

アルコール健康障害対策関係者会議  
医療・健診ワーキンググループ  
厚生労働省, 平成27年5月22日

# 専門医療の向上に 向けて

独立行政法人国立病院機構  
久里浜医療センター  
樋口 進

# 内 容

- 早期発見・治療導入
- 紹介・連携
- 診断・治療
- 社会復帰
- 家族・相談
- マンパワーの養成
- 依存症治療拠点機関

# 早期発見・早期治療導入

## システム

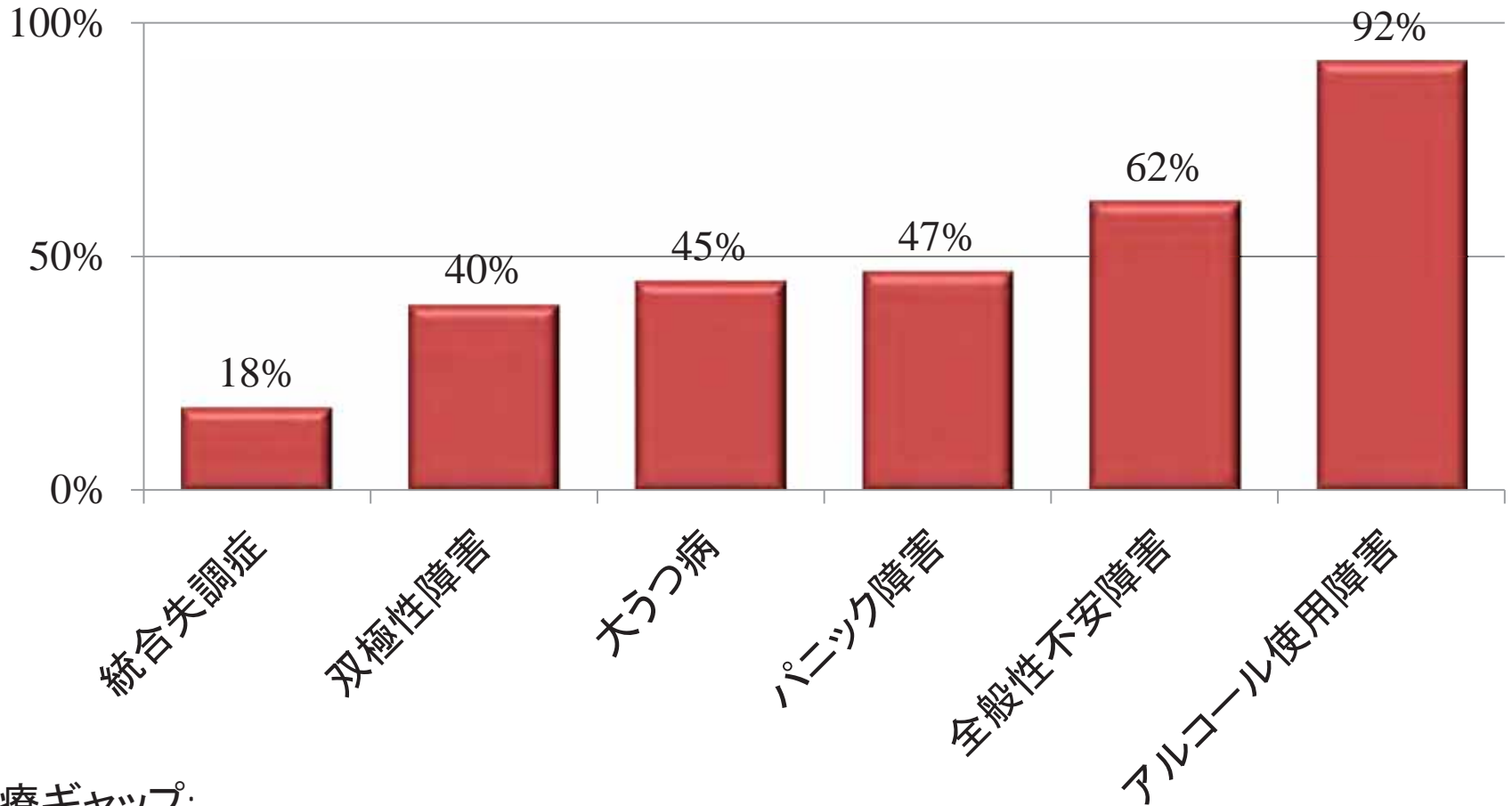
- 1) 健診から専門医療
- 2) 医療連携による早期治療導入
- 3) 相談事業の拡充

