

一般医療機関でのアルコール健康障害 対策のさらなる充実に向けて 医療連携手引き・標準手順書の整備

吉本 尚(よしもとひさし)

筑波大学 健幸ライフスタイル開発研究センター長

筑波大学 医学医療系 地域総合診療医学 准教授

筑波大学附属病院 総合診療科

日本プライマリ・ケア連合学会理事・アルコールWG代表

アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク 幹事

飲酒科学振興協会 副理事長／やさしい酔い研究会メンバー

利益相反(COI)開示

発表者： 吉本 尚

共同研究：アサヒビール株式会社、三和酒類株式会社、
株式会社Mizkan Holdings、キリンビール株式会社、
株式会社CureApp、株式会社HJ Link-do

役員顧問、株式、特許、講演料、原稿料、寄附金、寄附講座、贈答品その他：なし

出典のないスライドは演者が作成しております

一般医療機関でのアルコール健康障害対策

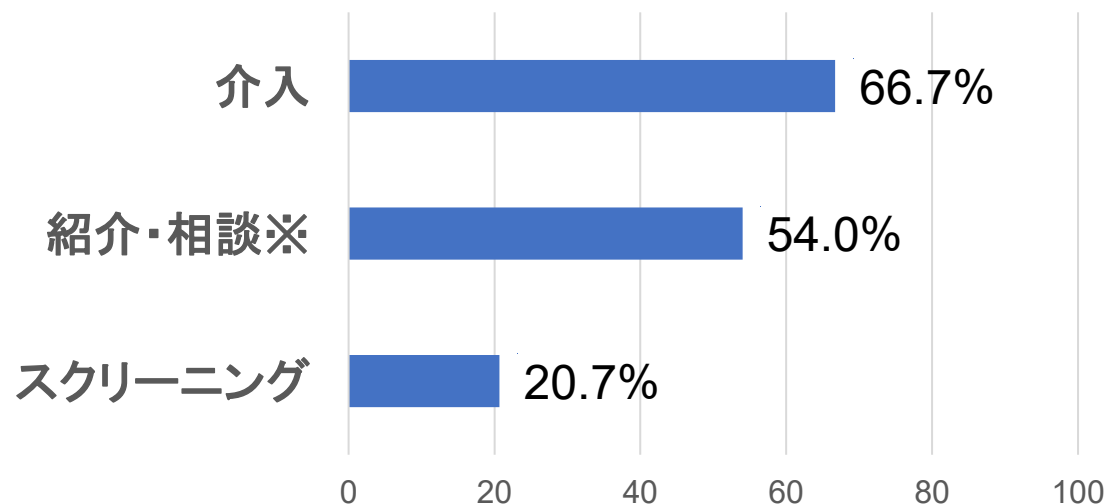
—これまでの研究成果と医療連携手引き作成の中間報告—

- 課題の把握：一般医療におけるアルコール診療・紹介・連携の障壁（令和元年度障害者総合福祉推進事業）
- ガイドラインの整備：アルコール関連健康障害への早期介入に向けたガイドライン（令和5年度障害者総合福祉推進事業）
- 現在の取り組み：医療連携手引き・標準手順書の整備に向けて
- 参考資料1：早期介入と連携の基本的な流れ（SBIRTS）
- 参考資料2：関連事業

一般医療におけるアルコール診療の障壁

家庭医療専門医・プライマリ・ケア認定医174人の回答(2020年2月)

実施が難しいこと（複数回答）
※自助グループとの連携を含む



現場が求める施策・支援(n=174、複数回答)

他職種・他機関連携 58.6% 教材 55.2% 研修 49.4%
診療報酬 34.5%

自由記述にみられた理由（要約）

判断に迷う

治療対象・紹介基準が分からない
減酒・断酒の選択、具体的な指導に迷う

日常診療で実施しにくい

時間、知識・経験や協力者が不足
患者と治療の必要性を共有しにくい

紹介先へつながりにくい

地域資源・相談手順が不明、遠方・予約待ち
受診への抵抗、紹介後の情報共有不足

n=174、複数回答。回収率12.4%

吉本尚. 第1期アルコール健康障害対策推進基本計画における対策の取組状況および効果検証に関する研究 研究報告書 改訂第2.1版, 2021

ガイドライン整備の目的と必要な支援

判断・対応・紹介の手順を整理し、日常診療で使える形で現場に届ける

ガイドライン	現場で使えるようにする内容	主な障壁
健診・保健指導	対象の見つけ方、保健指導、 フォローアップ・受診勧奨	対象や介入方法の迷い
医療(一般・専門)	スクリーニング・簡易介入と、 誰を・どこに・どう紹介するか	対応・紹介手順の迷い
地域	地域での気づきと関わり方、 相談先・関係機関の役割の共有	地域資源の情報不足 協力関係の不足

