参考資料３-２

厚生労働省

令和５年度　障害者総合福祉推進事業

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

2024年3月

筑波大学

1. 趣旨

アルコール健康障害対策基本法（平成25年法律第109号）第12条第1項に基づき、アルコール健康障害対策の総合的かつ計画的な推進を図るために策定されたアルコール健康障害対策推進基本計画の第2期計画（以下「第2期計画」という。）においては、当事者の健康とともに、様々な地域社会問題への対応の観点からも、医療の充実が求められています。アルコール健康障害の診療が可能な医療機関については、全国的に専門医療機関の整備が進展しているものの、治療が必要な方が適切な医療につながっていない可能性があり、その居住する地域に関わらず質の高い医療を必要な場合に円滑に受けられるよう、体制を整備することが重要です。特に、アルコール健康障害への対応は、早期発見から治療、回復までの一連の切れ目のない取組が重要で、関係機関の連携を促進する必要があります。また、アルコールは依存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、プライマリケアや一般の精神科医療機関においてアルコールに着目した積極的な介入を推進する必要があります。

本ガイドラインは、医療の充実の観点において、早期発見から治療、回復までの一連の切れ目のない取組を行い、かかりつけ医、内科、救急、一般の精神科医療機関等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を推進するとともに、治療が必要な方が適切な医療につながっていない状況を少しでも改善できるよう、医療分野のアウトリーチ（治療を必要としている方が適切な医療につながっていない状況に対して積極的に働きかけ、関与しようとする活動を指す）支援等の実施の参考になるために活用されることを目的としています。

アルコール健康障害に対する医療の充実は、当事者の健康とともに、様々な地域社会問題への対応の観点からも重要であり、アルコール健康障害や介護・福祉問題、社会的影響、労働生産性などの影響を減少させることが期待されます。

2. さらなるアルコール健康障害対策推進の重要性

アルコールの摂取は生活習慣病などの健康障害だけでなく、社会的影響、労働生産性などに関連します。その多くはアルコールの過剰摂取によって生じることが分かっています。また、アルコール健康障害を持つ方には、治療が必要と思われる状態だが相談機関や医療機関につながることができていない、いわゆる治療ギャップが存在していることが知られています。この治療ギャップは、特にアルコール依存の方で顕著にみられます。

世界保健機関（WHO）のアルコールの有害な使用を低減するための世界戦略[1]や、その世界戦略を進めるための行動計画[2]、国際連合の持続可能な開発目標（SDGs）[3]などにより、地球規模課題として過剰飲酒対策や治療ギャップを埋めるための対策が進められています。わが国では健康日本21などの公衆衛生戦略によってアルコールの過剰摂取対策が進められてきましたが、アルコールの過剰摂取の割合は変化していない（男性）、もしくは悪化している（女性）という評価になっています[4]。

また、アルコール健康障害対策推進基本計画によって全ての都道府県でのアルコール健康障害に対する相談拠点、主にアルコール依存に対応する専門医療機関の設置という目標に向け大きく進捗したものの、相談、医療へのアクセスが不十分であるとの指摘や、アルコール依存が疑われる者の推計数とアルコール依存で医療機関を受診した患者数との乖離が存在しています。このため過剰飲酒対策や治療ギャップを埋めるために、様々な分野で、これまで以上の対策を進めていくことが必要とされています。

3. 本ガイドラインの内容

本ガイドラインは、医療の充実の観点から、アルコールによる健康障害、社会的影響などを分かりやすく伝え、その上で、早期発見から治療、回復までの一連の切れ目のない取組や、アウトリーチ支援等の実施を推進するために必要な事項を示すことにより、かかりつけ医、内科、救急、一般の精神科医療機関等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取組む際の行動の判断等に資することを目指すものとします。

4. 健康診断や保健指導における飲酒量の把握

アルコール健康障害の早期発見から治療、回復までの一連の切れ目のない取組を行うためには、飲酒量を正しく把握する方法、アルコールによる健康障害への影響や社会的影響を知ることが必要です。

（1）飲酒量の把握の仕方[5]

お酒に含まれる純アルコール量は、「純アルコール量（グラム）＝お酒の量（ml）×アルコール度数（%）÷100×0.8（アルコールの比重）」で表すことができ、食品のエネルギー（kcal）のようにその量を数値化できます。表1におおむね純アルコール20グラムのアルコール飲料量を示します。

（2）介入の目安となる飲酒量

年齢や性別、体質の違いなど、飲酒による疾患への影響については個人差がありますが、純アルコール量が少ないほど飲酒によるリスクは少なくなるという報告もあります[7,8]。介入の目安となる純アルコール量の数値としては、第2期計画や令和6年度から開始される健康日本21（第三次）において、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」として、「1日当たりの純アルコール摂取量が男性40グラム以上、女性20グラム以上」（※）が示されています。また、たまに飲酒する場合でも一時多量飲酒（1回の飲酒機会で純アルコール摂取量60グラム以上（※））のような短時間の大量飲酒は、外傷の危険性を高め[7]、様々な身体疾患の発症や、急性アルコール中毒を引き起こす可能性があります。

若年者、高齢者、飲酒の影響を受けやすい体質を考慮する必要がある場合などには、より少ない純アルコール量にすることが望まれます。

（※）これらの量は個々人の許容量の上限を示したものではありません

（表1）おおむね純アルコール20グラムのアルコール飲料量の例[6]

