

アルコールに関連した医学的問題

新町クリニック健康管理センター

高 木 敏

1：アルコール飲料

酒には醸造酒と蒸留酒があります。前者は日本酒、ビール、ワインに代表され、後者はウイスキー、ジン、焼酎などです。両者の違いはアルコール濃度で醸造酒は4～15度と薄く、蒸留酒は20～50度と濃いことです。醸造酒はアルコール以外の物質が多く含まれてうま味や香りの源になっています。日本酒1合、ビール大1本、ウイスキーダブル1杯、焼酎お湯割り1杯はそれぞれ純アルコールが19～23g含まれているのでこれをアルコール1単位と覚えておくと飲酒量が正確に把握できます。

口から入ったアルコールは胃袋ではその20%が吸収されるだけでほとんどは小腸で吸収されます。だから、適正飲酒では「食べながら飲もう」と言っています。胃の中にもものがあれば小腸への移行が遅れるので悪酔いを防いでくれるからです。

アルコールは約90%が肝臓で代謝され、アセトアルデヒド、さらに、酢酸に酸化されたあと全身にまわって水と炭酸ガスに分解されます。尿や息、汗から直接排泄されるのは全体の10%以下です。

アルコールは決まった速度で体から消えていきます。体重60～70kgの人で1時間に7gの純アルコール（アルコール1/3単位）を代謝します。だから、夜12時に3単位飲めば翌日会社にいっても酒臭いことになります。

アルコールは1g7kcalの熱量をもっています。しかし、他の栄養素と違って体に蓄積されません。それで、中身の無いエネルギーといわれています。しかし、アルコールには栄養素のほか胃酸分泌を促し食欲が増すので摂取カロリーは増えます。

アルコールは毎日飲んでいるとだんだん強くなります。これを「アルコール耐性」といいます。なぜ酔わなくなるかという一つは脳の神経細胞の膜が変化して感受性が鈍くなること、もう一つは肝臓での処理能力が増すことによります。大事なことは、一度耐性が出来上がるもとにもどらないことです。アルコール依存症が断酒して「もう大丈夫だろう」と思ってちょっと飲むといとも簡単にもとの飲み方にもどってしまうのです。

酒には個人差があります。少量で顔の赤くなる弱い人（ALDH2型欠損）は日本人では半数います。これは毒性の強いアセトアルデヒドを生れつきうまく分解できないためにおこります。アセトアルデヒドは皮膚を赤くするだけでなく頭痛、めまい、吐き気などの症状を起こすのであまり飲めません。しかし、このタイプの人でも練習すればある程度飲めるようになります。

2：酔いについて

アルコールの酔いは血液中のアルコールの濃度で決まります。人の体は2/3は水分でできているので体の大きい人は小さい人よりアルコールが薄まってしまいます。お相撲さんがたくさん飲んであまり酔わないのはそのためです。

酔いはアルコールの麻酔作用によって起こります。はじめは大脳皮質が麻痺するので抑制が取れて陽気になるが、アルコール濃度が高くなれば意識が混濁して最後は呼吸中枢が麻痺して死亡します。だから短時間に大量の酒を飲むイッキ飲みはきわめて危険な飲み方です。意識を失ってからふつう3～4時間ぐらいで亡くなるケースが多いのでツネツネも起きないときは速やかに救急車を呼びましょう。呼吸の確保と血圧低下を防げば命を落とすことはありません。死亡するのは圧倒的に若い人が多い。これはアルコールを代謝する酵素の働きが弱いのと脳の感受性が高く酔いやすいためです。

3：飲酒問題

飲酒問題は個人の健康障害だけではなく労働意欲の減退、作業能率の低下、欠勤、労災事故など企業にとっても大きな損害をこうむっています。1987年のアルコールによる社会的損失は治療費で1兆7千億円、生産性の低下や労働不能による企業損失で4兆4千億円と推定されました。

定期健康診断後の保健指導では「お酒を飲まない日をつくるように」「飲む量を半分に」「休肝日をつくるように」と言っていますがなかなかそれが守られず良くなりません。

最近我が国で行われた調査によると、アルコールの有害な使用に相当する人の割合は男性で4.6%、女性で0.4%、全体では2.4%にみられ、さらに、「ICD-10」によるアルコール依存症の診断基準をもちいるとアルコール依存症は男性が1.9%、女性が0.1%、全体では0.9%とされ、その数は82万人と推定されています

