



MD. ネット 会員向け勉強会

海外における アルコール問題

(講演原稿をレポートにしました)

本日は、海外駐在員のアルコール問題ということで、海外で事業展開をされている企業の方々に、基本的な事柄から、少し専門的で医学的なことまで、1時間半くらいの時間でお話したいと思います。このセミナーでは、アルコール問題を選びましたが、これにはいくつかの意味があります。

- ① 海外での事業展開においては、少人数で、大きな責任を負うことから、国内以上にメンタルヘルスケアが重要。流れが速い、交代ができない。
- ② メンタルヘルスの問題は、いろいろな部分でアルコール問題が絡み、状況を一層複雑にしている。
- ③ アルコールが引き金になっての死亡、自殺が増えている。

飲酒プロセス、すなわち初飲酒からアルコール乱用、アルコール依存に至るプロセスについてご説明をしながら、アルコール依存症の本態は何か？ということについてお話ししたいと思います。

その中で、アルコール問題の原因についてお話をし、その後、企業の人事管理上最も重要な、アルコール問題の予防と対処の仕方についてお話しします。

1. アルコール乱用とアルコール依存

正常飲酒の臨界点

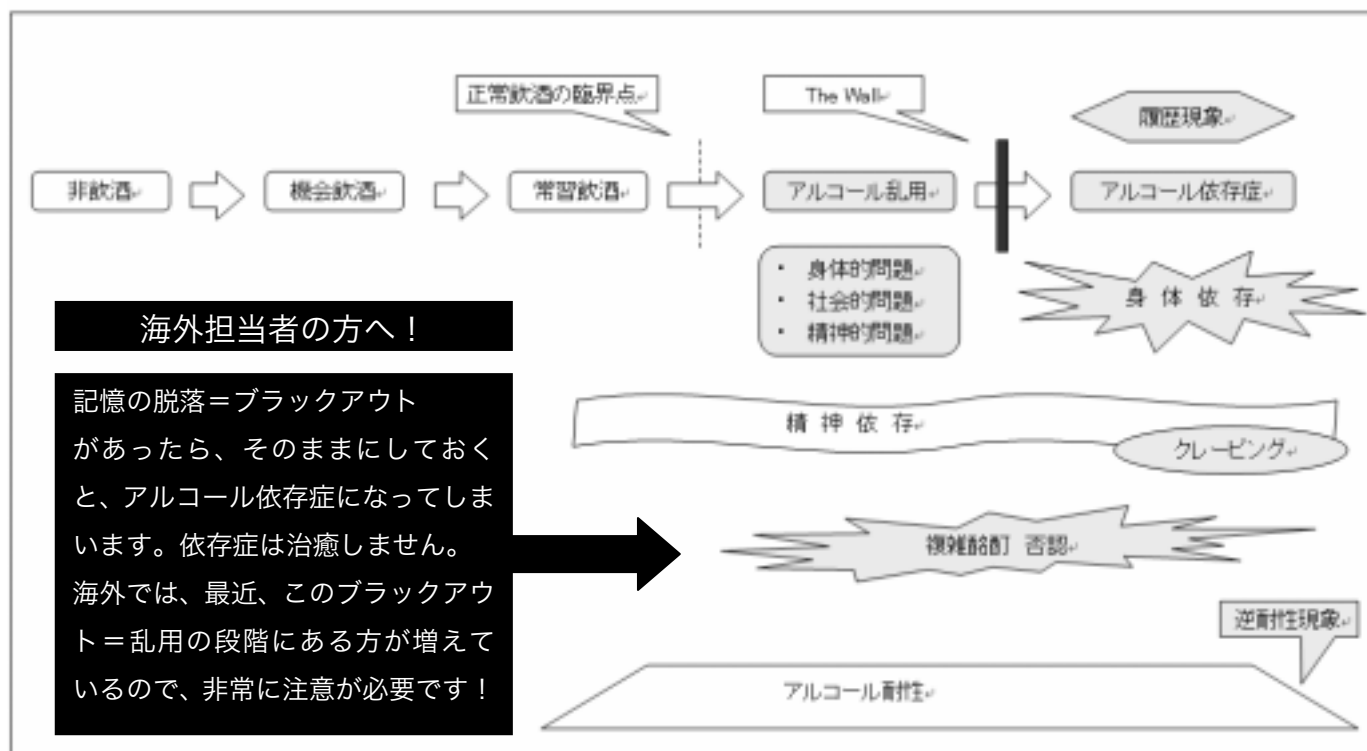
日本は、飲酒に対して非常に寛容な国として知られています。このごろは多少の制限はありますが、自動販売機でお酒が買えたり、電車やバスの中でお酒が飲めたり、TVでコマーシャルをしたり、ということで、他の先進国からかなり批判された時期もありました。しかし、仕事の話も夜にどこかで一杯やりながらというのも日本の文化でもあります。

