

厚生労働科学研究費補助金

障害者政策総合研究事業

アルコール依存症の早期介入から回復に至る  
切れ目のない支援体制整備のための研究

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 木村 充

令和3（2021）年 5月



## 目 次

### I. 総括研究報告

アルコール依存症の早期介入から回復に至る切れ目のない支援体制整備のための研究 -----	1
--	---

研究代表者 木村 充（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）

### II. 分担研究報告

1. アルコール使用障害の外来治療プログラム作成とその効果検証 -----	21
木村 充（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）	

2. 「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」に基づく診療の実施状況調査 -----	24
木村 充（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）	

3. 飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況 -----	35
木村 充（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）	

4. 飲酒量低減から断酒に至る事例収集 -----	46
湯本 洋介（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）	

5. 飲酒量低減によるアルコール健康障害の改善効果や医療コストに関するエビデンスの収集 -----	50
神田 秀幸（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科）	

6. アルコール問題を有する地域高齢者への効果的な介入と支援に関する研究 -----	77
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）	

7. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入 -----	80
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）	

8. アルコール依存症に対する認知行動療法（個人及び集団）に関し、本研究班全体で行われる全国調査も用いたエビデンスの収集及びシステマティックレビュー	83
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）	
9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出	85
佐久間 寛之（独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター）	
10. 自助グループを対象とした調査等によるエビデンスの収集及びシステマティックレビュー	88
森田展彰（筑波大学医学医療系）	
11. 依存症の専門医療機関の実態と求められる機能についての調査	103
加賀谷有行（瀬野川病院KONUMA記念依存ところの研究所）	
12. 受診後の患者支援に係るモデル事業」の事業報告等を用いた、SBIRTSの取組状況分析	119
吉本尚（筑波大学・医学医療系）	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	120
---------------------	-----



厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究 課題番号：（20GC1601）

令和2年度総括研究報告書

研究代表者 木村 充（久里浜医療センター 精神科診療部長）

研究要旨

アルコール使用障害の新ガイドラインでは、従来の断酒に加えて減酒が治療目標として取り上げられるなど、より早期からの介入を行うことにより、多くのアルコールによる健康損失を軽減させることが期待されている。一方で、専門治療施設での入院加療が必要な進行した患者も多く、自助グループ等も含めた回復支援も重要となっている。本研究班は、早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のため、飲酒量低減の治療目標が健康障害の改善に寄与しているかどうかのエビデンスを集め、より幅広い対象に対する飲酒による身体・社会的問題の介入を可能とすることを目的としている。主に、外来での集団治療プログラムの開発とその有効性の検証、新ガイドラインに基づく診療の実施状況調査、飲酒量低減によるアルコール健康障害の改善効果に関するエビデンスの収集、女性・高齢者や災害・救急医療におけるアルコール問題、専門治療施設、プライマリケア、自助グループでの支援についての課題抽出を行う。

本研究班の令和2年度の成果の概要を以下に示す。

- (1) アルコール使用障害に対する外来集団治療プログラムを開発した。また、その有効性を検証するために、ランダム化比較試験を開始した。
- (2) 飲酒量低減薬の使用状況を調査するために、患者、主治医、薬局薬剤師へのアンケート調査を開始し、途中経過ながらナルメフェンの継続率が高くないことが明らかになった。
- (3) 飲酒量低減から断酒に至る事例を収集した。減酒を入り口として治療に関わり経過中に断酒の治療方向性に変わる例は存在し、その背景として飲酒のコントロール困難が軽度で、重症度としても高くなく、社会機能が安定している層が断酒を達成する傾向が予測された。
- (4) 少量飲酒による疾患抑制効果は循環器疾患など疾患限定的にみられるものの、疾患予防の観点から飲酒量をできるだけ抑えることが、アルコールによる健康障害の防止し、国民の生命や健康を守ることにつながることを示唆された。
- (5) 2015年以降のトップジャーナルの論文レビューでは、バイアスを除去した質の高い研究の結果は、低量のアルコール摂取に死亡率を下げることを支持しないことが明らかとなった。少量飲酒による疾患抑制効果は循環器疾患など疾患限定的に

みられるものの、疾患予防の観点から飲酒量をできるだけ抑えることが、アルコールによる健康障害の防止し、国民の生命や健康を守ることにつながることが示唆された。

- (6) 日本介護支援専門員協会会員の中から無作為に抽出した 1,000 名に対し、アンケート調査を郵送した。今後の高齢者アルコール問題の施策を決める上で貴重な資料になると思われる。
- (7) アルコール依存症に対する認知行動療法について、国内外の文献・エビデンスの収集を行った。アルコール依存症に対する認知行動療法の治療効果は、国内外において既にエビデンスは確立されているものの、実際に国内の各施設で認知行動療法がどのような形で行われているかは調査する必要がある。
- (8) 妊産婦への飲酒指導について、産婦人科医に無記名のアンケート調査を行った。飲酒問題の評価は十分とは言えず、スクリーニングツールや指導用のツールがあれば、活用したいと考える医師は多いという結果だった。飲酒の指導に使える時間は、医師、コメディカルでも数分程度が現実的だと思われる。
- (9) 救急医療現場に従事する医療関係者、特に医師に聞き取り調査を行い、課題抽出のための基礎的データとした。依存症対応により、救急医療従事者は独特の疲弊感、徒労感、怒り、忌避感情を持ちやすい可能性が示唆された。
- (10) 自助グループについての文献レビューを海外文献と国内文献で分けて実施した。国外の研究では、自助活動の役割や有効性について高いエビデンスが明確になっていた。国内の研究では RCT を用いた有効性の検証はされていないが、人間関係や再発予防や自己成長に与える影響が報告されていた。
- (11) 減酒治療薬処方開始後 1 年の転帰を調査し、減酒治療が早期で軽症のアルコール依存症者の治療に役立つことが示唆された。依存症専門医療機関の診療実態調査では、専門医療機関といえどもアルコール依存症の患者が 10% 以下の医療機関が多い現状だったが、広島県アルコール健康障害サポート医へのアンケートでは、軽症のアルコール依存症は減酒を含めて自ら治療を試み、重症のアルコール依存症に関しては、専門医療機関による治療を期待していることが示唆された。
- (12) 「受診後の患者支援に係るモデル事業」のデータ共有が諸々の理由で行うことができず、北茨城市民病院附属家庭医療センターおよび筑波大学附属病院にてアルコール低減外来を開設し、SBIRT の実施状況から、軽度のアルコール問題から専門治療につなげる取り組みの効果を評価する予定とした。

分担研究者      神田 秀幸（岡山大学大学院）  
                    湯本 洋介（久里浜医療センター）  
                    杠 岳文（肥前精神医療センター）  
                    佐久間 寛之（さいがた医療センター）  
                    森田 展彰（筑波大学医学医療系）

研究協力者 吉本 尚（筑波大学医学医療系）  
加賀谷 有行（瀬野川病院）  
樋口 進（久里浜医療センター）  
角南 隆史（佐賀県医療センター好生館）  
福田 貴博（肥前精神医療センター）  
新田 千枝（久里浜医療センター、筑波大学医学医療系）  
岡田 美晴（久里浜医療センター）

## A. 研究目的

アルコール使用障害は、WHO の提唱する危険な飲酒（アルコール 40g/日以上）・ICD-10 による「有害な使用」レベルの軽度なものから、身体的・社会的な問題が深刻で再発を繰り返す重度のアルコール依存症まで、連続した病態であると考えられている。ブリーフインターベンションなどの早期からの飲酒への介入は、将来の飲酒問題を軽減させる効果があるというエビデンスがあるが、実際に危険な飲酒や初期のアルコール依存症の段階で医療機関に受診し、飲酒への介入を受けることは稀である。また、依存症が進行して問題が重度になった場合は、専門治療施設での入院治療や自助グループへの参加などが行われるが、飲酒の再発が起こることも多く、継続的な支援が重要となる。

近年のアルコール依存症治療では、ハームリダクションの考え方が急速に広がっている。2013 年の調査では、現在アルコール依存症の診断基準を満たす者は全国に約 57 万人いると見積もられているが、アルコール依存症での精神科外来受診患者数は約 10 万 2 千人、入院患者

数は約 2 万 7 千人に過ぎない。この大きな治療ギャップの原因として、従来の断酒一辺倒の考え方があることも一因として考えられている。欧州では、治療ギャップを小さくして早期からの介入を可能にするために、飲酒量軽減を目標とした介入の考え方が取り入れられてきている。わが国でも、2018 年に上梓された「新アルコール・薬物使用障害診断治療ガイドライン」では、新たに飲酒量低減が選択肢の一つとして取り上げられた。また、2019 年には国内初の飲酒量低減を目的とした薬剤であるナルメフェンも発売され、アルコール治療専門施設でも、「減酒外来」のような飲酒量低減を目的とした治療が急速に受け入れられるようになってきている。しかし、現段階では飲酒量低減を目標とした介入が、治療ギャップ縮小や健康問題の改善にどのように影響しているかは十分なエビデンスはない。

本研究班は、早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のため、飲酒量低減の治療目標が健康障害の改善に寄与しているかどうかのエビデンスを集め、より幅広い対象に対する飲酒によ

る身体・社会的問題の介入を可能とすることを目的としている。主に、外来での集団治療プログラムの開発とその有効性の検証、新ガイドラインに基づく診療の実施状況調査、飲酒量低減によるアルコール健康障害の改善効果に関するエビデンスの収集、女性・高齢者や災害・救急医療におけるアルコール問題、専門治療施設、プライマリケア、自助グループでの支援についての課題抽出を行う。

## B. 研究方法

### 1. 外来集団治療プログラムの開発と有効性の評価

従来入院患者向けの治療プログラムや、国内外で行われている認知行動療法、動機づけ面接法、コーピングスキルトレーニング等を参考にして、外来集団治療プログラムを開発した。さらに、本外来治療プログラムの有効性を評価するために、アルコール使用障害で通院中の患者に対して、無作為に集団プログラム群と一般治療群を割り付け、ランダム化比較試験を行った。対象者は、久里浜医療センターにアルコール使用障害で通院している者で、通院治療が望ましいと主治医が判断したケースとした。入院治療が望ましい場合、通院継続が困難な場合、高度な認知機能障害等で集団療法参加が困難な場合、直近1か月間、断酒している場合は除外した。

プログラム参加群は、通常外来診察のほかに、本外来治療プログラムを用いた集団ミーティングを隔週で6回行う。対照群は、通常外来診察と、飲酒日記を用いた介入を行った。両群とも、各診察時にTLFB (Time-line follow-back) を用いて飲酒量・頻度を聞き取り、4週毎に血液検

査を行いGGT等のバイオマーカーを測定した。また、両群とも初回と6回目の診察時にAUDIT、SOCRATESを用いて、飲酒問題の評価と治療モチベーションの評価を行った。また、介入終了後も、6か月後と12か月後に、郵送にて飲酒状況のアンケートを行う。

### 2. 「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」に基づく診療の実施状況調査

全国アルコール治療機関に、治療の実施状況について、郵送にてアンケート調査を行う。まず、調査すべき項目について検討し、質問紙を作成した。令和3年度に実際にアルコール治療機関に対して質問紙を発送し、回収、データ解析を行う予定である。

### 3. 飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況

久里浜医療センターにて2019年3月から2020年9月までにナルメフェン錠を2回以上処方され、かつ2020年9月から11月まで受診履歴のある患者54名およびその主治医を対象にアンケート調査を行った。また、横須賀・三浦医療圏内でナルメフェンの購入実績のある調剤薬局の薬剤師を対象にナルメフェン錠の服薬指導状況等のアンケート調査を行い、医師・患者・薬剤師のナルメフェン錠の印象から継続服用につながる要素を調べた。

### 4. 飲酒量低減から断酒に至る事例収集

2019年4月から2020年3月に久里浜医療センター減酒外来を受診した128名に対して、初診時に人口統計学的データ、ICD-10アルコール依存症診断基準該当項目

数、AUDIT、飲酒習慣、K10 スコアなどを聴取した。転帰調査として、初診後3ヶ月(±1ヶ月)、6ヶ月(±2ヶ月)の飲酒習慣、K10 スコアを聴取した。

## 5. 飲酒量低減によるアルコール健康障害の改善効果や医療コストに関するエビデンスの収集

2015年以降に、医学系トップジャーナル誌(New Eng J of Med., the Lancet, JAMA, BMJ)もしくは”Substance Abuse”のカテゴリーに属するトップ10誌に掲載された論文のうち、飲酒量と健康障害に関する疫学研究や社会的インパクトを取り上げた論文を対象として、文献レビューを行った。

## 6. アルコール問題を有する地域高齢者への効果的な介入と支援に関する研究

介護支援専門員に対するアンケート調査を、日本介護支援専門員協会の協力を得て行う。日本介護支援専門員協会会員の中から無作為に抽出した1,000名に対し、アンケート調査を郵送する。アンケートには担当しているケースの中で、①アルコール問題を有するケースがどのくらいあるか、②飲酒関連問題の具体的内容、③介護する家族のアルコール問題、④有効な支援に必要な事柄、⑤身近な相談機関、⑥飲酒問題で対応に苦勞したケース、⑦効果的な対応で、飲酒問題が改善したケースなどについて、回答肢から選択、あるいは自由記載で調査する。

## 7. アルコール依存症に対する認知行動療法(個人及び集団)に関し、本研究班全体で行われる全国調査も用いたエビデンスの収集及びシステマティックレビュー

一

アルコール依存症に対する認知行動療法について、国内外の文献・エビデンスの収集を行った。また、実施状況調査に盛り込む調査項目を選定した。

## 8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

妊産婦の飲酒実態調査を行うフィールドを選定し、2020年11月、佐賀県産婦人科医会所属医師に対して、郵送による無記名のアンケート調査を行った。

## 9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

予備的調査として救急医療現場に従事する医療関係者、特に医師に聞き取り調査を行い、課題抽出のための基礎的データとする。質的調査のため統計学的な処理は行わない。予備調査の結果を踏まえて、次年度以降に質問紙票を作成し全国調査を行う。

## 10. 自助グループを対象とした調査等によるエビデンスの収集及びシステマティックレビュー

海外では、主に「アルコホーリクス・アノニマス(AA)」や、AAで実施される「12ステッププログラム」に関する有効性についての調査研究が散見される。一方、わが国には独自のアルコール依存症の自助グループである「断酒会」があり、海外と国内での自助グループの事情は異なるものと考えた。そのため、文献レビューを海外文献と国内文献で分けて実施した。海外文献はPubMedを用いて、国内文献はCiNii Articlesを用いて、一定の条件により分権を抽出した。

## 1 1. 依存症の専門医療機関の実態と求められる機能についての調査

2019年3月6日から2020年3月5日までによこがわ駅前クリニックと瀬野川病院で減酒治療薬の処方を行なった70人のうち処方開始後の経過を追跡できた61人を対象として、減酒治療薬処方開始後1年まで、飲酒に関する自己評価と入院回避を評価項目として有効性を調査した。有効群と無効群についての特徴の比較、アルコール依存症病型による有効性の比較を行った。

(2) 中国四国地方の依存症専門医療機関にアンケートを送付し、診療に関する調査を実施した。(3) 広島県アルコール健康障害サポート医133人にアンケートを実施した。

## 1 2. 「受診後の患者支援に係るモデル事業」の事業報告等を用いた、SBIRTSの取組状況分析

依存症対策総合支援事業の中で行われた「受診後の患者支援に係るモデル事業」のデータ共有が諸々の理由で行うことができず、計画していた研究の実施が困難となった。SBIRTSの取組のため、北茨城市民病院附属家庭医療センターおよび筑波大学附属病院にてアルコール低減外来を開設した。2年目からはアルコール低減外来の外来及び入院患者でのSBIRTの実施状況から、軽度のアルコール問題から専門治療につなげる取り組みの効果を評価する予定である。

### (倫理面への配慮)

本研究の中で、必要な研究に対しては、各分担研究者の所属する機関の倫理審査委員会の承認を得て実施した。該当する研究については、調査対象者に対しては、調査

の趣旨、内容、方法等を記した文書により説明し、書面による同意を得たうえで実施した。また、得られた情報は厳密に保管して、本調査の関係者以外が取り扱えないよう配慮し、個人情報漏洩予防には十分な対策を講じた。

## C. 研究結果

### 1. 外来集団治療プログラムの開発と有効性の評価

#### 【外来治療プログラムの作成】

別紙参考資料のような外来治療プログラムを作成し、印刷、製本を行った。

様々な医療機関で行うことができる通院頻度、回数を検討し、全6回のセッションから構成し、どの回からも開始可能とした。各セッションのテーマは、(1) 1日の生活を振り返る、(2) 飲酒問題の整理、(3) 飲酒と断酒の良い点・悪い点、(4) アルコールへの誘惑・引き金、(5) 欲求に対処するには、試行ストップ法、いのち綱、(6) ストレスについて、新たな健康的実践に取り組む、とした。また、途中にコラムとしてアルコールの身体的な影響等について教育的な内容を加え、巻末には断酒日記をつけて記入できるようにした。

#### 【外来プログラムの有効性評価】

まず久里浜医療センターにてリクルートを開始した。3月までに、プログラム群8名、通常飲酒群3名がエントリーし、うちプログラム群3名、通常飲酒群1名が6回の通院を完了した。今後もエントリーを続ける予定である。

### 2. 「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」に基づく診療の実施状況調査

全国のアルコール治療機関に対する郵送

アンケート調査のため、別紙のような質問紙を作成した。質問内容は、どのような理論に基づくプログラムを行っているか、どのような職種が行っているかのほか、コロナウイルスの流行に伴い、アルコール医療に対してどのような影響があるかを含むものとした。令和2年度には発送、回収ができなかったため、令和3年度にアンケートを発送し、回収し、データの解析を行う予定である。

### 3. 飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況

調査対象者は、患者54名となり、2021年2月までに、患者23名から回答を得ている。またその患者の主治医10名からは、27名分の回答を得た。調剤薬局の薬剤師へのアンケートは、調剤薬局のうち、実際にナルメフェン購入実績のある薬局は47施設であったが事前調査にて5施設が「購入したが一度も使用しなかった為返納した」と回答したため、42施設を対象に行った。調剤薬局へは、ナルメフェン投薬経験のある薬剤師すべてにアンケートへの参加を依頼しており、2021年2月までに27名からアンケートの回答を得た。

患者へのアンケート調査で、現在ナルメフェンを服用しているのは23人中9名で全体の39%だった。ナルメフェンを使用した感想として、と答えたのは7名で全体の30%であり、「普通」が7名、「全く良くなかった、どちらかといえば良くなかった」が6名、無回答3名であった。

主治医へのアンケートでは、処方目的が“減酒”である者が17名、“断酒を最終目標に見据えた減酒”である者が10名であった。目的を“断酒を最終目標に見据えた減酒”とした群の方が現在断酒できて

いる割合が高かった。現在ナルメフェンを服用しているか否かを反映していないため、今後それらを含んだ評価を行いたい。

薬剤師へのアンケートでは、78人中2回以上ナルメフェンを処方したのは31名であり、継続割合は39.7%であった。「多くの患者様が抗酒剤の継続はできるのに、セリンクロだけ続かないのは効果を感じる方が少ないのではないのでしょうか？ほかの薬よりセリンクロの時は凶着にきた時反応が薄いというかない事が多いです。」等、従来のアルコール依存症治療薬とは違うということを指導時に説明する必要があると思われる、という意見も聞かれた。

### 4. 飲酒量低減から断酒に至る事例収集【人口統計学的データ】

対象期間(2019年4月～2020年3月)の減酒外来の受診者数は128例(男性97例 年齢 $47.4 \pm 13.2$ 歳、女性31例 年齢 $44.3 \pm 9.8$ 歳)であった。初診時の調査拒否例11例を除き、以降の調査は男性85例、女性26例に行った。

居住地域は久里浜医療センターのある神奈川県内が49例(44.1%) 県外が62例(55.9%)であった。学歴は大学院卒11例(9.9%)、大学卒57例(51.4%)、大学在学中4例(3.6%)、専門学校卒11例(9.9%)、短大卒3例(2.7%)と比較的高等教育より上の学歴を持つ者が多かった。同居家族のいる者が93例(83.8%)、同居家族のいない者が18例(16.2%)であった。職業状態は在職中が101例(91.0%)、退職後が(3.6%)と職業状態が安定している者が多かった。治療中の身体的合併症がある者は34例(30.6%)で代謝系疾患が26例、消化器系疾患が5例、肝疾患が7例、循環器疾患が1例であった。また治療中の精神的合併症がある者

は22例(19.8%)で、F3が10例、F4が5例、F8が4例、その他が3例であった(複数回答可)。

#### 【飲酒習慣】

AUDITスコアは男性で $18.1 \pm 7.0$ 、女性で $19.8 \pm 6.5$ 例であった。

ICD10のアルコール依存症候群該当項目数は6項目が5例(4.6%)、5項目が3例(2.8%)、4項目が13例(12.0%)、3項目が14例(13.0%)、2項目が14例(13.0%)、1項目が20例(18.5%)、0項目が39例(36.1%)であった。アルコール依存症に該当した例は診断基準該当項目数が得られた108例中35例(32.4%)であった。

初診時のDRL(Drinking Risk Level)は、男性で0が12例(14.3%)、Low(平均飲酒量1-40g/day)が16例(19.0%)、Middle(41-60g/day)が15例(17.9%)、High(61-100g/day)が24例(28.6%)、Very High(101g-/day)が17例(20.2%)であった。女性では0が8例(22.9%)、Low(1-20g)が2例(5.7%)、Middle(21-40g/day)が3例(8.6%)、High(41-60g/day)が4例(11.4%)、Very High(61g-/day)が9例(25.7%)であった。

過去28日あたりの非飲酒日数は男性で $9.2 \pm 10.5$ 日、女性で $8.5 \pm 8.7$ 日であった。過去28日あたりの大量飲酒(男性60g以上、女性40g以上)日数は、男性で $12.6 \pm 11.4$ 日、女性で $13.4 \pm 10.3$ 日であった。

初診時のK10スコアは男性 $16.6 \pm 6.5$ 、女性で $21.7 \pm 7.8$ であった。

#### 【飲酒習慣の転帰調査】

初診時のエントリーが男性85例、女性が26例のうち、3ヶ月後(±1ヶ月)の外來継続者が男性27例(31.8%)、女性が9例(34.6%)であった。6ヶ月後(±2ヶ月)では男性16例(18.8%)、女性5例(19.2%)であっ

た。経過が終えた例で、男性の受診前1週間の総飲酒量は初診時 $432.8 \pm 88.4$ g、3ヶ月後が $290.1 \pm 60.0$ g( $p=0.038$ )、6ヶ月後が $293.9 \pm 55.2$ g( $p=0.046$ )と初診時に比較して有意な飲酒量の減少が見られた。女性では1週間の総飲酒量が初診時 $308.9 \pm 79.5$ g、3ヶ月後が $150.6 \pm 45.8$ g( $p=0.028$ )と総飲酒量の有意な低下を認めた。28日あたりの大量飲酒日数は有意差が認められなかった。

#### 【減酒外來受診のうち断酒に至ったケース】

調査対象者のうち経過中に減酒から断酒に至った例は6例存在した。全例がICD-10アルコール依存症診断基準該当項目数が2-4例で、DRLはmiddle~very highであった。また、減酒外來受診時で初診時より断酒目標としていた例が5例であった。ICD-10診断基準該当項目数は0項目が2例、3項目が2例、6項目該当が1例であった。DRLは1例を除いて0であり、すでに飲酒を止めてから外來受診に訪れ、その後も断酒を続けている例が大多数であった。

ナルメフェンを使用して断酒に至った例では、ナルメフェンで渴望が和らぎ、断酒に至ることが可能となったケース、またナルメフェンは中断したが、飲酒習慣の変化の取り組みのきっかけとなり、心理社会的治療を中心にその後の断酒継続に結びついたケースの2通りのパターンが推測された。アルコール依存症の診断がつく者のうち、断酒に至ったケースでナルメフェンを使用したケースは4例であった。

## 5. 飲酒量低減によるアルコール健康障害の改善効果や医療コストに関するエビデンスの収集

#### 【飲酒と総死亡】

アルコール摂取量と死亡リスクについて



の 87 研究にもとづくメタ分析によると、飲酒者は、禁酒者に対してアルコール 45g 以上で、また機会飲酒者に対してアルコール 25g 以上で死亡リスクを高める結果が示された。また、飲酒の期間、持病、人種、喫煙の程度で、少量飲酒による死亡抑制効果は否定的な検討がなされた。バイアスを除去した質の高い研究の結果は、低量のアルコール摂取に死亡率を下げることを支持しないことが明らかとなった。

#### 【アルコール摂取量と死亡リスクや DALYs】

アルコール摂取量と死亡リスクや DALYs に関する世界 195 の国・地域からの結果によるメタ分析によると、毎日のアルコール摂取量が増加するに従って総死亡の相対リスクが上昇することを明らかにした。男女ともに、少量の飲酒は虚血性心疾患や糖尿病のリスクを下げるものの、飲酒量の増加に伴って総死亡やがん、結核のリスクを有意に上昇させることを示した。

#### 【飲酒量と平均余命、循環器疾患死亡】

アルコール摂取量と心血管死亡について 83 の追跡研究、約 60 万人規模のメタ分析結果によると、飲酒量の増加は脳卒中・心不全に促進的、心筋梗塞・冠血管疾患は抑制的な方向が示された。しかしながら、飲酒量と平均余命への影響を検討したところ、週飲酒量が純アルコール換算で 0-100g 未満の群を基準に対して、それ以上となるカテゴリーで 40 歳時点での平均余命を延伸する飲酒量はみられなかった。この研究結果によると、純アルコール量が週 100-200g であった場合 6 ヶ月の余命、純アルコール量が週 200-350g で会った場合 1-2 年の余命、純アルコール量が週 350g 以上であった場合 4-5 年の余命の、いずれも短縮がみられた。このことは、平均余命

の観点から、摂取アルコール量は週 100g 未満（1 日 15g 程度）までとすることを示した。

#### 【アルコール摂取量と心血管死亡】

アルコール摂取量と心血管死亡に関する 45 研究にもとづくメタ分析によると、アルコール摂取が比較的多くても（毎日エタノール量 65g 未満まで）心血管疾患に対して予防的に働くことが示されつつも、非飲酒者バイアス、喫煙状態、飲酒量計測の正確さ、ベースラインの心疾患の状況を調整すると、その抑制効果が漸減する結果となった。また、喫煙状況、適切な飲酒量の計測、ベースライン時のコホートの平均年齢を 60 歳までに限るなど研究の質を高めて分析を行ったところ、飲酒量による心血管死亡の有意な抑制効果はみられなくなった。この結果の中で、アジア人での研究結果、白人の 55 歳までにリクルートされたコホート集団では、飲酒の冠動脈疾患の予防効果が認められなかったことが示されている。

#### 【飲酒量とがん罹患】

米国の看護師と医療従事者の 2 つのコホートを結合させた大規模なコホート研究の分析によると、全がんやアルコール関連がんに対して、男女ともに、飲酒量の増加とともにがんの発症の相対危険度が増加した。アルコール摂取量ががん罹患のリスクを下げず、循環器疾患でみられた抑制効果はがん罹患ではみられなかった。

## 6. アルコール問題を有する地域高齢者への効果的な介入と支援に関する研究

日本介護支援専門員協会会員の中から無作為に抽出した 1,000 名に対し、アンケート調査を郵送した。4 月末日までの回収期限であるが、3 月 26 日までに約 300 人程

度の会員からアンケートの回収を得ている。今後困難事例、好事例を含め、次年度に調査結果をまとめる予定である。

## 7. アルコール依存症に対する認知行動療法（個人及び集団）に関し、本研究班全体で行われる全国調査も用いたエビデンスの収集及びシステマティックレビュー

2020年度は、アルコール依存症に対する認知行動療法について国内外の文献・エビデンスの収集を行った。その結果、アルコール依存症に対する認知行動療法の治療効果は、国内外において既にエビデンスは確立されていることが判明した。このことをワード文書40ページほどにまとめた。

また本研究班全体で行われるアルコール依存症診療の実態調査において調査に盛り込む調査項目として、下記を予定している。

・質問：

ARPでどのような治療技法を用いていますか？

・回答（複数選択可）：

認知行動療法(CBT)、動機づけ面接法(MI)、随伴性マネジメント(CM)、家族療法(CRA)、クラフト(CRAFT)、内観、座禅、瞑想、マインドフルネス、運動療法、作業療法、SST、自助グループ、貴施設のOG/OGとの面談、個別心理面接、退院前訪問、その他（自由回答）

## 8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

2020年11月、佐賀県産婦人科医会所属医師に対して、郵送による無記名のアンケート調査を行った。43人中20人から回答を得た。回答者の属性は、男性17名、女性3名、40代2名、50代5名、60代9

名、70代以上が4名であった。

質問1、妊産婦の飲酒習慣についての問診については、①飲酒習慣の有無を尋ねる：9人、②飲酒頻度を具体的に尋ねる：3人、③飲酒量を具体的に尋ねる：2人、④飲酒頻度、飲酒量を具体的に尋ねる：5人、⑤飲酒習慣についてのスクリーニング・問診は実施していない：6人、⑥その他：1人であった。AUDIT、CAGE等のスクリーニング用ツールは全員が使用していなかった。

妊娠20週の妊婦に対しての許容できる1日の飲酒量としては、①一滴も飲まない：16人、②缶ビール500ml 1本相当：4人、それ以上：0人であった。授乳している方に対しての許容できる1日の飲酒量は、①一滴も飲まない：15人、②缶ビール500ml 1本相当：4人、それ以上：0人、未回答：1人であった。

妊産婦への飲酒習慣に対する指導については、実施している、もしくは実施していないが、対応は可能であるものが多く、妊産婦への飲酒に対する指導に使える時間は5分程度と回答したものが最も多かった。妊産婦向けの飲酒指導用ツールがあれば使用したいと回答したものは20名中15名であった。形態としては、リーフレット、冊子と回答するものが多く、飲酒指導に必要な内容は胎児性アルコールスペクトラム障害について、アルコールの母乳移行について、早産、流産や低出生体重児のリスクが必要とされた。

## 9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

救急医療現場における依存症に関する課題抽出に関し、予備的調査として新潟県立中央病院消化器内科医師2名に聞き取り調

査を行った。以下は聞き取り調査のサマリーである。

#### 【飲酒問題を呈する患者層】

典型的には50代から60代の男性。通院歴に乏しく、治療歴もあまりない。突然に静脈瘤破裂などの重篤な状態で救急搬送される。治療を行い退院するが、退院時には断酒ないし飲酒問題をもう起こさないと誓うが、外来通院に移行後に再飲酒、通院を中断する。

アルコールに起因する身体合併症患者の診療を外来で行っても、断酒の医師を示さない。やめる気があればいつでも止められる、と言って行動に移さない。命にさわることを説明するが、指導に従わない。

印象ではあるが、アルコール問題を抱えた受診者・搬送者の比率は多い。食道静脈瘤患者が多い。重症者、死亡例も多い。

#### 【アルコール問題に対する医療者の感情】

断酒の意志がない、治療をする気がない患者へ対応し続けなければならない徒労感。アルコール問題を持っている人は入院後せん妄を起こしやすく、暴れる患者への対応に自信がない。肝機能が低下しているために過鎮静リスクが想定できず、常に重症化・過鎮静リスクを抱えているために不安を感じる。自院治療だけでは問題が解決しないことへの無力感。

#### 【精神科医療に対する懐疑と怒り】

本人が明確な断酒の意志を示さないと地元精神科病院が紹介患者を受け取らない。あきらかに精神疾患であるにも関わらず、応需する精神科がない。救急場面となればなおさらである。なぜ自分たちだけが対応を続けなければいけないのか。

### 10. 自助グループを対象とした調査等によるエビデンスの収集及びシステマティ

#### ックレビュー

【アルコール依存症の自助グループの効果や有用性に関する国外文献調査の結果】

12件の論文がリストアップされ、以下の所見が明らかになった。

・欧米では、アルコール依存症の回復支援をうける成人の多くの割合がアルコールリックスアノニマス (AA) 等の自助グループを用いている。

・AAや12ステップへの参加の継続性や効果は、研究間でかなりのばらつきがあり、少なくとも一部は参加者の特徴により異なることが指摘された。

・AAの効果調べた場合①大きさ、②用量反応効果、③一貫性のある効果、④時間として妥当な効果、⑤特異的な効果、⑥妥当な説明のつく効果という6側面から検討すると、⑤以外は証明されているが、⑤については明確にされていないと指摘された。

(Kaskutasら)

・AAは自主的な参加が特徴であり、その有効性を検討する場合に、AAを自己選択することの影響と、利用による効果の2つをどう区別していくかが問題となってきた。これについてHumphreysらは操作変数モデルという新しい手法によるメタ分析により、12ステップ促進プログラム(12TSF)を無作為割付されたことが自助グループの参加に効果があることを確認した上で、無作為化に起因する(=自己選択バイアスがない)AA出席の増加は、3ヵ月後、15ヵ月後における断薬日数の増加に有意らよるコクランレビューの研究(#12)では、研究デザイン(RCT/準RCT、非ランダム化、実地的)、マニュアル化の程度、介入のタイプ(12TSF/AA、CBTなどの方法)によって断酒継続の有無、断酒日数%(PDA)を調べ、その結果、マニュアル化された

AA/TSF は、他の介入（CBT など）と比べて、12 ヶ月後の継続的断酒率の改善に有意な影響をもち、PDA では他の介入と同等の影響を持っていた。マニュアル化されない AA/TSF では、断酒継続、PDA の両方で他の介入と同等の影響を持っていた。また、AA/TSF は、アルコール使用障害患者の間で実質的な医療費の節約をもたらすことが示唆された。

【アルコール依存症の自助グループの効果や有用性に関する国内文献調査の結果】

3 つの検索テーマから、最終的な文献リストは、20 件となった（20 文献の概要を付表 2 にまとめた）。現時点で収集した 19 文献のうち、9 件が質問紙を用いた量的研究であり、11 件が半構造化面接(対象者へのインタビュー)を用いた質的研究であった。量的研究における分析対象者の N 数は最小 19 名～最大 222 名であり全国的な大規模調査は実施されていなかった。また、質的研究における分析対象者の N 数は、最小 4 名～最大 19 名であった。対象者はアルコール依存症の当事者のみ（17 件）、当事者と家族（2 件）、家族のみ（1 件）であった。当事者を対象とした研究は、自助グループ（SHG）に参加し、一定期間断酒が継続できている者のみに限定している研究が大部分であった。以上の結果から、質的分析が多く含まれ、各研究の対象者や効果指標にもバラつきがあるため、抽出された各研究の結果をメタ分析などの手法で統合することは難しいと考えられた。

### 1 1. 依存症の専門医療機関の実態と求められる機能についての調査

【減酒治療薬のアンケート調査】

減酒治療薬の有効率は 61% だった。有効群で精神科入院歴を有する割合が低く、

アルコール依存症病型の軽症群の割合が高く、初診で減酒治療薬を処方する割合が高かった。アルコール依存症病型別の有効率は I 型が 100%、II 型が 86%、III 型が 80% であり、軽症群全体では 84% で、重症群と比較して有効率が高かった（表 2）。また、よこがわ駅前クリニックと瀬野川病院を比較したところ、よこがわ駅前クリニックの有効率が 85% と、瀬野川病院の 43% に比較して有意に高率だった。ただし、瀬野川病院の通院患者では有効率は低かったが通院継続率が 100% でありドロップアウトがゼロだった。

【中国四国地方の依存症専門医療機関にアンケート調査】

35 施設中 22 施設より回答があり、回収率は 63% だった。通院患者におけるアルコール依存症者の割合が 50% を超える施設は 22 施設中 2 施設、入院患者におけるアルコール依存症者の割合が 50% を超える施設は 21 施設中 2 施設だった。一方通院患者が 10% に満たないと回答した施設が 17、入院患者が 10% に満たないと回答した施設が 15 だった。患者の重症度では、通院患者のうち若年成人型、社会機能維持型、家族性中等型といった軽症群が  $62.2 \pm 19.2\%$ 、若年反社会型と慢性重症型の重症群が  $37.8 \pm 19.1\%$  で、有意な差が見られた。入院患者のうち軽症群は  $44.9 \pm 26.3\%$ 、重症群は  $53.0 \pm 26.7\%$  で、両群に有意な差を認めなかった。減酒治療に積極的なのは回答した 21 施設中 12 施設だった。減酒治療に対する意識と通院患者の重症度について検討したところ、通院患者軽症群の割合が減酒治療に積極群では  $55.1 \pm 22.4\%$ 、減酒治療消極群は  $71.0 \pm 9.0\%$  で、両者に有意な差は認めなかった。入院患者軽症群の割合に関しては、減酒治療積極群で  $38.8 \pm$

22.6%、減酒治療消極群で 56.1±29.1%と、こちらにも有意な差を認めなかった。専門医療機関に選定された後の診療機会について増えたと回答した施設が 10、受診前相談が増えたと回答した施設が 10 だった。連携に関しては、行政との連携に積極的という回答が 16、医療機関との連携が積極的という回答が 16、自助グループとの連携が積極的という回答が 17 だった。

【広島県アルコール健康障害サポート医にアンケート】

5 群に分類した病型ごとの診療に関する第一方針として選択する手段が最も多かったのは、若年成人型と社会機能維持型では減酒、家族性中等型では断酒と紹介、若年反社会型と慢性重症型では紹介であった。サポート医とサポート医（専門）では、若年成人型と社会機能維持型で減酒を選択するポイントに差は無く、家族性中等型で断酒を選択するポイントにも紹介を選択するポイントにも差が無かった。若年反社会型と慢性重症型で、サポート医はサポート医（専門）より紹介を選択するポイントが高かった。一般科医師は精神科医師より、家族性中等型で紹介を選択することが多く、若年反社会型と慢性重症型で紹介を選択することが多かった。精神科医師は一般科医師より、家族性中等型で断酒を選択することが多かった。一般科医療機関勤務医は精神科医療機関勤務医より、家族性中等型と若年反社会型と慢性重症型で紹介を選択することが多かった。精神科医療機関勤務医は一般科医療機関勤務医より、家族性中等型で断酒を選択することが多かった。専門医療機関の医師はその他の医師より、家族性中等型で断酒を選択することが多く、その他の医師は専門医療機関の医師より、家族性中等型と若年反社会型と慢性重症型で

紹介を選択することが多かった。診療機会については、社会機能維持型の診療機会が最も多く、続いて家族性中等型の診療機会が多かった。サポート医とサポート医（専門）で病型別診療機会に違いは無かった。一般科は精神科より社会機能維持型の診療機会が多く、一方、精神科は一般科より慢性重症型の診療機会が多かった。一般医療機関は精神科医療機関より社会機能維持型の診療機会が多く、一方、精神科医療機関は一般医療機関より若年反社会型や慢性重症型の診療機会が多かった。専門医療機関サポート医はその他の医師より慢性重症型の診療機会が多く、一方、その他の医師は専門医療機関サポート医より社会機能維持型の診療機会が多かった。

## 12. 「受診後の患者支援に係るモデル事業」の事業報告等を用いた、SBIRTS の取組状況分析

依存症対策総合支援事業の中で行われた「受診後の患者支援に係るモデル事業」のデータ共有が諸々の理由で行うことができず、計画していた研究の実施が困難となった。計画していた研究の実施が困難となった。そのため、北茨城市民病院附属家庭医療センターおよび筑波大学附属病院に開設したアルコール低減外来にて、SBIRTS の取組の実施状況を評価する予定である。

## D. 考察

### 1. 外来集団治療プログラムの開発と有効性の評価

アルコール使用障害の外来での介入に用いることができる外来治療プログラムを開発した。従来、わが国では集団治療プログラムは入院患者を対象としたものが多かったが、早期の段階から治療を行うために

は、外来における治療プログラムを開発することは不可欠と考える。現在はまず久里浜医療センターにて導入し、有効性の評価を行っているが、今後他施設に広げ、共同で有効性の評価を行いたいと考えている。今後、共同研究を行う医療機関を募り、外来治療プログラムの研修を行った後、有効性評価のための症例を集めていきたいと考えている。

## 2. 「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」に基づく診療の実施状況調査

現在のところ、まだ調査の結果は得られていないため、考察は割愛する。

## 3. 飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況

患者、薬剤師への調査では、途中経過ではあるが、ナルメフェンの継続使用に至った例が約40%程度と低かった。今後、対象者を増やして、服薬継続あるいは中断に至る要因について調査を続けたい。

## 4. 飲酒量低減から断酒に至る事例収集

治療目標としての減酒の方向性を許容した減酒外来の受診者層は、従来のアルコール外来を受診する層と比較して若年であった。参考程度に2014年の久里浜医療センターの入院アルコール依存症治療プログラムの対象者の平均年齢を挙げると、男性が $56.5 \pm 13.5$ 歳、女性 $47.8 \pm 13.9$ 歳であった。入院時の年齢であるため単純比較はできないが、減酒外来受診者の方が早い段階で飲酒問題を相談できる場につながる事が可能となった可能性が示唆される。

人口統計学的データでは、高学歴者、同居家族あり、現在の職業状態が安定してい

るケースが多くを占めており、背景の社会機能が安定していることが予想された。またアルコール依存症の診断基準に合致する者は32.4%に留まり、受診者のうち半数以上はアルコール依存症の診断閾値下の層が半数以上を占めていた。これらのことから社会機能の安定かつアルコール使用障害としても軽症の群が減酒をアピールした外来診療のメインターゲットとなることが推測された。

飲酒習慣の転帰調査では、およそ20%弱の対象者のフォローアップに留まり、通院中断例の多さが課題と思われた。これには当院通院への利便性の悪さや、そもそも軽症のため通院の必要性を感じなくなった、あるいは減酒(断酒)に挫折し通院中断につながったかもしれない。通院中断の背景の分析や、同時に通院継続の支援について更なる工夫を要すると思われた。

## 5. 飲酒量低減によるアルコール健康障害の改善効果や医療コストに関するエビデンスの収集

近年の飲酒量と健康障害に関する文献レビューにより、飲酒は総死亡やがん罹患のリスクを増加させ、平均余命を延伸するような飲酒量は見当たらないことが国際共同研究で分かってきた。また、少量飲酒は、心筋梗塞や冠動脈疾患で抑制効果が認められたが、総死亡率を下げることを支持するものではなかった。

飲酒量と全死亡の関係は、これまでいわゆる“Jカーブ”の関係を示す研究結果がこれまでに多く報告されてきた。しかし、近年の国際的なメタ分析では、少量を含む飲酒者における死亡率低下や平均余命の延伸はみられないという報告が公表されつつある。今後、こうした国際的な動向をふま

え、わが国でのアルコールの死亡への影響について注視していく必要があると思われる。

一方、毎日エタノール量 65g 未満までの比較的多い飲酒量でも心筋梗塞や冠血管疾患の抑制効果は、国際的なメタ分析で見られた。このメカニズムとして、飲酒による HDL コレステロール増加が考えられる。アルコール摂取量と心筋梗塞の抑制的な関連は国内外の研究において、アルコール摂取量の少ない範囲では負の量-反応関係がみられるが、多量飲酒になるとこの関係が減弱することが知られているため、アルコールの心血管系の抑制効果は少量飲酒にとどまることに留意する必要がある。また、非飲酒者バイアスや喫煙状況の詳細を調整した質の高い研究では、この関係が減弱することから、今後抑制的な影響が生じ続けるのかについて見極めていくことになると思われる。

がんの発症については、男女ともに、飲酒量の増加とともにその相対危険度が増加した。アルコールによる身体的障害は、全身的な広がりをもった健康影響が特徴的である。全がんやアルコール関連がんでは、男女ともに、抑制的な効果を認めず、飲酒量とがんの発症の相対危険度が直線的な正の関連を示したことは、この全身的な影響を示している可能性がある。血管系とがんの発症の病態的なメカニズムの違いがこうしたアウトカムに影響を与えていることも考えられた。

本文献レビュー結果をわが国で適用していくためには、いくつか考慮すべき点がある。本レビューに用いた文献のほとんどは国際的なメタ分析やコホート研究にもとづく文献で、わが国の実態に直接的に合わない可能性が含まれる。特に女性の飲酒者は

わが国では男性に比べ、比較的少ないため、性別による結果には注意が必要である。疾患の発症頻度も国状によって異なる。広義の循環器疾患のうち、欧米を中心とする地域では心血管疾患の発症が多いのに比べ、わが国では脳血管疾患の発症が多いが、国際的なメタ分析によりその特性が反映されにくくなっている。その他、調整項目や追跡期間が研究によって若干異なる。調整項目の数や追跡期間の多少が、結果を検討する際に留意しなければならない点として挙げられる。

## 6. アルコール問題を有する地域高齢者への効果的な介入と支援に関する研究

わが国の高齢者、特にその在宅介護現場におけるアルコール問題の実態を明らかにする全国規模の調査研究であり、今後の高齢者アルコール問題の施策を決める上で貴重な資料になると思われる。また、研究最終年度には困難事例や効果的な介入成功事例などを含めた介護支援専門員向けのアルコール問題対応マニュアルの作成や、それに基づく研修会の開催を行い、支援者の人材育成に繋げたい。

## 7. アルコール依存症に対する認知行動療法（個人及び集団）に関し、本研究班全体で行われる全国調査も用いたエビデンスの収集及びシステマティックレビュー

アルコール依存症に対する認知行動療法の治療効果は、国内外において既にエビデンスは確立されているものの、実際に国内の各施設で認知行動療法がどのような形で行われているかは不明である。

## 8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介

入

飲酒問題の評価は十分とは言えない。スクリーニングツールや指導用のツールがあれば、活用したいと考える医師は多い。飲酒の指導に使える時間は、医師、コメディカルでも数分程度が現実的だと思われる。指導ツールの形態は、リーフレットが望ましい。内容は、FASD、母乳移行、早産、流産や低体重のリスクが高まることなどが望ましい。

### 9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

問題飲酒者、酩酊者の対応によって独特の疲弊感、徒労感、怒りを強く感じる事が分かった。また問題飲酒者に対して精神科が対応しないことへの疲弊感、怒りも強く感じている事が分かった。聞き取り調査から、酩酊者の救急対応は救急医の疲弊を招きやすい事が分かった。

もちろん食道静脈瘤破裂などの重篤な身体疾患は救急救命措置が必要である。そのこと自体に対する不満は見られなかった。しかし、患者側要因としては否認や自己防衛といった心理機制、システム要因としては精神科医療につなげたくてもつなげられず行き詰まりを感じる点が救急医療現場での疲弊感、徒労感につながっていると考えられる。

### 10. 自助グループを対象とした調査等によるエビデンスの収集及びシステマティックレビュー

アルコール依存症の自助活動における国内外でのレビューを系統的に行い、その研究動向や証明された所見を整理した。国際的には、自助グループの有効性が高いエビデンスレベルで達成されていることが

明確化にされた。但し、自助グループな自主的参加という点こそが特徴なので、動機づけの高い人で効果を実感するのは当たり前外でもこうした自助グループの効果については明確な効果が示されたのは比較的最近のことであった。自助グループへのつなぐためのプログラム 12 ステップ促進プログラム (12TSF) が用いられ、その有効性も検証されていることが分かった。

一方、日本では、自助グループの有効性の検討は、質的研究や前後比較の研究はあるが、RCT などの実証性の高い研究はない。今後、海外の研究の手法をもとにした実証的な研究が行われる必要があると思われる。それでも現時点での現時点までに収集した、各文献における主要な結果から、アルコール依存症の自助グループが、回復や治療にどのように役立っているのか、効果や有用性に関して要約すると以下の点が示唆された。

1. 自助グループに参加することで仲間や人とのつながりが生まれ、当事者と家族ともに新たな人間関係や対人関係が構築される
2. 自助グループに継続参加することで、断酒の決意を固めることや、再飲酒の抑止効果、完全断酒の促進が期待できる
3. 自助グループ活動(体験談の語りや仲間と過ごすこと)を通して、自己成長や、自分自身に自信をもつこと(自尊心の回復)につながる。

以上の国内外の自助グループの効果研究に関するレビューにより、近年の国際的なメタ分析研究により、AA などの自助グループは CBT などの介入と同等又はそれ以上の効果があることが証明されており、また国内研究でも自助グループの多面的な効果が示されている。まずは、こうした自助グ