職場で、久里浜式アルコール症スクリーニングテストをすると問題飲酒者の割合は、男性では14.4%から30%、女性では2.8%と報告されています。

飲酒はメタボリックシンドロームを悪化させる原因になります。アルコールは1g7kcalの熱量があるので摂取カロリーが増え肥満の要因になります。また、アルコールは中性脂肪を上昇させ脂肪肝になります。また、依存症では高血圧が53%、糖尿病が35%にみとめられ禁酒すれば改善するものが多い。また、睡眠時無呼吸症候群（SAS）の原因の一つに飲酒があります。SASは日中眠くなり仕事に支障きたすだけでなく、循環器疾患のリスクを高めますが禁酒をすると良くなる例があります。一方、メンタルヘルス対策ではうつ病の早期発見に重点が置かれてきましたが、うつ病の発症や自殺者数は期待したほど減少していません。うつ病は飲酒量が多くなるにつれて発症しやすく、飲酒量が増えると自殺のリスクが高くなることが明らかになっています。実際、自殺者の遺体からはアルコールが40%近く検出されています。したがって、臨床の間でも定健後の保健指導でもどのように節酒させるかあるいは断酒しなければならないのかが重要な課題になっています。もし、節酒指導を診療報酬に反映させれば臨床医がこれ積極的を行うのでアルコール関連疾患の予防、引いては医療費の削減につながると考えます。

3：アルコールによっておこる病気

アルコールによって起こる臓器障害には三つの特徴があります。一つは飲酒期間が長くなると障害が現れません。ふつう20年ぐらいして病気が現れるので酒が原因といわ

れても本人は素直に受け入れられません。ただし、女性の場合や未成年から飲酒している人は早く臓器障害が出現します。二つ目は障害される場所には個人差があります。例えば、飲酒量、飲酒期間が同じでも肝硬変になる人もいるし、肝臓はまったくやられない人もいます。三つ目は禁酒すると速やかに改善します。だから、患者はあまり深刻に考えなくなります。「今度飲んだら死ぬぞ」と脅かしても良くなると再び飲酒してコントロールのつかない飲み方になり体を壊して受診します。結局、入退院を繰り返してグルグル回って最後は蚊取り線香の灰が落ちるようにして亡くなります。ここでは医者は単に飲める体になっているに過ぎないこととなります。そうならないためには節酒なのか断酒なのか見極め、アルコール依存症なら治療する前に断酒が必要であることをしっかり伝えることが重要です。

(1) 肝障害：

アルコール依存症では肝障害は8割の人にみられます。だれでもたくさん酒を飲み続ければ脂肪肝になります。しかし、終着駅の肝硬変は15%しかありません。ここまで行くにはアルコール性肝炎を経るコースと徐々に線維が増えて行くコースと二つあります。

C型肝炎ウイルスはアルコール依存症の13%に陽性がみられます。アルコール依存症で肝硬変から肝癌を発生するものでは3割はC型肝炎ウイルスが関係しています。肝硬変で禁酒群と飲酒群では圧倒的に禁酒群に肝癌の発生率が高いことが分かっています。アル中が喜びそうな成績でしたが、飲酒群は3年以内に半数の人が死んでいました。つまりあまりに早く亡くなるので癌が育たなかっただけでした。禁酒群では年3回は腹部エコーを行い早期癌の発見、治療に努めています。肝臓は「沈黙の臓器」といわれるように悪くなっても症状がありません。黄疸や腹水がでたら手遅れです。だから、酒飲みは定期的な肝機能検査が必要です。

肝障害は飲酒量と飲酒期間をかけた積算飲酒量が高ければ高い程悪くなるが、実際は50才を超えると肝臓の悪くなる人は少なくなります。肝障害のある「肝臓組」は50才前後で亡くなる人が多いからです。では、50才を過ぎて肝臓がやられていないから安心かという、「頭組」といって今度は脳が萎縮する人が増えて来ます。

(2) 脳の障害：

脳の萎縮は未成年から飲酒すれば20歳代で早くも出現します。知能障害も早くから現れます。そして年齢が経るに従い低下していきます。脳の萎縮は前頭葉に目立ちます。ここは人格を司っているところなので性格が変わってきます。頑固でなかなか誤りを認めようとしない。白黒をはっきりしている。ほれ込み易くて恨み易い。以前はこんなタイプがアルコール依存症になりやすい性格と思っていましたが、断酒すると脳萎縮が改善して性格が変わってきます。アルコール依存症の患者の脳を顕微鏡でみると、アルツハイマー型痴呆のときと同じように記憶の回路にあたるマイネルト核の神経細胞の脱落がみられます。だから初期は物忘れがひどくなります。さらに進むといつも当惑しているような状態や意欲の減退がくるので日常生活ができなくなります。60才以上のアルコール依存症の5人

