
解 説

アルコール依存症にならないために

奥田正英＊

抄 録

アルコールを適切に使用すれば、日常生活は豊かになるが、不適切な使用は、有害性が前景に出て、心身に多大な障害をもたらす。アルコールの有害使用やアルコール依存症を含めるアルコール使用障害の概念はアルコールの精神障害の連続性を示すので、臨床上有用である。アルコールによる健康障害に役立つ基礎知識について述べ、不適切な使用は中枢神経系に構造的な障害を起こし、精神障害として心の障害や神経心理的な障害ばかりでなく、家庭、会社、それに社会的にも暴力事件など様々な問題を引き起こす。一旦障害を来すと回復には長期間を要するので、早期発見、早期治療の介入が欠かせない。それゆえに心身の健康障害を進行させないために、使用障害の診断やハームリダクションの考え、治療方針に役立つ AUDIT、SBIRT の有用性、動機付け面接、マインドフルネス、内観法などの精神療法、さらに介入のタイミングなど一般臨床で役立つ対処法などについて概説した。

Abstract

Consumption of a reasonable amount of alcohol in daily life might bring about a pleasant and delightful life. However, consumption of excessive amounts results in harmful effects on the body and mind. In regard to the adverse effects on the mind, sociality is disturbed, and the patients become withdrawn from the family and neighborhood, eventually suffering from social isolation and loneliness. Finally, death occurs. Therefore, harm reduction by switching from high risk to low risk drinking should be recommended. Basic knowledge on the toxic effects of alcohol on the central nervous system is illustrated; the fine structural changes may persist after harmful drinking, as also the disturbed sociality. Introduction of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) is expected to be advantageous for screening of alcoholics and referral to treatment and self-help group, known as SBIRT. For general physicians, helpful use of brief interventions and psychotherapy for mild alcoholism is advised. The stages and processes of self-changes are also emphasized for selecting the appropriate timing for intervention against alcohol use disorder. In conclusion, I propose that the intervention should be introduced at the earliest stage possible, in order to minimize the damage to the body and mind of the individual.

＊八事病院 八事アルコール医療センター

(おくだ まさひで)

キーワード：アルコール使用障害、ハームリダクション、AUDIT、SBIRT、介入法

はじめに

アルコール（以下ALと略）は、適正に飲めば家庭生活の中で食事を楽しく食欲を増進して生活に潤いをもたらし、さらに仕事や友人など仲間との交流を盛り上げてくれる手段になる。しかし、アルコール依存症（以下、AL症と略）になるとALをコントロールして飲むことが難しくなり、その回復にも多くの時間がかかる。ALの使用が心身へ与える障害が軽いうちに適正飲酒の指導が行われれば、より健康な生活を送ることができる。AL使用を低減して適正飲酒ができるように医療が進められることが望まれる。ここではALと楽しく付き合い、AL症にならないALの害が少ない使用であるハームリダクションについて述べ、さらに日常の臨床で役立つAL使用障害の診断ツール、介入の方法、さらにAL専門医療機関への紹介などについてふれる。

A. アルコールの特性

1) アルコールの薬理作用

ALをはじめ依存性物質は、中枢神経に作用して心地よい快感刺激を与える物質である。依存性物質には基本的な属性があり、その属性は、反復・強迫性、食欲性、衝動性であり、直接本能に作用を及ぼし快感を与えるので止められなくなる。そして反面、有害性もあるので、使用を続けると有害性が進行して死に至らしめる¹⁾。

ALが作用する脳内機序は主として、脳内報酬系であると考えられている。ドーパミン(DA)作動性神経系が脳内報酬系の役割を担っている²⁾。この報酬系を介して脳活動が活性化され、報酬を伴った未来予測(期待)によって強く反応する。DA神経系は脳幹部の腹側被蓋部から側坐核へ投射をするが、いくつかの介在神経や神経系がDA神経系と連絡していると考えられている。大脳皮質と連絡をするグルタミン酸神経系があり、また心地よさに関連するオピオイド神経系、ベンゾジアゼピン系薬剤が作用する γ -アミノ酪酸(GABA)神経系、ニコチンが作用するアセチルコリン(Ach)神経系などが介在する³⁾。このDA神

経とそれに関連する神経は、慢性に薬物を使用すると構造的な変化を来す⁴⁾ので、一旦構造的な変化が起きると回復に時間がかかり、再使用により容易に以前の構造に戻ってしまうと考えられている。ALは急性使用では麻酔薬のように作用するが、慢性の不適切な使用では、神経系の障害ばかりでなく、身体にも色々と永続的な障害を引き起こす。

