

厚生労働省
令和5年度 障害者総合福祉推進事業

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

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、以下「基本法」という。）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、その重点項目として、アルコール健康障害の当事者やその家族がより円滑に適切な支援に結びつくように、アルコール健康障害に関する相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を構築することとされています。また、アルコールは依存症以外にも肝疾患やうつ病、認知症など様々な疾病リスクのみならず、飲酒運転、不慮の事故、暴力、自殺、家族問題などの社会的な問題にも関連しており、地域全体で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、アルコール関連問題を入り口とした、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推進するため、アルコール関連問題に関わる関係者や関係機関の連携を促進するために活用されることを目的としています。アルコール関連問題に関わる関係者・関係機関の良好な連携は、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、治療が必要な方が適切な医療につながりやすくな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症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¹¹や、その世界戦略を進めるための行動計画¹²、国際連合の持続可能な開発目標（SDGs）¹³などにより、地球規模課題として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症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、アルコール依存症が疑われる者の推計数とアルコール依存症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。治療ギャップを埋めるため、アルコール健康障害の当事者やその家族がより円滑に相談や治療等に結びつくように支援をさらに推進することが求められており、このため様々な分野で、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、地域でアルコール関連問題の対応に当たっている各領域の関係者において、医療との連携を促進するために、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、その上でアルコール関連問題を入り口とした、アルコール健康障害の早期発見、早期治療につなげるために必要な事項を示すことにより、アルコールに関わる健康障害や介護・福祉課題、地域社会問題へ関わる際に行動の判断等に役立つことを目指すものとします。

尚、アルコール関連問題の対応を行う部署は多領域にわたるため、本ガイドラインだけですべての領域が網羅できていない可能性があります。健康診断等でのアルコール健康障害への対応として「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」が、医療現場でのアルコール健康障害への対応として「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」が準備されているので、それぞれ参照していただければ幸いです。

4. アルコール関連問題とアルコール健康障害

(1) アルコール関連問題とアルコール健康障害との関係について

基本法では、アルコール関連問題とアルコール健康障害を表1のように定義し、アルコール関連問題の根本的な解決につなげるため、関連する施策との有機的な連携が図られるよう配慮することを基本理念の一つとして定めています。このように、アルコール関連問題のほうが大きな概念であり、その要素の1つとしてアルコール健康障害が含まれています。

(表 1) アルコール関連問題とアルコール健康障害の定義

用語	定義
アルコール関連問題	アルコール健康障害及びこれに関連して生ずる飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題
アルコール健康障害	アルコール依存症その他の多量の飲酒、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒等の不適切な飲酒の影響による心身の健康障害

(2) アルコール関連問題について

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。このため、福祉・介護や警察、司法、職域など、多く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ることとなります。具体的な例を表2に示します。

少年院在院者の調査¹⁴⁾では、半数以上が家族から物理的、精神的な暴力を受け、男子 14.6%、女子 23.2%に家庭内のアルコール問題があったと報告されており、児童虐待の背景に家族のアルコール問題が存在する可能性が示唆されています。自助グループ（アルコール依存症の当事者及びその家族が互いに支えあってその再発を防止するための活動を行う団体をいう。以下同じ。）に属する家族に対する調査¹⁵⁾では、アルコールの問題を抱えてから、半数近くの家族が生活や経済的困難に直面し、約3割の家族は自らが精神的又は身体的問題を抱えるようになったと報告されています。

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症の疑いがあったことが報告されています¹⁶⁾。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¹⁷⁾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¹⁸⁾で、飲酒に関する問題を有していた者が約4割でした。

受刑者を対象に行われた研究¹⁹⁾では、調査対象受刑者に占める多量飲酒者（日本酒換算3合以上をほぼ毎日）の割合は23.3%でした。

職域においては、労働安全の観点から、溶接工の労働災害リスクが飲酒者で約4倍であったと海外の研究で報告されています¹⁰⁾。また、精神疾患による長期休業（90営業日以上）の危険因子として最も高かったのが、平均1日飲酒量が純アルコール60グラム以上であったとする研究もあります¹¹⁾。

経済産業省が策定した『企業の「健康経営」ガイドブック～連携・協働による健康づくりのススメ～（改訂第1版）』¹²⁾ではリスクのあるアルコール摂取（毎日飲酒し、1日純アルコール44グラム以上）をしている者はプレゼンティーイズム（何らかの疾患や症状を抱えながら出勤し、業務遂行能力や生産性が低下している状態）が大きく低下しており、年間1人あたり約26万円の生産性損失と推計されています。医療費についても、同じくリスクのあるアルコール摂取をしている者は、一人当たり年間10,540円の医療費増加と推計されています。

