2 学会合同学術委員会『運転免許更新に係るワーキンググループ』からの報告

本論文は、

・角南隆史, 杠　岳文, 齋藤利和, 宮田久嗣, 西谷陽子, 露木寛之, 樋口　進：アルコール依存症と運転免許：依存症の重症度・治療目標と運転免許制度の変遷, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 58(1): 9-22, 2023.

・角南隆史, 杠　岳文, 齋藤利和, 宮田久嗣, 西谷陽子, 露木寛之, 樋口　進：アルコール依存症と運転免許：依存症の重症度・治療目標と運転免許制度に関するアンケート調査, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 58(1): 82-98, 2023.

の 2 論文を、日本アルコール関連問題学会の会員様にもご覧いただけるようにダイジェストしたものです。

別添のアンケート用紙とともに、ご高覧いただけますと幸いです。

著者全員の氏名：(所属は上記の 2 論文が刊行された時点)
角南　隆史 (地方独立行政法人　佐賀県医療センター好生館、アルコール関連問題学会側委員☆)
杠　岳文 (独立行政法人　国立病院機構　肥前精神医療センター、アルコール関連問題学会側委員☆、※委員長)
齋藤　利和 (社会医療法人博友会　平岸病院、アルコール・アディクション医学会側委員☆)
宮田　久嗣 (東京慈恵会医科大学　精神医学講座、アルコール・アディクション医学会側委員☆)
西谷　陽子 (熊本大学大学院生命科学研究部　法医学講座、アルコール・アディクション医学会側委員☆)
露木　寛之 (独立行政法人　国立病院機構　久里浜医療センター、アルコール関連問題学会側委員☆)
樋口　進 (独立行政法人　国立病院機構　久里浜医療センター、※委員会アドバイザー)

☆日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会合同学術委員会「運転免許更新に係るワーキンググループ」委員。

主著者の連絡先：
角南　隆史
Email: takashisunami2010@gmail.com

第Ⅰ部　アルコール依存症の治療目標と運転免許制度変遷の概説

第Ⅰ部の要約

現在、日本の精神科医療機関で採用されているアルコール依存症者の治療目標は、基本的に完全断酒である。しかし 2014 年に施行された「アルコール健康障害対策基本法」を契機に、日本ではアルコール使用障害の早期介入や治療格差の是正に向けた動きが急速に進んでいる。そして 2018 年には「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」が作成され、軽症のアルコール依存症者の治療目標として飲酒量低減が容認されるに至った。

他方、飲酒運転による悲惨な事故が相次いだことから、道路交通法が幾度にわたり改正され、飲酒運転に対する罰則が強化された。

2014 年の道路交通法改正では、運転免許申請者がアルコール依存症であるかどうかを調査する必要が生じた場合、医師の診断書が必要となった。 診断書は、運転免許を取得するために 6 ヶ月以上断酒していることを証明するために必要である。

重度アルコール依存症のイメージである「アルコール中毒」の者に 6 カ月以上の断酒継続を義務づける改正道路交通法と、軽度のアルコール依存症者に減酒を認めるガイドラインは、現状では相容れない。

第 1 部では、アルコール依存症者に対する治療の変遷と、道路交通法における飲酒運転対策の変遷、今後の対策についてたどる。

①アルコール依存症治療の変遷

わが国のアルコール依存症治療は実質的に、昭和 38 年に国立療養所久里浜病院（現、国立病院機構久里浜医療センター）にアルコール依存症の専門病棟が開設されてから始まったと言ってよい[1)]。そして、集団療法を基本とするこの治療モデルは、昭和 50 年代以後「久里浜方式」として全国の精神科医療機関に広がっていった。以後 60 年間、「久里浜方式」は、現在もアルコール依存症入院治療の主流であり、大きくは変わっていない[2)]。また、全国の精神科医療機関で取り入れられている「久里浜方式」の治療目標は唯一完全断酒である。そのため精神科専門医療機関には、有害な飲酒者や軽症のアルコール依存症者が自ら希望して受診に繋がる事例は少なく、重症のアルコール依存症者が困り果てた家族や職場の関係者に連れられて受診する事例が多い。この様に、わが国の専門医療機関が治療対象としてきたアルコール依存症者の中核群は、健康、職業、社会あるいは家庭生活に破綻をきたし、生き延び、そして回復するには断酒しか選択肢がない追い詰められた状況の重症患者であった。一方で、専門医療機関で治療対象となっている患者は、アルコール依存症者の一部に過ぎないことが疫学調査で明らかになり[3)]、2014 年に施行された「アルコール健康障害対策基本法」[4)]を背景に、わが国でも早期介入と治療ギャップの解消に向けた動きが急速に進むことになった。その中で 2018 年には「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」[5)]が作成され、軽症依存症に対して減酒が治療目標として容認されるに至っている。

