

A. 研究目的

これまでに、アルコール依存症を含むアルコールに関連する問題については、多くの視点から様々な報告がなされてきた。そして、それは継時的に情報が更新され、様々な視点からの報告もなされている。しかしながら、これらの内容を集積し要約したものが乏しいという現状がある。特に臨床家が説明に使用できるような報告や、一般市民向けの網羅的な内容の報告は乏しい。そこで、アルコールに関連した様々な情報の全体像をわかりやすく伝えることを目的として、国内調査を中心に医療関係者を対象とした「近年の我が国における飲酒問題」というreview（別添資料1）を作成した。加えて、一般市民がお酒やアルコール依存症に対して疑問に思っていることを各研究協力者の周囲の非医療者に聞き取りをした上で、一般市民を対象とした「市民のためのお酒とアルコール依存症を理解するためのガイドライン」もまとめた（別添資料2）。その作成過程で、現場の臨床感覚とすり合わせを行い、これまでの研究報告でほとんど言及されてこなかった箇所について研究メンバーで議論したところ、「アルコール依存症をもつ人が抱える生きづらさ」を理解し受容することが極めて重要であると実感しているにもかかわらず、このことに関するデータには乏しいという結論を得た。アルコール依存症の成因について今までいくつか議論されてきたが、未だ決定的なものはない。その中でも特に心理的な成因に関して、アルコール依存症をもつ人は生育歴上、様々な生きづらさを抱えている者が多く、学習された心理的な孤立や対人不信を背景に、アルコールに頼ったストレス対処行動を取ることが病態の本質であるという一つの仮説がある。

この仮説を検証するために、小林らは自分と他人に対する信頼度を測定する信頼感尺度¹⁾と、状況把握や処理能力、生き甲斐などを測定するSense of Coherence (SOC) 尺度²⁾の2つ

の自記式評価尺度を実施し、問題飲酒を推し量るスクリーニング検査であるAlcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)³⁾との関係を検討する先行研究を行った⁴⁾。アルコール依存症をもつ人を母親に持つ子どもは対人的信頼が低いことが示されているが⁵⁾、成人の依存症をもつ人を対象としたこの研究において信頼感尺度の下位項目である「自分への信頼」とAUDITが正の相関を示した。これは周囲への過剰適応を示しているかと推測された。つまり、アルコール依存症をもつ人は表面的には社会適応能力を持つが、実際は生きづらさを抱えている可能性があるかと推測され、そこから生まれる不安への対処としてアルコールの習慣的な多量摂取にいたるようになり、いずれそのコントロールを失うという仮説を支持している。

しかし、この調査は神奈川県に限定されたものであり、アルコール依存症の発症には環境要因の影響も推測されている⁶⁾ため、複数の地域で実施する必要がある。さらに、「生きづらさ」を抱える者が若年者に多く見られる傾向があるというのが我々の臨床経験からの実感だが、社会適応能力を有している中高年のアルコール依存症をもつ人も、表現しにくい「生きづらさ」を抱えている可能性も忘れてはならない。

これまでの治療は、断酒のみを治療目標とすることが主であったが、患者の個別的なニーズに対応できずに治療中断が多くなるという課題を抱えてきた。よって、アルコール依存症をもつ人が抱える生きづらさを調査する意義は、この課題を解決するきっかけとなると推測している。つまり、この調査の結果を基に、アルコールに頼らなくてもできるストレス対処法や、生きづらさを解消する手段を獲得できるように支援するという具体的な臨床上の示唆をもたらし、治療中断に至りやすいという課題に対する解決への手がかりをももたらすと期待できるからである。そして、これはアルコール依存症に関する啓発にも寄与するはずである。

B. 研究方法

①reviewの作成

アルコール依存症に関してのみにとどまらず、近年のアルコール問題に関する疫学調査文献を広く収集した。これらをもとに、a) 我が国の飲酒問題の世界的位置づけや近年増加がみられている b) 女性のアルコール依存症および c) 高齢者のアルコール依存症について検討を行い、「近年の我が国における飲酒問題」としてまとめ、医療関係者を対象とした review (別添資料1) を作成した。

また、担当ワーキング・グループを形成し、お酒やアルコール依存症に対して疑問に思っていることを各研究協力者の周囲の非医療者に聞き取りをした上で、比較的関心の多い知識や疑問を集約した。そして、その内容に対応する形で、第1部に知識編、第2部にお酒とアルコール依存症に対する質疑応答集をまとめた、「市民のためのお酒とアルコール依存症を理解するためのガイドライン」を作成した (別添資料2)。

②生きづらさに関する調査研究

アルコール依存症をもつ人が抱えるさまざまな「生きづらさ」の評価を日本全国の幅広い地域における複数の医療機関で調査する。具体的な調査項目は、一般的なステータスをはじめ、「AUDIT」、「SOC 尺度」、「信頼感尺度」、および「被受容感・被拒絶感尺度」^{7,8)}を用いる。これらの「生きづらさ」という因子は、アルコール依存症をもつ人が本来抱えてきた可能性だけではなく、飲酒の結果として二次的に生じた「生きづらさ」である可能性もある。そのため、飲酒を開始するまでに抱えていた逆境体験がどの程度であるかを把握する必要がある。例えば、被虐待歴のある人は男性でも女性でも、成人後のアルコール依存症の罹患率が高くなることが示され⁹⁻¹¹⁾、人生最早期の1年間を肺

結核のリスクのために隔離され母親と離れて育った子どもは、成人になり物質使用障害を発症するリスクが高い¹²⁾と報告されている。また、14歳でのbinge drinkingに関わる因子はストレスを伴うライフイベントであることが欧州の大規模調査で明らかになっている¹³⁾。そして、小児期における逆境体験の数が増えるほどアルコールの初飲年齢を早める¹⁴⁾ことや、親がアルコール依存症をもつ場合、その子は小児期における逆境体験が増え、後のアルコール乱用のリスクにつながる¹⁵⁾と報告されている。

日本では小児期逆境体験とアルコール依存症との関連に特化した実証的研究は未だ見られていない。ただし、世界精神保健調査の日本調査¹⁶⁾において、小児期の逆境体験はその後の人生における精神疾患発症と有意に関連していることが示されている一方で、物質使用障害に関しては有意な関連がなかった。しかし、この調査結果からアルコール依存症は虐待などの深刻な逆境体験と無関係と結論付けるのは早計である。というのも、アルコール依存症は一般に「否認の病理」と言われ、自身のアルコール問題を認識しているが、認めようとしない傾向があると言われているからだ。つまり、幼児期の重要な他者との関係において「自分自身にとって大事な人から大切に扱われなかった、愛されるに値しない存在」という観念を否認するこころの動きを有している可能性があり、被虐待体験の自覚や告白が困難であることが予想される。そのため、この「生きづらさ」を明らかにするにあたって、15歳までの生活における、生きづらさにつながるようなライフイベントや生活環境などの逆境体験に関する聞き取りは、自己記入後に再度対人面接にて聞き取ることにした。

