YAMAGUCHI UNIVERSITY
山口大学

アルコール関連肝疾患について

アルコール性肝障害
(アルコール関連肝疾患)
診療ガイド2022

日本肝臓学会 (編集)

高見　太郎
山口大学大学院医学系研究科　消化器内科学

Yamaguchi University Graduate School of Medicine Department of Gastroenterology & Hepatology

COI 開示

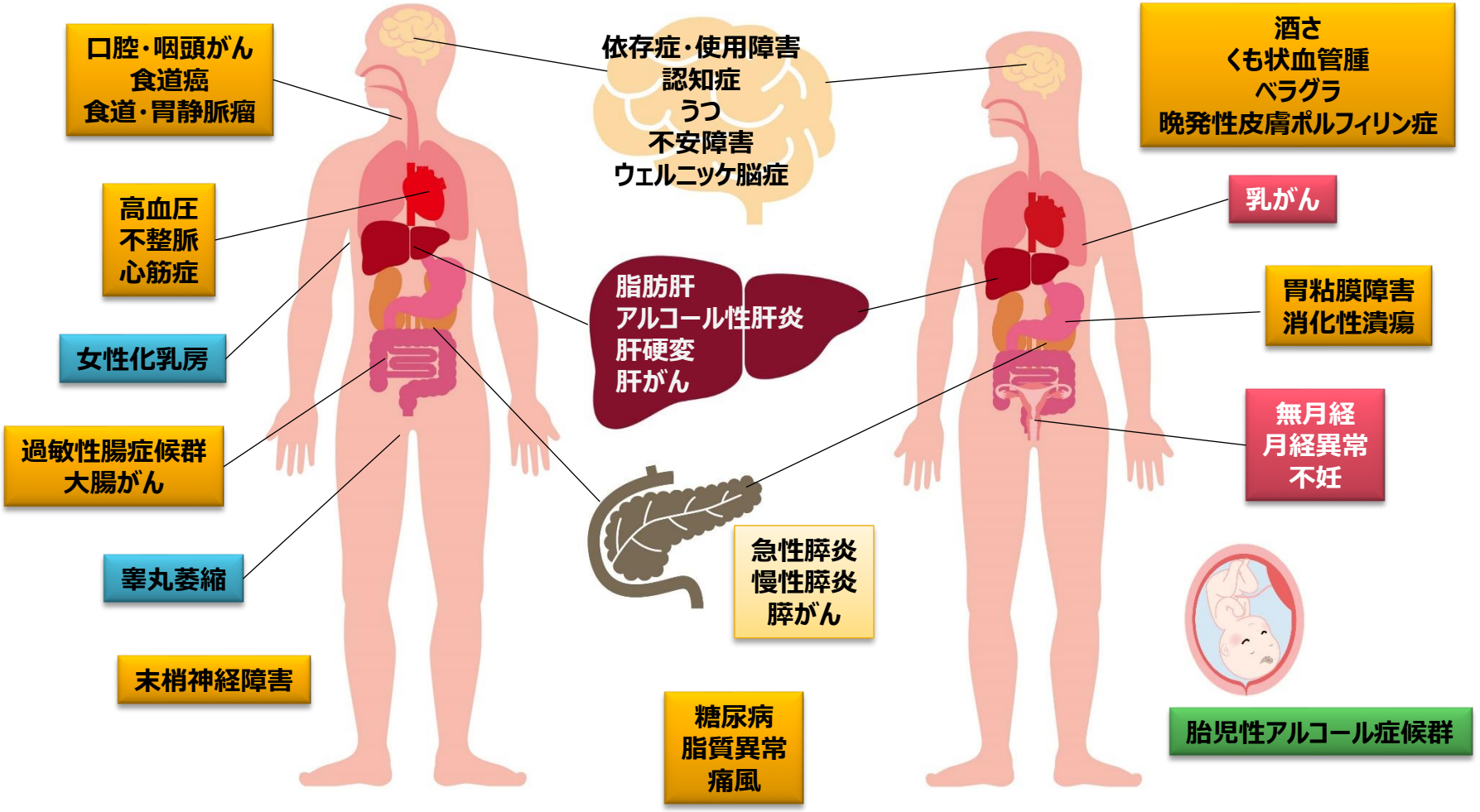
発表者名：高見　太郎

演題発表内容に関連し、開示すべきCOI関係にある企業等として、

①顧問：	なし
②株保有・利益：	なし
③特許使用料：	なし
④講演料：	大塚製薬（株）、ギリアド・サイエンシズ(株)、 アッヴィ合同会社、中外製薬（株）
⑤原稿料：	なし
⑥受託研究・共同研究費：	澁谷工業（株）、味の素（株）、ニコン（株）
⑦奨学寄附金：	アッヴィ合同会社、大塚製薬（株） 武田製薬工業（株）、（株）ツムラ、エーザイ（株）
⑧寄附講座所属：	澁谷工業（株）2019年度
⑨贈答品などの報酬：	なし

