

厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業

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

研究代表者 吉本尚

筑波大学

厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業

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

研究代表者 吉本尚

筑波大学



# 目 次

---

1. 事業の概要と結果要旨	(筑波大学) 吉本 尚	1
2. 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	吉本 尚	5
3. 文献研究および現状等の調査報告		11
1-1) アルコール関連問題及びアルコール依存症等に関する「教育」の 実情調査 (文献研究) 「小学校」「中学校」「高校」	(東海大学) 稗田 里香	12
1-2) アルコール関連問題及びアルコール依存症等に関する「専門職教育」の 実情調査 (文献研究)	稗田 里香	18
・ 医師	吉本 尚	18
・ 看護師 (看護基礎教育)	(横浜市立大学) 松下 年子 田辺 有理子	22
・ 保健師	(秋田大学) 米山 奈奈子	36
・ 作業療法士	(国立病院機構久里浜医療センター) 小砂 哲太郎 (広島大学) 金子 史子 (岡山県精神科医療センター) 佐藤 嘉孝 (神奈川県立保健福祉大学) 奥原 孝幸 (国立病院機構久里浜医療センター) 遠藤 大介、中道 恵	37
・ 公認心理師	(国立病院機構久里浜医療センター) 村瀬 華子 (東京未来大学) 野中 俊介 (国際医療福祉大学) 軽部 雄輝 (早稲田大学) 野村 和孝	50
・ 社会福祉士	稗田 里香	55
・ 精神保健福祉士	(聖徳大学) 久米 知代	69
・ 介護福祉士	(聖徳大学) 久米 知代	78
2) 不適切な飲酒の誘引の防止のための国内外の取り組みの 実態と有用性に関するレビュー	(筑波大学) 川井田 恭子、 (筑波大学) 大脇 由紀子、吉本 尚	83
3) 健康診断および保健指導に関するレビュー	川井田 恭子、 大脇 由紀子、吉本 尚	95
4) アルコール健康障害に係る医療の充実等に関するレビュー	吉本 尚	101

5) アルコール健康障害に関連した飲酒運転者等に対する指導の現状と課題	大脇 由紀子、 川井田 恭子、吉本 尚	106
6) 相談支援等に関するレビュー	川井田 恭子、 大脇 由紀子、吉本 尚	115
7) アルコール健康障害対策における社会復帰の支援の現状と課題	大脇 由紀子、 川井田 恭子、吉本 尚	118
8) アルコール健康障害対策における民間団体の支援の現状と課題	大脇 由紀子、 川井田 恭子、吉本 尚	122
9) 人材確保に関するレビュー	川井田 恭子、 大脇 由紀子、吉本 尚	126
10) 調査研究の推進等に関するレビュー	川井田 恭子、 大脇 由紀子、吉本 尚	129
4. 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	大脇 由紀子、吉本 尚、川井田 恭子	139
5. 都道府県のアルコール健康障害対策推進計画の現状	吉本 尚	169
6. 酒類関連団体の調査	吉本 尚	189
7. アルコール関連問題民間団体の調査	今成 知美（特定非営利活動法人アスク）、吉本 尚	197
8. 大学等のアルコール対策の実態に関する調査	川井田 恭子、大脇 由紀子、吉本 尚	211
9. 飲酒運転根絶に関する条例の効果	吉本 尚、大脇 由紀子、川井田 恭子、猪野 亜朗	219
10. 地域連携 好事例集 武田 裕子、塚本 堅一、今成 知美（特定非営利活動法人アスク）、吉本 尚		239
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 好事例 1：四日市アルコールと健康を考えるネットワーク 発展する地域ネットワークの「原点」 (情報提供) 猪野 亜朗（かすみがうらクリニック） 高瀬 幸次郎（主体会病院）</li> </ul>		251
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 好事例 2：東大阪市アルコール関連問題会議 35年も続いてきた連携会議の極意</li> </ul>		255
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 好事例 3：3つの圏域ごとのネットワーク会議と支援拠点 「推進計画 第1号」の進捗状況は？ (情報提供) 山下 陽三（明和会医療福祉センター 渡辺病院） 鳥取県保健福祉部 ささえあい福祉局 障がい福祉課</li> </ul>		259

- 好事例 4：保健所ハブの地域連携モデルが全県へ拡大  
衣浦東部保健所の連携モデルはどう展開したか  
(情報提供) 愛知県 こころの健康推進室  
衣浦東部保健所 263
  - 好事例 5：東北会病院  
災害支援ネットワークとアルコール医療連携活動  
(情報提供) 鈴木 俊博 (東北会病院地域支援課) 266
  - 好事例 6：北海道 渡島保健所《依存症を考えるつどい》  
道立保健所と中核市が「共催」するミーティング  
(情報提供) 平 法子 (渡島保健所)  
田辺 等 (元・北海道精神保健福祉センター長、  
現・北星学園大学 教授) 272
  - 好事例 7：岡山市こころの健康センター  
《岡山アルコール早期支援ネットワーク》  
政令市のセンターが取り組む連携事業のノウハウ  
(情報提供) 太田 順一郎  
(岡山市こころの健康センター所長) 277
  - 好事例 8：熊本県精神保健福祉センター《依存症専門相談》  
センターが構築した、地域のパワーを活かす連携システム  
(情報提供) 渡邊 知子、宮本 靖子  
(熊本県精神保健福祉センター) 282
11. アルコール対策における医療連携 吉本 尚
- (座談会) アルコール対策における医療連携の好事例  
かかりつけ医や救急からの紹介事例 吉本 尚
- 大久保 彩織 (勤医協札幌病院 総合内科医長)  
小松 知己 (沖縄協同病院 精神神経科)  
山縣 正雄 (埼玉県立精神医療センター)  
小田 浩之 (飯塚病院 総合診療科 診療部長) 287
12. アルコール関連問題啓発週間についての調査 今成 知美、吉本 尚 309
13. アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク幹事団体の調査 吉本 尚、今成 知美、川井田 恭子 333
14. 【アルコール健康障害・依存症予防の施策に関する相談・問い合わせ窓口】に  
関する資料 大脇 由紀子、吉本 尚 343



# 1. 事業の概要と結果要旨

---

吉本 尚

# 事業の概要と結果要旨

吉本 尚<sup>1)</sup>

1) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

## 1. 研究の目的

第1期アルコール健康障害対策推進基本計画（以下、基本計画）の見直しに必要な情報収集を行い、対策の取組状況及び効果検証を行うとともに、好事例を収集し周知することで、「不適切な

飲酒やアルコール健康障害の削減」を通じた国民の健康の保護、安心な社会の実現に資することを目的とした。

項目	内容	方法	結果概要
重点項目 / 設定目標の達成度と、公衆衛生対策の重要性	基本計画で重点事項として定められた2つの項目に関する達成度の評価を行う。目標達成に向けて2018年に行われた国際学会（ISBRA）の海外からの指摘を元に、我が国の今後の公衆衛生対策について提言する。	文献レビュー等	リスク飲酒は男性で横ばい、女性で増加傾向。対策が不足する費用対効果の高い「価格」「入手」「マーケティング」規制を提言。
基本的施策等の文献レビュー	基本計画で定められた10の基本的施策（教育の振興、不適切な飲酒の誘因の防止、健康診断及び保健指導、医療の充実等、飲酒運転指導等、相談支援等、社会復帰支援、民間団体支援、人材確保、調査研究推進）、重点課題や推進体制について、現状を明らかにする。	文献レビュー等	基本的施策10項目についてレビューを行い、それぞれ提言をまとめた。
一般医療機関調査	日本プライマリ・ケア連合学会の医師をランダムに選び、アンケート調査を実施。一般医療機関で実施されることが期待されているアルコール健康障害のスクリーニング、簡易介入、専門医療機関や自助グループへの紹介（SBIRTS）がどれくらいなされているのか、SBIRTS実施への障壁は何か、など。	Web アンケートを用いた無記名自記式調査	147人回答。80%がアルコール健康障害、70%がアルコール依存症の対応を実施。薬剤使用の実施・理解度が低値。診療報酬などの実施障壁が明らかに。
地方公共団体での推進計画の活動実態	全都道府県を対象として、推進計画の現状評価や暴力・虐待・自殺対策との連携状況について情報収集を行う。	アンケートを用いた自記式調査	100%回答。46都道府県がすでに推進計画を策定。残る和歌山県も令和3年3月に策定予定。
酒類関係団体調査	酒類業中央団体連絡協議会の構成団体の活動に、第1期基本計画がどのような影響を与えているのか、第2期基本計画に望むことは何か、国民の健康と社会経済のバランスをとったアルコール政策に関する提案は何かについて聴取する。	アンケートを用いた自記式調査	100%回答。各団体の立場から基本計画に協力・貢献してきた内容、今後の提案を収集。短期的・長期的な視点でのアルコール政策の協働推進を期待。
民間団体調査	アルコール関連問題に取り組む民間団体を対象に、基本計画等が与えた団体の活動への影響、アルコール関連問題啓発週間への協力、第2期基本計画への要望について、調査を行う。	アンケートを用いた自記式調査	43団体から回答。84%の団体が基本法等の影響を受けた。第2期要望：財政支援強化、連携・広報啓発推進、地域支援体制整備、酒類の規制。

項目	内容	方法	結果概要
大学等によるキャンパス内アルコール対策に関する横断調査	大学、短期大学、高等専門学校、専修学校合計1,000校に対して横断調査を行う。キャンパス内でのアルコール対策管理として有用と考えられる項目を列挙し、それらが各校で実施されているか質問を行う。さらに、各大学での特徴ある取組・好事例を収集。	アンケートを用いた自記式調査	376校から回答。未成年飲酒、SNS投稿、健康障害、迷惑行為などの問題が存在。ガイドラインのような標準的な対策の例示が望ましい。
都道府県における飲酒運転後の受診義務条例の取り組みと効果検証	飲酒運転後の受診義務を条例で制定している都道府県に対して情報収集し、さらに、警察庁や日本損保協会等から許可を得て入手した経時的なデータを用い、条例を導入した前後で飲酒運転事故の発生に変化があるか調査分析を行う。	既存データを用いた解析	飲酒運転後受診義務の法規定は2県のみ。2県の飲酒運転事故数の減少率は他と比べて高く、受診率は約半数。同様の法整備の重要性を示唆。
地域連携等好事例に関する情報収集と資料化	アルコール連携メーリングリスト参加メンバー等からの自薦・他薦による好事例収集を行う。連携に関する好事例を意識して収集する。これら好事例を一覧化し、全国への周知徹底にふさわしいと思われるものに対しては、さらに詳細な取材を行い資料化。	Webアンケートを用いた無記名自記式調査	20団体から回答。連携会議、地域活動支援などの効果により、活動が活性化していると考えられた。8事例を詳細取材し、資料化した。
医療連携等好事例に関する情報収集と資料化	アルコール関連問題に取り組む団体を対象に、自薦・他薦による好事例収集を行う。連携に関する好事例を意識して収集する。これら好事例を一覧化。内科や救急等の一般医療機関と専門医療の連携等に関する座談会を行い、提言取りまとめおよび資料化。	Webアンケートを用いた無記名自記式調査	6団体から回答。医療連携は地域連携ほど進んでいない状況が推測された。医療連携推進のため、より積極的な施策等を実施する必要性あり。
効果的な啓発方法に関する議論	基本法施行から今年度までにアルコール関連問題啓発週間で行われたポスターを元に、今後の啓発に関する考えを議論する。当初は座談会の開催を予定していたが、新型コロナウイルスの流行に伴い、アンケート調査主体に切り替えた。	アンケートを用いた自記式調査	より効果的な啓発のため、啓発目標・ターゲット、内容、他事業との住み分け、情報提供方法を再検討し、ターゲットを絞るなどの意見あり。
アル法ネット幹事団体からの現状報告および第2期基本計画に対する要望	アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク（アル法ネット）の幹事学会・団体に対して、上記レビューや一部の研究結果を共有し、基本計画前後での変化、第2期の基本計画に対する要望を収集する。	アンケートを用いた自記式調査	8団体から回答。一部民間団体と重複。第2期要望として具体的な行動が並んだ。基本法の正統的発展を望む。
問い合わせ窓口一覧	アルコール健康障害・依存症の予防（一次・二次・三次）と対策に係る担当者および機関の概要、基本計画に沿った関係府省庁におけるアルコール関連施策の担当窓口・問い合わせ先に関する情報を一覧化する。	既存データによる情報整理	アルコールに関連する対策と事業に取り組んでいる多くの省庁を一覧化。全体像が一望可能となった。

## 2. 研究内容と結果

研究内容と結果要旨を、表にしてまとめた。

## 3. 考察

第一に、重点項目 / 設定目標の達成度と公衆衛生対策の重要性に関して、2018年に行われた本基本計画に関する国際学会シンポジウムの内容を含めて取りまとめた。

アルコールが関係する領域は非常に広く、基本法の10の基本的施策に関する文献レビューを行い、現状を把握できた。それぞれの課題について提言をまとめた。提言の量が膨大になるので、詳細は各章を参照いただきたいが、特に不適切な飲酒の誘引予防、健康診断及び保健指導、医療の充実に関する提言に関しては、より一層の取り組みが必要と思われた。

これまでほとんど調査されてこなかった一般医療機関や大学等によるキャンパス内アルコール対策に関する横断調査では、新型コロナウイルス流行下でありながらも貴重な回答が得られ、現状把握と今後の対策について提言をまとめることができた。一般医療機関と専門医療機関の連携が謳われ、研修会の開催などの広がりが近年見られているが、すでに実践をおこなっている一般医療機関の医師等がどのような早期発見、介入、紹介等における障壁を感じているかを具体的に明らかにしたことは重要と考えられる。こういった障壁に対して政策的な支援を含めた対応を検討していかなければ、結局のところ連携は絵に描いた餅となり、患者・家族・地域の苦しむ姿が続くだけである。未成年・成年が混在する大学等は進学率を考えると日本の若者の半数以上が在学しており、アルコール対策を進めていく上で非常に重要な場所であるにもかかわらず、「大学の自治」等の主張から対策は大学に任されてきた現状がある。しかし、2019年10月に、(一社)国立大学保健管理施設協議会より「大学における健康診断・健康関連情報の標準化についてのガイドライン」が公開され、「大学生の健康診断時に、飲酒行動に対する問診(スクリーニング)を実施することを推奨する。スクリーニングにて『過量飲酒』に該当した大学生に対して、短時間の介入を行うことを推奨する。」とされるなど、大学でのアルコール対策が進んでいく機運が見られる。ガイドライン等を提示するなど、何らかの規範が示されることが期待される。

都道府県推進計画策定状況の収集や、飲酒運転後の受診義務条例の取り組みと効果検証では、地方公共団体での活動状況の把握と、独自の条例等の効果を確認することができた。特に飲酒運転後の受診義務条例に関しては、導入した2県での受診率および飲酒運転事故の減少が明らかに見られることもあり、他都道府県での参考に多いになると思われる。研究結果の詳細に関しては今後論文化を検討しているが、多くの都道府県での導入を検討いただきたい。

酒類関係事業者、民間団体(アル法ネット幹事団体含む)、地域連携、医療連携などの調査は、たとえ重複が一部あっても、できる限り多くの団体の現状を把握し、意見を収集するために、対象や角度を変えて行われた。この結果、多くの好事例や第2期への要望などを収集できたと思われた。民間セクターの有効活用がWHO会議等で日本政府から発言されていることなどを受けて、民間へのさらなる活動委託と監査が、国や都道府県が推進していく方針の一つと思われるが、医療連携に関して自然発生的に変化が起こっていない可能性があり、第2期以降は積極的な施策を打つ必要があるかもしれない。

今後の情報発信や啓発に関して、国の連絡窓口の収集とともに意見を取りまとめた。新型コロナウイルス流行のため座談会の開催はできず意見収集にとどまったが、今後の啓発の方向性について参考となる意見を提言として取りまとめた。

本研究により、第1期基本計画の見直しに必要な情報収集を行い、対策の取組状況及び効果検証を行い、好事例を収集し周知することができた。第1期の振り返りと意見収集を生かし、第2期計画への反映を行い、「不適切な飲酒やアルコール健康障害の削減」を通じた国民の健康の保護、安心な社会の実現に近づくことを期待したい。

## 4. 謝辞

研究の実施にあたっては、アルコール健康障害対策基本法推進ネットワークの全面的な支援をいただいた。また、計画の立案から実施までかなりタイトなスケジュールであったにも関わらず、本研究の実施に積極的にご協力をいただきましたすべての方々に、心より感謝申し上げます。

## 2. 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

---

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

吉本 尚<sup>1)</sup>

1) 筑波大学医学医療系地域総合診療学 准教授

## 提言

- ・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は減っておらず、女性ではむしろ増加傾向
- ・未成年者や妊娠中の飲酒は減少傾向であり、効果が見られているがゼロにはより一層の対策が必要である
- ・切れ目のない支援体制の整備は都道府県の推進計画制定と並行して進みつつあるが、支援体制の構築には少なくない費用が発生し、その予算配分に関しては制限がある
- ・アルコール過剰摂取による損失は4兆円強と、酒税の約3倍の費用がかかっている
- ・アルコール健康障害から国民およびその家族の健康・生活を守るため、現状より一步踏み込んだ、国にしかできない費用対効果の高い公衆衛生的管理・対策が必要

具体的には、以下のような対策が提案される

- 酒類価格管理：定価販売、アルコール含有量による酒税の設定、最低価格の設定
- 酒類広告の管理：自主規制を管理する第三者機関の設置と権限、法規制
- 酒類飲料ラベルの表示管理
- 酒類販売管理 客観的手法による購入時年齢確認、生活習慣病のリスクを高めるRTD (Ready To Drink) 酒類販売の規制
- 酒類提供管理 定価販売、酒類提供店の登録制度
- 飲酒運転後の医療機関受診義務
- アルコールの有害使用 (ICD-10 疾患コード F10.1) への簡易介入支援

## 1. 第1期重点項目と設定目標

第1期における重点項目と設定目標は以下の項目である。

**重点項目1) 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防**

【設定目標】飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底することにより、①生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を、男性13.0%、女性6.4%まで減少させること、②未成年者の飲酒をなくすこと、③妊娠中の飲酒をなくすこと

**重点項目2) アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備**

【設定目標】アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備のために、全ての都道府県において、①地域における相談拠点、②アルコール依存症に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関が、それぞれ1箇所以上定められること

## 2. 重点項目1 アルコール健康障害発生予防の達成度

1日当たりの純アルコール摂取量が男性で40g以上、女性20g以上を「生活習慣病のリスクを高める量」とわが国では定義されているが、この量を飲酒している割合は以下のとおりである。平成22年からの推移でみると（平成25年は未実施）、男性では有意な増減はなく、女性では有意に増加していると報告されている<sup>1)</sup>。

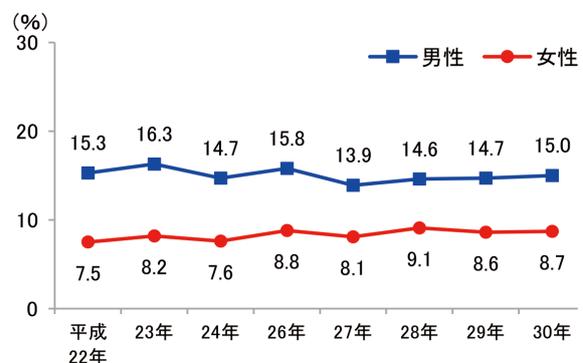


図1 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の年次比較 (20歳以上、男女別) (平成22~30年)<sup>1)</sup>

未成年飲酒は有意に減少しているが、目標のゼ

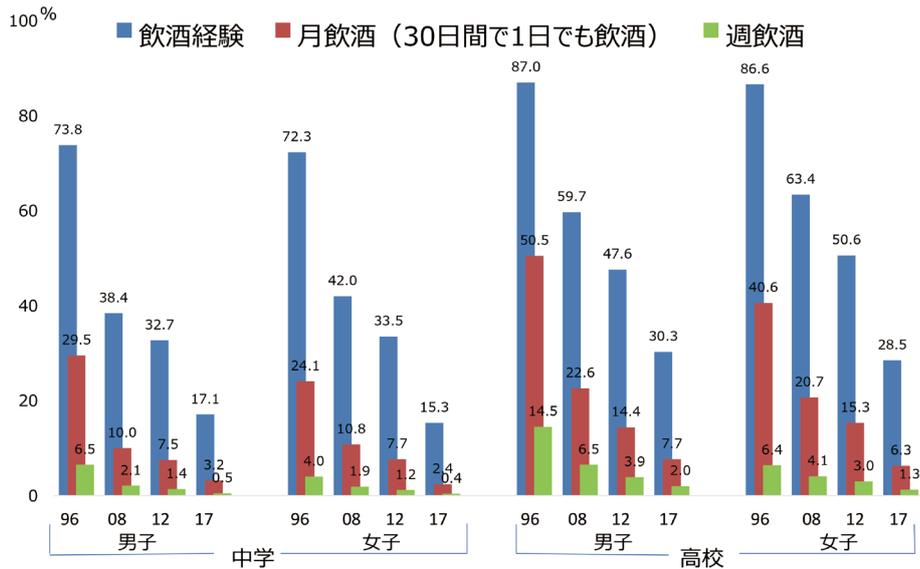


図2 未成年者（中学生・高校生）の飲酒者割合の推移<sup>2)</sup>

口に対してはまだ大きな開きが見られる。

妊娠中の飲酒率も有意に減少している。

表1 妊娠中の女性の飲酒率の推移 文献3) をもとに筆者作成

	平成 17 年	平成 21 年	平成 25 年
妊娠中の飲酒率	16.1%	7.7%	4.3%

### 3. 重点項目 2 切れ目のない支援体制の整備

地域における相談拠点と、アルコール依存症に対する適切な医療を提供することができる専門医

療機関に関しては、それぞれ依存症対策総合支援事業（令和元年度 5.1 億円）、依存症対策全国拠点機関設置運営事業（同 0.8 億円）の中で、相談・治療拠点や専門医療機関のネットワークを構築し、人材育成や指導・助言・情報共有の場を提供する方針となっている。令和元年末で、相談拠点は 52 自治体、専門医療機関は 45 自治体、治療拠点は 33 自治体で登録・設置されている。令和 2 年 3 月末までに、3 都道府県で相談拠点もしくは医療機関が登録される予定が立っていない状況である（図3の黄色部分）。

### アルコール健康障害に係る相談拠点・専門医療機関

- ・相談拠点は52自治体、専門医療機関は45自治体（拠点33自治体）で設置（R1.12.31時点）
- ・令和元年度内に、相談拠点56自治体、専門医療機関51自治体（拠点42自治体）の予定

都道府県	相談拠点	医療機関	拠点	都道府県	相談拠点	医療機関	拠点	政令市	相談拠点	医療機関	拠点		
北海道	○保	○	○	京都府	○	○		札幌市	○	○	○		
青森県	○	○		大阪府	○保	○	○	仙台市	○区	○	○		
岩手県				兵庫県	○	○	○	さいたま市	○	○	○		
宮城県	R1	○	○	奈良県	保	R1	R2	千葉市	R1				
秋田県	R2			和歌山県	○	R1	R1	横浜市	R1	○	○		
山形県	R2	R1		鳥取県	○保医	○	○	川崎市	○				
福島県	R2	R2		島根県		○	○	相模原市	○	○	○		
茨城県	○	○	R1	岡山県	○	○	○	新潟市		○	○		
栃木県	R2	R2	R2	広島県	保	○	○	静岡市	○				
群馬県	○	R2	R2	山口県	○	○	R1	浜松市	○				
埼玉県	○	○	○	徳島県	○	○	○	名古屋市	○	○	○		
千葉県	○	○	○	香川県	○	○	○	京都市	○	○	○		
東京都	○	R2	R2	愛媛県	○	○	○	大阪市	○	○	○		
神奈川県	○	○	○	高知県	○	○	○	堺市	○	○	○		
新潟県	○	○	○	福岡県	○	○	R1	神戸市	○	○	○		
富山県	○	○	○	佐賀県	○医	○	○	岡山市	○	○	○		
石川県	○	R1	R1	長崎県	○	R2		広島市	R2				
福井県	R2	R2	R2	熊本県	○	R1	R2	北九州市	区	○			
山梨県	○	○	R1	大分県	○	○	R1	福岡市	○	○	R1		
長野県	○	R1	R1	宮崎県	○	R2	R2	熊本市	R1	R2			
岐阜県	R2	○	○	鹿児島県	○	R2	R2						
静岡県	○	○	○	沖縄県	R2	○							
愛知県	○保	○	○										
三重県	○保	○	○										
滋賀県	○保	○	○										
※相談拠点の○は精神保健福祉センター、保は保健所、医は医療機関、区は区役所				設置都道府県数				37	31	22			
※R1は令和元年度内予定、R2は令和2年度内予定				R1内				+1	+6	+8			
				設置政令市数				15	14	11			
				R1内				+3	±0	+1			
								相談拠点		医療機関		拠点	
				計				52	45	33			
				(R1内)				(56)	(51)	(42)			
				(R2内)				(64)	(60)	(50)			

図3 アルコール健康障害に係る相談拠点・専門医療機関一覧<sup>4)</sup>

#### 4. ISBRA2018 報告書にみる公衆衛生的対策の重要性

2018年9月に日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会京都大会と併催された、国際アルコール医学生物学会 (International Society for Biomedical Research on Alcoholism; 以下、ISBRA) で、「日本のアルコール健康障害対策基本法を巡る国際シンポジウム」が開催された<sup>5)</sup>。海外からの政策立案関係者および研究者として、Vladimir Poznyak (WHO、スイス)、Kenneth R. Warren (NIAAA、米国)、Thomas F Babor (コネチカット大学、米国)、Sawitri Assanangkornchai (プリンス・オブ・ソクラー大学、タイ)、Irene Guerrini (モーズレイ病院&キングスカレッジロンドン、英国) が参加され、さながら我が国のアルコール健康障害対策基本法および推進計画を外部評価してもらった形となった。

総論として、この基本法の制定過程が、海外に見られない学会、当事者団体、市民組織が連携したたいへんユニークな取り組みとして評価された一方で、公衆衛生対策の点で改善の余地があることが、ほとんどすべての登壇者から述べられた。

##### 4-1 高リスクアプローチと集団アプローチの効果的組み合わせ

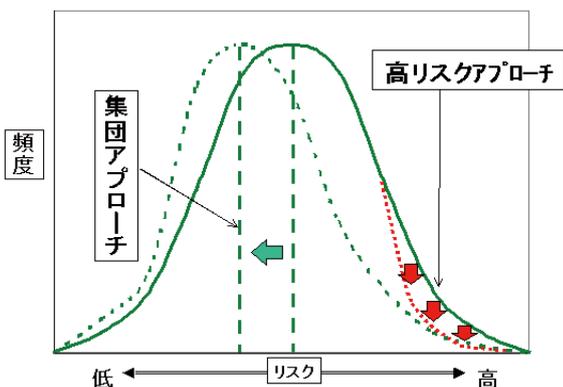


図4 高リスクアプローチと集団アプローチ<sup>6)</sup>

効果的な公衆衛生的対策として、厚生労働省が推進している健康日本21の基本的理論にも用いられている、高リスクアプローチと集団アプローチの効果的組み合わせが今後必要になるであろう。高リスクアプローチは、例えば生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者を減らすため、病院の内科や診療所などを受診している人に対してスクリーニングを行い、規定の飲酒量以上

の人に対して簡易介入を行うような手法である。リスクの高い人だけに働きかけるので効率的ではあるが、医療機関に受診しない人には対処できないなど全体的な効果は限定的になる (図4の赤点線および赤矢印部分)。集団アプローチは、例えばお酒の価格を高くして、消費される酒量を減らすなど、集団全体の山をリスクの低い方向に移動させる手法である。本来アプローチがあまり必要のない集団にも影響が出てしまうが、山を移動させることでリスクの高かった人全体に対してリスクを減らすことができる (図4の緑点線)。

学会、当事者団体、市民組織が連携した日本の基本法成立の過程から、高リスクアプローチが優先されやすい状況があるが、こういった集団アプローチの手法も効果的に組み合わせて、効率的な対策を講じていくことが必要である。

##### 4-2 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者を減らす効果的なアプローチとは?

前述した ISBRA シンポジウムで日本に不足しているものとして指摘された、公衆衛生的に費用対効果が高い対策は以下のようなものである。これらは複数の研究で効果が証明されており、世界各国に提示されている<sup>6)</sup>。

- 〈費用対効果が最も良いもの ('BEST BUYS')〉
- 価格規制：価格の上昇、酒税の引き上げ
- 広告規制：広告暴露に関する禁止 / 包括的な制限
- 入手可能性の規制：購買に関する物理的な制限 (販売時間の短縮など)
- 〈費用対効果が比較的よいもの〉
- 飲酒運転規制：飲酒運転法律制定と血中アルコール濃度制限、検問
- アルコール依存症に至る前の、個人に対する簡易介入
- 〈その他〉
- 価格の定期的見直し、アルコール最低価格設定
- 飲酒可能年齢調整
- 小売販売店数管理
- 若年者対象のマーケティング禁止
- アルコール依存症の予防治療ケア
- アルコール飲料ラベルへの健康情報記載

第1期の重点項目の一つである、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者を減らすという目標が未達成な現在、追加の対策を進めることが必要である。政策の優先順位は様々であるが、費用対効果もその一つである。我が国では、アルコール過剰摂取による損失は4兆円強と、酒税の

約3倍の費用がかかっていることがわかっており<sup>7)</sup>、費用面を考慮することは重要である。「価格・課税」「入手の規制」「マーケティングの規制・禁止」という、費用対効果が非常に高い対策から順番に実現可能性を考えていくことが望ましいと思われる。

日本の現状や、現在実践されている飲酒可能年齢調整やアルコール依存症の予防治療ケアを除いた対策として考えられることは、以下のようなものである。

- ・酒類価格管理：定価販売、アルコール含有量による酒税の設定、最低価格の設定
- ・酒類広告の管理：自主規制を管理する第三者機関の設置と権限、法規制
- ・酒類飲料ラベルの表示管理
- ・酒類販売管理 客観的手法による購入時年齢確認、生活習慣病のリスクを高める RTD (Ready To Drink) 酒類販売の規制
- ・酒類提供管理 定価販売、酒類提供店の登録制度
- ・飲酒運転後の医療機関受診義務
- ・アルコールの有害使用 (ICD-10 疾患コード F10.1) への簡易介入支援

こういった取り組みは実現に向けて、様々な利害関係者との対話・調整が必要なことが多いと思われるが、社会保障費の増加、若者人口減少下での労働生産効率上昇など、日本が直面している政策課題の対策としても、アルコール過剰摂取対策の強化を求めたい。特に、実現に向けて、酒類関係事業者等に対して経済的な損失が最小限となるよう、タバコの増税のときの経験 (タバコ値上げ時、メーカーの利幅が減少しないよう価格を調整) などを生かした、WIN-WIN となる提案を粘り強く行うことを国に求めたい。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省. 平成 30 年国民健康・栄養調査報告. 2020
- 2) 厚生労働省. 厚生労働科学研究費補助金「中高生の飲酒及び喫煙行動に関する全国調査」. 東京, 2018
- 3) 厚生労働省. 健やか親子 21. 2013
- 4) 厚生労働省. 令和元年度依存症専門医療機

関・相談拠点等合同全国会議 依存症対策について. 2020

<https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document18.pdf> (最終アクセス 2020 年 3 月 25 日)

- 5) 猪野亜朗・廣中直行 (監修). ISBRA2018 日本のアルコール健康障害対策基本法を巡る国際シンポジウム報告書. 2019
- 6) World Health Organization. 'BEST BUYS' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases updated (2017) appendix 3 of the global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. 2020  
[https://www.who.int/ncds/management/who\\_appendix\\_bestbuys\\_ls.pdf](https://www.who.int/ncds/management/who_appendix_bestbuys_ls.pdf) (最終アクセス 2020 年 3 月 25 日)
- 7) 尾崎米厚. アルコールの疫学: わが国の飲酒行動の実態とアルコール関連問題による社会的損失. 医学のあゆみ, 254 (10), 896-900, 2015



### 3. 文献研究および現状等の調査報告

---

# 1-1) アルコール関連問題及びアルコール依存症等に関する「教育」 の実情調査（文献研究） 「小学校」「中学校」「高校」

稗田里香<sup>1)</sup>

1) 東海大学

## はじめに

「小学校」「中学校」「高校」におけるアルコールに関する教育の実情調査については、文部科学省から出されている教材の内容を概観し、飲酒やアルコールについてどのように取り上げられているか、以下のような項目に分けて分析、考察した。

- ①教材・カリキュラム等
- ②タイトルと頁数、総頁数
- ③統計に関すること
- ④薬物としての理解に関すること
- ⑤心身への影響に関すること
- ⑥社会的な側面に関すること
- ⑦飲酒問題の背景に関すること
- ⑧予防啓発に関する知識について
- ⑨依存症の理解に関すること
- ⑩妊婦・乳幼児の影響に関すること
- ⑪回復の理解に関すること（自助グループなどの資源を含む）
- ⑫ライフスキル（対処方法）に関すること
- ⑬治療・支援方法に関すること
- ⑭ウェブ情報紹介先
- ⑮その他

## 1. 調査計画

### ①目的

第1期基本計画における対策の取組状況および効果検証を行うため、アルコール関連問題及びアルコール依存症に関連する教育の実情を明らかにし、第2期基本計画策定に向けた課題等を示し、望ましい教育の内容について提示する。

### ②対象

文部科学省から出されている教材

### ③方法

文献研究、内容分析法

### ④研究期間

2020年3月1日～3月31日

## 2. 調査の内容

### (1) 調査対象教材

- 1) 小学校：児童生徒の心と体を守るための啓発教材作成協力者会議「わたしの健康」平成30年3月
- 2) 中学校：文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課編集「かけがえのない自分 かけがえのない健康（平成30年度版）」
- 3) 児童生徒の心と体を守るための啓発教材の改訂委員会（文科省設置）・文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課編集「健康な生活を送るために（平成30年度版）第3次改訂版」平成29年3月

### (2) 教材のタイトルとアルコールに関連する該当頁数と総頁数

教材のタイトルとアルコールに関連する該当頁数と総頁数は、表1のとおりである。

小学校の教材のタイトルは、「知っておこう！ たばこ・酒の害」「広告を調べてみよう」「うまく断るには」で取り上げられ、アルコールに関連する該当頁は、総14頁中3頁と約21%となっている。

中学校は、以下のとおりである。アルコールに関連する該当頁は、総45頁中11頁と約24%となっている。

- ・「はじめに：健康に大切なことって何でしょう」
- ・「総論」
- ・「2章 心の健康」
- ・「3章 喫煙、飲酒と健康」
- ・「4章 薬物乱用と健康」
- ・「5章 考えてみよう！話し合ってみよう！」

高校は、「飲酒の問題は社会の課題」「対処方法」「情報に惑わされないで」で取り上げられ、アルコールに関連する該当頁は総43頁中4頁と約9%となっている。

表1 教材のタイトルとアルコールに関連する該当頁数と総頁数の一覧表

	小学校	中学校	高校
教材・カリキュラム等	児童生徒の心と体を守るための啓発教材作成協力者会議「わたしの健康」平成30年3月	文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課編集「かけがえのない自分 かけがえのない健康（平成30年度版）」	児童生徒の心と体を守るための啓発教材の改訂委員会（文科省設置）・文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課編集「健康な生活を送るために（平成30年度版）第3次改訂版」平成29年3月
タイトル	「知っておこう！たばこ・酒の害」「広告を調べてみよう」「うまく断るには」	「はじめに：健康に大切なことって何でしょう」「総論」「2章心の健康」「3章喫煙、飲酒と健康」「4章薬物乱用と健康」「5章考えてみよう！話し合ってみよう！」	「飲酒の問題は社会の課題」「対処方法」「情報に惑わされないで」
頁数／総頁数	3/14	11/45	4/43

(筆者作成)

### (分析・考察)

小学校、中学校、高校と比べてみると、飲酒だけでなく、たばこも併せ取り上げられる傾向がある。飲酒は中学校が最も多く、薬物乱用と併せたワークショップ的な教育内容となっている。高校になると、社会的視点やセルフケアについて学ぶ内容となっている。

### (3) 統計に関すること \* (3) 以降の内容については、表2でまとめている。

小学校では、統計を活用する記載はない。

中学校では、以下に関する統計が示されている。

- ・飲酒開始年齢とケガの経験率
- ・飲酒の記憶力への影響
- ・飲酒開始年齢とアルコール依存症
- ・急性アルコール中毒搬送人員
- ・家族に関連する「健全な自尊心 男子」の得点：月飲酒

高校では、以下に関する統計の活用がある

- ・成人・高齢者・20歳代前半の女性の飲酒の割合の指摘
- ・「酒を飲むと思う」と回答した高校3年生の割合から（タバコと比較して）周囲の人々の行動やマスメディアの影響を含む社会の取り組みの違いを指摘
- ・急性アルコール中毒搬送人員
- ・酒の宣伝やコマーシャルに対する印象

### (分析・考察)

中学校、高校で具体的なデータを示し理解を深

めることができる工夫がみられる。高校で取り上げられている女性の飲酒については、小学校、中学校でも、もっと積極的に取り上げてもいいのではないかな。

### (4) 薬物としての理解に関すること

小学校では「酒の害」と表現され、以下のような解説がある。

- ・飲む量が増える
- ・飲みたい気持ちが抑えられなくなる

中学校では、「未成年者の喫煙、飲酒はゲイトウェイ」と表現されている。

高校では、記載がない。

### (分析・考察)

アルコールが薬物であり、その特徴（薬理性、致死性等）や脳や体に影響を及ぼすなどの理解を深める記述がない。使用における基本的な理解として、小学生でも理解できるような工夫が必要である。

### (5) 心身への影響に関すること

小学校では、脳や肝臓などの病気について記載されている。

中学校では、以下について解説がある。

- ・飲酒などの生活習慣と深いかかわり
- ・飲酒と健康の関係
- ・アルコールの吸収
- ・脳の麻痺
- ・分解能力

- ・急性アルコール中毒
- ・肝臓の障害
- ・全身の臓器の影響
- ・大量飲酒（イッキ飲み）で死亡する

高校では、以下について解説がある。

- ・ADHD との関連
- ・急性アルコール中毒
- ・脳への影響
- ・肝臓疾患

#### (分析・考察)

妊娠中の胎児への影響、女性ならではの影響、若者ならではの影響について解説が必要ではないか。

#### (6) 社会的な側面に関すること

小学校では、以下の指摘や記載がある

- ・社会や家庭で正常な生活ができなくなる
- ・法律で禁止されている
- ・「広告を調べてみよう」の中で、果実酒やビールの絵があり、それらの広告を見てどのような印象を持ったか吹き出しに書かせるようにしている。

中学校では、以下のとおりである。

- ・未成年者飲酒禁止法
- ・飲酒運転の危険

高校では、以下のとおりである。

- ・未成年者飲酒禁止法
- ・イッキ飲み
- ・飲酒は宣伝・広告によって助長される

#### (分析・考察)

規制に関する記述が主である。アルコール健康障害対策基本法など、包括的な対策について理解を促し、回復への意識付け強化のための工夫が必要と思われる。

#### (7) 飲酒問題の背景に関すること

小学校では、「酒を飲み始める年齢が若いほど止めることが難しくなります」と記載されている。

中学校では、飲酒問題の背景に関する記載はない。

高校では、以下の記載がみられる。

- ・好奇心、投げやりな気持ち、過度のストレスなどの心理状態
- ・周囲の人々の影響や人間関係の中で生じる断りにくい心理

#### (分析・考察)

飲酒問題の背景については、高校で取り上げられているが中学校での記載がない。低年齢化しているのに中学校からしっかり背景について理解し、セルフケアの意識を高めていく必要があるのではないか。

#### (8) 予防啓発に関する知識について

小学校では、「健康な生活を送るために、様々な予防デーや予防週間があります」として、世界エイズデーなどはあるが、アルコール関連問題啓発週間の記載はない。

中学校では、「薬物乱用に対する社会的対策を知ろう」の中で、「高校生による薬物乱用防止啓発ポスター」の受賞作品「飲んだあなたは操り人形」のポスターが提示されている。

高校では、記載がない。

#### (分析・考察)

薬物乱用に関する予防啓発は、小学校、中学校で記述があるものの、いずれもアルコール関連問題の予防に関する記述がない。高校においてはそのどちらも触れられていない。処方薬、市販薬なども含め、依存性のある薬物に関する予防、啓発が必要である。

#### (9) 依存症の理解に関すること

小学校では、記載がない。

中学校では、「薬物乱用 Q & A」の回答で「依存症に治るという言葉はありません。」「一生止め続けなければ元に戻ってしまいます」との記載がある。

高校では、以下の記載がみられる。

- ・急性アルコール中毒
- ・アルコール依存症患者
- ・アルコール依存症が疑われる者
- ・アルコール依存症の診断基準を満たす者
- ・もしかしたらアルコール依存症は特別な病気ではないかもしれません

#### (分析・考察)

高校で、疾患についての説明があるが、小学校から、病気については正しく知ることが大事ではないか。自分の親、関係者のアルコールの問題で悩み孤立することの予防にもつながるのではないか。

### (10) 妊婦・乳幼児の影響に関すること

小学校、中学校では記載がない。

高校では、以下のとおりである。

- ・胎児への影響は女性だけではなく男性も考えてほしい問題
- ・胎児性アルコール症候群

#### (分析・考察)

生命の尊さを学ぶという観点から、小学校、中学校、高校といずれでも取り上げてほしい課題である。

### (11) 回復の理解に関すること（自助グループなどの資源を含む）

小学校、中学校、高校のいずれも、記載がない。

#### (分析・考察)

回復、相談の窓口などについて一切触れられていないのは、他国と比べ自助グループについて社会的知名度が低いということにつながる大きな課題である。

### (12) ライフスキル（対処方法）に関すること

小学校では、「うまく断るには」で、「正月だ、少し飲め」「ジュースみたいだぜ」の吹き出しに断り方を書かせるようになっている。

中学校は、以下のとおりである。

- ・「喫煙や飲酒をする、これらは適切な対処法とは言えません。間違っただけ、許されないものです。」
- ・「仲間からの影響を知ろう！」の中で、「アルコール・薬物の誘いはきっぱり断ろう」「自分の意思をはっきり伝えよう」ということで、「みんな飲んでるよ。友達だったら飲みなよ」の対処方法を話し合う。

高校では、別項目の「対処方法 友人・知人への対処」の箇所において、「自己主張的なコミュニケーションで理由をはっきりして断りましょう」という記載がある。

#### (分析・考察)

自分を守るために断ることについて強調されているが、高校では、それだけでなく、そういう友達に対する助言などについて触れる必要があるのではないか。

### (13) 治療・支援方法に関すること

小学校では、記載がない。

中学校では、「薬物乱用 Q & A」の欄の回答で、「薬物を乱用している友達から勧められた場合、

一人で悩まず周りの信頼できる大人（担任、養護教諭、家族、警察）に相談しましょう」という記載がある。

高校では、記載がない。

#### (分析・考察)

治療・支援方法に関することについては、小学校、中学校、高校と全てにおいて一貫して、相談など行動化できるようなライフスキルと社会資源の情報が必要である。

### (14) ウェブ情報紹介先

小学校では、記載がない。

中学校では、「日本学校保健会ホームページ」が紹介されている。

高校では、「e-ヘルスネット 飲酒」が紹介されている。

#### (分析・考察)

スマホやネットの普及状況から、現実的にすぐに検索しやすいアプリやサイトを紹介するなどの情報提供が必要ではないか。

### (15) その他

高校では、「長期にわたる多量飲酒が引き起こす影響」と表現されている箇所がある。

表 2 (3) から (15) までの内容の一覧

	小学校	中学校	高校
統計に関する こと	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒開始年齢とケガの経験率</li> <li>・飲酒の記憶力への影響</li> <li>・飲酒開始年齢とアルコール依存症</li> <li>・急性アルコール中毒搬送人員</li> <li>・家族に関連する「健全な自尊心 男子」の得点：月飲酒</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年齢、性別の飲酒割合</li> <li>・成人、高齢者、20歳代前半の女性の飲酒の割合の指摘</li> <li>・「酒を飲むと思う」と回答した高校3年生の割合から（タバコと比較して）周囲の人々の行動やマスメディアの影響を含む社会の取り組みの違いを指摘</li> <li>・急性アルコール中毒搬送人員</li> <li>・酒の宣伝やコマーシャルに対する印象</li> </ul>
薬物としての理解 に関する こと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「酒の害」</li> <li>・飲む量が増える</li> <li>・飲みたい気持ちが抑えられなくなる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「未成年者の喫煙、飲酒はゲイトウェイ」</li> </ul>	記載なし
心身への 影響に関 すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・脳や肝臓などの病気</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒などの生活習慣と深いかかわり</li> <li>・飲酒と健康の関係</li> <li>・アルコールの吸収</li> <li>・脳の麻痺</li> <li>・分解能力</li> <li>・急性アルコール中毒</li> <li>・肝臓の障害</li> <li>・全身の臓器の影響</li> <li>・大量飲酒（イッキ飲み）で死亡する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ADHD との関連</li> <li>・急性アルコール中毒</li> <li>・脳への影響</li> <li>・肝臓疾患</li> </ul>
社会的な 側面に関 すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会や家庭で正常な生活ができなくなる</li> <li>・法律で禁止されている</li> <li>・「広告を調べてみよう」の中で、果実酒やビールの絵があり、それらの広告を見てどのような印象を持ったか吹き出しに書かせるようにしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未成年者飲酒禁止法</li> <li>・飲酒運転の危険</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・未成年者飲酒禁止法</li> <li>・イッキ飲み</li> <li>・飲酒は宣伝・広告によって助長される</li> </ul>
飲酒問題 の背景に 関すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・酒を飲み始める年齢が若いほど止めることが難しくなります</li> </ul>	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・好奇心、投げやりな気持ち、過度のストレスなどの心理状態</li> <li>・周囲の人々の影響や人間関係の中で生じる断りにくい心理</li> </ul>

表 2 (3) から (15) までの内容の一覧

	小学校	中学校	高校
予防啓発に関する知識について	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「健康な生活を送るために、様々な予防デーや予防週間があります」として、世界エイズデーなどはあるが、アルコール関連問題啓発週間の記載なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「薬物乱用に対する社会的対策を知ろう」の中で、「高校生による薬物乱用防止啓発ポスター」の受賞作品「飲んだあなたは操り人形」のポスター提示。</li> </ul>	記載なし
依存症の理解に関すること	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「薬物乱用 Q &amp; A」の回答で「依存症に治ると言う言葉はありません」「一生止め続けなければ元に戻ってしまいます」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性アルコール中毒</li> <li>・アルコール依存症患者</li> <li>・アルコール依存症が疑われる者</li> <li>・アルコール依存症の診断基準を満たす者</li> <li>・もしかしたらアルコール依存症は特別な病気ではないかもしれません</li> </ul>
妊婦・乳幼児の影響に関すること	記載なし	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・胎児への影響は女性だけではなく男性も考えてほしい問題</li> <li>・胎児性アルコール症候群</li> </ul>
回復の理解に関すること（自助グループなどの資源を含む）	記載なし	記載なし	記載なし
ライフスキル（対処方法）に関すること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「うまく断るには」で、「正月だ、少し飲め」「ジュースみたいだぜ」の吹き出しに断り方を書かせる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「喫煙や飲酒をする これらは適切な対処法とは言えません。間違っただけ、許されないものです。」</li> <li>・「仲間からの影響を知ろう！」の中で、「アルコール・薬物の誘いはきっぱり断ろう」「自分の意思をはっきり伝えよう」ということで、「みんな飲んでるよ。友達だったら飲みなよ」を話し合う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「対処方法 友人・知人への対処」自己主張的なコミュニケーションで理由をはっきりして断りましょう</li> </ul>
治療・支援方法に関すること	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「薬物乱用 Q &amp; A」の回答で、薬物を乱用している友達や勧められた場合一人で悩まず周りの信頼できる大人（担任、養護教諭、家族、警察）に相談しましょう）</li> </ul>	記載なし
ウェブ情報紹介先	記載なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本学校保健会ホームページ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・e-ヘルスネット 飲酒</li> </ul>
その他			<ul style="list-style-type: none"> <li>・長期にわたる多量飲酒が引き起こす影響</li> </ul>

(筆者作成)

# 1-2) アルコール関連問題及びアルコール依存症等に関する「専門職教育」の実情調査(文献研究)

稗田里香<sup>1)</sup>  
1) 東海大学

## はじめに

2013年に制定されたアルコール健康障害対策基本法は、施行後5年が経過し、現在第2期基本計画策定に向け関係者会議が進んでいる。

本報告書は、第1期基本計画における対策の取組状況および効果検証を行うため、「専門職教育」の実情調査(文献研究)を行った結果を、各専門職別に示す形となっている。

なお、本調査は、厚生労働省による「第1期アルコール健康障害対策推進基本計画における取組状況の調査」で、筑波大が委託され、アル法ネットが全面協力しており、第2期基本計画策定に向けた状況確認を目的としている。

## (調査計画)

目的：アルコール関連問題及びアルコール依存症に関連する「専門教育」の実情を明らかにし、第2期基本計画策定に向けた状況確認

対象：専門職教育

医師、看護師、保健師、作業療法士、公認心理師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士のカリキュラム、教科書、国家試験など。

方法：文献研究

研究期間：2020年3月1日～3月31日

責任者：稗田里香(ひえだりか)

東海大学健康科学部

## 目次

医師

看護師(看護基礎教育)

保健師

作業療法士

公認心理師

社会福祉士

精神保健福祉士

介護福祉士

## 医師

吉本 尚(筑波大学医学医療系)

## 背景

アルコール健康障害対策基本法の第8条には「医師その他の医療関係者は、国及び地方公共団体が実施するアルコール健康障害対策に協力し、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に寄与するよう努めるとともに、アルコール健康障害に係る良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。」と記されており<sup>1)</sup>、医療に関わる者にはアルコールに関する正しい知識が求められるようになってきているが、医師の教育課程におけるアルコール関連問題及びアルコール依存症の教育の現状は十分に明らかにされていない。今回、医学部における飲酒に関わる教育の現状と国家試験における出題状況において調査を行ったのでここに報告する。

## 方法

医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版)と医師国家試験出題基準におけるアルコール関連項目<sup>2)</sup>、過去15年間の医師国家試験出題問題<sup>3) 4)</sup>について調査した。初期研修に関する内容は別に記載した(「文献レビュー9、人材確保等」を参照)。

## 結果

医学教育モデル・コア・カリキュラムにはアルコール関連疾患として肝障害、急性膵炎、慢性膵炎、アルコール依存症、中毒が挙げられていた。他のアルコール関連疾患については明記されたものではなく、「生活習慣とリスク」として記載されている程度であった(表1)。国家試験では過去15年間に96問(平均6.4問/年)出題されており、精神科や肝胆膵の領域が多かったが、内分泌代謝領域も比較的多く見られた。出題数は2-10題/年と幅があるが、基本法制定後に著明に増えた様子はなかった。

## 議論

医学部教育ならびに医師国家試験の内容を確認することで、医師の教育課程におけるアルコール関連問題及びアルコール依存症の教育の現状把握を行った。「アルコール」が問題文、選択肢、解説に含まれるものの数はあまり変化している様子はないが、比較的安定して出題されていることが

明らかになった。これらの一覧を利用して、アルコールに関する問題を学内試験に出題するなど、アルコール関連問題やアルコール依存症に関する内容に触れる機会を増やすことも検討可能と思われる。

尚、本論旨の一部はアルコール関連問題学会雑誌（2020年秋号）に投稿中である。

表1 医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）と医師国家試験出題基準におけるアルコール関連項目

<p>医学教育モデル・コア・カリキュラム（平成28年度改訂版）</p> <p>B-1-5) 生活習慣とリスク</p> <p>⑤喫煙（状況、有害性、受動喫煙防止、禁煙支援）、飲酒（状況、有害性、アルコール依存症からの回復支援）を説明できる。</p> <p>D-7-4) - (5) 肝疾患</p> <p>⑥アルコール性肝障害を概説できる。</p> <p>D-7-4) - (6) 膵臓疾患</p> <p>①急性膵炎（アルコール性、胆石性、特発性）の病態生理、症候、診断と治療を説明できる。</p> <p>②慢性膵炎（アルコール性、特発性）の病態生理、症候、診断、合併症と治療を説明できる。</p> <p>D-15-3) 疾患・障害</p> <p>③薬物使用に関連する精神障害やアルコール、ギャンブル等への依存症の病態と症候を説明できる。</p> <p>E-5-3) - (1) 中毒</p> <p>⑤アルコール、覚醒剤・麻薬・大麻などの乱用薬物による中毒を説明できる。</p> <p>G-2 臨床推論 （鑑別疾患）アルコール依存症、アルコール性中毒。</p>
<p>厚生労働省医師国家試験出題基準（H30）（領域 / 大項目のみ）</p> <p>医学総論Ⅶ 生活環境因子・職業性因子による疾患食中毒、病害動物による疾患、アルコールによる障害、薬物依存・中毒、喫煙による障害、産業中毒とその他の職業性疾患、物理的原因・生活環境因子による障害</p>

表2 過去15年間（2005-2019年度）に医師国家試験で出題された「アルコール」に関する問題一覧

	問題形式	科目	出題テーマ
100B77	一般各論	分類不明	慢性アルコール多飲の合併症
100E19	必修一般	呼吸器	肺肝境界が下降する病態
100E47	必修一般	循環器	高血圧症における生活指導
100G2	一般総論	公衆衛生	保健所での精神保健福祉領域の専門相談対象
100G64	一般総論	精神科	身体依存が形成されやすい物質
100G84	一般総論	精神科	精神疾患と妄想
100G86	一般総論	内分泌代謝	肥満をきたす疾患
100G112	一般総論	肝胆膵	劇症肝炎の原因
100I8	臨床総論	整形外科	変形性股関節症の診断
101A4	臨床各論	精神科	Alzheimer型認知症と妄想性障害の診断
101C16	必修一般	肝胆膵	搔痒を生じる疾患
101D19	必修臨床	精神科	アルコール依存症の健康問題
101D27	必修臨床	精神科	アルコール依存症の対応
101E14	長文問題	精神科	薬物中毒を背景とするうつ病診断

表2 過去15年間(2005-2019年度)に医師国家試験で出題された「アルコール」に関する問題一覧

	問題形式	科目	出題テーマ
101F77	一般各論	精神科	Korsakoff 精神病
101G22	臨床各論	循環器	高血圧の初診対応
101G28	臨床各論	肝胆膵	アルコール性脂肪肝
102A28	臨床各論	精神科	躁うつ病
102B19	一般総論	内分泌代謝	糖尿病の危険因子
102C5	必修一般	精神科	幻覚を生じる病態
102D14	一般各論	肝胆膵	アルコール性肝障害
102F4	必修一般	内分泌代謝	摂食量の低下により体重減少する疾患
102G23	一般総論	内分泌代謝	痛風の栄養指導
102G53	臨床総論	肝胆膵	ICG 試験と結果解釈
102I77	臨床各論	整形外科	大腿骨頭壊死症
103G39	臨床総論	血液	脾腫
103G69	一般総論	精神科	記憶障害
103H13	必修一般	精神科	アルコール依存症の診断
103H16	必修一般	精神科	発症要因として生活上の出来事の関与が大きいもの
103I52	臨床各論	内分泌代謝	Wernicke 脳症
104A51	臨床各論	中毒	鉛中毒と有機溶剤中毒
104D35	臨床各論	内分泌代謝	偽性アルドステロン症
104E3	一般総論	精神科	妄想
104F9	必修一般	泌尿器科	膀胱癌と動脈硬化に共通するリスク因子
104I65	臨床各論	感染症	ガス壊疽
105C26	必修長文	精神科	アルコール依存性疑いの患者への説明
105C27	必修長文	精神科	アルコール依存性疑いの患者への対応
105D57	臨床各論	肝胆膵	アルコール性肝障害の病理所見
105E9	一般総論	中毒	中毒と症状の組み合わせ
105H32	必修長文	循環器	心不全の生活指導
106A19	一般各論	精神科	アルコール依存症の離脱症状
106C19	必修臨床	肝胆膵	アルコール性肝障害の指導
106D15	一般各論	精神科	アルコール依存症
106E48	臨床総論	内分泌代謝	脂質異常症の中年男性に対して産業医がまず勧める内容
106F16	必修臨床	精神科	アルコール依存症患者の入院にあたって安全管理の観点から最も重要性が高いもの
106G1	一般総論	精神科	うつ病
106I1	一般各論	肝胆膵	慢性膵炎
106I27	一般各論	精神科	身体依存・精神依存をきたすもの
106I46	臨床各論	精神科	アルコール離脱せん妄
107A20	一般各論	精神科	精神作用物質と離脱症状
107A59	臨床各論	肝胆膵	慢性膵炎
107B57	長文問題	呼吸器	肺扁平上皮癌のリスク因子
107D18	一般各論	感染症	肺炎とその病歴
107G46	臨床総論	内分泌代謝	痛風
107H30	必修臨床	精神科	アルコール依存症の対応
108D1	一般各論	精神科	アルコール依存症の治療
108E33	一般総論	血液	大球性貧血
108G43	臨床総論	内分泌代謝	メタボリックシンドロームへの栄養指導
108G64	長文問題	救急	硬膜下血腫の重症化予想因子

表2 過去15年間(2005-2019年度)に医師国家試験で出題された「アルコール」に関する問題一覧

	問題形式	科目	出題テーマ
109I2	一般各論	精神科	アルコール依存症の離脱症状
109I32	一般各論	公衆衛生	飲酒
110C20	必修臨床	肝胆膵	英語での紹介状読解・肝硬変
110D38	臨床各論	整形外科	変形性股関節症の診断
110F24	必修臨床	内分泌代謝	巨赤芽球性貧血・Wernicke 脳症疑い
110I6	一般各論	肝胆膵	$\gamma$ -GTP 高値の肝胆道系疾患
110I26	一般各論	精神科	精神作用物質による精神病
110I29	一般各論	精神科	異常醗酐
111B12	一般総論	公衆衛生	精神疾患の一次予防
111E13	一般総論	精神科	せん妄のリスク因子
111E49	臨床総論	内分泌代謝	食事指導で指示すべき摂取量
111H23	必修臨床	精神科	自殺企図者への対応
111I10	一般各論	肝胆膵	肝硬変の成因
111I34	一般各論	内分泌代謝	低血糖
112A57	臨床各論	内分泌代謝	乳酸アシドーシス
112A63	臨床各論	精神科	アルコール離脱せん妄
112A68	臨床各論	肝胆膵	原発性胆汁性胆管炎、 原発性硬化性胆管炎の診断
112A73	臨床各論	肝胆膵	慢性膵炎指導
112B31	必修臨床	精神科	術後せん妄
112C31	臨床総論	眼科	加齢黄斑変性症のリスク因子
112D35	臨床各論	精神科	統合失調症
112D43	臨床各論	肝胆膵	非代償性肝硬変への初期輸液
112E12	必修一般	神経	アルコール依存症の小脳失調
112F19	一般総論	公衆衛生	患者調査で患者数が増加しているもの
113B18	必修一般	精神科	統合失調症
113B24	必修一般	内分泌代謝	成人の生活習慣病の発症予防
113B31	必修臨床	精神科	アルコール離脱せん妄の予防
113D7	一般各論	整形外科	慢性的な過負荷による整形外科疾患
113D10	一般各論	肝胆膵	成人肝移植の適応
114A66	臨床各論	精神科	アルコール依存症の入院対応
114C13	一般総論	精神科	不眠症
114C57	臨床総論	精神科	双極性障害
114D7	一般各論	精神科	アルコール依存症
114E34	必修臨床	公衆衛生	夫の対応相談
114E40	必修臨床	消化管	静脈瘤破裂による出血性ショック
114E43	必修長文	循環器	動悸の原因の鑑別
114E44	必修長文	循環器	飲酒習慣に対する説明

### 引用文献

- 1) 衆議院, アルコール健康障害対策基本法,  
[http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb\\_housei.nsf/html/housei/18520131213109.htm](http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/housei/18520131213109.htm)
- 2) 厚生労働省, 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成 28 年度改訂版),  
[https://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin/\\_\\_\\_icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961\\_01.pdf](https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/___icsFiles/afieldfile/2017/06/28/1383961_01.pdf)
- 3) 厚生労働省, 医療. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/iryou/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/index.html)
- 4) 厚生労働省, 医療分野のトピックス,  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/topics\\_150873\\_139\\_140.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/topics_150873_139_140.html)

# 看護師（看護基礎教育）

松下年子（横浜市立大学）  
田辺有理子（横浜市立大学）

## 1. 看護教育制度の概要

看護職の資格体系は、「保健師」「助産師」「看護師」「准看護師」の4資格で、保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)に示されている。「保健師」は保健指導に従事することを業とする者、「助産師」は助産または妊婦、褥婦もしくは新生児の保健指導を行なう女子、「看護師」は傷病者もしくは褥婦にたいする療養上の世話または診療の補助を行うことを業とする者、そして「准看護師」は医師、歯科医師または看護師の指示を受けて傷病者もしくは褥婦にたいする療養上の世話または診療の補助を行うことを業とする者である。「保健師」「助産師」「看護師」は国家試験に合格して厚生労働大臣の免許を受け、「准看護師」は准看護師試験に合格し都道府県知事の免許を受ける。2007（平成19）年4月施行の保健師助産師看護師法改正によって、保健師免許および助産師免許の付与要件が変わり、「保健師」は保健師国家試験および看護師国家試験、「助産師」は助産師国家試験および看護師国家試験に合格して免許を受けることとなった。すなわち、「保健師」および「助産師」の免許取得の前提として看護師国家試験の合格が要件となった。

保健師国家試験の受験には、文部科学省令・厚生労働省令で定める基準に適合するものとして、文部科学大臣の指定した学校において、1年以上保健師になるのに必要な学科を修めた者、都道府県知事の指定した保健師養成所を卒業した者などの資格要件が定められている。助産師国家試験についても同様に1年以上の助産に関する学科を修めるか助産師養成所を卒業した者と定められている。看護師国家試験については、文部科学大臣の指定した学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学（短期大学を除く）において看護師になるのに必要な学科を修めて卒業した者、文部科学大臣の指定した学校において3年以上必要な学科を修めた者、都道府県知事の指定した看護師養成所を卒業した者、指定要件を満たした准看護師で規定する大学、学校または養成所において2年以

上就業した者などの要件が定められている。また、准看護師試験については、文部科学大臣の指定した学校において2年の看護に関する学科を修めた者、都道府県知事の指定した准看護師養成所を卒業した者などが定められている。

わが国の看護基礎教育制度は、保健師助産師看護師法に基づいて定められた保健師助産師看護師学校養成所指定規則（昭和24年）に則っている。この指定規則は文部科学省と厚生労働省の共同省令第1号として公布され、その後現在まで看護教育制度は文部科学省と厚生労働省による指定を受けて、2年もしくは3年課程の准看護師養成、高校・高校専攻科5年一貫教育、3年以上の養成所・短大、4年制大学など、複数の教育課程が稼働してきた。

大学における看護学教育は1952（昭和27）年に始動し、1992（平成4）年の看護師等の人材確保の推進に関する法律の施行を機に看護系大学が増加し続けている。現在、厚生労働省の看護基礎教育検討会から、保健師助産師看護師学校養成所指定規則および看護師等養成所の運営に関する指導ガイドラインの改正案の最終報告が示され、第5次となるカリキュラム改正が進んでいる。この改定によって、3年課程の総単位数は97単位から102単位に、2年課程は65単位から68単位に、それぞれ増えることとなった。3年課程は2022（令和4）年度、2年課程は2023（令和5）年度より適用される。なお、准看護師の教育課程は時間制および総時間数（1,890時間）を維持し、2022（令和4）年度より適用される。

現行の看護教育制度の概要を図1に、看護基礎教育の各課程の科目および単位数を表1-1に、3年課程および2年課程の改定を表1-2に示した。

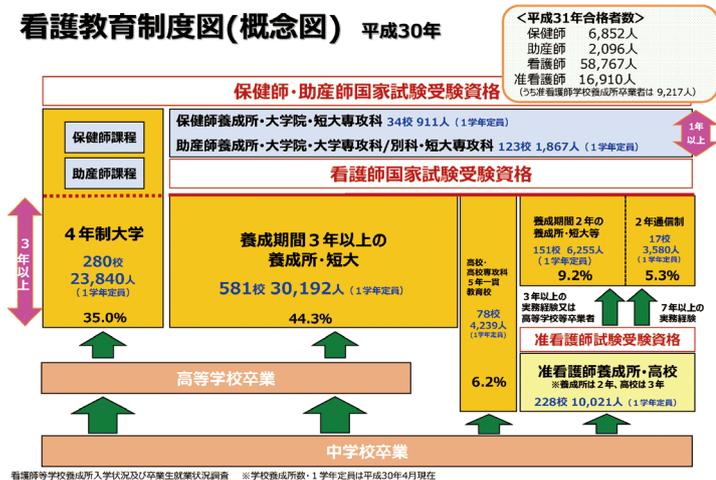


図1. 看護教育制度概念図<sup>1)</sup>  
出典：厚生労働省医政局看護課作成

表 1-1 看護教育の内容および単位数（2020 年度）

教育内容		単位数				
		大学 学校 養成所 (3年課程)	2年課程 2年課程 (定時制) 2年課程 (通信制)	高等学校	専攻科	高等学校 専攻科 合計
基礎分野	科学的思考の基盤	13	7	6	10	16
	人間と生活・社会の理解					
専門基礎 分野	人体の構造と機能	15	10	7	8	15
	疾病の成り立ちと回復の促進					
	健康支援と社会保障制度	6	4	2	5	7
専門分野 I	基礎看護学	10	6	8	3	11
	臨地実習	3	2	5	-	5
	基礎看護学	3	2	5	-	5
専門分野 II	成人看護学	6	3	2	4	6
	老年看護学	4	3	1	3	4
	小児看護学	4	3	1	3	4
	母性看護学	4	3	1	3	4
	精神看護学	4	3	-	4	4
	臨地実習	16	10	5	12	17
	成人看護学	6	2	3	4	7
	老年看護学	4	2	2	2	4
	小児看護学	2	2	-	2	2
	母性看護学	2	2	-	2	2
	精神看護学	2	2	-	2	2
	統合分野	在宅看護論	4	3	-	4
看護の統合と実践		4	4	-	4	4
臨地実習		4	4	-	4	4
在宅看護論		2	2	-	2	2
看護の統合と実践		2	2	-	2	2
合計		97	65	38	67	105

保健師助産師看護師学校養成所指定規則別表三（第四条関係）別表三の二（第四条関係）別表三の三（第四条関係）を改変

表 1-2 看護教育の内容および単位数（3年課程および2年課程の第5次改定）

教育内容		単位数			
		大学 学校 養成所 (3年課程)	2年課程 2年課程 (定時制)	2年課程 (通信制)	
基礎分野	科学的思考の基盤	14	8	8	
	人間と生活・社会の理解				
専門基礎分野	人体の構造と機能	16	10	10	
	疾病の成り立ちと回復の促進				
	健康支援と社会保障制度	6	4	4	
専門分野	基礎看護学	11	6	6	
	地域・在宅看護論	6 (4) <sup>※</sup>	5	5	
	成人看護学	6	3	3	
	老年看護学	4	3	3	
	小児看護学	4	3	3	
	母性看護学	4	3	3	
	精神看護学	4	3	3	
	看護の統合と実践	4	4	4	
	臨地実習			紙上事例 演習	病院見学 実習及び 面接授業
	基礎看護学	3	2	1	1
	地域・在宅看護論	2	2	1	1
	成人看護学	4	4	2	2
	老年看護学				
	小児看護学	2	2	1	1
	母性看護学	2	2	1	1
	精神看護学	2	2	1	1
	看護の統合と実践	2	2	1	1
小計	23	16	2	8	
合計	102 (100)	68	68		

※保健師学校養成所のうち第二条第一項に規定する課程を設けるものと併せて指定を受け、かつ、その学校または生徒に対し一の教育課程によりこの表および別表一に掲げる教育内容を併せて教授しようとするものにあつては括弧内の数字によることができる。

保健師助産師看護師学校養成所指定規則別表3別表3-2を改変

<https://www.mhlw.go.jp/content/10805000/000557411.pdf>

## 2. 看護師国家試験出題基準

看護基礎教育の教育内容は、看護師国家試験を見据えて構成されている。保健師助産師看護師法第17条に基づき、保健師国家試験、助産師国家試験、看護師国家試験または准看護師試験は、それぞれの資格に必要な知識および技能について評価するために行われるもので、国家試験の内容の妥当性や範囲および適切な水準を確保するための基準に拠って出題される。現行の保健師助産師看

護師国家試験出題基準は平成30年版であり、看護師国家試験出題基準における科目体系は「必修問題」「人体の構造と機能」「疾病の成り立ちと回復の促進」「健康支援と社会保障制度」「基礎看護学」「成人看護学」「老年看護学」「小児看護学」「母性看護学」「精神看護学」「在宅看護論」「看護の統合と実践」である。出題基準は、出題範囲の観点から配列されているため、学問的な分類体系と一致しない点があるほか、各科目や項目間で内容

が重複することがある。

国家試験の出題数と点数は、必修問題、一般問題、状況設定問題に分けられ、300点満点である。必修問題は1問1点、50問、計50点であり、80%以上の正答による絶対評価である。一般問題は1問1点、130問、計130点、状況設定問題は1問2点、60問、計120点で1つの状況設定に対して3連問題で構成され、一般問題と状況設定問題をあわせて基準ラインが変動する相対評価である。

そこで今回、教育内容の指標として保健師助産師看護師国家試験出題基準の看護師国家試験出題基準から、アルコール健康障害に関わる記載のある項目を抜粋してみた(表2)。出題基準の構成は、まず科目の目標に国家試験における出題のねらい

を示し、大項目に見出し、中項目に出題の範囲となる事項、小項目に中項目の内容を示すキーワードである。

「アルコール」「依存」「飲酒」のキーワードでは、「疾病の成り立ちと回復の促進」、「健康支援と社会保障制度」、「小児看護学」、「母性看護学」の4科目に該当があった。

「疾病の成り立ちと回復の促進」は、大項目7. 栄養の摂取・消化・吸収・代謝機能、中項目D. 肝臓・胆嚢・膵臓の疾患と病態の診断・治療、小項目d. 脂肪肝、アルコール性肝炎、以下同順に15. 精神機能、A. 精神・心身の疾患の病態と診断・治療、b. 精神作用物質使用による精神・行動の異常(アルコール依存症、覚醒剤・大麻精神病)の2項目であった。「健康支援と社会保障制度」は、

表2 看護師国家試験出題基準平成30年版におけるアルコール健康障害に関する記載項目

科目	大項目	中項目	小項目
必修問題	2. 健康に影響する要因	A. 生活行動・習慣	f. 喫煙、嗜好品
人体の構造と機能	なし		
疾病の成り立ちと回復の促進	7. 栄養の摂取・消化・吸収・代謝機能	D. 肝臓・胆嚢・膵臓の疾患と病態の診断・治療	d. 脂肪肝、アルコール性肝炎
	15. 精神機能	A. 精神・心身の疾患の病態と診断・治療	b. 精神作用物質使用による精神・行動の異常(アルコール依存症、覚醒剤・大麻精神病)
健康支援と社会保障制度	6. 社会福祉に関する法や施策	H. D~G以外の法や施策	c. 依存症対策(アルコール依存、薬物依存、病的賭博)
	11. 生活者の健康増進	A. 生活習慣病の予防	c. 喫煙・飲酒対策
基礎看護学	1. 看護の基本となる概念	C. 健康と生活	c. 健康への影響要因 d. 生活習慣とセルフケア
成人看護学	2. 成人期における健康の保持・増進や疾病の予防	A. 生活習慣に関連する健康課題	a. 生活習慣病の要因 b. 健康問題の現状と推移 c. 生活習慣の是正
老年看護学	なし		
小児看護学	3. 小児各期における健康増進のための子どもと家族への看護	E. 思春期の成長・発達の応じた生活への支援	i. 喫煙・飲酒の防止
母性看護学	4. 妊娠期の看護	B. 妊婦・胎児の健康と生活のアセスメント	h. 嗜好品(喫煙、アルコール、カフェイン)
精神看護学	2. 主な精神疾患・障害の特徴と看護	B. 精神作用物質使用による精神・行動の障害	a. 症状と看護 b. 臨床検査および心理検査と看護 c. 薬物療法と看護
	4. 精神疾患・障害がある者への看護	G. 社会資源の活用とケアマネジメント	c. セルフヘルプグループ
在宅看護論	なし		
看護の統合と実践	なし		

6. 社会福祉に関する法や施策のなかに、c. 依存症対策（アルコール依存、薬物依存、病的賭博）、11. 生活者の健康増進、A. 生活習慣病の予防、c. 喫煙・飲酒対策の2項目であった。「小児看護学」は、3. 小児各期における健康増進のための子どもと家族への看護、E. 思春期の成長・発達に応じた生活への支援、i. 喫煙・飲酒の防止であった。「母性看護学」は、4. 妊娠期の看護、B. 妊婦・胎児の健康と生活のアセスメント、h. 嗜好品（喫煙、アルコール、カフェイン）であった。

また、キーワードとしては記載されていないがアルコール健康障害に関連する内容として、「必修問題」では、2. 健康に影響する要因、A. 生活行動・習慣、f. 喫煙、嗜好品、「精神看護学」では、2. 主な精神疾患・障害の特徴と看護、B. 精神作用物質使用による精神・行動の障害、a. 症状と看護・b. 臨床検査および心理検査と看護・4. 精神疾患・障害がある者への看護があり、ICD-10（国

際疾病分類）のF10アルコール使用（飲酒）による精神及び行動の障害が含まれていたほか、G. 社会資源の活用とケアマネジメント、c. セルフヘルプグループの記載が確認された。

### 3. 国家試験出題実績

次に、過去第101回（2012年）～第108回（2019年）までの看護師国家試験問題において、「アルコール」「依存」「飲酒」「禁酒」に関わる記載のある項目を抽出してみた（表3）。なお、「アルコール綿」など本調査に関係しない設問は省いた。

2016（平成28）年の状況設定問題（3問）において、アルコール依存症の治療からリハビリテーションの導入について、アルコール依存症の症状、入院後2日目の離脱症状、退院指導の内容が問われていた。2012（平成24）年の状況設定問題（3問）では、アルコール性肝硬変と診断されたが断酒できずに専門医療機関を受診してアル

表3 看護師国家試験におけるアルコール依存症に関する出題数とその内容

実施年・回	出題数	内容「キーワード」
第108回 2019（平成31）年	3	状況設定問題 肝硬変の食事指導「禁酒」 （尿路結石再発予防の生活指導「飲酒」）
第107回 2018（平成30）年	0	（薬物依存に関する状況設定問題）
第106回 2017（平成29）年	1	疾患と生活習慣の組み合わせ
第105回 2016（平成28）年	3	アルコール依存症の状況設定問題 （甲状腺疾患の生活指導「禁酒」）
第104回 2015（平成27）年	1	妊娠中の飲酒習慣の影響「飲酒」 （状況設定問題の事例で高血圧をきっかけに飲酒を減らした事例があったがアルコールに関する設問はなし）
第103回 2014（平成26）年	1	アルコール依存症の断酒目的入院の看護 （気管支喘息の状況設定問題で「飲酒」（不正解）の選択肢）
第103回追加試験 2014（平成26）年	2	断酒会の目的 発達段階と心の健康問題の組み合わせ「アルコール依存症」 （禁煙の対処「飲酒」） （消化管検査前の生活習慣「飲酒」） （大腸癌に関する状況設定問題で「飲酒」（不正解）の選択肢） （虚血性心疾患の危険因子「飲酒」）
第102回 2013（平成25）年	1	飲酒に起因する健康障害
第101回 2012（平成24）年	3	アルコール依存症の状況設定問題 （抗利尿ホルモン〈ADH〉に関する選択肢「飲酒」）
第100回 2011（平成23）年	1	アルコール離脱症状 （覚せい剤使用の問題）

（ ）には、アルコール依存症に関する内容ではないが、選択肢として使われた設問を記載した。

コール依存症と診断された事例を通して、否認への対応、家族（妻）への助言、再飲酒時の対応が問われていた。過去8年のうち2回の国家試験において、アルコール依存症の事例に関する3問の状況設定問題として、系統的に知識を確認できる内容が出題されていた。

看護師国家試験出題基準においてアルコール健康障害に関する内容は、「疾病の成り立ちと回復の促進」「健康支援と社会保障制度」「小児看護学」「母性看護学」の科目に記載されている。過去10回の国家試験出題実績をみると、「成人看護学」の疾患と飲酒の関係に関する問題、「母性看護学」の妊娠中の飲酒に関する問題が出題されたほか、「精神看護学」でアルコール依存症に関する病態から対応やリハビリテーションまでの状況設定問題が出題された。「小児看護学」の出題は見当たらなかった。

#### 4. 看護基礎教育の教科書

看護基礎教育で用いる教科書は、看護系書籍の出版社がシリーズで展開しているものや、専門領域に特化したものなど多様である。また、各大学および専門学校によって教科書選定の方法もそれぞれで、シリーズで統一した教科書を採用するところもあれば、各領域の担当教員の判断に委ねられているところもある。複数の教科書や参考書を採用しているところもあれば、部分的に医学系の教科書を採用しているところもある。

「健康支援と社会保障制度」では、アルコール健康障害対策基本法が掲載された。「成人看護学」の教科書では、生活習慣の健康への影響として喫煙と並列に飲酒習慣を説明するもの、消化器疾患（肝硬変、肝がん、食道がん、胃がんなど）、心疾患（心筋梗塞・狭心症など）、脳血管疾患・代謝性疾患（糖尿病など）、神経系疾患など、疾患と飲酒の関連を記していた。アルコール依存症は、本人だけでなく家族や周囲を巻き込む可能性があること、暴力、虐待などの犯罪、自殺、飲酒運転、転落などの事故、作業効率の低下などの産業衛生などの社会的な問題についても触れ、アルコール関連問題の発生の予防や早期対応のための対策や健康教育、啓発などの課題を挙げている。「小児看護学」では、思春期の健康問題として喫煙と並んで飲酒が説明された。「母性看護学」では、妊娠中の飲酒について1ページ未満で掲載されていた。「精神看護学」の教科書では、内容につい

ても分量についてもバラつきが見られた。アクションのなかにアルコール依存症に関する解説が含まれ掲載の分量が1ページ未満ものから、アクション看護について章立てして2章35ページに渡って解説するものまでであった。文末資料2に一覧を示した。

#### 5. 看護基礎教育における授業の現状

保健師助産師看護師学校養成所指定規則において、精神看護学の単位数は4単位、臨地実習は2単位と定められ、講義及び演習の1単位の授業時間数は15から30時間で、8から15コマで構成される。松下（2019）の調査によれば<sup>2)</sup>、2010年時点において看護系大学の約7割がアクション看護の教授時間として授業コマを確保しており、そのうちの約6割がアルコール依存症と薬物依存症に費やす時間は1コマ、約3割が2コマであった。約6割の教員がもっと多く時間をかけたいと回答し、希望するコマ数は2コマであった。主な教育内容としては、「精神症状」「治療」「身体症状」のほか、「家族が抱える問題や病理」「依存の病理や嗜癖する心理」「アルコール依存症者が抱える社会的支障」などがあつた。

看護学教育の各専門領域の教育課程において、学生が卒業時までには修得して身に付けておくべき実践能力を明確にするための検討がなされ、2017年に「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」が作成された<sup>3)</sup>。その中の「生活・ライフスタイルと健康との関連」の項目において、「嗜癖（喫煙、飲酒、ギャンブル等）と健康との関連について説明できる」こと、また「心のケアが必要な人々への看護実践」として、「依存症を持つ人とその家族への支援について説明できる」ことが学修目標として明記された。

アルコールによる様々な健康障害や社会的な課題を踏まえて、2013年にアルコール健康障害対策基本法が成立し、アルコール健康障害に関する看護のニーズも高まった。またアルコール健康障害は自殺との関連も高く、自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）では、ハイリスク者対策にも挙げられている<sup>4)</sup>。アルコール健康障害とその看護を教授するためには、十分な授業時間を確保していくべきであろう。

#### まとめ

看護学教育において、アルコール依存症は生活

習慣としての飲酒や飲酒が健康に及ぼす影響、治療やリハビリテーション、アルコール健康障害対策基本法について、看護の専門領域を横断して扱われている。科目では、「成人看護学」では肝疾患その他の健康障害が、「母性看護学」では妊娠中の飲酒習慣が、「小児看護学」では思春期の飲酒がそれぞれ説明されており、「精神看護学」では、依存症の病態や治療への導入、回復支援（アウトリーチ、ARP、SBIRTS、チーム連携、地域連携など）、家族支援、回復資源（拠点医療機関、民間社会復帰団体、自助グループ）などが教授されていた。看護学教育のカリキュラムは、発達段階別あるいは疾患別の科目構成であるゆえ、科目間で補完しながら包括的なアルコール健康障害とその看護を教授することが今後の課題と考える。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省医政局看護課 (2019). 看護基礎教育検討会報告書 (2019年10月15日). [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_07297.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_07297.html)
- 2) 松下年子, 田辺有理子, 林美由紀 (2019). 看護基礎教育におけるアディクション看護の教育の現状—看護系大学および看護専門学校を対象とした質問紙調査より—, アディクション看護, 16 (1), 57-70
- 3) 文部科学省 (2017). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会: 看護学教育モデル・コア・カリキュラム「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を旨とした学修目標. [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/\\_1icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_1icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf)
- 4) 厚生労働省. 平成30年版自殺対策白書. 42-45, 日経印刷, 東京, 2018

## 資料 1. 看護師国家試験において「アルコール」「依存」「飲酒」に関する設問

### 第108回看護師国家試験 (平成31年2月18日実施)

午前 52

Aさん (47歳、男性、会社員) は、痛風の既往があり、ほぼ毎日、飲酒を伴う外食をしている。1週前に尿管結石による疝痛発作があり、体外衝

撃波結石破砕術 (ESWL) を受けた。その結果、排出された結石は尿酸結石であることがわかった。Aさんへの結石の再発予防に対する生活指導で適切なのはどれか。

1. 「飲酒量に制限はありません」
2. 「負荷の大きい運動をしましょう」
3. 「1日2L程度の水分摂取をしましょう」
4. 「動物性蛋白質を多く含む食品を摂取しましょう」

午後 91~93

Aさん (52歳、男性) は、5年前にC型肝炎、肝硬変と診断され、1回の入院歴がある。退院後、医療機関への受診を中断し3年が経過している。毎日、ウイスキーを約300 mL飲んでいる。夕食の時間後に約1,100 mLの吐血があり、緊急入院となった。

身体所見: 体温 35.4 °C、呼吸数 26/分、脈拍 122/分、血圧 86/42 mmHg、顔面は蒼白、冷汗を認める。意識は清明だが不安げな表情をしている。検査所見: 赤血球 278万/μL、Hb 8.4 g/dL、総ビリルビン 4.1 mg/dL、アンモニア 188 μg/dL、K 3.9 mEq/L、血糖 102 mg/dL。

91 入院時のAさんの状態として考えられるのはどれか。

1. 急性アルコール中毒
2. 食道静脈瘤破裂
3. 迷走神経反射
4. 低血糖発作

92 入院から4日が経過し、Aさんは医師から「C型肝炎、肝硬変の患者は肝細胞癌を発症することがある」と説明を受けた。Aさんはスクリーニングの目的で、肝臓から骨盤内臓器までの範囲で腹部超音波検査を受けることになった。

検査前日に看護師が行う説明で正しいのはどれか。

1. 「検査直前に排尿を済ませてください」
2. 「おならは検査が終わるまで我慢してください」
3. 「造影剤のアレルギーがあれば教えてください」
4. 「検査当日は、起床時から飲食物を摂取しないでください」

93 検査の結果、C型肝炎に対し抗ウイルス療法が開始され、退院後は定期的に外来通院することになった。

退院に向けたAさんへの食事指導で適切なのはどれか。2つ選べ。

1. 禁酒する。
2. 食物繊維を控える。
3. 高蛋白食を摂取する。
4. カリウム制限をする。
5. 熱い食べものを避ける。

### 第107回(平成30年2月)

薬物依存に関する状況設定問題(3問)

### 第106回看護師国家試験(平成29年2月19日実施)

午前46 疾患と原因となる生活習慣の組合せで適切なのはどれか。

1. 低血圧症 — 飲酒
2. 心筋梗塞 — 長時間労働
3. 悪性中皮腫 — 喫煙
4. 1型糖尿病 — 過食

### 第105回看護師国家試験(平成28年2月14日実施)

午前87 Aさん(35歳、女性、会社員)は、動悸、手指の震え及び体重減少があり、受診したところ、頻脈と眼球突出とを指摘され抗甲状腺薬の内服を開始した。Aさんは看護師に「仕事のストレスは寝る前にビールを飲むことで解消するようにしているが、ちょっとしたことでイライラして眠れない」と話した。Aさんへの説明で適切なのはどれか。2つ選べ。

1. 「仕事を休みましょう」
2. 「禁酒する必要があります」
3. 「積極的に運動しましょう」
4. 「発熱したときは受診してください」
5. 「病気が原因でイライラしやすくなります」

午前112~114

Aさん(42歳、男性)は、全身倦怠感を訴え病院を受診したところ、肝機能障害が認められ内科に入院した。Aさんは大量飲酒を長期間続けており、アルコール依存症が疑われた。内科医からの依頼で精神科医が診察をしたときは、Aさんは意識清明で見当識障害はなかった。妻とは不仲で

あり、半年前に仕事で大きなトラブルがあったため、朝から飲酒するようになり飲酒量はさらに増えていた。

112 Aさんに認められるのはどれか。

1. 病的酩酊
2. 妻との共依存
3. コルサコフ症候群
4. アルコールに対する耐性

113 入院後2日、夜間にAさんは「壁や布団に虫がたくさんいる」と訴え、興奮して眠らなかった。考えられるのはどれか。

1. 振戦せん妄
2. アルコール幻覚症
3. レム睡眠行動障害
4. 急性アルコール中毒

114 その後、薬物治療によって興奮は改善した。肝機能も改善し、夜間もよく眠れるようになったため、退院が決定した。

Aさんに対する退院時の説明で適切なのはどれか。2つ選べ。

1. 「仕事は辞めましょう」
2. 「断酒会に参加しましょう」
3. 「集団精神療法を受けましょう」
4. 「飲酒しない日を週1日設けましょう」
5. 「生活行動を家族に記録してもらいましょう」

### 第104回看護師国家試験(平成27年2月22日実施)

午前63 妊娠中の母体の要因が胎児に及ぼす影響について正しいのはどれか。

1. 飲酒の習慣による巨大児
2. 喫煙による神経管形成障害
3. 妊娠初期の風疹の罹患による先天性心疾患
4. ビタミンAの過剰摂取による低出生体重児

午後68 薬物依存に関する問題

午後97~99

Aさん(68歳、女性)は、2年前に高血圧症と診断され、カルシウム拮抗薬を服用している。高血圧をきっかけに、喫煙を1日30本から5本に減らし、飲酒を週3回から1回に減らした。また、減量に取り組み、2年間でBMIが25.5から22.9

に変化した。Aさんは町の健康診査で骨密度が低下していることが分かり、整形外科を受診し骨粗鬆症と診断された。Aさんは「子どもができなかつたし、夫もすでに亡くなりました。1人暮らしで家事は自分で行っているの、骨折や寝たきりの状態は困ります」と話した。

97 Aさんの骨粗鬆症の要因として最も考えられるのはどれか。

1. 肥満
2. 喫煙
3. 出産経験がないこと
4. カルシウム拮抗薬の服用

98 Aさんの現在の移動能力をアセスメントする方法として適切なのはどれか。

1. 開眼片脚起立時間
2. Borg〈ボルグ〉スケール
3. Katz〈カツ〉インデックス
4. 手段的日常生活動作〈IADL〉

99 看護師がAさんに運動を勧めたところ、Aさんは「子どものころから運動は苦手な運動を続ける自信がない」と答えた。

指導の内容で最も適切なのはどれか。

1. 歩行器を使って外出する。
2. 腰背部の背屈運動をする。
3. 介護予防サービスを利用する。
4. 買い物のときに30分程度歩く。

### 第103回看護師国家試験（平成26年2月16日実施）

午前91～93 気管支喘息に関する状況設定問題において「お酒は飲んでも大丈夫です」（不正解）の選択肢。

午後67 Aさん（50歳、男性）は、アルコール依存症のために断酒目的で入院した。入院前日の夜まで毎日飲酒をしていたと話している。

入院当日に優先的に行うのはどれか。

1. 抗酒薬の説明を行う。
2. 断酒会への参加を促す。
3. 振戦の有無を確認する。
4. ストレス対処行動を分析する。

### 第103回看護師国家試験追加試験（平成26年3月19日実施）

午前3 禁煙のための問題解決型のコーピング行動はどれか。

1. 禁煙外来を受診する。
2. 禁煙について深刻に考えないようにする。
3. 喫煙しなくなったら一口吸う。
4. 喫煙できないイライラを飲酒で解消する。

午前68 断酒会について正しいのはどれか。

1. 講義が中心である。
2. 看護師がリーダーを務める。
3. 共通の悩みを持つメンバーで構成される。
4. 飲酒した時は退会することが決まっている。

午前85 Aさん（54歳、男性）は、数か月前から食べ物がかえる感じがあったがそのままにしていた。1か月前から粥とスープ類しか食べられなくなったため来院した。飲酒は日本酒2合/日、喫煙は30本/日を34年間続けている。上部消化管造影写真（別冊No.4）を別に示す。Aさんに嚥下困難の他に認められる症状で可能性が高いのはどれか。2つ選べ。

1. 嗝声
2. 徐脈
3. 腹部膨満
4. 体重減少
5. チアノーゼ

午前91～93 大腸癌に関する状況設定問題において「お酒の制限はありません」（不正解）の選択肢。

午後70 発達段階と心の健康問題の組合せで最も関連が強いのはどれか。

1. 幼児期———摂食障害
2. 青年期———分離不安
3. 成人期———アルコール依存症
4. 老年期———青い鳥症候群

午後83 虚血性心疾患の危険因子はどれか。2つ選べ。

1. 喫煙
2. ストレス
3. 少量の飲酒
4. 低アルブミン血症
5. 血中HDLコレステロール高値

### 第102回看護師国家試験（平成25年2月17日実施）

午前2 飲酒に起因する健康障害はどれか。

1. 肝硬変
2. 膠原病
3. Ménière〈メニエール〉病
4. Parkinson〈パーキンソン〉病

### 第101回看護師国家試験（平成24年2月19日実施）

午後29 抗利尿ホルモン〈ADH〉について正しいのはどれか。

1. 尿細管における水分の再吸収を抑制する。
2. 血漿浸透圧によって分泌が調節される。
3. 飲酒によって分泌が増加する。
4. 下垂体前葉から分泌される。

午後118～120

Aさん（52歳、男性）は、妻と会社員の娘と3人で暮らしている。Aさんは2年前に職場を解雇され、再就職先を探している。以前から飲酒する機会は多かったが、解雇後は朝から酒を飲み続け、妻が止めるように言っても聞き入れなかった。Aさんは、3か月前に自宅近くの診療所でアルコール性肝硬変と診断され、断酒を勧められたが実行できずにいた。Aさんは、妻に伴われて専門医療機関を受診し、アルコール依存症と診断された。

118 Aさんは、自分がアルコール依存症であることを認めず「酒を減らせば問題ない」と言って説明を聞こうとしない。家族への看護師の対応で適切なのはどれか。

1. Aさんの就職活動に家族が協力するように提案する。
2. Aさんの飲酒量を家族が記録しておくように指示する。
3. どのような対応がAさんの治療意欲を阻害するかについて説明する。
4. Aさんが治療を拒否している間は、家族にできることはない伝える。

119 Aさんは黄疸がみられるようになったことをきっかけに、アルコール依存症の治療を受けることになった。妻は、これまで1日中酒ばかり飲んでいてAさんに対する強い不満を看護師に話

した。

看護師から妻への助言で最も適切なのはどれか。

1. 家にある酒類はすべて捨てるように話す。
2. Aさんの代わりに家計を支えるように話す。
3. Aさんに飲酒の害を再度伝えることを提案する。
4. 家族のためのセルフヘルプグループへの参加を勧める。

120 ある受診日に、Aさんは「3か月お酒を飲まないでいましたが、昨日また飲んでしまいました」と話した。看護師は、それまで断酒を続けたAさんの努力を認めた。

次に、看護師がAさんに話す内容で適切なのはどれか。

1. 「意志を強く持たないといけません」
2. 「昨日はなぜ飲みたくなったのですか」
3. 「3か月頑張ったから、少しくらいは大丈夫です」
4. 「家族の信頼を失うようなことをするのは止めましょう」

### 第100回看護師国家試験（平成23年2月20日実施）

午前78 覚せい剤使用について、精神依存を問う選択肢あり。

午後79 アルコール離脱症状はどれか。

1. 作話
2. 幻視
3. 思考途絶
4. 観念奔逸

## 資料 2. 看護基礎教育の教科書におけるアルコール依存症に関する掲載

出版社・シリーズ	掲載箇所	内容
医学書院 系統看護学講座専門基礎 分野 看護関係法令 健康 支援と社会保障制度④ 第 51 版、2019	p139 第 4 章保健衛生法 B 分野別保健法 ⑧アルコール健康障害対策基本法	アルコール健康障害対策基本法の概要と アルコール健康障害の用語説明
医学書院 系統看護学講座 専門分野 II 成人看護学総論 成人看護学①、第 15 版、 2018	p53-54 第 2 章生活と健康 A 成人を取り巻く環境と生活から みた健康 飲酒	我が国の飲酒習慣の割合、アルコール関 連問題が引き起こす障害、アルコール依 存症の説明
	p179-180 第 5 章健康をおびやかす要因と看護 C 生活行動がもたらす健康問題と その予防 ②飲酒がもたらす健康問題	アルコール関連疾患 - アルコール依存症 の説明 アルコール関連問題 - 飲酒に関連して生 じる社会問題の説明 アルコール関連問題対策 - 他機関との連 携の重要性、予防の重要性の説明
医学書院 系統看護学講座 専門分野 II 消化器 成人看護学⑤、第 15 版、 2019	p226 第 5 章疾患の理解 D. 肝臓・胆嚢の疾患 ⑦アルコール性肝障害	飲酒による肝障害についてアルコール性 脂肪肝、アルコール性肝炎、アルコール 性肝繊維症、アルコール性肝硬変の病変 および治療の説明
	p260 第 5 章疾患の理解 E. 膵臓の疾患 ②慢性膵炎	飲酒によるアルコール性慢性膵炎と、飲 酒に起因しない非アルコール性慢性膵炎 の原因、症状、治療の説明
医学書院 系統看護学講座 専門分野 II 脳・神経 成人看護学⑦、第 15 版、 2019	p216 第 5 章疾患の理解 G. 中毒 ①アルコール中毒	急性アルコール中毒と慢性アルコール中 毒の分類の説明 急性アルコール中毒の機序および治療の 説明
医学書院 系統看護学講座 専門分野 I 小児看護学① 小児看護学概論 第 14 版、2020	p136-137 第 5 章 6 飲酒・喫煙	思春期の飲酒は開始年齢が早いほど成人 での飲酒量が多くなること、中学生、高 校生の男女別の飲酒割合を説明 全体は減少傾向だが女子の飲酒率が上昇 している
医学書院 系統看護学講座 専門分野 II 母性看護学各論 母性看護学②、第 13 版、 2019	p123 第 3 章妊娠期における看護 C 妊婦と胎児のアセスメント 飲酒	妊娠全期間にアルコールの飲酒量、頻度 を把握する必要性の説明
	p145 第 3 章妊娠期における看護 D 妊婦と家族の看護 妊娠中の飲酒	アルコールがおよぼす胎児への影響とし て、胎児アルコール症候群 (FAS) を説 明 「エコチル調査」では妊娠初期に飲酒して いる女性が 49% と、飲酒による問題への 指導を説明

出版社・シリーズ	掲載箇所	内容
医学書院 系統看護学講座専門分野 II 精神看護学 [1] 精神看護 の基礎第 5 版、2017	p131 第 4 章関係のなかの人間 B、人間と集団 ③セルフヘルプグループの源流－ アルコホリクス・アノニマス AA	セルフグループの源流:医療でのアルコール 依存症の回復が難しく、セルフグルー プを通して回復していくことの説明
	p343 第 7 章社会のなかの精神障害 E. 精神障害と法制度 ②薬物・アルコール依存症対策	2010 年の WHO 総会「アルコールの有害 な使用を低減するための世界戦略」につ いて説明
医学書院 系統看護学講座専門分野 II 精神看護学 [2] 精神看護 の展開第 5 版、2017	p346 第 14 章リエゾン精神看護 A、身体疾患をもつ患者の精神保 健 ②隠れたアルコール関連問題	アルコールによる臓器障害として、肝臓・ 膵臓・脳・神経・心臓・筋肉・骨などの 全身の臓器におよび、がんや糖尿病・感 染症のリスクが高まることの説明
南江堂 看護学テキスト NiCE 成 人看護学 成人看護学概論 社会に生き世代をつなぐ 成人の健康を支える、第 3 版、2019	p44-45 第 II 章成人をとりまく今日の状況 3、日常生活スタイルの変化 C 嗜好と依存症 2) 飲酒	飲酒率が増加傾向にある事、飲酒がもた らす短期的、慢性的な健康状態の説明
南江堂 看護学テキスト NiCE 母性看護学 II マタニティサイクル 母と子そして家族へより よい看護実践 改訂第 2 版、2018	p72-73 第 I 章妊娠期の看護 3、妊娠に伴う生理的変化と胎児 の健康状態に関するアセスメント と援助 f 嗜好品 2) アルコール	妊婦が大量にアルコールを摂取した場合、 胎児性アルコール症候群 (FAS) が発症 する可能性の説明
南江堂 看護学テキスト NiCE 精神看護学 II 臨床で活か すケア こころ・からだ・かかわ りのプラクティス改訂第 2 版、2015	p74-76 第 VI 章対策を理解するための考え 方 2. 生理学的側面から理解する - 精 神医学で使われる疾患の診断基準 1) アルコール関連障害	アルコール精神病の説明 表 VI-8 にてアルコール精神病の特徴を説 明
	p204 第 VIII 章治療・ケア・支援の方法 1. 生物学的側面からアプローチす る治療・ケア・支援 12 アルコール依存症治療薬	治療薬として抗酒薬、飲酒の欲求自体を 低下させる薬剤等の説明
南江堂 看護学テキスト NiCE 病態・治療論 [12] 精神疾患、第 1 版、2018	p163-175 第 III 章精神疾患 各論 5 精神作用物質使用による精神・ 行動の障害 1) 物質使用障害	依存症の説明、症状、診断、治療、予後 の説明
メヂカルフレンド社 新体系看護学全書 成人看護学① 成人看護学概論 / 成人保 健、第 6 版、2018	p131-132 第 3 章保健・医療・福祉政策 4 喫煙・飲酒などと健康問題	青年期における飲酒、喫煙、ドラッグの 各問題点の説明

出版社・シリーズ	掲載箇所	内容
メヂカルフレンド社 新体系看護学全書 母性看護学② マタニティサイクルにおける母子の健康と看護、 第6版、2019	p69-70 第1章妊娠期にある母子の生理と看護 Ⅷ妊婦・胎児の健康と生活のアセスメント 6 嗜好品 (たばこ、アルコール、カフェイン)	妊娠中、嗜好品の胎児への影響、これらの情報収集の必要性の説明
メヂカルフレンド社 新体系看護学全書 精神看護学① 精神看護学概論 精神保健、第5版、2019	p201-206 第6章現代社会と精神(心)の健康 I アルコール問題(アルコール依存症)	1 アルコール依存症の症状の説明 2 日本における発生数の推移 3 アルコール問題の要因または社会的背景：女性のアルコール依存症患者 増加の傾向 4 アルコール問題(アルコール依存)が日本社会に与えているインパクト：飲酒運転防止対策 5 対策/対応：断酒原則、服薬、自助グループ等の説明
メヂカルフレンド社 新体系看護学全書 精神看護学② 精神障害をもつ人の看護、 第5版、2019	p300-306 第7章精神障害をもつ人への看護 E アルコール依存	アルコール依存症を事例とともに発症から家族のケアまでの詳細の説明
メヂカルフレンド社 看護実践のための根拠がわかる精神看護技術、第2版、2018	p206-212 第IV章症状マネジメント 12 アディクション(嗜癖)	アディクションの特徴、援助、介助の説明 アルコール依存症事例の説明
メディカ出版 ナーシング・グラフィカ 成人看護学①成人看護学概論第3版、2015	p38-39 第1部成人期にある人の理解 2 成長発達の特徴 2) 壮年期にある人の健康問題	壮年期における健康問題として、アルコール依存症を説明
メディカ出版 ナーシング・グラフィカ 小児看護学 小児の発達と看護、第6版、2019	p160-161 2章5節4項 思春期の人々によくみられる健康問題	飲酒に関する中学生・高校生の全国調査の結果、飲酒量と親から飲酒を勧められる経験は減少しているが、リスクの高い飲酒をしている者は減っていないと説明
メディカ出版 ナーシング・グラフィカ 母性看護学② 母性看護の実践、第1版 2019	p69-70 2章5節8項 妊婦の健康維持のための栄養管理とセルフケア	妊婦の飲酒の影響として、アルコールが胎盤から胎児へ移行し、胎児性アルコール症候群を引き起こすこと、およびその症状についての説明
メディカ出版 ナーシング・グラフィカ 母性看護学③ 母性看護技術、第4版、 2019	p43 1 妊婦の看護にかかわる技術 7 食事と栄養の支援 3) 実施方法	妊婦が摂取したアルコールの影響として胎児性アルコール・スペクトラム障害(FASD)の説明
メディカ出版 ナーシング・グラフィカ 精神看護学② 精神障害と看護の実践第4版、2017	p68-73 1 精神症状と精神疾患 12 物質関連障害	1 物質関連と障害の分類と定義 2 物質関連障害の疫学 2013年アルコール関連障害 国の調査結果 3 物質関連障害の症状 アルコール、覚せい剤、大麻、揮発性有機化合物の摂取後の症状 4 物質関連障害の治療 代表的な物質の心身に及ぼす影響の説明

出版社・シリーズ	掲載箇所	内容
メディカ出版 ナーシング・グラフィカ 精神看護学 情緒発達と精神看護の基 本第4版、2017	p119-128 8章 嗜癖と依存 1) 依存の捉え方 2) アルコール依存症（アルコー ル使用障害） 3) 逸脱行動と烙印 4) アルコール依存症の治療・看 護	依存の捉え方、アルコール依存症（アル コール使用障害）、逸脱行動と烙印、アル コール依存症の治療・看護①治療・看護 の過程、②家族への援助、③患者へのア プローチ、④看護師に求められる役割
ヌーヴェルヒロカワ 精神看護学Ⅰ 精神保健学 第5版、 2018	p5-9 Ⅰ社会とメンタルヘルス 2さまざまな社会病理現象 アルコール依存症	症状、対策、セルフヘルプグループの説 明
	p198-200 Ⅴ臨床における心の健康と不健康 〔3〕アディクション（嗜好・依存）	女性の飲酒アディクション、主に看護師 の飲酒アディクションの説明
ヌーヴェルヒロカワ 精神看護学Ⅱ 精神臨床看護学第5版、 2010	p336-337 Ⅺ症状アセスメントとケアプラン ④アセスメントとケアプラン	〔4〕アルコール依存症：アセスメント－ 患者の反応－ケアプラン
	p342 Ⅺ症状アセスメントとケアプラン ⑩依存状態の患者の看護	③アルコール離脱症候群：早期離脱症候 群と後期離脱症候群の説明
ピラールプレス 看護学実践 精神看護学、第1版、 2016	p167-169 第4章状態像と看護 ⑤アルコール依存症と看護	①アルコール依存症とは：WHOが提唱 した依存症について ②アルコール依存症の治療と回復：離脱 期の治療 離脱期を超えた後の治療 退 院後の治療としてセルフヘルプグルー プの参加や薬の服用 ③アルコール依存症患者への看護：依存症 看護の心がけ、支援等の説明
ピラールプレス 改訂版 これからの精神 看護学 病態生理をふまえた看護 実践のための関連図、第 1版、2016	p230-247 第4章精神看護の実践 4 アルコール依存症の理解と看護	①疫学的知識：久里浜式アルコール症ス クリーニングテストを使用し、人口と酒 量の割合の表示 ②病態：アルコールが及ぼす作用 ③診断に必要な概念 ④経過と診断：ICD-10 アルコール依存 症 診断ガイドラインを図解、DSM-5に よるアルコール依存症 診断基準を図解 ⑤治療：早期介入の重要さと各種治療法 ⑥アルコール依存症患者の理解と看護
放送大学教育振興会 精神看護学、第1版、 2019	p163-196 第10章 アディクション看護 (1) (2)	アディクションや依存症の病理、種類、 疫学、リハビリテーションおよび回復、 システムズアプローチに基づく当事者お よび家族支援について、教科書15章のう ち2章35ページに渡って説明。アルコー ル使用障害と看護については4ページ掲 載されている。

# 保健師

米山奈奈子（秋田大学大学院医学系研究科）

## 1. 保健師教育制度の概要

日本の保健師教育は、大正・昭和の時代に諸外国で公衆衛生看護を学んできた諸先輩によって、帰国後はじめられた。

国家制度としての保健師制度は1941年7月10日、保健婦規則が制定された。その後さまざまな変遷を経て、2009年の保健師助産師看護師法の一部改正により、保健師の専門教育課程は期間が1年以上と改められ、従来の専修学校、短期大学専攻科など1年の教育課程や、大学の学部での全員必修教育に加え、学部選択制、大学専攻科、大学院でも教育が可能となった。

また保助看法の2006年の一部改正にて、保健師免許を取得するためには看護師免許が必須となり、名実ともに保健師の基礎教育には看護師の基礎教育が必須となった。

我が国の看護基礎教育制度の概要については、松下らの論文（本書p22-p24）を参照されたい。

また保健師の養成に関しては、保健婦助産婦看護婦養成所指定規則が1951年に制定され、その後の改正によって、教育時間数や単位数が大きく増加している。2011年の指定規則の改正では、2009年の保助看法の改正に伴い、教育内容の充実を図るために28単位以上、890時間以上となり現在に至っている。

## 2. 調査対象文献

今回は、以下の文献によって保健師専門教育の中にアルコール依存に関する内容がどのように記載されているかの調査を行った。

- 1) 保健師養成課程カリキュラム（厚生労働省）
- 2) 保健師国家試験問題過去問題および国家試験出題基準 <https://nurture.jp/exams/phnurse/>
- 3) 保健師業務要覧
  - ①新版保健師業務要覧 第4版 2020年版 日本看護協会出版会
  - ②新版保健師業務要覧 第3版 日本看護協会出版会
- 4) 平成30年度一般社団法人日本看護系大学協議会定時総会「看護系大学の現状と課題」 文部科学省 高等教育局医学教育課看護教育専門官杉田由加里氏 講演資料

<https://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/06/monbukagakusyuu20180618.pdf>

- 5) 対象別公衆衛生看護活動 2017年 医学書院
- 6) 障害者・精神保健地域看護活動 2005年 医学書院
- 7) 第4版公衆衛生看護学jp 2018年 インターメディカル
- 8) 行政看護学 2019年 講談社

## 3. 調査結果

1) について、保健師養成課程カリキュラムについてはアルコール依存症等についての特別な記載はなかった。

2) の国家試験の過去問題では、2015年第101回保健師国家試験では、未成年のアルコール問題に関して3問、2012年第98回保健師国家試験では、AAグループの集会在グループダイナミクスの効果が最も期待できるとして1問記載されていた。

保健師国家試験の出題基準を見ると、平成15年（2003年）の保健師国家試験出題基準には、地域看護学Ⅱの目標1の「9.精神保健指導」に「C.社会病理を主な背景とする疾病」に「b.アルコール依存」と記載されていた。平成22年（2010年）では、地域看護学Ⅱの目標1の「9.精神保健指導」に「C.社会病理を背景とする精神的問題」と分類された項目に、「b.アルコール関連障害」と記載された。次に改正された平成26年の出題基準では、「対象別公衆衛生看護活動論」のなかの「4.精神保健活動」に「C.社会病理を背景とする精神的問題」「b.アルコール関連障害」と記載された。平成30年の保健師国家試験出題基準においては、「対象別公衆衛生看護活動論」「4.精神保健活動」「C.地域における支援が必要な精神疾患と支援の特徴」に「b.精神作用物質使用による精神・行動の異常（アルコール依存症、覚醒剤・大麻精神病）」と記載されている。

3) については、①②ともに、アルコール依存症等に関する記載は皆無であった。

4) については、文部科学省の看護専門技官である杉田氏が平成30年に日本看護系大学協議会定時総会での「看護学教育モデル・コア・カリキュラム」についての講演で、今後の看護基礎教育における「さらなる教育の充実に向けた要望」の一

つとして、「アルコール健康障害対策基本法」の成立および「アルコール健康障害対策推進基本計画」を受けて「アルコール依存症に関する教育について」述べていた。「アルコール健康障害の発生を防止するため、医学、看護教育等において、アルコール健康障害の予防に必要な正しい知識を普及するための積極的な取組をお願いします」と要望していた。

5) については、「アルコール」そのものについては1ページ、「アルコール依存症を含むアディクション」は6ページにわたって記載されていた。

6) については、精神科医及び精神看護学研究者が執筆していることもあって、アルコール問題を抱える当事者との出会いから相談をすすめるプロセスなど、16ページにわたって記載されていた。「問題解決行動を阻害ないし促進条件」として「アルコール依存症者の求助行動」が2ページにわたって記載されていた。また、「セルフヘルプグループ」に関しても「アルコール依存者のAAグループとの出会い」が事例として記載されていた。

7) については、「地域保健の対象アプローチ」の「精神保健活動」として、「嗜癖・依存症（アディクション）」という項目で4ページにわたる記載があった。

8) については、アルコール依存やアディクションに関する項目立てはなかったが、セルフヘルプグループについては4ページの記載があり、その中で、AAやアディクションのグループについて触れられている。

#### 4. 考察

保健師国家試験出題基準が改正されるたびに、保健師の精神保健活動におけるアルコール依存症等に対するかかわりの重要性に関する記載が増えていることが示唆された。しかし、教科書等は執筆者や出版社によりばらつきが大きかった。またアルコール健康障害対策基本法やアルコール健康障害対策推進基本計画などについてはほとんど触れられていなかったことから、保健師教育におけるアルコール教育については課題が大きいと考えられる。アルコール教育内容は、疾病や対象理解、具体的な相談支援技術、当事者・家族・関係者を含めた看護支援、グループダイナミクスを理解したうえでのグループ支援を含む地域組織活動展開など、包括的な支援内容を含むことが必要である。

## 作業療法士

小砂哲太郎（国立病院機構久里浜医療センター）

金子史子（広島大学）

佐藤嘉孝（岡山県精神科医療センター）

奥原孝幸（神奈川県立保健福祉大学）

遠藤大介（国立病院機構久里浜医療センター）

中道 恵（国立病院機構久里浜医療センター）

### 1. はじめに

「作業療法士」専門職養成教育の内容は、理学療法士及び作業療法士法（昭和四十年、法律第百三十七号）に基づいて理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則（文部科学省・厚生労働省令）、および理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドライン（厚生労働省医政局長通知）に定められている。さらに、日本では国際的な教育基準を満たすため、世界作業療法士連盟（The World Federation of Occupational Therapists ; WFOT）が定める Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists Revised 2016（MSEOT2016）の基準も加味した「作業療法教育基準」を日本作業療法士協会が定め、それらの基準を満たした学校養成施設に対して国際認証の承認手続きが行われている。また、併せて作業療法教育ガイドラインおよび作業療法士養成教育モデル・コア・カリキュラムが策定されており（2019年改訂）、日本における作業療法士養成教育の指針として教育内容が具体的に示されている。

本調査では、以上の指針等の他、作業療法士の養成教育におけるアルコール依存症に関する学校養成施設のカリキュラムや教育に用いられている文献等を広く調査し、課題や今後に向けた望ましい教育の内容について提示していく。

### 2. 調査計画

#### ①目的

第1期基本計画における対策の取組状況および効果検証を行うため、アルコール関連問題及びアルコール依存症に関連する専門職「作業療法士」教育の実情を明らかにし、第2期基本計画策定に向けた課題等を示し、望ましい教育の内容について提示する。

#### ②対象

作業療法士の教育課程カリキュラム、教科書、

国家試験問題、その他の関連文献。

### ③方法

文献研究、質的内容分析法

### ④研究期間

2020年3月1日～3月31日

## 3. 調査の内容

### 1) 調査対象文献

#### (1) 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則および学校養成施設シラバスについて

作業療法士の学校養成施設（以下「養成施設」）については、「理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則」（平成30年文部省・厚生省令第4号。以下「指定規則」）において、入学の資格、修業年限、教育の内容等が規定されている。近年のリハビリテーションニーズの高まりと医療の高度化に合わせ、2018年には上記、指定規則が改正され、総単位数の増加（93単位から101単位）とともに専門基礎分野、専門分野、臨床実習それぞれの教育内容の改正が行われた。特に臨床実習では4単位の増加（合計22単位）となり、中でも通所リハビリテーションおよび訪問リハビリテーションの実習が1単位追加されるなど、地域リハビリテーションを含む臨床能力の向上を促す改正となっている。指定規則の改正に伴い、各養成施設のシラバスも改正されることとなる。本調査では協力が得られた養成校のシラバスを参照した。

理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会報告書（厚生労働省、2018年）  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000193257.html>（閲覧日：2020年3月17日）

#### (2) 理学療法士作業療法士国家試験出題基準

厚生労働省より発表されている平成28年版理学療法士作業療法士国家試験出題基準を調査した。なお、今年度の国家試験においてもこの基準が適用されている。<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/70.pdf>（閲覧日2020年3月19日）

#### (3) 作業療法士国家試験問題

2014年～2019年度全試験科目（厚生労働省）

#### (4) 作業療法教育ガイドライン2019 作業療法士養成教育モデル・コア・カリキュラム2019

一般社団法人日本作業療法士協会は(1)に挙げた指定規則の改正案作成とともに、作業療法教育ガイドラインを作成し、今後の作業療法教育の指針を提示している。その中で、アルコール依存症に関連した記述について調査を行った。

作業療法教育ガイドライン2019 [http://www.jaot.or.jp/pre\\_education/yousei.html](http://www.jaot.or.jp/pre_education/yousei.html)（閲覧日：2020年3月17日）

#### (5) 養成施設における教科書（専門基礎分野）

前述した理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則には、専門基礎分野の中で「人体の構造と機能及び心身の発達」、「疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進」という教育内容および単位数が定められている。本調査では、アルコール依存症および関連疾患について取り上げている教科書を選定し、調査を行った。

〔人体の構造と機能及び心身の発達〕臨床心理学、老年学

1) <標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野>臨床心理学【初版】医学書院 2001年4月刊行

2) <標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野>老年学【第5版】医学書院 2020年1月刊行

〔疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進〕精神医学、神経内科学、内科学

3) 大熊輝雄（著）、「現代臨床精神医学」第12版改訂委員会（編）：現代臨床精神医学【第12版】金原出版 2013年4月刊行

4) 渡辺雅幸（著）：専門医がやさしく語るはじめての精神医学【改訂第2版】中山書店 2015年7月刊行

5) <標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野>上野武治（編）：精神医学【第4版】医学書院 2015年11月刊行

6) <標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野>神経内科学【第5版】医学書院 2019年2月刊行

7) <標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野>内科学【第3版】医学書院 2014年1

月刊行

**(専門分野)**

作業療法専門分野の科目としては、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則における、「作業療法評価学」「作業療法治療学」「地域作業療法学」「臨床実習」の教育内容に関する教科書のうち、アルコール依存症および関連問題について取り取り上げている教科書を選定し、調査を行った。

〔作業療法評価学〕作業療法評価学（講義・演習）

8) <標準作業療法学 専門分野>作業療法評価学【第3版】医学書院 2017年12月刊行

9) <作業療法学ゴールド・マスター・テキスト>作業療法評価学【第2版】2015年12月刊行

〔作業治療学〕精神科作業療法学、高齢期作業療法学、日常生活活動学（講義・演習）

10) <標準作業療法学 専門分野>精神機能作業療法学【第3版】医学書院 2020年3月刊行

11) <作業療法全書> 第5巻 作業治療学2 精神障害【第3版】協同医書出版 2010年6月刊行

12) <作業療法学ゴールド・マスター・テキスト>精神障害作業療法学【第2版】メジカルビュー社 2015年9月刊行

13) <クリニカル作業療法シリーズ> 精神障害領域の作業療法【第2版】中央法規出版 2016年2月刊行

14) 香山明美、他（編）：生活を支援する精神障害作業療法 急性期から地域実践まで【第2版】医歯薬出版株式会社 2014年3月刊行

15) 早坂友成（編）：精神科作業療法の理論と技術。メジカルビュー社 2018年4月刊行

16) 堀田英樹、他（著）精神疾患の理解と精神科作業療法【第3版】中央法規出版 2019年12月刊行

17) 山口芳文、他（著）：はじめての精神科作業療法。中外医学社 2011年4月刊行

18) 山根寛：精神障害と作業療法。【新版】三輪書店 2017年3月刊行

19) 田端幸枝、他（編）：臨床精神科作業療法。文光堂 2015年7月刊行

20) <標準作業療法学 専門分野> 高齢期作業療法学【第3版】医学書院 2016年1月

刊行

21) <標準作業療法学 専門分野> 日常生活活動・社会生活行為学【初版】医学書院 2014年12月刊行

〔地域作業療法学〕地域作業療法学（講義・演習）

22) Marjorie E. Scaffa（著）；山田孝（監訳）：地域に根差した作業療法 理論と実践。協同医書出版 2005年7月刊行

〔臨床実習〕

23) <標準作業療法学 専門分野>作業療法臨床実習とケーススタディ【第3版】医学書院 2020年3月刊行

**(6) 作業療法マニュアルシリーズ**

一般社団法人日本作業療法士協会は、作業療法士の養成教育における副読本および臨床における手引きとして、作業療法マニュアルシリーズを刊行しており、本調査ではアルコール依存症に関連するマニュアルを調査した。協会刊行物・配布資料一覧 <http://www.jaot.or.jp/kankobutsu/shiryo.html>（閲覧日：2020年3月17日）

**2) 調査・分析結果と考察**

**(1) 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則および学校養成施設シラバスについて**

2018年に改正された指定規則における教育内容とその単位数を表にまとめ記載する。この中でアルコール依存症は、主に専門基礎分野の〔疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進〕に該当する精神医学の講義、さらに専門分野では〔作業療法評価学〕〔作業療法治療学〕内での精神障害領域の作業療法に関する講義及び演習で扱われる。

各養成施設のシラバスを参照した際、アルコール依存症や物質依存に関する講義は、主に精神医学Ⅰ（30時間）、精神医学Ⅱ（30時間）、精神障害作業療法学（30時間）、精神障害作業療法治療学（30時間）、精神科作業療法学演習（30時間）等の必修講義科目の中で取り上げられていた。各講義内では2時間、合計で最大10時間程度（全講義150時間のうち6.67%）アルコール依存症や物質依存に関する講義が行われることとなる。

表 1 理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則

教育内容		単位数
基礎分野	科学的思考の基盤	14
	人間と生活	
	社会の理解	
専門基礎分野	人体の構造と機能及び心身の発達	12
	疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進	14
	保健医療福祉とリハビリテーションの理念	4
専門分野	基礎作業療法学	5
	作業療法管理学	2
	作業療法評価学	5
	作業療法治療学	19
	地域作業療法学	4
	臨床実習	22
合 計		101

**(考察)**

アルコール依存症は統合失調症などと並んで、臨床実習や卒後の臨床現場にて対峙することが想定され、必修である精神医学や精神障害作業療法の科目内において、主要な精神疾患として位置づけられていた。他の精神疾患同様にアルコール依存症は、精神科病院でのみ関わる疾患ではなく、身体面での合併症や社会的側面への影響を与えることを作業療法士として理解しておくべき疾患として、講義に組み込まれているものとする。国はアルコール健康障害対策基本法を制定し、未だ治療につながっていないアルコール依存症患者を専門的治療につなげていくことを目指している。今後、作業療法士を含めた医療専門職は精神科病院に限らず、診療所や総合病院など様々な機会に依存症患者と対峙することが増えると想定されている。引き続き、作業療法士の養成施設において、アルコール依存症は知識や関わり方について講義や演習等で履修すべき精神疾患と考える。

**(2) 理学療法士作業療法士国家試験出題基準**

本出題基準では疾病分類を記述する場合に ICD-10 を使用しており、調査対象である「アルコール依存に関する専門教育」の抽出に当たっては、専門基礎分野および専門分野（作業療法）の

各出題基準から「精神作用物質使用による精神および行動の障害」の依存症関連項目の記述を検索した。

**①専門基礎分野**

「Ⅱ疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進」の大項目「5 精神障害と臨床医学」の中項目「A 疫学、予後」、「B 病因、症候」、「C 評価、検査、診断」、「D リハビリテーション」、「E その他の治療」全てに小項目「b 精神作用物質使用による精神および行動の障害」が含まれていた。なお、参考までに行動嗜癖が位置付けられる「g 成人のパーソナリティ（人格）及び行動の障害」も同様に中項目全てに含まれていた。

**②専門分野（作業療法）**

「Ⅱ作業療法評価学」の大項目「7 疾患、障害」の中項目「A 精神・心理」に小項目「b 精神作用物質使用による精神および行動の障害」が含まれていた。同様に「g 成人のパーソナリティ（人格・心理）に）及び行動の障害」も含まれていた。また「Ⅲ作業療法治療学」の大項目「6 疾患、障害」の中項目「A 精神・心理」に小項目「b 精神作用物質使用による精神および行動の障害」が含まれていた。同様に「g 成人のパーソナリティ（人格・心理）に）及び行動の障害」も含まれていた。

### (3) 作業療法士国家試験問題

国家試験における出題数は2014年度から2019年度までにおいて、各年度合計200問のうち、4～5問の出題があった。出題区分は専門基礎分野から疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進(精神障害と臨床医学)、専門分野(作業療法)のいずれからも出題があり、また専門分野では一般問題形式、実地問題形式の両者の形式で出題されていた。内容は依存症の症状や疫学、関連する症候群や合併症、評価・アセスメントの視点や方法の理解度をみるといったものから、治療的対応、プログラム、治療の動機付けや薬物療法など、治療方法に関する理解度まで広く含まれていた。参考までに以下に直近2年間の問題を例示する(問題文の後の括弧内は想定される出題基準を示す)。

2018年度(第54回)

午前42: 依存性薬物で重篤な離脱症状がみられるのはどれか。2つ選べ。(専門: II 作業療法評価学)

1. 大麻
2. 覚醒剤
3. コカイン
4. モルヒネ
5. ベンゾジアゼピン系薬剤

午後14: 45歳の男性。アルコール依存症。家で飲酒し酔って妻を怒鳴ってしまい、翌日に強い罪悪感を覚えることが増えている。反省して飲酒を減らそうとしたがうまくいかなかった。このままではいけないと思い、精神科を受診した。患者は妻の強い希望を受け入れて、しぶしぶ入院治療を受けることにした。治療プログラムの1つとして作業療法が処方された。初回の面接で、患者は、断酒しなければならないのはわかるが、コントロールして飲みたいという気持ちもあると述べた。

治療への動機付けの目的で、面接の中で取り上げるべき話題として最も適切なのはどれか。(専門: III 作業療法治療学)

1. 妻との関係
2. 作業療法の必要性
3. 飲酒による身体的な問題
4. 断酒について迷っている気持ち
5. ストレス発散のための飲酒の必要性

午後48: アルコール関連問題に対する二次予防はどれか。(専門: III 作業療法治療学)

1. 入院による治療
2. 中学校や高等学校でのアルコール教育
3. 未成年が酒類を入手しづらくする環境づくり
4. 病院に受診していないアルコール依存症者の早期発見
5. 断酒会やAA〈Alcoholics Anonymous〉などの自助グループへの参加推奨

午前97: アルコール離脱せん妄で正しいのはどれか。(専門基礎: II-5 精神障害と臨床医学)

1. 生命への危険性は低い。
2. 羽ばたき振戦がみられる。
3. 抗酒薬を速やかに投与する。
4. 飲酒停止後72～96時間に多くみられる。
5. アルコール血中濃度の上昇に伴って生じる。

2019年度(第55回)

午前17: 40歳の男性。20歳から飲酒をはじめ、就職後はストレスを解消するために自宅で習慣的に飲酒していた。その後、毎晩の飲酒量が増え、遅刻や無断欠勤をし、休みの日は朝から飲酒するようになった。連続飲酒状態になり、リビングで泥酔し尿便を失禁していた。心配した妻に連れられて精神科を受診し、そのまま入院となった。離脱症状が治まり、体調が比較的安定したところで主治医から作業療法の指示が出された。初回面接時には「自分は病気ではない」と話した。

初期の対応で適切なのはどれか。(専門: III 作業療法治療学)

1. 飲酒しないように繰り返し指導する。
2. 心理教育により依存症の理解を促す。
3. AA〈Alcoholics Anonymous〉を紹介する。
4. 10METsの運動で身体機能の回復を促す。
5. 飲酒による問題の存在を受け入れるよう促す。

午前44: アルコール依存症に合併しやすい病状とそれに対する治療との組合せで正しいのはどれか。(専門: III 作業療法治療学)

1. アルコール幻覚症———抗不安薬の投与
2. Wernicke脳症———ビタミンDの投与
3. 再飲酒————断酒会
4. 振戦せん妄————抗酒薬の投与
5. 人格変化————修正型電気けいれ

ん療法

午後 16：37 歳の男性。日頃から職場での待遇に不満を感じており、たまたま入ったパチンコ店で大勝ちしてから、パチンコを繰り返すようになった。負けを繰り返す中、妻に黙って娘の学資保険を解約するなどしてお金をつぎ込んでいた。その後も借金を繰り返すがやめられず、借金に気づいた妻から「このままだと離婚する」と言われ、妻の勧めで精神科を受診し、病的賭博（ギャンブル障害）の診断を受けた。

この障害の特徴で正しいのはどれか。（専門：II 作業療法評価学）

1. 生活のストレスはパチンコの衝動に影響しない。
2. アルコール・薬物依存症を合併しやすい。
3. 一般の人口の 1 割に同様の問題がみられる。
4. 女性では思春期に発症することが多い。

5. 女性に多い。

午後 40：精神作用物質使用による精神障害について正しいのはどれか。（専門：II 作業療法評価学）

1. 幻覚が必発する。
2. アルコールは耐性を生じない。
3. モルヒネは身体依存を生じる。
4. 医薬品によるものは含まれない。
5. 急激な精神作用物質の摂取で離脱症状が生じる。

（理学療法士作業療法士国家試験出題基準および国家試験：考察）

国家試験の出題基準については疾病及び関連保健問題の国際統計分類（ICD-10）に従って精神作用物質の使用による精神および行動の障害が明記され、その一部としてアルコール依存症に関する問題が出題されていた。睡眠薬や覚醒剤、ある

表 2 作業療法士国家試験における依存症関連問題の出題内容と出題数（2014 年度～2019 年度）

試験分類	出題基準		出題内容					
			2019 年度 (第 55 回)	2018 年度 (第 54 回)	2017 年度 (第 53 回)	2016 年度 (第 52 回)	2015 年度 (第 51 回)	2014 年度 (第 50 回)
共通問題	専門基礎分野	II 疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進（精神障害と臨床医学）		・離脱せん妄	・ベンゾジアゼピン系睡眠薬依存	・離脱症候群	・アルコール性肝・症状（耐性）	・急性膵炎とアルコール・関連する症候群
専門問題（一般）	専門分野（作業療法）	II 作業療法評価学	・物質依存の精神症状	・離脱症状示す薬物	・疫学	・離脱症状の評価		
		III 作業療法治療学	・合併症状と治療	・二次予防法	・治療目標	・治療の優先度		
専門問題（実地）	専門分野（作業療法）	II 作業療法評価学	・病的賭博の障害特性		・合併症	・重要度の高い評価		・精神症状
		III 作業療法治療学	・治療初期の対応	・治療動機付け	・カフェイン依存の治療 ・治療的対応	・家族を含めた治療的対応	・治療開始時の支援内容 ・覚せい剤依存症者への導入プログラム ・抗酒薬の効果	・治療的対応
年度毎の合計出題問題数（全出題数 200 問中）			4	4	6	5	5	4

\* 上記出題内容について、特に障害名が記載されていないものはアルコール依存症に関するものを指す。

いはカフェインなどの他の物質依存に関する問題も出題されていたが、アルコール依存症に関する出題が最も多かった。また今年度（2019年度）に関しては行動嗜癖である病的賭博についても出題があり、精神作用物質の使用による精神および行動の障害だけではなく行動嗜癖を含む依存症の病理、症状、疫学、評価・治療に関する幅広い知識を問う傾向がみられている。ICD-11で Disorders due to substance use or addictive behaviours としてこれらが同じ分類に位置付けられたこともあり、今後は類似するメカニズムをもつ疾病単位としてアルコール依存症などの物質依存と共に行動嗜癖に関する出題が継続していく可能性がある。

出題形式においては一般問題形式および実地問題形式の両形式からの出題があった。特に臨床現場でかかわることを想定しての実地問題の対象としてアルコール依存症等が含まれているのは、医療専門職として卒業後直ちに患者にかかわる職種として位置づけられていることを反映していると考えられる。

#### (4) 作業療法教育ガイドライン2019 作業療法士養成教育モデル・コア・カリキュラム2019

当ガイドラインは理学療法士及び作業療法士法に基づく前述の指定規則および指導ガイドライン、世界作業療法士連盟による作業療法士教育の最低基準（MSEOT2016）、日本作業療法士協会による作業療法ガイドライン2018、作業療法士教育の最低基準改定第4.1版等の法律・規則やガイドラインに沿って作成されたものである。モデル・コア・カリキュラムとして、8章42カテゴリーが設定されており、そのうち「飲酒」「依存」等について明記されている箇所や内容を下記に示す。

記載箇所および内容：

- ① p29. 社会と作業療法という章の中で「生活・ライフスタイルと健康の関連」というカテゴリーがあり、“嗜癖行動（喫煙、飲酒、ギャンブル等）の健康への関連について説明できる”という学修目標が設定されている。
- ② p41. 臨床医学という章の中で「精神障害と臨床医学」というカテゴリーがあり、“精神障害の一般的疾患（精神作用物質使用による精神お

よび行動の障害、他）について説明できる”という学修目標が設定されている。

- ③ p52. 作業療法実践に必要な専門知識という章の中で「精神障害作業療法評価学」というカテゴリーがあり、“疾患特異的な評価（物質依存、他）の主たるものを模擬実践できる”という学修目標が設定されている。
- ④ p54. 上記同章の中で「精神障害作業療法」というカテゴリーがあり、“①疾患ごとの生活障害の特性について説明できる。②疾患ごとの予後について説明できる。③疾患ごとの作業療法について説明・模擬実践できる。（物質依存、他）”という学修目標が設定されている。

