

アルコール依存症への 理解を深める

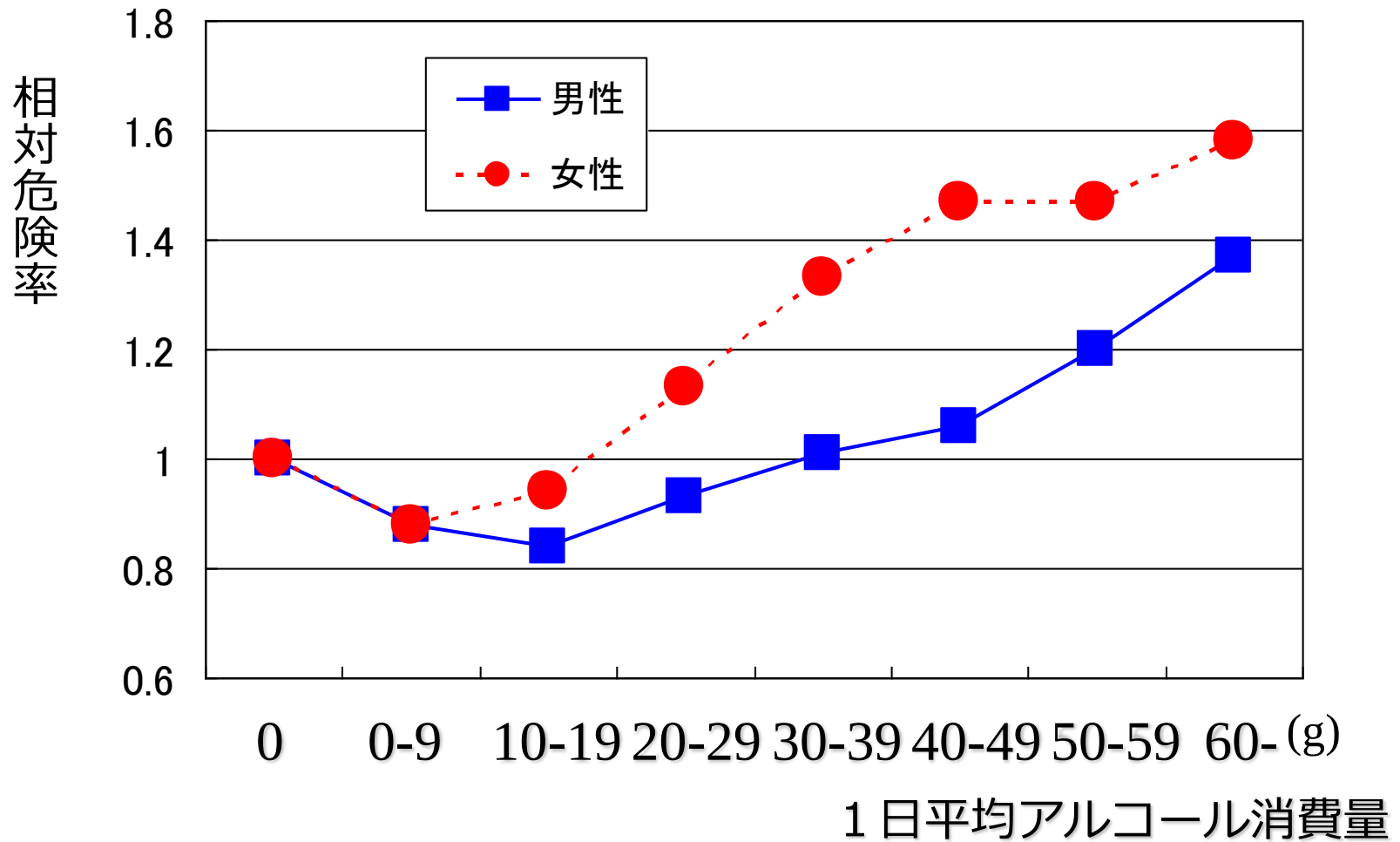
独立行政法人 国立病院機構

久里浜医療センター

木村 充

少量の飲酒は体に良い？

1日の平均アルコール消費量と死亡率との関係



多量飲酒とは

- 1日平均60グラム（純アルコール換算）以上の飲酒
- アルコールにまつわる問題のほとんどは、多量飲酒者が引き起こしている

60グラムとは:

