

知っておきたい!
「高齢者の飲酒問題の特徴」と
「介入方法」



四日市アルコールと健康を考えるネットワーク

発行日 平成 23 年 8 月

発行 四日市市保健所 保健予防課

A 高齢者の飲酒問題の特徴

1. こんな高齢者には、飲酒問題がひそんでいる可能性がある	1
2. 高齢者は、飲酒問題を起こしやすい生活面での特徴がある	1
3. 高齢者の飲酒は、「自立した生活」を一層困難にする	1
4. 高齢者はアルコール依存症の診断基準を満たしにくい	2
(1) アルコール依存症の診断基準	2
(2) 診断基準を満たしにくい理由	2
(3) 高齢者のアルコール依存症は3つの「発症タイプ」がある	3
5. アルコール依存症に該当しなくても、高齢者は「危険な飲酒」になりやすい	3
(1) 「危険の少ない飲酒」を守ろう	3
(2) 「危険な飲酒」をやめよう	3
6. 飲酒する高齢者は、がん検診が必要である	3
7. 高齢者は、多量飲酒で骨折しやすく、熱中症になりやすい	3
8. 長年の多量飲酒は「脳の変化」を生じる	3
(1) 長年の多量飲酒は、脳の萎縮をもたらす	4
(2) 症状がないのに、MRI画像で脳梗塞の所見がある場合が多い(無症候性脳梗塞)	4
9. アルコールが関与する「認知症」には特徴がある	4
10. 飲酒は「高齢者の心理」に影響する	5
(1) うつ気分や不安の誘発・増強	5
(2) 気分の過剰な揺れ	5
(3) 睡眠障害	5
11. 高齢者の「うつ」と「自殺」と「飲酒」には、密接な関係がある	6

B 介入方法

12. 本人が、節酒・断酒後の生活に「希望」をみつけるのが鍵	6
(1) 高齢者が節酒・断酒しやすい要因	6
(2) 高齢者が節酒・断酒しにくい要因	6
13. 高齢者を治療・節酒・断酒へと動機づける	6
(1) 簡易介入(SBIRT: Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment)の 目標・方法・効果	6
(2) スクリーニングをする時の心がまえ	6~7
(3) 一般的な動機付け面接法の原則	7
(4) 飲酒問題を持つ本人に介入する場合の原則	7
(5) スタッフや家族から、本人への伝え方の注意点	8~9
(6) 単身高齢者への介入方法	9
(7) 同居家族がいる高齢者への介入方法	10~11
14. 高齢者用フローチャート	11
15. チェックテスト(CAGE, AUDIT-C)・飲酒の順位表	12~14
16. 参考文献	15~16

A 高齢者の飲酒問題の特徴

1. こんな高齢者には、飲酒問題がひそんでいる可能性がある

外見・ケア上の気付き

- ・酒の臭いが朝（昼）からする
- ・年齢以上に老けて見える
- ・転倒・転落が多い
- ・認知症の傾向がある
- ・失禁、下痢、軟便がある
- ・手足のしびれ、感覚の低下がある
- ・幻視や幻聴があるようだ
- ・家族関係がよくない
- ・顔がむくんでいる
- ・抑うつ、イライラ、焦燥感がある
- ・身なりがだらしなく、部屋が乱雑である
- ・こむら返りが起こりやすい
- ・手のふるえや手の湿潤感がある
- ・不眠症があるようだ

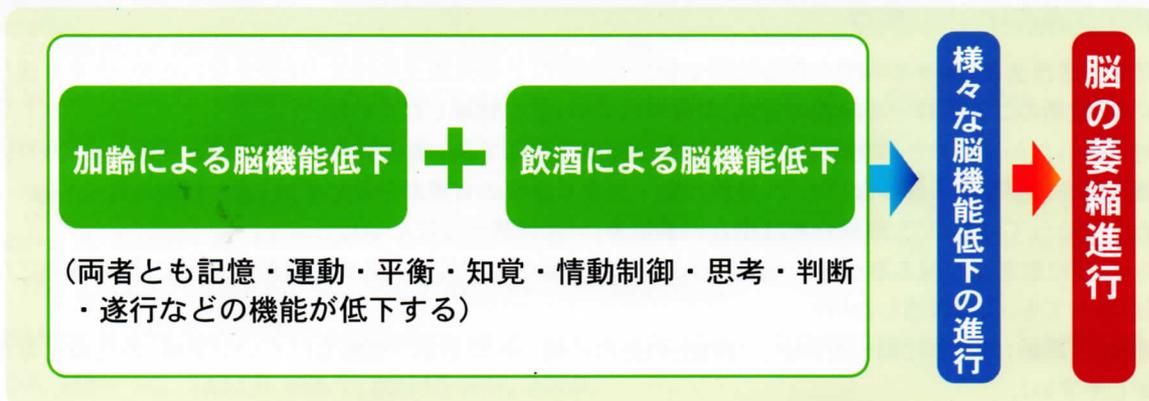
今までの病気などからの気付き

- ・骨折・外傷の既往がある
- ・うつ状態、自殺未遂の既往がある
- ・熱中症になったことがある
- ・がんの既往がある（口腔・咽頭・喉頭・食道・肝臓・結腸・直腸・乳房）
- ・高血圧・糖尿病・膵炎・痛風がある
- ・身内に多量飲酒者がいる
- ・高齢発症の痙攣発作がある

