

学的所見にも異常は見られず、血液・生化学検査、甲状腺機能検査、ビタミンB₁・B₁₂・葉酸検査のいずれも正常。血清梅毒反応も正常。心電図および胸部X線の所見は正常範囲、頭部CT所見も正常範囲内であった。しかし、注意機能の検査では異常が見られ、COGNISTATの記憶ドメインのスコアも平均値を2SD下回った。妄想性障害(健忘型の軽度認知障害を伴う)と診断。本人には、軽度の認知障害と不眠症状があることを伝え、クエチアピン25mg錠を就眠時に1錠処方した。その後、本人はクエチアピンがよく効くと自覚するようになり、定期的に通院するようになった。

一方、地域包括支援センターの保健師も、本人に、運動機能向上を目的とする介護予防事業があることを伝え、その利用を進めた。本人も、実は最近閉じこもりがちで、寝たきりになりはしないかと心配していたということで、ウォーキング教室などに通うようになった。もともと、サークル活動への参加は本人も好きということで、次第にグループにも馴染み、積極性も増し、それとともに妄想の訴えも減少してきた。自治体の高齢者支援事業の一環で、訪問看護師の訪問も定期的に受けるようになった。

3●事例2 80歳、女性

地域包括支援センターより認知症疾患医療センターの医療相談室に連絡が入った。「一人暮らしの女性高齢者がいるのだが、被害妄想のために近隣とのトラブルが絶えず、医療機関の受診にもつながらない。どうすればよいか」という相談であった。詳細は以下の通りである。

昨年(X-1年)の春頃から、夜中に自宅のマンションのベランダで大声をあげたり、ゴミを溜め込んで悪臭を発生させたり、近所の家の扉を朝4時頃から怒鳴り声をあげて叩いたり、近隣とのトラブルが絶えない。そこで住民がマンションを管理する不動産会社に窮状を訴え、不動産会社は地域包括支援センターに対応を求め、それ以来、地域包括支援センターの職員がケースに関わるようになった。

X-1年9月、地域包括支援センターの社会福祉士が訪問調査を行ったところ、身体的には自立しており、にこやかに話をするが、明らかに健忘は目立ち、話したことはすぐに忘れるようであったとのこと。家の中は雑然としており、冷蔵庫の中の食べ物は腐っており、それを食べているらしい。ペットボトルの中には水が入っているが、いつまでも入れ替えないため濁っている。財布、鍵などを紛失しては、「泥棒が家に入る」「犯人は近隣に住む人間だ」と言い、窓にガムテープを張り、マンションの玄関に抗議の張り紙をし、室内やベランダで大声を上げ、夜中に警察を呼んだり、昼夜を問わず隣人宅を訪問して抗議したりしている。身寄りがいないということが判明したため、社会福祉士が何とか本人を説得し、同伴して精神科クリニックを受診したところ、「老年精神病」と診断され、抗精神病薬を処方された。しかし、

本人は結局服薬せず、通院も拒否した。

以後、地域包括支援センターの保健師と社会福祉士が関わるようになり、本人を説得して介護保険を申請。精神科クリニックの医師に介護保険主治医意見書を記載してもらい、要介護1の認定を受け、介護支援専門員に引継いでケアプランを立てたが、本人はサービス利用を拒否。この間に、社会福祉士は、離婚した元夫の連絡先をつきとめ、元夫に連絡したが対応は困難との返事であった。

その後も、地域包括支援センター職員が本人宅の訪問を継続していたところ、自宅内より新品の家電製品や見慣れない高価な骨董品を発見。訪問販売による悪徳商法被害であることが判明し、本人を説得してクーリングオフの手続きを行った。隣近所からの苦情の声も次第に大きくなり、終に不動産会社から本人に、マンションからの退去を求められるようになった。地域包括支援センターの職員も、これ以上の対応は困難と考え、X年6月、認知症疾患医療センターの医療相談室に連絡した。

認知症疾患医療センターの相談員が地域包括支援センターのケア会議に出席し、上記の経過について情報を共有した。要約すると、「妄想を伴う独居高齢者と思われるが、近隣トラブルや医療機関への受診拒否などの困難状況がある」ということである。そこで、まずは認知症疾患医療センターを受診させる方法はないかと思案したところ、本人には大腸癌の既往があり、2年に1回定期健診の必要があるということがわかった。そこで、関係が良好な地域包括支援センター職員から、しばらく受けていなかった大腸癌の検診が必要であることを本人に伝え、職員同伴で認知症疾患医療センター外来を受診することになった。

元来、行動的で、自立心旺盛な人のようである。幼少期よりスポーツ万能で、地区の陸上大会では走り幅跳びやリレーの選手に選ばれ、何度か優勝したことがある。女学校卒業後、小学校・中学校の教員を勤め、30代で職場の同僚と結婚、2子をもうけるが、62歳の定年時に夫と離婚。その後は単身で暮らすようになり、趣味の人形作りなどをしながら自由に暮らしていた。しかし、詳細は不明であるが、これまでに近隣とのトラブルが相次ぎ、7回ほど転居し、現在のマンションには5年前に入居したということであった。既往歴としては、60代で大腸癌の手術を受け、その後は2年に1回の定期健診を受けているが再発は認めていない。アルコールは好きであるが機会飲酒程度。喫煙はしない。

