

アルコール依存症の新ガイドラインと治療ゴール

湯本 洋介, 樋口 進

わが国の物質使用障害の診断・治療ガイドラインは、前回 2002 年版のガイドラインの出版から 16 年の間を経て、2018 年『新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン』が出版された。新ガイドラインでは、アルコール依存症の治療目標について新たな視点が追加されている。ガイドライン中の推奨事項として、アルコール依存症の治療目標は原則的に断酒の達成とその維持であるとしながら、重症のアルコール依存症、明確な身体的・精神的合併症を有する、または深刻な家族・社会的問題を有する場合で、患者が断酒に応じず説得もうまくいかないケースでは、治療からのドロップアウトを避けるための 1 つの選択肢として飲酒量低減が提案されている。また、軽症の依存症の場合で明確な合併症を有しないケースでは、患者が断酒を望む場合や断酒を必要とする他の事情がない限り飲酒量低減も目標になりうるとされている。アルコール使用障害への断酒以外の治療選択肢の適用可能性の議論は 1970 年代よりみられ始め、2000 年代になってから各国のアルコール使用障害の診断治療ガイドラインで飲酒量低減やハームリダクションといった新たなゴール設定について言及されるようになった。治療ゴールの多様性を認めることで、医療や相談の場に訪れることに抵抗のあった軽症のアルコール依存症者に加え、アルコールの有害使用や危険な使用パターンに該当する飲酒者が治療にアクセスしやすくなる。また、飲酒量低減が身体面や機能面を含めたさまざまなアルコール問題を改善させることが示されている。さらに、重症のアルコール依存症や背景因子をもつケースでも、アルコールで生じるリスクを減じ、向かうべき断酒への準備ができるまでのケアを提供できる。ガイドラインに新たに追加された治療ゴールのコンセプトは従来の断酒治療でカバーできない領域を支える役割を担い、より多くの人々に向けられたアルコールによる健康被害の防止に寄与する。

索引用語

新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン, アルコール使用障害, 減酒, ハームリダクション, 減酒外来

はじめに

わが国におけるアルコール・薬物依存症の診断・治療ガイドライン作成については、厚生労働省の委託研究による「アルコール・薬物依存症の病態と治療に関する研究」班に

より、2002 年に『アルコール・薬物関連障害の診断・治療のためのガイドライン』がまとめられて以降更新されていなかった。

それからの 20 年弱の間、DSM-5 の導入といった診断体系の変更に加え、新たな視点をもった治療原則や心理社会的介入、薬物療法などが生まれ、わが国において選択でき

る治療手段の多様性は増している。また、法制度の変化として、2014年には『アルコール健康障害対策基本法』が施行され、国を挙げてのアルコール健康障害対策が注目されている。また、薬物使用障害に関しては、2016年に刑の一部執行猶予制度が導入され、薬物使用障害者への医療的ケアや法的な対応についての知識の普及が医療者に求められている。さらに、物質使用障害による健康被害や社会的問題は報道や世論などにおいても注目を浴び、一般人口に与えるインパクトも大きさを増している。その分、医療分野から正確な知識に基づいた啓発を行うことは、物質使用障害者に対するスティグマの軽減や、受診相談のハードルを下げることにもつながりうる。

このような物質使用障害をめぐる医療の変化や社会の要請に応じ、新たな診断体系や治療手段を含めたわが国の現状に見合うガイドラインの刷新が求められ、厚生労働科学研究「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」(樋口班)によるガイドラインワーキンググループが立ち上がり、新ガイドラインが作成されるに至った。日常臨床場面で物質使用障害にかかわるあらゆる場面に役立つように物質使用障害の基本的対応から応用までを網羅しており、物質使用障害の非専門家やレジデント、またプライマリケアや産業保健にかかわる医師や、日常的に診療に携わっている治療者など幅広い読み手の層に役立つ内容となっている。

本稿では、ガイドラインの刷新に伴ってアルコール使用障害の治療ゴールの設定において飲酒量低減を含む新たな視点が追加されたことから、この点を中心に論じてみたい。

1. 新ガイドラインの構成

新ガイドラインは以下の4つの章立てからなる¹⁸⁾。

- A「総論」では依存症概念や一般的な依存症の診断や治療、疫学、法的事項、支援者に求められるスキルや家族対応の基本などについて論じている。
- B「初期対応編」では、物質使用障害者が最も来院しやすいような状況を症例を挙げて解説し、初期対応が中心のプライマリケア医やレジデント向きの内容となっている。
- C「問題別対応編」では、物質使用障害者が抱えやすい問題点を4つのカテゴリー、I. 物質使用障害の重症度別対応、II. 社会的問題、III. 身体的問題、IV. 精神的問題に分け、それぞれの問題点別に対応法を解説している。
- D「参考資料」では、社会資源リストとして医療機関や回

