〈資料〉

アルコール依存治療の手引き
減酒を当面の治療目標とする際の注意点

日本アルコール・嗜癖関連問題学会
アルコール依存の減酒治療の手引き作成委員会

日本アルコール・嗜癖関連問題学会

アルコール依存の減酒治療の手引き作成委員（五十音順）

	氏名	所属
	稲富　正治	川崎こころのケアセンター
	加賀谷　有行	医療法人せのがわ よこがわ駅前クリニック
△	木村　充	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター
	倉持　穣	さくらの木クリニック秋葉原
	小関　清之	山形県依存症関連問題研究会
	齋藤　利和	社会医療法人博友会
	菅沼　直樹	医療法人成精会 刈谷病院
	田中　完	ＫＯＭＥＴ産業医センター
◎	樋口　進	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター
○	杠　岳文	特定医療法人宗仁会 筑後吉井こころホスピタル
	湯本　洋介	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター
	吉本　尚	筑波大学 健幸ライフスタイル開発研究センター
	米山　奈奈子	日本赤十字東北看護大学看護学部
	和気　浩三	医療法人和気会 新生会病院

◎委員長，○ 副委員長，△ 事務局長

アルコール依存治療の手引き：減酒を当面の治療目標とする際の注意点　執筆者（五十音順）

氏名	所属
加賀谷　有行	医療法人せのがわ よこがわ駅前クリニック
木村　充	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター
倉持　穣	さくらの木クリニック秋葉原
齋藤　利和	社会医療法人博友会
菅沼　直樹	医療法人成精会 刈谷病院
田中　完	ＫＯＭＥＴ産業医センター
樋口　進	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター
杠　岳文	特定医療法人宗仁会 筑後吉井こころホスピタル
湯本　洋介	独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター
吉本　尚	筑波大学 健幸ライフスタイル開発研究センター
和気　浩三	医療法人和気会 新生会病院

委員の利益相反告知

氏名	利益相反
稲富　正治	なし
加賀谷　有行	なし
木村　充	なし
倉持　穣	なし
小関　清之	なし
齋藤　利和	なし
菅沼　直樹	なし
田中　完	なし
樋口　進	なし
杠　岳文	なし
湯本　洋介	なし
吉本　尚	アサヒビール株式会社，三和酒類株式会社，株式会社 Mizkan Holdings，キリンビール株式会社，株式会社 CureApp
米山　奈奈子	なし
和気　浩三	なし

資料目次

1. はじめに …… 116

2. 我が国のアルコール依存症治療の変遷 …… 117

3. 減酒治療について …… 118

4. 減酒の心理社会的治療 …… 120

5. 減酒の薬物療法 …… 122

6. 断酒が必要な重症例に減酒治療を行う場合の注意 …… 124

7. 減酒治療 : 継続させるコツ／うまくいかない場合の対応 …… 126

8. 酩酊時の問題に対する減酒治療の適用 …… 128

9. 身体合併症治療において留意すべき点 …… 130

10. 精神的合併症治療で留意すべき点 …… 132

11. 家族に対する配慮 …… 134

12. 運転免許への配慮 …… 136

13. 職場への配慮 …… 137

1. はじめに

アルコール依存に対する減酒治療が広がっている。特にナルメフェンが使用できるようになってから，この動きに拍車がかかっている。また最近，飲酒量低減治療補助アプリ「CureApp AUD」が保険適用となり，減酒治療がさらに広がりを見せると予想される。減酒治療に関しては，「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」において，断酒ではなく減酒もアルコール依存の治療目標となりうることが初めて記載された。その概要は以下の通りである。

・アルコール依存の治療目標は，原則的に断酒の達成とその継続である。
・重症のアルコール依存や，明確な身体的・精神的合併症を有する場合，または，深刻な家族・社会的問題を有する場合には，治療目標は断酒とすべきである。
・上記のようなケースであっても，患者が断酒に応じない場合，治療からのドロップアウトを防ぐために，まず減酒を目標として，うまくいかない場合は断酒に切り替える方法がある。
・軽症の依存では減酒が治療目標になりうる。

ナルメフェンの適正な使用方法やその背景情報に関しては，日本アルコール・アディクション学会等による「アルコール依存の診断と治療に関するe-learning」などで明らかにされている。

一方で課題も指摘されている。減酒治療の対象者や適用されるべきでない者が必ずしも明らかでない。減酒治療の具体的方法がわからない。治療目標の設定には本人と治療者の合意が必要だが，家族など第三者の意向はどのように反映されるべきか。さらに，運転免許の取得や更新において減酒はどのように扱われるべきか，などが挙げられる。このような課題を踏まえ，日本アルコール・嗜癖関連問題学会では，「アルコール依存治療の手引き：減酒を当面の治療目標とする際の注意点」を作成することにした。この作成過程では，アルコール依存の当事者や家族から意見聴取を行った。減酒治療はまだ新しい分野であるため，「手引き」は学会内に立ち上げた「アルコール依存の減酒治療の手引き」作成委員会のコンセンサスに基づいて作成することにした。

また，上記ガイドラインでは，アルコール依存の重症度について明確に定義されていないため，本手引きでも明確になっておらず，今後に課題を残している。なお，本手引きでは，精神疾患名は原則としてICD-11の日本語訳に従い，「物質（アルコール）使用症」の下位分類である「物質（アルコール）依存」等の用語を用いた。

本注意点が，既存のガイドライン等を補い，多くの治療者に使用されることを期待したい。

参考文献

1） 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，東京，2019.
2） Reus, V.I., Fochtmann, L.J., Bukstein, O., Eyler, A.E., Hilty, D.M., Horvitz-Lennon, M., Mahoney, J., Pasic, J., Weaver, M., Wills, C.D., McIntyre, J., Kidd, J., Yager, J. and Hong, S.H.: The American Psychiatric Association Practice Guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. Am J Psychiatry, 175: 86-90, 2018.

2. 我が国のアルコール依存症治療の変遷

1935 年，Alcoholics Anonymous (AA) が米国で誕生するまではアルコール依存症患者からの回復者は皆無に近かったといってよい。例えば，高名な精神分析家であるカール・ユングはアルコール依存症の米国の実業家を精神分析で治療した（1926 年）。一旦は成功したかに見えたが，その後，彼は再飲酒し，再び治療を必要とした。1930 年，彼は再びユングの下を訪れたが，ユングは「医師としてできることは何もない」と答えた。この出来事は，精神医学はアルコール依存症に関しては無力だったことを象徴している。

我が国において，精神医療は長期入院や向精神薬の大量投与によって，かえって患者の回復の機会を奪ってきた。一方，1963 年東京断酒新生会と高知県断酒新生会が手を結び AA に影響を受けた組織「全日本断酒連盟」が結成された。現在の有効な治療組織の原型であるアルコール専門病棟が，1963 年国立療養所久里浜病院に設置された。河野，堀内らは，自主的な 3 ヵ月の入院，集団精神療法，運動療法（行軍），患者自治会を骨子としたアルコール依存症の治療システムを作った。この治療システムは久里浜方式と呼ばれ，アルコール依存症治療のモデルとなった。

1966 年，大阪で，小杉，和気，今道らによって，アルコール依存症の治療プログラムが始まった。彼らは病院の他職種，保健所保健婦，福祉事務所のソーシャルワーカー，自助グループと連携しながら，地域医療を発展させた。こうした治療形態は，後に大阪方式と呼ばれ，地域ネットワークを活用した治療のモデルとなった。こうした治療構造の構築によって，回復者も増えてくるに至った。その頃の回復とは断酒であり，医療機関での集団精神療法を中心とした各種ミーティングなどの精神療法も断酒が目標であった。AA，断酒会，NA などの自助グループも断酒を目的として掲げてきた。