## 研究

- 1) バイオマーカー技術の向上
- 2) スクリーニング技術の向上

# アルコール依存症者の治療ギャップ

(治療ギャップ割合)

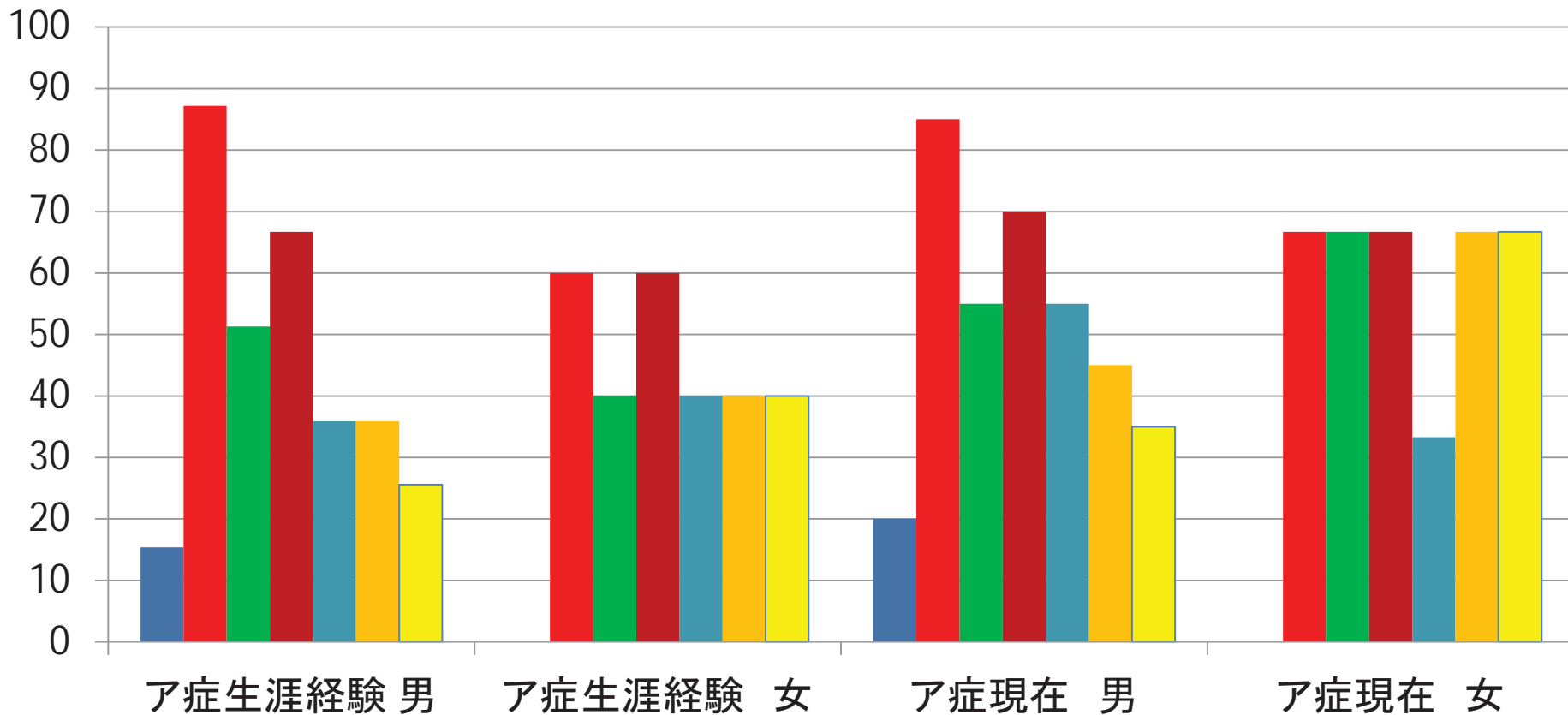


治療ギャップ:  
治療が必要な人のうち治療を受けていない人の割合

# アルコール依存症者の受診頻度、節酒指導

- ア症治療経験有
- 過去1年の医療施設受診
- 節酒アドバイス
- 過去1年の健診受診有
- 節酒アドバイス2
- 飲酒による肝機能障害経験
- 肝機能障害治療経験

