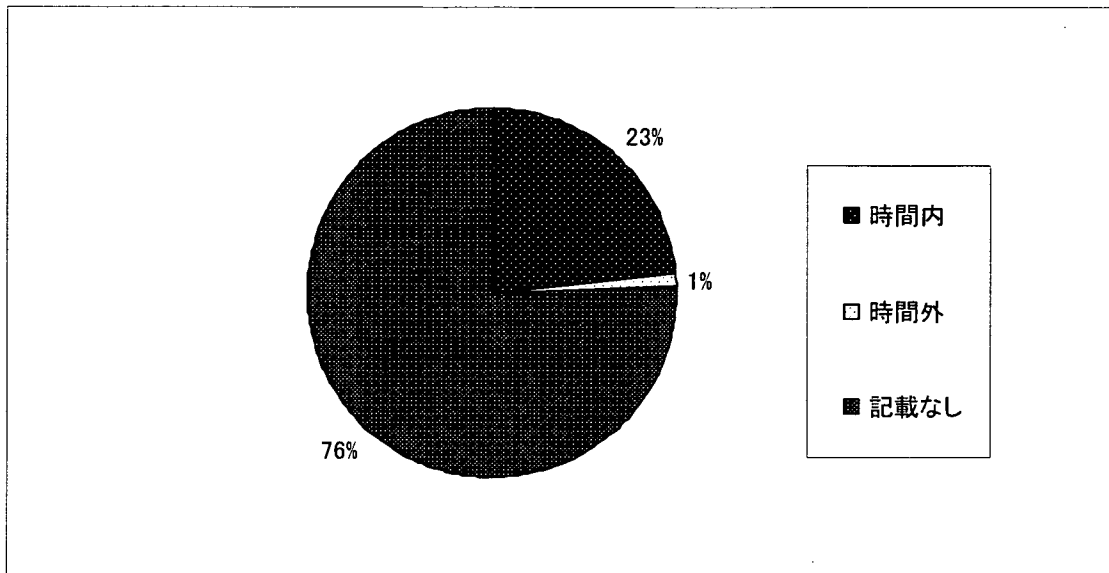
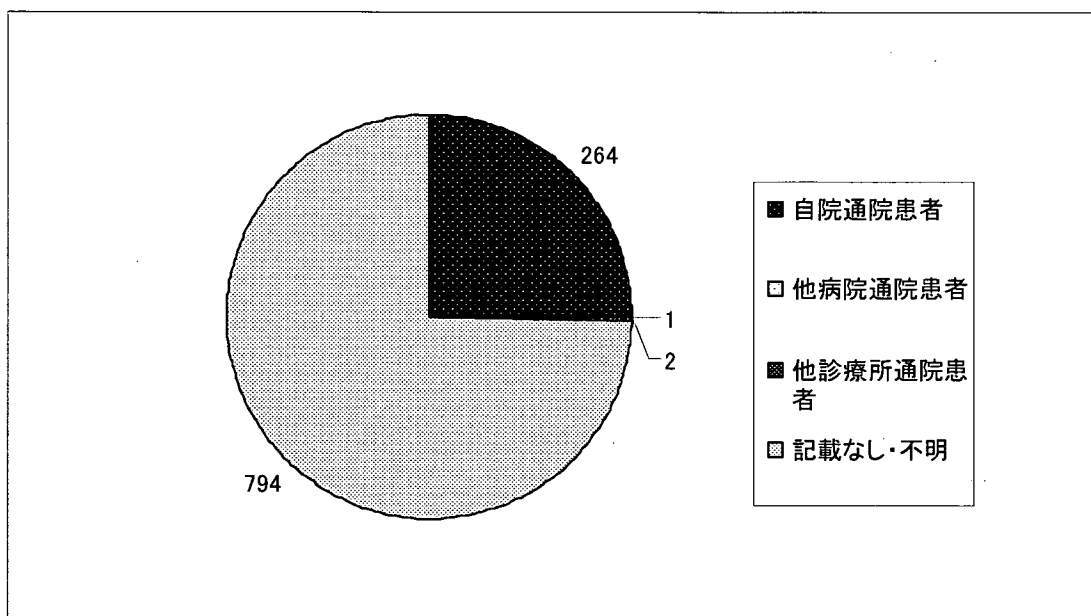


図12 外来受診後精神科病院への
入院数の時間帯別内訳
(精神科診療所)



N = 1,061

図13 外来受診後精神科病院への入院者の
通院先別内訳(精神科診療所)



N = 1,061

表9 精神科医の状況 (精神科診療所)

| 精神科医数 | 総数 | 割合 | 1施設当たりの人数 |
|-------|-----|------|-----------|
| 総数 | 227 | 100% | 2.0 |
| 内 常勤 | 121 | 53% | 1.1 |
| 非常勤 | 79 | 35% | 0.7 |
| 不明 | 27 | 12% | 0.1 |

| 指定医数 | 総数 | 割合 | 1施設当たりの人数 |
|------|-----|------|-----------|
| 総数 | 172 | 100% | 1.5 |
| 内 常勤 | 108 | 63% | 1.0 |
| 非常勤 | 54 | 31% | 0.5 |
| 不明 | 10 | 6% | 0.1 |

| | | | |
|-----------|----|-----|-----|
| 当直可能な指定医数 | 33 | 20% | 0.3 |
|-----------|----|-----|-----|

図14 救急医療に対する各職種意識 (精神科診療所)

