

令和5年度（第36回）アルコール問題対策連絡会議  
アルコール依存のトリートメントギャップを埋めるために  
地域支援者に求められること

（トリートメントギャップ；潜在的患者が多いということ）

関係機関における問題

病院・診療所：別の病名で診療

アルコール関係相談員；本人でなく家族からの相談

区役所、保健所；生活苦、トラブルメーカー

警察・消防；飲酒運転、暴力

福祉協議会（民生委員）：生保、単身

宮城野区宮千代加藤内科医院 加藤純二(2/14/2024)

<https://main.mkn-hospital.com/>

# 重要なこと

①アルコール依存症（ア症）は進行性の病気

②重要なサインは？

泥酔・深酒タイプ → 断酒

家族が困っていなければ、様子見

# ア症増加の背景：安い酒代 (日本酒4合相当)

- ◆ ビール：缶350ml=7.2缶：800円（月24,000円）
- ◆ ウィスキー：640円（月19,100円、ダルマ）
- ◆ ワイン：590円（月17,700円、加洲産）
- ◆ 焼酎乙類：300円（月9,000円）  
甲類：230円（月6,900円）

アルコール依存症を続けるには  
タバコ1/3箱分のお金があればいい

# 文化的背景



映画「ベン イズ バック」2018年、主演：ジュリア・ロバーツ  
薬物依存症の息子を守ろうとする母親の物語。

麻薬＝downer系

- ・ **フェンタニル**の鎮痛効果  
モルヒネの100倍
- ・ **アルコール**（回教では禁止、  
カトリックでは赤ワインは  
キリストの血）

覚醒剤＝upper系

- ・ 退薬症状は少ない
- ・ モルモン教では**カフェイン**も  
禁止



赤鬼



青鬼

酒を飲むと顔が赤くなる人（約4割）と  
ならない人がある。

# 東洋人のアルコール代謝の特徴

エタノール（+脱水素酵素）→アセトアルデヒド  
（+脱水素酵素）→酢酸→TCAサイクル

◆ 日本人の約4割の人々はアセトアルデヒド脱水素酵素IIの活性が欠如しており、少量の飲酒で顔面紅潮、動悸、嘔気などを起こす。

## 嫌酒剤

◎シアナマイド：朝1回、普通 7 ml

◎ノックビン：1日0.1～0.5 g 1～3回に分服

# シアナマイド

- ◆ 1%水溶液、「嫌酒薬」
- ◆ 「石灰窒素」肥料から発見された。
- ◆ ア症の人が朝にこれを服用（約7ml）すると、その一日、酒に弱い体質になる。
- ◆ 医療用で、服用には本人の同意が必要。





## ■ 呼気中アルコール濃度と酔いの症状

BAC: blood alcohol content

呼気中アルコール濃度 [mg/L]	血中アルコール濃度 [%BAC]	酔いの症状
— 0.15	0.03	気分爽快、疲労感が取れて頭がすっきりし、煩わしいことを忘れて愉快的気分になる。
— 0.25	0.05	大声でしゃべり、良く笑う。抑制が取れる(理性が失われる)ことがある。
0.35	0.07	人による孤独感があり、他人の迷惑を構わなくなる。
0.5	0.11	歩くとよろめき、一人で上着が着られなくなる。
1.0	0.21	助けられないと歩けない。翌日には全く記憶していない。

# 「酔う」とはどういうことか？

“脳を高次機能から抑制していく”



- 飲むと抑制（理性）が減り、開放感や深層心理が表に出やすくなる。気分が変わり易くなる（相手の上機嫌も怒りも、こちらの対応次第）

## 問題飲酒 (problem-drinking)

- 1) 依存のない乱用 (急性中毒=イッキ飲み)
- 2) **アルコール依存症**
- 3) アルコール精神病 (振戦せん妄、ウェルニッケーコルサコフ症候群、 認知症、異常酩酊)
- 4) アルコール関連問題 (**身体障害**、家庭や職場での問題、事故、犯罪)

