

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2－4年度総合総括研究報告書

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作成した。その効果を検証するためランダム化比較試験を行い、プログラムを受けた患者では、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) 保険薬局のアンケートからナルメフェンを処方できる施設が少ないことがうかがわれた。医師のアンケートから、ナルメフェンの服用期間が短くても患者は継続して通院しており、服用継続期間の長さが断酒につながるわけでは無いことがうかがわれた。患者アンケートでは、ナルメフェンの効果は自覚するものの不快な症状のために継続できない患者が多かった。
- (4) 減酒外来を受診した症例で、減酒から断酒へと至ったケースの特徴として 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。

- (5) 文献レビューにより、飲酒量低減によるアルコール健康障害の改善効果については、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につながるということが明らかとなった。飲酒量低減によるアルコール健康障害の医療コストでは、医療経済的な面からは、わが国において少なくともエタノール換算週およそ 450 g 未満とすることが、医療費軽減につながることを示唆された。
- (6) 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。対応に苦慮した事例を複数例組み合わせ、架空の在宅高齢者アルコール問題 21 事例を作成、多機関 7 職種による事例検討会を開催し、「在宅高齢者アルコール問題対応の道標～多機関多職種による事例検討集～」を作成した。
- (7) 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。地域に合わせて佐賀県版、長崎県版、兵庫県版を作成した。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。
- (8) わが国の大半の施設において認知行動療法を用いた治療プログラムが行われていることが判明した。また各施設のテキストを集めることにより、その具体的な内容を検討できた。
- (9) アルコール問題を呈する患者を救急医療で引き受けることにより、暴言や暴力などの脅威や同じ問題を繰り返す反復性という患者の特徴、患者の飲酒行動に対する医療者の陰性感情などから対応困難感を生みやすく、ストレス対処の低下やバーンアウトのリスクと関連し、特に反復性と仕事に対する熱意の低下は、患者を引き受けることへの忌避感への影響因となりうる。COVID-19 対応ストレス下で無視できない率の看護師がベンゾジアゼピン、アルコールの依存・乱用リスクを持つことが分かった。また抑うつ症状も多く見られることが分かった。
- (10) 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。レビューの結果を基に注目された 12 ステップファシテーションプログラム (TSF プログラム) の一つである MAEEZ (Making Alcoholics Anonymous Easier) というプログラムの翻訳を行った。さらに、より幅広く用いられている Hazelden 病院で作成された TSF および TSD-COD (重複障害用の TSF) の内容や意義を詳しく調べ、日本で用いることができる TSF のマニュアルの試作版を作成した。

- (11) 減酒治療は早期で軽症のアルコール依存症患者に対して有効であり、依存症専門医療機関でも治療の選択肢の一つにすることで治療の幅が広がることが示唆された。依存症専門医療機関に選定されたことにより、社会的入院が減り ARP により断酒に対する動機づけが強まることが示唆された。紹介については近隣からが多く、依存症専門医療機関は二次医療圏に一つ以上存在することが望ましいと思われた。
- (12) 無床診療所で、北茨城市民病院附属家庭医療センターに設置されたアルコール低減外来では、94.3%の患者に専門医療機関受診歴がなかった。大学病院を含めたアルコール低減外来では、4年間強の間に189人が受診し、90%以上の患者が依存症と診断され、75%以上の患者が治療を継続していた。一般医療機関医師177人の2次データのロジスティック解析で「依存症に至らない患者のスクリーニング」と「飲酒問題に関して家族のみの相談を受けたことがある」、「減酒指導」と「飲酒問題に関して家族のみの相談を受けたことがある」「アルコール依存症患者の専門医療機関の受診を勧めるために、院内外その他職種や職場、産業医、自助グループと連携している」に有意な正の関係を認めた。

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

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。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と秋元病院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、本外來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

アルコール治療拠点医療機関となっている全国の188のアルコール治療専門医療機関に対して、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。

質問内容は、別紙1のとおりである。その内容は、下記のような内容を含む。

1. アルコールの専門治療病棟の有無とその環境
2. 依存症治療にどの職種が担当しているか。
3. 依存症専門治療の治療機関の設定
4. 依存症病棟での身体合併症の受け入れとその担当者
5. 依存症専門治療で取り入れている治療技法

6. アルコール依存症のサブグループ向けの治療の有無

7. 入院中の自助グループ傘下の有無

8. 家族向けプログラムの有無

9. 外來患者向けのプログラムの有無とその内容

10. 減酒を目標とした治療を行っているか。

11. アルコール依存症治療に取り入れている薬物療法の種類

12. コロナ禍前後の2019年～2021年の患者数とその変化

13. コロナ禍における依存症患者の特徴

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來を受診した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

1. 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

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。

2. 飲酒量低減による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

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。

また、わが国の医療費研究のうち、一般住民を対象とし大規模なコホート研究によって、飲酒量と総医療費の関係を検討した文献を対象とした。検索ソースはPubMedとし、検索ワードは、“alcohol consumption”、“medical cost”または“medical expenditure”、“cohort”、“Japan”とした。なお収集した論文は、国際誌に掲載されたものに限定した。

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

初年度から二年度目は日、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った。アンケートの内容は、①担当する在宅高齢者の中でのアルコール問題を有するケースの出現頻度、②飲酒関連問題の具体的内容、③介護する家族にみられるアルコール問題の頻度、④有効な支援に必要な事柄、⑤アルコール問題で利用したことのある相談機関、あるいは知っている相談機関、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、あるいは自由記載により調査した。

最終年度は、アンケート調査で対応困難事例として類型化した a. 認知症関連、b. 介護者飲酒問題、c. 専門医療機関等との連携、d. ターミナルケア・死亡、e. 家族の負担とかかわり方に関する問題、f. 飲酒、酩酊にまつわる様々な問題、g. その他の問題の分類に沿って、複数の事例を組み合わせながら、分担研究者と研究協力者らは21例の架空事例を作成した。予め事例を提示しWEB上で1回2時間の7事例ずつの事例検討会を計3回行い、意見交換を行うとともに、後日各自のコメントを文書にまとめて提出してもらい、事例検討集としてまとめた。また、重要な用語についてはコラムとして解説を加え、相談窓口や専門医療機関リストなどもリンク先を表示し、参照できるようにした。

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

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、解析と検討を行った。

8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

選定したフィールドで、妊産婦の飲酒実態調査を行った。また、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た。作成した妊産婦対象のメンタルヘルス及び節酒指導用リーフレットを、各自治体の具体的な相談先を一つのサイトにまとめて、そこにリンクさせたQRコードを載せ、地域密着型のリーフレットを作成した。この地域密着型のリーフレットを作成する協力者を募集し、協力者と共に、行政の母子保健を担当する窓口へリーフレットを置き、妊産婦へ配布した。

9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

1. 予備的調査

目的：課題抽出のための基礎的データとするために、予備的調査として救急医療に従事する医師（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。聴き

取りの内容を基に救急医療現場でのアルコール関連問題の患者への対応において医療従事者が持つ困難感について抽出した。抽出した内容は、本調査で実施する「アルコール関連問題に対する困難感」を作成するための基礎的データとした。

2. 本調査

調査対象者：救急医療に従事する医師または看護師

調査方法および実施期間：2021年11月から22年2月の期間、SurveyMonkeyによるウェブアンケート形式で調査を実施した。ウェブアンケートへの回答は、救急医ネットワークグループや救急医療に従事する看護師の学会を通して回答を依頼した。調査項目として、基本属性、飲酒問題の把握方法、飲酒問題を抱える患者の対応に苦慮した経験の有無、苦慮した理由、アルコール問題への対応困難感、バーンアウト傾向、ストレス対処力、アルコール問題を持つ患者の治療や対応を引き受ける意欲についてが含まれた。

また、COVID-19が看護師に与えた精神的影響とアルコール及び処方薬の乱用リスクとの関連を調べるため、COVID-19感染症対応経験のある看護師に対して、ウェブアンケートによりCOVID-19の影響、飲酒問題、処方薬問題、うつや不安障害の程度、レジリエンスの程度等を調べた。

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

（研究1）アルコール依存症の自助グループの有効性に関する文献調査

文献のシステムティックレビューを行った。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「1

2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。

(研究2) 12ステップファシリテーション (TSF) プログラムのレビューと日本導入への検討

研究1のレビューの結果を基に注目された12ステップファシリテーションプログラム (TSF プログラム) の一つである MAEEZ (Making Alcoholics Anonymous Easier) というプログラムの翻訳を行った。

更に、より幅広く用いられている Hazelden 病院で作成された TSF および TSD-COD (重複障害用の TSF) の内容や意義を詳しく調べた。その上で、3年間の研究のまとめとして、日本で用いることができる TSF のマニュアルの試作版を作成した。