2) アルコール使用に関する資料

ALに関連した厚労省調査では、1日の純AL60グラム以上の多量飲酒者は、約1,000万人である。国際的な診断基準(ICD-10)に従うとAL症者は109万人、更にその中で治療につながっている人は4～5万人と言われている。地元のAL症者は愛知県2.2万人、岐阜県1.8万人、三重県1.5万人、東海3県で9.9万人と推計されている。当院でのAL医療についてはホームページに公表しているが、2017年度の資料では⁵⁾(図1)ホームページへのアクセス数は年間約6,555件、その内電話相談された方は532名(8.1%)、さらに受診につながった方はわずかに385名(5.9%)であった。ちなみに図1のように外来受診から入院につながった症例は61.6%であり、16.6%が外来プログラムにつながった。当院の入院プログラムを終了した方の1年断酒率は40.1%であった。

3) アルコールによる社会性の障害

ALに関連する障害は多岐にわたる(図2)。身体の障害は全身に及び、ことに消化器系と精神・神経系への障害が大きい。精神の障害では、心の障害として自己評価が低く、AL中心主義のために利己主義となり、孤立・孤独に陥りやすく、さらに過去の後悔や自責から不安や抑うつ気分が優勢になる。また神経心理学的に⁶⁾、記憶力の低下、実行能力の消退、精神運動能力の低下が指摘されている。その背景には、注意、記憶、意識の3者の障害がある⁷⁾。また、社会性の障害は色々とあるが、ここでは簡単に家庭の問題、会社での問題、交通事故や暴力などの社会の問題、そ

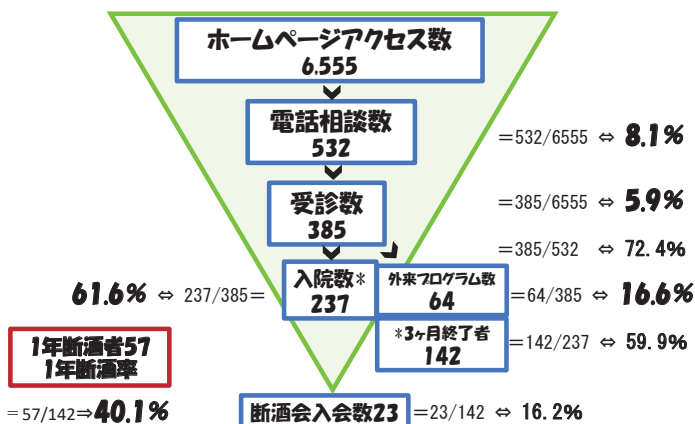


図1 八事アルコール医療センターのアルコール健康障害の支援(2017年度)

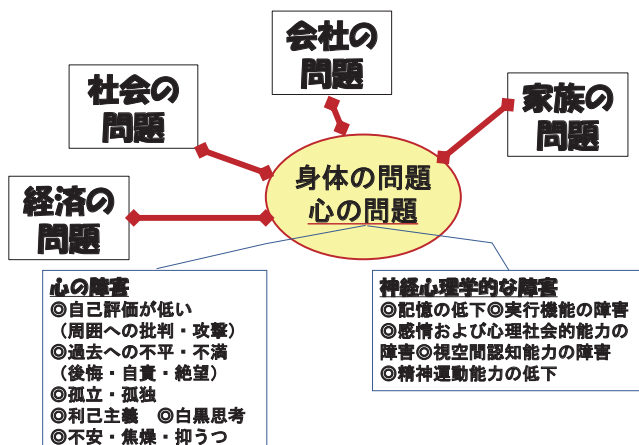


図2 多岐にわたるアルコール関連問題

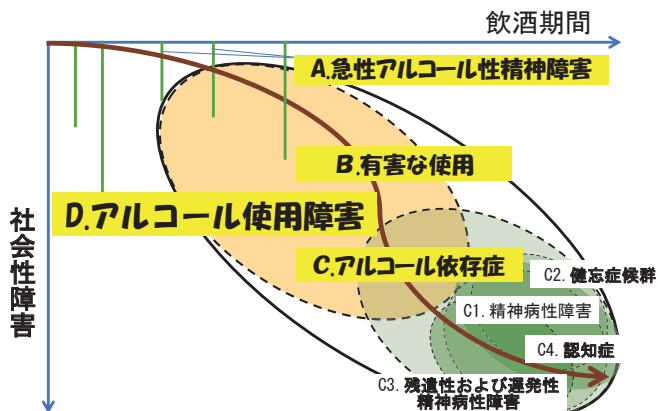


図3 アルコールによる社会性障害とアルコール使用障害の関係

急性アルコール性精神障害(A), アルコールの有害な使用(B), アルコール依存症(C), それにアルコール使用障害(D)の関係

れに飲酒が続けば経済的な問題も次々に起きることを指摘するととどめる。このようにALは、個人的な心身の問題に止まらず、家族や周囲の人々を巻き込む病態、すなわち社会性の障害を引き起こす。