これまでの多くの患者は，社会生活・家庭生活を失った重症の患者群であり，断酒を勧めることは間違いとは言えない。しかしながら，実際には断酒を決意できない患者は「断酒を目指さないのであれば治療できない」と言われ，医療の外に追いやられることも少なくなかった。現在では，断酒の決心がつかない重症例においても中間的な目標として減酒を当面の目標として容認し，患者との治療的な関係を切らずに継続する工夫が試みられている。

さらに，報告によれば，ICD-10 によってアルコール依存症者数を推計した結果でも医療につながっているアルコール依存症者はその 10％にも満たないことが明らかになってきた。これらのことは，家庭生活・社会生活がそれなりに維持され，臓器障害も重篤ではない軽症のアルコール依存症患者に対する治療をさらに考える必要があることを示している。したがって，近年では治療ゴールも従来の断酒だけではなく飲酒量の低減も患者の状態によっては選択されている。軽症者の診療に当たっては，患者の選択を尊重し，重篤な精神・身体疾患のない場合には，患者の希望によっては減酒を治療目標とすることもある。断酒にとらわれず，患者との治療関係を重視し，柔軟に患者の生きづらさを援助することも必要である。

最近，本邦においても抗渇望薬であるアカンプロサートとナルメフェンの使用が可能となった。特に，ナルメフェンは飲酒量の低減が可能であり，断酒を治療目標としない軽症例の治療に有効である。すなわち，こうした薬剤を使用することによって軽症例の患者の減酒治療の成功例が増加している。

参考文献

1） 辻本士郎，植松直道，小杉好弘：小杉クリニックの現況と課題．アルコール医療研究，6: 7-14, 1989.
2） 齋藤利和：アルコール依存の治療．週刊医学のあゆみ，254: 955-958, 2015.
3） 齋藤利和：アルコール使用障害の現在とこれから．臨床精神医学，49: 1613-1619，2020.

3. 減酒治療について

我が国のアルコールの専門治療施設は，長年断酒を唯一の治療目標としてきた。その中で，減酒は断酒の対義語のように扱われ，アルコール依存患者の減酒は，治療の失敗をも意味するものとされてきた。断酒至上主義とも言える背景には，我が国の治療施設で治療対象となるアルコール依存患者がすでに身体的，社会的，職業的，家庭的に多問題を抱え，いずれかで破綻しているような重症者が主であったこと，「底突き」が治療介入の好機とされる中でアルコール依存の予防や早期介入に対する明確な戦略を見出せなかったこと等が挙げられる。一方で，軽症のアルコール依存患者が治療につながりにくい治療環境となっていたことも否めない。

近年，SDM（Shared Decision Making：共同意思決定）やハームリダクションといった治療理念の普及，疾病予防や早期介入への関心の高まりとともに，物質使用症治療の中で治療関係継続の意義と治療中断のリスクも強調されるようになってきた。また，欧米でのアルコール依存患者の大規模コホート研究の二次解析から，依存患者の中にも一定期間減酒を継続できる患者が存在すること，減酒を継続できた患者の心身の健康度やQOLに改善がみられることなどが相次いで報告されている。

こうした世界的な潮流の中で，わが国でも「アルコール依存の治療目標は，原則的に断酒の達成とその継続である」としながらも，軽症のアルコール依存患者で明確な合併症を有しないケースに対して飲酒量低減を治療目標とすることが容認され，軽症アルコール依存患者に対する減酒補助薬や減酒補助アプリが上市されてきた。軽症アルコール依存患者とは，アルコール依存の中核症状とされてきた「飲酒のコントロール障害」が軽度で，さらに治療により改善され，減酒が可能でリスクの少ない飲酒にまで移行することに伴い，関連する家族関係や社会生活上の課題もまた改善傾向に至る可能性がある者とも言える。今後さらに，軽症依存患者のうち，どのような患者でより容易に減酒が達成可能かなどエビデンスの蓄積が求められる。

一方で，アルコール依存専門治療施設を訪れるアルコール依存患者は，いまだ圧倒的に中等症～重症の患者が多い。こうした患者に安易に減酒を勧めることは慎まねばならず，専門医療者として，患者の意向に寄り添い治療を継続しながら，根気強く断酒を目指す姿勢を忘れてはならない。

・**ポイント1**：減酒治療においても，治療者と患者との信頼関係構築が重要である。治療者は，患者が意志の弱い人間ではなく，アルコール依存を病む者であることを認識し，患者の人格を尊重した丁寧な対応を行う。仮に再多量飲酒が見られたとしても，それは治療の失敗ではなく病気の症状の再燃で，治療の好機と捉えることが治療者に求められる。患者との信頼関係が構築された上で，減酒治療から断酒治療への移行も可能となる。

・**ポイント2**：アルコール依存患者に対する減酒治療は軽症アルコール依存患者に対してのみ容認されたものであり，中等症以上の患者に対しては従来通り断酒を目標にして治療を行うべきで，安易に減酒を勧めてはならない。一方で，中等症以上の患者でも，減酒のもたらす自他へのリスクを十分勘案しながら，減酒を中間目標とし治療継続することのベネフィット評価をした上での減酒治療はあり得る。こうした点からも，中等症以上のアルコール依存患者の治療において治療継続のために減酒を治療目標とする治療者には，断酒治療の経験があることが望まれる。

・**ポイント3**：減酒治療の減酒の目標としては，わが国では1日の純アルコール摂取量が男性で40g以上，女性で20g以上では生活習慣病のリスクを高めるとされているため，これ以下の飲酒量が目標となる。軽症アルコール依存として減酒治療に取り組みながら，リスクの少ない飲酒に到達できない場合には，改めて断酒を目標にすることも検討する。

・**ポイント4**：減酒治療の対象となる軽症アルコール依存患者自身が治療を求めて専門治療施設を訪れることは，未だ多くはない。減酒治療の普及には，一般医療機関のほか，地域や職域で治療者，支援者のアルコール問題に対する感度を上げ，様々な疾患（肝障害，糖尿病，高血圧等の生活習慣病，うつ病，不安症，不眠等の精神疾患）や諸問題の背後に隠れているアルコール問題をAUDITなどのスクリーニングテストを用いて早期に見出す能動的な取り組みが不可欠である。

参考文献

1) Witkiewitz, K., Falk, D.E., Litten, R.Z., Hasin, D.S., Kranzler, H.R., Mann, K.F., O'Malley, S.S. and Anton, R.F.: Maintenance of World Health Organization risk drinking level reductions and posttreatment functioning following a large alcohol use disorder clinical trial. Alcohol Clin Exp Res, 43: 979-987, 2019.

2) Witkiewitz, K., Kranzler, H.R., Hallgren, K.A., Hasin, D.S., Aldridge, A.P., Zarkin, G.A., Mann, K.F., O'Malley, S.S. and Anton, R.F.: Stability of drinking reductions and long-term functioning among patients with alcohol use disorder. J Gen Intern Med, 36: 404-412, 2020.

3) 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン（樋口進，齋藤利和，湯本陽介編）．新興医学出版，東京，2018.