本研究にて使用する尺度について以下に詳細に紹介する。

(1)信頼感 (Sense of Trust: SOT) 尺度

信頼感を測定する尺度は、天貝¹⁷⁾の開発した「自分への信頼」「他人への信頼」「不信」の3因子からなる信頼感尺度が、青年期を対象に広く用いられている。後に天貝¹⁸⁾は、成人期及び老年期の被験者にも適用できるように24項目を18項目に、6件法を4件法にした信頼感尺度(成人版)を開発した。信頼感尺度を用いた研究¹⁹⁾では、対人的信頼感と攻撃行動・自傷行為との関連について、言語的攻撃行動は「自分への信頼」「不信」と正の相関を示し、自傷行為は「自分への信頼」と負の相関を、「不信」と正の相関をそれぞれ示した。また、40~60代の信頼感をアイデンティティ・ステータスの型で比較した調査では、葛藤や危機を経て重要な他者とのコミットメントを行い自身の再体制化を完了した群は「他人への信頼」が高く、「不信」が低いことを、逆に葛藤や他者へのコミットメントを否認あるいは軽視する群は「他人への信頼」が低く「不信」が高い²⁰⁾と報告されている。

しかし、アルコール依存症をもつ人の信頼感は素直に質問紙に表出されない可能性を忘れてはならない。対人的信頼感には乳幼児期から発達する「(自分が相手を)信頼している感」と、自己客体視が正確になり始める児童期後半以降発達していく「(相手により自分が)信頼されている感」の2方向性がある²¹⁾と整理されている。また、工藤と西川²²⁾は学生・社会人・アルコール依存症をもつ人に孤独感尺度と社会的活動性に関する自己評価尺度を用いた調査を実施し、アルコール依存症をもつ人は最も高い孤独感を示したと報告している。同時に、社会的行動では「気楽に語り合える人が少なく、行動を共にする友人も少ない」、社会的関係の認知は「人に自分の気持ちを分かってもらえないと感じ、自分が信頼している人から理解してもらえないと感じる」と考察している。アルコール依存症をもつ人は、早期幼児期の基本的信頼感が確立していないことそのものを否認する可能性や、「自分は他者を信頼しているが、他

者は自分を解ってくれない」と感じる傾向があるということを示す研究は少ない。

前述したが、アルコール依存症の母親を持つ子どもの対人的信頼が低い⁵⁾ことを示したように、アルコール依存症をもつ人およびその家族の対人的信頼についての研究がなされているが、日本ではアルコール依存症と信頼感についての研究論文はほとんど見られない。

(2)首尾一貫感覚 (Sense of Coherence: SOC) 尺度

SOCとは、健康社会学者のAntonovsky²³⁾によって提唱された、「自分の生きている世界は首尾一貫している」という感覚で、これが高い人はストレス対処能力が高いとされる。そしてSOCは、その人に浸みわたる、動的ではあるが持続的な3つの感覚によって表現される、その人の生活世界全般への志向性である。それは、自分が置かれている状況や将来起こるであろう状況のある程度予測・理解できる「把握可能感」、どんな困難な出来事でも周囲の資源を借りて自分で切り抜けられる・何とかなるという「処理可能感」、自分の人生・生活に対して意味があり、価値観を持ち合わせているという「有意味感」、の3つの感覚からなる。SOC尺度は29項目版と短縮版の13項目版があり、それぞれ日本語版²⁴⁾は山崎により開発されている。

戸ヶ里²⁵⁾によると、発達段階でいうと乳幼児期・思春期が最もSOCが形成され発達する時期で、成人前期もまたSOC形成において重要である。乳幼児期は「大事な人が自分の視界から見えなくなってもまた戻ってくる」という対象の永続性が獲得されることによって、世界が自分にとって頼れる(処理可能感)、一貫性のある経験(把握可能感)が発達し、思春期・青年期は学校生活や職業生活でバランスの取れた負荷の経験(処理可能感)、自分のしたことが結果ややりがい結び付く経験(有意味感)に影響するからである。よって、SOC尺度は信頼感尺度と有意な相関を示すと考えられる。

アルコール依存症の SOC に関しては、4630 名が参加した全米調査において、SOC と飲酒に起因する問題の関連性を評価し、SOC 得点が高い群ほどアルコール依存またはアルコールによる重大な問題を呈することが少ない²⁶⁾と報告されている。加えて、物質依存症をもつ人の低 SOC 群は解毒後の 5 年後死亡率がより高く、SOC が 1 点下がると 3.6 倍死亡のリスクが上昇する²⁷⁾ことを示している。

国内の SOC と健康関連行動を検討した研究では、アルコール依存症に関して、断酒会会員の SOC 得点が抑うつスケール (Self-rating Depression Scale : SDS) と負の相関がある²⁸⁾ことが報告されている。そして、アルコール依存症の男性の SOC 得点は一般の人より低く、中でもより早く喫煙を始めた人やニコチン依存度の高いアルコール依存症をもつ人ほど SOC が低い²⁹⁾ことも報告されている。これらは、単に断酒を継続できているか否かということのみでなく、ストレス対処の成功体験の積み重ねによって SOC を育む治療プログラムの必要性を示唆している。なお、精神科入院患者の SOC は一般人より低く、アルコール依存症をもつ人よりは高かった³⁰⁾と報告されている。

(3) 被受容感・被拒絶感尺度

杉山と坂本^{7,8)}は、「自尊感情は他者からの受容や拒否を常に監視するシステムである」とするソシオメーター理論を基に、「自分は他者に大切にされている」という「被受容感」と「自分は他者に疎まれている・ないがしろにされている」という「被拒絶感」を尺度化し、被受容感が抑うつ軽減に影響する可能性、被拒絶感の過剰が自己没入を経て抑うつに影響するモデルを提唱した。この尺度を用いたアルコール依存症に関する報告は現時点 (H28 年 3 月) ではない。

研究期間)

平成 27 年 3 月 1 日～平成 27 年 12 月 31 日

研究対象)

本研究は、アルコール問題に関する相談を目的に、各研究参加医療機関に初めて受診した患者 (20 歳から 65 歳までの、研究内容を理解できる認知機能を有する者に限る) を対象として仮エントリーし、予診担当者が口頭および書面にて研究の参加の同意を得る。というのも、初回医師面接後にはその介入の影響が調査結果に反映されることが予想されるため、医師面接前に自記式の質問票を用いて、信頼感尺度、SOC 尺度、受容・被受容感尺度、そして、これまでの生活状況について調査する。その後の診察において、International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)³¹⁾もしくは Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition text revision (DSM-IV-TR)³²⁾のいずれかの診断基準においてアルコール依存症の基準を満たした場合に、研究の参加に関する真の同意を得るようにする。この段階で撤回があった場合は、事前に記入した質問票は面接担当医師が責任を持ってシュレッダーにかける。

