

## アルコール健康障害対策関係者会議(第24回) 議題に関する質問等

### ○第1期アルコール健康障害対策推進基本計画の評価について【資料2関係】

No	委員名	内容
1	金城委員	(○第1期計画の評価、2段落目)「20歳未満の者や妊産婦の飲酒リスクに関する普及啓発や不適切な誘引防止などの取組により、」とありますが、これらの取り組みによって、その後の文章にあることが起こったという因果関係は証明できていないと思う。「アルコール健康障害の予防に係る重点課題に関しては、20歳未満の者や妊産婦の飲酒リスクに関する普及啓発や不適切な誘引防止などの取組が行われ、20歳未満の～」ぐらいの表現の方が良いように思う。
2	小松委員	第2期計画に向けた課題 …(略)このため、第2期においては、特に以下に関する取組を強化すべきである。 ・女性、高齢者、家族に着目したアルコール健康障害に関する取組 ・純アルコール含量表示と連動した飲酒量についての正しい知識の分かりやすい啓発 ・早期発見、早期対応の促進と、それによる受療率向上のための関係機関の連携促進に関する取組 ・職域におけるアルコール健康障害に関する取組 ・高濃度アルコール飲料への取組 ・自助グループの活性化に関する取組 第2期計画においては、第1期計画の取組のさらなる推進を図るとともに、新たな課題等に数値目標の設定も含めて適切に対応することが求められる。(略)
3	堀井委員	○医療関連の事業において、5ヶ所の基幹施設のモデル計画は有意義であった。今後は、一般医、専門医、関連福祉組織、当事者(グループ)、家族・民間の協力団体を含めた、相談、医療、アフターケアの一貫したモデル計画が期待される。
4	辻本委員	○生活習慣病を高める飲酒が女性では目標が達成できていない現状を鑑み、その要因と対策を行うべきである。 「高濃度のリキュール類が好まれている現状と女性の多量飲酒量について分析する必要がある」

5	辻本委員	<p>○切れ目ない支援が行われていないために、トリートメントギャップ解消が進んでいないために今後多くの課題がある。そのためにはアルコール依存症受診者数の数値目標を重点項目に入れて欲しい。</p> <p>「アルコール依存症者が普遍的に専門治療に受診できるように、トリートメントギャップの解消に努める。5年後にはアルコール依存症者の30%（現状の3倍程度）が依存症の専門治療を受け入れられるようにさらなる連携をはかる」</p>
6	辻本委員	<p>○アルコール健康障害対策推進計画や推進計画が制定されているが、政令指定都市、中核市、市町村での実効性には地域差があり、現場での対応が充分になされているとはいえない。今後、市町村レベルへの周知だけでなく、その地域にあった対応が必要と考える。</p> <p>「アルコール健康障害対策が、対人サービスを行っている市町村にいきわたるように更に周知を行い、地域包括ケアシステムの構築を進める」</p>
7	辻本委員	<p>○妊娠中の飲酒をなくす目標では、妊娠が判明した時点までに飲酒しているとFASD（胎児性アルコールスペクトラム障害）の危険性がある。このことについて国民に周知し、100%予防できるFASDについて妊娠の可能性のある人の飲酒をゼロにする目標に変更すべきである。</p> <p>「妊娠中、および妊娠の可能性のある人の飲酒をゼロにする」の文言を変える</p>
8	今成委員	<p>各自治体が計画策定の効果として述べているので、ぜひ評価に入れてほしい。</p> <p>○都道府県で計画を策定するにあたり、地域の関係機関と関連行政部署が一堂に会して話し合うことで、現状の把握や課題が明らかになり連携が進んだこと。</p> <p>○多くの自治体が、計画の進捗や見直しを継続して討議する場（会議や協議会など）を設置し、連携の基盤ができたこと。</p>
9	伊藤委員	和歌山県の推進計画策定はどうなっているか、本年度中に策定のスケジュールは決まっているか。
10	伊藤委員	第2期に向けた課題として、高齢者への取組があり、それは重要であると考えているが、高齢者取組の対象は何か。いわゆる定年後（生活の中心としていた仕事を退いた後）にアルコール健康障害が起こったあるいは顕わになった者を主とするのか、生活史や現在の生活環境に関わらずある程度の年齢水準を設定するのか。適切な医療や福祉等のサービスを受け、生き甲斐の感じ得る生活環境を提供する。

