

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3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 副院長）

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3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の効果を検証するためランダム化比較試験を行い、プログラムを完了した患者では、通常治療群よりも断酒率が高い傾向が示唆された。
- (2) アルコール専門治療機関に対する治療実態のアンケート調査を行い、多くの医療機関で減酒を目標とする治療を行っていた。コロナ禍前後の比較で、患者数が減少した医療機関が多かった。
- (3) “断酒を最終目標に見据えた減酒”のためナルメフェンを処方された患者の継続割合の中央値は34.4%であったが、ナルメフェン服用終了後も通院している患者が多かった。
- (4) 総医療費の0.52%から6.9%がアルコール関連疾患で占めると見込まれた。また、飲酒と医療費に関するコホート研究では、多量飲酒者は、それ未満の飲酒者に比べ、月額約2000円の医療費を過剰に使用し、その過剰は入院医療費から生じている可能性が示唆された。
- (5) 全国の介護支援専門員に対するアンケート調査によって、介護支援専門員が関わるケースの男性で8.0%にアルコール問題が明らかにあるか疑われ、また介護者

のアルコール問題も 0.93%に認められた。

- (6) 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リーフレット作成を行った。
- (7) 救急医療にかかわる医師、看護師にアンケート調査を行い、飲酒問題を抱える患者に苦慮した経験を持つ回答者は 104 名中 102 名 (98.1%) であり、ほぼ全員が飲酒問題への対応困難を経験していた。
- (8) 12 ステップファシテーションプログラム (TSF プログラム) について文献検討を行った結果、MAEEZ というプログラムがマニュアルなども整備されており、日本での自助グループ導入プログラムのツールを作成するうえで、参考になることを確認し、「MAEEZ マニュアル」と「MAEEZ 実践ガイド」の日本語版を作成した。
- (9) 専門医療機関でも減酒治療を行うことで治療の選択肢が広がり早期治療が進む可能性が示唆された。早期のアルコール依存症に対する介入に前向きな医師が増えつつあるが、重症患者については専門医療機関への紹介の希望も強く、適切な医療連携が必要である。
- (10) 日本の内科領域で初めて設置したアルコール低減外来の効果について検証し、治療ギャップを埋める意味でも、受診ハードルを下げる意味でも効果的であることが示唆された。

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) 吉本 尚 (筑波大学医学医療系) 加賀谷 有行 (瀬野川病院)
研究協力者	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、新たに飲酒量軽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軽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」のような飲酒量軽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、現段階では飲酒量軽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

前年度までに、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、アルコール外来治療プログラムを作成した。

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。

プログラム参加群は、通常の外来診察の

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回行った。対照群は、通常の外来診察と、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った。

## 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

依存症拠点病院事業のアルコール専門治療機関となっている全国の188の医療機関に対して、治療の実施状況、治療の内容と実施者の職種、コロナ禍前後の患者数等についてのアンケートを作成し、郵送にて送付・回収し、その内容について解析した。

## 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保険薬局の薬剤師を対象にナルメフェン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。観察期間中に断酒の意思を表明した者の、断酒に至った背景やきっかけについて聴取した。

## 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

わが国における、アルコールと医療費に関する研究のうち、主にexpenditureに関する疫学調査研究を対象とし、わが国のエビデンスの収集にあたった。特に、推計・試算にもとづくアルコールと医療費、飲酒と医療費に関するコホート研究、DPCデータからみたアルコール性慢性膵炎の医療費に関する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

人口の高齢化とともに、定年退職後に飲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、分担研究者らが2002年に行った先行研究でも明らかになっている。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、在宅支援関わっている現場のヘルパーや介護支援専門員などは、その対応に苦慮していると考えられる。

本研究では、介護支援専門員に対するアン

ケート調査によって、介護保険サービスを受けている在宅高齢者のアルコール問題の実態とともに、介護の現場でアルコール問題を伴う高齢者への効果的な介入や支援に必要な事柄や課題を明らかにする。

## 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

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。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とともに、有効性についてのエビデンスを集めることを目的とする。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し、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、わが国のアルコール依存症治療における認知行動療法について、解析と検討を行う。

## 8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

2021年度は、妊産婦対象のメンタルヘルス用のリーフレットを作成し、その内容に、節酒指導の内容も含める。

## 9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

本研究は救急医療に従事する医師および看護師 102 名を対象とした。救急医のネッ

トワークグループおよび救急医療に従事する看護師の学会に依頼し、本研究調査に回答協力の意向を示した各組織のメンバーが本研究の web サイトにアクセスし、回答した。102 名が web 調査を満了した。

調査項目は性別、年齢などの基本情報、アルコール関連問題を呈する患者の対応に苦慮した経験の有無、飲酒問題への対応困難感 17 項目、治療や対応を引き受ける意欲(4 件法)、ストレス対処力の指標となる首尾一貫尺度(sense of coherence : SOC) 13 項目版、バーンアウトの指標となる日本語版バーンアウト・アセスメント尺度(Japanese Version of Burnout Assessment Tool : BAT-J)の下位尺度である「疲弊感」8 項目と「精神的距離」5 項目で構成した。飲酒問題への対応困難感尺度 17 項目の合計得点を算出し、SOC 尺度得点、疲弊感、精神的距離との相関係数を求めた(Spearman の  $\rho$ )。また、治療や対応を引き受ける意欲として「積極的に引き受けたい」「依頼があれば引き受ける」を選択した計 45 名を「積極群」、「できれば引き受けたくない」「絶対に引き受けたくない」を選択した計 57 名を「消極群」として、2 群比較を行った(Mann-Whitney の U 検定)。本研究は国立病院機構さいがた医療センターの倫理審査の承認を得て実施した。回答は無記名制で、氏名、住所、勤務先、連絡先など個人を特定可能な情報は収集しなかった。Web 調査では回答前に当研究の趣旨、予想される利益と不利益を掲示し、同意を得たもののみ回答を得られるようにした。

## 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

令和2年度のレビューより、自助活動に対する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。海外では、自助グループへのつなぎを行うために、海外では、援助者が当事者に12ステップの意義を知らせ、「ハイヤーパワー」など理解が難しい概念についての理解をガイドする12ステップ促進プログラム（TSFプログラム）というプログラムが用いられ、効果を上げていることがわかった。そこで今年度は、海外のTSFプログラムの情報を集めて、翻訳し、これをもとに日本で用いることができる自助グループへの導入に用いるガイド作成の内容案を作成した。

### 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

研究1：対象は、2021年3月31日までに瀬野川病院でナルメフェン処方した75人を対象とした。電子カルテを後方視的に調査し、患者の自己評価で断酒に至った場合や減酒できた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した。

研究2：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）に登録した135人のうち、本報告の研究分担者と研究協力者を除く133人にアンケートを送付した。各質問項目について、サポート医、サポート医（専門）、専門医療機関（病院）医師の3群に分類して検討した。複数回答の質問では第一方針を2点、第二方針を1点として集計した。

研究3：2021年1月1日～2021年12月31日に瀬野川病院に紹介された初診算定のアルコール依存症者（平日の日中の受診に限る）の紹介状を調査し、紹介医療機関の所

在地を二次保健医療圏ごとに分類した。研究4：瀬野川病院およびよこがわ駅前クリニックを受診したアルコール依存症者38人およびギャンブル依存症者22人に対してBPQ-BA超短縮版を実施した。そして、既報における健常群との比較を行った。

### 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

2019年1月から2021年3月までに受診した患者を対象とした。初回診察情報として、1)年齢、2)性別、3)1日飲酒量、4)週飲酒日数、5)AUDIT、6)ICD-10を用いたアルコール依存症の有無、7)飲酒量低減や断酒といった過去の医療機関でのアルコール治療歴、8)専門医療機関受診歴について収集した。効果判定は断酒、飲酒量低減、変化なし・悪化とし、治療中断率、紹介率（外来紹介、入院紹介）を求めた。