2. 高齢者は、飲酒問題をおこしやすい生活面での特徴がある

- 社会的役割、仕事、目標などが無い「むなしさ」から酔いを求めやすい。
- 毎日が日曜日でお金の余裕があると、飲酒にハマリやすい。
- 病気の薬が増え、飲酒が併用されることで、酩酊がひどくなりやすい。
- 子どもの巣立ち、配偶者や知人の死は「孤独」を生じ、酔いを求めやすい。
- 喪失に伴う抑うつや人生後期の様々な困難のため、飲酒問題が生じやすい。

3. 高齢者の飲酒は、「自立した生活」を一層困難にする



4. 高齢者はアルコール依存症の診断基準を満たしにくい

(1) アルコール依存症の診断基準 (WHOによる ICD-10)

◆過去 1 年間に次の事がありましたか?◆

- ① 飲酒したいという強い欲望、または強迫感がある……………□はい □いいえ
- ・ 仕事が終われば、待ちきれないように飲む。
 - ・ 隠れてでも飲みたくなる。
 - ・ 医師から、節酒、断酒を指示されて守ろうと頑張るが、守れない。
 - ・ ちょっとした刺激で飲酒欲求が非常に強くなる。
 - ・ 飲んでダメとわかっていて、飲酒運転を繰り返してしまう。
- ② 飲酒開始、飲酒終了、飲酒量のどれかのコントロールが困難である……………□はい □いいえ
- ・ 開始時間：朝(昼)から飲んでしまう。仕事中でも飲み始めてしまう。
 - ・ 終了時間：次の日に支障が出るほど、遅くまで飲んでしまう。
 - ・ 飲酒量：量をコントロールしようとするが、抑えがたい飲酒欲求のためできない。
- ③ 飲酒を中止または減量した時の生理学的離脱状態がある……………□はい □いいえ
- ・ 手のふるえ、発汗、不眠、吐き気、動悸、高血圧、食欲不振、こむら返り、イライラ・不安・抑うつ・易怒などの不快な気分(重症では全身痙攣、幻視、意識障害)などが、飲酒を止めると出現するが、飲むと軽減するか消失する。
- ④ 耐性の証拠がある(耐性：当初飲んでいた量より多く飲まないと同じ酔いが得られない)……………□はい □いいえ
- ・ 飲み始めの頃の 1.5 倍以上飲まないと、酔えない。
- ⑤ 飲酒のために他の楽しみや趣味を次第に無視するようになり、飲んでいる時間が多くなったり、酔いから醒めるのに時間を要するようになる……………□はい □いいえ
- ・ 飲酒中心の生活で、多様な暮らし方が出来ない。
- ⑥ 明らかに有害な結果が起きているのに、飲酒する……………□はい □いいえ
- ・ 飲酒による臓器障害、抑うつ気分状態、認知機能の障害がある。
 - ・ 上記の心身の有害な結果があると分かっているが、依然として飲酒する。

◆判 定◆

6 項目中、3 項目以上あればアルコール依存症の可能性が高い

(2) 診断基準を満たしにくい理由

- ・ 高齢者は守るべき決まり(起きる時間や寝る時間や飲む時間帯などの生活上の決まり)が少ないため、決まり違反から分かってくる「飲酒のコントロール障害の有無」が分りにくい(②と判断しにくい)。
- ・ 決まりが何であったか高齢のため記憶しにくく、決まり違反と考えて良いか分りにくい(②と判断しにくい)。
- ・ 周囲に飲酒行動を観察する人が少ないので、逸脱行動・決まり違反の有無が分りにくい(②と判断しにくい)。
- ・ 多量に飲めなくなっているため、離脱症状は出ない事が多い(③は該当しにくい)。
- ・ 加齢とともに、逆に飲酒量が減る事が多い(逆耐性)。しかし、少量でもアルコールの影響が強く出て、問題飲酒になりやすい(飲酒問題があっても、④は該当しない)。
- ・ 楽しみや趣味が「高齢」のために減ったのか、「飲酒」のために減ったのかが、判断しにくい(「高齢」のためと考え、⑤を該当せずと判断しやすい)。
- ・ 慢性疾患が「高齢」のために増えたのか、「飲酒」のために増えたのか、判断しにくい(「高齢」のためと考え、⑥を該当せずと判断しやすい)。

※診断基準を満たしていなくても「危険な飲酒」としての対応が必要

(3) 高齢者のアルコール依存症は3つの「発症タイプ」がある

1. 若年時にアルコール依存症を発症して、生き残った人
2. 若年時に多量飲酒し、その後落ち着いていたが、高齢で再発症した人
3. 高齢になってアルコール依存症を発症した人

5. アルコール依存症に該当しなくても、高齢者は「危険な飲酒」になりやすい

(1) 「危険の少ない飲酒」を守ろう

- 65歳以上では飲む日でも一日に日本酒換算1.5合未満と、週に3.5合未満を常に守る。
(NIAAAの基準)

(2) 「危険な飲酒」をやめよう

- 65歳以上では危険な飲酒(飲む日には一日に日本酒換算1.5合以上、または、週に3.5合以上飲む。)は、すでに飲酒問題を生じているか、今後飲酒問題を生じる可能性が高い。(NIAAAの基準)

※NIAAA(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)の基準はアメリカの基準であり、日本人には多めの基準である可能性がある

