

わ かり や す い

# 高齢者の 飲酒問題と介入方法

こんなとき どうする？



すぐに役立つそれぞれの場面に応じた対応例と基本となる考え方をふんだんに盛りこみました。一般医療機関や介護、保健など、高齢者の支援に関わる現場でご活用ください。

四日市アルコールと健康を考えるネットワーク

## [目次]

### (I) 急増する高齢者の飲酒問題への対応

#### ① こうして進めよう

1	相談と介入の基本
	《家族からの相談への対応》
	・相談開始時に気をつけること
	・相談の進め方
	・本人を治療につなげるCRAFT法
2	《アルコール問題を持つ人への対応》
	・対応の心構え
	～介入の原則 FRAMES(フレームス)～
	・一般的な動機付けの原則
	・家族や支援者の本人への接し方
	・介入のチャンス
	《アルコール問題を持つ人への簡易介入法(SBIRT)》
4	在宅生活場面での介入
	・介入の基本
	・介入する際の確認事項
	・介入のきっかけ
	・介入の方法と心構え
5	一般病院での介入
	・介入の基本と体制
	・介入の準備
	・動機付けのための具体的方法と注意点
	・専門治療機関への受診を拒否する場合

#### ② こんなときどうする?

	～対応のポイント～
6	1 飲酒運転がやめられない
	2 「酒を飲んで死ぬなら本望!」と 内科受診も拒んでいる
	3 老母の介護を理由に アルコール専門治療を拒んでいる
7	4 飲んで入退院を繰り返している
	5 単身で介護が必要な高齢者への対応 ～介護関係者が諦めずに声掛けを続け、 断酒ができた～ ～断酒することで絶縁していた家族との 再会が実現した～
8	6 家族が核心のアルコール問題を 語ることができず、相談が進まない
	7 妄想や暴言・暴力への対応
9	8 断酒後に見られる、イライラや興奮は
	9 自助グループへの参加を拒否する場合
	10 いつでもできると節酒や断酒に踏み切れない
	11 節酒や断酒を継続することは

### (II) 高齢者の飲酒問題の特徴

10	1 高齢者と飲酒問題
	・アルコール依存症とは
	・アルコール依存症の診断基準 (WHOによるICD-10)
	・高齢者はアルコール依存症の診断基準の項目に 該当するかの判断が難しい
11	・高齢者はアルコール依存症の診断基準を 満たしていても、「危険な飲酒」が生じやすい
	・高齢者のアルコール依存症の3つの「発症タイプ」
12	2 飲酒問題が潜んでいるサイン
12	3 高齢者で起こりやすい 多量飲酒による身体への影響
	・熱中症
	・骨と筋肉への影響
	・発がん
13	4 脳への影響
	・急性の影響
	・慢性的な影響
14	5 飲酒による「高齢者の心理」への影響
	・高齢者の「うつ病」と「自殺」と「飲酒」には、 非常に密接な関係がある

### アルコールのスクリーニングと診断

16	1 AUDITを使う場合
17	2 CAGEとICD-10を使う場合

### 参考資料

18	1. 四日市近隣の関係機関連絡先一覧
19	2. 四日市の地域包括支援センター・在宅介護支援センター一覧
20	3. 四日市近隣の自助グループ一覧
	4. ネットワークで作成した主な介入ツール

21	参考文献
----	------

# (I)

# 急増する高齢者の飲酒問題への対応

## 1

## こうして進めよう



### 1

### 相談と介入の基本

#### 家族からの 相談への対応

アルコール問題の相談は、問題を持っている本人ではなく、家族から始まる場合が多い。ここでは、家族相談に焦点を当てています。家族以外からの相談には応用してご活用ください。

#### 相談開始時に 気をつけること

##### ① 今まで大変であった家族の苦労をねぎらう

まず、家族の苦労について十分に話を聞く。話を聞くことによって家族との相談関係を樹立する。心にあるうっ積したものを吐き出すことにより感情のカタルシス(浄化作用)が得られるように努める。

##### ② 緊急性の評価を行う

アルコールの問題は生死に関わる身体的問題から、離脱症状によるせん妄状態、生活を脅かす経済的問題など多岐にわたる緊急の問題が生じるので、緊急性についての評価を行い、必要な対応から開始する。

##### ③ アルコール問題の対応についての基本的な知識を持ってもらう

アルコール問題とその対応についての本やパンフレット、場合によっては教育プログラムなどを紹介して、基本的な知識を獲得してもらう。家族自身がまず十分に知識を吸収し、患者本人には無理に勧めない。

##### ④ 家族が相談していることを本人に伝えるように勧める

暴力などの心配がなければ、家族が自分自身のために相談をしていることを患者本人に伝えておく。

##### ⑤ 本人を性急に相談に登場させない

動機付けが十分でない本人を無理やり相談の場に引き出すと、かえって不信や反発を呼ぶことがある。

#### 相談の進め方

##### ① 問題の始まりから現在までの経過や生活歴を聞く

家族がいつ頃からどのような心配を始めたか、それについてどのように考え、どこに相談し、どのようなアドバイスを受けたかについて聞く。流れの中で、生活歴についても聞いておく。

##### ② どの領域の問題が大きいのか家族と一緒に評価する

今までの経過について家族と共に整理し、問題のどの部分が大きくなっているのか、今後の予測を含めて評価検討する。

##### ③ 今までの本人と家族の関わりについて検討する

「巻き込まれ」や「とらわれ」など本人への関わり方について、家族に自分の状態の意識化を促す。

##### ④ 本人が相談場所に登場した時には、中立性に気をつける

本人が登場した場合には、一方的な家族の味方ではなく、本人の意向を十分汲み取り配慮する。

##### ⑤ 方向付けや動機付け

アルコール問題の方向付けは、専門治療を目標とする。その前段として家族の継続相談により、本人の経過を観察しながら専門治療導入の機会を作り出す。

## 本人を 治療につなげる CRAFT法

CRAFT(クラフト)法(Community Reinforcement And Family Training=家族関係をよくするように、家族が自分自身をトレーニングする方法)は、行動療法の考え方に基づきアメリカで開発されたプログラムである。

家族が本人への対応を変えることで、本人と対立せずに専門治療機関への受診につなげたり、問題行動を減少させたりする効果があり、家族自身も余裕を持てるようになる。

### CRAFT法の7つのステップ

1. 家族自身の安全を確保する。
2. 家族の言動により飲酒を促進させてしまっていたことを止める(良かれと思い、後始末や肩代わりをするなど)
3. 本人に飲酒以外の趣味や楽しい活動を思い出させる
4. 家族のコミュニケーションの仕方を変える
5. 本人が飲んでいない時には、本人が楽しくなるように家族が行動する
6. 家族自身の生活を豊かにする
7. 家族が本人に治療を勧める

## アルコール問題を持つ人への対応

### 対応の心構え

- ・ 高齢者のペースにあわせ、ゆっくりと、理解しやすいように、繰り返し説明する
- ・ 共感的に説明し、脅威や不安を与えないように、配慮する
- ・ 飲んでいる時はアルコール問題について話し合わない
- ・ 疲労や病気、痛みなどで苦しんでいるときは、心身の状態が安定するまで「待つ」
- ・ 「健康状態」を尋ねていることを明確にして飲酒歴や飲酒量を確認する。例えば、体重、喫煙、運動などの質問に、飲酒の質問を挟み込む
- ・ 今までの本人の苦勞に共感し、頑張って生きてきた過去(本人が達成した子育て、仕事、功績、趣味など)を評価する。喪失体験からの悲哀感、憂鬱感、孤独感が、飲酒に先行していることが多いので、飲酒の批判ではなく、支持的対応を行う
- ・ 対応に当たっては、介入の基本となるFRAMESを取り入れる

## 介入の基本 FRAMES(フレームス)

### 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本人が判断するために、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 spons 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

スタッフは、意見を述べるが、対等な関係で本人の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、本人が選択できるようにする

### Empathy(エンパシー)：苦勞を傾聴し、共感する

アルコール問題を抱える人はアルコール問題だけでなく、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する

