

アルコール健康障害対策関係者会議（第19回～第22回）において出された御意見等

総論、重点

- ・国民に分かりやすく、「我がこと」と感じられるような計画内容とするべき。
- ・インフォグラフィックスを用いるなど、計画のキーとなる部分を、文書だけでなく、わかりやすく示すべき。
- ・第二次基本計画では、項目ごとに、主語を明確にするか、末尾にカッコ書きをするかのどちらかの方法で、その対策を担当する省庁及び課室を明確にするべき。都道府県推進計画でも、約半数の自治体が明記している。
- ・飲酒量、飲酒形態、年齢、性別によってどのような飲酒リスクがあるのか、より具体的に分かりやすくガイドライン等を示し社会全体の理解を促進するべき。
- ・切れ目のない支援の具体策としてSBIRTSを打ち出し、それを可能にする「地域連携」「医療連携」「多機関多職種連携」が図られるような計画内容にするべき。
- ・女性と高齢者のリスクに焦点を当てるべき。

学校教育

○学校教育等での推進

- ・家庭も巻き込んだ対策を推進するべき。
- ・アルコールの健康への影響について、小学生、中学生でももっと積極的に取り上げるべきではないか。特に、妊娠中の胎児への影響、女性ならではの影響、若者ならではの影響について解説が必要ではないか。
- ・飲酒問題の背景については、中学生からしっかり背景について理解し、セルフケアの意識を高めていく必要があるのではないか。
- ・高校では、飲酒する友人に対する助言方法などについて触れる必要があるのではないか。
- ・治療・支援方法に関することについては、小学校、中学校、高校と全てにおいて一貫して、相談など行動化できるようなライフスキルと社会資源の情報が必要。
- ・アルコール関連問題の教えるべき内容（到達目標）を学年ごとに整理し、公表するべき。
- ・学校の依存症教育では回復者体験談を聴く機会を推奨するべき

○大学における取組の現状・課題

- ・大学の取組は、イッキ飲み防止、アルコールハラスメント、飲酒運転の防止等の「危機管理型」が多いが、リスク飲酒に関わる指導や啓発（ビンジ飲酒による事故や性・生殖に関する問題、生活習慣病のリスクを高める飲酒の量やアルコール依存や肝疾患以外の健康障害など）等「基本法・基本計画準拠型」も進めていく必要がある。
- ・学生支援の取組み状況に関する調査（H29 独立行政法人日本学生支援機構）によると、国

立大学に比べて短大とか高専の取組みがやや遅れている。

- ・大学の呼び掛けが届かない学生層にどう働き掛けていくのかが課題
- ・上回生に対する教育機会が相対的に少ない。
- ・若い時代に無茶苦茶な飲み方を覚えてしまうと、社会人になってからもリスクが高い飲酒行動を取る傾向がある。若者のときの教育が重要。
- ・大学における飲酒問題に対するさらなる実態調査、分析が必要。
- ・大学でのベストプラクティスをほかの大学に広げるため、意見交換、情報共有、教材の共通開発など、各大学の責任者が集まる場が必要。
- ・大学生の飲酒に関する調査方法が確立しておらず、手法の開発が必要。
- ・大学生における問題飲酒スクリーニングを検討するべき。

○大学における具体的な取組

- ・飲酒に係る問題を安全対策、ハラスメント防止対策として明確に位置づけ、「学生生活の手引」への記載等を進めるべき。
- ・実際の回復者による大学等へ啓発が有効
- ・イッキ飲み防止キャンペーン等の啓発ポスターの掲示を進めるべき
- ・危険なお酒の飲み方（お酒のエナジードリンク割り、など）に関するリスクについて啓発をするべき。
- ・大学新生を対象とした入学時オリエンテーション時の取組（アルコールパッチテストの実施、啓発チラシの配布）が有効ではないか。
- ・全1回生を対象に、被害防止（下級生）の観点、加害防止（上回生）の観点から前後期に分けて授業を実施することが有効ではないか。
- ・DVD「STOP!アルコールハラスメント」等を活用した個別の授業の実施
- ・サークル等の課外授業における取組として、学生団体における飲酒監督担当者設置の義務付け、サークルリーダーに対する研修、飲酒に関する意思表示を明確・容易にするための「学生コンパバッジ&シール」の配布の取組を行っている事例がある。
- ・学部や教職員間で問題認識に温度差があり、教職員を対象とした講習が必要。

