

症例報告

国内の医療機関で経験した小児のアルコール使用症の1例

横山 香^{1,2)}, 桑原 斉^{1)*}

- 1) 埼玉医科大学病院 神経精神科・心療内科
- 2) 西熊谷病院 精神・神経科

小児のアルコール使用症の病態や経過は、その国の社会的・文化的背景によってかなり異なると考えられており、その社会的・文化的背景は、家族、仲間との関係、併存する精神疾患などの要因を含めて複雑である。小児のアルコール使用症に対するエビデンスに基づく標準的な治療はある程度確立されているが、実際の運用は国によって異なり、国内の治療の実態は不詳である。

本症例は小学校6年生のときから飲酒が認められていたが、積極的な介入がないままに飲酒を続け、中学校3年生のときに不眠を主訴に初めて精神科を受診し、幻覚と被害関係妄想が認められたことから統合失調症と診断された。抗精神病薬による治療では幻覚と被害関係妄想は改善しなかったが、精神科病棟に入院した際に飲酒を中止し幻覚と被害関係妄想が改善した。経過からアルコール使用症と診断されたが、一般に成人のアルコール使用症の治療に利用できる社会資源（集団精神療法）を利用することは難しく、退院後も飲酒行動は持続し、アルコール離脱による痙攣発作が出現し2回目の入院となった。2回目の入院では家族療法を導入し、アルコール使用症は改善した。

このような症例を1例の報告であっても学術的に蓄積し、国内における小児のアルコール依存症の治療法を検討することには価値があるだろうと考えた。

J Saitama Medical University 2025; 52(1): 6-10

(Received March 17, 2025/Accepted July 15, 2025)

Keywords: child, alcohol use disorder, family therapy

序文

小児のアルコール使用症の病態や経過は国の社会・文化的な背景によって相当異なると考えられており、社会・文化的な背景には家族、仲間関係、併存する精神疾患等の要因が含まれ複合的である。小児のアルコール使用症の治療についてはエビデンスに基づいた標準的な治療法がある程度は確立しているが、実際の治療法の運用は国によって異なる¹⁾。

日本では、小児・成人を問わずアルコール使用症に気づくことが難しいとされ、アルコール使用症の患者が自分のアルコール使用症の兆候、及び予後を自分で認識することができないことが多い。このような日本におけるアルコール使用症の自覚の乏しさには、日本の飲酒文化とアルコール使用症に対する偏見が関与していると考えられ、アルコール使用症の治療を難しくしている²⁾。

近年実施された日本の高校における疫学調査ではアルコール乱用が2.4%に認められ³⁾、日本では米国の14.4%⁴⁾、ヨーロッパの35%⁵⁾と比較して低い比率であったが、日本の疫学調査は自記式の質問紙による調査であり、自らのアルコール関連の問題を認識できていなかった可能性がある。また、国内ではアルコール使用症の親を持つ子どもの支援については、議論がなされ支援策も打ち出されてきたが^{6,7)}、小児期に発症するアルコール使用症の治療については議論が十分にはなされていない。

このように国外では小児期のアルコール使用症についてある程度データが蓄積し治療法について検討がされているが、国内では小児期のアルコール使用症についての報告は乏しく、実際の治療法の運用についての報告はない。

我々は小学校6年生で飲酒をはじめ、中学校3年生の時点でアルコールに関連する精神症状を認めていたが、アルコール使用症の診断が遅延し、診断後も治療方針の変更を

*著者連絡先: 埼玉医科大学病院 神経精神科・心療内科 〒350-0451 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38 Tel: 049-276-1214 Fax: 049-276-1622 [令和7年3月17日受付/令和7年7月15日受理]

○著者全員は本論文の研究内容について他者との利害関係は有しません。

要し、精神症状が遷延した症例を経験した。今回の報告ではこの症例の治療経過を述べ、国内の社会・文化的な背景を踏まえたアルコール使用症の治療法について考察する。

症 例

今回の報告にあたって患者本人及び母親から文書にて同意を得た。

患者：10代後半女性。

生活歴：5人同胞。両親は離婚し、母親が養育。兄姉は独立、弟は祖母宅で生活しており、現在は母親との2人暮らし。母親は酒類を提供する接客業に従事しているが、収入は十分ではなく生活保護を受給している。