## 一般的な 動機付けの原則

- ・「はい、いいえ」で答える質問でなく「どうして?」「どう思いますか?」など「開かれた質問」をし、本人が言葉で語るにより、気掛かりな点や問題を共に認識できるようにする
- ・本人が言っていることをそのまま繰り返したり、要約したりすることで、「変化したい気持ち」を強めて動機付けをする
- ・本人の意思を尊重し、面接者が良し悪しを判断しない
- ・「しかし」「でも」は禁句。「そうですね」「なるほど」などと認める。「違う」と言うときには「ある面」「一方では」などの言葉を用い、本人が抵抗感を持たず、自主的に取り組めるよう促す
- ・決して強制せず、本人が解決策を選び取るのを援助し、動機付けることを心掛ける
- ・高齢者特有の再発しやすい危険な状況である「社会的孤立、退屈、ネガティブな家族・社会関係」などのストレスに、飲まないで対処する方法を話し合い、以前していた趣味や関心事、また、新たな習慣にチャレンジするよう励ます
- ・本人が、「否認」したり、抵抗したりしても、感情的に反応しない

### 否認とは

酩酊や脳萎縮による脳の機能低下により、認知・記憶されている世界と現実の世界がずれることにより生じる。

現実の世界では飲酒問題が生じていても認知し記憶していないため、それを指摘されても飲酒問題に取り組むことができない。またアルコールは「ストレス対処手段」「コミュニケーション手段」、「満足感を得る手段」としてその人が生きていくための重要な手段であるため、アルコールを手放すと不安、緊張、喪失感を伴う。それを回避するため飲酒問題を過小評価したり、認めないという「否認」が生じて飲酒が続く。

コミュニケーションの工夫や自助グループへの参加などによって、現実を認知できるようになったり、アルコールがなくてもストレス対処行動が可能であることを経験することで、「否認」を打破することが可能となる。

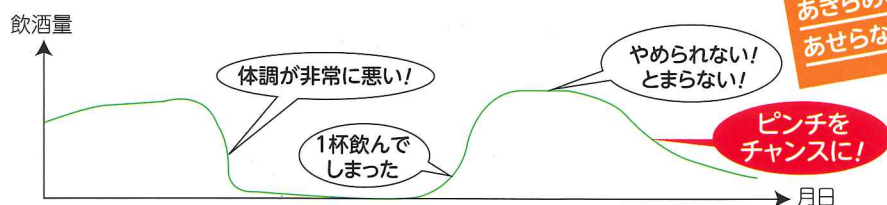
## 家族や支援者の 本人への接し方

- ・「しらふ」のときに対応する
- ・家族や友人など、複数で対応する
- ・非難をしない。今までのエピソードなどを通して、「患者は大事な存在であること」を伝える
- ・節酒や断酒後の行動や生活の心配には、専門的サポートがあるから大丈夫と「自信」を持ってるように伝える
- ・手紙、メモなどを活用し、繰り返し読むことによって記憶に残るように工夫する
- ・複数の具体的な解決策(飲酒日記をつける。通院を続ける。専門治療機関への通院や入院、自助グループの紹介など)を提示する
- ・「残された人生が短いとしても、「午後の人生」こそ「後々の人の記憶と人物評価」になるので、ここで節酒や断酒に挑戦することは価値がある」などと説明する
- ・患者の抵抗を弱めるように、「試しに～する」という形で提起してみる。例えば「試しに自助グループに行ってみては?合わなければやめても良いよ」「試しに酒をやめてみよう。1日断酒でいいよ」など

## 介入のチャンス

- ・臓器障害が本人の思っていた以上に深刻になったとき(検査結果の異常な悪化、生命の危機、緊急入院時など)
- ・自尊心が傷つくほどの飲酒問題に直面したとき(入院、外傷、交通事故、欠勤など)
- ・家族関係や職場の危機が生じたとき(別居、離縁、降格、失業など)
- ・飲み続けた後に飲めなくなったとき(図①参照)

図①「山型飲酒サイクル」



## アルコール問題を持つ人への簡易介入法(SBIRT)

### SBIRT(Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment, 略称:エスパート)とは

アルコール問題の現状を客観的に把握するスクリーニングと簡易な介入、適切な専門治療機関への紹介や連携を行うための一連の技法。工夫されたスクリーニング検査や診断基準(※注)を使うことにより、短時間で「アルコール依存症」や「危険な飲酒」などの判定と必要な対応方法に導き、専門治療への紹介をスムーズに行うことができます。

一般の保健・医療機関や職域・地域の関係機関などでの介入に適しています。

現在では、SBIRTの最後にS(Sは自助グループ“Self-help group”の頭文字)を加えて、SBIRTSとして、「自助グループへの紹介」を介入の一連の流れに加えています。

高齢者にとっても、「自助グループでの回復者との出会い」は断酒のために非常に効果があります。

#### ※注 スクリーニング検査や診断基準(16ページ参照)

- ケージ      オーディット      オーディットシー
- ・CAGE、AUDIT、AUDIT-C(AUDITの初めの3項目)
- アイシーディテン
- ・ICD-10

## 2 在宅生活場面での介入

高齢者やその家族のニーズによっては、地域包括支援センターや在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所などが介入し、相談や制度活用、サービス調整を行います。アルコール問題を持つ本人がサービスを拒否したり、身体機能・認知機能が自立し介護支援が受けられない場合などの困難な事例に対しては、保健所・福祉事務所・かかりつけ医・アルコール専門外来・警察などの関係機関と連携して適切な介入方法を検討します。

### 介入の基本

- ・本人が支援関係者の関わりを拒否しないように、まず信頼関係の構築を重視する
- ・本人の同意が基本。無理強いや押しつけはしない。感情的に反応しない。可能な限りしらふ時に対応する

### 介入する際の確認事項

- ・本人が自覚する日常生活の困りごと
- ・医療保険、介護保険料の支払い状況
- ・緊急連絡先の有無
- ・支援関係者間で情報を共有する時の本人の同意
- ・家族に関する情報

### 介入のきっかけ

介入のきっかけは、・食事で困っている・掃除で困っている・孤立、孤独な状況・入浴で困っている・服薬で困っている・転倒のリスクがある・家族の介護負担が大きい・金銭管理ができず支払いに困っているなど多彩である。これらの背景にアルコール問題が潜んでいないか、よく観察して問題点を抽出する

### 介入の方法と心構え

- ・ケアマネジメントやアセスメントの実施に当たっては、介入の基本FRAMES(2ページ参照)を意識する
- ・飲酒問題のスクリーニングに当たっては、主に簡易な検査のCAGE法(17ページ参照)を用いる
- ・スクリーニングによりアルコール依存症の疑いなどがあれば、アルコール専門外来につながるよう支援する。すでに専門外来で治療中の場合は、治療を継続できるよう支援する
- ・飲酒している場合はその状況によっては、介護サービス提供に困難が予想されるが、多量飲酒を回避するための介入が必要。アルコール専門治療機関や関係機関との相談、多機関連携事例検討などにより、本人の問題がそのまま放置されないような対策が求められる

## 3

## 一般病院での介入

身体に現れた病気やけがは、不適切な飲酒やアルコール依存症の早期発見と予防のきっかけになるため、一般病院での介入は重要です。関連職種のチームアプローチと関係機関の地域連携により対応します。

ここでは、主治医や看護師などと協力して相談や介入を担当する医療ソーシャルワーカー(MSW)の役割を中心に解説します。

## 一般病院の介入の目標

- ① アルコール関連疾患の早期発見と予防
- ② 本人や家族に飲酒問題を解決する糸口を提示すること
- ③ 専門治療機関につなげること

介入の  
基本と体制

- ・ アルコール関連疾患やアルコール依存症に対する正しい知識を身につける
- ・ 専門治療機関、精神保健センター、自助グループなど、節酒や断酒の解決の糸口となる機関の役割を理解する
- ・ 医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、リハビリスタッフ、栄養士など、院内関係者間の情報共有と方針協議に努め、チームアプローチを実践する
- ・ 関係職員の研修、情報交換や事例検討、簡易介入法(SBIRT)の浸透などを旨とするアルコール医療委員会で組織的な運用に努める
- ・ 本人や家族の持つ多問題を考慮して、多機関との連携に努める

## 介入の準備

- ・ 主治医から本人や家族に、本人の病状がアルコールの影響であることをSBIRTに基づき説明する
- ・ 「しらふ」のときに介入する
- ・ 子ども、孫、兄弟など肉親の人々をできるだけ多く動員し、介入の参加者にする
- ・ 介入の参加者に「依存症はアルコールによる脳の病気」であることを伝え、情報の共有と偏見の回避に努める