過剰飲酒に起因する多彩な臓器障害

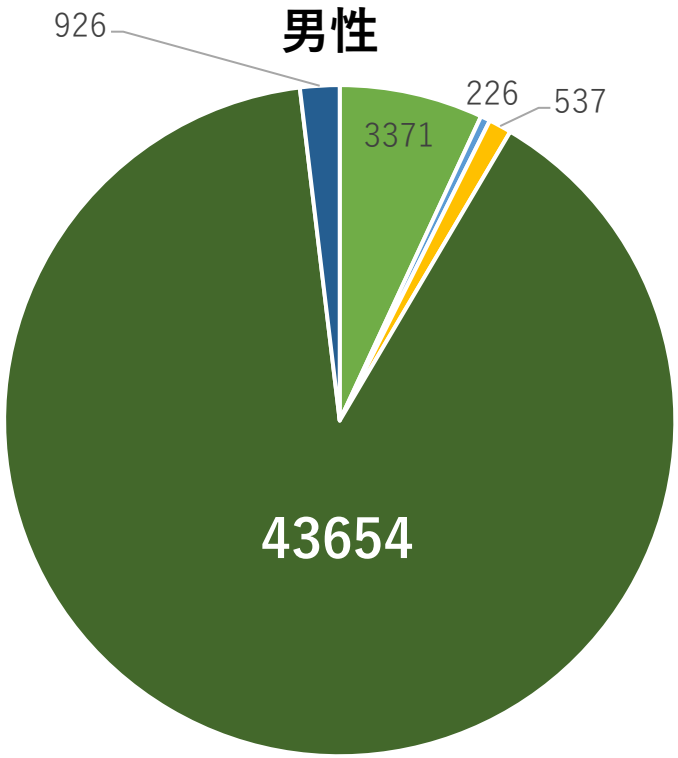
様々な健康問題の背景にアルコールの問題が隠れている可能性があります



アルコール性肝障害(アルコール関連肝疾患)診療ガイド2022
疾患概念　図1 p2

アルコール関連疾患では肝疾患・消化器疾患による死亡が多い

2006-2016年

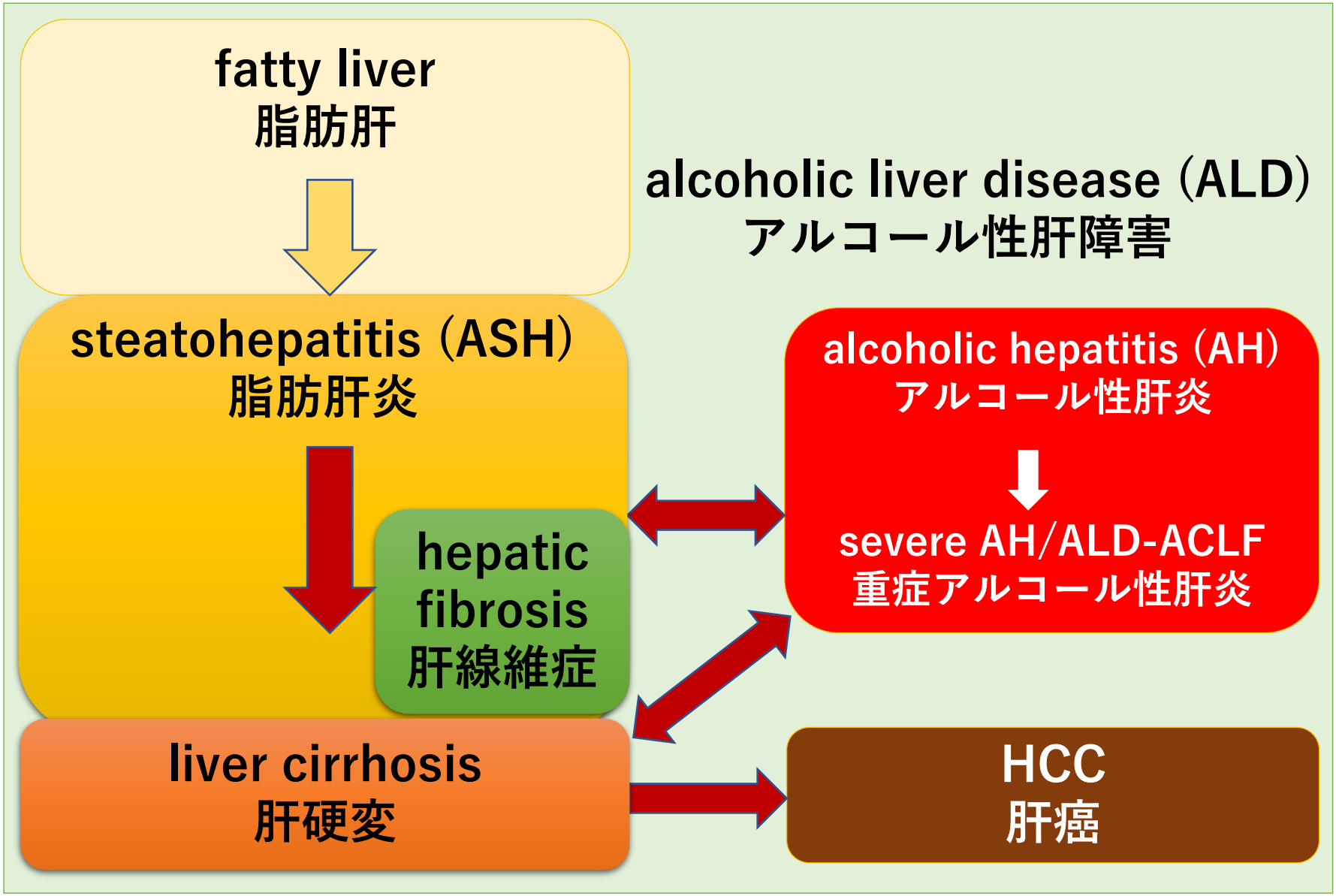


- F10アルコールによる精神と行動の異常
- G神経系の疾患
- I循環器系の疾患
- Kアルコール性肝疾患と消化器疾患

方法： 2006～2016年の全国死亡登録より100%アルコール関連死をICD10コードで抽出した

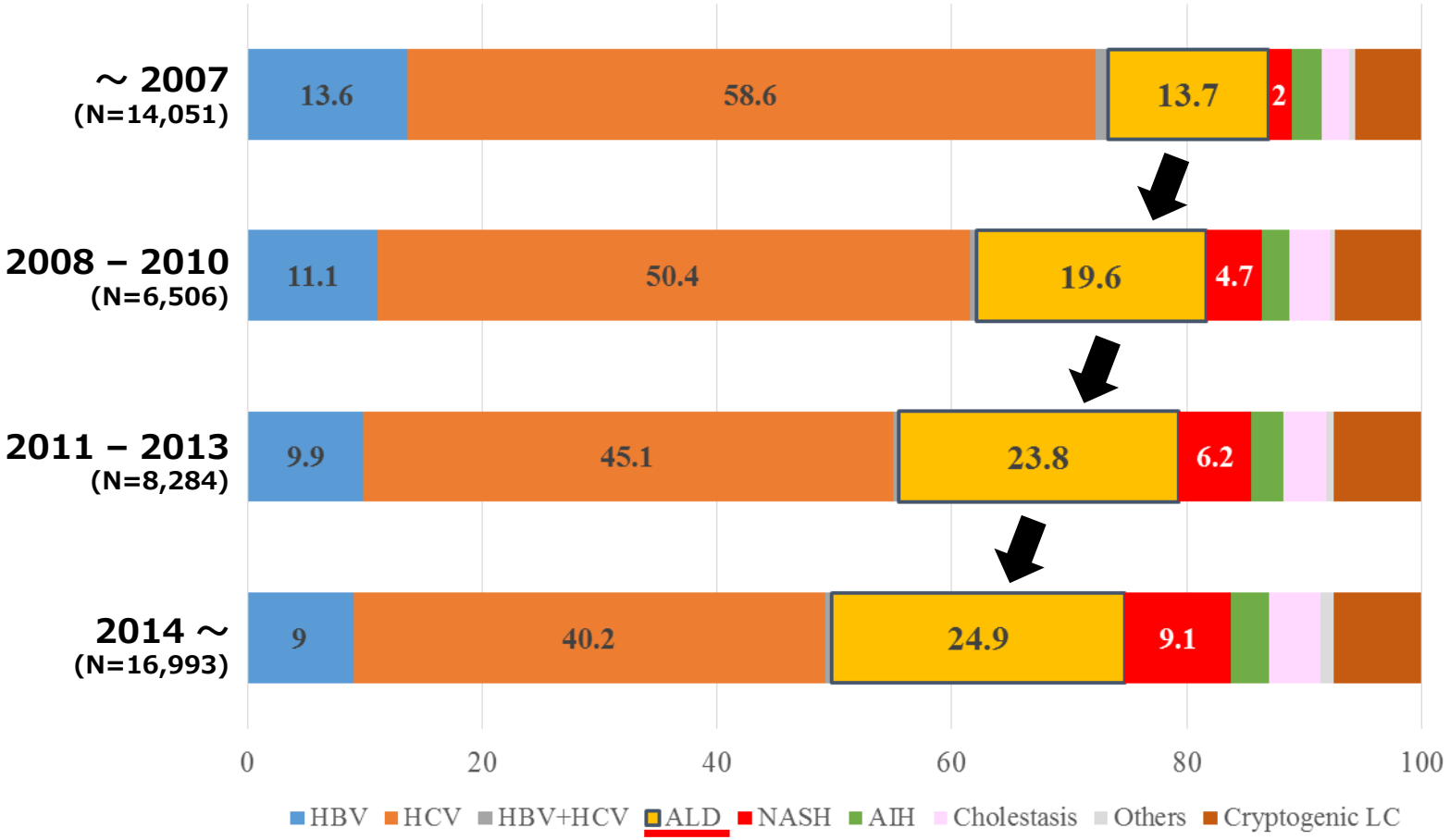
Kinjo, A. et al. Drug Alcohol Depend. 2021;221:108586

アルコール関連肝疾患（アルコール性肝障害）の病型と進展形式



アルコール性肝障害(アルコール関連肝疾患)診療ガイド2022
疾患概念　図2 p7

本邦における肝硬変の成因の推移



Japan Etiology of Liver Cirrhosis Study Group in the 54th Annual Meeting of JSH.
J Gastroenterol. 2020 Mar;55(3):353-362.

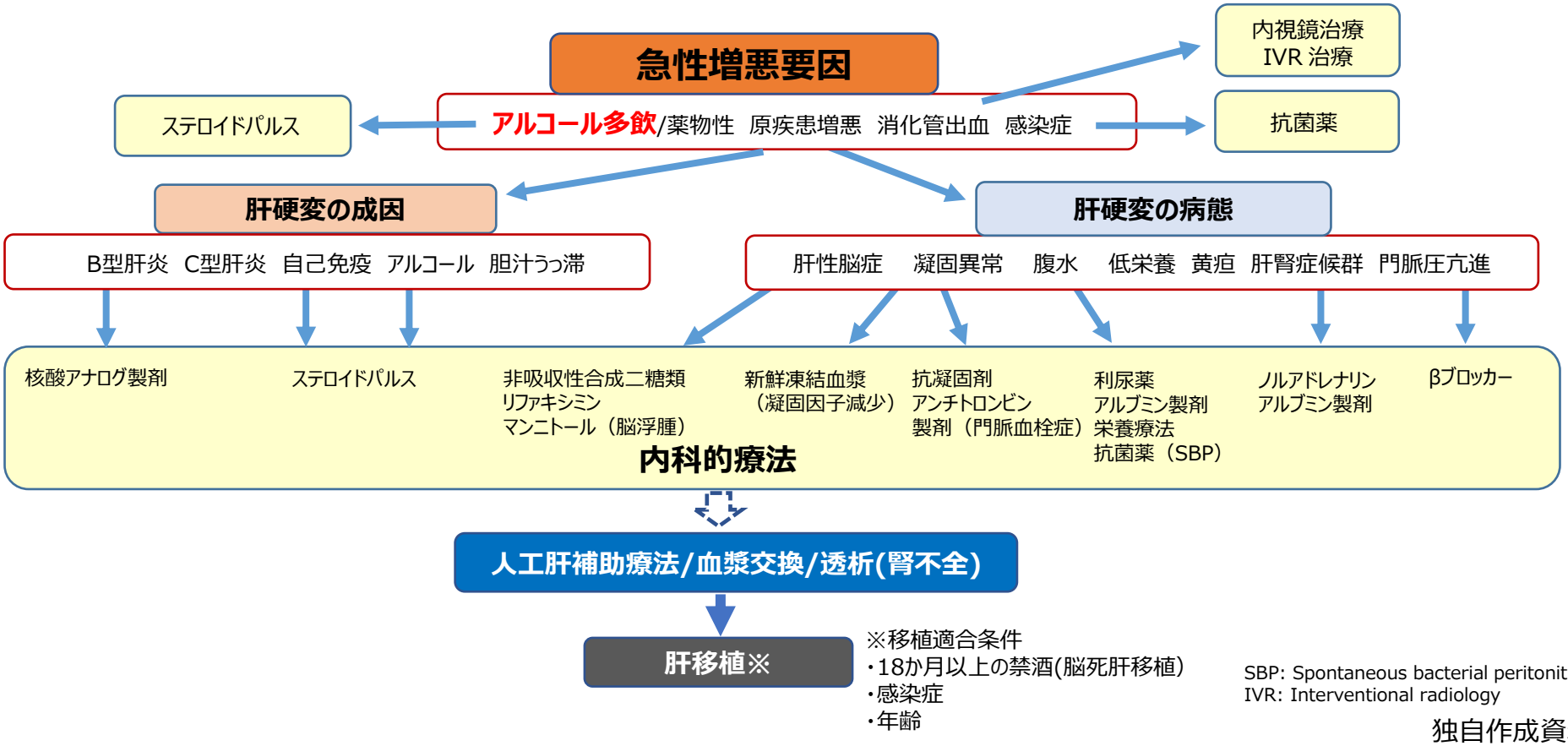
Acute-on-Chronic Liver Failure (ACLF)

＜日本の診断基準＞

Child-Pughスコアが5～9点の代償性ないし非代償性肝硬変に、
アルコール多飲、感染症、消化管出血、原疾患増悪などの増悪要因が加わって、
28 日以内に高度の肝機能異常に基づいて、プロトロンビン時間INRが1.5以上
ないし同活性が40%以下で、総ビリルビン濃度が5.0mg/dL以上

＜本邦ACLF実態＞
グレード0, 1：約80%
内科的救命率：約40%
アルコール多飲：約半数

Nakayama N, et al. J Gastroenterol. 2021 Dec;56(12):1092-1106.

