

ない主な理由としては、16MHWC 中半数の 8MHWC、50%が医療機関の不足をあげており、改善するためにはアルコール専門医療機関の充実の必要性が示唆された。

- 医療へのつなぎについては、69MHWC 中でできているは 6MHWC、8.7%で、ほぼできているは 20MHWC、29%で、概ね診療ができているのは合わせて 26MHWC、37.7%と 1/3 程度の MHWC でしかできていない状況にあった（図表 42）。少しはできている、全くできていないを合わせると、できていないのが 42MHWC、60.8%で、無回答が各 1MHWC、1.4%であった。できていない主な理由としては、42MHWC 中その他が 17MHWC、40.5%と 1 番多く、次いで医療機関の不足を理由にあげるものが 12MHWC 28.6%で、関与する人材不足は 8MHWC、19%、専門技術の不足 4MHWC、9.5%であった。その他の理由をあげた 17MHWC のセンターをみると、理由のうち多いのは 4MHWC が相談数が少なさやないことをあげ、次いで区福祉センターが対応すること等になっているのは 3MHWC であげられた（図表 45）。いずれにしても専門医療機関の充足は医療へのつなぎを良くするためにも不可欠である。

3 依頼状及び調査票

平成 28 年 1 月 21 日

各都道府県・政令指定都市
精神保健福祉センター所長 様
依存症対策担当者 様

厚生労働科学研究「アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究」樋口班
「アルコール依存症の治療・社会復帰に対する医療機関、行政、自助グループ、社会復帰施設等の連携の在り方に関する研究」 分担研究者 白川教人

アルコール依存症を医療につなぐための組織連携及び連携活動に関する調査への
ご協力をお願い

時下、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、平成 25 年 12 月にアルコール関連健康障害対策基本法が制定され、これに基づき、関連省庁による推進会議が 12 回行われ、現在基本計画の策定間際の状況となっております。この基本計画の中において精神保健福祉センターは、アルコール関連問題へのより一層の取り組みが求められます。このような状況を踏まえて、平成 28 年 1 月 16 日の全国精神保健福祉センター長会・常任理事会において本調査へのセンター長会のご協力の協議を頂き承諾を受けました。つきましては、「アルコール依存症を医療につなぐための組織連携および連携活動に関する調査のアンケートを全国精神保健福祉センター長会メーリングリストにて実施いたしますので、ご協力のほどよろしく願いいたします。

本調査の結果につきましては、報告書を作成し、各精神保健福祉センターに送付いたすとともに、本年 9 月に秋田で開催される日本アルコール関連問題学会において発表する予定としております。業務多忙なところまことに恐れ入りますが、調査へのご協力を何卒よろしく願います。

なお調査内容については全国精神保健福祉センター長会・依存症ワーキンググループの許可を得て平成 26 年度及び 27 年度に実施した調査に準じたものになっておりますので、誠に申し訳ありませんが回答期間を短くさせていただきます。

回答期間：平成 28 年 1 月 21 日から 1 月末日とさせて

回答先：相澤（株）コモン計画研究所 aizawa@comon.jp 宛にメールにてご回答ください。

* 内容等の問い合わせは、横浜市こころの健康相談センター 白川宛にお願いいたします。

TEL. 045-671-4450 メールアドレス. no00-sirakawa@city.yokohama.jp

▼調査1:精神保健福祉センターがかかわっている
アルコール依存症を医療につなぐための多機関連携・活動について

精神保健福祉センター名: _____

*該当すれば表記の に○、ないしは内容記載を
NO: _____
お願いします。

1 精神保健福祉センターがかかわっているアルコール依存症を医療につなぐための多機関連及び活動が

1 ある 2 ない

その連携及び活動名(呼称がない場合は記載不要)

調査1-3をご回答ください。

※複数の多機関連携及び活動がある場合は、各機関連携・活動ごとに1枚ずつご記入ください。

**アルコール専門医療機関はアルコール依存症に対する治療を標榜あるいは治療プログラムがある機関

2 問1で「ある」と回答した場合のみ連携内容・活動について回答してください。

2-1 連携機関・連携内容等についてお答えください

①連携機関 (複数回答)

<input type="checkbox"/> 1 アルコール専門治療機関	<input type="checkbox"/> 5 福祉事務所	<input type="checkbox"/> 10 断酒会
<input type="checkbox"/> 2 精神科医療機関	<input type="checkbox"/> 6 介護関係機関	<input type="checkbox"/> 11 薬局
<input type="checkbox"/> 3 一般医療機関	<input type="checkbox"/> 7 救急隊	<input type="checkbox"/> 12 その他 ⇒ _____
<input type="checkbox"/> 4 保健所	<input type="checkbox"/> 8 警察	

②連携職種 (複数回答)

<input type="checkbox"/> 1 アルコール専門治療機関医師	<input type="checkbox"/> 9 ケアマネージャー
<input type="checkbox"/> 2 精神科医師	<input type="checkbox"/> 10 消防士
<input type="checkbox"/> 3 身体科医師(内科医等)	<input type="checkbox"/> 11 救急救命士
<input type="checkbox"/> 4 保健師	<input type="checkbox"/> 12 警察官
<input type="checkbox"/> 5 看護師	<input type="checkbox"/> 14 ヘルパー
<input type="checkbox"/> 6 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 15 ピアスタッフ
<input type="checkbox"/> 7 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 16 その他 ⇒ _____
<input type="checkbox"/> 8 薬剤師	

③内容

2-2 連携会議

実施 未実施

①開催頻度

1 年に1回程度

2 年に数回

3 月に1回

4 不定期

②参加者数

1 ~9人

2 10~14人

3 15~19人

4 20人以上

3 貴センターの所管圏域のアルコール専門医療機関(依存症に対する治療を標榜あるいは治療プログラムがある機関)について

1 アルコール医療機関 有り なし

有りの場合、以下をご回答ください。

間3-③をご回答ください。

追加があればこちらをご利用ください

	病院名	アルコール治療プログラム有に○	病院名
①病院数	箇所	1 _____	5 _____

▼調査2: 精神保健福祉センターが直接関わっていないが
地域にあるアルコール依存症を医療につなぐための多機関連携・活動について

1 精神保健福祉センターがかかわっていないが地域にある連携組織及び連携活動が

1 ある 2 ない 3 不明

その連携及び活動名(呼称がない場合は記載不要)

調査2は終了です。調査3をご回答ください。

※複数の多機関連携活動がある場合は、各機関連携・活動ごとに1枚ずつご記入ください。

2 問1で「ある」と回答した場合のみ連携機関・活動について回答してください。

①連携機関 (複数回答)

