

# 第1部 実践編

第1部では、救急医療におけるアルコール患者\*に対する具体的な対策について、解説します。

## I マニュアルの活用にあたって

### 1. マニュアルの4つの目的

#### (1) 救急医療の円滑な遂行に寄与する

救急医療の現場が本来の機能を十分発揮できるよう、関係機関が連携して、アルコール救急に関わるスタッフの安全を確保し、疲弊を防ぐことにより、救急医療の崩壊を防ぐ一助にします。

#### (2) アルコール患者の早期回復の機会を活かす

救急受診に至った飲酒による外傷や肺炎などのアルコール性臓器障害の悪化は疼痛、不安の高まり、死の恐怖を伴うことが多いので、救急受診は患者の飲酒行動を変化させる絶好の教育・介入の機会 (teachable moment)<sup>1) 2)</sup> となります。この機会を活用して介入することにより、依存症からの早期回復と「危険な飲酒」<sup>3)</sup> からの脱却を目指します。

#### (3) 簡易介入法 (SBIRT\*\*) <sup>1) 3) 4) 5) 6)</sup> の利用を推進する

救急に係るスタッフがアルコール患者の対応に苦痛を感じたり、嫌悪体験を持つことを防止し、効果的な対応を可能にするため、医療機関でのSBIRTの利用を推進します。

#### (4) 多機関・多職種による地域ネットワークの形成に努める

アルコールの有害使用により救急外来を頻回に受診する患者や、多問題を抱える患者に対し、事例検討会議を設ける等、関係機関が連携して対応することにより、救急外来の頻回受診を防止するとともに、患者の回復に有効な地域ネットワークを形成します。

## 2. アルコール救急対応時の参考として利用してください

患者の酔酩<sup>1)</sup>には、個人差があり、臓器障害も多種多様です。また、関係機関や関係職種の対応についても地域や機関により違いがあります。個々の事例への適用については、本マニュアルを参考とし、柔軟かつ適切に判断し利用してください。

## 3. アルコールを巡る病理とSBIRTの理解に役立ててください

アルコールの人体への作用、多量飲酒による弊害、アルコール依存症に関する知識、SBIRTに関する知識を習得します。本マニュアルでは、これらの知識の習得に役立つ資料を掲載しました。また多問題を抱える患者の回復には、関係諸機関がアルコールに対する共通理解のもとに、患者の情報の共有、連携した対応を必要とします。本マニュアルでは、その為の具体策を提示しています。

\*アルコール患者：急性アルコール中毒 (酔酩)、アルコールが関与した外傷、飲酒運転事故による外傷、アルコールが影響した自殺企図や家庭内暴力 (DV)、アルコール性臓器障害、アルコールが関与したがんや生活習慣病などを有する患者。

\*\*SBIRT (エスパート) : Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment (アルコール患者のスクリーニング、介入、専門医療機関への紹介に関する技法)。短時間での効果的な介入方法として一般の保健・医療機関での活用が可能。詳細はP13～18、P28～30、P33～35及び巻末資料P59～70を参照。

## II アルコール救急診療

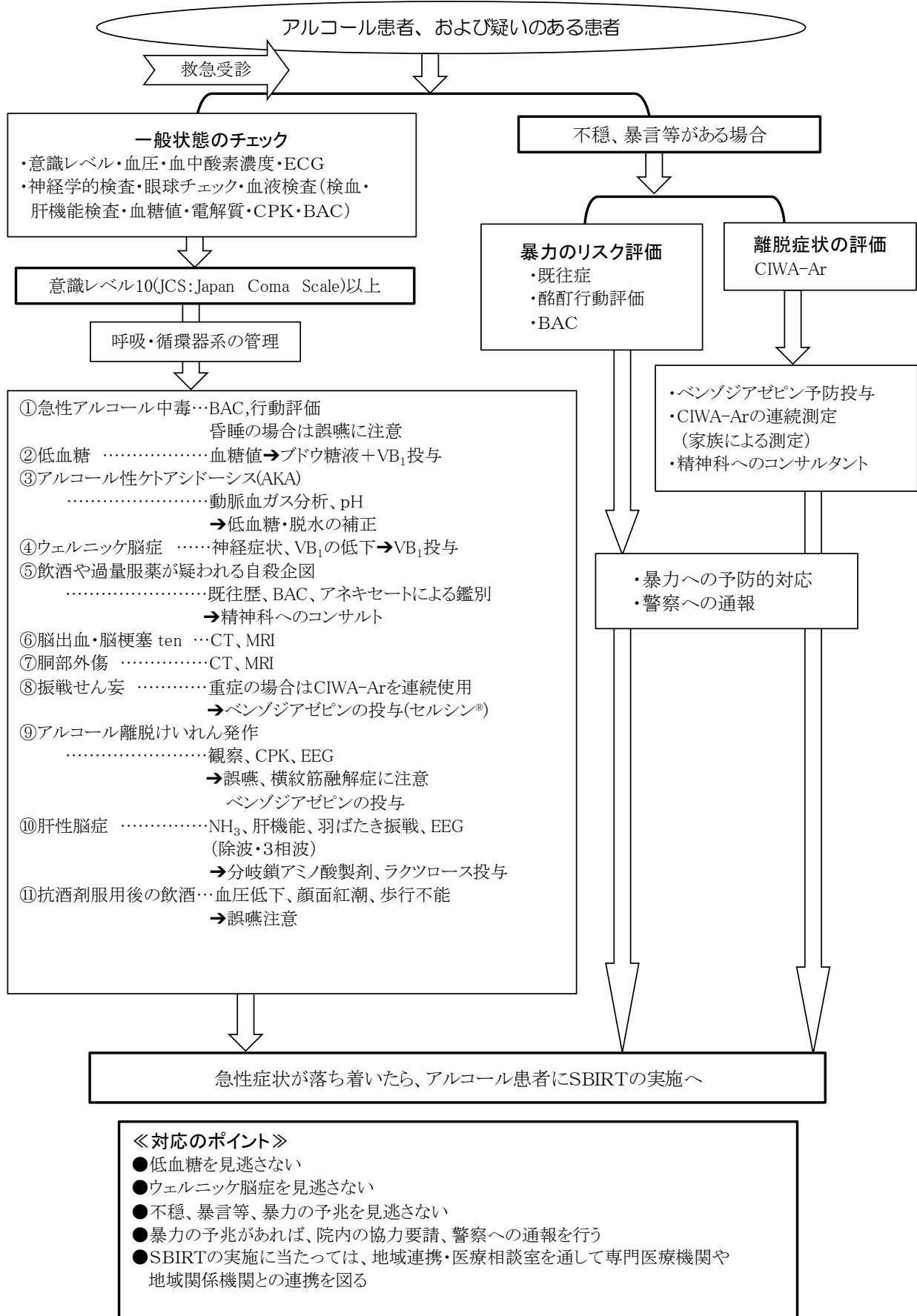


図1. アルコール救急診療フローチャート<sup>7)</sup>

# 1. 鑑別すべき病態

## (1) 急性アルコール中毒<sup>8)9)</sup>

急性アルコール中毒は、アルコールの急性作用で、生命の危険を伴うに至った状態です。

意識レベルが下がってくるとともに、激しい嘔吐、低体温、血圧低下、頻脈、呼吸数の減少、尿・便秘などが出現します。BAC(血中アルコール濃度)が400mg/dlを超えると、昏睡から死に至る危険が高いと言われていますが、呼吸・循環器系中枢が抑制される死のパターンと吐物による死のパターンがあります。

## (2) 低血糖<sup>10)11)</sup>

アルコール摂取中止後5～6時間後に低血糖発作が起こり、アルコールの口臭がみられないようなこともありますので注意が必要です。症状は頻脈、発汗過多、手指震顫、頭痛、意識消失等の低血糖症状が見られます。急性アルコール中毒との鑑別が必要ですが、BACが測定できれば鑑別は容易です。

BACの測定が出来ない場合、重要な鑑別点はアルコール性低血糖は呼吸数の増大、昏睡期の急性アルコール中毒は呼吸数の減少が見られることです。低血糖のBACは急性アルコール中毒より低く、一般に100mg/dl未満です。血糖は30mg/dl以下、10mg/dl以下の場合もあります。血中インシュリン値は低く、尿中ケトン体陽性の事が多いです。血液ガスは代謝性アシドーシスが見られ、PCO<sub>2</sub>も低下します。

治療は、50%ブドウ糖を40～60mlを静脈注射し、10%ブドウ糖液+生理的食塩水(500ml+500ml)を点滴静注し血糖値を150～200mg/dlに維持します。覚醒後もブドウ糖点滴を継続し、アシドーシスに対して適宜輸液で対処し、経口摂取が可能になるまで治療を続けます。

血糖が回復後1時間しても覚醒しない場合は、脳浮腫の可能性を考慮して治療します。

## (3) アルコール性ケトアシドーシス (AKA)<sup>10)</sup>

食事などを摂取せずに主にアルコール飲用のみを行った場合にいわゆる飢餓状態が生じます。この場合、アルコールは肝での糖新生を障害し、インスリンの分泌を低下し、脂肪分解を亢進させ、脂肪酸の酸化を障害して、ケトン体の産生を亢進します。このような状況で生じるアシドーシスがAKAです。従って顕著な高血糖を伴わない高ケトン体血症が特徴で、高アニオンギャップ性代謝性アシドーシス、低カリウム、高乳酸血症などが認められます。

治療としては、5%ブドウ糖液を含む0.9%生理食塩水の補液を基本に、VB<sub>1</sub>のほか水溶性ビタミン、カリウムの補充を必要に応じて行ないます。通常、ケトアシドーシスの迅速な回復が見られます。なお、300mg/dl以上の高血糖を伴う場合には、糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)の合併を考慮し、インスリンの使用を考慮すべきです。

## (4) ウェルニッケ脳症<sup>12)</sup>

意識障害、眼球運動障害、運動失調の3大兆候とあるが、3つの兆候が揃うのは多くはありません。

意識障害は精神反応遅延、失見当識、注意障害の軽度から、せん妄、昏睡まであります。

眼球運動障害は、左右注視時や上下注視時に水平性眼振と垂直性眼振がありますが、水平性眼振が最も頻度が高い。縮瞳や対光反射消失の内眼筋障害を示すとの報告もあります。失調性歩行は、座位や立位が不可能となる体幹運動障害が主体で、四肢の運動障害や構音障害は余り目立ちません。低体温、低血圧の症例、合併した末梢性神経障害から呼吸不全を呈した症例の報告もあります。

頭部MRIの拡散強調画像は役立つが、異常所見は約半数なので、1)意識障害または記憶障害、2)栄養不良、3)眼球運動障害(眼振を含む)、4)運動失調のうち、2つ以上を認めたら、ウェルニッケ脳症を疑って、「生食100ml+VB<sub>1</sub>500mg」を30分以上(VB<sub>1</sub>の静注はショックを起こすことがあるので、ゆっくり)かけて点滴静注します。1日3回、2～3日間行い、反応があれば、その後、VB<sub>1</sub>250mgを3～5日間あるいは反応が止まるまで点滴静注します。

## (5) 飲酒や過量服薬が疑われる自殺企図

自殺の直前に飲酒する割合は高率<sup>13)</sup>であり、また、飲酒状態で自殺企図し、救急受診した患者は、再度の自殺企図のリスクは大きい<sup>14)</sup>ので、BACの測定が望ましく、陽性の場合はSBIRTを実施します。

## (6)脳出血・脳梗塞

常習飲酒家は糖尿病や高血圧などの合併症を有することが多いが、十分に治療を受けていない場合があります。このような状況下で脳出血や脳梗塞を呈した場合、アルコール酩酊との鑑別が十分になされない場合があります。いつものアルコール酩酊と異なる意識状態の変化を認める場合には、脳血管障害の鑑別に留意すべきです。神経反射をはじめとする総合的な神経学的検査を施行し、脳血管障害が疑われる場合には速やかにCT、MRIなどの画像診断の可能な専門病院を受診すべきです。

## (7)頭部外傷

酩酊時には、無意識に転倒することがあるため、四肢の外傷とともに頭部外傷を呈する 경우가多々あり、綿密な頭部の視診が必要です。頭部外傷が比較的軽微と判断されても意識状態の程度によっては、常に頭部打撲による頭蓋内出血(硬膜下出血、くも膜下出血、脳内出血)の存在を念頭に置くべきです。少しでも頭部打撲が示唆される場合には、可能な限り、頭部CT撮影を行います。酩酊状態で検査に非協力的な場合には、意識状態の変化を綿密に観察し、時間を経るにも拘らず意識状態が改善せず、むしろ悪化する場合には、頭蓋内出血などを考慮して、頭部CTなどの画像を撮るべきです。最初に撮られたCTで著変がないと診断されても意識状態の悪化を認める場合には、再度CT、MRIなどの頭部画像診断を行います。慢性硬膜下血腫にも注意を要します。

## (8)振戦せん妄<sup>15)</sup>

飲酒中止後、48時間～72時間後の夕方から夜にかけてせん妄が出現するのが一般的です。離脱症状としての発汗、振戦がひどくなった後に出現します。小動物等の幻視が現れ、また、患者は仕事場で働いているという意識障害を持つこともあります。CIWA - Arの得点が高いとせん妄のリスクが高くなります。

せん妄は数日の経過後に深い眠りとともに消滅します。

## (9)アルコール離脱けいれん発作<sup>16)17)</sup>

最終飲酒後8時間から24時間以内で、BAC(血中アルコール濃度)がゼロになる前に、強直性間代性けいれんが生じます。72時間を超えて出現することは稀です。

## (10)肝性脳症<sup>18)</sup>

肝不全時にみられる意識障害です。肝不全は劇症肝炎にみられる急性型と肝硬変にみられる慢性型に大別されます。肝性脳症の程度により、潜在性脳症から深昏睡まで脳症の程度はI度からV度まで分類されています。最も程度の軽いI度では、ごくわずかに精神・神経異常を認める程度であり、II度では、羽ばたき振戦、指南力の低下、錯乱状態を呈します。III度になるとせん妄、傾眠状態、興奮状態となり、IV度で昏睡となり、V度では深昏睡となり刺激に無反応となります。脳波(EEG)がとられた場合、徐波、三相波を認めれば、肝性脳症の診断に役立ちます。

アルコールに起因する肝不全の病態も、1)急性型、慢性型の急性増悪、2)アルコール性肝硬変にみられる慢性型に分けられます。

1)の場合にみられる肝性脳症は、肝実質細胞の広範な壊死により、肝の解毒、代謝機能が高度に障害され、毒性物質(アンモニア・芳香族アミン)の蓄積により多彩な精神神経症状を呈します。劇症肝炎時の管理と同様の管理、治療が必要です。

2)の場合にみられる肝性脳症は、腸管内のアンモニアが増加、分岐鎖アミノ酸(BCAA)の合成低下によるBTR(BCAA/チロシン比)の低下などに起因するとされています。治療としては便秘を予防し、腸管内アンモニアを低下させるためラクツロースの投与やBCAA製剤の投与が効果的です。

## (11)抗酒剤服用後の飲酒

シアナマイド服用後48時間程度、ノックピンは1週間程度作用が持続し、ALDHによるアセトアルデヒドの代謝が阻害されます。飲酒すると顔面紅潮、血圧低下、ショック状態、歩行困難、嘔吐、嘔気等が出現します。この激しい作用のあることは患者に告知され、飲酒の恐怖を高めることで飲酒を防止します。MEOS系の代謝によりアセトアルデヒドが5時間程度にて消失するので、一般状態が回復します。この間を呼吸管理、循環器管理によって凌ぎます。

## 2. 酩酊についての正しい理解

酩酊時の患者の言動は、理不尽なことが多く、それらに対して非難を向けると非難が返り、怒りを向けると怒りが返って来ます。あくまで冷静な対応が基本です。次のように酩酊と焦燥感についての正しい理解をすることが、冷静さを取り戻す第一歩です。

### (1) 酩酊時の行動は、その人本来の行動ではない

アルコールの薬理作用による脳の機能低下、情動制御機能の低下による行動なのです。多量飲酒者やアルコール依存症患者の場合には、アルコールが抜けた後の離脱状態でも不安が亢進し、ストレスに過敏なイライラ状態が生じています。しかし、多量飲酒者やアルコール依存症患者は、本来は真面目で、几帳面で、律儀、繊細、世話好き、働き者であることが多いのです<sup>19)</sup>。

