

アルコール関連障害（アルコール症）

アルコールの問題は解決できます。

スクリーニング

気分

不安・緊張

睡眠

身体症状

飲酒

物忘れ

うつ

不安障害

睡眠障害

身体表現性障害

アルコール関連障害

認知症

アルコール関連障害（アルコール症）

アルコールは様々な問題を引き起こすことがあります

飲酒をやめようとしてもなかなかやめられない人がいます。しかし、そういう人が弱い人間だとか、性格に問題があるということではありません。これは、毎日飲んだり、大量に飲んだ場合にアルコールには中毒性（依存性）があるからなのです。

アルコールの影響

アルコールは様々な形で人に影響を及ぼします。以下に、アルコールの身体的、心理的及び社会的影響をあげています。それぞれの項目を検討し、自分に当てはまるものに○印をつけてください。

身体的影響

- 疲れやすさ
- 高血圧
- 吐き気
- 肝臓障害
- ブラックアウト二日酔い
- 睡眠障害
- インポテンス
- 胃炎/下痢
- 事故と外傷

心理/社会的影響

- うつ病
- イライラ感
- 人間関係の問題
- 経済的問題
- 法的問題
- 不安/ストレス
- 怒りっぽさ
- 仕事上の問題
- 家庭の問題

危険の少ない飲み方とは？

上記のような問題为了避免するためには、あまり大量にあるいは頻繁にお酒を飲まないことが大切です。「危険が少ない」飲み方のガイドラインを下記に示します。

どのくらいのレベルで悪い影響が出てくるかには個人差があります。限界量を超えた飲酒を続けていると、アルコールによる障害を引き起こす危険性があります。

ただし、飲酒量は少なければ少ないほど良いのだということを忘れないで下さい。

男性の限界量（ただし、1週間に2日は飲酒しない日を作る）

- ビール 中瓶2本（1000ml）
- ウイスキー・焼酎 シングル2杯または0.5合（90ml）
- 日本酒・ワイン 2合または2杯（360ml）

女性の限界量は、男性の2/3が目安です。

次のような場合には飲酒を完全に止めることが重要です

- 以前に飲酒による重大な問題を起こしたことがある。
- アルコールのために家庭あるいは職場で大きな問題を起こした。
- 禁酒しようとしたが上手くいかなかった。
- 自分の飲み方について人から色々いわれてうんざりする。
- 自分の飲み方に後ろめたさがある。
- 朝にふるえや吐き気がある。
- いつも朝から飲んでる。
- 肝疾患、糖尿病、高血圧などの身体疾患のため、医師から禁酒を勧められている。

どのようにして飲酒量を減らすか

以下の方法は飲酒量を減らすにはとても有効な手段です。

- 飲んでいるときには塩気のあるスナックを食べない。
- 飲む前に何か食べる。そうすることで満腹感が生まれ、飲酒量が少なくなる。
- アルコールを飲む前に必ず、ノンアルコールドリンクを1杯か2杯飲む。
- 一気に飲んだりせず、少しずつゆっくり飲む。
- アルコールを薄めて飲む。

目標を目指す

既に述べてきたように、自分の目標を目指すのが難しいときがあるでしょう。予定した量よりも少し多くアルコールを飲んでしまうこともあるでしょう。しかし、失敗だとは考えないで下さい。そういう経験から学び、いろいろ試し続けて下さい。

忘れなくて下さい

- いやなことがあったからといって、飲酒の誘惑に負けないで下さい。
- 「今日一日だけは禁酒しよう。」と積み重ねると、だんだん楽になるでしょう。
- あなたに協力する家族や友人が必要です。
- 何か他のことに集中していれば、アルコールを欲する気持ちは少なくなります。趣味や楽しみを持つようにしましょう。

アルコール依存症の治療

治療は外来でも可能ですが、わが国では治療の主体は入院治療です。

入院治療は「解毒治療」、「リハビリ治療」などがあります。「解毒治療」は一般病院で行うことも十分可能ですが、「リハビリ治療」は専門的治療機関にゆだねる方がよいでしょう。

- (1) 解毒治療：精神・身体合併症と離脱症状の治療のことで、通常2~4週間行われます。
- (2) リハビリ治療：教育により、患者さんに正しい知識を提供すると同時に、個人カウンセリングや集団精神療法などで否認の処理と断酒導入を行います。退院後の断酒継続をみすえ、断酒会やAA（アルコールリクス・アノニマス）といった自助グループへの導入を図るとともに、家族や職場との調整を行います。

アルコール依存症の経過

良好な転帰に関係しているのは、より高齢、配偶者がいる、仕事に就いている、治療前の飲酒量が少ない、入院回数が少ない、治療に対する姿勢がよい、人格障害をもたない、アフターケアの三本柱を励行している、などです。

スリーピング

気分

不安・緊張

睡眠

身体症状

飲酒

物忘れ

うつ

不安障害

睡眠障害

身体表現性障害

アルコール関連障害

認知症

治療用シート

スリーピング

気分

不安・緊張

睡眠

身体症状

飲酒

物忘れ

うつ

不安障害

睡眠障害

身体表現性障害

アルコール関連障害

認知症

認知症（ひどい物忘れ）

サービスも使ってケアしましょう。

認知症（ひどい物忘れ）

現在の状態は認知症であって、高齢者にはとても多く見られる病気です

認知症とはどんな病気でしょう？

脳の病気のために、いったん身につけた知的な能力（例えば、記憶したり、判断する能力）が落ちて、自立した生活がむずかしくなった状態をいいます。能力低下の現れ方は人それぞれですから、どこからが認知症であるかと明確には線が引きにくいところがあります。そのため、患者さんが認知症という病気になっていることに、家族が気が付かないことがしばしばあります。

どれくらいの人が認知症になるのでしょうか？

日本全国で調査が行われており、65歳以上の7人に1人ぐらいが認知症になっていることがわかっています。また、高齢になるに従って認知症になりやすいもので、誰にでも認知症になる危険性があるということになります。ですから、認知症になることは恥ずかしいことではなく、隠すべきことでもありません。

一般的な認知症の症状

- ①同じ事を何回も言ったり聞いたりする。
- ②置き忘れやしまい忘れが目立つようになった。
- ③水道やガスのつけっぱなしが目立つようになった。
- ④以前にあった興味や関心が失われた。
- ⑤日課をせず、だらしくなった。
- ⑥時間や場所の判断が不確かになった。
- ⑦疑い深くなった。
- ⑧物を盗られたと言う。
- ⑨ささいな事で怒りっぽくなった。