本人は身なりも整っており、態度も自然で、会話にも支障はない。認知機能については、MMSE 20点で、近時記憶障害、計算障害、時計描画障害、透視立法体図模写障害、軽度の呼称障害を認める。身体的ADLは自立しているが、手段的ADL（金銭管理、服薬管理、家事）は明らかに障害されている。「隣人が家に入ってきて、物を盗む」という妄想があり、近隣の住民に対する攻撃性、叫声などによる迷惑行為とともに、本人自身にも夜間不眠の傾向

が認められた。理学的所見では収縮期圧180mmHg台の高血圧症を認めたがそれ以外に異常所見は認めず、神経学的所見も正常。血液・生化学検査、甲状腺機能検査、ビタミンB₁・B₁₂・葉酸検査、血清梅毒反応のいずれも正常。心電図および胸部X線は正常範囲内、頭部MRIでは両側側頭葉の軽度萎縮と両側大脳白質に融合性の低吸収域（慢性虚血性変化）が認められた。

高血圧症および脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症（軽度）と診断。①高血圧症の治療と大腸癌の検診を内科で行う、②当面は、地域包括支援センター職員同伴で定期的に通院しながら、訪問看護を導入して服薬管理を行う、③元夫、娘に病状を説明し、成年後見制度の申し立てを依頼し、後見人が選任された段階で、施設入所を勧めていくという方針とした。

しかし、その後の経過で、①地域包括支援センター職員が同伴して通院するにしても、毎回本人が通院の理由を忘れてしまうので説得がたいへん、②訪問看護師の顔も覚えられず、やがて訪問を拒否するようになった、③近隣トラブルも続き、不動産会社からの退去勧告も強硬になってきた。こうした状況がしばらく続いたが、X+1年1月、本人の体調不良（食中毒のためか便失禁、下痢が続く）を契機に、選任された後見人を保護者として認知症疾患医療センターに医療保護入院することになった。

入院後ほどなくして退院要求が強まり、しばしば病棟内で興奮し、看護師を攻撃するようになった。しかし、その都度、「大腸癌の経過が思わしくないのか」と自分なりに推量している様子で、とりあえずは入院を受け入れるということを繰り返した。体育の教師をしていたためか、病棟のレクリエーションには積極的に参加した。特に、看護学生が実習に来ているときには機嫌がよく、スポーツ選手として活躍した学生時代の話や教員時代の話の繰り返し、看護学生も興味をもってこれに耳を傾けた。やがて、食事の際には他患の配膳・下膳を手伝ったり、重度認知症の患者の介護を手伝おうとしたりする姿が見られるようになり、他の入院患者とも和やかに会話するようになった。薬物としては、リスパダールを最大6mgまで処方。入院後には新たな妄想の産出は認められず、感情や行動も次第に穏やかになり、入院29日目には介護老人保健施設に転院した。

4●考察

2事例に共通することとして、以下の7点があげられる。①発病はおそらく60代以降である、②女性である、③単身生活者である、④病前性格は精力的である、⑤「他人が住居に侵入して、物を盗む、いたずらをする、近隣住民から迫害されている」という妄想がある、⑥地域活動への参加や入院など孤独が解消される方向での状況変化の中で妄想が消褪している、⑦全経過にわたり疎通性は良好である。これらは、Janzarikが提唱した Kontaktmangelparanoid³⁾

の臨床特性と一致する。

Kontaktmangelparanoidの中核にあるものは、その人の性格と環境の中で形づくられる孤独状況という対人的布置の構成が、年月をかけて妄想成立の土壌を創りあげていくことにあのように思われる。両事例とも、60歳代から隣人とのトラブルを繰り返しているが、その頃からすでに、孤独に向かう歩みと妄想成立の萌芽が認められていたのではないかと想像される。両事例は、これまでに、隣人とのトラブルに際しては転居という方法によってこれを打開してきた。しかし、転居は、見知らぬ土地に安住の地を求めようとする果敢な試みであり、その失敗によってもたらされる痛手も大きいと思われる。

そのようなリスクにも関わらず、前期高齢期にあつては、2人は生来の精力性によって転居を繰り返し、然したる破綻もなく生活を送ってきた。しかし、75歳を超える頃から、そのような力技にも限界が現れてきた。症状論的には、事例1では、妄想とともに、軽度認知障害 (amnesic MCI) と抑うつ症状が認められている。事例2では、妄想とともに、認知症レベルの明らかな認知機能障害と生活障害が認められている。認知機能障害は、軽度の段階では、状況を自ら克服していこうとする自律的な営みを阻み、高齢者自身に自己効力感の低下を体験させるであろう。また、認知機能障害がさらに高度になれば、自己効力感の低下は希薄化するかもしれないが、状況の中に自己を定位する能力はさらに低下し、容易に混乱状態に陥り、社会的トラブルを誘発しやすくなるであろう。