<input type="checkbox"/> 1 アルコール専門治療機関	<input type="checkbox"/> 5 福祉事務所	<input type="checkbox"/> 10 断酒会
<input type="checkbox"/> 2 精神科医療機関	<input type="checkbox"/> 6 介護関係機関	<input type="checkbox"/> 11 薬局
<input type="checkbox"/> 3 一般医療機関	<input type="checkbox"/> 7 救急隊	<input type="checkbox"/> 12 その他 ⇒ <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4 保健所	<input type="checkbox"/> 8 警察	

②内容

調査2は終了です。調査3のご回答をお願いします。

▼調査3 精神保健福祉センター所管域におけるアルコール依存症を医療につなぐ状況について

1. 貴センターの所管区域におけるアルコール依存症を医療につなぐ状況についてどのように評価していますか？

医療へのつなぎは 1できている 2ほぼできている 3少しはできている 4全くできていない

2. 貴センターにおけるアルコール依存症を医療につなぐ状況についてどのように評価していますか？

2-①個別診療の実施 1できている 2ほぼできている 3少しはできている 4全くできていない

3. 4を選んだセンターは、その代表的な理由を一つ選んでください

1予算不足 2関与する人材不足 3専門技術の不足 4医療機関が不足 5その他
(5具体的理由)

2-②医療機関の情報提供は

1できている 2ほぼできている 3少しはできている 4全くできていない

3. 4を選んだセンターは、その代表的な理由を一つ選んでください

1予算不足 2関与する人材不足 3専門技術の不足 4医療機関が不足 5その他
(5具体的理由)

2-③医療へのつなぎは

1できている 2ほぼできている 3少しはできている 4全くできていない

3. 4を選んだセンターは、その代表的な理由を選んでください

1予算不足 2関与する人材不足 3専門技術の不足 4医療機関が不足 5その他
(5具体的理由)

以上で終了です。ご協力に感謝いたします。ありがとうございました。

* 質問等ございましたら横浜市こころの健康相談センター 白川宛をお願いします。
TEL.045-671-4450 メールアドレス no00-sirakawa@city.yokohama.jp

厚生労働科学研究費補助金
(障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)))
アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究
(研究代表者 樋口 進)

平成 27 年度分担研究報告書
アルコール依存症の早期発見・早期治療導人
研究分担者 堀井 茂男 公益財団法人慈圭会 慈圭病院 院長

研究要旨

A. 研究目的: わが国に 109 万人 (2013 年厚生労働省) のアルコール依存症者がいると言われる中で、専門的医療にかかっているものはわずかに 4 万人とされている。専門的治療につながるできないでいる多くのアルコール依存症者へのアプローチは喫緊の課題と言える。また、依存症予備軍とも言える習慣飲酒者への取り組みも同様に重要な領域である。アルコール関連健康障害における 2 次予防もしくは 1.5 次予防とも言えるこれらの領域が本研究のテーマである。

研究 1: 一般企業における習慣飲酒者への介入に関する調査研究: 岡山市では平成 22 年から常習飲酒者個人の飲酒習慣に介入する教室を開始し、継続して現在に至っている。本研究ではこの取組の内容を検討し、その評価を行うことを目指した。

研究 2: アルコール関連問題への早期介入のための、一般医療機関とアルコール専門医療機関の連携に関する調査研究: 岡山市こころの健康センターでは、平成 23 年度から「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」を行っている。本研究ではこの取組の内容を検討し、その評価を行うことを目指した。

B. 研究方法

研究 1: 岡山市は平成 22 年度から「おいしくお酒を飲むための教室」という、職域におけるアルコール関連問題介入プログラムを実施している。前年度の研究の中で、教室を 1 回実施することの介入の有効性と複数回のフォローアップの有効性を示した。今回は、研究 1-1 でこのプログラムを岡山市以外の自治体 (徳島県) で行い、研究 1-2 で医師以外でも使用可能なプログラム内容の作成を行った。

研究 1-1: 岡山市以外の自治体 (徳島県) で、初期介入及びフォローアップの介入を行った。岡山市こころの健康センターのスタッフを徳島県に派遣し、徳島県精神保健福祉センターのスタッフと協力して行った。

研究 1-2: 精神科医以外の職種でも使用可能なプログラムへの改訂を行った。主には、スライド改変を行った。

研究 2: 4 年間の事業を通して、アルコール専門医と非専門医が顔の見える関係となり、紹介患者が増したという印象があった。そのため我々は、一般医療機関からアルコール専門医療機関への患者紹介状況の変化を調査し、そこに示されるネットワーク開始前後での「連携」の変化について検討した。

C. 研究結果

研究 1-1: 徳島県精神保健福祉センターを通じて、徳島県の A 企業で、担当保健師が γ -GTP が 100 単位以上の人 86 名に参加を要請した。初期介入を 2 回行い、計 16 名の参加があった。フォローアップ介入は 1 回参加: 7 名、2 回参加: 2 名だった。

研究 1-2: 精神科医以外の職種、特に保健師が使いやすいように、初期介入の際に使用するスライドの改訂を行った。実際使用した岡山県精神保健福祉センターのスタッフの感想からは、医師以外の職種による施行自体は可能で、時間配分とグループワークの施行方法のマニュアル化が課題と考えられた。

研究 2: 身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介は平成 23 年度が 60 名、平成 27 年度が 86 名と、大幅な増加が見られた。また精神科クリニックからの紹介は平成 23 年度が 5 名、平成 27 年度が 13 名と、大幅な増加が見られた。そして、研修に参加した一般医療機関の医師からの紹介件数を調べてみると、平成 23 年度では 10 件であったのに対し、

平成 27 年度においては 22 件と大幅な増加を認めた。よって、今までアルコール専門医療機関に紹介経験のない一般医療機関の医師がアルコール問題を持つ患者を紹介する行動に、本事業が影響した可能性が示唆される。

D. 考察

研究 1-1: 今まで岡山市のみで行っていた初期介入プログラムおよびフォローアップ介入プログラムを、今まで同様の取り組みを施行したことがない自治体である徳島県で行った。

研究 1-2: 精神科医以外の職種で、特に保健師が使いやすいよう、初期介入プログラム用のスライドの改訂を行った。さらに、今後はグループワークのマニュアル作りなどを行い、より使いやすいプログラムに仕上げていく予定である。

研究 2: 本調査において、ネットワークの効果が顕著に認められた。そして岡山市内における一般医療機関とアルコール専門医療機関の連携に関して、その「量」と「質」の両方の面で、本ネットワークが寄与しうる可能性が認められた。