# ア症のタイプ

**$\beta$ 型**＝病気はあるが、飲酒を続ける。

（精神的依存）

→ 家庭・職場に問題ない例が多い。

**$\delta$ 型**＝離脱症状を回避するため飲酒。

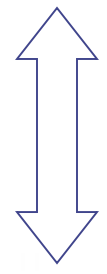
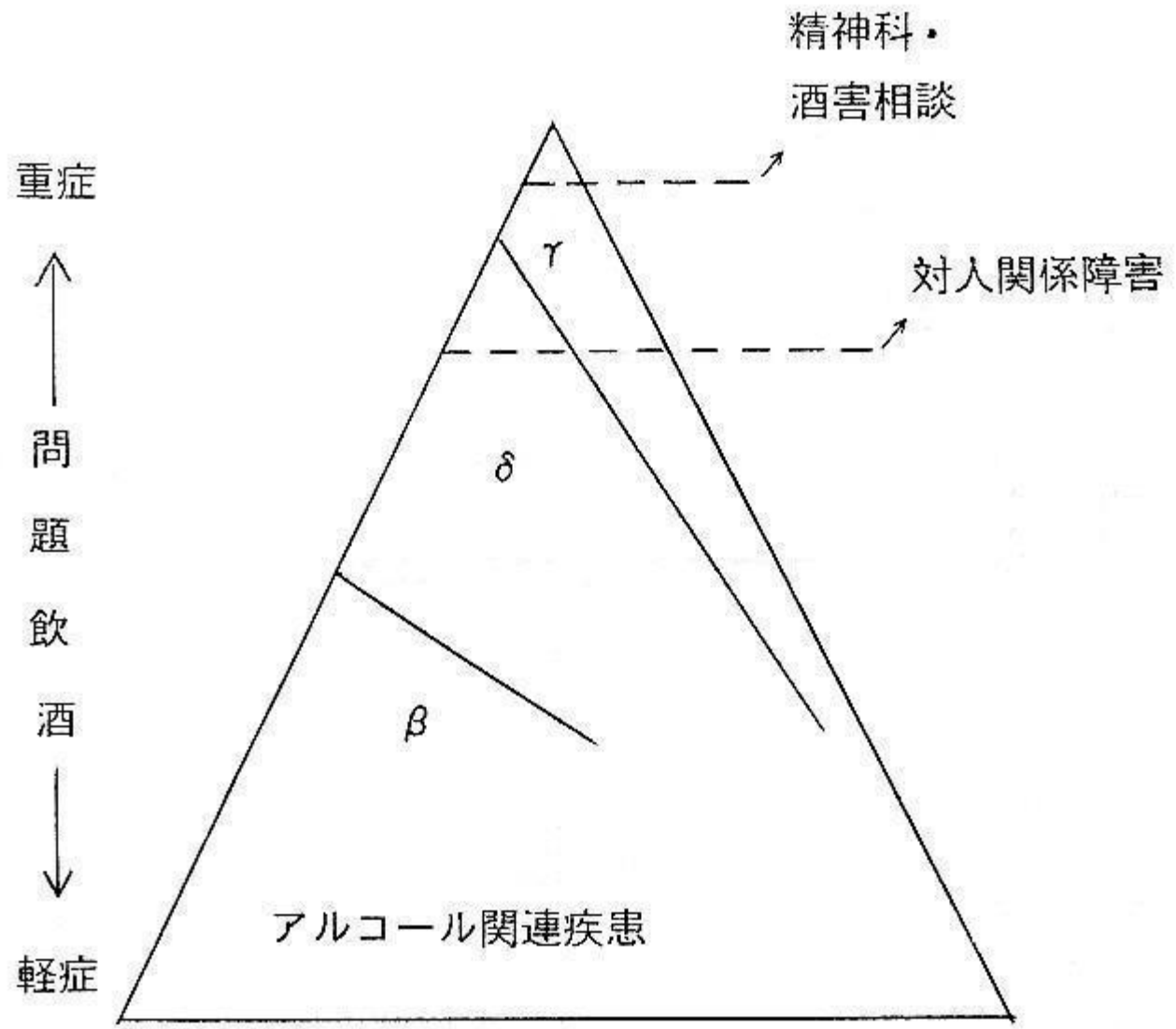
（身体的依存）

