

第 112 回日本精神神経学会学術総会

**教 育 講 演**

## わが国におけるアルコール依存症の診断・治療の変遷

齋藤 利和 (特定医療法人北仁会幹メンタルクリニック)

アルコール依存症候群 (WHO, 1977) で示された精神依存重視の立場はその後相次いで出された米国精神医学会 (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) および世界保健機関の診断基準「精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン」(ICD-10) に引き継がれる。これらの診断基準では精神依存が認められないものは依存の診断がつけられない。わが国ではアルコール依存症の診断・治療ギャップが認められ、実際のアルコール依存症者の 10 分の 1 以下の者にしか診断がつけられておらず、治療もされていない。DSM-5 では乱用、依存の概念が統一されたアルコール使用障害診断基準が提示されたが、概念が依存よりも拡大していること、診断項目が 11 項目に増加し、診断に必要な診断数は 2 項目に減少していることから、診断閾値が大幅に低下している。こうした診断上の問題、変化に伴い断酒だけではなく、飲酒量低減も治療目標となっている。集団精神療法、認知行動療法などが治療として行われてきたが、最近では症例の軽症化に伴い簡易介入が有効となっている。アルコール依存症者は精神疾患の併存症、特にうつ病、不安障害の併存が多い。アルコール依存ばかりではなくそれ以下のレベルのアルコール問題を併存した精神科併存症の予後は悪い。

<索引用語：アルコール症，アルコール依存症，アルコール使用障害，診断基準，  
アルコール依存症の治療>

## はじめに

本稿ではアルコール関連障害の概念，診断基準の変化とそれに伴う治療の変化について述べるとともに現在のアルコール依存症の実態と治療の実際について述べる。

## I. アルコール関連障害の概念の変遷

酩酊に伴う逸脱行動と、繰り返され習慣化する飲酒にかかわる障害とを、初めて明確に区別して記述したのはストア学派に属するローマの哲学者

セネカとされる<sup>3)</sup>。彼はその著書のなかで、「酔っぱらい」という言葉には 2 つの意味があり、1 つはワインを飲んで自分自身をコントロールできなくなった人間のことで、もう 1 つは酔うことが習慣になりその習慣の奴隷となった人間のことである」と述べている。この記述はアルコール依存症概念の萌芽とみることができる。

慢性アルコール中毒の用語を初めて記載したのはスウェーデン、ストックホルム大学の内科学教授マーヌス・フスである<sup>5)</sup>。彼は慢性飲酒者の神

経系の症状に注目した。「これらの諸徴候はあまりにも特徴的に結びついているから、これを1つの限定された疾患として取り出し、記述するのが便利である」と述べ、長年の過剰飲酒の結果としての情動障害や認知機能の低下などの精神症状と末梢神経障害やけいれんなどの神経症状がさらなる飲酒によって慢性進行性に増悪していく病態を「慢性アルコール中毒」の概念として報告している。フスの記述が3年後独訳され広まっていった結果、慢性アルコール中毒の用語はフスが最初に提示した概念からしだいに意味が拡散し、飲酒に関連した多くの障害が含まれることとなった。

1975年、世界保健機関（WHO）は、それまで使用されてきた慢性アルコール中毒という概念が拡大され曖昧になっているために、今さら「慢性アルコール中毒」に新たな概念規定を与えても徒勞に終わるだろうとの懸念から、慢性アルコール中毒という用語を放棄することを決定した。2年後にエドワーズらの編集による最終報告書では、「アルコール依存症候群」という疾患概念を、広がりすぎた「慢性アルコール中毒」から抽出した。一方、アルコールに起因する身体的・精神的・社会的障害に対しては、「アルコール関連障害」という用語を与えている<sup>4)</sup>。