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

(1) 依存症専門医療機関における減酒治療の試み

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、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)) で飲酒量低減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)、初回処方の時期などの情報を抽出した。飲酒量低減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。I型 (若年成人タイプ)、II型 (社会機能維持タイプ)、III型 (家族性中等タイプ) を軽症群とし、IV型 (若年反社会タイプ) とV型 (慢性重症タイプ) 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。

次に、2021年3月31日までに瀬野川病院で飲酒量低減薬を処方した75人を対象として、治療経過について最長2年間の追跡をした。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。

(2) 依存症専門医療機関における治療および医療連携の実績

瀬野川病院の診療録より 2016/10/1~2017/3/31 (依存症専門医療機関の選定前) および 2021/10/1~2022/3/31 (依存症専門医療機関の選定後) に入院治療を開始した者の診療データを抽出した。年齢、性別、紹介の有無、入院期間、入院治療の詳細 (点滴の有無、依存症治療プログラム (ARP) の参加状況、薬物療法など) について調査し、退院時の薬物療法についても調査した。

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患者（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。

（3）依存症専門医療機関で取り組む依存症の理解の試み：内受容感覚に関する調査
アルコール依存症で通院を開始した者又は入院を開始した者で同意が得られた者に対して内受容感覚に関する質問紙（BPQBAVSFJ）を実施した。通院治療開始した場合は約3か月後にも同意を得た後にBPQBAVSFJを実施し、入院治療開始した場合は退院前にも同意を得た後にBPQBAVSFJを実施した。内受容感覚測定と同時期に行った血液検査（AST, ALT, γ GT, 平均赤血球容積(MCV), 血小板(Plt), Fib-4 index)結果を診療録より抽出した。BPQBAVSFJは12の質問で構成されており、各質問1～5点、合計60点満点の質問紙である。

（4）依存症専門医療機関の現状についての調査（依存症専門医療機関にアンケート）

中国四国地方の依存症専門医療機関に別紙のアンケートを送付し、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年12月31日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。

（5）依存症専門医療機関に求められる機能についての調査（サポート医等にアンケート）

広島県アルコール健康障害サポート医（サポート医）および広島県アルコール健康障害サポート医（専門）（サポート医（専門））に登録し、2020年3月31日に広島県HPに掲載された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。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ことになるので132人を母集団として解析した。

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

まずは、アルコール低減外来の効果について、2019年1月から2023年1月までに北茨城市民病院附属家庭医療センターに受診した患者を対象とした。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。続いて、2021年4月から新しく設置した筑波大学附属病院のアルコール低減外来も合わせて調査した。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。またアルコール依存症に関する治療薬（アカンプロサート、ナルメフェン）の使用状況について調査した。

「第1期アルコール健康障害対策推進基本計画における対策の取組状況および効果検証に関する研究」の報告において収集された一般医療機関医師データを用いた2次解析では、日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医、プライマリ・ケア認定医を対象としたwebアンケート調査にて回答のあった177人を対象とした。性別、医師年齢、外来における過剰飲酒患者およびアルコール依存症患者割合予測、家族相談の有無、関係機関連携、自助グループ参加歴を収集した。その他、勤務体系、勤務地で調整した。依存症に至らない患者のスクリーニング・診断、減酒治療に関連する

要因について、ロジスティック回帰分析にて解析した。

(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

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などの技法を参考にして、外来治療プログラムを開発した。

(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、の全6回の介入を行うこととした。

有効性の評価の研究について、久里浜医療センターで54名、秋元病院から13名の患者が研究にエントリーした。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有意な差ではなく、その他も差はなかった。

現時点のデータでの両群の6回の介入終了時の断酒率について、表4に示す。介入途中での脱落者を断酒以外とみなす場合、脱落者を除外する場合ともに、集団療法群

の方が通常診療群に比べて、断酒している患者の割合が高い傾向が認められたが、有意な差ではなかった。エンドポイントを断酒ではなく、明らかに飲酒量が減った場合とすると、両群の差は小さくなったが、やはり集団療法群の方が改善した者が多い傾向にあった。

各介入の週間の飲酒日数、総飲酒量、多量飲酒日数にも両群で差は認められなかった。(表7-9) γ GTPの値は、全4回を検査された群では集団療法群の方が低い傾向がみられたが、ベースライン時から集団療法群の方が低く、介入の結果であるとは考えられなかった。

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

188のアルコール専門医療機関にアンケートを送付し、116の専門医療機関

(61.7%)より回答を得た。アンケートの回答があった116施設のうち、入院病棟を行っているとは回答した施設は96施設であった。そのうち、アルコール専門の入院病棟がある施設は15施設(15.6%)、他のアディクション疾患との共同の依存症病棟がある施設は15施設(15.6%)であり、残りの66施設(68.8%)は他の精神疾患の病棟の中でアルコール治療を行っていた。

アルコール依存症の治療にあたっている職種は、医師、看護師、精神保健福祉士・社会福祉士が大多数の医療機関で治療に関わっていると回答されていたほか、作業療法士、臨床心理士も80%以上の医療機関で治療に関わっていた。他に治療に関わることが多い食事として、薬剤師、管理栄養士・栄養士が半数以上の医療機関であげ

られていた。

入院治療期間については、9割以上の医療機関で、少なくともある程度設定された治療機関があると答えられていた。設定された治療の期間としては12週間程度が最も多く、次いで8週間程度の医療機関が多かった。

使用されている治療技法として多く取り入れられている治療技法としては、作業療法、認知行動療法、自助グループへの参加などが挙げられる。サブグループ向けのプログラムとしては、高齢者用プログラム、女性患者用プログラムを設定している医療機関がある程度あったが、全体の施設数からは2割程度にとどまった。(表7) 自助グループへの参加は、プログラムの一環として義務付けていると回答した施設は多くはなかったが、多くの施設で参加が積極的に推奨されていた。家族向けのプログラムも、7割程度の医療機関で行われていた。外来患者用のプログラムは、約53%がアルコール専用の外来プログラムがあり、27%が他のアディクション疾患と共同のプログラムを持っていた。

減酒を目標とした治療については、約85%の医療機関で、少なくとも一部の患者に対しては行われていた。約17%の医療機関では、減酒外来等の減酒を目的とした専門の治療が行われていた。

アルコール依存症に対する薬物療法としては、どの薬剤も医師の選択により使用されていた。「原則処方する」と回答された割合が最も大きい薬剤はアカンプロサートであった。ナルメフェンも、本研究対象のアルコール専門治療期間では多くの施設で利用されているようであった。

コロナ禍以前の2019年と、コロナ禍後の2020年、2021年の患者数を比較する

と、入院患者数、初診患者数ともに、増加した医療機関よりは減少した医療機関の方が多かった。これは、アンケート回答者の印象による患者数の変化と一致していた。一方で、2021年のアルコール使用障害患者の特徴の印象について尋ねた設問では、初診時の重症度、飲酒量、スリップの頻度のいずれも増加していると回答したものが多く、アルコール使用障害としての受診患者の重症度は上がっている可能性が示された。

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年と幅広い為、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。有効回答33名中、飲酒量、飲酒頻度については、週に4回以上飲酒すると答えた者が21名おり、1日6ドリンク以上の多量飲酒を毎日あるいはほとんど毎日すると答えた者が10名いるなど、問題飲酒者が多くみられた。

ナルメフェンの服用については、31名中およそ半数の15名がナルメフェンの効果を感じたと答えており、5名は初めは効果を感じたが、次第に感じなくなったと回答しており、効果を感じなかったものは0名であった。およそ半数はナルメフェンを中止していた。効果を感じて、もう服用していない理由は、5名中4名が不快な症状が出たことによる中止であり、減酒・断酒に成功したため中止となったのは1名だった。効果がないと感じたがセリクロを飲んでいていた患者は理由に「不快な症状が出たためもう使いたくない」と記載していた。

さらに、調剤薬局、患者のアンケート回答内容のコメントについての質的な解析を行った。ナルメフェンをどのようにしたら普及できるのかについての調剤薬局のコメントは、大きく分けて処方制限、服用方法、サポート方法についての問題が挙げられた。患者アンケートでは、(1) 効果を感じる患者とそうでない患者がいる (2) 酒量が減った事の自覚あり (3) 服用により不快感が出たり体調が悪くなる場合がある (4) 服用により家族が安心するといった意見があった。

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 ± 13.2 歳、女性31例 年齢 44.3 ± 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 ± 7.0 、女性で 19.8 ± 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 ± 10.5 日、女性で 8.5 ± 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 ± 11.4 日、女性で 13.4 ± 10.3 日であった。