復施設情報を掲載している。

特に「総論」のセクションにて、先に述べた新ガイドラインで刷新されたポイントである治療ゴールの設定について記載されている。

新ガイドラインでは、アルコール依存症の治療目標について、原則的に断酒の達成とその継続であるとされることは従来の治療目標の方向性と相違ないが、「依存症の重症度」を考慮に入れ、治療のターゲット別に治療の方向性を示していることが新たなコンセプトである。既存の海外ガイドラインの言及とほぼ同様、飲酒のコントロール困難感が重症、あるいは背景因子が複雑なケースの場合、治療目標は原則的に断酒とすべきであるが、患者が断酒に応じない場合には、まず説得を試み、もし説得がうまくいかない場合でも、そのために治療からドロップアウトする事態を避けたほうがよい。その1つの選択肢として、まず飲酒量低減を目標とし、うまくいかなければ断酒に切り替える方法をとることもありうるとしている。また軽症の依存症で明確な合併症を有しない場合、患者が断酒を望む場合や断酒を必要とするその他の事情がない限り、飲酒量低減も目標になりうる。ガイドラインの推奨事項を表1に示す。

II. アルコール使用障害の治療ゴールをめぐる歴史的変遷

アルコール使用障害(alcohol use disorder)の治療目標への「断酒」以外の選択肢の適用可能性は世界的にみても明らかである。

歴史を遡れば、現在のアルコール依存症(addiction)のコンセプトを形作る「飲酒への渴望」や「制御困難」は1784年にRush, B.により記述された¹⁰⁾とある。その後時を経て、1930年代頃より疾病としてのアルコール依存症の認識が広がりを見せた。1930年代後半に誕生したAlcoholics Anonymous(AA)の理念の解説によれば「アルコール依存は進行性で完治することはない」「ノーマルな飲み方に戻ることはない」「アルコール依存の進行を防ぐ唯一の道は、どのような形でもごく少量のアルコールでさえ断酒することである」¹⁾などの表現にみられるような、断酒の目標を重要視したアルコール依存症の疾病モデルが確立されていった。

アルコールを断つことが唯一の方向性とされていた時代から時を経て「節酒(controlled drinking) vs. 断酒」という議論や臨床研究が数多くなされた。断酒以外の方向性を

表1 アルコール依存症の治療目標に関する推奨事項

- ・アルコール依存症の治療目標は、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症や、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には、まず説得を試みる。もし、説得がうまくいかない場合でも、そのために治療からドロップアウトする事態は避ける。一つの選択肢として、まず飲酒量低減を目標として、うまくいかなければ断酒に切り替える方法もある。
 - ・軽症の依存症*1で明確な合併症を有しないケースでは、患者が断酒を望む場合や断酒を必要とするその他の事情がない限り、飲酒量低減も目標になりうる。
 - ・理想的には、男性では1日平均40g以下の飲酒、女性では平均20g以下の飲酒が飲酒量低減の目安になる*2。
 - ・上記目安にかかわらず、飲酒量の低下は、飲酒に関係した健康障害や社会・家族問題の軽減につながる。
- *1 依存症の重症度に関する統一の見解はない。ICD-10の診断項目を満たした数やAUDITの点数などが参考になる。
- *2 この目安は、厚生労働省による第二次健康日本21の「生活習慣病のリスクを上げる飲酒」の基準をもとに作成した。(文献18より一部改変して引用)

模索した最もよく知られる比較研究の結果は、1973年に Sobell, M. B. らによって発表された¹⁹⁾。これによれば、70名のアルコール依存症者を節酒目標群と断酒目標群に分け、オペラント条件づけ理論をもとにした行動療法(individualized behavioral therapy: IBT)の効果検証を行った。その後の1年間のフォローアップ期間で、IBTを受けた群は、感情面の安定や仕事面の満足などについて良好に機能した日がコントロール群よりも有意に多かったという結果が得られ、節酒目標であってもトレーニングをすれば良好な結果を得られる可能性があるということが示唆された。また、1970年代初期より米国のRAND社によって行われたアルコール依存症者の調査によれば、758名のアルコール依存症者のうち、治療施設での断酒中心の治療後、18ヵ月間で22%の人が適度な飲酒を続け、かつその後の4年間で18%の人が問題ない飲酒を続けていたとの報告がなされ¹⁷⁾、アルコール依存症者のなかには問題のない飲酒に戻る者がいるとの結論が導かれている。