Kontaktmangelparanoidが、「対人接触を増加させる方向へ対人的布置を再構成化することによって、病的体験がまったく消失ないし軽減する」という上田の指摘⁴⁾は、後期高齢期の一人暮らしの女性の精神保健対策を考える上で非常に示唆に富むものである。上田は、「彼女らは孤独を求めるタイプの人種ではなく、孤独に対する抵抗力が人一倍弱い」と述べ、「一緒に生きる連れがいるということが女性の生涯に欠かせない」という島崎の言葉⁵⁾を引用している。事例1、2ともに、地域包括支援センターの活動が地域介入の起点となり、ここを起点に精神保健相談、認知症疾患医療センター、介護予防事業、高齢者支援事業などの社会資源につながり、そのような個々の社会資源の中で得られる社会的支援を通して、彼女ら自身が、彼女らなりに、安住の地を創りだそうとしていることに注目する必要がある。事例1では、最終的には本人の意志で精神保健相談の利用を決意し、認知症疾患医療センターの受診を決意し、介護予防事業への参加を決意している。そのような試みによって、(本人自身の言葉を借りれば)「私にとっては人生の最後。自分なりに楽しく生きよう」という思いを現実のものとしようとしている。事例2では、認知症疾患医療センターに入院後、当初はその意味が理解できず攻撃的になることもあったが、自分なりに入院の理由を大腸癌の治療と結びつけながら、やがて病棟のレクリエーションに自ら参加するようになり、看護学生に自ら話しかけ、他の患者の配膳や介護の手伝いをすることによって病棟内での自分の役割を定めようとし、自分なりに安住の場を創りだそうとしている。そのような高齢者の生きる力には心打

たれるものがある。ここに、後期高齢者のための精神保健対策のあり方を考えるためのヒントがあるように思われる。

老年期に発症する幻覚妄想状態（遅発統合失調症や遅発パラフレニア）が、認知症疾患の前駆症としての意義をもつか否かという議論は古くからある⁶⁾。少なくとも、「孤独状況という対人的布置の構成が妄想成立の土壌を形成する」という Kontaktmangelparanoid の本質的な部分と認知症疾患の有無は関連しない。しかし、上記で述べてきたように、そのような土壌の中で成立する妄想が、あるいは妄想の萌芽が、社会的困難状況の中で顕在化し、事例化し、精神保健のための社会資源の利用に至るという道筋においては、認知症疾患と関連する認知機能障害、それと関連する高齢者の自律性の低下、そのような高齢者のための社会的支援の絶対的不足が、重大な背景因子として存在するように思われてならない。これからのわが国の後期高齢者のための精神保健対策の方向性を明らかにしていくためにも、一人暮らしの女性高齢者の孤独と妄想の成立、社会的困難状況の中での事例化について、心理学的、社会的、精神医学的な理解を深めていく必要がある。

【参考文献】

- 1) 栗田圭一：高齢者の自殺とその予防。精神経誌。107: 1099-1109, 2005.
- 2) Awata S, Seki T, Koizumi Y, Sato S, Hozawa A, Omori K, Kuriyama S, Arai H, Nagatomi R, Matsuoka H, Tsuji I: Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: a community-based cross-sectional study. Psychiatr. Clin. Neurosci. 59: 327-336, 2005.
- 3) Janzarik W.: Über das Kontaktmangelparanoid des höheren Alters und den Syndromcharakter schizophrener Krankheits Nervenarzt, 44; 515-526, 1973.
- 4) 上田宣子, 林三郎, 高内茂：対人接触欠損妄想症（Janzarik）について。精神医学。20: 709-717, 1978.
- 5) 島崎敏樹：孤独の世界。中公新書。233, 1977.
- 6) 栗田圭一：統合失調症と認知症との合併。疫学的データ。Schizophrenia Frontier 10: 17-21, 2009



現代日本の貧困/生活困窮者 とメンタルヘルス

～路上生活者研究から見えてきたこと

森川すいめい^{1, 2, 4)}、池田亜衣^{1, 3)}

奥田浩二¹⁾、中村あずさ^{1, 4)}

1) ぽとむあっぷ研究会 (NPO 法人 TENOHASI)

2) 独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター

3) 北区社会福祉協議会、4) 世界の医療団

はじめに

ぽとむあっぷ研究会は、2008年、2009年に、東京の一地域において、路上生活者のメンタルヘルスに関する実態調査を行った。本稿では調査を基にわが国の貧困/生活困窮者とメンタルヘルスの関連について考察する。

生活困窮者とホームレスの定義

生活困窮者とは、経済的に困窮しており国が保護をすべき者として定義されている。保護基準は、厚労相が定めた日本国で生活をするために必要な最低所得水準（地域によって異なる）に基づいており、最低所得水準以下の所得者は全員、平等に生活保護を受給する権利を有する。すなわち生活保護受給の権利を有する者がわが国では生活困窮者であるという考え方である。最近では、生活保護受給水準よりも少し所得が多い者についても、生活困窮者として考えるべきとして、市町村民税非課税程度の所得の者も含むという考え方もある。

わが国のホームレス者の定義は、「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法（平成十四年八月七日法律第百五号）」によって定められており、所謂路上生活者を示す。なお、この法律は、余儀なく「生

活が困窮してホームレス化した者」の「自立」を国が助けなければならないと定めている。しかし、わが国の近年のホームレス問題は、この法律では対応できない者が増えていると言われている。ところで、日本のホームレス者数は海外に比べると圧倒的に少ないという議論があるが、イギリス等のいくつかの国々では路上生活者だけではなく、「ホーム」という安心して居られる場所がない状態の者も含まれるため、海外と比較するときはこの点に注意する必要がある。