就学までに発達の異常を指摘されることはなく、小学校は通常学級。学業は下位だが、学習支援を提案される程度ではなかった。コミュニケーションは苦手だが友人はあり。自身の気持ちを表現することが苦手で、自己肯定感が低く、他者からの発言を被害的に捉える傾向があった。

現病歴：小学校6年生より不登校。当初は保健室に登校することもあったが次第に学校との連絡は途絶えた。その一方で友人との交流は続き、不登校と前後して友人と飲酒をするようになった。飲酒量は次第に増大し、毎日飲酒するようになった。中学校3年生時のX-1年8月に不眠を主訴に精神科診療所A初診。

この頃の飲酒状況について後述する1回目の入院治療の際に本人が述べたところによると、飲酒量は「ストロング缶2-3本」（アルコール度数9%、1本500ml：純アルコール換算で90-135g）であり、酒を購入する代金は近隣に居住する祖母が提供していた。夜間に飲酒をした場合に朝に不安感が出現するため、午前中から飲酒することもあった。かかりつけの小児科医に肝機能障害（直接の診療情報提供はなく肝酵素の数値等詳細は不明）を指摘され節酒を試みたが成功しなかった。

精神科診療所Aの初診時には、診察医に対して飲酒の事実を伝えたものの飲酒状況についての詳細な聴取に進むことはなかった。その一方で不眠に加えて「部屋に盗聴器がしかけられている」「死ねばいいのに」と自分のことを噂している」と考えてしまう旨、診察中も「死ね」という声が聞こえている旨を話し、診察医によって幻覚と被害関係妄想を認めると判断され、統合失調症の診断で治療が開始された。

オランザピンで治療を開始され20mgまで増量したが効果はなく、段階的にパリペリドン12mgに置換され、クロルプロマジン（50-100mgで調整）が追加された。このように複数の抗精神病薬による治療が試みられたが、精神症状の改善は得られなかった。その一方で、「死にたくなる」と希死念慮が出現し、リストカット、過量服薬を行うようになった。また、衝動行為の改善を意図して抗精神病薬に加えてバルプロ酸400mg、不安の改善を意図してプロマゼパム10mg、不眠の改善を意図してプロチゾラム0.25mg、ゾルピデム10mg、ニトラゼパム10mgが併用されていたがいずれも効果はなかった。

X年3月に過量服薬（クロルプロマジン500mg、プロチゾラム3.75mg、ゾルピデム150mg、ニトラゼパム150mg）で身体科病院Bの救急外来を受診し同日に入院。朦朧とした様子でゴミを拾って食べようとしたり、綿棒を吸ったりする行動があり、せん妄と判断された。入院翌日も、一方通行の会話で呂律が回らず何をしゃべっているのかわからない状態であった。身体科病院Bには精神科がなく、精神症状の評価、治療のため入院2日後に精神科病院Cに転院し医療保護入院となった。身体科病院B入院から精神科病院C転院まで向精神薬は中止していた。

治療経過：精神科病院Cの入院当日には身体科病院Bで認めた注意の障害、認知の障害は認めなかった。その一方で「周囲に監視されている」「男が「殺す」と言った」という訴えがあり、前医処方踏襲しクロルプロマジン62.5mg、パリペリドン12mgを再開した。幻覚と被害関係妄想は入院翌日まで持続し消退した。

身体科病院Bの入院中に認めた注意の障害、認知の障害については過量服薬後1日以内に生じており、ベンゾジアゼピン系薬剤の過量摂取によるせん妄（物質中毒せん妄）で説明ができるものと判断した。せん妄の症状が消退した後も幻覚と被害関係妄想は2日間持続したが、入院によりアルコール使用を少なくとも4日間確実に中止（本人は過量服薬で身体科病院Bに入院となる1週間前から飲酒はしていないと述べていた）した後に幻覚と被害関係妄想が消退したことからアルコール誘発性精神症と診断した。また、身体的に危険な状況（肝機能障害を指摘されている）、精神的問題（幻覚と被害関係妄想）が起こっているにもかかわらずアルコール使用を継続していることからアルコール使用症と診断した。

