

東京の精神保健福祉

第35巻2号

- ① 依存症をめぐる～近年の動向や関係機関の取組を中心に～ ①
梅野 充／野崎 伸次／熊谷 直樹 東京都立多摩総合精神保健福祉センター
- ② 高齢者のアルコール依存症（当院のアルコール病棟の取組を通して） ③
平川 淳一 医療法人社団光生会 平川病院 院長
- ③ ネット依存の実態と対策 ⑥
前園 真毅 独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター／精神保健福祉士
樋口 進 独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター／センター長

1

依存症をめぐる

～近年の動向や関係機関の
取組を中心に～

東京都立多摩総合精神保健福祉センター
梅野 充／野崎 伸次／熊谷 直樹

1. 依存症とは

わが国の依存症をめぐる状況は大きく変化しています。本稿では、治療や施策の近年の動向及び関係機関の取組について紹介します。

そもそも依存症とはどのような状態でしょうか。世界保健機関（WHO）の臨床記述と診断ガイドラインICD-10では「…ある種の物質使用が…ほかの行動より、はるかに優先するようになる。…使用したいという欲望はしばしば強く、時に抵抗できない」と記載されています。依存症の本質は「特定の行動に対するコントロール喪失」といえるでしょう。飲酒や薬物摂取、ギャンブルなどの行動に対するコントロールを失い、「わかってはいるけどやめられない」状態です。

矯正施設入所や強制隔離などで一時的に止まったとしても、一般社会に戻れば強い欲求により再び飲酒や薬物摂取に及びがちです。これは倫理的な堕落や意志の弱さによるものではなく、薬物等が繰り返し脳に影響した結果生じた医学的疾患です。

この疾患によって身体的—心理的—社会的な問題が続発します。例えば、大量飲酒が続くことで、身体的にはアルコール性肝障害を生じ、心理的に

は不安等が強まり、社会的には怠業や家庭不和につながります。時には、事故死や自死、精神病症状、失業や一家離散などの重大な結果に至ります。

2. 依存症治療や支援の近年の動向

収監や隔離による効果は一時的で、回復のためには疾患としての治療が必要です。かつて報道では、依存症を法律的、倫理的な問題とみて重罰や反省を求める論調が強かったのですが、近年多様な依存問題が話題になるにつれ、疾患として捉えた報道も増えつつあるようです。

依存症の治療とは「特定の行動」をとらずにすむように習慣づけていくことといえ、心理社会的介入が主ですが補完的に薬物療法も行います。心理社会的介入として重要なのは、回復支援プログラムで、専門病院や回復支援施設等で受けられます。その技法としてSMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program セリがや覚せい剤再乱用防止プログラム) 等の認知行動療法プログラムも近年急速に普及しています。本年から薬物依存症に対する認知行動療法が「依存症集団療法」として保険診療化されます。精神症状を伴う場合には向精神薬が必要ですが、この他にアルコール依存症に対する断酒補助薬が保険適用になっています。

さらに、福祉的サービスの状況も変化しています。障害福祉サービスや障害者雇用等での制度改正もあり、依存症者で利用する人が比較的少数であった精神障害者保健福祉手帳や、就労支援に関する福祉的施策を利用する人たちが徐々に増加し、例えば全国各地で回復支援施設を行うDARC

(Drug Addiction Rehabilitation Center) の多くは障害者総合支援法上のサービス提供を行っています。この一方で、新しい問題を生じているようです。例えば依存症者の中には精神科受診経験がなく、精神障害として自らの問題を規定することに抵抗がある方もあります。依存症者本人にとって受け入れやすい形で、いかに福祉的サービスを提供するかの検討が必要と思われます。

3. 依存症関連の施策の動向

依存症関連の法制度の整備も進んできました。アルコール問題に対してはアルコール健康障害対策基本法が2013年12月に定められ、翌6月に施行されました。法に基づく国のアルコール健康障害対策推進基本計画は、既に案が取りまとめられ、本年中に決定される予定です。基本計画案では、相談拠点の明確化と依存症専門医療機関整備が重点課題に含まれています。物質関連問題を正面から取り上げた画期的な法整備といえます。