なお、貧困については様々な定義があり、ここでは割愛する。

生活保護とメンタルヘルス

生活保護受給者の自殺率は、平成21年度で62.4(10万人対)で、一般人口の自殺率に対し約2.5倍高かった(厚生労働省社会・援護局)。これらのうち、誰が自死者かについては、若年男性が最も多く、一方で、生活保護受給者の半数を占める高齢者においては一般人口の自死率より少ないという結果であった。自死選択理由は「健康問題」と考えられる者が約60%であり、「経済問題」が16%であった。8割弱が単身者であった。稼働層の精神疾患有病率は約34%であった。これらの数字を端的にみていくと「精神疾患」が大きな影響を与えていると結論付けられそうである。しかしながら、精神疾患であるからと事を単純に考えることはできない。

2009年調査(ほとむあっぷ研究会)において「生活保護を受けられると思うか?」という質問を168名の路上生活者に行った。回答は、2割強の者が受けられると思う、4割強の者が受けられないと思うというものだった。その他はわからないと回答している。生活保護法の原理から考えると、路上生活者は全員生活保護を受けられるはずだが、多くの者が正確にその原理を把握していないことが明らかとなった。受けられない根拠として多かったものは「まだ働けるから」「まだ若いから」「まだ健康だから」といった稼働性の有無や「家族に連絡がいく

から」といった扶養義務に関連することについて答える者が少なくなかった。これらの言葉は、現在の貧困層が置かれている問題について端的に表していると考えられた。以下に考察を続ける。

生活保護法はいくつかの原則がある。【補足性の原則（法第4条）】は、あらゆるものを活用してもなお、最低生活の維持が不可能である者と明記されている。民法に定められた扶養義務者の扶養も含まれ、生活保護法に優先される。【申請保護の原則（法第7条）】は、要保護者自身による申請が義務付けられる。ただし、扶養義務者が申請を行うことも可能である。救急車などで運ばれたときには急迫保護（職権保護）として例外的に申請保護の原則からは外れる。我々の調査では、この二つの原則のために路上生活から脱することができない者が多数いたことが推察された。「家族に知られたくない」と回答する者が多かったことの理由には、「虐待を受けて出てきた」、「迷惑を掛けたくない」と回答する者や、「息子が社長をやっているから」と話す70代の高齢路上生活者もいた。補足性の原理はまた、他法優先の原理を指すものではあるが、実際のところは「自分の能力をすべて使ってもダメです」という「主観的な無能力性」を証明しなければならないことがある。経済的に明らかに困窮している（客観性）にも関わらず「まだ若いからと言われて申請を断られた」と言われた者は、「自分の努力が足りない（主観的）」という解釈をつけられて窓口で追い返されていた。すなわち、法の運用に主観的な判断がかなり影響を与えているということがある。

ここで生活保護開始理由（厚労省社会・援護局）を読み解く。生活保護は、生活最低水準所得以下の者が、無条件に受給できるものであるため、受給理由の第1位は収入の減少でなければならない。ところが、収入の減少を理由とする者は平成20年度では2割弱を占めるに過ぎず、約4割強が傷病によった。急迫保護が他に1割あり、半数以上の者が「病気」を理由に受給している。保護廃止理由は、保護法の

理念上は「収入の増加」が最も多くあるべきだが全体の14%弱しかなく、第1位は死亡31%で、失踪14%、傷病治癒が11%強であった。以上の結果は、生活保護受給のための査定をうけるにあたって、現在困窮状態であっても主観的な判断が優先されて努力が足りないと言われてしまう状況と関連していそうである。

さて、障がいを抱えた者が生活保護を申請するにあたっては、扶養義務者が窓口に行くことが多いが、もしも障がいを抱えていながらも、障がい者であることを知らずに単身生活をしていた場合はどうか。ほとむあっぷ研究会は2009年、路上生活者の精神疾患及び知能指数に関する調査を行った。その結果、約4割～6割の者に精神疾患があり、約3割の者がIQ70未満、ほとんどの者が未診断であった。「申請保護の原則」に加え、査定を行う者が障がいに関して非専門家であるという現実、単身者で、未診断の障がいを抱えている者にとっては大きなハードルと考えられた。

問題のもっとも本質的なことは、人命を預かる部署において、非専門家が能力の査定を行っているという現状にあるかもしれない。純粹に生活困窮の問題だけを査定するのであれば大きな問題はないかもしれないが、「すべての能力を投じて」という前提、すなわち価値判断の部分や、障がいを抱えた者への対応については専門知識がないままに本人の能力(経済状況以外の部分)を主観的に査定し判断し得る。これらの影響は、生活保護捕捉率によって補足説明が可能かもしれない。捕捉率というのは、厚労相が定めた生活保護取得可能水準者のうち、何%の者が生活保護を受給しているかということである。統計データの取り方によって数値は大きく変動するが、概ね10～20%というのが正しい数字に近い。すなわち、8割以上の者が、生活保護水準以下の生活をしているにも関わらず生活保護を受給していないということである。欧米の捕捉率は8割前後を越えている。厚労省は、生活保護に関するQ & Aにおいて、Q6生活保護の受給中、守らなければ

