

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。活用する資料は可能な限り、本文の近くに組み込みました。

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膵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）^{1) 2)} 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」³⁾ からの脱却をめざします。

(3) 簡易介入法（SBIRT）^{1) 3) 4) 5) 6)} の利用を推進する

救急に関わ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、医療機関での簡易介入法（SBIRT：エスバート）の利用を推進します。

なお SBIRT とは、アルコール患者へのスクリーニング（**S**creening）、簡易介入（**B**rief **I**ntervention）、アルコール専門治療機関（以下「専門治療機関」という。）への紹介（**R**eferral to **T**reatment）を統合した技法であり、短時間での効果的な介入方法として、一般保健・医療機関での活用が推奨されます。（詳細は 19 ページ、表 6 参照。）

(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の利用

患者の酩酊には、個人差があり、臓器障害も多様多種です。また関係機関や関係職種への対応についても地域や機関により違いがあります。個々の事例への適応については、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。

* アルコール患者：急性アルコール中毒（酩酊）、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。

3. アルコールを巡る病理と SBIRT の理解

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。

II アルコール救急診療

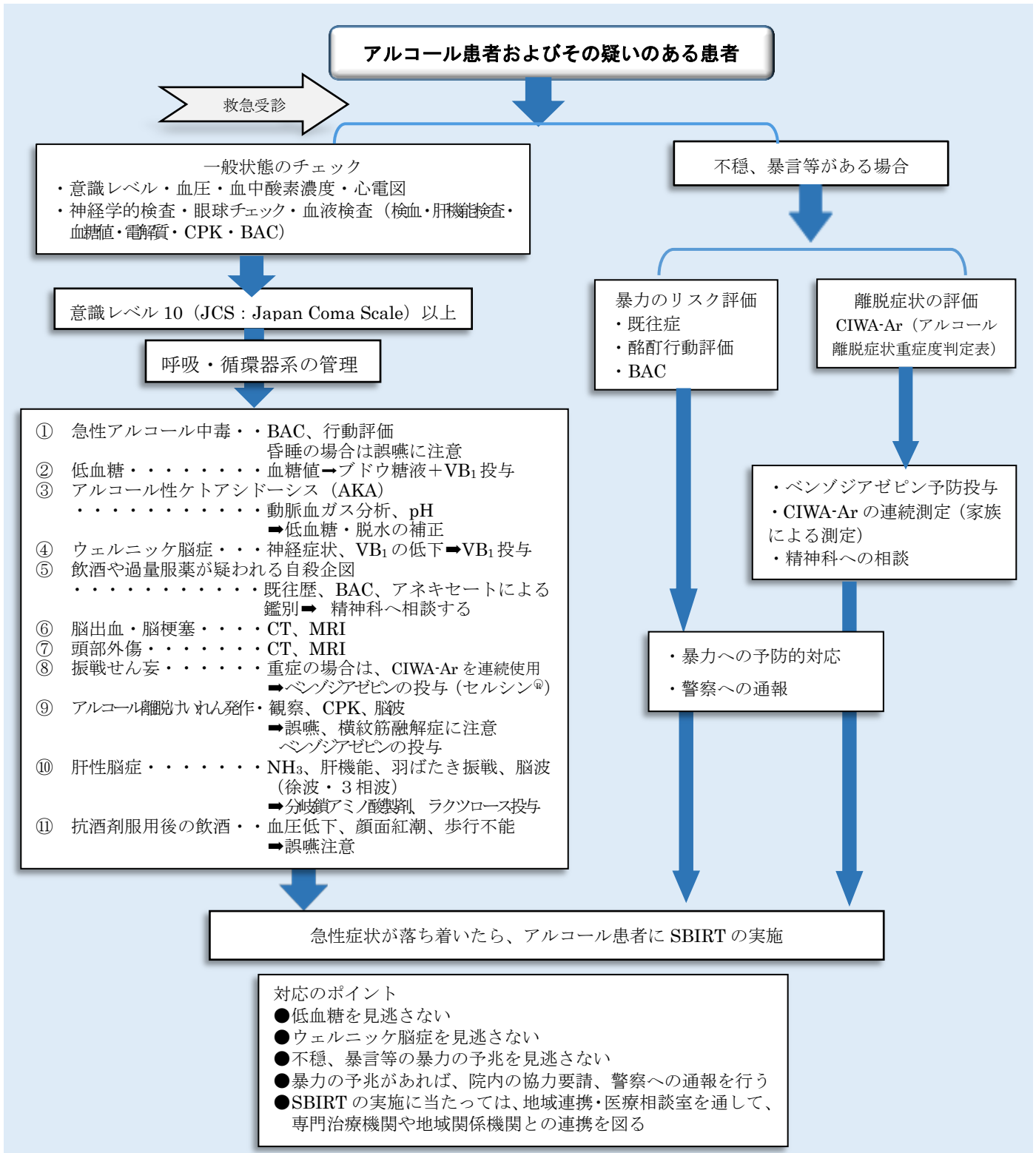


図1 アルコール救急診療フローチャート⁷⁾

1. 鑑別すべき病態

(1) 急性アルコール中毒

急性アルコール中毒^{8) 9)}は、アルコールの急性作用で、生命の危険を伴った状態です。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・便失禁などが出現します。血中アルコール濃度（Blood Alcohol Concentration、以下「BAC」という。）が400 mg/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。なお、BACは院内で即時に判定結果が分かることが重要です。

(2) 低血糖

低血糖^{10) 11)}は、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、手指振戦、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の測定ができない場合の重要な鑑別点は、アルコール性低血糖では呼吸数の増大がみられ、昏睡期の急性アルコール中毒では呼吸数の減少がみられることです。

低血糖のBACは、急性アルコール中毒より低く、一般に100 mg/dl未満です。血糖値は30 mg/dl以下、10 mg/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ことが多いです。血液ガスは代謝性アシドーシスが見られ、PCO₂（二酸化炭素分圧）も低下します。

治療は、50%ブドウ糖を40～60ml 静脈注射し、10%ブドウ糖液＋生理食塩水（500ml＋500ml）を点滴静注し、血糖値を150～200 mg/dlに維持します。

覚醒後もブドウ糖点滴を持続し、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）

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、アルコール性ケトアシドーシス（AKA）¹⁰⁾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、V B₁のほか、水溶性ビタミンやカリウムの補充を必要に応じて行います。通常、ケトアシドーシスの迅速な回復が見られます。

なお、300 mg/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

ウェルニッケ脳症¹²⁾には、意識障害、眼球運動障害、運動失調の3大兆候がありますが、3つの兆候が揃うのは多くありません。