認知症の2つの症状

認知症の症状は、知的能力の低下が中心で、これを認知症の「中核症状」といいます。しかし、ふつうはこの知的な面の問題だけでなく、更に色々な行動上の問題を伴う症状を引き起こすことがあり、これを「周辺症状」と呼びます。

- ①中核症状：もともと持っていた知的能力が低下することです。
例えば、記憶力（ごく最近のことを覚えておく）、見当識（時間や場所の見当を付ける）、計算力、判断力、集中力などの障害です。
この症状は種々の治療を行っても元に戻りにくいものです。
 - ②周辺症状：能力低下とは別の症状で、健康な高齢者では起きないものです。
幻覚（人が家の中に入ってくる）、妄想（お金や衣類を盗られる）、せん妄などの症状で、眠らない、興奮して大声を出す、家族に暴言を吐くなどの行動につながります。
この症状は治ることがありますから、必ず医師に相談しましょう。
- ・認知症性老人は、記憶障害や失見当識があり、とても不安な精神状態にあります。そのため、認知症性老人に見合った生活環境を整えて上手に対応してあげないと、行動上の問題を引き起こすことがあります。「物忘れ」が認知症の主症状で、忘れるために様々な日常生活の問題が起こることであることを覚えておいて下さい。
 - ・けがや病気などの身体的ストレスや精神的ストレスによって、問題行動が増強するので、このようなストレスを避けて下さい。

治療について（認知症は治るか？）

先にも説明したように、中核症状は治りにくいですが、周辺症状や問題行動は治る可能性があります。

薬物療法

①原因療法：認知症の原因を改善するための薬ですが、現時点では決定的な薬はありません。脳の血流や代謝を良くして治療することが考えられていますが、根本的な治療ではなく予防的なものと考えた方が良いでしょう。

(例) アルツハイマー型認知症治療薬

*アルツハイマー病では、「アセチルコリン量を増やす作用」「シグナルの伝達増加作用」を持った薬物であるドネペジル（商品名：アリセプト）、リバスチグミン（商品名：イクセロンパッチ、リバスタッチパッチ）、ガランタミン（商品名：レミニール）と、「正常なシグナルのみを伝える作用」を持った薬物であるメマンチン（商品名：メマリー）があり重症度や症状に応じて使います。またこれらは、通常の錠剤の他、口腔内崩壊錠、内服液、貼付剤などの剤型があります。

②対症療法：周辺症状を改善する治療法です。

これには専門医の判断を必要とすることがあります。

元気がない、ボーとしている、ふらつき等の副作用に注意して下さい。

(例) 鎮静剤(抗精神病薬)、睡眠導入剤、抗うつ薬、漢方薬

その他の治療

①回想法：昔の良き時代を思い出し、精神の安定をはかる方法。

②RO (Reality Orientation)：記憶力や見当識をトレーニングする方法。

介護方法

- ・周辺症状は、心理的要因(周囲の対応の善し悪し)の影響を強く受けます。つまり、介護の仕方によって症状は良くも悪くもなります。
- ・問題点をひくくめて、「認知症」という病気として受け入れることが大切です。間違いを注意したり怒ったりしないようにして下さい。

介護の原則

- ①認知症老人が彼らの能力ややり方で生活できるようにする。
われわれ健常人のペースや考えや思いこみを押し付けないようにする。
健常人が認知症老人と同じレベルに下がる(歩調を合わせることから)。
- ②理屈が苦手になる病気だから、心でわかるような納得をはかる。
納得してもらうためには、上手に嘘をつくことも必要になる。
反論よりも、「はい」「そうね」「わかりました」などの言葉が大切です。
- ③不安を和らげるように対応すること。
認知症の方は、いつも不安でいっぱいです。周囲が不安を助長することなく、不安を和らげるように関わることが重要です。
- ④よい刺激(老人会、デイケア等への参加)を少しずつでも絶えず与えること。
話しかけたり、外へ連れ出したり、人と触れ合う機会を作って下さい。
本人にとって心地よい刺激でなければなりません(過度の刺激は逆効果です)。
- ⑤寝込ませないようにする。一方では、身体的ハンディキャップに配慮する。
からだは使わないと駄目になるので、できることは自分でするように誘導する。室内には段差をなくしたり手すりをつけたり、転んで骨折しないように工夫する。手を動かすことは、情緒的な安定をもたらすとともに認知症の進行防止に役立つ。歩くことはストレスを解消し、脳循環を良くして対人交流を生む。

認知症

気分

不安・緊張

睡眠

身体症状

飲酒

物忘れ

うつ

不安障害

睡眠障害

障

身体表現性

アルツハイマー

認知症

介護者のための心のケア

- ①すべてを病気として受け入れる。 ②(できないことは)あきらめも肝心。
 ③相手のペースに巻き込まれないようにする。④相手の立場になって冷静に。
 ⑤介護の勉強をする。⑥工夫する。⑦遊ぶ、遊び心が大事。⑧介護の仲間を作る。
 ⑨他の人に助けを求める。(家族、親族、近所の人、友人、ボランティア)
 ⑩時には怒っても仕方がないが、アフターケアを忘れないようにする。

問題行動に対する対応の原則について

認知症患者人に対する接し方

「やってはいけないこと」5カ条

- ①しからない
 ②否定しない
 ③説得しない
 ④強制しない
 ⑤軽んじない

「大切にすること」5カ条

- ①なじみのもの(物、者)
 ②過去の人生
 ③生きがい(プライド)
 ④自分でできること
 ⑤スキンシップ

- ①問題行動を起こしたときに、叱ったり、否定したり、強制したりしても問題が解決することはなく、かえって悪くなる事があります。
 ②接し方のポイントとして、相手の言動を受け止め、安心感を与えることが大切です。できる限りそばにいてあげて、話を聞き、スキンシップをとり安心感を与えるだけで問題行動がおさまる場合があります。
 ③問題行動は混乱(困惑)するような状況で起こることが多いため、生活環境を認知症患者人が過ごしやすくしてあげることが大切です。部屋、居間、トイレなどを使う立場になって整備し、誘導などの働きかけも、具体的にわかりやすくして下さい。また、急がせたり、無理なことをさせようとせず相手のペースに合わせた対応を心がけましょう。
 ④問題行動は突発的に起こる場合もありますが、注意深く観察すれば問題行動のサイン(前兆)をとらえることができます。そして、早急に対応することにより、問題行動を未然に防げたり軽く治めることができます。
 ⑤対応する時には「タイミング」が重要です。働きかけを拒否する場合は、時間をずらしたり、対応する人を変えたりするとスムーズに行くことがあります。
 ⑥本人の命にかかわるような問題行動でなく、家族や他人にも大きな迷惑がかかるものでなければ、何もせずに見守ることも大切です。安定剤などの薬物の服用は最終手段として考えましょう。
 ⑦理詰めの説明や説得は無意味なのでやめましょう。そのような説得より本人が納得がいくような対応(時には、言い訳や嘘も必要)をすることが大切です。
 ⑧問題行動の原因が体調不良(発熱や便秘)によることがありますので、体調にも目を向けるように心がけましょう。