このように、正しく理解すると、酩酊患者に対して冷静な対応が可能になってきます。

以下の表1で「酩酊と脳の関係」を詳しく説明します。表2で、患者の焦燥感に絞って、説明します。

**表1. 酩酊と脳<sup>20)</sup>**

アルコールが脳に侵入すると、脳幹網様体から発して大脳皮質に広く投射する上行性賦活系の抑制によって脳の機能が低下します。

#### 1. 初期酩酊

大脳前頭葉の機能低下……………脱抑制現象の出現（陽気、軽い興奮、多弁、多幸福感、自制心の欠如、変則的挙動等）

頭頂葉、後頭葉、側頭葉の皮質の機能低下……………痛覚、視覚、嗅覚、味覚等の閾値の上昇による感覚の鈍麻

#### 2. 酩酊の進行

小脳の機能低下……………発語不明瞭、歩行失調、協調運動障害

辺縁系の機能低下……………情緒不安定、過去30分程の短期記憶の低下

#### 3. 酩酊の極期

小脳、辺縁皮質、大脳全体の著しい機能低下……………泥酔⇒死

**表2. 救急現場で示される「患者の焦燥感<sup>21)22)</sup>」**

#### 1. 焦燥感を生じる4つの要因

患者の焦燥感が、救急スタッフの対応を困難にしています。焦燥感の要因には次の4つが考えられます。

- ① 酩酊による一過性の脳機能の低下（認知・思考・判断・遂行・記憶・情動制御機能の低下）
- ② 長期多量飲酒の結果による神経伝達系の離脱時（しらふ）の調節異常と脳萎縮による認知機能の低下
- ③ 飲酒欲求の亢進状態と、飲酒が許されない環境（救急医療場面）の間の心理的な葛藤による焦燥感
- ④ 臓器障害による心身の不調（余裕の喪失）による焦燥感

#### 2. 焦燥感が次の飲酒を準備する

アルコールが脳の神経細胞に作用すると、神経伝達物質が放出され多幸福感、抗不安効果、鎮静、気分の安定化が生じます。これが「ほろ酔い」です。しかし、さらに進むと酩酊による一過性の脳機能低下をきたします。

またさらに、長期の多量の飲酒を繰り返していると、神経伝達物質の放出の調節異常が生じ、飲んでいない「離脱状態」「しらふの状態」の時期にも「不安」と「攻撃性」の亢進、「ストレスへの過敏性」、「情動不安」、「意欲の低下」、「抑うつ気分」を示すようになります。このような不快で苦痛な焦燥感の高まった「離脱状態」「しらふの状態」をなくすために「酔い」を求め、飲酒欲求が高まり、再飲酒・再発へと移行します。しかし、時間とともに酔いは必ず醒め、前記の不快なしらふの状態に戻り、次の飲酒を準備します。また、脳萎縮による記憶機能・認知機能の低下により、「記憶力の低下」「こだわりの強まり」が生じ、周囲との摩擦を増加させます。

## (2) 酩酊パターンには個人に特有のパターンがある

個別の患者では、「怒り上戸」「泣き上戸」「笑い上戸」といわれるように、百人百様の酩酊状態を示しますが、一定の特徴的な酩酊のパターンを示すので、下記のようにカルテを活用します。

- ①初めて救急受診した患者の場合には、その人の酩酊行動パターンを十分に理解することは困難な場合があります。次回の受診に備えるため、他のスタッフのため、患者情報を可能な限り詳細にカルテに記載しておきます。
- ②頻回の救急受診者の場合はカルテに記載された受診歴を参考にして、留意すべき点や酩酊行動の特徴を踏まえて対応します。

## 3. 急性アルコール中毒のレベル評価

急性アルコール中毒のレベルは「酩酊行動」と「BAC（血中アルコール濃度）」で、判断します。

### (1) 酩酊行動と急性アルコール中毒のレベル<sup>29)</sup>

下記の基準は WHO による ICD-10 で示された診断法です。急性アルコール中毒のレベルの診断に役立ちます。

Y91.0 軽度の急性アルコール中毒

呼気のアアルコール臭、機能と反応におけるわずかな行動の障害、あるいは軽度の共同運動障害

Y91.1 中等度の急性アルコール中毒

呼気のアアルコール臭、機能と反応における中等度の行動の障害、あるいは中等度の共同運動障害

Y91.2 重度の急性アルコール中毒

機能と反応における重度の行動の障害、重度の共同運動障害、あるいは協調能力の損傷

Y91.3 非常に重度の急性アルコール中毒

機能と反応における非常に重度の行動障害、非常に重度の共同運動障害、あるいは協調能力の喪失

Y91.4 アルコールの関与の他にはその行動を説明できない。アルコール関与の疑い

注) 共同運動障害: 日常の行為は一般に単一の運動ではなく、いくつかの運動が組み合わさったものであるが、それらの運動の順序や調和が障害されている状態。

(2) BAC (血中アルコール濃度) と急性アルコール中毒のレベル 8) 24) 25)

表3 ステージ別のBAC・酩酊状態・飲酒量

ステージ	BAC	酔いの状態	酒量
爽快期	20~40mg/dl	さわやかな気分になる 皮膚が赤くなる 陽気になる 判断力が少しにぶる	ビール中びん(500cc)1本以下 日本酒1合以下 ウイスキー・シングル2杯以下
ほろ酔い期	50~100mg/dl	ほろ酔い気分になる 手の動きが活発になる 抑制がとれる(理性が失われる) 体温が上がる 脈が速くなる	ビール中びん(500cc)1~2本 日本酒1~2合 ウイスキー・シングル3杯
酩酊初期	110~150mg/dl	気が大きくなる 大声でがなりたてる 怒りっぽくなる 立てばふらつく	ビール中びん(500cc)3本 日本酒3合 ウイスキー・ダブル3杯
酩酊極期	160~300mg/dl	千鳥足になる 何度も同じことをしゃべる 呼吸が速くなる 吐き気・おう吐が起こる	ビール中びん(500cc)4~6本 日本酒4~6合 ウイスキー・ダブル5杯
泥酔期	310~400mg/dl	まともに立てない 意識がはっきりしない 言語がめっちゃめっちゃになる	ビール中びん(500cc)7~10本 日本酒7合~1升 ウイスキー・ボトル1本
昏睡期	410~500mg/dl	ゆり動かしても起きない 大小便はたれ流しになる 呼吸はゆっくりと深い 死亡	ビール中びん(500cc)10本超 日本酒1升超 ウイスキー・ボトル1本超

- 一般に BAC が 400mg/dl を超えると「昏睡期」となり、やがて呼吸停止から死に至る。
- 短時間に多量に飲むと、ゆっくり多量に飲むよりも、BAC は急激に上昇し、上昇の頂点も高くなる。
- 未成年者は同じ飲酒量でも BAC が高くなりやすい。また、同じ BAC でも神経系の未発達のため感受性が高く、また、耐性ができていないので症状が強く出やすい。
- 飲酒で顔が赤くなる低いアセトアルデヒド分解能力のフラッシュャータイプは、アルコールの消失速度が遅く、急性アルコール中毒の危険が高い。
- 高齢者と女性は身体に占める水分量が少ないため、体重あたり同じ飲酒量でも BAC は高くなり易い。

## 4. BAC(血中アルコール濃度)は役立つ

### (1) 鑑別診断・治療や再発防止

- 頭部外傷、脳血管障害、低血糖などの脳の病変による意識障害か、酩酊による意識障害か、あるいはその重複かなどの診断に役立つ
- イッキ飲みなどの急性アルコール中毒の危険度の診断に役立つ
- アルコール依存症やアルコール性臓器障害の診断に役立つ
- 自殺・リストカットの背景にある飲酒の情報は、再発防止に役立つ
- 外傷、再外傷の背景にある飲酒の情報は、再発防止に役立つ
- DV、虐待の背景にある飲酒の情報は、再発防止に役立つ

## (2) アルコール依存症の鑑別診断

アルコールに対する耐性（飲みはじめの頃の酔いの程度を得るのに、飲み始めの頃の量では同じ酔いを得られなくなる）があると、BACのレベルから想定される酩酊行動よりも「正常に近い行動」となります。耐性は、アルコール依存症の重要なサインです。

## (3) 飲酒しているかどうかの判定

患者が飲酒しているかどうかの把握は、通常の視診や臭いでは非常に困難です。特に耐性がある場合はなおさらです。このような場合、BACを活用して酩酊者である事を客観的に判定して対応に活かすことができます。

患者が飲酒を認めないとき、言い争いをせずに、客観的に認めさせることができます。

## (4) 入院病棟での飲酒を抑制する効果

入院病棟では、この検査を施行できるということを示すことで、「かくれ飲み」の抑止効果があります。また、「飲酒を認めたら、退院」というルールも客観データで守らせやすくなります。

## (5) トラブルの回避

トラブルのため、警察を呼ぶ場合や抑制をする時、BACのデータがあると、客観的なデータとして、その後の患者とのトラブルの防止に役立つ場合があります。特に、記憶が消失するあるいは記憶の曖昧な状態での対応が、その後のトラブルにも発展しやすく、BACのデータは重要な役割を果たします。

## (6) 飲酒運転の防止

自家用車で来院している患者の飲酒にスタッフが気づいた時、BACを測定することにより、基準を超えていたら、患者が自家用車で帰宅して飲酒運転で検挙されることを防止できます。

- ・酒気帯び運転となる「呼気アルコール濃度」は、0.15mg/l以上
- ・酒気帯び運転となるBACは、30mg/dl (0.3mg/ml, 0.03%)以上
- ・BACの単位換算式：100mg/dl = 1mg/ml = 0.1%

## (7) 最終飲酒時のBACの推定

最終飲酒から救急受診までの時間が分かれば、最終飲酒時のBACを推定できます。これにより、飲酒量の多さを指摘でき、飲酒指導に役立ちます。

平均的な日本人の場合<sup>26)</sup>

$$\text{受傷時のBAC (mg/dl)} = \text{経過時間数} \times 16\text{mg/dl} + \text{現在のBAC (mg/dl)}$$

# 5. 酩酊と暴力

酩酊がもたらす暴力について、そのリスクを評価し、予防を心がけます。迷惑行為に対する警察への通報についても解説します。

## (1) 酩酊者への対応上の注意

### ① 酩酊と長期多量飲酒は暴力を誘発しやすい

■酩酊は脳の情動・衝動制御機能を低下させているので、衝動的・攻撃的な行動が現れやすい。しかし、同時に平衡・運動機能も低下していれば、パーソナル・スペース（手と足が届かない距離）を確保しておけば、防御しやすい。

■アルコール依存症者の場合、しらふ状態でも「不安の亢進」「ストレス過敏性」「焦燥感」があるので、しらふ状態でも「安心させるように」介入することを念頭に置きます。

■しらふが長期に継続されると、脳機能が回復し、脳の情動・衝動制御機能も回復し、その人本来の状態に戻って、穏やかになります。

どんな場合も、暴力を誘発しないように、患者との信頼関係こそ基本です。

### ② 酩酊時の暴力のリスク<sup>27)28)</sup>

■若い男性



- 元来、短気・怒りっぽい性格である。
- 元来、暴力的反応傾向、暴力への衝動、暴力の正当化がある。
- 暴力的酩酊状態の既往歴（からむ、暴れる、物を持つ、衝動的動作など、情動制御の著しい低下）がある。
- 酔って、個人の問題点を理由にした攻撃・敵意を向けてくる。
- 双極性障害の躁状態で、酩酊している。
- 酩酊時の記憶が抜ける。
- ビンジ飲酒（2時間以内に日本酒換算で3合以上飲酒）をしている。
- 刃物・凶器を持つ癖、あるいは持参している可能性がある。

### ③身体抑制や薬物抑制が必要な場合

- 理学的な所見をとるときには、患者に接近する必要があります。その際には、危害を受けないために、患者の攻撃的な動作、表情、会話の内容や周囲の状況、所持物などに注意を払い、複数のスタッフで安全を確認しながら診察に当たります。
- 相手から攻撃を回避できる空間（パーソナル・スペース）の確保が困難で、患者や診察時の医師や看護師の安全が確保できない場合は身体抑制や薬物抑制が必要なことがあります。抑制を必要とした場合には、その理由をカルテに詳細に記載しておきます。後日、医療訴訟に発展した場合などに役立ちます。

## (2) 暴力の予防

### ①コミュニケーションの基本

- 患者との信頼関係の構築が重要です。
- アルコール依存症者は「せっかち、几帳面、短気など」の特徴があるので、待たせないように、可能な範囲で診察を早く行いトラブルを回避します。
- 「酩酊」「離脱」の有無を確認します。
- 事前にルール化をして、現実の限界を明確化しておくことで、トラブルが回避しやすくなります。前もってルールがあると、患者にルール違反として指摘して、対処の正当性を得やすくなります。
- 落ち着いた態度で、とにかく、傾聴します。
- できるだけ穏やかな声で、短い簡潔な言葉で淡々と話します。ガミガミ・クドクドは禁物です。
- 相手に脅威を与えない態度で、平静で、自制し、一貫した対応をしましょう。
- 非言語的なコミュニケーション（動作、表情、しぐさ、話の抑揚など）も、脅威をあたえないようにします。
- あなたを助けるためにいることを伝えます。
- 話し合いは可能な限り、しらふ時に行います。
- 患者の友人・家族を味方に引き入れます。
- 結論を急ぎません。

### ②暴力を回避する

- 患者の暴力の既往、酩酊時の既往に関する情報を関係者で共有します。
- 立っている患者には座るように説得します。
- 患者が立ったままの場合、座らないで対応します。
- 挑発に乗らず、個人攻撃を真に受けない。酩酊状態・離脱期は、アルコールの影響下にあります。
- 部屋のドアやカーテンなどを開け、出口側で対応し、逃げ道を確保しておきます。
- パニックに陥らない。
- 自身の感情をコントロールしていることを確認します。
- 複数で対応することは、冷静さと役割分担と抑止効果を高めます。
- 必要以上に相手に近づかず、暴力を受けそうになった時はとにかく逃げます。
- 出来れば、複数の力強い男性スタッフを隣室に待機させます。
- 診察室に武器になるものを置きません（懐中電灯、打腱器など）。
- ネクタイ、ネックレスは装着しません。
- 暴力の予兆を察知します。「なんかおかしい」「いつもと違う」「危険かもしれない」という直感を大切に。

- 相手にもパーソナル・スペースを維持します。手と足の届く距離に入りません。
- 警察との協力も有効です。
- 上司・所属長に報告し、対応策を協議します。
- パニック・ボタンや監視カメラを設置します。

### (3) あなたの怒りを鎮めるアンガー・マネージメント(Anger Management)

- 患者の側も、スタッフの側も怒りの感情は長くは続かない。追い打ちをかけない限り。
- 酔酩は脳の機能低下状態で、「感情のノーコン状態」、「情動不安」「思考・判断機能が落ちている状態」なので、決して「本音」ではないことを繰り返し思い出す。
- 患者の暴言は個人攻撃も含めすべて「苦しい、助けてくれ」という意味に頭の中で翻訳する。
- 「今、アルコール依存患者は決して好きで飲んでいるのではない。アルコールに脳がハイジャックされている。」ことを自己確認する。
- 沈黙、うなずき、繰り返し、気持ちを汲んだ言い方など「傾聴」を大切にす。
- 心の中で、1から10まで数える。紙の枚数を数えるイメージで。注意の焦点を外す。
- 心の中で「ストップ」「ちょっと待て」「落ち着いて」と自分の心に合図する。声を出して言うみる。
- 一呼吸おいて、対応する。
- 落ち着くイメージを思い浮かべる。
- 怒りを感している事柄や相手から、物理的な距離を取ることで、自分の怒りとも距離が取れる。
- 疲れていないか？ 疲れは怒りを増大させている。
- 「I」ポジションで伝える。「お前」「あんたは」と「you」を主語にした攻撃的表現ではなく、「私は」と「I」を主語にして、思い、気持ちを伝える。
- あなたのセルフケアを大切にす。
- 患者にバーンアウトしていないか？

### (4) 迷惑行為と警察への通報

#### ①警察への通報は、いつするか？

身の危険を感じた時。躊躇せず、110番に通報する。(各警察署へ通報するよりも早く出動可能)

#### ②違法行為となる可能性のある行為

次のような迷惑行為は、違法行為となることがあります。

- 大声で威嚇し、危害を与えるように脅す⇒脅迫罪
- 殴られた⇒暴行罪又は傷害罪
- 泥酔して罵声、無理難題を要求⇒警察官職務執行法による保護の対象  
(但し、傷病者は治療を優先する)
- 故意にものを投げつけるなどして壊す。⇒器物損壊罪  
※意図せず当って壊れた場合は、該当しない。
- 診察室への不要な居座り⇒不退去罪又は威力業務妨害
- 正当な理由なく、刃物等を持っている⇒銃刀法違反  
※職業上必要な場合は除く。但し不要な場面での所持は正当な理由に当たらない。

#### ③通報時の留意点

- 警察への通報に必要な情報
  - ・六何の原則：いつ、どこで、誰が、誰に、どうして、どうなった
  - ・病気の状況：泥酔以外に罹患している病(対応時に考慮が必要な場合があるため)
  - ・対象の特徴：身体が大きい、職業、泥酔の程度等、わかっている範囲で、参考になることを伝える