酒の種類（基準%）	酒の量	だいたいの目安
ビール・発泡酒（5%）	500mL	中ビンまたはロング缶1本
チュウハイ（7%）	360mL	350mL缶の1本
焼酎（25%）	100mL	0.5合強
日本酒（15%）	170mL	1合弱
ウィスキー・ジンなど（40%）	60mL	ダブル1杯
ワイン（12%）	200mL	ワイングラス2杯弱

（表2）我が国における疾病別の発症リスクと飲酒量（純アルコール量）[5]

	疾病名	飲酒量（純アルコール量（g））			
		男性		女性	
		研究結果	（参考）	研究結果	（参考）
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：上記の純アルコール量の数値のうち、「研究結果」の欄の数値については、参考文献に基づく研究結果によるもので、これ以上の飲酒をすると発症等のリスクが上がると考えられるもの。「参考」の欄にある数値については、研究結果の数値を元に、仮に7で除した場合の参考値（概数）。「0g＜」は少しでも飲酒をするとリスクが上がると考えられるもの。「関連なし」は純アルコール量とは関連が無いと考えられるもの。「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。「※」は現在研究中のもの。なお、これらの純アルコール量については、すべて日本人に対する研究に基づくものとなります。

（3）アルコールによる健康障害

アルコールは200以上の疾患とけがの原因になることが知られています[7]。厚生労働省が2024年に示した「健康に配慮した飲酒に関するガイドライン」[5]では、飲酒による転倒・骨折、筋肉の減少（サルコペニア等）の危険性が高まることを指摘するとともに、過去の日本人の調査における疾病別の発症リスクと飲酒量を示しています（表2）。その他、うつや不安障害、アルコール依存、ウェルニッケ脳症などとの関係が指摘されています[9]。また、我が国で実施されている大規模疫学調査[10, 11]においても、アルコールの多飲が様々ながん等の疾患や脳血管障害、認知症、自殺等のリスクを高めると指摘されています。

（4）アルコールによる社会的影響

アルコールは心身への影響のみならず、多くの社会問題との関連が指摘されています。飲酒運転で検挙された者のうち、半数以上が純アルコール1日60グラム以上の多量飲酒者であり、3割程度の者にアルコール依存の疑いがあったことが報告されています[12]。不慮の事故死の事例のうち、2割が飲酒群であり、飲酒群の平均年齢（60.5歳）は非飲酒群（73.7歳）より有意に低いという報告[13]があり、飲酒が原因である可能性も示唆されています。配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（平成13年法律第31号）の保護命令違反者を対象に行われた研究[14]で、飲酒に関する問題を有していた者が約4割でした。

5. アルコール健康障害のとらえ方とアルコール依存の治療不十分性

（1）アルコール健康障害のとらえ方

アルコールの過剰な摂取は、個人に重大なリスクや悪影響を及ぼします。これらにはさまざまなタイプがあり、連日の大量飲酒、酩酊するまで飲酒を繰り返すこと、身体や精神に実害を及ぼす飲酒、依存に至っている人の飲酒も含まれます。このため、効果的な介入を図るために、International Classification of Diseases（ICD）-11ではアルコール使用症群として、表3のように危険な使用、有害な使用パターン／エピソード、アルコール依存に分類しています[15]。

危険な飲酒とは、飲酒者本人や他者に対する有害事象のリスクが上昇するアルコール摂取パターンで、いわゆる「飲み過ぎ」にあたります。現時点で当人に身体的・精神的な健康問題がない場合であっても早期発見、早期介入の対象となります。有害な飲酒とは、身体的・精神的な健康上の事象が生じているアルコール摂取パターンです。アルコール依存とは、典型的にはアルコール摂取に対するコントロール（自制）の障害、飲酒が他の活動や義務より優先される状態、アルコール耐性の上昇、およびアルコールが切れた時の身体的離脱反応などが生じます。

（2）アルコール依存やアルコールの有害な使用の治療不十分性

患者調査におけるアルコール依存の総患者数は、約4万人前後、レセプト情報・特定健診等情報データベースでは約11万人前後で推移していますが、平成30（2018）年の成人の飲酒行動に関する全国調査[16]では、アルコール依存の生涯経験者（アルコール依存の診断基準に現在該当する者又はかつて該当したことがある者）は54万人を超えるとの報告があります。また、アルコール依存を現在有すると疑われる者のうち、「アルコール依存の専門治療を受けたことがある」と回答している者は22%、一方で、83%は「この1年間に何らかの理由で医療機関を受診した」と回答しており、一般医療機関から専門医療機関への受け渡しが適切に行われておらず、専門的治療に繋がっていない可能性があるとの報告[17]があります。東京都内7病院の受診患者を対象にした研究では、全診療科に

（表3） アルコール使用症群に関するICD-11における用語と定義（文献15を参考に作成）

ICD-11用語	ICD-11定義（ICD-10コード）
アルコール依存（6C40.2）	依存形成、精神的・身体的機能の持続的慢性障害（ICD-10ではF10.2）
アルコールの有害な使用パターン／エピソード（6C40.1/40.0）	物質使用により、臨床的に明確な身体または精神的問題が生じているが、物質依存までには至っていない状態（ICD-10ではF10.1）
アルコールの危険な使用（QE10）	頻度や量において、本人または周囲の者に明確に身体的または精神的健康被害を引き起こすリスクが高く、そのために保健の専門家から注意やアドバイスを受ける程度の物質使用パターン（ICD-10ではコードなし）