4. 減酒の心理社会的治療

アルコール依存の患者は「単に酒が好きだから飲んでいる」わけではない。飲酒という行動の背景には，患者が持つ対人関係上の問題（過剰適応傾向など），認知の歪みや思考法の特徴（ネガティブ思考，すべき思考，白か黒か思考など），不安・抑うつ傾向，アンガーマネジメントの問題，幼少時から抱えているトラウマなど，さまざまな問題が存在する。さらにストレスへの対処行動として飲酒以外の方法のレパートリーが少なく，「飲酒一本」に硬直化していることも留意すべきである。

このためアルコール依存の治療においては，認知行動療法などによる自分自身の再発見・再構築，新しいストレス対処スキルの習得，飲酒の引き金になりうる状況の認識，多量飲酒に至ってしまうメカニズムの理解と予防戦略など，さまざまな心理社会的治療が不可欠となる。

これらの方法は断酒治療でも減酒治療でも共通であるが，紙幅の関係もあり詳細は各文献を参考にしてほしい。本稿では減酒治療に特化し，初心者が減酒治療を進めていく上で活用できる項目のみ記載する。

減酒治療においては，患者に毎日の飲酒量を記録させ，飲酒問題と飲酒量との関係を客観視させていくことが有効である。その結果，患者は「純アルコール 100g 以上飲むと記憶が飛ぶ／翌朝がだるい」などと気づくようになる。これらも一つの認知行動療法である。

・**ポイント 1**：純アルコール量への換算式を教える
各アルコール飲料は濃度も容量もさまざまである。もっとも単純な「物差し」となるのは，そのアルコール飲料の中に含まれる純アルコール量である。
純アルコール量（g）は，「アルコール飲料の容積（ml）」×「アルコール濃度（% ／ 100）」×「0.8（アルコールの比重）」という換算式で簡単に計算できる。たとえば 5% ビール 500ml の中には，500ml × 0.05 × 0.8 = 20g の純アルコールが含まれている。治療者はこの換算式を患者に教える。

・**ポイント 2**：患者の飲酒量を純アルコール量に変換する
換算式を使って，治療者は患者の現在の飲酒量を計算する。患者と共同作業で行うことが重要である。その結果，「○○さんは現在，ビール 500ml（20g）＋ 25％焼酎 400ml（80g）＝計 100g くらい飲んでいますね」と言うことができる。

・**ポイント 3**：患者と協議しながら減酒目標を立てる
目標減酒量は可能な限り 0g に近いことが理想である。しかし高すぎる目標を押し付けても患者は治療からドロップアウトしてしまう。治療者は，患者と相談しながら暫定的な減酒目標量を提案する。7 割程度の努力でできそうな現実的な目標を設定すべきである。たとえば「1 日あたり 40g まで」などである。達成できたら目標を上方修正していく。

・**ポイント 4**：減酒日記を付けてもらう
近年はスマートフォン上で無料で使用できる減酒アプリケーションが普及してきている。アルコール飲料の種類と飲酒量を入力するだけで，その日に摂取した純アルコール量を自動計算してくれる。その月の「一日あたりの平均飲酒量」や「多量飲酒日の日数」なども表示される。初診の際にインストールしてもらい，使い方を教える。

・**ポイント 5**：減酒戦略を患者とともに考える
チェイサーを必ず注文する，炭酸水などの代替飲料を活用する，飲み終わりの時間を決める，減酒宣言をするなど，さまざまな減酒戦略が考えられる。患者自身のアイディアを優先すべきである。

・**ポイント 6**：褒めて支える
月に 1 回程度の毎回の外来にて減酒日記を見せてもらい，患者とともに飲酒状況を評価する。定期的な家族合同面談を行えば，より正確な評価が可能になる。改善していたら患者を褒める。褒めることは一つの「報酬」となり，患者の回復への意志を強化する。
これまでの経緯から家族にとっては褒めることが難しい場合もある。こういった家族の複雑な感情に寄り添いつつ，改善した点を肯定的にフィードバックしていくことが，患者の「変化」を後押しする。

参考文献

1） 松本俊彦，今村扶美，近藤あゆみ：SMARPP-24 物質使用障害治療プログラム（改訂版）集団療法ワークブック，金剛出版，東京，2022.
2） 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター：アルコール依存症の集団治療プログラム

GTMACK 第 2 版，独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター，神奈川県，2026. https://kurihama.hosp.go.jp/research/pdf/gtmack.pdf
3) 倉持 穣：クリニックで診るアルコール依存症 減酒外来・断酒外来，pp.148-162，星和書店，東京，2019.

5. 減酒の薬物療法

2019年3月にナルメフェンが上市されて，日本でも減酒を目指す薬物療法が可能になった。ナルメフェンは脳内のオピオイドμ受容体を阻害することにより飲酒欲求を低減すると考えられている。国内の臨床試験でアルコール依存患者がナルメフェンを12週間内服した結果，内服前は大量飲酒（男性で純アルコール60g/日を超える，女性で純アルコール40 g/日を超える）日数が23日/月だったが，内服24週後に9～11日/月に低下した。飲酒量は内服前95g/日程度から内服後に49～51g/日に減少した。このような飲酒量低減効果はナルメフェン内服により48週間持続した。

ナルメフェンの内服が推奨されるのは，第一にアルコール依存でも軽症で合併症を有しない患者で，減酒を希望する患者である。もちろん，軽症で合併症を有していない患者が断酒を希望する場合は，断酒を目指して治療する。第二に，軽症で合併症を有していない患者が断酒を目指す場合の初期治療としてナルメフェンによる減酒から開始することも可能である。そして第三に，重症の依存症でも患者が断酒を希望しない場合は減酒を暫定的な治療目標としてナルメフェンの内服をすることもある。ただし第三の場合は，重症なので断酒が第一選択であることと減酒治療が成功しないときは断酒治療への方針転換が必要であることを丁寧に説明しておく必要がある。減酒治療は外来での治療目標の一つなので，医師による医学的な有効性の判断だけでなく患者の希望も勘案して治療目標を立てることになる。

なお，ヨーロッパではアルコール依存に対してナルメフェン，ナルトレキソン，アカンプロサート，ジスルフィラム，バクロフェン，ソディウムオキシベイトが処方可能な国がある。アメリカ合衆国ではアカンプロサート，ジスルフィラム，ナルトレキソンがアルコール依存の治療に処方されている。ナルトレキソンはオピオイドμ受容体を阻害することにより渇望を抑制し，大量飲酒を抑制し休肝日を増加させる。日本でも，新たなアルコール依存治療薬が開発され臨床試験を経て上市される日が来るかもしれない。

・**ポイント1**：ナルメフェンの処方要件

ナルメフェンの処方には，久里浜医療センターが実施しているアルコール依存症臨床医等研修またはアルコール依存症の診断と治療に関するｅラーニング研修を受講することが必要である。アルコール依存症の診断と治療に関するｅラーニング研修というwebサイトに医師向け（5,000円;2026/2/6現在）とメディカルスタッフ向け（1,000円；2026/2/6現在）の２つの講習が用意されている。ナルメフェンを処方する医師は医師向け講習を受講する。メディカルスタッフが心理社会的治療を実施するためにはメディカルスタッフ向け講習を院内メディカルスタッフが受講することが必要である。このサイトには日本アルコール・アディクション医学会または日本肝臓学会のホームページからアクセスできる。減酒治療は心理社会的治療が主であり，薬物療法のみでは治療効果は低いと考えられている。したがって，ナルメフェンを処方する場合は前項に記載されている心理社会的治療も参考にしていただきたい。

・**ポイント2**：ナルメフェン処方の実際

ナルメフェンは飲酒の１～２時間前に内服するよう添付文書に記載されている。１回１錠（10mg）で開始し，効果を判断しながら１回２錠（20mg）まで増量できる。ただし，１日１回のみ内服できる。服薬せずに飲酒し始めた場合には気づいた時点で直ちに服薬すれば，その後の飲酒量の低減が期待できる。ナルメフェンの副作用は，めまい，不眠，頭痛，嘔吐，疲労感，傾眠などである。これらの副作用は一時的なことが多く，治療開始時に発生しやすい。併用禁忌薬は，オピオイド系薬剤である。

・**ポイント3**：日本におけるその他のアルコール依存の治療薬

日本におけるアルコール依存の治療薬としては，ナルメフェンのほかにアカンプロサート，ジスルフィラムとシアナミドが上市されている。アカンプロサートは脳内グルタミン酸神経活動を抑制する断酒補助薬である。入院治療によりアルコール離脱して断酒継続を望む患者に処方することが推奨されており，心理社会的治療を併用することで効果を発揮する。限定的ではあるもののアカンプロサートの減酒に対する効果も示唆されている。ジスルフィラムとシアナミドはアルデヒド脱水素酵素を阻害して飲酒時の体内にアセトアルデヒドを蓄積させることにより，不快な症状をひき起こして飲酒を止める動機付けになる作用を持つ。ジスルフィラムやシアナミドが減酒に有効という経験をもつ