活用を支える研修と地域の相談体制、診療時間・診療報酬の検討も必要

一般医療機関でのアルコール健康障害対策

—これまでの研究成果と医療連携手引き作成の中間報告—

- 課題の把握：一般医療におけるアルコール診療・紹介・連携の障壁（令和元年度障害者総合福祉推進事業）
- ガイドラインの整備：アルコール関連健康障害への早期介入に向けたガイドライン（令和5年度障害者総合福祉推進事業）
- 現在の取り組み：医療連携手引き・標準手順書の整備に向けて
- 参考資料1：早期介入と連携の基本的な流れ（SBIRTS）
- 参考資料2：関連事業

令和5年度事業成果：3つのガイドラインの整備



● 健康診断／保健指導の早期介入に関するガイドライン

- 健康診断、保健指導の中で、高血圧や脂質異常症、耐糖能障害や肝機能障害などの背景にあるアルコールの過剰な摂取を「みつける」「かかわる」「つなぐ」
- アルコール健康障害や社会的影響の発生、医療費増加といった影響を抑え、労働安全や労働生産性を高める

● 医療機関との円滑な連携に関するガイドライン

- 医療連携の中で、切れ目のない支援のために有効なSBIRTS（エスバーツ）の観点から、アルコールの過剰な摂取を「みつける」「かかわる」「つなぐ」
- アルコール健康障害や社会的影響の発生といった影響を抑え、治療が必要な方が適切な医療につながっていない、いわゆる“治療ギャップ”を減らす

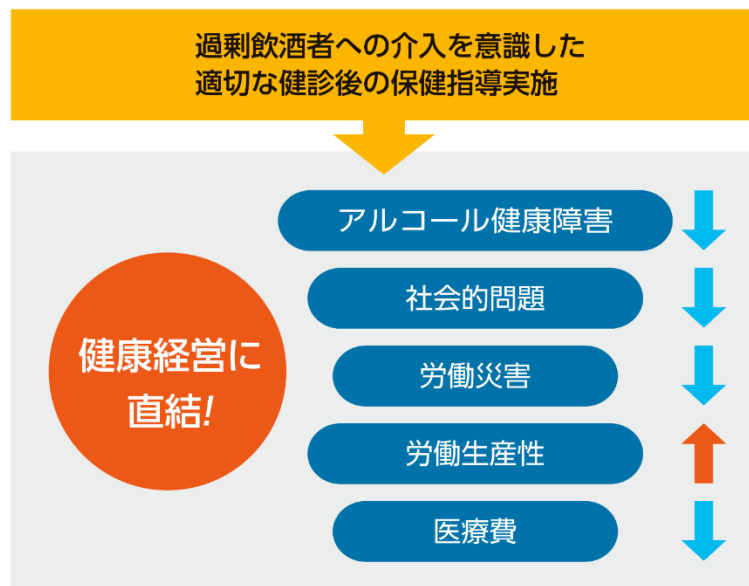
● 地域連携に関するガイドライン

- 地域連携で、福祉・介護や警察、司法、職域などの領域でアルコール関連問題を持つ当事者や家族と関わっていく
- 「可能性に気がつく」「適切に関わる」「無理なく関わる」ことで医療との連携を円滑に行い、“治療ギャップ”を減らしていく



健康診断および保健指導における アルコール健康障害への早期介入に関するガイドライン

過剰飲酒によるアルコール健康障害



●みつける

過剰飲酒者を同定

- 1) 飲酒頻度×飲酒量
- 2) 健診結果(採血、身体測定等)

