

## 特集 精神障害が併存するアルコール依存症の病態と治療

## アルコール使用障害の治療の動向

Ⅰ 岳文

1. わが国のアルコール使用障害治療の  
現状と展望

2003年に樋口らが行った全国調査<sup>4)</sup>では、ICD-10の診断基準に基づくアルコール依存症患者の有病率は、男性の1.9%、女性の0.1%で、全体で0.9%とされ、この値からわが国のアルコール依存症患者の数は推計で80万人と報告されている。この中で、アルコール依存症として治療を受けているものは、厚生労働省の患者調査から見ると、わずかに5万人程度である<sup>6)</sup>。アルコール依存症として治療を受けていない他の多くの者は、医療を受けないで生活できているか、あるいは一般の医療機関でアルコール関連疾患や酩酊時の外傷などで治療を受けているものと思われ、身体的あるいは社会的、家庭的に切迫した問題を抱えた、アルコール依存症患者の中でも一部の、とくに重篤な患者が治療プログラムを有する精神科で専門治療を受けているという現状にある。こうした状況からは、アルコール依存症患者がアルコール依存症としてできるだけ早期に専門治療を受けるように指導、介入することが求められている。

一方、多量飲酒が健康に及ぼす影響については、2002年にWHO（世界保健機構）が出したアルコールによる健康被害に関する報告<sup>7)</sup>を見ると、アルコールは全死亡の3.2%の原因とされ、健康への影響では、喪失健康年数を表すと考えられる障害調整生存年数（disability-adjusted life year：DALY）の4.0%はアルコールが原因とされている。アルコールが健康に与える影響の大きさを示すこれらの値は、同じくタバコが全死亡

の8.8%、障害調整生存年数の4.1%の原因であることに匹敵するものである。わが国では、多量飲酒を「健康日本21」にも見られるように1日60グラム以上のアルコール摂取と定義している。先に挙げた2003年の全国調査<sup>4)</sup>では、多量飲酒者は人口の7.7%（男性12.7%、女性3.4%）となっており、わが国にはおよそ860万人の多量飲酒者が存在すると推計される。こうした中で、多量飲酒によって健康被害を来す可能性のある飲酒者（hazardous user）、あるいはすでに多量飲酒によって健康被害をきたした飲酒者（harmful user）の飲酒習慣をどのように行動変容させるか、それによって、アルコール性臓器障害、酩酊しての外傷などアルコール関連疾患や生活習慣病をいかに予防するかという点にも関心が高まってきている。さらに、こうした二次予防は喫緊の課題である飲酒運転事故や自殺の予防にも繋がる可能性を有する。

これまで、わが国のアルコール医療は、アルコール依存症とくにその重症例を治療の対象としてきたが、世界の動向からも、多量飲酒者に対する二次予防としての介入、すなわち節酒指導の技術開発と有効性の検証が求められている。本稿ではわが国のアルコール医療の中核であった久里浜方式と呼ばれるアルコール依存症治療を措いて、今後わが国でもアルコール問題の新たな介入技法となるであろう多量飲酒者に対する節酒指導と難治性あるいは治療抵抗性のアルコール依存症患者支援のための評価について述べる。

## 2. 多量飲酒者への節酒指導 —ブリーフ・インターベンション

### A) ブリーフ・インターベンションの概要

ブリーフ・インターベンション (Brief Intervention) は、生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリングである。「健康」を主なテーマとし、飲酒量低減の具体的な目標を自ら設定してもらう。また、飲酒問題の直面化はできるだけ避け、「健康」をテーマとして支持的な介入を行う。これにより、クライアントが示す否認や抵抗も比較的少ない。動機付け面接やコーチングといった面接 (介入) 技法を用いるが、日頃カウンセリングに馴染みのない一般医療機関のコメディカルスタッフも理解できるようわかり易く噛み砕くと、介入の3つのキーワードは、「共感する」、「励ます」、「誉める」である。ブリーフ・インターベンションは、通常1つのセッションが15~30分程度の時間で、2~3回の複数回のセッションで行われる。

ブリーフ・インターベンションの主な構成要素は、「フィードバック (Feedback)」、「アドバイス (Advice)」、「ゴール・セッティング (Goal Setting)」と言える。フィードバックとは、スクリーニングテストなどによって対象者の飲酒問題及びその程度を客観的に評価し、このまま飲酒を続けた場合にもたらされる将来の危険や害について情報提供を行うことを指す。また、アドバイスとは、飲酒量を減ら (節酒) したり、止め (断酒) ればどのようなことを回避できるかを伝え、そのために必要な具体的な対処法についての助言やヒントを与えることである。ゴール・セッティングは「目標設定」で、クライアントが7~8割の力で達成できそうな具体的な飲酒量低減の目標を自ら設定してもらうことである。このようにブリーフ・インターベンションは、従来型の指示的・指導的な保健指導とは異なり、クライアントの自己決定を重視し、自ら進むべき道を選択してもらい、介入者はそれを寄り添ってエンパワーし、サポートするという立場に立った患者中心の行動カウンセリングである。飲酒に関する「教育や情