普及啓発

○普及啓発の対象

- ・女性、高齢者に向けた啓発を強化すべき。
- ・メディア関係者に対する飲酒に関する正しい知識を啓発すべき。
- ・地域に根ざした民生委員や包括支援センターなどに啓発すべき。
- ・アルコール依存症である従業員に対する企業、産業医の認識の向上を図るべき

○普及啓発の内容

- ・飲酒のガイドラインを明確にするべきではないか。「不適切な飲酒」として、飲んではいけない状況での飲酒（20歳未満、妊産婦、運転前など）、依存症や生活習慣病につながるリスクのある習慣飲酒（男性1日40g以上、女性20g以上）、事故や犯罪につながるビンジ飲酒（1回に60g以上）の3つをあげ、低リスク飲酒として（男性1日20g未満、女性・高齢者・お酒に弱い人は半分程度）をあげる。
- ・低リスク飲酒の指標、リスクを高める飲酒の指標、ビンジ飲酒の指標をわかりやすく伝えるべき。女性や高齢者は分解により時間がかかり害を受けやすいことも伝えるべき。
- ・性別、年齢、体格、顔が赤くなる等の体質等に応じた啓発など身近に感じられるような啓発をするべき。
- ・国民の関心が高いがん等の生活習慣病リスクに関する啓発をすすめるべき。

○普及啓発の手法

- ・ホームページの文言等を一般の国民に分かりやすく平易な言葉にするべき。
- ・著名人を活用した依存症の啓発を行うべき。
- ・発達障害やLGBTなどの団体と連携した啓発を行うべき。

医療の充実

○医療機関等の関係機関の連携について

- ・ 今後のアルコール依存症対策の重要な施策として、スクリーニングから簡易介入、専門医療への紹介、自助グループへの紹介までの関係機関の連携体制（SBIRTS）の展開を推進すべき。このような連携を推進するための診療報酬の加算などが重要ではないか。
- ・ かかりつけ医の社会的機能の一環として、専門医療との連携を推進すべき。
- ・ 地域のアルコール専門病院と一般医療機関のネットワーク化により、内科医の関わりが増え、紹介しやすくなる効果があるが、実際の患者の受診につなげるためには、継続的な交流、講習会が必要。
- ・ 依存症は、うつ病や自殺企図、生活習慣病、飲酒運転等と関連することから、精神科医、内科医、総合病院、救急病院等と専門医療機関との連携を推進すべき。また二次医療圏ごとの連携体制づくりをすすめるべき。
- ・ 依存症専門医療機関、相談拠点は二次医療圏ごとに1つ以上を目安に整備するべきではないか。
- ・ 専門医療や自助グループへつながるルートについての調査をするべきではないか。
- ・ 自助グループ（断酒会、AA）への参加、入会で、予後や長期予後が全然違ってくる。このため、一般医療機関と専門医療機関の連携と併せて自助グループの活用が必要。
- ・ 勤務先である職域から専門医療機関につなぐ取組が効果的ではないか。
- ・ 医療機関連携体制を進める上で、減酒や断酒についての判断目安など、エビデンスを積み上げつつ、ガイドラインが必要なのではないか。
- ・ 医療機関連携について、まずは依存症の患者が集まり、肝硬変の成因としてアルコール性の比重がより高まっていると考えられる肝臓病の専門医に対して啓発を進めるのが現実的ではないか。糖尿病・高血圧患者にも依存症併存例は多い（特に難治なケース）ので学会での啓発活動も有効ではないか。
- ・ 依存症専門医療機関スタッフが、地域に出向いて、アルコールパッチテスト、アルコール手帳等のツールなどを活用して出張相談を行うほか、県内の保健所に連携を提案し健康障害対策ネットワークを構築する取組を行っている事例もある。
- ・ 精神科のコメディカルなどアルコール依存症の関連スタッフを一般医療機関や保健所等に派遣して、アルコール対策や自殺対策への関与を高めると、アルコール関連障害対策、自殺対策に有用である。
- ・ 医療と福祉、警察、司法等との連携モデルの収集、普及が必要ではないか。

○一般医療機関（専門医療機関以外の医療機関）での役割について

- ・ 診療所や内科などで、アルコールの問題を持つ患者はかなり多い。
- ・ 飲酒量をゼロに近づけたほうが良いという研究が多く出てきており、プライマリケア医や内科医、一般の精神科クリニックが早期に初期対応として、飲酒量を減らす取組をし

