

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。最近で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。

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。