

これだけ！

外来で診る アルコール 使用障害

成瀬暢也

埼玉県立精神医療センター副病院長

手塚幸雄

沖縄リハビリテーションセンター病院
TAPICアディクションセンター長

中外医学社

はじめに

アルコール使用障害とは、乱用と依存を合わせた診断名である。乱用はアルコール使用上のルール違反、依存はコントロール障害である。つまり、使用障害は、飲酒により何らかの問題が起きている状態を指す。これまで、依存症というと重い病気というイメージが強かったかもしれないが、使用障害は依存症以前の軽い問題にとどまる人をも含むことになる。

米国精神医学会の定めるDSM-5の使用障害の診断基準の概略を示す¹⁾。

- ・ 12 ヶ月の期間内に以下の 11 項目のうち 2 項目以上で診断
 1. 当初の思惑よりも摂取量が増えたり長時間使用したりする。(依存)
 2. 物質中止・減量の持続的な欲求または努力の失敗がある。(依存)
 3. 物質使用に関連した活動に費やす時間が増える。(依存)
 4. 物質に対する渴望、強い欲求、衝動がある。(新設)
 5. 物質使用により社会的役割が果たせない。(乱用)
 6. 社会・対人関係の問題が生じていても飲酒する。(乱用)
 7. 物質使用のために重要な社会活動を犠牲にする。(依存)
 8. 身体的に危険のある状況で物質使用を繰り返す。(乱用)
 9. 心身に問題が生じていても物質使用を続ける。(依存)
 10. 耐性: 反復使用による効果の減弱または使用量の増加。(依存)
 11. 離脱: 中止や減量による離脱症状の出現。(依存)

*重症度: 軽度 2～3 項目, 中等度 4～5 項目, 重度 6 項目以上

1 年間のある時期に 11 項目中 2 項目以上満たせば使用障害と診断される。項目数により軽度～中度～重度と重症度が決められる。使用障害が軽度から重度に向かえば、依存症の特徴がより強くなる。エピソード的な乱用から、それを繰り返すことで依存形成され依存症が重症化していくことになる。

「ありふれた病気」であるアルコール使用障害であるが、未だに誤解と偏見が強く、治療を受けることなく悪化していく例が多い。わが国にお

いても問題飲酒者は1,000万人、アルコール依存症患者は100万人いると推定される状況で、年に1回でもアルコール依存症の診断で治療を受けた患者は10万人にも満たない。

このトリートメントギャップの大きさは、患者や家族、社会のアルコール使用障害（依存症）に対する誤解と偏見と共に、一般の精神科医療機関がアルコール使用障害を診ていないという事実も無視できない。患者が治療を求めても、治療が提供されていないのが現状である。

このアルコール使用障害を巡る現状と問題点について、関心のある方は、拙著「アルコール依存症治療革命」（中外医学社）を参照していただきたい。

アルコール使用障害というだけで、「厄介で関わりたくない患者」と誤解されている。患者は病状を悪化させ、さまざまな症状や問題を引き起こす。患者はどうにもならなくなって初めて、仕方なく依存症専門医療機関を訪れるか、医療につながることなく放置されている。

本書は、治療者がアルコール使用障害患者の診療を、どうすれば診やすくなるか、関わりやすくなるかを、専門ではない医療者を対象として、「これだけ！」にポイントを絞ってまとめたものである。支援に関わる人々が苦手意識をもってしまうことが治療を滞らせてきた。これまで「正しい」とされてきた原則が、実は何の根拠もない誤った対応を強いてきたことも治療がうまくいかない要因になっている。不適切な治療対応が推奨されてきたのではうまくいかないであろう。

患者をどのように理解してどのように関わるか、そこに焦点を当て、誰もがアルコール使用障害患者と無理なく関われることを目的としている。使用障害は特別な病気ではなく、特別な治療を要するものではない。当たり前前に治療に大切なことを理解して対応すればいいのである。

本書が、治療者のアルコール使用障害患者に対する苦手意識を少しでも払拭でき、多忙な日常臨床においても必要な治療を提供できる一助となることを願っている。

文献

- 1) 日本精神神経学会. DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院; 2023: p.535-6.

1章

I アルコール使用障害患者を理解する

そもそもアルコール使用障害とはどんな病気なのか、そして、アルコール使用障害患者とはどのような人たちなのかについて、正しく理解することは治療の基本である。ここでは、患者の背景にある問題を踏まえて、患者の理解を深めていただきたい。このことがきちんとできているかいなかで、治療の成否は大きく異なることに留意したい。患者の理解から始めよう。

1. アルコール使用障害とはどんな病気なのか？

まず、アルコール使用障害とはどんな病気なのだろうか。アルコールは脳の働きを抑制する、麻痺させる物質である。これにより不安や緊張を軽減する作用がある。つまり、抗不安作用があることになる。過度の緊張を強いられたり、神経細かく気を遣ったり、言いたいことが言えなかったりする人にとっては、即効的に効くクスリとなる。嫌なことを忘れたいという目的で大量に摂取する場合もある。

アルコール使用障害は、この作用に期待し何らかの害や問題が起きている状態である。問題が起きているのにアルコールをやめられないということは、その効果が必要であったためであり、手放せないからである。効果を期待して繰り返し摂取していると身体がアルコールに慣れてくる。つまり耐性ができ効果が減弱してしまう。何らかの苦しさや生きづらさ