サービスの利用について

- ・介護は、ひとりで背負いこまず自分の重荷を分散させることが大切です。介護支援サービスを積極的に利用し、介護から離れる時間を作りましょう。
- ・困った時は、専門家(医師、保健師、介護支援専門員など)に相談して下さい。窓口としては、在宅介護支援センター、指定居宅介護支援事業者(指定介護サービス事業者)、病院や診療所、保健所や行政の担当者などがあります。
- ・患者さんや介護者の状態に合ったサービス利用を考えて下さい。介護者は自分の生きがいを大切に、仕事や趣味を中断しないようにする。
- ・家族会など互助組織に加わり、介護ストレスを軽くする。
- ・老人の良い点を認めて、良い付き合いをするように心がけましょう。

スリーピング

気分

不安・緊張

睡眠

身体症状

飲酒

物忘れ

うつ

不安障害

睡眠障害

身体表現性障害

アルコール関連障害

認知症

チェックリスト

うつ病（うつ状態）

- I. 落ち込み／悲しい気分……………□
- II. 興味や楽しみの喪失……………□
- III. 活力の低下／疲労感……………□

上記のいずれかに該当する場合には下記へ進む

1. 睡眠の障害……………□
寝つけない
朝早く目が覚める
2. 食欲の障害……………□
食欲不振
食欲の増加
3. 集中力低下……………□
4. 思考や動作の緩慢……………□
5. 性的関心の低下……………□
6. 自信喪失……………□
7. 死ぬことや自殺の考え……………□
8. 自責感……………□

まとめ

I、II、IIIおよび1～8の計11項目のうちで5つ以上あてはまり、症状が2週間以上続いた場合 → うつ病

不安障害（不安神経症）

- I. 不安・緊張……………□
- II. 物事についてくよくよ悩む…□

上記のいずれかに該当する場合には下記へ進む

明らかな理由のない激しい突然の恐怖(不安発作)の経験

1. 死んでしまいうような感じ……………□
2. 自制できなくなる感じ……………□
3. 心臓がドキドキする……………□
4. 発汗……………□
5. ふるえ……………□
6. 胸痛……………□
7. 息苦しさ……………□
8. めまい、ふらつき……………□
9. しびれ……………□
10. 吐き気……………□

まとめ

I、IIどちらかに該当し、上記の1～10の項目に該当する症状が4つ以上あるような不安発作が1ヶ月に数回起こる場合 → パニック障害
持続的に不安症状を示す場合 → 全般性不安障害

睡眠障害（不眠症）

睡眠について該当するものに印をつけて下さい。
なかなか寝つけない…□ 頻繁に目が覚める □
朝早く目が覚める…□ 疲れがとれない…□

上記のいずれかに該当する場合には下記へ進む

1. 身体疾患や体の痛みがありますか。……………□
2. 薬を服用中ですか。……………□
3. 下記のいずれかにあてはまりますか。……………□
・寝る前にアルコール、コーヒー、お茶を飲んだり、食べたりする……………□
・昼寝をする……………□
・生活習慣の問題(交代性の勤務)……………□
・夜間のひどい騒音……………□
4. 落ち込んでいる、興味や楽しみを失った。□
5. 不安や緊張が強い。……………□
6. 週にどれくらいアルコールを飲みますか。□日
7. 眠れない日が1週間に3日以上ある。……………□

まとめ

1、2、3のいずれかに該当する場合は、身体疾患、薬物、生活習慣などによる睡眠の問題が考えられる
4に該当する場合 → うつ病
5に該当する場合 → 不安障害
6の質問項目で飲酒量が限界量を超えている場合 → アルコール障害
上記に該当せず7を満たせば → 睡眠障害

身体表現性障害

(説明できない身体症状)

原因がわからない持続的な痛みや身体症状に悩まされていますか。……………□
(例：頭痛、胸痛、腰痛、めまい、ふらつき、息苦しさ、物の飲み込みにくさ、吐き気、下痢、頻尿、皮膚の発疹、しびれ、うずき)

上記のいずれかに該当する場合には下記へ進む

1. これらの症状について何人もの医師の診察を受けましたか。……………□
2. 症状について医師から説明を受けても、納得がいかなかったことがありますか。……………□
3. これらの痛みや身体的症状は6ヶ月以上持続していますか。……………□
4. 落ち込んでいる、興味や楽しみを失った。□
5. 不安や緊張が強い。……………□
6. 週にどれくらいアルコールを飲みますか。□日

まとめ

1～3のうち少なくともひとつ該当し、4に該当する場合 → うつ病
5に該当する場合 → 不安障害
6の質問項目で飲酒量が限界量を超えている場合 → アルコール障害
4、5、6のいずれにも該当しない場合 → 説明できない身体症状
(注) 愁訴に対して十分な身体的検査を行った上で診断を確定して下さい。

アルコール関連障害(アルコール症)

- I. 1日にどれくらいアルコールを飲みますか。
 - ・ビール、中瓶(500ml)……………本
 - ・焼酎、水割り、ワイン……………杯
 - ・日本酒……………合
- II. 1週間に何日アルコールを飲みますか。□日

酒量が多く習慣性や問題がある場合には下記へ進む

1. 禁酒や節酒(酒量を減らすこと)ができないと感じたことはありませんか。……………□
2. 飲まずにはいられないような強い欲求や衝動を感じたことはありませんか。……………□
3. 禁酒や節酒を行うことで次のような症状を呈したことはありませんか。
 - ・手のふるえ……………□
 - ・発汗……………□
 - ・寝つけない……………□
 - ・心臓がドキドキする……………□
 - ・不安感、イライラする……………□
 - ・頭痛……………□
 - ・ひきつけ、痙攣……………□
4. 飲酒により問題が生じたり、状況がさらに悪くなるとわかっていて飲み続けたことがありますか。……………□
5. 家族や友人、医師などから飲酒に関する問題を指摘されたことはありませんか。……………□