ループ効果について医療者や利用者にしっかり伝えることが重要であるといえた。また 12 ステップ促進プログラム (12TSF) という医療から自助グループにつながるプログラムの有効性が示され、日本でも自助グループへつなぐプログラムの開発が必要であると考えられた。

### 1 1. 依存症の専門医療機関の実態と求められる機能についての調査

減酒治療薬は断酒ではなく減酒を目的にした薬剤であるが、早期で軽症のアルコール依存症患者の新たな治療選択肢と成り得ることが示された。今後は、かかりつけ医などもアルコール依存症の初期治療を担うことが期待される。

専門医療機関とはいえ、多くの医療施設では、アルコール依存症の患者が全患者の 10%以下であることが判明した。通院も入院も、約半数の患者が軽症群であることも判った。また、減酒治療についても半数以上の医療機関で積極的であり、早期の治療に意欲的に取り組んでいることが示唆された。約半数の医療機関では、受診前相談も診療機会も増えており、治療ニーズが高まっていることが示唆された。今後、ますます重症化する前の早期治療が広がることが期待される。

サポート医とは、広島県が独自に制定した資格であり、アルコール健康障害に対する研修を受講することで付与される。サポート医全体で、社会機能維持型、家族性中等型の診療機会が多く、軽症のアルコール依存症を診療する機会が多いことが示唆された。その中でも、精神科医や世専門医療機関勤務の医師は慢性重症型を診療する機会が多いことが示唆された。対応に関する方針では、若年成人型が社会機能維持型では

減酒治療を選択する方針の点数が高かったため、軽症患者における減酒治療は意外と受け入れられていることが示唆された。断酒を第一方針と考える病型は家族性中等型のみで、若年反社会型や慢性重症型といった重症群では紹介が第一方針という結果だった。重症群で紹介を第一方針とする考え方は、一般科医や一般医療機関で顕著であり、総じて、専門医療機関には重症群のアルコール依存症の治療が求められていることが示唆された。

なお、本研究の限界としては、アルコール依存症の病型分類が暫定的なものであること、アンケートの地域が広島県や中国四国地方と限定されていることが挙げられる。

### 1 2. 「受診後の患者支援に係るモデル事業」の事業報告等を用いた、SBIRTS の取組状況分析

研究により得られた成果の今後の活用・提供：研究計画の変更が必要となった。2 年目からはアルコール低減外来を開設している北茨城市民病院附属家庭医療センターおよび筑波大学附属病院の外来及び入院患者の SBIRT の実施状況から、軽度のアルコール問題から専門治療につながる取り組みの効果を評価する予定である。

## E. 結論

### 1. 外来集団治療プログラムの開発と有効性の評価

アルコール使用障害に対する外来での集団治療プログラムを開発した。現在、先行して久里浜医療センターにて、本プログラムの有効性評価のためのランダム化比較試験を行っている。今後、他施設との共同研究に対象を広げていく予定である。

## 2. 「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」に基づく診療の実施状況調査

アルコール専門治療機関に対するアンケートを作成した。令和3年度には、アンケートの発送と回収、結果の分析を行う予定である。

## 3. 飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況

ナルメフェンの使用状況についての調査を開始した。途中経過では、ナルメフェンの治療継続率が高くないことが示唆されている。今後、さらに使用状況や、継続服用につながる要素を調べていく予定である。

## 4. 飲酒量低減から断酒に至る事例収集

減酒を入り口として治療に関わり経過中に断酒の治療方向性に変わる例は存在し、その背景として飲酒のコントロール困難が軽度で、重症度としても高くなく、社会機能が安定している層が断酒を達成する傾向が予測された。今後データの集積を行い、断酒に至るケースの背景因子の更なる分析を行い、減酒治療のマニュアル作成時の参考資料として用いたい。

## 5. 飲酒量低減によるアルコール健康障害の改善効果や医療コストに関するエビデンスの収集

本研究結果から、少量飲酒による疾患抑制効果は循環器疾患など疾患限定的にみられるものの、疾患予防の観点から飲酒量をできるだけ抑えることが、アルコールによる健康障害の防止し、国民の生命や健康を守ることに繋がることが示唆された。

## 6. アルコール問題を有する地域高齢者への効果的な介入と支援に関する研究

アルコール問題を有する地域高齢者への効果的な介入を行うため、在宅介護現場におけるアルコール問題の実態を把握すべく、日本介護支援専門員協会の協力を得てアンケート調査を開始した。

## 7. アルコール依存症に対する認知行動療法（個人及び集団）に関し、本研究班全体で行われる全国調査も用いたエビデンスの収集及びシステマティックレビュー

上記の考察から、各施設に対して上記の質問の実施し、各施設で用いられているテキストを集めることによって実態調査、解析を行う必要があると考えられた。

## 8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

妊産婦の飲酒実態について、産婦人科医にアンケート調査を行った。アンケート結果に基づき、次年度以降は、節酒指導用ツールの開発を行う。

## 9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

依存症対応により、救急医療従事者は独特の疲弊感、徒労感、怒り、忌避感情を持ちやすい可能性が示唆された。今回の聞き取り調査はあくまで予備的調査であり、今回の結果を救急医療一般に敷衍することはできない。しかし、依存症に対する課題の一端を示したと思われる。

今回の結果を踏まえ、次年度以降に全国調査を行うための評価尺度の選定、全国調査のデザイン・実施を行い、課題抽出を行う予定である。

## 10. 自助グループを対象とした調査等によるエビデンスの収集及びシステマティックレビュー

国内外の自助活動の有効性の検証をした。その結果、国外の研究では、自助活動の役割や有効性について高いエビデンスが明確になっていた。そして、国内の研究ではRCTを用いた有効性の検証はされていないが、自助グループに参加した人において、人間関係や再発予防や自己成長に与える影響が明確にされている。こうした所見を臨床家や行政にも明示して、精神保健福祉センターや医療機関で自助グループへつなぎをよりしっかりと行うべきであることが示唆された。特に、自助グループへのつなぎを行うために、海外では、12ステップ促進プログラム(12TSF)が用いられ、有効であることが示されており、日本でも行政や医療保健福祉で自助グループにつなぐためのガイドラインを作成することの意義があるといえる。このガイドラインはまだ今年度では作成途上である。

### 1 1. 依存症の専門医療機関の実態と求められる機能についての調査

依存症専門医療機関(アルコール健康障害)における減酒治療の試みでは、減酒治療が、早期で軽症のアルコール依存症者の治療に役立つことが示唆された。中国四国地方における依存症専門医療機関(アルコール健康障害)の診療実態調査では、専門医療機関といえどもアルコール依存症の患者が10%以下の医療機関が多い現状だった。しかし、その中でも減酒治療を含めて積極的に対応しており、アルコール依存症に対する治療ニーズが増えていることが示唆された。広島県アルコール健康障害サポート医およびサポート医(専門)へのアンケートを通じた依存症専門医療機関(アルコール健康障害)に求められる機能の調査では、研修を受講したサポート医の意識と

して、軽症のアルコール依存症は減酒を含めて自ら治療を試み、重症のアルコール依存症に関しては、専門医療機関による治療を期待していることが示唆された。

### 1 2. 「受診後の患者支援に係るモデル事業」の事業報告等を用いた、SBIRTSの取組状況分析

次年度より、アルコール低減外来の外来及び入院患者のSBIRTの実施状況から、軽度のアルコール問題から専門治療につなげる取り組みの効果を評価する予定である。

### F. 健康危険情報

特になし。

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

- 湯本洋介、樋口進. 減酒治療(特集 アルコール使用障害の現在とこれから). 臨床精神医学 2020; 49(10): 1631-1639.
- 豊田ゆかり、加賀谷有行、下原篤司、津久江亮太郎、岡本泰昌(2021)当法人における飲酒量低減薬(ナルメフェン)を用いたアルコール依存症の外来治療成績 広島医学 74(印刷中)

#### 2. 学会発表

- 杠岳文:アルコール依存症の早期介入. 第40回日本社会精神医学会シンポジウム「地域の依存の取り組み」、オンライン開催、3.5、2021
- 湯本洋介:アルコール使用障害への断酒の支援. 第4回関東甲信越アルコール関連問題学会、2021

## H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究 課題番号：(20GC1601)

令和2年度分担研究報告書

分担課題：アルコール使用障害の外来治療プログラム作成とその効果検証

分担研究者	木村 充（久里浜医療センター）
研究協力者	遠山 朋海（久里浜医療センター）
	真栄里 仁（久里浜医療センター）
	前園 真毅（久里浜医療センター）
	岩本 亜希子（久里浜医療センター）
	高山 輝大（久里浜医療センター）
	三原 聡子（久里浜医療センター）
	古野 悟志（久里浜医療センター）
	伊藤 満（久里浜医療センター）

研究要旨

【目的】アルコール使用障害患者の層の広がりや、より早期の段階から介入を行うために、外来におけるマニュアル化された治療プログラムの開発の受容性が増している。本研究では、外来におけるアルコール使用障害治療プログラムを開発し、その有効性を評価することを目的としている。

【方法】国内外で行われている認知行動療法、動機づけ面接法、コーピングスキルトレーニング等を参考にして、医師、臨床心理士、精神保健福祉士などで協議して、外来患者に重要性が高いと思われる内容を協議して、プログラムを作成した。アルコール使用障害で通院中の患者に対して、無作為に集団プログラム群と一般治療群を割り付け、ランダム化比較試験を行った。

【結果と考察】別紙参考資料のような外来治療プログラムを作成した。久里浜医療センターにてランダム化比較試験を開始した。3月までに、プログラム群8名、通常飲酒群3名がエントリーし、うちプログラム群3名、通常飲酒群1名が6回の通院を完了した。今後もエントリーを続ける予定である。

【結論】アルコール使用障害に対する外来での集団治療プログラムを開発した。現在、先行して久里浜医療センターにて、本プログラムの有効性評価のためのランダム化比較試験を行っている。今後、他施設との共同研究に対象を広げていく予定である。

## A. 研究目的

アルコール使用障害は、初期の乱用レベルから重度の依存症に至るまで様々な状態を含んでいる。また、新しいアルコール・薬物使用障害の治療ガイドラインにおける治療目標は、従来 of 断酒一辺倒から、減酒が目標として挙げられるようになるなど、個人に合わせた多様な介入技法が求められるようになってきている。

我々は先に、入院しているアルコール使用障害患者に対する集団治療プログラム（GTMACK）を開発し、発表した。この介入技法は認知行動療法、動機づけ面接法などをベースに組み立てられたもので、アルコール依存症治療者研修にて各地の治療機関にも広められ、利用されている。

一方で、アルコール使用障害患者の層の広がりや、より早期の段階から介入を行うために、外来におけるマニュアル化された治療プログラムの開発の重要性が増している。本研究では、外来におけるアルコール使用障害集団治療プログラムを開発し、その有効性を評価することを目的としている。

## B. 研究方法

### 【外来集団治療プログラムの作成】

従来の入院患者向けの治療プログラムや、国内外で行われている認知行動療法、動機づけ面接法、コーピングスキルトレーニング等を参考にして、医師、臨床心理

士、精神保健福祉士などで協議して、外来患者に重要性が高いと思われる内容を抽出して、プログラムを作成した。

### 【外来プログラムの有効性評価】

本外来治療プログラムの有効性を評価するために、アルコール使用障害で通院中の患者に対して、無作為に集団プログラム群と一般治療群を割り付け、ランダム化比較試験を行った。対象者は、久里浜医療センターにアルコール使用障害で通院している者で、通院治療が望ましいと主治医が判断したケースとした。入院治療が望ましい場合、通院継続が困難な場合、高度な認知機能障害等で集団療法参加が困難な場合、直近1か月間、断酒している場合は除外した。

プログラム参加群は、通常の外來診察のほかに、本外来治療プログラムを用いた集団ミーティングを隔週で6回行う。対照群は、通常の外來診察と、飲酒日記を用いた介入を行った。両群とも、各診察時にTLFB（Time-line follow-back）を用いて飲酒量・頻度を聞き取り、4週毎に血液検査を行いGGT等のバイオマーカーを測定した。また、両群とも初回と6回目の診察時にAUDIT、SOCRATESを用いて、飲酒問題の評価と治療モチベーションの評価を行った。また、介入終了後も、6か月後と12か月後に、郵送にて飲酒状況のアンケートを行う。

（倫理面への配慮）

本研究は、久里浜医療センター倫理審査委員会にて承認を受け行っている。特に公開すべき利益相反はない。

## C. 研究結果

### 【外来治療プログラムの作成】

別紙参考資料のような外来治療プログラムを作成し、印刷、製本を行った。

様々な医療機関で行うことができる通院頻度、回数を検討し、全6回のセッションから構成し、どの回からも開始可能とした。各セッションのテーマは、(1) 1日の生活を振り返る、(2) 飲酒問題の整理、(3) 飲酒と断酒の良い点・悪い点、(4) アルコールへの誘惑・引き金、(5) 欲求に対処するには、試行ストップ法、いのち綱、(6) ストレスについて、新たな健康的実践に取り組む、とした。また、途中にコラムとしてアルコールの身体的な影響等について教育的な内容を加え、巻末には断酒日記をつけて記入できるようにした。

#### 【外来プログラムの有効性評価】

まず久里浜医療センターにてリクルートを開始した。3月までに、プログラム群8名、通常飲酒群3名がエントリーし、うちプログラム群3名、通常飲酒群1名が6回の通院を完了した。今後もエントリーを続ける予定である。

#### D. 考察

アルコール使用障害の外来での介入に用いることができる外来治療プログラムを開発した。従来、わが国では集団治療プログラムは入院患者を対象としたものが多かったが、早期の段階から治療を行うためには、外来における治療プログラムを開発することは不可欠と考える。現在はまず久里浜医療センターにて導入し、有効性の評価を行っているが、今後他施設に広げ、共同で有効性の評価を行いたいと考えている。今後、共同研究を行う医療機関を募り、外来治療プログラムの研修を行った後、有効性評価のための症例を集めていきたいと考えている。

#### E. 結論

アルコール使用障害に対する外来での集団治療プログラムを開発した。現在、先行して久里浜医療センターにて、本プログラムの有効性評価のためのランダム化比較試験を行っている。今後、他施設との共同研究に対象を広げていく予定である。

#### F. 健康危険情報

特になし。

#### G. 研究発表

特になし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究 課題番号：（20GC1601）

令和2年度分担研究報告書

分担課題：「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」に基づく診療の実施状況調査

分担研究者 木村 充（久里浜医療センター）

研究要旨

【目的】全国のアルコール専門治療機関にたいする調査を通して、治療の実態について、特に新ガイドラインで掲げられた減酒を目標とした治療がどのようにされているか、また、どのような治療技法が行われているかについて、実態を把握することを目的としている。

【方法】全国のアルコール治療機関に、治療の実施状況について質問紙を作成し、郵送にてアンケート調査を行う。

【結果と考察】専門機関への診療の実施状況調査の内容について検討し、アンケート用紙を作成した。令和2年度には発送、回収ができなかったため、令和3年度にアンケートを発送し、回収し、データの解析を行う予定である。

研究目的

アルコール使用障害に対する新しい治療ガイドラインにおける治療目標は、従来の断酒一辺倒から、減酒が目標として挙げられるようになるなど、個人に合わせた多様な介入技法が求められるようになってきている。

本研究では、全国のアルコール専門治療機関にたいする調査を通して、治療の実態について、特に新ガイドラインで掲げられた減酒を目標とした治療がどのようにされているか、また、どのような治療技法が行われているかについて、実態を把握することを目的としている。

B. 研究方法

全国のアルコール治療機関に、治療の実施状況について質問紙を作成し、郵送にてアンケート調査を行う。

C. 研究結果

全国のアルコール治療機関に対する郵送アンケート調査のため、別紙のような質問紙を作成した。質問内容は、どのような理論に基づくプログラムを行っているか、どのような職種が行っているかのほか、コロナウイルスの流行に伴い、アルコール医療に対してどのような影響があるかを含むものとした。また、各施設でのプログラムに使用されているワークブック・テキスト等があれば、それを送ってもらうように依頼することとした。令和2年度には発送、回



収ができなかったため、令和3年度にアンケートを送付し、回収し、データの解析を行う予定である。

#### **D. 考察**

令和2年度には質問紙の発送、回収ができなかったが、令和3年度にアンケート調査を行い、診療の実態調査を行う予定である。また、その結果を踏まえ、プライマリケアなど専門治療機関以外での診療実態調査に広げていきたい。

#### **E. 結論**

専門機関への診療の実施状況調査の内容について検討し、アンケート用紙を作成し

た。令和3年度中に実際の調査を進める予定である。

#### **F. 健康危険情報**

特になし。

#### **G. 研究発表**

特になし

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

特になし

(別紙 アンケート調査用紙案)

## アルコール専門治療施設を対象としたアンケート調査

この調査は、アルコール依存症の専門治療を行っている全国の医療機関を対象に、アルコール依存症の専門治療の実態を調査し、治療内容の標準化を将来の目標に見据えて依存症治療の現状についてお尋ねするものです。

御多用中とは存じますが、調査の趣旨をご理解頂きご協力頂ければ幸いです。

貴施設名： \_\_\_\_\_

ご回答担当者様のお名前： \_\_\_\_\_

厚生労働科学研究「アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究」

研究代表者 木村 充

連絡先：

久里浜医療センター

〒239-0841 横須賀市野比 5-3-1

TEL： 046-848-1550

FAX： 046-849-7743

e-mail: [kimura.mitsuru@gmail.com](mailto:kimura.mitsuru@gmail.com)



3) アルコール治療病棟で、依存症治療に当たっている職種は次のうちどれですか。その人数をお答えください。(複数の(準)アルコール専門病棟をお持ちの施設の方は、代表的な一つの病棟についてご記入下さい。)

- (1) 医師 \_\_\_\_\_名
- (2) 看護師 \_\_\_\_\_名
- (3) 作業療法士 \_\_\_\_\_名
- (4) ソーシャルワーカー \_\_\_\_\_名
- (5) 臨床心理士 \_\_\_\_\_名
- (6) 薬剤師 \_\_\_\_\_名
- (7) 栄養士 \_\_\_\_\_名
- (8) その他 \_\_\_\_\_名 (具体的に: \_\_\_\_\_)

4) アルコール専門治療に対して一律の**治療期間の設定**はありますか? 複数のアルコール治療病棟をお持ちの施設の方は、代表的な一つの病棟についてご記入下さい。

(1) 一律の治療期間の設定がある。

→通常は、( \_\_\_\_\_週、 \_\_\_\_\_ヶ月) 程度

(2) 一律ではないが、ある程度の治療期間の設定がある。

→通常は、( \_\_\_\_\_週、 \_\_\_\_\_ヶ月) 程度

(3) 特に治療期間の設定はない。

5) アルコール離脱期を過ぎた頃からのアルコール依存症患者向け**治療プログラム**の内容についてお尋ねします。アルコールのプログラムにおいて、どのような技法を取り入れていますか。当てはまるものに○をしてください。

(1) 認知行動療法(CBT)

(2) 動機づけ面接法(MI)

(3) 随伴性マネジメント(CM)

(4) 家族療法(CRA)

(5) クラフト(CRAFT)

(6) 内観療法

(7) 座禅、瞑想、マインドフルネス

(8) 運動療法

(9) 作業療法

(10) SST

(11) 自助グループ

(12) 患者 OG/OG とのミーティング

(13) 個別心理面接

(14) 退院前訪問

(15) その他（具体的に:\_\_\_\_\_）

6) 貴施設にはアルコール依存症患者の患者特性に応じたサブグループ向けの治療プログラムが有りますか？当てはまるものが有れば、○を付けてください。その他のプログラムが有れば、具体的内容をご記入下さい。

(1) 高齢者用プログラム

(2) 身体合併症患者用プログラム

(3) 女性患者用プログラム

(4) 若年患者用プログラム

(5) その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

その他（具体的に：\_\_\_\_\_）

7) アルコール専門病棟あるいは準アルコール専門病棟に入院中の患者さんの院外への自助グループ参加はどのようにされていますか？いずれかを選んで下さい。また、退院の近い時期の患者さんは1週間に何回位参加されていますか？自助グループ毎に参加可能な回数をご記入下さい。断酒会、A.A以外のものはその他に具体名とともにご記入下さい。さらに、A.Aメッセージの受け入れの有無をお答え下さい。

院外自助グループ参加は、

- a) プログラムの一環として義務付けている。
- b) 義務付けてはいないが、参加を積極的に勧める。
- c) あくまで任意である。

院外自助グループへの参加可能回数は、

- a) 断酒会：（　　）回／週
- b) A.A：（　　）回／週
- c) その他（具体的に：\_\_\_\_\_）：（　　）回／週



10) (上の質問で(1)(2)を選んだ方) 外来プログラムとして、どのようなプログラムを行っていますか。また、1回のおよその参加人数と開催の頻度をお答えください。

- (1) 集団ミーティング \_\_\_\_\_名 月\_\_\_\_\_回
- (2) 集団教育（講義形式のもの） \_\_\_\_\_名 月\_\_\_\_\_回
- (3) 認知行動療法 \_\_\_\_\_名 月\_\_\_\_\_回
- (4) 動機づけ面接法 \_\_\_\_\_名 月\_\_\_\_\_回
- (5) 作業療法 \_\_\_\_\_名 月\_\_\_\_\_回
- (6) デイケア・ナイトケア \_\_\_\_\_名 月\_\_\_\_\_回
- (7) 就労支援プログラム \_\_\_\_\_名 月\_\_\_\_\_回
- (8) その他（具体的に：\_\_\_\_\_） \_\_\_\_\_名 月\_\_\_\_\_回
- その他（具体的に：\_\_\_\_\_） \_\_\_\_\_名 月\_\_\_\_\_回

11) 貴施設では減酒を目的とした治療は行っていますか。

- (1) 減酒を目的とした専門の治療を行っている。（「減酒外来」など）
- (2) 減酒の専門治療はないが、一部の患者で減酒を目標とした治療を行っている。
- (3) 減酒を目標とした治療は行っていない。



1 2) (入院、外来を通して) 貴施設では、以下の薬物をアルコール依存症の治療に処方していますか。それぞれの薬剤についてあてはまるものを選んでください。

ノックビン (ジスルフィラム)

a) 原則処方する    b) 一部の患者で処方する    c) ほぼ処方しない

シアナマイド (シアナミド)

a) 原則処方する    b) 一部の患者で処方する    c) ほぼ処方しない

レグテクト (アカンプロサート)

a) 原則処方する    b) 一部の患者で処方する    c) ほぼ処方しない

セリンクロ (ナルメフェン)

a) 原則処方する    b) 一部の患者で処方する    c) ほぼ処方しない

1 3) アルコールの患者数の変化についてお尋ねします。2019年、2020年の貴施設でのアルコールによる受診患者数は何人でしたでしょうか。概数で結構ですので、もしお分かりになればご記入ください。

入院アルコール患者数：2019年    \_\_\_\_\_名

2020年    \_\_\_\_\_名

初診アルコール患者数：2019年    \_\_\_\_\_名

2020年    \_\_\_\_\_名

1 4) コロナ禍によるアルコールの受診患者数への影響はどのようでしたでしょうか。印象をお答えください。

(1) 大きく減少した

(2) やや減少した

(3) 変わらない

(4) やや増加した

(5) 大きく増加した

15) 本研究では、各治療機関において、どのような心理社会的な治療が行われたかについて、資料を集めています。もし、貴施設において、アルコール治療に用いているテキストやワークブックなどがあれば、郵送して下さると助かります。もし可能であれば、ご協力をお願いいたします。

16) (任意回答) もしアルコール依存症の治療に関する課題、調査が必要な点や、貴施設での特別な治療の試み等があれば、コメントをお書きください。

---

---

---

---

---

---

アンケートに御協力ありがとうございました。

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究 課題番号：( 20GC1601)

令和2年度分担研究報告書

分担課題：飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況

分担研究者 木村 充（久里浜医療センター）  
研究協力者 岡田 美晴（久里浜医療センター）  
長谷川 貴子（久里浜医療センター）  
樋口 進（久里浜医療センター）

研究要旨

【目的】2018年に作成された“新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン”では、アルコール使用障害の治療目標の選択肢として飲酒量低減が加わり、2019年3月には飲酒量の低減を目的としてナルメフェンが発売された。

本研究では、ナルメフェンを処方された患者、主治医、薬局薬剤師を対象にアンケート調査を行い、飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況や、継続服用につながる要素を調べることを目的としている。

【方法】久里浜医療センターにて2019年3月から2020年9月までにナルメフェン錠を2回以上処方され、かつ2020年9月から11月まで受診履歴のある患者54名およびその主治医を対象にアンケート調査を行った。また、横須賀・三浦医療圏内でナルメフェンの購入実績のある調剤薬局の薬剤師を対象にナルメフェン錠の服薬指導状況等のアンケート調査を行い、医師・患者・薬剤師のナルメフェン錠の印象から継続服用につながる要素を調べた。

【結果と考察】途中経過であるが、患者へのアンケート調査で、現在ナルメフェンを服用しているのは23人中9名で全体の39%だった。主治医へのアンケートでは、処方の目的が“減酒”である者が17名、“断酒を最終目標に見据えた減酒”である者が10名であった。薬剤師へのアンケートでは、78人中2回以上ナルメフェンを処方したのは31名であり、継続割合は39.7%であった。

【結論】ナルメフェンの使用状況についての調査を開始した。途中経過では、ナルメフェンの治療継続率が高くないことが示唆されている。今後、さらに使用状況や、継続服用につながる要素を調べていく予定である。

## A. 研究目的

我が国でのアルコール依存症の治療目標は従来断酒のみであったが、2018年に作成された“新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン”では、新たに治療目標の選択肢として飲酒量低減が加わった。そして、2019年3月に飲酒量の低減を目的としてナルメフェン錠が発売され、当院でも発売初期から多くの患者に処方されている。

しかしながら、約半数の患者が1回で処方が終わってしまう一方で、継続処方されている患者は当院で減酒治療が行われる以前から通院している患者が多かったことから本来は断酒が必要と思われる患者にも減酒という治療の選択肢が与えられ、継続できていることがうかがえた。

本研究では、ナルメフェンを処方された患者、主治医、薬局薬剤師を対象にアンケート調査を行い、飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況や、継続服用につながる要素を調べることを目的としている。

## B. 研究方法

久里浜医療センターにて2019年3月から2020年9月までにナルメフェン錠を2回以上処方され、かつ2020年9月から11月まで受診履歴のある患者54名およびその主治医を対象にアンケート調査を行った。また、横須賀・三浦医療圏内でナルメフェンの購入実績のある調剤薬局の薬剤師を対象にナルメフェン錠の服薬指導状況等

のアンケート調査を行い、医師・患者・薬剤師のナルメフェン錠の印象から継続服用につながる要素を調べた。

(倫理面への配慮)

本研究は、久里浜医療センター倫理審査委員会にて承認を受け行っている。特に公開すべき利益相反はない。

## C. 研究結果

調査対象者は、患者54名となり、2021年2月までに、患者23名から回答を得ている。またその患者の主治医10名からは、27名分の回答を得た。調剤薬局の薬剤師へのアンケートは、調剤薬局のうち、実際にナルメフェン購入実績のある薬局は47施設であったが事前調査にて5施設が「購入したが一度も使用しなかった為返納した」と回答したため、42施設を対象に行った。調剤薬局へは、ナルメフェン投薬経験のある薬剤師すべてにアンケートへの参加を依頼しており、2021年2月までに27名からアンケートの回答を得た。

患者へのアンケート調査で、現在ナルメフェンを服用しているのは23人中9名で全体の39%だった。ナルメフェンを使用した感想として、と答えたのは7名で全体の30%であり、「普通」が7名、「全く良くなかった、どちらかといえば良くなかった」が6名、無回答3名であった。

主治医へのアンケートでは、処方の目的が“減酒”である者が17名、“断酒を最終目標に見据えた減酒”である者が10名であった。目的を“断酒を最終目標に見据えた減酒”とした群の方が現在断酒できている割合が高かった。現在ナルメフェンを服用しているか否かを反映していないため、今後それらを含んだ評価を行いたい。

薬剤師へのアンケートでは、78人中2

回以上ナルメフェンを処方したのは31名であり、継続割合は39.7%であった。「多くの患者様が抗酒剤の継続はできるのに、セリンクロだけ続かないのは効果を感じる方が少ないのではないのでしょうか？ほかの薬よりセリンクロの時は図着に来た時反応が薄いというかない事が多いです。」等、従来のアルコール依存症治療薬とは違うということを指導時に説明する必要があると思われる、という意見も聞かれた。

#### **D. 考察**

ナルメフェンの使用状況について調査を開始した。現在までのデータからは、ナルメフェンの継続率が40%程度と低いことが示唆された。今後、更にアンケートの回収を進めていく予定である。

#### **E. 結論**

ナルメフェンの使用状況についての調査を開始した。途中経過では、ナルメフェンの治療継続率が低いことが示唆されている。今後、さらに使用状況や、継続服用につながる要素を調べていく予定である。

#### **F. 健康危険情報**

特になし。

#### **G. 研究発表**

特になし

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

特になし

## 久里浜医療センターにおけるナルメフェンの 使用状況調査

研究協力者  
独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター  
薬剤部 岡田 美晴

長谷川 貴子、 樋口 進

1

### 調査対象者及び人数

	医師 (人)	患者 (人)	調剤薬局 (件)
調査対象数	10	54	42
医師が評価する患者数	54		
アンケート回収数	27	23	27
回収率	50.0%	42.6%	64.3%
来院予約がある患者数	13	14	
来院予約日未定	14	13	

調査開始：2021年1月12日 回収率は2021年2月16日時点の値

調剤薬局のうち、実際にナルメフェン購入実績のある薬局は47施設であったが事前調査にて5施設が「購入したが一度も使用しなかった為返納した」と回答したため、42施設を対象に行った。

調剤薬局へは、ナルメフェン投薬経験のある薬剤師すべてにアンケートへの参加を依頼している。

2

## 医師へのアンケートの内容

- 最終診察日時およびその時の飲酒リスクレベル  
(WHO の1日の平均飲酒量に基づくリスクレベル)
- ナルメフェン錠の処方目的
- ナルメフェン処方後の再入院(解毒又はARP)の有無
- ナルメフェン錠を処方した感想

WHO の1日の平均飲酒量に基づくリスクレベル  
(Drinking Risk Level: DRL)

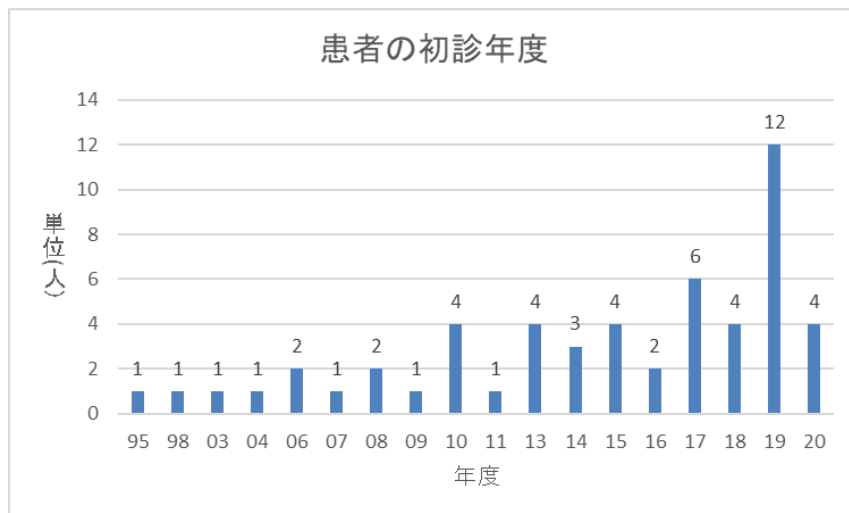
DRL	男性	女性
Very high	100 g 超	60 g 超
High	60 g 超~100 g 以下	40 g 超~60 g 以下
Medium	40 g 超~60 g 以下	20 g 超~40 g 以下
Low	1 g 以上~40 g 以下	1 g 以上~20 g 以下

1日平均アルコール消費量 (g/日)、純エタノールに換算した量。

セリンクロ錠インタビューフォームより

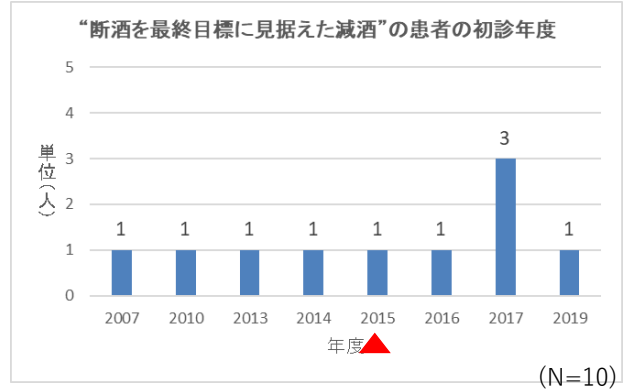
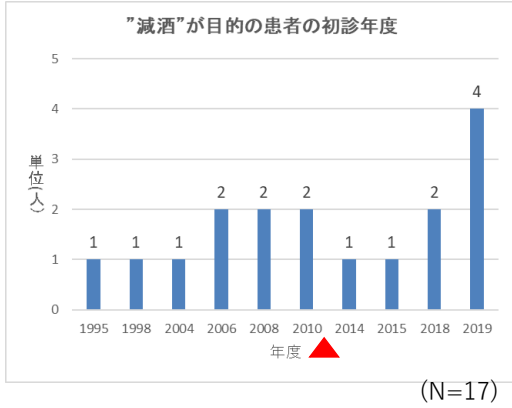
2

## 対象患者の初診年度



3

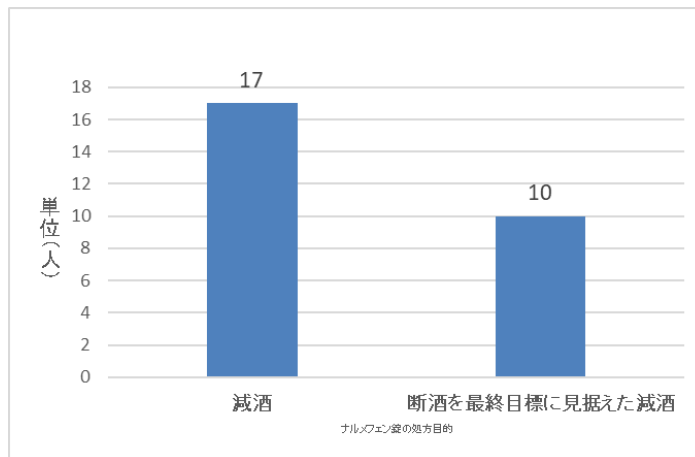
## 対象患者の初診年度



3

## 医師へのアンケート結果

### ナルメフェン錠の処方目的

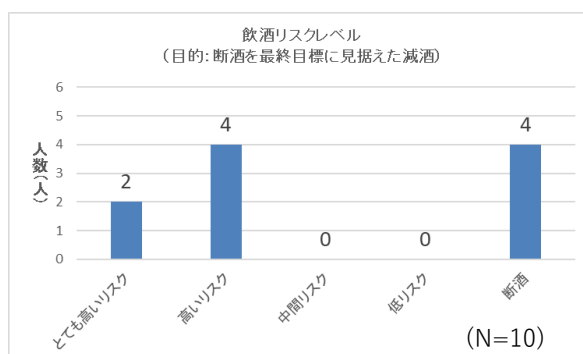
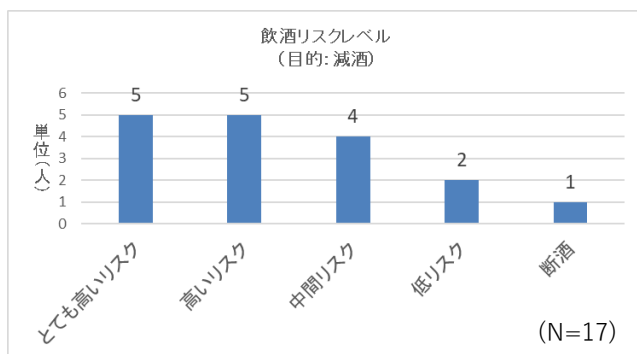


4



# 医師へのアンケート結果

## 最終診断時の飲酒リスクレベル

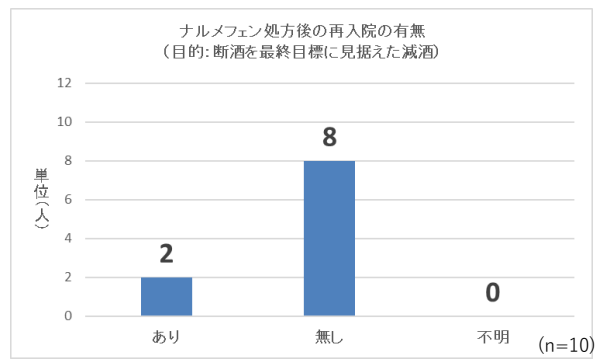
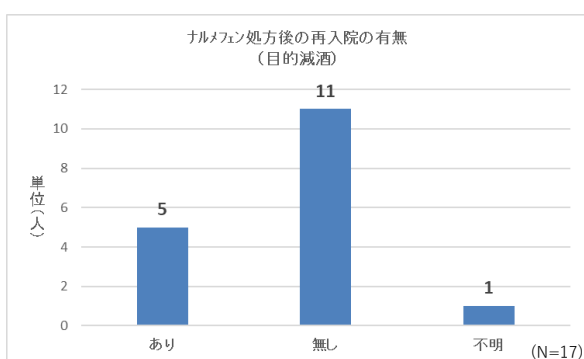


4

# 医師へのアンケート結果

## ナルメフェン処方後の再入院の有無

(ARP又は解毒の入院)



3

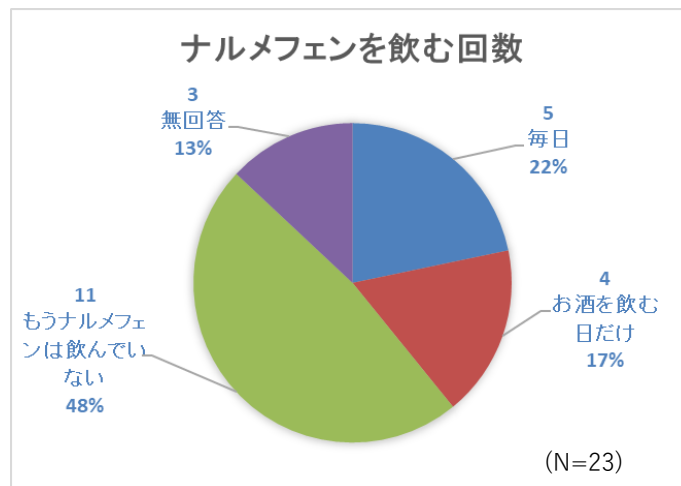
## 患者へのアンケート内容

- 質問は全17問（選択式15問、自由記述2問）
- 現在のナルメフェン服用状況
- AUDIT-Cを用いた現在の飲酒量
- ナルメフェンを服用した感想
- 副作用出現の有無
- 調剤薬局での対応
- 他多数

全4枚のアンケート用紙であり、2枚のみ記入した患者が23人中3名いた

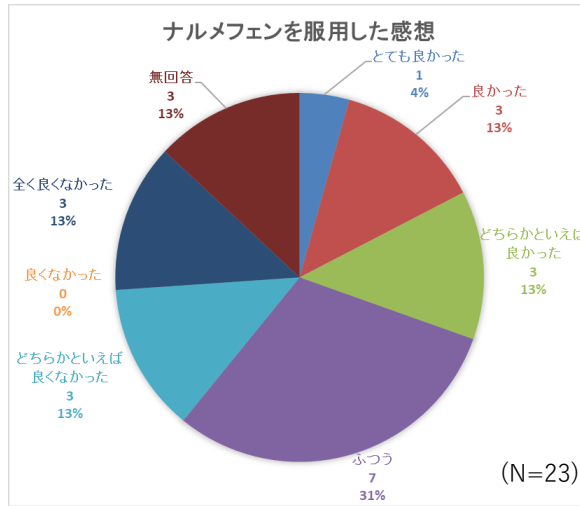
3

## 患者へのアンケート結果



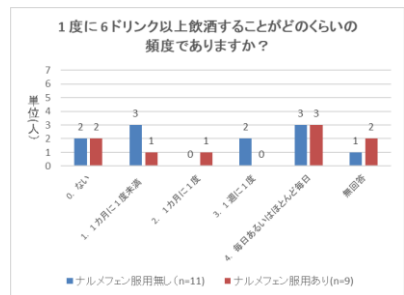
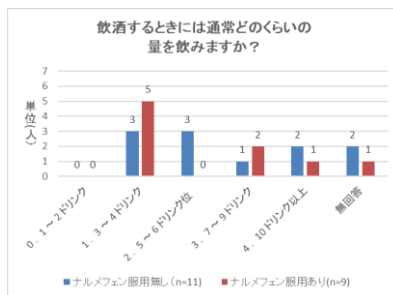
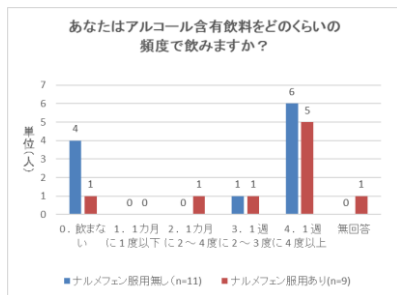
3

# 患者へのアンケート結果



3

# 患者へのアンケート結果



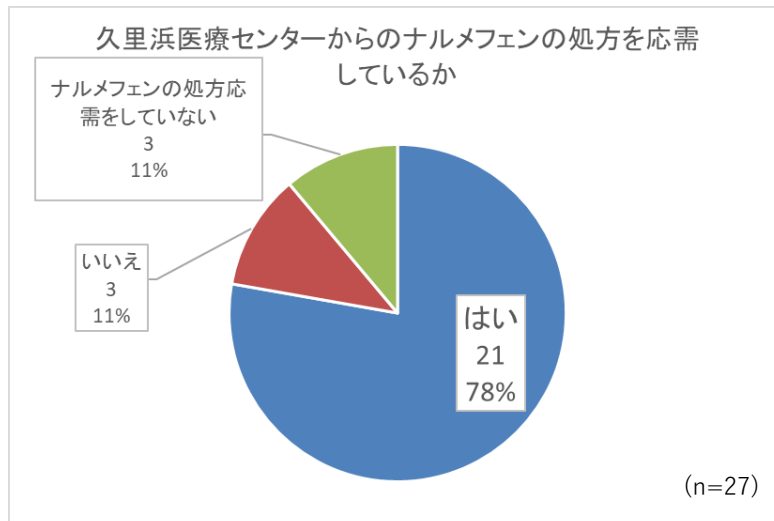
3

## 薬剤師へのアンケート結果

- 質問は全12問
- ナルメフェンの調剤応需状況
- 処方箋応需枚数（月平均、精神科としての応需枚数等）
- ナルメフェンを調剤した患者数
- 服薬指導内容
- 他多数

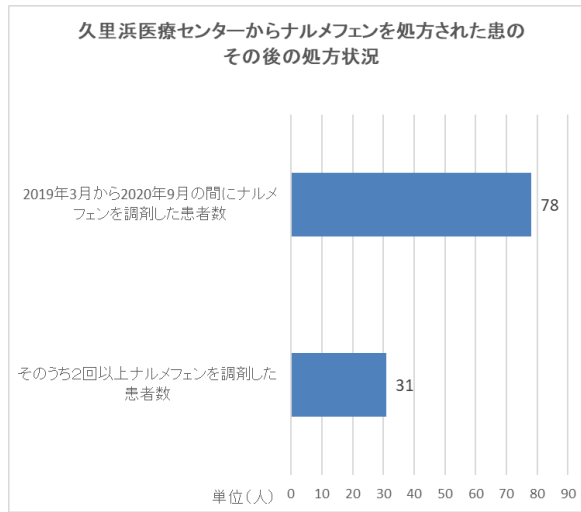
3

## 薬剤師へのアンケート結果



3

# 薬剤師へのアンケート結果



(薬局数：21)

13

# 薬剤師へのアンケート結果

⑩服薬指導を運して、患者様にナルメフェン錠を継続して服用して頂くためにはどうしたら効果的か？
1 断酒ではなく減酒であることを伝えた方が、患者の薬に対する印象もあまり悪くならないのではと思っています
2 すぐに高い効果を感じる薬ではないため、1・2回で変わらないと中止してしまう方がいる。その点をしっかりと説明する。
3 今回は悪心で1回のみで中止になってしまった。もし継続する患者様の場合には、飲酒量が減った成功体験、減酒による体への良い変化等、治療を継続して得られるメリットを意識してもらうことが大切かと思えます。
4 投薬の都度、飲酒の状況を確認。量が減っている事が明白であれば、効果を強調し、励ます。CP(コンプライアンス?)改善のため飲酒後の服用も認められている事を説明。飲酒前の服用(1~2時間前)は難しいようです。
5 ご家族の協力のもと、服用はできていたようですが、効果が弱く、飲酒量は徐々に増えていました。その方は別宅のような離れがあり、そちらでお酒を飲んでいたので…。酒類がない環境づくりが一番のポイントだと感じています。
6 そもそもアルコール依存症を治療しようとする気持ちがありませんでした
7 飲酒に対して本人がどう向き合うかを家族にも理解してもらおうと良いと思う
8 まずは継続して受診すること
9 今回のケースに限ったことではないですが、禁煙も含め、薬の効果を過信しすぎての方が多様な気がします。なので、結局は本人の意思による部分が強いとお伝えします。薬はサポート程度とお伝えします。
10 頓服での処方でも継続服用ではなかったのでは気づくことはありませんでした
11 飲酒時ご家族がご存知かどうか。服薬タイミングを逃さないためにもご家族のご協力が必要かと思えました。
12 ・連続飲酒による日常生活の弊害など禁酒意義の継続的な指導が大切かと思えます。ご家族の継続的なサポート
13 こちらでは飲酒量のチェックを行っていませんでしたが、きちんと飲酒量を追っていくのが重要だと思えました。
14 処方医と合わず中止になった方がいたため、(セリクロ錠が処方できない医師又は病院へ転院)処方できる医師・病院が増えると良いかなと感じています。
15 服用のタイミングが飲酒12時間前なので服用のタイミングが難しい。時間決めて服用にしたほうがコンプライアンスがよくなりそう
16 患者さまご自身が減酒によって良かったエピソードを聴取し、薬性になった際に思い出してもらうようにする
17 多くの患者様が抗酒剤の継続はできるのに、セリクロだけ続かないのは効果を感じる方が少ないのではないのでしょうか？ほか
18 薬よりセリクロの時は固着にきた時反応が薄いという事が多いです。
19 おこりうる副作用や副作用が起きた時の対処方法を十分に指導しておく
20 薬の効果や副作用について説明し、患者様に理解していただくことが効果的だと考えます。

14

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る  
切れ目のない支援体制整備のための研究（20GC1015）

飲酒量低減から断酒に至る事例収集

研究分担者 湯本洋介 久里浜医療センター 精神神経科 医員

研究要旨

先行研究よりアルコール依存症者で当初減酒を治療目標にしていながら、治療期間中に断酒に至っている者は一定数おり、減酒を治療の入り口としながら結果として断酒している群が存在することが示されている。2019年3月に減酒薬ナルメフェンが処方可能となり、より一層飲酒量低減を入り口とした治療の広がりの可能性が期待される。2019年4月から2020年3月までに久里浜医療センター減酒外来を受診した128例のうち、初診後6ヶ月の期間で減酒から断酒へと至ったケースが6例、減酒外来初診時より断酒を目標としていたケースが5例存在した。断酒に至った例の特徴としてICD-10によるアルコール依存症診断基準項目該当数が3-4項目程度で、かつ重症度が高くなく社会機能が安定していれば外来診療と内服治療で断酒にも導きやすくなる可能性が考えられた。

A. 研究目的

先行研究によれば、外来治療を行ったアルコール依存症患者で当初減酒を治療目標にしていながら12ヵ月後には断酒している者を10.0%に認め、当初から断酒を治療目標にして断酒できている者は21.2%であった(Adamson, 2010)と報告しており、減酒を治療の入り口としながら、結果として断酒している群が存在することが示されている。

本研究では2017年5月に開設された、アルコール使用障害(ICD-10の診断基準でアルコール依存症に該当する者を含む)に対して減酒の治療目標を許容することを前面にアピールした「減酒外来」受診者のうち、外来受診期間中に断酒に至った例を収集・分析し、背景因子を明らかにすることを目的としている。

