

服中のいずれかを有する状態」とした場合、第4次厚生省循環器疾患基礎調査（1990年実施）のデータを用いて検討した時¹³⁾、ロジスティック回帰分析の結果、高血圧に対する飲酒習慣のオッズ比は、男性では1.96（95%信頼区間 1.67～2.29）、女性では1.54（95%信頼区間 1.20～1.98）であった。

また、日本酒換算による1日の平均飲酒量ごとの高血圧に対するオッズ比は、男女とも飲酒量が多いほどオッズ比が高くなる傾向を示した¹⁴⁾。さらに、高血圧者集団の中で飲酒が影響したと考えられる高血圧者の割合は男性では34.5%（95%信頼区間 10.9～51.9%）、女性では2.6%（95%信頼区間 0.8～5.8%）と推計された¹⁵⁾。このうち、男女ともに、1合/日程度の飲酒習慣による者が飲酒に起因したと考えられる高血圧者の割合の多くを占めた¹⁶⁾。この結果は、日本酒換算による1日の平均飲酒量1合程度であっても節酒することで、一般住民集団において飲酒によって引き起こされる高血圧の頻度が低下する可能性が示唆された。第五次厚生省循環器疾患基礎調査（2000年実施）における日本人男性の飲酒習慣や高血圧の頻度は1990年の結果とほぼ同程度¹⁷⁾であり、飲酒習慣は今なお日本人男性の高血圧に大きな影響を及ぼしている可能性が示唆された。

飲酒量と総死亡に関する検討では、わが国の大規模コホート研究の統合解析結果で、男女ともに純エタノール量で23g/日未満で総死亡ハザード比が最も低かった¹⁸⁾。また、脳梗塞の発症¹⁹⁾や心筋梗塞の発症²⁰⁾に対しても、23～46g/日の飲酒は予防的な効果、いわゆるJカーブ現象が報告されている。これらの結果の留意すべき点として、飲酒習慣を持たない人があえて飲酒を開始する必要はないことをあげる。飲酒開始に伴う個人に対するアルコールの健康への影響のみならず、前述したように、集団として検討した場合に飲酒による高血圧への寄与は日本酒換算1合/日程度の者の割合が最も多いため、この群の人数を増やすことによってその影響の及ぶ絶対数を増やすことにつながりかねない。飲酒習慣を持たない人は、飲酒以外の死亡や疾患発症のリスクをコントロールすることが優先される。循環器系への予防効果のみを根拠に、きちんとしたリスクの評価をせずに安易な“適量飲酒の勧め”をしてはならないことは、保健指導の場面で留意されたい点である。

特定健診における標準的な質問票で、日本酒換算で1～2合以上のアルコールを「毎日」または「時々」飲むと答えた人に活用

アルコール使用障害同定テスト（AUDITを実施 表1参照）

AUDITスコア合計点より判定

0～7点	問題飲酒なしと考えられるため介入不要
8～14点	多量飲酒と考えられるため減酒支援（ブリーフインターベンション）。 減酒支援（ブリーフインターベンション）は、対象者の飲酒行動に変化をもたらすことを目的とした短時間のカウンセリング。 減酒目標を立て、対象者につけてもらう飲酒日記をもとにフォローアップ支援を行う。
15～40点	アルコール依存症が疑われるため専門医療機関への受診につなげる。

図1 アルコール使用障害スクリーニングと減酒支援の流れ

一方、飲酒量を減らす“節酒”による血圧低下の効果が明らかにされている。Ueshimaらによると²¹⁾、職域における高血圧未治療状態の中年日本人男性を対象とした節酒による降圧作用を明らかにする介入研究において、1日のアルコール摂取量が56.1mL（日本酒換算約2合）から26.1mL（日本酒換算約1合）に減ると、収縮期血圧が3.9mmHg、拡張期血圧が1.9mmHg低下することが観察されている。この結果から、習慣飲酒者における飲酒量を減らす“節酒”を国民に広く勧めることで、国民の血圧を低下させることができる可能性が考えられた。

わが国のアルコール健康障害防止に関する動向

平成25年（2013年）4月より、「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」²²⁾で保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニングとその評価結果に基づく減酒支援が厚生労働省より示された。このスクリーニングと支援の流れを図1に示す。特定健診の標準的質問票で、1回飲酒量日本酒換算1～2合以上のアルコールを「毎日」または「時々」飲むと答え

た人が対象となる。そして、対象者には、世界保健機関（WHO）が問題飲酒者を早期に発見することを意図して作成した、アルコール使用障害同定テスト（alcohol use disorders identification test: AUDIT）を行う（表 1）。この「AUDIT」で、15 点以上はアルコール依存症が疑われ専門医療機関への受診につなげ、8～14 点は保健指導として減酒支援（ブリーフインターベンション）を行うことが示されている。減酒支援（ブリーフインターベンション）とは、飲酒量を減らす具体的な目標を自ら設定し、飲酒日記をもとにカウンセリングを 2 回行う方法で、WHO が開発研究し、その有効性は確立されている。この特徴は、①断酒ではなく、飲酒量の減量を目標とする、②アルコールの専門家でなくても保健指導実施者が行うことができる、③アルコール依存症の患者でなく、依存症でない方を対象に行うことである。しかし、これは保健指導実施者が任意で活用するため、現在のところ大きな流れには至っていない。

また、2010 年 5 月 WHO 総会にて、「アルコールの有害な使用を軽減するための世界戦略」が決議され、健康障害の予防を含めた、アルコールに対する総合対策推進は世界的な動きになりつつある。わが国においても、アルコールの健康障害に対する対策が求められ、国会にて「アルコール健康障害対策基本法」が 2013 年 12 月に成立した²⁾。この法律の概要として、まずアルコール健康障害を「不適切な飲酒（アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等）の影響による心身の健康障害」と定めた。次いで、アルコール健康障害対策に対して、国・地方公共団体、酒類の製造または販売を行う事業者、国民、医師等および健康増進実施事業者の責務を規定している。そして、政府は法律施行後、2 年以内に「アルコール健康障害対策推進基本計画」を定めることとしている（都道府県は、国の基本計画をもとに実情に即した推進計画を策定する予定となっている）。今後、アルコールの健康障害防止の動きは広がりをみせていくと思われる。