まとめ

Iの合計×IIが男性では10以上、女性では7以上の場合 → アルコール関連障害
さらに、1～5のいずれかに該当する場合 → アルコール関連障害(依存症候群)の可能性が高い

認知症（ひどい物忘れ）

最近の数ヶ月で該当する症状に印をつけて下さい。
物忘れしやすくなった。……………□
性格や行動が変わった。……………□

上記のいずれかに該当する場合には下記へ進む

1. 今言ったことをすぐ忘れる。……………□
2. 考えたり判断したりする能力の低下。…□
3. 着衣、買い物、料理などができなくなった。……………□
4. 混乱したり、イライラしたり、涙もろくなった。……………□
5. 薬を内服中。……………□
6. 熱発している。……………□
7. 症状が急速に進んだ。……………□
8. 注意散漫、不眠、興奮がある。……………□
9. 落ち込んでいる、興味や楽しみを失った。□
10. 最近、転んだり頭を打ったりした。…□

まとめ

1～4のいくつかに該当し、緩徐に悪化する場合 → 認知症の可能性が高い
5～10に該当する場合は、薬物による医原性の精神障害、慢性硬膜下血腫などによる脳機能不全、せん妄、うつ病などを除外しなくてはならない。

チェックリスト

うつ病（うつ状態）

- I. 落ち込み／悲しい気分……………□
- II. 興味や楽しみの喪失……………□
- III. 活力の低下／疲労感……………□

上記のいずれかに該当する場合には下記へ進む

1. 睡眠の障害……………□
寝つけない
朝早く目が覚める
2. 食欲の障害……………□
食欲不振
食欲の増加
3. 集中力低下……………□
4. 思考や動作の緩慢……………□
5. 性的関心の低下……………□
6. 自信喪失……………□
7. 死ぬことや自殺の考え……………□
8. 自責感……………□

まとめ

I、II、IIIおよび1～8の計11項目のうちで5つ以上あてはまり、症状が2週間以上続いた場合 → うつ病

不安障害（不安神経症）

- I. 不安・緊張……………□
- II. 物事についてくよくよ悩む…□

上記のいずれかに該当する場合には下記へ進む

明らかな理由のない激しい突然の恐怖(不安発作)の経験

1. 死んでしまいそうな感じ……………□
2. 自制できなくなる感じ……………□
3. 心臓がドキドキする……………□
4. 発汗……………□
5. ふるえ……………□
6. 胸痛……………□
7. 息苦しさ……………□
8. めまい、ふらつき……………□
9. しびれ……………□
10. 吐き気……………□

まとめ

I、IIどちらかに該当し、上記の1～10の項目に該当する症状が4つ以上あるような不安発作が1ヶ月に数回起こる場合

→ パニック障害
持続的に不安症状を示す場合
→ 全般性不安障害

睡眠障害（不眠症）

睡眠について該当するものに印をつけて下さい。
なかなか寝つけない…□ 頻繁に目が覚める □
朝早く目が覚める…□ 疲れがとれない…□

上記のいずれかに該当する場合には下記へ進む

1. 身体疾患や体の痛みがありますか。……………□
2. 薬を服用中ですか。……………□
3. 下記のいずれかにあてはまりますか。……………□
・寝る前にアルコール、コーヒー、お茶を飲んだり、食べたりする……………□
・昼寝をする……………□
・生活習慣の問題(交代性の勤務)……………□
・夜間のひどい騒音……………□
4. 落ち込んでいる、興味や楽しみを失った。□
5. 不安や緊張が強い。……………□
6. 週にどれくらいアルコールを飲みますか。□日
7. 眠れない日が1週間に3日以上ある。…□

まとめ

1、2、3のいずれかに該当する場合は、身体疾患、薬物、生活習慣などによる睡眠の問題が考えられる

4に該当する場合 → うつ病
5に該当する場合 → 不安障害
6の質問項目で飲酒量が限界量を超えている場合 → アルコール障害
上記に該当せず7を満たせば → 睡眠障害

身体表現性障害

(説明できない身体症状)

原因がわからない持続的な痛みや身体症状に悩まされていますか。……………□
(例：頭痛、胸痛、腹痛、腰痛、めまい、ふらつき、息苦しさ、物の飲み込みにくさ、吐き気、下痢、頻尿、皮膚の発疹、しびれ、うずき)

上記のいずれかに該当する場合には下記へ進む

1. これらの症状について何人もの医師の診察を受けましたか。……………□
2. 症状について医師から説明を受けても、納得がいかなかったことがありますか。……………□
3. これらの痛みや身体的症状は6ヶ月以上持続していますか。……………□
4. 落ち込んでいる、興味や楽しみを失った。□
5. 不安や緊張が強い。……………□
6. 週にどれくらいアルコールを飲みますか。□日

まとめ

1～3のうち少なくともひとつ該当し、4に該当する場合 → うつ病
5に該当する場合 → 不安障害
6の質問項目で飲酒量が限界量を超えている場合 → アルコール障害
4、5、6のいずれにも該当しない場合 → 説明できない身体症状
(注) 愁訴に対して十分な身体的検索を行った上で診断を確定して下さい。

アルコール関連障害(アルコール症)

- I. 1日にどれくらいのアルコールを飲みますか。
・ビール、中瓶(500ml)……………本
・焼酎、水割り、ワイン……………杯
・日本酒……………合
- II. 1週間に何日アルコールを飲みますか。□日

酒量が多く習慣性や問題がある場合には下記へ進む

1. 禁酒や節酒(酒量を減らすこと)ができないと感じたことはありますか。……………□
2. 飲まずにはいられないような強い欲求や衝動を感じたことはありますか。……………□
3. 禁酒や節酒を行うことで次のような症状を呈したことはありますか。
・手のふるえ……………□
・発汗……………□
・寝つけない……………□
・心臓がドキドキする……………□
・不安感、イライラする……………□
・頭痛……………□
・ひきつけ、痙攣……………□
4. 飲酒により問題が生じたり、状況がさらに悪くなるとわかっていて飲み続けたことがありますか。……………□
5. 家族や友人、医師などから飲酒に関する問題を指摘されたことはありますか。……………□

まとめ

Iの合計×IIが男性では10以上、女性では7以上の場合 → アルコール関連障害
さらに、1～5のいずれかに該当する場合 → アルコール関連障害(依存症候群)の可能性が高い