②道路交通法での飲酒運転対策とその変遷

一方、運転免許については、1999 年に東名高速道路でトラックが衝突し 2 児が犠牲になった事故や、2006 年に福岡市で乗用車に追突され 3 児が犠牲になった事故など、悲惨な事故が飲酒運転によって相次いで起こったことで、飲酒運転に対する厳罰化が進み、2001 年以後、道路交通法の改正が幾度か行われてきた[6)]。さらに、意識消失をきたすような疾患や認知症に伴う交通事故も増え、2014 年の道路交通法改正では「自動車等の安全な運転に支障をおよぼすおそれがあり、運転免許の取り消しまたは停止の理由となる病気」を「一定の病気等」(表 1)として、その中に「アルコール中毒」の傷病名が含まれている[7, 8)]。

そして、「一定の病気等」に罹患しているかどうか公安委員会が適切に把握し、免許の拒否や取消し等の行政処分を適切に行い、一定の病気等による交通事故の防止を図るため、運転免許の申請の際に、「質問票」(表 2)の提出が義務付けられた。質問票の中で、特にアルコール依存症に関わる部分は、質問 4 である。質問票を提出しない場合は運転免許の申請が出来ず、虚偽の申告をした場合は 1 年以下の懲役又は 30 万円以下の罰金が科される[7, 8)]。

表 1：「一定の病気等」とは？[7, 8)]

・認知症
・統合失調症
・てんかん
・再発性の失神
・無自覚性の低血糖症
・そううつ病
・重度の眠気の症状を呈する睡眠障害
・アルコール、麻薬等の中毒
・その他安全な運転に支障のあるもの

表 2：質問票の内容[7, 8)]

回答は、以下の質問内容に当てはまるかどうかによって、「はい」か「いいえ」を選択する。

1．過去５年以内において、病気（病気の治療に伴う症状を含みます。）を原因として、又は原因は明らかでないが、意識を失ったことがある。

2．過去５年以内において、病気を原因として、身体の全部又は一部が、一時的に思い通りに動かせなくなったことがある。

3．過去５年以内において、十分な睡眠時間を取っているにもかかわらず、日中、活動している最中に眠り込んでしまった回数が週３回以上ある。

4．過去１年以内において、次のいずれかに該当したことがある。

・飲酒を繰り返し、絶えず体にアルコールが入っている状態を３日以上続けたことが３回以上ある。

・病気の治療のため、医師から飲酒をやめるよう助言を受けているにもかかわらず、飲酒したことが３回以上ある。

5．病気を理由として、医師から、運転免許の取得又は運転を控えるよう助言を受けている。

さらに、運転免許の申請者がアルコール中毒に該当するかどうかを調査する必要があると認める場合は、医師の診断書が求められるようになった[9)]。そもそも 2011 年頃までの「アルコール中毒」に関する警察庁の見解は、「アルコール中毒は主として医学上のアルコール精神病を意味する。アルコール精神病とは、アルコール依存症を基盤として精神病を生じたものであり、幻覚、妄想の症状を呈する。」[10)]とある。すなわち、「アルコール精神病」とは ICD(International Classification of Diseases)-10 の分類[11)]では、精神病性障害(F10.5)、残遺性および遅発性精神病障害(F10.7)などを指し、アルコール依存症 (F10.2) を含まない。しかし、2014 年の道路交通法の改正後は現在の様式の医師の診断書を求め、特段の議論もないまま、この法改正からアルコール中毒を「F10.2～F10.9 までに該当」として、アルコール依存症 (F10.2) を含むようになっている。なお、運転免許の取得には最低でも 6 か月以上断酒を継続していることの証明が診断書に求められている[9)]。