※出動に必要な人数などの準備に役立ちます

## 6. 離脱症状について

CIWA-Ar(アルコール離脱症状重症度判定表)により、離脱症状進行の予測と予防が可能になります。

■CIWA-Ar による評価は、表4を用いて5分ほどで実施できます。

■点数が大きいほど、離脱症状は重症です。CIWA-Ar の点数が10点を越えている時には、早期からの薬物療法でせん妄の出現を予防します。更に点数が増えていく時には、患者が安心できる身近な人に付き添ってもらったり、部屋を明るくするとともに、薬物投与を再考し、せん妄出現を予防します。せん妄は深い眠りを得たら、消失します。

■離脱症状のある患者を自宅に帰す時には、家族に CIWA-Ar の使用法を教え、経過を観察してもらいます。

表4. CIWA - Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale, revised ) <sup>29) 30) 31)</sup>

1. 嘔気、嘔吐「胃の具合が悪いですか」「吐きましたか」

- 0 嘔気・嘔吐なし
- 1 嘔吐を伴わない軽度の嘔気
- 2
- 3
- 4 むかつきを伴った間欠的嘔気
- 5
- 6
- 7 持続的嘔気

2. 振戦「上肢を前方に伸展させ手指を開いた状態で観察」

- 0 振戦なし
- 1 軽度の振戦：視診で確認できないが、患者の指先に治療者の指先を触れるとわかる
- 2
- 3
- 4 中等度振戦：上肢伸展で確認できる
- 5
- 6
- 7 高度振戦：上肢を伸展しなくても確認できる

3. 発汗

- 0 発汗なし
- 1 わずかに発汗が確認できるか、手掌が湿っている
- 2
- 3
- 4 前頭部に明らかな滴状発汗あり
- 5
- 6
- 7 全身の大量発汗

4. 不安「不安を感じますか」

- 0 不安なし、気楽にしている
- 1 軽い不安を感じている
- 2
- 3
- 4 中等度の不安、用心深い、実際に不安が推察される
- 5
- 6
- 7 重篤なせん妄や統合失調症の急性期にみられるようなパニック状態と同程度の不安状態

5. 焦燥感

- 0 行動量の増加なし
- 1 行動量は普段よりやや増加している
- 2
- 3
- 4 やや落ち着かず、そわそわしている
- 5
- 6
- 7 面接の大部分の間、ウロウロ歩くか、絶えず激しく動いている

6. 触覚障害「かゆみ、ピンでつかれるような感じ、やけどくような感じや感覚がマヒしたり、皮膚に虫が這っているような感じがしますか」
- 0 なし
  - 1 掻痒感、ピンでつかれる感じ、灼熱感、無感覚のいずれかが「非常に軽度」にある
  - 2 上記症状が「軽度」にある
  - 3 上記症状が「中等度」にある
  - 4 「やや重い」体感幻覚(虫這い様感覚)
  - 5 「重い」体感幻覚
  - 6 「非常に重い」体感幻覚
  - 7 持続性体感幻覚
7. 聴覚障害「まわりの音が気になりますか、それは耳触りですか。そのせいで怖くなることがありますか。不安にさせるような物音は聞こえますか。ここにはないはずの物音が聞こえますか」
- 0 なし
  - 1 物音が耳障りか、物音に驚くことがあるが軽度
  - 2 上記の症状が中等度にある
  - 3 上記の症状が高度である
  - 4 軽度の幻聴
  - 5 中等度の幻聴
  - 6 高度の幻聴
  - 7 持続性の幻聴
8. 視覚障害「光がまぶしすぎますか。光の色が違ってみえますか。光で目が痛むような感じがしますか。不安にさせるようなものが見えますか。ここにはないはずのものが見えますか」
- 0 なし
  - 1 光に対し非常に軽度に過敏
  - 2 軽度に過敏
  - 3 中等度に過敏
  - 4 やや重度の幻視
  - 5 重度の幻視
  - 6 非常に重度の幻視
  - 7 持続性の幻視
9. 頭痛一頭重感(めまい、ふらつきは評価しない)「頭に違和感がありますか。バンドで締め付けられるような感じがしますか」
- 0 なし
  - 1 ごく軽度
  - 2 軽度
  - 3 中等度
  - 4 やや高度
  - 5 高度
  - 6 非常に高度
  - 7 極めて高度
10. 見当識一意識障害(①今日は何日ですか? ②ここはどこですか? ③私は誰ですか?)
- 0 見当識は保たれていて、3つを連続して言うことができる
  - 1 3つを連続して言うことが出来ないか、日付があいまい
  - 2 日付の2日以内の間違い
  - 3 日付の2日以上の間違い
  - 4 場所か人に対する失見当識がある

■合計点により次の通り対応します

- 8-10点 …薬物投与せずに症状をモニターする
- 10-15点 …ベンゾジアゼピン(ジアゼパム、ロラゼパム)投与が有効である
- 15点以上 …症状を抑える十分な量のベンゾジアゼピンの使用
- 離脱けいれんの既往のある患者は、離脱症状の重症度にかかわらずベンゾジアゼピンを使用する

## III SBIRT

### 1. SBIRT の全体像

救急診療によりアルコール患者の急性症状が落ち着いたら、SBIRT(簡易介入法)を活用します。アルコール問題を持つ患者が、救急受診した時は、心身の状態に関心をもつ「またとないチャンス」であり、介入の絶好の機会(teachable moment)です。

表 5. SBIRT (簡易介入法)

(Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment)

#### 1. スクリーニング

■対象：酩酊患者、BAC 陽性の患者、外傷患者、アルコール関連の検査の異常や臓器障害を持つ患者、自殺企図・自傷にアルコール関与が疑われる患者。

身体的異常は軽度でも、精神面や生活面等で問題を有する患者（家族の苦悩は大きい）。

■実施場所：病院の救急外来、地域連携・医療相談室\*、入院病棟。

プレホスピタル、ポストホスピタルとしてのかかりつけ医。

一般精神科病院、精神科クリニック、産業保健機関、

その他の機関(保健所、福祉事務所、介護関係機関)など

■検査法：CAGE\*\*(ケージ)、AUDIT - C\*\*\* (オーディット - シー)を実施し、陽性の場合に、ICD-10(アイシーディー10)を実施する。フローチャートに従い、数分で実施可能。

#### 2. ブリーフ・インターベンション(簡易介入)

スクリーニングの診断結果に従い、介入する

■『危険な飲酒』の場合:節酒指導を行う

■『アルコール依存症』の場合:断酒指導し、専門治療を紹介する

■『軽度のアルコール依存症』の場合:患者が断酒を拒否し、飲酒を目標として選択する場合、節酒を注意深く経過観察し、継続不可の場合に断酒へ移行し、専門治療を紹介する。

#### 3. 専門治療への紹介

■アルコール依存症の場合

■断酒指導が困難な場合

■節酒が困難で、直ちに専門治療を受けないと心身の状態が増悪する場合等に専門治療を紹介する

附) 米国厚生省薬物乱用精神保健局 (SAMHSA) は、SBIRT を「危険な飲酒の人には早期に介入し、アルコール乱用や依存の人にはインテンシブな専門治療へタイムリーに紹介する包括的で統合された公衆衛生的アプローチ」と定義<sup>32)</sup>し、2010年に決定された世界保健機関(WHO)の戦略にも採用され、SBIRTの取組み強化が求められている<sup>33) 34)</sup>。

SBIRTの実施は、診療部門や地域連携・医療相談室などでその状況に応じて行います。何より患者を早期に専門治療に紹介することにより、身体面、家族関係面、職業や社会生活面での悪影響をくい止めることができます。その際、さまざまな関係機関のサポートが必要であり、地域連携・医療相談室を介して連携に努めます。

(P19 図2「アルコール救急地域連携フローチャート」参照)

\*地域連携・医療相談室：病院により名称が異なるが、医療ソーシャルワーカー等による地域連携ならびに相談部門を指す

\*\*CAGE：基礎的な飲酒スクリーニング検査の一種<sup>35)</sup>

\*\*\*AUDIT - C：基礎的な飲酒スクリーニング検査の一種<sup>1)2)36)37)38)</sup>

## 2. SBIRT 第 1 段階 —スクリーニング—

### (1) 「危険な飲酒」と「アルコール依存症」のスクリーニング

■ スタッフは本人又は家族より飲酒状況を聴取し、CAGE(表 6 参照)<sup>35)</sup>、又は AUDIT-C(P15 表 7 参照)<sup>1) 2) 36) 37) 38)</sup>によって、「危険な飲酒」<sup>3)</sup>と「アルコール依存症」の可能性をスクリーニングします。救急現場が多忙でスタッフによる実施が困難な時は、チェック表の用紙を患者か家族に手渡し、自身でスクリーニングや自己診断をして結果を報告してもらいます。

CAGE で「2 項目以上の人」、AUDIT - C で「危険な飲酒のレベル以上の人」には、ICD - 10 (P15 表 8 参照)による診断にて、アルコール依存症を確定します。「アルコール依存症」でなければ「危険な飲酒」として節酒の介入に進みます。「アルコール依存症」の人は断酒のための介入に進みます。

■ 救急現場が急迫した状況で上記のスクリーニングを行うことが不可能な場合でアルコール問題がありそうだと判断した時には、チェック表を手渡した上で、地域連携・医療相談室に患者をつなげます。

■ 「外傷」がある場合や、「自殺企図や過量服薬」の場合には、外傷をくり返しているか、飲酒が関与していないかなどのアルコール関連問題のアセスメントが必要です。再外傷の防止や自殺予防に寄与できる場合があります。

■ 既往歴の聴取や CAGE、AUDIT - C を用いた診断法を、「指示的」「命令的」に行うと却って反発を生じやすいため、「FRAMES」に基づく介入のポイント(P17 表 9 参照)<sup>2) 39)</sup>を基本に行います。

■ 飲酒状況によっては、本人より家族などから状況を聴取した方が良い場合があります。単身患者の場合は、患者が冷静さ・しらふ状態を取り戻した時期に行います。

### (2) スクリーニング・ツール

表 6. CAGE (ケージ)

過去に次の経験がありましたか?

- (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がありますか。(Cut down)
- (2) 他の人に自分の飲酒について批判され、うるさいと感じたことがありますか。  
(Annoyed by criticism)
- (3) 自分の飲酒について、よくないと感じたり、罪悪感(後めたさ)をもったことがありますか。  
(Guilty feeling)
- (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。  
(Eye opener)

<診断>

- 1 項目該当：「危険な飲酒」であり、節酒指導が必要
- 2 項目以上該当：アルコール依存症の疑いあり、ICD - 10 による診断へ

**表7. AUDIT-C**

(AUDIT-CはAUDITの最初の3項目による診断)

		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	月に一度以下	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」 中ビン 500ml=2ドリンク 「ウイスキー」 水割りダブル1杯=2ドリンク 「チューハイ」 350ml 1缶=2ドリンク 「焼酎(25°)」 0.5合=2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

- 合計得点:65歳未満の男性では、5点以上は「危険な飲酒」であり、ICD-10による診断へ
- 合計得点:女性と65歳以上の男性では、3点以上は「危険な飲酒」であり、ICD-10による診断へ
- 合計得点:上記基準以下は年一回のチェックを

※AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test:

アルコール使用障害(危険な飲酒やアルコール依存症)のスクリーニング・ツール

**表8. WHOの診断基準 ICD-10**

過去1年間に次のことがありましたか？

1. 飲酒したいという強い欲望、または強迫感がある
  - ・ちょっとした刺激で飲酒欲求が非常に強くなる。
  - ・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。
  - ・ダメとわかっているが、飲酒運転を繰り返してしまう。
  - ・隠れてでも飲みたくなる。
  - ・仕事が終われば、待ちきれないように飲む。
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
  - ・開始時間:朝から飲んでしまう。工作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:飲むと、「あるだけの量」まで飲む。コントロールしようとしても飲み過ぎる。
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
  - ・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、イライラ感、不安、抑うつ気分、易怒などの不快な気分のどれかがある。
  - ・重症では全身けいれん、幻視、意識障害がある。
  - ・これらの症状が、飲酒を止めると出現するが、飲むと軽減する。
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酔えなくなる)
  - ・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
  - ・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
  - ・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。

(診断)

- 3項目以上該当:アルコール依存症であり、専門治療が必要
- 1～2項目該当:「危険な飲酒」であり、節酒指導が必要

### 3. SBIRT 第2、第3段階 一介入と専門治療への紹介一

#### (1) 救急受診者への対処

- 救急外来でしらふの状態に導くことが出来れば、アルコール依存症の場合、専門医療機関を受診する約束を取り付ける事が非常に重要です。紹介状を作成するとともに、可能であれば、専門医療機関に受診を予約し、必ず受診するように強く約束を交わします。
- 患者と家族の了解が得られ、紹介先の専門医療機関が決定できれば、受診予約をします。
- 病院内の地域連携・医療相談室への相談の約束が出来ることも、一步前進です。
- 単身の酩酊患者や病気を否認している酩酊患者には、しらふで対応できる機会をどう作るかが重要です。酩酊時の介入は不成功に終わることが多くあります。救急外来でしらふ状態に導くことができない時は、翌日、患者がしらふの時に地域連携・医療相談室に相談するように患者や家族を説得し約束を交わします。
- 患者は夜間や土、日・祭日での救急外来受診が多く、地域連携・医療相談室の対応できる平日まで待たねばなりません。その場合、救急外来看護師は介入用リーフレット\*を手渡して相談機関を案内し、平日に地域連携・医療相談室に相談できることや、高齢者の場合は住所地の地域包括支援センターや在宅介護支援センターでは休日にも相談に応じていること等を説明します。精神科の緊急対応を要する場合は、愛知県精神科救急医療システム（P23 図3、P24 表11 参照）の活用を考慮します。
- 暴力等で対処困難な場合は、搬送してきた救急隊や安全管理担当者等に協力を依頼し、状況に応じ、「110 番通報」し、警察官の出動を要請します。
- 患者が約束を実行して専門医療機関を受診した場合は、関わった医療ソーシャルワーカー、病院主治医、看護師、かかりつけ医等は、受診が正しい判断であることを共に評価・称賛し、必要な場合は併診して専門治療を継続するようにサポートします。
- 患者に関わった関係者は、その経過について情報交換を行います。患者が頑張っている様子を共有することにより、それぞれの担当場面で、患者や家族に対し関心を寄せて状況に応じた適切な言葉かけをすることができ、回復の原動力になることがあります。そしてそれは、顔つながりのネットワークの力が実現する成果の一つであると言えます。

また、患者の回復は、関わった関係者にとって「次の患者」の介入への動機づけとして大きな意味を持つこととなります。
- 「危険な飲酒」の段階の人には、節酒指導によりアルコール依存症への進行やアルコール関連問題を予防します。介入にあたっては、P45 資料1 を活用します。

#### (2) 頻回救急受診者への介入

- 介入にあたっては、患者がしらふ状態であることが重要です。酩酊は脳の機能低下、情動制御の低下状態であるため、会話にもなりにくく会話内容が記憶されていない場合がほとんどです。そのため必要な救急処置が済めば、しらふに戻る時間を確保するために、付添者の協力を得て、安全な状況下で観察します。
- 飲酒の有無を判定するのはかなり難しい場合があります。このような場合には、BAC（血中アルコール濃度）の測定を行うことにより、飲酒量を確認し、適切な対応を可能にします。
- 経過観察により、しらふ状態に導くことができれば、地域連携・医療相談室に対応を依頼します。地域連携・医療相談室では、医療ソーシャルワーカーが患者の抱える心理社会的問題を整理し、院内の関係職種や関係機関と連携して、専門医療機関への受診を支援します。
- 救急受診中にしらふ状態に導くことができない場合には、一旦、帰宅して翌日に地域連携・医療相談室で相談するよう約束します。帰宅が困難な場合は、地域連携・医療相談室や安全管理担当者に対応を依頼します。帰宅が困難で、休日や夜間など、医療ソーシャルワーカーが不在の場合は、看護師が事務担当者や安全管理担当者の協力を得るなどして、患者に関わりのある地域の関係者（P37「関係機関の連絡先一覧」参照）に協力を依頼します。医療ソーシャルワーカーは、地域の関係機関一覧が院内のどの部門からでも活用できるように整備します。（P27「V. 関係機関相互の連携体制」参照）

\*介入用リーフレット：P51 資料5「チェックテストと診断法」 P52 資料6「アルコール問題に関する相談先」を参照



■何度説得しても救急受診を頻度多く繰り返し、専門医療機関への受診を実行できず、治療の効果が見られない時には、多くの医師、看護師は疲弊し腹立たしさのみが残ります。このため継続した対応が出来なくなります。本人、家族にとっても不幸で避けたい事態です。こうした事態ではしらふの時に、下記の手順を踏んだ上で「専門医への受診が無いと、当院での治療は責任を持ちかねる」ことを説明します。そうした対応が本人の専門医への受診誘導につながる場合があります、救急現場のモチベーションの低下を防ぎ、結果的に患者の利益になります。