除外基準は、酩酊や離脱症状の著しい場合、DSM-IV-TR における気分障害エピソード重症に該当する者、精神運動興奮を認める者、そして認知症の診断を満たす者とした。

研究の実施場所)

1. 神奈川県立精神医療センター
2. 国立病院機構久里浜医療センター
3. 三重県立こころの医療センター
4. 兵庫県立光風病院
5. 尚生会 湊川病院
6. 幸地クリニック
7. 岡山県精神科医療センター
8. 信和会 高嶺病院
9. 国立病院機構肥前精神医療センター
10. 国立病院機構琉球病院

*実際に使用した調査用紙を別添資料 3 に示す

倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては、研究を実施するすべての医療機関に関する倫理審査を三重県立こころの医療センターで行い、承認を得ている。また、各研究実施医療機関において倫理委員会が存在する場合は、これとは別に倫理審査を行い、承認を得た医療機関から研究を実施した。

C. 研究結果

全国 10 か所の医療機関に受診した患者において、対象となったのは 422 名で、研究参加を拒否した者が 94 名、除外基準に該当したものが 32 名で、総エントリーは 296 名であった。一度協力を同意したが、その後に撤回した者が 2 名いたため、最終エントリー数は 294 名であった。このうち、項目に不備等があった 12 名を除き、最終的には 282 名が分析対象となった。

結果の詳細を別添資料 4 に示し、概要は以下に述べる。

結果の概要)

基本属性としては男性が 77.9%、年齢分布は 21 歳から 65 歳まで (平均年齢 47.4 ± 10.0 歳) であり、婚姻歴は既婚 (48.6%) が最多、生活歴は家族との同居 (74.6%) が最多、経済状況は自立 (66.5%) が最多、就労状況は就労者 (46.6%) が最多、教育年数の平均は 13.1 ± 2.5 年 (高校卒業程度) であった。

既往歴としては、過去に依存症治療のための精神科受診歴があった者は 29.0%、依存症治療以外での精神科受診歴があった者は 36.5%、その内訳は ICD-10 分類 F3 に該当する気分障害が 53.1% で最多であった。

飲酒に関する項目では、初回飲酒年齢の平均は 17.3 ± 3.1 歳であり、習慣的に飲酒を始めた年齢の平均は 24.9 ± 7.5 歳であった。そして、飲酒によるトラブルの経験率が 86.0% であり、そのトラブル発生時の平均年齢は 36.2 ± 11.6

歳であった。飲酒をやめたいと思った経験がある割合は 74.2% であり、初めてそのように考えた平均年齢は 42.9 ± 10.6 歳であった。

AUDIT スコア (40 点満点) に関しては、AUDIT スコアの最小値は 3 点、最大値は 40 点、平均は 25.5 ± 8.2 点であった。AUDIT スコア 15 点以上が 87.6% であり、20 点以上が 72.4% であった。

(注釈: 分析対象者の年齢が 21-65 歳まで分布しているため、今回調査の平均年齢は真の平均年齢からは外れることに留意する必要がある。例えば、調査時点で 21 歳の対象者の初回飲酒年齢は 21 歳以下に限定される。)

心理尺度の概要は以下の通りである。

SOC については平均値 51.5 ± 13.6 であった。被受容感の平均値は 27.0 ± 5.6 、被拒絶感の平均値は 20.9 ± 6.6 、SOT の自分への信頼は平均値 13.1 ± 3.7 、SOT の他人への信頼は平均値 14.7 ± 3.5 、SOT の不信は平均値 19.0 ± 5.9 であった。逆境体験数 (17 項目) の最小値は 0、最大値は 12、平均値は 3.17 ± 2.57 であった。研究参加者の 30% 以上の者が 15 歳までに「小学校および中学校に在学中、学校の勉強についていけないと思ったことがある」「学校や近所でいじめられたことがある」「一緒に暮らしていた親や親族のしつけが厳しすぎると思っていたことがある」「一緒に暮らしていた親やきょうだいに、お酒を飲む、または、薬物を使うことで、私を不快な思いにさせる人がいたことがある」といった逆境体験を経験していたことになる。

AUDIT スコアと各尺度との関連を重回帰分析の偏回帰係数で見た分析では、AUDIT スコアと最も強い関連を認めたのは SOT の不信であり、「被受容感」、「被拒絶感」、「自分への信頼 (の低さ)」、「他人への信頼 (の低さ)」、「SOC 合計点 (の低さ)」と続いた。「逆境体験」については、他の尺度に比べて強い相関を認めなかった。

また、AUDIT スコアと SOC の 3 つの下位尺度（処理可能感、把握可能感、有意味感）との関連を重回帰分析の偏回帰係数で見た分析では、AUDIT スコアともっとも強い負の相関を認めた下位尺度は「処理可能感」であり、「把握可能感」、「有意味感」と続いた。「処理可能感」は統計学的にも有意であった。

逆境体験数と各尺度との関連を重回帰分析の偏回帰係数で見た分析では、逆境体験数ともっとも強い相関を認めたのは「不信」であり、「SOC 合計点（の低さ）」、「被受容感（の低さ）」、「自分への信頼（の低さ）」、「他人への信頼（の低さ）」と続いた。「被拒絶感」については、他の尺度に比べて強い相関を認めなかった。

年齢を目的変数とし、SOC 合計、逆境体験等の尺度を説明変数として重回帰分析を行った分析では、年齢ともっとも強い相関を認めたのは「SOC 合計点」であり、「逆境体験（の少なさ）」、「自分への信頼」、「被受容感（の低さ）」、「他人への信頼（の低さ）」、「不信（の低さ）」、そして「被拒絶感」と続いた。

D. 考察

本研究の分析対象者である、21 歳から 65 歳までの医療機関を受診したアルコール依存症を持つ人において、AUDIT スコアと各尺度との関連では、不信と被受容感、被拒絶感が正の相関を示しており、関連性も高いことが示された。被受容感は不信や被拒絶感とは逆の内容を表す項目であるにも関わらず、AUDIT スコアに対して同じ方向の関連を示した。統計学的に比較できるものではないが、参考値としては、本研究の SOC の総得点は以前の研究で示された日本人一般集団の平均より 7 点ほど低く³³⁾、「自分の生きている世界は首尾一貫している」という感覚が乏しく、ストレス対処能力が低い可能性がある。中でも、SOC の下位尺度である「処理可能感（どんな困難な出来事でも周囲の資源を借りて自分で切り抜ける・何とかするという感覚）」の低さが AUDIT スコアの高さと統計

学的にも有意に相関していたことから考えれば、困難に対峙した際に飲酒量が増えて問題が生じた過去が推測できるだろう。

一方、被受容感及び被拒絶感については、日本の大学生を対象とした先行研究³⁴⁾³⁵⁾³⁶⁾³⁷⁾と比較し、被受容感は大学生平均とほぼ同じ、被拒絶感は標準上限であった。