4) ハームリダクション

ALの多量～大量の使用を続けると図3に示すように社会性の障害が進行するとともに病状が悪化して不可逆的な病態になると考えられる。従って、進行させないような早期の介入が必要であり、そのためにALの健康障害の啓蒙、指導が欠かせない。ところでALの害の少ない(ローリスク)使用とは、ALの適正使用とされる20g/日であり⁸⁾、高々40g/日までである。心身への毒性が低いと言われ、ハームリダクションに繋がる。しかし、女性は、男性の半分の少ない飲酒量・期間でAL症になると言われている。これは望遠鏡的な効果(telescoping effect)⁹⁾で、女性ホルモンが関与すると考えられている。また、ALが60g/日以上は多量飲酒と言われ、さらに120g/日以上は大量飲酒であり心身への毒性が一層明らかになる。「酒は百薬の長」と言われるが、徒然草の第

175段には「百薬の長とはいへど、万の病は酒よりこそ起れ」と指摘され、ALは万病の元とも言える。

B. アルコール使用障害の診断

AL使用障害は、AL症とALの有害使用を含めた診断である。ALの使用が有害になる前に一般医療などで介入して重症化しないようにする予防医学の姿勢が欠かせない。ここでは臨床に役立つCAGEの4つの質問表(表1)¹⁰⁾と、AL使用障害の診断(DSM-5)(表2)¹¹⁾、それにAL使用障害の治療方針の参考になるAlcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT;表3)¹²⁾を紹介する。CAGEの質問表(表1)は①Cut down:飲酒

表1 CAGEの評価表

- C** Cutting down on drinking
飲酒量を減らさなければと感じたことはありますか？
- A** Annoyance at others' concerns about drinking
他人にあなたの飲酒を注意されて、気にさわったことがありますか？
- G** feeling Guilty about drinking
自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか？
- E** using alcohol as an Eye-opener in the morning
朝、目覚めに迎え酒をしたことがありますか？

検出感度70～96%;特異性:91～99%

表2 アルコール使用障害の診断基準(DSM-5)

アルコールの問題となる使用様式で、臨床的に意味のある障害や苦痛が生じ、以下のうち少なくとも2つが、12カ月以内に起こることが示される(DSM-5)

- 1) アルコールを最初に思っていたより多量に、あるいは長い時間使用する
- 2) アルコールを減らすまたはコントロールしようと思っても成功しない
- 3) アルコールを得るため、使用するため、あるいは回復するための時間が長い
- 4) 飲酒への強い欲求
- 5) アルコールの使用により、仕事、学校、家庭での役割を果たせないことがある
- 6) アルコールによる社会的、対人関係の問題があるにもかかわらず飲酒を続ける
- 7) 重要な社会的、仕事上、或は余暇の活動が飲酒のために放棄または減少している
- 8) 身体的に問題がある状況でもアルコールを使用する
- 9) 精神的・身体的問題がアルコールによって起こることがわかっていても飲酒する
- 10) 耐性
 - a 期待した効果を得るために著しく増加した量のアルコールが必要
 - b 同じ量のアルコール使用で効果が著しく減弱する
- 11) 離脱症状
 - a アルコールに特有の離脱症状の存在
 - b 離脱症状を軽減させるためにアルコールを使用する

重症度の特定

- 軽度: 2～3項目の症状 (305.0, F10.1: アルコールの有害な使用)
- 中等度: 4～5項目の症状 (303.9, F10.2: アルコール依存症)
- 重度: 6項目以上の症状 (303.9, F10.2: アルコール依存症)