#### （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、個人情報情報の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

久里浜医療センターに受診し、DSM-5 アルコール使用障害の診断基準を満たし、集団療法プログラムによる通院治療が望ましいと医師が判断したケース、あるいは入院治療が望ましいが本人が通院治療を強く希望したケースの 34 例から研究参加の同意を取得し、その後同意を撤回した 2 名を除く 32 名がランダム化して割り付けられ、治療プログラム群 20 名と通常治療群 12 名が研究に参加した。両群の患者背景は、治療プログラム群の方が DSM-5 での重症者の割合が高かったが、その他の因子には差はなかった。

治療 6 回を完了したものは、治療プログラム群が 67%、通常治療群が 86%と通常治療群の方が高かった。一方で、6 回の治療を完了したもののものでは、6 回目の治療終了時の断酒率は 71.4%、通常治療群で 60%と治療プログラム群の方が高い傾向にあった。

AUDIT、SOCRATES のスコアについては、通常治療群のみ AUDIT スコアがベースラインよりも 6 回目の時点で低下がみられた。その他血液検査データ、飲酒量のベースラインと 6 回目時点の変化量は、治療プログラム群では AST、 $\gamma$  GTP、飲酒日数において有意な低下がみられ、通常治療群では、 $\gamma$  GTP、多量飲酒日数、総飲酒量で有意に低下がみられた。

## 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

令和 4 年 3 月末の時点で、115 のアルコール治療専門医療機関より回答を得た。115 施設中 97 施設で入院治療を行っており、入院病棟のセッティングとしては、アルコール専門の入院病棟がある施設が 15

施設、他のアディクション疾患と共同の依存症病棟がある施設が 16 施設、他の精神疾患の病棟の中でアルコール治療を行っている施設が 66 施設であった。入院治療を行っている施設の中で、依存症治療にあたる職種は、医師が 100%、看護師が 95.8%、保健師は 3.2%、作業療法士 85.3%、精神保健福祉士・社会福祉士 91.6%、臨床心理士・公認心理師 80.0%、薬剤師 53.7%、管理栄養士・栄養士 57.9%、理学療法士 2.1%、Recovered Staff（回復者）3.2%の施設で関わっていると回答された。93.5%の施設で、一律、あるいは一律ではないがある程度の治療機関の設定があり、期間はおおむね 3 か月程度の施設が多かった。サブグループ向けのプログラムとしては、21.4%の施設で高齢者用プログラム、22.4%の施設で女性患者用のプログラムを設定していた。

入院治療を行っていない施設も含め、67%の施設で何等かの家族向けのプログラムを行っていた。他の依存症用との共通のプログラムを含めると、73.5%の施設で外来患者様のプログラムを行っていた。減酒を目的とした治療については、「減酒外来」などの専門の治療を行っている施設は 17.1%であったが、専門治療はないが一部の患者で減酒を目的とした治療を行っている施設は 68.5%に上り、減酒を目標とした治療は行なっていないと回答した施設は 14.3%に過ぎなかった。

コロナ禍前の 2019 年の入院患者と比べた場合の、コロナ禍後の 2020 年、2021 年にアルコールの入院患者数は、約 6 割の施設で減少しており、増加していたと答えた施設は 28%程度であった。アルコールによる初診患者数も、2020 年、2021 年の患者数は、減少していた施設が過半数であ

った。

### 3. 飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況

調査対象は、患者 54 名、医師 10 名、保険薬局 42 施設であった。2021 年 6 月までに、患者 40 名、医師 9 名、保険薬局 27 施設から回答を得ている。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、40 名からアンケートの回答を得ている。27 施設のうち、「ナルメフェンを一度も調剤したことがない」と回答した薬局が 3 施設あり、実際にナルメフェンを調剤した薬局からの回答は 24 件であった。

保険薬局へのアンケート結果では、ナルメフェンの処方元医療機関は久里浜医療センターのみが 14 件、久里浜医療センターと他 1 施設が 7 件、他施設のみが 3 件であった。処方箋応需枚数、精神科処方応需割合、ナルメフェン継続割合、薬局での勉強会の開催の有無について Pearson の相関係数を出したところ、ナルメフェンの継続割合と相関があるものは無かった。「患者様にナルメフェンを継続して服用して頂くためにはどうしたら効果的か？」と聞いたところ、19 名の薬剤師が回答した。飲酒量を確認する事や、家族に協力してもらうことなどが重要という意見が聞かれたほか、「処方医と合わずナルメフェンの処方ができない他の病院へ転院した患者がいるため、処方できる医師・病院が増えると良いと思う」という意見も聞かれた。

主治医へのアンケートでは、対象者 10 名のうち 9 名から回答があった。対象患者数は 40 名であった。オンライン診療で代理の医師が対応したため調査が行えないケースが 4 件あった。他 1 件は患者の体

調が思わしくなかった為調査できず、残りの 9 件は来院せずであった。対象患者の性別は男性 34 名、女性 6 名、年齢は 24 歳から 82 歳、中央値は 53.5 歳であった。再入院の有無、処方目的の違い、調査時の DRL (Drinking Risk Level : 飲酒リスクレベル)、総投与日数にそれぞれ性差はなかった。処方の目的が“減酒”である者が 23 名、“断酒を最終目標に見据えた減酒”である者が 17 名であった。初診年度を比較すると処方目的が“減酒”とした群は 1995 年から 2020 年、“断酒を最終目標に見据えた減酒”は 2007 年から 2020 年であった。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患者が多く、初診年度も目的を“減酒”とした群よりも遅かった。本調査はベースラインが一定ではなくナルメフェンの処方期間を比較しづらい為、ナルメフェンが処方された期間をナルメフェンが処方された日からアンケート調査時までの日数で割った割合を継続割合として算出した。

継続割合の中央値は、処方目的を“減酒”とした群が 17.6%、“断酒を最終目標に見据えた減酒”とした群が 33%でこちらの群の継続割合が高い傾向にあった。

ナルメフェンの服用により断酒に至ったケースは処方目的が“減酒”とした群が 1 名、“断酒を最終目標に見据えた減酒”とした群が 4 名だった。継続割合の中央値は“断酒を最終目標に見据えた減酒”とした群が 34.4%、“減酒”とした群が 17.6%だった。これら断酒できた患者の初診年度の中央値は処方目的を分けずに見たところ 2013 年であった。

調査時点の DRL は、処方目的を“減酒”とした群では、初診年度が早い患者で Middle, High, Very High に多く分布し



ている。

初診年度の中央値は処方目的を“減酒”としても“断酒を最終目標に見据えた減酒”としても2015年だった。目的を“断酒”とした方の初診年度のレンジは1995年から2020年と幅広いため、初診年度が遅い患者側に分布が偏っている。患者へのアンケート調査では、対象54名中34名から回答があった。

#### 4. 飲酒量低減から断酒に至る事例収集

##### 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。

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。

##### 2. 飲酒習慣

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。

##### 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(±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。経過が追えた例で、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。

##### 4. 減酒外来受診のうち断酒に至ったケース

###### 症例①

50歳男性 会社員

主訴：飲酒による暴言、飲みたい衝動

家族構成：妻、長男、長女と同居。

生活歴：22歳で四年制大学を卒業後、会社員。

既往歴：特記なし。

現病歴：大学在学中より機会飲酒にてブラックアウトを経験した。22歳時、会社就職時に大量飲酒し、急性アルコール中毒にて入院。50歳時、上腕二頭筋腱断裂にて

仕事ができなくなり、昼から飲酒するようになった。飲酒量のコントロールができず、酩酊時の家族への暴言がみられた。飲酒していない時には、また飲酒したくなった。X年9月26日に久里浜医療センター減酒外来を受診した。

飲酒パターン：平均的な飲酒量は焼酎(25%)300ml=60g、週末には焼酎(25%)300ml+酎ハイ(9%)500ml+ビール350ml=110g。過去28日間の非飲酒日なし。

生化学検査：AST/ALT/GTP- 21/31/63  
AUDIT:23/40点

ICD-10 診断基準該当項目数：3項目該当。アルコール依存症

方針：飲酒は続けたいとの希望あり。

Nalmefene10mgの処方を行い、レコーディングを勧めた。

初診後経過：Nalmefeneは胸部不快感が出現したため中止した。以降はレコーディングにて酒量を意識しながら、週2回の80g程度の酒量に減少した。一方で非飲酒時の飲酒衝動を自覚し、断酒を意識するようになった。