○第2期アルコール健康障害対策推進基本計画案(新旧対照表(健診、医療))について【資料3関係】

No	委員名	内容
11	金城委員	(3. 健康診断及び保健指導(1)地域におけるアルコール健康障害への早期介入の推進)○の1と○の3が似通った内容であるため、○の1のうしろに、○の3を持ってくるか、まとめても良いかと思う。
12	金城委員	(3. 健康診断及び保健指導)(1)地域における～の「健康診断や保健指導」の部分は、(2)職域においても重要な内容かと思う。(1)～(2)を(1)早期発見、早期介入への取り組み(現在の(1)の○1と○3)、(2)地域における対応(現在の(1)の○2と○4以降)、(3)職域における対応(現在の(2)、(1)の○2の職域版)、とするのはどうか？
13	金城委員	(3. 健康診断及び保健指導)で、地方自治体で働く保健師等スタッフに向けた研修も、産業保健スタッフ同様含まれても良いかと思う。
14	金城委員	大学等の学校でのスクリーニングや簡易介入は今後開発が必要な分野にあたるかと思う。
15	堀江委員	6ページ(2)医療連携の推進(内科、救急等の一般医療と専門医療の連携) ○内科・救急等の一般医療、総合病院、専門医療機関、相談拠点、自助グループ等の関係機関の連携体制(SBIRTS※)の構築を推進する。※Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment and Self-help groups の部分ですが、推進のための具体的な施策を書き込んでもらいたいと思う。内科・救急等の一般医療、総合病院側の診療報酬についても言及していただきたいと思います。Referral to Treatmentでは、ケースワーカーの関与に見合う紹介料の充実を図る必要がある。Screening, Brief Interventionの部分には、全くインセンティブがなく、このままでは推進は見込めない。「内科・救急等の一般医療、総合病院において、アルコール健康障害及びアルコール依存症の早期発見、早期介入を促進するため、ブリーフインタベンションや専門医療への紹介などについて、適切な診療報酬の在り方を速やかに検討する。」などの文言はどうか。 5ページに「アルコール依存症が疑われる者を適切な治療に結び付けるため、早期介入の手法を含むアルコール依存症等の研修を、内科、救急等の一般医療、一般精神科医療及び専門医療の医療従事者に対して行うなど、医療関係者の技術の向上に取り組む。」とあり、「技術の向上の研修を受けた医療関係者の医療行為(主にBrief Intervention)への報酬を検討する。」など研修者数増加とセットにしたもののほうが効果的かとも考える。
16	堀江委員	7ページの「地域における医療連携に資する調査研究やアルコール健康障害の医療に関する研究を進める。」の部分に具体例を入れてもらいたい。特にお願いしたいのは、基本計画ができて本当に医療連携が進んだかの調査である。「紹介患者数の推移の調査」「断酒率の向上の調査」など調査の具体的項目を書き込んでほしい。
17	小松委員	4.アルコール健康障害に係る医療の充実等 (現状等) …(略)アルコールに関連する問題は依存症以外でも肝疾患やうつ病、認知症など様々な疾病リスクや自殺リスクに関連しており、 (略)