E. 結論

1) 過去に我々は、職域での飲酒習慣に対する短時間の介入プログラムの飲酒量および頻度低減に対する効果と、その複数回の介入プログラムにおける単回以上の効果を示した。今年度は、現在岡山市で実施している介入プログラムを、徳島県で試行した。今後さらに、徳島県および他の自治体の数か所で介入プログラムを試行することを目指している。加えて、今年度作成した精神科医以外が使用する他職種用の改訂スライドの施行も目指していく。

2) 一般医療機関とアルコール専門医療機関のネットワークについては、われわれの「有効である」という実感の通り、量的にも質的にも効果を示すことができた。次年度に向けては、現在形成されつつあるネットワークが、より現場で短期的/中期的な効果を示すことができるように研修会の内容を見直し、今年度と同じ時期に評価を行いたい。さらに、岡山県の他の地域においても一般医療機関・アルコール専門医療機関のネットワークを形成することにも取り組みたいと考えている。

※身体科クリニック：

標榜科が精神科以外のクリニック

※一般病院

精神科単科病院以外の病院

※一般医療機関

身体科クリニックと一般病院を合わせたもの

研究協力者

太田順一郎：岡山市こころの健康センター

角南隆史：地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

中野温子：地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

田中増郎：公益財団法人慈圭会 慈圭病院／医療法人社団信和会 高嶺病院

土器悦子：岡山市こころの健康センター

岸倫衣：岡山市こころの健康センター

留田範子：岡山市こころの健康センター

前田勝子：公益財団法人 林精神医学研究所付属林道倫精神科神経科病院／けやき通りメンタルクリニック

石元康仁：徳島県精神保健福祉センター

橋本 望：地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター／ロンドン大学キングスカレッジ

A. 研究目的

平成 25 年 12 月にアルコール健康障害対策基本法が国会で採択され、翌 26 年 6 月より施行されて、わが国でもアルコールに起因するさまざまな健康障害に対する取り組みが推進されようとしている。これにより、地域・学校における健康教育や酒類販売の制限といったレベルから、アルコール依存症者のリハビリテーション、再発防止に至るまで、幅広い領域でのアルコール関連健康問題への取り組みの強化が

期待されている。

わが国に 109 万人のアルコール依存症者がいると言われる中で、専門的医療にかかっているものはわずかに 4.3 万人とされているが¹⁾、専門的治療をうけることができない 96%を超えるアルコール依存症者へのアプローチは喫緊の課題と言える。また、依存症予備軍とも呼ばれる習慣飲酒者への取り組みも同様に重要な領域と言えるだろう。

アルコール関連健康障害における 2 次予防もしくは 1.5 次予防とも言えるこれらの領域が本研究のテーマである。本研究では、すでに岡山市で平成 22 年から開始されている地域依存症対策をもとにして、以下の 2 つの研究を行うこととした。

研究 1：一般企業における習慣飲酒者への介入に関する調査研究

以前、我々の行った調査では、職域でのアルコール関連問題の認識は不十分であるという実態が示された²⁾。仮に、アルコール関連問題が発見されたとしても、その原因である飲酒、特に飲酒習慣への介入は職域では行われておらず、過量飲酒の結果である検査異常の精査や各種身体疾患の加療という形での介入となっている実態も示された。つまり、現状の職域において、保健管理者たちは習慣飲酒者の飲酒習慣を変化させるように十分に組み合わせておらず、習慣飲酒者に対するアルコール依存症を予防する手段がほとんどないようである。そのため、これらの結果をもとに我々は平成 22 年から常習飲酒者個人の飲酒習慣に介入する教室という事業を開始し、継続して現在に至っている。

教室の名称は「おいしくお酒を飲むための教室」である。この教室の目的は、職域における習慣飲酒者、特に飲酒量が多いと気にしている人がアルコールの正しい知識を習得して個々の飲酒習慣改善に向けた動機付けを行うようにし、さらに飲酒習慣に対する早期の介入を行

うことにより、問題のない飲酒習慣を確立してもらうことである。未然に疾病発生を防ぐという一次予防と、早期発見早期治療という二次予防の中間として、既に飲酒習慣を有するアルコール依存症のリスク群（プレアルコホリック群を含む）に対して、早期介入および疾病予防を同時に行うという、一次予防と二次予防の中間の「1.5 次予防」と位置付けられる取り組みである。この介入プログラムは、岡山市では一定の効果が検証されているが、他の地域での実施、そして、現在精神科医が行っている初期介入時の講義を他の職種、特に保健師が講義を行う介入法の開発に取り組むこととした。そこで、今年度の本研究では、研究 1-1：岡山市以外での介入プログラムの実施、研究 1-2：精神科医以外の職種で、特に保健師が使いやすいよう、初期介入プログラム用のスライドの改訂、の 2 点を目指した。

研究 2：アルコール関連問題への早期介入のための、一般医療機関とアルコール専門医療機関の連携に関する調査研究

前述のように、アルコール依存症患者の専門的医療の受診率がわずか 4%弱である現状の中で、残りの 96%に対する取組がわが国のアルコール依存症対策の大きな課題となっている。岡山市においてもアルコール依存症者は約 6300 人と推計されるが、そのほとんどはアルコール専門医療機関に繋がっていないことになる。

このような状況を鑑み、岡山市こころの健康センターでは、平成 23 年度から「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」を行ってきた。アルコール依存症者の多くはアルコール専門医療機関を受診する前に、消化器疾患をはじめとする身体合併症や事故による外傷などにより、内科その他の身体科を受診しているという認識のもと、一般医療機関とアルコール専門医療機関のネットワークづくりに取り組み、アルコール依存症者に対する早期の

専門医療介入や支援導入を目指してきた。

主な事業の内容は、内科医、精神科医、ケースワーカー等のコアメンバーで構成するネットワーク会議と、症例検討をとおして築かれた顔の見える関係が臨床や支援の現場で活かされることを目指した専門研修会の開催である。本研究ではこの取組の内容を検討し、その評価を行うことを目指した。

B. 研究方法

研究 1

介入プログラムの内容は 2 種類あり、1 つが初期介入プログラムとして、講義 (45~60 分) およびグループワーク (45~60 分) を行っている。その後、約 3~6 か月後に継続介入プログラムとして 30~45 分のグループワークを行い、さらにその 6~12 か月後に更なる継続介入プログラムを行っている。もう 1 つのプログラムは講義のみという内容である。講義の概要を説明すると、まず①アルコールの特徴と歴史、②アルコール摂取の影響、③アルコール依存症、④適切な飲酒、といった内容である。①、②および③はアルコールおよびアルコール依存症の知識の習得を目的としている。④はリスクの少ない飲酒行動について説明し、現在の自分自身の状況と比較する土台を作ることを目的としている。その後のグループワークでは、講義の内容に基づいて自らの飲酒習慣を振り返り、自己評価を行ったうえで、飲酒の量・回数・時間の低減 (もしくは維持) について、自分で設定した目標に挑戦してもらうようにした。