## II. アルコール依存症候群（WHO, 1977）

前項のアルコール依存症候群（WHO, 1977）の疾患概念<sup>4)</sup>は、現在多く使用されている米国精神医学会の物質依存の診断基準（DSM-IV）<sup>1)</sup>やWHOの依存症候群に関する診断基準（ICD-10）<sup>13)</sup>に大きな影響を与えており、アルコール依存症候群（WHO, 1977）の疾患概念が現在の主要な診断基準の柱になっているといっても言い過ぎではないであろう。アルコール依存症候群は、依存症候を飲酒行動の変化、主観的状态の変化、精神生物学的状態の変化にまとめている。飲酒行動の変化、主観的状态の変化は精神依存徴候であり、精神生物学的状態の変化は身体依存徴候（離脱症状の出現、離脱症状軽減のための飲酒）と耐性よりなっている<sup>4)</sup>。

### 1. 飲酒行動の変化

「飲酒量、飲酒時刻、飲酒機会に対する抑制の減弱」はアルコール依存症者が職場でこっそりと昼間から飲酒していたり、泥酔に至るまで多量の飲酒をするなどの異常な飲酒行動をいう。「飲酒行動の多様性の減弱」は高い血中濃度を維持するような同じパターンの飲酒を繰り返す現象である。「有害な飲酒に対する抑制の減弱」では現に飲酒による身体疾患、家族的・社会的問題が起きているにもかかわらず飲酒を続けることが観察される。

### 2. 主観的状态の変化

これはアルコール依存症者の体験として語られる変化であり他覚的な飲酒行動の変化とは区別される。普通、病者の主観的状态は客観性を要求される診断基準の項目としては不適當といえる。しかしながら、病者の主観的状态をあえて入れなければ語り得ないところに依存という現象の特徴がある。「飲酒したいという強烈な欲求、強迫感（渴望）」は飲酒や酩酊への耐えがたい願望として経験されるものである。この渴望は、飲酒を止めようとしたり制御しようとするときに最も頻繁に認められ、この渴望が依存の基本的な症候である。「飲酒の抑制不能」は飲酒を止められない（断酒不能）、飲酒量をコントロールできない、一度飲みだすと止めることができない（節酒不能）経験をいう。「飲酒中心性」は、飲酒を他のどんな行動よりも優先させてしまう体験である。

### 3. 精神生物学的状態の変化

#### 1) 耐性の変化

耐性の獲得とは「酒に強くなる」ことをいう。耐性には肝臓におけるアルコール代謝酵素の誘導によって、代謝が促進される結果、血中アルコール濃度が低下して生じる代謝耐性と機能耐性に分けられる。機能耐性は、脳のアルコールに対する反応性の低下によって生じる組織耐性と行動遂行能力の回復による行動耐性とに分けられる。

2) 離脱症状の出現と離脱症状軽減のための飲酒  
身体依存は離脱症状の出現によって捉えられ

る。アルコール離脱症候群はその出現の時間的経過から早期症状群（小離脱）と後期症候群（大離脱）とに分けられる<sup>12)</sup>。前者はアルコール離脱後7時間頃より始まり、20時間頃にピークをもつもので、いらいら感、不安、抑うつ気分などの不快感情や心悸亢進、発汗、体温変化などの自律神経症状、手指、眼瞼、軀幹の振戦、一過性の幻覚（幻視、幻聴が多い）、けいれん発作などである。軽い見当識障害が出現することもある。後者は離脱後72～96時間に多くみられるもので粗大な振戦、精神運動亢進、幻覚、意識変容、自律神経機能亢進を主徴とする振戦せん妄である<sup>12)</sup>。前駆症状として不穏、過敏、不眠、食欲低下、振戦などが出現し、次いで振戦せん妄に移行することが多い。意識混濁はそれほど強くなく表面的には対応可能なことが多い。注意散漫で落ち着きがなく、見当識障害を伴う。幻覚は幻視が多く、幻触を伴うことがある。また、壁のシミが人の顔にみえるなどの錯視が出現することもある。幻覚は、暗い部屋にいるときや夜間に激しくなり、室内を明るくすると軽減する。振戦せん妄は通常3～4日持続する。