(※) これらの量は個々人の許容量の上限を示したものではない。

男性	20g未満	20～40g未満	40～60g未満	60～100g未満	100g以上
毎日			生活習慣病等のリスクを高める量を飲酒している者		
週5～6日					
週3～4日					
週1～2日					
月1～3日				追加	

女性	20g未満	20～40g未満	40～60g未満	60～100g未満	100g以上
毎日			生活習慣病等のリスクを高める量を飲酒している者		
週5～6日					
週3～4日					
週1～2日					
月1～3日				追加	

過剰飲酒者の目安(標準的な健診・保健指導プログラム(令和6年度)を参考に作成(※))

●かかわる

特定健診の積極的支援に準じた支援の目安と介入効果

初回面接	継続的支援：電話、メール、面接		実績評価： 電話、メール、面接	支援が必要な場合 3か月経過後も フォローアップ
	1か月	2か月	3か月	
・ アセスメント ・ リスク説明 ・ 目標設定 ・ 今後のスケジュール 確認	・ 電話、メール、面接にて実施 ・ 飲酒状況、目標達成状況を確認 ・ 必要に応じて、目標を修正		・ 飲酒状況、目標達成状況を確認 ・ 継続支援が必要な場合、支援期間を延長 ・ 受診勧奨値の項目や飲酒習慣の改善がみられず、受診が必要な場合は本人と相談しながら受診を勧める	

高血圧	脂質異常症	肝機能障害
減酒指導	減酒を含めた指導介入	肝機能障害の採血結果に基づく指導
21～32g/日減酒 収縮期4～12mmHg低下 拡張期2～8mmHg低下	中性脂肪175→108mg/dl、 LDL-C149→128mg/dl	約16g/日減酒 γ-GTP20IU/l 減少

注：日本人対象の研究および海外の研究、飲酒量は純アルコール量で表記

●つなぐ

医療連携、地域連携ガイドライン参照

医療機関でのアルコール健康障害への早期介入と 専門医療機関との円滑な連携に関するガイドライン

200以上のアルコール健康障害

疾患名	飲酒量（純アルコール量（g））	
	男性	女性
1 脳卒中（出血性）	150g/週 (20g/日)	0g<
2 脳卒中（脳梗塞）	300g/週 (40g/日)	75g/週 (11g/日)
3 虚血性心疾患・心筋梗塞	※	※
4 高血圧	0g<	0g<
5 胃がん	0g<	150g/週 (20g/日)
6 肺がん（喫煙者）	300g/週 (40g/日)	データなし
7 肺がん（非喫煙者）	関連なし	データなし
8 大腸がん	150g/週 (20g/日)	150g/週 (20g/日)
9 食道がん	0g<	データなし
10 肝がん	450g/週 (60g/日)	150g/週 (20g/日)
11 前立腺がん（進行がん）	150g/週 (20g/日)	データなし
12 乳がん	データなし	100g/週 (14g/日)

注：「研究結果」欄の数値は文献に基づき、これ以上の飲酒で発症等のリスクが上ると考えられるもの。
「参考」欄は研究結果を元に推定した参考値（概数）。
「0g<」は少しでも飲酒をするとリスクが上がると思われるもの。
「データなし」は純アルコール量と関連する研究データがないもの。
「※」は現在研究中。すべて日本人に対する研究に基づく。

アルコールの社会的影響

飲酒運転

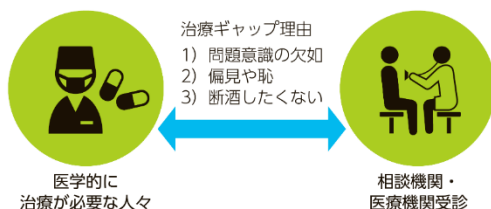
不慮の事故

暴力

自殺・自死

治療ギャップの存在

治療が必要と思われる状態だが相談機関や
専門の医療機関に受診できていない状態



切れ目のない支援のために有効なSBIRTS（エスバーツ）

過剰飲酒者のスクリーニング および介入を意識した診療

治療ギャップ改善のための対応

● ふるい分け Screening

飲酒頻度×飲酒量で
過剰飲酒者を同定

右図 健康日本21（第三次）
及びWHOガイドラインで規
定されている飲酒による生活
習慣病のリスク評価に加え
て、一時多量飲酒の該当部分
を追加（黄色箇所）これらの量
は個々人の許容量の上限を
示したものではない。