記載量：4行／64頁

#### (考察)

ガイドラインでは、臨床医学や精神障害作業療法に関する専門科目で物質依存について理解し、作業療法評価や実践が行えることはもちろんのこと、注目すべきは社会の中での飲酒等の嗜癖行動がどのように扱われ、健康にどう影響を与えるか把握しておく必要性を述べている点である。作業療法は決して、病院の中だけで行われるものではなく、国民の健康にプラスにもマイナスにも影響を与える飲酒という行動を理解し、一次予防・二次予防・三次予防のどの段階においても関与できる可能性を示していると考えられる。

#### (5) 養成施設における教科書

##### (専門基礎分野)

- 1) <標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野>臨床心理学【初版】医学書院 2001年4月刊行

記載箇所：「第10章 依存症 2. アルコール関連障害」p59-60

記載内容：アルコール依存症の治療や予後、本人と家族に対する働きかけ、症例紹介

アルコールをやめる人は自分で決意してやめる人が圧倒的で、依存症レベルになると入院治療が必要になるが、治療によって治る率は低いとの見解を述べており、紹介している事例についても、入院して治療プログラムを受けて退院したが、すぐに自殺したという内容となっている。

記載量：約0.75頁/121頁（0.62%）

- 2) <標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分

野>老年学【第5版】医学書院 2020年1月刊行

記載箇所：「Ⅲ 高齢者に特徴的な症候と疾患 第15章 消化器疾患 E 肝疾患」p172

記載内容：非ウイルス性慢性肝障害で多いものとして「アルコール性肝炎」が取り上げられている。

記載量：2行／419頁

3) 大熊輝雄(著)、「現代臨床精神医学」第12版改訂委員会(編)：現代臨床精神医学【第12版】金原出版 2013年4月刊行

記載箇所：「第6章症状性を含む器質性精神障害Ⅳアルコール関連精神障害」p239-250

記載内容：疫学的な数値や厚生労働省のアルコール中毒診断会議の資料などを用いてアルコール依存症の概念について触れたのち、酩酊の種類やアルコール依存症候群としてICD-10の診断基準を挙げながら、その特徴について述べられている。さらに発生の要因としては①アルコールの薬理作用の特性、②使用者の人格、③環境要因、④耐性形成などの関与を指摘している。アルコール依存の症状としては精神症状と身体症状に分けて述べられている。その他、アルコール離脱症状、せん妄を伴う離脱状態、精神病性障害(アルコール精神病、幻覚症、ウェルニッケ脳症、アルコール性妄想状態など)、アルコール性健忘症候群・コルサコフ精神病はそれぞれ独立した項目で詳細に説明がなされている。治療や予後は、解毒期間を経たのち、①抗酒薬療法、②抗不安薬、③精神療法と心理・社会的リハビリテーションが行われ、その中では自助グループの重要性やその効果が予後とともに詳細に記載されている。

記載量：12頁／616頁(1.94%)

4) 渡辺雅幸(著)：専門医がやさしく語るはじめての精神医学【改訂第2版】中山書店 2015年7月刊行

記載箇所：「第2章 精神科の病気とその症状Ⅷ. 物質関連障害、物質依存症 B. アルコール関連精神障害」p134-138

記載内容：コントロール障害から様々な身体機能の低下をきたし、そうした状態を基盤に、振戦せん妄(50歳代男性の事例を紹介)、幻覚症、妄想症、コルサコフ精神病、認知症、胎児性アルコール症候群などの精神障害を引き起こすことが述べられている。その治療として自助グループについての

説明がなされ、さらには底つき体験の必要性も記載されている。最後に抗酒剤やエチルアルコールの代謝の流れについても触れられている。

記載量：5頁／243頁(2.06%)

5) <標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野>精神医学【第4版】医学書院 2015年11月刊行

記載箇所：「第7章 精神作用物質による精神および行動の障害 B アルコール関連精神障害」p101-105

記載内容：アルコールが他の依存性薬物と異なり、社会的に容認されている嗜好品の一つであること、アルコール関連精神障害は大きな医療的・社会的問題であることを前置きし、飲酒時の急性酩酊の問題と長期の反復飲酒に伴うアルコール依存、後遺障害(幻覚症、コルサコフ精神病)について記載されている。飲酒運転や一気飲みの問題に触れ、2013年に公布された「アルコール健康障害対策基本法」や飲酒欲求抑制薬のアカンプロサートに関する記述も見られた。その他に、アルコール依存症者の子どもの問題(胎児性アルコール症候群とアダルトチルドレン Adult Children of Alcoholics)について分量が割かれていた。

記載量：5頁／327頁(1.53%)

6) <標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野>神経内科【第5版】医学書院 2019年2月刊行

記載箇所：「Ⅳ. 神経疾患各論 第31章 中毒性疾患、栄養欠乏による神経疾患 B 栄養欠乏による神経疾患 1 Wernicke脳症、2 脚気」p314

記載内容：Wernicke脳症および脚気について、アルコール依存症に多く見られるとの記載あり。

記載量：5行／388頁

7) <標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野>内科学【第3版】医学書院 2014年1月刊行

記載箇所：「第7章 肝胆膵疾患 F 肝胆疾患各論 4 アルコール性肝障害」p192

記載内容：アルコールの過剰摂取により、アルコール性肝炎や肝硬変に至るとの記載あり。

記載量：23行／408頁

(専門分野)

8) <標準作業療法学 専門分野>作業療法評価学【第3版】医学書院 2017年12月刊行  
記載箇所:「第5章 精神機能評価法 VII 疾患別の評価事例 G 精神作用物質使用による精神および行動の障害」 p529-533

記載内容:依存症に関する疾病分類の説明、原因や関連要因、治療・アプローチの概略、アルコール依存症の50歳代前半の男性の入院患者の事例を用いて各回復段階での評価のポイントを説明している。

記載量:3頁/655頁(0.46%)

9) <作業療法学ゴールドマスターテキスト> 作業療法評価学【第2版】メジカルビュー社 2015年12月刊行

記載箇所:「3 評価事例 16 アルコール・薬物依存症」 p480-486

記載内容:ICD-10による精神作用物質の分類と精神作用物質による障害、アルコール依存症の病態像の概要、評価項目と評価の留意点、評価法の紹介(久里浜式アルコール症スクリーニングテスト:KAST)、事例紹介がある。事例では、40歳代のアルコール依存症の男性の入院患者を対象とした作業療法評価と治療計画と目標、治療プログラムについて紹介している。

記載量:7頁/518頁(1.35%)

10) <標準作業療法学 専門分野>精神機能作業療法学【第3版】医学書院 2020年3月刊行

記載箇所:「第3章 疾患別精神機能作業療法 II 精神作用物質使用による精神および行動の障害」 p84-93

記載内容:ICD-10およびDSM-5における診断基準、医学的治療、回復過程、治療の視点、評価尺度(CAGE、AUDIT-C)についての説明があり、その後、回復段階に沿った作業療法評価や作業療法目標、作業療法プログラムについて解説している。最後に事例紹介として、50歳代後半のアルコール依存症の男性に対する入院作業療法と退院後のデイケアでの経過が紹介されている。

記載量:10頁/296頁(3.38%)

11) <作業療法全書> 第5巻 作業治療学2 精神障害【第3版】協同医書出版 2010年

6月刊行

記載箇所:「第4章 疾患・障害別作業療法の実際 IX. アルコール・薬物依存」 p194-198

記載内容:障害像の概要、作業療法の目的と課題、作業療法の援助過程(評価、プログラム立案、作業療法実施上の留意点など)について解説があり、最後に事例紹介がある。障害像の概要では、家庭内や社会的な問題との関連の大きさについても述べられている。また、依存症の治療においては、心理・社会的アプローチだけでなく身体的治療が必要であること、入院治療においても退院後を見据えた包括的なリハビリテーションプログラムを多職種や関連機関で連携して実施すること、自助グループや外来治療につなげていくこと、家族教育の必要性についてなどが述べられている。事例紹介では、48歳のアルコール依存症の男性に対する入院作業療法での関わりを取り上げている。

記載量:4頁/346頁(1.15%)

12) <作業療法学ゴールドマスターテキスト> 精神障害作業療法学【第2版】メジカルビュー社 2015年9月刊行

記載箇所:「3 治療学:疾患別作業療法 16 精神作用物質使用による精神および行動の障害」 p199-207

記載内容:ICD-10およびDSM-5における疾患の定義、精神作用物質の分類と精神作用物質によって引き起こされる障害について説明した上で、アルコール依存症に関して、飲酒経過、治療の流れ、離脱症状、防衛機制、共依存などについての説明、作業療法の評価と回復の経過に沿った作業療法プログラムなどについて記載されている。退院後の生活ではAAや断酒会などの自助グループに継続参加しながら、飲まない環境を自ら作って生活しなければならないと述べている。

記載量:9頁/349頁(2.58%)

13) <クリニカル作業療法シリーズ> 精神障害領域の作業療法【第2版】中央法規出版 2016年2月刊行

記載箇所:「第II部 精神科作業療法のプログラム立案の実際 7. アルコール・薬物依存症の作業機能障害とプログラム立案のコツ」 p337-350

記載内容:中毒と依存の違い、診断基準を中心に、アルコール依存症の基礎的知識を確認した上で、作業機能障害がICFのカテゴリーを用いて記載

されている。後半はプログラム立案に向けて、患者の状態像の変化（急性期、回復期、退院後の社会維持期）や年代別の課題がライフサイクルの視点で記載されている。最後には40歳代のアルコール依存症事例が紹介され、入院中の患者の状態像に合わせた作業療法介入の例が示されている。

記載量：14頁／395頁（3.54%）

- 14) 香山明美、他（編）：生活を支援する精神障害作業療法 急性期から地域実践まで。【第2版】医歯薬出版株式会社 2014年3月刊行

記載箇所：「第6章 作業療法士が遭遇することの多い疾患の知識と対応の基本 第7節 物質依存性障害」 p301-304

記載内容：依存症の病態特性と基本的対応、生活への影響について説明があり、その後、アルコール依存症によって生じる身体的及び精神的な症状や障害、日常生活や社会生活への影響、経済的な問題、家族への影響などについての解説と、治療について説明が記載されている。事例紹介では、50歳代後半のアルコール依存症の男性に対する入院作業療法によるかかわりを取り上げている。

記載量：3頁／305頁（0.98%）

- 15) 早坂友成（編）：精神科作業療法の理論と技術、メジカルビュー社 2018年4月刊行

記載箇所：「IV章 各精神疾患の精神科作業療法 5 依存症」 p167-177

記載内容：はじめに、アルコール健康障害対策基本法の制定などの依存症に対する国の施策についての記述がある。DSM-5によるアルコール使用障害の診断基準、評価ツール（AUDIT、SOCRATESなど）の紹介と、脳の回復段階の評価、物質使用に至る引き金の評価、動機づけと行動の評価などの評価方法についての解説、脳の回復段階と治療、問題行動を引き起こす引き金と治療、問題行動に対する動機づけと行動の治療といった対象者の状態や回復段階に沿った治療内容や治療方法についての説明、家族への支援についての説明がある。最後に事例紹介があり、30歳代後半のアルコール依存症の女性に対する入院作業療法でのかかわりを紹介している。

記載量：11頁／282頁（3.90%）

- 16) 堀田英樹、他（著）精神疾患の理解と精神科

作業療法【第3版】中央法規出版株式会社  
2019年12月刊行

記載箇所：「第3章 精神疾患の理解と作業療法の展開 V 依存症候群の理解と作業療法 5 アルコール依存症の理解、6 アルコール依存症に対する作業療法の展開、7 アルコール依存症に対する作業療法の実際」 p205-215

記載内容：ICD-10による診断基準、病因、治療、経過・予後、作業療法の評価、治療目標、作業療法実施のポイントについて説明されている。事例紹介として、急性薬物中毒、アルコール依存症、スキゾイドパーソナリティ障害の疑いと診断され入院した男性患者への作業療法評価と導入について記載されている。

記載量：11頁／305頁（3.60%）

- 17) 山口芳文、他（著）：はじめての精神科作業療法、中外医学社 2011年4月刊行

記載箇所：「第4章 状態別および疾患別作業療法 B 疾患別作業療法 7 アルコール依存症と薬物療法」 p215-219

記載内容：ICD-10およびDSM-IVによる診断の定義、精神作用物質の種類と分類、薬物依存の3要素（精神依存、身体依存、耐性）、依存の種類（物質嗜癖、過程嗜癖、関係嗜癖）についての大きな説明ののち、アルコール依存症の病態像（飲酒経過、離脱症状、特有の防衛機制、共依存、女性のアルコール依存症）、治療、作業療法による評価や支援について解説されている。治療については、アルコール・リハビリテーション・プログラム（APR）、自助グループ（AAや断酒会）について触れられている。事例紹介はなし。

記載量：5頁／285頁（1.75%）

- 18) 山根寛：精神障害と作業療法、【新版】三輪書店 2017年3月刊行

記載箇所：「7 主な精神認知機能の支障と作業療法 7・6 物質関連障害と作業療法」 p296-300

記載内容：アルコール依存症を例に挙げて物質関連障害の特性、ICFに沿った様々な問題、回復段階に沿った作業療法支援について説明している。物質関連障害の発症の要因として個人の依存しやすい性格傾向が基盤にあり、それが家族病理要因や社会病理要因などに反応して起きるとしている。依存症が精神的な障害に加えて、代謝異常、消化器障害、循環器障害、神経障害、内臓障害と

栄養障害による体力低下や四肢末梢の筋力低下による運動障害など全身にわたる障害が起きることや、児童虐待や夫婦間暴力などの家庭内の問題、交通事故や仕事上の事故、欠勤、作業効率の低下、対人トラブルといった社会的な問題を引き起こすことなどについて解説している。

作業療法支援については、回復段階に沿った支援内容と支援方法が記載されており、急性期においては身体的な治療が優先されるが、回復期以降には基礎体力の回復とともに、教育的なかかわりや家族の協力を得るための家族指導、自助グループの利用、職業前訓練や社会へ戻るための適応技能訓練といった総合的な治療プログラムが必要であると述べている。事例紹介はなし。

記載量：4頁／396頁（1.01%）

19) 田端幸枝、他（編）：臨床精神科作業療法、文光堂 2015年7月刊行

記載箇所：「第4章 臨床実習の実際 3 精神疾患別対応の原則 5 アルコール依存症候群」p244-247

記載内容：うつ病などの重複障害や依存症予備軍の多さ、平均死亡年齢について触れたのち、症状の特徴としては抑制不能、探索行動、否認を挙げている。治療のポイントとしては、依存症となった背景を把握することやアドヒアランス、家族や周囲の援助者の関わり方、底つき体験を重要視している。抗酒剤や集団療法、自助グループの有効性についても記載されている。作業療法治療目的および実施アプローチとして、リハビリテーションゴールを「非飲酒状態で社会生活を営める」とし、①断酒・アルコール使用および影響の軽減、②心理・社会的適応機能の改善について、それぞれ治療目的や目標、実施アプローチの例が記載されている。事例紹介はなし。

記載量：4頁／325頁（1.23%）

20) <標準作業療法学 専門分野>高齢期作業療法学【第3版】医学書院 2016年1月刊行

記載箇所：「第1章 高齢期作業療法学の基礎 VII 高齢期に多い疾患 B 呼吸器疾患 1 感染性呼吸器疾患 c 肺結核」p55

記載内容：肺結核の危険要因の一つとして、「アルコール多飲」が挙げられている。

記載量：2行／264頁

21) <標準作業療法学 専門分野>日常生活活動・社会生活行為学 医学書院 2014年12月刊行

記載箇所：「第2章 日常生活活動の障害領域別の支援 II 精神機能のADL C. アルコール使用障害」p265-267

記載内容：アルコール使用障害の疾患特徴と医学管理、評価内容や評価方法、評価の視点についての概説と、治療の大まかな流れ、食事や栄養、排泄、更衣、整容、入浴などの日常生活に関する注意点や支援、および、自助グループやデイケアセンター、グループホームなどの社会的支援についてなどが記載されている。

記載量：2頁／364頁（0.05%）

22) Marjorie E. Scaffa（著）；山田孝（監訳）：地域に根差した作業療法 理論と実践、協同医学出版 2005年7月刊行

記載箇所：「第16章 物質使用障害に対する地域アプローチ」p308-327

記載内容：DSM-IVに基づいた使用物質の分類とアルコールやさまざまな薬物の使用によって生じる障害について説明し、使用物質ごとの疫学的情報についても詳細に説明されている。また、物質使用障害が精神健康上の問題だけでなく、肝臓、膵臓、消化器など身体的な病気を引き起こすことや、統合失調症や双極性障害といった他の精神疾患の罹患率が高く、その治療を複雑にさせるといった医療上の問題についても説明されている。さらには失業やホームレスなどの社会問題、飲酒運転や犯罪、労災、溺死などの安全上の問題、家庭内暴力や児童虐待といった家族に対する影響など、地域の中での多くの問題に対する一つの大きな要因となっていることも述べられている。支援については、予防、危機介入、短期介入、形成的介入プログラム、自助グループといった地域介入の説明と、地域における作業療法の支援の在り方について解説されている。

ケーススタディでは、飲酒をするようになってから自殺念慮を生じるようになった高校2年生の男子生徒を事例として取り上げ、学校のカウンセリング部門にいる作業療法士の支援内容について記載されている。

記載量：19頁／374頁（5.08%）

23) <標準作業療法学 専門分野>作業療法臨

床実習とケーススタディ【第3版】医学書院 2020年3月刊行

記載箇所：「IV 精神障害 B アルコール依存症 -- 対処スキルの獲得を目指したかわり」 p116-121

記載内容：45歳のアルコール依存症の男性入院患者への作業療法アプローチと退院までの経過、作業療法実施による変化について検討した事例紹介となっている。退院後の継続的なフォローの必要性和自助グループなどにつなげていくことの必要性について言及している。

記載量：5頁／203頁（2.46%）

### （考察）

作業療法士の養成教育においては、アルコール依存症について取り扱っているのは主として精神医学や精神科作業療法などの専門基礎分野及び専門分野のなかの精神科領域の科目である。

専門基礎分野では、精神医学に関する教科書において、酩酊や依存、多様なアルコール性精神障害について共通して記載されている一方で、その治療については新しい薬物療法や自助グループに関する記述が不足していたり、底つき体験の必要性が未だ述べられていたりすることが認められた。アルコール依存症に関する概念や自助グループの有効性は変わらないものの、近年、その予後については断酒率より治療継続率を優先する流れに変わってきている。教科書により記述に差が認められたのは、そうした時代の変化が浸透していない可能性が考えられる。精神医学以外の専門基礎分野の教科書では、(6)の神経内科学の教科書で、Wernicke 脳症と脚気に関して、アルコール依存症との関連が述べられており、(7)の内科学の教科書で、アルコールの過剰摂取によりアルコール性肝炎や肝硬変に至るとの記載があった。また、(2)の老年学の教科書でもアルコール性肝炎の記述があったが、アルコール依存症との関連については言及されていない。いずれも数行程度で記載量としては多くない。

専門分野では、精神科作業療法に関する教科書では、いずれもアルコール依存症について取り扱っていた。これは、従来から精神科領域の作業療法ではアルコール依存症を主たる対象疾患の一つとして認知されていたことがその理由として考えられる。また、精神科領域での作業療法の臨床場面において、アルコール依存症の対象者と出会

うことは比較的多く、最近、刊行された(23)の「臨床実習とケーススタディ」のなかでも精神障害領域のケーススタディ2事例のうち1事例がアルコール依存症を取り上げていた。

ほとんどの精神科作業療法の教科書では、病態像や原因、治療法について概説した上で、具体的な事例を挙げて一連の作業療法における支援プロセスや留意点が解説されていた。しかし、取り上げられている事例は院内での作業療法での治療・援助については詳述されているものの、退院後の支援については、自助グループや外来治療のことが触れられているだけで、具体的な支援方法や支援内容については内容が乏しく、退院後の地域生活を支援していく視点を育てるには不十分である。また、アルコール健康障害対策基本法などの国の施策について言及していたのは(15)の早坂らの教科書のみであった。

評価学の教科書でも、(8)、(9)の教科書のように精神障害領域の評価のなかで、アルコール依存症の事例を用いて解説しているものもあるが、いずれも入院している対象者の評価について取り上げており、地域生活を支援する視点で評価を行う場合についての記載はない。

地域作業療法学の教科書に関しては、アルコール依存症についての記載があったのは、(22)の山田らが監訳した「地域に根ざした作業療法 理論と実践」だけであり、国内で執筆された地域作業療法学の教科書でアルコール依存症について記載されたものは見当たらなかった。この本では、アルコール依存症に関連して地域の中で生じるさまざまな問題について網羅的に解説されている。取り扱っている頁数の割合も他のどの教科書よりも多かった。

専門分野の教科書では、上記のもの以外でアルコール依存症に関連した内容の記載があったものとしては、(21)の医学書院の「日常生活活動・社会生活行為学」の教科書で、アルコール使用障害の疾患特徴と医学管理、作業療法評価、アルコール使用障害による日常生活活動への影響をふまえた留意点と支援についてが2頁に渡って記載されていた。また、(19)の「高齢期作業療法学」の教科書で肺結核の危険因子としてアルコール多飲を取り上げていたが、2行程度の記載のみであった。

養成施設で使用する教科書は、各養成施設の科目担当教員の裁量により決定されているものと思われる。そのため、どの教科書を選択するかによっ

て教育内容に差はあると思われるが、現状では精神科作業療法関連の講義・演習科目において、入院時から退院に至るまでの治療・支援といった病院内での支援内容の教育が中心となっている可能性がある。

#### (6) 作業療法マニュアルシリーズ

2020年3月現在、マニュアルシリーズとして、No.68まで刊行されており、そのうち精神科関連のテーマは11冊、さらにアルコール依存症に限っては1997年にNo.13として初版、そして2012年にNo.52として改訂版が刊行されている。内容としては、初版でのアルコール依存症の基礎知識やアルコール依存症に対する作業療法とその実際に加えて、改訂版ではアルコール依存症を取り巻く歴史や文献的考察が加わっている。さらには退院前訪問での関わりも複数の箇所で見られている。一方でデイケアでの関わりについては改訂版では除かれていた(表3)。

表3 作業療法マニュアル52 アルコール依存症者のための作業療法 目次

目次
はじめに
アルコール依存症者の作業療法 実践の流れ
I アルコール依存症者を取り巻く歴史と制度
1 アルコールの歴史
2 アルコール依存症の治療の変遷
3 現在のアルコール問題
4 アルコール依存症の展開
II アルコール依存症の基礎知識
1 アルコール依存症とその症状
2 アルコール関連問題
3 アルコール関連障害
4 原因と発症の要因
5 アルコール依存症の経過
6 治療について
III アルコール依存症者への作業療法の流れ
1 作業療法への処方・依頼・紹介
2 インテーク面接
3 評価(全体像の把握を含む)
4 計画立案・目標設定・実施
5 再評価
6 最後に
IV 作業療法プログラムの実際
1 アルコール症専門センターの事例
2 民間単科精神科病院の事例
3 地方独立行政法人精神医療センターの事例
V アルコール依存症の作業療法の実践事例
VI アルコール依存症に対する作業療法の文献的考察

#### (考察)

刊行されている68冊のマニュアルの中で、精神科関連のマニュアルは11冊に留まるが、その中でアルコール依存症は改訂版が出されており、精神科作業療法の対象として関わってきた歴史を物語っているものとする。その内容は養成施設で用いられる精神医学や精神科作業療法の教科書と同様に、基礎的知識から評価、介入のポイントが示されていた。改訂によりデイケアでの関わりが除かれ、地域生活の実態や資源を用いた関わりなどの記述が少なくなったが、退院前訪問での役割の記述が各所に見られ、入院患者を対象とした作業療法士が多い実情を表しているものとする。

#### 4. 結論と今後の課題

アルコール依存症は従来作業療法の対象疾患として作業療法士養成カリキュラムや教科書、国家試験等において、取り上げられてきたことが確認された。しかし、講義や専門の教科書の中では精神科病院に入院中のアルコール依存症患者との関わりが中心となり、地域支援に関する記述や講義が不足している点も認められた。厚生労働省は現在、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指している。さらにアルコール依存症に限れば、受診後の患者支援に係るモデル事業として、依存症の専門病院に繋がった事例を自助グループ等につなげていくために、専門職員が一定期間フォローアップし、断酒率等を高めていくといった取り組みもなされている。そうした動向に合わせて、作業療法士の養成教育においては、他の精神疾患同様、精神科病院における急性期、回復期の医療的ナリハビリテーションに限らず、地域生活支援や就労支援など、障害福祉領域での支援について教育していくことが必要と考える。具体的には、精神科病院に入院している事例を想定した状態像の理解、薬物療法および心理社会的治療技法などに関する講義や演習に加え、地域生活移行のための支援、地域生活を送る対象を想定した訪問支援などについても触れる必要がある。

また、医療機関では医療職を中心とした多職種連携が求められるが、地域支援においては行政や福祉職、司法関係者、企業関係者など様々な立場の人との連携が求められる。特に当事者組織であるMACやAAなどの自助グループとは医療や地域生活支援にかかわらず連携が必要なのはいうま

でもない。したがって、教育においても関係する様々な人との連携を想定した教育が必要であり、そうした取り組みを通して精神障害も含む地域包括ケアシステムの中で機能できる作業療法士を養成することが可能になると考える。なお、連携においては「顔の見える」ことが重要といわれる。それを踏まえると、多職種や地域生活を送る当事者の授業への参画も積極的に検討すべきであろう。

## 5. 参考資料

- 平成 28 年版理学療法士作業療法士国家試験出題基準

## 公認心理師

村瀬華子（国立病院機構久里浜医療センター）

野中俊介（東京未来大学）

軽部雄輝（国際医療福祉大学）

野村和孝（早稲田大学）

### 1. はじめに

2018 年 5 月に策定された第 1 期基本計画では、医療・福祉・介護・司法などの専門教育でもアルコール依存症に関する教育を普及させることが目標の一つとして定められている。

「公認心理師」は公認心理師法（平成 27 年法律第 68 号）が平成 29 年 9 月 15 日に全面施行されたことにより誕生した比較的新しい国家資格である。本調査は公認心理師の養成教育および国家試験におけるアルコール依存症及びアルコール関連問題に関する情報調査である。

### 2. 調査計画

#### ①目的

第 1 期基本計画における対策の取り組み状況および効果検証を行うため、アルコール依存症およびアルコール関連問題に関する専門職「公認心理師」教育の実情を明らかにし、第 2 期基本計画策定に向けた課題などを示し、望ましい教育の内容について提示する。

#### ②対象

I. 日本心理学会によって作成された公認心理師大学院科目標準シラバス：[https://psych.or.jp/wp-content/uploads/2019/10/standard\\_syllabus\\_g\\_2020-1-21.pdf](https://psych.or.jp/wp-content/uploads/2019/10/standard_syllabus_g_2020-1-21.pdf)（2020 年 3 月 14 日

閲覧）

## II. 公認心理師の基礎と実践シリーズ（野島一彦・繁杵数男監修、遠見書房）

- 1) 公認心理師の職責
- 2) 心理学概論
- 3) 臨床心理学概論
- 4) 心理学研究法
- 5) 心理学統計法
- 6) 心理学実験
- 7) 知覚・認知心理学\*
- 8) 学習・言語心理学
- 9) 感情・人格心理学\*
- 10) 神経・生理心理学\*
- 11) 社会・集団・家族心理学
- 12) 発達心理学
- 13) 障害者・障害児心理学\*
- 14) 心理的アセスメント
- 15) 心理学的支援法\*
- 16) 健康・医療心理学\*
- 17) 福祉心理学
- 18) 教育・学校心理学
- 19) 司法・犯罪心理学
- 20) 産業・組織心理学
- 21) 人体の構造と機能および疾病
- 22) 精神疾患とその治療\*
- 23) 関係行政論

\*未刊のため今回の調査には含まれない。

## III. 公認心理師分野別テキストシリーズ（野島一彦監修、創元社）

- 1) 保健医療分野
- 2) 福祉分野
- 3) 教育分野
- 4) 司法・犯罪分野
- 5) 産業・労働分野

## IV. 公認心理師現認者講習テキスト [改訂版]（一般財団法人日本心理研修センター）

## V. 公認心理師国家試験出題基準

- 1) 平成 30 年版（第 1 回公認心理師試験および追加試験用）：  
[http://shinri-kenshu.jp/wp-content/uploads/2018/04/exam\\_blueprint.pdf](http://shinri-kenshu.jp/wp-content/uploads/2018/04/exam_blueprint.pdf)  
（閲覧日 2020 年 3 月 18 日）

- 2) 平成 31 年版 (第 2 回公認心理師試験用) :  
[http://shinri-kenshu.jp/wp-content/uploads/2019/03/第2回公認心理師試験「出題基準」\(ブループリント\(公認心理師試験設計表\)を含む%E3%80%82\).pdf](http://shinri-kenshu.jp/wp-content/uploads/2019/03/第2回公認心理師試験「出題基準」(ブループリント(公認心理師試験設計表)を含む%E3%80%82).pdf)  
 (閲覧日 2020 年 3 月 18 日)
- 3) 令和元年版 (第 3 回公認心理師試験用) :  
[http://shinri-kenshu.jp/wp-content/uploads/2017/10/blue\\_print\\_201912.pdf](http://shinri-kenshu.jp/wp-content/uploads/2017/10/blue_print_201912.pdf)  
 (閲覧日 2020 年 3 月 18 日)

## VI. 公認心理師国家試験問題

- 1) 2018 年 9 月 9 日実施分 :  
[http://shinri-kenshu.jp/topics/20181127\\_830.html](http://shinri-kenshu.jp/topics/20181127_830.html)  
 (閲覧日 2020 年 3 月 18 日)
- 2) 2018 年 12 月 16 日実施分 :  
[http://shinri-kenshu.jp/topics/20190131\\_1124.html](http://shinri-kenshu.jp/topics/20190131_1124.html)  
 (閲覧日 2020 年 3 月 18 日)
- 3) 2019 年 8 月 4 日実施分 :  
[http://shinri-kenshu.jp/topics/20190913\\_1503.html](http://shinri-kenshu.jp/topics/20190913_1503.html)  
 (閲覧日 2020 年 3 月 18 日)

### ③方法

文献研究、定性分析

### ④研究期間

2020 年 3 月 1 日～3 月 31 日

## 3. 調査結果

### I. 公認心理師大学院科目標準シラバス

公認心理師養成大学教員連絡協議会(公大協)と日本心理学会によって作成された公認心理師大学院科目標準シラバスでは、「心の健康に関する理論と実践」という科目の中でアルコール健康問題およびゲーム・インターネットを含むその他の依存への支援を教育するよう推奨されている。

加えて、「司法・犯罪分野に関わる理論と支援の展開」という科目の中では、アルコール依存症に関する記述はないものの、嗜癮問題全般への理解を教育するよう推奨されている。表 1 は各記述を公認心理師国家試験出題基準の 24 項目に基づいて振り分けた結果を示す。

### II. 公認心理師の基礎と実践シリーズ(野島一彦・繁杵数男監修、遠見書房)

「公認心理師の基礎と実践シリーズ」は計 23 巻からなる教科書シリーズで、現時点で 16 巻が出版されている。この 16 巻の中でアルコール依存・関連問題に関する記述は 36 件ある。各記述を公認心理師国家試験出題基準の 24 項目に基づいて振り分けた結果を表 1 にまとめた。アルコール依存症・関連問題に関する記述においては、そのリスク因子、治療・支援法、自助グループ、アルコールによる健康問題、制度など幅広い内容について触れられている。中でも、アルコール依存症に関する記述は、福祉と司法・犯罪領域での記述が最も多い。また、第 21 巻「人体の構造と機能及び疾病」には依存症についての章が設けられている。

教科書シリーズ全体としては、薬物依存症に関する記述が最も多く、次にアルコール依存症に関する記述数が多く見受けられ、その他にギャンブル障害に関する記述も確認された。

### III. 公認心理師分野別テキストシリーズ(野島一彦監修、創元社)

「公認心理師分野別テキストシリーズ」は計 5 巻からなる教科書シリーズである。この 5 巻の中でアルコール依存・関連問題に関する記述は 6 件ある。各記述を公認心理師国家試験出題基準の 24 項目に基づいて振り分けた結果を表 1 にまとめた。第 1 巻「保健医療分野」には依存症についての項目が設けられており、アルコール及びその他の依存症の種類、アセスメント、行動変容モデル、治療・支援方法などについて説明されている。24 項目のうち、心理に関する支援に割り振られる記述が最も多いことが確認された。

### IV. 公認心理師現認者講習テキスト[改訂版](一般財団法人日本心理研修センター)

この教科書の中でアルコール依存・関連問題に関する記述は 4 件あった。各記述を公認心理師国家試験出題基準の 24 項目に基づいて振り分けた結果を表 1 にまとめた。特記すべき点としては、「精神疾患とその治療」の章の中に「物質関連障害及び嗜癮障害郡」という項目が設けられ、アルコール依存症のアセスメントや支援・治療方法について説明されていることである。その他には PTSD との併発のリスクや、虐待などのリスク因子として説明されていた。

標準シラバスに基づいて内容が整理されている教科書と異なり、この教科書は国家試験出題基準

に基づいて章が整理されているため、司法・犯罪領域の章においてアルコール依存症・関連問題に関する記述は見受けられなかった。

#### V. 公認心理師国家試験出題基準

公認心理師国家試験出題基準においては、依存症（アルコール、薬物、ギャンブルを含む）全般についての記述が目立った。依存症は次の3セクションに代表的な項目として含まれている：1)「健康・医療に関する心理学」セクションの「ストレスと心身の疾病との関係」と「保健活動における心理的支援」、2)「人体の構造と機能および疾病」セクションの「心理的支援が必要な主な疾病」、3)「精神疾患とその治療」セクションの「代表的な精神疾患の成因、症状、診断法、治療法、経過、本人や家族への支援」と「向精神薬をはじめとする薬剤による心身の変化」。アルコール依存症についての記述数および依存症全般に関する項目数は表1にまとめた。

その他にも、薬物依存症に関しては「心の健康に関する知識普及を図るための教育」セクションに含まれている。

#### VI. 公認心理師国家試験問題

公認心理師国家試験は2018年9月、2018年12月、2019年8月に行われた。2018年9月に行われた試験では154問中、計2問（約1.3%）がアルコール依存・関連問題に関する問題である。2018年12月に行われた試験では154問中、計2問（約1.3%）がアルコール依存・関連問題に関する問題である。2019年8月に行われた試験では154問中、計1問（約0.6%）がアルコール依存・関連問題に関する問題である。加えて、2019年8月の試験ではアルコール依存症以外の嗜癖に関する問題が5問出題された。先述のアルコール依存・関連問題に関する1問と合わせると、嗜癖に関する問題が約3.8%を占めていたことになる。各試験で出題されたアルコール依存症・関連問題および嗜癖に関する問題は以下のとおりである。

●2018年9月

##### 【アルコールに関する問題】

###### 1) 心理に関する支援：

問64 55歳の男性A、自営業。Aは糖尿病の治療を受けていたが、その状態は増悪していた。生活習慣の改善を見直すことを目的に、主治医から公認心理師に紹介された。Aは小売店を経

営しており、取引先の仲間と集まってお酒を飲むのが長年の日課となっていた。糖尿病が増悪してから、主治医には暴飲暴食をやめるように言われていたが、「付き合いは仕事の一部、これだけが生きる楽しみ」と冗談交じりに話した。Aは「やめようと思えばいつでもやめられる」と言っている。しかし、翌週に面接した際、生活習慣の改善は見られなかった。まず行うべき対応として、最も適切なものを1つ選べ。

- 1 家族や仲間の協力を得る。
- 2 飲酒に関する心理教育を行う。
- 3 断酒を目的としたグループを紹介する。
- 4 Aが自分の問題を認識するための面接を行う。
- 5 Aと一緒に生活を改善するための計画を立てる。

###### 2) 産業・組織に関する心理学：

問149 45歳の男性A、工場勤務。Aは酒好きで、毎日焼酎を4～5合飲んでた。この数年、健康診断で肝機能の異常が認められ、飲酒量を減らすよう指導を受けていた。半年前から欠勤が目立ち始め、酒の臭いをさせて出勤し、仕事のミスも目立ち始めた。産業医は「完全に飲酒をやめることが必要。できなければ専門病院での入院治療も必要」とAに指導した。Aは今後一切飲酒しないと約束した。1か月後、上司から産業保健スタッフの一員である公認心理師に連絡が入り「Aが1週間ほど無断で休んでいる。電話をすると、つい酒を飲んでしまったということだった」と言う。関係者（上司、人事労務担当者、産業保健スタッフ、家族など）の対応として、不適切なものを1つ選べ。

- 1 関係者が集まり、全員でAに問題を認識させる。
- 2 治療を受ける意向がある場合は合意事項を確認し、Aと約束する。
- 3 「絶対自分でやめる」と主張する場合は、Aの意思を尊重して様子を見る。
- 4 治療しなければ降格や失職の可能性も考えなければならぬことをAに伝える。
- 5 専門治療の必要性と入院を含む治療方針について、関係者間で事前に協議しておく。

●2018年12月

##### 【アルコールに関する問題】

1) 司法・犯罪に関する心理学：

問 115 保護観察において受講が義務付けられた、医学、心理学、教育学、社会学その他の専門的知識に基づく、特定の犯罪傾向を改善するための体系化された手順による専門的処遇プログラムに該当しないものを1つ選べ。

- 1 暴力防止プログラム
- 2 飲酒運転防止プログラム
- 3 性犯罪者処遇プログラム
- 4 暴力団離脱指導プログラム
- 5 薬物再乱用防止プログラム

2) 精神疾患とその治療：

問 117 心的外傷後ストレス障害 <PTSD> について、誤っているものを1つ選べ。

- 1 うつ病やアルコールの問題を合併することがある。
- 2 自分自身や他者への非難につながる、出来事の原因や結果についての持続的で歪んだ認識を持つことがある。
- 3 私が悪い、誰も信用できない、いつまた被害に遭うか分からないといった、否定的な信念や予想が含まれる。
- 4 一定期間が経過しても自然軽快しない場合には、トラウマに焦点を当てた認知行動療法や EMDR などの実施を検討する。
- 5 日常的に行われる家庭内暴力 <DV> や虐待などによって生じるものは含めず、災害、犯罪、交通事故などの単回の出来事によって生じるものをいう。

● 2019 年 8 月

【アルコールに関する問題】

1) 心理に関する支援：

問 142 47 歳の男性 A。A は、長年の飲酒、食習慣及び喫煙が原因で、生活習慣病が悪化していた。主治医はこれらの習慣は簡単には変えられないため、院内の公認心理師と共にじっくりと取り組むようカウンセリングを A に勧めた。A は「酒もたばこも生活の一部だ」と話す一方で、「自分の身体のことには心配なので、この 2 週間はたばこの本数を毎日 20 本から 15 本に減らし、1 日の最初の 1 本を遅らせている。酒はやめる気はない」と言う。A の行動変容の段階を考慮した公認心理師の対応として、最も適切なものを 1 つ選べ。

- 1 禁酒も始めるように促す。
- 2 生活習慣病への意識を向上させる。
- 3 禁煙のための具体的な計画を立てる。
- 4 飲酒と喫煙の害について心理教育を行う。
- 5 喫煙本数が増えないように現在の自分なりの制限を継続させる。

【その他の嗜癖に関する問題】

2) 健康・医療に関する心理学：

問 147 75 歳の女性 A。A は相談したいことがあると精神保健福祉センターに来所し、公認心理師が対応した。A は、45 歳の長男 B と二人暮らしで、B は覚醒剤の自己使用により保護観察執行猶予中だという。「最近、B が私の年金を勝手に持ち出して使ってしまうようになった。そのため生活費にも事欠いている。財布からお金が何度もなくなっているし、B の帰りが遅くなった。B は覚醒剤を使用しているのではないか。B に恨まれるのが怖くて保護司に言えないでいる。B を何とかしてくれないか」との相談であった。公認心理師の対応として、最も適切なものを 1 つ選べ。

- 1 高齢者虐待のおそれがあるとして、市町村に通報する。
- 2 A の話が本当かどうかを確認するため、しばらく継続して来所するよう提案する。
- 3 B の行為について、高齢者虐待防止法違反として、警察に通報し立件してもらう。
- 4 B が覚醒剤を使用している可能性が高いので、対応してもらうよう保護観察所に情報を提供する。
- 5 B の行為は高齢者虐待に該当しないため、覚醒剤乱用の疑いがあるとして、A から担当保護司に相談するよう助言する。

注：「高齢者虐待防止法」とは、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」である。

3) 精神疾患とその治療：

問 31 オピオイドの副作用として頻度が高いものを 1 つ選べ。

- 1 下痢
- 2 疼痛
- 3 流涎
- 4 せん妄
- 5 錐体外路症状

4) 精神疾患とその治療：

問 116 ベンゾジアゼピン受容体作動薬の副作用として、誤っているものを1つ選べ。

- 1 依存
- 2 健忘
- 3 せん妄
- 4 ふらつき
- 5 ジストニア

5) 精神疾患とその治療：

問 124 ギャンブル等依存症について、正しいものを1つ選べ。

- 1 本人の意思が弱いために生じる。
- 2 パーソナリティ障害との併存はまれである。
- 3 自助グループに参加することの効果は乏しい。
- 4 虐待、自殺、犯罪などの問題と密接に関連している。

6) 精神疾患とその治療：

問 133 物質使用障害について、正しいものを1つ選べ。

- 1 コカインは身体依存性が強い。
- 2 ヘロインは身体依存性が強い。
- 3 大麻はドパミン受容体を介して多幸作用を生じる。
- 4 モルヒネはオピオイド受容体を介して興奮作用を生じる。
- 5 3,4-メチレンジオキシメタンフェタミン<MDMA>はセロトニン遊離増加作用を介して幻覚を生じる。

4. 課題に関する考察と提案

本調査から、公認心理師の専門教育において依存症・嗜癖（アルコール、薬物、ギャンブル等）に関する知識の習得が期待されており、国家試験においてもその知識が試されていることが明らかとなった。これは今回調査の対象とした大学院標

表 1. アルコール依存・関連問題に関する記述の頻度と内容

公認心理師試験出題基準による 項目名	公認心理師大学院 科目標準シラバス	教科書			合計	公認心理師試験 出題基準	国家試験問題		
		【公認心理師の 基礎と実践 シリーズ】	【公認心理師 分野別テキスト シリーズ】	【現認者講習 テキスト】			2018年 9月	2018年 12月	2019年 8月
1 公認心理師としての職責の自覚					0				
2 問題解決能力と生涯学習					0				
3 多職種連携・地域連携		1			1				
4 心理学・臨床心理学の全体像		2			2				
5 心理学における研究		1			1				
6 心理学に関する実験					0				
7 知覚及び認知					0				
8 学習及び言語		1			1				
9 感情及び人格					0				
10 脳・神経の働き					0				
11 社会及び集団に関する心理学		1			1				
12 発達					0				
13 障害者（児）の心理学					0				
14 心理状態の観察及び結果の分析		2	1	1	4				
15 心理に関する支援（相談、助言、指導その他の援助）			4	1	5		1		1
16 健康・医療に関する心理学					0	1			
17 福祉に関する心理学		7		1	8				
18 教育に関する心理学		1			1				
19 司法・犯罪に関する心理学		9			9			1	
20 産業・組織に関する心理学		4			4		1		
21 人体の構造と機能及び疾病		3			3	1			
22 精神疾患とその治療			1	1	2			1	
23 公認心理師に係る制度		4			4				
24 その他（心の健康教育に関する事項等）	1				1				
合計	1	36	6	4	47	2	2	2	1

：嗜癖・依存症全般に関してまとめた項目あり

準シラバス、3つの教科書シリーズ、公認心理師試験出題基準の全てにおいて依存症・嗜癖に関する項目が設けられていることに裏付けられている。

アルコール依存症・関連問題に関する記述の多くは「心理に関する支援」、「福祉に関する心理学」、「司法・犯罪に関する心理学」、「人体の構造と機能及び疾病」、「精神疾患とその治療」の中で詳細に説明されていることが多い。「心理に関する支援」においてはアルコール依存症や嗜癖への心理療法や自助グループについての説明、「福祉に関する心理学」においては虐待などのリスク因子としての解説、「司法・犯罪に関する心理学」においては動機づけ面接やリラプス・プリベンションなど代表的なアディクションのための心理療法についての記述が目立った。「人体の構造と機能及び疾病」と「精神疾患とその治療」においてはアルコール依存症を含めた嗜癖を包括的に説明し、物質が心身に及ぼす影響についての記述が多く見られた。

本調査から明らかになった問題点は二つある。一点目は、専門教育のガイドラインとなる大学院標準シラバスと国家試験出題基準が整合性に欠ける点である。大学院標準シラバスにおいては、アルコール依存症を含む嗜癖問題は主に司法・犯罪と心の健康教育に関するクラスで扱うことが推奨されている。しかし、国家試験では嗜癖問題は上記の2領域ではなく、精神疾患とその治療、人体の構造と機能、心理に関する支援に関する知識を問う問題として出題される方針である。実際、過去3回の国家試験において、アルコール依存に関する問題が司法・犯罪領域から出題されたのは1度のみであり、心の健康教育領域からの出題はない。また、依存症に関する出題が最も多かった2019年度の試験では、その50%が薬物が体に及ぼす機能についてであった。アルコール依存症は人体の機能に影響を及ぼすと同時に、司法領域からの理解を必要とする精神疾患である。それゆえ、公認心理師教育では、生物学的、心理学的知識に加えて司法制度、社会資源など社会システムに関する知識を包括的に学び、国家試験において試される必要がある。公認心理師の大学院標準シラバスと国家試験出題基準におけるアルコール依存症や嗜癖に関する教育の整合性を図ることが今後の課題である。

二つ目の問題点は、公認心理師の教科書におい

てアルコール依存症（及び嗜癖）が起こるメカニズムについての解説が乏しい点である。アルコール依存症は社会からの偏見が大きい病気である。偏見を減らすためにも、また認知行動療法などによる治療の効果を理解するためにも、アルコール依存症が起こるメカニズムを生理学や学習理論等に基づいて包括的に理解する機会を増やすことが求められる。

本調査は文献研究に限定されており、アルコール依存症の支援・治療現場での実習がどの程度行われているかは不明である。しかしながら、アルコール依存症を治療する専門医療機関の数は限られていることを踏まえると、全国の公認心理師養成学部・大学院プログラムがそれらの医療機関での実習を行うことは難しいと考えられる。公認心理師教育カリキュラムを作成する際に、アルコールに関する問題の相談、支援、治療は専門医療機関での実習だけでなく、精神保健福祉センターや司法機関での実習や自助グループの見学なども視野に入れることを教育者に働きかけることが推奨される。

## 社会福祉士

稗田里香（東海大学）

### はじめに

「社会福祉士」専門職養成教育は、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号）に基づき、社会福祉士の試験、社会福祉士養成課程カリキュラムの内容が具体的に示されている。同法は、2020年3月に改正（社会福祉士養成課程のカリキュラム令和元年度改正 <https://www.mhlw.go.jp/content/000606419.pdf>）されたばかりであり2024年4月1日から施行されるものであるため、本調査は、現行のカリキュラム（2006年度改正）を対象に行うものとする。

### 1. 調査計画

#### ①目的

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を行うため、アルコール関連問題及びアルコール依存症に関連する専門職「社会福祉士」教育の実情を明らかにし、第2期基本計画策定に向けた課題等を示し、望ましい教育の内容について提示する。

## ②対象

社会福祉士の教育課程カリキュラム、教科書、国家試験問題など。

## ③方法

文献研究、質的内容分析法

## ④研究期間

2020年3月1日～3月31日

## 2. 調査の内容

### (1) 調査対象文献

#### 1) 養成課程カリキュラム

社会福祉士養成課程カリキュラム 2006年度改正（厚生労働省）「社会福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」  
[http://www.jaswe.jp/20071226setsumeikai/20071217\\_20080110publiccomment/shakai.pdf#search=%27http%3A%2F%2Fwww.jaswe.jp%2F20071226setsumeikai%2F20071217\\_20080110publiccomment%2Fshakai.pdf%27](http://www.jaswe.jp/20071226setsumeikai/20071217_20080110publiccomment/shakai.pdf#search=%27http%3A%2F%2Fwww.jaswe.jp%2F20071226setsumeikai%2F20071217_20080110publiccomment%2Fshakai.pdf%27)（閲覧日 2020年3月1日）

#### 2) 講義科目

社会福祉士養成講座編集委員会「新・社会福祉士養成講座シリーズ」中央法規出版（\*は、社会福祉士、精神保健福祉士受験資格取得のための共通科目となっている）

- 1 人体の構造と機能及び疾病【3版】2015年2月刊行\*
- 2 心理学理論と心理的支援【3版】2015年2月刊行\*
- 3 社会理論と社会システム【3版】2014年2月刊行\*
- 4 現代社会と福祉【4版】2014年2月刊行\*
- 5 社会調査の基礎【3版】2013年2月刊行
- 6 相談援助の基盤と専門職【3版】2015年2月刊行
- 7 相談援助の理論と方法Ⅰ【3版】2015年2月刊行
- 8 相談援助の理論と方法Ⅱ【3版】2015年2月刊行
- 9 地域福祉の理論と方法【3版】2015年2月刊行\*
- 10 福祉行財政と福祉計画【5版】2017年2月刊行\*

- 11 福祉サービスの組織と経営【5版】2017年2月刊行
- 12 社会保障【6版】2019年2月刊行\*
- 13 高齢者に対する支援と介護保険制度【6版】2019年2月刊行
- 14 障害者に対する支援と障害者自立支援制度【6版】2019年2月刊行\*
- 15 児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度【7版】2019年2月刊行
- 16 低所得者に対する支援と生活保護制度【5版】2019年2月刊行\*
- 17 保健医療サービス【5版】2017年2月刊行\*
- 18 就労支援サービス【4版】2016年2月刊行
- 19 権利擁護と成年後見制度【4版】2014年2月刊行\*
- 20 更生保護制度【4版】2017年2月刊行

#### 3) 演習、実習科目

- 福祉臨床シリーズ編集委員会「社会福祉士シリーズ」中央法規
- 21 社会福祉士相談援助演習【2版】2017年2月刊行
  - 22 社会福祉士相談援助実習【2版】2014年2月刊行

#### 4) 国家試験過去問

- 1 2014～2018年度全試験科目  
過去問活用ソフト 教育ソフトウェア（株）
- 2 2019年度全試験科目  
（共通科目）[http://www.jaswe.jp/TEST/32th\\_csw\\_psw\\_test\\_am.pdf](http://www.jaswe.jp/TEST/32th_csw_psw_test_am.pdf)（閲覧日 2020年3月1日）  
（専門科目）[http://www.jaswe.jp/TEST/32th\\_csw\\_test\\_pm.pdf](http://www.jaswe.jp/TEST/32th_csw_test_pm.pdf)（閲覧日 2020年3月1日）

### (2) 調査・分析結果と考察

#### 1) 養成課程カリキュラムについて

##### (調査・分析・考察)

社会福祉士養成課程カリキュラム 2006年度改正で提示された「シラバスの内容と想定される教育内容の例」では、表1のとおり、アルコール関連問題、アルコール依存症等について明記されているのは、社会福祉士、精神保健福祉士受験資格取得のための共通科目の一つである「成年後見制度（15時間）の「⑤成年後見制度を中心とした権利擁護活動の実際」にある「アルコール依存症

者への対応の実際」の1ヶ所となっている。

アルコール健康障害は本人の健康問題だけでなく、家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高いため、すべての科目（社会福祉士、精神保健福祉士受験資格取得共通科目を含む）に、地域の縦横的課題として「依存症対策」を位置づけ、明記することが求められる。

## 2) 講義科目について

社会福祉士養成課程カリキュラム 2006 年度改正に伴い策定されたテキスト（多くの養成校が採用している）について、索引に明記されているのは 20 巻中 2 巻で、社会福祉士、精神保健福祉士受験資格取得のための共通科目である「人体の構造と機能及び疾病」の「アルコール性肝炎」、同じく共通科目である「心理学理論と心理的支援」の「依存症」の合計 2 語である。

索引に挙げられている箇所とテキストの内容を、アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、依存症、自助グループなどに関連する箇所を検証した。科目名、関連する用語の出現数、該当頁、頁数、総頁数、全体の頁数に占める割合、内容、分析の結果は表 2 の通りである。

科目全体では、20 巻中 7 巻が該当し、関連する用語の出現は 53 語、頁数は総頁数 5611 頁中 18 頁で、占める割合は 0.32%であった。

### ① 講義科目

科目ごとについては、取り上げた割合が高い科目順に、分析結果と考察に分けて述べる。

#### (分析結果 1)

取り上げた頁が最も多かったのは、社会福祉士専門科目である「相談援助の基盤と専門職」の 7 頁 (253-259/281 頁) で 2.4%である。内容は、「11

表 1 社会福祉士養成課程カリキュラム：シラバスの内容と想定される教育内容の例

シラバスの内容		想定される教育内容の例		
ねらい	含まれるべき事項			
<ul style="list-style-type: none"> <li>相談援助活動における権利擁護の観点から、成年後見制度の概要（後見人等の役割を含む。）について理解する。</li> <li>成年後見制度の実際について理解する。</li> <li>社会的排除や虐待などの権利侵害や認知症などの日常生活上の支援が必要な者に対する権利擁護活動の実際について理解する。</li> </ul>	① 成年後見制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>成年後見の概要</li> <li>保佐の概要</li> <li>補助の概要</li> <li>任意後見</li> <li>民法における親権や扶養の概要</li> <li>成年後見制度の最近の動向</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>成年被後見人の行為能力</li> <li>成年後見人の役割</li> <li>その他</li> <li>被保佐人の行為能力</li> <li>保佐人の役割</li> <li>その他</li> <li>補助人の役割</li> <li>その他</li> </ul>	
	② 日常生活自立支援事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活自立支援事業の概要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門員の役割</li> <li>生活支援員の役割</li> <li>日常生活自立支援事業の最近の動向</li> <li>その他</li> </ul>	
	③ 成年後見制度利用支援事業	<ul style="list-style-type: none"> <li>成年後見制度利用支援事業の概要</li> </ul>		
	④ 成年後見制度に係る組織、団体の役割と実際	<ul style="list-style-type: none"> <li>家庭裁判所の役割</li> <li>法務局の役割</li> </ul>		
シラバスの内容		想定される教育内容の例		
ねらい	含まれるべき事項			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村の役割(市町村申立)</li> <li>弁護士</li> <li>司法書士</li> <li>社会福祉士の活動の実際</li> </ul>		
	⑤ 成年後見制度を中心とした権利擁護活動の実際	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症高齢者等への支援の実際</li> <li>消費者被害を受けた者への対応の実際</li> <li>被虐待児・者への対応の実際</li> <li>アルコール依存者への対応の実際</li> <li>非行少年への対応の実際</li> <li>ホームレスへの対応の実際</li> <li>多問題重複ケースへの対応の実際</li> <li>知的障害者、精神障害者等への支援の実際</li> </ul>		

出典：社会福祉士養成課程カリキュラム 2006 年度改正（厚生労働省）「社会福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」より抜粋

章 総合的かつ包括的な相談援助における専門的機能 /5 節 多問題家族への支援 /2 項 障害者基幹相談センターのソーシャルワーカーによる障害者家族への支援事例」である。多問題家族の支援として、障害者家族にある酒の場のトラブル、暴れるなどのアルコールの課題において、治療や自助グループへつなげるという支援について記述がある。関連する用語は、「アルコール性肝炎(1)、アルコールの摂取(2)、アルコール依存(1)、専門的医療機関(1)、アルコールの長期摂取(1)、アルコール(3)、アルコール摂取(1)」と10ヶ所出現している。

#### (考察1)

「多問題家族」が内包する課題の一つにアルコール関連問題があることを取り上げ、支援過程を具体的に記述しているのだからわかりやすい。但し、本科目は、あくまでもソーシャルワークの基盤なので、用語の解説などをもっと丁寧にしないと理解が深まらないのではないかと。

#### (分析結果2)

2番目は、共通科目である「人体の構造と機能及び疾病」の3頁(81-83/243頁)で1.2%であった。内容は「3章 疾病の概要 /8 節 消化器疾患 /2 項 肝胆膵疾患」である。飲酒に関連する肝疾患、がんの説明とアルコール依存の場合は専門医療機関との連携が必要であることを述べている。関連する用語は、「缶ビール(1)、飲酒止められず(1)、酒の場のトラブル(1)、飲んで家で暴れ(1)、アルコールの課題の支援(1)、アルコールの課題についての治療(1)、自助グループへつなげ(1)」と7ヶ所出現している。

#### (考察2)

疾病の概要にとどまらず、アルコール合併症の場合は専門医療機関との連携が必要であるとする指摘は的を得ている。その具体的な連携方法に関する記述があると、ソーシャルワーカーに求められる支援に疾病理解がどうして必要なのかということがより理解できるのではないかと。

#### (分析結果3)

3番目は、「相談援助の理論と方法Ⅱ」の3頁(303-305/323頁)で0.9%である。内容は、「4章 相談援助の実際 / 事例4 ホームレスの人への相談援助事例 - 専門医療機関との連携の下、野宿生活から地域生活への移行を支援した例」である。ホームレスという今日的課題をテーマにし、そこに横たわるアルコール依存の課題解決の支援

方法の理解が深められるよう、依存症の特性、専門用語の解説、回復のための社会資源(自助グループ、専門治療機関など)を紹介しながら、具体的なソーシャルワーク実践の記述がされている。関連する用語は、「アルコール依存症(10)、自助グループ(3)、AA(7)、断酒会(1)、スリッパ(1)、断酒(2)、回復(1)、専門医療機関(1)」と26か所出現している。出現数としては最も多い。

#### (考察3)

ホームレスという今日的課題をテーマにし、そこに横たわるアルコール依存の課題解決の支援方法の理解が深められるよう、依存症の特性、専門用語の解説、回復のための社会資源(自助グループ、専門治療機関など)を紹介しながら、具体的なソーシャルワーク実践の記述がされている。

#### (分析結果4)

4番目は、「更生保護制度」の1頁(29/149頁)で0.6%である。内容は、「1章 更生保護制度の概要 /3 節 保護観察 /2 項 保護観察の方法 特別遵守事項」である。更生保護制度の特別遵守事項の一つに薬物乱用、飲酒運転防止プログラムの専門的処遇が説明されている。関連する用語は、「薬物再乱用防止プログラム(1)、飲酒運転防止プログラム(1)」と2か所出現しているが、アルコール依存症を直接想起させる用語ではない。

#### (考察4)

上記は保護観察において実施が義務付けられているプログラムであるが、依存症の回復に依拠するプログラムについても開発が進んでいるため、それについても触れてほしい。

#### (分析結果5)

5番目は、「低所得者に対する支援と生活保護制度」の1頁(253/276頁)で0.3%である。内容は、「10章 生活保護における自立支援 / 第2節 自立支援プログラムの位置づけ /1 項 自立支援プログラム導入の背景」である。要保護者が抱える生活課題の一つに、「アルコール・薬物等の依存症」があげられている。関連する用語は、「アルコール・薬物等の依存症(1)」と1か所出現している。

#### (考察5)

貧困とアルコール依存は密接な関係があるため、自立支援プログラム導入の背景にとどまらず、具体的な事例などをあげながら支援を解説することが必要ではないかと。

## (分析結果 6)

これ以外の15科目については、索引や内容においてアルコールに関連する用語は抽出されなかった。

## (考察 6)

アルコール健康障害対策推進基本計画は、年間3万4千人の死者と、4兆円の社会的損失の低減を目指している。中でも、未治療のアルコール依存症の多くが、一般医療機関の内科を中心に、アルコール合併症で受診していることが指摘され、一般医療機関における早期発見、早期治療は重要課題の一つとなっている。また、地域に潜在する多様化したアルコール関連問題についても、相談支援の強化が掲げられている。それらにアウトリーチするキーパーソンとしてソーシャルワーカーが機能することが求められていることから、「保健医療サービス」「権利擁護と成年後見制度」「障害者に対する支援と障害者自立支援制度」「高齢者に対する支援と介護保険制度」「児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度」の科目で、アルコール依存症について記載されることが望ましい。さらに、アルコール関連問題の就労支援についても、「就労支援サービス」で取り上げることが求められる。

## 3) 演習・実習科目について

表2のとおり、「相談援助実習」は索引、内容ともに全く取り上げられていない。

「相談援助演習」の内容は、講義で学んだことを踏まえた実践事例(ビネット)が提示され、演習のための課題を通して、支援方法を理解するという構成になっている。

本科目の索引に明記されているのは「アルコール依存症」の1語であったが、演習事例としては「1章 相談援助演習の基本理念 / 5節 ソーシャルワークの展開 / 演習6 グループワークの展開過程 準備期(89-98頁)」、「4章 実践モデルやアプローチに関する相談援助演習 / 9 医学モデル・社会モデル・生活モデルに関する相談援助演習」、「6章 対象者別にみた相談援助演習 / 43 アルコール依存症者への相談援助演習(354-357頁)」と併せて18頁で取り上げられ、全体の4.7%で、講義科目と併せた中では最も高い割合で取り上げられている。各章の概要、分析結果、考察は次のとおりである。

## ① 1章について

### (事例概要)

アルコール依存症のメンバーを支援する院内作業グループのビネット(事例)である。

### (分析結果)

アルコール依存症を患う人々の院内作業のグループワークの事例である。グループワークのプロセスの理解が主眼となっている。関連する用語は、「アルコール依存症(1)、ストレスを紛らわせようと酒を飲み続けた(1)、飲むと抑えがきかず暴力(1)、酔っても小さい子を殴るってひどいね(1)、アルコール依存(1)」と5か所出現している。

### (考察)

アルコール依存の回復にとって、グループワークを用いた医療的アプローチは回復に有効である。グループワークのプロセスの理解を促すための1事例として取り上げられているので、アルコール依存に特化したグループワークを習得するには限界がある。

## ② 4章について

### (事例概要)

人間関係が不器用で転職を繰り返し派遣労働をしている。不安とストレスを発散しようと父親があおるのと同じように飲酒する。一日中飲酒するのを母親が心配し置いていった金で酒を買う。炊き出しで出会ったホームレス支援のNPOのメンバーから声を掛けられ生活保護の相談を進められる。しかし酩酊状態で階段から転落し入院。アルコール依存症、アルコール肝障害の診断を受け、治療による断酒を進められ、病院のソーシャルワーカーを紹介される。ソーシャルワーカーによって社会的孤立状況と整理され、環境への働き替えの重要性から、生活保護の申請と自助グループへの参加などに取り組んでいくことになる。

関連する用語は、「酒をあおる(1)、飲みすぎで仕事に支障をきたす(1)、一日中飲酒(1)、酒代に消え(1)、酒の匂いをさせてる(1)、酒瓶が転がっている(1)、酒ばかり飲んでる(1)、酒がやめられないの意志が弱い(1)、酒を断ちまじめに仕事(1)、おいていった金で酒を買う(1)、飲酒でストレスを紛らわせる(1)、酩酊状態(1)、アルコール依存症(1)、アルコール肝障害(1)、断酒(1)、父親を見て学んだ飲酒(1)大量飲酒の繰り返し(1)、アルコールの身体障害(1)、飲酒を最優先する生活(1)、自力での回復(1)、ア

アルコール依存症者の自助グループ (1)、アルコール依存症という病気 (1)、回復へ向けて努力 (1)」と 23 か所出現している。

#### (分析結果)

アルコール依存症による苦しみを、個人の責任でなく社会の構造から生み出される課題としてとらえ、医学モデル、社会モデル、生活モデルそれぞれのモデルからとらえた場合の、支援の有効性について人と環境との双方に働き掛けるソーシャルワーク実践を解説している。

#### (考察)

演習を通してアルコール依存症のバイオ、サイコ、ソーシャルな視点を学ぶことができる。

### ③ 6 章について

#### (事例概要)

夫の飲酒問題について福祉センターに相談。夫の飲酒問題がエスカレートする中、仕事、身体的問題、家族関係や子どもに対する影響も出てくるようになった。福祉センターに相談に来た時には失職状態が1年以上も続き、肝機能悪化による入退院を繰り返し、幻覚も出るようになった。

#### (分析結果)

アルコール問題でバイオ、サイコ、ソーシャルな問題が悪化しても支援に繋がりにくい状況であることと、家族が巻き込まれていく様子がわかり、アルコールに関連する用語についても多数触れることができる事例である。これに対する演習課題として、依存症の進行に関するアセスメント、家族への影響と家族の役割の検討、必要な社会資源の検討、家族の生活問題のアセスメント、医療ニーズの程度、家族の心理的孤独感などから優先順位を決めて、必要な社会資源を選択することが提示されている。

関連する用語は、「福祉センター (2)、アルコール依存症とそれに伴う危機状況 (1)、飲酒による問題行動が家族に及ぼす影響 (1)、飲酒による問題行動に対する必要な支援 (1)、飲酒に伴う問題行動 (2)、アルコール依存症と診断 (1)、飲酒問題の経過 (1)、家族の意に反して「本人の飲酒を助けている」関係 (1)、飲酒問題乗って進行する経済的・医療の必要な状態・家族の孤立感 (1)、アルコール相談 (1)、飲酒癖 (1)、酒の付き合い (1)、大量に飲酒 (1)、二日酔い (1)、酒量の多さが気になる (1)、酒量の多さ (1)、肝機能障害 (1)、飲酒量を控える指導 (1)、飲酒は毎日欠かすことなく (1)、飲酒 (1)、酩酊 (1)、昼から飲

酒 (1)、酔いから覚めた後 (1)、飲酒の量の管理 (1)、隠れて飲酒 (1)、公園で飲んで (1)、酩酊して転倒 (1)、肝機能悪化 (1)、内科主治医から「飲酒をやめなければ治療しない」 (1)、1 日中飲んで寝ておきてはまた飲むという生活パターン (1)、幻覚が出て騒ぎ出す (1)、依存症の可能性高い (1)、依存症特有の問題飲酒 (1)、飲酒による生活の乱れ (1)、飲酒問題に家族がどのようなかわり (1)、アルコール問題を持つ家族 (1)、アルコール問題を引き起こしている本人 (1)、飲酒問題に強く「否認」 (1)、飲酒に起因した問題 (1)、「酔わなければいい人」 (1)、「アルコール問題を過小評価」 (1)、飲酒問題は解決されないまま進行 (1)、「本人の飲酒をやめさせること」 (1)、家族が飲酒しても何とか生活維持できる (1)、尻ぬぐい (1)、家族の中に起きている飲酒問題 (1)、飲酒問題は何の解決もされないまま持ち越されていく (1)、飲酒問題が依存症の範囲になっているか (1)、アルコール依存症を理解する心理社会教育的な援助を展開する必要 (1)、家族がアルコール問題を見直すための援助 (1)、飲酒問題で疲れ果てて問題解決の力を失っている家族のエンパワメント (1)、アルコール依存症 (1)、飲酒問題が家族に与える影響 (1)、飲酒問題に利用できる社会資源 (1)、飲酒問題の経過 (1)、アルコール依存症の進行過程 (1)、依存症の可能性 (1)」と 58 語出現している。

#### (考察)

アルコール依存の問題が疑われ、家族で何とかしようとしてもどうにもならず、バイオ、サイコ、ソーシャルな問題 (アルコール関連問題) が悪化しても本人の否認の問題で改善が見られず、家族 (妻) が相談に来るといふ、いわゆる典型的な事例である。また、内科的問題があっても専門治療につなげず (治療ギャップ)、すべてを失いかけた切羽詰まった状況で相談につながっている (以前は、この状態を底つき体験といった) という点では、早期発見・早期治療を促進しようとする現代の依存症対策の目的からすると、一昔前の事例演習とみることもできる。

学生に習得してほしい点は、ミクロからメゾ、マクロまでの包括的支援である。ファーストクライエントとして相談に来た家族をねぎらい、回復できる病であるという正しい知識を提供し、病に巻き込まれている状況から回復すること (ケアラーからの解放) の重要性と、本人の専門治療へ

の動機づけを高める支援について理解してもらうことが肝要である。内科医がアルコール性肝障害に気づいているにもかかわらず専門治療へつなげないことも古くて新しい課題であるが、その問題の解決に向けソーシャルワーカーがまずはしっかり信頼関係を構築して繋がり（ミクロレベル）、依存症専門治療機関、民間依存症社会復帰施設、連携医療、自助グループとの連携（エスバーツ：SBIRTS）、子どもへのケアなど、地域での包括的な支援（メゾレベル）と、社会にあるスティグマの解消（一次予防）と政策（アルコール健康障害対策基本法、都道府県推進計画など）への反映（マ

クロレベル）について理解を促す演習課題が求められる。

表2 科目名、関連する用語の出現数、該当頁、頁数、総頁数、全体の頁数に占める割合、内容、分析の一覧表

科目名	関連する用語の出現数	該当頁	頁数	総頁数	割合 (%)	教科書の内容(アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、依存症、自助グループなどに関連する箇所を抜粋)	分析	考察のためのメモ(カテゴリー)
1 人体の構造と機能及び疾病	10	81-83	3	243	1.2	3章 疾病の概要/8節 消化器疾患/2項 肝臓疾患 アルコール性肝炎：アルコールの摂取によりひき起こされる肝炎である。治療は断酒のみであり、アルコール依存状態ならば精神科や専門の医療機関との連携が必要となる。 肝硬変：肝硬変は～アルコールの長期摂取などで～。 膵炎：アルコールや胆石が原因～。～慢性膵炎はアルコールによるものが60%であり。治療としてはアルコールの場合は断酒と～。 消化器がん：～食道がんは過度のアルコール摂取と喫煙が危険因子となり男性に多い。 (関連する言葉の出現数) アルコール性肝炎 (1) アルコールの摂取 (2) アルコール依存 (1) 専門の医療機関との連携 (1) アルコールの長期摂取 (1) アルコール (3) アルコール摂取 (1)	飲酒に関連する肝疾患、がんの説明とアルコール依存の場合は専門医療機関との連携が必要であることを述べている。	疾病の概要にとまらず、アルコール合併症の場合は専門医療機関との連携が必要であるとする指摘は的を得ている。その具体的な連携方法に関する記述があると、ソーシャルワーカーに求められる支援に疾病理解がどうして必要なのかということがより理解できるのではないかと。
2 心理学理論と心理的支援	5	34	1	233	0.4	2章 感情/3節 青年・成人の感情/1項 感情とともにある人生 事例 (事例の解説文) ～この「わかっちゃいるけど、やめられねえ」は、「認知と感情」の関係の一端を表した名言であるが、この精神病理が「依存症である」。Aさんの場合、ゲーム依存のレベルで済んだようであるが、これが若者間に蔓延する薬物過剰摂取(オーバードーズ)などの薬物依存につながる危険性もあった。 (関連する言葉の出現数) “わかっちゃいるけど、やめられねえ” (1) 依存症 (1) ゲーム依存 (1) 薬物過剰摂取 (1) 薬物依存 (1)	「わかっちゃいるけど、やめられねえ」という「依存症」の特徴と、「ゲーム依存」「薬物依存」などクロスアディクションの危険性を指摘している。	「わかっちゃいるけど、やめられねえ」というフレーズは、わかりやすいが、青年・成人の感情の事例にとまってしまうので、女性、高齢者などについても解説が必要ではないかと。
3 社会理論と社会システム	1	221	1	244	0.4	4章 社会問題の理解/2節 日本社会と社会問題/5項 親密圏という社会問題 共依存 (関連する言葉の出現数) 共依存 (1)	親密圏という社会問題として「共依存」をあげている。	「共依存」は、アルコール依存の場合においても、家族を含む人間関係を理解するうえでキーワードとなるが、それをソーシャルワーカーの支援にどう活かすのかについてわかりにくい。家族システムなどにも触れてほしい。
4 現代社会と福祉	0		0	367	0	記載なし		
5 地域福祉の理論と方法	1	141	1	353	0.2	5章 コミュニティワークと染色の役割/1節 コミュニティソーシャルワークの考え方/4項 考え方の7つの特徴 公民協働による支援のコーディネート：我が国における今日の地域福祉課題は、生活困窮、依存症、認知症、震災被災者等、どの世代においても増大し、生活困難は複合化し、急激発生や深刻化している。 (関連する言葉の出現数) 依存症 (1)	地域福祉課題の一つに「依存症」が取り上げられている。	「依存症」という大きくくりであることと、どの世代においても増加しているというのは、アルコールに限ってはそうではないので誤解が生ずる可能性がある。地域の重要な課題であることは間違いないが、学生がイメージしやすいよう、より具体的な記述が必要ではないかと。
6 福祉行財政と福祉計画	0		0	262	0	記載なし		
7 社会保障	0		0	326	0	記載なし		
8 障害者に対する支援と障害者自立支援制度	0		0	274	0	記載なし		

表2 科目名、関連する用語の出現数、該当頁、頁数、総頁数、全体の頁数に占める割合、内容、分析の一覧表

科目名	関連する用語の出現数	該当頁	頁数	総頁数	割合 (%)	教科書の内容(アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、依存症、自助グループなどに関連する箇所を抜粋)	分析	考察のためのメモ(カテゴリー)
9 低所得者に対する支援と生活保護制度	1	253	1	276	0.3	10章 生活保護における自立支援/第2節 自立支援プログラムの位置づけ/1項 自立支援プログラム導入の背景 ～今日では、以下のような多様な生活課題を抱える要保護者が増えている。具体的には、アルコール・薬物等の依存症、多重債務、DV、児童虐待、元ホームレス～などがあげられる。 (関連する言葉の出現数) アルコール・薬物等の依存症 (1)	要保護者が抱える生活課題の一つに、「アルコール・薬物等の依存症」があげられている。	保健医療サービス
10 保健医療サービス	0		0	272	0	記載なし		
11 権利擁護と成年後見制度	0		0	260	0	記載なし		
12 社会調査の基礎	0		0	193	0	記載なし		
13 相談援助の基盤と専門職	7	253-259	7	281	2.4	11章 総合的かつ包括的な相談援助における専門的機能/5節 多問題家族への支援/2項 障害者基幹相談センターのソーシャルワーカーによる障害者家族への支援事例 ～缶ビール6本、飲酒止められず、酒の場のトラブル、飲んでは家で暴れ、アルコールの課題の支援、アルコールの課題についての治療につなげ、自助グループへ。 (関連する言葉の出現数) 缶ビール (1) 飲酒止められず (1) 酒の場のトラブル (1) 飲んでは家で暴れ (1) アルコールの課題の支援 (1) アルコールの課題についての治療 (1) 自助グループへつなげ (1)	多問題家族の支援として、障害者家族にある、酒の場のトラブル、暴れるなどのアルコールの課題の支援、アルコールの課題において、治療や自助グループへつなげるという支援について記述がある。	「多問題家族」が内包する課題の一つにアルコール関連問題があることを取り上げ、支援過程を具体的に記述しているのだからわかりやすい。但し、本科目はあくまでも基盤なので、用語の解説などをもっと丁寧にしないと理解が深まらないのではないか。
14 相談援助の理論と方法 I	0		0	319	0			
15 相談援助の理論と方法 II	26	303-305	3	323	0.9	14章 相談援助の実際/事例4 ホームレスの人への相談援助事例-専門医療機関との連携の下、野宿生活から地域生活への移行を支援した例 ケースワーカーの個別面接による依存症の自覚と専門治療の必要性の理解を促し、自助グループ(AA)につながり断酒継続を図る。訪問しながら、自助グループの中断に対するアフターフォローをする。また、居場所(サロン)を紹介し孤立しないようサポートする。地域をベースにした社協、精神科クリニック、市民団体、民生委員などとの連携で社会的孤立を防ぐ。 ～以前から飲酒癖がもとで宿泊所の他の入所者とトラブルを起こし、自分から退所、隣接する公園で再び野宿を始めるようになる。 ～検診の結果、アルコール依存症の治療が必要。～「酒はやめたくない」と訴えるなどアルコール依存症に対する病識がなく～。アルコール依存症に対する自覚を促しつつ。 面接を重ねる中で本人にアルコール依存症であることの自覚が生まれ～。 ～自助グループのサポートを得ながら断酒の継続を図ることとなった。 (関連する言葉の出現数) アルコール依存症 (10) 自助グループ (3) AA (7) 断酒会 (1) 「スリッパ」 (1) 断酒 (2) 回復 (1) 専門医療機関 (1)	依存症の特性、専門用語の解説、回復のための社会資源(自助グループ、専門治療機関など)を紹介しながら、ソーシャルワーク実践の記述がされている。	ホームレスという今日的課題をテーマにし、そこに横たわるアルコール依存の課題解決の支援方法の理解が深められるよう、依存症の特性、専門用語の解説、回復のための社会資源(自助グループ、専門治療機関など)を、紹介しながら、具体的なソーシャルワーク実践の記述がされている。
16 福祉サービスの組織と経営	0		0	281	0	記載なし		
17 高齢者に対する支援と介護保険制度	0		0	470	0	記載なし		
18 児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度	0		0	298	0	記載なし		
19 就労支援サービス	0		0	187	0	記載なし		
20 更生保護制度	2	29	1	149	0.6	1章 更生保護制度の概要/3節 保護観察/2項 保護観察の方法 特別遵守事項 ～目下のところ、性犯罪者処遇プログラム、薬物再乱用防止プログラム、暴力防止プログラム及び飲酒運転防止プログラムが法務大臣の定める専門的処遇として用意され、一定の要件を満たす保護観察対象者～プログラムを受けることが義務付けられている。 (関連する言葉の出現数) 薬物再乱用防止プログラム (1) 飲酒運転防止プログラム (1)	更生保護制度の特別遵守事項の一つに薬物乱用、飲酒運転防止プログラムの専門的処遇が説明されている。	保護観察において実施が義務付けられているプログラムであるが、依存症の回復に依拠するプログラムについても開発が進んでいるため、それについても触れてほしい。

表2 科目名、関連する用語の出現数、該当頁、頁数、総頁数、全体の頁数に占める割合、内容、分析の一覧表

	科目名	関連する用語の出現数	該当頁	頁数	総頁数	割合 (%)	教科書の内容(アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、依存症、自助グループなどに関連する箇所を抜粋)	分析	考察のためのメモ(カテゴリー)
演習	相談援助演習	5	89-98	10	380	4.7	1章 相談援助演習の基本理念/5節 ソーシャルワークの展開/演習6 グループワークの展開過程準備期(事例概要) アルコール依存症のメンバーを支援する院内作業グループのピネット。 (関連する言葉の出現数) アルコール依存症(1) ストレスを紛らわせようと酒を飲み続けた(1) 飲むと抑えがきかず暴力(1) 酔っても小さい子を殴るってひどいね(1) アルコール依存(1)	アルコール依存症を患う人々のグループワークである。グループワークのプロセスの理解が主眼となっている。	アルコール依存の回復にとって、グループワークを用いた医療的アプローチは回復に有効である。グループワークのプロセスの理解を促すための1事例として取り上げられているので、アルコール依存に特化したグループワークを習得するには限界がある。
		23	182-185	4			4章 実践モデルやアプローチに関する相談援助演習/9 医学モデル・社会モデル・生活モデルに関する相談援助演習(事例の概要) 人間関係が不器用で転職を繰り返して派遣労働をしている。不安とストレスを発散しようと父親がおおると同じように飲酒する。一日中飲酒するのを母親が心配していった金で酒を買う。炊き出しで出会ったホームレス支援のNPOのメンバーから声を掛けられ生活保護の相談を進められる。しかし酩酊状態で階段から転落し入院。アルコール依存症、アルコール肝障害の診断を受け、治療による断酒を進められ、病院のソーシャルワーカーを紹介される。ソーシャルワーカーによって社会的孤立状況と整理され、環境への働き替えの重要性から、生活保護の申請と自助グループへの参加などに取り組んでいくことになる。 (関連する言葉の出現数) 酒をあおる(1) 飲みすぎで仕事に支障をきたす(1) 一日中飲酒(1) 酒代に消え(1) 酒の匂いをさせて(1) 酒瓶が転がっている(1) 酒ばかり飲んでいる(1) 酒がやめられないの意志が弱い(1) 酒を断ちまじめに仕事(1) おいていった金で酒を買う(1) 飲酒でストレスを紛らわせる(1) 酩酊状態(1) アルコール依存症(1) アルコール肝障害(1) 断酒(1) 父親を見て学んだ飲酒(1) 大量飲酒の繰り返し(1) アルコールの身体障害(1) 飲酒を最優先する生活(1) 自力での回復(1) アルコール依存症者の自助グループ(1) アルコール依存症という病気(1) 回復へ向けて努力(1)	アルコール依存による苦しみを、個人の責任構でなく社会のせいから造れる課題と捉え、医学モデル、社会モデル、生活モデルそれぞれのメリットをそれぞれの場合の、支援の有効性について人と環境との双方に働き掛けるソーシャルワーク実践を解説している。	演習を通してアルコール依存症のバイオ、サイコ、ソーシャルな視点を学ぶことができる。
		58	354-357	4			6章 対象者別にみた相談援助演習/43 アルコール依存症者への相談援助演習(事例概要) 夫の飲酒問題について福祉センターに相談。夫の飲酒問題がエスカレートする中、仕事、身体的問題、家族関係や子どもに対する影響も出てくるようになった。福祉センターに相談に来た時には失職状態が1年以上も続き、肝機能悪化による入退院を繰り返し、幻覚も出るようになった。 (関連する言葉の出現数) 福祉センター(2) アルコール依存症とそれに伴う危機状況(1) 飲酒による問題行動が家族に及ぼす影響(1) 飲酒による問題行動に対する必要な支援(1) 飲酒に伴う問題行動(2) アルコール依存症と診断(1) 飲酒問題の経過(1) 家族の意に反して「本人の飲酒を助けている」関係(1) 飲酒問題によって進行する経済的、医療的必要な状態、家族の孤立感(1) アルコール相談(1) 飲酒癖(1) 酒の付き合い(1) 従業員たちと仕事(1) 大量に飲酒(1) 二日酔いしない(1) 取量の多さが気になる(1) 酒量の多さ(1) 肝機能障害(1) 飲酒量を控える指導(1) 飲酒は毎日欠かすことなく(1) 飲酒(1) 酩酊(1) 昼から飲酒(1) 酔いから覚めた後(1) 飲酒の寮の管理(1) 隠れて飲酒(1) 公園で飲んで(1) 酩酊して転倒(1) 肝機能悪化(1) 内科主治医から「飲酒をやめなければ治療しない」(1) 1日中飲んで寝ておき絵はまた飲むという生活パターン(1) 幻覚が出て騒ぎ出す(1) 依存症の可能性高い(1) 依存症特有の問題飲酒(1) 飲酒による生活の乱れ(1) 飲酒問題に家族がどのようなかわり(1) (アルコール問題を持つ家族(1) アルコール問題を引き起こしている本人(1) 飲酒問題に強く「否認」(1) 飲酒に起因した問題(1) 「酔わなければいい人」(1) 「アルコール問題を過小評価」(1) 飲酒問題は解決されないまま進行(1) 「本人の飲酒をやめさせること」(1) 家族が飲酒しても何とか生活維持できる(1) 尻ぬぐい(1) 家族の中に起きていた飲酒問題(1) 飲酒問題は何かの解決もされないまま持ち越されていく(1) 飲酒問題が依存症の範囲になっているか(1) アルコール依存症を理解する心理的教育的な援助を展開する必要(1) 家族がアルコール問題を見直すための援助(1) 飲酒問題で疲れ果てて問題解決の力を失っている家族のエンパワメント(1) アルコール依存症(1) 飲酒問題が家族に与える影響(1) 飲酒問題に利用できる社会資源(1) 飲酒問題の経過(1) アルコール依存症の進行過程(1) 依存症の可能性(1)	バイオ、サイコ、ソーシャルな問題が悪化しても支援に繋がりにくい状況であり、家族が巻き込まれていく様子があり、アルコールに関連する用語についても多量に触れることのできる事例である。演習課題として、依存症の進行に関するアセスメント、家族への影響と家族の役割の検討、必要な社会資源の検討、家族の生活問題のアセスメント、医療ニーズの程度、家族の心理的孤独感などから優先順位を決めて、必要な社会資源を選択することが提示されている。	アルコール依存の問題が疑われ、家族で何とかしようとしてもどうにもならず、バイオ、サイコ、ソーシャルな問題(アルコール関連問題)が悪化しても本人の否認の問題で改善が見られず、家族(妻)が相談に来るといふ、いわゆる典型的な事例である。 学生に習得してほしい点は、ミクロからメゾ、マクロまでの包括的支援である。ファーストクライアントとして相談に来た家族をねぎらい、正しい知識を提供し、ケアラーからの解放の重要性と、本人の専門治療への動機づけを高める支援について理解してもらうことが肝要である。ソーシャルワーカーがまずはしっかりと信頼関係を構築して繋がり(ミクロレベル)、依存症専門治療機関、民間社会復帰施設、連携医療、自助グループとの連携(SBIRTS)、子どもへのケアなど、地域での包括的な支援(メゾレベル)と、社会にあるスティグマの解消(一次予防)と政策(アルコール健康障害対策基本法、都道府県推進計画など)への反映(マクロレベル)について理解を促す演習課題が求められる。
実習	社会福祉実習指導	0		0	297	0	記載なし		

4) 国家試験問題について

表3のとおり、過去2014～2019年までの全科目の国家試験問題では、6年間で7題の出題であった。

た。出題は2016年に集中し、2017年以降は出題されていない。分析結果と考察は、科目別によつて異なる。分析結果と考察は、科目別によつて異なる。分析結果と考察は、科目別によつて異なる。

表3 国家試験の内容と分析

	科目名	6年間の出題数	国試の内容	分析	考察のためのメモ
1	人体の構造と機能及び疾病	3	(2014年度出題) 精神症状の診断・統計マニュアルに基づく統合失調症の診断に関する次の記述のうち、正しいものを1つ選びなさい。 1 妄想や幻覚は、陰性症状である。 2 まとまりのない会話あるいは発症は、症状の一つである。 3 症状は、発症から2週間で消失する。 4 仕事、対人関係、自己管理などの間での機能が低下することはない。 5 原則として、乱用薬物の摂取がある。	統合失調症の症状を問う選択肢の中に、「乱用薬物」の用語がある。	依存症について直接的ではない設問である。
			(2015年度出題) 日本における健康施策に関する次の記述のうち、正しいものを1つ選びなさい。 1 「健康日本21」(第二次)には、アルコール摂取に関する項目は含まれていない。 2 8020運動は、乳幼児を対象としない。 3 歯周疾患検診は、健康増進法に基づき実施されている。 4 特定健康診査には、血圧測定は含まれていない。 5 特定保健指導の目的は、健康診査の受診勧奨である。	健康施策を問う選択肢の中に、「アルコール摂取」の用語がある。	国が提示する適正飲酒に関する理解を問うものである。
			(2016年度出題) 生活習慣病に関する次の記述のうち、正しいものを1つ選びなさい。 1. 発症に生活習慣の関与が強いのは、2型糖尿病よりも1型糖尿病である。 2. アルコール摂取量は、メタボリックシンドロームの診断基準に含まれる。 3. 生活習慣病の発症に、遺伝要因は関与しない。 正解 4. 喫煙は、膀胱がんの危険因子の一つである。 5. 身体活動レベルの増大は、生活習慣病の発症リスクを上げる。	生活習慣病のリスクであるメタボリックシンドロームに関連し「アルコール摂取量」に触れている。	国が提示する適正飲酒に関する理解を問うものである。
2	心理学理論と心理的支援	0	出題なし		
3	社会理論と社会システム	0	出題なし		
4	現代社会と福祉	0	出題なし		
5	地域福祉の理論と方法	0	出題なし		
6	福祉行財政と福祉計画	0	出題なし		
7	社会保障	0	出題なし		
8	障害者に対する支援と障害者自立支援制度	0	出題なし		
9	低所得者に対する支援と生活保護制度	1	(2016年度出題) 事例を読んで、生活保護制度における自立支援について、最も適切なものを1つ選びなさい。 〔事例〕 Hさん(55歳)は、工作中頻りに飲酒していたことから解雇され、預貯金も底をついたので生活保護を受け始めたところアルコール依存症の診断を受けた。担当の生活保護ケースワーカーはHさんと話し合いの上、自立支援の計画を作成することになった。 1 抗酒剤の服用により、飲酒の欲求を抑えることができることを説明した。 2 求職活動の前に専門的な医療機関での治療を優先する計画を立てた。 3 飲酒しながら自立生活を営むことができるよう自立支援の計画を策定した。 4 生活習慣を見直す必要があるため、Hさんの意に反して更生施設へ入所させることにした。 5 一度作成した自立支援の計画は、変更できないと説明した。	アルコール依存症の診断を受けた人に対するケースワーカーによる自立支援計画作成の小事例。その選択肢に、「抗酒剤」「専門的な医療機関での治療」「飲酒しながら自立生活」の記載がある。	依存症の専門治療に関する知識が問われている。
10	保健医療サービス	0	出題なし		
11	権利擁護と成年後見制度	0	出題なし		
12	社会調査の基礎	0	出題なし		
13	相談援助の基礎と専門職	0	出題なし		

表3 国家試験の内容と分析

	科目名	6年間の出題数	国試の内容	分析	考察のためのメモ
14	相談援助の理論と方法	2	(2014年度出題) 自助グループの特性に関する次の記述のうち、適切なものを1つ選びなさい。 1 専門職がリーダーとして問題や課題を専有している。 2 メンバーが受動的である。 3 メンバー間に明確な上下関係がある。 4 異なる悩みや問題、課題を持つ者の集まりである。 5 本人や家族が参加している。	自助グループの特性を問う問題。	自助グループの具体的な表現(断酒会、AAなど)はない。
			(2016年度出題) 自助グループに関する次の記述のうち、最も適切なものを1つ選びなさい。 1 自助グループの特徴は、同様の生活課題をもつ人が集まり相互に助け合うところにあり、行政への要求運動に発展することはない。 2 自助グループは、専門職や専門機関の援助を継続的に受けることで成り立ち、同じ問題を抱えた人が、グループの力を使って問題解決を図るものである。 3 自助グループの活動は、グループワーカーとメンバーの関係、プログラム活動及び社会資源の三要素を使って展開される。 4 自助グループは、メンバー間の対等な相互支援関係があることでメンバーの自己肯定感を高めるなどの機能がある。 5 自助グループでは、グループ/セラピー原則が起らないように注意する必要がある。	自助グループの特性を問う問題。	自助グループの具体的な表現(断酒会、AAなど)はない。
		1	(2019年度出題) セルフヘルプグループに関する次の記述のうち、最も適切なものを1つ選びなさい。 1 セルフヘルプグループのメンバーは、特定の体験を共有し、蓄積し吟味することによって生み出される体験的知識を活用し、問題に対処する。 2 セルフヘルプグループは、既に組織的に活動しているグループを基に形成される。 3 セルフヘルプグループは、多様な専門性を持つ専門職による、多職種連携の一形態である。 4 セルフヘルプグループでは、メンバー間の上下関係を活用する。 5 セルフヘルプグループへの入退会は、グループ運営を円滑に行うために、ソーシャルワーカーがその可否を決定する。	セルフヘルプグループの特性を問う問題	過去に出題される中で用いられてきた自助グループを、セルフヘルプグループに変えている。アルコール依存症の場合、現在でも自助グループという用語が主流であるので、セルフヘルプグループに変えたことによって、依存症のグループ(断酒会、AAなど)を想起しにくくなったのではないかと。
15	福祉サービスの組織と経営	0	出題なし		
16	高齢者に対する支援と介護保険制度	0	出題なし		
17	児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度	0	出題なし		
18	就労支援サービス	0	出題なし		
19	更生保護制度	0	出題なし		
	相談援助演習		出題対象外科目		
	社会福祉実習指導		出題対象外科目		

(筆者作成)

①「人体の構造と機能及び疾病」総出題数7問  
6年間で3題出題されている。

(2014年度出題)  
精神症状の診断・統計マニュアルに基づく統合失調症の診断に関する次の記述のうち、正しいものを1つ選びなさい。  
1 妄想や幻覚は、陰性症状である。  
2 まとまりのない会話あるいは発症は、症状の一つである。  
3 症状は、発症から2週間で消失する。  
4 仕事、対人関係、自己管理などの間での機能が低下することはない。  
5 原則として、乱用薬物の摂取がある。

(分析)

統合失調症の症状を問う選択肢の中に、「乱用薬物」の用語がある。

(考察)

依存症について直接的ではない設問である。

(2015 年度出題)

日本における健康施策に関する次の記述のうち、正しいものを1つ選びなさい。

- 1 「健康日本 21」(第二次)には、アルコール摂取に関する項目は含まれていない。
- 2 8020 運動は、乳幼児を対象としない。
- 3 歯周疾患検診は、健康増進法に基づき実施されている。
- 4 特定健康診査には、血圧測定は含まれていない。
- 5 特定保健指導の目的は、健康診査の受診勧奨である。

(分析)

健康施策を問う選択肢の中に、「アルコール摂取」の用語がある。

(考察)

国が提示する適正飲酒に関する理解を問うものである。

(2016 年度出題)

生活習慣病に関する次の記述のうち、正しいものを1つ選びなさい。

- 1 発症に生活習慣の関与が強いのは、2型糖尿病よりも1型糖尿病である。
- 2 アルコール摂取量は、メタボリックシンドロームの診断基準に含まれる。
- 3 生活習慣病の発症に、遺伝要因は関与しない。
- 4 喫煙は、膀胱がんの危険因子の一つである。
- 5 身体活動レベルの増大は、生活習慣病の発症リスクを上げる。

(分析)

生活習慣病のリスクであるメタボリックシンドロームに関連し「アルコール摂取量」に触れている。

(考察)

2015 年と同様に、国が提示する適正飲酒に関する理解を問うものである。

②「低所得者に対する支援と生活保護制度」総出題数 7 問

6 年間で 1 題出題されている。

(2016 年度出題)

事例を読んで、生活保護制度における自立支援について、最も適切なものを1つ選びなさい。

〔事例〕

H さん(55 歳)は、工作中頻繁に飲酒していたことから解雇され、預貯金も底をついたので生活保護を受け始めたところアルコール依存症の診断を受けた。担当の生活保護ケースワーカーは H さんと話し合いの上、自立支援の計画を作成することになった。

- 1 抗酒剤の服用により、飲酒の欲求を抑えることができることを説明した。
- 2 求職活動の前に専門的な医療機関での治療を優先する計画を立てた。
- 3 飲酒しながら自立生活を営むことができるよう自立支援の計画を策定した。
- 4 生活習慣を見直す必要があるため、H さんの意に反して更生施設へ入所させることにした。
- 5 一度作成した自立支援の計画は、変更できないと説明した。

(分析結果)

アルコール依存症の診断を受けた人に対するケースワーカーによる自立支援計画作成の小事例。その選択肢に、「抗酒剤」「専門的な医療機関での治療」「飲酒しながら自立生活」の記載がある。

(考察)

依存症の専門治療に関する知識が問われている。

③「相談援助の理論と方法」総出題数 21 問  
6 年間で 3 題出題されている。

(2014 年度出題)

自助グループの特性に関する次の記述のうち、適切なものを1つ選びなさい。

- 1 専門職がリーダーとして問題や課題を専有している。
- 2 メンバーが受動的である。
- 3 メンバー間に明確な上下関係がある。
- 4 異なる悩みや問題、課題を持つ者の集まりである。
- 5 本人や家族が参加している。

(分析結果)

自助グループの特性を問う問題である。

(考察)

自助グループの具体的な表現(断酒会、AA など)を問うものではない。

(2016 年度出題)

自助グループに関する次の記述のうち、最も適切なものを1つ選びなさい。

- 1 自助グループの特徴は、同様の生活課題をもつ人が集まり相互に助け合うところであり、行政への要求運動に発展することはない。
- 2 自助グループは、専門職や専門機関の援助を継続的に受けることで成り立ち、同じ問題を抱えた人が、グループの力を使って問題解決を図るものである。
- 3 自助グループの活動は、グループワーカーとメンバーの関係、プログラム活動及び社会資源の三要素を使って展開される。
- 4 自助グループは、メンバー間の対等な相互支援関係があることでメンバーの自己肯定感を高めるなどの機能がある。
- 5 自助グループでは、グループ/セラピー原則が起これないように注意する必要がある。

(分析結果)

2014年と同様、自助グループの特性を問う問題である。

(考察)

2014年と同様であり、自助グループの具体的な表現(断酒会、AAなど)を問うものではない。

(2019 年度出題)

セルフヘルプグループに関する次の記述のうち、最も適切なものを1つ選びなさい。

- 1 セルフヘルプグループのメンバーは、特定の体験を共有し、蓄積し吟味することによって生み出される体験的知識を活用し、問題に対処する。
- 2 セルフヘルプグループは、既に組織的に活動しているグループを基に形成される。
- 3 セルフヘルプグループは、多様な専門性を持つ専門職による、多職種連携の一形態である。
- 4 セルフヘルプグループでは、メンバー間の上下関係を活用する。
- 5 セルフヘルプグループへの入退会は、グループ運営を円滑に行うために、ソーシャルワーカーがその可否を決定する。

(分析結果)

セルフヘルプグループの特性を問う問題である。

(考察)

過去に出題される中で用いられてきた自助グループを、セルフヘルプグループに変えている。アルコール依存症の場合、現在でも自助グループとい

う用語が主流であるので、セルフヘルプグループに変えたことによって、依存症のグループ(断酒会、AAなど)を想起しにくくなったのではないかと

④出題がない科目

(分析結果)

この6年間で出題が全くなかった科目は、「心理学理論と心理的支援」「社会理論と社会システム」「現代社会と福祉」「地域福祉の理論と方法」「福祉行財政と福祉計画」「社会保障」「障害者に対する支援と障害者自立支援制度」「保健医療サービス」「権利擁護と成年後見制度」「社会調査の基礎」「相談援助の基盤と専門職」「福祉サービスの組織と経営」「高齢者に対する支援と介護保険制度」「児童や家庭に対する支援と児童・家庭福祉制度」「就労支援サービス」「更生保護制度」16科目である。

(考察)

出題が全くなかった科目の中には、「成年後見制度」が含まれる。この科目は、既述の「シラバスの内容と想定される教育内容の例」において、唯一「⑤成年後見制度を中心とした権利擁護活動の実際」の中で「アルコール依存症者への対応の実際」として示されているにもかかわらず、国家試験には全く反映されていない。また、同科目の教科書の内容には、アルコールに関連する事例はもとより、用語さえも見当たらないことから、求められる教育内容と教科書に整合性がないという課題ととらえる。

### 3. 結論

本調査から、社会福祉士の専門教育におけるアルコール依存症については、講義科目よりも、演習科目の事例の中で多く取り上げられていることが明らかとなった。講義科目では、医学的診断名として取り上げられているものの、アルコール依存症が身体的、精神的、社会的に生ずる多様な生活課題の解決を必要とすることだけでなく、それに対する必要な支援、例えば、回復できる病気としての理解、回復支援(アウトリーチ、ARP、SBIRTS、チーム連携、地域連携など)、家族支援方法、子どもに対する支援方法、回復資源(拠点医療機関、民間社会復帰団体、自助グループ)、アルコール健康障害対策基本法など包括的な支援に関する知識はほとんど触れられていない。また、実践につながる「演習・実習」においては、「相談援助演習」の中で具体的な事例として取り上げ

られているものの、援助方法については、依存症の回復に向けた支援の新しい知見（動機づけを高める、SBIRTS など）が反映されていない。本来ならば、演習の事例で学んだ実践を実習現場で体験的に再学習する機会を実習科目で取り上げられれば、より実践的な理解が深まると考える。例えば、地域に潜在するアルコール関連問題に対するソーシャルワーク実践をとおり、アルコール依存症以外のマイクロ、メゾ、マクロレベルの包括的支援に汎用できる実践力を磨く機会を提供することも可能となろう。アルコール依存関連に限ってではあるが、講義科目と演習・実習科目との相互関連性に大きな課題があると考え。さらに、国家試験においては、2017年以降まったく出題されておらず、トピックス的に取り上げられ受験者のアルコール依存関連に対する関心が低下し、習得が消極的になることが危惧される。

我が国の現状に翻ってみると、アルコール健康障害及びそれにまつわる関連問題による死者は年間に約3万5千人、社会的損失は約4兆円と推計されている（厚生労働省研究班調査、2008）。このような背景の中、2014年6月、「アルコール健康障害対策基本法」が施行された。アルコール健康障害は本人の健康問題だけでなく、家族への深刻な影響や重大な社会問題を生じさせる危険性が高いため、発生・進行・再発を防止し、当事者支援を図ることを目的としている。その実現を目指し、2016年5月に「アルコール健康障害対策推進基本計画」が閣議決定された。重点課題の1つに、アルコール健康障害に関する予防および相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備が挙げられている。具体的には、①アルコール健康障害への早期介入 ②地域における相談拠点の明確化 ③アルコール健康障害を有しているものとその家族を、相談、専門治療、回復支援に繋ぐための連携体制の推進 ④アルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備である。また、厚生労働省では2016年12月、大臣を本部長とする、アルコール・薬物・ギャンブル各チームから成る「依存症対策推進本部」が発足した。当事者やその家族が、適切な治療や相談支援を受けることができるよう、依存症の専門医療機関や相談拠点の整備など、地域支援体制の整備を進めている。

依存症は「否認の病」と言われ、他者に助けを求める力が脆弱化するのが特徴であるため、地域課題に縦横に棲みつき潜在化する。したがって、周囲

からの介入が欠かせず、連携・協働しながら専門の相談・治療につなげる関わりが重要であるとともに、生活全体へのニーズを有する人々への継続的な支援を必要とする。この支援の担い手として社会福祉士の人材を育成する意義は非常に大きい。

例えば、米国では「全てのソーシャルワーカーは依存の問題を発見する最前線にいる」とし、アメリカ合衆国保健福祉省（SAMHSA）が推奨するアルコール問題のスクリーニング、介入、適切な紹介・連携を効果的に行うSBIRTの習得をソーシャルワーカーに勧めるために、大学、大学院レベルの教育カリキュラムや現任者育成研修プログラムに関する研究、開発を積極的に行い、それらに関する情報を誰もがアクセスできる仕組みを構築している（<http://www.socialworker.com/feature-articles/practice/what-every-social-worker-needsto-know-about-sbirt/>：閲覧日2020年3月1日）。また、全米ソーシャルワーカー協会（NASW）、ソーシャルワーク教育評議会（CSWE）では、依存の問題に対する倫理綱領やソーシャルワーク実践の教育方針、認定基準（「the Educational policy and Accreditation Standards (EPAS) of 2008」）を持っている。

そこで、今後、「社会福祉士養成課程におけるカリキュラム」および教科書策定、国家試験において「アルコール依存症対策」に関する社会福祉士の基礎的実践力の習得を実現することを目的とし、以下の内容を盛り込むことが求められる。

1. 教育課程プログラム及びすべての講義科目（社会福祉士、精神保健福祉士受験資格取得共通科目を含む）に、地域の縦横的課題として「アルコール依存症対策」を位置づけ、明記すること。その際、用語については、アルコール健康障害対策基本計画で記述される用語に依拠し、科目内のみならず、全ての科目において統一を図ること。

2. 演習・実習指導科目および、演習・実習科目担当教員講習会のプログラムに、「アルコール依存症対策」に関する具体的なソーシャルワーク事例を取り上げる。その際、最低限、以下の項目について盛り込むこと。

①社会的排除の危険性があり、地域に潜在する社会的問題であることの理解（スティグマの払しょく）

地域と住民を対象としたソーシャルアクション

ンとしての啓発活動、コミュニティソーシャルワークとしての資源開発など

②疾病概念の理解（依存症の正しい知識）

自己治療説、減酒など新しい概念も取り上げる。

③回復概念の理解

回復者（本人・家族）の語り（体験）を直接聴く（ゲストスピーカー、自助グループの見学など）

④回復（動機づけから社会復帰まで）に必要な社会資源の理解

専門医療機関、一般医療機関、相談拠点、民間回復支援施設（マック、ダルクなど）、市民活動団体、自助グループ（本人、家族）など地域連携・協働方法の理解（早期発見・早期支援・早期治療）、回復を支援する地域を基盤とする包括的な社会福祉援助の方法（生活困難及び生活障害・重複障害、家族支援など）として、多職種連携、多機関・多団体連携、セルフヘルプグループ（自助グループ）との連携・協働方法としてエスバーツ（SBIRTS：Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment and Self-help group）など

3. 毎年行われる国家試験には、1、2の習得を問う問題を必ず入れること。この場合、「依存症」とひとくくりにせず、アルコールを明確に位置付けた問題を設定することが重要である。

4. 社会福祉士養成課程のカリキュラム、教科書、国家試験が三位一体となり整合性を図ること。

5. 職能団体や学会などと連携しながら、卒後教育で引き続き実践力を習得できるよう、その内容を吟味し、実現すること。

## 精神保健福祉士

久米知代（聖徳大学）

### はじめに

「精神保健福祉士」専門職養成教育は、精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）に基づき、精神保健福祉士の試験、精神保健福祉士養成課程カリキュラムの内容が具体的に示されている。同法は、2020年3月に改正（精神保健福祉士養成課程のカリキュラム令和2年度改正 [https://www.](https://www.mhlw.go.jp/content/000604982.pdf)

[mhlw.go.jp/content/000604982.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/000604982.pdf)）されたばかりであり令和3年度より順次施行されることが想定されるものであるため、本調査は、現行のカリキュラム（平成21年度改正）を対象に行うものとする。

## 1. 調査計画

### ①目的

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を行うため、アルコール関連問題及びアルコール依存症に関連する専門職「精神保健福祉士」教育の実情を明らかにし、第2期基本計画策定に向けた課題等を示し、望ましい教育の内容について提示する。

### ②対象

精神保健福祉士の教育課程カリキュラム、教科書、国家試験問題など。

### ③方法

文献研究、質的内容分析法

### ④研究期間

2020年3月1日～3月31日

## 2. 調査対象文献

### ①「精神保健福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」平成22年3月29日

厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0331-21a.pdf>

### ②日本精神保健福祉士養成校協会編集「新・精神保健福祉士養成講座」中央法規出版

#### 【専門科目】

- 1 精神疾患とその治療【2版】2016年2月刊行
- 2 精神保健の課題と支援【3版】2018年2月刊行
- 3 精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）【2版】2015年2月刊行
- 4 精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅰ【2版】2014年2月刊行
- 5 精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ【2版】2014年2月刊行
- 6 精神保健福祉に関する制度とサービス【6版】2018年2月刊行
- 7 精神障害者の生活支援システム【3版】2018年2月刊行

- 8 精神保健福祉援助演習（基礎・専門）【2版】  
2016年2月刊行
- 9 精神保健福祉援助実習指導・実習【2版】  
2015年2月刊行

月刊行

【共通科目】

- 1 人体の構造と機能及び疾病【3版】2015年2月刊行
- 2 心理学理論と心理的支援【3版】2015年2月刊行
- 3 社会理論と社会システム【3版】2014年2月刊行
- 4 現代社会と福祉【4版】2014年2月刊行
- 9 地域福祉の理論と方法【3版】2015年2月刊行
- 10 福祉行財政と福祉計画【5版】2017年2月刊行
- 12 社会保障【6版】2019年2月刊行
- 14 障害者に対する支援と障害者自立支援制度【6版】2019年2月刊行
- 16 低所得者に対する支援と生活保護制度【5版】2019年2月刊行
- 17 保健医療サービス【5版】2017年2月刊行
- 19 権利擁護と成年後見制度【4版】2014年2

③国家試験過去問

- ・公益財団法人社会福祉振興・試験センター(第20回(2015年)～第22回(2017年))  
[http://www.sssc.or.jp/seishin/past\\_exam/](http://www.sssc.or.jp/seishin/past_exam/)(共通科目)
- ・精神保健福祉士国家試験過去問解説集 2017 第16回-第18回全問完全解説  
中央法規 一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟

3. 調査・分析結果

①「精神保健福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」

「精神保健福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」に提示された「シラバスの内容と想定される教育内容の例」にアルコール関連について明記されているのは表1のとおり、精神保健福祉士の専門科目では「精神保健の課題と支援」に「アルコール問題に対する対策」(p.13)と「アルコール問題」(p.14)の2か所のみで、自助グループ関連については「精神障害者の生活支援システム」では、「自助グループとの連携」(p.26)で2か所のみである。

表1 精神保健福祉士教育カリキュラム「シラバスの内容と想定される教育内容の例」

7. 精神障害者の生活支援システム(30時間)		
ねらい	含まれるべき事項	想定される教育内容の例
・精神障害者の生活支援の意義と特徴について理解する。 ・精神障害者の居住支援に関する制度・施策と相談援助活動について理解する。 ・職業リハビリテーションの概念及び精神障害者の就労支援に関する制度・施策と相談援助活動(その他の日中活動支援を含む)について理解する。 ・行政機関における精神保健福祉士の相談援助活動について理解する。	① 精神障害者の概念	○ 精神障害の特性と人としての一般性
	② 精神障害者の生活の実際	○ 精神障害者の生活実態
	③ 精神障害者の生活と人権	○ 精神障害者の生活支援の理念と概要 ○ 地域生活における精神障害者の人権
	④ 精神障害者の居住支援	○ 住居支援制度の概要 ○ 住居支援に係わる専門職の役割と連携 ○ 住居支援の実際 ○ 住居支援における近年の動向と課題
	⑤ 精神障害者の就労支援	○ 関係する組織、団体、専門職、自助組織等との連携 ○ 就労支援制度の概要 ○ 就労支援に係わる専門職の役割と連携 ○ 就労支援の実際 ○ 就労支援における近年の動向と課題
	⑥ 精神障害者の生活支援システム	○ 関係する組織、団体、専門職、自助組織等との連携 ○ 精神障害者の自立と社会参加
		・国・都道府県・市町村の役割と連携 ・障害者雇用促進法、ジョブガイダンス ・国・都道府県・市町村の役割と連携、ハローワークとの連携 26
ねらい	含まれるべき事項	想定される教育内容の例
		○ 福祉的就労をはじめとする一般就労以外の生活支援の実際 ○ ソーシャル・サポートネットワーク
	⑦ 市町村における相談援助	○ 精神保健福祉相談員
	⑧ その他の行政機関における相談援助	○ 都道府県、保健所、精神保健福祉センター等における精神保健福祉士の機能と役割

表1 精神保健福祉士教育カリキュラム「シラバスの内容と想定される教育内容の例」

2. 精神保健の課題と支援(60時間)				
シラバスの内容		想定される教育内容の例		
ねらい	含まれるべき事項			
<p>・ 精神の健康についての基本的考え方と精神保健学の役割について理解する。</p> <p>・ 現代社会における精神保健の諸課題と、精神保健の実践及び精神保健福祉士の役割について理解する。</p> <p>・ 精神保健を維持、増進するために機能している、専門機関や関係職種との連携について理解する。</p> <p>・ 国際連合の精神保健活動や他の国々における精神保健の現状と対策について理解する。</p>	<p>① 精神の健康と、精神の健康に関連する要因及び精神保健の概要</p>	<p>○ 社会構造の変化と新しい健康観</p> <p>○ 精神の健康、精神疾患、身体・精神疾患に由来する障害</p> <p>○ ライフサイクルと精神の健康</p> <p>○ 生活習慣と精神の健康</p> <p>○ ストレスと精神の健康</p> <p>○ 精神の健康に関する心的態度</p> <p>○ 予防の考え方</p> <p>○ ささまざまな活動</p> <p>○ 精神保健活動の三つの対象</p>	<p>・ 高次脳機能障害</p> <p>・ 破綻の現れ方、燃え尽き、心の傷</p> <p>・ 否認、受容、回復</p> <p>・ カプランの考え方</p> <p>・ 老人保健</p> <p>・ 支持的精神保健</p>	
	<p>② 精神保健の視点から見た家族の課題とアプローチ</p>	<p>○ 現代日本の家族の形態と機能</p> <p>○ 結婚生活と精神保健</p> <p>○ 育児や教育をめぐる精神保健</p> <p>○ 病気療養や介護をめぐる精神保健</p> <p>○ 社会的ひきこもりをめぐる精神保健</p> <p>○ 家庭内の問題を相談する機関</p> <p>○ 保健所等の精神保健福祉士の役割</p>	<p>・ 非婚、DV</p> <p>・ 子育て不安、児童虐待</p> <p>・ 発達障害</p> <p>・ 家族の燃え尽き、高齢者虐待</p>	12
<p>③ 精神保健の視点から見た学校教育の課題とアプローチ</p> <p>④ 精神保健の視点から見た勤労者の課題とアプローチ</p> <p>⑤ 精神保健の視点から見た現代社会の課題とアプローチ</p> <p>⑥ 精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割</p>	<p>○ 現代日本の学校教育と生徒児童の特徴</p> <p>○ 教員の精神保健</p> <p>○ 関与する専門職と関係法規</p> <p>○ 保健所等の精神保健福祉士の役割</p> <p>○ 現代日本の労働環境</p> <p>○ うつ病と過労自殺</p> <p>○ 飲酒やギャンブルに関する問題</p> <p>○ 心身症と生活習慣病</p> <p>○ 職場内の問題を解決するための機関及び関係法規</p> <p>○ 保健所等の精神保健福祉士の役割</p> <p>○ 災害被災者、犯罪被害者の精神保健</p> <p>○ ニートや貧困問題と精神保健</p> <p>○ ホームレスと精神保健</p> <p>○ 性同一性障害と精神保健</p> <p>○ 他文化に接することで生じる精神保健上の問題</p> <p>○ アルコール問題に対する対策</p>	<p>・ いじめ、学校における暴力、自殺</p> <p>・ 不登校、学級崩壊</p> <p>・ 非行問題(少年犯罪、薬物依存、10代の妊娠)等</p> <p>・ 学校保健法など</p> <p>・ 労働基準法、労働安全衛生法など</p>	13	
	<p>⑦ 地域精神保健に関する諸活動と精神保健に関する偏見・差別等の課題</p>	<p>○ 薬物依存対策</p> <p>○ うつ病と自殺防止対策</p> <p>○ 認知症高齢者に対する対策</p> <p>○ 社会的ひきこもりに対する対策</p> <p>○ 災害時の精神保健に対する対策</p> <p>○ 関係法規</p> <p>○ ネットワークづくり</p> <p>○ 資源開発</p> <p>○ 精神保健に関する調査</p> <p>○ 精神保健に関わる人材育成</p> <p>○ 国民の精神障害観</p> <p>○ 施設コンフリクト</p> <p>○ 国の機関とその役割</p> <p>○ 精神保健に関する法規</p> <p>○ 保健師等の役割と連携</p> <p>○ 地域精神保健に係わる行政機関の役割及び連携</p> <p>○ 学会や啓発団体</p> <p>○ 主なセルフヘルプグループ</p> <p>○ 世界の精神保健の実情</p> <p>○ WHOなどの国際機関の活動</p> <p>○ 諸外国の精神保健医療の実情</p>	<p>・ 地域保健法、母子保健法など</p> <p>・ 精神保健福祉センター、保健所、市町村(保健センター)</p> <p>・ いのちの電話、アルコール問題、精神衛生会</p> <p>・ 家族会、当事者の会</p>	14
	<p>⑧ 精神保健に関する専門職種(保健師等)と国、都道府県、市町村、団体等の役割及び連携</p>			
	<p>⑨ 諸外国の精神保健活動の現状及び対策</p>			

出典：「精神保健福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」(平成22年3月29日)より抜粋

②「新・精神保健福祉士養成講座」について

平成 22 年の精神保健福祉士の教育カリキュラムの見直しに伴い、改定された（多くの養成校が採用している）テキストについて、索引にアルコール関連が明記されているのは精神保健福祉士の専門科目全 9 巻では以下の通りである。

- 1) 精神疾患とその治療：5 頁
  - ・アルコール依存症 (p.102)
  - ・アルコール依存症の治療 (p.104)
  - ・アルコール関連障害 (p.100)
  - ・アルコール幻覚症 (p.106)
  - ・アルコール離脱 (p.103)
- 2) 精神保健の課題と支援：3 頁
  - ・アルコール依存症 (p.227)
  - ・アルコール関連問題 (p.224)
  - ・アルコール健康障害対策基本法 (p.230)
- 3) 精神保健福祉相談援助の基盤（基礎・専門）：2 頁
  - ・アルコール依存症 (p.16、p.141、p.156、p.162、p.269)
  - ・アルコール依存症者匿名会 (p.157)
- 4) 精神保健福祉の理論と相談援助の展開 I：1 頁

- ・アルコール依存症者 (p.203)
- 5) 精神保健福祉の理論と相談援助の展開 II：0 頁
- 6) 精神保健福祉に関する制度とサービス：7 頁
  - ・アルコール依存 (p.158)
  - ・アルコール関連問題 (p.161)
  - ・アルコール関連問題基本法推進ネット (p.161)
  - ・アルコール健康障害対策基本法 (p.161)
  - ・アルコール健康障害対策推進基本計画 (p.161)
  - ・アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略 (p.161)
  - ・アルコールクス・アノニマス (p.159)
- 7) 精神障害者の生活支援システム：0 頁
- 8) 精神保健福祉援助演習（基礎・専門）：2 頁
  - ・アルコール依存 (p.298、p.301)
  - ・アルコール関連障害 (p.301)
- 9) 精神保健福祉援助実習指導・実習：0 頁

索引に挙げられている箇所とテキストの内容を、アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、自助グループなど関連する箇所を検証し分析した結果は、表 2 の通りである。

表 2 アルコール関連の索引頁数、該当箇所の頁数、総頁数、割合の一覧

	科目名	索引頁数	該当箇所	総頁数	割合 (%)
1	人体の構造と機能及び疾病	3	3	243	1.2
2	心理学理論と心理的支援	1	1	233	0.4
3	社会理論と社会システム	1	1	244	0.4
4	現代社会と福祉	0	0	367	0.0
5	地域福祉の理論と方法	1	1	353	0.3
6	福祉行財政と福祉計画	0	0	262	0.0
7	社会保障	0	0	326	0.0
8	障害者に対する支援と障害者自立支援制度	0	0	274	0.0
9	低所得者に対する支援と生活保護制度	1	1	276	0.4
10	保健医療サービス	0	0	272	0.0
11	権利擁護と成年後見制度	0	0	260	0.0
12	精神疾患とその治療	5	30	384	7.8
13	精神保健の課題と支援	3	57	376	15.2
14	精神保健福祉相談援助の基盤	6	18	312	5.8
15	精神保健福祉の理論と相談援助の展開	1	12	752	1.6
16	精神保健福祉に関する制度とサービス	3	12	432	2.8
17	精神障害者の生活支援システム	0	5	300	1.7
18	精神保健福祉援助演習	0	5	416	1.2
19	精神保健福祉援助実習	0	1	260	0.4
	合計	25	140	6342	2.2

(筆者作成)

精神保健福祉士の専門科目のテキストの中で、アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、自助グループなど関連する用語を取り上げた箇所が最も多かったのは、「精神保健の課題と支援」で57箇所であった。

その章／節／項は以下の通りである。

「精神保健の課題と支援」:

- ・1章精神の保健の概要と課題 /1節精神保健の概要 / 精神保健とは
- ・2章精神の健康とその要因 /2節ライフサイクルと精神の健康 /7項壮年期・中年期
- ・2章精神の健康とその要因 /4節生活習慣と精神の健康 /1項生活習慣と精神保健
- ・2章精神の健康とその要因 /4節生活習慣と精神の健康 /1項生活習慣と精神保健
- ・2章精神の健康とその要因 /5節精神の健康、精神疾患、身体疾患に由来する障害 /2項精神疾患に由来する精神の障害
- ・4章精神保健の視点からみた家族の課題とアプローチ /2節結婚生活と精神保健 /2項結婚生活における精神的問題
- ・4章精神保健の視点からみた家族の課題とアプローチ /3節出産・育児をめぐる精神保健 /2項育児に関する精神保健
- ・4章精神保健の視点からみた家族の課題とアプローチ /6節高齢者の精神保健 /2項高齢者にかかわる諸問題
- ・4章精神保健の視点からみた家族の課題とアプローチ /7節家庭内の問題を相談する機関 /3項保健所
- ・4章精神保健の視点からみた家族の課題とアプローチ /7節家庭内の問題を相談する機関 /4項精神保健福祉センター
- ・6章精神保健の視点から見た勤労者の課題とアプローチ
- ・6章精神保健の視点から見た勤労者の課題とアプローチ /3節飲酒やギャンブルなど依存に関する問題
- ・6章精神保健の視点から見た勤労者の課題とアプローチ /3節飲酒やギャンブルなど依存に関する問題 /1項職場における飲酒問題
- ・6章精神保健の視点から見た勤労者の課題とアプローチ /6節職場における精神保健福祉士の役割 /2項精神保健福祉士の支援の視点と実践
- ・7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /2節アルコール問題に対する対策 /1項

アルコール関連問題

- ・7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /2節アルコール問題に対する対策 /2項アルコール依存症
- ・7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /2節アルコール問題に対する対策 /3項アルコール関連問題の対策と現状
- ・7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /2節アルコール問題に対する対策 /4項期待される精神保健福祉士の役割
- ・7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /3節薬物依存対策 /1項日本における薬物依存の実態
- ・7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /3節薬物依存対策 /2項乱用と依存と中毒
- ・7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /3節薬物依存対策 /3項依存性薬物の種類と特徴
- ・7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /3節薬物依存対策 /4項予防対策
- ・7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /3節薬物依存対策 /5項薬物依存症の治療
- ・7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /3節薬物依存対策 /6項依存症者の支援
- ・8章精神保健の視点からみた現代社会の課題とアプローチ /1節現代社会と精神保健 /1項現代社会の精神保健ニーズと精神保健医療福祉改革の動向
- ・8章精神保健の視点からみた現代社会の課題とアプローチ /5節ホームレスおよび貧困問題と精神保健 /1項ホームレス問題と精神障害
- ・9章地域精神保健に関する諸活動 /2節資源開発 /1項社会資源の特徴
- ・9章地域精神保健に関する諸活動 /5節精神保健に関する人材育成 /1項法に規定される人材
- ・10章諸外国の精神保健活動の現状および対策 /2節WHOなどの国際機関の活動 /1項WHOのメンタルヘルスの定義と主要な報告

「精神保健の課題と支援」では、「精神の健康とその要因」を「ライフサイクル」や「生活習慣」からの説明、「精神保健の視点」から「家族」や「勤労者」の課題としてのアプローチの方法、その上でアルコール問題や薬物依存対策に対して精神保

健福祉の役割は何なのかが記述されている。

2番目に多かったテキストは「精神疾患とその治療」で30箇所であった。その章／節／項は以下の通りである。

「精神疾患とその治療」:

- ・2章精神障害の理解 /2節精神疾患の成因と分類 /2項精神障害の分類から精神医学診断システム
- ・3章精神疾患の症状と診断 /1節精神症状と状態像 /3項精神症状各論
- ・3章精神疾患の症状と診断 /1節精神症状と状態像 /3項精神症状各論
- ・3章精神疾患の症状と診断 /2節診断と手順と方法 /2項診断の実際の手順
- ・4章代表的な精神疾患 /2節精神作用物質使用による精神および行動の障害 /2項依存と乱用から使用障害へ
- ・4章代表的な精神疾患 /2節精神作用物質使用による精神および行動の障害 /7項アルコール関連障害
- ・4章代表的な精神疾患 /2節精神作用物質使用による精神および行動の障害 /8項アルコール以外の抑制系精神作用物質
- ・4章代表的な精神疾患 /2節精神作用物質使用による精神および行動の障害 /9項興奮系の精神作用物質
- ・4章代表的な精神疾患 /2節精神作用物質使用による精神および行動の障害 /11項カフェイン関連障害
- ・4章代表的な精神疾患 /3節統合失調症 (F2) /6項統合失調症の症状－シュナイダーの一級症状
- ・4章代表的な精神疾患 /7節パーソナリティ障害と行動の障害 (F6) /6項行動 (習慣および衝動) の障害、行動の異常
- ・4章代表的な精神疾患 /10節小児期および青年期に発症する他の行動および情緒の障害 (F9) /7項インターネット (オンライン) ゲーム障害
- ・5章精神疾患の治療 /1節精神科薬物療法 /2項精神科薬物療法－各論－睡眠薬
- ・5章精神疾患の治療 /4節精神科リハビリテーション /3項精神科リハビリテーションの技法
- ・6章精神科医療機関の治療構造および専門病棟 /1節依存構造の変化 /2項精神疾患患者動向の近年の変化

- ・6章精神科医療機関の治療構造および専門病棟 /4節入院医療 /1項専門病棟などの理解
- ・8章精神医療と福祉および関連機関との間における連携の重要性 /2節再発予防のための支援 /1項統合失調症における「再発」

「精神疾患とその治療」では、「精神疾患の症状」の中でも「アルコール関連障害」や「精神作用物質使用による精神および行動の障害」を「代表的な精神疾患」として取り上げ、さらに「精神科医療機関」の「専門病棟」でどのような治療を受けるのかが記述されている。

3番目に多かったのは「精神保健福祉相談援助の基盤」で18箇所であった。その章／節／項は以下の通りである。

- ・1章精神保健福祉法の見直しの背景 /1節精神保健福祉士制度化のあゆみ /3項精神保健福祉法の見直しの背景
- ・1章精神保健福祉法の見直しの背景 /1節精神保健福祉士制度化のあゆみ /4項精神保健福祉士の位置づけ
- ・6章精神保健福祉分野における相談援助の体系 /1節精神保健福祉分野における相談援助活動の対象 /2項専門的相談援助活動
- ・6章精神保健福祉分野における相談援助の体系 /1節精神保健福祉分野における相談援助活動の対象 /3項精神保健福祉士の役割
- ・6章精神保健福祉分野における相談援助の体系 /2節精神保健福祉分野における相談援助活動の目的と意義
- ・6章精神保健福祉分野における相談援助の体系 /3節精神保健福祉分野における援助活動の現状と今後の展開 /2項精神保健福祉領域における精神保健福祉士の活動の場として
- ・6章精神保健福祉分野における相談援助の体系 /3節精神保健福祉分野における援助活動の現状と今後の展開 /4項今後の展開
- ・7章精神保健福祉分野における専門職の概念と範囲 /2節精神保健福祉分野にかかわる専門職の概念とその業務 /2項精神科医療機関における専門職
- ・9章精神保健福祉活動における総合的・包括的な援助と多職種連携 /1節総合的・包括的な援助を支える理論 /2項福祉ニーズの増大化・深刻化と先鋭化・潜在化

「精神保健相談援助の基盤」では、「精神保健福祉士制度化のあゆみ」の中で「精神保健福祉士の位置づけ」がどうなされたのか、に始まり、「精神保健福祉分野における相談援助」の現状と今後の課題について、専門職としての概念やその業務、さらに「総合的・包括的な援助」と「多職種連携」をどのように展開していくのかが記述されている。

一方で、回復のための社会資源として「自助グループ」や「AA」等の記述があるテキストと、その章／節／項は以下の通りである。

・「精神疾患とその治療」：2か所

→ 4章代表的な精神疾患 /2節精神作用物質使用による精神および行動の障害 /7項アルコール関連障害

→ 5章精神疾患の治療 /4節精神科リハビリテーション /3項精神科リハビリテーションの技法

・「精神保健の課題と支援」：1か所

→ 7章精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /8節精神保健に関する対策と精神保健福祉士の役割 /2項精神保健福祉士に必要なソーシャルワークの視点と役割

・「精神保健福祉相談援助の基盤」：2か所

→ 6章精神保健福祉分野における相談援助の体系 /2節精神保健福祉分野における相談援助活動の目的と意義

→ 6章精神保健福祉分野における相談援助の体形 /3節精神保健福祉分野における援助活動の現状と今後の展開 /4項今後の展開

・「精神保健福祉の理論と相談援助の展開Ⅱ」：3か所

→ 1章相談援助活動の展開 /2節 /2項集団を活用した支援の実際

→ 5章地域を基盤にしたリハビリテーションの基本的考え方 /4節 /2項セルフヘルプグループ

→ 6章相談援助にかかわる組織、団体、関係機関および専門職や地域の支援者 /4節インフォーマルな社会資源の役割 /3項地域生活におけるインフォーマルサポート

・「精神障害者の制度とサービス」：1か所

→ 4章精神障害者等の福祉制度の概要と福祉サービス /5節精神障害者等を対象とした福祉施策・事業 /9項アルコール依存・薬物依

存支援施策の推移

・「精神障害者の生活支援システム」：1か所

→ 4章精神障害者の地域生活支援システム /4節余暇活動 /2項市民としての精神障害者の活動

医学・医療的な意味合いが大きい「精神疾患とその治療」と「精神保健の課題と支援」に対して、福祉の意味合いが大きい「精神保健福祉相談援助の基盤」「精神保健福祉の理論と相談援助の展開」「精神保健福祉に関する制度とサービス」「精神障害者の生活支援システム」で比べると、回復のための社会資源として「自助グループ」や「AA」等の記述があるテキストは前者よりも後者の方が多い。

### ③国家試験過去問について

2014～2019年までの6年間の国家試験で、社会福祉士との共通科目と精神保健福祉士の専門科目の設問において、アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、自助グループなど関連する用語を使用した出題件数は表3の通りである。

精神保健福祉士の専門科目の中で、医学・医療的な意味合いが大きい「精神疾患とその治療」と「精神保健の課題と支援」では、2科目計10題出題されているのに対して、福祉の意味合いが大きい「精神保健福祉相談援助の基盤」「精神保健福祉の理論と相談援助の展開」「精神保健福祉に関する制度とサービス」「精神障害者の生活支援システム」では、4科目で7題出題されている。

つまり、アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、自助グループなど関連する用語を使用した出題は、前者よりも後者の方が少ない。

## 4. 考察

精神保健福祉士の専門教育において、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が平成22年3月29日に提示している「精神保健福祉士養成課程における教育内容等の見直し」の「シラバスの内容と想定される教育内容の例」では、精神保健福祉士の専門科目9科目のうち、アルコール関連の用語は「精神保健の課題と支援」のみ、自助グループは「精神障害者の生活支援システム」のみと2科目で、重点項目ではないことが分かる。

実際にテキストを索引レベルで検証すると、医

表3 2014～2019年までの6年間の国家試験で、アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、自助グループなど関連する用語を使用した出題件数