ビール中びん（またはロングカン）	3本
チューハイ（350mLカン）	3本
日本酒	3合
焼酎（25度）	300mL（1.7合）

節度ある適度な飲酒

1日20グラム

(日本酒1合弱またはビール中ビン1本相当)

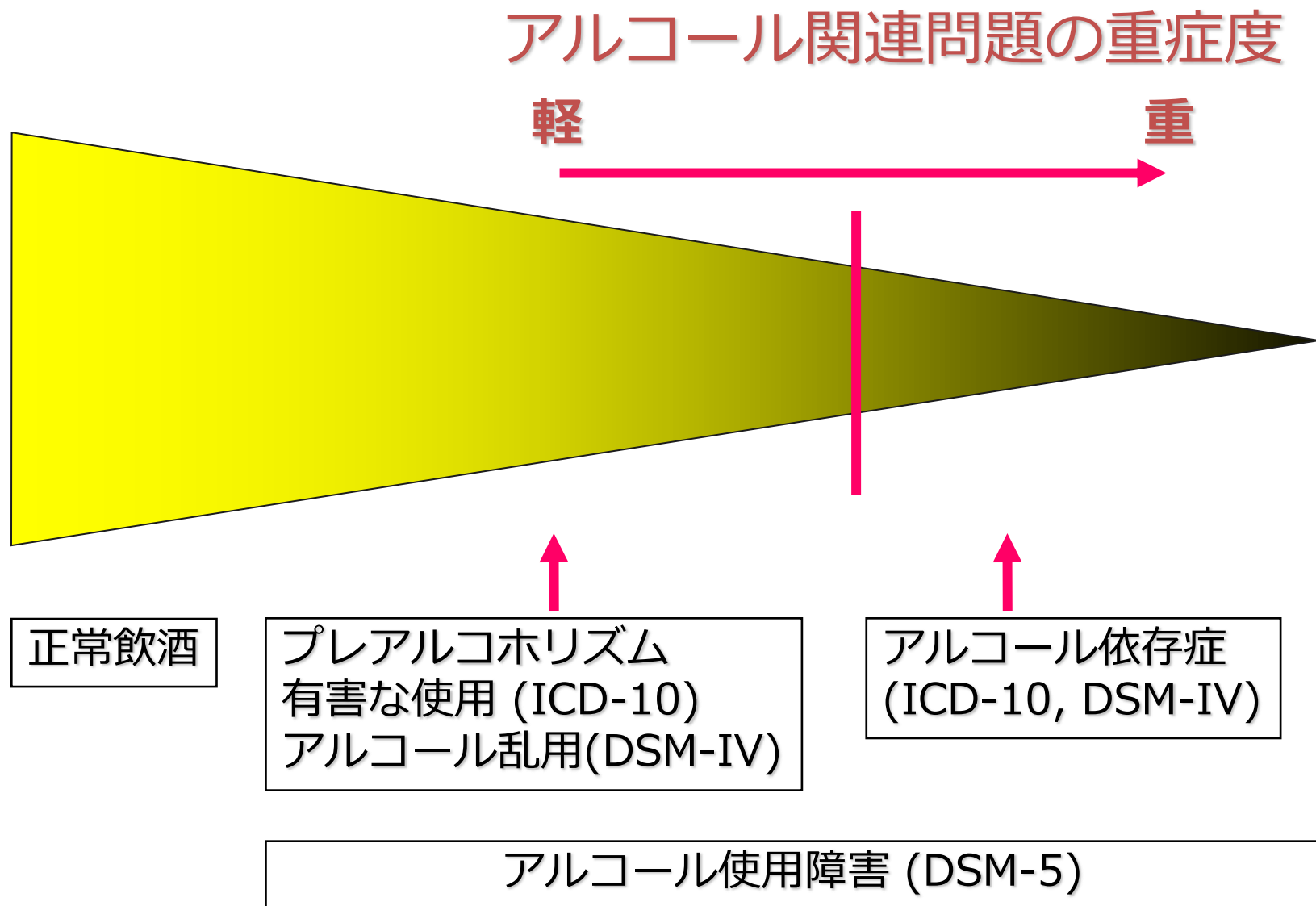
以下の飲酒

- 女性はこの量より少なくする（10グラム程度）
- 飲酒後顔の赤くなる人はこれより少なくする
- 65歳以上の高齢者はこれより少なくする
- アルコール依存症者は飲酒しない
- 非飲酒者には飲酒をすすめない