重症のアルコール依存症像をイメージする「アルコール中毒」者に 6 か月以上の断酒継続を求める改正道路交通法[9)]と軽症のアルコール依存症者に減酒を容認するガイドライン[5)]は、現時点で両立し得なくなっている。なぜなら、改正道路交通法では軽症依存症でも依存症者であれば、運転免許を申請する際に原則 6 か月以上継続した断酒を求められるからである。

このように、運転免許を申請しようとする者がアルコール依存症であれば、症状の程度や併存疾患の有無に関係なく、一律に 6 か月以上の断酒を継続していなければ運転免許の申請は出来ないこととなる。しかし「①アルコール依存症治療の変遷」にも述べたように、アルコール依存症の治療目標に関して、本邦において、軽症の依存症者に対しては減酒が容認され、早期に治療的介入を行うことが推奨されるようになっている。

こうした運転免許の申請の現場と医療現場の間の齟齬の背景には、これまでアルコール依存症の診断に軽症、中等症、重症といった基準がなかったこと、そしてこれまでアルコール依存症として事例化し依存症専門医療機関の受診に繋がる患者の多くは重症化したアルコール依存症者で、この重症患者がアルコール依存症の大半を占める中核群であるかのようなイメージが広く定着してしまったこと等が考えられる。

③運転免許申請の現場と医療現場の齟齬の解消に向けて

これまで依存関連の学会が行ってきた飲酒運転に関する取り組みとして、2007 年から 2011 年にかけて依存関連の 3 学会(日本アルコール・薬物医学会、日本アルコール精神医学会、日本アルコール関連問題学会)合同で行われた飲酒運転対策プロジェクトが挙げられる。このプロジェクトを通じて、飲酒運転を撲滅するためには、単に罰則の強化だけでなく、国民に対する教育・啓発から常用飲酒やアルコール依存症に対する効果的な教育・治療に至るまでのエビデンスに基づいた包括的なシステム作りが必要であることが示唆された。このプロジェクトの報告書は現在、日本アルコール関連問題学会のウェブサイト[12)]に公開されている。

そして今回、運転免許申請の現場と医療現場の間で生じている齟齬に対して、依存関連の 2 学会（日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会）は、あらためてエビデンスを基にした対応が求められている。なぜならこれは、飲酒運転対策と同時

にアルコール健康障害を持つ者への早期介入と権利擁護に関わる重要な課題であるためである。

そこで今回、新たに日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会の 2 学会合同で「運転免許更新に係るワーキンググループ」を学術委員会として立ち上げ、対応を協議することになった。本稿の著者らがそのメンバーである。2020 年 12 月から 2021 年 12 月にかけて、オンライン会議システムを用いて討議を行った。

前出の「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」[5)]において「軽症依存症で明確な合併症を有しないケースでは、患者が断酒を望む場合や断酒を必要とするその他の事情がない限り、飲酒量低減も目標になりうる」と記載されているが、「軽症依存症」の定義や具体的な臨床像は定まっていない。また同ガイドラインには、「特に非合法薬物に対する依存症や有害な使用の場合には、断薬が唯一の治療目標である。もし合法であっても、法的に摂取禁止が推奨されている場合（例えばアルコール依存症に伴い飲酒運転を繰り返す）には、それに従う」と記載されているが、アルコール依存症者すべてが飲酒運転を繰り返しているとは限らない。つまり、明確な合併症(飲酒運転を繰り返す、など)を有しないアルコール依存症者ではガイドライン上、飲酒量低減も目標となりうるが、現行の運転免許制度ではアルコール依存症者であれば一律に 6 か月以上の継続した断酒が求められている。

こうした臨床現場での齟齬の解決に向け、2 学会合同「運転免許更新に係るワーキンググループ」では、まず①アルコール依存症の重症度と治療目標について減酒を治療目標として容認できる軽症アルコール依存症の定義につながる臨床像の描写を試み、そして②運転免許申請時の診断書に関して、診断書を記載する医師が感じる現状の課題把握を目的に、2 学会の医師会員に対してアンケート調査を行うこととした。

第Ⅱ部　両学会所属医師を対象としたアンケート調査結果

第Ⅱ部の要約

飲酒運転は絶対にあってはならないことであり、飲酒運転の危険性が高いと考えられるアルコール依存症者が運転免許を申請する前に、少なくとも 6 ヶ月間の断酒を義務付けることは、リスク回避の観点からは理にかなっている。しかし、重症のアルコール依存症者だけでなく、軽症のアルコール依存症者や多量飲酒者についても、断酒だけでなく減酒治療を含めた早期介入が、日本だけでなく欧米にも広がり、世界的な潮流になりつつある。