ていく必要性が高まっている。

- ・ 医師の間でも、喫煙に関しては厳しいが飲酒に関しては寛容な面がある。すべての科の医療者がアルコール関連障害の知識を持てるよう啓発することが必要。
- ・ 一般医療機関での簡易な減酒低減介入の例として、飲酒日記による介入法があり、減酒効果がでている。宴会に行く回数が毎週だったのを月に1回にするようなイメージ。
- ・ アルコール依存症の方は、いきなり専門医療機関には行かないことが多い。まず一般医療機関で対応し、そこで専門医療機関について説明すれば、患者さんが納得して専門医療機関に行ってくれる確率も高まるのではないか。
- ・ 飲酒量低減薬は減酒治療に有効であるが、全例に効果があるわけではなく、心理社会的治療との併用など正しい知識の普及、研修が必要。
- ・ 内科医等が研修を積んで、アルコール対策の第1段階を担当するという流れを作るべき。
- ・ 一般医療機関において多職種（医療ソーシャルワーカーや栄養士など）の連携が重要であり、このような医療従事者に対する研修が必要。
- ・ 依存症等に関する研修をきっちり受けていれば、プライマリケアの医者も専門医も、減酒効果がそれほど変わらなかったというデータもある。また、比較的軽度の場合は、プライマリケアの医者のほうが意外とうまくいったというデータもある。
- ・ 多くの診療所において、すでにニコチン依存症を診ており（保険による禁煙治療）、アルコールだけが特別ではないことを認識するべき。また、全国で保険による禁煙治療を行っている医療機関数が17196(2020年4月25日現在)にのぼっているのは、適切な診療報酬上のインセンティブがあるからではないか。
- ・ 肝臓専門医を受診する頃には手遅れになる例が多く、一般かかりつけ医にこのような状況を啓発するべき。
- ・ 一般医療機関等での早期対応によるアルコール関連問題を予防することが、結果的に医療費削減につながるのではないか。

○精神科における依存症対応について

- ・ 精神科医・精神科スタッフの中には依存症への誤解、陰性感情を持っている人が多い。うつ病で受診するケースにアルコール問題を持つ患者が多いので、こうした患者への支援の実施により成功体験を得ることが誤解、陰性感情の解消につながるのではないか。
- ・ 積極的治療の阻害要因としては診療所の問題、患者側の問題、医療供給体制の問題、それから社会的問題、家族側の要因がある。
- ・ 医療者への支援として、研修会、コメディカルが活躍できる経済的基盤、実効性のある治療法の確立等が挙げられる。
- ・ 家族の生活・健康を考えた支援が必要であり、家族が来て対応した場合の医療機関への支援も必要。

○総合病院での取組

- ・ 依存症者の多くは、総合病院の救急を受診しており、総合病院入院中に介入して専門医

療機関との「架け橋」をつくることが重要。

- ・例えば、総合病院に専門医療機関から「お酒のもんだい相談外来」を設置することが効果的。これにより、相談件数の増加、ドクターとの関係もできていて専門医療機関に紹介しやすいこと、状態が悪くなったときに総合病院での受入れがスムーズになること、研修医・看護スタッフ・リハビリスタッフへの教育（誤解や陰性感情を減らす）等の効果がある。月に2回の設置でも効果がある。
- ・総合病院において外来を設置する場合は、トリートメントギャップを埋めるために受診のハードルをとにかく低くすることで、キャンセル率も低くなり、主治医とのディスカッションがしやすい、動機づけをしやすいなど効果的かつ効率的。一方で財源の確保が課題。
- ・総合病院に常勤の精神科医を配置するべき。

相談支援

○精神保健福祉センターにおける取組

- ・都道府県計画の整備により、依存症相談拠点が増加し、相談件数が増加傾向にある。
- ・精神保健福祉センターが依存症相談拠点になることにより、実施するメニューが明確となり、依存症対策自体が強化される。また、依存症対策の意識が高まる。
- ・広域研修により、依存症対策の底上げ、依存症相談・支援の均てん化・技術向上を図る必要がある。
- ・精神保健福祉センターは、相談業務の増加に加え、普及啓発や連携会議等の企画調整業務が増えており、量的・質的な体制強化が必要。
- ・精神保健福祉センターは、自助グループや家族会、回復施設などと定期的に連携会議をしたり、相談活動やイベントを協働して行なうなど、緊密な連携を図ることが望まれる。地域に自助グループや家族会がない場合は、発足をサポートする支援が必要。