表3 Alcohol Use Disorders Identification Test(AUDIT) 概念領域、項目の内容、質問内容、それに得点の配分

概念領域	項目の内容	No	質問内容	0点	1点	2点	3点	4点	スコア
危険なアルコール使用	飲酒の頻度	①	あなたはアルコール飲料をどのくらいの頻度で飲みますか？	全く飲まない	月に1回以下	月に1～4回	週に2～3回	週4回以上	
	通常の飲酒量	②	飲酒時には1日平均して何ドリンク飲みますか？	1～2	3～4	5～6	7～9	10以上	
	多量飲酒の頻度	③	1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？	なし	月に1回未満	毎月	毎週	毎日又はほとんど毎日	
アルコール依存症症状	飲酒に対するコントロール障害	④	飲み始めると止められなかったことが、過去1年でどのくらいの頻度ありますか？	なし	月に1回未満	毎月	毎週	毎日又はほとんど毎日	
	飲酒の優先度の上昇	⑤	過去1年で、普通だと思えることを飲酒してい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すか？	なし	月に1回未満	毎月	毎週	毎日又はほとんど毎日	
	朝酒	⑥	深酒の後で体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、過去1年でどのくらいの頻度でありますか？	なし	月に1回未満	毎月	毎週	毎日又はほとんど毎日	
有害なアルコール使用	飲酒後の罪悪感・後ろめたさ	⑦	飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、過去1年でどのくらいの頻度でありますか？	なし	月に1回未満	毎月	毎週	毎日又はほとんど毎日	
	ブラックアウト	⑧	飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが過去1年でどのくらいの頻度でありますか？	なし	月に1回未満	毎月	毎週	毎日又はほとんど毎日	
	飲酒関連のけが	⑨	あなたの飲酒のために、あなた自身が他の誰かがけがをしたことがありますか？	なし	—	あるが1年以上前	—	ある、過去1年以内に	
	他者が飲酒を心配する	⑩	肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理に携わる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量をへらすように勧めたりしたことがありますか？	なし	—	あるが1年以上前	—	ある、過去1年以内に	

を減らさないといけないと感じたことは？② Annoyance:他人に飲酒を注意されて気に障ったことは？③ Guilty:飲酒について申し訳ないと感じたことは？④ Eye-opener:朝酒や迎え酒の経験は？の4項目を聞く簡単なものであるが、特異性も検出感度も優れており、さらに1つでも該当すれば危険な飲酒であり、2つ以上でAL症の疑いとなる。確定診断には表2のAL使用障害の診断を用いる。該当項目数により軽度は危険な飲酒、中等度～重度はAL症と従来診断されていたものに該当する。危険な飲酒もAL症も連続した一連

の使用障害である。AUDITは表3に示すように3つのカテゴリー、すなわち危険なAL使用、AL依存症状、有害なAL使用から評価するもので、国際的に使用され、男女同等に使用でき、高齢者で感度が低いものの特異性は高いと言われている。また、学生にも有用である。非酩酊時、救急ケアを要しない状態で健康状態の把握を目的とする旨を明確に伝えることや回答に対する秘密保持の保証を約束する。また、得点により指導の方針が決まるので、日常臨床では使いやすい。節酒か断酒かの判断の目安になる(図4)。また、AUDIT

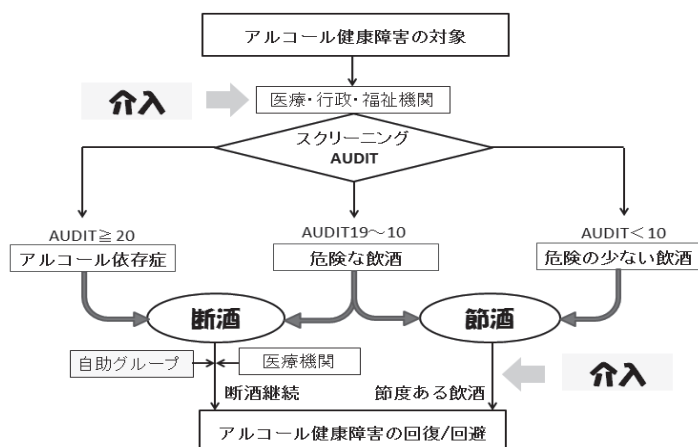


図4 アルコール使用障害の対象への介入

は、SBIRTSと言われるAL使用障害者のトリアージに役立つ。すなわちScreening（スクリーニング）、Brief Intervention（簡易介入）、Referral to Treatment（専門医療機関）やSelf-help group（自助グループ）への紹介（後述）を示すものであるが、一般医療や救急医療ばかりでなく、地域の保健、福祉、介護の現場などでも役立つ。AUDITでスクリーニングをして、診療方針を患者と一緒に考えながら決めるのに活かされる。