薬物問題に対しては、刑の一部執行猶予制度が本年6月までに施行予定です。この制度では、覚せい剤の自己使用等の薬物事犯に、再犯防止のため、実刑部分に続いて刑の一部を5年以内の執行猶予とし、保護観察下で依存症の医療や専門的援助を受けることを義務付ける判決が可能になります。この制度に関連して、国は「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」を発出しました。本ガイドラインでは、依存症に関し精神疾患としての認識を共有すべき旨が記され、将来にわたって施策に影響する大きな転換点といえます。なお、精神保健福祉センターは連携推進の中核的役割とされています。そのほか、カジノを含む統合型リゾート推進法案を契機に、ギャンブルが依存対象の一つとして社会的議論の俎上にあります。

国は、この3種の依存症に対応する治療拠点機関の設置運営事業を行っており、依存症治療拠点を全国に拡げる方向です。また、精神保健福祉センターでの回復支援プログラムの普及も図っています。

さらに将来、わが国での依存症をめぐる考え方はどう変化していくでしょうか。世界的にみてわが国の薬物汚染のレベルは低く、ある意味で一次予防が成功している一方で、様々な新しい依存症

関連問題に日々さらされています。欧州や豪州では「ハーム・リダクション」を原則にしているようです。これは「依存問題による害（ハーム）の最小化をめざす」という発想による諸施策で、具体的には「ニードル・エクスチェンジ」（注射針の使い回しによる感染拡大の予防のため、清潔な針を配布）等があります。わが国で、依存症者を「罰する」よりも「共生し、その回復を支援する」という、このような方向での施策の具体化は時期尚早の感もありますが、近い将来、こうした施策が求められる日が来るかも知れません。

4. 関係機関の取組～多摩総合精神保健福祉センターを例に～

精神保健福祉センターは、精神保健福祉法に基づく心の健康や精神障害者福祉の増進を図るための機関で、都内には、区部東部と島しょ、区部西部、多摩の地域ごとに、東京都により3か所設置されています。以下、多摩総合精神保健福祉センターの取組を紹介します。

当センターでは、リーフレット等による広報や、講演会や研修の講師派遣を行うほか、住民からの心の健康についての電話相談の一環として相談を受け、必要があれば面接での個別相談を行っています。個別相談の結果、必要に応じ、所内の回復支援プログラムや家族教室へ導入したり、関係機関を紹介し連携して支援したりします。近年は、依存症に併存する経済的な問題や家族間の問題のほか、規制対象外の薬物の依存やギャンブル、インターネットといったいわゆるプロセス依存関連の相談件数が増加傾向にあります。

当センターでは、本人に対する回復支援プログラムである、再発予防プログラムTAMARPP (TAMA mental health and welfare center Relapse Prevention Program) を実施しています。本プログラムは、国立精神・神経医療研究センターの協力で、集団認知行動療法を基に生活状況に即した内容で構成されたテキストを用い、「強くなるより賢くなろう」をテーマに、自ら依存症を経験した回復者スタッフの協力を得ながら、年間を通じて、週1回1時間30分、行っています。

また、依存症の基本的知識や対応法の習得を目的とした家族教室も行っています。家族教室では、精神科医、弁護士、自助グループメンバー等を講

師として、本人や家族の様々な問題への対処方法を学ぶほか、グループワークも行います。なお、家族以外に関係機関職員も参加できる公開講座として開催することもあります。

今後、刑の一部執行猶予制度の施行を踏まえた薬物依存症者の回復支援やギャンブル依存への対応等を積極的に進める予定です。



2

高齢者のアルコール依存症

（ 当院のアルコール病棟の
取組を通して ）

医療法人社団光生会 平川病院 院長

平川 淳一

アルコール依存症は一度なったら「治らない病気」であり、これを納得した上で、この病気を理解し受け入れ、怖さを知り、飲酒欲求への対処法などを学ぶことがアルコール依存症の入院治療である。そのため、断酒プログラムの多くは、酒害教育やSMARPPのような集団精神療法であり、高齢のアルコール依存症者に多いコルサコフ症候群や認知症合併のケースでは、施行できないことが少なくない。さらに、長年の飲酒により、身体合併症も深刻で、精神科単科では対応ができない病院もある。