昨年度の研究では、1 回目の介入の効果と 2 回目の介入の効果を実証し、フォローアップ介入の効果も実証した。今回我々は、研究 1-1 で岡山市以外の自治体、徳島県で介入プログラムを施行した。さらに、他地域でこの介入プログラムを行う際には、保健師など多職種での運用ができると普及させやすいのではないかと考えた。そこで研究 1-2 として、精神科医以外の

職種で、特に保健師が使いやすいよう、初期介入プログラム用のスライドの改訂を行った。

研究 1-1

岡山市以外での地域における、この介入の実施の可能性とその効果の検証を目的に、徳島県精神保健福祉センターを通じて、徳島県の A 企業に対して初期介入およびフォローアップ介入を行った。A 企業の職員約 1860 名の中から、血清 γ -GTP 100 国際単位/L (IU/L) 以上の職員 86 名の内から参加を募集した。初期介入を 2 回行った。初回のフォローアップ介入は通常行う約 6 ヶ月後とは異なり、約 3 か月後に計 2 回、2 回目のフォローアップ介入は通常行う 12 か月後ではなく、6 ヶ月後に行った。

研究 1-2

精神科医以外の職種でも使用しやすい初期介入用のスライド作成を目指し、スライドの改訂を行った。

研究 2

4 年間の事業を通して、アルコール専門医と非専門医とが顔の見える関係となり、紹介患者が増したという印象があった。そのため、我々は、一般医療機関からアルコール専門医療機関への患者紹介状況の変化を調査することにした。アルコール治療プログラムを有する市内 3 か所の精神科単科病院 (慈恵病院、林病院、岡山県精神科医療センター、以下 3 病院と表記する) において平成 23 年度と平成 27 年度のそれぞれ半年間のアルコール依存症新患患者の紹介元を調べた。方法としては、後方視的に診療録を調査することにより行った。治療が中断して、再度来院した再来新患患者は除外とした。

まず我々は、新患患者の受診経路を調べた。受診経路として、身体科クリニック、一般病院、精神科クリニック、精神科単科病院、精神保健福祉センター、市町村福祉、地域包括支援センター、自助グループ、直接来院を分類し、それ以外の警察同伴での受診や知人からの紹介はその他に分類した。

また、ネットワークに参加した非専門医からアルコール専門医療機関に紹介されたケースを具体的に検討した。本報告書では、そのうち1事例について加工を加えた上で例示する。

(倫理面への配慮)

本分担研究の研究1においては、個人に対するアンケート調査を実施し、分析段階でその情報を取り扱うが、報告、発表においては個人の特定される可能性のある情報は取り扱わない。また、研究2においては、1例の症例報告を行っているが、報告に当たって本人の同意を得るとともに、症例には加工を加え、個人が特定されることのないよう十分な配慮を行っている。

C. 研究結果

研究1-1

岡山市以外での初めての開催として、徳島県でこの介入プログラムを行った。今回は岡山市こころの健康センターのスタッフを徳島県に派遣して行った。講義は岡山市のこころのセンターの職員が行い、グループワークは岡山市こころの健康センターと徳島県精神保健福祉センターの職員が共同して行った。そして、岡山市と同等の取り組みが、徳島県でも行うことができた。

徳島県のA企業に対して初期介入およびフォローアップ介入を行った。A企業の職員約1860名の中からスクリーニングした血清 γ -GTP 100国際単位/L(IU/L)以上の職員86名中から、16名(全体の18.6%)の参加があった。初期介入は2回行い、合計で16名の参加があった。フォローアップ介入は、以前までは通常初期介入後6ヶ月で行ったが、今回はA企業との話し合いで、3~6か月後に行った。2回目のフォローアップ介入も通常の12ヶ月後ではなく、6ヶ月後に行った。初回のフォローアップ介入は2回行い、7名の参加があり、2回目のフォローアップ介入は1回行い、2名の参加があった。

協力して行った徳島県精神保健福祉センターのスタッフの感想としては、「初期介入の専門医の講義がわかりやすかった」「すでにマニュアル化されているグループワークを見学することで、自分たちでもできそうである」と言う感想があったが、「専門医やスタッフの少ない地域では実施に制約があるかもしれない」という意見もあった。

参加人数の状況としては、対象者が少なく統計学的な判定は困難だが、初回のフォローアップ介入参加者の7名の内5名が飲酒頻度の低減を継続していた。

研究1-2

精神科医以外の職種でも使用しやすい初期介入用のスライド作成を目指し、スライドの改訂を行った。具体的な変更点は3つあり、①疾患の説明の簡略化、②企業の保健師の要望に合わせた内容に変更、特にアルコールの睡眠への悪影響と飲酒運転予防のためのアルコール代謝時間の図の表示、③文字の削減と内容の図表化、である。今回は岡山県精神保健福祉センターのスタッフが、この改訂スライドを使用して講義およびグループワークを計60分間で施行した。この改訂スライドを使用した介入プログラムを行った感想としては、「グループワークの時間が足らなかった」「グループワークに慣れないスタッフには研修やマニュアルがあると良いかもしれない」「一度介入プログラムを行う姿を見れば施行はできやすいだろう」というものがあつた。施行の時間配分とグループワークの施行マニュアルの希望があつた。

研究2

本ネットワークを開始する前の、平成23年4月から同年9月に3病院を初診した患者の総数は115名であつた。その内訳は、身体科クリニック14名、一般病院46名、精神科クリニック5名、精神科単科病院9名、精神保健福祉センター0名、市町村福祉3名、地域包括支援センター2名、自助グループ3名、直接来院27

名、その他が6名であった(表1)。

一方、本ネットワーク開始後の平成27年4月から同年9月に3病院を初診した患者の総数は160名であり、平成23年度と比較して45名の増加を認めた(図1)。内訳は、身体科クリニック31名、一般病院55名、精神科クリニック13名、精神科単科病院7名、精神保健福祉センター1名、市町村福祉4名、地域包括支援センター1名、自助グループ0名、直接来院38名、その他が10名であった。身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介は平成23年度が60名、平成27年度が86名と、大幅な増加が見られた。また精神科クリニックからの紹介は平成23年度が5名、平成27年度が13名と、大幅な増加が見られた。この結果からは、「一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」の開始前後において明らかに一般医療機関及び精神科クリニックからの紹介患者の増加があったと言えた。そして、研修に参加した一般医療機関の医師からの紹介件数を調べると、平成23年度では10件であったのに対し、平成27年度においては22件と大幅な増加を認めた(図2)。よって、今までアルコール専門医療機関に紹介経験のない一般医療機関の医師がアルコール問題を持つ患者を紹介する行動に、研修会が影響した可能性が示唆される。