アルコール依存を疑う患者が存在しており、特に内科、外科、産婦人科で有意に多く見られました[18]。また、海外の160万人を超える入院患者を対象とした研究では、全入院患者の5人に1人がアルコールの有害な使用、10人に1人がアルコール依存に該当すると推定されており、入院管理を行う医療者がアルコール健康障害の対応に成熟する必要があると述べています[19]。

6. 切れ目のない支援のために有効なSBIRTS（エスバーツ）について

SBIRT（Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment）はアルコール問題の早期発見によって患者を「ふるい分け（スクリーニング）」、「簡易介入（ブリーフインターベンション）」を行い、専門治療の必要な患者には「紹介」を行うという一連の技法で、WHOはこのアプローチを費用対効果の高い対策として各国に推奨しています[20]。日本では自助グループへの紹介をさらに組み合わせたSBIRTS（SBIRT and Self-help groups）の体制構築の推進に取り組んでいます。

（1）ふるい分け（スクリーニング）について

表4にスクリーニングの概要について示します。スクリーニングは20歳以上のすべての受診患者に行うことが望ましいと考えられます。法的に許可されていない年代の場合、飲酒量が不正確である可能性が高くなります。わが国で最も枠組みが整備されている特定健康診査における「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」[21]では、『健康日本21（第三次）で示す「生活習慣病のリスクを高める飲酒」（1日の平均純アルコール摂取量が男性で40グラム、女性で20グラム以上）に該当する場合は飲酒状況の評価（AUDIT）』を行うとされています。海外の先行研究によれば3つ以内の質問で行うスクリーニングが最もプライマリケアで精度が高いとされ、また10の質問で構成されるAUDIT（Alcohol Use Disorders Identification Test）と比較して、飲酒頻度と飲酒量の情報のみで行ったスクリーニング（AUDIT-QF）には大きな精度の違いは見られませんでした[22]。

このため本ガイドラインでは、アルコール健康障害への早期介入の取り組みを促進する目的で、飲酒頻度と飲酒量を元にしてスクリーニングを行う場合について提示していますが、AUDITの最初の3問で構成されるAUDIT-Cや単一アルコールスクリーニングテスト（SASQ）[23]なども有効です。

飲酒頻度と飲酒量を聞き、例えば1日の平均純アルコール摂取量が男性で40グラム、女性で20グラム以上の者を陽性と判断します。図1のようなツールを使うと、過剰飲酒かどうかは飲酒頻度と飲酒量の2つの要素で決まることや、過剰飲酒に当てはまる基準をわかりやすく視覚的に伝えることが可能です。若年者、高齢者、飲酒の影響を受けやすい体質、基礎疾患を考慮し、より少ない純アルコール量で陽性と判断することも可能です。

一方、表5に示す患者については断酒が必要と考えられます。このような場合には減酒を選択せず、断酒指導もしくは適切な医療機関への紹介を行います。

一方、表5に示す患者については断酒が必要と考えられます。このような場合には減酒を選択せず、断酒指導もしくは適切な医療機関への紹介を行います。

AUDITを用いた場合と比較し、飲酒頻度と飲酒量を元にしてスクリーニングを行うメリットとして、アルコール依存を疑うかどうかを初回で判断しなくてもよいことが挙げられます。

患者視点で見ると治療ギャップの主な原因は、1）問題意識の欠如、2）アルコール依存と言われることなどに対する偏見や恥、3）断酒したくない、であることが海外の研究で明らかになってきており[24]、純アルコール摂取量が多い患者をまずは同定し、減酒指導を試してみることは理にかなっています。

医療者視点で見ても、アルコール依存の疾患説明の経験不足、説明に時間がかかる可能性、初回に専門医療機関を紹介する抵抗感などから、スク

（表4）スクリーニングの対象と方法

SBIRTS アプローチ	対象者	方法	実施間隔
ふるい分け（スクリーニング）	20歳以上のすべての受診患者（外来・入院含む）	1）飲酒頻度×飲酒量 2-1）AUDIT-CやSASQで陽性ならAUDITを実施 2-2）AUDIT	年1回程度

リーニングの実施自体を躊躇する傾向も見られます[4]。切れ目のない支援体制を構築するためには、こういったスクリーニングを実施するハードルを下げる工夫も必要です。

(2) 簡易介入（ブリーフインターベンション）について

国内外の簡易介入の多くに組み込まれている内容を表 6 に示します。簡易介入は飲酒を控える動機づけや資料の提供、必要であれば専門医療機関での治療に繋げることを支援する関わりを指し、一般的に医師、看護師、保健師、心理士、カウンセラーといった専門職により行われます[25]。主に危険な使用、有害な使用パターン／エピソードの患者を対象に、減酒を目的として実施され、5－10 分の短時間、複数回実施することが最も効果的とされています。