私だけの印象かもしれないが、高齢のアルコール依存症患者の多くは、真面目に定年まで仕事をして、その後、飲酒量が増え、外出機会も減り、閉居するようになり飲み続ける。また、ほとんどの人が医者嫌いで、検診さえ受けず、医療からは遠く離れて生活しているような人が多いように思う。妻を威嚇し、家族も仕方がないとこの状況を受け入れるしかない。一方で、何度も救急搬送されていて、医療を受ける回数が多い患者さんもいる。多くは救急室で点滴して、酔いがさめればそのまま帰されている。やや言い過ぎかもしれないが、実際にはほとんど診療と言える対応をしてももらえていないように思う。

私は研修医を終わってすぐ、大学の肝臓内科に

12年間所属し、アルコール性臓器障害に取り組んでいた。その頃を思い出すと、何度も飲酒を繰り返しては、救急外来を訪れる患者に、「酒が止められないなら内科には来なくてくれ！精神科に行け！」と怒鳴ったものである。黄疸は継続し、腹水も溜まり、最後は来なくなってしまったケースもあったが結末はほとんどわからない。誰が悪いわけではなく、その当時の私の大学には「アルコール依存症」という病気を診る仕組みがなかったのである。一般科の先生に最も迷惑を掛ける精神疾患の1つであろうし、一般科の先生には、ただの酔っ払いも、アルコール依存症患者も同じだと思っている方も多いと思う。したがって、酒を止めれば治る臓器障害に対しては、自己責任で止められないなら、治療を受ける資格もない、治療契約も成り立たないと思っているのである。しかし、一方で、止めたくてもやめられない、飲酒という行動をコントロールできないのが、アルコール依存症であるというのが、我々、精神科医の立場である。そして、熱心な救急担当医がたとえ、紹介状を書いてくれたとしても、患者本人が精神科には受診しないため、結局は無駄になってしまいうのである。

一方で、精神科病院の方にも、受け入れたくない理由がある。1つは、診療報酬の問題である。アルコール依存症の治療プログラムは、2か月程度で終了するものが多く、診療報酬においても、重度アルコール依存症入院医療管理加算という形で、プログラムを2か月間だけ評価している。つまり、保険診療では、初めの2か月だけアルコールの治療をして良いが、これ以降は、アルコールについての特別なプログラムをしても報酬は認められないのである。長期に入院させて、入院を伸ばそうとする精神科病院はけしからんという制度であるが、3か月以降の入院では病院の収入が激減する。高齢者の場合、身体合併症やせん妄を起こすケースがあり、入院期間が延びてしまい、報酬が減ってしまうので、経済的には受け入れたくないのである。

もう1つは、手がかかることである。高齢者のアルコール依存症は、入院してすぐに、断酒のためのプログラムを開始することはできない場合が多い。長年の飲酒のための身体合併症の治療や、入院の主なきっかけになったであろう認知症に伴うせん妄などが、治療の中心となること、また、

退院先の調整もたいへんである。家族との関係も崩壊している場合や、生保単身の場合もあり、福祉事務所との相談の中でなかなか退院が進まないケースも多い。

家族には、アルコール依存症について、病気そのものや接し方について、教室を開催しているが、妻が高齢で、妻も認知症を持つ場合もあり、とても任せられないこともある。また、「アルコールは、肝硬変を起こすばかりではなく、舌や食道、大腸に癌ができる発癌物質であり、さらに神経筋障害では歩けなくなったり、膵臓障害で糖尿病、認知症にもなって性格が変わってしまうなど、怖い病気で、死亡率も高い。」このような説明を延々としても、ぼかんとしている家族も少なくない。家に帰っても、本人に振り回され、元に戻って酒を買いにいつてしまうケースや、全く自信がないと関わりを拒否するケース様々である。