	試験科目	2019	2018	2017	2016	2015	2014	計
1	人体の構造と機能及び疾病	0	0	0	1	1	1	3
2	心理学理論と心理的支援	0	0	0	0	0	0	0
3	社会理論と社会システム	0	0	0	0	0	0	0
4	現代社会と福祉	0	0	0	0	0	0	0
5	地域福祉の理論と方法	0	0	0	0	0	0	0
6	福祉行財政と福祉計画	0	0	0	0	0	0	0
7	社会保障	0	0	0	0	0	0	0
8	障害者に対する支援と障害者自立支援制度	0	0	0	0	0	0	0
9	低所得者に対する支援と生活保護制度	0	0	0	1	0	0	1
10	保健医療サービス	0	0	0	0	0	0	0
11	権利擁護と成年後見制度	0	0	0	0	0	0	0
12	精神疾患とその治療	0	1	1	1	1	1	5
13	精神保健の課題と支援	0	1	2	0	1	1	5
14	精神保健福祉相談援助の基盤	0	0	3	0	0	0	3
15	精神保健福祉の理論と相談援助の展開	0	1	0	0	1	0	2
16	精神保健福祉に関する制度とサービス	0	0	0	0	1	0	1
17	精神障害者の生活支援システム	1	0	0	0	0	0	1
	計	1	3	6	3	5	3	21
	計（うち、精神保健福祉士の専門科目のみ）	1	3	6	1	4	2	17

(筆者作成)

学・医療的な意味合いが大きい「精神疾患とその治療」と「精神保健の課題と支援」は8頁に対して、福祉の意味合いが大きい「精神保健福祉相談援助の基盤」「精神保健福祉の理論と相談援助の展開」「精神保健福祉に関する制度とサービス」「精神障害者の生活支援システム」では10頁と、前者よりも後者の方が多い。

しかし、テキストの該当する箇所数で検証すると、医学・医療的な意味合いが大きい「精神疾患とその治療」と「精神保健の課題と支援」は87箇所に対して、福祉の意味合いが大きい「精神保健福祉相談援助の基盤」「精神保健福祉の理論と相談援助の展開」「精神保健福祉に関する制度とサービス」「精神障害者の生活支援システム」では47箇所となり、前者よりも後者の方が少なくなる。これはテキストの章／節／項の個数を検証しても同様で、前者よりも後者の方が少なくなる。

また、過去6年間の国家試験において、アルコール関連の出題件数を検証すると、医学・医療的な意味合いが大きい「精神疾患とその治療」と「精神保健の課題と支援」では2科目計10題出題されているのに対して、福祉の意味合いが大きい「精神保健福祉相談援助の基盤」「精神保健福祉の理

論と相談援助の展開」「精神保健福祉に関する制度とサービス」「精神障害者の生活支援システム」では4科目で7題出題されており、前者よりも後者の方が少ない。

こうしたことから、索引レベルでの取扱い以外は、総じて医学・医療的な意味合いが大きい「精神疾患とその治療」と「精神保健の課題と支援」に対して、福祉の意味合いが大きい「精神保健福祉相談援助の基盤」「精神保健福祉の理論と相談援助の展開」「精神保健福祉に関する制度とサービス」「精神障害者の生活支援システム」の方が少ないと言える。これは、1つにはアルコール依存、アルコール依存症に関しては、未だ「病気」という捉え方が中心の「医学モデル」での見方が主流で、「回復できる」ことへの理解や、地域の生活者として「福祉の対象者」となり得ることへの理解に繋がる「生活モデル」としての見方に至っていないのではないかと考える。これには精神保健福祉分野に纏わる時代背景が大きく影響していたのではないかと考える(表4参照)。

表4 教育カリキュラム 「今後の精神保健福祉士に求められる役割」と「必要とされる知識および技術」

## I-① 新たな教育カリキュラム

### 1. 今後の精神保健福祉士に求められる役割

精神保健福祉士制度の施行から現在に至るまでの間に、「入院医療中心から地域生活中心へ」という施策の転換や障害者自立支援法の施行など、精神保健福祉士を取り巻く環境は大きく変化しており、今後の精神保健福祉士に求められる役割としては、

- ① 医療機関等におけるチームの一員として、治療中の精神障害者に対する相談援助を行う役割
- ② 長期入院患者を中心とした精神障害者の地域移行を支援する役割
- ③ 精神障害者が地域で安心して暮らせるよう相談に応じ、必要なサービスの利用を支援するなど、地域生活の維持・継続を支援し、生活の質を高める役割

なお、

- ④ 関連分野における精神保健福祉の多様化する課題に対し、相談援助を行う役割についても求められつつある。

### 2. 今後の精神保健福祉士に必要とされる知識及び技術

今後の精神保健福祉士の養成課程においては、精神障害者の人権を尊重し、利用者の立場に立って、これらの役割を適切に果たすことができるような知識及び技術が身に付けられるようにすることが求められており、具体的には、

- ① 医療機関等における専門治療の特徴を踏まえ、関係職種と連携・協働する専門的知識及び技術

3

- ② 地域移行の重要性、地域移行を促進するための家族調整や住居確保など、地域移行に係わる専門的知識及び技術
- ③ 包括的な相談援助を行うための、地域における医療・福祉サービスの利用調整
- ④ 就職に向けた相談・求職活動等に関する専門的知識及び技術
- ⑤ ケアマネジメント、コンサルテーション、チームアプローチ、ネットワーキング等の関連援助技術

などを実践的に教育していく必要がある。

また、

- ⑥ 行政、労働、司法、教育分野での精神保健に関する相談援助活動
- ⑦ 各々の疾患及びライフサイクルに伴う生活上の課題

などの基礎的な知識も教育していく必要がある。

(なお、生涯研修の観点から、スーパービジョンの意義及び目的をより重視した教育を行うとともに、養成課程と卒後研修を有機的に結びつけたスーパービジョン体制を構築することも必要である。)

### 3. 以上を踏まえ、実践力の高い精神保健福祉士を養成する観点から以下のような視点で、教育カリキュラムの見直しを行うこととする。

#### 【時間数】

- 一般養成施設については、現行の1年以上という修業年限を前提としつつ、教育内容の充実により教育時間数についても1,200時間まで拡充を図る。
- 短期養成施設については、現行の6月以上という修業年限を前提としつつ、教育時間数は一般養成施設の教育カリキュラムの見直しを踏まえて、720時間まで充実を図る。

4

出典：「精神保健福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」（平成22年3月29日）より抜粋

平成16年9月に「精神保健福祉施策の改革ビジョン」が提示され、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念の下、精神科病院からの退院促進のための事業としての「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」が主流だったことが考えられる。

一方で、お酒（アルコール）に関しては、日本の諺に「百薬の長」とあるように、適量の酒はどんな良薬よりも効果があると言われ、また「眠れないときはまず寝酒という発想が生じる国民」（テキスト「精神保健の課題と支援」p.194）であり、「不眠、イライラ、落ち込みといった『不快な症状を消したい』という発想で飲酒」（同）している。さらに「医師の診察を受けて投薬される睡眠導入剤よりも、身近にあるアルコールのほうが気軽に安全という誤解が広く普及」している現状もある。

昨今では、「アルコールは、百薬の長というよりも『万病の元』である」「酒は少量でも脳に影響がある」と言われ始めているが、テキストにも「適宜飲酒問題の正しい理解を継続して促していく必要がある」との記載はあっても、「アルコールは毒物」とまで記載しているところはない。

若年層の一気飲みによる急性アルコール中毒死、高齢者のアルコール依存症者の増加、多発している飲酒運転による重大事故等を鑑みると、「精神保健福祉士」の養成の中で、「医学モデル」における正しい知識を伝えると共に、依存症者に対しての偏見除去や、「回復できる病」を支援するための専門職であることを学習できる教育カリキュラムになっていくことが望まれる。

## 5. 参考文献

- 1) 厚生労働省、精神障害者の「地域移行」について～精神障害者地域移行・地域定着支援事業の位置づけ～  
[https://www.mhlw.go.jp/jigyo\\_shiwake/dl/h24\\_rv01b.pdf](https://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/dl/h24_rv01b.pdf)
- 2) 津川友介、「お酒は少量なら健康に良い」はウソだった？「海外一流誌」の最新論文をどう読むか  
<https://toyokeizai.net/articles/-/235594>
- 3) MG Grisnold et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016  
LANCET : VOLUME 392, ISSUE 10152, P1015-1035, SEPTEMBER 22, 2018

## 介護福祉士

久米知代（聖徳大学）

### 1. 調査対象文献

①平成19年度介護福祉士養成課程における教育内容の見直しについて（厚生労働省）  
「新しい介護福祉士養成カリキュラムの基準と想定される教育内容の例」  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/shakai-kaigo-yousei03.pdf>

②介護福祉士養成講座編集委員会「最新・介護福祉士養成講座」（全15巻）中央法規出版

- 1 人間の理解 2019年2月刊行
- 2 社会の理解 2019年2月刊行
- 3 介護の基本Ⅰ 2019年2月刊行
- 4 介護の基本Ⅱ 2019年2月刊行
- 5 コミュニケーション技術 2019年2月刊行
- 6 生活支援技術Ⅰ 2019年2月刊行
- 7 生活支援技術Ⅱ 2019年2月刊行
- 8 生活支援技術Ⅲ 2019年2月刊行
- 9 介護過程 2019年2月刊行
- 10 介護総合演習・介護実習 2019年2月刊行
- 11 こころとからだのしくみ 2019年2月刊行
- 12 発達と老化の理解 2019年2月刊行
- 13 認知症の理解 2019年2月刊行
- 14 障害の理解 2019年2月刊行
- 15 医療的ケア 2019年2月刊行

③〈介護福祉士国家試験〉過去の試験問題：公益社団法人社会福祉振興・試験センター  
[http://www.sssc.or.jp/kaigo/past\\_exam/index.html](http://www.sssc.or.jp/kaigo/past_exam/index.html)

④介護福祉士の過去問を提供「解説あり」- 過去問ドットコム  
<https://kakomonn.com/kaigofukushi/>

### 2. 調査・分析結果

①「平成19年度社会福祉士及び介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」の「新しい介護福祉士養成課程カリキュラムの基準と想定される教育内容の例」  
「平成19年度社会福祉士及び介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」で提示

された「新しい介護福祉士養成課程カリキュラムの基準と想定される教育内容の例」では、アルコール関連問題、アルコール依存症等について明記されている箇所はない。

②「最新・介護福祉士養成講座」について

2019年からの新カリキュラム改正に伴い、「最新・介護福祉士養成講座」は多くの養成校で採用されている全15巻のテキストである。その中で、索引に「アルコール」が明記されているテキストはない。

各テキストの内容を詳細に検索し、「精神作用物質による急性中毒またはその依存症」「アルコール」「アルコール類」「アルコール等」「アルコール依存症」「アルコール性脂肪肝」「非アルコール性脂肪肝」「アルコール性肝硬変」「過剰なアルコール」「アルコールの摂取」「飲酒」「大酒飲み」「離脱症状」「自助グループ」「断酒会」といった、アルコールに関連する箇所を抽出し分析した結果は、表1の通りである。

取り上げた頁数が最も多かったテキストは「発達と老化の理解」で7頁、総頁数に対して2.2%。2章の「人間の発達段階と発達課題」で、「飲酒」が生活習慣病の発症や進行に寄与している。また

5章の「高齢者と健康」で、「アルコール類」「過剰なアルコールの摂取」が「逆流性食道炎」「肝硬変」「脂質異常症」「痛風（高尿酸血症）」の発症原因になる、としている。

2番目に多かったのは「障害の理解」で5頁、総頁数に対して1.7%。2章と3章の「障害別の基礎的理解と特性に応じた支援」の中で、2章では「アルコール性肝硬変」の原因や症状の記述があり、3章では「精神作用物質」である「アルコール」が「意識や認知、感情、行動などの障害を生じる」ことや、「将来の認知症のリスクに関連している」と述べている。また、「さまざまな支援を提供する」ピアサポートとして、「断酒会」が自助グループとして記述されている。

3番目に多かったのは、「社会の理解」で2頁、総頁数に対して0.6%。5章で「障害者保健福祉に関連する法体系」として精神保健福祉法の「精神障害者」の定義が示され、6章で「個人の権利を守る制度・施策」の事例で、「息子による（親の）年金の使い込み」の例の中で、経営不振の為に会社を退職した息子がその後定職に就かず、生活費とギャンブルに年金を使い込んでいる、としたものの。親の年金を親本人のために使うためにはどうしたらよいか問うている。

表1 アルコール関連の用語の出現数と、該当頁、頁数、総頁数、割合（%）の一覧

科目名	の出現数 関連する 用語	該当頁	頁数	総頁数	割合 (%)	テキストの内容 (アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、依存症、自助グループなどに関連する箇所を抜粋)
1 人間の理解	0		0	292	0.0%	記載なし
2 社会の理解	1	226	1	348	0.6%	5章障害者福祉と障害者総合支援制度 /2 節障害者保健福祉に関連する法体系 /2 項障害者の法的定義 2) 法律等における障害者の定義 ○表 5-5 法律等における障害者の定義 精神障害者：法律-精神保健福祉法、定義-統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有するもの ★関連する用語の出現数：精神作用物質による急性中毒またはその依存症 (1)
	1	265	1			6章介護実践に関連する諸制度 /1 節個人の権利を守る制度・施策 /2 項サービス利用に関する制度・施策 ○事例 1 息子による年金の使い込み Aさん（80歳、女性）は、約1年半前に軽度の認知症との診断を受けました。息子（50歳）と2人暮らしです。息子は2年前、務めていた会社の経営不振のため退職しました。それ以来、定職につかず、Aさんの年金を生活費にあて、さらにギャンブルにもつぎこんでいます。 半年前、Aさんは自宅で転倒し、骨折しました。退院後は、自力で歩行できず要介護4の認定を受けました。しかし、公共料金などを滞納し、医療や介護サービスの利用には消極的です。 ⇒みなさんは、この事例のAさんにはどのようなサービスが必要だと考えますか。息子との関係、特に金銭面に関してどのように対応したらよいでしょうか。Aさんの年金をAさんの生活に使うためにはどうしたらよいでしょうか。 ★関連する用語の出現数：ギャンブル (1)
3 介護の基本	0		0	220	0.0%	【介護の基本I】記載なし
	0		0	284	0.0%	【介護の基本II】記載なし

表1 アルコール関連の用語の出現数と、該当頁、頁数、総頁数、割合(%)の一覧

科目名	の出現数	該当頁	頁数	総頁数	割合(%)	テキストの内容 (アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、依存症、自助グループなどに関連する箇所を抜粋)
4 コミュニケーション技術	0		0	276	0.0%	記載なし
5 生活支援技術	0		0	324	0.0%	【生活支援技術Ⅰ】記載なし
	0		0	308	0.0%	【生活支援技術Ⅱ】記載なし
	0		0	324	0.0%	【生活支援技術Ⅲ】記載なし
6 介護過程	0		0	228	0.0%	記載なし
7 介護総合演習・介護実習	0		0	292	0.0%	記載なし
8 こころとからだのしくみ	1	150	1	324	0.3%	5章/2節/1項 精神機能の低下が食事に及ぼす影響 ・食欲不振は「食欲がない」状態ですが、原因となる疾患には、がん、十二指腸などの潰瘍、肝硬変、胃炎、膵炎、腸炎、便秘などの消化器症状のほか、うつ血性心不全などの循環器疾患、アジソン病、甲状腺機能低下症などの内分泌疾患、重症の気管支喘息といった呼吸器系疾患、悪性リンパ腫などの血液・免疫系疾患、腎不全などの泌尿器系疾患、そのほか、重鉛欠乏症、 <u>アルコール依存症</u> 、感染症、薬の副作用などがあります。  ★関連する用語の出現数：アルコール依存症(1)
9 発達と老化の理解	1	46	1	324	2.2%	2章人間の発達段階と発達課題/3節身体的機能の成長と発達/3項発達にともなう特徴的な疾病や障害 2)各発達段階にみられる疾病や障害(5)成人期 ①生活習慣病 生活習慣病とは、食事、運動、ストレス、喫煙、飲酒などの生活習慣が発症や進行に関与する病気の総称であり、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、心臓病、脳卒中などが含まれます。  ★関連する用語の出現数：飲酒(1)
	1	244	1			5章高齢者と健康/3節高齢者に多い疾患・症状と生活上の留意点/6項消化器系 2)逆流性食道炎 (5)生活上の留意点 過食をせず、高脂肪、甘味や酸味の強い食品や香辛料は控えます。 <u>アルコール類</u> ・たばこ、コーヒー・緑茶、チョコレートも控えましょう。  ★関連する用語の出現数：アルコール類(1)
	3	245-246	2			5章高齢者と健康/3節高齢者に多い疾患・症状と生活上の留意点/6項消化器系 3)肝硬変 (2)原因 原因として大きな割合を占めるものが肝炎ウイルスで、全体の約65%がC型肝炎ウイルス、約15%がB型肝炎ウイルスといわれています。残り約10~15%がアルコール等によるものとされています。最近では、非アルコール性脂肪肝炎も肝硬変に発展するおそれがある病気として注目されています。 (3)症状 アルコール性肝硬変の場合には、上胸部から背中にかけて赤い小さな斑点と、そこを中心に毛細血管が蜘蛛の足のように広がるくも状血管腫が認められることが多いです  ★関連する用語の出現数：アルコール等(1)、アルコール性脂肪肝炎(1)、アルコール性肝硬変(1)
	1	256	1			5章高齢者と健康/3節高齢者に多い疾患・症状と生活上の留意点/8項内分泌・代謝系 2)脂質異常症 (4)治療 ○表5-15 脂質異常症の治療 食事療法ー糖質(主食、菓子類、甘い果物類、甘い飲み物、過剰な <u>アルコール</u> )を控える。  ★関連する用語の出現数：過剰なアルコール(1)
	4	257-258	2			5章高齢者と健康/3節高齢者に多い疾患・症状と生活上の留意点/8項内分泌・代謝系 3)痛風(高尿酸血症) (2)原因 ・特に食事内容やアルコールの摂取は尿酸値に影響を与えます。 (4)治療 ・アルコールの量・飲む回数を減らし、バランスのとれた食事と適度な運動をしているか生活を見直します。 ・アルコールは、アルコール自体にプリン体を多く含んでいなくても、細胞由来の尿酸の産生量が多くなると同時に尿酸の排泄を抑制します。  ★関連する用語の出現数：アルコールの摂取(1)、大酒飲み(1)、アルコール(2)

表1 アルコール関連の用語の出現数と、該当頁、頁数、総頁数、割合 (%) の一覧

	科目名	の 関連 する 用語 の 出現 数	該 当 頁	頁 数	総 頁 数	割 合 ( %)	テキストの内容 (アルコール、アルコール依存症、酒、飲酒、依存症、自助グループなどに関連する箇所を抜粋)
10	認知症の理解	0		0	348	0.0%	記載なし
11	障害の理解	4	141-142	2	300	1.7%	2章障害別の基礎的理解と特性に応じた支援Ⅰ/6節内部障害/7項肝臓機能障害 ○障害の原因 (2) 肝硬変 肝硬変は…。ウイルス性肝炎、アルコール・非アルコール性脂肪肝炎などの肝疾患が原因で肝臓に慢性的に炎症が生じ、肝細胞の壊死と再生をくり返し、修復時にできる繊維化というタンパク質が増加することによって発症します。 (3) 症状 アルコール性肝硬変の場合には、上胸部から背中にかけて赤い小さな斑点と、そこを中心に毛細血管が蜘蛛の足のように広がるくも状血腫が認められることが多いです。 (4) 治療 アルコール性肝硬変に対しては断酒が勧められます。また症状に対する対処療法として、薬物療法が行われます。 ★関連する用語の出現数:アルコール性肝硬変 (2)、アルコール性脂肪肝炎 (2)、
		9	175-176	2			3章障害別の基礎的理解と特性に応じた支援Ⅱ/2節精神障害/2項障害の種類 表3-7 ICD-10 Fコード「精神および行動の障害」における診断分類 ・F10-F19 精神作用物質使用による精神および行動の障害 代表的な疾患例:薬物依存症  3章障害別の基礎的理解と特性に応じた支援Ⅱ/2節精神障害/2項障害の特性の理解 ・精神作用物質(例:アルコールや大麻や覚せい剤)を使ったあとに、意識や認知、感情、行動などの障害を生じるものです。 ・近年の研究では、大量のアルコール摂取が将来の認知症のリスクに関連することが報告されています。 ★関連する用語の出現数:精神作用物質 (4)、アルコール (1)、大麻 (1)、覚せい剤 (1)、離脱症状 (2)、大量のアルコール摂取 (1)
		7	181	1			3章障害別の基礎的理解と特性に応じた支援Ⅱ/4節障害の特性に応じた理解 (3) さまざまな支援を提供するピアサポート ・自助グループ(例:患者会、断酒会など)では、同じような障害をもつ仲間同士が集まり、その経験や苦悩を共有します。 ★関連する用語の出現数:自助グループ (6)、断酒会 (1)
12	医療的ケア			0	340	0.0%	記載なし
13	※総合問題						(国家試験の科目はあるが、教科書はない)
	合計	33		15	4532	0.3%	

(筆者作成)

### ③介護福祉士国家試験について

過去 2014～2019 年の 6 年間の全科目の国家試験問題では、2 題の出題であった。

1 題は 2104 年で「こころとからだのしくみ」、もう 1 題は 2018 年で「発達と老化の理解」である。

その内容は、2014 年の「こころとからだのしくみ」では、「肝疾患に関する」設問で、「A 型肝炎」「B 型肝炎」「C 型肝炎」「E 型肝炎」「アルコール性肝炎」について説明した選択肢から、正しいものを 1 つ選ぶというもの。2018 年の「発達と老化の理解」では、半年前から尿が出にくくなった 75 歳の男性男性が「飲酒」後に市販の風邪薬を服用したら尿が出なくなり翌朝受診し導尿してもらったが、この男性の日常生活上の注意点として適切なものを 1 つ選ぶというもので、選択肢の 1 つに「毎日、飲酒する」が入っている事例問題である。

### 3. 考察

介護福祉士のテキストでは、アルコールが発達に伴う特徴的な疾病・障害として、成人期の「生活習慣病」や、高齢者の健康を脅かす「逆流性食道炎」「肝硬変」「脂質異常症」「痛風（高尿酸血症）」といった疾患をもたらす「物質」であって、アルコール依存症をもたらす「精神作用物質」として取り上げられてはいない。つまり、「疾患」の側面からの知識は積み上げられても、「精神障害」の 1 つで「福祉」の側面で「回復できる病気」であり、「回復の支援が必要」であるとする学習は

なされない。

高齢者の飲酒と健康について考えると、「自身の退職や配偶者の死などのライフイベントが飲酒量を増やす原因」<sup>1)</sup> となり、「高齢者にとって過度の飲酒は健康寿命に関わる病気の強力なリスク因子」<sup>1)</sup> である。また、「高齢者のアルコール依存症では、認知症を合併する頻度が高くなり」<sup>2)</sup>、「60 歳以上では 18% に認知症の疑いがあり、25% に軽度認知障害が認められる」<sup>2)</sup> ことから、例えばテキストで言う「認知症の理解」の中で取り上げられる必要がある。実際の介護場面で、アルコール依存症になっていないまでもアルコール摂取量が増えている高齢者に出会う可能性があることを考えると、「アルコール依存症」についての知識を学ぶ必要があると考える。

### 4. 参考文献

- 1) 厚生労働省. 生活習慣病予防のための健康情報サイト「e-ヘルスネット」.  
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol/a-04-001.html>
- 2) 依存症対策全国センター. 高齢者の飲酒について.  
<https://www.ncasa-japan.jp/understand/alcoholism/old>

表 2 2014～2019 年の国家試験での出題傾向

	試験科目	2019	2018	2017	2016	2015	2014	計
1	人間の尊厳と自立							0
2	人間関係とコミュニケーション							0
3	社会の理解							0
4	介護の基本							0
5	生活支援技術							0
6	介護過程							0
7	発達と老化の理解		1					1
8	認知症の理解							0
9	障害の理解							0
10	こころとからだのしくみ						1	1
11	医療的ケア							0
12	総合問題							0
	計	0	1	0	0	0	1	2

(筆者作成)

## 2) 不適切な飲酒の誘引の防止のための国内外の取り組みの実態と有用性に関するレビュー

川井田恭子<sup>1)</sup>、大脇由紀子<sup>1)</sup>、吉本 尚<sup>2)</sup>

1) 筑波大学医学医療系 研究員、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

### 提言

- ▶「広告」については、国際的な酒類関係事業者組織である IARD (International Alliance for Responsible Drinking) によって「マーケティング業界自主基準の強化・展開」に関する具体的な取り組みと数値目標・達成状況が公開され、外部評価を受けられる状態である。日本の自主規制においても、より透明性を持たせる取り組みが求められる。
- ▶「表示」については、購買者の自己選択のために必要な情報提供を行うため、含有アルコール量のグラム数提示や、発がん性などのアルコールに伴う健康有害事象に関する情報提供などを検討するとともに、日本の最新情報が明記されている場所（環境庁の GHS 情報など）の整理を行う必要がある。
- ▶「販売」については、酒類販売管理者の選定、研修が整備されつつある。未成年者に対する販売規制がより適切に行われるよう、各国の好事例を参考にした地域の取り組みが進むことを期待したい。最低価格規制（改定酒税法）や酒税法改定の効果について検証することが重要である。すぐに飲める RTD (Ready To Drink) に含まれるアルコール総量の規制なども検討すべきである。
- ▶「提供」については、未成年飲酒予防、飲酒運転予防、酩酊者の対応など、対応すべき課題が多いことから、酒類提供管理者の専任や酒類提供管理研修の設置など、販売と同様に酒類提供管理を義務付けることが望ましい。また、飲み放題提供管理、ハッピーアワーのような安売り規制、蔵元や酒造メーカーの見学ツアー等での無料・低額飲み放題禁止など、過剰飲酒対策のための具体的な措置を講じる必要がある。
- ▶今後も、酒類の製造、販売、提供を行う事業者らと協力しながら、アルコール健康障害の発生、進行および再発の防止に努める必要がある。

### I. はじめに

厚生労働省は「アルコール健康障害対策推進基本計画」の中で、不適切な飲酒を誘引しない社会を形成していくため、未成年者への酒類販売・供与・提供の禁止の周知や、違反者に対する指導・取締りを行うとともに、酒類業界において、商品の広告や表示に関する自主基準を策定するなどの取組の重要性を強調してきた。酒類関係事業者に対してはアルコール健康障害の発生、進行及び再発の防止に資するための自主基準の改定等の取組を講ずることを求めている。

ここでは特に、酒類関係事業者の取り組み実態とその効果を明らかにするため、International Alliance for Responsible Drinking (IARD: ワシントン D.C. に本部を置く責任ある飲料のための国際同盟は、有害な飲酒の世界的な公衆衛生問題に対処するために設立された非営利団体) の最新レポート<sup>1)</sup>を中心にレビューを行う。IARD では、「グローバルな酒類メーカーによるコミットメントとして、アルコールの有害な使用の低減のため、2013 年からの 5 年間、5 つの分野での取り組みを公約し毎年取り組みを行っている。ここでは大手メーカーだけでなく各国の主要酒類業組合も参

画している。そこで掲げられている 5 つの大きな取り組みは、「1. 未成年飲酒の低減」「2. マーケティング業界自主基準の強化・展開」「3. 消費者への情報開示促進と責任ある製品開発」「4. 飲酒運転の低減」「5. 有害な飲酒削減に向けた小売業界の協力獲得」である。

### II. レビュー結果

#### (1) 広告

基本計画では酒類業界に対して、不適切な飲酒を誘引することのないよう広告・宣伝に関する自主基準を改正し、テレビ広告における起用人物の年齢の引上げ及び飲酒の際の効果音・描写方法の見直しを行うとしている。また、酒類と清涼飲料との誤認による不適切な飲酒を誘引することのないよう、低アルコール飲料の酒類の容器に表示している「酒マーク」の認知向上策等について検討するとしている。

#### (ア) 海外における実態

IARD は 2014 年 9 月、はじめて 4 つの基本となる領域にまたがる 7 つの原則からなるオンラインマーケットやソーシャルメディアを用いたアル

コール飲料生産者に対する初の国際的なガイドラインを発表した。

▶ 未成年：すべてのアルコールキャンペーンは、購入者が未成年かどうか確認するための「年齢確認方法」を活用する。「70/30ルール」として、キャンペーンは対象集団の70%以上が成人である場合のみ実施できる。「前もっての通知」は、未成年視聴者へ転送すべきでないことを明確に言及し、それでもシェアされる場合のみ広告が提供されるべきである。

▶ 責任のあるコミュニケーション：デジタルマーケティングコミュニケーションとプラットフォームは、「責任ある飲酒」のメッセージを明確に掲げなければならない。アルコール生産者のプラットフォームで作成されたコンテンツは、ガイドラインを順守するため頻繁な修正が求められる。

▶ 透明性：デジタルマーケティングコミュニケーションは、これまでの顧客からの感想や意見などのメッセージを用いるテクニックで宣伝広告目的をごまかすことが決してあってはならない。

▶ プライバシー：マーケティング目的のために、どのように情報が収集され活用されたか、消費者に明確に提示しなければならない。継続的な改善のため2017年に国際的なマーケティングや外部機関、ソーシャルメディア企業と連携して新たなマーケティング基準開発の方向性を発表した。デジタルメディアは法的にアルコール飲料の購入が認められている成人だけを対象にした宣伝のために活用されることとした。

#### <具体的なアクション>

▶ 広告対象の70%が成人であるように担保する。2015年の4半期、2016年の1半期におけるデジタル広告表示の99%が、この目標を達成していた。同時期において、成人が平均93%の比率を占めていた。使用者の年齢を確認できるサイトにおいては、60%は年齢認証できる環境下で表現されていた。これらの表現のうち16%はプログラマ的に提供され、このことがLPA (Local Profile Assistant) コンプライアンス条例に順守する形で提供されていた。

▶ デジタルマーケティングガイドラインの開発  
2014年9月にガイドラインを発刊

▶ 自己統制プロセスに、外部機関を巻き込む。  
2104年から2017年のあいだに、コマmercial

活動をしている国のうち53の国で自己統制プロセスに外部機関が関与していた。

▶ 責任あるマーケティングのため、契約上の義務を規定化する。

2017年の広告会社との契約の97%は、「規定に準拠すべき」と明示されていた。2013年から2017年にかけて、その比率は29%上昇していた。

#### (イ) 我が国における実態

我が国では、酒類の広告審査委員会が設置され、酒類業9団体（日本酒造組合中央会、日本蒸留酒造組合、ビール酒造組合、日本洋酒酒造組合、全国卸売酒販組合中央会、全国小売酒販組合中央会、日本ワイナリー協会、日本洋酒輸入協会、全国地ビール醸造者協議会）で作成した酒類の広告宣伝に関する自主基準の遵守状況等を審議することになっている。

表1 酒類の広告・宣伝及び酒類容器の表示に関する自主基準<sup>2)</sup>

#### <広告・宣伝関係>

- 1、20歳未満の者の飲酒防止に関する事項  
○表示内容 ○注意表示の方法等  
○広告・宣伝の際の留意事項
- 2、アルコールと健康問題等に関する事項  
○注意表示事項等  
○広告・宣伝の際使用しない表現  
○テレビ広告を行わない時間帯

#### <酒類容器関係>

- 1、20歳未満の者の飲酒防止に関する事項
- 2、アルコールと健康問題等に関する事項  
○表示内容 ○対象容器 ○表示方法等
- 3、清涼飲料等との誤認防止に関する事項  
○酒類の容器又は包装の表示  
○酒マークの表示

#### <ノンアルコール飲料関係>

- 1、ノンアルコール飲料の定義
- 2、ノンアルコール飲料に関する広告・宣伝関係
- 3、ノンアルコール飲料の容器の表示等
- 4、その他

#### <自主基準の遵守等>

この自主規制をIARD基準と比較すると、対象者の70%以上が20歳以上となる広告はテレビやラジオに限定され、インターネット等は適応になっていない。また、自主規制に基づいた「酒類

の「広告審査委員会」が半年に1回程度実施され、議事録が公開されている<sup>3)</sup>が、審議事項に関しては詳細に議論がなされており、自主規制が適切になされていることが伺える。一方でTVCFの審査期間が年に2週間であることや、審査に用いられている新聞・雑誌が常に同じものであること、公共交通機関の広告や屋外の張替式大型商品広告板などの審査は見られないことなど、審査システムに改善可能な点が散見される。先行研究では、世界にある3,551のアルコール業界での調査において、「CSR（企業の社会的責任）活動は有害なアルコール使用削減にほとんど関与せず、公衆衛生上の目的があるように見えると同時に商業的な利点が生じている」とされている<sup>4)</sup>。酒類業界は自主規制が機能しており、社会的責務を果たしていることを明らかにするためには、審査システムについて外部評価を受けながら改善を図ることや、成果について明確に発信していく必要があると考えられる。未成年に関しては効果が出ており現状維持で良いと考えられるが、変化が見られない成人、特に女性に対する広告戦略について改善が必要と思われる。

以下に酒造メーカーを代表して、サントリー<sup>5)</sup>、キリン<sup>6)</sup>、サッポロビール<sup>7)</sup>の取り組みの実態について紹介する。

<サントリー>

- 1976年に「サントリー宣伝コード」を制定し、飲酒に関する宣伝・広告表現の自主規制を業界に先駆けて開始。その後、アルコール関連の専門組織「ARS（Alcohol Responsibility and Sustainability）委員会」と事務局であるARS室を設置し、「責任あるマーケティングの実践」「社内外への適正飲酒の啓発」などを実施。
- 2010年にはCMに妊産婦飲酒の注意表示を実施。また、テレビCMの土・日・祝日の自粛時間を5時00分～12時00分までから、5時00分～18時00分までに延長し、年間を通して5時00分～18時00分まで酒類のテレビ広告を自粛。
- 不適切な飲酒の誘引防止のための自主的な取り組みとして、テレビ広告で使用するタレントの年齢を25歳以上に引き上げることや、テレビ広告の飲酒表現で、喉元を通る「ゴクゴク」の効果音を使わないことなどを実施。

<キリン>

- 酒類を扱う企業の社会的責任を自覚し、節度ある広告活動を行うことを目的に、未成年者への広告制限や広告表現を制限。広告宣伝に関する業界自主規準より厳しいキリン独自の広告倫理規定を設け、社会情勢に合わせて見直しを加え、強化・改定に取り組む。
- 2014年に施行された「アルコール健康障害対策基本法」に基づき、不適切な飲酒の誘引防止に向けた自主的な取り組みとして、テレビ広告で使用するタレントの年齢を25歳以上に引き上げることや、テレビ広告の飲酒表現で喉元を強調したり、喉元を通る「ゴクゴク」等の効果音を使ったりしないことを自主規準に盛り込み、業界全体で実践。

<サッポロビール>

- 広告制作の際は、これらの基準・規定に照らして関係部署が内容をチェックし、広告代理店や制作会社にも自主基準を遵守するよう指導。
- テレビCMや各種広告、店頭ポスターなどには、飲酒運転禁止・20歳未満飲酒防止等のメッセージを表示。

【まとめ】

これまでの自主規制による効果に関して、未成年に関しては効果が出ており効果的と思われるが、変化が見られない成人、特に女性に対する広告に対するアプローチが必要と思われる。我が国においては、酒類業界の自主規制の管理体制の管理についての国の役割を明確化するとともに、自主規制の効果について日本の酒類業界として明らかにする必要があると考える。

(2) 表示

酒類業界は、未成年者の飲酒防止の観点から、酒類と清涼飲料との誤認による不適切な飲酒を誘引することのないよう、低アルコール飲料の酒類の容器に表示している「酒マーク」の認知向上策等について検討するとしている。

(ア) 海外における実態

IARDは、自身の製品の注意喚起ラベルを用いることで、未成年飲酒や飲酒運転、妊婦の飲酒をなくそうと努めている。添加物の過剰に対する公衆衛生上の健康懸念に対応し、責任ある製品革新を行ったり、2013年、「過剰添加物」の定義について、アメリカのFDAのノンアルコール飲料の

推奨に合わせることなどに取り組んでいる。

#### ＜具体的アクション＞

##### ▶ 責任ある製品革新

1) アルコール度数と、過度な飲酒が健康に与える危険性に関する1つ以上のシンボル、あるいは同様の説明文章を商品パッケージに載せ、さらに危険性についての追加情報が掲載されているウェブサイトのURLを掲載する。そして2) シンボル掲示の面積を拡大させる。この3年間で、この2つの順守率はほぼ100%であった。

##### ▶ 消費者情報の提供

2017年には、加盟国の約85%の製品が、アルコールの弊害を象徴するようなシンボルマークや言葉を掲示していた(2016年は86%)。また、ブランドによる報告では、2017年59%が有害な飲酒を象徴するようなシンボルマークや言葉を掲示していた(2015年62%、2016年62%)。2017年のブランド数は9,871である。パッケージの変化はビジネスサイクルに沿ったもので、最大5年間かかることが想定された。すでに進歩を遂げたが、ここ数年でパッケージ刷新や改変がさらに進展すると思われる。

#### (イ) 我が国における実態

国税庁は、酒類の表示について「酒税の保全及び酒類業組合等に関する法律第86条の6に基づく酒類の表示の基準等」を示し、適正な表示が確保されるよう指導等に努めている<sup>8)</sup>。

具体的には、「清酒の製法品質表示基準」(平成元年11月)、「二十歳未満の者の飲酒防止に関する表示基準」(平成元年11月)、「酒類における容器の表示基準」(平成12年12月)、「果実酒等の製法品質表示基準」(平成27年10月)の4つである。

##### ▶ 「清酒の製法品質表示基準」

この表示基準では、①吟醸酒、純米酒、本醸造酒といった特定名称を表示する場合の基準を定めるとともに、すべての清酒について、②清酒の容器又は包装(以下「容器等」という)に表示しなければならない事項の基準、③清酒の容器等に任意に表示できる事項の基準、④清酒の容器等に表示してはならない事項の基準、が定められ、消費者の商品選択に必要な情報について定めている。

##### ▶ 「二十歳未満の者の飲酒防止に関する表示基準」

この表示基準では、①酒類の容器等に対する表示、②酒類の陳列場所における表示、③酒類の自動販売機に対する表示、④酒類の通信販売における表示について具体的に示している。

##### ▶ 酒類の容器等に対する表示

酒類の容器等には、「20歳未満の者の飲酒は法律で禁止されている」旨を表示することとしている。

##### ▶ 酒類の陳列場所における表示

酒類小売販売場(酒類製造業者及び酒類販売業者以外の者に酒類を販売する場所をいう。以下同じ)においては、酒類の陳列場所の見やすい箇所に、「酒類の売場である」又は「酒類の陳列場所である」旨及び「20歳以上の年齢であることを確認できない場合には酒類を販売しない」旨を表示することとしている。

##### ▶ 酒類の自動販売機に対する表示

酒類小売販売場に設置している酒類の自動販売機には、(1)20歳未満の者の飲酒は法律で禁止されていること、(2)免許者(酒類の製造免許又は酒類の販売業免許を受けた者をいう。)の氏名又は名称、酒類販売管理者の氏名、並びに連絡先の所在地及び電話番号、(3)販売停止時間「午後11時から翌日午前5時まで販売を停止している」旨を表示することとしている。

##### ▶ 酒類の通信販売における表示

酒類小売販売場において酒類の通信販売(商品の内容、販売価格その他の条件を提示し、郵便、電話その他の方法により売買契約の申込みを受けて当該提示した条件に従って行う商品の販売をいう)を行う場合のそれぞれについて以下を定めている。

(1) 酒類に関する広告又はカタログ等(インターネット等によるものを含む)

「20歳未満の者の飲酒は法律で禁止されている」又は「20歳未満の者に対しては酒類を販売しない」旨

(2) 酒類の購入申込者が記載する申込書等の書類(インターネット等により申込みを受ける場合には申込みに関する画面)

申込者の年齢記載欄を設けた上で、その近接する場所に「20歳未満の者の飲酒は法律で禁止されている」又は「20歳未満の者に対しては酒類を販売しない」旨

(3) 酒類の購入者に交付する納品書等の書類(インターネット等による通知を含む)

「20歳未満の者の飲酒は法律で禁止されている」旨

我が国には、アルコールの分解酵素（例：アセトアルデヒド脱水素酵素）の活性が低い、あるいは欠損している人が多く存在しており、他国よりも「表示」によって自分自身の飲酒行動を決める情報の必要性が高い。健康上、選択のために必要な情報は、含有するアルコール量および許容される飲酒量の基準、飲酒後に生じる急性・慢性の有害事象である。

また、1980年代から生じるタバコ会社に対する集団訴訟は、アルコールの表示について考えるのに有益であると思われる。タバコ会社は、消費者に危険性を知らせることを怠っていたとして、個人の責任論ではなく、選択のために必要な情報提示の不足を重視した。1996年ごろから和解が始まった訴訟は、世界で数千億から数十兆円規模の損害賠償を請求している。アルコールによる健康問題として、例えば発がん性では現在、口腔・咽頭・喉頭・食道・肝臓・大腸・乳房に関しては明確なエビデンスがあるとされている。日本でも、例えば環境省の提供するGHS（Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals）のエタノールの発がん性に関しての表記では、平成18年度には区分外とされていたが、平成25年度には最高ランクの区分1A（人に対する発がん性が知られている）とされている。他、生殖毒性が区分1A、特定標的臓器毒性（反復暴露）として肝臓が区分1、中枢神経系が区分2とされている。こういった過去の研究の蓄積からの知見を表示することは、個人の健康を守る意味でも、酒類業界を守る意味でも必要ではないだろうか。加えてGHSのように、政府が健康情報として提供しているエタノールに関する情報の整理について、基本計画の中で明記しておくことは望ましいと考える。

#### 【まとめ】

表示に関しては、購買者の自己選択のために必要な情報提供を行うことが望ましい。具体的には、飲酒単位（一缶、1本）に含まれる飲酒量をわかりやすく表記するため、節度ある適度な飲酒や生活習慣病のリスクを高める量に関する文言の表記（この酒類は○本でその基準を超えるかを表記するなど）が望ましい。また、発がん性などの健康

障害に関する情報について、成人に対しての飲酒量低減の視点と訴訟等から酒類業界を守るという視点で、効果的な表記を検討する必要がある。

### (3) 販売

我が国では、酒類業者に対し、未成年者への販売の禁止の周知を徹底するとともに、酒類の特殊性とリスクについての知識の習得を含め、適正な販売管理の確保が図られるよう、酒類販売管理研修の定期的な受講を強く促すことや、酒類業者には、致酔性、依存性等の酒類の特殊性を踏まえた販売価格を設定することが望まれるとしている。また、酒類を販売又は供与する営業者による未成年者への酒類販売・供与について、指導・取締りの強化を図ることが求められている。

#### (ア) 海外での実態

生産者と小売店は、安全な飲酒環境を促進し、アルコールの有害な使用を予防する支援において重要な役割を果たしている。アルコール含有製品に関して責任を持った販売を行う目的で、世界では“Guiding Principles for Responsible Retailing”という団体が2015年に立ち上がった。4つの領域におけるアルコール飲料の販売と提供のための最善の実践に焦点を当てている。

#### ①未成年のアルコール購入を規制する法律

- ▶ 小売店やマーケットにおいて、販売員が未成年者を確認し、販売を断るようなトレーニングを実施するように推奨。
- ▶ 未成年がだれでも身に付けることができるよう、政府が年齢証明書を発行。
- ▶ オンライン販売では、購入者は購入可能な年齢であることを提示するよう求める。

#### ②小売店における過剰飲酒を最小限にするための努力

- ▶ 過剰なアルコール消費のサインと効果的な介入に関するスタッフトレーニング。
- ▶ 明らかに酔っている顧客へのサービス提供の拒絶。
- ▶ 無責任な販売促進の回避。

#### ③路上の安全支援

- ▶ 飲酒運転のリスクが疑われる客への対処方法に関するスタッフトレーニング。
- ▶ それがふさわしいと思われる場合、顧客の中でドライバーを指定するよう促す。

▶ 安全な移動方法の選択肢について情報を提供。

#### ④よく管理された小売店の提供

▶ 閉店時間を調整するなど、効果的な分散政策を施行。地域規則と整合性を図ることが必要。

▶ 水やソフトドリンクのようなノンアルコール飲料が購入可能であることの担保

北アメリカで実働しているマーケットの100%、ヨーロッパ78%、中南米およびアジア地域で約半数が実施。アフリカでは24%に過ぎず、さらなる努力が求められていた。2014年から2017年の間に、平均224の地域の責任ある販売の促進を行ったところ、その数は66%増加した。同期間でこの活動を行っていたのは平均68カ国である。

#### ■各国の取り組みの紹介

▶ スタンダードの設定：メキシコにおける未成年アルコール購入の対応策

AB InBev and HEINEKEN は、未成年者がアルコールを購入し、消費することを防ぐために2つの主要な販売店と共同して、アルコールの販売方法の改善に取り組んでいる。第一に、試験的に未成年がアルコールを購入している割合について算出した。それから、チェーンストアは、スタッフがIDで年齢を確認すること、未成年に販売することは違法であるというポップアップメッセージを提示するように、レジスターソフトウェアのアップデートを1,200の店舗で実施した。彼らはまた、このメッセージを強化するような情報発信と、未成年にアルコールを販売しているオーナーに対するペナルティを導入するようなキャンペーンを立ち上げた。その結果、2016年5月から2017年の12月まで、未成年者に対するアルコール販売は43%まで減少した。このプログラムは2017年に他の5つのメキシコの町で導入され、今後さらに拡大される予定である。

▶ パートナーシップ：ラトビア“あなたは自分の子どもにアルコールを売りますか？”

ラトビアのアルコール協会は2016年と2017年に未成年のボランティアの協力を得て、啓発活動と試験的購入を実施した。アルコール協会はホテル・レストラン協会や貿易協会、食品小売協会、医療協会と共同して、40以上の小売店と契約を果たした。手始めに、販売スタッフに自分の子供にアルコールを販売することを想

像させ、ID確認を忘れないように求めた。ある参加者は、“購入者の年齢を確認するということがいかに重要か、ということを実感した”と述べていた。2017年には、約1,250の小売店のレジスターでキャンペーンに関する内容が提示され、400のホテルやカフェ、レストランがこれに加入した。このキャンペーンはテレビやラジオ、インターネットでも配信され200万人に届けられた。キャンペーン終了後、男の子の90%、女の子の65%がIDを提示しないでアルコールを購入することがなくなった。

▶ ベストプラクティス：米国フロリダにおける覆面調査計画

研究成果に基づく責任ある販売フォーラム(RR Forum)は、Breakthru Beverage Floridaと共同して、2017年の3月から5月まで、Hillsborough County周辺でアルコール販売の専門家たちに対して、覆面調査プログラムの実施を要請した。覆面調査担当者は111人のボランティアで、スタッフがIDの提示を求めなかったとき、そのスタッフの雇用者がSNSメッセージを受け取り、そのスタッフ、雇用者たちに対して無料のトレーニングが提供された。プログラムは2回行われたが、1回目が87%、2回目が88%のショップで、未成年へのアルコールの販売が阻止された。同じ年の10月から12月には、コロラド州デンバーで同様の覆面調査プログラムが実施された。ここでは、176人のボランティアが参加し、約50の小売店をボランティアが訪れ、最初のラウンドでは90%がIDチェックし、セカンドラウンドでは98%に上昇した。

#### (イ) 我が国の実態

我が国では酒類の販売には販売業免許、もしくは期限付酒類小売業免許を取得する必要がある。酒類小売業者は、酒類の小売販売場における酒類の適正な販売管理の確保を図るため、販売場ごとに酒類販売管理者を選任する必要がある。平成28年5月に成立した「酒税法及び酒税の保全及び酒類業組合等に関する法律の一部を改正する法律」により、平成29年6月1日から酒類小売業者は、酒類販売管理研修を過去3年以内に受けた者のうちから酒類販売管理者を選任し、少なくとも3年以内に酒類販売管理研修を再受講する義務がある。酒類販売管理者は、その選任された販売場において酒類の販売業務に関し法令を遵守した

業務が行われるよう酒類小売業者に助言し、あるいは酒類の販売業務に従事する従業員等に対して指導を行う事になっている。研修の未受講、再受講忘れは罰金が生じる。

表2 酒類販売管理研修の内容<sup>9)</sup>

《第1編》
オリエンテーション
第1章 酒類販売管理者
第2章 酒類小売業者等が酒類の販売業務に関して遵守しなければならない法令
第1節 酒税法関係
第2節 酒類業組合
第3節 米トレーサビリティ法
第4節 未成年者飲酒禁止法等
ビデオ上映
第5節 独占禁止法等
第6節 環境関係法
自己診断チェックテスト、質疑応答
《第2編》
第1章 酒類の商品知識等
第2章 酒類と健康等
第3章 参考法令
自己診断チェックテスト、質疑応答

未成年への販売は未成年者飲酒禁止法によって、「営業者であって業態上酒類を販売又は供与する者が未成年者に対し、未成年者が飲用に供することを知りながら酒類を販売又は供与した場合には50万円以下の罰金に処す」旨、定められている。平成13年に未成年者飲酒禁止法の一部改定により、「未成年者の飲酒の防止に資するため、年齢の確認その他の必要な措置を講じる」ことになったが、年齢確認は義務ではない。しかし、年齢確認を怠り、その結果未成年に販売していたことがわかった場合、違反行為の発生を防止する措置を実施していないと判断され、販売業免許が取り消されるなどの措置が取られる可能性がある。未成年者喫煙禁止法に基づく判例（平成25年高松高等裁判所）などから、実際には年齢確認、未成年飲酒禁止ポスターの掲示、従業員への法律遵守についての回覧・署名の徹底、従業員の研修などを行うことで、事業者の責務を果たしていると判断されると思われる。

致酔性、依存性等の酒類の特殊性を踏まえた販売価格を設定するため、2017年6月に改正酒税法が公布された。「酒類業者は正当な理由なく、酒類を総販売原価を下回る価格で継続して販売する取引であって、かつ自己又は他の酒類業者の酒

類事業に相当程度の影響を及ぼすおそれがある取引を行ってはならない」とされた。総販売原価が仕入れ値+運送費であったものが、改定により人件費等を加えたものとなった。この結果、メーカーからのリベートが削減され、その分仕入れ値が増加することになった。このような不当な安売りを減らす最低価格規制は、過剰な飲酒を行う者を減少させる効果が期待される。このような価格規制として、2020年10月に酒税法改正が予定されており、6年間かけて段階的にビール類やチューハイ類、日本酒とワインの酒税を統一する方向としている。酒税を確保しながら健康障害対策を図るための価格管理の検討を、今後も継続的に行っていく必要がある。

改良型自動販売機の管理と従来型自動販売機の撤去状況においては、国税庁が毎年4月に設置状況を確認している。平成31年4月1日時点で、従来型酒類自動販売機は全国で2,429台、改良型（年齢確認機能付き）酒類自動販売機が全国で11,810台<sup>10)</sup>になっており、徐々に減少傾向にある。全国小売酒販組合中央会等と連携し、長期的には全ての酒類自動販売機の撤廃に向けた取組について検討を進めていくとされている。

第1期の重点課題である、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（男性純アルコール40g/日、女性20g/日）の割合を減らすために有効と考えられるのは、RTD（Ready To Drink）対策である。RTDは購入後容器のままそのまま飲む飲料のことを指し、基本的に一人で自宅や外出先などで飲酒するために購入される。冷やして売っていることも多く、購入後家に帰る前に、すぐに飲むことも可能である。サントリーが2018年に実施した「RTDに関する消費者飲用実態調査」では、市場はこの10年で2倍以上に拡大し、アルコール度数が7%以上のRTDの伸びが顕著となっている。ここで問題はアルコール度数の高さではなく、RTD1本に含まれる純アルコール含有量が20gを超える商品購買が増えている傾向である。7%以上のRTDでは350mlで20g弱であるが、500mlでは1本で28gとなる。9%では350mlで25gを超え、500mlでは36gとなる。前述の生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者を減らすためには、RTD1本の中に含まれる純アルコール含有量が20g程度が上限となるよう

な商品開発や購買行動が行われるよう、誘導を行うことが望ましいと考える。

#### 【まとめ】

酒類販売管理者が選定され、酒類販売管理研修が行われることで、酒類の適正な販売管理が行われつつある。未成年への販売規制は強化しすぎてしすぎることはなく、実施の店舗での年齢確認等について抜き打ち調査などを行うことも検討される。最低価格規制（改定酒税法）や酒税法改定の効果について検証することが重要である。販売時間、すぐに飲める RTD1 本（缶、ワンカップなど）に含まれるアルコール総量の規制なども検討すべきと考える。

#### (4) 提供

風俗営業管理者等に対し、管理者講習等を通じて未成年者への酒類提供の禁止の周知を徹底することや、風俗営業を営む者等による営業所での未成年者への酒類提供について、指導・取締りの強化を図ることが基本計画では謳われている。

#### (ア) 海外での実態

前述する“Guiding Principles for Responsible Retailing”の実践の中で、販売と提供がまとまって記載されている。詳細は前項「(3) 販売」に関する記述を参考にされたい。

#### (イ) 我が国の実態

我が国の酒類提供管理は独特である。酒税を管理する国税庁が酒類全体の管理を行っている関係もあるからか、酒税納税義務のない酒類の提供を行う料飲店営業者の登録、管理は行われていない（テイクアウトが行われる場合は販売業免許が、24 時を超えて酒類を提供する場合には深夜酒類提供飲食店営業届が必要となる）。このため、我が国の酒類の提供がどれくらいの規模で行われているのかは把握されていない。

風俗営業とは、客に遊興・飲食などをさせる営業の総称をいい、具体的にはキャバレー、クラブ、ダンスホール、バー、ゲームセンター、パチンコ店などである。このような営業を行う場合には、公安委員会の許可が必要で、管理人の選任、講習会の受講が義務付けられている。

表 3 風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律に基づく管理者講習の内容<sup>11)</sup>

#### 講習事項（計 250 分）

- (1) 風営適正化法等その 1～法の基本的な仕組み
  - 少年指導委員
- (2) 風営適正化法等その 2～遵守事項等
- (3) 風営適正化法等その 3～禁止行為等
- (4) 管理者の業務その 1～指導・助言業務等
- (5) 管理者の業務その 2～苦情の処理等
  - 年齢確認その他未成年者を発見する方法
  - 発見した未成年者について講ずべき措置

酒類提供を行う料飲店等の営業者は、未成年飲酒予防、飲酒運転予防等に関する義務が生じている。未成年者飲酒禁止法第 1 条 4 項では、店側に飲酒を提供する際に未成年者ではないことの確認義務が生じている。前述する販売における事業者の責務と同様、実際には年齢確認、未成年飲酒禁止ポスターの掲示、従業員への法律遵守についての回覧・署名の徹底、従業員の研修などを行うことで、事業者の責務を果たしていると判断されると考えられる。

また、道路交通法第 65 条には「車両等を運転することとなるおそれがある者に対し、酒類を提供し、又は飲酒をすすめてはならない」とある。現在、財団法人「全日本交通安全協会」が進めているハンドルキーパー運動などを用いて、警察庁が対策についてマニュアル作成を行ったり情報周知を行ったりしているが、協力依頼にとどまっている。

さらに、酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律には、第 3 条に保護規定、第 4 条に罰則等の規定がある。「酩酊者の言動、その酔いの程度及び周囲の状況等に照らして、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当の理由があると認められるときは、とりあえず救護施設、警察署等の保護するのに適当な場所に、これを保護しなければならない」「酩酊者が、公共の場所又は乗物において、公衆に迷惑をかけるような著しく粗野又は乱暴な言動をしているものを教唆し、又は幫ほう助した者は、正犯に準ずる」とされる。要は救急車を呼んだり、酩酊の程度からこれ以上酒類を提供しない、という決定を事業者側がする必要があるということであろう。

これらを達成するために、酒類提供管理者の専任や酒類提供管理研修の設置など、販売と同様に酒類提供管理を義務付けることが望ましい。

世界的な問題とされている「アルコール過剰摂取」の対策として、「flat rate for unlimited drinking（一定料金での無制限飲酒）」のサービスは過剰摂取を招くとして、世界保健機構が2009年にサービス提供の禁止・制限を提言している<sup>12)</sup>。我が国では飲み放題が一般的に提供され、まさに一定料金での無制限飲酒が行われ、ハッピーアワーのような酒類の安売りとともに過剰飲酒が促進されている状況である。日本で広く活用されているグルメサイトの食べログによると、2020年1月13日現在、178,636件の居酒屋・バーのうち、62,030件（34.7%）が飲み放題サービスを提供している。飲み放題では酒量が普通の2倍弱に増加することが川井田らによって示唆されていることもあり<sup>13)</sup>、成人の過剰飲酒が減っていない現在、何らかの管理が必要になるだろう。

加えて、蔵元や酒造メーカーで行われる見学ツアーや祭り、イベント、空港・ホテルラウンジ等での無料アルコール提供も過剰な飲酒を促進させるシステムであり、規制の強化が必要と思われる。

#### 【まとめ】

未成年への酒類提供対策はもちろんのこと、酒類提供管理者の専任や酒類提供管理研修の設置など、販売と同様に酒類提供管理を義務付けることが望ましい。また、飲み放題提供の管理、ハッピーアワーのような安売り規制、蔵元、酒造メーカーの見学ツアーや祭り、イベント、空港・ホテルラウンジ等での無料アルコール提供など、不適切な飲酒を助長する酒類提供場所を特定し、より具体的な対策を講じる必要があると考える。

#### (5) 少年補導の強化

警察庁生活安全局少年課による平成30年「少年非行、児童虐待及び子供の性被害の状況」では、未成年者飲酒禁止法違反による検挙は125件であり、平成21年からの過去10年間で横ばいの状況が続いている。また、不良行為少年の飲酒による補導は13,371件であり、こちらも平成21年度からの過去10年間でやや減少しているものの横ばいの状況が続いている<sup>14)</sup>。

#### (ア) 海外における取り組み

補導の強化に関する取り組みについては言及していないが、補導の強化よりも予防に向けた取り組みに力を入れている。未成年に対する販売につ

いては、(3) 販売の項目を参照。

#### ■未成年者の飲酒防止

<具体的なアクション>

- ▶ アルコール購入の法的年齢の規定
- ▶ 未成年者に対する教育的な先導

2014～2017年の間に、Webサイトやソーシャルメディア、TVやラジオ、新聞などのチャンネルを通して、我々は5億4千600万人への教育を達成した。未成年者がアルコールを購入したり、使用することを予防したり、低減するためにデザインされた教育プログラムや教材を利用した未成年者は300万人に及んだ。さらに講義やセミナー形式で、対面的なプログラムや教材を利用した未成年者は600万人に及んだ。教育プログラムを実施していたのは、平均64カ国であった（2013年55、2015年85、2017年50カ国）。

<各国の具体的な取り組みの紹介>

- ▶ ベストプラクティス：冷静でいよう

チェコ共和国では未成年の90%がアルコールを使用し、70%は購入をやめたことが確認されている。Molsonらは、2014年に「Stay cool（冷静でいよう）」というキャンペーンを立ち上げ、アルコールを購入しようとする未成年者に温厚かつ効果的に対応するためのツールを小売店に提供した。このような状況に対応することは大変なストレスであるため、キャンペーンでは、未成年者がアルコールを購入しようとする一般的なシナリオについて、どのように認識し、効果的に扱うかについて教示している。例えば、お店が混んでいるときには、レジ担当者が多くの客を捌くというプレッシャーがあり、IDチェックがおろそかになる可能性がある。ガイドでは、スタッフがそのような状況を専門的に、どのように冷静に対応するか、そして法的責任についても想起できるようにした。また、アルコールを含む様々な飲料を覚えさせ、未成年者に提供する場合にIDチェックできるようにした。チェコの大手のスーパーマーケットがこれを支援しており、だれでも無料で受講できるため、立ち上げから今までに16,990人がトレーニングを受講した。

- ▶ 社会形成：日本における未成年飲酒対策

アサヒビールは、飲酒防止啓発ツールを用い

て、小学生から高校生を対象に未成年飲酒のリスクについて教えている。このプログラムでは、飲酒を進められたときにどのように断るかということやロールプレイによって学ぶようになっている。さらに、大人に対しても、子どもにアルコールを与えないこと、そのことでどのように法的責任を問われるかについても注意している。毎年3万5千部が配布され、2007年の開始から2017年までにトータル72万部が配布された。2017年には、対話方式アニメを用いたウェブサイトを添付する形などキャンペーンの見直しと改定がなされ、7万2千部が配布された。

- ▶ パートナーシップ：アルコールについて話そう  
スウェーデンの蒸留酒・ワイン販売業者は、スウェーデンの醸造組合を含む組織と協力しながら、13～17歳の子供たちの飲酒に対する態度変容のために、このキャンペーンを立ち上げた。小学生は、飲酒における社会およびピアによるプレッシャーにどのように対応するかについて、ロールプレイを含む課業内活動を通して学ぶ。このエクササイズは、それぞれのクラスの飲酒経験を3つのレベルに分け、そのレベルに合わせて行われている。子供たちには、責任ある飲酒のメッセージコンテストに参加してもらい、親には子どもたちと未成年飲酒についてどのように話し合えばよいかについてアドバイスを行う。教員らに対しては、学校全体をどのように巻き込んで動機づけるかという活動を手助けしている（スウェーデンでは、75%の学校でこのプログラムが行われている）。

- ▶ パートナーシップ：デンマークにおける未成年飲酒と戦うために一緒に動こう

デンマークでは未成年飲酒率が高く、ヨーロッパ最悪を記録していた。2014年健康省は、「青年たちの有害なアルコール使用を減らし、アルコールデビューを遅らせる」ための5つのターゲットを含めた7つの健康に関する国家的ゴールを決定した。アルコールパートナーシップは、様々な組織やデンマーク酒造組合などと共同してこれらの目標達成のために設立された。パートナーシップは、健康省の支援を受け2014年から2017年までのキャンペーンを運営した。これにはオンラインや高校において未成年飲酒について議論するための枠組みを作るという“Fast Land”というキャンペーンが含まれ

る。“Party prince”キャンペーンでは、150万件の感想が寄せられ、小売店店員の自覚が高まり、さらに、トラッキングソフトウェアによって顧客がIDを提示しないときには販売しなかったということも確認された。

- ▶ インパクト：ブラジルの学校とのパートナーシップによる未成年飲酒防止

“Just right”プログラムは未成年やその両親や教員らに、アルコールの影響や未成年飲酒の理由としての低い自尊感情や恥じらい、ピアプレッシャーなどについて教育することで未成年飲酒を予防しようとするものである。これらのプログラムは、2011年から2017年の間に、ブラジルの57都市で、427の学校の14万1千人を対象に行われ、2017年に見直された後、26の学校の2万100人、親375人、教員118名が飲酒のリスクについて学んだ。

- ▶ 社会形成：アメリカにおける未成年飲酒について話そう

Advance school responsibility は、科学に基づく、横断的な教育プログラム“Ask, Listen, Learn”を、教員やスクールカウンセラー、両親のために提供した。これらは、9～14歳の子供たちに未成年飲酒のリスクについて教育する。“Ask, Listen, Learn：アルコールとあなたの脳の発達”は、無料でだれでもアクセスすることができる教育ツールである。7つのアニメによるビデオ映像とレッスンプラン、教室内での対人活動、ファシリテーターのガイド、スタートアップビデオ、親のための教育資料、ゲームや活動などが含まれている。プログラムの内容は、National Health Education Standards (NHES)、the Common Core State Standards Initiative (CCSSI)、the Next Generation Science Standards (NGSS) と連携したものであり、カリキュラムに沿った教材であることを担保している。

## (イ) 我が国における具体的な取り組み

<サントリー<sup>5)</sup>>

- ▶ 子どもとその保護者を対象にした学習教材

2005年「親子で学べる未成年者飲酒防止啓発教材」を(株)学研プラスと共同で制作し、全国の小学校を中心とした教育機関に無償配布。また、2017年には教育現場からのニーズに応え、映像で学ぶ未成年者飲酒防止教材を作

成し、教材を使用した出張授業も実施。冊子・DVDはホームページ「DRINK SMART お酒との正しい付き合い方を考えよう」にて閲覧ができるようにした。

▶ 未成年者飲酒防止のための取組み

2005年交通広告（駅貼り・ステッカー）を中心に、「STOP！未成年者飲酒」を呼びかける広告を年2回（春・冬）実施。

▶ 未成年者飲酒防止のための取組み

2002年より未成年者飲酒防止ポスター・スローガン・学校賞募集キャンペーンを実施。2017年より「未成年者飲酒防止教育“学校コンクール”」と名称を改め、学校としての取組みを全国から募集し、表彰を実施。

▶ 未成年者飲酒防止のための取組

2015年より、酒類ホームページのブランドサイトの入り口で20歳以上であることを確認するための年齢認証ゲートを設置。

<アサヒ<sup>15)</sup>>

▶ 小学生向け啓発ツール「どうする？どうなる？お酒のこと」

アサヒビール（株）では、20歳未満飲酒防止の啓発活動の一環として、4ページからなる手軽で、教科書の副教材として学校での啓発活動などに活用できる小学生向け啓発ツール「どうする？どうなる？お酒のこと」を2007年7月に制作し、希望者に無償で配布。2017年11月に、読みやすさ・分かりやすさの向上を目指し、保護者へのメッセージも増やすなど、大人と一緒に学べるツールをリニューアル。発行以来、小学校のほか中学校・高等学校でも活用され、2017年末までに約76万1,000部（累計送付部数）を配布。

<キリン<sup>6)</sup>>

▶ ホームページ上の年齢認証システム

2015年よりホームページの酒類に関する情報のページへのアクセスについて、20歳以上であることを確認するため、「はい」・「いいえ」で答える年齢認証ゲートを設置。さらに2019年5月には未成年飲酒の防止を強化することを目的に、仕様を変更し「生年（西暦）」を入力し、20歳未満と確認された場合、20歳未満の方は「お酒のページ」を見ることができないことを伝えるページ（20歳未満飲酒防止ページ）に遷移する仕組みを導入。また、20歳未満と確認された者が再度年齢認証ページにアクセス

した場合、20歳未満飲酒防止ページへ自動遷移、生年のみで20歳以上の判断ができない場合は月日も入力するように強化。

<サッポロ<sup>7)</sup>>

▶ 小中学生向け小冊子の無料配布

「知っておこうお酒のこと」 小学校高学年～中学生向け 2019年第3版発行

20歳未満が飲酒してはならない理由や誘われたときの断り方、大人が果たすべき役割などを掲載し、家族全員で読める小冊子を作成。飲酒防止教育用に希望の小・中学校などに対して発行からの累計で約80,000冊を配布。

## 引用文献

1. International Alliance for Responsible Drinking (IARD) 責任ある飲酒国際連盟. COMBATING HARMFUL DRINKING, 2017 Progress Report & Five-Year Summary of Actions.  
<https://www.iard.org/getattachment/61806635-0fc1-4dbb-a816-92dd167de8d1/2017-producers-commitments-full-report.pdf>
2. 飲酒に関する連絡協議会. 酒類の広告・宣伝及び酒類容器の表示に関する自主基準.  
<https://www.shochu.or.jp/effort/voluntarystandards.pdf>
3. 酒類の広告審査委員会. 委員一覧・事業報告.  
<http://www.rcaa.jp/member/index.html>
4. Thomas F Babor. et al. Is the alcohol industry doing well by ‘doing good’? Findings from a content analysis of the alcohol industry’s actions to reduce harmful drinking.  
<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/10/e024325.full.pdf>
5. サントリー. お酒との正しい付き合い方を考えよう. <https://www.suntory.co.jp/arp/>
6. キリンビール. お酒とうまく付き合う.  
<https://www.kirin.co.jp/csv/arp/arp/>
7. サッポロビール. 「酒・食・飲」による潤いの提供.  
<https://www.sapporoholdings.jp/csr/quality/drinking/>
8. 国税庁. 酒類行政における最近の取組等.  
<https://www.nta.go.jp/about/council/sake-bunkakai/190331/pdf/002.pdf>
9. 一般社団法人日本フランチャイズチェーン

協会。酒類販売管理研修。

<https://www.jfa-fc.or.jp/particle/27.html>

10. 国税庁。「酒類自動販売機の設置状況」（平成31年4月1日現在）の公表について。  
<https://www.nta.go.jp/taxes/sake/miseinen/jihanki2019/01.htm>
11. 警察庁。風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律に基づく管理者講習の運用について（通達）。  
<https://www.npa.go.jp/laws/notification/seian/hoan/hoan20171117-3.pdf>
12. World Health Organization. (2010) The global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva, Switzerland.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>
13. Kawaida et al. The influence of the use of all-you-can-drink system on the amount of alcohol consumption among college students: A cross-sectional study in Japan, Tohoku J. Exp. Med., 2018, 245, 263-267.
14. 警察庁生活安全局少年課。平成30年中における少年の補導及び保護の概況。  
[https://www.npa.go.jp/safetylife/syonen/hodouhogo\\_gaikyou/H30.pdf](https://www.npa.go.jp/safetylife/syonen/hodouhogo_gaikyou/H30.pdf)
15. アサヒビール。人とお酒のいい関係。  
<https://www.asahibeer.co.jp/csr/tekisei/index.html>

### 3) 健康診断および保健指導に関するレビュー

川井田恭子<sup>1)</sup>、大脇由紀子<sup>1)</sup>、吉本 尚<sup>2)</sup>

1) 筑波大学医学医療系 研究員、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

#### 提言

- ▶ 日本に少ない急性健康障害をきたす一時的過剰飲酒・ビンジ飲酒の知見や、疾病負荷の少ない飲酒量についての知見を元に、健康診断のカットオフの設定や保健指導目標について定期的な見直しが必要である。
- ▶ 厚生労働省が提供するe-ヘルスネットのような、アルコール健康障害に関する非常に有用な啓発普及資料の掲載維持・情報更新スケジュールを立てておくことが必要である。
- ▶ ブリーフインターベンションに関する効果検証が進んでおり、公開されているものはほとんど有効性が示されている。我が国の知見を元にしたブリーフインターベンションの標準化、普及啓発を期待する。
- ▶ 健康診断における標準的な質問項目と、AUDITもしくはAUDIT-C(AUDITの3項目)との乖離(偽陽性、偽陰性)等に関する検討も必要と思われる。
- ▶ 保健指導においては「アルコールが代替可能な一般の食品とは異なる」ことに留意して、カロリーや体重といった視点から指導を行う必要がある。
- ▶ 保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニングとその評価結果に基づくブリーフインターベンションがどの程度実施されているのかなど、実態把握が望まれる。
- ▶ 精神疾患における長期療養に関する要因として1日の平均飲酒量が3合以上であることが大きな要因となっているなど、職域でのアルコール健康障害の影響は大きい。アルコール健康障害の連携に関する特殊性・複雑性を鑑みた、職域連携に関する今後の調査研究、連携モデルの作成が望まれる。
- ▶ 産業保健スタッフに限定した研修充実に関する施策に関して情報がほとんど見られず、支援者のために作成された資料等の中にも記述は限定的であった。産業保健活動総合支援事業等を用いた、産業保健スタッフに関する研修の充実が望まれる。

#### 1. はじめに

第1期基本計画では、アルコール健康障害を予防するための早期介入の取組が重要であると指摘されている。危険な飲酒や有害な飲酒への介入手法としてブリーフインターベンションが国際的に示されているが、国内における知見の蓄積は不十分とされている。このため、知見の収集と、地域及び職域におけるアルコール健康障害予防のための体制整備が謳われている。

#### 2. 健康診断や保健指導における介入ターゲット

健康診断や保健指導では病気の早期発見だけでなく、予防的介入にも力を置く。同じ早期介入であっても、ターゲットを何にするかで予防的介入対象が異なる。アルコール依存症をターゲットに置くと介入対象は有害な飲酒となり、有害な飲酒をターゲットとすると介入対象は危険な使用となる(表1)。

表1 健康診断・保健指導で想定される予防的な介入ターゲットと介入対象、介入手法

想定ターゲット	予防的な介入対象と介入手法	
危険な飲酒	飲酒不可者(未成年、妊婦など)に対するブリーフインターベンション	全国民への「節度ある適度な飲酒」「生活習慣病のリスクを高める飲酒」の周知
有害な飲酒(アルコール健康障害)	危険な飲酒に対するブリーフインターベンション	
アルコール依存症(アルコール健康障害)	有害な使用に対するブリーフインターベンション	

危険な飲酒は、いわゆる飲み過ぎと言われる状態である。以下の3つに分けられる<sup>1)</sup>(以下、グラム記載はすべて純アルコール量)。

- 過剰な習慣飲酒：長期に渡り多量に飲むことによりアルコール依存症、生活習慣病、がんなどの慢性的な健康障害が引き起こされる。日本で

は、節度ある適度な飲酒として1日20g（純アルコールとして。以下グラム表記のみ）以下（ただし、女性・高齢者・顔の赤くなる者はこれより少なく）、生活習慣病のリスクを高める飲酒として1日男性40g以下、女性20g以下が目標とされている。

- 一時的過剰飲酒、ビンジ飲酒：一気飲みとは異なる、急性問題飲酒。たまの飲酒であっても酩酊に至る量を飲めば、急性アルコール中毒、事故、ケンカ、虐待、性被害など、酩酊に起因する健康障害や社会問題を引き起こすリスクが高まる。日本では一時的多量飲酒として、一回の飲酒機会に60g以上の飲酒を行う行為を定義している。ビンジ飲酒に関しては日本では正式な定義がないが、吉本らによって男性2時間に50g以上、女性40g以上の飲酒とアルコール関連外傷との有意な関係が日本の大学生の集団で示されている<sup>2)</sup>。
- 飲んではいけない条件下の飲酒：未成年、妊産婦、車の運転、機械操作などの特定の条件では、ごく少量でも健康障害や社会問題を引き起こすリスクが高まるとされ、飲まないことが推奨・義務とされている。

有害な飲酒はアルコール摂取によって身体的・精神的な害が生じることを指す。アルコールの有害な使用は国際疾病分類ICD-10でコードF10.1が振られている正式病名である<sup>3)</sup>。上記の危険な飲酒で生じた急性障害、慢性障害のどちらもこの中には含まれる。

この領域における必要と思われる研究推進については、「文献レビュー10、調査研究の推進等」で述べたので参照されたい。急性健康障害をきたす一時的過剰飲酒・ビンジ飲酒の知見集積について提言した。

### 3、飲酒が及ぼす健康障害における研究分析の現状

飲酒が及ぼす健康障害において最も重要なことは、どのくらいの飲酒が最も疾病負荷が小さいのかという点である。疾病負荷とは、病気により失われた生命や生活の質の総合計であり、これを小さくするという事は早期死亡を防ぐだけでなく障害による生活の支障を減らし健康寿命を延長することにつながる。

著名な医学総合臨床雑誌であるランセットに

2018年に掲載された、米国ワシントン大学のM. G. Griswoldらの研究<sup>4)</sup>は、アルコール使用のリスクに関する592の前向き研究および後ろ向き研究と、個人および人口レベルのアルコール消費に関する694のデータソースを用いた16のコホート研究をシステマチックレビュー/メタ解析したところ、総死亡（特にがん死亡）のリスクのレベルは飲酒量が多いほど増加し、最もリスクの少ないレベルは飲酒量ゼロであることを示した。評価した健康リスクは結核、呼吸器感染症、食道癌、肝臓癌、喉頭癌、乳癌、大腸癌、口腔癌、咽頭癌、虚血性心疾患、虚血性脳血管障害、出血性脳血管障害、高血圧性心疾患、心房細動・心房粗動、肝硬変・慢性肝疾患、膵炎、てんかん、アルコール使用障害、糖尿病、交通外傷、不慮の事故、自傷、対人暴力の23である。アルコール使用は世界的な疾病負担の主要なリスク要因であり、大きな健康損失を引き起こすが、全ての死亡リスク、特にがんのリスクは飲酒量の増加につれて上昇し、健康損失を最小限に抑える飲酒量はゼロであることが分かった。これらの結果は、アルコール政策を世界的に改訂し、人口レベルの飲酒量を抑えることにさらに注力する必要がある可能性を示唆している。この研究の対象者は主に35歳以上の欧米人であるものの、世界中にインパクトを与えた研究であった。日本の最近のコホート調査<sup>5)</sup>では、1日純アルコール23gの摂取を10年間続けた場合、がんのリスクが5%上昇することが多施設症例対照研究で示唆された。発生が有意に多い順に、食道（4.26倍）、喉頭（2.36倍）、口腔咽頭（1.56倍）、大腸直腸（1.31倍）、肝臓（1.31倍）、胃（1.24倍）、乳房（1.24倍）、前立腺（1.21倍）、膀胱（1.15倍）であった。一方、有意に少なかったのは皮膚（0.77倍）、多発性骨髄腫（0.64倍）であった。

この領域における必要と思われる研究推進については、「文献レビュー10、調査研究の推進等」で述べたので参照されたい。疾病負荷の少ない飲酒量についての定期的な見直しについて提言した。

飲酒がアルコール健康障害に及ぼす具体的な影響については、表2の内容がe-ヘルスネットに掲載されている<sup>6)</sup>。情報が網羅されており、非常にアクセスも多いが、記載日時が記載されておらず、最新データへの更新頻度も不明である。定期

的な情報更新スケジュールを立てておくことが必要と考えられる。

表2 e-ヘルスネットに掲載されているアルコール健康障害

<p>&lt;アルコールによる健康障害&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○急性アルコール中毒</li> <li>○アルコールと肝臓病</li> <li>○アルコールとすい臓病</li> <li>○アルコールと循環器疾患</li> <li>○アルコールとメタボリックシンドローム</li> <li>○アルコールとうつ、自殺</li> <li>○アルコールと認知症</li> <li>○アルコールと癌（がん）</li> <li>○アルコールと歯科疾患</li> <li>○アルコールの消化管への影響</li> <li>○アルコール性肝炎と非アルコール脂肪性肝炎</li> <li>○アルコールと痛風</li> <li>○アルコールと糖尿病</li> <li>○アルコールと高脂血症</li> <li>○胎児性アルコール症候群</li> </ul> <p>&lt;サイト内別項目にある項目&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○アルコール依存症</li> <li>○飲酒と事故</li> <li>○飲酒と暴力</li> </ul>
--

#### 4、ブリーフインターベンションの実施に関する調査研究の実態

ブリーフインターベンションの効果検証および実施可能性については、表3のように3つの厚労

省研究班が組織されている<sup>7)</sup>。

冒頭にも述べたように、危険な飲酒や有害な飲酒への介入手法としてブリーフインターベンションの効果が複数の国で示されている。研究班の成果は解析中のものが多いため報告待ちであるが、我が国の知見を元にしたブリーフインターベンションの標準化、普及啓発を期待したい。

#### 5、地域におけるアルコール健康障害への早期介入の推進

「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】（平成30年4月）」においては<sup>8)</sup>、「生活習慣病予防のアプローチとして減酒支援は重要」であることが述べられており、「純アルコール1gは7kcalに相当し、体重コントロールの観点からも、減酒支援は食生活・運動指導を補完する新たな切り口」であることも指摘されている。更に、「保健指導は、アルコール依存症患者が見出された場合に、専門医療機関での治療につなげる貴重な機会となり得る」ことも示されている。標準的な質問票として表4の項目が聴取され、その結果、1) アルコールを「毎日」又は「時々」飲む、かつ、2) 日本酒換算で1~2合以上と答えた者には、第3編別添2「保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング（AUDIT）とその評価結果に基づく減酒支援（ブリーフインターベンション）の手引き」のAUDIT（アルコール使用障害同定テスト）

表3 ブリーフインターベンションの効果および実施可能性を検証している研究班

厚労省研究班名	方法・対象	結果
地域におけるアルコール対策に関する観察・介入研究（梅澤班）	地域の健康診査受診者	AUDITは問題飲酒者を概ね正しく評価できる。循環器疾患のハイリスク者もスクリーニングできる可能性がある。BIは減酒に有効であると考えられるが、その実施にはリクルートの問題や保健・医療側の人材育成などの問題をクリアする必要がある。
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（尾崎班）	無作為比較試験 大学生・職域	減酒をめざしたブリーフインターベンションに関するレビューを行い、大学生・職域を用いた介入研究を実施。現在論文投稿中であるが、有効性が示されている。
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（杠班）	無作為比較試験 プライマリケア外来、内科外来	①アルコール健康障害を予防するための簡易介入の効果検証研究、②アルコール健康障害への早期介入の取組として地域モデルの確立、③早期発見、早期介入のための専門的な医療従事者向け研修プログラムの開発、を具現化する。スクリーニングと簡易介入を医療機関や地域、職場で実践して、その効果を検証する。現在結果を論文化しているが、有効性が示されている。

を実施する。AUDIT の判定結果によって、該当者に対して積極的に保健指導として減酒支援（ブリーフインターベンション）を実施することとなっている。

この標準的な質問項目と AUDIT もしくは AUDIT-C（AUDIT の 3 項目）の結果を比較し、どれくらい偽陰性・偽陽性が生じているのかといった調査も、効果的な健康診断を実施するためには今後必要となる研究だろう。

表 4 標準的な健診・保健指導プログラムにおけるアルコールに関する標準的質問

18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度 ①毎日②時々③ほとんど飲まない（飲めない）
19	飲酒日 1 日当たりの飲酒量 日本酒 1 合（180ml）の目安：ビール 500ml、焼酎（25 度）110ml、ウイスキーダブル 1 杯（60ml）、ワイン 2 杯（240ml） ① 1 合未満、② 1～2 合未満、③ 2～3 合未満、④ 3 合以上

保健指導にあたっては、「アルコール摂取をカロリーの点や体重コントロールの点から捉え直すことは行動変容のための切り口の一つとして望ましい」が、一方で、他の食品を減らすことでアルコール摂取が可能、というメッセージとして受け取っている方も散見される。また、「酒類（日本酒、焼酎、ビール、洋酒等）ごとのリスクの違いについては様々な意見があるがエビデンスとして合意された見解はなく、基本的には、飲酒量×エタノール濃度の大きさを評価すべきである」と記載されているが、カロリーの点から他の酒類に変えたことでアルコール総量がむしろ増加している方も散見される。人材育成に関しては、栄養や体重の点からのアプローチを図りながら、アルコールが代替可能な一般の食品とは異なることに留意した指導を意識する必要がある。

市町村国保の特定健康診査等の実施率は平成 30 年度速報値で 37.9%、特定保健指導実施率が 28.9%である<sup>9)</sup>。実施率の向上がアルコール対策につながるため、受診の働きかけをアルコールに関わる関係者全体に期待したい。また、保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニングとその評価結果に基づくブリーフインターベンションが全国でどの程度実施されているのかなど、実態

に関する報告はほとんどない。実施における課題を掌握するための実態調査が必要と思われる。

精神保健福祉センターや保健所を介した、アルコール依存症が疑われる者に対する節酒や断酒に向けた支援に関しては、「文献レビュー 6、相談支援等」を参照。地方公共団体等における、アルコール健康障害対策担当者への講習会等に関しては、「文献レビュー 9、人材育成等」を参照。

アルコール健康障害への早期介入の取組として、地域モデルの確立に向けた調査研究や人材育成に関しては、表 3 に示した「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（杠班）」で実施されている。結果の全体に関しては未公開だが、以下の資料が公開されており<sup>10)</sup>、早期介入の人材育成に役立つ。

- お酒との上手な付き合い方（参加者向け、全国版）
- お酒との上手な付き合い方（参加者向け、沖縄県版）
- お酒との上手な付き合い方（支援者向け）
- 健康的に長くお酒と付き合うための方法（参加者向け）
- 医療・地域・職域ですぐに使える減酒支援の手引き：ABCD プログラム（支援者向け）
- ABCDE プログラム（近日掲載予定）

## 6、職域における対応の促進

平成 29 年度労災疾病臨床研究事業費補助金「精神疾患により長期療養する労働者の病状的確な把握方法及び治ゆの判断に係る臨床研究（桂川班）」では、精神疾患による休職者の診断では多い順に適応障害、うつ、発達障害、双極性障害、パーソナリティ障害、アルコール性障害の順であった。また、精神疾患における長期療養に関する要因として 1 日の平均飲酒量が 3 合以上であること（飲酒しないもしくは 1 合未満の群に対するオッズ比 96.0 [8.3-1115.9]）が大きな危険因子であることが挙げられており<sup>11)</sup>、職域での大きな問題となっていることが伺えた。労働安全衛生総合研究の一部として廣によって行われた、アルコール依存症例の職場復帰支援のあり方が資料としてまとまっており、アルコール健康障害における支援の特殊性・複雑性が記述されている<sup>12)</sup>。

主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究（横山班、労災疾病臨床研究事業費補助金、厚生労働省）<sup>13)</sup>において、主治医と産業医の連携に関する検討がなされている。この中で、連携成功には「主治医の理解の強さ」、「職場の理解の強さ」が、連携失敗には「疾病重篤度」の因子の影響が大きく、産業医の連携行動（情報授受頻度）には産業看護職の存在（オッズ比 5.56 [95%信頼区間：1.20-25.8]）、主治医との情報交換様式の存在（オッズ比 4.21 [2.01-8.82]）といった事業場の支援体制の存在や、連携に対する肯定的意識（オッズ比 2.43 [1.91-4.95]）が、事業場規模を調整したうえでも強く関連していることが明らかになっている。厚生労働省では同補助金にて、「労働者の治療過程における、主治医と産業医等の連携強化の方策とその効果に関する調査研究（黒木班）」「主治医による就業支援指導・情報提供による治療と就業への効果に関する検証（藤野班）」「メンタルヘルス不調による休職者に対する科学的根拠に基づく新しい支援方策の開発（堤班）」「身体疾患を有する患者の治療と就労の両立を支援するための主治医と事業場（産業医等）の連携方法に関する研究—『両立支援システム・パス』の開発—（森班）」など、同時期に様々な連携モデルを検討している<sup>14)</sup>。また、厚生労働省委託事業「平成 29 年度産業保健活動の多職種連携・チーム体制等に関する検討事業」、「平成 30 年度産業保健活動の多職種連携・チーム体制等に関する調査等事業」から、産業保健活動をチームで進めるための実践的事例集が発信されている<sup>15)</sup>。上記はアルコールに特化した事業ではないが、職域

における連携強化の取り組みに寄与するものと考えられる。「疾病重篤度」が高くなる前に早期発見、早期介入・紹介を図ることが職域でも重要である。また、「情報交換様式」の整備はコストも大きくかからず、連携の成功のために費用対効果に優れる方法である可能性がある。アルコール依存症を含むアルコール健康障害の連携に関する特殊性・複雑性を鑑み、職域における連携成功例、失敗例を取り上げ、他領域との差異がどれくらいあるか検証を行うなど、アルコール領域での職域連携に関する今後の調査研究が望まれる。

産業保健スタッフに限定した研修充実に関する施策に関しては、情報がほとんど見られない。表 5 に厚生労働省等が公開する、職域の支援者等に向けた手引・冊子・パンフレット・報告書を掲載した。この中には、メンタルヘルス不調をかかえた労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアルのように「単身赴任生活 2 年目に、不眠、頭痛、アルコール依存傾向が増悪した適応障害のケース」といった事例が載っているものがあるものの、他は「飲酒に関する家族からの情報収集」という記載程度であった。産業保健活動総合支援事業等を用いた、産業保健スタッフに関する研修の充実が望まれる。本項目に関しては、「文献レビュー 7、社会復帰等」も参照されたい。

## 引用文献

- 1) 吉本尚, 村上克介, 竹村洋典. 害の少ない飲酒と危険な飲酒：共通教育「医学概論」における, 大学生のアルコールの害を減ら

表 5 支援者等に対する手引・冊子・パンフレット・報告書一覧（文献 16、17 の日本語資料のうち、酒・アルコールの内容が含まれるもの）

発行元	タイトル	発行年
(独) 労働者健康安全機構	メンタルヘルス不調をかかえた労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル	2017 年
厚生労働省・(独) 労働者健康安全機構	Selfcare こころの健康 気づきのヒント集	2019 年
厚生労働省・(独) 労働者健康安全機構	心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き～メンタルヘルス対策における職場復帰支援～	2018 年
(独) 労働者健康安全機構	職場復帰支援プログラムとは	2018 年
(独) 労働者健康安全機構	がんに罹患した労働者に対する治療と就労の両立支援マニュアル	2017 年

- すための授業に関する実践報告と考察，提言．大学教育研究：三重大学授業研究交流誌 21:55-62, 2013.
- 2) H Yoshimoto et al. Association between Excessive Alcohol Use and Alcohol-Related Injuries in College Students: A Multi-Center Cross-Sectional Study in Japan. The Tohoku Journal of Experimental Medicine. 242: 157-63, 2017
  - 3) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : Clinical description and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992
  - 4) Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet 2018
  - 5) Zaitu M, Takeuchi T, Kobayashi Y, Kawachi I. Light to moderate amount of lifetime alcohol consumption and risk of cancer in Japan. Cancer. 2020;126(5):1031-40.
  - 6) 厚生労働省. 飲酒 . e-ヘルスネット (情報提供).  
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol>
  - 7) 厚生労働省. アルコール健康障害対策.  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176279.html>
  - 8) 厚生労働省. 標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】.  
[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/00\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/00_3.pdf)
  - 9) 公益社団法人国民健康保険中央会. 市町村国保 特定健康診査等実施状況 (平成 30 年度速報値).  
[https://www.kokuho.or.jp/statistics/tokutei/sokuhou/lib/200219\\_3211\\_tokutei.pdf](https://www.kokuho.or.jp/statistics/tokutei/sokuhou/lib/200219_3211_tokutei.pdf)
  - 10) 依存症対策全国センター. 資料. 調査・研究.  
[ncasa-japan.jp/docs](https://www.ncasa-japan.jp/docs)
  - 11) 桂川修一. 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に係る臨床研究平成 28・29 年度 総合研究報告書.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/dl/29\\_160101-01\\_So.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/dl/29_160101-01_So.pdf)
  - 12) 廣尚典. アルコール依存症例の職場復帰支援のあり方.  
[http://plaza.umin.ac.jp/~omhp-g/\\_src/22/tool07.pdf](http://plaza.umin.ac.jp/~omhp-g/_src/22/tool07.pdf)
  - 13) 横山和仁. 主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究平成 28 年度総括・分担研究報告書.  
<http://plaza.umin.ac.jp/~j-eisei/renkei/report20170331.pdf>
  - 14) 厚生労働省. 労災疾病臨床研究補助金事業研究成果について.  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/0000051107.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/rousai/hojokin/0000051107.html)
  - 15) 厚生労働省. 産業保健活動をチームで進めるための実践的事例集～産業保健チームを効果的に活用しましょう！～  
<http://www.mhlw.go.jp/content/000492931.pdf>
  - 16) 厚生労働省. こころの耳 働く人のメンタルヘルス・ポータルサイト. 手引・冊子・パンフレット (事業者・上司の方へ/支援する方へ).  
<https://kokoro.mhlw.go.jp/brochure/brochure-employer/>
  - 17) 労働者健康安全機構. 両立支援マニュアル.  
<https://www.johas.go.jp/ryoritsumodel/tabid/1047/Default.aspx>

## 4) アルコール健康障害に係る医療の充実等に関するレビュー

吉本 尚<sup>1)</sup>

1) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

### 提言

- ▶ 第1期基本計画では、アルコール依存症の診療が可能な専門医療機関、治療拠点機関の整備が行われたが、第2期以降は一般医療機関等の充実が治療ギャップの解消のために求められる。
- ▶ アルコール健康障害に係る医療の充実の鍵は、まず発見することである。問題発見のためのスクリーニングツール使用の普及がより一層望まれる。
- ▶ プリーファイナンス等、治療の枠組みは整いつつあるが、積極的に介入を実施するためのインセンティブは今のところ存在しておらず、第1期では一般医療機関等の体制の変化はほとんど見られていない。
- ▶ 紹介・連携において、アルコール依存症の初期治療を行った一般医療機関のほうが診療報酬が少なくなる構造は、治療ギャップを埋める上で問題となる可能性がある。
- ▶ 疾病としての有害な飲酒に対する治療体制整備は進んでいない。アルコール依存症を含めた、アルコール健康障害の治療全般をワンストップで管理するための外来設置の誘導が望まれる。
- ▶ アルコール関連問題に関する研修会受講者リストの公開などを行うことにより、受講者のモチベーションアップや有効な人材活用につなげることが可能になると思われる。
- ▶ アルコール依存症の治療のための体制整備は進んでいるが、整備前後でどれくらい治療可能施設が増えたのか、過去に実施された治療機関リストとの照合等により変化を明らかにする必要がある。
- ▶ 治療可能施設の充足に関して、患者動向から必要整備目標数を算出する必要がある。現在の専門医療機関、治療拠点機関数によってどれくらいの治療ギャップを埋められる可能性があるのか、専門医療機関や治療拠点機関の対応可能人数を超えた部分に対する一般医療機関等の整備計画などに必要なデータを明らかにしていくことが求められる。

### 1. はじめに

第1期基本計画の中で、医療の充実等に関する記載として、「アルコール依存症の診療が可能な医療機関が全国的に不足している」ことから、質の高い医療を受けられるよう、「アルコール依存症の治療が可能な人材の育成」、「専門医療機関に求められる機能の明確化と拠点としての整備」、「連携体制の整備」が謳われている。また、医療を提供する側に向けてアルコール依存症についての十分な知識を伝える取組や、アルコール健康障害の医療に関する研究も必要であるとされている。ここでは、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）等に関わる部分を特に重点的に扱う。

### 2. 医療における介入ターゲット

アルコール健康障害に係る医療の充実で対応が想定される疾患名と併存疾患、想定される主な対応場所を表1に示す。有害な飲酒はアルコール摂取によって身体的・精神的な害が生じている状態で、国際疾病分類ICD-10でコードF10.1が振られている正式病名である<sup>1)</sup>。上記の危険な飲酒で生じた急性障害、慢性障害のどちらもこの中には

含まれる。有害な飲酒の対応場所は明記されておらず、すべての医療機関を記載した。「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」(厚労科研、樋口班)の成果から作成された「新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン<sup>2)</sup>」には、「アルコール依存症は専門医療機関に紹介することが望ましい」が、「専門医療機関の数が少ないといった医療資源の課題や、専門医療機関への紹介の同意が得られない方、遠方のために通院ができない方が一定数存在するといった患者要因などから、プライマリケア医や内科医などが初期対応を行う必要がある」ことにより、「治療のギャップを少なくする」ことが記載されており、対応場所として記載した。

医療の枠組みではすでに疾病を持った人の治療が主となり、「文献レビュー3、健康診断や保健指導」とは対象が異なる。すなわち、有害な飲酒は健康診断や保健指導という枠組みにおいてはアルコール依存症の予防として捉えられるが、医療の枠組みではアルコールによる身体的・精神的障害が生じている疾病の1つであり、国民医療費を用いてサービスが提供される。この有害な飲酒の

扱いに関する混乱が、特に一般医療での連携に支障をきたしている1つの原因であると思われる。もう一つの一般医療等に関わる混乱は、専門医療機関や治療拠点機関に紹介できないアルコール依存症の方の対処である。

内科、救急等の一般医療から見た場合、目の前の患者の対処のために欲しい答えはシンプルである。目の前の患者の飲酒は問題か。自分が見るのか、誰かに紹介するのか。紹介先はどこか。この3つである。新しい連携モデルとされるSBIRTS (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment and Self-help groups)<sup>3)</sup> についても、ポイントはこの3つである (表2)。

表1 医療の充実等で想定される疾患名と併存疾患、想定される主な対応場所

疾患名	併存疾患	想定される主な対応場所
有害な飲酒	定義上、身体/精神疾患が必ずある	明記なし 内科等一般医療機関? 精神科? 専門医療機関? 治療拠点機関?
アルコール依存症	定義上、あってもなくてもよい	専門医療機関、 治療拠点機関 内科等一般医療機関、 精神科

まずアルコールの問題を発見しなければ、適切な対応はできない。アルコール使用障害スクリーニングツール (AUDIT など<sup>4)</sup>) を用いて、問題が発見することが必要になるだろう。問題発見のためのスクリーニングツールの評価、使用の普及がより一層望まれる。現在は評価ツールの使用に対する診療報酬等の後ろ盾はないが、介入や紹介などと組み合わせた包括的なインセンティブなども検討の余地があるだろう。

治療の枠組みは、特に有害な飲酒等に対するブリーフインターベンションは構造化されつつあり、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 (枉班) では、プライマリケア外来・内科外来において、初回30分、2回目・3回目15分の計3回の介入での無作為比較試験による効果検証が行われている。また、軽度アルコール依存症に対応する介入プログラムであるABCDEプログラムも開発されている (現時点で未公開)<sup>5)</sup>。

現在、例えば内科等の一般医療では、高血圧や糖尿病、脂質異常症、アルコール性肝炎などの身体疾患の合併があれば、身体疾患の治療を継続的に行うことで特定疾患療養管理料87-255点の診療報酬が得られるが、病院規模により診療報酬は

表2 アルコール健康障害の対処のために一般医療従事者に必要な情報と判断、能力

必要な情報と判断	飲酒は問題か	誰が診るのか	紹介先はどこか
	問題である 問題ではない	自分 他の人	専門医療機関、 治療拠点機関、他
必要な能力	スクリーニング	(自分なら) ブリーフインターベンション	紹介先情報、 患者・家族説明

表3 アルコール健康障害の対処のうち、外来介入に関わる診療報酬 (ニコチン依存症に係る診療報酬を参考に示す)

疾患名	主な介入手法	介入コスト
有害な飲酒	ブリーフインターベンション	(病名があれば) 特定疾患療養管理料 87点 / 147点 / 255点 (病名があれば) 心身医学療法 110点 / 80点 (精神科のみ) 通院精神療法 400点 / 330点
アルコール依存症	外来精神療法等	上記
(参考) ニコチン依存症	ブリーフインターベンション	ニコチン依存症管理料 230点 / 184点 / 180点 (対面時)

異なり、対応の時間や手間の問題からインセンティブにはなりにくい。一方で、ニコチン依存症の対応医療機関が17,196施設と、全医療機関の15.6%で提供されており<sup>6)</sup>、物質依存症の対応を経験している医療者・医療施設は多く存在するため、アルコール健康障害の対策として一般医療機関は有効活用できる可能性は十分ある。また、精神科を標榜する外来では通院精神療法330-400点が算定できるが、日本精神神経科診療所協会の会員を対象としたアンケート調査によれば<sup>7)</sup>、治療のやりにくさ、取り組みにくさの1番の要因として、35%の回答者が「診療報酬の問題」を挙げており、今後依存症・嗜癖問題に関しては「受付で断りたい」「できれば関わりたくないが、いちおうは診る」といった治療に拒否的なスタンスが41%を占めていた。診療報酬上は、有害な飲酒とアルコール依存症に対する明確な違いは見られず、ガイドラインで示されたプライマリケアや内科で初期治療を積極的に行うためのインセンティブは存在していなかった。

連携について、以下に記載する。アルコール依存症の場合は連携構造が非常にわかりやすく見える。まずは自分で診るという選択肢は取らず、専門医療機関に紹介を考える事が多いだろう。専門医療機関の存在を医療者が知っているか、専門医療機関のことを知っている人が周囲にいれば、紹介先についての情報は得られるだろう。最後に待っているのは、患者家族が紹介に同意するかである。治療に同意してくれない場合、人によっては自分で診るという判断をしたり、専門医療機関以外の医療機関紹介・自助グループへの紹介を検討したり、連携が得意な他職種や知り合いに相談するかもしれない。連携改善の対策として、専門医療機関を周知し、患者・家族に正しい知識をつけていただき、偏見を取る必要がある。こういった連携をスムーズにするために、アルコール依存症という診断をつけることに意味がある

と一般医療機関の医療者は考えるだろう。現在、アルコール依存症を含めた精神疾患の確定病名を「つけない」ほうが精神科医連携加算という形で診療報酬上のメリットがあり、初期対応として治療を行おうとする一般医療機関がむしろ少なくなる構造になっているのは問題かもしれない(表4)。

さて、有害な飲酒に関する連携はどうか。定義上、アルコール摂取による身体/精神疾患が出現しており、これは問題である。依存症ではなさそうな場合、自分が診る体制になれば紹介を検討するが、紹介先がよくわからない。保健所や精神保健福祉センターに相談しても、依存症に至らないアルコール健康障害の方の紹介先は不明なことも多く、専門医療機関・治療拠点機関に紹介しても「依存症まで至っていないので、かかりつけで経過を診る」ように言われることも多く、患者も医療者もどうすればよいかわからず、対応に苦慮することが多い。

このように、アルコール依存症の専門医療機関、治療拠点機関の整備が進んできているが、一般医療機関等の取り組みは第2期以降の大きな課題である。特に有害な飲酒の窓口がはつきりしておらず、明確化が必要である。治療ギャップを埋めるためにも、久里浜医療センターの減酒外来<sup>8)</sup>や北茨城市民病院附属家庭医療センターのアルコール低減外来<sup>9)</sup>のような、病名によらずアルコール健康障害の治療全般の窓口をワンストップで管理するための外来設置の誘導などが期待される。

## 2、アルコール健康障害に係る医療の質の向上

- 1) 早期発見、早期介入のための専門的な医療従事者向け研修プログラムの開発
- 2) 早期介入の手法を含むアルコール依存症等の研修の提供
- 3) 治療やリハビリテーションに関わる医療従

表4 アルコール健康障害の対処のうち、紹介に関わる診療報酬

疾患名	紹介先	一般医療からの紹介コスト
有害な飲酒	明確ではない	情報診療提供書 (I) 250点
アルコール依存症	専門医療機関、治療拠点機関	アルコール依存症が疑われる場合には上記に加え精神科医連携加算200点(アルコール依存症の病名を付けて治療した場合、適応外)

## 事者の人材育成

アルコール関連問題に関する人材育成のための研修会には、国立病院機構久里浜医療センターが行う研修会、同肥前精神医療センターが行う研修会、地方公共団体等で精神保健福祉センターなどが行う研修会、各アルコール拠点医療機関・専門医療機関が行う研修会のほか、NPO 法人 ASK が行うアルコール教育指導者育成のための「飲酒運転防止インストラクター養成講座」、アルコール依存症への対応を学ぶ「ASK アルコール通信講座」〈基礎クラス〉〈介入技法トレーニングクラス〉、日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会とその支部が主催する研修会などが挙げられる。最近では県医師会や郡市医師会を巻き込んだかかりつけ医講習会なども散見される。

早期発見、早期介入に特化した、主に医療者を対象とする研修としては、基本法以前から実施されていた肥前精神医療センターのアルコール関連問題予防研修が挙げられる（表 5）。

近年では、「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（杠班）」において簡易介入マニュアルが作成され、研究班主催の簡易介入基礎（22 講座、約 11 時間）・応用研修（16 講座、約 9 時間）が実施された。同研究班からは、Web 上での介入ツールなども提供されている<sup>13)</sup>。また、日本アルコール・アディクション医学会ならびに日本アルコール関連問題学会からアルコール依存症の診断と治療に関する e-learning が提供されており、学会員であれば有料で利用できるようになってきている<sup>14)</sup>。こういった研修受講者のリストは公開されていないが、受講者に対するライセンスの付与や受講者リストの公開などを行うことにより、受講者のモチベーションアップや有効な人材活用につなげることが可能

になると思われる。

### 4) アルコール健康障害の医療に関する研究の推進

「文献レビュー 10、調査研究の推進等」を参照。

### 5) 臨床研修におけるアルコール依存症への診療能力を持った医師の育成

「文献レビュー 9、人材育成等」を参照。

### 6) 地域におけるアルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備

### 7) アルコール健康障害の医療に関する研究、治療及び人材育成の全国拠点医療機関の決定

「2、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」「文献レビュー 9、人材育成等」を参照。

アルコール依存症の治療のための体制整備は進みつつあるが、整備前後でどれくらい治療可能施設が増えたのかははっきりとしていない。過去に厚労省研究班等で実施された、アルコール依存症治療機関リストなどとの照合により、整備前後の変化を明らかにする必要がある。

また、現在の専門医療機関、治療拠点機関の整備に関して、患者動向から必要整備目標を算出する必要がある。1) 過去の疫学調査で 60 万から 100 万程度と推定されているアルコール依存症患者の何%を収容するために現在の医療機関整備を行っているのか、2) 現時点で何人の外来・入院収容可能人数があるのか、3) 専門医療機関や治療拠点機関の整備だけでまかなえない場合の次の手段として、一般医療機関等の整備計画はどうなっているのか、などといったデータを明らかにしていく必要があると考えられる。

表 5 代表的なアルコール関連問題に関する人材育成のための研修会

提供主体	内容	早期発見・早期介入要素
久里浜 医療センター <sup>10)</sup>	アルコール依存症 臨床医等研修	動機づけ面接 減酒支援の実践 アルコール関連問題の予防と介入
依存症対策 全国センター <sup>11)</sup>	アルコール依存症研修	診断基準・評価尺度 ブリーフインターベンション
肥前精神 医療センター <sup>12)</sup>	アルコール関連問題予防研修	ブリーフインターベンション & HAPPY プログラム研修

## 引用文献

- 1) World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992
- 2) 樋口進, 齋藤利和, 湯本洋介. 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
- 3) 猪野亜朗ら. アルコール依存症者を専門外来から断酒会へ繋げる試みと効果検証 - SBIRTS (エスバーツ) と呼称して取り組む -. 日本アルコール・薬物医学会雑誌. 53(1); 11-24, 2018
- 4) T F. Babor et al. AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. World Health Organization. 2001
- 5) 依存症対策全国センター. 資料. 調査・研究. [ncasa-japan.jp/docs](http://ncasa-japan.jp/docs)
- 6) 日本禁煙学会. 禁煙治療に保険が使える医療機関.  
[http://www.jstc.or.jp/modules/diagnosis/index.php?content\\_id=1](http://www.jstc.or.jp/modules/diagnosis/index.php?content_id=1)
- 7) 辻本土郎. 精神科診療所の立場からアルコール医療を考える～日精診アンケート結果を中心に～. 第20回アルコール健康障害対策関係者会議.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/000615167.pdf>
- 8) 久里浜医療センター. 減酒外来 AHRP (Alcohol Harm Reduction Program).  
<https://kurihama.hosp.go.jp/hospital/section/genshu.html>
- 9) 北茨城市民病院附属家庭医療センター. アルコール低減外来のご案内.  
<https://fa.kitaibaraki.info/course/17-2/>
- 10) 久里浜医療センター. 2019年度「アルコール依存症臨床医等研修」研修計画.  
[https://kurihama.hosp.go.jp/research/training/alcohol\\_clinical.html](https://kurihama.hosp.go.jp/research/training/alcohol_clinical.html)
- 11) 依存症対策全国センター. 2019年度アルコール依存症研修 (治療指導者養成研修 / 相談対応指導者養成研修).  
[ncasa-japan.jp/pdf/announcements/program7\\_2019.pdf](http://ncasa-japan.jp/pdf/announcements/program7_2019.pdf)
- 12) 肥前精神医療センター. アルコール・薬物関連問題研修募集要項.  
[https://hizen.hosp.go.jp/profession/education\\_training\\_alcohol1.html](https://hizen.hosp.go.jp/profession/education_training_alcohol1.html)
- 13) SNAPPY-CAT (Sensible and Natural Alcoholism Prevention Program for You, Computer Advice Technique) 飲酒チェックツール.  
<https://snappy.udb.jp/>
- 14) 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. e-learning アルコール依存症の診断と治療, 学研メディカルサポート.  
<https://gakken-meds.jp/jmsaas/>

## 5) アルコール健康障害に関連した飲酒運転者等に対する指導の現状と課題

大脇由紀子<sup>1)</sup>、川井田恭子<sup>1)</sup>、吉本 尚<sup>2)</sup>

1) 筑波大学医学医療系 研究員、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

### 提言

- ▶ 飲酒運転者に義務付けられている飲酒取消講習におけるスクリーニング（AUDIT）やブリーフ・インターベンション、刑務所におけるアルコール依存回復プログラムなどを用いた指導の機会が、多量飲酒者の飲酒行動の改善やアルコール依存症者の専門医療開始と継続、自助グループ等に繋がる契機となるよう働きかけを強化し、講習受講者の飲酒行動変容や依存症治療、再犯防止の効果などを検証する必要がある。
- ▶ 飲酒運転による摘発や指導の機会を、確実に違反者のアルコール依存症の治療開始や保健指導の契機とするため、飲酒運転根絶条例の制定と違反者の専門医等による診察、保健指導の義務化を条例に盛り込むことが課題になると考えられる。
- ▶ 事業用自動車の乗務前のアルコール検知器による酒気帯びチェックなどの機会を運輸業以外の事業所や個人の酒気帯び状態の確認にも適用できるようにするなど、飲酒行動や習慣のモニタリングに機器を活用し、飲酒行動の認識や改善に繋げる方法を検討、検証することが望まれる。
- ▶ 飲酒に伴う暴力や児童虐待について、精神保健福祉センターや警察庁が公表する配偶者暴力相談支援センター、児童相談所などの相談機関との連携が、アルコール依存症の相談・治療者数の増加や暴力・虐待の問題の解決につながっているか、今後さらに検証する必要がある。
- ▶ 暴力や虐待については、配偶者暴力防止法（DV防止法）や児童虐待防止法があり、通報や保護と支援に繋げる努力義務がある。飲酒に伴う暴力や児童虐待も「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」に基づき、警察への相談、通報と立入りが可能であり、警察官は保健所長への通報と医師の診察を受けるように勧める義務がある。緊急時の法的介入も視野に入れた相談と支援の連携体制を整備しておく必要がある。
- ▶ 自殺者数を減少に導く課題の一つとして、身体疾患や健康状態の悪化で医療機関を受診する患者や自殺未遂者のうつ病やアルコール依存症の合併、多量飲酒を見逃さず、そのスクリーニングと評価、適切な介入に繋げる援助が必要であり、リエゾン精神医療チームなどの人材確保と普及が必要である。

### 1. はじめに

飲酒運転を繰り返す者は、その背景にアルコール依存症の問題がある可能性が指摘され、必要に応じて適切な支援を講じることが求められている。また、アルコール依存症は自殺の危険因子の一つとされ、過剰な飲酒は、身体運動機能、認知機能や理性の抑制による様々な事故や暴力との関連が指摘されている。そのため、第1期基本計画では、以下の目標と施策が掲げられている。

（目標）飲酒運転等をした者やその家族について、精神保健福祉センターや保健所等を中心とした地域の関係機関の連携により、適切な支援につなぐ体制を構築することを目標として以下の施策を実施する。

#### (1) 飲酒運転をした者に対する指導等

- 飲酒運転をした者について、アルコール依存症等が疑われる場合には、地域の実情や必要に応

じ、精神保健福祉センター・保健所等を中心として地域の関係機関が連携し、当該飲酒運転をした者を、アルコール関連問題の相談や自助グループ等の行う節酒・断酒に向けた支援、専門医療機関等における治療につなぐための取組を推進する。飲酒運転をした者の家族については、その求めに応じ同様の取組を推進する。

- 飲酒運転をした者に対する取消処分者講習において、地域の相談・治療機関リストの提供や、自助グループの活用等により、アルコール依存症のおそれのある者が、相談や治療を受けにくききっかけとなるよう更なる取組を行う。
- 飲酒運転事犯者に対しては、刑務所や保護観察所における指導等を行う際に、社会内での相談機関の紹介や自助グループ等の支援活動、医療機関等の専門治療につなげる取組を推進する。
- 飲酒運転事犯者に対するアルコール依存回復プログラム等の効果検証を行う。

- 飲酒運転をした者について、年齢層や要因・背景等の分析を行う。
- 地域における連携の推進に資するため、先進的な取組事例を収集し、周知する。

## (2) 暴力・虐待・自殺未遂等をした者に対する指導等

- 暴力・虐待、酩酊による事故又は自殺未遂等の問題を起こした者について、アルコール依存症等が疑われる場合には、地域の実情又は必要に応じ、精神保健福祉センター・保健所等を中心として地域の関係機関が連携し、当該暴力・虐待等の問題を起こした者又はその家族を、アルコール関連問題の相談や自助グループ等の行う節酒・断酒に向けた支援、専門医療機関等における治療につなぐための取組を推進する。
- アルコール依存症が自殺の危険因子の一つであることに鑑み、自殺総合対策大綱（平成 24 年 8 月 28 日閣議決定）に基づき、その背景にある社会的・経済的要因の視点も踏まえつつ、アルコール問題に関する関係機関等とも連携し、啓発、相談窓口の整備、人材養成、自殺未遂者の再度の自殺企図の防止等の自殺対策を推進する。
- 地域における連携の推進に資するため、先進的な取組事例を収集し、周知する。

本稿では、(1) 飲酒運転をした者に対する指導等 (2) 暴力・虐待・自殺未遂等をした者に対する指導等について、第 1 期基本計画の施行から 5 年経過した現在の状況と課題をまとめる。

## 2. 飲酒運転の現状

日本は世界的に見ても飲酒に寛容な風土があり、2013 年にアメリカで行われた国際比較では、日本が最も飲酒の許容度が高いと報告されている<sup>1)</sup>。飲酒運転も後を絶たず、飲酒運転による死亡事故率は「飲酒なし」と比較して約 8.3 倍と報告されている<sup>2)</sup>。わが国では、1999 年 11 月に東名高速道路で発生した飲酒運転のトラックによる幼児 2 名の死亡事故、2006 年 8 月に福岡市で発生した幼児 3 名の死亡事故を契機に、報道でも飲酒運転による事故の悲惨さが大きく取り上げられ、社会的にも飲酒運転根絶を望む世論が高まった。それと同時に、刑法（2001 年：危険運転致死傷罪）と道路交通法（2002 年、2007 年：厳罰化、罰則適用の見直し等）の改正が行われ、飲酒運転防止（根絶）のため、交通安全協会が推薦・使用

する一般のドライバー向けの DVD や冊子などの啓発ツールや、飲酒運転違反者や常習飲酒運転者への法的な措置と講習を含め、様々な啓発や防止策が実施されている。特に飲酒運転の再犯防止については、飲酒運転者の運転免許停止や取り消しの行政処分と罰金等の刑事処分、講習や指導・警告に加えて、アルコール依存症や問題飲酒者へのアプローチも重視されている<sup>3)</sup>。

こうした法改正による厳罰化によって、飲酒運転事故は大幅に減少したが、2018 年の飲酒運転事故件数は 3,355 件、飲酒死亡事故件数も 198 件と下げ止まりで推移している<sup>4)</sup>（図 1）。飲酒運転と死亡事故の件数が一定数、持続して減少しない背景には、多量飲酒の習慣やアルコール依存症が潜在していると推察される。2007 年の神奈川県警の調査では、飲酒運転で検挙された男性の 66.3%、女性の 50%が多量飲酒者（1 日に純アルコール 60g 以上の飲酒）に該当し、男性の 47.2%、女性の 38.9%がアルコール依存症と予備軍（AUDIT 15 点以上）であったと報告されている<sup>5)</sup>。飲酒運転事故や死亡事故が発生し続けている現状を鑑み、飲酒運転をした者に対する指導等の再発防止策について、わが国の現状をまとめ、課題を検討する必要がある。

## 3. 飲酒運転者の再発防止策の現状と課題

### (1) わが国の飲酒運転をした者に対する指導等の現状

飲酒運転の現状で述べたように、わが国では飲酒運転の根絶に向けて、刑法や道路交通法が改正され、2014 年 5 月には「自動車運転死傷行為処罰法」が施行されるなど、国レベルで飲酒運転の厳罰化が図られた<sup>6)</sup>。また、2014 年 6 月には、「アルコール健康障害対策基本法」が施行され、その基本計画の中に、1-(1) で挙げたような飲酒運転者にアルコール依存症等が疑われる場合の対策などが、推進する取組として盛り込まれている。

こうした法整備と計画に併行して、警察庁では、自動車教習所における飲酒運転防止に係るカリキュラムの履行に加え、飲酒運転により免許停止や取消となった者に対し「飲酒取消講習」の受講を義務づけており、アルコールスクリーニングテストやブリーフインターベンション等を含む、飲酒行動の改善を促すためのカリキュラムを実施している<sup>7)</sup>。具体的には、2017 年 3 月から運用された取消処分者講習に関する警察庁交通局の資料

(表1)<sup>8)</sup>に示される、2日間の飲酒取消講習の講習科目と内容が実施されている。このような飲酒取消講習に加え、アルコール依存症が疑われる者を専門医療機関に繋げるための関係機関の窓口のリストを各都道府県に提供し、関係団体や自助グループ等のパンフレットを各警察署に配置するなど<sup>7)</sup>、アルコール依存症が疑われる者を治療や支援に繋げる取組を推進している。

法務省矯正局成人矯正課では、飲酒運転事犯者に対し、刑務所や保護観察所における指導時に、飲酒問題の相談機関等を紹介して繋げる取組を推進している。刑務所では飲酒運転事犯者等にアルコール依存回復プログラムなどを用いた指導が行われ、プログラムの中で飲酒問題の相談機関や自助グループ等を紹介し、活用を推進する対策を実施している<sup>7)</sup>。

国土交通省自動車局安全政策課でも、旅客自動車運送事業運輸規則および貨物自動車運送事業輸送安全規則の改正により、2011年5月からバスやタクシー、トラックなどの事業用自動車(緑ナンバー車)の安全対策として、運転者の乗務開始前のアルコール検知器による酒気帯びのチェックを義務づけ、酒気帯びが検知された場合の乗務禁止など、飲酒運転の根絶に向けた取組を推進している。また、酒気帯び運転が発覚した場合の事業者団体への再発防止徹底のための通達や監査、行政処分等のほか、事業者に対する事故防止セミナーを全国的に実施している<sup>7)</sup>。

こうした取組が推進されているにも関わらず、未だ飲酒運転の根絶には至らない要因として、運転者の飲酒運転に対する危機感や認識が不十分である場合や、飲酒取消講習などの機会、運送事業者・団体等の取組が、必ずしもアルコール依存症の可能性のある運転者の専門医療機関の受診や治療開始、治療の継続に直結していない現状があると推察される。

国レベルの取組の推進と合わせて、都道府県などの地方自治体でも、飲酒運転根絶に関する条例の制定や、交通安全条例、交通安全実施計画における飲酒運転防止の取組が実施されている。特に、飲酒運転による重大な死亡事故が発生した自治体を含め、飲酒運転根絶に関する条例を制定した道県、市町もある。しかし、全国的に見て、飲酒運転の根絶に特化した条例を制定している自治体は少数であり、多量飲酒やアルコール依存症の可能性のある飲酒運転者の診断・治療、保健指導等に

言及した条例は僅かである。

飲酒運転による摘発や指導の機会を、確実に違反者のアルコール依存症の治療開始や保健指導の契機とするため、飲酒運転根絶条例の制定と違反者の専門医等による診察、保健指導の義務化は有効と考えられる。地方自治体における飲酒運転根絶に関する条例や施策については、本報告書「9. 飲酒運転根絶に関する条例の効果」で詳述する。

## (2) 海外の飲酒運転をした者に対する指導等の現状

アメリカのDUIプログラム【Driving Under Influence (アルコール・薬物の影響下での運転)に対する教育・グループワーク・個人カウンセリング、州によって医師による治療)】や、ドイツの70条講習(運転免許証令70条に基づく義務化された講習)等では、長期間にわたり複数回の教育が行われており、心理学者による講義や飲酒運転をテーマとしたディスカッションなど、違反者に対し医学的・心理学的検査や個人カウンセリングを含めた細やかな教育と長期的な指導が行われている<sup>3,9)</sup>。特に、アメリカのカリフォルニア州では、初犯で30時間程度の教育プログラムが義務づけられ、プログラム中の状況によりアルコール依存症への介入が行われる。司法がNPOや自助グループ、専門機関と連携し、酒気帯び検挙者を教育のチャンスとするプログラムは全米に広がっており、アルコール依存症者の40%がDUIプログラムを経由して依存症治療に繋がっているという報告がある<sup>10)</sup>。しかしながら、2015年のDUIに関する統計は飲酒事故による死亡者数が10,265人と報告しており、アメリカでも依然として飲酒運転死亡事故が持続的に発生している現状にある<sup>11)</sup>。このことは、飲酒運転を根絶することが、警察や司法のDUIプログラムによる教育指導と治療的介入の試みだけでは難しいことを示唆している。オーストラリアのニューサウスウェルズ(NSW)州では、道路交通局によるオプション・プログラムとしてNSW Alcohol Interlock Program & Drink-less Program (アルコールインターロック&ドリンクレス・プログラム)が実施されており、このプログラムを申請して裁判所で適用を認められた違反者は、免許停止期間が短縮される代わりにインターロック免許証が交付される<sup>9,12)</sup>。プログラムの申請条件は、認定医によるAUDITを使用したスクリーニングとブリーフ・

インターベンションを受け、インターロックの装備を自費でつけることであり、アルコール依存症の場合は専門の機関で紹介される<sup>9)</sup>。アルコールインターロック装備中の飲酒運転抑止効果については、アメリカなどの幾つかの論文で有効性が報告されており<sup>13)</sup>、国内外の企業が飲酒運転防止機能を持つ機器や自動車の開発を進めている<sup>14,15)</sup>。わが国でも、アルコールインターロック導入に関する検討が進められ、前述のように2011年から、事業用自動車の乗務開始前のアルコール検知器による酒気帯びのチェックを義務づけられ、それに伴う機器の購入も全日本トラック協会の助成金の対象となっている<sup>14)</sup>。今後は、事業用自動車の乗務前のアルコール検知器による酒気帯びチェックなどの機会を、運輸業以外の事業所や個人の酒気帯び状態の確認にも適用できるようにするなど、飲酒行動や習慣のモニタリングに機器を活用し、飲酒行動の認識や改善に繋げる方法を検討、検証することが望まれる。

### (3) 飲酒運転防止策の課題

第1期基本計画に基づき、1- (1) で挙げられている飲酒運転者への飲酒取消講習や刑務所における飲酒運転事犯者等へのアルコール依存回復プログラムなどを用いた指導、専門医療機関の治療

や自助グループにつなぐための取組が推進されているが、今後さらに、講習や事業所の取組、啓発の機会が、アルコール依存症を含むアルコール使用障害の治療開始の契機となるように施策を強化し、講習受講者の再犯防止効果を検証することが課題と考えられる。

また、飲酒運転摘発者の指導と合わせて、都道府県などの地方自治体でも、飲酒運転根絶に関する条例の制定やアルコール依存症の可能性のある飲酒運転者の診断・治療、保健指導等を条例に盛り込むことが課題になると考えられる。

その限界を補う施策として、飲食店等における酒類提供の規制や、開発が進められているアルコールインターロック等の規制システムの適用を検討すること、その効果検証が必要と考えられる。

## 4. 暴力・虐待・自殺未遂等をした者に対する指導等の現状と課題

### (1) 暴力・虐待と飲酒の問題の現状と課題

家庭内暴力などの暴力や児童虐待と飲酒の問題が重複する場合は多いことは、WHOをはじめ、国内外で報告されている<sup>16-18)</sup>。その要因として、短期的には飲酒時の酩酊により抑制力や判断力が低下すること、依存状態では飲酒欲求に思考が占拠され、養育や夫婦関係における適切な判断がで

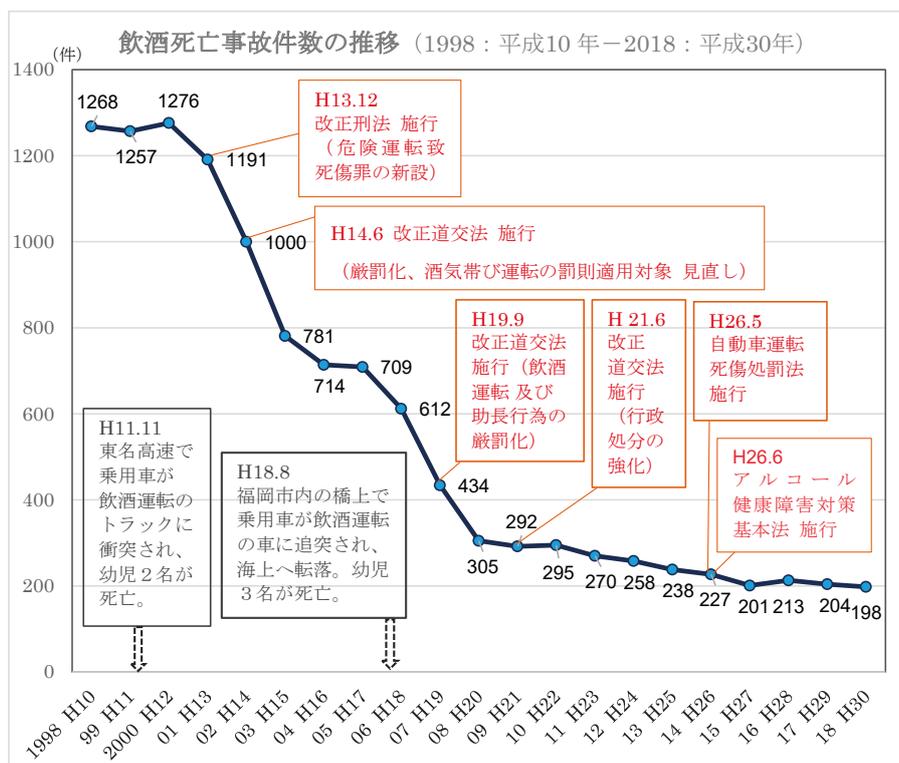


図1 飲酒死亡事故件数の推移 (<https://jafmate.jp/blog/safety/190226-20.html>) (許可を得て作図、一部改変)

表1 飲酒取消講習（2日間）の講習科目及び時間割等に関する細目「四輪車用」<sup>8)</sup>

講習科目	講習細目	留意事項	時間	形式	担当者	資器材の装備
呼気検査 運転適性検査	開講 呼気検査 運転適性検査	講習の目的とその日程について簡単に説明し、直ちに、呼気検査及び運転適性検査を実施する。運転適性検査では、自分の力を出し切るよう指導する。	70分	全員	1人	アルコールチェッカー（アルコール検知器） 運転適性検査用紙
導入	(1) 講習目的と方法の説明 (2) 講師及び受講者の自己紹介	明るく率直な雰囲気を作り、何を話してもよいという気持ちを抱くよう仕向ける。 受講者の日頃の利用車種、車歴等を話させることで、寡黙の時間が続かないようにする。	40分	グループ (3人) 別	受講者 3人につき、 担当者1人	
性格と 運転の概説	視聴覚教材により性格特徴が運転の仕方に表れる可能性のあることを示唆する。	自らの弱点を冷静に見つめる必要があることを気付かせるような内容のものとする。 運転適性検査結果に結び付け、安全な運転の在り方について指導する。	60分	全員	1人	視聴覚教材
運転技能の 診断	(略記) (1) 診断のねらいと心構え (2) コースでの技能診断 (3) チェックリストの説明 (4) 適性診断結果と照合した運転特徴の説明	運転時の危険な癖を指摘し、それが今後の運転に表れないようにするための方法を具体的に考えさせる。その技術を助言する。	90分	グループ (3人) 別	受講者 3人につき、 担当者1人	自動車
アルコールスクリーニング テスト	アルコールスクリーニングテスト（AUDIT）を行わせる。	アルコールスクリーニングテスト（AUDIT）を行わせ、自らのアルコール依存の程度を自覚させる。	10分	全員	1人	AUDIT 検査用紙
ブリーフ・インターベンション①	アルコールスクリーニングテスト（AUDIT）の結果に基づく指導を行う。ワークブックを記載させる。	自らのアルコール依存の程度を自覚させ、飲酒行動の改善を促すよう指導する。 ワークブックの記載方法を説明し、問題飲酒行動及び飲酒運転抑止のための目標設定を行わせるとともに、講習期間中の飲酒量の変化や目標の達成状況について記録させる。	90分	個別的 指導	受講者 3人につき、 担当者1人	ワークブック
(2日目) 呼気検査	呼気検査	呼気検査を実施する。	10分	全員	1人	呼気検査機器
ブリーフ・インターベンション②	ワークブック（日記）の記載内容の確認及び目標の達成状況の確認	ブリーフ・インターベンション①で設定した目標の達成状況や飲酒量の変化を確認し、個々人ごとに飲酒行動や運転行動の改善について指導する。	60分	個別的 指導	受講者 3人につき、 担当者1人	ワークブック
ディスカッション	飲酒運転をテーマとしたディスカッションを行い、飲酒運転の危険性・悪質性を理解させる。	自らの飲酒運転経験を発表させ、飲酒運転を行ってしまった理由や今後、飲酒運転を行わないための方策等について議論させ、飲酒運転に対する問題意識をもたせるよう、指導する。	50分	討議形式	受講者 6人につき、 担当者1人	ディスカッション資料

備考

ブリーフ・インターベンションとは、自らのアルコール依存の程度を自覚させ、飲酒行動の改善を促すとともに、問題飲酒行動及び飲酒運転抑止のための目標設定を行わせるなどの短時間のカウンセリングをいう。

（文献8）別表第3より、抜粋）

きなくなること、離脱症状の影響、長期的にはアルコール乱用や依存の進行に伴う当事者の問題（自尊心の低下、感情調節の障害、社会経済的問題、身体的・精神的障害の合併など）と家族機能の低下などが挙げられている<sup>19)</sup>。

養育者がアルコール依存を有する場合、子どもが行動や情緒の問題をもつ確率が高いといわれており<sup>20)</sup>、児童虐待への暴露と衝動抑制障害、薬物・アルコール乱用、非社会性パーソナリティ障害、全般性不安障害等を含む精神疾患との関連性が知られている<sup>21)</sup>。脳科学的にも、不適切な養育体験と脳の器質的・機能的な変化（暴言虐待による聴覚野容積の拡大、配偶者暴力目撃による視覚野容積の縮小、複数のタイプの虐待を一度に受けることによる海馬や扁桃体の障害、反応性アタッチメント障害をもつ青少年者における線条体のドパミン機能異常など）が明らかになってきており、不適切な養育体験と子どもの依存リスクが密接に関連している可能性が示唆されている<sup>21)</sup>。このことは、アルコールの乱用や依存と暴力・虐待の世代間連鎖や悪循環を断ち、精神疾患の発症を予防する上で、早期から飲酒による暴力や虐待の問題に介入する重要性を示唆している。

わが国におけるアルコール依存症の患者数の推移は、入院外来とも患者数が増加傾向にある。入院患者数は平成26年度（2014年度）25,548人から平成29年度（2017年度）27,802人に増加し、外来患者数も2014年度92,054人から2017年度は102,148人と増加傾向にある<sup>22)</sup>。アルコールに関する相談件数は、2014～2017年度の保健所では15,309～17,573件で増減がみられ、精神保健福祉センターでは2014～2018年の相談件数が3,770～4,438件で増加傾向がみられた<sup>22)</sup>。アルコール依存症に対する入院・外来治療と精神保健福祉センターの相談件数の増加傾向は、2014年にアルコール健康障害対策基本法が施行されたことで、相談・紹介件数が増したことに起因している可能性もある。こうした専門医療や相談の機会が、アルコールの乱用や依存と暴力や虐待の世代間連鎖を防ぎ、暴力や虐待をしてしまった加害者と被害者の双方の回復につながる契機となることが望まれる。現在、精神保健福祉センターでは、依存症相談で①個別相談、②再発予防プログラム、③家族教室などが実施されており、刑務所などの刑事施設ではアルコール依存回復プログラムを実施している<sup>22)</sup>。こういった取り組みが、アルコー