%

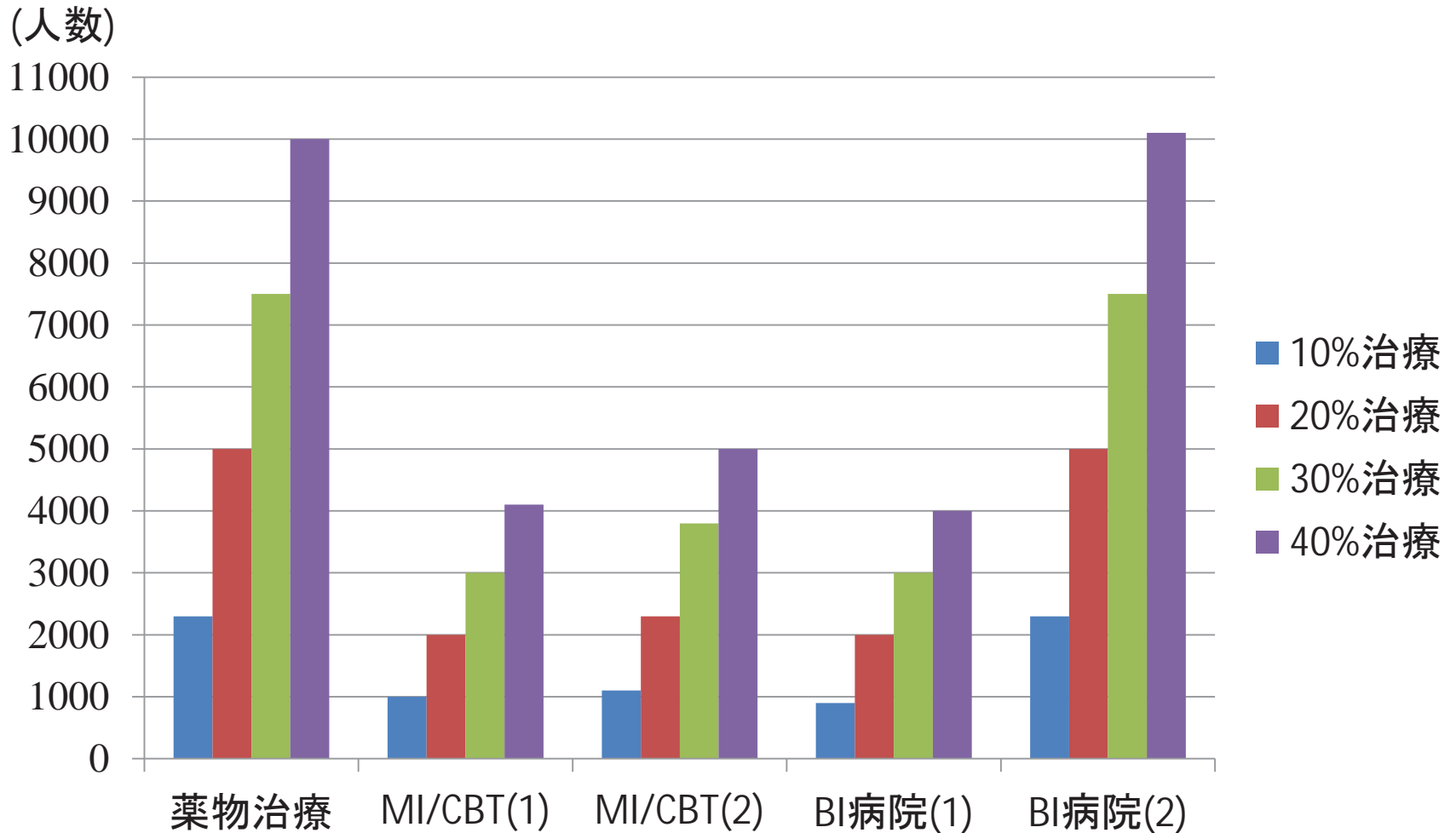


# 紹介・連携

- アルコール依存症の推計値  
→ 109万人(平成25年厚労科研推計値)
- アルコール依存症の診断で治療を受けている者  
→ 4.3万人(平成23年患者調査)

- 連携の必要性は明らか
- どのようにして連携を進めるか
  - ✓ 個人・医療機関の努力
  - ✓ 学会の協力
  - ✓ 公的システムの導入
  - ✓ その他

# 2004年のEU諸国で、様々なアルコール依存症治療の受療率を上げることにより防ぐことのできる死者数(男性)



MI/CBT(1)(2), BI病院(1)(2)は、それぞれ有効性仮説の異なる方法による推計値。

# 診断・治療

## 研究の推進

- 治療目標
  - 断酒 vs 飲酒量低減
  - どのような患者にどのような目標
- 診断に関するギャップ
  - ICD-11 vs DSM-5
- 薬物治療
  - 新薬の開発
  - 有効なコンビネーション
- 心理社会的治療
  - より有効な治療手法
  - より有効なコンビネーション



# 治療に関するRCT

## 薬物治療

- 1) アカンプロサート(製薬メーカーのRCT)
- 2) ジスルフィラムの多施設共同研究(厚労科研)

## 簡易介入(BI)

- 1) 職域(厚労科研)
- 2) 飲酒運転関係(内閣府事業)

Higuchi S et al. J Clin Psychiatry, 2014.

Yoshimura A et al. Alcohol Clin Exp Res, 2014.

Ito C et al. Alcohol Alcohol, 2015.