動機付けのための  
具体的方法と  
注意点

- ・ 主治医からの病状説明について、スタッフは、本人や家族がどのように理解したか確認する。理解できていなかったり、認識が違っていたりしたときは、再度説明の場を設ける。その場にスタッフが立ち合えれば、なお良い
- ・ 飲酒問題と直面できるように、「アルコールの自己診断チェック」や「お酒の飲み方チェック」などのリーフレット(介入ツール)を利用し、一問ずつ説明しながら、本人とともに自己診断チェックを行う  
※介入ツールの使用を拒否された場合でも、本人や家族へ介入ツールを渡しておく
- ・ 具体的な解決策(専門治療機関への通院や入院、断酒会・自助グループの紹介など)を提示し、自らの選択を勧める。また、後から見直すことができるよう、説明した内容はリーフレットへ書き込んで渡す
- ・ 本人、家族が専門治療機関への受診を決意すれば、その場で受診の予約を取る。当日予約が困難であればなるべく近い日程で予約を取る
- ・ 入院している場合は、入院中または退院と同時に受診できるよう調整する

専門治療機関への  
受診を拒否する  
場合

- ・ 本人が専門治療機関の受診を受け入れないときは、家族による専門治療機関の先行受診や断酒会などの自助グループへの参加を勧める。自助グループを紹介する場合、直接自助グループに連絡を取り話し合えるよう仲介すると繋がりやすい。
- ・ かかりつけ医や介護担当者などの協力を得て、専門医受診の必要性などを話してもらう。関係者が同じ考えを示すことは、本人が決意を固めることに役立つ
- ・ 拒否が強いときは、無理強いせず本人の意を汲み、次につながる約束を交わす  
例えば、「次に検査結果が悪化したときや、仕事に影響が出たときは、アルコール専門治療機関を受診する」「次回は内科だけでなく、専門治療機関も受診する」など

## 2 こんなときどうする?



### 対応のポイント

# 1?

飲酒運転が  
やめられない

酒量が増え、職場でも酒の臭いを指摘されるほど。飲酒運転しないように家族が説得しても逆切れし、手が付けられない。

- ① 本人を断酒するよう動機付ける治療が基本であるが、緊急に解決する問題として飲酒運転防止を位置付ける
- ② 家族は飲酒運転が心配な気持ちを伝える。認知症でない限り、飲酒運転がダメなことは了解できるはず
- ③ **燃料電池式アルコール呼気チェッカー**を用いて予防する方法が良い
  - ・まず、しらふのときに、「車の運転時にはチェッカーを吹いて、ゼロでなければ運転しない」ことを約束しておく
  - ・結果が数値で表れるので、客観的に飲酒状態を確認し指摘する事ができる。陽性ならば約束通り運転しないし、させない
  - ・断酒の動機付けになり、また節酒の場合、アルコールが残っていることが分かると、飲酒量を減らしたり、飲酒終了時間を早める努力が見られる
- ④ この方法が無理な場合、車の鍵を持たせないなどの方法を工夫する
- ⑤ 警察と相談し、警察官から直接に説得してもらう
- ⑥ アルコール依存症が疑われる場合、家族だけでも専門医療機関を先行受診する
- ⑦ アルコール呼気チェッカーで陽性なら、エンジンが始動しないイグニッション・インターロック装置を装着する方法もある

# 2?

「酒を飲んで  
死ねたら本望!」と  
内科受診も拒んでいる

一人暮らしの高齢者。多量飲酒で食事を十分取らず衰弱が目立つ上に、物忘れ、道路で寝転がり、つまづいて怪我したりで、ご近所も放っておけない。

- ① 現在の状態が認知症によるものか、アルコールによる酩酊からくるものか判断が必要。一旦入院してアルコールを切った上で診断する方法もある。脳機能が回復すると、診断だけでなく、判断力や思考機能も回復し、断酒が軌道に乗ることがある
- ② 身体的には食が細くなるに伴い筋力が低下し歩行がおぼつかなくなっていることが考えられる
- ③ 「命は何よりも大事。それなのに**命より酒が大事と“酒を”選ぶことこそ、アルコール依存症の特徴**」と説明し、気付きを促す
- ④ 人生はラストでその人の評価が決まる。今こそ大切にしよう、と励ます
- ⑤ 子どもや孫に心配をかけないことはあなたの望むところのはず、と動機付ける
- ⑥ まず、関係者会議(家族・地域包括支援センター・民生委員・福祉事務所・保健所・精神科病院など)を設けるなど、関係者と連携して医療機関への受診を検討する。本人の同意を得ることが難しい場合も生命にかかわるなら、受診の機会を作る強力な支援が必要
- ⑦ 入院して断酒することで本来の状態像がはっきりした段階で、福祉・介護サービスの活用など今後の方針を関係者と検討する

# 3?

老母の介護を理由に  
アルコール専門治療を  
拒んでいる

認知症の母がおり、自分が入院したら介護ができないと、アルコール専門治療機関への受診を拒んでいる。

- ① まず、認知症の母親の介護をしていることへの労を労う。その上で母親の介護のためのさまざまな支援を説明し、介護負担の軽減を提案をする
- ② 母の介護について実際に困っていることと、飲酒することでの課題を整理する
- ③ 一例として、近医に介入を依頼し、SBIRTを活用して本人の状況を客観的に評価・説明し、理解を促す。その上で、機を見てアルコール専門治療機関への受診を提案する
- ④ または、母の精神科病院への受診に同行してもらい、病院の様子に慣れることで偏見の軽減に努める。事前に、専門治療機関のソーシャルワーカーに連絡して、本人が相談しやすい雰囲気を作り、可能であれば、専門病棟の見学を実施するなどの方法もある
- ⑤ いつか受診につながる日が来ることを信じ、相談を続けていける**顔の見える関係**を保つ



# 4?

飲んでは  
緊急入院を  
繰り返している

定年退職後、酒量が増え、吐血して緊急入院を繰り返している。酒をやめるよう言われても、退院するとすぐ再飲酒し、まともな食事もしない生活に逆戻りしてしまう。

- ① 口頭だけの「お酒を控えるように」との節酒指導は効果がないか、逆効果
- ② 救急入院というピンチをチャンスにする  
身体的ピンチ時の病院主治医や看護師からの説明、地域連携・医療相談室での補足説明や意思確認などのフォローが専門治療機関受診の決意に役立つ
- ③ 家族の患者本人への愛情や信頼が患者の回復への決意に役立つ
- ④ 決意から間を空けずに専門治療機関受診が望ましい
- ⑤ かかりつけ医、入院する病院、アルコール専門治療機関の連携が断酒継続の力になる
- ⑥ 体力づくりの体操や趣味の実践などは、断酒の継続に役立つ
- ⑦ 身体機能の低下は、断酒することでかなり改善する

# 5?

単身で介護が必要な  
高齢飲酒者への対応

高齢の多量飲酒者には、単身で介護が必要な場合が多い。問題の軽減や自立支援に向けて、地域の関係機関の協力による多機関連携が効果的である。

- ① 孤立、孤独解消に留意する
- ② 子ども、孫、兄弟など肉親がいる場合はたとえ遠方でも連絡し、近隣の友人などにも参加してもらう
- ③ 必要があれば家族の担うべき役割を本人の周りの協力者や関係機関が連携して分担する
- ④ 介護保険サービスや障害者福祉サービス、訪問看護などを活用する
- ⑤ ホームヘルプや訪問給食を利用して、基本的な生活支援を図る
- ⑥ デイケアやデイサービスは、孤立防止、生活リズムと食生活の確保、心身のリハビリなどに役立つ
- ⑦ デイケアやデイサービス利用時に“アルコール呼気チェッカーによるしらふの確認”をルールにすると断酒継続に効果がある
- ⑧ 金銭管理ができないときは、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業が利用できる場合がある
- ⑨ 判断能力に支障があれば、成年後見制度の利用を検討するとよい
- ⑩ 巻き込まれなどを防ぐため、一人で抱え込まず、チームで検討しながら対応する
- ⑪ 関係する多機関での事例検討会による情報の共有と方針の策定、経過観察を行う

## 【事例1】 介護関係者が諦めずに声掛けを続け、断酒ができた

70代男性。毎日朝から3合～5合の焼酎を飲み、1～2か月に1回程度体調を崩し、デイサービスに行けなくなる。体調を崩すとしばらくは飲酒を控え、良くなると再開するということを繰り返していた。

本人を含め、関係機関の担当者で会議を行い、サービス利用時に断酒のための声掛けを行うこととした。この際、ただ、「止める」ということだけ伝えるのではなく、「心配してくれる人が回りにたくさんいる」ことを訴え続けた。また、本人の話に傾聴することに注意した。その後も何度か飲酒を繰り返したが、同じように何度も声掛けを行うことで断酒が実現した。