アルコール依存症の治療目標は原則的に断酒とするべきであるため、断酒に導きやすいケー

スの背景因子が明らかになることで、患者との治療方向性の意思決定に関する対話においてエビデンスに基づいた知見からアドバイスが可能となり得る。

B. 研究方法

2019年4月から2020年3月に久里浜医療センター減酒外来を受診した128名に対して、初診時に人口統計学的データ、ICD-10アルコール依存症診断基準該当項目数、AUDIT、飲酒習慣、K10スコアなどを聴取した。転帰調査として、初診後3ヶ月(±1ヶ月)、6ヶ月(±2ヶ月)の飲酒習慣、K10スコアを聴取した。

(倫理面への配慮)

減酒外来受診者の効果検証についての調査は、久里浜医療センター倫理委員会の承認を得ている。

## C. 研究結果

### 1. 人口統計学的データ

対象期間(2019年4月～2020年3月)の減酒外来の受診者数は128例(男性97例 年齢 $47.4 \pm 13.2$ 歳、女性31例 年齢 $44.3 \pm 9.8$ 歳)であった。初診時の調査拒否例11例を除き、以降の調査は男性85例、女性26例に行った。

居住地域は久里浜医療センターのある神奈川県内が49例(44.1%)県外が62例(55.9%)であった。

学歴は大学院卒11例(9.9%)、大学卒57例(51.4%)、大学在学中4例(3.6%)、専門学校卒11例(9.9%)、短大卒3例(2.7%)と比較的高等教育より上の学歴を持つ者が多かった。

同居家族のいる者が93例(83.8%)、同居家族のいない者が18例(16.2%)であった。

職業状態は在職中が101例(91.0%)、退職後が(3.6%)と職業状態が安定している者が多かった。

治療中の身体的合併症がある者は34例(30.6%)で代謝系疾患が26例、消化器系疾患が5例、肝疾患が7例、循環器疾患が1例であった。また治療中の精神的合併症がある者は22例(19.8%)で、F3が10例、F4が5例、F8が4例、その他が3例であった(複数回答可)。

### 2. 飲酒習慣

AUDITスコアは男性で $18.1 \pm 7.0$ 、女性で $19.8 \pm 6.5$ 例であった。

ICD10のアルコール依存症候群該当項目数は6項目が5例(4.6%)、5項目が3例(2.8%)、4項目が13例(12.0%)、3項目が14例(13.0%)、2項目が14例(13.0%)、1項目が20例(18.5%)、0項目が39例(36.1%)であった。アルコール依存症に該当した例は診断基準該当項目数が得られた108例中35例(32.4%)であった。

初診時のDRL(Drinking Risk Level)は、男性で0が12例(14.3%)、Low(平均飲酒量 $1-40\text{g/day}$ )が16例(19.0%)、Middle( $41-60\text{g/day}$ )が15例(17.9%)、

High( $61-100\text{g/day}$ )が24例(28.6%)、Very High( $101\text{g-}/\text{day}$ )が17例(20.2%)であった。女性では0が8例(22.9%)、Low( $1-20\text{g}$ )が2例(5.7%)、Middle( $21-40\text{g/day}$ )が3例(8.6%)、High( $41-60\text{g/day}$ )が4例(11.4%)、Very High( $61\text{g-}/\text{day}$ )が9例(25.7%)であった。

過去28日あたりの非飲酒日数は男性で $9.2 \pm 10.5$ 日、女性で $8.5 \pm 8.7$ 日であった。過去28日あたりの大量飲酒(男性60g以上、女性40g以上)日数は、男性で $12.6 \pm 11.4$ 日、女性で $13.4 \pm 10.3$ 日であった。

初診時のK10スコアは男性 $16.6 \pm 6.5$ 、女性で $21.7 \pm 7.8$ であった。

### 3. 飲酒習慣の転帰調査

初診時のエントリーが男性85例、女性が26例のうち、3ヶ月後( $\pm 1$ ヶ月)の外來継続者が男性27例(31.8%)、女性が9例(34.6%)であった。6ヶ月後( $\pm 2$ ヶ月)では男性16例(18.8%)、女性5例(19.2%)であった。経過が終えた例で、男性の受診前1週間の総飲酒量は初診時 $432.8 \pm 88.4\text{g}$ 、3ヶ月後が $290.1 \pm 60.0\text{g}$ ( $p=0.038$ )、6ヶ月後が $293.9 \pm 55.2\text{g}$ ( $p=0.046$ )と初診時に比較して有意な飲酒量の減少が見られた。女性では1週間の総飲酒量が初診時 $308.9 \pm 79.5\text{g}$ 、3ヶ月後が $150.6 \pm 45.8\text{g}$ ( $p=0.028$ )と総飲酒量の有意な低下を認めた。28日あたりの大量飲酒日数は有意差が認められなかった。

### 4. 減酒外来受診のうち断酒に至ったケース

調査対象者のうち経過中に減酒から断酒に至った例は6例存在した。全例がICD-10アルコール依存症診断基準該当項目数が2-4例で、DRLはmiddle～very highであった。また、減酒外来受診時で初診時より断酒目標としていた例が5例であった。ICD-10診断基準該当項目数は0項目が2例、3項目が2例、6項目該当が1例であった。DRLは1例を除いて0であり、すでに飲酒を止めてから外来受診に訪れ、その後も断酒を続けている例が大多数であった。

nalmefene を使用して断酒に至った例では、nalmefene で渴望が和らぎ、断酒に至ることが可能となったケース、また nalmefene は中断したが、飲酒習慣の変化の取り組みのきっかけとなり、心理社会的治療を中心にその後の断酒継続に結びついたケースの 2 通りのパターンが推測された。アルコール依存症の診断がつく者のうち、断酒に至ったケースで nalmefene を使用したケースは 4 例であった。

#### D. 考察

治療目標としての減酒の方向性を許容した減酒外来の受診者層は、従来のアルコール外来を受診する層と比較して若年であった。参考程度に 2014 年の久里浜医療センターの入院アルコール依存症治療プログラムの対象者の平均年齢を挙げると、男性が  $56.5 \pm 13.5$  歳、女性  $47.8 \pm 13.9$  歳であった。入院時の年齢であるため単純比較はできないが、減酒外来受診者の方が早い段階で飲酒問題を相談できる場につながる事が可能となった可能性が示唆される。

人口統計学的データでは、高学歴者、同居家族あり、現在の職業状態が安定しているケースが多くを占めており、背景の社会機能が安定していることが予想された。またアルコール依存症の診断基準に合致する者は 32.4%に留まり、受診者のうち半数以上はアルコール依存症の診断閾値下の層が半数以上を占めていた。これらのことから社会機能の安定かつアルコール使用障害としても軽症の群が減酒をアピールした外来診療のメインターゲットとなることが推測された。

飲酒習慣の転帰調査では、およそ 20%弱の対象者のフォローアップに留まり、通院中断例の多さが課題と思われた。これには当院通院への利便性の悪さや、そもそも軽症のため通院の必要性を感じなくなった、あるいは減酒(断酒)に挫折し通院中断につながったかもしれない。通

院中断の背景の分析や、同時に通院継続の支援について更なる工夫を要すると思われた。

#### E. 結論

本研究結果から、少量飲酒による疾患抑制効果は循環器疾患など疾患限定的にみられるものの、疾患予防の観点から飲酒量をできるだけ抑えることが、アルコールによる健康障害の防止し、国民の生命や健康を守ることにつながることが示唆された。

減酒外来受診者のうち減酒から断酒に至った例を見ると、ICD10 診断基準該当項目数が 2-4 項目程度であり、勿論診断基準該当項目数のみで重症度を判断することはしないものの、アルコール依存症の中核的な症状がほとんど揃っている層よりは、この層の方が減酒から断酒に至りやすい可能性が考えられるかもしれない。そもそも減酒外来の受診者は社会機能などの点で重症度が低いことも加味し、ICD10 の診断基準項目該当数が 3 項目前後で重症度が低くなく社会機能が安定していれば、断酒の必要性も感じやすく、さらに外来診療と内服治療の組み合わせで断酒に導きやすい層になり得るのではないかと思われた。一方で、減酒外来を訪れる最も多い層である、アルコール依存症の要素が全くない層では、断酒の治療目標は過剰に感じられやすく、減酒の方がモチベーションが湧きやすく、かつ達成可能性が高いと考えられた。

#### E. 結論

減酒を入り口として治療に関わり経過中に断酒の治療方向性に変わる例は存在し、その背景として飲酒のコントロール困難が軽度で、重症度としても高くなく、社会機能が安定している層が断酒を達成する傾向が予測された。今後データの集積を行い、断酒に至るケースの背景因子の更なる分析を行い、減酒治療のマニュアル作成時の参考資料として用いたい。



F. 健康危機情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

湯本洋介、樋口進. 減酒治療 (特集 アルコール  
使用障害の現在とこれから). 臨床精神医学  
2020; 49(10): 1631-1639.

2. 学会発表

「アルコール使用障害への断酒の支援」  
第4回関東甲信越アルコール関連問題学会  
2021/3/14

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る  
切れ目のない支援体制整備のための研究（20GC1015）

飲酒量低減によるアルコール健康障害の改善効果や医療コストに関するエビデンスの収集

研究分担者 神田 秀幸 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 教授

研究要旨

これまで、多量飲酒が総死亡やがん、循環器疾患などの死亡や発症の危険因子であることは、多くの疫学研究やそのメタ分析で報告されてきた。一方で、少量飲酒は、複数の血管系疾患に対して抑制的に作用するという報告がみられている。そこで、近年の文献レビューを通し、飲酒量と健康障害につながるエビデンスの収集を行った。2015年以降に公表された、医学系トップジャーナル誌や飲酒関連雑誌に掲載された論文のうち、飲酒量と健康障害に関する疫学研究や社会的インパクトを取り上げた論文を対象とした。飲酒は、総死亡やがん罹患のリスクを増加させ、平均余命を延伸するような飲酒量は見当たらないことが国際共同研究で分かった。また、少量飲酒は、心筋梗塞や冠動脈疾患で抑制効果が認められたが、総死亡率を下げることを支持するものではなかった。疾患予防の観点から飲酒量をできるだけ抑えることが、アルコールによる健康障害の防止し、国民の生命や健康を守ることにつながることが示唆された。

A. 研究目的

多量飲酒は、アルコール依存症に代表される精神障害のみならず、身体的障害を引き起こすことは周知のところである<sup>1-14</sup>。アルコールによる身体的障害は、全身的な広がりをもった健康影響がある<sup>4,5</sup>。多量飲酒は、がん、循環器疾患などの死亡や発症の危険因子であり、それによる総死亡に影響を与えることは、これまで多くの疫学研究やそのメタ分析で報告されてきた<sup>6-14</sup>。生活習慣病やメタボリックシンドロームなどへの対策の中で、飲酒が心身に健康障害を及ぼしている有害な使用を予防する動きにある。

一方で、少量飲酒は、広義の循環器疾患のうち、脳梗塞や心筋梗塞では、抑制的に作用するという報告が国内外の報告からみられている<sup>4,15,16</sup>。この抑制効果の大きさに関して、総死亡や平均余命などに与える影響について議論が分

かれるところである。

そこで、近年の文献レビューを通し、飲酒量と健康障害につながるエビデンスの収集により、国民の飲酒の適正化、アルコールによる健康障害の防止に資することを目的とした。

B. 研究方法

2015年以降に、医学系トップジャーナル誌（New Eng J of Med., the Lancet, JAMA, BMJ）もしくは“Substance Abuse”のカテゴリーに属するトップ10誌に掲載された論文のうち、飲酒量と健康障害に関する疫学研究や社会的インパクトを取り上げた論文を対象とした。（倫理面への配慮）

公表されている文献を用いたレビューのため、倫理面の問題がないと判断した。

## C. 研究結果

### 1. 飲酒と総死亡

アルコール摂取量と死亡リスクについての 87 研究にもとづくメタ分析によると、飲酒者は、禁酒者に対してアルコール 45g 以上で、また機会飲酒者に対してアルコール 25g 以上で死亡リスクを高める結果が示された<sup>17</sup>。また、飲酒の期間、持病、人種、喫煙の程度で、少量飲酒による死亡抑制効果は否定的な検討がなされた。バイアスを除去した質の高い研究の結果は、低量のアルコール摂取に死亡率を下げることを支持しないことが明らかとなった。

### 2. アルコール摂取量と死亡リスクや DALYs

アルコール摂取量と死亡リスクや DALYs に関する世界 195 の国・地域からの結果によるメタ分析によると、毎日のアルコール摂取量が増加するに従って総死亡の相対リスクが上昇することを明らかにした<sup>18</sup>。男女ともに、少量の飲酒は虚血性心疾患や糖尿病のリスクを下げるものの、飲酒量の増加に伴って総死亡やがん、結核のリスクを有意に上昇させることを示した。

### 3. 飲酒量と平均余命、循環器疾患死亡

アルコール摂取量と心血管死亡について 83 の追跡研究、約 60 万人規模のメタ分析結果によると、飲酒量の増加は脳卒中・心不全に促進的、心筋梗塞・冠血管疾患は抑制的な方向が示された<sup>19</sup>。しかしながら、飲酒量と平均余命への影響を検討したところ、週飲酒量が純アルコール換算で 0-100g 未満の群を基準に対して、それ以上となるカテゴリーで 40 歳時点での平均余命を延伸する飲酒量はみられなかった。この研究結果によると、純アルコール量が週 100-200g であった場合 6 ヶ月の余命、純アルコール量が週 200-350g で会った場合 1-2 年の余命、純アルコール量が週 350g 以上であった場合 4-5 年の余命の、いずれも短縮がみられた。このことは、平均余命の観点から、摂取アルコール量は週 100g 未満（1 日 15g 程度）までとすることを示した。

### 4. アルコール摂取量と心血管死亡

アルコール摂取量と心血管死亡に関する 45 研究にもとづくメタ分析によると、アルコール摂取が比較的多くても（毎日エタノール量 65g 未満まで）心血管疾患に対して予防的に働くことが示されつつも、非飲酒者バイアス、喫煙状態、飲酒量計測の正確さ、ベースラインの心疾患の状況を調整すると、その抑制効果が漸減する結果となった<sup>16</sup>。また、喫煙状況、適切な飲酒量の計測、ベースライン時のコホートの平均年齢を 60 歳までに限るなど研究の質を高めて分析を行ったところ、飲酒量による心血管死亡の有意な抑制効果はみられなくなった。この結果の中で、アジア人での研究結果、白人の 55 歳までにリクルートされたコホート集団では、飲酒の冠動脈疾患の予防効果が認められなかったことが示されている。

### 5. 飲酒量とがん罹患

米国の看護師と医療従事者の 2 つのコホートを結合させた大規模なコホート研究の分析によると、全がんやアルコール関連がんに対して、男女ともに、飲酒量の増加とともにがんの発症の相対危険度が増加した<sup>20</sup>。アルコール摂取量ががん罹患のリスクを下げず、循環器疾患でみられた抑制効果はがん罹患ではみられなかった。

## D. 考察

近年の飲酒量と健康障害に関する文献レビューにより、飲酒は総死亡やがん罹患のリスクを増加させ、平均余命を延伸するような飲酒量は見当たらないことが国際共同研究で分かってきた。また、少量飲酒は、心筋梗塞や冠動脈疾患で抑制効果が認められたが、総死亡率を下げることを支持するものではなかった。

飲酒量と全死亡の関係は、これまでいわゆる“Jカーブ”の関係を示す研究結果がこれまでに多く報告されてきた<sup>4, 15, 16</sup>。しかし、近年の国際的なメタ分析では、少量を含む飲酒者における

死亡率低下や平均余命の延伸はみられないという報告が公表されつつある<sup>17-19</sup>。今後、こうした国際的な動向をふまえ、わが国でのアルコールの死亡への影響について注視していく必要があると思われる。

一方、毎日エタノール量 65g 未満までの比較的多い飲酒量でも心筋梗塞や冠血管疾患の抑制効果は、国際的なメタ分析でみられた<sup>16</sup>。このメカニズムとして、飲酒による HDL コレステロール増加が考えられる<sup>21,22</sup>。アルコール摂取量と心筋梗塞の抑制的な関連は国内外の研究において、アルコール摂取量の少ない範囲では負の量-反応関係がみられるが、多量飲酒になるとこの関係が減弱することが知られているため、アルコールの心血管系の抑制効果は少量飲酒にとどまることに留意する必要がある。また、非飲酒者バイアスや喫煙状況の詳細を調整した質の高い研究では、この関係が減弱することから、今後抑制的な影響が生じ続けるのかについて見極めていくことになると思われる。

がんの発症については、男女ともに、飲酒量の増加とともにその相対危険度が増加した。アルコールによる身体的障害は、全身的な広がりをもった健康影響が特徴的である<sup>1-14</sup>。全がんやアルコール関連がんでは、男女ともに、抑制的な効果を認めず、飲酒量とがんの発症の相対危険度が直線的な正の関連を示したことは、この全身的な影響を示している可能性がある。血管系とがんの発症の病態的なメカニズムの違いがこうしたアウトカムに影響を与えていることも考えられた。

本文献レビュー結果をわが国で適用していくためには、いくつか考慮すべき点がある。本レビューに用いた文献のほとんどは国際的なメタ分析やコホート研究にもとづく文献で、わが国の実態に直接的に合わない可能性が含まれる。特に女性の飲酒者はわが国では男性に比べ、比較的少ないため、性別による結果には注意が必

要である。疾患の発症頻度も国状によって異なる。広義の循環器疾患のうち、欧米を中心とする地域では心血管疾患の発症が多いのに比べ、わが国では脳血管疾患の発症が多いが<sup>23</sup>、国際的なメタ分析によりその特性が反映されにくくなっている。この他、調整項目や追跡期間が研究によって若干異なる。調整項目の数や追跡期間の多少が、結果を検討する際に留意しなければならない点として挙げられる。

## E. 結論

本研究結果から、少量飲酒による疾患抑制効果は循環器疾患など疾患限定的にみられるものの、疾患予防の観点から飲酒量をできるだけ抑えることが、アルコールによる健康障害の防止し、国民の生命や健康を守ることにつながることが示唆された。

## 参考文献

1. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388(10053):1659-1724.
2. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR *et al*. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 386(10010):2287-323.
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD *et al*. A comparative risk assessment of burden of

- disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380:2224-60.
4. Camargo CA Jr. Moderate alcohol consumption and stroke. The epidemiologic evidence. *Stroke*. 1989; 20:1611-26
  5. 堀江義則. 内科外来における治療と指導法. アルコール関連疾患最新事情. *Medical Asahi*. 30-32, 2008
  6. Roerecke M., Rehm J. Chronic heavy drinking and ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Open Heart* 2014; 1: e000135.
  7. Patra J., Taylor B., Irving H., Roerecke M., Baliunas D., Mohapatra S. et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality from different stroke types—a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010; 10: 258.
  8. Higashiyama A, Wakabayashi I, Ono Y, *et al*. Association with serum gamma-glutamyltransferase levels and alcohol consumption on stroke and coronary artery disease The Suita study. *Stroke* 42: 1764-67, 2011
  9. Camargo CA Jr.. Moderate alcohol consumption and stroke. The epidemiologic evidence. *Stroke*. 1989 Dec;20(12):1611-26
  10. Reynolds K, Lewis B, Nolen JD *et al*. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA*. 2003 Feb 5;289(5):579-88.
  11. Ikehara S, Iso H, Toyoshima H, *et al*. Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. *Stroke*. 2008;39(11):2936-42.
  12. Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol*. 2010 Mar 15;171(6):633-44.
  13. O'Donnell M. J., Chin S. L., Rangarajan S., *et al*. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet* 2016; 388: 761-775.
  14. Mostofsky E., Chahal H. S., Mukamal K. J., *et al*. Alcohol and immediate risk of cardiovascular events: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Circulation* 2016; 133: 979-987.
  15. Kitamura A, Iso H, Sankai T, *et al*. Alcohol intake and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *Am J Epidemiol*. 1998;147:59-65.
  16. Zhao J, Stockwell T, Roemer A, *et al*. Alcohol Consumption and Mortality From Coronary Heart Disease: An Updated Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Stud Alcohol Drugs*. 2017 ;78(3):375-386.
  17. Stockwell T, Zho J, Panwar S *et al*. Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *J Stud Alcohol Drugs* 2016;77:185-98
  18. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories,. 1990-2016: a systematic analysis for the. Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018; 392: 1015-35.
  19. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, *et*

*al.* Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. Lancet 2018; 391: 1513-23

20. Cao Y, Willett WC, Rimm EB, *et al.* Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. BMJ 2015;351:h4238

21. Lager, R. D., Criqui, M. H. and Reed, D. M. Lipoproteins and blood pressure as biological pathways for effect of moderate alcohol consumption on coronary heart disease, Circulation 1992;85: 910-915

22. Mukamal KJ, Jensen MK, Grønbaek M, Stampfer MJ, Manson JE, Pischon T, *et al.* Drinking frequency, mediating biomarkers, and risk of myocardial infarction in women and men. Circulation 2005; 112: 1406-1413.

23. Ueshima H. Explanation for the Japanese paradox: prevention of increase in coronary heart disease and reduction in stroke. J Atheroscler Thromb, 2007; 14: 278-286.

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

#### F. 健康危機情報

該当なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

該当なし

##### 2. 学会発表

該当なし

#### H. 知的所有権の取得状況

##### 1. 特許取得

該当なし

厚労科研木村班  
「アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る  
切れ目ない支援体制整備のための研究」

# 飲酒量低減による アルコール健康障害の改善効果や 医療コストに関するエビデンスの収集

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科  
公衆衛生学分野  
教授 神田秀幸

## 背景

- ・飲酒は健康のリスク
- ・少量飲酒の心血管イベント抑制効果
- ・近年少量飲酒の効果 否定的な報告あり

## 目的

飲酒量と健康障害につながる近年のエビデンスを収集し、国民の飲酒の適正化に資する。



# 方法

2015年以降に報告された飲酒量と健康障害に関する疫学研究の代表的な文献

1. 飲酒量と総死亡
2. 飲酒量と心血管死亡
3. 飲酒量とがん罹患

# 結果

## 1. 飲酒量と総死亡

# 論文1: アルコール摂取量と死亡リスクについてのメタ分析

## Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality

TIM STOCKWELL, PH.D.,<sup>a,d</sup> JINHUI ZHAO, PH.D.,<sup>a</sup> SAPNA PANWAR, M.S.,<sup>b</sup> AUDRA ROEMER, M.SC.,<sup>a</sup>  
TIMOTHY NAIMI, M.D.,<sup>c</sup> & TANYA CHIKRITZHS, PH.D.,<sup>b,d</sup>

J Stud Alcohol Drugs, 77;185-98, 2016.

TABLE 2. Weighted mean relative risk (RR) estimates of all-cause mortality adjusted for between-study variation for different categories of drinkers compared with abstainers (*N* = 87 studies and 523 risk estimates) with tests of publication bias and heterogeneity, but not adjusted for study characteristics

Drinking categories	<i>n</i> of studies	<i>n</i> of risk estimates	Adjusted <i>M</i> RR [95% CI] vs. abstainers 飲酒者対禁酒者		Heterogeneity <i>I</i> <sup>2</sup> % [95% CI]	Adjusted <i>M</i> RR [95% CI] vs. occasional drinkers 飲酒者対機会飲酒者	
			RR [95% CI]	<i>t</i> test <i>p</i>		RR [95% CI]	<i>t</i> test <i>p</i>
Abstainer			1.00			1.19 [1.12, 1.27]	<.0001
Former drinker	21	42	1.22 [1.14, 1.31]	<.0001	65.34 [52.01, 74.97]	1.45 [1.33, 1.59]	<.0001
Occasional (<1.30 g/day)	15	32	0.84 [0.79, 0.89]	<.0001	60.50 [41.91, 73.15]	1.00	
Low volume (1.30–<25 g/day)	81	229	0.86 [0.83, 0.90]	<.0001	64.96 [59.71, 69.52]	1.02 [0.95, 1.10]	.5222
Medium volume (25–<45 g/day)	63	105	0.95 [0.91, 1.00]	.0313	79.50 [75.51, 82.84]	1.13 [1.05, 1.22]	<.0010
High volume (45–<65 g/day)	44	61	1.12 [1.07, 1.17]	<.0001	82.02 [77.48, 85.65]	1.33 [1.24, 1.44]	<.0001
Higher volume (≥65 g/day)	33	54	1.29 [1.22, 1.36]	<.0001	83.33 [78.92, 86.81]	1.52 [1.40, 1.66]	<.0001
All drinkers combined	87	523	1.00 [0.85, 1.17]	.9613	84.36 [83.17, 85.47]	1.24 [1.08, 1.42]	.0133

Notes: Significant RRs in bold. CI = confidence interval.

時々飲酒者: 週1日までの飲酒者で1日平均飲酒量が1.3g未満  
 低アルコール摂取量: 1日平均飲酒量が1.3g~24.9g  
 中等度飲酒量: 25-44.9g  
 多量飲酒量: 45~64.9g  
 超多量飲酒量: 65g以上

TABLE 3. All-cause mortality relative risk (RR) estimates for different categories of drinker compared with abstainers, weighted and adjusted for between-study variation and study-level covariates, with adjustment for abstainer biases and study quality-related characteristics ( $N = 523$  estimates from 87 studies)

Drinking categories	Studies	Estimates	RR	[95% CI]	<i>t</i> test <i>p</i>	
Adjustment for six selected covariates <sup>a</sup> 6項目調整:飲酒開始年齢、性、白人/非白人、飲酒の調べ方、非飲酒者バイアス、機会飲酒者バイアス						
Former drinker	20	42	<b>1.26</b>	[1.17, 1.35]	<.0001	
Occasional (<1.30 g/day)	15	32	<b>0.86</b>	[0.80, 0.92]	<.0001	
Low volume (1.30–<25 g/day)	81	229	<b>0.89</b>	[0.84, 0.94]	<.0001	抑制
Medium volume (25–<45 g/day)	63	105	0.98	[0.92, 1.04]	.4696	
High volume (45–<65 g/day)	44	61	<b>1.13</b>	[1.06, 1.20]	<.0001	
Higher volume (≥65 g/day)	33	54	<b>1.32</b>	[1.23, 1.41]	<.0001	
All drinkers combined	87	523	1.04	[0.88, 1.22]	.5625	
Further adjusted for all identified covariates <sup>b</sup> 上記項目+調査期間、有病者の包含/除外基準、人種や喫煙の区分						
Former drinker	20	42	<b>1.38</b>	[1.24, 1.54]	<.0001	
Occasional (<1.30 g/day)	15	32	0.95	[0.85, 1.05]	.2815	抑制
Low volume (1.30–<25 g/day)	81	229	0.97	[0.88, 1.07]	.5895	抑制
Medium volume (25–<45 g/day)	63	105	1.07	[0.97, 1.18]	.1738	
High volume (45–<65 g/day)	44	61	<b>1.24</b>	[1.12, 1.37]	<.0001	
Higher volume (≥65 g/day)	33	54	<b>1.44</b>	[1.30, 1.60]	<.0001	
All drinkers combined	87	523	1.15	[0.97, 1.36]	.0852	

Notes: **Bold** indicates statistical significance. CI = confidence interval. <sup>a</sup>Further adjusted for median age at intake, sex, Caucasian/non-Caucasian, drinking measure adequacy, former drinker bias, and occasional drinker bias; <sup>b</sup>further adjusted for study follow-up years, inclusion/exclusion of ill subjects, and study levels controls for race and smoking.

Adequacy; 飲酒量を正確に推定できる調べ方をしているか  
 Former drinkers bias; 非飲酒者に過去飲酒者が混じっている  
 Occasional drinkers bias; 非飲酒者に時々飲酒者が混じっている

J Stud Alcohol Drugs, 77,185-98, 2016.

☆飲酒の期間、持病、人種、喫煙の程度で、少量飲酒による死亡抑制効果は否定的

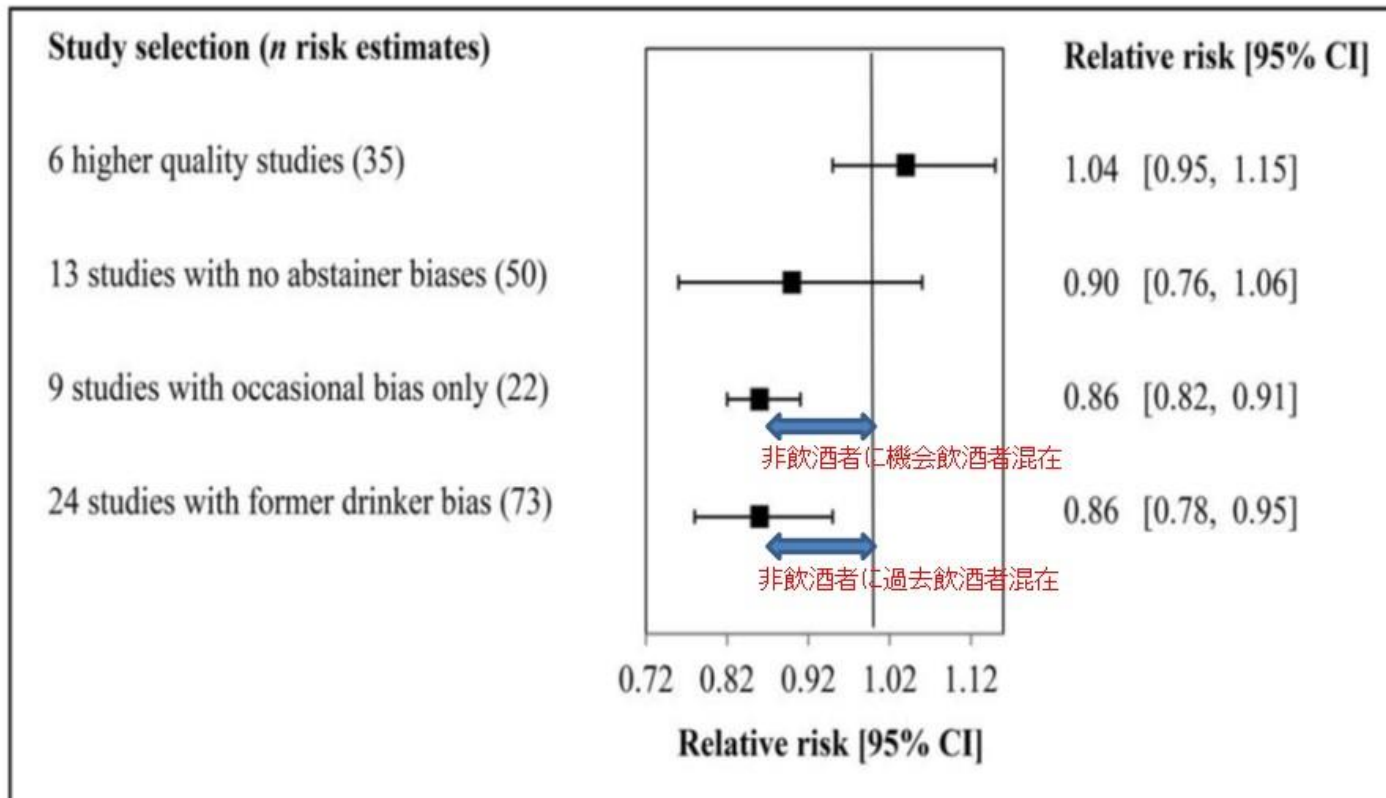


FIGURE 4. All-cause mortality relative risk for low-volume drinkers versus lifetime abstainers after controlling for design characteristics by study selection in adjusted models. CI = confidence interval.

J Stud Alcohol Drugs, 77;185-98, 2016.

☆バイアスを除去した質の高い研究の結果は、低量のアルコール摂取に死亡率を下げることを支持しない

## 論文2: アルコール摂取量と死亡リスクやDALYsについてのメタ分析

Alcohol use and burden for 195 countries and territories,  
1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of  
Disease Study 2016

The Lancet, 392;1015-35, 2018.

GBD 2016 Alcohol Collaborators\*

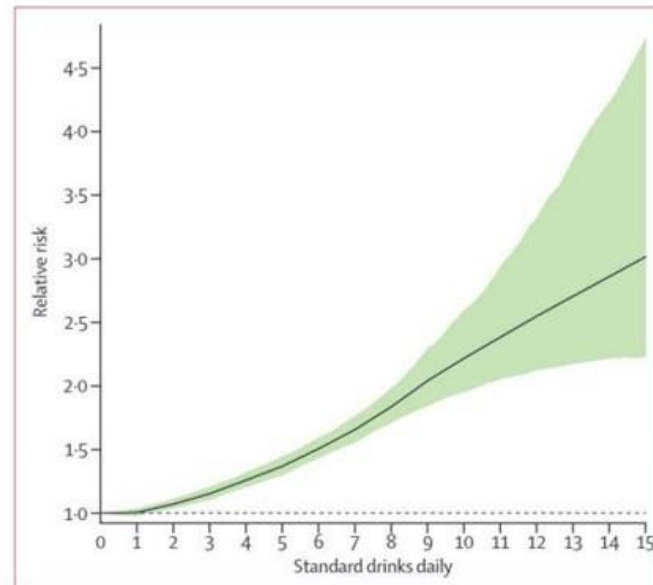
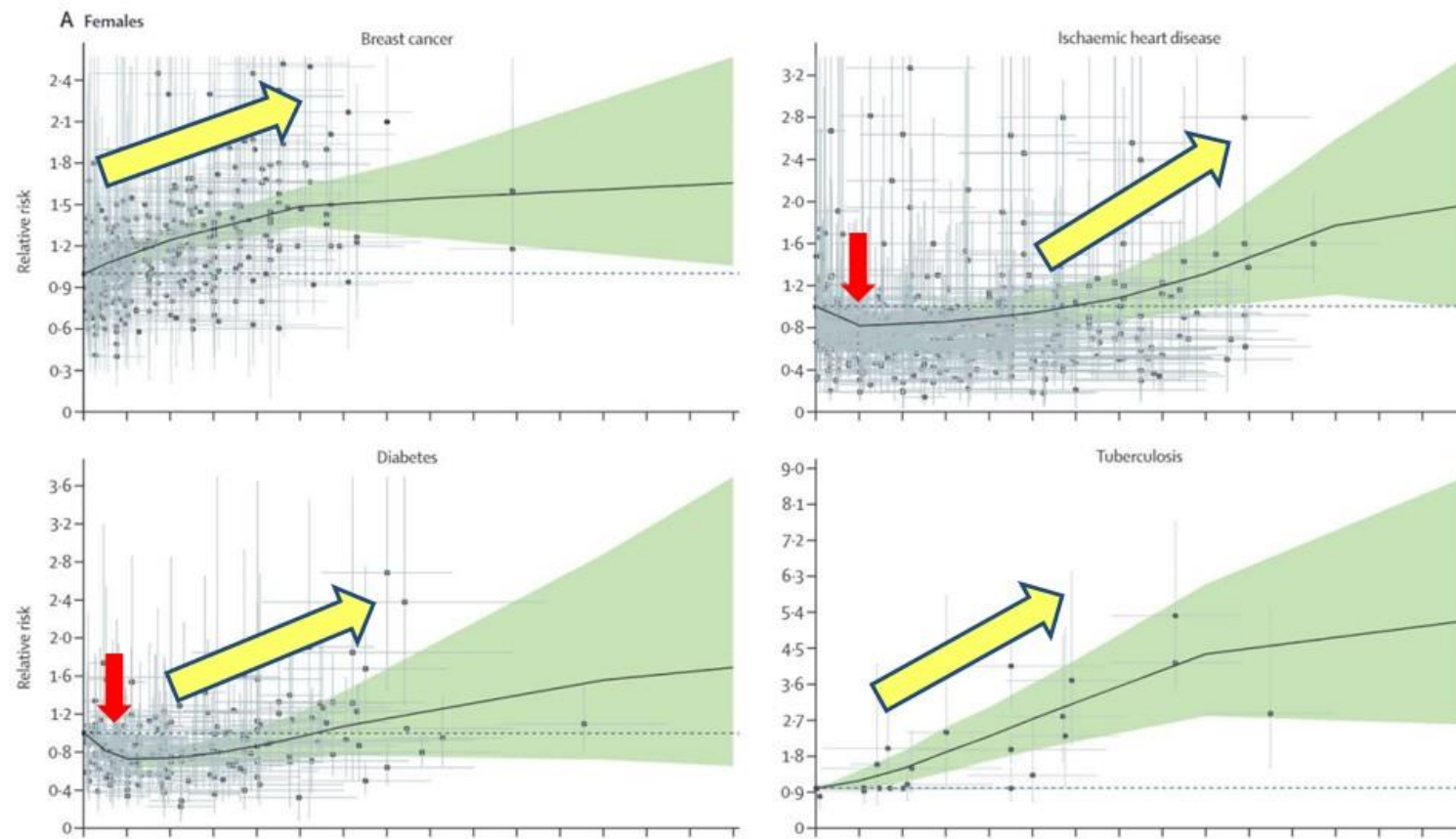


Figure 5: Weighted relative risk of alcohol for all attributable causes, by standard drinks consumed per day  
Age-standardised weights determined by the DALY rate in 2016, for both sexes.  
The dotted line is a reference line for a relative risk of 1. DALY=disability-adjusted life-year.

毎日のアルコール摂取量が多いことは  
総死亡の相対リスク上昇させる

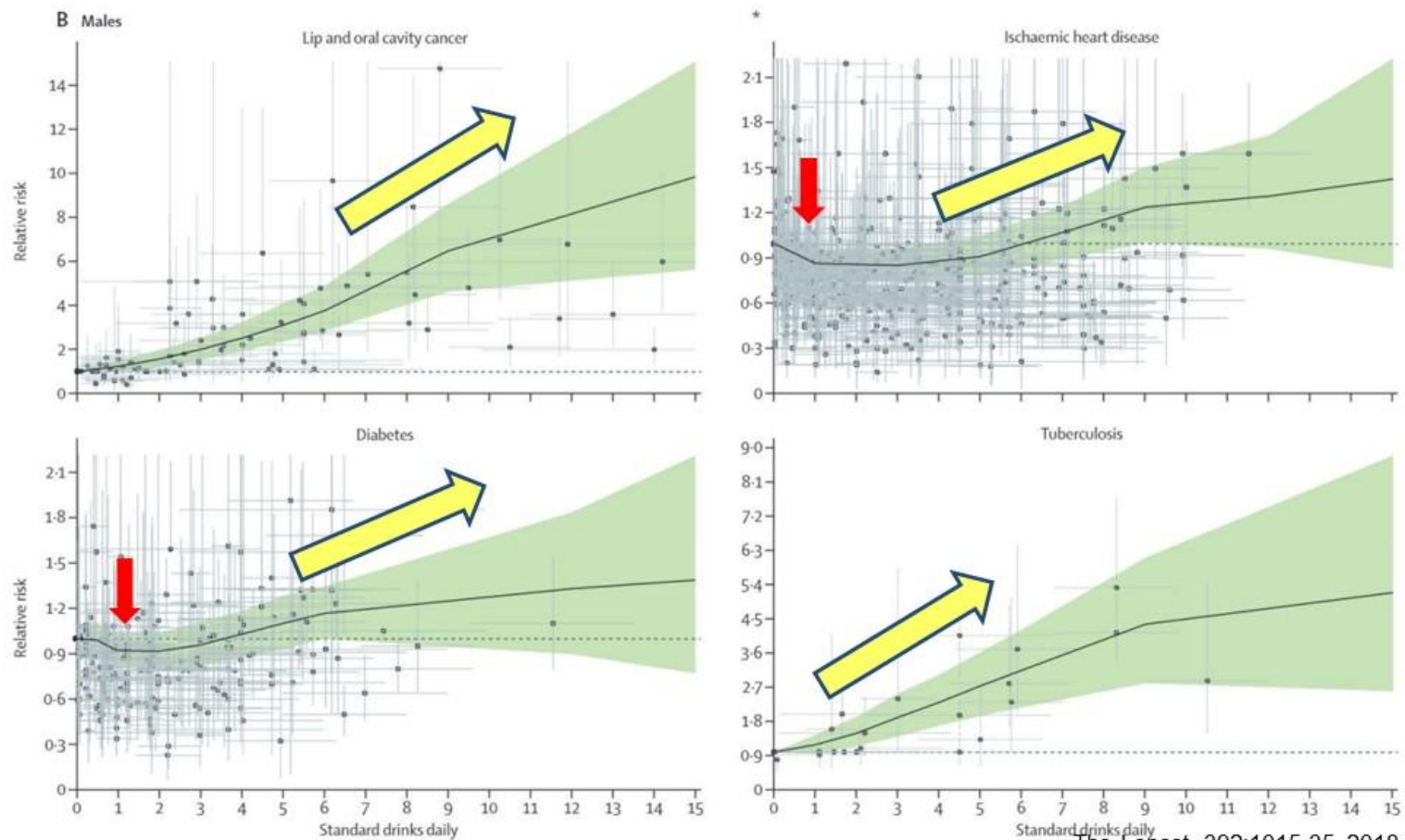


## 女性 飲酒ドリンク数と各疾患の死亡相対リスク



The Lancet, 392;1015-35, 2018.

## 男性 飲酒ドリンク数と各疾患の死亡相対リスク



The Lancet, 392;1015-35, 2018.

少量の飲酒は、虚血性心疾患や糖尿病のリスクを下げるものの、  
総死亡やがん、結核のリスクを有意に上昇させる



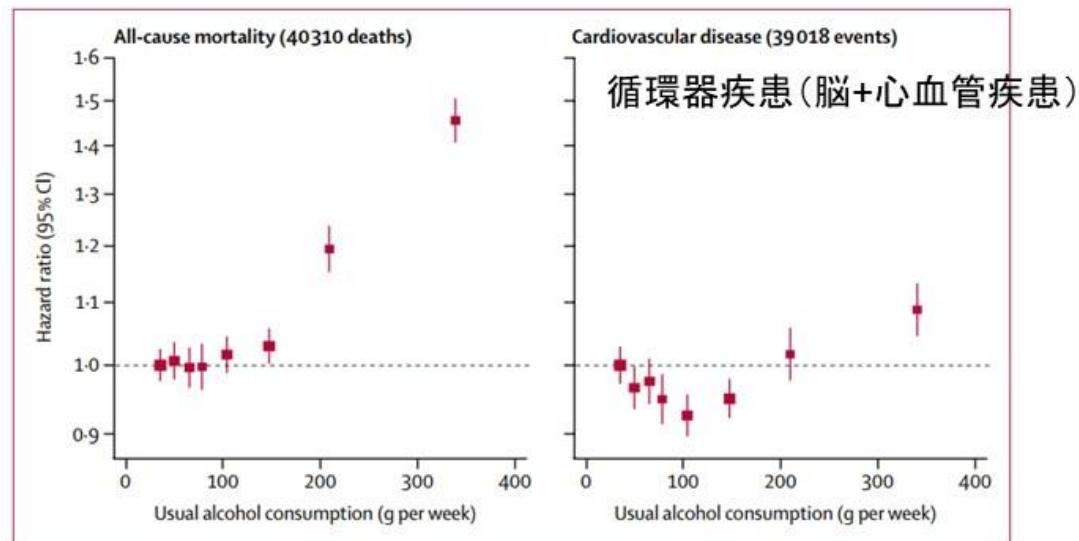
# 結果

## 2. 飲酒量と循環器疾患死亡

## 論文3: アルコール摂取量と心血管死亡のメタ分析

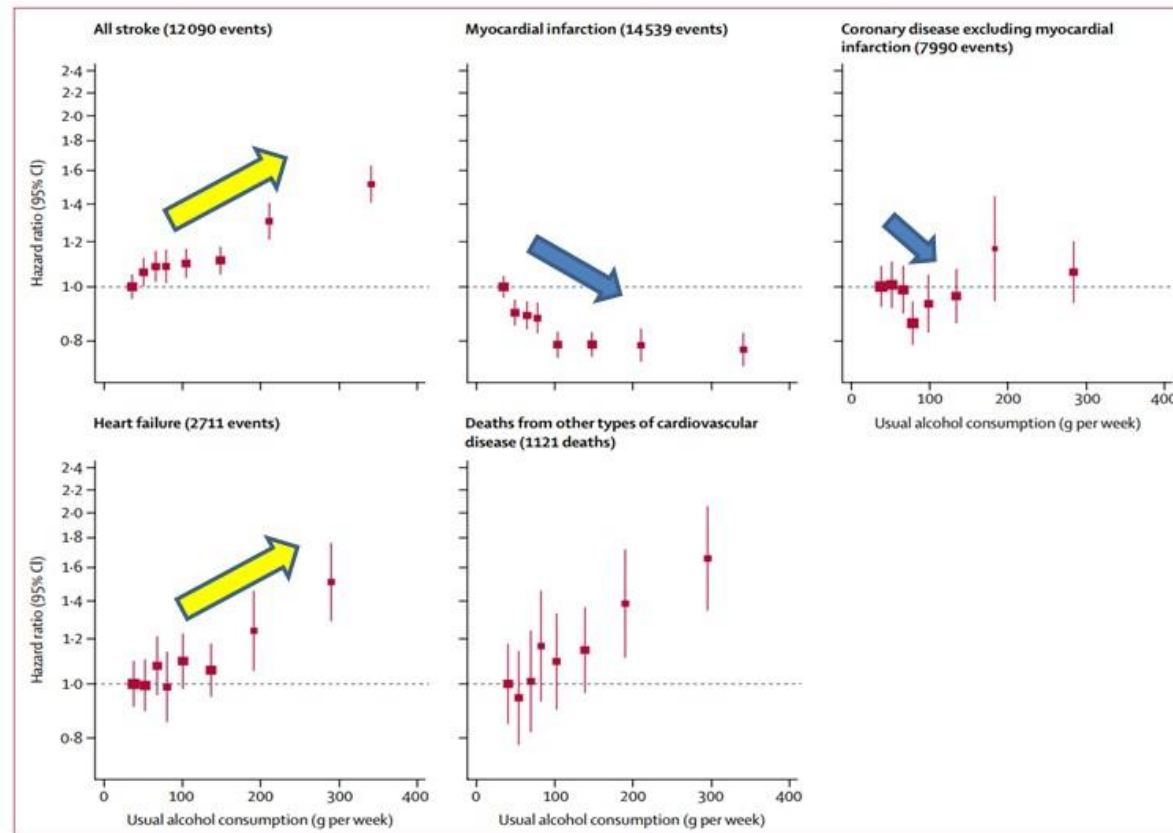
### Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies

Lancet, 391;1513-23,2018.



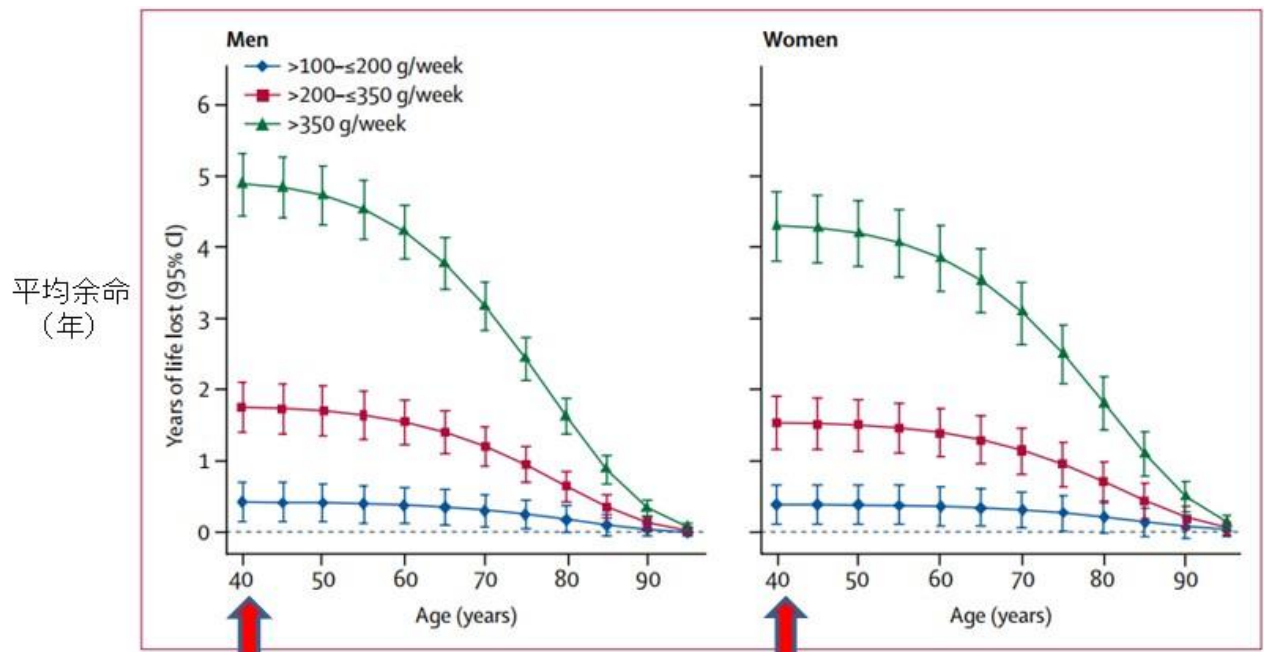
**Figure 1: Associations of usual alcohol consumption with all-cause mortality and the aggregate of cardiovascular disease in current drinkers**

Cardiovascular disease was defined as an aggregate of myocardial infarction, coronary heart disease, and stroke. Hazard ratios are adjusted for age, smoking, and history of diabetes, and stratified by sex and EPIC centre. The reference category is the lowest baseline alcohol consumption category (between 0 and 25 g/week). HRs are plotted against the mean usual alcohol consumption in each category. Sizes of the boxes are proportional to the inverse of the variance of the log-transformed hazard ratios. Vertical lines represent 95% CIs.



