

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  
【第1版】

2018年12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

【賛同団体】（五十音順）

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

公益社団法人 日本精神科病院協会

公益社団法人 日本精神神経科診療所協会

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 診断・治療選択のフローチャート
- 3 アルコール依存症の診断:ICD-10
- 4 アルコール依存症の治療選択
  - 4.1 断酒を選択すべき患者(図1、フローチャート中の①)
  - 4.2 飲酒量低減を治療目標とする患者(図1、フローチャート中の②)
- 5 治療(図1、フローチャート中の③)
  - 5.1 心理社会的治療
  - 5.2 薬物治療
- 6 専門医療機関との連携
- 7 補足
  - 7.1 アルコール依存症に不安、抑うつ症状がある症例への対応
  - 7.2 アルコール依存症のスクリーニング(AUDIT-C)
- 8 引用文献

## 1. はじめに

アルコール依存症は慢性的に多量飲酒をする方であれば誰でも発症する可能性のある疾患です。わが国において生活習慣病のリスクを高める飲酒（1日平均男性 40g 以上、女性 20g 以上）をする方が約 1000 万人、これまでに ICD-10 によるアルコール依存症の診断基準に該当したことのある方は 107 万人と推計されています<sup>1)</sup>。一方で、この 107 万人のうち、多くが過去 1 年間になんらかの理由で医療機関を受診しているにも関わらず、厚生労働省の患者調査では、アルコール依存症の治療を受けている患者数は約 5 万人とわずかであり、その多くが見逃されています。

世界保健機関（WHO）の報告<sup>2)</sup>によると、アルコールは 200 以上の疾患、けがの原因となるとされています。表 1 にその代表的な疾患をまとめました。肝障害、うつ、不安障害、高血圧、糖尿病、脂質異常、認知症、痛風といった疾患の背景にアルコール問題が隠れているケースは少なくありません。各疾患の診療において習慣的な多量飲酒が認められる場合には、アルコール依存症を疑うとともに飲酒習慣の改善を促すことが重要です。

表 1 アルコールがもたらす代表的な疾患

脳	うつ、不安障害、認知症、アルコール依存症、ウェルニッケ脳症
心臓	高血圧、不整脈
膵臓	糖尿病、膵炎、膵臓がん
肝臓	脂肪肝、肝炎、肝硬変、肝細胞がん
大腸	大腸がん（結腸がん、直腸がん）
喉・食道	口腔がん、咽頭がん、食道がん
その他	高脂血症、高尿酸血症、末梢神経障害、乳がん（女性）、胎児性アルコール症候群（妊婦の飲酒による）

アルコール依存症の治療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行われてきました。しかしながら、断酒を治療目標とする事に抵抗感を持つ患者（特に初期のアルコール依存症患者）が多くいたことが、上記の治療のギャップの原因の 1 つと考えられます<sup>3)</sup>。これに対し、近年、すぐに飲酒をやめることができない場合は飲酒量を減らすことから始め、飲酒による害をできるだけ減らすという“ハームリダクション”の概念が提唱されています。この概念は、アルコール依存症の治療のギャップを少なくすることに有用と考えられ、わが国においても欧米に遅れることなく飲酒量低減という治療選択肢を加えた新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン

が 2018 年に公開されました。

新ガイドラインは、プライマリケア医や内科医、研修医が治療に応じる機会の多いと思われる初期のアルコール依存症患者に焦点をあて、精神科などの専門医療機関でなくても対応が可能となることを目的として作成いたしました。なぜなら、アルコール依存症は専門医療機関に紹介することが望ましいとされてきましたが、実際には専門医療機関の数が少ないといった医療資源の課題や、専門医療機関への紹介の同意が得られない方、遠方のために通院ができない方が一定数存在するといった患者要因などから、プライマリケア医や内科医、研修医が初期対応を行う必要があるからです。また初期対応が可能になることでアルコール依存症の早期発見・治療につながることで、ひいては治療のギャップを少なくすることに有用と考えられます。