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く、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(核磁気共鳴画像法)による拡散強調画像は役立ちますが、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、「生理食塩水100ml+VB₁500mg」を30分以上(VB₁の静脈注射は、ショックを起こすことがあるため)かけてゆっくり点滴静注します。1日3回、2～3日間行い、反応があれば、その後、VB₁250mg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¹³⁾であり、また、飲酒状態で自殺企図し、救急受診した患者は、再度の自殺企図リスクは大きい¹⁴⁾ので、BACの測定が望ましく、陽性の場合には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ですが、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必要であり、BACの測定が役立ちます。

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(コンピューター断層撮影)、MRIなどの画像診断の可能な専門病院を受診するべきです。

(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場合が多々あり、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、時間を経るにも拘わ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

振戦せん妄は¹⁵⁾、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、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たり、また、患者は仕事場で働いているという意識障害が生じたりします。アルコール離脱症状重症度判定表（Clinical Institute Withdrawal Assessment for alcohol revised form。以下「CIWA-Ar」という。）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^{15) 16)}

最終飲酒後8時間から24時間以内で、BAC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

肝性脳症¹⁸⁾は、肝不全時にみられる意識障害で、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。EEG（脳波）がとられた場合、徐波や三相波を認めれば、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、肝実質細胞の広範囲な壊死により、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、BCAA（分岐鎖アミノ酸）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

抗酒剤であるシアナマイドは服用後48時間程度、ノックピンは1週間程度作用が持続し、ALDH（アセトアルデヒド脱水素酵素）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（ミクロゾーム・エタノール酸化系）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しのぎます。

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

酩酊は、アルコールの薬理作用によって、脳の機能低下が生じた状態です。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者は、本来は真面目、几帳面、律儀、繊細、世話好き、働き者である事が多いのです¹⁹⁾。

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は酩酊と脳の間を、また表2は患者の焦燥感を説明しています。

表1. 酩酊と脳²⁰⁾

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^{21) 22)}

●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(しらふ時)の調節異常と脳萎縮による判断・遂行・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

●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、多幸感、抗不安効果、鎮静、気分安定化が生じます。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、個人は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、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」で判断します。