みなさま方もご存知のように、日本人は、他の人種と比較して、アルコール代謝酵素の欠損や活性低下の割合が高いこともあって、いわゆる酒に弱い民族です。

しかし、かつては全くお酒を飲まない、非飲酒人口も多かったのですが、いろいろな商品が開発されて、楽しみで飲む人たちが増加し、他の先進国のアルコール消費量が減少傾向にあるのと対照的に、わが国のアルコール消費量は増加の一途をたどっています。

ここで、アルコール依存症とは何か、というお話の前に、飲酒のプロセスについて考えてみたいと思います。

図1. 飲酒プロセスと諸症状の関連



① まず、全く飲酒をしない、非飲酒の状態。

お酒は 20 歳からですから、未成年はここに含まれます、といたいところですが、中学生の飲酒経験率は 50%、高校生の飲酒経験率は 70～80%、という調査もありますし、女性の飲酒率は大きく増加していますから、現在わが国でまったくお酒を飲まない人（これを非飲酒人口といいます）は、以前に比べれば大幅に減少しています。

初飲酒はいつですかということを聞きますが、初飲酒の時期から、もちろん年代によって違いますが、その患者さんと家族の飲酒に関する考え方をうかがい知ることができることもあります。

② 次は初めてお酒を飲む初飲酒とその後の機会飲酒、社交飲酒の状態

下戸だったり、アルコールが好きではない人も、結婚式や葬式のときは飲むとか、仕事上の付き合いでいやいや飲んでいるという人たちもここに入ります。実際はこの機会飲酒の人たちは、年代によって違いますが、統計上は少なくとも 30%くらいいることになります。女性の場合、人生のほとんどをこの状態を保ち続けるのが一般的です。

③ 次は、飲めるときは毎日飲むという常習飲酒の状態。

総理府の 20 年近く前の調査で、男性の常習飲酒者は、20 代で 25%ですが、30 代で 45%、40 代、50 代と 50%、とピークになり、60 代で 45%、70 代で 40%と減少するということです。

アルコールに対する耐性と依存については、また後でお話しますが、「晩酌 2 合、宴会 5 合」という言葉のように、さしつさされつという集団飲酒の習慣と、宴会の数の多さは日本人の特徴であります。ホンネとたてまえの差が大きい、対人緊張が高い、親密さを求めるという日本人の心性がこの習慣の基盤にあるという考えもあります。

このように、常習飲酒者のアルコール消費量は、個人差をもってある一定の水準で推移していき、大抵の場合どのくらい飲むかとか、飲めるかいうことは、聞けば自分で説明できるものです。常習飲酒のまま、加齢とともに飲酒量が徐々に減少し、高齢となって機会飲酒にもどるというパターンが一般的ですが、中には、常習的に飲酒を続けていくうちに、さまざまなアルコール問題が出てくることがあるわけです。

④ 常習飲酒者の中には、次の「障害」プロセスに進むものが出てきます。

ここからは、精神科では「障害」とよばれる段階になります。1970 年まではここから先を「慢性アルコール中毒」として、現在のアルコール乱用とアルコール依存を区別せずに「アル中」としてくっていました。現在は区別して考えるようになっています。

