

第 110 回日本精神神経学会学術総会

教育講演

アルコール健康障害対策基本法と一般精神科医の役割 ——SBIRT と死のトライアングルを中心に——

猪野 亜朗¹⁾, 堀井 茂男²⁾, 辻本 士郎³⁾, 麻生 克郎⁴⁾,
 杠 岳文⁵⁾, 垣渕 洋一⁶⁾, 吉本 尚⁷⁾, 齋藤 利和⁸⁾, 樋口 進⁹⁾

- (1) かすみがうらクリニック, 2) 慈圭病院, 3) ひがし布施クリニック, 4) 公益財団法人復光会垂水病院,
 5) 国立病院機構肥前精神医療センター, 6) 成増厚生病院, 7) 筑波大学医学医療系総合診療科,
 8) 幹メンタルクリニック, 9) 国立病院機構久里浜医療センター)

新たに制定されたアルコール健康障害対策基本法が求める一般精神科医の責務と役割について説明し, 一般精神科医に知ってほしいアルコール健康障害と関連問題の特徴をまとめた. そして, アルコール依存症は「脳の変化」による疾患であること, 気分障害はアルコール依存症や危険な飲酒を併存しやすいこと, この併存の中にはアルコール誘発性気分障害があること, これらをもとに, 気分障害とアルコール依存症の併存例においては特に, 依存症治療を優先すべきことを説明し, 断酒治療の重要性を強調した. 最後に, 関連学会がガイドラインを作成し, SBIRT に習熟した医師には認定医資格を設定し, 診療報酬とリンクすることを提案した.

<索引用語: アルコール健康障害対策基本法, 危険な飲酒, アルコール依存症, SBIRT,
 死のトライアングル>

はじめに

アルコールによる酩酊や依存は, 患者による現実認知を困難にし, 自己認知を歪める.

一方で, 日本の社会は「酒は百薬の長」と飲酒を過度に容認するが, 社会が飲酒行動を容認できなくなると, 「アル中」「どうしようもない酒飲み」「意志が弱い」「酒癖が悪い」と蔑視・危険視し, 排除・厳罰で対処し, 病気としてすら認めず, 患者の病気としての自己認知を妨げてきた.

そして, 家族の苦悩の深さは昔も今も少しも変わらない.

そのような中で, 大阪では医療・断酒会・行政

の三位一体方式²⁹⁾が地域で施行されたり, 三重県では, 内科との連携を模索し, 多機関・多職種の連携⁷⁾を進めてきた.

このような早期発見・早期治療をめざす一部の地域の活動は, アルコール関連の学会などで啓発されてきたが, 一向に全国化していかなかった.

I. アルコール健康障害対策基本法の成立

このような深刻な事態を改善するために, 日本だけでなく世界の関係者は憂慮し, 2010 年, WHO は「アルコールの有害な使用を低減する世界戦略」³²⁾を決議し, 加盟国にこの実現を要請した.

第 110 回日本精神神経学会学術総会=会期: 2014 年 6 月 26~28 日, 会場: パシフィコ横浜

総会基本テーマ: 世界を変える精神医学——地域連携からはじまる国際化——

教育講演: アルコール健康障害対策基本法と一般精神科医の役割——SBIRT と死のトライアングルを中心に——

座長: 松田 ひろし (柏崎厚生病院)

それを受けて、2010年、日本アルコール関連問題学会、日本アルコール・薬物医学会、日本アルコール精神医学会（現日本依存神経精神科学会）は基本法制定に取り組むことを決定し、全日本断酒連盟、アルコール薬物問題全国市民協会（ASK）などととも、全国組織「アル法ネット」²⁾を結成、多くの賛同団体（日本精神神経学会はもちろん、日本内科学会、日本医師会など371団体）、賛同国会議員108名、11道県1市からの国への意見書を得て、超党派の賛同をもとに2013年12月7日、アルコール健康障害対策基本法¹⁸⁾は成立した。