C. 簡易介入

前述のようにALを一日60グラム以上飲む多量飲酒者は約1,000万人であるが一般医療を訪れる患者は4～5万人と少なく、診療でALの健康障害が明らかになったなら、健康障害が進行しないように介入することが欠かせない。ALによる健康障害が進行してAL症に至ると心身ともに障害が重篤化するので飲酒問題の把握、健康管理、それに将来の展望や幸福に関する自己判断が次第にできなくなり、ALをコントロールして飲めないばかりか、次第にALに飲まれてしまう。早期に介入して、早期に治療を開始する進行予防の発想が大切である。簡易介入は“生活習慣の行動変容を目指す短時間・短期間の行動カウンセリング”であり、1回30分以内（多くは15分以内）、1～3回実施される^{13), 14)}。大切なことは「健康」をテーマに早期介入をしてAL症の治療では避けられない否

認や抵抗を少なくして、实际的に3つのキーワード、1) 共感する、2) 励まし、元気付け、3) 褒める、労う、を常に念頭に置き、次の3つの構成要素を実践することである。1) フィードバック、すなわちスクリーニングテストなどによって飲酒問題やその程度を客観的に評価して、飲酒を続けた場合の将来のリスクなどの情報を提供する、2) アドバイス、すなわち節酒や断酒でどのような危機を回避するために必要な具体的な対処法について助言する、3) ゴール・セッティング、すなわち「目標設定」は本人が7～8割の力で達成できそうな具体的な飲酒量の低減目標を設定する。具体的に実施にあっては医師よりも看護師や臨床心理士などのヘルスケアの従事者で行われ、AL症に至っていない患者を対象にするのが望ましいと言われている。

D. アルコール使用障害の治療

AL医療の原則は、特別なものではなくて、ALで健康を害している人が健康な生活を送れるように支援することである。臨床的に明らかにALが原因と分かるような外傷や肝障害などがあり一般医療を受けることになっても、継続的な節酒や断酒に結びつかない。AL問題に気付いても、AL問題への手当、すなわち、心のケアができない病気がAL症である。ALを好きで飲んでいるので心

の病気とは思えない。つまり普通は病気を早く治したいが、AL 医療では病気を治したくない。それで一時的な節酒ならともかく断酒をまず考えない。ここに AL 医療の難しさがある。極論すれば、医療側からは、折角の指導や指摘も聞き入れられず何度も受診や入院を繰り返す厄介者であり、患者側すれば余計なお節介をする横柄な医師という認識になっているかもしれない。それで医療側と患者側のミスマッチを少なくするために AL 医療では、どのようなタイミングで、どのような介入をするのがベストなのかを考えたい。

1) 治療の原則

AL 使用障害は、診断基準で述べたように症状の項目数に応じて連続的に病状の軽重が決まる。また、AUDIT の評価でもその得点に応じた介入が求められる。AL 使用障害の治療は、表 4 のように非薬物療法、薬物療法、それに自助グループの参加が治療の基本である。ここでは各治療法をおおまかに述べるにとどめ、詳細は成書にゆずる。

動機付け面接^{15), 16)}では、本人を“受容・共感”して受け止め、かつ、AL の使用を減らしあるいはやめよう変化の気持ちを引き出し後押しする“目的指向”の治療である。具体的には①両価的(アンビバレント)な思考や感情を理解する。すなわち、止めたい、しかし、止めたくない気持ちを受け止めることが欠かせない。②逆説的反応と矛盾の拡大を利用する。人は葛藤の一方向へ強い説

得を受けると、逆に反対方向へ動機づけられると言われる。葛藤の矛盾を明確化すると、矛盾を解消する建設的な方向に自然に動機付けられると言われている。③正したい反射を抑える。人は相手が間違ったことを言うのと反射的に正したくなるので、医師がついつい医学的に正しい評価や助言をすると、それは患者には説教としか聞こえない。④自己成就予言を促す。人は変わることを意識する自分の言葉で、変化へ動機付けられるので、例えば飲酒のメリットやデメリットを各自考えてもらい変化の促しへ動機付けをする。

認知行動療法では、認知に偏りがあり、①私には飲酒問題がない、②今度こそうまく飲める(節酒が可能だ)、③感情や行動は酒でコントロールできる、④どうせ断酒なんかできない、⑤～だから飲んでしまった(言い訳や合理化)、⑥好きだから飲む(感情論)、⑦自分一人で酒はやめられる、⑧酒を止めても良いことはない(どうでもよい)などと考えている。従って、AL 症は酒をコントロールにして飲めない病気である認識ができないので、自己修正が図れるようにする認識の変化を促す¹⁷⁾。

