

精神科診療所の立場からアルコール医療を考える
～日精診アンケート結果を中心に～

第20回アルコール健康障害対策関係者会議
2019年12月19日

ひがし布施クリニック
辻本土郎



日精診依存症アンケート

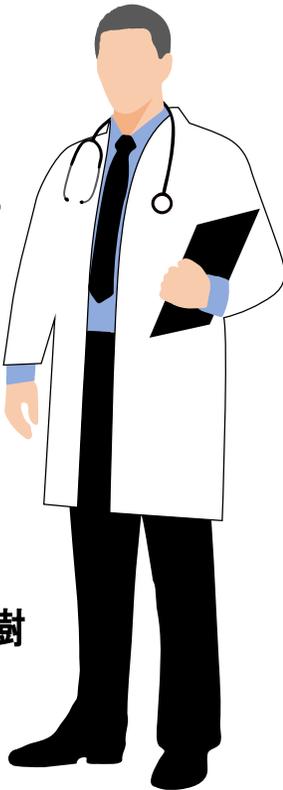
依存症治療への社会的要請から精神科診療所協会に所属する精神科医に臨床現場での意識調査を行った。
今回は速報として報告する。

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

会長 三木和平

日精診依存症対策プロジェクトチーム

上村敬一、奥田宏、近藤直樹、齋藤利和、紫藤昌彦、辻本土郎（委員長）、西山仁、比嘉千賀、山崎茂樹



日精診依存症アンケート

日精診依存症治療アンケート

(提出期限 2019年9月31日必着)

はじめに

少子高齢化と先の見えない社会の中で、依存に陥る人は少なくないと思われます。診療所においては物質依存のアルコール使用障害だけでなく、ギャンブル、ネット・ゲーム、病的窃盗など行動嗜癖などの問題で助けを求めてくる本人や家族の受診が増えてまいりました。また、うつや不安障害など精神症状の背景に依存症の問題があり、回復が遅延化しているケースも少なくありません。

このたび日精診では社会的要請に応えるため、依存症対策プロジェクトチームを立ち上げました。第一回委員会は第25回学術研究会・埼玉大会のうちに開催されました。委員会での討議の結果、臨床現場の実態調査を行い、臨床現場の要請に応えるべく対策を立てることが決定されました。つきましては日精診の皆様を対象としてアンケート調査を実施するものです。皆さまの貴重なご意見は今後、診療所における依存症問題への治療的介入の確立に役立ててまいります。

なお、この調査は倫理的配慮が十分になされ実施されます。インフォームドコンセントにつきましては、アンケートへの回答・提出をもって同意とみなす、とさせていただきます。ご多忙中たいへん恐縮ですが、ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

2019年 8月 吉日

日本精神神経科診療所協会 会長 三木和平

日精診・依存症対策プロジェクトチーム 委員長 辻本土郎

回答につきましては、日本精神神経科診療所協会事務局まで同封の封筒を用いて

2019年9月31日必着にて御返送ください。

質問1 まず、先生の属性について教えてください。

年齢 20代、30代、40代、50代、60代、70代、80代以上

性別 男性・女性 診療所の所在地(都道府県) _____

質問2 主病名(あるいは主問題)で、どの患者が多いでしょうか、1位から3位まで特定していただき数字を各診断名の後にお書き下さい。また、月におおよそ10例以上を診る患者には◎を、1~9例は○をつけて下さい。記載例 アルコール使用障害(1位・◎)、病的賭博(3位・○)、買い物依存(○)
(ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい)

アルコール使用障害 ()	薬物依存・乱用 ()
病的賭博 ()	病的窃盗 ()
ネット・ゲーム障害 ()	摂食障害 ()
買い物依存 ()	性依存 ()
その他 _____	依存 ()

質問3 副病名(あるいは併存問題)としてなら、どの患者が多いでしょうか、1位から3位まで特定していただき数字を各診断名の後にお書き下さい。また、月におおよそ10例以上を診る患者には◎を、1~9例は○をつけて下さい。記載例 アルコール使用障害(1位・◎)、病的賭博(3位・○)、買い物依存(○)
(ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい)

アルコール使用障害 ()	薬物依存・乱用 ()
病的賭博 ()	病的窃盗 ()
ネット・ゲーム障害 ()	摂食障害 ()
買い物依存 ()	性依存 ()
その他 _____	依存 ()

質問4 現状では、依存症・嗜癖問題の患者が来られた場合どのように対応されていますか。当てはまるものに○をつけて下さい。(複数回答可)

- () 受付でお断りしている
- () いちおうは診ている
- () 専門医療機関を紹介する
- () 受診を継続させ、一緒に考え、治療する
- () コメディカル・スタッフが相談にのる
- () 依存・嗜癖の専門的治療を行う
- () 自助グループ・家族会などの情報提供をする
- () パンフレット・本の紹介など情報提供をする
- () その他:

質問5 今後の、依存症・嗜癖問題への先生の対応・スタンスについてお尋ねします。当てはまるものに、ひとつ○をつけて下さい。

- ① 受付をお断りしたい
- ② できれば関わりたくないが、いちおうは診る
- ③ どちらとも言えない

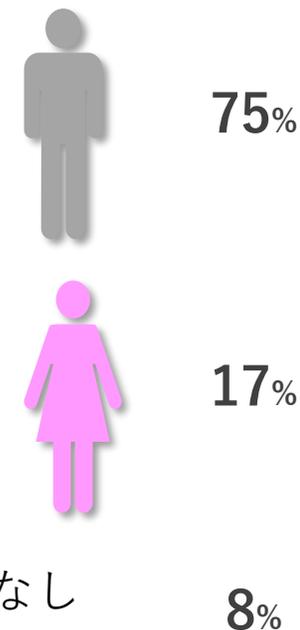
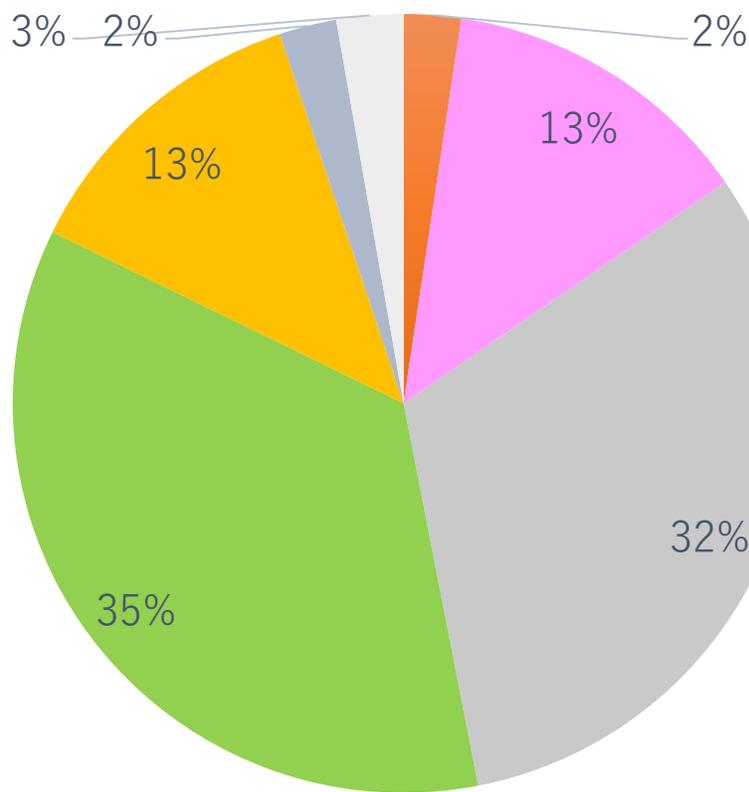
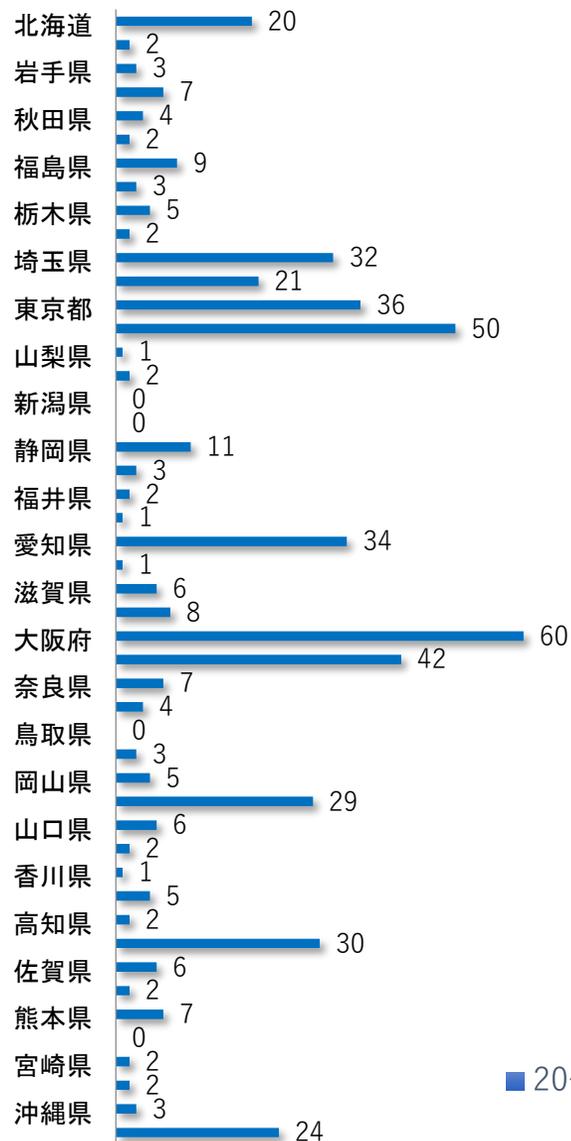
日精診依存症アンケート 質問①