(3) アルコール健康障害について

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¹³⁾。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」¹⁴⁾では、飲酒による認知症¹⁵⁾、転倒・骨折^{16, 17, 18)}、筋肉の減少（サルコペニア（※）等^{19, 20)}）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3）。その他、うつや不安障害、アルコール依存症、ウェルニッケ脳症などとの関係が指摘されています²¹⁾。また、我が国で実施されている大規模疫学調査^{22, 23)}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、自殺等のリスクを高めると指摘されています。

（※サルコペニアとは、加齢に伴う骨格筋量低下に加え、筋力及び／又は身体機能が低下した状態のこと）

5. 切れ目のない支援のために必要な知識

アルコール関連問題を入り口とした、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、アルコール健康障害のとらえ方を知ることが必要です。

(表2) アルコール関連問題を持つ当事者や家族の例

テーマ	事例	福祉1	福祉2	警察+司法1	警察+司法2	職域1	職域2
生活困窮+ひとり親家庭	27歳女性。6歳男児(保育園)と二人暮らし。ひとり親家庭。元々から水商売勤務。その頃より前から男児の保育園送迎時にひとりで片手運転していたが、1年ほど前、酔った状態で送迎したままだと、酔った状態であること、親子であること、さらに男児の家庭での養育に不安があることとから、保育園の先生から市の子ども家庭課に相談が入った。	生活困窮+ひとり親家庭	高齢者	飲酒問題やギャンブル依存が背景にある窃盗受刑者の出口支援	警察+司法2 酌量法 弁護士からの受診勧奨	勤務中に酒臭がする従業員	職域2 うつ病診断で休職を繰り返す職員、背景にアルコール問題が疑われる
具体的な支援内容	子ども家庭課の相談員(保健師と心理師)が本人宅訪問。本人の悩みに寄り添いながら信頼関係を構築し、近隣内科クリニック医療機関受診、依存症専門医療機関への入院、経済面での安定を図った。本人の入院中、男児は見守り福祉施設に入所した。	生活困窮+ひとり親家庭	高齢者	自立準備ホーム退去後は一人暮らしの予定であり、その前に保健師の勧めで専門医療機関に入院開始し、社会福祉協議会による金銭管理を導入した。	警察+司法1 酌量法 弁護士からの受診勧奨	勤務中に酒臭がする従業員	職域2 うつ病診断で休職を繰り返す職員、背景にアルコール問題が疑われる
主たる支援機関 ※コーディネーター となった機関、 職種等 ※キーパーソン	子どもの家庭課の相談員(保健師と心理師)が本人宅訪問。本人の悩みに寄り添いながら信頼関係を構築し、近隣内科クリニック医療機関受診、依存症専門医療機関への入院、経済面での安定を図った。本人の入院中、男児は見守り福祉施設に入所した。	生活困窮+ひとり親家庭	高齢者	自立準備ホーム退去後は一人暮らしの予定であり、その前に保健師の勧めで専門医療機関に入院開始し、社会福祉協議会による金銭管理を導入した。	警察+司法1 酌量法 弁護士からの受診勧奨	勤務中に酒臭がする従業員	職域2 うつ病診断で休職を繰り返す職員、背景にアルコール問題が疑われる
連携した機関、 施設等	市の障害福祉課 福祉事務所(生活保護担当) 児童相談所 近隣の内科クリニック 精神保健福祉センター 依存症専門医療機関	生活困窮+ひとり親家庭	高齢者	自立準備ホーム退去後は一人暮らしの予定であり、その前に保健師の勧めで専門医療機関に入院開始し、社会福祉協議会による金銭管理を導入した。	警察+司法1 酌量法 弁護士からの受診勧奨	勤務中に酒臭がする従業員	職域2 うつ病診断で休職を繰り返す職員、背景にアルコール問題が疑われる
解決の秘訣、 キーポイント等	定期的な家庭訪問による信頼関係構築が奏功。本人の不調の訴えに合わせて、まずは近隣の内科受診が突破口になった。近隣の内科医には本人受診前に本人の状況を事前相談し、依存症治療が必要である旨、内科医から本人に説明してもらった。	生活困窮+ひとり親家庭	高齢者	自立準備ホーム退去後は一人暮らしの予定であり、その前に保健師の勧めで専門医療機関に入院開始し、社会福祉協議会による金銭管理を導入した。	警察+司法1 酌量法 弁護士からの受診勧奨	勤務中に酒臭がする従業員	職域2 うつ病診断で休職を繰り返す職員、背景にアルコール問題が疑われる