報提供」は、ブリーフ・インターベンションの基本的構成要素ではないが、進むべき道の選択を誤らせないためには適宜必要となる。一般医療機関においては、多量飲酒のある患者が何らかの理由で受診した時は、健康に対する関心と不安が高まっている時でもあり、こうしたアルコール関連障害の早期介入を行うには絶好の機会となり得る。健康に関したことを中心に話題にすると患者も興味を示す。「それは、大変でしたね」といった労いの言葉で「共感」を示しながら、介入者は少しの好ましい変化も見逃さず、クライアントの「自分にもできる」という自己効力感を高めるような「誉め」と「励まし」の言葉を織り交ぜながら進めていく。対等で友好的な雰囲気の中で心地よく行い、カウンセリングにまた来たいと思わせることができるかが、ブリーフ・インターベンションの成否の鍵を握るとも言える。

われわれがすでに行っているアルコール依存症に対する治療との違いを中心に、ブリーフ・インターベンションの特徴を要約すると、以下のようになる。

- ①断酒ではなく、飲酒量の減量を目標にする。
- ②依存症の専門家ではなく、ヘルスケアの従事者によって行われる。
- ③依存症の患者でなく、依存症でない患者を対象とする。

### B) ブリーフ・インターベンション開発の経緯

ブリーフ・インターベンションは、1980年代から多量飲酒者への飲酒量減を目的にWHOの多国間共同事業として欧米を中心に開発、研究されてきたもので、1990年以後ブリーフ・インターベンションの有効性に関する論文は海外では数多く出されており、ブリーフ・インターベンションの有効性を示す報告は多い。その中でもFlemingらが報告したTrEATプロジェクトでの介入研究<sup>2,3)</sup>は大規模で評価の高いものである。彼らの行った研究では、64人の一般科医師が無作為割付で選ばれた392名の対象者にブリーフ・インターベンションを行い、その1年後と4年後に転

婦を対照群と比較調査し、アルコール関連障害へのブリーフ・インターベンションの効果を検証している。彼らの研究では、ブリーフ・インターベンションの節酒効果を4年後まで認めており、救急受診回数や入院日数、自動車事故などの調査から、利益/コスト分析では、医療面では4.3/1、社会的には39/1と、コストの面でも有効であることを示している。こうした、アルコール関連障害の早期介入としてのスクリーニングとブリーフ・インターベンションの有効性を示すエビデンスを基に、米国予防医療専門委員会 (U. S. Preventive Services Task Forces) は、2004年のレポートで、「プライマリーケアでのアルコール関連障害のスクリーニングは、飲酒量や飲酒パターンはアルコール依存症の診断基準を満たさないが、疾病への罹患や死亡率を高めている患者を同定できること。フォローアップを伴う行動療法的なブリーフ・インターベンションが、6ヶ月から12ヶ月間あるいはそれ以上の期間続く、少量から中等量の飲酒量の減少をもたらすこと」が確認できたとして、アルコール関連障害のスクリーニングとブリーフ・インターベンションを用いた早期介入に対して、臨床での実施を推奨するBランクの評価を与えている<sup>5)</sup>。

### 3. 治療抵抗性アルコール依存症患者<sup>6)</sup>

アルコール依存症治療の臨床の中で、「治療抵抗性」という用語が意味するものは、①治療転帰が不良であるもの、②入院治療を繰り返すもの、③予定された治療が終了までに至らないものであると考えられる。本稿では、この中でも②入院治療を繰り返す患者についての回復支援を中心に述べる。

#### A) 入院を繰り返すアルコール依存症患者の特徴

われわれは、入院を繰り返すアルコール依存症患者の特徴を明らかにする目的で、54のアルコール専門治療施設に入院したアルコール依存症患者の退院後の追跡調査結果を分析した。解析の対

象は、54ヶ所のアルコール専門治療施設に入院したアルコール依存症患者869名で、このうち782名から退院後の追跡調査結果が得られ、このうち退院後6ヶ月以上経過し再飲酒、連続飲酒の有無についての情報があるそれぞれ602例、460例を分析した。なお、602例中退院後6ヶ月以内に飲酒有りが363例(60.3%)、460例中退院後6ヶ月以内に連続飲酒有りが179名(38.9%)である。また、602例中3回目以上の入院者は234名(38.9%)で、そのうち6ヶ月以内に連続飲酒のなかったものは106名(45.3%)である。