これらに代表される節酒や適度な飲酒(moderate drinking)に関する長期的な治療転帰の結果などから、2004年のCox, W. M. らの論文によれば、治療を受けているあるいは受けていない問題飲酒者の相当数が適度な飲酒が可能であるということが1980年代より数多く指摘されている

ため、もはや節酒についての議論は治療ゴールとしてその存在を認めるかどうかよりも、どのような背景や性質をもった問題飲酒者が適度な飲酒を達成可能なのか、という点が重要であると論じている³⁾。治療ゴールとしての適度な飲酒の適用可能性については、依存のレベルが低いことや⁶⁾、飲酒による重篤な問題がないこと²⁰⁾などが挙げられている。

III. 各国ガイドラインの対応

断酒以外の治療選択肢の適用は、世界各地域のアルコール使用障害の治療ガイドラインにも反映されている。世界で初めて断酒を望まないアルコール依存症者への減酒(reduced drinking)の受け入れを表明したガイドラインは、2005年に出版された米国国立アルコール乱用・依存症研究所(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: NIAAA)の臨床ガイドであると思われる。本文には「断酒はほとんどのアルコール使用障害者にとって最も安全な道である。しかし、患者とともにゴール設定を行うことがベストである。ある患者は初期の段階では断酒をゴールとして認めないかもしれない。もしアルコール依存症者が十分にアルコール量を減らすことに同意したら、断酒が最良の道であることを示しながら、減酒を目標とすることがベストであろう」と記載されている¹⁴⁾。2009年に出されたオーストラリアの保健高齢化省(Australian Government Department of Health and Ageing)が発表したガイドラインにも「断酒は重症のアルコール依存症、またある一定のレベルの合併症がある者にとって最も理想的なゴールとなる。一方でこれらの患者で断酒を躊躇するかもしれない。その場合は適度な飲酒の提案を含む説得を行い、最終的には断酒に向かうべきである」とNIAAAのガイドと同様の記載がある⁵⁾。

続いて、2011年の英国国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Care Excellence: NICE)のアルコール使用障害の治療ガイドラインでは、上記のガイドラインに手を加えた形で、最初のアセスメントの段階で患者の治療ゴールに同意するべきであると推奨している¹³⁾。NICEガイドラインによれば「ほとんどのアルコール依存症者は断酒が適切なゴールとなる。有害な飲酒や軽度の依存、特定の合併症もなく、十分な社会支援があり、患者が減酒を選んだ場合はそれを考慮する。重症のアルコール依存症や、精神的・身体的合併症がある者で、断酒に向かな

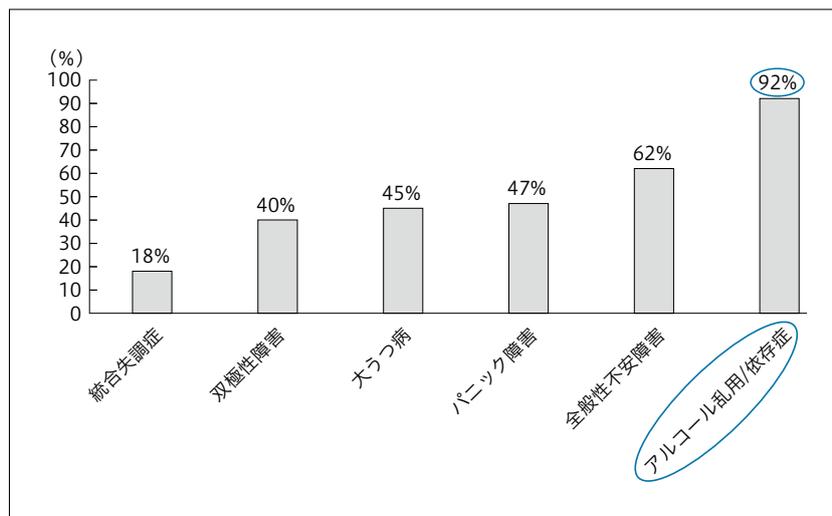


図 WHO Europe region の精神疾患治療ギャップ

治療ギャップ：疾患の治療を必要としている人の数と実際に治療を受けている人の数の差。

(文献9より作成)

