

嗜癮重症度指標(Addiction Severity Index) ver.1.4

<p><教示></p> <p>1. 空欄を残さない。適切なコードで埋める。 X = 回答のなかった質問 N = 対象者に該当しない質問</p> <p>2. 〇で囲んである項目は、フォローアップ時も質問する。 *印の項目はデータが累積されるよう、フォローアップ時に表現を言い換える。 (マニュアル参照) ◆印はコンポジットスコアを算出する項目。</p> <p>3. こまめに患者の情報を余白にメモすること。</p>	<p><重症度評価(追加治療の必要性)></p> <p>重症度評価は各々の領域において、患者が追加治療をどのくらい必要とするかを調査者が判定する。</p> <p>評価尺度は0(治療の必要なし)から9(治療しないと生命にかかわる)までである。その評価は患者の病歴、現在の状態、患者自身が各々の領域について治療の必要性をどのように自覚しているかなどに基づいて行われる。重症度を判定するための手順や規定に関して、詳細な説明が必要ならばマニュアルを参照する。</p>	<p>質問項目中「過去30日間」とあるのは、原則的に面接前30日間とする。ただしインタビュー面接時に患者が入院中(あるいは拘束中)の場合は、入院日前より30日間とする。</p> <p>患者の評価尺度</p> <p>0-全然 1-少々 2-ある程度 3-かなり 4-きわめて</p>
--	--	---

一般的情報 (General Information)

面接者氏名 _____ 主治医 _____ 施設名 _____ 患者ID番号 _____ 面接日 20__年__月__日 開始時刻 ____ : ____ 終了時刻 ____ : ____ 面接クラス 1-インタビュー <input type="checkbox"/> 2-フォローアップ <input type="checkbox"/> () 受診形態 1-外来 <input type="checkbox"/> 2-入院 <input type="checkbox"/> 3-その他 <input type="checkbox"/> 調査方式 1-対面 <input type="checkbox"/> 2-電話 <input type="checkbox"/> 調査状況 1-患者が中断した場合 <input type="checkbox"/> 2-患者が拒否した場合 <input type="checkbox"/> 3-患者が応答不能の場合 <input type="checkbox"/> N-調査完了の場合 <input type="checkbox"/>	氏名 _____ 病院ID _____ 現住所 _____ 地域コード _____ G1 今のところにどのくらい住んでいますか? _____年__月__日 G2 現在の住まいはあなたの家族のですか? 0-いいえ 1-はい <input type="checkbox"/> G3 性別 1-男性 2-女性 <input type="checkbox"/> G4 生年月日 _____年__月__日 G5 人種 1-日本人 2-それ以外 <input type="checkbox"/> () G6 宗教 1-仏教 2-カソリック 3-プロテスタント 4-新宗教 5-神道 6-イスラム教 7-その他 8-無宗教 () (G7) 過去30日間入院、または収容されて いましたか? 1-いいえ <input type="checkbox"/> 2-刑務所 <input type="checkbox"/> 3-アルコール・薬物依存治療施設 4-一般科医療施設 5-精神科治療施設 6-その他 () (G8) そこに何日間いましたか? _____日
--	---

重症度プロフィール

9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
問	医	雇	ア	薬	法	家	精
題	学	用	ル	物	的	族	神
	的	・	コ			・	学
	計	生	ー			人	的
		ル				間	

面接者による重症度評価

ステップ1

追加治療の必要性を5段階評価

0-1 問題はまったくない、治療の必要なし
2-3 少々問題あるが、治療の必要なし
4-5 ある程度の問題がある、何らかの治療を薦める
6-7 かなり問題がある、必ず治療を要する
8-9 重篤な問題がある、治療は絶対不可欠である

ステップ2

過去30日の問題への患者の困難度が・・・

2(ある程度)以上・・・1,3,5,7,9(高い方)
2未満……………0,2,4,6,8(低い方)

医学的状態 (Medical States)

*

M1 今まで何回入院したことがありますか？
 (過量服薬や振戦せん妄の身体治療のための
 2・3 日の入院は含めるがそれ以上の解毒治
 療とアルコール・薬物治療、精神科的治療
 は除く)

_____ □

M2 身体的問題で前回入院してからどのくら
 いたちますか？

_____ 年 _____ 月

M3 生活の妨げになるような慢性疾患が
 ありますか？

(肝炎ウィルスについても尋ねること)