(表 3) 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）⁽¹⁴⁾

	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

(1) 飲酒量の把握の仕方⁽¹⁴⁾

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4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報告もあります^(13, 25, 26)。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⁽¹³⁾、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

(表 4) 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⁽²⁴⁾

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
チューハイ（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

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

6. アルコール健康障害のとりえ方と治療 ギャップ

(1) アルコール健康障害のとりえ方

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、依存症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 ではアルコールの過剰摂取者をアルコール使用症群と表現し、表5のように大きく危険な使用、有害な使用、アルコール依存症の3つに分類しています¹²⁷⁾。

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、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。アルコール依存症とは、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。

2022年に改訂が行われたICD-11では従来と異なり、表6にある3項目中2項目当てはまればア

ルコール依存症（正確には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症に対する診断を強化し、できるだけ早期に医療での治療（カウンセリングや薬の処方など）を行う方向性での変更が見られます。

このように、アルコール健康障害のとりえ方は大きく変化してきています。従来考えられていたよりもはるかに軽症の方でも、医療機関での治療につなげる必要があります。特に、アルコール依存症に至る前でも、有害な飲酒のような身体的・精神的問題が発生している人々に関しては、根本的なアルコール関連問題の解決のために、円滑な医療との連携が重要になります。

(2) アルコール健康障害の治療ギャップ

患者調査におけるアルコール依存症の総患者数は約4万人前後で、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¹²⁸⁾では、アルコール依存症の生涯経験者（アルコール依存症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、アルコール依存症を現在有すると疑われる者のうち、「アルコール依存症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¹²⁹⁾、医療機関へ受診していても、アルコール関連問題の根本的な解決を目的とした専門的な治療が行われていない可能性があります。

(表5) アルコールの過剰摂取者（アルコール使用症群）に関する大まかな分類と特徴（文献27を参考に作成）

分類	特徴
アルコール依存症	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、アルコールが切れた時の身体的離脱反応
有害な飲酒	アルコールの使用により、臨床的に明確に身体的・精神的問題が生じているが、依存症までには至っていない状態
危険な飲酒	頻度や量において、本人や周囲の者に明確に身体的・精神的健康障害を引き起こす危険が高く、保健の専門家から注意やアドバイスを受ける状態

(表6) ICD-11でのアルコール依存症候群の診断基準¹²⁷⁾

<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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）
--

(3) アルコール健康障害の治療ギャップの原因

これまでの海外の研究で、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、であることが明らかになってきています¹³⁰⁾。こういった点を意識して関わることで、医療との円滑な連携につながる可能性が高まることが考えられます。

7. 具体的な医療との円滑な連携について

医療との円滑な連携のポイントはいくつかありますが、ここでは以下の3点について述べていきます(表7)。

(1) アルコールが関係している可能性に気がつく

これまで述べてきたアルコール関連問題やアルコール健康障害についての知識を元に、対応している課題や本人や家族にとっての困りごとの原因や背景に、アルコールが関係している可能性に気づくことが重要になります。ここでのポイントは、あくまでもアルコールが関係している可能性であり、因果関係があるかどうか追及する必要はありません。

(2) 適切に関わる

円滑な医療との連携のためには、適切な連携先の知識や適切なコミュニケーションの取り方、適切な重症度(問題の深刻度)で連携することが必要です。

①適切な連携先の知識

アルコール関連問題の連携先として、まずは医療との連携における相談支援の窓口である精神保健福祉センターを紹介します。

基本法では、「誰もが相談できる相談場所と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり」を目指し、地域の実情に応じて、精神保健福祉センター

や保健所等が中心となりアルコール関連問題の相談支援の場所を確保し、医療機関その他幅広い関係機関や、自助グループ及び民間団体の連携により、適切な指導、相談、治療、社会復帰の支援につなげる体制づくりを行うことが記載されています。このため、アルコール関連問題の相談窓口として、まずは精神保健福祉センターを知っておくとい良いでしょう。

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、アルコール関連問題やアルコール健康障害に関する本人・家族相談に対応が可能な施設です¹³¹⁾。相談対応だけでも患者本人が減酒や断酒に至り、アルコール関連問題の根本的な解決につながる可能性があるため、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。