表 1 アルコール使用障害同定テスト（AUDIT）（数字：AUDIT のスコア点数）

質問 1	あなたはアルコール含有飲料（お酒）をどのくらいの頻度で飲みますか？	0 飲まない 1 1 カ月に 1 度以下 2 1 カ月に 2～4 度 3 週に 2～3 度 4 週に 4 度以上 5 0～2 ドリンク
質問 2	飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ （注） ●「ドリンク」は純アルコール換算の単位で、1 ドリンクは純アルコール換算で 10g です。 ●1 ドリンクは、ビール中ビン半分（250mL）、日本酒 0.5 合、焼酎（25 度）50mL に相当します。	1 3～4 ドリンク 2 5～6 ドリンク 3 7～9 ドリンク 4 10 ドリンク以上
質問 3	1 度に 6 ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？ （注） ●「6 ドリンク」とは、ビールだと中ビン 3 本、日本酒だと 3 合、焼酎（25 度）だと 1.7 合（300mL）に相当します。	0 ない 1 月に 1 度未満 2 月に 1 度 3 週に 1 度 4 毎日あるいはほとんど毎日
質問 4	過去 1 年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0 ない 1 月に 1 度未満 2 月に 1 度 3 週に 1 度 4 毎日あるいはほとんど毎日
質問 5	過去 1 年間に、普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0 ない 1 月に 1 度未満 2 月に 1 度 3 週に 1 度 4 毎日あるいはほとんど毎日
質問 6	過去 1 年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をしなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0 ない 1 月に 1 度未満 2 月に 1 度 3 週に 1 度 4 毎日あるいはほとんど毎日
質問 7	過去 1 年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0 ない 1 月に 1 度未満 2 月に 1 度 3 週に 1 度 4 毎日あるいはほとんど毎日
質問 8	過去 1 年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？	0 ない 1 月に 1 度未満 2 月に 1 度 3 週に 1 度 4 毎日あるいはほとんど毎日
質問 9	あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？	0 ない 2 あるが、過去 1 年にはなし 4 過去 1 年間にあり
質問 10	肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？	0 ない 2 あるが、過去 1 年にはなし 4 過去 1 年間にあり

（文献 19 より作成）

アルコールによる死亡や健康障害に対するインパクトは大きい。わが国の調査でも、飲酒習慣は今なお日本人男性の高血圧に大きな影響を及ぼしている可能性が考えられた。適正飲酒の啓発は日本人の高血圧対策として重要である。今後、わが国のアルコールによる健康障害防止対策は、法的背景をもとに一層推進される見通しである。

【文献】

- 1) Rehm J, Mathers C, Popova S, et al : Alcohol and global health I : Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 373 : 2223-2233, 2009.
- 2) 厚生労働省 : 平成 24 年国民健康・栄養調査結果の概要, 2012.
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantai-sakukenkouzoushinka/0000032813.pdf>
- 3) Zhou BF, Stamler J, Dennis B, et al : Nutrient intakes of middle-aged men and women in China, Japan, United Kingdom and United States in the late 1990s : the INTERMAP study. *J Hum Hypertens* 17 : 623-630, 2003.
- 4) Marmot MG, Elliott P, Shipley MJ, et al : Alcohol and blood pressure : the INTERSALT study. *BMJ* 308 : 1263-1267, 1994.
- 5) Dyer AR, Stamler J, Paul O, et al : Alcohol, cardiovascular risk factors and mortality : the Chicago experience. *Circulation* 64 (Suppl 3) : III-20-27, 1981.
- 6) Puddy IB, Beilin LJ, Vandongen R, et al : Evidence for a direct effect of alcohol consumption on blood pressure in normotensive men. A randomized controlled trial. *Hypertension* 7 : 707-713, 1985.
- 7) Ueshima H, Shimamoto T, Iida M, et al : Alcohol intake and hypertension among urban and rural Japanese population. *J chronic Dis* 37 : 585-592, 1984.
- 8) Wakabayashi K, Nakamura K, Kono S, et al : Alcohol consumption and blood pressure : an extended study of self-defence officials in Japan. *Int J Epidemiol* 23 : 307-311, 1994.
- 9) Tsuruta M, Adachi H, Hirai Y, et al : Association between alcohol intake and development of hypertension in Japanese normotensive men : 12-year follow-up study. *Am J Hypertens* 13 : 482-487, 2000.
- 10) Yoshita K, Miura K, Morioka Y, et al : Relationship of alcohol consumption to 7-year blood pressure change in Japanese men. *J Hypertens* 23 : 1485-1490, 2005.
- 11) Okamura T, Tanaka T, Yoshita K, et al : Specific alcoholic beverage and blood pressure in a middle-aged Japanese population : the High-risk and Population Strategy for Occupational Health Promotion (HIPOPOHP) Study. *J Hum Hypertens* 18 : 9-16, 2004.
- 12) Ueshima H, Ozawa H, Baba S, et al : Alcohol drinking and high blood pressure : data from a 1980 national cardiovascular survey of Japan. *J Clin Epidemiol* 45 : 667-

673, 1992.

- 13) Nakamura K, Okamura T, Hayakawa T, et al : The proportion of individuals with alcohol-induced hypertension among total hypertensives in a general Japanese population : NIPPON DATA90. *Hypertens Res* 30 : 663-668, 2007.
- 14) Japan Heart Foundation : The Fifth National Survey on Circulatory Disorders. Tokyo, Chuohoki Publishers, 2003 (in Japanese). p111-190.
- 15) Inoue M, Nagata C, Tsuji I, et al : Impact of alcohol intake on total mortality and mortality from major causes in Japan : a pooled analysis of six large-scale cohort studies. *J Epidemiol Community Health* 66 : 448-456, 2012.
- 16) Iso H, Baba S, Mannami T, et al : JPHC Study Group. Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men : the JPHC Study Cohort I. *Stroke* 35 : 1124-1129, 2004.
- 17) Kitamura A, Iso H, Sankai T, et al : Alcohol intake and premature coronary heart disease in urban Japanese men. *Am J Epidemiol* 147 : 59-65, 1998.
- 18) Ueshima H, Mikawa K, Baba S, et al : Effect of reduced alcohol consumption on blood pressure in untreated hypertensive men. *Hypertension* 21 : 248-252, 1993.
- 19) 厚生労働省健康局 : 保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング (AUDIT) とその評価結果に基づく減酒支援 (フリーワインターベンション) の手引き, 標準的な健診・保健指導プログラム 【改訂版】. 2013.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/seikatsu/dl/hoken-program3_06.pdf
- 20) 衆議院ホームページ, 議案本文情報一覧 (提出回次 : 第 185 回, 議案種類 : 衆法 19 号, 議案名 : アルコール健康障害対策基本法案).
http://www.shugiin.go.jp/itdb_gian.nsf/html/gian/honbun_houan/g18501019.htm

action? and Have home care nurses taken care of primary caregivers as well as aged care recipients in nursing intervention. Monitoring of nursing care program was as follows; Didn't improper care of primary caregivers lead to crisis situation? [Did the abusive action happen in When, Where, Who, What, How? Home care nurses should not correspond to primary caregivers and aged care recipients on one-sided interaction. Home care nurses should make an opportunity which Primary caregivers and aged care recipients participate at from the first meeting. Home care nurses should talk about the problem of home care with them.