また、介護保険などの利用も少ないばかりか、知識そのものがないため、まずは制度の説明を1からしなければならず、その上に、初めて入院してかかわった患者さんに主治医意見書を書いて、介護保険事業者若しくは施設を探して、見学に行ってもらったりする。見学に行ったらすぐ診療情報提供書を書いてくれというので、慌てて書いて提出するが、アルコール絡みだと消極的で、せっかく段取りをしても、その後先方からは音信不通になって、知らん顔をされる場合もある。病棟の看護師、精神保健福祉士、担当医一同、大きく落胆するパターンである。

当院のアルコール病棟は、2つの隔離室と12床の閉鎖、36床の開放の全部で50床の病棟である。通常、離脱せん妄や飲酒直後で、酒臭のある場合は、閉鎖病棟から治療を始めるが、大きな精神症状がなければ、2、3日で開放病棟に移動になる。しかし、高齢者の場合は、ここで時間がかかる。前述した身体合併症やせん妄問題である。実際に経験した症例を2例示す。

症例1：70代男性

【入院経過】

妻、長男と3人暮らし。毎日、大量飲酒しており、酒を買ってこないと妻に暴力を振るうため、言いなりになってきた。家族は、酒で死んでも良いと思っていたという。しかし、X年12月初め

から食欲なく、飲酒しなくなる。その後、意識が低下したため救急車を要請、自宅から離れた大学病院に搬送される。血液検査では、電解質異常(Na 126, Cl 85, K 2.1)、炎症反応高値(CRP23.1)、白血球12900、黄疸、CPK2000以上と高値であったが、アルコール離脱せん妄もあり、内科では対応できないと当院に入院相談となる。

【生活歴、現病歴】

〇〇県出生、同胞3名中第2子。高校卒業後自衛隊に入隊し数年後から、運送会社に就職。29歳で結婚、長女、長男をもうける。定年まで勤めた後は、シルバー人材センターに登録し3年間働く。以降、自宅で過ごす家の中ではほとんど動かず座ったままだった。収入は本人と妻の年金のみで月の収入は15万円ほど。長男はアルバイトしているが経済的援助はできないとのことだった。経済的事情から家族は在宅での生活を希望した。アルコールについては、初飲は不明。結婚した当初から自分で買ってきて晩酌はしていた。酒で失敗はなかった。定年後は「飲まないと眠れない」と毎晩飲酒していた。徐々に転倒が増え、傷が絶えなかった。飲酒量は440mlの焼酎をお湯割りで飲んでいたが、年とともに弱くなり失禁することもあった。

【当院来院後の経過】

大柄で骨格はしっかりしているが手足が細く、筋萎縮著明。転倒を繰り返しているため擦過傷、挫創多数認める。体動多く座位保持困難、支離滅裂な言動がみられ、入院の必要性について説明するが理解はできず、やむを得ず医療保護入院となる。

入院後、本人の安全を維持するため隔離拘束を行い、誤嚥のリスクも高いため禁食とした。認知症を伴うアルコール離脱せん妄、肝硬変、肺炎、低カリウム血症、低ナトリウム血症、筋融解症、体幹失調からパーキンソニズムも入院時から認めた。夜間大声、介護抵抗、暴力があり、意識変容からせん妄状態と判断、抗精神病薬が必要であったが誤嚥性肺炎を繰り返したため、服薬調整をしながら、スタッフも関わりを深めたところ、意識レベルの改善、疎通も簡単なものとはれるようになり、4日目に隔離解除した。しかしその後も、認知機能、意欲の低下みられ、理学療法を導入するが、歩行は困難で、排泄もおむつを使用していた。