→ 家庭・職場の問題はあるが、破綻は少ない。

**$\gamma$ 型**＝飲めば節酒はできない。 **泥酔、深酒**

（耐性の増強）

→ 家庭・職場の問題が多い。



文化的許容度

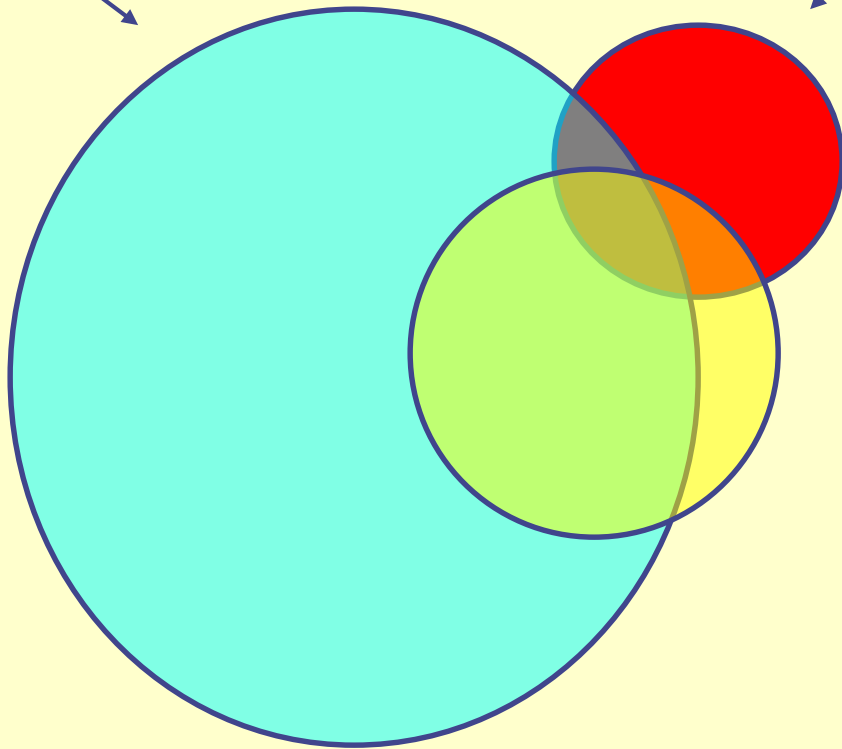
精神的依存  
( $\beta$ )

耐性増強 ( $\gamma$ )

内科医

精神科医

身体的依存  
( $\delta$ )



ア症の三つのタイプの関係

# ジェリネック E.M.による「アルコール嗜癖の進行」(1952年 嗜癖≡依存)

機会的息抜き飲酒 ⇒ 常習的息抜き飲酒

## 「前駆期」

- 1 前夜の事を忘れる
- 2 隠れ飲み
- 3 酒へのこだわり(会合で酒がでるかなど)
- 4 最初の1~2杯を急いで飲む
- 5 自分の罪悪感
- 6 酒の話題をさける
- 7 1の回数が増える

## 「臨界期」

- |              |                |
|--------------|----------------|
| 8 節酒ができない    | 9 飲酒を正当化       |
| 10 家族友人から注意  | 11 誇大的言動       |
| 12 攻撃的行動     | 13 持続的自責感      |
| 14 時々断酒      | 15 飲み方を変えようとする |
| 16 友人が去る     | 17 離職          |
| 18 飲酒中心の生活   | 19 他の趣味がなくなる   |
| 20 対人関係の理由づけ | 21 自己憐憫        |
| 22 孤立化、蒸発    | 23 家族内習慣の変化    |
| 24 理由のない憤り   | 25 酒の確保にやっき    |
| 26 栄養摂取の低下   | 27 器質的障害で入院    |
| 28 性欲の減退     | 29 嫉妬妄想        |
| 30 朝酒の始まり    |                |



## 「慢性期」

- |    |            |    |            |
|----|------------|----|------------|
| 31 | 酩酊時間の延長    | 32 | 倫理的退廃      |
| 33 | 思考障害       | 34 | アルコール精神病   |
| 35 | 社会的地位の低下   | 36 | 他の薬品を代用    |
| 37 | 酒への耐容性の低下  | 38 | 恐怖感        |
| 39 | 振戦         | 40 | 断酒時の精神活動低下 |
| 41 | 強迫的飲酒      | 42 | すがりたい気持ち   |
| 43 | 敗北感（⇒精神病院） |    |            |

# アルコール関連疾患とは？

- ◆ 肝臓障害、高脂血症、糖尿病、痛風
- ◆ 膵炎、筋肉障害
- ◆ 高血圧症、頻脈、脳梗塞、痴呆
- ◆ 不眠症
- ◆ 外傷胃炎、下痢症
- ◆ 慢性硬膜下血腫