**Figure 2: Associations of usual alcohol consumption with cardiovascular subtypes in alcohol drinkers**  
 Hazard ratios are adjusted for age, smoking, and history of diabetes, and stratified by sex and EPIC centre. The reference category is the lowest baseline alcohol consumption category (between 0 and 25g/week). Hazard ratios are plotted against the mean usual alcohol consumption in each category. Studies with fewer than five events of any outcome were excluded from the analysis of that outcome. Sizes of the boxes are proportional to the inverse of the variance of the log-transformed hazard ratios. Vertical lines represent 95% CIs. Deaths from other cardiovascular disease include the following outcomes: cardiac dysrhythmia, hypertensive disease, sudden death, and aortic aneurysm. *Lancet*, 391;1513-23,2018.

週飲酒量： 脳卒中・心不全に**促進的**、心筋梗塞・冠血管は**抑制的**



**Figure 4: Estimated future years of life lost by extent of reported baseline alcohol consumption compared with those who reported consuming >0-≤100 g per week**

The estimates of cumulative survival from 40 years of age onwards in the alcohol-drinking groups were calculated by applying hazard ratios (specific to age at risk) for all-cause mortality associated with categorised baseline alcohol consumption to US death rates at the age of 40 years or older. Mean usual levels of alcohol consumption within each baseline alcohol consumption category were 56, 123, 208 and 367 g per week, respectively, for the groups >0-≤100 g per week, >100-≤200 g per week, >200-≤350 g per week, and >350 g per week.

Lancet, 391:1513-23,2018.

**【平均余命への影響】週飲酒量が純アルコール換算で0-100gの群を基準に対して  
40歳時点での平均余命 男女ともに(赤矢印部)**

- ・純アルコール量が週100-200g → 6カ月の余命短縮
- ・純アルコール量が週200-350g → 1-2年の余命短縮
- ・純アルコール量が週350g以上 → 4-5年の余命短縮

飲酒量は週100g以下へ  
(1日15g程度)  
余命延伸の飲酒量は無い

## 論文4: アルコール摂取量と心血管死亡のメタ分析

### Alcohol Consumption and Mortality From Coronary Heart Disease: An Updated Meta-Analysis of Cohort Studies

JINHUI ZHAO, Ph.D.,<sup>a,\*</sup> TIM STOCKWELL, Ph.D.,<sup>a,b,c</sup> AUDRA ROEMER, M.Sc.,<sup>a,b</sup> TIMOTHY NAIMI, M.D.,<sup>d</sup>  
& TANYA CHIKRITZHS, Ph.D.,<sup>e,f</sup>

J Stud Alcohol Drugs, 78;375-86,2017.

TABLE 1. Mean relative risks (RRs) of coronary heart disease mortality attributable to alcohol consumption in all included studies

Drinking categories, Pooled (269 estimates from 45 studies)	N/n <sup>a</sup>	Unadjusted			Partially adjusted <sup>b</sup>			Fully adjusted <sup>c</sup>		
		RR	[95% CI]	t test p	RR	[95% CI]	t test p	RR	[95% CI]	t test p
Abstainer		1.00			1.00			1.00		
Current and former drinker vs. abstainer	45/269	0.94	[0.81, 1.10]	.3848	0.93	[0.79, 1.10]	.3074	0.93	[0.79, 1.09]	.3143
Former drinker vs. abstainer	9/18	<b>1.25</b>	<b>[1.03, 1.51]</b>	<b>.0215</b>	<b>1.25</b>	<b>[1.10, 1.43]</b>	<b>.0010</b>	<b>1.25</b>	<b>[1.03, 1.51]</b>	<b>.0225</b>
All current drinker vs. abstainer	44/251	0.89	[0.79, 1.01]	.0619	<b>0.88</b>	<b>[0.77, 0.99]</b>	<b>.0417</b>	<b>0.88</b>	<b>[0.78, 0.99]</b>	<b>.0402</b>
Abstainer		1.00			1.00			1.00		
Occasional (<1.30 g/day)	6/11	0.98	[0.77, 1.25]	.8776	1.00	[0.88, 1.14]	.9823	1.00	[0.82, 1.20]	.9685
Low volume (1.30–24.99 g/day)	42/129	<b>0.79</b>	<b>[0.74, 0.85]</b>	<b>.0001</b>	<b>0.80</b>	<b>[0.75, 0.85]</b>	<b>.0001</b>	<b>0.80</b>	<b>[0.69, 0.93]</b>	<b>.0049</b>
Medium volume (25–44.99 g/day)	35/51	<b>0.86</b>	<b>[0.76, 0.96]</b>	<b>.0067</b>	<b>0.80</b>	<b>[0.75, 0.86]</b>	<b>.0001</b>	<b>0.80</b>	<b>[0.69, 0.94]</b>	<b>.0064</b>
High volume (45–64.99 g/day)	21/32	<b>0.85</b>	<b>[0.74, 0.98]</b>	<b>.0283</b>	<b>0.86</b>	<b>[0.79, 0.93]</b>	<b>.0002</b>	<b>0.86</b>	<b>[0.73, 1.01]</b>	<b>.0707</b>
Higher volume (≥65 g/day)	19/28	1.00	[0.86, 1.16]	.9685	0.94	[0.84, 1.06]	.3302	0.95	[0.79, 1.13]	.55442

Notes: Estimates significant at the 5% level ( $p < .05$ ) are **bold**. CI = confidence interval. <sup>a</sup>N = Number of studies; n = number of risk estimates. <sup>b</sup>Weighted estimates adjusted for between-study variation. <sup>c</sup>Weighted estimates adjusted for between-study variation, abstainer group biases, mean age, sex of study population, alcohol measure accuracy (i.e., both quantity and frequency of drinking were assessed for at least 1 week), ethnicity (mainly White vs. not), control of heart health at baseline, socioeconomic status, and smoking status in individual studies.

アルコール摂取が比較的多くても心血管疾患に対しては、予防的に働く



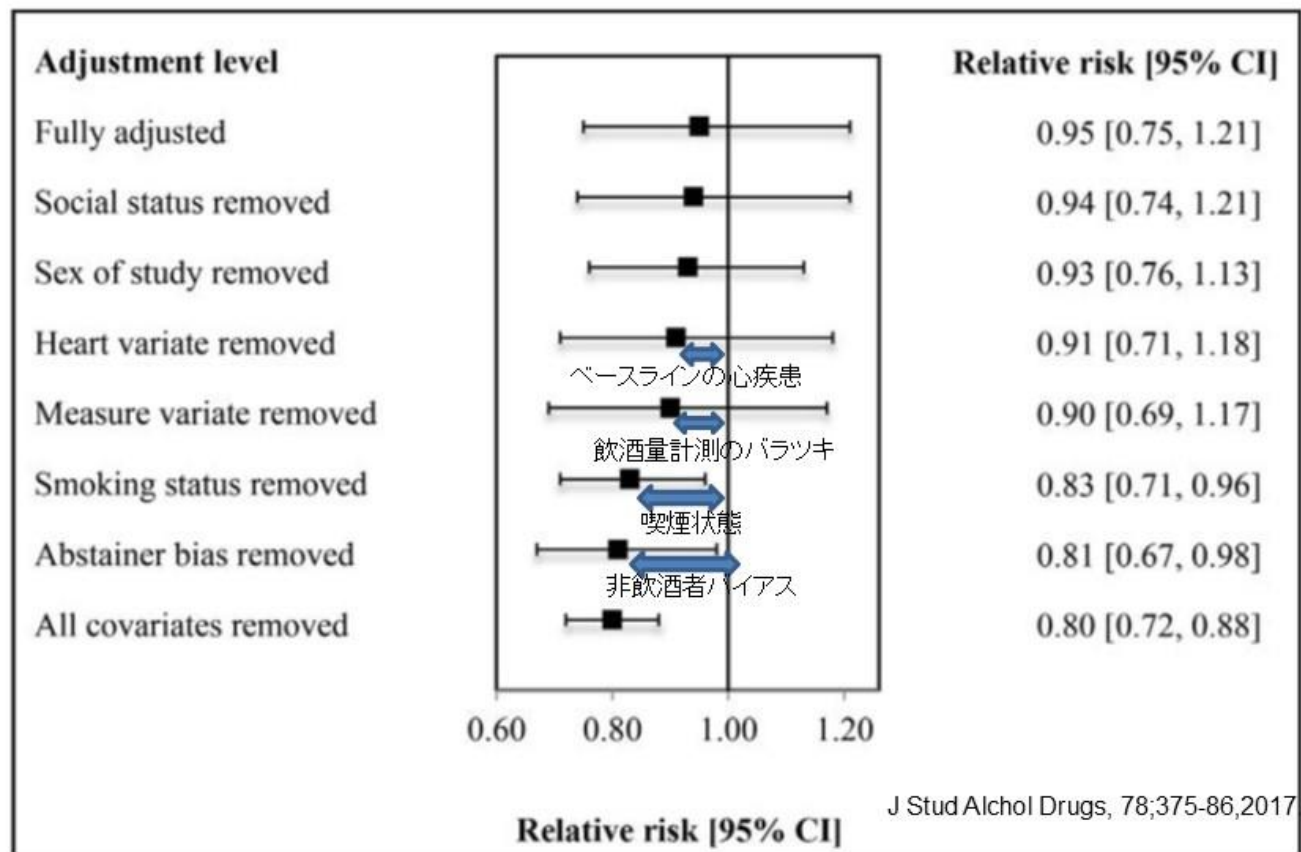


FIGURE 3. Coronary heart disease (CHD) mortality relative risk estimates for low-volume alcohol consumers versus lifetime abstainers with and without influential covariates among population age 55 or younger ( $N = 23$  studies, 134 risk estimates). CI = confidence interval.

抑制に与えるインパクト要因:

非飲酒者バイアス、喫煙状態、飲酒量計測の正確さ、ベースラインの心疾患の状況

TABLE 5. Mean relative risks (RRs) of coronary heart disease mortality due to alcohol consumption in higher quality studies

Drinking categories in higher quality studies	N/n <sup>a</sup>	Unadjusted			Partially adjusted <sup>b</sup>			Fully adjusted <sup>c</sup>		
		RR	[95% CI]	t test p	RR	[95% CI]	t test p	RR	[95% CI]	t test p
Abstainer		1.00			1.00			1.00		
Current and former drinker vs. abstainer	5/42	1.04	[0.81, 1.35]	.6650	1.03	[0.81, 1.29]	.7639	1.03	[0.80, 1.33]	.7343
Former drinker vs. abstainer	4/8	1.37	[0.96, 1.95]	.0790	<b>1.39</b>	<b>[1.13, 1.72]</b>	<b>.0031</b>	<b>1.40</b>	<b>[1.06, 1.84]</b>	<b>.0186</b>
All current drinker vs. abstainer	5/34	0.97	[0.74, 1.28]	.7849	0.95	[0.79, 1.15]	.4644	0.96	[0.76, 1.21]	.6064
Occasional (<1.30 g/day)	2/4	1.19	[0.72, 1.96]	.4822	1.15	[0.81, 1.63]	.4367	1.22	[0.81, 1.82]	.3264
Low volume (1.30–24.99 g/day)	4/13	0.81	[0.62, 1.07]	.1413	0.89	[0.75, 1.04]	.1387	0.86	[0.68, 1.09]	.2106
Medium volume (25–44.99 g/day)	5/8	0.83	[0.58, 1.19]	.3013	0.84	[0.67, 1.06]	.1324	0.83	[0.62, 1.12]	.2226
High volume (≥45 g/day)	5/9	1.12	[0.80, 1.56]	.5013	0.96	[0.76, 1.23]	.7570	0.96	[0.69, 1.35]	.8272

Notes: Estimates significant at the 5% level ( $p < .05$ ) are **bold**. CI = confidence interval. <sup>a</sup>N = Number of higher quality studies (adequate alcohol measure, <60 mean age at baseline, control for smoking, no former drinker bias); n = number of risk estimates. <sup>b</sup>Weighted estimates adjusted for between-study variation. <sup>c</sup>Fully adjusted estimates: weighted estimates adjusted for between-study variation, occasional drinker bias, sex of study population, control for heart condition, and social status.

J Stud Alcohol Drugs, 78;375-86,2017.

#### Higher quality studies:

- ・禁酒者バイアスがない
- ・喫煙状況調整
- ・適切な飲酒量の計測
- ・ベースライン時のコホートの平均年齢が60歳まで
- ・非飲酒者に含まれる禁酒者や時々飲酒者を分離して解析できている。

質の高い研究のメタ分析によると、飲酒の抑制効果は有意でない。

アジア人での研究結果、白人の55歳までにリクルートされたコホート集団では、飲酒の冠動脈疾患の予防効果が認められない。

# 結果

## 3.飲酒量とがん罹患



## 論文5: アルコール摂取量とがん罹患(大規模コホート)

Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies

Yin Cao,<sup>1</sup> Walter C Willett,<sup>1,2,3</sup> Eric B Rimm,<sup>1,2,3</sup> Meir J Stampfer,<sup>1,2,3</sup> Edward L Giovannucci<sup>1,2,3</sup> | *BMJ* 2015;351:h4238 | doi: 10.1136/bmj.h4238

看護師と医療従事者の2つのコホートを結合

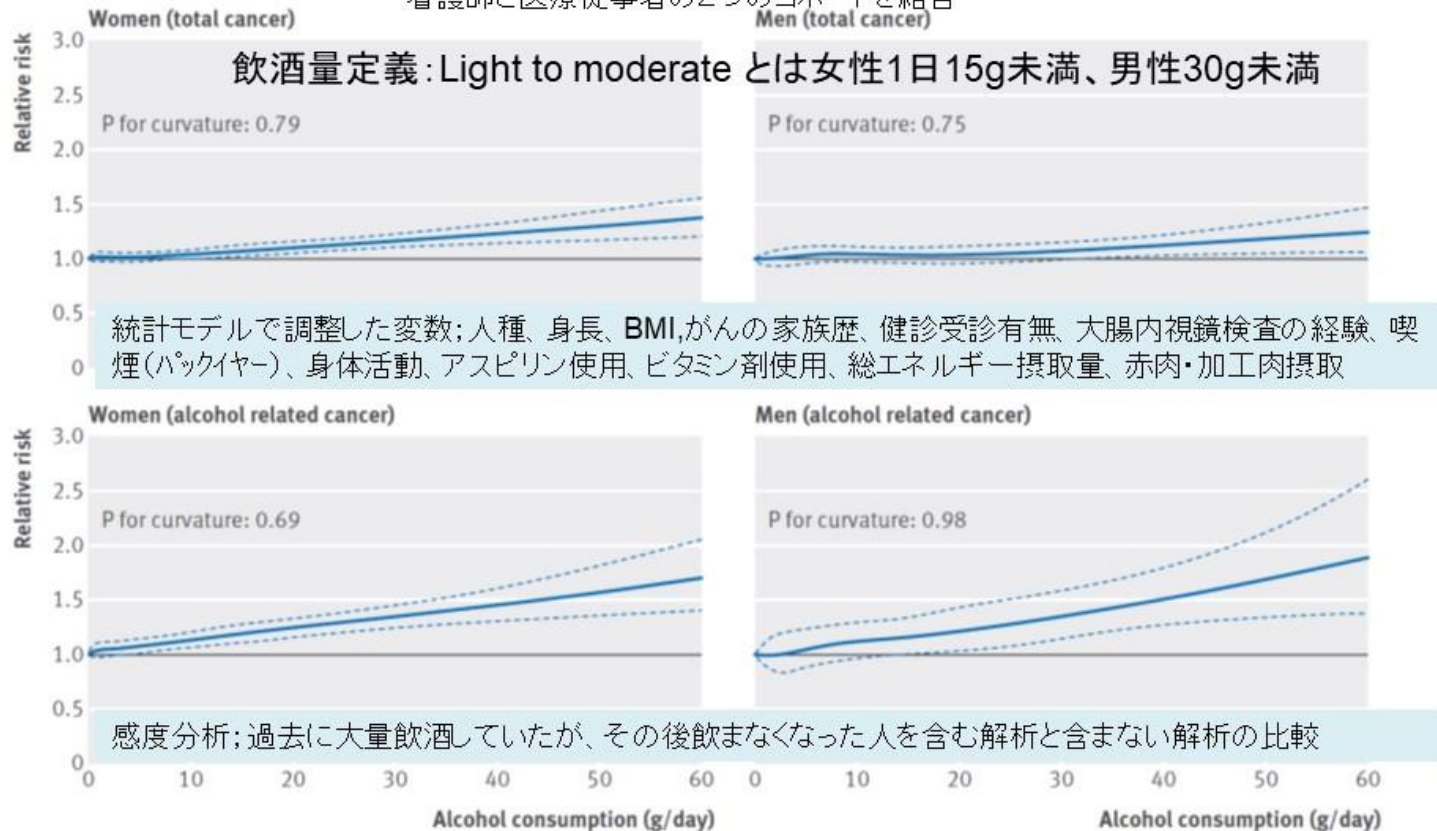


Fig 1 | Non-parametric regression curves showing the association between alcohol consumption and risk of cancer (total and alcohol related). Blue lines=relative risk; dotted lines=95% confidence intervals

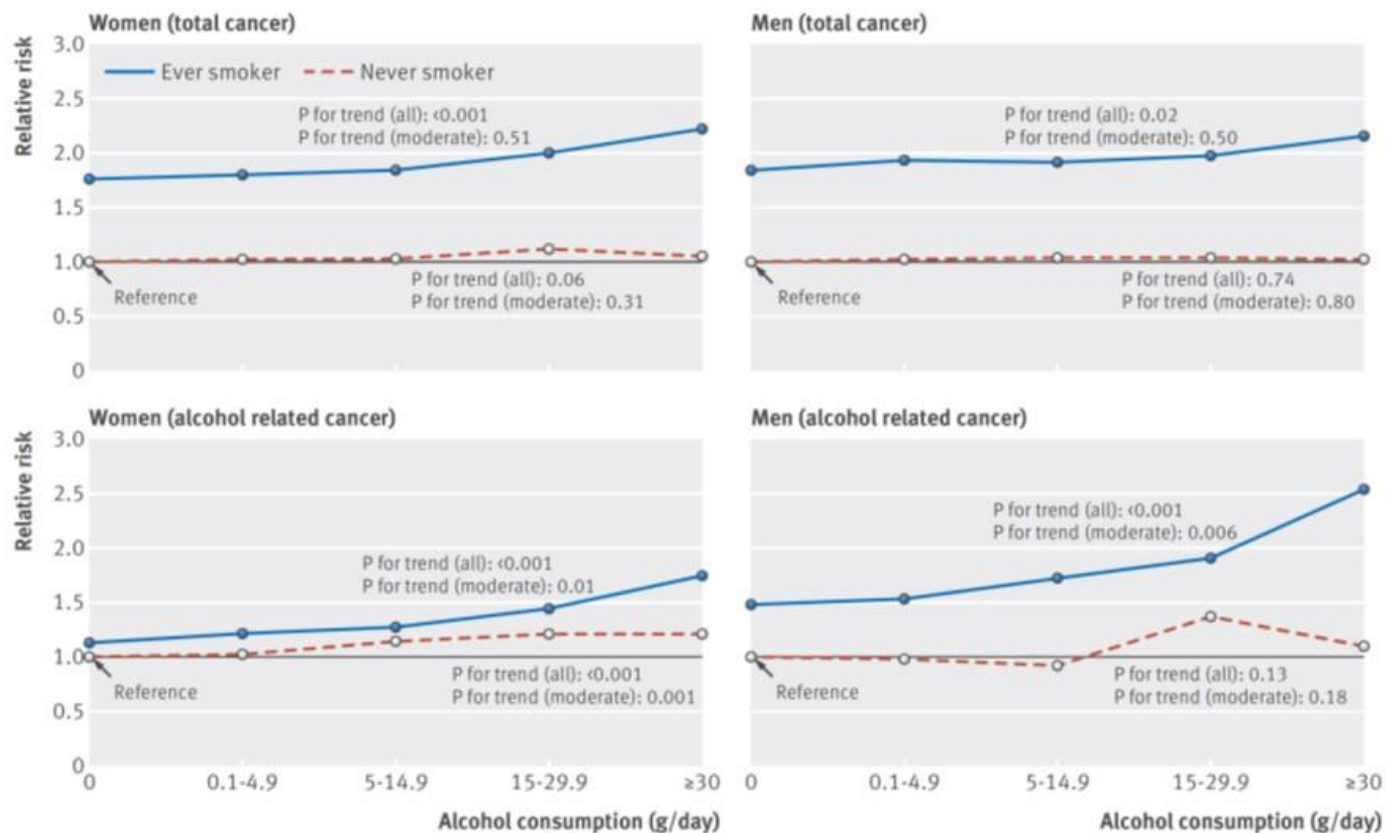


Fig 2 | Risk of total and alcohol related cancer jointly by alcohol consumption and smoking history

| *BMJ* 2015;351:h4238 | doi:10.1136/bmj.h4238

## アルコール摂取量が、がん罹患のリスクを下げない。“Jカーブ”にならない

男性では、非喫煙・少量飲酒者では有意な増加はない。

女性では、非喫煙・少量飲酒(5-14.9g/日)でも有意な増加あり(特に乳がん)。0.1-4.9gでは認められなかった。

## まとめと考察

近年の論文より、

- ・飲酒は、総死亡やがん罹患のリスクを増加させる
- ・少量飲酒の抑制効果は疾患限定的(心血管疾患,DM)

少量飲酒による予防的効果よりも、

**飲酒量をできるだけ抑えることが**  
疾患予防の観点から推奨される

# 今後の展開

## 1. 飲酒による健康障害

動脈硬化ガイドライン2021に盛り込まれる

包括的リスク管理の中に“飲酒”項目 新規追加  
本結果を含む飲酒のステートメント掲載予定

## 2. 飲酒による健康障害と医療コストに関する文献検討

分担研究として、次年度以降の取組み

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
分担研究報告書

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る  
切れ目のない支援体制整備のための研究（20GC1015）  
アルコール問題を有する地域高齢者への効果的な介入と支援に関する研究

研究分担者 杠 岳文 肥前精神医療センター 院長

研究要旨：アルコール問題を有する地域高齢者への効果的な介入と支援に向け、在宅介護現場におけるアルコール問題の実態を把握すべく、日本介護支援専門員協会の協力を得て、介護支援専門員 1,000 名を対象とするアンケート調査を開始した。アンケートでは、担当しているケースの中で、①アルコール問題を有するケースがどのくらいあるか、②飲酒関連問題の具体的内容、③介護する家族のアルコール問題、④有効な支援に必要な事柄、⑤身近な相談機関、⑥飲酒問題で対応に苦労したケース、⑦効果的な対応で、飲酒問題が改善したケースなどについて、自由記載を含めて調査する。最終年度までに、本アンケート調査結果を基に、困難事例や効果的な介入成功事例などを含めた介護支援専門員向けのアルコール問題対応マニュアルの作成や研修会の開催を行い、支援者の人材育成にも繋げたい。

研究分担者氏名：杠岳文・肥前精神医療センター 院長

研究協力者：

武藤岳夫・肥前精神医療センター 医長

福田貴博・肥前精神医療センター 医師

角南隆史・佐賀県医療センター好生館 医長

手塚幸雄・琉球病院 医師

石井博修・佐賀県医療センター好生館 部長

松口和憲・福岡市精神保健福祉センター 医師

柴口里則・日本介護支援専門員協会 会長

坪根雅子・日本介護支援専門員協会 理事

榊寿恵・長崎市江平・山里地域包括支援センター 介護支援専門員

酒問題が顕在化する者の増加が指摘されている。在宅で介護保険サービスを受けている高齢者の中にも、飲酒の問題を抱えている者が数多くいることが、申請者らが2002年に行った26名の介護支援専門員を対象にした先行研究でも明らかになっている。当時の調査では、対象となる高齢者133名のうち8名（6.0%）に明確なアルコール問題があり、アルコール問題の存在が疑われる者も4例（3.0%）に及んでいる。在宅高齢者のアルコール問題は、問題が深刻化するまで事例化し難く、関わっている介護支援専門員もその対応に苦労し、こうした問題への相談窓口機関の拡充、様々な援助機関との連携、研修の必要性などが求められていたが、その後も具体的な対策に進展のないまま経過している。今回、約20年ぶりに日本介護支援専門員協会の協力を得て、全国の会員から無作為

#### A. 研究目的

人口の高齢化とともに、定年退職後に飲

抽出された介護支援専門員 1,000 名を対象にアンケート調査を行い、在宅高齢者のアルコール問題の実態を把握するとともに、介入の困難事例や好事例も集め、アルコール問題への早期介入と支援に必要なマニュアルや介護支援専門員向け研修会の開催に繋げることを計画している。

## B. 研究方法

介護支援専門員に対するアンケート調査を、日本介護支援専門員協会の協力を得て行う。日本介護支援専門員協会会員の中から無作為に抽出した 1,000 名に対し、アンケート調査を郵送する。無記名でのアンケート調査であるが、1,000 円の QUO カードの謝礼を希望する者に対しては、謝礼の送付先と氏名を記載してもらい、謝礼は希望する者の中から、先着 600 名に対し送ることとする。アンケートには担当しているケースの中で、①アルコール問題を有するケースがどのくらいあるか、②飲酒関連問題の具体的内容、③介護する家族のアルコール問題、④有効な支援に必要な事柄、⑤身近な相談機関、⑥飲酒問題で対応に苦労したケース、⑦効果的な対応で、飲酒問題が改善したケースなどについて、回答肢から選択、あるいは自由記載で調査する。事例について自由記載の際には個人情報保護の点から、固有名詞を用いないようにと指示している。

(倫理面への配慮)

「介護支援専門員が地域で抱える高齢者アルコール問題実態把握と効果的な支援のためのアンケート調査」として、調査内容、研究方法について肥前精神医療センターの倫理委員会で審査を受け、承認を受け

ている。

## C. 研究結果

4 月末日までの回収期限であるが、3 月 26 日までに約 300 人程度の会員からアンケートの回収を得ている。今後困難事例、好事例を含め、次年度に調査結果をまとめる予定である。

## D. 考察

わが国の高齢者、特にその在宅介護現場におけるアルコール問題の実態を明らかにする全国規模の調査研究であり、今後の高齢者アルコール問題の施策を決める上で貴重な資料になると思われる。また、研究最終年度には困難事例や効果的な介入成功事例などを含めた介護支援専門員向けのアルコール問題対応マニュアルの作成や、それに基づく研修会の開催を行い、支援者の人材育成に繋げたい。

## E. 結論

アルコール問題を有する地域高齢者への効果的な介入を行うため、在宅介護現場におけるアルコール問題の実態を把握すべく、日本介護支援専門員協会の協力を得てアンケート調査を開始した。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

該当なし

### 2. 学会発表

杠岳文：アルコール依存症の早期介入. 第 40 回日本社会精神医学会シンポジウム「地域の依存の取り組み」、オンライン開催、3.5、2021

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
分担研究報告書

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る  
切れ目のない支援体制整備のための研究（20GC1015）  
妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

研究分担者 杠 岳文 肥前精神医療センター 院長  
研究協力者 福田貴博 肥前精神医療センター 医師  
角南隆史 佐賀県医療センター 医長  
石井博修（佐賀県医療センター好生館）  
手塚幸雄（琉球病院）  
松口和憲（福岡市精神保健福祉センター）

研究要旨：

2009年の厚生労働省の調査によれば、妊娠中に飲酒した経験のある妊婦の割合は8.7%である。2018年、協会けんぽ沖縄支部と那覇市浦添市との共同調査では、妊娠中の飲酒が14%であった。一方、妊産婦への飲酒に対する指導は、十分とは言えない。本研究では、妊産婦の飲酒の実態調査を行い、また産婦人科医らと協力して、実践的な妊産婦への飲酒に対する指導用のツールを作成する。

**A. 研究目的**

- ・妊産婦における飲酒の実態を明らかにする。
- ・妊産婦対象の節酒指導用ツール、啓発用ポスターを作成する。
- ・飲酒習慣のある妊産婦には節酒指導を実施する。

**B. 研究方法**

本研究の研究計画は下記の通りである。

2020年度：

妊産婦の飲酒実態調査を行うフィールドを選定する。また、研究協力者を産婦人科医から募る。

2021年度：

選定したフィールドで、妊産婦の飲酒実態調査を行う。また、妊産婦対象の節酒指導用ツール、啓発用ポスターなどを作成する。

2022年度：

作成した妊産婦対象の節酒指導用ツールを実際に用いて、個別の節酒指導を実施する。実施した上で、節酒指導用ツールのブラッシュアップを行い、マニュアルを作成する。

（倫理面への配慮）

「妊産婦の飲酒についてのアンケート調査」として、調査内容、研究方法について肥前精神医療センターの倫理委員会で審査を受け、承認を受けている。

**C. 研究結果**

2020年11月、佐賀県産婦人科医会所属医師に対して、郵送による無記名のアンケート調査を行った。43人中20人から回答を得た。回答者の属性は、男性17名、女性3名、40代2名、50代5名、60代9名、70代以上が4名であった。



質問 1、妊産婦の飲酒習慣についての問診  
についてでは、

- ① 飲酒習慣の有無を尋ねる：9人、
- ② 飲酒頻度を具体的に尋ねる：3人
- ③ 飲酒量を具体的に尋ねる：2人、
- ④ 飲酒頻度、飲酒量を具体的に尋ねる：  
5人
- ⑤ 飲酒習慣についてのスクリーニング・  
問診は実施していない：6人
- ⑥その他：1人

質問 2、妊産婦の飲酒習慣について、スク  
リーニング用ツールを使っていますか？  
(複数回答可) に対して、

- ① AUDIT：0人
- ② CAGE：0人
- ③ KAST：0人
- ④その他のツール：0人
- ⑤使用していない：20人

質問 3.妊娠 20 週の妊婦に対して、1 日の  
飲酒量としてどの位の量が許容できると  
思いますか？

- ① 一滴も飲まない：16人
- ② 缶ビール 500ml 1本相当：4人
- ③ 缶ビール 500ml 2本相当:0人
- ④ 缶ビール 500ml 3本相当:0人
- ⑤ 缶ビール 500ml 5本以上相当:0人

質問 4.授乳している方に対して、1 日の飲  
酒量としてどの位の量が許容できると思  
いますか？

- ① 一滴も飲まない：15人
- ② 缶ビール 500ml 1本相当：4人
- ③ 缶ビール 500ml 2本相当:0人
- ④ 缶ビール 500ml 3本相当:0人
- ⑤ 缶ビール 500ml 5本以上相当:0人
- ⑥ 未回答:1人

質問 5.妊産婦への飲酒習慣に対する指導  
について

- ① 日常的に実施している:1人
- ② 機会があれば実施している:8人
- ③ 実施していないが、対応は可能であ  
る:5人
- ④ 実施していないが専門医などと連携で  
できれば実施できる:6人
- ⑤ 実施できない:0人

質問 6.診療の中で、ご自身が妊産婦への飲  
酒に対する指導に使える時間はどのくら  
いですか？

- ① 1分程度：9人
- ② 5分程度:10人
- ③ 15分程度:1人
- ④ 15分以上:0人

質問 7. 助産師・栄養士等が妊産婦への飲  
酒に対する指導に使える時間はどのくら  
いですか？

- ① 1分程度：3人
- ② 5分程度:9人
- ③ 15分程度:7人
- ④ 15分以上:1人

質問 8.妊産婦向けの飲酒指導用ツールが  
あれば使用したいと思いますか？

- ① ぜひ使用したい：7人
- ② 使用したい:8人
- ③ どちらでもない:4人
- ④ あまり使用したくない:0人
- ⑤ 使用しない:人
- ⑥未回答:1人

質問10.妊産婦向けの飲酒指導用のツールは、どのような形態が有用ですか？（複数回答可）

- ① リーフレット：16人
- ② 冊子：9人
- ③ ポスター：4人
- ④ 動画：4人
- ⑤ その他：0人

質問11.妊産婦向けの飲酒指導に必要な内容はどれですか？（複数回答可）

- ① 胎児性アルコールスペクトラム障害について：18人
- ② アルコールの母乳移行について：18人
- ③ 早産、流産や低出生体重児のリスク：18人
- ④ その他：0人

#### D. 考察

飲酒問題の評価は十分とは言えない。スクリーニングツールや指導用のツールがあれば、活用したいと考える医師は多い。飲酒の指導に使える時間は、医師、コメディカルでも数分程度が現実的だと思われる。指導ツールの形態は、リーフレットが望ましい。内容は、FASD、母乳移行、早産、流産や低体重のリスクが高まることなどが望ましい。

#### E. 結論

妊産婦の飲酒実態について、産婦人科医にアンケート調査を行った。アンケート結果に基づき、次年度以降は、節酒指導用ツールの開発を行う。

#### F. 健康危険情報

特に無し。

#### G. 研究発表

特に無し。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特に無し。

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）  
分担研究報告書

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る

切れ目のない支援体制整備のための研究（20GC1015）

アルコール依存症に対する認知行動療法（個人及び集団）に関し、本研究班全体で行われる全国調査も用いたエビデンスの収集及びシステマティックレビュー

研究分担者 杠 岳文 肥前精神医療センター 院長  
研究協力者 角南隆史 佐賀県医療センター好生館 医長

研究要旨：

アルコール依存症に対する認知行動療法の治療効果は確立されており、わが国においてもアルコール依存症の治療技法の一つとして広く用いられている。しかしわが国において、認知行動療法もしくはその他の治療技法が、どのような形で各々の医療機関で取り入れられているのか、といった実態調査は、久しく行われていなかった。そこで本研究では、①アルコール依存症に対する認知行動療法に関して国内外の文献収集を行い、②本研究班全体で行われる全国調査の中で、各々の医療機関においてどのような治療技法が行われているのか実態調査を行い、③最終的には、認知行動療法を用いた標準的なテキストを作成する。

**A. 研究目的**

アルコール依存症に対する認知行動療法について

- ・国内外の文献収集を行う。
- ・有効性についてのエビデンスを集める。

本研究班全体で行われるアルコール依存症診療の実態調査において

- ・診療の中で認知行動療法がどの程度行われているのか実施状況を調査。
- ・各施設で用いられているアルコール依存症に対する認知行動療法のテキストを集める。

・上記の結果も踏まえた解析・考察を行う。

**B. 研究方法**

本研究の研究計画は下記の通りである。

2020年度：

アルコール依存症に対する認知行動療法について

- ・国内外の文献・エビデンスの収集を行う。
- ・実施状況調査に盛り込む調査項目を選定する。

2021年度：

各施設においてアルコール依存症に対する認知行動療法に基づいた治療がどのように行われているのか、解析・考察を行う。

2022年度：

各施設で用いられているテキストを集めて、国内外でのエビデンス、調査結果から得られた知見も加えて、認知行動療法を用いた標準的なテキストを作成する。

（倫理面への配慮）

本研究では、各施設でのアルコール依存症診療の実態調査を行うことを計画しているが、患者個人が特定されるような情報の収集は一切行わない。

### C. 研究結果

まず 2020 年度は、アルコール依存症に対する認知行動療法について国内外の文献・エビデンスの収集を行った。その結果、アルコール依存症に対する認知行動療法の治療効果は、国内外において既にエビデンスは確立されていることが判明した。このことをワード文書 40 ページほどにまとめた。

また本研究班全体で行われるアルコール依存症診療の実態調査において調査に盛り込む調査項目として、下記を予定している。

・質問：

ARP でどのような治療技法を用いていますか？

・回答（複数選択可）：

認知行動療法(CBT)、動機づけ面接法(MI)、随伴性マネジメント(CM)、家族療法(CRA)、クラフト(CRAFT)、内観、座禅、瞑想、マインドフルネス、運動療法、作業療法、SST、自助グループ、貴施設のOG/OG との面談、個別心理面接、退院前訪問、その他（自由回答）

### D. 考察

アルコール依存症に対する認知行動療法の治療効果は、国内外において既にエビデンスは確立されているものの、実際に国内の各施設で認知行動療法がどのような形で行われているかは不明である。

### E. 結論

上記の考察から、各施設に対して上記の質問の実施し、各施設で用いられているテキストを集めることによって実態調査、解析を行う必要があると考えられた。

### F. 健康危険情報

特に無し。

### G. 研究発表

特に無し。

### H. 知的財産権の出願・登録状況

特に無し。

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究 課題番号：（20GC1601）

令和2年度分担研究報告書

分担課題：災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

研究分担者 佐久間 寛之

独立行政法人国立病院機構さいがた医療センター副院長

研究要旨

アルコール問題・酩酊者に対する救急医療現場での課題抽出のため、予備的調査として地域中核病院の救急医療を担当する消化器内科医師2名に予備的調査を行った。ほかの疾患対応には感じない独特の徒労感、怒りの感情が存在することがあらためて分かった。予備調査を踏まえ、次年度以降は全国調査を行い、救急医療現場における依存症に関する課題抽出および災害医療現場での依存症に関する課題抽出を行う。

A. 研究目的

【背景】アルコールはもっとも身近な精神作用物質である。わが国の飲酒率は男性が83.1%、女性60.9%と高く、飲酒習慣者率は男性35.9%、女性6.4%と、相当数の人口が機会飲酒ないし習慣飲酒を行っている。アルコール飲料および飲酒のともなう会合はわが国の文化・習慣の一部である反面、アルコールは酩酊をもたらす精神作用物質でもある。このため災害や救急医療の現場ではしばしば飲酒および酩酊に関連する問題が発生する。海外では自然災害とそれともなう心的外傷、悲嘆からの自己治療としての飲酒問題が研究されてきた。しかしながら、わが国ではいまだ災害や救急医療における依存症問題との関連は十分に研究されているとは言えない。2011年の東日本大震災後、わが国でも災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team; DPAT）が整備され、災害場面でのアルコール問題への支援スキルも支援者には求められる。災害や救急医療

場面での問題飲酒ないし依存症の実体把握と課題抽出は、喫緊の課題である。

【目的】

本研究の目的は主に次の二つである。

1. 救急医療現場における依存症に関する課題を抽出する。
  2. 災害医療における依存症に関する課題を抽出する。
  3. 上記の結果を元に、救急医療現場および災害医療で役に立つ酩酊者・飲酒問題・依存症関連問題対応の提言を行う。
- 当研究は3年計画である。1年目に研究計画の立ち上げ、問題点整理とディスカッション、具体的な研究計画の立案および予備調査を行う。次いで2年目に救急医療現場での課題抽出と整理、3年目に災害医療における依存症に関する課題の抽出と整理を行う。

B. 研究方法

予備的調査として救急医療現場に従事する医療関係者、特に医師に聞き取り調査を

行い、課題抽出のための基礎的データとする。質的調査のため統計学的な処理は行わない。予備調査の結果を踏まえて、次年度以降に質問紙票を作成し全国調査を行う。

### C. 研究結果

救急医療現場における依存症に関する課題抽出に関し、予備的調査として新潟県立中央病院消化器内科医師2名に聞き取り調査を行った。以下は聞き取り調査のサマリーである。

#### 【飲酒問題を呈する患者層】

典型的には50代から60代の男性。通院歴に乏しく、治療歴もあまりない。突然に静脈瘤破裂などの重篤な状態で救急搬送される。治療を行い退院するが、退院時には断酒ないし飲酒問題をもう起こさないと誓うが、外来通院に移行後に再飲酒、通院を中断する。

アルコールに起因する身体合併症患者の診療を外来で行っても、断酒の医師を示さない。やめる気があればいつでも止められる、と言って行動に移さない。命にさわることを説明するが、指導に従わない。

印象ではあるが、アルコール問題を抱えた受診者・搬送者の比率は多い。食道静脈瘤患者が多い。重症者、死亡例も多い。

#### 【アルコール問題に対する医療者の感情】

断酒の意志がない、治療をする気がない患者へ対応し続けなければならない徒労感。アルコール問題を持っている人は入院後せん妄を起こしやすく、暴れる患者への対応に自信がない。肝機能が低下しているために過鎮静リスクが想定できず、常に重症化・過鎮静リスクを抱えているために不安を感じる。自院治療だけでは問題が解決しないことへの無力感。

#### 【精神科医療に対する懐疑と怒り】

本人が明確な断酒の意志を示さないと地元の精神科病院が紹介患者を受け取らない。あきらかに精神疾患であるにも関わらず、応需する精神科がない。救急場面となればなおさらである。なぜ自分たちだけが対応を続けなければいけないのか。

### D. 考察

問題飲酒者、酩酊者の対応によって独特の疲弊感、徒労感、怒りを強く感じる事が分かった。また問題飲酒者に対して精神科が対応しないことへの疲弊感、怒りも強く感じていることが分かった。聞き取り調査から、酩酊者の救急対応は救急医の疲弊を招きやすいことが分かった。

もちろん食道静脈瘤破裂などの重篤な身体疾患は救急救命措置が必要である。そのこと自体に対する不満は見られなかった。しかし、患者側要因としては否認や自己防衛といった心理機制、システム要因としては精神科医療につなげたくてもつなげられず行き詰まりを感じる点が救急医療現場での疲弊感、徒労感につながっていると考えられる。

### E. 結論

依存症対応により、救急医療従事者は独特の疲弊感、徒労感、怒り、忌避感情を持ちやすい可能性が示唆された。今回の聞き取り調査はあくまで予備的調査であり、今回の結果を救急医療一般に敷衍することはできない。しかし、依存症に対する課題の一端を示したと思われる。

今回の結果を踏まえ、次年度以降に全国調査を行うための評価尺度の選定、全国調査のデザイン・実施を行い、課題抽出を行う予定である。

F. 健康危険情報  
特になし。

G. 研究発表  
なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得  
なし。

2. 実用新案登録  
なし。

3. その他  
なし。

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究 課題番号：(20GC1601)

令和2年度分担研究報告書

自助グループを対象とした調査等によるエビデンスの収集及びシステマティックレビュー

研究分担者 森田展彰 筑波大学医学医療系

研究要旨

【目的】本研究は、アルコール依存症の自助グループの効果や有用性に関する国内外の文献を収集、知見を整理することで、アルコール依存症の治療や回復に自助グループが果たす役割や機能について明らかにするとともに、現状で不足している研究課題の抽出をすることを目的とする。

【方法】令和2年度は、エビデンスを文献のシステマティックレビューの形で収集を行った。海外では、主に「アルコホーリクス・アノニマス(AA)」や、AAで実施される「12ステッププログラム」に関する有効性についての調査研究が散見される。一方、わが国には独自のアルコール依存症の自助グループである「断酒会」があり、海外と国内での自助グループの事情は異なるものと考えた。そのため、文献レビューを海外文献と国内文献で分けて実施した。

【結果と考察】

(国外の文献検討による所見)

- ・欧米では、アルコール依存症の回復支援をうける成人の多くの割合がアルコーリックスアノニマス(AA)等の自助グループを用いている。
- ・AAや12ステップへの参加の継続性や効果は、研究間でかなりのばらつきがあり、少なくとも一部は参加者の特徴により異なることが指摘された。
- ・AAは自主的な参加が特徴であり、その有効性を検討する場合に、AAを自己選択することの影響と、利用による効果の2つをどう区別していくかが問題となってきた。これについて操作変数モデルという新しい手法によるメタ分析により、12ステップ促進プログラム(12TSF)を無作為割付されたことが自助グループの参加に効果があることを確認した上で、無作為化に起因する(=自己選択バイアスがない)AA出席の増加は、3ヵ月後、15ヵ月後における断薬日数の増加に有意な効果を持つことを示した。更にKellyら(2020)によるコクランレビューの研究では、研究デザイン(RCT/準RCT、非ランダム化、実際の)、マニュアル化の程度、介入のタイプ(12TSF/AA、CBTなどの方法)によって断酒継続の有無、断酒日数%(PDA)を調べ、その結果、マニュアル化されたAA/TSFは、他の介入(CBTなど)と比べて、12ヵ月後の継続的断酒率の改善に有意な影響をもち、PDAでは他の介入と同等の影響を持っていた。

(国内文献検討による所見)

- ・自助グループに参加することで仲間や人とのつながりが生まれ、当事者と家族ともに新たな人間関係や対人関係が構築される
- ・自助グループに継続参加することで、断酒の決意を固めることや、再飲酒の抑止効果、完全断酒の促進が期待できる
- ・自助グループ活動(体験談の語りや仲間と過ごすこと)を通して、自己成長や、自分自



身に自信をもつこと(自尊心の回復)につながる。

【結論】国内外の自助グループの効果研究に関するレビューにより、近年の国際的なメタ分析研究により、AAなどの自助グループはCBTなどの介入と同等又はそれ以上の効果があることが証明されており、また国内研究でも自助グループの多面的な効果が示されている。まずは、こうした自助グループ効果について医療者や利用者にしっかり伝えることが重要であるといえた。また12ステップ促進プログラム(12TSF)という医療から自助グループにつなげるプログラムの有効性が示され、日本でも自助グループへつなぐプログラムの開発が必要であると考えられた。

## 研究協力者

新田千枝 国立病院機構久里浜医療センター  
一研究員、筑波大学医学医療系 研究員

## A. 研究目的

本研究は、アルコール依存症の自助グループの効果や有用性に関する国内外の文献を収集、知見を整理することで、アルコール依存症の治療や回復に自助グループが果たす役割や機能について明らかにするとともに、現状で不足している研究課題の抽出をすることを目的とする。令和2年度は、エビデンスを文献のシステマティックレビューの形で収集を行った。次年度以降は、得られた知見をもとに国内での自助グループの現状について調査を行う。

## B. 研究方法

海外では、主に「アルコホーリクス・アノニマス(AA)」や、AAで実施される「12ステッププログラム」に関する有効性についての調査研究が散見される。一方、わが国には独自のアルコール依存症の自助グループである「断酒会」があり、海外と国内での自助グループの事情は異なるものと考えた。そのため、文献レビューを海外文献と国内文献で分けて実施した。

## 【海外文献の抽出方法】

### 1. 検索テーマ

アルコール使用障害のある人に対する自助グループの有効性のレビュー・メタレビュー・メタ分析の研究を収集した。

### 2. 検索

Pub Medで、以下のキーワードで検索をかけて論文を抽出した。言語は英語、発行日は2008年1月1日から2020年12月31日とした。

#1(alcohol abuse[MeSH Terms]) AND (group, self help[MeSH Terms]) OR (ALcoholics Anonymous[MeSH Terms]) 45例

#2: search((efficacy, treatment[MeSH Terms]))93872例

#3: #1 AND #2 13例

精神分析を中心とした文献を除く12例

## 【国内文献の抽出方法】

### 1. 検索テーマ

以下の3つの検索テーマを設定した。

テーマ1)断酒会参加が、アルコール依存症の当事者、家族にもたらす変化や効果に関する研究

テーマ2)AA(アルコホーリクス・アノニマス)参加が、アルコール依存症の当事者、家族にもたらす変化や効果に関する研究

テーマ3)自助グループ活動が、アルコー

ル依存症の当事者、家族にもたらす変化や効果に関する研究

## 2. 検索エンジン

検索エンジンは、CiNii Articles を用いた。CiNii Articles は、国立情報学研究所 (NII) が運営するわが国最大級の学術データベースで、J-STAGE、医中誌 WEB、各大学の機関リポジトリも収録されている。なお、CiNii によるキーワード検索は、登録された論文情報のうち「タイトル」「著者名」「著者所属」「刊行物名」「ISSN」「巻」「号」「ページ」「出版者」「抄録」「論文キーワード」が検索対象となる。

## 3. 各テーマの文献抽出条件

テーマごとに複数のステップに分けて抽出した。

テーマ 1) 断酒会参加が、アルコール依存症の当事者、家族にもたらす変化や効果に関する研究

STEP 1 : 検索キーワード「断酒会」(Hit : 137 件)

STEP 2 : STEP 1 の抽出結果のうち、事例報告、総説、学会発表の記録(大会論文集等)、取材記事)を除外した。(抽出結果 : 56 件)

STEP 3 : STEP 2 の後残った 56 件をさらに以下の基準で絞り込んだ。

包含基準 : タイトルに「回復」「リカバリー」「効果」「有用性」「参加」「変化」「過程」「プロセス」のいずれかを含む

除外基準 : 当事者や家族を対象としていない研究、自助グループの活動を取り上げていない研究

(STEP 3 終了後の抽出結果 : 13 件)

テーマ 2) AA(アルコールリクス・アノニ

マス)参加が、アルコール依存症の当事者、家族にもたらす変化や効果に関する研究

STEP 1 : 検索キーワード「アルコールリクス・アノニマス」(Hit 13 件)

STEP 2 : STEP 1 の抽出結果のうち、事例報告、総説、特集、解説、学会発表の記録(大会論文集等)、取材記事)を除外した。(抽出結果 : 5 件)

STEP 3 : STEP 2 の抽出結果のうち、当事者や家族を対象としていない研究、自助グループの活動を取り上げていない研究 (STEP 3 終了後の抽出結果 : 1 件)

テーマ 3) 自助グループ活動が、アルコール依存症の当事者、家族にもたらす変化や効果に関する研究

STEP 1 : 検索キーワード「アルコール依存 & 自助グループ」(Hit : 84 件)

STEP 2 : STEP 1 の抽出結果のうち、事例報告、総説、特集、解説、学会発表の記録(大会論文集等)、取材記事を除外した。(抽出結果 : 31 件)

STEP 3 : STEP 2 で残った 31 件をさらに下記の基準で絞り込んだ。

包含基準 : タイトルに「回復」「リカバリー」「効果」「有用性」「参加」「変化」「過程」「プロセス」のいずれかを含む

除外基準 : 当事者や家族を対象としていない研究、抄録から自助グループの活動を取り上げていない研究 (STEP 3 終了後の抽出結果 : 13 件)

## 4) 倫理的な配慮について

文献研究のみであり、特に倫理審査は行っていない。

特に公開すべき利益相反はない。

### C. 研究結果

【アルコール依存症の自助グループの効果や有用性に関する国外文献調査の結果】

12 件の論文がリストアップされた（さらに詳しくは付表 1 に示した以上の文献により以下の所見が明らかになった。

- ・欧米では、アルコール依存症の回復支援をうける成人の多くの割合がアルコールックスアノニマス（AA）等の自助グループを用いている。

- ・AA や 12 ステップへの参加の継続性や

効果は、研究間でかなりのばらつきがあり、少なくとも一部は参加者の特徴により異なることが指摘された。

- ・# 6 では、AA の効果を調べた場合、①大きさ、②用量反応効果、③一貫性のある効果、④時間として妥当な効果、⑤特異的な効果、⑥妥当な説明のつく効果という 6 側面から検討すると、⑤以外は証明されているが、⑤については明確にされていないと指摘された。

表 1. 国外におけるアルコール依存症の自助グループの有効性に関するレビュー・メタ分析研究

NO	著者と発行年	タイトル	本／雑誌
# 1	Slymaker VJ, Sheehan T	The impact of AA on professional treatment	Recent Dev Alcohol. 2008;18:59-70.
# 2	Tonigan JS.	Alcoholics anonymous outcomes and benefits.	Recent Dev Alcohol.2008;18:357-72
# 3	Timko C.	Outcomes of AA for special populations	Recent Dev Alcohol. 2008;18:373-92.
# 4	Moos RH.	How and why twelve-step self-help groups are effective	Recent Dev Alcohol. 2008;18:393-412.
# 5	Bogenschutz MP.	Individual and contextual factors that influence AA affiliation and outcomes	Recent Dev Alcohol. 2008;18:413-33.
# 6	Kaskutas LA.	Alcoholics anonymous effectiveness: faith meets science.	J Addict Dis. 2009;28(2):145-57.
# 7	Kelly JF, Yeterian JD.	The Role of Mutual-Help Groups in Extending the Framework of Treatment	Alcohol Res Health. 2011; 33(4): 350-355..
# 8	McKay JR, Hiller-Sturmhofel S.	Treating alcoholism as a chronic disease: approaches to long-term continuing care	Alcohol Res Health. 2011;33(4):356-70.
# 9	Tusa AL, Burgholzer JA.	Came to believe: spirituality as a mechanism of change in alcoholics anonymous: a review of the literature from 1992 to 2012	J Addict Nurs. 2013 Oct-Dec;24(4):237-46.
# 10	Humphreys K, Blodgett JC, Wagner TH.	Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials	Alcohol Clin Exp Res. 2014 Nov;38(11):2688-94.
# 11	Coriale G, Fiorentino D, De Rosa F, et al .	Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view	Riv Psichiatr. 2018 May-Jun;53(3):141-148.
# 12	Kelly JF, Humphreys K, Ferri M.	Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder	Cochrane Database Syst Rev. 2020 Mar 11;3(3):CD012880.

