

わが国のアルコール医療の現状と 久里浜医療センターの取り組み

遠山 朋海[†] 樋口 進

IRYO Vol. 70 No. 3 (129-134) 2016

要旨

2014年6月に施行されたアルコール健康障害対策基本法を機能させていくために、われわれ医療従事者は何を成すべきか。本稿は、アルコール依存症に対する狭義の精神科治療に言及せず、わが国のアルコール医療の現状を概説し、さまざまな診療場面で利用されることを目的とする。アルコール使用障害特定テスト (The Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) を用いた2013年の全国調査によると、アルコール依存症患者の8割が医療機関を訪れているが、依存症の専門治療を受けている者はわずか1割である。救急やプライマリケアと依存症専門治療機関が連携して患者の長期回復を支援する体制が必要である。「アルコール救急多機関連携マニュアル」は救急医療におけるアルコール健康障害への対応や、精神科への橋渡しに有用である。多量飲酒者への早期介入法としてブリーフ・インターベンションが有効である。コンピュータ端末を利用したSNAPPY-CAT (SENSIBLE AND NATURAL ALCOHOLISM PREVENTION PROGRAM FOR YOU, COMPUTER ADVICE TECHNIQUE) も公開されている。久里浜医療センターではアルコール医療に関わる人材確保のための研修を行っている。今後、ブリーフ・インターベンションや減酒薬による介入が適切に行われた場合はアルコール健康障害の早期治療が実現し、より多くの患者が回復すると期待できる。

キーワード アルコール健康障害対策基本法, アルコール使用障害特定テスト (AUDIT), ブリーフ・インターベンション, SNAPPY-CAT

はじめに

わが国のアルコール医療に関する事象を年表に示す (表1)。1899年に未成年者喫煙禁止法が根本正によって提案され、議会で可決され、翌年4月に施行された。未成年者飲酒禁止法は1901年に提案され

たが議会で否決され続け、1922年に可決された。議会では「未成年者が飲まなくなったならば、三千万円の歳入減を来す。又病気になると言うが、何が病気になる。酒を飲んで病気になるような者は、よほど弱い者である」などの意見が述べられていた¹⁾。酒税収入は富国強兵の原動力であり、弱者を守るた

国立病院機構久里浜医療センター 精神科 [†]医師

著者連絡先: 遠山朋海 国立病院機構久里浜医療センター 精神科 〒239-0841 神奈川県横須賀市野比5丁目3番1号 (平成27年10月28日受付, 平成28年2月12日受理)

Current Situations of Alcohol Related Problems in Japan : Roles of Kurihama Medical and Addiction Center

Tomomi Toyama and Susumu Higuchi, NHO Kurihama Medical and Addiction Center

(Received Oct. 28, 2015, Accepted Feb. 12, 2016)

Key Words: Basic Act on Measures Against Alcohol-related Health Harm, the alcohol use disorders identification test, brief intervention, SNAPPY-CAT

表1 わが国のアルコール医療年表

年	出来事
1900	未成年者喫煙禁止法施行
1922	未成年者飲酒禁止法施行
1950年代	抗酒剤導入開始
1958	高知県で断酒会結成
1963	久里浜病院にアルコール専門病棟設置：開放病棟，集団療法，自治会，行軍 抗酒剤シアナミド（シアナマイド [®] ）発売 全日本断酒連盟結成
1965	日本アルコール医学会（現，日本アルコール・薬物医学会JMSAS）設立
1975	厚生労働省委託アルコール依存症臨床研修開始 AA：アルコールリクス・アノニマス（飲酒をやめたい人たちの世界的団体）が日本でミーティング開始
1979	日本アルコール医療研究会（現，日本アルコール関連問題学会JSARP）設立
1980年代	アルコール依存症の平均寿命52歳と報告，合併症の問題化，治療システム分化 初のアルコール依存症専門外来診療所が大阪市で開設
1983	抗酒剤ジスルフィラム（ノックビン [®] ）発売
1989	久里浜病院がWHOアルコール関連問題研究・研修センターに指定
1990年代	Project MATCH：認知行動療法，動機付け強化療法，12ステップ促進療法の有効性確認
1992	アルコール関連問題予防研究会発足：医療，教育，職域，司法，酒類関連産業など多職種による一次・二次予防に焦点を当てた研究会
1994	臨床アルコール医学研究会（現，日本依存神経精神科学会JSND）設立
1996	三重県アルコール関連疾患研究会発足
2000	第3次国民健康づくり～健康日本21～ 新久里浜式：小集団での認知行動療法の導入
2003	健康増進法施行：受動喫煙防止
2008	禁煙補助薬バレニクリン（チャンピックス [®] ）発売
2010	重度アルコール依存症入院医療管理加算（2012年度精神科医療機関届出率 約13%）
2012	久里浜版新認知行動治療プログラムGTMAK：認知行動療法，動機付け強化療法，コーピングスキルトレーニング，マトリックスモデル，パラダイム発展モデルなどを参考に開発 第16回国際アルコール医学会ISBRA世界大会（札幌）
2013	第4次国民健康づくり～第2次健康日本21～ 断酒補助剤アカンプロサート（レグテクト [®] ）発売
2014	アルコール健康障害対策基本法施行 第16回国際嗜癖医学会ISAM年次総会（横浜） 減酒薬ナルメフェン第3相臨床試験開始
2016	日本アルコール・アディクション医学会設立（JMSASとJSNDが統合）予定

