

IV 各機関の役割

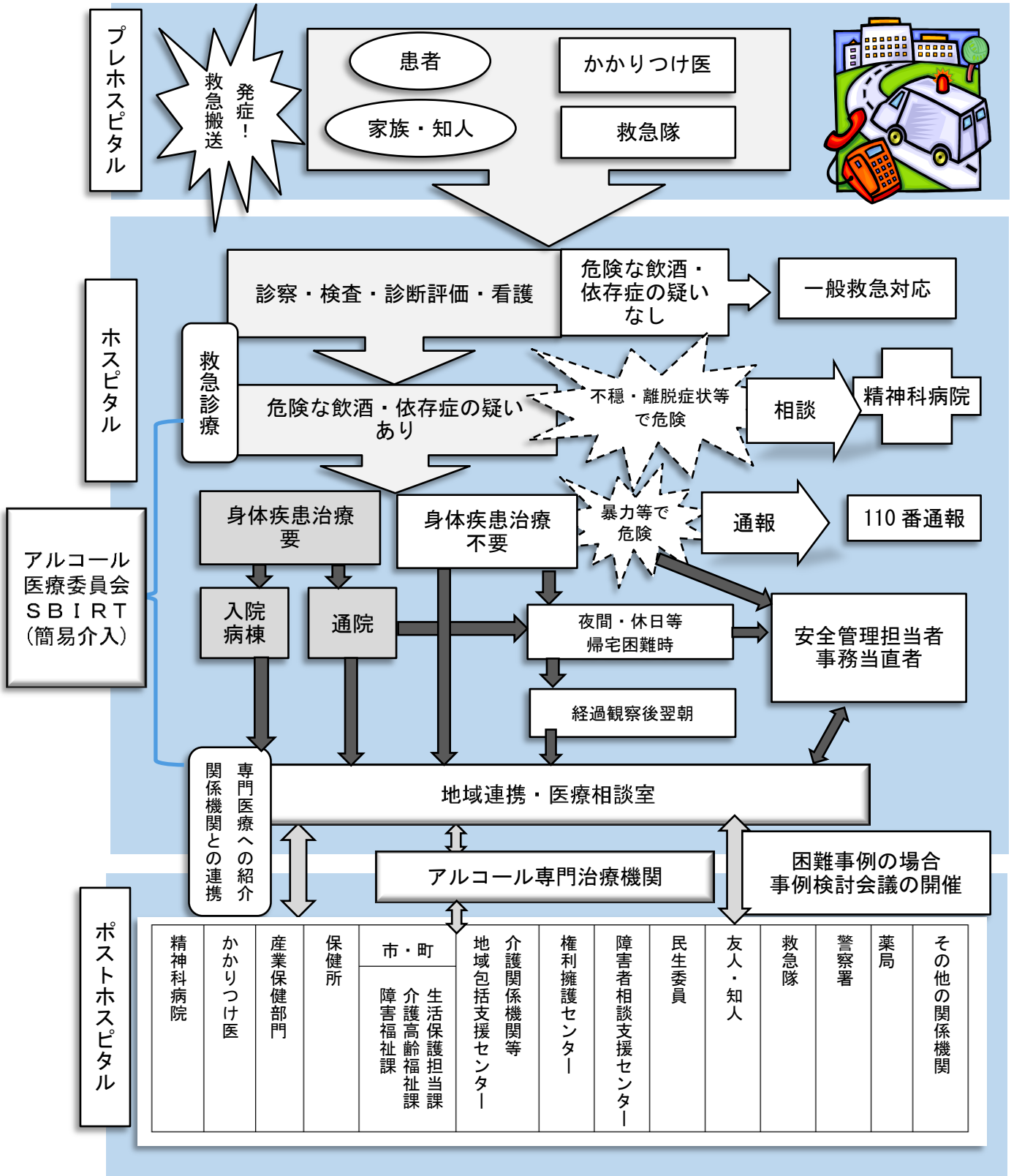


図2 アルコール救急地域連携フローチャート

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、でき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、帰宅がスムーズにできるように、可能な限り、財布、靴、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

- 待合室や廊下等に、不適切な飲酒を防止するためのポスターの掲示や「お酒の飲み方チェック」の啓発リーフレット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関連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。そのために、アルコール医療委員会を立ち上げて機能させることが待たれます。

(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活かします。
- 酩酊行動や意識状態、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 (表5参照) に基づいてチェックし、離脱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必要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（P16 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（P16 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（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（表7 参照）、AUDIT-C（表8 参照）、AUDIT（表10 参照）、ICD-10（表9 参照）を活用します。
- 患者のアルコール関連問題への介入を行うにあたり、SBIRTを試みます。
- 意志疎通の可能な患者や家族には介入用のリーフレット*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市町の生活保護担当課に連絡します。また、夜間や休日等、医療ソーシャルワーカーや生活保護担当課の担当者が非勤務日で、緊急に対応の相談が必要と判断した場合は、市町等の宿直窓口を通して連絡すると良いでしょう。
- 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。
- 精神科病院での対応が必要と判断された場合は、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ともに、ス

*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）

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。
- 患者の症状によっては、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。
- 嘔吐を伴う場合はガーグルベースン、使い捨てマットを使用します。
- 酩酊、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 BrAC のチェックを行い、飲酒運転を防止します。
一人で受診し、アルコールが残っている場合は、公共交通機関による帰宅を求め、その旨をカルテに記載しておきます。
- 付添人が酩酊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、または関係機関との連携に努めます。

(4) 入院病棟での医師・看護師の役割

- 入院時に患者及び家族、関係者から生活状況や飲酒歴を聞き取ります。
- アルコールを多飲していた場合や、アルコールと関連の深い疾患の場合は、特にアルコールの量、飲み方について聞き取り、主治医と相談して、CAGE (表 7 参照)、AUDIT-C (表 8 参照)、AUDIT (表 10 参照)、ICD-10 (表 9 参照) などのスクリーニングや診断を実施します。スクリーニングの結果に基づき、断酒または節酒が必要な旨を、患者及び家族に説明します。
- その上で患者及び家族に医療相談・地域連携室への相談を勧め、入院病棟の医師・看護師からも医療相談・地域連携室に相談の依頼をします。
- 生命の危機があるなど、病気が深刻な時ほど専門治療機関につながりやすいため、好機を逃さないよう入院中につなげることを原則とします。
- すぐに外泊したがる、無断離院するなどは隠れ飲みの兆候であり、疑わしい場合には BrAC や BAC で確認することを、患者と約束を取り付けておき、必要時に実施します。
- 患者本人に否認があり、相談を拒否する場合は、まずは家族だけでも医療相談・地域連携室へ相談することを勧めます。
- 医療相談・地域連携室では、必要時いつでも相談可能であることを伝えるとともに、相談先を説明しておきます。
- 退院時に外来看護師に上記の経緯を報告し、外来での継続的な対応、経過観察を依頼します。