すなわち、ここまでが、正常飲酒、いわゆる普通の酒飲みといわれるもので、これ以降は、ハザードスドリング、有害飲酒ということになり、以前であれば慢性アルコール中毒ということになります。

このアルコール乱用は、飲酒によって引き起こされる身体的障害、精神的障害、社会的障害、のいずれかがあっても飲酒を続けるもののことを言います。

この段階では、本人も家族も、常習飲酒の延長にあると考えているので、何かしら病気があっても、いわゆる「普通の酒飲み」であるから、体だけ診てもらえばそれでいいと考えてしまうわけです。

これが精神科以外と直接関わるところです。

アルコール関連の身体疾患については、ここでは詳しくお話しませんが、肝炎や生活習慣病、最近ではその一歩手前のメタボリック症候群など、かなりのパーセンテージで飲酒が関連していることは想像に難くありません。

まず、アルコールが原因する精神的問題ですが、ここには細かく言えばいろいろな症状があるのですが、中でも頻度が高いのは、酩酊の異常です。

酩酊は、単純酩酊、複雑酩酊、病的酩酊の3つに分けられますが、病的酩酊は酔うと「ない声」が聞こえてくる「幻聴」や、事実でないことを事実であると確信する「妄想」が出現し、そのときの記憶も全く失われてしまうという精神病的な酩酊のことで、実際は統合失調症（精神分裂病）でない病的酩酊は非常に少ないといわれているので、普通は複雑酩酊のことだけを考えればいいと思います。

複雑酩酊とは、普通に酔う「単純酩酊」とは違って、酔っているときの記憶が断片的で、普段と性格や行動が変わってしまったように見える酩酊のことです。

「酔っていたからよく覚えていない」という言葉はいろいろなところでよく耳にしますが、複雑酩酊がある人は、非常に高い確率でアルコール依存症になることが知られています。

実は、海外、特に中国では酒席が多く、度数も高いお酒が中心ですので、どうも乱用の一歩手前、あるいは、ひょっとしたら、という傾向がある方が非常に増えています。

＜相談事例＞

- 仕事中はおとなしいが、最近、酔うと、絡んできたり、大声で騒ぐなど、酔い方がヘンになっています。先生、何か問題があるのでしょうか？
- 量は変わらないのですが、飲んですぐからテンションがハイになって、自分でも言ったことを覚えていないことがあります。

なにか身体的な疾病があり、複雑酩酊があるにもかかわらず、飲酒を続けているとすれば、これはアルコール乱用という診断がつきます。

飲酒を続ければ、高い確率でアルコール依存症を発症し、あとで述べますが、元の「いわゆる普通の酒飲み」には戻らなくなります。

ですから、休肝日を作りましょうとか、飲みすぎに注意しましょうという、飲酒することを前提としたアプローチは禁物です。

一方、もうひとつの、アルコールによる社会的問題というのは、飲酒による家庭内の不和、就労に支障をきたしていることなどのことです。

海外の場合は、

- *□ **職場の人間関係が悪くて深酒になっている場合**
- *□ **帯同、あるいは国内に残した家族への心配事**
- *□ **仕事上の秘密を抱えてのプレッシャー**
- *□ **神経症やうつ病などの他の精神疾患がらみ**

などと非常に多様で、それぞれが複合的に絡み合っているので、時間をかけて話を聞かないと、これはなかなか判断はできません。

ですから、結論からいえば、かなり乱暴な言い方かもしれませんが、その患者さんがアルコール乱用というプロセスにあることは、複雑酩酊の有無を確認することで、最も簡単に評価することができます。

＜現場での指導＞

- ブラックアウト(＝酔った状況で記憶の脱落 例:「え、そんなこといいました？ゼンゼン覚えていません」)があったら、即、MD. ネットドクターに連絡をください。自分の場合も、同僚、部下、上司の場合もすぐの対応が必要です！
- 飲み方が通常とおかしい。量、酔い方。相互にチェックしあってください。おかしければ、もちろん、すぐにMD. ネットドクターへ連絡を。

