

INDEX
特集

アルコール依存症について 臨床医による概説と対応の要点

医療法人耕仁会 札幌太田病院
理事長・院長 太田 健介

1. 始めに お酒と人のかかわり

札医通信の読者である医師の皆様の中にもワインや日本酒などお酒を嗜む方は多いと思います。お酒の歴史は古く、ワインは紀元前5000年頃にジョージア（グルジア）で醸造されたのが発祥とされています¹⁾。ワイン作りのためのブドウ栽培は紀元前2000年頃には古代エジプトやインドなどでも行われ²⁾、ギリシャ・ローマ時代にはアンフォラ（耐水性の陶器）に入れられたワインが地中海世界で交易されていました。

東洋でも殷の紂王（紀元前1100年頃）の酒池肉林（日夜酒色に耽る）の故事や盛唐（8世紀）の三大詩人李白、杜甫、白樂天が大酒飲みであった伝承などから、古代から現代まで続く人と酒の深い関係がうかがえます。

一方で、古代バビロニア（バビロン第一王朝）のハンムラビ法典（紀元前1700年代）にはワインの販売量を規制し、酒癖の悪い者には酒の販売を禁止する等との記載がありました²⁾。19世紀の欧米では都市労働者の間にアルコール中毒が蔓延し、米国では禁酒法（1851年）が施行されました。

しかし、イスラム圏以外の世界中で、現在もお酒は主要な商品・交易品であり、人々の生活の重要な一部であり続けています。このように、有史以前から人類は酒と共にあり、その副産物であるアルコール関連問題やアルコール依存症とも共にあると言えます。本稿ではアルコール依存症について概説し、対応の要点について、浅学菲才の身

ではありますが記載させていただきます。

2. 酒による弊害 アルコール関連問題

さて、WHO（2000年）は、アルコール（酒）は60以上の病気の原因であり、酒を原因とする病気は、病気による社会的損失の4%を占め、高血圧（4.4%）、たばこ（4.1%）に次ぐ3番目の原因であるとしています。更に、酒は健康寿命を短縮する要因の9.2%を占め、酒により180万人が世界で死亡し、全死因の3.2%を占めています。家庭内暴力の最大の原因でもあり、経済的損失、未成年者への影響、妊婦への影響など計り知れなく大きいと指摘しています³⁾。

3. 適正飲酒量

では、適切な飲酒量はどのくらいでしょうか。飲んだ酒に含まれる純アルコール量を知るには、摂取純アルコール量（g）＝摂取したお酒のアルコール度数（%）/100×0.8（アルコール比重）×飲酒量（mL）と計算します。WHOの換算基準では摂取純アルコール量10gを1ドリンクとします。ドリンク数＝純アルコール量（g）/10gと算出します。ビール500mL、日本酒1合、ワイン1.5杯（180mL）が約2ドリンクです。

適正飲酒量は、男性で1日平均純アルコール量20g（2ドリンク）、女性で10g（1ドリンク同）とされています。男性で40g（4ドリンク）、女性で20g（2ドリンク）以上の飲酒で生活習慣病のリスクが高まります。多量飲酒者とは前述のよ

うに、1か月に1度でも6ドリンク以上飲酒する人を指しています⁴⁾。

また、アルコール依存症のスクリーニング検査としてAUDIT(Alcohol Use Disorder Identification Test)があります。AUDITで7点以下は問題のない飲酒、8~14点は問題飲酒、15点以上は依存症疑いとされます。

4. 酒の消費量と患者数

本邦の酒類の消費量は、人口減少と高齢化に伴い減少傾向にあり、成人一人当たりの消費量も1992年度以降、減少傾向にあります(2020年度国税庁発行「酒のしおり」)、多量飲酒者の割合はむしろ増加傾向にあります。

2013年の厚生労働省研究班の調査では、本邦における多量飲酒者(純アルコール60mg/日以上)の飲酒が30日に1度でもある)は1,930万人、リスクの高い飲酒者(純アルコール摂取量1日平均男性40mg以上、女性20mg以上)が1,036万人、問題飲酒者(AUDIT12点以上)が593万人、アルコール依存症者疑い(AUDIT15点以上)が292万人、ICD10診断基準によるアルコール依存症経験者が107万人(男性94万人、女性13万人)、依存症候群の有病率は1.1%(男性1.9%、女性0.3%、2013年)でした。