0-いいえ 1-はい

M4 上記の身体的問題で医者からクスリをも
 らっていますか？ (精神科的障害と睡眠薬
 は除く)

0-いいえ 1-はい

M5 身体的障害のため年金を受給していますか？

0-いいえ 1-はい

(特記事項

)

M6 過去 30 日間で何日間病気を患いましたか？

_____ 日間

M7 と M8 の質問の回答に当たっては患者
 用評価尺度を使用するよう依頼する。

M7 その病気であなたは過去 30 日間に、ど
 の程度困ったり、苦しんだりしましたか？

M8 その医学的問題で治療を受けることが、
 今のあなたにとってどの程度重要ですか？

面接者による重症度 (治療必要度) 評価

M9 患者への医学的治療の必要性をどの程
 度に評価しますか？

信頼性評価

今までの情報は以下の理由でかなり歪められ
 ていますか？

M10 患者の説明に間違いがありますか？

0-いいえ 1-はい

M11 患者の理解力欠如はありますか？

0-いいえ 1-はい

[コメント]

雇用／生計状態 (Employment/Support Status)

*
E1 最終教育歴（年数換算、各種学校を除く）
 _____ 年 _____ か月

*
E2 職業訓練歴（各種学校を含む）
 _____ 年 _____ か月

*
E3 専門資格、特殊技能
 0ーない
 1ーある
 具体的に（ _____ ）

◆
E4 現在有効な運転免許
 0ーない 1ーある

◆
E5 自分で自由に使える自動車がありますか？
 （運転免許の無い場合は、いいえと回答）
 0ーいいえ 1ーはい

E6 いちばん長い常勤の仕事期間
 _____ 年 _____ か月
 それは何歳から何歳までの期間ですか？
 _____ 歳 から _____ 歳まで
 その期間が終了したのは何年前ですか？
 _____ 年 _____ か月

*
E7 現在（または最後）の職業 _____
 （注）日本標準職業分類（A～J）を記入する。（調査者用ガイド 11 頁を参照）
 具体的に（ _____ ）

E8 誰かから、何らかの経済的援助を受けていますか？
 0ーいいえ 1ーはい

E9 (E8 の回答が「はい」の場合の人のみ)
 それは、あなたが受けている経済的援助の大部分を占めていますか？
 0ーいいえ 1ーはい

E10 過去 3 年間の雇用状態は？
 1ーフルタイム（35 時間／週）
 2ーパートタイム

（定期的、例えば時給制）
 3ーパートタイム
 （不定期的、例えば日雇い）
 4ー学生
 5ー奉仕活動
 6ー退職／障害
 7ー失業
 8ー被拘束状態

◆
E11 過去 30 日間の仕事に対して、何日分
 支払われましたか？
 （やみの仕事を含む） _____ 日分

過去 30 日間にいくら収入がありましたか？（以下の資金源から選ぶ）

 （単位：千円）

◆
E12 雇用（手取り収入） _____

E13 雇用保険 _____

E14 生活保護 _____

E15 年金、傷病手当、
 生命保険の傷病
 給付金など _____

E16 家族、友人から
 の生活費の援助
 （もらったこづかい等の金額） _____

E17 非合法的な収入 _____

E18 食料や住居その他の面で、あなたに大部分依存している人は何人いますか？
 _____ 人

E19 過去 30 日間に何日雇用上の問題を経験しましたか？
 _____ 日

E20 と **E21** の質問には患者用評価尺度を使用するよう依頼する。

E20 過去 30 日間、雇用問題でどの程度困ったり苦勞したりしましたか？

E21 現在雇用上の問題について相談することはあなたにとってどの程度重要ですか？

面接者による重症度（相談必要度）評価

E22 この患者の雇用問題の相談の必要性はどの程度ですか？

信頼性評価

今までの情報は以下の理由でかなり歪められていますか？

E23 患者の説明に間違いがありますか？
 0ーいいえ 1ーはい

E24 患者の理解力欠如はありますか？
 0ーいいえ 1ーはい

[コメント]

薬物／アルコール使用 (Alcohol/Drugs)