ならないことはありますかという問いの答えに【義務】として①資産、能力その他あらゆるものを活用する、②能力に応じて勤労に励み、支出の節約を図る、③目的達成に必要な指示に従う。【権利】として①生活保護の要件を満たす限り無差別平等である、②正当な理由がなければ、保護を変更されないということが明記している。さらりと読んでしまうと当然のように思える文言であるが、義務においては、あらゆる能力を活用したかを、生活困窮の現状や障がいに関しての専門的な知識が不十分な者に説明を自らがしなければならず、しかも、その者が相談者の能力を査定し判断した指示に従わなければならないということである。権利②の正当な理由についても何が正当かを非専門家が判断する。メンタルヘルスに問題を抱えている者が単身で相談に行った場合の受け得る困難さは想像に容易い。我々は毎月2回ホームレス者への無料健康相談会（TENOHASI）を行っているが、生活保護受給者からの相談もある。そのうち、「担当ワーカーに眠れないから精神科に受診したいと相談したら、気持ちの問題だと片付けられた」、「担当ワーカーに就労指導を厳しくされたが、その指導後に精神科薬を服用していることを知ると何も言わずに帰っていった」などという相談や、「お金を落とした相談をしようと思ったが他の人が酒で使ったのだろうと人権無視と思われるような指導を大声で受けていたのを見て相談しなかった」と言う方、急迫保護で入院していた方で「なぜ退院後に役所に来なかったのか」と怒られていた再度ホームレス化した単身認知症高齢者等と出会うことは少なくはない。断っておきたいことは、担当ワーカーが悪意をもって行っているわけではなく、善意でさえあるということである。

解決のために

上記のことを端的にまとめるとすると、事の本質には、自立のために働けない者は無能力であるという考え方の間違いが根底にあるから

のように思われる。無能力を否定すると、現状を認めるためには怠け者という偏見が貼られる可能性もあり、生活が困窮しても生活保護を受給せずに頑張って働くという選択肢がよりよいもののように思える。結果的に、生活保護法の運用部分にも弊害が生じ、路上生活状態程となっても「まだ健康だから」という思考が優先され、仕事ができないことの証明は病気であること以外にないような状況にまで追いやられる。生活保護受給者への偏見も生まれる。心身共に底になって初めて助けを求めざるを得なくなるため、貧困に関わるメンタルヘルス問題の解決を遅らせ重症化させている。

わが国の困窮者の自死率の高さは、精神疾患だからだという言葉で片付けてはならない。問題の解決のためには、生活が困窮し自力ではどうしようもなくなってから生活保護を受けるといった貧困＝主観的無能力性の証明（または認知）を強いられるのではなく、平等を基礎とし、助けがあると平等に生きられるから福祉を利用するという「ユーザー」としての感覚が、行政窓口だけでなく国民全体に必要である。生活困窮の問題を早期に解決するという考え方への変換が、我が国の貧困とメンタルヘルスの問題を大きく変えると考えられる。

アルコール・薬物関連障害の薬物療法

Pharmacotherapy of alcohol and drug-related disorders



森川すいめい(写真) 樋口 進

Suimei MORIKAWA and Susumu HIGUCHI

国立病院機構久里浜アルコール症センター精神科

◎薬物療法は、①急性期の治療薬と、②断酒断薬を維持する時期の治療薬とに分けて考える。急性期とはアルコールを含めた薬物がいったん身体依存を形成した場合に、身体内から薬物が減少することによる薬物離脱症状が起こる時期のことである。自律神経系などのバランスが崩れ、不眠、嘔吐、下痢、発熱などの身体症状や、イライラ・不安などの精神症状が起こる。また、離脱症状としてのてんかん発作や振戦せん妄は適切な治療を行わなければ生命の危機ともなりうるし、ウェルニッケ脳症は初期に十分量の thiamine を投与することによって後遺症を軽くしうる。断酒断薬を維持することを補助する治療薬は、治療薬自体に十分な治療効果が期待されているわけではない。断酒断薬をするモチベーションをどのように支援できるかによって治療の総合的な効果が変わる。総合的な根拠に基づいた薬物治療によって、治療効果は雲泥の差となることを知っておきたい。



Key word

離脱症状、振戦せん妄、ウェルニッケ-コルサコフ症候群、CIWA-Ar、抗酒剤

アルコール薬物関連障害における薬物療法は、①薬物の使用中や中断したばかりの時期である急性期の治療薬と、②急性期を乗り越えた後に断酒断薬を継続していくときに補助的に使用される治療薬とに分けられる。適切に治療薬を選択することができれば、急性期においては起こりうる有害事象を緩和することができ、また、継続する時期においては患者の断酒断薬の動機を支持することができる。わが国では使用できる薬物が限られているため、薬物治療による患者への医療的な支持は十分ではないが、今後使用可能になる可能性も期待されているものもある。

本稿では現在使用できる薬物について中心に述べていき、欧米などで使用されている薬物についても一部紹介する。

急性期の治療

薬物が十分に身体依存を形成している場合、急

な断酒断薬が危険となることがある。痙攣発作や振戦せん妄がそれである。振戦せん妄はアルコールに関連した全体の死亡原因のうちの5%と関連があるという報告がある¹⁻⁵⁾。薬物が身体から抜けるときに生じる離脱症状によって発汗、嘔吐、頭痛や下痢、発熱症状を生じたり、不安感やいら立ちが高まり、依存症患者に高い自殺リスクをさらに高めるかもしれない。