男性	20g 未満	20～40 g 未満	40～60 g 未満	60～100 g 未満	100g 以上
毎日					生活習慣病等のリスクを高める 飲酒該当者
週5～6日					
週3～4日					
週1～2日					
月1～3日					一時多量飲酒

女性	20g 未満	20～40 g 未満	40～60 g 未満	60～100 g 未満	100g 以上
毎日					生活習慣病等のリスクを高める 飲酒該当者
週5～6日					
週3～4日					
週1～2日					
月1～3日					一時多量飲酒

過剰飲酒者の目安

● 簡易介入 Brief Intervention

簡易介入の内容の例

- ・ 普段の飲酒についての振り返り
- ・ 飲酒量へのフィードバック（推奨飲酒量と普段の自分の飲酒量の比較、その飲酒量がもたらす将来の健康リスク）
- ・ 飲酒のリスクや減酒の利点に関する情報提供
- ・ 現在の飲酒量を減らすための計画と目標設定 など

簡易介入の効果（推計値）

純アルコール
5.4グラム/日の減酒

死亡や健康寿命損失
4.5%低下

注：日本人対象の研究

純アルコール
96グラム→76グラムの減酒

死亡率が半減
(180人→90人/10万人)

注：海外の研究

● 紹介 Referral to Treatment and Self-help groups

1. どの患者を紹介するのか？

- ・ アルコール依存を疑う患者（AUDIT、ICD-10/11）
- ・ 行動が変えられず健康障害や社会問題が持続・悪化する
- ・ 精神疾患の合併を疑う過剰飲酒の患者

2. どこに紹介するのか？

- ・ 精神保健福祉センター
- ・ アルコール専門医療機関・治療拠点機関
- ・ 自助グループ（断酒会、AAなど）

3. どのように紹介するのか？

- ・ 医療機関から帰宅前に予約（入院中なら退院前に受診）
- ・ 家族が同席し、支援者となってもらう（家族が協力的な場合）
- ・ 専門家を、非常に信頼している先生・スタッフだと明言
- ・ 紹介が患者予後・QOLを向上させると医療者が強く信じる

アルコール依存症候群の診断（ICD-11） 下の2つ以上が明らか

1. コントロール障害（飲酒の開始や持続時間、終了、また飲酒頻度、飲酒量、状況）
2. 飲酒中心の生活（アルコール使用を優先；人間関係、仕事や学業、健康への影響にもかかわらず飲酒）
3. 生理学的特性（離脱症状や耐性）

上記の特徴は一般的に12ヵ月以上続くが、3ヶ月ほぼ毎日飲酒していれば診断しても良い。

紹介がうまくいかなかった時の対応

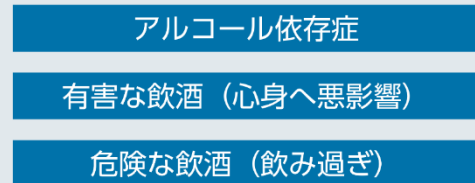
1. 患者の判断を評価
2. 再紹介の動機づけ
3. 非専門医にできることを実施
4. 関係を途切れさせない

地域におけるアルコール関連問題への対応と医療との円滑な連携に関するガイドライン

様々な領域で生じるアルコール関連問題



アルコール関連問題の背景にあるアルコール健康障害



治療ギャップの存在

治療が必要と思われる状態だが相談機関や専門の医療機関に受診できていない状態



●可能性に気づく

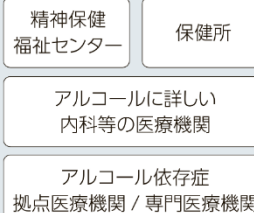
対応している課題

住民の困りごと

- ・アルコール関連問題ではないか？
- ・過剰な飲酒をしていないか？
- ・背景にアルコール健康障害がないか？

●適切に関わる

適切な紹介先の知識



適切なコミュニケーションの取り方
(治療ギャップ理由に配慮)

- 課題の明確化
- 偏見や恥の気持ちに配慮
- 断酒ではなく減酒を治療のきっかけに

適切な重症度
(問題の深刻度)