認知症（ひどい物忘れ）

最近の数ヶ月で該当する症状に印をつけて下さい。

物忘れしやすくなった。……………□
性格や行動が変わった。……………□

上記のいずれかに該当する場合には下記へ進む

1. 今言ったことをすぐ忘れる。……………□
2. 考えたり判断したりする能力の低下。…□
3. 着衣、買い物、料理などができなくなった。……………□
4. 混乱したり、イライラしたり、涙もろくなつた。……………□
5. 薬を内服中。……………□
6. 熱発している。……………□
7. 症状が急速に進んだ。……………□
8. 注意散漫、不眠、興奮がある。……………□
9. 落ち込んでいる、興味や楽しみを失った。□
10. 最近、転んだり頭を打ったりした。…□

まとめ

1～4のいくつかに該当し、緩やかに悪化する場合 → 認知症の可能性が高い
5～10に該当する場合は、薬物による医原性の精神障害、慢性硬膜下血腫などによる脳機能不全、せん妄、うつ病などを除外しなくてはならない。

(9) 薬害血友病患者 診療チェックシート解説書



**薬害血友病患者
診療チェックシート解説書**

厚生労働科学研究費補助金（エイズ対策研究事業）
血液凝固因子製剤による HIV 感染被害者の長期療養体制の整備に関する患者参加型研究
 研究代表者 木村 哲 公益財団法人エイズ予防財団

HIV 感染血友病等患者に必要な高次医療連携に関する研究
 研究分担者 湯永 博之 国立国際医療研究センター ACC

2015(平成27)年 3 月

はじめに

抗 HIV 療法の発展とともに、HIV 感染者の診療は多岐にわたるようになりました。特に血液凝固因子製剤による HIV 感染被害者は、血友病、重複感染している C 型肝炎、重篤な免疫不全状態の後遺症、初期の抗 HIV 薬の副作用、高齢化、などが複雑に絡み合い、個々の感染者がそれぞれ独特な病態にあります。これは、主治医の専門領域以外の合併症が、しばしば見落とされてしまう危険があると言えるのかもしれませんが、血液凝固因子製剤の使用法を十分に熟知し、血友病性関節症の診療を的確に行い、急速にアップデートする C 型肝炎治療の進歩をフォローし、多剤耐性化した HIV を抑制しつつ副作用のなるべく少ない抗 HIV 療法を選択し、いわゆる生活習慣病の診療も行い、メンタルヘルスもケアする、これらすべてを主治医一人で遂行するのは容易なことではありません。

この冊子は、それぞれの分野の専門医にご協力いただいて作成されました。ご自身の専門領域以外の部分でお役立ていただければ幸いです。

国立国際医療研究センター
エイズ治療・研究開発センター (ACC)
湯永 博之

1

<p>厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業 「血液凝固因子製剤による HIV 感染被害者の長期療養体制の整備に関する患者参加型研究」 研究代表者：木村 哲 公益財団法人エイズ予防財団</p> <p>「HIV 感染血友病等患者に必要な高次医療連携に関する研究」 研究分担者：湯永 博之 国立国際医療研究センター ACC</p> <p>執筆協力者：四柳 宏 東京大学感染症内科 江口 晋 長崎大学移植・消化器外科 本田元人 国立国際医療研究センター ACC 木内 英 国立国際医療研究センター ACC 藤谷順子 国立国際医療研究センターリハビリテーション科 中根秀之 長崎大学精神障害リハビリテーション学分野</p>	<p style="text-align: center;">目 次</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1-1 肝疾患(HCVコントロール)</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>1-2 肝疾患(移植適応の評価)</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>2 心疾患</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>3 腎疾患</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>4 耐糖能異常・高脂血症</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>5 骨疾患</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>6 血友病性関節症</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>7 歩行とADL</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td>8 認知機能障害</td><td style="text-align: right;">20</td></tr> <tr><td>9 抑うつ</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>10 免疫不全</td><td style="text-align: right;">24</td></tr> <tr><td>薬害血友病患者診療チェックシート</td><td style="text-align: right;">26</td></tr> </table>	1-1 肝疾患(HCVコントロール)	4	1-2 肝疾患(移植適応の評価)	6	2 心疾患	8	3 腎疾患	10	4 耐糖能異常・高脂血症	12	5 骨疾患	14	6 血友病性関節症	16	7 歩行とADL	18	8 認知機能障害	20	9 抑うつ	22	10 免疫不全	24	薬害血友病患者診療チェックシート	26
1-1 肝疾患(HCVコントロール)	4																								
1-2 肝疾患(移植適応の評価)	6																								
2 心疾患	8																								
3 腎疾患	10																								
4 耐糖能異常・高脂血症	12																								
5 骨疾患	14																								
6 血友病性関節症	16																								
7 歩行とADL	18																								
8 認知機能障害	20																								
9 抑うつ	22																								
10 免疫不全	24																								
薬害血友病患者診療チェックシート	26																								
2	3																								

1-1 肝疾患 (HCVコントロール)

背景

血液凝固因子製剤による HIV 感染被害者の多くは、B 型肝炎ウイルス (HBV)・C 型肝炎ウイルス (HCV) への暴露も受けており、HBV は自然に排除できている例が多いが (HBs 抗体陽性かつ Hbc 抗体陽性)、HCV については慢性感染が持続していることが多い。従来のペグインターフェロン (Peg-IFN) + リバビリン (RBV) 療法を行っても、幼少期からの長期にわたる感染であること、HIV 感染による免疫異常があること、複数の HCV 株に感染していることなどから、HCV の排除が困難である症例が多い (図 1)。

検査

HBs 抗原、あるいは HCV-RNA が陽性であれば、血算、凝固能、肝機能、AFP・PIVKA-II などの腫瘍マーカーの他、腹部エコー、腹部造影 CT、アシアロ肝シンチ、上部消化管内視鏡検査などを定期的に施行する。