ル依存症の相談・治療者数の増加や暴力・虐待の問題の解決につながっているか、今後さらに検証していく必要がある。

また、飲酒した父親が妻や子どもに暴力をふるうなど、家庭内暴力と児童虐待が重複する場合、家族は保健所や警察、専門医療などに相談していることも多く、相談の機会を介入に繋げる必要がある<sup>23)</sup>。家族など相談者の安全を確保するため、緊急度が高ければ警察に相談の上、命を守る法的介入の手段（表2）も問題解決の契機となる可能性があることを伝える必要がある<sup>23)</sup>。暴力や虐待については、配偶者暴力防止法（DV防止法）や児童虐待防止法があり、通報や保護と支援に繋げる努力義務がある。飲酒に伴う暴力や児童虐待も「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」に基づき、警察への相談、通報と立入りが可能であり、警察官は保健所長への通報と医師の診察を受けるように勧める義務がある。飲酒による暴力や虐待の問題がエスカレートして法的介入に至る前に、精神保健福祉センターや専門医療機関の相談で、アルコール乱用の問題が解決に向かうことが理想である。しかし、暴力や虐待のエスカレートによる最悪の事態を防ぎ、被害者と加害者双方の回復のきっかけを作るためにも、飲酒問題を持つ当事者・家族・支援者が緊急時の法的介入も視野に入れ、相談と支援の連携体制を整備しておく必要があると考えられる。

今後の課題として、飲酒に伴う暴力や児童虐待については、精神保健福祉センターや警察庁が公表する配偶者暴力相談支援センター、児童相談所などの相談機関と連携し、暴力や虐待の被害者の安全確保と、飲酒問題がある加害者の場合の専門医療や保健指導の診察の機会を、早期から設けることが重要と考えられる。

## (2) わが国における自殺者・自殺未遂者の現状と課題

自殺者が直前に飲酒していることが多いことは法医学の調査から知られており、わが国の調査では自殺例全体のアルコール検出率は32.8%と報告されている<sup>24)</sup>。一般住民を対象としたコホート調査では、多量飲酒が自殺のリスクを高めることが示されており、自殺者に占めるアルコール依存症の割合は、気分障害に次いで高い<sup>24)</sup>。海外の自殺対策においてもアルコール乱用・依存は、うつ病に次ぐ精神保健の重点課題の一つとなってお

表2 酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律<sup>23)</sup>

(立入り) 第六条	警察官は、酩酊者がその者の住居内で同居の親族等に暴行をしようとする等、当該親族等の生命、身体又は財産に危害を加えようとしている場合において、諸般の状況から判断して必要があると認める時は、警察官職務執行法第六条第一項の規定に基づき、当該住居内に立ち入ることができる。
(通報) 第七条	警察官は、第三条第一項又は警察官職務執行法第三条第一項の規定により酩酊者を保護した場合において、当該酩酊者がアルコールの慢性中毒者（精神障害者を除く。）又はその疑のある者であると認めた時は、すみやかに、もよりの保健所長に通報しなければならない。
(診察等) 第八条	前条の通報を受けた保健所長は、必要があると認める時は、当該通報に係る者に対し、医師の診察を受けるようにすすめるべきでない。 この場合において、保健所長は、当該通報に係る者の治療又は保健指導に適切な他の医療施設を紹介することができる。

(文献23) より、一部改変、抜粋

り<sup>25)</sup>、わが国のアルコール依存症専門医療機関の入院患者を対象とした調査でも、アルコール乱用・依存患者はともに、自殺念慮歴（55.1%）および自殺企図歴（30.6%）が高率に認められたと報告されている<sup>25)</sup>。2014年の調査報告では、アルコール依存症の54%にうつ状態が見られ、そのほとんどがICDのうつ病エピソードの診断基準を満たし、アルコール依存症とうつ病の合併が多い結果が示されている<sup>26)</sup>。WHOの自殺予防プロジェクトでは、「うつ病とアルコール依存症の適切な治療」を効果的な介入方法の一つに挙げており<sup>27)</sup>、WHOが示した2014年の「自殺を予防する世界の優先課題」でも、危険因子への対策として「アルコールの有害な使用の減少」が含まれている<sup>28)</sup>。

わが国では、アルコールと自殺の関連について、2006年の大規模コホート研究で1日3合以上の飲酒者の自殺リスクが高いというU字型の相関関係が報告されている<sup>25)</sup>。自殺未遂者と飲酒の実態については、2011年（平成23年）1年間に大阪府内救命救急センターに搬送された自殺未遂者は1,254例であり、うち自殺企図時に飲酒が確認されたのは219例（17%）と報告されている<sup>29)</sup>。その中で、飲酒の問題が自覚されていなかったケースについて、退院後に自助グループに繋がった症例の報告もある<sup>29)</sup>。アルコールや薬物の乱用は、自殺の危険因子として厚生労働省が提示する自殺未遂者ケアのガイドラインにも確認事項が盛り込まれており、救命救急センターとリエゾン精神医療チームや精神科が協働して、アルコール乱用・依存のスクリーニングを含めたシステム構築が求

められている<sup>30)</sup>。自殺未遂者の飲酒習慣や自殺企図時の飲酒を含めた問題の状況を精神科医と連携して丁寧に把握し、飲酒の問題があれば必要に応じて専門医療や自助グループに繋げる関わりが、次の自殺企図を防ぐためにも重要である。

最近の2018年（平成30年）の自殺者数は20,840人（男性14,290、女性6,550）と報告されており、2006年に自殺対策大綱・基本法が施行され、2010年（平成22年）以降、減少傾向にある<sup>31)</sup>。しかし、2018年の年代別の自殺者数をみると50歳代3,575人（17.2%）、40歳代3,498人（16.8%）、60歳代3,079人（14.8%）、70歳代2,998人（14.4%）、30歳代2,597人（12.5%）、80歳代2,290人（11%）、20歳代2,152人（10.3%）、10歳代599人（2.9%）の順で、中高年や高齢者の自殺者数も比較的多く、特定された原因・動機も健康問題が最多であり、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題の順であった<sup>31)</sup>。20～40歳代の職業別自殺者数は、被雇用者・勤め人が最も多く、次いで無職者の順であるが、50歳代で逆転し、無職者、被雇用者・勤め人の順であった<sup>31)</sup>。自殺者数は男性が女性の2倍以上であり、中高年男性の自殺未遂者に、アルコールによる健康問題や解雇などの仕事上の問題、うつ病とアルコール依存症の合併が無いが、自殺の危険因子の一つとして飲酒問題のスクリーニングと評価、必要な場合は専門医療に繋ぐなどの連携が求められる。また、年代別自殺者数は20～60歳代で減少傾向が続いているが、70歳代、80歳代の自殺者数は、前年比で微増しているほか、10歳代の未成年の自殺者数も構成比で0.2の微増がみられた<sup>31)</sup>。原因・動機別では、

学校問題(増減率7.6%)、勤務問題(増減率1.4%)のみ増加していた<sup>31)</sup>。高齢者の自殺は、身体疾患や健康状態の悪化と、うつ病などの健康問題が原因になっている可能性が高いと考えられ、飲酒がうつ状態を助長している可能性もある<sup>27)</sup>。

今後、自殺者数を減少に導く課題として、身体疾患や健康状態の悪化により医療機関を受診した患者、自殺未遂者のうつ病や多量飲酒、アルコール依存症の合併を見逃さないため、飲酒問題やうつ状態のスクリーニングと評価、適切な介入に繋げる援助が必要である。それを担うリエゾン精神医療チームなどの人材確保と普及が必要である。また、自殺未遂者の飲酒問題の把握と連携による援助について、今後も救急を含む医療機関における取り組みを調査し、その実態を明らかにしていく必要がある。

## 引用文献

- 1) Pew Research Center's Global Attitudes Project 2013 Spring Survey Topline Results. [www.pewresearch.org/.../2013/.../Pew-Research-Global-...](http://www.pewresearch.org/.../2013/.../Pew-Research-Global-...)
- 2) 警察庁交通局. 平成30年における交通死亡事故の特徴等について. 5, 2019
- 3) 石田敏郎, 樋口進, 妹尾栄一, 他. 平成20年度警察庁委託調査研究報告書. 常習飲酒運転者に講ずべき安全対策に関する調査研究. 1-118, 2009
- 4) 日本損害保険協会. 飲酒運転対策. 2018年都道府県別飲酒運転事故の状況. <http://www.sonpo.or.jp/efforts/reduction/insyu/kenbetsu.html>
- 5) 中山寿一, 樋口進, 神奈川県警察本部交通部交通総務課. 飲酒と運転に関する調査結果報告書. 1-16, 2007
- 6) 竹中勝. 特集北海道のアルコール健康障害対策について. 飲酒運転の根絶に向けて. 心の健康(140)/北海道精神保健協会編, 22-27, 2018
- 7) 第19回アルコール健康障害対策関係者会議議事録. 1-31, 2019 [www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204236\\_00002.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204236_00002.html)
- 8) 警察庁交通局. 取消処分者講習の運用について. 1-26, 2017 [www.npa.go.jp/pdc/.../menkyo20161007-038.pdf](http://www.npa.go.jp/pdc/.../menkyo20161007-038.pdf)
- 9) 今成知美. 飲酒運転, 法律, 海外の常習飲酒運転者対策<アメリカ>, <オーストラリア>. ASK(アルコール薬物問題全国市民協会)ホームページ, [www.ask.or.jp/.../](http://www.ask.or.jp/.../)
- 10) 田中明. 飲酒運転防止への取り組み. アルコール関連問題予防研究会 PREVENTION No.162, 1-2, 2006
- 11) Addiction Center. Driving Under the Influence (DUI), DUI Statistics. <https://www.addictioncenter.com/addiction/driving-influence-dui/>
- 12) Introduction to the Alcohol Interlock Program in NSW. <http://sydneydrinkdriving.com.au/alcohol-interlock-device-nsw/>
- 13) New Zealand Government. Alcohol Ignition Interlocks EVIDENCE BRIEF 8, 2017
- 14) 東海電子株式会社. アルコールチェックをしないとエンジンがかからない飲酒運転防止システム「呼気吹き込み式アルコール・インターロック」累計出荷2541台に. 2020
- 15) 飲酒運転防止コンセプトカー. <https://www.nissan-global.com/JP/TECHNOLOGY/OVERVIEW/dpcc.html>
- 16) 清水新二. アルコールとドメスティックバイオレンス—その直接効果と間接効果. 医学のあゆみ, 254(10): 973-977, 2015
- 17) World Health Organization. Child Maltreatment and Alcohol Fact Sheet, 1-10, 2006
- 18) Santambrogio J., Colmegna F., Trotta G., Cavalleri PR., Clerici M. Intimate partner violence (IPV) and associated factors: an overview of epidemiological and qualitative evidence in literature. Riv.Psichiatri. 54(3): 97-108, 2019
- 19) 森田展彰. アルコールと児童虐待および家庭内暴力. 簡易版「アルコール白書」, 23-25, 2011
- 20) こそだてタイヘン.com. 支援者の方へ養育者がアルコール依存を有することで子どもに生じうるさまざまなリスク. <https://kosotai.com/shien/outline/4/3.html>
- 21) 友田明美. 特集子ども虐待とケア 被虐待者の脳科学研究. 児童青年精神医学とその

近接領域, 57 (5) : 719-729, 2016

- 22) 白川教人. 依存症相談拠点と精神保健福祉センターの依存症対策事業・全国精神保健福祉センター長会の依存症対策. 第21回アルコール健康障害対策会議資料, 2020
- 23) ASK (アルコール薬物問題全国市民協会) 編. アルコール相談シリーズ2 父と息子が酔って暴力, どうすればいい?. 季刊ビィ!, 125 : 80-84, 2016
- 24) 松下幸生, 樋口進. アルコール関連障害と自殺. 精神神経学雑誌, 111 (10) : 1191-1202, 2009
- 25) 松本俊彦, 竹島正. アルコールと自殺. 精神神経学雑誌, 111 (7) : 829-836, 2009
- 26) 齋藤利和. アルコール関連障害と自殺. 日本自殺予防学会 NEWS LETTER, 3 : 1-2, 2014
- 27) 長田賢一, 中野三穂, 御園生篤志, 高橋清文, 高橋美保, 長谷川洋, 金井重人, 貴家康男, 田中大輔, 渡邊直樹, 山田光彦, 朝倉幹雄. 高齢者のうつ病と自殺予防対策. 精神保健研究, 52 : 49-58, 2006
- 28) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター訳. 自殺を予防する世界の優先課題「Preventing Suicide: a global imperative». World Health Organization, 1-88, 2014
- 29) 大阪府健康医療部保健医療室地域保健感染症課. 平成24年大阪府自殺未遂者実態調査報告書. 1-44, 2012
- 30) 岸泰宏, 黒澤尚. 救急医療におけるコンサルテーション・リエゾン精神医学. 日本救急医学会雑誌, 21 (4) : 147-158, 2010
- 31) 警察庁. 平成30年中における自殺の状況. 1-36, 2019

## 6) 相談支援等に関するレビュー

川井田恭子<sup>1)</sup>、大脇由紀子<sup>1)</sup>、吉本 尚<sup>2)</sup>

1) 筑波大学医学医療系 研究員、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

### 提言

- ▶ 各地方公共団体において、アルコール関連問題に関する相談業務は精神保健福祉センターや保健所等を中心に、アルコール問題の相談や専門治療、本人や家族のための支援サービスに関する情報提供など積極的に行われていることが確認された。
- ▶ しかしその利用状況の増減や、最終的なアウトカムにつながる支援ができたのかについての評価は十分とは言えない。
- ▶ 潜在するニーズの推測や支援利用状況についての客観的データの公開、好事例や失敗例を詳細に検討するための全国共有データベースを構築することにより、さらなる切れ目のない支援体制の構築を目指すことができる可能性がある。

### 1. はじめに

アルコール関連問題に関する相談業務は精神保健福祉センターや保健所等で行われているが、相談窓口がわからなかったり、相談窓口によっては治療や回復支援を行う医療機関、自助グループ、回復施設等の情報を把握していなかったりすることにより、必要な支援につながらなかったケースも指摘されている。このため、地域において相談から治療、回復に至るまで、切れ目なく支援を受けられる体制を構築することが求められている。

### 2. 地域における切れ目のない支援体制の構築

相談から治療、回復に至るまで、切れ目なく支援を受けられる体制を構築するため、支援提供者には職種等にかかわらずソーシャルワーク機能が求められる。国際ソーシャルワーカー連盟は、「ソーシャルワーク専門職は、人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指して、社会の変革を進め、人間関係における問題解決を図り、人びとのエンパワーメントと解放を促していく。ソーシャルワークは、人間の行動と社会システムに関する理論を利用して、人びとがその環境と相互に影響し合う接点に介入する。人権と社会正義の原理は、ソーシャルワークの拠り所とする基盤である。」とソーシャルワークを定義している<sup>1)</sup>。

アルコール関連問題は非常に多岐にわたるため、人間と人間の接点や、人間と環境との接点も無数にある。例えば、本報告書にある「14. アルコール健康障害・依存症予防の施策に関する相談・問い合わせ窓口」をみると、関係府省庁におけるアルコール関連施策の担当窓口だけでも、文部科学省、厚生労働省、国土交通省、国税庁、警

察庁、法務省といった複数の省庁が関わり、さらに内容によって窓口が複数に分かれていく（ここに掲載しただけでも、のべ40箇所の窓口がある）。これは国の窓口だが、各都道府県・政令指定都市、市町村、フォーマル/インフォーマルサービスまで合わせると、本当に無数である。こういった既存のネットワークを発生予防支援、進行予防支援、再発予防支援の別やクライアント・家族の特性に合わせて使い分け、構築、管理、促進していくのが、必要とされるソーシャルワーク機能の1つであると考えている。近年では複数の窓口をまとめ、わかりやすさを重視したワンストップサービスといった形態も一般的となっており、1箇所でアルコール関連問題の相談・治療・回復支援を提供できる場所を新たに構築することも、必要に応じて求められる。

更に相談支援で重要なのは、相談に来ない人達の発掘・動機づけである。残念ながら、現時点でのアルコール依存症80~100万人のうち、治療を受けている人は5~10%程度とされている。すなわち相談に来る前の段階が重要で、まずはつながるところから始めなければならない。日本で一番連携が進んでいると言われている三重県（三重モデルと呼ばれる）では、アルコール依存症の方が一般の内科外来を受診してからアルコール専門病院にたどり着くまで、以前は7.4年だったのが内科との連携により2.8年に短縮できていると報告<sup>2)</sup>されているが、まだまだ全国的には課題が残っている。地域の実情に合わせた、潜在する相談事例数の推測と相談件数の増加に務める必要がある。地域による対応の差異を埋めるため、好事例や失敗例を詳細に検討、全国に共有するデータ

ベースがあると、よりスムーズな連携が期待できる可能性がある。

### 3、相談拠点の明確化と連携体制の構築、人材育成

都道府県等において、アルコール関連問題の相談支援を行うにあたっては、地域の実情に応じ、精神保健福祉センターや保健所等を中心として相談拠点を明確化し、相談窓口を周知することが求められる。その上で、地域における医療機関・行政・自助グループ等の関係機関の役割を整理し、各機関が相互に情報共有や協力体制を築くことで適切な相談や治療、回復支援にまでつなげる連携体制を構築することが求められる。また、精神保健福祉センターにおいて、相談支援を行う者の人材育成が求められている。本報告書の「2、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」で記載したように、相談拠点は52自治体で整備されている。また、依存症対策全国拠点機関設置運営事業および依存症対策総合支援事業による、相談拠点を担う人材育成が行われている。

#### 1) 保健所

保健所では、アルコール・薬物・ギャンブル依存症の家族相談など幅広い相談を行っており、電話や面談による相談について保健師、医師、精神保健福祉士などの専門職が対応している。また、相談者の要望によって、保健師は家庭を訪問して相談を行うことも可能である。東京都では、都内の保健所におけるアルコール関連相談件数は、年度によって一定の増減はあるものの概ね年間3～4千件の間で推移していると報告されている<sup>3)</sup>。以下に板橋区の取り組み<sup>4)</sup>の例を示す。

板橋区のホームページの「こころの健康」の中で、「お酒の問題でひとりでお悩んでいませんか？アルコール依存症相談」として、問題の解決のためには本人や家族、周囲の人がアルコール問題について正しい知識と対処法を知ることが重要であること、そのためにはアルコール問題の相談や専門治療、本人や家族のための支援サービスを利用することが回復の第一歩であるとして、家族で抱え込まずに相談するように呼び掛けている。その窓口を健康福祉センターが担い、区内に板橋健康福祉センター、上板橋健康福祉センター、赤塚健康福祉センター、志村健康福祉センター、高島平

健康福祉センターの5か所で相談対応を行っている。また保健所においては、アルコール依存からの回復をサポートするために、専門家と共に2つのミーティング（継続相談会）を開催している。参加については、健康福祉センターに相談の後、必要に応じて参加することができ、無料である。必要に応じて入院や通院の治療ができる場所などを紹介している。さらに、「アルコール依存症なのかわからないけど、困っている」という方の相談も受けている。前述のミーティングでは、家族のためのミーティングと本人のためのミーティングがあり、家族のためのミーティングは月2回、本人のためのミーティングは月1回実施されている。

#### 2) 精神保健福祉センター

精神保健福祉センターは各都道府県・政令指定都市ごとに1か所ずつあり(東京都は3か所)、「こころの健康センター」などと呼ばれている場合もある。センターでは、アルコール・薬物・ギャンブル依存症の家族の相談を含むなど精神保健福祉全般にわたる相談を電話や面接により行う。センターの規模によって異なるものの医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、作業療法士などの専門職が配置されている。

利用状況の一例として、都立(総合)精神保健福祉センターのアルコール関連相談件数は、概ね年間2千件程度で推移しているとの報告<sup>3)</sup>がある。

以下に、千葉県および千葉県の精神保健福祉センターにおける依存症対策の一環としてのアルコール健康障害専門相談の実態<sup>5)</sup>を紹介する。

千葉県では、専門医によるアルコール健康障害に関する専門相談を行っており、相談日にあわせ、アルコール健康障害に関する勉強会も実施している。また、すでにアルコール依存症になってしまったケースに対しては、「アルコール・薬物・ギャンブル等依存症関連情報」として、「依存症からの回復」のために家族や周囲の人が専門機関や自助グループにつながり、依存症についての正しい知識と本人への適切な対応方法を身につけることが回復に向けての第一歩となることなどについて言及している。また、「千葉市内(一部市外)の自助グループ・関係機関の情報」として、アルコール依存専門外来がある医療機関やアルコール依存自助グループを紹介している。

### 3) 依存症相談拠点機関

依存症対策全国拠点機関（いわゆる依存症対策全国センター）として、独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターと国立精神・神経医療研究センターが中心となって「依存症対策全国拠点機関、専門医療機関・治療拠点機関、依存症対策総合支援事業」<sup>6)</sup>を運営している。さらに都道府県及び指定都市では、「依存症対策総合支援事業」において依存症相談員を配置した相談拠点の設置を進めている。この設置にあたっては、資格を有した精神科医、依存症専門プログラム、依存症研修を受けたスタッフ、診療実績、地域や自助グループとの連携の5条件を満たす医療機関に対し、都道府県ごとに選定される。

例えば埼玉県では県のホームページ<sup>7)</sup>で、「依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関・依存症相談拠点機関について」というページを公開し、治療拠点機関として「埼玉県立精神医療センター」、専門医療機関として「埼玉県立精神医療センター」「社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会鴻巣病院」「医療法人藍生会不動ヶ丘病院」、相談拠点機関として「埼玉県立精神医療センター」が紹介されている。

### 4) 自助グループ・回復支援施設および家族会・家族の自助グループ

自助グループ・回復支援施設とは、アルコールの問題や薬物依存の問題、病的賭博などの問題などを抱えた人たちが同じ問題を抱えた人と自発的に当事者の意志でつながり、結びついた集団のことをさす。問題別に様々な自助グループ・回復支援施設がある。また、依存症者を家族にもつ人たちがお互いに悩みを分かちあい、共有し、連携することでお互いに支えあう会としての自助グループもある。これらのアルコールに関する自助グループは、「特定非営利活動法人アスク」のホームページ<sup>8)</sup>に紹介されている。

### 引用文献

1. 岩崎浩三訳, 国際ソーシャルワーカー連盟 (IFSW) のソーシャルワークの定義, [http://www.jasw.jp/kokusaiinfo/IFSW\\_SWTEIGI.pdf](http://www.jasw.jp/kokusaiinfo/IFSW_SWTEIGI.pdf)
2. 田中和彦 (2017). アルコール依存症に対する連携体制の整理 3つのモデルの比較. 日本福祉大学社会福祉学部『日本福祉大学社

会福祉論集』第136号, 143-152.

3. 東京都, 東京都アルコール健康障害対策推進計画, [https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2019/03/28/documents/14\\_01.pdf](https://www.metro.tokyo.lg.jp/tosei/hodohappyo/press/2019/03/28/documents/14_01.pdf)
4. 板橋区, お酒の問題でひとりで悩んでいませんか? アルコール依存症相談, <https://www.city.itabashi.tokyo.jp/kenko/soudan/kokoro/1002491.html>
5. 千葉県, アルコール健康障害対策について, <https://www.pref.chiba.lg.jp/shoufuku/alcohol.html>
6. アルコール健康障害, 薬物依存症, ギャンブル等依存症対策全国センター, 依存症対策全国拠点機関, 専門医療機関・治療拠点機関, 依存症対策総合支援事業について, <https://www.ncasa-japan.jp/policy/support>
7. 埼玉県, 依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関・依存症相談拠点機関について, <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0705/seisin/izonsho.html>
8. 特定非営利活動法人 アスクホームページ, <https://www.ask.or.jp/>

## 7) アルコール健康障害対策における社会復帰の支援の現状と課題

大脇由紀子<sup>1)</sup>、川井田恭子<sup>1)</sup>、吉本 尚<sup>2)</sup>

1) 筑波大学医学医療系 研究員、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

### 提言

- ▶ 産業保健領域の取り組み（研修の実施、職場教育、広報・啓発、医療機関と産業保健スタッフの連携強化、しごとサポーターの養成やリワーク支援、就業支援サービスとの連携など）が、アルコール依存症の当事者の円滑で無理のない社会復帰と回復の維持、再発予防につながっているか、調査・検討していく必要がある。
- ▶ アルコール依存症に関するセミナー等の開催や精神障害者保健福祉手帳の制度の周知、再発予防のための依存症回復プログラムの実施、高齢のアルコール問題がある人の支援に特化した研修の実施が、アルコール依存症からの回復を促進し、再発の予防につながっているか、さらに検討していく必要がある。
- ▶ 女性が利用しやすいように結成・開設された女性専用の自助グループや回復支援施設などの社会資源について、活用と回復の状況を明らかにし、利用しやすさや需要、アクセス、費用等に課題が無いか、今後さらに検討する必要があると考えられる。

### 1. はじめに

アルコール健康障害、特にアルコール依存症については、依然として治療が必要な疾患としての認識や社会の理解が充分ではなく<sup>1)</sup>、社会的なスティグマは根強く残っており、アルコール依存症の治療開始や回復、社会復帰を難しくしていると考えられる。アルコール依存症者が回復し、再発を予防するためには、通院や自助グループ活動の参加を継続する必要がある、職場や周囲の理解と配慮が重要である。そのため、第1期基本計画では社会復帰の支援として、以下の目標と施策が掲げられている。

（目標）アルコール依存症が回復する病気であること等のアルコール依存症者に対する理解を進め、就労や復職における必要な支援を行うこととともに、地域における自助グループや回復施設と情報共有や必要な連携を行うことで円滑な社会復帰を促進することを目標として以下の施策を実施する。

#### (1) 就労および復職の支援

- 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社会全体に啓発し、アルコール依存症に対する理解を促す。
- アルコール依存症の当事者の休職からの復職・継続就労について、偏見なく行われるよう他の疾患同様に職場における理解や支援を促す。

#### (2) アルコール依存症からの回復支援

- 精神保健福祉センター、保健所、市町村におい

てアルコール依存症等の治療、回復支援に資する社会資源の情報を共有し、相談者が適切な支援につながるよう自助グループ及び回復施設を活用する。また、アルコール依存症者の回復支援に当たっては、女性や高齢者の問題に配慮した対応が必要であることを周知する。

本稿では、(1) 就労および復職の支援 (2) アルコール依存症からの回復支援について、第1期基本計画の施行から5年経過した現在の状況と課題をまとめる。

### 2. 就労および復職の支援の現状と課題

#### 1) 産業保健における研修の実施

アルコール健康障害対策基本法の施行後、厚生労働省から職場での対策強化が示され、都道府県の産業保健総合支援センター等では、職場におけるアルコール依存対策について産業保健研修などが実施されている。（公益財団法人石川県産業創出支援機構 ISICO ホームページ参照：<https://www.isico.or.jp/event/dgnet/d31139311.html>）

アルコール依存症者の職場復帰支援については、以下のような取り組みが提案されている<sup>2)</sup>。

- 職場教育：対・交通労働災害
- 広報・啓発：アルコールによる健康障害・社会問題
- 医療機関と産業保健スタッフの連携強化：産業保健活動総合支援事業による産業保健スタッフの研修
- アルコール依存症の当事者の休職からの復職・継続就労支援：

- ・「精神・発達障害者しごとサポーター」を養成
- ・地域障害者職業センターのリワーク支援

## 2) 職場と医療機関の連携の現状<sup>3)</sup>

上記のように職場での対策が強化される一方で、産業保健の場では重症のアルコール依存症まで至らないと専門医療機関の受診に結びつかない場合も多い<sup>3)</sup>。また、アルコール医療機関と職場の保健スタッフのアルコール問題の考えにもギャップがあり、回復が不十分な状態で主治医から休職中の依存症者の復職許可診断書が提出され、再発リスクが懸念されるケースもある<sup>3)</sup>。そのため、2005年には「アルコール依存症例の職場復帰支援マニュアル<sup>4)</sup>」が作成され、産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学研究室のホームページにマニュアルが公開されている (<http://plaza.umin.ac.jp/~omhp-g/return.html>)。

現在、広く実施されているリワークプログラムは、うつ病などの気分障害の患者を対象としていることが多いが、大うつ病性障害を経験した人のアルコール依存症の生涯合併率は40%と高率であることが報告されている<sup>5)</sup>。アルコール依存症に対するリワークプログラムは、専門医療機関やアルコール外来を併設する心療内科・精神科クリニックのデイケアなどで、日中6時間のプログラムが実施されており、定期的に職場の上司や産業医、保健師との面談など、情報提供も行われている。

(例：①<http://www.ohishi-clinic.or.jp/rework.html>

②[https://funabashikita-hp.jp/alc\\_daycare](https://funabashikita-hp.jp/alc_daycare)

③<http://sakuranoki-akihabara.com/daycare.html>)

うつ病や癌など心身の疾患の罹患者が無理なく円滑に職場復帰し、疾患の悪化や再発を防ぎながら仕事や生活を継続する支援は重要であり、アルコール依存症も例外ではない。社会復帰を目指す個々人の状態に合った支援のため産業保健スタッフが連携の中心となり、リワークプログラムの活用を検討したり、上司などに治療等の継続に必要な業務や環境面の配慮を伝え、患者の理解を得て通院中の連携を継続したりする<sup>3)</sup>など、今後さらに社会資源の活用と連携が望まれる。

本領域に関しては、「文献レビュー3、健康診断等」も参照いただきたい。

## 3) ジョブワークおよびハローワーク等と連携した支援

企業や職場に対し、アルコール依存症が回復できる病気であり、社会復帰が可能であること、疾患の特性や対応方法等、アルコール依存症に対する理解を進め、就労や復職の支援を行うことが現在行われつつある<sup>6)</sup>。

今後の課題として、上記の産業保健領域の取り組みや就業支援サービスとの連携がアルコール依存症の当事者の円滑で無理のない社会復帰と回復の維持、再発予防につながっているか、調査・検討していく必要がある。

## 3. アルコール依存症からの回復支援の現状と課題

### 1) アルコール依存症に関するセミナー等の開催

アルコール依存症の正しい知識の普及と依存症者の社会復帰の促進を図ると同時に、家族等の悩みや不安を軽減し、心の健康の回復や家族関係の修復を図り、本人の社会復帰を促すよう、セミナー等が開催されている<sup>6)</sup>。

### 2) 精神障害者保健福祉手帳の制度の周知

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る。しかしながら、「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」と明記されている都道府県が散見される。アルコール依存症が一定程度の精神障害の状態にある場合は、精神障害者保健福祉手帳の対象となり得ることを含め、手帳制度の周知に努めることが必要である<sup>6)</sup>。

### 3) 依存症回復プログラムの実施<sup>7)</sup>

都道府県の精神保健福祉センターでは、依存症の家族教室や治療回復プログラムが実施されており、横浜市こころの健康相談センターでは、再発予防プログラムとして依存症の当事者（市民）を対象とした週1回（全8回1クール）の依存症回復プログラムを実施している<sup>7)</sup>。横浜版依存症回復プログラム（WAI-Y: Wise in Addiction In Yokohama）は、図1に示した役割を持ち、無料でテキストの読み合わせや課題についての話し合

いなどを行っており、アルコール依存症の参加者は平成29年(2017年)9名、平成30年(2018年)13名で、参加率は高かった<sup>7)</sup>。

#### 4) 女性専用の依存症回復支援のための社会資源

女性はアルコール依存症に罹患した後に断酒会等の自助グループに参加する場合、男性と比して少数であることが多く、家庭などにおける役割によっては参加しにくい側面もある。断酒会には女性のみ自助グループ(アメシスト)が結成されており、意見交換の形式でお酒に関わる体験を話し、社会復帰を目指している<sup>8)</sup>。また、NPO法人や一般社団法人が開設する女性のための依存症リハビリテーション施設として、女性アディクション支援センター[NPO法人S.A.R.S(サーズ):Salvia Addiction Recovery Service]が千葉県に開設され、12ステップ・プログラムや認知行動療法、レクリエーション、デイケア等のプログラムが入寮・グループホームにより実施されており<sup>9)</sup>、家族会も月2回実施されている。アルコール健康障害対策基本法が施行された2014年には、奈良県に女性治療共同体施設「フラワーガーデン」[一般社団法人ワンネスグループ]が開設されている<sup>10)</sup>。しかし、女性専用の依存症回復施設は全国的にも少なく、利用しやすさには地域的な格差があると考えられる。また、利用のための費用についても、利用しやすさに課題が無いか検討する必要がある。

#### 5) アルコール問題を抱える高齢者の支援者(ソーシャルワーカー向け)の研修<sup>11)</sup>

「ソーシャルワーカーのためのアルコール依存症回復支援基礎講座」は、一般社団法人日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会が主催して2016年から2日間の日程で実施されており、

2019年には要望が多かったアルコール問題を抱える高齢者の支援について、1日に凝縮した研修が開催されている<sup>11)</sup>。

今後の課題として、上記のアルコール依存症に関するセミナー等の開催や精神障害者保健福祉手帳の制度の周知、再発予防のための依存症回復プログラムの実施、高齢のアルコール問題がある人の支援に特化した研修の実施が、アルコール依存症からの回復を促進し、再発の予防につながっているか、さらに検討していく必要がある。また、女性が利用しやすいように結成・開設された女性専用の自助グループや回復支援施設などの社会資源についても、活用と回復の状況を明らかにし、利用しやすさや需要、アクセス等の課題を検討する必要があると考えられる。

#### 引用文献

- 1) 東京都福祉保健局総務部企画政策課, 東京都アルコール健康障害対策推進計画, 36, 2019
- 2) 廣尚典, 産業保健・企業の取組み, 第20回アルコール健康障害対策関係者会議資料6, 11, 2019
- 3) 樋口進, 廣尚典(編), 職場×依存症・アディクション, 2019
- 4) 廣尚典, 他, 「アルコール依存症例の職場復帰支援マニュアル」について, 産業精神保健14, 176-182, 2006
- 5) 橋本恵理, 齋藤利和, アルコール依存症と気分障害, 精神神経学雑誌, 112(8); 780-786, 2010
- 6) 京都府健康福祉部, 京都府アルコール健康障害対策推進計画, 13, 2017
- 7) 白川教人, 依存症相談拠点と精神保健福祉センターの依存症対策事業・全国精神保健福

#### 横浜版依存症回復プログラム(WAI-Y: Wise in Addiction In Yokohama)の役割

(全8回・1クール, 週1回, 完全予約制, テキストを使った再発予防プログラム)

- 当事者を地域資源につなげ、社会復帰するための手伝い
- 同じ仲間と出会うことで、回復を目指すきっかけを作る
- 自分を客観的に見つめなおし、自己理解を深める
- 依存症のメカニズムを理解する
- 対処スキルを身につける
- 再発に備え、スリップを予防する

図1 横浜版依存症回復プログラム(WAI-Y)の役割<sup>7)</sup>(文献7)より引用

- 社センター長会の依存症対策. 第21回アルコール健康障害対策関係者会議資料1, 14-15, 2020
- 8) NPO 法人東京断酒新生会. お酒をやめ続けるために. アメシストについて (女性向け).  
<https://www.tokyo-danshu.or.jp/dansyukai/reikai/amethyst.html>
- 9) NPO 法人 S.A.R.S 千葉. 女性のための依存症からの回復施設.  
[http://www.tateyamadarc.com/darc\\_sars/sars/index.html](http://www.tateyamadarc.com/darc_sars/sars/index.html)
- 10) 一般社団法人ワンネスグループ. 依存症や生きづらさを抱えた女性のための治療共同体. フラワーガーデン.  
<https://www.f-garden-ag.org/>
- 11) 一般社団法人日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会. 高齢者の支援職のためのアルコール依存症回復支援基礎講座愛知研修.  
<http://www.j-asw.jp/index.php/2019/aruhou-aichi-2019/>

## 8) アルコール健康障害対策における民間団体の支援の現状と課題

大脇由紀子<sup>1)</sup>、川井田恭子<sup>1)</sup>、吉本 尚<sup>2)</sup>

1) 筑波大学医学医療系 研究員、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

### 提言

- ▶ 今後の課題として、SBIRTS 普及促進セミナーなどの実施が、断酒会などの自助グループに当事者や家族がつながる契機となっているかを含め、各民間団体への支援事業の成果と必要な施策について調査し、さらに検討していく必要があると考えられる。
- ▶ 依存症専門医療機関の専門職員の配置による成果や業務の遂行を容易にするための方法などについて検討していく必要がある。また、軽症の依存症や乱用を含むアルコール使用障害の患者が、節酒を目標とした場合の支援についても、専門職員が継続して支援しながら、必要な時に断酒を目標とする自助グループ等に繋げる連携体制を整えておくことは、今後さらに重要になると考えられる。

### 1. はじめに

アルコール健康障害、特にアルコール依存症の罹患者や家族が飲酒の問題に気づき、回復の手がかりを得たり、動機づけを高めて断酒などの行動変容や習慣を維持したりする上で長期的にも有効とされる社会資源の一つに自助グループがあり、わが国でも断酒会等への参加による長期予後効果が報告されている<sup>1,2)</sup>。そのため、2014年に施行されたアルコール健康障害対策基本法に基づき策定された第1期基本計画では、以下の目標と施策が掲げられている。

(目標) 国、地方公共団体において、自助グループや民間団体との連携を推進することを目標として、以下の施策を実施する。

- 精神保健福祉センター・保健所・市町村において、自助グループの活動に対する必要な支援を推進する。
- 精神保健福祉センター、保健所等の行政機関が、自助グループ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提供していく。
- 自助グループを利用した回復者の体験談や、回復事例を紹介すること等により、回復支援における自助グループの役割等を啓発する。
- アルコール関連問題に関する啓発等を推進するに当たって、より効果的な取組を推進するため、民間団体との連携を進める。

本稿では、アルコール健康障害対策における民間団体の活動に対する支援や連携について、主に自助グループの活動と連携の支援を中心に現在の状況と課題をまとめる。

### 2. アルコール健康障害対策における民間団体の活動に対する支援の現状と課題

国や地方公共団体による依存症の自助グループや民間団体との連携推進、活動に対する支援として、厚生労働省では依存症対策の一貫として民間団体支援を実施しており、全国規模で活動する民間団体には、依存症民間団体支援事業として図1の事業目的と応募要件に基づき、国から団体へ補助金を交付する支援を実施している<sup>3)</sup>。平成30年度(2018年度)は、アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症に取り組む8団体の事業が採択されており<sup>3)</sup>、そのうちアルコール健康障害に関する事業は表1の通りである<sup>4)</sup>。

#### 1) 自助グループの活動機会の拡大と認知度の向上における支援と課題<sup>5)</sup>

##### (1) SBIRTS 普及促進セミナーの全国的な展開への支援

前述したように、アルコール依存症の回復支援には断酒会やAA(Alcoholics Anonymous)等の自助グループとの連携が重要であり、その活動を維持する必要があるが、会員の高齢化や専門医療機関との連携・交流が希薄になったこと、一般医療機関との連携・交流が無いことなどの要因もあり、近年は断酒会の会員数も減少傾向が続いている<sup>5)</sup>。猪野らは、専門医療機関の専門医が診療の際に、アルコール依存症の患者を自助グループに繋ぐ試みとして、断酒会員などの回復者と患者の繋がりを電話による通話で援助する方法を生み出し、SBIRTS(Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment & Self-help groups)と称して、その推進を提言しており<sup>6)</sup>、三重県では2013年以降の新入断酒会員数が4.4倍になったと報告

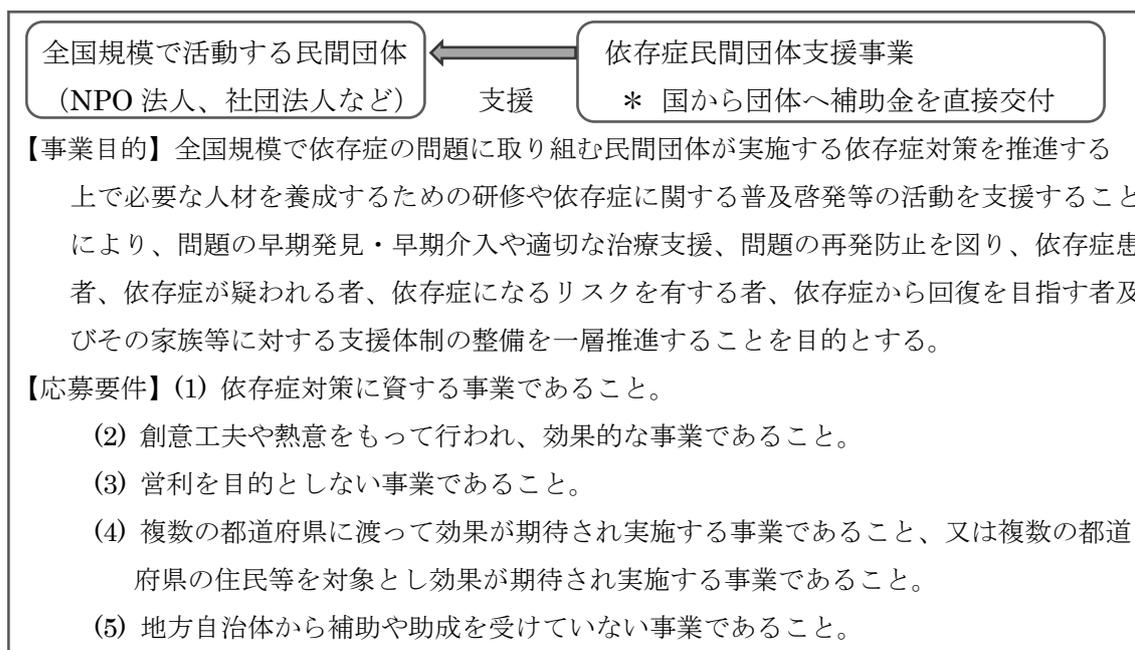


図1 依存症に関する問題に取り組む民間団体支援（全国規模で活動する民間団体）<sup>3)</sup>

表1 アルコール健康障害・依存症問題に取り組む民間団体への支援（平成30年度）

団体名	事業名
(NPO) アスク	依存症予防教育アドバイザー養成事業
(公益社団) 全日本断酒連盟	SBIRTSの普及促進セミナーの展開
(一般社団) アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会	アルコール健康障害対策基本法推進啓発研修事業
(NPO) いちごの会	『依存症の理解と関わり方を学ぶ』地域ネットワークづくり関係者研修会
(公益社団) 日本精神保健福祉士協会	アルコール健康障害・薬物依存症・いわゆるギャンブル等依存からの回復のための地域ネットワーク構築にむけたソーシャルワーク人材養成及び普及啓発事業

(平成30年度依存症民間団体支援事業 実施団体<sup>4)</sup> より、一部抜粋)

されている<sup>5)</sup>。そのため、アルコール健康障害対策基本法施行後の民間団体事業・活動の支援の一貫として、2019年からSBIRTS普及促進セミナーの全国的な展開が事業に盛り込まれており、全日本断酒連盟（以下、全断連）が事業に大きく寄与している<sup>5,7)</sup>。セミナーのプログラム内容は表2の通りである。

## 2) その他のアルコール依存症対策における民間団体事業・活動への支援<sup>5)</sup>

- (1) 地域における酒害ミーティング活動への支援：会場提供、会場費用提供等
- (2) 情報提供活動への支援：情報提供に使用するリーフレット作成経費等
- (3) 普及啓発活動：依存症に対する理解促進のた

めの刊行物発行、及び都道府県のアルコール関連問題啓発フォーラム等の開催に関する支援

今後の課題として、SBIRTS普及促進セミナーなどの実施が、断酒会などの自助グループに当事者や家族がつながる契機となっているかを含め、各民間団体への支援事業の成果と必要な施策について調査し、さらに検討していく必要があると考えられる。

## 3. アルコール依存症の専門医療機関受診後の患者支援に係るモデル事業と課題

厚生労働省の社会・援護局は、依存症対策総合支援事業の一貫として、受診後の患者支援に係るモデル事業を展開している。このモデル事業は、

表2 SBIRTS 普及促進セミナープログラムの内容<sup>5,7)</sup>

プログラムの内容 (150～180分)	講師・発表者
(1) 基調講演 「SBIRTS の解説と普及促進について」	(1) 講師：専門医療機関（病院・クリニック）の専門医 2019年度：菅沼直樹氏 成精機会刈谷病院副院長 和気浩三氏 和気会新生会病院院長 辻本土郎氏 東布施辻本クリニック理事長
(2) ワークショップ（ロールプレイ）	(2) 講師：SW（ソーシャルワーカー）等・患者・家族・断酒会員
(3) アルコール依存症対策 （国の施策と地域における課題） 「受診後のアルコール依存症患者支援の推進に向けて」	(3) 講師：全断連
(4) 地域からの発表（1）、（2）	(4) 当該地域医療機関医師、当該地域行政機関担当者
(5) シンポジウム「受診後の患者支援体制の構築とSBIRTSの展開」	(5) 精神保健福祉センター・保健所・専門病院医師・SW・断酒会員

（文献5、7）より引用）

依存症専門医療機関において精神保健福祉士等の専門職員を配置し、医療機関の受診後や退院後の依存症患者に対して自助グループや回復支援施設等の民間支援団体と連携しながら、医師の指示の下、依存症患者が回復できる環境を整えるなどの継続的な支援を実施し、民間支援団体と連携した医療機関の効果的な支援のあり方について知見を集積すること、それにより依存症からの回復者が増加することを目指して実施されている<sup>3)</sup>。モデル事業のイメージと、依存症専門医療機関の専門職員の具体的な業務は、図2のように示されている<sup>3)</sup>。この事業は、まだ開始されてからの年数が短く、平成30年度（2018年度）に事業が実施さ

れたのは6府県（神奈川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、大阪府）である。今後の課題は、依存症専門医療機関の専門職員の配置による成果や業務の遂行を容易にするための方法などについて検討していく必要があると考えられる。また、軽症の依存症や乱用を含むアルコール使用障害の患者が、節酒を目標とした場合の支援についても、専門職員が継続して支援しながら、必要な時に断酒を目標とする自助グループ等に繋げる連携体制を整えておくことは、今後さらに重要になると考えられる。

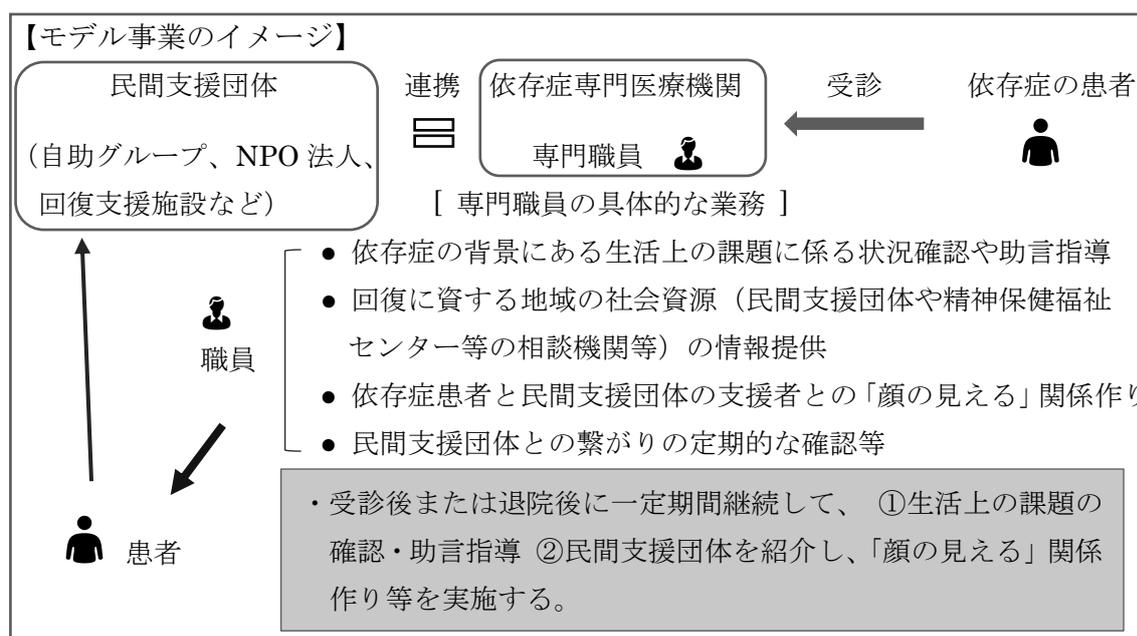


図2 受診後の患者支援に係るモデル事業のイメージ<sup>3)</sup>（文献3）を基に作図。一部改変）

## 引用文献

- 1) 鈴木康夫. アルコール依存症の予後に関する多面的研究. 精神神経学雑誌, 84 (4), 243-261, 1982
- 2) 猪野亜朗, 大越崇. アルコール依存症の短期予後と長期予後. 精神神経学雑誌, 93 (5): 334-358, 1991
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課依存症対策推進室. 依存症対策について. 平成 31 年 1 月都道府県等依存症専門医療機関・相談員等合同全国会議資料, 2019
- 4) 厚生労働省. 依存症対策. 3. 厚生労働省における取組. 6) 民間団体支援. 平成 30 年度実施状況. 厚生労働省ホームページ. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070789.html>
- 5) 公益社団法人全日本断酒連盟. 基本計画の成果と今後の重点課題 SBIRTS の促進に向けて～自助グループの立場から. 厚生労働省第 20 回アルコール健康障害対策関係者会議資料. 2019 [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961\\_00004.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961_00004.html)
- 6) 猪野亜朗, 吉本尚, 村上優, 宮崎學, 皆木裕. アルコール依存症者を専門外来から断酒会へ繋げる試みと効果検証: SBIRTS (エスバーツ) と呼称して取り組む. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 53 (1): 11-24, 2018
- 7) 公益社団法人全日本断酒連盟. 2019 年度 SBIRTS 普及促進セミナー一覧表.

## 9) 人材確保に関するレビュー

川井田恭子<sup>1)</sup>、大脇由紀子<sup>1)</sup>、吉本 尚<sup>2)</sup>

1) 筑波大学医学医療系 研究員、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

### 提言

- ▶ 小学校から高等学校における教職員等に対する情報周知に関しては、保健主事を中心とした学校保健活動推進の一環として規定・運用することが望ましい。
- ▶ 依存症対応が可能な人材を育成するために、依存症対策全国拠点期間、専門医療機関・治療拠点期間が講習等を提供している。地域連携を目的とした、地域での講師育成・発掘を行うとともに、地域によって対応に格差が生じないような人材育成管理についてのアウトカム目標（講習回数、受講人数等）を示すと良いと思われる。
- ▶ 医師の初期研修における必須経験症例に依存症が挙げられているが、どの依存症をどれくらい経験した研修医がいるのか、今後の評価が必要である。

人材の確保等については、「教育振興等」「不適切な飲酒誘因の防止」「健康診断及び保健指導」「アルコール健康障害に係る医療の充実等」「相談支援等地域における相談支援体制」「社会復帰の支援」の項目において、それらを遂行しうる人材の確保の必要性について言及している。

### 1、教育振興等における人材育成

小学校から高等学校における教育のレビューは、「文献レビュー 1-1、『教育』の実情調査『小学校』『中学校』『高校』」に記載した。教職員等に対する情報提供や研修に関しては、各地域の教育委員会や公益財団法人日本学校保健会が主催する研修会、教職員等の不祥事対策としての飲酒運転の撲滅等の周知がなされている。学校教育法施行規則（昭和 22 年文部省令第 11 号）第 45 条第 4 項において、「保健主事は、校長の監督を受け、小学校における保健に関する事項の管理に当たる。」（※中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校等にもそれぞれ準用。）と規定されており<sup>1)</sup>、保健主事を中心とした学校保健に関する組織活動の推進を規定すると、運用上望ましいと思われる。

### 2、医学・看護・福祉・介護・司法等の専門教育

医学・看護・福祉・介護教育のレビューは、「文献レビュー 1-2、『専門職教育』の実情調査」に記載した。司法に関しては、法学部、法科大学院、司法修習の標準化カリキュラム等を検索したが、アルコールに関わる教育の推進に関する記載は認められなかった。

### 3、不適切な飲酒の誘引の防止における人材育成

販売における酒類販売管理研修、風俗営業管理者等への管理者講習については、「文献レビュー 2、不適切な飲酒等」に記載した。

### 4、健康診断および保健指導における人材育成

2017 年 6 月に依存症対策全国拠点機関、専門医療機関・治療拠点機関、依存症対策総合支援事業を目的とする 3 つの通知が出され、依存症対策全国拠点機関（いわゆる依存症対策全国センター）として、独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターと国立精神・神経医療研究センターが中心となって「依存症対策支援者の育成」を行っている。

アルコール健康障害対策担当者への講習会として依存症対策全国拠点が全国各地で実施している研修には、①依存症専門医療機関等職員研修、②精神保健福祉センター等職員研修、③地域で依存症患者等の生活支援を行う方を対象とした研修、④回復施設職員研修がある。

依存症専門医療機関等職員研修に関しては、2019 年については、9 月 5 日（木）～6 日（金）明治学院大学白金キャンパスにおいて実施された。定員は 150 名で、参加希望者は、都道府県及び政令指定都市担当部署で受け付けられた。地域生活支援指導者養成研修としてのアルコール依存症研修は、2019 年度は岡山会場と北海道会場にて開催され、一日 4 時間ほどの教育内容で実施されている。定員はともに 110 名であった。他地域での取り組みなどの情報交換の場として、全国の専門医療機関職員及び精神保健福祉センター

等の相談員を対象にした会議も開催されている。

これらの研修を受けたものが、指導者として地方公共団体等が主催する講習会で講師をするなど、今後地域での人材育成および連携の流れが自然とできてくると思われるが、地域によって対応に格差が生じないような人材育成管理についてのアウトカム目標（講習回数、受講人数等）を示すと良いと思われる。

アルコール依存症の手前にある、危険な飲酒や有害な飲酒に対する評価・介入について、健診・保健指導の研修ガイドラインが作成され、初任者、経験者に分けて研修内容が示されている（表1）。

アルコール健康問題に関する産業保健スタッフ

への研修に関しては、「文献レビュー3、健康診断等」「文献レビュー7、社会復帰等」に記載した。

## 5、アルコール健康障害に係る医療の充実等における人材育成

- 1) 早期発見、早期介入のための専門的な医療従事者向け研修プログラムの開発
- 2) 早期介入の手法を含むアルコール依存症等の研修の提供
- 3) 治療やリハビリテーションに関わる医療従事者の人材育成

「文献レビュー4、医療等」を参照。

- 4) アルコール健康障害の医療に関する研究の

表1 健診・保健指導の研修ガイドライン（平成30年4月版）<sup>2)</sup> アルコール部分を抜粋

### <保健指導スキル評価表>

- 問題飲酒のアセスメントができる
- 行動変容ステージに合わせた適正飲酒の支援ができる

### 業務遂行能力チェックリスト【初任者（保健指導経験年数1～2年目）対象】

#### <アルコールに関する指導技術>

質問票における飲酒量の回答等から、問題飲酒のアセスメントの対象者が判断できる  
問題飲酒のある対象者に対して減酒を提案し、具体的な減酒目標を立てることができる

### Ⅲ. 職務・経験別の具体的なプログラム例

- 1) 保健指導実施者 a. 初任者（保健指導経験年数1～2年目）

喫煙・飲酒習慣者への保健指導（喫煙、アルコールに関する保健指導の実際）30分

### 業務遂行能力チェックリスト【経験者（保健指導経験年数3年以上）対象】

#### <アルコールに関する指導技術>

問題飲酒のある対象者に対して、飲酒日記を活用するなど継続的な減酒支援ができる

問題飲酒のある対象者に対して、必要に応じて（支援を開始しても酒量が減らないか、むしろ増えた場合など）、専門医療機関での治療につなぐことが出来る

### 【個々の生活習慣に関する専門知識を持ち活用できる能力】

#### iv) アルコールについての専門知識

アルコールと生活習慣病との関連や、アルコールによる精神的及び社会的な影響に関する知識を持ち、対象者が抱える困難に共感する姿勢が求められる。また、問題点を分かりやすく説明し、目安となる飲酒量（適正飲酒量）の理解を図り、行動変容へと結びつける能力が求められる。また、標準的な健診・保健指導プログラム第3編第3章3-4（4）や第3編別添資料も参照されたい。

### 【具体的な研修内容】 講義形式：v) アルコール

- ・アルコールと生活習慣病の関連（循環器疾患だけでなく、がん等との関連も）
- ・目安となる飲酒量（適正飲酒量）の理解を図る
- ・問題飲酒者の把握と減酒支援の具体的な方法

### Ⅲ. 職務・経験別の具体的なプログラム例

- 1) 保健指導実施者 b. 経験者（保健指導経験年数3年以上）

検査値の見方、食生活、身体活動、喫煙、アルコールの強化プログラム（科学的根拠や最新知見）

演習：単一実施もしくは、組み合わせて実施

例）「過量飲酒者への対応」…保健指導場面の検討（アルコール指導動画）＋困難事例の検討

## 推進

「文献レビュー 10、調査研究の推進等」を参照。

### 5) 臨床研修におけるアルコール依存症への診療能力を持った医師の育成

2020年4月から医師の初期研修内容が見直されるのを受けて、医師臨床研修指導ガイドライン—2020年度版—が発行された<sup>3)</sup>。52症候、88疾病となっている必須経験症例が29症候、25疾病に絞られる。依存症はこの2年間に経験すべき必須疾病に入っているが、「ニコチン、アルコール、薬物、病的賭博依存症のいずれかの患者を経験することとし、経験できなかった疾病については座学で代替することが望ましい」とされており、どの依存症がどれくらい経験されることになるのかについて、今後の評価が必要である。

### 6) アルコール健康障害の医療に関する研究、治療及び人材育成の全国拠点医療機関の決定 依存症対策全国拠点機関（いわゆる依存症対策全国センター）に関して、「文献レビュー 4、健康診断および保健指導における人材育成」に記載。

### 7) 地域における相談支援体制構築における人材育成

精神保健福祉センターにおける人材育成は、「文献レビュー 6、相談支援等」を参照。

### 8) アルコール依存症からの回復支援における人材育成

精神保健福祉センター、保健所、市町村での回復支援における人材育成は、「文献レビュー 7、社会復帰等」を参照。

### 3) 厚生労働省. 医師臨床研修指導ガイドライン—2020年度版—.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496242.pdf>

## 引用文献

### 1) 文部科学省. 保健主事のための実務ハンドブック.

[https://www.mext.go.jp/a\\_menu/kenko/hoken/1295823.htm](https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1295823.htm)

### 2) 厚生労働省. 健診・保健指導の研修ガイドライン（平成30年4月版）.

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-12400000-Hokenkyoku/0000196595.pdf>

## 10) 調査研究の推進等に関するレビュー

川井田恭子<sup>1)</sup>、大脇由紀子<sup>1)</sup>、吉本 尚<sup>2)</sup>

1) 筑波大学医学医療系 研究員、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

### 提言

- ▶ 急性健康問題を生じる一時的多量飲酒やビンジ飲酒についての調査研究の強化、情報の周知が必要である。
- ▶ 飲酒量の目標について、定期的な見直しが必要である。過去の我が国のコホート研究から、「節度ある適度な飲酒」や「生活習慣病のリスクを高める飲酒」といった基準が作られてきたが、世界の流れから少量飲酒をターゲットとした、疾病負荷全体をアウトカムとしたコホート調査が望まれる。
- ▶ 厚生労働省や文部科学省など、国の予算を用いたアルコールに関係する研究成果等に関しては、省庁を横断する一括した情報管理および公開を行う仕組みがあると、研究結果が効率的・効果的に利用可能になると思われる。
- ▶ アルコール研究を遂行する研究者たちの質の向上を目指し、米国の研究機関で行われているような教育プログラム等を参考に、わが国独自のトレーニングプログラムを開発、実践することで研究実践の底上げを図ることも重要である。

### 1、はじめに

調査研究はアルコール政策の基盤を形成する。限られた予算の中で、多くの研究領域の中で最も必要な部分に資源を投入する必要がある。今回、第1期基本計画内に明記された領域の調査研究についてレビューを行う。

### 2、アルコール健康障害に関する調査研究

#### 1) 飲酒がアルコール健康障害に及ぼす影響の分析

危険な飲酒に関する詳細は、「文献レビュー 3、健康診断および保健指導」で述べた。日本で周知しようとしている危険な飲酒パターンは、節度ある適度な飲酒や生活習慣病のリスクを高める飲酒といった過剰な習慣飲酒に関する取り組みが多く、一時的多量飲酒やビンジ飲酒といった急性問題を生じる飲酒パターンに関しては知見が乏しい。救急外来等の負担を減らすためにも、一気飲み以外の急性健康問題を生じる飲み方に関する影響についての調査が必要と思われる。

また飲酒量の目標について、定期的な見直しが必要である。過去の我が国のコホート研究から、「節度ある適度な飲酒」や「生活習慣病のリスクを高める飲酒」といった基準が作られてきたが、世界の流れから少量飲酒をターゲットとした、疾病負荷全体をアウトカムとしたコホート調査が望まれる。

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

(尾崎班) では2017年度に井谷らによってアルコール摂取と健康障害に関する文献レビューが行われており、2001-2018年に発行された118のシステムレビューが抽出されている。今後、分析が追加される予定と報告書に記載されている<sup>1)</sup>。

アルコールと健康障害等に関する研究実施実態の把握のため、2015年度から2020年度までに採択されたアルコール健康障害に関連すると思われる文部科学省科学研究費助成事業についてデータベース<sup>2)</sup>を用いて検索した。「酒」「アルコール」が題目に入っている、健康障害等に関する研究は121件、合計5億3,633万円であった。結果を表1に示す。これらの研究課題でどのような成果が出ているかに関して、まとまったデータは認められなかった。この他にもアルコールの与える影響について検討している厚労省研究班や、その他省庁の委託研究などによってアルコール健康障害に関する研究結果が出ているものが存在すると思われるが、こちらもまとまったデータは見られなかった。限られた予算を有効活用するために、少なくとも国の予算を用いたアルコールに関係する研究成果等に関しては、省庁を横断する一括した情報管理および公開を行う仕組みが必要ではないだろうか。

#### 2) 早期介入の手法、地域モデルの確立に関する調査研究

ブリーフインターベンションの効果検証(尾崎班、杠班)、アルコール健康障害への早期介入の

取組としての地域モデルの確立に向けた調査研究（梅澤班）についての詳細は、「文献レビュー3、健康診断等」で述べた。

### 3、アルコール健康障害に係る医療の充実等における人材育成

- 1) 早期発見、早期介入のための専門的な医療従事者向け研修プログラムの開発
- 2) 早期介入の手法を含むアルコール依存症等の研修の提供
- 3) 治療やリハビリテーションに関わる医療従事者の人材育成  
「文献レビュー4、医療等」を参照。

- 4) アルコール健康障害の医療に関する研究の推進

「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」（厚労科研、樋口班）の成果から、アルコール使用障害に対する最新の診断治療ガイドラインの作成<sup>3)</sup>が行われ、さらに追加情報として飲酒量低減に関する資料<sup>4)</sup>も作成・公開されている。この中には、「アルコール依存症は専門医療機関に紹介することが望ましい」が、「専門医療機関の数が少ないといった医療資源の課題や、専門医療機関への紹介の同意が得られない方、遠方のために通院ができない方が一定数存在するといった患者要因などから、プライマリケア医や内科医などが初期対応を行う必要がある」ことが記載されている。

- 5) 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）  
一般医療と専門医療の連携と早期介入モデル作成（杠班）による連携モデル開発が行われているが、結果は2020年3月時点で未公開である。

### 4、アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等

- 1) 飲酒運転事犯者に対するアルコール依存回復プログラム等の効果検証を行う。
- 2) 飲酒運転をした者における、年齢層や要因・背景等の分析

飲酒運転事犯者に対するアルコール依存回復プログラム等の効果検証に関しては、インターネットや論文等でのデータ公開は見られなかった。（2020.7.27 追記）「刑事施設において平成26年4

月から平成29年3月までの間にアルコール依存回復プログラムを受講した受刑者を対象に、同プログラムの効果検証を行った。その結果、望ましい変化が見られており、同プログラムが有用であることが示された。」<sup>5)</sup>と関係者会議での資料に記載が見られたため、法務省に問い合わせたところ、結果は未公開とのことで、情報は確認できなかった。

飲酒運転をした者における、年齢層や要因・背景等の分析に関してはホームページ上で詳細に紹介されている<sup>6)</sup>。

## 5、その他

### 1. 実態調査

#### 1) 未成年の飲酒実態調査

「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年（厚労科研尾崎班）において、未成年者の喫煙及び飲酒行動の実態を明らかにするために、中高生の喫煙及び飲酒行動に関する全国調査を実施。中高生の飲酒頻度は減少傾向にあり、週飲酒率の頻度が極めて頻度が低くなっているが、飲酒者の中に多量飲酒者やビンジ飲酒者（機会大量飲酒者）が一定割合含まれていること、多くの飲酒者がアルコールを自ら購入できていること、ノンアルコール飲料の使用頻度が高いこと、中高生がアルコールハラスメントの被害を受けていることが明らかになった。

#### 2) 成人の飲酒実態調査

2003年、2008年、2013年、2018年と、5年程度の間隔で成人に関する横断的実態調査が厚生労働省科学研究にて実施されている。

#### 3) 大学生の飲酒の実態

依存症に関する調査研究事業経費にて、若年者の飲酒とギャンブルに関する実態調査が行われている（研究代表者 松下幸生）。結果についてはインターネット上では確認できず、現時点で未公開と考えられた。

ビンジ飲酒のようなリスク飲酒とその関連要因等に関する小規模な研究が複数行われており、飲酒量の自己認識<sup>7)</sup>、飲酒量とアルコール外傷との関連<sup>8)</sup>、飲み放題利用時の飲酒量<sup>9)</sup>、飲酒理由<sup>10)</sup>、ビンジ飲酒の結果<sup>11)</sup>に関する調査が吉本、川井田等によって実施されている。

## 2. 米国 NIAAA における研究のためのトレーニングプログラムの紹介

NIAAA (The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: 米国立アルコール乱用、アルコール依存症研究所)では、ナショナルリサーチサービスアワードプログラムに対して助成金支援を行っている。これらの研究トレーニングに対する助成金は、高度に訓練された研究者たちが、国家が求めるアルコールに関する研究のニーズに見合う研究者数と適切な研究規律に到達できることを期待したものである。研究所は、アルコール関連問題をもたらす要因や引き起こされる有害事象、治療法や予防について適切に理解するため、博士課程の学生や博士号を有する研究員を選出し出資している。社会学的、行動学的、生物医学的、生物学的科学を含む多様性のある基礎研究と臨床研究のためのチャンスがある。NIAAA は年間 100 人以上の博士課程の学生や研究者たちをトレーニングしている。

以下に具体的なプログラムを紹介する。

- Alcohol Research in The Science/Practitioner Model  
科学/実践モデルにおけるアルコール研究
- Neuropsychopharmacology: Multidisciplinary Training  
神経精神薬理学/学際的トレーニング
- Prevention Science Research Training Programs  
予防科学研究トレーニングプログラム
- Graduate Research Training in Alcohol Problems: Alcohol-Related Disparities  
Post-Doctoral Training Program in Alcohol Studies  
アルコール問題における大学院研究トレーニング: アルコール研究におけるアルコール関連格差 博士号取得者に対するトレーニング
- Training Grants on Genetic Aspects of Alcoholism  
アルコール依存症の遺伝子学的見解に対するトレーニング
- Medical Student Alcohol Research Internship  
医学生の研究インターンシップ
- Doctoral Training/Health Services Research on Alcohol-Related Problems  
アルコール関連問題における医学的トレーニング/ヘルスサービス研究
- Multidisciplinary Alcoholism Research Training Program  
学際的アルコール依存症研究トレーニングプログラム
- Psychology of Alcohol use in Addiction Training  
アディクショントレーニングにおけるアルコール使用の心理学
- Biomedical Training in Alcoholism Research  
アルコール依存症研究における生物医学トレーニング
- Molecular and Cellular Alcohol Research Training  
分子生物学および細胞生物学的アルコール研究トレーニング
- Multidisciplinary Training in the Biology of Alcohol Addiction  
アルコールアディクションの生物学における学際的トレーニング
- NIAAA Short-Term Training: Students in Health Professional Schools (T35)  
NIAAA 短期トレーニング: 医療従事者養成所学生対象
- Alcohol Research Training in Neurosciences  
神経科学におけるアルコール研究トレーニング
- Alcohol Research Training: Methods & Mechanisms  
アルコール研究トレーニング: 方法とメカニズム
- Research Training on Alcohol Etiology and Treatment  
アルコール病因と治療における研究トレーニング
- Alcohol Tissue Injury  
アルコール外傷
- Developmental Alcohol Research Training Program  
発展的アルコール研究トレーニングプログラム
- Neurochemical & Behavioral Correlates of ETOH Effects  
エタノール効果における神経化学と行動学的関連要因
- Psychology Training in Alcohol Research (PTAR)  
アルコール研究における心理学的トレーニング
- Translational Science Training to reduce the impact of Alcohol on HIV Infection  
HIV 感染におけるアルコールの影響を低減す

るためのトレーニング

➤ Development and Neuroadaptations in Alcohol and Addiction

アルコールとアディクションにおける発展と神経適応

➤ Biological Bases of Alcoholism

アルコール依存症における生物学的基礎

追記>

2020年4月15日に、日本学術会議臨床医学委員会（アディクション分科会、脳とこころ分科会 基礎医学委員会神経科学分科会）による「アディクション問題克服に向けた学術活動のあり方に関する提言」が公開された<sup>12)</sup>。

以下の5点に関する提言がなされている。

- (1) アディクションにおける多様性の把握と関連研究・教育の推進
- (2) アディクション症対策におけるテーラーメイド化推進
- (3) アディクション研究人材の育成
- (4) 薬物依存症者の社会復帰のための新しいガイドラインの作成
- (5) アディクションに関する情報収集・研究・対策・治療・広報を包括的に取り扱う専門機関の設置

## 引用文献

- 1) 井谷修ら. 飲酒と健康の関連性のハイレベルエビデンスの集約: 系統的レビューのオーバービュー~第一報~. 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業) 分担研究平成29年度報告書.  
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201709021A>
- 2) KAKEN= 科学研究費助成事業データベース.  
<https://kaken.nii.ac.jp/>
- 3) 樋口進, 齋藤利和, 湯本洋介. 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
- 4) 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ら. 飲酒量低減治療マニュアルポケット版【第1版】.  
[j-arukanren.com/pdf/201911\\_inshuryouteigen\\_chiryouboket.pdf](http://arukanren.com/pdf/201911_inshuryouteigen_chiryouboket.pdf)

- 5) 厚生労働省. 第1期アルコール健康障害対策推進基本計画(基本的施策等)の取組状況. 第23回アルコール健康障害対策関係者会議資料3.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12205250/000639051.pdf>

- 6) 警察庁. みんなで守る「飲酒運転を絶対にしない, させない」.

<https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/insyu/info.html>

- 7) H Yoshimoto et al. Prevalence of excessive alcohol use and association between excessive alcohol use and abnormal self-recognition: A cross sectional study of three colleges in Mie Prefecture in Japan. *Japanese Medical Society of Alcohol and Addiction Studies*. 52 (3) : 105-14, 2017

- 8) H Yoshimoto et al. Association between Excessive Alcohol Use and Alcohol-Related Injuries in College Students: A Multi-Center Cross-Sectional Study in Japan. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 242: 157-63, 2017

- 9) K Kawaida et al. The Use of All-You-Can-Drink System, Nomihodai, Is Associated with the Increased Alcohol Consumption among College Students: A Cross-Sectional Study in Japan. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 245 (4) ; 263-7, 2018

- 10) K Kawaida et al. Reasons for Drinking among College Students in Japan: A CrossSectional Study. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 246 (3) ; 183-9, 2018

- 11) K Kawaida et al. Prevalence of Binge Drinking and Association with Alcohol-related Consequences: A Cross-sectional Study of College Students in the Kanto Region of Japan. *Japanese Medical Society of Alcohol and Addiction Studies*. 54 (2) : 62-72, 2019

- 12) 日本学術会議 臨床医学委員会(アディクション分科会, 脳とこころ分科会 基礎医学委員会神経科学分科会). アディクション問題克服に向けた学術活動のあり方に関する提言, 2020 <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-24-t286-6.pdf>

表1 「酒」「アルコール」の付いた研究演題検索結果：文部科学省科学研究費助成事業－科研費 2015-2020

研究課題名	課題番号	研究代表者	研究種目	研究費 (万円)
慢性腎臓病における ADH1B、ALDH2 を考慮した飲酒の残腎機能への影響	20K17270	木村良紀 独立行政法人国立病院機構大阪医療センター（臨床研究センター）、その他部局等、研究員	若手研究	286
妊娠による飲酒欲求消失メカニズムの解析－アルコール依存症の新たな治療法を目指して	20K16652	田山真矢 札幌医科大学、医学部、研究員	若手研究	351
問題飲酒者に対するオンライン版飲酒日記の効果検証と新たなプログラムの開発	20K16637	角南隆史 地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館（ライフサイエンス研究所）、その他部局等、その他	若手研究	416
飲酒による腸内細菌叢の破綻と植物乳酸菌の生菌摂取による修復の機構	20K11510	杉山政則 広島大学、その他の研究科、その他	基盤研究 (C)	429
特定保健指導を利用した女性多量飲酒者への節酒支援ガイドラインの開発と検証	20K11100	藤野成美 佐賀大学、医学部、教授	基盤研究 (C)	429
胎児性アルコールスペクトラム症候群予防のための女性飲酒教育プログラムの開発	20K11003	吉岡幸子 帝京科学大学、公私立大学の部局等、教授	基盤研究 (C)	429
過剰な飲酒に対する遺伝子多型情報を用いた簡易介入の検討	20K10779	大脇由紀子 筑波大学、医学医療系、研究員	基盤研究 (C)	429
メディアコミュニケーションによる不適切な飲酒の誘引防止の効果的な方法の検討	20K10353	加藤美生 帝京大学、公私立大学の部局等、助教	基盤研究 (C)	429
飲酒量低減薬ナルメフェンによる動脈硬化症の発症機序	20K07146	古賀允久 福岡大学、薬学部、准教授	基盤研究 (C)	429
義歯安定剤に含有されるアルコールが酒気帯び運転違反の判定に及ぼす影響	19K24099	岡崎ひとみ 長崎大学、医歯薬学総合研究科（歯学系）、助教	研究活動 スタート支援	286
飲酒マーカーであるホスファチジルエタノールの簡易的測定法の開発	19K20189	河野弥季 国際医療福祉大学、成田保健医療学部、助教	若手研究	416
中程度の習慣的飲酒が眼底血管における種々の血管機能に及ぼす影響	19K20128	宮路 茜 東京医療保健大学、医療保健学部、助教	若手研究	117
一般病棟看護師を対象とした多量飲酒者へのケア実践ガイドの作成と有用性の検証	19K19595	内野小百合 防衛医科大学校（医学教育部医学科進学課程及び専門課程、動物実験施設、共同利用研究施設、病院並びに防衛、その他、講師	若手研究	260
ALDH2 遺伝子多型の飲酒関連がん発がんリスク：媒介分析による評価	19K19425	小柳友理子 愛知県がんセンター（研究所）、がん情報・対策研究分野、主任研究員	若手研究	416
前向きコホートによる「飲み放題」の利用が飲酒量に与える影響に関する研究	19K19346	吉本 尚 筑波大学、医学医療系、准教授	若手研究	416
妊婦の喫煙・受動喫煙や飲酒と母児の出産8年後の生活習慣病リスク	19K18628	田中宏典 東北大学、大学病院、特任助手	若手研究	429
アセトアルデヒド由来終末糖化産物からみたアルコール性肝障害患者の飲酒習慣の再考	19K11803	福村 敦 金沢医科大学、医学部、助教	基盤研究 (C)	416
脳死・生体肝移植を受けたアルコール性肝障害患者の断酒を主とした健康行動の解明	19K10879	山田隆子 県立広島大学、保健福祉学部（三原キャンパス）、講師	基盤研究 (C)	286
エタノール依存症マーカーを用いた法医解剖例の飲酒状況推定法の開発	19K10689	中前琢磨 鹿児島大学、医歯学域医学系、助教	基盤研究 (C)	429
飲酒が心理社会的アウトカムに及ぼす因果効果を確証する網羅的メンデルランダム化研究	19K10651	西山 毅 名古屋市立大学、大学院医学研究科、准教授	基盤研究 (C)	429
飲酒喫煙が食道癌診療に及ぼすリスクの包括的評価における平均赤血球容積の意義	19K09076	吉田直矢 熊本大学、病院、特任准教授	基盤研究 (C)	429

表1 「酒」「アルコール」の付いた研究演題検索結果：文部科学省科学研究費助成事業－科研費 2015-2020

研究課題名	課題番号	研究代表者	研究種目	研究費 (万円)
抗酒癖剤ジスルフィラム含有ナノ粒子による炎症性心不全治療の研究	19K08559	樋口義洋 九州大学、大学病院、講師	基盤研究 (C)	442
習慣的多量飲酒による大腸疾患のリスク増大への腸内細菌の関わり	18K19721	中山 亨 東北大学、工学研究科、教授	挑戦的研究 (萌芽)	624
アルコール依存症者の断酒と就業の両立プロセス：就業継続支援モデルへの展開	18K17601	佐野雪子 浜松医科大学、医学部、助教	若手研究	104
飲酒後の吸収相における呼気中アルコール動態モデルの検討	18K17416	白鳥彩子 山口大学、大学院医学系研究科、助教	若手研究	338
アルコール代謝遺伝子多型と飲酒量が頭頸部癌症例の血清マグネシウム濃度に与える影響	18K16834	有泉陽介 東京医科歯科大学、大学院医歯学総合研究科、講師	若手研究	429
乳酸醗酵酒粕による血中LDLコレステロール低下作用の解明	18K14404	鈴木浩史 新潟大学、研究推進機構、特任助教	若手研究	416
飲酒習慣ならびに他の食習慣因子による腸内細菌叢の影響に関する臨床栄養学研究	18K11087	大平英夫 神戸学院大学、栄養学部、准教授	基盤研究 (C)	416
エタノール暴露により発現量に変化するマイクロRNAを指標とした飲酒時期推定の試み	18K10128	中西祥徳 高知大学、教育研究部医療学系連携医学部部門、助教	基盤研究 (C)	442
飲酒パターンと動脈硬化リスク要因としての血液凝固能との関連における性差の解明	18K10115	久保田芳美 兵庫医科大学、医学部、助教	基盤研究 (C)	429
喫煙・飲酒歴の有無による食道・頭頸部の発癌分子機序の相違と個別化治療戦略の確立	18K08638	森田 勝 独立行政法人国立病院機構(九州がんセンター臨床研究センター)、その他部局等、統括診療部長	基盤研究 (C)	429
数時間前の飲酒の証明に挑戦する：新たな飲酒マーカー・腸管を経由した酒類成分の探索	17K19857	原 健二 福岡大学、医学部、講師	挑戦的研究 (萌芽)	637
アフリカにおける集団簡易減酒プログラムの開発と長期的効果の検証	17K17555	高橋里沙 天理医療大学、医療学部、講師	若手研究 (B)	403
バヌアツ国の子どもと保護者の喫煙・飲酒行動と保健教育プログラムの開発に関する研究	17K12604	中世古恵美 姫路獨協大学、看護学部、講師	基盤研究 (C)	455
飲酒と主要栄養素変更の併存が動脈硬化症の進展と心臓性突然死発症に及ぼす影響の解明	17K09265	劉 金耀 山口大学、大学院医学系研究科、講師	基盤研究 (C)	468
アルコール代謝関連酵素活性別にみた飲酒と睡眠の質及び生理的変化に関する研究	17K09120	齋藤京子 横浜市立大学、医学部、助教	基盤研究 (C)	468
飲酒関連癌の新規リスクマーカー：皮膚メラノーシスの検討(ベースライン調査)	17K09115	松本明子 佐賀大学、医学部、講師	基盤研究 (C)	481
飲酒・喫煙習慣にセルフコントロールが促進・抑止の両面から作用するメカニズムの解明	16K17293	後藤崇志 滋賀県立大学、人間文化学部、助教	若手研究 (B)	390
動脈硬化予防の観点からの肥満および糖尿病における飲酒の是非に関する基礎研究	16K16294	下村智子 兵庫医科大学、医学部、助教	若手研究 (B)	390
飲酒運転撲滅のための光学的血中アルコール濃度計測法の実用化に向けた挑戦的開発研究	16K12884	山越健弘 福岡工業大学、情報工学部、准教授	挑戦的萌芽 研究	338
妊娠中及び乳幼児期用を持つ親が学ぶ『飲酒乱用防止教育のための指導プログラム』	16K12321	江藤和子 横浜創英大学、看護学部、教授	基盤研究 (C)	481
アルコール過剰摂取患者の感染感受性に対する断酒治療の効果	16K09949	朝井 章 大阪医科大学、医学部、講師	基盤研究 (C)	468
慢性過剰飲酒における肝ADH1および3の活性動態とアルコール性肝障害進展への影響	16K09223	大野曜吉 日本医科大学、大学院医学研究科、大学院教授	基盤研究 (C)	416
アルコール代謝遺伝子多型と飲酒量が頭頸部癌症例の血清マグネシウム濃度に与える影響	16H06774	有泉陽介 東京医科歯科大学、大学院医歯学総合研究科、講師	研究活動 スタート支援	273

表1 「酒」「アルコール」の付いた研究演題検索結果：文部科学省科学研究費助成事業－科研費 2015-2020

研究課題名	課題番号	研究代表者	研究種目	研究費 (万円)
青年期ニコチン慢性曝露によるアルコール飲酒増加に対する分子機構と薬物治療薬の探索	15K21542	黒川和宏 国際医療福祉大学、薬学部、講師	若手研究 (B)	403
室内空気中エタノール濃度からみた「受動飲酒」の実態とその対策に関する研究	15K21260	辻 雅善 福岡大学、医学部、講師	若手研究 (B)	429
避難住民における多量飲酒者に対する新たな集団療法の構築	15K17297	上田由桂 福島県立医科大学、放射線医学県民健康管理センター、助手	若手研究 (B)	390
大腸内の菌叢構造への習慣的多量飲酒の影響解明と飲酒関連大腸がんモデルの提案	15K14682	中山 亨 東北大学、工学研究科、教授	挑戦的萌芽研究	377
在宅高齢者の飲酒問題に対する効果的な介入プログラムの開発	15K11888	吉岡幸子 帝京科学大学、医療科学部、教授	基盤研究 (C)	494
頭頸部癌多発地域での飲酒・喫煙に関する遺伝子多型の解析	15K10814	山下 懐 琉球大学、医学(系)研究科(研究院)、助教	基盤研究 (C)	481
食道・頭頸部癌の発生・進展における喫煙・飲酒に起因する障害と修復系異常の分子機序	15K10125	森田 勝 独立行政法人国立病院機構(九州がんセンター臨床研究センター)、その他部局等、統括診療部長	基盤研究 (C)	468
アルコールによるsCD14関連自然免疫破綻のオーミクス：飲酒者の感染死を予防する	15K08871	片田竜一 大阪大学、医学系研究科、特任准教授(常勤)	基盤研究 (C)	494
大規模疫学研究による飲酒がインスリン作用に及ぼす影響の解明	15H06913	辰巳友佳子 帝京大学、医学部、助教	研究活動 スタート支援	234
外来及び一般病棟看護師が行う多量飲酒者へのアセスメント及び介入の実態	15H06869	内野小百合 防衛医科大学校(医学教育部医学科進学課程及び専門課程、動物実験施設、共同利用研究、その他、助教)	研究活動 スタート支援	273
適正飲酒に関する心理尺度の開発	15H06765	高橋伸彰 関西学院大学、文学部、助手	研究活動 スタート支援	273
アルコール代謝酵素の遺伝子多型に注目した膀胱がん発生メカニズムの解明	20K18119	正岡寛之 九州大学、大学病院、その他	若手研究	260
重症型アルコール性肝炎への顆粒球除去療法の検証及び肝臓環境を標的とした病態解明	20K16999	吉田 文 慶應義塾大学、医学部、助教	若手研究	429
妊娠初期の胎児への一過性アルコール暴露が脳発生に与える影響	20K16908	坂本晃海 公益財団法人実験動物中央研究所、その他部局等、研究員	若手研究	429
アルコール使用障害患者のMRIを用いた脳機能画像研究：重症度による差異の検討	20K16661	福嶋 翔 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター(臨床研究部)、その他部局等、研究員	若手研究	260
アルコール依存症者の家族へのエンパワメントプログラムの効果の測定と検証	20K10790	越智百枝 愛媛県立医療技術大学、保健科学部、教授	基盤研究 (C)	429
アルコール・薬物使用者の行動変容促進アプリと適切なフィードバックAIモデルの開発	20H03977	高野 歩 東京医科歯科大学、その他の研究科、准教授	基盤研究 (B)	1664
大麻成分カンナビノイドの毒性発現機構とアルコールの影響に関する研究	19K19483	則竹香菜子 東京医科歯科大学、大学院医歯学総合研究科、特任助教	若手研究	416
頭頸部癌および食道癌患者におけるアルコール分解酵素の遺伝子多型解析	19K18772	吉田真夏 高知大学、医学部附属病院、医員	若手研究	416
アルコールとニコチンの同時曝露による精巣内微細環境の変化と精子形成障害の解析	19K18623	北岡三幸 東京医科大学、医学部、助手	若手研究	286
胆汁酸およびアルコールが食道扁平上皮癌に及ぼす影響	19K18085	市原もも子 大阪大学、医学部附属病院、医員	若手研究	416

表1 「酒」「アルコール」の付いた研究演題検索結果：文部科学省科学研究費助成事業－科研費 2015-2020

研究課題名	課題番号	研究代表者	研究種目	研究費 (万円)
未成年大学生を対象としたアルコール問題啓発プログラムの開発と評価	19K14434	三好真人 比治山大学、現代文化学部、講師	若手研究	286
アルコール使用障害が併発した心的外傷後ストレス障害に対する認知処理療法の適用	19K14424	高岸百合子 駿河台大学、心理学部、准教授	若手研究	403
大学生を対象にしたアルコール教育用アプリの開発	19K11001	川井田恭子 筑波大学、医学医療系、研究員	基盤研究 (C)	429
女性アルコール依存症者に対するトラウマケアとレジリエンス促進支援モデルの探究	19K10954	山下亜矢子 新見公立大学、健康科学部、准教授 (移行)	基盤研究 (C)	299
アルコール依存症者の「回復の物語」をその家族はいかに経験するのか	19K03321	石井宏祐 佐賀大学、教育学部、准教授	基盤研究 (C)	429
アルコール脱水素酵素の臓器障害発症への関与	19H04038	奥田貴久 日本医科大学、医学部、准教授	基盤研究 (B)	1729
アルコール依存症患者の感染感受性に対する GAS5 遺伝子治療の効果	18KK0456	朝井 章 大阪医科大学、医学部、講師	国際共同研究 加速基金 (国際共同研究強化 (A))	1547
アルコール摂取がもたらす認知機能障害の分子基盤	18KK0258	照沼美穂 新潟大学、医歯学系、教授	国際共同研究 加速基金 (国際共同研究強化 (B))	1794
長寿遺伝子 SIRT1 によるアルコール嗜好性の制御メカニズムの解明とその応用	18K19726	佐々木努 群馬大学、生体調節研究所、准教授	挑戦的研究 (萌芽)	624
アルコール依存に伴う精神・神経症状の治療応用を目指した汎用スクリーニング系開発	18K17973	荻 寛志 京都府立医科大学、医学(系)研究科(研究院)、特任助教	若手研究	416
アルコール依存症を抱える家族のリカバリーの解明	18K17510	磯野洋一 関西看護医療大学、看護学部、講師	若手研究	390
Low Km ADH1 および High Km ADH3 とアルコール性臓器障害	18K17421	勝山 碧 日本医科大学、医学部、助教	若手研究	429
新規収縮物質 Up4A を介する炎症時における一過性血管収縮へのアルコールの影響	18K17356	勇井克也 奈良県立医科大学、医学部、助教	若手研究	416
オートファジーの多面的作用に着目したアルコール性肝障害の病態改善機序の解明	18K15748	坂根貞嗣 大阪大学、医学部附属病院、医員	若手研究	416
アルコール依存症者のメタ認知機能向上のための看護介入プログラムの開発	18K10341	森 千鶴 筑波大学、医学医療系、教授	基盤研究 (C)	429
アセチル化制御によるアルコール肝障害の分子メカニズムの解明	18K10130	西谷陽子 熊本大学、大学院生命科学研究部 (医)、教授	基盤研究 (C)	390
アルコールが乱す脳梗塞神経細胞ニッチ	18K10125	片田竜一 大阪大学、医学系研究科、特任准教授 (常勤)	基盤研究 (C)	429
アルコール性突然死の発症機構の解明～致死性不整脈の法医学的診断法の確立に向けて	18K10123	小澤周二 三重大学、医学系研究科、講師	基盤研究 (C)	442
新たな客観的アルコールパッチテスト法の開発	18K09978	脇坂浩之 愛媛県立医療技術大学、保健科学部、教授	基盤研究 (C)	364
適度なアルコール摂取による動脈硬化予防効果の分子メカニズム基盤の確立	18K05488	白井真一 岡山大学、保健学研究科、准教授	基盤研究 (C)	442
アルコール依存症者の回復支援ネットワーク	18K02140	若林真衣子 東京通信大学、人間福祉学部、助教	基盤研究 (C)	429
高齢アルコール依存症に対する認知リハビリテーションプログラムの開発	18J12808	新田千枝 筑波大学、人間総合科学研究科、特別研究員 (DC2)	特別研究員 奨励費	190

表1 「酒」「アルコール」の付いた研究演題検索結果：文部科学省科学研究費助成事業－科研費 2015-2020

研究課題名	課題番号	研究代表者	研究種目	研究費 (万円)
キラル AZADO-Cu 協奏触媒の精密制御に基づく高エナンチオ選択的アルコール酸化	18H04232	岩淵好治 東北大学、薬学研究科、教授	新学術領域 研究（研究領 域提案型）	624
高周波音響の報酬系賦活効果を利用したアルコール・薬物依存の新規置換療法開発	17K19946	山下祐一 国立研究開発法人国立精神・神経医療 研究センター、神経研究所疾病研究第 七部、室長	挑戦的研究 （萌芽）	637
体の大部分を占める静止期細胞における、アルコール代謝によるDNA損傷と修復の解析	17K17846	松嶋健一郎 大阪大学、蛋白質研究所、助教	若手研究（B）	429
アルコール摂取が歯周病に与える影響および他栄養素を含む包括的環境要因の解明	17K17367	諏訪間加奈 新潟大学、医歯学系、助教	若手研究（B）	390
口唇口蓋裂におけるRdh10の変異遺伝子とアルコールの相互作用	17K17320	岡 綾香 大阪大学、歯学研究科、助教	若手研究（B）	403
アルコール依存症患者の脳機能画像研究：依存症患者はなぜ渴望が起こるのか？	17K16410	福嶋 翔 独立行政法人国立病院機構肥前精神医 療センター（臨床研究部）、臨床研究部、 医師	若手研究（B）	299
アルコール性心筋障害におけるHippo-YAP経路の破綻とマイクロRNAの役割	17K15879	則竹香菜子 東京医科歯科大学、大学院医歯学総合 研究科、特任助教	若手研究（B）	416
アルコール燃料の燃焼特性に及ぼす雰囲気条件の影響	17K14606	片岡秀文 大阪府立大学、工学（系）研究科（研 究院）、助教	若手研究（B）	442
治療経験のないスタッフでも実施可能なアルコール依存の治療プログラムの開発	17K13941	岩野 卓 大分大学、福祉健康科学部、特任講師	若手研究（B）	377
総合病院の精神科病棟で活用するアルコール依存症者治療介入支援ツールの開発	17K12492	伊藤桂子 東邦大学、看護学部、教授	基盤研究（C）	468
アルコール依存症者の感情活用能力育成プログラム開発の検討	17K12458	木原深雪 九州大学、医学研究院、助教	基盤研究（C）	403
急性アルコール中毒時のNETs形成に及ぼす影響－敗血症増悪機構の解明－	17K11585	粕田承吾 奈良県立医科大学、医学部、准教授	基盤研究（C）	416
アルコール代謝酵素の遺伝子多型と循環器疾患の生命予後に関する研究	17K09495	林 秀樹 滋賀医科大学、医学部、非常勤講師	基盤研究（C）	481
アルコール性肝障害における動脈硬化発症機序の解明：肝由来小胞体封入病態情報の関与	17K09419	竹井謙之 三重大学、医学系研究科、教授	基盤研究（C）	468
女性アルコール依存症者の家族を支援する相談体制及びニーズの体系化	16K20826	羽田有紀 日本福祉大学、看護学部、助教	若手研究（B）	221
マウスES細胞由来の幼若な神経におけるアルコール曝露下での網羅的遺伝子発現解析	16K19273	栄徳勝光 高知大学、教育研究部医療学系連携医 学部門、助教	若手研究（B）	403
アルコール依存症者の回復過程と支援ネットワーク	16K17274	若林真衣子 東北文化学園大学、医療福祉学部、助 教	若手研究（B）	390
アルコール依存併発の難治性うつ病モデルマウス作成とケタミンの有用性の検討	16K15565	池田和隆 公益財団法人東京都医学総合研究所、 精神行動医学研究分野、分野長	挑戦的萌芽 研究	325
アルコール依存症者の家族へのエンパワメントプログラム介入評価に関する研究	16K12261	越智百枝 愛媛県立医療技術大学、保健科学部、 教授	基盤研究（C）	455
アルコールは精巢の細胞にMitophagyを誘導する－男性不妊治療の基礎的研究－	16K11073	Eid Nabil A.S. 大阪医科大学、医学部 Anatomy, 講師 Lecturer	基盤研究（C）	455
機能性RNAネットワーク解析に基づくアルコール依存・再燃制御機構の解明	16K08913	水尾圭祐 札幌医科大学、医学部、講師	基盤研究（C）	481
アルコール中毒症の改善作用を有する植物乳酸菌の分子機構解明	16K08294	野田正文 広島大学、医歯薬保健学研究科（薬）、 特任准教授	基盤研究（C）	481

表1 「酒」「アルコール」の付いた研究演題検索結果：文部科学省科学研究費助成事業－科研費 2015-2020

研究課題名	課題番号	研究代表者	研究種目	研究費 (万円)
アルコール依存症における脳内代謝異常による神経機能変化の解析	16K07070	芝崎真裕 星薬科大学、薬学部、講師	基盤研究 (C)	455
炎症血管におけるアルコールの機序～トロンボキサン A2 による収縮反応の観点から～	16H07131	勇井克也 奈良県立医科大学、医学部、助教	研究活動 スタート支援	299
障害肝細胞から分泌されるヘパトソームはアルコール性肝炎の病態進行に寄与する	16H06872	江口暁子 三重大学、医学系研究科、特任助教 (研究担当)	研究活動 スタート支援	273
大学生におけるアルコール使用障害のスクリーニングに関する研究	15K20891	吉本 尚 筑波大学、医学医療系、講師	若手研究 (B)	416
急性アルコール中毒時の敗血症増悪機構の解明	15K20351	粕田承吾 奈良県立医科大学、医学部、講師	若手研究 (B)	390
感受性非依存的にアルコール摂取行動を調節する新規 Src 改変マウスモデルペアの解析	15K15261	加藤梧郎 山梨大学、大学院総合研究部、医学研究員	挑戦的萌芽 研究	364
アルコール毒性の解明とその食品成分による予防	15K12364	永井竜児 東海大学、農学部、教授	挑戦的萌芽 研究	377
高齢者のビタミン C 欠乏がアルコール嗜好・依存性と認知機能に及ぼす影響	15K12335	小泉美和子 慶應義塾大学、医学部、特任助教	挑戦的萌芽 研究	377
被災地における高校生のアルコール関連問題の実態と介入方法の検討	15K11886	大川貴子 福島県立医科大学、看護学部、准教授	基盤研究 (C)	455
女性アルコール依存症患者のレジリエンス促進支援モデル開発	15K11835	山下亜矢子 新見公立大学、健康科学部、准教授 (移行)	基盤研究 (C)	312
アルコール嗜癖者の回復に寄与する援助グループは自助グループ的性格を有するのか？	15K04012	松本宏明 志学館大学、人間関係学部、准教授	基盤研究 (C)	416
アルコールによる心筋障害における Hippo 経路の役割	15H06182	則竹香菜子 東京医科歯科大学、大学院医歯学総合研究科、特任助教	研究活動 スタート支援	299

4. 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

---

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

大脇由紀子<sup>1)</sup>、吉本 尚<sup>2)</sup>、川井田恭子<sup>1)</sup>

1) 筑波大学医学医療系 研究員、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

## 提言

- ▶ 一般医療機関のプライマリ・ケア医（認定医・専門医）はアルコール依存症を含めたアルコール健康障害を持つ患者に現実的に対応しており、貴重な人的資源となりうる。
- ▶ スクリーニングや診断、介入、紹介や連携といった、いわゆる SBIRTS の実践には障壁が複数見られ、こういった障壁を一つ一つ解決していく必要がある。
- ▶ すでに存在している、専門医療機関のリストや地域資源に関する情報、治療薬に関する情報、研修会や e-learning 素材に関する情報などが、プライマリ・ケアの現場に届いていない現状を改善するために、どうやって手元に届けるか戦略を立てる必要がある。
- ▶ 一方、いまだ解決されていない問題のうち、診療報酬など政策的な側面から解決が図れる点と、解決が難しい点に分け、政策的な側面は国レベルか都道府県レベルかに階層分けすることで、解決に近づくことができると考えられる。
- ▶ 一般医療機関を含めた、医療機関レベルのハイリスクストラテジーでは解決できないアルコール含有飲料の販売、広告、提供、酒税、飲酒文化に関する提案が、一般医療機関の医師から複数上がっていることは着目すべき点と思われた。

## I. はじめに

我が国では、2013年の厚生労働省研究班の調査で、生活習慣病のリスクを高める飲酒（1日平均男性純アルコール40g以上、女性20g以上）をする人が約1,000万人、これまでにICD-10のアルコール依存症の診断基準に該当したことがある人は約107万人と推計されている<sup>1)</sup>。2018年の世界保健機関（WHO）の報告<sup>2)</sup>では、2016年の世界の全死亡の5.3%に該当する約300万人がアルコールの有害な使用によって死亡しており、アルコールの消費に起因する全死亡のうち、28.7%が外傷、21.3%が消化器疾患、19%が心血管疾患、12.9%が感染症、12.6%が癌によるものと報告されている。我が国でも、アルコール健康障害に係る医療の充実、専門医療機関とその他の医療機関の連携の確保、総合病院や診療所など一般の医療機関におけるアルコール健康障害の患者の早期発見と適切な介入の推進が求められており、2014年にアルコール健康障害対策基本法が施行された。

それに伴い、アルコールがもたらす代表的な疾患（肝障害、高血圧、糖尿病、脂質異常、痛風、膵炎、膵臓がん、大腸がん、食道がん、認知症、不安障害、うつ病など）の背景に習慣的な多量飲酒やアルコール依存症がないか、スクリーニング

による把握と診断、適切な介入を実施するための新ガイドラインも2018年に公開されている<sup>3)</sup>。新ガイドラインでは、プライマリ・ケア医や内科医が、アルコール健康障害をもつ患者の初期対応を担う重要な役割を果たす医師として位置づけられており、アルコール依存症を含むアルコール使用障害や過剰な飲酒者のスクリーニングによる把握と評価、診断、治療および必要に応じた専門医療機関や自助グループへの紹介（Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment and Self-help group：以下SBIRTS）に関して、今後さらに推進を図ることが求められている。

しかしながら、我が国では一般医療機関の受診者および入院患者の高齢化が進み、複数の健康問題の管理が必要となるため、診療を担う医師の患者1人当たりの診療時間にも制約がある。多忙な一般医療の診療においてアルコール健康障害をもつ患者の初期対応およびSBIRTSが、どの程度実施されているか、その認識と実態、実施の障壁となる要因は明らかにされていない。

## II. 研究の目的

- 1) 一般医療機関において、プライマリ・ケアに従事する医師のアルコール健康障害（アルコール性臓器障害およびアルコール依存症

を含むアルコール使用障害)の認識と診療実態を明らかにする。

- 2) アルコール健康障害のスクリーニング、簡易介入、専門医療機関や自助グループへの紹介(SBIRTS)の実施状況と実施の障壁となる要因を明らかにする。

### Ⅲ. 対象と方法

- 1) 研究デザイン：無記名の自記式アンケート調査による横断研究
- 2) 調査対象：日本プライマリ・ケア連合学会に所属するすべての家庭医療専門医(以下、専門医)ならびにプライマリ・ケア認定医(以下、認定医)のうち、ランダムに選定した1,400人。
- 3) 調査方法：日本プライマリ・ケア連合学会の承認を得て、2020年2月に学会が管理するWebシステムを利用して対象者に電子メールを配信し、Webアンケート調査を実施した。
- 4) 調査内容：
  - (1) 基本属性(性別、年齢、医師年数、専門医・認定医の種別)
  - (2) 勤務の状況(雇用態様、勤務施設の種別；診療所・病院・その他、主な診療領域、勤務先の都道府県名および市町村人口)
  - (3) アルコール健康障害を有する患者の現在の診療状況と認識

依存症には至らないアルコール健康障害の患者、およびアルコール依存症の患者の普段の診療について、5つの選択肢(A.日常的に実施している、B.機会があれば実施している、C.実施していないが対応は可能である、D.実施していないが専門医などと連携できれば実施できる、E.実施できない)の択一法で回答を求めた。具体的には、依存症には至らないアルコール健康障害の患者の診療について、①スクリーニングと診断、②減酒指導、③断酒指導、④減酒指導が良いか、断酒指導が良いかの判別、の実施状況を調査した。

アルコール依存症の患者の診療についても、上記A~Eの選択肢の択一法と同様に、①スクリーニングと診断、②減酒指導、③断酒指導、④減酒指導が良いか、断酒指導が良いかの判別、⑤アルコール依存症の専門医療機関の受診を勧めている、⑥アルコール依存症の専門医療機関以外の精神科や心療内科の

医師にコンサルテーションしている、⑦アルコール依存症の患者には断酒会などの自助グループの参加を勧めている、の実施状況を調査した。

(4) 減酒または断酒のための処方薬の使用状況

現在、認可されている減酒補助や断酒補助を目的とした処方薬 [①ナルメフェン

塩酸塩水和物(セリクロ®)、②アカンプロサートカルシウム(レグテクト®)、③シアナミド(シアナマイド®)、④ジスルフィラム(ノックビン®)]について、4つの選択肢(A.処方したことがある、B.処方したことは無いが概ね、薬の効能・効果などを知っている、C.処方したことは無いが薬名は聞いたことがある、D.処方したことが無く、薬名を聞いたことは無い)の択一法で、回答を求めた。

(5) 過去1年間のアルコール依存症の患者の専門医療機関への紹介人数

(6) 過去1年間のアルコール依存症の専門医療機関の受診に成功した患者数

(7) 飲酒問題について、本人以外の家族のみから相談を受けた経験の有無と、その対応に困った経験の有無

(8) アルコール依存症の患者や家族の対応で困った内容(自由記述)

(9) アルコール依存症の患者の診療や専門医療機関への紹介における連携の状況

(10) アルコール依存症の回復者に会った経験の有無

(11) アルコール健康障害がある患者に対して、主に使用しているスクリーニングツール[CAGE、KAST、AUDIT、その他、使用していない]

(12) アルコールの有害な使用、アルコール依存症の診断基準(ICD-10)による診断の実施状況[3つの選択肢の択一法(日常的に実施、機会があれば実施、実施していない)]と自信度[5段階リッカート尺度(十分に自信がある、まあまあ自信がある、どちらともいえない、あまり自信がない、まったく自信がない)]

(13) SBIRTSについて、現在、実施が難しいことの有無と項目(選択肢)[実施が難しいと思うことは無い、スクリーニングが難し

い、介入が難しい、コンサルテーションや専門医療への紹介（自助グループとの連携を含む）が難しい、その他]および理由（自由記述）（複数回答可）

(14) プライマリ・ケア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（選択肢）[特に必要な施策や支援はない、診療報酬、他職種・他機関との連携、研修会の実施、患者指導に用いる教材やパンフレットなど、その他]と、具体的な要望（自由記述）（複数回答可）

(15) わが国のアルコール健康障害対策についての意見（自由記述）

5) 分析方法：(1) 年齢、性別、勤務場所、勤務年数、診療科とアルコール健康障害の患者の認識および診療実態との関連、SBIRTの実施状況について、記述統計を行った。

(2) SBIRTの実施を妨げる要因について、選択された回答の集計と分析を行った。アルコール依存症の患者や家族の対応で困った内容、意見等について、自由回答の記述を類似する内容別に分類し、カテゴリーを抽出した。

#### IV. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医の倫理委員会の承認を得て実施された。

#### V. 結果

家庭医療専門医およびプライマリ・ケア認定医 1,400 名のうち、174 名（12.4%）から回答を得た。

#### 1. 対象の属性

- (1) 性別：男性 133 名（76.4%）、女性 41 名（23.6%）
- (2) 年齢：平均年齢 41.3 歳（25 - 65 歳、SD = 8.05）
- (3) 医師年数：平均 15.4 年（6 - 41 年、SD = 7.72）
- (4) 資格の種別：プライマリ・ケア認定医 33 名（19.0%）

家庭医療専門医（旧プライマリ・ケア専門医を含む）141 名（81.0%）

- (5) 勤務施設の種別：有効回答 173 名
  - ①診療所の種別：無床診療所 78（87.6%）、有床診療所 11（12.4%）
  - ②病院の種別：総合病院 48（53.9%）、大学附属病院 19（21.3%）、その他の病院 22（24.7%）
  - ③病院の規模（病床数）：(図 1)

- (6) 主な勤務態様：フルタイム 149 名（85.6%）、パートタイム 21 名（12.1%）、その他（時短勤務など）4 名（2.3%）

- (7) 主な診療領域：
  - ①診療所（有効回答 85 名）の主要な診療領域 内科 78 名（91.8%）、リハビリテーション科 1 名（1.2%）、在宅医療 2 名（2.4%）、皮膚科 1 名（1.2%）、総合診療・家庭医療 3 名（3.5%）

- ②病院（有効回答 89 名）の主要な診療領域 内科 71 名（79.8%）、外科 2 名（2.2%）、救急医療 1 名（1.1%）、緩和ケア 1 名（1.1%）、小児科 2 名（2.2%）、総合診療科 9 名（10.1%）、脳神経外科 1 名（1.1%）、産科・婦人科 1 名（1.1%）、精神科 1 名（1.1%）

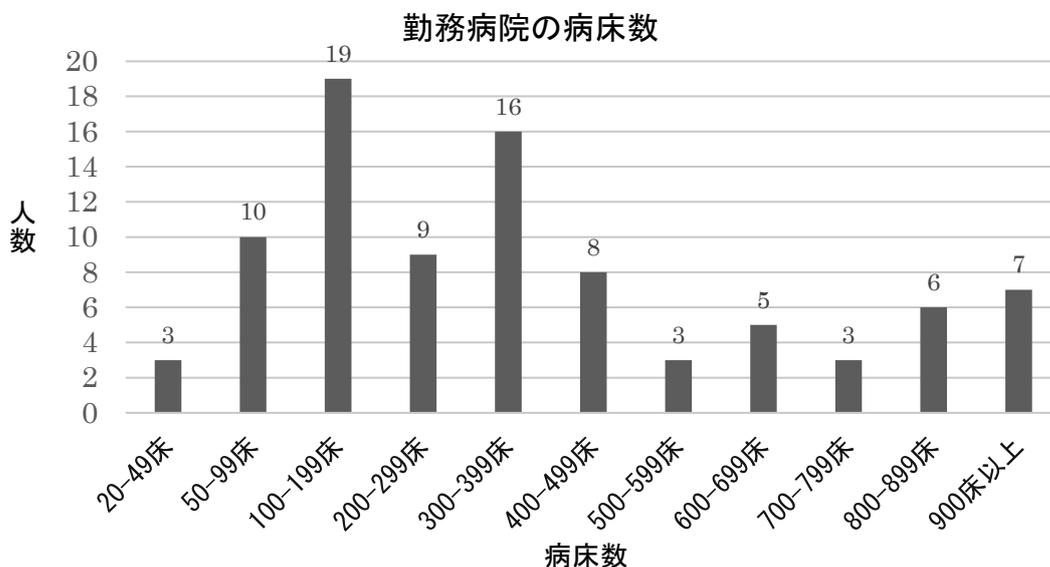


図 1 勤務病院の病床数

## 2. アルコール健康障害がある患者の診療に関する現状

### 1) 依存症には至らないアルコール健康障害の患者の診療

#### (1) スクリーニングと診断の実施状況 (図2)

日常的に実施している 76 名 (43.7%)、機会があれば実施している 63 名 (36.2%)、実施していないが対応は可能である 18 名 (10.3%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる 9 名 (5.2%)、実施できない 8 名 (4.6%)

#### (2) 依存症には至らない患者への介入

##### ①減酒指導の実施状況 (図3)

日常的に実施している 77 名 (44.3%)、機会があれば実施している 69 名 (39.7%)、実施していないが対応は可能である 8 名 (4.6%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる 13 名 (7.5%)、実施できない 7 名 (4.0%)

##### ②断酒指導の実施状況 (図4)

日常的に実施している 33 名 (19.0%)、機会があれば実施している 56 名 (32.2%)、実施していないが対応は可能である 15 名 (8.6%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる 55 名 (31.6%)、実施できない 15 名 (8.6%)

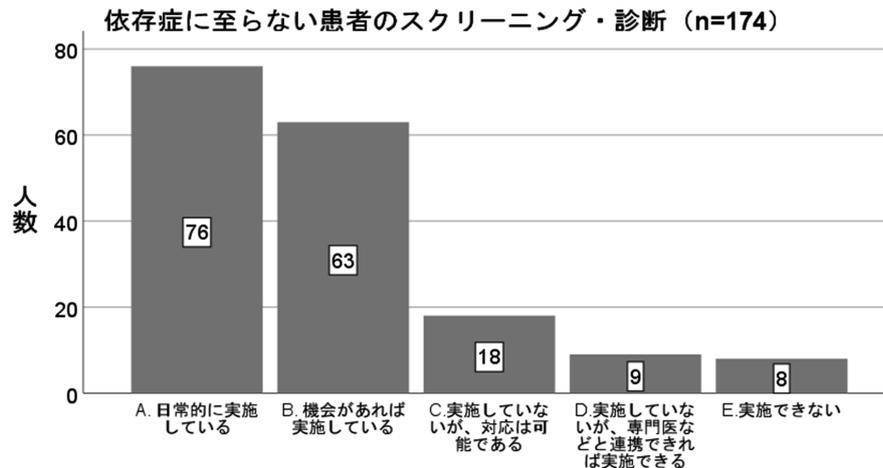


図2 依存症に至らない患者のスクリーニング・診断

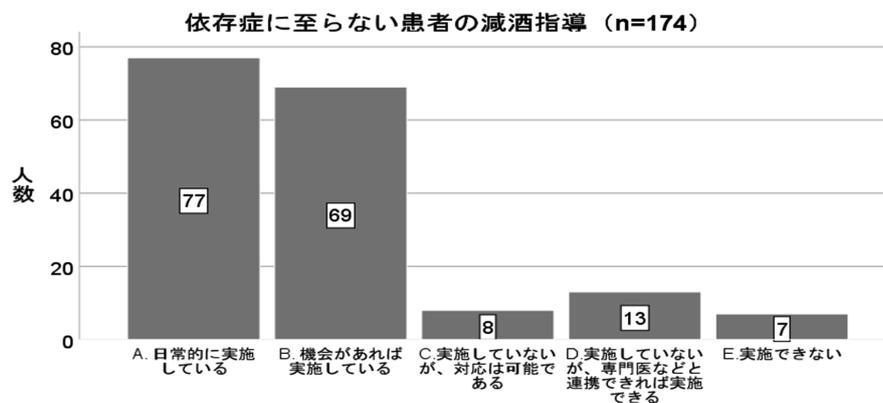


図3 依存症に至らない患者の減酒指導

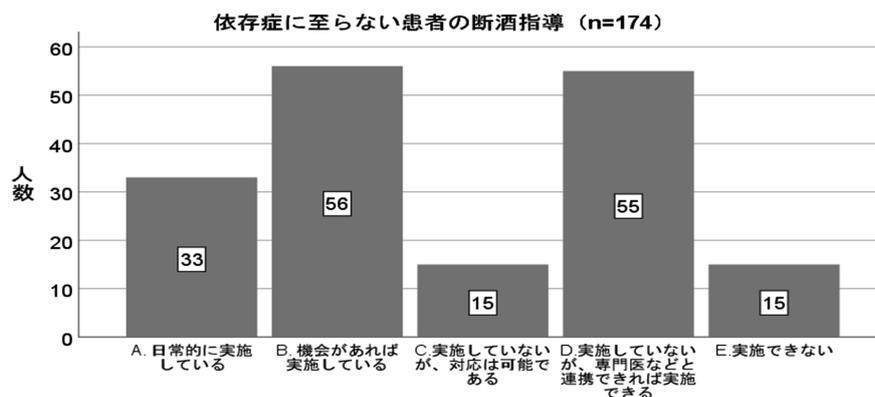


図4 依存症に至らない患者の断酒指導

ないが対応は可能である 15 名 (8.6%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる 55 名 (31.6%)、実施できない 15 名 (8.6%)

③依存症には至らない患者の減酒指導が良いか、断酒指導が良いかの判別 (図 5)

日常的に実施している 39 名 (22.4%)、機会があれば実施している 57 名 (32.8%)、実施していないが対応は可能である 11 名 (6.3%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる 36 名 (20.7%)、実施できない 31 名 (17.8%)

## 2) アルコール依存症の患者の診療

(1) スクリーニングと診断の実施状況 (図 6)

日常的に実施している 50 名 (28.7%)、機会があれば実施している 76 名 (43.7%)、実施していないが対応は可能である 25 名 (14.4%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる 13 名 (7.5%)、実施できない 10 名 (5.7%)

(2) アルコール依存症の患者への介入

①減酒指導の実施状況 (図 7)

日常的に実施している 51 名 (29.3%)、機会があれば実施している 71 名 (40.8%)、実施していないが対応は可能である 17 名 (9.8%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる 25 名 (14.4%)、実施できない 10 名 (5.7%)

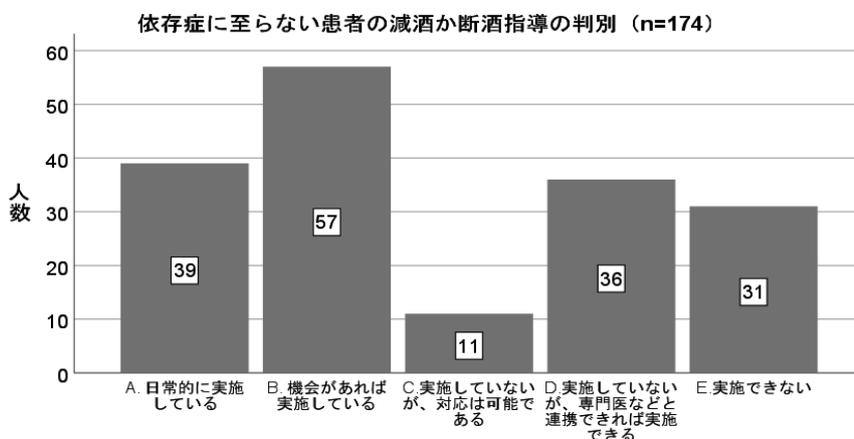


図 5 依存症に至らない患者の減酒か断酒指導の判別

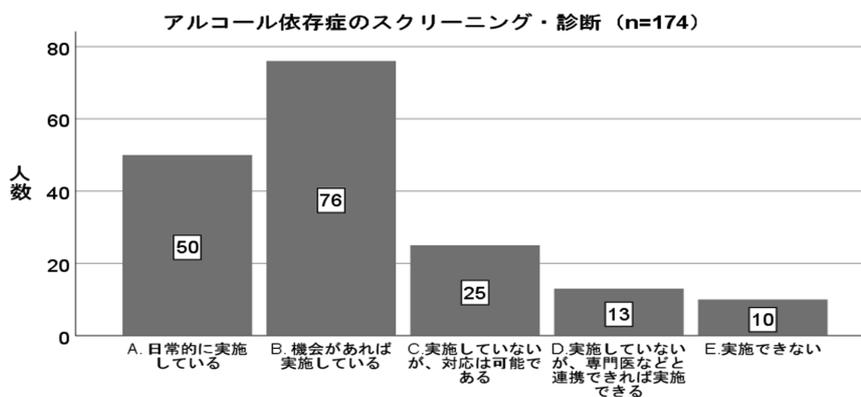


図 6 アルコール依存症のスクリーニング・診断

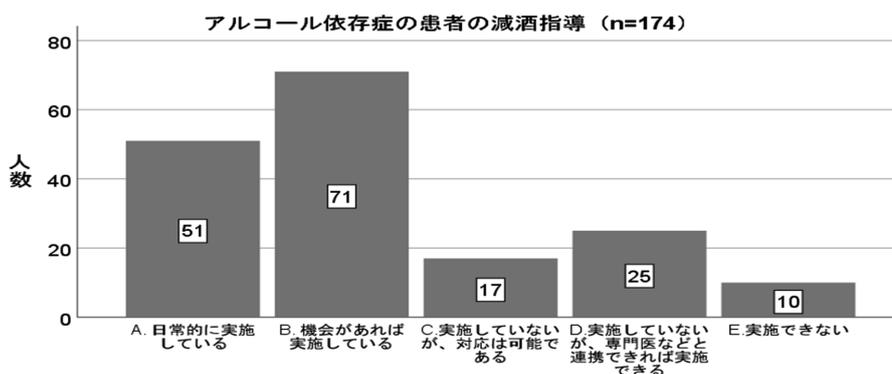


図 7 アルコール依存症患者の減酒指導

いが対応は可能である 17 名 (9.8%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる 25 名 (14.4%)、実施できない 10 名 (5.7%)

②断酒指導の実施状況 (図 8)

日常的に実施している 33 名 (19.0%)、機会があれば実施している 46 名 (26.4%)、実施していないが対応は可能である 15 名 (8.6%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる 63 名 (36.2%)、実施できない 17 名 (9.8%)

③アルコール依存症患者の減酒指導が良いか、断酒指導が良いかの判別 (図 9)

日常的に実施している 28 名 (16.1%)、機会があれば

あれば実施している 51 名 (29.3%)、実施していないが対応は可能である 19 名 (10.9%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる 52 名 (29.9%)、実施できない 24 名 (13.8%)

(3) アルコール依存症の患者の紹介

①アルコール依存症専門医療機関の受診の勧め (図 10)

日常的に実施している 45 名 (25.9%)、機会があれば実施している 83 名 (47.7%)、実施していないが対応は可能である 21 名 (12.1%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる

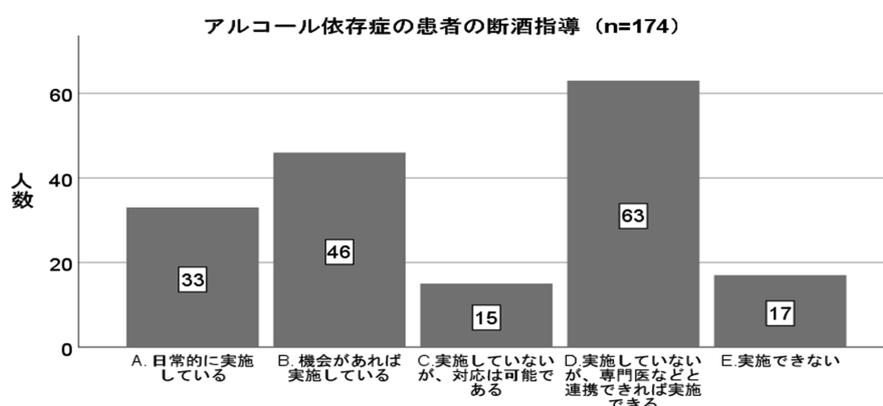


図 8 アルコール依存症患者の断酒指導

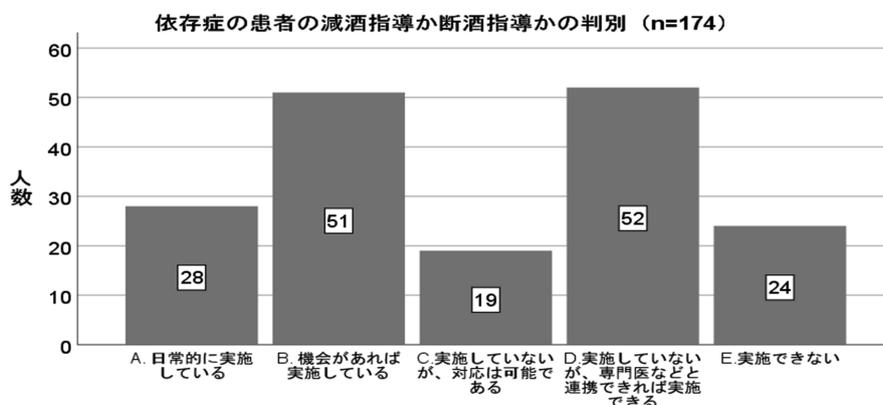


図 9 依存症の患者の減酒指導か断酒指導かの判別

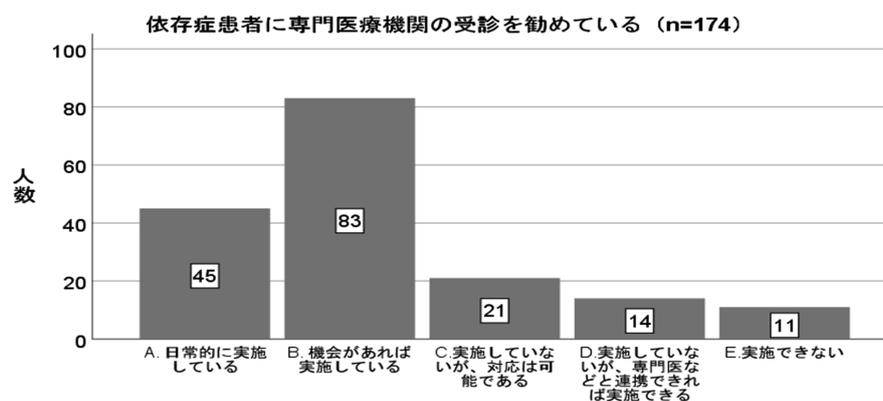


図 10 アルコール依存症患者への専門医療機関の受診の勧め

14名(8.0%)、実施できない11名(6.3%)

②アルコール依存症の専門医療機関以外の精神科、心療内科の医師へのコンサルテーション(図11)

日常的に実施している24名(13.8%)、機会があれば実施している64名(36.8%)、実施していないが対応は可能である42名(24.1%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる23名(13.2%)、実施できない21名(12.1%)

③アルコール依存症の患者への自助グループ参加の勧め(図12)

日常的に実施している24名(13.8%)、機会があれば実施している53名(30.5%)、実施していないが対応は可能である34名(19.5%)、実施していないが専門医などと連携できれば実施できる40名(23.0%)、実施できない23名(13.2%)

### 3) 過去1年以内のアルコール使用障害の処方薬の処方に関する状況

(1) 減酒補助薬(ナルメフェン塩酸塩水和物:セリンクロ®)(図13)

処方したことがある4名(2.3%)、処方したことは無いが概ね薬の効能・効果などを知っている13名(7.5%)、処方したことは無いが薬名は聞

いたことがある34名(19.5%)、処方したことが無く薬名を聞いたことは無い123名(70.7%)

(2) 断酒補助薬(アカンプロサートカルシウム:レグテクト®)(図14)

処方したことがある14名(8.0%)、処方したことは無いが概ね薬の効能・効果などを知っている23名(13.2%)、処方したことは無いが薬名は聞いたことがある35名(20.1%)、処方したことが無く薬名を聞いたことは無い102名(58.6%)

(3) 抗酒薬(シアナミド:シアナマイド®)(図15)

処方したことがある23名(13.2%)、処方したことは無いが概ね薬の効能・効果などを知っている47名(27.0%)、処方したことは無いが薬名は聞いたことがある72名(41.4%)、処方したことが無く薬名を聞いたことは無い32名(18.4%)

(4) 抗酒薬(ジスルフィラム:ノックビン®)(図16)

処方したことがある9名(5.2%)、処方したことは無いが概ね薬の効能・効果などを知っている38名(21.8%)、処方したことは無いが薬名は聞

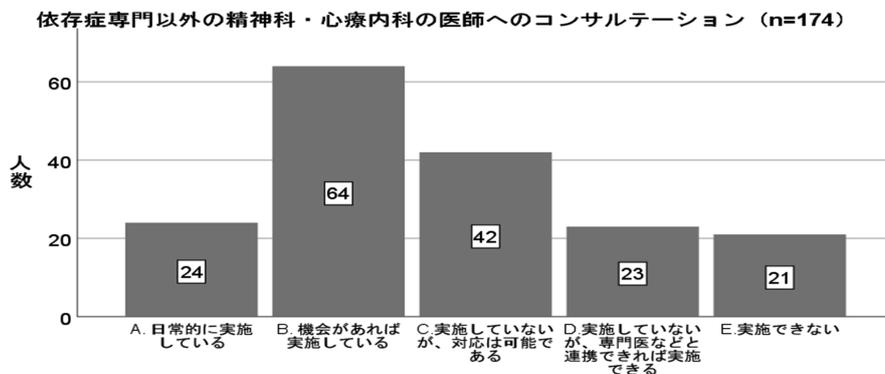


図11 依存症専門以外の精神科・心療内科へのコンサルテーション

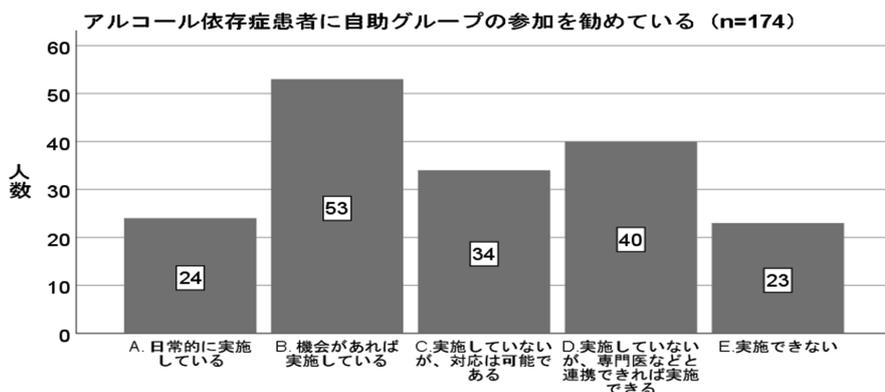


図12 アルコール依存症患者への自助グループ参加の勧め

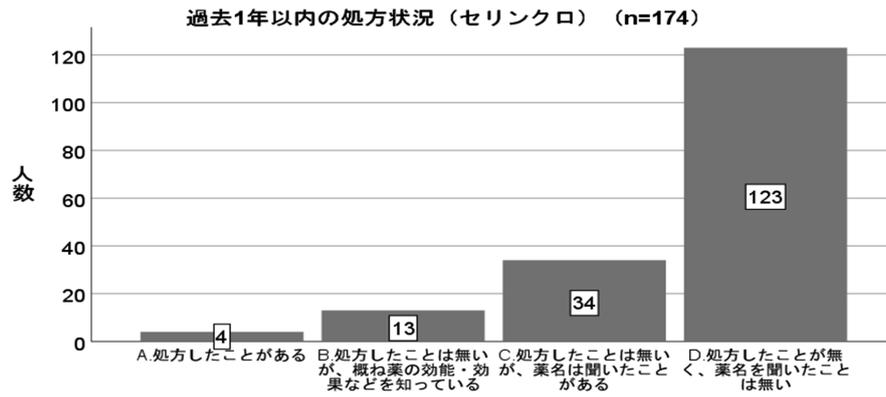


図 13 過去1年以内の処方状況（セリンクロ）

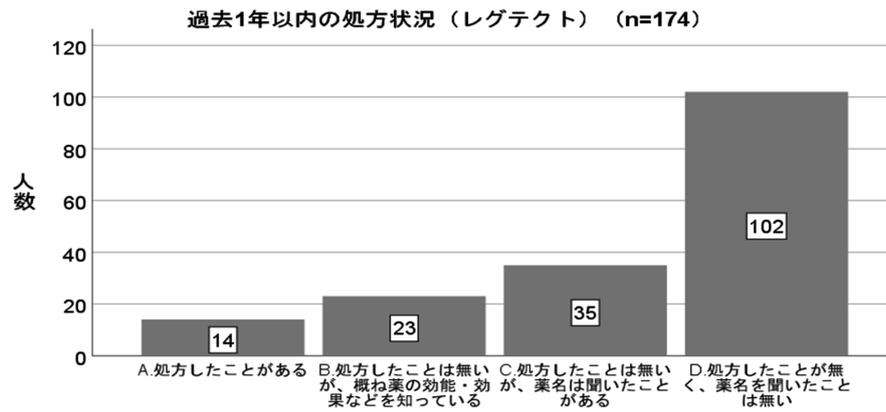


図 14 過去1年以内の処方状況（レグテクト）

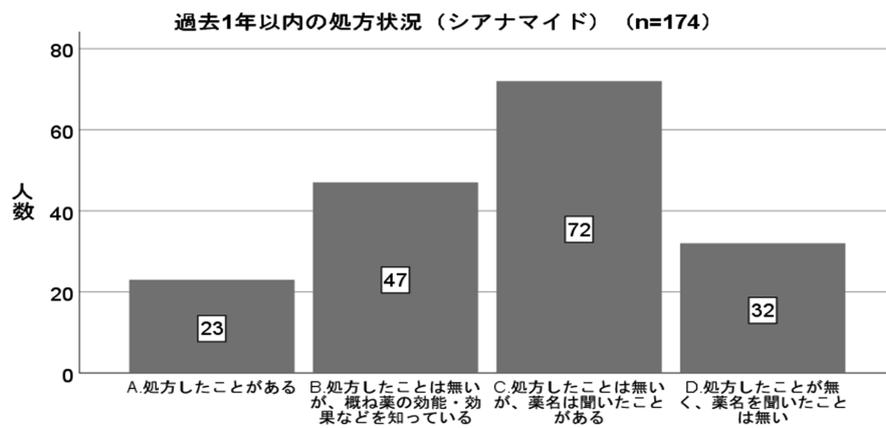


図 15 過去1年以内の処方状況（シアナマイド）

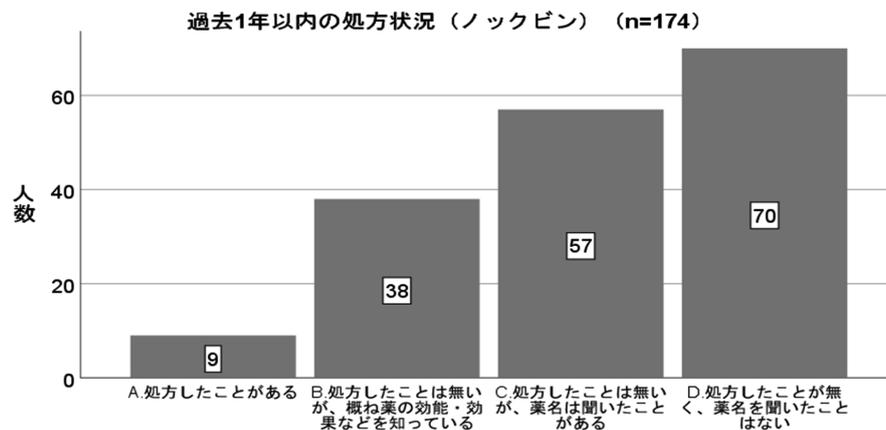


図 16 過去1年以内の処方状況（ノックビン）

いたことがある 57 名 (32.8%)、処方したことが  
無く薬名を聞いたことは無い 70 名 (40.2%)

