

飲酒量低減治療マニュアル ポケット版
【第1版】

2019年11月

一般社団法人 日本アルコール・アディクション医学会
日本アルコール関連問題学会
一般社団法人 日本肝臓学会
一般財団法人 日本消化器病学会
一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会

目次

1 はじめに

2 飲酒量低減治療について

- (1)ナルメフェンの処方が可能な医師の要件
- (2) 飲酒量低減治療のフローチャート
- (3) 専門医療機関への紹介/相談、専門医療機関のリスト

2.1 飲酒量低減治療の選択

- (1) アルコール依存症の診断
- (2) 飲酒量低減を選択可能な患者

2.2 飲酒量低減治療の開始から終了

- (1) 飲酒量低減治療の開始
- (2) 治療効果の判定
- (3) 薬剤投与の中止と他の治療への移行
- (4) 薬剤投与中止後 6 カ月の経過観察
- (5) 飲酒量低減治療における心理社会的治療

2.3 断酒を選択すべき患者への対応

2.4 専門医療機関への紹介を拒む患者への対応

3 補足

4 引用文献

1. はじめに

アルコール薬物問題の診療には精神科のみでなくすべての診療科との連携や若手医師の関わりがかかせないことから治療の裾野を広げることを考慮して2018年9月に「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン」を作成しました。従来アルコール依存症の治療目標は断酒の達成とその継続を目標とし、アルコール依存症の専門医療機関を中心に治療が行われてきましたが、特に初期のアルコール依存症患者では、すぐに断酒することが難しい患者や、断酒に抵抗感を示す患者が存在し、治療導入の困難さが問題となっていました。このため、わが国においても欧米に遅れることなく飲酒量低減（減酒）という新しい治療選択肢を治療目標として新ガイドラインに加えました。また、新ガイドラインはプライマリ・ケア医や内科医、若手医師が治療に応じる機会が多い初期のアルコール依存症に焦点を当て、総論、症例別初期対応編、軸評価に基づいた問題別対応編、参考資料の4章で構成しました。また2018年12月には「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドラインに基づいたアルコール依存症の診断治療の手引き」を作成しました。手引きは新ガイドラインよりアルコール依存症の診断、治療の選択、心理社会的治療や薬物治療、専門医療機関との連携に関するエッセンスだけを抜き出し解説を加えました。

その後、2019年にはナルメフェンが「アルコール依存症における飲酒量の低減」を効能又は効果として承認され、薬剤を用いた飲酒量低減治療が可能となりました。ナルメフェンの投与にあたっては「国際疾病分類等の適切な診断基準に基づきアルコール依存症と診断され」、「飲酒量低減を治療目標とすることが適切と判断された患者」に対して「服薬遵守及び飲酒量の低減を目的とした心理社会的治療と併用」することが必須とされています。そこで本マニュアルはプライマリ・ケア医や内科医、非専門医が薬剤（ナルメフェン）を用いた飲酒量低減治療を行う場合を想定し、上記の要件を踏まえた診断、適切な患者の選択、薬物治療の流れ、ならびに専門医療機関との連携のタイミングについて解説を加えました。アルコール依存症の飲酒量低減治療にお役立ていただければ幸いです。

2. 飲酒量低減治療について

(1) ナルメフェンの処方が可能な医師の要件

飲酒量低減治療において、薬剤（ナルメフェン）の処方には「アルコール依存症の診断」「治療目標の選択」「心理社会的治療」等に関する研修を修了した医師とする。本研修の受講資格者は、精神科を標榜する医師、肝臓専門医、プライマリ・ケア認定医および家庭医療専門医とする。

