

## ツールを使った多量飲酒者の酒量を減らす方法（その1）：簡易介入の基礎とツールの説明

独立行政法人国立病院機構 久里浜アルコール症センター 樋口 進・伊藤 満

## 1. はじめに

「ツールを使った多量飲酒者の酒量を減らす方法」と題して、1月と2月は簡易介入（Brief Intervention, BI）を連続して取り上げる。今月は主にアルコール依存症について解説し、BIの詳細な説明は次号にて行うこととする。多量の飲酒によってアルコール関連問題を引き起こしている状態を総称してアルコール使用障害と呼ぶが、その中で断酒が必要となるアルコール依存症者はわが国に約80万人、飲酒量を減らす必要がある多量飲酒者（プレアルコリズム）は約218万人いると推計されている。BIは、多量飲酒者を主な対象として、その飲酒量を減らすための介入法として効果を発揮するものである。

## 2. アルコール依存症とは

アルコール依存症者には、飲酒のコントロールができない、離脱症状がみられる、アルコールが自分の健康を害していることがわかっているのに止められないといった症状がみられる。そして、大切にしていた家族、仕事、自分の健康などよりも、飲酒をはるかに優先させるようになる。

アルコール依存症の中心的症状は、「こころの依存」としての飲酒のコントロール障害と、「神経・からだの依存」としてのアルコール離脱症状である。コントロール障害とは、飲酒量・時間・状況・健康において、適切な飲酒行動をとることが困難になることであり、連続飲酒がその典型的なものである。連続飲酒は体からアルコールが切れないように、お酒を飲み続ける状態であり、数日から数ヶ月にわたって続くこともある。初めは飲みたい・酔いたいために飲酒していたものが、後になると離脱症状がでてこないように嫌々ながら飲酒することも多い。また、離脱症状は脳（中枢神経）がアルコールに依存している証拠であり、まさに依存の中心に位置している。酒が切れたことから出現する手のふるえ、発汗（寝汗）、不眠、いらいら、吐き気・嘔吐、幻覚、てんかん発作などがこれにあたる。連続飲酒や離脱症状がみられる場合には、アルコール依存症の可能性がきわめて高いといえる。

アルコールは体のあらゆる臓器に影響を与えるが、世界保健機関（WHO）の報告では、60以上もの疾患の原因となり得ることが指摘されている。さらに、疾患による社会的損失の4%はアルコールが原因であり、高血圧（4.4%）、タバコ（4.1%）に次いで3番目に大きな要因となっている。このような健康問題だけではなく、アルコールは様々な社会的問題（飲酒運転、自殺、暴言・暴力、家庭内暴力、虐待、欠勤・失職、借金など）なども引き起こすことがある。アルコールは社会的問題の原因となり得る、これはアルコールとタバコとの相違点のひとつであるといえる。

## 3. アルコール依存症の治療

アルコール依存症には、「再発準備性が高い」という特徴がある。これは、長期間にわたって断酒していても、再び飲み始めれば、程なくコントロールできない飲み方に戻ってしまうという特徴である。アルコールだけでなく、薬物など他の依存症にもみられる現象であることから、依存症の最も重要な特性のひとつにあげられる。この再発準備性があるために、アルコール依存症者は生涯断酒を続けなければならない。

アルコール依存症者には、自己中心性と否認という心理的特長があり、治療を難しくさせている。治療導入にあたっては、コンサルテーション（説得）・インターベンション（介入）・イネイブリングへの対処を通して否認を打ち破り、断酒や減酒の決意へと導いていく。その際、治療者は2つの態度を使い分けることが求められる。ひとつは共感・いたわり・励まし・達成可能感を与える態度である。もひとつは毅然とした態度で接し、問題に直面化させるという姿勢である。一般的に、多量飲酒者に対する減酒指導では共感・励ましが中心となる一方で、アルコール依存症の治療導入では毅然・直面化の態度が中心となる。

アルコール依存症者のみせる否認のパターンとしては、全否定（問題を否定する）、矮小化（問題を過小評価する）、一般化（「自分だけではない」という態度をとる）、比較（「あの人だって…」と他者と比較する）、揚げ足取り（治療者の言葉の揚げ足を取る）、ふてくされた居直り、理由づけ、挑戦、知性化（問題を抽象的に論じる）などがある。このような否認には、飲酒問題を直面化させる（全否定、矮小化、理由づけ、知性