入院当日の血液検査ではAST 52、ALT 114、 γ GTP 56であり肝酵素の上昇を認めた。アルコール性肝障害か薬剤性肝障害か判別は難しいものの断酒と薬剤の減量により改善するものと考えた。

アルコール使用症の治療を実施する方針とし入院中に本人に対して動機付け面接を行い、母親にもアルコール使用症の疾患教育を行った。また、退院後に自助グループ（断酒会あるいはAA（アルコリックアノニマス））での集団療法を併用することが望ましいと考えたが、小児の居住する地域では小児の受け入れ実績がある自助グループを見つけることが出来ず、パンフレットに成人男性が描かれた一般的な断酒会を案内した。

以後も幻覚と被害関係妄想は消退したまま経過し、本人・母親ともアルコール使用症の治療に前向きであったため、同年4月（入院後18日目）に精神科病院Cを退院となった。抗精神病薬については漸減、中止とする方針とし、退院時にはパリペリドン9mg、クロルプロマジン50mgまで減量した。中学校はほぼ不登校のまま入院中に卒業。高校には進学しなかった。

精神科病院Cの退院後、自助グループの利用には至らなかったが本人は精神科病院Cでの通院治療には意欲的で

「病院に来ると安心する」と述べ2週間に1回通院し、飲酒状況について確認すると患者は「飲酒はやめた」と言い、母親も「飲酒はしていない」と言い、断酒は維持されると主治医は判断していた。しかしながら、5月頃には幻覚（「死ねばいいのに」という声）と被害関係妄想（「盗聴器がしかけられている」という訴え）が再発。幻覚と被害関係妄想に影響されて自宅で包丁を振り回すという行動、家出しての徘徊、リストカット、過量服薬があったが本人、母親共に飲酒を否定したため、暫定的に統合失調症に準じた薬物療法を行う方針とし、最大用量で効果を認めなかったバリバリドン[®]を6mgに減量しクロルプロマジン[®]を75mgに増量、クエチアピン[®]を開始し325mgまで増量したが幻覚と被害関係妄想は改善せず、逸脱行動は持続した。6月の血液検査ではAST 42、ALT 93、 γ GTP 61であったが、薬剤性肝障害で説明がつく範囲であり飲酒の再開を強く示唆する所見とは判断しなかった。

X年7月にけいれん発作があり身体科病院Dに搬送。けいれん発作の出現に関して飲酒の影響が疑われたが、本人・母親共に飲酒を否定したため、アルコール離脱の確定診断には至らず経過観察とされた。

同年9月に再度、けいれん発作があり身体科病院Eに搬送。頭部 Computed Tomography (CT) 検査では異常はなく、同日中に精神科病院Cを緊急で受診。脳波検査を施行したが、検査中に再度けいれん発作（全般性強直間代発作）を認めた。発作時の脳波では両側に広汎性の棘徐波を認めたため、レベチラセタム 1000mg を静脈内投与した。

発作から回復し意識が清明な状態で本人が語ったところによると、幻覚・妄想が再燃したX年5月頃に飲酒を再開していたとのことだった。同年8月より食欲不振が出現し、摂食量と共に嘔気のため飲酒量が減少し、不眠は増悪。今回入院前の1週間程度は飲酒が出来なかったとのことだった。アルコール使用と中止、不眠の増悪とけいれん発作出現の時間経過からアルコール離脱と確定診断した。同日精神科病院Cに2回目の医療保護入院となった。入院2日目以降レベチラセタムは1000mgの内服に変更し漸減・中止とした。

精神科病院Cへの2回目の入院後に本人が述べたことによると今回、飲酒を再開した際には酒を購する代金は交際相手が提供していたため、家族は飲酒のことは知らないとのことだった。飲酒の契機について、交際相手との関係性にトラブルが生じると「情緒が不安定になり、眠れない」ため飲酒を再開した旨を述べ、本人にとっては「眠れない事が問題」でありアルコール使用症について十分な理解を得ることが出来ていなかった。アルコール離脱に至っているので身体的な依存は生じていたと考えられるが、入院中にアルコール使用への強い欲求（渴望）を述べることはなく、アルコール使用を求める行動化もなく精神的な依存が生じている確証はえられなかった。