(1) 酩酊行動（状態）と急性アルコール中毒のレベル²³⁾

下記の基準は WHO（世界保健機関）による ICD-10（国際疾病分類第 10 版）で示された診断法です。急性アルコール中毒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、わずかな行動障害や協調運動障害がある。
- 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、中等度の行動障害や協調運動障害がある。
- Y91. 2 重度の急性アルコール中毒
重度の行動障害や協調運動障害があり、協力困難である。
- Y91. 3 極度の急性アルコール中毒
極度の行動障害や協調運動障害があり、協力不能である。
- Y91. 4 アルコールの関与が疑われ、他に該当しないもの

注) 協調運動障害：様々な動作を組み合わせ一つにまとめる運動が障害されることを言う。日常動作はいくつかの運動が組み合わさって複雑な運動を構成しているが、正しい組み合わせで運動が行われなくなると、ぎこちなく不安定な動作となる。
(酩酊時の千鳥足、自転車に乗れない、狙った物がつかめないなど)

(2) BAC 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	酩酊状態	飲酒量
爽快期	20~40 mg/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(500ml)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	50~100 mg/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(500ml)1~2本 日本酒 1~2合 ウイスキー・シングル3杯
酩酊初期	110~150 mg/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(500ml)3本 日本酒3合 ウイスキー・ダブル3杯

酩酊極期	160～300 mg/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・おう吐がおこる	ビール中びん(500ml)4～6本 日本酒4～6合 ウイスキー・ダブル5杯
泥酔期	310～400 mg/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(500ml)7～10本 日本酒7号～1升 ウイスキー・ボトル1本
昏睡期	410～500 mg/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(500ml)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 400 mg/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のは、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 が高くなりやすく、また同じ BAC でも神経系の未発達のため感受性が高く、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アセトアルデヒド分解能力の低いフラッシュャー・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となる危険度が高い。
- 高齢者と女性は、身体に占める水分量が少ないこと等により、体重あたり同じ飲酒量でも BAC は高くなりやすい。

4. 飲酒の客観的評価

(1) 飲酒の「客観的評価」の必要性

様々な臨床症状について飲酒が関係していることを評価する必要があります。また、トラブルの回避のためにも、飲酒の有無を BAC など客観的に評価しておく必要があります。

① 臨床症状の背後に飲酒があることの発見

- アルコール関連の検査項目が悪化している場合、飲酒に起因しているか
- 自殺未遂に飲酒が関与しているか
- 意識障害は酩酊に起因しているか
- 酩酊の強さ（一気飲み）による急性アルコール中毒の危険度は
- 転倒・転落などの外傷に飲酒が関与しているか
- 自動車事故による外傷は飲酒運転によるか
- DV、虐待による外傷の背景に飲酒が関与しているか
- 多量飲酒が健康障害の主因であるか
- 飲酒が臓器障害の悪化に関連しているか
- 耐性があるか

- ② 院内飲酒の発見・抑止
- ③ 患者と医療者の飲酒をめぐるトラブルの回避
- ④ 飲酒運転の防止

コラム

三重県飲酒運転^{ゼロ}をめざす条例の施行

本県では、飲酒運転の根絶のために「三重県飲酒運転^{ゼロ}をめざす条例」を制定し、平成 25 年 7 月 1 日より施行しています（アルコール依存症に関する受診義務については、平成 26 年 1 月 1 日施行）。本条例において、飲酒運転をなくすためには、法律による厳罰化でなく、規範意識の定着や再発防止という観点からの取組みが重要であるとして、教育機関等による教育及び知識の普及を、また再発防止のためには、アルコール依存症に意識を向ける取組みを実施するものとしています。

その一環として、飲酒運転で検挙された県民は、知事が指定する医療機関において、アルコール依存症に関する診断を受けなければならない受診義務が課されることになりました。

なお知事が指定する医療機関とは、以下の①から⑤のいずれかの要件を満たす医師が所属する医療機関とし、平成 26 年 4 月 1 日現在において、26 医療機関が指定されています。

- ① 依存症専門外来を有しており、アルコール依存症治療プログラムの実施かつ、多職種による支援が可能である医療機関の精神保健指定医又は精神神経学会が指定する専門医。
- ② アルコール依存症等の診断・専門治療に従事した期間が 5 年以上あり、アルコールに関する学会に所属している精神保健指定医。
- ③ アルコール依存症等の診断・治療に従事した期間が 5 年以上であり、精神神経学会が指定する専門医。
- ④ 厚生労働省が実施する「アルコール依存症臨床医等研修 医師コース」の研修を受けた医師で、多量飲酒に関連する疾患又はアルコール依存症等の診断・治療に従事している医師。
- ⑤ 県が実施する指定研修を直近 5 年間に 1 回以上受講した医師（三重県医師会からの推薦を必要とする）。