初診時のK10スコアは男性 16.6 ± 6.5 、女性で 21.7 ± 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(±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 $432.8 \pm 88.4\text{g}$ 、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

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. 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

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。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。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。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カ月の余命、純アルコール量が週200-350gであった場合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。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。アルコール摂取量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。

2. 飲酒量低減による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

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を分けて試算した研究報告である。これによると、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。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。

この他一般住民を対象としたコホート研究では、全国から 21 保険機関（国保 12 機関、被用者健康保険 9 機関）から、このうち 2008 年度の健診を受診した 40-69 才の男性 94307 人を対象とし、翌年度の医療費の検討を行った。1 年後の医療費の上位 10%の者が、総医療費総額の約 60%を占めていることが明らかとなった。飲酒量別の検討では、毎日の飲酒量（飲酒量区分：

毎日エタノール換算 23g 未満、23-45g、46-68g、69g 以上）が増加するほど入院率および総医療費が上がるということが明らかとなった。

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すい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 万件の退院患者の 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。

アルコール問題で困った時に相談・紹介したことが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。

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。

またアンケート調査から、在宅で飲酒問題を抱える在宅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（75.2%）、アルコール問題の相談機関リスト（68.3%）、地域保健師との連携（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。

このため最終年度は、アンケート調査に自由記載された対応に苦慮した事例を複数例組み合わせ、さらに自身らの臨床経験も織り交ぜながら、架空の在宅高齢者アルコール問題事例21例を作成し、介護福祉士、介護支援専門員、精神保健福祉士、保健師、心理士、看護師、精神科医師の7職種各2名計14名の協力を得て、21の仮想事例についての事例検討会を開催し、介護支援専門員や介護福祉士が指針として参照できる「在宅高齢者アルコール問題対応の道標～多機関多職種による事例検討集～」を作成した。

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ムティックレビュー

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。

ARPでどのような治療技法を用いているかのアンケート調査では、作業療法はほとんどすべての施設で行われていた。次に、認知行動療法を用いたプログラムを行っている施設が多かった。また院内例会を開催するなど、自助グループと緊密に連携している施設も多かった。

また、今回のアンケート調査では、各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、アンケート調査用紙とともに郵送してもらおう、お願いした。返信されてきた全国の専門治療施設のテキストやワークブックを読み込むと大半が、久里浜医療センターが作成した GTMACK(Group Treatment Model for Alcohol Dependence, based on Cognitive Behavioral Therapy, Kurihama Version)や国立精神・神経医療研究センターが作成した SMARPP(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)に基づいたものであった。GTMACK も SMARPP も認知行動療法や動機づけ面接法の要素を取り入れたプログラムであるため、今回のアンケート調査の結果は妥当であるといえる。

返信されてきたテキストやワークブックの中で、上記のプログラム以外に特色のあるものについて紹介する。

・オンライン会議システムを用いて、飲酒習慣の相談を行う取り組み

本人向けの減酒プログラム(お酒と程よい関係を長く続ける全2回のプログラム)と、家族相談(身近なご家族の飲酒に悩んでいる方向けの全1回の相談)の2つのコースが準備されている。専門治療施設の精神保健福祉士や公認心理師が相談を受けている。

・入院中に受け持ち看護師が面接する内容をあらかじめリストアップしたもの
受け持ち看護師が面接の中で聞く項目について、あらかじめリストアップし、事前に患者さんに記入を促している。入院初期、中期、そして退院前の3回が想定されている。患者さんにとっては、これまでの振り

返り、今後どのようにしたいかについて考えを深めることができる。看護師にとってはリストに沿って聞いていくので、依存症看護の経験が浅くても一通りの内容を漏れなく聞けるようになっている。

・「断酒」者向けと「減酒」者向けでテキストを分けて、どちらの場合でも短期間で介入できるようにしたもの

「断酒」希望者向けのテキストでは、断酒しようと思う理由や、断酒するとどのような良いことが起こるのかを尋ねて患者さんの動機づけを高めている。そして断酒記録を記入していき、要所要所で、「危険な状況のリストアップ」や「飲酒の効用や害」について問うワークなどを織り交ぜている。

「減酒」希望者向けのテキストでは、患者さんは飲酒に関する目標(1日あたりの飲酒量の上限、1週間の総飲酒量の上限、休肝日日数など)を設定し、それを達成するための作戦を考えることにより、動機づけを高めている。そして減酒記録を記入していき、要所要所で、「危険な状況のリストアップ」や「飲酒の効用や害」について問うワークなどを織り交ぜている。

いずれのテキストでも、12週間でいったん終了し、振り返りや今後の目標設定を行うようになっている。

・ロールプレイ(即興劇)を取り入れたもの
2人1組となり、1人が酒席を誘う側、もう1人が酒席に誘われる側に分かれる。複数のシナリオが準備されており、役割を入れ替えながら、酒席の誘いを断る練習(具体的な断り方)を行う。

・生きづらさについてフォーカスをあてたもの

依存症の患者さんが時として抱えている「生きづらさ」についてフォーカスを当て

たプログラムを行っている。自分の頭の中にある依存症と結びつきやすい考え方について、いくつか具体例を挙げて振り返りを行い、今後いかに向き合っていくかを考える内容となっている。

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。

この結果に基づき、2021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。

2022年度は、2021年度に行った婦人科医らにアンケート調査に基づいて作成した、妊産婦向けのメンタルヘルス用リーフレット佐賀県版を基に、各自治体版作成を呼び

掛けた。結果として、長崎県版、兵庫県版の作成協力が得られた。リーフレットの印刷及び各自治体内の関係医療機関や行政の母子保健担当部署へ配布を行った。また、依存症対策全国センターのホームページにPDFでフリーにダウンロードできるように掲載している。

9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

1. 予備的調査

得られたインタビューの内容を、飲酒問題を呈する患者層の特徴、アルコール問題に関する医療者の感情、精神科医療に対する懐疑と怒り、という視点からまとめ、下記の問題点を抽出した。

2. 本調査

1) 基本的属性、およびアルコール問題を抱える症例への対応の現状について

Webアンケートの回答が得られたのは102名で、うち男性38名(37.3%)、女性64名(62.7%)、平均年齢は42.33±8.28(RANGE25-64)であった。職種は医師が29名(28.4%)、看護師が73名(71.6%)、専門職としての経験年数は18.22±9.28(RANGE1-38)であった。(表1)

2) アルコール症例に対する対応困難感について

得点平均が高かったのは上から順に、「患者に対し、飲酒により身近な人に迷惑をかけるべきでないと感じる(4.44±0.84)」「患者に対し、健康を害するほどの飲酒をすべきでないと感じる(4.29±0.99)」「患者に対し、自分の病気や問題について自覚してほしいと感じる(4.22±0.86)」であった。低かったのは下から順に「搬送先・紹介先の対応に納得がいかないと感じる(2.57±1.29)」「鎮静する必要があるが、過鎮静のリスク

があり、鎮静できない(2.46±1.24)」「病状が急変するのではないかという怖さを感じる(3.12±0.98)」であった。

3) 対応困難感得点と疲弊感合計得点、精神的距離合計得点、SOC 尺度との相関

疲弊感と精神的距離については疲弊感の項目平均は指定値との差が-0.03 で統計的な有意差はなく($t = 0.330$, $p = 0.742$)、精神的距離の項目平均は指定値との差が0.19 であり5%水準で有意に高い得点であった($t = 2.202$, $p = 0.030$)。SOC 得点については戸ヶ里ら(2015)の報告による平均値をして位置として1 標本 t 検定を行ったところ、指定値との差が-2.60 であり5%水準で有意に低い得点であった($t = 0.330$, $p = .0.031$)。

4) アルコール問題のある患者を受け入れる意欲と各尺度得点の比較

アルコール問題のある患者を受け入れる意欲に関する質問に対して、「積極的に引き受けたい」と回答したのが3名(2.9%)、「依頼があれば引き受ける」と回答したのが42名(41.2%)、「できれば引き受けたくない」と回答したのが54名(52.9%)、「絶対に引き受けたくない」と回答したのが3名(2.9%)であった。「積極的に引き受けたい」「依頼があれば引き受ける」のいずれかを選択した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」のいずれかを選択した57名を消極群として、年齢、経験年数、対応困難感、SOC 得点、疲弊感、精神的距離に関して2 群比較を行った結果、年齢、経験年数、SOC 得点は両群に統計的な有意差は見られなかった。対応困難感の合計得点と疲弊感は5%水準、精神的距離は1%水準で、それぞれ消極群において有意に高い得点であった。