(5) 医療ソーシャルワーカーの役割

- 救急外来や病棟など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、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。
- 介入リーフレット等を活用して、患者の飲酒状況や生活問題を明らかにし、患者及び家族に身体治療と専門治療への動機づけを行います。
- 専門治療が必要な場合はアルコール専門治療機関に連絡し、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、障害者相談支援センター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企画、調整します。
- 院内でのアルコール医療を円滑に進めるために、アルコール医療委員会の事務局を担当します。

コラム

総合病院外来のアルコール患者調査³⁸⁾

2011年、7つの都立総合病院外来を受診した20歳以上の男女6641人を対象に、アルコール依存症のスクリーニング・ツール「CAGE」を用いた患者調査が実施され、4項目中2項目以上に該当するアルコール依存症の疑い群が、全科平均で男性が21.6%、女性が10.1%であった。

総合病院には多量飲酒者やアルコール依存症者の受診者が多く、身体的な疾患を通して早期発見の絶好の機会となるので、SBIRTの導入による早期介入のシステム化が期待される。

都立総合病院外来のCAGE 2項目以上(アルコール依存症の疑い)の頻度(2011年)

	全科	内科	外科	精神科	眼科	産婦人科
男性	21.6%	21.3%	24.9%	21.3%	21.3%	—
女性	10.1%	8.7%	8.9%	10.2%	2.4%	14.1%

	泌尿器科	皮膚科	耳鼻咽喉科	麻酔科	他の部門
男性	16.3%	29.2%	24.6%	19.0%	22.6%
女性	0.0%	5.8%	3.2%	8.7%	9.6%

今後の方針

アルコール医療委員会を立ち上げる！

背景

多量飲酒者、問題飲酒者が相当広範に一般外来受診をしていることが明らかになっている。

また現在アルコール依存症の診断基準を満たす人（58万人）のうち、82.9%が医療機関を受診し、69.6%は健康診断も受けているが、専門治療機関受診者は8万人のみであり、多くは専門治療を受けていない。

また、日本酒換算3合以上の多量飲酒者は980万人といわれ、アルコールが関与した年間死亡者は約3万5千人と推計されている。社会的損失は年間4兆1,483億円であるとされている。これらの認識の上に立って、アルコール健康障害対策基本法が成立し、今後、国、都道府県の計画が制定されるが、一般医療機関におけるSBIRTがその中核に位置付けられるであろう。今や、アルコール健康障害の要因である飲酒行動を治療へと方向づけるためにSBIRTを行うのは、一般医療機関の責務となってきた。

目的

一般医療機関にSBIRTを導入することにより、アルコール依存症患者の早期発見と早期治療を可能にし、さらには、危険な飲酒者や多量飲酒者に対して節酒（減酒）指導を可能にしていく。また、これらによりアルコール健康障害と関連問題の低減を図る。

方法

- ① 病院長は前段の目的を達成するため、強いリーダーシップのもとに院内にアルコール医療委員会（以下「委員会」という。）を設ける。
- ② 病院は、取組の短期目標と長期目標を定める。短期目標としては、アルコール依存症のスクリーニング、簡易介入と専門治療機関への紹介（SBIRT）を、長期目標としては、スタッフのスキルアップに伴い「危険な飲酒」への介入をめざすものである。これらの短期と長期の目標を実現するために、委員会を機能させる。
- ③ SBIRTに関与するスタッフは、一般診療科および救急科の医師、各科の外来および病棟看護師、地域連携・医療相談室の医療ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士など病院の多職種にわたる。委員会は、原則的に医師をリーダーとし、各職種、各部署の代表者を委員として構成し、医療ソーシャルワーカーが事務局を務める。委員会の構成や活動内容は、地域や病院の実情に応じて考慮する。
- ④ SBIRTを実施する医療スタッフは、知識とスキルを身につけるために、トレーニングとサポートを必要とするため、委員会はその機会を調整・準備する。病院長は、関係するスタッフの研修に必要な時間や費用を認める。
- ⑤ 委員会は、SBIRTの実施マニュアルを作成し、バージョンアップをめざす。

- ⑥ 委員会は、地域の関係機関（専門治療機関、精神科病院、保健所、生活保護担当課、介護関係機関、医師会、薬剤師会、警察署生活安全課、消防署など）との固い連携のもとに、**SBIRT** の取組を進める。
- ⑦ 委員会は、**SBIRT** について職員全体への啓発を行うだけでなく、来院者にもアルコール健康障害について啓発を進める。
- ⑧ 導入当初は、スクリーニング・ツールとして **CAGE**、**AUDIT-C** あるいは **AUDIT** を、診断ツールとして **ICD-10** を用い、リーフレットを利用する。将来的には、電子カルテなどコンピューターの活用で、自動判定する **AUDIT** の使用を考慮する。また、**BAC** や **BrAC** についてもスクリーニング・ツールとして活用していく。
- ⑨ 患者への介入にあたっては **FRAMES** などの動機づけ面接を中心として行う。
- ⑩ 一般医療機関から専門治療機関への紹介に対し、非常に少額であるが、「うつ病など」という診断のもとに、**200** 点の診療報酬加算が認められている。
- ⑪ 困難事例に対し、院内で多職種による事例検討会議を行うことにより、患者の回復とともに、スタッフの知識とスキルの向上をめざす。
- ⑫ スタッフは、事例検討や自助グループの体験談などを通してアルコール依存症からの回復過程や生まれ変わった生活実態に学び、アルコール依存症への従来のネガティブなイメージを変え、**SBIRT** を実施することに希望と自信を身につける。
- ⑬ 外来や入院患者が回復をめざす際に、アルコール依存症からの回復者の体験を参考にし、共に支え合うことができるよう自助グループのメンバーとの出会いの場を院内に作るよう務める。
- ⑭ アルコール患者用の院内クリニカルパスや地域連携パスを作成し、治療方針を共有して、効果的、効率的な運用に努める。
- ⑮ 委員会の活動は、**Plan - Do - See** のサイクルで見直しを重ね、状況に応じて改善を図る。
- ⑯ 委員会の活動の成果は、国の施策として診療報酬などに反映され、一般医療機関のアルコール医療への取組の推進に役立つと期待される。