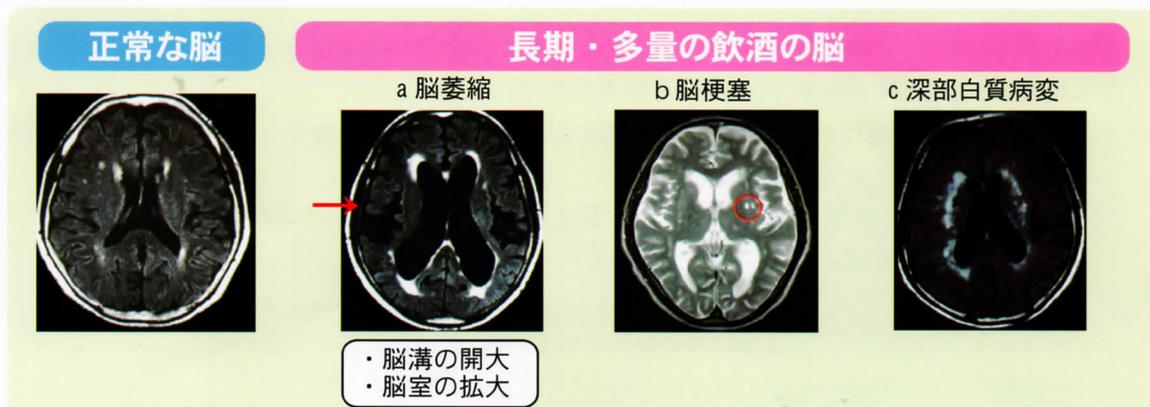
6. 飲酒する高齢者は、がん検診が必要である

- アルコールは発がん物質であり、がんのリスクを高める
(口腔、咽頭、喉頭、食道、肝臓、結腸、直腸、乳がんなど)

7. 高齢者は、多量飲酒で骨折しやすく、熱中症になりやすい

- 多量飲酒は、骨をもろくし、骨粗しょう症になる。⇒骨折しやすい
- 脳外傷では頭蓋骨が折れやすく重症化しやすい
- 多量飲酒は、筋肉量を減少させる。⇒転倒しやすい
- 暑さによる脱水に加えて、アルコールの脱水作用により、一層脱水となる。かつ酩酊のため異常に気付きにくい。⇒熱中症になりやすく、気づくのが遅れる

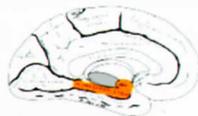
8. 長年の多量飲酒は「脳の変化」を生じる



(1) 長年の多量飲酒は、脳の萎縮をもたらす

- 加齢により脳は萎縮するが、2合以上の飲酒は10年早く脳を萎縮させる。
- 生涯に飲んだアルコールの総量と脳の容積は逆比例する。
- 飲まない人の脳の容積が一番大きく、次いで以前飲酒者だが今は飲んでいない人、週日本酒換算7合までの人、週に7合以上の人の順に脳の容積は小さくなっていく。
- アルコール依存症の海馬傍回の萎縮は、認知症に匹敵する。しかし断酒で萎縮が回復することが多い。
- 飲んでいる状態のアルコール依存症では大脳全体に機能低下が見られる。(SPECT画像)

海馬傍回：大脳皮質で、主に記憶や認知に関する場所
認知症でも萎縮する



(2) 症状がないのに、MRI画像で脳梗塞の所見がある場合が多い(無症候性脳梗塞)

- 無症候性脳梗塞(隠れ脳梗塞)があると、将来脳梗塞になる危険が10倍高い。
- アルコール依存症の50歳代の脳梗塞の頻度は、一般の70歳代の頻度に匹敵する。

依存症の無症候性脳梗塞の頻度

50歳未満	5.9%
50-59歳	24.3%
60-69歳	50.7%
70歳以上	70.4%
(一般高齢者は23%)	

無症候性脳梗塞の特徴

1. 肺炎になりやすい
2. 転倒しやすい
3. 認知機能の低下に進展する危険性がある
4. 症状を伴う脳梗塞になる危険性が高まる

9. アルコールが関与する「認知症」には特徴がある

(1) 若年でも認知症の症状が認められることがある。(アルコール関連認知症)

(2) 脳萎縮と脳梗塞の合併による認知症が多い。

(3) 気分障害や意欲低下、日常生活の動作の低下を伴うことが多い。

アルコールが関与する認知症の3つのタイプと断酒の予後

- ①大量飲酒が主原因の認知症(アルコール関連認知症)：
⇒断酒によって進行がストップし、長期的には改善する可能性がある
- ②加齢による身体・認知機能の低下に、飲酒の急性(あるいは亜急性)の作用が加わった認知症：
⇒断酒によって飲酒の影響の部分はとれる
- ③アルツハイマーなどによる記憶障害や脱抑制の上に、飲酒が悪影響した認知症：
⇒断酒によって飲酒の影響の部分はとれるが、認知症は進行する