我が国の簡易介入に関する代表的な研究結果を表 7[26-32] に示します。減酒支援の普及によって期待されるアルコール健康障害低減効果の推計では、

1）男性

（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飲酒該当者		
週 5～6 日					
週 3～4 日					
週 1～2 日				一時多量飲酒	
月 1～3 日					

2）女性

（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	

（図 1）飲酒頻度と飲酒量を元にしたスクリーニングツール　標準的な健診・保健指導プログラムに記載の「健康日本 21（第三次）及び WHO のガイドラインで規定されている飲酒による生活習慣病等のリスク評価」に加えて、一時多量飲酒の該当部分を追加（黄色箇所）（単純化のため、日本酒 1 合＝純アルコール 20g 換算）

（表 5）断酒指導もしくは適切な医療機関への紹介が必要な場合[10]

- 入院による治療が必要な患者
- 飲酒に伴って生じる問題が重篤で社会・家庭生活が困難な患者
- 臓器障害が重篤で飲酒により生命に危機があるような患者
- 現在、緊急の治療を要するアルコール離脱症状（幻覚、けいれん、振戦など）のある患者

（表 6）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（推奨されている飲酒量と普段の自分の飲酒量の比較、および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

簡易介入による集団への効果として1日純アルコール 5.4 グラムの減酒で、死亡や健康寿命損失のリスクを 4.5%低下させることが期待できます。また、1 日 50 ～ 60 グラム飲酒する集団の減酒で 3.6%、1 日 70 ～ 80 グラムで 3.0%のイベント発生低下に繋がることが期待できます[33]。海外の研究では、1 日純アルコールを 20 グラム（96 グラム→76 グラム）減酒することで、死亡率が半減する（180 人→90 人／10 万人）モデルが示されています[34]。

具体的に簡易介入に使用できるツールとして、依存症対策全国センターの調査研究成果物（介入テキスト・Web アプリケーション等）[35] には、これまでの厚労省研究班などで開発されてきた減酒支援に必要なツール、教育素材が無料公開されています。また、三重県四日市市のアルコールと健康を考えるネットワークが「節酒の進め方」など、簡易介入に使えるツールを無料公開しています[36]。

（3）専門医療機関や自助グループへの紹介について

簡易介入を行っても飲酒行動に変化が見られない患者や、断酒が必要な表 5 のような患者は紹介を考慮します。必要であればこの時点で、AUDIT や ICD-11 の診断基準を元にアルコール依存の有無について検討することも紹介理由の根拠の 1 つになります。ICD-11 では従来と異なり、表 8 にある 3 項目中 2 項目当てはまればアルコール依存症候群の診断となり、特に初期のアルコール依存に対する診断を強化し、早期に治療を行う方向性での変更が見られます。この変更で、特に内科等での診断が容易になります。例えば健康診断時に肝機能障害が指摘され受診し、種々の検査結果によりほぼ毎日飲酒していることによるアルコールの過剰摂取が原因の肝機能障害と判断し説明、減酒指導を行ったが3か月たっても飲酒量のコントロール（減酒）ができておらず、採血上も肝機能障害の改善が見られなかった場合、アルコール依存の診断となります。

（表 8）ICD-11 でのアルコール依存症候群の診断基準[15]

アルコール使用の反復もしくは持続使用により以下の 2 つ以上が明らか。以下の特徴は一般的に 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。
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）

（表 9）紹介時に直面する疑問と回答例

1. どの患者を紹介するのか？
   - アルコール依存を疑う患者
   - アルコール依存を疑うほどではないが、行動変容が上手くいかず、飲酒に伴う健康障害や社会問題が持続したり悪化したりしている患者
   - 精神疾患の合併を疑う過剰飲酒者（主に非精神科から）
2. どこに紹介するのか？
   - 困ったら、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、オンライン対応もある）
3. どのように紹介するのか？
   - 紹介元の医療機関から帰宅する前に、紹介先の外来予約を取る
   - 入院中であれば、退院前に紹介する（入院中に受診や転院がベストだが、DPC（包括評価制度）などに留意）
   - 患者家族を同席させ、紹介支援者となってもらう（家族が協力的な場合）
   - 施設名ではなく、専門家の個人名で紹介する
   - 紹介先の専門家とチームを組んでおり、非常に信頼している先生・スタッフだと明言する
   - 紹介という手段が患者の予後・QOL を向上させると、医療者が強く信じる
   - 場合によっては、職場の産業医と連絡をとって職場から紹介する

紹介時に直面する疑問として、1）どの患者を紹介すればよいのか、2）どこに紹介すればよいのか、3）どのように紹介すればよいのか、について表9に回答の例を記載します。さらに、表10にはコミュニケーションの工夫について記載しています。様々な工夫がありますが対応は個別性が高いため、目の前の患者・家族にとってどの方法を取れば最も効果的かを、その都度考える必要があります。

精神保健福祉センターは都道府県および政令指定都市に必ず1か所設置されている地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を持ち、精神科医師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、看護師、作業療法士などが職員として配置され、主にアルコール依存に関する本人・家族相談に対応が可能な施設です[37]。相談対応だけでも患者本人が減酒や断酒に至ることがあるため、円滑な連携ができるように日ごろから関わっておくことが望まれます。