一方で、問題飲酒者への早期介入によってわが国の飲酒運転事故を含めた飲酒関連問題が減少するという期待とアルコール依存症者の権利擁護の点からは、依存症者に対して一律に 6 ヶ月間の断酒継続を求めるのではなく、各人のアルコール依存症の重症度や飲酒運転の危険性を見極めた上で、運転免許証の交付の可否を適切に判断することが望まれる。

このような現状を受け、われわれは 2 つの学会（日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会）の医師会員を対象に、(1) 減酒治療が治療目標として認められる軽度のアルコール依存症の臨床像を模索すること、(2) 運転免許申請時の診断書について医師が認識している現状の問題点を把握することを目的に調査を行った。本稿を通じて、アルコール健康障害を持つ者への早期介入と権利擁護に関わる重要な問題について、読者の皆様と情報を共有できれば幸いである。

①アンケート調査の方法と内容

本調査は、肥前精神医療センターの倫理委員会の承認、および日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会(以下、「2 学会」と表記)の両理事会の承認を得て行われた。アンケートの実施方法としては、2021 年 6 月から 8 月にかけて、2 学会の医師会員全員に別添資料のアンケート用紙を郵送で送付し、同封した返信用封筒にて匿名で回答をしてもらった。

アルコール依存症候群(ICD-10[11]) およびアルコール使用障害(DSM-5[13])の診断基準やスクリーニングテスト(KAST[14, 15]、AUDIT[16, 17])、運転免許申請時の質問票の質問項目(本アンケート調査のため文面を一部変更、変更の経緯は下記を参照)[7, 8]の各々の項目、そしてアルコール依存症の診断基準を満たす架空の 3 症例について、どのレベルの重症度の依存症者と判断するのかを尋ねた。調査に際しては、(表 3)のような暫定的定義を用いた。また運転免許の申請の際に申請者の状況によっては提出が必要となる診断書に関して、診断書を記載する医師が感じる現状の課題を抽出するための調査も加えた。アンケート調査内容の詳細は、別途資料のアンケート用紙をご覧いただきたい。

表 3：本調査で用いたアルコール依存症の重症度評価

⓪危険または有害な使用：依存症の診断基準を満たさず、減酒が推奨される者
①軽症依存症：依存症の診断基準を満たすが、治療目標として減酒も容認できる者
②中等症依存症：①と③の中間
③重症依存症：依存症の診断基準を満たし、当初より治療目標を断酒とすべき者

※運転免許申請時の質問票の質問項目について[7,8)]

運転免許の申請の際の質問票に記載されている質問 4 に関して、今回の調査では、ほぼ原文のまま掲載した。原文から修正した箇所は、(表 7)の中の下線で追記した部分である。今回のアンケート調査は、そのほとんどがアルコール依存症に関する質問であり、ここで原文のまま「病気の治療」と書くと自ずとアルコール依存症のみを想起させることとなり、すでにアルコール依存症で断酒を主治医から指導されている事例と受け取られかねず、質問票の設問が本来意図するアルコール依存症に限らず種々の病気であることを明示するため、「体の」を質問に追記した。

②2 学会合同アンケート調査の結果

日本アルコール・アディクション医学会では 491 名、日本アルコール関連問題学会では 334 名の医師会員に送付し、あわせて 206 名から回答(回答率約 25.0%)が得られた。

回答者の現在の所属機関は、精神科病院(49%)、クリニック(19%)、大学病院(14%)、総合病院(9%)、他(9%)であった。主たる診療科は、精神科(77%)、内科(14%)、プライマリケア(2%)、産業医(2%)、その他(4%)であった。性別は、男性(80%)、女性(16%)、未記入(4%)であった。年代は、50 代(27%)、60 代(23%)、40 代(21%)、70 代以上(17%)、30 代(11%)、未記入(1%)であった。

アルコール依存症の診療経験年数は、20 年以上(48%)、10～19 年(27%)、9 年以下(19%)、なし(6%)であった。回答者が今までに経験したアルコール依存症に関する診療経験は、外来・入院ともに(84%)、外来のみ(9%)、入院のみ(1%) その他(5%)であった。さらに、専門医などの資格の有無(複数回答可)は、精神保健指定医(46%)、精神科専門医(41%)、内科系専門医(11%)、その他(2%)であった。その他には、産業医、社会医学系専門医、救急専門医、外科系専門医、認知症専門医、法医専門医などがあげられた。