◎診断：禁酒（2週間以上）によりデータが改善  
（禁酒できない人：ア症を疑う）

◎アルコール関連疾患の背後にアルコール依存症が  
隠れている

## 内科外来でのア症の頻度（軽症を含む）

◆ 男性：40、50歳代に多い

18歳以上の外来初診患者の12.5%

女性：20、30歳代と50歳代の2峰性

伴先生らの報告では、男性で12～13%

女性で1～2%

◆ 症状は、腹痛、倦怠感、頭痛、下痢など、  
女性では他に、めまい、吐き気、浮腫

# 一般診療におけるア症

- ◆ 身体的障害だけ診る（医療費がそれに支払われる）
- ◆ 節酒・休肝日の指導に終わる
- ◆ **ア症の重症度**を診断しない  
（家族・職場の同僚へ問診）
- ◆ 否認的な言動に医師が慣れていない（一般診療では、患者が症状を軽く言ったり、ウソをついたりしない）
- ◆ 受診を中断したり、転医したりするので、まともに診察したくなくなる。
- ◆ 専門精神科や自助グループと連携しない
- ◆ ア症者は暴力的という誤解がある。（実際には、甘えと脅迫で、飲酒を続けようとしているだけ。）

# 基本的な問題は？

- ◆ どの程度から治療（断酒）の対象となるのか？ → 周囲の人々が困っていれば。
- ◆ どうやって治療のきっかけをつかむか？  
→ ア症の病態は様々． きっかけ（底つき体験）も様々．

＝アルコール医療の矛盾・困難性＝

酒を簡単に止められる人ほど、止める必要性が低く、酒をなかなか止められない人ほど、止める必要性が高い。

# 否認（曲解）をどう捉えるべきか？

◆ 「自分には飲酒問題はないし、あっても、その気になりさえすれば、自分でどうにでもできる。」

◆ 「自分には飲酒以外の問題はない。酒を止めさえすれば問題は解決する。」

## ◆ 否認はア症の主要な症状！

否認的言動があるということは、周囲の人々の苦言があり、それに**理論的抵抗**をしているということ。（断酒すると褒められる）

# 受診や相談に来る理由

- ◆ 自分や家族が異常だと思って（インターネット）
- ◆ 検診で $\gamma$ -GTPが高いことを指摘されて
- ◆ 泥酔で問題を起こして
- ◆ 失禁
- ◆ 職場での欠勤や、飲酒運転による人身事故



しかし、ア症の重症度が診断されない → 千載一遇のチャンスが断酒に結びつかない

## 症例 1 : 初診→断酒会、シアナマイド

- 若い男性経営者：家の外で飲むときは、どうしても泥酔。家族が心配し、本人もどうしたらよいか悩んでいると。
- 助言：節酒は無理で、断酒が必要。今夜、断酒会がある。
- 当日夜の断酒会に参加。翌朝からシアナマイドを家族の前で服用。
- 時々、部下も来院。「以前とは仕事ぶりが違う」
- 本人の弁「以前はいつも二日酔いの状態で出勤していました」



# ブラックアウトと連続飲酒発作

- ◆ **ブラックアウト**：前夜の飲酒後のことを思い出せない現象。血中濃度が2.5g/l前後の過剰飲酒後の部分的健忘。普通人ではそこまで飲めない。
- ◆ **連続飲酒発作** (drinking bout)：ストップが効かない数日にわたる飲酒で、普通食事も取らない。耐性が增強したために飲んでも快感が得られず、飲み潰れてしまい、醒めると離脱症状を避けるため、また得られぬ快感を求めてまた飲むという状態。（程度の軽いものが「山型飲酒サイクル」）

# 飲酒運転

(呼気アルコール濃度 $\div$ 血中アルコール濃度の0.05%)

- ・ 酒気帯び運転の呼気アルコール濃度
  - 0.15mg/L $\sim$ 0.25mg/L → 13点、免停90日
  - 0.25mg/L以上 → 25点、免許取り消し2年
- ・ 酒酔い運転（歩行、応答） → 35点、取り消し3年

新聞の報道で呼気濃度が0.25をはるかに上回って警察につかまる例がある。このような場合は「**耐性増強型のア症**」であろう。普通の人ではそこまでは飲めない。



## 症例2: 追突事故の言い逃れ

- ・ 男性「追突したというのですが、覚えていません。酒は家に帰ってから駐車場で飲みました。（飲酒運転ではなく、逃げたのではありません）」
- ・ 私の報告「飲酒による健忘は、飲んだ後の記憶がなくなるのですが、飲む前までの記憶はあります。覚えていないというなら、追突前から飲んでいたことになります。」

