

※長野県福祉医療費給付事業では 1 か月あたり医療機関ごとに500円、薬局ごとに500円の一部自己負担があります。

※市町村によっては補助対象を広げているところもあります。

2. 精神障害者保健福祉手帳

アルコール依存症の方のうち、本疾患や併発する精神疾患が原因で長期に渡り日常生活や社会生活に障害のある方は、「精神障害者保健福祉手帳」の交付対象となります。また、初めて当該疾患で治療を受けた日から 6 か月を経過して障害状態が固定していないと申請手続きができません。

居住地の市町村の障害福祉担当窓口へ、提出書類を予め確認され、必要書類と申請書を用意し、利用されるご本人が申請してください。障害の程度に応じて障害等級（1～3級）が決定されます。手帳所持により、各種の減免が受けられます。【表 1-4-1】

また、自治体によっては公営・民営交通の割引や無料化、公営住宅の家賃減免や優先入居などの独自サービスがある場合もありますので、詳しくは各自治体の窓口にお問い合わせください。

【表 1-4-1 手帳所持者が利用できる制度】

[手帳所持者が利用できる制度]
税金の控除などの優遇措置
生活保護の障害者加算
福祉手当の受給（特別障害手当等の受給）
心身扶養共済制度の加入
負担軽減サービス（NHKや携帯電話料金の減免）
※手帳の等級によって、受けられるサービスの範囲が異なります。

3. 障害者総合支援法の利用方法

この法に規定されている障害福祉サービスの利用にあたっては、まず居住地の市町村に申請し、認定調査を受ける必要があります。介護給付の場合は、障害程度区分（平成26年4月1日からは障害支援区分）が決定され、区分によって受けられる障害福祉サービスが決まり、最終的に利用希望サービスと量が決定されます。訓練等給付の場合は、区分に関わらず暫定支給決定を行い、個別支援計画を立て、支給が決定されます。

【表 1-4-2 障害者総合支援法に基づく各種支援】

障害者総合支援法に基づく各種支援	
[自立支援給付]	
障害福祉サービス	介護給付：居宅介護、生活介護、短期入所、行動援護、共同生活介護など
	訓練等給付：自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助
	計画相談支援給付：サービス利用支援、継続サービス利用支援
	地域相談支援給付：地域移行支援、地域定着支援
	自立支援医療：通院治療の項目を参照
	補装具
[地域生活支援事業]	
	相談支援、移動支援、成年後見制度利用支援、日常生活用具、地域活動支援センターなど

5 アルコール依存症 治療・断酒で取り戻せるもの

アルコール依存症者が、適切な治療を受けて回復すると、さまざまな生活環境の変化が見られます。

<体調が改善する>

アルコールは、さまざまな臓器や脳に障害をもたらすことが知られています。早めに気づいて治療を受けることで、これらの症状の改善につながる可能性があります。脳の萎縮も、ある程度まで進行してしまうと元に戻すことは困難ですが、早期から断酒を継続すれば改善が期待できます。

<家計の支出を軽減できる>

毎晩の晩酌や、付き合い酒だけでも通年でみるとかなりの酒代を支払っていることになります。例えば、毎晩ビール500ml と酎ハイ350ml を 2 缶ずつ、週 2 回の居酒屋での飲食を 1 年間続けた場合を概算してみると、実にお酒代だけで年間約72万円も消費する計算になります。断酒が成功すれば、家計の支出軽減効果は非常に高いものになります。さらに、断酒が継続できれば内科疾患にかかる治療費も抑制されます。

<家族や周囲の人の生活が改善される>

飲酒に関連する問題は、多かれ少なかれ、家族や知人、同僚などの生活に影響を与えます。経済的な問題や家庭内暴力、夫婦不仲、近所迷惑、子供の発達への影響、事故など深刻度の高い問題に発展してしまう恐れがあります。アルコール依存症は放置してしまうとさまざまな問題を引き起こす病気ですが、患者さん本人の飲酒行動が改善すれば、それらの問題も改善に向かっていきます。

<眠りが深くなり、朝目覚めが良い>

アルコール依存症に伴う多量の飲酒は、夜中の寝つきにも影響します。アルコールには眠りを浅くする作用があると同時に、喉の渇きも強くなるため頻繁に目が覚めて熟睡できなくなります。そのため、翌朝も二日酔い状態となり、職場に行けなかったり、行けたとしてもアルコール臭のため周囲に不快感を与えてしまいます。このような不眠や職場放棄といった事態も、断酒することで防ぐことができます。