（4）紹介がうまくいかなかった場合

アルコール健康障害、特にアルコール依存の治療ギャップが大きいことからもわかるように、専門医療機関や自助グループへの紹介がうまくいかないことは日常的に起こりうることです。しかし、切れ目のない支援を実施するためには、支援者が簡単にはあきらめないということも重要です。表11に紹介がうまくいかなかった時の対応の例を挙げました。倫理的側面から、患者本人が治療や紹介を受け入れるかどうか決める権利を持っていることを尊重しつつ、医療者として医学的知識や経験を共有し、動機づけを行い、可能な範囲で治療を継続していくことが望まれます。

従来アルコール依存の治療目標は断酒の達成とその継続を目標とし、アルコール依存を持つ患者は専門医療機関に紹介することが望ましいとされてきましたが、2018年に公開された新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドラインの手引き[10]の中で、治療ギャップを少なくするために非専門家が初期対応を行う必要があることが明記されました。また、表5のような患者や断酒を希望する患者以外に対する治療目標の1つとして、飲酒量低減の選択肢が盛り込まれました。初期対応する非専門家に減酒指導経験があれば、まずは減酒を目標に対応することも可能と考えられます。具体的な流れは「飲酒量低減治療マニュアル ポケット版」を参照してください[42]。

（表10）精神科医や患者本人、家族とのコミュニケーション上の工夫（文献38を参考に作成）

対象	工夫	コミュニケーションの例
精神科医とのやり取り（主に非精神科医がやり取りする場合）	アルコール問題での紹介を明記	＃アルコール使用障害（重度） ＃アルコール多飲（純アルコール160g/日）
	共通言語を用いる	AUDITが23/40点、ICD−10が3/6点、ICD−11の診断基準で3項目中2項目・・・
	困っていることを精神科医の枠組みで説明	身体依存や精神依存が強く日常生活に大きな影響が出ており、内科での減酒指導にも効果がなかったため、・・・
	併診の場合、役割分担の明確化	臓器障害（慢性膵炎、高血圧）は継続して内科で管理していく予定です。
患者・家族とのやり取り	患者の言葉・信念・価値観で説明	あなたの「入院することを避けたい」という目標を達成できるよう、私も協力いたします。
	「私ではできないことをしっかりやってくれる専門家」と説明	私には処方できない効果的な薬の管理や、有益なアドバイスをしてくれる専門家のA先生に診てもらうのが目標達成の近道です。
	評価、コンサルテーション、カウンセリングの目的と説明	A先生は現状をしっかり評価した上で外来カウンセリングをしてくれます。過去に何人も診てもらいましたが評判が良く、私もとても信頼しています。
	患者が紹介に強く抵抗した場合には、争うのは避ける	私は紹介がベストと考えますが、受け入れられるまで時間がかかる方もいます。本人が嫌がっているので今はやめておきましょう。

（表 11）紹介がうまくいかなかった時の対応

1. 患者の判断を評価する[39]
   - 自身の病状、決断に伴う利益やリスクを十分に理解しているか評価する
   - 治療の選択について、一貫した意思を持っているか繰り返し評価する
   - 紹介を受け入れなかった理由について尋ねる
   - 判断能力が低下していない（例えば酩酊状態）ことを確認する
2. 再紹介の動機づけを行う
   - 対立を避け、信頼関係を築くことに集中する
   - 問題が生じた際に、間髪を入れずに紹介する
   - 何を悪化・改善のマーカーとするか（データや症状、救急受診・入院回数など）患者とともに検討し、悪化した場合には再紹介を検討することを伝える
   - 一定期間後に再紹介することに同意してもらう
   - 患者本人が信頼している、近隣もしくは遠方の家族や友人、隣人などから助言してもらう
   - 職場の産業保健スタッフと連絡をとって、職場から働きかける
3. 専門医療機関以外の場所で非専門家ができることを考え、実施する
   - アルコール依存に対する治療（投薬を含む初期対応）を行う[40]
   - 許容されない行動について明確に伝える（飲酒運転など）
   - 紹介先や自助グループの方針とずれないような指導・助言を行う
   - HALT（空腹 Hungry、怒り Angry、孤独 Lonely、疲労 Tired）[41]を回避する
   - 自施設や他施設の医療スタッフに支援を依頼する
   - 自助グループ、市町村の健康福祉職員、精神保健福祉センター、包括支援センター、非公式のアルコール専門家の集まりなど（メーリングリストなど）に支援を依頼する
4. 関係が途切れないように留意する

7. 医療機関での早期介入と円滑な連携を進めるための環境づくりについて

本ガイドラインでは、国が体制構築の推進を行っている、切れ目のない支援のために有効な SBIRTS（エスバーツ）の枠組みを用いて、医療機関でスクリーニング、簡易介入を行い、必要な場合に専門医療機関等に紹介する流れを提示しました。実際には、医療機関によっては時間的、人員的、空間的制約があることや、救急外来のような場では継続した関わりが難しいなど、場所や役割の違いによる特殊性がみられます。しかし、どのような場においても本ガイドラインのような考え方に基づく、アルコール健康障害の早期介入、専門医療機関との円滑な連携に関する取り組みの実施を行えることが理想です。