いはハームリダクションプログラムを考慮すべきである。しかし、最終的には断酒をゴールとすることがすすめられるべきである」との記載があり、断酒を最良としながらも軽症者で合併疾患や複雑な要因のない者には減酒目標の維持も本人の希望に応じて取りうる選択肢であることが記載されている。さらに重症者へのハームリダクションの適用も強調されている¹³⁾。上記のNICEガイドラインの方針は、他国フランスやドイツのアルコール使用障害ガイドラインにも採用されている。これらのガイドラインから、アルコール依存症にとって断酒が最も安全な治療ゴールであるという前置きがある一方で、飲酒量を減らすアプローチもアルコール依存症の治療の選択肢となりうる十分に示されている。

このように、世界の流れとして「節酒 (controlled drinking)」や「減酒 (reduced drinking)」「適度な飲酒 (moderate drinking)」といった断酒以外の選択肢をオプションとして取り入れる動きは浸透しているといっていよう。

IV. 断酒以外の選択肢を採用する利点

ここまでアルコール使用障害に断酒以外の治療方向性を提示することの広がりについて論じてきた。ではそれによりどんな利点を楽しむことができるだろうか。

1つには、治療ギャップ改善への効果である。アルコール問題で医療にかかる人口の少なさは、世界各国と同水準

でその低さが指摘されている。日本ではアルコール依存症の生涯有病者数は107万人と推計されているが¹⁶⁾、その一方で医療機関にかかっているアルコール依存症者数は厚生労働省患者調査(2011年)によれば約4万人であり、アルコール依存症の診断にあてはまるが医療機関にかかっていない人口は相当数いるといわれている。治療ギャップについては世界的にみても同じ傾向が指摘されている。WHOの調査による欧州地域での治療ギャップを示すと、疾患の治療を必要としながらも治療を受けていない人の割合は、アルコール乱用/依存症で92%に上り、他の精神疾患と比較しても高率であるといえる⁹⁾(図)。

アルコール依存症の診断にあてはまる多くの人は治療を受けることで利益を受けるといわれている一方で、当事者が治療を求めない理由はどこにあるだろうか。それは「治療を求めない人の約半数は、飲酒の継続を望んでいるから」との報告がされている¹¹⁾。そこで、アルコール使用障害者に飲酒量低減の選択肢を提示することで、断酒の決意が固まっていない多くの人が治療にアクセスしやすくなることが期待される。かつて「断酒する気になってから治療が始まる」といわれていた時代には治療の場にかかわることからも排除されてきた人々とまず対話するきっかけをつかめるようになった。

表2 アルコール摂取量によるリスク分類 (WHO)

DRL	男性	女性
低リスク	1~40 g	1~20 g
中リスク	41~60 g	21~40 g
高リスク	61~100 g	41~60 g
超高リスク	101 g~	61 g~

DRL : Drinking Risk Level

V. 減酒により改善が期待される項目

減酒の効果については、飲酒量と死亡率が関連することから明らかである。これについては、少量の飲酒習慣がある者のほうが死亡率が低下するというJカーブの議論があり、Jカーブが存在するかどうかは交絡因子を調整するなどして検証が続いている。2018年にLancet誌に掲載された世界195の国や地域の飲酒によるアルコール関連死や生涯調整生命年 (disability adjusted life years : DALYs) のシステマティック解析によれば、飲酒による健康被害を最小化できる飲酒量はゼロであるという結論が導かれている⁴⁾。いずれにしろ、飲酒量が一定以上を超えればその量に応じて死亡率が上がることは数々の研究で共通して指摘されているところである。

また、WHOが示したアルコール摂取量によるリスク分類 (表2) を用いた研究では、アルコール使用障害者の治療後6ヵ月時点で低リスク飲酒 (男性: 1~40 g, 女性: 1~20 g) 群と断酒群では医療サービスの利用率や医療コストに差がなく⁷⁾、さらに低リスク飲酒群と断酒群は精神的、家族的、社会的な問題が多量飲酒群と比較してよい状態であり、低リスク飲酒群は断酒群と同様に9年の間、心理社会的状態が良好で維持できていた⁸⁾。