依存症の特徴

- 強迫的な物質（行動）への欲求
- 耐性が形成される（量が増える）
- コントロールの喪失
- 仕様を中断すると離脱症状が起きる

アルコール関連問題と依存症



有害な使用 (Harmful use) (ICD-10)

- 精神的あるいは身体的な健康に実際に害が起きている状態。
- 社会的な問題、夫婦関係の破たんや逮捕などの問題だけでは有害な使用の証拠とはならない。

アルコール依存症候群の診断基準 (ICD-10)

1年間に以下の3つ以上があてはまる。

- 1) 飲酒したいという強烈な欲求、強迫感（渴望）
 - 2) 飲酒の開始、終了、あるいは飲酒量に関して制御することが困難（抑制喪失）
 - 3) 離脱症状
 - 4) 耐性の存在
 - 5) 長い時間飲酒したり、酔いから醒めるのに1日の大部分の時間を消費してしまう、飲酒以外の娯楽を無視する（飲酒中心の生活）
 - 6) 精神的または身体的問題が飲酒によって持続的または反復的に起こり、悪化していることを知っているにもかかわらず飲酒を続ける（負の強化への抵抗）
-

アルコール使用障害の診断基準 (DSM-5)

1年間に以下の2つ以上があてはまる。 (2-3: 軽度、4-5: 中等度、6-: 重度)

- 1) アルコールを最初に思っていたより多量に、あるいは長い時間使用する。
 - 2) アルコールを減らすまたはコントロールしようと思っても成功しない。
 - 3) アルコールを得るため、使用するため、あるいは回復するための時間が長い。
 - 4) 飲酒への強い欲求
 - 5) アルコールの使用により、仕事、学校、家庭での役割を果たせないことがある。
 - 6) アルコールによる社会的、対人関係の問題があるにもかかわらず飲酒を続ける。
 - 7) 重要な社会的、仕事上、あるいは余暇の活動が飲酒のために放棄または減少している。
 - 8) 身体的に問題がある状況でもアルコールを使用する。
 - 9) 精神的・身体的問題がアルコールによって起こることがわかっていても飲酒する。
 - 10) 耐性
 - a 期待した効果を得るために著しく増加した量のアルコールが必要。
 - b 同じ量のアルコール使用で効果が著しく減弱する。
 - 11) 離脱症状
 - a アルコールに特有の離脱症状の存在。
 - b 離脱症状を軽減させるためにアルコールを使用する。
-

アルコール依存症者数の推計値

アルコールの有害な使用 (ICD-10)

男性 197万人

女性 21万人

アルコール依存症 (ICD-10)

男性 1.9 %

女性 0.9 %

男性72万人、女性8万人、合計で80万人と推計される

診断のポイント

- ほぼ毎日飲酒しているか
- 飲み方の異常があるか（連続飲酒など）
- 離脱症状の存在
- 身体的な検査（ γ G T P の高値など）

連続飲酒とは

- 常に体に一定レベル以上のアルコールを維持するために、一定量の酒を数時間おきに飲み続ける状態。この間、酒以外の食べ物はほとんど摂らない事が多い
- その期間は、数日のこともあるが、数カ月続くこともある

酔いの異常：異常酩酊

- 単純酩酊

- 通常の酩酊状態。爽快期、酩酊初期に多少理性の脱抑制がみられても、異常な精神運動興奮はなく、外的態度も大きく損なわれない。

- 異常酩酊

- 複雑酩酊：飲酒に伴い刺激的気分が支配的となり、興奮しやすくなる。行動は短絡的、暴発的となり、激情犯罪に結びつくことがある。記憶はほぼ保たれている。
- 病的酩酊：意識障害をとめない、了解不能の行動をとる。不安、恐怖、幻覚・妄想などを伴い、激しい精神運動興奮を呈する。健忘を残す。もうろう型、せん妄型、幻覚症型がある。