離脱症状軽減のための飲酒は離脱症状のために意図した行為が遂行できないときに主にみられる。例えば、職場で粗大な振戦のために字が書けなくなったときに隠しもっていたウイスキーを飲んで振戦を軽減しその場を取り繕うなどの行為がこれにあたる。

### Ⅲ. アルコール依存の診断

WHOが1977年に提唱したアルコール依存症候群において注目しなくてはならないことは精神依存重視の立場にたつてアルコール依存症候群が定義されていることである。こうした精神依存重視の立場はその後の相次いで出された米国精神医学会(DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV)およびWHOの診断基準「精神および行動の障害——臨床記述と診断ガイドライン」(ICD-10)に引き継がれる。WHOの依存症候群の診断基準(ICD-10)<sup>13)</sup>は、以下の6項目のうち、3項目を満たすことである。すなわち、①飲酒したいという強烈な欲求、強迫

感(渴望)、②節酒不能(抑制喪失)、③離脱症状、④耐性の増大、⑤飲酒や泥酔からの回復に1日の大部分の時間を消費してしまう、飲酒以外の娯楽を無視(飲酒中心の生活)、⑥精神的身体的問題が悪化しているにもかかわらず、断酒しない(有害な飲酒に対する抑制の減弱)である。一方、DSM-IVはWHOの依存に関する診断基準(ICD-10)との共通点が多い。DSM-IVにないICD-10の項目は「飲酒への渴望」のみである。また、DSM-IVでは抑制喪失、飲酒中心の生活に関する項目が2項目ずつある。精神依存が依存の中心であることはすでに述べたが、DSM-IVにせよICD-10にせよ耐性と離脱は診断の必須項目ではないこと、換言すれば精神依存の存在のみでアルコール依存の診断が下せることに留意すべきである。

さて、DSM-IVではアルコール依存はアルコール乱用とともにアルコール使用障害という上位概念のもとに置かれていた。乱用とは身体的、社会的障害や苦痛を引き起こす不適切なアルコール・薬物の使用様式を指す用語である。DSM-IVでは、乱用の基準として以下の4つの物質使用様式を挙げている<sup>1)</sup>。①物質の反復使用の結果、仕事、学校、または家庭の重要な役割義務を果たすことができなくなる、②身体的危険のある状況で物質を反復使用する、③反復的に引き起こされる物質関連の法律問題、④持続的、反復的な社会的または対人関係の問題が物質の影響により引き起こされたり、悪化するにもかかわらず、物質使用を続ける。すなわち①、③は社会的職業的機能障害、②は危険な使用、④は有害な使用に対する抵抗の減弱を表している。乱用はアルコール使用障害の歴史のなかで大きな地位を占めてきた。そのことは現代においても変わらないように思える。現に以前の米国精神医学会の診断基準(DSM-III-R)では有害な使用に対する抵抗の減弱1項目、危険な使用1項目であったがDSM-IVでは4項目に拡大されている。