不整脈、肺炎、膵炎、肝炎、腎不全などの併発は死亡リスクを高める⁵⁾ため、急性期はこれらの検査をかならず行わなければならない(「サイドメモ1」参照)。

脳の解剖が行われた8,735人のうち0.8%(70人)がウェルニッケ(Wernicke)脳症であった⁶⁾という報告もあり、深刻な後遺症を残す可能性があるウェルニッケ-コルサコフ(Wernicke-Korsakoff)症候群はけっしてまれな疾患ではない。これらの疾患を疑った場合は診断の確定にこだわることなく

治療を開始しなければならない(「サイドメモ 2」参照)。

急性期のアルコール離脱症状に対する薬物療法

アルコールの離脱症状は CIWA-Ar(Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale)による評価⁷⁾が高いエビデンスで推奨されている。CIWA-Ar は離脱症状についての評価項目が記載されており、それぞれの症状が重症度に合わせて点数化され、それらの合計点によって離脱症状の重症度を判定することができる評価ツールである(「サイドメモ 3」参照)。判定された重症度によって、ベンゾジアゼピン系薬物(わが国では diazepam が推奨される)を投与することになる。評価のガイドラインを表 1 に示す⁸⁾。

離脱症状を抑えるための diazepam の投薬方法には、1 日 4 回など定期的に内服をする方法と、CIWA-Ar の点数に合わせて内服または静脈注射をするかどうかを決める方法の 2 種類がある。定期的に内服をする方法がよいということを説明する十分なエビデンスはないが、離脱症状の出現リスクが高いと思われる患者に対してはしばしば選択される方法である。しかし、実際に離脱症状が

表 1 CIWA-Arスコアによる重症度分類

- | |
|--|
| 1. もっとも軽症：CIWA-Ar スコア<10, かつ, 見当識障害と幻覚がない人 |
| 2. 軽症：CIWA-Ar スコア 10~15, かつ, 症状軽減のために diazepam 投与が推奨 |
| 3. 中等症：CIWA-Ar スコア 16~20 |
| 4. 重症：CIWA-Ar スコア>20
1 時間ごとのモニタリングと diazepam による治療を CIWA-Ar スコアが 10 未満になるまで行う。呼吸管理のモニタリングも必要である |

強い患者に対しては、症状に合わせて投薬をしなければならない(「サイドメモ 4, 5」参照)。投与方法を表 2 に示す⁹⁻¹²⁾。なお、最初の 1 時間で 50 mg か、3~4 時間で 200 mg の diazepam を投薬しても改善しない振戦せん妄に対しては、propofol か phenobarbital が検討されるべきである¹³⁻¹⁵⁾。その他の定型・非定型抗精神病薬などによる薬物療法については、アルコールに伴う振戦せん妄に対してより効果的であるというエビデンスは十分でない。振戦せん妄は断酒後 48~96 時間の間に出現し、1~5 日間続くため、最終飲酒時間を聞くことを忘れてはならない。

急性期のウェルニッケ-コルサコフ症候群に対する治療

健忘や歩行障害を後遺症として残しうるウェルニッケ-コルサコフ症候群の予防や軽症化への寄与は、疑いがあったときにすぐに大量の thiamine 投与を行えるかどうかにかかっている。Thiamine

サイドメモ 1

身体への治療薬をどうするか

アルコール依存症患者が外来を受診した場合、内科的な治療が必要な場合が少なくない。肝機能障害だけでなく、膵炎、糖尿病、高血圧、高尿酸血症、脱水、腹水、下肢浮腫、不整脈のほか、易感染性状態のため真菌類による感染症も見逃せない。「酒をやめなきゃ治療をしない」と他院で治療を断られたという患者も少なくはないため、精神科医がこのあたりを管理しなければならないこともある。しかし、たとえば外来患者で腹水がある場合は利尿薬を出したいところであるが、飲酒による脱水症状もあるため、酒をやめられない場合は利尿薬を出せないということもある。断った医師の判断は正しかったかもしれない。とはいえ、放っておいて浮腫による心不全で亡くなってしまったということもまれなことではない。断酒断薬の治療には内科的な知識はきわめて重要となる。

サイドメモ 2

ウェルニッケ脳症、コルサコフ症候群、アルコールに関連がある記憶障害

ウェルニッケ(Wernicke)脳症は、眼球運動障害、運動失調、意識障害に特徴づけられる。コルサコフ(Korsakoff)症候群は側頭葉のウェルニッケ野の機能障害によって発生する健忘症状である。長期記憶と見当識障害を伴う逆行性健忘が同時に起こるが、短期記憶は保たれる。過去の記憶と妄想の区別がつかないことがある。葉酸欠乏による認知症は易刺激性であるという報告がある。正常圧水頭症の合併は多いようである。外傷性の一時的な記憶障害も見逃してはならない。それぞれの記憶障害は断酒と適切な治療によって改善しうることを知っておきたい。

表 2 CIWA-Arスコアによるdiazepam投与時期

1. 重症スコア時：10分から15分ごとに評価。この際diazepamを5～10mg 静脈内投与する。患者が十分に鎮静を得るまでを目標とし、最大500mgまで投与することもある。十分な呼吸管理ができるICUでの管理が必要
2. 中等症スコア時：1時間ごとに評価。点数が高い場合は、diazepamの静脈注射を行う
3. 軽症スコア時：4～6時間ごとの評価。diazepamは経口投与でも可能