(2) 飲酒量低減治療のフローチャート

薬剤を用いた飲酒量低減治療の流れを図1に示しました。それぞれの注意点について各項で解説します。

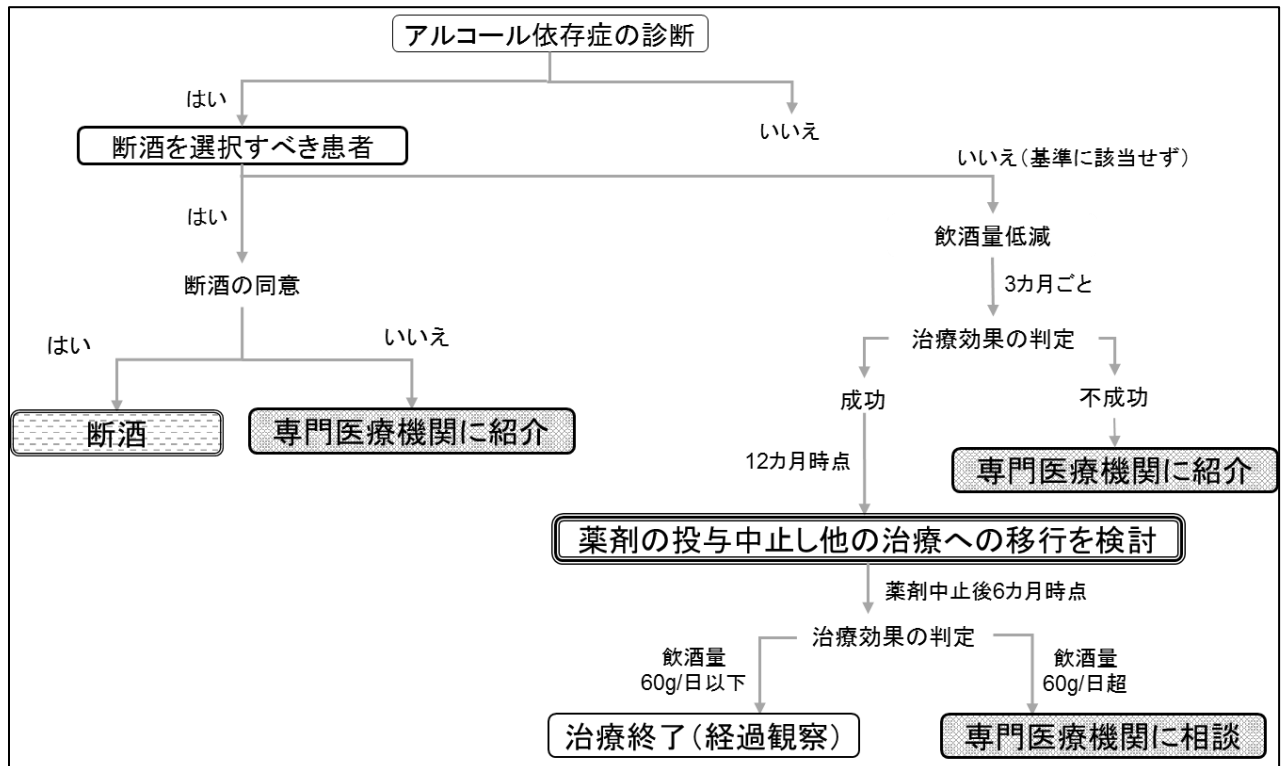


図1 薬剤を用いた飲酒量低減治療の流れ

(3) 専門医療機関への紹介/相談、専門医療機関のリスト

次の場合には専門医療機関への紹介/相談を検討してください。

①専門医療機関への紹介

- ・断酒を選択すべき患者で断酒の同意がとれない症例
- ・飲酒量低減治療が不成功の症例

②専門医療機関への相談

- ・飲酒量低減治療が成功し、薬剤投与を中止したが、その後6カ月の間に飲酒量が純アルコール60g/日超を認めた場合には、薬剤の再投与を行う前に飲酒量が増えた原因を特定し、薬剤の再投与の可否について専門医療機関の医師に相談を検討してください。

③近隣の専門医療機関のリスト

依存症対策全国センターのサイト（全国の相談・治療施設を探す）（<https://www.ncasa-japan.jp/you-do/treatment/treatment-map>）をご活用ください。

参考）専門医療機関とは、平成 29 年 6 月 13 日障発 0613 第 4 号に記載の依存症専門医療機関の選定基準を満たす医療機関、及び厚生労働省科学研究費補助金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 平成 28 年度総括研究報告書の選定基準を満たす医療機関を指します。