X+1年2月より断酒をしたいとの希望が聞かれacamprosate1998mgの処方を開始した。以降「飲酒をする意味がないことに気づいた」と断酒を継続。「飲酒は昔のこと」「飲酒には不利益があった」と述べた。非飲酒時の衝動が和らいでいる実感があり、断酒を継続している。

## 症例②

44歳 男性 事務職

主訴：酒量が増えている。

家族構成：母と同居。

生活歴：22歳で4年制大学を卒業後、35歳まで飲食業に従事し、その後は会社事務。

現病歴：20代よりウイスキーロック300ml程度の習慣飲酒。30代より焼酎500ml程度を飲酒するようになった。40歳代より非飲酒日が作れなくなり、X年4月20日に当院減酒外来初診した。

飲酒パターン：平均的な飲酒量はビール(5%)350ml+酎ハイ(9%)350ml+日本酒(12%)360ml+焼酎(20%)300ml=120g、過去28日間の非飲酒日なし。

生化学検査：AST/ALT/GTP 29/27/42  
AUDIT: 22/40tenn

ICD-10 診断基準該当項目数：3項目該当。アルコール依存症。

方針：減酒を選択。飲酒量60g/日を目標とし、レコーディングを勧めた。

初診後経過：X+1年3月、1年間レコーディングを継続。休肝日2日/週、平日は60gの飲酒量にできるが、休前日は100gとなった。レコーディングがブレーキになっていた。

X+2年8月、「人から裏切られる経験から孤独感を感じ、人間不信の感覚を消すために飲酒している」と語り、人間関係の捉え方についての話題が中心となった。対人関係の距離の取り方について認知的アドバイスを与え、またリラクゼーション法を日常に生かすことを勧めた。

X+3年10月、「日々、感謝の気持ちを自覚することでポジティブな気持ちに慣れた」と同時に断酒をするようになり、以降断酒を継続している。

## 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

1. 推計・試算にもとづくアルコールと医療費

アルコールの影響による社会経済的損失

に関する研究では、アメリカの推計式を用いて、cost と expenditure を分けて試算し、expenditure のみ、つまりわが国におけるアルコール関連の医療費は約 1 兆 1 千億円と試算されており、当時の医療費総額の約 6.9% を占めていると推計されている。この研究では、労働損失など医療費以外の間接費用は 5 兆円を超えているとされており、cost 全体（expenditure を含む）は約 6 兆 6 千億円と試算されている。これは、調査時期の酒税収入の約 3 倍である。約 4 兆円の過剰 cost がアルコール濫用によって生じていることを示唆している。一方、厚生労働省の患者調査と社会医療診療行為別調査報告にもとづいて、アルコールが原因と考えられる入院と外来の費用（expenditure）を推計した報告がある。アルコールが原因と考えられる疾患は、“アルコール使用による精神および行動の障害”、“アルコール性肝疾患”、“慢性膵炎”、“急性膵炎”とした。このうち、“アルコール使用による精神および行動の障害”と“アルコール性肝疾患”は全例、“慢性膵炎”と診断されたものの 55%、“急性膵炎”と診断されたものの 40%を、アルコールに起因するものとして算定された。患者調査から得られる、1 日の医療費に受診者数と 365 日をかけて 1 年間の医療費を試算された。結果として、対象とした疾患や頻度を反映したアルコール関連医療費は国民医療費の 0.52% であったと報告されている。前出の先行研究とは大きな乖離みられた。これは、試算にのちとなる推計式・データが異なること（アメリカの推計式か、患者調査等か）、疾患名を後者はアルコールと関連が強いものだけに限定していることなどによる差異が生じたとみられる。

2. 飲酒と医療費に関するコホート研究  
多量飲酒による健康への影響は、高血圧症、心疾患、脳血管疾患、がんなど生活習慣病に強く及ぶ。これらの疾患は、通常複数の危険因子の複合的な働きで発症するため、アルコール単独の影響を明らかにすることは難しい。その中で、地域住民を対象とした飲酒習慣と実際の医療費の関連をコホート研究で検討した研究により、飲酒習慣と長期的な総医療費の関連を明らかにした。

滋賀国保コホート研究では、滋賀県内の 7 町 1 村における 40-69 歳の国民健康保険加入者 2,039 名（男性 1,520 名、女性 519 名）を約 10 年間追跡して、調査開始時点の飲酒者の飲酒量とその後の医療費の関連を検討した<sup>12</sup>。男性の対象者を、機会飲酒、毎日エタノール 23g（日本酒 1 合相当）以下摂取、毎日エタノールを 23-46g 摂取、毎日エタノールを 69g（日本酒 3 合相当）以上摂取の 4 群に分けたところ、毎日エタノール 69g 以上摂取する男性の多量飲酒者では、医療費の平均値（調整幾何平均値）が最も高く（調整幾何平均値 毎日エタノール 69g 以上摂取群 10,148 円/月 vs. 機会飲酒群 8,485 円/月； $P=0.184$ ）、死亡リスクも最も高くなる傾向を示した。女性では、毎日飲酒習慣を有する者では、機会飲酒者と比べると、平均医療費や死亡のリスクが高い傾向であった。また、男女を合わせて、毎日エタノール 69g 以上摂取する群は、それ未満の飲酒者の群より平均医療費で、1 か月あたり約 2000 円医療費が高かった（調整幾何平均値 5,543 円/月 vs. 7,603 円/月； $P=0.01$ ）。

大崎国保コホート研究では、宮城県大崎保健所管内の国民健康保険加入者である 40

～79歳の男性17,497名を4年間追跡して、調査開始時点の飲酒状況とその後の医療費の関連を検討した。1週間あたりにエタノールを450g以上摂取する多量飲酒者では、それ未満である少～中等量飲酒者と比べて、入院医療費の平均値が高い傾向であった。

### 3. DPCデータからみたアルコール性慢性膵炎の医療費

一般病院のDPC (diagnosis procedure combination) データを用いた慢性膵炎の医療費分析研究として、2008年および2009年における65病院の約58万件的退院患者のDPCデータを活用して、アルコール性慢性膵炎と医療費の関連を検討したものがあある。退院時のサマリーの主傷病欄に「アルコール性慢性膵炎」と記載のあった43件と「その他の膵炎」と書かれた223件の二群を比較した。その結果、アルコール性慢性膵炎の診断があった群がその他の膵炎の群に比べて、1件当たりの医療費平均値が統計的に有意に高くなっていた。

(アルコール性慢性膵炎群 520,578円/件 vs. その他の膵炎群 410,748円/件;  $P<0.05$ )。アルコール性慢性膵炎が、他の膵炎と比べ、診療報酬が発生する臨床の場面で、1件約10万円程度、過剰に医療費を要することが明らかとなった。

### 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

最終的に290名からアンケートの回答を得た(回収率29.0%)。290名の介護支援専門員が担当しているケースは、総数で8,598ケース(男性第1号被保険者:2,775ケース、男性第2号被保険者:227ケース、女性第1号被保険者:5,339ケース、女性第2号被保険者:257ケース)で

あった。このうち明らかなアルコール問題を有しているケースは、男性第1号被保険者:153ケース(5.5%)、男性第2号被保険者:227ケース(7.5%)、女性第1号被保険者:23ケース(0.4%)、女性第2号被保険者:2ケース(0.7%)で、男性では5.7%、女性では0.4%であった。さらに、アルコール問題の存在を疑われるケースを含めると、アルコール問題を抱える在宅高齢者は男性では8.0%、女性では0.8%に及んだ。

飲酒関連問題として多く挙げられた具体的な問題行動は、多いものから「酒量が多い、昼間から飲酒する」98ケース、「食事を余りとらない、栄養状態が悪化」93ケース、「酒に酔っての失禁、転倒」91ケース、「薬を飲まない、持病の悪化」67ケース、「酒によつての暴言、暴力」58ケース等であった。また、同居家族にアルコール問題が疑われるケースは、合計80ケース(0.93%)であった。