・調査日 2019年8月～9月

基礎項目

・回答率 32%

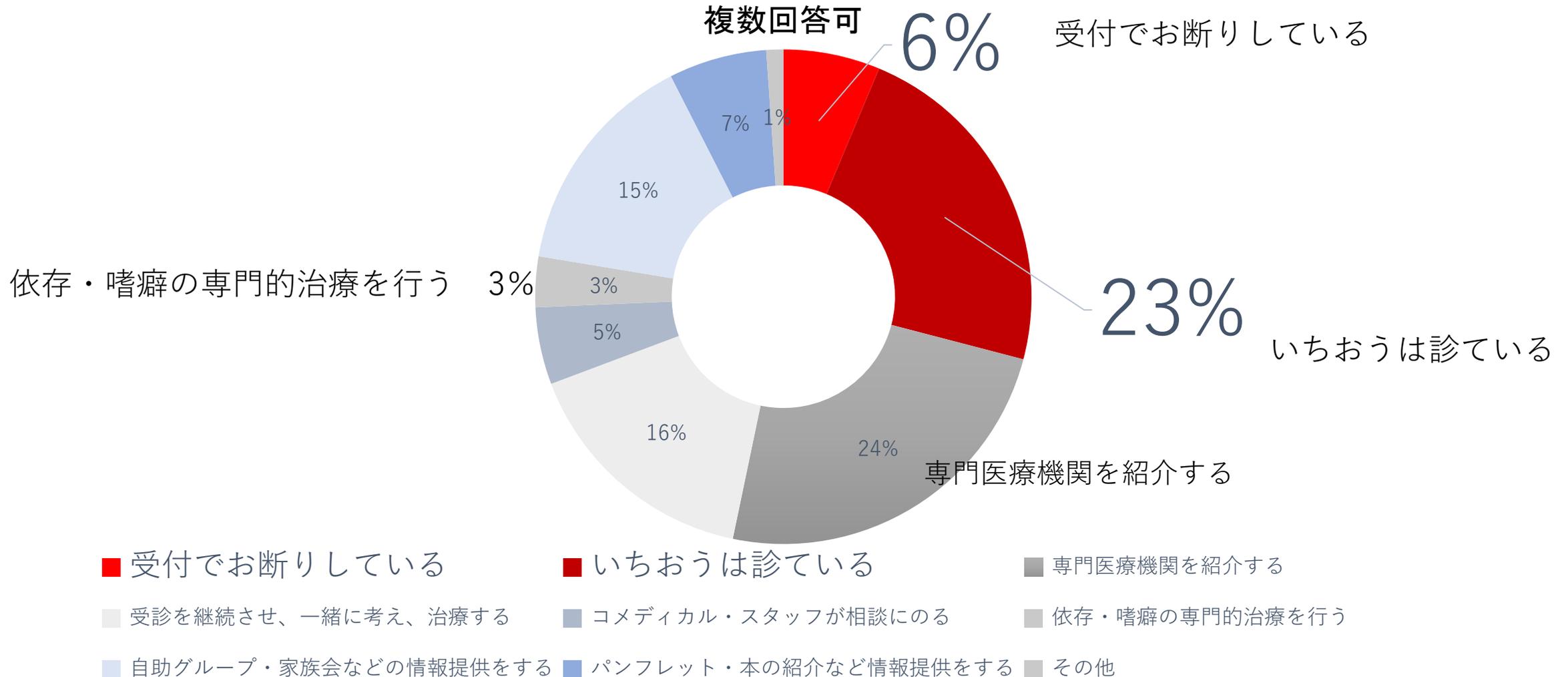
1092人に郵送 507人から回答



■ 20代 ■ 30代 ■ 40代 ■ 50代 ■ 60代 ■ 70代 ■ 80代以上 ■ 記載なし

日精診依存症アンケート 質問④

- 質問4 現状では、依存症・嗜癖問題の患者が来られた場合どのように対応されていますか。

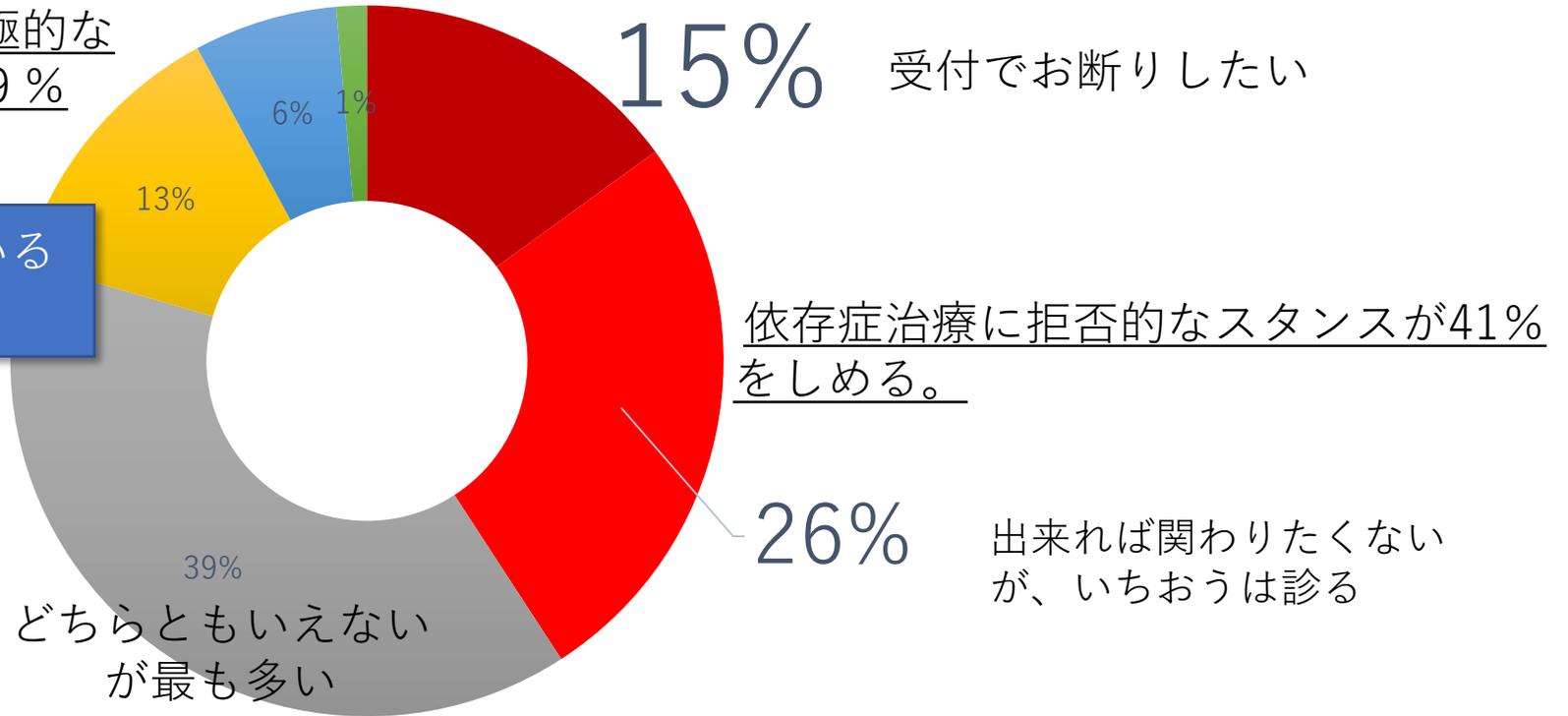


日精診依存症アンケート 質問⑤

- 質問5 今後の、依存症・嗜癖問題への先生の対応・スタンスについてお尋ねします。

やや積極的、積極的なスタンスは19%

依存・嗜癖に陰性感情を持っている人が少なからずいる



■ ①受付をお断りしたい

■ ③どちらとも言えない

■ ⑤積極的に関わりたい

■ ②できれば関わりたくないが、いちおうは診る

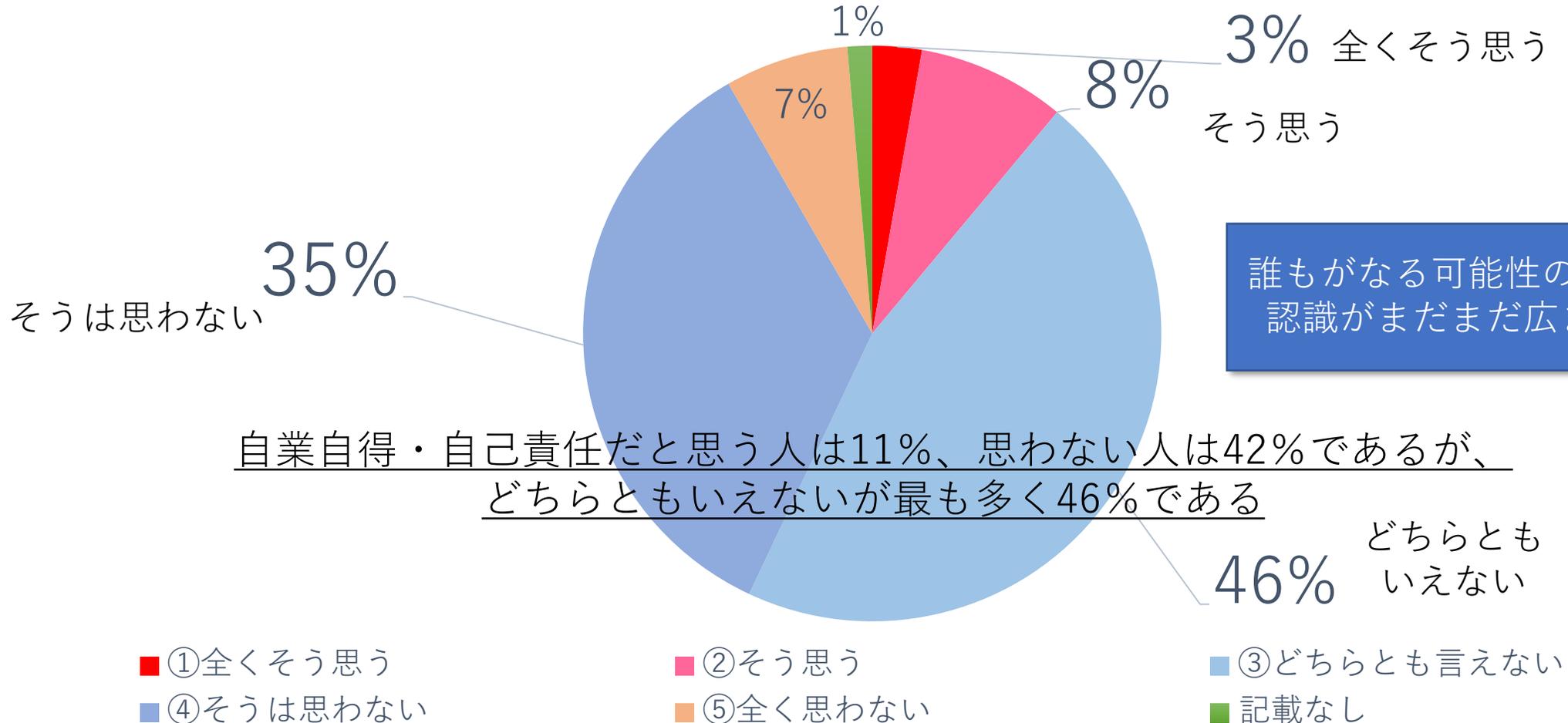
■ ④やや積極的に関わりたい

■ 記載なし

日精診依存症アンケート 質問⑫

質問12 本人が依存症になったのは自業自得・自己責任だと思いますか。

自業自得/自己責任

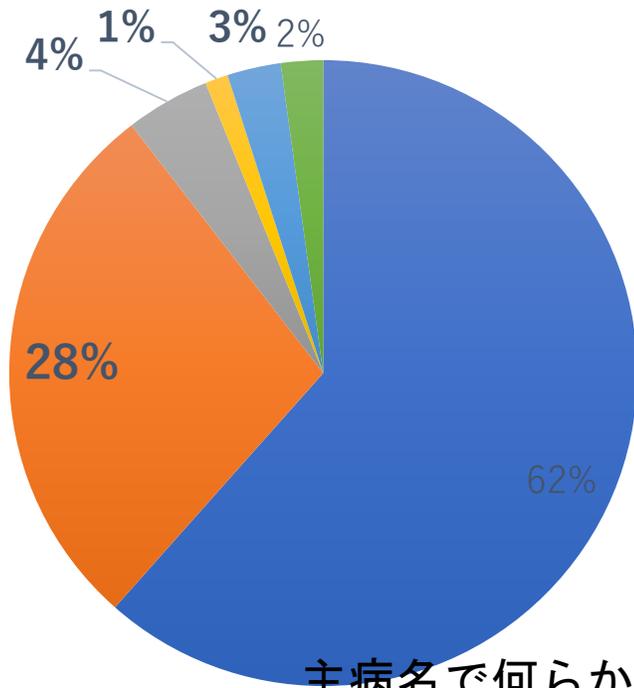


日精診依存症アンケート 質問①⑥/①⑦

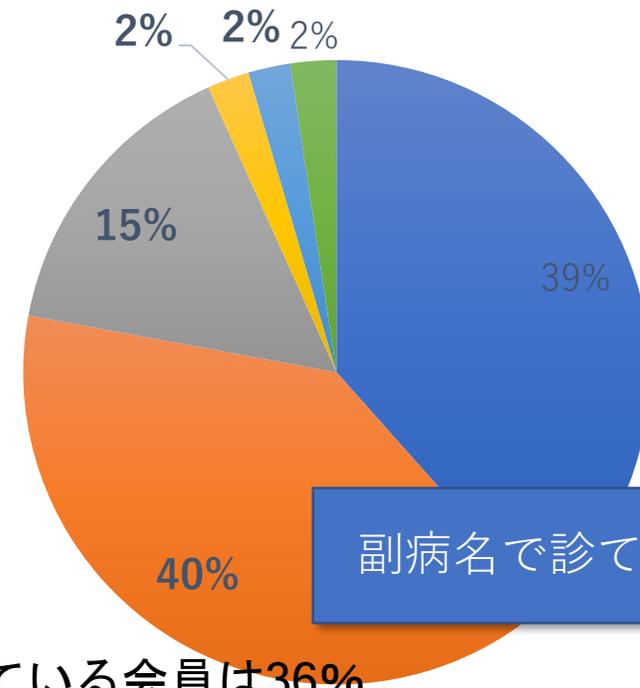
質問16 主病名(あるいは主問題)で、月間の依存症・嗜癖問題の患者総数(アルコール使用障害、病的賭博、ネット・ゲーム依存、薬物依存・乱用、病的窃盗、性依存、摂食障害、買い物依存など)は、
実数でおよそどのくらいですか。(ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい。)

質問17 副病名では(以下同文)

主病名での月間患者数



副病名での月間患者数



副病名で診ている人は多い

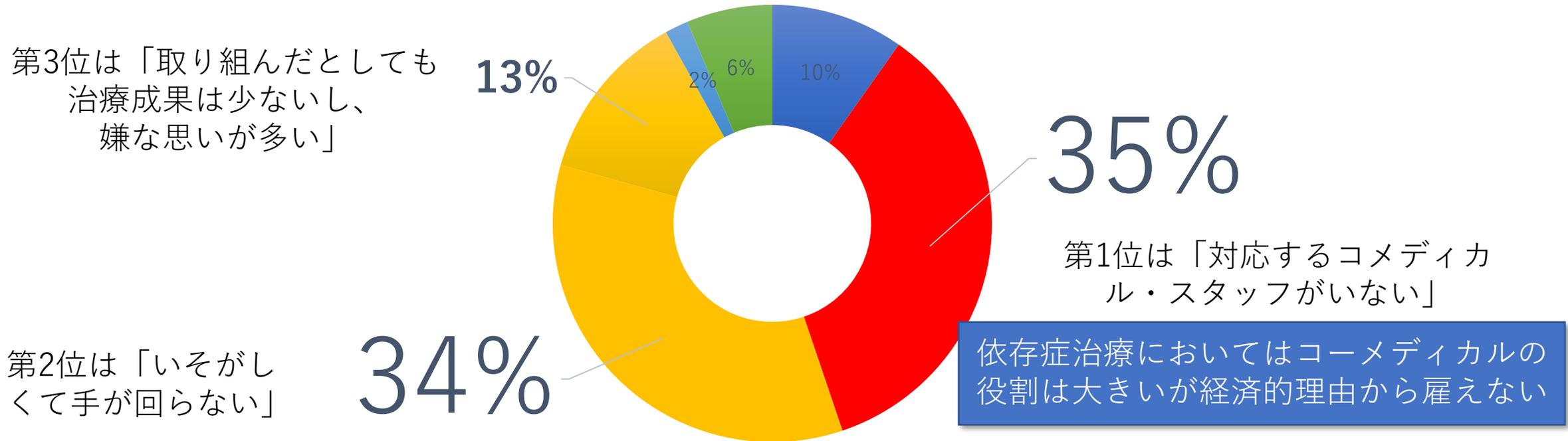
主病名で何らかの依存症を月10人以上診ている会員は36%
副病名で何らかの依存症を月10人以上診ている会員は59%

- ①10~9人
- ②10~29人
- ③30~59人
- ④60~99人
- ⑤100人以上
- 記載なし

- ①10~9人
- ②10~29人
- ③30~59人
- ④60~99人
- ⑤100人以上
- 記載なし

日精診依存症アンケート 質問⑦

質問7 治療のやりにくさ、取り組みにくさの要因についてお尋ねします。該当するものには○、特に大きいと思われるものには◎、をお付け下さい。(複数回答可)
診療所側の問題 特に大きいもの ◎



依存症治療においてはコメディカルの役割は大きいが経済的理由から雇えない

- 依存症・嗜癖問題には興味を持ってない
- 対応するコメディカル・スタッフがいない
- 忙しくて依存症・嗜癖問題に手が回らない
- 取り組んだとしても治療成果は少ないし、嫌な思いが多い
- 回復した人を見たことがない
- その他