介護保険の申請をしていなかったことから、住所地の地域包括支援センターを妻に紹介。家族の了解をとり、当院の精神保健福祉士からも地域包括支援センターの情報提供を行い介護保険申請やその後のサービス利用について協力依頼した。長女が定期的に洗濯物を取りに来たり、妻もすぐに地域包括に相談に行ったりすることはできていたが、手続や現状把握の理解には丁寧な関わりが必要であった。

介護保険の申請を行い、要介護5となる。この段階で、主治医より今後はアルコール治療よりも介護保険のサービスを利用しての生活を考えた方がいいと病状説明したところ、妻はすぐに退院しなくてはならないと勘違いし地域包括に相談し大騒ぎとなる。そのため、地域包括と当院で情報共有することで家族の軌道修正をしながら自宅退院を目指すこととなった。

地域包括やケアマネジャーと家族の介護力について相談し、自宅から本人を外来通院させることは困難であると判断、訪問診療、訪問看護を料金も含めケアマネジャーより家族に提案してもらい利用の了解を得た。また、妻と長女には当院で本人のおむつ交換の練習をしてもらった。妻からは「なんとか家でやれそうです」と言葉が聞かれるようになり、X年2月末に退院となる。

症例2：80代男性

【入院経過】

妻と2人暮らし。X-2年2月から外出しなくなり、入浴も拒否。髪の毛、髭、爪伸びたまま、更衣もしていない。アルコールがないと大声をあげるため妻が買い与えている。ウイスキーを1日中飲み、週にボトル3本のペースで空けている。X-2年3月、地域包括支援センター職員が訪問。5月には多摩総合精神保健福祉センターの訪問診療を受けるが、本人の話としては「市に迷惑はかけていない。酒で死ねれば本望だ」という持論を述べ外来受診は拒否。この往診で「アルコール依存症」という見立てがでる。以後、家族がアルコール専門のクリニックに相談をしていた。X年9月、同院院長より入院相談あり。妻一人で本人を来院させることは困難なため、市の職員、地域包括支援センター職員、長男が付き添える日に入院できるベッドを用意しておくことにする。

【生活歴】

〇〇県出生同胞4名中第3子。小学校から高校卒業まで△▲県で生育。大学入学時に上京、大学では法律を専攻。大学卒業後は、大手自動車会社に入社し営業の仕事をするが、父の体調不良を理由に1、2年で退社し、△▲県に戻る。その後、27歳頃大手化学会社就職が決まり両親、妹を呼び寄せる。31歳で結婚し、長男、長女をもうける。50代後半に仕事の都合で上京。60歳の定年まで勤めあげる。飲酒歴については、結婚当初から習慣飲酒。自宅では瓶ビール1本ほどだが、仕事の関係者と外で飲酒してくることが多かった。この頃は、仕事への支障や家族への暴力、暴言はなかった。40歳を過ぎると前夜のアルコールが残り、会社を休むことがあった。土日は接待ゴルフ。自宅にいる時は夕方から飲酒していたが、家族が気になるほどではなかった。定年後はボランティアなどを生きがいとしていたが、71歳頃、ボランティアが終了してしまった頃から「自分は何もすることがない。どうなってもいい。早く死にたい」というようになる。自傷行為はなかったが飲酒量が増加する。1日でビールとウイスキーを350mlほどストレートで飲んでいて、飲酒だけでなく喫煙も長期間にわたり寝たばこで自宅の床を焦がすことも度々あった。家族が飲酒や喫煙を止めようとすると大声で怒鳴りちらすため妻は怖くて反論できなかった。

【当院来院後の経過】

関係者複数と来院はしたが、異臭強く、髪、髭、爪(爪は5、6センチになり弓なりになっていた。)が伸び放題だった。家族によると、1年8か月入浴していなかったとのこと。やっと立ち上げられる程度の脚力しかないものの、体格はがっちりとし、高圧的な態度と大声で話し、行政への不満を延々と演説のように述べる。主治医から、「これだけ大人数の人が、あなたのことを心配し付き添ってくれている。立派に仕事も勤め上げて、これからではないですか。きちんと検査をして治療するべきところはしましょう」と根気よく話すと、入院については本人が同意し、任意入院となる。