ここでの一番の問題は、ご本人やご家族の「否認」にあります。

問題飲酒者は、批判にさらされることを常に怖れていますし、叱責から回避しようとする気持ちが働いています。

ましてや、海外の場合はなおさらで、孤独やストレスの拠りどころである飲酒を取り上げられてしまう不安と、自分自身の精神的な、あるいは性格的な問題に直面させられる恐怖が、否認や回避的な行動に結びついています。

ほとんどのケース、お酒の問題をご本人から申告するということはありません。

また、よくあるメンタルチェックでは、この飲酒については問題がある人ほど、ほぼ全員、否認をしますので、全くわからずに進行してしまうのです。

また、周囲が非常に困っているのに、本人にお酒をやめる気持ちが出てこない、というのはよく聞く話ですが、飲酒によるトラブルが大きいいにもかかわらず否認し続けたり、真剣に断酒する気持ちが出てこない一つの原因は、この酩酊時の記憶脱落にあります。

だいたいのは覚えているのですが、複雑酩酊では一時的に覚醒レベルが低下し、認知機能も異常をきたしているため、周囲がこんなに大きな問題と考えて悩んでいることも、本人にとってはなぜそんなに周囲が困っているのかよく分からないということになってしまうわけです。

アルコール乱用、アルコール依存の社員と接するときには、この病状の「否認」、「抵抗」、「拒否」をどのように積極的に前向きにさせられるかを考えて、社員との間の親密感や信頼感を強めるという努力が必要で、治療者としては、かなりの我慢を強いられるところでもあります。

このアルコール乱用の社員に対して、「このまま飲んだら死ぬからお酒をやめなさい」アプローチがとられることがあります。

この場合、乱用者は、「死んだっていい」とか「体さえ治れば大丈夫」などと投げやりだったり、わざと深刻味なく考えることで飲酒中断を回避しようとする場合があります。

とはいえ、心の中ではけっこうショックで、このままではまずいと考えていることも多いので、この段階では、叱責ととられないように、ある程度の深刻味を持って接し、飲酒し続けるとその身体的な疾病がどのような転帰をとるのかを説明することと、今の状態はアルコール乱用にあたり、断酒しなければアルコール依存症へ進行することなどを繰り返し説明することが必要でしょう。

現在、アルコール乱用以上に相当する飲酒者は 250 万人と見積もられていますが、これは全人口の 5%にあたります。

単純に比較はできませんが、常習飲酒者がピークの 40 代 50 代での 50%と考えれば、アルコール乱用に移行するものはかなりの%に当たるということがいえそうです。

そして、社員の中に、必ずこうした問題を抱えているということでもあります。

次の段階、アルコール依存症になってしまうと、もう治癒はなく、断酒し続けることしか道はありません。

実際は、そのうち節酒できなくなり、アルコール依存症を発症してしまうことも多いのですが、アルコール乱用の段階では、飲酒頻度、飲酒量の抑制によって、いわゆる「節酒」状態を保つことも可能です。

アルコール乱用が認められてからアルコール依存症を発症するまでの期間は約 10 年。もちろん個人差はありますが、少なくともこの数年間は、専門治療を受けることもなく、一般の診療科で治療を受け続けているわけです。

繰り返しになりますが、アルコール乱用という、この段階の方に対しては、否認や回避という心理機制が働いていることを前提として、真剣に予後を理解させるというアプローチが必要です。

2. 精神依存と身体依存

アルコール乱用は、かなりの確率で、飲み続けることができれば、100%の確率でアルコール依存症となります。ここに大きくかかわってくるのが、依存と耐性の問題です。

お酒を飲みたい気持ち

依存には 2 種類あります。飲みたい気持ちの精神依存と、アルコールが入っているほうが正常で、ないことが異常という、身体依存です。常習飲酒者はそのほとんどに、依存のひとつ、精神依存が認められます。精神依存はそれ自体病的なものではありません。薬理学的には「薬物探索行動」といって、多少の困難があっても、努力してその薬物を手に入れようとする行動があれば精神依存が成立しているということになるわけです。