これらのことより、不信感や拒絶されている思い（被拒絶感）を抱えつつも、過剰適応の結果、表面上は社会的な適応度が高く、周囲から受け入れられているとの思いはそれほど毀損されていない（被受容感）という矛盾した性向を抱えている可能性が示唆された。この結果は臨床現場の感覚と一致することであり、過剰適応の存在は、自己信頼感の低さが AUDIT スコアと負の相関を示していることから推定される。岡田³⁸⁾は「相手を傷つけないように気を遣った関わり方を心掛け、傷つけられる関係・葛藤を回避して、被受容感を高めることで（もともとは低かった）自尊心を保とうとし相手から傷つけられる関係を回避しても、被拒絶感は低下しない」という一群がいると指摘していることも興味深い。当事者像の過度の紋切り型のあてはめは慎むべきであるが、本調査から集約される像として、「不信感や拒絶されているという感覚や自分への信頼の低さを、過剰適応という努力により補償し、被受容感を高めているが、そのようなとらわれから生じる不安を打ち消す手段には乏しく、多量飲酒に至る習慣が形成される」といった心理的な因子の関係性が示唆された。つまり、数字だけを見れば、今回調査対象者における被受容感及び被拒絶感には一般集団から乖離していないようにみえるが、内的にはより一層複雑な感情が絡まって潜んでいるがゆえの結果である可能性がある。

杉山³⁹⁾が「自分を支えてくれる他者の存在を感じ、自分は他者から一定の理解や暖かさ、承認をもって大切に扱われ、支えられている認識と情緒を『被受容感』と定義する」と述べているように、これまでの人生で重要な他者との間

で、「自分がどのような自分であっても（例えば、たまには失敗することがあっても、勉強ができなくても、いい子でなくても）ありのままを認めてもらえた」という体験を得られなかった人たちが、人との関係や他者からの援助ではなく、酒の力を借りてかりそめの被受容感を保持していなければ生きてこられなかった、という解釈もできる。さらに、「処理可能感」も、「人の助けなどを借りながら自分に降りかかった問題を処理できる」という感覚を指すものであり、「誰も自分を助けてくれない」から「酒に頼るしかない」という思考につながりやすかった可能性も考えられる。つまり、アルコール依存症をもつ人への支援で望まれるのが、「人」との関係で、「まずは少なくとも拒絶はされていない、というところから関わりを続け」、「不信感をやわらげ信頼感を培い」、「人の助けを借りながら自分で問題解決ができたという自信を積み重ね」、「酒の力ではなく、人との関係で築いた自己肯定感から、被受容感を高められるようになる」といった点を意識する必要がある。

なお、逆境体験数と AUDIT スコアの関連が小さかったのは、逆境体験が問題のある飲酒行動にあまり関係していない可能性に加え、逆境体験が 15 歳までの経験を思い出して回答する形式（参加者の平均年齢が 47.4 歳）であることから思い出しバイアスによる過小評価の可能性も考えられる。また、丁寧な面接であったとしても、初めて受診した医療機関でいきなり逆境体験について聞かれても、本音を表出しにくかった可能性も考えられ、本研究の限界である。

SOC の 3 つの下位項目と AUDIT スコアとの関連については、突出して関連の強い項目はなかったが、処理可能感との負の相関が強かったことは、過去の成功経験を有している場合でも将来の困難さを乗り切る自信に乏しいことを示しており、「今は大丈夫でも、将来はうまくいくかわからない」という将来への不安が飲酒関連問題と結びついていることを示唆している。

逆境体験数と各尺度との相関では、「不信」

が圧倒的な関連の強さを示しており、逆境体験の多さは他人への信頼や被受容感よりも不信の醸成と強く結びつくことが明確であった。つまり、飲酒の結果として二次的に生じた「生きづらさ」で不信が強まっていると考えるよりは、15 歳までの逆境体験が不信につながっていたと解釈することができる。

今回の結果より、すべての心理尺度がネガティブであるとは限らず、高い不信や被拒絶感を有しつつも、高い被受容感を同時に有するといったアンビバレントな状態にある場合が多いことが本研究から明らかとなった。治療的な介入においては、このアンビバレンスに着目し、過剰適応そのものを見据えることで、より適切な介入が可能となるかもしれない。

これまでアルコール依存症の治療は断酒を中心とする治療が主であったこともあり、そのハードルの高さから治療中断が多いという課題を抱えてきた。この課題を解決するために、アルコール依存症をもつ人が抱えるさまざまな生きづらさを臨床において理解して治療にあたる必要がある。次年度は、本研究のさらなる細かい分析を行い、アルコールに頼らないでできるストレス対処や生きづらさの解消を目的とした集団療法で利用できる治療ツールの開発を予定している。

E. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

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
特になし

参考文献

- 1) 天貝由美子 (1995) : 高校生の自我同一性に及ぼす信頼感の影響 教育心理学研究、43: 364-371.
- 2) Antonovsky, A (1987) : Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- 3) Saunders, JB et al. (1993) : Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II, Addiction. 88(6): 791-804.
- 4) 小林桜児ら (2014) : 物質使用障害患者における信頼感とストレス対処能力に関する予備的研究 第110回日本精神神経学会学術総会抄録集、p173
- 5) Bradley, LG and Schneider, HG (1990) : Interpersonal trust, self-disclosure and control in adult children of alcoholics. Psychol Rep. 67: 731-737.
- 6) 樋口 進 (2008) : アルコール依存: 生物学的背景. 松下正明, 加藤 敏, 神庭重信 (編) : 精神医学対話. 弘文堂, pp855-871.
- 7) 杉山 崇 (2001) : 被受容感, 被拒絶感の測定ツールの開発とその抑うつ過程 日本心理学会第 65 回大会論文集 p. 944
- 8) 杉山 崇, 坂本真士 (2006) : 抑うつと対人関係要因の研究—被受容感・被拒絶感尺度の作成と抑うつの自己認知過程の検討— 健康心理学研究、19(2) : 1-10.
- 9) Molner, BE et al. (2001) : Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. American Journal of Public Health, 91(5) : 753-760.
- 10) Dube, SR et al. (2002) : Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult, Addictive Behaviors, 27:713-725.
- 11) Young-Wolff, KC et al. (2011) : Accounting for the association between childhood maltreatment and alcohol-use disorders in males: a twin study, Psychological Medicine, 41:59-70.
- 12) Veijora, J et al. (2008) : Temporary parental separation at birth and substance use disorder in adulthood, A long-term follow-up of the Finnish Christmas Seal Home Children, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43:11-17.
- 13) Whelan, R et al. (2014) : Neuropsychosocial profiles of current and future adolescent alcohol misusers, Nature, 14; 512(7513): 185-189.
- 14) Dube, SR et al. (2006) : Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence, Journal of Adolescent Health, 38: 444. e1-10.
- 15) Xiao, Q et al. (2008) : Parental Alcoholism, Adverse Childhood Experiences, and Later Risk of Personal Alcohol Abuse among Chinese Medical Students, Biomedical and Environmental Sciences, 21: 411-419.
- 16) Fujiwara, T and Kawakami, N (2011) : Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: Results from the World Mental Health Japan, 2002-2004, Journal of Psychiatric Research, 45: 481-487.
- 17) 天貝由美子 (1995) : 高校生の自我同一性に及ぼす信頼感の影響 教育心理学研究、43: 364-371.
- 18) 天貝由美子 (1997) : 成人期から老年期に渡る信頼感の発達—家族および友人からのサポート感の影響 教育心理学研究、45: 79-86.
- 19) 清瀧裕子 (2008) : 青年期における攻撃行動および自傷行為について—対人的信頼感、アレキシサイミア傾向、Locus of Control との関連