アルコール依存治療の専門家もいるが，一般の医師がジスルフィラムやシアナミドを減酒目的で処方することは推奨されない。

参考文献

1) 木村充：アルコール使用症，講座 精神疾患の臨床第8巻「物質使用症又は嗜癖行動症群　性別不合」（樋口進編集）pp.170-182, 中山書店, 東京, 2023.
2) Miyata, H., Takahashi, M., Murai, Y., Tsuneyoshi, Hayashi, T., Meulien, D., Sørensen, P. and Higuchi, S: Nalmefene in alcohol-dependent patients with a high drinking risk: Randomized controlled trial. Psychiatr Clin Neurosci, 73: 697-706, 2019.
3) Higuchi, S., Takahashi, M., Murai, Y., Tsuneyoshi, K., Nakamura, I., Meulien, D. and Miyata, H.: Long-term safety and efficacy on nalmefene in Japanese patients with alcohol dependence. Psychiatr Clin Neurosci, 74: 431-438, 2020.
4) Lohoff, F.W.: Pharmacotherapies and personalized medicine for alcohol use disorder: a review. Pharmacogenomics, 21: 1117-1138, 2020.

6. 断酒が必要な重症例に減酒治療を行う場合の注意

アルコール依存の治療目標は，原則として断酒の達成とその継続である。依存 は慢性再発性の疾患であり，医学的にも社会的にも断酒が最も安定的かつ安全な治療方針と位置づけられている。したがって，軽症例であっても長期的な安定を得るためには断酒が望ましい。とりわけ重症例においては，減酒によるリスクコントロールは困難であり，断酒が不可欠となる。重症例における減酒治療は，短期的に酒量の減少や家庭内の安定をもたらす場合もある一方で，断酒への動機づけを弱め，問題の深刻さを直視する機会を遅らせる危険をはらんでいる。減酒治療が「断酒の先送り」となるか「断酒への橋渡し」となるかは，限界設定と再評価，そして治療同盟の維持にかかっている。重症例において断酒は揺るぎない治療の原則であり，減酒は断酒に代わるものではない。ただし臨床では，断酒に踏み出せない患者に対し，ドロップアウトを防ぐ目的で減酒を取り入れざるを得ない場合がある。その際には，減酒を妥協で終わらせず，断酒へつなげる方策として位置づけることが重要である。治療者は，医学的リスク，社会的安全，本人の意向，家族の希望のはざまで葛藤を抱えながらも，患者と家族の安全を守りつつ，治療同盟を維持・強化し，最終的な断酒というゴールへ導く役割を担っている。

【断酒が必須となるケース】

以下のような状況では，減酒では安全を確保できず，断酒が必須となる。

1. 連続飲酒やせん妄，けいれん発作などの離脱症状の既往を有する場合
2. 肝硬変，膵炎，など重篤な身体合併症を伴う場合
3. 重度のうつ病や幻覚妄想など，飲酒により自傷・他害リスクが高まっている場合
4. 妊娠中で胎児への影響が懸念される場合
5. 飲酒運転や家庭内暴力といった重大な社会的リスクが存在する場合

これらは，いずれも減酒では十分にリスクを回避できず，断酒が不可欠である。特に飲酒運転や暴力などの社会的リスクについては，断酒か減酒かという治療方針の選択とは切り分けて「クライシス対応」として扱い，何よりも安全の確保を最優先すべきである。

【断酒の合意が得られない場合】

実際の臨床では，治療者が断酒の必要性を判断しても，患者本人の合意が得られないことは少なくない。重症例では，「自分は大丈夫」，「少し控えれば問題ない」と考え，問題の深刻さを十分に自覚していないこともあれば，むしろ断酒しなければならないことを頭では理解しているが，酒を手放すことが極めて難しくなっている場合も多い。その背景には，迷いや自己効力感の低下，強固な習慣化などの心理的要因が複雑に関与している。

＜断酒を拒む心理的要因＞

- 自分はアルコール依存症ではないという考え
- やめたい気持ちと飲みたい気持ちの間での迷い
-「どうせ無理だ」という諦め（自己効力感の低下）
- 酒を奪われることへの恐怖
- 離脱症状のつらさに対する懸念
- 強迫的な飲酒欲求
- 強固に身についた飲酒習慣
- 不安や抑うつに対する自己治療的な飲酒
- その他，個々の心理社会的背景

一方で，深刻な状況に置かれている家族の多くは，断酒を強く望んでおり，その思いを決して無視してはならない。家族の支援は患者本人の支援と同様に極めて重要である。ただし，家族の期待は治療の推進力となり得る反面，患者の現状と乖離している場合には，かえって摩擦や不信を生むこともある（家族への具体的な対応については「家族に対する配慮」を参照）。

このように，本人の意向，家族の希望，医学的リスク，社会的安全といった要素が相反し，治療者はその板挟みの中で難しい判断を求められる。

断酒を一方的に迫れば，患者は治療から離脱しやすくなる。そのためドロップアウトを防ぐには，動機づけ面接などの非対立的アプローチを活用し，個々の患者の心理的背景を理解しながら，治療同盟（therapeutic alliance）を形成・維持することが不可欠である。これは，その後の治療の成否を左右する重要な要素となる。

【減酒を中間目標とする場合の注意点】

どうしても断酒の合意が得られない場合でも，患者を医療から排除することは避けるべきである。そのため現実的には，減酒を「中間目標」として治療

を継続するという選択肢が生じる。しかし重症例における減酒治療では，生命的危機に加え，飲酒運転事故や家庭不和・離婚，失職といった重大な社会的リスクが高まる可能性があることを十分に承知したうえで取り組む必要がある。

ポイント

1. 減酒はあくまでも一時的な治療目標であり，最終的には断酒を目指すことを本人・家族に明確に説明しておく。
2. 治療方針を定期的に再評価する。（例：1 ～ 3 ヵ月ごと）
3. 定期的に再評価し，効果が乏しい場合や健康被害が進行する場合は断酒への切り替え，あるいは入院治療を促す。（限界設定）
4. 急激な減酒による離脱症状に注意し，必要に応じて入院管理を行う。
5. クライシスプランを策定し，飲酒運転や暴力といった重大リスクが生じた場合には，家族・地域・行政・警察と連携して安全確保できるように準備しておく。
6. 家族支援を並行して行う。（家族への具体的な対応については「家族に対する配慮」を参照）

参考文献

1） National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence. NICE, 2011.

2） American Psychiatric Association (APA): Practice Guideline for Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Second Edition. APA, 2010.

3） ウィリアム・R・ミラー，ステファン・ロルニック，動機づけ面接法　基礎・実践編，松島義博，後藤恵　訳，星和書店，東京，2007.