に1人が痴呆を伴っています。

(3) 消化器疾患：

アルコール依存症の癌は、口腔癌、喉頭癌、食道癌など、アルコールが最初に暴露され場所に発生しやすい。とくに、食道癌の発生は飲酒もタバコも吸わない人の発生率を1とすると、毎日飲酒と喫煙をしているものでは食道癌の発生が6・7倍に上昇します。食道がんはウイスキーや焼酎のような強い酒を飲む人、1日30本以上のたばこを30年以上吸っている人に多い。喫煙者ではタバコの中の発癌物質がアルコールによく溶けるために癌がおき易いのかもかもしれません。最近、食道がんになる人は少量の酒でも必ず顔が赤くなるようなタイプ（ALDH2欠損）に多いことが分かって来ました。このタイプはふつうの人の1.2倍も食道がんになるリスクが高いのです。

(4) 膵炎：

急性膵炎の原因の半数以上はアルコールの飲み過ぎで起こります。しかし、ふつう大量飲酒が始まって10年ぐらいでおこるのでアルコール依存症に至らず、一般病院に入院するケースが多い。膵炎は消化液の出口がアルコールで傷害されて塞がれてしまうために消化液が膵臓自身を消化してしまうために起こります。背中に抜けるような強い痛みが現れます。また、炎症を繰り返すと膵臓に結石や嚢胞ができることがあります。長期にアルコールを飲んでいると膵臓障害が進み膵液の分泌が悪くなるので痛みはなくなってきます。しかし、インスリンの分泌が悪くなって糖尿病が発症してきます。

(5) 糖尿病：

入院時は35%に高血糖がみられます。禁酒2週間後には15%に減るがこれが本当の糖尿病です。インスリンの反応が悪く半数はインスリン療法が必要となります。患者さんはインスリンは必ず打つがあとは酒浸りという人が多いので低血糖発作が起こりやすく突然死にいたるケースも少なくありません。

アルコール依存症で飲酒している糖尿病の5年生存率は20%程度ときわめて予後不良です。だから、断酒した人だけにインスリン療法を行うことが望ましい。

(6) 感染症：

アルコールはリンパ球に直接作用して免疫力を抑えるので結核にかかりやすく、結核の既往があるものでは再発しやすいことが知られています。

エイズはHIVが性交渉で体の中の免疫担当細胞に侵入してその機能を破壊するためにふだん何でもない細菌や原虫、ウイルスに侵されて発症します。アルコールに酔えば倫理観は薄れセックスに対して無防備になり感染する機会は高くなります。さらに、アルコールによって免疫機能が低下してくればエイズは発症しやすくなります。

4：飲酒はメタボリックシンドロームの要因である

特定健康診査では腹囲が男性で85cm以上、女性では90cm以上あり、高血圧、高血糖、高脂血症、喫煙歴ありのいずれか二つ以上あればメタボリックシンドロームとして

特定保健指導をうけることになりました。その有効とする根拠の第一は肥満者の多くが複数の危険因子をあわせもっていること、第二は危険因子が重なると脳卒中、心疾患を発症する危険が増大すること、第三は生活習慣を変え内臓脂肪を減らすことで危険因子のすべてが改善することにあります。不健康な生活によって引き起こされる内臓脂肪型肥満は脂肪細胞から分泌されるアディポサイトカインにより高血糖、高血圧、高脂血症、血管症を経て、それを放置していると脳卒中、心筋梗塞、糖尿病の合併症から人工透析、失明などへと進展します。したがって、ドミノ倒しの出発点にある肥満を改善することがメタボリックシンドロームを打倒する第一の目標になります。

アルコールは1 g 7 kcal の熱量を有するので飲酒した分の摂取エネルギーは増加します。

また、胃液の分泌を高めるので食欲がますます太りやすくなります。アルコール依存症では脂肪肝が80%にみられ禁酒直後の中性脂肪は高くなります。

アルコール依存症では禁酒直後高血糖が35%にみられ禁酒すると15%に減少します。高血圧は53%にみられ禁酒により15%に減少します。

厚生省研究班（多目的コホート研究）によれば9万6千人を10年間追跡調査した結果肥満、飲酒、喫煙の三つの組み合わせでガン・循環器系疾患の発症の割合がどう変わるかをみると、最も悪い不健康な組み合わせは、男性では肥満（BMI 30以上）している人で、たばこ（一日40本以上）を吸い、お酒（アルコール2単位：日本酒換算2合以上）をたくさん飲む人でした。一方、最も良かった健康的な組み合わせはBMIが25から

27の小太りの人で、タバコを吸わないで、時々飲酒している人でした。分析の結果、50～54歳の男性で最も不健康なグループでは最も健康的なグループに比べ10年間にガンになる人の割合が5.4%（3.4%→8.4%）、循環器系疾患は6.4%（1.7%→8.1%）と高い結果が得られました。年齢層が高くなるとグループの差がさらに大きくなります。