介護支援専門員として高齢者のアルコール問題に関わる時に必要と感じるものはどの問いに対して、精神科などの医療機関、行政、福祉の連携あるいはネットワーク会議(218名、75.2%)、アルコール問題の相談機関リスト(198名、68.3%)、地域保健師との連携(151名、52.1%)などが多く挙げられた。

生活状況把握の際に、介護支援専門員が飲酒状況について尋ねるかを聞いたところ、

1) 必ず聞く(29%)、2) 時々聞く(33%)、3) たまに聞くことがある(30%)、4) 聞かない(6%)で、多くの介護支援専門員は生活状況把握の際に飲酒状況の把握にも努めていることが分かった。

アルコール問題で困った時に相談・紹介し

たことのある機関として挙げられた機関は、アルコール専門医療機関（11.0%）、市町村保健センター（6.2%）、保健所（4.1%）の順に多く、相談・紹介できる/知っている機関としては、保健所（30.7%）、市町村保健センター（29.3%）、アルコール専門医療機関（16.6%）の順に多かった。

最後に自由記載で、飲酒問題のために対応に苦慮した事例と、飲酒問題の改善に至った成功事例を具体的に挙げてもらった。対応に苦慮した事例は181名から、介入に成功した事例は84名から事例提示があった。対応に苦慮した事例では、a. 認知症関連30例、b. 介護者飲酒問題25例、c. 専門医療機関等との連携39例、d. ターミナルケア・死亡18例、e. 家族の負担とかかわり方に関する問題17例、f. 飲酒、酩酊にまつわる様々な問題31例、g. その他の問題21例と大まかに類型化できた。また、介入に成功した症例では、a. 入院・入所での断酒16例、b. 多機関連携などでの断酒12例、c. 多機関連携、様々な支援による節酒30例、d. 認知機能低下、介護サービス利用等環境調整による改善26例などと類型化できた。

## 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

2021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、再度、国内外の文献・エビデンスの収集を行い、まとめを行った。

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、「ARPでどのような治療技法を用いていますか？」の設問を加え、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）などを回答肢とすることを検討している。

## 8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

2020年度は、産婦人科医らにアンケート調査を行い、妊産婦への飲酒に関する実態及び飲酒に関する指導方法への要望をまとめた。結果として、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こと、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状であり、指導ツールの形態は、リーフレットが望ましいことが分かった。リーフレットの内容は、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希望されていた。そのため、今年度は、研究協力者らでオンライン会議を繰り返し、添付のリーフレットを作成した。すでに妊産婦向けのメンタルヘルスのためのリーフレットは充実しているが、飲酒問題への言及は少ない。一方、飲酒問題を強調したリーフレットでは、妊産婦に拒否反応を引き起こしやすいことが懸念される。そのため、妊産婦向けのメンタルヘルスリーフレットの一部に飲酒問題を取り入れることで、受け入れやすさを重視した。また、リーフレットの紙面だけでは伝えられる情報に限りがあるため、QRコードを取り入れ、詳しい情報をリンクさせる工夫を行った。

## 9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

### (ア)属性データ

有効回答 102 名中、男性 38 名 (37.3%)、女性 64 名 (62.7%) であった。平均年齢は  $42.33 \pm 8.28$  歳 (中央値 43.00 歳、最小値 25 歳、最大値 64 歳) であった。医師は 29 名、看護師は 73 名であった。救急医療を専門としての経験年数は平均  $18.22 \pm 9.28$  年 (中央値 19.00 年、最小値 1 年、最大値 38 年) であった。アルコール問題を抱える患者の月間経験症例数を 5 件ずつの度数でたずねたところ、最頻値は 1 から 5 例 (53.9%) であり、ついで 6 から 10 例 (19.6%) であった。21 例以上と答えた回答者も 16.7% 存在した。

属性データからは、回答者の中核は年齢 40 代前半、救急を専門としてから 18 年が経過している熟練したベテラン・中堅層の医師・看護師であることがうかがえた。また飲酒問題を抱える患者をほぼ日常的に診療している状況がうかがえた。

(イ)アルコール問題への対応困難感、ストレス対処能力、燃え尽きリスクの関連  
飲酒問題を抱える患者に苦慮した経験を持つ回答者は 104 名中 102 名 (98.1%) であり、ほぼ全員が飲酒問題への対応困難を経験していた。対応困難の理由としては「患者の暴言や暴力」が 83.3%、「予測できない危険行動や異常行動」76.5%、「院内での迷惑行為」74.5%、「同じ問題を繰り返す」73.5%、「指示や指導に抵抗を示す」69.6% と、多数の項目が挙げられた (複数回答可の設定であるため、合計は 100%にならない)。

飲酒問題への対応困難感尺度 17 項目の合計得点は「疲弊感」(.547,  $p < .01$ )、「精神的

距離」(.371,  $p < .01$ )と有意な正の相関、SOC 得点と負の相関(-.276,  $p < .01$ )を示し、苦慮や負担感の強さはバーンアウトのリスクやストレス対処力の低下と関連することが示唆された。また、積極群の平均値  $57.89 \pm 8.03$ 、消極群  $62.00 \pm 9.74$  で消極群の方がより頻繁に苦慮を感じていた( $p < .05$ )。また飲酒問題への対応困難感 17 項目の回答を因子分析で解析したところ、困難感を感じる要因として以下の 3 因子に分類された。a) 医療者との価値観 (あるいはモラル) との齟齬 (指導を聞き入れない、飲酒による迷惑行為を許せないと感じるなど)、b) 脅威性・対処困難感 (暴言や暴力を怖いと感じる、予測不能な症状急変のリスクを感じるなど)、c) 孤立感・連携困難感 (搬送先・紹介先がない、紹介先の対応が納得できない、必要な治療を提供できないと感じるなど)。

## 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

TSF プログラムに関する文献検討を行った結果、MAEEZ というプログラムがマニュアルなども整備されており、日本での自助グループ導入プログラムのツールを作成知るうえで、参考になることを確認した。そこで、まず MAEEZ を翻訳し、これが日本で有用かどうか、改定すべき箇所があるかを検討した。MAEEZ とは、「Making Alcoholics Anonymous Easier」の頭文字を取ったものであり、邦題は「アルコールリクス・アノニマス：AA をより簡単に理解するためのプログラム」とした。MAEEZ は主に、アルコール依存と薬物依存症の治療を扱う医療機関のスタッフがファシリテーターを務め、集団形式で実施する。ま

た、MAAEZの特徴として、必ずAAやNAを利用して回復した者の力を借りてグループ運営をすることが実施要件となっている。グループ・ダイナミクスを用いながら、AAを初めて利用する患者にとって、AA参加の障壁となりがちな点について丁寧に解説を加えている。今回我々は、支援者向けのプログラム構成や、ファシリテーターの要件、セッションの実施形式などをまとめた「MAAEZ マニュアル」と、ファシリテーターが実際にプログラム中に参照する「MAAEZ 実践ガイド」の日本語版を作成した。MAAEZの概要は以下のとおりである。毎週90分、全6回のセッションで構成され、全5回分のカリキュラムがある。

第1回 「導入セッション」AAに参加するメリットやミーティングの選び方に焦点を当てる。

第2回 「スピリチュアリティ」宗教的志向や神の信念体系を必要とするものばかりではなく、スピリチュアリティを重視するAAの考え方に沿った、幅広いスピリチュアリティの定義を患者に提供する。

第3回 「個性ではなく原則」AAに関する神話、さまざまな種類のAA、AAのエチケットや儀式などを正面から取り上げる。

第4回 「スポンサーシップについて」AAのスポンサーの機能を説明し、適切な人を選ぶためのガイドラインを示し、一時的なスポンサーを依頼する、断られたときに乗り越えるなどのロールプレイを行う。

第5回 「どうやって飲まないでいるか」断酒・断薬を続けるためのツールとして、再発のきっかけ、サービス、スリッパ(再発)につながる人や場所、物を避

けることなどに取り組む。

第6回目は、第1回の導入セッションに卒業生として参加する。

以上のことから、MAAEZにはTSFとして必要十分な内容が盛り込まれ、適切に構造化されており、我が国の臨床や調査研究にも適用できる可能性があることが確かめられた。