マインドフルネスは、心をこめて“今ここに意識を集中して思考、感情、身体感覚を手放すことで色々な気づきが得られる”と言われている¹⁸⁾。心のモード(=心のギア)を過去・現在・将来について考える《すること(doin)》モードから、《今ここ》を直接的、親和的に体験する《あること(being)》モードへ心のギアを切り替えることである。その結果、ストレスの軽減、うつ状態の改善、心身の健康(well-being)などをもたらすとされている。

内観法は、吉本伊信氏が昭和 28 年に浄土真宗の[身調べ法]を参考に自己の探求法として創案したもので自己啓発や心理療法として役立つ²⁰⁾。内観法では、内観のテーマとして、父、母、配偶者など重要な人物に対して、①してもらったこと(お世話になったこと)、②して返したこと、それに③迷惑をかけた、“内観の 3 項目”について、年代順に区切り、相手の立場に立って具体的な事実

表 4 アルコール使用障害の治療

1) 非薬物療法

○個人精神療法

動機づけ面接法/認知行動療法/マインドフルネス
内観法/アサーション法など

○集団精神療法

グループセッション
ワークショップ

2) 薬物療法

○アルコール低減の薬物

○離脱症状への対処

○断酒継続・維持の薬物

○重複精神障害の薬物

3) 自助グループ

を調べる。入院中は分散内観と言う日常内観を毎日行う。内観が進むと、①雑念・想起困難、②足腰の痛さ・暑さ・寒さ、③日常的な刺激遮断による被拘禁感・不安・孤独感・欲求不満・退屈など自己探求への抵抗が起こり、それから内観による中核的な洞察と情動体験に至る。中核的な洞察は、①自己中心性、②他者の愛情、③問題や症状に関するものであり、情動体験は、①罪悪感・謝罪感・赦された体験、②被愛感・感謝・自他融合感、③自己発見・他者発見の喜びなどである²⁰⁾。

アサーション法は自己主張が苦手で感情を言葉に乗せて表現できるようにする方法である。集団精神療法では、外来や入院のグループセッションで利用され、断酒や節酒に関するテーマなどについて理解を深めて、日常生活に生かされるような働きかけを行う。

薬物療法ではまず、AL低減の薬物ナルメフェン(セリンクロ[®])が2019年1月に発売になったが、重度の使用障害に適応は難しい。また、①飲酒目標の設定、②飲酒量を記録して確認、③服薬状況の確認、④全体的な改善の確認、⑤治療目標の再評価などの心理社会的なサポートを行うなど専門的な指導を要する。

断酒指導をするときには、節酒の指導では問題は少ないが、例えば2～3合程度であっても常用

している場合には、離脱症状への注意が必要である。離脱症状があれば、ベンゾジアゼピン系抗不安薬を使用する。ふらつきや眠気などの副作用や、この薬剤は依存性があるので短期間しか使用しない配慮も欠かせない。また栄養障害に対するビタミン剤の投与や肝障害などの身体合併症に対する薬物治療も必要になる。うつ病、不眠症、統合失調症などの重複精神障害に対する投薬も行う。断酒を継続するには、抗酒剤として、①シアナミド(シアナマイド[®])、②ジサルフィラム(ノックビン[®])、断酒補助剤としてアカンプロサート(レグテクト[®])を使用する。

そして、断酒指導が必要なケースでは、自助グループである断酒会やAAへの参加を勧めて断酒の継続が円滑になるように指導することも欠かせない治療方針である(表5)。

2) 介入の仕方

どのタイミングでどのような介入が良いのか予測が難しいが、行動変容ステージモデルである、『変化のステージ』は有用である(図5)²¹⁾。簡単には無関心期はやめたり減らすことを考えない、関心期はやめたり減らすことを考えるにとどまり、準備期は止めたり減らす計画を立て、実行期で実際にやめたり減らすことを実行し、さらに維持期

表5 愛知県、名古屋市のアルコール健康障害の専門医療機関・拠点医療機関*および自助グループ

愛知県、名古屋市のアルコール健康障害の専門医療機関・拠点医療機関*			
	医療機関名	所在地	電話番号
愛知県*	刈谷病院★	刈谷市神田町2-30	0566-21-3511
	可知記念病院	豊橋市南大清水町字富士見456	0532-26-1101
	桶狭間病院	豊明市栄町南館3-879	0562-97-1361
	南豊田病院	豊田市広美町郷西80	0565-21-0331
	岩屋病院	豊橋市岩屋町字岩谷下39-1	0532-61-7100
	上林記念病院	一宮市奥町字下口西89-1	0586-61-0110
名古屋市**	あらたまこころのクリニック	名古屋市瑞穂区洲山町1-49	052-852-8177
	絃仁病院	名古屋市守山区西軒家1-710	052-771-2151
	西山クリニック★	名古屋市名東区上社1-704	052-771-1600
	八事病院★	名古屋市天白区塩釜口1-403	052-832-2111
★：拠点医療機関 *：2021年4月時点の選定 **2020年4月時点の選定			
愛知県自助グループ			
	自助グループ	所在地	電話番号
愛知県断酒連合会	Alcoholics Anonymous (AA)	名古屋市南区城下町1-12	052-824-1567
		名古屋市北区清水4-15-1	052-915-1602