さらに、飲酒を減らすことでさまざまなアルコール関連障害が改善したというエビデンスは多数存在する。飲酒量低減を含む介入について論じた63の研究のレビューによれば、アルコールに関連した怪我の減少、血圧の改善、体重減少、アルコール誘発性の肝線維化の進行を遅らせる、抑うつや不安の改善、身体的・精神的QOLの改善など、さまざまな状況で飲酒量低減の利点が挙げられている²⁾。

VI. ハームリダクションの観点から

ハームリダクションとは、「物質使用に関して必ずしもその使用量は減ることがなくともその使用により生じる健康・社会・経済上の悪影響を減少させること」と定義され、薬物政策の観点より発展したコンセプトである。アルコール使用に対してのハームリダクションの活用は数々の文献で論じられている。例えばMarlatt, G. A. らは、ハームリダクションは断酒の代替としてとらえられ、効果的で重要な治療ターゲットとして減酒を含むという論述から、ハームリダクションの具体的な取り組みのなかの1つとして減酒の存在を認めている¹²⁾。他の文献でも、「ハームリダクション=アンチ断酒」ではなく、断酒がアルコールの害を減らすのに理想的である一方で、飲酒するあるいは将来的に飲酒する人にとって、ハームリダクションは断酒 (zero tolerance) が提供できないバランスのとれた視点やアルコールの害を減らす実際のスキルを提供してくれる¹⁵⁾とあり、断酒が最良であることを認めながら、断酒と決して相反するコンセプトではなく、相互補完する役割としてのハームリダクションの活用を推奨している。

おわりに

アルコール使用障害の治療ゴールの多様性を認める流れは、各国のガイドラインやその利点から受け入れられるべき方向にあると考えられる。わが国でもこの点を含めた新たなガイドラインの活用がなされ、アルコール使用障害をもつ人々への介入のハードルが下がり、断酒の方向性以外の選択肢が断酒治療でカバーできない領域を支える役割を担うことを期待する。

利益相反

湯本洋介：講演料 大塚製薬株式会社

樋口 進：講演料 大塚製薬株式会社、研究費・助成金など サントリーホールディングス株式会社

文献

- 1) AA Grapevine : This is A. A. : An introduction to the A. A. Recovery Program. Alcoholics Anonymous World Services, Inc, New York, 2017
- 2) Charlet, K., Heinz, A. : Harm reduction : a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms.

- Addict Biol, 22 (5) ; 1119-1159, 2017
- 3) Cox, W. M., Rosenberg, H., Hodgins, C. H. A., et al. : United Kingdom and United States healthcare providers' recommendations of abstinence versus controlled drinking. Alcohol Alcohol, 39 (2) ; 130-134, 2004
 - 4) GBD 2016 Alcohol Collaborations : Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet, 392 (10152) ; 1015-1035, 2018
 - 5) Haber, P., Lintzeris, N., Proude, E., et al. : Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems. University of Sydney, Sydney, 2009
 - 6) Heather, N., Raistrick, D., Godfrey, C. : Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. National Treatment Agency for Substance Misuse, London, 2006
 - 7) Kline-Simon, A. H., Falk, D. E., Litten, R. Z., et al. : Posttreatment low-risk drinking as a predictor of future drinking and problem outcomes among individuals with alcohol use disorders. Alcohol Clin Exp Res, 37 (Suppl 1) ; E373-383, 2013
 - 8) Kline-Simon, A. H., Litten, R. Z., Weisner, C. M., et al. : Post-treatment low-risk drinking as a predictor of future drinking and problem outcomes among individuals with alcohol use disorders : a 9-year follow-up. Alcohol Clin Exp Res, 41 (3) ; 653-658, 2017
 - 9) Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., et al. : The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ, 82 (11) ; 858-866, 2004
 - 10) Mann, K., Hermann, D., Heinz, A. : One hundred years of alcoholism : the Twentieth Century. Alcohol Alcohol, 35 (1) ; 10-15, 2000
 - 11) Mann, K., Aubin, H. J., Witkiewitz, K. : Reduced drinking in alcohol dependence treatment, what is the evidence? Eur Addict Res, 23 (5) ; 219-230, 2017
 - 12) Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Witkiewitz, K., et al : Harm Reduction : Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors. Guilford Press, New York, p.69-121, 1998
 - 13) National Institute for Health and Care Excellence : Alcohol-use disorders : diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. National Institute for Health and Care Excellence, Leicester, 2011
 - 14) National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism : Helping Patients Who Drink Too Much : A Clinician's Guide. National Institutes of Health. U. S. Department of Health and Human Services, Washington, D. C., 2005
 - 15) Neighbors, C., Larimer, M. E., Lostutter, T. W., et al. : Harm reduction and individually focused alcohol prevention. Int J Drug Policy, 17 (4) ; 304-309, 2006
 - 16) 尾崎米厚, 樋口 進, 神田秀幸ほか : 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平成 25 年度総括研究報告書 (厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業). 2014
 - 17) Polich, J. M., Armor, D. J., Braiker, H. B. : The Course of Alcoholism : Four Years After Treatment. John Wiley & Sons Inc, Santa Monica, 1981
 - 18) 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, 樋口 進, 齋藤利和ほか編 : 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 新興医学出版社, 東京, 2018
 - 19) Sobell, M. B., Sobell, L. C. : Alcoholics treated by individualized behavior therapy : one year treatment outcome. Behav Res Ther, 11 (4) ; 599-618, 1973
 - 20) Sobell, M. B., Sobell, L. C. : Controlled drinking after 25 years : how important was the great debate? Addiction, 90 (9) ; 1149-1153, 1995

