

アルコール依存症 総論

医療法人社団 翠会 成増厚生病院 東京アルコール医療総合センター センター長
垣 渕 洋一

1 WHOの勧告とアルコール健康障害対策基本法（以下 アル対法）の成立

「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」が、2010年5月の第63回WHO総会において全会一致で採択されました。

その背景には以下のような状況があります。

- ・「アルコールの有害な使用」は、世界の健康障害の最大のリスク要因の1つで、個人の生活を損ない、家族を破壊し、社会にダメージを与えます。
- ・2004年には、世界でおよそ250万人がアルコール関連の原因で死亡。世界の全死亡の3.8%、疾病負担の4.5%に関与しています。
- ・精神神経疾患や心血管疾患、肝硬変、種々のがん、その他の非伝染性疾患の回避可能な主要な危険因子です。
- ・HIV/AIDS、結核や肺炎など一部の感染性疾患とも関連があります。疾病負担のかなりの割合が、交通事故や暴力、自殺、傷害によるものです。

また、こういった状況に対して加盟各国の政府にWHOが取り組みを求めた理由は以下の通りです。

- ・子ども、青少年、出産適齢期の女性、妊婦や授乳期の女性、先住民、その他の少数民族や社会的立場の低い人々のリスクが特に高いので、政府の支援が必要です。
- ・現在世界で起きている健康、文化、市場の傾向を見ると、アルコールの有害な使用は、今後も世界的な健康問題であり続けることが予測されます。

WHOの求める施策は、広告規制や、安売りや飲み放題の禁止や制限、課税や最低価格制による酒の価格引き上げなどを含む、幅広い対策を求めています。

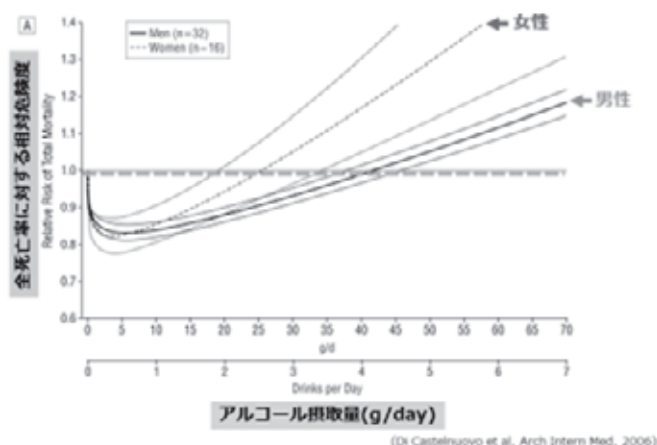
WHOから勧告を受ける数十年前から、アルコールの有害使用に対して、先進諸国では、法律を作って対策を進めてきました。日本でも、当事者・家族、医療者が長年にわたり制定運動を行ってきました。そして、WHOの勧告の後押しを受け、2013年にアル対法が成立しました。これに基づき、2016年に国の基本施策（アルコール健康障害対策推進基本計画）が決定され、2018年7月現在、先行する都道府県では基本施策（アルコール健康障害対策推進計画）を策定し、対策を進めています。東京都では、今年度、アルコール健康障害対策推進計画を策定予定と聞いています。先進諸国に比べてもひけをとらない施策が行われる機会を生かしたいところです。

2 アルコールとは

アルコールは嗜好品あるいは食品だと考える人が多いのですが、れっきとした薬です。

脳においては5つの神経伝達物質（GABA、グルタミン酸、セロトニン、ドーパミン、オピオイド）に影響を与え、鎮静、抗不安、気分安定、意欲向上、快感、多幸感、苦痛軽減といった効果を発揮します。様々な症状に対して、迅速に確実に効果が出るので、繰り返し飲みたくなります。ただし、脳は異物であるアルコールに繰り返しさらされるとその影響を排除する方向に変化します。つまり、飲み続けると効果が弱くなり、これを耐性といいます。耐性ができたことを自覚できないで飲酒を続けると、同じ効果を得るために飲酒量が増えます。それが続くと脳細胞の活動性が低下し、うつ病や脳萎縮、認知症を引き起こします。

アルコールと身体疾患の関係として、「全く飲酒しない人より少量飲酒する人の方が、死亡率が低い」という有名な研究があります。その関係をグラフにするとJの字に似ているので「Jカーブ曲線」と呼ばれています。