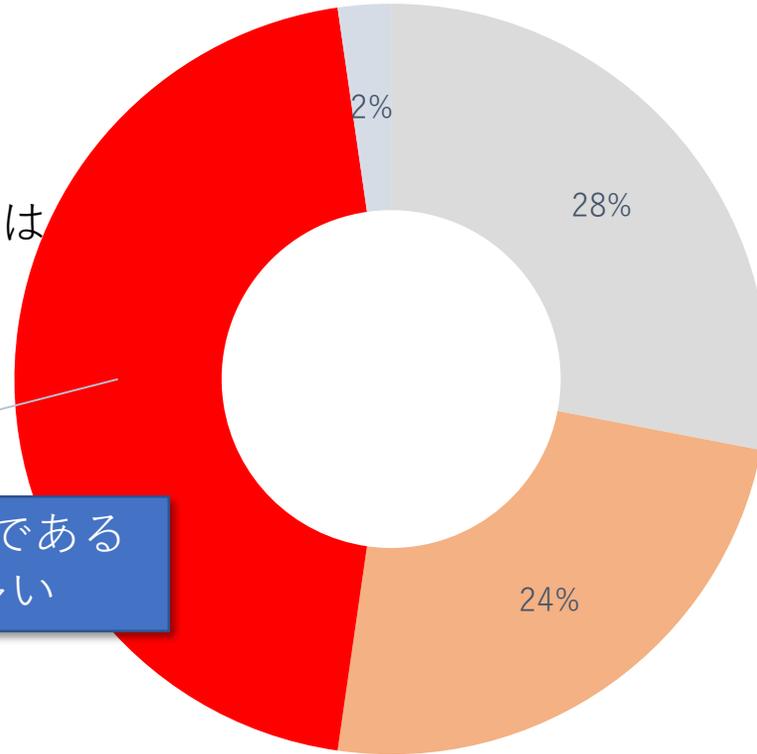
日精診依存症アンケート 質問⑦

質問7 治療のやりにくさ、取り組みにくさの要因についてお尋ねします。該当するものには○、特に大きいと思われるものには◎、をお付け下さい。（複数回答可）
患者側の問題 特に大きいもの ◎

特に大きい患者側の要因は
治療継続の問題

46%

治療継続が断酒にとって大切である
が外来では難しい場合が多い



■ ・嘘・過小申告・約束不履行・否認など患者の態度や行為

■ ・借金・債務不履行・家庭内暴力・触法事件などの家庭・社会問題

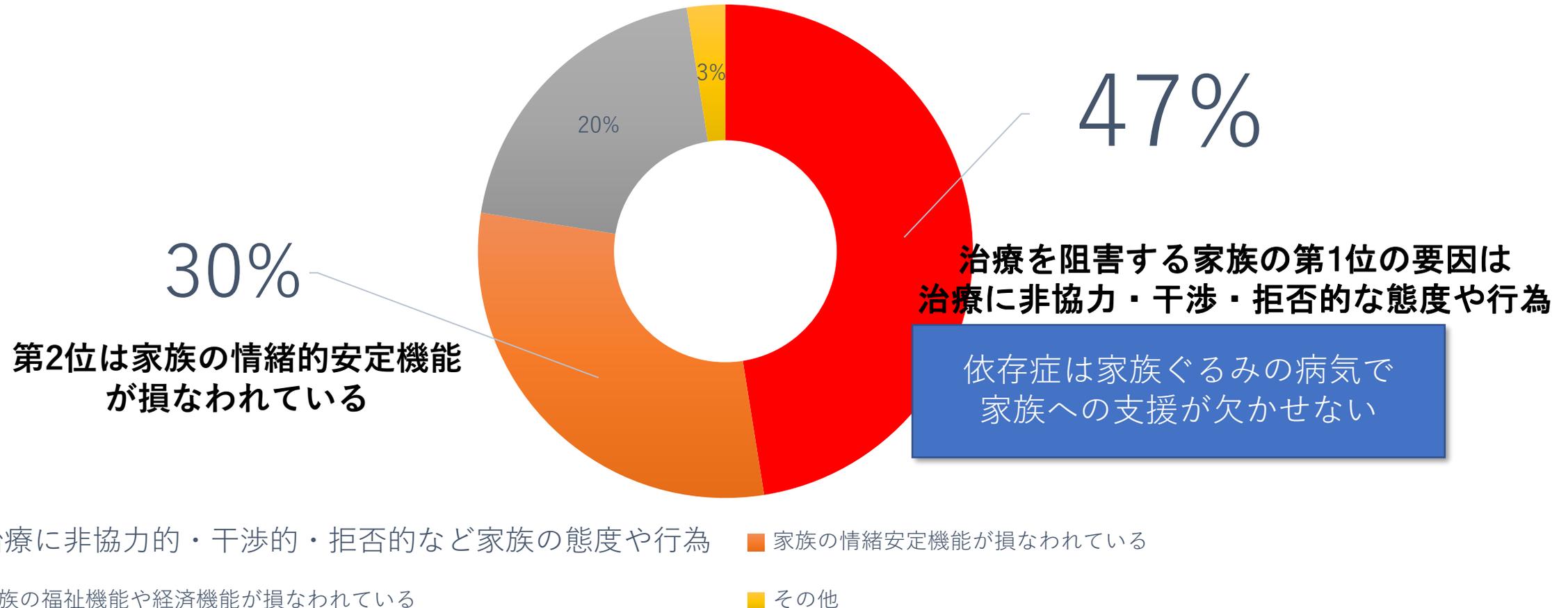
■ ・自発性少、治療中断多など治療継続に関する問題

■ ・その他

日精診依存症アンケート 質問⑦

質問7 治療のやりにくさ、取り組みにくさの要因についてお尋ねします。該当するものには○、特に大きいと思われるものには◎、をお付け下さい。（複数回答可）

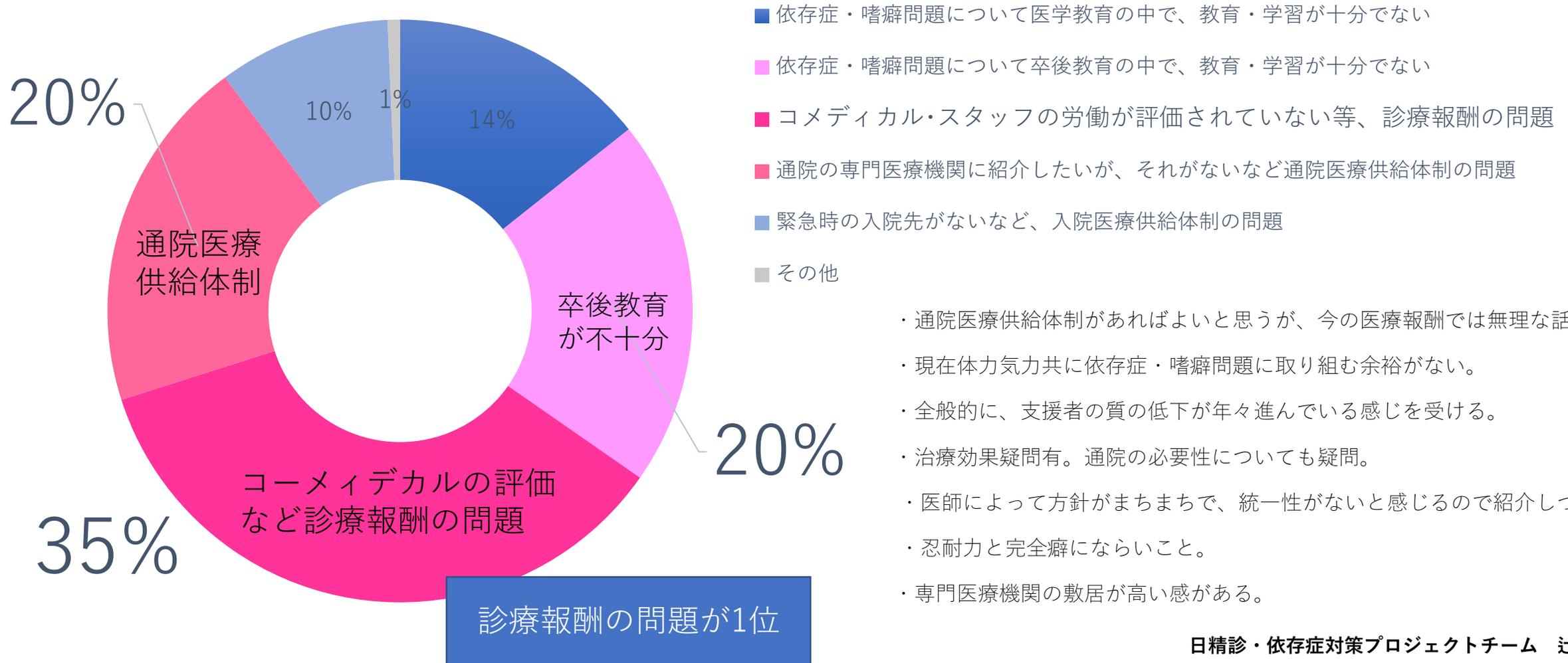
家族側の問題 特に大きいもの ◎



日精診依存症アンケート 質問⑦

質問7 治療のやりにくさ、取り組みにくさの要因についてお尋ねします。該当するものには○、特に大きいと思われるものには◎、をお付け下さい。（複数回答可）

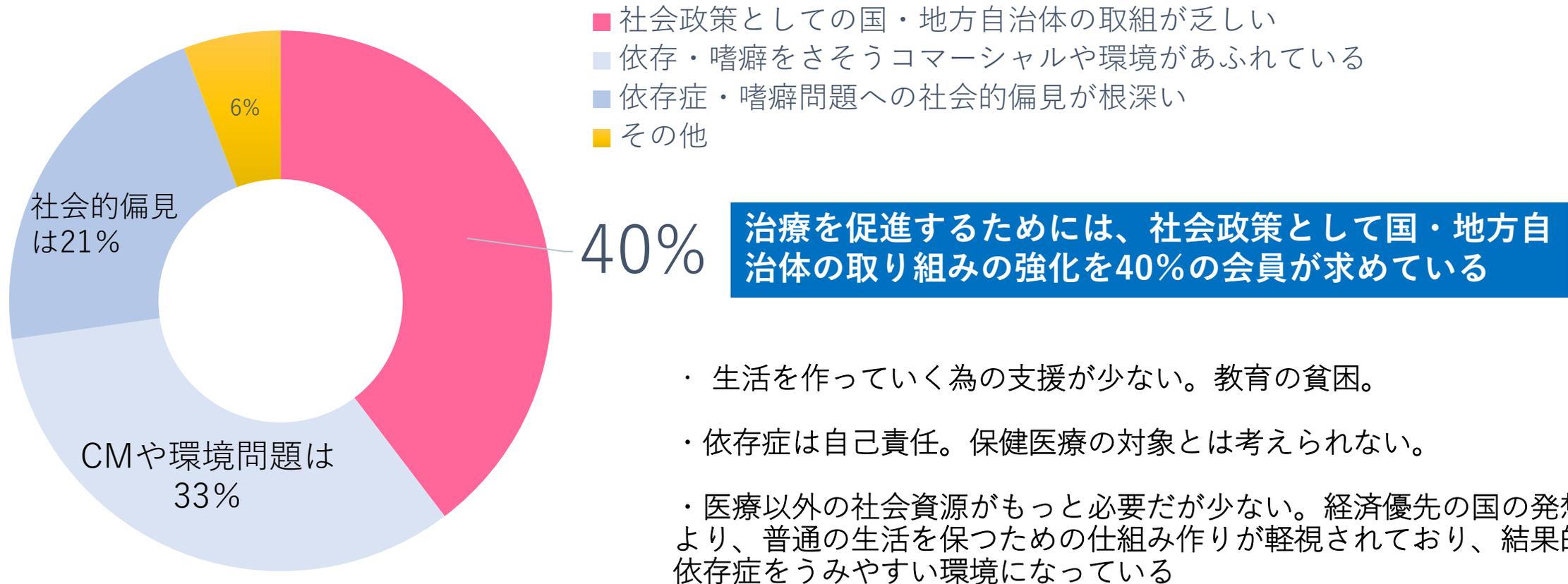
医療体制の問題 特に大きいもの ◎



日精診依存症アンケート 質問⑦

質問7 治療のやりにくさ、取り組みにくさの要因についてお尋ねします。該当するものには○、特に大きいと思われるものには◎、をお付け下さい。（複数回答可）

社会的問題 特に大きいもの ◎



日精診依存症アンケート 質問⑦

質問7 治療をやりにくくしている要因 自由記載 (1)

• 診療報酬の問題

- 学校、地域の連携が必須であるにもかかわらず、診療報酬上の評価がなされていない。
- 当院は依存症専門クリニックですが、一般的には労力の割に医療点数が少な過ぎて〇〇ものクリニックも対応できないと思います。
- 通院医療供給体制があればよいと思うが、今の診療報酬では無理な話と思う。
- 治療法が確立し、診療報酬が十分であれば普及するはず。
- 依存治療の保険点数を上げること。治療に何らかの形で成功報酬を点数化する。
- 薬物療法の〇〇が乏しいこと、保険内での通院の無い薬別導入が遅れていること、精神〇〇に時間を要することが少なくないが、報酬が少ないので、〇〇は強制できない。

• 教育・知識の問題

- ずっと興味がないというか、治療が教科書通りに行くことが少なく、治療して上手くいった経験がないのでイヤ気がさしていたが、やはり他の疾患を治療していく中で、向き合わないといけないと思い直し勉強中。問題は勉強する場が損なわれていること。backupしてくれる企業も少ないので勉強会が少ない。
- 保健所の保健婦や福祉事務所の担当者に依存症の勉強をもっとしてほしい。
- 経験が乏しい。
- アルコール依存症のみではなく、最近はその多彩な依存症が来院するようになった。それぞれに対応できるコメディカルスタッフの養成が充分に出来ていない。またはそれぞれに対応した治療プログラムが準備できない