・AAは自主的な参加が特徴であり、その有効性を検討する場合に、AAを自己選択することの影響と、利用による効果の2つをどう区別していくかが問題となってきた。これについてHumphreysら(10)は操作変数モデルという新しい手法によるメタ分析により、12ステップ促進プログラム(12TSF)を無作為割付されたことが自助グループの参加に効果があることを確認した上で、無作為化に起因する(=自己選択バイアスがない)AA出席の増加は、3ヵ月後、15ヵ月後における断薬日数の増加に有意な効果を持つことを示した。更にKellyら(2020)によるコクランレビューの研究(12)では、研究デザイン(RCT/準RCT、非ランダム化、実際の)、マニュアル化の程度、介入のタイプ(12TSF/AA、CBTなどの方法)によって断酒継続の有無、断酒日数%(PDA)を調べ、その結果、マニュアル化されたAA/TSFは、他の介入(CBTなど)と比べて、12ヵ月後の継続的断酒率の改善に有意な影響をもち、PDAでは他の介入と同等の影響を持っていた。マニュアル化されないAA/TSFでは、断酒継続、PDAの両方で他の介入と同等の影響を持っていた。また、AA/TSFは、アルコール使用障害患者の間で実質的な医療費の節約をもたらすことが示唆された。

【アルコール依存症の自助グループの効果や有用性に関する国内文献調査の結果】  
3つの検索テーマから、最終的な文献リストは、20件となった(20文献の概要を付表2にまとめた)。現時点で収集した19文献のうち、9件が質問紙を用いた量的研究であり、11件が半構造化面接(対象者へのインタビュー)を用いた質的研究であっ

た。量的研究における分析対象者のN数は最小19名～最大222名であり全国的な大規模調査は実施されていなかった。また、質的研究における分析対象者のN数は、最小4名～最大19名であった。対象者はアルコール依存症の当事者のみ(17件)、当事者と家族(2件)、家族のみ(1件)であった。当事者を対象とした研究は、自助グループ(SHG)に参加し、一定期間断酒が継続できている者のみに限定している研究が大部分であった。以上の結果から、質的分析が多く含まれ、各研究の対象者や効果指標にもバラつきがあるため、抽出された各研究の結果をメタ分析などの手法で統合することは難しいと考えられた。

#### D. 考察

アルコール依存症の自助活動における国内外でのレビューを系統的に行い、その研究動向や証明された所見を整理した。

国際的には、自助グループの有効性が高いエビデンスレベルで達成されていることが明確化にされた。但し、自助グループな自主的参加という点こそが特徴なので、動機づけの高い人で効果を実感するのは当たり前外でもこうした自助グループの効果については明確な効果が示されたのは比較的最近のことであった。自助グループへのつながりためのプログラム12ステップ促進プログラム(12TSF)が用いられ、その有効性も検証されていることが分かった。

一方、日本では、自助グループの有効性の検討は、質的研究や前後比較の研究はあるが、RCTなどの実証性の高い研究はない。今後、海外の研究の手法をもとにした実証的な研究が行われる必要があると思われる。それでも現時点での現時点までに収

集した、各文献における主要な結果から、アルコール依存症の自助グループが、回復や治療にどのように役立っているのか、効果や有用性に関して要約すると以下の点が示唆された。

1. 自助グループに参加することで仲間や人とのつながりが生まれ、当事者と家族ともに新たな人間関係や対人関係が構築される

2. 自助グループに継続参加することで、断酒の決意を固めることや、再飲酒の抑止効果、完全断酒の促進が期待できる

3. 自助グループ活動(体験談の語りや仲間と過ごすこと)を通して、自己成長や、自分自身に自信をもつこと(自尊心の回復)につながる。

以上の国内外の自助グループの効果研究に関するレビューにより、近年の国際的なメタ分析研究により、AAなどの自助グループはCBTなどの介入と同等又はそれ以上の効果があることが証明されており、また国内研究でも自助グループの多面的な効果が示されている。まずは、こうした自助グループ効果について医療者や利用者にしっかり伝えることが重要であるといえた。

また12ステップ促進プログラム

(12TSF)という医療から自助グループにつなげるプログラムの有効性が示され、日本でも自助グループへつなぐプログラムの開発が必要であると考えられた。

## 【結論】

国内外の自助活動の有効性の検証をした。その結果、国外の研究では、自助活動の役割や有効性について高いエビデンスが明確になっていた。そして、国内の研究ではRCTを用いた有効性の検証はされていないが、自助グループに参加した人におい

て、人間関係や再発予防や自己成長に与える影響が明確にされている。こうした所見を臨床家や行政にも明示して、精神保健福祉センターや医療機関で自助グループへつなぎをよりしっかりと行うべきであることが示唆された。特に、自助グループへのつなぎを行うために、海外では、12ステップ促進プログラム(12TSF)が用いられ、有効であることが示されており、日本でも行政や医療保健福祉で自助グループにつなぐためのガイドラインを作成することの意義があるといえる。このガイドラインはまだ今年度では作成途上である。

## E. 結論

国内外の自助グループの効果研究に関するレビューにより、近年の国際的なメタ分析研究により、AAなどの自助グループはCBTなどの介入と同等又はそれ以上の効果があることが証明されており、また国内研究でも自助グループの多面的な効果が示されている。まずは、こうした自助グループ効果について医療者や利用者にしっかり伝えることが重要であるといえた。また12ステップ促進プログラム（12TSF）という医療から自助グループにつなげるプログラムの有効性が示され、日本でも自助グループへつなぐプログラムの開発が必要であると考えられた。

## F. 健康危険情報

特になし。

## G. 研究発表

特になし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

### 1. 特許取得

特記事項なし

### 2. 実用新案登録

特記事項なし

### 3. その他

特記事項なし

付表1 国外文献のまとめ

文献 番号	著者と発行年	タイトル	抄録
1	Slaymaker VJ, Sheehan T.(2008)	The impact of AA on professional treatment	1950年代には、いくつかの力が組み合わせり、アメリカにおけるアルコール依存症の治療方法を大きく変えた。Anderson、Bradley、Hazeldenのスタッフは、社会的リハビリテーション・サービスから病院でのケアまで、アルコール依存症の治療に革命を起こすための戦略を組み合わせた。精神分析の実践に大きく影響されたそれまでの精神医学的サービスは、患者教育、治療的グループ・プロセス、ピア・インタラクション、AAによる生涯にわたるサポート・システムの開発に重点を置くことで、放棄されたのである。アルコール依存症カウンセラーが加わったことは、その多くがAAの回復者であったことから、アルコール依存症患者と密接な関係にある専門家を結びつけ、日常生活の中で12ステップの原則と実践を統合していく上で重要な要素となりました。尊厳、尊敬、回復への希望がミネソタ/ハーゼルドン・モデルの礎となりました。この治療モデルは、アルコールと薬物依存に対する効果的でエビデンスに基づいたアプローチとして認められています。最も強力な賞賛の言葉の一つは、全米アルコール乱用・アルコール依存症研究所のスタッフによるもので、米国議会への報告書の中で、12ステップに基づく専門的な治療が他のアプローチと同様に効果的であり、「実際にはより持続的な断酒を達成する可能性がある」モデルであることを認めています。明らかに、専門的な治療に対するAAの影響は過小評価できません。ダン・アンダーソンは「AAの最初の、そして持続的な推進力がなければ、私たちの治療努力のどれも実現できなかったでしょう」と述べたが、この言葉は、そのことを端的に表現している。
2	Tonigan JS.	Alcoholics anonymous outcomes and benefits.	本章は、アルコール依存症の有効性についての一般的な概要を提供することを目的としている。第一の目的は、AAに関連したアウトカムについて現在理解されていることのエビデンスに基づいたレビューを読者に提供し、AAに関連した調査を歴史的な文脈の中に配置することでそうすることである。最初に、スペースの制約から、多くのAAのアウトカムに関連した研究を完全かつ包括的に説明することができないことを強調することが重要である。そこで本章では、何がAA曝露とAA関連の結果を構成するのかについて具体的な仮定を持っている研究の最も明確な例を提供することを意図して、AA研究の大規模なプールから選択的にサンプルを抽出した。この目的を達成するために、本章は4つのセクションで構成されている。第2節では、AA研究の3つの時代のテーマと仮定を定義し、説明する。第2節では、3つの時代の研究テーマと前提条件を定義し、3つの時代の研究テーマと前提条件を説明する。第3節では、AAの有効性について現在知られていることを詳述する。ここでは、所見を生み出した時代と、AAに関連したアウトカムの二次的な尺度に基づいて分けている。本章の最後には、本章の要点を簡単にまとめている。
3	Timko C. (2008)	Outcomes of AA for special populations	本章では、アルコホリックアノニマスの効果を検討する研究をレビューする。AAは、特別な集団のためのものである。本章ではまず、「特別な集団」という言葉が何を意味するのか、そしてなぜAAが特別な集団にとって有益かどうか、そしてどのように有益かという問題を検討する必要があるのかについて議論する。次に本章では、女性、青年、高齢者、人種・民族的マイノリティ集団、障害者、薬物乱用や精神疾患を併発している人々の間でのAA参加の成果に関する研究を検討しています。この章では、既存の研究が特殊な集団におけるAAの転帰について示していることと、今後の研究が取り組むべき問題点をまとめて締めくくっている。

付表 1 の続き

文献番号	著者と発行年	タイトル	抄録
4	Moos RH. (2008)	How and why twelve-step self-help groups are effective	自助グループや相互支援グループは、物質使用や精神疾患を持つ個人のインフォーマルケアシステムの重要な構成要素である。実際、アルコール依存症のために助けを求める成人のほぼ80%がアルコール依存症匿名 (AA) に参加している (Dawson, Grant, Stinson, & Chou, 2006)。さらに、多くの物質使用障害 (SUD) サービス提供者は治療に12ステップの技法を採用しており、その多くは患者を自助グループ (SHG) に紹介している (Magura, 2007)。したがって、12ステップSHGへの参加とSUDのアウトカムとの関連性や、12ステップSHGの効果を説明しうる有効成分や社会的プロセスについて、より多くの情報が必要とされている。ここでは、12ステップSHGの有効性に関するいくつかの証拠をレビューし、SUDの発症と寛解に関与する社会的プロセスを特定する4つの理論を記述し、これらの理論に導かれて、SHGの有効成分を特定する研究を検討することによって、これらの問題に対処する。そして、これらの理論を用いて、SUDsの心理社会的治療に関与すると考えられる有効成分に焦点を当て、以下のような考え方を提案している。
5	Bogenschutz MP. (2008)	Individual and contextual factors that influence AA affiliation and outcomes	本章では、(1)アルコール依存症 (AA) への所属、(2)物質使用やその他の結果に対するAAの効果調節する様々な要因の役割を取り上げている。これらの要因には、個人的な特性だけでなく、環境的・状況的要因も含まれる。メタアナリシスによると、12ステップへの参加と転帰は、研究間でかなりのばらつきがあり、少なくとも一部はサンプルの特徴に依存していることが示されている (Tonigan, Toscova, & Miller, 1996)。ある程度までは、関連する個人的特徴は、前章の特別な集団についての説明と重複している可能性がある。AAの所属に影響を与える要因とその影響は、遠位の転帰に対するAAの所属の影響に影響を与える要因と必ずしも同じではないことに注意することが重要である。
6	Kaskutas LA. (2009)	Alcoholics anonymous effectiveness: faith meets science.	アルコホリックスアノニマス (AA) の有効性に関する研究は議論的になっている。この論文の目的は、読者が自分自身でAAの有効性を判断できるように、AAの有効性に関する文献に焦点を絞ったレビューを提供することである。レビューでは、因果関係を立証するために必要な6つの基準に従って、AAの有効性に関する研究を整理している。1) 効果の大きさ、(2) 用量反応効果、(3) 一貫性のある効果、(4) 時間として妥当な効果、(5) 特異的な効果、(6) 説得力のある効果である。基準1-4および6の証拠は強力である：断薬率は断薬に参加している人の約2倍である (基準1、大きさ)；出席レベルが高いほど断薬率が高くなる (基準2、用量反応)；これらの関係は異なるサンプルおよび追跡調査期間で認められる (基準3、一貫性)；以前の断薬への参加はその後の断薬を予測する (基準4、時間的)；行動変容の理論によって予測される作用機序が断薬に存在する (基準6、信憑性)。しかしながら、AAまたはTwelve Step Facilitation/TSF (基準5) に対する効果の特異性を立証する厳密な実験的証拠は、AAに対する正の効果を確認した試験が2件、AAに対する負の効果を確認した試験が1件、無効果であった試験が1件と、混在している。統計的アプローチを用いて特異性を検討した研究では、2つの矛盾した所見があり、変化への動機などの潜在的な交絡因子を調整した後、AAに対する有意な効果を報告したものが2つある。
7	Kelly JF, Yeterian JD. (2008)	The Role of Mutual-Help Groups in Extending the Framework of Treatment	アルコール使用障害 (AUD) は、米国で非常に普及しており、多くの場合、完全に持続的な寛解を達成するために何年にもわたってケアの継続的なエピソードを必要とする慢性疾患である。専門的なケアにおける科学的な進歩にもかかわらず、専門的なリソースだけでは、アルコールに起因する疾患の膨大な負担に対処することができなかった。このことを暗黙の了解のもとに、過去75年の間にアルコホリックスアノニマス (AA) のようなピアが運営する相互支援グループ (MHGs) が出現し、増殖し、AUDからの回復に重要な役割を果たし続けてきたと思われる。この記事では、MHGs、特にAAの性質と有病率について説明し、MHGsの有効性と費用対効果、およびMHGsが効果を発揮するメカニズムについてのエビデンスをレビューしています。また、医療専門家がアルコール依存症患者のこのようなグループへの参加を容易にする方法についても詳細に説明し、そうすることの利点についてのエビデンスをレビューしている。
8	McKay JR, Hiller-Sturmhofel S. (2011)	Treating alcoholism as a chronic disease: approaches to long-term continuing care	多くの患者にとって、アルコールおよび他の薬物 (AOD) 使用障害は、治療、断薬、再発のサイクルを何度も繰り返す慢性的な状態である。このサイクルを中断させるために、治療には再発のリスクを減らすための継続的なケアを含めることができる。最も一般的に使用されている治療法は、12ステップの原則に基づく初期の集中的な入院治療または外来治療であり、その後、自助グループ、12ステップのグループカウンセリング、または個人療法を含む継続的な治療が行われる。これらのプログラムは効果的であるが、多くの患者が初期治療から脱落したり、継続ケアを完了しなかったりする。そのため、研究者や臨床家は、初期治療と継続治療の両方で治療の継続性を高めるための代替的なアプローチを開発し始めている。これらの取り組みの一つの焦点は、拡張治療モデルの設計である。これらのアプローチは、初期ケアと継続ケアの区別を曖昧にし、ケアの連続性を提供することで治療への参加を延長することを目的としている。他の研究者は、伝統的な環境を超えた代替的な治療戦略 (例えば、電話ベースの介入) の開発や、伝統的なアプローチにうまく反応しない患者の転帰を改善する可能性のある適応的な治療アルゴリズムの開発に焦点を当ててきた。
9	Tusa AL, Burgholzer JA. (2013)	Came to believe: spirituality as a mechanism of change in alcoholics anonymous: a review of the	過去20年以上にわたり、アルコホリックアノニマスのような12ステップのプログラムの有効性に焦点を当てた物質乱用の研究が増えてきた。その結果、AAは再発のリスクを減らし、認知行動療法や動機づけ面接と同様にアルコール使用の量と頻度を減らす効果があることが示されている。より最近の研究では、特に節酒の維持に精神的なプラクティスの使用は、AAの仕事での行動変化のメカニズムを特定することに焦点を当てている。これらの知見は、物質使用障害からの回復におけるこれらのプロセスの理解を拡大するために、AAの文献に記載されているスピリチュアリティの役割と比較されている。



付表 1 の続き

文献番号	著者と発行年	タイトル	抄録
10	Humphreys K, Blodgett JC, Wagner TH. (2014)	Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials	<p><b>背景:</b> アルコールリックアノニマス (AA) の効果に関する観察研究は、個人がAAに参加するかどうかを選択するため、自己選択バイアスの影響を受けやすい。そこで本研究では、革新的な統計的手法を用いて、AAの効果の選択バイアスのない推定値を導き出した。</p> <p><b>方法:</b> 5つのNational Institutes of Healthが資金を提供したAAファシリテーション介入のランダム化試験 (1つは独立した2つの並行アーム) からの6つのデータセットを<b>操作変数モデル</b>を用いて解析した。データセットの1つに含まれるアルコール依存者 (n = 774) は、サンプルのパラメータに不均一性があるため、残りのサンプル (5つのデータセットからプールされたn = 1,582) とは別個に分析された。無作為化自体を手段変数として用いた。</p> <p><b>結果:</b> ランダム化は両方のサンプルにおいて優れた手段であり、自己選択に起因しないAA出席の増加を効果的に予測した。解析のためにプールされた6つのデータセットのうち5つのデータセットでは、無作為化に起因する (すなわち自己選択バイアスがない) AA出席の増加は、3ヵ月後 (B = 0.38, p = 0.001) および15ヵ月後 (B = 0.42, p = 0.04) の追跡時の断薬日数の増加に有効であった。しかし、既存のAA出席率がはるかに高い残りのデータセットでは、無作為に割り付けられたファシリテーション介入によるAA関与のさらなる増加は、飲酒の転帰に影響しなかった。</p> <p><b>結論:</b> アルコール問題のために助けを求めているほとんどの人にとって、AAへの参加を増やすことは、短期的および長期的なアルコール消費の減少につながるが、これは自己選択に起因するものではない。しかし、既存のAAへの参加が多い人たちにとっては、AAへの参加をさらに増やしても、ほとんど影響はないかもしれない。</p>
11	Coriale G, Fiorentino D, De Rosa F, et al. (2018)	Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view	<p>アルコール使用障害 (AUD) の治療法の開発は、重要かつ複雑な瞬間です。実際、専門家 (医師、心理学者、ソーシャルワーカー) のチーム (AUDの生物心理社会モデル) によって収集された情報は、最も適切な治療法を選択するために相互に作用します。AUDの心理的治療については、患者の生活の質を向上させるためには、臨床治療がドロップアウトに至らないようにすることが重要です。AUDの心理的治療としては、早くから精神分析や行動療法が用いられてきましたが、最近では、動機づけ面接法 (MI) や認知行動療法 (CBT) などのエビデンスに基づいたA12:D14いたアプローチが用いられるようになってきました。本研究では、より効果的で適切なAUDの心理療法について検討する。自助活動について、The Club of Alcoholics in Treatment (CAT) という多家族が集う共同体やAAや治療共同体の勝度の有効性が言及されている)</p>

付表 1 の続き

文献 番号	著者と発行年	タイトル	抄録
12	Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. (2020)	Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder	<p><b>背景:</b> アルコール使用障害 (AUD) は、社会に膨大な負担を与える。80年以上にわたり、AAは何百万人もの会員を擁し、治療は無料で受けられるというAUDの回復のための組織として広く普及してきたが、その有効性に関する厳密な研究が行われるようになったのは、ごく最近のことである。</p> <p><b>目的:</b> ビア主導のAAと、AAの関与を促進する専門家が提供する治療法 (Twelve-Step Facilitation (TSF) 介入) が、重要なアウトカム、具体的には禁酒、飲酒強度の低下、アルコール関連の結果の低下、アルコール依存症の重症度、医療費の低減に結び付くか否かを評価すること。</p> <p><b>探索方法:</b> Cochrane Drugs and Alcohol Group Specialized Register、Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)、PubMed、Embase、CINAHL、PsycINFOを開始から2019年8月2日まで検索した。2018年11月15日にClinicalTrials.govと世界保健機関 (WHO) のInternational Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) を介して、進行中の研究と未発表の研究を検索した。すべての検索には英語以外の文献が含まれていました。トピックに関連するシステマティックレビューの参考文献と、含まれる研究の書誌をハンドサーチした。</p> <p><b>選定基準:</b> AAまたはTSF (AA/TSF) と、動機づけ強化療法 (MET) や認知行動療法 (CBT)、TSF治療の類似治療などの他の介入や無治療とを比較するランダム化比較試験 (RCT)、準RCT、無作為化試験以外の研究を含めた。医療費のオフセット研究も含めた。対象者は、強制されず研究に参加したAUDを有する成人であった。</p> <p><b>データ収集と分析:</b> 研究デザイン (RCT/準RCT、非ランダム化、経済的)、標準化されたマニュアル化の程度、比較介入のタイプによって研究を分類した。解析では、連続変数 (例: 禁酒日数% (PDA)) については標準平均差 (SMD) を、二値変数については相対リスク (リスク比 (RR)) を算出するコクランの方法論に従った。可能な限りの効果をプールするためにランダム効果メタアナリシスが実施された。</p> <p><b>主な結果:</b> 10,565人の参加者を含む27件の研究 (21件のRCT/準RCT、5件の非ランダム化研究、1件の純粋に経済的な研究) を組み入れた。研究参加者の平均年齢は34.2~51.0歳であった。AA/TSFは、METやCBTなどの心理臨床介入や他の12ステッププログラムと比較された。</p> <p><b>&lt;AA/TSF (マニュアル化された) と異なる理論的指向の治療法 (CBTなど) との比較&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアル化されたAA/TSFと他の臨床介入 (CBTなど) とを比較したRCTでは、AA/TSFが12ヵ月後の継続的断酒率を改善することが示された。この効果は24ヵ月と36ヵ月の両方で一貫していた。</li> <li>・禁酒日数 (PDA) では、AA/TSFは12ヵ月目には他の臨床介入と同等の効果であり、24、36ヶ月でも良好。</li> <li>・最長禁酒期間 (LPA) については、AA/TSFは6ヵ月時に比較介入と同様の効果を示す可能性がある。</li> <li>・飲酒強度については、12ヵ月目にAA/TSFは、1日あたりの飲酒量 (DDD) および大酒日% (PDHD) 他の臨床介入と同様の効果を示す可能性がある。</li> <li>・アルコール依存症の重症度では、1件の研究で12ヵ月目にAA/TSFの支持に差があるという証拠が示された。</li> </ul> <p><b>&lt;AA/TSF (マニュアル化されていない) と異なる理論的志向性を持つ治療法 (CBTなど) との比較&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・完全断酒の参加者の割合では、3~9ヵ月の追跡調査により、マニュアル化されていないAA/TSFは他の臨床介入と同様の効果を示す。</li> <li>・マニュアル化されていないAA/TSFも、PDAに対して他の臨床介入よりもわずかに良好な成績を示す。</li> <li>・飲酒強度では、AA/TSFは、DDDおよびPDHDで測定されるように、9ヵ月目には他の臨床介入と同様の効果が得られる可能性がある。</li> <li>・非マニュアル化されたAA/TSFと他の臨床介入を比較したRCTでは、LPA、アルコール関連の結果、またはアルコール依存症の重症度を評価したものはなかった。</li> </ul> <p><b>&lt;費用対効果に関する研究&gt;</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3つの研究で、AA/TSFは外来治療、CBT、およびAA/TSF治療を行わない場合よりも医療費の節約効果が高かった。4つ目の研究では、CBT、MET、AA/TSF治療を受けた参加者では総医療費が減少したが、予後の特徴が悪い参加者では、AA/TSFの方がMETよりも医療費を節約できる可能性が高いことが明らかになった (中程度の確実性の証拠)。</li> </ul> <p><b>著者らの結論</b></p> <p>マニュアル化されたAA/TSF介入は、CBTなどの他の確立された治療法よりも断酒を進める上で効果的であるという質の高いエビデンスがある。マニュアル化されていないAA/TSFは、他の確立された治療法と同様に効果があるかもしれない。AA/TSFの介入は、マニュアル化されたものでも非マニュアル化されたものでも、他のアルコール関連の転帰に対しては他の治療法と同等以上に有効であるかもしれない。AA/TSFは、おそらくアルコール使用障害患者の間で実質的な医療費の節約をもたらすであろう。</p>

付表2 アルコール依存症の自助グループの有効性に関する国内文献レビューリスト

NO	論文タイトル	著者	出版年	目的	方法	対象者の属性	N数	効果指標	分析	主要な結果
1	12ステップを用いたセルフヘルプグループにおけるエンパワメント過程を探る	塚本真代	2015	アルコール依存症の SHG である AA メンバーと、嗜癖行動である摂食障害の SHG であるオーバーイーターズ・アノニマス (以下, OA) のメンバーの語りからエンパワメント過程を探り、回復について考察	半構造化面接	AAとOAに1年以上参加する当事者	8	①基本属性：年齢，性別，社会参加の状況， ②SHGに関すること：参加しているSHG，参加のきっかけや動機，参加期間，参加し続けている理由や動機， ③生活する中でSHGや仲間の位置づけ：生活の中でSHGや仲間の意味，生活障害や生活上の困難がどのように変化したか， ④SHGの必要性や意義， ⑤12ステップの意味， ⑥自分にとっての回復とは	複線往路モデル等至性	① アディクションを手放すことは最初の第一歩である ② アディクションを手放す代わりに，SHG や仲間とのつながりの中で 12 ステップを使って新しい生き方を見つけていく ③ アディクションの背後にある本質的な課題に取り組む必要がある
2	AAに参加する女性アルコール依存症者の回復過程における困難さと女性メンバー同士の体験	片山美恵，影山セツ子	2008	女性アルコール依存症者がその回復過程で体験する女性であるが故の回復の困難さと女性アルコール 依存症者同士の体験を明らかにすること	半構造化面接	AAに参加する女性のアルコール依存症者	7	①AAに参加するようになった頃の状況 ②AAで体験したこと ③AAに参加して変化したこと， ④AAの女性メンバーについて感じたことやその体験 ⑤断酒を継続して変化したこと	独自のインタビュー	女性アルコール依存症者がその回復過程で体験する妻や母親としての役割葛藤は再飲酒の危険性が予測される一方で断酒の動機付けにもなる体験であることが示唆された。 また，女性アルコール依存症者同士で共感し合う体験は自らの女性性と対峙することを可能にし，女性アルコール依存症者に新たな対人関係を体験させる
3	SHGにおけるアルコール依存者の心理的回復過程の研究	篠原百合子	2015	治療導入期から断酒継続に至るAL依存者のSHGに通所することでの心理的回復過程について明らかにする	アンケート	断酒会会員500人に配布，回収率55.2%男性257，女性19	276	基本属性(年代，性別，断酒歴，専門治療の介入状況など) アルコール依存症者のSHGの効果に関する質問： ①断酒を継続するために必要なことは何でしょうか ②断酒後にあなたはどのように変わりましたか？ ③断酒後のあなたのご家族はどのように変わりましたか ④アルコール依存症専門治療に対し医療従事者にどのようなことを望みますか。	独自のコンテンツ分析	AL依存者の回復4段階(入院群，治療導入され1年未満の導入群，治療導入後1～3年未満の治療途上群，治療導入後3年以上の回復群と命名し分類した。その結果，以下のカテゴリーが抽出された。(SHGに関する部分を抜粋) 「断酒を継続するために必要なことは何か」 入院群：<断酒へのネットワークを作る> 導入群：<断酒のネットワークを維持する> 治療途上群：<SHGを活用する> 回復群：<SHGでの役割を持つ>
4	アルコール依存症からの回復に関する研究：回復者を対象とした10年後の2回目の半構造化面接を通じて	松下年子，安田美弥子	2019	断酒が継続している回復者を対象に，依存症観や回復観，依存症になったこととそこから回復することの意味づけ等を明らかにする	半構造化面接	アルコール依存症者(13年以上断酒継続している者)，男性のみ	9	「10年前の回復した状態と今の状態との相違」 「10年前の依存症観と回復観，今の依存症観と回復観の相違」 「依存症になったこと，そこから回復したことの意味」 「これからの課題」 「回復に必要な支援」	質的帰納的分析	自助グループに関する結果を抜粋：【自助グループ・中間施設】は，<自助グループの役割>< AA について><断酒会について><中間施設について><自助グループ等間の相違><様々な自助グループとその歴史><自助グループの悩みと限界><自助グループに通うことをいつまで続けるか><自助グループを自分で立ち上げた><回復者として届けたい思い>の10サブカテゴリから構成された

付表2の続き

NO	論文タイトル	著者	出版年	目的	方法	対象者の属性	N数	効果指標	分析	主要な結果
5	アルコール依存症の夫を抱える妻が自分を取り戻す過程：自助グループに参加する妻の周辺問題からの解放	平澤 多恵子, 筒口由美子, 神郡 博	2001	アルコール依存症の夫を抱える妻の精神的負担は何か, その周辺にある問題から妻を救い出し支えてくれるものは何か, 妻がどのような過程を通して周辺問題から立ち直るのかを明らかにする。	参加観察法 + 半構造化面接	アルコール依存症者の妻で自助グループに参加する者	13	アルコール依存症の夫を抱える妻の精神的負担や苦痛, 日常生活, 自助グループでの体験など	独自のコーディング	1. アルコール依存症の夫を抱える妻の心理的・精神的負担には【やりきれない思い】, 【思案に暮れる】, 【埋め尽くされない思い】, 【歯車が合わない】, 【世間体を気にする】, 【渦巻く不信心】が見いだされた。 2. 妻の周辺問題への反応として【穴埋め】, 【夫への期待が, 見いだされた。 3. 周辺問題からの解放と精神的支えには【つながる】, 【習得し手放す】, 【自己決定する】が重要要素としてあげられる。 4. 妻の自分を取り戻す過程には【自分と向き合う】, 【垣根を外す】, 【安らぎの空間を求める】が見いだされた。
6	アルコール依存症者が断酒と就業を両立するプロセス：一入院歴のある断酒会員における社会的	佐野 雪子, 巽 あさみ	2019	アルコール依存症者が断酒と就業を両立するプロセスを明らかにする	半構造化面接	断酒会に所属する就労しているアルコール依存症者(断酒継続3年以上)	9	受診のきっかけから現在に至るまで, アルコール依存症と診断された時の思い, 休職中の職場とのやりとり, 病名公表の有無, 就業継続に至るまでに感じた辛さや悩み, 力になったこと, 断酒前と断酒後と比較し仕事への取り組み方がどのように変わったか	オンライン版ドグア・ラプセウ	アルコール依存症者は, 職場・家族・断酒会との社会的相互作用から【再飲酒ストップの自己起動】の稼働や【自分らしい働き方】が可能となり, 断酒と就業を両立していることが明らかになった
7	アルコール依存症者と家族の断酒会参加による意識の変化に関する研究(日本精神科看護学会第16回専門学会(2))	小俣ミエ子	2009	断酒会参加後の意識の変化を明らかにする	アンケート	断酒会に参加する家族と当事者, 男性47人, 女性5人	52	本人用として大項目25問, 家族用と大項目18問の調査票	統計解析	断酒会参加後の意識には, 「素直になった」「忍耐強く穏やかになった」「花や自然がきれいだと思うようになった」「謙虚な気持ちになった」などのプラスの変化があった。家族の意識の変化には, 「依存症の理解ができた」「仲間ができた」「自分が成長できた」, 「本人との距離がとれるようになった」「孤独感から開放された」があった。断酒会の効果では, 本人の断酒会入会前と入会后最近1年の出来事について家庭内問題, 社会的問題, 金銭の問題, 仕事に関する問題, 生活身体的問題の改善があった
8	アルコール依存症者の家族の回復に関する研究：半構造化面接を通じて	松下年子	2019	本人の回復や成長とともに家族がどのように変化したかを明らかにする	半構造化面接	(発症後10年以上経過している)依存症の家族, 女性のみ(配偶者または母親)	10	「依存症者との関係性の変化」「依存症者の家族であることの意味」「家族の回復・成長とは何か」「求める支援」等	独自のコーディング	自助グループに関する記述を抜粋：. 家族としての対応は変化し, 本人が依存症であることを受け入れていくが, その過程で家族が自助グループにつながることで本人の自助グループ参加に結びつき, 家族が本人の飲酒行動にとらわれなくなり普通の会話ができるようになっていった。最後に家族は, 社会への還元・メッセージへと動機づけられていた。
9	アルコール依存症者の回復過程における自己意識の変化について	若林 真衣子	2016	SHGに所属することの公的自己意識, 私的自己意識の変化を明らかにする。	アンケート	専門治療機関のアルコール依存症患者, SHGの会員	222	年齢, 性別, 断酒期間, 通院経験, 入院経験, SHG所属の有無, SHG参加頻度, 自市域尺度, 再飲酒リスク評価尺度ARRS	統計解析	断酒期間が長くなるにつれ, 公的自己意識が下がり, 再飲酒リスクが高いほど, 公的自己意識が高くなる傾向がみられた。

付表2の続き

NO	論文タイトル	著者	出版年	目的	方法	対象者の属性	N数	効果指標	分析	主要な結果
10	アルコール依存症者の断酒会における体験と回復過程との関連	福田 雄一	2003	1)断酒会のもつ機能とアルコール依存症の回復過程との関連、 2)アルコール依存症の回復における否認の変遷やその取り扱いの重要性	半構造化面接	10年以上の断酒継続者、断酒会会員、男性	4	①断酒会の機能、②否認の変遷や断酒会における否認の取り扱い	要約	依存性を断酒会そのものが引き受ける、適切な対人関係の構築
11	アルコール依存症者の断酒会参加の意味に関する研究	小俵 ミエ子、石原 和子	2009	断酒会入会前と入会後の意識の変化と断酒会参加の状況	アンケート	断酒会参加者	52	31項目独自の調査票	統計解析	断酒会参加後の意識面における変化では、「素直になった」、「忍耐強く穏やかになった」、「花や自然がきれいだと思うようになった」、「謙虚な気持ちになった」などの効果があった。断酒会入会後最近1年間の諸事象は家庭内問題、社会的問題、金銭の問題、仕事に関する問題、生活や身体的問題の改善が見られた
12	沖縄県内の断酒会に参加しているアルコール依存症者の自殺に対する意識および態度に関する自助グループに所属するアルコール依存症者のリカバリー体験の様相	宇良、俊二；當山、富士子；田場、真由美；高原、美鈴；金城、芳秀	2013	アルコール依存症者の自殺に関する特徴を明らかにすること	アンケート	断酒会に参加するアルコール依存症者	97	(年齢、性別、婚姻状況、同居家族、初飲年齢、アルコール依存症の診断年齢、断酒会例会への出席状況、現在の断酒期間、再飲酒の経験、断酒出来ている理由等)、自殺に関する項目(自殺念慮や自殺企図、断酒出来ていない場合の自殺の可能性等を「はい」「いいえ」で回答を求めた	統計解析	男性で自殺未遂経験のある者は、自殺未遂経験のない者と比較して、平均年齢が有意に若く、10代からの飲酒があり、アルコール依存症と診断された年齢が若く、断酒会への出席が不規則であった。
13	自助グループに所属するアルコール依存症者のリカバリー体験の様相	山下 亜矢子、吉岡伸一、鈴木 千絵子	2018	アルコール依存症者のリカバリー体験の様相を明らかにすること	アンケート	自助グループに所属するアルコール依存症者	36	基本属性(性別・年齢・同居者・就労・相談相手の存在の有無)・治療状況および自助グループ参加回数、リカバリー体験「アルコール依存症から回復したと思う体験があれば教えてください」と質問(自由記述)	質的帰納的分析	自助グループに参加するアルコール依存症者の主観的なリカバリー体験に伴う概念として、【素面で過ごす際の快の体感】【他者との交流を通じた主体的な治療参画】【セルフモニタリングの深化】【自己の存在価値を見出す】であった。
14	女性アルコール依存症者の回復要因の検討	山口 恵、篠原 百合子、伊藤 美和 [他]	2013	断酒会の機能に焦点を当て、女性アルコール依存症者の断酒継続要因、酒害関連問題の検証	アンケート	断酒会会員の断酒継続している女性アルコール依存症者	19	①断酒を継続するために必要なことは何でしょうか ②断酒後にあなたはどのように変わりましたか？ ③断酒後のあなたのご家族はどのように変わりましたか ④アルコール依存症専門治療に対し医療従事者にどのようなことを望みますか。	質的帰納的分析	専門治療経験のある女性対象者の結果 ①断酒を継続するために必要なことは何でしょうか <断酒のネットワークづくり><否認の改善><生活習慣を変える><身近な人の理解> ②断酒後にあなたはどのように変わりましたか？ <精神の回復><家族システムの変化><身体の回復><社会性の回復> ③断酒後のあなたのご家族はどのように変わりましたか<家族の回復><家族問題の顕在化>
15	断酒に至る認識変容過程—断酒会会員を例として	心光 世津子	2002	飲酒開始からの認識の変化、行動変容への重要な認識	半構造化面接	断酒継続(2年以上)の断酒会会員	6	基本属性およびインタビューガイドに基づく質問(質問内容は記載なし)	独自のインタビュー	自助グループに関するまとめ：「自分ではどうしようもない」との認識を経て、断酒会へ入会し、「断酒の決意」があり、同時期に会員仲間への「後ろめたさ」もありつつ、「自己洞察」「自己認識」「自己承認」へ至り、「自信の獲得」が生じる。
16	断酒会でリーダーシップをとっているアルコール依存症者は断酒会	三澤 翔子、岩淵 勝之、石田 賢哉	2020	断酒会に出会ってから、過去の酒害体験や断酒会への思い、今後の人生の意味付けがどのように変化したか検証する	半構造化面接	断酒継続10年以上で断酒会でのリーダーをするアルコール依存症当事者	1	「アルコール依存症の経験」「断酒会につながった結果」「今後の人生の意味付け」	ナラティブ分析	断酒会との出会いが即行動や意識の変化につながるのではなく、葛藤や不信感など揺れ動く気持ちがある中で継続してつながり続けることで、考えや行動に変化が生まれるといえる。

付表2の続き

NO	論文タイトル	著者	出版年	目的	方法	対象者の属性	N数	効果指標	分析	主要な結果
17	断酒会におけるアルコール依存症者の回復過程	方 仁成	2006	飲酒生活から断酒生活に至る治療環境過程の段階を検証し、アルコール依存症者の断酒決意に繋がる決定的な内的動機を検証	インタビュー	10年以上の断酒経験のある断酒会会員(男性)	43	テーマ 1. 飲酒開始の状況 2. 断酒会入会の状況 3. 現在の断酒生活 「健康、飲酒習慣、飲酒問題、断酒のきっかけ」について自由に語ってもらった	独自のカテゴリ化	自助会に関係した結果を抜粋 1. 断酒会の機能 仲間とつながる場33名、アルコール依存症を自覚できる場18名、自己安心・成長の場14名、断酒する場13名、家族関係を深める場4名 2. 断酒決意とそれにつながる決定的な内的動機 家族の絆の実感9名、自分の惨めさの認識8名、断酒会の親密な仲間による支え6名、離脱症状の恐れ6名、自己向上心5名、職場復帰と上司の配慮3名、治療者への信頼感3名
18	断酒会会員の断酒に至る過程に関する実態調査	杉山 敏宏, 谷岡 哲也, 上野 修一 [他], 片山 秀史, 越智 百枝	2007	アルコール依存症当事者にとって、断酒会がどのような役割と捉えられ断酒に至ったのかを明らかにする。	アンケート	断酒会会員(男性150, 女性17)	167	A. 飲酒当時の過去の自分, B. 酒に飲まれ、酒の魔力に捉われていた自分, C. 精神、身体依存から起こるコントロール機能障害, D. 節酒、機会飲酒への挑戦, E. アルコール依存症の自覚から認知へ, F. 断酒例会から得られる完全断酒への道	統計解析	F. 断酒例会出席から得られた完全断酒の効果について質問したところ、①断酒例会への継続参加で酒が止まった(75.4%), ②断酒によって周囲からの信用と健康を取り戻せた(68.2%), ③断酒例会での体験談が心の支えとなり、自信となっている(80.8%)
19	断酒会入会者を対象とした調査(その3)婚姻および断酒会の有用性	片岡 睦子, 杉山 敏宏, 谷岡 哲也, 片山 秀史, 吉田 精次, 橋本 文子, 大森 美津子	2009	断酒会入会から現在の飲酒・断酒に関する行動について、婚姻による影響を明らかにする	アンケート	断酒会会員(男性150, 女性17)	167	1) 婚姻状況に加えて, 2) 断酒会への参加状況、断酒会の有用性などに関する項目として, ①断酒会入会のきっかけ, ②断酒例会への出席状況, ③断酒会の満足状況, ④断酒会への出席が生活に及ぼす影響, ⑤断酒会への出席で断酒できるか, ⑥断酒会への出席で友人ができたか, ⑦断酒会でできた友人は心の支えか, ⑧断酒会での体験が飲酒の歯止めになっているか, ⑨自分にとって断酒会はどのような存在か, ⑩断酒会に出たくない気持ちの有無、⑪最初から断酒会に参加しやすかったか, 3) アルコール問題による家庭問題などに関する項目として、⑫アルコール問題により家庭を崩壊した経験、⑬家庭を修復した経験の合計13項目	統計解析	断酒会入会から現在の断酒に至るまでの過程について、婚姻が影響しているかどうかについて分析した結果、アルコール問題により家庭を崩壊した後家庭を修復した経験以外には、有意な差はみられなかった。 既婚断酒会員の70.9%、未婚断酒会員72%が断酒会に満足しており、既婚断酒会員の95.5%、未婚断酒会員の92%が断酒会でできた友人が心の支えであると答えている。また既婚断酒会員・未婚断酒会員ともに92.3%が断酒会での体験談が飲酒の歯止めになっていた。すなわち会員の婚姻の有無にかかわらず断酒会に満足し、心の支えとなる友人ができ、また飲酒の歯止めになっていることが推察された。
20	中山間地域とその隣接大都市で暮らすアルコール依存症自助グループ参加者の断酒継続：その個人的・社会的条件	小林由美子, 多賀谷 昭	2013	断酒と自助グループ参加継続に影響する可能性がある個人的状況、環境条件、対処方法を特定する	半構造化面接	3年以上断酒継続してSHGに参加する男性	4	1)対象者の属性、2)飲酒・断酒歴、3)治療資源(いわゆる断酒の三本柱：通院、抗酒剤服用、SHG参加)の状況、4)SHG参加に関する地理的条件、5)SHGに対する認識と対処、6)断酒継続とSHG参加に関連する思い・考え・体験および背景となる個人的・環境的条件、7)看護職者(看護師・保健師)のSHG例会参加に関する状況と考え	独自のコーディング	断酒継続には1)アルコール依存症の否認と受容、2)家族の支援と共依存、3)周囲の拒絶と支え、4)地域への自己開示、5)就業に関する支援、6)人間関係の不得意さ、7)自助グループ参加の継続、8)病院とのつながり、9)看護師・保健師の理解などが関係することが明らかになった

アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究  
(20GC1015)