対応

HCV に対する Direct Acting Antivirals (DAAs) の開発が近年急速に進んでおり、HCV のプロテアーゼ阻害薬 + Peg-IFN+RBV 療法や IFN を用いない療法も可能になった。現在、ゲノタイプ 1 型の HCV に対する IFN フリーの治療法としては、ダクラタスビル (DCV, NS5A 阻害薬) とアスナプレビル (ASV, プロテアーゼ阻害薬) の 2 剤併用療法が可能であるが、ゲノタイプ 1a では SVR が 2 割程度と低く、ゲノタイプ 1b では DCV に対する自然耐性変異 (NS5A 領域の Y93H, L31M/V) を持つ症例が存在する。ゲノタイプ 1b の NS5A 領域の Y93H 変異は 10-20% の頻度で見られ、この変異が存在すると DCV と ASV の 2 剤併用療法の SVR は 5 割以下に低下する。更に治療失敗時に、NS5A 領域に加えてプロテアーゼ領域に D168 変異が出現し、HCV を多剤耐性化するため、その後の治療が極めて難しくなる (図 2)。また、血液凝固因子製剤による感染例では、HCV の複数株に感染している例も多く、ダイレクトシーケンシングで検出できないゲノタイプに重複感染している可能性も否定できない。DAA 治療の適応については、ウイルス性肝疾患の十分な知識と経験を有する医師により慎重に判断されるべきである。

4

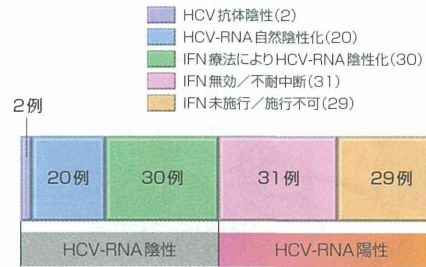


図 1 ACC 血友病症例の C 型肝炎治療成績

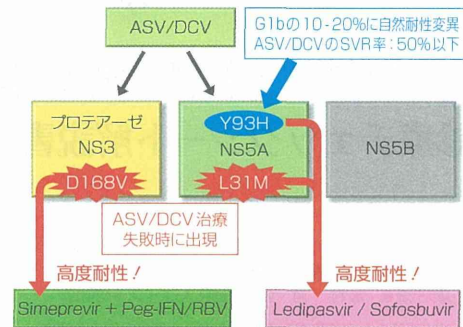


図 2 HCV ジェノタイプ 1b の自然耐性の問題点

肝疾患 (HCVコントロール)

5

1-2 肝疾患 (移植適応の評価)

背景

HIV と HCV の重複感染症例では、HCV 単独感染例よりも、肝硬変・肝不全への進行が早まることが知られている。また、血液凝固因子製剤による感染者は、幼少期からの感染であるため、比較的若年で肝硬変・肝不全に至ることが多い。

HIV と HCV 重複感染状態は、日本脳死肝移植適応評価委員会から医学的緊急度のランクアップを受けており、肝硬変・肝不全の根治的な治療として、肝移植を積極的に考慮すべきである。ddl などの古い抗 HIV 薬の内服により、肝硬変がなくても門脈圧が亢進していることもあり、門脈血栓や食道静脈瘤の発生に注意が必要である。

検査

身体所見、凝固能、生化学検査から、Child-Pugh スコアを算出する (表 1)。AFP・PIVKA-II などの腫瘍マーカーや腹部エコー・腹部造影 CT などの画像検査にて肝腫瘍や門脈血栓の有無、上部消化管内視鏡検査にて食道静脈瘤の有無を判定する。

対応

Child B 以上 (7 点以上) であれば、肝移植の可能性を考慮して専門医に紹介する。Child A であっても、門脈血栓や食道静脈瘤のある場合には肝移植を考慮して専門医に紹介する (図 1)。

血液型が一致または適合した 20-65 歳の健康な家族が三親等以内であれば、生体肝移植のドナーになれる可能性がある。生体肝移植、脳死肝移植のいずれの場合も、退院後すぐの通院は頻回のため、遠方からの紹介となる場合は、移植実施施設に通院しやすい環境に住居を探すことを検討する。

脳死肝移植の場合、待機場所はできる限り登録施設に近い場所を検討する。移植後、免疫抑制剤や抗 HCV 治療が必要となる。これらの薬剤との相互作用を回避するために抗 HIV 療法の変更を検討する際には、今までの薬剤耐性検査や治療の失敗歴を十分に考慮する (「⑩免疫不全」の項を参照)。

6

表 1 Child-Pugh 分類

	1 点	2 点	3 点
肝性脳症	なし	軽度 (I-II)	昏睡 (Ⅲ以上)
腹水	なし	軽度	中等度以上
血清アルブミン値	3.5g/dL 超	2.8-3.5g/dL	2.8g/dL 未満
プロトロンビン時間	70% 超	40-70%	40% 未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dL 未満	2.0-3.0mg/dL	3.0mg/dL 超

Grade A: 5-6 点, Grade B: 7-9 点, Grade C: 10-15 点

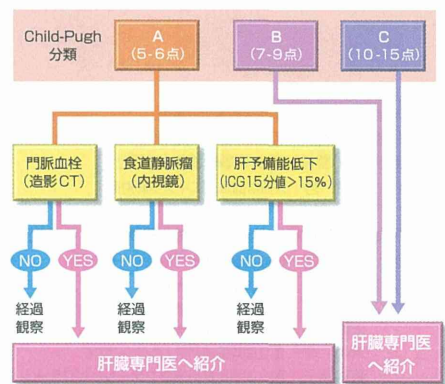


図 1 肝疾患サーベイランスアルゴリズム

肝疾患 (移植適応の評価)

7

2 心疾患

背景

HIV 感染により心血管障害のリスクが増加する。また抗 HIV 薬の中には脂質代謝異常といった動脈硬化に関する副作用を有するものもあり、HIV 感染者に対しては心血管障害（動脈硬化）に対する注意が必要である。

特に血液凝固因子製剤による HIV 感染被害者の多くは血友病性関節障害を有するため強い運動負荷がかかりにくく、通常虚血性心疾患に行われる運動負荷検査（運動負荷心電図、運動負荷心筋シンチ）は運動不可能、もしくは運動負荷不十分のため判定困難な場合があり、虚血性心疾患があったとしても典型的な症状が出ない場合があるため、特別な注意が必要である。

検査

健康管理に対する本人の自覚を促すためにも、受診ごとの血圧測定を行う。可能であれば自宅血圧測定を行えばなおよい。心血管危険因子が多い場合は胸痛などの典型的な胸部症状がなくとも冠動脈 CT を施行しておく。定期検診を目的として心電図を行うほか、動脈硬化症のチェックのため PWV/ABI を行う。
※心血管危険因子：高齢（65 歳以上）、肥満、心血管病の家族歴、喫煙、高血圧、脂質異常症（高脂血症）、糖尿病、非心原性脳梗塞、冠動脈疾患、慢性腎臓病、動脈硬化性末梢動脈疾患、動脈硬化性眼底異常