THREE CASES OF ALCOHOLISM WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

K. Tabata, T. Yoshida and J. Naoe

Medical Office, Asahikawa Keisenkai Hospital, Japan

Introduction. The relationship between alcoholism and autism spectrum disorder (ASD) has been the subject of much recent research. We report herein three patients with alcoholism and a history of ASD.

Ethical considerations. Consent was directly obtained from Patients 1 and 2. Care was taken to protect the identities of all three patients.

Case reports. Patient 1 was a 34-year-old man. From adolescence onwards, he had few friends and tended to isolate himself. At 21 years old, he began drinking alcohol due to the stress of interpersonal communication. At 29 years old, he was admitted with alcohol withdrawal symptoms. Post-discharge, no relapse has occurred. ASD was confirmed on psychological testing. Patient 2 was a 38-year-old man with a long-term history of anthropophobia. He entered employment at the age 19, but quit employment at age 30 due to the stress of interpersonal communication. After turning to alcohol in order to reduce anxiety, he became an alcoholic. He was admitted at 36 years old. Post-discharge, no relapse has occurred. ASD was confirmed on psychological testing. Patient 3 was a 28-year-old woman with a long-term history of stranger anxiety. She began drinking excessively in order to reduce the stress of interpersonal communication. At 26 years old, she was admitted for alcohol epilepsy. Post-discharge, no relapse has occurred. ASD was confirmed on psychological testing.

Discussion. The following characteristics were common to all three patients: ASD; interpersonal communication disorder from a young age; development of alcoholism at a young age; and no difficulty maintaining abstinence after successfully quitting. In connection with alcohol consumption, ASD traits, including strong preferences, obsessive-compulsive behaviors, and stereotypes, reportedly result in early addiction, but also work favorably to enable maintained abstinence. These characteristics are consistent with the present patients. The identification of a history of ASD is important for the successful management of alcoholism.

P-5

A RANDOMIZED AND RATER-BLINDED STUDY OF THE EFFECT OF IFENPRODIL ON ALCOHOL REUSE IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

N. Sugaya^{1,2}, Y. Ogai^{2,3}, Y. Aikawa⁴, Y. Yumoto⁴, M. Takahama⁴, M. Tanaka², A. Haraguchi², M. Umeno⁴ and K. Ikeda²

¹Department of Epidemiology and Public Health, Graduate School of Medicine, Yokohama City University, Japan, ²Addictive Substance Project, Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science, ³Social Psychiatry and Mental Health, Faculty of Medicine, University of Tsukuba and ⁴Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

The present prospective randomized controlled study investigated the effect of ifenprodil, a G-protein-activated inwardly rectifying potassium (GIRK) channel inhibitor, on alcohol reuse in patients with alcohol dependence.

The participants were 50 outpatients with alcohol dependence who were assigned to two groups: ifenprodil group (administered ifenprodil for 3 months) and control group (administered ascorbic acid and calcium pantothenate for 3 months). The participants completed a questionnaire that included the frequency of alcohol drinking and presence of heavy drinking before the start of the experimental period (time 1) and 1, 2, and 3 months after the start of the experimental period (time 2-4). The alcohol reuse total score was calculated using these two items.

A two-way analysis of variance of the alcohol reuse total score showed a trend toward significant group $\times$ time interactions (time 1 vs. average score of time 2-4 and time 1 vs. time 4). Simple-effect analysis showed that the average score of time 2-4 was lower than time 1 in the ifenprodil group. The score in the ifenprodil group was lower than in the control group at time 4. The score at time 4 was lower than at time 1 in the ifenprodil group.

The trend toward a reduction of alcohol reuse in patients treated with ifenprodil suggests that ifenprodil may improve alcohol reuse in patients with alcohol dependence.

P-6

CUT-OFF SCORE OF THE ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST-CONSUMPTION AND ITS APPLICATION TO DETECT HAZARDOUS DRINKING IN KOREAN MALE POPULATION

B. H. Lee¹ and S. H. Lee²

¹Psychiatry, Gangnam Eulji Hospital, Eulji University, Korea and ²Psychiatry, National Medical Center

Background. The aim of this study was to define optimal cut points of Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C) to detect hazardous drinking in the Korean general male population.

Methods. This study had recruited subjects among male individuals who were invited to a health check and had excluded those who had any past and present history of alcohol or substance use disorder. Among them, 221 subjects completed the AUDIT and questionnaires about their alcohol consumption.

Results. The optimal cut-off point of AUDIT-C was found to be >6 to detect a hazard drinker based on >9 of total AUDIT scores. The optimal cut-off point was observed to be >5 for AUDIT-C to detect a hazard drinker defined as >14 standard drinks per week or >4 standard drinks per occasion. According to AUDIT cut-off >9 and AUDIT-C cut-off >6 for a hazard drinker, 32.3% subjects were positive for both the AUDIT and AUDIT-C, 9.2% were positive for AUDIT-C only, and 3.7% were positive for AUDIT only. The subjects with AUDIT-positive and AUDIT-C-negative had significantly higher alcohol-related problem score in AUDIT than others. They all had insight in their alcohol-related problem and showed their willing to reduce alcohol drinking. However, the males with AUDIT-negative and AUDIT-C-positive showed lack of insight and willing to reduce alcohol drinking.

Conclusions. Our study found the optimal cut points to be 5 or 6 for AUDIT-C to detect a hazard drinker in the Korean male population. Clinicians should apply both AUDIT total score and AUDIT-C score to differentiate individual's characteristics in alcohol-related problem.

P-7

INADEQUATE USE OF ALCOHOL DRINKING INCREASED THE MEDICAL COSTS AND ECONOMIC BURDEN AMONG JAPANESE

H. Kanda¹ and T. Okamura²

¹Department of Epidemiology and Public Health, Yokohama City University, Japan and ²Department of Hygiene and Public Health, Keio University

Objective. Inadequate use of alcohol affects not only human health directly, but also several aspects in society. It indicates that alcohol consumption imposes a marked economic burden on society including health care costs and costs of productivity loss. This study reviewed previous papers on the health care costs by alcohol consumption in Japan, and focused to provide an estimate of the economic costs of alcohol from a social viewpoint.

Methods. We reviewed the papers on the economic costs of alcohol consumption and the health care costs on alcohol related diseases in Japan. Then, we introduced the papers on two cohort studies on health care costs of alcohol consumption in Japan.

Results. Estimates of economic costs of alcohol consumption in Japan were about 1000 billion yen in direct health care cost and about 3000 billion yen to about 5300 billion yen in indirect cost. Our results also indicated that heavy drinkers tend to consume more on the medical costs within around 5 years.

Conclusion. Inadequate use of alcohol increased to not only death, but also economic burden among Japanese. The estimates of economic costs of alcohol consumption in Japan were about 1000 billion yen per year in direct health care cost, and heavy drinkers tend to consume the medical costs within around 5 years in Japan.