分担課題「依存症の専門医療機関の実態と求められる機能についての調査」

研究分担者 加賀谷有行 瀬野川病院KONUMA記念依存ところの研究所・所長

研究協力者 津久江亮太郎 瀬野川病院・院長

研究要旨

依存症の専門医療機関の実態と求められる機能について明らかにするため、第一に依存症治療機関（アルコール健康障害）における減酒治療の試みを調査した。その結果、減酒治療で軽症のアルコール依存症者の治療に役立つことが示唆された。第二に中国四国地方における依存症専門医療機関（アルコール健康障害）の診療実態調査を行った。その結果、専門医療いえどもアルコール依存症の患者が10%以下の医療機関が多い現状だった。しかし、その減酒治療を含めて積極的に対応しており、アルコール依存症に対する治療ニーズが増えてとが示唆された。第三に、広島県アルコール健康障害サポート医およびサポート医（専門アンケートを通じた依存症専門医療機関（アルコール健康障害）に求められる機能を調査その結果、研修を受講したサポート医の意識として、軽症のアルコール依存症は減酒を含ら治療を試み、重症のアルコール依存症に関しては、専門医療機関による治療を期待してとが示唆された。

A. 研究目的

近年のアルコール依存症治療では、ハームリダクションの考え方が急速に広がっている。欧州では、治療ギャップを小さくして早期からの介入を可能にするために、飲酒量軽減を目標とした介入の考え方が取り入れられてきている。本研究では、飲酒量低減の治療目標が健康障害の改善に寄与しているかどうかのエビデンスを集めることを目的としている。このために、当該分担研究では、第一に依存症専門医療機関（アルコール健康障害）における減酒治療の試み、第二に中国四国地方における依存症専門医療機関（アルコール健康障害）の診療実態調査、第三に広島県アルコール健康障害サポート医およびサポート医（専門）への

アンケートを通じた依存症専門医療機関（アルコール健康障害）に求められる機能の調査を実施した。

B. 研究方法（倫理面への配慮）

- 1 診療録より後方視的に以下の条件で対象を抽出した。対象は、減酒治療薬が当法人に導入された2019年3月6日を開始日として1年後の2020年3月5日までに法人内の2つの医療施設すなわちよこがわ駅前クリニックと瀬野川病院（どちらも依存症専門医療機関（アルコール健康障害））で減酒治療薬の処方を行った70人のうち処方開始後の経過を追跡できた61人を対象とした。観察期間は減酒治療薬処方開始後1年までとし、最終観察日は



2020年6月5日とした。電子カルテを後方視的に調査し、対象の年齢、性別、精神科入院歴、アルコール依存症の病型、治療が必要な併存精神疾患（以下：併存精神疾患）、初回処方時期などの情報を抽出した。減酒治療薬の効果に関しては、患者の自己評価で断酒に至った場合や減酒できたこと電子カルテに記載され、かつ観察期間中に入院に至らなかった場合を有効と定義し、それ以外を無効とした。外来患者は飲酒量などの客観的指標を正確に把握することは困難なので、飲酒に関する自己評価と入院回避を評価項目とした。アルコール依存症の病型については、Mossらの分類に沿って、I型からV型までの5型に分類した（資料1）。I型（若年成人型）、II型（社会機能維持型）、III型（家族性中等型）を軽症群とし、IV型（若年反社会型）とV型（慢性重症型）を重症群と定義した。有効群と無効群についての特徴の比較、アルコール依存症病型による有効性の比較を行った。

- 2 中国四国地方の依存症専門医療機関（アルコール健康障害）（以下：専門医療機関）に別紙のアンケート（資料2）を送付し、診療に関する調査を実施した。依存症対策全国センターHPおよび各県HPを検索し2020.12.31時点で確認できた中国四国地方の35の専門医療機関にアンケートを送付した。Q06とQ09では、「」積極的と「まあまあ」を積極群、「たまに」と「していない」を消極群と規定した。
- 3 広島県アルコール健康障害サポート医およびサポート医（専門）に登録し、2020.3.31までに広島県HPに掲載を同意した135人のうち、本論文の著者を除く133人にアンケートを送付した（資料3）。1通は宛先不明で返送されたので、132人にアンケートが届いた。アンケートの選択肢については、第一方針を2点、第二方針を1点として集計した。
- 4 検定および倫理的配慮：数値は必要な場合は

平均±標準偏差で示した。検定はエクセル統計(BellCurve)を使用して、t検定、 $\chi^2$ 検定、ANOVA、Fisher法を用いて5%未満を有意な差とした。アンケートに対する回答は任意であること、個別情報は保護されること、回答しない場合も不利益を被らないこと、回答をもって同意したと見做すことを同封した依頼文に記載した。本研究は医療法人せのがわ倫理委員会の承認(H31-05、R02-09、R02-14)を得て実施した。

### C. 研究結果

- 1 減酒治療薬の有効率は61%だった。有効群で精神科入院歴を有する割合が低く、アルコール依存症病型の軽症群の割合が高く、初診で減酒治療薬を処方する割合が高かった(表1)。アルコール依存症病型別の有効率はI型が100%、II型が86%、III型が80%であり、軽症群全体では84%で、重症群と比較して有効率が高かった(表2)。また、よこがわ駅前クリニックと瀬野川病院を比較したところ、よこがわ駅前クリニックの有効率が85%と、瀬野川病院の43%に比較して有意に高率だった。ただし、瀬野川病院の通院患者では有効率は低かったが通院継続率が100%でありドロップアウトがゼロだった。
- 2 35施設中22施設より回答があり、回収率は63%だった。通院患者におけるアルコール依存症者の割合が50%を超える施設は22施設中2施設、入院患者におけるアルコール依存症者の割合が50%を超える施設は21施設中2施設だった。一方通院患者が10%に満たないと回答した施設が17、入院患者が10%に満たないと回答した施設が15だった(表3)。患者の重症度では、通院患者のうち若年成人型、社会機能維持型、家族性中等型といった軽症群が $62.2 \pm 19.2\%$ 、若年反社会型と慢性重症型の重症群が $37.8 \pm 19.1\%$ で、有意な差が



見られた。入院患者のうち軽症群は  $44.9 \pm 26.3\%$ 、重症群は  $53.0 \pm 26.7\%$  で、両群に有意な差を認めなかった(表 4-1,4-2)。減酒治療に積極的なのは回答した 21 施設中 12 施設だった。減酒治療に対する意識と通院患者の重症度について検討したところ、通院患者軽症群の割合が減酒治療に積極群では  $55.1 \pm 22.4\%$ 、減酒治療消極群は  $71.0 \pm 9.0\%$  で、両者に有意な差は認めなかった。入院患者軽症群の割合に関しては、減酒治療積極群で  $38.8 \pm 22.6\%$ 、減酒治療消極群で  $56.1 \pm 29.1\%$  と、こちらも有意な差を認めなかった(表 5)。専門医療機関に選定された後の診療機会について増えたと回答した施設が 10、受診前相談が増えたと回答した施設が 10 だった。連携に関しては、行政との連携に積極的という回答が 16、医療機関との連携が積極的という回答が 16、自助グループとの連携が積極的という回答が 17 だった。

- アンケートが届いた 132 人中 66 人から回答があり、回収率は 50% だった。年齢の中央値は 55 歳だった。資格、診療科、医療機関、専門医療機関の内訳は、サポート医 35 人 & サポート医(専門) 31 人、精神科・心療内科(以下:精神科) 28 人 & 一般身体科(以下:一般科) 38 人、精神科医療機関 27 人 & 一般科医療機関 39 人、精神科病院で専門医療機関(入院可能)に勤務 8 人 & その他 58 人であった。専門医療機関に紹介経験あり 44 人 & なし 22 人。紹介経験あり 44 人中で概ね依頼に沿った内容の治療をしてもらえたと回答したのは 37 人だった。5 群に分類した病型ごとの診療に関する第一方針として選択する手段が最も多かったのは、若年成人型と社会機能維持型では減酒、家族性中等型では断酒と紹介、若年反社会型と慢性重症型では紹介であった(表 6-1)。これらの病型ごとに最も多かった選択について、資格別、診療科別、医療機関別、専門医療

機関別に検討した。サポート医とサポート医(専門)では、若年成人型と社会機能維持型で減酒を選択するポイントに差は無く、家族性中等型で断酒を選択するポイントにも紹介を選択するポイントにも差が無かった。若年反社会型と慢性重症型で、サポート医はサポート医(専門)より紹介を選択するポイントが高かった(表 6-2)。一般科医師は精神科医師より、家族性中等型で紹介を選択することが多く、若年反社会型と慢性重症型で紹介を選択することが多かった。精神科医師は一般科医師より、家族性中等型で断酒を選択することが多かった(表 6-3)。一般科医療機関勤務医は精神科医療機関勤務医より、家族性中等型と若年反社会型と慢性重症型で紹介を選択することが多かった。精神科医療機関勤務医は一般科医療機関勤務医より、家族性中等型で断酒を選択することが多かった(表 6-4)。専門医療機関の医師はその他の医師より、家族性中等型で断酒を選択することが多く、その他の医師は専門医療機関の医師より、家族性中等型と若年反社会型と慢性重症型で紹介を選択することが多かった(表 6-5)。診療機会については、社会機能維持型の診療機会が最も多く、続いて家族性中等型の診療機会が多かった(表 7-1)。サポート医とサポート医(専門)で病型別診療機会に違いは無かった(表 7-2)。一般科は精神科より社会機能維持型の診療機会が多く、一方、精神科は一般科より慢性重症型の診療機会が多かった(表 7-3)。一般医療機関は精神科医療機関より社会機能維持型の診療機会が多く、一方、精神科医療機関は一般医療機関より若年反社会型や慢性重症型の診療機会が多かった(表 7-4)。専門医療機関サポート医はその他の医師より慢性重症型の診療機会が多く、一方、その他の医師は専門医療機関サポート医より社会機能維持型の診療機会が多かった(表 7-5)。

#### D. 考察

減酒治療薬は断酒ではなく減酒を目的にした薬剤であるが、早期で軽症のアルコール依存症患者の新たな治療選択肢と成り得ることが示された。今後は、かかりつけ医などもアルコール依存症の初期治療を担うことが期待される。

専門医療機関とはいえ、多くの医療施設では、アルコール依存症の患者が全患者の10%以下であることが判明した。通院も入院も、約半数の患者が軽症群であることも判った。また、減酒治療についても半数以上の医療機関で積極的であり、早期の治療に意欲的に取り組んでいることが示唆された。約半数の医療機関では、受診前相談も診療機会も増えており、治療ニーズが高まっていることが示唆された。今後、ますます重症化する前の早期治療が広がることが期待される。

サポート医とは、広島県が独自に制定した資格であり、アルコール健康障害に対する研修を受講することで付与される。サポート医全体で、社会機能維持型、家族性中等型の診療機会が多く、軽症のアルコール依存症を診療する機会が多いことが示唆された。その中でも、精神科医や世専門医療機関勤務の医師は慢性重症型を診療する機会が多いことが示唆された。対応に関する方針では、若年成人型が社会機能維持型では減酒治療を選択する方針の点数が高かったため、軽症患者における減酒治療は意外と受け入れられていることが示唆された。断酒を第一方針と考える病型は家族性中等型のみで、若年反社会型や慢性重症型といった重症群では紹介が第一方針という結果だった。重症群で紹介を第一方針とする考え方は、一般科医や一般医療機関で顕著であり、総じて、専門医療機関には重症群のアルコール依存症の治療が求められていることが示唆

された。

なお、本研究の限界としては、アルコール依存症の病型分類が暫定的なものであること、アンケートの地域が広島県や中国四国地方と限定されていることが挙げられる。

#### E. 結論

依存症専門医療機関(アルコール健康障害)における減酒治療の試みでは、減酒治療が、早期で軽症のアルコール依存症者の治療に役立つことが示唆された。中国四国地方における依存症専門医療機関(アルコール健康障害)の診療実態調査では、専門医療機関といえどもアルコール依存症の患者が10%以下の医療機関が多い現状だった。しかし、その中でも減酒治療を含めて積極的に対応しており、アルコール依存症に対する治療ニーズが増えていることが示唆された。広島県アルコール健康障害サポート医およびサポート医(専門)へのアンケートを通じた依存症専門医療機関(アルコール健康障害)に求められる機能の調査では、研修を受講したサポート医の意識として、軽症のアルコール依存症は減酒を含めて自ら治療を試み、重症のアルコール依存症に関しては、専門医療機関による治療を期待していることが示唆された。

#### F. 健康危険情報⇒総括報告書へ

#### G. 研究発表

豊田ゆかり、加賀谷有行、下原篤司、津久江亮太郎、岡本泰昌(2021) 当法人における飲酒量低減薬(ナルメフェン)を用いたアルコール依存症の外来治療成績  
広島医学 74 (印刷中)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表 1	有効群	無効群	
人数	37	24	
年齢	49.6 ± 13.1	52.3 ± 15.8	ns
性別（男性の割合）（%）	78	79	ns
併存精神疾患（有の割合）（%）	14	33	ns
入院歴（有の割合）（%）	24	67	**
アルコール依存症病型（軽症群の割合）（%）	86	25	**
初診で処方する割合（%）	49	21	*

\*p<0.05、\*\*p<0.01、ns: not significant

表 2	I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型	
人数	4	14	20	8	15	
年齢	34.8 ± 09.2	58.6 ± 10.8	51.2 ± 13.4	34.1 ± 08.0	55.6 ± 11.9	** (a)
併存精神疾患（有の割合）（%）	0	0	25	38	33	ns
入院歴（有の割合）（%）	50	21	25	38	80	** (c)
有効率（%）	100	86	80	38	13	** (c)

\*\* (a) p<0.01 ANOVA, \* (b) p<0.05 ANOVA, \*\* (c) p<0.01  $\chi^2$  検定, ns: not significant

表 3	0~10%	11~20%	21~30%	31~40%	41~50%	51~60%	61~70%	71~80%	81~90%	91~100%	計
通院	17	3	0	0	0	1	0	1	0	0	22
入院	15	4	0	0	0	0	0	0	0	2	21

表 4-1	I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型	(回答数)
通院	9.5 ± 9.6	28.3 ± 17.7	24.5 ± 16.1	11.4 ± 9.8	26.4 ± 18.2	20
入院	2.9 ± 5.1	18.5 ± 17.1	25.6 ± 18.0	14.0 ± 12.0	39.0 ± 27.7	19

表 4-2	軽症群	重症群	(回答数)
通院	62.2 ± 19.2	37.8 ± 19.1	** 20
入院	44.9 ± 26.3	53.0 ± 26.7	ns 19

表 5	通院患者軽症群	n	入院患者軽症群	n
積極群	55.1 ± 22.4	11	38.8 ± 22.6	10
消極群	71.0 ± 9.0	9	56.1 ± 29.1	9

表 6-1 (n=66)	経過観察	減酒	断酒	紹介	その他
症例 1：若年成人型	0.167±0.376	<b>1.712±0.548</b>	0.667±0.751	0.303±0.581	0.076±0.319
症例 2：社会機能維持型	0.015±0.123	<b>1.227±0.800</b>	1.000±0.804	0.667±0.829	0.061±0.240
症例 3：家族性中等型	0.000±0.000	0.417±0.630	<b>1.152±0.744</b>	<b>1.235±0.860</b>	0.076±0.364
症例 4：若年反社会型	0.061±0.240	0.409±0.701	0.811±0.711	<b>1.417±0.839</b>	0.136±0.460
症例 5：慢性重症型	0.015±0.123	0.242±0.466	0.909±0.717	<b>1.591±0.744</b>	0.106±0.356

表 6-2	n	症例 1：減酒	症例 2：減酒	症例 3：断酒	症例 3：紹介	症例 4：紹介	症例 5：紹介
サ医	35	1.743±0.314	1.143±0.655	1.057±0.570	1.429±0.532	<b>1.757±0.300</b>	<b>1.771±0.299</b>
サ医（専）	31	1.677±0.292	1.323±0.626	1.258±0.531	1.016±0.908	1.032±0.899	1.387±0.778

表 6-3	n	症例 1：減酒	症例 2：減酒	症例 3：断酒	症例 3：紹介	症例 4：紹介	症例 5：紹介
一般科	38	1.711±0.319	1.158±0.731	0.868±0.428	<b>1.711±0.306</b>	<b>1.882±0.100</b>	<b>1.947±0.051</b>
精神科	28	1.714±0.286	1.321±0.522	<b>1.536±0.480</b>	0.589±0.612	0.786±0.841	1.107±0.840

表 6-4	n	症例 1：減酒	症例 2：減酒	症例 3：断酒	症例 3：紹介	症例 4：紹介	症例 5：紹介
一般医療機関	39	1.769±0.235	1.179±0.677	0.872±0.417	<b>1.654±0.397</b>	<b>1.808±0.205</b>	<b>1.949±0.050</b>
精神科医療機関	27	1.630±0.396	1.296±0.601	<b>1.556±0.487</b>	0.630±0.627	0.852±0.900	1.074±0.840

表 6-5	n	症例 1：減酒	症例 2：減酒	症例 3：断酒	症例 3：紹介	症例 4：紹介	症例 5：紹介
専門医療機関（病院）	8	1.625±0.518	1.375±0.518	<b>1.875±0.354</b>	0.000±0.000	0.000±0.000	0.125±0.354
その他	58	1.724±0.555	1.207±0.833	1.052±0.730	<b>1.405±0.775</b>	<b>1.612±0.695</b>	<b>1.793±0.522</b>

表 7-1

診療機会		I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型
n=66		若年成人型	社会機能維持型	家族性中等型	若年反社会型	慢性重症型
		0.333±0.641	<b>1.273±0.869</b>	0.788±0.755	0.091±0.381	0.379±0.674

表 7-2	n	若年成人型	社会機能維持型	家族性中等型	若年反社会型	慢性重症型
サ医	35	0.400±0.482	1.257±0.726	0.743±0.550	0.114±0.222	0.286±0.387
サ医（専）	31	0.258±0.331	1.290±0.813	0.839±0.606	0.065±0.062	0.484±0.525

表 7-3	n	若年成人型	社会機能維持型	家族性中等型	若年反社会型	慢性重症型
精神科	28	0.179±0.22	1.000±0.963	0.893±0.544	0.143±0.201	<b>0.607±0.692</b>
一般科	38	0.447±0.524	<b>1.474±0.526</b>	0.711±0.590	0.053±0.105	0.211±0.225

表 7-4	n	若年成人型	社会機能維持型	家族性中等型	若年反社会型	慢性重症型
精神科医療機関	27	0.185 ± 0.234	0.963 ± 0.960	0.852 ± 0.516	<b>0.222 ± 0.333</b>	<b>0.593 ± 0.712</b>
一般医療機関	39	0.436 ± 0.516	<b>1.487 ± 0.520</b>	0.744 ± 0.617	0.000 ± 0.000	0.231 ± 0.235

表 7-5	n	若年成人型	社会機能維持型	家族性中等型	若年反社会型	慢性重症型
専門医療機関（病院）	8	0.125 ± 0.354	0.625 ± 0.916	1.000 ± 0.756	0.250 ± 0.463	<b>1.000 ± 1.069</b>
その他	58	0.362 ± 0.667	<b>1.362 ± 0.831</b>	0.759 ± 0.757	0.069 ± 0.368	0.293 ± 0.562

資料 1. Moss によるアルコール依存症病型分類

型	I 型	II 型	III 型	IV 型	V 型
タイプ	若年成人型	社会機能維持型	家族性中等症型	若年反社会型	慢性重症型
平均的な飲酒開始年齢	18 歳ころ	18～19 歳ころ	17 歳ころ	15 歳ころ	16 歳ころ
平均的な発症年齢	20 歳ころ	30 歳代後半	30 歳ころ	10 歳代後半	20 歳代後半
飲酒の特徴	飲酒時に大量飲酒。飲酒頻度は低い。	有害な飲酒が増える。	中等量で長期間の飲酒。	大量飲酒の頻度が高い。	長期に大量の飲酒
平均的な初診年齢	20～30 歳代	40～50 歳代	40 歳代	20～30 歳代	30 歳代後半
併存精神疾患	少ない	少ないが、時にうつ病など。	うつ病、躁うつ病、パーソナリティ障害、強迫性障害など。	躁うつ病、反社会性パーソナリティ障害、他の物質依存など。	うつ病、気分変調症、全般性不安障害、他の物質依存など。
社会機能	約半数が正規雇用。約 30% は学生。法的トラブルの頻度は少ない	大卒以上が多く、半数以上は正規雇用。法的トラブルの頻度は少ない。	約 20% に離婚歴。大卒以上が少なからず存在し、半数以上は正規雇用。	高卒までが多い。未婚が多い。反社会的行為が問題になることが多い。	離脱症状を呈しやすい。高卒までが多く、無職も多い。
重症度	軽症群			重症群	

資料2. 中国四国地方の依存症専門医療機関（アルコール健康障害）へのアンケート

Q01. 貴医療機関は次のどれに該当しますか。当てはまる欄に○を記入してください。

診療所	
総合病院	
精神科病院	
その他	

Q02. 2020年10月の通院患者（実人数）に占めるアルコール依存症の割合はどれくらいでしたか。凡そで結構ですので、当てはまる欄一つに○を記入してください。

0~10%	11~20%	21~30%	31~40%	41~50%	51~60%	61~70%	71~80%	81~90%	91~100%

Q03. 2020年10月の入院患者（新規入院、再入院、期間中入院継続、退院を含む実人数）に占めるアルコール依存症の割合はどれくらいでしたか。凡そで結構ですので、当てはまる欄一つに○を記入してください。病床が無い場合は×を記入してください。

0~10%	11~20%	21~30%	31~40%	41~50%	51~60%	61~70%	71~80%	81~90%	91~100%

Q04. 2020年10月におけるアルコール依存症の通院患者をI型からV型に分類すると、割合はどれくらいでしたか。凡そで結構ですので、下の表に数字を記入してください。I型からV型については別紙をご参照ください。

病型	I型	II型	III型	IV型	V型	計
割合 (%)						100

Q05. 2020年10月におけるアルコール依存症の入院患者（新規入院、再入院、期間中入院継続、退院を含む）をI型からV型に分類すると、割合はどれくらいでしたか。凡そで結構ですので、下の表に数字を記入してください。I型からV型については別紙をご参照ください。アルコール依存症の入院治療を行わなかった場合は×を記入してください。

病型	I型	II型	III型	IV型	V型	計
割合 (%)						100

Q06. 貴医療機関ではアルコール依存症の治療として、減酒治療を実施していますか。該当する欄一つに○を記入してください。

積極的に実施している	
まあまあ実施している	
たまにしか実施していない	
実施していない	

Q07. 貴医療機関では専門医療機関に選定されて以降アルコール依存症の患者さんの診療機会は増えましたか。当てはまる欄一つに○を記入してください。

増えた	
変わらない	
減った	

Q08. 貴医療機関では専門医療機関に選定されて以降アルコール依存症の受診前相談（電話相談、家族相談など）は増えましたか。当てはまる欄一つに○を記入してください。

増えた	
変わらない	
減った	

Q09. 貴医療機関では近隣の行政機関・医療機関・自助グループと連携されていますか。それぞれとの連携について、当てはまる欄に○を記入してください。

	行政機関との連携	他の医療機関との連携	自助グループとの連携
積極的に連携している			
まあまあ連携している			
たまにしか連携していない			
連携していない			

Q10. 連携している場合は、実践している連携について差し支えない範囲で教えてください。(自由記述)

Q11. 貴医療機関でのアルコール依存症診療に関して工夫している点について差し支えない範囲で教えてください。(自由記述)

Q12. 貴医療機関でのアルコール依存症診療に関して困っていることがあったら差し支えない範囲で教えてください。(自由記述)

質問は以上です。ありがとうございます。



資料.

Moss によるアルコール依存症病型分類

型	I型	II型	III型	IV型	V型
タイプ	若年成人タイプ	社会機能維持タイプ	家族性中等タイプ	若年反社会タイプ	慢性重症タイプ
平均的な飲酒開始年齢	18 歳ころ	18~19 歳ころ	17 歳ころ	15 歳ころ	16 歳ころ
平均的な発症年齢	20 歳ころ	30 歳代後半	30 歳ころ	10 歳代後半	20 歳代後半
飲酒の特徴	飲酒時に大量飲酒。飲酒頻度は低い。	有害な飲酒が増える。	中等量で長期間の飲酒。	大量飲酒の頻度が高い。	長期に大量の飲酒
平均的な初診年齢	20~30 歳代	40~50 歳代	40 歳代	20~30 歳代	30 歳代後半
併存精神疾患	少ない	少ないが、時にうつ病など。	うつ病、躁うつ病、パーソナリティ障害、強迫性障害など。	躁うつ病、反社会性パーソナリティ障害、他の物質依存など。	うつ病、気分変調症、全般性不安障害、他の物質依存など。
社会機能	約半数が正規雇用。約 30%は学生。法的トラブルの頻度は少ない	大卒以上が多く、半数以上は正規雇用。法的トラブルの頻度は少ない。	約 20%に離婚歴。大卒以上が少なからず存在し、半数以上は正規雇用。	高卒までが多い。未婚が多い。反社会的行為が問題になることが多い。	離脱症状を呈しやすい。高卒までが多く、無職も多い。
重症度	軽症群			重症群	

Moss et al., Drug Alcohol Depend. 2007 を改変

#### 【Ⅰ型の例】

28歳男性。大学入学後に飲酒が始まった。大学卒業後は全国規模の自動車製造会社に就職した。仕事はほとんど休まず頑張っており上司からの評価も悪くない。毎晩飲酒するわけではないが、飲酒時には大量飲酒する。最近は週末に二日酔いで気分不良のことが多い。先週末の飲み会でビール2杯と酎ハイ3杯を短時間で飲酒して嘔吐し起立困難となって救急搬送された。救急搬送は2回目である。未婚で独居で、両親が遠方に住んでいる。心配した上司に勧められて本日の受診となった。本人は、週末くらい酒を飲みたいと思っている。

#### 【Ⅱ型の例】

58歳男性。大学入学後に飲酒が始まった。大学卒業後は地元の銀行に就職した。30歳代後半になり飲酒量が増えて健康診断で肝機能異常を指摘されるようになったが、産業医の指導を聞き流していた。最近の飲酒量は一晩に日本酒4合である。50歳代になって、飲酒後に転倒して打撲や、二日酔いで欠勤することがこの半年で3回起こった。妻と二人暮らしで、二人の子どもは独立しているが近所に住んでおり互いの仲は良い。定年まで勤続することに不安が生じてきたので、自ら受診した。本人は晩酌が楽しみで止めたくないと言っている。

#### 【Ⅲ型の例】

48歳男性。高校時に飲酒が始まった。大学卒業して運送業やサービス業に正規雇用の経験があり、現在は製造業に正規雇用されて、時に二日酔いで休むが長期病休することなく勤務は続いている。40歳ころからうつ病で精神科クリニック受診中であるが、精神科の入院歴は無い。20歳代から毎晩のようにビール2杯程度の飲酒をしていたが、そのことは精神科クリニックには報告していない。28歳で結婚した。最近では休日には昼前から飲酒するようになり、失禁することもあり、酒に費やす費用が多くなり、心配した妻に連れられて受診した。本人は、ビールを飲むと気が楽になると言っている。

#### 【Ⅳ型の例】

24歳女性。中学時に飲酒が始まった。高校は休むことが多かったが何とか卒業できた。原付の無免許運転で補導された経験がある。17歳から精神科クリニックに通院するようになり、気分安定薬が処方されている。眠れないという理由で別の内科クリニックで睡眠薬の処方を要求することが多い。家族と同居しているが喧嘩が絶えない。毎晩ワインを1本飲んでいる。親子喧嘩などの後には睡眠薬とワイン3本を一気飲みして救急搬送されたこともある。アルコールによる臓器障害を心配した家族が本人を連れて受診した。本人は、連れて来られたことに対して不貞腐れている。

#### 【Ⅴ型の例】

52歳男性。高校時に飲酒が始まった。高卒後に建設業に就職したが、二日酔いで欠勤することが多くて5年くらいで解雇された。その後は各種のアルバイトをしたがどれも長続きしなかった。30歳代後半から仕事もせずに昼から焼酎を飲むようになった。最近では焼酎4杯のパックが5日で空になる。22歳で結婚したが29歳で離婚し、現在は独居。離婚後に精神科クリニックに通院するようになり気分障害と診断されており、4回ほど精神科病院に入院したこともある。昼に自宅付近を歩く時に手が震え足元がふらついて転倒しそうなることを民生委員に指摘され、民生委員に伴われて受診した。本人は、酒が無いと人生の楽しみが無いと言っている。

資料3. 広島県アルコール健康障害サポートおよびサポート医（専門）へのアンケート  
以下の質問に回答をお願いします。該当する空欄に○か◎あるいは記述をお願いします。

Q1. 性別 ( ) 男性 ( ) 女性 ( ) その他

Q2. 年齢 ( ) 歳

Q3. サポート医の種別 ( ) アルコール健康障害サポート医  
( ) アルコール健康障害サポート医（専門）

Q4. 主な診療科 ( ) 科

Q5. 勤務する医療機関

( ) 精神科クリニック⇒専門医療機関ですか？ ( ) はい、( ) いいえ

( ) 精神科以外のクリニック

( ) 精神科病院 ⇒専門医療機関ですか？ ( ) はい、( ) いいえ

( ) 精神科病院以外の一般病院

Q6. アルコール健康障害（臓器障害として）の患者の診療状況はいかがですか。

( ) 日常的に診療している

( ) ときどき診療している

( ) ほとんど診療していないが、診療は可能である。

( ) 診療したくない。

Q7. アルコール依存症の患者の診療状況はいかがですか。

( ) 日常的に診療している

( ) ときどき診療している

( ) ほとんど診療していないが、診療は可能である。

( ) 診療したくない。

Q7-1. アルコール依存症の患者さんを診療している場合、診療の技法を教えてください。  
(身体所見、採血、画像検査、カウンセリング等)

--

Q8. アルコール依存症専門医療機関に紹介したことがありますか。(専門医療機関に勤務している場合は、他の専門医療機関に紹介したことがありますか。)

( ) ある、( ) ない

Q8-1. 紹介した結果はどうでしたか。

( ) 依頼に沿った治療をしてくれた。

( ) 依頼内容とは違うが治療をしてくれた。

( ) 断られた。

( ) その他

Q8-2. 紹介に際して何か困った点やご意見があったら教えてください。

--

Q9. 症例1 次の患者さんが受診した時に、どの方針で対応しますか。

28歳男性。大学入学後に飲酒が始まった。大学卒業後は全国規模の自動車製造会社に就職した。仕事はほとんど休まず頑張っており上司からの評価も悪くない。毎晩飲酒するわけではないが、飲酒時には大量飲酒する。最近週末に二日酔いで気分不良のことが多い。先週末の飲み会でビール2杯と酎ハイ3杯を短時間で飲酒して嘔吐し起立困難となって救急搬送された。救急搬送は2回目である。未婚で独居で、両親が遠方に住んでいる。心配した上司に勧められて本日の受診となった。本人は、週末くらい酒を飲みたいと思っている。

第一方針に◎、第二方針に○をつけてください。

自分で治療する			依存症専門医療 機関に紹介する	その他
経過観察する	減酒を勧める	断酒を勧める		

\*\*\*\*\*

Q10. 症例2 次の患者さんが受診した時に、どの方針で対応しますか。

58歳男性。大学入学後に飲酒が始まった。大学卒業後は地元の銀行に就職した。30歳代後半になり飲酒量が増えて健康診断で肝機能異常を指摘されるようになったが、産業医の指導を聞き流していた。最近の飲酒量は一晩に日本酒4合である。50歳代になって、飲酒後に転倒して打撲や、二日酔いで欠勤することがこの半年で3回起こった。妻と二人暮らしで、二人の子どもは独立しているが近所に住んでおり互いの仲は良い。定年まで勤続することに不安が生じてきたので、自ら受診した。本人は晩酌が楽しみで止めたくないと言っている。

第一方針に◎、第二方針に○をつけてください。

自分で治療する			依存症専門医療 機関に紹介する	その他
経過観察する	減酒を勧める	断酒を勧める		

Q1 1. 症例 3 次の患者さんが受診した時に、どの方針で対応しますか。

48歳男性。高校時に飲酒が始まった。大学卒業して運送業やサービス業に正規雇用の経験があり、現在は製造業に正規雇用されて、時に二日酔いで休むが長期病休することなく勤務は続いている。40歳ころからうつ病で精神科クリニック受診中であるが、精神科の入院歴は無い。20歳代から毎晩のようにビール2杯程度の飲酒をしていたが、そのことは精神科クリニックには報告していない。28歳で結婚した。最近は休日には昼前から飲酒するようになり、失禁することもあり、酒に費やす費用が多くなり、心配した妻に連れられて受診した。本人は、ビールを飲むと気が楽になると言っている。

第一方針に◎、第二方針に○をつけてください。

自分で治療する			依存症専門医療 機関に紹介する	その他
経過観察する	減酒を勧める	断酒を勧める		

\*\*\*\*\*

Q1 2. 症例 4 次の患者さんが受診した時に、どの方針で対応しますか。

24歳女性。中学時に飲酒が始まった。高校は休むことが多かったが何とか卒業できた。原付の無免許運転で補導された経験がある。17歳から精神科クリニックに通院するようになり、気分安定薬が処方されている。眠れないという理由で別の内科クリニックで睡眠薬の処方を要求することが多い。家族と同居しているが喧嘩が絶えない。毎晩ワインを1本飲んでいる。親子喧嘩などの後には睡眠薬とワイン3本を一気飲みして救急搬送されたこともある。アルコールによる臓器障害を心配した家族が本人を連れて受診した。本人は、連れて来られたことに対して不貞腐れている。

第一方針に◎、第二方針に○をつけてください。

自分で治療する			依存症専門医療 機関に紹介する	その他
経過観察する	減酒を勧める	断酒を勧める		

Q13. 症例5 次の患者さんが受診した時に、どの方針で対応しますか。

52歳男性。高校時に飲酒が始まった。高卒後に建設業に就職したが、二日酔いで欠勤することが多くて5年くらいで解雇された。その後は各種のアルバイトをしたがどれも長続きしなかった。30歳代後半から仕事もせずに昼から焼酎を飲むようになった。最近焼酎4割のパックが5日で空になる。22歳で結婚したが29歳で離婚し、現在は独居。離婚後に精神科クリニックに通院するようになり気分障害と診断されており、4回ほど精神科病院に入院したこともある。昼に自宅付近を歩く時に手が震え足元がふらついて転倒しそうになることを民生委員に指摘され、民生委員に伴われて受診した。本人は、酒が無いと人生の楽しみが無いと言っている。

第一方針に◎、第二方針に○をつけてください。

自分で治療する			依存症専門医療 機関に紹介する	その他
経過観察する	減酒を勧める	断酒を勧める		

\*\*\*\*\*

Q14. あなたは、前述の症例のうち、どのタイプの患者さんを診療することが多いですか。

最も多いタイプに◎、二番目に多いタイプに○をつけてください。

(診療する機会が無い場合は、診療可能なタイプを回答してください。)

症例1 若年成人型	症例2 社会機能維持型	症例3 家族性中等型	症例4 若年反社会型	症例5 慢性重症型

質問は以上です。

ご協力ありがとうございます。

令和2年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）

（総括・**分担**）研究報告書

「受診後の患者支援に係るモデル事業」の事業報告等を用いた、SBIRTSの取組状況分析

研究分担者 吉本尚 筑波大学・医学医療系・准教授

研究要旨

アルコール依存症等を持つ方への早期介入（多量飲酒者を含む）から回復支援に至る効果的な対策には、切れ目のない支援体制の整備が必要である。医療の枠組みの中では、SBIRTS（Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment and Self-help group）が重要とされる。Screening や Brief Intervention のエビデンスは海外で蓄積されてきているが、Referral to Treatment and Self-help group についての知見はまだ乏しいのが現状である。今回、厚生労働省が過去に実施した「受診後の患者支援に係るモデル事業」のデータを二次利用し、医療機関受診者のうちアルコール依存症と診断されたものを抽出し、自助グループへの継続参加状況や自助グループ参加の有無と完全断酒率の関連についての関連を明らかにすることを計画した。2020年4月よりデータの利用のため厚生労働省等と検討を行ったが、データ利用の承認が得られずデータの共有が不許可となった。

A. 研究目的

目的：「受診後の患者支援に係るモデル事業」のデータを用いて、自助グループへの継続参加状況や自助グループ参加の有無と完全断酒率の関連について明らかにする。

B. 研究方法

厚生労働省が行った「平成31年度 受診後の患者支援に係るモデル事業」におけるアルコール依存症の予後のデータを活用し、医療機関受診者のうち、アルコール依存症と診断されたものを抽出する。自助グループの参加、自助グループ参加後3か月、6か月時点での継続参加の有無などを収集する。主要な評価項目は、完全断酒率と自助グループ参加の有無の関連である。

本研究は既存データを用いた解析である。

C. 研究結果

2020年4月よりデータの利用のため厚生労働省等と検討を行ったが、データ利用の承認が得られずデータの共有が不許可となった。

D. 考察

研究実施不可のため、省略する。

E. 結論

研究実施不可のため、省略する。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況  
（予定を含む。）

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
湯本洋介、樋口進	減酒治療（特集 アルコール使用障害の現在とこれから）	臨床精神医学	第49巻第10号	1631-1639	2020
豊田ゆかり、加賀谷有行、下原篤司、津久江亮大郎、岡本泰昌	法人における飲酒量低減薬（ナルメフェン）を用いたアルコール依存症の外来治療成績	広島医学	74		







このワークブックは、アルコール使用障害からの回復のために、今までの飲酒について振り返ったり、飲酒する必要のない人生を送っていくために役立つ知識や方法を、みなさんで考えたりするためのものです。

飲酒をただ我慢するだけではなく、前向きに自分と向き合って、より健康に生きることを目標に、あせらずに回復の道を歩きましょう。

このワークブックがみなさんの回復に役立つことを、スタッフ一同願っています。一緒にがんばっていきましょう。

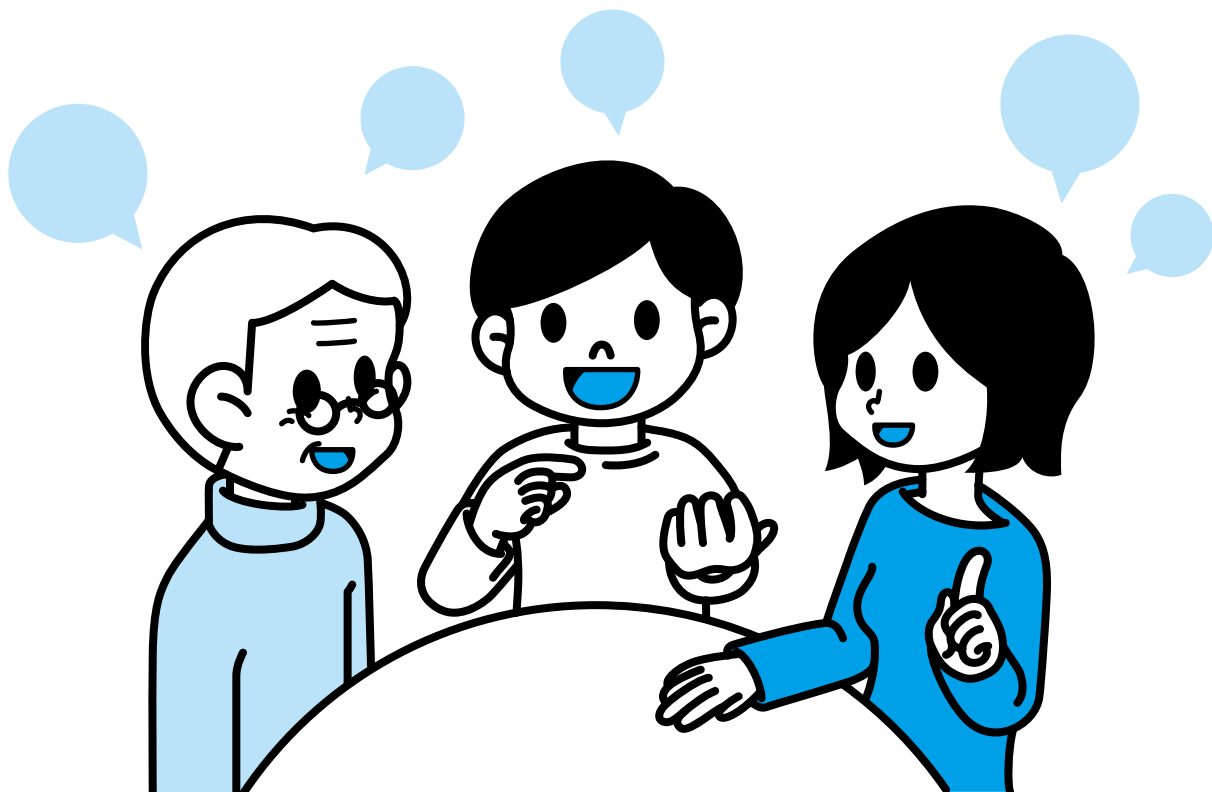
日付	出席確認	内容
		職場や近所付き合いで飲み会が多い…………… P 4
		これからプログラムを始めるにあたって…………… P 5
		テーマ1 1日の生活を振り返る…………… P 11
		テーマ2 飲酒問題の整理…………… P 17
		テーマ3 飲酒と断酒の良い点・悪い点…………… P 22
		テーマ4 アルコールへの誘惑・引き金…………… P 29
		テーマ5 欲求に対処するには、思考ストップ法、いのち綱 …… P 38
		テーマ6 ストレスについて、新たな健康的実践に取り組む …… P 48
		まとめ もしもの時に備える…………… P 58
		飲酒習慣変容日記（断酒日記）…………… P 62

# ミーティングのルール

この治療プログラムに参加される方は、  
以下のルールを必ず守ってください。

- 1 ミーティングに集中して、ミーティング担当者や他のメンバーの話をきちんと聞きましょう。
- 2 課題を必ず行いましょう。
- 3 参加されているメンバーのプライバシーを守るために、ミーティングの内容はグループ以外の人には話さないでください。ミーティングの録音は禁止です。

\* ミーティングには、実習学生や研修生がいらしていただくことがありますので、ご了承ください。



## 個人ワーク

# これからプログラムを 始めるにあたって ～ 初回参加前の課題～

慣れない計算などが出てきますので、難しく感じる場合は、空欄のまま読み進めてください。後日、主治医や担当スタッフと共に確認しましょう。

これは、各自で取り組んでいただく自習です。


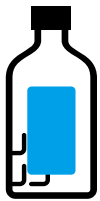




## アルコール使用障害の自己診断

個人ワーク

これからプログラムを始めるにあたって

### 自分の飲酒量を確認しよう

アルコール飲料の一杯の量や濃度は表のように様々ですが、世界共通の単位である「ドリンク」に換算することができます。

種類 (濃度 %)	日本酒 (15%)	ウイスキー (40%)	ビール (5%)	缶チューハイ (9%)	焼酎 (25%)	ワイン (12%)
						
飲料の量 (ミリリットル)	1合 (180ml)	ダブル1杯 (60ml)	ロング缶1本 (500ml)	1缶 (350ml)	1合 (180ml)	グラス1杯 (120ml)
純アルコール量 (グラム)	20g	20g	20g	25g	36g	12g
ドリンク数	2 ドリンク	2 ドリンク	2 ドリンク	2.5 ドリンク	3.6 ドリンク	1.2 ドリンク

- 日本では純アルコール量 10 グラム = 1 ドリンクです。  
例えば、アルコール度数 5% のビール 500ml 1 本の場合、次のようになります。

$$\begin{array}{ccccccc} 500 & \times & 0.05 & \times & 0.8 & = & 20 \text{ グラム} \\ \text{量 (ml)} & & \text{アルコール濃度} & & \text{アルコール比重} & & \end{array}$$

「純アルコール量 10 グラム」 = 「1 ドリンク」 なので、  
ビール 500ml (中ビン 1 本) には、アルコール 20 グラムが含まれ、2 ドリンクになります。

- この表や計算式を用いて、次のページの空欄に数字を入れていき、飲酒量を確認しましょう。

$$\begin{array}{c} \text{アルコール} \\ \text{飲料の量} \\ \text{(ml: ミリリットル)} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{アルコール濃度} \\ \text{(度数} \div 100 \text{)} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{アルコール比重} \\ \text{(0.8 グラム/ml)} \end{array} \times \frac{1}{10} = \text{ドリンク数}$$

■ 普段の1日の飲酒量を確認してみましょう。

	量 (ml)	濃度	比重	ドリンク
ビール	<input type="text"/>	×	× 0.8	= <input type="text"/>
日本酒	<input type="text"/>	×		= <input type="text"/>
焼酎	<input type="text"/>	×		= <input type="text"/>
	<input type="text"/>	×		= <input type="text"/>
	<input type="text"/>	×		= <input type="text"/>
	<input type="text"/>	×		= <input type="text"/>
			計	<input type="text"/> <b>× 2.5</b> <input type="text"/> <b>ドリンク</b>
アルコールの分解にかかる時間も計算してみましょう。個人差がありますが、1ドリンク分のアルコールが分解されるまで2.5時間かかります。			計	<input type="text"/> <b>時間</b>

個人ワーク

これからプログラムを始めるにあたって

普段の1日の飲酒量は、同世代100人の中でどのくらいに位置するのか確認してみましょう。例えば、40歳代男性で、ビール350mlを3本飲む場合、上位3位に入る飲酒量ということになります。

	ビール 350ml 缶 (5%) 換算(本)	日本酒換算 (15%) (合)	焼酎 (25%) (合)
	年代(歳) 20歳~ 40歳~ 60歳~	年代(歳) 20歳~ 40歳~ 60歳~	年代(歳) 20歳~ 40歳~ 60歳~
男性	上位3位 5 3 1	上位3位 6 6 4	上位3位 3 2 1
	5位 4 2 1	5位 6 4 3	5位 2 1 1
	10位 3 1 1	10位 4 3 3	10位 1 1 1
	20位 1 1 1	20位 3 3 2	20位 0.8 0.8 0.8
	30位 1 0.7 0	30位 2 2 2	30位 0.6 0.8 0.6
	40位 0.7 0.7 0	40位 1 2 1	40位 0.4 0.6 0.4
	90位 0 0 0	90位 0 0 0	90位 0 0 0
女性	年代(歳) 20歳~ 40歳~ 60歳~	年代(歳) 20歳~ 40歳~ 60歳~	年代(歳) 20歳~ 40歳~ 60歳~
	上位3位 5 3 1	上位3位 3 2 1	上位3位 1 1 0.4
	5位 4 2 1	5位 3 1 1	5位 0.8 0.4 0.2
	10位 3 1 1	10位 2 1 0	10位 0.4 0.2 0.2
	20位 1 1 1	20位 1 0.5 0.5	20位 0.4 0.2 0
	30位 1 0.7 0	30位 1 0.5 0	30位 0.2 0.2 0
	40位 0.7 0.7 0	40位 0.5 0.5 0	40位 0.2 0.2 0
90位 0 0 0	90位 0 0 0	90位 0 0 0	

- 次に、飲酒問題を早期に発見するために世界保健機関 (WHO) が作成した、アルコール使用障害特定テスト (AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test) の点数を付けてみましょう。