10. 飲酒は「高齢者の心理」に影響する

(1) うつ気分や不安の誘発・増強

高齢者特有の生活困難がある上に、飲酒はうつ気分、不安を誘発・増強しやすい。

(2) 気分の過剰な揺れ

飲酒が情動中枢の機能を抑制し、泣き上戸、怒り上戸、笑い上戸など、気分の揺れを大きくする。

衝動のコントロールが弱まるので、興奮が強まり、様々な対人問題が生じやすい。

(3) 睡眠障害

加齢により睡眠時間が短くなる。寝酒で対処しようとするので寝つきは良いが、途中でめざめ、睡眠の質も低下する。

そのために酒量を増やして寝ようとするので、アルコール依存症の危険も生じる。

睡眠導入剤の方がアルコールより依存性が小さい。

11. 高齢者の「うつ」と「自殺」と「飲酒」には、非常に密接な関係がある

- 高齢者は疾患や死別が増え、また退職などによる社会的役割の喪失から、「うつ病」と「危険な飲酒」を同時に生じやすい。
- 薬の服用と飲酒が重なると、少量の飲酒であっても問題飲酒になりやすい。薬の効果と副作用が過剰に出る。
- 高齢者の抑うつを伴うアルコール依存症は、複雑な経過を有し、社会適応が困難で自殺のリスクを増大させる。

高齢者の自殺の背景

- ・ 若者は衝動的方法が多いが、高齢者では計画的で、より致死的方法が多い
- ・ 加齢で融通が効かなくなり、ストレスや問題の処理能力が低下し、自殺のリスクを高める
- ・ 慢性の身体的疾患が増加するので、抑うつ的になりやすく、自殺のリスクを高める
- ・ 抑うつ気分と身体疾患、アルコール依存症が共存し、悪い相乗作用を生じる

(海外では、75歳以上の男性が、一番自殺率が高い)

例：配偶者を失った人が抑うつ的になり、その気分を飲酒によって和らげようとする。一時的に不安や落ち込みがなくなるというポジティブな体験をすると、飲酒が持続し、量が増す。しかしそれは、①配偶者の喪失による「抑うつ」を悪化、②アルコールによる問題(人間関係の悪化、経済的負担など)による「抑うつ」、③アルコールの薬物作用による「抑うつ」の3つの「抑うつ」が加重し、自殺のリスクを高める。

B 介入方法

12. 本人が、節酒・断酒後の生活に「希望」を見つけるのが鍵

(1) 高齢者が節酒・断酒しやすい要因

- 体調の改善を自覚しやすい。
- 子育て、社会的活動の責任からくるストレスが少なく、再発しにくい。
- 周囲に飲まない人(飲めない人)が増加している。
- 一緒に飲んできた人が早く死んでいくのを見て、多量飲酒の現実を自覚しやすい。

(2) 高齢者が節酒・断酒しにくい要因

- 「高齢で他に楽しみがない」「あとわずかだから大目にみよう」と周囲の人が思ってしまう。
- 「酒なしで生きていても…」「十分生きた…」と言われると、動機づけが難しい。
- 「節酒・断酒」によって得るものは少ないと思込みやすい。

節酒・断酒の効果

- | | |
|-------------|-------------------|
| 1. 体調が良くなる | 2. 食事が美味くなる |
| 3. 気分が良くなる | 4. やる気が出る |
| 5. 頭がクリアになる | 6. 家族関係・人間関係が良くなる |
| 7. 脳萎縮が回復する | 8. 骨密度が改善する |
| 9. 筋肉量が改善する | |

13. 高齢者を治療・節酒・断酒へと動機づける

(1) 簡易介入(SBIRT: Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment)

目標 「危険な飲酒」の人、プレアルコールリックには節酒を指導し、「危険の少ない飲酒」をめざす。
「アルコール依存症」には断酒のために専門医療機関を紹介し、受診させる。

方法 スクリーニング後1回数分～1時間の動機づけ面接法を1～5回行う。
四日市市保健所発行のリーフレット(「酒害から心身の健康を取り戻すために」、「一般医・産業医・コメディカルスタッフのためのガイドライン：飲酒スクリーニング・短時間介入・専門医療機関へ紹介」)を用いる。

効果 「危険な飲酒」の人や「問題飲酒」の人に最も効果的。費用対効果も良い。
転倒などの外傷時、救急を利用した時、入院時、臓器障害が悪化した時等は介入の効果が大きい。

(2) スクリーニングをする時の心がまえ

- 質問は高齢者のペースにあわせゆっくりと、理解し易いように行う。
- 共感的に、脅威や不安を与えないように、配慮する。
- 疲れている時、病気の時、痛みがある時は心身の状態が安定するまで「待つ」。
- 「健康状態」を尋ねていることを明確にして、他の健康行動(例えば、運動、体重、喫煙)の質問に、飲酒の質問をはさみこむ。

(3) 一般的な動機付け面接法の原則

- ・ 「はい・いいえ」で答える質問でなく、「どうして?」「どう思いますか」など「開かれた質問」をし、気がかりな点や問題を認識するよう促す。
- ・ 本人が言っていることを繰り返し、時に要約し、「変化したい」気持ちを強めて動機づけをし、変化の方法を自分で選択できるよう促す。
- ・ 本人の意思を尊重し、面接者が良悪を判断しない。
- ・ 「しかし」「でも」は禁句。「そうですね」「なるほど」と認める。違うと言う時には「ある面」「一方では」などの言葉を用い、本人が抵抗感をもたず、自主的に取り組めるよう促す。

(4) 飲酒問題を持つ本人に介入する場合の原則

- 動機付けることを心がける(強制しない)
- 緊急の危機の時は断固として保護する
- 本人が、「否認」したり抵抗しても、感情的にならない

アルコールは「ストレス対処手段」、「コミュニケーション手段」、「満足感を得る手段」であるため、アルコールを止めることはこれらの手段を失うことになる。
このような手段を手離すことは不安、緊張、喪失感を伴うため、アルコールによる問題が生じていても、問題を過少視したり、認めない。これが「否認」である。
酩酊や脳の機能低下が「否認」を増強する。