めの資源は限られていた。それでも先人たちは，未来を担う若者のために法律を成立させ，100年後の現在もその信念は生き続けている²⁾。

2002年7月に受動喫煙防止を謳った健康増進法が成立，翌年5月に施行された。禁煙外来の拡充や分煙推進などの成果がみられている。2013年12月にアルコール健康障害対策基本法が成立し，2014年6月に施行された。これを生きた法律として機能させていくために，その実務を担うわれわれ医療従事者は何を成すべきか。本稿は，アルコール依存症に対する認知行動療法など狭義の精神科治療に言及せず，わが国のアルコール医療の現状を概説し，プライマリケアや救急などさまざまな診療場面での一助となることを期待する。

アルコール健康障害対策基本法が示す適切な医療とは

アルコール健康障害対策基本法第八条では，「医師その他の医療関係者は，国及び地方公共団体が実施するアルコール健康障害対策に協力し，アルコール健康障害の発生，進行及び再発の防止に寄与するよう努めるとともに，アルコール健康障害に係る良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない」と定められている。これはアルコール医療における重要項目である。

たとえば，消化管手術後の患者に「もう酒は飲んでも大丈夫ですか？」と問われた医師が「少しくらいならいいですよ」と答える場面を想定する。この「少しくらい」は医師と患者双方にとって解釈の余

表2 一般成人におけるアルコール使用障害の有病率（2013年厚生労働省全国調査）（文献8）より引用）

	男性	女性	2012年日本人口 における推計数 (男女計)
AUDIT 8 点以上（アルコールの危険な使用）	24.5%	3.7%	
AUDIT16点以上（潜在的アルコール依存症）	4.6%	0.7%	263万人
AUDIT20点以上（アルコール依存症の疑い）	2.1%	0.2%	113万人
ICD-10アルコール依存症	1.0%	0.1%	58万人
現在アルコール依存症で治療中	0.2%	0%	8万人

地が大きく簡便な言葉であるが、「アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に寄与する」「良質かつ適切な医療を行う」と定められた医療関係者は、より明確で患者の役に立つ情報を提供するように努めなければならない。エビデンスに基づき「厚生労働省は医学的な観点から、節度ある適度な飲酒として、1日平均純アルコール量で男性は20g以下、女性は10g以下と示しています³⁾」「純アルコール量20gはビール500mlに相当する量です」と情報提供する。さらに患者に寄り添った言葉で「これは意外と少ない量ですよ」「これよりも多く飲酒すると高血圧などの生活習慣病になるリスクが高まります」「胃の手術を受けた人はアルコール血中濃度が急速に上昇し、アルコール健康障害を生じやすくなります」と健康への関心が高まるように説明する。

「飲酒は食道癌や乳癌などさまざまな癌の大きなリスク因子です⁴⁾」「過度に飲酒をすると脳が委縮し認知症のリスクが高くなるおそれがあります⁵⁾⁶⁾」などと付け加えて進行と再発を防止するように努める。

健康日本21による節度ある適度な飲酒の概念では、女性や高齢者、少量の飲酒で顔面紅潮をきたす者ではより少量が適当という付帯事項がある³⁾。飲酒コントロール障害のある患者に「少しくらい」という説明をすると「先生は飲んでいいと言った」と飲酒を助長してアルコール健康障害を進行させてしまう可能性がある。アルコール依存症では断酒が必要であるため、後述するように専門治療機関への紹介を行う。

アルコール医療の現状

2013年の一般成人における全国調査では、アルコール使用障害特定テスト（The Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT）が用いられた。