日精診依存症アンケート 質問⑦

質問7 治療をやりにくくしている要因 自由記載 (2)

• 治療法の問題

- 依存症専門機関では、本人が治療に同意してないと続けられないというが、途中離脱した後、どう治療して良いか困ってしまう。
- 依存問題の背景にある問題が根深く、治療が難しい。
- すぐに通院が中断する。繰り返す依存性障害については、更生施設へ収容し、アルコールやギャンブル、携帯電話から切り離した環境での矯正が必要と思う。次の段階でアルコールやギャンブルが簡単に手の届く環境でも依存へ向かわないように教育してゆくのがいいのでは。人それぞれの性質にあった治療が必要と思います。依存になる人には、依存症発症以前に分離不安や発達障害を持つことが一定数いると感じます。それらの治療なしには依存は改善しないと感じます。
- 生活保護の患者が多く、生活が保障されている中で飲酒やパチンコなどやめるのは困難。即ち、治療動機、必要性が持てない。

日精診依存症アンケート 質問⑦

質問7 治療をやりにくくしている要因 自由記載 (3)

• その他

- 医師だけでは何もできない。
- 社会的な破綻が生じて初めて治療対象になる為、治療体制を築くのが難しい。(依存症そのもの)
- 専門機関という発想が、逆に他の機関にしなくていいと思わせてしまっている気がします。
- 専門の医療機関が少ない。
- 特に治療をやりくりしている要因はありません。与えられた条件でやるしかないと考えています。
- アルコールや鎮痛剤等の、TVの公共電波を使用するのPRはやめた方が良い。出ているタレントの教育もした方が良い。
- 点滴など身体管理が必要な人がいる。中断しやすい。待合室の雰囲気が変わる。
- 診察に時間がかかってしまう。
- 治療者側の偏見が大きい。(精神科・他科含め)
- 依存症は他の患者にとって、来院されると迷惑です。依存症でない他患者から〇〇の評判を落とされる恐れがあります。
- 病院も含めて外来受入れをしてくださるところが少なく、一部の病院に負担が集中しがち。(松本俊彦先生の講演を院内でされる病院で、Drが外来で薬物依存をとる気はないと言われていた・・・)
- アルコール問題があれば一般科医との連携が取れないことが多い為、身体面で重症化してからの依頼が圧倒的に多い。

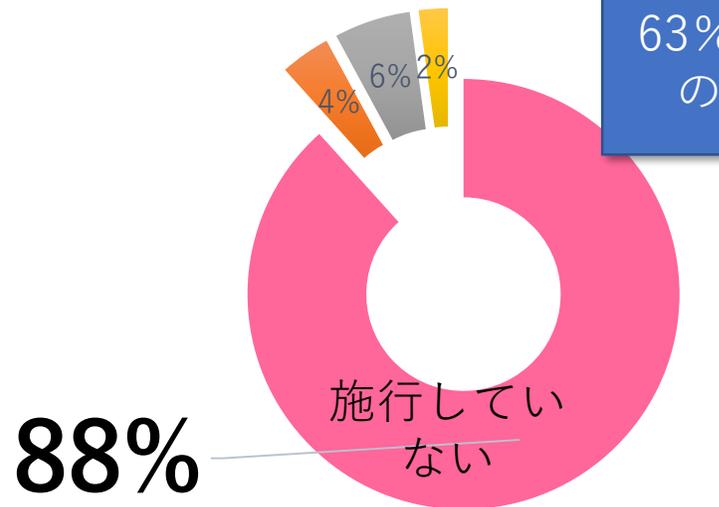
日精診依存症アンケート 質問⑧

質問 8 「通院集団精神療法」(270点/日)について伺います。

8-A先生の診療所では「通院集団精神療法」を施行・算定していますか。

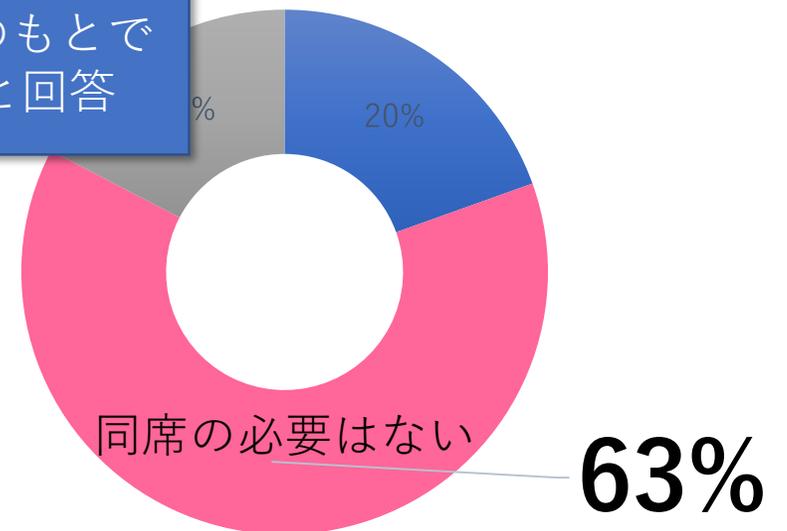
8-B 実際のところ、「通院集団精神療法」への医師の同席義務についてどうお考えですか。

「通院集団精神療法」の施行・算定



- ① 施行していない
- ② 施行しているが算定していない
- ③ 算定している
- 記載なし

医師の同席義務



- ① 同席は必要である
- ② 医師の指示/管理のもとでの施行なら、同席の必要はない
- 記載なし

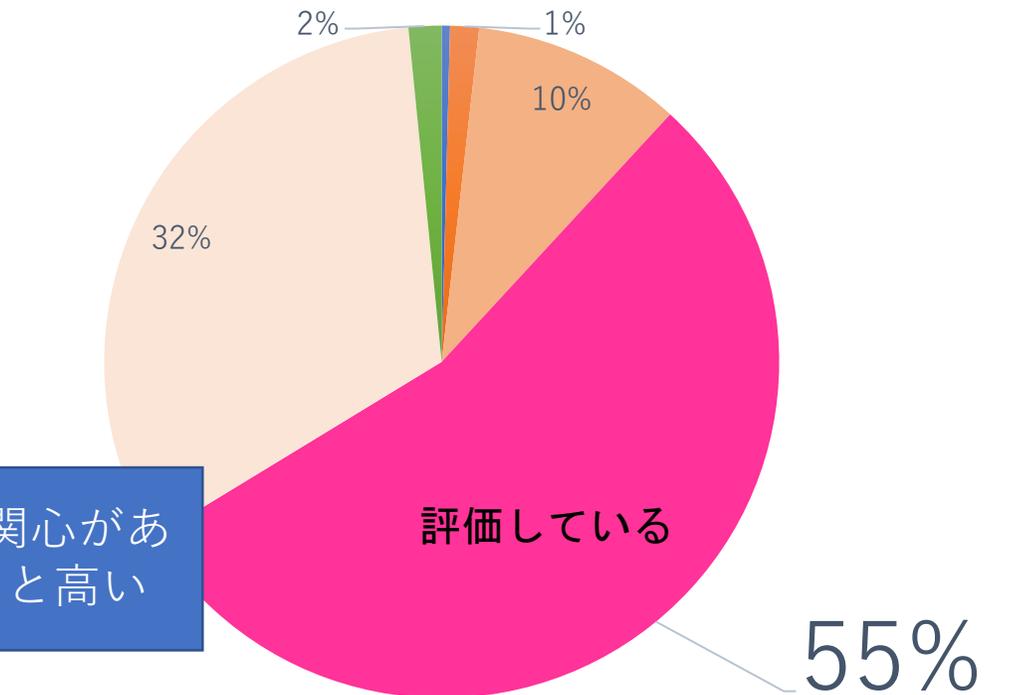
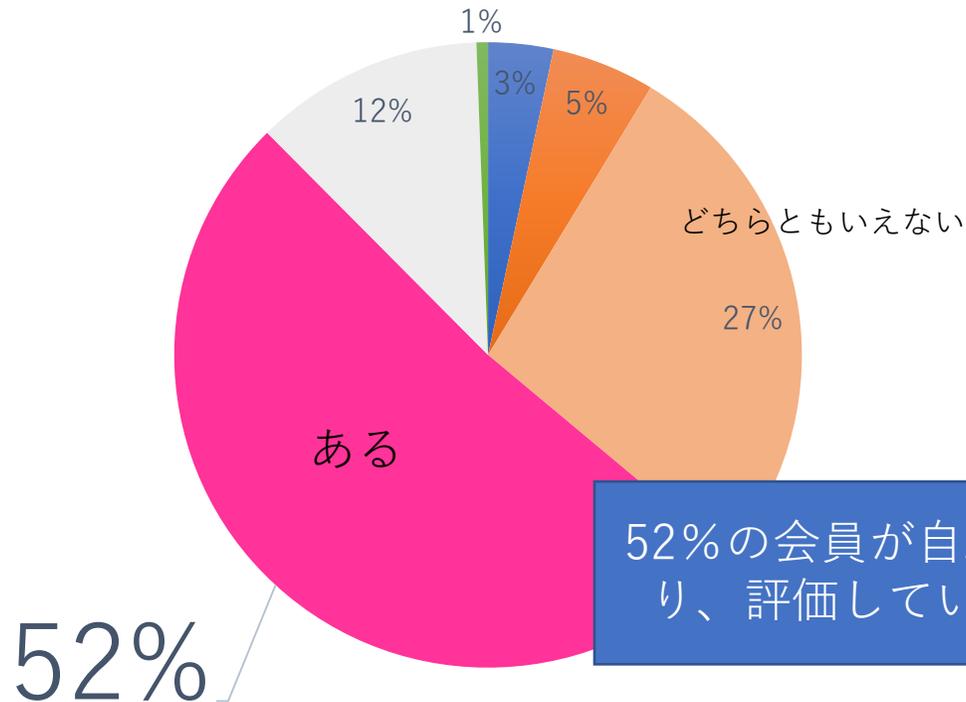
63%の会員は、医師の指示/管理のもとでの施行なら、同席の必要はないと回答

日精診依存症アンケート 質問⑪

質問11 自助グループについてうかがいます。

先生は自助グループに関心がありますか？

メンタルヘルス領域における自助グループの存在価値を評価していますか？



- ①全くない
- ②ない
- ③どちらとも言えない
- ④ある
- ⑤大いにある
- 記載なし

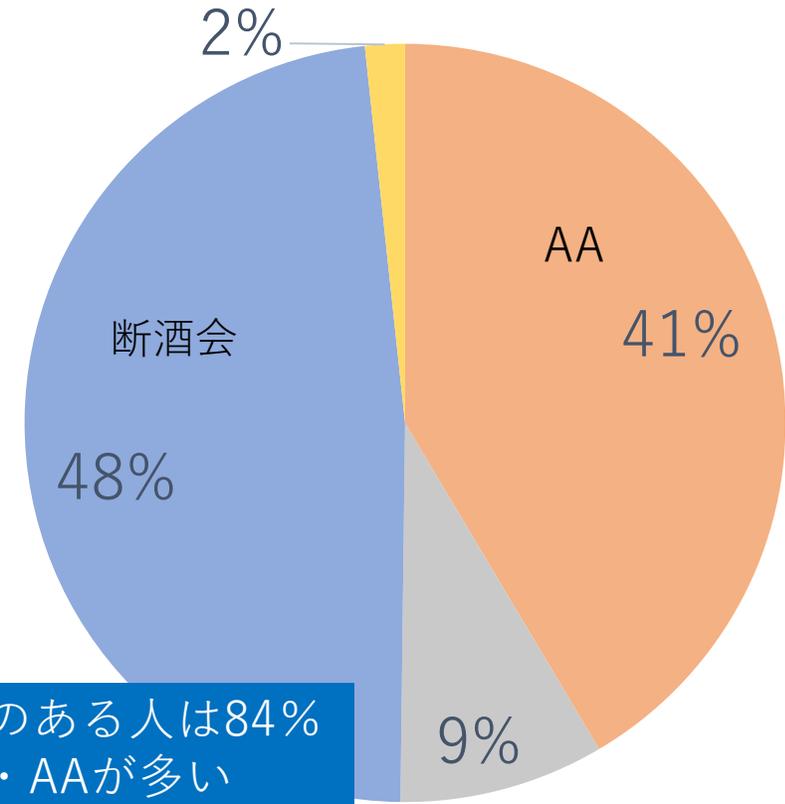
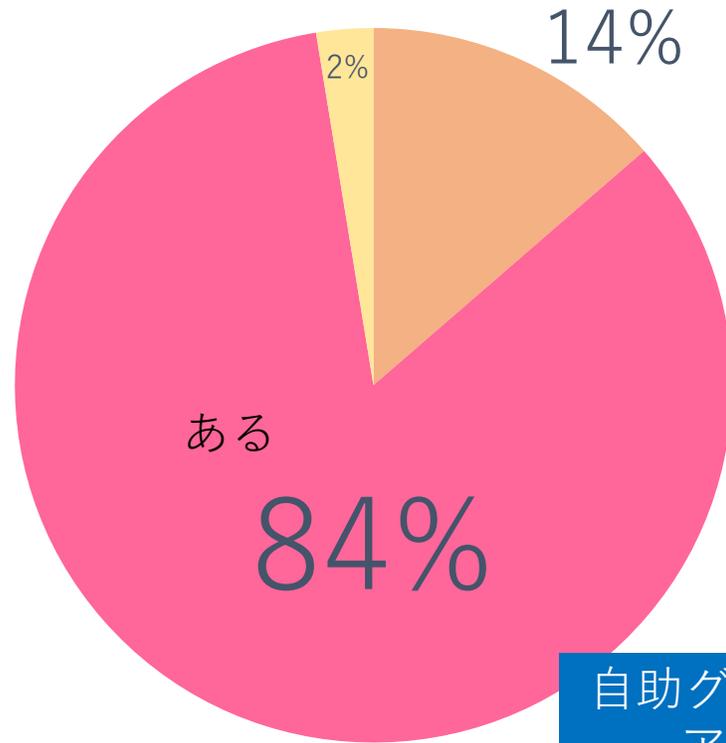
- ①全くしていない
- ②ない
- ③どちらとも言えない
- ④している
- ⑤大いにしている
- 記載なし