入院後はまず、入浴を勧めたが「必要ない!」と怒って拒否した。しかし、浴室を見せると協力的に入浴し、髭、爪も切ることができた。本人も「さっぱりした」と話した。垢は1度の洗身では

落ち切らなかった。検査にも協力的で、レントゲン、CTなどを受けたが、その結果、右肺下葉に陰影あり、腫瘍の疑いが見つかる。

本人、家族の了解を得た上で、精神症状もあるため、精神保健福祉士から〇〇病院に外来受診について相談、また入院を機に介護保険の認定を受けることにする。介護保険の調査員にも事前に情報を伝え、時間が長くなっても本人の話をまず聞く姿勢で調査を行ってもらったところ、演説のような部分はあったが機嫌よく調査に応じることができた。

療養中の本人の高圧的な態度は他患、職員に対しても変わらないが、本人が納得したことについては約束を守る姿勢がみられた。また、本人の話を傾聴し、理解したことを職員が言葉で伝えることで徐々に穏やかな口調になることが増えた。身体的専門検査、治療についても担当精神保健福祉士に「院長と約束したからな、行くよ。息子も仕事の都合があるだろう。日程は任せるよ」という発言もみられた。

しかし、元来の性格や、病識の薄さから断酒プログラムに参加することは拒否。本人、妻、主治医、看護師で話し合いを持ち、退院してから〇〇病院の検査予約をとったところで当院を退院することとなった。その後、連絡はなかったが、X+2年2月妻より電話があり、X+1年12月に亡くなった。病名は、進行性肺がん。当院退院し、〇〇病院で入院治療をした後は、内科療養病棟に転院後、在宅診療の医師に往診してもらい、在宅で看取ったとのことだった。

当院では約30%がこのような症例である。本当の意味でのアルコールの断酒プログラムを受けていただくような事例ももちろん大切であるが、これらのようなケースの方が印象深い。アルコール依存症のために、偏見を持たれ、医者嫌いになり、周囲を拒絶し、孤立してしまった患者さんと、人としての信頼関係を取り戻し、医療に繋げていくことが、高齢のアルコール依存症患者には最も重要だと考える。もちろん、90歳になっても酒を止めたくないという人に無理に断酒は求められない。アルコール依存症の飲酒という行為のコントロール障害という視点からは、かけ離れているかもしれないが、高齢者には、生涯で培ってきた生活技能があり、体の状況について詳しく説明す

ると、それなりの生活を自らす患者さんもいる。定年まで、家族のために勤めあげた魂はそう軟ではない。当院のしていることが学問的かといえば、全く正反対なのかもしれない。それでも、困っている人の何か力になることが、医療の基本であり、精神科医療の根本であると思う。

当院のある八王子は、東京の中央を走る中央線の終点、高尾山で有名な地域である。都内で様々な問題を抱えつつも、受入病院が見つからないと、最終的には、当院が最後の砦になる。そういう意味では、当院の責任は大きく、ここに役割を感じているところである。今後、地域包括支援センターや初期集中支援チームが、アウトリーチで患者宅を訪問する機会が増えてくると思われる。今まで、家庭の中だけに閉じ込められてきた問題が、地域に放出される。パンドラの箱が次々と開けられていく中で、我々医療機関は、できうる機能を発揮して、対応していかなければならないと覚悟している。当院は認知症疾患医療センターであり、このような高齢、認知症、アルコール依存、精神科既往歴などに対しての専門医療機関として、地域での役割を果たすよう努力を続けていこうと考えている。何か当院のできることがあれば、御連絡をいただきたい。



3

ネット依存の実態と対策

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター

精神保健福祉士
前園 真毅

センター長
樋口 進

○ネット依存とは

スマホ、タブレット、パソコンなどのネット機器は、いつのまにか社会に欠かせないものになってきました。その一方で、ネットの過剰使用により、次第に使用時間のコントロールができなくなり、食事、睡眠といった家庭での日常生活、学校や職場での社会生活への支障が大きくなり、本人