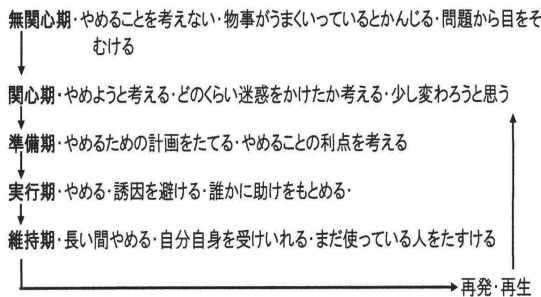


図5 行動変容のステージモデル：「変化のステージ」

では目標を維持する状態であり、さらに再発したなら再生を促していくサイクルである。医療機関を受診するときは無関心期か関心期が多く、一時的に酒を減らすことはあっても減らし続けたり酒をやめたりはしない。図を参考にした“変化のステージ”に応じた介入が双方にとってストレスにならない。AL使用障害は適切にコントロールして飲めない病気であり、飲んでしまったことを責めるのではなく、一緒に適切な飲酒目標を達成できることを目指し、それが困難なら断酒をするように援助する治療である。

3) 精神科専門医療機関への紹介

一般科の外来でAL関連の臓器障害の診療を続けていても、節酒など適正飲酒につながらないことが多い。また折角の助言や指導も聞き流されて病状が改善しない場合には、精神科の診療を勧めることが大切である。ALの不適切な使用は精神障害であり、“心の病気”を治療しないかぎり、身体障害も改善しない。愛知県および名古屋市の拠点・専門医療機関は表5に示した通りである。AL使用障害は慢性化した病態でもあるので、1回で診療が終了することはなく、心身共に年余の治療が必要である。臓器障害の症状や検査データが改善せず、節酒/断酒が守れなければ遠慮なく専門の精神科医療機関を紹介した方がよい。ただ、一般からの紹介にあたり、病状が、“重篤”から“安定した維持”の状態になってから紹介が望ましく、「飲む/飲まない」の関係から心身の健康の回復を共に喜び一緒に頑張る姿勢が大切である²²⁾。

4) 実際の診療での対応

実際の臨床場面では、健康な生活が送れるようにALの低減を目指して、患者に寄り添い一緒に歩む姿勢が欠かせない。AL臨床のイメージとしては患者の後から、あるいは一歩下がりながら支援するのが望ましい²³⁾。患者の間違いを正し、指示・指導するのは、動機付けの観点から逆効果となるので、対応は普段以上に、デリケートな注意が必要であり、AL医療は嫌われる分野と成りがちである。

ここではPIUS²³⁾と言われる対応法を紹介したい。“P”は、positiveで、肯定的な対応を心がけて、相手に対して問題点の指摘からではなく、本人の良いところ、好ましいところから話を切り出すようにする。“I”は、“私”を主語に話す。「あなた」という対決的、批判的、指示的なニュアンスをもつ二人称を主語にせず、「私」という一人称を主語にした言葉で自分の気持ちを相手に伝える。“U”はunderstandingで理解することであり、本人が置かれた立場に理解を示す。“S”は、shareで責任を共有する姿勢を示し、自らも相手の問題に責任の一端を担うことである。具体的な想定例を表6に示したので、参考になればと思う。

表6 PIUSの実例

Positive	今まで誰よりも一生懸命仕事に取り組んでいたから、燃え尽きるんじゃないかと心配です。
“I” message	一度上司が、保健婦に相談してみたらどうかと私は考えています。その結果を来週に報告して欲しいと思います。
Understanding	Aさん、あなたは責任感が強く、誰にでも頼りされているのを私は評価していますよ。一人で仕事を抱え込み、誰にも相談しないで頑張っているのが良く分かります。
Share	最近疲れているようなので、B主任がC課長に言って、仕事の負担を減らすように指示しておきます。それにアルコールの問題をしっかりと解決するまで応援しますよ！