4) 過去 1 年以内にアルコール依存症の専門医療  
機関の受診を勧めた患者数 (図 17)

5) 過去 1 年以内にアルコール依存症の専門医療  
機関の受診に成功した患者数 (図 18)

6) 飲酒問題について、本人ではなく家族のみか  
ら相談を受けた経験 (図 19)

受けたことがある 125 名 (71.8%)、受けたこ  
とは無い 49 名 (28.2%)

7) 飲酒問題について、家族から相談を受けて対  
応に困った経験 (図 20)

困ったことがある 122 名 (70.1%)、困ったこと

は無い 52 名 (29.9%)

8) アルコール依存症の患者や家族の対応で困っ  
たこと (表 1)

アルコール依存症の患者や家族の対応につい  
て、困ったことの自由記述を類似する内容別に分  
類し、カテゴリーを抽出した。概要は表 1 の通り  
である。

9) アルコール依存症の患者の専門医療機関の受  
診を勧めるための連携

(1) 連携の有無 (n=174)

連携している 68 名 (39.1%)、連携していない  
106 名 (60.9%)

(2) アルコール依存症の患者の専門医療機関の受  
診を勧めるために連携する職種 (n=174) [複

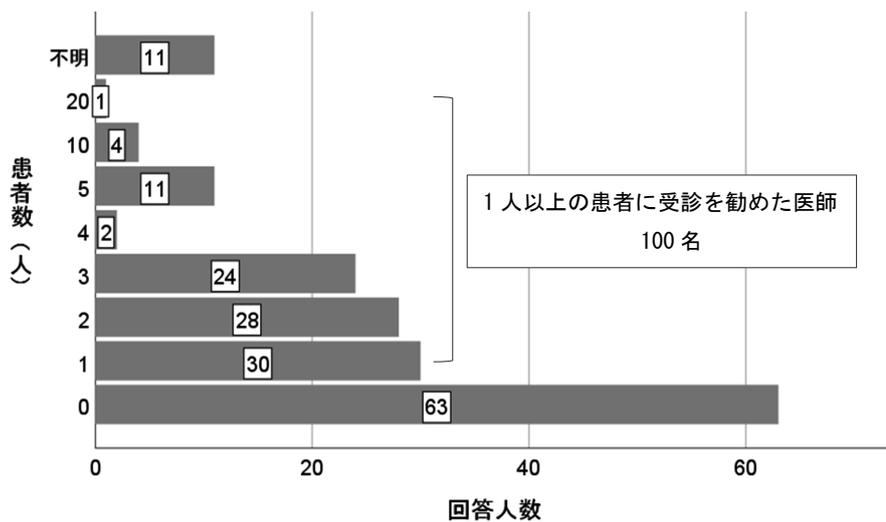


図 17 アルコール依存症の専門医療機関受診を勧めた患者数 (過去 1 年以内)

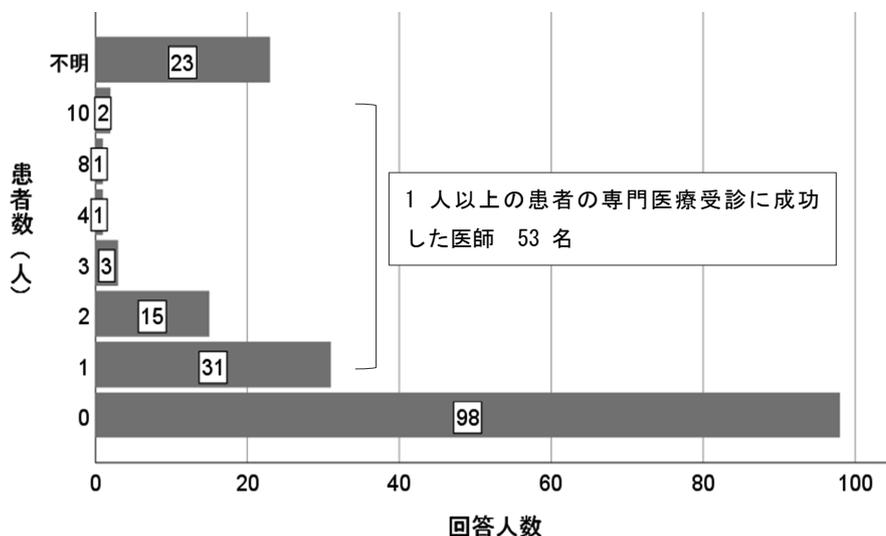


図 18 アルコール依存症の専門医療機関受診に成功した患者数 (過去 1 年以内)

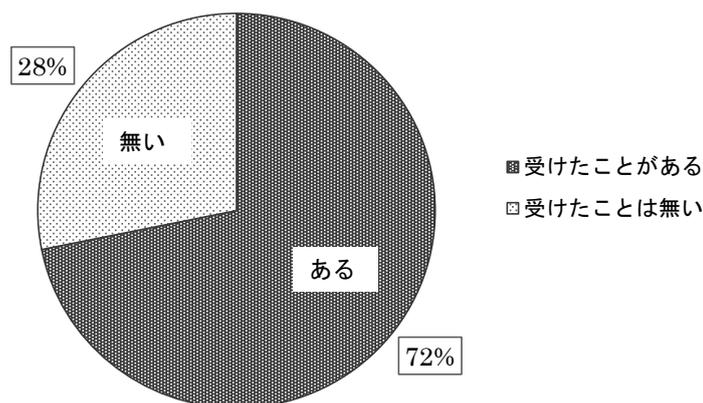


図 19 飲酒者本人ではなく、家族のみからの相談 (n=174)

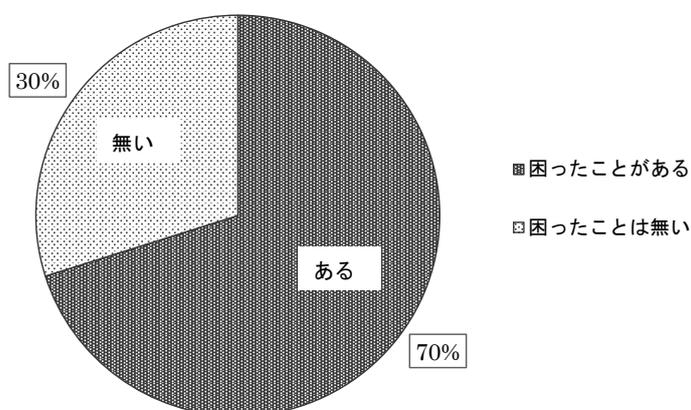


図 20 家族からの飲酒問題の相談で対応に困った経験 (n=174)

表 1 アルコール依存症の患者や家族の対応で困ったことなど (自由記述の分類)

カテゴリー (記述数)	自由記述の内容 (抜粋)
否認や病識の乏しさ、専門医療機関や精神科の受診をしたがらない、拒否される、等 (29)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が全く問題であることを認識していない。治療の必要性について、了解されず専門医療につながらない。</li> <li>・本人が精神科受診をしたがらない。</li> <li>・精神科やそれを通して断酒会へ繋げたいが、本人が拒否されることがほとんどで上手くいってない。</li> <li>・どうやって専門医療機関に行ってもらおうか困っている。</li> </ul>
断酒が難しい、断酒の決断ができないなど、飲酒行動変容や治療の難しさ (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒をやめることができない。</li> <li>・嫌酒薬を処方しても、アルコールをやめるのではなく薬の内服をやめてしまい、飲酒は続けるケースが多い。</li> <li>・断酒の決断ができない。</li> </ul>
本人を取り巻く状況の悪化、心理社会的背景や環境要因の複雑さと対応の難しさ (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が飲酒をやめてくれない。人間関係が悪化している。経済的に困っている。</li> <li>・患者のアルコール依存の背景に貧困問題や家庭内問題など環境要因に起因することも多く、医療機関のみでの対応が困難だと感じたことがある。</li> <li>・アルコール問題に起因していると思われる経済的な問題の相談がある。</li> <li>・該当患者の心理社会的因子が複雑であることが多いこと。</li> </ul>
対応の仕方や判断に困る (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どのように対応すればいいかわからない。</li> <li>・本人が精神科へ受診しない際に当方で嫌酒薬などの処方をすべきかどうか困ったことがある。</li> <li>・精神科やアルコール依存症の専門機関への受診の意思がまったくみられない患者について、どうやって医療機関につなげればいいのかわからなかった。</li> </ul>

表1 アルコール依存症の患者や家族の対応で困ったことなど（自由記述の分類）

カテゴリー（記述数）	自由記述の内容（抜粋）
地域包括支援センターなどの社会資源からの支援導入や対応、活用の難しさ (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターからの支援も本人が断ってしまうと具体的な介入に繋がらないことが多い。</li> <li>・地域包括支援センターに定期的に自宅訪問してもらったが、それでは解決に至らず、内服管理も不安定だったためシアナマイド処方もしづらく、飲酒運転を避けるための対応で精一杯だった症例があった。</li> <li>・女性の若い方。アルコールデイに繋げにくい。</li> </ul>
アルコール依存症以外の精神神経疾患などの合併や離脱症状、身体管理の不良等による対応の難しさ (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人認知症。酒の買い方は知っているが、買ったことを忘れてしまう。</li> <li>・うつ病併発ケース。何を優先して良いか分からない。</li> <li>・アルコール問題の上流にある発達障害、社会的孤立。</li> <li>・不安、食事摂取不良からの低血糖などで救急外来を頻回受診される。</li> <li>・入院時のせん妄、不穏行動など。</li> </ul>
専門医療機関や精神科が遠方など、紹介や連携のアクセスが難しい (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近くに精神科がなく、自分で見なければならぬ。</li> <li>・アルコール依存症に対する専門医療機関が少なく、専門医紹介を勧めても遠くて受診できないなどが困った。</li> <li>・専門の医療機関が多いため通院のアクセスの問題などが生じること。</li> <li>・だいたいは距離が遠いとのことで、専門機関への紹介を断られてしまう。</li> </ul>
相談・紹介する医療機関の選択や選定に困った、紹介先の病院の受け入れが得られなかった (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どの医療機関に相談して良いか困った。紹介先の病院が患者に治療の意思がないと受け取れないという経験をして困った。</li> <li>・アルコール常用に関する体調不良（肝機能障害や食思不振）で入院が必要なレベルでも内科では入院を断られ、入院先の選定に困難がある。</li> <li>・精神科では、内科的疾患を持っていると、そちらを治してから紹介と言われる。</li> </ul>
専門医療に繋げる労力（時間やマンパワー）の多さと繋げる難しさ (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門医療機関の受診につなげるにあたって時間を要することが多く、また受診につながらないケースもあること。</li> <li>・専門医療機関へ本人が受診されず、話が進まない。</li> <li>・毎回長時間外来で時間を取られるため、診療自体のストレスも大きい。</li> <li>・離島勤務時代は本島のアルコール専門医療機関につなぐこともあったが、先方の予約や家族都合とのすり合わせ、飛行機の手配など状況によっては家族を含めた宿泊先の確保、お金の準備など、本当につなぐだけでも大きなマンパワーや時間を要していた。一方で3ヶ月の入院を終えて戻っても地域の慣習や集まりの機会もあり、あつという間にスリッパに至り、結果的に地域文化こそ大きなイネイブラーであると感じた。</li> </ul>
専門医療の継続受診の難しさ、患者との治療関係の構築・継続の難しさ (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門医療機関に受診しても「まだ重症ではない」と判断され、継続受診につながらない。</li> <li>・一度アルコール専門病院を受診したが、主治医と折り合いがつかないので、もう通院しないと断っている。</li> <li>・アルコール依存症患者をアルコール依存症専門医の精神科医へ紹介したが、専門医の診療が継続できず、結局当方でみることになった。</li> <li>・断酒外来を受診するが、「入院できないなら診られない」と言われて終診になってしまう。次の対応のとりようがない。</li> </ul>
家族の協力を得ることの難しさ (14)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の協力が得られない。</li> <li>・患者と同様に、家族に説明しても受け入れない。応じない。</li> <li>・家族もイネイブラーとして共依存的になっており、システムの改善に繋がりにくい。</li> <li>・専門医受診や医療介入に繋がらないことから、家族が本人の飲酒問題について諦観しすぎてしまう可能性が高く困ってしまう。</li> <li>・家族も諦めて酒を渡してしまう。</li> <li>・独居の若者で家族の援助を受けられず、介入が困難。</li> <li>・高齢の夫婦二人暮らしで夫が依存症にも関わらず、妻（軽い認知症がある）がお酒を与えてしまう。</li> </ul>

表1 アルコール依存症の患者や家族の対応で困ったことなど（自由記述の分類）

カテゴリー（記述数）	自由記述の内容（抜粋）
患者本人と家族などの意見・言動の不一致や、それに伴う葛藤など（13）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人は専門医受診したくないが家族はさせたいなど、本人と家族の意見の不一致がある。</li> <li>・本人に受診の意欲がないが家族が困っている症例への対応。</li> <li>・同居人もアルコールを飲む人で自分はやめたくないが、相手はやめさせたいと希望があった場合。</li> <li>・禁酒をすすめても本人がやめたくないと言って、やめてほしい家族との板挟みになる。</li> <li>・家族は困っていると相談するが、本人は病院受診前だけは飲酒せず、「飲んでいない、断酒できている」と言い張る。家族から聞いたとは言わないで欲しいと家族からは言われている為、どのように介入していったら良いか、今まさに困っている。</li> </ul>
家族のみからの訴えに関する対応で困ったこと、介入の難しさなど（16）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族からの相談を受けても、本人の受診につながらなければ、なかなかアプローチができない。</li> <li>・担当している入院患者の家族が依存症であるという相談で、実際に自分が診療している患者さんではなかったため、どこまで介入していいか困った。</li> <li>・家族のみからお話があったとき、アルコール問題のみでの受診に本人が消極的なため、受診につながらない。</li> <li>・家族の話だけでは依存症なのか、依存症に至らないアルコール問題なのか判別ができず、どれくらいの強さで受診勧奨したほうがいいのかわからない。</li> <li>・本人がいう飲酒量が本当なのか、家族からも話を聞かないと評価ができない。</li> <li>・易怒性などを理由に、家族から相談したことを本人には言わないで欲しいと言われた場面で、どう本人に介入したらよいか困った。</li> <li>・否認が強い場合、家族からのみの相談の場合、専門医療機関や自助グループの情報提供で終わってしまうことが多い。家族は困っていても、家族が一步を踏み出すサポートを外来だけの接点ではしきれない。</li> <li>・家族自身がアルコール提供者である場合など、これまでの家族内での出来事からそのようになった理由は理解できるものの、実際の対応には苦慮することがある。依存症患者への対応が優しすぎるという批判を家族から受けること、患者を批判や叱責するよう家族から求められること。</li> </ul>
自助グループとの連携の難しさ（3）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・断酒会も関わりが少なく、勧めて良いものかも判断できないため、勧めるべきか悩む。断酒会があることの情報提供にとどめる程度。</li> <li>・へき地で診療しているため断酒会等の自助グループ紹介も難しいこと。</li> </ul>
再飲酒時の対応など（1）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコール専門医療機関に紹介し、断酒して当院（かかりつけ）に戻ってきた方。専門医療機関の通院はなく、すべて当院で管理。家族（母）から、「本人は飲酒していないと思うが、部屋に隠してあったお酒を見つけた。中身がなかったので飲んでいと思う、どうしたらよいか」と相談があり返答に困ったが、自助グループに通っていたため、「私の前で言うか言わないかは患者本人に任せるが、自助グループの仲間の前ではちゃんと正直に言うように伝えてください。私からも伝えます。」と返答した。指示通り、自助グループでは飲んでしまったこと、飲みたい気持ちが生じていることを仲間に伝え、アドバイスを貰うことで、次の受診以降は断酒が継続できていた。</li> </ul>
暴言・暴力、本人の怒りへの対応など（5）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・暴力</li> <li>・家族に対する暴言、暴力があり専門医療機関受診を聞き入れる兆しが全くみられないケース。</li> <li>・（家族が）アルコール飲料の購入を本人に強制される。拒否すると暴言・暴力がある。（2-3年前の相談）</li> <li>・家族がアルコールを購入してしまう（本人からの暴言暴力からの回避行動として）。</li> <li>・指摘すると怒りだす。（本人）</li> </ul>
飲酒運転の懸念（2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人に免許返納を中々同意してもらえなかった。</li> <li>・飲酒に伴う交通事故を繰り返す。</li> </ul>

数回答：各項目の選択者の比率 (%) ] (図 21)

- ・ 専門治療機関の医師 80 名 (46.0%)
- ・ 精神科・心療内科の医師 93 名 (53.4%)
- ・ 他の身体科・内科の医師 18 名 (10.3%)
- ・ 産業医 3 名 (1.7%)
- ・ 看護師 20 名 (11.5%)
- ・ 保健師 34 名 (19.5%)
- ・ 産業保健コメディカルスタッフ 4 名 (2.3%)
- ・ 訪問看護師 19 名 (10.9%)
- ・ 訪問介護士 7 名 (4.0%)
- ・ ソーシャルワーカー (社会福祉士、精神保健福祉士など) 65 名 (37.4%)
- ・ ケアマネジャー 48 名 (27.6%)
- ・ 栄養士・管理栄養士 5 名 (2.9%)
- ・ 薬剤師 7 名 (4.0%)
- ・ その他 (民生委員) 1 名 (0.6%)

(3) アルコール依存症の患者の専門医療機関受診を勧めるために連携する機関・団体 (n=174) [複数回答：各項目の選択者の比率 (%) ] (図 22)

- ・ 精神保健福祉センター 9 名 (5.2%)
- ・ 市役所・町役場・村役場などの行政機関 24 名 (13.8%)
- ・ 断酒会・AA などの自助グループ、回復支援施設 19 名 (10.9%)
- ・ 警察 2 名 (1.1%)
- ・ その他の機関 (からころステーション) 1 名 (0.6%)

10) 過去に自助グループ活動 (断酒会の例会や大会、AA のミーティングなど) に参加した

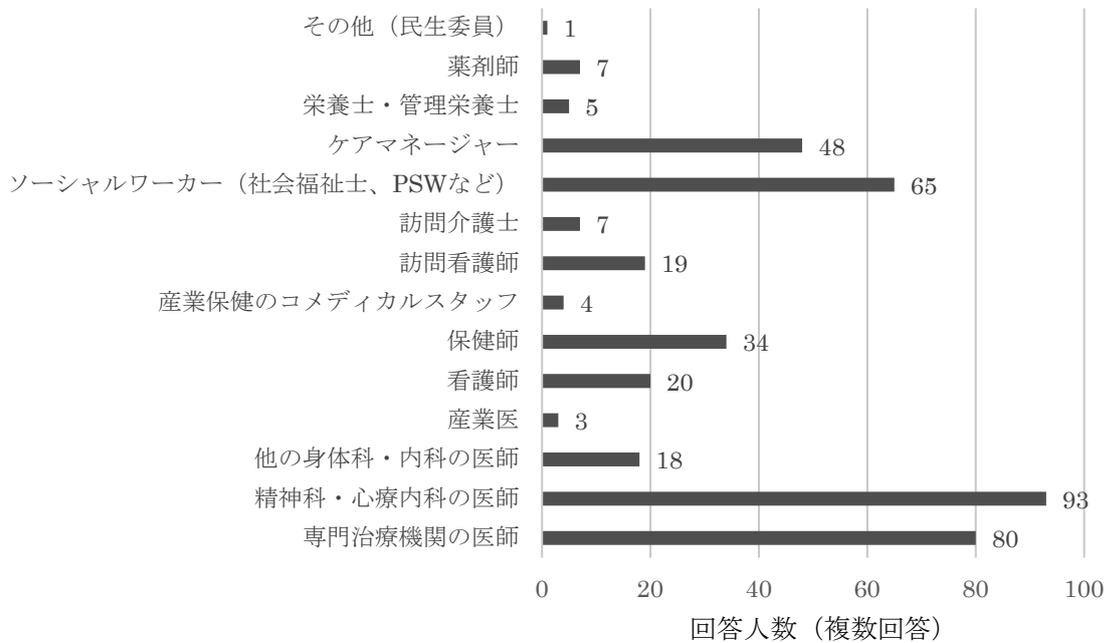


図 21 アルコール依存症の患者の専門医療受診のための連携職種

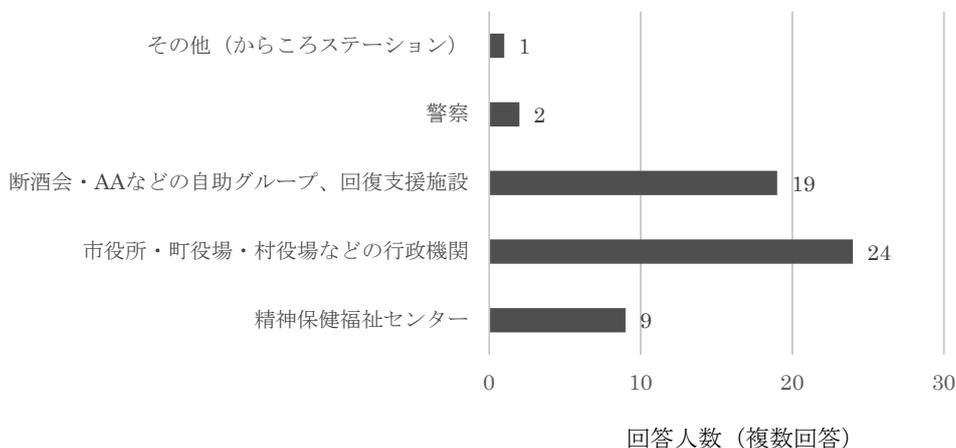


図 22 アルコール依存症患者の専門医療機関受診のための連携機関・団体

り、アルコール依存症の回復者に会った経験 (図 23)

経験がある 64 名 (36.8%)、経験がない 110 名 (63.2%)

### 3. アルコール健康障害がある患者のスクリーニング・介入・専門医療機関や自助グループへの紹介 (SBIRTS) に関する状況

#### 1) アルコール健康障害がある患者のスクリーニングツールの使用状況 (図 24)

使用していない 24 名 (13.8%)、CAGE 使用 87 名 (50.0%)、KAST 使用 1 名 (0.6%)、AUDIT 使用 62 名 (35.6%)

#### 2) アルコール健康障害の診断基準 (ICD-10) による診断と自信の状況

##### (1) ICD-10 の診断基準による診断の実施状況 (図 25)

日常的に実施している 11 名 (6.3%)、機会があれば実施している 76 名 (43.7%)、実施していない 87 名 (50.0%)

(2) ICD-10 の診断基準によるアルコールの有害な使用・依存症の診断の自信

##### ①アルコールの有害な使用の診断の自信 (図 26)

十分に自信がある 3 名 (1.7%)、まあまあ自信がある 34 名 (19.5%)、どちらともいえない 48 名 (27.6%)、あまり自信がない 50 名 (28.7%)、まったく自信がない 39 名 (22.4%)

##### ②アルコール依存症の診断の自信 (図 27)

十分に自信がある 5 名 (2.9%)、まあまあ自信がある 29 名 (16.7%)、どちらともいえない 53

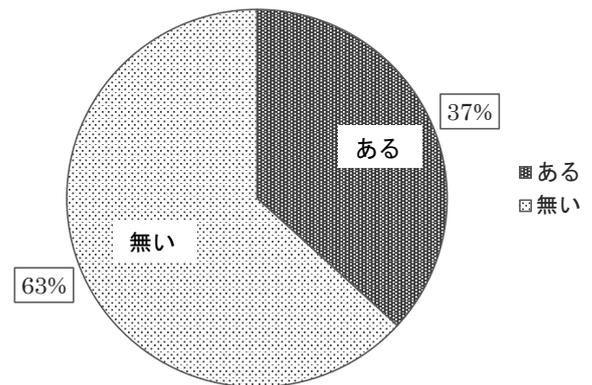


図 23 過去にアルコール依存症の自助グループ活動の参加や回復者に会った経験 (n=174)

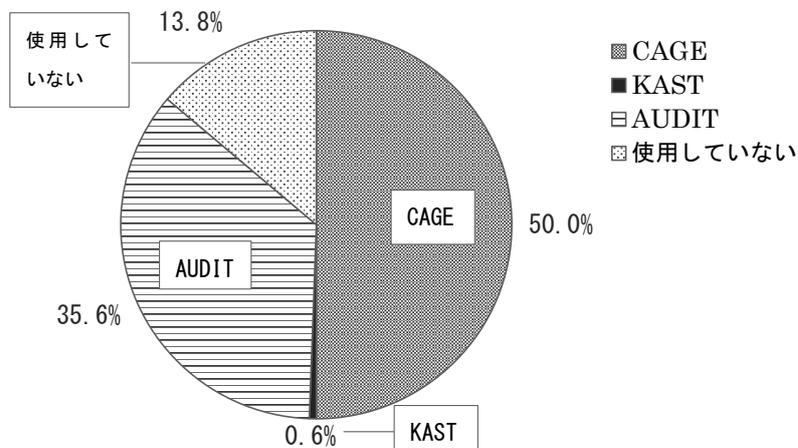


図 24 アルコール健康障害の患者に使用しているスクリーニングツール (n=174)

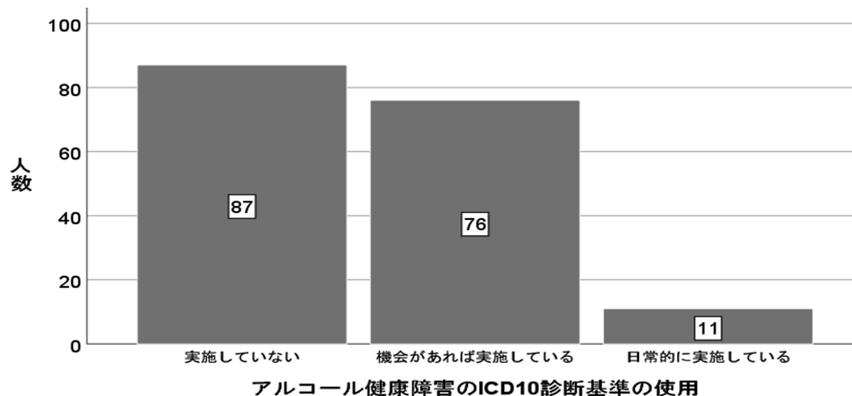


図 25 アルコール健康障害の ICD-10 の診断基準による診断の実施状況 (n=174)

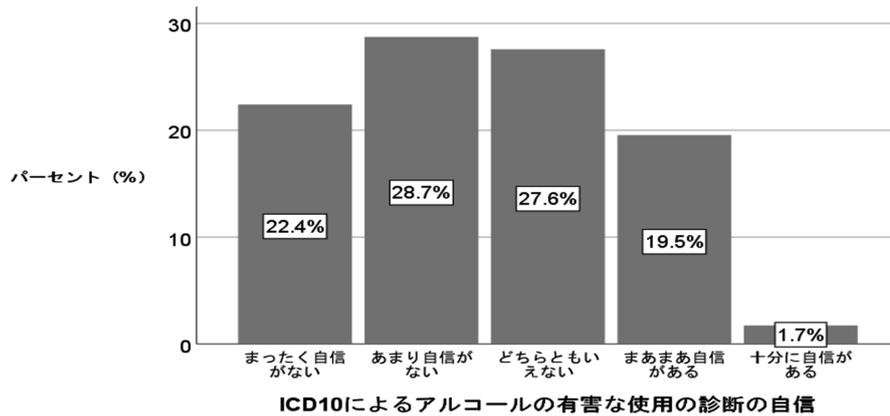


図 26 ICD-10 によるアルコールの有害な使用の診断における自信の状況 (n=174)

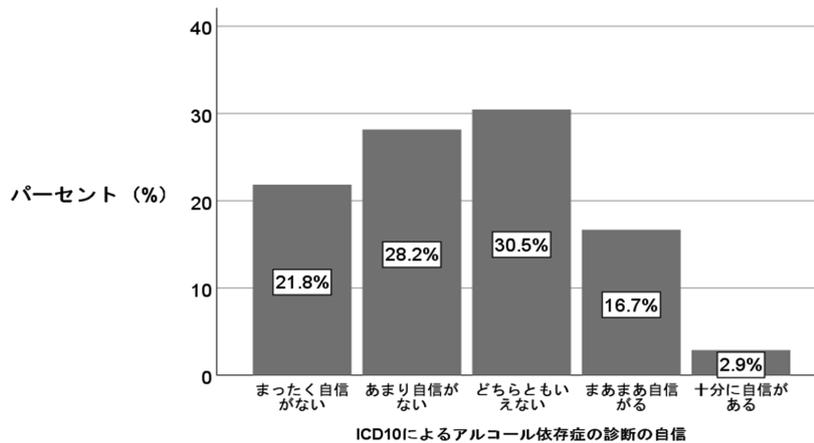


図 27 ICD-10 によるアルコール依存症の診断における自信の状況 (n=174)

名 (30.5%)、あまり自信がない 49 名 (28.2%)、まったく自信がない 38 名 (21.8%)

### 3) アルコール健康障害のスクリーニング・介入・専門医療や自助グループへの紹介 (SBIRTS) について

- (1) 実施が難しいこと [複数回答：各項目の選択者の比率 (%)]
- ・実施が難しいと思うことは無い 27 名 (15.5%)
  - ・スクリーニングが難しい 36 名 (20.7%)
  - ・介入が難しい 116 名 (66.7%)
  - ・コンサルテーションや専門医療への紹介が難しい (自助グループとの連携を含む) 94 名 (54.0%)

#### (2) 実施が難しい理由 (表 2)

アルコール健康障害のスクリーニングや介入、専門医療や自助グループへの紹介 (SBIRTS) について、現在、実施が難しいこと、その理由などの概要を表 2 に示す。

### 4) プライマリ・ケアにおけるアルコール健康障害の診療を容易にするために必要と思われる施策・支援

- (1) 必要と思う施策や支援 [複数回答：各項目の選択者の比率 (%)]

- ・特に必要な施策や支援は無い 19 名 (10.9%)
- ・診療報酬 60 名 (34.5%)
- ・他職種、他機関との連携 102 名 (58.6%)
- ・研修会の実施 86 名 (49.4%)
- ・患者指導に用いる教材、パンフレットなど 96 名 (55.2%)
- ・その他 5 名 (2.9%) :
  - ・治療意欲が乏しい場合の精神科との併診体制の構築 1 名
  - ・診療時間 1 名
  - ・地域で指定のアルコール相談窓口 (外来) を設定して欲しい 1 名
  - ・具体的には思いつかない 2 名

表2 アルコール健康障害の患者のスクリーニング、介入、専門医療機関や自助グループへの紹介に関して、現在、実施が難しいこと、およびその理由など（複数回答可）

実施が難しいこと	理由など（抜粋）
1. スクリーニングが難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全員には行っていない。</li> <li>・見落とし事例があるかもしれない。</li> <li>・救急外来での飲酒問題や定期外来で喫煙歴・飲酒歴あるいは肝機能障害確認時はルーティンで飲酒量を評価し、該当者にはCAGE、AUDITを行っているが、過少申告している肝機能障害が出ていない定期患者では見落とししている可能性がある。</li> <li>・しっかりと教育をうけておらず判断に困ることがある。</li> <li>・診断が難しいケースがある。他の精神疾患との鑑別や合併がある。</li> <li>・知識が曖昧。診断経験不足。</li> <li>・どのような場合に専門家への紹介が必要か分からない。</li> <li>・どのレベルが治療対象になるかはっきりしない。</li> <li>・医師－患者関係が不十分な場合は特に患者が本音を言っているとは限らないケースがあり、評価にバイアスがかかってしまう。</li> <li>・患者がそもそも飲酒について話題にしたがらないことがある。</li> <li>・飲酒量の過少申告。正確な情報が得られにくい場合がある。</li> <li>・耳が遠い、認知症などの要因。</li> <li>・診療時間が足りない。患者をその枠組にのせることができない。</li> <li>・通常の診療内で、多項目のチェックをするのが煩雑。電子カルテ内での簡便なツールが不足。</li> <li>・大学病院なので、患者数は実際少ないと思われ、ごくまれにしか機会がないが、機会があるときにはCAGEやAUDITを使っている。</li> <li>・初診の方には飲酒量と飲酒内容を必ず確認するようにしています。</li> <li>・ICD-10はあまり使っていない。</li> <li>・救急の現場では対応をする時間的制約がある。</li> </ul>
2. 介入が難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病識がないことが多い。</li> <li>・本人が必要性をなかなか理解してくれない。</li> <li>・忙しい外来の合間を縫って心理社会的背景まで踏み込む時間がなかなかない。</li> <li>・嫌酒業で介入してもうまくいかない経験が多い。</li> <li>・大学病院であるため救急搬送された場合の入院対応が困難であり外来の継続が難しい。</li> <li>・看護師が無関心。誰も助けてくれない。</li> <li>・なかなかうまく介入出来ないときに、相談する人がいない。</li> <li>・専門の医療従事者が少ないため。</li> <li>・気軽にアクセスできる機関がなく、連絡体制などを熟知できていない。</li> <li>・知識経験に乏しい。</li> <li>・遭遇する機会が乏しく、勉強できていない分野だから。</li> <li>・介入の仕方、選択肢がよくわかっていない。</li> <li>・断酒か節酒の判断。</li> <li>・何からどのように手を付けていいのかわからない。</li> <li>・具体的な指導内容がパッと出てこない。</li> <li>・適切な飲酒量についての説明をしているが、納得されるケースは少ない印象がある。効果的な行動変容につながっていない可能性がある。また、定期外来で割ける時間が限られる。地域でのアルコール介入のリソースが不明。</li> <li>・知識と時間がない。</li> <li>・薬物治療の経験と知識不足、社会的リソースに関する知識不足。その結果、専門医療機関へ丸投げする傾向あり。</li> <li>・非薬物的な介入はできるが、薬物介入は経験がないので難しい。</li> <li>・日々の忙しい外来の中で、時間をかけて話をし、実際に行動までうつすことは非常に難しい。1年毎に職場が変わってきたので、患者さんとの関係づくりなども考えると1年で行うのは相当厳しいと考える。</li> <li>・日常外来の中で時間がとれないことがある。他職種の協力・教育が必要。</li> <li>・紹介するにしても予約の取れるまで日数が必要。減酒指導をおこなってもなかなか飲酒量は減らない。</li> </ul>

表2 アルコール健康障害の患者のスクリーニング、介入、専門医療機関や自助グループへの紹介に関して、現在、実施が難しいこと、およびその理由など（複数回答可）

実施が難しいこと	理由など（抜粋）
2. 介入が難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコール依存症の診断に関しては専門家が行うべきと考えており、疑わしい（そう診断されなかった人はいないですが）ということで紹介し受診してもらうまでが大変。行動変容のアプローチで断酒可能な方もいますが、特に社会性がある飲酒動機が了解可能な方など。しかし、大半は孤独・低所得・パーソナルの問題がある方で介入が難しい。</li> <li>・AUDITで診断をつけるのは簡単。専門医へ継続通院させるのが大変。</li> <li>・アルコール依存症の定期通院を継続する事が困難。</li> <li>・本人に改善したい意思が全くない。家族が患者のいうことをきいてしまう。</li> <li>・本人の話と実際の状況が乖離していることがあり、事実確認が難しい。</li> <li>・自助グループの情報不足、連携をとるに当たってキーパーソンとなる人物（職種）についての情報不足、投薬についての知識が不十分。</li> <li>・ラポール維持や受診継続への影響。介入成功率の低さによる自分の動機付け。</li> <li>・関係者が多く、否認の病気なので、時間がかかる。自分自身がそういう症例とラポールを形成することに嫌悪感がある。</li> <li>・本人と家族の板挟みの中でストレスが大きい。</li> <li>・医師患者関係を構築しづらい。継続性を保てない。家族だけが問題意識を持っている場合など。</li> <li>・本人がどん底体験をしておらず、家族だけが負担になっている場面での介入が非常に難しい。</li> <li>・患者の思いや状況を深く知る必要があり、なかなかデリケート内容まですぐに踏み込めない。</li> <li>・治療の継続性を十分に理解いただけない場合、通院中断の可能性が高くなると考えます。</li> <li>・フォローとして定期受診してくれない。途中でやめになってしまう。</li> <li>・介入の仕方がうまくないと容易にドロップアウトしてしまう。</li> <li>・なかなか専門医や自助グループに繋がらない。</li> <li>・アルコール依存患者本人の治療意欲、家族の理解と協力が得難い場合もある。望まれていない状況で治療介入のきっかけを見つけ、実際に治療にもっていくことが難しい。</li> <li>・もともとアルコール以外での受診であり、（本人が）問題と思っていないため。</li> <li>・自覚症状の欠如。禁酒への重要度の低さ。</li> <li>・否認や感情面の対応に苦慮し、効果的な対応に結びつきづらい。</li> <li>・否認があり本人が拒否する。</li> <li>・本人が受け入れない。同意が得られない。</li> <li>・本人や家族が抵抗する場合がある。</li> <li>・本人に、「自分のアルコール摂取パターンに問題がある」と認めてもらうのが難しい。</li> <li>・専門機関へ紹介を行っても受診しない例が多い。</li> <li>・医療機関への受診を嫌がる人が多く、介入させてくれない。</li> <li>・減酒、禁酒の必要性をなかなか理解してもらえない。</li> <li>・健康被害について本人・家族に説明した上でも治療を望まれないことが多い時、医師がどこまで強制力を持つのが迷う。</li> <li>・本人に断酒意欲がなく、家族の協力も得られない場合。強制力もないため難しい。</li> <li>・地域の文化的にアルコールを心理社会的な問題として、患者と共通認識を築くことを難しく感じている。医師・患者関係を良好に保ったまま積極的な介入が難しいと感じている。</li> <li>・アルコール依存症が疑われて減酒など提案しても無関心期の人が多く、響かない印象が強い。</li> <li>・本人の治療希望がなくなってしまうことが多い。</li> <li>・肝性脳症など、入院が必要なレベルにならないと介入できない。</li> <li>・患者自身の努力で難しい場合に家族の協力が必要な場合が多いが、介入時にはすでに家族や周囲の人間は禁酒・減酒を諦めている場合があり、周囲の手助けを得られない場合や、夫婦などの同居人も一緒になって飲酒している場合は介入が特に難しく感じる。また、全般性不安障害やパニック障害などの精神疾患を併発している場合は特に介入が難しい。</li> <li>・継続して自分が関わられる患者に限られる。精神発達遅滞と依存症の合併も多く、ケアの継続への労力が大きく、報酬とはあまり関係ないため、一般的な外来診療の中で行うには限界がある。</li> </ul>

表2 アルコール健康障害の患者のスクリーニング、介入、専門医療機関や自助グループへの紹介に関して、現在、実施が難しいこと、およびその理由など（複数回答可）

実施が難しいこと	理由など（抜粋）
3. コンサルテーションや専門医療への紹介が難しい（自助グループとの連携を含む）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・知っている施設があまりない。</li> <li>・なかなか院外の組織との繋がりがまだ見出せていない。</li> <li>・専門医療機関に顔見知りの医師がいない。</li> <li>・適切に診てくれる専門家を知らない。</li> <li>・AA や依存症の専門家がどこにいるのかの情報を持っていない。</li> <li>・紹介先や団体がなかなか見つからない。</li> <li>・よく考えると地域資源を把握できていない。</li> <li>・どこに紹介したり、連携したらよいか、地域のリソースが不明。周囲の環境の把握が十分でない。</li> <li>・どこに相談すればいいかわからない。</li> <li>・地域のリソースについての情報が乏しい。アルコール問題があると入院を断られるケースも多い。</li> <li>・地域資源がよくわかっていない。連携先の状況が不明。</li> <li>・専門医療機関が近くにないか知らない。</li> <li>・近隣のリソースが明らかではない。否認があり本人が拒否する。</li> <li>・専門病院に紹介しようとしても本人が行く気がない場合はどうすればよいか？</li> <li>・症例が少なく、診療が定型化していない。その都度バタバタしている。</li> <li>・知識経験に乏しい。知る機会を知らないから。</li> <li>・精神科受診へのハードルが高い。</li> <li>・精神科・心療内科・アルコール外来などと言われると患者にとってハードルが高く拒否される場合が多い。また、専門医療機関も本人が100%やる気になっている場合にしか受け入れ、加療を継続してもらえないことが多く、結局、一番介入が難しい無関心期から関心期・準備期への行動変容アプローチが一番困難な点である。</li> <li>・専門医が遠い。患者からの抵抗。</li> <li>・専門医療機関が遠方。車で1時間以上かかる。</li> <li>・地方のため資源が乏しい（都市部の医療機関まで車で2時間かかる）。</li> <li>・へき地で診療しているため紹介先が遠い。</li> <li>・専門医療機関も県内に1つしかなく、そこへ繋げられなければ自分で抱え込むことになるため、気軽にスクリーニングするのがためらわれる。</li> <li>・専門医が遠方にしかなく、そこまでは行けないと断られる。近医を紹介しても、断酒できてなくても早々戻されてしまうことが多い。</li> <li>・近隣の紹介できるところが少なく、遠方は患者さんがなかなか受診できない。</li> <li>・専門医療機関へ行くことを拒否されることがほとんど。また距離的にも遠く、現実的に通院が困難。働いている人には平日の通院ができない。</li> <li>・専門医療機関が少なく、受診を勧めても場所・時間の問題で困難な事例が大抵である。また、軽度の健康障害だと紹介して良いものか、閾値が高い。紹介先が精神科であり、紹介先を言うと驚いたり拒否感がある事例もある。</li> <li>・本人・家族の拒否的態度・反応が大きい。</li> <li>・地元の精神科病院にはアルコールの専門家はいないが、精神科病院自体への地域のスティグマがあるため、受診にもつながりにくい現状にある。</li> <li>・地域の中にアルコール問題に対応してくれる精神科、心療内科がないこと。</li> <li>・院内に精神科医がいる施設であっても、アルコールは専門外と断られることがあった。</li> <li>・同一施設に専門家がないため、コンサルテーションのハードルが高い。自助グループとの接点もない。</li> <li>・提案しても断られる。</li> <li>・患者をその気にさせることが難しい。</li> <li>・本人が拒否したときにどのように説得するかが難しい。</li> <li>・とにかく専門医療を受けてくれない。</li> <li>・本人が同意しないことが多い。同意を得ることが難しい。</li> <li>・本人に断酒意欲がなく、家族の協力も得られない場合。</li> <li>・専門医療機関も他の疾患について多忙なため、対応が今ひとつ良くない。</li> </ul>

表2 アルコール健康障害の患者のスクリーニング、介入、専門医療機関や自助グループへの紹介に関して、現在、実施が難しいこと、およびその理由など（複数回答可）

実施が難しいこと	理由など（抜粋）
<p>3. コンサルテーションや専門医療への紹介が難しい（自助グループとの連携を含む）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の意思によるところが大きい。また、紹介先の顔が見えない、どういう感じでやってるのが見えない…、そのため信頼できるか判断しにくく勧めにくい。</li> <li>・専門医療機関や自助グループが少なく、また既存のものも質が不明。</li> <li>・専門のアルコール依存症治療機関が遠い、積極的ではない。本人の意思がないとそもそも受診できない、受診が続かない。身体疾患があると精神科が対応してくれない。自助グループと連携が取れていない。</li> <li>・いつでも相談できるわけではない（満床で受け入れ不可、土日休日）。</li> <li>・現在、減酒・飲酒量低減が治療のオプションとして出てきているが、断酒会等とのやり取りが難しいと感じている。このため、院内に自助グループを作ることを検討している。また、50kmほど離れた専門医療機関に紹介する場合、特に、入院加療目的で紹介する時、一度本人家族に入院説明をするための受診をしてから、改めて入院となる2ステップを取るのをなんとかしてほしい。本人が紹介を受けてくれるかどうかは生物（なまもの）で、すぐに気が変わってしまうかもしれないので、すぐに入院できればいいとも思っている。</li> <li>・院内に協力者がいない。県で唯一の医療機関に紹介するだけになっている。</li> <li>・専門家が少ない。</li> <li>・断酒会などの自助グループへのアクセス方法が分からない（情報がどこで手に入るかわからない）。</li> <li>・自助グループになかなかつなげない。</li> <li>・予約をとって紹介状を記載することや、例会の時間と場所の情報提供、代表者の連絡先への電話のサポートなどを行える範囲で行っているが、そこから先に、受診に付き添ったり、例会に最初一緒にいってみたりする余裕は生み出せておらず、背中を押して終わりになってしまうことも多い。おせっかいをやく手間暇も仕事としてできる担当者と医療とが繋がれたりするとよい。</li> <li>・本人に治療意欲がなければ継続診療を受けてもらえない。</li> <li>・患者が専門医療機関を受診しようとしにくい。</li> <li>・紹介の必要性有りと判断しても、本人の受け入れが難しい場合がある。</li> <li>・本人の受診へのハードル。専門機関がどこにあるかがわかりづらい。</li> <li>・専門医療機関への繋ぐことの難しさはアルコール依存症の「否認」による部分も多いが、実際には専門医療機関の敷居の高さにも起因するのではと感じている。</li> <li>・専門医療機関に紹介しても「入院する覚悟があれば来るように」といって終了してしまうことが複数回あり、結局こちらに戻ってきてしまう。こちらとしては専門機関でも併診などしてもらえるとよいと思う。</li> <li>・実際には国立精神神経医療センターが近隣にあり、依存症対策全国センターを紹介することはできそう。</li> <li>・コンサルテーションや専門医療へ紹介してもその後の経過がわからず、かかりつけ医として継続的ケアがしづらい。</li> </ul>
<p>4. その他の難しいことなど</p> <p>① 復帰支援</p> <p>② 時間の確保</p> <p>③ アルコール健康障害が疑われる患者を単発でみたときの対応</p> <p>④ 情報連携</p> <p>⑤ 背景疾患の診断</p> <p>⑥ 専門医での受け入れ</p> <p>⑦ 経験がないこと</p> <p>⑧ 適切な情報収集やアクセス</p> <p>⑨ 紹介後の通院維持</p> <p>⑩ 外来での継続診療</p>	<p>① 1名だけ治療後に戻ってこられた方がいたが、あとにも先にもその方だけ。</p> <p>② 問題が複雑で、診療時間が比較的にかかる領域のため、時間確保を行うことが難しい。</p> <p>③ グループ診療を行う施設の定期外来で、アルコール健康障害が疑われるが、スクリーニング評価や介入がこれまでスルーされている患者に単発であった場合に、（自分にはスクリーニングのスキルはあっても）つい流してしまいやすい…。</p> <p>④ 専門医、サポートグループなどのサポートの輪が広がった際の情報連携。</p> <p>⑤ アルコール依存に陥った状態で、統合失調症がないか（飲酒による幻覚、幻聴）、自閉症スペクトラムの背景などの把握が難しい。</p> <p>⑥ アルコール依存の基礎にある心的要因に対する評価・介入がなされない事が多く、すぐに内科に差し戻しになるケースがある。</p> <p>⑦ 小児科専門で内科系は外勤だけなので経験がない。</p> <p>⑧ アルコール専門の医療機関は地域である程度わかっているが数が少なく、アクセスは選べない。依存症の方がとどろき着けない。自助グループに繋がる方法の情報が一元化されておらず、連絡先がほぼ電話番号のみなので、仕事の合間や終わってから繋がることのハードルが高い。医療者も当事者も繋がりを作るまでに個人の努力をかなり要する。</p> <p>⑨ 専門医療機関と併診を基本としているが、患者さんの話をうのみにするわけではないが、専門医療機関のデイサービスや医療の提供に問題があると思われる。治療継続において、家庭は支える役割があると思われるが、システム上、通院動機が欲しい。</p> <p>⑩ 医師と患者の1対1での外来診療だけではなく、飲酒仲間との交流も必要であり、気づきもあると思う。やはり、依存症外来での対応が患者にとって望まれるかと思う。但し、紹介するとしてどの程度で紹介の基準にするか悩む。</p>

- (2) 具体的な意見・要望 (表3) の診療を容易にするために必要と思う施策・支援  
 プライマリ・ケアにおけるアルコール健康障害 の内容と具体的な意見・要望の概要を表3に示す。

表3 プライマリ・ケアにおけるアルコール健康障害の診療を容易にするために必要と思う施策・支援の内容、および要望 (複数回答可)

施策・支援の内容	具体的な意見・要望 (抜粋)
1. 診療報酬	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 外来指導をして基準を満たせば報酬を付けるなど。</li> <li>・ (改訂長谷川式簡易知能評価スケールがそうであったように) スクリーニングに対して一定の診療報酬を設ける。</li> <li>・ あるに越したことはない。面接も時間がかかるため。</li> <li>・ 禁煙外来のように、飲酒外来などを立ち上げてもクリニックの経営が成り立つような診療報酬があれば良いと思う。定期外来でもアルコール問題評価や介入していると診療報酬がつくようにすれば、より一般開業医の先生もアルコール問題への介入数が増えると思う。</li> <li>・ 時間に見合った報酬があればよい。時に診察が長時間になることに、インセンティブがあると良い。</li> <li>・ 依存症の有無に関わらず、アルコール問題の対応は時間がかかり、そのため経営管理者から目をつけられることも多い。禁煙外来のように少しでも診療報酬が確保されると、アルコールの問題に向き合いやすい。</li> <li>・ 禁煙外来のように、禁酒外来のようなものが「研修を行った上で、専門医のもとで対応できる」等の条件のもとで報酬がつくとより診療がしやすくなると思う。</li> <li>・ 禁煙外来のように、行動変容にかかわる手間暇に付加があるとよい。アルコールだけではなく、療養指導の手法の学びを深められる認定やその結果として得られる保険点数上乘せがあると現場でできる人を増やし、質を高められる可能性がある。</li> <li>・ 禁煙外来のような報酬体系。</li> <li>・ 断酒薬の処方に関して、禁煙外来のような制度設定。</li> <li>・ アルコール治療を行った場合の指導料、加算など。</li> <li>・ AUDIT などすれば診療報酬がつくなど。</li> <li>・ スクリーニングを行うことに対する診療報酬を少しでもつけてもらえるとういと思う。</li> <li>・ MI など行動変容スキルを駆使するので、それに診療報酬を当てれば、実践者は増えると思う。</li> <li>・ カウンセリングには時間がかかるのでカウンセリング料などの加算が欲しい。</li> <li>・ 内科であるがアルコール依存症をたくさん診ている。久里浜アルコール症センターでアルコール依存症の研修は受けている。精神科と違い内科の点数しかとれないため困る。</li> <li>・ 明確にアルコール依存への介入を要した診療には精神科などでなくても診療報酬として報われるようにしてほしい。</li> <li>・ どのように診療報酬を設定するのが良いのかは分からないが。</li> <li>・ 具体的な行動と報酬額を大々的に繰り返し告知。</li> </ul>
2. 他職種、他機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門機関からの情報をもっとほしい。</li> <li>・ どのような連携機関があるのかの情報が分断されている。</li> <li>・ どこと連携したらいいのかよくわからないことがある。都市部で働いていてもアルコールの対応をしてくれる医療機関があまりない。</li> <li>・ 近くに相談しやすい精神科がない。</li> <li>・ 地域の依存症治療をやっている医療機関が知りたい。</li> <li>・ 精神科であれば、誰でもアルコールの問題を見てくれると思いがちだが、そうではない現状をなんとかしていただきたい。精神科の研修の中に、依存症はないのだろうか？アルコールの専門医療機関が近隣にあればもっと接点を持つと思うが、なかなかそういった機会はない。</li> <li>・ 専門病院以外の連携先確保 (介入してくれる精神科が増える等)</li> <li>・ 精神科医師もアルコール問題に積極的とは感じられないので、もう少し専門的な医療機関の充実が図れると良い。</li> <li>・ 病院ごとにチームや連携の仕方のフローがあると安心できる。</li> <li>・ 精神科と内科との連携の仕組み。コンセンサスが必要。</li> <li>・ 認知症に対する (新) オレンジプランでは「認知症疾患医療センター」を指定したように、アルコール問題に関しても基幹医療機関を公に指定すると良いのではないかと。</li> <li>・ これが最も重要であり、必須。</li> <li>・ 紹介や相談先があれば、医師の行動変容になるかと思う。</li> </ul>

表3 プライマリ・ケアにおけるアルコール健康障害の診療を容易にするために必要と思う施策・支援の内容、および要望（複数回答可）

施策・支援の内容	具体的な意見・要望（抜粋）
2. 他職種、他機関との連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どのような機関と連携しやすいのか、どのような組織が地域では連携しやすいのか？</li> <li>・専門医療機関や自助会以外にも、相談・支援を各市町村でできる窓口が欲しい。高齢者の地域包括支援センターのような窓口があると大変ありがたい。</li> <li>・自治体の相談窓口の設置。地方にも相談窓口があるといい。</li> <li>・窓口に関しては、アルコール依存症の紹介先は区内でも区によってはわかりにくく限定的。また、依存に当たらない方での相談に関しては、窓口は適切なものではなく、例えば相対的貧困など、酒量の増加と生活環境が相関しているような問題を直接結び付けるのが困難な場合がある。</li> <li>・早期に問題を発見・対応することは単一機関のみでは難しい。窓口や連絡ツールを設け普段から風通しの良い関係を作っておくと相談しやすい。</li> <li>・AA、ダルクなどとの連携。行政機関と顔の見える関係づくり。</li> <li>・自治体での相談窓口とたまに勉強会をするなど、普段からの関係作り。</li> <li>・行政との連携をもう少しスムーズに取りたい。</li> <li>・行政、医療機関、地域の企業、コミュニティがタイアップしたキャンペーン。</li> <li>・アクセスの確保が難しい点を手伝ってくれるものがあるとよい。家庭内に入りづらい。</li> <li>・地域ごとに、関連機関がまとめられた一覧があれば連携促進につながると考える。地域のアルコール健康障害に携わるコミュニティの一覧があると便利。</li> <li>・同一診療圏における診療可能医療機関の一覧の作成など、相談しやすいシステムづくり。依存症の専門機関など相談窓口の設置、相談手順の明確化が地域ごとにあったらいい。</li> <li>・困ったときなどに助けてくれる連携先などをまとめられているとよいと思う。</li> <li>・アルコール問題へ対応してくれる専門医療機関の存在を地域の中で共有したい。地域の中になればどこへ相談したらいいのか、アクセスする方法を知りたい。</li> <li>・接点がないので知り合いがおらず、紹介や連携をどのようにしたらいいのかわからない。</li> <li>・専門機関がどのような治療をしてもらえるのか知る機会がほしい。</li> <li>・エリア拠点でアルコール健康障害対策のネットワーク構築が必須。自院だけではマネジメントしきれない場合に相談できる専門的機関の設置と活動内容の広報が望まれる。</li> <li>・単施設、ひとりの医師では困難なので、すぐに相談連絡できる施設があれば良い。</li> <li>・相談窓口の設置、リソースとの連携窓口の設置。</li> <li>・アルコール問題への対応が気軽にできる相談窓口（保健センターを除く）。病院専門医の敷居が高い。</li> <li>・自助グループや専門機関の出張があればよいかもしれない。</li> <li>・患者会などの啓発活動。</li> <li>・ワンストップサービスが受けられるような支援体制があると良い。</li> <li>・地域性があり、地方では急性期病院が主体なため、行き場所がない。</li> <li>・アルコール問題を扱っている医療機関が少なすぎてアクセスが悪い。</li> <li>・現在の診療環境では断酒会や断酒プログラムへのアクセスが非常に困難であるため連携がもっととれればと思う。</li> <li>・医師だけではなく、認定されたら看護師や保健師が療養指導で管理料をとれるように、ソーシャルワーカーなども医療機関とのつながりを作れたり、自助グループと繋がれたら点数請求出来たらよい。継続して通えたかなどは評価が難しいが。</li> <li>・連携先の明確化。しかし精神福祉関係の人たちは精神科とよく連携しているので、精神科に投げてしまう。そのためか街の精神科外来がパンクしている。</li> </ul>
3. 研修会の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・つながりができると良い。</li> <li>・小児科の救急研修や、緩和ケアのPEACEのように地域の専門医が講師となり、内容のレクチャーと顔を繋ぐようなスキームの研修会が有用だと思う。</li> <li>・連携を含めた勉強会で関係者と知り合いになれば良い。</li> <li>・地域の医師や他職種の関係作りの場としてもあればよい。</li> <li>・各地域での専門家との接点としての研修会。</li> <li>・ネットワーク作りの研修会の支援などがあると助かる。</li> <li>・プライマリ・ケア医向け研修会。</li> </ul>

表3 プライマリ・ケアにおけるアルコール健康障害の診療を容易にするために必要と思う施策・支援の内容、および要望（複数回答可）

施策・支援の内容	具体的な意見・要望（抜粋）
3. 研修会の実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プライマリ・ケア医が気軽に参加できる研修会など。</li> <li>・内科向けの研修会が必要。</li> <li>・学会で大きく取り上げていただければありがたい。知識が増えれば、医師の行動変容になるかと思う。</li> <li>・上記の診療報酬についての意見で出た、アルコール介入によって加算されることを前提にして、外来診療医向けに、アルコール問題による将来的な問題・予防医学としての問題、介入アルゴリズムと加算可能な診療報酬のレクチャーがあれば参加したい。また学会の生涯教育として、更新の単位もつけてもらえるとうありがたい。</li> <li>・アルコールの研修をしっかりと受けたいと思うと久里浜や佐賀まで行かなければならず、現実的ではない。全国の都道府県で、久里浜や佐賀に行くのと同じレベルのしっかりとした研修が受けられ、資格が入手できるようにしていただけることを希望する。</li> <li>・多数の患者さんの対応を経験されている医師の話が直接的な対応の学びになると思う。</li> <li>・「かかりつけ医」向けの（半ば義務的な）研修会があると、プライマリ・ケア医全体のアルコール診療の質の向上に繋がるのではないかと思った。</li> <li>・専門家からの指導も勿論だが、同じような立場の医師同士や多職種で情報交換出来る場があれば、対応で参考になる。</li> <li>・具体的な診察手順のロールプレイ。</li> <li>・対応方法について知りたい。うまい介入の仕方など講習会があれば受けたい。</li> <li>・初学者向けの研修会がさまざまな場面で展開されると診療を容易にすると思う。</li> <li>・紹介困難な場合にプライマリ・ケア医が薬酒薬を使用する場合の使用法のレクチャー。</li> <li>・アルコール問題患者の指導についての医学教育には今までばらつきがあったと思う。特に実践的なことを教えられる指導教官はいなかった。</li> <li>・アルコール健康障害の知識の研修。</li> <li>・プライマリ・ケア医がどのようなスクリーニングや治療をして、どのタイミングで専門医につなぐかなどを知りたい。</li> <li>・正しい診断法や支援方法の伝達。</li> <li>・個人のクリニックで対応可能な症例か、依存症外来などの専門外来でフォローしていくことが望ましい症例か、などのおおまかな線引きを現時点で教えて頂きたい。</li> <li>・研修会に向くのは大変なため、常に参照できる教科書、オンラインのページなどがあると助かる。どんな場所にどんな医療機関や患者会があるのかなどのまとまった情報があれば（あるかもしれませんが）。</li> <li>・勤務先から近い研修会ならば。近隣での研修会自体がない。</li> <li>・医師会の勉強会や学会の勉強会などでアルコール関連のものを定期的実施してほしい。</li> <li>・SBIRTSの普及セミナーでの講演を縁あって依頼されたが、登壇者側にプライマリ・ケア関係は初めてと思われるくらい、プライマリ・ケアの最前線とはまだまだ縁遠い世界であった。プライマリ・ケアの関係者にコモンディージェズであり、専門医療機関などと一緒になってアルコール診療に関わる共通の場が増えていくとよい。</li> <li>・医療従事者以外と共に地域ぐるみで活動を活性化していくような研修会だと魅力的。</li> </ul>
4. 患者指導に用いる教材、パンフレット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手に入りやすいように思う。</li> <li>・どこにコンタクトをとれば手に入るかという情報を周知する。</li> <li>・アクションが容易化すれば、医師の行動変容になるかと思う。</li> <li>・COIや癒着の問題もあるかもしれないが、薬酒薬の製薬メーカーが漸酒・減酒についての「一般的な」パンフレット（販売薬剤の指導ではなく）を作成して配布するか、インターネットで開示してもらえると、外来の時にパンフレットを渡して簡単な説明のみで時間を割かなくて済むと思う。</li> <li>・ネットでダウンロードできるとよい（使用方法の解説書も）。</li> <li>・インターネット上でダウンロードできるもの。</li> <li>・製薬会社が提供しているもの「以外」の無料で使える教材、パンフレット等がまとまっているとよい。地域住民への健康教室などで使えるパワーポイント資料なども揃っていると、大変嬉しい。</li> <li>・質の高い教材や外来で使用出来るパンフレットがほしい。</li> <li>・外来で日常的に気軽に渡せるものが良い。</li> </ul>

表3 プライマリ・ケアにおけるアルコール健康障害の診療を容易にするために必要と思う施策・支援の内容、および要望（複数回答可）

施策・支援の内容	具体的な意見・要望（抜粋）
4. 患者指導に用いている教材、パンフレット	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコール健康障害が珍しいものではないことや、起こり得る不利益や必要な対応などを平易に記載したものが常に診療時にあれば、説明の助けになる。</li> <li>・診療の指針になるようなものをわかりやすくパンフレット形式にできれば、それをもとに紹介しやすくなるかもしれない。</li> <li>・教材やパンフレットがあるほうが、取り組みやすい。禁煙外来の指導教材は有用だと感じているので似たものがあるとういと思う。</li> <li>・あまり見たことが無いので、プライマリ・ケアの分野で使用しやすい物があると良い。</li> <li>・減酒、断酒のメリハリが欲しい。断酒すべき患者の「減らしているから」に対応・説得？できる教材が欲しい。</li> <li>・依存症は知られているが、使用障害の認知度が低い。使用障害が広まり、その時点での介入が必要だという知識が広まってほしい。アルコール使用障害も立派な病気であること。</li> <li>・高血圧や糖尿病、脂質異常症、高尿酸血症などと違ってすぐに使える資料が手元にない。</li> <li>・ポスター、パンフレットの充実。患者家族、社会への啓発資料。</li> <li>・無関心期の人に配布するような使いやすいパンフレットがない。webでのPDFなどはあるが印刷などの手間があり配布しにくい。無関心期の人に種をまけるような配布できる無料のパンフレットが欲しい。</li> <li>・自前で AUDIT や BI（簡易介入）を印刷して使用しているが、生活習慣病指導のように患者受けのよい綺麗なパンフレットなどがあると健診などでの拡散はよりされやすいかもしれない。</li> <li>・ブリーフセラピーなどの患者用のパンフレットなどが欲しい。</li> <li>・高齢者にもわかりやすい動画があると、待ち時間などに家族と一緒に見てもらえるかもしれない。活字（パンフレットなど）は興味がない患者は見ない。高齢家族にも頭に入りにくい。</li> <li>・待ち合い室に AUDIT の簡易版を置くなど。</li> <li>・看護師などの他職種でも実施可能なスクリーニングツール。</li> <li>・本人家族が相談連絡できるパンフレットなどがあれば良い。</li> <li>・飲酒制限方法が具体的に記載されているパンフレット。</li> <li>・依存と気づかせてくれるようなものや、問題となる飲酒。逆に健康に飲めるには、などがあるとよいと思う。</li> <li>・啓発活動にはよいが、本人の依存症である自覚次第。</li> <li>・特定の製薬企業の介入のない、外来配布用のリーフレット。飲酒、プリン体、尿酸、肝障害、手が震えるなどのイメージを持っている人は多いが、認知機能の低下、末梢神経障害、胃腸障害、発がんリスクなど、他の健康障害についての知識は一般市民のリテラシーが低いと思う。</li> </ul>
5. その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域で指定のアルコール相談窓口（外来）を設定して欲しい。</li> </ul>

#### 4. わが国におけるアルコールの健康障害に関する意見

わが国におけるアルコールの健康障害に関する意見の概要は、表4の通りである。

### VI. 結果のまとめ、考察

#### 1. スクリーニングと診断について

依存症には至らないアルコール健康障害の患者のスクリーニングと診断については、「日常的に実施している」が43.7%、「機会があれば実施している」が36.2%であり、約80%がスクリーニングと診断を実施していると回答した。また、アルコール依存症の患者のスクリーニングと診断は、「日常的に実施している」が28.7%、「機会があれば実施している」が43.7%で約72%がス

クリーニングと診断を実施していると回答し、依存症の患者のスクリーニングと診断を日常的に実施している者は約29%であった。

アルコール健康障害がある患者のスクリーニングツールは、最も多い50%がCAGEを使用し、次に約36%がAUDITを使用していた。約14%は使用していないと回答した。ICD-10の診断基準による診断は、「日常的に実施している」「機会があれば実施している」を合わせて50%であり、半数は実施していなかった。ICD-10の診断基準によるアルコールの有害な使用、依存症の診断の自信については、「十分に自信がある」「まあまあ自信がある」を合わせて、それぞれ21.2%、19.6%であり、約40%が自信があると回答するにとどまった。アルコール健康障害のスクリーニ

表4 わが国におけるアルコール健康障害に関する意見（自由記述）

主な分類（記述数）	自由記述の内容
安価でアルコール度数の高いストロング系や大容量の焼酎などのアルコール飲料の問題の指摘と規制の必要性（4）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・松本俊彦先生の指摘の通り、安価で高アルコール度数の缶チューハイが問題と思われる。</li> <li>・ストロング系はやめたほうがよいと思う。</li> <li>・9%などのハイリスクな飲料は販売を禁止する方がよい。</li> <li>・個人的には「低いアルコール飲料や」、今流行の「ストロングチューハイ」が未成年者の飲酒を促す危険があり、何らかの規制をかけないと若年のアルコール依存症の温床になるのではと思う。また、大用量の焼酎やウイスキーなどは、販売規制をかけるべきと思う。</li> </ul>
アルコール健康障害の診療やスクリーニングと介入システム、相談拠点と連携のネットワーク構築、専門医療機関の役割と一般医療との連携、担当する範囲の共通認識、多職種協働と切れ目のない支援、国のアルコール健康障害対策に関することなど（12）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実際私が把握している以上に、アルコール使用障害の患者は多くいると思う。そのような人を医療機関のみでなく様々なところでスクリーニング・介入できるようなシステムがうまく作ることができ、機能できればよいと考えている。</li> <li>・潜在的な患者はもっといるように思うが、日常的にそれをほりだそうとする姿勢がプライマリ・ケア医に必要と思う。</li> <li>・アルコール健康障害を「相談」できる多職種協働の専門施設・エリア拠点を身近に設置し、一般病院と情報共有を行ってほしい。専門施設とプライマリ・ケア医が協力してアルコール依存患者や家族のケアをサポートできるネットワークが望まれる。</li> <li>・アルコール依存について、一般医が行うことと専門医が行うことの線引きがもう少しクリアカットになるとありがたい。私は研修医のとき、アルコール依存に関しては底付き体験がないとだめ、専門医でしか対応できないとすり込まれた。</li> <li>・複数のスクリーニングテストは、混乱のもとだと思う。</li> <li>・アルコールだけに限らず、外来に来院される患者のほかに外来すら受診されていない患者が多いことも事実。その人々にアプローチするにはどうするか？ それぞれのお宅訪問は困難でも、はがきなどを検診のように定期的に送り、状況把握から始めてみるのもよいかと思う。</li> <li>・健康診断の肝機能障害という用語も誤解を広めるものかもしれない。機能は表していないため、<math>\gamma</math> GTPが低いから大丈夫などと考えられてしまうと、健康診断をする機関がAUDITを活用することなどが安価で介入しやすいのではと思う。</li> <li>・医師に、もっと強制力が欲しい。</li> <li>・ごく一部の先進的な医療機関以外では後手後手かと思われる。精神科では本人の意欲がないとrejectされてしまう。</li> <li>・プライマリ・ケアの現場からアルコール専門医療機関へ来たが、敷居の高さを痛感する。もちろんARP（筆者注：アルコールリハビリテーションプログラム）を卒業することが治療の本筋なので、「身体の問題がある」「治療意欲がない」「認知機能が悪い」といったような人は最初から治療対象、入院の対象となり得ないところがあるが、実際のプライマリ・ケアや総合病院で困っているケースはこういったケースがほとんどなのではないかと感じる。そういった人々をどうすくいあげて、治療につなげていくかが専門医療機関の役割ではないかと思うし、いわゆる内科と精神科のはざまに落ちている人を総合医の観点からサポートしていくことが今後の課題かもしれない。やはりアルコール問題に関しては一次予防的なアプローチが大事なかもしれない。そこはむしろ、プライマリ・ケア医の得意とする場面なのではないかと思っている。</li> <li>・依存症をどう治すかに重点が置かれ、上流にあるそこに至った原因（医学的要因、社会的要因、心理的要因）についての介入が不十分な印象。</li> <li>・依存症に寄りかちなアルコール健康障害対策を、もっと軽症の方、例えば軽症の依存症や有害な使用の方に対するものに変化して欲しい。国しかできないこととして、法律の制定や省庁をまたぐ連携などがあると思う。酒税の傾斜や販売、提供などに関する抜本的で、費用対効果が高く、実施可能性の高い対策を期待する。これらはいくらプライマリ・ケアや精神科などで患者家族対応を頑張っても、対策を行うことができない。国しかできないことは何かを考え、ステークホルダーの管理も含めた、効果的な対策の実施に注力いただきたいと思う。</li> </ul>
アルコール問題に関する非専門医の診療などに関する要望（1）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療者の中で、おそらく精神科医の扱う問題となっているため、他科医が意識を向けにくいので、アルコール問題に関する非専門医の診療の方法などを具体的に知りたい。</li> </ul>
家族支援の必要性（1）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人よりも家族を支える専門医療機関、多職種の存在が必要と考える。結局、家族が置き去りになる傾向は、自分が久里浜で研修を受けた10年前と何も変わっていないと思う。</li> </ul>
アルコール健康障害に関する学校教育の充実（2）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルコール健康障害に関する学校教育の充実。</li> <li>・日本ほど飲酒問題に寛容で不理解な国も珍しいので、学校教育の中で（薬物依存も含めて）飲酒教育を行って欲しい。</li> </ul>
依存症は治療を要する疾患であり、医療者を含めて偏見をなくす啓発や研修の必要性など（3）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・わが国が依存症に対する世間や医療者の偏見が強すぎると思う。依存症は本人の自業自得ではなく、治療介入が必要な疾患であるという認識を広げることが重要。</li> <li>・アルコール依存の方は多いが、やはり本人の問題となりがちだと感じる。依存症という病気として捉えて、適切に対応できるような地域連携や医療介護者向けの研修の充実をと思う。</li> <li>・依存症患者への偏見をなくすための国民啓発。</li> </ul>

表4 わが国におけるアルコール健康障害に関する意見（自由記述）

主な分類（記述数）	自由記述の内容
<p>日本の飲酒に寛容な文化、地域や社会的な要因と対策の難しさ、健康教育などによるアルコール健康障害の啓発、節度ある飲酒や指導に関することなど（17）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・昔から日本では（諸外国と比較して）飲酒に対して寛容な文化があるのは事実だと思う。</li> <li>・自分自身もそうだが、過小評価していて、その具体的な打開策も十分模索していないかと思う。</li> <li>・アルコール使用障害に至るまでの社会背景の改善。タバコと同様、値段の上乗せ。</li> <li>・市町村での健康教育講演、産業医の健康経営に関連しての減酒活動など、地域全体での健康教育（なぜアルコールが問題か、飲酒量はどのくらいが適切かを意識・理解してもらう）でニーズの掘り起こしがまずは必要と思う。日本はアルハラなど最近出てきた程度で、普段の飲酒についての問題意識は全く培われていないと感じる。外来で飲酒量多めであること指摘されても、問題についてピンときていない患者さんがほとんどである。</li> <li>・大きな社会問題という認識はあるが、日々の診療に追われて、地域住民へのアプローチが不十分だと思っている。今後とも、アルコールの健康障害の対策が広がることを期待している。</li> <li>・自分でアルコールをほとんど飲まないのだから、どうしてそこまでアルコールを摂取するのか、実感がない。社会全体としては、大きな問題とは思わない。</li> <li>・現在診療する地域は酒どころであり、地域住民の飲酒習慣も他地域より文化的に根差しているところがある。このような地域の産業や文化を阻害しない形でアルコールの健康障害対策を打ち出してゆく必要があると感じているが、様々な困難を感じている。</li> <li>・アルコールの健康障害が一般に理解されていないように思う。</li> <li>・アルコール依存はタバコの害や危険薬物のように依存性に関する認知度は低い。啓蒙が必要。</li> <li>・アルコールに対して、寛容な国民感情・意識が底辺に存在する印象。自動販売機・コンビニエンスストアなどでの購入のし易い環境の存在など。</li> <li>・海外に比べ、文化の違いもあるが、比較的一般人口で見つけられていない問題飲酒が多い。それが、社会的に許容されているので、本人や家族の訴えなしで医者や医療関係者から積極的に介入しづらい環境だと思う。喫煙のように社会として問題視することが必要だと思う。その他に、飲酒問題を取り扱うバックアップの施設や医師が不足している。</li> <li>・日本にはアルコールをそこまで毒とする風潮が弱く、大人の嗜みとして習慣化した結果、アルコール健康障害がこじれてしまっている、というシーンを見かけることは少なくないかもしれない。</li> <li>・アルコールによる肝障害などよりも、酒乱で暴れる人間の方が害である。</li> <li>・アルコールくらいしか合法的なドラッグがないのだから・・・（タバコは除く）、「有害な」や「依存症」をなくして、節度ある飲酒が出来ればよいと思う。（アルコールの分解酵素のある・なしがある民族でもあるため）</li> <li>・一般市民の中でアルコールを多く飲むことを表明するのは恥ずかしいことであるという雰囲気や、逆に多く飲む人を非難するような雰囲気があるが、それを個人の問題ではなく、地域社会の問題として社会的処方も含めた対策を考える機会があると良い。</li> <li>・飲酒に対する健康面からの考え方が文化の中に組み込まれていない。「飲みニュケーション」という言葉ができて堂々とまかり通っているなど、文化的な成熟が遅れている。お金・ドラッグ・お酒・ギャンブルについての依存症を含めた教育は中高生から必要で、会社などでの研修も必須にしていきたい。同時に、自分（の幸せ）を大切にできる心理面での文化的成長が必須であり、心理学を学校教育に取り入れ（道徳ではなく・・・）た方が良いだろう。また、先進国では経済界が文化を先導する傾向にあり、経団連に医療会から強く働きかける動きが必要である。個人的には、飲酒に伴う血圧変動が問題になる患者も多く、節酒を指導している。大きな病気を契機に禁酒・喫煙する例が多いが、その前段階で実行できる事が望ましい。日常診療でどの患者に力を注ぐべきか意識していく事も大切であり、糖尿病のように心理的段階によるアプローチも必要なのだろう。</li> <li>・アルコール性の肝障害の患者を診る機会はしばしばあるが、口頭で飲酒を制限するように説明するのみで系統だつて治療、指導をできる体制はない。今後、意識をもってチームで取り組むことが必要である。</li> </ul>
<p>依存や危険な飲酒を誘発する飲み放題、酒類販売や広告などの規制とシステムづくりの必要性、職場における禁酒の促進や支援、非飲酒者の保険料減額など（7）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲み放題は廃止、もしくは、飲み放題を使った場合は現行の酒税に追加課税を行う。禁酒キャンペーンを全業種・全社員で行う。非アルコールパーティー支援を会社ぐるみで行う。飲酒していない人は保険が安くなる。</li> <li>・気軽にアルコールに手が出せる、身分証を提示しなくても酒やタバコが買える、「飲み放題」のシステムも健康障害の元。</li> <li>・酒造メーカーに働きかけて飲酒の弊害を周知するとともにノンアルコール飲料の普及を推進して欲しい。</li> <li>・アルコール依存やbinge drinkingにつながりやすい状況が放置されているように感じる（公共の場での飲酒が認められている、24時間購入が可能、飲み放題のある飲食店）。このあたりは、政策のレベルである程度の規制や啓発が望ましいのではないかと思う。</li> <li>・アルコール度数の高い酒の販売店の限定。アルコール度数の高い酒の購入者の登録。なかなか難しいのかも知れないが、アルコール依存症予防の観点から、検討しても良いのではと考える。</li> <li>・アルコールが安く手軽に現実逃避ができる手段として使われていることが多いと思う。アルコールの提供者が、アルコール依存症への知識を深め、アルコール問題があると思われる購入者を見つけたときは、専門の医療機関や保健所へ通告する仕組みづくりが大事だと思う。</li> <li>・アルコール飲料の広告の制限。</li> </ul>

ング・介入・専門医療や自助グループへの紹介 (SBIRTS) についても、スクリーニングが難しいと回答した者が 20.7% であり、スクリーニングが難しいと思う理由として「全員に実施しておらず見落としがある可能性」や「教育を受けていないための知識不足、診断経験の不足」「多忙な診療における時間的な制約」「患者が問題意識を持っていない場合や医師－患者関係が不十分な段階での正確な情報収集の難しさ」などが挙げられていた。それに伴い、プライマリ・ケア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・支援として、「AUDIT などのスクリーニングに一定の診療報酬を設けること」「プライマリ・ケア医がどのようなスクリーニングや治療をして、どのタイミングで専門医に繋ぐかなど、アルコール健康障害や正しい診断法、支援方法などの研修」が具体的な要望として挙げられていた。これらの要望にできる限りの対応策や研修を実施することが課題である。

## 2. アルコール健康障害がある患者の介入について

依存症には至らないアルコール健康障害の患者の介入について、減酒指導を「日常的に実施している」は 44.3%、「機会があれば実施している」は 39.7% であり、約 84% が減酒指導を実施していると回答した。また、断酒指導については、「日常的に実施している」が 19.0%、「機会があれば実施している」は 32.2% であり、約 51% が断酒指導を実施していると回答した。減酒指導が良いか断酒指導が良いかの判別は、「日常的に実施している」が 22.4%、「機会があれば実施している」が 32.8% であり、約 55% が実施していると回答した。

アルコール依存症の患者の介入については、減酒指導を「日常的に実施している」は 29.3%、「機会があれば実施している」は 40.8% であり、約 70% が減酒指導を実施していると回答した。また、断酒指導については、「日常的に実施している」が 19.0%、「機会があれば実施している」は 26.4% であり、約 45% が断酒指導を実施していると回答した。減酒指導が良いか断酒指導が良いかの判別は、「日常的に実施している」が 16.1%、「機会があれば実施している」が 29.3% であり、約 45% が実施していると回答した。

アルコール依存症の患者よりも、依存症に至らない患者の減酒・断酒指導とその判別の方が実施率が少し高い結果となった。

## 3. アルコール依存症の患者の専門医などへの紹介・コンサルテーション

アルコール依存症の患者の専門医療機関等への紹介について、「日常的に実施している」は 25.9%、「機会があれば実施している」は 47.7% であり、約 74% が紹介を実施していると回答した。専門医療機関以外の精神科や心療内科の医師へのコンサルテーションは、「日常的に実施している」が 13.8%、「機会があれば実施している」が 36.8% であり、約 51% が紹介を実施していると回答した。断酒会などの自助グループへの参加の勧めは、「日常的に実施している」が 13.8%、「機会があれば実施している」が 30.5% であり、約 44% が紹介を実施していた。

過去 1 年以内にプライマリ・ケア医が専門医療機関の受診を勧めた患者数については、63 名 (36.2%) の医師が患者数 0 人と回答し、次に 30 名 (17.2%) が患者数 1 人、28 名 (16.1%) が患者数 2 人、24 名 (13.8%) が患者数 3 人の順であった。1 年間の患者紹介数は 0~20 人であり、診療科によっても紹介数に幅があると考えられた。過去 1 年以内に 1 人以上のアルコール依存症の患者を紹介した医師数は 100 名 (57.5%) であった。

紹介患者数と同様に、過去 1 年以内に専門医療機関の受診に成功した患者数は、98 名 (56.3%) の医師が患者数 0 人と回答した。次に 31 名 (17.8%) が患者数 1 人、15 名 (8.6%) が患者数 2 人、3 名 (1.7%) が患者数 3 人の順であった。1 年間の紹介成功患者数は 0~10 人であり、やはり診療科や医師によっても幅があると考えられた。

過去 1 年以内に 1 人以上のアルコール依存症患者の専門医療等への紹介に成功した医師数は 53 名 (30.5%) であり、紹介した医師数の約半数にとどまった。

アルコール健康障害の介入・専門医療や自助グループへの紹介 (SBIRTS) についても、介入が難しいと回答した者は 66.7% で、スクリーニングの難しさより 46% 多い比率であった。介入が難しいと思う理由として「患者の病識が無く、本人が介入の必要性を理解していない、きっかけがつかめない、同意が得られない」や「患者や家族の抵抗」「遭遇する機会や学習の少なさによる知識や経験の不足」「多忙な日常の診療における時間的な制約」「専門の医療従事者や機関が少なく、気軽に相談やアクセスができる人や協力者がいな

い」などが挙げられていた。紹介やコンサルテーションについても同様に54%の医師が難しいと回答しており、その理由として介入の難しさの理由に加え、「地域のリソースが不明」「精神科受診へのハードルが高く、同意を得ることが難しい」「専門医療機関が遠方で患者の通院が難しく、断られる」「介入や紹介に時間がかかり労力が大きい」「本人の治療意思が低いと紹介しても受診できない、専門医療の通院継続が難しい」「専門医療機関などの病床や休日等の状況によって紹介や入院日程などの調整に時間がかかり、本人の気が変わってしまう」「院内に協力者がいない」「紹介後の経過がわからず、かかりつけ医として継続的ケアがしづらい」などの理由が挙げられた。それに伴い、プライマリ・ケア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・支援として、「介入や動機づけ面接などのカウンセリングにかかる時間に合ったカウンセリング料などの加算」「専門機関からの情報や専門機関がどのような治療をしてもらえるか知る機会がほしい」「地域ごとに関連機関がまとめられた一覧やアルコール健康障害に携わるコミュニティの一覧があると便利」「困った時などに助けてくれる連携先や、どこへ相談したら良いのかアクセスする方法を知りたい、共有したい」「連携を含めた勉強会や各地域での専門家との接点、ネットワーク作りの研修会」「プライマリ・ケア医や内科医向けの気軽に（近隣で）参加できる研修会」「具体的な診察手順や対応方法、介入の仕方などの講習会」などが具体的な要望として挙げられていた。これらの要望にできる限りの対応策や研修を実施することが課題である。

#### 4. アルコール依存症の患者や家族の対応について

飲酒の問題について、飲酒している本人ではなく家族のみから相談を受けて対応に困った経験について、回答したプライマリ・ケア医の122名(70.1%)が困ったことがあると回答した。困ったことの具体的な内容は、表1の通りである。類似する自由記述を質的に分類した結果、以下のようなカテゴリーに分けられ、概ね、スクリーニングや介入・コンサルテーションで困ったことと重複していた。

- カテゴリー：
- ・[否認や病識の乏しさ、専門医療機関や精神科

の受診をしたがらない、拒否される等（回答数29）]

- ・[断酒が難しい、断酒の決断ができないなど、飲酒行動変容や治療の難しさ（6）]
- ・[本人を取り巻く状況の悪化、心理社会的背景や環境要因の複雑さと対応の難しさ（6）]
- ・[対応の仕方や判断に困る（4）]
- ・[地域包括支援センターなどの社会資源からの支援導入や対応、活用の難しさ（3）]
- ・[アルコール依存症以外の精神神経疾患などの合併や離脱症状、身体管理の不良による対応の難しさ（6）]
- ・[専門医療機関や精神科が遠方など、紹介や連携のアクセスが難しい（5）]
- ・[相談・紹介する医療機関の選択や選定に困った、紹介先の病院の受け入れが得られなかった（3）]
- ・[専門医療機関に繋げる労力（時間やマンパワー）の多さと繋げる難しさ（4）]
- ・[専門医療の継続受診の難しさ、患者との治療関係の構築・継続の難しさ（7）]
- ・[家族の協力を得ることの難しさ（14）]
- ・[患者本人と家族などの意見・言動の不一致や、それに伴う葛藤など（13）]
- ・[家族のみからの訴えに関する対応で困ったこと、介入の難しさなど（16）]
- ・[自助グループとの連携の難しさ（3）]
- ・[再飲酒時の対応など（1）]
- ・[暴力・暴言、本人の怒りへの対応など（5）]
- ・[飲酒運転の懸念（2）]

#### 5. 本調査の限界

本調査は2020年2月という、新型コロナウイルスの流行が始まろうとしている時期に実施されたため、医療現場の負担増加を避ける目的で調査回答の催促は最小限とした。結果として回収率が低く、アルコール医療に関心のあるプライマリ・ケア医の回答が多くなった可能性がある。一方で、これまではっきりしなかったプライマリ・ケア医のアルコール依存症を含めたアルコール健康障害の実践状況が本調査で明らかになったことは、貴重な基礎データとなると思われる。

#### Ⅶ. まとめ

今回の調査で、一般医療機関のプライマリ・ケア医（認定医・専門医）の約70～80%はアルコール健康障害の患者のスクリーニングや診断を実施

したことがあった。特に依存症の患者や家族の対応については、日常的に相談したり協力したりする環境が整っておらず、診療に困ったり苦慮している現状が明らかとなった。特に診療所や地方のへき地等で診療に携わる医師を含めて、専門医療機関が少ない、遠方であるなどアクセスの理由もあり、アルコール依存症の患者や家族の紹介が円滑に進まない、連携が難しい状況があると考えられる。アルコール健康障害や軽症のアルコール依存症の患者の診療を担うプライマリ・ケア医の負担や不安を軽減し、患者や家族が居住している地域の一般医療と専門医療や相談機関と窓口の一覧など社会的資源を共有する体制、情報提供とネットワークづくりの支援が求められる。

## 引用文献

- 1) Osaki, Y., Kinjo, A., Higuchi, S., Matsumoto, H., Yuzuriha, T., Horie, Y., Kimura, M., Kanda, H., Yoshimoto, H. Prevalence and Trends in Alcohol Dependence and Alcohol Use Disorders in Japanese Adults; Results from Periodical Nationwide Surveys. *Alcohol Alcohol*, 51(4): 465-473, 2016
- 2) WHO. Global status report on alcohol and health 2018: 15, 2018
- 3) 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編. 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】. 1-14, 2018



## 5. 都道府県のアлкоール健康障害対策 推進計画の現状

---

吉本 尚

# 都道府県のアルコール健康障害対策推進計画の現状

吉本 尚<sup>1)</sup>

1) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

## 提言

- ▶ 都道府県アルコール健康障害対策推進計画は、46 都道府県が策定を完了しており、国と都道府県の政策的な連携が出来上がりつつある。
- ▶ 一方で、活発な活動を行っている都道府県とそうでないところには温度差が生じている。
- ▶ 新規もしくは以前より強化された活動や連携体制の構築について、数値目標を示すなど評価のためのモニタリング方法を検討する必要がある。

## I. はじめに

アルコール健康障害対策基本法制定から6年、第1期アルコール健康障害対策推進基本計画策定（以下「基本計画」という。）から2年半が経過した。このような経過の中、未成年飲酒や妊娠中の飲酒は減少したものの、過剰飲酒者の割合は男女とも大きな変化を見せていない。今後、さらに過剰飲酒対策に向けての政策的な対策が推進されていくと考えられるが、対策を効果的・効率的に進めていくには、国や都道府県等の政策的な連携が重要である。

アルコール健康障害対策基本法において、都道府県の策定が努力義務となっている「都道府県アルコール健康障害対策推進計画」（以下「推進計画」という。）に対して、国は2016年9月30日、基本計画を解説した「アルコール健康障害対策推進ガイドブック」を発行し、推進計画策定の推進を行った。さらに、アルコール健康障害対策理解促進経費を確保し、有識者（アドバイザー）の派遣や都道府県アルコール健康障害対策担当者会議を開催し、その策定を促した。その効果もあって、各都道府県の策定状況は100%に近づきつつある。本調査では、推進計画の現状を把握するために調査を実施した。また、基本法の中に明記されているが、他施策との有機的な連携が必要で、対策の状況がつかめていない暴力や虐待、自殺対策に関する状況についても併せて聴取した。

## II. 研究の目的

- 1) 各都道府県における、推進計画の策定状況と活動の実態について収集する。
- 2) 各都道府県における、暴力や虐待、自殺対策に関する状況について収集する。

## III. 対象と方法

- 1) 研究デザイン：自記式アンケート調査による横断研究
- 2) 調査対象：各都道府県におけるアルコール健康障害対策担当者の連絡先を各都道府県ホームページ、過去のメール等から同定し、アンケート調査依頼を行った。
- 3) 調査方法：2020年2月から3月にかけて、電子メールによる送付・回収を含む、アンケート調査を実施した。
- 4) 調査内容：調査票には、以下の質問が含まれた。
  - 1、都道府県名
  - 2、計画名
  - 3、策定年月日
  - 4、関係者会議構成員
  - 5、主な内容・計画の特色、重点課題
  - 6、連携・協力部局等
  - 7、計画策定後の効果
  - 8、計画策定にあたって成功した点、苦心・苦慮した点
  - 9、他施策との有機的な連携（暴力、虐待、自殺）

## IV. 結果

回収率は100%であった。都道府県の調査結果を表に示す。

- 1) 計画の策定について

47 都道府県中、46 都道府県が推進計画を策定済であった。唯一、和歌山県だけが、2021年3月策定予定と回答があったが、すでに関係者会議

構成員、内容、連携・協力部局等については計画が立てられていた。

## 2) 関係者会議構成員

47 都道府県中、45 都道府県で当事者が関係者として参加していた。山梨県は、推進計画協議時に当事者がオブザーバーとして参加し、意見を述べていることが確認できた。岐阜県だけが、関係者会議に当事者が入っていなかった。家族が記載に含まれていたのは青森県、岩手県、秋田県、山形県、神奈川県、大阪府、佐賀県の 1 府 6 県であった。

## 3) 都道府県独自の特色と、早期発見・早期介入について

38 都道府県が計画の特色について記載を行っていた。早期発見について記載があったのは、宮城県、栃木県、宮城県、徳島県、高知県の 5 県であった。早期介入に介して記載があったのは、宮城県、栃木県、新潟県、三重県、滋賀県、大阪府、奈良県、徳島県、佐賀県の 9 府県であった。

## 4) 策定後の効果

以下のようなキーワードが見られた。

- 連携体制の構築、各部局の情報共有につながり、相互理解が進んだ
- バラバラな取り組みを体系的に整理し、役割分担が明確になった
- 計画を立てたことで、計画に沿って支援体制整備が進んだ
- 早期介入等の節酒指導に関する研修を実施し、支援者の技術向上が図れた
- 「妊娠中の妊婦の飲酒率」などアルコール健康障害に係る指標が改善
- 具体的な普及啓発・予防的な取り組みが進んだ
- ギャンブル依存症対策等の他の計画の策定の基盤となった
- 一般科への啓発の必要性を認識させられ、研修内容の見直しにつながった
- 県小売酒販組合連合会と連携し、未成年飲酒／飲酒運転防止キャンペーンを実施
- 重点施策を明記することで、関係機関からの協力が得やすくなった
- 適正飲酒に同調する民間企業より、啓発等で協力したいという申込みがあった

- 家族、かかりつけ医等からアルコール健康障害支援拠点機関への紹介が増えた
- 従来から実施している施策も、県計画を意識し工夫を凝らすことが可能となった
- 相談支援の強化につながっている

5) 他施策との有機的な連携（暴力、虐待、自殺）  
暴力、虐待への対応に関しては、25 都道府県で何らかの対応が取られていた。具体的には、研修・啓発等による人材育成、関連機関への情報提供・紹介などによる連携体制の構築、対応の助言、リーフレットの配布などが挙げられた。

自殺対策については、34 都道府県で対応が取られていた。具体的には、国の自殺総合対策大綱や県の自殺予防対策に基づく相談窓口の整備、関係機関との連携・対応、再発予防などが挙げられた。

## V. 考察

都道府県アルコール健康障害対策推進計画は、ほぼすべての都道府県が策定を完了しており、国と都道府県の政策的な連携が出来上がりつつある。策定の過程で、情報共有や連携が一定割合図られたことも伺えた。一方で、活発な活動を行っている都道府県とそうでないところには温度差が生じつつある。

日本アルコール関連問題学会雑誌 20 巻 2 号では、【基本法推進計画－地域はどのように動き始めたか－】として、以下の報告が紹介されている。「27 道府県のアルコール健康障害対策推進計画の中身を 10 のチェックポイントで見ると？ ASK の調査より」今成知美（特定非営利活動法人 ASK）

この中では、2017 年度までに策定された 27 道府県のアルコール健康障害対策推進計画から、重点課題「支援体制の整備」に焦点を当て分析し、その結果から 2018 年 6 月に「10 のチェック」を作成されている。以下にその項目を示す。

チェック 1 地域支援体制整備について、踏み込んだ数値目標が立っているか？

チェック 2 早期発見・介入を進める具体的な手法が示されているか？

チェック 3 一般医療や救急と専門医療との連携に力をいれているか？

チェック4 保健所などを活用した身近な地域連携に力を入れているか？

チェック5 市町等を巻き込んだ対策になっているか？

チェック6 自助グループへの支援に力を入れているか？

チェック7 家族支援について具体的に言及しているか？

チェック8 担当部署・機関を明記しているか？

チェック9 協議会・推進会議など、計画進行のチェックや見直し体制があるか？

チェック10 自治体ならではの独自性があるか？

今後、策定後にどのような活動や連携体制の構築が新規になされていくかが重要であり、評価のためのモニタリングの方法を検討する必要があると思われる。対策を効果的・効率的に進めていくために、国や都道府県等のさらなる政策的な連携を期待したい。

## VI. 謝辞

新型コロナウイルス流行に伴う混乱期中、対応いただきました都道府県の担当者の皆さまに感謝いたします。







都道府県アルコール健康障害対策推進計画の現状 自治体一覧表

都道府県名	計画名	策定年月日	関係者会議構成員	主要内容・計画の特色 重点課題	連携・協力 部署等	計画策定後の効果	計画策定にあたって		他施策との有機的な連携		自殺
							成功した点	苦心・苦慮した点	暴力	虐待	
群馬県	群馬県アルコール健康障害対策推進計画	平成31年3月	①医療関係(精神、内科、看護) ②福祉関係(精神保健福祉士、民生委員) ③当事者等(自治体) ④地域行政(保健所) ⑤学識経験者(精神、公衆衛生、看護) ⑥業界団体(酒販組合) ⑦行政(医療、警察)	【主な内容】 ・群馬県の現状 ・対策の方針 ・重点課題と達成目標 ・具体的取組 ・計画の推進体制 【計画の重点課題】 ・将来にわたるアルコール健康障害の発生を抑制するた ・予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を構築する 【計画の特色】 ・アルコール健康障害に関する有効な施策を総合的かつ計画的に推進するた め、関係者との連携のもと、発生の予防、再発の防止、基盤の整備に取り組むこととしている。専門医療機関5箇所以上、治療拠点機関1箇所以上、相談拠点1箇所以上、専門医療機関に踏み込んだ目標を設 定している。 【主な内容】 (1) 正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり (2) 誰もが相談できる場所と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり (3) 医療における質の向上と連携の促進 (4) アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり 【計画の重点課題】 (1) 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、アルコール健康障害の発 生を予防 (2) アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に係る切れ 目のない支援体制の整備 【計画の特色】 ・アルコール健康障害を予防する ・アルコール健康障害に関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康 障害の発生を抑制する ・アルコール健康障害に関する知識の普及を徹底し、相談、回復支援までの切れ目 のない支援体制を整備する。	【主担当部署】 健康福祉部健康課精神保 健室 【連携・協力部署】 県警本部生活安全課 県警本部交通安全課 県警本部交通安全企画課	・市内の関係機関が実施す る施策を体系的に取りまと め、各課の連携に向け て取り組むべき内容が明 確になった。	なし	なし	なし	・策定に当たり、今 までアルコール健康 障害に関する問題に 個別に取り組んでい た関係者を構成員と する協議会を設け、 その中で、予防から社 会復帰までの連綿の 取組ができた。 ・当事者の思いを反 映させるため、協議 会の場では依存症の 当事者による体験談 を共有した。	・依存症対策、多重 自殺対策、多量 飲酒者対策におい て、それぞれにお いて、当事者が互い に出席すること で相互の施策の 連携を図ってい る。
埼玉県	埼玉県アルコール健康障害対策推進計画	2018年3月	①医療関係(精神、自治体) ②当事者等(自治体) ③地域行政(精神保健福祉センター) ④学識経験者(看護学) など	【主な内容】 (1) 正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり (2) 誰もが相談できる場所と、必要な支援につなげる相談支援体制づくり (3) 医療における質の向上と連携の促進 (4) アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり 【計画の重点課題】 (1) 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、アルコール健康障害の発 生を予防 (2) アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に係る切れ 目のない支援体制の整備 【計画の特色】 ・アルコール健康障害を予防する ・アルコール健康障害に関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康 障害の発生を抑制する ・アルコール健康障害に関する知識の普及を徹底し、相談、回復支援までの切れ目 のない支援体制を整備する。	(県庁) 青少年課 男女共同参画課 防犯・交通安全課 健康長寿課 労働者福祉課 保健体育課 疾病対策課 少年課 運転免許課	計画策定により、各課所 におけるアルコール健康 障害に係る事業の実施 状況を相互に理解し、連 携が促進した。 ・妊娠中の妊婦の飲酒率、 改善に努めている。	なし	なし	県警、県婦人相談センター、男女 共同参画推進センター、県福祉事 務所及び県内市町村におけるDV 相談件数を共有し、背景に飲酒 問題がある可能性について共有し ていた。	自殺者数の年度 推移を共有し、 共同参画推進センター、県福祉事 務所等において、 何らかの問題 を捉えていた可 能性について共 有した。	
千葉県	千葉県アルコール健康障害対策推進計画	平成31年3月	①医療関係(精神科) ②当事者 ③地域行政(精神保健福祉センター) ④学識経験者(精神医学、消化器内科) ⑤業界団体(酒販組合連合会、酒販組合連合会) ⑥教育関係(教育庁) ⑦警察 ⑧健康福祉行政等(計18名) (詳細は県ホームページ参照)	【主な内容】 1. アルコール健康障害についての予防を目的とした教育の展開等 2. 不適切な飲酒の誘引の防止 3. 健康診断及び保健指導 4. アルコール健康障害に係る医療の充実等 5. アルコール健康障害に關連して飲酒運転等をした者に対する指導等 6. 相談支援等 7. 社会復帰の支援 8. 民間団体の活動に対する支援 9. 人材の確保等(再発) 10. 調査研究の推進 【計画の重点課題】 ・飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康 障害の発生を抑制する ・アルコール健康障害に関する知識の普及を徹底し、相談、回復支援までの切れ目 のない支援体制を整備する。	健康福祉部健康づくり支援課、 環境生活部くらし安全推進課、 教育庁教育振興部学校安全保 健課、 警察本部生活安全課 警察本部交通安全課 警察本部交通安全総務課	・関係機関と庁内関係部 署の顔が見える関係が構 築できるようになった。 ・策定前に比べ普及啓発 が進展した。 ・治療拠点機関や専門医 療機関を選定するなど、 治療連携体制の構築が進 んだ。 ・医療従事者向け研修を 実施し、医療支援体制の 充実に取り組むようになっ た。	なし	なし	なし	なし	なし
東京都	東京都アルコール健康障害対策推進計画	平成31年3月	①学識経験者 ②医療関係者 ③当事者等 ④地域行政(精神保健福祉センター) ⑤業界団体	【主な内容】 ・基本理念 ・アルコール健康障害の発生、進行、再発の各段階に応じた 防止対策を適切に実施 ・当事者とその家族が日常生活や社会生活を円滑に営める よう支援 【取組の方向性】 (1) 正しい知識の普及、及び不適切な飲酒を防止する社会 づくり (2) 誰もが相談できる相談の場と必要な支援につなげる相談 支援体制づくり (3) 医療における質の向上と連携の促進 (4) アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための 社会づくり ○ 取組を進める上での視点 (1) アルコール健康障害の発生を予防 (2) 相談、治療、回復支援の体制整備	【主担当部署】 福祉保健局健康推進課 【連携・協力部署】 生活文化局 福祉保健局 交通局 教育庁 警視庁	計画の進行管理等を行う 委員会を開催し、計画に 関連する取組みの実施状 況等の把握に努めていく。	学識経験者や医療 関係者、当事者団 体、業界団体、行 政機関で構成する 委員会により検討を 行ったことによる意見 等を反映した計画と なった。	暴力・虐待・自 殺未遂等をした 者について、ア ルコール依存症 等の疑いがある 場合には、必要に応 じて、地域の関係機関が連携し、 各組支援につなぐための 取組を推進し ます。	暴力・虐待・自 殺未遂等をした者 等については、必要に応 じて、地域の関係機関が連携し、 各組支援につなぐた めの取組を推進 します。		





都道府県アルコール健康障害対策推進計画の現状 自治体一覧表

都道府県名	計画名	策定年月日	関係者会議 構成団体	主な内容・計画の特色 重点課題	連携・協力 部署等	計画策定後の効果	成功した点	苦心・苦慮した点	暴力	他部署との有機的な連携 期待	自殺
長野県	長野県アルコール健康障害対策推進計画	平成30年(2018年)3月	①小売酒販組合連合会 ②民生委員自動車協会の協議 ③医療機関 ④飲食業生活衛生同業組合 ⑤保健福祉事務所 ⑥保健福祉事務所長 ⑦学校保健会 ⑧教育委員会 ⑨県医師会 ⑩全国保健師長会 ⑪長野県酒販組合 ⑫精神科医会 ⑬県警本部、健康増進課、精神保健福祉センターが出席	【主な内容】 ・現状と課題 ・目指すべき方向と取組 ・数値目標 ・関連する分野及び個別計画 【計画の特色】 「発生予防」進行計画 【重点課題】 ・飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防 ・アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備	精神保健福祉センター (県庁)健康増進課 県警本部 学校関係 医療機関 長野県酒販組合 会議の構成員及び所属機関等	・目標の進捗を確認しながら対策に取り組み、関係者とも連携しやすくなった。 ・依存症相談窓口を運営し、相談体制の構築が進んだ。 ・依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関を指定し、医療体制の構築が進んだ。 ・関係者同士の顔の見える関係作りが進んだ。	なし	なし	なし	アルコール健康障害対策研究センター(医師等)の保健医、保健福祉関係者、行政機関担当者、自助グループ(生きる支援)に関する相談先情報の一環として、依存症患者の自殺予防に取り組み、自殺対策推進施策と連携している。	
岐阜県	岐阜県アルコール健康障害対策推進基本計画	平成30年3月	①岐阜大学 ②岐阜県医師会 ③岐阜県立看護大学 ④朝日大学 ⑤食育推進協議会 ⑥地産地消推進協議会 ⑦岐阜県地域女性団体協議会 ⑧岐阜県国民健康保険連合会 ⑨岐阜県労働局労働基準部 ⑩岐阜県学校保健会 ⑪市町村保健活動推進協議会 ⑫岐阜県保健福祉センター	【主な内容】 ・飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防 ・アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備 【重点課題】 ・生活習慣病のリスクを高める量の飲酒量を減らす ・未成年や妊婦の飲酒者をなくす 【計画の特色】 ・正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり ・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づくり ・医療における質の向上と連携の促進 ・アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり	【主担当部署】 ・健康福祉部健康増進課 【連携・協力部署】 ・教育委員会 ・保健所 ・精神保健福祉センター	・アルコール健康障害に関する現状や関係機関の取組を把握し、今後の方向性を整理することができた。	・ハブアリックコメントで多くの意見が寄せられたため、課題の整理に苦慮した。	第3期岐阜県自治体総合対策実行計画において、基本計画の一部にアルコール健康障害の依存症を扱うべきことを位置付けている。			
静岡県	静岡県アルコール健康障害対策推進計画	平成30年3月26日	①医療(県医師会) ②医療(県精神科病院協会) ③福祉(県精神保健福祉士協会) ④法務(公益社団法人静岡県酒類酒類店連合会) ⑤販売(県小売酒販組合連合会) ⑥字識 ⑦教育(県教育委員会健康体育課) ⑧法務(静岡県保護観察所) ⑨行政(県保健所長会)	【主な内容】 ・国のガイドラインに基づいて、発生予防、再発予防、再発予防、再発予防、再発予防、再発予防の大きな柱に対する基本的施策を計画に盛り込んでいく。 【計画の特色】 ・関係機関との連携した支援体制を整備していくことに重点を置いている。 【重点課題】 ・飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防 ①生活習慣病のリスクを高める量の飲酒を減らすこと ②未成年者の飲酒をなくすこと ③妊娠中の飲酒をなくすこと ④アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備 ⑤地域における相談拠点の明確化 ⑥アルコール依存症の治療拠点となる専門医療機関の整備	①健康福祉部健康増進課 ②健康福祉部こども家庭課 ③県教育委員会健康体育課 ④県精神保健福祉センター ⑤くらし環境部くらし交通安全課 ⑥県警運転免許課 ⑦県警生活保安課	・関係機関との連携の推進 ・県警との連携によるセミナー開催 ・東小売酒販組合連合会と連携して未成年飲酒防止、飲酒運転防止キャンペーンの実施 ・保健所の一般相談と精神保健福祉センターの専門相談との連携体制の確立	・関係事業者の小売酒販組合連合会と関係機関との連携が計画策定に際してはなかった。 ・県警との連携が計画策定後に進捗したため、既存の協議体を利用することができた。 ・アルコール健康障害の依存症を扱うべきことを位置付けている。	・本県の特徴を出し、このことから計画の進捗管理をしていく中で、適宜修正することがあればいい。	なし	なし	なし











都道府県アルコール健康障害対策推進計画の現状 自治体一覧表

都道府県名	計画名	策定年月日	関係者会議 構成員	主要内容・計画の特色 重点課題	連携・協力 部署等	計画策定後の効果	成功した点	計画策定にあたって 苦心・苦慮した点	暴力	他施策との有機的な連携 期待	自殺
愛媛県	愛媛県アルコール健康障害対策推進計画	平成30年3月	①医療関係(精神) ②福祉行政 ③当事者等(自助) ④地域行政(精神保健福祉センター、保健所) ⑤学識経験者(看護) ⑥産業保健 ⑦関係団体 ⑧教育関係 ⑨公安行政 ⑩医療観察所 など	【基本的方向性】 1) 正しい知識の普及及び不適切な飲酒を防止する社会づくり 2) 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 3) 医療における質の向上と連携の促進 4) アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり 【計画の重点課題】 【計画の方向性】 1) 生活習慣病を高める量を飲んでいる者の割合を、現状の男性11.0%、女性7.4%に対して、男性9.5%、女性6.4%まで減少させる。 2) 未成年者の飲酒をなくす。 3) 妊産婦の飲酒をなくす。 4) アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備を図る。 5) 地域における依存症を1か所以上で対応できる専門医療機関を1か所以上で確保すること。 6) 回復支援に必要な民間団体との連携体制を構築する。	【主担当部署】 愛媛県保健福祉部健康衛生局健康推進課 【連携・協力部署】 県警本部交際企画課 県教育委員会 松山記念病院 県内6保健所 県保健福祉センター 保健観察所 産業保健センター 愛媛県立医療技術大学	・基本計画を作ったことで関連機関や関係団体との連携が進んでいる。 ・依存症相談拠点(保健所、自治体、民間)の指定が円滑に進んでいる。 ・自助グループとの連携(等)	・保健所を中心に地域モデルを作成したことで、病院との連携が得られるようになった。 ・依存症相談センター(業務)を入れていくべきであった。	・虐待や暴力についての意見調査ができ、児童相談所(児童虐待)や警察(児童虐待)との連携が強化された。 ・保健所が中心となって関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	なし	なし	本県では自殺未遂や連発に注力しており、救急医療や警察から未遂者の連絡を要し、アルコール依存症患者の回復に貢献し、適切な支援につなぐよう努めている。
高知県	高知県アルコール健康障害対策推進計画	平成30年3月29日	①医療関係者(医師、看護師、日弁士) ②学識経験者(大卒) ③学識経験者(保健所) ④関係機関(健康づくり財団) ⑤自助グループ ⑥製造(酒造組合) ⑦販売(小売酒販) ⑧教育関係(学校) ⑨警察(少年女性) ⑩安全対策課、交通安全課 ⑪行政機関(精神保健福祉センター、担当部署)	【主要内容】 アルコール健康障害の予防、早期発見、早期治療、再発の予防等、当事者やその家族への支援を充実することで、アルコール健康障害対策を推進する。 【重点課題】 ①飲酒に伴うリスクに関する正しい知識を普及し、再発の予防等、当事者やその家族への支援を充実することで、アルコール健康障害対策を推進する。 ②アルコール健康障害の発生を予防する。 ③アルコール健康障害に関する正しい知識を普及し、再発の予防等、当事者やその家族への支援を充実することで、アルコール健康障害対策を推進する。 【計画の特色】 ・まずはアルコールに関する正しい知識を普及し、再発の予防等、当事者やその家族への支援を充実することで、アルコール健康障害対策を推進する。 ・保健所、警察、自助グループ、製造、販売、教育関係、交通安全対策課、交通安全課、行政機関(精神保健福祉センター、担当部署)等が連携して取り組んでいる。	【主担当部署】 保健福祉部健康推進課 【連携・協力部署】 県警本部交際企画課 県教育委員会 松山記念病院 県内6保健所 県保健福祉センター 保健観察所 産業保健センター 愛媛県立医療技術大学	・依存症相談拠点を1か所以上で確保し、関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。 ・自助グループとの連携が強化された。 ・保健所が中心となって関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	・幅広い分野の関係者が参加していたことで、現状との共有や、アルコール健康障害に関する正しい知識を普及し、再発の予防等、当事者やその家族への支援を充実することで、アルコール健康障害対策を推進する。 ・自助グループとの連携が強化された。 ・保健所が中心となって関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	・協会の構成員からアルコール依存症に関する意見が寄せられ、関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。 ・自助グループとの連携が強化された。 ・保健所が中心となって関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	・計画の中で、関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。 ・自助グループとの連携が強化された。 ・保健所が中心となって関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	・第2期高知県自殺対策行動計画、高知県アルコール健康障害対策推進計画のそれぞれで、関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	
福岡県	福岡県アルコール健康障害対策推進計画	平成29年6月	①医療関係(精神、心療内科、心療外科) ②福祉関係(ソーシャルワーカー) ③当事者等(自助) ④地域行政(市長、町長、村長、保健福祉センター) ⑤学識経験者(産学、看護学) ⑥メディア(新聞社、テレビ局) ⑦企業関係(商工会議所連合会、酒造組合、造酒組合) ⑧その他関係団体(保健観察所、交通安全協会、婦人会) など	【主要内容】 アルコール健康障害の予防、早期発見、早期治療、再発の予防等、当事者やその家族への支援を充実することで、アルコール健康障害対策を推進する。 【重点課題】 ①飲酒に伴うリスクに関する正しい知識を普及し、再発の予防等、当事者やその家族への支援を充実することで、アルコール健康障害対策を推進する。 ②アルコール健康障害の発生を予防する。 ③アルコール健康障害に関する正しい知識を普及し、再発の予防等、当事者やその家族への支援を充実することで、アルコール健康障害対策を推進する。 【計画の特色】 ・まずはアルコールに関する正しい知識を普及し、再発の予防等、当事者やその家族への支援を充実することで、アルコール健康障害対策を推進する。 ・保健所、警察、自助グループ、製造、販売、教育関係、交通安全対策課、交通安全課、行政機関(精神保健福祉センター、担当部署)等が連携して取り組んでいる。	【主担当部署】 保健福祉部健康推進課 【連携・協力部署】 県警本部交際企画課 県教育委員会 松山記念病院 県内6保健所 県保健福祉センター 保健観察所 産業保健センター 愛媛県立医療技術大学	・基本計画を作ったことにより、関係機関や関係団体との連携が強化された。 ・自助グループとの連携が強化された。 ・保健所が中心となって関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	・幅広い分野の関係者が参加していたことで、現状との共有や、アルコール健康障害に関する正しい知識を普及し、再発の予防等、当事者やその家族への支援を充実することで、アルコール健康障害対策を推進する。 ・自助グループとの連携が強化された。 ・保健所が中心となって関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	・協会の構成員からアルコール依存症に関する意見が寄せられ、関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。 ・自助グループとの連携が強化された。 ・保健所が中心となって関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	・計画の中で、関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。 ・自助グループとの連携が強化された。 ・保健所が中心となって関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	・第2期高知県自殺対策行動計画、高知県アルコール健康障害対策推進計画のそれぞれで、関係機関と連携し、回復支援に取り組んでいる。	暴力、虐待や自殺未遂等の問題を起こした者に、その家族がアルコール依存症に関する問題の相談や自助グループ、関係機関等との連携を要し、適切な支援につなぐよう努めている。

都道府県アルコール健康障害対策推進計画の現状 自治体一覧表

都道府県名	計画名	策定年月日	関係者会議構成員	主な内容・計画の特色 重点課題	連携・協力 部署等	計画策定後の効果	計画策定にあたって		他施策との有機的な連携 期待	自殺
							成功した点	苦心・苦慮した点		
佐賀県	佐賀県アルコール健康障害対策推進計画	平成30年 4月11日	①医療関係(精神、医師会、当事者、家族、地域行政(医療保健課、保健所、保健福祉センター)など)・関係機関(警察、福祉課、児童福祉課、教育委員会)・関係団体(交通安全会、企業)など	【主な内容】 ①県の現状、計画の趣旨と位置づけ、期間、基本理念、重点施策と目標、基本的施策、推進体制について 【計画の重点課題】 1. 飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する知識の普及を徹底し、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備 2. アルコール健康障害への早期介入の方法として、医療機関と連携し、断酒のためのプログラムや生活習慣改善のためのプログラムを用いた健康教育を実施。	【主担当部署】 健康福祉部 健康・協力部局(県庁) 教育庁 警察 肥前精神医療センター 各保健福祉事務所 精神保健福祉センター	・計画を作ったことで、協力依頼がしやすくなった。 ・各事業の位置づけや連携が整理でき、事業の見直しに役立った。	・肥前精神医療センターと連携して実施していたアルコール健康障害対策プログラム(DASHプログラム)の活用が、多岐多様な業務を担っており対応が難しいとかなかなか引き受けてもらえなかった。(最終的にはお願いできた)	なし	なし	なし
長崎県	長崎県アルコール健康障害対策推進計画	平成31年 3月	①医療関係(医師会、精神科病院協会、精神科看護協会)②保健福祉関係(保健所、市長会、精神保健福祉センター、精神科保健福祉センター)③当事者等(AA、断酒会)④地域行政(保健福祉センター、保健所)⑤警察関係(交通部、交通部)⑥教育関係(公立高等学校PTA連合会)	【主な内容】 ①飲酒者の状況、飲酒者の受療状況、飲酒運転検査及び交通事故状態等の長崎県の現状をもとに、基本的な考え、重点施策及び目標を設定し、各関係機関が実施する基本的施策を策定。 【計画の重点課題】 ①県民がアルコールに関する正しい知識を身に付け、アルコールに関する正しい知識の普及を徹底し、回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備すること。 ②アルコール健康障害を有する本人とその家族が、日常生活や社会生活を円滑に営むことができるよう、予防、相談、治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備すること。 【計画の特色】 アルコール健康障害対策の発生から進行、再発の各段階に応じた基本的施策を策定。	【主担当部署】 長崎県健康福祉課 長崎県国民健康・生活支援課、長崎県庁保健福祉部 各保健福祉センター、各保健所	・計画推進のための各関係機関の役割が明確化された。	・計画策定により、各機関がそれぞれ役割を担って実施していたアルコール健康障害対策に関する課題を、一体的に取り組むことになった。 ・年1回、計画の進捗管理を行うことと、評価方法を、各機関の担当者から検証し、策定時点から検証しておくこととを明文化し、必要があった。	・事例が生じた際は、保健所等の相談機関に相談を促すようにしている。	・アルコール依存症が自殺の危険因子の一つであることに鑑み、社会的、経済的に要因の検討も踏まえ、関係機関と連携して自殺対策を推進することとしている。	
熊本県	熊本県アルコール健康障害対策推進計画	平成31年 2月	①学識関係(精神科、精神医学分野、アルコール関連)②医療関係(精神科協会、医師会)③保健福祉関係(保健福祉センター、保健所、保健福祉センター)④保健福祉関係(保健福祉センター、保健所)⑤教育(学校教育、社会福祉法廷人、公費補給)⑥労働(産業保健)⑦販売(飲食(小売業)、酒類、社交飲食業)⑧民間団体(自助グループ)⑨行政(このほか、保健福祉センター、保健福祉センター、保健福祉センター、保健福祉センター)	【主な内容】 ・本県の取組と課題 ・基本理念と基本的な方向性 ・成果目標と取組の考え方 ・アルコール健康障害対策の取組 ・推進体制 【計画の重点課題】 ①飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防 ②アルコール健康障害に関する知識の普及を徹底し、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備。 【計画の特色】 平成28年4月に発生した熊本地震の影響を考慮した対応を取組に明記し、重点的に取り組む項目とした。(他、普及啓発、相談支援の充実、医療体制の整備も重点項目としている。)	【主担当部署】 健康福祉部 健康・協力部局(精神科保健福祉センター、各保健福祉センター、各保健所) 環境生活部 教育庁 保健福祉部 熊本県庁	計画を策定したことにより、市内の関係機関だけでなく、外部の関係機関とも連携の強化を図りやすくなり、一体となって取組を進めることができる。	・アルコール健康障害対策に対する理解や、自治体からある事例を、市町村を含めた関係機関に相談を促すようにしている。 ・分野が多岐に渡るため、協議会や関係機関の意見をどうのようにつなぐに反映していくか、全体の調整が難しくなった。	依存症専門相談事業について、市町村を含めた関係機関に相談を促すようにしている。 ・事例が生じた際は、保健所等の相談機関に相談を促すようにしている。	・アルコール健康障害対策に関する事例を、市町村を含めた関係機関に相談を促すようにしている。 ・事例が生じた際は、保健所等の相談機関に相談を促すようにしている。	自殺対策として実施しているかかりつけ医の向上研修について、アルコール健康障害に関する事例を追加して実施している。 ・事例が生じた際は、保健所等の相談機関に相談を促すようにしている。





## 6. 酒類関連団体の調査

---

吉本 尚

# 酒類関連団体における第1期評価と第2期計画への要望等に関する調査

吉本 尚<sup>1)</sup>

1) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

## 提言

- ▶ 国や都道府県等が対策を効果的・効率的に進めていくには、利害関係者との調整が不可欠であるが、酒類関連団体からは第2期の見直しに向けて、飲酒リスクの正しい知識の普及、不適切飲酒を助長するマーケティング活動基準見直し、適正な価格や販売のあり方などの提案がなされた。
- ▶ 基本推進計画に述べられていない内容も含めた、健康と経済とのバランスの取れた対策として、学校教育での指導内容の検討、成人年齢の変更に伴う飲酒可能年齢誤認の予防、若年者のビンジ飲酒等の予防、アルコールパッチテストやDNA検査等による体質把握、酒類に含有されるアルコール量の表示、自動販売機の完全撤去などが提案された。
- ▶ 世界保健機構の会議などで公式発言されている国の方針に沿いつつ、短期的・長期的な視点で今後のアルコール健康障害対策が推進されることを期待したい。

## I. はじめに

アルコール健康障害対策基本法制定から6年、第1期基本計画策定から2年半が経ち、「都道府県推進計画」も2021年度には100%の策定が見込まれている。このような経過の中、未成年飲酒や妊娠中の飲酒は減少したものの、過剰飲酒者の割合は男女とも大きな変化を見せていない。今後、さらに過剰飲酒対策に向けての政策的な対策が推進されていくと考えられるが、国や都道府県等が対策を効果的・効率的に進めていくには、利害関係者との調整が不可欠である。本調査では、ステークホルダーである酒類業中央団体連絡協議会の構成団体の活動に、第1期基本計画がどのような影響を与えているのか、第2期基本計画に望むことは何か、国民の健康と（社会）経済のバランスをとったアルコール政策に関する提案は何かについて聴取した。

## II. 研究の目的

- 1) 酒類関連団体からみた、第1期基本計画の評価について収集する。
- 2) 酒類関連団体からみた、第2期基本計画への要望について収集する。
- 3) 酒類関連団体からみた、国民の健康と（社会）経済のバランスをとったアルコール政策に関する提案について収集する。

## III. 対象と方法

- 1) 研究デザイン：自記式アンケート調査による横断研究

- 2) 調査対象：酒類業中央団体連絡協議会を構成している下記の団体

1. 日本酒造組合中央会
2. 日本蒸留酒酒造組合
3. ビール酒造組合
4. 日本洋酒酒造組合／日本ワイナリー協会
5. 全国卸売酒販組合中央会
6. 全国小売酒販組合中央会
7. 日本洋酒輸入協会
8. 全国地ビール醸造者協議会

- 3) 調査方法：電子メールによる送付・回収を含む、アンケート調査を実施した。

- 4) 調査内容：調査票には、以下の3つの質問が含まれた。

- a) 基本法施行（2014）、基本計画策定（2016）、あるいは都道府県推進計画策定（2016～）が設置された前後の変化等、対策の評価について記載ください。（貴団体への具体的な影響、新規に取り組んでいる活動・プロジェクト、啓発週間への協力など）
- b) 第2期基本計画への要望について、記載ください。（新規に入れてほしいこと、強化してほしいことなど、今後への要望を記載ください）
- c) 国民の健康と（社会）経済のバランスをとるために、今後どのようなアルコール政策が必要と考えますか？できれば国と酒類関連団体がWIN-WINとなるような提案を頂ければと

思います。

上記c)の質問に関しては、団体名を公開しないことを約束し、忌憚のない意見を記載いただけるよう依頼した。尚、公開の形式は表1、表2の形で行われることも、意見収集についての調査文の中に事前に明記した。

#### IV. 結果

回収率は100%であった。各団体からの意見を表1、表2に示す。

##### 1) 第1期評価について

日本酒造組合中央会、ビール酒造組合、日本洋酒酒造組合/日本ワイナリー協会、全国卸売酒販組合中央会からは、基本法制定の評価、関係者会議の価値、業界内および各団体内の意識の変化と貢献、具体的な活動について記載がなされていた。日本蒸留酒酒造組合や日本洋酒輸入協会は、広告の自主規制、アルコール関連問題啓発週間への協力などに言及されていた。

全国小売酒販組合中央会からは団体内の動き以外に、改正酒税法、改正酒類業組合法の成立、「酒類の公正な取引に関する基準」の施行が述べられた。

全国地ビール醸造者協議会の記載には広告の自主規制等に関する表現が見られた。

##### 2) 第2期要望について

以下のキーワードが見られた。

- 飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及：低減すべき不適切な飲酒とは、予防・改善の方略についての検討と具体的な貢献
- 不適切な飲酒を助長するようなマーケティング活動の基準見直し
- 適切な価格のあり方：酒類をおとり商品（筆者注；店舗に顧客を呼び込む目的で、利益ゼロもしくは赤字となる価格をつけて販売される商品）とすること、清涼飲料水並みの価格で販売されるRTD（筆者注；Ready To Drink：購入後すぐに、そのまま飲めるアルコール飲料のこと）
- 適切な酒類販売のあり方：AIの導入や24時間販売などの是非
- 小売酒販組合への加入促進
- 世界における日本の立場：不適切な飲酒をして

いる人や不適切な飲酒環境の改善といった「アルコールの有害な使用」の改善を主眼とした政策に注力、民間セクターの積極的な協力を得ながら推進

また、配慮してほしいこととして、以下のキーワードが見られた。

- 酒類業界の大多数は中小企業であること
- 容器の表示に関しては食品表示法の義務表示などにより、表示スペースが限られていること

##### 3) 今後必要となるアルコール政策について

以下のキーワードが見られた。

- 学校教育での指導内容の検討
- 成人年齢の変更（20歳→18歳）に伴う、飲酒可能年齢（飲酒は20歳以上で据え置き）誤認の予防
- 若年者のビンジ飲酒等の不適切な飲酒の予防
- アルコールパッチテストやDNA検査等による自分の体質の把握と啓蒙
- 商品内に含有されているアルコール量（単位）の表示
- 酒類自動販売機の完全撤去
- 酒類販売管理者が指名した責任者の酒類販売管理研修受講の推奨
- 料飲店等向け期限付免許（デリバリー、テイクアウト等）交付等の対応
- 料理店等での飲酒者の新型コロナウイルス感染対策への財政補助

#### V. 考察

酒類業中央団体連絡協議会の構成する団体から意見を聴取した。各団体の立場から、第1期基本計画に貢献してきた姿がうかがえた。また、各団体からの意見の方向性がある程度まとまっていることから、国や都道府県の関係者会議で出ていた意見が協議会内で共有され、意見交換が行われていることが見て取れた。今後のアルコール政策に関する提案として挙げられたことを短期的、もしくは長期的に加味しつつ、アルコール健康障害対策が推進されることを期待したい。

#### VI. 謝辞

新型コロナウイルス流行に伴う混乱期中、真摯に対応いただきました酒類業中央団体連絡協議会構成団体の担当者の皆さまに感謝いたします。

表1 酒類業中央団体連絡協議会構成団体における現状評価と要望

団体名	第1期評価	第2期要望
日本酒造組合中央会	<p>アルコール健康障害対策基本法は、酒類が国民の皆様の生活に豊かさと潤いを提供するとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透しているという、酒類が本来持っている良い面を認めたくえで、アルコール健康障害を引き起こす「有害な飲酒」に対し社会全体で取り組むべき問題と捉え、国・地方公共団体・国民・医師等・健康増進事業実施者の責務とともに、事業者の責務として努力義務を規定した法律であると考えます。また、関係者会議という各分野・立場からの意見を交換する場を設け継続的に運営している点において、先進的な事例ではないかと思えます。これにより、酒類事業者のアルコール関連問題への意識が高まり、これに関わる取組みも、業界内外との連携が促進されたものと考えています。基準年以降、20歳未満飲酒や妊産婦の飲酒といった不適切な飲酒の有意な減少が見られました。私ども酒類業界としても啓発活動等を通じ、これらに関しては貢献できている部分も少なからずあるのではないかと考えております。私ども酒類業界のアルコール関連問題に対する主な取組みについては、3月18日の関係者会議において発表されております。  <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961_00006.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961_00006.html</a></p>	<p>「飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及」に関し、酒類業界として担うべき役割を認識しており、以前より啓発活動を中心とした様々な取組みを実施してきております。これらの取組みをより多くの方々に認知してもらう事が、更なる「飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及」への近道であると考えます。関係者会議を通じ、今後日本の社会全体で低減すべき不適切な飲酒はどのようなものなのか、どのようにすればそれが防止でき、また現在そうなっている状況を改善できるのかを検討し、業界として貢献できる分野（啓発活動、消費者への情報提供など）について、国、地方公共団体、教育機関、民間団体等と協議し、理解を得ながら、連携をとって進めたいと存じます。また、当然のことながら不適切な飲酒を助長するようなマーケティング活動については、業界内で継続的に規準等を見直してまいります。</p>
日本蒸留酒造組合	<p>○ 広告自主基準の改正及び周知                      アルコール健康障害対策基本計画の策定を踏まえ、平成28年7月に「酒類の広告・宣伝及び酒類容器の表示に関する自主基準」（日本酒造組合中央会、日本蒸留酒造組合、ビール酒造組合、日本洋酒酒造組合等、酒類業中央団体連絡協議会の9団体がメンバーとなっている『飲酒に関する連絡協議会』が制定）の改正を行った。具体的な改正点は、①テレビ広告において25歳未満の者を広告のモデルに使用しない（従来は20歳未満）、②テレビ広告での喉元を通る「ゴクゴク」等の効果音は使用しない、③テレビ広告でのお酒を飲むシーンについて喉元アップの描写はしないなどである。当組合は、『飲酒に関する連絡協議会』のメンバーとして改正の検討に参画したほか、改正内容について、当組合の参加組合員に対し、各種会議、部内情報により周知徹底を図った。</p> <p>○ 消費者向け小冊子に従来からの4つの注意文言に加え「アルコール関連問題啓発週間」の告知文言を追加                      当組合で作成している消費者向け小冊子「おうちで焼酎甲類」（毎年約3万部程度作成しイベント、キャンペーン等で配布）の裏表紙に、従来から記載している4つの注意文言（「お酒は20歳になってから。節度を守ってよいお酒。」、「飲んだあとは容器のリサイクルにご協力ください。」、「妊娠中・授乳中の飲酒は、胎児・乳児の発育に悪影響を与えるおそれがあります。」、「飲酒運転厳禁！飲んだらダメ、絶対に！」）に加え、新たに、「毎年11月10日から16日までは、アルコール関連問題啓発週間です。」を追加記載した。</p> <p>（備考）当組合は、蒸留酒のうちの連続式蒸留焼酎（焼酎甲類）及び合成清酒の製造業者63社（2020年5月現在）からなる酒造組合であり、蒸留酒のうちの単式蒸留焼酎やウイスキーなどは他の組合の所掌となっている。</p>	<p>○ 計画の策定に当たっては業界の実情も十分考慮していただきたい。                      計画の策定に当たっては、「酒類業界は今後も広告自主基準を遵守するなど自主的にアルコール関連問題に対する取組みを継続していくこと」に加え、「酒類業界の大多数は中小企業であること」、「容器の表示に関しては食品表示法の義務表示などにより表示スペースも限られていること」など、業界の実情も十分考慮いただき、円滑に実施可能なものとしていただきたい。</p>