①救急医から主治医への情報提供

②主治医は地域連携・医療相談室に連絡し、経過を説明

③地域連携・医療相談室は、本人・家族へ介入し専門医療機関へ紹介

④不成功に終わる時は、関係機関の協力を得つつ、地域の事例検討会議の開催を企画する

⑤その上で、主治医は専門医療機関への紹介状を記載

⑥同時に、患者に専門医療なしには改善はあり得ないことを再度説明し、「専門治療受診の証明(専門医療機関を受診したと言う診療情報提供書)を持参すれば当院での診療を引き受けること」を告げ、専門医療機関への受診を強く促します。

但し、その患者が当該医療機関を受診し、治療を火急に必要とする場合は、この限りではなく、まず身体的治療を実施しますが、次に必ず①～⑤の手順を踏みます。

表9. FRAMES<sup>2) 39)</sup>に基づく介入のポイント

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>F</u>eedback (フィードバック)</li> <li>・ <u>R</u>esponsibility</li> <li>・ <u>A</u>dvice (アドバイス)</li> <li>・ <u>M</u>enu (メニュー)</li> <li>・ <u>E</u>mpathy (共感)</li> <li>・ <u>S</u>elf-Efficacy (自己効能感)</li> </ul>
<p>F……情報をきちんと患者に返す。</p> <p>例：医師は検査結果、臨床所見、診断結果等を患者にきちんと伝え、患者が入院か通院等の治療形態を判断する時の判断の材料を提供する。</p>
<p>R……患者の自己責任・自己決定を尊重する。</p> <p>例：入院か通院は患者が選択し、自らの責任のもとに決定してもらい、治療者はそれを受け入れる。</p>
<p>A……医師は患者に指示、命令をするのではなく、アドバイスをする。</p> <p>例：入院・通院についてスタッフの意見を伝え、こうした方が良いと意見は述べるが、対等な関係として患者の自己決定を尊重する。ただし、緊急を要する場合は臨機応変に対応する。</p>
<p>M……メニュー即ち選択肢を提示する。</p> <p>例：入院や通院があるが、どちらにしますか。</p>
<p>E……患者の苦労や悩みに共感しながら、訴えに耳を傾ける。</p> <p>例：入院も通院も苦労が多いよね。</p>
<p>S……患者が問題に取り組むことに自信を高めるように、患者がチャレンジしたら出来る可能性が十分にあることを強調する。</p> <p>例：あなたは立派に仕事をされ、子育てもやってきたのだから、酒を止めることも適切な方法を用いれば、やればできるよ。</p>

### (3) 家族への情報提供と介入

■酔酺時には患者との約束や飲酒指導の効果は殆ど期待できないため、救急スタッフや医療ソーシャルワーカーは、家族など周囲の人への介入に力を注ぎます。

■家族への介入は、地域連携・医療相談室への翌日の訪問や専門医療機関への家族受診の動機づけを目標とします。

■アルコール依存症や多量飲酒に家族は非常に苦勞しており、救急医、医療ソーシャルワーカー、かかりつけ医などによる介入を密かに、そして強く期待しています。

- 家族への介入にあたっては、まず、その苦勞に共感し、苦勞をねぎらいます。決して家族を責めず、冷静に対処することが必要です。家族には、「患者はモラルが欠如しているのではなく、アルコール依存症という病気であり、病気は治すことができます。」「アルコール依存症は脳が変化する病気であり、本人だけでは気付くことが出来ないため、家族が本人に気付かせることが必要です。」などのように指導します。
- 家族の理解が得られたら、地域連携・医療相談室に連絡して具体的な専門医療機関の紹介と課題解決に向けた患者への介入を依頼します。また、家族の理解が得られない場合であっても、地域連携・医療相談室に紹介して、今後の介入のチャンスづくりに努めます。

#### (4) 地域連携・医療相談室が行う家族への情報提供と介入

- 地域連携・医療相談室では、医療ソーシャルワーカーや臨床心理士がまず家族に介入し、次いで、患者が専門医療機関に繋がるように患者に介入します。
- 家族が患者に話す時の注意点(表 10 参照)は次の通りです。家族が納得できるように、その理解度に応じて丁寧に説明します。

**表 10. 家族が患者に話すときの注意点**

- ① 患者がしらふ状態の時に、複数の家族でその思いを伝える。
- ② 救急受診時は患者が家族の話聞く良いチャンスなので、このチャンスを生かす。
- ③ 家族の患者への接し方として、  
「ガミガミ言わない」「くどくど言わない」「責めない」「“私は”を主語として伝え、“あんたは”を主語にしない」などが患者の焦燥感などによる抗弁を防ぎ、有効である。家族が伝え方を変更すると、患者は家族の思いを受け入れやすくなっていくものである。冷静に、分かり易く、繰り返し、患者の飲酒を心配している家族の気持ちを患者への尊敬の念を持って伝える。
- ④ 本人が専門医療機関の受診を拒否する時、「身体が心配」と家族の気持ちを伝え、一緒に受診するよう促す。<sup>40) 41)</sup>
- ⑤ 手紙の形にして、家族の気持ちを患者が繰り返し読めるようにするのも良い方法<sup>42) 43)</sup>である。

## IV 各機関の役割

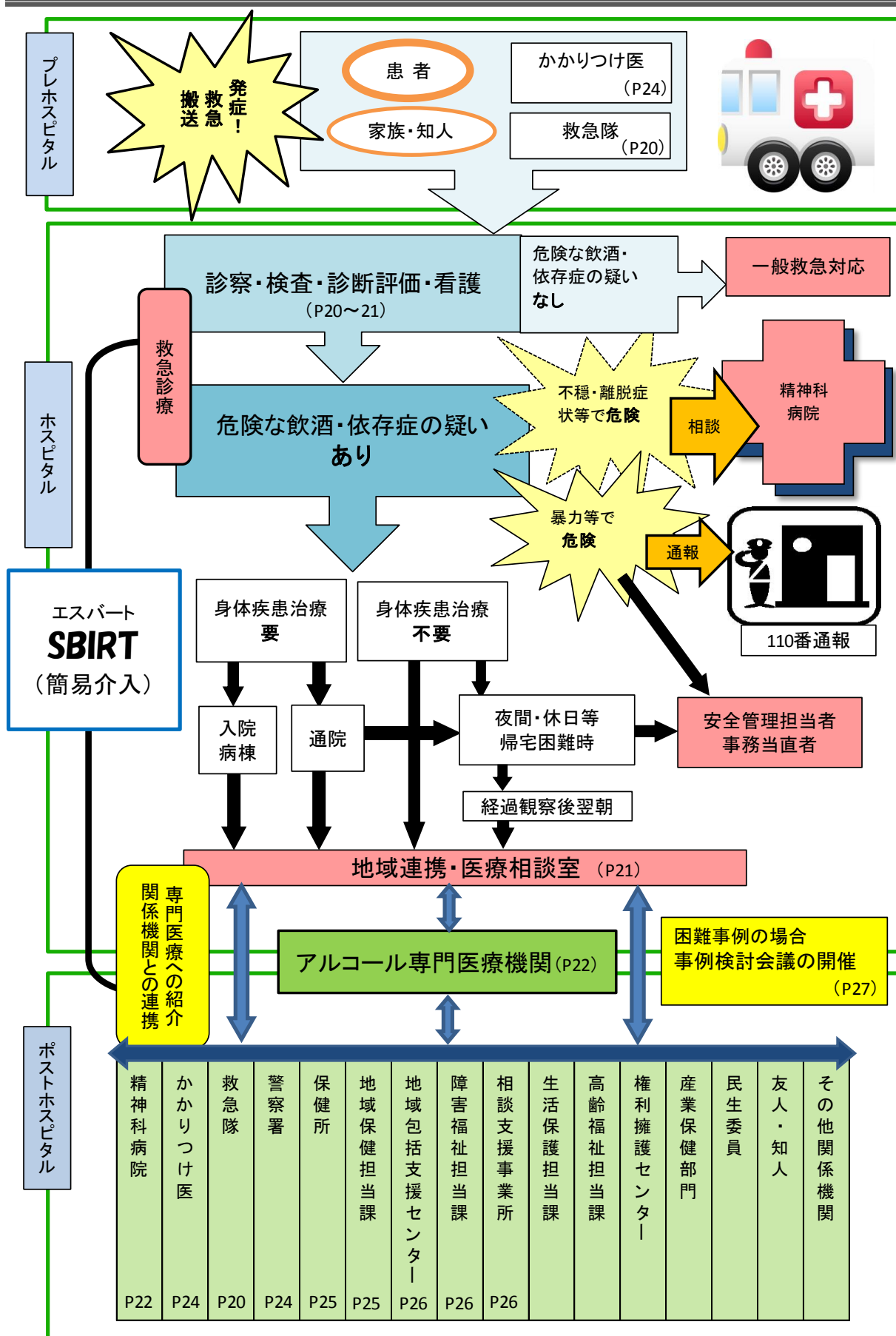


図2. アルコール救急地域連携フローチャート

## 1. 救急隊の役割

- 患者や関係者からの要請や通報に応じ、迅速に出動します。
- 患者による妨害行為がある場合は、救急隊員の安全確保に十分な配慮を行ない、警察と緊密な連携を取りながら適正に対応します。
- 患者の酩酊行動や心身の状態を的確に評価し、不測の事態に備え、安全に対処します。
- 知り得た患者の既往歴や関連情報を、出来る限り詳細に医療機関に伝えます。
- 意志疎通の取れない患者では、受診後、帰宅がスムーズに出来るように、可能な限り、財布、クツ、保険証などの有無を確認します。収容時にそれらが無い場合は、家族に救急外来に届けるように依頼します。
- 夜間や休日などで搬送先病院の救急外来の人的パワーが手薄であり、且つ患者が危険な酩酊状態である場合には、救急隊は次の出動に支障がない範囲で、救急スタッフに協力して患者とスタッフの安全確保と医療提供をサポートします。

## 2. 救急病院の役割

### (1) 環境の整備

- 待合室等に、愛知県衣浦東部保健所が作成したP51 資料5「チェックテストと診断法」、P52 資料6「アルコール問題に関する相談先」等の配置をするなど、環境を整備することにより、多量飲酒の弊害に対する患者や家族の理解を喚起します。迷惑行為を予防するには、安全管理担当者の配置や迷惑行為防止の表示も有効です。
- 医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士など院内の関係職種は、日頃からアルコール問題に対する共通理解を深め、スムーズな連携によるチーム医療に努めます。

### (2) 救急医・当直医の役割

#### 診療時の対応

- カルテに記載された既往に関する情報、家族情報、他機関での情報を治療に生かします。
- 酩酊行動や意識状態や心身の状態を評価し、不測の事態に備えます。
- 外傷や自殺未遂の患者は、酩酊が背景にある場合があり、BAC測定は極めて有効です。
- 離脱症状の有無をCIWA-Ar(P11 表4 参照)に基づいてチェックし、せん妄の可能性を予測し、せん妄の可能性がある時は投薬にて予防します。
- 抑制が行われた場合、抑制を必要とした理由、経過、関与した人の記録は重要であり、必ずカルテに記載します。
- 患者の暴言・暴力などの違法行為によって、患者自身、他の患者、スタッフの安全が脅かされ、危険性を感じた場合は、ためらわずに警察に通報します。また、暴言・暴力などの迷惑行為は警察に通報する機会があることを掲示しておきます。暴力の抑止には人的パワーを要しますが、効果はあります。しかし、その効果は一時的であり、その後の対応が重要になります。
- どのような迷惑行為が違法行為となるか、知っておくことは重要であり(P10参照)、警察官の出動要請をする時に役立ちます。警察官の出動要請には、「110番」への連絡が最速です。電話をかけるときは、かける人をフリーの状態にして、冷静に必要な情報(P10参照)を伝えます。
- 警察に依頼した際は、その経過を可能な限りカルテに記載します。
- アルコール救急診療フローチャート(P2 図1参照)に沿って、疾患の鑑別診断と治療を行います。急性アルコール中毒、低血糖、アルコール性ケトアシドーシス、ウェルニッケ脳症、飲酒や過量服薬を伴う自殺企図、脳出血・脳梗塞、頭部外傷、振戦せん妄、アルコール性離脱けいれん、肝性脳症、抗酒剤服用後の飲酒など器質的・機能的異常の合併がないかどうかの鑑別(P3~4 参照)が必要です。
- アルコール依存症のスクリーニングと診断では、CAGE、AUDIT-C、ICD-10(P14 表6、P15 表7、P15 表8 参照)を活用します。
- 患者のアルコール問題への介入を行うにあたり、SBIRT(P59 資料8 参照)を試みます。
- 意志疎通の可能な患者や家族にはP51 資料5「チェックテストと診断法」、P52 資料6「アルコール問題に関する相談先」を手渡します。

- 飲酒の有無の情報を生命保険会社から開示請求された場合は、本人の了解の上で行います。

### 治療終了時の対応

- 家族や周囲の人へ現在の状況を十分に説明するとともに、帰宅可能な患者では次回はしらふ状態で受診するよう約束します。
- 必要に応じて医療ソーシャルワーカーに情報提供し、介入を依頼します。
- 入院する場合は、病棟と情報を共有します。
- 治療費について問題がある場合は、医事会計係や医療ソーシャルワーカーに相談します。
- 生活保護患者の場合、患者の同意を得た上で、受診の報告並びに帰宅時の交通手段の確保などについて、医療ソーシャルワーカーを通して、住所地等を管轄する生活保護担当課(以下、生活保護担当課)に連絡し調整します。
- 高齢者等で介護サービスを利用している場合は、担当の介護保険事業所やケアマネージャーに連絡します。また、介護サービスを利用していない場合は、地域の包括支援センターや在宅介護支援センターに相談します。
- 一般精神科病院での対応が必要と判断された場合は、一般精神科病院に救急対応を依頼します。入院を必要とする場合には、救急医は患者の身体情報や家族情報など必要な情報を速やかに提供し、精神科医の判断・治療が不安なく円滑に行われるように協力します。また、入院後、精神科医が身体的ケアについての情報を必要とした場合、救急医は精神科医をサポートするように努めます。

### (3) 救急看護師の役割

- 救急医の診療行為をサポートして円滑な治療が行えるように努めると共に、スタッフの安全確保に留意します。
- アルコール関連の病歴聴取・スクリーニングに努めます。
- 症例によっては、呼吸・循環機能をモニターし、記録します。
- ベッドからの転落防止策として、必要があればベッドを下げます。
- 点滴が施行された場合には、挿入部を包帯で保護します。
- 他の患者への迷惑行為があれば、ベッドを離します。
- 失禁などの不潔行為があれば、トイレに近いベッドを使用します。
- 嘔吐を伴う例ではガーグルベースン、使い捨てマットを使用します。
- 酔酩、せん妄状態の対応に際しては、医療機器を安全な場所に移動します。
- 患者を帰宅させることに不安がある時は、入院や観察室での経過観察を医師とともに考慮します。
- 翌日、帰宅可能と判断される場合は、家族との帰宅を心がけ、また、飲酒運転とならないように、BACまたは呼気中アルコール濃度チェックを行い、飲酒運転を防止します。アルコールが残っている場合、公共交通機関による帰宅を求め、その旨、カルテに記載しておきます。
- 付添人が酔酩状態で治療の妨げになる時は、入室を制限します。
- 一人暮らしや生活困窮者などで、受診や帰宅に問題がある患者に対しては、医師と協力して、医療ソーシャルワーカーや安全管理担当者、または関係諸機関との連携に努めます。

### (4) 医療ソーシャルワーカーの役割

- 救急外来からの相談依頼があれば、その相談の内容や患者の現在の医学的状況、受診までの経緯の他、救急スタッフが把握している患者の社会的背景等について確認します。
- 患者や家族・関係者と面接し、その心理・社会的状況や問題点を把握します。
- P51 資料5「チェックテストと診断法」、P52 資料6「アルコール問題に関する相談先」等を活用して、患者の飲酒状況や生活問題を明らかにし、患者・家族に身体治療と専門治療への動機付けを行います。
- 専門治療が必要な場合はアルコール専門医療機関に連絡し、受診を支援します。
- 具体的には相談先医療機関の一覧を提示し、地理的条件を考慮して、入院治療の必要性・入院希望の有無や入院同意の有無、入院先の検討、外来通院の同意の有無を考慮して、最も適当な機関を紹介します。また断酒のための自助グループもあわせて紹介します。
- 経済問題や介護問題等の生活上の問題があれば、生活保護担当課、地域包括支援センター・在宅介護支援センター、相談支援事業所等の関係機関に連絡し、必要な医療福祉サービスが利用できるよう支