18	小松委員	<p>(1)アルコール健康障害に係る医療の質の向上  ○アルコール健康障害の早期発見、早期介入のための一般の医療従事者(内科、救急等)に対する研修プログラムや治療ガイドライン(断酒及び減酒の考え方を含む)を開発し、人材育成に努める。また、依存症専門医療機関の従事者向け研修プログラムの普及等を図る。※</p> <p>※[内科・救急などの一般身体科]⇒[一般精神科]⇒[依存症専門医療機関]と3段階に分けて、介入・治療内容を階層化して考える必要がありますので、このパラグラフに挿入するのは不適切です。  「がん」医療で、クリニック・一般病院⇒地域がん診療指定病院⇒がん拠点病院みたいな階層化があるのと同じです。</p>
19	小松委員	<p>○アルコール依存症が疑われる者を適切※な専門治療に結び付けるため、早期介入の手法を含むアルコール依存症等の研修を、内科、救急等の一般医療、一般精神科医療及び専門医療の医療従事者に対して行うなど、医療関係者の技術の向上に取り組む。  <u>同時に、早期発見、治療、紹介、連携等(SBIRTS)に関して研修内容に沿った一定の基準を満たしたのものには、質の高い医療の提供として診療報酬上の評価を行うよう可及的速やかに検討する。診療報酬上の評価については、地域・医療機関の実情に対応するよう配慮する。</u></p> <p>※ひとつ前のパラグラフに続いて、「結び付ける」先は適切な専門治療ですから、ここに一般精神科・専門医療の従事者を入れるのは適切ではない。  そもそも、一般の精神科医療で統合失調症(約100万人と推計)とほぼ同じ患者数のアルコール依存症(約109万人と推計:生涯経験値)を診療しないのが大きな問題なので、「ミニマム・エッセンシャルな依存症治療」はどこ精神科医療機関でも実施すべきである。それを後押しする国の第2期計画である必要がある。</p>
20	小松委員	<p>○臨床研修において経験が求められる疾患・病態の中にアルコール依存症が含まれており、当該研修を推進していく中で<u>離脱症状への対応のみにとどまらずアルコール依存症への適切な初期診療能力を持った医師の育成を図る。</u></p>
21	小松委員	<p>○うつ病や双極性障害、認知症等のアルコール依存症が多く併存する疾患を診療する一般精神科医に対して、アルコール依存症に関する早期介入やミニマム・エッセンシャルな治療方法についての研修プログラムや治療ガイドライン(断酒及び減酒の考え方やMI～動機づけ面接～などの支援手法を含む)の開発・普及を図る。  <u>同時に、早期発見、治療、紹介、連携等(SBIRTS)に関して研修※内容に沿った一定の基準を満たしたものに対しては、質の高い医療の提供として診療報酬上の評価を行うよう可及的速やかに検討する。</u></p> <p>※ガイドラインの策定が速ければ、「それに準じた一定の基準」という表現でよいが、学会によるエビデンスに基づく診断・治療ガイドライン(治療アルゴリズム含む)の策定には年単位の時間がかかると想定して、この表現です。「可及的速やかに」=2022年度の改訂で実施してほしいと考えている。</p>

22	小松委員	○一般精神科も含めたアルコール依存症のミニマム・エッセンシャルな医療で継続的な家族支援が行なえるよう、適切な診療報酬の在り方を速やかに検討する。
23	小松委員	○アルコール依存症に対応できる専門医療機関の質的・量的拡充に向けて、二次医療圏に1箇所以上の専門医療機関の指定を目安として、取組を進める。専門医療機関は、保健所、救急、警察などと協力して二次医療圏内の定期的な連携会議の開催など、地域に密着した連携体制の構築推進に努める。連携会議を開催する専門医療機関については、その機能に見合った診療報酬上の評価を行うよう、速やかに検討する。
24	小松委員	○各都道府県におけるアルコール健康障害に係る治療、普及啓発及び人材育成の中心となる拠点医療機関の整備を促進する。都道府県※は国と協力して、拠点医療機関がその責務を果たすに足る人的体制を整備できるように支援する。 ※鳥取県のように県が予算を出して人員整備を後押ししなければ、実質的な拠点医療機関としての機能は果たせないし、これ以上は手上げる医療機関は出てこないと思われる。だが、全てを都道府県に丸投げしたら、財政に余裕がある自治体とそうでない自治体で格差が生まれると思うので、こういう表現にした。
25	小松委員	(2)医療連携の推進(内科、救急等の一般医療と精神科での専門医療との連携) ○内科・救急等の一般医療、総合病院、一般精神科医療機関、依存症専門医療機関、相談拠点、自助グループ等の関係機関の連携体制(SBIRTS※)の構築を推進する。
26	堀井委員	○アルコール依存症(を含むアルコール健康障害全般)の対応を行う一般医療機関に対し、早期発見、治療、紹介、連携等に関する一定の基準を満たしたものに、質の高い精神医療の提供として診療報酬上の評価を行うよう検討する。 第1点:内科・救急等の一般医療、総合病院、専門医療機関、相談拠点、自助グループ等の関係機関の連携体制(SBIRTSなど)の構築を推進する。アルコール依存症者の治療に関連した、一般医—専門医連携加算料、紹介(照会)と返信、自助組織や相談施設(所)との連携加算料等を検討する。 第2点:一般医の、簡易質問紙法(CAGE や AUDIT のを利用)と初期介入(ブリーフインターベンション)から治療導入に、一定の診療報酬上の評価を行う。
27	堀井委員	医療関連の事業において第1期に行われた専門医療機関モデル計画は有意義であった。第2期においては、一般医、専門医、関連福祉組織、当事者(グループ)、家族・民間の協力団体を含めた、相談、医療、アフターケアの一貫したモデル計画を策定、実施し、具体的運用が広く行われるように企画する。
28	堀井委員	国は、アルコール乱用やアルコール依存症に対する精神障害者保健福祉手帳の制度の適切な利用に努めるよう、地方自治体等に周知徹底を行う。