一旦アルコール依存症にかかると、飲酒を我慢し続けることは過酷なことです。また、飲酒が招く問題は理解していても、本人が依存症に陥った今までの生活と思考のパターンを変えていくには地道な努力の積み重ねが必要となります。本人が治療の中で、自分自身を変え、人間関係を回復し、周りの人や社会のために生きていくことに価値を見出すといった、行動や考え方を変化させていくことが大切です。

6 高齢者のアルコール依存症

加齢によりお酒に弱くなり飲酒量が減るということは広く経験されることです。加齢の影響によって体内に占める水分の割合が低下するため、高齢者はより少量の飲酒で酩酊し、アルコールの問題を起こし易くなっていきます。飲酒習慣がある高齢者は、年齢に応じ飲酒量を減らす必要があるのです。また、若い頃から飲酒によってストレスを発散させる傾向のある人ではより飲酒問題が起こりやすいとされています。

高齢者で飲酒問題を疑うポイントを右図にまとめました（真栄里仁「高齢者アルコール問題の理解と支援」講演資料，2013）。

「転倒・外傷（骨折）」「高血圧」「不眠」「下痢」といった患者の主訴には、背景としてアルコール問題が隠れている可能性があります。

定年退職までは大酒家ではあっても仕事が順調であった男性が、定年後昼酒をするようになりコントロール不良となります。配偶者が節酒を心掛けて世話をしていたがその配偶者に先立たれて際限ない飲酒となる等、ライフイベントにより孤立を深めて依存症になるパターンがあります。

【表 1-6-1 高齢者で飲酒問題を疑うポイント】

- 頻回の転倒、外傷（骨折）
- 救急外来の頻回な受診
- 外来予約のキャンセルが多い
- コントロール不良の高血圧
- 入院時のせん妄
- MCV（平均赤血球容積）が大きい
- γ -GTP（ガンマ・グルタミルトランスフェラーゼ）が高い
- 物忘れが多い
- 社会的孤立
- 家庭内での孤立
- うつ症状（意欲の低下、食欲不振など）
- 不適切なセルフケア（身なり、食事など）
- 不眠
- けいれん発作
- 下痢、失禁

認知症の背景にアルコールの影響がある場合は、治療と断酒により認知症が改善します。飲酒量と脳萎縮の程度には正の相関が見られることが報告されています。萎縮以外の影響として、アルコールが加齢による記憶、学習低下を促進することが動物実験では証明されています。

過去に5年間以上のアルコール乱用または大量飲酒の経験のある高齢男性では、そのような経験のない男性と比べて認知症の危険性が4.6倍、うつ病の危険性が3.7倍と報告されています。

高齢者のアルコール依存症では、入院治療時の離脱症状が長引きやすかったり、認知症の合併発症が多いという点ではありますが、アルコール・リハビリテーション・プログラムにきちんと取り組める方が多く、治療成績は良好であると言われています。退院後は健康に配慮してお酒を断った生活を送る必要があり、自助グループへの参加など社会参加をしてリズムある生活を取り戻す環境調整や、非飲酒習慣を形作る家族の協力が欠かせません。

7 女性とアルコール依存症

女性は男性より体格が小さいことが多く、体に占める水分の割合が男性より低いことから男性と同じ量の飲酒をしても血中アルコール濃度が高くなりやすいため、男性より少量の飲酒が適当と考えられています。一方、男女を問わず過量の飲酒は肝障害の原因になりますが、女性の場合は男性より少ない飲酒量で、より短期間に肝障害を来すことが指摘されています。また、アルコールに対する依存の形成についても同様の傾向があると言われています。

わが国で実施された2008年飲酒実態調査では、20代前半の若い女性の飲酒者の割合は同年代の男性より高く、過去の飲酒実態調査を通して初めて女性の飲酒者の割合が男性を上回りました。女性のこの年代の飲酒は飲酒する本人のみならず、妊娠・授乳している女性が飲酒した場合の次世代への影響等さまざまな影響が懸念されます。