援します。

- 困難事例などで多機関の関与が必要な場合には、ネットワークに所属する関係機関と連絡調整し、一堂に会する事例検討会議の開催を迅速に企画、調整します。

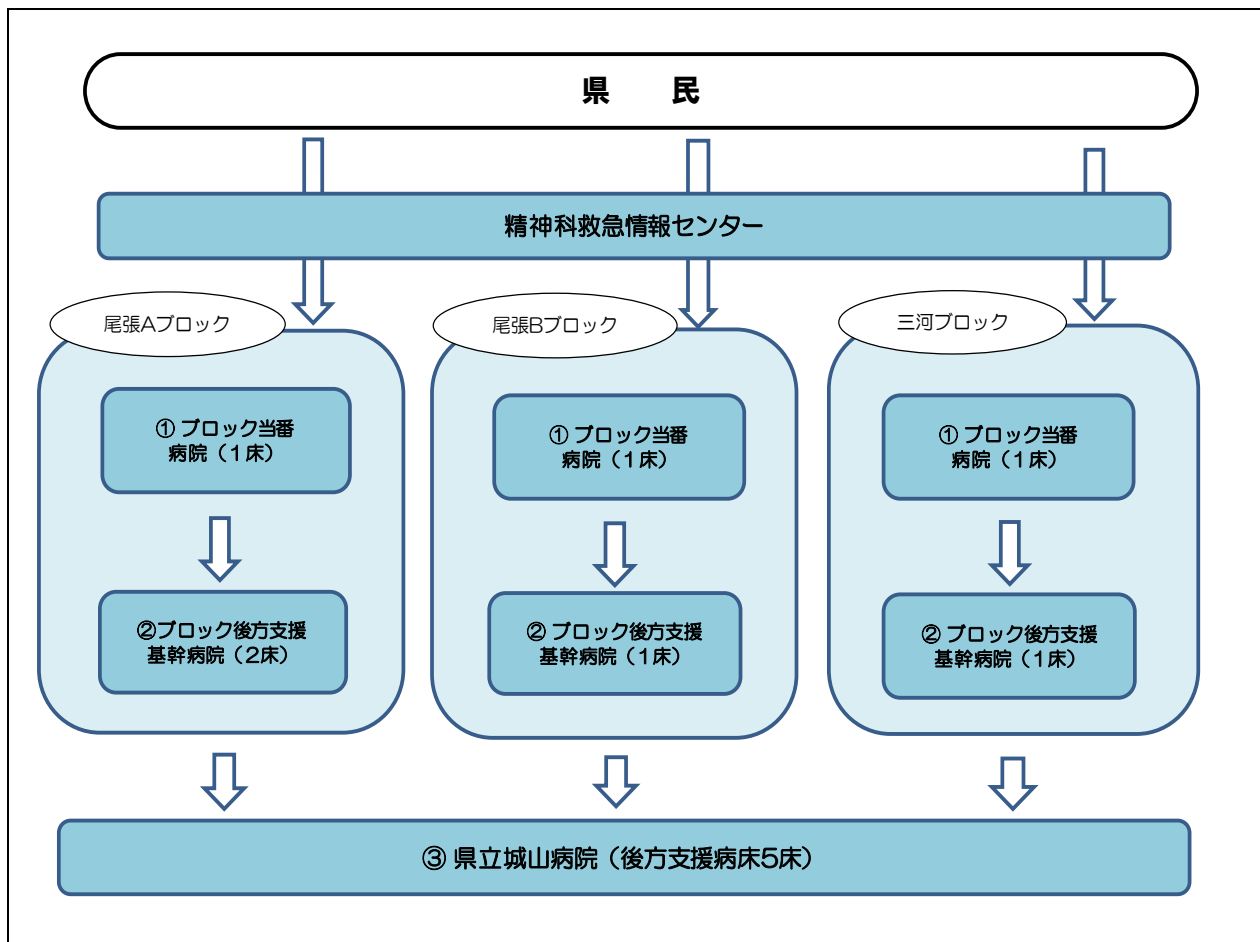
### 3. アルコール専門医療機関の役割

- 救急外来や関係機関からの紹介事例に対し、関係機関とこまめな情報の共有と連携を図り、患者の回復に努めます。
- 身体疾患があり、継続治療を要する場合は、関係科との併診を行います。
- アルコール依存症の有無について診断を行い、また、うつ病などの併存症の有無についても診断を行います。
- アルコール依存症の場合は、断酒の動機づけを行います。もし、断酒を決意出来ず、節酒を具体的な目標として患者が選択するならば、Harm Reduction(有害さの低減)の立場でそれを支援し、フォローアップします。経過を見て、目標が適切かどうか話し合い、断酒か節酒かの目標を再決意させます。
- 心理教育治療、集団認知行動療法を行います。必要に応じて、カウンセリングを実施します。
- 家族のみの先行受診にも対応し家族介入します。家族を指導することにより患者を専門治療につなげるCRAFT法<sup>40)41)</sup>(P53 資料7 参照)、手紙療法<sup>42)43)</sup>を実施し、患者を専門治療に導入します。
- 治療が軌道に乗らない時には、事例検討会議の開催を企画し、関係機関に参加を依頼します。また、他機関から提起された事例検討会議には、積極的に協力してアルコール治療に役立つ専門知識を提供します。
- 救急外来から紹介された患者の回復・治療状況の情報を一定期間、定期的に紹介先と情報を共有します。
- 関係機関における教育・研修・訓練に協力します。

### 4. 精神科病院の役割

- 振戦せん妄などにより、入院による精神科治療が救急病院による身体疾患の治療に優先される場合は、紹介を受け速やかに対応し、状態が落ち着き次第、1週間から4週間程度でアルコール専門外来につなげていきます。
- 夜間・休日は、かかりつけの精神科医療機関または愛知県精神科救急の当番病院(P23 図3及び P24 表11 参照)<sup>44)</sup>で対応します。

図3 愛知県精神科救急の体系図<sup>44)</sup>



**【体系図の説明】**

- 県内を3ブロックに分け、ブロックごとの輪番制による当番病院と後方支援基幹病院で対応します。
- ①各ブロックの輪番制の当番病院は空床ベッドを1床確保し、入院の必要がある患者を受け入れます。ブロック内で2人目の患者の入院が必要な場合は、後方支援基幹病院に患者を移送します。後方支援基幹病院が確保している病床を超えた患者の入院が必要な場合は、城山病院に患者を移送します。
  - ②ブロック後方支援基幹病院は、当番病院から移送された救急患者を受け入れます。
  - ③県立城山病院の改築に併せて後方支援病床を増床し、各ブロックにおいて当番病院及び後方支援基幹病院が確保している病床を超えた患者の入院が必要な場合に受け入れます。

表 11 愛知県精神科救急輪番制当番病院 4)

尾張Aブロック	尾張Bブロック	三河ブロック
あさひが丘ホスピタル 犬山病院 いまいせ心療センター いまむら病院 上林記念病院 北津島病院 北林病院 楠メンタルホスピタル 絃仁病院 好生館病院 七宝病院 杉田病院 東春病院 (国)東尾張病院 布袋病院 守山荘病院	あいせい紀年病院 一ノ草病院 大府病院 桶狭間病院藤田こころケアセンター 笠寺精治療病院 共和病院 精治療病院 豊明栄病院 松陰病院 南知多病院 八事病院 和合病院	岩屋病院 可知記念病院 刈谷病院 京ヶ峰岡田病院 衣ヶ原病院 仁大病院 豊川市民病院 豊田西病院 羽栗病院 豊橋こころのケアセンター 三河病院 南豊田病院 矢作川病院
16病院	12病院	13病院
後方支援基幹病院	後方支援基幹病院	後方支援基幹病院
名古屋市(千種区、東区、北区、西区、中村区、中区、守山区、名東区)、一宮市、瀬戸市、春日井市、津島市、犬山市、江南市、小牧市、稲沢市、尾張旭市、岩倉市、愛西市、清須市、北名古屋市、弥富市、あま市、長久手市、丹羽郡、海部郡、西春日井郡	名古屋市(昭和区、瑞穂区、熱田区、中川区、港区、南区、緑区、天白区)、半田市、常滑市、東海市、大府市、知多市、豊明市、日進市、愛知郡、知多郡	豊橋市、岡崎市、豊川市、碧南市、刈谷市、豊田市、安城市、西尾市、蒲郡市、新城市、知立市、高浜市、田原市、みよし市、額田郡、北設楽郡

## 5. かかりつけ医の役割

かかりつけ医は、プレホスピタル、ポストホスピタルいずれの場面でも身体疾患の管理を行う事で救急医、アルコール専門医の支援を行う役割を担っています。

### ■プレホスピタル

かかりつけ医は、日常の臨床で培った患者との信頼関係を背景として、救急現場に負荷をかけている患者に対応するアルコール専門医の支援を行います。すなわち、「危険な飲酒」「アルコール依存症」の患者を発見しその習慣の是正を図ります。是正が困難な場合は、身体疾患の管理を行いながらアルコール専門医に紹介します。これらの行動は、救急医療の利用の減少に繋がります。

### ■ポストホスピタル

プレホスピタルと同様に、救急担当医より診療情報を受け取り、アルコール専門医と併診して、救急診療後、非飲酒時の身体疾患の管理を行い患者との信頼関係を醸成しながらアルコール専門医の支援を行い、再発防止に努めます。

## 6. 警察官の役割

- 警察官は、救急現場からの要請に対し迅速に出動し、患者や周囲の人々の安全確保と保護を行います。混乱する救急医療現場への臨場は患者の保護のみならず、救急医療の円滑な実施や救急スタッフの燃え尽き防止などにも意義があります。
- 警察官は、泥酔者による自傷他害を未然に防止するため、「警察官職務執行法第3条」「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」(P25 表12 参照)に基づき、一時的に泥酔者を保護します。
- 警察官は、関わった泥酔者がアルコールの慢性中毒者(注釈:アルコール依存症)又はその疑いがあると知った時は、積極的に保健所等に通報し、その後の対応へとつなげます。



### 表12. 警察官職務執行法 第三条

警察官は、異常な挙動その他周囲の事情から合理的に判断して次の各号のいずれかに該当することが明らかであり、かつ、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当な理由のある者を発見したときは、取りあえず警察署、病院、救護施設等の適当な場所において、これを保護しなければならない。

- 一 精神錯乱又は泥酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者
- 二 迷い子、病人、負傷者等で適当な保護者を伴わず、応急の救護を要すると認められる者(本人がこれを拒んだ場合を除く。)
- 2 前項の措置をとった場合においては、警察官は、できるだけすみやかに、その者の家族、知人その他の関係者にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない。責任ある家族、知人等が見つからないときは、すみやかにその事件を適当な公衆保健若しくは公共福祉のための機関又はこの種の者の処置について法令により責任を負う他の公の機関に、その事件を引き継がなければならない。

### 酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律 第三条

警察官は、酩酊者が、道路、公園、駅、興行場、飲食店その他の公共の場所又は汽車、電車、乗合自動車、船舶、航空機その他の公共の乗物（以下「公共の場所又は乗物」という。）において、粗野又は乱暴な言動をしている場合において、当該酩酊者の言動、その酔いの程度及び周囲の状況等に照らして、本人のため、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当の理由があると認められるときは、とりあえず救護施設、警察署等の保護をするのに適当な場所に、これを保護しなければならない。

- 2 前項の措置をとった場合においては、警察官は、できるだけすみやかに、当該酩酊者の親族、知人その他の関係者（以下「親族等」という。）にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない。
- 3 第一項の規定による保護は、責任ある親族等の引取りがない場合においては、二十四時間をこえない範囲内でその酔いをさますために必要な限度でなければならない。
- 4 警察官は、第一項の規定により保護をした者の氏名、住所、保護の理由、保護及び引渡しの時日並びに引渡先を毎週当該保護をした警察官の属する警察署所在地を管轄する簡易裁判所に通知しなければならない。

## 7. 保健所の役割

- 地域でアルコールに関連する困りごとなどがある場合、「こころの相談」として対応します。他機関への紹介や、多機関合同の事例検討会議の実施方法等の相談にも応じます。
- 対象に応じたしらふ時の介入方法や、医療連携のサポート等について関係機関とよく協議します。
- 精神障害のために自傷他害の恐れがあると認められる者を警察官などが発見し、保健所へ通報がなされた場合は、精神保健福祉法に基づく対応をします。

## 8. 地域保健担当課の役割

- 不適切な飲酒習慣がもたらす、健康障害や周囲の人への影響等について、正しい知識の普及・啓発を行います。
- 健康増進計画（健康日本21市町計画）の、アルコール分野の推進のため、未成年の飲酒や妊産婦の飲酒の防止に努めます。
- 特定健診・保健指導等において、飲酒習慣の把握をし、依存症の予防に向けて適正飲酒の勧め及び、助言を行います。
- 母子保健及び成人保健の事業等において、本人及び家族等からの相談に応じ、問題飲酒があると判断した時は、かかりつけ医やアルコール専門医などの関係機関と連携し適切に対応し、アルコールによるDVや虐待防止の視点で関わります。

## 9. 地域包括支援センターの役割

- 地域において高齢者に問題飲酒があると判断した時、かかりつけ医や保健所・アルコール専門医などの関係機関と連携し適切に対応します。
- 高齢者等の問題飲酒者が医療機関などに救急搬送され、医療機関等から情報提供を求められた時は、本人・家族の同意のもとに生活状況や家族構成、酒歴など知りえた情報を提供します。
- 高齢者等の問題飲酒者が抱える救急受診後の生活上の問題に対しては、患者家族や関係者、関係機関等と連携して必要な対応に努めます。
- アルコール専門医や地域連携・医療相談室から『問題飲酒者が高齢者』または『問題飲酒のある同居家族が高齢者の生活に悪影響を及ぼしている』等の事例について事例検討会議への出席要請があった場合は、必要に応じて事例検討会議に出席して、関係者間での協議と支援に努めます。
- 地域の高齢者及びその家族に対し、問題飲酒の予防に向けてリーフレット等で情報提供する様に努めます。
- 地域の介護関係者や民生委員、自治会等から問題飲酒者の対応について相談を受けた場合は、関わり方をともに考え、かかりつけ医や保健所・アルコール専門医との連携が円滑にできる様に支援します。

## 10. 障害福祉担当課及び相談支援事業所の役割

(市と相談支援事業所は連携・協働し関わります)

- アルコール依存症及びその疑いのある人やその家族からの相談に応じ、かかりつけ医やアルコール専門医などの関係機関と連携し適切に対応します。
- アルコール専門医や地域連携・医療相談室から「問題飲酒者」または「同居家族の生活に悪影響を及ぼしている」等の事例について事例検討会議への出席要請があった場合は必要に応じて事例検討会議に出席して、関係者間での協議と支援に努めます。
- 地域の関係者から問題飲酒者の対応について相談を受けた場合は、関わり方を共に考え、かかりつけ医やアルコール専門医との連携が円滑に出来る様に支援します。

## 11. その他の機関や関係者の役割

- その他、患者や家族の持つ問題を解決するために、産業保健スタッフ、社会福祉事務所・生活保護担当課、権利擁護センター、民生委員等、地域の関係機関や関係者は、必要に応じて相互に連携して対応します。

---

## V 関係機関相互の連携体制

---

### 1. 関係機関の連携の必要性

多量飲酒により救急医療を利用する患者は、多くの場合、身体疾患だけでなく、アルコール依存症やその予備軍の「危険な飲酒」である可能性があります。そのため、多くの生活習慣病と同様、日常の飲酒行動や生活管理が重要になり、かかりつけ医や職場での健康管理と緊密な連絡が必要です。ましてや、頻回に救急で運ばれる患者は、生活上に様々な困難を抱えている場合があり、それら多くの原因を包括した対応を必要とするため、地域の関係機関相互の緊密な連携が不可欠です。

また、多量飲酒により泥酔状態の患者は、救急医療の場面で、危険行動や暴言・暴力などの迷惑行為等により、診療も困難な場合があり、多職種による協力体制の構築が求められます。

救急医療を担う部門が、一刻を争う救命救急患者などの診療に専念できるよう、また、アルコール患者の回復に向けた専門治療への導入や環境調整を目指して、アルコール救急に関わりのある関係機関がスムーズな連携を実現できるよう、相互の連絡体制を整備します。

### 2. 連絡網の整備

- 地域の関係機関は、相互に連絡先（P37 参照）を共有します。
- 救急病院や精神科病院等の連絡窓口は地域連携・医療相談室とし、地域連携・医療相談室は、院内の関係部門が活用しやすいように情報を配信します。
- 個々の患者の対応にあたる医師や看護師、医療ソーシャルワーカー等の担当者は、かかりつけ医、アルコール専門医療機関の主治医名、福祉事務所や地域包括支援センター等の担当者名、勤務時間、不在の時の連絡方法等の連携先情報を確認してカルテ等に記録しておきます。
- 救急部門が孤立して困難に直面している状況は、可能な限り回避すべきです。関係者は緊急時の協力が円滑に行われるよう、日頃からアルコール関連問題に関する研修やネットワーク会議などを活用して、互いに顔の見える連携づくりに努めます。
- 関係各機関は、協力の依頼があった場合は、その機関の窮状や立場にも配慮して支援に応じます。関係機関がオーバーラップして支援することにより、患者が連携の谷間に沈み、援助の手からこぼれ落ちることを防止し、回復の効果を高めます。また、これらの関係機関の理解と協力は、相互の連帯感を高めて疲弊を予防し、地域連携の推進をもたらすこととなります。