したがって、メタボリックシンドロームを克服するには、三つの目標を立てることが重要になってきます。すなわち、第一が、3 kg 減量をめざしてBMIが25から27以下とほどほどの体重に戻すことです。

第二が、禁煙をすることです。喫煙は脳卒中や虚血性心疾患のリスクを上昇させることは明らかです。一方、死因のトップであるガンの原因の30%は喫煙が占めています。とくに、日本では男性のガン死亡率の第一位、女性では第三位の肺癌は男性では68%、女性では18%が喫煙に由来していると推定されています。したがって、禁煙の指導がもっとも重要な対策といえましょう。

第三が、適正飲酒をすることです。現在、肥満や禁煙にたいする保健指導は確立されていますが、節酒指導がうまくいっていないのでアルコール専門医の行っている方法を早急に習熟することが大切です。

5：問題飲酒者の接し方

問診では飲酒状況は単に一日どのくらい飲みますかではなく、「最高に飲んだときは」

と具体的に聞く。「ボトル 1 本」と答えれば依存症を疑う。「今は止めています」といえば「いつからですか」と聞き返す。「3 日前から」と答えることもよくあります。「若いころ飲むとすぐ顔が赤くなったか」と聞くことも大切です。長期間飲んでいると顔が赤くならなくなるからです。顔の赤くなるタイプでは依存症になりにくく 13%しかいません。家族から飲酒状況を聞きだすことも有力な情報となります。自覚症状では腹痛、嘔気、下痢などの消化器症状、倦怠感、不眠、こむら返り、しびれ感を認めることが多い。発汗、焦燥感、頻脈などの軽い離脱症状も良く見られます。生活状況としては単身赴任、仕事中毒、長時間残業で過労状態がみられます。病名として脂肪肝、高脂血症、高血糖、高尿酸血症、抑うつ状態がつけばその背景に飲酒問題があるか考えます。治療が必要であると説得するタイミングは大量飲酒がつづきからだの調子が悪くなり救いを求めてきたときがチャンスです。「あなたの病気はアルコールが原因です。酒を止める決断するなら一所懸命治療いたします。もし、止める気がないなら協力できません」ときっぱり言う。外来で 20 分ぐらいこちらがねばり検査の合間に良く考えさせて断酒を決意させます。なかばあきらめに「じやあ止めますよ」といった人でも断酒率は高い。

6：節酒できるか断酒にすべきか

① ブリーフインターベンション（簡単な治療介入）

欧米では開業医が行って有効なことがわかっています。対象者の特定の行動に変化をもたらすことを目的とした短時間（10～15分）のカウンセリングと定義されています。それには 6 つの要素が含まれています。頭文字をとって **FRAMES** とよばれています。

Feedback：本人にとってどんな問題あるか明確に伝える。

「あなたの肝機能検査は基準値の 3 倍を超えている。飲酒を続ければ肝硬変になる」

Responsibility：患者の責任で飲酒量を減らす選択をさせる。

「よくするにはあなたがやるしかない」

Advice：節酒か断酒の方法をわかりやすく説く。

Menu：いろんな戦略を提示してそこから選ばせる。

Empathy（共感）：暖かく思いやりをもって、あるときはきびしく対決する。

Self-efficacy（自己達成感）：勇気付ける。

「あなたならきっと出来る」

② 節酒の指導法

a：2 週間禁酒する

2 週間禁酒すれば脂肪肝が改善して体調がよくなります。γGTP 値は半分の値に改善する。しかし、少しでも酒を口にすると γGTP 値はよくなることを予め伝えておきます。また、禁酒ができなければアルコール依存症と判定できるので断酒しかないと前もって釘を刺しておく。禁酒して二日程度で離脱症状が出現すればアルコール依存症と診断できます。外来では抗不安薬と睡眠薬を服用させます。転ばぬ杖として抗酒剤の作用を説明し同意を得た上で睡眠薬と抗酒剤を混ぜて粉末にして服用させることもあります。2 週

間禁酒できたら検査結果を示しほめてあげます。

2週間の禁酒は、体調がわるいときや健康診断の前に実行させます。また、アルコール依存症でないことを確かめるのに役立つと説明します。

b：禁酒してよかったことを探す

「だるい、疲れやすい、根気がない」がよくなった、食事がおいしい、よく眠れる、時間の余裕が出来た、好奇心がわいてきて面白い発見があった、他人と口論しなくなった。じっくり考えてから決断できるようになった。

c：飲酒日記を書く

毎日の飲んだ時間、量、誰と飲んだか、飲酒後の気分、医師からもらう血液検査成績、反省点をノートに項目をあげて記述する。血液検査ではGOT, GPT値が正常範囲内で、 γ GTP値が100単位以内になるように節酒する。飲酒日記をつけて目的が達成されたら自分にご褒美をあげる。自己達成感が実感できれば禁酒や節酒が守られる。