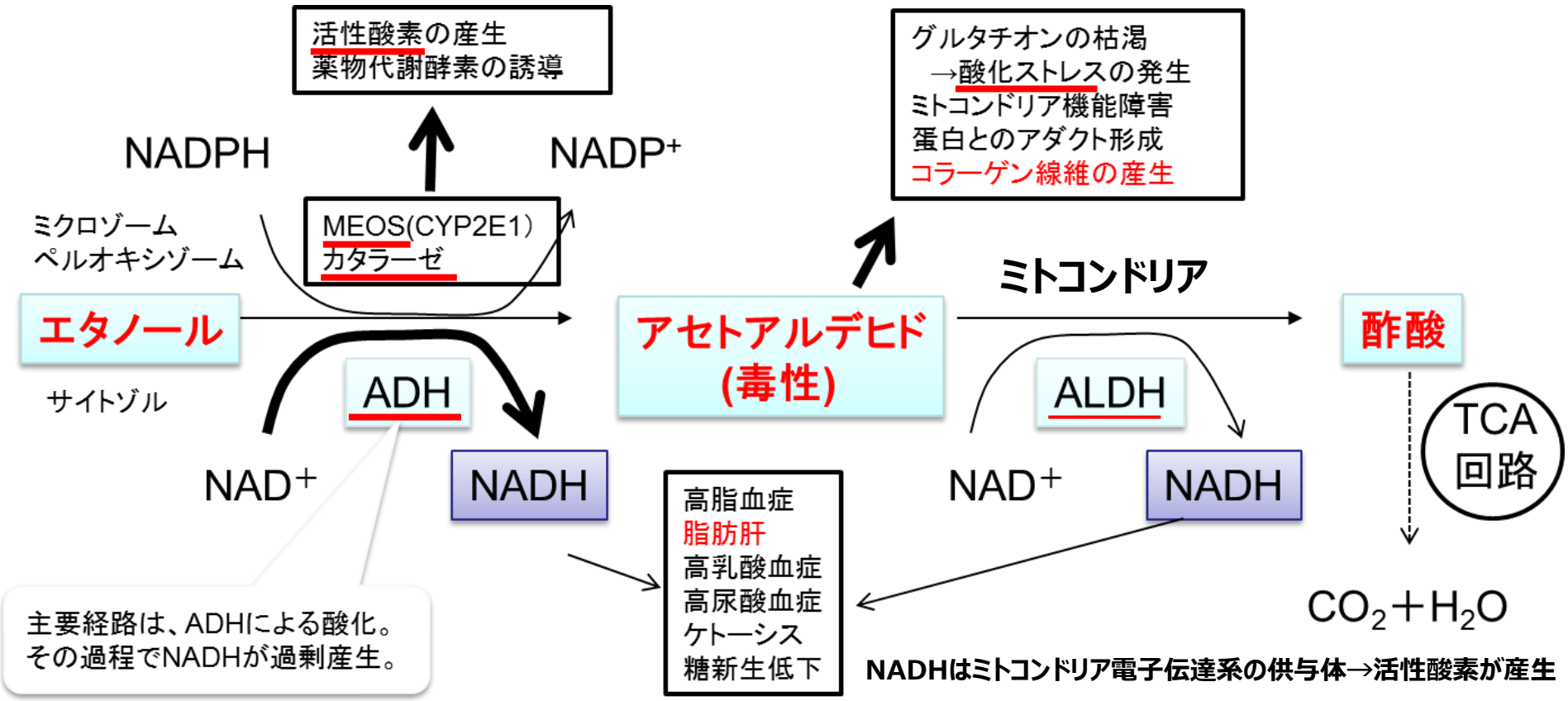


SBP: Spontaneous bacterial peritonitis
IVR: Interventional radiology

独自作成資料

アルコール酸化的代謝経路

- ✓ アルコールは空腸から吸収され門脈血から肝細胞に入り、90%以上が代謝される
- ✓ アルコールの代謝には、酸化的代謝経路と非酸化的代謝経路がある



ADH (Alcohol dehydrogenase) アルコール脱水素酵素　　ALDH アルデヒド脱水素酵素
MEOS (microsomal ethanol oxidizing system) ミクロソームエタノール酸化系
NAD ニコチンアミドアデニンジヌクレオチド　　NADH 還元型ニコチンアミドアデニンジヌクレオチド
NADP ニコチンアミドアデニンジヌクレオチドリン酸　　NADPH 還元型ニコチンアミドアデニンジヌクレオチドリン酸

非アルコール性
「エタノール換算：男性30g/日以下 女性20g/日以下」

エタノール換算量(g) = 液量(mL) x アルコール度数(%) x アルコール比重(0.8)

お酒の種類	ビール 中瓶 1本 (500mL)	日本酒 1合 (180mL)	ウイスキー ダブル 1杯 (60mL)	焼酎 0.5合 (90mL)	ワイン グラス2杯 (240mL)
アルコール度数	5 %	15 %	43 %	35 %	12 %
純アルコール量	20 g	22 g	20 g	25 g	24 g

健康成人が**3～4時間**で分解できる量

厚生労働省「健康日本21」より

多量飲酒の定義：男性60g/日以上、女性40g/日以上

（参考）エタノール量のまとめ

✓ **非アルコール性：健康成人が３～４時間で肝臓で代謝できる量**
男性30g/日以下、女性20g/日以下

✓ **リスクの高い飲酒**

アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク

問題飲酒者に関する人口推計（2013年　厚労省研究班）

リスクの高い飲酒者 （1日平均男性40g以上、女性20g以上）	726万人	310万人	1,036万人

https://alhonet.jp/problem.html
(2022年11月27日閲覧)

✓ **多量飲酒**
男性60g/日以上、女性40g/日以上

2020年9月：医師主導治験 「自己完結型肝硬変再生療法」を開始

jRCT2063200014

～「自分自身の細胞」で「肝硬変」を治す「再生療法」～

【治験実施医療機関】

山口大学
医学部附属病院

【治験製品製造委託先】

シブヤ
細胞培養加工センター

非代償性肝硬変（成因は問わず）
Child-Pugh 7-12点

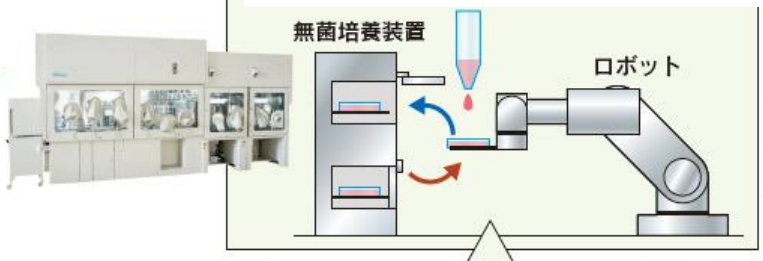
自己骨髄液を少量採取
（局所＋静脈麻酔）

一時保管後
解凍後に**肝動脈投与**

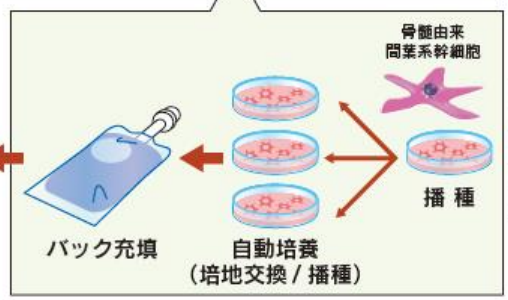
原料の輸送
（冷蔵）

製品の輸送
（冷凍）

ロボット自動培養システム（無菌操作）



凍結保存＆品質評価



新培地
StemFit for MSC

【外部資金】医師主導治験契約(澁谷工業)2020年6月-2024年3月 自ら治験を実施する者(治験調整医師)高見太郎
寄附講座　肝臓再生基盤学(澁谷工業)2019-20

肝硬変に対する新規治療法を希望して紹介となった患者背景（2008年1月～2015年9月）

主成因	紹介患者数	平均年齢（標準偏差）	性別 男：女	重症度 Child-Pugh A:B:C（不明症例数）	重症度 Child-Pughスコア（判定可能症例数）	
HCV	192	62.6±9.6	101：91※※	66：61：45 (不明20例)	8.0±2.2 （146）	IFN治療歴 67例 ほか未治療・不明
HBV	43	57.6±9.9	33：10※	18※：8：11 (6)	7.8±2.6 （30）	NA投与中 23例 ほか未投与・不明
Alcohol	47	**54.4**±11.2※※	**44**：3※※	6：**19**：**14** (8)	**9.1**±2.0※ （33）	1例を除き禁酒中
AIH/PBC	20	63.0±8.0	4：16※※	3：8：2 (7)	7.7±1.7 （16）	
NASH/ NAFLD	13	64.5±10.7	8：5	2: 4：4 (3)	8.4±2.5 （10）	
Others	23	57.9±14.1	16：7	4：7：9 (3)	8.7±2.2 （17）	
Total	**338**	**60.6±10.6**	**206: 132**	**99：107：85 (47)**	**8.1±2.2 （252）**	

※p<0.05、 ※※p<0.01

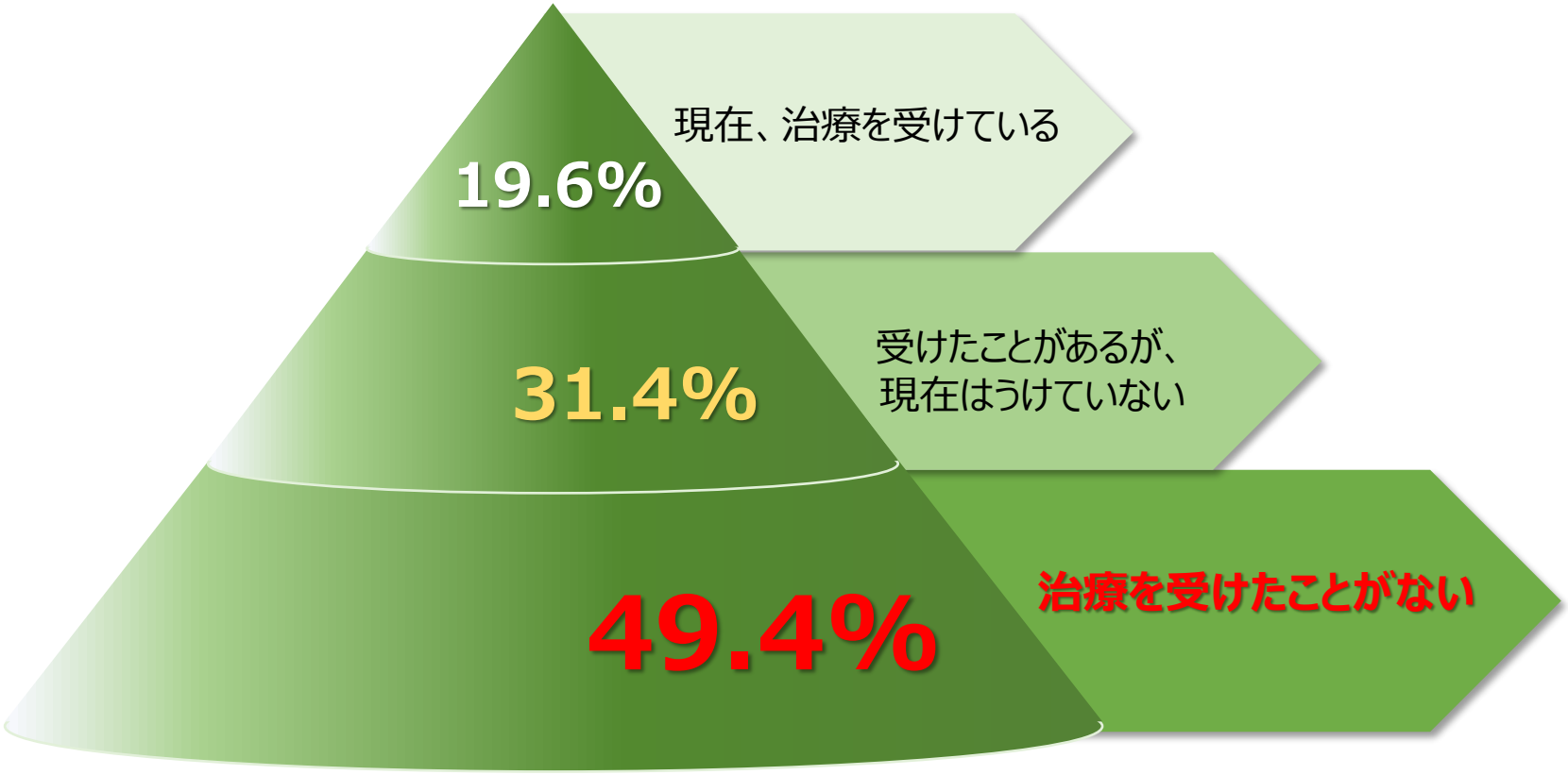
1, 全体の比率と比較し、HBVおよびAlcoholは男性が、HCVおよびAIH/PBCは女性が有意に多い
2, HBVはChild-Pugh Aの割合が有意に高い
3, **Alcoholは平均年齢が有意に低く、男性が多く、Child-Pugh B/Cの割合が高い**

H27-肝政-指定-008

久永拓郎，高見太郎ら. 山口医学 66(3)163-168, 2017.