- から 心理臨床学研究, 26(5): 615-624.
- 20) 永田彰子・岡本祐子(2008): 重要な他者との関係を通して構築された関係性様態の特徴-信頼感およびアイデンティティとの関連- 教育心理学研究, 56: 149-159.
- 21) 酒井厚(2005): 対人的信頼感の発達: 児童期から青年期へ, 川島書店.
- 22) 工藤力・西川正之(1983): 孤独感に関する研究(I)-孤独感尺度の信頼性・妥当性の検討- 実験社会心理学研究, 22(2): 99-108.
- 23) Antonovsky, A(1987): *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-bass Publishers, San Francisco. (山崎喜比古・吉井清子監訳; 2001, 健康の謎を解く-ストレス対処と健康保持のメカニズム, 有信堂, 東京.)
- 24) 山崎喜比古(1999): 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC *Quality Nursing*, 5: 825-832.
- 25) 戸ケ里泰典(2011): 思春期の SOC は形成途上にある-高校 3 年間の SOC の変化, 山崎喜比古・戸ケ里泰典(2011), 思春期のストレス対処力 SOC-親子・追跡調査と提言, 有信堂.
- 26) Midanik, LT and Zabkiewicz, D (1992): Indicators of Sense of Coherence and Alcohol Consumption-Related Problems: The 2000 U.S.National Alcohol Survey, *Substance Use & Misuse*, 44: 357-373.
- 27) Berg, JE and Anderson, S (2001): Mortality 5 years after detoxification and counseling as indicated by psychometric tests, *Substance Abuse*, 22 (1): 1-10.
- 28) 加藤良寛ら(2004): 断酒会会員における抑うつと心理社会的要因 *日本公衆衛生雑誌* 51(8): 603-611.
- 29) 松下年子ら(2007): アルコール依存症者の喫煙行動と SOC (sense of coherence) *日本社会精神医学会雑誌*, 16(1): 13-21.
- 30) 松下年子、佐藤亜希(2010): 精神科急性期病棟入院患者の SOC (sense of coherence) と嗜癖 *日本看護科学会誌*, 30(1): 72-79.
- 31) World Health Organization: ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, clinical description and diagnostic guideline. WHO, 1992(融道男、中根允文、小宮山実監訳: ICD-10 精神および行動の障害. 医学書院、東京、1993)
- 32) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th Edition text revision (DSM-IV-TR). APA, Washington DC, 2002(高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳: DSM-IV-TR, 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院、東京、2003)
- 33) 戸ケ里泰典ら(2015): 13 件 7 項目法 sense of coherence スケール日本語版の基準値の算出 *日本公衆衛生雑誌* 62 (5): 232-237.
- 34) 市川玲子ら(2015): パーソナリティ障害特性における被拒絶感が自己認知および他者からの評価に対する欲求に及ぼす影響—自己関連動機のネガティブな効果の検討 *パーソナリティ研究* 23(3): 142-155.
- 35) 杉山崇(2004): 被受容感・被拒絶感は抑うつに関与するのか、随伴するのか?: 3 時点の縦断的調査からの検討 *山梨英和大学紀要*, 3, 9-16.
- 36) 池田龍也、岡本祐子(2015): 比較的軽度なストレスサーと解離性体験の関連—ポジティブな対人認知の影響について *パーソナリティ研究* 24(1): 91-93.
- 37) 徳永沙智ら(2013): シャイネスと被受容感・被拒絶感が社会的スキルに及ぼす影響 *徳島大学人間科学研究* 21: 23-34.
- 38) 岡田努(2011): 現代青年の友人関係と自尊心感情の関連について *パーソナリティ研究* 20(1): 11-20.
- 39) 杉山崇(2002): 抑うつにおける「被受容感」の効果とそのモデル化の研究 *心理臨床学研究* 19(6): 589-59.

資料 1

近年の我が国における飲酒問題

(2016年1月版)

高橋伸彰¹⁾，野田龍也²⁾

- 1) 関西学院大学大学院 文学研究科
- 2) 奈良県立医科大学 健康政策医学講座

近年の我が国における飲酒問題 (2016年1月版)

はじめに

Gowingら¹⁾は、アルコール、タバコ、違法薬物、ギャンブルのうち、アルコールはタバコと並んで最も依存症の有病率や損失が高く、世界の成人人口の4.9% (2億4千万人) がアルコール使用障害を持っていると推定している。世界的にみて、アルコール消費量は1980年代から1990年代まで減少傾向にあり、その後、横ばい傾向が続いているが²⁾、アルコール問題は依然として大きな問題のままである。本稿では、近年の我が国における飲酒に関する実態調査を概観し、我が国の飲酒問題の世界的位置づけについて検討する。そして、問題飲酒がもたらす弊害と、近年増加している女性と高齢者のアルコール依存症について概説する。

我が国における飲酒実態

15歳以上を対象とした World Health Organization (以下 WHO)³⁾の *Global status report on alcohol and health-2014 ed.* によると、我が国における1年間の一人あたりのアルコール消費量は、純アルコール換算で7.2リットル (男性10.4リットル、女性4.2リットル) であった。この飲酒量は、西太平洋地域の平均である6.8リットルや全世界の平均である6.2リットルと比較して、やや多い程度であった。一方、非飲酒者の割合をみると、生涯飲酒未経験者の割合は12.0% (男性5.0%、女性18.5%) であり、過去12ヶ月の非飲酒者の割合は31.1% (男性23.6%、女性38.1%) であった。西太平洋地域の平均 (生涯未経験者37.1%、過去12ヶ月非飲酒者54.2%) や世界全体の平均 (生涯未経験者48.0%、過去12ヶ月非飲酒者61.7%) と比較すると、我が国の非飲酒者の割合は少ないといえる。20歳以上を対象とした我が国における調査⁴⁾では、2013年の過去12ヶ月の飲酒者の割合は男性で80.8%、女性で59.8%と報告されており、このデータからも我が国の飲酒率の高さが窺われる。