なぜ、こういう関係になるのかについては定説がありませんでした。しかし、最近の研究¹⁾で、「飲酒しない人の中には、元々飲酒習慣がなかっただけでなく、病気のために禁酒している人も含まれる。そういう人を除いてみると、飲酒をしない人より、少量飲酒をする人の方が、死亡率が低いとは言えない」という結果が出ました。言い換えると身体的には少量の飲酒でも悪影響があるということです。

アルコールはどの臓器の中にも浸透します。そして、活性酸素を出して炎症を引き起こします。肝炎、膵炎、心筋症、横紋筋融解症といった病気が有名です。また、アルコールが肝臓で分解される時にでき

るアセトアルデヒドは、臓器毒性が強く、癌にかかるリスクを高くします。口腔から食道までの癌は、毎日、純アルコール換算で30g（日本酒なら1.5合）飲む人は、飲酒しない人の8.2倍、癌になるリスクを高くします²⁾。断酒によりリスクは低くなりますが、飲酒しない人並みに戻るのに、20年かかります³⁾。ちなみに、大量飲酒とは純アルコール換算で60g以上を言います。その半分の量でもこれだけリスクを高くするのです。

3 ローリスク飲酒とは

絶対に飲酒してはいけない状況があります。未成年、妊婦、うつ病・肝炎などアルコールによって悪化する病気の治療中、アルコールと相互作用のある薬を服用しているといった状況です。

それ以外の状況では、機会飲酒までにしておくと、依存症や合併症のリスクを低く抑えることができます。というのも、耐性ができるには、常時、アルコールが脳の影響下にあることが必要なので、たまの何かのイベントの時に飲酒する（機会飲酒）だけなら耐性はできません。臓器への悪影響も、次の飲酒までに回復することも期待できます。

もし、晩酌（習慣飲酒）を楽しみたい場合は、「1日に純アルコール換算で、男性は20g以下、女性は10g以下、なおかつ、週に2日以上連続して飲酒しない日をもうける」を目指しましょう。これぐらいの飲み方ですと、脳や他の臓器がアルコールにさらされない時間が確保できます。なお、アルコールの分解速度は、女性の方が男性より遅く、依存症にもなりやすいので、差をもうけています。

4 アルコール依存症とは

耐性ができるとうちの飲酒量が気づかなくなると、飲酒問題（かかりつけ医や職場検診で合併症を指摘される、うつ病になる、二日酔いで出勤できない、仕事のミス、怪我、家族から控えるように言われる等）が起きるようになります。問題を受け止めて禁酒や節酒に成功すれば、後戻りができます。しかし、耐性ができるぐらいに飲酒を続ける人は、何かしらの事情によりアルコールの薬理作用を必要としている、つまり、依存していることが多いです。なので、色々理由をつけて、禁酒や節酒に取り組むことを先送りし飲酒を続けます。耐性がさらにでき、飲酒量が増え、飲酒問題がどんどん深刻になったら、依存症ということになります。診断は国際疾患分類（ICD-10）によって行います。

【アルコール依存症の診断基準】（ICD-10）

過去1年間に以下の項目のうち3項目以上が同時に1ヶ月以上続いたか、または繰り返し出現した場合に基準を満たすものとする。

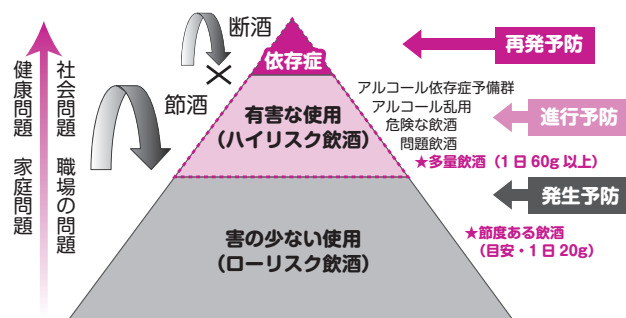
1. 飲酒したいという強い欲望あるいは強迫感がする。
2. 飲酒の開始、終了、あるいは飲酒量に関して行動をコントロールできない。
3. 禁酒あるいは減酒したときに離脱症状（発汗、手指振戦、イライラ、不眠など）がある。
4. 耐性ができる。
5. 飲酒にかわる楽しみや興味を無視し、飲酒せざるをえない時間やその効果からの回復に要する時間が延長している。
6. 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず飲酒を続ける。