3. COVID-19 が看護師に与えた精神的影響

とアルコール及び処方薬の乱用リスクとの関連について

99名の回答を得た。平均年齢は38.8歳、経験年数は11年から19年の層が最多であった。また精神的影響を受けた時期については第7波の時期が最多であった。アルコール乱用リスクについては、AUDIT-C で一定のリスクを持つもの(4点以上)は34.3%(34人)であり、6点以上と強くアルコール依存症が疑われるものが13.1%(13人)であった。またベンゾジアゼピン乱用リスクのあるもの(BDEPQ23点以上)は11.1%(11人)であり、スコア34点以上で強く依存が疑われるものは5%(5人)であった。K-6に見られる抑うつ・不安については、58%(57人)に抑うつ症状が見られ、12%(12人)がカットオフポイントである15点(この点数を上回ると50%以上の確率で精神疾患のリスクを有する)を上回った。変数間の関連については、ベンゾジアゼピン乱用スケールと抑うつ尺度との間に正の相関が見られた($r = 0.03$, $p = 0.0008$)。また抑うつ尺度を従属変数とする重回帰分析において、ベンゾジアゼピン乱用スケールが説明変数として有意であった。COVID-19 対応の精神的ストレスがベンゾジアゼピン乱用に関与し、さらに抑うつの原因となっている可能性が示唆された。

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マティックレビュー

【欧米の文献調査】

12件の論文がリストアップされた。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。

・#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。

・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 ヶ月後、15 ヶ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 (Kelly, Humphreys, & Ferri, 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 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。

【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、24 件となっ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、10 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 13 名であった。対象者はアルコール依存症の当事者のみ (16 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。

【MAEEZ (米国カルフォルニアバークレイ・アルコール研究グループ) の検討】

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。また、Hazelden 版の TSF の検討を行った。

【日本版の TSF の試作について】

今年詳しく調べた Hazelden 病院の TSF のマニュアルや翻訳した MAEEZ を基に、日本で使える TSF のマニュアルを試作した。

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

(1) 依存症専門医療機関における減酒治療の試み

飲酒量低減薬の有効率は 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、初診で飲酒量低減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。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。

経過の追跡では、対象 75 人における有効率は 1 年目 43% だったが、2 年間 48% で少し上昇傾向だった。年度別の治療結果では、対象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、軽症群で有効率 63% および重症群で有効率 19% だった。飲酒量低減薬が有効な患者では、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。

(2) 依存症専門医療機関における治療および医療連携の実績

紹介率に変化無く、年齢性別にも選定前後で変化無かった。入院日数は選定後で有意ではないものの減少傾向で、365 日を超える入院は選定後に 0% と有意に減少した。入院時採血では選定後で AST (113.3 ± 159.0 U/l)、ALT 異常率 (42.9%)、γGT 異常率 (65.7%) が有意に高かった。しかし、MCV と血小板は選定前後で差を認めなかった。入院時治療として点滴を施行する率は選定後で 61.1% と有意に高率だった。入院中の ARP 参加率は選定前後で有意な差を認めなかった。退院時処方に関しては、ベンゾジアゼピンを処方する割合が選定前は 43.8% だったが選定後で 20.8% と有意に減少した。

依存症専門医療機関選定後における入院中の ARP 参加に影響を与える因子についての検討したところ、入院中の ARP 参加群では入院時採血の AST 147.8 ± 188.5 U/l および γGT 491.5 ± 728.9 U/l が不参加群のそれらに比較して有意に高値だった。次に、依存症専門医療機関選定後における入院中の ARP 参加が退院時に影響を与えた因子についての検討では、退院時処方としてアカンプロサートを選択する割合は ARP 参加群で 17.0% と、ARP 不参加群の 0% と比較して有意に高値だった。他の薬剤の選択については選定前後で有意な差を認めなかった。

医療連携に関して、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。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、瀬野川病院が属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。

(3) 依存症専門医療機関で取り組む依存症の理解の試み：内受容感覚に関する調査

入院治療開始群では通院治療開始群と比較して有意に高齢だった。入院治療開始群と通院治療開始群で AUDIT および AUDIT-C の数値に有意な差を認めなかった。

BPQBAVSFJ は入院治療開始群で 23.9 ± 5.8 および通院治療開始群で 20.0 ± 6.0 と、入院治療開始群で有意に高値だった。肝機能については、入院治療開始群で $AST182.0 \pm 239.2U/l$ 、 $ALT110.3 \pm 158.8U/l$ 、 $\gamma GT549.6 \pm 606.2U/l$ 、 $Fib-4 index7.50 \pm 7.50$ と通院治療開始群に比べて有意に高値だった。

BPQBAVSFJ は入院治療開始時 24.5 ± 5.6 から退院前 19.5 ± 6.9 と有意に低下した。肝機能については、AST、ALT、AST/ALT、 γGT 、MCV、 $Fib-4 index$ は退院前に有意に低下し、血小板は退院前に有意に増加した。アルコール依存症における通院治療開始時と約 3 ヶ月後の内受容感覚と血液検査の比較では、BPQBAVSFJ も肝機能の指標についても、通院治療開始時と通院約 3 ヶ月後で有意な変化を認めなかった。

(4) 依存症専門医療機関の現状についての調査（依存症専門医療機関にアンケート）

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。患者の重症度では、通院患者のうち軽症群が

$62.2 \pm 19.2\%$ 、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 $53.0 \pm 26.7\%$ だった。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。専門医療機関に選定された後の診療機会についてアルコール依存症が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。

(5) 依存症専門医療機関に求められる機能についての調査（サポート医等にアンケート）

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、精神科医）28 人；一般身体科（以下、身体科医）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）（以下：専門医療機関）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、若年成人タイプと社会機能維持タイプでは減酒、家族性中等タイプでは断酒と紹介、若年反社会タイプと慢性重症タイプでは紹介であった。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）

の比較では、若年反社会タイプと慢性重症タイプ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。身体科医は精神科医より、家族性中等タイプ、若年反社会タイプと慢性重症タイプ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、家族性中等タイプで断酒治療を選択することが多かった。診療機会については、身体科医は精神科医より社会機能維持型の診療機会が多く、一方、精神科医は身体科医より慢性重症タイプの診療機会が多かった。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。

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月までに診療所を受診した患者70人の調査では、94.3%の患者はこれまで専門医療機関受診歴がなかった。

2019年1月から2023年1月までに2機関のアルコール低減外来に受診したのは189人で、平均年齢54.7歳、27歳～82歳の範囲であった。女性は40人(21.2%)、1日飲酒量の平均は純アルコール128.6g、週平均飲酒日数は6.2日であった。紹介受診101人(53.4%)。AUDIT平均21.7点、175人(92.6%)がアルコール依存症と診断。転機は治療終了・転院30人(15.9%)、治療中断44人(23.3%)、断酒27人(14.3%)、飲酒量低減80人(42.3%)、変化なし・悪化8人(4.2%)であった。入院治療が必要な13人(6.9%)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。経過中アカンプロサートを使用したのは56人(29.6%)、ナルメフェンを使用したのは106人(56.1%)であった。

日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門医、プライマリ・ケア認定医を対象としたwebアンケート調査にて回答のあった177人を対象とした。女性は41人(23.2%)、平均医師年数15.3年、6年～41年の範囲であった。外来における過剰飲酒患者割合予測は12.4%、アルコール依存症患者割合予測は4.4%であった。家族のみの相談を受けたことがある者は128人(72.3%)、アルコールに関する関係機関と連携したことがある者は69人(39.0%)、自助グループ参加歴は64人(36.2%)であった。ロジスティック解析では、依存症に至らない患者のスクリーニング・診断を日常的に行っている者(78人、44.1%)と「飲酒問題に関して家族のみの相談を受けたことがある」が有意な正の関係(オッズ比2.39(1.10-5.20))であったのに対し、依存症に至らない患者の減酒指導を日常的に行っている者(80人、45.2%)と「飲酒問題に関して家族のみの相談を受けたことがある」(オッズ比2.77(1.24-6.20))「アルコール依存症患者の専門医療機関の受診を勧めるために、院内外の他職種や職場、産業医、自助グループと連携している」(オッズ比2.31(1.12-4.76))に有意な正の関係を認めた。

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

アルコール使用障害に対する外来治療プログラムの開発を行った。ワークブックを

用いて、多様な施設、職種で集団での治療を行えるように取り組めるように工夫をした。

プログラムを行った群とコントロールの比較では、有意な差は認めなかったものの、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。2022年の新型コロナウイルス流行のため外来プログラムの開始が遅れたこともあり、現在はまだ最終的なデータが揃っていないが、今後、最終的な解析を行い論文等で発表を行う予定である。