2.1 飲酒量低減治療の選択

薬剤（ナルメフェン）を用いた飲酒量低減治療を開始する場合、以下の 2 点を満たす必要があります（図 2）。

① アルコール依存症と診断されること（本項(1)を参照）

断酒を選択すべき患者ではないことを確認すること（本項(2)を参照）

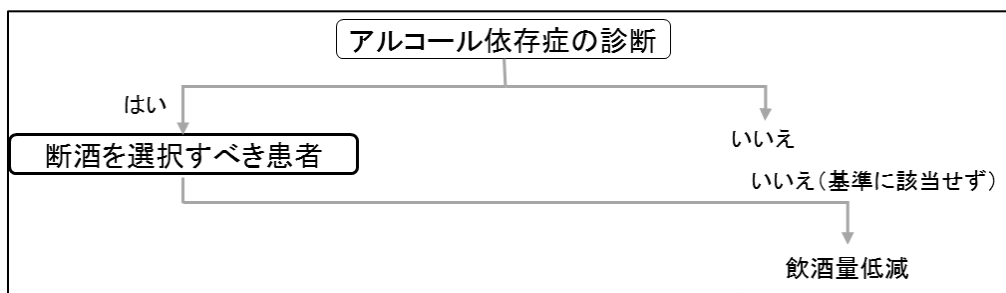


図 2 飲酒量低減治療の選択の流れ

(1) アルコール依存症の診断

アルコール依存症の診断にあたっては、ICD-10 等に基づく診断が求められます。しかし、アルコールによって生じている問題に患者さん自身が気付いていなかったり、アルコール問題の大きさを自覚していない場合があるため、実臨床においてはすぐに診断を行うことが難しいことが少なからずあります。そこでアルコール関連疾患の患者やアルコール問題、慢性的な多量飲酒を疑う患者には AUDIT（Alcohol Use Disorders Identification Test：アルコールの有害使用やアルコール依存症の特定に有用なスクリーニングテスト）を用いたスクリーニングを行うことが有用です。

AUDIT は過去 1 年間の飲酒に関する 10 の質問で構成されており、各質問の回答の合計点数が 15 点以上の場合に ICD-10 による診断を行います（AUDIT15 点以上の場合には、アルコール依存症の診断における感度、特異度がともに最も高くなることが報告されています¹⁾）。患者さん自らが記入することができ、2-4 分程度で終了します。患者さんが記入するほうが正確な回答が得られ、時間短縮と費用削減ができます。なお、合計点数が 14 点以下であっても、家族や関係者から得られる情報を考慮し、飲酒に伴う身体的、精神的、社会的な問題が生じている場合には ICD-10 等の国際分類に基づく診断を検討してください。合計点数が 15 点以上であるにもかかわらず、アルコール依存症と診断されない場合には継続的な観察を行い、アルコール関連問題が進展すれば

診断を考慮してください。

● AUDIT を用いたアルコール依存症のスクリーニングテスト

1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか。		
0. 飲まない	1. 1ヶ月に1回以下	2. 1ヶ月に2~4回
3. 1週間に2~3回	4. 1週間に4回以上	
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか。		
ただし、日本酒1合=2単位、ビール大瓶1本=2.5単位		
ウイスキー水割りダブル1杯=2単位、焼酎お湯割り1杯=1単位		
ワイングラス1杯=1.5単位、梅酒小コップ1杯=1単位		
0. 1~2単位	1. 3~4単位	2. 5~6単位
3. 7~9単位	4. 10単位以上	
3. 1度に6単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか。		
0. ない	1. 1ヶ月に1回未満	2. 1ヶ月に1回
3. 1週間に1回	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
4. 過去1年間に飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか。		
0. ない	1. 1ヶ月に1回未満	2. 1ヶ月に1回
3. 1週間に1回	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
5. 過去1年間に普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか。		
0. ない	1. 1ヶ月に1回未満	2. 1ヶ月に1回
3. 1週間に1回	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
6. 過去1年間に深酒の後、体調を整えるために朝迎え酒をしなければならなかったことがどのくらいの頻度でありましたか。		
0. ない	1. 1ヶ月に1回未満	2. 1ヶ月に1回
3. 1週間に1回	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか。		
0. ない	1. 1ヶ月に1回未満	2. 1ヶ月に1回
3. 1週間に1回	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
8. 過去1年間に飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか。		
0. ない	1. 1ヶ月に1回未満	2. 1ヶ月に1回
3. 1週間に1回	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かが怪我をしたことがありますか。		
0. ない	2. あるが、過去1年にはない	
4. 過去1年間にある		
10. 肉親や親戚、友人、医師あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすよう勧めたりしたことがありますか。		
0. ない	2. あるが、過去1年にはない	
4. 過去1年間にある		