5 アルコール依存症の治療

治療については、従来、「依存症になってしまうと二度とお酒をコントロールして飲めるようにならないから断酒を勧める」という治療ばかりでした。しかし、診断基準を満たさないけれども、飲酒問題をなくすために、治療が必要な人の方が、満たす人より、はるかに多いことがわかりました。

研究により、依存症の予備軍であるハイリスク飲酒を行っている方々に節酒指導を行うことで、ローリスク飲酒に変わるなど効果が上がることがわかり、アル対法の施策の目玉の1つとして、普及させようとしています。

依存症を頂点としたアルコールの有害な使用を低減する



6 まとめ

アルコール依存症は予防も可能で、発症しても適切な治療で回復することも可能な病気です。アル対法に基づく施策が行われることで、世界に誇れる対策を行っている日本になることを願っております。

<参考文献>

- 1) Tim Stockwell et al, Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 77(2), 185-198, 2016
- 2) Takezaki et al. Cancer Causes Control 11:597-608:2000
- 3) Rehm et al. Int J Cancer 121: 1132-1137:2007

アルコール依存症専門病棟での入院治療

医療法人社団碧水会 長谷川病院 副院長
堀 達

1 はじめに

精神科の入院は、患者様本人の同意に基づく自発的な入院である任意入院と、非自発的な入院である医療保護入院、措置入院に大きく分けられます。医療保護入院は、精神保健指定医の診察の結果、入院治療の必要性があるにも関わらず、患者様本人の病識（病気の状態が悪いことの認識）が十分でなく、入院の同意が得られない場合、家族などが同意することで成立する入院形態です。措置入院は、精神保健指定医2名の診察の結果、自傷他害の恐れがあると認められた場合、都道府県知事の決定によって成立する入院です。

2 断酒後の臨床経過

アルコール依存症病棟の入院治療は、開放病棟（日中の病棟外への出入りが自由）において、任意入院で、アルコール依存症リハビリテーションプログラム（ARP：alcohol rehabilitation program）を3ヶ月ぐらいの期間で行うことが一般的です。しかし、病態によっては、閉鎖病棟で、医療保護入院で治療を導入することもあります。

入院治療の初期は、まずアルコール離脱症状と肝機能障害などの身体疾患の治療を行います。アルコール離脱時の症状やその経過に関しては、最終飲酒から48時間以内で出現してくる早期離脱と最終飲酒から48時間以降に出現する後期離脱に分類されます。早期離脱症状では、手指振戦、発汗が起こり、ついで不安・焦燥、さらに痙攣発作（強直間代発作）、一過性の幻覚、軽い見当識障害が現れることがあります。後期離脱症状では、典型的には振戦せん妄を呈し、著しい自律神経症状や見当識障害（時間や場所がわからなくなる）、幻視、幻聴などの症状が現れることがあります。振戦せん妄は、手指振戦とともに軽度の意識障害が重なり、表面的には会話も成り

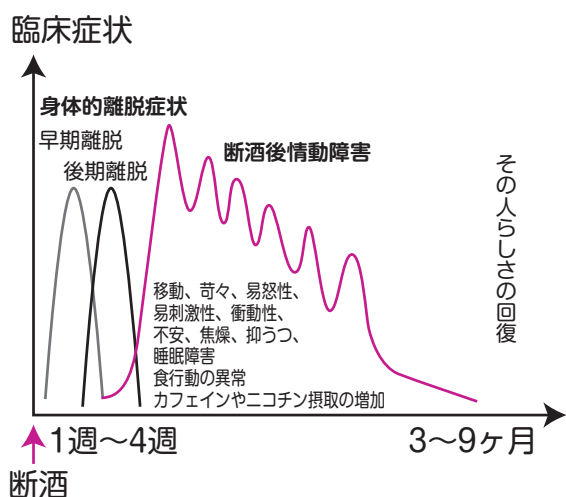
立つことも多いですが、話しのつじつまがあわない、後から振り返るとその当時の記憶があいまいになっている（健忘）などの症状を呈する病態です。

これらのアルコール離脱症状の治療は、点滴によるビタミンB群の大量投与や血液中のナトリウム、カリウム、マグネシウムなどの電解質の補正、抗不安薬、睡眠薬、精神安定剤などの内服調整が必要となり、絶対的な入院治療の適応となります。アルコール離脱症状を認めれば、アルコール依存症である可能性は高いですが、ないからといって、否定されるものではありません。任意入院で治療導入される場合は、離脱症状が軽度か、出現しないこともあります。