d：危ないときをリストアップする

仕事が終わった後、仕事のごたごた、週末、リラックスしたいとき。

とくに、HALT (Hungry, Angry, Lonely, Tired) に注意する！

e：危機回避法書いておく

酒の誘いを断る法（何時に、どこで、誰と会う予定があると嘘のストーリーをつくる）、二次会に出席しない、面白いネタを探す、明るく陽気にふるまう、カラオケを歌う、居酒屋を避けるため通勤路を変える、自宅に酒を置かない。

f：上手に飲む法

ソフトドリンクを飲む、コップを空にしない、注ぎ役に回る、呑み助の傍に行かない、一口毎にコップをテーブルにおく、幹事に先に帰るのでよろしくと頼む

7：アルコール依存症の診断

アルコール依存症の診断ではKAST, CAGE, AUDITなどの質問表が使われる。わたしは次の3点があればアルコール依存症と診断しています。

①コントロールのつかない飲み方

飲むと酔いつぶれるまで飲んでしまう。

②身体症状がある

アルコール臓器障害やアルコール離脱症状（不眠、焦燥感、発汗など）をみとめる。

③家庭や職場で飲酒問題がある。

夫婦のいさかい、欠勤、作業能率の低下、飲酒運転、けが。

これらの3つがそろっていればアルコール依存症と診断して断酒させます。

しかし、日常臨床では連続飲酒も家庭や職場でも問題がなく、身体症状のみが明らかな患者が多い。この場合は節酒指導から始めるがそれが達成できなければ断酒しかないと予め説明しておきます。アルコール依存症の場合は本人が断酒を拒否するか、来院しないことが多いのでまず、配偶者や親兄弟のメンタルヘルスを良くしてあげることが大切です。

検査成績ではγGTP値の上昇、血清トランスアミナーゼの上昇（GOT>GPTが特徴）、平均赤血球容積（MCV）の増加がみられます。MCVは肝機能成績が良い人でも高くなるので飲酒量が多いか判定できます。入院患者の調査では3割の患者さんは医師から飲酒控えるように言われているが半分の人しか節酒を守っていません。また、15%に飲酒問題があり病気に悪影響を与えていることが推測されました。したがって、病気の背景に飲酒問題があるか常に注意する必要があります。

8：断酒のメッセージ

断酒の必要性については次のように患者に説明します。

- ①あなたの病気の原因はアルコールである。止めない限り治らない。あなたが止めると決断すれば協力する。
- ②一生分の酒の量は個人々決まっている。それを飲み干してしまうとたとえ少量でも体を壊すようになる。個人差はあるが一日アルコール2単位を20年間飲む量が安全量である。あなたはそれを越えている。昔は楽しく酔えたのに今は気がつくことと寝ていることが多いのはあきらかに体質が変わった証拠である。元の飲める体には後戻りはできない。だから節酒は不可能で断酒しかない。
- ③生活習慣を変えれば、しらふでも十分楽しく過ごせる。飲めない体質の人だっている。あなたは酔っ払いとしらふと違う人生を二つも経験することができるので大変得をする。
- ④治療するなら主治医の指示にしたがう。通院、抗酒剤の服用、自助グループの参加を約束させる。

8：アルコール依存症の最新治療

アルコール依存症の治療は酒をやめればよくなります。しかし、健康を害さない程度に上手に酒を飲むことはできません。なぜなら再飲酒すればすぐに再燃するからです。酒が嫌いになる薬があればよいのですがそんなものはありません。いま使われている抗酒剤（シアナマイド、ノックピン）はアセトアルデヒド脱水素酵素を阻害する作用があるので前もって飲んでおくと酒を口にしたとき顔の赤くなるタイプと同じで気持ち悪くなりたくさん飲めません。でも酒が嫌いになったわけではありません。

アルコール依存症の治療には主に二つあります。離脱（退薬）症状の治療と精神依存の治療です。離脱症状は依存物質をやめることによっておこる禁断症状のことで徐々に薬を減らせば良いのですがそれでは危険が多いので同じような作用をもつ安全な薬に置き換えて症状を和らげていきます。離脱症状は禁酒後1週間がピークでその後は良くなります。

一方、精神依存、つまり飲酒したいという欲求は長期にわたり存在し、少なくとも2年間は安心できません。ではどうしたら飲酒欲求を抑えられるのでしょうか。精神療法や仲間同士のミーティングを通じて自らが抱えている飲酒問題を認識して、飲酒に走る行動を修正して断酒を継続するように自己開発を図ります。そうすればしらふでも楽しく生きられ