P-8

PREDICTION OF RELAPSE USING IMPLICIT ASSOCIATION TEST TO JAPANESE ALCOHOL DEPENDENCE INPATIENTS

Y. Ogai^{1,2}, Y. Aikawa², Y. Yumoto³, M. Umeno³, S. Sakakibara², A. Kadowaki², T. Saito¹, N. Morita⁴ and K. Ikeda³

¹Social Psychiatry and Mental Health, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, Japan, ²Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital and ³Addictive Substance Project, Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究
（研究代表者 樋口 進）

平成 26 年度分担研究報告書

プライマリケアにおけるアルコール使用障害のスクリーニング・介入に関する研究
研究分担者 吉本 尚 筑波大学医学医療系総合診療科 講師

研究要旨

一時的大量飲酒（heavy episodic drinking=binge drinking）傾向の低減が WHO の世界戦略の目標としてあげられている。しかし、日本での binge drinking の実情はあまり明らかにされておらず、プライマリケアの現場で有益な情報を患者に提供できていない。2013 年に実施された大学の大学生・大学院生の調査を元に、binge drinking の実態について調査を行い、次年度のプライマリ・ケア調査の基礎データとした。

A. 研究目的

2013 年 6 月の第 66 回 WHO 総会では、2020 年までにアルコール有害使用を 10%低減することが各国の目標と提示され、対策の指標の 1 つとして一時的大量飲酒（heavy episodic drinking=binge drinking）傾向の低減があげられた。binge drinking とは短時間に大量の飲酒を行うことを指し、若者の「暴飲」「ドカ飲み」などと日本語訳されるが定訳は今のところない。たまの飲酒であっても酩酊に至る量を飲めば、急性アルコール中毒、事故、外傷、ドメスティック・バイオレンス、性被害など、酩酊に起因する健康障害や社会問題を引き起こすリスクが高まり、また学習・労働生産性の低下にもつながる可能性が示唆されている。しかし、日本での binge drinking の実情はあまり明らかにされておらず、プライマリ・ケアの現場で有益な情報を患者に提供できず、有効な介入が出来ていない。2013 年に実施された大学生・大学院生の調査を元に、binge drinking の実態について研究を行い、次年度のプライマリ・ケア調査の基礎データとすることが目的である。

B. 研究方法

デザインは横断研究である。対象は 2013 年度の定期健康診断に受診した A 大学の大学生・大学院生に対して無記名自記式調査および面談

を実施した。時期は 2014 年 1 月 28 日-31 日に実施された。質問票の内容は、年齢、性別、学部といった人口学的な内容に加え、飲酒頻度、1 回飲酒量、AUDIT、AUDIT-C、CAGE、T-ACE、DSM-IV 2 Screening、1 か月、6 か月、1 年間の binge drinking の回数といった項目を聴取した。DSM5 の診断基準に基づきアルコール使用障害の程度が判断された。回答者のうち 20 歳以上の回答を分析した。本報告書ではこのうち、飲酒頻度、飲酒量、binge drinking、DSM5 の診断についての結果を記載した。

Binge drinking の定義として、「過去 1 年間に、1 日に男性は 5 ドリンク、女性は 4 ドリンク以上飲酒したことが何回ありましたか」と質問した、1 ドリンク 10g として、質問紙内に図表にて指示を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は三重大学および筑波大学の研究倫理委員会で承認を得て実施された。

C. 研究結果

質問票は 1,757 の回答があり、回収率は 91.5%であった。そのうち 20 歳以上の有効回答数は 1,560 であった。回答者のうち、DSM5 による診断は 312 人に実施された。男性で Binge drinking を年 1 回以上行っているものは 616

人 (71.1%)、半年に 1 回以上行っているものは 513 人 (59.4%)、月 1 回以上行っているものは 353 人 (40.9%) であった。女性で Binge drinking を年 1 回以上行っているものは 400 人 (66.6%)、半年に 1 回以上行っているものは 315 人 (52.5%)、月 1 回以上行っているものは 177 人 (29.4%) であった。一方で、男性で週飲酒量が 140-280g であるものは 51 人 (5.9%)、280g 以上は 18 人 (2.1%)、女性で週飲酒量が 70-140g であるものは 26 人 (4.3%)、140g 以上は 20 人 (3.3%) であった。DSM5 では異常なしとされた 0-1 点には 185 人 (59.3%) が該当した。軽度のアルコール使用障害とされる 2-3 点に 93 人 (29.8%)、中等度のアルコール使用障害とされる 4-5 点には 26 人 (8.3%)、重度のアルコール使用障害とされる 6 点以上には 8 人 (2.6%) が該当した。

D. 考察

半年に 1 回以上 binge drinking を行っている学生は半数以上に上ったが、一方で定期飲酒者は少なかった。DSM5 での診断では 40.7% の学生が軽度以上のアルコール使用障害と診断された。これは大学生の典型的な飲酒パターンである飲み会などで、飲み方のコントロールを喪失している可能性があり、早急な対策が必要であると思われる。本研究結果からは、大学生および大学院生を対象とする過剰飲酒対策は、binge drinking を中心に行っていくのが望ましいと思われる。

本研究は複数学部、2,000 人を対象とした binge drinking に注目した大規模な調査であり、これまで日本で実施されておらず、新規性がある。

本研究の限界として、binge drinking の定義は国によって異なり、イギリスでは 1 回の飲酒量として男性 64g 超、女性 48g 超、アメリカでは 2 時間以内に男性 70g 超、女性 56g 超とされており、本研究で使用した男性で 50g 超、女性

で 40g 超という基準はこれらの国と比較して少量であり、binge drinking に当てはまる学生数が多くなった可能性がある。また 1 つの大学のみの調査であり、一般化のための複数の大学での調査が必要であると思われる。また、DSM5 は 2013 年 5 月から用いられるようになった診断基準であり、まだその診断特性に関しては十分に検証されているとは言えない。このため、ICD-10 などを併用する方が診断の正確性は増す可能性がある。

来年度のプライマリ・ケアでの調査においては、本調査で得られた調査の限界を解消していく予定である。

E. 研究発表

1. 論文発表

川口香, 清水裕紀子, 泉知子, 落合広子, 吉本尚, 猪野亜郎, 落合正浩: 一企業において行った, アルコール不適切飲酒者に対する, E メールを活用した SBIRT (Screening, brief intervention, referral to treatment) の報告. 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 49 (6): 369-380, 2014

2. 学会発表

小松知己, 清水隆裕, 吉本尚, 猪野亜郎: 沖協版社会的アルコール認識度調査票 (OSACS) の作成とその有用性. 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 神奈川県, 2014

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
吉本尚	総合診療はおもしろい ～若手医師・学生による活動レポート アルコール健康障害対策基本法で何が変わるか	レジデントノート（羊土社）	16(13)	2519	2014
吉本尚	お母さんを診よう～子育て世代の女性の健康問題に取り組む たばこ・アルコール	治療（南山堂）	96(2)	180-181	2014
吉本尚	特集 アルコールと健康障害 アルコールと健康障害についてわかっていること 知っておきたい基礎知識	保健師ジャーナル（医学書院）	71(3)	195-198	2015