X年5-8月の飲酒に関する本人からの聴取内容を踏まえて、あらためて幻覚と被害関係妄想はアルコール誘発性

精神症の症状であり統合失調症は否定的だと判断した。入院当日は「刃物を持った男性に襲われる」と被害関係妄想を訴えていたが翌日には消退。今回の入院でも抗精神病薬は減量したが幻覚と被害関係妄想は消退したままで経過した。

2回目の入院では本人への動機付け面接のみではアルコール使用を制御することが出来ないと判断し、動機付け面接と並行して入院中に家族療法を導入した。母親が頻回に見舞いに来ていた事から、担当医が病棟の面談室にて母親と20-30分程度の面談を全3回行った。家族療法では母親の養育者としての機能（本人の成長に必要な枠組を提示する事ができず、本人の機嫌を損ねないように、本人の要望のままに流されてしまう、共依存関係にある）及び結果として本人の心理社会的発達が不十分であること（劣等感が強く、自身に不利になると課題や対人関係から回避してしまい、エリクソンの心理社会的発達段階における児童期の発達課題である「勤勉性」を獲得できていないため、思春期の発達課題である「自己同一性」の確立に向かうことが難しい）を介入の対象として取り扱った。

入院中の面接では母親は養育者として、本人の非行（未成年者の飲酒）を抑制する立場にあることについての理解を促し、児童期の発達課題に遡って「勤勉性」を獲得するために本人が社会生活を経験し努力して能力を獲得しそのことが評価される機会を積極的に設定する必要があることを母親に説明し、本人とも共有した。また母親が非行を抑制できなかったり社会的活動の場を設定できなかったりする場合には児童相談所の助力を求める必要がある旨も説明した。家族療法を通院治療でも継続する方針とし、1週間の入院期間で精神科病院Cを退院となった。

退院後の生活については入院中から生活訓練施設等、福祉サービスの利用について精神保健福祉士を交えて調整を試みる事とした。年齢上、福祉サービスの利用にあたり児童相談所の許可が必要なため、本人と母親の許可を得て主治医から児童相談所に連絡をして、本人と母親の状況について情報共有を申し出たところ、母親から児童相談所に相談するよう提案を受けた。しかし、本人は消極的で見学・面談にも至らなかった。その一方で、本人と母親は定期的に通院し家族療法を継続し、母親自身は本人と過ごす時間を増やすことで、養育者としての機能を回復し本人の行動を監督できるよう努力を続けた。1回目の入院後に再飲酒に至った期間（約1ヶ月）を超えて断酒は継続し、幻覚と被害関係妄想の寛解を維持したまま経過している。

考 察

本症例では小学校6年生で飲酒を開始し、幻覚と被害関係妄想が出現し中学校3年生の時点で精神科を初診し、統合失調症と診断され抗精神病薬が投与されたが改善を認めなかった。過量服薬を契機に1回目の精神科入院となりアルコール使用症、アルコール誘発性精神症と診断したが、本人の動機付け面接と母親への疾患教育のみでは断酒を維持できず幻覚と被害関係妄想が再発した。その後、けいれ

ん発作を契機に2回目の精神科入院となったが、この時は家族療法を導入することで、断酒を維持し幻覚と被害関係妄想の再発を防止できた。

本症例では、1回目の入院までアルコール誘発性精神症の診断を見逃し、統合失調症の診断に基づき抗精神病薬による薬物療法が行なわれたが幻覚と被害関係妄想が全く改善しないという事態が生じた。アルコール誘発性精神症の見逃しに至った詳細な経緯は不詳だが、小児であっても飲酒の事実を把握した場合には、幻覚と被害関係妄想の鑑別診断としてアルコール誘発性精神症を挙げる必要があることが示唆された。さらに十分量の抗精神病薬（本症例ではオランザピン 20 mg、パリペリドン 12 mg）を使用しているにも関わらず、治療効果が得られていない点からも、アルコール誘発性精神症を鑑別にあげてもよいかもしれない。本症例において1回目の入院中に幻覚と被害関係妄想が速やかに消退し診断と治療方針の変更に至った経過からは、入院治療による解毒がアルコール誘発性精神疾患の診断及び治療に有用であることも示唆された。