II. 基本法の枠組みと一般精神科医の責務と役割

基本法の理念には、「不適切な飲酒によって生じるアルコール健康障害とそれに関連して生じる問題の発生、進行、再発の防止をめざす」ことが掲げられている。

一般精神科医を含めた医師の責務は「アルコール健康障害に係る良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない」とされ、具体的には「アルコール健康障害に係る医療の充実等」の中で、「アルコール健康障害の進行を防止するための節酒又は断酒の指導、専門医療機関との連携の確保」が掲げられている。

また、アルコール関連問題啓発週間が毎年11月10～16日に設けられ、今年度より、種々の企画・行事が全国で展開されることになり、一般精神科医も関与することになる。

III. 一般精神科医にも知ってほしい「不適切な飲酒が起こすアルコール関連問題の多さ」

「不適切な飲酒」は、精神疾患（アルコール依存症に加えて、気分障害、不安障害、睡眠障害などの併存・誘発）、身体疾患（120以上の疾患に關与²⁶⁾）の健康障害を生じるだけでなく、自殺、DV、虐待、飲酒運転、犯罪行為、職場のパフォーマンスの低下、失職、生活苦、救急現場での負担増などのアルコール関連問題を生じる。

その結果、アルコール関連による死亡は年間約35,000人²⁴⁾、社会的損失は年間約4兆1千億円と

表1 不適切な飲酒によるアルコール健康障害やそれに伴うアルコール関連問題の特徴

- | |
|---|
| ①不適切な飲酒は、誰にでもアルコール健康障害や関連問題を生じる |
| ②不適切な飲酒は、同時並行的に複数のアルコール健康障害や関連問題を生じることが多い |
| ③不適切な飲酒は、「身体のアルコール健康障害」を最も多く生じる |
| ④不適切な飲酒は、自分だけでなく、他の人へも有害さを与える |
| ⑤不適切な飲酒を放置すると、アルコール健康障害や関連問題を深刻化させる |

膨大な被害²⁵⁾を生じている。

アルコール健康障害やそれに伴うアルコール関連問題には、表1のような特徴があり、一般精神科医は精神疾患患者の背後にあるアルコール健康障害と関連問題に注意を向けてほしい。

IV. 一般精神科医にも知ってほしい

「アルコールに関するエビデンスの飛躍的増加」基本法の制定を最も後押ししたのは、アルコールをめぐるエビデンスの増加であろう。

1. 脳科学

アルコール依存症は、これまで臨床観察に基づいて説明され、理解されてきたが、今や脳科学に基づく理解が進んできている。

1) 疾患概念

動機付けや報酬や抑制制御において重要な役割を果たす脳の領域に、障害の基になるような崩壊が生じていることが指摘され、薬物嗜癖は脳の疾患であり、関連する異常な行動は脳組織の機能不全の結果³¹⁾であると説明されている。長期にわたる高血圧が循環器疾患を起こすように、長期のアルコール摂取がアルコール依存症という脳疾患を起こすのである。

2) 特徴的な脳の変化

「アルコール依存症者の前頭葉は最も影響され、アルコール依存症者にみられるアパシー、脱抑制、遂行機能（戦略をまとめる能力と意思決定する能力）の減少を含めて、人格変化の原因であ

表2 年代別の AUDIT 得点分類の比較

AUDIT 得点による分類	男性				χ^2	女性				χ^2	
	うつ病群		対照群			うつ病群		対照群			
	人数	百分率	人数	百分率		人数	百分率	人数	百分率		
20~30代	LRD (9点以下)	89	82.4%	243	84.7%	7.344*	117	81.6%	320	95.3%	31.966***
	HD (10~19点)	13	12.0%	41	14.3%		26	12.0%	15	4.7%	
	ADS (20点以上)	6	5.6%	3	1.0%		14	6.5%	0	0.0%	
40~50代	LRD (9点以下)	91	67.9%	321	75.0%	24.7111***	165	83.3%	529	97.2%	46.533***
	HD (10~19点)	25	18.7%	96	22.4%		25	12.6%	12	2.2%	
	ADS (20点以上)	18	13.4%	11	2.6%		8	4.0%	3	0.6%	
60代~	LRD (9点以下)	38	90.5%	430	89.8%	0.78	71	93.4%	500	99.6%	21.909***
	HD (10~19点)	3	7.1%	44	9.2%		4	5.3%	2	0.4%	
	ADS (20点以上)	1	2.4%	5	1.0%		1	1.3%	0	0.0%	