## ア症者の心理・行動の特徴

- ◆ 緊張しやすい、満足感がない → 「~~酒~~酒」や「梯子酒」
- ◆ 医師の節酒や休肝日の指導は歓迎
- ◆ 「これで止めよう」と飲んでいる
- ◆ 小言が支え（もともとは善良で有能な人）
- ◆ 「分かっちゃいるけど止められない」
- ◆ 自分を甘やかさせてくれる人を求める  
＝ケア引き出し行動（甘えと脅迫）

## 相談を受ける側の留意点：前提

- ◆ 何十年の飲酒がわずか数回の相談で解決する訳がない
- ◆ まず相談者との信頼関係を作る
- ◆ いつでもまた相談に応ずるという姿勢
- ◆ 聞くが鵜呑みにしない
- ◆ ア症者を悪者に思わない
- ◆ アルコールが病気を作っている
- ◆ 三人寄らば文殊の知恵
- ◆ 本人は事態を分かっている
  - 家族と同じことをしない

# 家族が学ぶこと

ア症について学び、対応を変える  
それには断酒会への参加がよい

- ◆イネイブリングを止める
- ◆酩酊時の売り言葉、買い言葉は止める  
(朝、話す。夜は飲むとスーパーマン)
- ◆体験談を読む、それらを家に置く
- ◆「非難」→「心配している」
- ◆自責感 → 飲む飲まないは本人の問題
- ◆周囲に味方を作る。
- ◆自分を大切にする
- ◆断酒はできなくても状況がよくなる。

# 専門精神科→自助グループ

本人は「底つき」の状態で来院

◆ 「回復の方法がある、利益が大きい」ことを話す

◆ 専門精神科への「しきい」を低くする.

「骨折なら整形外科、お産なら産婦人科」

「専門医の意見を聞いたらどうか」

「入院は必ずしもしなくていい、いつでも退院できる」

他のコツ：

◆ 身体的な治療をあえてしない.

◆ 家族を交えないで話す.

自助グループで学ぶこと

◆ 仲間を見る、1日断酒、家族の思いを知る、孤独から参加の楽しみへ、未来への希望、気づきと反省

◆ ア症は一生の病気。再飲酒で後戻り

# 医療機関がア症を放置できない法的根拠

- ◆ 「医師法・第23条 医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他、保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。」
- ◆ 転送（転医勧告）義務とは、医師が自ら医療水準をみだす診療ができない場合に、患者を他の適切な治療機関に転医させるべき義務を指し、これにより医療格差を補う機能を有する。（最高裁判例、委任契約における広義の説明義務）



### 症例 3 飲むと泥酔、道路で寝てしまう

寿司店に勤務。離婚寸前になったが、親方夫婦が専門病院に予約を取り、入院。退院後、断酒会参加を続け、自分の寿司店を開き、客には酒を出す、自分は一滴も飲まない。

### 症例 4 保護課からの紹介で老人が受診

ヘルパーさんから苦情。アパートの他の住人と飲み会。歩けないが酒は配達してくれると。

助言：「飲み続けるか、専門科の受診」→病気の末期発見は回復困難。

## 症例 5 路上生活者の受診

- 福祉事務所からの紹介。医療保険なし。  
だるいと言う。診察と採血。エコー検査では肝硬変。採血の結果はほとんど正常。
- 入院させてほしいと言う。入院の必要はないと答えた。
- その夜、鉄パイプを持って来る。酩酊しており、「オレがこんなに具合が悪いと言っているのに、どこも悪くないということはなかんべ」と、ドアをたたく。
- 警官を呼んだ。警官は近所の公園で解放。

## 症例 6 入院保証人になると

- 入院後、つけ飲みの請求ですべての持ち金が消え、  
医療費の請求が保証人に来た。

# 「適正飲酒十ヶ条」は不適正

- ◆ アルコール健康医学協会は酒類企業の寄附によって運営されている厚労省と国税局の天下り団体で、「適正飲酒十ヶ条」を宣伝している。
- ◆ 「週1, 2日は休肝日を」とよく医師が指導しているが、休刊日にゴロを合わせ、週5, 6日飲むのが当たり前という暗示を与えている。

# 適正飲酒十ヶ条とその修正（前半）

- ①笑いながら共に、楽しく飲もう  
→ 家族が困る飲み方なら専門病院へ
- ②自分のペースでゆっくりと  
→ 長時間の飲酒はア症のサイン
- ③食べながら飲む習慣を  
→ 飲む習慣には問題あり
- ④自分の適量にとどめよう  
→ 安全量は1日1合以下
- ⑤週に二日は休肝日を  
→ 週に5日飲むのが当たり前ですか？