### 3. 事例検討会議の開催と記録

- 頻回に救急受診を繰り返す患者や併存する疾患や生活問題など多問題を抱えた困難事例などについて、解決策を検討するため、必要に応じ関係者を招集して事例検討会議を開催します。
- 事例検討会議の開催は、それを必要と判断した機関の担当者が、当該患者の現在受診する医療機関と相談の上で提案し、関係者を招集します。
- 招集を受けた機関は、担当者の参加に協力します。業務都合等により参加ができない場合は、代理人の参加又は事前に情報や意見を招集元機関に伝えます。
- 開催場所は、当該患者が現在受診する医療機関とし、当該医療機関の地域連携・医療相談室が開催事務局を務めます。但し、事情により他機関での開催が好ましいと判断される場合は、その限りではありません。
- 各関係機関は、事例検討会議への参加要請の受け付け窓口を決めておきます。
- 事例検討会議の記録は、開催事務局がまとめて記録し、必要時にはいつでも取り出せるようにネットワーク共通の記録として保管します。その際、個人情報であることに厳重な注意を払い、適切に対処します。

また、カルテへの記載については、次の診療時にそれらを活かすことができるように、当該医療機関の規則や話し合いにより、担当者が記録します。

## 第2部 理論・資料編

第2部は、実践の根拠となる理論、参考となる概念や資料などを可能な限り掲載しました。第1部の実践編の理解を深めるためにご活用ください。

なお、文献引用では、Emergency Department, Emergency Room を「救急外来」に統一して表記しました。

### I 文献による知識の補足

#### 1. SBIRT（エスパート）について

##### (1) SBIRTは救急外来で実施可能で効果的

SBIRTは救急外来の中で実施可能であり、且つ、効果的であると結論付けられている<sup>44)</sup>。

##### (2) 救急外来での飲酒患者の頻度が大きい

多量飲酒であること、飲酒のネガティブな影響を持つこと、アルコール依存であること、アルコール関連問題による治療歴があること、これらを報告する可能性が、救急外来の患者はプライマリケア・クリニックの患者よりも1.5倍から3倍も多い<sup>1)</sup>。

##### (3) 救急外来でのSBIRTの必要性のエビデンス

多くのポジティブな研究があるにもかかわらず、多くの高度な質で行われた研究において、研究結果がネガティブであったことを理解しておくことは重要である。しかし、救急外来では「危険な飲酒」の人や問題飲酒の人が多くいることを考慮すると、プライマリケアでのSBIRTの効果のポジティブな研究結果をもとに、SBIRTを救急外来のプログラムに加えることを推奨するエビデンスとして十分である。

##### (4) SBIRTの意義

問題飲酒を治療することは、自殺企図、家族暴力、転落、飲酒関連の外傷、入院、死亡を減らす効果があることを研究は見出している<sup>1)</sup>。

#### 2. 学会によるSBIRTの推奨

##### (1) 外傷治療機関でのSBIRTの推奨

全ての外傷治療機関(外傷センター)が通常の外傷治療の一部にSBIRTを含めることをCOT(米国外科学会・外傷委員会)は推奨する<sup>5)</sup>。

##### (2) 外科学会でSBIRTを推奨するも、普及が困難と考えられる

2006年1月、COT(米国外科学会・外傷委員会)は、重症(レベル1)外傷センターが重要な治療の要素としてSBIRTを含めるよう決定した。外傷センターはこの新しい指令を遵守しなければならなかった。

しかし、米国外科学会の指令にもかかわらず、高度な質のエビデンスに基礎を置いたSBIRTの手順は、外傷治療システムに普及しないという現実のリスクがある。その理由は、効果についての懐疑主義、コストの要因、支払の力の欠如、飲酒運転による外傷の治療費を保険者が支払わない保険規定、患者のプライバシー、秘密性の考慮を含めたバリアがあるからである<sup>6)</sup>。

#### 3. 学会によるBAC（血中アルコール濃度）の推奨

■1991年、全米アディクション医学会(ASAM)は外傷とアルコール・薬物誤用/依存への公的政策声明として、BACを測定すること、入院時に全入院外傷患者のための尿検査のスクリーニングを実施することを外傷治療機関に要請した<sup>45)</sup>。

■アメリカ医師会(AMA)は、外傷患者のBACと薬物のテストを病院が促進することを奨励したし、治療者がSBIRTを実施するように求めた<sup>45)</sup>。

■救急外来や外傷センターへ受診の時点で14歳以上の全ての入院外傷患者にはルーチンにBACを行うことSAMHSA/CSAT(Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment)は推奨している<sup>46)</sup>。

## 4. BAC（血中アルコール濃度）のエビデンス

臨床評価(注:酒臭や視診)だけで、アルコール関連の全外傷患者を発見するのは確実でない。外傷センターに受診した患者の臨床的評価の正確性を評価したところ、急性の酩酊患者の23%が臨床医によって見落とされていた<sup>2)</sup>。

### (1) BAC陽性の率は高いが、SBIRTが実施されていない

外傷センターでは、患者の約50%はBACが陽性である。アルコール関連のリスクや問題が多いにもかかわらず、外傷センターは通常の治療の一部としてSBIRTを今も提供出来ていない<sup>5)</sup>。

### (2) BACと予後

BAC陽性の外傷患者は、外傷時にBAC陰性の患者よりも、退院後の再外傷などによる死亡率が約200%多い<sup>6)</sup>。

### (3) BACの実施率

1984年3つの州の154の外傷センターからの回答によると、外傷センターの55%だけがBACをルーチンに行っていた。外傷センターの1/3以下がアルコールカウンセラー、臨床家を雇っていた。316の外傷センターからの回答があった1989年の再調査は、BACの測定が僅かに増加し62%が実施していた<sup>45)</sup>。

## 5. アルコールが関与する外傷の頻度

救急外来と外傷センターにおける重症外傷患者は、現在飲酒中の人の可能性が高い。

多量飲酒の人による外傷の頻度は高く、このような患者を治療する救急外来と外傷センターは日常的にアルコール問題のスクリーニングをすべきであり、アルコール関連障害患者の再外傷を予防するために治療に紹介すべきである。このようなSBIRT戦略はランダム・トライアルで成功を証明した<sup>47)</sup>。

### (1) 救急外来での外傷患者にアルコール関連の頻度が多い

救急外来に受診する外傷患者の10~18%はアルコール関連の事例であると幾つかの研究は評価していた<sup>48)</sup>。

### (2) 救急外来の外傷患者に多量飲酒者が多く、救急外来は医療へのアクセスの可能性が高い

■救急外来からの研究報告は、「外傷前に飲酒していた患者は、多量飲酒者である可能性が高く、また、アルコール関連問題の既往を持つ可能性が高い」ことを示唆している。しかも、これらの患者は、救急外来以外では、医療にアクセスする可能性は低い<sup>48)</sup>。

■外傷による困った事態は、「良く教えを聞く瞬間」であり、患者が行動を変えるように動機づけるための「素晴らしい機会」、さらなる治療を求めるように励ます「素晴らしい機会」となる<sup>1)</sup>。

### (3) 再外傷患者に占めるアルコール乱用者の割合

再外傷した人の67%にアルコール乱用が見分けられた<sup>45)</sup>。

### (4) 重症の外傷(外傷性脳損傷)の半数以上が飲酒

外傷性脳損傷(TBI: traumatic brain injuries)を負う人の半数以上が飲酒していた<sup>45)</sup>。

### (5) 大きな外傷の半数にアルコールが関与

大きな外傷事例の約50%、小さな外傷事例の22%は、アルコール関連であるとの報告がある<sup>1)</sup>。

### (6) 多量飲酒は外傷による死亡リスクを高める

飲酒と死亡リスクについて、飲むときに5ドリンク以上飲む人は飲まない人の2倍の外傷による死亡の可能性があり、1回に9ドリンク以上飲む人は、飲まない人の3倍以上の外傷関連の死亡のリスクを増やしたと報告されている<sup>1)</sup>。

### (7) 多量飲酒が特に外傷のリスクになる

多量のエピソード的な飲酒(ビンジ飲酒と呼ばれる)(たとえば男性では4標準ドリンクを超える、女性では3ドリンクを超える)は、外傷と事故の特別のリスク要因である<sup>47)</sup>。

### (8) 飲酒量が増えるほど、外傷のリスクが高い

■飲酒は外傷の重要なリスク・ファクターである。このリスクは容量依存的である。

■再受傷はアルコール関連外傷を持った患者の間では、一般的である<sup>2)</sup>。

## 6. 外傷とSBIRT

### (1) 外傷患者の飲酒関与の多さとSBIRTの少なさ

- 外傷による入院患者の20%~50%が飲酒によるものであるが、そのうちSBIRTを受けたのは3%にすぎない<sup>45)</sup>。
- 救急患者の24%から31%まで、重傷の外傷患者の50%は「問題飲酒」とスクリーニングされる。スクリーニングを受ける患者は、救急外来患者の10%以下であり、対象者が少ないが、外傷の患者と一般的成人救急外来患者の双方に対する救急外来におけるSBIRTの実行可能性と効果があることを研究は示唆している。SBIRTは、アルコール関連の外傷で救急外来に受診する若者にとって有益である<sup>4)</sup>。
- 外傷患者の治療の中で、基礎にあるアルコール/薬物乱用の原因はめったに追求されないため、解決されない<sup>23)</sup>。

### (2) SBIRTは再外傷の予防になる

外傷センターで実施されるSBIRTは50%程度まで外傷の再発を減らすことが示された。

### (3) 外傷治療機関でのSBIRTの意義

- 外傷センターは、救急外来、プライマリケア、他の場所と比較して、SBIRTが成功しやすい。
- SBIRT実施後の1年時点で有意なアルコール摂取の減少があり、インターベンション・グループにおける3年時点での再外傷のための再入院が47%減少した。
- インターベンションの純保険費用の節約は、提供される各インターベンションで、330ドルであった。外傷関連の保険費用の支出の減少により、SBIRTに費やされる1ドルに対して、3.81ドルの純利益を生じた。

### (4) 外傷患者へのSBIRTの意義<sup>49)</sup>

アルコール・薬物問題を持つ外傷患者の間でのSBIRTの利益は次の通り

- ①入院時の医学的マネジメントが改善する
- ②疼痛マネジメントの安全性と効果が改善する
- ③創傷感染のような外傷後の医学問題の原因について臨床家による鑑別が容易になる
- ④アフターケア計画と治療が改善する
- ⑤患者のコンプライアンスが強化される  
身体的リハビリテーションや他のフォローアップ・ケアへのコンプライアンスの可能性が増大する
- ⑥創傷感染や他の合併症による更なる入院を予防しながら、アルコール・薬物と他の治療の枠組みへの患者コンプライアンスを増加する
- ⑦将来のアルコール・薬物関連の外傷を予防する

## 7. 日本のアルコール救急についての調査

### (1) 日本の救急外来における飲酒を疑われた患者の頻度<sup>50) 51)</sup>

- 三重県四日市市立四日市病院における103日間の調査期間中に小児を含めた救急外来患者は8812人、飲酒を疑われた患者は107人であった。
- 平均すると、1日86人の救急患者で、そのうち飲酒疑いの患者はほぼ1日1人であった。
- 飲酒疑いのある患者のうち、日本酒換算3合以上の多量飲酒者などの問題飲酒群では、問題飲酒でない患者群に比較して有意に外科系疾患が多かった<sup>45)</sup>。
- 飲酒が疑われた延べ患者は77.6%が救急車を利用して受診していた。なお、柴山論文のデータを元に著者らが算出すると、飲酒を疑われなかった延べ患者は18.7%が救急車を利用して受診していた。
- 救急外来スタッフの手薄な夜間から早朝にかけての時間帯に、飲酒が疑われた救急受診患者の76.6%が受診していた。
- 問題飲酒者群では外科系疾患が内科系疾患よりも有意に多い。

### (2) 救急車の利用を指標にしたアルコール依存症、危険な飲酒者の救急受診<sup>52)</sup>

- 四日市市内で、アルコール専門外来受診のアルコール依存症群(170名)と一般診療科外来受診群(306人)に対する患者聞き取り調査(2011年12月~2012年1月)が行われた。
- 多重ロジスティック回帰分析によって、「成人後の救急車の利用」は一般診療科群を1とするとアルコール依存症群はオッズ比が4.68、「成人後の外傷を理由にした救急車の利用」もオッズ比が6.03であった。

- 成人後の救急車の一人当たりの利用回数は、アルコール依存症群で平均2.4回、一般診療科群で平均0.4回で、一般診療科群を1とすると、アルコール依存症群はオッズ比が2.23であった。
- 少数のアルコール依存症者がリピーター化し救急現場への負荷をかけていることも明らかになった。A1 依存症群では170人による成人後の救急車利用は合計415回であったが、そのうち一人6回以上利用した13人(7.6%)が228回(415回の54.9%)の救急車利用をしていた。
- 一般診療科群での「外傷での救急車の利用」は、AUDIT-C<sup>7)</sup>が「危険な飲酒でない(男性<5、女性<3)」の群を1とすると「危険な飲酒かアルコール依存症(男性≥5、女性≥3)」の群はオッズ比が3.32倍であり、一般診療科群であっても、不適切な飲酒行動の患者は外傷による救急車利用リスクが高まることが示唆された。

## 8. アルコールと自殺の関連

### (1) 日本の救急外来に自殺未遂で受診した患者について<sup>14)</sup>

- 自殺未遂で救急外来受診時にアルコール飲用状態の患者は、受診時にシラフ状態の患者よりも、自殺未遂で救急外来を再受診する患者が1.6倍多い。
- 自殺未遂で救急外来受診時にアルコール飲用状態の100人の患者のうち、1年間に10人が自殺未遂で救急外来を再受診する。
- 自殺未遂で救急外来受診時にアルコール依存症であった患者は、受診時にアルコール依存症でない患者よりも、自殺未遂で救急外来を再受診する患者が3.2倍多い。
- 自殺未遂で救急外来受診時にアルコール依存症の100人の患者のうち、1年間に17人が自殺未遂で救急外来を再受診する<sup>38)</sup>。

### (2) 救命救急センターにおける重症自殺企図者の分類<sup>53)</sup>

- ①気分障害：23%    ②適応障害：19%    ③統合失調症：15%    ④アルコール・薬物関連障害：11%  
 ⑤その他：12%    ⑥なし：13%    ⑦不明：7%

### (3) 海外の救急外来に自殺企図で受診した患者の調査<sup>54)</sup>

8つの救急外来を持つ病院における自殺企図とアルコール消費の関連を調査した。全ての患者は面接され、アルコール呼気濃度テストを受けた。自殺企図のために救急外来に入室した患者(N=40人、男性21人、女性19人)を対象とした。コントロール群はアルコールとの関連が殆どない職場の事故、動物にかまれる事故、レクリエーション活動の事故のために救急外来に入室した患者(N=372人)である。結果は次のとおりである。

- アルコールの影響下の自殺企図の割合は、コントロール群の割合よりも有意に高かった。
- 「自殺企図前の飲酒」をした人は「習慣的な飲酒」を持つ人よりも自殺企図のリスクが高い。
- 自殺企図の直近の多量飲酒は自殺企図のより大きなリスクがある。

表 13 救急外来における自殺企図群とコントロール群

		自殺企図群	コントロール群	オッズ比
自殺企図 前の飲酒	飲まなかった	20人	335人	1
	1~100G飲んだ	3人	25人	5.1
	100G以上飲んだ	13人	7人	90.2
	総計	36人	367人	
受診時の 呼気濃度	100ml中に9mg以下	26人	347人	1
	100mlに10~99mg	8人	13人	8.3
	100ml中に100mg以上	2人	9人	4.9
	総計	36人	369人	
企図前の 習慣的な 飲酒	飲まない人	12人	121人	1
	1~100G飲む人	9人	136人	3.8
	100G以上飲む人	12人	110人	4.2
	総計	33人	367人	

## 9. 自殺既遂者の調査

- 自殺既遂 1 年前にアルコール関連問題を呈した自殺事例が 21%あった<sup>55)</sup>。
- 自殺企図者の 46%~77%が BAC 陽性、自殺既遂者の 33%~59%が BAC 陽性であったと報告している<sup>56)</sup>。
- 自殺の頻度は、物質関連障害(アルコールを含む)が大うつ病性障害の次に多く、物質乱用者の自殺は一般人口の 20 倍多い頻度である<sup>57)</sup>。
- 法医解剖が行われた自殺既遂者の血中アルコール検出率は 48.0%とほぼ半数に及んでいた<sup>13) 58)</sup>。