があったのだろう、と想像するだけでもよい。少しは患者の見方が変わるのではないだろうか。治療者が自身の苦手意識を軽減することは信頼関係を築くうえで重要である。

上級編

もう少し深く関わりたい治療者のために

1. 対応が難しい使用障害患者と上手に関わるコツ

「人間不信」が深刻な患者との関わり方

それでは、例外的にとりわけ人間不信の強い患者とどう関わればいいのか。これは患者の治療にとって重要な課題である。「厄介で関わりたくない」と治療者が感じる患者は、例外なく人間不信が強い患者である。

治療者が人間不信の強い患者と信頼関係を築くためには、意外に感じるかもしれないが、治療者自身がまず、家族や友人、同僚などと信頼関係が築けていることである。治療者自身が人間不信を抱えている状況で、患者と信頼関係など築けるはずがない。治療者は自身が周囲の大切な人と信頼関係をもっており、その人たちから癒されていることが必要である。

そのような治療者が、人間不信の強い患者を信じることができる。では一体何を信じるのか。それは、患者が良い方向に変わる可能性であり、患者の良心であり、患者の力である。これは駆け引きではなく、患者のもつ良心や可能性、潜在力を疑わず信じることである。

治療者自身が人と信頼関係をもっており、人から癒されていると、患者を楽観的に受け入れることができる。良い方へ、良い方へと受け取ることができる。騙されたり裏切られたりしたとしても、責めずに信じ続けられる。相手を無理に変えようとせず、余裕をもって相手を尊重して寄り添い続けられる。そうすることで、患者に圧力や脅威を与えること

2

治療をどう展開していくか： 治療を軌道に乗せ継続できるようにする

1. 飲酒に求めていたものを別のものから 得る必要がある

使用障害患者にとっての飲酒は、「人に癒されず生きづらさを抱えた人の孤独な自己治療」であると考えるならば、背景にある「生きづらさ」を軽減しなければアルコールを手放せないだろう。その「生きづらさ」とは、「人間不信」と「自己否定」であり、具体的には人間関係の「6つの問題」[参照: p3. 1章I 表1](#)であることを再度確認する。

アルコールに酔うことで癒しを求めていたのであれば、あるいは仕事や家事を頑張るためにアルコールを精神安定剤やドーピングとして使ってきたのであれば、生きるための拠り所として頼ってきたのであれば、簡単にやめることは難しい。そのことを共有する。

そのうえで、飲酒にばかり頼りすぎることによって、飲酒の害が出てきているのであればその方法を見直す必要がある。飲酒をやめたり減らしたりするためには、飲酒に求めていたものを別のものから得る必要があることを説明する。その際に、「つらいからアルコールに酔って紛らわしてきたのに、アルコールを無理やり取り上げられようとしたら、抵抗するのが当然ですよ」と患者の立場に理解を示す。そして、再び「あなたがアルコールに求めてきたものは何だったのでしょうか」と尋ねる。

そして、それは一言でいうと「癒し」だったのかもしれませんがね、と投げかける。その投げかけに同意してくれる患者は少なくない。「その癒しをアルコールから得られなくなってきたのであれば、別の何かから得ないといけませんね」と話を進める。

2章

I 対象を選ぶ

これだけ！

医師の印象診断

(可能であれば AUDIT-C によるスクリーニング)

1 医師の印象診断

最も短時間でアルコール使用障害を疑う方法は、医師の印象診断である。医師が「飲酒習慣に問題がありそう」と直感的に感じた患者は、実際に問題を抱えている可能性が高い。

アメリカのプライマリケアクリニックで行われた研究によると、医師が「アルコールの問題を抱えている」と判断した患者は、特異度 98% で危険な飲酒をしていることが示された¹⁾。この結果から、通常の診療の中で得た情報から「飲酒習慣に問題がありそう」と感じた場合、アルコールの問題を抱えている可能性が高いと判断できる。

医師の印象診断は、通常の診療に追加の時間を必要とせず、簡便かつ効率的に行えるのが利点である。そのため、本章では「飲酒習慣に問題がありそう」と感じた患者へのアプローチを第一歩として推奨する。

ただし、医師の印象診断の感度は 27% と低く¹⁾、本来治療が必要な患者の多くを見逃してしまうリスクがある。このため、潜在的なアルコール使用障害患者を見つけるには、AUDIT などのスクリーニングツールを併用することが有用である。

2章

IV アルコール使用障害の 治療を行う

これだけ！

ナルメフェンを処方し、飲酒量を記録してもらう

アルコール使用障害の治療は特別なものではない。アルコール使用障害は有病率の高いありふれた疾患であり、糖尿病や高血圧と同じように対応することが求められる。患者に寄り添いながら、医療者にとって無理のない範囲で、日常診療の一環として治療を進めることが重要である。

アルコール使用障害の治療では、治療の内容自体よりも治療者の姿勢や態度が重要となる [参照: 1章Ⅲ](#)。飲酒に焦点を当てすぎず、患者の困っていることに焦点を当てて丁寧に聴けると良い [参照: 1章Ⅲ1-5,6](#)。飲酒については、酒をやめることは容易には同意されないが、飲酒量を減らすこと、減らす試みをするということについては同意されることが多い。飲酒量低減が患者との共通の目標になった際に、具体的に飲酒量を減らす手段として、以下の方法が提案できる。

1 ナルメフェンを処方する

2019年に発売されたナルメフェンは、飲酒量の低減を目的とした治療薬である。それ以前は断酒を目指す治療薬のみが利用され、主に精神科の専門医療機関で処方されていた。ナルメフェンは、まだ断酒を目指せない患者に対しても使用可能であり、プライマリケアや内科の現場で特