

関係者会議、ワーキンググループにおける主な意見

- ◆アルコールにはリスクがあるということを基本的スタンスとし、その上で少ないリスクで付き合う。
- ◆学会で（アルコールの数値目標など）推奨値は出ていない。

市町村における健康診断及び保健指導

- ◆AUDIT15点以上の男性34%、女性54%が断酒/節酒を望んでいる。一方で、医療機関や健康診断で節酒指導を受けていない人が多い。
若者に多く見られる機会大量飲酒は深刻に捉えられていない（断酒、節酒希望者が少ない）。
- ◆減酒支援が介入1年後に32%の飲酒量低減効果を生み、メタボ対策にも有効という研究結果。
- ◆地域の（多量）飲酒者本人は、研修会、講習会になかなか参加しない。せいぜい配偶者の参加まで。
- ◆特定健康審査で指導すべき症例があっても、指導に至らない、希望されない症例がある。
- ◆受診率、指導率が非常に低い。
- ◆時間が短く簡単にできるスクリーニングテストを積極的に用いる。
- ◆保健指導を系統的にコントロールする。
- ◆保健指導の中でアルコールの指導が実際にどの程度、どのレベルで実施されているのか知りたい。
- ◆地域でのアルコール依存症に関する講演会には参加者がそれほど多くないが、回復者の体験談を入れると関心を示して聞いてくれる。
- ◆荒川区では、がん健診のときに希望者に女性の骨密度検査を実施し、飲酒量を確認し、個別相談を実施している。
- ◆標準的な問診票を有効に利用し、AUDITを用いた二次スクリーニングにつなげている。
- ◆減酒プログラムへの参加率は那覇市で対象者の5%、今帰仁村で10%、継続率は大体5~6割まで落ちる。

企業における健康診断及び保健指導

- ◆職域での研究で、15分間2~3回のブリーフインターベンションで1年後に32%の飲酒量低減効果。しかも4合/日程度の健康リスクの高い飲酒者ほど飲酒量低減効果が現れやすい。減酒支援がメタボ対策にも有効という研究結果。
- ◆特定健康診査で飲酒量、頻度の調査が行われていても、その情報が有効に活用されていない。

- ◆依存症者が会社の健康診断で見逃される。
- ◆飲酒が職場内外の懇親の場、営業や交渉の場で活用されている。めり張りある飲酒風土は問題飲酒の抑止効果になる。
- ◆うつ病の発症は長時間残業よりも**飲酒頻度と相関が強い**という報告がある。溶接工で飲酒者は非飲酒者に比べて**産業事故を起こす割合が4倍になる**という外国の報告がある。
- ◆健診結果をもとにした保健指導は事業者の努力義務。大企業中心に保健師等によりなされてきた。アルコール依存で休業した職員に対する職場復帰支援マニュアルはできている。飲酒問題の深刻化した例については、専門家に繋ぐ流れはある。産業保健のよりどころは労働安全衛生法であり、労災事故と飲酒問題などとの関連が出ると対策を進める上で説得力がある。
- ◆就業者における**アルコール依存/乱用は作業効率 (on-the-job work performance) を低下させる**との報告。労災事故とも関連。メンタルヘルス不調にアルコール関連問題の並存。他の精神疾患、精神障害との合併。精神障害の労災認定の背後にアルコール問題が潜む可能性。医療機関を受診したか否かの確認まで行う事業所は少ない。
- ◆産業保健が多量飲酒者の個別事例を**医療につなげるに至らない**。
- ◆要精密検査となっても**効果的な介入ができていない**。
- ◆健康診断は、ミニ人間ドッグではなく。健診の事後措置としての保健指導は義務ではなく努力義務レベル。**事後の（アルコール）保健指導の実施率についてデータはない**。アルコール保健指導を行っているのは問題意識の高い産業医、保健師のいるところに限られている。
- ◆職場のストレス、**飲酒に甘い職場風土**が問題飲酒者の飲酒を助長する。
- ◆**職場の飲酒文化**をどう変えていくかが重要である。
- ◆職域でのブリーフインターベンションは、現時点ではできれば**参加希望者に絞った方が継続しやすい**対策になるのではないか。
- ◆無料のツールとかグッズのようなものが提供されていると、職場での保健指導にも使える。
- ◆**減酒を希望しない人の減酒の介入効果は低い**のではないか。
- ◆（減酒を）希望しない人にまで（減酒の）介入をしようと幅広くスクリーニングを行うと、偽陰性増加を招く可能性がある。
- ◆希望しない人が希望していくように環境を少し変えていく活動に重点を置いた方がいいのではないか。
- ◆中高年層はブリーフインターベンションに関心を持っている。（若年層には入社時にアルコールパッチテストを活用したりしている。）。
- ◆大企業は一部で、産業医もおらず健診もきちんとできていない中小企業が大半である現状を踏まえた施策が大切。

