

2026 年 1 月 15 日開催

認知機能へおよぼす大量飲酒の影響

伊藤 満(独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター)

長期にわたる多量の飲酒は、さまざまな認知機能低下を引き起こすことが知られている。しかしながら、アルコール関連の認知機能低下を表す概念として、アルコール関連認知症 (alcohol-related dementia)、アルコール関連脳障害 (alcohol-related brain damage)、アルコール関連認知機能障害 (alcohol-related cognitive impairment) など複数の用語が併存していることが示すように、必ずしも統一された概念として定着しているとはいえない。

飲酒は、アルコールによる直接的な神経毒性作用のみならず、栄養障害、肝機能障害、血管障害、炎症反応、外傷性脳損傷、さらには精神疾患の併存など、多様な経路を通じて認知機能に影響を及ぼす。その結果として、前頭葉機能障害、記憶障害、視空間認知障害などが単独ではなく、複合的に出現することが多い。

こうした認知機能低下は、依存症治療の過程や治療転帰とも密接に関連している。先行研究では、問題解決能力や遂行機能、注意機能が比較的保たれている患者ほど、入院治療プログラムへの参加継続率が高く、退院後の断酒維持率や社会適応が良好であることが示されている。一方で、再飲酒に至った患者では、入院中のワーキングメモリ、抑制制御、認知的柔軟性の低下が報告されており、認知機能は治療動機づけや治療内容の理解、セルフコントロールと深く関係している。

飲酒量と認知機能低下との関係については、かつて提唱されてきた「少量飲酒は脳に良い」という見解が、近年では否定されつつある。30 年にわたる英国の縦断コホート研究では、海馬萎縮が飲酒量に応じて用量依存的に増加し、56～112g/週という中等量飲酒であっても右側海馬萎縮のリスクが有意に上昇することが示された。軽度飲酒に明確な保護効果は認められず、安全と断言できる飲酒量は存在しない可能性が示唆されている。

神経心理学的観点からは、全体的な知能指数 (IQ) が保たれている場合であっても、遂行機能、注意、視空間認知、遅延再生を含む記憶機能が選択的に低下している症例が多いことが示されている。これらの障害は、日常生活においては段取りの悪さ、感情調整の困難さ、柔軟な思考の欠如として表出しやすく、本人や家族が「性格の問題」と誤解しやすい点が特徴である。

久里浜医療センターにおける入院患者を対象とした評価では、入院 2 週目に MMSE、MoCA-J、時計描画テスト (CDT) を実施し、年代ごとの平均得点および各検査においてカットオフ値を下回った患者の割合を算出した。その結果、MMSE においてカットオフを下回った患者の割合は、30 歳代で 21.8%、40 歳代で 37.1%と年齢の上昇に伴って増加し、60 歳代では 50.3%、70 歳代では 68.8%であった。一方、MoCA-J では、30 歳代の時点ですでにカットオフを下回る患者が過半数を占め (56.4%)、40 歳代では 64.1%、70 歳代では 92.1%に達していた。

MMSE は主として認知症のスクリーニング検査であり、MoCA-J は軽度認知障害のスクリーニ

ング検査として開発されている。**MoCA-J** は **MMSE** と比較して課題の難易度が高く、注意、遂行機能、視空間認知などをより詳細に評価できる特性を有している。そのため、**MMSE** のみでは、アルコール依存症者にみられる比較的軽度から中等度の認知機能低下を十分に拾い上げることは困難である可能性が高いと考えられる。特に、**MoCA-J** において 30 歳代という若年層ですでに半数以上の患者がカットオフを下回っていた点は、アルコール依存症における認知機能低下が高齢者に限られた問題ではないことを示しており、注目に値する。

さらに、断酒により認知機能が改善する一群が存在する一方で、脳萎縮や脳血管障害を背景とする症例では改善が限定的であることも示唆された。したがって、認知機能評価は単なるスクリーニングにとどまらず、回復可能性を見極め、治療計画や退院後支援を調整するための重要な情報として位置づける必要がある。