ばかりでなく心配する家族の心身をも蝕んでいく「ネット依存」という新たな病が広がってきました。ネット依存は、アルコールや違法薬物といった物質への依存ではなく、ギャンブルのように行動に依存する病気です。本来、医学的には行動への依存は「嗜癖」という表記（ギャンブル嗜癖、ネット嗜癖）をしていますが、一般的でないのでネット依存と書かせていただいています。

そもそも「ネット」はいつから我々の生活に登場したのでしょうか。歴史を紐解いていくと47年前の1969年アメリカの国防総省の研究局（ARPA）が衛星軌道から軍事通信の基幹施設へ攻撃を受けても問題がないようにネットという分散型システムを考案したのが始まりといわれています。

一方、「ネット依存」はどうでしょう。ネット依存を初めて提唱したのは19年前の1997年アメリカ精神科医イヴァン・ゴールドバーグが始まりといわれています。このようにネットは我々の生活に半世紀も満たない急激なスピードで浸透しています。

また、ネット接続器はパソコンに限らず、スマホ、タブレット、子供向け娯楽用タブレット、携帯音楽プレイヤー、携帯ゲーム機、据置型ゲーム機、ネット接続テレビなどいわゆる「モノのインターネット（IoT：Internet of Things）」はますます進んできています。ネット依存のこうした背景からか、対策の先進国といわれる韓国では、2008年から毎年行っている全国調査において、2014年から調査の対象を3歳から59歳に拡充しています。

○ネット依存の実態

総務省が毎年、6歳以上を対象としている平成26年通信利用動向調査のネット利用人口の推移データを見てみると、ネット利用者数は1億18万人、普及率は82.8%となっています。また平成27年度の総務省の「青少年のインターネット利用環境実態調査」では、青少年の76%がネット接続機器でネットを利用しています。

厚生労働省の2012年の中高生およそ10万人に対して行った調査では、中高生のおよそ51.8万人がネット依存の疑いがあるという結果が出ました。内訳は、男子は6.2%、女子は9.8%です。またこの2年前にヨーロッパ11か国で同じ調査

票を用いての1.2万人の青少年を対象とした無作為調査が行われ、男子5.2%、女子3.8%という結果でした。実際に何に依存しているか調べてみると男女ともに動画、そして女子はSNS（LINE、Twitterなど）、男子はSNSに加えオンラインゲームへの依存が見えてきています。

成人はどうでしょう。厚生労働省が20歳以上を対象に2008年と2013年に同じ調査を行っています。ネット依存傾向者数は2008年では男性3.1%、女性2.2%の総数275万人、2013年では男性4.5%、女性3.6%の421万人という結果になっており、5年の間に1.5倍に増えています。

○ネット依存の診断

そもそもネット依存とはどのような症状があるのか以下の6つの特徴を見ていきましょう。①ネットのことで頭がいっぱいでとらわれている（渴望）、②ネット使用を減らそうとしても減らせない（コントロール障害）、③長い時間使用しないと満足できない（耐性）、④使えない状態になるとイライラ感や無気力感が前面に出てくる（禁断症状）、⑤むしゃくしゃの解消手段にまずネットを選択する、⑥しばらくネットを減らそう、止めようと決意しても一時的にしかできず、すぐ元の状態に戻る（再発）。そしてネット依存者はこれらが原因で、明らかな健康問題と社会的問題が生じています。

しかし、ネットの急速な普及に追いつけず、現時点ではネット依存の正式な診断基準は存在していませんが、WHOではネット依存の重要性や必要性から2013年から久里浜医療センターと協力しWHOが定める診断ガイドライン（ICD-11）にネット依存が盛り込めるよう、ワーキンググループを結成し2014年に東京会議、2015年にソウル会議を開催し、草稿作成を進めています。また2013年5月アメリカ精神医学会のガイドライン（DSM-V）には「インターネットゲーム障害」という名称で予備段階という形で掲載されています。