一方、アルコール依存症候群の有病率の世界ランキング(2015年、OECD、対象190カ国・地域)では、日本は136位であり(有病率1.1%)、アルコール依存症者が少ない国の一つです。ちなみに、1位はベラルーシで11%、2位はハンガリーで9.4%、3位はロシアで9.3%、米国と韓国は4.7%で12位でした。

5. アルコール依存の生物学的基盤

アルコール依存の生物学的基盤はドパミンが介在する報酬系システムとグルタミン酸神経伝達系が介在する脳の可塑性、記憶、学習機構との相互作用が重要であると考えられています⁵⁾。

アルコールは快反応を引き起こし、再摂取しよ

うとする動機を引き出す正の強化効果を持ちます。この快反応を強化する神経回路を脳内報酬系と呼び、中脳ドパミン神経系が有名です。長期連用によりこの報酬効果が逓減し、同じ報酬レベルを維持するために更に飲酒が強化されます。

アルコールによる急性の中枢神経系抑制効果は、抑制性神経(GABA神経系)伝達の効果増強と興奮性神経(グルタミン酸神経系)伝達の効果減弱の相関により生じます。つまり、飲酒すると抑制系のGABA神経系が活性化され、興奮系のグルタミン酸神経系が抑制されます。受容体レベルでは、アルコールがGABA_A受容体に結合して抑制性の神経伝達物質であるGABAの作用を増強し、鎮静や抗不安、抗痙攣、痛み閾値低下などの効果を発現します。一方、アルコールが興奮性のグルタミン酸神経系のNMDA型受容体の働きを抑制し、鎮静などを引き起こします。

そして、慢性的なアルコール乱用下では、GABA_A受容体が減少し(ダウンレギュレーション)、通常の神経伝達で放出される濃度のGABAには反応しなくなり、GABAによる神経の興奮抑制が起きなくなります。逆に慢性的なアルコール乱用下ではNMDA受容体は増加し(アップレギュレーション)、正常よりも過多となり、興奮性のグルタミン酸神経系が過剰に活性化している状態となります。

この状態で酒が切れてアルコールが体内から消失すると、興奮系と抑制系のバランスが崩れ、興奮系が優位となり、痙攣などの離脱症候群や強烈な飲酒欲求を引き起こすと考えられています。

アルコール依存症の治療の第一選択薬であるアカンプロサートは、この亢進したグルタミン酸作動性神経活動を抑制することで飲酒欲求を抑制すると考えられています。

6. 原因、誘因

アルコール依存症の発症、脆弱性には遺伝的関与が認められることが明らかになっており、アルコール使用障害の近親者ではその発症リスクは3

～4倍です。アルコール代謝酵素の遺伝子多型もアルコール依存症罹患の危険性に大きな影響を与えます。日本人を含むモンゴロイドではアルコール代謝酵素であるアルコール脱水素酵素（ADH）とアルデヒド脱水素酵素（ALDH）の遺伝子多型が人口の40%程度に見られ、これら遺伝子変異（特にALDHⅡ活性の欠損）を有する人々はフラッシング症状のため多量飲酒できず、アルコール使用障害罹患の危険性が低いことが知られています⁶⁾。また、先行する統合失調症や双極性障害がある人々は発症の危険性が高いとされます。被虐待経験や機能不全家庭での生育、酒とのかかわりについての家庭や地域の文化など養育環境も重要な要因です。

7. 症状の発展と経過

初飲酒は10代が多く、その後、機会飲酒が増え、乱用を繰り返すうちに脳の神経回路の不可逆的な変化が生じ、飲酒量や飲酒行動をコントロールできない依存症へと発展します。米国では、初発症年齢は10代後半から20代前半がピークで、30代後半までに大多数が発症します⁶⁾。発症後は寛解と再発を繰り返すことが多く、飲酒による大きな問題が生じると患者は数週間からそれ以上の期間断酒しますが、しばらくすると飲酒を再開し、一定期間は制限して飲酒できることもあります。多くは速やかに飲酒量が断酒前の量に戻り、再び問題が生じることを繰り返します。

そして、徐々に依存症が重症化し、慢性中毒としての各種身体疾患（肝硬変、慢性膵炎、脳出血、癌等）や精神疾患（アルコール精神病、ウェルニッケ・コルサコフ症候群等）を発症し、社会障害（離婚、失業など）も深刻化していきます。