肝機能障害におけるTreatment GAPの現状
～隠れ肝機能障害の頻度～

国民健康・栄養調査　76
問１４　あなたはこれまでに飲酒が原因で肝機能障害を指摘されたことがありますか？（１、**ある　に回答**）
問１４－１　肝機能障害の治療を受けたことはありますか



現在、治療を受けている：過去から現在にかけて継続的に受けている＆過去に中断したことがあるが、現在は受けている
受けたことがあるが、現在は受けていない：過去に受けたことがあるが、現在は受けていない
治療をうけたことがない：これまでに治療を受けたことがない

eStat　政府統計の総合窓口
https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003224694&msclkid=5ba297f6afd611ec8ba5fe9b91648f43

Alcohol Use Disorder (AUD) Identification Test: AUDIT
アルコール関連問題のスクリーニングテスト

- 10問
- 3分程度
- 自己記入式

頻度
0~4点

量
0~4点

多量飲酒
0~4点

依存症候群

アルコール関連問題のスクリーニングテスト AUDIT

AUDIT（オーディット）は、WHO（世界保健機関）の調査研究により作成されたアルコール関連問題のスクリーニングテストです。10項目の質問に答えて、この1年間のお酒の飲み方を振り返ってみましょう。

監修｜独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター 院長　紅 岳文 先生

1 あなたはお酒をどのくらいの頻度で飲みますか？
0点：飲まない
1点：1カ月に1度以下
2点：1カ月に2～4度
3点：1週に2～3度
4点：1週に4度以上

2 飲酒するときには、通常どのくらいの量を飲みますか？
0点：0～2ドリンク（0～20g）
1点：3～4ドリンク（30～40g）
2点：5～6ドリンク（50～60g）
3点：7～9ドリンク（70～90g）
4点：10ドリンク以上（100g以上）

3 1度に6ドリンク（60g）以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？
0点：ない
1点：1カ月に1度未満
2点：1カ月に1度
3点：1週に1度
4点：毎日あるいはほとんど毎日

<参考>お酒のドリンク数の目安

お酒の種類		2ドリンク（20g）	6ドリンク（60g）
ビール・発泡酒[5%]		500mLロング缶 1缶	500mLロング缶 3缶
缶チューハイ	[7%]	350mL缶 1缶	350mL缶 3缶
	[9%]	350mL缶 0.8缶	350mL缶 2.3缶
ワイン[12%]		グラス2杯	グラス6杯
日本酒[15%]		1合	3合
焼酎[25%]		ロック1杯	ロック3杯
ウィスキー[40%]		ダブル1杯 またはシングル2杯	ダブル3杯 またはシングル6杯

[ ]：アルコール度数

4 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0点：ない
1点：1カ月に1度未満
2点：1カ月に1度
3点：1週に1度
4点：毎日あるいはほとんど毎日

5 過去1年間に、普通だと行えることを飲酒をしたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0点：ない
1点：1カ月に1度未満
2点：1カ月に1度
3点：1週に1度
4点：毎日あるいはほとんど毎日

6 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなければならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0点：ない
1点：1カ月に1度未満
2点：1カ月に1度
3点：1週に1度
4点：毎日あるいはほとんど毎日

7 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0点：ない
1点：1カ月に1度未満
2点：1カ月に1度
3点：1週に1度
4点：毎日あるいはほとんど毎日

8 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0点：ない
1点：1カ月に1度未満
2点：1カ月に1度
3点：1週に1度
4点：毎日あるいはほとんど毎日

9 あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？
0点：ない
2点：あるが、過去1年間にはなし
4点：過去1年間にあり

10 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？
0点：ない
2点：あるが、過去1年間にはなし
4点：過去1年間にあり

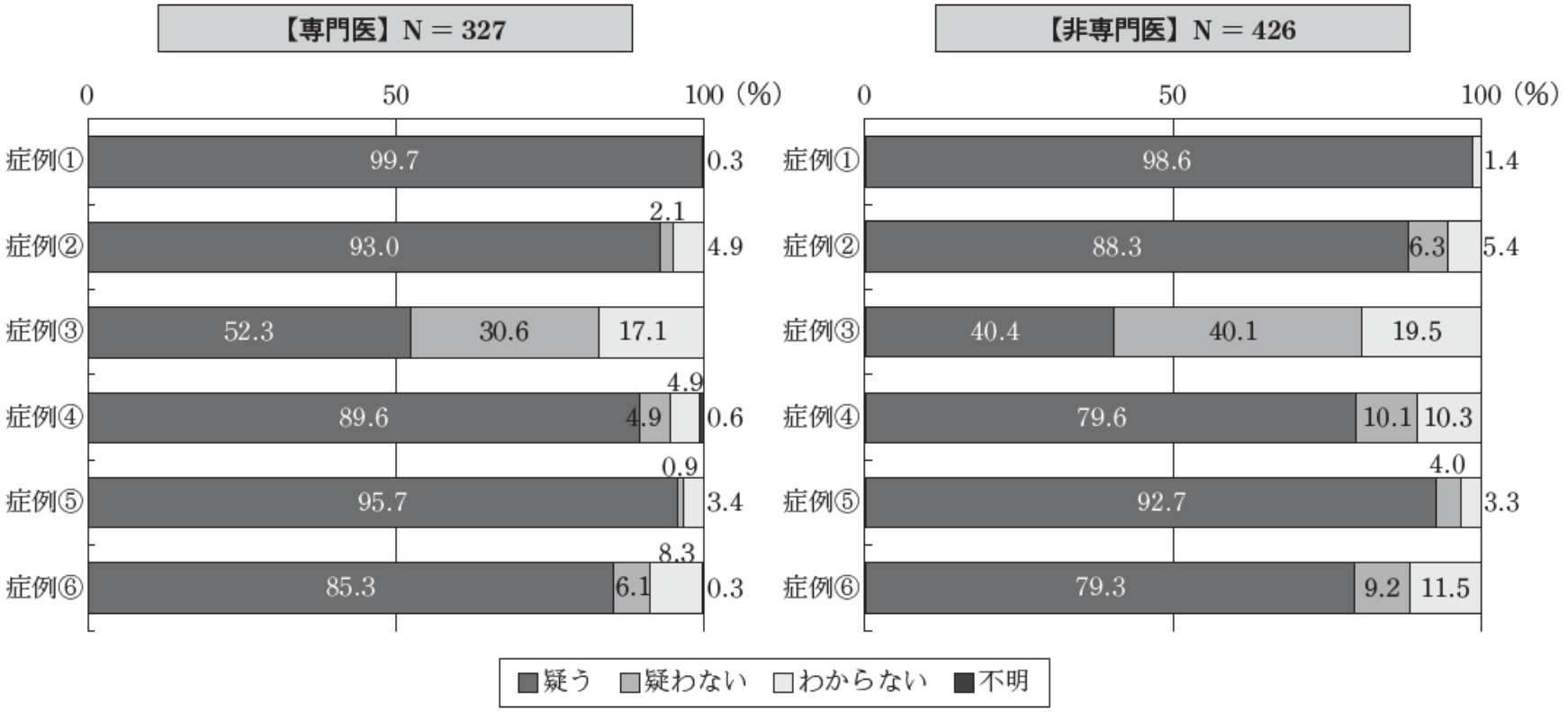
回答の合計点数は？
点

裏面の判定結果をご覧ください

切り取って
お使いください

アルコール依存症の診断：非専門医が疑う症例は依存症である

- ✓ アルコール依存症の専門医および非専門医に**６つの仮想症例**を提示し、
  各症例について**アルコール依存症を疑うかどうかの判断について回答**を得た
- ✓ アルコール依存症に該当する症例をアルコール依存症であると疑った割合は、
  専門医で85.3 ～ 99.7%、非専門医で79.3 ～ 98.6%で、**非専門医と専門医で似た結果**であった



樋口進：診療と新薬 2021; 58: 199-203

アルコール依存症の診断：非専門医が疑う症例は依存症である

✓休肝日と決めても飲んでしまう
→**コントロール障害**

✓飲み始めたころより飲む量が増えている
→**耐性**

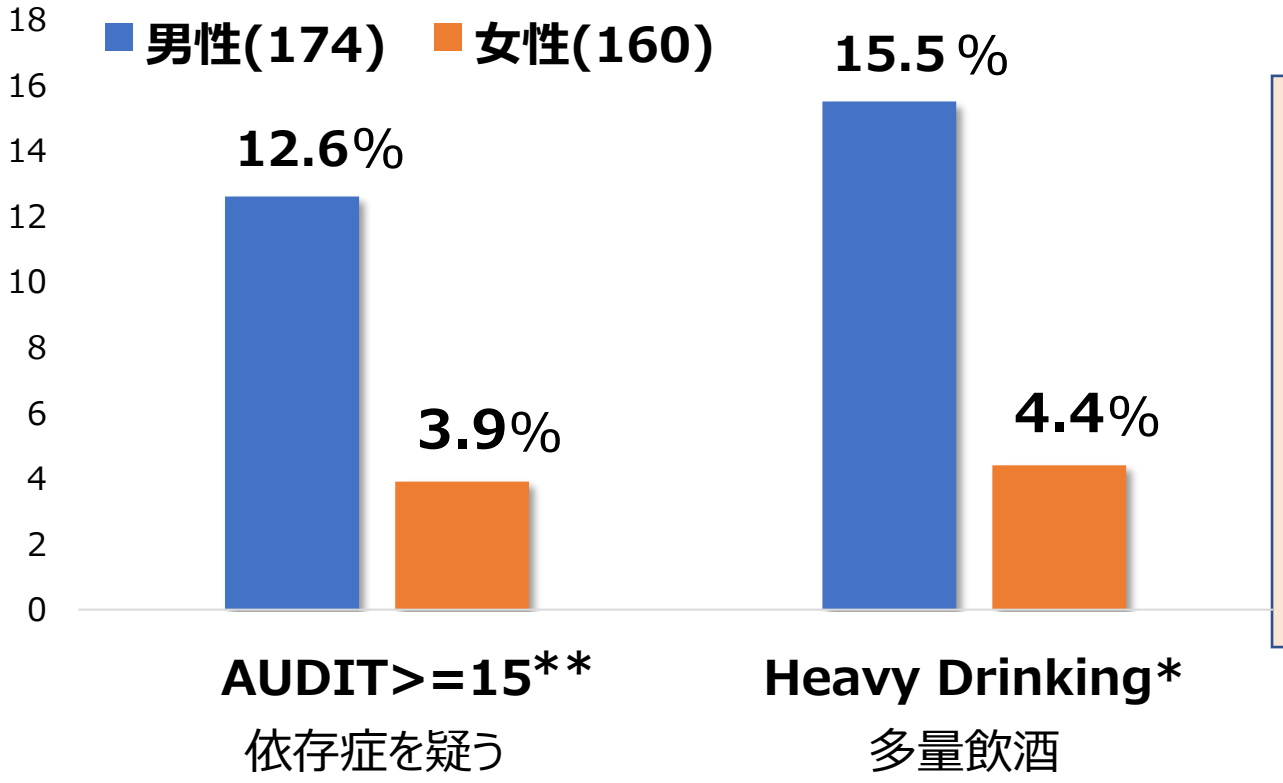
✓健康診断で指摘
されているのに飲んでしまう
→**有害な使用**

アルコール関連肝疾患の
多くは依存症の可能性が高い

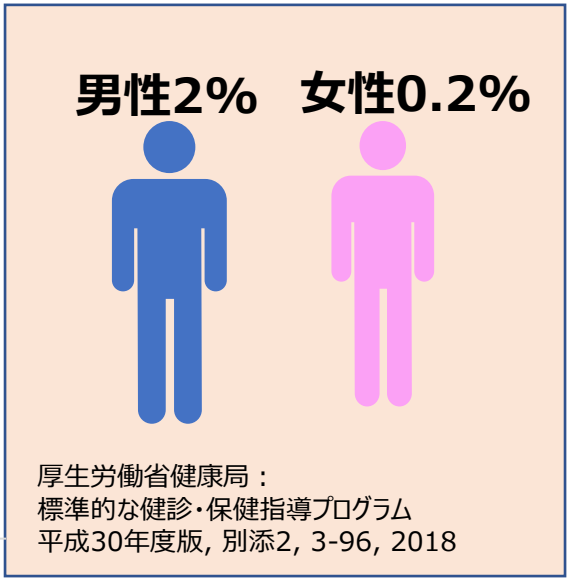
内科を受診する患者334名に自己式AUDITを行った

調査対象患者：48%に肝胆道系異常あり

内科を受診する患者のうち依存症の疑われる割合は一般人口の6倍以上であった



（参考）



*多量飲酒の定義： 男性 >60g/日、女性 >40g/日
**AUDIT15点以上：アルコール依存症疑

Fujii et al. BMC Public Health (2016) 16:379

減酒日記：飲酒量を記録してもらう方法

あなたの1日の飲酒量はどれくらい？

普段の飲酒量のチェック

まず始めに、あなたの普段の飲酒量がどれくらいなのかチェックしてみましょう。下表の「お酒の種類と純アルコール量」と右ページの「飲酒量の計算例」を参考に飲酒量を計算してください。