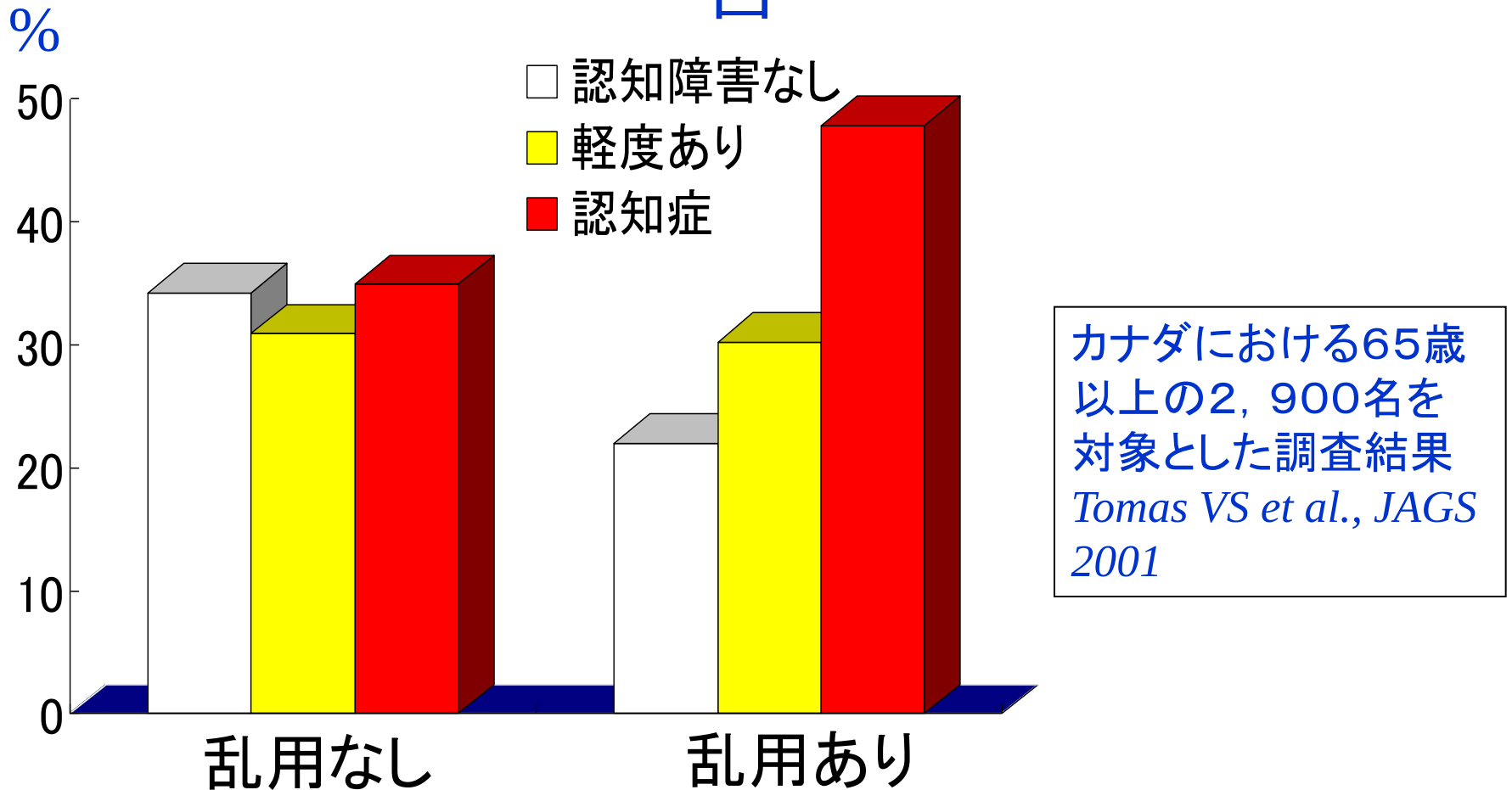
酒の飲み過ぎで 起こる体の病気

- 脂肪肝, 肝炎, 肝硬変
- 高脂血症
- 高尿酸血症, 痛風
- 急性膵炎, 慢性膵炎
- 高血糖, 低血糖, 糖尿病
- 高血圧
- 脳萎縮, 脳出血, 脳梗塞
- ホルモン異常
- がん（喉頭がん, 食道がん, 大腸がんなど）
- 胎児性アルコール症候群（妊娠中の飲酒による胎児の奇形, 知能障害など）
- 事故, 外傷（ケガ）など