LRD : low risk drinking, HD : hazardous drinking, ADS : alcohol dependence suspect, AUDIT : Alcohol Use Disorder Identification Test *P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001 (文献12より引用)

る」³¹⁾と指摘され、このような脳の病理によって依存症からの自力脱出が困難となる。

「アルコール依存症者は、アルコール刺激に暴露されたとき、渴望に役立っている部位における脳の活性化が増加する」¹⁷⁾だけでなく、「断酒している長期の慢性アルコール依存症者には脳の広範囲にわたる報酬-統御システムの容積不足がある」ことを示し、手がかり刺激への飲酒欲求の亢進と、統御機能の低下を示唆している¹¹⁾。

3) 精神薬理学的変化

脳内では、GABA やグルタミン酸、アセチルコリン、ドパミン、セロトニン、内因性麻薬ペプチドなどの多くの神経伝達物質が、アルコールによる急性・慢性の影響を受け、変化すること^{15,33)}も判明し、精神薬理学的レベルで、酩酊や離脱や依存についての我々の疾患理解を深めている。

4) 依存による離脱状態

離脱症状には不安、睡眠障害、鮮やかな夢、食欲不振、嘔気、頭痛、頻脈、血圧の上昇、反射亢進、発汗、高体温、重度になると離脱けいれん、離脱せん妄、離脱幻覚がある¹⁴⁾。さらに、持続的な気分の不安定さ、中等度の元気のなさ、疲労状態、不眠、性的関心の減退、敵意なども指摘されている⁵⁾。これらの離脱症状は長期間に及ぶアルコールの抑制効果の後における神経系のリバウン

ド現象であり、過剰興奮状態の表現として理解できるようにになった¹⁵⁾。

これらの離脱時の不快な精神状態を逃れようとして、再飲酒が引き寄せられる。

2. 飲酒と発癌

エタノールとアセトアルデヒドにはヒトへの発癌性があり、飲酒は口腔癌、咽頭癌、喉頭癌、食道癌、肝臓癌、大腸癌、乳癌の原因となる (WHO, IARC)。飲酒発癌にはエタノールやアセトアルデヒドの作用、エストロゲンや葉酸への影響、種々の発癌物質を代謝する P450 の誘導、酸化ストレス、肝臓の慢性炎症、並存する喫煙や野菜果物摂取不足など複数の因子が関与する³⁴⁾。

3. 気分障害などとアルコール依存症などの併存
一般精神科外来で気分障害として受診する患者にアルコール依存症の併存疑いが多いことを松本らが報告している¹²⁾。

日本の自殺急増の要因となった中高年男性 (40~50代) では、気分障害群で AUDIT が 20 点以上 (アルコール依存症の疑い) の人は 13.4%、一方、対照群の一般住民で 20 点以上の人は 2.6% であった。危険な飲酒をしている患者とアルコール依存症の疑いのある患者を合わせると、気分障

害群の32.1%にのぼることが判明した。「アルコール関連障害と大うつ病性障害を併存した患者は自殺企画の危険が非常に高い」¹⁰⁾ことを考慮すると、一般精神科医は重くこの結果を受け止める必要がある。

一方、アルコール依存症は気分障害以外の精神疾患を併存する可能性も高いが、一般人口を対象にした併存疾患調査(NCS)では、「アルコール依存症の男性の中の大うつ病性障害は、アルコール依存症でない男性の中の大うつ病性障害の3.0倍(オッズ比が3.0)、女性で4.1倍、ディスチミーは男性で3.8倍、女性で3.6倍、双極性障害は男性で12.0倍、女性で5.3倍、パニック障害は男性で2.3倍、女性で3.0倍、社交恐怖は男性で2.4倍、女性で2.6倍、PTSDは男性で3.2倍、女性で3.6倍、ADHDは男性で3.2倍、女性で3.6倍、反社会性パーソナリティ障害は男性で8.3倍、女性で17.0倍」²²⁾と報告され、アルコール依存症患者に精神疾患の併存が多いことがわかる。