次に、ネットワーク研修会に参加した内科医よりアルコール専門医療機関に紹介され、治療が開始された1事例を提示する

〈症例1〉

46歳、男性

【診断】アルコール依存症、アルコール性肝硬変、肝細胞がん(内科的治療後)

【酒歴】

33歳時に健康診断で肝障害を指摘される。39歳時にはアルコール性肝硬変を指摘され、42歳時に肝細胞がんが発見される(RFA:経皮的ラジオ波焼却術を施行)。

また、数年前からは仕事帰りにコンビニで酒を買い、駐車場で飲んでから帰宅という生活が続いており、かかりつけ医の強い勧めで、平成26年5月A精神科病院を初診となった。

【初診からの経過】

かかりつけ医からも精神科病院への入院治療を勧められていたが、本人は「仕事に支障がでるから」と、入院を拒否。アカンプロサートの処方を希望した。しかし断酒することはできず、コンビニに寄って酒を買う行動は続いていた。A精神科病院への受診は2か月で途絶え、その4か月後に再受診。その間にスピード違反で検挙時にアルコールチェッカーが陽性だったため、1年間の免許停止となっていた。飲酒は続き、A精神科病院への再受診から2週間後に肝性脳症で総合病院内科に入院した。1か月で身体的な治療は終了し、家族の説得によりA精神科病院を受診。4歳になる娘から、「お父さん、元気になって欲しい」と言われ、涙を流しながら入院を決断し、入院した。入院中はプログラムに真面目に参加し、断酒への意気込みを語っていた。しかし退院後早期にかかりつけ医、A精神科病院への通院は途絶えた。退院3か月後に再び肝性脳症となり、総合病院内科に再度入院となった。2週間で身体的な治療は終了し、A精神科病院を受診し、2回目の入院となった。2回目の入院では前回入院時には拒否的であった断酒会への参加を希望し、入院中から院外の例会へ積極的に参加していた。現在に至るまで、多隠語から継続して断酒しており、かかりつけ医、A精神科病院への通院も継続できている。また免許も再度取得し、仕事も継続できている。

D. 考察

研究1-1

我々は、この介入プログラムの普及を目指している。今回は、この介入プログラムを徳島県精神保健福祉センターの仲介で、徳島県の企業で試行した。今回は岡山市こころの健康センタ

一のスタッフを徳島県に派遣して行った。この企業での試行は、企業の保健師の協力もあり、血清 γ -GTP 100 IU/l 以上の職員という企業が希望する対象者の 18.6%もの参加があった。今年度の施行に当たっては、派遣した岡山市こころの健康センターのスタッフと、徳島県精神保健福祉センターのスタッフが協働してこの介入プログラムを施行した。平成 27 年 8 月、11 月、平成 28 年 2 月の 3 回にわたってプログラムを実施したが、講義、グループワークのいずれにおいても、これまで岡山市で実施してきたものと同程度の取り組みが、徳島県でも実施することができた。

協力してもらった際の感想は、介入プログラムを見学すれば施行は可能というものがあり、徳島県精神保健福祉センターの保健師やその他の職種でも十分に実施できる可能性を示せた。よって、地域を変えてもこの介入プログラムは行えると言えるだろう。ただし、感想の中からは、専門医の少ない地域での実施にはある程度困難も予想され、研究 1-2 の重要性が再確認された。今後は徳島県以外にも、岡山県や高知県でも施行する予定である。

さらにこの参加者の行動変容に関しては、初回のフォローアップ介入参加者の 7 名の内 5 名が飲酒頻度の低減を継続していた。参加人数が少なく、統計学的な判定は困難だが、岡山市において実施している介入プログラムと同等の効果が出ている。

研究 1-2

前述したが、我々が目指している介入プログラムの普及のために、精神科医以外の職種でも使用しやすい初期介入用のスライドを改訂し作成した。主に保健師の意見を導入し、①疾患の説明の簡略化、②企業の保健師の要望に合わせた内容に変更、特にアルコールの睡眠への悪影響と飲酒運転予防のためのアルコール代謝時間の図の表示、③文字の削減と内容の図表化、という改定を行った。保健師や精神保健福祉士

などがこの介入プログラムが行うことができれば、普及は容易になると推測している。今回、岡山県精神保健福祉センターのスタッフがこの改訂スライドを使用して施行した介入プログラムは、改訂スライドの使用の細かなノウハウより、グループワークの実施の細かなノウハウを知りたいという要望があった。さらに、その実施のノウハウは一度見学をすることによって多少理解することができた、という感想があった。今後、この改訂スライドの使用しつつ改良しながら、グループワークの実施のマニュアル作成も検討していく。

研究 2

本事業を通して、アルコール専門医と非専門医が顔の見える関係となり、紹介患者が増したのではないかという印象に基づいて、昨年度(平成 26 年度)も本年度と同様の調査を行った。

その中では、平成 26 年 4 月から同年 9 月に 3 病院を初診した患者の総数は 125 名であり、平成 23 年度と比較して 10 名の増加にとどまっていた。また身体科クリニックと一般病院からの紹介を合わせた一般医療機関からの紹介は平成 23 年度が 60 名、平成 26 年度が 62 名と、ほとんど変化が見られなかった。

しかし本年度の調査では上記のとおり、ネットワークの量的な効果が顕著に出ていると言えた。

本年度に量的な効果が顕著に出たのは、研究会への参加者が増えてきたこと、ネットワーク構築から量的な効果が顕著に表れるにはある程度の年数が必要だったと推測される。

また、このネットワークが目指す目標としては、上記の量的な指標だけではなく、連携の「質」への寄与も重要だと考えている。今回は 1 例の具体的な事例を提示したが、この事例はネットワーク開始前からアルコール専門医療機関に紹介したことのある内科診療所から精神科病院(アルコール専門医療機関)に紹介された事例であった。したがって、「アルコール専門医