(2) BAC（血中アルコール濃度）と BrAC（呼気中アルコール濃度）の特徴

飲酒の有無を客観的に評価するには、BAC（血中アルコール濃度）と BrAC（呼気中アルコール濃度：Breath Alcohol Concentration。以下「BrAC」という。）の2つの検査方法があり、それぞれの特徴に照らし、用途を考えて両者を使い分けます。この場合の BAC は、外注検査ではなく、院内検査として実施する場合を記します。

表 4 BAC（血中アルコール濃度）と BrAC（呼気中アルコール濃度）

	BAC(血中アルコール濃度)	BrAC(呼気中アルコール濃度)
導入時の注意	<ul style="list-style-type: none"> ① 測定機器、専用試薬を使う ② セット検査にする ③ 救急医療現場ではマニュアル化する 	<ul style="list-style-type: none"> ① 燃料電池式呼気アルコールチェッカーを使う（半導体ガスセンサーでは、判定に正確さがない） ② アルコール類を感知すると誤作動の恐れがあるので、アルコール綿の使用やチェッカーの近くにアルコール類を置かない ③ 救急医療現場ではマニュアル化する
費用	<ul style="list-style-type: none"> ① 専用試薬購入費 	<ul style="list-style-type: none"> ① チェッカー購入費と年1回の電池交換
測定法	<ul style="list-style-type: none"> ① 採血し、専用試薬で判定する ② 酒精綿による皮膚消毒は行わない 	<ul style="list-style-type: none"> ① チェッカーで呼気を約5秒間吹き込み、判定する ② 吹き込み口はストローを半分に切って、使い捨てにすると清潔である ③ 呼気は圧力センサーにより感知するので、吹き込む空気が少なくても、誤って吸っても感知しない ④ 陽性の結果が出ても、怒ったり侮辱したりせず、「残念だなあ、これから頑張ろう」と励ます ⑤ 慣れてくると、患者が自分で検査できる ⑥ 判定は正確であり、飲酒なしの場合、「0.00」という数字で表されるので、クリアカットである
利点	<ul style="list-style-type: none"> ① 意識障害患者も実施できる ② 他の血液検査と一緒に実施できる ③ 診療報酬あり（1件120点） ④ 誤作動がない ⑤ 検査結果がカルテに客観的に記録される 	<ul style="list-style-type: none"> ① 実施時の痛みや不快感がない ② 判定が正確である ③ 即時に結果が分る（BACより早い） ④ 操作が簡単 ⑤ 繰り返し実施できる ⑥ 検査料は無料である
問題点	<ul style="list-style-type: none"> ① 採血操作が必要 ② 採血の痛みを伴う ③ 判定までに若干の時間を要する ④ 繰り返し実施するのが困難 	<ul style="list-style-type: none"> ① 意識障害や酩酊が強度、または認知能力の低下した高齢者などでは、実施不能 ② 検査に患者の協力的な姿勢が必要である ③ 検査料の収益がない
適応	<ul style="list-style-type: none"> ① 意識障害の鑑別として、飲酒が否定できない場合 ② 酩酊状態のレベルの判定 ③ 病棟で隠れ飲みの疑いがある場合 ④ 飲酒運転の防止 	<ul style="list-style-type: none"> ① 患者が検査の実施に協力できる場合 ② 多量飲酒の判定（多量飲酒していると、前夜のアルコールが残っていて、陽性になる） ③ 肝障害・肝硬変の病識獲得（代謝遅延によりアルコールが残存する） ④ 耐性の判定（耐性があると、アルコール代謝速度が早い） ⑤ 病棟で隠れ飲みの疑いがある場合 ⑥ 飲酒運転の防止

(3) BAC と BrAC の互換

$\text{BrAC (呼気中アルコール濃度: mg/l)} = 5 \times \text{BAC (血中アルコール濃度: \%)}$

例：酒気帯び運転の分岐点

$\text{BAC (血中アルコール濃度)} = 30\text{mg/dl (0.3mg/ml, 0.03\%)}$

$\text{BrAC (呼気中アルコール濃度)} = 0.15\text{mg/l}$

寄稿

救急外来における BAC 測定の意義

県立総合医療センター 救命救急センター医師 伊藤秀樹

救急外来を受診する患者は、時に飲酒していることがあり、結構やっかいなことが多い。飲酒患者は様々なリスクが高く、医療者は痛い目に会っている。おとなしくて、言うことを聞く人は良いが、そうでない場合は、悲惨である。