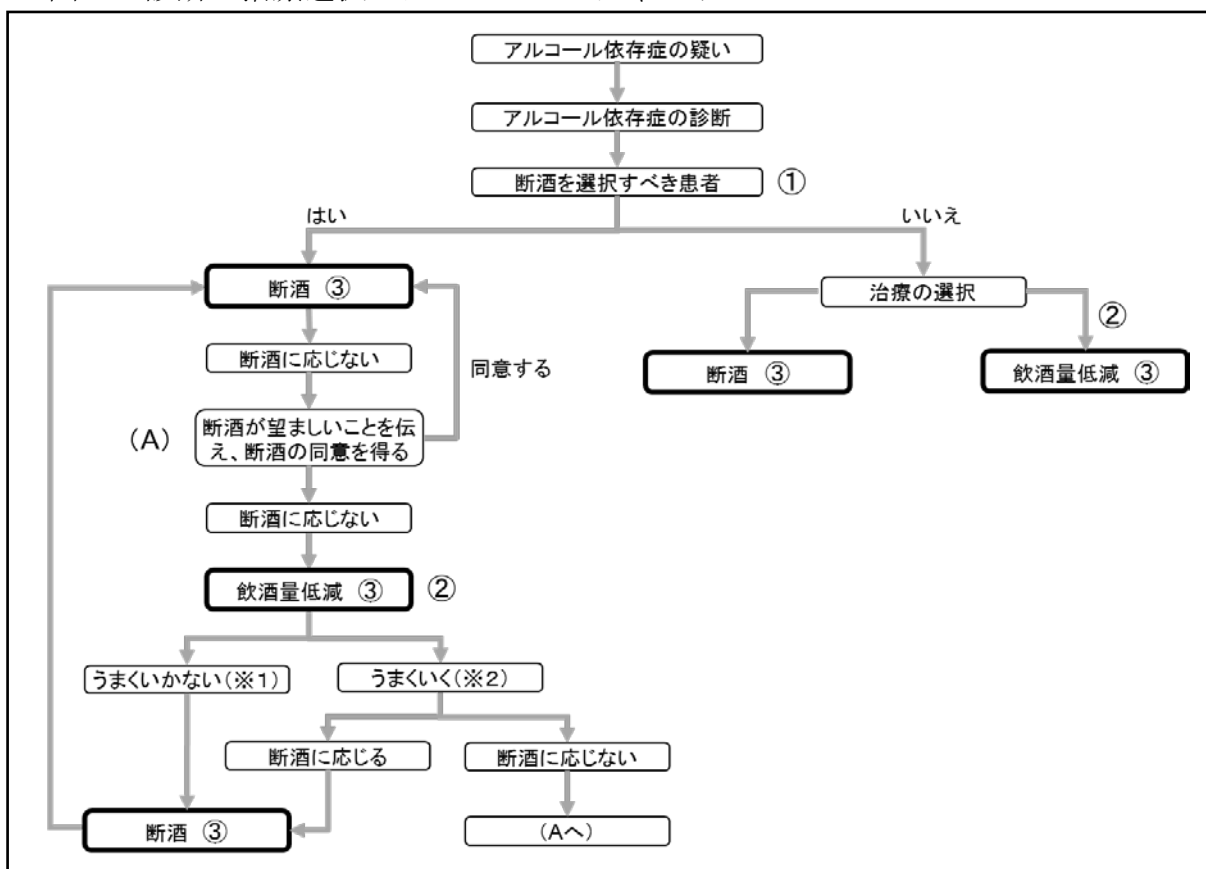
本手引きは、新アルコール薬物使用障害の治療ガイドラインより診断、治療選択、治療に関するエッセンスを抜き出し、解説を加えました。合併疾患や問題別初期対応の解説といった、症例別の対応の詳細については、新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドラインをご確認ください。

アルコールに関連する疾患を診るすべての診療科でお役立ていただければ幸いです。

## 2. 診断・治療選択のフローチャート

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。しかし、依存症においては治療の継続が重要であり、治療の選択をめぐって患者が治療からドロップアウトをしないように、患者の希望に沿った治療選択を行うことが重要です。また、治療の選択について患者本人だけでなく、家族や介護者に対しても説明を行うことは、治療継続に関する支援が得られるため有用です。以下に、アルコール依存症の診断・治療選択のフローチャート（図1）を示します。