# 適正飲酒十ヶ条（後半）

⑥人に酒の無理強いをしない

⑦薬と一緒に飲まない

→ 酒を止めて、薬は減らそう

⑧強いアルコール飲料は薄めて

→ 薄めても危険は薄まらない

⑨遅くても夜12時で切り上げよう

→ 夜12時まで飲むのが適正ですか？

⑩肝臓などの定期検査を

→ 依存症は血液検査では分からない

## 症例 7 再飲酒（スリップ）について

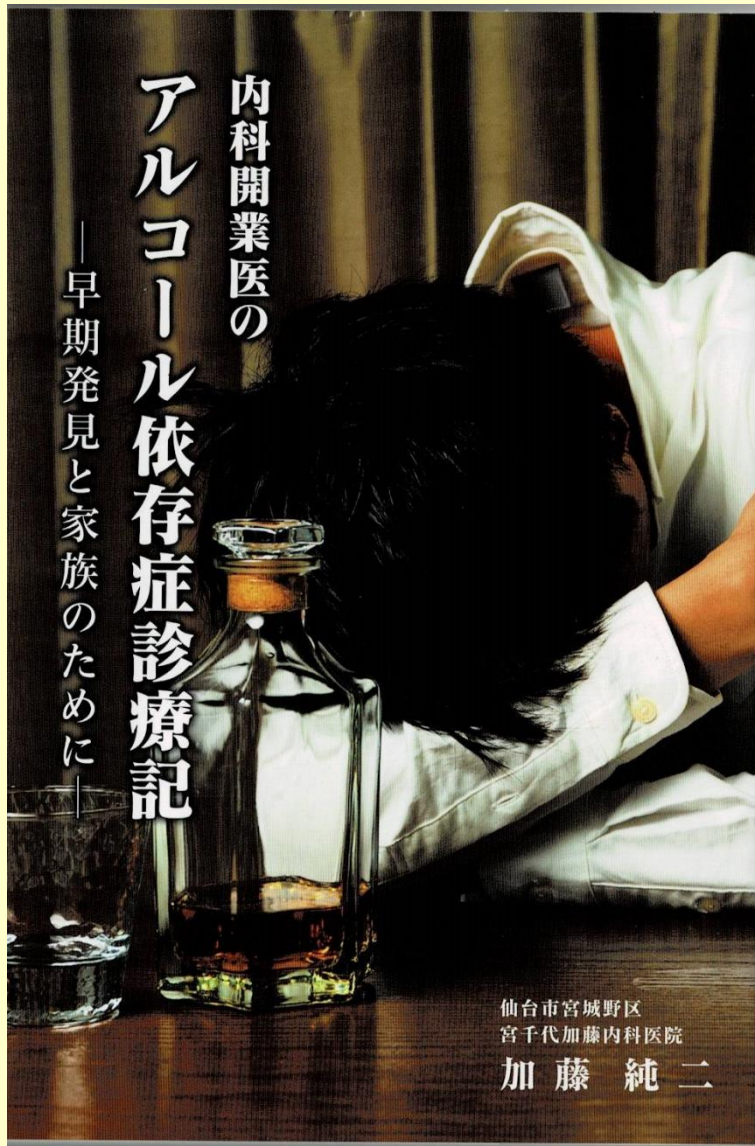
女性断酒会員：息子の結婚式で立食形式の披露宴があり、ビールが出た。一生に一度のことだから飲んでいいのではと思った。しかし一口でも飲んだら、あの頃の自分に戻ってしまうと思い、カウンターに行き、ウーロン茶に代えてもらった。

**最近の問題**：セリンクロという節酒剤が処方されるようになった。飲みたくなったら、飲む前にその錠剤を服用。

→飲酒量が半減するという。これがア症のトリートメントギャップを埋める医薬品だという。

受診した**ア症が軽症**だったり、**断酒を拒否**した場合に処方し、治療からのドロップアウトを防ぐという。

- ・ 専門精神科を受診するア症者に軽症者がいるのか？
- ・ 節酒でア症に回復はあるのか？
- ・ 海外で認可されたら日本国内でも認可してよいのか？



2021/11 出版 ￥1,500

下記にご連絡いただければ、  
お送りします。

[mkatoclinic44@gmail.com](mailto:mkatoclinic44@gmail.com)