3. アルコール専門治療機関の役割

- 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、フォローアップしながら、断酒のチャンスを待ちます。経過を見て、目標が適切かどうか話し合い、断酒の目標を再決意させるよう動機付けます。
- 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、家族介入をします。家族を支援することにより患者を専門治療につなげる **CRAFT 法**⁴⁰⁾⁴¹⁾、手紙療法⁴²⁾⁴³⁾を実施します。
- 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、定期的に紹介先と共有します。
- 関係機関における教育・研修に協力します。

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よりも優先される場合は、紹介を受け速やかに対応します。
- 入院治療により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、三重県精神科救急医療システム(表 13 参照)⁴⁴⁾による輪番病院で対応します。

コラム

総合心療センターひながのアルコール依存症 リハビリテーションプログラム（ARP）

アルコール患者の入院後、クリニカルパスを活用して治療を展開します。

離脱期が経過した後、アルコール関連問題を振り返る個人面接を行うとともに、集団療法に導入します。アルコール関連問題を振り返る個人面接は、「個人ARP」と称し、患者1名と看護師1名とでワーク形式で行い、以下のテキストを用います。

- (1)アルコール依存症<回復ノート>①「酒のない人生」をはじめする方法 ASK 編
- (2)アルコール依存症<回復ノート>②「飲まない幸せ」を手にする方法 ASK 編

表 13 三重県精神科救急医療システム運用事業

三重県では、公益社団法人日本精神科病院協会三重県支部に委託し、休日や夜間等に精神科疾患の急性発症等により緊急な医療を必要とする精神障がい者等のための精神科救急医療体制を整備しています。休日や夜間に発症した急患の診察や入院に対応できるように、県内の 13 精神科病院が北部と中南部の 2 ブロックで毎日輪番制による対応を実施しています。

また、同じく精神科病院の輪番制で、毎日 24 時間（休日等を含む）の電話相談窓口を設置しています。

●精神科救急医療体制（診察・入院）の実施時間帯

区 分	実施時間
毎夜間	午後 5 時から翌日 9 時まで
休日昼間	午前 9 時から午後 5 時まで
土曜日（休日を除く）	正午から午後 5 時まで

なお、休日は、日曜日、国民の休日に関する法律（昭和 23 年法律第 178 号）に規定する休日及び 12 月 29 日から翌年 1 月 3 日までの期間です。

●地域ブロック及び救急医療施設

	北部ブロック	中南部ブロック
地 域	桑名市・四日市市・鈴鹿市・亀山市・いなべ市・員弁郡・三重郡	津市・伊賀市・名張市・松阪市・伊勢市・鳥羽市・尾鷲市・熊野市・志摩市・多気郡・度会郡・北牟婁郡・南牟婁郡
当番病院	多度あやめ病院・北勢病院・東員病院・大仲さつき病院・総合心療センターひなが（基幹病院）・水沢病院・鈴鹿厚生病院・鈴鹿さくら病院	久居病院・松阪厚生病院（基幹病院）・南勢病院・上野病院・熊野病院
支援病院	三重県立こころの医療センター 独立行政法人国立病院機構榊原病院	

※ 基幹病院は、ブロック内当番病院の調整を行うほか、当番病院での対応が困難な場合に、診察や入院の受入を行います。

※ 支援病院の役割は救急医療を終了した者について、当番病院の求めに応じて、転院受入を行うことです。

●24 時間電話相談（精神科救急医療） 電話 0598-29-9099

精神障がい者及び家族等からの緊急的な精神医療相談に適切に対応し、精神障がい者の疾患の重症化の軽減及び適切な医療との連携を図るため、当番病院は 24 時間体制で電話相談を、医師（オンコール体制）及び精神保健福祉士等の精神保健福祉施策に精通した者で実施しています。（業務内容）

- ・緊急的な医療相談
- ・受診指導等
- ・精神科救急情報の提供（その日の輪番の救急医療施設についてもお知らせします。）

5. かかりつけ医の役割

かかりつけ医は、プレホスピタルやポストホスピタルの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、再発予防に努めます。

6. 産業保健スタッフの役割

産業保健スタッフ（産業医・産業保健師・看護師・健診機関の医師・看護師）は次の役割を果たします。

- 企業は多量飲酒やアルコール依存症による生産性の損失や労働損失によって年間3兆円を超す損失を生じていること、医療費や介護費として年間1兆円を超す損失を生じていることを踏まえ、職場の不適切な飲酒文化を変えていきます。
- 生活習慣に関する健康教育の中で、「危険の少ない飲酒」についての知識を提供して、アルコール関連問題およびアルコール依存症の発生を予防します。
- 臓器障害を持つ労働者や外傷・労働災害を繰り返す労働者には「危険な飲酒」「アルコール依存症」が潜んでいないかチェックし、かかりつけ医と連携してアルコールの有害な使用を防ぎ、解決をめざします。
- 健診結果および問診から、「危険な飲酒」「アルコール依存症」が疑われる労働者を診断の上、アルコール依存症には断酒、危険な飲酒の労働者には節酒を動機づけ、行動変容を促します。
- アルコール関連問題のある労働者の早期発見に努め、職場の管理監督者などと連携して介入し、問題解決を図ります。
- アルコール依存症の労働者の早期発見に努め、職場の管理監督者、家族、アルコール専門医などと連携して受診・回復をサポートします。
- アルコール依存症の回復者には職場での飲酒機会を減じるなど職場環境を整えます。
- 心身の疾患やアルコール依存症のための通院、断酒会やAA（アルコホーリクス・アノニマス）などの自助グループへの参加によって断酒が継続できるように職場環境を調整します。

7. 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。

- 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」(表14参照)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)またはその疑いがあると知った時は、保健所等に通報し、その後の対応へとつなげます。

表 14. 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。

8. 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。
- 精神障がい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。

9. 市町の生活保護担当課の役割

- 福祉的、経済的な問題があれば、生活保護担当課で相談を受けて適切な対応をします。
- 問題の内容に応じて、担当者が関係機関と連携して対応します。
- 夜間や休日などで担当者との連絡が取れない場合は、翌日の連絡を受けて速やかに対応します。
- 夜間や休日などで、翌日の対応を待てずに緊急に相談が必要な場合は、市役所・町役場の宿直担当を通じて連絡を受けることができます。

10. 地域包括支援センター・在宅介護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等に救急搬送され、医療機関等から情報提供を求められた時は、患者・家族の同意のもとに生活状況や家族構成、酒歴など知り得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等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、必要に応じて出席し、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ように努めます。
- 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、関わり方を共に考え、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ように支援します。

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、介護高齢福祉課、障害福祉課、障害者相談支援センター、権利擁護センター、民生委員、弁護士等、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」の可能性があります。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ます、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、多量飲酒による泥酔状態の患者は、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ます、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の導入や環境調整をめざして、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