図1 診断・治療選択のためのフローチャート



新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン（第1版）， P18 より作成

（※1）一時的に飲酒量を減らすことができるが時間の経過とともにうまくいかなくなるケースも含む。

（※2）飲酒量低減がうまくいったとしても、本来は断酒をしなければいけないケースであるため、断酒が望ましいことを伝え、断酒の同意を得る。

①断酒をすべき患者、および②飲酒量低減を治療目標とする患者については、「4. アルコール依存症の治療選択」をご参照ください。③断酒または飲酒量低減治療については「5. 治療」をご参照ください。

### 3. アルコール依存症の診断:ICD-10

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 2）。

**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。**

ICD-10 精神および行動の障害—DCR 研究用診断基準—, 新訂版第 5 版

表 2 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	飲酒したいという強い欲望あるいは切迫感
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・隠れてでも飲んでしまう</li> <li>・お酒が手元にないと不安</li> <li>・お酒のためなら面倒くさがらずに出かける</li> <li>・工作中でも酒の事ばかり考えている</li> <li>・仕事が終わったら一人でも必ず飲みに行く</li> <li>・工作中でも飲んでしまう</li> </ul>
2	飲酒行動のコントロール	飲酒行動（開始、終了、量の調節）を制御することが困難
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・いつも泥酔するまで飲んでしまう</li> <li>・休肝日と決めても飲んでしまう</li> <li>・飲み始めたら止まらない</li> <li>・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）</li> </ul>
3	離脱症状	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
		<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・頭痛</li> <li style="width: 50%;">・イライラする</li> <li style="width: 50%;">・吐き気をもよおす</li> <li style="width: 50%;">・手がふるえる</li> <li style="width: 50%;">・食欲がない</li> <li style="width: 50%;">・寝汗をかく</li> <li style="width: 50%;">・微熱がある</li> <li style="width: 50%;">・眠れなくなる</li> <li style="width: 50%;">・脈が速くなる</li> <li style="width: 50%;">・迎え酒をする</li> </ul>
4	耐性の増大	当初得られた酩酊効果を得るために飲酒量が増加する
		・飲む量が増えている（※）

		<ul style="list-style-type: none"> <li>・たくさん飲まないで酔えなくなった (※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)</li> </ul>
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"> <li>・一日中飲んでいる</li> <li>・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</li> <li>・趣味などの活動よりお酒を優先させる</li> </ul>
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"> <li>・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</li> <li>・健康診断で指摘されているのに飲んでしまう</li> </ul>

## 4. アルコール依存症の治療選択

### 4.1 断酒を選択すべき患者(図1、フローチャート中の①)

以下に示す患者については断酒を選択すべきです。これらの患者への対応が難しい場合には専門医療機関に相談してください(参照; 6. 専門医療機関との連携)。断酒を選択すべきであっても断酒に応じない患者には、患者の状態を説明したうえで、断酒が望ましいことを伝え、同意が得られるように試みます。

#### 断酒を目標とした治療を選択すべき患者

- ・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、振戦など)のある患者

### 4.2 飲酒量低減を治療目標とする患者(図1、フローチャート中の②)

軽症の依存症で明確な合併症を有しないケースで、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ある場合を除き、飲酒量低減が治療目標になります。

断酒を目標とした治療を選択すべき患者であっても、断酒の同意が得られない場合は、治療からドロップアウトすることを避けるために、一時的に飲酒量低減も選択できます。飲酒量低減がうまくいかない場合には断酒に切り替えま

す。  
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です。しかしながら、この目安に達しなくとも、治療開始時よりも飲酒量が低下し、飲酒に関係した健康障害や社会・家族問題の軽減が認められる場合、飲酒量低減による治療の効果が認められたと判断できます。個々の患者の状態を基に判断してください。



## 5. 治療(図1、フローチャート中の③)

アルコール依存症の治療の主体は、断酒あるいは飲酒量低減のいずれにおいても、心理社会的治療です。薬物治療は補助的な役割を担います。

### 5.1 心理社会的治療

患者が依存症という病気を学び、治療の意義を理解し、患者個々のペースで酒に対する考え方や飲み方を見直していく過程を医療従事者がサポートします。心理社会的治療はアルコール依存症の治療を継続するためにとっても重要な役割を果たします。従来は専門医療機関における集団精神療法が主体でしたが、近年は認知行動療法や動機付け面接法などが広まりつつあります。動機付け面接法は、禁煙指導や保健指導でも用いられており、精神科のみならずプライマリケア、内科でも実践されています。専門医療機関ではARP (Alcoholism Rehabilitation Program) と呼ばれる入院・外来治療での専門治療プログラムも行われています。