療機関に紹介する件数を増やす」という意味合いではネットワーク開始前と開始後で変わりはない事例とみなせる。しかし、この事例に関わった内科医、精神科医たちに直接話を聞くと、ネットワーク開始前と開始後では連携の「質」にかなり大きな変化があるように思われる。それは連携の「深まり」と表現するべきものであり、それが実際の臨床場面において重要となるのは、本事例において精神科受診が中断した後に（アルコール依存症の臨床では日常的なことである）、かかりつけ内科医や肝性脳症で入院した総合病院の内科医が、精神科病院に繋ぎ直す作業がとても円滑に進められているということに見て取れる。このような「質」に関する評価には難しさがあるが、このネットワークを継続していく中で、「量」と「質」の両方への寄与を意識し続けることが重要だと考えている。

E. 結論

1) 過去に我々は、職域での飲酒習慣に対する短時間の介入プログラムの、飲酒量や頻度低減に対する効果と、その複数回の介入プログラムにおける単回以上の効果を示した。今年度は、現在岡山市で実施している介入プログラムを、徳島県で試行した。今後さらに、徳島県および他の自治体の数か所で介入プログラムを試行することを目指している。特に、岡山県との共同事業を検討している。加えて、今年度作成した精神科医以外向けの改訂スライドも使用し、保健師など他職種での試行も目指していく。

2) 一般医療機関とアルコール専門医療機関のネットワークについては、われわれの「有効である」という実感の通り、量的にも質的にも効果を示すことができた。次年度に向けては、現在形成されつつあるネットワークが、より現場で短期的/中期的な効果を示すことができるように研修会の内容を見直し、今年度と同じ時期に評価を行いたい。さらに、岡山県の他の地域

においても一般医療機関・アルコール専門医療機関のネットワークを形成することにも取り組みたいと考えている。

F. 研究発表

研究 1

1. Tanaka M, et al: The prevention of alcohol use disorder among the working persons with habitual drinking. *4th Asia-Pacific Society for Alcohol and Addiction Research (APSAAR)*, 18-22th Aug. 2015, Sydney, Australia
2. 土器悦子 職域と協働した依存症予備軍対策～常習飲酒者の依存症発症予防を目指して～ 第 37 回日本アルコール関連問題学会 平成 27 年 10 月 12 日 神戸

研究 2

1. 角南隆史 精神保健福祉センターと精神科医療機関の協働－職域への介入と G-P ネットー 第 37 回日本アルコール関連問題学会 平成 27 年 10 月 11 日 神戸
2. 土器悦子 職域と協働した依存症予備軍対策～常習飲酒者の依存症発症予防を目指して～ 第 37 回日本アルコール関連問題学会 平成 27 年 10 月 12 日 神戸

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

文献

- 1) 尾崎米厚、神田秀幸：わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査 2013 年、厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「WHO 世界戦略

を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究（研究代表者、樋口進）」平成 25 年度総括研究報告書, 19 - 28, 2014

2) 太田順一郎ら: 職域の保健担当者に対する

アルコール関連問題への意識調査から～依存症予備軍に対する取り組みを始めるにあたって～ 日本アルコール関連問題学会誌 13, 123-130, 2011

表1 初診患者の受診経路

	平成23年度	平成24年度	平成25年度
身体科クリニック	14	19	31
一般病院	46	43	55
精神科クリニック	5	15	13
精神科単科病院	9	7	7
精神保健福祉センター	0	0	1
市町村福祉事務所	3	1	4
地域包括支援センター	2	0	1
自助グループ	3	1	0
直接来院	27	25	38
その他(警察など)	6	14	10
総数	115	125	160

図1 初診患者数の受診数

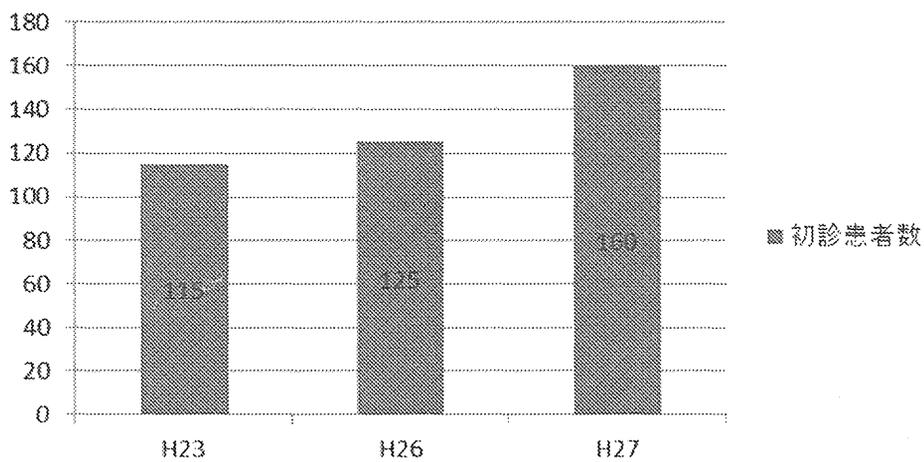
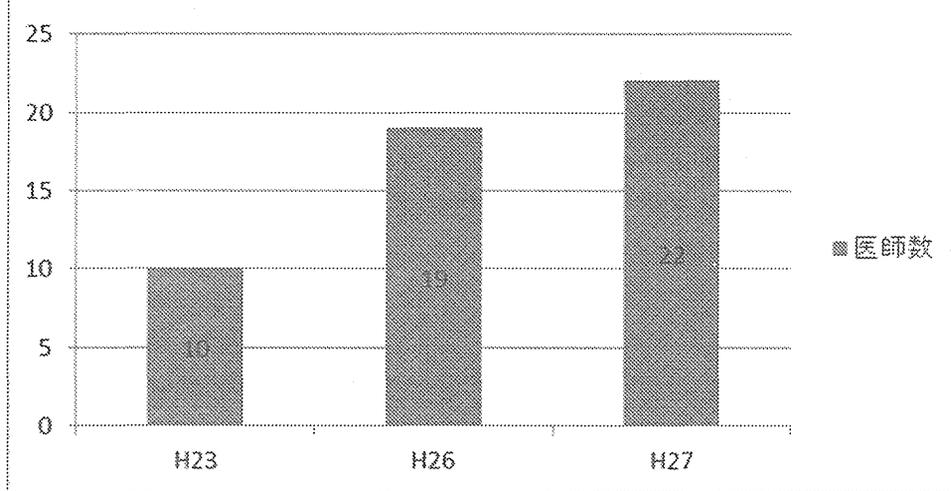


図2 研修に参加した医師からの紹介件数



厚生労働科学研究費補助金
(障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)))
アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究
(研究代表者 樋口 進)

平成 27 年度分担研究報告書
アルコール依存症に対する簡易介入の適応に関する研究
研究分担者 杠 岳文
独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター 院長

