

項目	施策(●)・ 取組(○)	現状	課題・問題点	求められる施策等
3 健康診断及び保健指導				
(1) 地域における保健指導での減酒支援の普及				
市町村における健康診断及び保健指導	○ブリーフインターベンション(SBIRT) ●健康日本21 ●健康増進事業	<p>◆AUDIT15点以上の男性34%、女性54%が断酒/節酒を望んでいる。一方で、医療機関や健康診断で節酒指導を受けていない人が多い。若者に多く見られる機会大量飲酒は深刻に捉えられていない(断酒、節酒希望者が少ない)。(尾崎、第2回)</p> <p>◆減酒支援が32%の飲酒量低減効果を生み、メタボ対策にも有効という研究結果。(杠、第2回)</p>	◆地域の(大量)飲酒者本人は、研修会、講習会になかなか参加しない。せいぜい配偶者の参加まで。(杠、第2回)	
(2) 職域における保健指導での減酒支援の普及				
企業における健康診断及び保健指導	○ブリーフインターベンション(SBIRT)	<p>◆職域での研究で、15分間2～3回のブリーフインターベンションで1年後に32%の飲酒量低減効果。しかも4合/日程度の健康リスクの極めて高い飲酒者ほど効果が現れやすい。減酒支援がメタボ対策にも有効という研究結果。(杠、第2回)</p> <p>◆飲酒が職場内外の懇親の場、営業や交渉の場で有効活用。職場のストレス、飲酒に甘い職場風土が問題飲酒者の飲酒を助長する。一方で、めり張りある飲酒風土は問題飲酒の抑止効果になる。(廣、第4回)</p> <p>◆うつ病の発症は長時間残業よりも飲酒頻度と相関が強いという報告がある。溶接工で飲酒者は非飲酒者に比べて産業事故を起こす割合が4倍という外国の報告がある。(廣、第4回)</p> <p>◆健診結果をもとにした保健指導は事業者の努力義務。大企業中心に保健師等によりなされてきた。アルコール依存で休業した職員に対する職場復帰支援マニュアルはできている。飲酒問題の深刻化した例については、専門家に繋ぐ流れはある。産業保健のよりどころは労働安全衛生法であり、労災事故と飲酒問題などとの関連が出ると対策を進める上で説得力がある。(廣、第4回)</p>	<p>◆就業者におけるアルコール依存/乱用は作業効率(on-the-job work performance)を低下。労災事故との関連。メンタルヘルス不調にアルコール関連問題の並存。他の精神疾患、精神障害との合併。精神障害の労災認定の背後にアルコール問題が潜む可能性。医療機関を受診したか否かの確認まで行う事業所は少ない。(廣、第4回)</p> <p>◆特定健康診査で飲酒量、頻度の調査が行われていても、その情報が有効に活用されていない。(杠、第2回)</p> <p>◆依存症者が会社の健康診断で見逃される。(見城、第2回)産業保健が多量飲酒者の個別事例を医療につなげるに至らない。(田邊、第4回)要精密検査となっても効果的な介入ができていない。(猪野、第4回)</p> <p>◆健康診断は、ミニ人間ドッグではない。健診の事後措置としての保健指導は義務ではなく努力義務レベル。事後の(アルコール)保健指導の実施率についてデータはない。指導を行っているのは問題意識の高い産業医、保健師のいるところに限られている。(廣、第4回)</p>	

項目	施策(●)・ 取組(○)	現状	課題・問題点	求められる施策等
4 アルコール健康障害に係る医療の充実等				
(1) 節酒指導(SBI)				
医療機関における節酒指導(SBI)の普及	●健康日本21 ○ブリーフイン ターベンション (SBIRT)	<p>◆AUDIT15点以上の者で65%が過去1年以内に医療機関を受診しているが、節酒の助言を受けた者は29%。(尾崎、第2回)</p> <p>◆内科医がアルコール依存症と診断はしているが、精神科の専門医療に受診になかなか結びつかない。AUDIT20点以上でも5人に1人位。内科における節酒指導は、栄養指導に結びつけて栄養士が行っているが、行っていない病院がほとんど。(堀江、第2回)</p> <p>◆NASHでは中等量の飲酒でもリスク増大。糖尿病患者に対して行う節酒指導が効果を現すと150万人位?の患者が減る。食道がん、大腸がん、膵炎などのリスク低減にも適正飲酒が重要。(堀江、第2回)</p>	<p>◆社会のアルコール依存症への偏見、医師のアルコールの患者への拒否感、嫌悪感が(早期発見・早期治療の)対策を遅らせている。(猪野、第2回)</p> <p>◆入院適用前の介入、再入院に対する対策が必要(堀江、第2回)</p> <p>◆多くの病院では栄養指導の中でも節酒指導はほとんど行っていない。AUDIT12点程度の飲酒問題には無関心の医師が多い(堀江、第2回)</p> <p>◆日本のBIの研究事業は遅れている。とくに医療機関におけるエビデンスが十分でない。(杠、第2回)</p> <p>◆アルコール問題のある糖尿病患者、肝障害患者への節酒指導などは院内で行われていない。(片岡、第4回)</p>	
(2) 救急医療				
救急医療における必要な連携		<p>◆三重県の四日市市では、消防、警察、総合病院と連携。救急隊や警察含めシンポジウムを行うなど、アルコール患者を救急現場で救い上げる取組。(猪野、第2回)</p>	<p>◆夜間などに酩酊した患者への対応を現場は怖い思いをしながら取り組んでいる。アルコール救急の体制整備は二次予防のモチベーションを高めるにも必要。(猪野、第4回)</p> <p>◆地域の連携システム、治療体系が確立されていない。(大槻、第2回)</p>	
(3) 一般医療と専門医療の連携				
一般医療と専門医療の連携		<p>◆アルコール関連臓器障害が200万人程度、通院は3万人程度と推計。(堀江、第2回)</p> <p>◆総合病院では外来患者のうち、男性2割、女性1割に依存症の疑いあり。(猪野、第2回)</p> <p>◆一般医療機関の医療従事者にあるアルコール依存症に対する忌避感情。(猪野、第2回)(西原、第2回)</p> <p>◆極端に低いアルコール依存症の専門医療受診率。プライマリケア医から専門医療への紹介が少ない。早期に自助組織にも紹介を。アルコール依存症を診療する専門医が500人程度?と少ない。(大槻、第2回)</p> <p>◆総合病院にはアルコール依存症疑い者の受診が多い。アルコール依存症と早期専門治療への介入は一般医療機関が大きな役割を担う。「アルコール医療委員会」などの設置が望ましい。アルコール依存症を受け入れる専門医療機関や専門医の増加が望ましい。(片岡、第4回)</p>	<p>◆精神科や心療内科を紹介するのは困難。(堀江、第2回)</p> <p>◆内科、外科で医師とつながっても、本人が自己否認し、家族まで情報が伝わらない。(西原、第2回)</p> <p>◆プライマリ医が専門医療に紹介することが少ない。回復に自助グループが欠かせないとの考え方が普及していない。アルコール依存症に対する偏見。(大槻、第2回)</p>	