デイサービスを利用中は飲酒しないことに加え、デイサービスに行くにはお酒の臭いをさせてはいけないからと、前日の飲酒量が減った。また、デイサービス中の趣味の活動が楽しみとなり断酒継続の励みとなった。デイサービスに行かない日はヘルパーに見守りと声掛けをしてもらうこととした。

サービスの利用開始から6年以上かかったが、関係者が諦めずに声を掛け続けることにより、本人との信頼関係が構築され断酒につながった。

## 【事例2】 断酒することで絶縁していた家族との再会が実現した

60代男性。飲酒による外傷で何度も入院経験あり、今回は脊椎を骨折し歩行困難となる。長年の飲酒と放浪癖で家族関係が破綻し、支援は隣人のみ。住宅はアパートの4階であり、自宅での一人暮らしはできないため、退院後の生活をめぐって、地域連携・医療相談室の医療ソーシャルワーカーが相談に応じる。アルコール依存症が考えられたため、アルコール専門病院への転院を検討し、渋々ではあったが本人も暫くの転院を決意した。そこでの治療により断酒生活が軌道に乗り、身体の回復とともに、簡単な仕事にも就き、妻子との交流も復活。喜びの報告が届いた。

人は見掛けに関わらず回復しようとする力を秘めており、諦めずに働きかけることが重要。また、断酒により、健康を取り戻し、社会復帰や家族との再会など、新たな人生を歩む可能性がある。

# 6?

家族が  
核心のアルコール問題を  
語る事ができず、  
相談が進まない

飲んでは家族に暴言・暴力をふるう高齢者の問題に対し、家族は、本人への介入や関係機関への相談を躊躇している。

- ① 家族がアルコール問題を否認したり隠したりするのは、アルコール依存症のことを“きちんと治療すれば回復する病気”と正しく認識していないため。また、世間一般のイメージから、恥ずかしいと思う、偏見があるからと考えられる
- ② 家族の訴えに耳を傾け苦勞をねぎらった上で、偏見を取り払い、治療へとつなげることが目標
- ③ このまま飲み続けると心身ともに悪い影響を及ぼし、生命の危険を伴うことを理解してもらう
- ④ 家族も一人で抱え込まず、他の家族や親族にも協力してもらい、みんなが心配していることを伝えたり、適切に役割を分担して、本人を治療へと説得するよう試みる
- ⑤ 支援者が本人と家族の板挟みになる可能性もあり、必要に応じ関係者間でカンファレンスを行い、チームで関わること
- ⑥ アルコール依存症に対する偏見をなくしていくことも支援者の役割であり、行政機関やメディアなどと協力して、積極的に家族や一般市民への啓発に努める

## 家族の変化を促し、本人を治療につなげる CRAFT法(2ページ参照)

暴言や暴力は最も家族を苦しめるものである。酩酊時の暴言・暴力はアルコールによる脳の情動抑制機能の低下のためであり、また、本人は酩酊中のことを全く、または、正確に記憶していないことが多い。その上、認知症による周辺症状が生じている場合は、余計に事態を悪化させてしまう。

### ●酩酊時だけの暴力の場合

- ① 暴力被害を受けないことが肝心である。そのためには暴力の予兆があるときは逃げることに。予兆は何かを明確にして、予兆を早くキャッチすること
- ② 逃げるための準備として、数日間の自宅外での生活が可能ないようにしておく(着替え、現金・クレジットカードなどの準備)
- ③ 身に危険が及ぶ場合は、逃げるなど身の安全を確保して110番で緊急通報する
  - ・110番センターは、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
  - ・緊急時以外の相談は、最寄りの警察署で対応する
- ④ 家族の相談に応じ、家族が変わることで本人の専門治療への受診を促す

### ●認知症の周辺症状が絡む場合

上記の酩酊時の暴力への対応に加え、次の点にも留意する

- ① 認知症の薬物療法は必要であるが、薬物の副作用で、興奮、暴言、暴力が生じることもあるので、副作用の有無のチェックが必要
- ② 周辺症状として生じた興奮、暴言、暴力の場合、家族の感情的な対応が患者の興奮を更に高めることもあるので、家族が愛情を持って冷静に対応する事が大切である。病気の周辺症状である認知症の世界を理解し、感情的に対応しないようにする
- ③ 一人で抱え込まず、保健所や地域包括支援センター、介護高齢福祉課などの関係機関や専門治療機関と連携して対応する
- ④ 警察官が出動した場合、自傷他害の恐れがあれば、精神保健福祉法第23条(※注)により、保健所に通報するが、対象者がアルコールを摂取している場合は対象外になる。但し、アルコールが入っておらず、離脱症状から精神病的症状が出ており、臨場した警察官が自傷他害の恐れがあると判断し、通報した場合は、保健所が措置対象とすることは考えられる

### ※注 精神保健福祉法第23条(警察官の通報)

警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ、または、他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

# 7?

妄想や暴言・暴力への対応

# 8?

断酒後に見られる、  
イライラや興奮は

- やっと断酒が始まったが、ちょっとした言動に腹を立て怒鳴るので、家族は気が休まらない。
- ① 断酒後の離脱症状として、焦燥感(イライラ)を伴う神経系の過剰な興奮状態が生じることがある。離脱症状とは、長期多量飲酒で抑制されてきた脳機能が、アルコールが抜けてしらふになった時に生じるリバウンド現象で、断酒の継続により徐々に消失するため、回復へのステップであることを理解して気長に取り組む
  - ② 趣味や散歩など、気分転換や新たなストレス対処行動を取り入れる
  - ③ 自助グループに参加し、体験を分かち合う
  - ④ 症状がひどいときは、本人の了解を得て、症状が軽減するまでアルコールプログラムのある専門病院で入院治療し、以後は外来治療を続ける



断酒はしたものの、することがなく孤立し元気がない。再発が心配で、自助グループを勧めたが…

- ① 無理強いせずに、「どんなところか見るだけでもどう?」と「お試し参加」を勧めてみる
- ② 家族だけでも参加してみる
- ③ 家族は本人の興味に応じて、会の様子を話し、安全な場所であることを伝える
- ④ 自助グループに依頼し、本人と相性の良いメンバーを選んでもらい、自助グループへの誘導をしてもらう

# 9?

自助グループへの  
参加を拒否する場合

# 10?

いつでもできると  
断酒に  
踏み切れない

今まで一時やめた経験があり、妙な自信を持ち、現実に向き合えない否認の状態。

- ① CAGEやAUDIT、ICD-10などの検査を用いて、客観的に現在の飲酒状態をチェックする
- ② 例えば、「1日だけ」、「1週間だけ」、「次の受診日まで」断酒をしてみるなどと本人と共に決める
- ③ 飲酒と断酒のプラス面とマイナス面を天秤にかけて共に考える

# 11?

節酒や断酒を  
継続することは

節酒や断酒は挫折しやすい。継続のこつと手順は次の通りである。

- ① 体調が良くなるなどの節酒や断酒の効果(※注)を体験すると、継続することができる
- ② 本人と介入者が了解し合って「飲酒目標」を設定する。その際、節酒や断酒がもたらす生活の変化や希望に目をむける
- ③ 目標は3カ月から1年程度の短期的なものとする。節酒や断酒の目標が生活の改善に役立っていると気付きやすく、次の目標に向って、継続して取り組んでいくことができる
- ④ 定期的な通院(2週に1回～半年に1回まで)や自助グループへの参加などで、経過を評価・確認しあう
- ⑤ 実践に当たっては、お酒の飲み方チェック、節酒の進め方、断酒の進め方、節酒・断酒日記(いずれも四日市アルコールと健康を考えるネットワーク編)などを活用するとよい

### ※注 節酒・断酒の効果

- |             |             |                   |
|-------------|-------------|-------------------|
| 1. 体調が良くなる  | 2. 食事が美味くなる | 3. 気分が良くなる        |
| 4. やる気が出る   | 5. 頭がクリアになる | 6. 家族関係、人間関係が良くなる |
| 7. 脳萎縮が回復する | 8. 骨密度が改善する | 9. 筋肉量が改善する       |

## 1 高齢者と飲酒問題

## アルコール依存症とは

アルコールを長期多量に飲み続けた結果、「脳の変化」が生じた病気である。

誰でも、長期多量に飲めば、異物であるアルコールに脳が適応するようになり、少しでは酔わなくなり、飲酒量が増える(耐性)。その結果、臓器障害が生じるようになるが、中でも脳は大きな影響を受ける。すなわち、アルコールが摂取されず、脳にアルコールが欠如したときに、離脱状態(離脱症状)に陥り、焦燥感、不機嫌、不安、無欲、落ち込みの精神状態となり、この不快な気分を消すために飲みたくなる(飲酒欲求の亢進)。その結果、飲んではならないときに飲むなど、社会的ルールを守ることが困難になる。この状態を、アルコール依存症と言い、自力では脱出困難になる。

