経験率	0	0.04	0	0	0	-	0	0.04	0.04

	鎮痛薬	精神安定薬	睡眠薬
1年経験率	55.13	8.35	6.43

数字は%

平成19年度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究」主任研究者：和田清

世界精神保健（WMH）調査データによる国内の薬物使用頻度

	マリファナ （大麻）	コカイン	医療目的以外の 処方薬（覚 醒剤を含む）	他の薬物
生涯使用頻度	1.5	0.3	6.4	2.4
12ヵ月使用頻度	0.3	-	1.9	0.0

数字は%

平成18年度厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」主任研究者：川上憲人

* 最初に使用した薬物

（DARC利用者445人への調査）

有機溶剤 44.7%

大麻 13.9%

覚せい剤 11.7%

（平成19年度障害保健福祉推進事業「薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査」）

アルコール、薬物の使用と自殺との関連

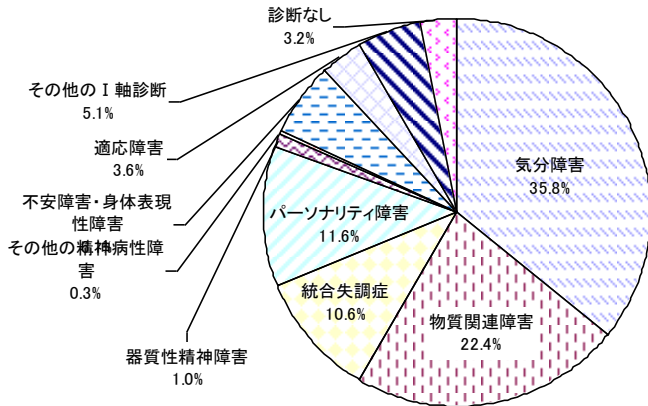
- アルコール、薬物の使用は自殺関連行動の危険性を高めると考えられている
- 国内においてアルコール、薬物の使用が原因とされる自殺者数

平成19年の自殺者33,093人中

- アルコール依存症 295人
- 薬物乱用 49人

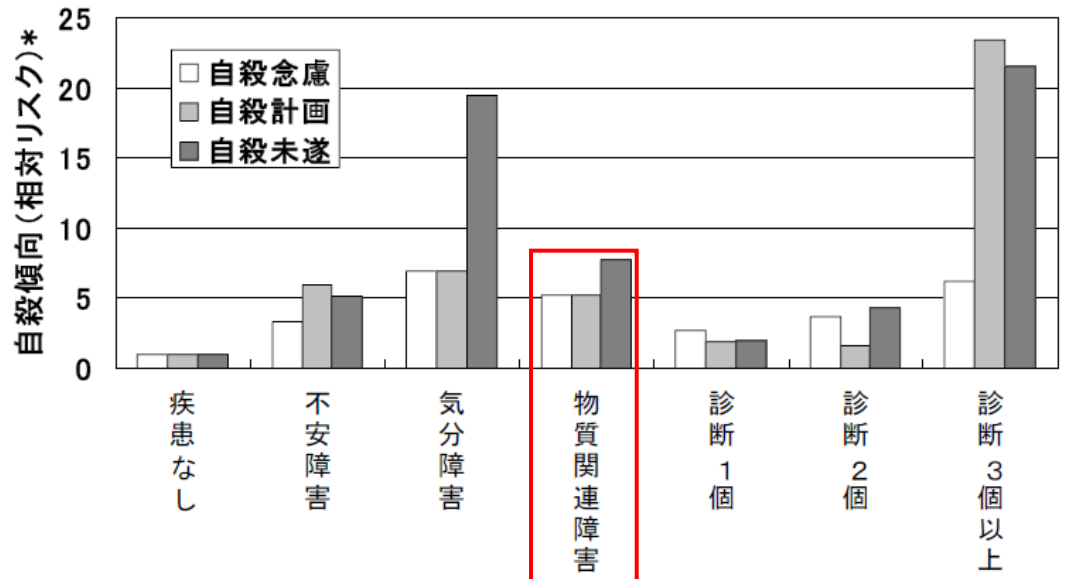
(警察統計より、原因・動機が特定された者23,209人における数、原因・動機は3つまで計上)

自殺既遂者における精神疾患の存在



精神科入院歴のない自殺既遂者8,205例について調査
複数診断の総数(12,292)に対する割合を示している

精神疾患の経験がその後の自殺傾向に与える影響



* 疾患なしを対照 (相対リスク=1) とする。2.0 以上の相対リスクは全て有意 (p<0.05, 比例ハザード解析、Part II 重み付け)。Ono Y, et al. Br J Psychiatry (in press) から作成。