ただし、重症症例はこの障害の一部であり、典型的なアルコール使用障害患者の予後ははるかに良いとされています⁶⁾。

8. 診断基準

診断には、ICD-10、DSM-5による診断基準を

用います。ICD-10では「依存症候群」、DSM-5では「使用障害」が診断名です⁶⁾⁷⁾。

摂取欲求に基づく衝動制御障害（精神依存）、離脱と耐性（身体依存）、社会障害、危険を知らなげながらの摂取行動などの疾患基本概念は両者で共通していますが、依存症候群では診断に必須の摂取欲求が、使用障害では必須ではなく、社会障害（社会的役割や対人関係の問題等）を重視する点で相違があります。使用障害では依存症候群よりも軽症例を含みます⁸⁾。使用障害では診断基準11項目中の該当数による重症度分類があります。

現在、ICD-11が準備中で、物質使用症群アルコール依存との病名になるようです⁹⁾。

9. 並存疾患

9-1. 身体疾患

前述の如く飲酒は60種類の病気の原因とされ、医療費の15%は飲酒と関連しているとされます。5年以上の長期にわたる多量飲酒が主な原因である臓器障害をアルコール性臓器障害と呼びます。アルコール性肝硬変は1日平均純エタノール110g以上の飲酒を20～30年続けている人に生じます⁸⁾。急性膵炎の原因の34%、慢性膵炎の原因の約70%が多量飲酒です。高血圧、脂質代謝異常症、脳出血、癌などは飲酒量に比例して増加します。

9-2. 精神科疾患

アルコールを含む物質使用障害患者では精神疾患の併発が多く、約半数に認めるとの報告もあり、「物質使用障害を診たら、併発精神疾患を疑え」と言われます。物質使用障害患者の3～4割にうつ病や双極性障害を、2～3割に不安障害を認め、半数に自殺のリスクがあったとの報告があります⁸⁾。統合失調症、反社会性パーソナリティ障害との併発が多いことも知られています⁶⁾。

10. 治療目標

治療目標は、断酒が原則ですが、使用量低減を

治療目標とする場合もあります。

重症例や明確な身体的、精神科合併症、深刻な社会障害を有する症例では断酒を治療目標とします。しかし、依存症患者は、治療開始当初には断酒に同意しないことも多く、その場合は、治療出来ない事態を避けるため、患者が受け入れられる使用量低減を治療目標とします。飲酒量低減でも低減しないよりは生じる害を減らすことが出来ます（ハームリダクションHarm Reduction）¹⁰⁾。治療関係が構築され、患者の疾患理解が進んだ時点で断酒に目標を切り替えることを目指します。

軽症例で、明確な合併症を有しない場合では、飲酒量低減も治療目標となります。低減する飲酒量（純アルコール量）の目安は、男性は1日平均40g、女性は20g以下とされます。

11. プライマリケアでの対応 SBIRTなど

アルコール依存症も他の疾患と同様、早期発見し早期に治療すれば、より容易に回復可能です。しかし、本邦では患者の3.6%程度しか専門治療を受けていないと推測されています¹⁰⁾。そのため、アルコール依存症患者や問題飲酒者が内科や救急科など他科を受診した際に、スクリーニング（Screening）、簡易介入（Brief Intervention）、専門医療機関への紹介（Referral to Treatment）を行うことが推奨されています（SBIRT）。

スクリーニングではスクリーニングテストAUDITを実施し、8点以上の危険な使用では簡易介入を行います。簡易介入では「共感」「励ます」「褒める」を面接の基本として、スクリーニングテストの結果を伝え、達成可能な目標を患者に設定してもらい、目的達成に役立つ具体的な対処法を考えてもらいます。HAPPYなどの補助ツールがあります。AUDIT15点以上では、依存症疑いとして専門医療機関に繋がります⁸⁾。

12-1. 精神科治療 家族支援

患者は当初、アルコール依存症であることを否認し、治療を拒むことも多く、医療機関に最初に

相談するのは家族であることが少なくありません。そのため、家族への支援から治療が始まることも多く、家族支援はとても重要です。依存症は家族を巻き込む病気であり、家族は悩み、傷つき、苦しんでいます。治療者には家族を労い、勇気づける姿勢が不可欠です。家族支援により、本人が治療に繋がり回復する、本人の問題行動が軽減する、家族自身が健康を取り戻すことを目指します⁹⁾。具体的には、CRAFT（Community Reinforcement And Family Training）などで介入方法などに関する知識を提供します。家族会も家族の孤立を解消し、感情を浄化し、知識と経験を共有し、家族が元気を取り戻すために有効であり、参加を促します。