このようなアルコール依存症を、WHO によるICD-10 は次のように定義し、診断する。

## アルコール依存症の診断基準(WHOによるICD-10)

下記のうち3項目以上に該当すると「アルコール依存症」、1～2項目に該当すると「危険な飲酒」と診断される。(詳細は、17ページ参照)

- ① 飲酒したいという強い欲望または強迫感
- 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
- ③ 飲酒を中止または減量したときの生理学的離脱状態がある
- ④ 飲酒の耐性がある(耐性:当初飲んでいた量より多く飲まないと同じ酔いが得られない)
- 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、飲んでいいる時間が多くなったり、酔いから醒める時間が遅くなる
- ⑥ 明らかに有害な結果が起きているのに、飲酒する

## 高齢者はアルコール依存症の診断基準の項目に該当するかの判断が難しい

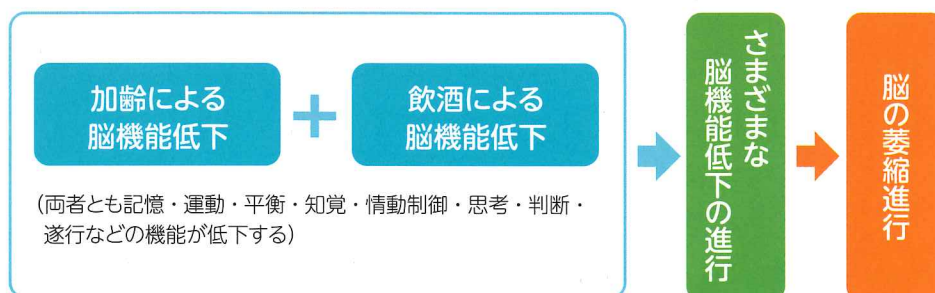
高齢者は、生活環境や身体の特徴から、ICD-10のアルコール依存症の診断基準の項目に該当するかどうかの判断が難しく、飲酒問題があったとしても「問題なし」と間違えて診断される場合がある。その場合でも、AUDIT-C(16ページ)などのスクリーニングテストにて「危険な飲酒」の可能性が示されているならば、飲酒問題が内在していると考え、対応する必要がある。

## 【判断が困難な理由】

- ・高齢者は、社会ルールに違反するような強い飲酒欲求があるかどうかを観察する身内が少なく情報が得にくい。そもそも、守るべきルール自体が少ない。また、アルコールへの依存による飲酒のコントロール障害なのか、認知機能の低下による飲酒のコントロール障害なのか区別しにくい。
- ・高齢者は、代謝能力の低下により、同じ飲酒量でも酔いが強くなる逆耐性が生じる。そのため、少量の飲酒でも酔って飲酒問題を起こしやすい。しかし、飲酒量自体は減る事が多い。飲酒量が減ると離脱症状は出にくくなる。
- ・楽しみや趣味に費やす時間の減少や、慢性の臓器障害などの増加が加齢により生じたのか、飲酒により生じたのか判断しにくい。

## 高齢者はアルコール依存症の診断基準を満たしていなくても、「危険な飲酒」が生じやすい

- ・アルコールの代謝能力が低下するため、少量の飲酒でも血中アルコール濃度(BAC)やアルコール呼気中濃度(BrAC)が長時間上昇し、脳機能の低下時間が長くなる
- ・子どもの巣立ち、配偶者や知人の死は「孤独」を生む。孤独は抑うつ症状を招き、酔いを求めやすくさせる
- ・定年後は、仕事の義務がなくなり、地域の役割や人間関係が減るなど、孤立しやすくなる。その「むなしさ」を解消するために、酔いを求めやすい。希望がない、目標がない、変化がない、やることがないなど「毎日が日曜日」で、「金(年金)」と「ヒマ(退職)」があると、飲酒にハマリやすい
- ・加齢による身体機能の低下に、飲酒による脳機能の一時的低下が加わると、転倒・転落などの事故が起こりやすくなる
- ・加齢によって身体的病気が増え、薬の種類や量が多くなる。服薬中に飲酒すると、薬の副作用が出やすく、酩酊もひどくなる
- ・不眠や不安に対処するためのベンゾジアゼピン系の薬はアルコールとの相互作用を起こしやすい。併用時は、ベンゾジアゼピン系の薬の副作用である筋弛緩作用などが強まる一方で、アルコールによる酩酊も起こりやすくなるため、ひどい酩酊・転倒や転落などが発生しやすくなる



## 高齢者のアルコール依存症の3つの「発症タイプ」

- ① 若年時にアルコール依存症を発症していた人
- ② 若年時に多量飲酒し、その後落ち着いていたが、高齢で再発症した人
- ③ 高齢になってアルコール依存症を発症した人



## 2 飲酒問題が潜んでいるサイン

### 外見・外観

- ・年齢以上に老けて見える
- ・顔がむくんでいる
- ・顔に傷跡がある
- ・身なりがだらしない
- ・赤ら顔
- ・昼間から酒の匂いをさせている
- ・失禁で下着が汚れている
- ・失禁でフロンが汚れている

### 既往歴

- ・骨折、外傷
- ・救急車の利用
- ・高血圧、糖尿病、肺炎、痛風、肝機能障害、低カリウム血症
- ・うつ病、自殺未遂
- ・熱中症
- ・離脱による幻視、幻覚、幻触、幻聴
- ・痙攣発作
- ・がんの既往  
(口腔、咽頭、喉頭、食道、胃、肝臓、結腸、直腸、乳房)
- ・飲酒運転による検挙歴

### 心身の状況

- ・抑うつ症状がある
- ・チョットしたことで怒る
- ・物忘れが多くなる
- ・食べない
- ・下痢・軟便がある
- ・こむら返りが起こりやすい
- ・体調が良くない
- ・不眠
- ・酩酊や離脱時にいろいろ・暴言・暴力がある
- ・転倒、転落による外傷が多い
- ・飲んでいる間の記憶が飛ぶ
- ・手足のしびれ、感覚の低下がある
- ・手や舌が震える
- ・手の湿潤感、寝汗がある
- ・頻脈
- ・動悸
- ・微熱
- ・高血圧
- ・幻視や幻聴がある
- ・離脱痙攣が起こる
- ・その場限りの怠惰な生き方をしている
- ・短命

### 家族歴 生活環境

- ・家族関係が良くない
- ・身内に多量飲酒者がいる
- ・家族の介護負担が大きい
- ・孤立、孤独
- ・部屋が乱雑
- ・缶やコップの散乱
- ・ゴミ屋敷

## 3 高齢者で起こりやすい多量飲酒による身体への影響

### 熱中症

- ・暑さによる脱水に加えて、アルコールの脱水作用により、一層脱水となる ⇒ 熱中症になりやすい
- ・酩酊のため、身体の異常に気付きにくい ⇒ 熱中症に気付くのが遅れる

### 骨と筋肉への影響

- ・多量飲酒は、骨をもろくし、骨粗しょう症になりやすい ⇒ 骨折しやすい
- ・多量飲酒は、筋肉量を減少させる ⇒ 筋力の低下で転倒しやすい
- ・多量飲酒は、防御反射を鈍くさせる ⇒ 転倒、衝突などにより頭蓋骨骨折など脳外傷を繰り返し起こしやすく、また、重症化しやすい

## 発がん

- ・アルコールは発がん性物質であり、がんのリスクを高める  
(口腔、咽頭、喉頭、食道、胃、肝臓、結腸、直腸、乳房など)
- ・飲酒する高齢者は、特にがん検診が必要である

## 心臓や血圧への影響

- ・男性の高血圧の35%はアルコールが原因と推計されている。
- ・男女とも高血圧は飲酒量に比例しており、節酒により血圧は低下する
- ・多量飲酒により、不整脈、心筋梗塞、狭心症、心不全などが生じることがある。

## 4 脳への影響

アルコールには、酩酊という「急性の影響」と、アルコール依存症や脳萎縮を起こす「慢性の影響」がある。

### 急性の影響

#### ① 外界の認知や平衡機能の低下

脳機能の一時的な低下は転倒・転落とそれによる外傷を生じる。

#### ② 気分の過剰な揺れ

飲酒が情動制御中枢の機能を抑制し、衝動のコントロールが弱まり、興奮が強まる。その結果、他者への暴言、暴力や自己への攻撃としての自殺行動が生じる。また、気分の揺れが大きくなることで、泣き上戸、怒り上戸、笑い上戸などが現れる。

