

平成29年5月18日開催

あたらしい外来プログラム  
”減酒外来” (AHRP: Alcohol Harm Reduction Program) について  
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)

2017年4月、久里浜医療センターに減酒外来(Alcohol Harm Reduction Program: AHRP)を開設した。当外来では、アルコール使用障害(アルコール依存症も含む)またアルコール使用障害の診断閾値下の者に対して飲酒量を減らすことを目標としたサポートを行い、アルコールによって引き起こされている目下の害を減らしていくことや、将来のアルコール問題の増悪を予防していくことに重点を置いている。当院のようなアルコール依存症治療専門病院にて減酒の目標を前面に置いた外来治療の提供は、国内で他に例を見ない。

・減酒外来を開設するに至った経緯

2013年、尾崎らによって行われた全国調査にて、アルコール依存症者は国内に推計107万人存在していると言われている。一方、アルコール依存症者のうち、依存症の治療で医療機関を受診した者は14%のみという報告がある(Osaki et al., 2016)。アルコール依存症者の依存症自体の治療を目的とした医療機関受診率は世界的に見ても高くはなく、米国の同様の調査でもアルコール使用障害に分類された者のうち、依存症専門医療または自助グループを利用した者は14.6%との調査結果が得られている(Cohen et al., 2006)。

受診率が低い理由については、医療機関を受診すると「アルコール依存症であるとレッテルを貼られる」「断酒させられる」というイメージが付き纏い、これらのネガティブなイメージが医療機関を受診することから人々を遠ざけていると言われている(Probst et al., 2015)。

一方で、アルコール関連問題学会所属会員医師232人に、アルコール依存症者の治療の目標として減酒を受け入れるかどうかを尋ねた調査によると、治療の中間的目標としての減酒を受け入れると回答した医師は64.8%、最終目標として受け入れると回答した医師は31.5%との報告があり

(Higuchi et al., 2014)、減酒を治療目標に取り入れている依存症治療の専門家の数は少なくない。

以上より、アルコール使用障害の診断がつく状態でありながら医療機関への受診に至らない潜在的な人口が多くいる一方で、一律に断酒を強要されるというイメージが医療機関受診へのハードルを上げ、受診への抵抗につながっているという事態が推測され得るが、治療を担当する側からすれば減酒の目標も受け入れられつつあるように思われる。そこで、一般人口のアルコール医療機関への受診に対しての抵抗を減らすため、アルコール量を減らすことも治療の選択肢として取り入れることをアピールした外来を設置し、アルコール問題を抱えた人々がより早期に、また取り組み易い目標で治療に参加し続けられる効果を期待し、減酒外来の設置に至った。

#### ・減酒治療の有効性

左記に述べたような医療機関受診のハードルを下げるという期待に加え、減酒治療の有効性についても数々の研究でその効果が確認されている。

減酒の維持がアルコール使用障害、特にアルコール依存症者の治療の選択肢となり得るのかどうかについては、1960年代以降盛んに議論をされてきた。1973年、Sobellらの調査によれば、アルコール依存症者に対して治療後24ヶ月までは断酒中心よりも減酒中心の治療を受けたの方が良好な機能を発揮できる日が多かった(Sobell and Sobell, 1973)など減酒治療の効果についての報告は多数見られたが、当時減酒をアルコール依存症の治療の目標に据えることに対する批判もなされ、断酒がアルコール依存症にとってベストの方向性であることが世界共通の認識となっていた。

しかし近年、減酒の有効性についての研究がなされ、アルコール依存症と診断された者が、その重症度によって「適度な飲酒」や「危険でない飲酒をする」ことの実現可能性について報告されている(Dawson et al., 2005) (Hasin et al., 2013)。

最近では減酒による具体的な効果についても言及がなされてきている。WHOは飲酒の危険度を分類し、1日あたりの平均飲酒量を、低リスク飲酒(low risk drinking): 男性1~40g/女性1~20g、中リスク飲酒(middle risk drinking): 男性41~60g/女性21~40g、高リスク飲酒(high risk drinking): 男性61~80g/女性41~60g、超高リスク飲酒(very high risk drinking): 男性101g~/女性61g~/、とした。WHOの飲酒リスクによる分類を用いた研究によれば、Hasinらが報告した米国の大規模調査において、減酒のレベルが上記のWHO分類のうちどのレベルであっても、1レベ

ル下がると、3年後のアルコール依存症の発症率を有意に下げることができた、と論じている。また同じ研究で、アルコール依存症の診断がついた者の中でも6割が減酒を試み、飲酒のレベルを1レベル下げることができると、3年後のアルコール依存症の診断がつく者の割合が有意に減ったことも言及されている(Hasin et al., 2017)。このWHOの飲酒リスク分類に基づいた報告によれば、減酒はリスクの高い飲酒をしている者のアルコール依存症発症の予防になり、かつアルコール依存症者であっても減酒を持続することでアルコール依存症の症状改善にもつながることが示されている。またWitkiewitzらも、米国COMBINE studyの調査を用いて、WHO分類に基づいた減酒の効果を示している。WHO分類の飲酒リスクレベルが1段階でも減ると、治療後1年後までアルコールに関連した問題が減り、精神的健康度が上昇したと報告しており、減酒が全体的な機能の向上に効果的である可能性が示されている(Witkiewitz et al., 2017)。

#### ・減酒外来の展開

以上、アルコール使用障害者に対する減酒治療の有効性についての言及は海外で数多くなされているが、本邦では減酒治療の取り組みは表立って進んではいない。

当院の減酒外来は、その副題を Alcohol Harm Reduction Program と銘打ち、アルコールで起きている目先の害を減らしてより健康的な生活習慣への変化をサポートすることを基本的な考えとし、断酒が前提ではなく受診者それぞれの目標に合わせたアルコールとの付き合い方を提案する。外来の対象者はお酒の習慣を変えてみたいと思っている人全てであり、過去にアルコール依存症の診断がついた人でも受け入れ可能としている。ただし、身体的・精神的・社会的問題が重篤で断酒が直ちに必要な状態と判断した者は断酒治療を薦めている。

外来は週2回(月・木)の予約制をとっている。受診希望者は受診前に直近1ヶ月の飲酒量を振り返り、飲酒習慣の把握を行う。診察時にはAUDITの点数、ICD10、DSM5の該当項目数等によりアルコール問題の重症度をチェックする。次に、実現可能な減酒の目標を定め、酒量を減らすための具体的なアイデアを話し合い、次回外来までの飲酒量を飲酒日記に記載する。

今後の展望として、減酒治療の有効な介入方法や、減酒治療がアルコール使用障害の改善や生活機能の向上にどの程度結びつくのか、本邦での実績を集積していく。