日精診依存症アンケート 質問①①

質問11 自助グループについてうかがいます。

自助グループを勧めたことはありますか？

勧めたことのある自助グループ（アルコール）



自助グループを勧めたことのある人は84%
アルコールでは断酒会・AAが多い

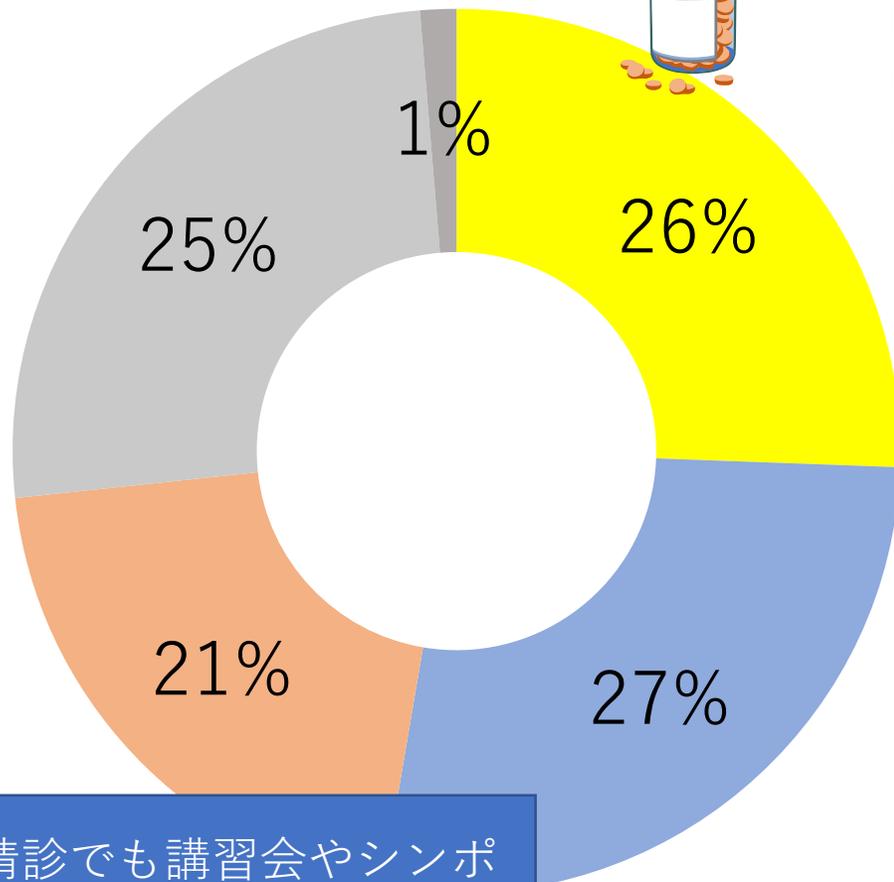
■ ①ない ■ ②ある ■ 記載なし

■ ①AA ■ ②アラノン
■ ③断酒会 ■ ④その他

日精診依存症アンケート 質問⑭

質問14 今後、以下のようなものがあればよいと思うことに○を付けて下さい。(複数選択可)

今後の希望



- アカンプロサート・ナルメフェンなど依存症に対する治療薬に関する勉強会や情報提供
- 日精診の学会や研修会で依存症・嗜癖問題をもっと取り上げる機会
- 質問票・ワークシート・各種尺度・記録票など、治療上のツールに関する情報提供
- 自助グループについて知る機会
- その他

- プロトコル化された介入の研修
- 依存症治療を行っている病院の情報
- 診療所での治療が効果的であるというエビデンス作り→診療報酬化を目指す！！
- 認知行動療法、(集団・個人)などの勉強会、学習会が増えれば。
- 外来までの対応技術の研修会。家族治療の応用。
- 医師にグループの経験を積ませるべき
- 治療法の確立
- 治療ガイドライン
- 依存症治療薬の特効性注射剤を法的に強制使用する(させる)制度。
特に違法行為をしたものについては、本当にコントロールして使用することができないなら、治療は強制力をもたせるべき。

日精診でも講習会やシンポジウムを予定しています

最後に、依存症や嗜癖医療に関して思うこと、日精診依存症対策プロジェクトチームに期待すること、などがあればお書き下さい。①
アルコールのみ一部抜粋 (89名の会員から意見をいただきました)

- パチンコ・パチスロの問題、カジノ建設の是非、アルコールのCM、等のついて取り組んで欲しい。
- 依存症、嗜癖者の周辺には多くの精神疾患が生まれます。家族（妻や夫、両親）更に子供達。本人は治療に来ず、周辺が苦しむ状況が続き、ジワジワ家庭、社会を崩壊させる恐ろしい疾患です。しかも治療困難。人間が人間である為に、生じてくる問題でしょうか。難し過ぎて私には困難です。
- スタンドアートの対応がはっきりすれば良いと思います。自分のやっているやりかたが、ズレているのではといつも不安です。
- 一般の精神科診療所で依存症患者をふつうに診る体制が必要。特にアルコール依存を診ている内科医が紹介できるのが専門医しかなく、一般精神科で断られ困っている。
- 依存症、嗜癖医療を一つの医療機関のみで対応することは困難と考えております。一般の診療所が利用できる病院ほどの専門機関との連携システムの構築をぜひお願いしたいと思っております。
- 依存症だけを取り扱う専門以外でできること。これ以上は手におえないよという範囲が分かれば有り難です。ずっと苦手としていた分野ですが、診ないようにしていた事を反省しています。勉強できる会をたくさん開催して下さい。よい治療の一步の為に何をしたら良いかを教えてください。お願いします。
- ナルメフェンは現状では、久里浜か病院協会のプログラム参加が処方するための条件とされている。もう少し、診療所内で皆さんが処方できる取り組みが出来ると良いと思います。（私は、久里浜に参加しAPP入院加療の経験はありますが・・・）
- ナルメフェンの使用制限について、今のままではアルコール使用障害の治療のすそ野は広がらないのでは？
指定医、認定医、県の研修会受講など、要件を軽くしても良いと思う。

最後に、依存症や嗜癖医療に関して思うこと、日精診依存症対策プロジェクトチームに期待すること、などがあればお書き下さい。②
アルコールのみ一部抜粋 (89名の会員から意見をいただきました)

- ①治療方法の確立(診療報酬に見合う) ②非専門医でも行える治療法の普及③社会への偏見の払拭④司法との関連であるべき治療的処遇のあり方の提言などについて期待をいたします。
- 依存症治療施設、受け皿が少なすぎる。→結局国が保険点数を付けて本気で対策をしていかないと、クリニックレベルで診察していると、赤字になって経営が成り立たない。
- センリクロの発売は大変有意義で、アルコール多飲患者が軽症の段階で内科等を受診した際、重症化する前に水際でくいとめる治療薬として期待していたが、既存の規制は非常に残念に思っている。
- 依存症の人と「他の患者」を一つのクリニックで診ることは不可能です。・その意味で、このアンケートがどのような意味があるか分かりません。(現在のアルコール専門クリニックの視点でのアンケートで、応用は全く効きません)・一般のクリニックでも診察出来る「集団精神療法」と「PSW」「断酒会」「自助会」抜きの治療モデルが必要。・その意味で、依存症をしていないクリニックからの提案が必要で、プロジェクト全体を再考下さい。
- ①日精診の学会でシンポジウム②市民向け講演会(日精診として)
- 副病名で診ていることが多い。治療法ががなかなか難しい。もっと勉強しなくてはと思っています。
- 1.アルコール依存症の治療(入院51年間、外来15年間)経験での結論を述べます。2.アルコール依存症と診断した患者については、禁酒指導は一切しない。3.診断については、家族にも説明して回復の方法を啓蒙する。4.断酒会方式の「集団学習以外に回復なし」を共に歩むことで、納得させる。(治療点数化されていない家族指導だが、絶対必要。5.飲酒運転(罰則と再免許不可で効少し)失業者を増やす(生保)より、断酒会入会。

考察①

- 日精診の会員は依存症には取り組みたい会員もいるが、現実には様々な困難を抱えているために十分に組み組めていない状況にある。また陰性感情を持っていて、拒否的な会員もいる。
- このことがトリートメントギャップにもつながっている。
- 今回、外来での依存症治療阻害要因などを探った。①診療所側の問題は、対応するコメディカルがいない、忙しくて手が回らないが多かった。②患者側の問題は治療の継続が一番多かった。③医療供給体制の問題としては、コメディカルの評価や教育・学習の充実を求めている。④社会的問題としては回答者の4割が社会施策の充実を求めている。⑤家族側の要因としては、治療に非協力・干渉・拒否な態度や行為が多かった。
- このことから、今後、薬物療法を含む講習会や研修会を行い、会員が依存症治療に取り組みやすい体制づくりを図るとともに、コメディカルの活躍できる経済的基盤が必要と思われる。
- そのような状況下でも多くの回答者が多様な依存症に外来で診ていることが知り得た。
- 入院だけでなく、これからの施策により外来精神科診療所も依存症治療の核になる可能性がある。
- 地域での長期にわたる一貫した生活支援や断酒継続の援助のためには、多くの機関との連携が欠かせない。今回の調査では自助グループの評価が高く、紹介した会員も多くいた。
- 断酒への動機づけを強め、治療継続につながる実効性のある治療法の確立が求められている。

考察追加② 行政等相談員育成と家族支援

相談員の研修会・関連する学会への参加に際しての留意点

<人材育成でのポイント>

- 家族の苦悩の解消のために**家族の生活・健康を考えた支援**が必要。
- 当事者の体験談だけでなく、家族の体験談を聴く機会をもち、回復する病気であることへの理解を深めると陰性感情の軽減に役立つ。
- 家族の治療に非協力・干渉・拒否的な態度や行為や情緒安定機能、福祉的機能、経済的機能が損なわれており、治療を阻害する要因にもなっている。
- **本人が登場しなくても診療報酬に反映**できると家族支援が進む。

<理由と根拠>

- アルコール依存症は家族に深刻な影響を与えるがまだまだ当事者本人が来院しないと治療にならないとの認識が家族・相談員にもある。今以上に家族支援の研修が求められる。
- また医療機関での家族支援は、本人受診前は診療報酬がとれず、医療機関の持ち出しになるために家族への関りが希薄な現状を変える必要がある。

大阪・ひがし布施クリニックの実践から考える

- ・ 治療継続の問題
- ・ 大阪の地域ネットワーク
- ・ 高齢者への支援

治療継続の問題

ひがし布施クリニックの調査より

<目的> 専門医療機関内の専門外来と専門入院の連携の在り方を考える

<対象> 平成26年1月～12月全患者のうち依存症でない4名を除いた184名

- 性別：男性 74% 女性 26%
- 平均年齢： 51.4歳
- 単身 29% 同居あり 71%
- 保険区分：社保39% 国保34% 生保20% 後期高齢7%
- 職あり 43% 無職 57%
- 居住地：東大阪市53% 大阪市16% 八尾市9% その他21%
- 紹介経路：ネットやHP24% 一般医療17% 精神科12% 専門病院13% 専門クリニック1% 福祉事務所6%
保健所5% 産業医2% 家族10%

<方法> カルテからのレトロスペクティブ調査 最終受診日など調査

- 調査日 平成29年10月8日～9日
- 調査票を使用
- 調査項目は基礎データと調査項目
- 初診前後に専門病院の入院の有無
- 治療継続期間（初診日から最終受診日まで）
- DC参加状況、社会資源利用状況
- 入院回数、病院名、入院理由、期間、退院形態、入院と初診の期間、同意の有無など