表1 酒類業中央団体連絡協議会構成団体における現状評価と要望

団体名	第1期評価	第2期要望
ビール酒造組合	<p>アルコール健康障害対策基本法は、お酒が国民の生活に豊かさと潤いをあたえるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透しているという、お酒が本来持っている良い面を認めたい一方で、アルコール健康障害を引き起こす「有害な飲酒」に対し社会全体で取り組むべき問題と捉え、国・地方公共団体・国民・医師等・健康増進事業実施者の責務とともに、事業者の責務として努力義務を規定した画期的な法律であると考えています。また、それを実践に落とししていく計画の策定に関係者会議という各分野・立場からの意見を交換する場を設け継続的に運営している点において、世界的に見ても先進的な事例ではないかと思えます。これにより、酒類事業者のアルコール関連問題への意識が高まり、これに関わる取組みも、業界内外との連携が促進され、その精度が向上致しました。基準年以降、20歳未満飲酒や妊産婦の飲酒といった不適切な飲酒の有意な減少が見られました。ビール酒造組合をはじめ酒類業界と致しましても啓発活動等を通じ、これらに関しては貢献できている部分も少なからずあるのではないかと考えております。また、第1期基本計画策定時に女性の生活習慣病リスクを高める量を飲酒する者の割合が有意に上昇していることを受け、ビール酒造組合では、その防止に資するべく新たな啓発活動「ほど酔い女子 PROJECT」を開始致しました。ビール酒造組合を含む酒類業界の主なアルコール関連問題に対する取組みについては、3月18日の関係者会議において資料2-1、2-2にて発表させていただきました。内容につきましては下記リンクにてご参照いただければ幸いです。</p> <p><a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961_00006.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961_00006.html</a></p>	<p>「飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及」に関し、酒類業界として担うべき役割を認識しており、以前より啓発活動を中心とした様々な取組みを実施してきております。これらの取組みをより多くの方々に認知してもらい実際に参加・体験してもらう事が、更なる「飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及」への近道であると考えています。</p> <p>関係者会議を通じ、今後日本の社会全体で低減すべき不適切な飲酒はどのようなものなのか、どのようにすればそれが防止でき、また現在そうになっている状況を改善できるのかを検討し、業界として貢献できる分野（啓発活動、消費者への情報提供など）について、国、地方公共団体、教育機関、民間団体等と協議し、理解を得ながら、連携をとって進めたいと存じます。</p> <p>また、当然のことながら不適切な飲酒を助長するようなマーケティング活動については、業界内で継続的に規準等を見直してまいります。</p>
日本洋酒造組合 / 日本ワイナリー協会	<p>アルコール健康障害対策基本法は、お酒が国民の生活に豊かさと潤いをあたえるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透しているという、お酒が本来持っている良い面を認めたい一方で、アルコール健康障害を引き起こす「有害な飲酒」に対し社会全体で取り組むべき問題として捉え、国・地方公共団体・国民・医師等・健康増進事業実施者の責務とともに、事業者の責務として努力義務を規定した画期的な法律であると考えています。</p> <p>また、それを実践に落とししていく計画の策定に関係者会議という各分野・立場からの意見を交換する場を設け継続的に運営している点において、世界的に見ても先進的な事例ではないかと思えます。これにより、酒類事業者のアルコール関連問題への意識が高まり、これに関わる取組みも、業界内外との連携が促進され、その精度が向上致しました。基準年以降、20歳未満飲酒や妊産婦の飲酒といった不適切な飲酒の有意な減少が見られました。日本洋酒造組合等（日本ワイナリー協会含む。以下同様）をはじめ酒類業界と致しましても啓発活動等を通じ、これらに関しては貢献できている部分も少なからずあるのではないかと考えております。日本洋酒造組合等を含む酒類業界の主なアルコール関連問題に対する取組みについては、3月18日の関係者会議において資料2-1、2-2にて発表させていただきました。内容につきましては下記リンクにてご参照いただければ幸いです。</p> <p><a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961_00006.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961_00006.html</a></p>	<p>「飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及」に関しては、酒類業界として担うべき役割と認識しており、以前より啓発活動を中心とした様々な取組みを実施してきております。これらの取組みをより多くの方々に認知してもらい実際に参加・体験してもらう事が、更なる「飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及」への近道であると考えています。関係者会議を通じ、今後日本の社会全体で低減すべき不適切な飲酒はどのようなものなのか、どのようにすればそれが防止でき、また現在そうになっている状況を改善できるのかを検討し、業界として貢献できる分野（啓発活動、消費者への情報提供など）について、国、地方公共団体、教育機関、民間団体等と協議し、理解を得ながら、連携をとって進めていきたいと存じます。</p> <p>また、当然のことながら不適切な飲酒を助長するようなマーケティング活動については、業界内で継続的に規準等を見直してまいります。</p>

表1 酒類業中央団体連絡協議会構成団体における現状評価と要望

団体名	第1期評価	第2期要望
全国卸売酒販組合中央会	<p>アルコール健康障害対策基本法は、お酒が国民の生活に豊かさと潤いをあたえるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透しているという、お酒が本来持っている良い面を認めたいうえで、アルコール健康障害を引き起こす「有害な飲酒」に対し社会全体で取り組むべき問題と捉え、国・地方公共団体・国民・医師等・健康増進事業実施者の責務とともに、事業者の責務として努力義務を規定した画期的な法律であると考えます。また、それを実践に落とししていく計画の策定に関係者会議という各分野・立場からの意見を交換する場を設け継続的に運営している点において、世界的に見ても先進的な事例ではないかと思えます。これにより、酒類事業者のアルコール関連問題への意識が高まり、これに関わる取組みも、業界内外との連携が促進され、その精度が向上致しました。基準年以降、20歳未満飲酒や妊産婦の飲酒といった不適切な飲酒の有意な減少が見られました。酒類業界と致しましても啓発活動等を通じ、これらに関しては貢献できている部分も少なからずあるのではないかと考えております。</p>	<p>「飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及」に関し、酒類業界として担うべき役割を認識しており、以前より啓発活動を中心とした様々な取組みを実施してきております。これらの取組みをより多くの方々に認知してもらい実際に参加・体験してもらおう事が、更なる「飲酒に伴うリスクに関する正しい知識の普及」への近道であると考えます。</p> <p>関係者会議を通じ、今後日本の社会全体で低減すべき不適切な飲酒はどのようなものなのか、どのようにすればそれが防止でき、また現在そうになっている状況を改善できるのかを検討し、業界として貢献できる分野（啓発活動、消費者への情報提供など）について、国、地方公共団体、教育機関、民間団体等と協議し、理解を得ながら、連携をとって進めたいと存じます。</p> <p>また、不適切な飲酒を助長するようなマーケティング活動については、致酔性、依存性を有する酒類の特殊性を踏まえた価格による販売や商品開発が、引き続き重要な課題であります。</p>
全国小売酒販組合中央会	<ul style="list-style-type: none"> <li>●基本法施行～基本計画策定：定基本計画が後押しとなり改正酒税法、改正酒類業組合法が議員立法で成立（2016年5月）し、酒類販売管理研修の受講義務化、お酒の価格のルールである「酒類の公正な取引に関する基準」が施行された（2017年6月）。</li> <li>●都道府県推進計画策定：小売酒販組合の役員等が小売の立場から会議に参画している。医療的観点からの啓発、予防、治療が議題の中心にありながらも、「20歳未満の者への啓発」として小売酒販組合が行っている「20歳未満飲酒防止・飲酒運転撲滅全国統一キャンペーン」の重要性を再確認し、高校（生）など教育機関にも参加いただくなど、活動の裾野を広げている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●酒類の価格はアルコール健康障害と密接に関わりがあることから、引き続き価格問題についてご議論いただきたい。（酒類をおとり商品とすること、清涼飲料水並みの価格で販売されるRTD等）</li> <li>●酒類は、販売管理に際し留意が特に必要な商品である。酒類の販売を行う者は、国民・地域社会への積極的な啓発はもとより、20歳未満の飲酒やアルコール健康障害等の問題などを認識し、AIの導入や24時間販売などの是非を含む「酒類販売の在り方」を検討し進んで学び、実行することが求められる。酒類業組合法に基づき設立された公益的団体である小売酒販組合への加入促進を促していただきたい。</li> </ul>
日本洋酒輸入協会	<p>当協会としては、従来から、酒類の広告・宣伝及び酒類容器の表示に関する自主基準（以下、「自主基準」という。）に則り不適切な飲酒を誘引することのないよう会員への周知、指導に努めてきたところですが、基本法施行、基本計画の策定を契機として、酒類関係事業者としての責務を改めて自覚するとともにより一層自主基準の遵守について周知・徹底を図っております。</p> <p>また、厚生労働省主催のアルコール関連問題啓発フォーラムに対する後援などを通じて啓発週間の趣旨、目的等について会員相互の意識の向上に努めております。</p>	<p>本年2月3日～8日にジュネーブで開催されたWHOの第146回執行理事会において、2010年に採択された「アルコールの有害な使用の低減のための世界戦略」の実行状況と今後に関する討議が行われました。</p> <p>討議の中で、日本政府から、①世界戦略の焦点は、不適切な飲酒をしている人や不適切な飲酒環境の改善といった「アルコールの有害な使用」の改善を主眼とした政策に注力すべきである、②今後も世界戦略に関するすべての行動は、WHOの報告書や2018年国連におけるNCD（非感染性疾患）に関する政治宣言にあるように、NCD対策において民間セクターの積極的な協力を得ながら推進していくべきであるとの発言があり、米国、ブラジル、韓国など多くの国から賛同を得たと聞いております。</p> <p>したがって、第2期基本計画の策定に当たっては上記の基本的な考え方を踏襲していくことが重要であると認識しております。</p>
全国地ビール醸造者協議会	<p>生活習慣病のリスクを高める量の飲酒、未成年者飲酒、妊娠中の飲酒において、2010年と比較し、数値が大幅に下がっているものも多く、様々な広告や表示方法の改善による一定の効果は少なからずあったと考えます。我々クラフトビール業界は20年余りをかけて成長をしてきた業界であり、今でも新規参入する社もごございます。このような中で、「酒類の広告・宣伝に関する自主基準」を活用してアルコール健康障害につながる不適切な飲酒等の防止につながる指導をしたことはございます。</p>	<p>特に思いつくところがございます。</p>

表2 今後必要となるアルコール政策（国民の健康と社会経済のバランスを考えて）

<p>我々酒類業界は、長らくアルコールが持つ致酔性と依存性による健康障害を重視し、適正飲酒の啓発活動や責任ある酒類マーケティングに取り組んでまいりました。このことが消費者の健康や豊かな社会と、私どもの事業を継続的に両立させる鍵だと理解しております。従いまして、当関係者会議のように、私ども酒類の製造販売に携わる事業者も含めた様々なステークホルダーが、アルコールに関する健康障害の予防や当事者の救済について話し合い、政策を論議する仕組みがあることが既に「Win-Win」の関係にあると認識しております。その中での提案として下記にて申し上げます。</p> <p>現状、既に学校教育の中で、酒類に関する授業が設けられており、20歳未満者の飲酒率の減少に寄与したことは大いに評価すべき点です。しかしながら、その内容がタバコや薬物と同様に語られる場合も少なからずございます。酒類はタバコや薬物とは異なり不適切な摂取が問題であり、アルコール健康障害対策基本法に記載されているように、「酒類が国民の生活に豊かさや潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している」面もあることから、タバコ・薬物とは異なる扱いにさせていただきたく、お願い申し上げます。また、成人年齢が18歳になった事による飲酒可能年齢の誤認対策として18歳時には改めて「飲酒は20歳になってから」の確認もいただきたいと思えます。20歳になり今迄飲んではいけなかったものが、いきなり解禁になることで、ビンジ飲酒等の不適切な飲酒につながる可能性もあると考えます。20歳時には健康診断等で、希望者には、アルコールパッチテストやDNA検査等により、自分のお酒に対する適性を知り、同時にそれに合わせた啓発を実施できるような仕組みづくりをお願いしたいと存じます。</p>
<p>今回のコロナ感染症の経験から、3密空間での飲酒は感染のリスクが懸念されるところである。そこで、料飲店等が感染リスクを減少させるために、①飲酒スペースの利用人員を減少させ、社会的距離を極力維持するようなレイアウト変更や感染防止のための間仕切り工事などを行う場合、②ウイルス除去機能付きの空気清浄器等を導入する場合などにおいて、財政補助を行うこととしてはどうか。なお、国の酒税収入は約1兆2700億円（平成元年度）であるが、これらは酒を購入する者が負担していることを考えれば、そのような工事等に財政補助を行うことは理解も得られやすく、また、設備投資の増加を通じてコロナ後の景気回復にも資するものと考えられる。</p>
<p>成人年齢が18歳に引き下げられる中、飲酒は20歳以上のままという周知は当該年齢の方々へは必要と考えます。</p>
<p>特にありません。</p>
<p>我々酒類業界は、長らくアルコールが持つ致酔性と依存性による健康障害を重視し、適正飲酒の啓発活動や責任ある酒類マーケティングに取り組んでまいりました。このことが消費者の健康や豊かな社会と、我々のビジネスを継続的に両立させる鍵だと理解しております。従いまして、当関係者会議のように、我々酒類の製造販売に携わる事業者も含めた様々なステークホルダーが、アルコールに関する健康障害の予防や当事者の救済について話し合い、政策を論議する仕組みがあることが既に「Win-Win」の関係にあると認識しております。その中での提案として下記にて申し上げます。</p> <p>現状、既に学校教育の中で、お酒に関する授業が設けられており、20歳未満者の飲酒率の減少に寄与したことは大いに評価すべき点です。しかしながら、その内容がタバコや薬物と同様に語られる場合も少なからずございます。お酒はタバコや薬物とは異なり不適切な摂取が問題であり、アルコール健康障害対策基本法に記載されているように、「酒類が国民の生活に豊かさや潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している」面もあることから、タバコ・薬物とは異なる扱いにさせていただきたく、お願い申し上げます。また、成人年齢が18歳になった事による飲酒可能年齢の誤認対策として18歳時には改めて「飲酒は20歳になってから」の確認もいただきたいと思えます。20歳になり今迄飲んではいけなかったものが、いきなり解禁になることで、ビンジ飲酒等の不適切な飲酒につながる可能性もあると考えます。20歳時には健康診断等で、希望者には、アルコールパッチテストやDNA検査等により、自分のお酒に対する適性を知り、同時にそれに合わせた啓発を実施できるような仕組みづくりをお願いしたいと存じます。</p>
<p>我々酒類業界は、長らくアルコールが持つ致酔性と依存性による健康障害を重視し、適正飲酒の啓発活動や責任ある酒類マーケティングに取り組んでまいりました。このことが消費者の健康だけでなく、豊かな社会と我々のビジネスを継続的に両立させるための鍵だと理解しております。従いまして、当関係者会議のように、我々酒類の製造販売に携わる事業者も含めた様々なステークホルダーが、アルコールに関する健康障害の予防や当事者の救済について話し合い、政策を論議する仕組みがあることが既に「Win-Win」の関係にあると認識しております。その中での提案として以下にて申し上げます。</p> <p>現状、既に学校教育の中で、お酒に関する授業が設けられており、20歳未満者の飲酒率の減少に寄与したことは大いに評価すべき点です。しかしながら、その内容がタバコや薬物と同様に語られる場合も少なからずございます。お酒はタバコや薬物とは異なり不適切な摂取が問題であり、アルコール健康障害対策基本法に記載されているように、「酒類が国民の生活に豊かさや潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している」面もあることから、タバコ・薬物とは異なる扱いにさせていただきたく、お願い申し上げます。</p> <p>また、成人年齢が18歳になった事による飲酒可能年齢の誤認対策として18歳時には改めて「飲酒は20歳になってから」の確認もいただきたいと思えます。</p> <p>更に、20歳になり今迄飲んではいけなかったものが、いきなり解禁になることで、ビンジ飲酒等の不適切な飲酒につながる可能性もあると考えます。20歳時には健康診断等で、希望者には、アルコールパッチテストやDNA検査等を行うことにより、自分のお酒に対する適性を知り、同時にそれに合わせた啓発を実施できるような仕組みづくりも是非お願いしたいと存じます。</p>
<p>我々酒類業界は、長らくアルコールが持つ致酔性と依存性による健康障害を重視し、適正飲酒の啓発活動や責任ある酒類マーケティングに取り組んでまいりました。このことが消費者の健康や豊かな社会と、我々のビジネスを継続的に両立させる鍵だと理解しております。従いまして、当関係者会議のように、我々酒類の製造販売に携わる事業者も含めた様々なステークホルダーが、アルコールに関する健康障害の予防や当事者の救済について話し合い、政策を論議する仕組みがあることが既に「Win-Win」の関係にあると認識しております。その中での提案として下記にて申し上げます。</p> <p>現状、既に学校教育の中で、お酒に関する授業が設けられており、20歳未満者の飲酒率の減少に寄与したことは大いに評価すべき点です。しかしながら、その内容がタバコや薬物と同様に語られる場合も少なからずございます。お酒はタバコや薬物とは異なり不適切な摂取が問題であり、アルコール健康障害対策基本法に記載されているように、「酒類が国民の生活に豊かさや潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している」面もあることから、タバコ・薬物とは異なる扱いにさせていただきたく、お願い申し上げます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>●商品へのアルコール単位の表示</li> <li>●酒類自動販売機の完全撤去</li> <li>●酒類販売管理者が指名した責任者の酒類販売管理研修受講の推奨</li> </ul> <p>●（コロナ対応となる）料飲店等向け期限付免許（デリバリー、テイクアウト等）への対応は喫緊ではないか？家飲み需要の増加は業界にとって有難いが、依存症抑止のための長期的消費者利益の確保の施策を打たないと取り返しがつかない。</p>



## 7. アルコール関連問題民間団体の調査

---

今成知美（特定非営利活動法人アスク）、  
吉本 尚

# 令和元年度 アルコール関連問題民間団体調査

## 1) 調査の概要

2019年12月31日から2020年1月末まで、アルコール関連問題に取り組む民間団体を対象にしたアンケート調査を、Google フォームを用いて実施した。

質問項目は、団体の名称／URL／住所／電話番号／設立年（西暦）／団体の種類／活動概要と以下。

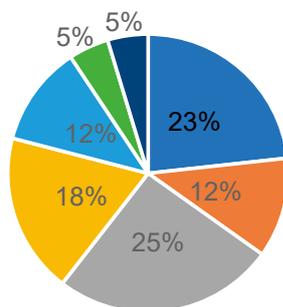
- 基本法、基本計画策定、都道府県推進計画は団体の活動に影響を与えたか（選択）
- 具体的にどんな影響か（選択）
- 基本法・基本計画・都道府県推進計画を契機に取り組むようになった活動（記述）
- 団体としてアルコール関連問題啓発週間に実施しているもの（選択）
- 民間団体支援に関連して、第2期基本計画に入れてほしいこと、強化してほしいこと（記述）
- その他自由記載一啓発週間のアイデア、対策の

提案など（記載）

アル法ネットのサイトのトップページに告知を置き、アル法ネット賛同団体のメーリングリスト、アルコール連携医療メーリングリスト、アル法ネットとASKのFacebookから協力を呼びかけたところ、44団体の回答を得た。うち1団体はギャングルの自助グループであったため、アルコール関連に絞って43団体の回答を分析する。

団体の種類については、「市民団体・予防啓発団体・支援団体」が10、「地域または多機関によるネットワーク」が5、「自助グループ」11、「回復施設・回復施設の連絡会」8、「専門職種による職能団体」5、「学会・研究会」2、「その他」2だった。（図1）

団体の所在地は、関東が一番多く、次いで関西で、九州以外のすべての地域が含まれている。（図2）



- 市民団体・予防啓発団体・支援団体
- 地域または多機関によるネットワーク
- 自助グループ
- 回復施設・回復施設の連絡会
- 専門職種による職能団体
- 学会・研究会
- その他

図1 団体の種類

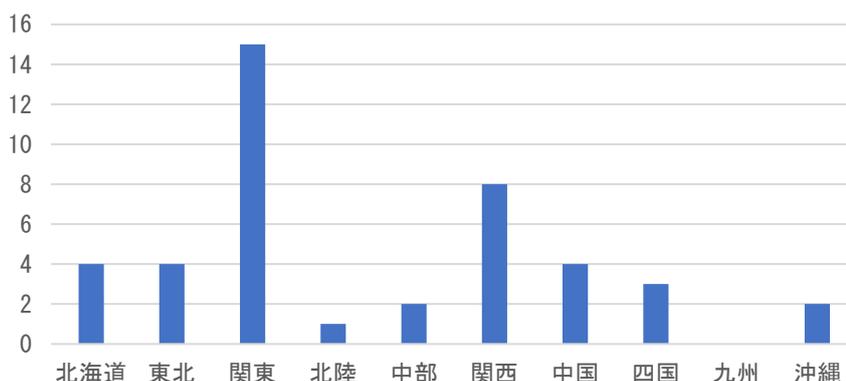


図2 団体の所在地

活動範囲は全国が15、都道府県が16、市区町村が12、その他が1だった。(図3)

設立年度は、1880～1900年までが2団体、1950年～1970年代までが7団体、1980年～1990年代が17団体、2000年以降が17団体であった。(図4)

## 2) 基本法・基本計画・都道府県推進計画の活動への影響など

2014年のアルコール健康障害対策基本法の施

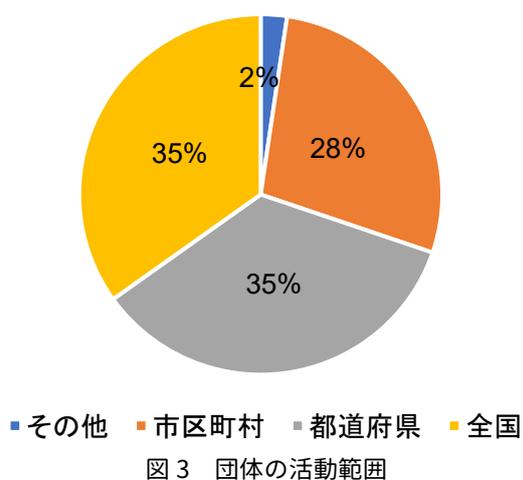


図3 団体の活動範囲

行、2016年の基本計画策定、その後の都道府県推進計画の策定が、団体の活動に影響を及ぼしたかどうか聞いたところ、「大いに影響があった」が17団体、「少し影響があった」が19団体で、合わせて84%にのぼった。しかし、「ほとんど影響がなかった」「全く影響がなかった」「そもそも存在を知らなかった」との回答も16%あった。(図5)

影響について、団体の種類別に見ると、ネットワークと市民団体に「大いに影響があった」の比率が高かった。一方、自助グループと職能団体では「少し影響があった」の比率が高かった。回復施設からは「大いに影響があった」との回答はなく、「少し影響があった」と、「ほとんど影響がない」「全く影響がない」が半々という状況だった。(図6)

図7の活動への具体的な影響を見てみると、「社会の関心が高まり、活動への理解を得やすくなった」が23団体と一番多く、「行政の協力を得やすくなった」(18)、「行政からの依頼が増えた」(17)、「地域連携・瀧健連携が広がった」(16)と続く。

11団体が「財政的支援が得やすくなった」と回答している一方、9団体が「社会のニーズに応えるため忙しくなり、団体を維持するための人手

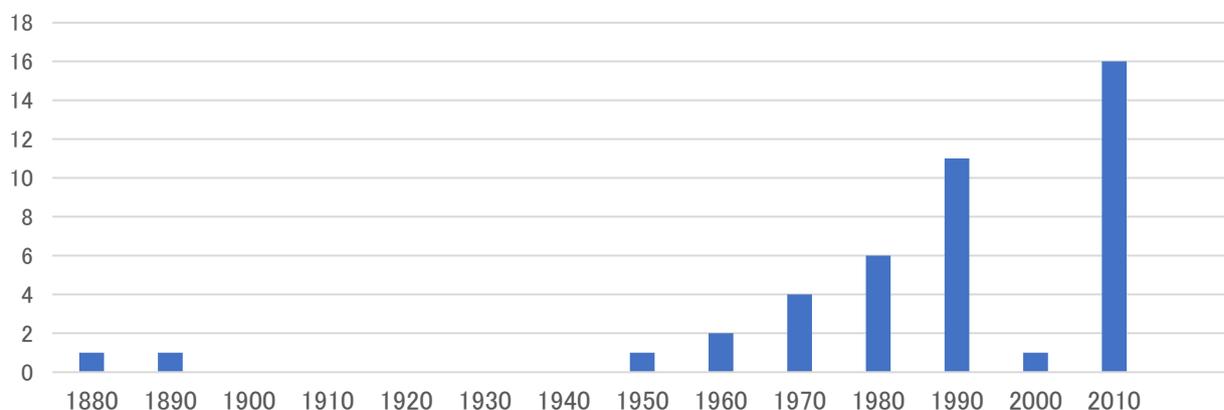


図4 団体の設立年度

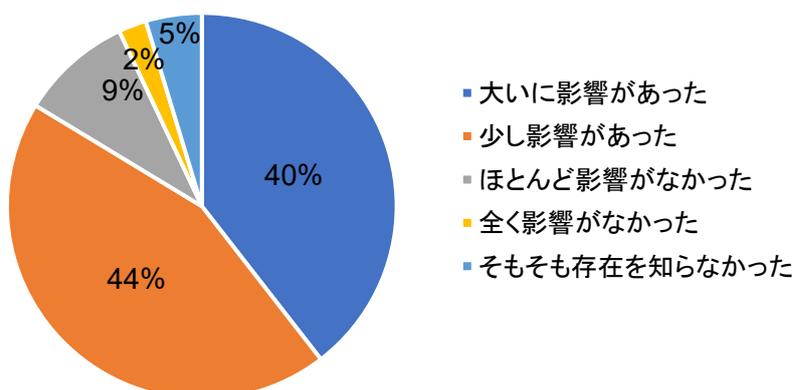


図5 基本法・基本計画・都道府県推進計画の活動への影響

や財源が足りず困っている」と回答している。

「好機ととらえ、新たな関連プロジェクトを立ち上げた団体が8団体（この項目にチェックを入れずに、開始した活動を具体的に記入した団体が15あった→表1参照）。

「イベント等で人集めがしやすくなった」「相談者が増えた」が7団体、「マスコミ取材が増えた」も6団体あった。

アルコール関連問題啓発週間に実施していることは、多い順に「ポスターの掲示や配布」(17)、

「関連イベントの開催・共催」(14)、「ホームページへの掲載やSNSでの拡散」(7)、「街頭でのチラシやティッシュなどの配布」(7)、「街頭パレード」(3)。とくに実施していないとの回答が14団体あった。(図8)

### 3) 第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援、対策への意見(表1参照)

#### 1. 財政的支援の推進

20団体が、財政支援の強化を求めている。自

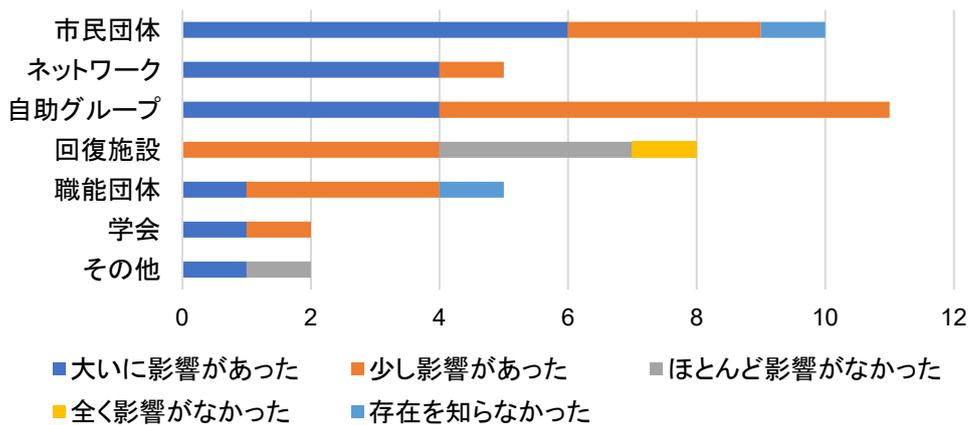


図6 基本法・基本計画・都道府県推進計画の活動への影響 (団体の種類別)

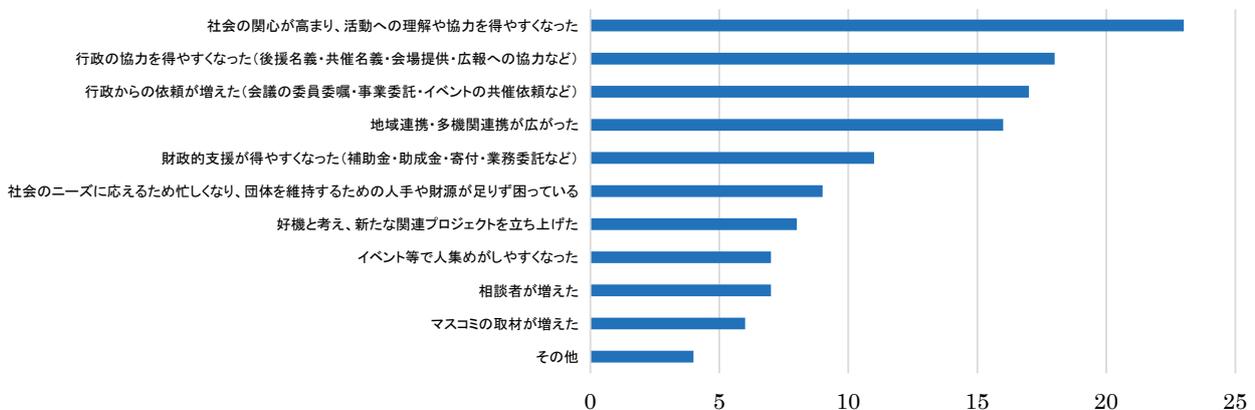


図7 活動への具体的な影響

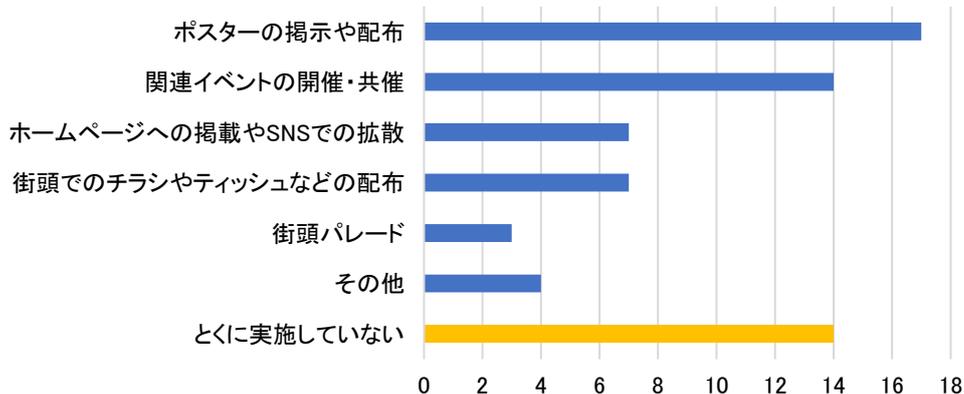


図8 アルコール関連問題啓発週間に実施していること

治体からの支援については窮状を訴える声が多かった。

#### ①全国規模の民間団体への支援

- ・法人格のない団体にも支援してほしい
- ・現状1団体1事業に限定しているが、事業数枠を増やしてほしい
- ・補助金以外に、国の委嘱先として民間団体の支援を格上げしてほしい

#### ②地方自治体の民間団体への支援

- ・自治体による民間団体支援が進んでいないので、国から地方自治体への強い要請をしてほしい
- ・国庫負担率を上げて、地域自治体の計画を支援してほしい
- ・10/10で交付される民間団体向け補助金を補助金ではなく委託事業にしてほしい（年度末まで補助金が入らず運営資金が回らない）

#### ③その他の支援

- ・院内連携のアウトリーチが、診療報酬に反映するような仕組みを

### 2. 連携の推進

連携強化、計画にSBIRTSの推進を明記するよう求める声が多かった。

- ①自助グループとの連携を強化するSBIRTSの推進（計画にSBIRTSの展開を明記し、周知）
- ②地域連携、医療連携を推進する効果的な方策（モデル事業など）
- ③行政や医療機関がもっと積極的に民間団体へつなげてほしい

### 3. 広報啓発の推進

法律が出来たことすら知らない現状、どこに相談してよいか知らない人が大勢いる現状、啓発週間中に実施される厚労省主催、地方自治体と共催の啓発フォーラムの開催県数及び参加数が減少傾向にあるとして、以下を求める声があった。

- ①国及び地方自治体による一般市民向けの広報啓発
- ②依存症は回復できる病気という認識の普及（依存症のスティグマを払しょくし回復を応援する社会へ）
- ③回復者本人から回復の方法をメッセージの形で知らせる機会の用意
- ④依存症回復擁護月間の設立
- ⑤依存症をうまくあらわす啓発用の「標語」を募

集して、賞金（賞品）を出すなど

- ⑥啓発にメディアと芸能人を巻き込んでほしい
- ⑦日々の相談・支援体制の充実、周知（保健所等で、相談窓口をもっと強くアピールしてほしい）
- ⑧ポスターだけでなく、動画やSNSでの広報なども工夫してほしい
- ⑨飲酒のガイドラインの普及、含有アルコール量のビジュアル表示、女性と高齢者のリスクの啓発
- ⑩習慣飲酒だけでなく、事故や事件につながるビンジ飲酒・一時的多量飲酒の危険性について啓発

### 4. 地域支援体制の整備

- ①過疎地及び高齢化対策
- ②依存症を診る医師の数、医療機関の数が足りない
- ③就労支援をもっと強化していただきたい
- ④中間施設の意義を記述してほしい
- ⑤刑務所内でどのような状態の方であれ、障がい福祉サービス関係の書類を作成して頂きたい
- ⑥地域医療の声を聞いてほしい
- ⑦自助グループ支援の強化

### 5. 酒類の規制

- ①啓発週間内のみでもメディアでのアルコールCMの取り扱いを自粛
- ②コンビニの深夜酒類の取り扱い禁止

表1 第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援など（団体別）

団体名	基本法 / 基本計画 / 都道府県計画を契機に取り組んだ活動	第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援	自由記載 (啓発週間のアイデア、対策の提案など)
市民団体・予防啓発団体・支援団体			
特定非営利活動法人アスク	1. 2014年度から啓発週間事業として「飲酒運転防止インストラクター養成講座」の全国でのスクーリングの一部を無料公開し、その中で基本法と基本計画について伝えている。 2. 2014年度から、啓発週間に実施される各地のフォーラムにブースを出し地域啓発活動を行なっている。 3. 2018年度から、依存症の予防知識・回復の実感・ライフスキルを伝え、回復を応援する社会をつくる「依存症予防教育アドバイザー養成講座」を開始（アルコール・薬物・ギャンブルの当事者・家族・支援者を対象）。将来支援者になる大学の学部に対して、無料講座も実施。	全国規模の依存症民間団体の活動支援の強化。国が直接補助金を出すのは画期的なシステムで、民間団体にとっては意欲と熱意を形にすることができるし、国にとっては対策を割安に進めることができる。各団体の活動内容を公開して効果を示し、増額をお願いしたい。民間団体への業務委託も行なわれるようになり、これも画期的。入札業者より熱意があるので、今後も続け、範囲も増やしてほしい。一方、自治体による民間団体支援が進んでいないので、強化策が必要である。業務委託も進むといい。	【啓発について】 飲酒とリスクのガイドラインの普及、含有アルコール量のビジュアル表示、女性と高齢者のリスクの啓発 【地域支援】 SBIRTSの推進、地域連携の推進（この2つを全国拠点研修に取り入れて広めてほしい）
イッキ飲み防止連絡協議会	キャンペーンへの文科省・厚労省の後援名義申請。文科省に対して大学への働きかけ強化を要望し、実現。	法人格のない全国規模の民間団体への支援	習慣飲酒だけでなく、事故や事件につながるビンジ飲酒・HED（一時的多量飲酒）の危険性について啓発すること。
一般財団法人日本禁酒同盟	女性の人権と酒害予防活動	飲酒運転、飲酒暴力など飲酒による事件の予防のため、罰則の強化とリハビリ施設の増設	医学関連学会などでは、乾杯はノンアルコールになってきています。すべての教育関係、政治団体などの諸集会、懇親会などもノンアルコールを推奨してほしい。
NPO法人ふるすあはるは	心理教育絵本を各地の言葉で朗読するプロジェクトを展開している	財政的支援	イベントだけではなく、日々の相談・支援体制の充実、周知がはかれることが必要だと感じています
鳥取アディクション連絡会		鳥取県では鳥取ダルクが2005年6月に開設され、薬物依存症以外のアルコールやギャンブル依存を問題として持ち入寮し回復に取り組んでいます。県からダルクへの助成金が出ていますが、国からも合わせて活動に対する助成があることが望ましいと考えます。入寮者の半数は生活保護を受給していますが、月に15万円の入寮費を要するところ、9万円程度（小遣いを含む）の収入しかない中で活動をしています。	薬物依存症・ギャンブル等依存症と合わせたアディクション全般の取組として推進計画を統合していくことが必要と思う。今年のアディクション・フォーラム in 鳥取を開催するにあたり、「タバコ（ニコチン依存）」をテーマにした講演会を計画した時、国からの推進計画の予算が下りないかもしれないという不安があった。今後はゲーム依存や摂食障害などについても広く普及啓発できることが望まれます。（薬物依存とギャンブル等依存症についての推進計画が作られています。クレプトマニアなど併存する依存症対策も考える必要があると思います）
秋田アディクション問題を考える会			
自殺予防団体-SPbyMD-			アルコール依存症が自殺要因のひとつとして存在していることを多くの道民に知ってもらおう講演会などを開いていきたい。
一般社団法人おきなわASK	電話相談・面接相談・依存症予防教室／アルコール知識講座／家族教室／節酒教室／飲酒運転防止講座／商業施設にて体質判定実施活動	補助金ではなく委託事業にしてほしい。（理由：沖縄県においては起案提出が11月～12月の開始で年度末まで補助金が入らず、団体の運営委資金に苦慮している）	

表1 第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援など（団体別）

団体名	基本法 / 基本計画 / 都道府県計画を契機に取り組んだ活動	第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援	自由記載 (啓発週間のアイデア、対策の提案など)
NPO法人AKK こうち(アディクション問題を考え行動する会こうち)	高知県内市町村で開催される依存症の研修会に講師を派遣するようになった。祭りやフェスティバル等の市民イベントに参加するようになった。	10/10で交付される民間団体向け補助金をぜひお願いしたい。	【啓発週間用アイデア：依存症の標語の全国募集】依存症をうまくあらかず啓発用の「標語」を募集して、賞金(賞品)を出して欲しい。「うつ病の人にがんばれと言わない」みたいな、一言で依存症の特徴を表わす「具体的な」「役に立つ」「使える」言葉が欲しい。自分では思いつかないので全国公募して欲しい。※ダメな例：「依存症の正しい知識を身に着けよう」←どんな知識なのか全くわからない。具体的じゃない。「依存症は孤独の病」←この言葉だけ独り歩きすると間違った対応をする人が逆に増える。
AKK かがわ (アディクション問題を考える会かがわ)	これまでと変わりなく年間行事を実施。(専門職種が含まれていることから)	活動資金不足、これまでは会員の年会費、セミナー・他開催などの参加費で賄ってきた。今後は支援連携のワンチームに加えて欲しいことと、知的財産の活用を希望したい。(予防教育など)	高松市の広報には宣伝、啓発が含まれる。高松市男女共同参画センターのなかでの認知度は高いものである。(家族運営・女性の有り方などに力点を置いている)
地域または多機関によるネットワーク・連絡会			
アル法ネット (アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク)	都道府県の推進計画の内容分析。第1次基本計画の効果検証と第2次への意見を収集する厚労省の調査に協力(地域連携・医療連携の好事例の収集、民間団体の意見収集など)。	民間団体に関する、都道府県の支援が乏しいので、強化してほしい。(国と自治体が半々なのでなかなか前に進まない)	対策のキモは「連携」。省庁間、自治体間、関連機関など連携の強化。地域連携、医療連携を推進する効果的な方策(モデル事業など)。自助グループとの連携を強化するSBIRTSの推進。
依存症問題の正しい報道を求めるネットワーク	アルコール・薬物・ギャンブルに取り組む団体が連携し、このネットワークができた背景には、基本法成立による社会の関心の高まりが影響している。	法人格を持たないネットワークの活動にも財政的支援があるとありがたい。	依存症は回復できる病気という認識を広めること。依存症へのステイグマを払しょくし、回復を応援する社会をつくること。
四日市アルコールと健康を考えるネットワーク	特になし	・現在、行っている活動の資金は、主に、国の自殺対策助成金で賄っており、アルコール関連問題への対策や啓発を目的とした助成があれば、もっと幅広く申請できるのでよい。 ・民間団体の活動では限界あり、啓発など一般市民向けの対策は、もっと行政が主になって担ってほしい。	
鳥取県東部地区アディクション関係者ネットワーク研究会	住民健診などの健康診断を活用し、保健師が「AUDITやHAPPYプログラム」を活用して、多量飲酒者の飲酒問題に対する早期の介入を取組んでいる。		
あきた依存症ネットワーク	特にありません		

表1 第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援など（団体別）

団体名	基本法 / 基本計画 / 都道府県計画を契機に取り組んだ活動	第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援	自由記載 (啓発週間のアイデア、対策の提案など)
自助グループ			
公益社団法人 全日本断酒連盟	<ul style="list-style-type: none"> <li>平成30年度より全国規模で活動する民間団体支援の補助金を活用し、受診後の患者支援（自助グループへつなぐ）のためのSBIRTS普及促進セミナーを開催</li> <li>地域自治体からの酒害啓発活動補助金の活用促進。</li> <li>啓発事業の地域自治体との共催化</li> <li>酒害体験の発表機会の拡大</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全国規模で活動する民間団体の支援として、現状1団体1事業に限定しているが、事業数枠を増やす方向で検討してほしい。</li> <li>医療の充実、相談支援の具体的施策に、行政・医療・民間団体（自助グループ）の連携を確実にするため、SBIRTSの展開を明記し、周知する。</li> <li>地域民間団体の支援について、地域格差が大きい。国から地方自治体への強い要請をお願いする。且つ、当該予算の国庫負担率を上げて、地域自治体の計画を支援してほしい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>啓発週間に実施される厚労省主催、地方自治体と共催の啓発フォーラムの開催県数及び参加数が減少傾向にある。国及び地方自治体の広報活動を確立してほしい。</li> </ul>
AA日本 (NPO法人AA日本 ゼネラル サービス) Alcoholics Anonymous of Japan			
札幌連合断酒会	札幌市の依存症を支援する機構の構築	経済的支援	動画の制作やアップロード
堺市東断酒会		成人人口の0.9%がアルコール依存症と推計されています。その内の20%が自助グループに通うようになれば、当会の場合7倍の断酒例会を運営する必要があります。人物金の全てが足りません。現実的具体的な自助グループ支援を要望します。	<ul style="list-style-type: none"> <li>依存症回復擁護月間の設立</li> <li>自助グループへの寄付をした者への税金控除</li> <li>当事者活動に対する会場などの無償提供</li> </ul>
愛知県愛西断酒会	市民啓発フォーラム	もっとメディアを巻込んで欲しい。法律が出来たことすら知らないのが現状では？	芸能人を巻込んで啓発して欲しい。また断酒継続すれば回復できる病気であることも
特定非営利活動法人徳島県断酒会	市民公開セミナー（アルコール問題啓発週間）、お酒に関する何でも相談（徳島県精神保健福祉センターにおいて月二回開催）	第1期計画の実行促進、過疎地及び高齢化対策	アルコール依存症をはじめ依存症の偏見性の排除の周知徹底
滋賀県断酒連絡会 野洲断酒会 東近江断酒会	<ol style="list-style-type: none"> <li>市民啓発機関誌、冊子、チラシを行政施設に配布（月1回（野洲市、東近江市、竜王町、日野町）</li> <li>高齢者対策として家庭訪問例会の開催（3カ月/回）（野洲断酒会）</li> <li>介護施設事業担当者へのアルコール関連勉強会の開催（野洲市）</li> <li>会員資格を本人、家族、アルコール問題に関心のある市民、引きこもり高齢者（適正飲酒のススメ）とした。</li> <li>アルコール治療未実施であった精神病院でのアルコール院内例会の開催（令和元年12月～）</li> </ol>	アルコール関連医師の数が足りない。受診が手軽に受けられる社会になってほしい。その為に、心療内科、精神クリニックすべてでこれから問題になるであろうスマホゲーム依存も含めて、診察できる医療であってほしい。（特に滋賀県のようにアルコール専門医療の手薄な地域では京都、大阪まで行かなくても地元で受診できることが望ましい）	アルコール健康障害対策基本法はアルコール依存症者を生まない社会の実現であると認識している。節酒治療が取り入れられてきているが、ここでの問題は、家族がそれを望むかどうか？家族の声を聞いて節酒治療は判断してほしい。節酒治療で依存症者がなくなるとは思わないが、医療は節酒治療者へのデイケア機能を充実させることも必要ではないかと思う。何故なら断酒会では節酒者を受け入れる事は難しいと思うからである。（当会は受け入れ、断酒者の体験談から学んでもらう）法律の主旨から考えると、断酒会、医療機関、デイケア、AA、その他これから発足するであろう自助組織等、多ければ多いほど回復機会がふえるので、これらを支援する社会の実現を望んでいる。

表1 第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援など（団体別）

団体名	基本法 / 基本計画 / 都道府県計画を契機に取り組んだ活動	第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援	自由記載 (啓発週間のアイデア、対策の提案など)
NPO 法人鳥取県断酒会		民間団体支援とは書いてあるものの小規模団体は資金もなく現状維持すら危うい現状です。ホームページ開設・運用費も無く、例会会場費も民間だったり、業務委託で有料になったり、何から何までが自弁で活動してきたので、おのずと活動を縮小するしかなかった。其の辺りからの支援をお願いしたい。	
東京多摩断酒連合会		アルコールに関して、どこに相談してよいか、知らない人が大勢います。保健所等で、相談窓口をもっと強くアピールしてほしい。	
秋田県断酒連合会	アルコール関連問題市民公開セミナーの開催		
NPO 法人コミファ		<ul style="list-style-type: none"> <li>・国からの働きかけで県の意識レベルの強化をしてほしい。(県によって意識レベルの違いが様々な具体的な取り組みに差を感じます)</li> <li>・国の委嘱先として民間団体の支援を格上げしてほしいと思います。(社会に対しての啓発、相談、支援と幅広い活動を行政ができないところを十分に補っていることを考えると、団体として使用する会場や活動資金に苦慮しながらの活動ではアルコール健康障害対策の掲げる目標には近づけないと思います)</li> </ul>	<p>メディアを使ってもっとPRしてもらいたい。人の目や耳に残るように。</p> <p>テレビでビールのコマーシャルが相変わらずに飲酒欲求を誘うものになっているので、逆に健康障害を起こすと怖いことも遠慮なく流すのも必要かと思っています。</p>
回復施設／回復施設の連絡会			
特定非営利活動法人いちごの会	研修 他の依存症の勉強 回復施設と多機関・団体連携の役割課題の研究		
特定非営利活動法人大阪マック	今のところ特には無し	現在、刑務所からの入寮者が増えています。帰住地先がないためグループホームに入寮を希望されます。収監中に刑務所内でどのような状態の方であれ、障がい福祉サービス関係の書類を作成して頂きたい。施設運営上、損失が発生するので。	
特定非営利活動法人市民の会寿アルク	特定指定相談支援事業を開始した。	精神科医療が依存症について国民の理解を求める活動は有効ですが、依存症の回復には、回復者本人から市民国民に向けた依存症からの回復の方法をメッセージの形で知らせる機会を行政の方々が用意することが欠かせなくなると思います。SBIRTSの最後のSにも力点を置いてもらいたい。	依存症のために人生を狂わせ、貧困や孤立に陥った人々への支援を厚くしてほしい。
一般社団法人パッソ		就労支援をもっと強化していただきたい。	
認定NPO法人横浜マック	計画相談事業の開始	行政や医療機関がもっと積極的に民間団体へつなげること。	
特定非営利活動法人とかちダルク			
NPO 法人札幌マック		中間施設の意義を記述してほしい	

表1 第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援など（団体別）

団体名	基本法 / 基本計画 / 都道府県計画を契機に取り組んだ活動	第2期基本計画に入れてほしい民間団体支援	自由記載 (啓発週間のアイデア、対策の提案など)
特定非営利活動法人 STORY			
専門職種による職能団体			
公益社団法人 日本医療社会 福祉協会	医療ソーシャルワーカーを対象とした、アディクション支援力向上のための研修を始めた	一般医療機関のソーシャルワーカーが、院内で連携してアウトリーチしやすくするために、 <u>診療報酬に反映するような仕組みについて計画してほしい</u>	
新潟市薬剤師 会自殺予防対 策班	薬剤師会員へのアルコール関連問題、依存症問題の周知啓発		
日本アルコール 看護研究会	特になし	法人以外の民間団体への支援の柔軟性	
アディクシ ョン関連問題 作業療法研究 会		民間団体の取り組みを支援するよう <u>な助成金の予算を増額してもらいたい</u>	
訪問看護ス テーション ゆうなぎ	特別何もないが、社内で勉強会をしている	地域医療の声を聞いてほしい。	
学会・研究会			
関西アルコ ール関連問題 学会	年次大会において各府県の推進計画、拠点病院の取り組みなどの情報の共有や交流ができるシンポジウム等を開催した。	関西地区の自助グループでは会員数が減少していることと、 <u>運営費に苦慮されている状況があります。自助グループ支援の強化を要望いたします。</u>	
沖 縄 A N D O G ネットワーク	『リカバリー・パレード[回復の祭典]&ハルクンプロジェクト in Okinawa』として、「アルコール関連問題啓発週間」がある11月の日曜に那覇市国際通り（歩行者天国）にて街頭パレードと絵本読み聞かせイベントを合体させた催しを2014年から毎年実施。	『リカバリー・パレード&ハルクンプロジェクト in Okinawa』（略称：リカプロ沖縄）は当会が実行委員会を組織して実施していますが、行政職員が準備段階から参加してくれると、「顔の見える連携」がさらに深まると思います。	ポスターも大切ですが、動画やSNSでの広報なども工夫して良いと思います。
その他			
日本キリスト 教婦人禁酒同 盟		女性のアルコール問題・1) 依存症対策 2) 被害者救済 3) 児童・生徒への酒害教育の強化	啓発週間内のみでもメディアでのアルコールCMの取り扱いを自粛。もう少し普段でも酒害がある事を知らせるような方法は無い か？ コンビニの深夜酒類の取り扱い禁止に向けた議論
有限会社オラ シオン（オラ シオン相談支 援センター）	自助グループの会場確保等への支援。地域や行政への働きかけ。現実には非常に厳しいものです。支援の予算化が市レベルでは難しい現状だと感じています。）	民間団体支援の予算の枠組みは障害者総合支援法の地域支援事業としての位置付けになっていますが、 <u>市では個別給付でないことにより予算化を渋っています。またアルコール関連問題のある方への市町村レベルでの専門的相談への支援について予算化も含め検討を進めることができるよう、計画に一工夫をして頂きたい。市町村レベルの障害者総合支援法に基づく個別支援がさらに進むような枠組みも計画に盛り込んでいただきたい。</u>	回復施設というとらえ方は一考されてもいい時期ではないかと思っています。 生活場面での個別支援は市町村レベルで行われ、主には障害者総合支援法に基づく介護給付、訓練等給付や相談支援として実施されています。依存症支援のすそ野を広げるためにも、地域における福祉サービスに支援の枠組みを拡大する方向を目指すべきだと考えています。

表2 団体の概要など

団体名	住所	設立年	活動範囲	活動概要
市民団体・予防啓発団体・支援団体				
特定非営利活動法人アスク	東京	1983 NPO 法人化 2000	全国	アルコールをはじめとする依存性薬物やその他の依存症関連問題の予防が目的。啓発・教育・出版・人材育成・提言・電話ガイド・コンサルテーション等。
イッキ飲み防止連絡協議会	東京	1992	全国	イッキ飲ませで子どもを失った遺族が設立。若者の生命を守るため、毎年「イッキ飲み・アルハラ防止キャンペーン」を行ない、全国の大学にポスター・チラシを送付している。
一般財団法人日本禁酒同盟	東京	1898	全国	酒害啓発、禁酒支援（断酒修養会）
NPO 法人 ぶるすあるは	埼玉	2015	全国	ウェブサイトや絵本などのコンテンツによる普及啓発を行っている
鳥取アディクション連絡会	鳥取	2013	都道府県	第2条 本会は、意見交換、交流を通して自己研鑽を図り、依存症の現状と回復について広く社会に理解してもらうことを目的とする。 第3条 本会は、前条の目的を達成するために、次の各号に掲げる活動を行う。 (1) 依存症の啓発、研修事業 (2) 依存症に関する調査及び研究並びに資料の配布 (3) 講演会、講習会の開催 (4) 依存症に関する相談、支援事業 (5) その他、本会の目的達成に必要な活動 第4条 本会の目的と趣旨に賛同し、依存症からの回復を図ろうとする者とそれを支援する個人、団体とで構成する。 団体の種類は、市民団体・予防啓発団体・支援団体であり、回復施設／回復施設の連絡会。鳥取県だけでなく、周辺の自助グループ（岡山県・島根県など）も含まれている。
秋田アディクション問題を考える会	秋田	1989	都道府県	発足時は秋田市のみでの活動であったが、現在は県内7か所で（秋田市、大仙市、鹿角市、横手市、北秋田市、由利本荘市、湯沢市）月1回、アディクション関連のミーティング（例会）を開催している。 依存症にかかわる民間団体支援事業の対象団体となっている
自殺予防団体 -SPbyMD-	北海道	2013	都道府県	幸せに生きて幸せに死ぬことのできる北海道をつくるNPOとして、2013年5月1日に設立。コミュニケーション理論〈対話法〉を公式導入したゲートキーパー養成講習を、対話法研究所との協働事業として展開中。「自分の大切な人にとっての命の門番として自信を持って役目を果たせるようになりたい」という真剣な気持ちを持つ北海道民を対象に行う、こころの通う「対話」のできるゲートキーパーを目指した支援者支援。
一般社団法人おきなわASK	沖縄	2017	都道府県	アルコール・ギャンブル等依存問題の予防と支援に取り組んでいる団体 活動内容：県委託事業 電話相談・面接相談・依存症予防教室／アルコール知識講座／家族教室／節酒教室／飲酒運転防止講座／商業施設にて体質判定実施活動
NPO法人AKK こうち（アディクション問題を考え行動する会こうち）	高知	2013	都道府県	(1) 依存症の啓発（新聞広告・ラジオCM・マンガ・インターネット動画・啓発イベント・パンフレット作成・講演会開催・講師派遣等）、(2) 相談会開催（イオンモール高知「空と海とボクのココロ」）、(3) 主として高知県内の依存症関連ネットワークづくり、(4) 以上のための人材養成（学会参加・研修会参加等）
AKK かがわ（アディクション問題を考える会かがわ）	香川	1996	市区町村	月に一度の定例ミーティング、年に一度のアディクションセミナー、上映会、アディクションフォーラムを実施してきた。
地域または多機関によるネットワーク・連絡会				
アル法ネット（アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク）	東京	2012	全国	わが国のアルコール関連問題の発生・進行・再発等を予防するため、その根拠となる「アルコール健康障害対策基本法」を推進すること。そして、これらの問題に関わる団体の連携を強化すること。

表2 団体の概要など

団体名	住所	設立年	活動範囲	活動概要
依存症問題の正しい報道を求めるネットワーク	東京	2016	全国	依存症問題について、テレビ、新聞、雑誌などのマスメディアで、見過ごせないと感じる問題報道がなされたとき、協議し改善を求めていく。問題が大きい薬物については報道ガイドラインを作成。 一方、啓発に貢献した報道には、年に一度「グッドプレス賞」を授与する。 アルコール・薬物・ギャンブル依存症関連の市民団体、当事者団体、家族支援団体、治療者、研究者らの有志によって結成。事務局はギャンブル依存症問題を考える会。
四日市アルコールと健康を考えるネットワーク	三重 四日市	2009	市区町村	アルコールが関与する臓器障害および関連する諸問題について、四日市地域の医療機関や関係諸機関が連携して、これらの領域に関する研究や研修および情報交換を行い、その成果をもって治療や支援活動の向上並びに関係者の資質向上と住民への普及啓発等により貢献することを目的。 ○（一般市民向け）アルコールと健康を考えるつどい：年1～2回 ○（医療・保健・福祉の関係機関向け）アルコール問題多機関連携事例検討会：年1回程度 ○必要に応じて、その他スタッフ向けの講演会・研修会等 ○各種リーフレットや報告書の作成 【連携ガイド】 ・アルコール救急多機関連携マニュアル ・わかりやすい高齢者の飲酒問題と介入方法～こんなとき、どうする？～ ・～一般医・救急医・産業医・関連スタッフのための～SBRTSの進め方 ・お酒の飲み方チェック～「不適切な飲酒」から健康を守るために 【リーフレット】 ・アルコールの自己診断チェック ・アルコールが脳に及ぼす影響 ・アルコールとがん（乳がん、肝臓がん、食道がん、大腸がん、口腔がん・咽頭がん・喉頭がん） ・お酒の飲みすぎと外傷 ・糖尿病とアルコール ・アルコールと心臓・血圧の病気 【報告書】 ・活動の経過と方向性～連携はどこまで強化されたか～ ・アルコール健康障害と地域連携～多機関・多職種スタッフへのアンケート調査結果から～
鳥取県東部地区アディクション関係者ネットワーク研究会	鳥取	1994	都道府県	目的：アルコール・薬物等のアディクション問題は、保健・医療・福祉の各機関はもとより職場・地域・家庭の中でさまざまな課題を持っている。各関係機関はそれぞれに対応しているところであるが、アディクション問題の発生、進行及び発生の予防を図り、各段階に応じた取組を推進するため、定期的に研究会を開催し、相互理解を深め、ネットワークを構築することを目的とする 対象：東部地区の医療・保健・福祉、職域、教育、司法、警察、救急、消防、民間支援団体等アディクション問題の関係機関。 日時：年4回 原則第3金曜日 午後2時から午後4時まで 場所：福祉相談センター会議室 内容：関係機関の取組報告 事例検討 意見交換 ※鳥取県東部で長年開催してきた東部地区アルコール関連問題関係者ネットワーク研究会をアディクション関係者ネットワークと改称している。そして、鳥取県の中部地区、西部地区においても福祉保健局（保健所）を事務局とし、依存症治療プログラムを実践している医療機関と協力したネットワーク研究会を開催するように障がい福祉課との協議のもと進めている。
あきた依存症ネットワーク	秋田	2018	都道府県	民間団体、関係機関及び関係者等、県全体のゆるやかなネットワークによる依存症の正しい理解の普及と回復を支援する活動
自助グループ				
公益社団法人全日本断酒連盟	東京	1963	全国	酒害啓発事業。酒害の及ぼす社会悪の防止と広く社会に貢献するため地域断酒会の結成を促進する。酒害啓発のため、出版物を発行し、酒害相談・全国大会・研修会・市民公開セミナー等を企画、開催する。
AA日本(NPO法人AA日本ゼネラルサービス) Alcoholics Anonymous of Japan	東京	AA日本 1975 NPO法人化 2004	全国	AA（アルコールリクス・アノニマス）とは、さまざまな職業・社会層に属している人たちが、アルコールを飲まない生き方を手にし、それを続けていくために自由意志で参加している世界的な団体です。 AAのメンバーになるために必要なことは、飲酒をやめたいという願いだけです。会費や料金は必要ありません。
札幌連合断酒会	北海道 札幌市	1958	市区町村	研修会、勉強会、セミナー

表2 団体の概要など

団体名	住所	設立年	活動範囲	活動概要
堺市東断酒会	大阪堺市	1979	市区町村	断酒例会の運営及び市民活動としてのアルコール健康障害対策
愛知県愛西断酒会	愛知県名古屋市	1988	市区町村	酒害に関する社会啓発と酒害の及ぼす社会悪の防止と広く社会福祉に寄与することを目的
特定非営利活動法人徳島県断酒会	徳島	1971	都道府県	1 酒害の啓発、2 酒害に関する調査及び研修会等の開催、3 講演会、講習会及び研修会等の開催、4 酒害の相談、5 機関紙の発行と配付、6 各地域での断酒例会等開催、7 関係官庁及び医療機関との連携による酒害者救済、8 関係団体との連携による情報収集及び開発活動
滋賀県断酒連絡会 野洲断酒会 東近江断酒会	滋賀	2017	市区町村	市町単位でのアルコール関連問題啓発、相談事業、及び近畿圏内での既存断酒会退会者受け皿としての自助組織。活動内容は以下。 1) 市町行政との定期的（月1回）なアルコール勉強会への参加（竜王町） 2) 行政が毎週実施しているアルコール相談日に例会開催及び相談事業（野洲市） 3) 年2回市民向けアルコール啓発事業の開催 6月啓発ビラ配布、11月市民向け映写会（野洲市）
NPO法人鳥取県断酒会	鳥取	1999	都道府県	断酒例会の開催運営 酒がいアルコールの悩み相談 回復可能な病気依存症の普及啓発
東京多摩断酒連合会	東京	1993	市区町村	断酒会
秋田県断酒連合会	秋田	1978	都道府県	断酒会相互の親睦と協力を深め、地域社会に開かれた断酒会活動を展開し、酒害に悩む当事者、家族の回復の啓発に努め、もって社会福祉に貢献することを目的とする。
NPO法人コミファ	秋田	2017	都道府県	・巻き込まれ家族の心身の健康を回復することで家族の関係改善を図り、依存症者の回復を目指している。 ・依存症を有する人の家族あるいは依存症者の相談を行い、必要な情報を提供し、回復につなげる支援をしている。 団体の種類は3つに○ 自助グループ / 支援団体 / 地域ネットワーク
回復施設／回復施設の連絡会				
特定非営利活動法人いちごの会	大阪	1999	全国	依存症の方が患者から生活者へ、生活をつくる、人間関係をつくる、その人らしい就労を支援する。また、地域から治療につながり自助グループに繋がる支援活動、啓発活動を行っている
特定非営利活動法人 大阪マック	大阪	1981	全国	アルコール、薬物、ギャンブル等外依存症からの回復・自立を目指した施設です。“どんなに酷い依存症者でも必ず回復できる”を合言葉にAAプログラムの12ステップをベースとしたプログラムを提供しております。求められればどこへでも回復のためのメッセージを運び、1人でも多くの未だ苦しんでいる依存症者の方々に回復のためのプログラムを運びます。
特定非営利活動法人 市民の会寿アルク	神奈川	1992	市区町村	アルコールやギャンブル依存症者にAA12ステップに基づくプログラムを提供し、病気の自覚と生活習慣を整える支援を個別的な対応に心掛けて行い、併せて地域のAA（自助グループ）への所属と通所の習慣をつけていただきます。通所の体力や意思が弱い人には障害者就労継続の場も用意し生活支援をしています。
一般社団法人 パッソ	大阪東大阪 市	2015	市区町村	依存症の方を対象とした就労継続支援B型事業所
NPO法人と かちダルク	北海道	2012	都道府県	薬物依存、アルコール依存、ギャンブル依存、その他生きづらさを抱えた方への、回復と自立の支援。
認定NPO法人 横浜マック	神奈川	1984	都道府県	デイケア・男女のグループホームにて、アルコール依存症のサポートを行っている。
特定非営利活動法人 とかちダルク	北海道	2012	都道府県	薬物依存症、アルコール依存症からの回復と自立を支援する。共同生活の場所の提供。刑務所内でのグループワークを通じダルクの活動を伝える。
NPO法人札幌マック	北海道	1989	都道府県	男性女性別にセンターを運営、グループホーム（男性3か所／5+5+3、女性1か所／4）を運営。グループセラピー（ミーティング）を中心として、宿泊研修や受託公園清掃などを実施。自助グループへの参加は必須。

表2 団体の概要など

団体名	住所	設立年	活動範囲	活動概要
特定非営利活動法人 STORY	東京世田谷区	1995	市区町村	作業やミーティング・レクリエーションを通して、人と人との触れ合いの中で依存対象を必要としない生活の継続と、人間性の回復を目指して写会適応訓練を行っている。 【生活訓練】ミーティング/テキスト学習/創作活動/料理実習 他 【就労継続支援 B 型】リサイクルセンターの運営/自主製品づくり (廃油石鹸「すご腕君」・紙漉き) 【共通】合同ミーティング/ソフトバレーボール練習/宿泊研修/病院メッセージ他
専門職種による職能団体				
公益社団法人日本医療社会福祉協会	東京	1964	全国	実践と研究を通して、国民に対して質の高い医療福祉サービスが提供されることに貢献することを目的に以下 5 項目の公益事業を行っている。 (1) 保健医療分野の福祉および社会福祉サービスに係る調査研究事業 (2) 保健医療分野の福祉サービスに携わる社会福祉士の専門知識及び技術の習得および向上の資する研修事業 (3) 認定医療社会福祉士制度の整備並びに資格の付与に関する事業 (4) 社会に貢献する事業 (5) その他本会の目的を達成するために必要な事業 * 2017 年度より、アディクション研修を実施している。
新潟市薬剤師会自殺予防対策班	新潟新潟市	2012	全国	会員を中心に、自殺予防普及啓発、実態把握、人材育成、多職種連携
日本アルコール看護研究会	東京	1990	全国	年 1 回 全国大会 250 名くらいの参加 年 1 回 全国ブロック長会議 全国のアディクション臨床看護師の活動報告確認 年 1 回 アルコール関連問題の啓発セミナー (一般市民・専門家向け) 年 1 回 新人看護師研修会・宿泊セミナー・事例検討会
アディクション関連問題作業療法研究会	岡山	2019	全国	アディクション関連問題に関する専門職向けの研修開催
訪問看護ステーションゆうなぎ	兵庫神戸市	2013	市区町村	精神科に特化した訪問看護ステーションです。クレプトマニア・アルコール・薬物も訪問しています。
学会・研究会				
関西アルコール関連問題学会	大阪	1992	地区	日本アルコール関連問題学会の地方学会として、会員相互の親睦、交流を図り、アルコール関連問題の改善に寄与することを目的に、年次大会、市民公開講座、広報事業等を行う。
沖縄 ANDOG ネットワーク	沖縄	2012	都道府県	①沖縄県内で、下記 5 つの依存症回復支援に関わる援助職がそれぞれの領域を超えて連携し活動する研究会で、ANDOG はその頭文字を取って命名。Alcohol + Nicotine + Drug + Overeating/ Obesity + Gamble/Game アルコール+ニコチン+薬物+過食/肥満+ギャンブル/ゲーム ②毎月第 3 火曜の夜に 2 時間の例会を沖縄大学内で開催しており、奇数月は「依存症の最新トピック紹介」、偶数月は MI (動機づけ面接) 演習を行っている。
その他				
日本キリスト教婦人禁酒同盟	東京	2001 (禁酒は 1883 年婦人矯風会より)	全国	1) 全国の会員に向けて年 4 回ニュースレター発行、アスクの最新パンフレットを全国に送付 2) 各支部で酒害・禁酒について学ぶ 3) 会員の親族の子供、教会学校の子供への禁酒教育 4) 世界大会 (世界キリスト教婦人禁酒同盟) への参加
有限会社オラシオン (オラシオン相談支援センター)	大阪東大阪市	1993	市区町村	障害者総合支援法に基づく、指定特定相談支援事業所として、アルコール関連障害のある方を中心にした依存症の方への計画相談支援 (ケースマネジメント)

## 8. 大学等のアルコール対策の実態に関する調査

---

川井田恭子、大脇由紀子、吉本 尚

# 大学等のアルコール対策の実態に関する調査

川井田恭子<sup>1)</sup>、大脇由紀子<sup>1)</sup>、吉本 尚<sup>2)</sup>

1) 筑波大学医学医療系 研究員、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授

## 提言

- ▶ 大学への進学率が50%を超える我が国において、大学等でのアルコール対策の取り組みは若年者の飲酒問題対策として非常に重要である。
- ▶ 今後の大学等における飲酒問題対策については、効果的な規制や対策のあり方や実現可能性を検討し、対策ガイドラインなどのような形で、標準的な取り組みを明示していくことが望ましい。
- ▶ 大学等における現実的な飲酒問題として、「未成年飲酒およびSNSへの投稿」「飲酒による急性アルコール中毒や外傷など」「近隣などへの迷惑行為」などの声があったが、その対策は注意喚起やポスターの掲示・配布にとどまっている。本人自身へのアルコール教育だけでなく、周囲への強要もさせないハラスメント教育や教員、職員への教育なども充実させる必要がある。
- ▶ 飲酒問題対策として効果的と思われる「飲み会・コンパの規制」「未成年飲酒予防キャンペーン」などの取り組みがあまり行われていないため、思い切った規制やキャンペーン活動などの試みも重要であると考えられる。
- ▶ アルコールに関する教育・指導に必要な人材育成・外部講師の活用や時間の確保など、対策実施に必要な環境要因を整えることも重要である。

## I. はじめに

2018年の世界保健機関（WHO）の報告<sup>1)</sup>では、2016年の世界の全死亡の5.3%に該当する約300万人がアルコールの有害な使用によって死亡しており、アルコールの消費に起因する全死亡のうち、28.7%が外傷、21.3%が消化器疾患、19%が心血管疾患、12.9%が感染症、12.6%が癌によるものと報告されている。特に、外傷などは短時間で大量のアルコールを摂取するようなビンジドリンキングなどにより引き起こされると考えられ、WHOやCDC<sup>2)</sup>は大学生がそのリスク集団であると指摘している。実際、吉本らが日本の大学生を対象に行った調査<sup>3)</sup>では、ビンジドリンキングが外傷のリスクを25倍以上高めたと報告している。我が国でも、2014年に「アルコール健康障害対策基本法」が施行され、未成年飲酒者などを対象にした取り組みが行われているが、大学生に特化した記載はない。このような中で、各大学や専門学校などにおいて、どのようなアルコール対策がなされているのか大々的に行った調査はほとんどなく、実態や実施の障壁となっている要因は明らかにされていない。本調査は大学等への進学率が50%を超える我が国の若年者の飲酒問題対策として、重要なデータとなりうるものである。

## II. 研究の目的

- 1) 大学等におけるアルコール対策の実態を明らかにする。

- 2) 実施の障壁となっていることだけでなく、取り組みがうまくいっているという好事例についても明らかにする。

## III. 対象と方法

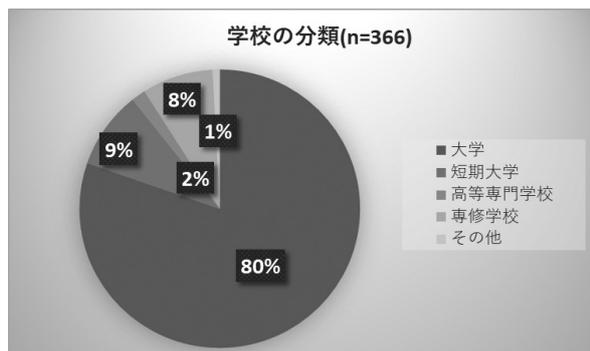
- 1) 研究デザイン：自記式アンケート調査による横断研究
- 2) 調査対象：大学807校、短大90校、専修学校90校、高専13校の計1,000校
- 3) 調査方法：調査会社を通して郵送・回収する形でアンケート調査を実施した。
- 4) 調査内容：
  - (ア) 貴校の学生の飲酒実態に関する認識について
    - ▶ 貴校におけるアルコール問題に関する認識
    - ▶ アルコール対策の必要性についてどのように感じているか
  - (イ) 貴校におけるアルコール対策の現状について
    - ▶ アルコール対策を担当得する部署について
    - ▶ 実施している取り組みについて
    - ▶ アルコール指導は十分にできているか
    - ▶ アルコール対策を推進するうえで連携すべき部署等について
  - (ウ) 貴校における学生を対象にしたアルコール教育の現状について
    - ▶ アルコールに関する情報提供・教育・指導
    - ▶ 上記担当者
    - ▶ 開発された教材活用について

#### IV. 倫理的配慮

本研究は、筑波大学医の倫理委員会の承認を得て実施された。

#### V. 結果

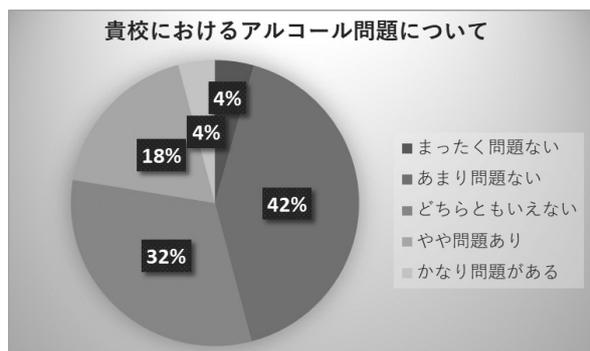
1,000校のうち、988校に配布され、376校より回答が得られた（回収率37.1%）。8割が大学となっている。学校の規模としては、「500～1,000人」の回答が最も多かった。



<貴校の学生の飲酒実態に関する認識について>

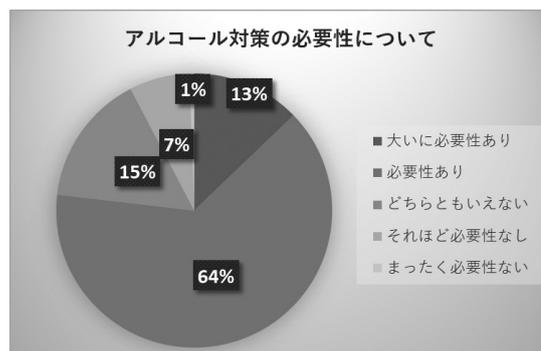
##### ①貴校におけるアルコール問題に関する認識について

「まったく問題ない（4%）」、「あまり問題ない（42%）」で、半数近くは問題を感じていなかった。一方で、「やや問題あり（18%）」、「かなり問題あり（4%）」と問題を感じていると答えたものも比較的多かった。問題があると感じている理由の詳細を添付資料1（p217）に示す。



##### ②アルコール対策の必要性についてどのように感じているか

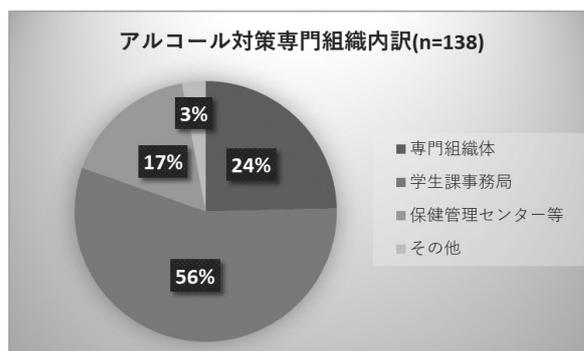
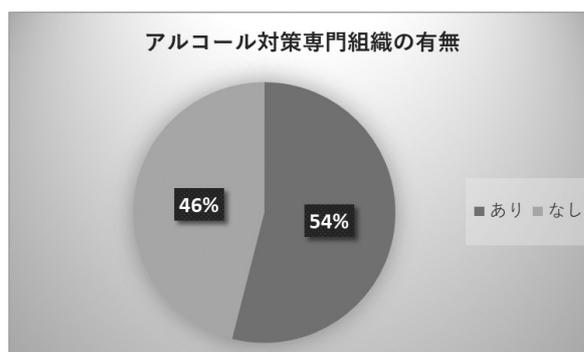
「大いに必要あり（13%）」、「必要性あり（64%）」と多くの学校においてアルコール対策の必要性を感じていた。



<貴校におけるアルコール対策の現状について>

##### ①アルコール対策担当部署について

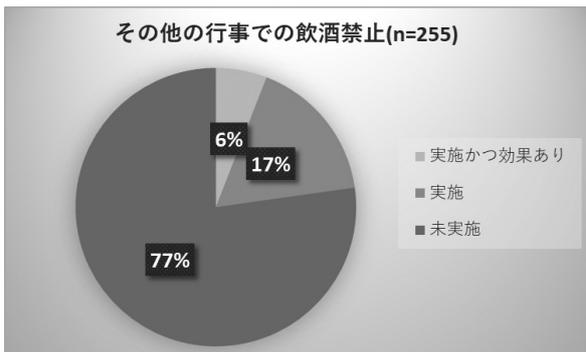
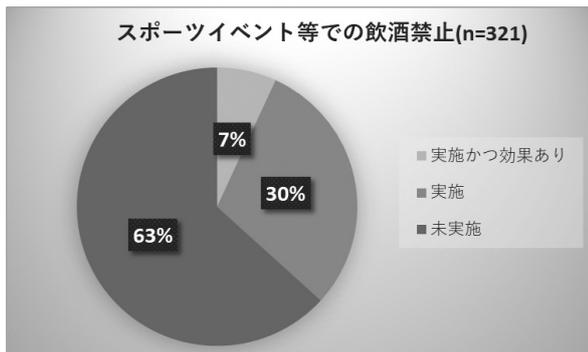
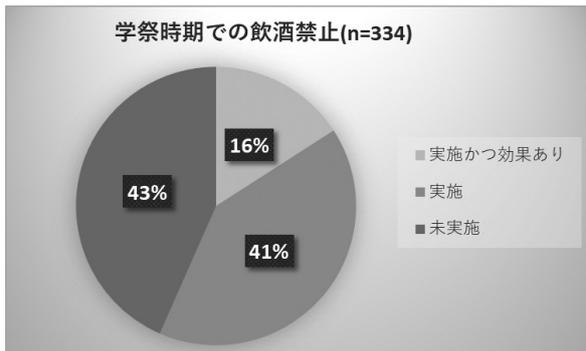
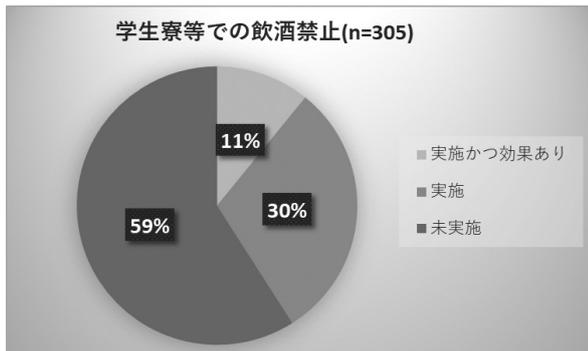
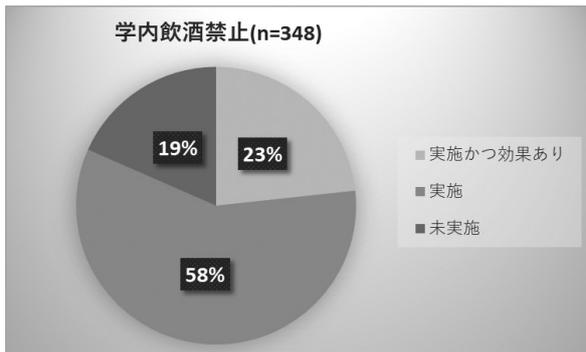
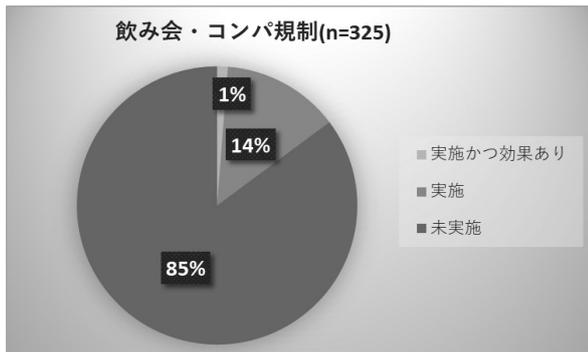
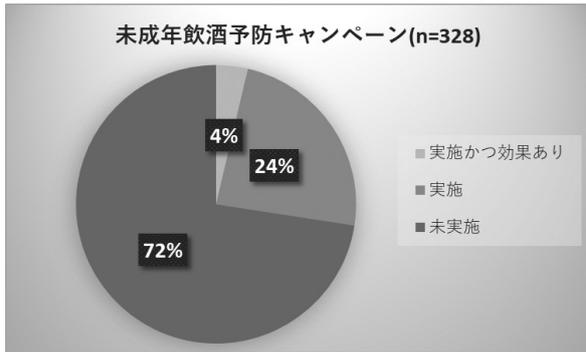
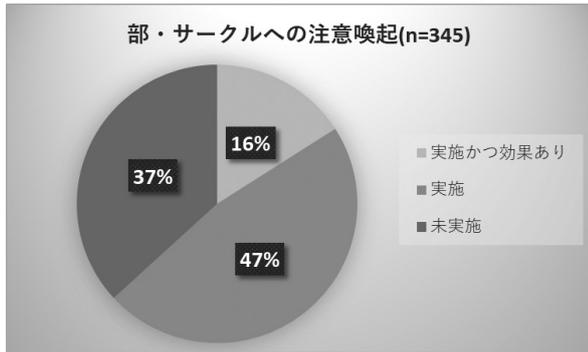
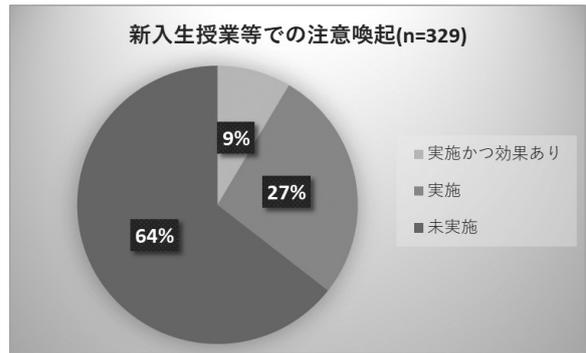
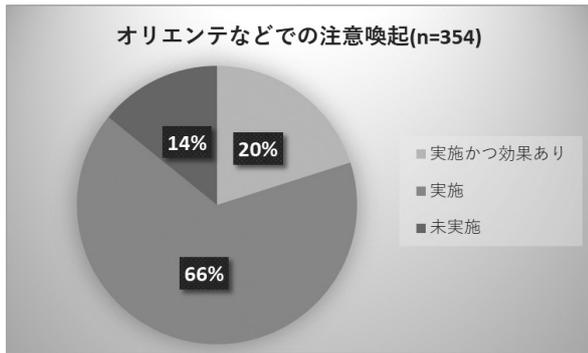
アルコール対策を行う組織があるのは半数強にとどまっており、「専門組織体」「学生課事務局」「保健管理センター」がほとんどであった。他に、「ハラスメント防止委員会・相談窓口」「学生生活委員会」「人権侵害防止委員会」「学内相談員」などの回答が得られた。

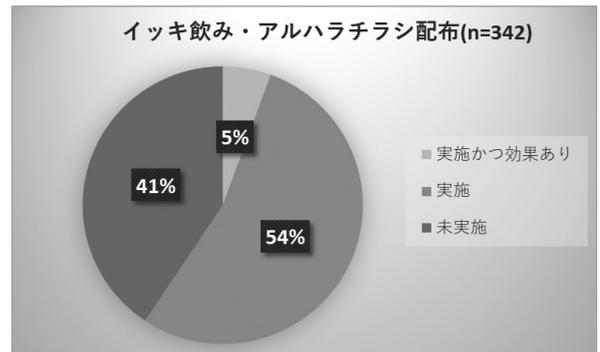
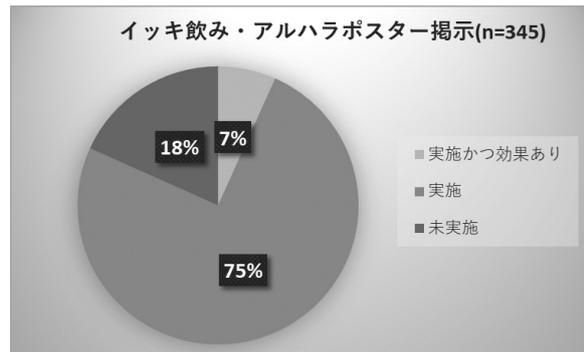
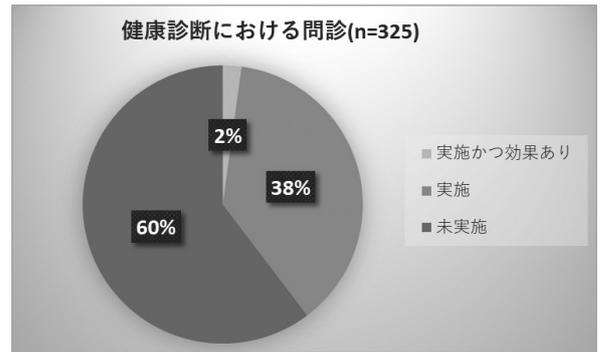
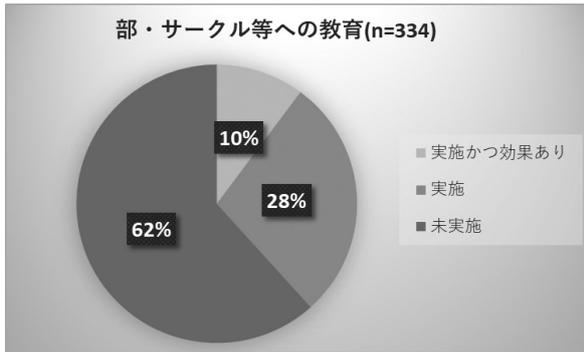
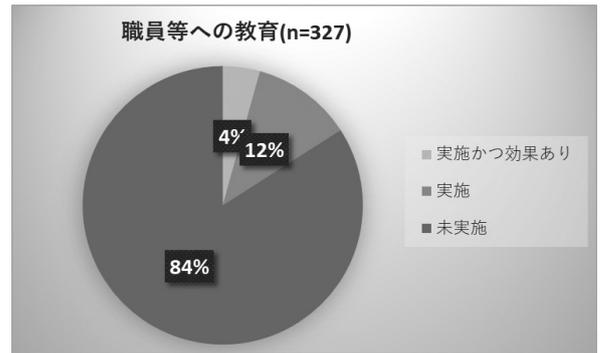
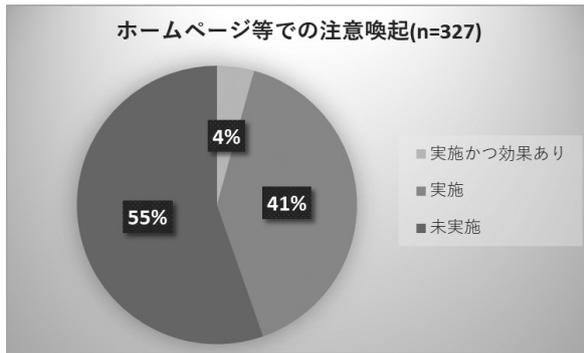


##### ②実施している取り組みについて

半数以上の学校で実施されているのは、「オリエンテーションなどでの注意喚起」、「部・サークルへの注意喚起」、「学内飲酒禁止」、「学祭時期での飲酒禁止」、「イッキ飲み・アルハラ予防ポスターの掲示」、「イッキ飲み・アルハラ予防チラシの配布」であった。

一方、余り実施されていない取り組みは、「未

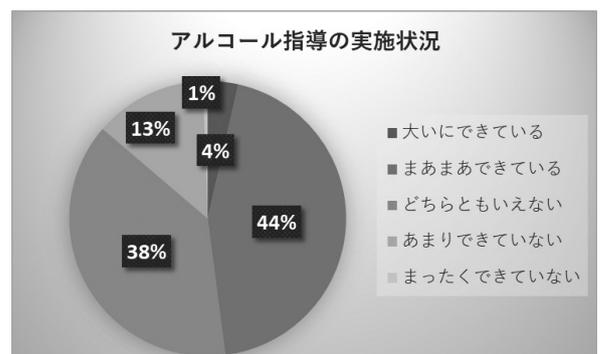




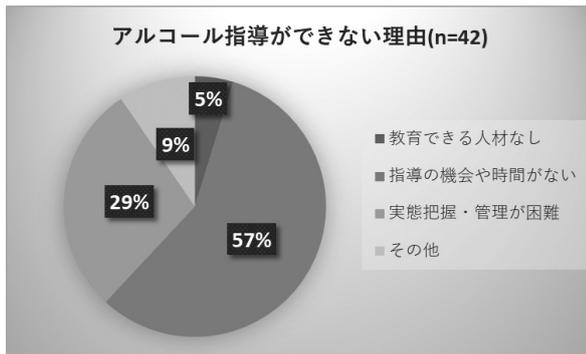
成年飲酒予防キャンペーン「飲み会・コンパ規制」「学生寮等での飲酒禁止」「スポーツイベント等での飲酒禁止」「その他の行事での飲酒禁止」「職員等への教育」「部・サークルへの教育」「健康診断における問診」であった。特に「飲み会・コンパ規制」については85%、「職員等への教育」については84%が実施していないと回答していた。

### ③アルコール指導は十分にできているか

アルコール指導の実施については、半数近くができていないと回答していた。



実施できていない理由としては、「教育できる人材がいない」「指導の機会や時間がない」と回答した学校が8割以上を占めた。



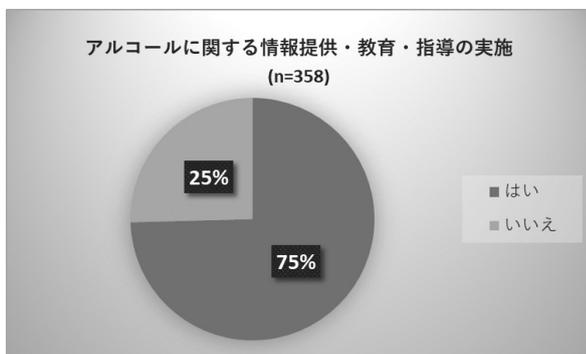
### ③アルコール対策を推進するうえで連携すべき部署等について

「医療機関」が最も多く、「行政機関」「警察」が多く挙げられていた。

＜貴校における学生を対象にしたアルコール教育の現状について＞

#### ①アルコールに関する情報提供・教育・指導

4分の3の学校において、アルコールに関する教育等が実施されていた。その方法としては、「学生の生活のしおり（セーフティライフ）などによる情報提供」が最も多かった。「誰が実施しているか」については、教員や事務職員がほとんどであった。



## V 考察

アルコールに関する自校の問題について、半数近くは問題がないと回答していたが、問題を感じている学校では、未成年飲酒およびSNSへの投稿の問題が最も多く、飲酒による急性アルコール中毒や外傷などの事故が発生していることが確認された。しかし、実際の取り組みとしては、注意喚起やポスターの掲示配布にとどまっており、「飲み会やコンパの規制」「未成年飲酒防キャンペーン」などの取り組みが遅れており、実在する問題と取り組みの実施との間に齟齬が生じている。未

成年飲酒については、本人の意思で飲酒している可能性もあるが、周囲からの同調圧力などにより飲酒している可能性もある。実際に、アルコール問題を感じている理由として「学生が、後輩（未成年者）にすすめてしまう」や「部活動において強要まではないが、アルコールを飲まないといけない雰囲気があり、不安を感じている学生の相談があるため」、「学内外から未成年飲酒やアルハラについてのご意見をいただくことがある。」などアルコールハラスメントの問題が存在していることが推察された。大学によっては、ハラスメント委員会などを設置して、アルコール問題も含めて対応しているが、アルコールのリスクについて伝えるとともに、ハラスメント防止につながるような教育・指導も重要であると考えられる。

また、急性アルコール中毒や外傷などの問題も散見されることについては、半数以上の学校で実施されている対策として「学内飲酒禁止」や「学祭時期での飲酒禁止」が選択されている一方で、問題の理由に、「学祭でお酒販売が許可されているため毎年泥酔者が出る。学生や教員がイベント等でお酒を売ることがあり、泥酔者が出たことがあった。」とあり、学校により対策や規制が異なる可能性があることが推察される。今後の大学等における飲酒問題については、その規制や対策のあり方をさらに検討し、可能な限り統一された効果的な取り組みになるように検討する必要がある。

さらに、アルコール指導についても、教育できる人材がいなかったり、時間の確保が難しかったりなどの環境要因によって実施が困難であると推察された。アルコール対策を推進するためには、外部機関等と協力するとともに、指導教育できる人材の確保や、飲み会・コンパの規制など思い切った試みも必要だと考える。また、依然として未成年飲酒が後を絶たない。飲酒のリスクを丁寧に伝えるとともに、飲酒の場において、学生自身がアルコールハラスメントの被害者にならないようにするだけでなく、加害者にもならないように教育し、理解を促す必要がある。

## 引用文献

- 1) World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. 2018 [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)
- 2) Centers for Disease Control and Prevention.

## 添付資料 1 アルコール問題があると認識している理由 (自由記載)

- ▶ 未成年が飲酒し、SNS 等に投稿することがある。
- ▶ 報道にて、他大学においても未成年飲酒や過度な飲酒について問題が指摘されており、問題があると感じている。
- ▶ 学内での飲酒について、ルール決めが必要である。
- ▶ サークル等の飲み会で未成年者が飲酒をしていることが疑われるケースが散見される。また、学内のごみ箱でアルコール飲料の空き缶等が日中に発見されることがあり、昼間から飲酒をしている学生が存在する可能性がある。
- ▶ 未成年の飲酒報告や急性アルコール中毒による救急搬送が数年に 1~2 件発生するため。
- ▶ 未成年による飲酒問題が起きるケースがあった。
- ▶ 昨年度、飲酒に伴うケガが発生したため (サークル団体において)。
- ▶ 時々飲食に関する事案 (数年に 1 回程)、未成年飲酒等がある。
- ▶ まれに指導が必要な場合がある。
- ▶ 未成年の飲酒に対する問題・指導方法。
- ▶ 昨年急性アルコール中毒で救急搬送された学生が相次いだため。
- ▶ 未成年飲酒については法的にも学内の取り扱いについても処罰がないため学生の指導に限界がある。
- ▶ 様々なメディア等で報道されている飲酒運転による事件・事故・大学生のコンパ等で急性中毒など社会問題となっていること。
- ▶ 未成年者案件
- ▶ 年に数回であるが飲酒に関する事故がある。
- ▶ 学祭における飲酒について、認めるかどうか問題になっている。
- ▶ 大学構内で未成年の学生が飲酒した。
- ▶ 未成年による飲酒問題が起きたため。
- ▶ 死亡に至ってしまう事例はないが、重篤な症状になるケースがあり、効果的な対策が必要と考えている。
- ▶ 年に数回アルコールに起因したトラブルあり。
- ▶ 飲酒に関係する学生の事件・事故が毎年のように発生している状況である。
- ▶ 学生同士がプライベートで食事に行く時に飲んでしまう。もしくは後輩 (未成年者) にすすめてしまう。
- ▶ 未成年の飲酒等が動画に投稿された。
- ▶ 学生がアパート内で飲酒を数人で行い、近隣住民に迷惑 (大声・深夜) を掛け、大学へ連絡がある。
- ▶ 毎年学生に対して指導を行っているが、アルコールに起因するトラブルが数件は発生しているため。
- ▶ 未成年の学生が飲酒していることが SNS で発覚することがあるため。
- ▶ サークル・部内における未成年の飲酒。
- ▶ 学祭でお酒販売が許可されているため毎年泥酔者が出る。学生や教員がイベント等でお酒を売ることがあり、泥酔者が出たことがあった。
- ▶ 住宅街での騒音等の問題、飲酒による救急搬送等が発生している。
- ▶ 専修学校であり 2 年制であるため 20 才未満の学生と 20 才を超える学生が混在すること。全寮制であること。
- ▶ 未成年による飲酒問題が発生したという事例あり。
- ▶ 部活動において強要まではないが、アルコールを飲まないといけない雰囲気があり、不安を感じている学生の相談があるため。
- ▶ 学内外から未成年飲酒やアルハラについてのご意見をいただくことがある。
- ▶ 学生アパートの夜間の酒宴による騒音苦情。
- ▶ 未成年飲酒及び SNS への投稿。
- ▶ 把握している範囲ではあるが、急性アルコール中毒等の問題の報告はない。しかし未成年学生

が飲酒の様子を SNS に上げ、それを見た第三者が大学に匿名メールで知らせたこと等により発覚し、関係学生に事情聴取等をして対応するなどの事例はある。

- ▶ 過去に未成年飲酒で学生懲戒をしたことがあるため。
- ▶ 学生向け刊行物や広報誌、ポータルサイト、Twitter 等にて注意喚起を行っているところであるが、未成年飲酒や救急搬送等の事案が発生している。
- ▶ サークルでの飲酒、未成年飲酒問題。
- ▶ 寮生が自室にて隠れて飲む事が問題となっている。
- ▶ 学内でアルコール飲料の空き缶が見つかることがたまにある。
- ▶ 学生団体の飲酒時マナーに関してのクレームが年数回あるが、なくなる。
- ▶ H29～R1（1月現在）の飲酒事故による近隣大学病院への年間搬送件数が、4年前に比べ1.5倍程度になってしまっているため。
- ▶ 未成年者飲酒、SNS（不適切行為の投稿）。
- ▶ 本学でも過去に飲酒による死亡事故が発生しているが、年月を経て学内での危機感が薄まっていると感じています。飲酒による学生間のトラブルも過去にありました。
- ▶ 未成年者によるハメを外した飲酒が時に見受けられる。
- ▶ 掲示やメール等で学生に注意を呼び掛けても、救急搬送等がなくなるため。
- ▶ 大学構外や課外において、未成年学生の飲酒トラブルの発生が続いており、継続的に注意喚起を行っているが、根本的な解決策が見当たらない。
- ▶ 学生による飲酒トラブルが多いため。
- ▶ 近隣の病院より急性アルコール中毒等で搬送があったと情報が入ることがある。
- ▶ サークル活動や学園祭での学生の飲酒について、学校のルールに沿った行動が出来ていないことがあるため。
- ▶ 近隣コンビニでの飲酒マナー。
- ▶ 未成年のアルコール飲酒に関連した不祥事が起きている。
- ▶ 未成年のアルコール飲酒、SNS への掲載。
- ▶ 懲戒レベルではありませんが、学生アンケートを見ると、飲酒の強要や未成年飲酒はあります。SNS 掲載から苦情が寄せられることもありま

す。

- ▶ 数年前に未成年飲酒事案が発覚し、以降アルコール対策に力を入れている。
- ▶ 現状でトラブル等の事案を把握していないが、本学学生が当事者になる可能性もあるため、注意深く見守ってゆきたい。
- ▶ 未成年飲酒やそれらの SNS へのアップなど、飲酒翌日の体調不良など。
- ▶ 様々な事案が発生しているため。
- ▶ 未成年の飲酒が年に数回報告されている。
- ▶ 未成年の飲酒について、時々報告される。
- ▶ 未成年学生の飲酒や、学生による飲酒運転が原因の交通事故が起きているため。
- ▶ 未成年の飲酒事例があった。
- ▶ 学内での飲酒を全面禁止としているにもかかわらず、酒の空き瓶や空き缶が見つかることが多いことや、未成年飲酒の事例が複数報告されているため。
- ▶ 学生の飲酒によるトラブルが発生しているため。
- ▶ 放課後友人同士でカラオケに行き、SNS にアップした記事に未成年者の飲酒の状況を発見し、指導したケースがある。他にも起きている可能性あり。
- ▶ 学内で未成年者と成人者が混在しており学則や寮則で一切アルコールの持ち込み等は禁止しているが、飲酒の実態は把握できない。
- ▶ 毎年飲酒による事件事故が複数発生するため。
- ▶ 酔った学生が警察に保護されることがある。自分自身がお酒で失敗していても、依存症まではない、と、勝手に判断していることがある。

## 9. 飲酒運転根絶に関する条例の効果

---

吉本 尚、大脇由紀子、川井田恭子、猪野亜朗

# 飲酒運転根絶に関する条例の効果

吉本 尚<sup>1)</sup>、大脇由紀子<sup>2)</sup>、川井田恭子<sup>2)</sup>、猪野亜朗<sup>3)</sup>

1) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学 准教授、2) 筑波大学医学医療系 研究員、3) かずみがうらクリニック

**要約：**飲酒運転根絶のための対策については、多くの地方自治体が交通安全実施計画等に沿って実施されていたが、飲酒運転根絶に特化した条例が制定されている都道府県や市町村は少なかった。飲酒運転の再犯の要因にもなるアルコール依存症などの診断に関する受診が義務化されている都道府県は2県のみであった。2010年から2017年の飲酒運転事故数の推移と条例施行前後の統計的な比較検討からも、アルコール依存症などの受診義務が条例で制定されている2県の飲酒運転事故数の減少率は、他県と比して高いと考えられる。国レベルの法整備と取り組みに加えて、各自治体の飲酒運転根絶に関する条例の制定や、条例の中にアルコール依存症などの診断に関する受診義務が明文化され、具体的に受診や相談指導に結びつくような法整備の重要性が示唆される。

## I. はじめに

飲酒運転対策として効果的な介入は、国際比較による検証でも、ランダムな呼気検査や「しらふ」か否かの検問、飲酒運転を規制する法律、許容血中アルコール濃度の制限などが挙げられており、効果の持続には法的な強制力が必要とされている<sup>1)</sup>。飲酒運転による死亡事故率は「飲酒なし」と比較して約8.3倍と報告されており<sup>2)</sup>、飲酒運転を繰り返す者は、その背景にアルコール依存症の問題がある可能性が指摘されている<sup>3)</sup>。そのため、第1期基本計画では飲酒運転をした者について、アルコール依存症等が疑われる場合、専門医療機関等における治療につなぐための取組を推進しており、警察庁では、飲酒運転により免許停止や取消となった者に対し「飲酒取消講習」の受講を義務づけ、アルコールスクリーニングテストやブリーフインターベンション等を含む、飲酒行動の改善を促すためのカリキュラムを実施している<sup>4)</sup>。

わが国では飲酒運転の根絶に向けて刑法や道路交通法が改正され、2014年5月には「自動車運転死傷行為処罰法」が施行されるなど、国レベルで飲酒運転の厳罰化が図られている<sup>5)</sup>。また都道府県などの地方自治体でも、飲酒運転根絶に関する条例が制定されるようになってきている。しかし、各地方自治体の飲酒運転に係る条例の制定状況や具体的内容は調査されておらず、多量飲酒やアルコール依存症の可能性のある飲酒運転者の診断・治療、保健指導等に言及した条例の制定状況と、その専門医療や保健指導の受診率向上等の効果は明らかにされていない。

## II. 研究の目的

- 1) 地方自治体における飲酒運転根絶に関する条例および飲酒運転に係る条例の制定状況、その具体的な内容と飲酒運転違反者へのアルコール依存症に関する受診義務や勧奨の法的整備の現状を明らかにする。
- 2) 飲酒運転後の受診義務が条例に含まれる都道府県と、受診義務が含まれない都道府県の飲酒運転事故数の推移を明らかにする。
- 3) 飲酒運転後の受診義務や保健指導の勧奨が条例に含まれる都道府県におけるアルコール依存症や健康障害に関する受診率を明らかにし、受診義務等の効果を検討する。

## III. 調査および分析の方法

### 1) 調査方法

- (1) 都道府県の飲酒運転に関する条例の制定状況および内容

都道府県と市町村の飲酒運転に関する条例について、インターネットに公開されている条例を調査し、不明瞭な点は各都道府県の担当者に電話連絡の上、内容を確認した。

- (2) 都道府県別の飲酒運転事故数と関連要因

改正道路交通法施行後の2010年から2017年の事故数の推移を調査した。また、2010年から2017年の都道府県別の人口、免許保有者数、全交通事故数、年間酒類消費量(ℓ)を調査した。

- (3) 飲酒運転後の受診率

飲酒運転違反者へのアルコール依存症や健康障害に関する受診義務・勧奨を条例で制定している都道府県の2018年(平成30年)の受診率を調査した。

## 2) 分析方法

- (1) 飲酒運転違反者へのアルコール依存症や健康障害に関する受診を条例で義務づけている都道府県（以下、受診義務条例県と略記）と制定していない都道府県の飲酒運転事故数の推移について、2010年の事故数を100とし、各都道府県別に指数を算出した。
- (2) 受診義務条例県、および受診や相談指導の勧奨を条例で制定している都道府県の2018年（平成30年）の受診率を比較した。
- (3) 受診義務条例県と他の都道府県の2群に分類し、条例施行前後期間の飲酒運転事故数を差分の差分分析を用いて比較した。飲酒運転事故に影響する要因として、各都道府県の全交通事故数と人口、免許保有者数、年間酒類消費量を調整変数とした。

今回の報告では、主に都道府県の飲酒運転に関する条例の制定状況と内容、飲酒運転事故数の推移、飲酒運転違反者へ受診義務条例県と他の都道府県の飲酒運転事故数の推移、およびアルコール依存症に関する診断の受診率について触れ、統計的手法を用いた飲酒運転根絶に関する条例の効果検証については、今後の学会および論文等で報告する。

## IV. 倫理的配慮

本調査は人を対象としない調査であるが、データ収集における協力を得る場合、担当者に業務上の支障が無いように配慮した。

## V. 結果

### 1. 都道府県の飲酒運転に関する条例の制定状況および内容（資料1、資料2）

都道府県および市町村の飲酒運転根絶に関する条例の制定と施策の状況（2019年11月現在）を資料1に示した。また、都道府県および市町村の飲酒運転根絶に関する条例、飲酒運転に係る条例の主要な内容と施策（2019年11月現在）を資料2に示した。

インターネットに飲酒運転根絶に関する条例が公開されていた都道府県は以下の通りで、47都道府県のうち8道県であった。また飲酒運転違反者へのアルコール依存症に関する受診を義務づけていたのは、福岡県および三重県であった。北海道は、保健所によるアルコール健康障害に関する

保健指導を勧奨していたが、受診を条例で義務化する内容ではなかった。概要は表1の通りである。

表1 飲酒運転根絶に関する条例が制定されていた都道府県の概要（2019年11月現在）

飲酒運転根絶に関する条例が制定されていた都道府県（制定年月）	アルコール依存症や健康障害に関する受診義務などの介入状況
北海道：2015年（平成27年12月）	保健所によるアルコール健康障害に関する保健指導の勧奨
宮城県：2008年（平成20年1月）	
山形県：2008年（平成20年3月）	
三重県：2013年（平成25年7月）	アルコール依存症や健康障害に関する受診義務
岡山県：2013年（平成25年3月）	
福岡県：2012年（平成24年3月）	アルコール依存症や健康障害に関する受診義務
大分県：2007年（平成19年7月）	
沖縄県：2009年（平成21年9月）	

### 2. 受診義務条例県（福岡県、三重県）および他の都道府県の飲酒運転事故数の推移（2010-2017年）（表2）（図1）

飲酒運転違反者へのアルコール依存症に関する受診を義務づけている2県（福岡県、三重県）および他の都道府県の2010年から2017年の飲酒運転事故数の推移を表2に示した。また、受診義務条例県2県の飲酒運転事故数、および他の都道府県の飲酒運転事故数（各年の平均）について、2010年の事故数を100とした指数の推移を図1に示した。

また、受診義務条例県と他の都道府県の2010年から2017年の全交通事故数（表3）、人口（表4）、免許保有者数（表5）、平均走行距離（表6）、年間酒類消費量（表7）を以下に示した。

### 3. 受診義務条例県（福岡県、三重県）および受診や保健指導の勧奨条例（北海道）のアルコール依存症等に関する受診率（表8）

表8に示したように、飲酒運転違反者へのアル

表2 アルコール依存症または健康障害に関する飲酒運転者の受診義務の条例がある県（福岡県、三重県）および他の都道府県の飲酒運転事故数\*（2010-2017）

年	受診義務の介入がある県		受診義務の介入がない都道府県 45 都道府県（平均）
	福岡	三重	
2010	337	91	114
2011	257	66	105
2012	185	73	97
2013	171	63	91
2014	153	55	88
2015	156	44	81
2016	158	36	79
2017	126	34	76

\*都道府県別データの出典：日本損害保険協会（業務企画部、防災・安全グループ）

表3 アルコール依存症または健康障害に関する飲酒運転者の受診義務の条例がある県（福岡県、三重県）および他の都道府県の全交通事故数\*（2010-2017）

年	受診義務の介入がある県		受診義務の介入がない都道府県 45 都道府県（平均）
	福岡	三重	
2010	43148	10797	14086
2011	41706	10022	13426
2012	41663	9726	12874
2013	42271	9380	12340
2014	39892	7738	11037
2015	38636	6845	10324
2016	36366	5743	9615
2017	33939	5178	9066

\*都道府県別データの出典：日本損害保険協会（業務企画部、防災・安全グループ）

表4 アルコール依存症または健康障害に関する飲酒運転者の受診義務の条例がある県（福岡県、三重県）および他の都道府県の人口\*（2010-2017）

年	受診義務の介入がある県		受診義務の介入がない都道府県 45 都道府県（平均）
	福岡	三重	
2010	5072000	1855000	2691711
2011	5079000	1847000	2686022
2012	5085000	1840000	2675111
2013	5090000	1833000	2674978
2014	5091000	1825000	2670355
2015	5102000	1816000	2670578
2016	5104000	1808000	2667111
2017	5107000	1800000	2662245

\*人口推計：出典 e-Stat、都道府県別、男女別人口及び人口性比 - 総人口、日本人人口

表5 アルコール依存症または健康障害に関する飲酒運転者の受診義務の条例がある県（福岡県、三重県）および他の都道府県の免許保有者数\*（2010-2017）

年	受診義務の介入がある県		受診義務の介入がない都道府県 45 都道府県（平均）
	福岡	三重	
2010	3191277	1257187	1740389
2011	3208482	1259425	1705497
2012	3228388	1262169	1711051
2013	3248603	1265516	1718798
2014	3263020	1267180	1723245
2015	3271629	1265978	1724720
2016	3281415	1265218	1725762
2017	3290956	1263183	1726690

\*出典：警察庁 運転免許統計（補足資料）、p.3

表6 アルコール依存症または健康障害に関する飲酒運転者の受診義務の条例がある県（福岡県、三重県）および他の都道府県の平均走行距離（千 Km）\*（2010-2017）

年	受診義務の介入がある県		受診義務の介入がない都道府県 45 都道府県（平均）
	福岡	三重	
2010	8.2	9.9	8.7
2011	8.4	9.9	8.8
2012	8.4	10.1	9.1
2013	8.6	10.0	9.2
2014	8.5	9.9	9.1
2015	8.6	10.0	9.1
2016	8.7	10.1	9.3
2017	8.8	10.3	9.5

\*都道府県別 年間走行距離（千 Km）÷ 免許保有者数で算出

表7 アルコール依存症または健康障害に関する飲酒運転者の受診義務の条例がある県（福岡県、三重県）および他の都道府県の年間酒類消費量（ℓ）\*（2010-2017）

年	受診義務の介入がある県		受診義務の介入がない都道府県 45 都道府県（平均）
	福岡	三重	
2010	80.1	66.4	78.9
2011	80.4	66.3	79.5
2012	80.1	66.2	80.0
2013	81.2	70.0	81.1
2014	78.5	66.0	78.2
2015	79.7	64.8	79.0
2016	80.6	64.8	78.8
2017	80.1	64.4	78.2

\*出典：成人1人当たりの酒類販売（消費）数量（都道府県別）「酒のしおり」

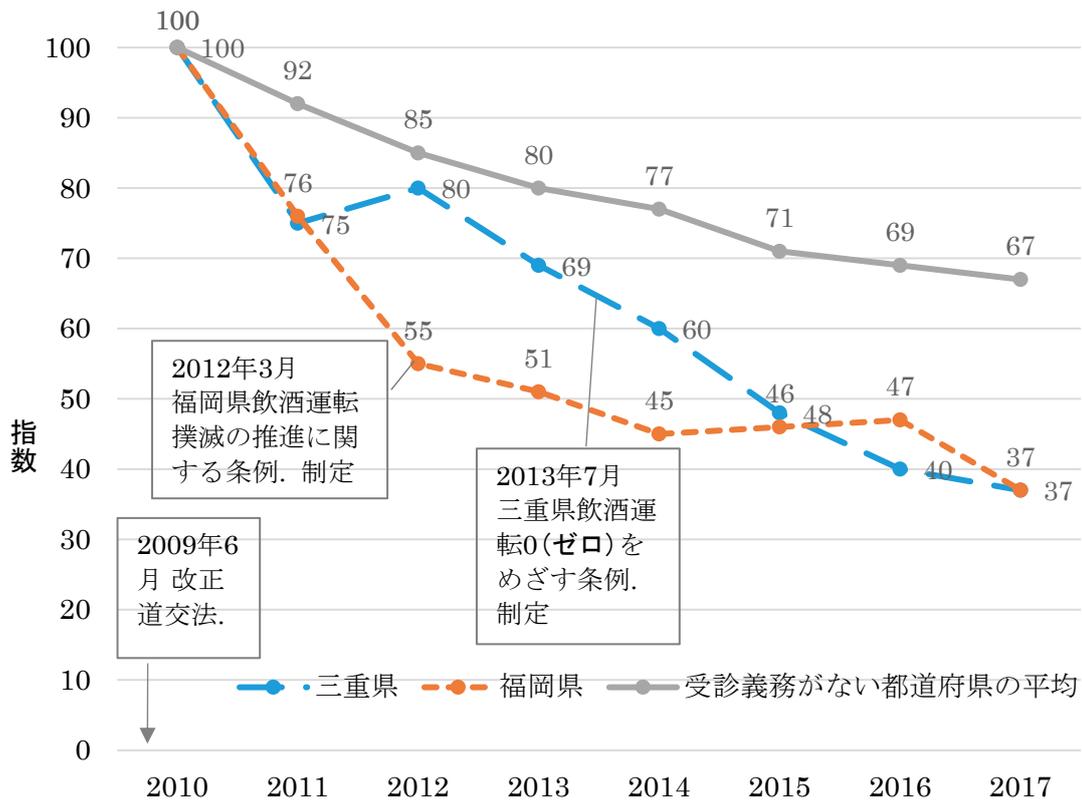


図1 飲酒運転事故数の変化 (2010年を100とした指数)

コール依存症に関する受診を義務づけている2県(福岡県、三重県)の受診率は、福岡県が2018年までの累積数で59.8%、三重県は2018年の受診率が46.8%であった。受診義務の主な内容として、福岡県は飲酒運転検挙者に対し、アルコール依存症に関する診察または飲酒行動に関する指導を義務づけ、5年以内に再度検挙された場合のアルコール依存症に関する受診の命令と従わない場合の罰金が科せられる。三重県は、飲酒運転違反者に医療機関でアルコール依存症に関する診断を受け、診断を受けたことを報告することが義務づけられている。期限までに報告がない場合、再度、受診と報告を求める勧告がなされる。北海道は、受診を義務化する条例ではなく、飲酒運転者に対して保健所によるアルコール健康障害に関する保健指導を促している。その状況に応じて指導、助言、支援などが実施されている。

表8 受診義務条例県(福岡県、三重県)および北海道の条例内容と受診率

	条例の主な内容	受診率(2018年)
福岡県	飲酒運転検挙者は、アルコール依存症に関する診察または飲酒行動に関する指導を受けなければならない。 5年以内に再度検挙された場合、アルコール依存症に関する受診が命じられる(命令に従わない場合、5万円以下の過料)	累積で 2544/4253 (59.8%) 2018年(H30) 対象1147人
三重県	飲酒運転違反者は医療機関でアルコール依存症に関する診断を受け、診断を受けたことを報告。 期限まで報告なし→受診/報告勧告	195人/417人中 (46.8%)
北海道	飲酒運転者に対し、保健所によるアルコール健康障害に関する保健指導を促す。状況に応じた指導、助言、支援など。	4人/841人中 (0.48%)

## VI. 結果のまとめと考察

今回の研究で、飲酒運転根絶に特化した条例が制定されている都道府県や市町村は少ない一方で、飲酒運転根絶のための対策については、多くの地方自治体が交通安全実施計画等に沿って実施されていた。飲酒運転の再犯の要因にもなるアルコール依存症などの診断に関する受診が義務化されている都道府県は2県のみと、さらに少ないことが明らかになった。

2009年の改正道路交通法施行後、2010年から2017年の飲酒運転事故数の推移をみると、アルコール依存症などの受診義務条例が制定されていない都道府県の飲酒運転事故数も減少傾向にあり、国レベルの法整備と取り組みによる成果が表れていると考えられる。しかし、文献レビュー5飲酒運転指導等の章でも述べられているように、飲酒運転事故は2018年も3,355件発生しており、飲酒死亡事故も198件と下げ止まりで推移している<sup>6)</sup>。

2010年の飲酒運転事故数を100として算出した指数の7年間の推移は、受診義務の条例がない都道府県の平均で、100から67に減少したのに対し、受診を義務づけている福岡県と三重県の指数は、100から37まで減少している。本研究では、受診義務条例が制定されている福岡県、三重県と他の都道府県の2群に分類し、条例施行前後期間の飲酒運転事故数を差分の差分分析を用いて比較、検討しており、条例における受診の義務化が飲酒運転の有意な減少に効果的である可能性が示されている。飲酒運転違反者へのアルコール依存症に関する受診を義務づけている福岡県と三重県

の受診率は約47～60%であるのに対し、保健指導の勧奨では受診率が約0.5%にとどまることから、飲酒運転根絶に関する条例にアルコール依存症などの診断に関する受診義務が明文化され、具体的に受診や相談指導に結びつくような法整備の重要性が示唆されている。

## 引用文献

- 1) Thomas F, Babor, 小松知己, 吉本尚 (訳). Alcohol Policies in the USA in Relation to the Japanese Basic Law: What we can learn from each other. ISBRA2018, 日本のアルコール健康障害対策基本法を巡る国際シンポジウム報告書, 51-57, 2019
- 2) 警察庁交通局. 平成30年における交通死亡事故の特徴等について, 5, 2019
- 3) 中山寿一, 樋口進, 神奈川県警察本部交通部交通総務課. 飲酒と運転に関する調査結果報告書, 1-16, 2007
- 4) 第19回アルコール健康障害対策関係者会議議事録, 1-31, 2019  
[www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204236\\_00002.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000204236_00002.html)
- 5) 竹中勝. 特集北海道のアルコール健康障害対策について 飲酒運転の根絶に向けて, 心の健康 (140) / 北海道精神保健協会編, 22-27, 2018
- 6) 日本損害保険協会. 飲酒運転対策, 2018年都道府県別飲酒運転事故の状況.  
<http://www.sonpo.or.jp/efforts/reduction/insyu/kenbetsu.html>

資料1 都道府県および市町村の飲酒運転根絶に関する条例制定および施策の実施状況 (2019年11月現在)

都道府県	飲酒運転根絶に関する条例	交通安全条例	市町村の条例	交通安全実施計画 (飲酒運転根絶の施策)	交通安全運動 (飲酒運転根絶の啓発)	飲酒運転発見時の通報 (努力義務)	飲酒運転者のアルコール依存症等の受診報告義務・保健相談指導
北海道	○		○ (砂川市、旭川市)	○	○	○ (北海道、砂川市、旭川市)	○ (北海道の条例: 飲酒運転者の保健所による保健指導の促し) ○ (旭川市の条例: アルコール健康障害がある人と家族の相談支援等の推進)
青森県			○ (八戸市、階上町)	○	○	○ (八戸市)	
岩手県				○	○		
宮城県	○			○	○	○	

- \*  : 飲酒運転根絶に関する条例が制定されている都道府県
- \*  : アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等の特記事項

資料1 都道府県および市町村の飲酒運転根絶に関する条例制定および施策の実施状況（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶に関する条例	交通安全条例	市町村の条例	交通安全実施計画（飲酒運転根絶の施策）	交通安全運動（飲酒運転根絶の啓発）	飲酒運転発見時の通報（努力義務）	飲酒運転者のアルコール依存症等の受診報告義務・保健相談指導
秋田県				○	○		
山形県	○			○	○		
福島県				○	○		
東京都				○	○		
茨城県		○		○	○		
栃木県				○	○		
群馬県		○		○	○		
埼玉県				○	○		
千葉県		○		○	○		
神奈川県				○	○		
新潟県				○	○		
山梨県				○	○		
長野県				○	○		
静岡県			○（浜松市）	○	○		
富山県				○	○		
石川県				○	○		
福井県				○	○		
岐阜県				○	○		
愛知県		○	○（阿久比町、武豊町、美浜町、半田市、東浦町）	○	○	○（美浜町、半田市）	
三重県	○			○	○		○（飲酒運転者に知事が指定する医療機関の受診報告義務）
滋賀県				○	○		
京都府		○		○	○		
大阪府				○	○		
兵庫県				○	○		
奈良県				○	○		
和歌山県				○	○		
鳥取県			○（八頭町）	○	○		
島根県				○	○		
岡山県	○		○（吉備中央町、玉野市）	○	○	○	
広島県				○	○		
山口県				○	○		
徳島県				○	○		
香川県				○	○		
愛媛県				○	○		
高知県				○	○		
福岡県	○		○（粕屋町、志免町）	○	○	○（福岡県、粕屋町、志免町）	○（飲酒運転検挙者に、アルコール依存症に関する診察、または飲酒行動に関する指導）

\* ：飲酒運転根絶に関する条例が制定されている都道府県  
 \* ：アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等の特記事項

資料1 都道府県および市町村の飲酒運転根絶に関する条例制定および施策の実施状況（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶に関する条例	交通安全条例	市町村の条例	交通安全実施計画（飲酒運転根絶の施策）	交通安全運動（飲酒運転根絶の啓発）	飲酒運転発見時の通報（努力義務）	飲酒運転者のアルコール依存症等の受診報告義務・保健相談指導
佐賀県				○	○		
長崎県				○	○		
熊本県			○（菊陽町）	○	○	○（菊陽町）	○（菊陽町の条例： 飲酒運転の違反者に、町が指定する医療機関でアルコール依存症に関する診察を受けるよう指導する。指導は、書面の交付により行う。
大分県	○		○（国東市）	○	○	○（大分県、国東市）	
宮崎県				○	○		
鹿児島県				○	○		
沖縄県	○			○	○		

- \* ：飲酒運転根絶に関する条例が制定されている都道府県
- \* ：アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等の特記事項

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要内容・施策(概要)
北海道	有 「北海道飲酒運転の根絶に関する条例」	H27.12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒運転根絶の日：7月13日</li> <li>・道の責務：根絶に関する総合的な施策。</li> <li>・道民の責務：飲酒運転は重大な違法行為、してはならないこと、飲酒が身体に及ぼす影響の理解、道の施策への協力、飲酒運転の制止努力義務。</li> <li>・事業者、飲食店、酒類販売業者等の責務：車両の運行にあたり、飲酒運転の禁止、従業員に対する教育、指導、道の施策への協力。飲酒運転防止に関する文書の掲示。</li> <li>・イベント等の主催者の責務：酒類が提供される場合、参加者の飲酒が想定される場合の飲酒運転防止の啓発と措置。</li> <li>・通報努力義務：道民、飲食店および酒類販売業者、タクシー事業者や自動車運転代行業者が飲酒運転を確認した場合等の警察官への通報努力義務。</li> <li>・予防及び再発防止の措置：                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①アルコール健康障害を有する者及びその家族に対する相談支援等推進。</li> <li>②飲酒運転者に対し、保健所によるアルコール健康障害に関する保健指導を促す。状況に応じた指導、助言、支援など。</li> </ul> </li> <li>・教育及び知識の普及：飲酒の身体に及ぼす影響の知識、学校等の教育機関による発達段階に応じた教育。</li> <li>・情報提供など：飲酒運転の状況に関する情報の提供。</li> <li>・緊急対策期間、重点対策地域の設定など。</li> </ul>	有 砂川市： 「砂川市飲酒運転撲滅に関する条例」	H27.12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒運転撲滅の日：6月6日</li> <li>・市の責務：市民、事業者等及び北海道等の関係機関と連携した飲酒運転の撲滅に関する総合的な施策と取組。情報提供。</li> <li>・議員、特別職の責務：自らの役割と立場を自覚し、市の施策や取組に率先して努める。</li> <li>・市民の役割：飲酒が重大事故の原因となることを自覚し、強い意志を持って、家庭、地域及び職域における飲酒運転の撲滅の取組、市の施策と取組への協力に努める。</li> <li>・通報努力義務：市民は、飲酒運転者やその疑いがある者を発見した場合、運転の制止や警察への通報等の措置に努める。飲酒運転をする恐れがある者に対し、運転しないように声かけなどの措置に努める。</li> <li>・事業者等の役割：業務上の自動車等の運行に当たり、運転者が酒気帯びでないことの確認、必要な措置に努める。市の施策への協力。従業員等に対し、飲酒運転撲滅に関する教育、指導、必要な措置に努める。</li> <li>・酒類提供事業者等の役割：市の施策と取組の協力を努める。酒気帯びの者が自動車を運転する恐れがある時は、飲酒運転をしないよう声かけ、警察官への通報等の措置に努める。</li> <li>・酒類提供事業者や駐車場所有者等は、利用者の見やすい場所に飲酒運転防止の啓発文書やポスター等を掲示するなど、飲酒運転撲滅に必要な措置に努める。</li> <li>・教育および知識の普及、相談：市は、飲酒運転の撲滅に関する教育と知識の普及、相談に適切に対応するための必要な措置に努めなければならない。</li> </ul>
				旭川市： 「旭川市飲酒運転の根絶に関する条例」	H.28.12月	<p>(砂川市と同様の内容を略す。)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒運転の予防及び再発防止のための措置：市は、飲酒運転の予防と再発防止のため、アルコール健康障害対策基本法(H25.)第2条に規定するアルコール健康障害を有する者とその家族に対し、相談支援等を推進する。</li> </ul>
青森県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通安全実施計画「飲酒運転根絶に向けた規範意識の確立」。</li> <li>・若年運転者による飲酒・暴走運転に起因する交通事故防止のための交通安全教育の推進。</li> <li>・交通安全教育車(酒酔い体験ゴーグル等)の活用による、参加・体験・実践型の交通安全教育の実施。</li> <li>・交通安全県民運動推進要綱</li> </ul>	有 八戸市： 「八戸市飲酒運転を根絶するための社会環境づくり条例」	H29.7月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市の責務：飲酒運転根絶のための社会環境づくりに必要な総合的な施策の実施。</li> <li>・市民の責務：                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①飲酒運転をしない。</li> <li>②飲酒運転を行うおそれのある者に車両や酒類を提供しない。</li> <li>③飲酒運転の車に同乗しない。</li> <li>④(努力義務)飲酒運転の制止や通報その他の対応。</li> <li>⑤(努力義務)市の施策への協力。</li> </ul> </li> </ul>

\* 青：飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

茶：アルコール依存症に関する受診義務がある県

灰：アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要な内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)
青森県			<p>「飲酒・暴走運転の根絶」 交通事故被害者等の声を反映した広報啓発活動等、飲酒運転を絶対に許さない環境づくりの促進。 飲食店等における運転者への酒類提供禁止の徹底、ハンドルキーパー運動の促進。 飲酒運転をさせない運転者教育の推進。 自動車運送事業者による点呼時のアルコール検知器の使用等、飲酒運転の根絶に向けた取組の実施。 交通法令の遵守、体調面も考慮した安全運転の励行、飲酒運転等による交通事故の実態及び悪質性・危険性の周知についての指導徹底。</p>	<p>階上町： 「町飲酒運転しない、させない、許さない条例」 (階上町)</p>	H30.4月	<p>・事業者の責務(努力義務)： ①車両の運行に当たって飲酒運転防止のための必要な措置。 ②従業員に対する教育、指導。 ③市の施策への協力。 ・酒類提供事業者の責務(努力義務)：①飲酒運転防止に関する啓發文書の掲示、その他の措置。 ②飲酒運転の制止や通報、対応。 ③タクシー事業者等と連携し、来店者の利用促進のための情報提供。</p>
岩手県	無		<p>・交通安全実施計画 「飲酒運転根絶に向けた規範意識の確立」 ・交通安全運動実施要項 「飲酒運転の根絶」、交通安全運動の実施。 交通安全教育や広報啓発の推進。 交通ボランティアや安全運転管理者、酒類製造・販売業者等と連携し、ハンドルキーパー運動の普及啓発、ホームページによる啓蒙。情報提供。</p>	無		
宮城県	有 「宮城県飲酒運転根絶に関する条例」	H20.1月	<p>・飲酒運転根絶の日：5月22日 ・県の責務：飲酒運転の根絶に関する総合的な施策。市町村との連携。地域の実情に応じた施策に必要な協力と支援。 ・県民の責務：飲酒運転根絶のための自覚と、施策への協力。 飲酒運転の通報努力義務(飲酒運転者や疑いのある者を発見時、警察官への通報など、状況に応じた適切な措置を講ずるよう努める)。 ・事業者や飲食店営業者等の責務：事業における自動車等の運行に当たり、運転者が酒気帯びでないことを確認するなど、必要な措置を講ずるよう努める。 従業員に対する教育、指導、必要な措置。飲食店営業者および従事者は、飲酒運転をすることとなる恐れがある者に酒類を提供してはならない。 また、酒気帯びの客の自動車等の運転を防止するために必要な措置を講じる。 飲食店営業者、駐車場の所有・管理者は、利用者に見えやすい場所に飲酒運転撲滅を呼びかける文書を掲示するなど、必要な措置を講ずるよう努める。 ・飲酒運転根絶重点区域の指定。 ・知識の普及、教育の推進、広報活動。 ・再発防止：飲酒運転者に対する再発防止のための指導、教育、必要な措置。 飲酒運転者の家族等からの相談に対し、再発防止のための助言、必要な措置。 ・飲酒運転による交通事故の被害者、その家族等からの相談支援体制の充実。</p>			

\* 青：飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

赤：アルコール依存症に関する受診義務がある県

白：アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要な内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要な内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶（撲滅）条例	制定年月	主要な内容・施策（概要）	市町村の条例	制定年月	主要な内容・施策（概要）
秋田県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>交通安全運動実施計画、「飲酒運転を許さない社会環境づくり」市町村、関係機関・団体と連携した社会環境の構築、広報と情報提供、飲酒の影響の疑似体験などの交通安全教育、ハンドルキーパー運動の普及啓発。</li> <li>交通安全運動推進要綱「飲酒運転の根絶」、交通安全運動の実施（8月、12月）と広報活動。ホームページによる啓蒙。情報提供。</li> </ul>	無		
山形県	有 「山形県飲酒運転をしない、させない、許さない条例」	H20.3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>県の責務：飲酒運転撲滅のための施策の総合的かつ体系的な推進。公職者の自律と率先した取り組み。</li> <li>県民の役割：家庭や地域での取り組み、撲滅のための取り組みの協力。</li> <li>事業者の役割：従業員等に教育、指導、必要な措置。</li> <li>行政の役割：県民及び事業者の主体的活動の促進、関係団体や市町村との連携。市町村の実情に応じた施策。</li> <li>情報提供：飲酒運転の検挙者数、事故件数、取り組みの状況の積極的な情報提供。撲滅のための普及啓発活動。</li> <li>特定の事業者の努力義務：旅客自動車、貨物自動車、その他の自動車等の運行事業者及び経営者は、運転者の酒気帯びがないことを確認するよう努める。飲食店経営者、酒類販売業者、駐車場の所有・管理者は、利用者に見えやすい場所に飲酒運転撲滅を呼びかける文書を掲示する等、必要な措置を講ずるよう努める。タクシー事業者、自動車運転代行業者は飲酒運転の撲滅に向け、自らの事業の活用促進の広報活動の充実に努める。</li> <li>再発防止：飲酒運転の再発防止のための指導、教育、必要な措置。</li> <li>被害者等の支援体制：飲酒運転による交通事故の被害者や家族等の相談に、適切に対応する。</li> </ul>			
福島県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>交通安全運動実施計画、交通事故防止県民総ぐるみ運動（夏、年末）「飲酒運転の根絶」。</li> <li>ハンドルキーパー運動。</li> </ul>	無		
東京都	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>交通安全運動実施計画、交通安全運動警視庁ホームページによる啓蒙。「飲酒運転根絶」、飲酒運転させないTOKYOキャンペーン、ハンドルキーパー運動。酒類提供飲食店・販売店への啓蒙。運転代行業者等の紹介。情報提供。</li> </ul>	無		

