

# PREVENTION No.329

2021年4月15日開催

## アルコール依存症の基礎知識

真栄里 仁(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)

アルコール依存症は慢性・進行性の精神疾患であり、飲酒コントロールの喪失、快を求める飲酒から不快な気分を軽減する目的での飲酒への変化、他の大切なものよりアルコールを優先するなど、正常飲酒者とは異なる特徴がみられる。現在、依存症の診断には基本的にはWHO作成のICD-10の依存症候群の診断基準が用いられるが、簡易的に離脱症状、連続飲酒の有無で診断が行われることも多い。離脱症状は飲酒中止後、数日以内に手指振戦、発汗、幻覚、けいれんなどが出現する症状のことを指し、身体(正確には脳)が依存性物質への依存が原因であり依存症の代表的な症状である。連続飲酒はアルコールが体から抜けない状態が48時間以上続くことを指し週末などにみられることが多い。連続飲酒に入ると通常は食事を殆ど取らなくなり、ビタミンB1不足による意識障害・記憶力障害が特徴のウェルニッケ・コルサコフ症候群や、低血糖と脱水による大酒家突然死症候群のリスクが高まる。実際に依存症者の死亡原因の1/3は大酒家突然死症候群と推計されている。このようにアルコール依存症は重篤な疾患であるが、107万人という推計患者数に対して実際に依存症として治療を受けているのは年間5万人前後とトリートメントギャップの多い疾患である。その要因の一つに飲酒問題や病気であることを否定、隠蔽しようとする“否認”の存在があり治療の大きなハードルとなっている。

アルコール依存症の治療は、精神療法、薬物療法、自助グループなどを組み合わせから成る。精神療法は認知行動療法が基本であり、依存症者の中にある飲酒に繋がりやすい感じ方、考え方を同定し修正することで、飲酒行動を変えていくことを目的としている。例えば、家族から飲酒を疑われたときに、「信用されていない」と考えるのではなく、「自分の健康を心配している」ととらえることで、再飲酒のリスクは大きく減少する。薬物療法には、服用後の飲酒で悪心、頭痛といった下戸と同様の症状を引き起こす抗酒剤と、飲酒欲求を抑制するアカンプロサートの二つに大別され、最近では後者が第一選択薬であり、断酒率を11%改善することが報告されている。自助グループは主に断酒会(全日本断酒連盟)と、AAがあり、いずれも体験談を語るミーティングが活動の柱となっている。前者は会員制で会費があり、家族等の参加も可能である点、後者は匿名による参加で、献金による運営、原則として依存症当事者のみの参加という点が異なっている。

約半世紀にわたり大きな変化のなかった依存症医療であるが、2013年に改定された米国精神医学会による精神障害の診断基準(DSM-5)では、既存の依存症や乱用の概念がアルコール使用障害としてひとまとめにされる形で依存症概念が無くなり、日本でも2018年の新アルコール薬物使用障害

の診断治療ガイドラインの中で飲酒量低減も治療目標の選択肢の一つとして認められるようになり、初の節酒を目的とした薬剤（ナフメフェン）も2019年より発売されるなど、治療目標の多用化が進んできている。また国レベルの動きでは依存症対策全国拠点機関設置運営事業が2017年に始まり、全都道府県・政令指定都市への依存症専門医療機関整備が事業目標として掲げられるなど、徐々にではあるが治療や受診のハードルを下げて、より多くの問題飲酒者が治療を受けやすい環境が整いつつある。