- 地域の関係機関の連絡先一覧表を作成して、関係者と共有します。
- 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、アルコール専門治療機関の主治医名 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。
- 各関係機関は、協力の依頼があった場合、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、生活問題などの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、代理人の参加また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付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、実践の根拠となるエビデンスや理論、および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、以下の文献引用の中では、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⁴⁾。

(2) 救急外来での飲酒患者の頻度は大きい

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¹⁾。

(3) 救急外来でのSBIRTの必要性のエビデンス

SBIRTについて、多くのポジティブな効果を示す研究がある一方、多くの高度な質で行われた研究において、ネガティブな効果を示す研究結果が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⁾。

(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¹⁾。

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⁵⁾。

(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りばならなかった。

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、支払能力の欠如、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⁶⁾。

3. SBIRT を実施する時の共通したバリアと促進因子

(1) SBIRT を実施する時のバリア⁴⁵⁾

- SBIRT を実施する者が知識やスキルにかけていること、SBIRT を実施する能力に自信を持っていないこと、自分の役割ではないと思っていること、提供者が非常に多忙で、多くの仕事を同時に求められていることは、SBIRT 実施のバリアとなる。
- SBIRT の提供者への一般的なトレーニングだけでは効果がない。

(2) SBIRT を実施する時の促進因子⁴⁵⁾

- 濃密なトレーニング（現場でのコーチングを含めて）は良い結果をもたらす。SBIRT の提供者のスキルや態度を変えることには、集中的な長期の努力が必要で、トレーニングはフォローアップ・コーチング、建設的なフィードバックを伴った、その場でのアセスメントがあると効果的である。
- 組織のリーダー（訳者注：院長や企業主など）のサポートを得ることや各組織レベル（訳者注：診療部、看護部や総務部など）での取組は、実施の努力の中でも特に必要な要素である。
- 組織のリーダーは SBIRT 実施のための資源を提供する意思がなければならない。例えば、SBIRT のトレーニング、コーチング、スーパービジョンのための時間を割り当てることが重要である。
- 電子カルテと自動化された臨床決定ツールの使用は、SBIRT の実施を促進する。専門家との相談が可能であること、専門治療への紹介のための親密で強力なネットワークを持っていること、必要なら、事例を共同して管理することは SBIRT の実施を促進する。

4. 学会による BAC 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を決定した。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この政策は外傷治療機関に要請した⁴⁶⁾。
- 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、治療者が SBIRT を実施するように求めた⁴⁶⁾。
- 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 を測定することを SAMHSA/CSAT (Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse Treatment) は推奨している⁴⁷⁾。

5. BAC 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²⁾。

(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⁵⁾。

(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⁶⁾。

(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⁴⁶⁾。

6. 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関連問題のスクリーニングをすべきであり、アルコール関連問題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⁴⁸⁾。

(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⁴⁹⁾。

(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⁴⁸⁾。

□外傷の困った事態は、「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¹⁾。

(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⁴⁶⁾。

(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⁴⁵⁾。

(5) 大きな外傷の半数にアルコールは関与

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¹⁾。

(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ドリンク以上飲むことは、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¹⁾。

(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（時にビンジ飲酒と呼ばれ、例えば男性では時に4ドリンクを超える、女性では3ドリンクを超える飲酒）は、外傷と事故の特別のリスク要因である⁴⁸⁾。

(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²⁾。

7. 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 を受けた患者は3%にすぎない⁴⁶⁾。

□救急患者の24%、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、対象数は少ないが、外傷の患者と一般的成人救急外来患者の双方に救急外来における SBIRT の実行可能性と効能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⁴⁾。

□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及されないため、解決されない²³⁾。

(2) SBIRT は再外傷の予防になる⁵⁾

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⁶⁾

□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ドルあたり、3.8倍の純利益を生じた。

(4) 外傷患者への SBIRT の意義⁵⁰⁾

アルコール・薬物問題を持つ外傷患者の間での SBIRT の利益は次の通りである。

- 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、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。

8. 救急外来を受診したアルコール使用障害(AUD)患者の生命予後は厳しい⁵⁾！

- 2002～2008年に国立アイランド大学病院救急外来を受診した18歳以上の患者の主たる退院時診断がアルコール使用障害(アルコール依存症とアルコール有害使用の両者の疾患)であった患者群と、それ以外の診断を受けた受診者群(対照群)に分け、死因別死亡率を比較研究した。アルコール使用障害患者群のHR(ハザード比：危険率)は対照群と比べ、1.91倍であった(95%信頼区間：1.51-2.42)。救急外来での退院時診断としてのアルコール使用障害は、死亡率の増加が予測され、彼らのニーズが救急外来で適切に満たされているか、問われる。
- アルコール使用障害患者群と対照群の救急外来への受診回数を比較すると、アルコール使用障害患者群は、7回以上救急受診している率が高くなっている。

表 15 アルコール使用障害患者群の救急外来への受診回数

回数	アルコール使用障害患者群		対照群	
	n = 1210 (%)		n = 106027 (%)	
1回	157	(13.0)	50044	(47.2)
2回	199	(16.4)	24714	(23.3)
3回	136	(11.2)	13057	(12.3)
4回	133	(11.0)	7074	(6.7)
5回	89	(7.4)	4060	(3.8)
6回	75	(6.2)	2350	(2.2)
7回以上	421	(34.8)	4728	(4.5)

- アルコール使用障害患者群と対照群での全死亡原因と選択された死亡原因について年齢、性、受診回数、受診の年、退院時の精神と行動の障害で調整されたHR(ハザード比：危険率)と95%信頼区間は以下のとおりであった。

表 16 アルコール使用障害患者群の死亡原因とHR(ハザード比)

死亡原因	HR(ハザード比)	95%信頼区間
精神と行動の障害(F00-F99)	7.62	2.76-21.07
・アルコール使用障害(F10)	47.68	11.56-196.59
循環器系疾患(100-199)	2.52	1.73-3.68
・虚血性心疾患(120-125)	1.41	0.45-4.41
呼吸器系疾患(J00-J99)	2.11	0.78-5.70
慢性肝疾患(K70,K73-K74)	14.69	4.99-43.28
・アルコール性肝疾患(K70)	19.06	6.07-59.87
外傷と中毒の外的原因(V01-Y98)	4.02	2.48-6.53
・不慮の中毒(X40-X84)	13.64	3.98-46.73
・自殺と意図した自傷(X60-X84)	2.72	1.08-6.83
・未確定の意図のイベント(Y1-Y34)	10.89	4.53-26.16