過去のプライマリケア医を対象とした調査では、アルコール健康障害の診療を容易にするための施策・支援として、「診療報酬や補助、助成といった実施への金銭的障壁の解消」、「関係機関の情報」、「教育研修システム」、「指導に使える資料の充実」などを希望していました[43]。このように、切れ目のない支援体制の構築を推進するためには、個々の医療者や医療機関の努力だけではなく、国や地方自治体、学術団体、公益団体などによる支援も必要となります。2024 年 4 月時点で、診療情報提供料（Ⅰ）の精神科医連携加算、精神科リエゾンチーム加算、こころの連携指導料（Ⅰ）（Ⅱ）といった連携に関する診療報酬の整備が行われています。また、広島県で行われているような地域の内科系診療を担う医師に対してアルコール健康障害サポート医といった研修、認定を行う地方自治体も徐々に出てきています（詳細は本事業の好事例集参照）。わが国の専門医療機関の少なさを考慮すると、表 11 に示したような、紹介がうまくいかなかった時に専門医療機関以外の場所でも対応できる医療者、医療機関を増やしていくことが、今後重要になると考えられます。

本ガイドラインの普及とともに、アルコール健康障害の早期介入や専門医療機関との円滑な連携を実施する環境づくりについて、より一層の推進を期待しています。

（表 7）我が国の減酒支援に関する代表的な研究結果

文献	参加者（解析対象）	時間	頻度・期間	介入形態（個別／集団）	支援形態（面談／メール／電話／その他）	介入内容	評価時期	結果概要
Ito et al.（2015）	現場作業員	15 分	計 2 回（介入間は 4–6 週間）	個別	面談	アルコール使用障害識別テスト（AUDIT）による評価・結果のフィードバック、飲酒のメリットとデメリットのバランスシート、飲酒に関する目標の設定、暴飲暴食に伴う危険な状況への対処法に関する説明	介入前 介入開始後 3 ヶ月 介入開始後 12 ヶ月	12 ヶ月後、3 ヶ月後 飲酒量変化なし 飲酒頻度減少
Kuwabara et al.（2022）	労働者 352 名 5 事業所	5 分 または 15 分	1 回	個別	資料提供 または面談	①リーフレット提供 ② 5 分間の簡易介入（アルコール使用障害識別テスト（AUDIT）による評価・結果のフィードバック、飲酒に関する目標の設定） ③ 15 分間の簡易介入＋カウンセリング（飲酒のメリット・デメリットの把握、国内疫学データと対象者自身の飲酒量、健康診断の結果との関連の説明、過度の飲酒場面の想起、達成可能な目標の設定および目標を達成するための方法の選択）	介入前 介入後 6 ヶ月 介入後 12 ヶ月	15 分間の簡易介入＋カウンセリングを受けた者のみ週当たりの飲酒量減少
Sunami et al.（2021）	従業員 100 名 6 事業所	30 分 （初回面談のみ）	週 1 回 4 週間	個別	面談およびメール	全対象者に個別 30 分間の簡易講義（適正飲酒量、飲酒運転対策、飲酒による身体的・精神的被害、飲酒を減らすための各種治療法の紹介）を行った上で、対照群と介入群に分類し、介入群には SNAPPY–DOC プログラム（https://snappy.udb.jp/）を用いた飲酒量記録、および週 1 回ごとにメールを用いた、個人の AUDIT スコアに基づく規範的フィードバック、アルコールの有益性と有害性に関する情報、飲酒の誘因に関する情報、飲酒量を減らすことによる変化に関する情報を提供	介入前 介入開始後 12 週間	直近 7 日間の飲酒量減少 飲酒日当たりの飲酒量変化なし 直近 7 日間の飲酒頻度減少
Harada et al.（2015）	従業員 83 名 10 事業所	記載なし	計 3 回（1 回目 2 回目の間は 1 ヶ月、2 回目と 3 回目の間は 2 か月）	集団（6 人／グループ）	電子メール、電話	ブリーフインターベンションである HAPPY プログラムとして実施 セッション①：健康的に長くお酒と付き合うための方法（https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document22.pdf）に関するワークブックの提供、飲酒量の把握と目標設定、アルコール関連健康障害の脅威に対する情報提供、アルコール障害識別テスト（AUDIT）の実施、グループディスカッション、身体組成や血液データの収集 セッション②：飲酒量の把握と目標再設定、アルコール関連健康障害の脅威に対する更なる情報提供、ストレスマネジメント講習、グループディスカッション セッション③：飲酒量の把握と目標設定、グループディスカッション、身体組成や血液データの収集 ※参加者のセッション間の脱落を防ぐために、電子メールや電話でのコミュニケーションを実施	介入前（セッション①）、介入開始後 1 ヶ月（セッション②）、介入開始後 3 ヶ月（セッション③）	平均飲酒量減少 血中指標の変化なし