1)アルコール依存症の重症度の指標について

ICD-10(表 4)、DSM-5(表 5)、KAST(表 6) 、運転免許の申請の際の質問票(表 7)の各項目について、アルコール依存症の重症度について尋ねた。いずれの項目でも、中等症もしくは重症と判断した回答が多かった。

表 4：ICD-10 の各項目のアルコール依存症の重症度評価

設問	設問項目	危険・有害な使用	軽症	中等症	重症
1	仕事が終わると決まって飲みに行く	126	54	18	1
2	仕事中も酒の事ばかり考えている	12	55	90	42
3	いつも、決めていた量や切り上げる時間を超えて飲んでしまう	16	57	100	26
4	いつも泥酔するまで飲んでしまう	7	26	67	100
5	お酒が切れると、イライラする、落ち着かなくなる	0	17	72	111
6	飲酒をやめると手が震える、寝汗をかく、眠れなくなる	0	1	49	151
7	以前と同じ量では酔えなくなった、以前よりもたくさん飲まないと酔えなくなった	13	59	103	24
8	趣味などの活動より、お酒を優先させる。酔いから覚めるのに、多くの時間を使ってしまう	4	21	118	57
9	健康診断で肝機能障害を指摘されているのに飲酒してしまう、医師から酒を控えるように言われているのに守れない	15	54	83	49

※数字は、回答した医師の数を示す。

表 5：DSM-5 の各項目（乱用のみ）のアルコール依存症の重症度評価

設問	設問項目	危険・有害な使用	軽症	中等症	重症
1	飲酒のために欠勤を繰り返したり、仕事の能率が低下する。飲酒のために学校を欠席したり、停学、退学になる。飲酒のために育児や家事がおろそかになる	2	3	33	165
2	飲酒に関連した夫婦喧嘩、暴力を伴う喧嘩	8	7	57	128
3	飲酒運転、飲酒して機械を操作する	6	2	34	160

※数字は、回答した医師の数を示す。

表 6：KAST-M, KAST-F の各項目のアルコール依存症の重症度評価

設問	設問項目	危険・有害な使用	軽症	中等症	重症
1	酒をやめる必要性を感じたことがある	29	106	55	9
2	酒を飲まなければいい人だ、とよく言われる	19	57	94	29
3	家族に隠れるようにして、酒を飲むことがある	4	31	98	66
4	酒を飲まないほうがよい生活を送れそうだ、と思う	27	79	77	15
5	せめて今日だけは酒を飲むまいと思っていても、つい飲んでしまうことが多い	4	65	101	29
6	酒の量を減らそうとしたり、酒を止めようと試みたことがある	16	93	77	13
7	飲酒しながら、仕事、家事、育児をすることがある	14	37	94	57
8	自分のしていた仕事を、まわりの人がするようになった	10	13	110	63
9	自分の飲酒について、うしろめたさを感じたことがある	13	70	95	21

※数字は、回答した医師の数を示す。

表 7：運転免許申請の質問票の各項目のアルコール依存症の重症度評価

設問	設問項目	危険・有害な使用	軽症	中等症	重症
質問 4	過去 1 年以内に、飲酒を繰り返し、絶えず体にアルコールが入っている状態を 3 日以上続けたことが 3 回以上ある。	7	11	62	121
質問 4	過去 1 年以内に、体の病気の治療のため、医師から飲酒をやめるよう助言を受けているにもかかわらず、飲酒したことが 3 回以上ある。	6	35	103	57

※数字は、回答した医師の数を示す。
※運転免許申請の質問票の原文から追記した箇所は、下線を引いた「体の」である。

(表 8)は、AUDIT の設問の各々について、ここまでなら①「軽症」依存症である、とした回答者数である。たとえば AUDIT の Q1(飲酒の頻度)であれば、(0：飲まない、1：1 カ月に 1 度以下、2：1 カ月に 2 ～ 4 度、3：1 週に 2 ～ 3 度、4：1 週に 4 度以上)、であり、3 までなら軽症である(4 は中等症)と回答した者が一番多かったということを示している。