アルコール健康障害対策基本法で何が変わるか？

吉本 尚（筑波大学医学医療系 地域医療教育学/附属病院 総合診療科、
アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク 幹事）アルコールに関連した問題に対する
世界の現状と動向

救急医療を含めた医療現場ではアルコールが原因の健康障害をもつ方々は多く存在し、医療者として対応が必要になります。

実は、国際的な観点からみると、アルコールに関連する問題の対策は今現在注目を集めている話題です。同じ嗜好品のタバコの規制・対策が広がったのを受け、次の対策としてアルコールの有害な使用が話題とされています。2012年に世界保健機構（WHO）が「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」を打ち出し、それに合わせて世界各国が対策を進めており、日本でもアルコールに関する学会等から法律を作る声が上がりました。総合診療の領域がアルコールの有害使用による健康障害の予防や早期発見・介入に重要な役割を担うことから、私も自発的に参加し、法律制定のために活動しておりました。

アルコール健康障害
対策基本法の成立

そのようななか、日本では2013年12月7日にアルコール健康障害対策基本法（以下、基本法）が参議院本会議全会一致で可決されました。図のように身体的・精神的な健康障害から虐待、飲酒運転、妊娠中の胎児の問題など非常に多岐に及ぶアルコールに関連した問題¹⁾は、これまで各担当省庁がバラバラに対応していましたが、この基本法によって内閣府が中心となって統合した国の基本計画が設計されることとなり、さらに各都道府県が推進計画の策定

をしていく予定になっています。

基本法成立で日本の医療者に
求められることは？

日本のアルコールに関する対策は、以前はアルコール依存症への対応が中心となっていました。今回の基本法の成立で、アルコール依存症の前段階からのかかわり、すなわち過剰飲酒者の適切な発見および早期介入がより意識され、そのための紹介・連携体制、教育体制が国や地方公共団体の協力のもと、整備されることになっています。総合診療を担う医師を含めた多くの医療者が、問題のある飲酒を行っている人を適切に発見し、簡単な介入を実施し、必要があればアルコール専門医への紹介を適切に行うことが今後求められてくると考えています。

文 献

- 1) アル法ネット（アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク）HP：<http://alhonet.jp/>（2014年9月閲覧）

出生前・乳幼児期	主として成年期以降		
胎児性アルコール・スペクトラム障害 胎児した親から子どもへの虐待	<臓器障害等>	<精神神経障害>	<家庭問題>
少年期・青年期	・肝臓障害 ・すい臓障害 ・胃腸障害 ・心筋症 ・高血圧 ・脳血管障害 ・糖尿病 ・脂質異常症 ・ホルモン異常 ・がん ・骨粗鬆症 ・大腿骨頭壊死	・アルコール依存症 ・うつ ・自殺 ・睡眠障害 ・性格変化 ・嫉妬妄想 ・認知症 ・意識障害 ・末梢神経障害	・夫婦の不和 ・別居・離婚 ・DV ・子どもの虐待 ・家族の心身症 ・経済問題
胎児性アルコール・スペクトラム障害 胎児した親から子どもへの虐待	・未成年飲酒 ・急性アルコール中毒 ・アルコールハラスメント ・アルコール乱用・依存 ・違法薬物へのゲートウェイ ・望まないSEX・レイプ・性感染 ・家庭内暴力 ・非行	<社会的問題>	<職業上の問題>
アルコールの依存性・致酔性（中枢神経抑制）・ 臓器毒性・催奇性が、さまざまな問題を生む	60以上の病気やケガ の原因になる（WHO）	・飲酒運転 ・酩酊時の暴力 ・酩酊時の事故 ・警察保護・救急 ・傷害・殺人 ・その他の犯罪 ・アルコールハラスメント	・度重なる欠勤 ・休職 ・失業 ・度重なる転職 ・能力・能率低下 ・産業事故

図 こんなにある「アルコール関連問題」

文献1を参考に作成。

たばこ・アルコール

吉本 尚

三重大学大学院医学系研究科 臨床医学系講座家庭医学分野

「お母さん」にとって、そしてその子どもにとって、たばこやアルコールの摂取は健康への悪影響の原因となる。このことはすでに周知の事実かもしれないが、その詳細について今一度確認していただければ幸いである。

「お母さん」にとってのたばこ

厚生労働省が推進する「健康日本21」の一環として、母子保健に関する全国的な取り組みが評価された「健やか親子21」の最終報告書が2013年11月に公開され、そのなかで妊娠中の喫煙率は4～5% (2010、2013年度)、自宅で育児期間中に喫煙する割合は、夫41.5%、妻8.1% (2013年度) となっている¹⁾。20～40代までの妊娠可能年齢の女性の喫煙率は、2012年度の厚生労働省の国民健康・栄養調査では12%前後であり、横ばいである²⁾。

妊娠前後の喫煙が妊婦および出産児に及ぼす健康影響を表1³⁾にあげる。母乳育児への影響として、母乳量が減り、母乳内脂質の量が減少するため、母乳栄養の期間が短くなってしまふ。また、出生後の合併症として、新生児死亡や乳児突然死症候群(sudden infant death syndrome: SIDS)の増加、呼吸器感染症や中耳炎、喘息といったアトピー性疾患、低身長、学校成績の低下などがみられる。

アメリカ疾病管理予防センター(CDC)によれば、早産の5～8%、胎児発育遅延の13～19%、死産の5～7%、ならびにSIDSの23～34%がたばこによる影響と報告されている⁴⁾。

こうした結果から、妊婦は妊娠を契機に禁煙す

表1 妊娠前後の喫煙が妊婦および出産児に及ぼす健康影響

不妊、受精率の低下
胎児の体重減少/発育遅延
流産、死産
早期破水
常位胎盤早期剥離/前置胎盤
早期産
先天奇形
母乳育児への影響
出生後の合併症の増加
子癰の減少

(文献3)より)

ることが比較的多いが、出産・育児と経過するうちに喫煙が開始・再燃してしまったり、あるいは本人はたばこを吸っていないくても、夫などの副流煙の影響を受けている「お母さん」は多いことが想像できる。

わが国ではニコチン代替療法は妊娠中・授乳中は禁忌であり、経口禁煙補助薬バレンクリン(チャンピックス[®])は、添付文書上「治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与」、「安全性は確立していない」とされているため、妊娠中・授乳中の治療には使用しにくい状況である。行動科学的アプローチを用いた行動変容を促すか、妊娠前ケア、および出産・授乳後に禁煙のサポート、アドバイスをを行うことが望ましいと考えられる。