たとえば、一升瓶片手に、「酒屋たたき起こして買って来い！」などというのはアルコール乱用者か依存症者の複雑醜態によるものと言っているかもしれませんが、風呂上りに、枝豆かなんかがゆでであると、冷蔵庫を開けて「おい、ビールないぞー。」と言いながら、もし怒ったりすれば、それは精神依存の現われです。タバコを吸う人が、外が台風なのに「ちょっと買ってくるわ」などといって車で買いに出るのもまさに薬物探索行動の現われです。

一方、耐性というのは、ここではお酒の強さということになりますが、同じ程度の醜態状態を保つために必要なアルコール量は、常習飲酒が始まると次第に上昇し、ある一定のレベルで一旦とどまります。常習飲酒者では、先ほどの「晩酌 2 合」というような、個人的な量が、飲酒頻度、アルコール量、個人差によって決定されることになります。

アルコール乱用の段階では、この耐性が不安定となって、あるレベルの醜態を得るはずの飲酒量で、意識レベルの低下が見られるようになります。これが先ほどの記憶脱落「ブラックアウト」と関連してい

るわけです。

アルコールに対する耐性は、ベンゾジアゼピン系の薬物に対しても交叉耐性を作るため、睡眠導入剤や抗不安薬などの効き目も悪くなりますが、逆耐性現象といって、あるレベルを超えると、急激に耐性が不安定に低下してくることがあります。この逆耐性現象は、飲酒プロセスの最終段階、アルコール依存症の発症と深く関わっています。

アルコール依存症とアルコール離脱症状

飲酒プロセスの最終段階は、アルコール依存症です。アルコール依存症を決定付けるものは、先ほどもお話したように、飲みたい気持ち、精神依存ではありません。

精神依存は常習飲酒以降、すでに成立しています。アルコール依存症の診断は、身体依存が成立しているかどうかで決まります。

耐性という面からみれば、ある水準を保っていた耐性は、心理学的な、あるいは生物学的な個体差から変動し、不安定となってアルコール乱用に至ります。ある酩酊状態を期待して飲み続けているうちに、アルコール乱用とアルコール依存症を隔てる壁を突き抜けてしまうと、アルコールが入っている状態、これにも個体差がありますが、ある程度の血中アルコール濃度を保っていることが中枢神経の定常状態となり、アルコールがない状態が異常という逆転現象が起こります。これが身体依存です。

身体依存は、薬理学的には徐々に起こるのですが、本人にしてみれば突然の出来事です。

休日に朝から飲酒するようになったのはいつからですか？と聞くとだいたい答えられたりします。

精神依存は薬物探索行動をもって診断しますが、身体依存はアルコール離脱症状が出現することで診断とします。血中アルコール濃度が下がることでホメオスターシスを保とうとする異常な神経バランスになり、4つの階層をもってアルコール離脱症状は起こります。

まず、初めに出現するのが、交感神経系の興奮です。

動悸、手指振戦、呼吸数の増加、発汗、これらは飲酒中断か飲酒量の減少からまもなくして起こり、2日間続きますが、再飲酒によって改善します。飲むと手の振るえがぴたっと止まる、というのはよく聞く言葉です。

飲酒中断直後から48時間にある、図2のA点は、アルコール離脱性けいれんが、通常強直間代性けいれんですが、起こりやすいので注意が必要です。

次に出現するのが、情動の変化です。

交感神経の興奮から数時間遅れて、強い焦燥感が出現します。そわそわして胸が落ち着かなくなり、怒りっぽくなります。ほとんどの人がこれに耐えられなくなり、再び飲酒を開始します。