中村らは、気分障害とアルコール依存症発症の時間的な関係について、アルコール依存症者の入院時にうつ病、既往歴にうつ病のある者は、33.8%にのぼり、その中で二次性うつ病(アルコール依存症の後に発症したうつ病)は71.7%、一次性うつ病(アルコール依存症の前に発症したうつ病)は28.3%であると報告している¹⁹⁾。

また、日本では不眠の解消としての寝酒習慣が多いが、うつ病で多い不眠の解消を飲酒で対処すると、エタノールには鎮静作用があるが、エタノールの代謝産物のアセトアルデヒドは覚醒作用をもち、深睡眠を減らす。エタノールは中枢神経に対する抑制作用により抑うつ状態を悪化させる。そのため、うつ病患者において飲酒量の増加と、不眠と抑うつ状態の悪化が悪循環すると指摘されている²⁰⁾。

4. アルコールが誘発する気分障害などの精神疾患³⁵⁾

DSM-IVはアルコールによって気分障害が誘発された事例を「アルコール誘発性気分障害」とし

た。この場合、アルコールによる酩酊や離脱も抑うつ気分などを生じるが、この通常の範囲を超えた気分症状を指す。

DSM-IVでは、その他のアルコール誘発性精神障害として、せん妄、認知症、持続性記憶障害、精神病障害、不安障害、持続性知覚障害、性的機能不全、睡眠障害を含めた。

寝酒習慣にはアルコール誘発性睡眠障害のリスクが大きいことを意味する。

「アルコール依存症の中で物質誘発性気分障害は26%」「アルコール依存症者の中ではアルコール誘発性不安障害は35%」「166人のアルコール依存症のうち、122人が大うつ病性障害で、その122人のうちの85.1%がアルコール誘発性うつ病性障害」などの研究結果が報告され、これらは断酒によって改善していく。

「物質誘発性の気分障害の多くは、物質依存の基準を満たさなかった」とあるように、危険な飲酒のレベルであっても、アルコール誘発性気分障害の可能性を考慮すべきである。

V. 死のトライアングル——うつとアルコールと自殺——の仕組みを知ろう

自殺対策基本法の登場によって、“うつ”が自殺のリスクを高めることについては精神科領域はもちろん、社会的にも認知されるようになった。しかし、“うつ”とアルコールが相互循環することで自殺のリスクを高めることは社会的にも精神科領域でも認知度が極めて低い。そこで「死のトライアングル (deadly triangle)」^{16,30)}というインパクトのあるコンセプトによって、この関係の認知度を高めるように著者らは普及に努めている。

以下に、死のトライアングルをめぐる文献考察を行う。

1. 飲酒が気分に影響を与える3つの局面

自殺予防のために、これらの理解は不可欠である。

第一に、酩酊は血中アルコール濃度に合わせた脳機能の低下として理解できる⁵⁾。「軽度の飲酒は軽度の多幸あるいはざわめきと相関し、中等度か

ら重度までの飲酒は、うつ病、自殺感情、暴力行為を生じることが認められている³⁵⁾。つまり、酩酊が自殺を引き寄せる。

第二に、IV. 1. 2) で述べた離脱症状は不快な気分を陥らせ、自殺を引き寄せる⁴⁾。

第三に、長期間の飲酒（中枢神経系の抑制剤であるアルコールの慢性使用）は、気分障害の併存やアルコール誘発性気分障害を生じさせ、自殺のリスクを高めるが、大部分は断酒経過とともに改善する⁴⁾。

2. 酩酊が自殺のリスクを高める要因⁶⁾

酩酊は抑うつ状態などのネガティブな感情を増大させ、攻撃性を増やす。アルコールの作用により情動制御中枢が抑制されるために攻撃性が制御できず行動化する。攻撃が外部に向かうときには暴力や暴言となり、内側に向かうときには、自己への攻撃、すなわち自殺衝動を高めることになる。そして、酩酊は、自殺念慮を行動へと前進させ、「死んで楽になりたい」という期待が、抑うつ感情の高まりと出会うと、自殺行動へと一気に進む。

また、酩酊は脳の機能低下により、生きるコーピング戦略の認知の生成や遂行を弱める。現実検討は減少し、意識の狭窄、近視状態になる。自殺以外のコーピング戦略がみえなくなる。外界からの入力情報を精査したり、内部情報と付き合わせるような認知のプロセスが機能しないのである。