Setting Treatment Goals for Alcohol Use Disorder According to the New Guideline for Substance Use Disorders

Yosuke YUMOTO, Susumu HIGUCHI

National Hospital Organization Kurihama Medical and Addiction Center

The Japanese new diagnostic and treatment guideline for alcohol and drug use disorders was published in 2018, 15 years after the previous guideline had been first distributed in Japan. Among the substantial changes in the new guideline is the recommendation for goal setting in individuals with alcohol use disorder. Traditionally, almost all treatment facilities in Japan had prioritized the goal of abstinence, and moving toward a non-abstinent goal was regarded as a maltreatment for both therapists and clients. Numerous individuals with alcohol use disorder

who were unwilling to maintain abstinence had been excluded from interventions provided at treatment facilities and health services. As such, we often lost opportunities to establish connections with individuals who wanted to solve their problems induced by alcohol use but who did not want to quit drinking. The new guideline suggests that the optimal goal is abstinence, but it accepts the choice of clients. Clients can adopt a strategy of reducing their alcohol consumption initially to prevent dropping out from treatment, especially in the cases where the client with alcohol use disorder has a severe symptom or comorbidities, faces serious family or social problems leading them to reject the goal of abstinence, or disagrees with the recommendation for abstinence. Moreover, individuals with mild symptoms of alcohol use disorder and without comorbidities can opt for a moderate drinking goal, except when they are required to set abstinence as their goal for any specific reason. The possibility of applying a treatment goal that does not require only abstinence in individuals with alcohol use disorder had been discussed since the 1970s. Beginning in the 2000s, diagnostic and treatment guidelines for alcohol use disorder published in several countries began to adopt the new concepts of goal setting, such as reduced drinking and harm reduction. An advantage to accepting reduction as treatment goal for alcohol use disorder is that it decreases the resistance to visiting treatment facilities or accessing social health services among individuals with mild alcohol use disorder and those diagnosed as having harmful alcohol use. These individuals with mild alcohol use disorder tend to regard an abstinent goal as excessive for themselves and their alcohol habit as not requiring consultation. In addition, reduction in alcohol use has been shown to decrease problems induced by drinking, including physical and functional disabilities. Even in the case of individuals with severe alcohol use disorder or comorbidities complicated by their background, reduction in alcohol use can decrease health risks related to alcohol use and enable various interventions to be provided until these individuals can begin their preparation toward an abstinent goal. These advantages regarding the acceptance of reduction treatment should be considered in shaping attitudes toward alcohol use disorder. In line with these guidelines in other nations, the latest guideline published in Japan includes the concept that therapists should recognize individuals with alcohol use disorder as capable of choosing their treatment goal by themselves and as clients who should not be forced to take the singular route toward an abstinent goal based on the belief of therapists. The concept of reduction treatment goals should be spread among both therapists and clients in Japan. Increased interest in people's alcohol habit could contribute to preventing the harms induced by alcohol use.

Authors' abstract

Keywords diagnostic and treatment guideline, alcohol use disorder, abstinence, harm reduction, reduction in alcohol consumption