注) 心理社会的治療の経験が無い場合には、専門医療機関や学会、製薬会社などが行う講習会を受講しましょう。

表3 主な心理社会的治療

認知行動療法	集団精神療法 (※1)
これまでの飲酒に対する考え方や捉え方を患者さん自身が検討し、考え方や捉え方を変えることで自分の行動や感情、生活の改善を促す。	複数の患者さんが集まり、飲酒中心とした様々なテーマで話し合いをすることで互いによい影響を与える。飲酒問題を整理することからはじめ、徐々に飲酒に対する適切な考え方を身につけていく。
動機付け面接法	家族療法 (※2)
治療への動機づけを高めるための技法。患者さんの「飲酒問題を改善したい」とう気持ちを強化し、行動の変化を促す。	患者さん自身の回復だけではなく家族の回復も目指す。アルコール依存症の正しい理解や回復のプロセスを理解し、適切な対処法を身につける。家族支援が適切に行われることにより患者さんの回復につながる。

### (※1) 自助グループ

アルコール依存症の患者が集まる組織として自助グループがあります。自助グループのミーティングに通うことで患者同士の連帯感・信頼感・仲間意識が生まれ治療の継続が得られます。同じ病気で悩んでいる、あるいは回復した参加者の話を聞くことにより安心感が得られることで、回復のための助けとなります。医療機関への受診のみでなく、断酒会やAA（アルコール・アノニマス）、アラノンなどの自助グループへ紹介する事も患者の助けとなります。

### (※2) 家族会

アルコール依存症の患者を支える家族のための家族会があります。アルコール依存症に振りまわされて健康問題や家族問題など、生活に不安を持ち悩んでいる場合には、都道府県の精神保健福祉センターや保健所等に相談することができます。

## 5.2 薬物治療

アルコール依存症の治療の主体は心理社会的治療であり、薬物治療は補助的役割を担います。薬物治療は解毒治療と再発予防に分類されますが、表4では再発予防における薬物治療について、治療目標が断酒の場合と飲酒量低減の場合のそれぞれについて示します。次に、表5では解毒に対して推奨される薬物治療を示します。

表4 アルコール依存症の再発予防に関して推奨される薬物治療

治療目標が断酒
<ul style="list-style-type: none"><li>●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。</li><li>●アカンプロサートが第一選択薬である。1回333mg錠を2錠、1日3回食後に服用する。服用期間は原則的に6ヵ月であるが、必要に応じてさらに延長も考慮する。</li><li>●ジスルフィラムやシアナミドは、断酒への動機づけがある患者に使用する第二選択薬である。使用に際しては、その作用機序や副作用について十分に説明する。特にシアナミドは肝障害を引き起こしやすいので、肝機能のモニターをしながら使用する。服用期間は6～12ヵ月とする。</li><li>●断酒を維持するために、薬物のアドヒアランスを高めるように配慮する。</li><li>●心理社会的治療の併用も、断酒の維持に重要である。</li></ul>
治療目標が飲酒量低減
<ul style="list-style-type: none"><li>●軽症の依存症で明確な合併症を有しないケースでは、飲酒量低減が治療目標になりうる。</li><li>●より重症な依存症のケースであっても本人が断酒を希望しない場合には、飲</li></ul>