### Ⅳ. DSM-IVでの依存概念の放棄

米国精神医学会の診断基準第5版(DSM-5)<sup>2)</sup>で

はアルコール依存の診断基準がなくなり、DSM-IVでは依存と乱用の上位概念であったアルコール使用障害の診断基準が示されており、依存、乱用とも診断概念としては採用されていない。DSM-5の「アルコール使用障害」の診断項目は以下のように構成されている。まずDSM-IVの「依存」の項目がすべて採用されている。診断の前提も「依存」に類似している。「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により示される」と記載されている。また、DSM-IVの乱用の診断項目4項目中3項目が入っている。しかしながら、2項目あった「社会的職業的機能障害」が1項目に減ったのみで実質的には「乱用」の診断項目もほぼすべて取り入れられていると見てよい。すでに述べたようにDSM-III-Rでは有害な使用に対する抵抗の減弱1項目、危険な使用1項目であったがDSM-IVでは4項目に拡大されていた。これはDSM-IVでは「依存」の前状態として「乱用」が重視されていたからと思われる。DSM-5で乱用と依存診断項目を合体させて新たに「アルコール使用障害」としたことは、こうした考え方が基本にあるように思える。また、かつてはICD-10のみの診断項目であった「飲酒への渴望」が診断項目に入った。この計11項目のうち2~3項目が該当すれば軽度、4~5項目該当すれば中等度、6項目以上該当すれば重度のアルコール使用障害と診断できる。乱用と依存の概念を統一し、さらに新たな1項目の診断項目を加え診断項目が増えたこと、さらに依存では診断のためには3項目の診断項目に該当することが必要であったがそれが2項目に減ったことによって、大幅な診断閾値の低下が生じると思われる。

## V. アルコール依存症の治療

### 1. 医療の創成期

かつて、長期間にわたる強制入院と過剰な薬物投与がアルコール依存症治療の主流をなしていた。このことが社会問題として取り上げられたこ

ともあった。1961年に酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律が成立し、これによって政府はアルコール関連障害に対する対策を求められるに至った。1963年アルコール専門病棟が国立久里浜療養所に設置された。河野、堀内らは国立久里浜療養所で自主的な3カ月の入院、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<sup>10)</sup>。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。彼らは病院の多職種、保健所保健師、福祉事務所のソーシャルワーカー、自助グループと固く連携しながら、地域医療（ネットワーク）を発展させた。大阪の愛隣地区には大きな簡易宿泊所・寄場があり小杉は簡易宿泊所の日雇い労働者のアルコール依存症の治療に大きな貢献をした。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<sup>11)</sup>。

### 2. アルコール依存症治療の実際

アルコール依存症の治療は「聴かせていただく」という態度で丁寧に病歴を聴取することから始まる。また来院した勇気をほめ、ともに努力する合意を取り付けることが大事である。飲酒に伴う問題を自覚させることも重要であるが、それは依存症者の心境の変化に応じて時期を選ぶことが必要である。すなわち問題の直面化よりも長続きする良好な治療関係を優先することである。診断とその根拠、治療方法と治療ゴールを説明して納得してもらうことも治療開始にあたって必要なことである<sup>9)</sup>。従来治療ゴールは断酒であった。しかしながら、上述した診断閾値の低下のほか、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<sup>6,8)</sup>。これらのことは従来型の社会生活、家庭生活が破綻し、臓器障害の重篤な重症のアルコール依存症者ばかりではなく、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者に対する治療を考える必要がある。したがって、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るべきと考える<sup>9)</sup>。ブリーフ・インターベンションとは、生活習慣の行動変容をめざす短時間の行動カウンセリングである。飲酒量の低減がその目標となる。したがって、断酒を治療ゴールとするような重症のアルコール依存症者はその対象とならない。スクリーニングテストなどで患者の飲酒問題およびその程度を客観的に評価しフィードバックする。次いで現在の飲酒を続けた場合の危険について情報提供し、飲酒量低減でどのようなリスクを回避できるかについての助言を行う<sup>9)</sup>。カウンセリングでは飲酒問題の直面化は避け、「否認」などは介入時に扱うテーマとしない。実際、「健康」をテーマとして早期介入を行うことにより、クライアントが示す否認や抵抗も比較的少ない。こうしたアプローチの後、患者が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。すなわち、1日(あるいは1週間での)の最大ドリンク数を決める、休肝日を1週間に何日と決めるなどである。ブリーフ・インターベンションでは動機づけ面接やコーチングといった面接技法を用いるが、介入のキーワードは、「共感する」「励ます」「ほめる」である。治療目標が断酒の場合は治療者の態度が重要である。すでに述べたように、患者とともに努力する合意を取り付けることが大事であるが飲酒問題との直面化を急がないことにも留意する必要がある。患者が飲酒するとそれを責めたり、極端な場合は通院を拒否する治療者もみられるが、強い飲酒欲求をもっていることがアルコール依存症者の特徴であることを考えるとこれらの対応は好ましいものではない。酔って電話をしてくる患者がいるが心の底に回復への意志が残っていることも多く、こうした患者の行動を治療の切り口にしていくことが期待される。さて、集団精神療法がアルコール依存症の治療として極めて有効であることはよく知られている<sup>9)</sup>。すなわち、集団療