7. 減酒治療：継続させるコツ／うまくいかない場合の対応

減酒治療を継続するためには，患者のモチベーションを維持することが重要であり，そのために動機付け面接の技法が有効である。動機付け面接では，患者の自律や自己決定を尊重し，変化への意欲を引き出すことが重視される。また，患者の発言に共感を示すことが重要であり，BRENDA モデルでは共感的理解が強調されている。減酒がうまくいかない場合には，患者の困難やその背後にある要因に目を向け，非難せずに肯定的なフィードバックを与えることが重要である。さらに，減酒が進まない背景に生活上のストレスや対処困難な問題が潜む可能性があり，多職種との連携で心理社会的支援や環境調整を試みることが考慮される。場合によっては，断酒を進めることも選択肢の一つである。

【継続させるコツ】

減酒治療の継続には，飲酒習慣を変えていくことへのモチベーションの維持が重要である。このためには，患者自身への価値観に共感を示しながら，変化への動機付けを高める動機付け面接の技法が用いられるとよい。

動機付け面接では，患者の間違いを指摘する役割を降りることを基本とし，患者の自律や自己決定，患者自身が持っている資源に気づくこと，課題解決の能力を引き出すことなどが重要視されている。動機付け面接は，両価性＝相反する気持ちを同時に持つ状態を扱う。減酒治療の場面では，「お酒を減らしたいが，でも美味しいから減らせない」のような，変わることへの躊躇を表明するシーンはよく見られる。このような場合，支援提供側は変わる方向に誘導したくなるが（例：では，お酒をやめる取り組みをぜひ実践してみましょう！），変わる方向への誘導や説得がかえって現状維持に留まらせてしまうことがある。動機付け面接では「チェンジトーク：変化に向かう言葉」と「維持トーク：現状維持に留まる言葉」を識別し，チェンジトークを強化することで，患者自らが行動変化の意思を語るようになることを支持する。

すぐに活用できる動機付け面接の手法としては，患者が「こう変わりたい」という発言に対して，すぐにアドバイスを提案することを控え，「飲酒習慣を変えたいと思う背景」や「具体的にどのような変化を起こせるかの見通し」などを患者自身に語ってもらうことが，まず面接時に意識されるとよい。

また，「共感」を示すことが重要な要素である。BRENDA はアルコール使用症の内服治療のアドヒアランスを高めるためにデザインされた心理社会的プログラムで，診療時に意識したいポイントが挙げられている（※ BRENDA の項目は後に参照する）。BRENDA では，「共感的理解を示すこと」が重要な要素である。患者を正したい欲求を抑え，「飲酒習慣を変えたい」希望に対して共感や理解を示す姿勢は患者の内面の自由な探索を促し，変化していく力を後押しする。共感を示す対話（例えば，仕事のストレスが大量飲酒につながっていることの自覚がある患者には，「仕事後に一息つきたい時に，ついお酒をたくさん飲んでしまう状況なのですね」と，患者が話したことを言い換えて伝えるなど）の方法を事前に身につけておくとよい。

【うまくいかない場合の対応】

減酒支援がうまくいかない場合には，まず現状を否定するのではなく，患者が抱える困難やその背後にある要因に丁寧に目を向けることが重要である。減酒の失敗や後戻りは決して珍しいことではなく，むしろプロセスの一部と捉える。支援者は，患者の努力や小さな変化にも着目し，非難せずに肯定的なフィードバックを与えることが望ましい。

また，減酒が進まない背景には，生活上のストレスや対処困難な感情，家族や社会環境からのプレッシャーなどが隠れていることが多くある。そのため，現状の維持トークが強まっている場合には，無理に変化を迫るのではなく，「なぜ今は減酒が難しいのか」，「どのような時に飲酒量が増えるのか」といった点を一緒に振り返り，患者自身に気づきを促す対話を心がけるようにしたい。さらに，減酒以外の選択肢（例えば一時的な現状維持）を柔軟に検討し，本人が実現可能と感じられる目標を再設定することも効果的である。必要に応じて多職種と連携し，心理社会的支援や環境調整も進めていくことで，患者の負担を軽減しながら長期的なモチベーション維持を図ることができる。減酒が思うように進まない時でも，支援者との信頼関係を維持することが重要である。これが新たな行動変容への小さなきっかけとなり，再び前向きに取り組む力となり得る。

減酒支援の経過中，飲酒の制御困難のために減酒が思うように進まない，また飲酒によるトラブルや問題行動が目立つ場合には断酒を進めることも選択

肢の一つである。外来治療を行なったアルコール依存を持つ人々で，当初減酒を目標にしていながら12ヵ月後には断酒している者を10.0%に認めたとの報告にもあるように，治療の方向性は変動する可能性がある。診療の経過の中で断酒のすすめに応じるケースもあれば，本人の中で断酒へのモチベーションが高まり，自ら断酒の方向性を選び取ることも経験する。

診療にて温かいつながりを保ちつつ，減酒から断酒への意向の変化を強制するのではなく，経過を見守る姿勢を大事にしたい。

ポイント

1. 継続させるコツ：減酒治療の継続には，患者のモチベーションを維持することが重要である。そのために動機付け面接の技法を用いるとよい。
2. 共感の重要性：患者の発言や「こうなりたい」という変化の方向性に共感を示すことが重要である。BRENDAモデルでは共感的理解が強調されている。
3. うまくいかない場合の対応：減酒がうまくいかない場合には，患者の困難やその背後にある要因に目を向ける。場合によっては断酒を進めることも選択肢の一つである。

※BRENDAの各項目を記載する。

B: Biopsychosocial assessment（生物心理社会的評価）
R: Report to the patient（評価の結果を患者に伝える）
E: Empathic understanding the patient's situation（患者に共感的理解を示す）
N: Needs collaboratively identified by the patient and treatment provider（患者のニーズを共同して特定する）
D: Direct advice to the patient on how to meet those needs（ニーズに合わせた直接的なアドバイス）
A: Assess reaction of the patient to advice and adjust as necessary for best care（アドバイスに対する患者の反応を見て必要に応じて最良のケアに向けた調整を行う）

参考文献

1） ウイリアム・R・ミラー，ステファン・ロルニック：動機付け面接法．星和書店，東京，2007.
2） 北田雅子：アルコール使用障害への動機づけ面接によるアプローチ．産業精神保健，32(2); 197-202, 2024.
3） Starosta, A.N., Leeman, R.F. and Volpicelli J.R.: The BRENDA Model: Integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorder. J Psychiatr Pract, 12: 80-89, 2006.
4） Adamson, S.J., Heather, N., Morton, V. and Raistrick, D. on behalf of the UKATT Team: Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. Treatment outcomes. Alcohol Alcohol, 45(2): 136-142, 2010.

8. 酩酊時の問題に対する減酒治療の適用

酩酊は，血中アルコール濃度の上昇に伴い，様々な精神・行動上の変容を引き起こす急性のアルコール中毒である。 酩酊は，様々な事故，犯罪，家庭内暴力などの要因となりうる。このような問題は，本人の社会的立場や家族に対して重大な影響を与えるだけではなく，本人の生命を脅かす原因にもなり得る。

酩酊による問題の多くは，アルコール依存患者が引き起こしていると考えられる。しかし，連日多量の飲酒をしていなくても，年数回の飲酒でも酩酊問題が引き起こされることもある。酩酊問題と依存は重なる部分はあるものの異なった事象であり，DSM-5-TR による「アルコール使用症」には当てはまるものの，ICD-11 による「アルコール依存」の診断には当たらない例はしばしばある。頻度の少ない飲酒によって引き起こされる酩酊による問題で医療機関に相談に訪れる患者も多く，アルコール依存患者とは異なった対応が求められる。

古くから酩酊の分類として，Binder H による分類が用いられてきた（図）。この分類によると，酩酊はまず単純酩酊と異常酩酊に分類され，異常酩酊はさらに複雑酩酊と病的酩酊に分類される。単純酩酊は，血中アルコール濃度の上昇に伴って次第に気分が高揚し，脱抑制が見られるものの，酔い方は普段の人格の延長線上にある正常な酩酊である。複雑酩酊は，刺激性が強くイライラして乱暴な行動に走るが，見当識は概ね保たれ，記憶も大筋は残る。酩酊によって周囲とのトラブルを起こしたり，家庭内暴力に至ったりする例は，複雑酩酊に伴うものが多い。病的酩酊は，比較的少量の飲酒でも起こることがあり，人格に異質な激しい興奮を示し，後に健忘を残す。病的酩酊は稀な事象であるとされ，再現性に乏しく，実際に存在するかどうかについては議論があり，一種の解離であると主張する立場もあるが，病的酩酊時の脳波異常を報告した研究もある。

