

図表1 WHOで定義される1日の飲酒量に基づくリスクレベル

| Drink Risk Level<br>(DRL) | 純アルコール量       |              |
|---------------------------|---------------|--------------|
|                           | 男性            | 女性           |
| Very high                 | 100g 超        | 60g 超        |
| High                      | 60g 超～100g 以下 | 40g 超～60g 以下 |
| Medium                    | 40g 超～60g 以下  | 20g 超～40g 以下 |
| Low                       | 1g 以上～40g 以下  | 1g 以上～20g 以下 |

International guide for monitoring alcohol consumption and related harm. WHO より作成

純アルコール量 (g) = 飲酒量 (mL) × アルコール濃度 (%) ÷ 100 × 比重 0.8

ビールの場合 20 (g) = 500 (mL) × 5 (%) ÷ 100 × 0.8

※ 20g の純アルコールの目安は、ビール 500mL、日本酒 1 合、ウイスキーダブル 1 杯、ワイン 200mL、チューハイ 350mL 程度

## アルコールと健康に関する医療のトレンド



慶應義塾大学 名誉教授  
エムオーエー高輪クリニック 院長  
加藤 眞三

アルコール健康医学協会のホームページでは、「アルコールと健康に関する最新の医学情報」について、世界中の医学雑誌等をレビューし、その中から重要な文献を選んで要旨を作成、公開しています。その情報収集と掲載論文のセレクトにあたっては、慶応大学の加藤眞三名誉教授に、世界の医学情報から見て取れる近年の傾向やコロナ禍の影響、アルコールと健康に関する医療の今後などについて伺いました。

編集部

### ● アルコール関連問題への対処法と今後の傾向 ●

アルコール健康医学協会のホームページでは、アルコールと健康に関する最新の医学情報を掲載しております。私もそのための情報収集をしています。その中から、トピックスをいくつか紹介します。

アルコール関連問題とその死亡率を減少させるには、個人レベルでの早期発見と介入、社会レベルでのアプローチによるアルコール消費量の減少、地域の社会経済的現実に合わせて解決策などに焦点を当てた解決が必要であるとの認識が広がっています。

アルコール関連問題への早期介入のための個人レベルでの方策として、わが国では、飲酒の渴望を抑制して飲酒量を低減する効果が期待される薬剤「ナルメフェン」が2019年に保険適用となりました。その服用により飲酒量の低減効果と肝機能の改善効果がみられる例があります。めまいなどの副作用のために服

用を中止してしまう例が多いなどの問題があります。

また、処方するための条件も厳しく、処方する医師は特別の講習を受けておくことが求められるほか、アルコール依存症の診断がついたことが適応の条件となっていることもあり、広く普及する状態にはありません。

今までは、アルコール使用障害の治療の指標として断酒の継続や、お酒を飲まなかった日数などが採用されてきましたが、近年ではアルコール治療中に「WHOリスクレベル」が用いられており、「Very high」から「Low」までの4つのレベルにおいて、1〜2レベル低下することが評価されてきています(図表1)。それが治療後も維持され、経時的な機能改善と関連していたことなどが報告されているためです。これらの知見から、アルコール使用障害の治療を受けようとしている人がどのように感じ、どのように機能するかについて臨床的に有意な改善を反映するアウトカム指標(成果を表す指標)

### ● アルコール性肝炎治療の新しいターゲット ●

飲酒問題と肝臓の疾患とは密接な関係にあります。アルコール性肝炎の治療の新しいターゲットとしては、抗炎症剤、酸化化剤、肝再生能を持つ薬剤などがあげられています。また、「腸肝軸」という考え方も新しい切り口でしょう。腸肝軸とは、「腸」と「肝臓」が一体としてバリアー機能を持つという概念で、これに着目した研究が進められているものです。

また海外では、アルコールだけでなく、タバコや薬物など問題のある物質使用に対するモバイルアプリは、治療を求める際の一般的な障壁を低くできることから、期待されています。こうしたアプリの有効性に関するこれまでのエビデンスには十分な説得力があるとはいえませんが、アプリが介入した効果を確認するため、アプローチ等については議論する余地があります。

また、アルコール性肝障害の進展については、従来より腸内細菌の関与が脂質代謝の面から研究されています。抗菌薬、プロバイオティクス、プレバイオティクス、糞便微生物叢移植などを用いて腸内細菌叢を操作することは、エタノールの有害な影響を予防・軽減し、心臓や血管の健康とリスク予防を改善する貴重な機会となる可能性があげられています。

しかし、腸内細菌への操作が肝障

図表2 飲酒についての注意ポイント

- 1 日の飲酒量で WHO の飲酒のリスクレベルを一つでも下げることが実際的だと思います。High の人は Medium に、Medium の人は Low にすることが目標になります。
- アルコール依存症の人では、それを専門とする精神科医につなげること、AA（自助団体）など患者の自助活動につなぐことが大切です。
- 同じ飲酒量であれば、より運動をすること、バランスのとれた食事をするのが大切です。メタボリック症候群にならないような指導が大切です。極端な糖質制限食に対しては、わたしは批判的です。
- 一回の飲酒量が極端に多いこと（60g 以上／回）は健康障害をもたらすことになるので、そのような飲み方は極力しないことが大事です。
- 同じ飲酒量であれば、アルコール濃度の濃すぎないもの（15%程度まで）が望ましい。
- 飲酒後に風呂に入らないこと。特に、高齢者においては大事な注意事項です。