法に参加することによって患者は自分が孤独な(孤立した)存在ではないことを自覚し、参加者の間でメッセージや体験を共有しあう。体験の共有はストレスや、罪悪感や心の痛みを軽減させる。こうした体験の共有は回復へのモチベーションや互いを支え合うことにつながる。アルコール依存症の治療としては行動療法、認知行動療法、内観療法などが行われているが本稿では紙幅の制約もあり他に譲りたい。

現在では治療の中心は外来に移りつつあるが、重度の離脱症状、重篤な身体障害がある場合、外来で何回も断酒を試みても成功せず患者が入院治療を了承した場合、家族が疲弊しきっている場合、重篤な他の精神障害の合併がある場合には24時間のアルコールなしの環境での治療を提供できる入院治療が考慮されるべきである。家族に対するアプローチも重要である。家族が陥りやすいエネブラーとしての行動や共依存に注意する必要がある<sup>9)</sup>。

### 3. 地域ネットワークと自助グループ

アルコール症の回復の核心は、「生活体験を通しての社会性の再獲得」にある。したがって、アルコール依存症の治療には、行政機関、医療機関がその連携を通して系統的な援助網(地域ネットワーク)を作りあげていくことが必要となる。自助グループとの連携も重要である。日本の断酒会とAA(alcoholic anonymous)はそれぞれ50年、40年余りの歴史がある。断酒会とAAは断酒を継続し他のアルコール依存症者の断酒を助けるという共通の目的をもち、例会出席とメンバー間の平等と守秘義務を負っているという点で共通の基本的原則をもっている。決定的な違いは断酒会が匿名性を破棄したことである。AAでは運営は会費でなされ、会員名簿はないが、断酒会では会員名簿があり、運営経費は会費による。アルコールの治療者は勤務地近くのこれら自助グループに参加して自助グループの様子を知っておく必要がある<sup>7)</sup>。

#### 4. 薬物療法

離脱症状の発症を予防するためにはアルコールと交差耐性・依存のあるベンゾジアゼピン系抗不安薬が用いられる。特に振戦せん妄への移行を阻止するためには比較的強い薬効をもつ薬剤の大量使用が必要であるが、短期間に減量し、中止する必要がある。離脱けいれん発作の多くは単回～3回の発作であり、重積発作が出現しない限り、抗けいれん薬の投与を必要としない。

振戦せん妄が出現した後は抗精神病薬が使用されるが、フェノチアジン系の薬剤はかえって症状を悪化させることがある。通常はブチルフェノン系薬剤、特にハロペリドールの投与が行われる。最近ではクエチアピンの投与も多い。しかし、米国では救急医や麻酔科医によって離脱の治療に大量のベンゾジアゼピンが使用されるが、わが国では行われていない<sup>9)</sup>。抗渴望薬のみでは断酒は困難であり、精神療法の補助として使用されるべきである。重症の患者にはジスルフィラムやシアナミドの方が抗渴望薬よりも有効であるとの報告もある。

#### 5. 合併症の治療

アルコール依存症者に他の精神障害の合併が多いことは知られているが、なかでもうつ病は高率に併存する。最近のわれわれの調査でもアルコール依存症の約50%にうつ状態〔ハミルトンうつ病尺度 (HAM-D) 14点以上〕がみられる。一方、うつ病者の約20%にアルコール問題〔アルコール使用障害尺度 (AUDIT) 12点以上〕がみられ、これらの患者では抗うつ薬は無効であることが多い。つまり、アルコール使用障害レベルのうつ病者でも飲酒量を軽減しなければうつ病や不安障害が回復困難になり、自殺リスクを上げる可能性が高い。