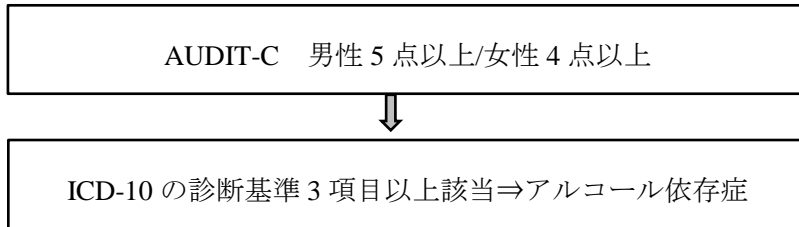
AUDIT の結果	判定
0~7点	問題飲酒ではないと思われる
8~14点	問題飲酒ではあるが、アルコール依存症までは至っていない
15~40点	アルコール依存症が疑われる

厚生労働省健康局：標準的な健診・保健指導プログラム平成30年度版，別添2, 3-95, 2018（より作成）

図 3 AUDIT の質問及び回答の点数

【参考】 AUDIT-C

AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption) は、AUDIT の 1～3 問の 3 つの項目からなるアルコール問題を拾い上げるより簡便なテストです。男性で 5 点以上、女性で 4 点以上であればアルコール依存症を疑います。



● ICD-10 を用いたアルコール依存症の診断

アルコール依存症の診断は、主に WHO が作成した ICD-10 の診断基準が用いられることから、ICD-10 の各診断項目に該当する具体的な事象や症状を挙げて解説します (表 1)。

以下の 6 項目のうち、過去 1 年間に 3 項目以上が同時に 1 カ月以上続いたか、または繰り返し出現した場合に“アルコール依存症”と診断されます。

表1 アルコール依存症の診断基準とその具体的な症状や事象例

1	渴望	<p>飲酒したいという強い欲望あるいは切迫感</p> <ul style="list-style-type: none"> ・隠れてでも飲んでしまう ・お酒が手元にないと不安 ・お酒のためなら面倒くさがらずに出かける ・仕事中でも酒の事ばかり考えている ・仕事が終わったら一人でも必ず飲みに行く ・仕事中でも飲んでしまう
2	飲酒行動のコントロール障害	<p>飲酒行動（開始、終了、量の調節）を制御することが困難</p> <ul style="list-style-type: none"> ・いつも泥酔するまで飲んでしまう ・休肝日と決めても飲んでしまう ・飲み始めたら止まらない ・前もって決めていた量以上に飲んでしまうことがしばしばある（たとえば2杯までと決めていたのに3、4杯飲んでしまう）
3	離脱症状	<p>断酒や節酒による離脱症状の出現、離脱症状の回復、軽減のために飲酒する</p> <p>離脱症状：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・イライラする ・頭痛 ・脈がはやくなる ・吐き気をもよおす ・嘔吐 ・眠れなくなる ・迎え酒をする ・倦怠感 ・発汗 ・手がふるえる ・一過性の幻覚、幻聴 ・高血圧 ・大発作性けいれん
4	耐性の増大	<p>当初得られた酩酊効果を得るために、飲酒量が増加する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲む量が増えている（※） ・たくさん飲まないと酔えなくなった <p>（※飲酒量が純アルコール量で男性 60g 超、女性 40g 超、かつ、習慣的に飲酒するようになってから飲酒量が 50%以上増加）</p>
5	飲酒中心の生活	<p>飲酒のために、本来の生活を犠牲にする、飲酒に関係した行為や、アルコールの影響からの回復に費やす時間が増加する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一日中飲んでいる ・一日中酔いが続いている、もしくは酔いからさめるのに多くの時間を使っている ・趣味、仕事、学業などの活動よりお酒を優先させる
6	有害な使用に対する抑制の喪失	<p>心身に問題が生じているにもかかわらず、飲酒を続ける</p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康診断や受診アルコールによる健康問題を指摘されているのに飲んでしまう ・医師から、うつがひどくなるために飲酒を止められているのに飲んでしまう