酒量低減を暫定的な治療目標にすることも考慮する。その際、飲酒量低減がうまくいかない場合には断酒に目標を切り替える。

- 治療薬物としてナルメフェンを考慮する。
- 毎日の飲酒量のモニタリングなどの心理行動療法の併用が重要である。

新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン（第1版）， P23 より作成

表 5 アルコール依存症の解毒に関して推奨される薬物治療

- アルコール離脱症状の治療の第一選択は、ベンゾジアゼピン系薬物（BZD）である。その際、高齢者でない限り、ジアゼパムなどの長時間作用性 BZD の使用が推奨される。
- 離脱症状に対する薬物治療の適応や減量に関しては、離脱症状の程度と薬物の効果を繰り返し観察しながら、適切な使用量を決定する。その際、CIWA-Ar のような離脱症状の重症度評価スケールを使うことも推奨される。
- 通常は、ジアゼパムで1回2～10mg、1日3回投与で開始し、症状に応じて漸減してゆく。
- 離脱症状が軽度な場合（例えば CIWA-Ar が 8 点未満）など不要なケースには、薬物治療を行わない。
- BZD の使用にリスクを伴うケース（例えば、慢性呼吸器疾患、重症肝硬変、黄疸などを伴うケースや高齢者）で離脱症状の治療が必要な場合には入院治療を考慮する。
- 振戦せん妄、離脱けいれん発作、過去に振戦せん妄または離脱けいれん発作の既往のある場合、他の薬物依存症を合併する場合も入院治療を考慮する。
- 振戦せん妄の治療に関し、欧米では BZD の大量投与が推奨されている。わが国では、コンセンサスレベルのエビデンスではあるが、けいれん閾値に影響の少ないハロペリドールや非定型抗精神病薬が BZD と併用されてきている。
- 離脱けいれん発作を起こした場合またはその既往のある場合は、他の離脱症状が軽症であっても、上記のように BZD を使用する。
- BZD は、症状の改善とともに減量し、使用は原則的に 7 日以内とする。また、離脱症状が遷延する場合でも、その使用は 4 週間を超えないようにする。
- 患者の栄養状態を考慮し、必要な場合にはチアミンを投与する。
- 高齢者の治療には、ロラゼパムのような短時間作用性 BZD を使用する。その際、使用量は上記ジアゼピン量の 1/2～2/3 程度（ロラゼパム換算：1回 0.25～1.6mg）とする。
- 離脱症状の治療が必要な妊婦についても、BZD の使用が推奨される。

新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン（第1版）， P22 より作成

## 6. 専門医療機関との連携

アルコール依存症の治療は、一般病院・プライマリケアと専門医療機関が連携して治療することにより、軽症から重症のすべてのアルコール依存症患者が治療を受けることが可能となります。専門医療機関に紹介が必要なケースについて具体的に示します。このようなケースでは積極的に専門医療機関への紹介を検討します。

### 専門医療機関に相談が必要なケース

- ・断酒治療、離脱症状に対応できない場合
- ・断酒と飲酒量低減の選択に迷う場合
- ・重篤な精神・身体合併症への対応が必要な場合

専門医療機関のリストについては、依存症対策全国センターのサイト（全国の相談窓口・医療機関を探す）

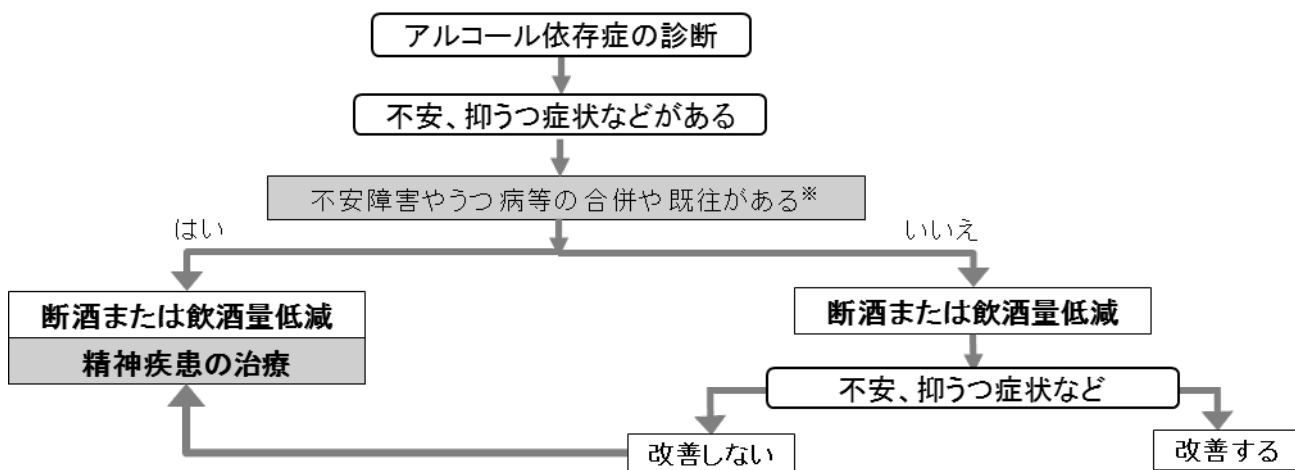
（<https://www.ncasa-japan.jp/you-do/treatment/treatment-map>）に掲載されていますのでご活用ください。