救急外来には、意識障害、気分不良、嘔吐、ショック、転倒や事故による頭部外傷、多発外傷、あるいは喧嘩、自殺企図等で来院または搬送される患者が多く、その場合、飲酒者は、時に評価・治療が困難な場合がある。こんな時、迷わず、BAC 測定を行っている。

従来の「外注検査による BAC 測定検査」は、結果判明が一週間後でありほとんど全てが終わっていることが多く、後で検証できる程度であった。だが、2013 年 11 月より検査室との協力体制を整え、院内での BAC 測定検査が比較的迅速に、24 時間測定可能になってから、その効果は絶大であった。

まず、意識障害などにアルコールの関与を疑う場合、その有無とその程度を客観的に比較的迅速に評価できることは、かなりの武器である。診断にあいまいな推定因子がひとつ排除できる。

アルコールが関与する外傷は、受傷時に身構えや受身ができていない外傷が多く、初診時には、疼痛閾値が上がり、所見が出にくく、思ったより重傷である可能性がある。本人から聴取される現病歴もあいまいなことが多く、特に、受診直前の飲酒量を少なめに申告する患者も多いので、医療者は判断に困ることも多い。

また、救急外来で、飲酒患者は、時として、トラブルになることもある。例えば、暴言、暴行や入院が必要ないと判断した場合の居座りなどである。これに関しては、迷わず 110 番し、BAC が高い患者で、かつ、上記の状態であると通報すれば、警察は、比較的迅速に対応してくれる。

その際、可及的精査の上、致命的な疾患や外傷を否定した上で、客観的な BAC を示すと、警察も引き取りやすい。酔いが覚めるまで、酩酊迷惑者として、通称「トラ箱」で管理される可能性もあると思っている。

さらに、救急医は、BAC 等の活用により、アルコール依存症患者の回復の手伝いができる。アルコール依存症患者を、その場限りの診断処置にせず、アルコール専門の精神科医や生活支援機関、警察、消防と連携して治療していけば、ベストである。そのための入り口の評価として、BAC 測定は必要である。

患者が後から、救急処遇についてクレームや無理難題を言ったとしても、BAC は客観的な証拠となるとともに、回復への一歩を踏み出す契機にすることができる。

救急医療の現場から～血中アルコール濃度（BAC）の活用事例～

【事例1】 30歳代男性

- ・ 朝、普通乗用車でガードレールに突っ込んだ単独事故。助手席に座っていたらしいが、本人は、自分が運転していたと言う。受傷1時間後のBAC 162.7 mg/dl（呼気中アルコール濃度：0.814 mg/lに相当）であった。
- ・ 同乗の20代女性は、他院に搬送後、心臓損傷で緊急転入院。受傷3時間後のBAC 105.1 mg/dl（呼気中アルコール濃度 0.5255 mg/l に相当）であった。
- ・ 集団登校の子供や人を轢かずに、まだ良かったと反省している。

【事例2】 50代女性

- ・ 買い物をして車で駐車場から出たところで脱輪。ドアから出ようとして深さ1mの溝に転落。頭部外傷あり、意識障害で搬送され入院。アルコール臭あり。
- ・ 事故1時間後のBAC 198.2 mg/dl（呼気中アルコール濃度：0.991 mg/l に相当）
- ・ 当初は、たいして飲んでいないと言っていたが、酒を飲みながら洗濯などの家事をして、夕食が気になり酔った状態で買い物に出かけたと言う。
- ・ いわゆるキッチンドリンカー。入院中に断酒を決心し、抗酒剤投与。
- ・ 現在は、アルコール専門外来に通院中。

酔って救急外来を受診した患者の背景にあるもの

市立四日市病院救命救急センター 柴山美紀根

救急外来には、酔ってケガをしたり、体調を悪くしたり、意識を無くしたりして受診される方が少なくありません。外国の研究では、救急患者全体の1割から3割が飲酒に関連していたとの報告もあります。しかも酔って救急外来を受診する方は、アルコール依存症を患っている割合が高いことが分かっています。日本にはアルコール依存症の方が80万人とも推計されていますが、その内、治療を受けている方はわずか5%とされています。このように考えると、救急外来を受診した酩酊患者の背景には、本人が気付かないまま、アルコール依存症が隠れている可能性があります。