○保健所での取組

- ・保健所は、草の根的に地域で網の目を張っており、職域（企業）や介護（高齢者）などに入り込むルートが多いことから、効果的な啓発が可能。
- ・保健所では、食中毒予防講習会などの他の分野において保健師が中小企業に出向いて講習を行っている。こうした講習の場を活用して、産業医がいない中小企業に対して減酒支援のミニ講習会を行うことができる。
- ・お酒の講義はなかなか参加者が集まらないことが多く、保健所による出前講義など出向いて話を聞いてもらう場を増やすべきではないか。
- ・アルコール問題は保健所においても重要な問題と認識はしているが、後回しになっている現状があり、人材育成や人材確保が必要。中長期の関与が必要な課題でもあり、後任の育成など好事例の収集、展開を行うべきではないか。
- ・アルコールに関する問題対応に当たっては、地域包括ケア、精神障害者に係る地域包括ケアなど既存の医療、介護、福祉の地域連携を活かすことにより、保健所の人材確保という課題を一定程度カバーできるの可能性もある。

○保健所におけるミーティング事業の実施

- ・保健所主催のミーティングは、自助グループにいきなり行くより参加しやすい。その場に自助グループの方もいるので、自助グループにつながっていく方もいる。医療機関や相談員の方も行政がやっているということで安心して紹介してくれる。
- ・保健所は身近な相談機関であることから、地域の特性を最も把握できる立場を活かし、その地域にとってふさわしい依存症支援のコーディネーターとして期待される。
- ・アルコール以外の様々な依存症の方を受け入れると、一定数の人数を確保しやすい。事業を通じて、異動が多い支援者、医療機関もグループ支援の経験や依存症を学ぶ機会となり力量形成の場になる。

- ・事業継続により、新たな自助グループ、家族会の立ち上げ、更生保護施設での薬物ミーティングの実施、依存症の回復プログラムの実施機関の増など、地域の変化が起きている事例もある。特に、へき地で医療機関など他の社会資源が乏しい地域では「底上げ」をする牽引者として保健所が大いに期待される。
- ・つどいの場や自助グループにつながらない方も多く、グループ支援だけではなく個別支援も必要。

○職域での取組

- ・産業保健分野での取組を一層強化すべき。
- ・職域での対策の意義として、専門スタッフからのメッセージ、介入、サポートが非常に届きやすいことや、女性の社会進出が進む中で、女性の問題飲酒者に対しても働き掛けがしやすいことがある。
- ・職場では退職しない限りフォローアップがずっとできるため、様々なモデル事業の可能性はある。うまくいった例は同業他社で水平展開しやすい。
- ・職域に対する介入（事業場への出前教室など）は、退職後早期の依存症の発症予防にもなる。
- ・産業医の観点からも、精神科には紹介しにくい場合に、内科とかプライマリケアに紹介できることは有用。例えば、産業医資格更新のための講習カリキュラムにSBIRT(S)を取り入れてはどうか。
- ・依存症などの方が職場で問題を起こしても健康管理部門にはつながりにくい。飲酒に甘い風土が多く職場にある。また、健康管理部門につながっても、そこから先の専門医療機関につながりにくい。
- ・日本産業衛生学会において「アルコール依存症例の職場復帰支援マニュアル」を策定しているが余り広がっていない。
- ・中小企業等の事業主がアルコールを含めた健康経営を推進することが必要。地域の地域産業保健センター、各都道府県産業保健総合支援センターにおいてアルコール問題を取り上げるよう働きかけるのも1つの方法。
- ・依存症全般の偏見の除去を、社会全体、企業、健保組合等でやっていかないと、なかなかカミングアウトができない。
- ・職場の人事担当者や管理職、産業保健に携わる専門家を含め職場にある偏見を解消していくことが重要。
- ・「保険者の役割」として、特に飲酒問題が多い可能性のある「協会けんぽ」など保険者が産業保健スタッフの手薄な中小零細企業への訪問指導を強化するのも重要。
- ・問題飲酒者の簡易スクリーニング（AUDIT-C）を特定健診で必須項目化するべきではないか。
- ・企業と連携して推進している健康局のスマート・ライフ・プロジェクトにアルコールを加えるべき。