文献	参加者（解析対象）	時間	頻度・期間	介入形態（個別／集団）	支援形態（面談／メール／電話／その他）	介入内容	評価時期	結果概要
彌冨ら（2013）	従業員 3257 名	90 分	直接指導計 3 回（1 ヶ月おきに実施） 全指導期間 6 ヶ月	集団	集合教育	ブリーフインターベンションである SUMCO-HAPPY プログラム（S-HAPPY プログラム）として，3 回の直接指導を実施 セッション①「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」1 回目教育用ビデオ教材を使用した節酒教育 セッション②「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」のアルコールと健康被害に関する 2 回目教育用ビデオ教材視聴およびワークブックを使用した節酒教育 セッション③「特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム」3 回目教育用のアルコールと健康被害に関するビデオ教材視聴とワークブックを使用した節酒教育 ※セッション①開始後 6 ヶ月間生活習慣記録表への記録を促し、定期的なやり取りで生活習慣全体の目標と実施記録を確認するたびに、保健師もしくは産業医が飲酒に関するフィードバック（賞賛や励ましなど）を実施	介入前 介入開始後 6 ヶ月	飲酒量、AUDIT スコア減少 ウエスト周囲径、体重、BMI、拡張期血圧、ALT、γ -GTP 減少 HDL コレステロール増加 メタボリックシンドロームを有する者の割合減少
角南ら（2021）	-	15 分	全部で 3 回を想定（2-4 週おきに実施）	個別	面談	HAPPY プログラムの中で特に重要な部分を抽出した減酒支援プログラム（ABCD プログラム） 健康的に長くお酒と付き合うための方法（https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document22.pdf ）に関するワークブックの提供に加え、手引き（https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document23.pdf）を提供し、2-4 週おきに面談を実施	-	本論文は資料提供のみのため、結果の記載はなし
Hamamura et al.（2021）	AUDIT8 点以上の者 546 名	20 分	1 回	個別	インターネット	飲酒行動の自己評価（飲酒量と頻度、1 日の最大飲酒量、飲酒に関連する否定的な結果、1 日の飲酒に費やした平均金額）、個人に合わせた規範的フィードバック、結果に関する心理教育、短いクイズ	介入前 介入開始後 1 ヶ月 介入開始後 2 ヶ月 介入開始後 6 ヶ月	介入開始後 2 ヶ月、6 ヶ月の時点での飲酒量減少

引用文献

1）World Health Organization. Global strategy to reduce harmful use of alcohol アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略　日本語訳. 樋口進、烏帽子田彰監訳. https://alhonet.jp/pdf/who2010.pdf（参照 2024−03−11）

2）World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013−2020. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?s equence=1（参照 2024−03−11）

3）外務省 . JAPAN SDGs Action Platform. https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/goal3.html（参照 2024−03−11）

4）吉本尚．第 1 期における重点項目／設定目標の達成度と、ISBRA2018 報告書にみる公衆衛生対策の重要性 . 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．筑波大学．5−10，2020.

5）厚生労働省 . 健康に配慮した飲酒に関するガイドライン，2024. https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/001169984.pdf（参照 2024−03−11）

6）内閣府．アルコール健康障害対策推進ガイドブック，2016. https://www.mhlw.go.jp/file/06−Seisakujouhou−12200000−Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/guidebook1.pdf（参照 2024−03−11）

7）World Health Organization: Global status report on alcohol and health 2018. https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639（参照 2024−03−11）

8）GBD 2016 Alcohol Collaborator. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 392: 1015−35, 2018.

9）日本アルコール・アディクション医学会，日本アルコール関連問題学会 . 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドラインに基づいたアルコール依存症の診断治療の手引き【第 1 版】 http://www.j−arukanren.com/pdf/20190104_shin_al_yakubutsu_guide_tebiki.pdf（参照 2024−03−11）

10）池原賢代，他．国民健康づくり運動の推進に向けた飲酒の社会的影響に関するエビデンスの創出 . 令和4年度 厚生労働科学研究報告書. https://mhlw−grants.niph.go.jp/project/162594（参照 2024−03−11）

11）Akechi T, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al. Tsugane S: Alcohol consumption and suicide among middle−aged men in Japan. Br J Psychiatry. 188: 231−6, 2006.

12）国立病院機構久里浜アルコール症センター，神奈川県警察．飲酒と運転に関する調査結果報告書，2008.

13）Suzuki H, Tanifuji T, Kimura S et al. Epidemiology of alcohol−related accidental death in Tokyo Metropolitan area (2015). Med Sci Law. 60(1): 4−10, 2020.

14）法務総合研究所研究部報告．配偶者暴力及び児童虐待に関する総合的研究，2008. https://www.moj.go.jp/content/000049636.pdf（参照 2024−03−11）

15）World Health Organization: ICD−11 for Mortality and Morbidity Statistics. https://icd.who.int/browse11/l−m/en（参照 2024−03−11）

16）AMED「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（研究代表者：樋口 進）2016−2018」.

17）厚生労働科学研究「WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究」（研究代表者：樋口 進）2013−2015」.

18）Akazawa M, Matsumoto T, Kumagai N. Prevalence of problematic drinking among outpatients attending general hospitals in Tokyo. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 48(5): 300−13, 2013.

19）Roberts E, Morse R, Epstein S, et al. The prevalence of wholly attributable alcohol conditions in the United Kingdom hospital system: a systematic review, meta−analysis and meta−regression. Addiction. 114(10): 1726−1737, 2019.