先に述べた離脱症状群が終息する時期から、落ち着きに欠け、情動が不安定な時期（断酒後の情動障害）が出現することがあります。具体的な症状としては、多動、苛々、易怒的、不安、焦燥、抑うつ、衝動的、他罰的などの不穏状態が動揺し反復しながら現れます。身体的な状況が改善してくると安易に「もう懲りたのでお酒はやめます」と訴えたりします。しかし、自分の飲酒状況を客観的に正しく認識していなかったり、病的な飲酒行動に対する洞察も不十分であったり、また、今後の断酒のための工夫など具体的な断酒戦略が考えられていないことが多いようです。入院中では、急ぐ用件ではないのにも関わらず、自分がやらなければならないと訴え、外出、外泊要求、退院請求をすることもあります。この時期は医療上必要な指示を守ることができなくなり、外出時に再飲酒を認めることがあり、医療者との治療関係が困難になることや、家族との感情的な衝突がみられることがあります。医療者に対しては一見穏やかな対応をしていても、家族に対して威圧的な対応をすることもあります。このような状態が、断酒後の経過の中に情動障害として出現することがあり得る事を、予め医療者は家族に周知しておくことが重要です。

当院では断酒後の情動障害に対して【図1】を用いて、再飲酒の危険が高い時期であることを患者に説明し、精神療法的対処に加えて、表出している精神症状に合わせ抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、気分安定薬の投与を行っています。

【図1】



3 アルコール依存症治療プログラム

離脱症状の改善とともに行うA R P (alcohol rehabilitation program) の内容は、疾患教育、断酒の動機付け強化、認知行動療法、自助グループの参加などがあります。

アルコール依存症の治療は、まず疾患を正しく理解することが重要であり、アルコール依存症を「脳の病気」としてとらえる観点が必要です。繰り返し飲酒しているうちに飲酒欲求が強くなっていき、気がついたら飲酒量をコントロールできなくなり、日常生活の中でもアルコールの優先度が上がってしまうため、社会生活にも支障がでてくる病気です。脳で生じる病的な飲酒欲求によって、病的な飲酒行動が引き起こされます。飲酒を繰り返していたら誰でも依存症になる可能性があり、「意思が弱い」、「だらしがない」から依存症になったわけではなく、依存症になったがためにそう見えてしまいます。また、断酒の意志があっても再飲酒することもあります。まず、依存症になった原因や依存症の治療を精神論で解決することがないようする必要があります。

重要なのは自ら断酒をしようと決心し、飲酒の引き金になるような状況、感情などを分析し、再飲酒しないための具体的な対策をたてていくことです。

当院の治療プログラムでは、医師、ケースワーカー、臨床心理士、看護師による集団療法（講義形式の疾患教育とミーティング）と個人精神療法（焦点化面接）を行いながら、治療の動機付けを高め、入院前の病的な飲酒行動に対する洞察を深めていきます。また、認知行動療法と断酒後の情動障害や合併精神症状に対する積極的な薬物療法を併用した治療を行います。認知行動療法は、飲酒にいたるまでのアルコールに対する考え方や状況に着目して、再飲酒のリスクを軽減していく治療法です。飲酒に求めていた効果や期待を振りかえり、現在もその認知（考え方）が正しいかを洞察することや、不安、不眠、怒りやイライラとした感情、孤独感などの飲酒行動に結びつきやすい引き金の分析と、それらに対する具体的で現実的な対策を複数たてていくことを促しています。また、飲酒欲求が強くなった時に、事前に考えておいた再飲酒の回避策を実践できるように準備することも重要です。

心理社会的治療のひとつとして、入院中からA A (alcoholics anonymous) や断酒会などの自助グループに参加を促すことで、居場所を作り、飲酒問題に対する否認を和らげ、断酒への動機付けを強化、維持していくこともあります。

また、ご家族の依存症に対する理解や対応も必要となるため、家族教室への参加を促しています。

4 おわりに

アルコール依存症には多様な病態があり、誤解も多い病気です。また、肝硬変、膵炎などの身体疾患の増悪や転倒、事故などで命を落とすこともある病気です。断酒の継続も簡単なことではありません。再飲酒があった場合、その事実を第三者に話すことができるかが、重症化を予防する上で重要となります。

アルコール依存症の方が、アルコールの束縛のない自由な生活ができるように援助できればと思っています。