我が国のアルコール消費量は1990年頃までは増加傾向にあったが、その後横ばいとなり、1990年代後半から減少傾向が続いている³⁾。国民健康・栄養調査

では、週3日以上で、日本酒に換算し1日1合(2ドリンク^{注)})以上飲酒することを習慣飲酒としている。この調査での2003年から2011年の近年の動向を男女別にみると、男性では2003年から2006年で習慣飲酒率の継続的な減少がみられたが(2003年では42.9%, 2006年では35.4%), それ以降は横ばいの傾向が続いている(2011年で35.1%)。一方、女性では継続的な減少はみられず、7%前後の低い値で維持されている⁵⁾。

以上から我が国の飲酒実態をまとめると、飲酒量は世界全体の平均と比較してやや多い程度にとどまっているといえる。しかし、1990年代後半から減少傾向が続いているとはいえ、世界全体の平均と比較して、飲酒率は高く維持されている。アルコール代謝酵素の一つであるアルデヒド脱水素酵素(aldehyde dehydrogenase: ALDH) 2には遺伝子多型が存在し、ALDH2の非活性型遺伝子を有する人では少量の飲酒後に顔や身体の皮膚が赤くなる(フラッシング)、ほてり感、頻脈、血圧低下、気管支収縮、アレルギー反応、吐き気、頭痛などの反応を示すことが知られている⁶⁾。ALDH2の遺伝子多型は東洋人に多くみられ、特にこのようなALDH2活性の低い人が多い我が国において、世界全体の平均と比較して飲酒率が高いことは特筆すべきことである。

注) 基準となる飲酒量の単位を1ドリンクといい、これは「純アルコール10gを含むアルコール飲料」を指す。エタノールの比重が0.789であるため、おおよそ0.8で計算すると、純アルコール(g)の計算方法は、「飲酒量(mL)×酒のアルコール濃度×0.8」となる。例えば5%のビール500mLの場合、 $500\text{ mL} \times 0.05 \times 0.8 = 20\text{ g}$ となる。なお、異なるアルコールの単位の換算は、1ドリンク=10g=12.5mLで行うことができる。

我が国における問題飲酒

健康日本21(二次計画)では、純アルコール換算で男性40g(4ドリンク)以上/日、女性20g(2ドリンク)以上/日を生活習慣病のリスクを高める飲酒量として設定している。我が国でこれに該当する者の割合は、2003、2008、2013年の調査において、男性ではそれぞれ、19.0%、14.1%、14.3%と減少傾向がみられたが、女性ではそれぞれ、6.0%、5.4%、5.9%と横ばいであった。また、機会多量飲酒者(週1回以上60g、すなわち6ドリンク以上のアルコールを摂

取した者)の割合は、男性ではそれぞれ10.8%、9.0%、12.8%、女性ではそれぞれ2.5%、1.4%、2.6%であった。男女ともに2008年に減少する傾向を見せたが、2013年に再び増加した⁴⁾。厚生労働省は、毎日飲酒する者のうち、日本酒換算3合(6ドリンク)以上飲酒する者を多量飲酒者としているが、2004、2006、2008年の3回の国民健康・栄養調査を性別年代別に比較すると、40歳代で多量飲酒者が増えてきており、その傾向は女性で著しいことがわかる⁵⁾。また、前述したWHOの報告³⁾をもとに、我が国の多量飲酒者の割合をみると、我が国の多量飲酒者(過去30日で1回でも純アルコール換算で60g、すなわち6ドリンク以上飲酒した者)の割合は、17.5%(男性28.1%、女性7.5%)であった。飲酒者に限るとその割合は25.3%(男性36.9%、女性12.0%)であった。一方、西太平洋地域の多量飲酒者の割合は7.7%であり、飲酒者に限るとその割合は16.4%であった。また、世界全体の多量飲酒者の割合は7.5%であり、飲酒者に限るとその割合は16.0%であった。以上から、我が国の多量飲酒者の割合は多いといえることができる。

加えて、多量飲酒者の上位20%の人々によるアルコール消費量は全アルコール消費量の約70%を占めていることが報告されている²⁾。Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD:経済協力開発機構)諸国の中で、我が国の成人一人あたりのアルコール消費量はその平均を下回っている。しかし、多量飲酒者の上位20%によるアルコール消費量の割合をみると、成人一人あたりのアルコール消費量が我が国よりも多い国々(フランスやスイスなど)よりも、我が国の多量飲酒者によるアルコール消費量の割合は多いことがわかる。

我が国では、アルコール使用障害のスクリーニング検査であるAlcohol Use Disorder Identification Test(以下、AUDIT)⁷⁾に基づいて、8点から14点を問題飲酒ではあるが、アルコール依存症までは至っていない段階、15点以上をアルコール依存症の疑いと考え、問題飲酒者に対しては減酒支援を行い、アルコール依存症が疑われる人に対しては、専門医療機関の受診につなげることが、「標準的な健診・保健指導プログラム」において推奨されている⁸⁾。我が国の2003、2008、2013年調査において、AUDIT8点以上の者の割合は、男性ではそれぞれ、28.0%、23.1%、24.5%であり、女性ではそれぞれ、4.3%、4.0%、3.7%であった。一方、16点以上の者の割合は、男性ではそれぞれ、5.3%、4.7%、4.6%であり、女性ではそれぞれ、0.6%、0.6%、0.7%であった。そして、20

点以上の者の割合は、男性ではそれぞれ、1.6%、2.1%、2.1%であり、女性ではそれぞれ、0.2%、0.3%、0.2%であった。すなわち、問題飲酒者の割合は減少傾向にあるが、アルコール依存症が強く疑われる人の割合はほぼ横ばいであることが示された。なお、WHOの定めた診断基準であるICD-10（International Classification of Diseases 10th revision；国際疾病分類第10版）を用いたアルコール依存症を持つ人の割合では、男性ではそれぞれ、1.5%、0.5%、1.0%、女性ではそれぞれ、0.2%、0.1%、0.2%であった。男女ともに2008年で一度低下したのち、2013年に再び増加してきている⁴⁾。WHOの報告³⁾をもとに、我が国のアルコール使用障害の罹患率をみると、その値は2.8%（男性4.6%、女性1.0%）であり、西太平洋地域の平均4.6%、世界全体の平均4.1%と比較して少ない値であった。

世界全体の平均と比較して、我が国のアルコール使用障害の罹患率は低く、問題飲酒者の割合は近年、減少傾向にある。しかし、アルコール依存症が強く疑われる人の割合は横ばいか、もしくは増加傾向に転じている。また、40歳代、その中でも特に女性の多量飲酒者の増加がみられている。今後、問題飲酒の重症度別の対応や中年層に向けた対策が重要となるであろう。