「お母さん」にとってのアルコール

前述の「健やか親子21」によると、妊娠中の飲酒率は4～9% (2010、2013年度)と調査によって幅がみられる¹⁾。飲酒習慣(週3回以上、1日1合

以上の飲酒)をもつ人は、2012年度の国民健康・栄養調査では男性34.0%、女性は7.3%であるが²⁾、女性の飲酒率(年1回以上飲酒した人の割合)は40年前と比較し、約4倍に増加している。また、2008年の厚生労働省による一般住民に対する無作為抽出調査では、20代前半の飲酒率は男性83.5%、女性90.4%と、男女逆転がみられる⁵⁾。女性のほうが、飲酒量・頻度が増えることに伴い健康への悪影響が出やすく、世界的にも女性に対する飲酒による健康リスク対策が重点事項としてあげられている状況である。

たばこと異なり、一般的には成人の適度な飲酒は健康上否定されるものではないが、妊娠中のアルコール摂取は機会飲酒を含め「ゼロ」にすることが望まれる。これは、「これ以下の飲酒量であれば胎児に影響がない」という安全量が確立されていないためである。

母親の妊娠中の飲酒は、子の出生時低体重、顔面奇形、神経発達異常(軽度精神発達遅滞など)

がみられる胎児性アルコール症候群(fetal alcohol syndrome: FAS)などの問題を生じさせることが、1970年頃からわかっている⁶⁾。現在は、このFASおよびFASの基準に当てはまらない軽症のものも含め、アルコールにかかわる胎児への障害を包括した「胎児性アルコール・スペクトラム障害」という概念が提唱されている。1991年の調査により、わが国におけるFASの頻度は1～2万人に1人程度であり、一般にFASは大量のアルコールを常習している母親から生まれる胎児に多いことがわかっている⁷⁾が、女性の飲酒率の上昇などから頻度がより高くなっていることが考えられ、また胎児性アルコール・スペクトラム障害と捉えた場合の疾患頻度は不明である。FASを含めた胎児性アルコール・スペクトラム障害は、アルコールを摂取しないことで100%予防できる障害であり、予防の推進のため「お母さん」をサポートする医療者からのさらなる情報提供と介入が期待されている。

おわりに

本稿では、たばこ、アルコールによる、妊娠可能年齢の女性および妊娠・授乳を経験する「お母さん」への健康影響について取り上げた。たばこ、アルコール使用に対する介入には、患者・利用者本人の動機づけと家族や周囲のサポートが不可欠

である。妊娠・出産・授乳という健康意識が高まる状況を行動変容のきっかけに、「お母さん」本人、子どもの健康リスクを少しでも軽減させることに本稿が役立てば幸いである。



参考文献

- 1) 厚生労働省:「健やか親子21」最終評価報告書—平成25年11月、2013。
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/0000030703.pdf>
- 2) 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課:平成24年 国民健康・栄養調査結果の概要、2012。
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkoukouzoushinka/0000032813.pdf>
- 3) Thompson DR: Smoking and pregnancy. UpToDate[®], 34.0, 2013.
- 4) Tong VT, Dietz PM, Morrow B, et al: Trends in smoking before, during, and after pregnancy—Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, United States, 40 sites, 2000–2010. MMWR Surveill Summ, 62 (6): 1–19, 2013.
- 5) 樋口 通, 上島弘嗣: 成人の飲酒と生活習慣に関する実態調査研究、平成20年度わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病、公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合研究分担報告書、厚生労働省研究成果データベース、2009.
- 6) Rosett L: A clinical perspective of the Fetal Alcohol Syndrome. Alcohol Clin Exp Res, 4 (2): 119–122, 1980.
- 7) 田中晴美: 日本における母親の飲酒による子供の異常の現状。週刊日本医事新報, 3714: 45–49, 1995.

おわりに 否認の壁を越えて

アルコール依存症は否認の病とも言われている。本人はアルコールによる健康障害の影響を否認し低く見積もりがちだ。また家族は、家族がアルコール依存症になったことを家族の恥、家族の責任であると考え、問題を隠す傾向にある。一般社会の疾病に対する偏見が、本人や家族をさらに追い詰める場合もある。それが実際の患者調査数と、推計値とのギャップに表れているのではないだろうか。

一方で、アルコール依存症者は多くはないという社会の否認がある。すでに医療機関において身体疾患の治療を受けていても、精神科への紹介や受診勧奨が行われないために「飲める身体になって退院する」ことで、アルコール依存症が重篤化する。医療関係者による否認や、連携をめぐる葛藤があるためではないだろうか。

もし、保健師がアルコール健康障害に関して、アセスメント能力を高めることができるならば、私も随分前に保健所勤務時代に経験したように、相談数は確実に増えるだろう。そして、アルコール健康障害が疾病の1つであること、相談や治療によって回復できることを普及啓発することなどによって、アルコールの過剰

摂取や、若者や女性・妊婦のアルコール摂取量を低減させることが可能となるかもしれないし、それに連動して、うつや自殺に関するデータが改善されるのではないかと私は密かに期待している。

●文献

- 1) アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク：世界の飲酒ガイドライン(イギリス・カナダ・オーストラリア・アメリカ合衆国)。
<http://alhonet.jp/pdf/guideline.pdf>
- 2) WHO Media centre: Fact sheets, Alcohol.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- 3) 厚生科学審議会地域保健健康増進委員会次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会：健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料。2012。
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkou_nippon21_02.pdf
- 4) 尾崎米厚、松下幸生、白坂智信、阪前典、樋口進：わが国の成人飲酒行動およびアルコール症に関する全国調査。日本アルコール・薬物医学会雑誌, 40(5): 455-470, 2005。
- 5) 厚生労働省：平成23年患者調査。2011。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubyo/index.html>
- 6) 成瀬暢也ほか：アルコール・薬物問題を持つ方の家族の負担とニーズに関する調査報告。2009。
- 7) 赤澤正人ほか：アルコール関連問題を抱えた人の自殺関連事象の実態と精神的健康への関連要因。精神神経学雑誌, 112(8), 720-733, 2010。

米山泰子◎よねやま・ななこ
秋田大学大学院医学系研究科精神看護学分野
〒010-8543 秋田県秋田市本道1-1-1

アルコールと健康障害について わかっていること 知っておきたい基礎知識

筑波大学医学部系
吉本尚

アルコール問題に適切な支援を行うためには、正確な知識が求められる。アルコールによって生じる身体的健康障害、多量飲酒と依存症への対応の違い、薬物療法について解説していただく。

はじめに

アルコールは、古くて新しい問題である。同じ依存性物質のタバコなどと違い、純アルコール量で10～20g程度の飲酒を行っている者の生命予後がそれ以外と比べてよいというコホート研究が数多く出されており、また未成年飲酒や飲酒運転を除き、違法薬物のように摂取の違法性が問にくい領域でもある。すなわち「アルコールは害であり摂取すべきではない」とすっきりとは言えないのである。このことは当たり前に聞こえるかもしれないが、こういったすっきり言えないアルコールの問題に対して適切な指導を行うためには、正確な知識が必要となることをあらためて認識しておきたい。