そこで飲酒せずにいた場合、一部の人に、その交感神経系の興奮と不安焦燥感がピークを過ぎた頃、それに重畳する形で意識混濁が出現します。見当識が障害され、思考や感情、知覚に変化を来します。受け答えはかなりふつうにできたりするように見えることもしばしばありますが、見当識は今がいつかというような時間、ここがどこかという場所、相手が誰かという人の順に侵されますので、聞いてみる必要があります。

この意識障害が出現する直前のB点では、焦燥感がピークに達し、しかもぼんやりとして分からなくなり、自殺企図などが起こりやすいため、注意が必要です。

アルコール離脱症状の最終段階は、以前から振戦せん妄と呼ばれる状態で、幻覚、妄想を伴い、これまでの全てのアルコール離脱症状が咲きそろった状態です。

幻覚は特徴的で、統合失調症などの場合はないものが聞こえる幻聴が主ですが、アルコール離脱症状の幻覚はないものが見える幻視がよく見られます。ちゃんばらをやってるとか、部屋の隅から小さな大名行列が出てくるとか、他の精神障害であれば、幻視や幻聴はかなり被害的で、怖い気持ちがするものが多いのですが、アルコールの場合は時には楽しい内容のものもあったり、意識レベルの低下を基盤として幻覚症状がありますのでその内容も異なっているわけです。

よく幻視と間違えられるのが、域外幻覚、特に視野にないはずのものが見えるというもので、例えば母親が迎えに来たのが見える、というときに、どこに？と聞くと、下の玄関になどという場合で、見えるというので幻視ということになるのですが、これは幻覚というより意識の混濁による夢のようなものです。

そもそもせん妄とは、軽度の意識混濁に、活発な精神活動を伴うもの、と定義されており、アルコール離脱症状も、せん妄の有無で2段階に評価することになっています。

アルコール離脱症状は、長いと1週間くらい続き、麻薬や覚せい剤など全ての薬物の中で、最も死亡率が高いものです。

振戦せん妄の死亡率は、聖明病院ではほぼ0ですが、世界的には10%が平均で、これはおそらく治療法の問題だと思うのですが、はっきりしません。全ての薬物の中で最も辛い、苦しいのは麻薬、ヘロインで、これは交感神経の興奮が半端じゃなく死んだほうがまし、というくらいらしいですが、アルコールの場合はそういう辛さより、せん妄の出現による自傷行為、自殺や死亡率の高さが問題になります。

アルコール離脱の初期症状の可能性がある場合、お酒を中断せずに、酔っ払ったまま連れてきてくださいというのは、48時間以内にはアルコール離脱性痙攣が起こりやすいことと、アルコール量を減量すると、せん妄への進展が早まるからです。

アルコール離脱症状は、発症して数年の、比較的若い人に重篤な振戦せん妄が出現することが多い

ようです。せん妄が出現するようになったら、一般の医療機関での治療は考えないほうがいいと思います。軽度であっても、急に重症化したり、突然ガラスに突っ込んで飛び降りたりということがあるからです。

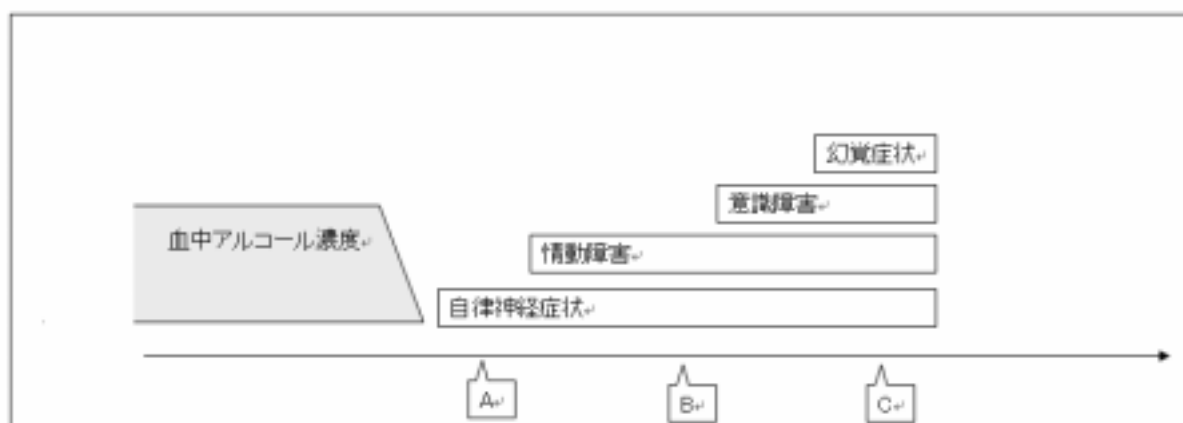
しかし、この振戦せん妄が出現しているときに、図ではC点ですが、幻覚症状の治療のため、ハロペリドールなどの抗精神病薬を用いると、呼吸抑制、心抑制などが突然起こることがあるため、注意が必要です。