★ アルコール依存症では「気付かせ、専門医療機関受診を決心させる」ことが介入の最終目標である。

(5) スタッフや家族から、本人への伝え方の注意点

時 「しらふ」の時に伝える。

誰から 家族や友人が伝えるときは、複数で。

- 本人が解決策を選びとるのを援助する気持ちで。
- 非難をしない。生きてきた苦勞に共感し、頑張ってきた過去(本人が達成した子育て、仕事、功績、音楽などの趣味)を評価し、節酒や断酒の行動変化についても「専門的サポートがあれば可能だ」と自信を持てるように伝える。
- 冷静に、分かりやすく、繰り返し伝える。
- 手紙、メモ等を活用し、記憶に残るように伝える。
- 複数の具体的な解決策(飲酒日記をつける。通院を続ける。専門医療機関への外来通院や入院、自助グループの紹介など)を提示する。
- 「残された人生が短いとしても、午後の人生こそ「他の人の記憶と人物評価」になるので、ここで節酒や断酒に挑戦することは重要だ」と強調する。

★本人が専門医療機関の受診を受け入れない時は、家族の先行した専門医療機関の受診を勧める。

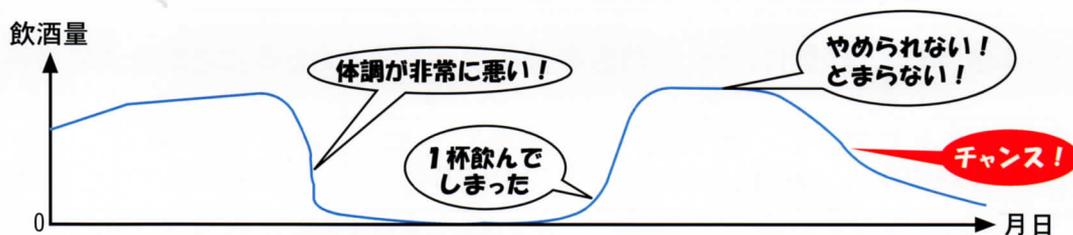
★介入に失敗しても、次につなげる約束を交わす。

「次に検査結果が悪化したときや、仕事に影響が出たときは、アルコール専門医療機関を受診する」、「次回は内科だけでなく、専門医療機関も受診する」などと約束を取りつけておく。

チャンスはやってくる! あきらめない! あせらない!

こんな時がチャンス!

- 臓器障害が本人の思っていた以上に深刻になった時
(検査結果の異常な悪化・生命の危機・緊急入院時など)
- 自尊心が傷つくほどの飲酒問題に直面した時(入院・外傷・交通事故・欠勤など)
- 家族関係や職場の危機が生じた時(別居、離縁、降格、失業など)
- 飲み続けの後、飲めなくなった時(下の図の「山型飲酒サイクル」参照)



高齢者のアルコールに関する動機付けの具体的方法

- 「自立的な生活、身体的・精神的健康を維持し、生活の質をあげる」ために「どうしたいか」を話しあい、そのための「今後3カ月から1年までの短期の目標」について話し合う。
- 本人のサポートシステムの構築を本人と共に進める。
- 家族や周囲の人々から「必要とされている」ことを本人に伝える。(とても大切)
- 飲酒のプラス・マイナスを天秤にかける。
飲酒が高齢者にとって心や時間の癒しとなっているポジティブな効果を認めた上で、飲酒がもたらしているネガティブな影響を話し合う。
- 今後の生活や人生の「目標を見つけること」は重要である。
その目標実現に治療や、節酒や断酒が役立ち、有益であることを気付かせ動機づける。
- 本人と介入者が了解し合った「飲酒目標」は、特に効果的である。
- 栄養、運動、喫煙などを含めて、動機付けを行うとよい。
- 節酒や断酒に踏み切れない場合、「とりあえずやってみる」ことを促す。
(体調が良くなるなどの断酒の効果を体験すると、節酒や断酒の気持ちが強化され、目標とした期間が過ぎても継続が可能となる。)
- 喪失体験からの憂鬱感、孤独感、悲哀感が、飲酒に先行していることが多いので、飲酒の批判や害よりも個別的、支持的対応が必要である。
- 高齢者のシラフの社会的活動を励ますこと。以前していた趣味や関心に再チャレンジすることを勧める。可能ならば、地域のボランティア活動を勧める。
- 身体的老化は現実として受け入れるが、心の老化が進まないように励ます。
- 高齢者特有の再発しやすい危険な状況「社会的孤立、退屈、ネガティブな家族・社会関係」に飲まないで対処する仕方を話し合い、危険な状況を回避したり、新たな習慣に安全にチャレンジするよう励ます。
- 本人が専門医療機関の受診を拒否する場合、かかりつけ医や介護機関の協力を得て、動機づける。
- 本人が専門医療機関受診を拒否している場合、家族が「悩んでいる病人」となり、本人を「付添い」として登場させ受診に繋げる方法もある。

(6) 単身高齢者への介入方法

- ①子ども、孫、兄弟など肉親の人々を遠方からでも動員し、介入の参加者にする。
 - ②介入者が擬似家族の役割を担う。
- ※本人が断酒できない場合に、介入する側が本人への怒りやあきらめの気持ちを持ち、治療者としての自信を喪失することがあるので気をつける。
- ※一人で抱え込まず、チームで関わることを基本にする。