[表]お酒の種類と純アルコール量

お酒の種類	それぞれのお酒の純アルコール量*	
ビール (5%)	大ビン 1本(633mL) 約25g	中ビン 1本(500mL) 約20g
	ロング缶 1缶(500mL) 約20g	レギュラー缶 1缶(350mL) 約15g
チューハイ (7%)	ロング缶 1缶(500mL) 約30g	レギュラー缶 1缶(350mL) 約20g
ワイン (12%)	ボトル 1本(750mL) 約75g	グラス 1杯(100mL) 約10g
日本酒 (15%)	ビン 1升(1,800mL) 約200g	1合(180mL) 約20g
焼酎 (25%)	ビン 1升(1,800mL) 約360g	ロック 1杯(100mL) 約20g
ウイスキー・ジン (40%)	ダブル 1杯(60mL) 約20g	シングル 1杯(30mL) 約10g

※「飲酒量チェック日記」(P8～)で飲酒量を記載する際にも参考にしてください。

飲酒量の計算例
(1日にビールを中ビン1本と日本酒を2合飲む人の場合)

ビール [中ビン 1本(500mL)]	+	日本酒 [2合]	=	合計
20g		40g [1合(20g)×2]		60g

お酒を飲む時は、1日にどれくらい飲みますか？ 約 g

1週間では、お酒をどれくらい飲みますか？ 約 g

1週間のうち何日お酒を飲みますか？ 日

生活習慣病のリスクを高める飲酒とは？

厚生労働省が推進する国民健康づくり運動「健康日本21(第二次)」によると、生活習慣病のリスクを高める飲酒量は、1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上とされています。

＊[純アルコール量の求め方]
飲酒量(mL)×アルコール度数(%)/100×アルコール比重 0.8=純アルコール量(g)

[例]ビール中ビン1本(500mL/アルコール度数5%)の場合
飲酒量500mL×アルコール度数(5/100)×アルコール比重 0.8=20g

減酒にっき

（大塚製薬提供）

アルコール依存症治療薬

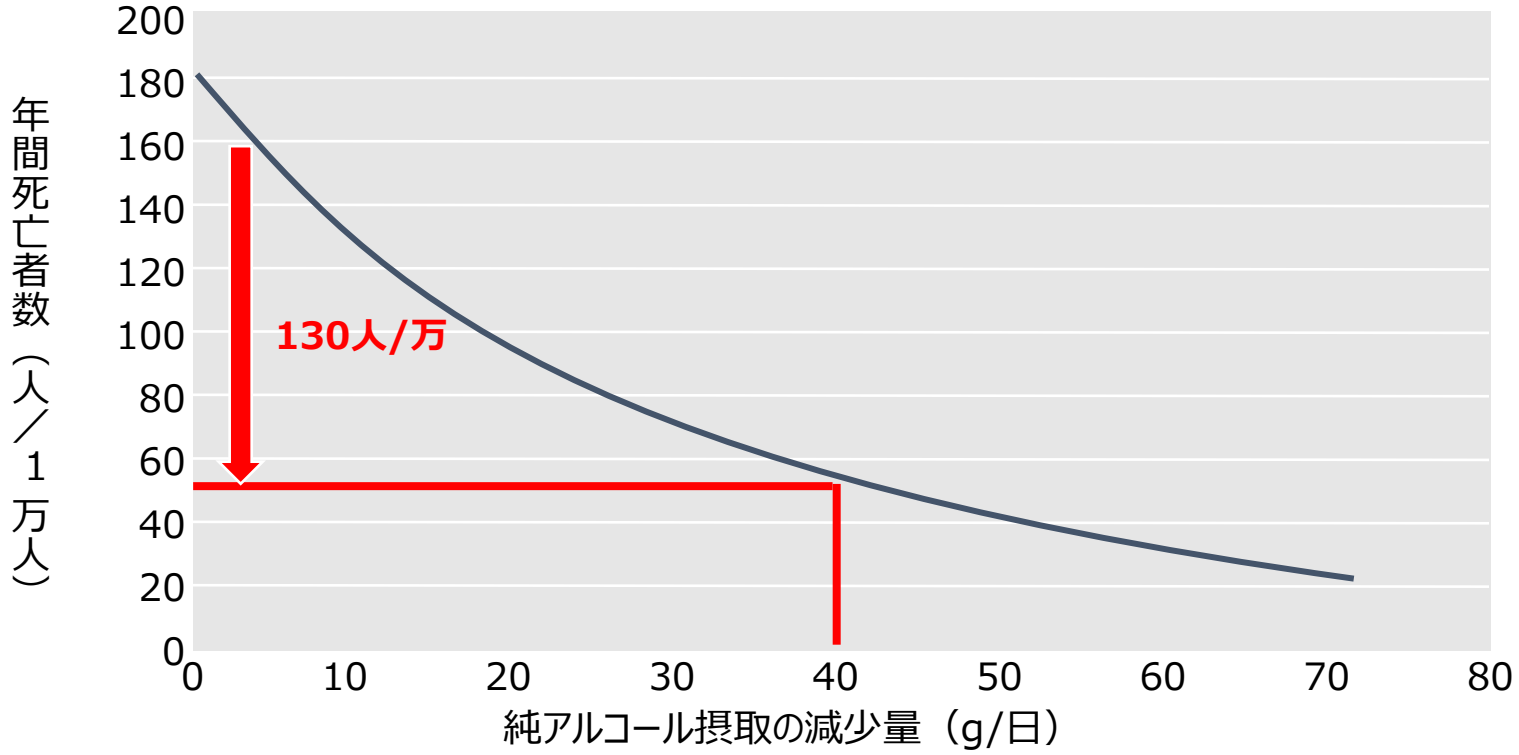
薬剤	作用機序	使用目的
アカンプロサート	グルタミン酸作動性神経伝達を阻害して 飲酒欲求を抑制する	断酒補助薬
ジスルフィラム	ALDH（アルデヒド脱水素酵素）を阻害して 血液中のアセトアルデヒド濃度を上昇させ 不快な症状を引き起こす	抗酒薬
シアナミド	ALDH阻害薬	抗酒薬 （ジスルフィラムより速効性 であるが効果の持続も短い）
ナルメフェン	オピオイド受容体調節作用を介して 飲酒欲求を抑制する	飲酒量低減薬

アルコール性肝障害(アルコール関連肝疾患)診療ガイド2022
マネジメント・治療　表2 p46

飲酒量低減と死亡率の関係（海外データ）

多量飲酒による死亡率は、飲酒量低減により低下することが報告されています

フランスの40歳男性＊をモデルとした純アルコール摂取の減少量と死亡率の関係



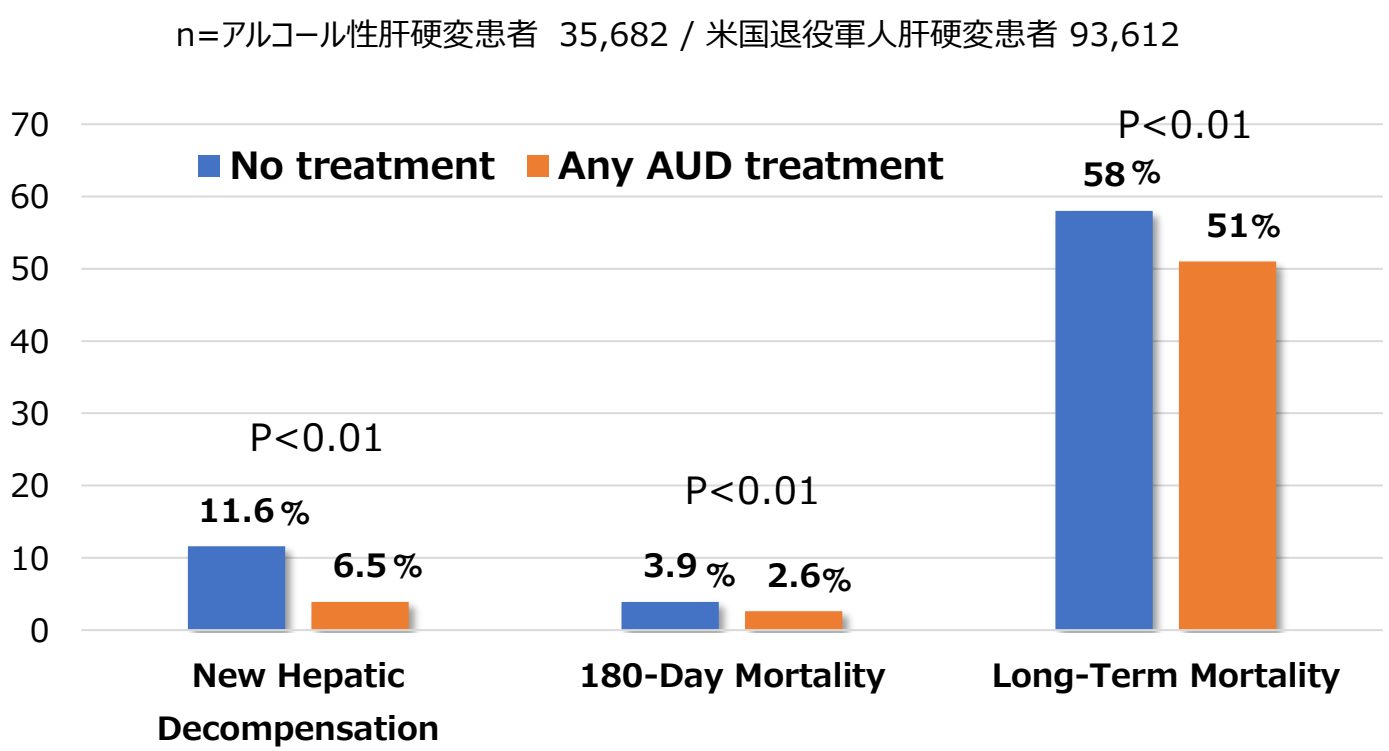
目的：飲酒量低減の死亡に対する影響を検討する
対象：アルコール摂取減少量と死亡率の関係を検討した無作為化比較試験7本
方法：7本のRCT （1年または半年）より、アルコール摂取の減少量と死亡率の関係を検討した

＊ ベースライン時の純アルコール摂取量**96g/日**

Rehm, J. et al. : Alcohol Alcohol., **48**(4), 509-513, 2013

アルコール使用障害：Alcohol Use Disorder (AUD)
～治療介入の意義～

アルコール性肝硬変患者における
アルコール治療（薬物療法、行動療法）と臨床予後



Shari Rogal, et, al. Hepatology, 71(6):2080-92, 2020.