対象者に応じたアルコール健康障害対策

○家族のアルコール問題

- ・アルコールの害というのは、当事者だけではなくて周囲への害が非常に大きいことから、家族を含めた形での回復という観点からも、治療のガイドラインがあるとよい。
- ・特に減酒をしている場合には、お酒の量は減っていてもDVや飲酒運転などの家族への影響が減っているのかどうか注意すべき。その上でDVや飲酒運転などの害については別の手当てをするべき。
- ・国際的に、依存症の場合でも多量飲酒の場合でも、他者に対する影響を診断において相当考慮していく方向にあり、我が国でもその整理に従うべき。
- ・アルコール依存症の家族、特に子どもへのアプローチの強化が必要
- ・飲酒者からの被害（Second-hand harm、Harm to others）について、日本は研究が十分になされておらず、現状も把握されていないため、調査研究を行うべき。

○女性のアルコール問題

- ・女性の飲酒に着目した対策を重点的に講じるべき
- ・女性のリスクが高まる飲酒は男性の半分であり、低リスク飲酒も半分であることを伝えるべき。
- ・産科医において、胎児性アルコールスペクトラム障害（FASD）が知られていない。医学教育の強化や、産科学会、母子保健分野への啓発強化をするべき。
- ・胎児性アルコール症候群はお酒をやめることで100%予防が可能だが、妊娠に気が付いたときからでは遅い場合があることをデータに基づき周知徹底する必要がある。
- ・胎児性アルコール症候群について、妊娠の可能性のある人たちに対して、保健所等で早い段階での教育、啓発を行う必要がある。
- ・女性のアルコール依存の場合、アルコール以外の、クレプトマニアや拒食、DV、トラウマの問題も対応が必要なケースが多い。
- ・日本におけるFASDの実態がわかっておらず、患者調査や死亡統計で病名が上がっていない。医療機関の受診や診断にもつながっていないと考えられる。まず、FASDの実態を明らかにすることが必要。
- ・女性のアルコール依存、問題飲酒に社会的に弱い立場の人も含まれており、通常の啓発や情報提供だけでは依存を予防することは難しい可能性がある。早期に気づき、治療や支援（日常生活の支援も含めた）につながるシステム作りが重要。
- ・女性が飲酒することによる女性特有の健康リスク（乳がん、月経への影響など）についてあまり知られておらず啓発を強化するべき。

○高齢者のアルコール問題

- ・精神保健福祉センターにおいても高齢者のアルコール関連の相談が増えている。

- ・ お酒をやめるために必要なことは、仕事を続けること、子どもや配偶者など家族がいること、断酒会など何かやりがいがあること。人間関係をうまく保つことがお酒をやめるには重要であり、孤立している高齢者に関わりを持っているかということが大事。
- ・ 飲酒量を調節すること等は、一時的効果はあるが、また同じ状況が繰り返される。根本的な解決にはアルコール依存症の問題を認識した上で、対応することが大事。
- ・ 単身者だけでなく、同居家族のあるケースについても、家族全体のサポートを視野に入れた生活レベルへの介入を重視した支援が必要ではないか。
- ・ アルコール依存症の断酒率は年齢とともに良くなる傾向がある。久里浜の調査では、認知機能の低下があるかないかは関係なく、高齢者はおしなべて断酒率が高かった。
- ・ 高齢者のアルコール問題を考える上で、治療すれば比較的良くなりやすいということを確認すべき。
- ・ アルコールの病名だけで医療機関に忌避されて弾かれてしまうことがあり、受け入れることができる医療機関を増やすべき。
- ・ 認知症の中には断酒によって認知機能が改善する人が多い。認知症対策の観点からもアルコール依存症の治療を捉えるべき。

(介護部門とアルコール対策の連携)

- ・ 高齢化社会になって、介護とアルコール対策との連携ニーズは増えてくると考えられる。
- ・ 介護部門（ヘルパー、訪問介護、訪問看護）から、アルコールを飲まれている単身高齢者に関する相談が保健所に入ってくることが多い。
- ・ 高齢者の介護現場における飲酒問題に関するアンケート（H17 関西アルコール関連問題学会）によると、回答者の8割が何らかのお酒の問題に遭遇している経験を有している。回答者の3割は、サービスの提供が困難になった、更に1割は中止した経験を有していた。
- ・ 介護分野の関係者に対しては、基本的にアルコール問題の知識の習得、研修が必要。また、高齢者や認知機能の問題がある場合であっても、専門医療機関での治療を受けることで回復が可能であることを知ってもらって連携を図る必要がある。

