



## 老年期のアルコール関連障害

慶應義塾大学医学部精神神経科学教室  
加 藤 元一郎

### 【略 歴】

(学歴・職歴)

昭和 55 年慶應義塾大学医学部卒業

昭和 56 年医療法人青溪会駒木野病院医員(昭和 61 年 9 月まで)

昭和 61 年慶應義塾大学助手(医学部精神神経科学)(昭和 63 年 10 月まで)

昭和 63 年医療法人青溪会駒木野病院医局長(平成 5 年 3 月まで)  
平成 5 年東京歯科大学市川総合病院助教授, 精神神経科部長(平成 14 年 3 月まで)

平成 14 年慶應義塾大学医学部精神神経科助教授

平成 18 年スタンフォード大学医学部・脳科学研究センターに留学(visiting professor)

平成 19 年慶應義塾大学医学部精神神経科准教授(現在にいたる)

(所属学会など)

日本高次脳機能障害学会(理事), 日本神経心理学会(理事), 日本精神神経学会(評議員), 日本アルコール精神医学会(理事), 日本産業精神保健学会(理事), 日本ワーキングメモリ学会(理事), 日本統合失調症学会(評議員), 日本老年精神医学会(評議員), 認知リハビリテーション研究会(幹事・編集委員長), American Academy of Neurology (Corresponding Fellow), Psychiatry and Clinical Neuroscience(Editorial Board), The Keio Journal of Medicine (Editorial board), International Neuropsychological Society (member), Cognitive Neuroscience Society (member)

### 1. 高齢者のアルコール依存症について

高齢者の飲酒の特徴は, 1) 加齢と共に通常酒量は低下する, 2) 加齢に伴い酒に弱くなる. 3) 高齢者では若年者より耐性が形成されにくい, 4) 他の薬物服用とアルコールとの相互作用の問題が大きい, などである.

高齢者のアルコール依存症には, 大きく 2 つのグループがある. すなわち, 1) 高齢になった若年発症のアルコール依存症と 2) 高齢発症のアルコール依存症の 2 型である. 後者における飲酒促進因子に関しては, 身内との死別や退職といった喪失体験に基づく高齢者ストレス (age-related loss events) が関与するとされることがある. また, 寿命の延長により飲酒年数の延長がもたらされ, 以前であれば死亡によりアルコール問題が顕在化しない群が増加しているにすぎないといった意見もある. 治療については, 従来のような飲酒問題に直面させる治療法, 独自のプログラム(より個別的, 支持的で高齢者に特有の喪失体験や陰性感情への対処を援助するような対応)がある. または高齢者のみによるグループ構成がより重要なのかについては議論がある. 一般に, 高齢発症例のほうが, 治療後の予後は良好とされている.

また, 高齢者のアルコール依存では失禁, 転倒が生じやすく, 背景に認知症が潜んでいることがあるなど, 壮年者の依存症とは異なる臨床特徴を有する.

### 2. アルコール摂取と加齢促進仮説 (premature aging hypothesis)

アルコール依存症における加齢促進仮説 (premature aging hypothesis) とは, 加齢による神経心理学的能力の低下現象が健常者に比べて早期に出現するという仮説である. この仮説に関しては 2 つの version が知られている. まず accelerated aging version とは一定以上の飲酒歴を持つアルコール症ならどの年代においても健常者に比べて認知能力の低下があるとする仮説であり, アルコール症群と健常群の加齢に伴った認知機能の成績低下曲線にほぼ平行に推移する. また increased vulnerability version とは, 認知障害は罹患期間の長い高齢のアルコール症にのみ認められる. 即ち加齢に従ってアルコールに対する脳易傷性が増大するとする仮説で

ある。

### 3．脳神経系のアルコール関連障害

アルコール関連障害としての中枢神経系疾患には、Wernicke-Korsakoff 症候群、アルコール性認知症を含むアルコール関連認知症、ペラグラ脳症、Marchiafava-Bignami 病、アルコール性小脳変性症などさまざまな疾患がある。特に Wernicke 脳症は治療の開始が数時間遅れただけでも、予後が大きく変わるため、迅速な診断ないしは診断的治療が必須である。

### 4．アルコール過剰摂取と認知症

アルコール依存症には、しばしば健忘症候群を超えた認知症ないし重篤な全般的認知障害がみられる。すなわち、症候としては Korsakoff 症候群とは異なる、重度の知的低下を伴う認知症が認められる。この多くは、アルコール依存症に伴う高血圧、肝臓障害、代謝疾患に因る血管性病変に起因する脳血管性認知症、肝硬変・肝性脳症に伴う認知障害、アルツハイマー病を含めた脳変性疾患の合併によるものであることが多い。一方、これらの合併疾患に因る認知症を除外し、アルコールそのものの神経毒性が生ぜしめる脳病変ないしは脳機能障害に因る、原発性アルコール性認知症も少数ながら存在する可能性が示唆されている。しかしながら、このアルコール性認知症に特徴的な決め手となる脳病理所見は乏しい。Victor ら (1985) によれば、アルコール依存症に伴う重度の認知障害ないしは中枢神経障害のほとんどは Wernicke-Korsakoff 症候群および他の合併症によるものであるという。小阪 (1985) も認知症を示したアルコール依存症者は全例が Wernicke-Korsakoff 症候群、多発性脳梗塞などといった明らかな脳病変を示し、アルコール性認知症は存在しないと述べている。すなわち、神経病理の立場からは、アルコールそのものの神経毒性による認知症が存在する可能性には否定的な見解が多い。一方で、神経心理学的立場からは健忘症候群の定義のひとつには知的機能の保存があり、Wernicke 脳症後に健忘症候を示す例には、Korsakoff 症候群と呼べない知的機能の低下例がみられる。健忘に加えて知的ないしは注意障害を示す例は、アルコール性認知症、重症コルサコフ症候群、Wernicke 脳症後重篤な知的荒廃を示すものと呼ばれている。また、臨床的には潜在性 Wernicke 脳症の反復によってアルコール性認知症が生じたと考えられるケースが存在する。さらに、Wernicke 脳症とは関係のない、原発性アルコール性認知症と考えられる症例も存在する。この症例の特徴は、重度の前頭葉機能障害であり、転帰の特徴は長期経過から前頭葉障害を中心とした改善を認めたことである。神経放射線学的所見からは、アルコールによって前頭葉を中心とした脳萎縮が出現すること、その脳萎縮が断酒の期間に応じて可逆性である場合が多いことが知られている。

以上のように、過剰飲酒は、脳血管障害などの合併症に伴う認知症、および頻度は低いが原発性アルコール性認知症を引き起こすことがあり、一方、認知症の中の前頭側頭葉変性症 (frontotemporal

lobar degeneration ; FTLD) では、脱抑制行為ないしは衝動性の亢進に伴い、時にアルコール過剰摂取を引き起こすことがある。この2つの鑑別点は以下の通りである。アルコール多飲が前者では先行するのに対して、後者は病気の進行とともに現れる。萎縮部位は前者では前頭葉優位であるものの全般的になりやすく、一方で後者は前頭葉と側頭葉に限られる。経過は前者が動揺し、改善することもありうるのに対して、後者は緩徐に進行する。記憶障害、失見当、作話は前者では認めるが、後者では少なくとも病初期には伴わない。失語は前者では認めず、後者では認めることがある。常同行為は後者に多い。身体合併症は前者がアルコール関連身体疾患を伴い、後者はALSなどの運動ニューロン疾患を伴うことがある。