問題飲酒がもたらす弊害

アルコールの不適切な使用による社会的損失額は4兆1483億円と算出されている⁹⁾。この損失額は、喫煙による社会的損失に匹敵している。それに加えて、この損失額は酒税で得られる額（調査と同じ2008年では約1兆4680億円）よりも大きいという結果となっている。その内訳をみると、問題飲酒者の労働効率低下による損失が1兆9700億円と最も大きく、次いでアルコールの害による早期死亡者の賃金喪失が1兆762億円、アルコール起因疾患への医療費が1兆101億円であった。また、アルコールにより死亡した人数は、男性23,583人、女性11,405人、合計34,988人と推定され、その内訳は、自殺6,914人、アルコール性肝疾患4,153人、心筋症3,682人、肝硬変3,574人、脳血管疾患2,801人、転倒・転落2,293人、溺水・溺死2,193人と推定されている⁹⁾。

肝硬変の成因

上述のアルコール性肝疾患による死亡数（4,153人）に肝硬変の死亡数（3,574人）を加えると、7,727人となり、アルコールにより死亡した者のうち、肝臓の機能不全による死亡が最も多いことになる。2012年4月から2013年3月までに入院した肝硬変患者を対象とした報告¹⁰⁾によると、我が国における肝硬変の成因として、アルコール単独によるものは24.6%（男性34.3%、女性8.8%）であり、肝炎ウイルスマーカー陽性例、自己免疫性例をあわせると30.6%（男性42.4%、女性11.6%）であった。成人一人あたりの飲酒量は横ばいであるにもかかわらず、以前よりも肝硬変患者におけるアルコール性肝硬変患者の比率が増加していることが示されている。

自殺

多量飲酒がもたらす肝臓の機能不全による死亡に次いで多いのが自殺である。東邦大学医学部法医学教室での過去5年の外因死ならび災害死例における血中アルコール濃度を測定した報告¹¹⁾では、全測定数1501例のうちアルコール検出例は686例（検出率45.70%）であり、自殺例のアルコール検出率は32.81%であった。近年においても、50例中11例にアルコールが検出され、うち4例は死亡時に中等度の酩酊状態であったと報告されている¹²⁾。

我が国における飲酒と自殺との関連を検討した大規模調査として、Akechiら¹³⁾による調査とNakayaら¹⁴⁾による調査を挙げることができる。Akechiら¹³⁾による40歳から69歳の男性43,383人を対象とした大規模コホート調査では、調査期間内に自殺した事例は168人であった。機会飲酒者（1ヶ月に1-3日）と比較した相対危険率は、習慣的に飲酒する者（週に1-2日以上）のうち、1週間あたりの飲酒量が純アルコール換算で414g以上飲む者で2.3倍、252-413g飲む者で1.3倍、138-251g飲む者で1.4倍、138g未満飲む者で1.2倍であった。一方、非飲酒者では2.3倍、以前飲酒していたがやめた者では6.7倍であった。非飲酒者の方が機会飲酒者よりも自殺率が高いが、毎日飲酒する者ではその飲酒量にほぼ比例して自殺率が高いという結果も同時に得られている。

Nakayaら¹⁴⁾による大崎国民健康保険コホート調査においてもAkechiらによる調査とほぼ同様の結果が得られている。この調査では、1日あたりの飲酒量が純

アルコール換算で 45.6 g（日本酒で 2 合）以上の者における自殺の相対危険率は、非現在飲酒者と比べて 3.3 倍高く、中程度の飲酒者（22.8-45.5 g）では 1.9 倍、少量飲酒者（22.7 g 未満）においても 1.7 倍と高い値が示されている。さらに、アルコール消費量が多い県は自殺率も高く、日常の飲酒量と自殺率との高い正の相関が示されている¹⁵⁾。また、以前飲酒していたがやめた者、すなわち現在断酒している者の自殺率が最も高かったことから、アルコール依存症を持つ人と自殺との深い関連が示唆される。

また別の報告では、アルコール依存症と自殺との関連では、自殺既遂者の 21% が自殺前 1 年以内にアルコール関連問題を呈し、そのうちの 8 割がアルコール乱用、依存の診断に該当しているとされ¹⁶⁾、アルコール依存症を持つ人のうち、55.1% に自殺念慮、30.6% に自殺企図の経験が認められている¹⁷⁾。以上のように、アルコールと自殺との関連に疑う余地はないが、報告される死亡リスクの値は報告によって幅がある。これは、調査の手法によりうつ病など、合併しうる他の精神疾患との併存をどのように扱うかが異なるからであろう。

自殺以外の外因死

転倒・転落や溺水・溺死といった自殺以外の外因死もアルコールによる死亡数に多く含まれている⁹⁾。先述の東邦大学医学部法医学教室での報告¹¹⁾では、他殺例のアルコール検出率は 62.92% であり、自殺例と比較して検出濃度が高い傾向がみられた。交通事故死全体の検出率は 43.30% であり、そのうち自動車運転者では 61.54%、歩行者では 69.06% と高率であった。自過失死例でアルコール検出率が最も高率であったのは焼死 94.44% であり、次いで轢死 93.10%、窒息死 79.55%、溺死 61.00%、凍死 59.70%、一酸化炭素中毒死 58.33%、転倒・転落死 41.38% であった。また、高齢者に多い浴槽内での死亡もアルコールと関連している。東京都監察医務院¹⁸⁾での報告では、2009 年から 2010 年の間における浴槽内での死亡例 357 例中、アルコールが検出されたのは 146 例であり、中高年の習慣飲酒者、特にアルコール関連の胃腸疾患を持つ人に多く検出されている。

2014 年現在、飲酒事故件数は 4,155 件、飲酒死亡事故件数は 227 件と、2005 年の飲酒事故件数 13,878 件、飲酒死亡事故件数 709 件から一貫した減少傾向にあるものの、近年ではその減少幅が縮小し、下げ止まり傾向にある¹⁹⁾。2002、

2009年に飲酒運転に関する道路交通法が一部改正され、飲酒運転に関する条例制定も進められてきており、飲酒運転の厳罰化の傾向が増している。しかし、飲酒運転再犯者の56.8%にアルコール依存症の疑いがあるため、法の厳罰化のみでは飲酒運転を根絶することができないと考えられており、アルコール依存症を持つ人に治療を促すことの必要性が指摘されている²⁰⁾。

女性と高齢者における受診者の増加

1980年代までは、アルコール依存症を持つ人の多くが40代から50代の男性であった²¹⁾。しかし、近年、女性と高齢者におけるアルコール依存症が注目されている。国立病院機構久里浜医療センター（旧久里浜アルコール症センター）の初診者数をみると、1972年から1999年までの28年間に、女性の数が約9倍に達し、その男女比は、1970年代は19対1であったのに対し、1990年代には7対1となった²²⁾。なお、2007年現在、新規受診者に占める女性患者の割合は18.6%とされ、増加傾向にある²³⁾。一方、高齢者については近年、60歳以上の患者が3割を占めていた²¹⁾。また、1988年1月から1991年12月までの4年間と、1965年1月から1970年12月までの6年間を比較した、神奈川県立精神医療センター（当時：せりがや病院）の初診者数と受診時年齢では、全受診者のうちアルコール依存症を持つ人の占める割合は、男性ではどちらの期間も約70%と変わらなかったが、女性では20年前では7.2%であったのに対して、1988-1991年現在では39.2%と大きく増大していた。また、アルコール依存症を持つ人の受診時年齢は、20年前は男性平均42.7歳、女性平均36.8歳であったのに対して、1988-1991年現在では男性平均48.9歳、女性平均45.1歳とその年齢は高くなっていた。60歳以上のアルコール依存症を持つ人の占める割合をみても、20年前は男性5.5%、女性0%であったのに対して、1988-1991年現在では男性13.3%、女性7.0%と大きく増加している²⁴⁾。以上から、以前と比較して、現在では女性と高齢者の受診者が増加しているといえる。