#### ③ 酩酊時の記憶が薄れる。または、なくなる

加齢により、五感の認知機能の低下や記憶能力の低下が生じるが、急性の影響が加わることで、ますます「現実」を認知困難にして、家族との葛藤を高める。

#### ④ 睡眠への影響と寝酒

酒の入眠効果に期待し、日本人はよく寝酒をする。加齢により睡眠時間が短くなると、余計に寝酒に頼るようになる。睡眠導入剤を服用しているにも関わらず、飲酒をすると、転倒、転落、失禁などを起こしやすくなる。

また、飲酒は入眠を促すものの、途中で目覚めやすくなるため、睡眠の質は低下する。満足な睡眠が得られないため、酒量を増やすようになり、アルコール依存症の危険が生じる。睡眠には適切な睡眠導入剤の方がアルコールより依存性が小さく、安全性は高い。

### 慢性的な影響

#### ① 長年の多量飲酒は、脳の委縮をもたらす

- ・加齢により脳は委縮するが、1日2合以上の飲酒は10年早く脳を委縮させる
- ・生涯に飲んだアルコールの総量と脳の容積は逆比例する  
飲まない人の脳の容積が一番大きく、次いで以前飲酒者だが今は飲んでいない人、週に日本酒換算7合までの人、週に7合以上の人の順に脳の容積は小さくなっていく
- ・飲んでいる状態のアルコール依存症では大脳全体に機能低下が見られる
- ・顔が赤くなるフラッシュタイプは、脳の損傷が起こりやすい

正常な脳



長期・多量の飲酒の脳

a. 脳萎縮



b. 脳梗塞



c. 深部白質病変



- ・脳溝の拡大
- ・脳室の拡大

## ② 症状がないのに、MRI 画像で脳梗塞の所見がある場合が多い(無症候性脳梗塞)

- ・無症候性脳梗塞(隠れ脳梗塞)があると、将来、脳梗塞になる危険が10倍高い
- ・アルコール依存症の50歳代の脳梗塞の頻度は、一般の70歳代の頻度(23%)に匹敵する

### ■依存症の無症候性脳梗塞の頻度

50歳未満	5.9%
50-59歳	24.3%
60-69歳	50.7%
70歳以上	70.4%

### ■無症候性脳梗塞の特徴

① 肺炎(誤えん性など)になりやすい
② 転倒しやすい
③ 認知機能の低下に進展する危険性がある
④ 症状を伴う脳梗塞になる危険性が高まる

## ③ アルコールが関与する認知症の特徴

- ① 若者でも認知症の症状が認められることがある(アルコール関連認知症)
- ② 脳萎縮と脳梗塞の合併による認知症が多い
- ③ 気分障害や意欲低下、日常生活の動作の低下を伴うことが多い

## ④ アルコールが関与する認知症の3つのタイプと断酒の予後

- ① 大量飲酒が主原因の認知症(アルコール関連認知症):  
⇒ 断酒によって進行がストップし、長期的には改善する可能性がある
- ② 加齢による身体、認知機能の低下に、飲酒の急性(あるいは亜急性)の作用が加わった認知症: ⇒ 断酒によって飲酒の影響の部分はとれる
- ③ アルツハイマーなどによる記憶障害や脱抑制の上に、飲酒が悪影響した認知症:  
⇒ 断酒によって飲酒の影響の部分はとれるが、認知症は進行する

## 5 飲酒による「高齢者の心理」への影響

### 高齢者の「うつ病」と「自殺」と「飲酒」には、非常に密接な関係がある

高齢者は病気や配偶者との死別、退職などによる役割の喪失から、「うつ病」と「危険な飲酒」を同時に生じやすい。

高齢者のうつ病を伴うアルコール依存症は、複雑な経過を有し、社会適応を困難にさせ、自殺リスクを高める。

#### ① 高齢者が自殺に至りやすい要因

- ・心身の機能の衰えは、環境変化に適応する能力、対処能力を下げる
- ・孤独は環境への適応能力を下げる
- ・周囲からの拒否や攻撃は、苦痛をもたらす、自己に向かった攻撃(自責、自己嫌悪、自殺)へと導く
- ・乏しい人間関係は自殺の理由となる
- ・慢性の身体的疾患が増加すると、抑うつ症状になりやすく、自殺リスクが高まる
- ・脳卒中発作とその後遺症、外傷とその後遺症は、家族を疲弊させ、家族の介護能力を低下させ、家族をネガティブにさせる
- ・社会的サポートの乏しさと愛する人の喪失は自殺念慮を促進する
- ・長引く病気、経済的ストレス、人間関係上の問題、高齢者差別はうつ病と自殺のリスクである
- ・抑うつ症状と身体疾患、アルコール依存症が共存すると、悪い相乗作用を生じる

[例] 配偶者を失った人が抑うつ症状になり、その気分を和らげようと飲酒すると、一時的に不安や落ち込みがなくなる。このような気分が楽になる体験をすると、飲酒が持続し、量が増し、次のような問題が現れる。

- ① 配偶者の喪失による「抑うつ症状」の悪化



② 飲酒が原因で生じる、人間関係の悪化や経済的負担による「抑うつ症状」

③ アルコールの薬理作用による「抑うつ症状」

これら3つの「抑うつ症状」が重なり合い、自殺リスクを高める。

## ② 何故、高齢者の自殺は既遂率が高いか？

- ・ 病弱な傾向がある
- ・ 同伴者が少ないと、救出・救援される機会が少ない
- ・ 致死性の高い手段を選ぶ
- ・ 死への意図が強い

## ③ 孤独と自殺の予防

- ・ 情緒的サポート、愛と親密さは孤独の予防に重要である
- ・ 情緒的愛着への欲求、社会的関係(絆)への欲求を満たすことは、人々が孤独感に打ち勝つ助けになる
- ・ 個人、家族、コミュニティの絆を促進する
- ・ 危機を悪化させている問題を積極的に解決する。例えば、うつ病を治療すること、アルコール乱用や依存を治療すること、その人が最近の喪失に適応するようにサポートすることなど
- ・ 抑うつ症状や不安は断酒することにより改善することがある

### シュナイドマン 自殺予防の実践的方法—Schneidmanによる

- ・ その人が問題への実行可能な解決策を見出すのを助ける
- ・ 代案を示す
- ・ 希望があることを伝える
- ・ 生きる選択肢を増やす
- ・ 時間を稼ぐ
- ・ 以前に成功した対処方法を引き出す
- ・ その人を持続的に見守る
- ・ 積極的に関わる…友となり、世話を焼く
- ・ コミュニティーの資源の知識を利用する
- ・ 必要なら、入院する
- ・ 家族などの重要な他者を支援のために巻き込む
- ・ 援助者は、援助者のための必要な支援を受ける機会を持つ

# アルコールのスクリーニングと診断

## ①AUDITを使う場合

### WHOの推奨する **AUDIT** 〈飲酒のスクリーニングテスト〉

※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

- 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？(下記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

男性の4点以下、女性の3点以下の人はここで終了です。  
あなたは「危険の少ない飲酒」です

**1～3**の合計 =  点    **男性の5点以上、女性の4点以上の人は**4**に進んでください**

- 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、普通だと思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携わる人が、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

**1～3**の合計 + **4～10**の合計 =  点

〈ドリンク数の計算式〉  $\text{ドリンク数} = \text{アルコール度数}(\%) \times \text{アルコール飲料の量}(\text{ml}) \times 8 \div 1000$   
例 ●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  
… $(7 \times 500 \times 2 \times 8 \div 1000) + (6 \times 1500 \times 8 \div 1000) = 12.8$ ドリンク  
●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  
… $\text{アルコールの度数}(\%) \times 1 \text{ 瓶当たりの量}(\text{ml}) \div \text{飲み切る日数} \times 8 \div 1000 = \text{ドリンク数}$



## ②CAGEとICD-10を使う場合

### 基礎チェック **CAGE(ケージ法)** —EwingJAによる—

〈過去に次の経験がありましたか?〉

- 1 飲酒量を減らさなければならぬと感じたこと ……ある ない
- 2 他人があなたの飲酒を非難するので、気にさわったこと ……ある ない
- 3 自分の飲酒について、悪いとか申し訳ないと感じたこと ……ある ない
- 4 神経を落ち着かせたり二日酔いを治すために「迎え酒」をしたこと ……ある ない