### 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

研究1：対象は1年目の35人から75人に増えた。有効率は1年目は43%だったが、2年間では48%で少し上昇傾向だった。年度別の治療結果では、全体に占める軽症群の割合は2019年度に51%だったのが、2020年度は79%と、軽症群が増加していた。有効率は2019年度に43%だったのが、2020年度は53%と、上昇傾向だった。病型別の有効率は2年間通算で、軽症群が63%の有効率で重症群が19%の有効率だった。ナルメフェンが有効な患者では、91日以上処方が多く1年以上処方を継続している者も居た。

研究2：アルコール依存症の診療状況については、「日常的に診療」と「ときどき診療」の回答の合計はサポート医56%、サポート医(専門)71%、専門医療機関(病院)医師100%だった。

回答者全員の診療方針について、I型(若年成人タイプ：軽症群)は減酒が1.712ポイントで一位、II型(社会機能維持タイプ：軽症群)は減酒1.227ポイントと断酒1.000ポイントが同率一位、III型(家族性中等タイプ：軽症群)は断酒1.152ポイントと紹介1.235ポイントが同率一位、IV型(若年反社会タイプ：重症群)は紹介が1.417ポイントで一位、V型(慢性重症タイプ：重

症群) では紹介が 1.591 ポイントで一位だった。

サポート医、サポート医(専門)、専門医療機関(病院)医師の3群におけるアルコール依存症病型別の診療方針で違いがあったのは、Ⅱ型(社会機能維持タイプ)では、専門医療機関(病院)医師(1.625 ポイント)がサポート医(0.853 ポイント)より断酒という意見(診療方針)が多く、サポート医は紹介(サポート医 0.853 ポイント>専門医療機関(病院)医師 0 ポイント)という意見(診療方針)が多かった。Ⅲ型(家族性中等タイプ)における診療方針では、専門医療機関(病院)医師(減酒 1.125 ポイント、断酒 1.875 ポイント)はサポート医(減酒 0.265 ポイント、断酒 1.029 ポイント)およびサポート医(専門)(減酒 0.396 ポイント、断酒 1.083 ポイント)より減酒あるいは断酒の診療方針が多く、サポート医およびサポート医(専門)は紹介の診療方針が強かった(サポート医 1.471 ポイント&サポート医(専門) 1.313 ポイント>専門医療機関(病院)医師 0 ポイント)。Ⅳ型(若年反社会タイプ)における診療方針もⅤ型(慢性重症タイプ)における診療方針も、Ⅲ型における方針と同様だった。

診療機会については、サポート医(1.294 ポイント)およびサポート医(専門)(1.458 ポイント)は専門医療機関(病院)医師(0.625 ポイント)よりもⅡ型(社会機能維持タイプ)の診療機会が多い傾向だった( $p=0.06$ )。Ⅴ型(慢性重症タイプ)の診療機会に関しては、専門医療機関(病院)医師(1.000 ポイント)がサポート医(0.235 ポイント)およびサポート医(専門)(0.375 ポイント)より多いという結果だった。

研究3: 平日日中(通常診療時間内)に瀬野川病院を受診したアルコール依存症者のう

ち紹介状ありは66件だった。紹介元は病院が22施設、診療所が27施設だった。年間で1人紹介が39施設、最多は4人紹介で2施設だった。紹介元の合計が49施設で、1施設当たりの平均紹介件数は1.35件だった。図5. に広島県内の市町村別の小回数を地図上の棒グラフで示した。依存症治療拠点機関である瀬野川病院の立地に近い市町村からの紹介が多かった。続いて二次保健医療圏ごとの人口10万人あたりの紹介数を算出したところ、瀬野川病院が立地する広島二次保健医療圏が人口10万対3.72件と最も高値で、続いて広島中央二次医療圏が人口10万対2.26件の紹介だった。研究4: アルコール依存症38人におけるBPQ-BA超短縮版(アンケートは未公開です)の平均値は22.08だった。ギャンブル依存症22人におけるBPQ-BA超短縮版の平均値は19.14だった。既報における健常対照群816人の平均値27.30に比べると、アルコール依存症のBPQ-BA超短縮版の値は健常対照群に比べて低い傾向( $p=0.07$ )で、ギャンブル依存症は有意に低かった。

## 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

70人が期間内に受診し、平均年齢57.4(SD 13.6)歳、27歳~79歳の範囲であった。女性は16人(22.9%)。1日飲酒量の平均は純アルコール135.2(SD 88.9)g、週平均飲酒回数は6.79(SD 0.99)回であった。AUDITの得点は23.0(SD 6.8)点で、68人(97.1%)がアルコール依存症と診断された。ほとんどの患者はこれまでアルコールの治療を受けたことがなく、専門医療機関受診歴もなかった。断酒者14人(20.0%)、飲酒量低減26人



(37.1%)、変化なし・悪化 5 人 (7.1%) であった。治療中断者は 16 人 (22.9%) で、そのうち 5 人 (7.1%) はその後かかりつけで断酒・飲酒量低減を行っていることが電子カルテ上で確認できた。アルコール低減外来での治療を患者・医師の合意の元終了したのは 9 人 (12.9%) であった。入院治療が必要な 5 人 (7.1%) を専門医療機関に紹介したが、外来治療対応可能な方に関しては、遠方のため受診継続困難であった患者以外は一例も紹介しなかった。

## 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

前年度に我々が作成した外来治療プログラムを行い、プログラムを完了した患者では、通常治療よりも断酒率が高い傾向が示唆されたが、プログラムの継続率が低いことに課題も見つけられた。現時点では有効性の判定を行うには十分な症例数が集められているとは言い難く、今後の更なる症例の蓄積が必要と考えられた。

### 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

全国のアルコール専門治療機関に対するアンケート調査を実施した。入院病棟は、アルコール依存症あるいは他のアディクシオン疾患と共同した依存症病棟としている施設もあるが、多くの専門治療機関では、他の精神疾患と共通の精神科病棟の中で依存症治療を行っていた。多職種でアルコール治療を行っており、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士が治療に関わっている施設が多く、薬剤師や栄養士はそれらに比べると関わっている施設

の割合はやや低かった。保健師や理学療法士、Recovered Staff が治療に関わっている施設はほとんどなかった。入院期間はおおむね 3 か月程度の治療期間を設定している施設が多かった。

入院以外のプログラムとして、家族向けプログラムや外来治療のプログラムを 70% 程度の施設で行なっていた。減酒外来などの減酒者向けの専門の治療を行っている施設は 17% にとどまっていたが、80% を越える施設で、少なくとも一部の患者で減酒を目的とした治療を行っていた。

コロナ禍前後の入院患者数、初診患者数の比較では、ともにコロナ禍前に比べて、患者数が減少している施設が多かった。これは、コロナ禍による受診控えの影響が大きいものと思われたが、コメントでは、在宅ワークの普及による飲酒量の増加や、失職による飲酒の増加など、コロナ禍に影響されたと思われる患者の増加も報告されていた。

### 3. 飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況

当該地域の保険薬局数が 246 施設であるのに対し、ナルメフェンの購入実績のある薬局は 47 施設と少なかった。さらにこのうち 5 施設は事前調査にて調剤実績がないため返納し、3 施設はアンケートの回答にて「ナルメフェンを一度も調剤したことがない」と回答している。ナルメフェンの処方施設も保険薬局へのアンケート結果から久里浜医療センターの他 1 施設程度であることが推察され、処方できる医療機関が少ない事がうかがわれる。ナルメフェンの承認条件として「本剤の安全性及び有効性を十分に理解し、アルコール依存症治療を適切に実施することができる医師によって

のみ本剤が処方されるよう、適切な措置を講じること。」とあり処方に制限があるため、処方医師数や施設数が予想よりも少なかったと思われる。又、2019年3月から2021年6月までの当院でのアルコール科受診者数・減酒外来受診者数・ナルメフェン処方件数の移動平均を区間12カ月で調査したところ、いずれも減少傾向にあった。新型コロナウイルスの流行により、受診を控える傾向にあったことも一因と思われる。