女性のアルコール依存症

女性のアルコール依存症の特徴として以下のことが挙げられている²²⁾。1) 女性は男性よりも短期間で、アルコール性肝硬変になることが多い。2) 月経周期

や閉経など女性ホルモンの変化によって身体への影響が変化する。3) 依存症を発症するまでの習慣飲酒期間が短い。4) 振戦せん妄やアルコール幻覚症などの、重篤な離脱症状が少ない。5) 隠れ飲みの形から依存症が始まることが多い。6) 暴力や反社会的行動が少ない。7) うつ病，パニック障害，身体化障害，パーソナリティ障害，摂食障害などの合併が多い。8) 特に 20 代では摂食障害の合併が多い。9) 女性でアルコール依存症を持つ人の死亡率は，追跡調査において男性と変わりがなく，年率 4%と報告されている。10) アルコール依存症を抱える親を持つ人が多い。11) 女性でアルコール依存症を持つ人は夫がアルコール依存症である割合が高く，DV 被害の経験者が多い。女性でアルコール依存症を持つ人に対する治療・介入にあたっては，上記の 7，8 に挙げた合併症に対して扱う必要があり，10 に挙げた生まれ育った家族との関係や 11 に挙げた夫婦関係など，家族療法的な介入が必要である。また，異性には話しづらいことも多いために，女性クローズドの自助グループにつなげる必要もある。

アルコール暴露による母性に関する健康問題として重要なものに，胎児性アルコール症候群 (fetal alcohol syndrome : FAS) がある。これは，妊婦が飲酒することによって引き起こされる，胎児の神経系の障害や形態異常のことである。飲酒によるリスクは，摂取していない妊婦と比べると 20 倍から 30 倍と報告されている。胎児性アルコール症候群の症状として，知能障害や学習障害，行動障害，視覚・聴覚の障害といった中枢神経系の異常，低体重児や小頭症などの発育に関連する異常などのさまざまな症状が挙げられている²⁵⁾。

高齢者のアルコール依存症

高齢者のアルコール依存症の臨床特徴として以下のことが挙げられている²⁶⁾。高齢者でアルコール依存症を持つ人では，1) 自身のアルコール問題を否認する傾向が強い。2) 離脱症状の数が多く，持続期間も長い。3) 心疾患や高血圧を合併する頻度も高く，認知症が潜んでいることも多い。4) 老化によるアルコールへの感受性亢進のために飲酒量は減少する傾向にあり，耐性が形成されないことが多い。5) 認知機能障害が存在すると，飲酒行動の把握が難しくなり，飲酒自体もまた認知機能を増悪させる原因となる。6) 重要な社会的・職業的活動から離れている場合が多いために，社会・家庭生活上の支障も目立ちにくく，問題飲酒行動が抑制されにくい。

そして、高齢者でアルコール依存症を持つ人に対する治療・介入では、薬物療法やアルコール依存症リハビリテーションプログラムの他に、患者の喪失体験や孤独などの心理的な問題に焦点が当てられている。加えて、高齢者は社会的・職業的活動から離れている点にも着目したい。犯罪心理学の理論に社会的絆理論 (social bond theory) がある。この理論では、「なぜ、世の中の大部分の人は逸脱をしないのか」に注目し、非行・犯罪の抑制要因を「社会に対する個人の絆」に求めている²⁷⁾。この視点は飲酒問題においても有用である。すなわち、高齢者に対して社会活動の場を提供し、適切な社会活動に積極的に従事するように促すことは、高齢者がアルコール依存症にかかるリスクを軽減することにつながる上、アルコール依存症に至った場合でも回復を維持しやすくなると考える。

高齢者のケアには、配偶者や同居家族、社会福祉士や介護福祉士など多くの人々が関わっている。これら高齢者に関わる人々から治療・介入につながるケースも少なくない。実際に、介護支援専門員、訪問介護員を対象とした調査²⁸⁾では、79.1%がアルコール関連問題は居宅介護の現場で必ず遭遇する問題の一つであると答え、回答者の約6割が、節酒や禁酒の働きかけを行ったと回答した。また、回答者の約3割が、職場外の他機関へ飲酒問題について相談した経験を持っていた。しかし、アルコール専門医療機関への相談件数はまだ多くはなく、介護支援専門員や訪問介護員など的高齢者と日常的に関わる人々とアルコール専門医療機関とのさらなるネットワーク作りが必要であろう。

おわりに

我が国の飲酒実態は、世界的にみて飲酒量はやや多い程度にとどまるものの、飲酒率は高く維持されている。アルコール使用障害の罹患率は世界的にみると高いとは言えないが、重度の問題飲酒者は横ばいか増加傾向に転じており、今後も注意が必要である。また、アルコールに関連する疾患は数多いが、自殺をはじめとする外因死との関連も無視することはできない。近年では女性と高齢者において受診者の増加がみられているが、今後、他の属性を持つ受診者の増加がみられる可能性もあり、多面的な調査研究を継続する必要があると考える。

文 献

- 1) Gowing, L. R., Ali, R. L., Allsop S., Marsden, J., Turf, E. E., West, R. and Witton, J.: Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report. *Addiction*, **110**:904-919, 2015.
- 2) OECD: Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy, France, 2015.
- 3) WHO: Global status report on alcohol and health-2014 ed., Luxembourg, 2014.
- 4) 尾崎米厚：わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査 2013 年：2003 年，2008 年全国調査との比較. 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 25 年度分担研究報告書，2014.
- 5) 神田秀幸：わが国の喫煙，飲酒習慣の推移とその特徴. *動脈硬化予防*, **12**:5-10, 2014.
- 6) 松下幸生，樋口進：アルコール代謝とアルコール依存症. *臨床検査*, **56**:1427-1434, 2012.
- 7) Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R and Grant, M.: Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, **88**:791-804, 1993.
- 8) 樋口進: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) とその評価に基づく減酒支援 (ブリーフ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】(厚生労働省健康局編), pp. 176-183, 2013.
- 9) 尾崎米厚：飲酒によってどのくらいの社会的な損失があるのでしょうか？ 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），付録：改訂版保健指導マニュアル，2014.
- 10) 堀江義則：アルコール性肝障害の実態調査. 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