害の抑制を行うかどうかまではまだ不明です。特に糞便移植は1年後の成績が良好であると報告され、副腎皮質ホルモン、顆粒球コロニー刺激因子、サイトカインの IL-22（インターロイキン-22）に加え、薬剤の n-Acetylcysteine（N-アセチルシステイン）なども短期的には成績の改善を示しています。

他にも、ハーブから抽出された化合物の一種であるシリマリニン、ケルセチン、ヘスペリジン、ベルベリンなどいくつかの天然化合物の服用は、副作用がなくアルコール性肝障害を抑制するとの報告もあります。が、現時点ではエビデンスレベルの高い研究ではありません。

また、アルコール使用障害者における運動療法の QOL への影響などが研究されていますが、現時点では有効性は十分に証明されていません。

## ● コロナ禍における飲酒の仕方の変化 ●

ここ数年の変化として、私が診察

してきた中でも、コロナ禍により飲酒の仕方が変わってきたことがあげられます。

具体的には、元々飲酒が好きであり、会食などの機会に積極的に飲んでいた人では、リモートワークになつたために自宅で飲む時間が自由となり、飲酒量が増えてしまう場合があります。このような人は飲酒時間のメリハリがなくなり、昼間から飲むような例もみられます。また、自宅で飲む場合には、無事に自宅に帰るために飲酒を節制するという必要がなくなるため、つい飲みすぎて酔い潰れるまで飲んでしまうという人もいました。

一方で、ビジネスでの飲酒機会が大幅に減少し、本来なら沢山は飲みたくないのに会食などで飲まなければならなかった人が飲まなくてすむようになりました。そのような人では、コロナ禍のために宴会などが自粛されるようになったために飲酒量が大幅に減り、AST、ALT、γ-GTP などが改善する例が見られました。しかし、そのような人も、

2023年になって、再び会食などのための飲酒機会が増えたために、肝機能障害が以前と同じ程度に悪化してしまつたのです。

わが国では、コロナ感染症のおそろしさがマスクミ等で過剰にあおられていたため、外出を自粛する人が増え運動量も減った人が多く見られました。その上で、免疫をあげるために栄養をつけておかなければと食事量を増やしたことで、結果として、体重が増加し、HbA1c で表される糖尿病状態が悪化する人が目立ちました。このような人の中で飲酒を継続していた人では、肝機能の悪化が目立ちました。

それは、おそらく、体重増加と糖尿病状態、運動不足が非アルコール性肝障害を悪化させたためと考えられます。太つて運動不足で飲む人は、NAFLD（非アルコール性脂肪肝）とアルコール性肝障害が重なつてより悪化しやすいのです。同じように飲酒をしていても、運動量を増やした人では肝機能の悪化も少なくて済みます。

す。

残念ながら、「これさえ飲めば、どれだけアルコールを飲んでも良い」というような薬剤は、今後も開発されることはないのではないのでしょうか。

肥満や糖尿病の問題が大きくなつてきたことが人類史の中でも比較的近近のことであり、そのような生活の変化の中で飲酒を考える必要があります。まずは肥満や糖尿病にならないような生活習慣を採り入れていくことが求められるのだと思います。

## ● アルコール問題との今後の向き合い方 ●

お酒との付き合い方を考えるうえで、一番避けなければならぬのは、お酒を飲みたくない人に対して、一気飲みなどで無理強いして飲ませよとするような習慣です。現在では、かなり改善されてきているように思いますが、このことにより命を失う例が一件もないようにすることが大切です。

## ● 世界の医学情報にみるアルコール問題 ●

しっかりとしたエビデンスとなる研究を行うためには、大規模で多施設で長期間にわたる研究が必要となりますが、世界の医学情報と見比べると、わが国においてはまだまだそのような大規模な介入研究は少ないように思います。

また、欧米ではアルコール性肝障害の研究をするにおいても、最近はどういうに飲酒量をコントロールできるのか、断酒に持ち込むことができるのかなどを、心理的・社会的な次元でアプローチしようとする傾向があると思われれます。しかし、わが国ではそのようなアプローチでの研究は少ないように思います。飲酒量を減らすにしても、個人レベルだけではなく、社会的な取り組みも必要となります。

一方で、人類にとつて飲酒の歴史は長いから、これから飲酒にまつわる全く新たなエビデンスが出ることは少ないのではないかと考えられます。

一方で、アルコールが好きで飲んでいる人であれば、どのような飲み方が健康のためには望ましいのかの情報を社会全体に広報することが求められます。

最後に、日々の飲酒習慣に関して重要と思うポイントを6つあげます（図表2）。

これらを参考に、ご自身にあった対策を行ってください。

## ■ かとう・しんぞう

1956年生まれ。1980年に慶應義塾大学医学部卒業。1985年に同大学院医学研究科博士課程単位取得退学（医学博士）。米国マウンテンサイナイ医学部研究員、東京都立広尾病院の内科学専任講師（消化器内科）などを経て、2005年に慶應義塾大学看護医療学部教授となり、慢性病態学、終末期病態学を担当。2021年3月慶應義塾大学を退職、同名誉教授。退職後、上智大学のグリーフケア研究所に所属。スピリチュアルケアの研究と教育に力を注ぐ。エムオーエー高輪クリニック 院長。