9. 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^{52) 53)}

- 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受診者数は8,812人で、飲酒が疑われた対象患者は総数の107人(1.2%)であった。
- 平均すると、1日86人の救急外来患者で、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⁴⁶⁾。
- 飲酒が疑われた延べ患者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いった。
- 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外来患者の76.6%が受診していた。

(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⁵⁴⁾

- 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人)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回であり、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。
- アルコール依存症群の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おり、少数のアルコール依存症者がリピーター化して、救急現場に負荷をかけていることが明らかになった。
- 一般診療科群での「外傷での救急車利用」はAUDIT-C⁷⁾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のリスクが高まることが示唆された。

(3) 東海大学高度救命救急センターへBAC陽性で入院した患者の分析報告⁵⁵⁾

2012年9月1日~2013年3月31日に来院した11105人中、1110人にBACを実施した。BAC陽性で入院した145人の分析結果は(表17)のとおりである。

表 17 BAC 陽性で入院した患者の状況

性別	男性 100 人 (69%)、女性 45 人 (31%)
平均年齢	49 歳 (17 歳~87 歳)
入院時疾患別分類	転倒・転落 47 人 (32.4%) 急性薬物中毒 36 人 (24.8%) 交通外傷 25 人 (17.2%) 自傷行為 19 人 (13.1%) 失神 15 人 (10.3%) 意識障害 12 人 (8.3%) 熱傷 5 人 (3.4%)
来院時平均 BAC	167.5mg/dl
300mg/dl 以上の BAC	11 人 (7.6%)。そのうち 10 人は転倒・転落・自傷行為等の外傷。
転帰	good recovery 123 人 (84.8%) moderate disability 1 人 (0.7%) vegetable state 5 人 (3.4%) dead 14 人 (9.7%) (10 人は来院時心肺停止事例)

10. 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

- 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、受診時にしらふ状態の患者よりも、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³²⁾。

(2) 救命救急センターにおける重症自殺企図者の分類⁵⁶⁾

- 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%³⁹⁾

(3) 海外の救急外来に自殺企図で受診した患者の調査⁵⁷⁾

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、呼気中アルコール濃度を測定された。自殺企図のために救急外来に入室した患者 (N=40 人) を対象とし、コントロール群は飲酒と関連がほとんどない職場の事故や動物に噛まれる事故、レクリエーション活動のために救急外来に入室した患者 (N=372 人) とした。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」をしている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 18 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
の自殺企図前 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	
気濃度 受診時 の呼	100ml 中に 9mg 以下	26 人	347 人	1
	100ml 中に 10～99mg 以下	8 人	13 人	8.3
	100ml 中に 100mg 以上	2 人	9 人	4.9
	総 計	36 人	369 人	
酒習 慣的 な飲	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	

(4) 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⁵⁸⁾。
- 自殺企図者の 46%～77%が BAC 度陽性、自殺既遂者の 33%～59%が BAC 陽性であったと報告している⁵⁹⁾。
- 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⁶⁰⁾。
- 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^{13) 61)}。

表 19 法医解剖例における自殺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	21	12	57.1%
轢 死	19	9	47.4%
一酸化炭素中毒死	11	7	63.6%
縊 死	12	6	50.0%
墜落死	15	6	40.0%
溺 死	7	4	57.1%
失血死	7	3	42.9%
その他	6	0	0%
計	98	47	48.0%

II SBIRTの実践と留意点

1. ブリーフ・インターベンション(簡易介入)⁶²⁾

- 5分、5回の短いセッションを行う。
- 具体的な行動をターゲットとして介入する。
- 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。
- 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、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³⁾

- 「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」が起こるのを待ってはいけない。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」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⁴⁷⁾

- 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. 専門治療へ紹介する時の注意点⁴⁷⁾

- 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。
- 患者ができ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⁴⁷⁾

- 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、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³⁾

- 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。あるいは今、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

上記6. の状態がなければ、下記のリスクを考慮しつつ、節酒すべきか、断酒すべきか話し合う³⁾。

- アルコール関連問題の家族歴
- 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³⁾

- 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。
- 二日酔いが無い。
- 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³⁾

- 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が、それが出来なくなる。
- 飲酒行動を変化させることは厳しい。

10. 危険の少ない飲酒の良い点⁶³⁾

- 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。
- 仕事が良くできる。
- アルコール飲料はカロリーが高いため、減らしたり止めると、スリムなままでいる事が簡単にできる。
- 抑鬱状態、自殺企図の可能性が低くなる（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い（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. しらふになったら、できること⁶³⁾

- 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）ができるようになる。
- 過去に好きだった旅行（例えば、海、山、国）ができるようになる
- 失敗について悩まないなら、絵やダンスを楽しめる。
- 1人でできる楽しみ（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、花植えなどの春にできる楽しい活動、海水浴などの夏にできる楽しい活動がある。

12. 紹介システムを構築する⁶⁴⁾

- 地域の専門治療機関、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：専門治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。専門治療機関だけでなく、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ていることを伝える。
- 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。
- 専門治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会員等の自助グループによる患者見舞い（メッセージを届けること）を手配するように要請する。
- 専門治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。
- 地域の専門治療機関への紹介の仕方、アルコール依存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。
- ① 学的見方から、更なる援助が必要なことを強調する。

13. 診断についての新しい動き

アメリカ精神医学会は2014年に、DSM-5において、「アルコール依存」という診断基準を廃止し、「飲酒行動のスペクトラム」という見方に基づいて、「軽度アルコール使用障害」「中等度アルコール使用障害」「重度アルコール使用障害」の3段階で診断することになった。従来の「アルコール依存」は「重度のアルコール使用障害」に該当すると考えられ、アルコール使用障害は連続的に軽度→中等度→重度と悪化し、「重度＝アルコール依存」にならないように、軽度アルコール使用障害、中等度アルコール使用障害の段階でSBIRTを実施することによって予防していくという考え方である。

アルコール使用障害（DSM-5）の診断基準は、表20のとおりである。

WHOによるICD-10は従来どおり、「アルコール依存症」という診断基準で、当マニュアルでは従来どおり、ICD-10を用いた対応をしていくが、「飲酒行動のスペクトラム」という考え方がこのように進展していることは、留意すべきである。