# 退院後3ヶ月の転帰と治療プログラム

要因	断酒群 (N=160)	飲酒群 (N=129)	P
年齢	51.3±10.3	48.0±10.8	0.0086
入院			
治療完結率	90.6%	89.9%	0.855
治療プログラムの種類数	7.6±1.8	7.4±1.7	0.4173
治療プログラムへの参加数	76.1±41.1	74.1±35.0	0.6624
外来			
治療プログラムへの参加数	10.2±16.5	8.9±19.2	0.5390
自助グループへの参加数	14.5±37.8	5.2±14.5	0.0048
抗酒薬の服用回数	109.5±80.7	81.5±79.4	0.0299

アルコール依存症専門治療施設(N=9)に入院した男性アルコール依存症者の臨床特性、3・12ヵ月治療転帰を調べた前向き研究

# 社会復帰

- 回復施設等については他のWGへ
- 外来治療は入院治療よりむしろ重要
- 研究が必要
  - より有効な外来治療の在り方
  - デイケアー治療に関する効果検証

# 家族・相談

- 家族相談機能の整備・拡充
  - 患者の治療導入
  - 家族の保護・対応
- 他のWGの議論に

# マンパワーの養成

学生教育

専門家養成

# 学生教育

- 小・中・高校
    - たばこや薬物などに比べて教育実施率が低い
  - 医師・看護師・保健師養成教育
    - アルコールに力を入れていない学校が多い
- 
- ✓ 教育されなければ、興味も持てない
  - ✓ 学生教育にアルコールをより組み入れる
  - ✓ 医学部教育における必須化？
  - ✓ 小・中・高校における教育の重点化？