AUDITはWHOによって作成された、過度の飲酒を短時間で評価するためのスクリーニングテストである。過去1年間の飲酒パターンやアルコール関連問題など10項目の質問から成り、現疾患の原因として過度の飲酒の有無を特定する際に有用である⁷⁾。この調査ではAUDIT得点が8点以上（アルコールの危険な使用）の者は男性24.5%、女性3.7%であった（表2）⁸⁾。AUDIT得点が16点以上（潜在的アルコール依存症）は男性4.6%、女性0.7%であった。AUDIT得点が20点以上（アルコール依存症の疑い）は男性2.1%、女性0.2%であった。国際疾病分類第10版（ICD-10）基準のアルコール依存症該当者の割合は、男性1.0%、女性0.1%であった。一方、現在アルコール依存症で治療中と回答した者は男性0.2%、女性0%であった。

表3はICD-10基準で現在アルコール依存症に該当する者における医療機関および健診受診、問診、節酒指導の有無を示したものである⁹⁾。アルコール依存症患者の約8割が何らかの理由で医療機関にかかっており、約4割が酒を減らしたい、約3割が酒を止めたいと答えている。しかし、依存症治療経験ありと答えた者は1割である。

このような状況に対して三重県では、内科と精神科を軸とした連携によるアルコール依存症の早期発見・早期介入を目指した「三重県アルコール関連疾患研究会」が1996年に発足している。研究会にはコメディカル・スタッフのほか、地域の保健師や消防士も参加しており、アルコール依存症患者を専門治療に繋げている。

アルコール依存症患者は救急受診が頻回であり、救急の現場に混乱をもたらすことがしばしばある。2011年12月から2012年1月の間に四日市市内で行われたアルコール専門外来受診のアルコール依存症群170人と一般診療科外来受診群306人を比較した

表3 ICD-10現在アルコール依存症該当者における医療機関および健診受診、
問診、節酒指導の有無(2013年厚生労働省全国調査)(文献9)より引用)

	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
過去1年に医療施設受診あり	83.6	73.9	79.1
受診時に飲酒についての問診あり	82.3	99.2	91.3
受診時に医師からの節酒アドバイスあり	64.7	99.9	82.4
過去1年に健康診断受診あり	70.3	67.7	68.2
健診受診時に節酒アドバイスあり	78.3	49.7	64.3
飲酒による肝機能障害指摘経験あり	44.8	66.8	56.1
肝機能障害治療経験あり	34.9	66.7	51.0
現在、酒を減らしたい	50.0	32.7	41.5
現在、酒を止めたい	19.8	33.1	26.8
アルコール依存症治療経験あり	20.0	0.0	10.0

調査では、成人の救急車の利用は一般診療科群を1とするとアルコール依存症群はオッズ比が4.68であった¹⁰⁾。アルコール依存症群170人の救急車利用は合計415回であり、6回以上利用した上位13人で合計228回(415回の54.9%)を占めていた。これらの問題に対して四日市地区では「四日市アルコールと健康を考えるネットワーク」が結成され、「アルコール救急多機関連携マニュアル」が作成された。マニュアルは三重県公式ウェブサイトから入手可能である<<http://www.pref.mie.lg.jp/TOPICS/2015050354.htm>>(2015/9/30アクセス)。

アルコール健康障害対策基本法第十八条では、「国及び地方公共団体は、アルコール健康障害に係る医療について、アルコール健康障害の進行を防止するための節酒又は断酒の指導並びにアルコール依存症の専門的な治療及びリハビリテーションを受けることについての指導の充実、当該専門的な治療及びリハビリテーションの充実、当該専門的な治療及びリハビリテーションの提供を行う医療機関とその他の医療機関との連携の確保その他の必要な施策を講ずるものとする」と定められている。三重県のような連携が行われている地域は全国的には少ないと思われる。アルコール依存症専門治療機関の多くは単科精神科病院であるため、救急対応可能な人員や設備はない。一方で、救急医療機関は慢性期リハビリテーションや認知行動療法を目的としていない。急性期から長期断酒に至るまでの患者の経過に合わせた治療が適切に行えるように、医療機関の設備拡充や連携強化が望まれる。

多量飲酒者への介入方法と精神科紹介

アルコール健康障害対策基本法第十七条では、「国及び地方公共団体は、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に資するよう、健康診断及び保健指導において、アルコール健康障害の発見及び飲酒についての指導等が適切に行われるようにするために必要な施策を講ずるものとする」と定められている。この条項は保健指導や診療場面においてアルコール健康障害のスクリーニングを行い、断酒または飲酒量低減のための早期介入を適切に開始することを示している。