アルコール関連肝疾患の診断・治療
～アメリカ肝臓学会ガイダンス2019～

＜アルコール性肝炎＞

実績のある治療法：**禁酒**

飲酒の継続は、静脈瘤破裂、腹水、肝性脳症の発生や、肝細胞癌や死亡リスクを高める。

すべてのアルコール性肝炎患者は**禁酒をするべきである。**

しかし、患者が禁酒よりも減酒を強く望む場合は状況によっては適切であるかもしれない。

Hepatology2020 Jan;71(1):306-333

減酒治療薬　ナルメフェン（セリンクロ®）

ナルメフェン　24週プラセボ対照二重盲検試験（国内第Ⅲ相）

試験概要

目 的　**アルコール依存症患者におけるナルメフェン10mgおよび20mgの有効性、安全性、用量反応性を検討し、ナルメフェン20mgのプラセボに対する飲酒量低減効果の優越性を検証する**

対 象　**DRL（飲酒量に基づくリスクレベル）がHigh以上のアルコール依存症の日本人患者（DSM-Ⅳ-TR）666例**

- 20歳以上の男女
- 外来治療が可能な患者
- スクリーニング時呼気中アルコール濃度が0.1mg/L未満の患者

除外基準：スクリーニング前4週間のHDD＜6日、スクリーニング前4週間の連続した断酒日＞5日、
アルコール離脱症状評価尺度改訂版（CIWA-Ar）スコア≧10点、
DSM-IV-TRのⅠ軸疾患を合併する患者、臨床的に重大かつ安定していない疾患を合併する患者　など

概 要　**24週　プラセボ対照、無作為化、多施設共同二重盲検並行群間比較試験　（Phase Ⅲ）**

ナルメフェン10mg群：184例　ナルメフェン20mg群：248例　プラセボ群：245例
いずれも飲酒のおそれがある場合に飲酒の1～2 時間前に治験薬を頓用した

評 価　**主要評価項目：12週目におけるHDD数のベースラインからの変化量（MMRM解析）**

副次評価項目：HDD数およびTAC のベースラインからの変化量（MMRM解析）、RSDRL、RLDRL、
HDD有効率、TAC有効率、AQoLS　など

安全性：有害事象、臨床検査値、バイタルサイン　など

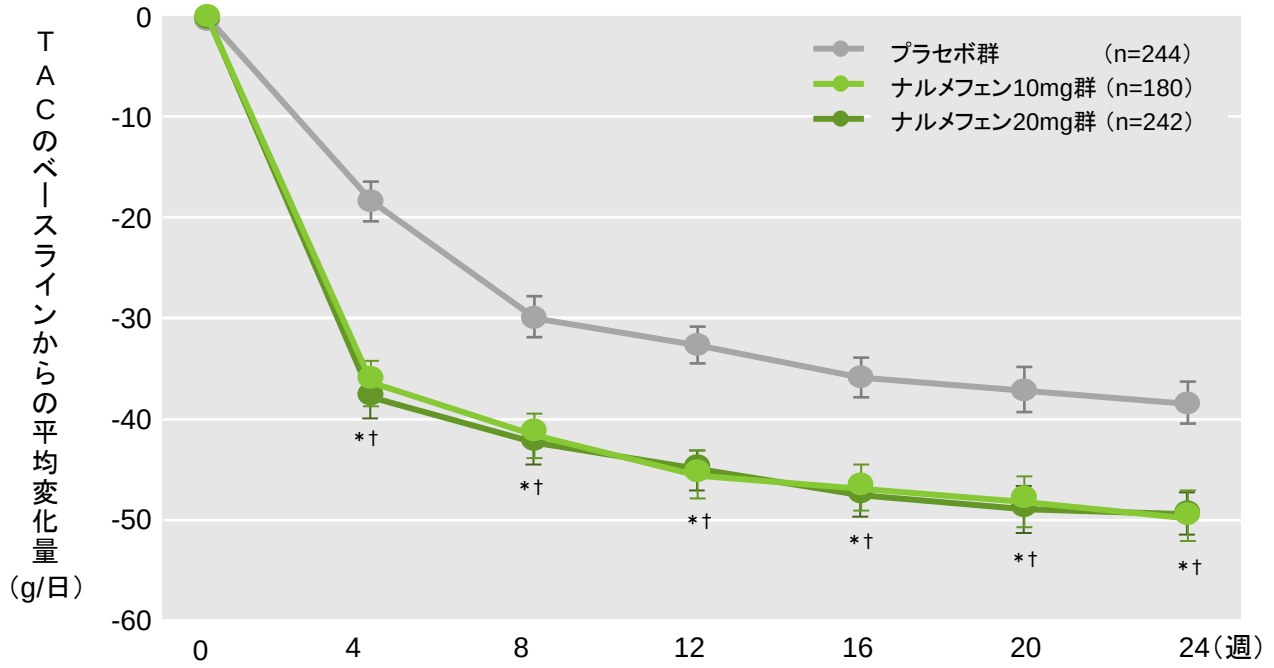
DRL（飲酒量に基づくリスクレベル）：1日平均アルコール消費量が男性60g超、女性40g超をHigh以上と定義
HDD（多量飲酒日）：1カ月間のDRLがHigh以上となった日数、　TAC（総飲酒量）：1カ月間の平均アルコール消費量（g/日）

大塚製薬社内資料（アルコール依存症患者を対象とした国内二重盲検比較試験），承認時評価資料，
（データはMiyata H., et al：Psychiatry Clin. Neurosci., **73**（11），698-706, 2019.に発表）

減酒治療薬　ナルメフェン（セリンクロ®）

ナルメフェン　24週プラセボ対照二重盲検試験（国内第Ⅲ相）

副次評価項目：総飲酒量（TAC）のベースラインからの平均変化量[a]の推移



TAC（総飲酒量）：1カ月間の平均アルコール消費量（g/日）　a：Least Squares Mean（最小二乗平均）±SE
＊：　P＜0.05　10mg群 vs. プラセボ群　†：　P＜0.05　20mg群 vs. プラセボ群
MMRM：mixed model repeated measures （混合モデル反復測定法）

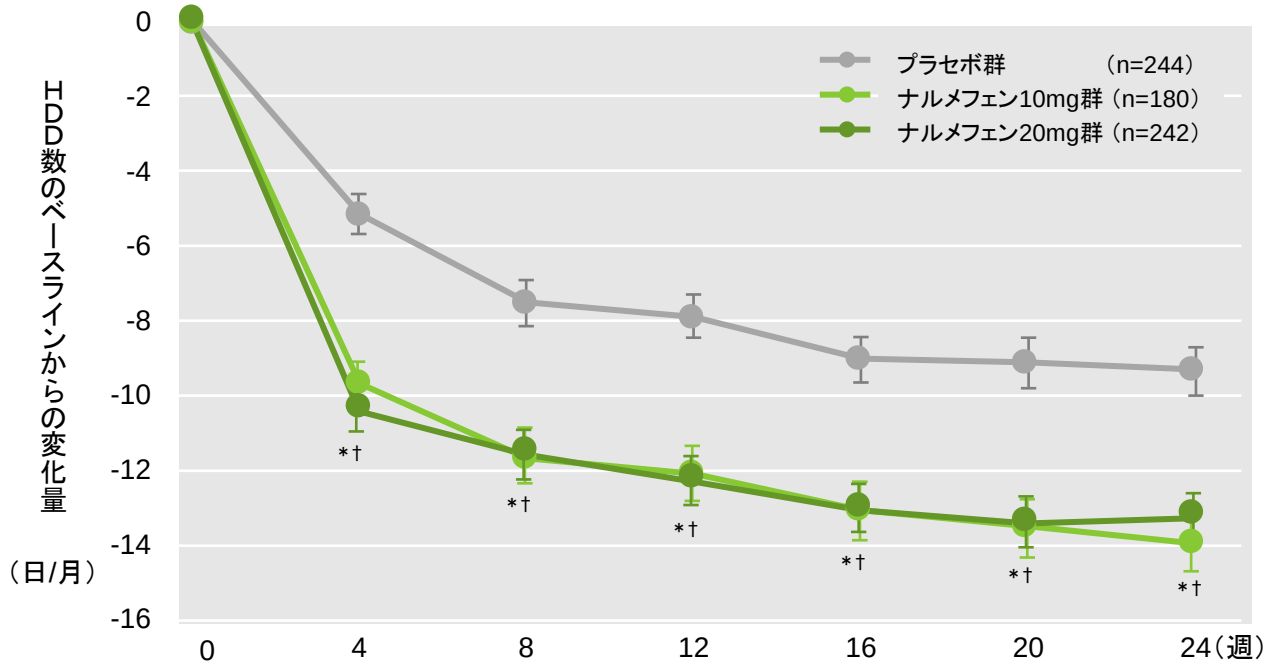
ベースライン時TAC（g/日）（平均±SD）：プラセボ群（n=244）：**95.08**±48.70、10mg群（n=180）：**95.93**±41.10、20mg群（n=242）：**93.07**±37.45

大塚製薬社内資料（アルコール依存症患者を対象とした国内二重盲検比較試験），承認時評価資料，
（データはMiyata H., et al : Psychiatry Clin. Neurosci., **73**（11），698-706, 2019.に発表）

減酒治療薬　ナルメフェン（セリンクロ®）

ナルメフェン　24週プラセボ対照二重盲検試験（国内第Ⅲ相）

多量飲酒日（HDD）数のベースラインからの平均変化量[a]の推移



HDD（多量飲酒日）：1カ月間のDRLがHigh以上となった日数　　a：Least Squares Mean（最小二乗平均）±SE
主要評価項目：12週目におけるHDD数の平均変化量　　副次評価項目：24週目までのHDD数の平均変化量推移
＊：　P＜0.05　10mg群 vs. プラセボ群　†：　P＜0.05　20mg群 vs. プラセボ群
MMRM：mixed model repeated measures（混合モデル反復測定法）

ベースライン時HDD数（日/月）（平均±SD）：プラセボ群（n=244）：**22.97**±6.44、10mg群（n=180）：**23.49**±6.07、20mg群（n=242）：22.64±6.37