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

全国アンケート調査を行い、全国のアルコール専門医療機関でのアルコールの診療についての実態を明らかにすることができた。依存症の入院治療を行っている病院でも、多くの施設は依存症の専門病棟を持たず、他の精神疾患と同じ病棟で治療を行っていることが明らかになった。また、依存症専門入院病棟を持つ病院の半数は、薬物依存、ギャンブル依存等の他のアディクション疾患と共同の病棟でアルコール依存症の治療を行っていた。これは、病院の規模、患者数にもよると考えられるが、依存症単独で病棟を運営することの困難さを表していると思われる。アルコール依存症の治療に当たっている職種としては、医師、看護師、精神保健福祉士はほとんどの医療機関で治療に携わっており、他に作業療法、臨床心理士、栄養士、薬剤師が半数以上の医療機関で治療に関わっているなど、多職種のチームで治療に当たっていることが示された。一方で、保健師、理学療法士、回復者（Recoverd staff）が治療

にかかわっている施設は、ごく少数にとどまっていた。

入院治療を行っている医療機関では、ほとんどの病院で入院期間の設定が決まっていた。しかし、入院期間の設定がある医療機関でも、一律の治療機関の設定があると回答した施設は約半数であり、残りの約半数は一律ではないある程度の治療機関の設定があるという比較的柔軟な治療機関の設定であった。入院期間としては約12週間の設定である医療機関が多く、これは従来と大きな変化はないものと考えられる。身体合併症を有するアルコール依存症患者も多くの医療機関で受け入れられており、身体合併症に対しては精神科医、内科医が共同で治療にあたっているところが多かったが、内科医が院内にはおらず、外部の医療機関と提携して治療を行っているという施設も多く見られた。

アルコールの入院治療プログラムにおいて取り入れられている治療技法としては、作業療法はほとんど全ての医療機関で取り入れられていた。また、認知行動療法を取り入れていると回答した治療機関が88.8%に上り、現在の国内の入院プログラムでは、認知行動療法が主流となっていることが伺えた。ほかに、50%以上の施設で取り入れられている技法としては、自助グループへの参加、運動療法、動機付け面接法、個別心理面接、退院前訪問が挙げられた。他にも様々な治療技法が挙げられており、各施設でバラエティに富む治療が工夫されていることがわかった。一方で、高齢者向けプログラムや女性患者用プログラムなどのサブグループ向けの治療プログラムは、一部の医療機関で行われているもの一般的ではないようであった。逆に、家族向けのプログラムや外来患者向けのプログ

ラムはおよそ7割の医療機関で行われていた。

新治療ガイドラインでも言及されている減酒を目標とした治療については、有効回答のあったアルコール専門医療機関の85%で行われていることがわかった。さらに、減酒外来などの減酒専門の治療を行っている施設も17%に上るなど、専門医療機関ではかなり減酒が治療目標として受け入れられていることが明らかになった。また、同様にナルメフェンもほとんどの専門医療機関で処方が行われていた。

コロナ禍におけるアルコール専門治療機関を受診した患者数の変化は、コロナ禍前の2019年と比べて、コロナ禍後の2020年、2021年には、大きく変化していないしていない治療機関が多かったものの、増加した医療機関よりは減少した医療機関の方が多く、これはアンケート回答者の印象と合致していた。これは、コロナ流行下で不要不急の外出を控えるように勧められていたこともあり、患者の受診控えが影響していた可能性がある。一方で、2021年のアルコール問題による受診者の特徴の印象を尋ねたところ、アルコール問題発生から初診までの期間は短く、初診時の重症度は重く、飲酒量は増加している特徴が表れており、アルコール依存症患者のスリップの頻度も増加しているようであった。あくまでも印象としての回答ではあるが、受診患者は減少する一方で、リモートワークや仕事が減少することで自宅にいる時間が増え、飲酒量が増加し受診に至る段階ではアルコール問題が重症となっている傾向がうかがえた。

この研究にはいくつかの制限があることに留意すべきである。まず、アンケートの対象となった医療機関は、依存症拠点病院

事業において、アルコール専門治療機関としてあげられていた医療機関に限られていることである。この事業で挙げられていないがアルコール専門治療を行っている医療機関も存在するため、我が国の全ての専門治療機関を網羅できているわけではないが、大多数の実情は反映しているものと考えられる。また、回答者の立場、職種等を限定しているものではないため、どのような職種が回答したかにより回答がばらつく可能性がある。さらに、回答者の印象について尋ねる設問では、リコールバイアスが発生している可能性がある。

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感染症の流行により、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。

患者アンケート調査の結果からは、ナルメフェンの効果を感じるものの、不快の副作用のために服用を中断する患者が比較的多くみられた。アカンプロサートと比べて効果を自覚している患者も多いため、不快な症状を最小限にする投薬上の工夫が求められる。

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

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。

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。

先行研究から、アルコール使用障害の背景が多様であるがゆえに、治療は一律ではなく、治療者と患者が治療上の合意形成をしていくことが重要なプロセスであると示されている。減酒アプローチは患者の望む方向性に対してアドバイスをを行い、アドバイスの結果を患者と調整しながら診療を進めていくスタイルであることから、治療上

の合意形成は診療の全経過を通して重要な要素であると言える。患者の合意形成が得られた上で患者が自身で選択した断酒目標の方向性は、その維持可能性がより期待できると考えて良いだろう。

一方で、アルコール使用障害の背景の不均一性から、従来までSDMの知見の蓄積は十分にされてこなかった。断酒一辺倒と言われるように、パターンリスティックな関わりがアルコール診療の中で中心に行われてきたことにもよるだろう。

減酒アプローチはSDMのコンセプトに基づいた関わり方であると言える。当分担研究で行われた調査より、減酒外来受診者のプロフィールの均一性が比較的保たれている集団であり、アディクション分野におけるSDMの適用が検証可能かつ効果的である可能性が考えられた。

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

1. 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

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みられた。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。

2. 飲酒量低減による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

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名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

介護支援専門員を対象とした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。

在宅で飲酒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、福祉との連携あるいはネットワーク会議、アルコール問題の相談機関リスト、地域保健師との連携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。

本研究では、研究開始当初「高齢者アルコール問題対応マニュアル」作成も検討したが、未だエビデンスに基づく「正しい」対応を示すことができる段階にはなく、現場での実用性、有用性を考え、介護現場で対応に苦慮している困難事例について、医療、介護・福祉、行政機関に勤務する多職種での事例検討会をWEB上で行い、その後多機関全7職種の立場から事例についての見立て、評価、対応についての意見を頂いた。それを基に、「在宅高齢者アルコール問題対応の道標～多機関多職種による事例検討集～」を作成した。この事例検討集は、現場で飲酒問題を抱える在宅高齢者の支援にあたる介護支援専門員や介護福祉士にとって、在宅高齢者アルコール問題対応困難事例を多角的に読み解き、他機関と連携し、効果的な支援に繋げる際の道標になるのではないかと考えている。

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

本研究班での調査を通して全国の施設のアルコール依存症の治療内容を俯瞰することが出来た。また全国の施設から、実際に用いられているテキストを集めてレビューすることで、わが国のアルコール依存症治療の実態を、より現実的に把握することができた。これにより、各都道府県や政令指定都市の行政機関がアルコール依存症対策を行う際に、参考とすべき資料が増え、効果的な対策を打つことが出来ると考えられる。

8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

2020年度のアナ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佐賀県版を作成した。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。2022年度は佐賀県版を基に、さらに長崎県版、兵庫県版を作成した。各自治体の妊産婦のメンタルヘルスに関する相談先一覧がリンクできるため、地域密着型のリーフレットは有用であると考えられる。

9. 災害や救急医療と依存症に関する課題抽出

研究1. 救急医療現場でのアルコール問題

に対する疲弊感・忌避感の調査

1. 救急医療従事者がアルコール関連の症例に対応する際に感じる問題点について予備調査の結果から、アルコール問題、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。これらの結果を救急医療一般に敷衍することはできないが、依存症に対する課題の一端を示したと思われる。

2. 救急医療従事者のアルコール問題症例への対応の現状

本調査の結果から、回答者の97%が少なくとも月に1例以上のアルコール問題の症例に対応しており、98%がアルコール問題の症例で苦慮や困難を体験したことがあると回答していたことから、救急医療現場において日常的なストレスナーになりうる。問題把握の方法は本研究で挙げた選択肢が幅広く選択されており、特に救急隊からの情報は9割と活用されていた。アルコール問題を抱えた患者についてはその重症度、緊急性の判断を妨げる多数の要因（診察に非協力的、病歴聴取や状況把握の困難、急性・慢性臓器障害などの潜在性）があると指摘されている。その中で救急医療従事者が患者のアルコール問題を把握する際に、本人から情報を聴取できない場合、付き添い者不在の場合、来院時に飲酒していなくても慢性的な飲酒習慣から潜在した臓器障害がある場合などには、救急隊や他機関からの情報源が貴重になると考えられる。対応に苦慮した理由として、特に多かったのは患者の暴力や暴言、予測できない危険行動や異常行動、院内での迷惑行為など、精神症状と判別のつきにくい行動上の問題に悩まされている傾向があった。一方で、紹介先の不適切な対応で苦慮したという回答が少なかったが、「紹介先がない」という回