るようになります。

酒を飲むといい気持ちになるがアルコールが脳のどこに作用しているかまだ特定されていません。しかし、どこに影響を及ぼしているかは最近わかってきました。それを逆手にとれば酒を飲まなくなるかもしれません。そこで、欧米ではつぎのような薬が問題飲酒者に使われています。

(1) オピオイド アンタゴニスト剤

*naltrexone*や*nalmefene*はアヘン類と同じように脳内の麻薬受容体に競合的に結び付き麻薬の作用を打ち消すのでアヘン類を使ってもその効果は現れません。アルコールはドパミンを分泌する作用があり、これが脳内麻薬システムに影響を与えているのでいい気持ちをもたらします。そこで、この薬をアルコール依存症者に使ってみると依存症の再発が防止できました。1994年FDAはアルコール依存症の治療補助剤としてこの薬を承認しました。日本では麻薬扱いなのでこの薬は使用できません。

(2) アカンプロセイト (Calcium acethylhomotaurine) 剤

脳には重要なスイッチが二つあり、脳細胞の活動を抑制するように命じる「ストップ」スイッチと細胞に活動を命じる「ゴー」スイッチがあります。「ストップ」スイッチはGABA受容体で「ゴー」スイッチはNMDA受容体と呼ばれるものです。アルコールは「ゴー」スイッチを押すのを邪魔して反対に「ストップ」スイッチを押すがこのアカンプロサイトはアルコールによってかき乱された二つのスイッチを正常化する働きがあります。実際この薬を服用するとアルコール依存症の断酒期間を延長させ再発しても飲酒期間を短縮させることが報告されています。

(3) セロトニン作動性物質

セロトニンは脳内の万能調整薬といわれ食欲や性欲、攻撃性のような基本的な衝動をコントロールする働きがあります。アルコールは飲み始めるとセロトニンの分泌量が増やして気分を良くしてくつろいだ気持ちにさせてくれます。しかし、長く飲み続けると今度はセロトニン量が減少してくるので飲酒量が多くなり、かっとなったり、暴力をふるったり、うつ状態になったりします。とくにアルコール症のタイプ2の人、つまり、25歳以下の若い人に発症するアルコール症では、もともとセロトニン量が減っていることが明らかになっています。タイプ2の人ではこのセロトニン作動性剤は効果があると期待されています。この薬はアルコール依存症のひどい例では効果がないが比較的軽度の問題飲酒者では飲酒量を減少させることができます。

9：アルコール専門機関に行かせる職場での対応法

産業医、上司、人事担当者のいる前に本人を呼び出して過去の記録を突きつけて改善をもとめます。しかし、そのとき各人が言うせりふは前もってリハーサルしておきます。産業医は「あなたはアルコール依存症という病気です。治療すれば必ず回復します。専門機関で治療してください。」という。上司は「あなたは会社にとっては大切な人です。ぜひ治療をうけて健康な体になって会社のために働いてください」という。人事の担当者は「あ

あなたが治療をうけ回復すれば経歴にキズをつけず元の職場に復帰させることを保証します」という。治療するか、仕事を失うか本人に選択させ、もし、拒否すれば降格もあるとほのめかす。事前に専門機関に連絡をして予約をとっておきます。上司と一緒にいくのもよい。このような介入によってたとえしぶしぶ承諾して受診しても回復率ははるかによい。産業医が職場の飲酒問題を主治医に伝え、主治医からアルコールの専門医を紹介してもらうこともあります。主治医は体の疾病はこちらで治療するが、心の問題はアルコール専門機関でみてもらえるように紹介状を書き返事をもらってくるように指示します。

大量飲酒者は、怠け者、だらしない者という偏見があったが、7割以上が仕事中毒です。仕事中毒のチェックを行い本人がそのことを納得してもらい自分にプレッシャーかけず、ゆったりした生活に変えれば節酒しやすい。また、アルコール依存症は回復可能な病気なので臨床医は早期に節酒か断酒か見極め、依存症と診断ができれば専門機関に紹介することが大切です。そのために、臨床医は地域のアルコール専門機関といつでも連携がとれるような協力体制をつくっておく必要があります。

10：女性の飲酒問題

女性の飲酒は、1968年と1987年の調査では19%から43.2%に倍増しています（男性は68%→73.6%と増加分は少ない）。とくに若い人たちでは急増しています。2003年と2008年の調査では20歳から24歳の男女でみると女性の飲酒者の割合が2003年の男性と同じ割合の9割に上昇して逆に男性は8割に下降しています。お酒のコマーシャルでは若い女性がおしゃれに飲むシーンが当たり前になりました。今後は女性の飲酒問題が心配です。