救急外来での治療の最優先の目的は、患者さんが現に苦しんでいる症状を緩和したり、ケガの手当をしたりすることですが、これに加えて、酩酊した患者さんに対しては、たまたま受診した救急外来から、アルコール治療の専門医へ橋渡しをすることも、救急の大切な役割だと考えています。これによりアルコール依存症である本人はもとより、依存症と気付かずに患者さんと苦しみながら生活を共にしている家族や地域の人々の幸せを、取り戻すことにつながるかもしれません。

5. 酩酊と暴力

(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くなります。しかし、同時に平衡・運動機能も低下しているため、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、防御しやすくなります。

□ 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、「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^{27) 28)}

□ 若い男性

□ 元来、短気・怒りっぽい性格

□ 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に著しい低下）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。

□ 相手からの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、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、トラブルの回避

に役立ちます。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自制的な態度で、平静な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、脅威を与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。
- 結論は急がないようにします。

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よう、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（懐中電灯、打腱器など）を置かないようにします。
- ネクタイ、ネックレスは装着しないようにします。
- パニック・ボタンを設置します。
- 監視カメラを設置します。
- 「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
して、暴力の予兆を察知します。
- 手と足の届く距離に入らないよう、相手にもパーソナル・スペースを保障します。
- 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。

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

- 患者側も、スタッフ側も追い打ちをかけない限り、怒りの感情は長くは続きません。
- 酩酊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・判断機能が低下している状態」なので、決して「本音」ではないことを繰り返し
思い出しましょう。
- 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
で翻訳しましょう。
- 「今、アルコール依存症患者は決して好きで飲んでいるのではなく、アルコー

ルに脳がハイジャックされている。」ことを自己確認します。

- 沈黙、うなずき、繰り返し、気持ちを汲んだ言い方など「傾聴」を大切にします。
- 心の中で、紙の枚数を数えるイメージで、1から10まで数えながら、注意の焦点を外します。
- 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とともに、声を出して言ってみましょう。
- 一呼吸おいて、対応します。
- 落ち着くイメージを思い浮かべます。
- 怒りを感じ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ます。
- 疲れていないでしょうか？ 疲れは怒りを増大させています。
- 「I」ポジションで伝えましょう。「お前は」「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、思いや気持ちを伝えましょう。
- あなたのセルフケアを大切にしましょう。
- 患者にバーンアウトしていませんか？

(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は、逃げるなど身の安全を確保して躊躇せず、110番通報します。
- 110番は、県警本部の緊急通報専用電話で、現場最寄りの警察官の対応が可能です。
- 緊急時以外の相談は、平日午前9時～午後5時の警察総合相談電話(#9110)や最寄りの警察署で対応してもらえます。

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
- 殴る・蹴る⇒暴行罪または傷害罪
- 泥酔して罵声、無理難題を要求する⇒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)
- 故意に物を投げつけるなどして壊す⇒器物損壊罪
※意図せず当たって壊れた場合は、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が、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気(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、分かっている範囲で、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つ

6. 離脱症状について

CIWA-Ar²⁹⁾ ³⁰⁾ ³¹⁾により、離脱症状の程度や進行の測定が可能になります。

□CIWA-Ar による評価は、表5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い、部屋を明るくするとともに、薬物投与を再考し、離脱せん妄の出現を予防します。離脱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 の使用方法を教え、経過を観察してもらいます。

表5 CIWA - Ar (アルコール離脱症状重症度判定表) 29)30)31)

<p>1. 嘔気, 嘔吐 「胃の具合が悪いですか」「吐きましたか」</p> <p>0 嘔気・嘔吐なし 1 嘔気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</p> <p>2. 振戦 上肢を前方に伸展させ手指を開いた状態で観察</p> <p>0 振戦なし 1 軽度の振戦：視診で確認できないが、指先に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</p> <p>3. 発汗</p> <p>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</p> <p>4. 不安 「不安を感じますか」</p> <p>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、または警戒しており、不安であると推測できる。 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</p> <p>5. 焦燥感</p> <p>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 面談の大部分でウロウロ歩くか、のたうち回っている</p> <p>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」</p> <p>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</p>	<p>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。」</p> <p>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</p> <p>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。」</p> <p>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</p> <p>9. 頭痛・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。」</p> <p>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</p> <p>10. 見当識・意識障害 「今日は何日ですか。ここはどこですか。私は誰ですか。」</p> <p>0 見当識は保たれていて、3つを連続して言うことが出来る。 1 3つを連続して言うことが出来ない。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</p> <p>■合計点により次の通り対応します</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>・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</p>
--	--