表 14 法医解剖例における自殺方法と血中アルコール検出率

自殺方法	測定例数	血中アルコール検出例数	検出率
焼 死	2 1	1 2	5 7. 1%
轢 死	1 9	9	4 7. 4%
CO 中毒死	1 1	7	6 3. 6%
縊 死	1 2	6	5 0. 0%
墜落死	1 5	6	4 0. 0%
溺 死	7	4	5 7. 1%
失血死	7	3	4 2. 9%
その他	6	0	0%
計	9 8	4 7	4 8. 0%



---

---

## II SBIRT (エスバート) の実践上の留意点

---

---

### 1. ブリーフ・インターベンション(簡易介入)<sup>59)</sup>

- 5分、5回の短いセッション
- 具体的な行動をターゲットとして介入
- 目標
  - ①飲酒量を減らす ②正式な治療に繋がることを促す
- 「話し合い、折衝の上、本人が決めた目標」を信頼する。
- 健康や趣味やスポーツや活動などについての将来の目標を確認する。
- フィードバックを個々の患者に応じて行う。
- 患者の飲酒パターンを明確にする。
- 飲酒のプラス・マイナスを話し合って、変化するように動機づける。
- 多量飲酒の結果、何が起きているかについて話し合う。
- 患者が節酒や断酒をしていかねばならない理由を確認する。
- 戦略を考案しながら、飲酒の思慮ある限度を決める。
- 飲酒の契約。同意を戦略に沿って進展させる。
- リスクのある状況を予想し、状況への対応を計画する。
- 最後に、簡潔にセッション内容を要約する。

### 2. 患者が飲酒行動を変化させる準備の必要性を感じていない場合<sup>3)</sup>

- 「飲酒行動を変化させる準備、気持ち、心構えがあるかどうか」をチェックする。
- 「外傷」や「危機」が起こるのを待つてはいけない。動機づけて行く必要がある。
- 「危険な飲酒」を変えるのは、早い方が良い。
- 他人は支援をすることは出来ても、最後は「あなたの決心次第」であると伝える。
- 飲酒行動を変えると、どんな「良い点」、「悪い点」があるか、天秤にかけるとどちらが重いかを意識させる。

### 3. 患者の変化についての現状を評価する<sup>46)</sup>

- 患者の変化の用意の程度を評価する。
- 回復へのバリアを確認する。
- 患者の強さ・強みを確認する。
- 検査所見などの現在の医学的結果から患者の飲酒にまつわる過去の経験を再解釈する。
- フォローアップ計画・通院計画・自助グループ参加計画を交渉する。
- 希望を提供する。

### 4. 専門治療に紹介する時の注意点<sup>46)</sup>

- その場で、具体的な予約のための電話をする。
- 励ます日誌や電話でフォローアップする。
- 患者が出来るだけ早く受診できるように、予約する。

### 5. フォローアップ中の注意点<sup>46)</sup>

- フォローアップ計画の交渉を含めて、共感的な面接と交渉のテクニックを用いる。
- 変化のための希望を提供する。
- フォローアップ・ケアのための最初の予約を電話で手配する。

- 手紙や電話でフォローアップする。
- 予約の待機リストにおかれるよりも、直ぐに患者を診てもらおう。
- 主治医と書面で契約を結ぶ。
- 薬物やアルコール使用を中止するための目標を設定する。
- 回復に役立つ本やリーフレットや自助グループの読み物を紹介する。
- 1週間の飲酒日記を完成させる。
- 患者への治療をロールプレイで練習する。

## 6. 断酒を強くアドバイスする場合<sup>3)</sup>

- 節酒を試みるが、決めた量を守れない。
- アルコール乱用かアルコール依存症の既往があるか、今、その症状がある。
- 飲酒すると、心身の状態が悪化する。
- アルコールと相互作用する薬剤を服用している。
- 妊娠中か妊娠する可能性がある。

## 7. 節酒か断酒を判断する場合<sup>3)</sup>

上記の状態がなければ、次の条件に基いて、節酒すべきか、断酒すべきか話し合う

- ・アルコール問題の家族歴
- ・年齢
- ・飲酒関連の外傷の既往
- ・睡眠障害や性的機能不全の症状

## 8. 節酒や断酒の良い点<sup>3)</sup>

- 健康が改善する。
- お金を節約できる。
- 人間関係。家族関係が改善する。
- 体重を減らし、スマートになる。
- 二日酔いがない。
- 重大な問題を回避できる。
- 仕事や学校の成績が良くなる。
- 個人的な信条を満たす。

## 9. 節酒や断酒の悪い点<sup>3)</sup>

- 緊張をほぐす別の仕方が必要になる。
- 友人と上手くやっけていけない。
- 飲酒の場を作ることで、社会的に気兼ねしないで付き合いをするのに役立っている。
- 飲酒行動を変化させることは難しい。

## 10. 危険の少ない飲酒の良い点<sup>60)</sup>

- 恐らく5年～10年の間、長く生きる。
- 良く眠れるようになる。
- もっと幸福になる。
- 多くのお金を節約できる。
- 人間関係が改善する。
- 長く生き、若さを保つ。

- 人生で多くのことを達成する。
- 脳への早期のダメージ無しで、健康に長生きする大きなチャンスがある。
- 仕事が良く出来る。
- アルコール飲料はカロリーが高いので、減らしたり止めると、スリムなままでいる事が簡単に出来る。
- 抑鬱状態、自殺企画の可能性が少なくなる。(6分の1に減る)
- 心疾患やガンで死ぬ可能性が少ない。
- 火事で焼け死ぬことや溺死の可能性は、大きく減る。
- 他の人は私を尊敬するようになる。
- 肝臓疾患で死ぬ可能性は劇的に減る。(12分の1に減る)
- 車の事故で死ぬ可能性は少なくなる。(3分の1に減る)
- 男性にとって:性的パフォーマンスは恐らく改善する。
- 女性にとって:計画的でない妊娠のチャンスは少なくなる。
- 女性にとって:胎児に損傷を与えるチャンスは少なくなる。

## 11. シラフになったら、出来ること<sup>60)</sup>

- 過去に学んで楽しかったこと(例えば、スポーツ、工芸、コミュニケーション)が出来るようになる。
- 過去に好きだった旅行(例えば、海、山)が出来るようになる。
- 失敗について悩まないなら、絵やダンスを楽しめる。
- 1人で出来る楽しみ(例えば、長い散歩、楽器を弾く、裁縫)を持てる。
- 他の人と楽しむこと(電話で話す、ゲームをする)ができる。
- 金のかからない楽しみ(子供と遊ぶ、図書館に行く、読書)ができる。
- 公園で過ごすのは、非常に少ない費用で、楽しめる。
- 朝、仕事の無い日の楽しい活動、花植えなどの春に出来る楽しい活動、海水浴などの夏に出来る楽しい活動がある。

## 12. 紹介システムを構築する<sup>61)</sup>

- 地域の専門医療機関、自助グループなどの場所、アクセスの仕方を患者に知らせることによって、患者は行動を起こしやすくなる。
- 患者の地域で利用可能なアルコール・サービス(注:専門医療機関や自助グループなど)を確認する。患者に地域機関の連絡先(電話、住所、メール、ウェブサイト)を提供する。アルコール専門医療機関だけでなく、地域のかかりつけ医、精神科医、保健師、ソーシャルワーカー、介護関係機関、自助グループ等が相談に応じることができることを伝える。
- 紹介先での受診費用、どのスタッフに相談したら良いか、電話番号や受診や入会の必要な手順についての情報を得る。
- 専門医療機関の情報を得るために、その機関の職員に来てもらい説明を聞く。
- 断酒会やAA会員による患者見舞い(メッセージを届けること)を手配するように要請する。
- 専門医療機関が提供するサービスのタイプ(認知行動療法、12ステップ、動機づけ強化療法)と治療形態(入院か外来か)を確認する。利用可能な選択肢の説明文を患者に提示する。
- 地域の専門医療機関への紹介の仕方、アルコール依存症患者の相談を受ける職員、自助グループへの紹介の仕方について、スタッフを訓練するマニュアルを編集する。
- SBIRTの中へ次の情報を組み込むようにシステムを発展させる。
  - ①患者が過去に専門治療を受けた既往があれば、どのプログラムを好んでいたか尋ねる。
  - ②患者が専門治療に抵抗していたら、何故か尋ね、その反応を注意して聞く。
  - ③利用可能なサービスについての情報を提示する。患者と共に、サービスを探す。
  - ④経済的に治療費の支払いが可能か考慮する。
  - ⑤医学的見方から、更なる援助が必要なことを強調する。

### III 救急医療現場におけるアルコール問題アンケート結果<sup>62)</sup>

★ 調査対象機関: 刈谷豊田総合病院 安城更生病院 八千代病院 碧南市民病院 みよし市民病院  
衣浦東部広域連合消防局 尾三消防本部

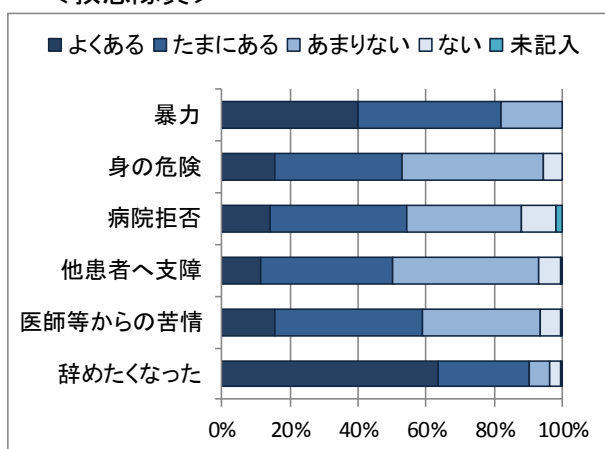
★ 調査期間: 平成24年12月から平成25年2月      ★ 調査方法: 質問紙法

★ 対象者及び回収率

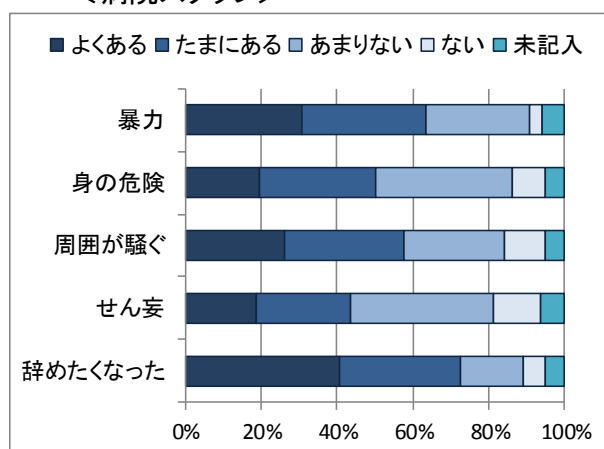
	医療機関	再掲			救急隊員
		医師	看護師	その他	
対象数	219	86	103	30	169
回答数	153	26	97	30	167
回収率	69.9%	30.2%	94.2%	100.0%	98.8%

#### ①過去の困った経験

<救急隊員>

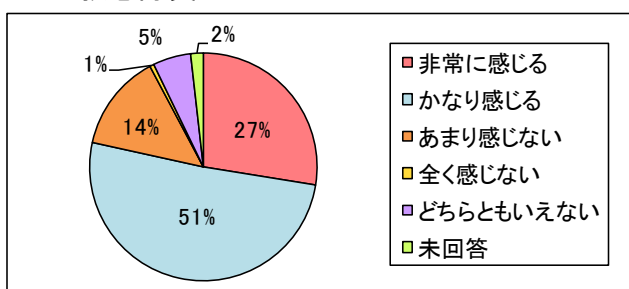


<病院スタッフ>

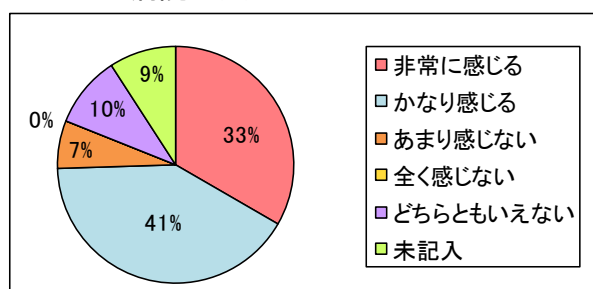


#### ②救急業務への負担

<救急隊員>

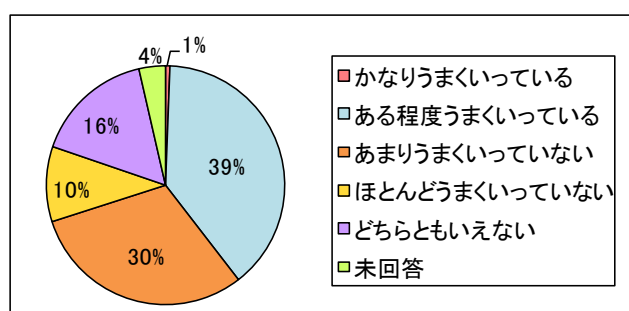


<病院スタッフ>

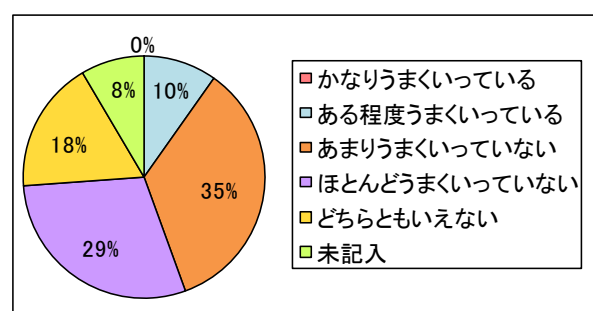


#### ③関係者との連携について

<救急隊員>



<病院スタッフ>



## IV 関係機関の連絡先一覧

### アルコール健康障害相談先一覧

■精神科医療機関、一般医療機関、消防署、警察署、保健所

名称		所在地	電話番号	
精神科医療機関	アルコール専門	刈谷病院	刈谷市神田町2-30	0566-21-3511
		南豊田病院	豊田市広美町郷西80	0565-21-0331
		可知記念病院	豊橋市南大清水町字富士見456	0532-26-1101
		八事病院	名古屋市天白区塩釜口1-403	052-832-2111
		絨仁病院	名古屋市守山区四軒家1-710	052-771-2151
		岩屋病院	豊橋市岩屋町岩屋下1-2	0532-61-6251
		こころのクリニック西尾	西尾市錦城町251	0563-55-0071
		西山クリニック	名古屋市名東区上社1-70	052-771-1600
		あらたまこころのクリニック	名古屋市瑞穂区洲山町1-49	052-852-8177
	一般	矢作川病院	安城市藤井町南山141	0566-99-3171
		豊田西病院	豊田市保見町横山100	0565-48-8331
		仁大病院	豊田市猿投町入道3-5	0565-45-0110
		衣ヶ原病院	豊田市広久手町2-34	0565-32-0991
一般医療機関 (2次・3次救急)	碧南市民病院	碧南市平和町3-6	0566-48-5050	
	刈谷豊田総合病院	刈谷市住吉町5-15	0566-21-2450	
	厚生連安城更生病院	安城市安城町東広畔28	0566-75-2111	
	八千代病院	安城市住吉町2-2-7	0566-97-8518	
	みよし市民病院	みよし市三好町八和田山15	0561-33-3300	
消防署	衣浦東部広域連合消防局	刈谷市小垣江町西高根204-1	0566-63-0119	
	尾三消防本部	愛知県東郷町諸輪字曙18	0561-38-0119	
警察署	刈谷警察署	刈谷市寿町1-302	0566-22-0110	
	安城警察署	安城市横山町下毛賀知117	0566-76-0110	
	碧南警察署	碧南市松本町26-1	0566-46-0110	
	豊田警察署	豊田市錦町1-59-1	0565-35-0110	
保健所	愛知県衣浦東部保健所	刈谷市大手町1-12	0566-21-4778	
	豊田市保健所	豊田市西町3-60	0565-34-6751	

■自助グループ (アルコール依存からの回復を望む人たちのグループ)

グループ名	相談時間	電話番号
(公社)全日本断酒連盟	月~金 10時-17時	03-3863-1600
安城断酒会		0566-74-3978
西尾断酒会		0566-41-8433
刈谷断酒会		0566-21-4471
豊田断酒会		0565-52-1685
NPO 法人愛知県断酒連合会	毎日 9時-17時	052-824-1567
AA 中部北陸セントラルオフィス	月~金 10時-17時	052-915-1602

■アルコール又は薬物依存症相談機関

グループ名	所在地	電話番号
名古屋マック（リハビリ施設）	名古屋市北区金城1-1-57	052-912-5508
名古屋ダルク（リハビリ施設）	名古屋市北区大曽根1-16-6	052-915-7284
三河ダルク（リハビリ施設）	豊橋市新吉町73先大手ビルE104	0532-52-8596
ダルク家族相談室	豊田市窪町1-4 新見荘8号	0565-33-6511
		090-7049-1093 (24時間対応)