分析の結果、2回目までの入院患者と比較して、3回目以上の多数回入院患者の特徴として、以下の因子が抽出された。医療保護入院が多い、入院日数が短い、同居家族がない、振戦せん妄の既往、CIWA-Ar (the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol) が高い、 $\gamma$ GTPが低い、精神病性障害が多い、うつ病が多い、自殺企図歴が多い、健忘症候群の診断が少ない、その他のパーソナリティ障害が多い、死別・別居・離婚したものが多い、他剤依存・乱用が多い、犯罪歴が多い、失業者が多い、プログラムへの参加が少ない、退院後の飲酒、連続飲酒が多い。

上記の様に、入退院を繰り返すものの特徴として、身体状況に比較して離脱症状が重く、合併精神疾患が多いことに加え、単身生活者、失業者が多くみられる。その回復のためには、入院中からの家族関係の調整や退院後の社会復帰支援の充実が重要であると考えられる。さらに、このためには患者が必要とする支援を個別に適切に評価した上で、手厚い支援を行うことが重要であると考えられた。

#### B) 治療抵抗性アルコール依存症患者の評価の試み

アルコール依存症からの回復には、周囲の理解や協力、回復支援が重要であり、本人の動機付けを含めて、患者を多角的に評価し、適切な支援のレベルを決め、周囲の社会資源との連携を取り、個別的に支援を行っていくことは、アルコール依

存症患者の回復にとって、とくに治療抵抗性の回復には不可欠である。こうした患者が必要とする適切な支援を行うための評価ツールの一つに、木村、八木が日本語訳した LOCUS (Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services)<sup>1)</sup>が挙げられ、著者自身で LOCUS を用いてアルコール依存症患者の評価を試みたので、本稿では使用した印象と課題を述べる。LOCUS は、I. 自傷や他害の恐れ、II. 生活・社会機能、III. 併存している身体疾患、依存症、精神疾患、IV. 回復環境 {A} ストレスレベル、B) 支援レベル}, V. 治療・回復歴、VI. 治療参加の計 6 軸 7 つの評価項目から成り、それぞれの項目について 1 から 5 の 5 段階で評価を行う。

肥前精神医療センターに入院したアルコール依存症患者 50 名 (平均年齢は 55.0±11.4 歳) に対し LOCUS を用いて評価を行ってみたが、医学的評価のみならず患者の社会復帰や回復支援、患者のニーズを中心に据え、あらためて患者を多角的に評価することで、包括的に的確に患者の抱える問題、必要な支援を評価し捉えることができると感じられた。また、評価するのに、初めて面接を行う患者でも 20~30 分とそれほど時間と労力を要さず、少し評価のトレーニングをすれば、受け持ちの看護師などが評価を行うことも十分可能である。さらに、患者の社会復帰支援に関わる保健・福祉の援助者に患者の有する問題点を伝え、多職種間で患者の抱える問題と必要とされる支援に関する情報を共有するためのツールとして有用であり、わが国でも今後普及の期待がもたれる評価ツールと思われる。一方、わが国と米国では利用できる社会資源や治療文化に違いがあることや

評価指標が抽象的な表現に終わる部分もあるため、今後幅広くコメディカルスタッフが LOCUS を用いて評価を行うには、日本向け修正版の作成や評価手引の作成なども検討課題と考えられる。

## 文 献

- 1) American Association of Community Psychiatrists: Level of care utilization system for psychiatric and addiction services, adult version. 2000 (木村 卓, 八木 深訳: 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「政策医療ネットワークを基盤とした精神科救急のあり方に関する研究 (主任研究者齋藤治)」。2000)
- 2) Fleming, M.F., Mundt, M.P., Barry, K.L., et al.: Brief physician advice for problem drinkers. JAMA, 277 (13); 1039-1045, 1997
- 3) Fleming, M.F., Mundt, M.P., French, M.T., et al.: Brief physician advice for problem drinkers: long term efficacy and benefit-cost analysis. Alcohol Clin Exp Res, 26 (1); 36-43, 2002
- 4) 樋口 進 (主任研究者): 平成 15 年度研究報告書。厚生労働科学研究費補助金がん予防等健康科学総合研究事業「成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究」。2003
- 5) U. S. Preventive Services Task Force: Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. Ann Intern Med, 140; 554-556, 2004
- 6) 渡辺 哲: アルコールと疫学—どのように飲まれているか?—。治療, 87 (8); 2285-2290, 2005
- 7) World Health Organization: The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva, 2002
- 8) 杠 岳文: 治療抵抗性アルコール依存症に関する研究。厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「アルコール依存症の病態と治療に関する研究 (主任研究者齋藤利和)」総括研究報告書。p. 35-38, 2010