複雑酩酊の原因は明らかではないが，複雑酩酊を起こすかどうかには，明らかに「体質的な起こりやすさ」が存在する。複雑酩酊を起こしやすくする原因として遺伝的要因，脳の器質的要因，パーソナリティ的な要因などが考えられている。よって，複雑酩酊は繰り返し起こしやすい。何らかの方法で「酔っても複雑酩酊に至らない」ための方法はなく，唯一の方法は，酔わないように少量の飲酒に留めることである。しかし，飲酒によって気が大きくなって少量の飲酒で留めることは難しく，断酒が必要となる例も多い。病的酩酊がある場合は，少量の飲酒で大きな問題につながるため，当然断酒が必要である。

・**ポイント 1**：酩酊による問題がある場合，依存であるかどうかの評価を行い，依存である場合はその治療方針に準じる。ただし，酩酊による問題と依存が併発する場合は問題が深刻になりやすいので，原則として断酒の指導をすべきである。

・**ポイント 2**：飲酒頻度が少なくても複雑酩酊を度々繰り返し，社会的／家庭内の問題が大きい場合は，断酒指導をするべきである。なぜなら，ほろ酔いで気が大きくなった結果，歯止めが効かなくなり，飲酒量が増える結果に至ることが多いからである。

・**ポイント 3**：飲酒頻度が少なく酩酊による問題が深刻でない場合は，酔わない程度の飲酒量を定めて減酒を目指す指導も可能と考えられる。ただし，上記の理由により，本人が酔いを自覚しない程度の少量の減酒目標を立てることが望ましい。

・**ポイント 4**：本人に対する指導は，「酔い方は体質的な問題であり，それを変えることはできないこと」「断酒／減酒は問題の再発を防ぐための手段であること」を伝え，支持的に接することが重要である。

参考文献

1） 影山任佐 : Hans Binder—アルコール酩酊状態—第 3 回．精神医学，24:1125-1140, 1982.

2） Bach-y-Rita, G., Lion, J. R. and Ervin, F. R.: Pathological intoxication: Clinical and electroencephalographic studies. Am J Psychiatry, 127:698–703, 1970.

3） Sontate, K.V., Rahim Kamaluddin, M., Naina Mohamed, I., Mohamed, R.M.P., Shaikh, M.F., Kamal, H. and Kumar, J.: Alcohol, aggression, and violence: From public health to neuroscience. Front Psychol, 12:699726, 2021.

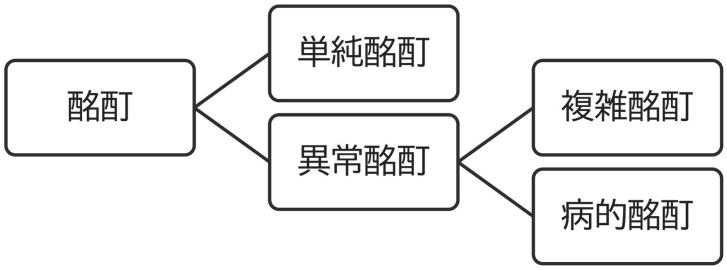

図　Binder による酩酊の分類

9. 身体合併症治療において留意すべき点

アルコール依存では肝・膵・神経・心血管・代謝系など多臓器の障害を併発しやすく，減酒・断酒いずれを目標とする場合でも，身体合併症への配慮は不可欠である。身体合併症を有する患者における減酒は，断酒に至るまでの暫定的対応と位置づける必要がある。治療過程では離脱症状や栄養・電解質異常が顕在化し，肝不全，膵炎再燃，不整脈，低血糖などのリスクが高まることがある。併用薬の作用も変動し得るため，臓器障害の重症度評価と薬剤調整を並行して行う。とくに断酒が必須の疾患・状態（非代償性肝硬変，急性膵炎，重度不整脈，妊娠など）を早期に除外し，減酒の可否は臓器障害の種類・重症度と離脱リスクを踏まえて判断する。初診時には飲酒歴・既往歴・服薬の確認に加え，肝腎機能・電解質・栄養状態を評価し，経過中も症状と検査値の推移を継続的に確認する。黄疸，腹水，吐血，意識障害，強い腹痛などの危険サインを見逃さず，必要時には内科・精神科など多職種で早期に適切かつ安全に対応することが，重篤な転帰を防ぐうえで重要である。

・**ポイント 1**：アルコール関連肝疾患

アルコール性肝障害は最も頻度が高く，AST/ALT 比上昇，γ-GTP 高値，血小板減少がみられる。Child-Pugh 分類で B 以上は断酒を基本とし，とくに C（非代償性肝硬変）では減酒を治療目標とすることは原則推奨されない（Child-Pugh 分類については表 1 参照）。腹水，黄疸，肝性脳症などの徴候があれば，速やかに入院・消化器内科や肝臓専門医への紹介を行う。軽度～中等度（Child A ～軽度 B）では，急激な断酒による離脱症状出現などを避けるため段階的に減酒から治療開始することもあるが，病態悪化時には断酒へ移行する。

・**ポイント 2**：膵疾患

膵炎既往例では再発リスクが高く，原則として断酒が必要である。腹痛や膵酵素上昇を認める場合には，減酒介入を行わず，精査・治療を優先する。

・**ポイント 3**：神経疾患

慢性多量飲酒はウェルニッケ脳症，末梢神経障害，筋力低下を引き起こす。チアミン補充を含めた栄養介入や転倒リスクへの配慮が必要である。急激な減酒や中断は離脱を増悪し，けいれんや振戦せん妄に至り得るため，重症度により入院管理も検討する。

・**ポイント 4**：心血管疾患

アルコールは高血圧，不整脈，心筋障害と関連する。減酒により血圧が下がることがあり，生活習慣修正が奏功すると降圧薬量の見直しが必要になる。具体的には，減酒開始後は自宅血圧を確認し，めまい，ふらつき，起立時症状がある場合は起立性低血圧も確認する。症候性低血圧や個別の降圧目標を下回る状態が続く場合は，降圧薬を減量および中止する。具体的な薬剤減量調整は患者の自宅血圧と症状に基づき個別判断を行う。

・**ポイント 5**：代謝疾患

アルコール摂取に伴い血糖変動が生じ，とくに空腹時や食事摂取低下時には低血糖，さらに飲酒後数時間たってからの遅発性低血糖にも注意が必要である。減酒開始直後は血糖測定を普段より密に行い，低血糖症状や 70 mg/dL 未満がみられた場合は，血糖降下薬の減量を主治医と相談する。食事がとれないシックデイでは，メトホルミンや SGLT2 阻害薬は一時中止を相談し，インスリンは自己判断で

表 1　Child-Pugh 分類

項目	1 点	2 点	3 点
総ビリルビン（mg/dL）	< 2.0	2.0–3.0	> 3.0
血清アルブミン（g/dL）	> 3.5	2.8–3.5	< 2.8
PT-INR	< 1.7	1.7–2.3	> 2.3
腹水	なし	軽度	中等度以上
肝性脳症	なし	軽度（Ⅰ－Ⅱ度）	高度（Ⅲ－Ⅳ度）

※ Child-Pugh 分類：血清ビリルビン，アルブミン，PT/INR，腹水，肝性脳症の 5 項目で肝硬変の重症度を A（5–6 点），B（7–9 点），C（10–15 点）に分類する。C が最も肝予備能低下が強い。

完全中止しない。減量幅は摂食量，血糖値，低血糖の既往，腎機能を踏まえて個別化する。

・**ポイント6**：電解質異常
低 Mg，低 K，低 P，低 Ca は離脱けいれんや不整脈の誘因となる。初診時および経過中に電解質を評価し，嘔吐，下痢，利尿薬使用などを確認し，必要に応じて補正を行う。

・**ポイント7**：悪性腫瘍（がん）
減酒・断酒を行っても，これまでの飲酒曝露の蓄積により発がんリスクは残る。とくに飲酒・喫煙歴の強い例では食道扁平上皮癌を念頭に置き，上部消化管内視鏡時には，必要に応じヨード（ルゴール）染色を用いた精査を検討する。一般の対策型検診としては，年齢・性別に応じて便潜血検査やマンモグラフィーを勧める。慢性肝炎・肝硬変合併例では，腹部超音波を中心とした肝癌サーベイランスも検討し，必要に応じ専門科へ紹介する。

参考文献

1) 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監修: 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン．東京，新興医学出版社，2018.
2) 日本アルコール・アディクション学会，日本肝臓学会．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　メディカルスタッフ向け．https://gakken-meds.jp/alc-medicalstaff/index.html（2026 年 3 月 19 日アクセス可能）.
3) 日本肝臓学会編．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．東京，文光堂，2022.