研究要旨

本研究では、アルコール依存症を含む重篤問題飲酒者に対し簡易介入(Brief Intervention, BI)を行い、どのような飲酒者がBIによって長期に節酒を維持できるか、簡易介入が効果をもたらしやすい者の特性を明らかにすることを目的とする。今年度は、S社に協力を依頼し、同社A事業所の社員を対象にAUDITの調査を行った。AUDIT15点以上の重篤問題飲酒者124名のうち、研究参加に同意の得られた103名に対し、TLFB法(最近4週間の非飲酒日数、最近4週間の多量飲酒日数、最近1週間の合計ドリンク数)、DSM-5の物質使用障害に関する診断基準、SOCRATES-8A、減酒または断酒に対する重要性の認識、今後の飲酒の目標、目標達成の自信(自己効力感)、目標達成時の生活変化、専門医療機関受診の意向に関するVASを用いた調査を行った。その後、ナレーション付きスライドの視聴とワークブック(基礎編、応用編)を中心に合計60分程度で構成される、集団認知行動療法を基本とするBIを2回行った。また、対照群としてS社で同規模のB事業所社員を対象にAUDITの調査を行った。今後、介入1年後の転帰調査をTLFB法および質問紙調査を用いて行い、重篤問題飲酒者に対する簡易介入の効果を検証し、簡易介入によって酒量低減効果を一定期間認めるアルコール依存症を含む重篤問題飲酒者の予測因子を明らかにする予定である。

研究協力者

武藤岳夫¹⁾、吉森智香子¹⁾、長祥子¹⁾、小牧真也¹⁾、近藤早紀²⁾、壁屋康洋²⁾、有馬正道²⁾、村上優²⁾、末宗万里沙³⁾、守田祐作⁴⁾、田中完⁵⁾

1) 国立病院機構肥前精神医療センター

2) 国立病院機構榊原病院

3) 国立病院機構東尾張病院

4) 新日鐵住金(株)A事業所

5) 新日鐵住金(株)B事業所

A. 研究目的

簡易介入(Brief Intervention, 以下BI)による酒量低減効果については、既に多数の報告が存在するが、多くの研究においてその対象は基本的に、重篤問題飲酒者とアルコール依存症患者を除く多量飲酒者に限られていた。特にわが国では、長年アルコール依存症には断酒が唯一の治療目標とされてきたこともあり、アルコール依存症患者を含む重篤問題飲酒者を対象にBIを適用した効果検証研究はなく、重篤問

題飲酒者に対しBIの酒量低減効果があるとする研究も未だ存在しない。わが国のアルコール依存症患者数は109万人と推計されているが、実際にアルコール依存症として治療を受けている者は患者調査などによると4万人程度にすぎない。この一因には、わが国の治療施設が断酒のみを治療目標としているため早期の依存症患者にはハードルが高くなっている面も否めない。

一方で、わが国でもアルコール依存症患者に対して飲酒量低減効果を有する薬剤の治療が既に行われており、早期介入を意図して、より軽症のアルコール依存症には節酒を新たな治療目標として加えようとする動きもある。いずれにせよ、どのようなアルコール依存症患者が一定期間節酒を維持できるのか、その患者特性を明らかにすることは臨床的にも重要な課題となってきた。

本研究では、アルコール依存症を含む重篤問題飲酒者に対しBIがその飲酒量低減効果を1年間

維持できるか、その効果を生みやすい患者特性を明らかにする。そうした適応の目安を示すことにより、早期あるいは軽症アルコール依存症の治療目標に積極的に節酒を加えることが多くの施設で可能になり、アルコール依存症の早期介入に繋がることを目的とする。

B. 研究方法

今年度は、職域において AUDIT15 点以上の問題飲酒群の行動変容に対するクライアント側の心理社会的、身体的要因を分析するため、S 社 A 事業所（従業員約 3200 名）に協力を依頼し、全社員を対象に健康診断時に AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) を行った。

AUDIT15 点以上の社員のうち、研究協力に同意の得られた者に対し、TLFB (Time Line Follow Back) 法（最近 4 週間の非飲酒日数、最近 4 週間の多量飲酒日数、最近 1 週間の合計ドリンク数）、DSM-5 の物質使用障害に関する診断基準、SOCRATES (Stage of Change Readiness And Treatment Eagerness Scale)-8A、減酒または断酒に対する重要性の認識、今後の飲酒の目標、目標達成の自信（自己効力感）、目標達成時の生活変化、専門医療機関受診の意向に関する VAS (Visual Analogue Scale) の調査を行った。その後、ナレーション付きスライドの視聴とワークブック（基礎編、応用編）を中心に合計 60 分程度で構成される、集団での BI を 2 回行った。対象者には、セッション間およびセッション終了後の飲酒日記記載を依頼し、2 回目のセッション終了後 3 か月経過した時点で飲酒日記を回収した。

また、今回の調査では、対照群として、S 社 B 事業所（従業員約 3300 名）に協力を依頼し、AUDIT 調査のみ行った。

（倫理面への配慮）

対象者の研究への参加については、文書で研究の目的、概要を説明し、研究に参加しなくても不利益がないことを伝え、文書で同意を得るものとする。いずれの研究においても、肥前精神医療センター倫理審査委員会に申請し、承認を得た。

C. 研究結果

A 事業所における、健診時の AUDIT 調査では、2914 名から回答を得た。そのうち AUDIT15 点以上の者は 124 名 (4.3%) であり、そのうち 104 名が集団での BI に参加し、うち 103 名から調査・研究の同意を得た。

参加者の健診時の AUDIT 得点の平均は 18.02[S.D.2.88] 点であった。TLFB 法調査では、最近 4 週間の非飲酒日数の平均は 3.73 [S.D.6.16] 日、最近 4 週間の多量飲酒日数の平均は 9.55[S.D.10.48] 日、最近 1 週間の合計ドリンク数は 35.14[S.D.18.36] ドリンクであった。

DSM-5 の診断基準該当項目数による、参加者の物質使用障害の程度は、軽症（2～3 項目該当）41 名 (39.8%)、中等症（4～5 項目該当）27 名 (26.2%)、重症（6 項目以上該当）14 名 (13.6%) であった。

SOCRATES-8A では、「病識」因子（7 項目）の得点の平均は 16.92[S.D.4.98] 点、「迷い」因子（4 項目）の得点の平均は 10.77[S.D.2.62] 点、「実行」因子（8 項目）の得点の平均は 20.25[S.D.5.61] 点であった。