(7) 同居家族がいる高齢者への介入方法

- ①同居家族に「依存症は病気」であることを伝え、できるだけ多くの家族を動員する。
- ②本人にも家族にも回復の希望があることを伝える。
- ③本人に「必要とされている」ことを伝える。(とても大切)

14. 高齢者用フローチャート

(Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment : SBIRT)

1. 下記の項目をチェックしよう

- ① 検査所見・身体所見にアルコールに関連すると思われる異常がある。
- ② 社会的・精神的にアルコールに関連する問題がある。
(家族関係悪化・飲酒運転・仕事上の問題・うつ病・不眠など)
- ③ 飲酒量は下記に該当する。(下段のアルコール換算表を活用)
65歳以上の高齢者：飲む日は日本酒1.5合以上飲むか、週3.5合以上飲む。

①②③のどれかに該当

どれも該当しない

年1回チェックしよう

2. CAGEか、AUDIT-C (12ページ)のチェックをしよう

CAGE

2項目以上

1項目

0項目

危険な飲酒のためAへ
年1回チェックしよう

AUDIT-C

3点以上

3点未満

年1回チェックしよう

3. ICD-10 (2ページ)の診断基準でチェックをしよう

ICD-10

0~2項目

3項目以上

4. 医療スタッフと話し合おう

危険な飲酒、プレアルコール症

A

- (1) 原則として節酒を促す
- (2) 飲酒の順位表でチェックする
- (3) 飲酒目標を設定する
- (4) 目標達成時の褒美を決める
- (5) 飲酒日記を付ける

四日市市保健所発行の「一般医・産業医・コメディカルスタッフのためのガイドライン」の3ページを参照ください

アルコール依存症

B

- (1) 断酒を促す
- (2) 専門治療機関を紹介する

「一般医・産業医・コメディカルスタッフのためのガイドライン」の4ページを参照ください

アルコール換算表

基準	日本酒1合に相当する酒類の量				
日本酒	ビール	焼酎	チューハイ	ウイスキー	ワイン
濃度15%	5%	25%	7%	43%	12%
1合 (180ml)	中ビン1本 (500ml)	コップ半分 (100ml)	缶1本 (350ml)	ダブル1杯 (60ml)	小グラス2杯 (200ml)

※換算表にない酒類もアルコール濃度を目安に換算する

例 日本酒2合+チューハイ缶2本=日本酒4合に換算

次の点を参考にして、本人とともに、チェックを進めてください。

- 「赤色」の部分は矢印の方向へ進んでください。
- 「青色」の部分は、「危険な飲酒」か「プレアルコーリック」としてAへ進んでください。
- 「緑色」の部分は、飲酒行動は時間とともに変化するので、このフローチャートで「年1回チェック」を活用してください。

1. 下記の項目をチェックしよう

- ① **検査所見**：γGTP、GOT、GPT、MCV、尿酸値、中性脂肪値、血糖値、血圧のチェック
身体所見：転倒や打撲による顔や体の傷痕、年齢以上に老けた顔貌、顔のむくみ、軟便、発汗や振えなどの離脱症状
- ② **家族関係の悪化**：家族が見放している、疎遠、冷淡、夫婦喧嘩、別居、離婚
飲酒運転：違反、事故
仕事上の問題：突然の欠勤、病欠、能率低下、ミス、事故、酒で職場の人間関係悪化、健診で指摘を受ける
うつ病：抑うつ気分、意欲の低下、投げやり、孤立、精神科受診歴、多量飲酒時の落ち込み
不眠：寝酒の習慣、飲まないと言寝られない、睡眠薬と飲酒の併用
- ③ 飲酒量はアメリカのNIAAA(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)による基準を使用しているため、平均体重が小さい日本人には多めの基準である可能性があります。これ以上の飲酒は「危険な飲酒」であることを告げて下さい。
「危険な飲酒」の程度を示すのに、「飲酒の順位表(13ページ)」が役立ちます。

2. CAGEか、AUDIT-C(12ページ)のチェックをしよう

カットオフポイントが各々違います。

CAGE又はAUDIT-Cをチェックすることで「アルコール依存症」、「プレアルコーリック」、「危険な飲酒」の可能性がチェックできます。CAGEとAUDIT-Cの得点が高くなるほど、依存が強いと考えアルコール依存症の診断基準(ICD-10、2ページ)に進んで下さい。

3. ICD-10(2ページ)のチェックをしよう

- ICD-10が0項目該当：CAGE 1項目以上、AUDIT-C 3点以上なら、「危険な飲酒」です。
- ICD-10が1・2項目該当：「プレアルコーリック」、「危険な飲酒」であり節酒をすすめて下さい。
- ICD-10が3項目以上該当：「アルコール依存症」であり、専門機関への紹介、断酒を促して下さい。

① CAGE

次の4問中2問以上に該当すれば、アルコール依存症の疑いが十分にあります。

- (1) あなたは、自分の酒量を減らさねばならないと感じたことはありますか。
- (2) 他の人に自分の飲酒について批判され、うるさいなと感じたことがありますか。
- (3) 自分の飲酒について、良くないと感じたり、罪悪感をもったことがありますか。
- (4) 神経を落ち着かせるため、または二日酔いを治すために、朝まっさきに飲酒したことがありますか。

- CAGE が1項目：依存症ではないので、節酒指導をする
- CAGE が2項目以上：ICD-10 のチェックをする

② AUDIT-C (AUDIT-C は、AUDIT の最初の3項目)