20）World Health Organization. The technical package SAFER: a world free from alcohol related harms. 2019. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330053/9789241516419−eng.pdf（参照2024−03−11）

21）厚生労働省．標準的な健診・保健指導プログラム（令和 6 年度版）．2024.
https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001231390.pdf（参照 2024−03−11）
22）US Preventive Services Task Force, Curry SJ, Krist AH, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 320(18): 1899–1909, 2018.
23）National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: a clinician's guide, 2005 Edition. Bethesda, MD, 2007.
https://s21151.pcdn.co/wp−content/uploads/2016/11/Helping−Patients−who−Drink−Too−Much_A−Clinicians−Guide−2017.pdf（参照 2024−03−11）
24）Probst C, Manthey J, Martinez A, et al. Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross−sectional study in European primary care practices. Subst Abuse Treat Prev Policy. 10: 32, 2015.
25）厚生労働省．e 健康づくりネット．アルコール（男性編），2023.
https://e−kennet.mhlw.go.jp/tools_alcohol−male/#tools_evidence（参照 2024−03−11）
26）Ito C, Yuzuriha T, Noda T, et al. Brief intervention in the workplace for heavy drinkers: a randomized clinical trial in Japan. Alcohol Alcohol. 50(2): 157−63, 2015.
27）Kuwabara Y, Kinjo A, Fujii M, et al. Effectiveness of nurse−delivered screening and brief alcohol intervention in the workplace: A randomized controlled trial at five Japan−based companies. Alcohol Clin Exp Res. 46(9): 1720−31, 2022.
28）Sunami T, So R, Ishii H, et al. A randomized controlled trial of the web−based drinking diary program for problem drinking in multi workplace settings. J Occup Health. 64(1): e12312, 2022.
29）Harada K,Moriyama M, Uno M, et al. Effects of a revised moderate drinking program for enhancing behavior modification in the porkplace for heavy drinkers. Health. 7：1601−14, 2015.
30）彌冨美奈子，遠藤光一，原俊哉，他．特定保健指導の枠組みを利用したハイリスク飲酒者に対する職域における集団節酒指導（S−HAPPY プログラム）の効果．労働科学．89（5）：155−65，2013.
31）角南隆史，河合麻衣子，櫻井純子，他．職域ですぐに使える減酒支援プログラムのご紹介〜 ABCD プログラム〜．産業衛生学雑誌．63（6）：324−8，2021.
32）Hamamura T, Suganuma S, Takano A, et al. The effectiveness of a web−based intervention for Japanese adults with problem drinking: An online randomized controlled trial. Addict Behav Rep. 15:100400, 2021.
33）尾﨑米厚.「喫煙、飲酒等生活習慣の実態把握及び生活習慣の改善に向けた研究」https://www.med.tottori−u.ac.jp/envmed/research/inshu.html（参照 2024−03−11）
34）Rehm J, Roerecke M. Reduction of drinking in problem drinkers and all−cause mortality. Alcohol Alcohol. 48(4): 509−13, 2013.
35）アルコール健康障害　薬物依存症　ギャンブル等依存症　依存症対策センター．介入・アプリケーション等．https://www.ncasa−japan.jp/docs/intervention（参照 2024−03−11）
36）四日市　アルコールと健康を考えるネットワーク．https://www.yokkaichi−alcohol.net/tools（参照 2024−03−11）
37）厚生労働省.「精神保健福祉センター運営要領」について．障 発 1127 第 8 号，2023
https://www.nisseikyo.or.jp/gyousei/kaisei/images/kokuji/20231127−S6.pdf（参照 2024−03−11）
38）S.H. McDaniel et al. 松下明　監訳. 家族志向のプライマリケア．第 25 章．共同して働く：家族志向のメンタルヘルス専門家との連携・紹介．405−21．丸善出版，2013.
39）Pirotte BD, Benson S. Refusal of Care. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls, 2023.
40）新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン作成委員会監修．新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン．新興医学出版社，2018.
41）Melemis SM. Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. Yale J Biol Med. 88(3): 325−332, 2015.
42）一般社団法人 日本アルコール・アディクション医学会，日本アルコール関連問題学会 一般

社団法人 日本肝臓学会, 一般財団法人 日本消化器病学会，一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会．飲酒量低減治療マニュアル ポケット版，2019．https://www.j-arukanren.com/pdf/201911_inshuryouteigen_chiryou_poket.pdf（参照 2024-03-11）
43）大脇由紀子，吉本 尚，川井田恭子．一般医療機関（プライマリ・ケア医）におけるアルコール健康障害を有する患者の診療実態と認識、および SBIRTS の障壁と課題に関する調査．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．筑波大学．139-168, 2020.

ガイドライン検討委員（五十音順）
加賀谷　有行　　医療法人せのがわ KONUMA 記念依存とこころの研究所　所長
佐藤　寧子　　慶應義塾大学健康マネジメント研究科　精神看護専門看護師
手塚　幸雄　　医療法人タピック　沖縄リハビリテーションセンター病院　精神科医
伴　信太郎　　愛知医科大学医学教育センター　特命教育教授
堀江　義則　　医療法人社団慶洋会　ケイアイクリニック　院長

事業責任者
吉本　尚　　筑波大学医学医療系　地域総合診療医学　准教授

事業担当者
新田　千枝　　筑波大学医学医療系　地域総合診療医学　助教
菊地　亜矢子　　筑波大学健幸ライフスタイル開発研究センター

発行日 2024 年 3 月 31 日
厚生労働省 令和 5 年度障害者総合福祉推進事業
「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」

研究代表者　吉本　尚　（筑波大学医学医療系　地域総合診療医学）