12-2. 精神科治療 患者への精神療法

患者は受診時には、これまで酒を止めようとしても止められず、失敗を繰り返し、周囲から責められ、内心では自信を失い、恥の感情を持っていることが多いです。治療者はその心情を理解し、「よくぞ受診してくれた」と患者が受診したことを称え、共感を示し、依存症の仕組みを説明し、「これまでの問題は飲酒をコントロールできない病気に罹患していたことが原因であったこと」、「回復可能であること」を伝え、回復への具体的な方法を提案します。叱責や断酒の強要はせず、提案する姿勢が大切です。

また、依存症者は併発精神疾患や発達障害、被虐待経験、アダルトチルドレンの問題など生い立ちからくる生きづらさを抱えていることも多く、辛さへの自己治療として飲酒している場合もあり、それらの問題への配慮と対応も欠かせません。

成瀬は、患者への望ましい対応として、次のことを挙げています。患者ひとりひとりに敬意を持って接する、患者と対等の立場にあることを常に自覚する、患者の自尊感情を傷つけない、患者を選ばない、患者をコントロールしようとしなない、患者にルールを守らせることにとらわれすぎない

い、患者との1対1の信頼関係づくりを大切にす
る、患者に過大な期待をせず長い目で回復を見守
る、患者に明るく安心できる場を提供する、患者
の自立を促すかわりを心がける⁸⁾。

12-3. 精神科治療 薬物療法

断酒急性期の解毒治療と再発予防に関する薬物
療法が行われます。

(1) 解毒治療

アルコール離脱症状の治療の第一選択薬はベン
ゾジアゼピン系薬物 (BZD) です。高齢者以外
ではジアゼパムなどの長時間作用性BZDを選択
します。BZDの使用は原則7日以内とし、離脱
症状が遷延する場合も4週間以内の使用としま
す。高齢者の場合は、ロラゼパムなど短時間作用
性BZDを使用します。

(2) 再発予防に関する薬物療法

断酒が目標の場合は、アカンプロサートが第一
選択薬です。ジスルフィラムやシアナミドは第二
選択薬として、断酒意思を有する患者に使用しま
す。飲酒量低減が目標の場合は、ナルメフェンを
使用できます。いずれの場合も精神療法や認知行
動療法などとの併用が必須です。

12-4. 精神科治療 認知行動療法 (Cognitive Behavioral Therapy : CBT)

Beckらにより開発され、うつ病や統合失調症、
不安症など多くの精神科疾患の治療で用いられて
います。アルコール依存症治療では久里浜式認知
行動療法が嚆矢で、SMARRPなどが普及してい
ます。

人の感情や行動は、出来事や物事の直接の結果
として生じるのではなく、出来事や物事と感情や
行動の間にはその人の認知 (考え方、見方) があ
り、同じ出来事に遭遇しても、各人の認知によ
り、生じる感情や行動は違うものになります。
CBTでは、自身で自己の認知を検討し、認知を
変えることで感情や行動の改善を目指します。

アルコール依存症者に認めやすい認知の偏りと

して次のようなものがあります。「自分には飲酒
問題がない」「自分は上手く飲める」「ストレス解
消や人付き合いには酒が必要だ」「こんなことが
あったら飲むしかない」「断酒なんてできない」
「酒を止めてもいいことはない」など¹¹⁾。CBTで
患者自身がこれらの認知の偏りに気づき、非依存
症的な認知を知り、回復や再発予防の具体的方法
を検討します。

12-5. 精神科治療 集団精神療法

治療者よりも同じ病気の仲間 (ピア) の発言の
方が、共感を得られ易く、否認を崩し、回復への
動機を生じさせ、治療に主体的に取り組む力とな
ります。集団でCBTを実施することも多いです。

12-6. 自助グループ

断酒会やAA (Alcoholics Anonymous) が活動
しています。アルコール依存症は孤独の病気とも
呼ばれ、孤独の解消と居場所づくりが回復に役立
ちます。病気のために家族などとの関係が悪化
し、対立関係になっていることも多く、本当に患
者の気持ちが分かるのは同じ病気で苦しんだ他の
患者しかいないことも多いです。