なぜなら、女性ではほぼ毎日飲酒するようになってアルコール依存症が出現するまでの期間が男性より10年早いからです。（男性は20年、女性は10年）また、大量飲酒が始まるのが女性では2つのピークがあり、20歳代と45歳前後（閉経期）にあります。女性のアルコール性肝硬変も短期間でしかも少ない飲酒量で発生します。

ではなぜ、女性はアルコールの害を受けやすいのか。

女性ホルモンはアルコールの代謝を阻害します。女性は飲酒すると女性ホルモンの影響を受けやすい。女性ホルモンであるエストロジールはアルコールを代謝する酵素（ADH）の働きを抑えるので女性は一般的には悪酔いしやすい。しかし、毎日飲酒して酩酊を繰り返しているとアルコールに対する感受性が鈍化し、そのために大量飲酒となり結果的にアルコール依存症が早く現れます。

※胎児性アルコールスペクトラム障害（FASD）

母親が妊娠中に飲酒すると、生まれた赤ちゃんに知的障害、発達障害、顔面の奇形（目が小さい、鼻ぺちゃ、人中がない、上唇が薄い）を特徴とする胎児性アルコール症候群（FAS）が現れる危険があります。しかし、新生児の段階でFASと診断できず3歳から7歳で、低体重、低身長、股関節の異常があり左右の足の長さが均等でないなどの身体

障害をもつのでアルコール関連先天異常としてわかることもあります。一方、胎児のときアルコールに暴露されると脳障害の兆候が前面に出てくる場合があります、これはアルコール関連神経発達障害といわれ、さまざまな行動障害として現れます。それは、ADHDの子と違い注意を集中させ維持できるが課題から他の課題に移るのが難しい。言葉の学習で単語の数が少ないが、ダウン症候群と違って過去に習った知識を思い出す能力はかわらない。その他、テーブルの上に置いてあるものを移動してもとに戻す能力が低下している、情報を処理するのが遅く効率が悪い、計画を立てまとめるような理論的な思考力が欠けているなどの障害があります。FASDの発生を予防するには妊娠と分かったら直ちに飲酒を止めることしかありません。

11：未成年者の飲酒はどんな害あるのか。

わが国における中高生の飲酒割合の推移を見ると1996年から減少傾向が見られます。2008年の調査ではいずれの学年においても低下しています。現在、中3男性と女性では月飲酒者9.1%、9.7%、毎日飲酒者は0.5%、0.3%であり、高3男性と女性では月飲酒者27.1%、21.6%、毎日飲酒者0.8%、0.3%です。その中でもリスクの多い問題飲酒群の頻度は中学男子4.1%、女子1.7%、高校生男子15.5%、女子6.5%います。しかし、高卒後から20代前半では飲酒経験者は男女とも8割に、現在飲酒者は5割に上昇しています。いま、われわれは未成年者の飲酒者の割合を0%にしようと努力していますがその根拠は何でしょうか。

第一にアルコール耐性が速やかに形成されます。

未成年者では習慣飲酒が始まってからアルコール依存症になるまでの期間は数カ月から2年と極めて短期間です。第二にそれに伴い肝障害や脳萎縮などが出現します。とくに脳では未成年から飲酒すると萎縮や認知能力の低下が早期より現れます。

また、成長の盛んな生殖器に作用して男子ではインポテンツ、女子では月経不順や無月経が現れます。20歳代の若年アルコール症を調べてみるとシンナー、大麻、コカインなどの薬物乱用経験者が半数にも上ります。酔っ払って警察沙汰になるもの、飲酒運転を経験したものが半数にも及んでいます。

第三に、若年者アルコール依存症では治療成績は極めて悪いことも問題です。入院しても40%は入院途中でドロップアウトしてしまいます。予後は極めて悪く、1年の経過で断酒しているものはわずかに15%、死亡例も10%存在します。治療プログラムの開発が必要であるが現状では予防に力を入れるしかありません。

最近、選挙権の年齢を20歳から18歳に引き下げる議論が高まっているが、飲酒年齢を18歳に下げることについては依存症や重症な臓器障害に成りやすいこと、飲酒運転など不慮の事故のリスクが高いことなど諸外国の事例を教訓にして何としても阻止しなければなりません。

12：どうすればアルコール乱用は防止できるか

第一にアルコールが簡単に手には入らないようにする。未成年者に酒を売る者、提供する者の取り締りを厳しくする必要があります。第二にアルコールが危険であることを小中高の生徒に教育します。第三にアルコールを飲まないような訓練をしておきます。その基本は仲間から誘われても勇気をもって断り、自尊心を養うことです。

学校保健会から「喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関する手引き」の小学校用、中学用、高校生用の3冊が発行されました。「脅しの教育」ではなく、なぜ依存性薬物に引かれるのか、どうしたら薬物依存を防止できるか、独立自尊の精神を養うにはどうしたらよいかわかりやすく解説されています。