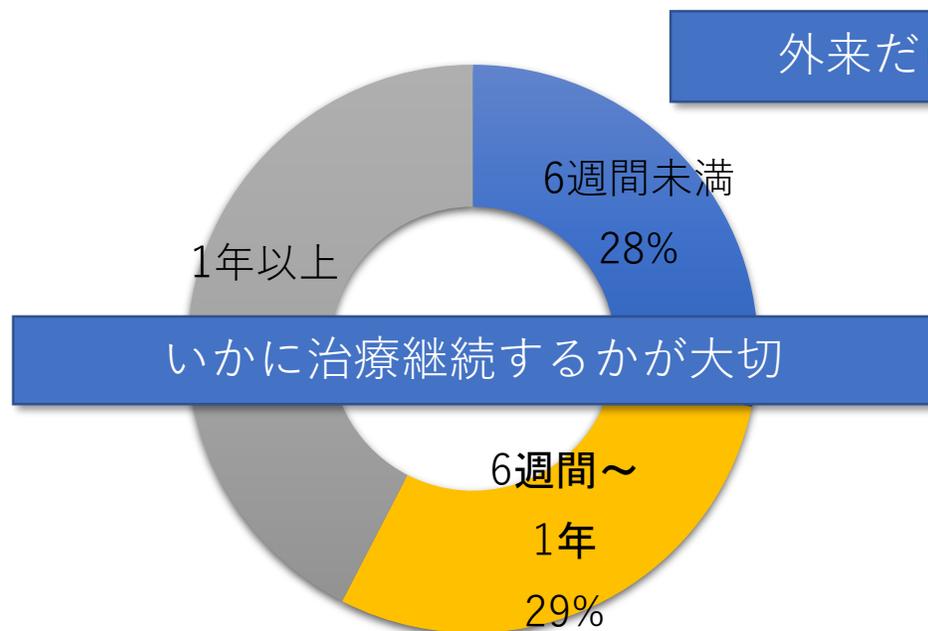
結果 1 通院期間調査結果

入院なしN=133 (72%) 退院後受診N=30 (16%) 初診後入院N=25 (14%) 前後入院あり 4名

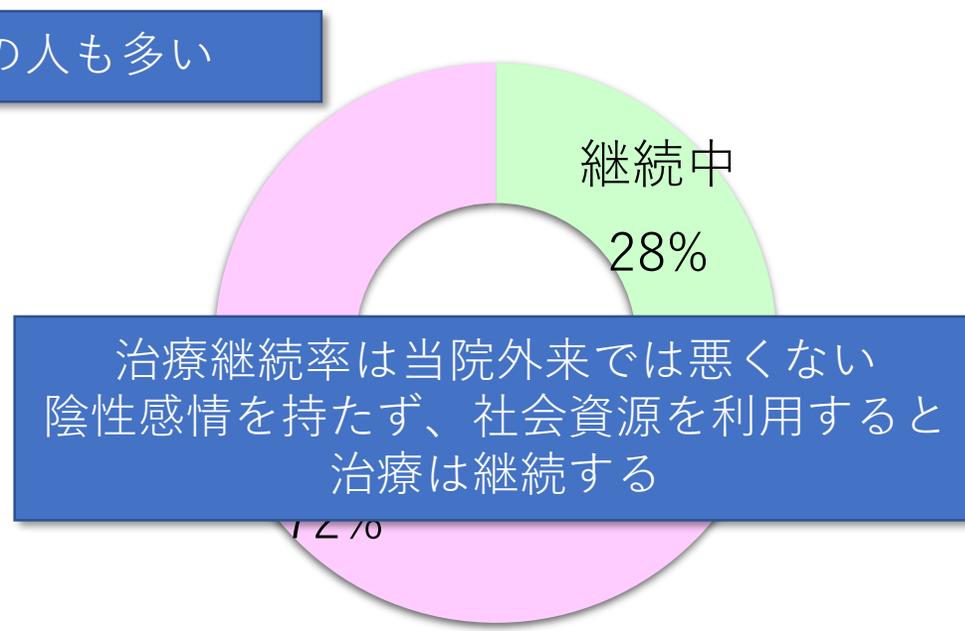
入院なしN=133 (72%)

- 43%が1年以上通院継続
- 28%が治療契約期間内に中断
- 中断した人の中には卒業あり
- 平均3年5か月の予後で28%が通院継続
- 当院来院時は飲酒なしの人が通院：再飲酒があっても断酒

通院継続日数



直近2か月通院継続者



結果 2 専門病院歴と紹介経路

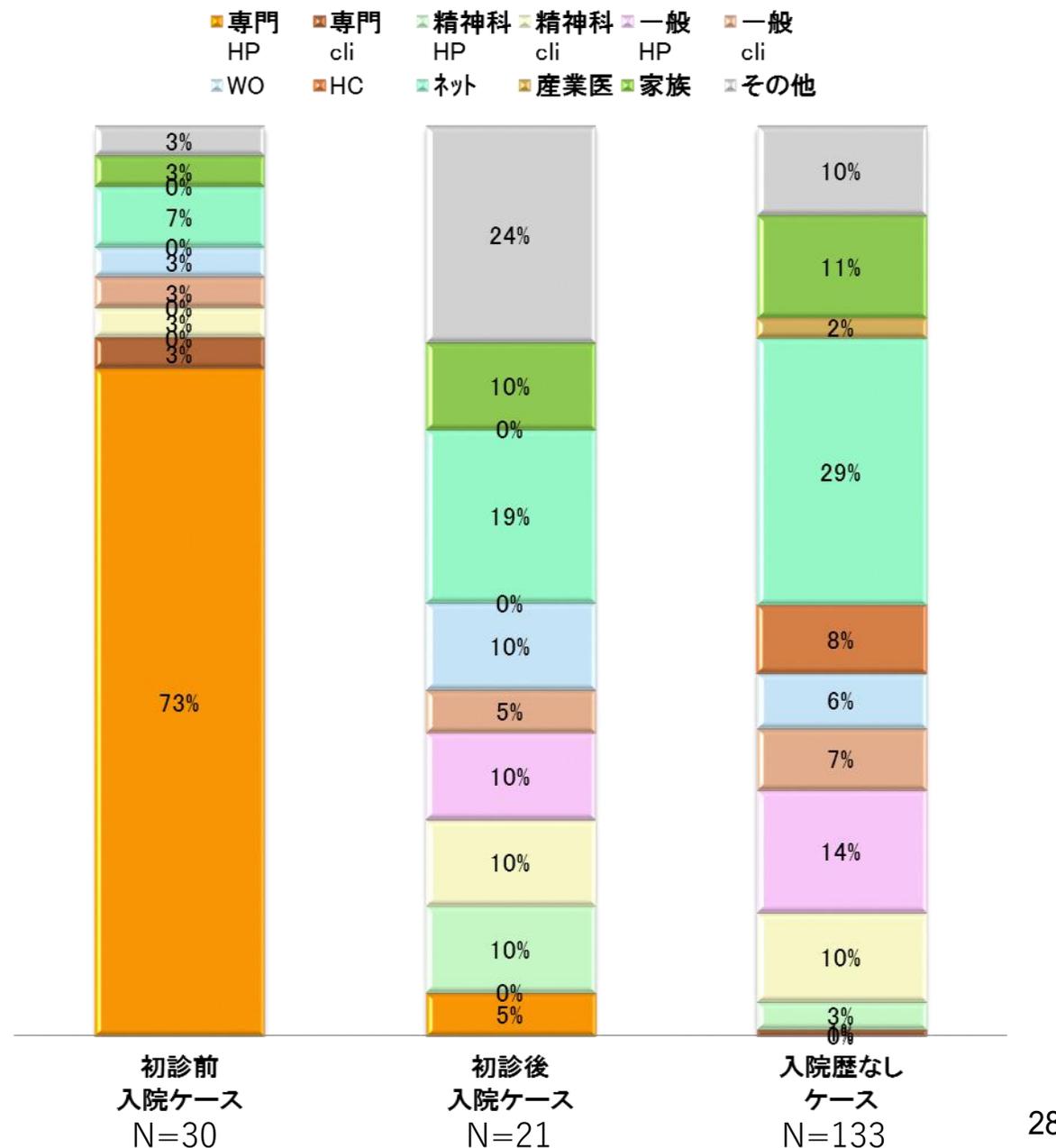
- 専門退院後受診は専門病院から
- 初診後専門病院入院はその他
(高齢者で通院困難で入院、介護関係が多い)
- 入院なしは
インターネットの紹介が 第1位 29%
一般病院から紹介が 第2位 14%

無職と単身の割合

- 入院なしの人
無職 45% 単身 25%
- 専門病院から来院する人
無職 87% 単身 48%
- 専門病院に入院させた人は単身者が多い
無職 90% 単身 33%

これからはネットで来院する生活機能が保たれた比較的軽症のアルコール依存症者の対応が大切

入院歴の有無と紹介先



結果 3

入院と通院状況 前後ありは初診後入院（退院後受診）とした

- 通院期間

専門病院退院後受診 26. 9月

初診後専門病院入院 20. 1月

外来のみ 12. 7月

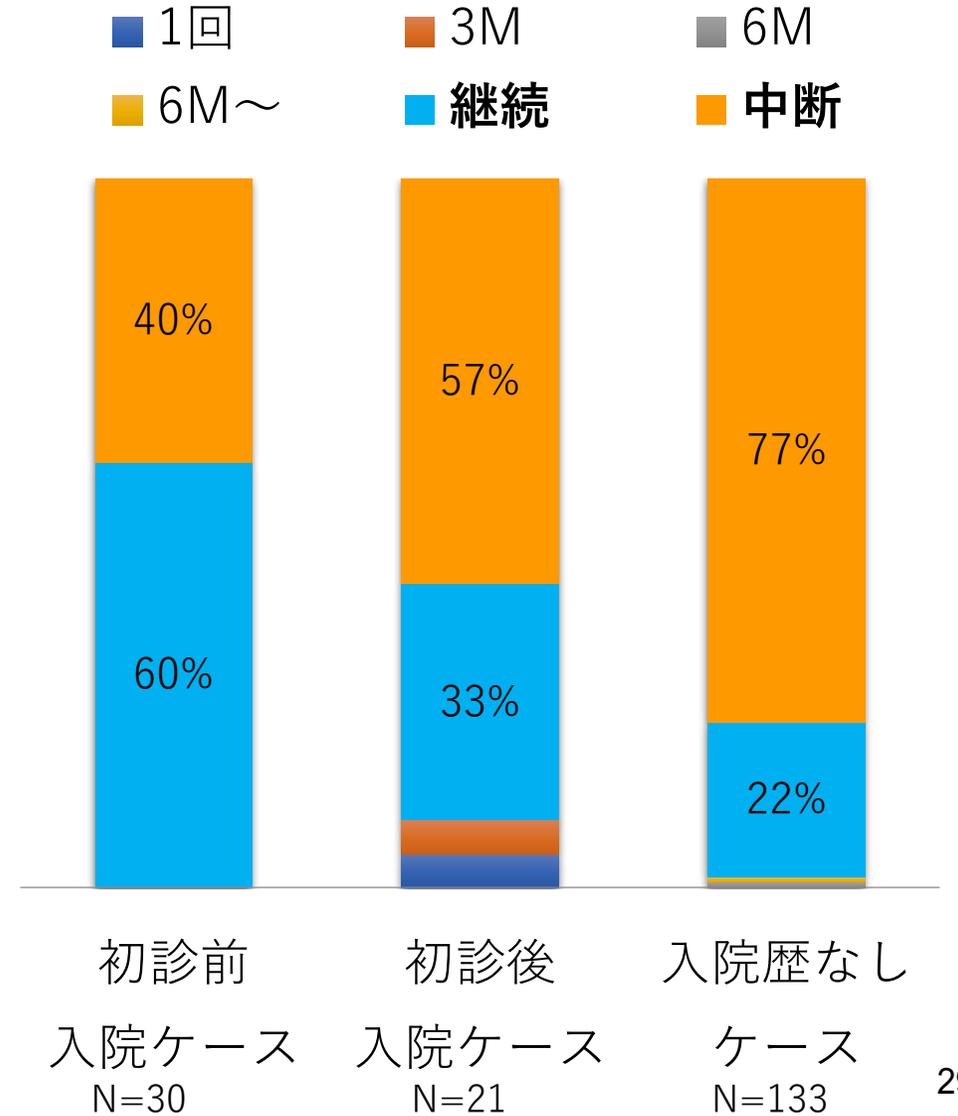
- 入院した人の継続率は外来のみの人より長い

入院は治療継続率を上げる⇒長期に治療を必要とする要因がある

- 入院を要しない人は1年ぐらいで卒業する人が多い
- ⇒その後のフォローが困難
- ⇒仕事がある人の治療継続率が悪い

軽症例は専門医療機関以外で対応できる体制づくりを

通院状況



アルコール依存症患者さんの特徴(海外データ)

社会機能維持タイプや家族性中間タイプの治療率は低い

仕事や家庭をもち普通に生活している方の中にアルコール依存症の問題が潜在化しています。

タイプ (割合)	若年成人タイプ (31.5%)	社会機能維持タイプ (19.4%)	家族性中間タイプ (18.8%)	若年反社会的タイプ (21.1%)	慢性重症タイプ (9.2%)
治療率※	8.7%	17%	27%	35%	66%
特徴	<ul style="list-style-type: none"> 若年 (平均:24.5歳) 飲酒頻度は低いが、飲酒時に大量摂取する 合併症が少なく法的な問題を起こしていない 	<ul style="list-style-type: none"> 中年 (平均:40.7歳) 比較的後期に発症 合併症が少なく法的な問題を起こしていない 高収入、大学卒業以上の学歴で心理社会的な機能を保っている 最終的に重大な身体的・精神的リスクを引き起こす可能性が高い 	<ul style="list-style-type: none"> 中年 (平均:37.9歳) 発症してから長期経過している 約半数にうつ病の合併、家族にアルコール依存症の既往あり 飲酒量はそれほど多くない ネガティブ感情タイプ 	<ul style="list-style-type: none"> 若年 (平均:26.5歳) 早期に発症 約半数に非社会性パーソナリティ障害の合併、家族にアルコール依存症の既往あり 1/3にうつや双極性の合併あり 社会経済的地位が低い 	<ul style="list-style-type: none"> 中年 (平均:37.8歳) 約半数に非社会性パーソナリティ障害の合併あり うつや気分変調の合併が最も高い 88%に離脱症状あり 社会経済的地位が低い

※飲酒において治療や支援を受けたことがある割合

ひがし布施クリニックの診療・プログラム

理念

		月	火	水	木	金	土
朝診	9:15~12:30	○	○	—	○	○	○
昼診	15:00~17:00	—	○	—	—	○	○
夜診	16:00~19:00	○	—	—	○	—	—

午前（10:30~11:30）		午後（12:30~14:00）
月	小グループミーティング	ぼちぼち
火		依存症講座(13:30 まで)
木	女性ミーティング	初心者教室(13:30 まで)
金	(第1)断酒会メッセージ (第2)NAメッセージ (第3)AAメッセージ (第4)薬物ミーティング	小グループミーティング(13:30 まで)
土	(第1・3・5) 初心者家族教室 (第2・4) 家族ミーティング	合同ミーティング