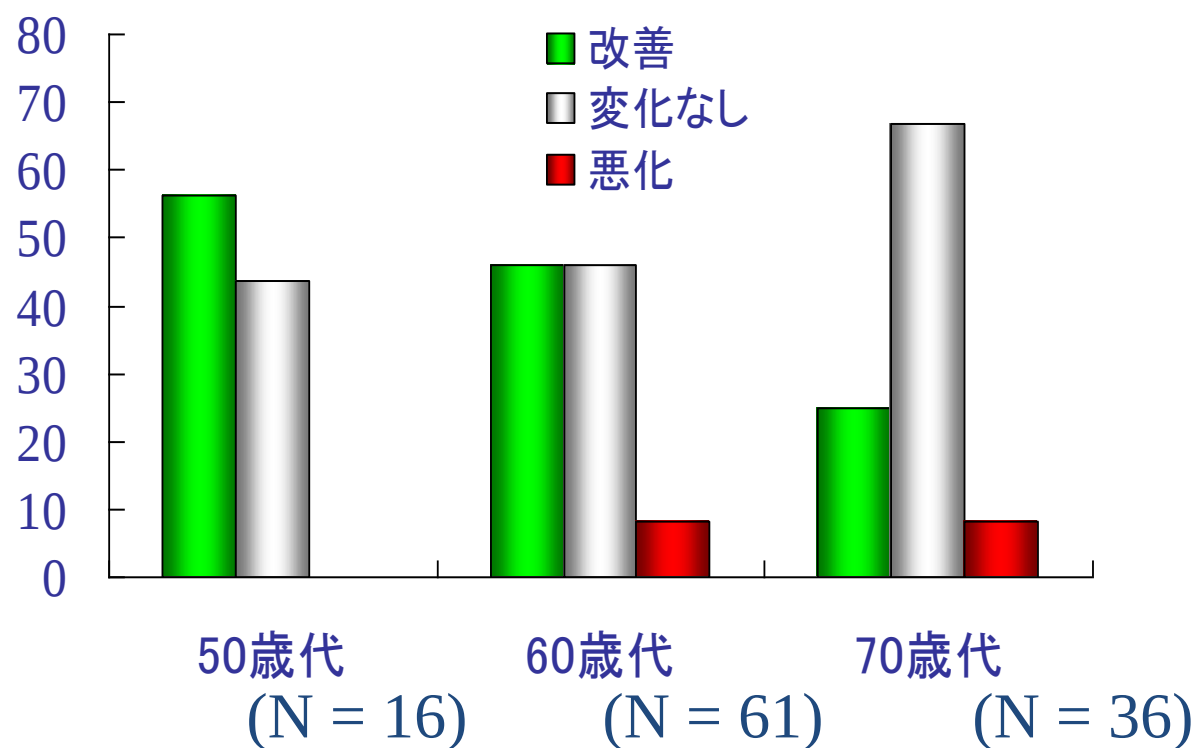
アルコール性脳・神経疾患

- アルコール性脳萎縮
- 硬膜下血腫
- アルコール性てんかん
- ウェルニッケ・コルサコフ症候群
- 末梢神経炎

アルコール乱用の有無による認知症の割合



MMSE点数の変化



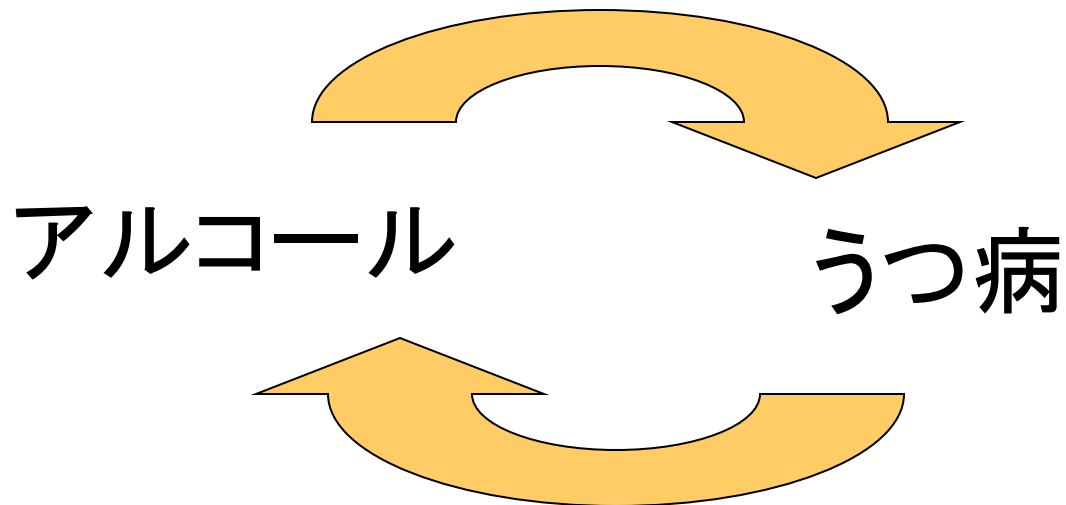
久里浜医療センターに入院したアルコール依存症者の入院後のMMSE点数の変化。1回目は入院後1ヶ月程度の時点で実施。2回目は入院後2ヶ月以上経過した時点で実施。2回目の点数が1回目より10%以上上昇した場合を改善。10%以上低下した場合を悪化。変化が10%以内のものを変化なしと評価した。

ウェルニツケーコルサコフ症候群

- ビタミン B 1 欠乏による脳の障害
- ウェルニツケ脳症
 - 眼球運動障害、複視
 - 失調性歩行
 - 意識障害
- コルサコフ症候群
 - 健忘（記銘力障害、逆行性健忘）
 - 見当識障害
 - 作話
- コルサコフ症候群に進行すると回復が難しい

アルコールとうつの関連

- 疫学的調査からは、アルコール依存症レベルの者ではアルコール依存症発症の後に出現する二次性うつ病の頻度が高い。



治療の目標の原則

プレアルコホリック

→ 短期の断酒
節酒

アルコール依存症者

→ 断酒

アルコール依存症の治療

- 専門治療が原則
- 治療目標は断酒の継続
- 入院治療または外来治療
- 治療の内容
 - ・ 心理社会的治療
 - ・ 薬物治療（補助的）

アルコール依存症の特徴

～否認～

- アルコール依存症の患者には、多かれ少なかれ「アルコール問題を否認する」という特徴がある。