薬物・アルコール問題対策

有害使用防止対策

再乱用防止対策

依存症対策

アルコール

適正飲酒のための普及・啓発
・健康日本21

飲酒運転の取り締まり
・道路交通法改正による飲酒運転の厳罰化

矯正施設での対応

精神保健福祉相談
(精神保健福祉センター・保健所)

医療機関での対応
・入院医療
・外来医療、デイケア

自助活動(断酒会、AA、MAC等)

薬物

薬物乱用防止のための普及・啓発
・「ダメ。ゼッタイ。」普及運動

薬物の所持・使用の取り締まり
・薬物関連5法

精神保健福祉相談
(精神保健福祉センター・保健所)

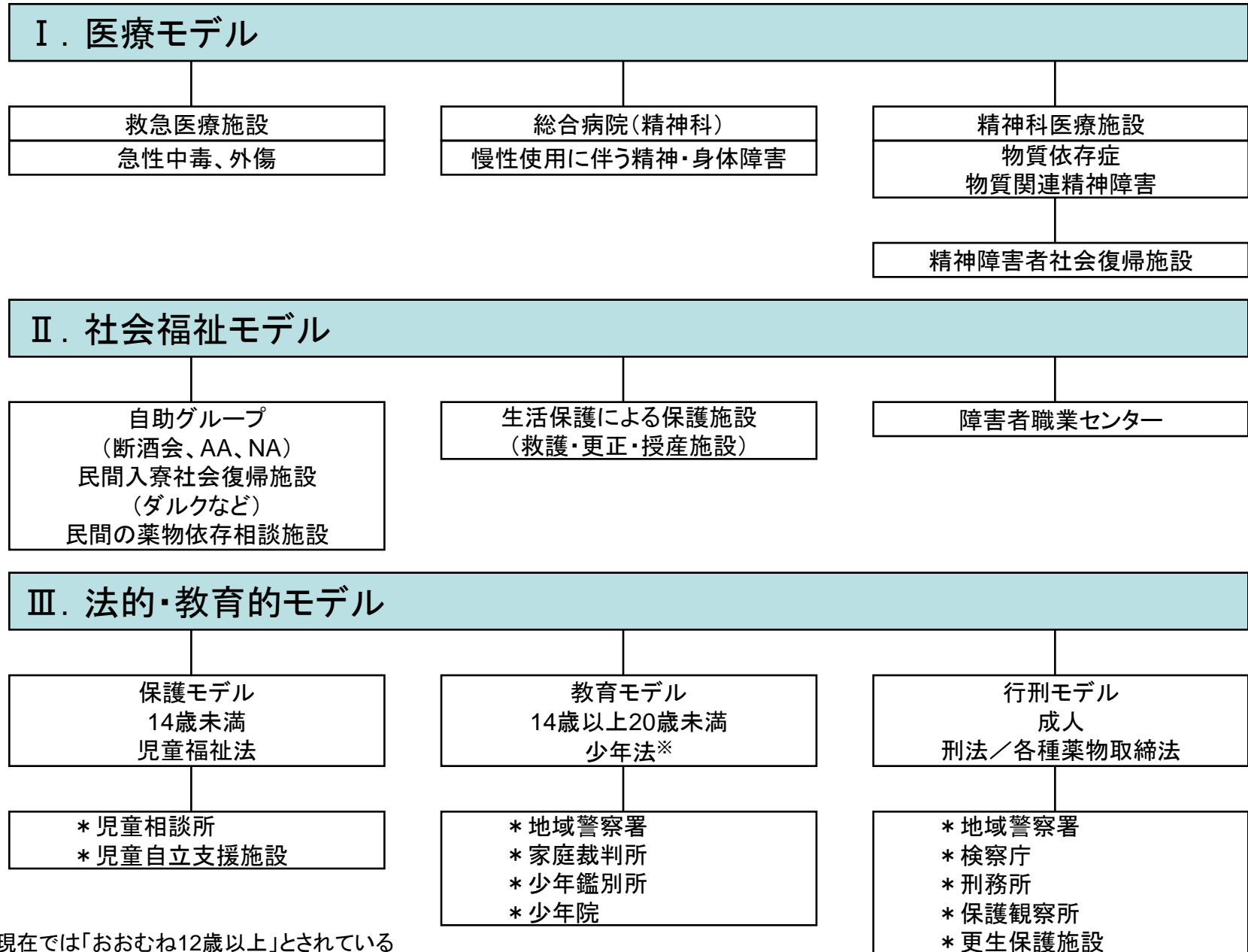
医療機関での対応
・入院医療
・外来医療、デイケア

自助活動(NA、DARC等)