29	辻本委員	<p>日本精神神経科診療所協会(日精診)依存症アンケートでの507名の回答から治療の阻害要因は、「依存症は時間がかかりやりたくても経済的に成り立たない」「コーメデカルがないので手がつけられない」「コーメデカルが診療報酬上評価されていない」などの回答があった。アルコール依存症の相談・診断・治療は、地域に密着した、かかりつけ医や精神科診療所が専門医療機関と連携し担うことにより、地域での長期にわたる一貫した治療・支援が可能となる。そのためにはアルコール依存症の治療の阻害要因を分析して下記の文言を追加して欲しい。</p> <p>「精神科診療所やかかりつけ医でも依存症治療ができるように、診療報酬での適切なあり方を検討する」</p> <p>「依存症治療においてコーメデカルは重要であり、家族相談や集団精神療法などでの役割を評価し、雇用され活躍できるように診療報酬上での加算を検討する」</p>
30	辻本委員	<p>入院治療の場合、重度加算が算定できる。しかし専門外来ではそのようなことができない。専門外来でも入院と同じく多くの重度のアルコール依存症者を診ているにもかかわらず。中には「入院治療では対応できない重症者」が外来で診ることもしばしばである。専門外来を行うものとして非常に矛盾を感じる。専門入院でのベット数を考えると、アルコール専門外来の充実を望む。やはり地域にある診療所はアクセスなどから多くの利点があると考えます。</p> <p>「アルコール依存症の治療は外来治療という選択肢もあり、そのため外来診療所の質的・量的拡充に向けて専門病院入院と同様な取り組みを行う」</p>
31	辻本委員	<p>アルコール依存症では相談→スクリーニング→ブリーフインターベンション→治療導入→専門病院入院→外来治療→自助グループという流れの中で切れ目のない支援・治療が求められますが、一般医療機関でのスクリーニングさえ時間的制約などから行えていない現状がある。せめてAUDITがHDS—R(長谷川式認知症スケール)のように診療報酬の点数がとれるだけでもSBIRTSの一步が進むと考える。</p> <p>「かかりつけ医などがアルコール依存症のスクリーニングが行えるように診療報酬での適切なあり方を検討する」</p>
32	辻本委員	<p>大阪市では断酒6か月経過しないと精神障害者福祉手帳が取れないために、本当に困っている人にサービスが受けられないだけでなく、飲酒量低減療法にも困難をきたして居る。</p> <p>そのために</p> <p>「精神障害者保険福祉手帳の制度の趣旨にのっとり全国で適切な運用が行えるように努める」</p>
33	今成委員	<p>【健診】 教育啓発のほうになるかもしれないが。 ○「健康寿命をのばしましょう。」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした厚生労働省の国民運動「スマート・ライフ・プロジェクト」の中に「低リスクの飲酒」を入れ、プロジェクトに参画する企業・団体・自治体と協力・連携しながら推進する。</p>

34	今成委員	<p>【医療】          診療報酬について、以下のどちらかの記載を提案する。          ※タバコでの書きぶりを参考に  <u>○アルコール依存症を含むアルコール健康障害全般の対応を行う一般医療機関に対し、早期発見、治療、紹介、連携等(SBIRTS)に関する一定の基準を満たしたものに、質の高い医療の提供として診療報酬上の評価を行うよう速やかに検討する。</u>          あるいは、          ※ギャンブルでの書きぶりを参考に  <u>○アルコール依存症を含むアルコール健康障害全般の対応を行う医療機関に対し、早期発見、治療、紹介、連携等(SBIRTS)に関する一定の基準を策定するとともに、適切な診療報酬の在り方を速やかに検討する。</u></p> <p>専門医療での家族支援が無料奉仕になっている。          治療導入期はもちろん、その後も家族関係の調整や病識の理解、子どもについての相談や、子どものケアなど、継続的な支援が必要である。そこで、以下を提案する。</p> <p><u>○アルコール依存症は家族全体に深刻な影響を及ぼす病気であることから、専門医療機関で、治療導入期から回復期にわたる継続的な家族支援が行えるよう、適切な診療報酬の在り方を速やかに検討する。</u></p>
35	伊藤委員	<p>医療の充実、連携の推進のためにはSBIRTSのそれぞれの場面での医療の関わりが診療であり、適切な診療報酬が認められるよう基準を策定し実施する。</p>
36	伊藤委員	<p>当事者及び家族への個別及び集団への相談、支援は医療の範囲内とみなされる。適切な診療報酬が認められるよう基準を策定し実施する。</p>