表 8：AUDIT の各項目について、ここまでなら「軽症」と判断した点数

	0 点	1 点	2 点	3 点	4 点
Q1	0	3	17	123	52
Q2	18	90	68	21	2
Q3	4	21	60	102	13
Q4	21	46	83	49	0
Q5	13	85	74	30	0
Q6	69	71	49	14	0
Q7	30	73	81	19	0
Q8	27	101	61	13	1
Q9	97	×	94	×	11
Q10	38	×	144	×	20

※数字は、回答した医師の数を示す。

次に①軽症依存症と②中等症(軽症と重症の中間)依存症の境目に関して、AUDIT の合計点を算出してみると、(図 1)のようになった。平均して 21.4 点が①軽症と②中等症の境目であった(中央値は 18 点)。

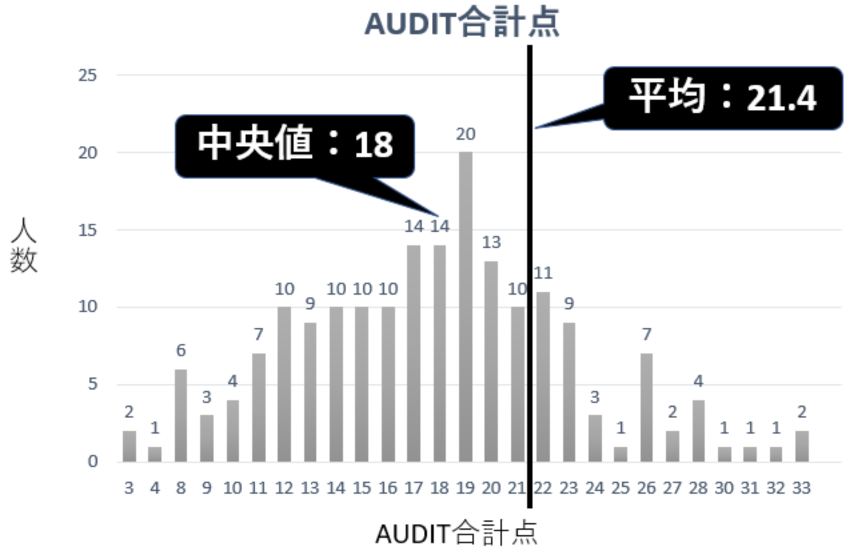

図 1：AUDIT の合計点における、軽症依存症と中等症依存症の境目

2) 軽症アルコール依存症の臨床像

架空症例 A,B,C のアルコール依存症の重症度評価の結果は(表 9)の通りであった。症例A,C では、「軽症」の回答が最も多かったが、症例 B では「中等症」の回答が最も多かった。

表 9：架空症例における、アルコール依存症の重症度評価

	軽症	中等症	重症	未記入
症例 A	86	71	10	39
症例 B	38	101	28	39
症例 C	70	65	30	41

※数字は、回答した医師の数を示す。

症例 A はベースラインの重症度について、軽症と判断した回答が最も多かったが、中等症と判断した回答もほぼ同数あった。症例 A において、ベースラインの重症度で「①軽症」と回答し、症状が加わることで「③重症」となった項目について調べた。離脱けいれん(重度の身体依存)、肝硬変や急性膵炎(重度の身体疾患)、飲酒運転・酩酊して外傷・妻と別居(社会的問題)が挙げられた。症例 B,C でも同様の傾向が伺えた。

3) 運転免許申請に係る診断書の課題

まず、診断書の記載を依頼されたことがあるかを尋ねた。ある(46%)、なし(54%)であった。診断書の依頼を受けたことがあると回答した医師のうち、診断書の記載に際して困ったことがあるか尋ねたところ、困ったことがあり(78%)、なし(22%)であった。次に、「困ったことがあり」と回答した医師に、具体的に困った内容について尋ねたところ、「患者の治療目標が断酒だが、6 か月以上断酒が継続出来ていないから」、「患者が断酒出来る見込みがないから」、「患者の治療目標が減酒だから」、などが挙げられた。

③考察

1) アルコール依存症の重症度の指標について

本調査に回答した医師は、精神科病院に勤務し、20 年以上の依存症診療(外来・入院ともに)の経験のある、50～60 代男性の精神科医師からの回答が多かった。一方で、内科やプライマリケアなどの、精神科以外の医師からの回答は少なかった。これは、今回調査対象となった依存関連 2 学会の医師会員の診療科の構成の偏りによるものと思われる。