	過去30日間 ◆ 日	生涯使用 年	摂取経路
D1 アルコール (量、頻度を問わず)	_____	_____	□
D2 アルコール (酔酩あるいは気分が良くなるまで飲む)	_____	_____	□
D3 ヘロイン	_____	_____	□
D4 他のアヘン 系麻薬／鎮痛剤	_____	_____	□
D5 バルビツール系	_____	_____	□
D6 他の鎮静／ 催眠／安定剤	_____	_____	□
D7 コカイン	_____	_____	□
D8 アンフェタ ミン類 (覚醒剤)	_____	_____	□
D9 大麻(カン ナビス)	_____	_____	□
D10 デザイナー ズドラッグ・MDMA (エクスタシー)	_____	_____	□
D11 鎮咳剤 (シロップ・タブレット・顆粒)	_____	_____	□
D12 幻覚剤 (LSD)	_____	_____	□
D13 吸入剤 (シンナー・トルエン)	_____	_____	□
D13 吸入剤 (ブタンガス・ガスパン遊び)	_____	_____	□
D13 その他の吸入剤 具体的に(_____)	_____	_____	□
D14 一日2種類以上の薬物使用期間 (アルコールを含む) ◆	_____	_____	□

注：各薬物類型の代表例はマニュアル参照

※ 摂取経路：1＝経口、2＝経鼻、3＝喫煙、
4＝非経静脈注射、5＝経静脈注射

D15 どの物質使用が主な問題ですか？ □
(問題がなければ00、アルコールと薬物の
複合嗜癖 15、多剤薬物乱用 16、不明の場
合は患者に尋ねる)

D16 最近自分の意志でアルコール・
薬物をやめていた期間は _____ 月
どのくらいですか？ _____
(断酒／薬した期間無ければ00)

D17 その断酒／薬をやめたのは _____ 月
何ヶ月前ですか？ _____
(今でも断酒／薬中なら00)

D18 社会福祉施設(DARC 等)で入所治療
したことがありますか？
入所治療 _____ □
通院治療 _____ □

*
以下のことを今まで何回経験しまし
たか？

D19 アルコール振戦せん妄 _____ □

D20 薬物の大量服用 _____ □
*
以下のことで今まで何回長期的な治療を受け
ましたか？

D21 アルコール乱用
入院治療 _____ □
外来治療 _____ □

D22 薬物乱用
入院治療 _____ □
外来治療 _____ □

*
解毒のみの応急的な治療（依存症教育を含
まない）は何回ですか？

D23 アルコール乱用 _____ □

D24 薬物乱用 _____ □

過去30日間に薬物・酒にいくらお金を使い
ましたか？

◆
D25 アルコール _____ 千円

D26 薬物 _____ 千円

D27 過去30日間に何日アルコール・薬物
の治療を外来で受けましたか？
(NA,AA ミーティング参加含む)
_____ 日

過去30日間に何日問題がありましたか？

◆
D28 アルコール問題 _____ 日

◆
D29 薬物問題 _____ 日

D30 から **D33** の質問には患者用評価尺度を使用
するよう依頼する。

過去30日間、以下の問題でどの程度困ったり
苦しんだりしましたか？

◆
D30 アルコール問題 □

◆
D31 薬物問題 □

現在以下の問題に対する治療はどの程度重要
ですか？

◆
D32 アルコール問題 □

◆
D33 薬物問題 □

面接者による重症度（治療必要度）評価

患者が以下の問題を治療する必要性はどの程
度ですか？

D34 アルコール問題 □

D35 薬物問題 □

信頼性評価

今までの情報は以下の理由でかなり歪めら
れていますか？

D36 患者の説明に間違いがありますか？
0－いいえ 1－はい □

D37 患者の理解力欠如はありますか？
0－いいえ 1－はい □

法的状態 (Legal Status)

L1 警察や裁判所等から今回の入院を
勧められましたか？
0-いいえ 1-はい

L12 現在執行猶予または仮釈放中ですか？
0-いいえ 1-はい

今までに次のような罪で逮捕されたり、検挙
または起訴されたことが何回ありますか？

コード#

回

*
L13 万引き/器物破損 (器物損壊・毀損) _____

*
L14 仮釈放/保護観察中の違反 _____

*
L15 薬物所持/使用 _____

*
L16 偽造 _____

*
L17 銃刀法違反 _____

*
L18 不法侵入、窃盗 _____

*
L19 強盗罪 _____

*
L10 暴行・傷害罪 _____

*
L11 放火罪 _____

*
L12 強姦罪 _____

*
L13 殺人罪 _____

*
L14 売春 _____

*
L15 恐喝・脅迫罪 _____

*
L16 その他 _____

*
L17 それらの検挙又は起訴で有罪が確定した
のは何件ですか？ (#L4 の仮釈放/保護
観察中の違反件数はここに含めない)