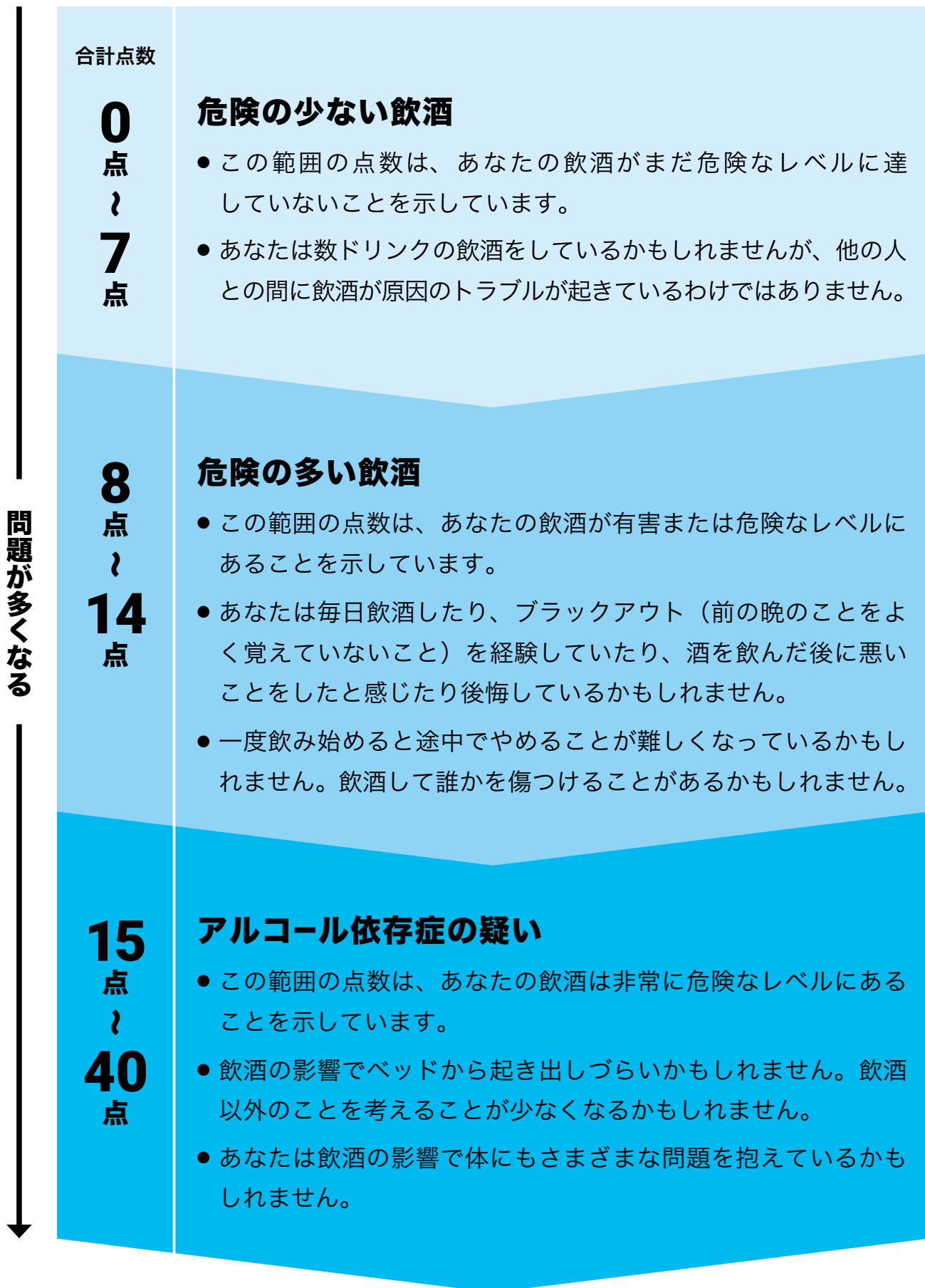
## ■ 飲酒問題のスクリーニングテスト (AUDIT)

<p><b>1</b> あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか。</p> <p>0. 飲まない 1. 1ヶ月に1回以下 2. 1ヶ月に2~4回 3. 1週間に2~3回 4. 1週間に4回以上</p>	<input type="text"/>
<p><b>2</b> 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか。</p> <p>0. 1~2ドリンク 1. 3~4ドリンク 2. 5~6ドリンク 3. 7~9ドリンク 4. 10ドリンク以上</p>	<input type="text"/>
<p><b>3</b> 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか。</p> <p>0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週間に1回 4. 毎日あるいはほとんど毎日</p>	<input type="text"/>
<p><b>4</b> 過去1年間に、飲み始めるとやめられなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか。</p> <p>0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週間に1回 4. 毎日あるいはほとんど毎日</p>	<input type="text"/>
<p><b>5</b> 過去1年間に、普通だで行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか。</p> <p>0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週間に1回 4. 毎日あるいはほとんど毎日</p>	<input type="text"/>
<p><b>6</b> 過去1年間に、深酒の後、体調を整えるために朝迎え酒をしなければならなかったことがどのくらいの頻度でありましたか。</p> <p>0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週間に1回 4. 毎日あるいはほとんど毎日</p>	<input type="text"/>
<p><b>7</b> 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか。</p> <p>0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週間に1回 4. 毎日あるいはほとんど毎日</p>	<input type="text"/>
<p><b>8</b> 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか。</p> <p>0. ない 1. 1ヶ月に1回未満 2. 1ヶ月に1回 3. 1週間に1回 4. 毎日あるいはほとんど毎日</p>	<input type="text"/>
<p><b>9</b> あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かが、けがをしたことがありますか。</p> <p>0. ない 1. あるが、過去1年にはない 4. 過去1年間にある</p>	<input type="text"/>
<p><b>10</b> 肉親や親戚、友人、医師あるいは他の健康管理にたずさわる人があなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすよう勧めたりしたことがありますか。</p> <p>0. ない 1. あるが、過去1年にはない 4. 過去1年間にある</p>	<input type="text"/>
<p>点数を合計して右の□に記入してください</p>	<p>合計</p> <p>点</p>

(廣尚典ほか:問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有用性に関する検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 31, 437-450, 1996 より引用)



- 前のページの AUDIT の合計点数について、自分の位置を確認してみましょう。



問題が多くなる

個人ワーク

これからプログラムを始めるにあたって

初回参加前の課題はあと 1 ページで終了です。

## 自分の健康について考えてみよう

アルコールは全身の様々な部分に悪影響を及ぼします。

- 自分の健康について、あてはまるものにチェック  していきましょう。

### からだの問題

- がん (口腔がん・食道がん・大腸がんなど)

- 貧血

- 高血圧

- 高脂血症

- 肝障害  
(肝硬変、肝炎など)

- 胃炎・胃潰瘍

- 大腸ポリープ

- 末梢神経障害  
(手足のしびれ)

- 脳萎縮

- 脳梗塞・脳出血

- 脳挫傷

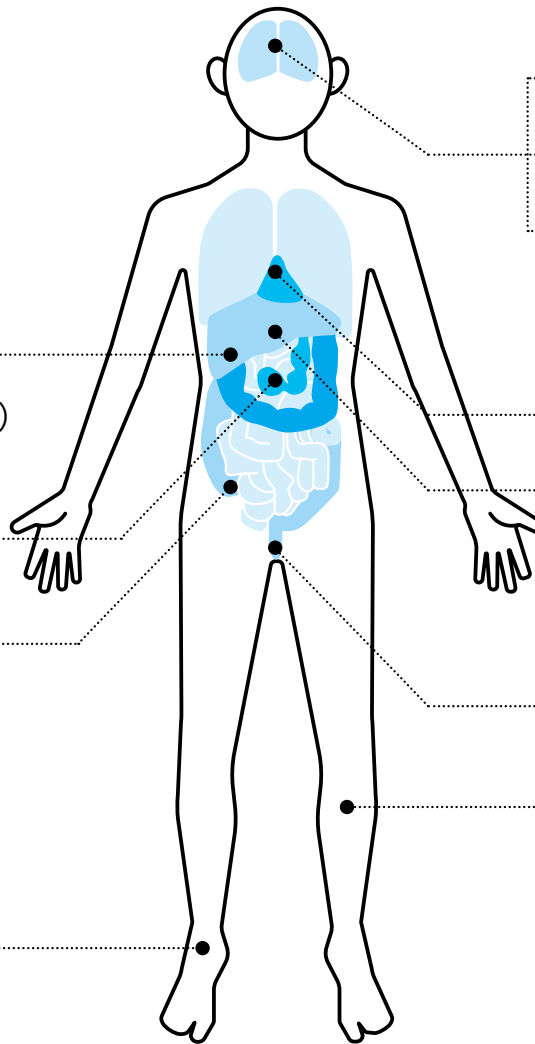
- 不整脈

- 膵炎

- 糖尿病

- 性機能障害

- 骨折・骨粗鬆症



### こころの問題

- うつ病

- 不眠症

- 物忘れ

- パニック障害

- 対人恐怖

初回参加前の課題は以上です。おつかれさまでした。  
分からない点は後日、主治医や担当スタッフと共に確認しましょう。

テーマ1

# 1日の生活を振り返る

思考に気をつけましょう、それはいつか言葉になるから  
言葉に気をつけましょう、それはいつか行動になるから  
行動に気をつけましょう、それはいつか習慣になるから  
習慣に気をつけましょう、それはいつか性格になるから  
性格に気をつけましょう、それはいつか運命になるから

マザーテレサ

# 1 日の生活を振り返る

1

1日の生活を振り返る

アルコール使用障害が進行してくると、生活パターンが変化してきます。

飲酒する時間が増え、具合の悪さから回復するための時間が増えてしまい、日常生活や仕事に支障をきたすようになります。1日の生活の中で、飲酒に関する時間がどのくらいあったか、どのくらいの量を飲んでいたのか、振り返ってみましょう。

- 1 あなたは1週間のうち何日ぐらいお酒を飲んでいましたか？
- 2 飲酒していた時間や飲酒以外のことをしていた時間を思い出してみましょう。

飲酒量が多かった頃と、飲酒量が少なかった頃の典型的な1日について書いてみましょう。

## ■ 記載例) 仕事が休みの日

時 間	行 動	飲んでいた時間に○/ 飲酒量
13:00～14:00	布団でゴロゴロし、チューハイをちびちび飲む	○ 缶チューハイ 350ml
14:00～15:00	テレビを見る	
15:00～16:00	スマホを見る	
16:00～17:00	買い物、帰りに缶チューハイを飲む	○ 缶チューハイ 500ml
17:00～18:00	夕食をつまみに缶チューハイを飲む	○ 缶チューハイ 500ml
18:00～19:00	入浴など	
19:00～20:00	テレビで野球観戦しながら焼酎を飲む	○ 焼酎 200ml
20:00～21:00	//	○ 焼酎 200ml
21:00～22:00	野球が終わって就寝	
22:00～23:00		

## 「飲酒量が多かった頃」の典型的な1日

時 間	行 動	飲んでいた時間に○/飲酒量
0:00 ~ 1:00		
1:00 ~ 2:00		
2:00 ~ 3:00		
3:00 ~ 4:00		
4:00 ~ 5:00		
5:00 ~ 6:00		
6:00 ~ 7:00		
7:00 ~ 8:00		
8:00 ~ 9:00		
9:00 ~ 10:00		
10:00 ~ 11:00		
11:00 ~ 12:00		
12:00 ~ 13:00		
13:00 ~ 14:00		
14:00 ~ 15:00		
15:00 ~ 16:00		
16:00 ~ 17:00		
17:00 ~ 18:00		
18:00 ~ 19:00		
19:00 ~ 20:00		
20:00 ~ 21:00		
21:00 ~ 22:00		
22:00 ~ 23:00		
23:00 ~ 0:00		

1

1日の生活を振り返る

1	飲酒していた時間は、どのくらいでしたか？ 例) 13:00 ~ 14:00 と 16:00 ~ 21:00 まで、合計6時間	合計	時間
2	家事や仕事をしていた時間は、どのくらいでしたか？	合計	時間
3	趣味や娯楽などの時間は、どのくらいでしたか？	合計	時間
4	寝ていた、もしくは横になっていた時間は、どのくらいでしたか？	合計	時間

## 「飲酒量が少なかった（飲まなかった）頃」の典型的な1日

時 間	行 動	飲んでいた時間に○/飲酒量
0:00 ~ 1:00		
1:00 ~ 2:00		
2:00 ~ 3:00		
3:00 ~ 4:00		
4:00 ~ 5:00		
5:00 ~ 6:00		
6:00 ~ 7:00		
7:00 ~ 8:00		
8:00 ~ 9:00		
9:00 ~ 10:00		
10:00 ~ 11:00		
11:00 ~ 12:00		
12:00 ~ 13:00		
13:00 ~ 14:00		
14:00 ~ 15:00		
15:00 ~ 16:00		
16:00 ~ 17:00		
17:00 ~ 18:00		
18:00 ~ 19:00		
19:00 ~ 20:00		
20:00 ~ 21:00		
21:00 ~ 22:00		
22:00 ~ 23:00		
23:00 ~ 0:00		

1 日の生活を振り返る

1	飲酒していた時間は、どのくらいでしたか？ 例) 13:00 ~ 14:00 と 16:00 ~ 21:00 まで、合計6時間	合計	時間
2	家事や仕事をしていた時間は、どのくらいでしたか？	合計	時間
3	趣味や娯楽などの時間は、どのくらいでしたか？	合計	時間
4	寝ていた、もしくは横になっていた時間は、どのくらいでしたか？	合計	時間

- 3** 飲酒量が多かった頃と少なかった頃を比べてみましょう。  
 どのような違いがありますか？  
 気づいたことをできるだけたくさん書いてみましょう。

例) 用事がある日は量が少なかった。休みの日は朝から飲酒し、1日の量も多くなった。

- 4** 飲酒パターンはどうでしたか？ 当てはまるものを1つ選んでください。

だらだら飲酒タイプ

1日のうちの比較的長時間にわたって  
飲むタイプ

短時間集中タイプ

比較的短時間で集中的に飲むタイプ

やまがたいんしゅ  
山型飲酒サイクルタイプ

たくさん飲む日と、少量しか飲まない  
もしくは全く飲まない日があるタイプ

た  
その他のタイプ

( )

■ メモ

# アルコール依存症の人にみられやすい 飲酒に対する考え方の偏り

1

1日の生活を振り返る

長い飲酒習慣を持つアルコール依存症の方々にとって、「酒はいつも共に過ごしてきた、おいしく手軽なもので、上手く付き合って飲めるもの」という考え（認知）が根強く存在します。そのため「ちょっとくらいなら飲んでも大丈夫。強い意志を持てば、酒を減らせる」、「酒なしでは楽しくない、人付き合いができない」という考えにとらわれ、同じような行動と結果につながってしまいます。

このような考え方の偏りには、次のようなタイプがあります。  
自分に当てはまるタイプに  を記入しましょう。

## ① 問題否認 ■ タイプ

自分には飲酒問題がない  
自分はアルコール依存症ではない

否認の程度は「自分はそんなに飲んでない」、「飲酒問題はあるが、そんなにひどくない」などさまざまです。問題を過小評価している間は危機感もなく、飲酒が続いて悪循環に陥ってしまいます。

## ② 節酒派 ■ タイプ

自分なら、うまく飲める  
しばらくやめるが、たまに飲むくらいは大丈夫

①と並んで典型的な認知の偏りです。この考え方はかなり根強く、「以前のような飲み方に戻るはずはない」と考える人は多いです。しかし、調節して飲むことができない病気なので進行していきます。

## ③ 逃避型飲酒 ■ タイプ

感情や行動は酒でコントロールできる  
(例: ストレス解消に酒が必要だ、仕事の付き合いに酒は欠かせない、など)

何らかのストレスがあると飲酒に逃避する、あるいは、酒がないと社会生活や付き合いができないという考え方です。アルコールを安定剤や睡眠薬、人付き合いの道具として使用する結果、依存の悪循環に陥ってしまいます。

## ④ 言い訳・合理化 ■ タイプ

～だから飲んでしまった

「冠婚葬祭だから飲んでもいい」、「家族に文句を言われたから飲んでしまった」など、「やむにやまれず飲酒したのだ」と理由を付けて飲酒します。しかし、理由がなくなっても、ずるずると飲酒を続けてしまいます。



## 5 感情論 ■ タイプ

### 酒が好きだから飲む、飲んだっていい

客観的に考えると、飲酒問題によって生活に支障をきたす場合は断酒が一番安全ですが、それを受け入れられず「酒が好きだから飲むだけだ」といった感情論に走ってしまい、飲み続けてしまいます。

## 6 断酒あきらめ ■ タイプ

### どうせ断酒なんかできない

「酒をやめるなんて無理に決まっている」というように、断酒をあきらめているタイプです。1人で悩んでいたり、病歴が長くなると、この思考パターンに陥ります。

## 7 なげやり ■ タイプ

### 酒をやめても、いいことはない どうでもいい

断酒をすればすべてがうまくいく訳ではないですが、飲酒するよりは良い生活になるはずですが、このタイプの方はなげやりになって飲酒を続けてしまいます。ただ断酒をするだけでは不十分で、新たな楽しみを見つける必要があります。

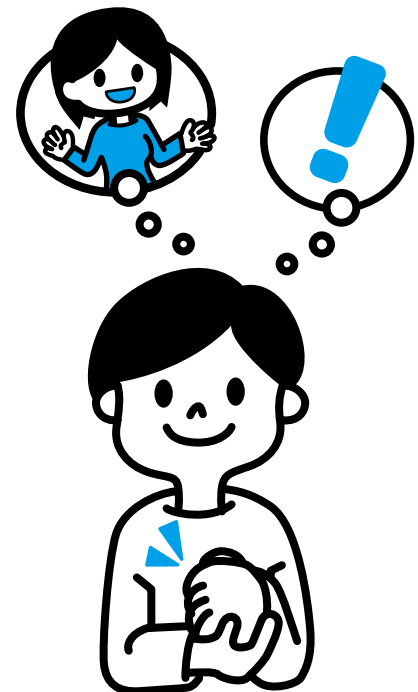
## 8 断酒簡単 ■ タイプ

### 自分一人で酒はやめられる いつでも酒はやめられる

「その気になれば、いつでも酒はやめられる」「薬も自助グループも必要ない」と考えてしまうタイプです。「今日飲んでも、明日はやめられる」、「酒席に出ても大丈夫」といった安易な行動を取りがちになり、悪循環に陥ります。

以上のような考えやこだわりが、ひとつあるいは複数あるために、なかなか飲酒をやめられません。この考え方の癖（認知）が変わらない間は、同じことを繰り返し、飲酒問題（身体問題、経済的問題、仕事、家族関係など）が悪化し、孤立化することでさらに考え方が偏っていきます。

そうならないためには、周囲の人が「断酒しなさい」と言うよりも、自分自身の考え方を見直して変えていく必要があります。理屈だけではなく、心の底から納得するためには、ミーティングで他の人の話を参考にしながら、何度も何度も自問自答する必要があります。その過程で、断酒継続の大きな支え（いのち綱など）が身につきます。この治療プログラムはその手助けになります。



# 「1日の生活を振り返る」のまとめ

1

1日の生活を振り返る

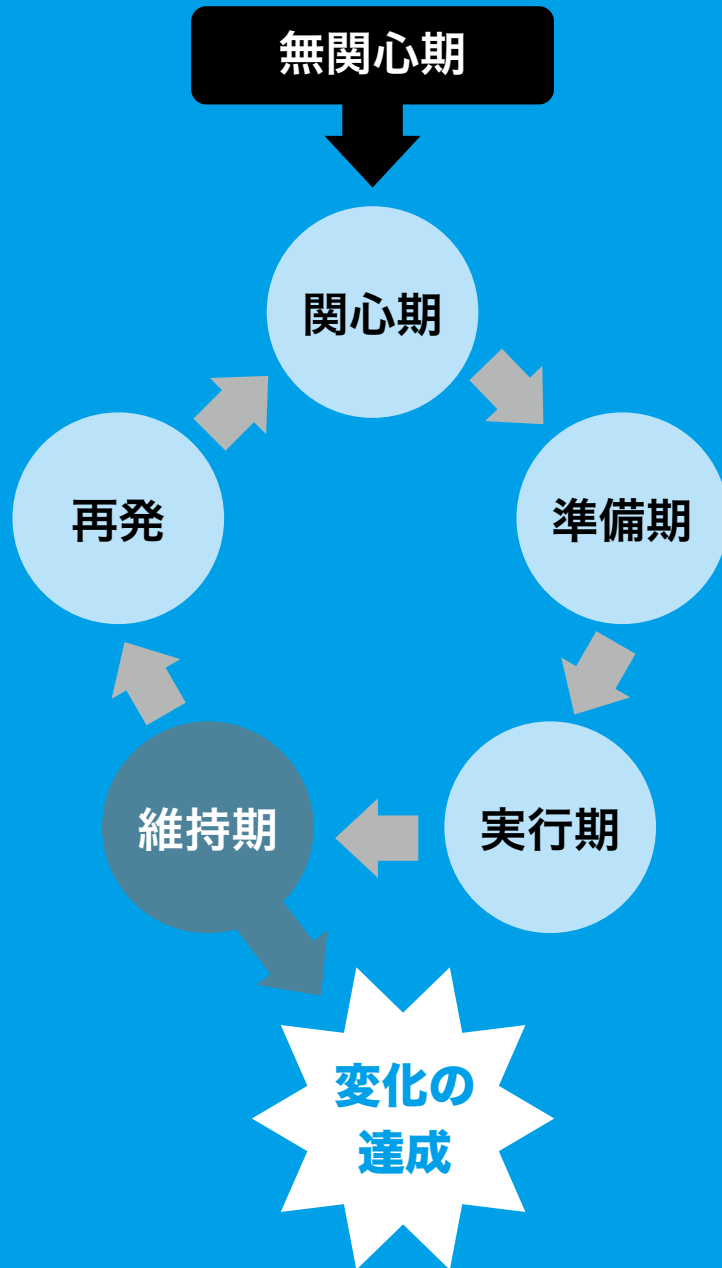
- 1日の生活と飲酒習慣について、気づいたことを書いてみましょう。

例) 書いてみることで、思っていたより長く飲んでいたことに気が付いた。

- これまでの飲み方についてどのように感じたか、  
これからはどのように変えていきたいかを書いてみましょう。

## テーマ 2

# 飲酒問題の整理



# 飲酒問題の整理

アルコール依存症は、「気づかないうちに発症し、悪化する」という怖さがあります。悪化を止めて回復するためには、自分の身に起きた問題に気づき、アルコール依存症という病気を知ることが大切です。

## 1 自分の飲酒問題に気づき、整理しましょう。

当てはまるものに○をつけてください。

他にもある場合は空欄に書いてみましょう。

からだの問題	仕事・ お金の問題	人づきあいの 問題	こころの問題	その他
ふるえ・しびれ	さかだい 酒代がかかる	ゆうじん めいわく 友人に迷惑をかけた	ふみん 不眠	きゅうせいちゅうどく 急性中毒
じか 字が書きにくい	ちこく 遅刻	かぞくかんけい あっか 家族関係の悪化	ふあん 不安	きゅうきゅうはんそう 救急搬送
けが ころ たお ケガ・転ぶ・倒れる	しゆしゆう ちゆうい 酒臭を注意される	やくそく まも 約束を守れなかった	イライラ	ぼうげん 暴言
は け は 吐き気・吐く	のうりつ ていか 能率の低下	か ていないぼうりやく 家庭内暴力	げんじつとう ひ 現実逃避	ぼうりやく 暴力
しょくよくていか 食欲低下	けっきん 欠勤	かぞく じょうたい 家族がうつ状態に	じょうたい うつ状態	ケンカ
たいじゆう 体重が減る	きゆうしやく きゆうぎやう 休職・休業	べつきよ 別居	そうじょうたい 躁状態	けいさつざ た 警察沙汰
たいりやく 体力がなくなる	げんぼう しゆうにゆうげん 減俸・収入減	りごん 離婚	ものわす 物忘れ	いんしゅうんてん 飲酒運転
せい き のうていか 性機能低下	たいしやく へいぎやう 退職・閉業	こりつ 孤立	せいかくへん か 性格変化	
けつあつ いじょう 血圧の異常	かいこ とうさん 解雇・倒産		げんかく 幻覚	
けつとう ち いじょう 血糖値の異常	しゅうしよくごんなん 就職困難		もうそう 妄想	
かんぞう いじょう 肝臓の異常	しやくきん 借金		じさつみすい 自殺未遂	
しょくどうじょうみやくりゅう 食道静脈瘤	はさん 破産			
のう いしやく 脳萎縮				
けいれん いしきしょうがい けいれん・意識障害				

**2 飲酒習慣とその影響について振り返ってみましょう。**  
**「飲酒結果歴」を作りましょう。**

■ 記載例)

年齢	当時の状況	飲み方・量	飲酒の理由	良い影響	悪い影響
18歳	学校・部活で友達と楽しく過ごしていた	部活の後にと きどき、ビール 350mlを1本	友達と一緒に ノリで。先輩に すすめられて	友達とワイワイ 楽しかった	特になし
27歳	仕事のストレス。 不規則な勤務時 間。よく眠れな い	ビール 350ml を2~3本、毎 日。多くて4~ 5本	明日への活力。 仕事の付き合 い	コミュニケーショ ンがとれた。楽 しい	特になし
35歳	仕事で疲れる。 結婚して家庭の ストレスがある	特に変わらない が、家で飲むこ とが増えた	ストレス解消。 晩酌する習慣に なっていたから	ストレス解消 になった	妻に小言を言わ れる。深酒した 次の朝がつらい
42歳	特に変わらない。 健康診断で肝臓 の異常を指摘さ れた	特に変わらない が、休日は昼から 飲むこともある	飲まないと眠れ ないから。習慣 だから	眠れた	肝臓の検査結果 が悪くなった
45歳	特に変わらない	休肝日を作った。 節酒した	習慣だから	飲んでいる間は 落ち着く	どこも悪いとは 思わないが受診 を勧められた

記載例を参考にして、次のページに自分の飲酒結果歴を記入してみましょう。  
 客観的に振り返ることが大切です。具体的な数字を挙げたり、家族や他の人に言わ  
 れたことを思い出したりすると、ヒントになります。

## ■ 私の飲酒結果歴

飲酒状況が変わった年齢を区切りにして記載してみましょう。

年齢	当時の状況	飲み方・量	飲酒の理由	良い影響	悪い影響
歳					
歳					
歳					
歳					
歳					

2

飲酒問題の整理

やってみよう！のコーナー

結果歴のひとつとして、今までの酒代を大まかに計算してみましょう。  
実際は時期によって飲酒量が異なりますので、あくまで目安です。

(式) 1本の代金 × 1日の本数 × 飲酒日数 × 年数 = 合計金額

(例) 200円 × 3本 × 365日 × 25年 = 547万5千円

円 ×  本 ×  日 ×  年 =  円

## コラム アルコールの健康への影響（消化器）

大量飲酒は全身の臓器に障害を起こします。その具体例をいくつか見てみましょう。

正常な肝臓は表面がツルツルで柔らかく、赤褐色の大きな臓器です（**1**）。

大量飲酒によって最初に肝臓に現れる変化は、肝細胞の中に脂肪が貯まる脂肪肝です（**2**）。

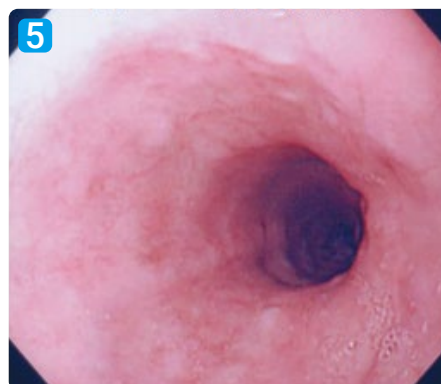
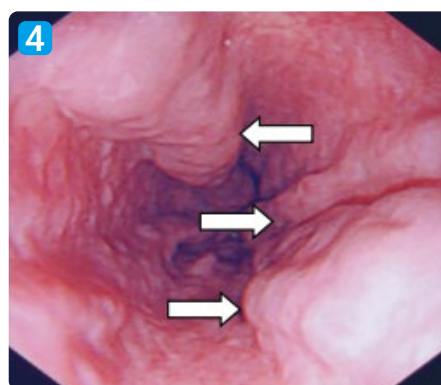
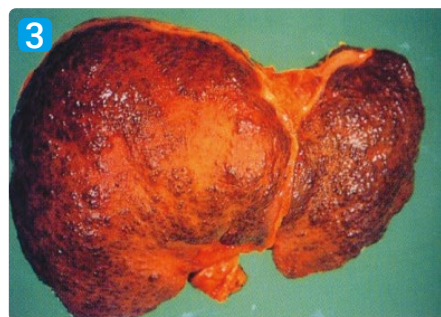
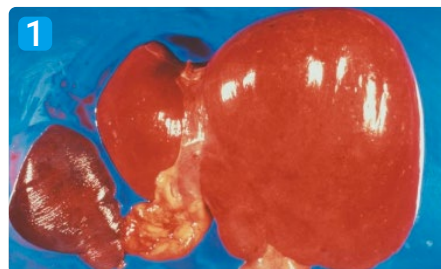
大量のアルコール分解にともない、中性脂肪がたくさん作られるためにこの現象は起きます。飲酒とともにとる食物やつまみの脂肪分のために起きるものではありません。貯まった脂肪のために、肝臓は黄色く見えます。

脂肪肝は、飲酒量を減らすかまたは断酒すれば、もとのきれいな肝臓に戻ります。しかし、飲酒を続けると次第に肝細胞がこわされ、硬い<sup>かた</sup>線維<sup>せんい</sup>で置きかわり、肝硬変になっていきます（**3**）。

アルコールによる肝硬変では、断酒により少しずつ良くなっていきます。しかし、飲酒を続ければ、多くの場合、死に至ります。

肝硬変になると、肝臓内を流れる血液量が減るので、食道の細い血管をバイパスにします。

血液が大量に流れるために、この血管が非常に太くなって、食道の内側にはみ出しています（**4**の白矢印、**5**は正常の食道内面）。これらの血管は壁が薄いので、食物などで壁に穴があくと、大量出血を起こします。肝硬変の死亡原因の多くを、この食道静脈瘤の破裂<sup>はれつ</sup>が占めています。





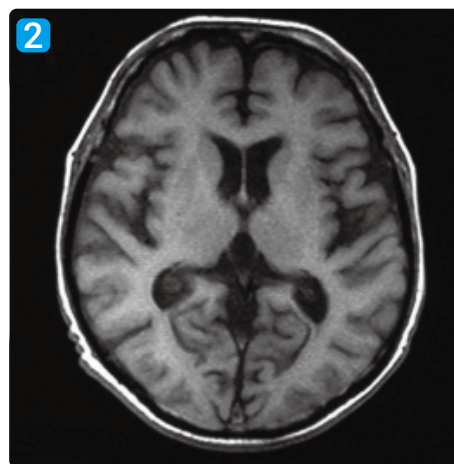
大量飲酒を続けていると、<sup>しんけいさいぼう</sup>神経細胞がダメージを受けて<sup>たいせき</sup>脳の体積が小さくなり、<sup>のういしゆく</sup>脳萎縮を引き起こします。

右の2枚の写真は<sup>だんめん</sup>脳の断面をみたMRI画像です。一番外側の、白や灰色の部分は、頭の骨（頭がい骨）や筋肉・皮膚です。**1**の画像の脳（灰色の部分）は、この頭がい骨の内側いっぱい詰まっておき、すき間（黒い部分）はほとんどありません。矢印の黒い空洞（側脳室）も、この位の大きさが普通です。これは健常人の脳です。

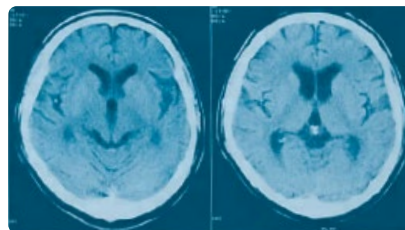
**2**は大量飲酒を続けた中年男性の脳画像です。脳と頭がい骨の間にすき間があり、中央の<sup>そくのうしつ</sup>側脳室も大きくなっています。大量飲酒による<sup>のういしゆく</sup>脳萎縮は、判断力や忍耐力を司る<sup>ぜんとうよう</sup>前頭葉を中心に起きるのが特徴です。

大量飲酒によって<sup>のういしゆく</sup>脳萎縮が起きても、断酒を続けると回復することがあります。**3**の写真はアルコール依存症の男性の入院時（48歳）の脳画像です。3年間の断酒後に撮影したMRI（下段の2枚の写真）では、明らかに<sup>のういしゆく</sup>脳萎縮が良くなってきています。

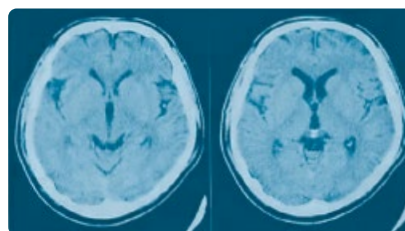
しかし、大量飲酒を続けると、<sup>のういしゆく</sup>脳萎縮はさらに進みます（**4**）。上段の2枚は、アルコール依存症の男性（46歳）の脳画像です。飲酒を続けた9年後の脳画像が下段の2枚です。明らかに<sup>のういしゆく</sup>脳萎縮が進行しています。



**3** 断酒による脳萎縮改善例 (48歳, 男性)

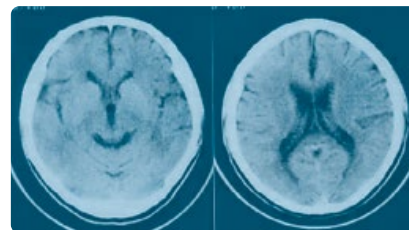


3年前入院時

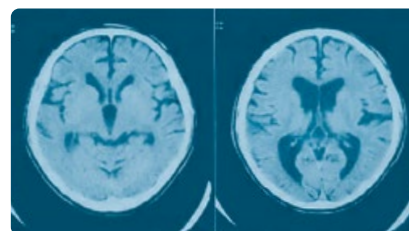


3年間断酒後

**4** 大量飲酒による脳萎縮進行例 (55歳, 男性)



9年前



現在



## 「飲酒問題の整理」のまとめ

- 「自分の飲酒問題」を整理して書いてみましょう

例) 健康診断で肝臓の異常を指摘された。

例) 飲酒しないと寝付きが悪くなった。

2

飲酒問題の整理

- 「飲酒問題があったにも関わらず、飲酒を続けていた理由や考え」を書いてみましょう

例) ストレス解消のため。飲まないともっと苦しいから。

テーマ3

# 飲酒と断酒の 良い点・悪い点

よ  
良い<sup>てん</sup>点

わる  
悪い<sup>てん</sup>点



## 飲酒と断酒の良い点・悪い点

今回は、飲酒習慣を変えることの「良い点」と「悪い点」について、一緒に考えましょう。

以下の項目を順番に書き込みながら、これからの生活習慣について考えを整理しましょう。

- 1 飲酒を続けることの良い点
- 2 飲酒を続けることの良い点
- 3 断酒の良い点
- 4 断酒の悪い点

1 ~ 4 の項目について、身体面・精神面・生活面・社会面など、それぞれの考えられる点をできるだけたくさん書いてみましょう。



**1** これまでの飲酒習慣を続けたとしたら？

**1** 良い点

- 例) ストレス解消に使える
- 例) 飲み友達との話がはずむ
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

**2** 悪い点

- 例) 肝臓が悪くなる
- 例) 入院治療のために休職することになる
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

## 2 断酒したとしたら？

### 1 良い点

- 例) 家族との関係が良くなる
- 例) 仕事を続けやすくなる
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

### 2 悪い点

- 例) 飲酒の誘いを断る努力が必要
- 例) 飲酒以外のストレス発散方法を身につける努力が必要
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

- 3** これまでに飲酒習慣を変えようと試みたことがありますか？  
その結果はどうでしたか。

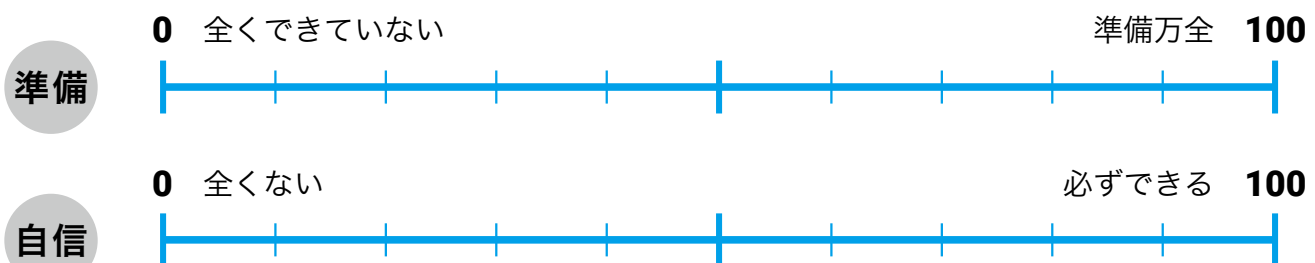
試みたこと	その結果
例) 肝機能が悪化したので、 飲酒量を減らそうとした	例) 3日間は減らせたけれど、 元の飲酒量に戻った

- 4** 今後、飲酒習慣をどうしたいと思いますか？

目標をできるだけ具体的に書いてみましょう。

目標が具体的であればあるほど、回復できる可能性が高まります。

また、目標達成に向けた準備と自信について、0から100の間で自己評価  
をしてみましょう。線上の当てはまるところに丸を付けてください。



## 「飲酒と断酒の良い点・悪い点」のまとめ

- 「自分にとってアルコールとは何か」を書いてみましょう。

- あなたがアルコールを必要とした理由は何でしたか。  
また、どうすれば飲酒習慣を変えられそうだと思いますか。





テーマ4

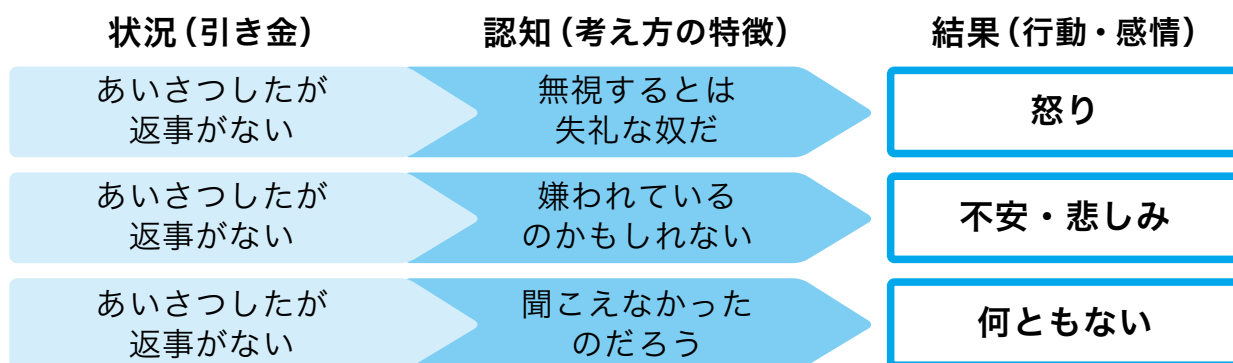
# アルコールへの 誘惑・引き金



イメージ図

# 認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy) の考え方

同じ状況や出来事でも、それに対する感情や行動は人それぞれ異なります。物事のとらえ方、認知（考え方の特徴）が異なるからです。例えば、知っている人が近づいて来たので声をかけたとします。すると相手から返事がありませんでした。その時、あなたはどのように思いますか？

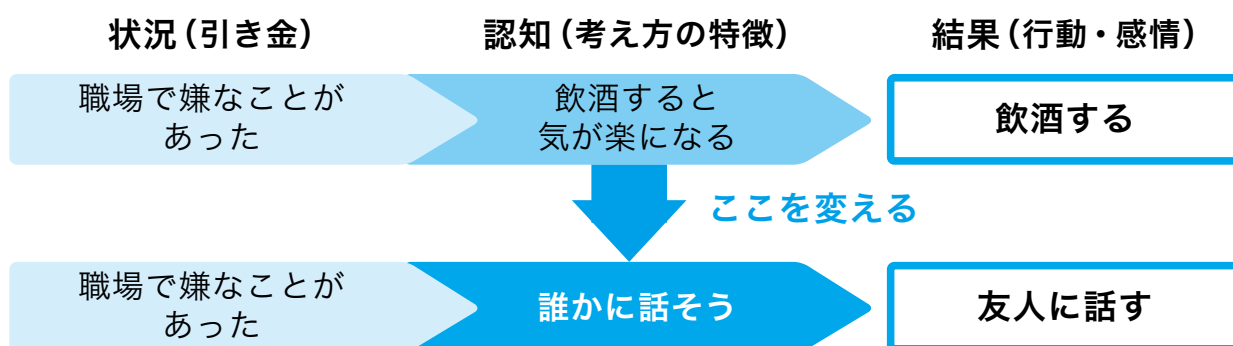


「失礼な奴だ」と考えれば「怒り」が出てきますし、「嫌われている」と考えれば「不安や悲しみ」が出てくるでしょう。「聞こえなかったのだろう」と考えれば何ともないわけです。このように、同じ出来事でも、認知によって感情や行動が変わってきます。

実際には、どの可能性もあり得ることで、相手がわざと無視したのかもしれないし、考えごとをしていてあなたの声が聞こえなかったのかもしれない。

認知行動療法では、自分自身の「考え方の特徴」を知り、そのバリエーションを増やすことを目指します。そして、ストレスにならない考え方、心が楽になる認知を選択できるようになることを目指します。

それでは、飲酒に関する認知はどうでしょうか。



習慣的に飲酒している場合は、ひとつひとつの引き金がわかりにくくなっています。しかし、じっくり振り返ってみると、様々な出来事や状況が引き金になって飲酒という行動につながっていることがわかります。習慣を変えるためには、自分の考え方の特徴を知り、考え方のバリエーションを増やすことが大切です。

# 引き金

## 引き金とは

アルコールへの渴望を引き起こす「人、場所、物、状況、感情」のことをいいます。引き金は、あなたの脳に働きかけて飲酒につながる考えと行動を引き起こさせます。どのような引き金が飲酒欲求を引き起こすかを知ることが大切です。

意思を行動として表すこと、それは「引き金」から遠ざかる行動をすることです。飲酒していたときの状況、場面、感情にあてはまるものにチェック  をつけてください。

	外的引き金 (状況、場面)	内的引き金 (感情)
人	<input type="checkbox"/> 飲み友達と一緒にの時	<input type="checkbox"/> 空腹感
	<input type="checkbox"/> 家族と一緒にの時	<input type="checkbox"/> 怒り
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 孤独感
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 疲労感
場所	<input type="checkbox"/> 飲食店	<input type="checkbox"/> ストレス
	<input type="checkbox"/> 冠婚葬祭の式場	<input type="checkbox"/> 落ち込み
	<input type="checkbox"/> カラオケ	<input type="checkbox"/> 不安
	<input type="checkbox"/> スポーツクラブなど	<input type="checkbox"/> 解放感、達成感
	<input type="checkbox"/> 温泉・サウナ	<input type="checkbox"/> ( )
	<input type="checkbox"/> スーパーやコンビニの前	<input type="checkbox"/> ( )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( )
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ( )
物	<input type="checkbox"/> 自動販売機	<input type="checkbox"/> ( )
	<input type="checkbox"/> お店のカード	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
状況	<input type="checkbox"/> 休日前の夜、休日の昼	
	<input type="checkbox"/> 家に一人でいるとき	
	<input type="checkbox"/> 料理しながら	
	<input type="checkbox"/> 仕事がひと段落した後	
	<input type="checkbox"/> 眠れないとき	
	<input type="checkbox"/> 暇なとき	
	<input type="checkbox"/> 寒い時・暑い時	
	<input type="checkbox"/> 新商品のCMを見たとき	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

# アルコールへの誘惑 (社会的なプレッシャーを感じる状況と対処方法)

## 「社会的プレッシャー」とは

「実際に飲酒を勧められた状況（例：飲み会）」と、「飲酒を勧められていないけれど、飲酒しないと気まずいと感じる状況」があります。

あなたが普段の生活の中で感じる、周囲からのプレッシャーのチェックリストを作りましょう。今後、経験するかもしれない状況を予想して、その対処方法を考えましょう。

**1** 次の表の中で、それぞれの項目にあてはまれば丸をつけてください。

\*ジョージ・ディステファーン「薬物アルコール治療：パラダイム発展モデル」頁 157-158 を参考に作成

社会的プレッシャーを感じる状況のチェックリスト		全く 気にならない	少し 気になる	とても 気になる
1	家族が目の前で晩酌している			
2	私がアルコール依存症であることを理解してくれない人がある（家族・友人）			
3	飲まないでいると周囲が気を使う			
4	知人・友人から飲みに行こうと誘われる			
5	仕事や趣味で知り合うと一緒に飲もうと誘われる			
6	自分が断酒していることを人に言うのが恥ずかしい			
7	家の中には冷蔵庫や棚に酒が置いてある			
8	友人のほとんどが酒を飲む人たちだ			
9	葬式や結婚式など冠婚葬祭に出席しなければならない時がある			
10	祝賀会やパーティなどに参加する時がある			

社会的プレッシャーを感じる状況のチェックリスト		全く 気にならない	少し 気になる	とても 気になる
11	職場や近所付き合いで飲み会が多い			
12	私の配偶者あるいは交際している人は 飲酒が好きである			
13	周囲の人が「なんで飲まないの？」と プレッシャーを掛けてくる			
14	同窓会で飲まないといみんなが気を使う			
15	「本当に飲んでいないの」と疑われる			
16	その他 <input type="text"/>			
17	その他 <input type="text"/>			
18	その他 <input type="text"/>			
19	その他 <input type="text"/>			

## コラム HALT について

断酒を続けることが出来た人達の中では、再飲酒のリスクが高まる HALT を避けることが大切だと言われています。

HALT とは、「Hungry (空腹)、Angry (怒り)、Lonely (孤独)、Tired (疲れ)」の頭文字です。

このような時に再飲酒が起きやすいと言われています。

また、「HALT」の H は Happy の H と言い換えられる場合があります。物事がうまくいき過ぎているとき、思わぬ報酬があったときに、「特別な日だから、少くらいなら大丈夫だろう」と再飲酒してしまうリスクがあるといわれています。

イライラしているときだけでなく、楽しい気分の時・余裕ができた時にも、危険がつきまっています。

習慣を変えるためには強い意志だけではなく、しなやかさが必要です。「強くなるより賢く」なりましょう。



# 「考え」を変えてみる例

4

アルコールへの誘惑・引き金といのち綱

## これまでの考えや行動

**引き金**

「飲んでいるんじゃないの？」と家族に疑われる

**考え・気持ち**

「家族に信用されていない」と思い、怒りやイライラが現れる

**飲酒欲求**

「飲みたい」という飲酒欲求が現れる

**再飲酒**

アルコールを飲んでしまう

## 再飲酒しないための対処法

**引き金**

「飲んでいるんじゃないの？」と家族に疑われる

**考え・気持ち**

「家族に信用されていない」と思い、怒りやイライラが現れる

**対処方法**

「自分のことを心配してくれている」「安心してもらうために自分にできることは何か」を考える

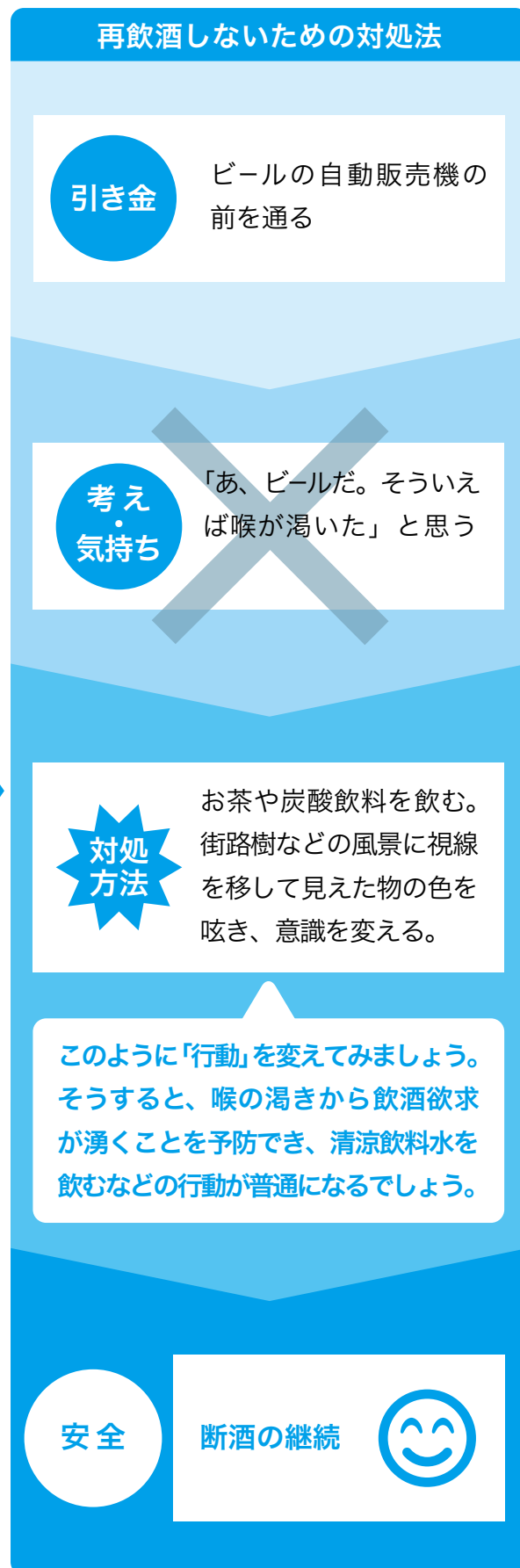
このように「考え」を変えてみましょう。そうすると行動も変わり「心配させてしまったね。飲んでないから大丈夫だよ」と穏やかに伝えられます。