本症例では1回目の入院の退院後、2回目の入院までの間に飲酒を再開し幻覚と妄想が再発した。この間は本人と母親が飲酒を否定していたためアルコール誘発性精神症の診断について再考を迫られたが、後に飲酒を再開していたことが明らかになった。2回目の入院時に本人が語ったところによると、アルコール使用は「情緒が不安定になり眠れない」状態に対する自己治療であり、主治医にアルコール使用症を指摘され、飲酒をとがめられる事で自己治療としての飲酒の機会が奪われる事を本人が危惧し、医療機関に隠しながら飲酒を継続する行動は理解できる（従って、本人が自己申告した飲酒量についても過小に申告しているかもしれない）。その一方で、著明な精神症状と逸脱行動が出現していた状況で母親が実際に飲酒を把握できていなかったのかどうかは疑わしい。母親からの聴取では、意図的に飲酒を隠していたとする発言はなかったため推測の域を出ないが、本人に不利なことを告げることで、本人との親密さを失う事を恐れたのかもしれない。もしもそうであるならば、1回目の入院の時点で本人と母親の関係性を介入の対象として取り扱っていれば、本人が飲酒を再開しても母親が医療機関と情報共有することで、幻覚と被害関係妄想の再燃、けいれん発作に至る前に介入する機会があったかもしれない。

国内では成人のアルコール使用症の治療について、認知行動療法が一部の専門的な医療機関で実施されているものの、一般の精神科医療機関では診察での動機付け面接、家族への疾患教育と地域の自助グループによる集団療法（断酒会あるいはAA（アルコリックアノニマス））を併用することが多い⁸⁾。成人とは異なり、国内では小児のアルコール使用症の治療についてコンセンサスは得られていない。国外のガイドラインでは小児のアルコール使用症の治療について、併存症がなく社会的サポートが十分な場合には認知行動療法が推奨されているが、そうではない場合には家

族療法を中心とした包括的な治療が推奨されている⁹⁾。しかし、国内の医療機関における認知行動療法、家族療法の実施状況は報告されておらず実現可能性、有用性ともに検証されていない。

本症例は併存症があり社会的サポートが乏しいため、認知行動療法ではなく家族療法がより適切な選択であったと考える。家族療法の実施について母親と本人への介入は比較的円滑であり、後述する課題はあるものの国内での実現可能性が支持された。また、家族療法の実施後は断酒が維持されている。本症例の経過では、国内における成人のアルコール使用症の一般的な治療を小児に適応するには限界と課題がある可能性が示唆され、その有用性の判断には至らなかった。このように本症例の治療経過から、家族療法は国内でも小児のアルコール使用症の有力な治療法として検証を進める価値があるものだと考えた。

前述した国外のガイドライン⁹⁾では家族療法に付随する要素として本人の社会生活機能を向上することが有用だとされている。本症例は小学校時より学校教育から離れて生活しており、2回目の入院以後も家庭外での社会生活の機会を確保できていない。国内の小児にとって学校教育以外に社会生活の機会は乏しく、国内で小児のアルコール使用症の家族療法を行う場合の課題であることが示唆された。また、本症例では母親と協働して心理社会的な発達（児童期の発達課題に遡って「勤勉性」を獲得する）を促すことも家族療法の要素としているが、家庭外で「勤勉性」を獲得できる機会がないままだと治療を進める事が難しくなるかもしれない。

2回目の退院後は母親が養育者の機能を自覚し飲酒を抑制するよう勤め、母親の介入を本人が受け入れたことが断酒の維持に有用だったと考えている。しかし中学校3年生で精神科に初診するまで対策がないままに小学校6年生時の不登校から飲酒の開始、アルコール使用症、アルコール誘発性精神症に至った経緯を踏まえると、そもそも母親の養育能力が十分ではないことが想定される。従って、母親の独力では断酒を維持することが難しくなることが危惧される。児童相談所による養育能力の補填（必要に応じて一時保護、児童自立支援施設等の利用）が期待されるところだが、現実には家族または本人の積極的な希望がなければ強制力に乏しく、社会的サポートの側面でも課題を残したものと考えられる。