12-7. 精神科治療 入院治療

初期の離脱管理、併発症治療、薬物療法、集
団・個別CBT、集団療法 (ピアサポートなど)、
断酒会・AA等との連携、作業療法、心理士によ
るカウンセリング、内観療法、家族への支援 (ク
ラフト・心理教育・家族会)、行政手続き・住宅
準備支援など環境調整などを多職種によるチーム
医療で行います。

12-8. 精神科治療 デイケア・ナイトケア

入院に準じる治療としてデイケア・ナイトケア
通所があります。断酒導入や退院後の断酒継続、
生活の改善などを目的として、1日3時間から10
時間利用でき、医師、看護師、作業療法士、心理
士、精神保健福祉士など多職種で構成されたスタ

ップが、カウンセリングなど個人支援、疾患教育やCBT、作業療法、レクレーション、地域生活支援などを実施します。

「お酒はやめたいけれど家にいると飲酒してしまう」「単身で孤独感が強い」「家庭に居場所がない」「仕事をしたいが前に進めない」などの状況に対して、飲酒しないでいられる安全な場所、自宅以外の居場所、生活を整え新しい生活と人生へのリハビリテーションを行う場所として役立ちます。

13. 精神科治療 女性アルコール依存症への対応

女性アルコール依存症患者は増加しています¹⁰⁾。女性患者では、男性と異なる誘因や持続要因を有しています。トラウマや夫との関係、夫の浮気、性に関する事などは男性治療者には話しづらく、男性治療者は女性患者の悩みに共感できないこともあります。女性心理士によるカウンセリングや認知療法、女性だけの断酒会や集団療法が役に立ちます。

14. 精神科治療 認知機能低下・認知症併発患者への対応

60歳代後半～70歳代前半の男性では2割を超える人に何らかのアルコール問題が示唆されています。また、認知症症例の9～12%にアルコール乱用が見られ、逆にアルコールを乱用する者には10～24%と高い割合で認知症が見られたとの報告があります¹²⁾。

治療では、アルコール依存症治療と認知症治療、身体合併症治療を合わせて行う必要があることが多いです。栄養療法、身体的・認知的リハビリテーション、環境調整（退院後の施設入所の手配、住居の準備、行政手続き）も必要になります。精神科医、内科医、歯科医を始めとした多職種によるチーム医療と円滑な介護への移行が必要です。

15. 結語

アルコール依存症も他疾患と同様に、早期に治療すれば、比較的容易に回復できます。アンプロサートなどによる薬物療法や認知行動療法も普及して、以前よりも有効な治療が提供されるようになっていきます。本稿が多少なりとも患者の早期発見と治療のお役に立つことが出来れば幸いです。

文献

- 1) ウィキペディア. “ワイン”. <https://ja.m.wikipedia.org/wiki/ワイン>, (参照2022-7-24)
- 2) 青木英夫著：酒飲みの文化史. 源流社, 東京, p7-16, 2007.
- 3) 樋口 進. “成人の飲酒実態と関連問題の予防”. 厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/topics/tabaco/houkoku/061122b.html>, (参照2022-7-24)
- 4) 樋口 進著：お酒が減らせる練習帳. メディカルトリビューン, 東京, p9-35, 2013.
- 5) 菱本明豊：アルコール依存症の生物学. 日本生物学的精神医学会誌21(1)：p34-46, 2010.
- 6) American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Publishing, 2013. (米国精神医学会著, 高橋三郎, 大野 裕監訳：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, p483-489, 2014).
- 7) World Health Organization：The ICD-10 Classification of Mental and behavioral Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992 (世界保健機関著, 融 道男, 中根充文, 小見山 実訳：ICD-10精神障害および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, p81-94, 1993).
- 8) 樋口 進, 齋藤利和, 湯本洋介編集：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, 東京, 2018.
- 9) 宮田久嗣, 山田理沙: 物質使用症群または嗜癖行動症 (障害) 群. 臨床精神医学51(4): p397-406, 2022.
- 10) 浪崎 正, 吉治仁志: アルコール性臓器障害: 断酒と飲酒量低減 (ハームリダクション). Frontiers in Alcoholism 10(1): p 8-13, 2022.
- 11) 国立療養所久里浜病院: 久里浜式認知行動療法ステージミーティングテキスト第3版.
- 12) 松下幸生: 高齢期のアルコール使用の医学的問題. 老年精神医学雑誌32(1), p13-21