**安全**

断酒の継続



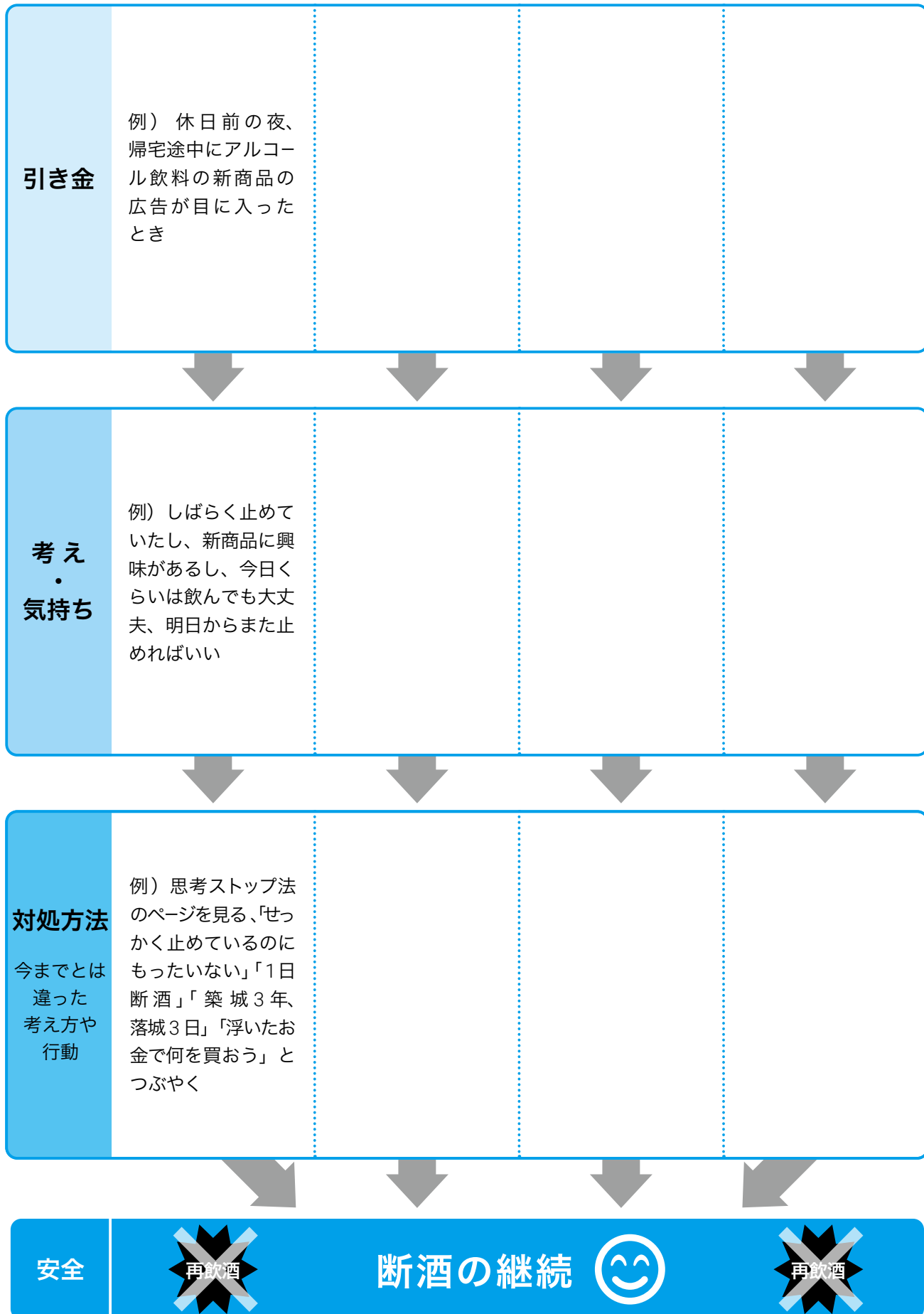
# 「行動」を変えてみる例



**2** 飲酒欲求が現れる考えや気持ちに対して、再飲酒しないための対処方法（今までとは違った考え方や行動）を書いてみましょう。

4

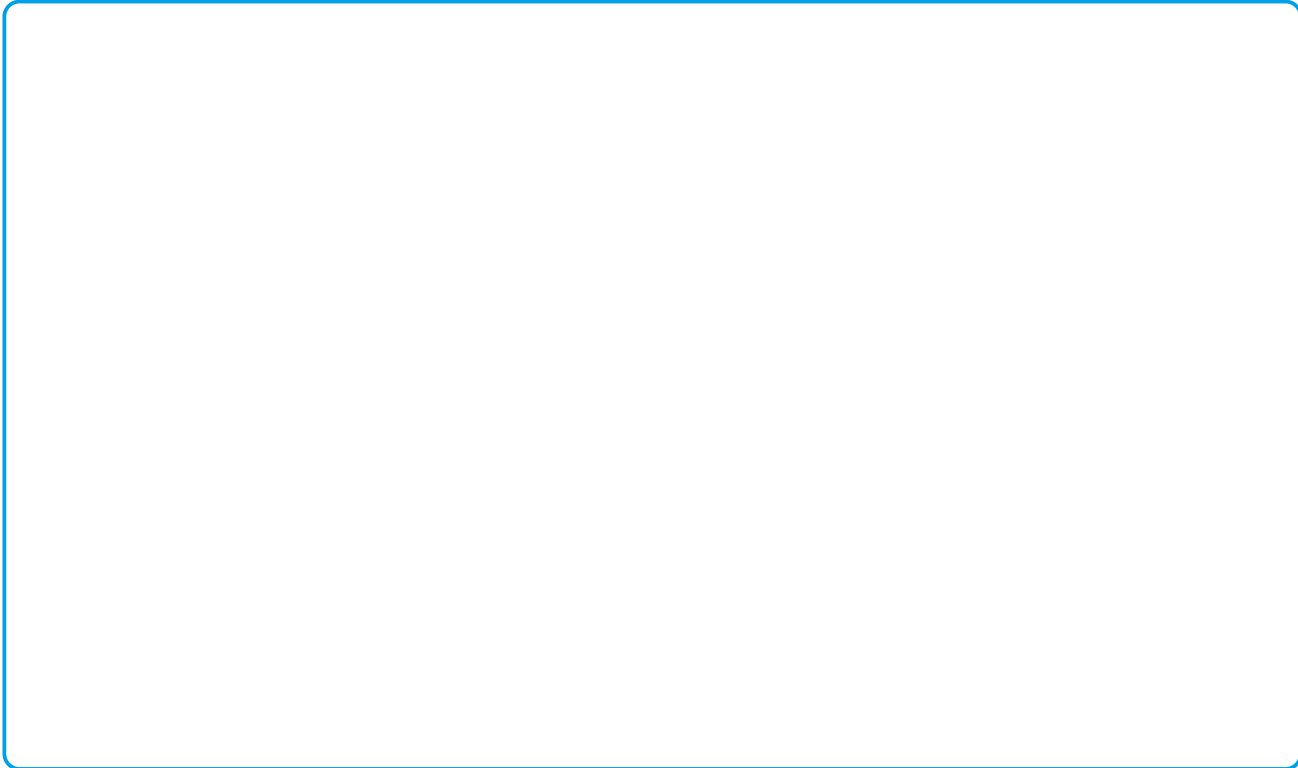
アルコールへの誘惑・引き金といのち綱



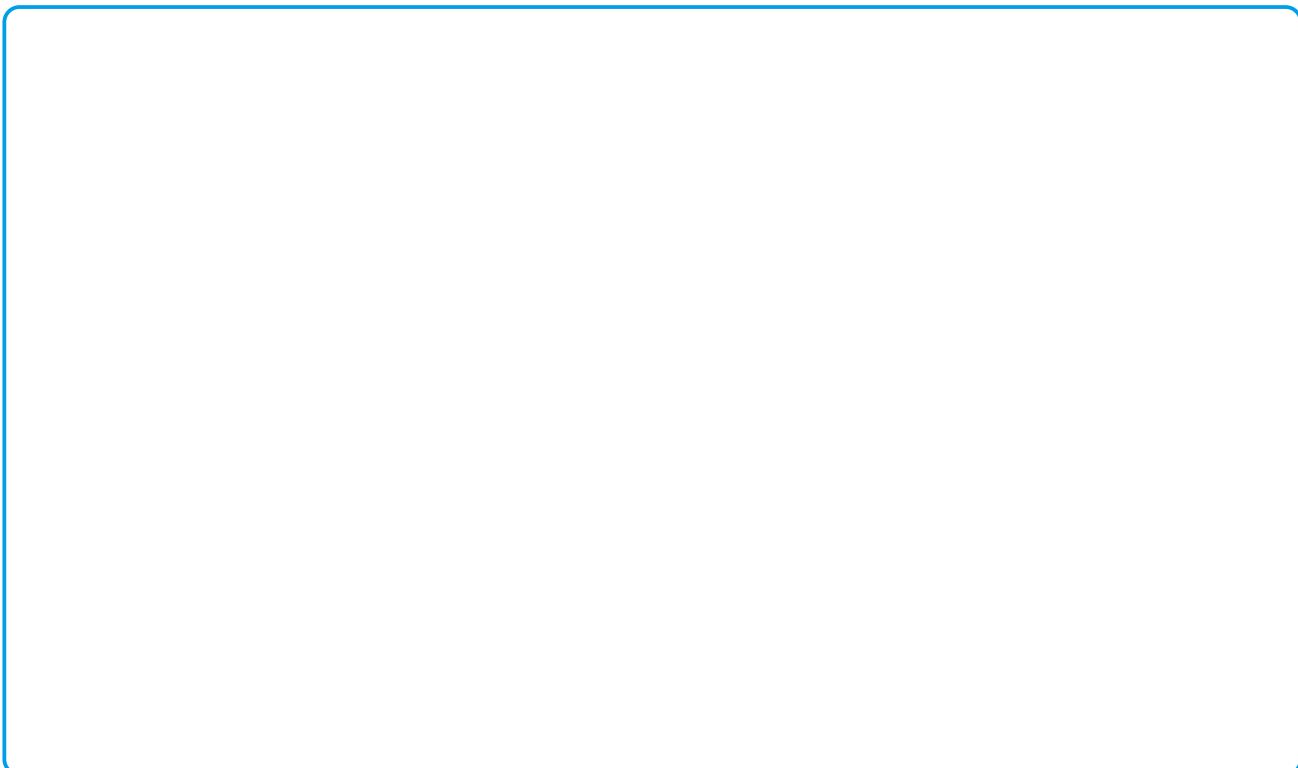


## 「アルコールへの誘惑・引き金」のまとめ

- 自分を飲酒に向かわせるものは何か、書いてみましょう。

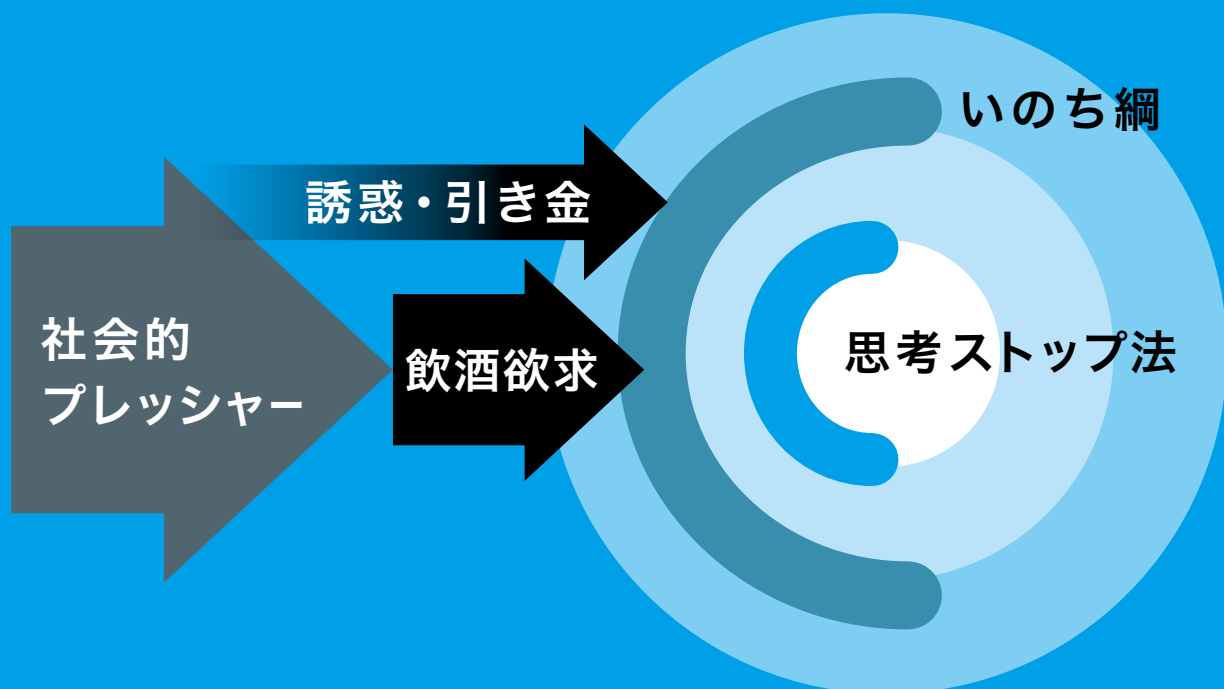


- 再飲酒しないための方法を書いてみましょう。



テーマ5

欲求に対処するには、  
思考ストップ法、  
いのち綱



イメージ図

# 欲求に対処するには

アルコールへの渴望を引き起こす「人、場所、物、状況、感情」などの引き金への対処方法を考えましょう。「アルコールへの誘惑・引き金といのち綱 社会的プレッシャーを感じる状況のチェックリスト」を参考に、具体的な状況・周囲の人や場所を左側に記入し、それぞれ対処方法を右側に記入しましょう。

具体的な状況・周囲の人や場所	対処方法
例) 新年会で自分以外の人全員飲んでいる。	例) 自分だけの清涼飲料水を用意する。 早めに帰宅する。
例) 仕事仲間から飲み会に誘われる	例) 残念だが外せない用事があると断る。 ドクターストップと言う。

# 思考ストップ法 (緊急事態への対処)

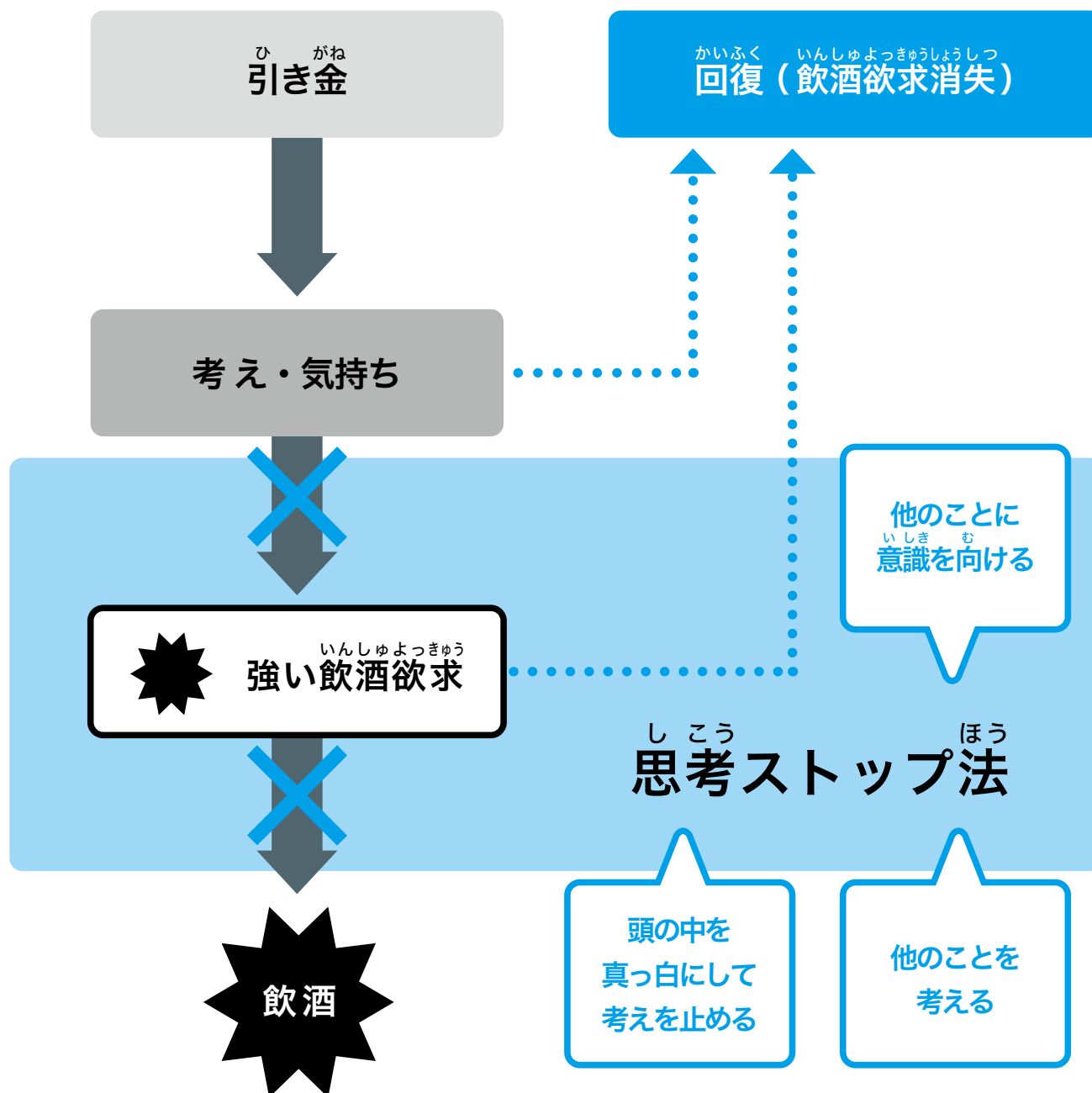
今までとは違った考え方や行動をするという対処方法を心がけていても、飲酒欲求が止まらず、どんどん強くなってしまふことがあるかもしれません。

通常、飲酒欲求は15分程度でおさまりますが、そのような時は、思考ストップ法を行いましょ。 「強い飲酒欲求」が起こる一連の流れを止める(ストップさせる)方法です。

「<sup>いんしゅよつきゅう</sup>強い飲酒欲求」が起こった時に、他のことに意識を向けることで、この流れを断ちきり、飲酒欲求を止める対処方法です。

5

欲求に対処するには、思考ストップ法

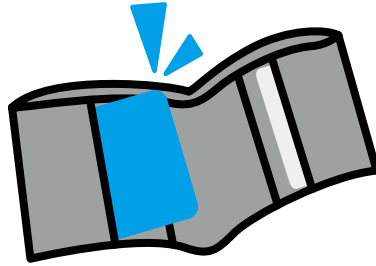


1 ~ 3 までの思考ストップ法のテクニックをいくつか練習してみましょう。  
そして、あなたが実際にできる思考ストップ法を考えてみましょう。

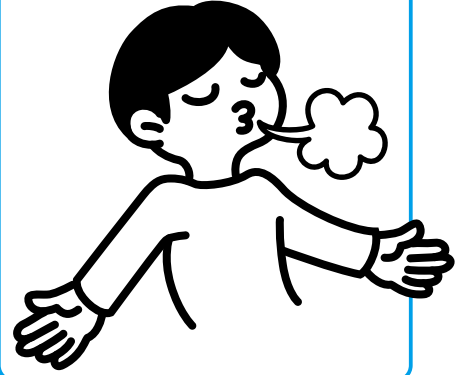
1 画像や写真を見る



2 財布にフラッシュカードを入れておく



3 深呼吸をする  
体を動かす



Blank box for practicing technique 1.

Blank box for practicing technique 2.

Blank box for practicing technique 3.

Blank box for practicing technique 1.

Blank box for practicing technique 2.

Blank box for practicing technique 3.

自分に合った思考ストップ法はなんだろう？  
たくさんあげてみましょう

## 再飲酒の予測と防止

「再飲酒」はどのようにして起こるのでしょうか。

再飲酒は、前ぶれなくいきなり起こるものではありません。断酒から再飲酒の坂を滑り落ちる動きはゆっくり少しずつなので、気づくことは難しいものです。

普段から、あなたを回復の道にしっかりとつなぎ止めて、再飲酒の坂を滑り落ちることを防いでくれるものを「いのち綱」と呼ぶことができます。

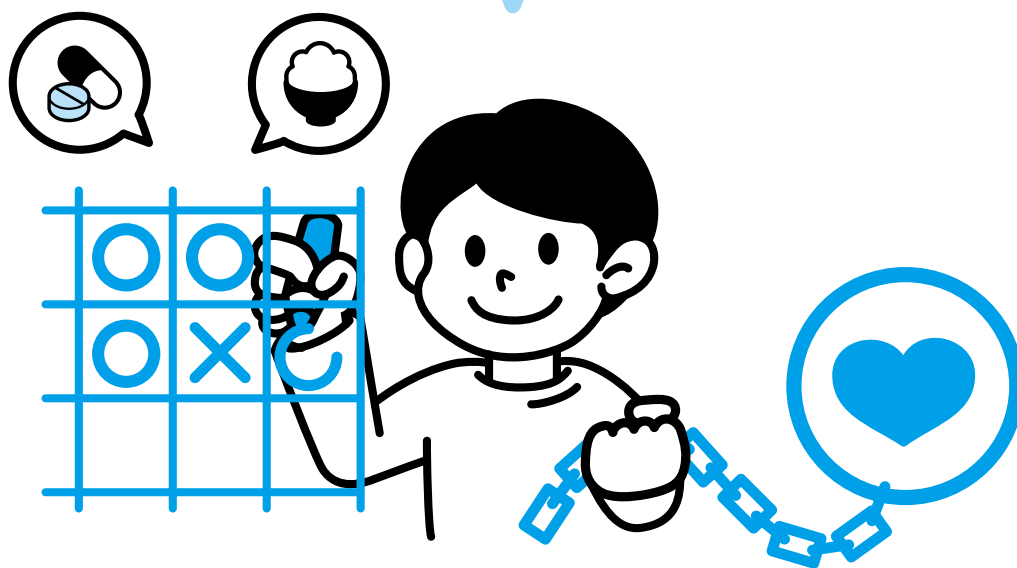
はっきりと意識して確実に実行できるように「いのち綱」を書き出して記録をつけていきましょう。

### 一覧表の作り方のポイント

- 1 自分自身を断酒につなぎ止めてくれる事柄や行動を特定し書き出します。
- 2 断酒の3本柱（通院・抗酒剤・自助グループ）、運動、余暇活動、食生活などを含めます。
- 3 考え方や態度などはリストに入れません。これらは行動と違って目に見えず、実行したかどうかを記録できないからです。
- 4 避けるべき「引き金」となる行動や状況、場面、感情も記入します。
- 5 毎週、自分の「いのち綱一覧表」を作ります。実行したと確認したそれぞれの「いのち綱」の欄に○、実行しなかったものに×を記入しましょう。避けるものについては、避けられた場合は○、避けられなかった場合は×を記入します。



○の数が全部つけば「いのち綱」が丈夫な「鎖くさり」になっていることを、4つ以上つけば「いのち綱」が働いていることを、2つ以下になれば「いのち綱」が「ひも」になってしまっている危険性を意味します。



■ いのち綱一覧表（記載例）

いのち綱となる行動	月 日 4/2	月 日 4/3	月 日 4/4	月 日 4/5	月 日 4/6	月 日 4/7	月 日 4/8
朝、抗酒剤 <small>こうしゅざい</small> を飲む	○	○	○	○	○	○	○
三食食事をとる	○	×	×	○	×	○	×
断酒会 <small>だんしゅかい</small> に行く	×	○	○	×	×	○	○
避けるもの（引き金）							
予定もなく家に一人でいる	○	○	×	○	○	○	○
電子マネーを持ち歩く	○	○	○	○	○	○	○
外食	○	×	○	○	○	○	○









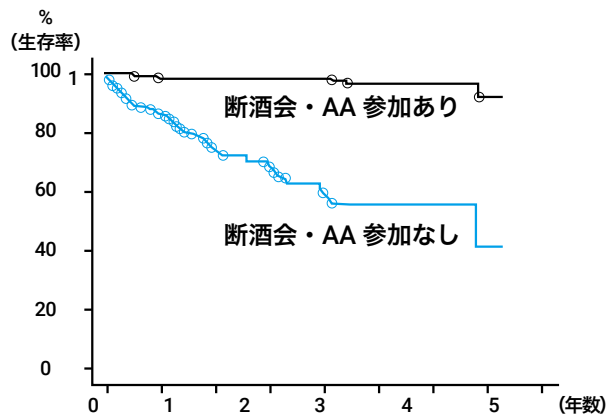
# 自助グループ

自助グループとは、同じ悩みや困難を抱えた当事者たちで問題解決をめざす集団のことを言います。専門家の運営に委ねず、独立して活動をしています。匿名で参加できるグループや、家族のグループもあります。

断酒の3本柱（通院・抗酒剤・自助グループ）の1つとなっており、自助グループ参加者は断酒率や生命予後が良いことが報告されています。まさに「いのち綱」といえます。

1人で悩んでいると辛く感じ、我慢の断酒は一触即発で危ういものです。しかし、自助グループに参加することで、しなやかに安定して回復を続けることができます。通える場所やオンライングループを探し、プログラム終了後も自助グループに参加しましょう。

アルコール依存症患者の退院後の生存率と自助グループ参加（東京都）



(出典：Masudomi I et al. Psychiatr Clin Neurosciences 58;551-557, 2004)

アルコール依存症患者の平均 6.6 年後の追跡研究（大阪府）

過去1年間の状況	断酒回復	節酒	ひどい状況
断酒会参加 54人	81%	0%	19%
断酒会脱落 51人	39%	24%	37%
断酒会参加なし 62人	11%	21%	68%

(出典：野田哲郎ほか, Jpn J Alcohol & Drug Dependence 23; 26-52, 1988)

	断酒会	AA Al-Anon
組織	公益社団法人 (2011)	非組織 1935年設立
会費	会費制 寄付や助成金は可	献金 寄付や助成金は不可
家族	参加可、家族会もあり	別組織アラノン
ミーティング	酒害体験談 2時間	テーマあり 原則1時間
日時	19時からが多いが、昼例会もある	多様な時間帯
キーワード	1日断酒 例会出席	今日1日 ミーティング参加
指針	指針と規範	12ステップ (ビッグブック)
公益活動	アクションプラン	12の伝統 (AAがしないこと)
その他	1958年、高知県で結成	アノニマス=匿名
連絡先	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 全日本断酒連盟</li> <li><a href="https://www.dansyu-renmei.or.jp/links/index.html">https://www.dansyu-renmei.or.jp/links/index.html</a></li> <li>03-3863-1600</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● AA 日本ゼネラルサービス</li> <li><a href="https://www.aa-japan.org/">https://www.aa-japan.org/</a></li> <li>● Al-Anon アラノン家族グループ</li> <li><a href="http://www.al-anon.or.jp/">http://www.al-anon.or.jp/</a></li> <li>045-642-8777 (10:00~16:00 水曜・土曜・日曜・祝日休み)</li> </ul>

## 「飲酒欲求への対処法」のまとめ

- 自分にできる、飲酒欲求に対処する方法を書いてみましょう。

- あなたが選んだ思考ストップ法は何ですか、どんな工夫をしますか。

テーマ6

ストレスについて、  
新たな健康的実践に  
取り組む



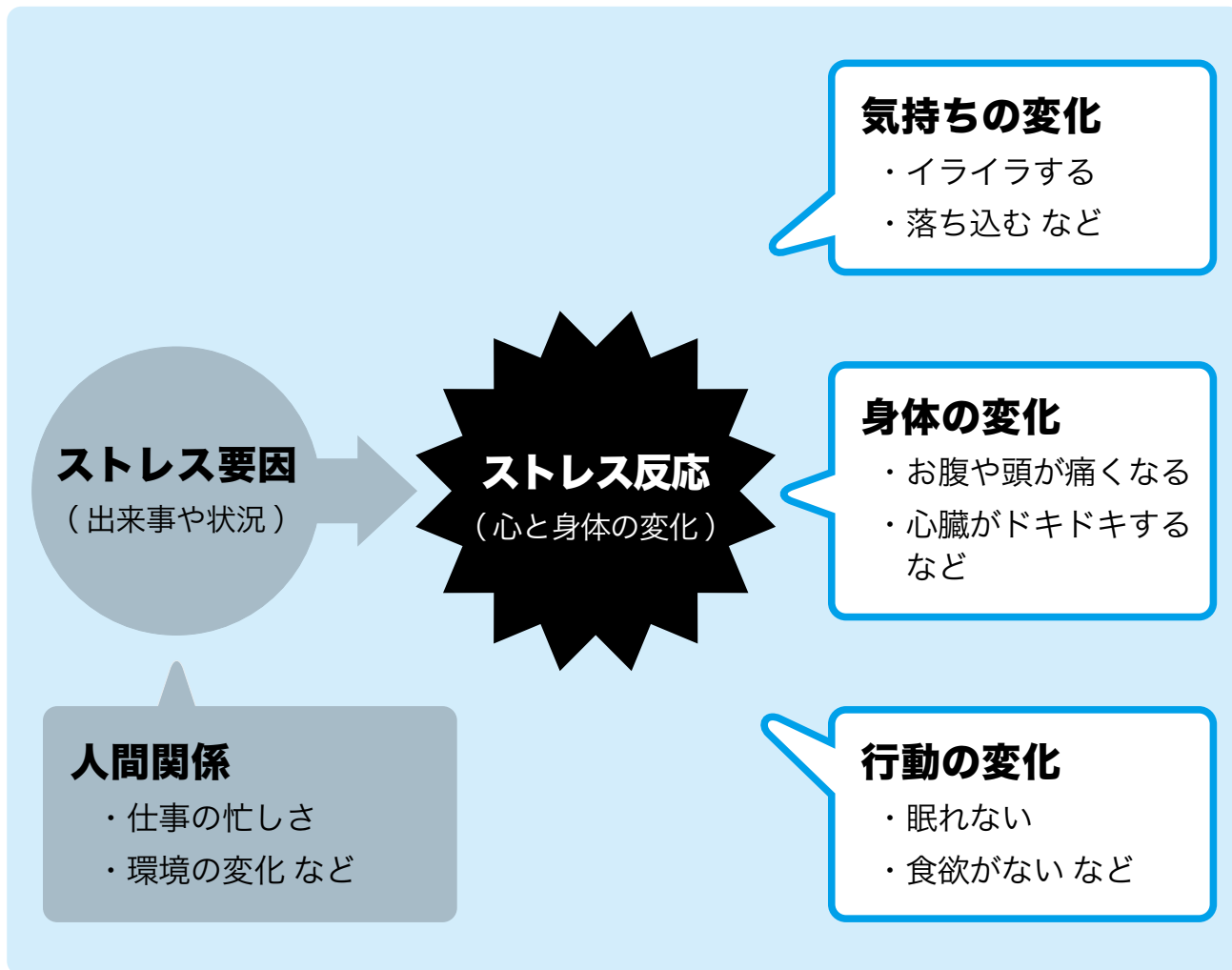
イメージ図

# 1. ストレスとは

ストレスとは、ある刺激によって心身に負荷がかかった状態をいいます。

私たちがよく使う「ストレス」という言葉は、「ストレス要因(ストレッサー)」と「ストレス反応」に分けられます。「イライラする」「お腹が痛くなる」「眠れない」…といった心や身体、行動の変化のことを「ストレス反応」といい、その原因となる出来事や状況を「ストレス要因」といいます。

## ■ ストレスのかかった状態



ストレス要因となる出来事が続くと、ストレスが高まります。

時には、何らかの身体的な不調が生じるまで、自分がストレスを受けていることに気づかないことがあります。

## 2. ストレス対処として考えること

■ ストレスとうまく折り合いをつけるためには、3つの視点から対策を考えることが重要です。



水とコップの図で考えてみましょう。水がストレスの量を、コップがストレスに耐える心の容量を表しています。

ストレスがそれほどかかっていない状態では、水はコップの中に納まっています（つまり、気持ちが穏やかな状態です）。一方で、ストレスがたまってしまうと、コップから水があふれてしまいます（ストレスに圧倒されて心や体に不調があらわれます）。

心身の健康を保つためには、コップから水があふれないようにする（ストレスをためすぎないようにする）ことが大切です。そのためには、次の3つが必要です

- 1 水位に気づく**（ストレスに気づく）
- 2 水の入口を絞る**（ストレスを軽くする、ストレスの原因から遠ざかる）
- 3 コップの出口を開く**（ストレスを減らす・発散する）

ことが必要です。

## 1 水位に気づく～ストレスに気づく

ストレスに対処するためには、まずはストレスに気づくことが大切です。

ストレスがたまってくると、精神面・身体面・行動面にサインがあらわれることがあります。これまでにストレスがたまったとき、次のような症状がありましたか？当てはまるもの  をつけてください。

	精神面	身体面	行動面
1	<input type="checkbox"/> 物事に集中できない	<input type="checkbox"/> だるい・疲れやすい	<input type="checkbox"/> ささいなミスが増える
2	<input type="checkbox"/> 決断を下せない	<input type="checkbox"/> 眠りが浅い・眠れない	<input type="checkbox"/> 洋服や外観に無頓着
3	<input type="checkbox"/> 悪い方へと 考えてしまう	<input type="checkbox"/> 食欲低下・過食	<input type="checkbox"/> 遅刻が増える
4	<input type="checkbox"/> 不安で押しつぶされ そうに感じる	<input type="checkbox"/> 肩や首がこる	<input type="checkbox"/> 飲酒・喫煙・薬 (睡眠薬等)が増える
5	<input type="checkbox"/> 過去のことが後悔と ともに思い出される	<input type="checkbox"/> 下痢や便秘	<input type="checkbox"/> 嘘や言い訳が増える
6	<input type="checkbox"/> イライラしやすい	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> 意欲がわからない
7	<input type="checkbox"/> 地に足がついていない	<input type="checkbox"/> 冷や汗・脂汗をかく	<input type="checkbox"/> 無駄遣いが増える
8	<input type="checkbox"/> 自分に自信が持てない	<input type="checkbox"/> 吐き気・むかつき	<input type="checkbox"/> 人を疑りやすくなる
9	<input type="checkbox"/> 他の人の話題に 入っていけない	<input type="checkbox"/> 飲み込みにくい	<input type="checkbox"/> 神経質な習慣(貧乏揺 すりなど)がでる
10	<input type="checkbox"/> 笑うことが 少なくなった	<input type="checkbox"/> 頭痛・頭重感	<input type="checkbox"/> 日常と違ったことを するのが億劫
11	<input type="checkbox"/> 誰からも相手に されていないと感じる	<input type="checkbox"/> 動悸が激しい	<input type="checkbox"/> 小さなことに過大に 反応する
12	<input type="checkbox"/> 些細なことで動揺する	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹がでる	<input type="checkbox"/> 協調性の低下
13	<input type="checkbox"/> 死にたいと思う	<input type="checkbox"/> 性欲が減退する	<input type="checkbox"/> 早口になる・もぞもぞ 話す

もし、複数のものが同時に当てはまるようであれば、大きなストレスを抱えているのかもしれません。ストレスを軽減するために行動した方がよいでしょう。



## 2 入口を絞る～ストレスを軽くする、ストレスの原因から遠ざかる

ストレスを受けた時、どう受け止めどう対処するかによって、ストレスは重くもなり、軽くもなります。言い換えれば、受け止め方を工夫することでストレスによる負荷をプラス材料に転換することもできるのです。

以下に、ストレスを軽くするためのコツを紹介します。

1	問題を解決する	ストレスを減らすための根本的な対処法で、ストレス要因そのものを解決すること。問題を整理し、具体的な目標を立て、具体的な方法を考える。
2	モノの見方を修正する	思い込みや、凝り固まった考えなどを修正して、物事の受け止め方を変える。
3	サポートを求める	人に相談し、理解や協力を得る。
4	コミュニケーション力を高める	相手の話に耳を傾けつつ、相手のことも考えながら自分の考えを適切に表現する。

- ① どのような要因がストレスの原因になっていましたか？  
自分にとってのストレスの原因を書き出してみましょう。

- ② 飲酒習慣を変えた後も、ストレスの原因から逃れられないこともあるでしょう。そのような状況でも、気持ちを軽くするための工夫はできるでしょうか。対処法を考えて、書き出してみましょう。

### 3 出口を開く～ストレスを減らす・発散する

ストレスをためないためには、一つひとつの効果は小さくてもストレス発散法の数を増やすことが必要です。ストレスの種類によって発散法を変えることも効果的で、「頑張るストレス」には気分をすずめるような発散法、「我慢するストレス」には気分を上げる発散法がよいと言われています。

楽しい活動を増やすことで、日ごろから気分転換できるように準備しておきましょう。

あなたにとって、  
息抜きとなり、  
日常生活の疲れを  
癒すことができるもの

あなたにとって、  
気分転換できたり、  
元気になったりするもの

楽しい活動を  
考えるうえでの  
4つのポイント

余暇の間  
どんな過ごし方をしますか

新しい活動や趣味は  
あなたの回復をサポート  
してくれる良い方法であり、  
新しい人と出会う  
きっかけにもなります

以前は、飲酒はリラックスしたり楽しい時間を  
過ごしたりするためのものだったかもしれません。  
しかし、あなたは今、アルコールから離れて回復の道を進んでいるのですから、  
アルコールの代わりとなる何か楽しいことを  
できるだけ多く見つけることが大切です。

回復を成功させるためには、規則正しい生活をすることやスケジュールを立てることが大切です。

飲酒習慣を変えるために努力をし、決まった生活を送ることが、息苦しく感じたり、疲れたりするかもしれません。そのようなときは、休みをとって、楽しい活動することも必要でしょう。楽しい生活のカギとなるのは、

- ① 楽しい活動
- ② 上達できて達成感を味わえる活動
- ③ 社会的活動

の3つの行動のバランスがとれていることです。すべて有意義な活動である必要はなく、時間をかけるものである必要もありません。なるべくいろいろな活動に取り組んでいきましょう。

あなたが以前していた趣味や活動にはどんなものがありますか？

これからやってみたい活動を書き出してみましょう。

楽しい活動	達成感を得る活動	社会的活動
散歩する	将棋を習う	断酒会に参加
釣りに行く	語学の勉強をする	地域でボランティア
料理をする	楽器をはじめる	
ドライブをする		

バランスよく活動をしていくためには、いろいろな場面で取り組めるように、活動の種類を増やしておくことが重要です。

それぞれの状況で行える活動を考えてみましょう。

 晴れた日にやりたいこと


 雨の日にやりたいこと


 隙間時間で取り組めること


 じっくりと時間をかけて行いたいこと


# ストレスに対処する5つの秘訣

## Five tips to help manage stress

### ① ストレッサーからちょっと離れてみよう

大きなプロジェクトや泣き止まない赤ちゃんなどからは逃げられないと感じるかもしれませんが、離れられるときは、他の何かをする時間をとりましょう。新しい側面に気づいたり、圧倒された気持ちを和らげる方法に気づいたりするかもしれません。ただし、ストレスを0にすることを求めてはいけません。たった20分でいいから自分をいたわる時間をもつことが重要です。

### ② 運動しよう

エクササイズは体だけでなくココロにも利益をもたらします。「日々の運動習慣が与える長期的な効果」は耳にタコができるくらい聞いているでしょう。たった20分のウォーキング、水泳、ダンスでも数時間にわたって持続する効果を与えるのです。

### ③ 微笑み&声をだして笑おう

私たちの脳は、感情や表情と相互に連結しています。ストレスのもとでは、ストレスが顔に出ています。微笑むことや声をだして笑う (smile & laugh) ことで緊張を解き、状況を改善することができます。

### ④ 社会的なサポートをゲットしよう (頼れる人を探そう)

友達に電話したり、メールを送ったりしましょう。心配事や不安な気持ちを誰かと共有することは、ストレスを軽減する助けになります。ただし、話す相手は信頼でき、自分をわかってくれたり受け止めてくれたりすると確信できる人にしましょう。たとえば、家族がストレッサーになっているのに、仕事で感じた苦痛を家族の誰かと共有しても、ストレスはちっとも緩和されません。

### ⑤ 瞑想 (マインドフルネス)

瞑想とマインドフルネスは、ココロとカラダをリラックスさせたり、自分自身に焦点を当てたりする (自分を振り返る) ことにつながります。マインドフルネスの方法を練習するとき、身体的なストレスをもたらすような感情から解放することができます。エクササイズと同様に、短時間の瞑想でも、効果があらわれることが明らかになっています。

## 「ストレスについて、 新たな健康的実践に取り組む」のまとめ

- ストレスと飲酒の関係について、気づいたことを書いてみましょう。  
飲酒しない人がどのようにストレスに対処しているかも想像してみましょう。

- これからはどのようにしてストレスに気づけるようになりますか。  
また、飲酒以外で身につけたいストレス発散方法を書いてみましょう。

まとめ

個人ワーク

# 次回外来前に

6回のプログラムお疲れさまでした。

これまでの勉強を生かして、もしもの時に備えた対処  
を考えていき、次回の外来に持参してください。

これは各自で取り組んでいただく自習となっています。



もしものときに備える

イメージ図

## もしもの時に備える

このプログラムの後もずっと断酒を続けることが理想的です。

しかし、人生に失敗はつきもの。ここでは、万が一に備えて、再飲酒した場合の  
ことについて考えましょう。

しばらく断酒していたのに再飲酒すると、罪悪感を感じたり、「自分はもうだめだ」  
など嫌な気持ちがあきだします。中には「もう、どうなってもいい!」と投げやり  
になったり、回復をあきらめてしまったりする人もいます。

ここで理解していただきたいことは、スリップ（再飲酒）と依存症の再発は必ず  
しも一致しないということです。

再飲酒しても、  
その後の対処によっては、  
また断酒して回復することができます

長く断酒を続けて回復している人も、  
最初からうまくいっていたわけではないのです。





再飲酒した時の対処方法を考えてみましょう。

**1 再飲酒をした時の「良い」対処方法**

**2 再飲酒をした時の「悪い」対処方法**

**3 再飲酒をした時の「私の」対処方法**

# 再飲酒した時の計画書

## ■ 飲んだ時、すぐやる！

対処方法	私のとる行動	私のとった行動
酒から逃げる	<input type="checkbox"/> 台所の流しにすてる。	例) お酒をおもいきって全部流しにすてた。
	<input type="checkbox"/> 飲み屋を出る→どうやって？(具体的行動)	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

## ■ なるべく早くすること…連絡する・受診する(独りで対処しない！)

対処方法	私のとる行動	私のとった行動
じゅしん 受診する	<input type="checkbox"/> 通院先の病院へ連絡する。	例) 休日で夜間だったが、病院へ電話した。当直の先生に状況を伝えて、少し安心した。
	<input type="checkbox"/> 受診の予約をとる。	
	<input type="checkbox"/> 飲んだ状況(いつ・どこで・だれと)を話す。	
	<input type="checkbox"/> アドバイスをもらう。	
	<input type="checkbox"/> 体の調子を伝える。	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
家族に連絡	<input type="checkbox"/> ① 名前	例) 明日、近くに住む家族が車で迎えに来てくれることになった。
	<input type="checkbox"/> ② 名前	
	<input type="checkbox"/> ③ 名前	
支援者に連絡	例) 自助グループ〇〇さん (関係: 〇〇断酒会) Tel 00 - 0000	例) すぐに〇〇さんと一緒に受診することとなった。
	<input type="checkbox"/> ① 名前	
	<input type="checkbox"/> ② 名前	
	<input type="checkbox"/> ③ 名前	
自助グループへ行く	<input type="checkbox"/>	例) 受診までの数日間、断酒会へ行き、励ましとアドバイスをもらった。
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

# 外来集団療法プログラム

## 飲酒習慣変容日記（断酒日記）

習慣を変えるためには、記録をつけて自分の生活パターンを客観的に把握する必要があります。まずは飲酒について日記形式で記録をしましょう。

行動変容を達成した後も、健康的な習慣が継続できるように記録を続けましょう。1日の積み重ねが大切です。

### ■ 記載方法

◎	飲酒しなかった日	カレンダーの日付の下の欄に「◎」を記入し、順調な場合は血圧や体重などの健康の指標も書いてみましょう。
△	飲酒しそうになった日	カレンダーの日付の下の欄に「△」を記入し、「飲酒しそうになった出来事」も書き込みましょう。
×	飲酒した日	カレンダーの日付の下の欄に「×とドリンク数」を記入し、右側の欄に「飲酒の原因（断酒できなかった原因）など」を書き込みましょう。テーマ4の「引き金」やテーマ5の「いのち綱一覧表」も参考にしましょう。

### （例）2020年11月

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
◎	◎	◎ 通院	◎ 70.2kg	◎	◎	△ 飲み会
8	9	10	11	12	13	14
× 4ドリンク	◎ AA	◎	◎ 70.3kg	◎	◎	◎
15	16	17	18	19	20	21
◎	◎	◎ 通院	◎ 70.1kg	◎	◎	◎
22	23	24	25	26	27	21
◎	◎ AA	◎	◎ 69.8kg	◎	× 3ドリンク	× 6ドリンク
29	30					
◎	◎					

### （例）飲酒原因など

月日	理由
11/7	飲み会で酒をすすめられたが断った。
11/8	今日だけなら大丈夫だろうと思って飲んだ。しかし、このままではいけないと思い、月曜にAAに行った。
11/27 ～28	ずっと飲まなかったこともあり、ストレスを紛らわせられるかと思って、一人の時間に。









年 月

日	月	火	水	木	金	土

飲酒原因など

月日	理由

個人ワーク

次回外来前に

年 月

日	月	火	水	木	金	土

飲酒原因など

月日	理由





年 月

日	月	火	水	木	金	土

飲酒原因など

月日	理由

個人ワーク

次回外来前に

年 月

日	月	火	水	木	金	土

飲酒原因など

月日	理由

厚生労働大臣  
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
 (国立保健医療科学院長)

機関名 独立行政法人国立病院機構  
 久里浜医療センター

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 樋口 進

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 臨床研究部・精神科診療部長  
 (氏名・フリガナ) 木村 充・キムラ ミツル

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣  
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
 (国立保健医療科学院長)

機関名 独立行政法人国立病院機構  
 肥前精神医療センター

所属研究機関長 職名 院長

氏名 杠 岳文

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 臨床研究部・院長  
 (氏名・フリガナ) 杠 岳文 (ユズリハ タケフミ)

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣  
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
 (国立保健医療科学院長)

機関名 国立大学法人筑波大学  
 所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学院長  
 氏名 永田 恭介

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 医学医療系・准教授  
 (氏名・フリガナ) 森田展彰・モリタノブアキ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣  
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
 (国立保健医療科学院長)

機関名 独立行政法人国立病院機構  
 さいがた医療センター

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 下村 登規夫

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 副院長  
 (氏名・フリガナ) 佐久間 寛之・サクマ ヒロシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

事業計画中であるため、令和3年度に審査予定

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣  
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
 (国立保健医療科学院長)

機関名 国立大学法人筑波大学  
 所属研究機関長 職名 国立大学法人筑波大学院長  
 氏名 永田 恭介

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学医療系・准教授  
 (氏名・フリガナ) 吉本 尚・ヨシモト ヒサシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣  
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
 (国立保健医療科学院長)

機関名 瀬野川病院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 津久江 亮太郎 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 瀬野川病院 KONUMA 記念依存ところの研究所  
 (氏名・フリガナ) 加賀谷 有行・カガヤ アリユキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。



厚生労働大臣  
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
 (国立保健医療科学院長)

機関名 国立大学法人岡山大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 榎野 博史 印

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 大学院医歯薬学総合研究科・教授  
 (氏名・フリガナ) 神田 秀幸・カンダ ヒデユキ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	久里浜医療センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣  
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿  
 (国立保健医療科学院長)

機関名 独立行政法人国立病院機構  
 久里浜医療センター

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 樋口 進

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 臨床研究部・医員  
 (氏名・フリガナ) 湯本 洋介・ユモト ヨウスケ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。