人材の育成

○人材育成

- ・援助職の OJT では集合研修だけではなく、e-Learning と地域での「ネットワークづくり」を兼ねた研修会を両方やる方式がいいのではないか。
- ・国レベルの研修は、「地域連携」「医療連携」「多機関多職種連携」を促進することを主眼とした研修、各地域での研修会を運営する人材育成などのより高度な研修に役割分担すべきではないか。
- ・集合研修は、ワークショップを中心にして、行政が中心になって事例検討会などを行うと、力も上がって、顔なじみができ地域のネットワークも作ることができる。
- ・地域の連携体制作りに必要な人材育成のプログラムを作成すべき。
- ・医療従事者の多くがアルコール健康障害のことを知らない。医学生や産科医に対するアルコールに関する啓発、情報提供、教育を推進すべき。
- ・医学教育、コメディカル教育、初期臨床研修などにおいて自助グループ参加を必須とするべきではないか。
- ・一般かかりつけ医に対しても医師会の生涯学習や教育研修システム等と連携し、アルコール健康障害に関する研修機会の確保や情報共有等を進めるべき。
- ・精神保健福祉領域だけではなく、社会福祉士、看護職に対するアルコール関連問題への教育を推進すべき。
- ・医療従事者等への研修についてガイドライン等を示すべきではないか。
- ・国家試験におけるアルコール関連問題のあり方を検討すべき。
- ・人材育成は、関連学会、職能団体と連携して実施するのが効果的ではないか。
- ・専門職教育における、国が示すモデルカリキュラム、コアカリキュラムに依存症に関する知識だけではなく、連携して支援する方法もしっかり示す必要がある。
- ・大学病院において、オールラウンドな精神科医の育成の観点から、依存症を診療できる精神科医の養成を推進すべき。

不適切な飲酒誘引の防止

○民間事業者の取組に係る国際的な動き

- ・国連ハイレベル会合で採択された宣言では、アルコールの有害な使用の低減、未成年者飲酒に対する対策における民間部門の貢献が求められている。
- ・酒類業界のグローバルな取組みとして、IARD*において、未成年者飲酒の低減、マーケティング業界自主基準の強化・展開、消費者への情報開示促進と責任ある製品開発、飲酒運転の低減、有害な飲酒の削減に向けた飲食店等を含む小売業界の協力獲得、の5つの分野の取組みを2013年からコミットしている。
（*世界の大手酒類メーカーで作る責任ある飲酒のための国際連盟）
- ・2018年からはデジタル媒体に関する世界的なルール作りを広告業界 Facebook やインスタグラム、ツイッターといったプロバイダーと組んで開始をしている。

○酒類業界における広報、宣伝（自主基準）について

（自主基準について）

- ・昭和63年に広告・宣伝及び酒類容器の表示に関する自主基準を定めて、その遵守、不断の見直しを実施している。
- ・例えば、妊娠中や授乳期の方に対しては、お酒の容器に赤枠表示を必ず記載したり、清涼飲料水等との誤認防止のためのマークの表示等を定めており、広く認知されている。
- ・平成28年度の改定では、テレビ広告において25歳未満の者を広告のモデルに使用しない、喉元を通る「ゴクゴク」などの効果音は使用しない等の改正をしている。

（広報等に係る課題）

- ・ストロング系酎ハイ9%500mL缶を2本飲むと、摂取純アルコール量は72gであり、30度泡盛の量に換算すると1.7合に当たる。ストロング系の酎ハイは非常に飲みやすく、それほど飲んでいる意識はなくてもかなりのアルコール量を摂ってしまうことがある。
- ・飲酒を誘引するポスターやコマーシャルが多く、依存症の当事者や家族にとって、本当に辛くテレビが見られないという人が多くいる。
- ・お酒を持ってにこっとしているポスターは依存症当事者にとって飲酒の引き金になってしまう。
- ・妊婦向けの表示は文字が小さいので、海外の事例のようなビジュアル表示にするべきではないか。
- ・公共交通機関で、例えばトレインチャンネルでは動画の自主規制といっても静止画面がパラパラ動く形になっていたり、あるいは駅の通路などの空間がお酒の広告だけに占められたり、ポスター1枚といっても駅丸ごととてつもなく巨大になっていたりしている。こうしたものの自主基準についても更新するべき。