ひがし布施クリニックの現在のプログラム

2017年から依存症専門外来へ

アルコール・薬物・ギャンブル依存専門医療機関に指定

第3土曜日15時からにギャンブルミーティング

適宜、親子の会、就労支援ミーティング

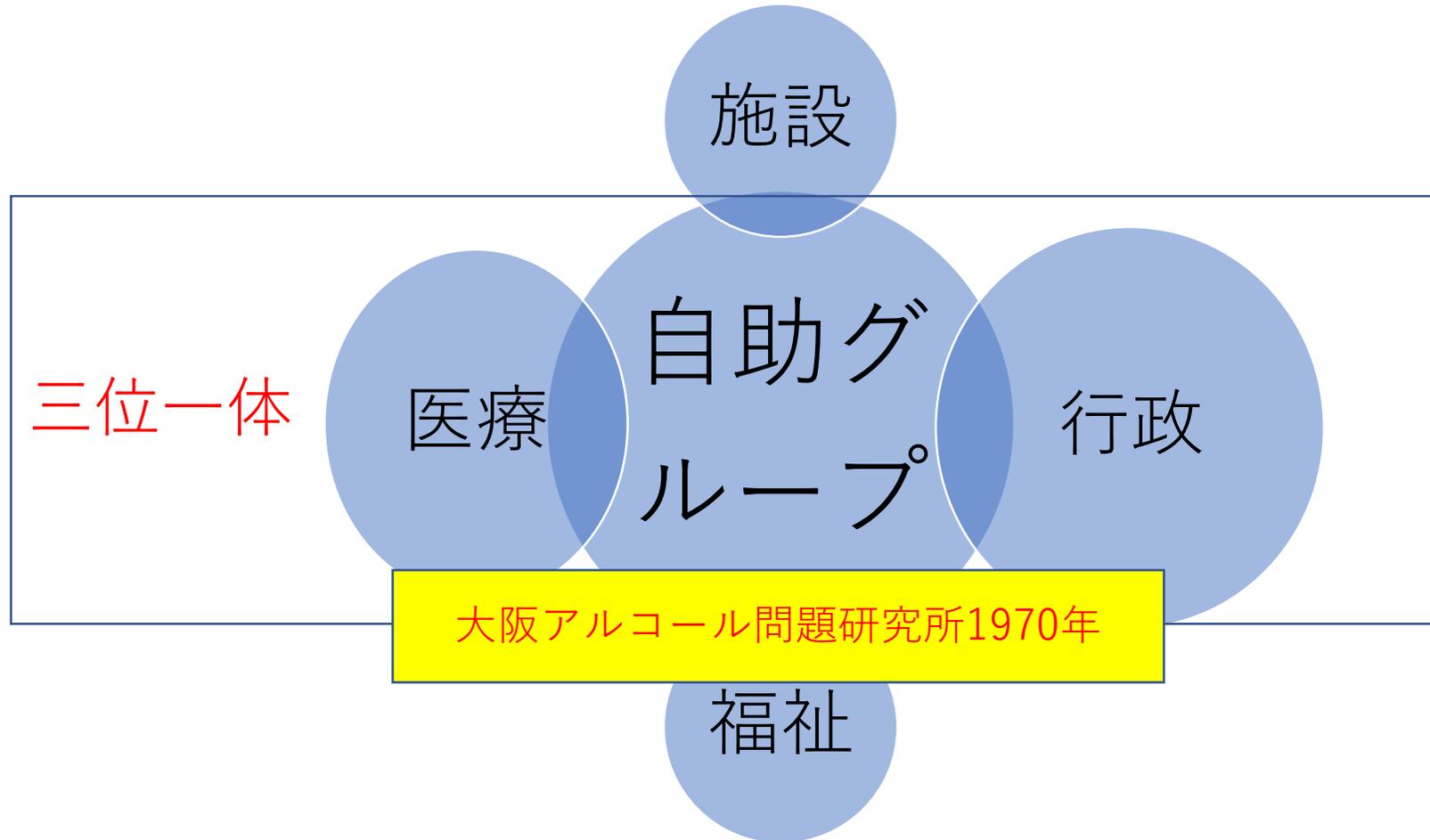
医療観察法指定通院機関に

1. **居心地のいいクリニック**；ひがし布施クリニックは暖かい「ひなたぼっこ」のようなクリニックをめざします。だれにも信頼されない、受け入れてもらえない、さびしい、つらいなどの依存症患者の気持ちを、クリニックの暖かさが解きほぐし、元気を取り戻してくれます。

2. **熱きヒューマンな出会い**；ひがし布施クリニックは酒や薬物を使わない生活への援助をします。だれでも断酒・断薬して回復できます。その方法は、いい仲間との出会いです。いい仲間と「語り合い」、自助グループへ参加することを勧めていきます。

3. **自分探しの旅**；ひがし布施クリニックは断酒・断薬して、その人らしく生活できる援助をめざします。仲間との出会い、しらふの自分との出会い、その中で元気になったあなたは「自分のすばらしさ」を再発見するでしょう。私たちと共に自分探しの旅に出ませんか。

地域ネットワークや連携について 大阪府アルコール依存症対策の特徴



ひがし布施クリニックは大阪方式、小杉方式を受け継いできた
平成5年開院 開設後27年目
開院前は小杉クリニックで約10年勤務した経験がある

年代	問題の対象	理解の仕方	係る機関	処遇・治療	その他
19世紀のアメリカ	酩酊者	市民生活の脅威、排除	司法 法律家	逮捕・裁判・刑務所	刑務者が満杯、効果無
1951年以降 (WHO答申)	医療の問題 酩酊・離脱・行動障害	性格異常 治癒不能 家族が困る	医療 精神科病院	閉鎖病棟へ強制入院 長期入院	隔離・収容 では再入院を繰り返す
1963年久里浜式治療法	病者：アルコール中毒	集団療法 自治会	専門病棟 断酒会	開放病棟 3カ月入院	全断連誕生 回復可能
1975年以降 大阪方式	病者：アルコール症 飲酒再発を防ぐために社会資源を	生活者を地域処遇 大阪方式で役割分担	導入：行政 治療：医療 で断酒教育 再発防止：断酒会	社会資源要 生活地域での長期の一貫した断酒への援助	難治は治療資源がないから、単身者も女性も断酒環境を
1981年専門外来誕生	アルコール依存症 普通の病	本人の自己決定が大切 生活の場で	アルコール専門外来 ネットワーク	治療の3本柱をもとに治療契約	入院と外来の選択肢有
2000年以降	障害者	福祉的援助	回復者施設	当事者主体	就労支援も
2018年ガイドライン改正	飲酒渴望を抑え飲酒再発を減す 脳の病気	脳科学・画像診断の進歩 認知行動療法	多くの医療機関・支援機関が関わるために SBIRTS	抗酒剤以外の薬物治療が誕生 飲酒量低減外来	アルコール健康障害対策基本法 基本計画推進計画

大阪のアルコール依存症対策の一部（発展期 2）小杉クリニック資料

年度	医療機関	自助集団	施設	行政機関
昭56 1981	●新生会病院（専門病院） → 小杉クリニック本院 （外来専門）	・地域断酒会 （各市断酒会独立） ・AL - Anon 関西グループ	●MAC	●堺市単身者グループ ●吹田市関連機関連絡協議会（～平元） ●藤井寺酒害者教室（～昭61）
昭58	●淀の水病院専門病棟 ●阪南病院専門病棟 （～平14）	●大阪市断家族会 （すみれ会） ・AA 関西セントラル・オフィ ス（KCO）開設		●大東保健所初心者教室（～昭58） ●守口保健所酒害対策懇談会 ●茨木市・大東市酒害対策懇談会 ●狭山酒害者家族懇談会
昭60	●藍野病院専門病棟 （女性）（～昭63）	・アメシストの会		●大阪市西保健所酒害教室 ●高槻酒害対策懇談会 4 部門に分割 ●北河内酒害対策共同事業 ●大東保健所酒害者家族の会・本人の会 ・大阪府酒害対策研究会（病院と行政） ●大阪市西淀川・鶴見保健所酒害教室 ●東大阪市酒害者家族教室 ●東大阪市酒害問題懇談会（現在東大阪市アルコール関 連問題会議） ●守口保健所酒害者教室、関連機関連絡会議 ●豊中酒害対策懇談会
昭61				●大阪市大正保健所酒害教室
昭62				●高槻保健所酒害者家族教室
昭63	●新阿武山クリニック （外来専門）			●寝屋川市酒害対策懇談会

各地で地域の関係者会議
その後衰退（赤字）

●都市部 ●北部 ●南部

治療形態の長所・短所

大阪市では外来治療が主体 外来活用で受け皿もでき

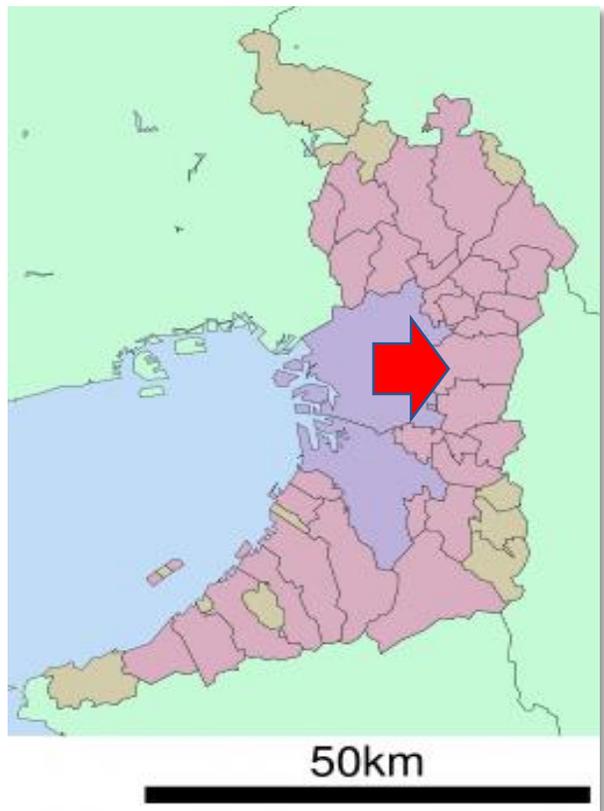
	入院治療	外来治療
長所	<ul style="list-style-type: none">ゆっくり自己洞察ができる仲間づくりができる集中的な全身管理が可能問題の棚上げができる家族の緊張から解放される緊急時・救急時に対応可能通院できないな高齢者にも対応可夜間でも対応可能鑑別診断がより可能	<ul style="list-style-type: none">毎日が飲酒渴望との戦い自分で問題の後始末をする家族が回復過程を知る本人の自己決定を優先より多様な対応が可能気軽に受診しやすい長期にわたり治療継続が可能地域ネットワークを創りやすい精神科診療所は多数存在する
短所	<ul style="list-style-type: none">入院への抵抗がある管理が必要である画一的な治療法になりやすい退院後のフォローが困難な場合がある頻回の入院を繰り返す場合がある	<ul style="list-style-type: none">親密な仲間関係は困難重度身体合併・震顫せん妄は入院紹介通院困難な高齢者には対応不可

受診する人が増えると専門医療機関（入院・外来）だけでは対応できない
107万のアルコール依存症は統合失調症患者数に匹敵する
地域で心理社会教育ができる社会資源を作り出すことが望まれる