# 医師養成

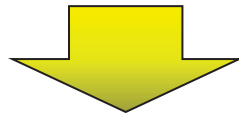
## 実態

- ✓ 依存問題の大きさに比べ、従事する医師数は少ない
- ✓ 依存を専攻しない精神科医は、依存の診療を嫌う傾向
- ✓ 依存を専攻している精神科医師は出世できない
- ✓ 医学部精神医学教授で依存を専攻しているのは1名のみ
- ✓ このような背景から、依存に興味をもつ医師は育たない
- ✓ 研究に興味をもつ若手の医師の多くは、  
公的研究助成の申請が難しい

この状況をどのように打開するか？

# 専門家養成

- 研修事業の拡充
  - 久里浜医療センターなど
  - 精神保健福祉センター
  - 治療拠点機関
- 関連学会の研修事業

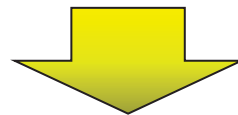


国等からの助成が必要



# 依存症治療拠点機関

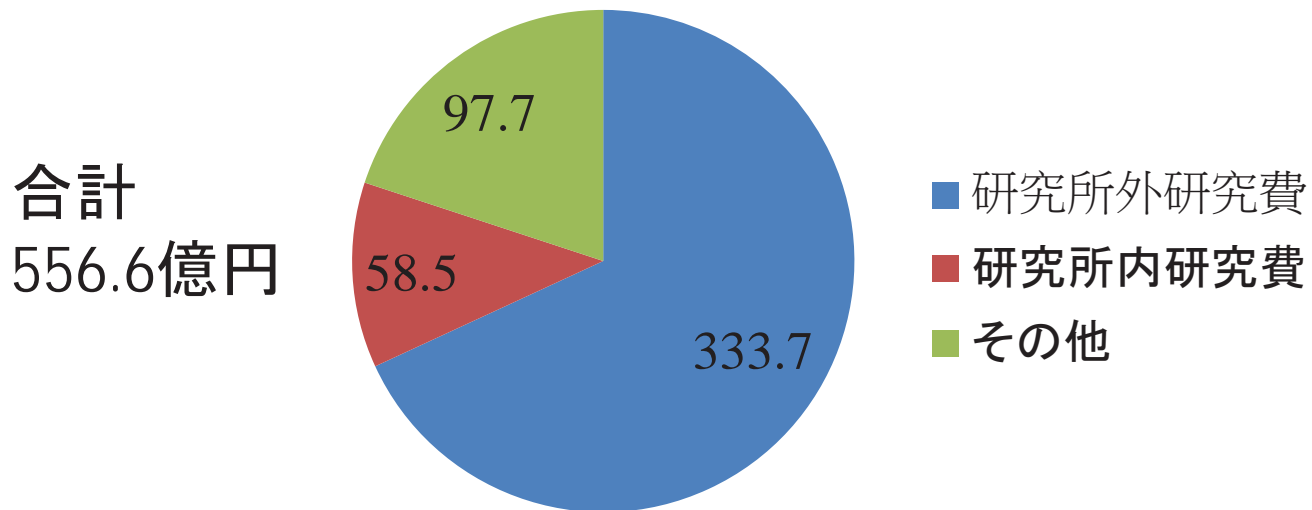
- 機能と施設数の拡充
- 治療の向上
  - 治療研究の推進
  - 連携モデルの構築
- マンパワー養成の推進



- 依存症拠点機関に機能拡充  
(治療以外も包含)
- 事業費・研究費の増額
- 研究等を総合的に推進する他のメカニズム

# 研究費

米国立アルコール症研究所(NIAAA)  
2014会計年予算, 単位: 億円(1ドル=120円)



わが国のアルコール関係研究費  
1億円未満??