(2) 飲酒量低減を選択可能な患者

以下の「断酒を選択すべき患者」の基準に該当しない場合には飲酒量低減を治療目標として選択する事が可能です（→2.2項に進む）。本基準に該当する場合は2.3項を参照。

【断酒を選択すべき患者】

- 入院による治療が必要な患者
- 飲酒に伴って生じる問題が重篤で社会・家庭生活が困難な患者
- 臓器障害が重篤で飲酒により生命に危機があるような患者
- 現在、緊急の治療を要するアルコール離脱症状（幻覚、けいれん、振戦せん妄など）のある患者
- 断酒を希望する患者

2.2 飲酒量低減治療の開始から終了

飲酒量低減治療が適切と判断され、かつ飲酒量低減治療の意思のある患者に対して、薬剤の投与を含む飲酒量低減治療を開始します（図4）が、アルコール依存症の治療目標は継続した断酒が最も安定かつ安全な目標ですので、断酒への移行を常に念頭において治療を進める必要があります。

飲酒量低減治療を選択した場合でも常に断酒治療への同意取得に努めること

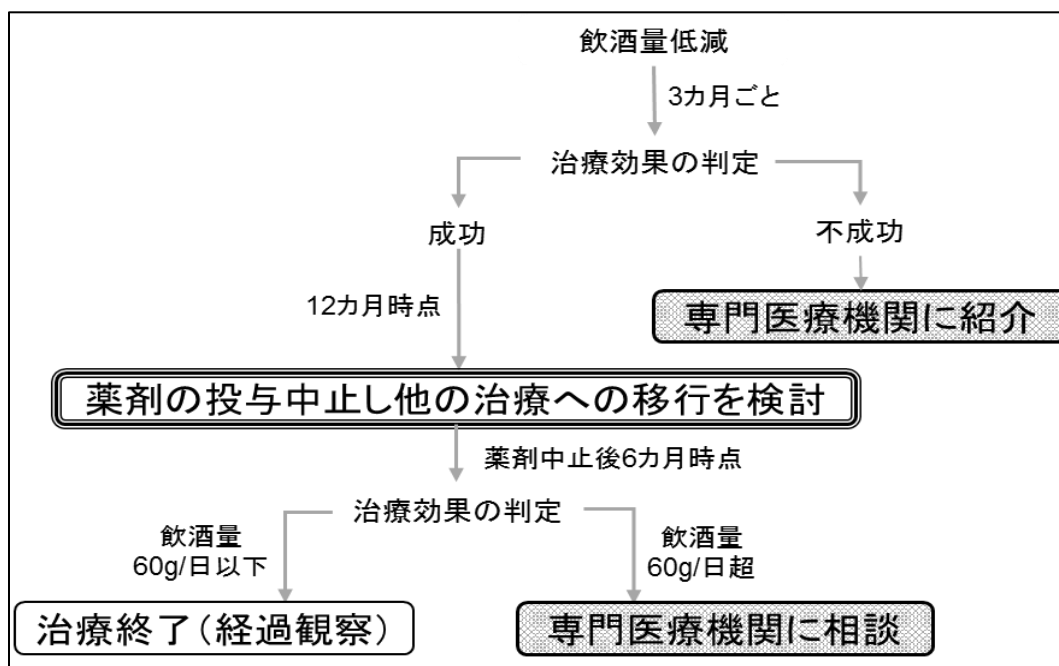


図4 飲酒量低減治療の開始から終了までの流れ

(1) 飲酒量低減治療の開始

飲酒量低減治療の開始にあたり、薬剤を使用するか否かは患者さんとの合意の上で選択してください。薬剤を用いた飲酒量低減治療には飲酒日記を併用することが大切です（本項(6)を参照）。