		0点	1点	2点	3点	4点
1	あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか	飲まない	月に1度以下	月に2～4度	週に2～3度	週に4度以上
2	飲酒するとき、通常どのくらいの量を飲みますか (以下ドリンクの目安) 「日本酒」1合=2ドリンク 「ビール」大瓶1本=2.5ドリンク 「ウイスキー」水割りダブル1杯=2ドリンク 「焼酎」お湯割り1杯=1ドリンク 「ワイン」グラス1杯=1.5ドリンク	1～2 ドリンク	3～4 ドリンク	5～6 ドリンク	7～9 ドリンク	10 ドリンク 以上
3	一度に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	ない	月に1度未満	月に1度	週に1度	ほぼ毎日

- AUDIT-C が3点未満：年一回チェックを
- AUDIT-C が3点以上：ICD-10 でアルコール依存症の有無をチェックする

飲酒の順位表

◎ あなたの飲酒量・飲酒頻度は日本の成人男性(女性) 100人のうち、何番目？

Q-1 飲む日に通常飲む量は次のどれですか

- A-1) 1合未満 A-2) 1合～2合未満 A-3) 2合～3合未満
 A-4) 3～4合未満 A-5) 4～5合未満 A-6) 5合以上

Q-2 飲む回数はどれくらいですか

- B-1) 1年以上止めている B-2) 殆ど飲まない(飲めない) B-3) 月1回以上飲む

■成人男性の飲酒量・飲酒頻度の国民標準表

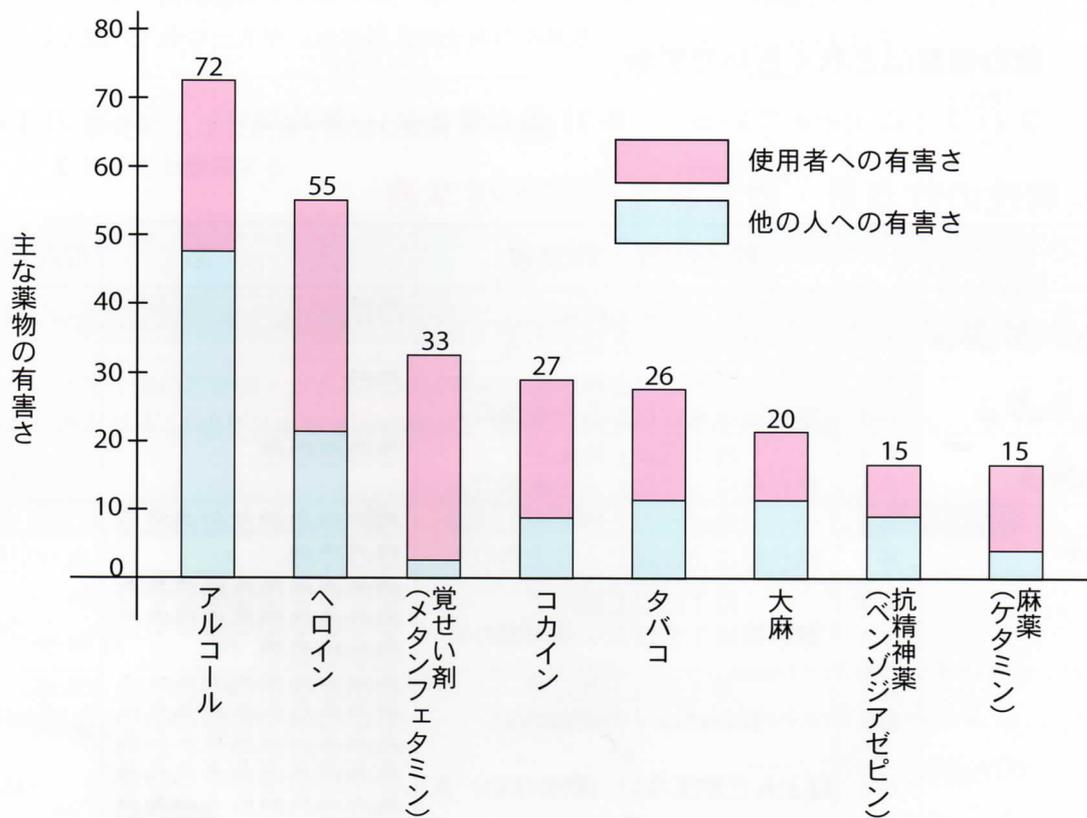
		飲酒頻度・飲酒量	人 数	成人男性100人の中で
	A-6 B-3	月1回以上飲んで 飲む日は5合以上の人		2人 (1～2位)
	A-5 B-3	月1回以上飲んで 飲む日は4合以上5合未満の人		2人 (3～4位)
	A-4 B-3	月1回以上飲んで 飲む日は3合以上4合未満の人		5人 (5～9位)
	A-3 B-3	月1回以上飲んで 飲む日は2合以上3合未満の人		14人 (10～23位)
	A-2 B-3	月1回以上飲んで 飲む日は1合以上2合未満の人		25人 (24～48位)
	A-1 B-3 + B-2 + B-1	月1回以上飲んで 飲む日は1合未満の人 + ほとんど飲まない(飲めない)人 + やめた(1年以上やめている)人		52人 (49～100位)