さらに、地域の実情によっては、保健所で活発にアルコール関連問題の対応を行っている場合もあります。また、アルコール健康障害に関する診療を受け入れている内科等の医療機関を整備している都道府県もあります(「医療機関で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」および好事例集参照)。都道府県や政令指定都市で整備されているアルコール依存症の拠点医療機関や専門医療機関の名称や場所を含め、情報収集しておくことが望まれます。

②適切なコミュニケーションの取り方

コミュニケーションの取り方には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。表8では、先ほど述べたアルコール健康障害の治療ギャップの原因を踏まえた上で、支援を行う例を提示して

(表7) 医療との円滑な連携のポイントの例

ポイント	対応の要点
可能性に気がつく	対応している課題/困りごとの原因や背景に、アルコールが関係している(過剰飲酒やアルコール関連問題)可能性に気づく
適切に関わる	適切な連携先の知識、適切なコミュニケーションの取り方、適切な重症度(問題の深刻度)で円滑な連携を促進する
無理なく関わる	当事者や家族、支援者に無理のない範囲で継続的に関わる、必要に応じてシステム化する

(表 8) 治療ギャップの原因を踏まえたコミュニケーションの取り方の例

課題	コミュニケーションの例	ポイント
問題意識の欠如	支援者「酔ってしまうと怒ってしまうこと、これが問題ですね。」	飲み方や飲む量の問題にあえて触れず、飲酒の結果である酩酊が問題であると伝えることで、課題が明確になります
	支援者「飲まなければ寝られない、そして朝までアルコールが残って、呼気テストに何度も引っかかってしまうのですね。」	飲酒理由を確認することで、睡眠障害を改善することが根本的な解決につながるかもしれないことがわかります
アルコール依存症と言われることなどに対する偏見や恥	支援者「アルコール使用障害同定テスト(AUDIT)の結果、依存度の点数が高いようですね。」	「アルコール依存症の可能性がありますが」ではなく、「アルコールの依存度の点数が高い」と伝えることで、当事者や家族が結果を受け入れやすくなります
	支援者「精神保健福祉センターのAさんやBさんは、今後どうやってお酒と付き合い合いか、カウンセリングをしてくれます。過去に何人もお願いしましたが評判が良く、とても信頼しています。」	専門家の個人名を出したり、「評価、コンサルテーション、カウンセリングの目的」と説明したりすることで、当事者や家族が連携先で起こることを想像でき、安心につながります
断酒したくない	支援者「断酒が一番体には良いと思いますが、なかなかそこまで踏ん切りがつかないという方は、減酒から始めてみるという方法も最近はあるようですよ。」	断酒以外の選択肢が提示されることで、当事者の動機づけにつながり、医療との連携がスムーズになります(ベストな選択肢ではなくても、少しでも良い方向に支援する方法)

います。

③適切な重症度(問題の深刻度)

これまで述べてきたように、アルコール健康障害のとらえ方は大きく変化してきており、従来考えられていたよりもはるかに軽症の方でも、医療機関での治療につなげる必要があります。特に、アルコール依存症に至る前でも、有害な飲酒のような身体的・精神的問題が発生している人々に関しては、根本的なアルコール関連問題の解決のために、円滑な医療との連携が重要になります。対応している課題や本人や家族にとっての困りごとが大きく、深刻になる前に、適切に連携を図る必要があります。

(3) 無理なく関わる

アルコール健康障害、特にアルコール依存症の治療ギャップが大きいことからわかるように、医療との連携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。この際、当事者や家族、支援者に無理のない範囲で継続的に関わる必要があります。家族や身近な方が相談支援に繋がることで、当事者の問題が解決する可能性もあります。

必要に応じて条例(行政)や社内規程(職域)などを制定しシステム化することも有用でしょう。本事業の好事例集には、飲酒運転で検挙等された場合に医療機関の受診を義務化した条例を作ることで、医療との円滑な連携につながった事例を紹介しています。また、連携会議など、対応困難事例の相談や議論を行う場を設定し、効果的な関わり方のアイデア共有や、支援者の負担を軽減する取り組みについても好事例として紹介しています。