人は誰でも誰かに依存して生きています。自立するために家族や周囲のしがらみを絶つたら孤立するだけです。知識偏重主義の授業の中で依存と自立について学ぶことができたなら生徒たちはきっと興味を引くはずで、アルコールや薬物を乱用している生徒の相談では養護教諭、スクールカウンセラー、医師が協力していく必要があります。専門機関としては児童相談所、都道府県の精神保健・福祉センター、専門病院の医療相談室などがあります。薬物依存では家族治療が大切です。家族のかかわり方がかわれば本人の行動もかわってきます。治療者だけではなく回復者がつくる自助グループとの協力も必要です。

13：酒は「百薬の長」といえるか？

少量の飲酒は冠動脈疾患の発症を下げるという報告は多いです。その根拠を述べます。

1：アルコールは善玉コレステロール（HDL-コレステロール）を上昇させて動脈硬化を防いでくれる、

2：血小板の凝集能を抑制するので血液が固まりにくく心筋梗塞を防ぐ。

3：赤ワインに含まれるポリフェノールに抗酸化作用がある。

しかし、日本は心筋梗塞による死亡率がOECDの中で最も低くこの二十年間変わっていません。したがって、日本ではアルコールが循環器疾患の予防に役立っているとはいえません。

厚生労働省研究班「多目的コホート研究」（国立がんセンター疫学部津金班長）によれば40歳から60歳未満の約2万人を10年間追跡した調査では、飲酒量と死因別の死亡率を検討すると、男性では最も低かったのが「ときどき飲む」あるいは「一週間に150g以下」のグループでした。その量は一日およそアルコール1単位以下です。それを超えると全死亡率もがん死亡率も上昇してきます。予防効果あるといわれた循環器疾患死亡率は「週450g以上」から上昇に転じています。この量は一日平均アルコール3単位になります。女性でも適量飲む人では死亡率が最も低いのですが男性よりやや量が少なくなり「一週間で100g以下」となります。その量は一日平均0.7単位と男性より少なくなります。それ以上になるとリスクが上昇します。

14：リラックスできる方法を身につける

完全主義を変えます。あせらず気楽に生きる。波瀾万丈な人生よりも毎日がおだやかに

過ぎて行く生活を大切にします。自分の感情をコントロールして素直に表現する。朝起きたら鏡に向かって「お前はよくやっているよ」と誉めてあげます。目標は短期と長期の二つをもつ。毎日簡単な目標をつくり達成できたら「偉いね」と自分を誉める。話上手になりましょう。そのためにはスピーチは原稿に書いて練習する。人を感動させることはアルコールの酔いより勝れています。歴史小説や自伝を読む。多くの人生体験を共感することが大切です。毎日散歩する。体を動かすと気分がよくなります。ときめきを大切にする。身きれいにしていとも異性に興味をもちましょう。ストレス解消法を身につけていればアルコールや薬物に溺なくて済みます。

参考文献

- (1) わが国のアルコール関連問題の現状—アルコール白書 (河野裕明 他編者) 厚生省保健局精神保健課監修 厚健出版 東京 1993.
- (2) アルコール医学・医療の最前線：医学の歩み、Vol 222, No9 : 599—605, 2007.
- (3) 高木敏：アルコール依存と関連障害—関連身体障害、薬物・アルコール関連障害、臨床精神医学講座8 (松下正明 編), 167—195, 1999.
- (4) 津金昌一郎：アルコールの健康影響—日本のコホート研究からのエビデンス—、アルコールと健康, 社団法人アルコール健康医学協会編集発行、東京：75—82. 2005.
- (5) 「飲みすぎ」で起こる心と体の問題徹底チェック、猪野亜朗, 高木敏. 東峰書房 (電話 03-3261-3136)、2002
- (6) アルコール依存症—治療・回復の手引き (高木敏、猪野亜朗 編) 小学館 2002. (本人や家族が読む本です)
- (7) 健康日本21 推進のためのアルコール保健指導マニュアル：アルコール保健指導マニュアル研究会代表 樋口進 編 社会保険研究所、東京 2003.
- (8) 高木敏：日常診療における飲酒指導の実際—断酒が必要か、節酒でよいか見極めのポイント.治療 Vol 87、No8, 2404—2408, 2005.
- (9) 治療相談先・自助グループ 全ガイド アデイクション、調査・編集、ASK (Tel. 03-3249-2551) アスク・ヒューマン・ケア、2002. (専門機関を調べるのに便利)
- (10) 猪野亜朗：アルコール性臓器障害と依存症マニュアル、星和書店、東京、1996.