医師へのアンケートの調査対象患者はナルメフェンを2回以上処方され、かつ継続的に来院している患者を対象に行ったものである。断酒は処方目的を“断酒を最終目標に見据えた減酒”とした群が多かったが、これらの患者の継続割合の中央値は34.4%であり、ナルメフェン服用終了後も通院していることから、必ずしも長い服用期間を維持するだけでなく、継続的に診療を続けることが断酒につながると考えられる。本調査の対象者には永年当院を受診している患者も多く含まれた。主治医との関わりが長いため、治療方針としてナルメフェンを選択し副作用等の理由で処方中止となっても継続して治療を続けることが重要と思われる。

#### 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±13.5歳、女性47.8±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ことで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。

一方で受診を継続して断酒に至った者の例を見ると、経過の中で「なぜ飲酒が多量になったのか」を振り返りながら、断酒に至る十分な理由を得たケースを経験した。その理由は各人で様々であり、本人の能動性を重視しつつ自身が納得する形で断酒継続に至れたことが、以降の長期の安定に寄与するように思われた。

#### 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

アルコール健康障害の医療コストに関するエビデンスの収集を行い、多量飲酒が医療コストを増加させることを明確にするこ

とができた。

推計・試算にもとづくアルコールと医療費では推計の前提となるデータにより、総医療費の0.52%から6.9%がアルコール関連疾患で占めると見込まれた。医療経済的な研究結果では、costとexpenditureの留意点をふまえて、慎重に解釈する必要がある。高血圧や不整脈などの循環器疾患や消化管疾患の発症に、飲酒が関連していることが相当数考えられる。しかし、これらは他の要因も含めた複合的な要因で発症するため、診療行為別調査報告書による疾患単位の解析ではアルコール関連疾患としては分類されず、診療報酬にもとづく結果は過小に評価されている可能性が考えられる。また、用いる解析手法やデータセットにより異なる結果となるのは、推計・試算である以上仕方がなく、限界が含まれている。わが国における、総医療費におけるアルコール関連疾患の割合は、先行研究が示す0.52%から6.9%と幅広い結果であるが、こうした点を考慮しながら、解釈する必要がある。

また、飲酒と医療費に関するコホート研究では、多量飲酒者は、それ未満の飲酒者に比べ、月額約2000円の医療費を過剰に使用し、その過剰は入院医療費から生じている可能性が示唆された。これら結果の解釈として、月額約2000円の過剰医療費として算定された金額は幾何平均値であるため、絶対的な金額でないことに留意されたい。しかし、年齢、BMI、血清ALTなどの交絡要因を考慮してもなお、多量飲酒群で医療費が増加する傾向がみられた点は、expenditureとしての医療費とアルコール摂取の関連をより直接的に示していると思われる。また、その過剰は入院医療費から生じている可能性があることから、多量飲

酒者は、早期受診でなく重症化等の入院に至る状態まで医療機関を受診し難いことが考えられた。したがって医療費適正化のための対策として、多量飲酒者をターゲットとした早期の飲酒量低減対策・指導は医療経済の観点からも必要性が高いことが示唆された。

さらに、DPCデータからみたアルコール性慢性膵炎の医療費研究では、アルコール性慢性膵炎はその他の膵炎に比べ、1件あたり約10万円、過剰に医療費を使っていることが示された。医療が必要な状況において、アルコール関連疾患を代表するアルコール性慢性膵炎は、他の膵炎に比べ、より多くの医療行為や医療処置を要することが臨床医療を反映した報告から推察された。

本文献レビュー結果をわが国全体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わが国で行われた研究にもとづく文献であるが、調査された地域や世代が、現在の国民の状況を反映する実態と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、比較的少なかった時代背景が反映されている。性別による結果は現在と異なる可能性があり、解釈には注意が必要である。近年の変化を十分にとらえきれていない可能性が含まれる。さらに、この他、研究によって調整項目や追跡期間が若干異なる。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。

留意点を含みつつ、本研究結果をふまえ、多量飲酒者への飲酒低減の対策は、医療費適正化の観点からも必要であることを本研究結果は示唆している。

## 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

本調査は、介護支援専門員に対して行う全国規模での初めての在宅高齢者アルコール関連問題実態把握に関する調査である。今回のアンケート調査結果から、介護支援専門員が担当しているケースの、男性では8.0%、女性では0.8%でアルコール問題が明らかにあるか疑われるという結果であった。この値は、2002年に行った26名の介護支援専門員を対象にしたパイロット研究での調査で、対象となる男性高齢者133名のうち8名(6.0%)に明らか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がさらに4例(3.0%)認めたという値に近く、また介護者のアルコール問題も前回調査で1.1%に認め、今回も0.93%であったことから、介護保険サービスを受けている在宅高齢者の介護支援専門員から見たアルコール問題の出現頻度について、全国規模で信頼性の高いデータが得られたと考えられる。また、介護現場でアルコール問題への介入・支援のために必要とされているものが、精神科などの医療機関、地域保健師との連携、アルコール問題の相談機関リストであることを明らかにすることができた。

在宅でアルコール問題を抱える高齢者支援に関わる介護支援専門員が必要としているものとして、精神科などの医療機関、行政、福祉の連携あるいはネットワーク会議(218名、75.2%)、アルコール問題の相談機関リスト(198名、68.3%)、地域保健師との連携(151名、52.1%)などが多く挙げられたことから、アルコール問題についても、医療と介護・福祉、行政のさらなる連携強化が求められていることが分かったため、今後は、アルコール問題対策に

については、福祉事業者を含めた研修会や連携協議会の開催が地域で必要と考えられる。

## 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

今後、治療実態調査に基づいて、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・考察を行う予定である。

## 8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

2020年度のアンケート調査結果から、節酒指導に避ける時間が1~5分、ツールの形態としてはリーフレットがよいという産婦人科医らの希望が分かった。この結果を受け、2021年度は、妊産婦向けのメンタルヘルス用リーフレットを作成した。今回のような妊産婦向けのメンタルヘルス用リーフレットに、具体的な節酒指導を盛り込んだ資料は未だ少なく、今後の妊産婦に対しての節酒指導の質の向上につながるものと考えられる。

## 9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

本研究は救急医療の中核を担う40代前半、平均経験年数18年のベテラン・中堅救急医・救急看護師を対象としたアルコール問題への対応困難感、自己効力感、燃え尽きリスクなどを調査した研究である。調査結果から、救急医療に従事する医師や看護師はアルコール問題を持つ患者に苦手意識や忌避感情を持ちながらも真摯に診療を

提供している姿がうかがえた。しかし飲酒問題事例の特性として暴言や暴力、迷惑行為と言った脅威性、同じ問題を繰り返して救急受診するという反復性、治療に対する抵抗、「自分たちの力ではアルコール問題を解決できない」という対処困難感、解決できない問題を自分たちだけで対処しなくてはいけないという孤立感、行政や依存症専門医療機関を遠く感じるという連携困難感などがあり、こういったことが救急医療従事者の疲弊感、燃え尽きにつながる可能性が示唆された。

一方でアンケートの自由記載からは、依存症専門医が救急部門を持つ総合病院に定期的に訪問し、現場のニーズに対応する試みへの期待・賞賛も聞かれた。今後は依存症専門医療機関が救急部門などにアウトリーチし、積極的に連携および診療支援をする必要性が推察された。

## 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ムティックレビュー

今年度あらためて、TSFプログラムについて文献的検討を行い、まず専門家自身が自助グループの内容や特徴そして効果を理解し、それをわかりやすく当事者や家族に伝えることが重要であることが明らかになった。TSFプログラムの代表例であるMAAEZを調べ、翻訳をする過程で、内容としては以下のような点が注目された。

・12ステップの効果についても論文のリストなども示すなどして、具体的にしめされていた。一方的に効果があるから信じなさいというようなやり方ではなく、提供できるエビデンスはできるだけ示すということであり、透明性をもった進め方が行われていることが重要であると考えられた。こ