多量飲酒者への早期介入法としてブリーフ・インターベンションの有効性が示されている¹¹⁾。ブリーフ・インターベンションはスクリーニングと簡易介入から成り、通常15-30分のセッションが複数回行われる。その際の重要な要素として以下の6項目が挙げられる。スクリーニングテストの結果の還元(Feedback)、飲酒するかしないかは自己決定による(Responsibility)、飲酒量低減によってどのような危険を回避できるかを助言する(Advice)、飲酒量低減のための代替方法を提示する(Menu)、理解と共感を示す(Empathy)、自己効力感を高める(Self-efficacy)。これらの頭文字からFRAMESと呼ばれる。肥前精神医療センターでは医療関係者向けのブリーフ・インターベンション研修を行っている。

アルコール使用障害スクリーニングとその評価結果に基づく減酒支援の手引きをはじめ、健診・保健指導のための支援ツールは久里浜医療センターのホームページからダウンロードできる<http://www.kurihama-med.jp/health_guidance/>(2015/9/

30アクセス)。

WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究では、コンピューターを用いた簡易介入ツールの開発と有効性検証としてSNAPPY-CAT (SENSIBLE AND NATURAL ALCOHOLISM PREVENTION PROGRAM FOR YOU, COMPUTER ADVICE TECHNIQUE) が公開されている。端末があれば診察室や待合室で利用可能である<https://www.udb.jp/snappy_test/> (2015/9/30アクセス)。

アルコール健康障害のある患者を精神科に紹介するときは、身体疾患については引き続き診療することを伝えて関係を保ち、可能であれば家族とともに受診するように勧める。医療従事者の価値観を押しつけず、患者の「できれば飲酒習慣を変えたい」という内的動機を引き出そうとすれば精神科受診に結びつけやすい。紹介状の記載例としては「アルコール依存症が疑われますが、否認がみられるため、本人には依存症とはいわずに、肝機能や睡眠の質はお酒と関係がありそうです、よく眠れるように専門家から話を聞いてみませんか」と勧めたところ、家族にも促されてようやく小さくうなずきました」という内容になる¹²⁾。

久里浜医療センターの取り組み

1941年に横須賀海軍野比分院が創立し、1945年に厚生省に移管、国立久里浜病院として発足した。1963年に国内初めてのアルコール依存症専門病棟が設置された。司法精神医療分野では早くから医療観察法病棟を開棟し、国内で2番目に多い医療観察法病床数を有している。2011年7月より、わが国で最初のインターネット依存症専門診療を開始している。2012年4月からは、アルコール医療だけでなくさまざまな医療に取り組んでいることを踏まえ、「久里浜アルコール症センター」から現在の「久里浜医療センター」に名称を発展的に変更した。

稼働病床数（医療法病床数）は、総数285床（332床）であり、一般病床45床（86床）、精神病床195床（195床）、医療観察法病床45床（51床）となっている。現在、概ね160名以上のアルコール依存症患者が常時入院しており、飲酒の問題による初診者数は年間約800名に上る。アルコール依存症の診療のみならず、研究、専門家育成、外部へのコンサルテーション、情報発信など包括的に取り組んでおり、わ

が国におけるこの方面の中心施設としての役割を果たしてきている。WHO のアルコール関連問題研究・研修協力センターとしての役割や米国立保健研究所との共同研究協約など、国際的活動・貢献も積極的に行っている。

1975年度から厚生労働省の委託によりアルコール依存症臨床研修を医師、看護師、保健師、精神保健福祉士などを対象に行っており、これまでに5,000名以上が修了している。アルコール健康障害対策基本法第二十三条では、「国及び地方公共団体は、医療、保健、福祉、教育、矯正その他のアルコール関連問題に関連する業務に従事する者について、アルコール関連問題に関し十分な知識を有する人材の確保、養成及び資質の向上に必要な施策を講ずるものとする」と定められている。この条項を実践するものとして、アルコール医療の人材供給を続けている。

今後の展望

厚生労働省は依存症に関する研究開発を行う全国依存症治療拠点機関として久里浜医療センター（アルコール・ギャンブル）と国立精神・神経医療研究センター（薬物）を指定している。全国拠点機関は依存症治療・回復プログラム、支援ガイドラインなどの開発と依存症回復支援体制モデルの構築などを行う。さらに依存症治療拠点機関として神奈川県立精神医療センター、各務原病院（岐阜県）、大阪府立精神医療センター、岡山県精神科医療センター、肥前精神医療センター（佐賀県）の5機関を指定している。依存症治療拠点機関は依存症者やその家族への専門的な相談支援、精神科医療機関への助言・指導、関係機関との連携・調整などを行う。