■家族・友人の自助グループ

グループ名	会場	電話番号
アラノン家族グループ		03-5483-3313
アラノン家族グループ 安城	安城勤労福祉会館 ※祝日は変更有	※直接会場へ 火 14:30~15:45
アラノン家族グループ 中村	名古屋市中村生涯学習センター	※直接会場へ 土 14:00~15:15

■相談機関

グループ名	電話番号	グループ名	電話番号
碧南市福祉課社会福祉係	0566-41-3311	知立市保健センター	0566-82-8211
碧南市保健センター	0566-48-3751	高浜市介護保険・障がいグループ	0566-52-9871
刈谷市福祉総務課	0566-62-1208	高浜市保健福祉グループ（保健センター）	0566-52-9871
刈谷市保健センター	0566-23-8877	みよし市福祉課	0561-32-8010
安城市障がい福祉課	0566-71-2225	みよし市健康推進課（保健センター）	0561-34-5311
安城市保健センター	0566-76-1133	愛知県精神保健福祉センター	052-962-5377
知立市福祉課	0566-83-1111		

■相談支援事業所（地域で暮らす障害者の方々やその家族などからの相談に応じます）

グループ名	電話番号	所在地	電話番号
碧南市ふれあい相談支援事業所	0566-46-3701	安城市障害相談支援事業所 「ふれあいサービスセンター」	0566-77-3121
刈谷市障害者支援センター	0566-24-7017	知立市障害者相談支援センター	0566-82-8833
高浜市社会福祉協議会 障害者相談支援事業所	0566-54-3009	相談支援事業所「希望」 (みよし市)	0561-65-5856

■地域包括支援センター（高齢者の方々やその家族からの相談に対して、関係者と連携し対応します）

グループ名	電話番号	所在地	電話番号
碧南市地域包括支援センター	0566-46-5512	安城市地域包括支援センター	0566-77-2945
碧南社協地域包括支援センター	0566-46-3840	安城市中部地域包括支援センター	0566-71-0077
刈谷富士松地域包括支援センター	0566-62-3033	高浜市地域包括支援センター	0566-52-9610
刈谷中部地域包括支援センター	0566-28-6071	知立市地域包括支援センター	0566-82-8855
刈谷中央地域包括支援センター	0566-23-0280	みよし市地域包括支援センター	0561-32-8500
刈谷依佐美地域包括支援センター	0566-63-5235		

## 引用文献及び参考文献

- 四日市アルコールと健康を考えるネットワーク：アルコール救急多機関連携マニュアル（高瀬幸次郎・猪野亜朗・片岡千都子編著），2013.
- 1) Fillin DA, Degutis LC, D 'Onofrio G : Traumatic Injuries Related to Alcohol and Other Drug Use. In Principles of Addiction Medicine Third Edition (Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, Ries RK, Wilford BB), pp1195-1204, American Society of Addiction Medicine Inc, Maryland, 2003.
  - 2) Blondell RD : Trauma Case Finding. In Principles of Addiction Medicine Third Edition (Graham AW, Schultz TK, Mayo-Smith MF, Ries RK, Wilford BB), pp349-360, American Society of Addiction Medicine Inc, Maryland, 2003.
  - 3) NIAAA : Risking Drinking. <http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/> 2013. 2. 10.
  - 4) Zgierska A, Fleming MF : Screening and Brief Intervention. In : Principles of Addiction Medicine. Fourth Editions (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds), pp267-279, American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, 2009.
  - 5) American college of Surgeons・Committee on Trauma, U.S. Department of Health and Human Services, Department of Transportation : Alcohol Screening and Brief Intervention (SBI) for Trauma Patients. COT Quick Guide <http://www.face.org/trauma/publication/sbirtguide.pdf> 2013. 2. 10
  - 6) Gentilello LM : Alcohol and Injury : American College of Surgeons・Committee on Trauma Requirements for Trauma Center Intervention. J Trauma 62 : pp44-45, 2007.
  - 7) Sturmman K. , Ryan TM : Alcohol-related emergencies : a new look at old problem  
Emergency Medicine Practice 3 (9), pp1-24, 2001.  
[http://www.ebmedicine.net/topics.php?paaction=showTopicSeg&topic\\_id=710](http://www.ebmedicine.net/topics.php?paaction=showTopicSeg&topic_id=710) 2013. 2. 10
  - 8) アルコール保健指導マニュアル研究会:急性アルコール中毒. アルコール保健指導マニュアル(樋口進編), pp32-36, 社会保険研究所, 東京 2003.
  - 9) 山田耕一, 中村潔 : 急性アルコール中毒—普通酩酊と異常酩酊. アルコール臨床ハンドブック (高木敏, 斉藤学編), pp166-177, 金剛出版, 1982.
  - 10) 代田浩之、他 : 意識障害. 日本内科学会 内科救急診療指針 1st Edition(社団法人日本内科学会認定医制度審議会 救急委員会編), pp204-211, 杏林舎, 東京, 2011.
  - 11) 代田浩之、他 : 高血糖緊急症・低血糖. 日本内科学会 内科救急診療方針 1st Edition(社団法人日本内科学会認定医制度審議会 救急委員会編), pp204-211, 杏林舎, 東京, 2011
  - 12) Sechi G, Serra A. : Wernicke' s encephalopathy : new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. Lancet Neurol. May;6(5), pp442-445. 2007
  - 13) アルコール保健指導マニュアル研究会:社会問題. アルコール保健指導マニュアル(樋口進編), pp49-57, 社会保険研究所, 東京, 2003.
  - 14) 新潟市 : 自殺未遂例の予後に関連する要因～未遂者の予後調査結果から その2. 新潟市自殺未遂者実態把握調査結果報告書(新潟市保健衛生部こころの健康センターいのちの支援室編), p53, 新潟, 2012.
  - 15) アルコール保健指導マニュアル研究会 : アルコール依存症. アルコール保健指導マニュアル(樋口進編), pp61-72, 社会保険研究所, 東京, 2003.
  - 16) 小宮山徳太郎 : アルコール退薬の臨床—退薬症候群, 遷延性退薬徴候, 後遺障害—アルコール関連障害とアルコール依存症(日本臨床 55), pp393-405, 日本臨床社, 東京, 2003.
  - 17) 代田浩之、他 : 肝不全. 日本内科学会 内科救急診療指針 1st Edition(社団法人日本内科学会認定医制度審議会 救急委員会編), pp161-166, 杏林舎, 東京, 2011.
  - 18) 高瀬幸次郎 : アルコール依存症の治療. 内科医・産業医・関連スタッフのためのアルコール依存症とその予備軍 どうする!? 問題解決へ向けての「処方箋」(猪野亜朗, 高瀬幸次郎, 渡辺省三編), pp166-169, 永井書店, 大阪, 2005.
  - 19) 猪野亜朗:仕事嗜癖についてのチェックテストの開発と若干の考察. アルコール依存症とアディクション, 11(2), pp138-146, 1994.
  - 20) 高須俊明 : 急性アルコール中毒, アルコール関連障害とアルコール依存症(日本臨床 55), pp119-124, 日本臨床社, 東京, 1997.
  - 21) Clapp P : How Adaptation of Brain to Alcohol Leads to Dependence : A Pharmacological Perspective.

- Alcohol Research&Health : The Journal Of The National Institute On Alcohol Abuse And Alcoholism, 31(4), pp310-339, 2008.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923844/> 2013. 2. 10
- 22) Mann K : アルコール依存症による負担と治療がもたらす価値について. 参議院議員会館における講演ノート, 2012.
  - 23) WHO : The effects of alcohol on risk of crash. In: Why is a drinking and driving programme necessary?, p7, <http://www.who>. 2013. 2. 10
  - 24) アルコール健康医学協会 : アルコール血中濃度と酔いの状態. 飲酒の基礎知識.
  - 25) 渡辺省三 : イッキ飲みによる急性アルコール中毒とその治療. 内科医・産業医・関連スタッフのためのアルコール依存症とその予備軍 どうする!? 問題解決へ向けての「処方箋」(猪野亜朗, 高瀬幸次郎, 渡辺省三編), pp233-237, 永井書店, 大阪, 2005.
  - 26) 菱田繁 : 血中アルコール濃度と酔いの科学. 治療, 87(8), pp2319-2325, 2005.
  - 27) 吉住明 : 暴力短期予測に関する危険因子のチェックリスト. 精神科救急マニュアル(04.12 15版). 精神科救急のモデル化に関する研究班, 厚生労働省委託研究, p61, <http://www.hosp.go.jp/eowari/locus/04.12.15.pdf> 2013. 2. 10
  - 28) Galloway J : Personal safety when visiting patients in the community. Advance in Psychiatric Treatment, Vol8, pp214-222, 2002
  - 29) Mayo - Smith MF : Management of Alcohol Intoxication and Withdrawal. Screening and Brief Intervention. In: Principles of Addiction Medicine. Fourth Editions (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds), pp559-572, American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, 2009.
  - 30) 武藤岳夫, 杠岳文 : アルコール依存の臨床. 脳とこころのプライマリケア—依存—. pp133-145, シナジー, 東京, 2011.
  - 31) 北林百合之介, 柴田敬祐, 中前貴, 他 : アルコール離脱—その診断, 評価と治療の実際. Jpn. J Alcohol & Drug Dependence, 41, pp488-496, 2006.
  - 32) SAMHSA: Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) in Behavioral healthcare. <http://www.samhsa.gov/prevention/SBIRT/SBIRTwhitepaper.pdf> 2011. 2013. 2. 10.
  - 33) 猪野亜朗, 長徹二 : SBIRT の意義と普及への対策. Jpn. J. Alcohol&Drug Dependence, 48(2), pp105-117, 2013.
  - 34) WHO : Global strategy to reduce harmful use of alcohol. [http://www.who.int/substance\\_abuse/alcstratenglishfinal.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf) 2013. 2. 10.
  - 35) 廣尚典 : CAGE, AUDIT による問題飲酒の早期発見. アルコール関連障害とアルコール依存症, pp589-593, 日本臨床, 712, 日本臨床社, 1997.
  - 36) 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.
  - 37) Blow FC, Barry KL : Treatment of Older Adults. In: Principles of Addiction Medicine. Fourth Editions (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds), pp479-492, American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, 2009.
  - 38) SAMHSA : Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment (SBIRT) in behavioral Healthcare. 2011. <http://www.samhsa.gov/prevention/SBIRT/SBIRTwhitepaper.pdf> 2012. 2. 10.
  - 39) Miller WR : Brief Intervention : More Pieces of the Puzzle. In : Motivational Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior. pp30-35, The Guilford Press, New York. 1991.
  - 40) Meyers RJ, Miller WR, Smith JE : Community Reinforcement and Family Training (CRAFT). In : A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment (edited by Meyers RJ, Miller WR) pp147-160, Cambridge University Press UK, 2001.
  - 41) Smith JE, Meyers RJ : Motivating substance abusers to enter treatment. Guilford Press, New York, 2004. (境泉洋, 原井宏明, 杉山雅彦訳), CRAFT 依存症患者への治療動議付け, 金剛出版, 東京, 2012.)
  - 42) Aro Ino : Before- Discharge Intervention Method. Alcohol Clin. Exp Res. , 24(3), pp373-376, 2000.
  - 43) 猪野亜朗 : ASTWA と BDIM を通して共依存の実像に迫る—アルコール依存症の場合—, In: 共依存とアディクション(清水新二編), pp127-181, 培風館, 東京, 2001.



- 44) 愛知県健康福祉部医療福祉計画課：愛知県地域保健医療計画. p87-88. 2013.
- 45) SAMHSA/CSAT TIP-NCB:Chapler 1. Introduction : Alcohol and Other Drug Screening of Hospitalized Trauma Patients, p3, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No.16  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64574/> 2013. 2. 10.
- 46) SAMHSA/CSAT TIP-NCB : Chapter 4. Screening and Assessment. In Alcohol and Other Drug Screening of Hospitalized Trauma Patients, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No.16  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64574/> 2012. 6. 15.
- 47) Saitz, R : Medical and Surgical Complications of Addiction. In: Principles of Addiction Medicine. Fourth Editions (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds), pp945-967, American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, 2009.
- 48) WHO : Identification and recording the level of alcohol intoxication in health care settings. In : Alcohol and Injury in Emergency Departments. Summary of the Report from the WHO Collabolative Study on Alcohol and Injuries.  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/alcohol\\_injury\\_summary.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injury_summary.pdf) 2013.2 10.
- 49) SAMHSA/CSAT TIP-NCB : Chapter 5. Cost- Benefit Issues Affecting Implementation of Screening In Alcohol and Other Drug Screening of Hospitalized Trauma Patients, Treatment Improvement Protocol (TIP)Series, No.16 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64574/> 2013.2. 10.
- 50) 柴山美紀根, 長徹二, 猪野亜朗 : ER 型救命救急センターを受診した飲酒を疑われた患者の実態調査と救急医療体制への影響. Jpn J Alcohol & Drug Dependence, 46(5), pp436-445, 2011.
- 51) 柴山美紀根, 長徹二, 猪野亜朗 : ER 型救命救急センターを受診した「問題飲酒者」の実態と対策. Jpn J Alcohol & Drug Dependence, 47 (6), pp331-340, 2012.
- 52) 猪野亜朗, 吉本尚, 水谷直巳, 加藤尚久, 広藤秀雄, 竹村洋典 : アルコール専門外来と一般診療科受診者による救急車利用の対比. 日本アルコール薬物医学会誌 vol48 No. 5, 314-323, 2013.
- 53) 河西千秋, 杉浦寛奈, 古野拓, 山田朋樹 : 救命救急センターを拠点とした自殺予防活動と自殺事故のポストベンション. 産業精神保健 .16(4), pp254-259, 2008.
- 54) Borges G, Rosovsky H : Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. Journal of Studies on alcohol. 57 (5), pp543-548, 1995.
- 55) Akazawa M, Matsumoto T, Katsumata Y, Kitani M : Psychosocial features of suicide cases with alcohol problem: a psychological autopsy study. Jpn J Alcohol & Drug Dependence, 45(2), pp104-118, 2010.
- 56) Hufford MR : Alcohol and Suicide Behavior. Clinical Psychology Review, 21(5), pp797-811, 2001.
- 57) Kaplan HI Sadock BJ, Grebb JA : Kaplan and Sadock' s Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins,Philadelphia,1994(井上令一, 四宮滋子訳 :カプラン臨床精神医学テキスト DSM - IV診断基準の臨床への展開, p141, メディカルサイエンス・インターナショナル, 東京, 2000.)
- 58) 伊藤敦子, 森智代, 横田千恵子, 鈴木正恵, 他 : 法医学解剖例における血中アルコール濃度 —死因および年齢との関係—. 日法医誌, 37(1), pp20-35, 1983.
- 59) NIAAA : Older Adults and Alcohol Problems. 10C, NIAAA Social Work Education Module.  
<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Social/Index/Indexfile.pdf> 2013.2. 10.
- 60) Babor TF, Higgins -Biddle JC :Brief Intervention For hazardous and Harmful Drinking A Manual for Use in Primary Care <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67210> 2013.2.10.
- 61) CDC : A Step - by - step Implementation Guide for Trauma Centers. Screening and Brief Intervention (SBI) for Unhealthy Alcohol Use.  
<http://www.cdc.gov/injuryresponse/alcohol-screening/pdf/sbi-implementation-guide-a.pdf>  
2013.2.10.
- 62) 愛知県衣浦東部保健所健康支援課 :平成 24 年度自殺防止地域力強化事業～アルコール関連問題への取り組み～, 2013.



## 作成介入ツール及び参考資料

- 資料① アルコールと楽しく上手に付き合うために（一般向け）
- 資料② アルコール健康障害ってなに？（一般向け）
- 資料③ お酒の飲み方大丈夫？（一般向け）
- 資料④ アルコール健康障害啓発ポスター（一般向け）
- 資料⑤ チェックテストと診断法（一般向け）
- 資料⑥ アルコール問題に関する相談先
- 資料⑦ クラフト法簡略版（家族向け）（刈谷病院 作成）
- 資料⑧ SBIRT の進め方（四日市アルコールと健康を考えるネットワーク 作成）
- 資料⑨ アルコール関連問題連絡票
- 資料⑩ 夜間休日における精神科病院の酩酊患者対応基準
- 資料⑪ アルコール離脱せん妄の治療（沖縄協同病院心療内科 小松知己 作成）
- 資料⑫ アルコール健康障害対策基本法（平成26年6月1日施行）
- 資料⑬ 悩みを持つ方への相談窓口一覧（関係機関用）
- 資料⑭ 悩みを持つ方への相談窓口一覧（本人・家族用）
- 資料⑮ つなぐカード
- 資料⑯ 問題チェックシート、レーダーチャート