国内では小児のアルコール使用症についての研究報告が極端に乏しく、特に小児のアルコール使用症の治療については数量的な解析が可能な調査研究はない。今回の症例報告は1例のみの報告であり、国内の小児のアルコール使用症の治療に決定的な示唆を与えるようなエビデンスではない。しかし、このような1例あるいは少数例の症例報告であっても学術的な記録を蓄積し、日本の社会・文化的背景を踏まえた小児のアルコール使用症の治療法を検討していくことには価値があるだろう。

引用文献

- 1) Skylstad V, Babirye JN, Kiguli J, Skar AS, Kuhl MJ, Nalugya JS, et al. Are we overlooking alcohol use by younger children? *BMJ Paediatr Open* 2022; 6(1).
- 2) Taguchi Y, Takei Y, Sasai R, Murteira S. Awareness and treatment of alcohol dependence in Japan: results from internet-based surveys in persons, family, physicians and society. *Alcohol Alcohol* 2014; 49(4): 439-46.
- 3) Shimane T, Inoura S, Kitagaki K, Wada K, Matsumoto T. 2018 Nationwide high school student survey on drug use and lifestyle [Report]: National Center of Neurology and Psychiatry; 2019. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/highschool2018.pdf> (参照 2025-6-12)
- 4) Johnston L, Miech R, O'Malley P, Bachman J, Schulenberg J, Patrick M. Monitoring the future national survey results on drug use 1975-2019: 2019 Overview: Key findings on adolescent drug use 2020. <https://monitoringthefuture.org/wp-content/uploads/2022/08/mtf-overview2019.pdf> (参照 2025-6-12)
- 5) The ESPAD group. ESPAD Report 2015: The European school survey project on alcohol and other drugs 2016. <https://www.espad.org/sites/default/files/TD0116475ENN.pdf> (参照 2025-6-12)
- 6) 安田美弥子. アルコール依存症者の子供の問題. *こころの健康* 1991; 6(2): 42-50.
- 7) Inoura S, Shimane T, Kitagaki K, Wada K, Matsumoto T. Parental drinking according to parental composition and adolescent binge drinking: findings from a nationwide high school survey in Japan. *BMC Public Health* 2020; 20(1): 1878.
- 8) 樋口進, 齋藤利和, 湯本洋介. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン. 東京: 新興医学出版社; 2018.
- 9) Pilling S, Yesufu-Udechuku A, Taylor C, Drummond C, Guideline Development G. Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance. *BMJ* 2011; 342: d700.

Pediatric alcohol use disorder in Japan: A case report

Kaori Yokoyama^{1,2)}, Hitoshi Kuwabara^{1)*}

1) Department of Psychiatry, Saitama Medical University Hospital

2) Department of Psychiatry, Nishikumagaya Hospital

The pathology and progression of alcohol use disorders in children are believed to vary considerably based on a country's social and cultural context. This context is complex and influenced by factors such as family dynamics, peer relationships, and comorbid psychiatric disorders. Although evidence-based standard treatment for alcohol use disorders in children has been partially established, its implementation varies across countries.

The patient has had an alcohol use problem since the year of 6th grade without an intervention for a few years. The patient first visited a psychiatrist for psychosis at the year of 9th grade and was diagnosed with schizophrenia. Antipsychotic medication was initiated; however, the psychosis did not improve until the patient was admitted to the psychiatric ward and stopped drinking. During hospitalization, the patient was diagnosed with an alcohol use disorder. However, the patient did not utilize social resources typically available for alcohol use disorder in adults. Consequently, her drinking behavior persisted, leading to convulsive seizures owing to alcohol withdrawal.

In this case, family therapy was introduced during second hospitalization following convulsive seizures, and the patient's alcohol use disorder improved.

Accumulating academic records of even a single case such as this case would be valuable for examining treatment methods for pediatric alcohol use disorders within the Japanese social and cultural context.