3. 心理学的剖検調査からわかったこと

自殺既遂者 76 事例のうち、16 事例 (21.1%) が死亡前 1 年間にアルコール関連問題を呈していた。この 16 例の全員が男性で、死亡 1 年前の飲酒日数は平均 24.8 日/月、平均 1 回飲酒量は日本酒換算約 3.6 合であった。16 事例のうち、アルコール依存症・乱用と診断される者が 13 事例 (81%) であった。また、16 事例のうち 9 事例 (56.2%) は気分障害を合併し、7 事例 (43.8%) は精神科受診歴を認めるものの、その全員が医師からの断酒や節酒指導など飲酒に関する介入を受けていなかった¹⁾。

VI. 死のトライアングルへの対応

1. 併存疾患、誘発疾患の有無を既往歴で把握する

「物質誘発性精神障害は物質依存と関係することが多い通常の病気であり、しかも、物質依存に至った人に限定されない。これらは一時的であることが多いが、臨床的に些細なものでは決してない。本気の自傷は物質誘発性気分障害とともに報告される³⁵⁾とあるように、飲酒についての既往歴を家族などの関係者から聴取することが非常に重要である。

2. SBIRT で、アルコール使用障害をチェックする

SBIRT (エスパート：下記の頭文字から命名) は、「危険な飲酒者」「アルコール依存症者」の両者を救う。

- Screening: 「飲酒」を CAGE, AUDIT, AUDIT-C などのツールを活用して「ふるい分け」
 - Brief Intervention: 「介入」によって“危険な飲酒”者には節酒を勧め、“乱用”や“依存症”者には断酒を勧める。特に、うつ病治療初期は厳格に断酒を勧める。
 - Referral to Treatment: アルコール依存症の人には断酒のために専門治療への「紹介」を行う。
- SBIRT は、アルコール依存症の予防にもアルコール依存症の早期発見にも寄与することがエビデンスとして認められており、WHO の戦略のベースになっている³⁶⁾。

3. 治療の優先順位

うつ病と物質乱用の併存患者では物質使用の治療が第一優先順位であり¹⁷⁾、英国のガイドライン〔NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)〕でも「アルコール誤用 (有害な使用とアルコール依存症) にうつ病か不安障害を併存する患者は最初に断酒で経過をみて、3~4 週間断酒してもなお症状が続くときに、うつ病などの紹介と治療を考慮する」と示されている²¹⁾。

また、うつ病や重度のストレスのある間はアルコールやレクリエーションドラッグを使用することの回避を求めている³⁾。

4. アルコール使用障害の治療を優先する根拠
第一に、多量飲酒が続いていると、P450の酵素が増えることで、代謝耐性が生じ、抗うつ薬の代謝が促進され、薬剤の血中濃度が上昇しにくく、効果が減弱する。一方で、飲酒を併用すると、アルコールと抗うつ薬の双方の代謝の必要が生じるので、代謝が遅れ、酔酩度が増強したり、抗うつ薬の血中濃度が上がりすぎる危険が生じる²³⁾。

問題飲酒を併発したうつ病性障害は、治療反応の遅延、減弱があり、抗うつ効果の減弱も報告されている⁸⁾。

第二に、アルコール誘発性気分障害ならば、断酒で気分障害は改善する。

5. 断酒指導について

うつ病で治療中の患者には禁酒するよう助言²⁸⁾、うつ病の治療中は、原則として、アルコールの摂取は控えてもらうが、多量飲酒を抑制できない場合、専門医への紹介を考えた方がよいという意見⁹⁾、精神科薬物療法を受けている患者は治療経過中は原則として禁酒すべきという意見¹³⁾があるが、臨床現場に十分に生かされていない現状にある。

「飲酒による自己治療は、短期的には一部の人に対しては、幸せでリラックスした感覚を生じさせ、睡眠の導入を補助する。しかし、アルコールは中枢神経抑制薬なので、結局、うつ病を悪化させる。アルコールはレム睡眠を崩壊させて、動機付けと自尊心を減少させて、栄養不足を引き起こし、睡眠の質と量を蝕んでいく」ので、「うつ病の治療の最初の段階では、断酒を厳しく指導することは適切である。うつ病症状が寛解した時には、用心深い限定されたアルコールの再開は考慮されてもよいが、1日につき日本酒0.5合以上にならないように助言すべきである」²⁷⁾とプライマリケア医向けの指導にあることに留意したい。