アルコール離脱症状は、トータルで短くて4日間くらい、長くて10日間くらい続き、終末睡眠と呼ばれる深い睡眠をもって終わります。

皆様には、経営の現場とは乖離したような話に聞かれるかもしれませんが、会社で、あなたの横で普通に仕事をしている社員が、実は、、、といってクリニックに通っているケースは決して少なくありません。こうした現状を知っていることで、アルコール問題について、もっと厳しい目を向けるべきです。特に、海外渡航をされる社員の方には、アルコールに対しての付き合い方について、明確な指導をすべきでしょう。海外タレントが「アルコール問題で病院に入院—復帰」というニュースがとよく取り上げられますが、随分簡単に解決するような印象を与え、専門家は危惧しています。

それだけに、海外で帯同する子供についても、アルコールに対しての教育指導を、会社の責任としても行うべきでしょう。子供のトラブルも、会社、皆様をご存じないだけで、非常に多いのです。

図2. アルコール離脱症候群の4つの階層



アルコール依存症の本態

現在、治療が必要なアルコール依存症は、危険水準の飲酒者とされている 250 万人の 5 分の 1 の 50 万人程度と見積もられていますが、実際に治療されているのは 2 万人程度とされています。

アルコール依存症は、これまでお話したような、アルコール離脱症状があることで診断をしますが、せん妄を伴わないアルコール離脱症状を反復している人が多く、受診時に本人が言わなければ分からないことも多いので、実際はこれで判断をしているわけではありません。

身体依存が成立すると、一回飲んだらやめられなくなる、という特徴的な飲み方になります。本人に病識がある場合は、断酒しようとして数日から数週間全く飲酒しない期間があり、いっぱい飲んでしまうと一瞬にして逆転現象が呼び覚まされ、飲みっぱなしでやめられなくなってしまいます。一度こうして飲んでしまうと、体がつぶれるまで 1 週間くらい飲み続け、全身状態が悪化して飲酒量が減少し、アルコール離脱症状が出て、懲りて再び断酒に入る、こういう飲み方を山型飲酒サイクルといいます。飲まない期間があるということだけで、常習飲酒とは違うことが分かるわけです。

この飲みっぱなしの状態を、連続過量飲酒とか抑制不能飲酒と言いますが、この一回飲んだらやめられないというのがアルコール依存症の本態です。

3. アルコール依存症の誤解

アルコール依存症とはいつも飲みたがっている人のことを言うわけではありません。

アルコール依存症は飲むと暴れるというのも誤解です。酩酊時に意識が変化し、暴力を振るったりするのは、複雑酩酊であることが疑われ、複雑酩酊はアルコール乱用でもアルコール依存症でも認められますから、これも依存症という診断の足しにはならないわけです。