おわりに

嗜癮の治療に至る神経科学を統合する道筋は明確になっていない²⁴⁾。ALは本能を支配してしまい死に至らしめる嗜癮性・毒性物質でもある。AL医療では楽しみである嗜癮性物質を減量あるいは手放すことになるので、治療には難渋を来す。人類は、その良い側面を利用してきたので、有害性の側面が前景に出る前に、心身に多大な障害を来さない早期の予防的な介入が医療には求められる。有害な使用から適正な使用へ変更ができれば、ALに支配された状態から免れて理性的・合理的な対応が可能になり、ALにとらわれない自由な生活への転換をもたらす。それは良く言われるように、その人らしい生き方、すなわち“人間性の回復”につながる²⁵⁾と言える。

本稿に利益相反(COI)はない。

【文献】

- 1) 奥田正英：経過中に抑うつ状態を合併したアルコール依存症について：抑うつ状態の遷延化に関する考察、日本アルコール関連問題学会雑誌、2009、11：68-71
- 2) Myrick H, Anton RF, Li X, et al: Differential brain activity in alcoholics and social drinkers to alcohol cues: relationship to craving. *Neuropsychopharmacology*.2004;29:393-402
- 3) Nestler EJ: Is there a common molecular pathway for addiction?, *Nature Neuroscience*.2005;8:1445-1449
- 4) Robinson TE and Berridge KC: Addiction, *Annu Rev Psychol*. 2003;54:25-53
- 5) 八事アルコール医療センター 活動実績：http://www.yagotoal.jp/results/results_H29.pdf (参照2021/05/05)
- 6) Oscar-Berman M, Valmas MM, Sawyer KS, et al: Profiles of impaired and recovered neuropsychologic processes in alcoholism, *Handb Clin Neuro*.2014;125:183-210
- 7) 小嶋知幸：注意とメモリー・トレース：言語性短期記憶(STM)との関連で、2014.181-200、注意と意欲の神経機構2014、日本高次脳機能障害学会 教育・研修委員会編、新興医学出版社、東京
- 8) 厚生労働省：健康21アルコール目標値：https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/b5.html#A51 (参照2021/05/05)
- 9) Diehl A, Croissant B, Batra A, et al: Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men?, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*.2007;257:344-351
- 10) Ewing JA: Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire, *JAMA*.1984;252:1905-1907
- 11) 高橋三郎、大野裕監訳：DSM-5:精神疾患の分類と診断の手引、2014、医学書院、東京
- 12) 小松知己、吉本尚監訳：A U D I T:アルコール使用障害特定テスト使用マニュアル、2011 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a_jpn.pdf?sequence=2&isAllowed=y (参照2021/05/05)
- 13) 樋口進、齋藤利和、湯本洋介編集：新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン、2018、24-25、新興医学出版社、東京
- 14) 杠岳文：プライマリ・ケア医が知っておくべき治療的介入あれこれ、松本俊彦、宮崎仁編集：依存とアディクション、2015、133-138、南山堂、東京
- 15) ミラーWR、ロルニックS著(松島義博、後藤恵訳)：動機づけ面接法、2007、星和書店、東京
- 16) ロルニックS、ミラーWR、バトラーCC(後藤恵監修)：動機づけ面接法 実践入門、2010、星和書店、東京
- 17) 澤山透、米田順一、白川教人ら 認知行動療法を中心とし

たアルコール依存症の新入院治療プログラム、精神神経学雑誌、2004、106 (2) : 161-174

- 18) Kabat-Zinn J: Wherever you go there you are,1994,Hachette Book, New York
- 19) ウィリアムズ M、ベンマン D: 自分でできるマインドフルネス(佐渡充洋、大野裕監訳)、2016、創元社、大阪
- 20) 三木善彦：内観療法：自己理解と自己革新の方法、1992、ヘルス研究所、大阪
- 21) Prochaska JO and DiClemente CC: Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change, J Consulting Clinic Psychology.1983,51:390-395
- 22) 猪野亜朗、高瀬幸次郎、渡邊省三編集、：アルコール依存症とその予備軍：どうする！？問題解決へ向けての「処方箋」、2003、永井書店、大阪
- 23) 松本俊彦:おっかない依存症患者からなぐられないために：松本俊彦、宮崎仁編集：依存とアディクション、2015、145－149、南山堂、東京
- 24) Verdejo-Garcia A, Lorenzetti V, Manning V, et al: A roadmap for integrating neuroscience into addiction treatment: a consensus of the interest group of the international society of addiction medicine, Front Psychiatry,2019,10:877-918
- 25) 奥田正英：アルコール依存症から学ぶ「人間性の回復」、2015、エイワン美工、名古屋