「家族読本」、「薬物問題相談員マニュアル」の作成・配布

第三次薬物乱用防止5カ年戦略

わが国の物質依存症の治療・リハビリテーションモデル



※現在では「おおむね12歳以上」とされている

物質依存症の治療ステージ

治療ステージ	1. 導入期	2. 解毒期	3. リハビリテーション前期	4. リハビリテーション後期
対処点	関連問題・関連障害 (肝障害、家庭内不和、 警察沙汰、精神症状 など)	急性中毒・離脱症状への 対処	精神依存への対処 物質関連障害の治療	再摂取の危機への対処 家庭内問題への対処 就職
目標	病気としての理解 治療への動機づけ	断薬 身体・精神症状の改善	依存の洞察 精神の安定化 社会生活技能の向上	断薬の継続 ストレス対処行動の獲得 家族の回復 生活の安定化
方法	家族の協力 家族教育 職場・内科医の協力	薬物療法 補液 入院治療	集団精神療法 断酒会、AA、NA 内観療法、行動療法 抗酒薬 家族療法	断酒会、AA、NA 外来治療 抗酒薬 家族療法

(注)入院治療の場合には、解毒期とリハビリテーション前期が適応となり、リハビリテーション後期は退院後のアフターケアに相当する。

ブリーフ・インターベンション(簡易介入)

1. 短時間(5分~30分)の個別カウンセリング
2. 通常、1~数回のフォローアップカウンセリングを行う
3. 対象は依存症まで至っていない多量飲酒者である
4. 治療の目標は、断酒ではなく減酒のことが多い
5. 病院が依頼、地域保健センター、職域健康管理センター、学校など様々な保健・医療現場で実施できる
6. 医師のみならずパラメディカルスタッフも実施できる
7. FRAMESの原則を適用すると効果的である

※FRAMES:ブリーフインターベンションの6要素

要素	内容
Feedback	アルコール関連問題の正確な現実を本人にフィードバックする
Responsibility	アルコール関連問題の改善に関する責任が本人にあることを強調する
Advice	明確な助言を与える
Menu	複数の飲酒行動改善方法を紹介する
Empathy	介入者が対象者に対して共感的態度をとる
Self-efficacy	飲酒行動の改善に関して、自己達成が可能であることを理解させ、支援する

久里浜式認知行動療法

経緯

国立療養所久里浜病院(現:国立病院機構久里浜アルコール症センター)では、1963年にアルコール依存症専門病棟が開設されて以降、アルコール依存症に対する集団療法中心の入院治療が行われてきた。

近年、患者の価値観の多様化、強固な集団性への抵抗感などがみられるようになり、これまでの集団療法に適応困難な症例が目立ってきたため、個別性が強く、海外で評価を得ている認知行動療法を、2000年以降治療プログラムに取り入れている。

目的

飲酒問題に対する「認知の偏り」または「否認」について、小集団で検討し、その偏りを修正し、それにより断酒への動機付けを高めていくこと。

特徴

- 入院治療にて行なわれる。
- 小グループ療法(5名前後)にて行なわれる。
- 参加する患者や担当者であるグループリーダー(医療者)は、全セッションを通して同じメンバーで行なわれる。
- 中高年男性アルコール依存症病棟の全患者を対象としている。
- 従来の入院治療プログラムと併用して行なわれる。

薬物依存症に対する認知行動療法

認知行動療法については、特に以下の技法について、薬物依存症に対する有効性が確認されている

- 動機付け面接 (Motivational Interviewing)
 - 「底つき※」を待たず、依存症者それぞれの動機付けのレベルに合わせ、共感的な対話を通じて動機を強化し、行動変容を促す技法
 - ※底つき: 依存症に対して自分が無力で、自分の力ではどうにもならない状況となっていることを認めている状態
- 再発防止法 (Relapse Prevention)
 - 薬物使用につながる認知行動パターンを「きっかけ・危険な状況→認知・対処スキル→行動→結果」という枠組みで明確化し、「行動」を変えるための方法を検討する技法