本稿では「アルコールによって生じる身体的健康障害」「多量飲酒と依存症への対応の違い」「薬物療法」という3つの点から述べ、読者の指導の助けとなるよう努めたい。

アルコールによって生じる 身体的健康障害

アルコールによって生じる健康への影響は多

岐に及ぶ。ここでは、アルコールの摂取によって生じる健康障害の中でもとくに身体的な障害について述べる。

ポイントは2点ある。1点目は飲酒量と身体的な健康障害の関係には疾患により違いがあること、2点目は年齢、性別による違いが見られることである。

図疾患による違い

まず、飲酒量と身体的な健康障害に関して、図のような関係があるとされている¹⁾。

(a)のような直線関係を取るものは、少量であっても量が増えると健康障害の危険性が悪化する。

(b)の代表は肝硬変である。生涯飲酒量がある一定の量を超えると急激に健康障害の危険が増す。

(c)はJカーブと一般的に呼ばれている。アルコール飲酒量と生命予後もこのような関係性を取るとする研究結果が多く、アルコールによる血管保護作用による影響が大きいとされている。

こういった関係性を説明するうえで、とくに生活習慣病では1次予防としての「発症予防」

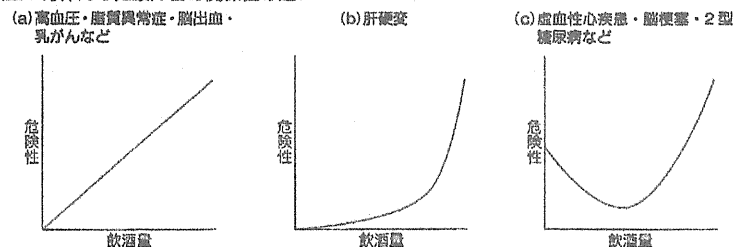
精神科の薬がわかる本 第3版

姫井昭男

●A5 頁236 2014年
定価：本体2,000円＋税
[ISBN978-4-260-02108-1]

好評の定価書、3年ぶりの改訂。精神科の薬を取り巻く環境の変化や新薬、著者の臨床実践を基に追加。今改訂の目玉は、①処方箋依存として社会問題にもなっているベンゾジアゼピン系薬剤の依存への具体的対応策、②10年ぶりに出た新しい認知症治療薬、③アルコール依存症に対するまったく新しい作用機序の薬。それぞれの薬の特徴や、患者さんの生活を踏まえた副作用への効果的な対処法をわかりやすく紹介する。

図 飲酒量と身体的な健康障害の関係性の違い



(補口遺: e-ヘルスネット「飲酒と」カーブ。http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol/a-03-001.html [2015/1/16 確認] より改変)

の影響と発症後の「症状増悪」の影響が異なることは留意すべき問題である。たとえば糖尿病などは、「糖尿病の発症」においては(c)のJカーブを取る。しかしながら、いったん発症してしまうとアルコールの摂取は血糖コントロール、合併症(とくに神経障害)の悪化に悪影響を及ぼすため、「症状増悪」の点で少量であっても節酒、断酒が必要となる場合がある。

ちなみに、アルコールの摂取により低血糖のリスクが上昇することが指摘されており、それは時に命に関わる可能性がある。これらはグリコーゲン欠乏や糖新生が原因で、数日間ほとんど食事をとらず過度の飲酒を続けた場合に生じる低血糖では、死亡率が10%に達すると言われている²⁾。

■年齢、性別による違い

2点目の年齢、性別に関しては、体格、アルコール代謝等の影響で、女性、高齢者は同じ飲酒量でも健康への害が大きい。とくに女性は若年者での飲酒経験が男性よりも多くなっているという日本の疫学調査結果も出てきている³⁾、重点的な対応を考慮すべきと思われる。

多量飲酒と依存症への対応の違い

アルコールの指導に関わる者として、飲酒量が多いかどうか、依存症かどうかの境目は非常に重要である。医療従事者として介入が必要な飲酒量かどうかの判断基準は3つある。「定期飲酒量が多すぎる」「1回飲酒量が多すぎる」「飲んではいけない状況下で飲酒してしまうこと」である(表1)。

一方、依存症の診断に関する新しい情報として、2013(平成25)年にアメリカ精神科学会の診断基準・診断分類が改定されDSM-5となったことがあげられる。今までアルコール乱用、アルコール依存症と分類されていたものが、アルコール使用障害として新しく再構築された。診断は、(1)役割遂行不能、(2)危険な状況で使用、(3)持続的欲求/減量不成功、(4)身体的/精神的問題への悪影響にもかかわらず使用、(5)耐性、(6)渴望、(7)予定より大量・長時間摂取、(8)探索、使用、回復時間の超過、(9)離脱、(10)他の楽しい活動の放棄、(11)社会的役割/対人関係への悪影響にもかかわらず使用、という11項目のうち、2~3項目を満たせば軽症、4~5項目が中等症、6項目以上が重症である。依存症という表現が消えているのが特徴である。

一般的に日本ではICD-10の基準による診断

表1 多量飲酒で介入が必要な3つの飲酒パターン

飲酒パターン	飲酒量の目安	危険性
過剰な習慣飲酒	週に男性140g以上、女性70g以上。 厚労省「節度ある適度な飲酒量」: 純アルコールで1日平均20g程度	長期にわたり多量に飲むとアルコール依存症、生活習慣病、がんなどの慢性的な健康障害の危険が増す
Binge drinking (ビンジ飲酒)/ Heavy episodic drinking	Binge drinking: 約2時間に男性5ドリンク、女性4ドリンク以上飲酒(NIAAA、1ドリンクは10~14g) Heavy episodic drinking: 1回のエピソードに60g以上飲酒、過去30日間以内(WHO)	たまの飲酒であっても酩酊に至る量を飲めば、急性アルコール中毒、事故、ケンカ、DV、性被害など、酩酊に起因する健康障害や社会問題の危険が増す
飲んではいけない状況下の飲酒	飲酒してはいけない状況でも飲んでしまう	未成年、妊産婦、車の運転、機械操作などの特定条件下では、少量でも危険が増すため飲んではいけない

表2 アルコールに関する薬物療法

薬名	薬効	説明
断酒補助薬	抗酒薬(シアマナイド、ジスルフィラム)	顔面紅潮、発汗、嘔吐、頭痛、動悸などの嫌悪反応を利用する。アドヒアランスに問題。
	アカンプロセート	飲酒欲求を抑制。
	ナルトレキソン	飲酒渴望を抑制。
飲酒量低減薬	Nalmefene	2015年1月現在、日本未承認。
周辺症状治療薬	抗てんかん薬/抗精神病薬	けいれん、せん妄、離脱に伴う症状に用いられる。
	睡眠導入剤	節酒、断酒に伴い生じる不眠症などに用いられる。