Ⅶ. 一般精神科医にも協力してほしい

「基本法がめざす全般的課題」

1. 正しい知識の普及と依存症への偏見是正をめざす

先にも述べたように、アルコール依存症は社会意識として誤解や偏見が強くネガティブにみられることが多い。

進歩した医学知識を社会に啓発していくことは、社会の誤解や偏見を解き、正しい社会意識を共有することになり、患者の否認や抵抗を弱体化させ、予防や早期治療を可能にしていく。

2. 酒類製造・販売業者は不適切な飲酒を誘引しないよう自主的に取り組む

酒類業界には不適切な飲酒を誘引（依存症の再発の誘引も含め）しないよう、CM、販売法により一層の配慮を求めたい。

3. SBIRTを実施できる人材を養成し、普及させる

国や学会レベルでSBIRTのガイドラインが作成されると、臨床現場を変えていく力になっていく。禁煙医を認定する研修以上の時間をかけてSBIRT医を認定し、診療報酬とリンクするシステムを構築すると普及を促進するだろう。

4. さまざまなレベルの連携を促進する

一般精神科医や身体医がアルコール専門医と連携し、SBIRTを共通言語として協力しあい、診療報酬の付与など経済的裏付けのある連携、行政が資金や人員やスキルで支援する持続可能な連携、適切な地域規模で互いに顔が見え、互いに信頼感を持ち、助けあい、補いあう関係をもった連携、これらが基本法のもとでめざすべき連携と考える。

5. 相談・社会復帰など当事者と家族への支援を充実する

家族や当事者の専門相談窓口を整備し、相談支援体制を強化する。また、断酒会などの自助グループはアルコール依存症からの回復には不可欠

であるが、行政からの財政的支援や会場確保の支援、活動内容を行政広報誌で周知する支援などが必要である。一方では、回復者の力を、有効な社会資源として、交通違反者講習や受刑者教育などに生かす仕組みも有効である。

おわりに

基本法下における一般精神科医の最大の責務と役割は、SBIRT実施と死のトライアングルの防止であると考えられる。

一般精神科医は、うつ病や不安障害などの患者がアルコール使用障害を併存していないか、背景にアルコール関連問題がないかを常に考慮し、SBIRTに習熟していただきたい。うつ病に危険な飲酒やアルコール依存症の併存を把握したら、自殺予防に特に留意することを心がけてほしい。その上で、うつ病の薬物療法時には薬物相互作用を考慮して断酒を指導することは当然である。アルコール誤用を併存した気分障害での対応については文献21)を参照されたい。

また、気分障害が寛解し薬物療法が終了した段階の飲酒についてのエビデンスはないが、この段階では、アルコール依存症の併存があれば断酒を継続指導し、依存症の併存がなければ酩酊の回避や気分障害を誘発するような飲酒の回避を少なくとも助言する必要がある。うつ病にアルコール依存症を併存して断酒指導に困難を伴う場合、専門治療機関への紹介をすみやかに行う。