(2) 治療効果の判定

治療効果の判定は3か月ごとに行い、効果が認められない場合には薬剤の増量を検討します。なお、治療効果の判定に迷う場合には専門医療機関（←専門医療機関については2.項(3)を参照）への相談を検討してください。

治療開始6か月目（薬剤を10mgから開始し3か月時点で不十分と判断され、さらに20mgに増量後3か月時点でも効果が無い場合を想定）でも飲酒量低減効果が認められない場合は、専門医療機関への紹介を検討してください。一方、飲酒量の低下が認められ、さらなる低減が期待される場合には治療継続可能であるものの、飲酒量の低下の度合いや患者の身体的、精神的状態、および患者の希望に応じてナルメフェンの処方中止を検討してください。

飲酒量低減達成（本項(3)を参照）と判断された場合には、薬剤の投与を中止し他の治療への移行（本項(4)を参照）を検討してください。

(3) 治療成功の判定

飲酒量低減達成の目安を以下に記載する。

以下のいずれかの基準を3か月間維持した場合を飲酒量低減達成の目安とします。

- ・ 飲酒量が、男性では平均純アルコール量*40g/日以下、女性では純アルコール量*20g/日以下
- または、
- ・ 飲酒量が低下し、飲酒に関係した健康問題、社会問題に顕著な改善が認められる

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,第一版より作成

*純アルコール量（酒の量（mL）×度数%/100×0.8（比重））は以下、飲酒量とする。

(4) 薬剤投与の中止、他の治療への移行

治療開始後12か月時点で、薬剤投与を中止し、他の治療として患者の希望や身体状況等を基に、次の1～3のいずれかを検討してください。

1. 断酒治療へ移行する。

- ・ 断酒治療に対応できない場合には専門医療機関への紹介を考慮する。
- ・ 自助グループへの紹介を考慮する。
- ・ 集団精神療法や家族療法等を考慮する。

2. 飲酒量低減を目標に飲酒日記を用いた治療を継続する。

3. 受診を継続しながら大きな状態の変化がないことを薬剤中止後6か月まで経過観察する。

実臨床においては、薬剤の継続投与により更なる飲酒量低減が期待される場合、薬剤の中止により飲酒量の増加が予想される場合、患者が継続を希望する場合などが想定されるが、患者の希望や身体状況等を基に総合的に判断し漫然と投与継続をしないこと。

(5) 薬剤投与中止後6ヶ月の経過観察

①飲酒量60g/日を維持している場合

薬剤投与中止6ヶ月後でも飲酒量60g/日以下を維持している場合には治療終了とし、必要に応

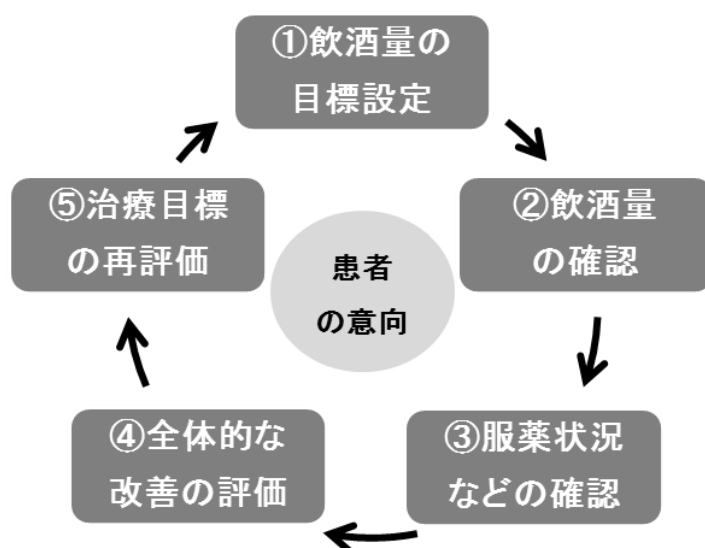
じて経過観察を継続してください。

② 飲酒量 60g/日超に戻った場合

多量飲酒（飲酒量 60g/日超）に戻った理由を確認のうえ、専門医療機関に薬剤の再投与の可否について相談してください。相談の結果、自施設で対応ができないと判断した場合には専門医療機関への紹介を考慮してください。