減酒または断酒の重要性に関する VAS は、重要度低（0～3）33 名 (32%)、重要度中（4～6）46 名 (44.7%)、重要度高 24 名 (23.3%) であった。今後の飲酒の目標に関する VAS では、5 点（量や頻度を半分にする）と答えた者が 29 名 (28.2%) と最も多かったが、全体の 90% は 5 点以下であり、0 点（減らすつもりはない）と答えた者も 15 名 (14.6%) いた。目標達成の自信に関する VAS では、自己効力感低（0～3）36 名 (35%)、自己効力感中（4～6）34 名 (33%)、自己効力感高（7～10）33 名 (32%) であった。目標達成後の生活変化に関する VAS では、5 点（これまでと変わらない）と答えた者が 54 名 (52.4%) であった。専門医療機関の意向については、意欲低（0～3）30 名 (29.1%)、意欲中（4～6）45 名 (43.7%)、意欲高（7～10）28 名 (27.2%) であった。

1回目のセッション時に設定した、次回セッションまでの飲酒目標としては、休肝日を設ける47%、酒量を制限する25%、多量飲酒する日数を制限する7%、節酒法を工夫する(1次会で切りあげる、まず食事を摂る等)13%、現状維持6%であった。

1回目のセッション終了3ヶ月後に飲酒日記を回収できた者は、46名(44.7%)であった。

対照群として、S社B事業所社員に対するAUDIT調査では、3250名から回答を得た。うち、AUDIT15点以上は277名(8.5%)であり、さらにそのうち20点以上は52名(1.6%)であった。

D. 考察

S社A事業所でのAUDIT調査では、15点以上の者は全体の4.3%にとどまり、全国調査での一般男性におけるAUDIT15点以上の割合(5.1%)を下回った。一方、対照群のS社B事業所での調査では、AUDIT15点以上の割合は8.5%であった。A事業所での調査では、AUDITの結果により節酒に関する保健指導を受けてもらう場合がある旨の記載がされていたことが、調査結果に抑制的に影響した可能性を否定できない。身体的に過酷な労働、3交替勤務者の割合が高いことなど、ほぼ同じ労働条件の中での多量飲酒者の割合の違いは、単純に都市圏と地方との地域差だけでは説明しがたく、様々な要因が考えられ今後検証していく予定である。

A事業所でのBI介入研究には、対象者124名中104名(83.9%)が参加し、極めて高い参加率であった。しかし、全員が自ら積極的に希望して参加したわけではなく、一部には産業医や産業保健師を通して、職場長の勧めに応じて参加した者も含まれ、参加者の動機づけ、受講態度は様々であった。これまで我々が職域で行ってきた個別あるいは集団での簡易介入では、むしろ積極的に自ら進んで参加する者が比較的多かったため、温かい和やかな雰囲気が進められることも多かったが、今回のA事業所での

集団での簡易介入の集団セッションでは、それに比べ、やや硬く緊張した雰囲気となっていたことは特徴的であった。

しかし、見方を変えれば、今回対象とした集団は、職場での多量飲酒者の実態をより正確に反映した現実に近い集団とも考えられ、重篤問題飲酒者に対するBIの効果検証の対象としては、より理想的であったと言える。

来年度は、S社A事業所での介入1年後の転帰をAUDITを含めて調査予定であり、対照群として今年度介入を行わなかったB事業所でAUDIT15点以上の社員の1年後のAUDIT再調査を行ない比較検討する。

E. 研究発表

1. 論文発表

杠岳文：アルコール関連問題の早期介入プログラム：HAPPY. 医学のあゆみ 254(10): 983-987, 2015

2. 学会発表

守田祐作、田中完他：特定保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング(AUDIT)の活用～誰にAUDIT調査をするか：産業衛生学会東海地方会学会、2015

杠岳文：プライマリ・ケアでの減酒指導と専門治療紹介(SBIRT). 第6回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会、6.14、2015

杠岳文：アルコール健康障害対策基本法と職域における予防. 第25回日本産業衛生学会、9.19、2015

武藤岳夫：減酒支援の理論と実践～ブリーフ・インターベンションとHAPPYプログラム.

平成27年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会、10.11、2015

杠岳文：健診・医療ワーキンググループからの報告. 平成27年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術集会、10.11、2015

武藤岳夫：減酒支援の理論と実践～ブリーフ・インターベンションとHAPPYプログラム. 第28回九州アルコール関連問題学会、3.11、

2016

2. 実用新案登録 なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

厚生労働科学研究費補助金
(障害者対策総合研究事業(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)))
アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究
(研究代表者 樋口 進)

平成 27 年度分担研究報告書
転帰調査におけるアカンプロサートの効果検証
研究分担者 吉村 淳
独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 精神科医長

研究要旨

アルコール依存症の新しい治療薬であるアカンプロサートは2013年5月より国内での使用が開始されている。様々な研究から、プラセボと比較して断酒率を高めるとの報告がなされてきたが、服用直後より明白に自覚的な効果を感じることができる薬剤ではないため、実際の医療現場においては、医師、患者ともにアカンプロサートの効果に関して漠然とした印象をもつことが多い。アルコール依存症入院患者の退院後の経過を調査することにより、アカンプロサートの臨床的な効果について改めて検証した。さらにアカンプロサートの効果が期待できる患者群の特性について同定を試みた。

研究協力者

樋口 進：久里浜医療センター 院長

木村 充：久里浜医療センター 診療部長

と比較して、入院中にうつ病を合併していた比率が有意に高かった ($P=0.002$)。

A. 研究目的

アルコール依存症入院患者を対象として、退院後の飲酒状況を調査し、アルコール依存症治療薬の効果について検証する。

B. 研究方法

入院中より、心理検査などで患者特性を把握し、服薬内容を確認した。退院6ヶ月後の飲酒状況を質問紙で確認し、退院6ヶ月後の断酒率をアルコール依存症の治療薬別に解析した。

(倫理面への配慮)

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター倫理委員会の承認を得て実施された。

C. 研究結果

退院時にアカンプロサートの服用群では、治療薬を服用していない群と比べて、6ヶ月後の断酒率が有意に高かった ($P=0.025$)。

入院中よりアカンプロサート服用していた対象者において、6ヶ月後断酒群では、飲酒群

D. 考察

アルコール依存症とうつ病の合併がある患者が断酒を継続するために、アカンプロサートの服用が、特に有用であることが示唆された。アカンプロサート服用と、それに伴う断酒は、うつ病の改善に大きく寄与する可能性が推測された。

E. 研究発表

1. 論文発表

現時点で発表なし

2. 学会発表

平成 27 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会 シンポジウム「転帰調査におけるアカンプロサートの効果検証」

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他