○ネット依存の対策

対策として、治療と予防について話をしたいと思います。ネット依存専門とする医療機関が少しずつではありますが増えてきています。当センターでは2011年からネット依存専門治療を行っ

ています。ネット過剰使用の背景に、自閉症スペクトラムや家族の機能不全問題などが隠れていることが少なからずありますので治療初期には十分なカウンセリングや心理検査を実施しています。通院を基本として、ネット依存に特化した個人・集団認知行動療法やデイケア、家族会を開催しています。必要に応じて入院治療を行い昼夜逆転の生活習慣改善やネット依存について集中的な講義、デイケアの体験利用をしてもらっています。治療効果については調査中ですが印象として医療機関での治療は十分な効果があるように思えます。

また、医療機関と教育機関が共同で2014年から行っているネット依存傾向の青少年を対象にしたキャンプ（文部科学省のネット依存対策推進事業）では、8泊9日間、メンターと呼ばれる大学生のボランティア、国立青少年教育振興機構職員、精神科医、心理士、看護師、精神保健福祉士らが参画し、体験活動、認知行動療法、家族会等を通じてネット依存を改善する効果を上げており、今後その開催の拡充が検討されています。

最後に、予防についてです。ネット依存に対する知識をつけることが予防になるのは言うまでもありません。ネット依存に関する書籍は近年、数多く出ていますが、ネットは日進月歩の進化を遂げています。その全てを学び続けるのは不可能です。ネットにのめり込んでいる本人が利用しているネット機器やネットサービスに絞って学んだり、体験利用してみたりすることで必要な知識を優先度の高い順に学ぶことができます。そのことで現実的で具体的なルール作りのための話し合いができてきます。

また、最新のトレンドについてコンパクトに学べる各地で行われているネット依存関連の講演会やワークショップに参加することもお勧めです。当センターでは、2012年から一般の方も対象に「ネット依存国際ワークショップ」、2014年から医療関係者向けと教育関係者向けに「ネット依存の予防・対応等に関する研修」、2016年から家族向けに「ネット依存家族ワークショップ」を毎年開催しています。一参考にしていただければ幸いです。

編集後記

平川先生の「高齢者のアルコール依存症」は、定年後の飲酒変化の問題に触れ、前園先生の「ネット依存の実態と対策」では、行動依存＝嗜癖を再認識しました。その矢先に五輪候補選手の賭博問題が発覚。元プロ野球選手の覚醒剤事件の判決はどうなったのか。

でも、依存を罰するのではなく疾患としてとらえ、回復を支援することが、精神科医療の基本であり根幹であると私も思います。梅野先生・平川先生に同感です！（ME）

東京都精神保健福祉協議会 入会のご案内

精神保健福祉向上に協力の意思のある方は、どなたでも入会できます。
入会された場合、年2回のニュースレターや精神保健福祉に関する講演会
のお知らせなどをお送りします。

☐ 会費（入会金は不要です。）

☐ 個人 1,000円 ☐ 法人 10,000円

多くの精神保健福祉関係施設
の入会をお待ちしています。

☐ 入会の方法 事務局にお問い合わせください。

お問い合わせ 東京都精神保健福祉協議会事務局 担当 南雲 真実

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内

TEL ▶03-3762-4151 (6770) FAX ▶03-5471-5774

Mail ▶tokyoshfk@gmail.com

登録番号 (27) 453
(通巻 No.67) ISSN 1343-3830

●発行

平成28年3月発行
東京都福祉保健局障害者施策推進部
精神保健・医療課
〒163-8001
新宿区西新宿二丁目8番1号
TEL 03-5321-1111 (内) 33-173
FAX 03-5388-1417

●編集

東京都精神保健福祉協議会事務局
担当 南雲真実
〒143-8541 大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内
TEL 03-3762-4151 (内) 6770
FAX 03-5471-5774

●印刷

株式会社トリョウビジネスサービス