(佐久間寛之、補口遺: アルコール使用障害に対する薬物療法。『精神科治療学』編集委員会編集: 物質使用障害とアディクション臨床ハンドブック。精神科治療学、28: 142-146、2013をもとに作成)

が用いられているので臨床現場では大きな混乱はないが、DSM-5のこういった動きはときどき住民の方からも質問されることがあり、知識として覚えておくことよと思われる。ICD-11への改定が今年(2015年)に予定されているため、それらの動きには注意を払っておく必要がある。

多量飲酒と依存症への対応の違いに関しては、SBIRTという枠組みを知っておくべきである。SBIRTは①Screeningによって患者を「ふるい分け」、②Brief Interventionという「介入」によって「危険な飲酒」(多量飲酒)患者には節酒を勧め、「乱用」や「依存症」患者には断酒を勧め、③Referral to Treatmentによって専門治療の必要な患者には「紹介」を行うという一連の技法である。とくに依存症を日

常的に治療しない医療者にとって重要な枠組みであり、多くの人々のアルコールの害を減らすための道しるべとなりえる。

基本的には依存症の患者は専門的な対応が必要であり、適切にアルコール依存症の専門家へ紹介することを丁寧に行うことが求められる。

薬物治療

アルコールに関する薬物治療は、大きく3つに分かれる。「断酒補助薬」「飲酒量低減薬」「周辺症状に対する治療薬」である(表2)。日本では基本的にアルコール依存症にのみ薬物療法が行われているが、飲酒量低減薬などの開発により、多量飲酒者にも薬物治療の適応が生じてくる可能性もある。どちらにせよ、精神療法

や断酒会・AAといった自助グループの併用は必須である。

また、禁煙外来などで処方されているチャンピックスが、短期的にはあるがアルコール依存症患者の飲酒量低減に効果があったとする研究も出てきており³⁾、これからの発展が期待されるところである。

●文献

- 1) 樋口進：e-ヘルスネット「飲酒とJカーブ」
<http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol/a-03-001.html> (2015/1/16 確認)
- 2) 矢澤繁：低血糖、樋井大次、黒川清編：ハリソン内科学第15版、2193-2198、メディカル・サイエンス・インター

ナショナル、2003。

- 3) 樋口進：WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究、平成25年度総括研究報告書、平成25年度厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業、1-14、2014。
- 4) 佐久間寛之、樋口進：アルコール使用障害に対する薬物療法、「精神科治療学」編集委員会編集：物質使用障害とアディクション 臨床ハンドブック、精神科治療学、28：142-146、2013。
- 5) Litten RZ, et al：A double-blind, placebo-controlled trial assessing the efficacy of varenicline tartrate for alcohol dependence. J Addict Med 7(4)：277-286、2013。

吉本尚◎よしもと・ひさし

筑波大学医学医療系

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1

アルコール対策は 自殺対策でもある 抑うつや精神疾患をもつ人への支援

久里浜医療センター

松下幸生／樋口進

アルコール問題と自殺の関連は、さまざまな研究により示されている。自殺直前の飲酒、慢性的な飲酒と自殺、アルコール使用障害と自殺などについての解説、および予防について述べていた

はじめに

数多くの調査、研究によって、アルコールは自殺や自殺企図の危険性を高めることが示されている。わが国の自殺対策は、精神疾患については以前からうつ病一辺倒であったが、ようやく2008(平成20)年の自殺対策加速化プランの中で、自殺に関連する精神疾患としてアルコール依存症が言及された。だが、まだ具体的な施策にはつながっていないのが現状である。

アルコールと自殺の関係は、自殺直前の飲酒、慢性的な飲酒と自殺、アルコール乱用やアルコール依存症における高い自殺率など多岐に及ぶ。とくにアルコール依存症とうつ病が併存した場合には、自殺のリスクが相加的に高くなることが知られている。本稿ではこれらの点について解説し、アルコールに関連した自殺の予防について提言する。

自殺直前の飲酒

自殺者が直前に飲酒していることが多いという事実は法医学の調査などから示されている。

国内の調査では自殺遺体からのアルコール検出率は自殺全体の32.8%であり、自殺の手段としては毒物死、焼死、轢死、墜落死で高濃度のアルコールが検出されているという¹⁾。この割合を海外の調査結果と比較すると、海外でも自殺者からは平均で37%からアルコールが検出され、自殺未遂で救急受診した人からも平均で40%からアルコールが検出されたと報告されており²⁾、概ね同じ割合である。

このように自殺や自殺未遂の直前に飲酒している割合は高いが、計画された自殺より計画性のない自殺企図と相関するとされている³⁾。

飲酒が自殺行動につながる理由としては、以下の点が指摘されている⁴⁾。

- ①飲酒が絶望感、孤独感、憂うつ気分といった心理的苦痛を増強する
- ②飲酒が自己に対する攻撃性を高める
- ③飲酒が死にたい気持ちを行動に移すきっかけとなる
- ④飲酒が視野を狭めるため、自殺以外の有効な対処法を講じられなくなる

東京都神津島村で働いてみませんか？ 保健師 募集！

東京都神津島村保健センターでは、保健師を募集しています。
人口約2000人の伊豆諸島の神津島で、島の人の健康を守るために、一緒に働きませんか？

神津島村保健センターとはこんなところ

保健医課長をはじめ、保健師2名(定員3名)、栄養士1名、事務職員2名の職員みんなで協力して保健事業を運営しています。母子保健、成人の生活習慣病予防や高齢者の介護予防まで、幅広く、地域に密着した保健活動を行うことができます。協調性があり、責任をもって仕事に取り組める方を希望します。

神津島村へのアクセス

- ◆ 東京竹芝桟橋より夜行大型船で12時間。高速船で3時間30分。
- ◆ 東京調布飛行場よりドルニエ機で約40分。



募集要項

1 募集人数	1名	5 募集時期	随時
2 募集対象	保健師の資格を有する方で、普通自動車運転免許を取得している方(保健師としての経験がある方を優先)	6 採用決定まで	採用決定まで
3 年齢	22歳以上～50歳未満	7 応募方法	履歴書による書類選考及び面接
4 雇用形態	神津島村役場の職員(地方公務員)試用期間6ヶ月。	8 応募資格	電話連絡の上、履歴書(写真付)を持参又は郵送してください。
		9 勤務先	神津島村役場保健医課 保健センター担当：保健医課 課長(清水(博))・課長補佐(清水(明))

神津島村保健センター 〒100-0601 東京都神津島村1009-1 電話：04992-8-0010
E-Mail：kouzu-hoken-irk@river.ocn.ne.jp ホームページ：http://vill.kouzushima.tokyo.jp/