2項目以上なら「アルコール依存症の疑い」  
**精密チェックへ!**

1項目でもあれば  
「危険な飲酒」  
**節酒が必要!**

### 精密チェック **ICD-10** (WHOによるアルコール依存症の診断基準)

〈過去1年間に次の事がありましたか?〉

- 1 飲酒したいという強い欲望や強迫感がある ……ある ない  
例：医師からの断酒、節酒の指示が守れない。  
飲酒運転を繰り返す。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、飲酒量などのコントロールが困難である ……ある ない  
例：朝から飲んでしまう。翌日に支障が出るほど遅くまで飲む。悪酔いや臓器障害を起こすまで飲む。  
予定していた飲酒時間や酒の量をオーバーしてしまう。
- 3 飲酒を止めたり、減らすと離脱症状が生じる ……ある ない  
例：発汗、手指の震え、吐き気、イライラなどの離脱症状があり、  
その不快さを避けようとして飲酒する。
- 4 耐性が生じる(酒量が以前より多くないと酔えなくなった) ……ある ない  
例：飲み始めた頃の1.5倍以上飲まないと最初の頃のように酔えない。
- 5 飲酒のために、他の楽しみや趣味が減ってきた ……ある ない  
例：飲んで酔っている時間が長く、飲酒中心の生活になっている。
- 6 明らかに飲酒が原因で有害な結果が起きているのを知りつつ飲む ……ある ない  
例：飲酒による肝障害などの身体の病気、飲酒による抑うつ気分などがある。

2項目までなら  
「危険な飲酒」

3項目以上なら  
「アルコール依存症」の強い疑い

**節酒が必要!**

**断酒のため専門医への受診が必要!**

1.四日市近隣の関係機関連絡先一覧

2014年11月現在

		名称	所在地	電話番号
精神科医療機関	アルコール専門	三重県立こころの医療センター(外来と入院)	津市城山1-12-1	059-235-2125
		かすみがうらクリニック(外来のみ)	四日市市八田1-13-17	059-332-2277
		おおごし心身クリニック(外来のみ)	津市久居明神町2157-4	059-255-7432
		国立病院機構 榊原病院(外来と入院)	津市榊原町777	059-252-0211
	一般	総合心療センターひなが	四日市市大字日永5039	059-345-2356
		多度あやめ病院	桑名市多度町柚井1702	0594-48-2171
		北勢病院	いなべ市北勢町麻生田1525	0594-72-2611
		東員病院	員弁郡東員町大字穴太2400	0594-76-2345
		大仲さつき病院	員弁郡東員町大字穴太2000	0594-76-5511
		水沢病院	四日市市水沢町638-3	059-329-3111
		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518	059-378-7107
一般医療機関	市立四日市病院 地域連携・医療相談センター『サルビア』	四日市市芝田2-2-37	059-354-1111	
	三重県立総合医療センター 地域連携室『かけはし』	四日市市大字日永5450-132	059-347-3519	
	四日市羽津医療センター 地域連携室『すずらん』	四日市市羽津山町10-8	059-331-6003	
	四日市医師会事務局	四日市市西新地14-20	059-352-9117	
相談・生活支援機関	四日市市保健所 保健予防課	四日市市諏訪町2-2	059-352-0596	
	四日市市社会福祉事務所 保護課	四日市市諏訪町1-5	059-354-8165	
	四日市市社会福祉事務所 介護・高齢福祉課	四日市市諏訪町1-5	059-354-8170	
	四日市市社会福祉事務所 障害福祉課	四日市市諏訪町1-5	059-354-8171	
	四日市市社会福祉協議会	四日市市諏訪町2-2	059-354-8144	
	三重県立こころの健康センター	津市桜橋3-446-34	059-253-7826	
	障害者相談支援センター『ソシオ』	四日市市大字日永5039	059-345-9016	
	障害者相談支援センター『HANA』	四日市市川島町1026-1	059-320-2761	
	法テラス三重(日本司法支援センター三重地方事務所)	津市丸之内34-5津中央ビル	050-3383-5470	
消防署	四日市市消防本部・消防救急課	四日市市西新地14-4	059-356-2004	
	四日市市中消防署	四日市市西新地14-4	059-356-2012	
	四日市市北消防署	四日市市富田二丁目4-15	059-365-5325	
	四日市市南消防署	四日市市大字塩浜187-3	059-345-0530	
警察署	四日市南警察署	四日市市新正5-5-5	059-355-0110	
	四日市北警察署	四日市市松原町4-32	059-366-0110	
	四日市西警察署	三重郡菟野町大強原3241	059-394-0110	
	※緊急時は110番通報する			

## 2.四日市の地域包括支援センター・在宅介護支援センター一覧

2014年11月現在

名称	所在地	電話番号
四日市市北地域包括支援センター	四日市市富田浜町26-14	059-365-6215
四日市市中地域包括支援センター	四日市市諏訪町2-2	059-354-8346
四日市市南地域包括支援センター	四日市市山田町5570-4	059-328-2618

	名称	担当地区	所在地	電話番号
北地域包括支援センター担当	富洲原	富洲原	四日市市富洲原町2-80	059-366-2600
	天力須賀		四日市市天力須賀4-7-25	059-361-5361
	ヴィラ四日市	大矢知	四日市市垂坂町8-2	059-363-2882
	羽津	羽津	四日市市羽津山町10-8	059-334-3387
	海蔵	海蔵	四日市市阿倉川町14-16	059-333-9837
	ハピネスやさと	八郷	四日市市千代田町325-1	059-366-3301
	諧朋苑下野	下野	四日市市西大鐘町1580	059-338-3005
	聖十字保々	保々	四日市市中野町2492	059-339-7788
中地域包括支援センター担当	富田	富田	四日市市富田浜町26-14	059-365-5200
	みなと	中央、港、同和	四日市市高砂町7-6	059-357-2110
	ユートピア	共同、浜田、久保田一・二丁目	四日市市久保田二丁目12-8	059-355-2573
	川島	川島	四日市市川島町4040	059-322-3613
	かんざき	神前	四日市市寺方町986-4	059-327-2223
	くぬぎの木	梶	四日市市赤水町1274-14	059-327-2267
	英水苑	桜	四日市市智積町34-1	059-326-6618
	陽光苑	三重	四日市市西坂部町1127	059-333-4622
南地域包括支援センター担当	橋北楽々館	橋北	四日市市京町15-26	059-334-8587
	しおはま	塩浜	四日市市医師大字塩浜栄町471-2	059-349-6381
	くす	楠	四日市市楠町北五味塚1450-1	059-398-2001
	常盤	常盤(久保田一・二丁目除く)	四日市市城東町3-22	059-355-7522
	日永英水苑	日永	四日市市大字日永5530-23	059-347-9977
	四郷	四郷	四日市市西日野町4015	059-322-1761
	うねめの里	内部	四日市市采女町字森力山418-1	059-348-3988
	南部陽光苑	河原田	四日市市河原田町2146	059-347-7336
	小山田	小山田	四日市市山田町5570-1	059-328-1814
水沢	水沢	四日市市水沢町西条1990-1	059-329-3553	

### 3. 四日市近隣の自助グループ一覧

2017年3月現在

	自助グループ	所在地	連絡先		
三重断酒新生会 北勢ブロック	桑名例会 ----- 桑名市総合福祉会館 桑名市常磐町5	第1,3火曜日 18:45~20:45	酒害相談員(宮崎) 059-397-3572  酒害相談員(後藤) 059-374-4277		
	四日市例会 ----- 四日市市楠福祉会館 四日市市楠町南五味塚60	第1,3木曜日 18:45~20:45			
	鈴鹿例会 ----- 若松公民館 鈴鹿市若松中2-3-8	第2,4木曜日 19:00~21:00			
	合同例会 ----- 四日市市楠福祉会館 四日市市楠町南五味塚60	第5木曜日 18:45~20:45			
	四日市市酒害相談 グループ灯 (ともしび)	四日市市総合会館 ----- 四日市市諏訪町2-2		第2,4日曜日 14:00~16:00	事務局(伊藤) 059-346-8946 事前に電話確認要
	AA(アルコホリック アノニマス) 三重グループ	四日市ミーティング会場 ----- 四日市市総合会館 四日市市諏訪町2-2		毎週水曜日 19:30~20:30 変更確認はホームページ参照	AA中部北陸 セントラルオフィス 052-915-1602