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。アルコール関連問題を持つ患者が、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6. SBIRT（簡易介入法）の全体像

1. スクリーニング（Screening）

アルコール関連問題が疑われる患者に対し、アルコール依存症や危険な飲酒の可能性をスクリーニングします。

- 対象：酔酩患者、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・自傷にアルコールの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、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、AUDIT-C、AUDITを実施し、陽性の場合にICD-10を実施する。フローチャートに従い、短時間で実施可能

2. ブリーフ・インターベンション（簡易介入）（Brief Intervention）

スクリーニングにてアルコール依存症や危険な飲酒があると判断された患者に対し、短時間のカウンセリングを行います。

- 『危険な飲酒』：節酒指導を行う
- 『アルコール依存症』：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』：患者が断酒を拒否し、節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、継続不可になった時に断酒へ移行し、専門治療を紹介する

3. 専門治療への紹介（Referral to Treatment）

アルコール依存症等の患者を専門治療に繋げます。

- 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集中的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³²⁾し、2010年に決定されたWHOの戦略にも採用され、国際的な取組の強化が求められている^{33) 34)}。

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

- 本人又は家族より飲酒状況を聴取し、スタッフによって CAGE (表7 参照)^{*26)}、又は AUDIT-C^{1**} (表8 参照)^{1) 2) 27) 28) 29) 30)}、AUDIT^{***} (表10 参照) によって、「危険な飲酒」³⁾ 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、上記の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判定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の人」には ICD-10(表9 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。
- AUDITでは、「危険な飲酒」と「アルコール依存症の疑い」をスクリーニングします。

表7. CAGE

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はありますか。(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-10I による診断へ

* CAGE：基礎的な飲酒スクリーニング検査の一種²⁶⁾

**AUDIT-C：AUDITの最初の3項目による判定である。

***AUDIT:WHOによって開発された10項目の飲酒スクリーニング・ツールであり、Alcohol Use Disorders Identification Testの略である。

表 8. 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 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」 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 「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	7~8 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：男性 5 点、女性 4 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

表 9. 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。
- ・ダメとわかっていて、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。仕事でも飲み始めてしまうなど、予定していたより早く飲んでしまう。
- ・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など、予定していたよりも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、予定していたより多く飲んでしまう。

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、寝汗、発汗、手の湿潤感、不眠、吐き気、嘔吐、動悸、頻脈 (100/分以上) 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。
 - ・重症では全身痙攣、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ことが分かっているにも、飲酒する。
- ・上記の心身の有害な結果があると分かっている、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

表 10 WHO の推奨する飲酒のスクリーニングテスト AUDIT

※以下の1～10の質問に当てはまる項目の数字の合計で判定します(判定は下表参照)

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？
0. 飲まない 1. 1 カ月に 1 度以下 2. 1 カ月に 2 ～ 4 度 3. 1 週に 2 ～ 3 度 4. 1 週に 4 度以上
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ (下表のドリンク数の計算式を参照してください)
0. 1 ～ 2 ドリンク 1. 3 ～ 4 ドリンク 2. 5 ～ 6 ドリンク位 3. 7 ～ 9 ドリンク 4. 10 ドリンク以上
3. 1 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？
0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
4. 過去 1 年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
5. 過去 1 年間に、普通だと行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
6. 過去 1 年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
7. 過去 1 年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
8. 過去 1 年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
0. ない 1. 1 カ月に 1 度未満 2. 1 カ月に 1 度 3. 1 週に 1 度 4. 毎日あるいはほとんど毎日
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？
0. ない 2. あるが、過去 1 年にはなし 4. 過去 1 年間にあり
10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理にたずさわる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？
0. ない 2. あるが、過去 1 年にはなし 4. 過去 1 年間にあり

ドリンク数の計算式: アルコール度数(%) × アルコール飲料の量(ml) × 8 ÷ 10000 = ドリンク数

例 1 : 6%のビール (350ml) を 3 本飲む場合

$$(6 \times 350 \times 3) \times 8 \div 10000 = 5.04 \text{ ドリンク}$$

例 2 : 7%のビール (500ml) を 2 本、6%の缶酎ハイ (500cc) を 3 本、1 日に飲む場合

$$(7 \times 500 \times 2 \times 8 \div 10000) + (6 \times 500 \times 3 \times 8 \div 10000) = 12.8 \text{ ドリンク}$$