8. さらに学びたい方へ

内閣府から公表されているアルコール健康障害対策推進ガイドブック^[24]や、依存症対策全国センターが公開している「地域のアルコール問題早期介入マニュアル」「職場のアルコール問題早期介入マニュアル」^[32]をはじめとして、各地方公共団体から地域連携やそれに関わる支援者向けの資料が公開されています。特に地方公共団体が作成した資料は、地域の実情に合わせた具体的な関係機関の名称や円滑な連携のための手順が記載されていることが多く、非常に有益ですので必要に応じて参照ください。

また、厚生労働省では依存症民間団体事業として、全国の依存症問題に取り組む民間団体への支援を行っています^[33]。円滑な連携のために、積極

的に活用いただければと思います。

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?sequence=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) 法務省. 令和5年版犯罪白書, 2024. https://www.moj.go.jp/housouken/housouken03_00127.html (参照 2024-03-11)
- 5) 平成20年度障害者保健福祉推進事業「依存症者の社会生活に対する支援のための包括的な地域生活支援事業」事業代表者 樋口進, 2009.
- 6) 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 等
- 7) 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.
- 8) 法務総合研究所研究部. 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)
- 9) 法務総合研究所研究部. 飲酒(アルコール)の問題を有する犯罪者の処遇に関する総合的研究, 2011. <https://www.moj.go.jp/content/000077625.pdf>(参照 2024-03-11)
- 10) Kumar SG, Dharanipriya A. Prevalence and pattern of occupational injuries at workplace among welders in coastal south India. *Indian J Occup Environ Med*. 18(3): 135-9, 2014.
- 11) 田中克俊, 他. 平成29年度労災疾病臨床研究事業費補助金「産精神疾患により長期療養する労働者の病状の的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究」分担研究報告書 精神疾患による長期休業の危険因子—特定健診・特定保健指導データを用いた予備的縦断調査—, 2018.
- 12) 経済産業省. 企業の「健康経営」ガイドブック～連携・協働による健康づくりのススメ～(改訂第1版), 2016. https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkokeiei-guidebook2804.pdf (参照 2024-03-11)
- 13) World Health Organization: Global status report on alcohol and health 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> (参照 2024-03-11)
- 14) 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)
- 15) Mukamal KJ, Kuller LH, Fitzpatrick AL, et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of dementia in older adults. *JAMA*. 289: 1405-13, 2003.
- 16) Wang SM, Han KD, Kim NY, et al. Association of alcohol intake and fracture risk in elderly varied by affected bones: A Nationwide Longitudinal Study. *Psychiatry Investig*. 17(10): 1013-20, 2020.
- 17) Rigler SK. Alcoholism in the Elderly. *Am Fam Physician*. 61(6):1710-16, 2000.
- 18) Shakya I, Bergen G, Haddad YH, et al. Fall-related emergency department visits involving alcohol among older adults. *J Safety Res*. 74: 125-31, 2020.
- 19) Skinner J, Shepstone L, Hickson M, et al. Alcohol consumption and measures of sarcopenic muscle risk: cross-sectional and prospective associations within the UK Biobank Study. *Calcified Tissue International*. 113: 143-56, 2023.
- 20) Prokopidis K, Witard OC. Understanding the role of smoking and chronic excess alcohol consumption on reduced caloric intake and the development of sarcopenia. *Nutr Res Rev*. 35(2): 197-206, 2022.
- 21) 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)
- 22) 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)
- 23) Akechi T, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al. Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *Br J Psychiatry*. 188: 231-6, 2006.
- 24) 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)
- 25) Canadian Centre on Substance Use and Addiction. Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report, 2023.
https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf (参照 2024-03-11)
- 26) 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.
- 27) World Health Organization: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (参照 2024-03-11)
- 28) 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」.
- 29) 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」.
- 30) 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.
- 31) 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)
- 32) アルコール健康障害 薬物依存症 ギャンブル等依存症 依存症対策全国センター. 介入・アプリケーション等.
<https://www.ncasa-japan.jp/docs/intervention> (参照 2024-03-11)
- 33) 厚生労働省. 依存症民間団体支援事業 令和 5 年度実施状況.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/001156321.pdf> (参照 2024-03-11)

ガイドライン検討委員（五十音順）

海野 順 医療法人社団光風会三光病院 院長
志田 博和 山梨県立精神保健福祉センター 所長
稗田 里香 武蔵野大学 人間科学部社会福祉学科 教授
野村 裕美 同志社大学 社会学部 教授
松下 幸生 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 院長

助言（司法領域）

道重 さおり 神戸学院大学 心理学部 講師

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

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

「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」

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）