対応

高血圧を有する場合は生活習慣の改善や降圧薬の投与を行う。降圧薬の中には抗 HIV 薬との薬物相互作用を有するものがあるため注意が必要である。心電図は虚血性心疾患のほか、不整脈などのスクリーニング目的であり異常があれば循環器専門医に相談されたい。不整脈の場合も抗 HIV 薬との薬物相互作用を有する抗不整脈薬があり注意を要する。

冠動脈 CT 検査で冠動脈に狭窄が疑われた場合には循環器専門医に相談し冠動脈造影検査を施行する。虚血性心疾患の治療には抗血小板薬（アスピリン、クロピドグレル）を用いることが多く、投与開始となった場合は出血などの副作用防止のため血液凝固因子製剤の厳密な定期輸注が必要となる。PWV/ABI にて動脈硬化が判明した場合進展予防のため血圧、脂質代謝の管理を厳密に行い、生活習慣改善を指導する。

8

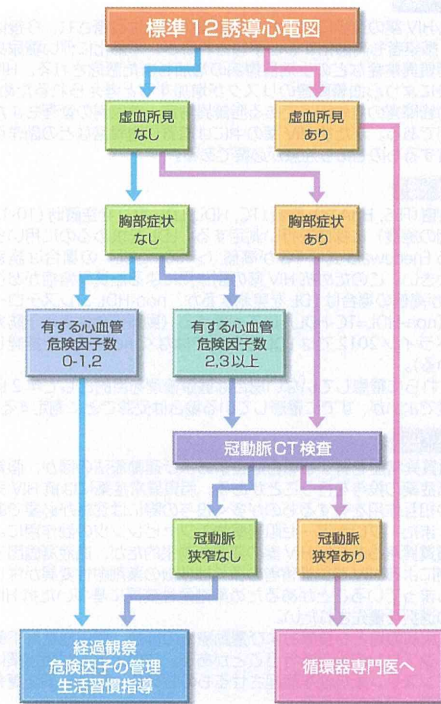


図 血友病性関節症を有する患者における虚血性心疾患精査

心疾患

9

3 腎疾患

背景

血液凝固因子製剤による HIV 感染被害者の多くは、d4T や ddI などの d- ドラッグの長期投与を受けており、リポアトロフィーのため痩せている患者が多い。一方、テノホビル (TDF) は AZT 耐性 HIV などに比較的有效であるため、古くからの治療歴を持つ感染者に投与されることが多いが、腎障害に注意が必要である。腎障害の発生頻度は、低体重であるほどリスクが高く、60kg 未満では ABC に比較し約 3 倍のハザード比である (図 1)。

また、アタザナビル (ATV) は、尿中に排泄されて腎結石を作りやすく、それに伴って腎障害を生じる。ATV のその他のプロテアーゼ阻害薬 (PI) に対する腎結石のハザード比は約 10 倍である (図 2)。

検査

血清クレアチニン値の測定、それに基づく GFR の計算、尿検査を定期的に行う。TDF 腎障害は糸球体障害よりも尿細管障害が先行して出現することが多いので、TDF 投与症例では尿中 β_2 マイクログロブリンなどの尿細管障害に特異的なマーカーも定期的に測定するとよい。

対応

腎機能の悪化が疑われる場合には、TDF や ATV などの腎障害をもたらす薬剤の変更を考慮する。TDF 投与中の尿中 β_2 マイクログロブリンに関しては、 $3,000\mu\text{g/L}$ を超えたら要注意、 $10,000\mu\text{g/L}$ を超えたら TDF の変更を考慮する。ATV 投与中に腎結石を発生した症例は他剤に変更すべきである。

ACC では、ATV 投与中に腎結石を生じた 31 人のうち 18 人で ATV を継続投与したところ、6 人で腎結石が再発している。ATV 腎結石発生には何らかの遺伝的な背景の関与が考えられ、再発率が高い。抗 HIV 薬による腎障害以外にも、高血圧性腎症、糖尿病性腎症などの場合もあり、それぞれ、血圧や血糖のコントロールが必要である。

10

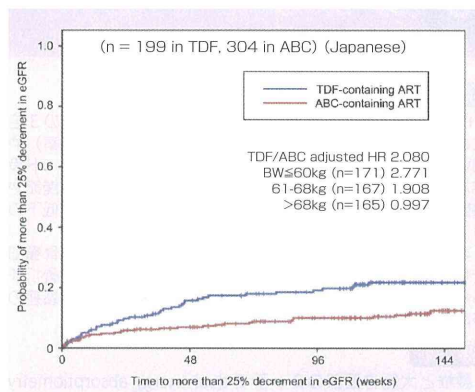


図 1 TDF による腎障害発生率

腎疾患

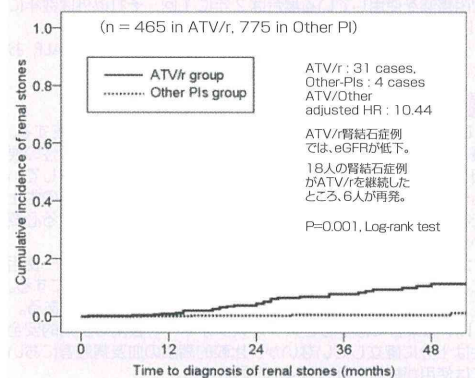


図 2 ATV による腎結石発生率

11

4 耐糖能異常・高脂血症

背景

抗 HIV 薬の進歩により HIV 感染者の予後は改善され、今後は HIV 感染者も高齢化すると予想されるが、高齢化に伴い糖尿病や脂質異常症などの生活習慣病の増加もまた懸念される。HIV 感染により心血管障害のリスクが増加すると考えられるため、心血管障害の危険因子である脂質異常症、糖尿病の管理もまた大切である。また抗 HIV 薬の中には脂質代謝異常などの副作用を有するものもあり注意が必要である。

検査

血糖 (FBS, HbA1c)、脂質 (TC, HDL, LDL, TG) を空腹時 (10-12 時間の絶食) に採血を行い測定する。LDL を求めるのに用いられる Friedewald 式は TG が高値 (>400mg/dL) の場合は誤差が大きい。このため抗 HIV 薬の副作用による脂質異常症があり TG が高値の場合は LDL を実測するか、non-HDL コレステロール (non-HDL=TC-HDL) にて判断する (動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2012 では LDL の実測ではなく non-HDL を推奨している)。