(6) 飲酒量低減治療における飲酒日記の活用（心理社会的治療）

アルコール依存症の治療においては心理社会的治療が主体とされ、薬剤は補助的役割とされています。新ガイドラインでは、心理社会的治療として毎日の飲酒量のモニタリングが重要とされています。日常診療において飲酒日記を用いることで心理社会的治療が無理なく実施できます。飲酒日記を用いることで以下の5つのステップを無理なく行うことができます。（飲酒日記以外にも集団精神療法、家族療法、認知行動療法、動機付け面接法などが広まりつつあります。）



① 飲酒量の目標設定

アルコールに関連する問題（血圧、肝機能、体重、睡眠障害、抑うつ症状等）に加え、可能であれば社会的な問題（仕事、家族等）を確認し、患者がかかえる問題に共感しながら対話し、飲酒量低減の合意を得ます。その上で、飲酒量低減治療により達成したいと患者が希望する治療目標を確認の上、高すぎる目標よりも、まずは容易に達成可能なスモールステップの目標を設定します。

② 飲酒量の確認

治療開始時、および受診ごとに飲酒量を確認します。飲酒量の増減よりもむしろ患者の行動の変化や、治療の継続を褒めて伸ばすアドバイスを行います。

③ 服薬状況などの確認

薬剤の服薬量や服薬の頻度が適切かどうか、副作用の程度や、断酒の意向がないかを確認します。

④ 全体的な改善の評価

治療目標の達成の有無にかかわらず、患者が抱える問題に共感をしながら、改善した点を見つけて治療が良い影響をおよぼしていることをポジティブに伝え、治療の継続を促します。

⑤ 治療目標の再評価

目標を達成している場合には、努力を認め治療を継続するように励まします。目標を達成していない場合でも批判せずに、困難だった点に立ち向かうための方法をサポートします。また薬剤の服薬量の見直しを行います。身体症状や精神症状、社会問題を総合的に判断し断酒が必要と考えられる場合には断酒への移行を勧めます。

参考) WHO による健康リスクにもとづく飲酒量のリスク分類

Drinking Risk Level (DRL)	飲酒量 (酒の量(mL) × 度数 % / 100 × 0.8 (比重))	
	男性	女性
Very High	100g 超	60g 超
High	60g 超～100g 以下	40 g 超～60g 以下
Medium	40g 超～60g 以下	20g～40g 以下
Low	1 g 以上～40g 以下	1g 以上～20g 以下

International guide for monitoring alcohol consumption and related harm, WHO(より作成)

参考) 飲酒量 20g の目安

酒の種類	ビール・発泡酒	チューハイ	焼酎	日本酒	ウイスキー・ジン	ワイン
アルコール度数	5%	7%	25%	15%	40%	12%
だいたいの目安	中ビン・ロング缶 1 本	350mL 缶 1 本	0.5 合強	約 1 合	ダブル 1 杯	ワイングラス 2 杯弱

厚生労働省 生活習慣病予防のための健康情報サイト (一部改変)

2.3 断酒を選択すべき患者への対応

2.1 項 (再掲) にて断酒を選択すべきと判断された場合には以下のように対応下さい (図 5)。

(再掲) 【断酒を選択すべき患者】

- 入院による治療が必要な患者
- 飲酒に伴って生じる問題が重篤で社会・家庭生活が困難な患者
- 臓器障害が重篤で飲酒により生命に危機があるような患者
- 現在、緊急の治療を要するアルコール離脱症状 (幻覚、けいれん、振戦せん妄など) のある患者
- 断酒を希望する患者