<女性のアルコール依存症のポイント>

アルコール依存症では飲酒のコントロール喪失など基本的な症状は男女共通ですが、女性のアルコール依存症の特徴が指摘されています。右表にまとめました。

【表1-7-1 女性のアルコール依存症の特徴】

- ① 成育歴において性的・身体的虐待の経験を有する割合が高い
- ② 摂食障害、うつ病、不安障害といった精神科合併症が多く、希死念慮、自殺未遂を経験している割合が男性より高い
- ③ 親や配偶者との間の問題を契機として飲酒の問題が生じることが多い
- ④ 社会からの偏見は男性に対するものより女性に対してより強い
- ⑤ 治療では女性だけでグループを形成することが望ましいが、そのようなプログラムを実施している施設は少なく、治療環境の整備が必要である
- ⑥ 家事や育児などの役割のため入院治療や、その後のリハビリテーション等に専念できないという問題を抱えている

(簡易版アルコール白書より)

<アルコール依存症と家庭>

アルコール問題が家族に与える影響は大きいですが、その中でも、最も深刻なパターンとして、アルコール問題と関連して家庭内暴力(DV)や児童虐待が生じる場合があります。児童に対する直接的な暴力のないDVやアルコールの問題でも、心理的に深刻なダメージを子どもに与えることがあります。

アルコール依存症の治療機関はDVや児童虐待の発見や介入の糸口になりえますが、暴力を依存症に付随する二次的な問題ととらえ、治療を優先することは適切ではなく、安全確保のための介入や被害者保護が最優先されます。

アルコール問題と家庭内暴力の間にある複雑で深刻な悪循環を解決するためには、アルコールの問題の援助機関と、児童虐待やDVの対応機関が、連携して援助や介入を行うことが必要です。

8 アルコール依存症 職場での配慮

飲酒による遅刻・欠勤、仕事上の約束を忘れる、ミスが重なる、重大な失敗をするなど業務上の問題や、周囲との人間関係トラブルにより、問題飲酒者は信用を失い、時には失職にもつながります。飲酒運転のリスクもあります。もしも一旦の療養、配置換え、転職等ができたとしても、根本である飲酒問題に介入が行なわれないうえ、再び職場で同じことが繰り返されます。

職場の人事に関わる担当者がアルコール問題の知識を身につけ、解雇に至る前に治療についての情報を与えて選択を促す場を設けることが望まれます。

本人は、専門医療機関への受診を促しても拒否する傾向がありますので、そのような場合は職場の方が率先して産業医や専門医療機関のソーシャルワーカーに相談し、本人を受診させるためのアドバイスを受けることが望まれます。アルコール依存症では、職場の理解を得て入院治療をする場合があります。入院治療では、断酒への必要性を認識し、生活リズムを整え、体力や作業能力を回復し、症状の改善・再発予防のための知識を習得するなどの活動に取り組んでいます。

<入院治療からの職場復帰について>

1) 職場復帰の前提条件

アルコール依存症者の復職支援を進めるにあたっては、一定期間治療を行った後に次の条件を満たしていることが必要です。

- ①本人が断酒の必要性を認識し、かつその時点で継続できていること
- ②本人が復職を希望していること
- ③主治医が復職可能であると判断をしていること

2) 復職時における本人への働きかけ

復職時には、本人も職場も、本人にとって断酒を続ける必要性が極めて高いことを認識することが必要です。断酒状態から再飲酒すると、短期間の間に、以前のどうしようもない飲み方まで飲酒が悪化してしまい、仕事どころではなくなります。

本人は「遅れを取り戻したい」と気持ちが焦りがちですが、主治医からの指導内容を確認し、職場内の配慮で、「定期通院・抗酒剤の服用・自助グループ（断酒会、AA）への参加」を継続させていくことが大切です。この断酒の3本柱を続けられるように業務上で配慮をしてもらうことで、本人の予後が改善します。

アルコール類は少量であっても飲めない体質になっていますので、予め、職場内外で飲酒が予想される場面について、上司と話し合い、そこでの対処法を相談しておくことも重要です。

患者さんの治療の大きな目標は断酒の継続であるため、職場の方も患者さんに対して、飲み会に誘ったりするのはもちろん、アルコールに関する話題を目の前でしないなど、飲酒を助長するような行為をしない配慮が望まれます。