\* 青：飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

オレンジ：アルコール依存症に関する受診義務がある県

グレー：アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要な内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要な内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)
茨城県	無 「茨城県交通安全条例」	H15.3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「茨城県交通安全条例」(飲酒運転の追放) 県民および事業者は、飲酒運転事故防止のため、家庭、職場、地域社会で飲酒運転追放の活動に努めなければならない。 酒類を提供する飲食店経営者は、客の飲酒運転の防止に努めなければならない。 県は、飲酒運転追放に関する啓発、取締り、その他の必要な措置を講ずる。</li> <li>・交通安全実施計画 「飲酒運転根絶に向けた規範意識の確立」 交通安全県民運動推進要綱 「飲酒運転の根絶」地域・職場における運動、ハンドルキーパー運動の推進。交通安全教育、広報・啓発活動。 職場におけるアルコール検知器の普及と活用の促進。 飲食店等への運転者に対する酒類提供禁止の働きかけの推進。</li> </ul>	無		
栃木県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通安全実施計画 「飲酒運転根絶に向けた規範意識の確立」 交通安全教育や広報啓発の推進。 交通ボランティア、安全運転管理者、酒類製造・販売業者、飲食店・駐車場関係者と連携し、ハンドルキーパー運動の普及啓発、広報啓発。地域・職場等における飲酒運転根絶の取組の推進。 情報提供と共有。</li> </ul>	無		
群馬県	無 「群馬県交通安全条例」	H26.12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「群馬県交通安全条例」(危険な運転行為等の防止) 県民は、飲酒運転、速度違反、無理な追越等の危険な運転行為が交通事故の原因になることを認識し、安全運転の徹底と歩行者及び他の車両の安全に配慮しなければならない。 県は、危険な運転行為及び違法駐車等の防止に関する意識の啓発に努める。</li> </ul>	無		
埼玉県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通安全実施計画 「飲酒運転の根絶」 飲酒運転を許さない社会環境の醸成。 県、市町村、交通関係機関・団体、安全運転管理者、酒類製造・販売業者、酒類提供飲食店等とともに、広報啓発活動を推進。 交通安全協会と酒類提供飲食店等の協定によるハンドルキーパー運動の推進。 飲酒の影響、飲酒習慣についての正しい知識の普及など、総合的な対策の推進。</li> <li>・飲酒運転根絶及び路上寝込み等ゼロ県民運動。</li> </ul>	無		

\* ■ : 飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

■ : アルコール依存症に関する受診義務がある県

■ : アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要な内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要な内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)
千葉県	無 「千葉県交通安全条例」	H13.12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「千葉県交通安全条例」(飲酒運転の追放) 県民は、飲酒運転が重大な交通事故の原因となることを認識し、家庭、職場等における飲酒運転追放のための活動を実践しなければならない。 酒類提供飲食店の経営者は、飲酒した客が車両を運転しないよう確認する等、飲酒運転防止に努めなければならない。 県は、飲酒運転の追放に関する啓発に努める。</li> <li>・交通安全実施計画 「飲酒運転の根絶」 職場・家庭等における飲酒運転追放運動の展開。 飲酒運転根絶活動を行う環境づくり。 運転手、酒類提供・販売組合、飲食店等酒類提供者が連携し、ハンドルキーパー運動による飲酒運転防止活動を推進する。 飲酒運転根絶モデル地域の指定、協議会の設置、飲食店に対する訪問活動や広報キャンペーン等の実施など。 社会人・中高生等への講習会(酒酔い状態の疑似体験「飲酒体験ゴーグル」等の活用や、交通安全教育推進員の派遣)。 自動車運転代行業の指導・監督。</li> <li>・交通安全運動実施要綱</li> </ul>	無		
神奈川県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通安全実施計画 「飲酒運転根絶運動の推進」 関係機関・団体等が一体となり、飲酒運転根絶運動の展開。飲酒運転を許さない社会認識を徹底する。 飲酒運転の危険性や飲酒運転による交通事故の実態を周知する交通安全教育、広報啓発の推進。 交通ボランティアや安全運転管理者、酒類製造・販売業者、酒類提供飲食店、駐車場関係者等と連携し、ハンドルキーパー運動の普及啓発。 アルコール依存症に関する広報啓発、相談、指導及び支援等につながるよう、関係機関・団体が連携した取組の推進。</li> <li>・飲酒運転根絶運動推進要綱 飲酒運転根絶県民大会などキャンペーンの実施。 家庭、学校等、職場、地域、交通安全対策協議会構成機関・団体による活動の推進。</li> </ul>	無		
新潟県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通安全実施計画 「飲酒運転根絶に向けた取組の強化」 交通安全運動等における重点対策。 飲酒運転に関する通報体制の構築に向け、関係機関との連携を図る。 コンビニ各社と連携し、啓発ポスターの掲示等、キャンペーンの展開。 飲酒運転に特化し、柔軟な運用が可能な取締り体制の整備を図る。 交通安全教育(酒酔い体験ゴーグル等を活用した参加・体験・実践型)の推進。 飲食店等の酒類販売業者に対する訪問指導など、関係機関・団体と連携し、飲酒運転根絶意識の醸成を図る。</li> <li>・交通安全運動実施要綱 「飲酒運転の根絶」各期間の啓蒙活動。</li> </ul>	無		

\* 青：飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

■：アルコール依存症に関する受診義務がある県

●：アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要な内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要な内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)
山梨県	無		・交通安全実施計画 ・山梨県飲酒運転絶滅運動	無		
長野県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全運動推進計画	無		
静岡県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全運動基本方針	無 「浜松市交通安全条例」	H21.3月	(飲酒運転の根絶) ・市民および事業者は、飲酒運転が重大な交通事故の原因となることを認識し、家庭、地域社会、事業所等における飲酒運転根絶の活動に努めなければならない ・市は、飲酒運転の根絶に関する啓発に努める。
富山県	無		・交通安全推進計画 ・交通安全県民運動	無		
石川県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全県民運動実施要綱	無		
福井県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全県民運動実施要綱	無		
岐阜県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全県民運動実施要綱	無		
愛知県	無 「愛知県交通安全条例」	H26.10月	・「愛知県交通安全条例」(県民等の飲酒運転根絶のための取組) ・交通安全実施計画 ・交通安全県民運動実施要綱	有 阿久比町: 「阿久比町飲酒運転根絶に関する条例」	H26.3月	・町の責務:飲酒運転根絶に関する知識の普及、意識の高揚、その他総合的な施策を実施。 町民等、事業者、酒類提供者、愛知県及び関係機関と連携し、効果的な活動を実施する。 ・町民等の責務:飲酒運転をする恐れがある者に対し、飲酒運転をしないように声をかけるなどの措置に努める。 ・事業者等の責務:事業者等は、事業上の自動車等の運行に当り運転者が酒気帯びでないことを確認するなど、飲酒運転防止に必要な措置、町の施策への協力、従業員と事業の関係者に対する飲酒運転根絶に関する教育、指導、その他必要な措置に努める。 ・飲酒運転の根絶に関する相談等:県等の関係機関と協力し、相談に適切に対応する。
				武豊町: 「武豊町飲酒運転根絶に関する条例」	H27.7月	
				美浜町: 「美浜町飲酒運転根絶条例」	H28.9月	(抜粋) ・飲酒運転根絶町民運動の日:町、町民等、事業者、酒類提供者、県や関係機関と連携し、啓発活動。 ・町職員の率先垂範:自らの行動を律し、立場を自覚し、飲酒運転の根絶に率先して取り組む。 ・酒類提供者の責務:酒類提供者は、酒類の提供を受ける者が飲酒運転をする恐れがあるときは、飲酒運転防止に必要な措置や警察への通報などの措置に努める。 酒類提供者は、施設や駐車場等の見やすい場所に飲酒運転防止を啓発する文書やポスター等を掲示するなど、必要な措置、町の施策への協力に努める。

\* 〇: 飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

■: アルコール依存症に関する受診義務がある県

□: アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要な内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要内容・施策(概要)
愛知県				半田市： 「半田市飲酒運転根絶に関する条例」 (半田市)	H28.12月	(抜粋) 通報努力義務 ・市民の責務：市民は、飲酒運転を発見した時は、警察へ通報する等の措置を講ずるよう努める。 ・酒類提供者の責務：酒類提供者は、来店者が飲酒運転をする恐れがある時は、注意を喚起し、酒類を提供せず、または警察へ通報する等、飲酒運転防止に必要な措置に努める。 来店者からよく見える場所に、飲酒運転防止を呼びかけるポスター、ステッカー等の啓発文書を掲示し、自動車等の運転者に酒類を提供しない旨を表示する等、取組の実施に努める。
				東浦町： 「東浦町飲酒運転根絶条例」	H28.12月	(抜粋) ・飲酒運転根絶町民運動の日：町、町民等、事業者、酒類提供者、県や関係機関と連携し、啓発活動を行う。
三重県	有 「三重県飲酒運転0(ゼロ)をめざす条例」	H25.7月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒運転0をめざす推進運動の日：12月1日</li> <li>・<b>県の責務</b>：飲酒運転の根絶に関する施策の総合的かつ計画的な策定、実施。県民や事業者が行う取組に必要な支援。</li> <li>・<b>県民の努力</b>：飲酒運転の根絶に関する取組を自ら進んで行う。県やその他の者が行う施策、取組に協力。</li> <li>・<b>事業者の努力</b>：事業者及び団体は、その事業の特性を踏まえ、飲酒運転の根絶に取り組むよう努める。飲食店営業者、酒類販売業者は、酒類の提供を受けた者や購入者がその場所から移動する際に、飲酒運転が行われないよう、特に配慮するよう努める。</li> <li>・<b>教育と知識の普及</b>：県は、飲酒運転の根絶に関する教育及び知識の普及のために、必要な措置を講ずる。小・中・高等学校その他の教育機関は、その性格に応じた飲酒運転の根絶に関する教育を行うように努める。</li> <li>・<b>再発防止</b>：飲酒運転者に対する、再発防止のための教育と必要な措置。</li> <li>・<b>受診義務</b>：県内外において道路交通法 第117条の2第1号または2の2第3号の違反行為をした県民(飲酒運転違反者)は、知事が指定する医療機関において、アルコール依存症に関する診断を受け、知事に対し報告しなければならない。<b>期限までに報告しないときは、受診及び報告を行うよう勧告することができる。</b></li> <li>・<b>医療機関は、診断の結果、アルコール依存症と診断された者に対し、治療に関して積極的に助言と指導を行うよう努める。</b></li> <li>・<b>情報提供</b>：飲酒運転の状況に関する情報の収集、整理及び分析、結果の提供。</li> </ul>			
滋賀県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通安全計画</li> <li>・交通安全県民総ぐるみ運動実施要綱</li> </ul>	無		

\* 青：飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

赤：アルコール依存症に関する受診義務がある県

灰：アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要な内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)
京都府	無 「京都府交通安全基本条例」	H26.9月	・「京都府交通安全基本条例」(危険運転の根絶等) ・京都府交通安全計画 ・交通安全府民運動実施要綱	無		
大阪府	無		・交通安全実施計画 ・交通事故防止運動推進要綱	無		
兵庫県	無		・交通安全実施計画 ・「ストップ・ザ・交通事故」県民運動	無		
奈良県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全県民運動実施要綱	無		
和歌山県	無		・交通安全実施計画 ・飲酒運転根絶県民運動	無		
鳥取県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全県民運動実施要綱	無 「八頭町交通安全条例」	H29.6月	(飲酒運転の根絶) ・町民は、飲酒運転が重大な交通事故の原因となることを認識し家庭、職場等における飲酒運転根絶の活動を自ら実践する。 ・酒類を提供する飲食店等の経営者は、飲酒した客が車両を運転しないよう確認する等、飲酒運転の防止に努める。
島根県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全県民運動実施要綱	無		
岡山県	有 「岡山県飲酒運転を許さない社会環境づくり条例」	H25.3月	・公職にある者の責務：県民の模範となる自覚と率先した取り組み。 ・県の責務：市町村、関係機関や団体との連携、飲酒運転を許さない社会環境づくりに関する施策の総合的な推進。 市町村、関係機関や団体の取り組みに対する必要な協力、支援。 研修会講師の派遣等による教育活動。 ・市町村の役割：県、関係機関や団体との連携、施策の推進、住民の取り組みに必要な協力、支援。 ・県民の責務：飲酒運転が重大な交通事故の原因となる自覚、飲酒運転しない、させない、許さないという意志と、家庭や地域における推進。施策への協力。 飲酒運転の通報努力義務(飲酒運転者やその疑いがある者を発見した場合、警察官に通報するなど、状況に応じた適切な措置を講ずるよう努める)。 ・事業者の責務：事業者は、事業での車両の運行に当たり、運転者が酒気帯びでないことを確認する等、必要な措置に努める。 県や市町村の施策の協力を努める。 飲食店業者、酒類販売業者、駐車場の所有・管理者、車両販売業者、レンタカー業者は、客の見やすい場所に飲酒運転防止を呼びかける文書を掲示するなど、社会環境づくりの推進に努める。 タクシー業者及び代行業者は、飲酒時の利用を促進する広報活動などに努める。 ・再発防止など：公安委員会は、飲酒運転者に対し、再発防止のための助言、指導、必要な措置を講ずる。 公安委員会は、飲酒運転者の家族からの相談に適切に対応し、再発防止のための助言、必要な措置を講ずる。 県は、飲酒運転による交通事故の被害者等からの相談に適切に対応する。 ・情報提供			

\* : 飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

■ : アルコール依存症に関する受診義務がある県

■ : アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要な内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要な内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)
広島県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全運動実施要綱	無		
山口県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全県民運動	無		
徳島県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全県民運動	無		
香川県	無		・交通安全実施計画 ・全国交通安全運動香川県推進要綱	無		
愛媛県	無		・交通安全実施計画 ・交通安全県民総ぐるみ運動実施要綱	無		
高知県	無		・交通安全実施計画 ・全国交通安全運動実施要綱	無		
福岡県	有 「福岡県飲酒運転撲滅運動の推進に関する条例」	H24. 3月	<ul style="list-style-type: none"> <li>飲酒運転撲滅の日、撲滅週間の設定。</li> <li>県民の責務など：飲酒運転が重大な事故の原因となることを自覚し、飲酒の影響がなくなるまで、運転してはならない。家族や知人が飲酒運転を行う恐れがある時は、その防止に努めなければならない。</li> <li>飲酒運転の通報努力義務（飲酒運転を見かけた時などは、警察官に通報するように努めなければならない）。</li> <li>飲酒運転違反に関する責務： <ul style="list-style-type: none"> <li>①飲酒運転検挙者は、アルコール依存症に関する診察または飲酒行動に関する指導を受けなければならない。また、5年以内に再度検挙された場合、アルコール依存症に関する受診が命じられる（命令に従わない場合、5万円以下の過料）。</li> <li>②飲酒運転検挙者以外の違反者（呼気中アルコール濃度が基準：0.15mg/1未満）は、再び飲酒運転を行わないために必要な取組に努めなければならない。</li> </ul> </li> </ul>	有 粕屋町：「粕屋町飲酒運転根絶に関する条例」	H23. 12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>飲酒運転根絶町民運動の日</li> <li>町の責務：飲酒運転根絶に関する知識の普及、意識の高揚、その他総合的な施策や取組の実施。町民、事業者等、事業者団体、来訪者及び福岡県等の関係機関と連携し、効果的な活動を行う。</li> <li>公職者の率先垂範：公職にある者は、自らの行為を律し、立場を自覚し、飲酒運転根絶に率先して取り組む。毎週金曜日を「飲酒運転根絶を呼びかける日」とし、機会あるごとに町民等への周知に努める。</li> </ul>

\* ■：飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

■：アルコール依存症に関する受診義務がある県

■：アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要な内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要な内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)
福岡県			<ul style="list-style-type: none"> <li>事業者の責務など：業務上の飲酒運転の防止のため、従業員が酒気帯びでないことの確認などに努める。従業員等が通勤・通学中に飲酒運転で検挙され、公安委員会から通知を受けた時、事業者は再発防止の研修や指導等を行わなければならない。酒類を提供する飲食店営業者は、駐車場を設置している場合、車を利用する来店者の飲酒運転防止のため、運転代行業者の紹介などを行うよう努める。飲食店の来店者が飲酒運転で検挙された場合、1年以内に再度来店者が検挙され、公安委員会から取組を指示されても取組を怠ったときは、店名等の公表、指示書の店内掲示が命じられる(指示書を掲示しない場合、5万円以下の過料)。</li> <li>特定事業者(酒類を提供する飲食店の営業者、酒類販売業者、駐車場の所有・管理者)は、飲酒運転撲滅のポスター等の啓発文書を掲示するよう努める。</li> <li>通報に関すること：特定事業者とその従業員や、タクシー事業・運転代行業の従事者は、来店者や利用者の飲酒運転を止めさせ、飲酒運転を見かけたときは、警察官に通報しなければならない。交通誘導警備業務・自動車運送事業・道路管理業務の従事者は、業務上飲酒運転を見かけたときは、速やかに警察官に通報し、必要な情報提供に努める。</li> <li>飲酒運転撲滅宣言</li> </ul>	志免町：「 <u>志免町飲酒運転撲滅に関する条例</u> 」	H28.12月	<ul style="list-style-type: none"> <li>町民の努力義務：町民は、飲酒が重大事故の原因となることを自覚し、強い意志をもって、家庭、地域、職場における飲酒運転根絶のための取組に努める。町の施策や取組の協力に努め、飲酒運転者やその疑いがある者を発見した場合、運転の中止や警察への通報などの措置に努める。飲酒運転をする恐れがある者に対しては、飲酒運転をしないように声かけするなどの措置に努める。</li> <li>事業者等および事業者団体の努力義務：事業者等および事業者団体は、事業における自動車等の運行に当たり、運転者が酒気帯びでないことを確認するなど、必要な措置に努める。事業者等および事業者団体は、その事業の従業員や関係者等に飲酒運転の根絶に関する教育、指導その他必要な措置を講ずるよう努める。町の施策や取組への協力。</li> <li>酒類提供事業者等の努力義務：酒類提供事業者の営業者、従事者、販売者等は、町の施策や取組の協力に努める。酒気帯びの者が自動車等を運転する恐れがある時は、飲酒運転しないよう声かけや、警察官への通報などの措置を講ずる。</li> <li>酒類提供事業者等や駐車場所有者等は、利用者の見やすい場所に飲酒運転防止の啓発文書やポスターの掲示など、必要な措置に努める。</li> <li>飲酒運転の根絶に関する相談等：町は、飲酒運転の根絶や飲酒運転事故の被害者等の相談に対応するため、県等の関係機関と協調し、必要な措置を行う。</li> </ul>
佐賀県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>交通安全実施計画</li> <li>交通安全県民運動</li> </ul>	無		
長崎県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>交通安全実施計画</li> <li>交通安全県民運動実施計画</li> </ul>	無		
熊本県	無		<ul style="list-style-type: none"> <li>交通安全実施計画</li> <li>全国交通安全運動</li> </ul>	有 菊陽町：「 <u>菊陽町飲酒運転撲滅に関する条例</u> 」	H28.10月	(抜粋)・町民の責務：1. 町民は、飲酒が重大な事故の原因となることを自覚し、次の事項を遵守しなければならない。 (1) 自動車等を運転する必要や、必要となることが見込まれるときは、飲酒をしない。 (2) 飲酒したときは、その影響がなくなるまで、いかなる理由があっても自動車等を運転しない。 (3) アルコール依存症、健康を害する量の飲酒をする習慣や飲酒により他人に迷惑を掛ける癖等を持っているときは、飲酒運転を防止するため、飲酒行為の是正や治療に努める。

\* 青：飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

赤：アルコール依存症に関する受診義務がある県

黄：アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要な内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要内容・施策(概要)
熊本県				(菊陽町)		<p>2. 家族または知人が飲酒運転を行う恐れがあるときは、阻止するための声かけ、確認、注意など 所要の措置に努める。</p> <p>3. 町民は、飲酒運転を現に行おうとし、または飲酒運転を行った者があることを知ったときは、警察その他の関係機関に通報または相談するように努める。</p> <p>・アルコール依存症への対応：町長は、飲酒運転の違反者（道路交通法第117条の2第1号又は2の2第3号に規定する状態と認められた者）に対し、町が指定する医療機関においてアルコール依存症に関する診察を受けるよう指導する。</p> <p>違反者に対する指導は、指定する医療機関に関する事項、前条第1項の規定の趣旨の理解に資する事項、その他必要と認める事項を記載した書面の交付により行う。</p> <p>・飲酒運転の撲滅等に関する相談への対応。</p> <p>・飲酒運転防止教育：町は、飲酒運転撲滅に町民を挙げて取り組むため、保護者と共に小学生と中学生、また各種免許取得年齢の高校生を対象とした教育を実施する。</p>
大分県	有 「大分県飲酒運転根絶に関する条例」	H19.7月	<p>・飲酒運転根絶県民運動の日：毎月20日</p> <p>・県の責務：飲酒運転根絶に関する知識の普及や意識の高揚、その他の総合的な施策の実施。 県民および事業者などと連携して施策を遂行する体制の整備。効果的な活動の実施。必要に応じ、市町村に協力を要請。</p> <p>・県民の責務：県の施策への協力に努める。 通報努力義務（飲酒による危険な運転行為を発見したときは、警察官への通報などの措置を講ずるよう努める）。</p> <p>・事業者の責務：事業に使用する自動車等の運行に当たり、飲酒運転根絶に関し、必要な措置を講ずる。 従業員に対し、飲酒運転防止のための教育および指導、必要な措置を講ずる。 酒類を提供する飲食店経営者および酒類の製造・販売業者は、店内に飲酒運転の防止を呼びかける文書を掲示するなど、飲酒運転防止に努める。</p> <p>・飲酒運転の防止に関する相談など： 県は、飲酒運転の防止に関する相談および飲酒運転による交通事故の被害者等の相談に適切な対応と必要な措置を講ずる。</p> <p>・情報提供：県および公安委員会は、県民および事業者等に対し、飲酒運転防止に関する情報の提供を行う。</p>	有 国東市：「国東市飲酒運転根絶に関する条例」(国東市)	H19.12月	<p>・市の責務：市は、飲酒運転根絶に関する知識の普及、意識の高揚、その他の総合的な施策を実施。 県等の関係機関、団体、市民や事業者等と連携し、飲酒運転根絶に向け、効果的な活動を行う。</p> <p>・市民の責務：市の施策への協力に努める。 市民は、飲酒による危険な運転行為や飲酒運転をする虞のある者に対する車両や酒類の提供、飲酒運転の車両に同乗する行為を発見したときは、警察官への通報などの措置に努める。</p> <p>・事業者の責務：事業者は、事業に使用する自動車の運行に当たり飲酒運転根絶に必要な措置を講じ、安全運行の確保に努める。従業員に対し、飲酒運転防止のための教育、指導を行い、その他必要な措置を講ずる。</p> <p>・酒類を提供する飲食店経営者、酒類の製造・販売業者は、店内に飲酒運転防止を呼びかける文書を掲示し、飲酒運転をする虞のある者に酒類を提供しない等、飲酒運転防止に必要な措置に努める。</p> <p>・飲酒運転防止に関する相談等。</p>
宮崎県	無		<p>・交通安全実施計画</p> <p>・交通安全県民総ぐるみ運動実施要綱</p>	無		
鹿児島県	無		<p>・交通安全実施計画</p> <p>・「県民の総力をあげて交通事故をなくす県民運動」鹿児島県実施要綱</p>	無		

\* 青：飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体

茶：アルコール依存症に関する受診義務がある県

灰：アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

資料2 都道府県・市町村の飲酒運転根絶に関する条例の主要な内容・施策（2019年11月現在）

都道府県	飲酒運転根絶(撲滅)条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)	市町村の条例	制定年月	主要な内容・施策(概要)
沖縄県	有 「沖縄県飲酒運転根絶条例」	H21. 9月	<ul style="list-style-type: none"> <li>・飲酒運転の根絶運動の日：毎月1日</li> <li>・県の責務：飲酒運転根絶に関する総合的な施策の推進、市町村との連携および必要な協力と支援。公職者の自覚と自律、率先した取り組み。</li> <li>・県民の責務：飲酒運転が重大な交通事故の原因となることを自覚し、飲酒運転をしない、させない、許さないという意志、家庭や地域、職場における飲酒運転根絶の取組に努める。県や事業者、事業者団体の施策や取組に協力するよう努める。飲酒運転者や飲酒運転をすることになる恐れがある者に対し、飲酒運転しないよう声かけするなど、状況に応じた適切な対応に努める。</li> <li>・事業者等及び事業者団体の責務：事業における自動車等の運行に当たり、運転者が酒気帯びでないことを確認するなど、飲酒運転防止に必要な措置に努める。従業員に対し、飲酒運転の根絶に関する啓発や必要な措置を講ずるよう努める。事業者や団体は、県の飲酒運転根絶に関する施策や取組への協力に努める。</li> <li>・飲食店営業者等の責務：県や事業者、団体の施策や取組への協力に努める。酒気を帯びた客が自動車等を運転することになる恐れがある時は、飲酒運転をしないよう声かけするなど、状況に応じた適切な対応に努める。飲食店営業者等や駐車場の所有・管理者は、利用者の見やすい場所に飲酒運転の防止を呼びかける文書等を掲示するなど必要な措置に努める。</li> <li>・県による基本方針の策定と公表。</li> <li>・飲酒運転の根絶に関する知識の普及等、意識の高揚を図る教育の推進、広報活動の充実と必要な措置。</li> <li>・飲酒運転の再発防止のための指導等：公安委員会は、飲酒運転者に対し、再発防止のための指導、教育、指導書の交付、その他必要な措置を講ずる。飲酒運転者が、飲食店で提供された酒類の飲酒後と判明した場合は、酒類を提供した飲食店営業者等に対して、指導書の交付、その他必要な指導を行う。上記の指導、教育、必要な措置は、公安委員会規則で定める。</li> <li>・飲酒運転の再発防止のための措置：飲酒運転者および家族等からの相談に対し、再発防止のための助言や必要な措置。</li> <li>・情報提供：飲酒運転による交通事故の発生件数や違反者の人数の公表など。</li> </ul>			

\* : 飲酒運転根絶に関する条例がある地方自治体  
 □ : アルコール依存症に関する受診義務がある県  
 ■ : アルコール依存症・健康障害に関する受診義務等、特記事項(以下、主要な内容・施策の概要は、類似する詳細な内容を省略。)

## 10. 地域連携好事例集

---

武田裕子、塚本堅一、  
今成知美（特定非営利活動法人アスク）、吉本 尚

# 地域連携好事例の収集

武田裕子<sup>1)</sup>、塚本堅一<sup>1)</sup>、今成知美<sup>1)</sup>、吉本尚<sup>2)</sup>

1) 特定非営利活動法人アスク、2) 筑波大学医学医療系地域総合診療医学

## 提言

- ▶ 地域連携に関する好事例への自己推薦は比較的多く、都道府県等で行われている連携会議や国等による地域活動支援の効果が伺えた。
- ▶ 好事例を通して、組織的に運営継続する工夫や連携拡大のための工夫などを共有することで、全国的な取り組みとなることを期待したい。

## 目的

地域連携に関する好事例を収集し、全国への周知徹底を行うことで、アルコール健康障害対策における効果的な対策を取ることが可能となる。特に全国に普及させるにふさわしいと思われる事例に対しては、さらに詳細な取材を行い資料化した。

## 方法

2019年10月26日から2020年1月31日まで、アルコール関連問題に取り組む団体を対象にしたアンケート調査を、Google フォームを用いて実施した。

質問項目は、以下の通りである。

- 1、以下のどのタイプの地域連携ですか？
  - 「都道府県」が招集した連携会議など
  - 「都道府県レベル」の自主的な研究会やネットワークなど
  - 「市区町村」が招集した連携会議など
  - 「市区町村レベル」の自主的な研究会やネットワークなど
  - 「精神保健福祉センター」が事務局になった連携会議など
  - 保健所が事務局になった連携会議など
- 2、実施地域（都道府県 / 市町村名など）
- 3、地域連携の体制（専門医療機関名、保健所・精神保健福祉センター・福祉事務所などの行政機関、社会福祉協議会、民間依存症専門施設、断酒会、AA など）
- 4、地域連携の発足時期（西暦）
- 5、地域連携が発足した経緯（どこが、誰が呼びかけたのか等）
- 6、地域連携の目的
- 7、地域連携をするために開催している会議名
- 8、上記会議の開催頻度

## 9、活動実績

- 10、連携の成果物（リーフレット、報告書、連携ガイド、論文など）
- 11、連携で工夫していることなど
- 12、地域連携があることによる効果（変化したこと／助かっていることなど）
- 13、問い合わせ先（メールアドレス、ホームページ URL 等）
- 14、記入者（報告者）の氏名と職種／立場
- 15、調査を報告書として公開する場合、個人情報（所属、氏名）の公開について
- 16、その他自由記載（上記で書けなかったことなど記載ください）

アル法ネットのサイトのトップページに告知を置き、アル法ネット賛同団体のメーリングリスト、アルコール連携医療メーリングリスト、アル法ネットとNPO法人ASK（アスク）のFacebookから協力を呼びかけた。

## 結果

20団体の回答を得た。回答を以下に掲載する。追加して、詳細な調査について以下の8団体に実施した結果を示す。

- ▶ 四日市アルコールと健康を考えるネットワーク（三重県）
- ▶ 東大阪市アルコール関連問題会議（大阪府）
- ▶ 3つの圏域ごとのネットワーク会議と支援拠点（鳥取県）
- ▶ 愛知県衣浦東部保健所の連携モデル 他（愛知県）
- ▶ 東北会病院（宮城県）
- ▶ 渡島保健所・函館保健所（北海道）
- ▶ 岡山市こころの健康センター（岡山県）

▶ 熊本県精神保健福祉センター（熊本県）

### 考察

同時期に調査した医療連携と比べ、回答を得られた数が多かった。これは、国や都道府県等が実施している対策推進計画に基づく連携会議等の開催や、国等による地域活動支援の効果である可能性がある。

こういった地域活動は、数名ほどの少人数から開始され、徐々に拡大していく傾向にあるが、中心的な人物の異動等で継続が困難になることも多い。今回収集した好事例等を通して、組織的に運営継続する工夫や連携拡大のための工夫などを共有することで、アルコール健康障害対策への地域での取り組みが、さらに全国に広がっていくことを期待したい。

### 謝辞

お忙しい中、回答にご協力いただきましたすべての方々に感謝いたします。









1、タイアップの地域連携か？	「都道府県」が自主的な研究会やネットワークなど	愛知県	「都道府県」が招集した連携会議など
2、実施地域	宮城県（仙台市）	愛知県	
3、地域連携の体制	東北社会病院 宮城県・仙台市行政職事業 高船・障害事業専攻 民間依存的支援施設 グループ教育機関等	愛知県アルコール健康障害対策推進委員会 愛知県医師会 病院協会 愛知県看護協会 愛知県市町村保健師協議会 愛知県福祉協議会 愛知県精神保健福祉協会 全国健康保険協会 愛知県立高等学校校長会 愛知県立東海大学 名古屋保健所 名古屋健康福祉局 刈谷病院 NTT西日本東海病院 名古屋大学学生相談センター 名古屋学芸大学看護学部 愛知県断酒連 愛知小売酒販組合	
4、発足時期（西暦）	1981年	2018年	
5、地域連携が発足した経緯		愛知県がアルコール健康障害対策関係者に	
6、地域連携の目的	依存症の事例治療、支援のための事例検討を通じて地域ネットワークの構築と対応力の向上	アルコール健康障害対策に関する関係機関団体等と抗議を行って、関係機関におけるアルコール健康障害対策を総合的に推進するため、愛知県アルコール健康障害対策推進委員会を開催する。	
7、地域連携をすすめるために開催している会議名	宮城県アルコール健康障害対策推進委員会	愛知県アルコール健康障害対策推進委員会	
8、上記会議の開催頻度	月1回	年1回	
9、活動実績	約40年間地域で継続開催の実績により、支援者および自治体関係者のネットワークの構築と対応に努めている。	会議での資料をメールで送るのと、参照のこと。	
10、連携の成果物（リーフレット、報告書、連携ガイド、論文など）	35周年記念上映会「映画「むかしMatoのあつた町」」2014年1月18日特別講演「西尾和美「トラウマの心理療法」」2015年10月11日公開講座「斎藤学「生きづらさの読み解き」」2019年11月9日	資料を送るので、参照のこと。	
11、連携で工夫していることなど	事例や当事者から学ぶ姿勢を原則とするケースセッションを心掛けて連携を図っている。	愛知県の推進計画では、推進体制・進捗管理に県地方精神保健福祉センターに報告されたことについて、素案審議会に報告されたことについて、専門家が集まるものではないが、アルコール関連問題については専門家であるから、最終的なアルコール健康福祉審議会に報告されたことについて、専門家は愛知県地方精神保健福祉審議会「など」との表裏になり、愛知県地方精神保健福祉審議会とは別に、実際にアルコール内科、精神科、断酒会などを含む愛知アルコール健康障害対策推進会議が継続的に開催されることになった。愛知県の適切な対応に感謝している。	
12、地域連携があることによる効果（変化したことなど）	支援関係者からのケース相談が活発になり、ケースセッションも増えた。	平成30年度では、すべての愛知県の保健所で「アルコール健康障害対策推進委員会」が開催され、アルコール健康障害専門医が選定された。そのほか、メールで送る資料でのご確認ください。	
16、その他自由記載			愛知県は窓口になっている「アルコール健康障害対策推進委員会」がアルコール健康障害対策推進委員会、産業保健、医療福祉関係者や研修医などへ連携を広げたい。







1、どのタイプの地域連携か？	図書館 テーマ 展示事 業	2、実施 地域	京 都 市	3、地域 連携の 体制	京都市図書館	4、発足 時期 (西暦)	2016年	5、地域連携が発足した 経緯	2010年から自殺予防の防 週間にて自殺予防の防 書館テーマ展示事業を 行っており、実行ここ らから健康増進センター となった。京都市ター ミナルの健康増進セン ターから呼びかけた。	6、地域 連携の 目的	図書館を利 用する市民 が、アルコ ル問題への関 心を高め、 アルコールの 付き合い方 を学ぶこと を目的とし ている。	7、地域連携 をすすめる ために 開催してい る 会議名	図書館ター マ展示事業 「お酒を読 もう」	8、 上記会議 の開催 頻度	年1回 アル コー ル コ ー ル 関 連 問 題 啓 発 週 間 を 中 心 に 実 施	9、活動実績	H28年度：14図書館、 H29年度：13図書館、 H30年度：14図書館、 R1年度：15図書館（京 都市内全20図書館）	10、連携の成果物 (リーフレット、報告書、 連携ガイド、論文など)	報告書	11、連携で工夫して いることなど	・図書館にある関連図 書の他に、当セー ナーが作成したリー フレットやパネル、 啓発週間ポスターの 掲示等を行っている。 (関連図書が少なく も対応できる) ・大まかな時期は指 定するが、展示期間 は、図書館の都合に 合わせている。 ・期間中職員が訪問し、 あいさつを兼ねて不 都合なことがないか など状況確認を行っ ている。	12、地域連携がある ことによる効果 (変化したことなど) 助かっていることなど)	図書館はいろいろな世 代が集まる場所であり、 一般市民の様々なアル コール関連問題につい ての意見を聞くことが できる。(アンケート実 施)	16、その他 自由記載	
----------------	------------------------	------------	-------------	-------------------	--------	--------------------	-------	-------------------	--	-------------------	---	---	--------------------------------	-------------------------	---	--------	--	--	-----	----------------------	---	--	--	----------------	--

# 地域連携 好事例

## 1

### 四日市アルコールと健康を考えるネットワーク ..... 発展する地域ネットワークの「原点」

「四日市モデル」と呼ばれ、アルコール健康障害対策基本法や基本計画へとつながった、先駆的な地域連携である。総合病院持ち回りでの市民向け研修や事例検討会、そして関係機関の「困りごと」を掘り起こしていく方法で、連携を進化させてきた。

#### 実施地域

三重県四日市地区

#### 実施主体

四日市アルコールと健康を考えるネットワーク

#### 連携組織等

四日市医師会 四日市市保健所 四日市市薬剤師会  
四日市市介護高齢福祉課 四日市市保護課  
四日市市地域包括支援センター（3カ所）  
四日市市消防本部 四日市市警察署生活安全課（3カ所）  
三重県立総合医療センター 市立四日市病院  
四日市羽津医療センター  
かすみがうらクリニック 総合心療センターひなが  
県立こころの医療センター 主体会病院

#### スタート時期

2009年10月、一般総合病院とアルコール専門医療機関のスタッフに加え、医師会、保健所、行政、消防署や警察署などが参加して、ネットワークが開設された。

#### スタートの経緯

1996年に三重県アルコール関連疾患研究会が発足。1998年に市立四日市病院とアルコール専門病院の連携で「アルコールと健康を考える集い」がスタート。2008年には「集い」が計3カ所の総合病院で行なわれるようになる。翌年、研究会で協働した関係者がそろっていた四日市でネットワークが発足した。

#### 具体的な体制や形態

事務局を市立四日市病院におき、主として次のような活動を行ってきた。

＊市民向け「アルコールと健康を考える集い」

＊スタッフ向けシンポジウムや講演

＊介入ツールの作成

＊アルコール救急医療への取り組み

＊高齢者のアルコール問題への取り組み

＊多機関・多職種連携の事例検討会

＊アルコール健康障害対策基本法制定に向けた取り組み

こうした活動は国内での先駆的な地域連携「四日市モデル」として、基本法にもとづく国の基本計画において「連携」が重視される背景となり、三重県の推進計画でもモデルとして提示された。

現在は、**SBIRTSの普及推進**や、**警察との連携**を焦点課題として取り組んでいる。

#### 目的・課題

地域の関係機関が連携し、アルコール健康障害の早期発見・治療を推進する。

情報提供 かすみがうらクリニック 猪野亜朗氏  
主体会病院 高瀬幸次郎氏

## ネットワーク誕生の背景

三重県では、全国に先駆けてアルコール専門医療と内科のネットワークづくりが進み、1996年に「三重県アルコール関連疾患研究会」が発足。翌年、市立四日市病院でアルコール専門医との質疑応答を含む困難事例の研究会が行なわれたが、その「困難な患者」がまもなく断酒できたことから、同院スタッフが活気づく。専門医療への紹介ケースが増えていき、1998年からは同院で「アルコールと健康を考える集い」がスタートした。

10年の積み重ねを経て、2008年からは、この「集い」が県立総合医療センター、羽津医療センターでも行なわれるようになり、連携が広がっていった。

こうした背景のもと、2009年、研究会メンバーとして協働していた内科医、アルコール専門医、ソーシャルワーカー、看護師などが四日市地区にそろったことから、医師会、市保健所などにも呼びかけてネットワークが発足した。連携は医療・保健分野にとどまらず、市保護課、介護高齢福祉課、地域包括支援センター、消防署や警察署などにも広がっていく。

これだけの広がりを実現した条件のひとつが、互いに足を運びやすい距離で活動が展開されていること。四日市市は人口約30万人。関係機関同士が車で30分も走れば相手機関に到達できるため、他機関多職種が顔を合わせて情報交換や方針を共有するのに適した環境と言える。

ネットワーク発足後、四日市医師会の助成を受けて啓発ポスターが作成された。また、四日市保健所を通じて「地域自殺対策強化事業補助金」の活用が可能になったことも、ネットワークの多様な活動を支えた。その背景として、自殺・うつ・アルコールという「死のトライアングル」への認識が広まったことがある。

## これまでの活動内容

### ● 市民向け「アルコールと健康を考える集い」

2009年より年2～3回、市内3つの総合病院（市立四日市病院・三重県立総合医療センター・四日市羽津医療センター）で輪番開催している。

内容は、開催病院の医師によるアルコール関連疾患についてのレクチャー、アルコール専門医による依存症の解説、自助グループも参加しての話

題交換や相談会など。

これまでのレクチャーのテーマには「糖尿病とアルコール」「女性とアルコール」「アルコールとくすり」「アルコールと直腸がん」「神経内科から見たアルコールの問題点」など。

### ● スタッフ向けシンポジウムや講演

県外講師を招いての「うつとアルコールと自殺」「飲酒と発がん」「アルコールと脳」などの講演、さらに、アルコール救急をめぐる3回のシンポジウムを開催している。

### ● 介入ツールの作成

ネットワークのメンバーが、所属機関で「あれば便利」と感じたツールやマニュアルを作成してきた。必要な改訂を加えながら、現在も使われているものは下記。

- ◆ 啓発ポスター「お酒飲み過ぎてない？」
- ◆ あなたの飲み方は大丈夫？「アルコールの自己診断チェック／近隣のアルコール問題相談先
- ◆ 一般医・救急医・産業医・関連スタッフのための「SBIRTの進め方」
- ◆ 「お酒の飲み方チェック」—不適切な飲酒から健康を守るために—
- ◆ アルコール救急多機関連携マニュアル
- ◆ わかりやすい「高齢者の飲酒問題と介入方法」—こんな時どうする？—
- ◆ 疾患別啓発リーフレット（乳がんとアルコール／胎児性アルコール症候群 口腔がん咽頭がん 喉頭がんとアルコール 大腸がんとアルコール 直腸がんとアルコール 食道がんとアルコール 肝臓がんとアルコール お酒の飲み過ぎと外傷 糖尿病とアルコール）
- ◆ アルコール患者地域連携パスシート

### ● 多機関・多職種連携の事例検討会

2014年から年1回、市内3つの総合病院で輪番開催している。

困難事例への介入、問題解決に向けて、多様な問題点を共有し、連携の実践に役立てている。

1回に2～3例を検討、「頻回な救急受診」「暴言・暴力のある高齢飲酒者」「否認の強い患者に健診の結果をどう生かすか」など。

## 「困りごと」を掘り起こす

ネットワークでは、現場のSOSを拾い上げ、互いの強みを生かして問題解決につなげることによって、連携を広げてきた。

その方法を具体的にみてみよう。

### ●救急隊員が困っている！

酩酊状態で頻回に救急要請する人の場合、主訴がはっきりしない、言動が荒い、バイタル測定を拒否するなど、救急隊員は対応に苦慮する。症状が軽微で不搬送となったり、何度もトラブルを起こしている病院から搬送を断られることもあり、対応には通常の搬送の2倍近い時間を要することも多い。他の出勤に影響するだけでなく、救急隊員にとっても多大なストレスとなる。

消防署からネットワークに初参加して、こうしたケースの対処法を相談したことで、救急の実情を関係者が理解し、保健所などと連携しての対応が行なわれた。これをきっかけに、市の消防本部がネットワークに正式に介入した。

### ●救急医療が困っている！

救急搬送された先のERも、酩酊患者の対応に苦慮していた。

重症度・緊急度の見分けに困難をとまなうだけでなく、暴言・暴力や治療行為の拒否などがあると、スタッフが危険にさらされ、長時間手を取られて他の診療業務に影響する。しかもこうした患者に限ってリピーターとなりやすい。

事例検討やシンポジウムなどを通じて、こうしたスタッフの窮状が関係者に共有された。

救急医療の頻回利用者は、独居などで社会的サポートが少なく、複数の問題を抱えている場合が多い。そのため、多機関の連携なしに問題解決はないという認識も共有された。

救急現場ですぐに結果が判明するBAC（血中アルコール濃度）検査が市内3つの総合病院で導入され、診断や専門治療への紹介に役立っている。

その際には介入ツール『あなたの飲み方は大丈夫？「アルコールの自己診断チェック／近隣のアルコール問題相談先』や、疾患別啓発リーフなどが活用されている。

2016年には、ネットワークのメンバーが中心となって作成した『アルコール救急多機関連携マニュアル』が三重県健康福祉部より発行された。

### ●介護現場が困っている！

これも事例検討などを通じて関係者に共有された問題である。

認知症とアルコール依存症との合併で処遇が困難になる例など、ケアマネ、社会福祉協議会、市保護課、専門治療機関などの連携が欠かせない。

高齢者の場合は酩酊しての転倒による外傷リスクをはじめ、アルコール関連問題によってQOLが急激に低下するリスクがあり、多機関連携ができていないと、問題発見が遅れて深刻化を招いてしまう。

現場のニーズから、2011年にリーフレット『知っておきたい！「高齢者の飲酒問題の特徴」と「介入方法』』をネットワークが制作し、四日市市保健所保健予防課から発行された。

2015年には介護職員へのアンケートを実施。このリーフをはじめ制作したツールが役立てられていることがわかり、ネットワークの認知度も回答者22人中17人と高かった。

### ●警察が困っている！

目下、ネットワークが取り組んでいるのが、警察署生活安全課からのSOSを受けての対策作りである。

保護房に酩酊者を収容しているが、心身の状態のアセスメントができないため、不安な中での対応を重ねている。そしてここにも、リピーターが存在する。

救急医療の利用者とは属性が異なることが多く、パンフレットなどを作成するにも別の情報が必要となる。そのニーズを吸い上げ、連携のしくみを構築することをめざしている。

## ネットワークの成果と課題

ネットワーク登録メンバーへのアンケートから、これまでの成果と課題に焦点をあてて紹介する。アンケートは2018年3～5月に実施、配布数36のうち回収数23である。

### ■成果

- ・ 普段の支援の中で、**アルコール問題がないか否かという視点**をもつことができるようになった。また、これまでつながりのなかった関係機関と**顔の見える関係づくり**ができたと思う。
- ・ 自己診断チェック『あなたの飲み方は大丈夫？』

があることで、患者・家族への説明や動機づけなど介入がしやすくなった。

- ・院内スタッフの理解が進んだとは言い難いが、一部でも連携パスを利用して患者を専門機関に紹介しようという動きはある。
- ・地域社会に対して、がんとアルコールシリーズや、高齢者マニュアルなどの啓発リーフレットを作成したことで、多少とも啓発が進んだのではないかと思う。
- ・消防署で解決できなかった事案が、ネットワークに関わったことで解決できた。関係機関の連携の必要性和それぞれの思いを共有することができた。
- ・困った時に相談できるありがたさを感じる。
- ・ネットワークのおかげで「治せる患者が増えた」「処遇に困る患者もなんとかなる」ことを実感している。
- ・他機関の苦勞がわかり、連携の重要さを再認識できた。
- ・「法は現実を超えない」という原理を考慮すると、四日市の連携モデルがなかったら、連携作りが中心の基本法は成立しなかったと思う。
- ・健診でアルコールによる肝機能異常があった場合、専門医につなげることができたり、支援方法を学ぶことができた。

## ■課題

- ・関係者の熱意や意欲に頼っている面は否めず、ネットワーク自体の力量に限界を感じる。
- ・自由意思による民間ネットワーク活動のため、機関の業務と認定されず、人員配置や予算などの点で運営の継続に支障がある。
- ・公務員はルールがないと仕事ができないので、参画させるためのルール作りが大切。
- ・基本法のもとに県や保健所など行政の関与が明確になり、今までネットワークで行なってきた活動について役割分担の上、枠組み作りが必要。

## 今後の展望

ネットワーク内では現在、次のようなことが課題として挙がっている。

### ●SBIRTやSBIRTSの普及推進

アルコール問題を早期発見・介入するSBIRTがネットワーク領域外を超えて広く、内科領域な

どで行なわれるために何が必要か。たとえば、専門医療への紹介に診療報酬がつくことや、内科でのアルコール健康障害治療ガイドライン作りなどが役立つのではないか。

また、専門医療でのSBIRTS普及など自助グループとの連携が広まるために四日市のネットワークが果たせる役割は何か。

### ●職能団体のネットワークづくり

各県レベルで、看護協会、県医師会、栄養士会など職能団体がアルコール対策に関する情報共有と連携のネットワークを形成すること。

### ●世代交代

ネットワーク内では、次世代のアルコール専門医や、連携を担う内科医など、コアメンバーの育成が急務となっている。

### ●3つの依存症対策への懸念点

県の依存症対策として「アルコール・薬物・ギャンブル」を同時に扱うこととなり、連携会議もこれら3つの課題を負うこととなっている。

しかし、それぞれの問題の中身が異なるだけでなく、連携相手となる組織や機関がまったく違うことが大きな問題。対策が中途半端に終わらないよう、部会を設けるなど実効性のある方法を検討する必要がある。

## 地域連携 好事例

# 2

### 東大阪市アルコール関連問題会議

(通称 ひあかもか)

## 35年も続いてきた連携会議の極意

35年近くにわたり続く地域の連携会議は国内で例を見ない。医療・行政・断酒会の「三位一体」を掲げた「大阪方式」が確立した時期から、年代ごとによって変わってきた会議のテーマは、日本のアルコール対策の変遷の縮図でもある。これだけ継続できた理由と意義をまとめた。

#### 実施地域

東大阪市

#### 実施主体

東大阪断酒会

(事務局：東大阪市保健所)

#### 連携組織等

断酒会・行政・医療の連携による会議として始まる。

現在、会議の参加者は――

断酒会員、精神保健福祉相談員、福祉事務所職員、アルコールなどの医療関係者、相談支援事業所スタッフ、就労支援事業所スタッフ、老人ホーム職員 ほか

#### スタート時期

1985年9月に第1回の会議を開催。

#### スタートの経緯

大阪府では1970年代にアルコール専門病院や専門病棟が開設され、「大阪方式」のスローガンのもと1980年代にかけて各地で関係機関の連絡会議が立ち上げられていた。

しかし東大阪市は専門医療の空白地帯であり、行政は事例への対応に困っていた。東大阪断酒会も関係機関や他地域とのつながりがなく閉塞感を抱えていた。そこで、断酒会から他市で取り組まれているような連絡会議を開催してほしい、と各関係機関への呼びかけがあり、会議を持つことになった。

#### 具体的な体制や形態

毎月第1火曜 18:30～20:00 に西保健センターで会議が行なわれている。

参加者は25～30名程度。断酒会が司会を務める。

#### 目的・課題

当初は、断酒会・医療・行政がそれぞれの役割分担と連携のしかたを考えること。やがて、啓発活動、早期発見のため内科へのアプローチ、地域資源の拡充など、時期ごとに課題が変化しつつ、会議が継続されている。

情報提供 東大阪市アルコール関連問題会議

※参考資料 地域精神保健福祉活動事例集 16

「大阪府内保健所における  
アルコール関連問題への取組み」  
(大阪府こころの健康総合センター)

## 閉塞状況を打開する！

1980年代当時、東大阪断酒会は、他地域の断酒会や地域の関係機関との交流が乏しく、「たこつぼ断酒会」と呼ばれるなど閉塞感を抱えていた。また、再飲酒した会員の家を訪問して説得に当たった会員も再飲酒に至ってしまうといった事態も起こっていた。

同市は専門医療の空白地帯であったため、保健所や福祉事務所でも、アルコール問題を抱えた人への対応が限界となっていた。精神保健福祉相談の4分の1をアルコールが占める状況である。

断酒会の停滞を懸念していた役員が、当時大阪府下で活発に開かれていた酒害懇談会を東大阪でも開きたいと関係機関に呼びかけた。それに呼応して1985年9月に行政、医療、断酒会で第1回目の会議が持たれた。

この会議は毎月第一火曜の午後6時半から8時半まで行なわれることになる。こうして、閉塞状況を打開する一歩が踏み出された。

## 時期ごとの変遷

### 《第1期 1985～1991》

断酒会、保健所、福祉事務所、医療機関がそれぞれの困りごとを率直に出し合った。その中で、相手機関への過剰な期待や、本来の役割を超えて動いていた実態などが浮かび上がる。互いの役割を確認し、連携のありかたを探っていった。

警察や救急隊を招いて事例から学んだり、他地域の断酒会やAAメンバーを招いて例会のあり方を見直す一助とした。

会議の運営、事務局体制、会則、話し合いの進め方を協議した。

### 《第2期 1991～1996》

1992年、隣接地域に小杉記念病院が開院。次いで93年には東大阪市内に東布施辻本クリニックが開院した。こうして当事者の治療へのアクセスが容易になっただけでなく、家族の相談の受け皿ができた。

保健所への相談は減っていき、福祉の負担も軽減したため、行政の役割が改めて模索された。そのひとつが予防・啓発の支援である。

93年から、断酒会が市民健康祭りに参加し、パッチテスト実施やパンフレット配布を行なう。

……………コラム……………

## 大阪府全体からみると

昭和から令和へ 異色の会議



アルコール医療の先進地域である大阪府に、専門病院や専門病棟が次々できたのは昭和40年代半ばで、いわゆる「大阪方式」の始まりと言われる時期にあたる。

昭和49（1974）年の泉南地区アルコール対策研究会を皮切りに平成元年（1989）にかけて、高槻、吹田、守口、茨木、寝屋川など、数多くの市や保健所で、酒害対策懇談会、関連機関連絡会議などが立ち上がった。昭和60（1985）年に始まった東大阪市アルコール関連問題会議は後発組である。

こうした連携会議は当初の役割を終え、終結。現在はすべて消えている。

平成25（2013）年にアルコール健康障害対策基本法が成立し、府内でも再び、大阪市アルコール関連問題ネットワークグループ、富田林保健所アルコール問題対策連絡会議、大阪アディクションセンターなど、新しい連携会議が始まっている。

そうした中でも、昭和から令和まで続いてきた「ひあかもか」は、異彩を放つ存在である。

イッキ飲み防止等の啓発活動にも取り組んだ。

### 《第3期 1996～2005》

これまで会議は「医療・行政・断酒会」の三位一体と言われてきたが、この時期には内科へのアプローチが検討されたり、高齢者施設からの参加者が加わるなど、連携が広がり始める。

アルコール関連疾患の患者が内科を受診するたび、「飲める体」に戻って帰ってくる問題が、会議でたびたび取り上げられた。内科領域への啓発のため、1999年より年1回、啓発リーフレット「ひあかもか通信」が発行されることになった。

「ひあかもか」は、東大阪市アルコール関連問題会議の頭文字をとった略称で、「あ」の文字が小さいのはアルコール関連問題を減らしていくという意味がこめられている。

「ひあかもか通信」にはアルコール依存症者の体験談と専門医の解説を掲載し、内科病院を中心に断酒会員が配布。内科医を対象にした講演会も企画したが、ほとんど反応が得られず、内科との連携は大きな課題として残された。

続いて浮上したテーマは、アルコール依存症者の高齢化である。東大阪養護老人ホームの担当者が依存症の入所者への対応に困って会議に参加したのをきっかけに、専門医によるホーム職員への研修や断酒会による体験談が行なわれた。そして2004年1月に、ホーム断酒会が立ち上げられた。老人ホーム内での断酒例会は全国でも珍しいと思われる。

その後も、介護関係者の継続的な参加により、地域包括支援センターへのアルコール問題の研修実施など、啓発活動へとつながった。

なお、2004年、会議は東大阪市こころの健康推進連絡協議会の「アルコール問題予防部会」として公的に位置づけられ、保健所相談員や福祉のワーカーらがより参加しやすい環境になった。

### 《第4期 2005～2013》

この時期には救護施設からの参加も始まり、連携がさらに拡充する。

単身者、高齢者などアルコール依存症者の多様化するニーズに対応するため、断酒会はどうあるべきかが議論された。東布施クリニックの新規受診者や断酒会員への調査をもとに実態把握が行なわれ、高齢単身化・日中の居場所不足が課題として浮き上がった。

また、断酒会家族会の休会も解決すべき課題となり、家族会の立ち上げ支援として2007年に会議の主催で「家族の集い」が発足。その参加家族が中心となって家族会を再開した。

こうして、地域のアルコール依存症者にとって必要な社会資源として「家族会」「昼ミーティング」「当事者の通所型支援施設」についての協議が重ねられる中で、東大阪断酒会家族会の再開（2009年）、アルコール依存症者を対象とした就労継続支援B型作業所「スタジオパッソ」開設（2015年）、断酒会昼例会（2015年）へとつながった。

### 《第5期 2014～現在》

2014年度から、「ひあかもか通信」の啓発対象を内科領域に限らずに拡大。毎年、会議で内容について話し合い、テーマを決定している。未成年者の飲酒防止、イッキ飲ませ防止、地域の社会資源マップ、アルコール健康障害対策基本法の意味などである。

内科へのアプローチは継続的な課題であり、今も断酒会員が「通信」を一般医療機関に届ける活動を継続している。

一方、断酒会の会員減少問題もたびたびテーマとなった。例会場の確保や行事の企画など、活動についての支援策が話し合われた。

2016年には断酒会・専門医・保健所がチームを組んでアルコール健康教育出前講座を行なった。

この時は小学校6年生を対象に、アルコール依存症の父をもつ少年「ハルクん」を主人公とした絵本のスライドによる読み聞かせ、断酒会員の体験談、専門医による予防教育、断わり方の学習、という構成で実施した。

## 長年継続できた理由

会議が35年近くにわたって続いてきた理由として、次のようなことが挙げられる。

### 断酒会が中心

断酒会が司会を務めることで、会のモチベーションが保たれた。行政主導では、一定の成果をもって会議を終結させたと考えられる。また、行政や医療で熱心なメンバーがいなくなった時点で、会議が消滅した可能性も高い。

## 専門医の存在

アルコール専門の信頼できる医師が常に参加していたことにより、話し合いが具体的な成果へとつながっていった。

## 職員の異動がない

事務局を担う市の精神保健福祉担当者が大きく異動することなく、新人にも当初からの歴史が引き継がれている。

## 「ゆるい」会議

その時々状況やニーズに応じ、一次予防から三次予防まで、あらゆるテーマを柔軟にとりあげてきた。また、医療・行政・断酒会の間当初から上下関係がなく、本音をぶつけ合う話し合いが行われてきた。

こうした「ゆるさ」が、行き詰まりそうになると流れを変えて元に戻れる強みとして、会議の継続を支えてきた。

## 会議の成果

### 「継続」それ自体

続いてきたこと自体が、もっとも大きな成果と言える。専門クリニックができたことで精神保健福祉相談に占めるアルコールの割合が1割以下まで減少しても、会議があったからこそ行政はアルコール対策から手を引かずに関わり続けた。

### 役割分担と連携

関係機関の役割分担が話し合われ、連携が進んだ。時期を経るごとに、連携機関や分野が拡大していった。

### 育成の場

断酒会にとっては、複数の会員が参加して地域の関係機関とのつながり方を学ぶことにより、次世代のリーダーを育成する場となってきた。

行政や医療機関、新しく加わった関係機関にとっても、関連問題を学び、スタッフを育成する場となっている。

### 社会資源を生み出す

老人ホーム断酒会、家族会、昼例会、作業所など、地域に必要な社会資源について話しあい、作りだすきっかけになった。東大阪市版 AUDIT、フラッ

パー（依存症の自己チェック＋必要な知識を組み込んだ、反転フラップ式の独自開発パンフ）など啓発ツールも作成された。

## 今後に向けての課題

目下、次のような点を課題として、取り組みが行なわれているところである。

### 運営とファシリテーション

長い経過の中で、会議運営や事前準備等で行政が徐々に主導的になる傾向が出ていた。また、参加機関が増えたことで、互いの理解が十分とは言えない状況にあった。そんな中で議案がマンネリ化し、発言が特定の人に偏る場面がみられた。

そのため、司会を務める断酒会では、参加者の大学教員によるサポートを得てファシリテーションの工夫に努めている。参加者一人一人の発言を引き出すこと、各参加機関の活動報告を取り入れることなどである。

### 内科領域へのアプローチ

依存症者が少しでも早く専門医療につながるために、内科医との連携は長年の課題である。すべての内科で「ほどほどに」ではなく依存症の可能性を考慮した介入が行なわれるよう、今後もアプローチを工夫していく必要がある。

### 「推進計画」のもとで

「国の基本法ができれば、断酒会にまとまった補助金が出るのではなかったのか？」といった率直な疑問にも、行政の側からていねいに答えられる会議の場がある意義は大きい。

大阪府の推進計画が動き出した中、これまでの会議の独自性を失わず、成果を焦らずに着実に続けていくことが課題である。

## 地域連携 好事例

### 3

#### 3つの圏域ごとのネットワーク会議と支援拠点

### 「推進計画第1号」の進捗状況は？

国の基本計画より先に策定し、他の都道府県をけん引した鳥取県。5年計画は4年を経た。東部・中部・西部に設置された「ネットワーク会議」と、相談・治療を兼ね合わせた「支援拠点」の活動はどう進んでいるのか。成果と課題を聞く。

#### 実施地域

鳥取県全域

#### 実施主体

鳥取県

連携組織等

支援拠点機関 渡辺病院 各圏域の病院・診療所

鳥取市保健所

市町村 保護観察所 更生保護施設 刑務所

相談支援事業所

法テラス

検察庁 消防 警察

鳥取県断酒会 鳥取ダルクなど

#### 県の推進計画の目標として

2016年3月、「鳥取県アルコール健康障害対策推進計画」が、全国に先駆けて策定された。

特色は、啓発から相談・治療までをワンストップで担う「アルコール健康障害支援拠点」を指定していること。

また、県内の3つの圏域に、行政・医療・福祉・司法関係者・民間団体等によるネットワーク研究会を構築。事例検討会等を通してアルコール等の総合的な依存症に関する課題を検討するとともに、解決に向けた取組を行なうとしている。

東部・中部・西部医師会での「かかりつけ医等依存症対応力向上研修会」開催や、回復者や民生委員・保護司等を対象にした「アルコール健康障害普及啓発相談員」の養成も行なう。

#### 鳥取県での取り組みの経緯

1998年に鳥取保健所で「アルコール家族教室」を開催。

翌1999年4月に鳥取県「東部地区アルコール関係者ネットワーク研究会」が発足する（行政や医療・福祉だけでなく法テラスや検察庁などの司法関係者、民間団体の鳥取ダルクや断酒会などの自助グループを含めたネットワークで、講演や関係機関の活動報告、事例検討会を開きアルコール関連問題に取り組んできた）。

2010年に県が「依存症対策推進モデル事業」を開始し「依存症対策推進委員会」が開催された。

2013年には「鳥取アディクション連絡会」が発足。推進計画の策定にあたっては、断酒会員である県議会議員が、議会の中で自らのアルコール依存症体験を語った。説得力のある体験談は、全国に先駆けた計画策定への原動力になった。

2016年3月、「鳥取県アルコール健康障害対策推進計画」が、全国に先駆けて策定された。国の基本計画より先行する驚きのスピードで、注目を集めた。

#### 目標達成と課題

支援拠点を中心に関係機関が連携し、アルコール健康障害の早期発見・治療を推進する。

1999年から20年近く続いている「東部地区アルコール関係者ネットワーク研究会」の取り組みを、専門医療機関がない西部、中部でもスタートさせた。その他、かかりつけ医研修をそれぞれの地区医師会主導で進めている。

支援拠点の相談件数は増えているが、東部からが大多数。西部・中部のネットワーク活動の強化が課題である。

情報提供 明和会医療福祉センター 渡辺病院

山下陽三氏

鳥取県保健福祉部ささえあい福祉局障がい福祉課

## 進計画策定の背景

アルコール健康障害基本法が施行されたのは、2014年6月。約2年後の2016年3月、全国に先駆けて「鳥取県アルコール健康障害対策推進計画」が策定された。国の基本計画が閣議決定されたのは、その2ヵ月後だった。

鳥取県議会の動きは素早かった。国の基本法施行の翌月には、基本法に絡んだ「緊急対策事業」として300万円あまりの補正予算を可決し、関係者による「対策会議」も短い期間に4回行った。そもそも、鳥取県は人口約55万人と、全国で最も人口が少ない。コンパクトな県だからこそこの動きだったともいえる。

しかし、鳥取県がこれほどまでに迅速に計画を進められたのは、理由があった。基本法の成立前と後の2度にわたり、断酒会が平井知事に面会し、県としてアルコール依存症対策を打ち出して欲しいと要望していたのだ。さらに、断酒会員でもある福間裕隆県議が、自らの体験も織り交ぜて、県議会で質問を行なった。その答弁の中で知事は「国に先駆けて計画を作る」と宣言したのだ。

このことが大きな要因の1つとなり、県は推進計画策定に向けて動き出す。

2014年9月に医師、薬剤師、酒類事業者、民生委員、断酒会、刑務所、保護観察所などで構成される鳥取県アルコール健康障害対策会議を立ち上げた。その後、計画(案)についてパブリックコメントを実施し、2016年3月、知事の宣告通り「国に先駆けて」県推進計画を策定した。

## 予算

その後、予算も少しずつ増えている。

2016年 14,586,000円  
2017年 13,202,000円  
2018年 14,835,000円  
2019年 15,030,000円

このうち、年間900万円余り(2019年度)が、啓発から相談・治療までをワンストップで担う「アルコール健康障害支援拠点」に支出されている。

## 鳥取県アルコール健康障害 対策推進計画の概要

### 1. 「アルコール健康障害支援拠点」の設置

#### 2. 発生予防(1次予防) 正しい理解を深めるため、啓発と依存症に対する偏見解消を進める

◆小学校～大学において、相談支援コーディネーター、アルコール健康障害普及啓発相談員、学校薬剤師、自助グループなどの協力を得て理解推進 ◆保護者への啓発 ◆飲酒が睡眠に及ぼす影響について啓発 ◆若者向けのリーフレットを成人式や大学入学式で配布 ◆県民向けフォーラム、「相談支援コーディネーター」による出前講座、研修会、リーフレット、ポスター、動画による啓発 ◆各圏域における「ネットワーク研究会」の開催など

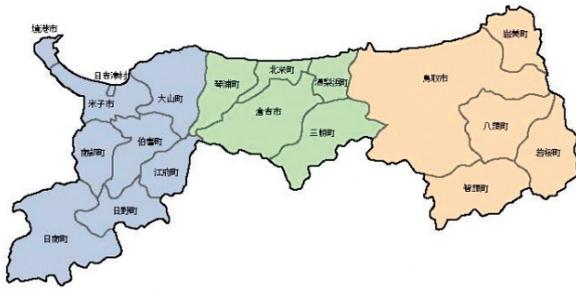
#### 3. 進行予防(2次予防) 医療、保健、福祉などの関係機関と連携し、アルコール健康障害の早期発見、早期介入の取組を進める

◆精神科医とかかりつけ医、かかりつけ薬局の連携強化 ◆健康診断や保健指導での早期発見・早期介入、医療機関や自助グループ等との連携 ◆健康診断や保健指導に関わる従事者への研修・教育 ◆運転免許更新を活用した早期発見 ◆市町村が行なう飲酒運転根絶の取組との連携 ◆自死対策との連携 ◆相談窓口の周知と広報、相談機能の強化 ◆各圏域で家族教室を開催、家族支援体制を強化 ◆支援拠点による支援 ◆民生委員、保護司等に対する研修 ◆断酒会、鳥取アディクション連絡会、AA等の民間団体に対する活動支援 ◆各圏域における「ネットワーク研究会」の開催 など

#### 4. 再発予防(3次予防) 医療・保健・福祉活動の充実、相談支援機能の強化、自助グループの活動支援等を行い、アルコール健康障害(依存症)の再発防止・回復支援を進める

◆精神科医とかかりつけ医、かかりつけ薬局の連携強化 ◆アルコール健康障害(依存症)からの社会復帰支援 ◆支援拠点による支援 ◆民生委員、保護司等に対する研修 ◆断酒会、鳥取アディクション連絡会、AA等の民間団体に対する活動支援 ◆各圏域における「ネットワーク研究会」の開催 など

## ネットワークの成果と課題



鳥取県は、東部地区、中部地区、西部地区と3つの圏域に分かれている。推進計画では、各圏域で行政・医療・福祉・司法関係者・民間団体等による「ネットワーク研究会」を開催し、事例検討会等を通して対策に取り組むとした。

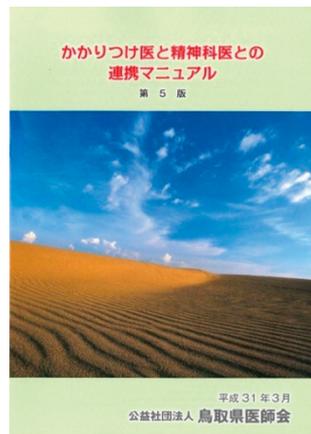
これは、1999年から県東部における対策の核となってきた「東部地区アルコール関係者ネットワーク研究会」を西部、中部でもスタートしようというものだ。

東部では、継続的に開かれており、2018年度で4回開催、年間150名（延人数）近くの方が参加しており、ネットワークの狙い通り依存症への理解が広まりつつある。

中部・西部のネットワーク研究会は、2016年度から定期的に行っている。中部・西部ともに基本的に年1度の開催で、警察署や市町村の担当者、地域支援センター、薬剤師会、自助グループのメンバーなど、幅広い団体が参加し、相互理解を深める場となっている。

その他「かかりつけ医等依存症対応力向上研修会」が開催されるようになった。治療につながるキーマンである、かかりつけ医のアルコール依存症患者への対応力向上を期待するもので、東部・西部・中部に分かれて地区ごとに年1回開催されている。それぞれの地区の医師会が事務局となって運営され、研修を受講すると日本医師会の「生涯教育制度」の単位にも認定される。

また、鳥取県医師会が自死対策事業で作成してきた「かかりつけ医と精神科医の連携マニュアル」

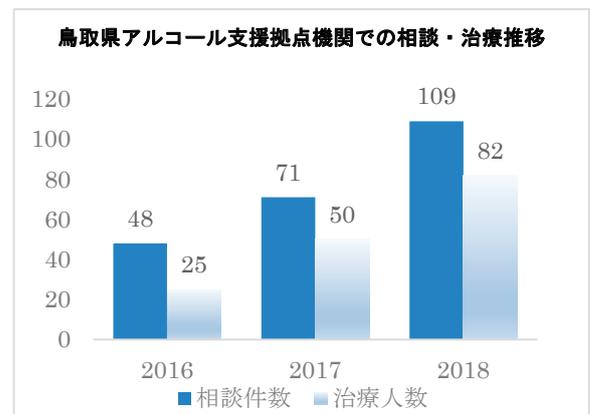


は、第4版から「アルコール健康障害の治療と回復について」という項目を加えている。

継続した、かかりつけ医のレベルアップへの取り組みが期待されている。

### ■相談件数の増加

2018年度の相談件数を見ると、全体の数は109件。前年度と比べて1.5倍増加している。また、病院が専門治療拠点となっていることも影響して、治療につながる人数も大幅に増え続けている。なかでも依存症としては軽症の受診者が増加しており、簡易介入で初期対応している。



しかし、地域別に見ると鳥取県・東部からの相談が82件と多数を占め、中部、西部からの相談件数は、例年並みの9件、4件と少なかった。

	当事者	家族	医療	政・民生	その他	
東部	28	35	14	4	1	82
中部	4	5	0	0	0	9
西部	0	2	1	0	1	4
県外	3	6	1	4	0	14
合計	35	48	16	8	2	109

(2018年度鳥取県アルコール支援拠点機関での相談件数)

### ■課題

支援拠点機関の相談件数は、年々増えているが、東部地域からの相談が圧倒的に多く、地域による隔たりが大きい。

中部・西部地区での専門医療機関の選定は、重要な課題の一つ。各圏域での保健所と専門医療機関とが連携した活動を充実させ、ネットワーク研究会の強化につなげていくことが望まれる。

## 支援拠点からわかったこと

### ●「アルコール健康障害支援拠点」の設置

2016年、推進計画の取り組みの1つとして「アルコール健康障害支援拠点」が設置された。普及・啓発から相談・専門治療まで担うもので、医療福祉センター渡辺病院が指定された。国の基本計画では、「相談拠点」「専門医療機関」を1つずつ定めることが目標とされているが、鳥取の「支援拠点」はこの2つを兼ねる形となった。相談を受け付けるところで専門治療も提供する、いわばワンストップ・サービスの機能があるのだ。

この支援拠点に「相談支援コーディネーター」を置き、啓発活動、相談対応、関係機関との連絡調整、職場復帰の調整などを行なう。

鳥取県は、支援拠点機関としての渡辺病院に対して、相談支援コーディネーターの件費を一人分支払う形で、現在年間900万円余りを支出している。支援拠点機関では現在看護師、PSW、作業療法士など6人がコーディネーターとして登録、出前講座や出前相談、自助グループ活動の支援、そして支援拠点機関研修会（薬物依存症支援拠点機関の研修会と合わせると年5回）の開催に取り組んでいる。

#### 【相談体制】

平日の9時から17時まで  
相談支援コーディネーターが関係機関との連携を含めた各種相談に応じる

#### 【治療体制】

医療相談室と外来看護師が連携し、アルコール初診枠を調整。相談の段階で希望を聴き取り、介入／診断／通院／入院などの一定の振り分けを行なう。

### ●見えてきたもの

アルコール健康障害を早期に発見し、適切な支援につなげるためには、かかりつけ医等が連携してアルコール健康障害対策を行なうことがますます重要となっている。

不適切な飲酒により救急外来を何度も受診するなど、問題を抱えている患者に対し、関係機関が連携し対応することにより、有効な地域ネットワークがつくられていく。

個別の状況に応じて、精神科等の医療機関や断

酒会等と連携を図ることが、「アルコール健康障害支援拠点」機関の重要な役割の一つだ。

推進計画も4年目に入り、人と人の見える関係づくりが進んできた。ネットワークが構築されているので、困った事例にも早期に対応することができるようになったのは大きな成長だ。

各圏域の保健所が家族相談・家族教室を担当。これからは二次医療圏ごとに、治療プログラムをもった依存症専門医療機関があり、保健所等と連携して、アルコールネットワーク研究会の定期開催や、事例検討会に参画していくことが重要となる。

## 今後の課題

### ●課題

推進計画では、回復した当事者や民生委員・保護司等を対象に「アルコール健康障害普及啓発相談員」を養成し、任命するとしている。支援拠点の研修会は、相談員の研修項目の1つになっている。

普及啓発相談員の継続研修と、初年度に登録した19名が実際に活用できているかなどを議論し、今後の相談業務を実施するうえでの方向性を検討する必要がある。このため、普及啓発相談員（継続）研修会を年度末に開催し、意見交換の場を設けている。

また、県全体の相談件数は年々増加しているものの、中部・西部地域からの相談は少ないため、支援拠点機関のホームページの充実や、リーフレットの配布等により更なる周知を考えている。

このほか、中部や西部の医療圏で、アルコール専門医の育成と、地域連携に積極的な精神科医療機関および専門医療機関の確保に向けた取り組みが求められている。

# 地域連携 好事例

## 4

### 保健所ハブの地域連携モデルが全県へ拡大

## 衣浦東部保健所の連携モデルはどう展開したか

三重県四日市市に学び、独自に発展した「衣浦東部保健所の地域連携モデル」。連携推進会議、事例検討会議を、県の12保健所に広げるという愛知県推進計画は3年目を迎えた。その進捗状況と成果、課題を聞く。

#### 実施地域

愛知県（名古屋市・中核市を除く）

#### 実施主体

愛知県

#### 連携組織等

精神科クリニック（精神科以外の）救急医療機関  
精神保健福祉センター 地域包括支援センター  
高齢者支援事業所 障害福祉施設 断酒会 AA  
消防署 警察署 商工会 産業保健センター  
弁護士会 教育事務所 児童相談所 職業安定所  
市役所（保健、福祉部）労働基準監督署  
一宮保健所 瀬戸保健所 春日井保健所  
江南保健所 清須保健所 津島保健所  
半田保健所 知多保健所 衣浦東部保健所  
西尾保健所 新城保健所 豊川保健所

#### 県の推進計画の目標として

2017年度に6ヵ年計画で始まった「愛知県アルコール健康障害対策推進計画」。その重点課題の1つである「予防、相談、治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備」の数値目標に以下の3つが設定されている。

- 県精神保健福祉センター及び県保健所を相談拠点として明確に位置づけ、相談体制を整備する。

指標とする内容	現状（2016年度）	2022年度目標
相談件数	県精神保健福祉センター：73件 県保健所：499件	相談件数の増

- 全ての県保健所において、アルコール関連問題に対応する地域の関係機関の連携体制（連携推進会議、事例検討会等）を構築する。

指標とする内容	現状（2016年度）	2022年度目標
アルコール関連問題連携体制の構築	1保健所	全ての県保健所（12保健所）

- アルコール依存症に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関を指定し、医療体制を整備する。

指標とする内容	現状	2022年度目標
専門医療機関の指定	未整備	2ヵ所以上の指定

#### これまでの経緯

愛知県内で最も管内人口が多い衣浦東部保健所が、2011年、自殺対策と結びつけて独自のアルコール対策を始めた。管内の専門医療機関、警察、救急等と、推進会議や事例検討会を行ない、問題の共有を図ったのだ。この取組を県全体に広めることが、相談拠点の明確化と専門医療機関の選定とあわせ、県の推進計画の目標とされた。

#### 目標達成と課題

2018年度には全ての県保健所が、連携に向けた推進会議や事例検討会等を行ない、相談件数の増加という目標もクリアした。引き続き、適切な相談、医療、回復支援に繋がるための連携、協力体制を強めていくことが求められる。

情報提供 愛知県 こころの健康推進室  
衣浦東部保健所

## モデル・衣浦東部保健所の経緯

### 【きっかけは自殺対策】

2017年策定の愛知県アルコール健康障害対策推進計画。この計画を進める上で、鍵となるのが、愛知県衣浦東部保健所だ。県で管内人口が一番多い保健所で、刈谷市、安城市など6市を管轄する。

同保健所は、2011年度から「自殺対策推進事業」の1つとしてアルコールへの取り組みを始めた。飲酒問題はうつとも関連し、自殺防止の観点から重要だと判断したからだ。

### 【1年目（2011）——問題の共有】

自殺と関係の深いアルコールの問題に関し、精神科病院・救急病院・市・警察・消防・断酒会へのアンケートを行なったところ、改めて問題の深刻さが浮かび上がった。そこで保健所から関係機関に呼びかけて「アルコール健康障害対策地域推進研究会」を開催。参加機関の中でも、警察と救急病院は特に、アルコールがらみの事例に長年困っていた。管内で起きているアルコールの問題に気がつくことができ、参加団体も増えていく。

### 【2年目（2012）——先進地に学ぶ】

前年度に続いて研究会を開催しつつ、地域ネットワークの先進地である三重県「四日市アルコールと健康を考えるネットワーク」に学んだ。関係機関の間で、連携構築への認識が高まる。飲酒問題のチェックリストと相談先を載せたリーフレットを作成し事業所や医療機関に配布。

### 【3年目（2013）——連携方法を考える】

四日市市のネットワークによる「アルコール救急多機関連携マニュアル」をベースに、検討会を行ない、地域の実情に合わせたマニュアルを作成。当初は、警察・救急・消防への聞き取りが中心だったが、高齢者の事例が多数あったことから地域包括支援センターも加わった。かかりつけ医の意識を高めるため医師会員向けの研修会を開催。

### 【4年目（2014）——連携を広げる・深める】

研究会に地域包括支援センターも参加。医師会にも参加を促した。研究会の参加機関の数は、開始した当初の23機関から、およそ倍の45機関に。

困難な事例について関係機関が連携して対策をとるための事例検討会もスタート。

前年度のマニュアルを改訂し、かかりつけ医や保健センターなどの役割も新たに追加。

啓発ポスターを作成し飲食店などに配布。ポスターの新聞掲載で電話相談につながった例も。

### 【5年目（2015）——継続可能なしくみ作りへ】

研究会を「アルコール健康障害対策地域推進会議」と改称。有志の集まりというニュアンスがある名称を変更し、より強く参加を促すことが狙い。

高齢者の事例が増加傾向にあることから、各市の健康担当課や障害担当課に加えて、高齢福祉担当課にも推進会議への参加を呼びかけた。

事例検討会では、初めてオブザーバー参加を募った。保健センターなどから12名が参加し、対応について学ぶ機会となった。

### 【6年目（2016）以降——県の推進計画の開始】

これまでの相談事例について、現在の飲酒状況等の聞き取り調査を行ない、節酒や断酒の要因を分析、関係者に情報還元した。参加機関の数は、ピーク時より減ったものの、よりブラッシュアップされ、推進会議も継続して行なっている。

アルコール問題に関するチラシの作成と配布、市民講座の開催、一般医療機関対象の研修開催等により、予防や対象者が支援に繋がるよう普及啓発を実施してきている。

県として推進計画が始まったことで、さらに関係機関の理解や協力が得られやすくなった。引き続き、研修会などを実施することで、地域ネットワークの強化を図っていく。

#### ○衣浦東部保健所

#### アルコール健康障害対策地域連携推進会議

年度	2014	2015	2016	2017	2018	2019
開催回数	3	2	2	1	1	1
参加機関数	45	42	42	30	22	32
参加人数	95	64	63	43	29	39



## ■成果

### 衣浦の流れを全保健所へ

「愛知県アルコール健康障害対策推進計画」では、衣浦東部保健所の取組をモデルに、2022年度までに県内に12ある全ての県保健所で、関連機関との連携体制を構築するよう数値目標が定められた。

この数値目標は、どの程度達成されたのか？

2018年度中に、目標どおり全ての保健所が関連機関との連携体制の整備に向けて連携推進会議や事例検討会等を実施した。

衣浦東部保健所ほどの多機関連携ではないが、これほど早期に目標を達成したポイントは、

①県の推進計画の目標にしたこと、②以前から保健所で継続実施している自殺対策にかかる地域連携推進事業をベースにし新たにアルコール関連問題に関わる方に参加してもらったこと、③衣浦東部保健所の取組を参考に、各保健所の実情に応じて実施したことなどが挙げられる。

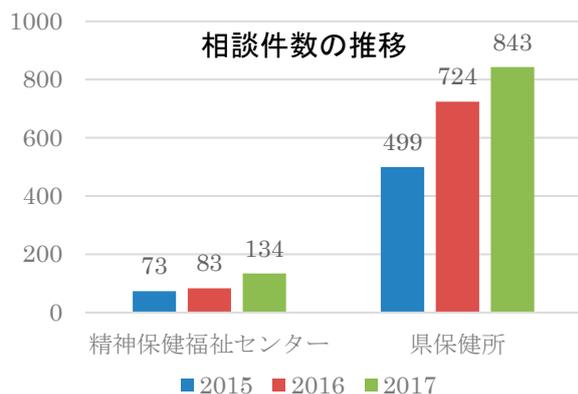
### 相談件数は上昇！

県保健所を相談拠点として明確に位置づけ、地域連携の要とした成果は、相談件数に如実に反映されている。

県保健所全体の相談の件数は、2015年は499件だった。その翌年の2016年には724、2017年には843件と、飛躍的に増えている。保健所だけでなく、精神保健福祉センターの同時期の相談件数も2015年は73、2016年は83、2017年には134と、こちらも大幅に件数が増えた。

### 【相談件数】

	2015	2016	2017
精神保健福祉センター	73件	83件	134件
県保健所	499件	724件	843件



県保健所では、精神科医が担当する相談のほか、自助グループの酒害相談員（依存症から回復した当事者）も活用している。ホームページやリーフレットも活用し、周知を行なっている。

精神保健福祉センターでは、専用電話による相談窓口の設置など、相談体制の整備に力を入れた。

## ■課題

### ○今後は地域における連携の強化が課題

全ての県保健所で、推進会議や事例検討会等を行なうようになったことで、地域の関係者が一堂に会し、アルコール問題の現状を共有し、これからどのように支援体制を調べていくかを検討する場ができた。

みえてきた課題は地域によってまちまちだ。県は、専門医療・治療拠点機関を選定してきたが、アルコール依存症を診療できる医療機関がない地域もある。あるいは、医療以外の社会資源が不足している場合もある。

今必要なのは、関係機関が更にアルコール健康障害の理解を深め、連携を強化して不足する社会資源を補い、アルコールの問題を抱えている方が適切に相談、治療、回復支援につながる事ができるように取り組んでいくことである。

それをどのように進めるかの検討が、各地域で始まったばかりだ。

### 【愛知県選定】(R.2.1.31 現在)

専門医療機関	桶狭間病院藤田こころケアセンター、刈谷病院
治療拠点機関	刈谷病院

# 地域連携 好事例 5

## 東北会病院

### 災害支援ネットワークとアルコール医療連携活動

東日本大震災で、もともと地域にあった問題が表面化。専門医療・行政・自助グループ等が連携、資源が足りない地域での支援の受け皿作りに取り組む。その中で編み出された4つの連携活動は、災害時の支援モデルであるだけでなく、通常モデルとしても優れている。

#### 実施地域

宮城県内（主として沿岸部の東日本大震災被災地域）

#### 実施主体

医療法人東北会 東北会病院

#### 連携組織等

みやぎ心のケアセンター（2012年度より事業委託）  
自助グループ（断酒会・AA等）、生活支援相談員（社会福祉協議会等）  
保健所や市町村の保健師 内科・一般精神科の医療機関 ほか

#### スタート時期

2011年3月11日の東日本大震災の直後より、東北会病院ではスタッフが沿岸部各地へ支援活動のため出向いた。ここでは、同年9月より同院が行なってきた4つの「連携活動」を報告する。

#### スタートの経緯

発災直後、全国から支援団体が被災地に入り、さまざまな支援活動が行なわれた。東北会病院でも沿岸部各地にスタッフが出向いて心のケアを行ったり、困難ケースの支援やスーパービジョンを行なった。

支援団体が引き揚げ始めた同年秋ごろより、個別ケースへの支援には限界があることから、支援者支援、地域支援の人材育成、自助グループの立ち上げ支援、医療間連携が、支援活動の焦点となっていった。

#### 具体的な体制や形態

- ①支援者支援グループ 南三陸町の仮設住宅を中心に、2011年から2014年まで計41回実施された。
- ②アルコール依存症治療実務研修 東北会病院において実施。2012年5月に始まり、現在も継続中。
- ③自助グループ立ち上げ支援 2013年度より、県内3カ所において断酒会と協働し、地元との連携のもとに行なわれ、断酒例会のスタートへとつながっている。
- ④アウトリーチ型の医療間連携 内科や一般精神科からの紹介を受けたアルコール依存症患者のもとに、同院の地域支援課が直接出向いて動機づけを行なうアウトリーチ活動など。

#### 目的・課題

- \*震災によって表面化したアルコール健康障害と関連問題への対応。
- \*もともとアルコール問題に対応する資源が不足していた県北・県南の沿岸部における、支援の受け皿作り。
- \*平時における継続、他地域への拡大のための予算と人員整備。

情報提供 東北会病院地域支援課 鈴木俊博氏

## 連携活動の背景

仙台市の東北会病院は宮城県内で唯一、アルコール依存症の専門病床を有する医療機関である。断酒会やAAなどの自助グループや回復施設も同市やその周辺地域に集中しており、県南と県北にはアルコール健康障害や関連問題に対応する社会資源が不足していた。

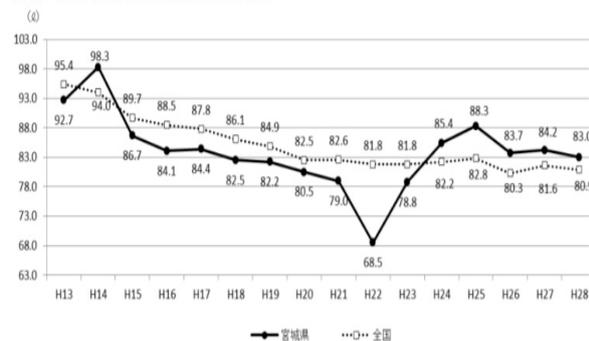
2011年の東日本大震災で津波による壊滅的な打撃を受けた沿岸部はまさにこの地域にあたる。また、漁師町が多いため大酒飲みに寛容な土地柄であり、被災後、避難所や仮設住宅において飲酒問題が顕在化した。

「宮城県アルコール健康障害対策推進計画」(27ページ)には、以下の記述がある。

「東日本大震災後は応急仮設住宅(プレハブ・民間賃貸借上住宅・災害公営住宅)に入居されている方々の健康調査を実施し、「朝又は昼から飲酒」や「多量飲酒」者の割合が高まっていることや、アルコール関連問題の相談が急増しているなどアルコール関連問題が顕在化し、震災後の大きな健康課題になっています」

成人一人当たりの酒類の販売総数を見ても、震災があった2010年度(平成22年度)に大きく減少した後、急激に増加し、2012年度(平成24年度)以降は全国平均を上回っていることがわかる。

図表1 成人一人当たりの酒類販売(消費)数量



東北会病院では、3月の発災直後から2014年までの4年間、災害支援会議を定期開催し、スタッフが心のケアのため沿岸部への支援に向かった。

県北の気仙沼市、南三陸町、石巻市をはじめ、県南の名取市、山元町など各地への支援件数は、2019年3月までの8年間に864件にのぼる。

支援の種別(下の図)を見ると、発災からの時間の経過によって、活動の焦点が移っていることがわかる。

発災当初より、全国から駆けつけた支援団体が各地で活動していたが、半年が経過すると、各団体が引き揚げ始める。

もとより個別ケースの相談に応じる活動には限界があることから、支援者への支援や研修、地域の受け皿づくりなど、次に述べるような「連携活動」が展開されていくこととなる。



図5 支援種別年度件数推移

### 《ネットワーク調整活動》

活動を具体化するための、地域との連絡調整、会議など

### 《支援者支援研修》

後述の「アルコール依存症治療実務研修」をはじめ地域支援者を対象とした研修

### 《事例検討》

事例のコンサルテーション及び連携協議

### 《被災者個別訪問・相談》

主に地域支援者同行での戸別訪問

### 《広報啓発》

啓発チラシ配布、災害関連の報告・発表等

### 《支援者グループワーク》

後述の、仮設住宅での生活支援相談員を対象とした支援者支援グループ

### 《相互支援グループ支援=自助グループ支援》

断酒会とともに行った、自助グループ立ち上げのための地域支援

### 《調査》

被災後に地域に向いての聴き取り調査

## 支援者支援グループ

南三陸町の仮設住宅（7ヵ所）に月2回、東北会病院から精神科医、精神保健福祉士、看護師が出向いて継続的なグループワークを行なった。

他地域からの要請で行なった単発のグループを含め、2014年までに計41回実施されている。

グループ参加者は、仮設住宅で見守り活動や戸別訪問を行なう生活支援相談員ら。

この生活支援相談員は、社会福祉協議会が緊急雇用対策も兼ねて配置した人員で、援助の専門職ではなく支援員自身も被災者である。飲酒問題がある仮設住民への対応に困ることも多かった。

グループでは精神保健福祉士がファシリテーターとなって、支援者が困っていることを自分を主語にして語ってもらう。精神科医らは、支援者が「できていること」に焦点をあてた肯定的なフィードバックを行なった上で、「できていないところ」を変化させるための具体的な提案を行なう。同時に、アルコール依存症についての教育、セルフケアを含めた心理的な支援を行なった。

## ■成果

グループ初回の感想は「何もできていないと思っていたが、やっていることに気づいた」「自分で話して、みんなの話を聴いているうちに、心が軽くなった」「これでいいんだと思えて、楽になった」など。

グループを継続する中で、飲酒問題のある人が治療につながったり、飲酒量が減るなどの成果も上がった。何よりも、もともと潜在化していた飲酒問題が震災によって顕在化する中で、当事者が地域から孤立することなく、支援者がネットワークを組んでした飲酒問題に対し、地域の中で対応していく力が引き出された意義が大きい。

グループは2014年で終了したが、この手法は機能性と効率性（知識を与えながら、感情や悩みについても扱うことが可能）、そして地域をエンパワメントする効果からも、災害時に生かせるものである。

## 支援者を支援するグループをファシリテートするポイント

## 👉 支援者自身の苦勞を語ってもらう

「どう対応していいかわからない」

「酔っている〇〇さんは怖い」

「自宅に帰っても〇〇さんのことが心配」

## 👉 語りを通じて、支援者の当事者性を浮き彫りにする

問題を抱えた〇〇さんに困っている支援者の「私」

⇒支援対象と支援者、相互の関係性がカギとなる

## 👉 支援者が「もっている力」に焦点をあてる

これまでの関わりで、できていることは何か？

⇒肯定的なフィードバックによって、できていることを強化する

⇒できていないところを変化させる力が生まれる

## 👉 変化を促す具体的な対応を提案する

「私」を主語にした1メッセージで気持ちを伝える

⇒「私はシラフの〇〇さんと話したい」など、非指示的で受け入れやすい言葉がよい

支援対象が「もっている力」に焦点をあてる

⇒〇〇さんの小さな変化も気づいて認め、肯定的にフィードバック

⇒うまくいなくても、責めずに、あたたかく関わり続ける

季刊『Be!』133号（2018年12月 ASK発行）より

2012年5月～2014年8月、およそ2ヵ月に一度のペースで、東北会病院において支援者研修が行なわれた。

対象は12年春に立ち上げられた「みやぎ心のケアセンター」職員、および沿岸部被災地域の精神科病院職員。2年あまりで述べ97人が受講した。

内容は、一週間かけて同院での全治療プログラムに参加しながらスタッフによるレクチャーを受けるもので、一回に3名ずつを受け入れた。

中でも一般精神科とアルコール治療を行なう精神科とのこうした形の連携・交流は、全国的にも例をみないものと思われる。

2014年1月からは研修期間を3日に短縮し、県内自治体で精神保健を担当する職員を対象とした実務研修が行なわれている。

アルコール治療プログラムの中心である心理教育・認知行動療法・家族グループなどのほか、薬物やギャンブルのミーティング、地域連携の一例として仙台ダルク訪問なども含まれる。

## ■成果

病棟や外来のプログラムに研修参加者を受け入れることで、職員には日常業務に加えての負担となるが、その意義は大きい。たとえば次のようなことである。

- ◆当事者や家族を病院につなぐ際、治療の中身をイメージできているかどうかで説得力がまったく違う。
- ◆地域でアルコール問題がある人への対応に苦労している支援者にとっては、治療・回復の場を体験することがその後への力となる。
- ◆専門病院スタッフと、精神科病院職員や自治体職員が直接顔を合わせることで、スムーズな連携が行なえるようになる。

2017年度までの受講者アンケートでは、研修が「とても役に立った」98%、「少し役に立った」2%と、非常に評価が高い。

## ■課題

研修希望者が多く、参加者を絞らざるを得ない現状であるが、今後の継続について課題がある。

というのも、この事業は「みやぎ心のケアセンター」の委託でスタートしており、同センターは2020年度で沿岸地域の一部事業を除き業務を終了することになっている。

県のアルコール健康障害対策推進計画においては「治療拠点機関となる医療機関を指定し、アルコール依存症に関する取組の情報発信や、医療機関を対象とした研修等を実施」となっており、東北会病院は2019年10月に拠点医療機関の指定を受けた。それにともない、同院において「依存症医療連携支援事業」として心のケアセンター委託事業を引き継ぎ、予算措置が行なわれることとなったが、具体的な人員配置や予算について、まだ明らかになっていない。県内でのニーズが高い事業を今後どのように継続していくか、早めの検討が望まれる。

地域の受け皿作りのため宮城県断酒会と協働して行なわれている。

## ◎気仙沼市本吉町

町の保健師からの相談がきっかけで、2012年1月から仙台の断酒会員の協力のもと「断酒を見守る会」がスタート。しかし飲酒問題を自分のことと捉える人が少なく、参加者が集まらずに中断。

その後、保健師の介入で治療につながる人が出たため、退院後の受け皿として、地元医療機関に場所を借りて再スタート。2013年からは公民館で町主催の「断酒を目指そう会」となる。一年後、宮城県断酒会「本吉例会」として自立し月1回の昼例会が行なわれている。

## ◎石巻市

ここでも保健師からの相談がきっかけとなった。市内で夜の断酒例会は行なわれていたが、高齢だったり疾病を抱える被災者は参加しにくい。

そこで2015年から同市河北町の保健センターで、断酒会や地元医療機関との連携のもと「お酒をやめている人たちの話を聞く会」を月1回、昼間に開始。

2017年から市の保健センターに会場を移した。地元のメンバーも定着してきている。

## ◎名取市

これまで自助グループがなかった県南部に断酒会をつくろう、という動きが始まった。

2015年度から、みやぎ心のケアセンターの協力のもと、月1回、昼間の集まりがスタート。

2017年に「名取断酒例会」として自立を果たした。

隣接する岩沼市からも、当事者や家族が参加している。

こうしたプロセスが可能となったのは、支援者からの相談を受けて病院スタッフがたびたび出向き、地元医療機関や自助グループなど関係機関をつなげたことが大きい。

その中で、「支援者が困った時には当事者の力を借りる」という流れができ、地域として「問題を排除するのではなく回復を支援する」力がついてきた。

なお、組織としての活動ではないが、地元AAグループのメンバーも各地の支援者研修で体験を語るなど、連携の中で役割を果たしてきたことを記しておく。

## ■成果

当事者が集まる場をつくることは、断酒支援という面と同時に、支援者が回復のプロセスを目にすることで力をつけていく支援者支援の側面ももつ。

## ■課題

県のアルコール健康障害対策推進計画の「民間団体の活動支援」には、こう書かれている。(37ページ)

「自助グループへの参加等は、社会復帰のための有効な手段とされますが、自助グループは地域偏在が見られ、仙台市を除く地域において不足しています。県内の当事者が身近な場所で例会やミーティングに参加できるように、会場の確保などの活動支援が必要とされます」

自助グループの地域偏在が解消されていくためには、上記のような積極的な支援が欠かせない。

この活動は、みやぎ心のケアセンターから県断酒会への委託事業である。前述のように、同センターは2020年度で業務を終了することになっており、次年度以降の事業継続に関し、具体的な見通しが待たれている。

同院スタッフは、各地の支援者から相談を受けて事例を共有する中で、さまざまな背景での介入や、地元医療機関との連絡調整を行なう経験を、日々積み重ねてきた。

その中で、従来のように紹介を待つだけでなく、現在治療中の医療機関へ直接出向いていく「アウトリーチ型の連携」が増えた。

内科や一般精神科から紹介を受けた際、事情を聞いた上で、必要があれば主治医・本人・家族と面談し、調整を行なう、などだ。

ポイントは次の2点である。

### 👉 動機づけができていくか

家族は治療を望み、主治医も紹介状を書いているが、本人はまったくその気がない、というケースも少なくない。事前に動機づけ面接を行なうことで、治療導入がスムーズになる。

### 👉 病棟プログラムに参加できるか

内科的な課題が残っていたり、高齢あるいは認知機能が低下しているなどで、精神科単科病院では受け入れが難しいケースもある。ただし認知機能の低下は、飲酒問題に起因した一時的なものである場合も多い。こうしたアセスメントを、必要に応じ直接出向いて行なう。

受け入れが難しいケースでは、可能な限り地域での支援ネットワークを組み立てるサポートを行なっている。

## ■成果

従来のように紹介を待つだけでなく、医療機関へ直接出向く「アウトリーチ型の連携」は、きめ細かい調整ができ、介入の成功率が高い。

県のアルコール健康障害対策推進計画では、取組方針(2) 進行予防において「アルコール依存症に関する医療の質の向上を図るとともに、アルコール健康障害への早期介入を含めた一般医療機関と専門医療機関との連携を推進します」(24ページ)と述べている。

この手法は、まさにそのニーズを満たすものである。

## ■課題

スタッフが2人一組で、多い時は月に5件以上のアウトリーチを行なっている。事前事後の連絡調整も必要で、かなりの労力だが、カルテを起こす前なので当然、保険点数にはならない。

この点が、今後に向けて大きな課題になると思われる。

## 宮城県推進計画の実現に向けて

東北会病院は2011年の震災直後から災害支援会議を設け、被災地への継続的な支援を行なう方針を打ち出した。2012年からは一部の事業がみやぎ心のケアセンターから有償で委託されたが、予算の裏付けがない事業が大半の中、各スタッフの熱意によって活動が続けられてきたのが実態である。

これは同院スタッフに限らない。各地の保健所や市町村保健師はじめ多くの支援者が、震災からの地域復興という大きな流れの中で、増加していくアルコール問題事例に力を尽くして対応してきた。その中で新しい連携ネットワークが構築され、支援や回復の場が誕生していった。

2018年度に策定された「宮城県アルコール健康障害対策推進計画」は、これらの連携活動の実績を下敷きに構築されている。

「沿岸被災市町で重症化した事例を専門医療機関等につなげるなどの支援を行うため、みやぎ心のケアセンターや医療法人東北会東北会病院を中心として、支援関係者に対する研修を行うとともに、困難事例の対応について助言指導が行われています」

(第4章 具体的な取組 4 基盤整備 (2) 人材の育成・確保【現状・課題】 35 ページ)

「県では、沿岸市町における震災からの取組を全県に拡大し、発生予防、進行予防及び再発予防の切れ目のない取組を行政、精神科及び内科等の医療機関、断酒会等の自助グループ、教育機関企業、警察等の関係機関との連携を強化して推進することとしています」

(第3章 アルコール健康障害対策の基本的な考え方 2 取組方針 27 ページ)

震災を機に構築された連携活動が評価され、県

の推進計画に位置づけられた意味は大きい。

しかし繰り返し述べてきたように、これらの取り組みは、現場の熱意と震災時の特別予算で成り立ってきた。新たな予算や人員配置が行なわれない状況では、一機関や一個人の努力にはおのずから限界がある。今のままでは燃え尽きて終わってしまう。

平時においても効果が期待できる活動については、通常業務に組み込めるよう、予算や人員配置を行なうことが必要である。

災害支援の中から生まれた地域連携のすぐれた事業を、県のレベル、あるいは国のレベルで、どのように継承し活かしていくのか。喫緊の課題である。

# 地域連携 好事例 6

## 北海道 渡島保健所《依存症を考えるつどい》

### 道立保健所と中核市が「共催」するミーティング

北海道の道南、渡島地域では、道立渡島保健所と函館市障害保健福祉課が協働して依存症対策を進めている。協働事業の具体例として、両者が共催する合同ミーティング「依存症を考えるつどい」をご紹介します。10年に渡って続く緊密な連携の背景とメリットを考察する。

#### 実施地域

函館市を含む渡島地域（渡島半島沿岸部2市7町）

#### 実施主体

北海道立渡島保健所、函館市障害保健福祉課による共催

#### 連携組織等

域内で依存症の入院病床を持つ4精神科病院  
函館保護観察所  
函館断酒会 GA ギャマノン など

#### スタート時期

「依存症を考えるつどい」は2013年7月より月1回開催。その基盤となる道立保健所と市との連携事業は2010年度からスタートしている。

#### スタートの経緯

依存症治療に関する道内での地域格差、自助グループ資源の不足などを解消するため、2010年度の厚生労働省「地域依存症対策推進モデル事業」として函館市を含む渡島地域がモデル地区に選定され、道立渡島保健所と函館市障害保健福祉課が協働して事業を行った。

モデル事業は2011年度で終了したが、両者が連携の必要性やメリットを確認することができた。そこで、形態や方法を工夫しながら、個別支援以外の依存症対策事業を協働して行なうようになった。「つどい」はそのひとつである。

#### 具体的な体制や形態

「つどい」は、依存症の種類を問わず、当事者・家族・関係者が一堂に会する合同ミーティング。

そのほかに協働して行なわれている事業として「依存症支援者学習会」などがある。

#### 目的・課題

「つどい」をはじめとした、道立渡島保健所と函館市障害保健福祉課との協働事業の目的は――

- ＊依存症の治療資源を増やし、地域ネットワークを育成する。
- ＊自助グループを育成する。
- ＊支援者の支援力を強化する。

情報提供 渡島保健所 平法子氏  
／元・北海道精神保健福祉センター長 田辺等氏  
(現・北星学園大学教授)

## 協働事業の背景

北海道では依存症の治療機関が札幌市などの一部地域に集中し、道内で大きな格差がみられた。アルコールの自助グループは高齢化し縮小・停滞する傾向があり、薬物やギャンブル依存については道内に回復の資源が乏しい現状があった。

センターが事務局となった有識者協議会がまとめた意見をもとに、北海道は2010年度の厚生労働省「地域依存症対策推進モデル事業」に申請。そのモデル地区として選んだのが、函館市を含む渡島地域である。

ここは、北海道の南西の端にあたる渡島半島のうち本州よりの沿岸部2市7町で、漁師町が多く、酒に寛容な風土がある。その中で、精神科医療機関は函館市とその周辺に偏在している。

また、函館市には競馬場や競輪場があり、ギャンブラーが集まる。さらに同市には地方裁判所と更生保護施設もあり、薬物事件で保護観察中の人々が生活する町でもある。しかし薬物やギャンブル依存症の回復の受け皿は非常に乏しかった。

モデル事業が行なわれた2010～11年度、精神保健福祉センターが主導する形で、道立渡島保健所と函館市障害保健福祉課が協働して依存症対策事業に取り組んだ。関係者会議、依存症集団ミーティング、依存症支援者学習会などである。

両者とも多くの事業を抱える中、モデル事業の終了とともに活動は終結してもおかしくなかったが、2年間かけて両者で行なうことの必要性が共有されて、協働事業に取り組む覚悟ができた。

## 協働事業の必要性とメリット

全国的にみられる傾向として、政令市や中核市に治療資源が集中する一方、そこが道府県の中でドーナツのように別の行政機構となっている問題がある。住民サービスの観点から望ましいとは言えないが、解消には数々の壁がある。

渡島地域の場合、精神保健福祉センターが主導するトップダウンのモデル事業をきっかけに、両者が協働して対策を行なう必要性とメリットを確認しあい、いわばボトムアップの事業として改めてスタートを切った。

その必要性とメリットとは、次のようなものである。

## 資源の偏在

精神科医療機関は函館市に集中し、アルコール依存症の治療プログラムを持つ医療機関は函館市のみである。そのため、道立保健所にとって函館市との日常的な連携ができていないことはスムーズな支援のために欠かせない。事業を協働して運営することにより、管轄区域を超えた治療資源・回復資源の活用ができる。

## 人材と予算の有効活用

両者で人手や時間を提供することによって、単独ではできない事業が行なえる。また、啓発リーフレットも同一のものを作成・使用するなど、予算面でも効率化がはかれる。

## ブランディング効果

事業に2つの行政機関の名を冠することで、医療機関や支援者の協力を得やすく、また広報面からも人が集まりやすい。

## 窓口の一本化

地域の一般精神科から「つどい」に患者をつなげる際、患者の住所に関わらず窓口がひとつですむなど、関係機関にとって利便性がある。もちろん住民サービスの点からも、行政の縦分けを超えた対策事業はメリットが大きい。

こうした必要性やメリットにより、モデル事業として取り組んだものの多くが現在も継続されている。

## \*依存症支援者学習会

ほぼ年1～2回のペースで、道と市が共催している。現在の対象は、市町の保健師など行政の支援者が中心。時期やテーマにより自助グループ関係者や一般市民も。

## \*依存症集団ミーティング

### →「依存症を考えるつどい」

モデル事業が2011年度で終了した後、2013年7月より後述の「依存症を考えるつどい」としてスタートした。

\*関係者会議

→「依存症を考えるつどい 連絡会議」

当初は関係者が広く参集していたが、現在は年1~2回、「つどい」の連絡会議として行なわれており、道立渡島保健所・函館市障害保健福祉課・4精神科病院(後述)・函館保護観察所が参加。「つどい」の運営が話し合われるほか、各機関の情報共有が行なわれている。

## 「つどい」の運営と中身

協働事業のひとつである「依存症を考えるつどい」は、依存症の種類を問わず、当事者も家族も関係者も一堂に会する合同ミーティングである。

その運営や成果について、注目点をみていく。

注目点  
1

### 道・市「共催」の運営方法

道と市が「つどい」を共催するにあたり、次のように運営が行なわれている。

#### 新規参加者対応

依存症当事者や家族が「つどい」に新規参加するにあたっては、事前に面談や電話でグループへの適性を判断し導入を行なっている。

相談者の居住地が道と市のどちらの行政区域にあるかに関わらず、相談を受けた側で導入まで行ない、情報は両方で共有する。

協力病院を通じた新規参加については、原則として参加者の居住地の担当で受理している。

#### 当日の運営

物品・会場準備や事後の振り返りまでを協働して行ない、協力機関の支援者も準備や打ち合わせに加わっている。記録は医療機関の支援者が行ない、報告書は道保健所と市で協力して作成している。くわしくは、コラムを参照。

#### 「つどい」の進行

当初は道と市の保健師が交代して進行役を勤めていたが、保健師は異動もあり熟練度がまちまちであることから、協力医療機関のソーシャルワーカーによるサポートを依頼。道・市・医療機関の3者が毎回進行に関わることで、コンダクター

は3者の交代、コ・コンダクターを残る2者が務める方式となった。

#### ■成果

行政の縦分けを超えた運営は、住民にとって利便性が高い。また、担当区域を超えた治療資源・回復資源の活用が容易になった。

注目点  
2

### 医療機関との連携

「つどい」には、函館市および隣接地域で入院病床をもつ4つの精神科病院が協力し、ソーシャルワーカーなどが毎回参加している。アルコールのリハビリ・プログラムをもつ1病院は、プログラムのひとつとして「つどい」を位置づけている。また、2つの精神科病院に院内断酒会がある。

なお、前述のように医療機関のソーシャルワーカーが保健師とともに進行を担当している。これは保健師の対応力向上にも役立っている。

#### ■成果

医療機関との連携は、保健所にとってメリットが大きい。毎月、医療機関の担当者と顔を合わせるため、依存症以外の相談も含めて専門医療へのスムーズな紹介へつながっている。

なお、「つどい」の運営を話し合う連絡会議の開催も、連携強化に役立っている。

注目点  
3

### 自助グループの「種まき」

事業開始の目的のひとつに、自助グループの育成があった。

函館断酒会からは会長らが毎回「つどい」に参加し、体験を話している。「つどい」を経由しての入会者はまだ多くないが、例会に数回顔を出す人は増えており、断酒会という場を知ってもらう意義は大きい。

2015年、「つどい」に参加していたギャンブルの当事者がGAを立ち上げ。メンバーが少ないこともあり、家族や関係者を含めたオープン・ミーティングの形式をとった。そして2018年には家族グループであるギヤマノンも誕生。いずれも、「つどい」と同じ保健所の一室で開かれている。ミーティングが安定して開かれていることが

ら、保健所ではギャンブルについての相談を直接、GA やギヤマノンにつなげることが増えている。

薬物については、函館市では一時的な居住者が多いこともありグループ立ち上げには至っていないが、別の形で受け皿づくりが実現。「つどい」に参加していた保護観察所の職員が、精神保健福祉センターの支援のもと、更生保護施設内で薬物のミーティングを開始している。

なお、「つどい」では毎回、AA を含めた管内自助グループのチラシを配布。進行の最後に自助グループの紹介を行なっている。

## ■成果

既存の自助グループの活性化や継続へのサポート、また、新しいグループの誕生と育成の場となっている。

ており、2017 年度からは5 年計画として、アルコール依存からネット・ゲーム依存まで基本的な対応力をつけることをめざしている。初年度はアルコール、18 年度は薬物をテーマとした。

なお、2019 年度は道の推進計画にもとづく業務との重複もあったため、予定していた学習会は次年度に延期となった。

ここに、もうひとつの課題がある。

推進計画にもとづく専門治療機関選定などで新たな業務が生じているが、予算や人員は変わらない。限られた時間の中で、地域のニーズにもとづく独自の事業と、計画にもとづく事業との整合性をどのようにつけていくのか、担当者の模索が続いている。

## 地域の対策における課題

函館から離れた町村地域では、治療・回復の資源が乏しいことに加えて、町の保健師など支援者には精神疾患のある事例に対する苦手意識が多く見られる。また、多量の飲酒習慣をもつ住民が多いことから、問題を問題としてとらえにくい。

地域における当事者の継続的な支援、メタボ対応の特定保健指導における早期の介入、依存問題に悩む家族への対応のために、保健師を中心とした支援力の強化が欠かせない。

モデル事業の一環として開催された「依存症支援者学習会」は、現在も道と市の共催で行なわれ

「依存症を考えるつどい」参加者の状況（2019.4～10）

	本人	家族	支援者	スタッフ
	実数 29 延べ 72	実数 14 延べ 20	実数 27 延べ 39	実数 10 延べ 30
アルコール	実 23 延 61	実 10 延 14	【1 回あたりの参加人数】 全体：18～29 人 (うち本人 7～14 人 家族 1～6 人)	
薬物	0	実 2 延 3		
ギャンブル	実 1	延 1		
その他	実 1 延 1 ※性依存	実 1 延 1 ※摂食障がい		
複数の依存	実 4 延 9	0		

※ギャンブルは基本的に、相談者を GA とギヤマノンに直接つなげる方向となったため、参加者が減っている

## 渡島保健所&函館市 (障がい保健福祉課) による 「つどい」の運営

(渡島保健所の覚え書きより抜粋)

### 1 前日まで

#### (1) 新規参加者対応

※居住地が函館市か市外かに関わらず、連絡のあった担当で受理。(つどいに確実につなげるため)

面接または電話で、参加意思や経緯の把握など。参加者個人票の記載。

新規参加者の概要は、函館市と渡島保健所で共有。

#### (2) 協力医療機関からの参加者対応

※原則、居住地の担当で受理。

### 2 当日

#### (1) 必要物品

※函館市、渡島保健所で準備

参加者個人票、「支援者の共通ルール」、「つどいの目的・ルール」、アノニマスネーム用の名札用紙、管内の自助グループのチラシ など

#### (2) 会場準備

※函館市、渡島保健所、協力機関の支援者で準備

※スタッフと支援者の席が固まらないよう、事前打ち合わせ前に席を確保。

※コンダクターは時計の前の席、コ・コンダクターはコンダクターと対角線上。

(コンダクターの死角を補い、コンダクターとアイコンタクトを取りやすくするため)

#### (3) 事前打ち合わせ

- ・役割確認 (コンダクター、コ・コンダクター、記録)
- ・支援者の共通ルールの確認
- ・事後振り返りで意見をもらいたいこと (グループの流れ、今日のテーマ、グループ運営についての疑問、依存症についての理解、など) の確認

認

- ・新規参加者の情報共有 (種別・立場・参加経緯など)
- ・前回の集いで話された概要、今回の集いで配慮点 (話を振られたくない等の事前情報等) があれば共有。

#### (4) 受付・グループ編成

円内のスタッフ・支援者は最大6名、参加人数の3割以下にする。

協力機関・自助グループともに、所属ごとで固まって座らないよう声をかける。

#### (5) 実施

導入 ⇒ つどいの目的・ルール、流れの確認

⇒ 自己紹介 (薬物依存症者等は、円外の参加者が警察かもしれないと不安等をいまく可能性があるため、円外の参加者も必ず自己紹介いただく)

⇒ 話し合い (新規参加者への声かけを積極的に行なう) ⇒ 感想 ⇒ 自助グループの紹介

#### (6) 記録

※協力医療機関の支援者が記録。記録用紙は函館市、渡島保健所で準備

#### (7) 事後対応

事前打ち合わせで決めたスタッフが、新規参加者の感想を確認する。

#### (8) 事後振り返り

※印象に残った (空気が変わった) 場面のピックアップ

※新規参加者の発言、様子、配慮したことや次回配慮すべき事項

※継続参加者の変化

※グループ運営で生じた疑問や対応に困ったことを確認し検討 など

### 3 報告

※函館市、渡島保健所が協力して作成

# 地域連携 好事例 7

## 岡山市こころの健康センター

《岡山アルコール早期支援ネットワーク》

### 政令市のセンターが取り組む連携事業のノウハウ

岡山市こころの健康センターは、「岡山市一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」として、事例検討会と講演会を中心に連携の裾野を広げてきた。テーマの工夫などで「関心をひくツボ」をしっかりと押さえた企画を続けている。

#### 実施地域

岡山市

#### 実施主体

岡山市こころの健康センター

#### 連携組織等

アルコール専門病院／精神科クリニック  
内科・外科クリニック／総合病院／救急外来  
自助グループ（断酒会・AA など）  
岡山市医師会・岡山市内医師会連合会 ほか

#### スタート時期

2011年10月、岡山市こころの健康センターは「岡山市一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク化事業」を開始。このネットワークの名称が「岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク」である。

#### スタートの経緯

2009年に岡山市が政令指定都市となり、こころの健康センターが設けられた。

市内に6,300人いると推計されるアルコール依存症患者の多くが専門医療や支援につなげていない現状を改善するため、早期発見・動機づけ・治療介入を行なうネットワーク構築を目的に、2011年から当該事業が開始された。

#### 具体的な体制や形態

- \*「ネットワーク会議」 活動の企画立案 年4回
- \*「事例に学び 事例でつながるアルコール専門研修」（事例検討会） 年3回
- \*「一般医療機関アルコール専門研修」（講演会） 年1回
- \*リーフレット・ポスター等の作成
- \*アンケート調査

#### 目的・課題

- 1 支援ネットワークの構築
- 2 支援者の対応能力の向上
- 3 誤解・偏見の解消と、知識・情報の普及

情報提供 岡山市こころの健康センター所長  
太田順一郎氏

## 事業開始の背景

岡山市は2009年に政令指定都市となり、ここの健康センターが開設された。

同市内には、アルコール専門治療プログラムをもつ岡山県精神科医療センター、林道倫精神科神経科病院、慈圭病院の3病院があり、専門治療の環境は充実している。

そこでセンターではアルコール対策の課題として、以下の2点を設定した。

- 職域におけるアルコール関連問題の早期発見・進行予防（1.5次予防）
- 一般医療におけるアルコール依存症の早期発見・介入（2次予防）

前者に関しては、2010年2月の実態調査にもとづき、市内の事業場への出前講座（3回1クール）を開始。2018年度までに、延べ42の事業所で習慣飲酒者を対象に延べ66回の講座を実施した。講座参加者の6割以上が、自ら設定した飲酒量低減目標を達成している。

後者の課題に2011年から取り組んだのが、ここで紹介する「一般医療機関・アルコール専門医療機関ネットワーク化事業」である。

国の研究班による調査では、アルコール依存症患者は全国で約107万人と推計されている。しかし専門医療を受診しているのはわずか4%弱という、治療ギャップの大きさが指摘されている。この調査から推計して岡山市には約6,300人のアルコール依存症患者がいると考えられるが、その多くは専門医療や支援につながっていない。

治療ギャップの背景として「一般医療等におけるアルコール関連問題への対応力不足」「アルコール依存症に対する誤解や偏見」などが考えられる。これらの問題点をクリアするため、一般医療と専門医療が連携し、支援者を支援するネットワークの構築をめざすこととなった。

なお、この時期には、2010年5月の第63回WHO総会において「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」が全会一致で採択され、世界的にもアルコール対策の必要性が叫ばれ、日本国内でも2013年の「アルコール健康障害対策基本法」制定に至る機運が高まりつつあった。

## 連携活動 1

### 「ネットワーク会議」

2011年、アルコール関連問題に関心のある医療者にセンターから声をかけ、6人が集まった。精神科病院医師1名、精神科クリニック医師1名、内科病院医師（肝臓専門）1名、内科クリニック医師（肝臓専門）1名、総合病院MSW1名、精神科病院PSW1名である。

この6名が当初のコアメンバーとなって「岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク」が立ち上げられ、活動の企画立案が行なわれた。

ネットワーク会議は以来年4回のペースで行なわれている。現状では研修や講演等の準備会としての色彩が強いが、将来的には地域アルコール対策の戦略を練る場として期待されている。

### ■ 成果

これまでつながりが薄かったアルコール医療の関係者と内科等の関係者が、定期的に会合を持ち「顔の見える関係」となったことが大きい。

当初6人だった参加者は、2019年には20人を超えている。次に述べる事例検討会が持ち回り開催のため、検討会を行なった病院の内科医らが新たに加わっていったためである。こうして、ネットワークの基盤が拡大した。

## 連携活動 2

### 「事例に学び、事例でつながるアルコール専門研修」（事例検討会）

2012年から年3回、「事例に学び、事例でつながるアルコール専門研修」と題した事例検討会が行なわれている。医療・保健・福祉関係者を広く対象にして、市内8カ所の総合病院などの持ち回り開催となっている。基本的には開催する病院が関係した1事例をとりあげる。

その事例に関わった、精神科医・内科医・MSW・PSW・保健師・ヘルパーなど毎回3～5人程度がそれぞれ10分ぐらい発表し、後半は会場もまじえたディスカッションを行なう。

とりあげるのは必ずしも成功事例に限らず、関わった多機関多職種が、それぞれ「できたこと・できなかったこと」を検証することを大切にしている。

2012年の第1回は参加者61人、それから4年

後の第13回には参加者132人と倍増しており、関心の掘り起しに成功している。その後に再び参加者が60人台になるなど増減はあるが、2019年の第23回は92人と好調である。

## ■成果

### 一般医療における事例の掘り起し

事例検討に出すようなケースが当院では見あたらない、という病院もあるが、逆に専門医療の側からたどると、必ずと言ってよいほどケースが見つかる。その意味で事例検討がケースの掘り起しにつながっている。

また一般医療のスタッフにとって、自分が関わったケースの「その後」を知る貴重なチャンスとなっている。

### 院内の意識を高める

ふだんは参加の機会がない医師等も、自分の病院で開催されれば参加しやすく、院内全体の意識を高めることができる。

### 多機関多職種での違いを理解する

関係機関それぞれが「できること・できないこと」や、職種ごとの考え方の違いなどが事例検討を通じて明らかになった。内科医は「精神科に紹介すればすぐに治療効果が出るはず」と考えており、精神科での「やめられなくても、再飲酒しても、長い目で見て治療関係を維持する」やり方に驚いたりする。まずは互いの違いを知ることから、連携が始まる。

### 「チームで支える」共通理解の促進

一般医療の各職種、行政の保健師、介護の関係者などを含めて参加者全体が、事例検討を通じて依存症者を「チームで支える」ことの意義を理解していくことができる。

### 誤解・偏見の払拭

医療・保健・福祉の関係者にも、依存症への誤解や偏見はいまだに根強い。事例検討の場で一人の依存症者がさまざまな関係者から立体的に語られることは、ステレオタイプな理解を脱する一助となる。なお、当事者も登壇して自らの回復を語った第10回は参加者120人が集まり、多くの質問が向けられた。

### 事例検討会 参加者の意見より

- 内科医や精神科医、各々の考えが聞けてよかった。(地域包括支援センター 介護支援専門員)
- お一人の患者さんを中心にいろいろな角度から発言があり、勉強になった。(総合病院・健診センター 保健師)
- 患者さんの生の声を聞いて改めて気づかされる点が多かった。同じ事柄でも、患者さん側と医師側との比較ができて興味深かった。(薬剤師)
- 内科医師の、「100人に10人しか助けられない。だから厳しいことを言ってしまう」との言葉が印象的でした。内科の先生から「なぜ退院してすぐ飲むとわかっている患者を退院させたのか、責任をどう考えているのか」と非常に厳しいお手紙をいただいたことがあります。そう書かざるを得ない背景に思いをいたし、日々できることを誠心誠意尽くしたいと思います。(精神科病院 医師)

——以上、第11回

- 医療と行政サービスがうまく連携できることで支援が大きく広がり、助けられる命がたくさんあることがわかりました。(教育相談室 心理職)
- 保健センターが入ったことでスムーズに多職種の連携ができた流れは大変参考になりました。(在宅介護支援センター 介護支援専門員)
- タイムリーな情報共有の大切さを感じた。関係機関がそれぞれの役割を理解し、連携すると、こんなにスムーズなのかと驚いた。そこにたどり着くまでの信頼関係を築くことの大切さを感じた。(保健所・保健センター 保健師)
- 保健センターや相談支援事業所の役割を初めて知りました。「地域で暮らす生活者」という視点が病院にいとどうしても薄れてしまうので、他機関との連携を意識して強めていくことが大切です。主治医の発言が大きな影響力をもつことを心したいと思います。(総合病院・内科 医師)
- 5人の関係者からの報告で、ケースを多面的に理解できました。関係者それぞれの役割、特性、得意分野・苦手分野がわかりました。(総合病院 MSW)

——以上、第12回

2011年から年1回行なわれている。事例検討会と同じく、医療・保健・福祉関係者を対象としている。

「飲食業を職とした方々の禁酒指導はどうしたらいいの?」「かかりつけ医から精神科受診を勧められた時、患者さんは何を思う?～精神科初診からその後の顛末～」などの事例紹介と、対応の基礎を学ぶ講演とを組み合わせ、興味をひく企画となっている。参加者は初年度の67名から、2015年度以降は100名を超え、2017年には136名と当初の倍になった。

**講演会 参加者の参加動機は?**

(第4回 事例「飲食業を職とした方々の禁酒指導はどうしたらいいの?」 講演「アルコール依存症の内科的問題～内科医のアプローチ」参加者のアンケートより)

- 肝臓病専門医としてアルコール性肝障害に関心があるため。(総合病院・内科 医師)
- 外来の患者でアルコール専門外来を紹介してほしいと言われる方が多く、興味をもったため。(総合病院 MSW)
- 栄養指導の際、アルコールについてお話をする時に役に立つと思って。(総合病院 栄養士)
- 失うもののない独居高齢者のアルコール依存症患者へどのように介入すればよいか知りたい。(総合病院・内科 医師)
- アルコールによる身体的な問題に精神科医がどう取り組むかヒントがほしくて。(総合病院・精神科 医師)
- アルコール性肝障害、アルコール依存症の方が入院されることがあり離脱症状を心配しながら対応している。何か参考になることがあればと思い参加した。(総合病院・内科 看護師)
- 処方箋を主に受けている病院に依存外来があるため。(薬局 薬剤師)
- アルコール依存症から糖尿病、ウェルニッケ-コルサコフ脳症を発症した方が精神科を退院し自宅へ戻ることになり、今後の関わりで何を気をつければいいのか勉強したくて。(居宅介護支援事業所 PSW)

依存症の相談窓口・専門医療機関・自助グループを掲載したリーフレット・ポスターを作成し、毎年度、精神科医療機関・岡山市医師会・岡山市内医師会連合会を通じて市内一般医療機関に配布している。また、保健所・保健センターにも配布し、家族等の目につきやすいよう工夫している。

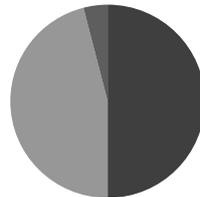
2016年、岡山市内の内科・外科の病院・診療所に勤務する医師1072名を対象に、アルコール依存症が疑われる患者に対する認識を調査した。回答は565名(回収率52.7%)。

その結果、「飲酒の問題がある患者の対応に困ったことがある」医師が7割を超えることや、9割以上が「飲酒の問題がある患者をどうにかして専門治療につなげたい」と考えていることがわかった。さらに「飲酒問題への対応について関心がある」医師は7割を超えていた。

その一方で、ネットワークによる研修会を知らないとの回答が約8割にのぼり、広報の課題が浮き彫りに。なお、この調査自体がネットワークの活動に関心を持ってもらう機会にもなっている。

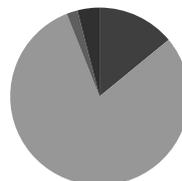
**主疾患に飲酒問題が大きく影響している患者が**

■いる50% ■いない46% ■わからない4%



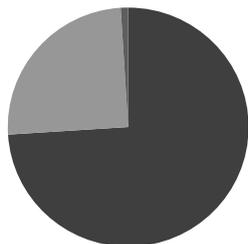
**主疾患に飲酒問題が大きく影響しているとわかった場合の主な対応**

■原則継続的な診療はしない14%(理由は「専門外」「本人の意思の問題」など) ■診療を継続する80% ■その他2% ■無回答4%



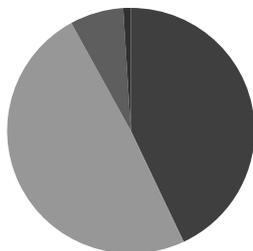
### 飲酒の問題がある患者の対応に困ったことがあるか

■ある 74% ■ない 25% ■無回答 1%



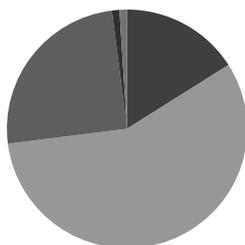
### 飲酒の問題がある患者をどうにかしてアルコール専門治療につなげたいと思うか

■とても思う 43% ■まあまあ思う 49% ■あまり思わない 7% ■無回答 1%



### 飲酒問題への対応について関心があるか

■とてもある 16% ■まあまあある 57% ■あまりない 25% ■全くない 1% ■無回答 1%



## 事業全体の成果と課題

市内3カ所の専門病院で、依存症の新患の紹介元を調査したところ、ネットワーク事業開始前の2011年の6ヵ月間で内科等からの紹介が60件だったところ、2015年の6ヵ月間では86件に増加していた。

ネットワーク会議のメンバーが6人から20人以上になり、事例検討や講演会の参加者も当初に比べ増加している。一般医療機関とアルコール専門医療機関だけでなく、地域の保健・介護・福祉や薬局薬剤師など、アルコール関連問題を取りま

く各分野へと、連携のすそ野は広がっている。

目下の課題はネットワークの継続的な発展に加えて、次の3点が挙げられる。

### 内科開業医などの参加

総合病院からは内科医をはじめとした各職種が事例検討会や講演会に参加しているが、内科診療所からの参加を増やすことが課題である。

### 精神科クリニックからの参加

当初からネットワーク会議のメンバーを務めている精神科クリニック以外にも、アルコールを扱うクリニックは複数あるが、ネットワーク事業への参加が少ない。内科などから専門治療へ紹介する際の選択肢を増やすためにも、クリニックの参加が増えることが望ましい。

### 他地域でのネットワークづくりを後押し

岡山市での事業をモデルとした、他地域でのネットワークづくりを後押しすることも課題として挙げられている。ネットワークメンバーに、役立つノウハウについてのアンケートを行ない、次の10カ条にまとめた。

#### 👍 ネットワークづくりのための10か条

- ① ネットワーク事務局は可能なら公的機関が担うのがよい（保健所等）
- ② 少人数でよいのでコアとなるメンバーを集める
- ③ コアメンバーはどんどん増やす
- ④ まずは事例検討会を始める
- ⑤ 事例検討会ではグループワークより全体のディスカッションを重視する
- ⑥ 事例検討会等の場合は毎回持ち回りで開催した方がよい
- ⑦ 事例検討会等の広報は個人あてに郵送する
- ⑧ 広報のチラシデザインは統一する
- ⑨ 事例検討会に参加した人が「また行ってみよう」と思える会をつくる
- ⑩ すぐに成果が上がらなくてもあきらめない

# 地域連携 好事例 8

## 熊本県精神保健福祉センター

《依存症専門相談》

### センターが構築した、地域のパワーを活かす連携システム

熊本地震後のアルコール・ギャンブル問題の増加を背景に、専門相談を開始。この際、相談員を配置する予算で一人を雇い入れる代わりに、地域関係機関から各分野の支援者を派遣してもらうというユニークな形の連携である。その組み立ても工夫されている。