SBIRTの実施、死のトライアングル防止、うつ病と飲酒について、関連学会は研究を進め、臨床に役立つガイドラインの作成が望まれる。

最後に、アルコール医療の充実のためにアルコール専門医制度の確立と同時に、一般精神科医や一般医がSBIRTに習熟し「SBIRT認定医」が誕生することを期待したい。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 赤沢正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎ほか: アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検を用いた検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45 (2); 104-118, 2010
- 2) アル法ネット (アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク). 2014 (<http://alhonet.jp/>)
- 3) Bilsker, D., Paterson, R.: The self-care depression program. Antidepressant Skills Workbook. p.61, 2014 (<http://www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDPAntidepressantSkills.pdf>)
- 4) Brady, K.B., Myrick, H., Sonne, S.: Comorbid addiction and affective disorders. Principles of Addiction Medicine, 2nd ed (ed. by Graham, A.W., Shutz, T.K.). American Society of Addiction Medicine Inc, Maryland, p.983-992, 1998
- 5) Goldsmith, R.J., Rie, R.K.: Induced mental disorder. Principles of Addiction Medicine, 2nd ed (ed. by Graham, A.W., Shutz, T.K.). American Society of Addiction Medicine Inc, Maryland, p.969-981, 1998
- 6) Hufford, M.R.: alcohol and suicide behavior. Clin Psychol Rev, 21 (5); 797-811, 2001
- 7) 猪野亜朗, 遠藤太久郎, 広藤秀雄ほか: 三重県アルコール関連疾患研究会と連携医療の推進. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 36 (6); 567-585, 2001
- 8) 石川央弥, 橋本恵理, 田山真矢ほか: 問題飲酒を併発したうつ病性障害の治療反応性について. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 48 (5); 282-292, 2013
- 9) 神庭重信: 自殺予防マニュアル第2版. 日本医師会, 東京, 2008
- 10) Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A.: Alcohol related disorder. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1994 (井上令一, 四宮滋子監訳: カプラン臨床精神医学テキスト. DSM-IV診断基準の展開. メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, p.149, 1996)
- 11) Makris, N.: Decreased volume of the brain reward system in alcoholism. Biol Psychiatry, 64; 192-202, 2008
- 12) 松本俊彦, 小林桜児, 今村扶美ほか: うつ病性障害患者における問題飲酒の併存率. 精神医学, 54 (1); 29-37, 2012
- 13) 松本俊彦: アルコールとうつ自殺. 岩波ブック

レット, No 897. 岩波書店, 東京, p.34, 2014

14) Mayo-Smith, M.F. : Management of alcohol intoxication and withdrawal. Principles of Addiction Medicine, 5th ed (ed. by Ries, R.K., Fiellin, D.A.). American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, p.559-572, 2009

15) Meyer, J.S., Quenzer, L.F. : Alcohol. Psychopharmacology Drugs, the Brain, and Behavior, 2nd ed. Sinauer Associates, Massachusetts, p.265-304, 2013

16) 本橋 豊 : 人はなぜ死のうとするか, 自殺は予防できる. すぴか書房, 和光, p.47, 2005

17) Myrck, H., Anton, R.F., Li, X., et al : Differential brain activity in alcoholics and social drinkers to alcohol cues : Relationship to craving. Neuropsychopharmacol, 29 (2) ; 393-402, 2004

18) 内閣府 : アルコール健康障害対策基本法施行. 2014 (<http://www8.cao.go.jp/alcohol/pdf/kihonhou/tsuchi.pdf>)

19) 中村 純, 内村直尚 : 抑うつ状態, 躁状態を伴うアルコール依存症. アルコール関連障害とアルコール依存症 (林田 基編, 日本臨牀特別号). 日本臨牀社, 大阪, p.378-382, 1997

20) 中野和歌子, 吉村玲児, 中村 純 : アルコール使用障害における抑うつ状態. 臨床精神薬理, 15 (7) ; 1125-1133, 2012

21) NICE : Alcohol-use disorders : diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. NICE Clinical Guideline. p.115, 2011 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13337/53191/53191.pdf>)

22) Nunes, E.V., Weiss, R.D. : Co-occurring addiction and affective disorders. Principles of Addiction Medicine, 4th ed (ed. by Ries, R.K., Fiellin, D.A., et al.). American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, p.1151-1181, 2009

23) 大熊誠太郎, 桂 昌司 : アルコールと薬物の相互作用. 臨床科学, 35 (1) ; 81-87, 1999

24) 尾崎米厚 : アルコールによる疾病負荷量 (酒害の健康被害の大きさを表す数量指標). 簡易版アルコール白書. 2011 (<http://www.j-arukanren.com/file/al-hakusyo.pdf>)

25) 尾崎米厚 : アルコール関連問題の社会的損失の推計. Priventon, No235, 2012(http://www.kurihama-med.jp/branch/pdf/alyobo_pr_235.pdf)

26) Saitz, R. : Medical and surgical complications of addiction. Principles of Addiction Medicine, 4th ed (ed. by Ries, R.K., Fiellin, D.A., et al.). American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, p.945-967, 2009