表 20 アメリカ精神医学会が採用したアルコール使用障害の診断基準 (DSM-5) ⁶⁵⁾

■アルコール使用障害の診断基準

アルコールの問題となる使用様式で、臨床的に意味のある障害や苦痛が生じ、以下のうち少なくとも2つが、12ヶ月以内に起こることにより示される。

- (1) アルコールを意図していたよりしばしば大量に、または長期間わたって使用する。
 - (2) アルコールの使用を減量または制限することに対する、持続的な欲求または努力の不成功がある。
 - (3) アルコールを得るために必要な活動、その使用、またはその作用から回復するのに多くの時間が費やされる。
 - (4) 渴望、つまりアルコール使用への強い欲求、または衝動。
 - (5) アルコールの反復的な使用の結果、職場、学校、または家庭における重要な役割の責任を果たすことができなくなる。
 - (6) アルコールの作用により、持続的に、または反復的に社会的、対人的問題が起こり、悪化しているにもかかわらず、その使用を続ける。
 - (7) アルコールの使用のために、重要な社会的、職業的、または娯楽的活動を放棄、または縮小している。
 - (8) 身体的に危険な状況においてもアルコールの使用を反復する。
 - (9) 身体的または精神的問題が、持続的または反復的に起こり、悪化しているらしいと知っているにもかかわらず、アルコールの使用を続ける。
 - (10) 耐性、以下のいずれかによって定義されるもの：
 - ① 中毒または期待する効果に達するために、著しく増大した量のアルコールが必要
 - ② 同じ量のアルコールの持続使用で効果が著しく減弱
 - (11) 離脱、以下のいずれかによって明らかとなるもの：
 - ① 特徴的なアルコール離脱症候群がある (下記のアルコール離脱の基準AおよびBを参照)
 - ② 離脱症状を軽減または回避するために、アルコール (またはベンゾジアゼピンのような密接に関連した物質) を摂取する。
- 軽度：2～3項目の症状が存在する**
中等度：4～5項目の症状が存在する
重度：6項目以上の症状が存在する

(参照) アルコール離脱の診断基準

A. 大量かつ長期間にわたっていたアルコール使用の中止 (または減量)

B. 以下のうち2つ (またはそれ以上)が、基準Aで記載されたアルコール使用の中止 (または減量)の後、数時間～数日以内に発現する。

- (1) 自律神経系過活動(例：発汗または100/分以上の脈拍数)
- (2) 手指振戦の増加
- (3) 不眠
- (4) 嘔気または嘔吐
- (5) 一過性の視覚性、触覚性、または聴覚性の幻覚または錯覚
- (6) 精神運動興奮
- (7) 不安
- (8) 全般性強直間代発作

Ⅲ 関係機関の連絡先一覧

※「こころのケアガイドブック（三重県こころ健康センター平成26年10月）」より抜粋

1. 精神科医療機関

(1) アルコール依存症に対応可能な病院・クリニック

名 称	所在地	電話番号
三重県立こころの医療センター	津市城山 1-12-1	059-235-2125
かすみがうらクリニック	四日市市八田 1 丁目 13-17	059-332-2277
おおごし心身クリニック	津市久居明神町 2157-4	059-255-7432

(2) 精神科病院

名 称	所在地	電話番号
医療法人社団橘会 多度あやめ病院	桑名市多度町大字柚井 1702	0594-48-2171
医療法人北勢会 北勢病院	いなべ市北勢町麻生田 1525	0594-72-2611
医療法人康誠会 東員病院	員弁郡東員町穴太 2400	0594-76-2345
医療法人大仲会 大仲さつき病院	員弁郡東員町穴太 2000	0594-76-5511
社会医療法人居仁会 総合心療センターひなが	四日市市大字日永 5039	059-345-2356
医療法人安仁会 水沢病院	四日市市水沢町 638-3	059-329-3111
JA三重厚生連 鈴鹿厚生病院	鈴鹿市岸岡町 589-2	059-382-1401
鈴鹿さくら病院	鈴鹿市中富田町中谷 518	059-378-7107
国立大学法人 三重大学医学部附属病院	津市江戸橋 2-174	059-232-1111
三重県立こころの医療センター	津市城山 1-12-1	059-235-2125
三重県立小児心療センターあすなろ学園	津市城山 1-12-3	059-234-8700
医療法人 久居病院	津市戸木町 5043	059-255-2986
独立行政法人国立病院機構 榊原病院	津市榊原町 777	059-252-0211
松阪厚生病院	松阪市久保町 1927-2	0598-29-1311
南勢病院	松阪市山室町 2275	0598-29-1721
三重県立志摩病院	志摩市阿児町鶴方 1257	0599-43-0501
財団法人 信貴山病院分院上野病院	伊賀市四十九町 2888	0595-21-5010
医療法人紀南会 熊野病院	熊野市久生屋町 868	0597-89-2711

2. 相談支援機関一覧

(1) 精神保健福祉センター(三重県こころの健康センター)

所在地：津市桜橋3丁目446-34（県津庁舎保健所棟2F）

※ 関係機関からの相談専用電話 059-223-5243

名称	内容
依存症専門電話相談	相談専門電話 059-253-7826 実施日時：毎週水曜日(祝日を除く) 13:00～16:00 ※ ひきこもり専門相談と同時に実施
依存症専門面接相談(予約制)	実施日時：原則毎週金曜日(祝日を除く) ※ 面接相談の予約は、まず専門電話相談へ
依存症問題家族教室	「家族教室」年数回のシリーズで実施 対象者：依存症問題等で悩んでいるご家族 (支援関係者の方もご参加いただけます)

(2) 保健所

保健所	担当課	所在地	電話番号
桑名保健所	地域保健課	桑名市中央町5丁目71（県桑名庁舎2F）	0594-24-3620
四日市市保健所	保健予防課	四日市市諏訪町2-2 四日市市総合会館	059-352-0596
鈴鹿保健所	地域保健課	鈴鹿市西条5-117（県鈴鹿庁舎2F）	059-382-8673
津保健所	地域保健課	津市桜橋3-446-34（県津庁舎5F）	059-223-5057
松阪保健所	地域保健課	松阪市高町138（県松阪庁舎2F）	0598-50-0532
伊勢保健所	地域保健課	伊勢市勢田町628-2（県伊勢庁舎1F）	0596-27-5148
伊賀保健所	地域保健課	伊賀市四十九町2802（県伊賀庁舎2F）	0595-24-8076
尾鷲保健所	健康増進課	尾鷲市坂場西町1番1号（県尾鷲庁舎2F）	0597-23-3428
熊野保健所	健康増進課	熊野市井戸町383	0597-89-6115