10. 精神的合併症治療で留意すべき点

アルコール依存には様々な精神的問題が高率に合併する。例えば，わが国における 54 の専門治療施設に入院していたアルコール依存患者で合併率が高かったのは，気分症，うつ症状，強い不安，希死念慮，他の薬物依存などであった。また，一般に男性に比べて女性の合併率が高いことが知られている。アルコール依存にこれらの精神的問題が合併するだけでなく，これらの問題にアルコール依存が高率に合併していることにも留意する必要がある。例えば，精神科クリニックに通院しているうつ病患者の場合，その 4 人に 1 人はアルコール依存を合併していたという。また，これらの合併例では，うつ病が重症であればあるほどアルコール依存も重症であり，アルコール依存にうつ病が合併した場合にも同様の関係が認められるという。双極症とアルコール依存が合併している場合，躁・うつのエピソードが長くかつ頻回になり，躁うつ混合状態が多くなる傾向がある。また，治療からのドロップアウトや自殺企図が多くなる。同様に，うつ病や不安症状が合併している場合，アルコール依存の治療転帰は悪くなる傾向がある。このようなケースに減酒治療を行う場合，どのような点に注意すべきであろうか。本稿では，合併率が最も高いうつ病，双極症，不安に焦点を当てて解説する。

・**ポイント 1**：アルコール依存に合併する精神疾患を評価する場合，多量飲酒している時には正しく評価できないことが多い。そのため，一定期間断酒や飲酒量低減を経て，再度の評価が必要である。また，重症なアルコール依存に重症な精神疾患を合併している場合には，ためらわず入院治療を検討する。

・**ポイント 2**：アルコール依存と精神的問題の合併例の治療に関して最も推奨されるのは，断酒の達成とその継続である。アルコール依存とうつ病の場合，単純化するとうつ病から自己治療的に飲酒量が増えて合併に至るケースと，多量飲酒がうつを誘発して合併に至るケースがある。後者の場合，断酒するだけでうつ症状が改善することが多いと言われている。双極症の場合，断酒より躁・うつのエピソードが軽症化し頻度が減ることや，不安症状が改善して治療薬がより奏功することもよく経験するところである。さらに，断酒している状況では，アルコールと相互作用のある治療薬の使用も可能となる。しかし，使用に当たっては，2-4 週間断酒を継続し，症状を評価した上で必要な場合に使用する。

・**ポイント 3**：断酒のみならず，飲酒量低減により合併精神疾患が改善することが報告されている。既存の報告によると，身体合併症のみならず，うつ症状や不安といった精神的問題も改善するという。また，精神的ストレスの低減，自己評価や社会的機能の向上にもつながるという。

・**ポイント 4**：論文のメタ解析によると，アルコール依存とうつ病の合併例では，認知行動療法や動機付け面接により，飲酒状況のみならずうつ病が一定程度改善することが示唆されている。

・**ポイント 5**：うつ病や不安症状の合併では，飲酒量が低下した状態（目安は男性で 1 日 40g 以下，女性で 20g 以下）が 4 週以上続いている場合，症状を評価の上，必要であれば抗うつ薬や抗不安薬を注意しながら使用することが可能と示唆されている。

・**ポイント 6**：双極症の合併例では，バルプロ酸の飲酒量低減効果が示唆されている。また，気分障害の改善には，クエチアピンの有効性が示唆されている。

・**ポイント 7**:双極症の合併例では，アカンプロサート，ノックビンの飲酒量に対する効果は示されていない。同様に，心理的アプローチに関しては，エビデンスの蓄積がほとんどない。

参考文献

1) Charlet, K. and Heinz, A.: Harm reduction – a systematic review on effects f alcohol reduction on physical and mental symptoms. Addict Biol, 22: 1119-1159, 2016.
2) Riper, H., Andersson, G., Hunter, S.B., de Wit, J., Berking, M. and Cuijpers, P.: Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis. Addiction, 109: 394-406, 2014.
3) Rolland, B., Paille, F., Gillet, C., Rigaud, A., Moirand, R., Dano, C., Dematteis, M., Mann, K.

and Aubin, H.J.: Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies. CNS Neurosci Ther, 22: 25-37, 2016.

11．家族に対する配慮

アルコール依存の治療においては，家族支援は当事者支援と同等の重要性を持つ。多くのケースで，家族は長年にわたって本人の問題飲酒に翻弄され，暴言･暴力，子どもへの影響，経済的困窮，飲酒運転，職の喪失，隠れ飲みや離脱症状への不安など，多様で深刻な困りごとを抱えている。本人の受診以前に家族が相談窓口などを訪れることも少なくない。

治療方針（減酒か断酒か）を検討するにあたっては，必要に応じて家族にも来院してもらい，本人の希望だけでなく，こうした家族の困難や被害の程度，本人の受診経緯（例：家族が連れてきた／本人が自発的に来院した），事態の緊急性などを十分に考慮し，本人・家族とともに共通の目標を模索していく必要がある。飲酒に伴って生じる問題が重篤で社会・家庭生活が困難な患者には断酒を治療目標とすべきである。治療継続を優先して一時的に減酒治療を行う場合には，とりわけ目標設定の理由，見直しの場面，期限等を共有し，必要なら患者の治療とは別に家族自身が支援を受けられるよう院内外の体制構築や情報提供を行う。患者は治療の主人公であり，その意向は尊重されるべきであるが，減酒への家族の心理的抵抗感を過小評価せず，目標の共有に努め，仮に合意が困難な場合でも，家族が適切な支援を受けられるよう配慮する。

家族はしばしば自らの生活を犠牲にして本人を支えており，その苦労に対して治療者が共感と敬意をもって接することが，信頼関係の構築と継続的支援の基盤となる。

・**ポイント1**：家族の背景と困りごとの評価を踏まえて，治療目標を共有する
家族がどのような立場（配偶者，親，子どもなど）で，どのような生活状況にあるか（同居／別居／遠方），本人との関係や受診に至った経緯を把握し，治療目標の設定に反映させる。家庭内での葛藤が診察場面で再現される場合もあり，本人と家族双方の同意のもとでそれぞれから別々に事情を聴くなど，柔軟に対応する。緊急性の高い被害がある場合は安全確保を優先し，配偶者暴力相談支援センター，警察，児童相談所等への紹介・情報提供を行う。
本人と家族が初期面接に同席できる場合には，減酒や断酒などの治療の選択肢とその背景，想定されるリスクや再評価のタイミング（例：「検査数値が悪化した場合には断酒へ移行する」等）を具体的に説明し，治療者・本人・家族の間で目標を共有することが望ましい。

・**ポイント2**：これまでの苦労に共感し，家族の努力をねぎらう姿勢を持つ
長年，本人の問題飲酒に向き合ってきた家族には，怒り・疲弊・あきらめなどの複雑な感情がある。治療者は，家族のこれまでの苦労に対して共感をもって接し，「支援のパートナー」として信頼を築く姿勢を大切にする。「あなたはよく頑張ってこられました」という一言が家族の支えとなる。