○第2期アルコール健康障害対策推進基本計画に向けた検討について(ヒアリング(民間団体、家族))【資料4関係】□

No	委員名	内容
37	白川委員	<p>今成委員の資料の中で、35ページ依存症回復擁護月間とは？</p>
38	今成委員	<p>都道府県の計画でも家族支援はおざなりになっている。第2期では、ぜひ家族支援の強化を入れてほしい。重点課題の中に位置づけてもいいと思う。</p>
39	伊藤委員	<p>当事者や家族と日常接し支援している民間団体の実情把握が必要である。</p>

○第2期アルコール健康障害対策推進基本計画案(相談支援・社会復帰等)について【資料5関係】

No	委員名	内容
40	白川委員	相談支援の所ですが、(現状等)の改正案では、精神保健福祉センターや保健所等の文言が消えていますが、復活させたほうが良いと考える。 理由としては、文言が消えると役割意識が薄れるので、全都道府県において精神保健福祉センターや保健所等の相談拠点を明確化し・・・とすべきではないか。
41	小松委員	6.相談支援等 ○都道府県等において、相談拠点を広く周知するとともに、二次医療圏に1つ以上を目安に相談拠点の拡充をはかる。また、地域における医療機関・行政・自助グループ、アルコール関連問題に関する関係機関や職域等における相互の情報共有や協力体制を築くために、保健所の体制を強化して、定期的な連携会議の開催を行い、適切な相談や…(略)
42	小松委員	7. 社会復帰の支援 (1) 就労及び復職の支援 ○アルコール依存症の当事者の回復、社会復帰の支援が円滑に進むよう、アルコール依存症が回復する病気であること等を、職域を含めた社会全体に啓発し、他の精神疾患同様に精神保健福祉手帳制度の適切な利用を推進する。
43	小松委員	○アルコール依存症の当事者の休職からの復職・継続就労および再就労について、うつ病など他の精神疾患同様に偏見なく当事者に対する不利益な対応もなく行われるように、職場における理解や支援を促す。
44	今成委員	【相談支援】 新規 ○自助グループ、回復施設など民間団体のスタッフを、行政の相談支援の場面で公式(正式に)に活用していく。 ※熊本県精神保健福祉センターなどが、相談日にパート雇用している。 ※宮城県では被災地での相談会記載などで、断酒会にガソリン代と日当を出している。  ○精神保健福祉センター、保健所の行政機関が、自助グループおよび回復施設など民間団体を地域の社会資源として活用し、関係機関の連携の中で、それぞれの団体の機能に応じた役割を果たす機会や場所を積極的に提供してゆく。  ○国は、依存症者の支援等を行う自助グループ、民間団体等の活動の推進や理解の促進に資するよう、グループ数や活動状況、その効果や課題等についての調査研究を行う。



45	今成委員	<p><b>【社会復帰】</b>  精神障害者保健福祉手帳の適応はすべての精神疾患であり、統合失調症・うつ病・そううつ病などの気分障害・てんかん・薬物やアルコールによる急性中毒又はその依存症・高次脳機能障害・発達障害・その他の精神疾患とされています。  ところが、「アルコール乱用および依存症は手帳の対象とならない」「飲酒を続けている状態の者は対象とならない」と明記している都道府県が散見される。  そのため、以下の項目をぜひ入れてほしい。</p> <p><u>○国は、アルコール乱用やアルコール依存症に対する精神障害者保健福祉手帳の制度の適切な利用に努めるよう、地方自治体等に周知徹底を行う。</u></p> <p>※熊本県「アルコールの乱用、依存では精神障害者手帳の対象とはなりません」  <a href="https://www.pref.kumamoto.jp/common/UploadFileOutput.ashx?c_id=3&amp;id=3065&amp;sub_id=1&amp;flid=8&amp;dan_id=1">https://www.pref.kumamoto.jp/common/UploadFileOutput.ashx?c_id=3&amp;id=3065&amp;sub_id=1&amp;flid=8&amp;dan_id=1</a></p> <p>※北海道「アルコール依存症は、飲酒をやめれば能力障害が生じないと判断されており、依存症は手帳の対象外となっています」  <a href="http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/sfc/H25techouqanda.pdf">http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/sfc/H25techouqanda.pdf</a></p> <p>※高知県「アルコール依存症」だけの場合は、原則手帳の対象となりません。  <a href="https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060303/files/2013100900192/file_20203242191118_1.pdf">https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060303/files/2013100900192/file_20203242191118_1.pdf</a></p> <p>※山梨県「主病名が依存症の場合、手帳の対象として認めていない」(p2下から5行目)  <a href="https://www.pref.yamanashi.jp/gyousei-kk/gyousei-fufuku/documents/toushin_h29_03.pdf">https://www.pref.yamanashi.jp/gyousei-kk/gyousei-fufuku/documents/toushin_h29_03.pdf</a></p>
----	------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**○前回会議における質問事項に対する回答について【参考資料4関係】**