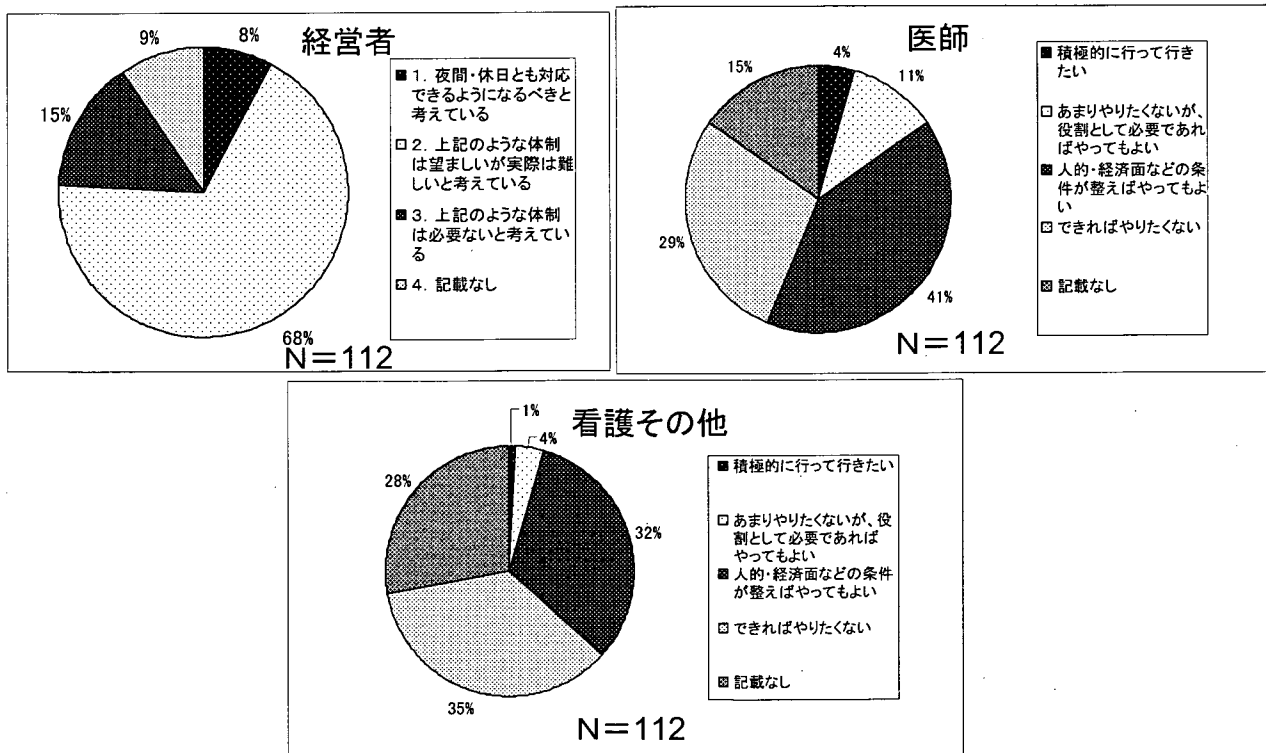


表1 アンケート用紙【精神科病院用】

①施設調査

1. 貴病院名（ ）都道府県名：
紹介していただいた精神科診療所名
1.（ ） 2.（ ） 3.（ ）
4.（ ） 5.（ ）
2. デイケア（デイナイトケア・ショートケアを含む）の有無
1. 有 2. 無
開いている曜日（ ）
3. 訪問看護の有無
1. 有（日中のみ） 2. 有（24時間） 3. 無
4. 夜間休日における貴病院の救急体制の有無
1. 毎日 2. 輪番日 [平均して 月に（ ）日]
3. 行っていない（自院の患者は必ず対応）
4. 行っていない（夜間休日は外来の対応は不可）

②統計調査

1. 調査期間（平成19年10月1日～12月29日）の調査時間内の外来のみの受診者について（質問2.の入院となった方を除く）
○総数・・・（ ）名
・自院通院中（同法人サテライトは自院とする。予約受診者を除く）
（ ）名
・他病院通院中（ ）名
・他診療所通院中（ ）名
2. 調査期間（平成19年10月1日～12月29日）の調査時間内に外来受診し、入院となった患者について
○総数・・・（ ）名
・自院通院中（同法人サテライトは自院とする。予約受診者を除く）
（ ）名
・他病院通院中（ ）名
・他診療所通院中（ ）名

3. 精神科医数（初期研修者を除く）について

- ・全精神科医数 () 名 (内常勤 名、非常勤 名)
 - ・精神保健指定医数 () 名 (内常勤 名、非常勤 名)
- ⇒上記のうち、当直可能な精神保健指定医数（非常勤も含む）(名)

③意識調査（個別ではなく、貴施設での全体的状況でお願いします）

1. 休日夜間の救急体制について

- 経営者
1. 体制を整えている・行っている
 2. できたらやりたい
 3. できたらやりたいが出来ない
- (理由:)
4. できればやりたくない
- (理由:)

- 医師
1. やむを得ない、使命だと考える
 2. 手当て次第で考える
 3. できればやりたくない
 4. しなければならぬ状況となれば退職を考える
(病院を替える)
 5. しなければならぬ状況となれば開業を考える

- 看護その他
1. やむを得ない、使命だと考える
 2. 手当て次第で考える
 3. できたらやりたくない
 4. しなければならぬ状況となれば退職を考える
(病院を替える)