○酒類業界における啓発等の取組

- ・他の依存症に比べて、アルコールの場合は先発でいろいろな経験を積み重ねてモデルになるので今後の取組が期待される。
- ・適正飲酒等の啓発に向けた各種キャンペーン等として、20歳未満者飲酒防止に係る「STOP!20歳未満飲酒キャンペーン」、女性の飲酒に焦点を当てた「ほど酔い女子PROJECT」、飲酒運転防止、不適切な飲酒防止に係る啓発などを実施している。
- ・酒類の製造又は販売を行う事業者においては、業界自主基準の制定・遵守、適正飲酒等の啓発、酒類販売管理者研修による販売管理者への教育の実施の3つの軸を中心に、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に努めることとしている。
- ・全国小売酒販組合中央会は、20歳未満飲酒防止・飲酒運転撲滅全国統一キャンペーンを行っており、今後とも規模の拡大を図ることとしている。
- ・アルコール健康障害対策推進基本計画の中で、酒類販売管理研修の受講を強く促すと明記されたことが大きな後押しとなり、酒類販売研修の受講の義務化が実現している。
- ・法改正以前、受講者の割合は27%だったが、平成29年に酒類販売管理研修の受講が義務化され、現在の受講率はおおむね100%と大きく改善している。引き続き効率的な実施に努めるべき。

○高濃度のアルコール飲料

- ・RTD (ready to drink。蓋を開けてすぐにそのまま飲める飲料) のアルコール度数は、5%前後から、ストロングと呼ばれる7%以上の高アルコール商品に市場が移りつつある。
- ・清涼飲料水並みの価格で販売されるRTDについての調査によると、60代を除く全ての世代が、1年前と比べRTDを自宅で飲む機会が増えたと回答しているほか、初めて飲む酒として若者からも支持されており、高RTD市場は今後も伸長することが予想されている。
- ・東京消防庁管内における急性アルコール中毒搬送人数の推移をみると、男女ともに年々増加傾向にある。平成30年の年代別・男女別に見ると、圧倒的に20代の搬送者が多く、また女性が半数を占める。

○アルコールの販売

- ・人件費の高騰や、人手を補う手段として、無人レジを導入する動きが加速しており、未成年者飲酒に十分な配慮が必要。
- ・大学の合宿で民宿などではお酒を出さなくなっている一方で、宅配などが増えており実態把握や啓発などの対応が必要ではないか。
- ・値引きの原資となるリベートの在り方、清涼飲料水並みに安い酒類の価格の見直しを図ることなどが必要ではないか。
- ・RTDのアルコール飲料については、例えば9%の500mLだと相当なアルコール量になってしまうので、節度ある適度20gを超えないぐらいの容量で、缶の大きさを検討するべきではないか。
- ・飲酒量が増えすぎないような価格の設定等のあり方を検討するべきではないか。

飲酒運転

○飲酒運転問題

- ・飲酒運転の原因としては、倫理的な規範意識の欠如のほか、アルコール依存症の特性から生じるとするデータもある。
- ・昼間の飲酒運転、飲酒の濃度などのデータを踏まえた啓発を検討すべき。
- ・飲酒運転の啓発対策事例として、飲酒事故の当事者や被害者による実体験等に基づいた講話を行う事業、積極的に飲酒運転対策を行っている事業所を「飲酒運転根絶対策優良事業所」として認定する制度などがある。
- ・子どもを通じた啓発事例として、小学生に対して飲酒運転の危険性を伝えること、文科省と連携して小学校 6 年生の保健体育の授業で飲酒運転の内容について取り上げること、子供から親へ飲酒運転根絶に向けたメッセージを書いてもらって親に手渡してもらうこと、等の取組みがある。
- ・適正飲酒に関する自治体と警察署との覚え書きを締結している事例がある。具体的には、警察署が飲酒絡みの事件、事故で対応した関係者で、アルコール依存の治療を希望する者に対して、市の保健相談センターの連絡先を記載した相談カードを公布し、市側は、訪れた相談者に対して医療機関や自助グループを紹介し、断酒に向けた支援を行うもの。
- ・航空業界における飲酒問題への取組をすすめるべき。

○飲酒運転に係る条例について

- ・飲酒運転防止関連の条例については、大分県、宮城県、沖縄県、福岡県、岡山県、三重県、北海道、和歌山県の 9 都道府県で制定されている。
- ・飲酒運転条例に基づく受診について、再犯者の受診率はまだまだ決して高くないのが現状。また、アルコール依存症というのは否認の病気で受診率がなかなか上がらない。
- ・隠れた依存症の人の早期発見、早期治療に向けて、一つのきっかけにするためにも、飲酒運転をした者の受診率の向上は重要。
- ・三重県では、診察の具体的な手順や診断補助のためのスケール等を収載した「飲酒運転違反者への診療マニュアル」を整備している。
- ・飲酒運転対策に係る指定医療機関の調査(H30)によると、受診者の 42%がアルコール依存症あるいはその疑い。直近のデータ(H31)では、約 7 割がアルコール依存症あるいは依存症の疑いといった調査結果が出ている。
- ・免許取り消しになった場合でも、病院や自助グループに行くとき車が運転できなかったら行けないという課題がある。
- ・飲酒運転に係る指定医療機関の検査の受診費用について、アルコール依存症疑いの診断名が付かないと健康診断など自費扱いの診療になっており何らかの具体的なインセンティブが必要ではないか。