- 「飲酒問題を全く認めない」ことだけではなく、実際よりも軽く考えることも否認の一種である。
- 「やめようと思えばいつでもやめられる」「ストレスがたまるから飲んでいるだけ」
- 否認は、ストレス状況に対する心理的な防衛機制の一種と考えられる。
- 否認のために受診につながらないことが多い。
- 否認に対する対処が治療の上で重要である。

否認への対処

- ア症患者の否認により、治療導入が困難なことが多い。
 - そんなに飲んでいない、酒のせいの問題はない。
 - 人に迷惑をかけていないから依存症ではない。
 - 前より量は減らしている。
 - 自力で簡単にやめられる。
- アルコール依存症に対する誤解・ネガティブなイメージを修正する。
- 頭ごなしに否定せず、問題を話し合う。

断酒か？節酒か？

- ◆ 生涯断酒を続ける以外方法はない。
- ◆ なぜなら、飲み始めれば、短時間のうちに連続飲酒に戻るからである。

一般的には、断酒が最も安全な治療目標となる



しかし、最近は断酒にこだわらず、飲酒行動の変化を治療目標とする考え方も受け入れられてきている
(飲酒量低減アプローチ)

飲酒量低減アプローチ (Harm Reduction Approach)

- 米国や日本では断酒がアルコール依存症の唯一の目標であるという考えが強いが、ヨーロッパでは飲酒量低減を目標とする考えがある。
- 飲酒量低減により肝機能などが改善する。
- ナルメフェン、ナルトレキソンなどの飲酒量を減らす薬物による治療がある。
- ブリーフインターベンション: プライマリーケアでの飲酒量軽減のための短期介入法
- アルコール依存症としての重症度が低い場合は有効だが、ある程度進行した状態では断酒が必要。