(3) 障がい者(総合)相談支援センター

委託元市町	名称	所在地	電話
桑名市	障がい者総合相談支援センター くわな	桑名市寿町1丁目11	0594-87-7490
桑名市 木曾岬町	障がい者総合相談支援センターそういん	桑名市寿町1丁目11	0594-27-7188
いなべ市 東員町	障がい者総合相談支援センターそういん いなべ・東員分室	いなべ市大安町大井田 2705 いなべ市役所大安庁舎内	0594-88-1665
四日市市 菰野町 朝日町 川越町	障害者相談支援センター ソシオ	四日市市日永 5039 総合心療センターひなが管理棟 1F	059-345-9016
	障害者相談支援センター HANA	四日市市川島町 1026-1 スローライフ川島 1F	059-320-2761
鈴鹿市	【基幹相談支援センター】 障害者総合相談支援センター あい	鈴鹿市神戸1丁目18-18 鈴鹿市役所西館2F	059-381-1035
亀山市	【基幹相談支援センター】 障害者総合相談支援センター あい	亀山市羽若町 545 総合保健福祉センター2F	0595-84-4711
津市	津市障がい者相談支援センター	津市大門 7-15 津センターパレス 3F	059-272-4554
	アンドンテ	津市城山1丁目8-16	059-238-0303
松阪市	松阪・多気地域障がい者総合相談 センター マーベル	松阪市船江町 1392-3 ショッピングセンターマーム1F	0598-50-5575
多気町 大台町	相談支援事業所 こだま	松阪市下村町 2203-1	0598-20-1212
明和町	明和町障がい者生活支援センター ここ	多気郡明和町馬之上 944-5 明和町保健福祉センター内	0596-52-7127
伊勢市	【基幹相談支援センター】 伊勢市障害者総合相談支援センター フクシア	伊勢市岩渕2丁目4-9	0596-21-3633
玉城町 度会町 大紀町 南伊勢町	障害者相談支援センター ブレスわたらい	度会郡度会町中之郷 1025	0596-62-3777
志摩市	志摩市障がい者相談支援センター こだま	志摩市阿児町鶴方 3098-1 サンライフあご3F	0599-44-3880
鳥羽市	鳥羽市社会福祉協議会 相談支援事業所	鳥羽市大明東町 2-5 鳥羽市 保健福祉センターひだまり内	0599-25-1188
伊賀市	伊賀市障がい者相談支援センター	伊賀市上野丸之内 116	0595-26-7725
名張市	【基幹相談支援センター】 名張市地域包括支援センター	名張市鴻之台 1-1	0595-63-7833
尾鷲市 紀北町	紀北地域障がい者総合相談支援センター 結	尾鷲市栄町 5-5 尾鷲市社会福祉協議会内	0597-22-3170
熊野市 御浜町 紀宝町	紀南圏域障害者総合相談支援センター あしすと	熊野市井戸町 383	0597-85-4500

3. 自助グループ一覧

(1) 公益社団法人 三重断酒新生会

名称	所在地	電話番号
本部及び断酒の家	〒514-0815 津市藤方上り坂 218	059-234-4840

[例会]

家族・シングル(単身者)・アメシスト(女性酒害者)・ウイングス(AC:アルコール依存症の親を持つ成人した子どもたち)の例会情報

例会名	開催日時	開催場所
本部例会	毎週土曜日 18:00~21:00	断酒の家
家族例会	第1土曜日 19:00~20:30	断酒の家
シングル例会	第3土曜日 (休会中)	断酒の家
アメシスト例会	第1・3土曜日 18:30~	断酒の家
アメシスト例会	第2土曜日 19:00~	こころの医療センター
ウイングス	偶数月第2日曜日 13:00~16:00	断酒の家

※ ウイングス連絡先 おおごし心身クリニック 電話 059-255-7432

[各支部例会]

ブロック	例会名	開催場所	開催日時	地域の相談員
北勢	桑名例会	桑名市常盤町 5 桑名市総合福祉会館	第1・3火曜日 18:45~20:45	後藤 正則 (059-374-4277) 宮崎 學 (059-397-3572)
	四日市例会	四日市市蔵町 4-7 四日市市なやプラザ(市民活動センター)	第1・3木曜日 18:45~20:45	
	鈴鹿例会	鈴鹿市若松中 2丁目 3-8 若松公民館	第2・4木曜日 19:00~21:00	
	合同例会	四日市市蔵町 4-7 四日市市なやプラザ(市民活動センター)	第5木曜日 18:45~20:45	
中勢	津例会	津市藤方上り坂 218 断酒の家	第1・3・5日曜日 18:00~20:00	江藤 忲 (0595-82-5165)
一志 伊賀	一志例会	津市美杉町矢知 5580-2 津市美杉総合文化センター	第2・4水曜日 19:00~21:00	真柄 典久 (059-272-0035) 森永 保 (0595-23-4690) 吉田 仁一 (0595-65-1856)
	上野例会	伊賀市桑町 1412 伊賀市南部公民館	毎週火曜日 19:00~21:00	
	名張例会	名張市夏見 2812 名張市勤労福祉会館	第1・3水曜日 19:00~21:00	

ブロック	例会名	開催場所	開催日時	地域の相談員
松阪	松阪例会	松阪市殿町 310-2 松阪市第一公民館	第2・4・5水曜日 19:00～21:00	安田 満次 (0598-23-0343)
	大台例会	多気郡大台町栃原 1691-1 グリーンプラザおおだい	第3水曜日 19:00～21:00	
	多気例会	多気郡多気町相可 1587-1 多気町民文化会館	第1水曜日 19:00～21:00	
南勢	志摩例会	志摩市磯部町迫間 878-9 志摩市磯部生涯学習センター	第2・4・5木曜日 19:00～21:00	小林 隆 (0596-25-8136)
	伊勢例会	伊勢市岡本 2丁目 2-30 岡本会館	第2・4・5木曜日 19:00～21:00	
	合同例会	志摩市磯部町迫間 878-9 志摩市磯部生涯学習センター	第3木曜日 19:00～21:00	畑 稔 (0599-55-1006)
	合同例会	伊勢市岡本 2丁目 2-30 岡本会館	第1木曜日 19:00～21:00	
紀州	尾鷲例会	尾鷲市栄町 5-5 尾鷲市福祉保健センター	第2・4火曜日 19:00～21:00	大谷 憲男 (0597-49-3433)
	熊野例会	熊野市久生屋町 868 熊野病院 支援センター	第1・3・5火曜日 19:00～21:00	

(2) AA(アルコールリクス・アノニマス) Alcoholics Anonymous

※ アルコール依存症からの回復を目指す人たちのグループ。当事者が対象。

[県内の活動]

地域	開催場所	開催日時	備考
四日市	四日市市諏訪町 2-2 四日市市総合会館	毎週水曜日 19:30～20:30	オープン
津	津市羽所町 700 津駅前アストビル3F NPO室 ミーティングルームA室	毎週金曜日 18:30～19:30	オープン