答が約4割あったことから、他機関とのネットワークが未だ形成されておらずそのこと自体が課題になる救急医療機関がある可能性も考慮する必要がある。

3. 救急医療従事者のアルコール問題症例に対する対応困難感とストレス対処、バーンアウトとの関連

対応困難感に関する17項目の中で、患者に対し「飲酒により身近な人に迷惑をかけるべきでないと感じる」「健康を害するほどの飲酒をすべきでないと感じる」「自分の病気や問題について自覚して欲しいと感じる」など、飲酒行動そのものや病気への無自覚を良くないと感じるという項目が特に高得点であったことから、患者に対する陰性感情を触発されることが困難や苦慮の大きな要因になっていると考えられる。また、本研究において、バーンアウトの下位因子である疲弊感や精神的距離はストレス対処力SOCと負の相関が見られた。これは先行研究で救急医療施設の看護師を対象に行った調査結果と一致しており、ストレス対処の低下が生み出す弊害がバーンアウトであると同時に、他者を頼ってストレス対処ができるような感覚を指すSOCを高めることはバーンアウトの緩衝要因にもなりうることが示唆される。ただし、アルコール問題への対応困難感が強ければ強いほどSOCは低く、疲弊感と精神的距離が増大する傾向にあるため、そのリスクを緩和するためにも、救急医療の現場でスタッフがサポートを受けられる体制を構築していくことが望まれる。

4. 救急医療従事者の、アルコール問題のある患者を受け入れる意欲について

アルコール問題のある患者を受け入れることに対して、「積極的に引き受けたい」もしくは「依頼があれば引き受ける」と考えて

いる群が4割強、「できれば引き受けたくない」もしくは「絶対に引き受けたくない」と考えている群が5割強と概ね拮抗しており、かつ、ほとんどの回答者がアルコール問題のある患者の治療を経験し苦慮を感じたことがあるということから、悩みながら真摯に症例に対応している現状が窺われた。高い対応困難感やバーンアウト傾向が、患者の引き受けに対して消極的、忌避的になることと関連しており、特に、「患者が同じ問題行動を繰り返すことを不毛と感じる」という項目と、仕事に対し熱意が持てなくなる心理的距離の増大とが引き受けへの忌避感の影響因となっていた。これらの結果から、アルコール問題に対する忌避感や困難感により患者を引き受けづらくなる事態を予防できるように、救急医療者が孤立しない連携体制、疾患に対する知識や情報の提供、患者に対する陰性感情を適切に扱うための支援などが必要で、特に依存症専門医療からのアウトリーチや診療支援は重要になると考えられる。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界の一つとして、今回は救急医療従事者のみを対象に実施した調査であり、対応困難感が救急医療特有の結果であると断定できないことがある。今後アルコール問題に対応する内科や精神科など他科の医療従事者にも同様の調査を実施し比較を試みることにより救急医療の特徴がより明らかにされることが見込まれる。

また、今回の調査では対象者の勤務する地域、救急医療体制、アルコールにより特にどのような症状や行動の問題が顕在化する患者を多く担当しているか、アルコール問題に対して他専門機関とどの程度連携が可能であるか、などの情報を質問しておらず、それらも影響因として考慮に入れた研

究計画も必要と考える。

統計的解析については、自作した尺度の因子構造の適合度などについて確認を行いモデルを改良し、因子間の相関、バーンアウトや症例引き受けへの忌避感に特に影響する因子の特定など、再解析を行い精緻化することも課題である。

研究 2. COVID-19 が看護師に与えた精神的影響

全調査者のうち 11.1% (11 人) にベンゾジアゼピン乱用ないし依存のリスクがあり、5% (5 人) に依存の可能性が疑われた。また 13.1% (13 人) にアルコール依存症の可能性が疑われた。また 12% (12 人) にうつ病の可能性が疑われた。

一般人口に対するベンゾジアゼピン乱用ないし依存リスクの正確な調査はないが、11.1%が乱用、5%が依存のリスクがあるという結果は非常に重要であり、潜在的には相当数の依存・乱用者が存在する可能性がある。今回の調査は看護師を対象としたものであるが、看護師のみならず、全医療者にこういったリスクがある可能性がある。また抑うつについても 58%と実に 6 割近くが抑うつ症状を示し、12%がうつ病リスクを示した。

今回の結果から、多くの COVID-19 対応で相当数の割合の看護者がベンゾジアゼピンの依存乱用、アルコールへの依存乱用、そして抑うつ症状を持っていることが分かった。今回の調査は COVID-19 対応前の変化は調べていないため、今回の結果が COVID-19 対応のストレスによるものか、あるいはもともとパンデミック以前からなのかは不明である。しかし少なくともパンデミック対応下では無視できない数の医療者がベンゾジアゼピン、アルコール、うつ症状の問題を持っている。この理由については以下が推

測される。

1. パンデミックによるストレス
2. 身近にある/容易に入手できる
3. 即効性

今回の重回帰分析でも抑うつ症状への対処方法としてベンゾジアゼピン使用が行われている可能性が示された。パンデミック対応に対するストレスは自身の感染リスク、患者への感染対策、そして家族や周囲に対しても感染する・されるリスクなど多重的であり、非常に緊張度が高い。職場から帰ってきても常に感染を意識しなければならない状況は強度が高く、かつ持続的なストレスである。また看護師にとってベンゾジアゼピン系薬剤は日常的に接しているものであり、非医療者と比べて心理的なハードルは低い。また効果についても知っており、即効性があることを多くの看護師は実際の患者への投与経験を通じて知っている。こういったことから、ベンゾジアゼピンを使ってストレス対処しようという心理が多業種よりも強くても、十分に理解できる。

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レビュー

本研究は、初年度にアルコール依存症の自助グループの効果や有用性のレビューを行い、2年目に 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 ステップファシリテーションプログラム (TSF プログラム) の一つである MAEEZ というプログラムの翻訳を行った。3年目は、より幅広く用いられている Hazelden 病院で作成された TSF および TSD-COD (重複障害用の TSF) の内容や意義を詳しく調べた。その結果、AA の提供する回復モデルの有効性をわかりやすく示し、依存症や AA に対する当事者の抵抗感を減らす工夫がこらされて

いることがわかった。最近開発された重複診断に対する TSF プログラムは、AA による依存症の回復を促す内容に加え、一般的な精神障害の治療をどのように両立していくかを示す内容であった。依存症は、うつ病などの合併症を併発する機会が多いので、こうした重複障害を念頭に置いた上での自助グループ活動へのつながりを行うプログラムは、日本でも非常に有用なものであると思われた。日本での TSF の導入を目指して、TSF 試行版を作成した。

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

(1) 依存症専門医療機関における減酒治療の試み

今回の飲酒量低減薬有効群の特徴から有効の予測因子として、精神科入院歴のないこととアルコール依存症の軽症群であることとアルコール依存症治療歴がないことが考えられた。一方で、重症群では有効性が低かった。以上から、減酒治療は早期で軽症のアルコール依存症患者に対して有効であり、依存症専門医療機関でも治療の選択肢の一つにすることで治療の幅が広がることが示唆された。長期に飲酒量低減薬を処方される患者の存在からは、減腫治療により地域生活を継続しながら（入院により社会から隔離されることなく）依存症の通院治療ができていることが示唆された。

(2) 依存症専門医療機関における治療および医療連携の実績

依存症専門医療機関に選定された後に1年を超える入院が減少していたことから、社会的入院が減ったことが示唆された。AST、ALT、 γ GT の異常や点滴が多かったことから比較的急性のアルコール依存症の治療目的の入院が増加したことが示唆された。退院時のベンゾジアゼピン処方を選定

後に減少していたことから、選定後は医原性のベンゾジアゼピン依存を予防する取り組みもされるようになったと思われた。依存症専門医療機関に選定された後の入院中の ARP 参加に関しては、ARP 参加群で入院時肝機能が悪かった。このことから、サイレント臓器と言われる肝臓でも、何らかの体調不良を自覚して心理社会的治療に参加する動機が高まることが考えられた。これについては、後述する内受容感覚が重要な役割を担っていることが推測される。入院中 ARP に参加した群では、退院時処方断酒補助薬アカンプロサートを選択する割合が高率だった。このことから、ARP により断酒に対する動機づけが強まることが示唆された。