例 3 : 焼酎、ウイスキー、日本酒をガラス瓶や紙パックやプラスチック製の瓶で購入している場合

$$\text{アルコールの度数}(\%) \times 1 \text{ 瓶当たりの量}(\text{ml}) \div \text{飲み切る日数} \times 8 \div 10000 = \text{ドリンク数}$$

判定 各項目の合計得点 : 10 点未満・・・危険の少ない飲酒
10 点以上・・・危険な飲酒
20 点以上・・・アルコール依存症の疑い

- 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においてアルコール関連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、外傷を繰り返しているか、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。背景にあるアルコール依存症に介入することができれば、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、AUDIT、ICD-10 を用いた判定法や診断法を、「指示的」「判定的」「命令的」に行うと却って反発を生じやすいため、介入のための 6 項目「FRAMES」(表 11 参照)^{2) 39)}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。

表 11. 介入の基本 FRAMES^{2) 39)}

Feedback (フィードバック) : 情報をきちんと返す

例えば、入院か通院かの治療形態を判断するとき、スタッフは検査結果や診断結果等を本人に説明して判断材料を提供する。

Responsibility (リスポンシビリティ) : 自己責任・自己決定を尊重する

例えば、入院か通院かの判断や、介護サービスの内容などについて、本人が選択して自己決定し、スタッフはそれを受け入れる。

Advise (アドバイス) : 指示・命令ではなく、アドバイスを

本人が自己決定した内容について、スタッフは、意見を述べるが、対等な関係で自己決定を尊重する。ただし、緊急時には、専門的な見地から臨機応変に対応する。

Menu (メニュー) : 複数の選択肢を提示する

選択肢を 2 つ以上提案し、本人が選択できる様にする。

Empathy (エンパシー) : 苦勞を傾聴し、共感する

アルコール関連問題を抱える人はアルコールの問題だけでなく、病気や生活に不安を感じている事が多い。アルコールを摂取する背景に目を向け、その苦しみや不安を共感して理解する。

Self-Efficacy (セルフエフィカシー) : 自分の力を信じ主体的に取り組めるよう力づける

アルコール関連問題を抱える人は、自信を喪失している事が多い。本人が自信を持って飲酒行動を変化させることに挑戦できるように、本人の今までの人生と一緒に振り返りながらその長所や功績を評価し、助言や言葉がけをする。

*** 地域連携・医療相談室：病院により名称は異なるが、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

3. SBIRT 第2、第3段階－介入と専門治療への紹介－

(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専門治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。しらふの状態の確認は、BAC や燃料電池式呼気アルコールチェッカーを使用すると正確です。紹介状を作成するとともに、可能であれば、専門治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、紹介先の専門治療機関が決定できれば、その場で受診予約をします。
- 病院内の地域連携・医療相談室への相談の約束ができることも、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いからです。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*等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、三重県精神科救急医療システム（表 13、P35 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」により、警察官の出動を要請します。
- 患者が約束を実行して専門治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て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。それは、顔の見える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、リーフレット「節酒の進め方」（巻末資料②－1～2）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、特に患者がしらふ状態であることの確認が重要なので、BAC

* 介入用リーフレット：「お酒の飲み方チェック」（巻末資料① - 1～2 参照）

や上記呼気アルコールチェッカーは有用です。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、専門治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。
- 何度説得しても救急受診を頻度多く繰り返す場合、専門治療機関への受診を実行できず、治療の効果が見られない場合には、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。こうした症例ではしらふの時に、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治療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・家族へ介入し専門治療機関へ紹介
 - 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、主治医は専門治療機関への紹介状を記載
 - ⑥ 同時に、患者に「専門治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（専門治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、専門治療機関への受診を強く促します。

但し、受診した当該医療機関で身体的治療を火急に必要とする状態の場合は、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。

(3) 家族への情報提供と介入

- 酩酊時には患者との約束や飲酒指導の効果はほとん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治療機関への家族受診の動機づけを目標とします。
- 家族は、アルコール依存症や多量飲酒に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。」などのように説明します。
- 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医療機関の紹介と課題解決に向けた介入を依頼します。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、患者が専門治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 12 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 12. 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や周囲の人の話を聞く良いチャンスなので、このチャンスを活かす。
- 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 患者が専門治療機関の受診を拒否する時、「身体のことを心配」と家族の気持ちを伝え、一緒に受診するように促す^{40) 41)}。
- 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^{42) 43)}である。