化に対して)、相手のペースに巻き込まれないように問題を焦点化する(一般化、比較に対して)、相手に対する配慮を示す(揚げ足取り、ふてくされた居直り、挑戦に対して)といった技法を用いて対応することができる。また、治療者は、どんなに否認の強い人でも飲酒問題に対する自覚はどこかにあると信じていることが大切である。加えて、本人・家族の慣れてきているパターンと異なるアプローチをとったり、より具体的な情報を収集して指導も具体的に行なったり、さらには共依存に対する対処も考慮したりすることも求められる。その他、コンサルテーションの原則として以下をあげることができる。

- ・コンサルテーションの落とし所を事前に考えてから始める
- ・本人の言い分をよく聞く
- ・本人を/本人の問題を中心に据えて話を進める
- ・本人(の健康など)が心配であることを前面にだす
- ・本人の長所を前面にだすことも必要
- ・酔っているときにはしない(離脱症状で苦しいときがチャンスときもある)
- ・本人が同意したら、すぐに治療導入行動を起こす
- ・失敗したときどうするか考えておく

アルコール依存症の治療目標は断酒の継続であり、入院または外来による専門治療が原則となる。治療の内容は心理社会的治療と補助的なものとしての薬物治療から構成される。外来治療では、定期的な通院・抗酒剤の服用・自助グループへの参加が「外来治療の三本柱」として知られている。アルコール依存症の治療転帰には、入院中にどのような治療を行ったかよりも、退院後に外来で何を行ったかが大きな影響を与えている。したがって、「三本柱」を継続することが重要であるといえる。

定期的な通院は断酒の確認作業という意味を持っているが、外来での治療プログラムは必ずしも必要ではない。また、自助グループは断酒しようと思う者が集まって例会・ミーティングを開くもので、アルコール依存症の社会復帰に必要な社会資源である。我が国の自助グループには、断酒会とAA(Alcoholics Anonymous)とがある。断酒会は1950年代に日本で生まれ、全国津々浦々で例会が開かれている。会員数は約1万人である。一方のAAは、1935年に米国で誕生し、1970年代に本邦へ導入されている。会員数は世界で100万人、国内に5千万人である。都市圏を中心にミーティングが開かれている。独立自尊の集団である。

#### 4. 多量飲酒者への対応

多量飲酒者に対しては、飲酒量の減少を目指してBIを用いることが可能である。節度ある適度な飲酒量とは、純アルコールに換算して1日20グラム(日本酒1合弱またはビール中ビン1本相当)以下がひとつの目安となる(「厚生労働省健康日本21」より)。ただし、女性・飲酒後に顔の赤くなる人・65歳以上の高齢者の目安は、これより少なくなる(純アルコールで10グラム程度)。なお、BIの実際の導入に際しては、対象者にこの目安を押し付けるようなことはせず、自発的に減酒量の目標を設定してもらうことが重要である。たとえ減酒量の幅が小さな目標を立てたとしても、「減らそうとしている」ことに対して、肯定的なフィードバックをすることが求められる。

BIははっきりとした定義がなされていないものの、以下のような特徴を持つものである。

- ・短時間の個別カウンセリング(5から30分)
- ・通常、1~数回のフォローアップカウンセリングを行う
- ・対象は多量飲酒者であり、依存症者は専門治療が必要
- ・治療の目標は、断酒ではなく減酒のことが多い
- ・クリニック、地域保健センター、職域健康管理センター、学校など様々な一次保健・医療現場で実施できる
- ・医師のみならずコメディカルスタッフも実施できる
- ・ワークブックなどの教材を使用すると効果的である
- ・日記をつけることなども強く推奨される

BIの実際の導入は、①自分の飲酒量を評価して減らす動機を持ってもらう、②飲酒量を減らすための方法を考える、③危険な状況(飲みすぎてしまう状況)への対象法を考える、④飲酒に関する目標を本人が設定する、⑤毎日の飲酒をモニタリングする、というステップで進めていく。

今回はアルコール依存症の治療について解説した。BIの具体的な実施方法については、次号において紹介したい。