徐々に課題・困りごとが複雑・深刻化



できる限り早期からアルコール関連問題・健康障害に対処

●無理なく関わる

簡単にはあきらめない

無理のない範囲で継続的に関わる



●必要に応じたシステム化

条例や社内規定制定
(飲酒運転対策)

連携会議
(対応困難事例の相談・議論)

支援者負担を軽減する対応

● 紹介 Referral to Treatment and Self-help groups

1. どの患者を紹介するのか？

- ・アルコール依存を疑う患者（AUDIT、ICD-10/11）
- ・行動が変えられず健康障害や社会問題が持続・悪化する
- ・精神疾患の合併を疑う過剰飲酒の患者

2. どこに紹介するのか？

- ・精神保健福祉センター
- ・アルコール専門医療機関・治療拠点機関
- ・自助グループ（断酒会、AAなど）

3. どのように紹介するのか？

- ・医療機関から帰宅前に予約（入院中なら退院前に受診）
- ・家族が同席し、支援者となってもらう（家族が協力的な場合）
- ・専門家を、非常に信頼している先生・スタッフだと明言
- ・紹介が患者予後・QOLを向上させると医療者が強く信じる

アルコール依存症候群の診断 (ICD-11) 下の2つ以上が明らか

1. コントロール障害(飲酒の開始や持続時間、終了、また飲酒頻度、飲酒量、状況)
2. 飲酒中心の生活(アルコール使用を優先；人間関係、仕事や学業、健康への影響にもかかわらず飲酒)
3. 生理学的特性（離脱症状や耐性）

上記の特徴は一般的に12ヵ月以上続くが、3ヶ月ほぼ毎日飲酒していれば診断しても良い。

紹介がうまくいかなかった時の対応

1. 患者の判断を評価
2. 再紹介の動機づけ
3. 非専門医にできることを実施
4. 関係を途切れさせない

これまでの状況の整理

- 一般医療におけるアルコール診療の障壁を把握し、健診・保健指導、医療、地域を対象とした3つのガイドラインをこれまでに整備した
- 既存の知見・資料を踏まえ、1) 専門医療機関への紹介・連携、2) 紹介につながらない場合を含む一般医療での継続診療について、現場で使える具体的な手順として整理・標準化することが課題として残る
- 令和元年度調査からの変化についての把握は重要

一般医療機関でのアルコール健康障害対策

—これまでの研究成果と医療連携手引き作成の中間報告—

- 課題の把握：一般医療におけるアルコール診療・紹介・連携の障壁（令和元年度障害者総合福祉推進事業）
- ガイドラインの整備：アルコール関連健康障害への早期介入に向けたガイドライン（令和5年度障害者総合福祉推進事業）
- 現在の取り組み：医療連携手引き・標準手順書の整備に向けて
- 参考資料1：早期介入と連携の基本的な流れ（SBIRTS）
- 参考資料2：関連事業

第三期計画

アルコール健康障害に係る医療の充実等

(目標) アルコール依存症をはじめとするアルコール健康障害の当事者が、その居住する地域にかかわらず、質の高い医療を受けられるよう、専門医療機関を整備するとともに、かかりつけ医や一般の精神科医療機関など地域の医療機関が連携し、各地域における医療連携の推進を図ることを目標として、以下の施策を実施する。

(1) アルコール健康障害に係る医療の質の向上

○ 今後作成する手引を活用し、かかりつけ医、地域の内科・精神科、救急等と専門医療機関との連携を進め、より身近な場所で、アルコール健康障害の適切な治療を受けられる医療提供体制の構築を促進する。

(2) 医療連携の推進(内科、救急等の一般医療と専門医療との連携)

○ 各地域において、アルコール健康障害の早期発見、早期介入、切れ目のない治療・回復支援を実現するため、内科・救急等の一般医療、一般の精神科医療機関、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。

○ 内科、産婦人科等の地域の医療従事者に対し、アルコール依存症、生活習慣病リスクや、女性の飲酒に伴う特有の健康影響等のアルコール健康障害に関する知識、家族への支援や自助グループ等との連携の重要性についての理解を促進するため、手引や飲酒ガイドラインを周知する。