_____ 件

未成年時に、非行や罪が明るみに
なったことがありますか？
0-いいえ 1-はい

何歳のときに、どんな罪でどのよ
うな処分がなされましたか？

罪	回	歳	処分内容
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

今まで次の罪で捕まったことが
何回ありますか？

*
L18 軽犯罪、酪規法、警職法等 _____ 回

*
L19 酒気帯び、飲酒運転 _____ 回

*
L20 重大な運転違反
(不注意運転、スピード違反、
無免許運転など) _____ 回

*
L21 今まで何ヶ月刑務所、留置所、
拘置所に入所・勾留されまし
たか？ _____ カ月

L22 最後に勾留されたのは
何ヶ月間ですか？ _____ カ月間

L23 それは何の罪ですか？
(コード 3-14, 16-18 を使用する。
複数ある場合は、最も重いもののコード)

L24 現在刑の執行、公判、判決
のいずれかを待っていますか？
0-いいえ 1-はい

L25 それは何の罪ですか？
(複数ある場合は最も重いもののコード)

L26 過去 30 日間に何日勾留
または拘禁されましたか？ _____ 日

L27 過去 30 日間に、お金を稼ぐ
ために法に触れるような仕事
(売薬、売春、盗品売買など)
を何日しましたか？ _____ 日

L28 から L29 の質問には患者用評価尺度を使用
するよう依頼する。

L28 現在あなたにとって法律的
問題はどの程度深刻だと
思いますか？
(民事的問題は除く)

L29 現在こうした法律的問題で
相談したり、援助を求めたり
することはどの程度重要ですか？

面接者による重症度 (相談必要度) 評価

L30 この患者に対する法的な援助や
相談の必要性はどの程度ですか？

信頼性評価

今までの情報は以下の理由でかなり歪めら
れていますか？

L31 患者の説明に間違いがありますか？
0-いいえ 1-はい

L32 患者の理解力欠如はありますか？
0-いいえ 1-はい

[コメント]

家族歴 (Family History)

あなたの親族のうちで、飲酒上、薬物使用上、精神医学上の重い問題を持ち、治療を受けたり、治療につながるべきだと考えられるような人がいますか？

母系				父系				同胞						
		酒	薬物	精神疾患			酒	薬物	精神疾患			酒	薬物	精神疾患
H1	祖母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H6	祖母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H11	兄弟#1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2	祖父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H7	祖父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
H3	母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H8	父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H12	姉妹#1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4	おば	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H9	おば	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
H5	おじ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H10	おじ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

指示：

0—その範疇に属する親族全員について、明白に「いいえ」の場合

1—その範疇に属する親族の内1名でも明白に「はい」の場合

×—不明瞭または「知りません」と答えた場合

N—その範疇に該当する親族が一人もいない場合

なお、各々の範疇ごとに複数のメンバーが該当する場合には最も問題の深刻な人について記入する。

[コメント]

F1 婚姻の状態は？
1-既婚 4-別居
2-再婚 5-離婚
3-死別 6-未婚

F2 現在の状態はどのくらい
続いていますか？
(未婚の場合は18歳からの経過)
_____年 _____ヶ月

F3 今の婚姻に関する状態に
満足していますか？
0-いいえ
1-どちらでもない
2-はい

F4 普段は誰と一緒に生活して
いますか？ (過去3年間)
1-パートナー(配偶者以外)と
子供たち
2-パートナー(配偶者以外)のみ
3-子供のみ
4-両親
5-家族(配偶者・子・親・きょうだい)
6-友人
7-独居
8-拘束された環境
9-一定の状況にない

F5 F4で答えた同居形態は
どのくらい続いて _____年 _____月
いますか？
(両親か家族と同居の場合18歳からの経過)

F6 F4で答えた同居形態に満足して
いますか？
0-いいえ
1-どちらでもない
2-はい

現在以下のような人と同居していますか？
0-いいえ 1-はい

F7 アルコールの問題がある人

F8 処方されたのではない薬物を
使っている人

F9 自由な時間を誰と一番多く
過ごしていますか？
1-家族
2-独居
3-友人

F10 そのような時間の過ごし方に
満足していますか？
0-いいえ
1-どちらでもない
2-はい

F11 親しい友人が何人いますか？ _____人

F12-F26 についての指示：その範疇の親族全
員について明白に「いいえ」の場合は「0」、そ
の範疇の親族のうち1名でも明白に「はい」の
場合は「1」、不明瞭または「知りません」と答
えた場合は「X」、その範疇に該当する親族が
一人もない場合は「N」と記入すること。

あなたは自分が、以下にあげる人との間に親
密で長続きする人間関係を保てましたか？

- F12 母
- F13 父
- F14 兄弟/姉妹
- F15 パートナー/配偶者
- F16 子供
- F17 友人

次の人との間で一定の期間、深刻な人間関係
上のトラブルまたは悩みを経験しましたか？

- F18 母
- F19 父
- F20 兄弟/姉妹
- F21 パートナー/配偶者
- F22 子供
- F23 他の特別な家族 ()
- F24 親しい友人
- F25 隣人
- F26 同僚

誰かがあなたのことを虐待しましたか？
0-いいえ 1-はい

- F27 一情緒的に？
(不快な言葉で
傷つけられる等)
- F28 一身体的に？
(身体的傷害を
負わされる等)
- F29 一性的に？
(むりやり言い寄られたり、
性的行為を迫られる等)

過去30日間に、以下の人との間で何日深刻な
トラブルまたは悩みが生じましたか？

F30 家族との間で？ _____日

F31 その他の人々との間で？
(家族を除いて) _____日

F32 から F35 の質問には患者用評価尺度を使用
するよう依頼する。

以下の問題で過去30日間にどの程度
困ったり苦しんだりしましたか？

F32 家族問題 _____

F33 人間関係上の問題 _____

現在、家族や人間関係上のことで治療や相
談を受けることはどの程度重要ですか？

F34 家族問題 _____

F35 人間関係上の問題 _____

面接者による重症度(相談必要度)評価

F36 患者の家族・人間関係上の問題に対する
相談の必要性はどの程度ですか？ _____

信頼性評価

今までの情報は以下の理由でかなり歪められ
ていますか？

F37 患者の説明に間違いがありますか？
0-いいえ 1-はい _____

F38 患者の理解力欠如はありますか？
0-いいえ 1-はい _____

精神医学的状態 (Psychiatric Status)

*
心理的問題や情緒的問題に関して、今までに
何回治療を受けたことがありますか？

P1 入院で 回

P2 外来で 回

P3 精神障害のために障害者手帳
を持っていますか？
0-いいえ 1-はい

薬物・アルコールによる直接の影響以外に
次にあげる症状を経験しましたか？

◆ 過去30日 生涯

P4 重うつ状態

P5 強い不安・緊張

P6 幻覚

P7 理解、集中、記憶の障害

P8 暴力的になることの統御困難

P9 希死念慮

P10 自殺企図

P11 心理面、感情面の問題に
対する薬の処方

◆ **P12** 過去30日間で何日このような
心理面、感情面の問題を経験し
ましたか？ _____ 日

P13 と **P14** の質問に当たって患者用評価尺度
を使用するよう依頼する。

◆ **P13** 過去30日間に心理面、感情面の
問題でどの程度困ったり苦し
んだりしましたか？

◆ **P14** これらの心理的問題の治療は
現在のあなたにとってどの程度
重要ですか？

以下の項目は調査者が記入してください。
0-いいえ 1-はい

P15 明らかな抑うつか引きこもり

P16 明らかな敵対心

P17 明らかな不安か神経質

P18 現実見当障害、思考障害、
妄想的思考

P19 理解力障害、集中力障害、
記憶力障害

P20 自殺念慮

面接者による重症度（治療必要度）評価

P21 患者の精神科的・心理的問題に
対する治療の必要性はどの程度
ですか？

信 頼 性 評 価

今までの情報は以下の理由でかなり歪めら
れていますか？

P22 患者の説明に間違いがありますか？
0-いいえ 1-はい

P23 患者の理解力欠如はありますか？
0-いいえ 1-はい

[コメント]