うした方法は伝えられる側の当事者・家族のみでなく、伝える側の専門家にとっても有用であると思われる。

・12ステップのスピリチュアリティやハイヤーパワーなどの概念は、海外でも宗教と誤解されやすく、TSFプログラムでは丁寧に説明されていた。キリスト教が普及している欧米でもこうした内容が伝えられていることからすると、わが国では、さらに必要な要素であると考えられた。

・AAにおける参加者同士の相互作用やメンターの意義や手法についての説明がなされる。アルコール依存症という同じ病気やそれに伴う困難をともにしている参加者＝「仲間」との関係性が大きな回復促進要因になっており、その点の説明が行われている。そうした方法の一つとして、スポンサーシップと呼ばれるメンターの手法があり、このことの説明にも時間をかけている。一般にコミュニティ活動は、回復促進的な面がある一方、極端なヒエラルキーやセクト主義などが生じると逆に否定的な影響を生じる可能性がある。正直に悩み事を言いやすく、風通しのよい関係性を維持することは自助グループの効果に直結することといえ、この点に関する説明がなされることは重要であることが確認できた。

・TSFプログラムのセッションや運営は専門家だけで行わずに、必ず自助グループメンバーにも入ってもらうこと。専門家として12ステップを知り、紹介することがこのプログラムの眼目であるが、自助グループへのつなぎとしては、そのメンバーの方とふれあってもらうことが何よりの紹介になるといえる。これまでも医療機関などで、自助グループの方のメッセージをとどけてもらうことが行われてきており、目新しいといえないかもしれないが、TSFプロ

グラムでは、あらかじめそうした情報提供について専門家と自助グループ面が一緒に企画し、実施するものであり、紹介よりも積極的な試みといえる。

以上のような特徴をもつ TSF プログラムを日本に導入する意義について最後に触れる。わが国では依存症医療に従事する者が使用できる、自助グループへつなぐことを促進する構造化、体系化されたプログラムは存在しなかった。自助グループについては、医療機関や精神保健福祉センターや保健所などで取り上げてきた歴史はこれまでにあるものの、こうした活動に積極的に触れている担当者とそうでない担当者では理解度や紹介の仕方に差が出てしまっていると思われる。特に地域では、高齢者介護への支援や新型コロナウイルスへの対応などの業務が増えて、アルコール依存症やその自助グループに関する対応はどうしても以前よりも比重が下がっても仕方がない状況といえる。担当者の入れ替わりがこうした状況に拍車をかけている面もあると思われる。自助グループの意義を紹介するプログラムのツールがあることは、援助者の間で継続的に自助グループとの連携を維持していく上で大きな意義があると思われる。

令和3年度は、TSF プログラムに関する文献検討を行い、海外で有用性が実証されている MAAEZ プログラムの翻訳を行った。今後はこの翻訳をもとにして日本で用いることができるプログラム資料を作成し、自助グループの方や専門機関や行政機関の方にも意見を聞いて改定を行うなどをして、日本版の完成を目指したい。

## 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

研究1：重症患者が多いと考えられる依存

症専門医療機関であっても、減酒治療の経験を積むことにより、軽症の患者に対してナルメフェンを処方する傾向が強くなってきたのかもしれない。あるいは、減酒治療を行うことで、軽症患者の受診が増えたのかもしれない。このように、専門医療機関でも減酒治療を行うことで治療の選択肢が広がり早期治療が進む可能性が示唆された。また、長期にナルメフェン処方される患者の存在は、入院により社会から隔離されることなく外来治療を継続できていることが示唆された。

研究2：今回の回答者をサポート医、サポート医（専門）、専門医療機関（病院）医師の3群に分類した結果から、サポート医は軽症では減酒や断酒を試みるが重症になると紹介を選択するという診療姿勢で、サポート医（専門）は精神障害を併存する場合にも自ら治療を試みるが紹介にも前向きであり、専門医療機関（病院）医師はまずは自ら診療する方針を持っていることが示唆された。一方で、紹介における課題としては、患者が専門医療機関受診を躊躇するという患者側の要因や、受け入れ側の要因が挙げられたことから、アルコール依存症の治療を適切に実施するには、日頃から医療者同士の連携を構築して紹介しやすい雰囲気醸成することも必要と思われる。

研究3：紹介元が49施設という結果からは、連携を取るにも顔の見える関係を広く構築する必要がある。一方、紹介する立場では1年に1件程度の紹介のためにどれくらいの時間を連携構築に費やせるかについて考える必要がある。二次保健医療圏ごとの紹介では、瀬野川病院の立地する圏域からの紹介が最多であった。患者も家族も紹介する医師も、近くに紹介できる専門医療機関があるのが望ましいと考えるのは当

然であろう。研究2と研究3の結果を総合的に見ても、同じ二次医療圏内で紹介ができる連携が取れることが必要である。一方、瀬野川病院は依存症以外の疾患も積極的に受け入れる精神科救急拠点でもあるので、多くの精神疾患の医療連携の中の依存症という観点からの調査研究も必要と思われる。これについては来年度に詳細な解析を予定している。

研究4：アルコール依存症やギャンブル依存症といった依存症者では、健常人と比較して内受容感覚の自覚に何らかの違いがある可能性が考えられた。今年度は予備的調査だったので、来年度はアルコール依存症者の入院治療による内受容感覚の変化について調査する予定である。

## 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

ほとんどの受診者はアルコール依存症と診断された。専門医療機関受診歴がほとんどないことから、内科領域に本外来が設置されることで受診の抵抗感が低下したことが示唆される。半数以上が飲酒量低減もしくは断酒に至り、治療中断率も比較的低く、入院以外の専門医療機関への紹介はなかった。内科領域でのアルコール低減外来の設置は、治療ギャップを埋めるために効果的な「治療窓口」として機能する可能性がある。

また、「アルコール低減」と標榜しているにも関わらず、20%は断酒に至った。飲酒量低減を望む方が断酒に至っただけでなく、アルコール相談・治療窓口として認識されているかもしれない。

限界として、単一施設、単一医師による外来設置効果であることが挙げられる。複

数医師、複数箇所の設置による結果の一般化および長期的な予後に関する研究が望まれる。

## 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行い、プログラムを完了した患者では、通常治療よりも断酒率が高い傾向が示唆された。今後、更に症例を増やすために、他施設との共同研究を行い、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

全国のアルコール専門治療機関に対するアンケート調査を行った。専門治療期間では、外来治療のためのプログラムや減酒を目標とした治療が、多くの施設で行われていることが分かった。コロナ禍の影響により、多くの施設で入院患者数や初診患者数の減少が見られていた。今後、さらに詳細の解析を加えると共に、専門治療施設以外での治療の実態についても調査をしていきたい。

### 3. 飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況

患者がナルメフェンを継続服用するためには、薬剤師は患者の飲酒量のチェックや患者家族と連携してサポートしていく姿勢が大切である。処方できる施設および医師はまだ少ないが、2021年10月8日の厚生労働省の事務連絡により、e-ラーニングによりナルメフェンを処方するのに必要な研修が受けられるようになったため、今後ナルメフェンを処方できる医師および施設数

が増加する可能性がある。

断酒できた患者のナルメフェンの継続割合の中央値は34.4%であり、継続日数を延ばすことだけにこだわらず、患者の治療年数や重症度により治療目標を選択することが重要と思われる。患者はナルメフェン服用終了後も継続して治療を受けており、ナルメフェンの継続期間を延ばすだけでなく、飲酒量低減もしくは断酒のための継続的なサポートが必要である。今後はナルメフェン服用患者のアンケート分析を行い、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、緩やかな目標設定の中で能動性を持って断酒に至ることができたと思われる。今後症例の集積を行い、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

アルコール健康障害の医療コストに関するエビデンスの収集を行った。医療費研究のexpenditureの観点に絞り、アルコールが医療経済的に与える影響を明確にした。推計・試算にもとづくアルコールと医療費では推計の前提となるデータにより、総医療費の0.52%から6.9%がアルコール関連疾患で占めると見込まれた。また、飲酒と医療費に関するコホート研究では、多量飲酒者は、それ未満の飲酒者に比べ、月額約2000円の医療費を過剰に使用し、その過剰は入院医療費から生じている可能性が示唆された。さらに、DPCデータからみたアルコ