紹介については瀬野川病院が属する広島二次保健医療圏からの紹介が最も多く広島県内でも瀬野川病院から遠い地域からの紹介は少ないという結果となった。このことから、依存症専門医療機関が地域住民にとって近隣にあること、すなわち二次医療圏に一つ以上あることが望ましいと考えられた。

(3) 依存症専門医療機関で取り組む依存症の理解の試み：内受容感覚に関する調査

アルコール依存症者の BPQBAVSFJ は通院治療開始群より入院治療開始群で高く、肝機能は入院治療開始群で有意に悪かった。そして入院治療により BPQBAVSFJ は有意に低下したが同時に肝機能も有意に改善していた。これらのことから、アルコール依存症者では入院治療により断酒して肝機能が改善した状態では内受容感覚が低下することが示唆された。通院治療開始時と3ヶ月後では BPQBAVSFJ は低値のまま変化せず、肝機能も有意に変化しなかった。すなわち、アルコール依存症者の内受容感覚は肝

機能と連動している可能性が示唆された。

内受容感覚とは、呼吸、循環、消化管運動、体温、痛みなどの生理的な状態に関する感覚と定義され、外受容感覚（視覚、聴覚、触覚といった外部環境を受容する感覚）や固有感覚（骨格筋の緊張や平衡感覚）とともに三種の感覚の一つに分類される。あるいは、固有感覚も含めて内受容感覚と捉える立場もある。本研究で使用したBPQBAVSFJの質問項目は、口の渴き、呼吸、体の腫れ、筋緊張、むくみ感、鳥肌、胃腸の痛み、腹部膨満感、唇の震え、皮膚の逆立ち感、唾を飲み込む感覚、心臓の鼓動に関する12の質問からなる。これらの12の質問について1点から5点の5つの回答を選択する形式で構成されており、最低12点、最高60点で評価する質問紙である。一般成人358人における平均値は27.20、大学生296人の平均値は32.31と報告している。今回の結果からは、アルコール依存症患者のBPQBAVSFJは入院治療開始した群が通院治療開始した群よりも一般成人の平均値に近く、入院治療により断酒して退院前ではBPQBAVSFJが一般成人の平均値より低くなることが示された。このことから、アルコール依存症において内受容感覚は一般成人とは違う特性を有しており、さらにアルコールによる肝機能変化と連動して内受容感覚が変動することが考えられた。

（4）依存症専門医療機関の現状についての調査（依存症専門医療機関にアンケート）

多くの医療施設で、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。依存症専門医療機関とはいえども、多種多様の精神疾患を治療する必要性に迫られている中でアルコール依存症の標

準的な治療を提供することが求められている現状がうかがわれた。通院も入院も約半数の患者が軽症群であり減酒治療についても半数以上の医療機関で積極的であるという結果からは、依存症専門医療機関がアルコール依存症の早期の治療に意欲的な姿勢であることが示唆された。約半数の医療機関で受診前相談も診療機会も増えていることから、アルコール依存症の治療ニーズが高まっており、今後ますます早期治療が広がることが期待される。

（5）依存症専門医療機関に求められる機能についての調査（サポート医等にアンケート）

サポート医等とは、広島県が独自に制定した資格であり、アルコール依存症に対する研修を受講することで付与される。サポート医とサポート医（専門）の診療機会は社会機能維持タイプと家族性中等タイプが多く、すなわち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。対応に関する方針では、若年成人タイプや社会機能維持タイプ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受け入れられていることが示唆された。サポート医等自らが治療する場合に断酒を第一方針と考える病型は家族性中等タイプのみで、若年反社会タイプや慢性重症タイプといった重症群では紹介が第一方針という結果だった。精神科医よりも身体科医で紹介を選ぶ傾向が顕著であった。やはり、重症患者は依存症専門医療機関での治療が期待されていることが判明したとともに、アルコール依存症における医療連携が必要であ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。診療所単体のデータと、大学病院のデータを加えた2施設のデータを比較しても、患者背景、治療転機などの傾向はほとんど変わらなかった。また、「アルコール低減」と標榜しているにも関わらず、15%程度は断酒に至った。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。2次データ解析に関しては、依存症に至らない患者のスクリーニング・診断、減酒治療を日常的に行っていることと、家族のみの相談を受けていることに有意な正の関連があった。アルコール健康障害対策基本法の第一条にも、「アルコール健康障害は本人の健康の問題であるのみならず、その家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高い」と記載があるように、アルコールの問題は家族の苦悩につながる可能性が高い。WHOはアルコール関連問題対策として「SAFER」を推奨し、その中に一般医療機関におけるBIを費用対効果の高い対策として推奨している。家族相談とSBI実施の因果関係は不明ではあるが、日常的にSBIの実施できるプライマリ・ケア外来が家族相談機能も持っていることで、苦悩する家族を救うことのできる窓口としてより有効活用で

きる可能性がある。限界として、アルコール低減外来の調査は2施設、少数医師による外来設置効果であることが挙げられる。さらに複数の医師、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。2次解析データの調査に関しては、横断研究のため因果関係は推定できない。縦断的な調査が求められる。

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治療プログラムの開発を行った。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。コロナ禍の影響でデータ収集に後れを生じたため、今後、最終的な解析をさらに進める予定である。

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新ガイドラインに基づく減酒を目標とした治療が、多くの施設で広く行われていることが分かった。入院治療は多くの治療施設で入院期間の設定があり、多職種のチームが治療にかかわっているようであった。治療技法としては認知行動療法を主体として、様々な技法が試みられていた。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が、一方で患者の重症度が上がってから受診している可能性も示された。

3. 飲酒量低減薬等の薬物療法の実施状況

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。自己決定を重要視したアプローチであり、他の精神疾患で重要視されているSDMの実践に当たると思われる。比較的均一なプロフィールを持つ減酒アプローチが行われている集団に対してSDMの有効性が検証可能であると思われる。今後のアディクション臨床場面での調査が望まれる。

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

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。医療経済的な面からは、わが国において少なくともエタノール換算週およそ450g未満とすることが、医療費軽減につながる事が明らかとなった。広く国民に、多量飲酒防止を含め、飲酒量をできるだけ抑える飲酒量低減対策を一層推進することを本研究結果から提言する。

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

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飲酒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。

また、在宅で飲酒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、福祉との連携あるいはネットワーク会議、アルコール問題の相談機関リスト、地域保健師との連携などが多く挙げられたため、アンケート調査に自由記載された対応に苦慮した事例を複数例組み合わせ架空の在宅高齢者アルコール問題事21事例を作成、この仮想事例について多機関全7職種による事例検討会を開催した。そこで述べられた事例についての見立て、評価、対応についての意見を基に、現場で飲酒問題を抱える在宅高齢者の支援にあたる介護支援専門員や介護福祉士が参照できる「在宅高齢者アルコール問題対応の道標～多機関多職種による事例検討集～」を症例のキーワードと基本的な用語の解説とともに作成した。この事例検討集が、各地域において在宅高齢者アルコール問題対応困難事例を多角的に読み解き、他機関と連携し、効果的

な支援に繋げる指針になることが期待される。

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

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った。

今回の調査により、わが国の大半の施設において認知行動療法を用いた治療プログラムが行われていることが判明した。また各施設のテキストを集めることにより、その具体的な内容も知ることができた。本調査・研究を通じて、アルコール依存症の回復・支援にかかる効果的な対策が打てると思われる。

8. 妊産婦への飲酒実態調査及び早期介入

妊産婦向けのメンタルヘルス用リーフレット佐賀県版、長崎県版、兵庫県版を作成した。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である。上記の妊産婦向けメンタルヘルス用リーフレットを、各自治体の母子保健担当課や産婦人科へも配布し、実際に使用することで、妊産婦への幅広い支援につながり、意義あ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

アルコール問題を呈する患者を救急医療で引き受けることにより、暴言や暴力など

の脅威や同じ問題を繰り返す反復性という患者の特徴、患者の飲酒行動に対する医療者の陰性感情などから対応困難感を生みやすく、ストレス対処の低下やバーンアウトのリスクと関連し、特に反復性と仕事に対する熱意の低下は、患者を引き受けることへの忌避感への影響因となりうる。救急医療者の独力での問題解決を目指すのみでなく、依存症専門医療機関からの積極的なアウトリーチ、連携、診療支援が必要である。

COVID-19 対応ストレス下で無視できない率の看護師がベンゾジアゼピン、アルコールの依存・乱用リスクを持つことが分かった。また抑うつ症状も多く見られることが分かった。

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

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。

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

減酒治療は早期で軽症のアルコール依存症患者に対して有効であり、依存症専門医療機関でも治療の選択肢の一つにすることで治療の幅が広がることが示唆された。依存症専門医療機関に選定されたことにより社会的入院が減りARPにより断酒に対する動機づけが強まることが示唆された。依存症専門医療機関は二次医療圏の一つ以上存在することが望ましいと思われた。アルコール依存症者の内受容感覚は肝機能と連動している可能性が示唆された。依存症専門医療機関がアルコール依存症の早期の治療に意欲的な姿勢であることが示唆された。重症患者は依存症専門医療機関での治療が期待されており、アルコール依存症における医療連携が必要であることが示唆された。

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. 新たな選択肢としての「減酒」：決意が固まらない患者を

どう支援するか (特集 アルコールと心の健康). 月刊保団連 2020; 12: 11-18.