ブリーフインターベンション

- 生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリング
- 飲酒量低減が目標、健康をテーマにする。
- 飲酒問題の直面化は避け、「否認」などはテーマにしない。
- 介入のキーワードは、「共感する」「励ます」「誉める」
- 主な構成要素は、「Feedback」「Advise」「Goal-setting」
- 肥前医療センターで「HAPPYプログラム」が開発された。

アルコール問題のスクリーニングテスト

- AUDIT
 - 世界で一番良く用いられるテスト
 - 信頼性も高い
- KAST
 - 久里浜医療センターで開発されたテスト
- CAGE
 - 4項目のみからなるテスト
- アルコール使用障害の血清学的なマーカーとしては、日本では γ GTPが最も有用

本人への介入がうまくいかない場合

- 本人を非難せず、共感・心配していることを伝える。
- 専門病院への受診などのいくつかのメニューを本人に示して選んでもらう。
- より抵抗の少ない方法を示し(アルコールについての本を読む、飲酒量を記録するなど)、とりあえず介入を続けることを目標とする。
- 今後検査結果が悪化した時に受診するなどの約束をして、次回のタイミングにつなげる。

久里浜医療センターにおける 入院プログラムの特徴

- 入院期間は約 2 カ月半
- 最初の 3 週間は内科的な検査とともに、アルコールについての勉強会に参加する。
- 後半の 7 週間は、精神科病棟での集団生活、様々な日課を行う。
- 認知行動療法のミーティング
- 作業療法、勉強会参加、瞑想の時間など
- 週一回の外泊
- 入院中一回は自助グループに参加する。