9 睡眠障害とうつ

1. 睡眠障害

日本では、眠れないときには寝酒を飲むという人が諸外国に比べて多くいます。睡眠薬よりも手近で危険がないとの思い込みがあるようです。アルコールも薬物ですから、眠ることを飲酒に頼っていくうちに薬物耐性が起き、同じ効果を得るために酒量が増えていきます。寝酒は、深い睡眠を減らし中途覚醒を増やすなど睡眠の質を悪化させるため、疲れが取れず、心身のバランスを崩すという悪循環に陥りやすく、結果的に、睡眠障害はさらに悪化してしまいます。

また、大酒飲みが禁酒をすると、寝付きも睡眠の深さも悪くなり、重篤な睡眠障害に陥るということも報告されています（菱川泰夫，1997）。

アルコールの睡眠への害について啓発し、飲酒に頼らない安眠法を知らせる必要があります。

2. うつ病

ストレス解消というと、飲酒をあげる人が多くいます。これは、アルコールは少量であれば理性の抑制が外れて、気分が高揚し憂いが晴れたと錯覚するためです。その効果を求め、酔いでつらさを紛らわしていることが常習化すると、アルコールに耐性ができ、飲酒量が増加します。

精神科を受診しているうつ病患者の調査では、40～50代男性患者の3割以上が飲酒問題を抱えていました。一方、アルコール依存症者の3割は、うつ病を合併しているという研究もあります。つまり、実はアルコール依存症になっているのに、うつとしての治療のみが行なわれているケースが相当数あるのです。一般精神科、職場のメンタルヘルスに関わる専門職の方々に、アルコール依存症の正しい知識と対応を知って頂くことが大切です。

また、一般的に精神科の服薬治療中には飲酒を控えるようにとの指導がなされていますが、多量の飲酒は抗うつ薬の効果を弱め、肝臓に大きな負担をかけます。

一方で、うつ病が断酒により改善するという報告もあります（樋口進，2005）。

10 アルコールと自殺

うつ病と、アルコールと、自殺は「死のトライアングル」と言われています。多くの国で、国内アルコール消費量と男性の自殺死亡率は正の相関を示しています。自殺既遂者の2割以上がアルコール関連問題を抱えており、それが40～50代の仕事を持つ男性に集中していたことが明らかになっています（松本俊彦，2009）。中高年男性の自殺予防には、アルコールという視点からの対策が不可欠であり、自殺対策の中にアルコール関連問題の啓発を組み込む必要があります。

自殺者にうつ病が多いことは有名ですが、うつ病以外では依存症が最も頻度が高く、自殺者全体の15－56%にアルコール乱用または依存がみられたと報告されています（Pirkola SP, Suominen K, Isometsa ET, 2004）。

また、アルコール依存症の人は依存症ではない人と比較して自殺の危険性が約6倍高いとされています。特にうつ病の合併、離婚や別離といった対人関係のストレス、社会的サポートの欠如、非雇用、重篤な身体疾患、単身生活といったことが自殺の危険性を高めるとされます（松下幸生、樋口進，2006）。

<飲酒した後の自殺行動>

自殺した人の体からアルコールが検出されることは珍しいことではありません。日本の調査では、自殺例全体のアルコール検出率は32.8%で、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ます（伊藤敦子・伊藤順通，1998）。海外の調査では、自殺未遂で救急病院を受診した人からは平均で40%の人からアルコールが検出されています。このように自殺の直前に飲酒する割合は高いことが知られていますが、その理由として「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」、「飲酒が自分に対する攻撃性を高める」、「飲酒は人の予想に変化をもたらして死にたい気持ちを行動に移すきっかけとなる」、「視野を狭めて自殺を予防するために有効な対処手段を講じられなくなる」といった心理的变化が提唱されています。

<慢性的な飲酒と自殺の関係>

習慣的な大量飲酒も自殺の危険性を高めます。わが国の調査によると、中年男性を7年以上追跡した調査では月に1－3日程度飲酒する人が自殺で死亡する危険度を1とした場合、非飲酒者および週に414グラム（日本酒約18合に相当）以上の大量飲酒者で自殺による死亡の相対危険度が2.3と危険性が高くなり、少量ないし中等量の飲酒では自殺による死亡の危険度は低くなるという結果でした（Akechi, Iwasaki, Uchitomi 2006）。