・**ポイント3**：家族自身のメンタルヘルスと回復ニーズを支援する
家族は，抑うつ，不眠，不安，トラウマ反応などを呈していることもある。治療者は，家族が「単なる協力者」ではなく，家族自身もまた生活の主体者であり，自らの課題やニーズについての決定権を持つという視点を踏まえ，安心して自らの人生を取り戻せるよう援助することが求められる。
必要に応じて治療も含めた精神科的支援，自助グループ（断酒会の家族会，アラノンなど），疾病教育，家族教室，書籍の紹介，地域資源との連携などを通じて家族自身の回復を支える。
家族支援の目的は，本人の行動をコントロールすることではなく，家族自身が「自分の限界を知り，自分の人生を回復する」ことにある。CRAFT（Community Reinforcement and Family Training）など，家族が健全な対応を学びながら，自分の生活を取り戻すことを支援する手法は有効であり，治療者が家族に助言する際の参考にもなる。

・**ポイント4**：再飲酒や通院中断があっても，支援を継続する体制を整える
治療中断や再飲酒は治療経過の中で起こりうるイベントのひとつである。その際に家族が「失敗」と感じてしまわぬよう，治療者は治療初期から柔軟な視点を伝え，再飲酒をどう活かしていくかをともに考える姿勢を持つ。また，本人が受診しなくなった場合でも，家族支援を継続できるよう，院内外の相談体制と地域連携体制を整えておく。

参考文献

1) 特定非営利活動法人 ASK ／断酒会家族会：減酒家族へのアンケート．https://www.ask.or.jp/article/11230（2026 年 2 月 23 日アクセス可能）．
2) ロバート・メイヤーズ，ブレンダ・ウォルフ 著，松本俊彦，吉田精次，渋谷繭子 翻訳：CRAFT 依存症者家族のための対応ハンドブック．金剛出版，東京，2013.
3) 平成 26 年―平成 28 年度総合分担研究報告書 アルコール依存症家族の支援に関する研究（研究分担者 成瀬暢也），厚生労働科学研究費補助金　アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究（研究代表者 樋口進）．https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2016/162091/201616025B_upload/201616025B0008.pdf（2026 年 2 月 23 日アクセス可能）．

12. 運転免許への配慮

1999 年に東名高速道路で飲酒運転していたトラックが追突し 2 児が犠牲になり，2006 年には福岡海の中道大橋で飲酒運転の乗用車が追突し 3 児が犠牲になった。こうした悲惨な事故が相次いで飲酒運転によって引き起こされたため，2001 年以後飲酒運転に対する厳罰化が進み，道路交通法の改正が幾度か行われてきた。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」として，認知症，統合失調症，てんかんなどに加え「アルコール中毒」の傷病名が含まれた。また，「アルコール中毒」は，「ICD-10 の F10.2 ～ F10.9 までに該当」とし，アルコール依存も含まれることになっている。

「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うため，運転免許申請者がアルコール依存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ている。そして，運転免許を取得するために，診断書には 6 ヵ月以上断酒している ことの証明が求められている。

・**ポイント 1**：現行の道路交通法では，運転免許の新規申請および更新時に，アルコール依存患者であれば，その軽症・重症に関わりなく，6 ヵ月以上断酒を継続していることが求められている（＊）。

・**ポイント 2**：飲酒運転は，アルコール依存患者のみならず，再犯の率が低くないことを踏まえ，飲酒運転のリスクの高いアルコール使用症者には，アルコール依存の診断基準を満たさなくても，断酒を推奨すべきである。

（＊）軽症のアルコール依存患者に減酒を容認する学会が作成した診断・治療ガイドラインとの齟齬を生じているため，日本アルコール・アディクション医学会と日本アルコール関連問題学会の 2 学会合同の特別委員会「運転免許更新に係るワーキングチーム」で対応を協議中である。

参考文献

1） 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（2025 年 6 月 10 日アクセス可能）.

2） 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: 9-22, 2023.

3） 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: 82-98, 2023.

13. 職場への配慮

職場では懇親会や営業など実に様々な飲酒の機会がある上に，コミュニケーションの手段やストレス解消の手段として，あるいは交替勤務者が寝酒に利用したりすることにより，飲酒量が容易に増加して問題飲酒につながる要因が複数存在する。このように増悪因子が多い一方で，ハラスメントや暴力事件などが職場の飲み会で発生することが多く，飲酒運転では業務上過失として犯罪となったり，懲戒退職となるケースもあるなど，社会問題が顕在化しやすく厳罰な対応が求められる領域でもある。職場では健康診断やストレスチェックなどのスクリーニングの機会も多く早期からの介入が期待されるが，職場では冒頭のように飲酒文化が根付いているため，手段として減酒治療は断酒治療よりは受け入れられやすい方法である。労働者が減酒治療を継続し，減酒に成功するために，以下のポイントに留意して診察，治療を行う。ただし，問題飲酒による自傷他害の可能性がある場合は，勤務を停止して休養に専念する必要があると判断するとともに，断酒治療を第一に考慮することが必要である。

・**ポイント1**：職場から受診勧奨や診断書を求められる事例は，会社で問題を起こした場合から健康診断で肝機能酵素異常値が指摘された場合の精密検査依頼まで，軽重様々な場合がある。会社に診断書や意見書を提出する場合は，個人情報に留意してそもそも診断書が必要なのかを確認するとともに（診断名は必ずしも明らかにする必要はなく，就業に関する意見だけでよい場合もある），その影響についても慎重に判断する。肝機能酵素異常で受診勧奨された場合はBI（Brief Intervention, 簡易介入）の機会として積極的に減酒指導を実施する。

・**ポイント2**：問題飲酒への介入も大切であるが，その原因が職場にある場合も多いので，それに対する介入も同時に行うと再発防止の点でも重要となる。職場のストレスが原因である場合は，本人とストレス発散の代替手段を検討するとともに，可能な範囲でストレス原因について職場にも相談するように促す。原因として職務起因性がある場合，例えば交替勤務者の寝酒使用には眠剤の使用に切り替えたり，場合によっては交替勤務という働き方について会社と相談する必要がある。営業職や人事など飲酒の機会が多く，飲酒が業務と密接に関連している場合も同様である。

・**ポイント3**：適正飲酒という考え方が浸透し，飲酒が健康によい，あるいはコミュニケーションとして必須と考える層が一定数存在しているため，そうではなく，飲酒量は少ないほどよいという知識や，飲酒はかえってハラスメントが起こってコミュニケーションの妨げになる場合もあるという啓発や教育も必要である。また，ノンアルコールパーティーの事例紹介など，アルコールがコミュニケーションには必須でないという教育も行うとよい。

・**ポイント4**：職場に産業医や保健師がいる場合は，連携をすると，ポイント1から3の事案について有効に機能する場合が多い。また，職場は飲酒機会が多いので時間の経過とともに再発リスクが高まるため，長期フォローの点でも有効である。職場に産業保健職がいる場合は，積極的に連携を試みると，治療も円滑に進むため推奨される。いない場合は，個人情報に留意のもと，人事や労務，総務，あるいは上司など，親身になって対応してくれるキーパーソンと連携するとよい。

参考文献

1） 樋口進，湯本洋介，吉本尚，田中完，倉持穣：はじめての減酒治療（樋口進編），pp.64-72，金芳堂，京都，2023.
2） 廣尚典：職場におけるアルコール使用障害者への対応，内科医・かかりつけ医のためのアルコール使用障害治療ハンドブック（成瀬暢也編），pp.122-129，新興医学出版社，東京，2023.
3） 就労問題（欠勤などを含む）を伴う場合への対応，新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン（樋口進，齋藤利和，湯本洋介編），pp.96-97，新興医学出版社，東京，2018.