医療機関における節酒指導の普及

- ◆AUDIT15点以上の者で65%が過去1年以内に医療機関を受診しているが、**節酒の助言を受けた者は29%に過ぎない。**
- ◆内科医がアルコール依存症と診断しているが、精神科の専門医療の受診になかなか結びつかない。内科における**節酒指導はほとんど行われていない。**(アルコール関連障害で)入院適用前の介入、再入院に対する予防的な(アルコール)対策が必要である。
- ◆非アルコール性脂肪肝炎では中等量の飲酒でもリスクが増大するとの報告がある。糖尿病患者に対して行う**節酒指導が効果を現すと150万人程度の糖尿病患者が減少する、食道がん、大腸がん、膵炎などのリスク低減に適正飲酒が有効である、**と推計される。
- ◆社会のアルコール依存症への偏見、**医師のアルコールの患者への拒否感、嫌悪感が大きい。**
- ◆医療機関でのBIの効果について**エビデンスが日本では十分でない。**
- ◆質の高いSBIカウンセラー育成のための**研修プログラム作成が必用**
- ◆アルコール問題のある糖尿病患者、肝障害患者への**節酒指導などは病院内で行われていない。**
- ◆アルコールは、米国ではタバコ、肥満についで3番目、日本ではタバコに次いで2番目の予防可能な死因であるが、**日本ではアルコールに関する取り組みが少ない**と思われる。(自身が行った)研究結果によると、プライマリ・ケア受診患者の男性12.6%、女性1.9%がKAST(久里浜式アルコール症スクリーニングテスト)旧版で、アルコール問題(問題飲酒者か重篤問題飲酒者)を認め、**かかりつけ医は自分の外来には問題飲酒者は少ない、あるいはほとんどないと感じており、またアルコール問題のスクリーニングツールはあまり使われていなかった。**
- ◆プライマリ・ケア領域での**アルコール関連の教育・研究費の措置**を講じてほしい。
- ◆医療機関のスタッフを対象に、**アルコール教育、研修**を組み込む。
- ◆医療機関で、多職種が最低限アルコールに関する講習を受講し、**節酒指導をする人の研修を拡充**して研修を受けた人が節酒指導する流れを作る。

救急医療における必要な連携

- ◆三重県の四日市市では、**消防、警察、総合病院が連携し、救急隊や警察含めシンポジウムを行うなど、アルコール依存症患者を救急現場で救い上げる取組**を行っている。
- ◆地域における**連携システムとアルコール専門治療の連携システムが確立されていない地域が多い。**

- ◆夜間などに酩酊した患者への対応を現場は怖い思いをしながら取り組んでいる。二次予防のモチベーションを高めるためには、**アルコール救急の体制整備が必要**。
- ◆救急現場における飲酒関連の患者数は多くないが、非常に印象が強く**スタッフへの心理的な負担が大きく**、また救急システムの物理的な負担が大きいため、リピーターを減らすことが重要。四日市では、救急でアルコール問題のある人に、パンフレットを渡すという介入を行っている。救急でアルコール問題の治療介入の契機にできればよいが、なかなか難しい。
- ◆職域と飲酒運転以外の場における**ブリーフインターベンションの効果に関する研究**は日本ではほとんど行われていない。
- ◆救急部における**酩酊患者の実態**についてのデータが少ない。
- ◆救急医は、飲酒、酩酊患者の背景にあるアルコールに関心が薄いので、アルコール問題に関する啓発も必要である。予算措置があって救急部の中でSBIRTが行われれば有効と思われる。
- ◆救急、精神科、地域、職域、保健所、警察、行政機関の連携構築が重要であり、そのための**連携調整機関の設置**が望ましい。
- ◆酩酊で保護された者に対しては、しらふになってからの介入効果が上がるので、しらふのときに**警察、保健所にも一緒に介入**してほしい。

一般医療と専門医療の連携

- ◆現在アルコール依存症（ICD-10）患者の83%は過去1年に医療施設（おそらく多くは一般医療機関）を受診している。
- ◆**アルコール関連臓器障害での通院患者が200万人程度であるのに対し、精神科に通院している患者はそのうちの3万人程度と推計**されている。
- ◆総合病院で実施された調査では**外来患者のうち、男性2割、女性1割に依存症の疑いあり**、との調査結果がある。
- ◆一般医療機関から**アルコール依存症の専門医療の受診率が低い**。プライマリ・ケア医から専門医療への紹介が少ない。アルコール依存症を診療する専門医が500人程度と少ない。回復に自助グループが欠かせないと考え方が一般に普及していない。アルコール依存症に対する社会の偏見がある。
- ◆**患者の希望がないと精神科や心療内科を紹介するのは困難**。
- ◆内科、外科で医師とつながっても、**本人が否認し、家族まで情報が伝わらない**。
- ◆アルコール依存症患者を早期に自助組織にも紹介をしてほしい。

- ◆総合病院にはアルコール依存症疑い者の受診が多いとの報告がある。アルコール依存症と早期専門治療への介入は一般医療機関が大きな役割を担う。
- ◆109万人のアルコール依存症のうち専門医療に繋がっているものは4万3千人と少ない。
- ◆岡山市では開業医、内科医とアルコール専門医療機関のネットワークを、精神保健福祉センター中心に構築している。
- ◆個人の努力に頼らない医療連携のシステムにはどのようなものがあるのか。医療連携に参加することのメリットがないと、続かないのではないか。
- ◆初期研修制度にアルコールに関する教育を入れてほしい。
- ◆医療従事者に対する研修プログラムに、回復のプロセスを含めてほしい。
- ◆がん拠点病院を模したアルコール拠点病院の設置。
- ◆都道府県単位で関係者会議を模したアルコール健康障害・関連問題対策協議会の設置

専門医療の質の向上

- ◆米国に比べてアルコール関連の研究費が少ないことは人材育成にも影響している。
- ◆外来、デイケアでの治療の有効性の検証が必要である。
- ◆最近、治療転帰調査は少ない
- ◆依存症に関心のある医師等の人材育成が必要である。
- ◆内科、精神科領域でのアルコール関連研究費増がアルコール医療に関心を持つ若手医師の人材確保、人材育成に繋がる。
- ◆依存症治療拠点機関を拡充する。
- ◆一定の基準を満たした指定医療機関のような制度を作る。
- ◆専門医療の質の向上には、まず精神神経科を専門とする医師（精神神経学会）が中心になって取り組むべき。
- ◆アルコール健康障害の研究・治療を推進するためのセンターが必要ではないか。
- ◆予防から治療まで、基礎から臨床までの研究ができる総合的なアルコール研究センターの設置が望まれる。