27) Schneider, B.K., Levenson, J.L. : Psychiatry Essentials for Primary Care. American College of Physicians, Philadelphia, p.68, 2008 (井出広幸, 内藤宏監訳 : 内科医のための「こころの診かた」, 丸善出版, 東京, p.80, 2009)

28) 高橋祥友 : うつ病 (自殺予防に焦点を当てて). 日本医師会雑誌, 131 (12) ; 239-242, 2004

29) 辻本士郎 : 断酒会. 治療, 65 (5) ; 1056-1060, 1983

30) UCLA : The Deadly Triangle : The Relationship Among Depression, Substance Abuse, Suicide and Older Adults. 2013 (http://www.uclaisap.org/slides/psattc/cod/2013/Q_The%20Deadly%20Triangle%20Statewide%20Conference%2010%2024%2013.pdf)

31) Volkow, N.D., Li, T.K. : Drug Addiction : The neurobiology of behavior gone awry. Principles of Addiction Medicine, 4th ed (ed. by Ries, R.K., Fiellin, D.A., et al.). American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, p.3-12, 2009

32) WHO : アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略. 2010 (<http://alhone.jp/pdf/who2010.pdf>)

33) Woodward, J.J. : The Pharmacology of alcohol. Principles of Addiction Medicine, 5th ed (ed. by Ries, R.K., Fiellin, D.A., et al.). American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, p.100-116, 2014

34) 横山 顕 : 飲酒とがん. 診断と治療, 98 ; 2027-2033, 2010

35) Yuodelis-Flores, C., Goldsmith, R.J., Ries, R.K. : Substance-Induced Mental Disorders. Principles of Addiction Medicine, 5th ed (Ries, R.K., Fiellin, D.A., et al.). American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, p.1287-1299, 2014

36) Zgierska, A., Fleming, M.F. : Screening and brief intervention. Principles of Addiction Medicine, 4th ed (ed. by Ries, R.K., Fiellin, D.A., et al.). American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, p.267-279, 2009

**The Basic Act on Measures against Alcohol-related Health Harm and
Role of General Psychiatrists
—With focus on SBIRT and Deadly Triangle—**

Aro INO¹⁾, Shigeo HORII²⁾, Shiro TSUJIMOTO³⁾, Katsuro ASO⁴⁾, Takefumi YUZURIHA⁵⁾,
Yoichi KAKIBUCHI⁶⁾, Hisashi YOSHIMOTO⁷⁾, Toshikazu SAITO⁸⁾, Susumu HIGUCHI⁹⁾

- 1) *Kasumigaura Clinic*
- 2) *Zikei hospital*
- 3) *Higashi-Fuse Clinic*
- 4) *Fukko-kai Tarumi Hospital*
- 5) *National Hospital Organization, Hizen Psychiatric Center*
- 6) *Narimasu Kosei Hospital*
- 7) *University of Tsukuba, Faculty of Medicine*
- 8) *Miki Mental Clinic*
- 9) *National Hospital Organization Kurihama Medical and Addiction Center*

Japan has just enacted a national law for alcohol, that named “Basic Act on Measures Against Alcohol-related Health Harm”.

This article includes 5 topics ; i) General psychiatrists have the roles and responsibilities in this law, ii) All psychiatrists need to know about alcohol-related health harm and alcohol-related problem, iii) Alcohol dependence is attributed to change of neurotransmitter in the brain, iv) Mood disorder is more likely to be complicated by alcohol dependence and/or hazardous drinking. Some of the patients with the above-mentioned complicated disease have alcohol-induced mood disorder, v) If the patient has alcohol-induced mood disorder, it will place priority on alcoholism treatment and will be important to quickly resolve with abstinence.

Finally, the proposals are made as follows ; i) Making a guideline, ii) Physicians skilled at SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) should be qualified as a certifying physician, and having the qualification should allow reimbursing medical institutions for the alcohol related service provided.

<Authors' abstract>

<**Keywords** : Basic Act on Measures Against Alcohol-related Health Harm, at risk drinking, alcohol dependence syndrome, SBIRT, deadly triangle>