大塚製薬社内資料（アルコール依存症患者を対象とした国内二重盲検比較試験），承認時評価資料，
（データはMiyata H., et al : Psychiatry Clin. Neurosci., **73**（11），698-706, 2019.に発表）

消化器内科の外来でもできるUltra-Brief Intervention

スタートは、

減酒日記を、

こんな風に、

お勧めしています

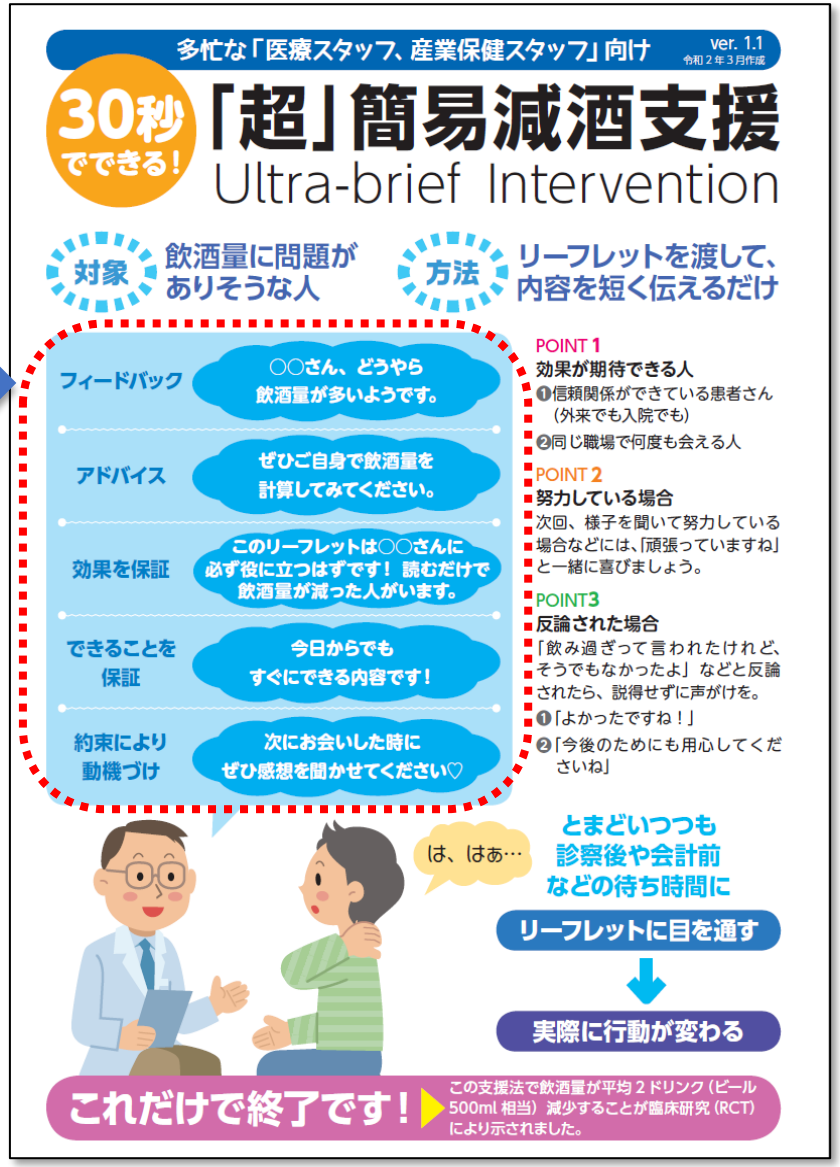
フォローは、

日記の記録を褒めたり、

検査値を褒めたり、

治療目標を一緒に決めたり、

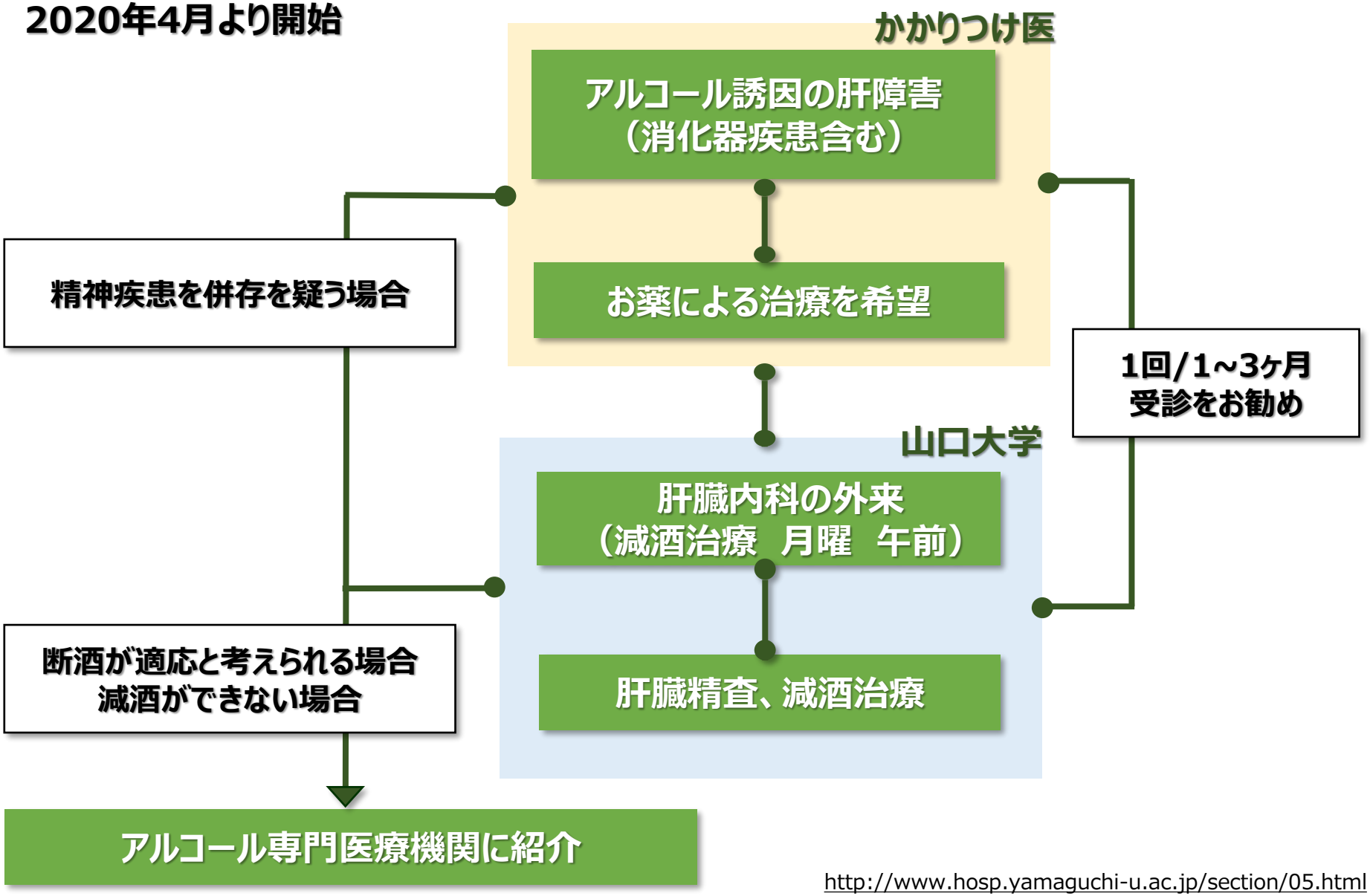
励ましたりします



AMED「アルコール依存症予防のための簡易介入プログラム開発と効果評価に関する研究」
https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document21.pdf

山口大学医学部附属病院 肝臓内科 減酒治療フローチャート

2020年4月より開始



http://www.hosp.yamaguchi-u.ac.jp/section/05.html

独自作成資料

減酒治療への紹介方法（FAX or TEL）

山口大学医学部附属病院 患者支援センター 行

FAX：0836-22-2474

TEL：0836-22-2167

申込日（FAX送信日）： 年 月 日

FAX事前予約申込書

山口大学

【紹介元情報】

医療機関名		医師氏名	
TEL番号		FAX番号	
担当者名	[予約申込担当者が別にいる場合]		

【患者情報】

現在の状況	紹介元医療機関において ☐ 入院中 ☐ 通院中	山口大学病院受診歴	☐ 有 ＩＤ（診察券の番号）が分かる場合 （ ） ☐ 無 ☐ 不明
フリガナ		性 別	☐ 男性 ☐ 女性
氏 名	（旧姓 ）	生年月日	☐ 西暦 ☐ M ☐ T ☐ S ☐ H ☐ R 年 月 日（ ）歳
住 所	〒 ―		
電話番号	自 宅 ― ― 携 帯 ― ―		勤務先 ― ― その他 ― ―
受診希望日	**肝臓内科の外来（減酒治療 月曜 午前）**		

【受診希望診療科】

受診を希望する診療科等に☑を付けて下さい。（※診療科名が不明な場合は、外来診療日割表またはホームページをご参照下さい。）

診療科名：☐ 一般内科 ☐ 漢方診療科 ☐ 消化器内科 ☑ 肝臓内科 ☐ 胆道膵臓内科 ☐ 循環器内科 ☐ 腎臓・高血圧内科 ☐ 膠原病内科 ☐ 血液内科 ☐ 糖尿病・内分泌内科 ☐ 脳神経内科 ☐ 呼吸器・感染症内科 ☐ アレルギー科 ☐ 心臓血管外科 ☐ 消化管外科 ☐ 肝胆膵・移植外科 ☐ 乳腺・内分泌外科 ☐ 呼吸器外科 ☐ 小児外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 麻酔科蘇生科・ペインクリニック科 ☐ 泌尿器科 ☐ 整形外科・リウマチ科 ☐ 皮膚科 ☐ 形成外科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ 歯科口腔外科 ☐ 産科婦人科 ☐ 小児科 ☐ 精神科神経科・心療内科 ☐ 放射線科 ☐ 放射線治療科

☐ 第一内科 ☐ 第二内科 ☐ 第三内科 ☐ 第一外科 ☐ 第二外科

医師指定 ※指定がある場合のみ記入	※ご希望に添えない場合があります。 先生	本院の担当医師への事前連絡状況	☐ 無 ☐ 有（ ）先生に連絡済
連絡事項等			

※ 本紙と「診療情報提供書」を一緒にFAX送信願います。予約日時が確定次第、「受診予約票」をFAXでお送りします。

※ **即日受診や入院依頼は直接診療科へ連絡をお願いします。眼科と救急は事前予約の対象ではありません。**

※ セカンドオピニオン外来に関する相談は専用窓口にて承っております。（TEL0836-22-2074）

※「診療情報提供書」の原本は、「受診予約票」とともに患者さんへお渡しし、当院受診当日にお持ちいただくようお伝え下さい。

【山口大学病院記入欄】以下は本院使用欄です。記入は不要です。

受診予約票

患者氏名 ＿＿＿＿ 診察券番号 ＿＿＿＿

受診決定日時 年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分

受診診療科名 ＿＿＿＿ 担当医又は専門分野等 ＿＿＿＿

※ 診察当日は、健康保険証、公費受給者証等、紹介状、検査データ等を受付①番窓口に提出してください。

※ 診察まで多少お待ちいただくことがあります。ご了承ください。

医事課（事前予約窓口）

TEL：0836-22-2167 (平日のみ)