### 4. ネットワークで作成した主な介入ツール

	リーフレット	内容
治療へと結びつける介入・啓発用 お酒の飲み方をスクリーニングし、	・~あなたの飲み方は大丈夫?~ アルコールの自己診断チェック ・近隣のアルコール問題相談先(裏面)	・簡易スクリーニング(CAGE)と診断基準(ICD-10)により、 アルコール依存症の疑いや危険な飲酒を自己チェック ・一般医療や相談機関などでの初期対応に便利
	SBIRT(エスバート)の進め方 (医療・保健関連スタッフの指導用)	・多量飲酒者への簡易介入法(SBIRT)を解説したもの ・飲酒スクリーニング(S)から簡易介入(BI)、専門治療への 紹介(RT)まで、フローチャートにより解かりやすい
	・お酒の飲み方チェック ~不適切な飲酒から健康を守るために~ ・「節酒の進め方」「節酒日記シート」 ・「断酒の進め方」「断酒日記シート」 (患者実施用)	・SBIRT の実施にあたり活用する患者用リーフレット ・スクリーニングにより導かれた結果に応じ、節酒、または 断酒の進め方や各日記シートなどを用いる
予防啓発用 アルコール関連疾患の	・乳がんとアルコール ・赤ちゃんアルコール 胎児性アルコール症候群(裏面)	増加傾向にある女性・妊婦の飲酒への啓発
	・口腔・咽頭・喉頭がんとアルコール ・大腸がんとアルコール ・食道がんとアルコール ・肝臓がんとアルコール ・アルコールと心臓・血圧の病気 ・アルコールが脳に及ぼす影響	疾患別多量飲酒への啓発
	・外傷(けが)とアルコール	繰り返す外傷の原因になる多量飲酒への啓発

※問い合わせ先:ネットワーク事務局/市立四日市病院 地域連携・医療相談センター サルビア ☎059-354-1111

- 1) Arbore P: The Deadly Triangle: The Relationship Among Depression, Substance Abuse, Suicide and Older Adults. 2013. [http://www.uclaisap.org/slides/psattc/cod/2013/Q\\_The%20Deadly%20Triangle%20Statewide%20Conference%2010%2024%2013.pdf](http://www.uclaisap.org/slides/psattc/cod/2013/Q_The%20Deadly%20Triangle%20Statewide%20Conference%2010%2024%2013.pdf) 2014 12 23.
- 2) Baan R, Grosse Y, Coglianò V, on behalf of the WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group: Carcinogenicity of alcoholic beverages. Policy Watch, 18, pp292-293, 2007. <http://oncology.thelancet.com>
- 3) Blow FC, Barry KL: Treatment of Older Adults. Principles of Addiction In : Principles of addiction medicine. Fourth ed. (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds.), pp479-491, 2009.
- 4) Blow FC, Barry KL: Treatment of Older Adults. In: Principles of Addiction Medicine. Fifth Editions (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds.), pp541-554, American Society of Addiction Medicine Inc, Philadelphia, 2009.
- 5) Britton A, Singh-Manoux, Marmot M: Alcohol Consumption and Cognitive Function in the Whitehall II Study. Am J Epidemiol 160, pp240-247, 2004.
- 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.
- 7) Flemming MF, Manwell LB, Barry KL, Adams W, Stauffacher EA: Brief Physician Advice for Alcohol Problems in Older Adults A Randomized Community-Based Trial. The Journal of Family Practice, 48(5), pp378-384, 1999.
- 8) 平成24年度アルコール依存症臨床医等研修医師コース [http://www.kurihama-med.jp/training/pdf/ishi\\_no2\\_data\\_7.pdf](http://www.kurihama-med.jp/training/pdf/ishi_no2_data_7.pdf)  
松本敏史: アルコールと認知障害. 平成24年度アルコール問題の早期発見早期介入実践講座. 2012.
- 9) 樋口進: 「高齢者」にもたらす影響、病気、「高齢者」の苦悩. 飲酒依存症と予備軍, 猪野重朗, 高瀬幸次郎, 渡邊省三編, pp54-58, 永井書店, 2003.
- 10) 飲酒保健指導マニュアル研究会: 飲酒保健指導マニュアル. pp89-98, 社会保険研究所, 2003.
- 11) 関西アルコール関連問題学会: 介護現場でのアルコール関連問題Q&A. 筒井書房, 2009.
- 12) Kubota M, Nakazaki S, Hirai S: Alcohol Consumption and brain atrophy; A study of 1432 normal volunteers. J Neurosurgery & Psychiatry, 71(1), pp104-106, 2001.
- 13) Matui T: Effect of a Comprehensive Lifestyle Modification Program on the Bone Density of Male Heavy Drinkers. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34(5), pp869-875, 2010.
- 14) Matui T: Elevated Plasma Homocysteine Levels and Risk of Silent Brain Infarction in Elderly People. Stroke 2001 (32), pp1116-1119, 2010.
- 15) 松井敏史: 飲酒と認知障害. 平成22年度飲酒問題の早期発見. 早期介入実践講座—アルコール関連問題の基礎知識—, pp4-25, 久里浜アルコール小センター, 2010.
- 16) 松本俊彦: アルコールとうつ・自殺「死のトライアングル」を防ぐために—岩波ブックレットNo897, 2014.
- 17) NIAAA: Rethinking Drinking Alcohol and Your Health. <http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/WhatCountsDrink/HowMuchIsTooMuch.asp>
- 18) Paul CA, Rhoda MS, Fredman L: Association of Alcohol Consumption With Brain Volume in the Framingham Study. Archives of Neurology 65(10), 1363-1367, 2008.
- 19) Pompili M, Serafaini G, Dominici G: Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. Int. J. Environ. Res. Public Health, 7, 1392-1431, 2010. doi:10.3390/ijerph7041392, ISSN 1660-4601 [www.mdpi.com/journal/ijerph](http://www.mdpi.com/journal/ijerph), 2010.
- 20) ロバート・メイヤーズ, プレンダ・ウオルフ: CRAFT-依存症者家族のための対応マニュアル. (監訳: 松本俊彦, 吉田精次, 訳: 渋谷繭子), 金剛出版, 2013.
- 21) Ruitenberg A, Switen JC, Hofman A, Breteler MMB: Alcohol consumption and risk dementia: Rotterdam Study. The LANCET, 359, pp281-286, 2002. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
- 22) Saitz R: Medical and Surgical Complications of Addiction. Principles of Addiction In : Principles of addiction medicine. Fourth ed. (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds.), pp945-967, 2009.
- 23) 総務省統計局: 年齢3区分別人口の割合の推移. <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2013np/>
- 24) Taki Y, Goto R: Voxel-based morphometry of human brain with age and cerebrovascular risk factors. Neurobiology of Aging 25 (2004), 455-463
- 25) Taki Y, Kinomura S, Sato K: Both Global Gray Matter Volume and Regional Gray Matter Volume Negatively Correlate with Lifetime Alcohol Intake in Non-Alcohol-Dependent Japanese Men: A Volumetric Analysis and a Voxel-based Morphometry. Alcoholism: Clinical and experimental Research 30(6) pp1045-50, 2006.
- 26) U. S. Department of Health & Human Services, NIH, NIAAA: Helping Patients Who Drink Too Much-A Clinician's Guide. [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/cliniciansguide2005/clinicians\\_guide.htm](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/cliniciansguide2005/clinicians_guide.htm)
- 27) 吉田精次, ASK: CRAFT—アルコール・薬物・ギャンブルに悩む家族のための7つの対処法. アスクヒューマンケア, 2014.
- 28) 吉野相英: 老年期の飲酒問題. 医学の歩み, 222(9), pp712-716, 2007.
- 29) ゆずりは岳文: アルコール関連問題への早期介入プログラム: HAPPY. 医学のあゆみ, 222(9), pp728-732, 2007.
- 30) Zgierska A, Flemming MF: Screening and Brief Intervention. Principles of Addiction In : Principles of addiction medicine. Fourth ed. (Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R eds.), pp267-279, 2009.

### 「四日市アルコールと健康を考えるネットワーク」について

1996年発足の三重県アルコール関連疾患研究会の活動を基盤にした、アルコール専門病院と四日市市内の3つの公的総合病院との連携を経て、2009年10月、四日市市保健所、地域包括支援センター、職域健康管理センターが加わってネットワークをスタートさせました。

さらに、四日市医師会、四日市市消防署、四日市薬剤師会、四日市の3警察生活安全課などの参加を得て、広く地域全体に輪を広げ、アルコール関連問題の啓発やアルコール救急への対策に向けて地域連携の強化に努めています。

---

制作・発行：四日市アルコールと健康を考えるネットワーク  
(事務局)  
〒510-8567 四日市市芝田 2-2-37  
市立四日市病院 地域連携・医療相談センター内  
TEL:059-354-1111 FAX:059-354-2214

発行日：平成29年3月(第2版)

---