No	委員名	内容
46	今成委員	<p>飲酒死亡事故は大きく下がっており、今残っている飲酒運転者の中には、相当数のアルコール依存症と予備軍が隠れている可能性が高い。取締り件数の7割前後が、酒酔いと0.25%以上ということは、酩酊度が高いことを示しており、その可能性を示唆している。だが、受診義務を課す条例を全都道府県にというのは現実的ではない。  条例で受診を課している県では、再犯率が下がるなどの効果は出ているか？  出ているとすれば、法改正でカバーすることはできないか？</p>

47	今成委員	<p>ニュースを見ていると、20代前半の若者の事故は、深夜～早朝、高齢者の事故は、日中が多いように思われる。そのようなクロス集計は出せないのか？</p> <p>また、少年(十代)ではなく、20代前半の事故が目立つように思うが、データはないか？</p> <p>死亡事故のデータは年代別になっており、微増しているように見える。</p> <p>事故全体のデータ、取締り件数を、年代別には出せないか？</p>
48	今成委員	<p>酒に酔って迷惑をかける行為の防止等に関する法律7条で保健所に通報された人は、80,754名の0.75%に当たるとのこと。もっと通報率が上がると思うが、2回目以降など通報のガイドラインはあるのか？</p> <p>通報のハードルはなんだと思うか？ どうすれば、ハードルを下げられるか？</p> <p>酩酊者保護で、身元引受人にアルコール相談先のリストを渡しているか？</p>
49	今成委員	<p>相談件数については、ぜひ、電話・メールを加えた相談件数を出してほしい。</p>
50	今成委員	<p>「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に病名が書いていないのでは、該当することがわからない。</p> <p>「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」の対象に依存症を入れることはできないか？</p> <p>できないとしたら、その理由は何か？</p>
51	今成委員	<p>健康日本21の飲酒の指標は、1次も2次も達成できていない。</p> <p>それなのになぜ、スマートライフプロジェクトからアルコールを外しているのか？</p> <p>アルコールを入れ、以下の6点を広めてほしい。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 低リスク飲酒が、男性で1日20gであること、ただし女性・高齢者・お酒に弱い人はより少ない量が望ましいこと。飲酒習慣がない人に飲酒を推奨するものではないこと。(第1次)</li> <li>2. 生活習慣病のリスクが、男性は1日40g以上、女性は20g以上で高まること。(第2次)</li> <li>3. 1日に60gを超える多量飲酒は、アルコール依存症や健康障害だけでなく、飲酒運転や暴力など多くのアルコール関連問題を引き起こすこと。(第1次)</li> <li>4. 日々飲まなくても、60g以上の一時的多量飲酒をすると、アルコール関連問題が起きやすいこと。(WHO)</li> <li>5. AUDITで自分の飲酒をチェック。</li> <li>6. 困ったときの相談先。</li> </ol>
52	伊藤委員	<p>職場においてSBIRTSの入り口(適切な医療受診へ導く)と出口(治療後の健全な社会生活の持続)への積極的な役割を望む。</p>
53	伊藤委員	<p>高齢者特有の問題とは何か。日常生活支援や社会参加の援助等、あるいは身体的不都合等、高齢者ではなくても実情としてハンディキャップのある者へのケアも重要である。</p>

○その他

No	委員名	内容
54	白川委員	高濃度アルコール飲料については、問題点が多く喫緊に対応しなくてはならない課題と考える。