FAX：0836-22-2474

予約日時を後ほどFAXにて、ご返送させていただきます

同封頂きたいもの（あれば）

肝機能検査：

- **血液検査**
- **画像所見**

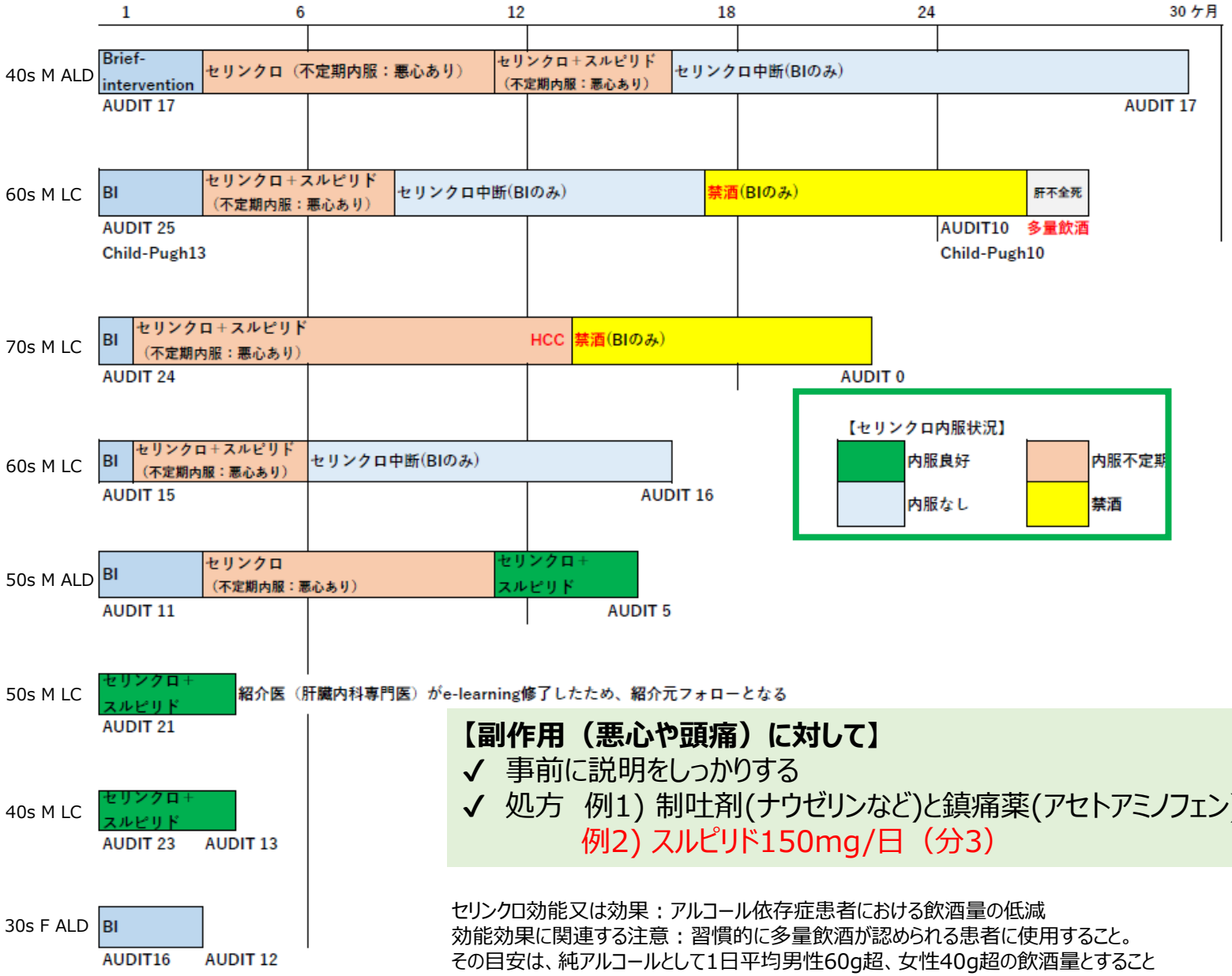
飲酒関連：

- **AUDIT、飲酒量（飲酒日記）等**

http://www.hosp.yamaguchi-u.ac.jp/about/introducer.html

独自作成資料

減酒外来の症例



【副作用（悪心や頭痛）に対して】

✓ 事前に説明をしっかりする

✓ 処方　例1) 制吐剤(ナウゼリンなど)と鎮痛薬(アセトアミノフェン)

例2) スルピリド150mg/日（分3）

セリンクロ効能又は効果：アルコール依存症患者における飲酒量の低減
効能効果に関連する注意：習慣的に多量飲酒が認められる患者に使用すること。
その目安は、純アルコールとして1日平均男性60g超、女性40g超の飲酒量とすること
なお、**すべての症例にBI（Brief Intervention）を併用している。**

独自作成資料

減酒治療薬　ナルメフェン（セリンクロ®）

ナルメフェン　24週プラセボ対照二重盲検試験（国内第Ⅲ相）

おもな副作用

いずれかの群で5%以上発現した有害事象

例数　（%）	プラセボ群（n=245）	ナルメフェン10mg群（n=184）	ナルメフェン20mg群（n=248）
有害事象	194　(79.2)	156　(84.8)	218　(87.9)
悪心	15　(6.1)	58　(31.5)	79　(31.9)
鼻咽頭炎	91　(37.1)	40　(21.7)	54　(21.8)
浮動性めまい	10　(4.1)	20　(10.9)	51　(20.6)
傾眠	17　(6.9)	18　(9.8)	39　(15.7)
嘔吐	5　(2.0)	16　(8.7)	34　(13.7)
頭痛	20　(8.2)	21　(11.4)	24　(9.7)
倦怠感	8　(3.3)	7　(3.8)	24　(9.7)
不眠症	2　(0.8)	15　(8.2)	20　(8.1)
食欲減退	3　(1.2)	11　(6.0)	13　(5.2)
便秘	2　(0.8)	8　(4.3)	13　(5.2)
動悸	2　(0.8)	7　(3.8)	13　(5.2)

中止に至った有害事象：プラセボ群 4.5%、10mg群 17.9%、20mg群 18.1%

いずれかの群で投与中止に至った主な有害事象：　悪心：プラセボ群 0%、10mg群 6.5%、20mg群 8.5%、
浮動性めまい：プラセボ群 0.4%、10mg群 4.9%、20mg群 6.5%

重篤な有害事象：プラセボ群 0.8%（出血性吻合部潰瘍、アルコール症　各1例）
10mg群 1.1%（死亡、大腿骨骨折･脊椎圧迫骨折　各1例）、20mg群 0.8%（慢性肝炎、胃腸炎　各1例）

注）安全性情報は添付文書をご参照ください

大塚製薬社内資料（アルコール依存症患者を対象とした国内二重盲検比較試験），承認時評価資料，
（データはMiyata H., et al：Psychiatry Clin. Neurosci., **73**（11），698-706, 2019.に発表）

薬価基準の一部改正に伴う留意事項について：セリンクロ錠

保医発0225　第9号（2019年2月25日発出）より

① 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「アルコール依存症治療の主体は心理社会的治療であることから、服薬遵守及び飲酒量の低減を目的とした**心理社会的治療と併用する**こと。」とされているので、本製剤の薬剤料については、以下のすべての要件を満たした場合に限り算定できること。

ア アルコール依存症の患者に対して、**アルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師**が、**アルコール依存症に係る適切な研修を修了した看護師、精神保健福祉士、公認心理師等と協力**し、家族等と協議の上、詳細な診療計画を作成し、患者に対して説明を行うこと

イ 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制があること

ウ **心理社会的治療**については、アルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師によって行い、その要点及び診療時間を診療録に記載すること
なお、少なくとも本剤の初回投与時においては、30分を超えて当該治療を行うこと
（本剤の初回投与までの診療時において30 分を超えて当該治療を行った場合を除く）

エ ア及びウに定めるアルコール依存症に係る適切な研修は、「診療報酬の算定方法」（平成20年厚生労働省告示第59 号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）**区分番号「A231-3」**

重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定にあたり医師等に求められる研修に準じたものであること

保医発0225　第10号「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」, 平成31年2月25日, https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T190227S0010.pdf（より作成）

診療報酬の算定方法の一部を改正する件に係る疑義照会資料

厚生労働省保険局医薬課　疑義解釈資料（その77）（2021年10月8日発出）より

問１ 平成31年2月25日付 保医発0225 第9号「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正等について」 2（1）セリンクロ錠10mg ①エにおいて、**「アルコール依存症に係る適切な研修は・・・「A231-3」重度アルコール依存症入院医療管理加算の算定にあたり医師等に求められる研修に準じたものであること」**とされているが、ここでいう**「準じたもの」**とは、どのような研修があるのか。

（答）現時点では、一般社団法人日本アルコール・アディクション医学会及び一般社団法人日本肝臓学会が主催する
「アルコール依存症の診断と治療に関する e-ラーニング研修」が該当する。

厚生労働省保険局医薬課. 疑義解釈資料の送付について（その77）（2021年10月8日発出）, https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000841521.pdf（2021年10月現在）

アルコール依存症の診断と治療に関するeラーニング研修

主催　一般社団法人日本アルコール・アディクション医学会
　　一般社団法人日本肝臓学会
WEBアドレス　https://gakken-meds.jp/jmsaas/
受講料　8,000円（医師）、1,000円（メディカルスタッフ）
受講資格　医師、メディカルスタッフ
修了証　発行
発行要件　受講時間（2時間38分）100%視聴、確認テスト（19問）全問正解）

	内容	時間	講師
1	アルコール問題に関する法令・政策・ガイドライン	11分	樋口進（久里浜医療センター）
2	アルコール依存症の概要と診断	23分	齋藤利和　（札幌医科大学）
3	アルコールと健康障害（臓器疾患）	17分	坂本直哉　（北海道大学）
4	アルコールと健康障害（精神疾患）	9分	齋藤利和　（札幌医科大学）
5	治療目標の選択	28分	宮田久嗣　（東京慈恵医大） 吉治仁志　（奈良県立医科大学）
6	断酒治療・自助グループ	25分	宮田久嗣　（東京慈恵会医科大学） 杠岳文　（肥前精神医療センター）
7	飲酒量低減治療	19分	樋口進　（久里浜医療センター）
8	心理社会的治療	13分	堀江義則　（湘南慶育病院）
9	心理社会的治療解説動画	13分	

アルコール依存症の診断と治療に関する「eラーニング研修」と「診療ガイド」

eラーニング研修

アルコール性肝障害（アルコール関連肝疾患）診療ガイド2022

日本肝臓学会 (編集)

山口大学大学院医学系研究科　消化器内科学

（集合写真撮影日：令和4年10月）

新体制となりました
宜しくお願い致します！

Yamaguchi University Graduate School of Medicine Department of Gastroenterology & Hepatology