#### おわりに

アルコール依存症、アルコール使用障害の診断治療は大きな曲がり角に来ている。ともすれば敬遠されがちなアルコール依存 (関連障害) の治療

であるが、そのすそ野は広がりつつあり、医学教育や臨床研修の場でより理解が広がることが期待される。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

#### 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV). APA, Washington, D. C., 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳 : DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 1995)
- 2) American Psychiatric Association : Alcohol Related Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, p.490-503, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, p.483-496, 2014)
- 3) Caddy, G. : Alcohol Use and Abuse : Historical Trends and Current Perspectives. Medical and Social Aspects of Alcohol Abuse (ed. by Tabbakoff, B.). Plenum Press, New York, p.1-30, 1983
- 4) Edwards, G., Gross, M., Keller, M., et al. : Alcohol-related disabilities. WHO Offset Publication, Geneva, 1977
- 5) Jellinek, E. : Classics of the alcohol literature, Magnuss Huss, Alcoholism chronicus. Quart J Stud Alcohol, 4 ; 85-92, 1943
- 6) 厚生労働省 : 平成 17 年患者調査, 2005
- 7) 森岡 洋 : アルコール依存症の治療と断酒会の役割. アルコール医療研究, 3 (4) : 277-281, 1986
- 8) 尾崎米厚 : 厚生労働科学研究費補助金 (循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究 (研究代表者 : 樋口 進), 平成 25 年度分担研究報告書, 2014
- 9) 齋藤利和 : アルコール依存症の治療. 医学のあゆみ, 254 (10) : 955-958, 2015
- 10) 高木 敏 : 久里浜病院の今後の可能性について. アルコール医療研究, 5 (3) : 206-211, 1988
- 11) 辻本土郎, 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 (1) : 7-14, 1989
- 12) Victor, M. : Alcoholism. Clinical Neurology vol. 2

(ed. by Baker, A. B., Baker, L. H.). Herper & Row Publishers, New York, 1971

13) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders : Clinical

Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文ほか監訳 : ICD-10 精神および行動の障害 : 臨床記述と診断ガイドライン新訂版. 医学書院, 東京, 2005)

---

## Changes in Diagnosis and Treatment of Alcoholics in Japan

Toshikazu SAITO

*Mikimental Clinic*

The concept of alcohol dependence syndrome (WHO, 1977) incorporates psychological dependence (alteration of behavioural state and subjective mental state) into the structure of the syndrome. This has influenced DSM-III, III-R, IV, and ICD-10. In these diagnostic criteria, the presence of psychological dependence is necessary to diagnose alcohol dependence. Medical care for alcohol dependence syndrome is insufficient in Japan. In a recent report, less than 10% of patients with alcohol dependence (ICD-10) had been diagnosed and were receiving medication in Japan. DSM-5 proposes diagnostic criteria for alcohol use disorder that integrates concepts of abuse and dependence on alcohol. The threshold level of DSM-5 criteria for alcohol use disorder is lower than those for alcohol dependence of DSM-IV and ICD-10. With the changes in the diagnosis, moderation of the consumed amount of alcohol, not just complete abstinence, has gained been gaining recognition as the treatment goal, and brief intervention has recently been suggested to be useful for the disorder. The prognosis of patients with depression and anxiety disorder comorbid with mild alcohol use disorder has been reported to be poor, so paying attention to the presence of mild alcohol use disorder, which lies behind depression and anxiety disorder, is essential.

< Author's abstract >

< **Keywords** : alcoholism, alcohol dependence, alcohol use disorder, diagnostic criteria, treatment for alcohol dependence >

---