認知行動療法



- 精神疾患では、認知のパターンに歪みがあると考えられる。
- 自分の認知パターンに気づき、検討、修正することによって、行動・感情を変えることができる。

アルコール依存症の認知行動療法



アルコール依存症の薬物療法

- 抗酒薬

- ジスルフィラム（ノックビン）

- シアナマイド（シアナマイド）

- ALDHの働きを阻害して飲酒後のアセトアルデヒドの濃度を上げる

- 飲酒への欲求を抑える薬

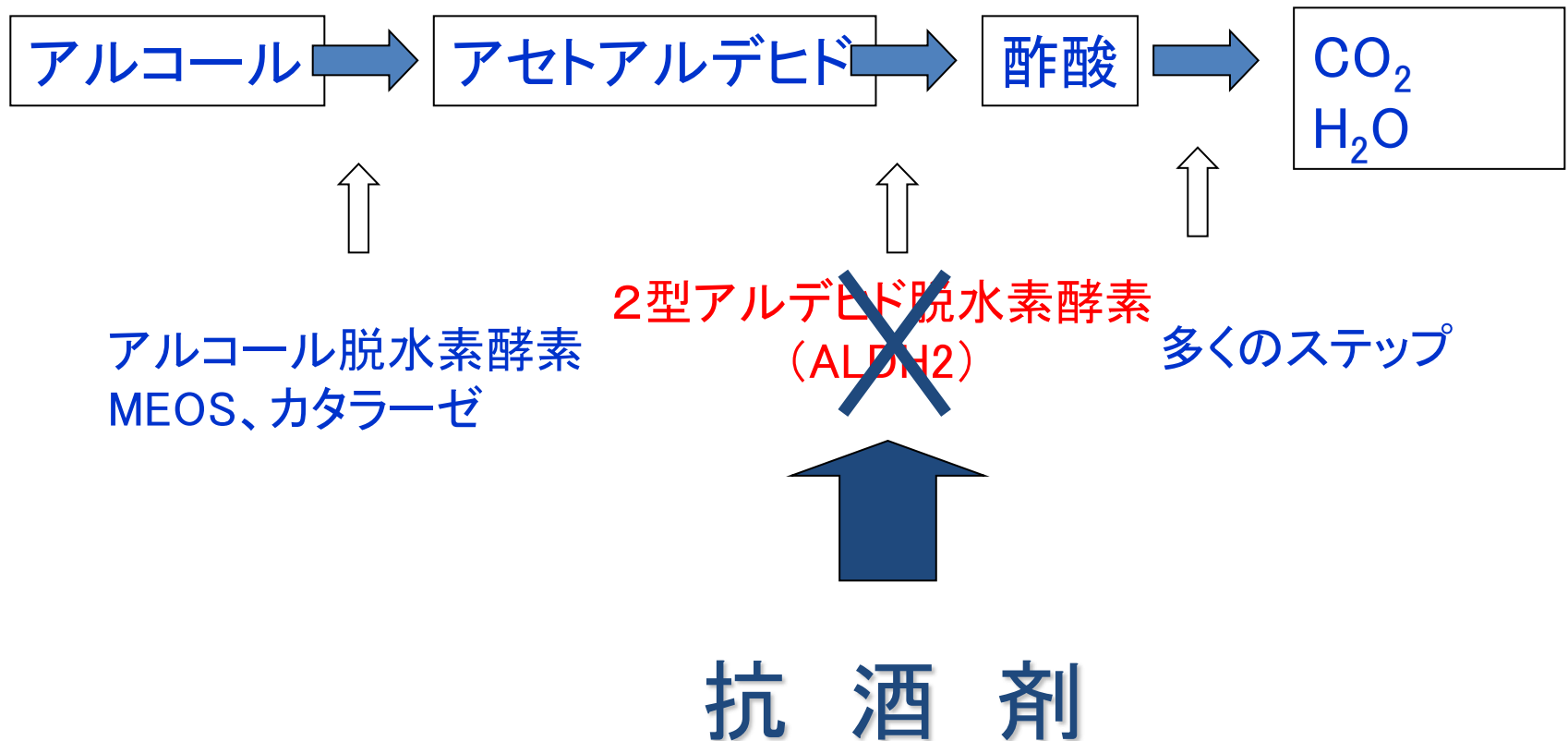
- アカンプロサート（レグテクト）

- グルタミン酸受容体（NMDA受容体）を阻害

- ナルメフェン、ナルトレキソン（本邦未発売）

- オピオイド受容体（主に μ 受容体）を阻害

体内におけるアルコールの分解過程



ジスルフィラムの有効性についての研究

文献	症例数 最初／最後	追跡期間 (週)	飲酒日数／ 非飲酒日数	飲酒の再開	飲酒量
Fuller&Roth, 1979	128/NA	52	—	—	NA
Fuller et al., 1986	605/577	52	+	—	NA
Shuckit, 1985	348/348	52	—	NA	—
Chick et al., 1992	126/69	24	+	NA	+

(Garbutt et al., JAMA, 1998より)

抗酒薬による治療の問題点

- 飲酒により、危険な状態に陥る可能性がある。
- 肝障害、心疾患などの禁忌が多い。
- 肝障害、アレルギーなどの副作用が多い。
- 服薬のアドヒアランスが悪い。

アカンプロサート（レグテクト）

- グルタミン酸NMDA受容体のアンタゴニスト活性、GABA-A受容体のアゴニスト活性を持つ。
- 1989年よりヨーロッパで、2004年よりアメリカ合衆国で承認される。
- 日本では2013年5月に発売。
- 断酒することが前提となる。
- コクランレビューでは、プラセボに比べて飲酒に戻るリスクの軽減、断酒期間の延長が認められるという結果が得られた。

アカンプロサートによる治療の留意点

- 禁酒の導入期には効果がなく、ある程度禁酒期間を置いた後の維持療法に効果を表す。
- 自助グループへの参加、精神療法的介入は依然として重要である。
- 抗酒薬との併用も可能。

自助グループ

- アルコールに悩むひととなら誰でも参加できる、酒害者自身によって運営される組織
- 自らの酒の体験談を語ることが基本
- 主な組織としてA Aと、断酒会がある

AA

(アルコホリクス・アノニマス)

- 1935年米国で始まる
- 日本では1975年に最初のミーティング
- “AAとは、メンバーに共通したアルコール症という問題を解決し、仲間のアルコール症からの回復を助けるために、経験、力、希望を共有しあう、男女による仲間の集まりである。メンバーであるために要求される唯一の条件は、飲酒を止めたいという願いだけである”

断酒会

- AAを参考に1957年に東京断酒新生会、1958年に高知県断酒新生会が発足
- 1963年に合流し、現在の全日本断酒連盟が結成され、1970年には社団法人全日本断酒連盟として認可
- 活動の基本は例会
- 会員同士の連帯感、信頼感、仲間意識が形成

断酒の三本柱

- 通院
- 自助グループへの参加
- 抗酒剤の服用