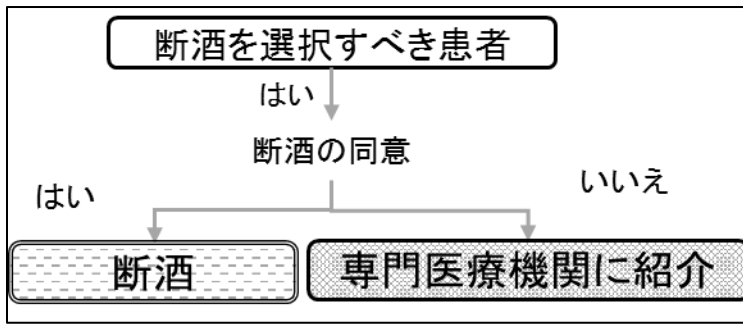


図5 断酒を選択すべき患者への対応

治療目標を断酒とすることに同意をとり、同意が得られれば断酒治療をすすめてください（断酒治療に対応できない場合には専門医療機関への紹介を考慮する）。断酒に同意が得られない場合、専門医療機関に紹介します（←専門医療機関への紹介を拒むケースへの対応は2.4項を参照）。

2.4 専門医療機関への紹介を拒む患者への対応

アルコール依存症の治療においては、治療の継続が重要であり、患者が治療からドロップアウトすることを避けるべきです。このため、専門医療機関へ紹介したものの（2.2項：飲酒量低減効果が認められない場合、2.3項：断酒を選択すべき患者の場合）、患者が専門医療機関への通院を拒む場合には、最終目標はあくまで断酒ではありますが治療から脱落を防ぐために、飲酒量低減を中間目標として治療を継続することも可能です（図4）。

ただし、アルコール依存症の治療目標は継続した断酒が最も安定かつ完全な目標ですので、断酒への移行を常に念頭において治療を進める必要があります。

飲酒量低減治療を中間的に選択した場合には、来院ごとに身体症状・臨床検査値等を基に断酒の必要性を説明し、断酒への移行や専門医療機関への紹介を常に促してください。

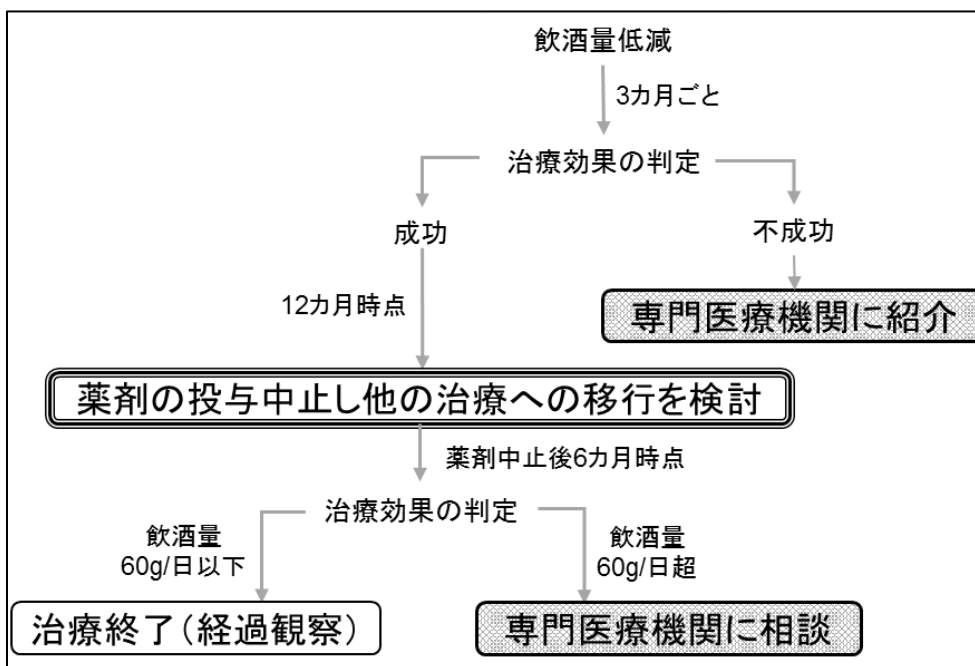


図4 飲酒量低減治療の開始から終了までの流れ（再掲）

3 補足

飲酒日記

4 引用文献

- 1) H. Hiro, Japanese journal of alcohol studies & drug dependence 31(5), 437-450, 1996