これらに罹患していない場合は健康管理を目的として年 2 回程度でよいが、すでに罹患している場合は受診ごとに測定する。

対応

脂質異常症を有する場合は食事および運動療法のほか、脂質異常症薬の投与を行うことがある。脂質異常症薬には抗 HIV 薬との相互作用を有するものが多く投与の際には注意が必要である。また、プロテアーゼ阻害薬やエファビレンツの副作用による脂質異常もあり抗 HIV 薬の変更も効果的だが、血液凝固因子製剤による HIV 感染被害者の多くは多数の薬剤耐性変異が生じてしまっていることがあるため薬剤耐性変異に基づいた抗 HIV 薬の選択を優先されたい。

糖尿病の場合も食事および運動療法のほか、経口血糖降下薬やインスリンの投与を行うことがある。プロテアーゼ阻害薬にはインスリン抵抗性を惹起させるものもあり、抗 HIV 薬変更も対策の一つとなりうる。

これらに罹患していない場合でも生活習慣改善を指導し、生活習慣病予防を実践して頂くことが大切である。

表 脂質異常症：スクリーニングのための診断基準 (空腹時採血*)

LDL コレステロール	140mg/dL 以上	高 LDL コレステロール血症
	120-139mg/dL	境界型 LDL コレステロール血症**
HDL コレステロール	40mg/dL 未満	低 HDL コレステロール血症
TG (トリグリセリド)	150mg/dL 以上	高トリグリセリド血症

- * LDL コレステロールは Friedewald 式 (LDL=TC-HDL-TG/5) で計算する (TG が 400mg/dL 未満の場合)。
- ** TG が 400mg/dL 以上や食後採血の場合には non-HDL (non-HDL=TC-HDL) を使用し、その基準は LDL+30mg/dL とする。
- * 10-12 時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし、水やお茶などのカロリーのない水分の摂取は可とする。
- ** スクリーニングで境界型 LDL コレステロール血症を示した場合は、高リスク病態がないか検討し、治療の必要性を考慮する。

初回検査で下記のいずれかを認めた場合は糖尿病型と判定する。

糖尿病型：血糖値 (空腹時 ≥ 126 mg/dL、OGTT2 時間 ≥ 200 mg/dL、随時 ≥ 200 mg/dL のいずれか)
HbA1c (NGSP) $\geq 6.5\%$ [HbA1c (JDS) $\geq 6.1\%$]
糖尿病が疑われる場合は、血糖値と同時に HbA1c を測定する。
同日に血糖値と HbA1c が糖尿病型を示した場合に、初回検査だけで糖尿病と診断する。

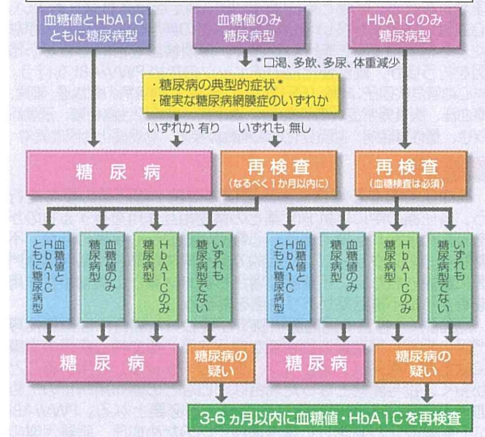


図 糖尿病の臨床診断のフローチャート

5 骨疾患

背景

HIV 感染者における骨粗しょう症の有病率は非感染者の 3 倍ののぼり、抗 HIV 薬 (テノホビルやプロテアーゼ阻害薬) や HIV による慢性感染状態、日和見感染治療に伴うステロイド投与など複合的な要因が関与している。一方、血友病も足関節や膝関節など荷重関節の出血をきたしやすいため、骨密度低下のリスクが高い。

当院の調査では、HIV 感染血友病患者の 23% が大腿骨頸部で骨粗鬆症を呈しており、転倒など軽微な外傷で容易に骨折する患者が散見される。血友病患者の高齢化に伴い、骨粗鬆症の予防が課題になっている。

検査

腰椎と大腿骨頸部の 2 ヶ所で dual-energy absorptiometry (DXA) を実施する。股関節に関節症がある場合は、健常側を測定する。T-score が -2.5 以下の場合には年に 1 回、プロテアーゼ阻害薬を使用している場合は 2 年に 1 回、それ以外は数年に 1 回検査を行う。

テノホビルを使用している場合は、血清 Cre, Ca, P, ALP, および尿中 Cre, IP を 6 ヶ月に 1 回測定する。

対応

DXA の結果、T-score が -2.5 未満の場合は原因を精査する。腰椎は肝硬変の進行やプロテアーゼ阻害薬といった全身性の要因、大腿骨頸部の場合は体重や安静など荷重要因が関与している傾向がある。腰椎が悪い場合は、プロテアーゼ阻害薬の中止を検討するが、薬剤耐性変異との関係上、慎重に検討する必要がある。

大腿骨頸部が悪い場合は、製剤の定期輸注やサポーター使用により関節症性疼痛の軽減を図り、運動量を増やすようにする。ビタミン D やカルシウムの補充は補助療法として有効である。

HIV 感染者におけるビスフォスフォネート製剤の長期的安全性は十分に確立していないが、比較的高齢の血友病患者においては使用が検討されてもよいと思われる。

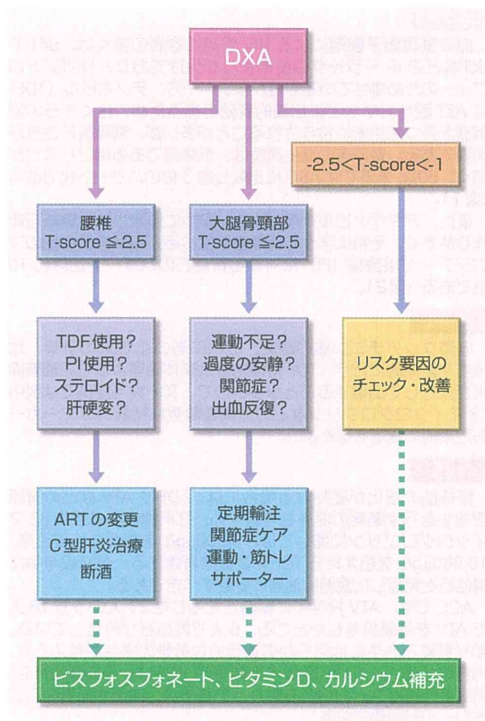


図 骨疾患のスクリーニングと対応