民間団体、自助グループ

○自助グループの課題

- ・断酒会の会員数はこの20年来ずっと減少している。自助グループ活性化のためには、専門医療機関、一般医療機関、行政相談機関との連携体制の構築、積極的なアウトリーチを進めることが重要。
- ・アルコール依存症者自身が年齢、性別、病気の種類等で多様化しており、それに応じての自助グループの活動、時間、集まり方、例えば女性だけの例会を行うことや託児付きの例会を行うこと等の検討も活性化のためには必要。
- ・地方で交通が不便、曜日・時間が合わない、高齢なので出られない、など自助グループへのアクセス改善が課題。他の地域の成功例を共有する取組を進めるべき。
- ・新型コロナウイルス感染症によって集会が難しいことから、オンラインでの活動への支援を検討するべき。
- ・オンラインの活用は、ミーティングだけでなく、病院のミーティングとオンラインでつながり体験を話したり、大学の授業で自助グループを紹介したり、一般公開でオープンスピーカースミーティングをやったり、断酒スクールを開催したり、さまざまな試みが行なわれており、リアルなミーティングの補足として、コロナ後も十分使えるのではないかと。
- ・オンラインの活用は、自助グループがない遠隔地からの参加、雪に振り込められる地域での冬季の活用、自宅から出られない人の参加、若者への入り口的な活用、イベントでの併用など、さまざまな活用法が考えられる。
- ・高齢者の課題として、健忘症によりプログラムが受けられないことなどがある。
- ・回復支援施設には、近年は、統合失調等の別の精神疾患がある方、クロスアディクションの方が増えている。発達障害、ADHDなどによりプログラムが深く入らないことが見られる。
- ・依存症の人もいろいろで、支援方法もいろいろである。ワークブックスタイルとか、自助グループとか、様々なめぐり合う場が作られていくことが重要。
- ・高校生でも毎晩のようにお酒を飲んでしまうとか、問題行動が現れてしまうという者が結構いる。未成年者も自助グループなどにつなげることはできないか。
- ・アルコール依存症の方の多くは自助グループにつながっていない。自助グループがなかったら支援が進まないのだから、受け皿としての自助グループの支援に力を入れるべき。

○自助グループの周知

- ・自助グループの人数が横ばいであるのは、認知度の低さが関係しているのではないかと。
- ・自助グループの専門的な用語を多くの人には分からないので、一般の人に分かりやすく説明することも重要。
- ・医療機関がアルコール依存症の人にAAなど自助グループを紹介する場合、その場で電話をかけて直接話してつなぐという方法もあるのではないかと。

調査研究

- ・ 機会大量飲酒の実態についての定期的な把握
- ・ 監察医務院のデータの活用（死亡者の血中濃度のデータ）は考えられないか。
- ・ 若者の飲酒に関する全国規模の定期的なモニタリング手法を開発する必要がある。
- ・ 本計画に盛り込まれ、実施している施策の有効性を検証する調査研究が必要ではないか。

その他

○アルコール肝硬変等の傾向について

- ・ 肝硬変で死亡する例もまだ多いが、肝硬変の治療が進歩してきたので、肝癌になって死亡する例が増加傾向。
- ・ 肝硬変におけるアルコール性の割合、アルコール性肝硬変患者数いずれも増加傾向。
- ・ アルコール性肝硬変の高齢化が進んでいる。
- ・ 肥満や糖尿病、合併症がベースにあると、比較的少ない飲酒でも肝硬変に到達する傾向にある。
- ・ 30年、40年平均して純アルコール摂取量が1日10g減ると5年ぐらい肝硬変になるのが遅れるといわれており、減酒を進めることが重要。
- ・ 肝移植もアルコール性が増加しており、肝移植になれば莫大な費用もかかる。こういう症例をどう減らすかが重要。
- ・ 経験例では、内科と併診しているアルコール依存症者で、断酒期間が延びると、アルコール性肝硬変CP分類でC（重症）→B（中等症）やB→A（軽症）、時にはC→Aと改善するケースも散見される。
- ・ 肝細胞癌もアルコール性が増加している。