オープン＝本人以外の参加も可 クローズド＝本人のみ

引用文献及び参考文献

- 1) Fiellin 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 : Rethinking Drinking. <http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/> 2013.2.24.
- 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, 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.facs.org/trauma/publications/sbirtguide.pdf> 2013.2.10
- 6) Gentilello LM : Alcohol and Injury: American College of Surgeons Committee on Trauma Requirements for Trauma Center Intervention. J Trauma62 : S44-S45, 2007.
- 7) Sturmman K., Ryan T. M. Alcohol-related emergencies: a new look at an old problem Emergency Medicine Practice, 3(9), 1-24, 2001
- 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, 斎藤学編) ,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), pp34 - 41, 杏林社, 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, 杏林社, 東京, 2011
- 12) Sechi G, Serra A. : Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent in diagnosis and management. Lancet Neurol. May ; 6(5),pp442-455. 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, 遅延性退薬微候, 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, 2011
- 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, 杏林社, 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」 (猪野亜郎, 高瀬幸次郎, 渡辺省三編), pp166 - 169, 永井書店, 大阪, 2005.
- 19) 猪野亜郎 : 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. アルコール依存とアディクション, 11(2), p138-146, 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, pp119-124, 日本臨床, 日本臨床社, 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) Karl Mann : 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録, 2012.
- 23) WHO : The effect of alcohol on risk of a crash. In: Why is a drinking and driving programme

- necessary?, p 7
<http://www.who.int/roadsafety/projects/manuals/alcohol/1-why.pdf> 2013.2.10
- 2 4) 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.
- 2 5) 渡邊省三：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」(猪野亜郎, 高瀬幸次郎, 渡邊省三編), pp233 - 237, 永井書店, 大阪, 2005.
- 2 6) 菱田繁：血中アルコール濃度と酔いの科学. 治療, 87(8), 2319-2325, 2005.
- 2 7) 吉住昭：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, p 61,
<http://www.hosp.go.jp/~eowari/locus/04.12.15.pdf> 2013.2.17
- 2 8) Galloway J : Personal safety when visiting patients in the community. Advance in Psychiatric Treatment, Vol8, pp214-222, 2002.
- 2 9) 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 MedicineInc, Philadelphia,2009.
- 3 0) 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ー依存—. PP133-145, ジナシー, 2011.
- 3 1) 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, 488-496, 2006.
- 3 2) SAMHSA : Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment(SBIRT) in Behavioral healthcare.
<http://www.samhsa.gov/prevention/SBIRT/SBIRTwhitepaper.pdf> 2011. 2013.2.10
- 3 3) 猪野亜郎, 長徹二：SBIRT の意義と普及への対策. J. Alcohol&Drug Dependence, 48(2), pp105-117, 2013
- 3 4) WHO : Global strategy to reduce harmful use of alcohol.
http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf 2013.2.10
- 3 5) 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, 1997.
- 3 6) 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.
- 3 7) 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.
- 3 8) Akazawa M ect : Prevalence of problematic drinking among outpatients attending general hospitals in Tokyo.日本アルコール薬物医学会雑誌,48 (5) ,300-313,2013.
- 3 9) 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.
- 4 0) Meyers, RJ, Miller WR, Smith JE. : Community Reinforcement and Family Training(CRAFT). In : A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment (edited by Meyers, R.J, Miller, WR) pp147-160, Cambridge University Press. UK, 2001.
- 4 1) 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機付け, 金剛出版, 東京, 2012)
- 4 2) Aro Ino : Before-Discharge Intervention Method. Alcohol Clini .Exp Res.,24(3):373-376,2000.
- 4 3) 猪野亜朗：ASTWA と BDIM を通して共依存の実像に迫るーアルコール依存症の場合一,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.
- 4 4) 三重県：三重県精神科救急医療システム運用事業
<http://www.pref.mie.lg.jp/IRYOS/HP/jisshikijyun/siryous.pdf> 2013.2.10
- 4 5) The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University, New York State Office of Alcoholism & Substance Abuse Services Addiction Services for Prevention,Treatment,Recovery : An SBIRT Implementation and Process Change Manual for

Practitionaers November 2012

- 4 6) SAMHSA/CSAT TIP-NCB:Chapter 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
- 4 7) 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/> 2013.2.10.
- 4 8) Saitz, R. 945–967 : 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.
- 4 9) 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 Collaborative Study on Alcohol and Injury
http://www.who.int/substance_abuse/pulication/alcohol_injurysummary.pdf 2013.2.10
- 5 0) 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.
- 5 1) Gunnarsdottir AS, Kristbjornsdottir A, Gudmundsdottir R, Gunnarsdottir OS, Rafnsson V : Survival of patients with alcohol use disorders discharged from an emergency department: a population-based cohort study. *BMJ Open* 2014;4:e006327 doi:10.1136/bmjopen-2014-006327
- 5 2) 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: 436-445, 2011.
- 5 3) 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*, PP331-340, 47 (6), 2012.
- 5 4) 猪野亜郎, 吉本尚, 水谷直巳, 加藤尚久, 広藤秀夫, 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* Vo148 No. 5, pp314 - 323, 2013
- 5 5) 本多ゆみえ : 救命センターに入院した血中アルコール濃度陽性患者の分析 (シンポジウム報告). *日本アルコール薬物医学会雑誌*,48 (4) ,p 83,2013.
- 5 6) 河西千秋, 杉浦寛奈, 古野拓, 山田明樹 : 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
- 5 7) Borges G, Rosovsky H : Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal of Suicide on alcohol*. 57(5), pp543–548, 1995
- 5 8) Akazawa M, Matsumoto T, Katsumata Y, kitani M : Psychosocial features of suicide cases with alcohol problem : psychological autopsy study. *Jpn. J. Alcohol&Drug Dependence*, 45(2), pp104–118, 2010
- 5 9) Hufford MR: Alcohol and Suicide Behaviors. *Clinical Psychology Review*, 21 (5), pp797–811, 2001
- 6 0) 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.
- 6 1) 伊藤敦子, 森智代, 横田千恵子, 鈴木正恵, 他 : 法医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
- 6 2) NIAAA: Older Adults and Alcohol Problems. 10C, NIAAA Social Work Education Module. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Social/Index/Indexfile.pdf>
- 6 3) 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.
- 6 4) 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.
- 6 5) 日本精神神経学会 : DSM-V 精神疾患の分類と診断の手引. 220-223, 医学書院, 2014.

アルコール救急多機関連携マニュアル

平成 27 年 3 月

三重県健康福祉部障がい福祉課
〒514-8570 三重県津市広明町 13 番地
電話 059-224-2273 FAX 059-228-2085
E-mail shoho@pref.mie.jp