※スコアが8点以上であった場合は、diazepamの投薬を行う。

の投与量と方法を表3に示す^{16,17)}。

注意すべき点は、グルコースの投与前にthiamineを投薬しなければならないということである。グルコースはthiamineを利用することでカロリーとして利用できるようになるため、グルコースをさきに投与すると、thiamineをさらに枯渇させ、症状を悪化させる可能性がある。ウェルニッケ脳症の眼球運動障害は十分量のthiamineを投与することで数時間で改善することがわかっているが¹⁸⁾、もしも改善がない場合は他の疾患を鑑別しなければならない。なお、栄養不良状態であるため、他のビタミンも適度に投与できるとよい。

サイド
メモ
3

CIWA-Ar

各項目はつぎのとおりである。①嘔気・嘔吐、②振戦、③発汗、④不安、⑤アジテーション、⑥触覚障害、⑦視覚障害、⑧聴覚障害、⑨頭痛、⑩見当識障害。それぞれ7点満点でチェックし、合計点を評価する。

サイド
メモ
4

離脱症状について入院治療が必要な場合の判断

アルコールを含めた薬物使用中の患者に対して外来で断酒断薬を指導する場合に、CIWA-Arが高得点であるに加え、つぎのようなことがあった場合は、入院による断酒断薬を検討する必要があるという報告がある。①過去に離脱後の痙攣発作や振戦せん妄があった、②希死念慮のあるうつ病、③家での援助環境がかなり悪い、④外来治療でうまくいかない。

表 3 ウェルニッケ-コルサコフ症候群予防のためのthiamine投与基準

1. thiamine 500mgを、30分かけて静脈内投与し、これを1日3回、2日間続ける
2. 3日目からは500mgを1日1回静脈か筋肉内注射し、これを5日間続ける

葉酸欠乏による認知症は葉酸を投薬することで改善しうるし、低マグネシウム血症や低リン血症はこれらを補うことで身体症状が改善することがある。

アルコール以外の薬物に関する
急性期の治療薬

薬物による離脱症状はオピオイドやベンゾジアゼピン系などの鎮静作用のある薬物によって起こるが、覚せい剤やシンナーなどの有機溶剤などではほとんど起こらない。欧米では急性期においては長時間作用型の合成麻薬製剤であるmethadone（日本国内では現在未認可）やbuprenorphineが使用される¹⁹⁾が、これらはヘロインなどにより引き起こされる致死的な離脱症状を抑えるためには非常に有効である。鎮静作用のある薬物は薬物の大量摂取によって呼吸抑制作用が生じるため拮抗薬の投薬が求められる。オピオイド中毒に対しては麻薬拮抗薬であるnaloxoneを、ベンゾジアゼピン系薬物中毒に対してはflumazenilを使用することになる。ただし、長期に薬物を使用していた場合は、拮抗薬を使用することにより強い離脱症状を引き起こす可能性があるため十分に注意しなければならない。呼吸状態を管理しながら少量ずつ投薬し、意識レベルの回復を求めるのではなく、

サイド
メモ
5

急性期の離脱症状

軽度の離脱症状は断酒後おおむね6～36時間後に起こる。振戦、不安感、動悸、頭痛、食欲不振、発汗などである。痙攣発作は断酒後おおむね6～48時間後に起こる。アルコール性の幻覚状態は断酒後おおむね12～48時間後に起こる。幻視、幻聴、見当識障害などである。振戦せん妄は断酒後おおむね48～96時間後に起こる。せん妄に加え、アジテーション、頻脈、高血圧、高熱、発汗などを伴う。

表 4 Cyanamideとdisulfiramの効果時間

	t1/2(半減期)	効果発現時間	効果持続時間
cyanamide	39.9~76.5 分	5~10 分	1 日
disulfiram	5.8~8.8 時間	12 時間	数日間~14 日間*

*：薬剤添付文書には 14 日とあるため、14 日を加えた。

呼吸回数が回復した段階で投薬をやめ、定期的なモニタリングを行う。緩和医療などで疼痛治療目的で使用される場合でも同様に慎重な投与が必要である。

その他、薬物によって起こる精神病性障害は定型・非定型抗精神病薬を使わざるをえない。交感神経亢進状態では心筋壊死など致死的な合併症もあり、適切な β 遮断薬による管理を行ったり、高熱で筋緊張が強すぎる場合は suxamethonium の投与とクーリングが必要である。離脱症状によって生じるアジテーションについては少量のベンゾジアゼピン系薬物が有効となることもある。ベンゾジアゼピン系薬物による依存症の場合はいっぺんに薬物を中止せずに、漸減していくことも検討すべきかもしれない。

断酒断薬維持期の治療薬

アルコール以外の薬物依存症患者のための断薬を支持する薬物治療はわが国ではない。欧米ではヘロイン依存症患者が、より安全である methadone を使用して、ヘロイン依存症からの回復を維持するという方法もある。

アルコールについては cyanamide や disulfiram といった抗酒剤が使用されている。ほかに naltrexone や acamprosate といった薬剤があり、日本でも承認される可能性もあるため、以下に合わせて紹介する。