逆耐性

アルコール依存症になると、耐性は変化してきます。飲んでいるからといってどんどんお酒に強くなるわけではなく、徐々に酩酊の質は変化してきます。あるアルコール依存症の患者さんのケースで、その人は以前は 1 升酒を飲んでいったような耐性の高い人だったのですが、断酒、再飲酒を繰り返すうちに、1 合くらいの飲酒で廃車にするくらいの自損事故を起こしたり、せん妄が出たりなどということがありましたが、こういうケースはよくあり、たいていの場合、身体依存が形成された後は、耐性は急激に下がり、お酒に弱くなっていきます。この機序については不明ですが、これを逆耐性と言います。

履歴現象

またこのように、アルコール依存症では、何年断酒を継続していても、飲酒をしたとたんに、急性症状ではなく慢性症状が出現することが知られており、これを履歴現象といいます。この履歴は、アルコール身体依存の特殊さを物語るもので、実験的には30年は消えないと言われています。

ということは、アルコール依存症の発症は50歳をピークとしますので、一度アルコール身体依存が形成されると、80歳まで、いつ再飲酒してもとたんに飲みっぱなしになってしまうということで、アルコール依存症は治癒しないといわれる所以はそこにあります。

断酒を妨げるもの

逆耐性現象、履歴現象は、アルコール依存症の人なら誰でも実感していることです。一杯飲んでしまえばまた同じつらさが待っていること、家族もどんどん離れていってしまう。断酒の誓いというものには世界中、われわれは酒の魔力にとらわれ・・・という言葉が入っています。断酒の難しさは、飲酒しない人や正常飲酒者には理解しがたかもしれません。

では、なぜ飲んでしまうのでしょうか。

確かに、何かがあるごとに、別にお酒でなくてもいいのに、いろいろと理由をつけて飲んでしまう、そんな性格的な回避性、依存性の強さの問題はあるでしょう。甘やかされて育ったからとか、生育環境や親子関係のことばかり問題にする場合もあります。

アルコール依存症の発症には、そのような、回避性、依存性、いわゆる意思の弱さが深くかかわっていることは否めませんが、そればかりではないことを理解しておかなくてはなりません。

一升酒をしてもアルコール依存症にならない人たちはたくさんいます。

厚生労働省によれば、大量飲酒者というのは日本酒にして毎日5.5合以上を飲む人のことをいいますが、医療保護入院となった800人あまりのアルコール依存症の1日平均酒量は、連続過量飲酒の状態で、平均4.5合でした。ということは、アルコール依存症の大半は大量のみではない、ということになります。

適正飲酒という言葉がありますが、当然のことながら、これには確実に個体差があり、結果から見れば、誰が依存症になってしまうかは分かりません。先ほどの800人の入院患者のうち、1日2合以下というものも数%に及びます。

一ついえることは、薬代わりの飲酒は、常習飲酒者の耐性を不安定にさせてしまうということです。疼痛、不眠、不安、抑うつ、この4つは代表的なものですが、そういう問題から逃れるために深酒をしたことが、乱用、依存と急速な進行につながります。

3. 海外におけるアルコール問題対策

以上、概略をお話しましたが、組織として、海外赴任者に対して、アルコールマネジメントを以下のよう
に導入してまいりましょう。

1: 事前チェック時に、酒量、酒席回数、好みなどをMD. ネットとしてヒアリングします

2: 現地のマネージャーに対して、この点について、アドバイスをします

以上を踏まえて、現場で、相互に以下の10点をチェックしあってください

1: 休肝日を必ず儲けているか？

2: 寝る前に酒を飲んでいないか？

3: 飲まないといられない、飲まないと眠れない、という発言がないか？

4: 酒の量は？

5: 酒席回数は？

6: 酒の好みは？

7: 酒の飲み方のスピードは？

8: よい方は？

9: よったときの状態は？

10: ブラックアウト

それぞれについてMD. ネットの担当ドクターに必ず報告をしてください。

ドクターからもマネージャーにヒアリングを定期的の実施しまして、問題がある社員については、ドク
ターよりすぐにサポートを行います。

アルコール問題は、カウンセラー、電話相談はもちろん、自動心理チェック、検査、内科的チェックでは
わかりませんので必ず精神科医に相談をしてください。

以上