地域でのネットワーク 昭和60年（1985年）開始 公的な会議に位置づけ
東大阪市アルコール関連問題会議 略称 ひあかもか

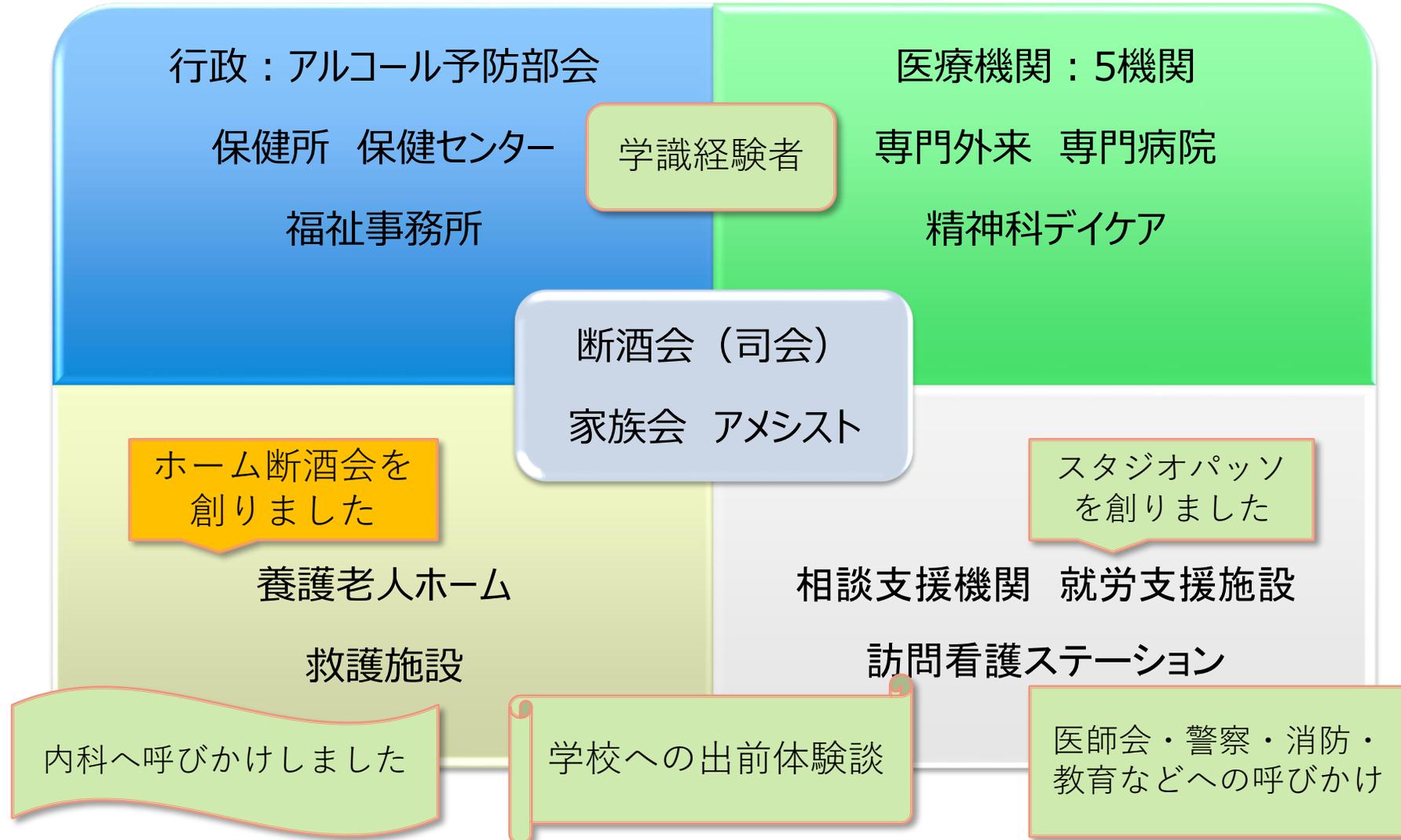
東大阪市：奈良県に隣接
人口：50万人
中核市にも推進計画を

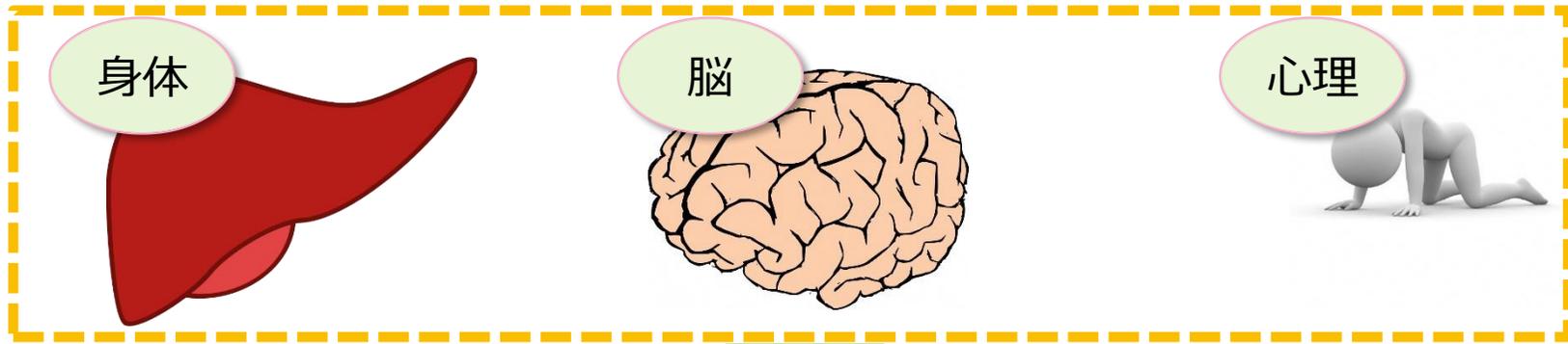
34年間毎月開催



東大阪アルコール関連問題会議構成メンバー

断酒会を元気にする 医療は自助グループにつなぐ





医療



人生の
生きる
価値



福祉等



今、ここで、自分の生
きる意味の発見

自助グ
ループ

医学に開ける見立てと手当（診断と治療）

治療のターゲットと社会資源

アルコール依存症の支援機関とつながると回復者が増える 医療の役割は

	治療の焦点	主な障害や問題	主な連携機関
医療	臓器	臓器障害 栄養障害	内科など一般科 救急科
	脳	離脱症状（幻覚など） 認知機能障害	神経科 アルコール専門病院
	心理	病的飲酒渴望 陰性感情 否認	精神科 自助グループ 安全・安心の確保 レグテクト
支援機関	家庭	家庭不和 孤立 子どもへの影響	SW 相談支援事業所 児童相談所 自助グループの家族仲間
	生活	失業 経済的貧困 生活困難	SW 福祉事務所 生活支援事業所 アウトリーチ
	成育歴	世代間連鎖 生きづらさ 人間関係の改善 弱さを認める 楽になる	回復者施設 就労支援事業所 相談事業所 自助グループ
自助グループ	生きざま	自己否定 自己存在の危機(何のために生きてきたのか) 自己効力感の低下 孤立	自助グループ 見本となる仲間 スポンサー 安心できる居場所

高齢者アルコール依存症の問題点 地域資源の有効活用

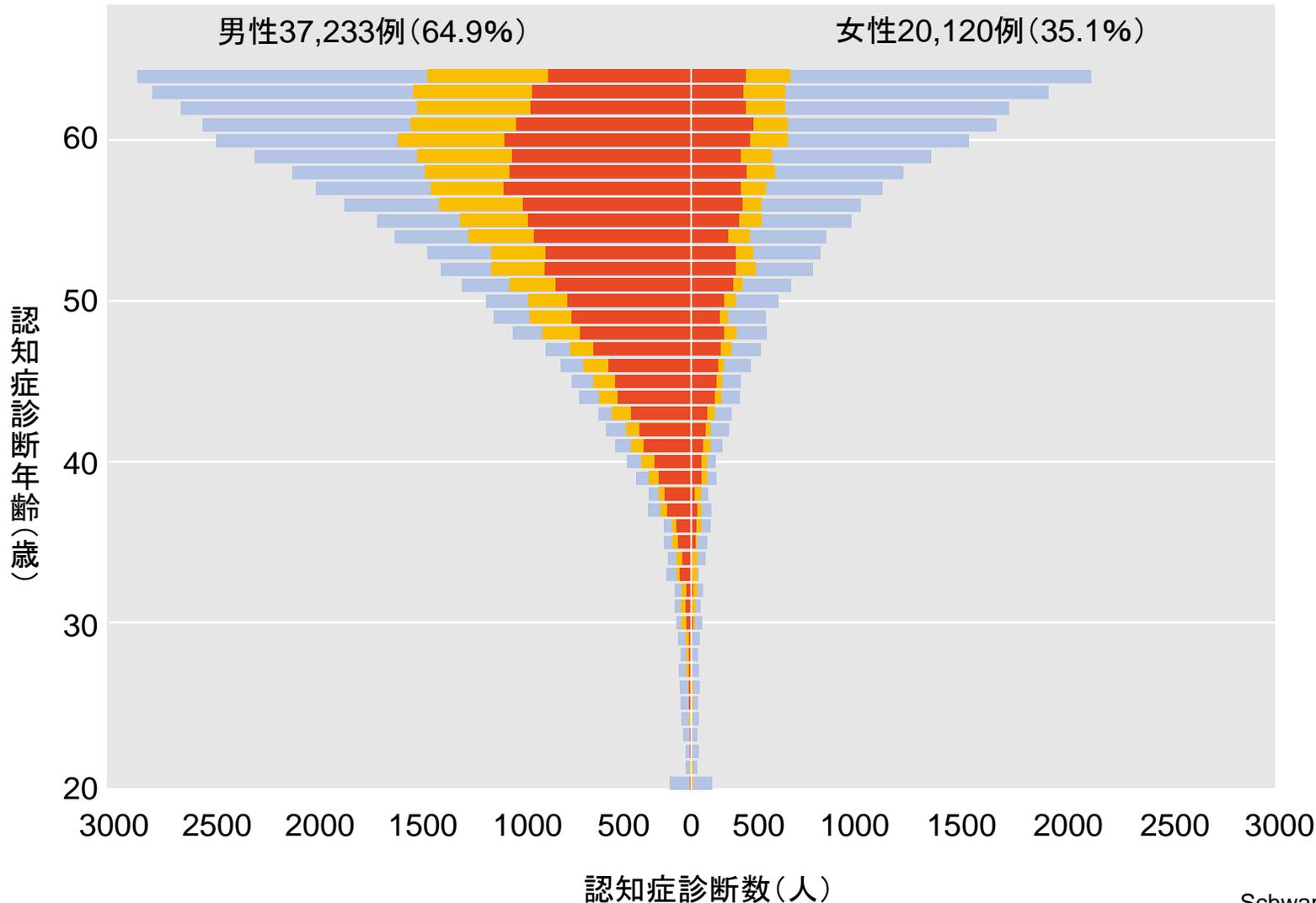
- 2019年10月からの1年1か月間の初診者255名中
 - 60歳～64歳 17名
 - 64歳～69歳 11名
 - 70歳～74歳 11名
 - 74歳～79歳 3名
 - 80歳～84歳 10名
 - 85歳～ 1名
- 65歳以上は35名 14%
- 男性 28名 女性 7名
- 紹介経路は 内科から 10名

- 問題点
 - 通院困難（介護タクシーなど）
 - 健忘症 プログラムを受けられない
 - 1回だけの受診が多い 5名 14%
 - 数か月断酒すると家族が連れてこない
 - ケースや他の病気のために中断例もある

しかし、健忘症は回復する可能性がある
事を説明すると通院が続く人もいる
通院中9名 転院2名 死亡1名 中止3名

高齢者への支援ができると回復率は高い
養護老人ホームでの取り組みは成果をあげている

飲酒量と認知症の早期発症リスク



- アルコール関連脳障害
男性17,175例(46.1%)、女性5,163例(25.7%)
- 他のアルコール使用障害
男性7,702例(20.7%)、女性2,413例(12.0%)
- アルコール使用障害の既往歴なし

目的: アルコール使用障害の認知症発症への影響を検討する

対象: 2008~2013年にフランスの病院に入院した成人患者31,624,156例

方法: 後ろ向きコホート研究。65歳未満の認知症診断を早期認知症と定義し、アルコール使用障害および他の認知症発症関連因子の認知症発症への関連性について検討した。

飲酒量と認知症の発症リスク

認知症は多量飲酒により発症リスクが高まりますが、断酒の継続により認知機能低下の抑制が認められるケースがあります

- ◆ 2008～2013年にフランスの病院に入院した成人患者を対象とした後ろ向きコホート研究¹⁾では、慢性的なアルコールの有害な使用は認知症の発症リスクを約3.3倍に高め、特に65歳未満の早期認知症の発症リスクを高めることが明らかになりました。
- ◆ 本研究では、男性の早期認知症患者さんのうち、その半分以上がアルコールに関連する認知症であるという結果も報告されました。
- ◆ アルコール関連認知症は可逆的な側面があることが特徴とされており、断酒の継続により認知機能低下の抑制が認められるケースがあるため、早期に対処することが大切です。

認知症者の中に認知症が回復できる高齢者アルコール依存症がいる

- ・ 認知障害があるアルコール依存症が増加

内科で肝臓などの治療は進むが根本にあるアルコール依存症を見過ごす

⇒ 飲める体に戻してくれるのでより飲酒が長く続く

⇒ 脳障害が進行してやっと専門医療に紹介 または認知症として対応し飲酒が続く

- ・ 認知障害は回復できる可能性が高いが高齢者では発見されない

- ・ 社会資源ができると高齢者の断酒率はよい

例) 東大阪養護老人ホームから、行事の時にアルコール依存症者に飲ませないようにするにはどうしたらよいか、飲ませないのは難しい、と相談

⇒ 東大阪養護老人ホームで話題になり、高齢者は自助グループに行きにくいのでホーム断酒会を設立して、依存症は病気であり飲んではいけないことをホーム全員で共有することを決める

⇒ スタッフ、ホーム入所者に、断酒会員の体験談と専門医の講義を数回実施

⇒ 3年後ホーム断酒会を設立 月2回開催 東大阪断酒会が協力

⇒ アルコール依存症大歓迎の養護老人ホームに 150人中20数名がアルコール依存症

⇒ この3年間で飲酒者は3名のみ 現在も新しいスタッフに定期的に講義 ホーム断酒会継続

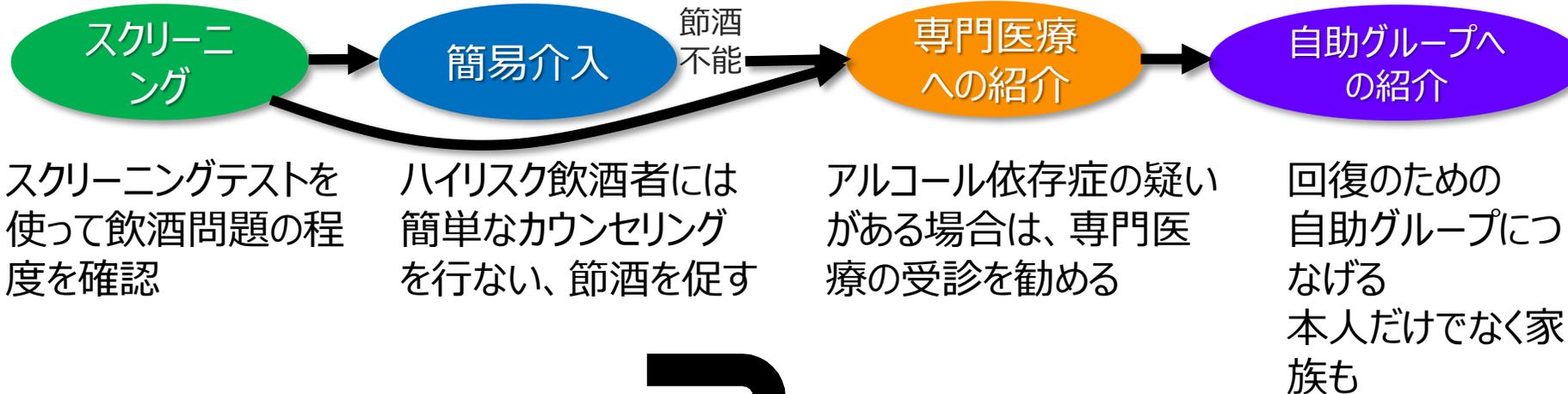
- ・ 連携が進むとSBIRTSの効果ができる

- ・ 医療は1時期のもの、多様な機関の多職種による「その人らしい」生き方の支援が必要

今、全国に広めよう！ <エスバーツ>

S B I R T + S

Screening Brief Intervention Referral to Treatment & Self-help groups



産業保健

一般医療

救急

警察

裁判所

地域保健

福祉

介護

刑務所

保護観察