1. Disulfiram, cyanamide

抗酒剤として使用され、日本でも処方できる。アルコールが分解された後で生じたアセトアルデヒドを酸化して代謝する酵素(ALDH2)の働きを抑える働きがあり、内服中にアルコールを飲むとアセトアルデヒドの血中濃度が高まる。よって動悸、発汗、嘔気、頭痛などの不快な症状が出現するため、内服中はアルコールを飲むことができなくなる。内服薬自体の断酒率についてはプラセボ

と比較して効果的であるというエビデンスはいまのところない(患者が内服をやめてしまう)が、患者とのかかわりを深めながら抗酒剤を内服してもらうことで断酒率が高まる証拠がある²⁰⁻²²⁾。Disulfiram と cyanamide の違いとして効果発現時間や効能の継続時間がある(表 4)²³⁾。

2. Naltrexone, acamprosate

Naltrexone はオピオイドアンタゴニストで、飲酒の渴望や、飲酒した場合の高揚感を抑えるといわれている。Acamprosate は慢性的飲酒によって生じた脳の N-methyl-D-aspartate receptors の過剰な増加を減らし、断酒による強い離脱症状を軽減させる作用と、GABA receptors のアンタゴニストとして働き、飲酒欲求の軽減を支持する²⁴⁾。飲酒欲求の高まりを抑えてくれる薬剤の使用によって、より断酒がしやすくなることが期待されている。

おわりに

アルコール薬物に関する急性期の治療は、その後起こりうる重篤な後遺症を軽減させることができるため、十分な知識と積極的な投薬が必要である。断酒の継続期での薬物治療は、患者との十分なかかわりのなかではじめて意義があるものであることを十分に注意し、総合的な視点をもった有効な処方を心がけることが肝要である。

文献/URL

- 1) Turner, R.C. et al.: Alcohol withdrawal syndromes: A review of pathophysiology, clinical presentation, and treatment. *J. Gen. Intern. Med.*, 4: 432-444, 1989.
- 2) Debellis, R. et al.: Management of delirium tremens. *J. Intensive Care Med.*, 20: 164-173, 2005.
- 3) Pristach, C.A. et al.: Alcohol withdrawal syndromes-prediction from detailed medical and drinking histories. *Drug Alcohol Depend.*, 11: 177-199, 1983.
- 4) Boston, L.N.: Alcohol withdrawal. *Lancet*, 1: 18,

- 1908.
- 5) Tavel, M. E. et al. : A critical analysis of mortality associated with delirium tremens. Review of 39 fatalities in a 9-year period. *Am. J. Med. Sci.*, **242** : 18-29, 1961.
 - 6) Torvik, A. et al. : Brain lesions in alcoholics. A neuropathological study with clinical correlations. *J. Neurol. Sci.*, **56** : 233-248, 1982.
 - 7) Sullivan, J. T. et al. : Assessment of alcohol withdrawal : The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *Br. J. Addict.*, **84** : 1353-1357, 1989.
 - 8) Mayo-Smith, M. F. : Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA*, **278** : 144-151, 1997.
 - 9) Spies, C. D. et al. : Alcohol withdrawal severity is decreased by symptom-orientated adjusted bolus therapy in the ICU. *Intensive Care Med.*, **29** : 2230-2238, 2003.
 - 10) Saitz, R. et al. : Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. *JAMA*, **272** : 519-523, 1994.
 - 11) Jaeger, T. M. et al. : Symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal syndrome in medical inpatients. *Mayo Clin. Proc.*, **76** : 695-707, 2001.
 - 12) Daeppen, J. B. et al. : Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal : a randomized treatment trial. *Arch. Intern. Med.*, **162** : 1117-1121, 2002.
 - 13) Hack, J. B. et al. : Resistant alcohol withdrawal : does an unexpectedly large sedative requirement identify these patients early? *J. Med. Toxicol.*, **2** : 55-60, 2006.
 - 14) McCowan, C. and Marik, P. : Refractory delirium tremens treated with propofol : A case series. *Crit. Care Med.*, **28** : 1781-1784, 2000.
 - 15) Coomes, T. R. and Smith, S. W. : Successful use of propofol in refractory delirium tremens. *Ann. Emerg. Med.*, **30** : 825-828, 1997.
 - 16) Cook, C. C. et al. : B vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse. *Alcohol Alcohol.*, **33** : 317-336, 1998.
 - 17) Thomson, A. D. et al. : Ethanol, thiamine, and brain damage. *Alcohol Alcohol.*, **18** : 27, 1983.
 - 18) Victor, M. et al. : The Wernicke-Korsakoff Syndrome and Related Disorders due to Alcoholism and Malnutrition. FA Davis, Philadelphia, 1989.
 - 19) Amato, L. et al. : Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst. Rev.*, CD003409, 2002.
 - 20) Fuller, R. K. et al. : Disulfiram treatment of alcoholism : a Veteran's Administration cooperative study. *JAMA*, **256** : 1449-1455, 1986.
 - 21) Allen, J. P. and Litten, R. Z. : Techniques to enhance compliance with disulfiram. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, **16** : 1035-1041, 1992.
 - 22) Chick, J. et al. : Disulfiram treatment of alcoholism. *Br. J. Psychiatry*, **161** : 84-89, 1992.
 - 23) 久里浜アルコール症センター : アルコール依存症の薬物療法, 2010. <http://www.kurihama-alcoholism-center.jp/J-2-7.html>
 - 24) Schuckit, M. A. : Alcohol-use disorders. *Lancet*, **373** : 492-501, 2009.

* * *