## 7. 補足

### 7.1 アルコール依存症に不安、抑うつ症状がある症例への対応

アルコール依存症に合併する精神疾患として、臨床現場において遭遇する機会の多い疾患は、うつ病、双極性障害、不安障害です。これらの精神疾患を見逃し、適切な治療を行わないと、合併している精神疾患だけでなくアルコール依存症の症状も改善しない可能性があります。一方、アルコール依存症の治療経過中にみられる不安・抑うつ症状は、精神疾患に伴うものではなく離脱症状の場合があります。このような場合、これらの症状が一過性で薬物治療を積極的に行う必要がないケースもあるため、単回の診療で安易に確定診断をせず、経過の中で慎重に判断する必要があります。よって、アルコール依存症に不安、抑うつ症状があり、不安障害やうつ病等の合併や既往がある症例では、それら精神疾患への治療とアルコール依存症の治療を平行して行います。合併や既往がない場合には、まずはアルコール依存症の治療を優先して経過を観察します。不安、抑うつ症状が改善しない場合には、精神疾患の併存を疑い、それに対する治療を併せて行います。

図 2. アルコール依存症に不安、抑うつ症状が認められる場合のフローチャート

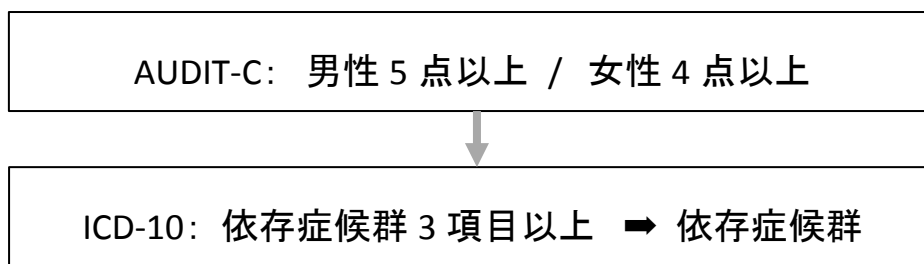


※精神疾患への対応が難しい場合には、専門医へご相談ください。

## 7.2 アルコール依存症のスクリーニング（AUDIT-C）

AUDIT-C（Alcohol Use Disorders Identification Test－Consumption）は、3つの項目からなるアルコール問題を拾い上げる簡便なテストです。すでに企業や地域での保健指導の際にもスクリーニングに広く使用されています。3つの質問の回答選択肢番号を合計し、その点数が男性で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。AUDIT-Cで依存症が疑われる場合は、ICD-10の依存症候群の診断基準を用いて評価します。

図 3. スクリーニングからアルコール依存症の診断手順



・AUDIT-C 高得点かつ ICD-10 の依存症候群に当てはまるケースは、社会的問題、身体的問題、精神的問題にも飲酒問題が生じていることが多いためそれぞれについて評価を行うほうが良い

表 6 AUDIT-C

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 度以下 2. 1 ヶ月に 2～4 度 3. 1 週に 2～3 度 4. 1 週に 4 度以上
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 ドリンク*、ビール大瓶 1 本=2.5 ドリンク、ウイスキー水割りダブル	0. 1～2 ドリンク 1. 3～4 ドリンク 2. 5～6 ドリンク 3. 7～9 ドリンク 4. 10 ドリンク以上

	1杯=2ドリンク、焼酎お湯割り 1杯=1ドリンク、ワイングラス 1杯=1.5ドリンク、梅酒小コップ 1杯=1ドリンク	
3	1度に6ドリンク（純アルコール60g）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カ月に1度未満 2. 1カ月に1度 3. 1週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日

AUDIT-Cの点数は3つの質問の回答肢番号を合計して求める。

\*1 ドリンクは純アルコール10g

新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン（第1版），P82より作成

## 8. 引用文献

- 1) Osaki, Y. et al., Alcohol Alcohol, 51(4): 465-467, 2016
- 2) WHO, Global status report on alcohol and health, 2014
- 3) Saunders SM, et al., J Subst Abuse Treat, 30(3): 261-70, 2006