■成人女性の飲酒量・飲酒頻度の国民標準表

		飲酒頻度・飲酒量	人 数	成人女性100人の中で
	A-6 B-3 + A-5 B-3	月1回以上飲んで 飲む日は4合以上		1人 (1位)
	A-4 B-3	月1回以上飲んで 飲む日は3合以上4合未満の人		2人 (2～3位)
	A-3 B-3	月1回以上飲んで 飲む日は2合以上3合未満の人		3人 (4～6位)
	A-2 B-3	月1回以上飲んで 飲む日は1合以上2合未満の人		9人 (7～15位)
	A-1 B-3 + B-2 + B-1	月1回以上飲んで 飲む日は1合未満の人 + ほとんど飲まない(飲めない)人 + やめた(1年以上やめている)人		85人 (16～100位)

※自分の予想していた順位と異なっている場合、飲酒を考える材料にしましょう。

■薬物の中でアルコールは最も有害



出典 : David Nutt: Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancer, 2010

16. 参考文献

- 1) Baan R, Grosse Y, Cogliano V, on behalf of the WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group: Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Policy Watch*, 18, pp292-293, 2007.
<http://oncology.thelancet.com>
- 2) Blow FC, Barry KL: Treatment of Older Adults. In: Principles of Addiction medicine. Fourth ed. (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds.), pp479-491, 2009.
- 3) Britton A, Singh-Manoux, Marmot M: Alcohol Consumption and Cognitive Function in the Whitehall II Study. *Am J Epidemiol* 160, pp240-247, 2004.
- 4) Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y: Effectiveness of the Derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in Screening for Alcohol Use Disorders and Risk Drinking in the US General Population. *Alcoholism: Clinical And Experimental Research* 29 (5), pp844-854, 2005.
- 5) Flemming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA: Brief Physician Advice for Alcohol Problems in Older Adults A Randomized Community-Based Trial. *The Journal of Family Practice*, 48 (5), pp378-384, 1999.
- 6) 樋口進: 「高齢者」にもたらす影響、病気、「高齢者」の苦悩。アルコール依存症とその予備軍、猪野亜朗, 高瀬幸次郎, 渡邊省三編, pp54-58, 永井書店, 2003.
- 7) 飲酒保健指導マニュアル研究会: 飲酒保健指導マニュアル。pp89-98, 社会保険研究所, 2003.
- 8) 関西アルコール関連問題学会: 介護現場でのアルコール関連問題 Q & A. 筒井書房, 2009.
- 9) Kubota M, Nakazaki S, Hirai S: Alcohol Consumption and brain atrophy; A study of 1432 normal volunteers. *J Neurosurgery & Psychiatry*, 71 (1), pp104-106, 2001.
- 10) Matui T: Effect of a Comprehensive Lifestyle Modification Program on the Bone Density of Male Heavy Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(5), pp869-875, 2010.
- 11) Matui T: Elevated Plasma Homocysteine Levels and Risk of Silent Brain Infarction in Elderly People. *Stroke*, 2001(32), pp1116-1119, 2010.
- 12) 松井敏史: 飲酒と認知障害。平成 22 年度飲酒問題の早期発見。早期介入実践講座—アルコール関連問題の基礎知識—, pp4-25, 久里浜アルコール症センター, 2010.
- 13) NIAAA: Rethinking Drinking Alcohol and Your Health.
<http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/WhatCountsDrink/HowMuchIsTooMuch.asp>
- 14) Paul CA, Rhoda MS, Fredman L: Association of Alcohol Consumption With Brain Volume in the Framingham Study. *Archives of Neurology* 65(10), pp1363-1367, 2008.
- 15) Pompili M, Serafoini G, Dominici G: Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 7, pp1392-1431, 2010. doi:10.3390/ijerph7041392, ISSN 1660-4601
www.mdpi.com/journal/ijerph, 2010.
- 16) Ruitenberg A, Switen JC, Hofman A, Breteler MMB: Alcohol consumption and risk dementia: Rotterdam Study. *The LANCET*, 359, pp281-286, 2002. www.thelancet.com
- 17) Saitz R: Medical and Surgical Complications of Addiction. Principles of Addiction medicine. Fourth ed. (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds.), pp945-967, 2009.
- 18) Taki Y, Goto R: Voxel-based morphometry of human brain with age and cerebrovascular risk factors. *Neurobiology of Aging* 25, pp455-463, 2004.

参考文献

- 19) Taki Y, Kinomura S, Sato K:Both Global Gray Matter Volume and Regional Gray Matter Volume Negatively Correlate with Lifetime Alcohol Intake in Non—Alcohol—Dependent Japanese Men:A Volumetric Analysis and a Voxel—based Morphometry. *Alcoholism: Clinical and experimental Research* 30(6), pp1045-50, 2006.
- 20) U. S. Department of Health & Human Services, NIH, NIAAA:Helping Patients Who Drink Too Much-A Clinician' s Guide. http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/cliniciansguide2005/clinicians_guide.htm
- 21) 吉野相英 : 老年期の飲酒問題. *医学の歩み*, 222(9), pp712-716, 2007.
- 22) 杠岳文 : アルコール関連問題への早期介入プログラム :HAPPY. *医学のあゆみ*, 222(9), pp728-732, 2007.
- 23) Zgierska A, Flemming MF:Screening and Brief Intervention. In:Principles of Addiction medicine. Fourth ed. (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds.), pp267-279, 2009.

執筆者：猪野 亜朗、伊藤 由恵
発行者：四日市市保健所
発行日：平成 23 年 8 月