- 1) 医療連携手引き(マニュアル)作成事業(連携のための手引き作成)
- 2) SBIRTS推進のための、一般医療機関におけるAUDIT導入の効果検証

目的: 1) 現場で即時に使える「簡便で視認性が高い」資料として、「かかりつけ医、地域の内科・精神科、救急等と専門医療機関との連携のための資材」を作成する。

2) 一般医療機関におけるSBIRTS のスクリーニングに用いられるAUDIT導入において、AUDIT等実施に対する一般医療機関の医療者障壁の検証、AUDIT実施後のサポート: 特に患者が専門医療機関等に受診しない場合の「治療のための標準手順書」のたたき台を作成する。

方法: 1) 2) 共に既存資料を有効活用。アルコール・嗜癖関連問題学会、アルコール・アディクション医学会、消化器病学会、肝臓学会、プライマリ・ケア連合学会を中心にたたき台を作成し、その後、関連する職能団体、学会等の協力も得て、合同で作成を行う。

- 1) 想定内容
- a) かかりつけ医として知っておくべきアルコールの知識
- b) 精神科の受診を勧める目安、および具体的にどこに連絡すべきか・アルコール依存症が疑われる場合のスクリーニングテスト利用法
- c) 患者が精神科(専門医療機関)を受診しない場合について

- 2) 想定内容
- a) 調査: SBIRTSの実施状況
- b) 調査: AUDIT実施を含むSBIRTSについて、現在、実施が難しいことの有無と項目
- c) 調査: 一般医療機関におけるアルコール健康障害の診療を容易にするための施策・支援
- d) 標準手順書たたき台

標準手順書目次(案)

禁煙治療のための標準手順書

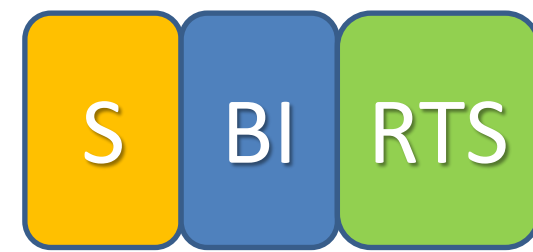
- I. はじめに
- II. 禁煙治療を始めるにあたって
- III. 禁煙治療の流れ
- IV. 禁煙治療の方法
 - ・ 説明・スクリーニング
 - ・ 標準禁煙治療プログラム
 - ・ 初回診察～再診
 - ・ 禁煙がうまくいかなかった場合の対応
- V. 禁煙治療に役立つ帳票
- VI. 禁煙治療に役立つ資料

減酒・断酒のための標準手順書(案)

- I. はじめに
- II. 減酒・断酒治療を始めるにあたって
- III. 減酒・断酒治療の流れ
- IV. 減酒・断酒治療の方法
 - ・ 説明・スクリーニング
 - ・ ★ 減酒／断酒の判断と目標設定
 - ・ 標準減酒・断酒治療プログラム
 - ・ ★ 専門医療機関への紹介の判断・方法
 - ・ 減酒・断酒がうまくいかなかった場合の対応
 - ・ ★ 紹介・受診につながらない場合の継続対応
- V. 減酒・断酒治療に役立つ帳票
- VI. 減酒・断酒治療に役立つ資料

現時点のたたき台であり、今後、関係学会・職能団体との協議を通じて継続的に具体化する。

参考資料1：早期介入と連携の基本的な流れ(SBIRTS)