アルコール依存症の診断基準(ICD-10,DSM-5)、スクリーニングテスト(KAST) 、運転免許の申請の際の質問票の各項目について、アルコール依存症の重症度について尋ねた。いずれの項目でも、中等症もしくは重症と判断した回答が多かった。特に DSM-5 に含まれる乱用の項目については、重症と判断する回答が圧倒的に多かった。

AUDIT の各項目について、軽症(減酒も容認)と中等症(軽症と重症の中間)の境目を尋ねたが、AUDIT の Q1-3(アルコール摂取)と比べると、Q4-6(依存症状)や Q7-10(飲酒による有害

事象)では境目は幾分低く設定されているように見受けられる。つまり「依存症状」や「飲酒による有害事象」の項目では、軽症から中等症に上がる閾値が、「アルコール摂取」に比べて低かった。すなわち、「依存症状」や「飲酒による有害事象」に関することは、出現頻度がわずかでも増えると、より重症度の悪化に反映されやすいことを示していると考えられる。

2)軽症アルコール依存症の臨床像

「依存の重症度」を「治療目標」と密接に関連付けて評価する時、すなわち重症依存症者には断酒を求め、軽症依存症者には減酒も容認するとした時、治療者の「依存の重症度評価」には、生物学的な「依存」の重症度のみならず、それ以上にいわゆる「乱用」、「社会、家庭生活機能」、「身体合併症」といった項目の評価に重きを置く傾向が伺えた。

3)運転免許申請に係る診断書の課題

運転免許の診断書の記載経験のある医師は、本調査の回答者全体の半数弱であった。診断書の記載経験のある医師のうち約8割が、診断書を記載する際に(記載できず/免許の新規・更新の申請が認められず)困ったことがあると回答した。飲酒問題の将来予測の難しさとともに、患者との治療関係を維持しながら患者の権利と健康、生活を守るため現場で治療に当たる医師の苦悩が伺われた。

④調査結果に対するワーキンググループとしての見解と今後の活動について

今回のアンケート調査の結果については、回答率が低かった(2学会で約25%)こと、軽症依存症者に対する減酒治療は始まったばかりであり治療者側の軽症依存症者に対する減酒治療の経験も浅いことから、アンケート調査の当初の目的であった減酒を治療目標として容認できる軽症依存症者の臨床像をエキスパートコンセンサスとしてまとめるには、現段階では時期尚早であると判断した。

2018年に厚生労働科学研究で行われた調査[3]では、ICD-10の診断基準を満たすアルコール依存症の生涯経験ありの者は推計54万人だったが、そのうち医療機関に受診している患者の状況を患者調査(2017年)で検討すると、「アルコール使用＜飲酒＞による精神及び行動の障害」の総患者数(入院患者数と外来患者数の合計)は推計5.4万人とされている[18]。また2013年の同調査[3]では、ICD-10の診断基準を満たすアルコール依存症の現在有病者数は推計57万人いるとされている。その現在アルコール依存症者の57万人のうち83%は過去1年間に何らかの理由で医療機関を受診しており，70%が健康診断を受けているという結果が出ている。また、危険な飲酒の者(男性1日40g以上、女性1日20g以上の飲酒あり)は1036万人いるとされているが、そのうち63%は過去1年間に何らかの理由で医療機関を受診しており，77%が健康診断を受けているという結果が出ている。つまり現在アルコール依存症や危険な飲酒の状態にある者のうち大半は依存症専門医療機関への受診はしていない。その代わりにその半数以上が、過去1年間に何らかの理由で医療機関を受診したり、健康診断を受けたりしていると言える。

こうした調査結果からも伺えるように、依存症専門医療機関ではアルコール依存症者の中でもとりわけ事例化し、重症化したアルコール依存症者を診療していると考えられる。そして、軽症アルコール依存症者の多くは、産業保健(健康診断のみ受検)もしくは内科やプライマリケアなど(アルコール依存症以外の疾患で受診)の領域にとどまっていると考えられる。ただし、彼ら(軽症依存症者)にICD-10のアルコール依存症候群の診断基準を厳密に当てはめると、3項目以上を満たす。つまり、依存症専門医療機関を受診しない軽症アルコール依存症者を含めると、依存症は「慢性進行性の疾患」とは言い切れなくなっている。そして数の面から言えば、こうした軽症アルコール依存症事例が依存症の「中核群」として存在するとも言える。