断酒補助薬アカンプロサートは1987年にフランスで臨床使用が承認され、欧州では多くの臨床試験で断酒率を高める効果が示されている。わが国では2013年から臨床使用が可能となった。臨床使用承認の根拠となった国内での二重盲検無作為統制試験では、24週間の完全断酒率がプラセボ群36.0%（59/164例）に対して、アカンプロサート群47.2%（77/163例）で有意に高かった。海外のメタ解析ではアカンプロサート使用前に一定の断酒期間をおき離脱症状から回復後に使用した場合や、断酒モチベーションが高い方が有効であることが示されている¹³⁾¹⁴⁾。また、軽症例に対する有効性が低い可能性が示唆されている。このことは、依存症専門治療を

受ける動機に至っていない多くの患者に対して、断酒目的で薬物療法を行うことは容易ではないと解釈することもできる。

現在、減酒薬ナルメフェンの第3相臨床試験が行われている。わが国や米国では原則的に断酒をアルコール依存症の治療目標としているが、患者の多くは専門治療に結びついていない。欧州ではハームリダクションと呼ばれるアルコールの有害使用低減を目標としたアプローチが行われている。わが国ではトピラマートの飲酒量低減効果を検討した報告がある¹⁵⁾。断酒か節酒にこだわるよりも苦痛除去の視点に立ち、これらの薬物療法を用いて渴望を軽減することで患者の自己決定力を高めることが医療的なアプローチであると思われる。漫然とした節酒介入は断酒による回復の機会を逃す可能性があるが、減酒薬による介入が適切に行われた場合は、より多くの患者が回復すると期待できる。

おわりに

「酒を飲んで病気になるような者は、よほど弱い者である」という100年前の議会での言葉は、現代医療では疾患脆弱性に置き換えられる。どのような生活習慣や遺伝子がアルコール健康障害の脆弱性予測因子であるかを特定し、各リスク群にそれぞれ適切な介入を行うことが医療の役割である。

アルコール健康障害対策基本法が生きた法律として機能するかどうか、全医療関係者の活躍が期待される。アルコール依存症の1年断酒率は3割から5割といわれる。断酒予後に限らずアルコール医療は治療者の思いどおりに進むことが少なく、時間と労力を要する。プライマリケアや救急などさまざまな場面で、その非効率性に葛藤する優秀な治療者は多いと思われる。本稿で示した介入方法が少しでも役に立てば幸いである。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

【文献】

- 1) 帝国議会衆議院議事摘要第45回上巻：p1227
- 2) 加藤純二. 未成年者飲酒禁止法を作った人 根本正伝. 銀河新社；1998.
- 3) 樋口進編. 健康日本21推進のためのアルコール保

健指導マニュアル. 東京：社会保険研究所；2003.

- 4) 横山顕. アルコールとがん. 日医師会誌 2011；140：1874-8.
- 5) Paul CA, Au R, Fredman L et al. Association of alcohol consumption with brain volume in the Framingham study. Arch Neurol 2008；65(10)：1363-7.
- 6) Mukamal KJ, Kuller LH, Fitzpatrick AL et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. JAMA 2003；289：1405-13.
- 7) Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle et al. 小松知己, 吉本尚訳, AUDIT アルコール使用障害特定テスト使用マニュアル. 津；三重大学大学院医学系研究科環境社会学講座家庭医療学分野, 2011.
- 8) 尾崎米厚. 疫学. In：齋藤利和編. アルコール依存症. 大阪市：最新医学社；2014：p20-29.
- 9) 研究代表者 樋口進. 平成26年度厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業 WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究 平成26年度 総括研究報告書. 2015.
- 10) 猪野亜朗, 吉本尚, 水谷直巳ほか. アルコール専門外来と一般診療科受診者による救急車利用の対比. 日アルコール・薬物医会誌 2013；48：314-23.
- 11) U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse. Ann Intern Med 2004；140：554-6.
- 12) 川合厚子. アルコール依存症を疑って精神科に紹介するときには. In：伴信太郎, 樋口進編. ほくらのアルコール診療. 東京：南山堂；2015：p134-8.
- 13) Mann K, Leher P, Morgan MY. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence alcohol-dependence individuals: results of a meta-analysis. Alcohol Clin Exp Res 2008；28：51-63.
- 14) Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S et al. Acamprosate for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev 2010 Sep 8；(9)：CD004332. doi：10.1002/14651858. CD004332. pub 2.
- 15) 河本泰信. Topiramate の飲酒量低減効果. 日アルコール・薬物医会誌 2013；48：153-68.