2. 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)

Reduction approach to the individuals with alcohol use disorder. 臨床精神医学 2020; 49(10): 1631-1639.

3. 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.

4. 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.

5. 湯本洋介, 樋口進. 特集 患者指導、医師のこの一言が患者を変える 生活習慣の指導 減酒. 診断と治療 2022; 110 (8): 1057-1062.

6. 湯本洋介, 樋口進. アルコール・薬物依存症. カレントセラピー 2022; 40(10): 55-59.

7. 絹田皆子、神田秀幸. 動脈硬化性疾患予防のための食事療法・生活指導 V 飲酒. 臨床栄養, 141 (6) :1067-1073, 2022.

8. Kuwabara Y, Kinjo A, Fujii M, Minobe R, Maesato H, Higuchi S, Yoshimoto H, Jike M, Otsuka Y, Itani O, Kaneita Y, Kanda H, Kasuga H, Ito T, Osaki Y. Effectiveness of nurse-delivered screening and brief alcohol intervention in the workplace: A randomized controlled trial at five Japan-based companies. Alcohol Clin Exp Res. 46 (9) :1720-30, 2022.

9. 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.

10. 川井田恭子、吉本 尚、森田展彰：大学生のビンジドリンキングを含めた飲酒の実態と介入の有用性について 日本アルコール関連問題学会雑誌 第 22 巻第 1 号 pp22-24 2020 (10)

11. 森田展彰、大谷保和、大橋洋綱、山口玲子、丹羽健太郎、新井清美、櫻山豊夫：アルコール・薬物依存症のある養育者による子ども虐待事例の研究—全児童相談所に対する通告された子ども虐待事例の分析より— 日本アルコール・薬物医学会雑誌 第 55 巻第 2 号:49-68, 2020.

12. 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.

13. 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.

14. 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 年

15. 森田展彰：家族問題としてのアディクション—親のアディクションが子どもに与える影響とその支援を中心に— 思春期学 40(1):p86-90, 2022.

16. 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.

17. 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.

18. 加賀谷有行、津久江亮太郎. 広島県アルコール健康障害対策推進計画の現状と今後：特に医療の面から Frontiers in Alcoholism 10: 75-80, 2022.

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. 2021/3/14

3. 湯本洋介:シンポジウム日本におけるハームリダクションのアディクション予防・治療への応用 ハームリダクションをベースにした治療. アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会. 2021/12/17

4. 湯本洋介:減酒外来の実際 短時間外来治療の手引き ABCDE プログラム. 九州アルコール関連問題学会. 2022/3/18

5. 湯本洋介:シンポジウム日本におけるハームリダクション～アディクション概念の広がりと啓発・予防・治療への応用 ハームリダクションをベースにした治療. 第 118 回日本精神神経学会学術総会. 2022/6/17

6. 湯本洋介:シンポジウムハームリダクションの実践を症例ベースで考える ハームリダクションをベースにした治療. アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会. 2022/9/9

7. 神田秀幸:アディクションの動向と課題. 第 95 回日本産業衛生学会教育講演. 2022 年 5 月 27 日.

8. 神田秀幸, 福田茉莉, 絹田皆子, 久松隆史:コロナ禍でわが国の国民の飲酒量は減ったのか? 2022 年度アルコール・薬物依

存関連学会合同学術総会. 2022年9月9日

9. 福田貴博、石井博修、角南隆史、手塚幸雄、松口和憲：妊産婦用メンタルヘルス用リーフレット作成. 第57回日本アルコール・アディクション医学会. 2022年9月9日.

10. 板橋登子、中村幸恵、長祥子、手塚幸雄、青木梨恵、阿部かおり、大森順基、鎌田美樹、佐久間みのり、野村照幸、手塚聖人、佐久間寛之：アルコール問題を持つ症例に対する救急医療従事者の苦慮や困難感 1) ストレス対処、バーン会うとの関連から. アルコール・薬物依存関連問題学会 合同学術総会. 2022年9月9日

11. 長祥子、板橋登子、中村幸恵、手塚幸雄、青木梨恵、阿部かおり、大森順基、鎌田美樹、佐久間みのり、野村照幸、手塚聖人、佐久間寛之：アルコール問題を持つ症例に対する救急医療従事者の苦慮や困難感 2) 対応困難感 17項目因子分析での課題抽出. アルコール・薬物依存関連問題学会 合同学術総会. 2022年9月9日

12. 中村幸恵、板橋登子、長祥子、手塚幸雄、青木梨恵、阿部かおり、大森順基、鎌田美樹、佐久間みのり、野村照幸、手塚聖人、佐久間寛之：アルコール問題を持つ症例に対する救急医療従事者の苦慮や困難感 3) 自由記述の分析. アルコール・薬物依存関連問題学会 合同学術総会. 2022年9月9日

13. 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—子ども虐待・家庭内暴力の予防を中心に—：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)

14. 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)

15. 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.

16. 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

17. 笹原信一郎、大井 雄一、大谷 保和、森田展彰、斎藤 環：シンポジウム・ワークショップ パネル：当事者や家族と良好な治療関係を築くために—オープンダイアログの視点から—, 第118回日本精神神経学会学術総会 2022.6.17

18. 田淵賀裕、森田展彰：アディクションのある親とその子どもに対する支援～介入ツールを用いた親子プログラムの試み～ 第63回日本児童青年精神医学会総会 一般口演9 09-3 2022.11.10

19. 森田展彰、新田千枝、村瀬華子、田淵賀裕「アルコール依存を抱えるお母さん、お父さんとその子どもの支援」、第6回関東甲信越アルコール関連問題学会茨城大会ワークショップ、2022.12.4、オンライン

20. 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 2021.9.9-10

21. 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 2021.9.9-10

22. 豊田ゆかり、加賀谷有行、津久江亮大
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
2021.10.16.

23. 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. 2021年度アルコー
ル・薬物依存関連学会合同学術総会.
2021.12.18.

24. 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. Society of Affective
Science Annual Conference 2022.3.30-
4.2.

25. 花ノ木まどか、加賀谷有行、津久江亮
太郎、下原千夏、町澤まろ、山脇成人:健
常者における内受容感覚とギャンブル志向
やアルコール志向に関する検討. 2022年
度アルコール・薬物依存関連学会合同学術
総会 2022.9.8-10.

26. 加賀谷有行、花ノ木まどか、津久江亮
太郎、下原千夏、町澤まろ、山脇成人:入
院アルコール依存症者の内受容感覚の検討
～BPQ-BA超短縮版を用いた検討～. 2022
年度アルコール・薬物依存関連学会合同学
術総会 2022.9.8-10.

27. 加賀谷有行、長沖祐子、志村聡美、川
名克芳、茶山一彰:広島県を中心とした薬
物使用者におけるC型肝炎ウイルス抗体陽
性率に関する後方視調査. 2022年度アル
コール・薬物依存関連学会合同学術総会

2022.9.8-10.

28. 斎藤剛, 吉本 尚, 大脇由紀子:筑波大
学附属病院総合診療科におけるアルコール
低減外来の設置効果. 第6回関東甲信越ア
ルコール関連問題学会茨城大会. 2022年
12月

29. 幸田千佳, 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2報～アルコール呼気濃度と診療
時間、診療報酬. 第57回日本アルコー
ル・アディクション医学会学術総会. 2022
年9月

3. その他

1) 神田秀幸. 第2章動脈硬化疾患予防のた
めの包括リスク評価 1. 危険因子の評価
1.8 飲酒. 動脈硬化性疾患予防ガイドライ
ン2022年版. 一般社団法人日本動脈硬化学
会, 東京, 2022, 41-42

2) 神田秀幸. 第3章動脈硬化疾患予防のた
めの包括リスク管理 2. 生活習慣の改善
2.2 飲酒 動脈硬化性疾患予防ガイドライン
2022年版. 一般社団法人日本動脈硬化学
会, 東京, 2022, 75-76

3) 神田秀幸. 7_13 飲酒の疫学. 三浦克之、
玉腰暁子、尾島俊之(編). 疫学の事典. 朝
倉書店. 東京, 2023, 162-64.

H. 知的財産権の出願・登録状況

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