今回の2学会合同のアンケートに回答いただいた医師の多くは、精神科病院に勤務し、20年以上の依存症診療(外来・入院ともに)の経験のある、50〜60 代男性の精神科医師が多くを占めていた。つまり多くが依存症専門医療機関に長年勤務する医師であると考えられる。一方で、内科やプライマリケアなどの、精神科以外の医師からの回答は少なかった。

したがって今回の調査報告は、ワーキンググループの中間報告と位置付けたい。われわれは、ASI-J(Addiction Severity Index-Japanese：嗜癖重症度指標日本語版)[19]などを参考にして、ワーキンググループとして引き続き精神科医以外にも使用可能なアルコール依存症の簡易な重症度評価尺度の作成も検討するとともに、減酒を容認できる軽症依存症の臨床像についてコンセンサスの形成を目指すともに、アルコール依存症者への早期介入が、結果として飲酒運転対策としても有効であることを示すエビデンスの集積に引き続き努めたい。

⑤謝辞
今回のアンケート調査にご協力いただいた、日本アルコール・アディクション医学会、日本アルコール関連問題学会の会員の皆様、両学会事務局の皆さまに厚く御礼申し上げます。

【参考文献】

1) 久里浜医療センターの理念・使命/沿革(久里浜医療センターホームページ内)
https://kurihama.hosp.go.jp/about/policy.html

2) 澤山透ら： 認知行動療法を中心としたアルコール依存症の新入院プログラム，
精神神経学雑誌. 106(102), 161-174, 2004.

3) 尾崎米厚, 金城文：アルコールの疫学, 別冊医学のあゆみ　アルコール医学・医療の最前線 2021 UPDATE, 医歯薬出版株式会社, 東京, 34-39, 2021.

4) アルコール健康障害対策(厚生労働省ホームページ内)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176279.html

5）新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン作成委員会：新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン，新興医学出版社，東京，2018.

6）みんなで守る「飲酒運転を絶対にしない、させない」(警察庁ホームページ)
https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/insyu/info.html

7） 道路交通法の一部改正により、平成 26 年 6 月 1 日から運転免許制度の一部が変わります！（岡山県警察ホームページ）
https://www.pref.okayama.jp/page/384221.html

8）運転免許申請時の「質問票」の提出について（福岡県警察ホームページ）
https://www.police.pref.fukuoka.jp/kotsu/unshi/032_2_3.html

9）一定の病気等に係る運転免許関係事務に関する運用上の留意事項について（警視庁ホームページ、令和 2 年）
https://www.npa.go.jp/laws/notification/koutuu/menkyo/menkyo20201223_r232.pdf

10）樋口進:安全運転に影響する要因.日本アルコール･薬物医学会雑誌.46(1),113-126,2011.

11） 融道男ら監訳：ICD‐10　精神および行動の障害―臨床記述と診断ガイドライン，医学書院，東京，2005.

12）アルコール･薬物 3 学会合同飲酒運転対策プロジェクト報告書（日本アルコール関連問題学会ホームページ内）
https://www.j-arukanren.com/data.html

13）高橋三郎ら監訳：DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引，医学書院，東京，2014.

14）KAST-M（久里浜式アルコール症スクリーニングテスト 男性版）
https://kurihama.hosp.go.jp/hospital/screening/kast-m.html
(久里浜医療センターホームページ内)

15）KAST-F（久里浜式アルコール症スクリーニングテスト 女性版）
https://kurihama.hosp.go.jp/hospital/screening/kast-f.html
(久里浜医療センターホームページ内)

16）Babor TF, Fuente DL Jr, Saunders JB et al: AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test:Guidance for Use in Primary Health Care. WHO, 1992

17）廣　尚典訳： WHO/AUDIT（問題飲酒指標/日本語版）：千葉テストセンター，2000

18）厚生労働省 2017 年患者調査(厚生労働省ホームページ内)
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html

19）ASI-J （Addiction Severity Index-Japanese：嗜癖重症度指標日本語版）
https://www.igakuken.or.jp/abuse/research/dependence/asi-j.html