ール性慢性膵炎の医療費研究では、アルコール性慢性膵炎はその他の膵炎に比べ、1件あたり約10万円、過剰に医療費が発生していることが示された。医療費の面からも、多量飲酒者に対する飲酒量低減対策は疾病負荷改善に資することができ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

全国の介護支援専門員に対するアンケート調査によって、介護支援専門員が関わるケースの男性で8.0%にアルコール問題が明らかにあるか疑われ、また介護者のアルコール問題も0.93%に認められた。今後地域ごとに介護支援専門員や介護福祉士に対して、精神科などの医療機関、行政との連携強化あるいはネットワーク会議の開催、アルコール問題の相談機関リストの提供などが必要と考えられ、増加すると思われる在宅高齢者のアルコール問題対策を考える時、都道府県で開催されているアルコール健康障害対策の関係者会議等に介護・福祉領域からの参加も望ましいと考えられた。

#### 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ムティックレビュー

各施設に対して治療技法の調査を行い、各施設で用いられているテキストを集めて実態調査、解析を行うことにより、アルコール依存症の回復・支援に係る効果的な対策が期待される。

#### 8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

本年度の研究では、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



導用のリーフレット作成を行った。

## 9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

救急医療従事者は日々ストレスフルな環境で医療活動が続けている。その中で暴言や暴力示威など脅威性を感じ、かつ自分たちの専門外であると言う徒労感を持ちながらも飲酒問題の治療に当たっている。しかし孤立し支援のない状況であれば、燃え尽きのリスクが高まる。依存症専門医療機関の連携不足の声は、逆に言えば期待の表れである。今後はいかに依存症専門医療機関が救急医療を連携・支援するかが課題である。

## 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ムティックレビュー

今年度は、専門機関などから12ステッププログラムにつなぐ際に用いられる手法である12ステップファシテーションプログラム(TSFプログラム)について取り上げた。TSFプログラムに関する文献検討を行った結果、MAEEZというプログラムがマニュアルなども整備されており、日本での自助グループ導入プログラムのツールを作成するうえで、参考になることを確認した。そこで、支援者向けのプログラム構成や、ファシリテーターの要件、セッションの実施形式などをまとめた「MAEEZマニュアル」と、ファシリテーターが実際にプログラム中に参照する「MAEEZ実践ガイド」の日本語版を作成した。

## 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

専門医療機関でも減酒治療を行うことで治療の選択肢が広がり早期治療が進む可能

性が示唆された。早期のアルコール依存症に対する介入に前向きな医師が増えつつあるが、重症患者については専門医療機関への紹介の希望も強く、適切な医療連携が必要である。かかりつけ医等と専門医療機関との連携は同じ二次医療圏など近隣の関係性が望ましいが、どのように連携を構築するのが良いかは今後の課題である。内受容感覚がアルコール等の依存症者の病態生理の理解に役立つかもしれない。

## 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

日本の内科領域で初めて設置したアルコール低減外来の効果について検証した。治療ギャップを埋める意味でも、受診ハードルを下げる意味でも効果的であることが示唆された。複数箇所の設置による結果の一般化および長期的な予後に関する研究と、当該外来を担える、主に内科領域の人材育成が望まれる。

## F. 健康危険情報

特になし。

## G. 研究発表

1. 論文発表
  1. 湯本洋介, 樋口進. アルコール依存症の新ガイドラインと治療ゴール(特集 仮装症例から学ぶアルコール依存症の新ガイドラインと治療ゴール: 断酒と減酒の実践的治療を考える). 精神神経学雑誌. 2021; 123(8): 475-481
  2. 湯本洋介, 樋口進. アルコール依存症の長期的展望(特集 精神疾患患者の人生全体を視野に入れた治療と支援). 臨床精神医学. 2021; 50(11): 1161-1167

3. 杠岳文：高齢者のアルコール問題-介護現場におけるアルコール問題-. 日本アルコール関連問題学会雑誌. 22 ; 7-10, 2021
4. 森田展彰：アルコール使用障害とDV・子ども虐待、医学のあゆみ別冊・アルコール医学・医療の最前線 2021UPDATE:121-127, 2021.
5. 新田千枝 森田展彰:高齢アルコール依存症の臨床特徴-認知機能低下の有無による治療経過の比較-, 日本アルコール関連問題学会雑誌 22(2):15-21, 2021.
6. 森田展彰：DV, アディクションとアタッチメント, (遠藤利彦編)入門アタッチメント理論-臨床・実践への架け橋, 日本評論社, 東京, 2021.
7. 新田千枝：新型コロナと生活・健康 断酒会会員への緊急アンケート 依存症対策全国センター, 全日本断酒連盟かがり火, 220号, 2020.
8. 豊田ゆかり、加賀谷有行、下原篤司、津久江亮太郎、岡本泰昌：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: 226-231, 2021.
9. 加賀谷有行、津久江亮太郎：アルコール依存症診療に関する広島県アルコール健康障害サポート医の意識調査の報告 広島医学 74 : 481-489, 2021.

## 2. 学会発表

1. 岡田 美晴、長谷川 貴子、木村 充、樋口 進:ナルメフェンの使用状況調査. 第 75 回国立病院機構総合医学会、2021/10/23
2. 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
3. 森田展彰：Covid-19 の感染状況が家族の関係に与える心理的な影響とその対策

- 一子ども虐待・家庭内暴力の予防を中心にー：新型コロナウイルス禍と依存症関連問題、日本精神科診療所協会第 27 回学術集会 2021. 9. 13(オンライン開催)
4. 森田展彰：コロナ禍が家族観の葛藤や暴力に与える影響 シンポジウムコロナ禍で子供たちの暮らしはどう変化したか～子供臨床の現場から～ 第 117 回日本精神神経学会学術総会 S-487 2021. 9. 19(オンライン開催)
5. 森田展彰、渡邊洋次郎、斎藤環、大谷保和：オープンダイアログと自助グループ, 第 56 回日本アルコール・アディクション医学会、三重県 (Web 開催) , 2021. 12. 18.
6. 新田千枝：新型コロナとアルコール依存-コロナ禍で断酒会員の再飲酒に関連した要因は何か, 第 43 回日本アルコール関連問題学会シンポジウム「コロナ禍のアディクション問題」, 三重県 (Web 開催) , 2021. 12. 19.
7. 小田美紀子、加賀谷有行、津久江亮太郎、豊田ゆかり、下原篤司、岡本泰昌：医療法人せのがわにおけるアルコール依存症の減酒治療の経験 第 10 回日本精神科医学会学術大会, 横浜 (web), 2021. 9. 9-10.
8. 加賀谷有行、津久江亮太郎、下原千夏：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）の診療に関するアンケート調査の報告, 第 10 回日本精神科医学会学術大会, 横浜 (web), 2021. 9. 9-10.
9. 豊田ゆかり、加賀谷有行、津久江亮太郎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：第 26 回中国四国 GHP 研究会, 広島 (web) , 2021. 10. 16
10. 加賀谷有行：瀬野川病院での実践から精神科病院におけるアルコール依存症の減

酒治療を考察する, アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 津(web), 2021. 12. 18.

11. H.Hida, A.Kagaya, C.Shimohara, R.Tsukue, A.Shimohara, S.Yamawaki, M.Machizawa, A comparison of body awareness on addictive disorder patients reveals dissociable nature of addiction on interoceptive sensitivity. 2022 Society of Affective Science Annual Conference 2022. 3. 30-4. 2 virtual.

12. 吉本尚, 斎藤剛, 大脇由紀子. プライマリケア等におけるアルコール低減外来の展開とナルメフェン使用経験. 第 56 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会. 三重県. 2021 年 12 月

13. 吉本尚, 斎藤剛, 大脇由紀子. 内科領域でのアルコール低減外来の設置効果. 第 43 回日本アルコール関連問題学会. 三重県. 2021 年 12 月

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし