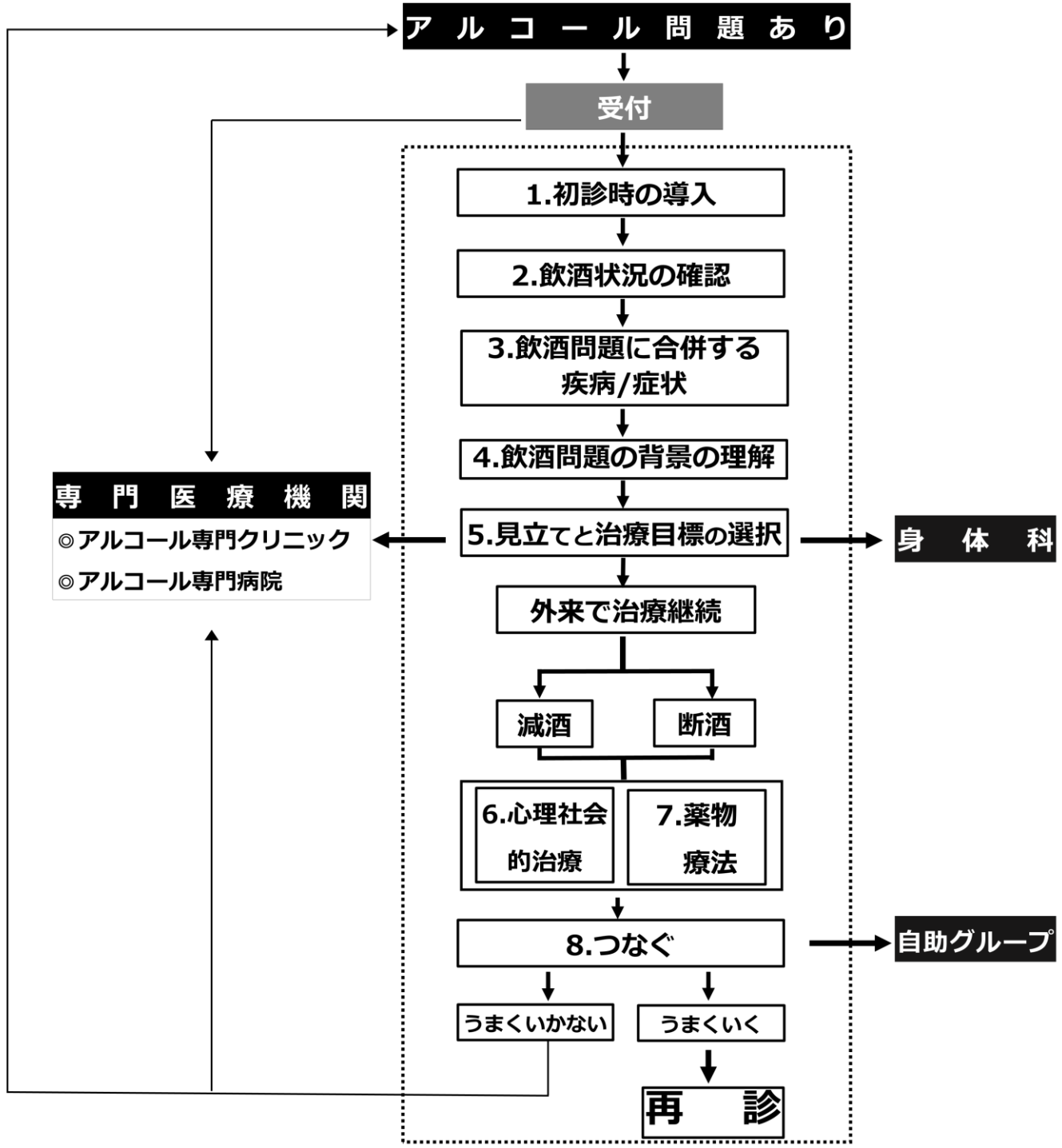
アルコール診療マニュアル


アルコール問題あり
受付
1.初診時の導入
2.飲酒状況の確認
3.飲酒問題に合併する疾病/症状
4.飲酒問題の背景の理解
5.見立てと治療目標の選択
外来で治療継続
減酒
断酒
6.心理社会的治療
7.薬物療法
8.つなぐ
うまくいかない
うまくいく
再診
専門医療機関
◎アルコール専門クリニック
◎アルコール専門病院
身体科
自助グループ

１． 初診時の導入

①アルコール患者を診る視点

②関係性の構築

③本人の困りごとを聴く

1.初診時の導入

①アルコール患者を診る視点

- 酒の問題を認めたくない〈否認〉があることを念頭におく
- やめたい/やめたくない、なんとかしたい／でも来たくない等両価的な感情があることを念頭におく
- 家族・職場・地域社会から、叱責・偏見・軽蔑・批判などを受けてきている可能性を考慮する
- 依存症のみならず、急性アルコール中毒、酩酊による問題も多いことを念頭におく。
- 本音で話せない、正直に話せないことがあることを念頭におく
- 周囲への不信感と同時に、自分をだめな人間と思っている可能性がある

１．初診時の導入

①アルコール患者を診る視点

②関係性の構築

③本人の困りごとを聴く

②関係性の構築

- 基本は対立しない見方・聴き方をする
- 来たくなかった思いも受け止め、来院したことを評価し、敬意をもってかかわる
- 治療者自身のネガティブな態度や視線でかかわることは避ける
- 丁寧に本人の話を聴き、味方であることを共有する
- 本人が回復の希望をもてるように治療者はVerbalにもNon-verbalにも「つながり」をつくっていく。
- 依存症の精神病理・発症背景に関する共感的理解をもつ

１．初診時の導入

①アルコール患者を診る視点

②関係性の構築

③本人の困りごとを聴く

③本人の困り事を聴く

- ファーストクエスチョンは「何がお困りで来ましたか？」と困りごとをたずねる
- 来院の経緯・理由・困りごとを確認しながら、本人の語るストーリーを聴く
- 本人に「理解してもらえた感じ」が生じやすくなるように、感じているであろう感情や思いを言語化して返す。

２． 飲酒状況の確認

①AUDIT・問診票・鑑別診断補助尺度を活用する

②現病歴（飲酒問題）を聴く

2.飲酒状況の確認

① AUDIT・問診票・鑑別診断補助尺度を活用する

◎但し、診療スタイル・診療時間、患者への負担などとのかねあいもあり、必ずしも活用にはこだわらない

- AUDITはWHO作成のScreening test (10問構成)により「アル コール使用障害重症度」を把握する

- 問診票を活用し、患者の現状把握をする
（患者の疾病自覚を促し、アルコール関連問題に気づかせることもできる）

- うつ症状、不安症状を確認する。鑑別診断補助尺度をもちいてうつ 病や不安障害の鑑別診断に役立てる
例）うつ病自己評価尺度(SDS)、STAI不安尺度

２．飲酒状況の確認

①AUDIT・問診票・鑑別診断補助尺度を活用する

②現病歴（飲酒問題）を聴く

2.飲酒状況の確認

② 現病歴（飲酒問題）を聴く

- 治療者として、見立て／仮説を立てながら聴く
- 治療継続のポイントとなる困りごと(接点)を探す
- ただ問題を聞くだけではなく、アルコール（以下AL）を使ってよかったこと（メリット）／よくないこと（デメリット）も聴く
- 飲まないとやっていられなかった苦労を織り込んで話を聴く
- 話したがらないこと（酒にまつわるトラブルなど）は無理に聞かない
- 現病歴はエピソード（物語）として聴く。

３．飲酒問題に合併する疾病/症状

①精神科合併症状

②身体合併症

③情動/心理状態の把握

３．飲酒問題に合併する疾病/症状

①精神科合併症

- 精神症状とAL使用との関係をみる。
- 不眠・うつ・不安症状などがALによる二次障害かどうか目安をつける。
- 減酒/断酒すると劇的に改善するうつは二次性うつ病である可能性が高い。
- 気分障害・不安障害・発達障害・統合失調症との合併は少なくない
- 睡眠の問題を扱うことは重要。不眠との関係をみる
- アルコール離脱せん妄・ Wernicke脳症でも認知機能低下・幻覚／妄想状態を呈する。認知症・統合失調症との鑑別をみる
- 断酒／減酒で精神症状は軽減することを共有する
- 飲酒には、自己治療 (self-medication) の側面もあることを念頭におく
- 経過をみて診断を再考する

３．飲酒問題に合併する疾病/症状

①精神科合併症状

②身体合併症

③情動/心理状態の把握

３．飲酒問題に合併する疾病/症状

②身体合併症

- 長期(5年以上)の多量飲酒で臓器障害が発生することを念頭におく。
- 血液検査の結果があると内科的問題は伝えやすい。
- 多量飲酒とは一日平均純アルコール男性60gr以上－女性で40gr以上である。

◎(健康日本21)：純アルコール量 ＝ 酒量 x 濃度 x 比重0.8）

- 脳萎縮/脳機能障害/末梢神経障害をみる

（繊細さの低下・易怒などに見られる脳機能低下、下肢を中心とした痺れ・歩行困難などに見られる末梢神経障害など）

- 肝臓障害をみる（多量飲酒により、脂肪肝→肝炎→線維化→肝硬変へとすすむ）
- 飲酒が原因（増悪因子）になる疾病をみる：慢性すい炎・糖尿病・高血圧症などの循環器疾患、脂質異常症、高尿酸血症、FAS/FASDなど
- 妊婦の飲酒は厳禁である

:FAS(Fetal Alcohol Syndrome),FASD(Fetal Alcohol Spectrum Disorder)

- 様々な癌の発生率を高めることを念頭におく
- 慢性飲酒がもたらす低栄養と下痢・嘔吐に伴って低カリウム血症を併発したことによる起立困難、歩行困難も好発症状。放っておくと致死性不整脈に至ることを念頭におく

３．飲酒問題に合併する疾病/症状

①精神科合併症状

②身体合併症

③情動/心理状態の把握

３．飲酒問題に合併する疾病/症状

③情動/心理状態の把握

- 飲酒問題の悪化につながる、怒りなどの情動や心理状態を把握する
- 精神依存～飲まずには居られない理由・背景をみていく
- 情動が不安定になっていないか、把握する
- 再飲酒の内的引き金は何か、把握する

4.飲酒問題の背景にある問題を理解する

①現在の状況（家族・ストレス）を把握する

②原家族と生い立ちを把握する

4.飲酒問題の背景にある問題を理解する

①現在の状況（家族・ストレス）を把握する

１）現在の家族状況を把握する

□ 現在の家族関係

ー家族構成、家族図、関係性（協力的／葛藤的／拒否的/共依存的等）など

□ 現在の家族問題

ー別居/離婚問題、暴力、貧困、家族の病気、子どもの問題など

２）ストレス要因を把握する

□ 家庭内でのストレス

□ 職場、仕事におけるストレス

□ 対人関係上のストレス

□ 生活場面などでのストレス

4.飲酒問題の背景にある問題を理解する

①現在の状況（家族・ストレス）を把握する

②原家族と生い立ちを把握する

4.飲酒問題の背景にある問題を理解する

②原家族と生い立ちを把握する

- 親の飲酒問題、原家族の問題など
- 生い立ちにみられる、心理的問題や情緒的な問題の特徴
- 小児期逆境体験、愛着障害、PTSDなど

※1　小児期逆境体験：親による侮辱、暴言、暴力、性的虐待、ネグレクトの他に、家族の誰　からも大事にされていない、家族同士の仲が悪い、誰も守ってくれない、などの体験)

- 初診では「深掘り」しない

※2　心理/社会的背景を推察してゆく。今日までの成育史を共感的に聴くことは大切である。一方で、患者が逆境的生育歴に直面する準備ができていないならそこに触るのは慎重を要する側面もある。

5．見立てと治療目標の選択

①治療継続を重視する

②見立てをする

③治療目標の選択

5．見立てと治療目標の選択

① 治療継続を重視する

- 基本は、Open Questionで意向を尋ねる選択肢を提示してYes/Noで答をきくClosed Question は避ける
- 性急に断酒を提案することは避ける
- 丁寧に問題意識を聴き、本人なりの対応や工夫を聴き、少しずつ疾病教育・ 心理教育を行い、本人の動機づけの状況を見ながら介入する
  (※問題意識がない場合、誰が困っているかを聴きながら)

5．見立てと治療目標の選択

①治療継続を重視する

②見立てをする

③治療目標の選択

5．見立てと治療目標の選択

②　見立てをする

□ 診断する

- DSM-5　アルコール使用障害　参照：軽度・中等度・重度の区別あり
- ICD-10　アルコール依存症候群　参照
- AUDIT：0～7点は low risk, 8点以上はアルコール使用障害,16点以上は moderate, 20点以上はsevere

□ アルコール問題の背景にある気分障害・不安障害を見逃さないようにする

□ 気分障害・不安障害の背景にあるアルコール問題を見逃さないようにする

□ 回復の方法や見通しを話し、今後の治療目標の選択を一緒に考える

５．見立てと治療目標の選択

①治療継続を重視する

②見立てをする

③治療目標の選択

５．見立てと治療目標の選択

③　治療目標の選択

- 本人の現状認識、および意志を確認する
- 治療継続 (通院中断回避：外来につなげる）の視点を確認する

１）断酒を選択する場合

- 断酒の先にあるよりよい人生に切り替えていくイメージを共有する
- 本人なりに考えている断酒のための工夫を尋ねて、実現方法を共有する
- 治療者として、再飲酒は起こるものという前提で関わる
- 断酒開始日を設定する。断酒日記を活用する方法もある

２）減酒を選択する場合

- 本人の意志や方法を尊重し、目標を確認する。
- 治療者として、飲酒コントロールはそう簡単ではないという前提で関わる
- 再診時に減酒経過をうかがい、評価したり褒めることで動機付けを促す。減酒日記を活用する方法もある

６．心理社会的治療

①治療への動機付け

②回復への見通しを立てる

③疾病教育・心理教育

④家族への対応・自助グループとの連携/紹介

６．心理社会的治療

①治療への動機付け

－問題を自覚／認識できるようにする

- 当初は抵抗や否認があるので、「問題の自覚や認識」を求めすぎない。
- 「自分の飲酒をどうしたいか」、能動感を回復できるように援助する。
- 自分の問題を理解するために、客観的なデータ(血液検査・AUDIT・心理検査・等)からみた自分の相対的な位置/状況を一緒に確認する。
- 本人なりに工夫した飲酒記録方法があれば、先ずはそれを用いる。
- 断酒日記／減酒日記などを援用する方法もある。
- 処方薬を用いて受診継続の動機付けにする方法もある。

６．心理社会的治療

①治療への動機付け

②回復への見通しを立てる

③疾病教育・心理教育

④家族への対応・自助グループとの連携/紹介

６．心理社会的治療

②回復への見通しを立てる

- 自分は「どうなりたいか？」「もともとどうなりたかったのか？」の言語化を促し、受診動機に沿った回復の見通し/イメージを提案/共有化できるようにしていく
- 視覚的ツールを活用する（肝機能、脳機能や、回復のイメージ図など）
- 当初は本人流でよい。「できる」感覚が芽生えるようにすることを念頭におく。
- 行動変容の段階モデルとして「変化のステージモデル」を確認する:

  参考： 前熟考期→熟考期→準備期→行動期→維持期

６．心理社会的治療

①治療への動機付け

②回復への見通しを立てる

③疾病教育・心理教育

④家族への対応・自助グループとの連携/紹介

６．心理社会的治療

③疾病教育・心理教育

- 確認する・褒める・評価するとともに、疾病に関する知識提供も含めた心理教育を行う
- 疾病教育関連Webサイトを利用する
- 離脱症状、コントロール障害などの疾病教育や、飲酒に対する認知行動療法などに対応したワークブックを活用する
- 飲酒行動に替わる新しい行動をサポートする
- 飲酒欲求を誘発するHALT (Hungry, Angry, Lonely, Tired) を避ける
- 「自分を知る・自信を高める・新たな課題を知る」ことを念頭におく

６．心理社会的治療

①治療への動機付け

②回復への見通しを立てる

③疾病教育・心理教育

④家族への対応・自助グループとの連携/紹介

６．心理社会的治療

④家族への対応・自助グループとの連携/紹介

- 回復の主体である本人から、（家族抜きで）話を聴く
- 「本人・家族同席」は重要かつナイーブであることを念頭におく
- 同席か別かは、決定をまずは依存症者本人にゆだねる
- 同席面接は家族関係を把握する絶好の機会である
- 振り回されている家族の心情を汲み支援の意思を伝える
- 家族だけの通院もあり、家族の自助グループもあることを伝える
- 自助グループの情報を整理しておき、自助グループと連携する

7. 薬物療法

① 薬物療法の施行には本人の意思確認が不可欠であることを念頭におく

② 離脱期の薬物療法

③ 離脱期の後も情動の安定化を図る薬物療法を継続させる

④ 精神科合併症にはそれぞれの薬物療法を行う

⑤ 再発防止の薬物療法

7. 薬物療法

①薬物療法の施行には本人の意思確認が不可欠であることを念頭におく

- 薬物療法に際しては、回復を求める患者の気持ちをエンパワーする　ように処方する

7. 薬物療法

① 薬物療法の施行には本人の意思確認が不可欠であることを念頭におく

② 離脱期の薬物療法

③ 離脱期の後も情動の安定化を図る薬物療法を継続させる

④ 精神科合併症にはそれぞれの薬物療法を行う

⑤ 再発防止の薬物療法

7. 薬物療法

②離脱期の薬物療法

- 離脱症状の第一選択薬はBZD（ 半減期の長いジアゼパム等）。BZD使用を避けて抗てんかん薬(フィコンパ・バルプロ酸)・抗精神病薬(アリピ・リスペリドン)を優先する向きもある
- 身体治療を行う。精神科通院の動機付けとしても利用する
- アルコール性脳器質障害なら神経ビタミン(B1)等を投与する
- 電解質補正・神経ビタミン補充・身体合併症治療に意を用いる
- 断酒薬/減酒薬の投与は本人の同意が絶対条件。副作用の説明をする

7. 薬物療法

① 薬物療法の施行には本人の意思確認が不可欠であることを念頭におく

② 離脱期の薬物療法

③ 離脱期の後も情動の安定化を図る薬物療法を継続させる

④ 精神科合併症にはそれぞれの薬物療法を行う

⑤ 再発防止の薬物療法

7. 薬物療法

③離脱期の後も情動の安定化を図る薬物療法を継続させる

- 断酒/減酒後も情動不安定がつづくことを念頭におく
- 飲酒渇望状態に伴う感情の易怒性・易刺激性、不眠・不安、睡眠障害、情動不安定性なども診ていく

7. 薬物療法

① 薬物療法の施行には本人の意思確認が不可欠であることを念頭におく

② 離脱期の薬物療法

③ 離脱期の後も情動の安定化を図る薬物療法を継続させる

④ 精神科合併症にはそれぞれの薬物療法を行う

⑤ 再発防止の薬物療法

7. 薬物療法

④精神科合併症にはそれぞれの薬物療法を行う

- うつ病・統合失調症・パニック障害などの併存症にはそれ相応の薬物療法を行う
- 二次性のうつ病は断酒・減酒だけで相当症状が改善する
- 断酒/減酒の継続には睡眠/情動の安定が不可欠である
- 抗うつ薬・抗不安薬・精神病薬・気分安定薬・抗てんかん薬・漢方薬などを用いる
- 眠剤としてトラゾドン・ミアンセリン・クエチアピン CPZ・LPも使われる
- 易怒性・情動不安定にはバルプロ酸・抑肝散が効奏することもある

7. 薬物療法

① 薬物療法の施行には本人の意思確認が不可欠であることを念頭におく

② 離脱期の薬物療法

③ 離脱期の後も情動の安定化を図る薬物療法を継続させる

④ 精神科合併症にはそれぞれの薬物療法を行う

⑤ 再発防止の薬物療法

7. 薬物療法

⑤ 再発防止の薬物療法

- アカンプロサート（レグテクト）は、「アルコール依存により亢進したグルタミン酸作動性神経活動を抑制することで飲酒欲求を抑える」とされる

- ナルメフェン処方には関係学会が主催するアルコール依存症の診断と治療に関するe－ラーニング研修が必要である

（※ナルメフェン薬剤算定研修E-ラーニング　https://gakken-meds.jp/alc/）

- 抗酒剤（嫌酒薬）処方に際しては、飲酒した場合の反応を説明しておく

（「抗酒剤管理投薬契約書」を本人と家族と主治医で交わす方法もある）

8. つなぐ

①再診につなぐ

②後期離脱による脱落をふせぐ

③ 必要に応じて、身体科・社会資源・自助グループなどに　つなぐ／情報提供する

④専門医療機関へつなぐ

8．つなぐ

①再診につなぐ

- 断酒／減酒にこだわりすぎず、患者の困りごとに焦点をあて、次回診察につなげる
- アルコール使用障害は治療的視点として「長く治療関係を継続させる」「つなぐ」ことが治療の土台となる
- すべての職種がケースワークの視点をもつことを念頭におく
- 生活がどう成り立っていて、どんな経済状態で治療にかかっているのかみる
- 治療者は敬意をもって本人の行動を評価し（褒めて）、本人を承認する
- たとえ断酒/減酒目標を達成できなくても、出来たところに焦点をあてて褒める
- 小さな成果でも拾って、つないでいくことを念頭におく

8. つなぐ

①再診につなぐ

②後期離脱による脱落をふせぐ

③ 必要に応じて、身体科・社会資源・自助グループなどに　つなぐ／情報提供する

④専門医療機関へつなぐ

8．つなぐ

②後期離脱による脱落をふせぐ

- 断酒後数ヶ月～数年は後期離脱症状(渇望・情動不安定・等)の可能性に注意する
- 後期離脱症状が出現すると、患者は戸惑い、再飲酒、脱落となる場合があるので、心理教育で伝えておく
- 治療者側も後期離脱症状の存在を知っておく。（急に患者の態度や訴えが変わり、戸惑ったり、時間がない時などは押し問答になり関係性が壊れることがある）
- 職場の上司や家族が脱落防止の鍵であることを念頭におく。
- 脱落要因は種々ある。こまめな診察で観察し、努力や成果をとりあげてほめながら対処すべき問題点を拾っていく。
- 断酒後数ヶ月～数年は後期離脱症状(渇望・情動不安定・等)が出現することがあり、患者は戸惑い、再飲酒・脱落につながり易いので、前もって教育し、治療スタッフに連絡/お守りの頓用薬(ロラゼパム等)の使用など、ができるようにしておく。

8. つなぐ

①再診につなぐ

②後期離脱による脱落をふせぐ

③ 必要に応じて、身体科・社会資源・自助グループなどに　つなぐ／情報提供する

④専門医療機関へつなぐ

８．つなぐ

③必要に応じて、身体科・社会資源・自助グループなどに　つなぐ／情報提供する

- 関係機関/自助グループ等の資料を用意しておく
- 日頃から顔の見えるネットワークをつくっていく
- 使える制度を知っておく
- Webの自助グループの存在を知らせていく
- SBIRTSは国のアルコール健康障害対策推進計画・第２期 にも位置づけられている連携技法の一つである

8. つなぐ

①再診につなぐ

②後期離脱による脱落をふせぐ

③ 必要に応じて、身体科・社会資源・自助グループなどに　つなぐ／情報提供する

④専門医療機関へつなぐ

8．つなぐ

④専門医療機関へつなぐ

- 次につながるまでの待機期間が長くなるほど、予約キャンセル率は高くなることに留意する

1）専門クリニック

- 専門病院への入院を必要とする場合以外は、専門クリニックの利用対象となる
- 専門クリニックでは離脱期治療からリハビリテーションまでを行っている

2）専門病院への入院

- 専門病院入院の対象は、振戦せん妄・幻覚妄想状態・その他のアルコール性精神障害・通院困難・などの場合である。
- 退院後の見通しをもつ－専門クリニックや回復施設での通院リハビリ等

3）身体科の紹介

- 重篤な身体合併症では、まずは身体科に紹介するのが妥当である
- 紹介する場合は、関係性の継続を担保する。「紹介される」＝「見捨てられる」という感覚にならないよう注意する