ご協力、ありがとうございました。

表2 アンケート用紙【精神科診療所用】

①施設調査

1. 貴診療所名 () 都道府県名 :
紹介された精神科病院名 ()
2. 貴地域での精神科一次救急システム(夜間休日の外来救急システム)の有無
1. 有 2. 無
3. 診療の形態
 - ・診療時間 曜日 () … () 時から () 時まで
曜日 () … () 時から () 時まで
曜日 () … () 時から () 時まで
 - ・予約制かどうか 1. 予約制のみ 2. 初診のみ予約制
3. その他一部予約制と混合
4. 随時であり予約制ではない
 - ・デイケア(デイナイトケア・ショートケアを含む)の有無
1. 有 2. 無
開いている曜日 ()
 - ・訪問看護の有無 1. 有(日中のみ) 2. 有(24時間)
3. 無
 - ・夜間休日における貴診療所の救急体制の有無
1. 毎日
2. 輪番日 [平均して月に()日]
3. 行っていない(自院の患者は必ず対応)
4. 行っていない(夜間休日は外来の対応は不可)

②統計調査

1. 調査期間(平成19年10月1日～12月29日)の調査時間内の外来のみ受診者について(質問2.の入院となった方を除く)
○総数・・・()名(内診療時間内: 名、診療時間外 名)
・自院通院中(予約受診者を除く)
()名(内診療時間内: 名、診療時間外 名)
・他病院通院中()名(内診療時間内: 名、診療時間外 名)
・他診療所通院中()名(内診療時間内: 名、診療時間外 名)
2. 調査期間(平成19年10月1日～12月29日)の調査時間内に自院を外来受

診し、精神科病院に入院を依頼せざるを得なくなった患者について

○総数・・・()名(内診療時間内: 名、診療時間外 名)

・自院通院中(予約受診者を除く)

()名(内診療時間内: 名、診療時間外 名)

・他病院通院中()名(内診療時間内: 名、診療時間外 名)

・他診療所通院中()名(内診療時間内: 名、診療時間外 名)

3. 調査期間(平成19年10月1日~12月29日)の調査時間内に自院の患者で、他院を外来受診し入院となった患者について

○人数・・・()人

4. 精神科医数(初期研修者を除く)について

・全精神科医数 ()人(内常勤 人、非常勤 人)

・精神保健指定医数 ()人(内常勤 人、非常勤 人)

⇒上記のうち、当直可能な精神保健指定医数(非常勤も含む)()人

③意識調査 (個別ではなく、貴施設での全体的状況をお願いします)

1. 休日夜間の救急体制について

経営者

1. 体制を整えている・行っている

2. できたらやりたい

3. できたらやりたいが出来ない

(理由:)

4. できればやりたくない

(理由:)

医師

1. やむを得ない、使命だと考える

2. 手当て次第で考える

3. できればやりたくない

4. しなければならぬ状況となれば退職を考える
(病院を替える)

5. しなければならぬ状況となれば開業を考える

看護その他

1. やむを得ない、使命だと考える

2. 手当て次第で考える

3. できたらやりたくない

4. しなければならぬ状況となれば退職を考える
(病院を替える)

ご協力、ありがとうございました。

表3 アンケート用紙【精神科診療所用】《改訂版》

③意識調査 (個別ではなく、貴施設での全体的状況をお願いします)

1. 休日夜間の救急体制について

- 【経営者】**
1. 夜間・休日とも対応できるようになるべきと考えている
 2. 上記のような体制は望ましいが、実際は難しいと考えている
(理由：)
 3. 上記のような体制は必要ないと考えている
(理由：)

- 【医師】**
1. 積極的に行っていきたい
 2. あまりやりたくないが、役割として必要であればやってもよい
 3. 人的・経済面などの条件が整えばやってもよい
 4. できればやりたくない
(理由：)

- 【看護その他】**
1. 積極的に行っていきたい
 2. あまりやりたくないが、役割として必要であればやってもよい
 3. 人的・経済面などの条件が整えばやってもよい
 4. できればやりたくない
(理由：)

お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。

表 10 救急参画への自由意見（精神科病院）

<経営者>

空床確保が困難

当院通院中の患者のみ

マンパワー不足

医師人材不足

医師の協力が乏しい、県立病院一極集中のためスーパー救急がとれず採算が悪い

医師数の問題

常時受け入れ体制を維持するのが難しい、輪番のみにしたい

夜間当直の指定医の確保

保護室不足、医師等スタッフの問題

医師不足

認知症患者棟、精神療養病棟、内科病棟にシフトしているため精神科救急に対応していない

医師不足

身体面などの検査、病院の中での救急体制の条件は難しく事故等への対応が困難と考えるため、又、当院は高齢者を中心としている為

医師確保が難しくこれ以上の負担が増えるのはできればさげたい

医師、看護師がそろわない

常勤医の高齢化、非常勤に依存していれば無理

精神科当直医が確保できない

持続可能な体制が組めない

医師

<医師>

日勤で手いっぱい

看護その他

<看護その他>

半々の意見です

表 1 1 救急参画への自由意見（精神科診療所）

〈経営者〉

診療所は救急対応しなければならないような患者は診るべきではないと思う

札幌は情報センターに集約してトリアージをし、個別の対応をしております。精神科病院の当番制度はできてます。

クリニックとしては情報センターの支援をしています

朝まではスタッフの確保が難しい、年末でデイケアを開けている日は受け入れている、デイケアの時間帯であれば日によっては受入が可能

院長の高齢化とスタッフが不足

現状でも22時まで行っているが、医師の数が増えないと対応できない

連日8：30～19時まで診療した他に、休日にも常にオンコールであることは体力的に無理がある

システムを作る事が必要、システム作りの提案はしているが多数派とはならない

全て院外処方であり、看護師も不在で対応困難

クリニック数が少ない、医師を含めスタッフの勤務の問題、地域差が大きい、病院との連携の問題

一人医師、スタッフ最小限の医療体制

関連法人である秋田緑ヶ丘病院への受診体制を整えている為

医師不足

精神科救急情報センターの設置が先、夜まで働いてくれるスタッフはいる

経済的に負担をしいられる

私一人で診療しているので難しい

クリニックの人的体制上不可能

採算性、訴訟リスクが高く、身体合併症の潜在的なリスクを考慮すると身体面を精査できる設備が必要で一診療所のできる範囲を越えている

診療のコンセプトが全くことなる

スタッフの確保が困難、仮にできても経営的に困難

診療所なので、看護師事務員がいらないために医療行為ができない

体制上無理で、扱うことは逆に患者様のためにならないケースも十分ありえると考えます。

緊急対応の使用薬剤などきわめて不十分なため

8時以上の労働が加わり時間的にはうけられない

対応メンバーの確保が難しい

人材確保や経済面での裏づけが難しいと思われるためです

複数の診療所で輪番制で、かつ電話相談まで。診療も行うのであれば病院の救急体制に輪番で協力する。

医師が一人のため

公的な救急診療所に集約すべき

人的・体力面の問題

医師ひとりのため

診療所のみで困難、専門の（入院も可能な）医療機関が必要

開業では無理、病院等精神科医療、、、取りくむべき

マンパワー不足、診療報酬上の手当での不備

職員の健康の為、診療内の診療のためしっかりできない

人材不足

体力的に難しい

女性2名で診療しているため

人的な体制を整えるのが難しい

交替要員がいないため

人的・施設面・経済面等実行不可能である

人手不足、費用の点から

医師の確保が困難

奈良県の輪番制に参加しています

人格障害権の患者が多い医院であり夜間いつでも診てもらえる体制は取らないほうが治療的と考えている

人手が少ないため救急対応は当院は不能である。その旨患者にIC済みであるから。

診療時間内診療で手一杯

医療保障・経済上。スタッフ面で困難

医師を含めスタッフ確保が出来ない

医師不足

母体の病院で行っている

救急設備、人的体制面

スタッフ確保など経済的・人的問題と健康上の問題

必要ないのではなく、当施設では関連の精神病院が休日・夜間の救急診療に応じる体制がすでに構築されています

経営及び管理上困難

マンパワー不足

医師は私1名のみ、他看護師1名で行っている為、夜間・休日対応を当院が行うには医師をあらたに雇い看護師を増員しなければならないので難しい

診療所では病院のように当直をおくことができない。他の医師がやっているはずである。

一人でやっているクリニックがほとんどであるので、夜間まで一人でやるのは無理である。

スタッフの確保が困難

マンパワー

夜間早い時間の電話による対応のみ実施

人手不足

負担が大きすぎる、個々の施設では不可能と思われる

事務、看護師の確保など、診療所レベルでは相当難しい

負荷が大きすぎる、人がいない

個人一人開業で診療時間枠が精一杯

日常業務でも体力的にギリギリである

スタッフの勤務時間の都合

当院に一人でやることは不可能

医師一人では体がもたない、次の日の診療など

当クリニックの条件面、診療報酬的な裏付けなどクリアできれば可能と考える

医師一人であり確実に翌日の診療の質が落ちる

医師一人の診療所が多数であると考え、日常の心療業務だけで疲労している。夜間、休日に診療する余地はないと思う

スタッフの過労となる

通常診療で心身ともに精一杯、夜間外来に依存する可能性のある患者が増えてしまうおそれがある。(日中の診療でじゅうぶんであるはずなのに)

人的確保困難

秋田県は輪番制としているので、当院に保護室閉鎖病棟はない

基本的に地区毎にベットをもった所の対応が望ましいから

個人一人での体制は事実上難しいと考える

そのための職員確保は困難

一人の医師でこのような体制を敷くことは許される行為ではないのではないかと考えます

<医師>

平日は週二回準夜帯、及び土曜日は毎週午後1時まで診療、夜間は電話待機しておりこれ以

上の対応はできないと考えている

体力的な面で困難がある

医師一人のクリニック単独では無理であり、地域の救急体制のなかで役割を持つ事を考えていきたい

常勤の精神科医が在籍しないため

通常の診療終了が18:30で終わらない、その終了後も会議などが入っている

体力的に不可能

一人で診療所に住んでいるため責任がもてない

院内での対応ではできません。やるなら県などの公的機関での医師達の当番制（一般の開業医も含め）、なども考えては・・・

ただし休日も休まず書類書き等で仕事をし、昼休み10分くらいしかとっていない身としてはかなりハードで実際にはきわめて難しいです

身体的に限界になる。但し、必要な分だけはやる

交替制ならば可

自宅と診療所が同一の為

必然的に平日の体制を縮小させなければならず、かえってサービスを低下させてしまう。この診療所での救急は非効率的。

体力的に自信がない

平日診療でいっぱいの状態

家庭があるので

救急に対するモチベーションが自分には低いから

医師不足

一医師個人で一診療所を行っている立場で救急体制に協力するためには人的整備が不可欠。

勤務医時代もそれ相当の大変さはあったが急病や急な不幸・出来事の際には他医師によりその間をカバーすることができた。

機構のしっかりした病院勤務であれば年二回程度の学会出張や夏期休暇が認められる。個人開業ではそれらができない大変さがある。

急な事態や学会出張に対応するには診療所を休診せざるをえない。

一医師診療所のこうした事態に代診医が派遣される等の体制があれば救急体制への協力も可能となるかもしれない。

日常の日勤対の勤務で疲れ果てている

スタッフ不足、疲労度が高すぎる

心身の疲れ

当施設で可能とは思われない

自分自身がオーバーワークにならないこと、スタッフの確保、報酬などの条件がととのえばやることはやる

総合病院であれば他科との連携下で身体的合併症も考えるべき。夜間、休日対応はできるだろうが個人一人では又、診療所ではリスクのみが高い

個人的にはかなりオーバーワークである。社会整備が必要であると考え。

医師一人では体がもたない、次の日の診療など

普段の診療に支障来たす

医師一人の現状では困難かつ無理である

個人診療所ではやるべきではないと考えます

<看護その他>

人的確保が困難

医師の方針、考えに同意しているので。尚、平日の時間外、休日に医師が必要に応じて電話対応する形態をとっており、特に大きな混乱は生じていない

スタッフの数的にとっても難しいと思われます

医師一人のクリニック単独では無理であり、地域の救急体制のなかで役割を持つ事を考えていきたい

常勤の精神科医が在籍しないため

現在でも労働時間（拘束時間）が長く疲弊しているから

過剰労働はできない

毎日が束縛されているために、体がもたない

当院は殆どの職員が小さな子どもがおり、そのため夜勤のあるところで働いてこれなかった職員が来てくれている経過があります

多忙の為

家庭の問題

平日診療でいっぱいの状態

体制として困難

院長が消極的なので実働不能であるから

医師不足

ビル内クリニックであるため、管理上困難が生じる

クリニックでの看護その他の人的にも経済的にもむつかしいと思う

家庭生活もあり余裕がない

家族のサポート体制、翌日の休みなどの条件がなければ超勤、過労となってしまう

実際に毎日外来で外来診療枠の中で働いている看護師は1名であり、休日、夜間の対応は困難な現状がある。

日常業務で手いっぱいである

夜勤・休日出勤がないことが条件

就業時間条件面でクリアできない

看護師は雇用していない

通常の業務に支障来たす

日勤体制でいっぱいであり、増員しないと夜勤はできない

日中でもぎりぎりの状態で働いている

個人診療所ではやるべきではないと考えます

精神障害者の地域ケアの促進に関する研究
（主任研究者 宮岡 等）

分担研究報告書
アルコール依存症の病態と治療に関する研究について

分担研究者 樋口 進 国立病院機構久里浜アルコール症センター副院長

研究要旨

本研究の目的はアルコール依存症者の社会復帰や地域ケアを促進するための基礎資料を作成することである。本研究では、ジスルフィラム（disulfiram）に焦点を当て、アルコール依存症に対する無作為統制試験（randomized controlled trial, RCT）を行ない、効果のエビデンスを提供する。その際、合わせて心理社会的治療介入として手紙療法を行ない、効果を検証する。今年度はこの他に、高齢アルコール依存症に対する調査および飲酒運転予防のためのパンフレットの作成を行なった。研究の進捗状況および得られた結果は以下のよう

1. ジスルフィラムのRCT

RCTは次年度から開始される。今年度はプロトコルの作成と参加協力病院の募集および説明等を行った。

2. 高齢アルコール依存症に関する調査

初診時60歳以上の高齢アルコール依存症について、わが国を代表するような依存症専門治療施設20病院に調査を依頼した。内容は各病院における平成9年、14年、19年の患者の動向、および各施設30名までの高齢アルコール依存症に関する無記名個人調査である。上記について16病院、300症例に関する回答があった。結果をまとめると以下のようになる。

- 1) 上記3点ともデータを提供してくれた11病院における受診アルコール依存症例数は漸増傾向にあった。なかでも、女性症例とともに高齢症例の増加は顕著で、実数でも全症例に対する割合でも増加していた。
- 2) 高齢アルコール依存症を60歳未満と60歳以上でそれぞれ若年発症群と高齢発症群に分けると、前者は後者に比べて発症の引き金になる負のライフイベントを数多く経験していた。一方、高齢発症の引き金として、退職等に伴う自由な時間の増加が関係していた。
- 3) 若年発症群は高齢発症群に比べて、社会問題や気分障害を持つ者が多く、高血圧は高齢発症群に多く見られた。このように、高齢アルコール依存症は、発症年齢により少なくとも2群に分けられることが示唆された。

3. 飲酒運転予防のためのパンフレット作成

常習飲酒運転にアルコール依存症が関係していることが示唆されている。この点を考慮に入れて、飲酒運転予防のためのパンフレットを作成した。

分担研究者

樋口 進 独立行政法人国立病院機構久里
浜アルコール症センター

研究協力者

芦澤 健 旭山病院
奥平富貴子 東北会病院
成瀬暢也 埼玉県立精神医療センター
赤澤 滋 船橋北病院
田 亮介 駒木野病院
安藤寛美 よしの病院
久江洋企 桜ヶ丘記念病院
大河原昌夫 住吉病院
柿田充弘 長野県立駒ヶ根病院
石川慎一 滋賀県立精神医療センター
高野善博 金岡中央病院
永安茂雄 兵庫県立光風病院
橋本耕司 高嶺病院
吉田精次 藍里病院
熊谷雅之 雁ノ巣病院
武藤岳夫 独立行政法人国立病院機構肥前
精神医療センター
赤木健利 菊陽病院
大鶴 卓 独立行政法人国立病院機構琉球
病院
松下幸生 独立行政法人国立病院機構久里
浜アルコール症センター
宮川朋大 独立行政法人国立病院機構久里
浜アルコール症センター
木村 充 独立行政法人国立病院機構久里
浜アルコール症センター
真栄里 仁 独立行政法人国立病院機構久里
浜アルコール症センター
中山寿一 独立行政法人国立病院機構久里
浜アルコール症センター
盧 聖元 独立行政法人国立病院機構久里
浜アルコール症センター

A. 研究目的

アルコール依存症の当面の治療目標は断酒を達成・維持していくことである。断酒が維持

されていれば、地域ケアの促進は容易になる。一方、どのように優れた地域ケアを提供しようとも、当人が飲酒を続けていれば、生活の質や健康面での向上は望めない。

アルコール依存症は専門治療を行なっても、断酒率が必ずしも高くない。このため、近年様々な方法を用いて断酒率の向上をはかっている。その一つが薬物治療である。最近、ナルトレキソン (naltrexone) やアカンプロセイト (acamprosate) といった飲酒渴望等に影響して治療効果を発揮する新しいタイプの薬物が欧米では使用されるようになり、治療の向上が期待されている¹⁻³⁾。わが国では現在、アカンプロセイトの臨床治験を行なっているが、すべてが順調に行っても導入までにはまだ4年以上の歳月が必要とされている。

わが国で古くから使用されている薬物にジスルフィラム (disulfiram) とシアナマイド (cyanamide) がある。いずれも2型アルデヒド脱水素酵素を阻害することにより、アルコール不耐性を作り、飲酒を不可能とする薬物である^{4,5)}。欧米ではこれらの薬物の効果評価のために、今まで幾つかの有名な研究がなされているが、その効果に関しては必ずしも明確な回答が得られていない⁶⁻⁸⁾。わが国では、厳格な治験等は全く行なわれていない。

本研究では、改めてジスルフィラムに焦点を当てて、アルコール依存症に対する無作為統制試験 (randomized controlled trial, RCT) を行なうことにした。その際、合わせて心理社会的治療介入の効果評価も行なう。具体的には手紙による退院後患者に対する介入を行なうことにした。今回の研究の目的は以下の4点である。

- 1) アルコール依存症に対するジスルフィラムの効果の評価する。
- 2) アルコール依存症のサブタイプによりジスルフィラムの効果に差があるかどうか調べる。
- 3) 手紙療法の効果の評価する。
- 4) ジスルフィラムの効果を手紙療法により増強されるか評価する。

本研究では、上記研究の他に今年度は2つの課題を行なった。その一つは高齢アルコール依存症の発症に関連する要因に関する調査である。近年、高齢アルコール依存症の増加が指摘されているが、臨床場面での状況については明らかになっていない。また、2007年以降、団塊の世代の退職で、退職後のアルコール依存症の増加が懸念されている。そこで、高齢アルコール依存症は本当に増えているのか、また、高齢アルコール依存症の発症また病状の進行に関連する要因は何か等に関する調査を行なった。対象はわが国を代表するアルコール依存症専門治療施設で治療を受けている患者である。

もう一つの課題は、現在大きな社会問題になっている飲酒運転予防のためのパンフレットの作成である。このパンフレットは、特に飲酒運転を繰り返す人の背後に高い割合で存在すると推定されるアルコール依存症に焦点を当てたものである。このパンフレットは今後様々な場面で使用されることが期待されている。

B. 研究方法

1. ジスルフィラムRCT

今年度は、研究プロトコルの作成と研究参加施設との話し合いを行った。研究プロトコルの作成に関しては研究参加予定施設を巻き込んで検討した。今年度だけで小規模なものも含めると、7回の会議を開催した。次年度早々（20年4月16日、および4月18日）に2回の会議を開いて、参加施設にその方法を徹底して実際の症例エントリーを行なう予定である。

2. 高齢アルコール依存症に関する調査

地理的に日本全国をカバーするような、アルコール依存症専門治療を提供している20病院を選び、調査を依頼した。調査は以下の3調査からなる。調査票は平成20年1月下旬に送付した。なお、研究の倫理性については、国立病院機構久里浜アルコール症センターで一括審

査を行なったが、倫理委員会のある病院においては、個々に審査がなされている。この倫理審査のために、個人調査が調査期間中にできなかった病院もある。

1) 病院調査

調査票（添付資料1参照）を用いて、各病院における平成9年、平成14年、平成19年の各1月から12月までの以下の人数を調べてもらった。

- a) 男女別の新規受診アルコール依存症患者数、
- b) 男女別の新規受診高齢アルコール依存症（受診時60歳以上）患者数。

2) 患者個人調査

調査に協力いただいた各病院の担当者に、初診時60歳以上のアルコール依存症患者30名（入院、外来は問わない）を無作為に選んでいただき、対象患者には自記式調査票（添付資料2参照）を記入していただいた。調査票の内容は、家族・社会背景、およびアルコール依存症の発症の引き金になったと考えられる要因に関するものである。

また、患者の同意を得た上で、担当医に別の調査票（添付資料3参照）を記入していただいた。内容は、主に対象者の健康状況や社会的問題に関する項目である。

3. 飲酒運転予防パンフレット

既存のデータ等を検討して、アルコール依存症に焦点を当てて、パンフレットを作成した。

C. 結果および考察

1. ジスルフィラムRCT

研究プロトコルを添付資料4に示した。次年度4月以降に、この内容に従って研究を行っていく予定である。現在のところ、研究に参加を表明している病院は15病院である。対象患者数は300を目標にしている。

2. 高齢アルコール依存症に関する調査

調査は現在も進行中である。報告書提出の関係で、平成20年3月10日までに回収された16病院からの調査票300名分について解析を行なっ

た。回答いただいた病院名および研究協力者は以下の通りである。旭山病院（北海道、芦澤健先生）、東北会病院（宮城県、奥平富貴子先生）、埼玉県立精神医療センター（埼玉県、成瀬暢也先生）、船橋北病院（千葉県、赤澤滋先生）駒木野病院（東京都、田亮介先生）、桜ヶ丘記念病院（東京都、久江洋企先生）、よしの病院（東京都、安藤寛美先生）、滋賀県立精神医療センター（滋賀県、石川慎一先生）、金岡中央病院（大阪府、高野善博先生）、兵庫県立光風病院（兵庫県、永安茂雄先生）、高嶺病院（山口県、橋本耕司先生）、雁ノ巣病院（福岡県、熊谷雅之先生）、国立病院機構肥前精神医療センター（佐賀県、武藤岳夫先生）、菊陽病院（熊本県、赤木健利先生）国立病院機構琉球病院（沖縄県、大鶴卓先生）、国立病院機構久里浜アルコール症センター（神奈川県、樋口進ほか）。

1) 病院調査

上記16病院のなかで、11病院から平成9年、平成14年、平成19年のデータが得られ、時間的推移を確認できた。11病院は以下の通りである。旭山病院、東北会病院、埼玉県立精神医療センター、船橋北病院、駒木野病院、滋賀県立精神医療センター、金岡中央病院、高嶺病院、雁ノ巣病院、菊陽病院、国立病院機構久里浜アルコール症センター。

これら11病院におけるアルコール依存症新規受診者数は、漸増傾向にある病院が多く、全体でも10年間に2,119名から2,614名に増加していた（添付図1参照）。

女性アルコール依存症患者もこの10年間に、全体で318名から486名と約1.5倍に増えている。各施設における全新規受診患者に対する女性患者割合は、漸増傾向を示している病院が多い。全体の割合も10年間で、15.0%から18.6%に増加している。調査対象施設では久里浜アルコール症センターの患者が最も多いため、久里浜の患者動向が全体に多大な影響を与える可能性がある。しかし、久里浜におけるこ

の間の実数の変化は、148名から163名であり、上記の増加はむしろ他の施設でもたらされていることがわかる（添付図2参照）。

女性と同様に、高齢アルコール依存症患者の増加も明確である。この10年間に、全体で493名から698名と1.4倍以上増えた。各施設における全新規受診患者に対する高齢患者割合は、女性にも増して増加傾向を示している病院が多い。全体の割合も10年間で、23.3%から26.7%に増加しており、新規受診アルコール依存症の4名に1名以上は、高齢アルコール依存症である。久里浜アルコール症センターにおける高齢者の割合の推移も上記割合とほぼ同様である。（添付図3参照）。

表1. 対象者の家族背景

| 項目 | N (%) |
|---------------|-------|
| 婚姻状況 | 299 |
| 結婚・同居 | 60.5% |
| 結婚・別居 | 4.0% |
| 死別 | 13.0% |
| 離婚 | 14.7% |
| 未婚 | 7.7% |
| 家族構成 | 295 |
| 本人+配偶者 | 39.7% |
| 本人+配偶者+それ以外の者 | 22.7% |
| 本人+配偶者以外の者 | 8.5% |
| 単身 | 29.2% |
| 住居 | 299 |
| 自宅 | 82.3% |
| 施設 | 4.0% |
| それ以外 | 13.7% |

2) 個人調査

a) 対象者

対象者は男性286名（調査時平均年齢±SD、68.2±5.2歳）、女性14名（68.7±6.2歳）である。入院中の対象者は98名（33.0%）、通院中の者は199名（67.0%）と、通院中の対象者の割合が高かった。

b) 対象者の家族・社会的背景

対象者の家族・社会的背景等は以下の表1、表2の通りである。約60%の者が配偶者と同居している。約80%の者が無職であり、約70%の者の主な収入源は年金である。

表2. 対象者の社会的背景

| 項目 | N (%) |
|------------|-------|
| 最も長く従事した職業 | 290 |
| 専門的・技術的職業 | 13.5% |
| 管理的職業 | 12.1% |
| 事務職 | 9.3% |
| 販売職 | 11.0% |
| サービス業 | 5.5% |
| 保安職 | 2.1% |
| 農業・漁業・林業 | 4.5% |
| 運輸・通信業 | 10.7% |
| 生産工程・労務作業 | 30.7% |
| 主婦 | 0.7% |
| 現在の職業 | 294 |
| 就労 | 19.1% |
| 主婦 | 1.0% |
| 無職 | 79.9% |
| 主な収入源 | 293 |
| 仕事 | 9.9% |
| 年金 | 69.6% |
| 家族からの援助 | 5.8% |
| 生活保護 | 10.6% |
| その他 | 4.1% |

c) アルコール依存症の発症に関係したライフイベント

対象患者に対する自記式調査で、「アルコール依存症の引き金になったライフイベント」について聞いている。しかし、対象者は、必ずしも発症だけでなく、発症後の症状の進行に関係しているライフイベントにも「はい」と回答している可能性はある。すなわち、対象者が認識している依存症の発症時期と実際の発症時期との間には乖離がある場合が多く、前者の方が後になること多いと推察されるか

らである。これには、彼らが示す否認も関係していると思われる。

諸外国の研究から、高齢アルコール依存症は、背景要因、発症機転、関連問題等において、若年発症症例と高齢発症症例では異なることが報告されている。担当医に対する調査票で、対象者のアルコール依存症発症年齢（I CD-10による）を尋ねている。このデータを基に、ここでは操作的に若年発症群を59歳以下での発症者（N=138、調査時平均年齢66.2±4.9歳）、高齢発症群を60歳以上での発症者（N=160、69.9±4.9歳）と定義した（発症年齢不明者は2名）。

添付の表3に示す通り、若年発症群は、高齢発症群に比べて、多くの負のライフイベントを発症の引き金として挙げている。調査した24項目のライフイベント中、半数近い11項目で両群に有意な差（P<0.05）が認められたが、そのうち10項目で、若年発症群が高齢発症群よりその肯定割合が高かった。若年発症群におけるライフイベントは満遍なくすべての分野にまたがっている。家庭問題では、「離婚した」、「配偶者と別居した」で有意な差が認められた。職場での問題は項目数が多く、「職場で降格されたまたは昇進しなかった」、「仕事の内容が変わった」、「解雇された」、「上司あるいは同僚とトラブルがあった」で差が認められた。健康問題では、「うつ病になった」、「眠れなくなった」、社会的問題では、「親しい友人との交流が絶たれた、または減った」、「経済的問題で悩んだ」の各項目で差が認められている。しかし、既述の通り、これらの負のライフイベントは依存症の引き金ばかりでなく、依存症の結果の可能性もある。

一方、高齢発症群で有意に割合が高かったのは、「自由な（暇な）時間が大幅に増えた」の1項目であり、73%もの者が肯定している。有意差は認められなかったが、「退職した」も高齢発症群でその肯定割合が高く、退職等に伴う自由な時間の増加が、彼らの依存症発症に大きな影響を与えていることがわかる。こ

これらの結果は、団塊世代の大量退職が、高齢アルコール依存症の増加をもたらす可能性を強く示唆している。

d) アルコール依存症の発症年齢と健康・社会問題

アルコールに関連した健康問題や社会問題等の経験率を若年発症群と高齢発症群で比較したのが表4である。表3は対象者の自記式調査の回答であるが、表4は担当医に記入してもらったものである。

表から明らかなように、社会問題の経験率は若年発症群で高い。特に、「経済的問題」、「他人への暴力または傷害事件」、「家庭内暴力」、「自殺未遂」は有意に若年群で高い。これに対して、健康問題では「高血圧」が高齢発症群で有意に高く、「がん」も高い傾向にある。これは、高齢発症群の年齢が若年発症群の年齢より約4歳高いことが関係しているかもしれない。気分障害は、若年発症群に高く、これは対象者の自記式調査の結果と一致している。

調査票の最後に担当医に、対象者は退職後に発症したアルコール依存症かどうか確認している。当然ではあるが、若年発症群の16%に対して、高齢発症群の実に72%がこの範疇に入ることが明らかになった。

3. 飲酒運転予防パンフレット

実際のパンフレットは添付資料5を参照していただきたい。パンフレットの記載内容に関する参考文献等を明らかにしておく必要があるため、以下に原稿を示す。

あなたの飲み方は大丈夫ですか？

あなたとあなたの家族を守るために

1) あなたの飲み方は

あなたは、どのような酒の飲み方をしているのでしょうか。大切な用事が明朝あるので、早く帰らなければならないのに気がいたら午前様、

などという経験はありませんか。また、飲みすぎて心ならずも二日酔いをした経験はありますか。もし、繰り返しそのような経験をしているなら、飲酒のコントロールに問題があります。

1日に飲む量はいかがでしょうか。以前に比べて酒に強くなり、飲む量が増えて毎日ビール中ビン3本以上または焼酎2合以上飲んでいませんか。

このような飲み方をしているなら、あなたはアルコール依存症の疑いがあります。これを機会に振り返ってみましょう。

2) もしや依存症では

アルコール依存症を一言でいえば、「大切にしていた家族、仕事、自分の健康などよりも飲酒をはるかに優先させるような状態」です。具体的には、酒量が多い、飲酒のコントロールができない、離脱症状がみられる、アルコールが自分の健康を害していることがわかっているのに止められない、などの症状がみられます。

なかでも特に重要な症状が2つあります。一つは、数時間おきに少量の飲酒を繰り返し、絶えず体にアルコールが入っている状態が何日も続くような症状です。もう一つは、既述の離脱症状で、手が震える、寝汗をかく、酒を飲まないで眠れない、強烈的な吐き気がある、などです。このどちらか一つでも経験しているなら、アルコール依存症である可能性が非常に高いです。

3) 依存症を放っておくと

酒は60以上もの病気の原因になります⁹⁾。依存症をそのままにして飲酒を続けると体のほとんどの臓器が蝕まれていきます。たとえば、依存症者の5人に1人は肝硬変にかかっており、平均寿命も50歳前後という報告もあります^{10,11)}。

アルコール依存症は様々な社会的問題の原因になっています。たとえば飲酒運転を繰り返す人の中に、アルコール依存症やそれに近い人が非常に多いことが明らかになっています¹²⁾。また、家庭内暴力や子供の虐待の原因がアルコール依存症であるという報告も多数みられます¹³⁾。