Screening: スクリーニング
「みつける」 ふるい分けをする

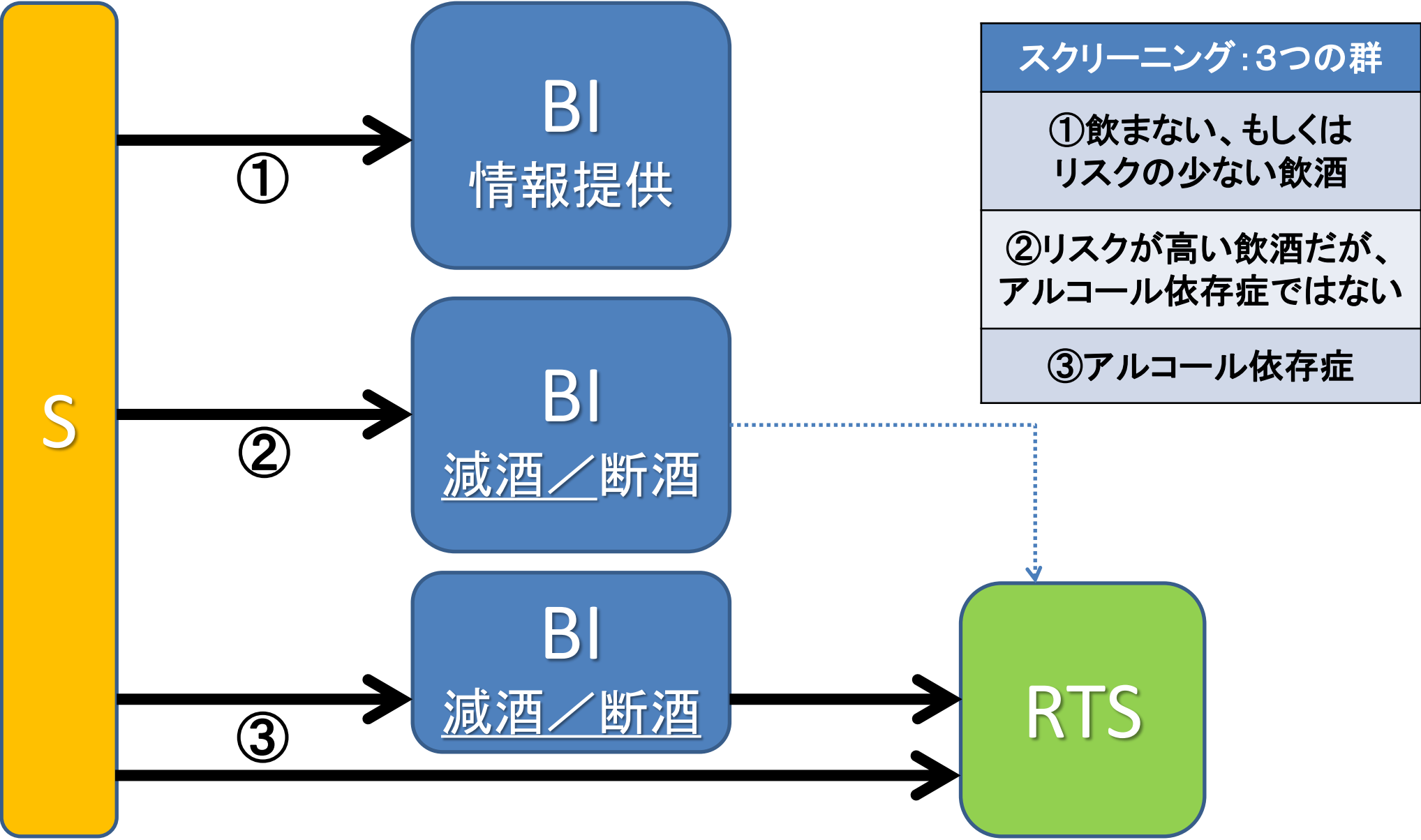


Brief Intervention: ブリーフ・インターベンション
「かかわる」 短時間での、簡易介入を行う



Referral to Treatment and Self-help group: 専門
医療機関や自助グループへの紹介
「つなぐ」 適切な紹介を行う

参考資料1：早期介入と連携の基本的な流れ(SBIRTS)



(BI: simple advice, minimal interventionを含む)

参考資料2：関連事業

- アルコール依存症予防のための簡易介入プログラム開発と効果評価に関する研究(2017～2019年度、AMED杠班)
 - Ultra-BI「30秒でできる『超』簡易減酒支援」
 - ABCDプログラム(医療・地域・職域ですぐに使える減酒支援プログラム)
 - ABCDEプログラム(軽症依存症向けの短時間外来治療の手引き)
- アルコール依存症に対する総合的な医療の提供に関する研究(2014～2016年度、厚労科研樋口班)
- アルコール依存症の実態把握、地域連携による早期介入・回復プログラムの開発に関する研究(2016～2018年度、AMED樋口班)
- 飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究(2017～2019年度、厚労科研尾崎班)
- アルコール依存症の早期介入から回復支援に至る切れ目のない支援体制整備のための研究(2020～2022年度、厚労科研木村班)