#### 実施地域

熊本県全域（来所相談は県精神保健福祉センターにて実施）

#### 実施主体

熊本県精神保健福祉センター

#### 連携組織等

熊本県精神科協会（事業の周知と協力医療機関の推薦）  
依存症を扱う精神科医療機関（精神保健福祉士、看護師などを派遣）

熊本ダルク（スタッフを派遣）

熊本クレ・サラ被害をなくす会（債務整理相談員を派遣）

熊本市こころの健康センター（職員の連絡会、プログラム紹介）

#### スタート時期

2017年10月、アルコールを対象に開設。

2018年度より、薬物・ギャンブル・ゲーム・買い物など依存症全般を対象とする。

#### スタートの経緯

2016年4月の熊本地震後、アルコール・ギャンブル問題の相談が増加。

従来に来所相談の専門性を高めるべく、国の依存症対策事業として「依存症専門相談」を開設。

#### 具体的な体制や形態

協力機関が専門相談員をセンターに派遣する。相談日は月3回＋不定期で月2～5回程度。

専門相談員は、センターで開催される「薬物・アルコール依存症回復支援プログラム」「依存症家族ミーティング」「依存症家族支援プログラム」にもスタッフとして参加する。

また、県内4カ所で行なわれるセンターの出前講座「地域精神保健福祉医療担当者研修会」では、相談員が依存症の研修を担当。

#### 目的・課題

＊依存症対応の充実。

＊センターと医療・施設・自助グループとの連携強化。

情報提供 熊本県精神保健福祉センター 渡邊知子氏  
／宮本靖子氏

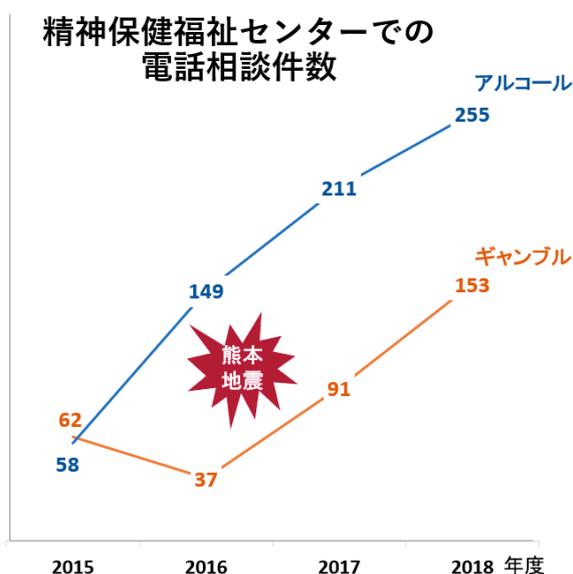
## 「専門相談」開設の背景

2016年4月の熊本地震によって、被災地ではアルコール問題の増加が予想された。

この地震では、震度7が二度にわたり観測されたほか、余震回数がぎわめて多く、その震源地が当初の益城町から天草や阿蘇など県の南西へと広がっていったことが特徴である。次にいつ自分のところに大きな揺れが来るのだろうと誰もが不安になる状況で、心理的には県下全域が被災したに等しかった。

熊本県精神保健福祉センター（以下センター）では、地震後にアルコール問題に関する相談が顕著に増加した。こうした相談は県内全域から寄せられていた。

翌2017年には、被災中心部で仮設住宅から災害復興住宅への移行が始まり、自力で生活再建する人、復興住宅に移る人、仮設にとどまらざるを得ない人と、被災者間の格差も生じつつある状況で、アルコール相談はさらに増加していく。なお地震後に一時減少していたギャンブル相談も、17年からは反転して急増した。



こうした中、熊本県は厚生労働省「依存症対策事業」に申請を行ない、2017年度下半期、国と県との折半で事業予算が下りることとなった。

この予算をもとに、2017年10月からアルコール依存症の専門相談（面接相談）を開設。

18年度年度からは薬物、ギャンブル、ゲーム、買い物など、依存症全般に対象を広げ、同事業が継続されている。

## 専門相談の流れ

面接による専門相談の流れは、次のようになっている。

センターの電話相談が、依存症専門相談の予約電話を兼ねている。依存症相談の内容に応じて、電話相談員が面接相談の案内を行ない、緊急度や日時の都合などにより、センター職員（臨床心理士、保健師など）による面接と、依存症専門相談とに振り分ける。

依存症専門相談は、月3回の相談日および、不定期で月2～5回ほど。

1ケースにつき相談は1回で終結するのが原則で、センターのプログラム、医療、自助グループや回復施設など、必要な支援につなぐ。

2018年度からの専門相談のしくみと、その工夫点について、以下に報告する。

### 工夫 1

## 関係機関からの派遣

専門相談員は地域の関係機関から派遣されている。これが大きな特徴である。

その背景として、予算を使って専任の相談員を一人配置するというのは現実的でない、との判断があった。依存症全般とその家族支援に対応できるフリーの人材というのは、簡単には見つからないからである。

## 専門相談員の派遣数（2019年度の場合）

- ・依存症のプログラムをもつ医療機関から5名
- ・「熊本ダルク」から2名
- ・「熊本クレ・サラ被害をなくす会」（債務整理についての相談を受けている）から1名

## 事業予算内訳

- ・専門相談員＜報償費＞  
4,990円（1時間）×4時間×月10回×12ヵ月  
＝2,395,200円
- ・専門相談員＜旅費＞  
2,600円×月10回×12ヵ月＝312,000円

## ■成果や利点

これまで面接相談は非常勤の嘱託医が中心となっていて担ってきたが、依存症への理解はまちまちであった。

長年、依存症を扱ってきた医療機関や施設などからの派遣によって、回復の実感があり、かつ家族の悩みや苦労を理解している相談員による面接が可能になった。

これは地域の力を活かし、当事者の専門性を活かす、まさに地域の連携と言える。

なお、アルコールや処方薬依存などで当事者が女性である相談ケースが増えていることから(2017年度は全体の9%→18年度は27%)、2019年度は医療機関からの専門相談員を一人追加し、所属先で女性当事者グループを運営しているスタッフを派遣してもらっている。

また、対応できる医療機関がまだ少ないゲームや窃盗などの相談には、主にダルクスタッフに対応してもらっている。

専門相談員対応(面接)件数

	2018年度	2019年度 (12月末)
アルコール	12	4
ギャンブル	32	18
薬物	2	2
ネット・ゲーム	9	6
摂食障害	0	2
盗撮・窃盗	0	4

### 工夫 2

## 依存症プログラムと連動

多人数の相談員が入り代わり立ち代わり相談を受けるとすると、どのようにスケジュールを組み立てるのかという問題がある。また、専門相談を開始した当初から相談予約で埋まることは考えにくく、相談員が交通費をかけてやって来ても時間枠があいてしまう可能性もある。

こうした点をクリアする方法が、依存症関連の集団プログラムのあとに相談枠を設け、相談員にはプログラムの支援者役割も務めてもらうことである。

センターでは、毎月第2・第4火曜 13:30～15:00 に薬物・アルコール依存の当事者向け回復支援プログラム(KUMARPP)を開催していた。

そこで専門相談の開設にともない、医療機関から派遣された相談員もプログラムに参加することとし、このプログラム後、15:30 から専門相談の時間枠とした。

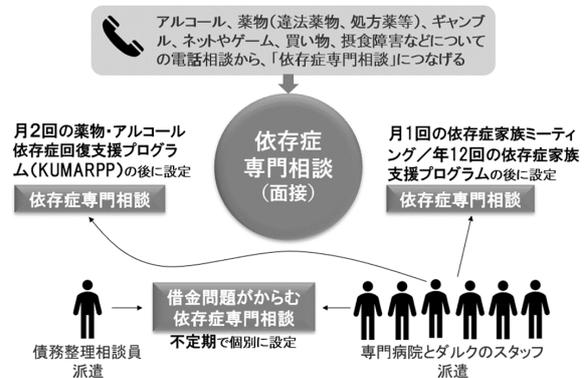
また、毎月第3金曜 13:30～15:00 に依存症家族ミーティング、年12回(2クール) 13:30～15:00 に依存症家族支援プログラムが行われている。ここにも医療機関から派遣されたスタッフが加わり、閉会後の15:30より専門相談を受けている。

## ■成果や利点

派遣されたスタッフが無為に過ごす結果にならず、時間を有効活用できる。予約なしの飛び込み相談があっても、当日対応できる。相談枠が空いている場合は、その前に行なわれているプログラム参加者の個別フォローアップにあてることもできる。

こうした点に加えて、際立った成果がある。医療機関スタッフがプログラムに加わることで、医療とは違うセンターの利用者層や、そのニーズに合わせたプログラムへの理解が深まった。また、センター職員と互いに顔見知りの関係になったことで、紹介がスムーズにいくようになった。

### 熊本県精神保健福祉センターの「依存症専門相談」のしくみ



### 工夫 3

## ギャンブル相談はワンストップ

依存症相談の中でも、ギャンブル相談や借金問題がからむゲームや買い物の相談は、上述のしくみとは異なる運用が行なわれている。

月3回の相談日とは別に個別の枠を設け、医療機関スタッフ+債務整理相談員の2人体制で相談に応じる。つまり依存症の問題と借金の問題をワンストップで相談できる場である。

## ■成果や利点

ギャンブル依存症の回復のためには、借金の扱いがカギとなる。そのため、債務相談が依存症からの回復を前提に行なわれる意義は大きい。

何よりも、家族は多くの場合「借金をどうしたらよいか」で頭がいっぱいになっているため、依存症の勉強をするためだけに足を運ぶ人は限られてしまう。借金問題も同時に相談できることで、つながりやすくなる。さらに、当事者も相談の場に出てくることが多い。

専門相談では、県内各地のGA、ギャマノン（熊本市のみ）、医療のプログラム、弁護士や司法書士の紹介も行われている。

工夫  
4

## 相談員のスタンス

専門相談員は最初から所属機関を名乗ることはせず、まずは「依存症専門相談員 氏名」の名札通りに自己紹介をする。

相手の関心や理解の度合いに応じて、たとえばダルクのスタッフであれば「自分も当事者の立場から、回復を支援しています」と説明したり、精神科スタッフであれば「ふだんは外部機関で相談に乗っていますが、今日はここにきています」と言うなどしながら、話を進めていく。

これは自然にできあがった、全相談員共通のスタンスである。

## ■成果や利点

相談者の環境や背景によって、薬物問題、あるいは精神科病院などに対し、さまざまな抵抗がある。相手の理解度を見ながら情報をオープンにすることで、支援につながりやすい。

治療に関心を示せば病院の紹介をすることができる。自分と同じ問題を抱えていることに関心を示せば、「こんな施設があって、来てくれれば仲間みんなに会える」「いつでも歓迎する」と伝えることができる。

工夫  
5

## 市のセンターとの連携

熊本市は2012年に政令市となり、熊本市こころの健康センターが開設された。この際に県のセンターが支援した経緯もあり、両センターの連携

が続いている。

両センター職員の連絡会が年4回行なわれ、研修会などの日程がかぶらないよう調整しているほか、日頃から自殺防止・ひきこもり支援・依存症対策・災害関連事業などで協働している。

依存症プログラムには、県と市のセンターそれぞれの特徴がある。たとえば県センターの当事者プログラムKUMARPPに対し、市センターの当事者向け行動変容プログラムは、自助的な色合いがより強く、こちらもダルク・スタッフが参加して行なわれている。そのため、県センターの参加者のプロセスを見ながら市センターのプログラムにも参加を勧めるなど、柔軟な運用が行なわれている。

## ■成果や利点

双方のプログラムを県と市のセンターでそれぞれ広報・紹介することで、住民が情報にアクセスしやすくなる。

双方のプログラムを併用したり、移行することで、当事者や家族が仲間と出会う機会を増やすことにつながっている。

工夫  
6

## 相談員の連絡会

年度初めと終わりの計2回、相談員全員が集まる「専門相談員連絡会」が行なわれ、普段なかなか顔を合わせる機会がない相談員同士が交流を深め意見を交換する場となっている。

## ■成果

それぞれの活動を報告し合い、課題を共有することができる。

「相談者のその後がどなったのか、知りたい」という声や、「病院の相談室にいるのとは別の手ごたえを感じた。地域でもっとやれることがあるのでは」という意見が出されている。

こうした声もあり、2018年度からは専門相談員らが県内4ヵ所での出前講座の一コマを担当することになった。これはセンターが毎年実施している「地域精神保健福祉医療担当者研修会」で、依存症をテーマに、借金問題の背景に気づく大切さや、当事者としての思いなど、支援する側が知っておくべきことを伝えている。

また、次に記すように2019年度からは、専門

相談員連絡会そのものが、「地域との連携を広げる場」としても機能しつつある。

## 保健所との連携に向けて

専門相談の開設当初から、保健所との連携が課題のひとつとなっていた。

県の南西部から熊本市にあるセンターまでは車で2時間半ほどかかるなど、遠方の住民にとっては面接相談やプログラムへの参加継続が容易ではない。

依存症に対応する医療機関は、県内10の圏域にそれぞれ1つ以上あるものの、地元での相談や治療のためらうケースが少なくない。「地元の保健師は、知り合いだから恥ずかしい」などだ。また、各保健所ではアルコール以外の依存問題を扱うのは難しい事情もある。

そこで、保健所に対して専門相談員が出張して相談を受ける旨をアナウンスしたが、出張の依頼はなかなか来ない。そんな中、センターに相談があった遠隔地のケースで家族の状況からセンターまでの来所が難しく、相談員が市の保健師に連絡を取って出向き、介入に成功した例も出た。

保健所も市町村の保健師も手一杯の業務を抱えている中、これ以上業務を増やさずに各圏域の相談力を強化する方法を考える必要がある。

まずは2019年度初めの専門相談員連絡会に、保健所からも参加を呼びかけた。他の会議と同じ日に設定したため、10保健所中9が参加。この場でケース検討を行ない、専門相談員がどのような取り組みを行なっているか、見てもらった。

年度終わりの連絡会は、市町村にも案内を送っている。

## 推進計画による変化と課題

2019年2月に熊本県アルコール健康障害対策推進計画が策定された。そのことにより、19年度から新たに、センターと県警本部の連携が始まっている。

これまで飲酒運転の背景にあるアルコール問題への取り組みが必要とわかっているが、センターが県警とつながる方法がなかった。推進計画を策定する過程で県警本部の担当者とのパイプができたことから、たとえば企業を対象に県警が行なう安全運転講習の際、県と市のセンターが行なっ

ている相談やプログラムを紹介するチラシを配布するなどの新しい動きが始まっている。

推進計画を実施する上での課題のひとつが、事業の分担である。

現状では、精神保健福祉センターが一次予防から三次予防までをほぼ全面的に担っているが、今後は、一次予防の普及啓発などを本来の担当部署である健康づくり推進課が行なっていくことが望ましい。予算や人員、組織内の連携などを含め、課題解決が必要である。

## 11. アルコール対策における医療連携

---

吉本 尚

## 提言

- ▶ 医療連携に関する好事例への自己推薦は比較的少なく、医療連携に関しては地域連携ほど進んでいない可能性が伺えた。
- ▶ 国や都道府県のアルコール健康障害対策推進基本計画の中で、医療連携の推進として「内科、救急等の一般医療と専門医療の連携」等が記載されているが、具体的な施策として落とし込まれていない可能性がある。
- ▶ かかりつけ医や総合診療医、内科医、救急医がアルコール問題に関わるインセンティブをつけることや、医療者がアルコール問題を抱える患者の回復モデルを知る機会を増やすこと、地域包括ケアシステムの中にアルコール問題を位置づけることなどを通じて、医療連携が進むことを期待したい。

## 目的

医療連携に関する好事例を収集し、全国への周知徹底を行うことで、アルコール健康障害対策における効果的な対策を取ることが可能となる。

## 方法

2019年10月26日から2020年1月31日まで、アルコール関連問題に取り組む団体を対象にしたアンケート調査を、Google フォームを用いて実施した。

質問項目は、以下の通りである。

- 1、実施医療機関名
- 2、実施地域（都道府県 / 市町村名など）
- 3-1、以下のどのタイプの医療連携ですか？  
専門医療→一般医療  
一般医療（精神医療を除く）→専門医療  
一般精神医療→専門医療  
一般医療（精神医療を除く）内リエゾン  
一般精神医療内リエゾン  
外部の専門医療等との連携
- 3-2、上記でその他を選んだ方で、欄が足りない場合には詳細を記載ください。
- 4、「院内」連携の体制（科、部署、職種など）
- 5、上記体制のうち、主たる運営を行っているのはどの科、部署、職種ですか？
- 6、「院内」連携の発足時期（西暦）
- 7、「院内」連携が発足した経緯（どこが、誰が呼びかけたのか等）
- 8、「院内」連携の目的
- 9、「院内」連携をするために開催している会議名

- 10、上記会議に参加している参加メンバーの内訳
- 11、上記会議の開催頻度
- 12、「院内」連携の活動実績
- 13、「院内」連携の成果物（患者向けリーフレット、報告書、連携ガイド、論文など）
- 14、「院外」連携の体制（医療機関名、保健所・精神保健福祉センター・福祉事務所などの行政機関、社会福祉協議会、民間依存症専門施設、断酒会、AA など）
- 15、上記体制のうち、主たる運営を行っているのはどの機関ですか？
- 16、「院外」連携の発足時期（西暦）
- 17、「院外」連携が発足した経緯（どこが、誰が呼びかけたのか等）
- 18、「院外」連携の目的
- 19、「院外」連携をするために開催している会議名
- 20、上記会議に参加している参加メンバーの内訳
- 21、上記会議の開催頻度
- 22、「院外」連携の活動実績
- 23、「院外」連携の成果物（患者向けリーフレット、報告書、連携ガイド、論文など）
- 24、連携で工夫していることなど
- 25、医療連携があることによる効果（変化したこと／助かっていることなど）
- 26、問い合わせ先（メールアドレス、ホームページ URL 等）
- 27、記入者（報告者）の氏名と職種
- 28、調査を報告書として公開する場合、個人情報（所属、氏名）の公開について
- 29、その他自由記載（上記で書けなかったことなど記載ください）

アル法ネットのサイトのトップページに告知を置き、アル法ネット賛同団体のメーリングリスト、アルコール連携医療メーリングリスト、アル法ネットとNPO法人ASK（アスク）のFacebookから協力を呼びかけた。

## 結果

連携に関して6団体の回答を得た。回答を以下に掲載する。

## 考察

同時期に調査した地域連携（20回答）と比べ回答を得られた数が6件と少なく、そのうち一件（岡山県精神科医療センター）は地域連携も同時に行われており、地域連携好事例の中で取材が詳細になされた（10. 地域連携好事例の収集 事例7 岡山市こころの健康センターを参照）。医療連携に関しては地域連携ほど進んでいない可能性が考えられた。

国や都道府県のアルコール健康障害対策推進基本計画の中で、医療連携の推進として「内科、救急等の一般医療と専門医療の連携」等が記載されているが、一部研修会等を内科、医師会会員らを巻き込んで行う等の取り組みが見られるものの、医療連携を進める具体的な施策があまり取られておらず、結果として医療連携が進んでいない現状が伺えた。本調査の情報が、内科や救急などの医療機関従事者に届いていない可能性や、現場が多忙なため回答できなかった可能性はあるものの、医療連携に対して、より積極的な施策等をとっていく必要があることが伺えた。

今回の結果を受けて、内科や救急における医療連携に関する座談会を開催し、提言をまとめた。その結果を以下に示す。

## 謝辞

お忙しい中、回答にご協力いただきましたすべての方々に感謝いたします。

1	実施医療機関名	横浜市 健康福祉交流センター 診療所	岡山県 精神医療センター	あけぼの 病院
2	実施地域	神奈川県	岡山県	東京都 田市
3-1	連携のタイプの医療 ですか？	専門医療 →一般医 療/一般 精神医療 →専門医 療/外部 医療の専 門医等 の連携/研 究会	専門医療 →一般医 療/一般 精神医療 を除く →専門医 療/一般精 神医療 →専門医 療/外部 の専門医 療等との連 携	一般医 療(精神 医療を除 く)→専 門医療
4	「院内」連携の体制 (部署、職種など)	なし	救急性 期入院棟	ケースに よって連 携：医師 は看護師 から地域 連携室へ 相談した 場合、本 人・家族 と面談し 、医療機 関や断酒 会への紹 介をしい く
5	主たる運営を行って いる科、部署、職種	なし	依存症 部門	地域医 療福祉 連携室
6	「院内」連携の発足 時期	なし	2004 年	不明
7	「院内」連携が発足し た経緯	なし	医師	不明
8	「院内」連携の目的	なし	依存症に 苦しむ患 者のスエ スひろう くひら たため	院内連携 とは他機 関または 在宅機 関との連 携を必要 とする事 例におい ては必要 に応じて 院内関係 部を連携 を取り合 い、本人 ・家族の 相談を介 して、ア ルの問 題に特 化してい るもの はない。
9	「院内」連携をするた めに開催している会 議名	なし	毎朝 の全体 会議	相談 窓口 カン フレ ス
10	上記会議に参加してい る参加メンバーの内 訳	なし	医師、 各部署 所長 など	外来 看護 師、医 事職 員、地 域医 療福祉 連携室 全員
11	上記会議の開催頻度	なし	毎日	週1回
12	「院内」連携の 活動実績	なし	多数	専門 機関 への 紹介
13	「院内」連携の成果物	なし	院内 広報 誌、「マ ッピング を用いた 依存症 支援マ ニュアル」	なし
14	「院内」連携の体制	寿アルク	寿アルク・ 保健所・ 福祉セ ンター・ 福祉所 などの 行政機 関、社 会福祉 協議会 民間依 存症専 門断酒 会、AA など	なし(事 例により 近隣の アルコール 外来や入 院施設、 町田市断 酒会など を案内し ている)
15	上記体制の うち、主 たる運営を行って いる機関	寿アルク	それぞれ	なし
16	「院内」連携の発足時 期	不明	2004年	なし
17	「院内」連携が発足し た経緯	不明	医師	なし
18	「院内」連携の目的	当診療所 が医療面 のアプローチ の役割を担 っている	依存症支 援のネッ トワーク 構築なら びに拡大	なし
19	「院内」連携をする ために開催している 会議名	寿アルク 運営会議	GP ネット アルク ト、岡山 アルコール 懇話会 など	なし
20	上記会議に参加して いる参加メンバーの 内訳	当協会の 管理課長	専門職、 自助グ ループメ ンバー	なし
21	上記会議の開催頻度	月1回	GP ネット アルク ト4回、 アルコール 懇話会 6回、岡 山県断酒 会2回	なし
22	「院内」連携の活動実績	会議参加 の他に医 療相談を 受けている	多数	なし
23	「院内」連携の成果物	なし	院内広報 誌、健康 センター 参照	なし
24	「院内」連携で工夫 していることなど	当診療所 は医療相 談室のワ ーカーと が窓口と なる	顔の見え る連携、 懇話会 報提供書 のやりと り	まず、本 人・家族 がそれぞれ アルコール に関する問 題について 理解を深 め、看護 師から診 察困難と 判断した 場合でも 、看護師 から連携 相談がな るよう なつた。
25	医療連携があること による効果	医療につ ながる前 の相談が 可能であ る	ネット ワークの 広がりが 、身体科 かからの 紹介の増 加	医師がア ルコール に関する 問題を抱 える患者 に対して 診察困難 とした場 合でも、 看護師か ら連携室 へ相談が く なつた。





アルコール対策における  
医療連携



筑波大学

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  
事業報告書

# この冊子について

## かかりつけ医や救急からの適切な連携によって アルコール問題の早期発見・早期治療を目指す

2013年にアルコール健康障害対策基本法が成立して以来、国のアルコール健康障害対策推進基本計画や都道府県のアルコール健康障害対策推進計画が整備されつつあります。しかしながら、推進計画の10個の観点のうち「医療連携」の分野に関しては、現時点であまり進んでいない状況です。

具体的には、医療連携は依存症の治療に偏っており、早期発見・早期治療の方向にはあまり進んでいないというのが現状です。これには、患者・家族、かかりつけ医、救急医、一般精神科医、アルコール専門医という医療連携の流れのなかで、複数の問題が発生していることが関連しています。例えば、「患者・家族が自身のアルコールの問題を、問題だと思わないこと」「患者・家族が問題だと思っても病院に行かないこと」「かかりつけ医や健診で、アルコールの問題を抱えている人を発見できないこと」「もし発見できても、かかりつけ医が適切な対処をできないこと」「かかりつけ医や救急医が、適切なアルコール専門医・専門医療機関の見つけ方がわからないこと」などが挙げられます。

そこでこの冊子では、現在アルコール問題の早期発見・早期治療に積極的に取り組んでいる医療機関による連携の好事例を示し、現状の課題とその対策について論じます。これによって、かかりつけ医や救急医といった医療連携の入口を担う医師が、アルコール問題を抱えている人を発見し適切な関与をするとともに、必要に応じて連携先への紹介を行えるようになるための足がかりとします。

### 事業概要

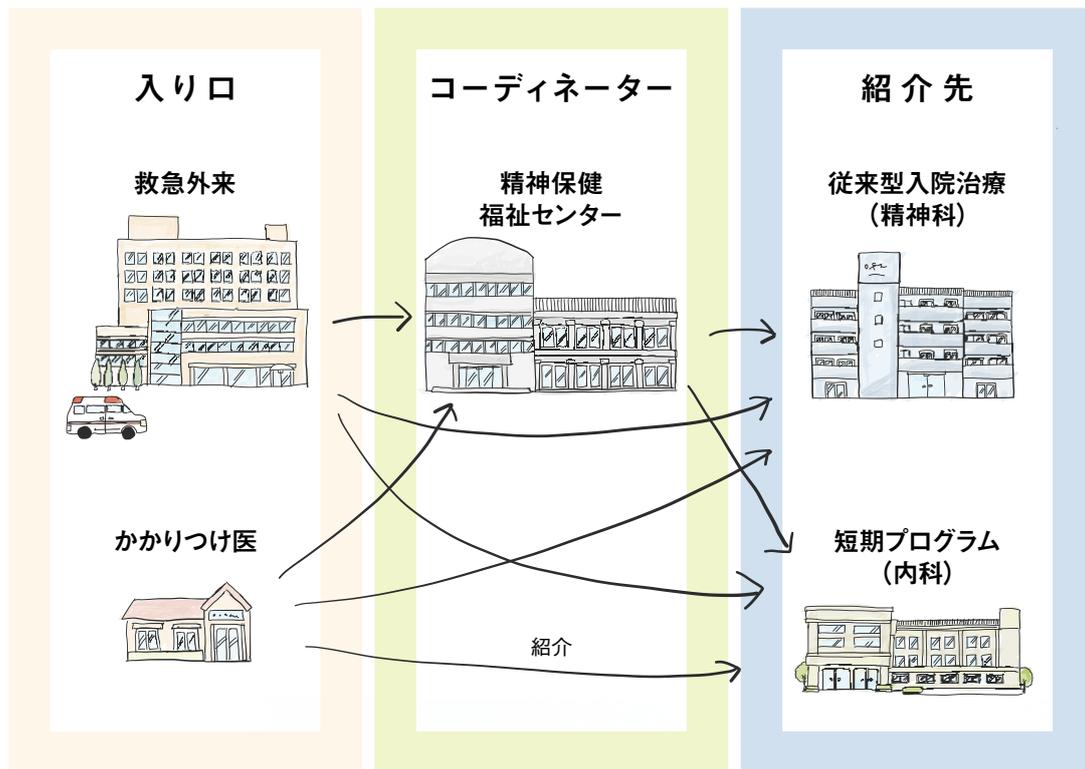
2010年5月の世界保健機構総会で、「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」が満場採択され、2013年に日本で成立したアルコール健康障害対策基本法（以下、基本法）、その後の国のアルコール健康障害対策推進基本計画（以下、基本計画）および都道府県のアルコール健康障害対策推進計画（以下、推進計画）の整備へと反映されてきている。

基本法の目的は、『「不適切な飲酒やアルコール健康障害の削減」を通じた国民の健康の保護、安心な社会の実現』であり、基本法の理念・キーワードは「(多領域に

わたる)有機的な連携」である。基本計画や推進計画は制定されて最長5年程度と日が浅く、国や地方公共団体、各機関の具体的な活動として十分に浸透しているとは言い難い一方で、各種の取り組みには、好事例とも呼べる、他の地域・機関が参考とすべきものも散見される。

基本法において「政府は、アルコール健康障害に関する状況の変化を勘案し、アルコール健康障害対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、アルコール健康障害対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを

## 連携イメージ



変更しなければならない。」と定められており、継続的に解決すべき課題の状況や新たに生じた課題がないかなど、状況の変化を見極めるため、計画の見直しに必要な情報収集、実態調査を行い、対策の効果を確認していく必要がある。また、好事例を収集・周知することで、全国のアコール健康障害対策の推進につながることを期待される。こういった効果検証の取り組みを行うことで、対策の改善を図ることが可能となり、基本法の目的である国民の健康の保護、安心な社会の実現の達成につながることを期待される。



# アルコール対策における医療連 かかりつけ医や救急からの紹介事例

## ケース 1

ストレスから飲酒量が増え、  
健康診断で肝機能障害を指摘された例

### 患者情報

**【症例】** Aさん 36歳 男性  
**【現病歴】** 生来健康。感冒などでたまにMクリニックを受診していた。健康診断で肝機能障害を指摘され、要精密検査の結果が出たためMクリニック外来を受診した。  
**【既往歴】** なし **【家族歴】** なし  
**【職業】** 製造業 3交代の工場勤務。夜勤あり。  
**【喫煙】** 18歳～32歳まで1日10～15本。子供ができて禁煙した。  
**【飲酒】** 以前から週7回、ビール350ml×2～3缶程度。ここ半年くらいはそれに加えて、ウイスキーを眠くなるまで。平均ダブルで2～3杯。  
**【背景】**  
 家庭：28歳で結婚。32歳で娘ができ、今は4歳。2人目も欲しいが、収入面で心配がある。交代勤務のため休日は不規則で、家族との時間がなかなか取れない。妻はスーパーでパートをしている。最近疲れているとちょっとしたことでも声を荒げってしまう事がある。  
 仕事：高校卒業後から今の工場勤務している。3交代勤務が体力的につらいが、人が少なく、このままだと4代になっても交代勤務が続きそう。経営も芳しくない。妻にあまり仕事の愚痴は言えない。このまま今の職場にいて良いのかと心配。

### 経過

#### ● かかりつけ医が減酒を勧め、同意

去年の健診では、データは正常値。γ GTP750、AST100、ALT70。AUDIT\*で19点/40点。採血、エコーで明らかな肝機能障害の原因ははっきりせず、アルコール性肝炎が疑われた。断酒を勧めるも、難しいと本人は述べた。妻と子供が同席のもと、「まだ先は長い。子供が大きくなるまで、体を大事にしたほうが良い」「できれば断酒が望ましい」「でも、まずは減酒してみようか」「やっぱりうまくいかなかったら、私の信頼している専門家に診てもらったほうがうまくいく」と説明したところ、同意された。

#### ● 簡易介入で一時的に改善するも、半年後に飲酒量が戻る

飲酒量低減のための簡易介入を医師、看護師が月1回10分くらいで実施したところ、一時的に飲酒量は低下し、データも改善したが、半年後に仕事のストレスが高まると再度飲酒量は戻った。AUDITは23点であった。

#### ● アルコール専門外来を予約するも、仕事の都合で受診できず、かかりつけ医で加療

当初の説明をもとに、アルコール専門外来の受診を勧めたところ、受診に同意されたため、その場で専門医療機関の外来予約を取ったが、仕事の都合で受診できず。そのままMクリニックの外来受診が3か月続いた。妻と子供が同席し、もう一度アルコール専門外来の受診を勧めたが、同意されなかったため、飲酒欲求低減薬を用いて加療を行うこととした。

#### ● 専門医療機関で外来・入院加療し、断酒を継続

その後、1年ほど飲酒量は減り、当初の半分くらいの量になったが、再び仕事のストレスから飲酒量が増加し、データも悪化。再度、専門医療機関の外来紹介を勧め、同意されたため紹介。外来加療を経て、3か月の入院加療が行われ、退院された。現在もMクリニックには予防接種や感冒などで受診されるが、断酒が継続できている様子であり、自助グループにも通っているようである。

\*AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) …アルコール使用障害同定テスト。

# 携の好事例

## ケース 2

救急外来からのアルコール関連障害での入院を契機に  
治療につながった例

### 患者情報

**【症例】** Bさん 50歳 女性  
**【現病歴】** 3年前より、会社の健診で軽度肝機能障害とアルコール多飲を指摘されていたが、定期受診はなし。昨日より腹痛・背部痛・発熱が出現し、救急車で救急外来を受診した。最終飲酒は4時間前で、9%缶チューハイ350mlを3本くらい飲んでいただけであった。  
**【既往歴】** 特にないが、アルコール多飲が原因の貧血が軽度あると言われた。  
**【家族構成】** 夫（50歳）、息子（25歳）  
**【職業】** 会社員（事務、パート）  
**【手術歴】** なし **【アレルギー】** なし **【内服歴】** なし  
**【喫煙歴】** 現在禁煙 **【家族歴】** なし  
**【以前の健診データ】** AST60IU/L、ALT70IU/L、 $\gamma$ -GTP80IU/L、Hb10.5g/dl、MCV102fl  
**【飲酒量】** 普段はさほど飲まないが、飲み会では結構飲む  
**【データ】** 血液 AST85IU/L ALT68IU/L LDH254IU/L  $\gamma$ -GTP74IU/L BUN30mg/dl  
Cre0.52mg/dl Alb3.7g/dl AMY606U/L CRP7.8mg/dl WBC13510/ $\mu$ L Hb11.5g/dl Plt22.2万/ $\mu$ L  
血液ガス分析 pH7.38 pO<sub>2</sub> 65mmHg pCO<sub>2</sub> 40mmHg HCO<sub>3</sub> 21.8mEq/L  
腹部造影CTでは胆石は認めず、脾周囲から前腎傍腔に炎症波及を認めた。

### 経過

#### ● 入院後飲酒量を確認し、離脱予防を行う

入院後、改めて飲酒量を確認したところ、9%缶チューハイ350mlを1日5本程度飲酒していた。宴会等ではビールからチューハイ、ワインまで、覚えていないくらい飲むとのことであった。離脱予防を行った。

#### ● 入院数日後に院内の精神科医に紹介し、入院中に数回介入

肺炎は軽度から中等度で、絶食、点滴加療等を行い、2週間ほどで改善した。  
アルコールの問題について、院内の精神科医に入院数日後に紹介した。紹介前にとったAUDIT（アルコール使用障害特定テスト）は18点/40点であった。精神科医からの返事はアルコール依存症の診断で、まずは個人対象の介入を図ってみたい、との返事であった。入院中に数回介入が行われ、退院となった。

#### ● 退院後は内科と精神科が併診

退院後も内科と精神科が併診し、カルテ上で互いの介入を確認し、本人、家族を支援した。

#### ● 退院後6か月後に、再度肺炎で入院

退院後、2か月は断酒が継続できたが、飲み友達のため再度飲み始め、6か月後、再度肺炎で入院となった。今度は本人も覚悟を決めたようで、入院中の合同面接で「もう飲まない」と家族の前で宣言をする機会を作った。

#### ● アルコール依存症専門病院でARPを実施し、その後断酒を継続

その後、アルコール依存症専門病院でARPを実施した。内科・精神科の外来で併診～断酒が継続できている。  
それ以来、断酒が継続できている。

# アルコール対策における医療連 かかりつけ医や救急からの紹介事例

## わどか かこか らにり ない紹 い介つ けし医 たらは いいか

### 参加者

吉本 尚医師

筑波大学医学医療系 地域総合診療医学  
筑波大学附属病院 総合診療科

大久保 彩織医師

動医協札幌病院 総合内科医長

小松 知己医師

沖繩協同病院 精神神経科全般

### 自己紹介

吉本（以下、吉）：まずはお二人の自己紹介からお願いします。

小松（以下、小）：沖繩協同病院の小松です。アルコール依存症の診療を専門としており、厚生労働省アルコール健康障害対策関係者会議の委員も務めています。アルコール問題の場合、かかりつけ医や総合病院の救急外来を最初に受診する患者さんがほとんどですから、そこからうまくパスを出してもらえるかどうかは非常に重要だと考えています。重症の患者さんだけでなく、もう少し軽い人をどう診るかを含めて、適切な役割分担ができればいいと思っています。よろしくをお願いします。

大久保（以下、大）：動医協札幌病院の大久保です。私はアルコール問題に注力して取り組んでいるというわけではなく、プライマリ・ケアの一環として取り組んでいます。私としては当たり前のことをやっているという感覚ですが、なかなかそのようには認識されていないという現状があります。精神科でもまだ皆が取り組んでいるとは言えませんし、ましてや内科で取り組んでいる人はごく一握りです。しかし同時に、内科医として協力できる課題がたくさんあるのではないかと考えています。今日はよろしくをお願いします。

吉：よろしくをお願いします。

### ケース1について

吉：まずはケース1について振り返っていきたいと思います。この方は健診で引っかかり、かかりつけ医で減酒を勧めたところ一時的にはうまくいきましたが、ストレスが高まって再度飲酒量が戻ってしまいます。アルコール専門医療機関の受診を勧めると同意されたので、その場で外来予約を

取ったものの、仕事の都合で受診できず、かかりつけ医でしばらく診ることになります。しかしなかなかうまくいかず、再び同意を得られた際に専門医療機関に紹介し、外来・入院治療を経て、断酒が継続できているという事例です。

### •どこに紹介したらいいかわからない

吉：かかりつけ医からの紹介の場合、そもそもかかりつけ医はこういう患者さんをどこに紹介したらいいかわからない、という声が聞かれますね。

小：ええ。例えばプライマリ・ケアを行っている先生が患者さんのうつ状態を疑った場合、どこに紹介したらいいかわからないことはあまりありません。しかし、アルコールの場合はそうではない。そもそも専門医療機関の数が少なく、二次医療圏の一つ程度しかないうえに、それ以外の精神科病院やクリニックでは「うちは専門ではありません」と門前払いしてしまうケースも少なくない。これは大きな問題だと思います。

吉：大久保先生は紹介先をどのように探していますか？

大：いろいろ試行錯誤しながらやってきましたね。はじめはウェブ検索で調べたり、上の先生に聞いたりしながら、この病院はここが得意、などという情報を得てきました。私は興味があって取り組んでいるから知っていますが、プライマリ・ケアをやっている、知らなければどうしたらいいかわからないと思います。

吉：本来なら、その地域の精神保健福祉センターに一声かければ、色々教えてもらえるのですけれどね。

小：それはその通りなのですが、そもそも精神保健福祉センターが情報の窓口であることがほとんど知られていませんね。さらに言えば保健所もたくさん情報を持ってい

# 携の好事例

ますが、それも知られていません。周知が圧倒的に足りていないと思います。

大：精神保健福祉センターですが、札幌市の場合には平日の昼間の限られた時間に電話で相談するしかないで、医師が診療の間にアクセスするには利用しにくいと感じます。ある程度オンラインで情報が網羅され、必要があればメールでアクセスすることが可能になっていけば、情報収集に役立つのではないのでしょうか。

小：実は、依存症対策の情報提供をするサイトもあるのですが、それも知られていないうえに、情報が適切に運用されていないのが現状です。

吉：つまり、「どこに相談すればいいのかわからない」という問題のなかには、「精神科であればひとまず対応してくれる」という状態になっていない」という問題と、「対応できる数少ない医療機関の情報やアクセス方法が周知されていない」という問題の、大きく二つがあるということですね。

・いかにして継続的に外来に通ってもらうか

吉：次に、こういうケースの場合は外来で診る難しさもあると思います。入院の場合、入院期間中は必ず働きかけができますが、外来ではそうもいきません。

大：ええ。入院の場合、患者さんは入院中にすることがないため、医師からの働きかけに対してネガティブになりにくい傾向にあります。しかし外来の場合、働きかけを続けることそのものに難しさがあります。特に、働き盛りで忙しく、仕事を休むとお金が得られないという人をつなぎ止めるのはとても難しいと感じます。いかにして継続的に外来に通ってもらうか、非常に気を遣うところです。そのためには、「断酒しないなら、もうおしまい」と見限るような態度をできるだけ取らないようにすること、少しでも達成できそうな目標を立てて経過を報告してもらうこと、夜間や土曜日など仕事がない時を探って予約を取るこ

通 継  
つ 続  
て 的  
も に  
ら 外  
う 来  
の に  
が 難  
し い

## 本人・家族を治療や相談につなげるために

埼玉県立精神医療センター 療養援助部 精神保健福祉士 山縣 正雄さん

アルコール依存症の診療に対応している精神科とどうつながるか。都道府県等から指定された依存症専門医療機関および治療拠点機関であれば、各都道府県等のホームページを通じて情報が得られる。だが専門医療機関の指定がなくても、アルコール依存症治療に対応する精神科もあり、そうした地域資源の実情を把握するためには、保健所や精神保健福祉センターへの相談が有効だ。地域によっては、ア

ルコール関連問題に関わる支援者が集う連絡会や事例検討会が行われ、ネットワークが作られている。

本人に受診動機がある場合には、本人または家族から医療機関に連絡して受診予約という流れになる。当センターの受診予約では、周囲に勧められての嫌々の受診であっても、本人が来院し診察室に入ってくれるならば、予約受付している。本人の受診への抵抗が非常に強く、家族がア

ルコール関連問題への対応に苦慮している場合は、まず家族が相談機関（保健所や精神保健福祉センター）につながれるように支援したい。家族が支えられ、対応について学ぶ機会を得ることで、結果的に本人の治療導入につながることも多い。

本人、家族に対しては、飲酒やこれまでの対応を責められることはなく、一緒にどうしていか考えていく治療・支援であると伝えれば、不安が軽減されるだろう。

## アルコール対策における医療連携の好事例



吉本 尚医師

と、などに気をつけています。のりくらりと関わって、とにかくその人の生活が安定するように何とか介入し、信頼関係を築いていくという感じです。眠れなくてお酒を飲んでしまう人も多いため、睡眠導入剤を処方することもあります。ただ、薬を出しても眠れないと、全然信頼してくれなくなってしまいますよね（苦笑）。

小：わかります。私も外来では、依存形成性のない眠前薬（鎮静効果が強い抗うつ薬など）をよく処方していますよ。

・専門医療機関につなぐタイミングの難しさ

大：さらに、専門医療機関を受診してもらうとなると、ますますハードルが高いです。そもそも数が少ないですし、予約できる枠が日中しかない場合も多い。せっかく予約をしても日が経ってしまうと、このケースのように「仕事が休めなくなったので行けない」という人も少なくありません。

小：私も以前、10か月ぐらいつと外来でつなぎ止めていた患者さんがようやく教育入院する気になったので、その場で電話

をかけて入院をお願いしたら、「今立て込んでいるので10日後に予診を取ります」と言われてしまったことがあります。短い時間でもいいからその日のうちに診てもらいたいのに、そのあたりの即時性がないのですよね。

吉：普通に窓口で電話するとそうになってしまいやすいですね。そういう場合は院長など上の立場の人につないでもらって、「急患なので診てもらえませんか」とお願いするようにすると、意外とすんなり受けてもらえることもあります。とにかく患者さんが「その気」になったときに、すぐ診てもらえることが大事ですよね。「その気」は短いからです。

小：そう思います。

吉：ただ単純に専門医療機関につなげばいいというわけではなく、タイミングを見てつなげなければならぬというのは、アルコール問題の大きな特徴かもしれませんね。

大：そうですね。その解決策として、かかりつけ医が「今ならこの人は心を開いてくれている！」と感じた瞬間に、とりあえず

## チームとして長期戦に取り組む

飯塚病院 総合診療科 診療部長 小田 浩之医師

テレビを付ければアルコール飲料の宣伝が日々流れ、日々口当たりの良い製品が開発され店頭に並ぶ。安価で酒精度数の高い製品が売り出され、売り上げも好調のようである。アルコール障害に苦しみ、距離を置きたい方々にとっては、なんとも辛い世界である。

「正義」は、人を残忍にするとされる。アルコール依存症とタグづけされた人々は、差はあれど周囲より正義の刃による傷

を心に受けてきている。患者・その家族を含めた医療チームを形成するには、「依存症」とタグづけすることが、問題点の共有と継続的介入には必要なことではある。しかし、チームは常に「正義の襟を投げていないか」と細心の注意を払う必要がある。

医療チームはいろいろなストレスに晒される。アルコール症治療の時間制限（経時的に判断機能低下や臓器障害が進行してゆく）があることや、行動変容が生じない

ことに焦り、繰り返しの飲酒による入院や、真実を語りたくない患者に苛立ちを感じる。時に無関心になりたくなくともある。

「やめたくない」という信念を持っている方がいる一方、心理・社会的背景に介入の余地がある方もいる。患者の「孤立」、周囲の「無関心」を避けるために、チームとして長期戦に取り組み、患者とその家族だけでなくチームメンバーもサポートし合いつつ取り組んでいく必要がある。

間をつないでくれるような存在がいたら助かるのではないのでしょうか。医師でなくても、ソーシャルワーカーさんなどが対面でも、入ってくれたら、ずいぶんやりやすくなると思います。

### ケース2について

吉：次にケース2について振り返っていききたいと思います。肺炎のため救急車で救急外来を受診し、入院中に内科治療と並行して院内の精神科が介入を行い、退院後2か月は断酒が継続できました。しかし再度飲み始め、6か月後に再び肺炎で入院となり、入院中の合同面接で「もう飲まない」と家族の前で宣言。専門医療機関でのARP実施後、内科・精神科の外来で併診、断酒が継続できているという事例です。

### ・院内の精神科でコンサルトができれば理想的

小：このケースが非常にうまくいったと感じるのは、院内の精神科でコンサルトができたという点ですね。多くの場合、救急で運ばれたらまずは内科に特化して治療せざるを得ないですし、院内にアルコール問題に理解のある精神科医がいて紹介できるというケースはほとんどありません。本当はこのケースのように、すぐに院内で相談できる環境があるのが理想なのですが。

吉：そういう環境を少しずつ整えていく必要がありますよね。

小：ええ。ただ、総合病院にアルコール問題を専門とする精神科医を常勤で置くのは、人数の問題もあってなかなか難しいと思います。そこで今沖繩では、アルコールの専門医療機関で働く医師が月に2回ほど総合病院に往診に行って介入するというモデルが実際に動いています。これはとても評判がいいですね。

大：なるほど、リエゾンをシェアするという発想ですね。

吉：それは非常に先進的ですね。

### ・現状は理解のある総合診療医がゲートキーパーを務めている

吉：なかなか院内の精神科につなぐのは難しいとなると、実際にはどう対応しているのでしょうか。

小：アルコール依存症に理解のある総合診療医がゲートキーパーを務めて、専門医療機関につないでいるという場合がほとんどだと思います。

吉：まさに大久保先生のような方ですね。もし大久保先生のところにこのケースのような方が来たら、どのようなアプローチをして専門医療機関へつなぎますか？

大：まずは入院してきた時点でお酒のことを聞き、離脱予防をします。さらっと聞ける場合もあるし、突っ込んで聞かないと触れない場合もありますが、状況に応じて、本人の体調や理解力などを見ながら話します。看護師さんたちもお酒の問題には慣れているので、カンファレンスなどで議題に上がってくることもありますね。体の治療をして症状が落ち着いてきたら、専門医療機関への受診の同意を促します。ただ、心理面や金銭面、物理的な距離などの様々な理由でハードルが高く、実際につなげるのは半分ぐらいです。さらにそこから自助グループにまでつなぐことができるのは、その半分ぐらいでしょうか。

吉：専門医療機関の紹介とは別に、自助グループに通うことも勧めているんですね。

大：はい。本人や家族が同意してくれれば、退院時に私の知っている自助グループにつないだりもしています。ただ、そこに通い続けることができる人はごく一部という印象ですね。

小：自助グループに通うにも、足がなくて行けないという方も少なくないですからね。厚労省では、自助グループに同行支援を行う有償ボランティアに助成金を出すという話も出ています。

吉：私は逆に、院内に場所を貸して、そこ



小松 知己医師



大久保 彩織医師

## 専門医療機関が難しくなく

で自助グループに活動してもらった仕組みを考えているところ。院内であれば、患者さんが外来で通院した日に参加できますから。

大：なるほど、それだと行ける人は少し増えるかもしれませんね。

小：いずれにせよ、諦めず継続的に関わっていくことが大事ですね。

大：はい。私たち総合診療医としては、とりあえずは「体のことが心配だから」と外来に通ってもらって体裁を取って、少しずつ関係を築いて心をほぐしながら、時間をかけて専門医療機関や自助グループにつないでいこうとしています。

吉：そこはケース1と共通するところですね。

### ・主治医が取り組みをストップさせてしまわない仕組みが必要

大：ただ、総合診療科とそれ以外の科では、結構対応が違うのではないかと推測します。以前、救急から消化器内科の病棟に上がった「お酒をやめないならうちでは診られません」と帰されてしまったという話もご家族から聞いたことがあります。

小：そういうケースはよくありますね。救急で入ってきた後に主治医になる医師が、アルコール問題に理解がなかったら、結局のところ対応できない。もし看護師さんやソーシャルワーカーさんが問題意識を強く持っていて、提言があったとしても、医師が動かなければなかなか進まないというのは難しいところ。だから院内に少しでもアルコール問題を診られる医師が必要だと思うのです。

大：医師を介さずとも、ソーシャルワーカーさんが本人や家族と面談をし、同意を得られたら専門医療機関や自助グループにつなぐなど、ハブのような役割を果たせばいいのですけれどね。

吉：ある病院では、医師が全く関わらずに看護師がスクリーニングをして、該当患者

をリエゾンナースと非常勤の精神科医につなぐという取り組みが始まっています。結構うまくいっているようなので、そういう手もありかもしれません。

小：主治医が積極的にアルコール問題に取り組まないとしても、せめて取り組みをストップさせてしまわないような仕組みが必要かもしれませんね。

### 課題と提言

吉：ここまで振り返ってみて、様々な課題が挙がってきました。整理してみましょう。

#### ・継続的に関わることへのインセンティブがない

吉：まず、かかりつけ医や救急から、専門医療機関や自助グループへつなぐタイミングの難しさが挙げられます。専門医療機関や自助グループは数が少ないため、特に働いている世代は、仕事を休めなかったり、移動に時間やお金がかかったりすると、受診が途絶えてしまうことも少なくありません。だからこそ、かかりつけ医がゆっくりに関わって信頼関係を築き、「その気」になったタイミングでつなぐことが重要ですが、それには非常に時間とエネルギーを要します。

大：はい。アルコール問題を抱えた方は、貧困問題を併発していたり、暴力的であったりする場合も多いので、「腹をくくって診よう！」という病院でないと、長期で関わるのは難しいと思います。私が働いている病院は札幌市の中でも社会的弱者を多く診ているところなので、「ここで診なかったら、この方が次に来る時は死にそうな時だ」と気負って診ていますが、そうでないところではなかなか診てもらえないように思います。

小：いまは大久保先生のようにアルコールに理解のある総合診療医の先生がすごく頑張ってくれていますが、かなり負荷がかかっていますよね。

## かかりつけ医が継続的に関わる インセンティブがない

大：そうですね。継続的に診ても何もインセンティブがないのが辛いところです。現状では面談をして診療報酬が付くのは精神科だけなので、私たちの関わりはボランティアのようなものになってしまっています。せめて、30分でも1時間でも面談を行ったら診療報酬が取れるような仕組みになれば、もう少し頑張れるのではないかと思います。

小：さらに、AUDITを取ったら診療報酬が付くようになれば、専門医療機関にもつなぎやすくなりますよね。

大：はい、そうなればAUDITを取るかかりつけ医がもっと増えると思います。アルコール問題は健診の段階から否認する方も少なくないため、放っておいたら未介入になるケースも多いと感じます。AUDITの認知度を高め、もっとかかりつけ医が気軽にAUDITを取れるようになれば、早期発見・早期介入にもつながると思います。

### ・回復した事例を見て学ぶ機会が少ない

小：それから、私が課題だと感じているのは、アルコール問題を診る医療者のスキルと成功体験が足りないことです。これは内科医にも精神科医にも言えることなのですが、ベテランの医療者ほど、アルコール問題でうまく行かなかった事例しか知らず、無力感に苛まれ、傷ついてしまっているのです。いくら介入してもその通りにしてくれず、最後は救急車で運ばれて死亡退院になってしまうケースなどを経験すると、「あれは自業自得だ」と合理化しないとやってられない。

吉：だから前向きに取り組もうという医師が少ないのですね。

小：ええ。ですから、うまくいった事例を見て、実際に「ああ、こういうふうに戻れるんだ」と実感できる機会をつくり、スキルを高めていく必要があると思います。私自身、最初にアルコール依存症の方の支援を始めた頃、月1回ソーシャルワーカー

さんと一緒にAA\*のオープンミーティングに通うことを2年間続けました。AAでうまくいっている患者さんを見続けることで、頑張るエネルギーをもらいましたし、スキルも身についたと思います。うちのスタッフたちも最初はすごく悲観的でしたが、変わっていく患者さんを見ることでだんだん前向きになりました。

大：救急や病棟で急性期のケースばかり見続けていると、現場を困らせる人たちというイメージが強くなってしまって、その人たちがその後どうなるのかを想像する余裕がなくなってしまうのだと思います。そういうフェーズにいる先生方が、少しでもその先を想像できるようになるような場が必要なのかもしれません。ある先生が消化器のセミナーでアルコール依存症を取り上げ、実際に回復した方に経験談を語ってもらったそうですが、参加者は皆「目から鱗」という表情をしていたそうです。

小：私が今総合病院で取り組んでいるのは「あの人は今」を積極的に伝えることです。「以前何度も救急に来ては大騒ぎしていた患者さんが、今ではプログラムを受けて落ち着いて、外来に通っている」といった具体的なエピソードを、病棟で回診する時や医局のお昼休みの時などに話すのです。特に病棟の看護師さんたちは、具合が悪くなったときにしか関わる機会がないので、「ええ！？あの人が！？」と皆驚きますね。アルコール依存症の方のケアをただつらいものにせず、少しでも効力感を持って前向きに取り組んでもらうためには、回復した事例を伝えることがとても重要だと思います。

吉：回復モデルを知ることができれば、参入するハードルも下がり、こういう医療に関わろうと思う人が増えることも期待できますね。

### ・地域包括ケアシステムにアルコール問題を位置づけるべき

\*AA (Alcoholics Anonymous) …さまざまな職業・社会層に属している人々が、アルコールを飲まない生き方を手にし、それを続けていくために自由意志で参加している世界的な団体。

## アルコール対策における医療連携の好事例

地域包括ケア  
システムに  
位置づける  
べき

小：これらの課題を解決するためにも、地域包括ケアシステムの枠組みの中にアルコール問題を位置づけることがとても重要だと思います。今、精神科領域の中では認知症と統合失調症が位置づけられています。それらと同等の扱いにしてもらいたいですね。地域のネットワークに貢献することによって加算が付くようになれば、より多くの地域で取り組みが盛んになるはずです。

大：しっかり研修を受けた人がいる医療機関には加算が付くという仕組みができれば、医療機関側も研修に出してくれるようになると思います。

小：そうですね。そして、医療機関と地域の保健所や消防救急、警察などが顔の見える関係を築き、事例検討会を行って「今

はこの局面だからもうちょっと凌ごう」「次はこのチャンスでこのように介入してみよう」という情報交換ができれば、今よりもっと頑張れると思うのです。さらに、成功事例を共有し合うことで、地域全体のスキルも底上げできます。

吉：そういったネットワークができれば、軽度で何とか生活できる患者さんはかかりつけ医や内科がじっくり丁寧に診て、そこから外れてしまう重度の患者さんを専門医療機関が診るというモデルも、より実現可能性が高まりますね。

小：そう思います。実際に、三重県のように地域での連携がうまく行っている事例もありますから、そうしたやり方になって各地域でネットワークを築いていけるようになれば理想的ですね。

提  
言

## ① 総合診療医や内科医が継続的に関わるインセンティブをつける

面談や AUDIT を行うことに対する加算があれば、かかりつけ医が継続的に関わるのがより実現可能になるであろう。

## ② 医療者が、アルコール問題を抱える患者の回復モデルを知る機会を増やす

事例検討会や研修などで回復モデルを積極的にシェアし、成功イメージを持てるようになることで、医療者の対応スキルを高めるとともに、かつアルコール対策に前向きに取り組む医療者を増やすことができるであろう。

## ③ 地域包括ケアシステムの中にアルコール問題を位置づける

中核医療機関は地域の啓発やネットワークへの貢献を義務付けられる代わりに、その分加算を付けるといったアプローチや、研修を受けた人が関わればその分加算を取れるといった仕組みづくりをしていくことが、取り組む医療者を増やすことに繋がるであろう。

# 施設紹介 各施設の取り組みについて (50音順掲載)

## 沖縄医療生活協同組合 沖縄協同病院



小松 知己医師

沖縄協同病院 心療内科 精神保健指定医

### 【病院情報】

那覇市で年間4,000台超の救急搬送を受け入れる中規模の基幹型臨床研修病院である。無保険者・生活困窮者への「無料低額診療制度」を実施しているのが特色で、急性期から在宅まで「いつでもどこでも誰でも」安心安全な医療・福祉が受けられるような地域ネットワークを他機関・行政とともに形成するため、日夜職員が奮闘している。

当院では、「アルコール離脱はできたが、辛い身体症状はまだ残っており、内省や動機づけが容易」という介入のゴールデンタイムであるアルコール関連身体疾患で入院中の患者さんに特化して介入し、退院後外来での断酒・減酒を志向した治療や専門医療機関への教育入院紹介を行っている。

2011年1月より上記コンセプトで診療を開始し、最初の数年はシステム作りに傾注した。

- ① ER (救急部) 受診時ないし入院時からのアルコール離脱対策の均てん化と徹底
- ② ER等 酔酩下での迷惑行為対策の徹底
- ③ 検査項目等の整備 (AUDITの電子カルテ搭載/BAC = アルコール血中濃度・ $\gamma$  GTPの即時検査化/ウェルニッケ脳症予防のためのVBI測定・投与の周知)
- ④ 治療の枠組みを患者さんと合意する関係者会議の開催

紹介元の主治医とできるだけ同じ外来日に診療(週4日の午前外来)して、中断率を減らし、紹介元に「成功体験」を実感してもらっている。

当科外来での治療内容は以下の通りで、他機関(回復施設や精神保健福祉センター)の外来教育プログラムや自助グループを積極的に紹介している。

- \* 医師の個人精神療法&薬物療法
- \* 精神保健福祉士・公認心理師が行うケースワーク
- \* 公認心理師・精神保健福祉士が行うリラクゼーションスキル(自律訓練法・呼吸法・TFTなど)習得援助
- \* 看護師が行う中断チェック・受診勧奨と電話での相談対応

多職種チームのモットーは「飲む前に相談できる関係づくり」である。しらふで楽に生きるためのスキルを失敗(再飲酒)をも糧にして身につけてもらい、本当に回復するまでの数年間、継続して治療することを最も重視している。2015年1月時点での男性147名・女性34名(93%がICD-10で依存症)の治療転帰は、断酒36.5%・減酒22.1%・飲酒13.3%・不明28.1%だった。

## 株式会社麻生 飯塚病院



小田 浩之医師

飯塚病院 総合診療科 診療部長

### 【病院情報】

飯塚病院は、筑豊地域(43万人)の唯一の3次救急を行う急性期病院(1048床、44診療科、救急搬送数7000件/年、救急受診患者数3万件/年)である。当院総合診療科はスタッフ15名、専攻医・後期研修医23名が所属する(家庭医部門は別にスタッフ12名、専攻医10名)。常時、120名前後の病棟管理を行っており、その中には専門診療科の決定が困難な事例のケアも多く含まれる。

アルコール障害患者の治療は、総合診療科が主治医となることが多く、リエゾン精神科・肝臓内科・消化器内科・脳神経内科と連動しつつ行う。(肝硬変や食道・胃静脈瘤破裂が主座であれば、肝臓内科・消化器内科が主科となる。)

重症急性性肺炎や離脱せん妄・痙攣、高度電解質異常、栄養障害、敗血症などの重症病態を生じている場合は、集中治療チーム、救急・HCUチームが担当し、人工呼吸器、CHDF、離脱せん妄・痙攣に対する鎮静、電解質補正を行い、一般病棟での対応が可能となった時点で一般病棟チームに担当を移行する。病態の改善に伴い身体疾患に加えて、依存症評価、アルコール使用障害や依存に至った背景、イネイプラーの存在や行動変容ステージを確認する。精神障害・抑うつ、貧困、DV、孤立などの心理・社会的問題を合わせて評価し、リエゾン精神

科、看護師、MSWと共に、本人と家族・イネイプラーへの介入を行う。

急性期病院としての役割は、身体異常を治療しつつ、患者とその家族の行動変容ステージを「無関心期」から「関心期」に、できればそれ以上に移行させてゆくことである。専門医+多職種チームにより、患者に応じたアルコールに関する知識の提供、ARPを行っている施設紹介や断酒会の紹介を行う。制度上、外来での長期継続加療は困難であるため、最寄りの医療機関に引き継ぎを行う。

患者の繰り返しの飲酒に伴う入院は、担当チームの感情が強く揺さぶられることは否定しない。しかし、その中で「行動変容の困難さ」と「差別意識を持たずに患者に関わる姿勢」をチーム全体で学び、お互いが疲れきらないようサポートしつつ、安定した患者介入に取り組んでいる。

# 施設紹介 各施設の取り組みについて (50音順掲載)

## 北茨城市民病院附属 家庭医療センター



吉本 尚 医師

筑波大学地域総合診療学 准教授

**【病院情報】**

北茨城市の病院及び診療所等の医療資源の偏在を緩和し、南部地区における患者の利便性を考慮し、中核的診療所の機能性を持ち、地域に根差した医療の展開を図ることを設立の目的とする。一般外来診療に加え在宅医療を実施することで、行政及び地区医師会並びに市民病院との連携を図り地域包括ケアの一翼を担う。

「飲酒量低減外来」は文字通り、お酒に関する悩みを抱えている人たちに対してお酒との付き合い方に関するアドバイスをしたり、アルコール摂取量の調整を試みようとしたりする外来だ。2019年1月17日に北茨城市民病院附属家庭医療センターに開設した。外来は予約制で毎週木曜日の午前10時～11時半に開いていて、基本的に1人に対して30分の枠を設けている。

今は1人で診療しているが、どんな患者さんがどれくらい来るかを把握したうえで、将来的には担当する医師を増やしていく予定。勉強会を開くなどして、同センターに在籍する他の5人の医師も診られるようにしたいと考えている。

内科で行う飲酒量低減外来では、まずはスクリーニングテストである質問票「AUDIT」に回答してもらったり、アルコール呼气試験を行ったりする。呼气試験

を行うのは、お酒が残っている人にアドバイスしても面談内容を忘れてしまう可能性がある、「飲んだ後ではないですよね?」という確認の意味を込めてのことだ。その後には日頃からどれくらい飲んでいるか、どんなことに悩んでいるのかなどを聞きながら解決策を一緒に考えていくことが多い。依存症に該当する方には薬物療法を含めて相応の治療を行っている。

最初の2か月の診療では、患者さんの大部分はアルコール依存症に該当する方だった。私には病気の手前の段階から診ていきたい思いがあるが、やはり最初は危機感の強い方が来院されているということだろう。10人のうち2人はお酒を止められていて、5人は飲酒量を減らすことができています。一般的なクリニックでもお酒を減らしたり止めたりすることに関われる手応えを感じている。

## 埼玉県立 精神医療センター



山縣 正雄さん

埼玉県立精神医療センター  
療養援助部 精神保健福祉士

**【病院情報】**

依存症・児童思春期・精神科救急を主に診療を行っている。依存症外来ではアルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症の診療を行い、「ようこそ外来」と称して患者の来院を歓迎し治療から脱落しないように努めている。埼玉県及びさいたま市から依存症専門医療機関・治療拠点機関の指定を受けている。

県内のアルコール関連問題の連携体制の構築に寄与してきた活動として、平成15年から開催されている埼玉アルコール関連問題連絡会（通称・アル連）が挙げられる。官民の関係機関が輪番で事務局となり、年2～3回平日夜に開催され、情報交換や事例検討を通じて支援者同士の顔の見えるつながりが深められている。これまで精神科と相談機関（保健所、精神保健福祉センター）、リハビリ施設が参加者の中心であったが、最近是一般医療機関からの参加も増えている。

さて、埼玉県では、国の依存症対策総合支援事業に基づき、依存症専門医療機関（県指定3医療機関、さいたま市指定2医療機関）、依存症治療拠点機関（当センター）が指定されている（令和2年6月現在）。令和元年12月に依存症治療拠点機関として医療機関職員を対象に、「誰にでもでき

るアルコール使用障害への対応」、「プライマリケアにおけるアルコール関連問題への取り組み」をテーマとした当センター主催の研修会を開催した。一般医療機関からの参加もあり、アルコール関連問題の普及啓発や連携のきっかけとなった。アンケートからは、「対応の姿勢を学べた」、「依存の背景、患者さんの特徴の理解が深まった」、「病気としての認知の必要性を感じた」、「支援者には地域の偏見を取り除くことも求められていると感じた」などの感想が得られている。

今後も、アル連などのインフォーマルなつながりが形作られているという強みをもとにしながら、治療拠点機関としての活動を通じた連携体制を広げ、深めていきたい。一般医療を含めた早期介入や支援体制の推進が課題である。

北海道勤医協 総合診療・家庭医療・医学教育センター (GPMEC) 勤医協札幌病院



大久保 彩織 医師

勤医協札幌病院 内科・総合診療科 外来医長

【病院情報】

札幌市の中で最も貧困で、健康問題をかかえている菊水地区の小規模病院として、無料低額診療を行いながら、総合診療科と小児・産婦・眼科・耳鼻科・外科・精神科での最後の砦としての医療を行う。総合診療科は外来、入院、訪問診療と地域の高次医療機関との連携で切れ目のない包括ケアを目指し、地域密着型研修教育にも注力する。

総合診療医の専門性は、「地域のニーズに合わせ、よくある病気を正しく深く診て生活の質を上げ、継続的な健康管理によって重篤な疾患を早期発見する」ことだ。アルコールの問題は、「死が早まることで失われた生命年数と健康でない状態で生活することにより失われている生命年数を合わせた時間換算の指標」DALYのリスク関与率は16%とトップ、死亡のリスクでもトップ3に入る健康問題であり、総合病棟の多くを占める感染症や臓器障害の背景にも大きく関与しており、まさによくある病気として私たちがしっかり診る必要がある問題だ。

私たちのアルコール診療は多岐にわたる。健診や健診後の異常での受診時に「AUDIT」を用いたスクリーニングと簡易介入。急性膵炎や肝炎でのウォークインや救急車での来院のトリアージと搬送や入院診療。アルコール診療特有の否認や離脱症状により、問診

や適切な専門治療に繋ぐことには粘り強さと時間を要することが多い。金銭や精神・身体障害など社会的な様々な弱者の患者の場合、アクセスできるアルコール専門の治療先を探すこと、受診につなぐことだけでもかなりのハードルと労力が必要になる。一部の人の熱意だけでは質の良いアルコール診療を継続することは困難な現実がある。ここに、アルコール診療の質と効率を上げるための研修や、その結果として質の良い診療と、連携のはかれる仕組みに十分なインセンティブが与えられたなら、私たちはより良いアルコール診療を提供できる可能性を感じている。その結果は回復者を増やし、より前向きにアルコール診療に取り組めるモチベーションとなり、積極的に診療をする医療者の仲間を増やす良いサイクルになる。そうならば、後進の育成もより広く行っていくことができるだろう。

厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業  
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

**〔アルコール対策における医療連携〕**

2020年3月発行

**お問い合わせ**

筑波大学医学医療系 地域総合診療医学  
筑波大学附属病院 総合診療科  
TEL/FAX 029-853-3101

## 12. アルコール関連問題啓発週間に関する調査

---

今成知美、吉本 尚

# アルコール関連問題啓発週間についてのアンケート調査

## アンケート調査を踏まえた提言

- ・第1期の広報啓発をさらに効果的にするため、第2期の目標やターゲットを再検討する場が必要である
- ・目標やターゲットに沿ってポスターの掲示場所を考え、組織を通して協力要請をする必要がある
- ・目標やターゲットに沿って、コピーやビジュアル、表現方法やサイズを考慮していく必要がある
- ・ポスターはメッセージ性があり、シンプルでわかりやすく、目立つものが望まれる
- ・問題のアピールだけでなく、解決法の提示や相談先につなげる視点も大切である
- ・「依存症の理解を深めるための普及啓発事業」との住み分けを考慮する必要がある
- ・テーマは第2期基本計画の重点項目と連動させ、フォーカスを絞るのがよいと思われる
- ・あえて、アルコール問題に精通していない、ターゲットを代表する人の意見を聴くことが必要である
- ・ホームページやSNS、プレス発表、リリース配信など、広報とタイムリーに連動させると効果的である

## アンケート調査の目的

基本法施行から今年度までに、6回のアルコール関連問題啓発週間が行なわれた。当初3年は内閣府が事務局、平成29年度以降は厚生労働省が事務局を担っている。

関係省庁（厚生労働省、内閣府、国税庁、文部科学省、警察庁、国土交通省）の連名による啓発ポスターは、基本法の象徴というべきもので、施行の年に始まり、これまでに6枚が作成された。まずは幅広い関連問題を知らせることに焦点を置き、2019年度初めて依存症にテーマを絞った経緯がある。

どのような内容にするか、サイズはどうするか、限られた予算の中でどこに配布するか、事務局も関係省庁も、デザインを担当した委託業者も、例年知恵をしぼってきた。そのような関係者の努力の積み重ねをわかった上で、アンケートという形で、さまざまな立場の方々にあえて率直なご意見をいただいた。ポスターについてだけでなく、その他の啓発方法についてもアイデアの記載をお願いした。手探りで積み上げてきた経験を土台に、第2期に向け、原点に戻って目標やターゲットを検討する時期にあるためである。

このアンケートは、その検討に向けての第一歩と考えている。

## アンケートの設問

1. 厚生労働省、内閣府、国税庁、文部科学省、警察庁、国土交通省の連名による啓発ポスターが、これまでに6枚作成されています。それぞれについて、ご意見をお聞かせください

い

2. ①～⑥のポスターのうち、ベスト3を選ぶとすると、どれですか？ その理由は？
3. ポスターのテーマ設定を、今後こうしたらどうかというアイデアを記載してください
4. ポスターの掲示場所として、効果的だと思う場所を、いくつでも記載してください
5. 予算が少ない中で、一般の人の目に触れる掲示を実現するために、どこからどんな協力が得られるか、アイデアがありましたら、ぜひ記載してください
6. 掲示場所との兼ね合いで、ポスターのサイズは以下の①～③のどれが望ましいと思いますか？
7. ポスター以外の効果的な啓発のアイデアを、いくつでも記載してください
8. 厚生労働省が主催・共催する啓発フォーラムについてご意見があれば記載してください

表1 回答者（アンケート到着順）

向井 勉	(株) ファークロス取締役 ※初年度から啓発ポスターを薬局の店内に掲示、新潟市薬剤師会にポスターの掲示協力を働きかけ、実現させた
尾崎米厚 金城 文 桑原祐樹	鳥取大学医学部社会医学講座環境予防医学分野 教授 鳥取大学医学部社会医学講座環境予防医学分野 講師 鳥取大学医学部社会医学講座環境予防医学分野 助教
小関清之	山形県依存症関連問題研究会代表/医療法人社団斗南会秋野病院 地域連携室長 (PSW) ※多職種による地域ネットワーク集団が自助グループと協働して啓発活動を展開。地域住民に身近な地域各所にて「足で稼ぐ」ポスター掲示などの活動も行なって今日に至る
野村裕美	同志社大学社会学部社会福祉学科准教授 ※学生にアルコール予防教育を実施している
松本和頼 宮田由美子	公益社団法人全日本断酒連盟事務局 ※全国の断酒会が地域でポスター掲示を依頼し、自治体の啓発フォーラムにも協力してきた
谷本卓哉	元厚生労働省広報戦略推進官/株式会社大広戦略情報室
今成知美	特定非営利活動法人アスク代表 ※アル法ネット事務局長として、全国の啓発週間イベントの情報を収集したり、SNSなどでポスター周知に協力してきた
水口尚人	全国小売酒販組合中央会事務局長 ※初年度から啓発ポスターの掲示に協力してきた
北野陽子 細尾ちあき	特定非営利活動法人ぶるすあるは代表 特定非営利活動法人ぶるすあるは制作担当 ※ SNSなどでポスター周知に協力してきた



1. 厚生労働省、内閣府、国税庁、文部科学省、警察庁、国土交通省の連名による啓発ポスターが、これまでに6枚作成されています。それぞれについて、ご意見をお聞かせください

① H26 年度（基本法施行年／事務局：内閣府）

<p>◎キャッチコピーとして「関連の問題」という語句は、「全く知らない」という方に対しては目を止めてもらえないのかなと感じました。すでに知っている方向けのように見えました。</p> <p>◎色がはっきりとしていることが、まず壁面が主に白いことからすると目立つもので、A4のポスターでも目を引いたと思います。(向井)</p>
<p>◎普通の印象(もしも通路に貼ってあったら足を止めるか?)「本当に全部知っている?」は蛇足の印象。</p> <p>◎小さい字は読んでもらいにくいかもしれない。(尾崎)</p>
<p>◎「アルコール関連の」というのがわかりにくい。</p> <p>◎図をしっかりと見ようと意識しないと、内容を読まない気がします。図のインパクトがあまりないように思います。(金城)</p>
<p>◎いいと思います。特に日頃健康意識の高い人に届きやすいメッセージだと思いました。</p> <p>◎親しみやすいイラストと思いました。全体的に字が小さいような気がして、何を伝えたいのかぼんやりしている印象でした。(桑原)</p>
<p>◎とても画期的で新鮮な印象を持ちました。</p> <p>◎初年度に相応しい印象に残る作品だと思います。(小関)</p>
<p>◎(私の場合は、一般学生への啓発や社会福祉士・精神保健福祉士の専門職の養成課程にある学生を想定していますが)「ハッ」と学生が振り返るにはインパクトが弱いように思います。</p> <p>◎かわいらしいけれど、絵からメッセージ性はあまり伝わってきません。(野村)</p>
<p>◎ポスターは手元で見るものではない。遠くからでは何が書いてあるのか不明です。「本当にぜんぶ知っている?」は不要ではないか。</p> <p>◎全体にグロテスク。配色がよくない(暖色より寒色、中間色が好ましい)。色数が多すぎではないか。(全断連)</p>
<p>◎伝えるべきメッセージが明快でないように感じる、知っている?で締めくくる呼びかけは、告知としてはインパクトに欠け、どのような態度変容を求めたポスターかわかりづらい。</p> <p>◎アルコール問題を具現化しようとしている努力はわかるが、全体の情報が均一的にデザインされていて、インパクトに欠ける。色遣いは注意喚起?それとも啓もう?やや疑問。(谷本)</p>
<p>◎初年度のポスターとして、アルコール関連問題を知ってもらおうという意図で、わかりやすいと思った。</p> <p>◎赤が強烈で、コンビニの店頭でパッと目についた。ボトルの中にさまざまな問題が入っているのも、わかりやすかった。深刻なテーマだが、絵がかわいいので酒販店にも貼れるのだと思った。(今成)</p>
<p>◎目を引くものだと思う。知らない事が一番怖いので、まず良く知ってから酒類を販売し、買う側も理解して欲しいという意図を感じるので評価できる。</p> <p>◎一見した時にビンの中のイラストに多少違和感を覚える。(水口)</p>
<p>◎誰に届ける意図なのでしょう...知ってる?知ってる?と尋ねられてもピンとこない印象を持ちました。</p> <p>◎赤とピンクの色が綺麗で色味が素敵です。テキストが小さくてわかりにくいし、近づかないと読めないのは残念です。(ふるすあるは)</p>



1. 厚生労働省、内閣府、国税庁、文部科学省、警察庁、国土交通省の連名による啓発ポスターが、これまでに6枚作成されています。それぞれについて、ご意見をお聞かせください

② H27年度（事務局：内閣府）

◎とても凝っていて、すべてを読む気を起させると感じました。かるたの頭文字を並べると「よくないです」となっている点などまで工夫があり、すべてを読みやすい仕組みがよかったですと感じました。  
◎上記の工夫まで感じるにはフォントの大きさ、スタートになる「一つでも当てはまれば～」がもう少し目立つと、もっと目を引くと感じました。26年度と比較すると、白い壁面に貼ると少し目立たなかったかもしれません。(向井)

◎各問題の字が小さく、見てくれた人が自分があてはまるか、見てもらえるか不明。  
◎イラストがもっとわかりやすい絵の方がよいのでは。(尾崎)

◎大問題の人だけにターゲットが絞られているように思えます。  
◎文字が小さくて、何のポスターか、意識して読まないといけないと思います。お酒を買いに来る人が、注意して細かい字を読むか、疑問があります。(金城)

◎誰に届くのがぼんやりしている気がしていました。メッセージや発想は面白いと思いました。  
◎親しみやすい絵でいいと思いました。情報が多いため、じっくり読んでくれる人、読むのが早い人にはいいかと思いました。(桑原)

◎「……問題です」を強調するより「助けを求めれば救いの術があること」を表す言葉の方が適切かと思いました。  
◎爽やかな色使いですが、掲示するポスターとしては目立たないかもしれません。(小関)

◎パッと見てアルコール関連問題の啓発とはとらえにくいですが、一緒にこのポスターを眺めるガイド役がいれば、とてもよくできている内容だと思います。そういう意味で、惜しいです。  
◎かるたの一枚一枚を読んでみようかなという気になります。(野村)

◎これだけでは、意味が通じない。「アルコール関連問題カルタ」を大きめに。  
◎全般的に淡泊で、目立たない。文字数が多すぎる。ポスター用のデザインではないと思う。(全断連)

◎キャッチコピーといわれるものが、見当たらない。一つでも当てはまれば大問題が多分そうなのだと思うけど、キャッチしていない。  
◎ビジュアルについては、「よくないです」を前に出したいのはわかるけど、わかりづらい。ポスターは見せるもの、チラシは読ますものという初歩的な整理ができてないように見えてしまう。(谷本)

◎ここに登場する6枚のかるたがそれぞれポスターになっており、PDFでダウンロードできるという凝ったアイデアだった。印刷したメインポスターが小さめで、その中に6枚のかるたを配したために、パッと見てわかりにくいものになってしまったのが残念。  
◎白っぽいので、店頭で目につきにくかった。(今成)

◎組織内部の意見として幾つかあったのは、関係者であれば何のポスターかわかるけれども、パッと見た感じわかりにくく、消費者からの反応は良くなかったと記憶している。  
◎一見した時にイラストに多少違和感を覚える。(水口)

◎どこがキャッチコピーなのか、テキスト量が多くてメリハリがなくて読みづらいです（この意見はビジュアルの方かもしれません）。テキストが小さい。  
◎斜め斜めのレイアウトに目が酔います。(ぶるすあるは)





1. 厚生労働省、内閣府、国税庁、文部科学省、警察庁、国土交通省の連名による啓発ポスターが、これまでに6枚作成されています。それぞれについて、ご意見をお聞かせください

④ H29 年度（事務局：厚生労働省）

<p>◎メインのキャッチコピーに絞った形の構成は、それまでとは違う印象を受けました。「問題飲酒」という文字が残りやすいという点では、これまでのものと違う印象。</p> <p>◎第一に、背景のピンクそのものが目を引き、とても見栄えが良かったと思います。壁面へ貼付した時に、これまでの中では一番目立つ印象でした。（向井）</p>
<p>◎悪くはないと思います。</p> <p>◎パッと見て問題がなにかわかりづらいのでは？ 背景のピンクの印象が強すぎる。（尾崎）</p>
<p>◎抽象的で、わかりにくい。</p> <p>◎文字が小さく、関心がないと読まない。キャッチコピーの文字も読みにくい。（金条）</p>
<p>◎飲酒の問題だと一目でわかるのでいいと思いました、少し悩んでいる人は目に留まると思いました。</p> <p>◎シンプルでわかりやすいと思いました、イラストのインパクトが下がるのがデメリットかと思いました。（桑原）</p>
<p>◎「なるほど!」と膝を打ちました。</p> <p>◎目を引く図柄や色使いではあると思います。（小関）</p>
<p>◎お酒に初めて出会うこととなる学生には、シンプルですが、とても大切なメッセージです。シンプルでよいと思います。</p> <p>◎しかし、絵が、よくわかりにくいので、アルコール関連問題について知らない学生は、通り過ぎてしまうかもしれません。インパクトはありません。（野村）</p>
<p>◎キャッチコピーの文字サイズを統一した方がよい。問題と飲酒が目立ち、「問題飲酒」についてのポスターと見間違えられないか。キャッチコピーはいいのではないか。</p> <p>◎空白が多い。関連問題の文言を大きくし、スペースを有効的に使う。配色も個人的には好まない（暖色より寒色か中間色）。（全断連）</p>
<p>◎コピーはよいと思うけど、それが何を指しているかが瞬時にわかりにくい。その問題は飲酒から始まる全部を前面に出してもよいのでは？</p> <p>◎全体的にはまとまってる感じ、飲酒起因問題をもっとわかりやすくしたほうが良いかな？（谷本）</p>
<p>◎飲酒問題が、目立ってわかりやすい。</p> <p>◎ピンクが印象的で貼ったときにインパクトはあった。ボトルが問題へのドアになっているのもおもしろい。（今成）</p>
<p>◎とてもわかりやすいものの、最初の一杯から否定されている様に売る側は感じ、貼ってもらうのは難しかったと記憶しています。</p> <p>◎非常にシンプルに出来ていると思う。個人的には、今回はイラストを前面に出したら良かったのかもしれないと思いました。（水口）</p>
<p>◎問題、飲酒。この2つの単語がシンプルに目に入るのでよいと思います。</p> <p>◎これくらいすっきりしているのもよいです。ピンクが綺麗です。（ふるすあるは）</p>



1. 厚生労働省、内閣府、国税庁、文部科学省、警察庁、国土交通省の連名による啓発ポスターが、これまでに6枚作成されています。それぞれについて、ご意見をお聞かせください

⑤ H30年度（事務局：厚生労働省）

<p>◎家族の視点からのキャッチコピーは、これまでの中では一番よいと感じています。</p> <p>◎これまでの中で、貼った時に一番目立たなかったと感じています。デフォルメされたキャラクターはとても良いのですが、色合いによる印象が目立たなくさせた印象です。壁面の色というよりもほかの家具や設備などがあるために、その中に埋もれる感じというのでしょうか。「緑背景にピンク文字が特に見にくい」との意見をもらったことがありました。（向井）</p>
<p>◎普通だと思います。</p> <p>◎背景が緑に赤の字は見づらい。色覚異常の人への配慮がない。デザインは面白いと思うが、グラスやボトルの中の字が読みづらい。（尾崎）</p>
<p>◎絵の方に先に目がいくポスターで、キャッチコピーの印象は薄いですが、メッセージが伝わるので内容的には良いかと思います。</p> <p>◎このポスターは配色、絵、文字など、わかりやすく思えます。挙げている個々の内容が、飲酒行動と飲酒の結果が混在しているように思えます。がんなどの疾患、事故（交通、転落など）、急性中毒による死亡、仕事の能率低下、などの結果が含まれていない。（金城）</p>
<p>◎悩んでいる人の目には留まりやすいと思いました。</p> <p>◎イラストがわかりやすいです、飲酒運転はかなり周知されているので、少し考えれば何が悪いか思いつくのですが、直感的には事故のほうが問題としてインパクトあり、うまく伝わるといいなと思いました。（桑原）</p>
<p>◎誰の目に触れることを思い描き、誰の心に届くことを期待するポスターなのでしょう？</p> <p>◎淡い色使いは、他の掲示物の中に埋没してしまいます。『イラストが怖い!』と語る方もいました。（小関）</p>
<p>◎シンプルでよいかと思いますが、お酒の問題が我が事だと認識していない人がひっかかるかどうか。弱いように思います。</p> <p>◎デザインに、情報が組み込まれており、劇画チックなイラストが単におしゃれな感じで終わらずに、ぎょっとさせる印象もあるので、インパクトがあると思います。（野村）</p>
<p>◎キャッチコピーはごく一般的だが悪くはない。欲言え、<b>「かぞく」</b>は<b>「家族」</b>としっかり書いてほしい。</p> <p>◎アルコール関連の諸問題が大きく、はっきり記述されていてよいが、字体は検討すべき。（全断連）</p>
<p>◎あなたと呼びかけられても、気づきを誘発しない。過度な飲酒が壊す幸せなくらしを構成するファクターをもう少し整理したコピーが良いかな。「あなたも、家族も」をもっと前に。</p> <p>◎デザインはよいと思う、ポスターなので細かい文字は不要。（谷本）</p>
<p>◎わかりやすい。メッセージを送る先が困っている層に絞られた感じがする。</p> <p>◎これまでより絵がシリアスだと思った。色合いのせいか、貼ったときには、<b>①③④</b>より目立ちにくかったのが残念。最近、自治体の方と話したら、昨年度のこのポスターをよく覚えていた。（今成）</p>
<p>◎当事者だけではなく周りも悩むのだと、シンプルかつ的確な惹句なので、引き続き使ったらいいのではないかと思う。</p> <p>◎H26年度と近いような気もするが、色合いやフォントの調子が良いと感じた。訴える内容も一つ一つ見て取れるものだと思う。（水口）</p>
<p>◎「悩む」というキーワードが入りました。そして「あなた」「かぞく」…対象と届けたいメッセージがわかりやすくよいと思います。</p> <p>◎色が綺麗です。問題のところイラストがちょっとごちゃつとしていますが、記載はシンプルなのでまだ見やすいです。（ふるすあるは）</p>



1. 厚生労働省、内閣府、国税庁、文部科学省、警察庁、国土交通省の連名による啓発ポスターが、これまでに6枚作成されています。それぞれについて、ご意見をお聞かせください

⑥ 令和元年度（事務局：厚生労働省）

<p>◎文字数が多すぎる気がします。「ダメな人？なまけもの？いいえ。アルコール依存症は病気。そして回復できる病気です」くらいでもよいのかなと思いました。</p> <p>◎内容としては病気であることの啓発は、薬物依存の話題の中で少し広まった「病気」という認識が出てきたことと合うので、一番よいと思いました。（向井）</p>
<p>◎良いメッセージですが、字が小さく目に留まりにくいです。</p> <p>◎青いのが酒のボトルだとわかりづらい。マナケモノの絵よりよいデザインがないのだろうか？（尾崎）</p>
<p>◎訴えたいテーマが、読めば理解できて良いと思います。ただ、じっくり読む人でないと読まないかもしれません。</p> <p>◎ポスターの解説を聞いて、はじめて絵の意味が理解できました。いろんなポスターが並んでいる中で、あまりインパクトがないかもしれません。なまけものの絵が内容を抽象的にしてしまっているように思います。（金城）</p>
<p>◎キャッチコピーがもっと目立ってもいいかなと思いました。なんの啓発かわかりにくい印象です。このキャッチコピーはスティグマを意識しているような気がします。本当に望ましいフレーズかどうか専門家にも意見をうかがえるといいなと思います。</p> <p>◎なんのポスターかわからないので、読んでくれるという発想でしょうか？対象を一般の人すべてと考えれば、いいビジュアルと思いました。（桑原）</p>
<p>◎「なまけもの」を強調することって？ 後段の文字が際立つようにして欲しかったなあとと思いました。</p> <p>◎ビジュアルはちょっとドキッとしました。暗い印象を持ちました。（小関）</p>
<p>◎内容はよいのですが、字が目立たないので、立ち止まって読もうという気にさせないのではないのでしょうか。なまけものだ。何だろうね・・・で通り過ぎるような気がします。捻りすぎのような気も。</p> <p>◎おしゃれですが、メッセージ性が弱いように思います。お酒の瓶をイメージしているのでしょうか。よくわかりません。（野村）</p>
<p>◎アルコール関連問題啓発週間ポスターなのに、アルコール依存症に焦点を絞るすぎではないか。</p> <p>◎一般の人はアルコール依存症という病名すら知らない人が多い。初めてテーマを依存症に絞ったようだが、裏目に思う。（全断連）</p>
<p>◎伝えるべきメッセージは、良いけれど、何が大切なメッセージでそれを一言で示したキャッチコピーかわからない。</p> <p>◎アルコールに関する啓もうには見えない。この手の啓もうは、もう少し身近にある生活破壊を前に出したほうがわかりやすいと思う、共感から訴える手法。（谷本）</p>
<p>◎内閣府の世論調査で明らかになった偏見をひっくり返す、アルコール依存症啓発には、もってこいのコピー。</p> <p>◎黄色と青の色が目立ち、お洒落なポスター。だが、ボトルであることがわかりにくく、「なんでなまけモノ？」と思ったが、コピーを読んで「ああ、なるほど」と意味がわかった。それを意図した凝ったポスターだと思う。（今成）</p>
<p>◎アルコール依存症への正しい理解が進む、しっかり訴求する内容だと思う。</p> <p>◎色の組合せがいいと思った。コメントも的確です。ただ、依存症ポスターを販売場に貼る効果や意義には若干の疑問も感じる。（水口）</p>
<p>◎わかりにくいです・・・。なまけものが突然でてくるのは唐突感があります。つながりがとらえにくいです・・・。</p> <p>◎酒ビンもわかりにくく、見た瞬間は上半身とネックレスに見えました→動物？なんで？色はきれいで絵はかわいいですが、ビジュアルもテキストもひねりすぎだと思います（初めて依存症に絞った点はよいと思うのですが、そんな理由で中身にたどりつけませんでした）。QRコードで相談先はよいと思います！（おるすあるは）</p>

2. ①～⑥のポスターのうち、ベスト3を選ぶとすると、どれですか？ その理由は？

1位 2位 3位	① ⑥ ④	一番に目を引くということを第一に選択しました。 目を引くことと、病気であるというメッセージは前向きな気持ちを引き起こす。 やはり目を引くことを優先してみました。シンプルなのがよいと感じています。	向井
1位 2位 3位	③ ⑤ ⑥	ぱっとみてわかりやすい。メッセージが伝わりやすい。 わかりやすい。 依存症に絞ったのが良い。ナマケモノの絵から酒は連想しづらいか。	尾崎
1位 2位	⑤ ③	訴えたいテーマがわかりやすい、絵がみやすい。 キャッチコピーがわかりやすい。	金城
1位 2位 3位	④ ⑥ ⑤	なんのポスターかわかりやすい、対象が明確。 市民全般を対象とすれば、目を引く、読んでくれるシンプルさ。 イラストとメッセージがわかりやすい。	桑原
1位 2位 3位	① ③ ④	新鮮さ ビジュアル キャッチコピー	小関
1位 2位 3位	③ ⑤ ②	短い中にストーリー性、メッセージ性が明確にある。 デザインに情報が組み込まれている。 工夫が凝らされている。一度惹きつけられれば、面白さがある。	野村
1位 2位 3位	⑤ ④ ①	キャッチコピー、図案が一番しっくりくる。 キャッチコピーは良いと思う。	全断連
1位 2位 3位	⑤ ③ ④	お酒起因の問題定義だとすぐわかり、気を付けなければとの気づきがわかりやすい。 情報の整理に工夫の余地はあるけど、伝えるべきメッセージは理解できる。 問題は飲酒から、そのワンメッセージは伝わるから。	谷本
1位 2位 3位	① ③ ⑥	赤の色とビジュアルが店頭ですごく目立っていたため。 ストレートにわかりやすく色がきれい。 テーマを依存症に絞るチャレンジに一票。	今成
1位 2位	⑤ ③		水口
1位 2位 3位	③ ④ ⑤	イラストと文字が整理されていて、シンプルでみやすかったです。 飲酒、問題の単語がずっと入ってきました。 誰に何を届けたいか、キャッチコピーがわかりやすい。	ふるす あるは

1位  ⑤⑤⑤⑤ ①①① ③③③ ④

2位  ③③③③③ ④④ ⑤⑤ ⑥⑥

3位  ④④④ ⑤⑤ ⑥⑥ ② ①

1～3位を総合すると、⑤ 8票、③ 8票、④ 6票、① 4票、⑥ 4票、② 1票

### 3. ポスターのテーマ設定を、今後こうしたらどうかというアイデアを記載してください

<p>素人考えですが、「呼びかけ型」もあってよいと感じています。「ともに考えよう」「何が一緒にできるでしょう」形のキャッチコピーもいいのではないかと考えました。また、これまでのキャッチコピーは、よくわかっている側である私たち側からのメッセージや指摘などですが、あえて今まだ気づいていない一般の方の視点から作られるキャッチコピーもよいのではないのでしょうか。そもそもアルコールは「まあねえ」という見方をされやすいことから、こちらからのメッセージより、そう思っている一般の方たちが気づいたときにハッとすることが多くあると思いました。(向井)</p>
<p>小学校、中学校、高等学校、専門学校、大学等、毎年ローテーションで飲酒について学んでもらってその成果をポスターにしてもらって応募してもらい、審査して決める。テーマは作成者に一任する。または、プレバトの絵(水彩画、色鉛筆、消しゴムなど)で上手な芸能人にボランティアで作ってもらう。(尾崎)</p>
<p>ポピュレーションをターゲットにして、(WHOの飲酒量10%減を踏まえて)全体の飲酒量を減らすことを目的とするなら、『あと1杯!』を、未来のために、今日はここでやめておきませんか?のようなのはどうでしょうか?未来のところに、アルコール関連問題をいれておく。貼る場所は、診察室、健診会場、事業所、居酒屋。(金城)</p>
<p>難しいのは承知で理想論を述べます。まずは、ポスターを作成するにあたって、明確な目標を立てる必要があると思います。また、協力者や我々評価者にその明確な目標を共有していただければ評価しにくいです。そして、明確な目標を達成するために、どのようなターゲットに届く、どんなキャッチコピー・ビジュアル・イラストなどの材料を揃えてポスターを仕上げるかと計画できればいいと思います。実際に、自分たちが想定した目標(対象者・メッセージ・効果)についてインタビューなどで評価して、次年度に進めるともっと理想的だと思います。ソーシャルマーケティングの専門家などが日本にいれば、相談されるとよりよい事業になるのではと思いました。(桑原)</p>
<p>「・・・問題です」を強調し過ぎるよりも、「誰しものが、助けを求めて良いんだよ」「助けを求めさせない社会は、みんなで変えていこうよ」「救いの術は、身近なここにあるよ」をアピールするキャッチコピーとビジュアルをご検討いただけないのでしょうか?人は、問題であることを指摘され、恐怖を感じさせられて前に進むことを決断するものかどうか。自らや身近な人たちが被っている課題についての冷徹な気づきは確かに必要ですが、今は淡くてもおぼろげでも、回復の希望に繋がる方向へと背を押すメッセージも加えていただきたいと、以前から思っていました。</p> <p>また県北のある町では、長年、保健師さんや町の関係者及び教員らと共に、未成年者への予防教育を取っかかりとした啓発活動に取り組んできました。その一環として、町の小中高生から「夏休みの宿題として、ポスターと標語」を募集します。大人にはない視点での説得力あるポスターが沢山集まります。それらを、夏休み明けの町民シンポジウムや健康福祉祭りの場で、公民館連絡協議会長賞、商工会長賞、青少年育成町民会議会長賞などとして表彰式、さらに町内のコンビニやスーパー等々に展示します。子や孫の晴れ姿を一目見ようと出席した「大人たち」も巻き込んで、地域全体のアルコール関連問題の啓発にも繋がっています。少なくとも、かつては毎年のように「成人式後の飲酒運転事故」が新聞紙上を賑わしていた汚名が返上され、もう何年にもなります。(小関)</p>
<p>今年度の授業で、学生にアルコール関連問題にかかわる学習を組み込みました。学習の中でのブラウジングで見つけてきたものに、「イッキ、イッキ、あの世イッキ」というコピーがありました。ハッとすると、ギョッとすると、どういうことなのか立ち止まってみたくなる、うまい。そんな感想を口々に述べていました。例えば若者の心をつかむには、ぎょっとさせる(ぞっとさせる)イメージの言葉遣いも必要なのかもしれません。また、イラストのメッセージ性は求められると思いました。(野村)</p>
<p>全般的にアルコール関連問題を知ってもらおうという趣旨から、説明されているが、文字が小さくて読みづらい。一般市民は読む気にならないのではないかと。令和元年度の依存症に絞ったのは、失敗ではないか。アルコール関連問題そのものについて、しっかりと周知する方が一般向けのように思える。ポスター紙面にアルコール関連問題の相談先を記入した方がよいのではないかと。(例:地域自治体、地域医療機関、地域精神保健福祉センター、地域保健所にご相談下さい)(全断連)</p>
<p>ポスターの役割が「気づき」となるように。伝えるべきメッセージの一貫性、それを形成するファクターの整理、たとえば、お酒は飲み方で人生が大きく変わる。というメッセージに、悪い飲み方の例とその結果依存症になってしまう例が明確にわかるようにした方がよいのでは。お酒のすべてが悪いのではなく、飲み方が人生を左右するというロジックが良いと思う。(谷本)</p>

1. 振り返ると、内閣府時代の目標は、まずはアルコール関連問題の存在を総花的に伝えることだった(①②③)。アルコール健康障害対策基本法の施行に基づき、基本法の以下の文言をビジュアル化して伝えることが意図されていたと思う。「アルコール健康障害とは、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」「飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に密接に関連する」「国民の間に広くアルコール関連問題に関する関心と理解を深めるため、アルコール関連問題啓発週間を設ける」

2. 厚生労働省に事務局が移り、とりあえずその方針を引き継いで(④)、悩みを持つ層に少しシフトしながら(⑤)、今年度初めて依存症に絞りこむ試みを行なった(⑥)、という経緯だったように思う。

3. これまでのポスターは、デザイン的な質は非常に高いと思う。とくに、深刻な問題を和らげて伝える頃合いがうまい。学校から酒販店、病院まで、いろんな場所に貼れるよう配慮しているのではないかと思う。現場が貼ってくれなければ意味がないので、これは大切な視点である。

4. ただしテーマとして、総花的なポスターを作り続けるのにも限界があるので、今後、テーマを絞るのはありだと思う。それをどうやっていくか、ターゲットと目標をしっかりと考える必要がある。

——ターゲットを一般にし、目標を一次予防とするなら

①飲酒とリスクに関する「ガイドライン」の普及は大事なテーマ。低リスク飲酒としての純アルコール20gと分解時間をアピールしたり、WHOのHED(1回の飲酒で60g以上)やビンジ飲酒の危険性の啓発も考えられる。

②身近なのに知られていないアルコールのリスク(落とし穴)をスポット的に伝えることをテーマにする。例えば、酔ってブラックアウトのときに脳がどうなっているか。すきつ腹に飲むと酔いが回りやすいのはなぜか。寝酒やストレス解消をアルコールに求めることの危険性。あるいは、現在問題が大きくなっている女性と高齢者に的を絞って、特有のリスクを伝えるのもいいと思う。

——ターゲットを飲酒問題をもつ人やその周囲にし、目標を二次予防とするなら

①気づきを促すために、依存症のスクリーニングテストCAGEやAUDIT-Cを掲示。思い当たったら相談へ。

②人物をクローズアップさせ、わかっちゃいるけどやめられないアンビバレントな気持ちに焦点を当て、思い当たったら相談へ。

③アルコール問題の渦中にある家族の悩み(子どもの詩を使う方法もある)を伝え、思い当たったら相談へ。

——ターゲットを一般にし、目標を三次予防にして「回復を応援する社会づくり」を目指すなら

①依存症には回復があることを伝え、偏見を取り除いたり、自助グループの存在をアピール。

②回復者に登場してもらい、その存在を人生観のある深い言葉とともにアピール。

5. ターゲットを誰に設定するか、貼る場所をどこにするかによっても、方向性は変わってくる。小学校にも酒販店にも薬局にも貼れるようにするなら、一次予防がいいかもしれない。薬局や病院なら二次予防がいい。依存症への理解を深める事業もあるので、住み分けも考えなければいけない。この辺りを検討する場が必要である。(今成)

酒類との間違った付き合い方により、結果どのような問題を引き起こすのか、知識を補充するようなテーマを固定したらいいのではないか。依存症に限定したテーマにするのであれば、文科省は学校にくまなく配布、国交省は交通機関等にくまなく配布する等したほうが、効果が上がるのではないだろうか。(水口)

ここまでのポスターをふりかえって、全体的に色合いが綺麗で好きです。重たいポスターよりも貼りやすいポスターで、そこはいいと思います。同時に、情報量を詰め込みすぎたり、ビジュアル・イラストに凝りすぎている印象があって(ロゴもごちゃごちゃしています)、見づらかったり、届けたいことがわかりにくいとも感じます。

いろいろなアルコール関連問題の周知という目的もあると思いますが、シンプルに、困っている人へ届けて相談先につながるようなテーマ設定のポスターがあるとよいのではと思いました。

ポスター専用のランディングページをつくって、QRコードをそこにとぼして、ポスターからのアクセス数を測ってみてはどうでしょうか? 費用対効果を考える参考にもなると思います。

なお、QRの先はわかりやすく相談先につながるのがよいと思います。(おるすあるは)

#### 4. ポスターの掲示場所として、効果的だと思う場所を、いくつかも記載してください

<p>新潟市ではすべての薬局に啓発ポスターが配布され、多くの薬局で掲示されています。全国に薬局は5万9千軒存在していて、延べですが8億枚の処方箋が発行されています。依存症としてだけでなく薬を提出しているという点から、飲酒リスクのある「健康ではない方が利用する施設」ととらえると、店内に掲示する意味があると考えます。さらにトイレの中の掲示が効果的と考えます。組織も日本薬剤師会の下に都道府県薬剤師会、さらに市や区の薬剤師会となっているので、どこからでもアプローチできると考えます。新潟の事例を写真とともに示して依頼をかければ、賛同する薬剤師会は出てくるとおもいます。(向井)</p>
<p>ネットの利用。コンビニ、居酒屋、酒屋等販売する場所。(尾崎)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・居酒屋、バーなどお酒を飲んでいる場所。</li> <li>・健診会場、事業所</li> <li>・小中高に貼るのであれば、内容を子どもたち向けにした方がよいと思います。また、小中高の場合(幼稚園、保育園含めて)、他の成人と同じポスターであれば、ポスターを貼るよりは、白黒で良いので印刷して配布する方が親には届きそうです。</li> <li>・誰をターゲットにしたポスターにするか、で貼る場所は変わるとおもいます。(金城)</li> </ul>
<p>明確な目標と届けたい対象によって選ばれるべきであると思えます。(桑原)</p>
<p>山形市で行ったアルコール啓発フォーラム(以下、フォーラム)への参加者の約70%が、「ポスター・チラシで開催を知った」という結果が出ています。PRの際には、国のポスターも併せて掲示をお願いします。</p> <p>掲示場所は、県庁・保健所・市町村役場などの公的機関に加えて、市民に身近なありとあらゆる場所(銀行支店、一般病院や街の医院、県民会館や市民会館、公民館や集会所、スーパー、ドラッグストア、コンビニ、映画館、駅の自由通路、図書館、書店、道の駅、小中高校 etc)です。本務の合間や休日に足を運び、個別に主旨を説明して掲示をお願いしました。若い仲間と「掲示物で知る効果も大切だが、足を運んで個別に主旨を説明することでの関係性作りこそが、確実に最良の啓発なんだよ」と、PR活動の意義を共有して取り組んでいます。(小関)</p>
<p>地域包括支援センター、母子健康包括支援センター(保健所など母子保健の担当)、また、消防本部(救急隊の人の意識改革)、市町村社会福祉協議会、一般医療機関医療相談室など。(野村)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・酒類関係事業者(飲食店含む) ・ファミリーレストラン ・コンビニエンスストア</li> <li>・医療機関 ・福祉施設 ・公共施設 等(全断連)</li> </ul>
<p>どこに貼るかではなく、だれに見てもらいたいのかの議論をすべき。もっともこの情報がわかっただけで、届けたいターゲットが決まればおのずと掲出場所は、その方々の通るところ。時代はポスター掲示が主ではなく、WEB上かな。WEBでよく見る情報が、信頼ある施設、お酒に接する環境に掲出しているとよいと思う、またライフタイムバリューが高い若い方からの啓もう、情報発信力の高い若い女性を意識した発信が良いのでは、若いお母さんなど最も価値あるターゲットだと思う。(谷本)</p>
<p>一般の人の目につくのは、なんといっても「酒屋・コンビニ・スーパー」。H26年度のときに非常に効果的だったので、何らかの方法で復活できるとありがたい。あとは「薬局」の待合室。健康に問題がある人も来るので、ぜひお願いしたい。一般医療機関(総合病院・内科診療所・精神科診療所など)の待合室もいいと思う。首都圏の駅に掲示できたのは画期的だったが、あちこちに貼るか、巨大サイズにしないと目立たないことを痛感した。(今成)</p>
<p>初年度より、国税庁・局・署から小売酒販組合には協力要請が頻回にあったので、協力をしてきました。H30年度から国交省の協力を得たとありますが、○国交省はさらに範囲を広げて駅やサービスエリア、パーキングエリア、○法務省は更生施設、○警察庁は免許更新所や免許更新の際のプログラムに取り込む、○文科省であれば例示の各学校に掲示をするのはとても効果があるのでは、○厚労省であれば国立病院の待合、クリニック等の医療機関、○地方公共団体所管の(独)病院、など行政所管の機関はたくさん効率的に配布ができるのかもしれない。(水口)</p>
<p>各種学校、コンビニ 公共施設や図書館などの比較的ゆっくり読めるところ(ぶるすあるは)</p>

5. 予算が少ない中で、一般の人の目に触れる掲示を実現するために、どこからどんな協力が得られるか、アイデアがありましたら、ぜひ記載してください

<p>薬局ということで考えさせていただくと、日本薬剤師会へのアプローチ、だめでも都道府県、市区薬剤師会などアプローチできる場所があります。(向井)</p>
<p>酒類提供者の社会的責任 (CSR) として取り組んでもらう。(尾崎)</p>
<p>一度、試みとして、ポスターを印刷可能なウェブサイトを紹介する文書と一緒にポスター PDF を、文部科学省が各学校、厚生労働省が各事業所や医療機関に通知する (メールでも良いかと)。地域を限定しておこなって、メールを送った地域で、どれぐらい地域で配布や啓発されたか、飲酒に関する全国調査で、住民が目にした機会を検証すると良いかと思います。(金城)</p>
<p>公衆衛生学会にソーシャルマーケティングを熱心に取り組んでいる方々がおられると聞きましたが、私は直接知りません。ほかに詳しい先生方がおられましたら、ご相談ください。(桑原)</p>
<p>山形県依存症関連問題研究会では、ポスター掲示が出来た箇所それぞれをシールにして、大きな地図に張りました。定例会の度に、シールが増えて行く一覧地図を確認しあうことで、モチベーションアップを図りました。          掲示場所のスペースによっては、残念ながらポスターを貼れないところもあります。なので、表面はポスターと同じ内容、裏面に開催の主旨や演者の紹介を記したチラシ (A4) を作成しました。          掲示スペースの空き状況からポスター掲示を断念せざるを得ない訪問先には「来られた方に持ち帰って貰って下さい」とまとまった数のチラシを置いてきます。国のポスターに加えて、フォーラム実行委員会としてのポスターは300枚、チラシは1,000枚を作成しましたが、ほぼ全てを使い切りました。(小関)</p>
<p>韓国などには、自殺予防の小さなちらし (名刺サイズ) がトイレに置いてありました。(野村)</p>
<p>ローカルの意見ですが、地域自治会会館の掲示版、地域町内の路上掲示板への掲示が不特定多数の方の目に留まると思います。(全断連)</p>
<p>映画タイアップ、ディズニーや国内の映画会社とタイアップし張りたくなるポスター作りが良いと思います。ディズニーのPOOで働き方改革や、キャプテンマーベルで女性の健康、ダンボで短所を長所に、その他邦画でもタイアップ例は広報室に多数残しています。この手法は安価でインパクトのあるポスターを作れる上、貼りたいという施設がたくさん現れるので、良いかと。結核感染症課と行なった、セーラムーンの検査に行かなきゃお仕置きよ！マシンがゼロ、などは媒体にも取り上げられ効果はかなりありました。PR 効果をもっと意識しましょう。(谷本)</p>
<p>ポスターを1枚1枚、1軒1軒に送付するのは経費がかかりすぎる。都道府県や政令市の小売酒販組合なり薬剤師協会なり、コンビニチェーンなりに送り、そこから個々に配布していただくように、ご協力をお願いできないだろうか。日本医師会に協力を依頼して、一般医療機関に配布できれば、それも効果的だと思う。(今成)</p>
<p>4と同じ回答になりますが、それに加え、地方公共団体の計画のなかに所管の公共施設、公民館などに貼ることを義務付ける等ができるのかと思います。「一般の人の目に触れる掲示を実現するため」という目的を達成するという観点から、一般の人の目に触れる場所、飲食店へのポスターの掲示も有効かと思います。飲食店の営業には、保健所等の許可が必要ですので、保健所等の所管省庁 (厚労省? かどうかわかりませんが) を通じてポスターを配付するという事も可能かと思料します。(水口)</p>
<p>高い確率で貼ってもらえる、ゆっくり読める、となると公共施設が浮かびますが・・・(それ以外のところで、確実に貼ってもらえそうな場所とアイデアが浮かびません・・・)(おるすあるは)</p>

6. 掲示場所との兼ね合いで、ポスターのサイズは以下の①～③のどれが望ましいと思いますか？

薬局	① A3	向井
酒の提供場所	② A2	尾崎
健診会場、事業所、診察室	① A3	金城
	① A3	桑原
スーパーやドラッグストア、そして駅の自由通路などを想定（「掲示板」が設置されていて、大きく目立つスポーツイベントや他のポスターとの競合になりますので）	③ A1	小関
コンビニや小規模の薬局など（A1は「大きすぎる」と断られるでしょうから、大小2つのサイズが用意できれば、最高ですね）	① 'B3	
大学のあちこち	① A3	野村
一般市民が利用する公共施設	一般市民が利用する公共施設の掲示版は、A4サイズの指定が多く、現状のサイズでは掲示を断られる。	全断連
ショッピングセンタ、コンビニ、など商品の近く。	② A2	谷本
酒飯店・コンビニ・スーパー（H26年度が非常に効果的だった） 薬局・総合病院や内科系診療所の待合室やトイレ	② A2	今成
何処でも	③ A1	水口
公共施設	② A2	ふるす あるは

7. ポスター以外の効果的な啓発のアイデアを、いくつでも記載してください

<p>あえてですが、日本酒イベントなどにアプローチすることもあるのではないのでしょうか。業界としても依存症などが問題となる中で「健康にお酒を飲む」という発想を持つところはあると思います。今年中止となりましたが、新潟で2日間で15万人集まる日本酒イベントがあるたびにそう考えていました。違う意味のリスクがあるかもしれませんが、JTがたばこ産業でありながら啓発に動いているのも参考になると感じました。</p> <p>商工会議所、青年会議所などの経営者向けのアプローチも一つだと考えます。経営者そのものが厳しい経営状況などにおいて自殺やうつ病などとアルコールが重なることでの問題は確実にあることを実感するのが商工会議所だと聞いています。(向井)</p>
<p>ネットの利用。啓発のターゲットが良く見るサイトにボランティア広告を出してもらう。(尾崎)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・文部科学省や厚生労働省など省庁経由での各機関へのメール周知。</li> <li>・先日NHKで放送された「病院ラジオ」のように、依存症がテレビで取り上げられること。</li> <li>・学校で、適切に「依存」について学ぶ機会があること。</li> <li>・事業主、経営側にアルコール消費量を低減することのメリットをつたえること。</li> <li>・青少年～若年成人、インフルエンサーがネットで「依存」について発信すること。(金城)</li> </ul>
<p>上記に述べたように、明確な目標と届けたい対象によって選ばれるべきであると思います。現代のアルコール購入者や若者のインターネットでの情報収集や娯楽が非常に高まっていることを踏まえると、オンラインショップや動画サイトでのCM、広告、ポップアップなどは目に触れる機会は増えるのではないかと思います。コンビニでお酒を買うときの20歳以上の確認画面に、メッセージも含めるのもいいかもしれません。海外では、スーパーマーケットの自動会計でも必ず確認作業があり、店員がID提示をを求めることを徹底していました。</p> <p>若者に影響力のあるTwitterで定期的に影響力のある人につぶやいてもらえると、あっという間に拡散すると思います。(桑原)</p>
<p>ポスターと共にチラシも作成活用するのがよろしいかと思います。また、ポスターの大きさはA1が最善です。A3は小さすぎます。むしろB3が場所によっては隙間を狙えるかもしれません。A2もまた他の大きく目立つポスターに紛れてしまうことが少なくありません。フォーラムのポスターは予算の都合でA2にしましたが、自宅近所のスーパーで「J2サッカーの巨大なポスターに負けた!」と悔しい思いをしました。また、実際に手応えがあったPRは「市町村が発行している広報誌(概ね2週間に1度・市報など)に取り上げて貰う」、「地元FM放送局の生放送に出演してPRする」、「地元新聞の提言欄に寄稿する(新聞社側からの依頼でしたが)」といったことでした。山形で構築しているネットワークでは、県及び市町村の保健師さん達がマンパワーを発揮してくれます。各専門職者の養成校の同窓繋がりがりや職能団体での口コミ拡散も効果的でした。県庁担当部局から市町村や医療機関に宛てて発信する一斉メールで幾度もPRして貰ったことも効果的でした。フォーラムに招いた演者及び関係者が日頃から活用しているツイッターに発信してくれた影響で、県外からの参加者もありました。(小関)</p>
<p>YouTube やラジオでの配信。(野村)</p>
<p>ポスター完成のプレス発表、PRタイムスへのリリース配信、など広報と連動したタイムリーな施策を織り交ぜて、コスト以上の効果を狙うべきだと考えます。厚生労働省、霞が関の力は偉大です。うまく活用してほしいと思います。(谷本)</p>
<p>ツイッターやラインなどのSNS。YouTubeでの動画配信。政府広報番組、ラジオ番組など。</p> <p>アルコール依存症の当事者や家族である著名人に、体験を語ってもらったり、対談してもらおうと思う。アルコール依存症でなくても、ビンジ飲酒で失敗した経験があり、現在、お酒をやめたり気をつけたりしている著名人もいい。依存症について見識のある芸能人(ジョン・カビラ、サンドイッチマン、水道橋博士ら)に聴き手をお願いするのいいと思う。</p> <p>ただ、依存症については別な普及啓発事業があり、そちらのほうが予算が大きいし、アルコール依存症も含まれているので、アルコールの啓発週間としては、一次～二次予防に焦点を当てるのがよいだろう。(今成)</p>

1週間という限られた啓発週間の中で、ポスターのほかにバランスの採れた方法を探るのは有意義なのだと思います。YouTube など SNS での配信もコストを抑える意味では良いと思いますし、基本法委員の属する各種団体の広報誌があればそれに掲載はされているのでしょうか。当会は庁からの要請もあり、広報誌に随時掲載をしており、酒類販売管理研修でも毎回講義をしております。(水口)

カード:ポスターよりも名刺サイズの啓発カード推しです。そのまま置けるようにホルダー付きにして、トイレに置いてもらってほしいです。(先日とある公共施設にポスターが貼ってあり、おお!と思って写真を撮ろうとおもったのですが、人目が気になって近づいてみることもできませんでした・・・ポスターでは次のアクションを起こしにくいこともあるかと思います)

SNS 発信:例えば「依存症なび」のツイッター、毎日1投稿など、更新頻度をふやして、投稿のなかにイベント情報などだけでなく、依存症についてのミニ知識などの啓発メッセージを直接入れる。Facebook も Instagram もやったらよいと思います。(ぶるすあるは)

## 8. 厚生労働省が主催・共催する啓発フォーラムについてご意見があれば記載してください

<p>なかなか難しい課題だとは思いますが、その啓発フォーラム自体を知ることが難しいということが、一番の課題ではないでしょうか。もちろん周知のための活動などを行なっていることは重々承知ですが、ホームページへの掲載やこれまでのルートによる周知方法に加えて、まだ行なっていない周知方法を検討すべきと考えます。どこまで現在行っているのかわからずに意見するのは申し訳ないのですが、若者の文化や情報を見ると、その流行とは別のスピードで日々動いているものがある。周知方法にさらなる工夫が可能ではないかと感じています。(向井)</p>
<p>当事者の声を届けるものへ。(尾崎)</p>
<p>記述なし。(金城)</p>
<p>すみません。特にありません。(桑原)</p>
<p>中央の大都市を中心に開催されている印象があります。とても、羨ましいかぎりです。ですが、『希望する自治体』となりますと、地方自治体としては他との絡みもあって制約や限界があると思われる。私共のような小さな任意団体との共催や市町村単位などに於いても可能なものにしていただけたらなあ〜と思っています。</p> <p>上からの変革に向けた大仕掛けの働きかけも大切ですが、問題意識を高く持つ市町村や志を持つ関係者や当事者と家族らが草の根で活動している小集団の取り組みを、一つひとつ丁寧に掬い上げることでもまた地域に根付いた手堅い啓発に繋がると感じています。その活動を支持的に国が支援する形であったとするならば、地域の意識醸成は、住民の暮らしに身近なものとなっていくと思っています。(小関)</p>
<p>zoom などによる非公開コミュニティ活動を活用して啓発コミュニティを活性化させ、オフ会としての啓発フォーラム（直接出会える場）を企画し、直接出会える場や機会を効果的に活用する。※ zoom などでは、依存症予防教育アドバイザーやさまざまな専門職、最新の情報に関わるレクチャーやゼミ活動を行う。(野村)</p>
<p>啓発週間中に実施される厚生労働省主催、且つ地方自治体と共催の啓発フォーラムの開催県数及び参加者数が年々減少しているように思う。広報活動の検討をお願いしたい。(全断連)</p>
<p>誰に何を伝えるか？それをよく考えて、それに合う催事に共催、講演などするのが良いのでは。子育て支援や、働き方改革など社会課題に向き合っている催事や業界とのタイアップが効果的だと思います。健康をテーマにした催事などもよいのでしょうか。(谷本)</p>
<p>自治体と国の共催は、自治体を後押しする意味で重要だと思う。ただ入札業者が間に入ることで、責任範囲が曖昧になり、広報が遅れる。自治体に予算を下ろして自主的にやってもらうほうが、スムーズだし経済的なのではないか。</p> <p>会場まで足を運ぶのは関係者であることが多いが、アルコール健康障害対策ネットワークの構成員である医療・保健・福祉・介護・行政各部署・自助グループ・回復施設などの人たちが、できるだけ幅広く一堂に会す機会に使えば、意味はある。地方紙への取材依頼も大切だ。</p> <p>一般客を得るには、ショッピングモールなどオープンスペースでやる方がいい。国も依存症啓発で実施しているが、三重県もその方法をとっているの、ノウハウを他の自治体と共有してもらいたいと思う。国がやっているように、動画配信と兼ね合わせるとよりいいが、経費が嵩むかもしれない。東京で実施している民間団体への直接の業務委託も画期的なので、ぜひ続けてほしい。(今成)</p>
<p>意見なし。(水口)</p>
<p>3/1 の依存症普及啓発イベントの YouTube 配信はよかったです。内容も。</p> <p>正直な印象としては、フォーラムの有効性は、一番届けたい今困っている人へ情報が届くことにつながるのかということ、その実感はもてないです。単発イベントの形でやる必要はないのではないか、あるいは、行うなら（臨場感はなくなりますが）動画配信でもよいのではないかと思います。来場できない人もみられるメリットもあって。</p> <p>当事者、家族、支援者など、関係者がつながったり、つながりを確認したり学び合う場の意義は大きいと思いますが・・・。</p> <p>リカバリーパレードのようなオープンな場で行なったり、参加型だったり。それが有効かわかりませんが、関係者以外へ広げるにはどうしたらというのが難しい課題です。(ぶるすあるは)</p>

# アルコール関連の 問題について知ってる？ 本当にぜんぶ知ってる？

そう、多量飲酒などの  
「不適切な飲酒」で起こるのは、  
急性アルコール中毒や  
アルコール依存症だけじゃないんです。  
生活習慣病や臓器障害・がんなど。  
さらには、睡眠障害、うつ・自殺！  
また、飲酒の強要や、イツキ飲ませなどの  
アルコール・ハラスメントも、深刻な事故を引き起こします。  
そして、未成年の飲酒は心身に害を与え、妊婦の飲酒は胎児に悪影響を与えます。  
楽しい側面もある飲酒ですが、様々な問題を引き起こしてしまうというのを知ってください！



## アルコール関連問題啓発週間 11月10日(月)～16日(日)

フォーラム開催【大阪】エル・シアター 11月10日(月) 14:00～ 【東京】ヤクルトホール 11月12日(水) 16:00～  
 【フォーラム申し込みフォーム】大阪 <https://www.p-unique.co.jp/alcoholforum/osaka> 東京 <https://www.p-unique.co.jp/alcoholforum/tokyo>  
 【問い合わせ】アルコール関連問題啓発フォーラム事務局 E-MAIL: [alcoholforum@p-unique.co.jp](mailto:alcoholforum@p-unique.co.jp) TEL: 03-6264-1694 FAX: 03-3545-3610



図1 平成26年度啓発ポスター

**ひとつでも当てはまれば  
大問題です！**

**アルコール  
関連問題  
カルタ**

よ

夜も酔って運転して飲たにぶれさ  
腹腹と飲た腹にぶれさ  
おや腹腹にぶれさ



酔っ払って周りに迷惑をかけてはいけません！

く

クルマも自転車も、  
飲酒後は運転せぬこと！  
犯罪者への道をひた走るなかれ！



お酒を飲んでの運転は犯罪！  
絶対にやめよう！

な

何があろうと妊娠中の  
飲酒は避けるべし！  
赤子の赤は「赤ら顔」  
の赤にはあらず！



妊娠中の飲酒は、  
胎児にも悪い影響をあたえます！

で

泥酔しての大暴れが  
許されるのは、むかしの  
カンフー映画のただけなり！



お

米飲しや地酔りしこころに  
なぬ色顔に、腹の鼓た腹地に  
差腹ゆるゆるとるゆへ、  
心身へのダメージ巨大なり！



お酒は二十歳になつてから！  
絶対に守ること！

い

一滴たりとも、  
未成年は酒を飲むべからず！  
たとえ少量でも、  
心身へのダメージ巨大なり！



不適切な飲酒や、その飲酒で引き起こされる  
さまざまな問題について、ちゃんと知ってください。

アルコール関連問題啓発週間

11月10日(火) ~ 16日(月)

フォーラム開催【北海道】11月8日(日) 13:00 ~ 【岡山】11月14日(土) 13:30 ~ 【広島】11月14日(土) 13:20 ~  
【愛知】11月15日(日) 13:30 ~ 【三重】11月15日(日) 13:00 ~ 【奈良】11月15日(日) 13:00 ~

【問い合わせ】アルコール関連問題啓発フォーラム運営事務局 E-MAIL: alcoholforum2015@stage.ac TEL: 03-5966-5779 FAX: 03-5966-5773

内閣府・法務省・国税庁・文部科学省・厚生労働省・警察庁・国土交通省 <http://www8.cao.go.jp/alcohol/>



QRコード  
を  
読み  
取  
り  
ま  
す

図2 平成27年度啓発ポスター



図3 平成28年度啓発ポスター

# その 飲酒問題は、

からはじまる。



アルコールに関する問題は、  
あなたが思っているよりずっと多い。  
妊婦や未成年者の飲酒、  
日々の多量飲酒からはじまり、  
アルコール依存症はもちろんのこと  
健康障害、飲酒運転、  
暴力・DV・虐待などにまでおよぶ。  
知ってください。  
あなたの身近にも起こりうる問題です。

## アルコール関連問題啓発週間



11月10日(金)～16日(木) 厚生労働省・内閣府・法務省・国税庁・文部科学省・警察庁・国土交通省 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176316.html>

図4 平成29年度啓発ポスター



# あなたも悩む アルコール関連の問題



そこに「問題」がある、とわかれば、適切に「悩む」ことができます。アルコール関連の問題は、とても多岐にわたっています。一見関係のないような「問題」もアルコールと関係していることがあります。そのことを知ってください。



## アルコール関連問題啓発週間

11月10日(土)  
～16日(金)



【問い合わせ】アルコール関連問題啓発フォーラム運営事務局 E-MAIL: alcoholforum2015@stage.ac TEL: 03-5966-5779 FAX: 03-5966-5773 詳細はこちら

厚生労働省・内閣府・法務省・国税庁・文部科学省・警察庁・国土交通省 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176316.html>

図5 平成30年度啓発ポスター



図6 令和元年度啓発ポスター

## 13. アルコール健康障害対策基本法 推進ネットワーク幹事団体の調査

---

吉本 尚、今成知美、川井田恭子

# アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク 幹事団体アンケート結果

## I. 背景および調査目的

アルコール健康障害対策基本法制定から6年、第1期基本計画策定から2年半が経過し、都道府県推進計画も今年度には100%策定される見込みである。今回、このような背景の変化が、アルコール健康障害対策基本法推進ネットワーク（以下、アル法ネット）の幹事団体の活動にどのような影響を与えているか、第2期基本計画に望むことは何かを明らかにするためにアンケート調査を行った。

## II. 調査方法

### 1. 対象

アル法ネット幹事団体を構成する19団体

### 2. 方法

#### (ア) データ収集方法

質問項目を記載したワードデータをメールに添付して送付。必要事項を記載したデータをメール添付にて返送してもらった。

#### (イ) 調査項目

- ①基本法施行（2014）、基本計画策定（2016）、あるいは都道府県推進計画策定（2016～）が設置された前後の変化等、対策の評価について
- ②第2期基本計画への要望について

## III. 結果

(ア) 回収状況 8団体より回答が得られた。

回答団体あるいは所属先や氏名の一覧表を以下に示す。

1	一般社団法人日本アルコール 関連問題ソーシャルワーカー 協会	会長 岡崎 直人
2	アルコール関連問題学会 東海北陸地方会	猪野 亜郎
3	公益社団法人 日本社会福祉士会	理事 伊東 良輔
4	公益社団法人日本医療社会福 祉協会	左右田 哲、 稗田 里香、 野村 裕美
5	関西アルコール関連問題学会	会長 和気 浩三

6	公益社団法人 精神保健福祉士会	依存症およ び関連問題 学会委員長 小関 清之
7	沖縄 ANDOG ネットワーク	小松 知己
8	特定非営利活動法人 アスク	今成 知美

(イ) 記載内容

調査項目 (イ) -①および (イ) -②に分けて紹介する

①基本法施行（2014）、基本計画策定（2016）、あるいは都道府県推進計画策定（2016～）が設置された前後の変化等、対策の評価について

	記載内容
1	<p>1. 基本法対策委員会の設立 当協会では、アルコール健康障害対策基本法制定を受け、ソーシャルワーカーを対象とする啓発とスキルアップを目指した研修が発案され、具体的な内容を検討するために、基本法対策委員会を結成した。</p> <p>2. 「ソーシャルワーカーのためのアルコール依存症回復支援基礎講座～見える（早期発見）・つながる（早期支援）・つなげる（連携）～」の開催 研修はすべてのソーシャルワーカーが、依存症支援のできるソーシャルワーカーのすそ野を広げることを主眼とし、2日間の研修とした。2016年度から実施し、2016年度2回（東京・大阪）、2017年度4回（東京・大阪・札幌・福岡）、2018年度2回（東京・大阪）、2019年度2回のところ1回（大阪開催、東京開催は中止）プラス1回（高齢者の支援者向け1日研修を名古屋で開催）計10回開催し、受講者は延べ500人以上となった。</p> <p>3. ソーシャルワーカー連盟との連携 開催にあたり、日本ソーシャルワーカー連盟の4団体（日本精神保健福祉士協会、日本医療社会福祉協会、日本ソーシャルワーカー協会、日本社会福祉士会）の後援を得て、広報の支援をいただいた。同連盟のソーシャルワーカー団体とは意見交換会を行い、連携が深まりつつある。</p> <p>4. 厚生労働省からの助成金 2018年度からは厚生労働省依存症民間団体支援事業助成金を受けた。</p> <p>5. 学会発表 2018年度日本アルコール関連問題学会において、研修参加者のアンケートを分析して成果を報告した。現在第2報を準備中である。</p>
2	<p>四日市アルコールと健康を考えるネットワークの活動について &lt;全般&gt; 基本法の影響で、活動のモチベーションが良い方向に高まっているように感じる。また、行政機関の動きが良くなった印象。自分たちの活動はボランティア的要素が強く、一般医療機関がアルコール健康障害やアルコール依存症の患者へのSBIRTSをキチンと病院の業務として位置づけ、スタッフの活動をバックアップし、評価するところには至っていない。スタッフの転勤や定年により、ネットワーク活動が途絶える恐れがあると考え。</p> <p>1. 市民向け集いの開催 市の広報誌にて市民に参加呼びかけを実施。年に1-2回、3箇所の市内総合病院を巡回して行い、事例検討会議も開催。</p> <p>2. アルコール救急多機関連携マニュアル 初版：2013年3月作成、改訂版：2014年2月作成。その後、三重県のHPにこのマニュアルがアップされた。全国で初めて、「アルコール救急マニュアル」を作成し、臨床に役立てている。また、三重県がこのマニュアルの普及を図っている。</p> <p>3. リーフレット「活動の経過と方向性：連携はどこまで強化されたか」 2016年3月作成、連携の状況を調査し、報告。また、救急車を頻回利用する事例も報告。</p> <p>4. 飲酒運転違反者への診療マニュアル 三重県では飲酒運転ゼロ条例が2014年1月施行。それを受け、条例が機能するように、マニュアルを猪野・村上優が2016年12月作成し、三重県が出版。</p> <p>5. SBIRTSの開発と普及 2014年11月、かすみがうらクリニックで開発した技法はまたたく間に全国へ伝わり、現在、全日本断酒連盟とアルコール専門医の辻本氏、菅沼氏、和気氏が厚生労働省の補助金にて全国への普及活動を実施中。また、論文「アルコール依存症者を専門外来から断酒会へ繋げる試みと効果検証—SBIRTSと呼称して—」を投稿。猪野亜朗、吉本尚等が日本アルコール・薬物医学会雑誌に投稿し、2018年2月に掲載された。リーフレット「アルコール健康障害と地域連携—多機関・多職種スタッフへのアンケート調査結果から—」2018年3-5月にアンケート調査し、2019年3月出版。連携スタッフの連携ソフトをまとめ、役立つ内容となった。</p> <p>6. アルコール救急についての調査 2019年6月、総合病院の救急部門、地域連携室、警察、専門外来にアンケート調査を行い、泥酔者に最も大変な思いをしているのは警察と救急部門であることが確認された。2020年3月、泥酔者とその家族へのCAGEを使ったカード作成を準備中。</p>

	記載内容
2	<p>7. 日本アルコール関連問題学会東海北陸地方会を主管する 2019年12月8日、四日市市にて、上記地方会が開催され、221名の参加と県外16都府県からの参加があった。ネットワークで蓄積されてきた連携についての実践を共有し、この内容を全国にも波及させるべく、報告書が協賛金をもとに現在、作成中。</p> <p>8. 日本アルコール関連問題学会の全国大会の三重開催を準備中 2021年12月17日-19日、津市にて、「四日市アルコールと健康を考えるネットワーク」の代表と副代表が大会役員となり、学会運営委員会が準備を進めている。今後、正式に学会実行委員会よりネットワークへ協力要請があると考え。</p>
3	<p>1. アルコール関連問題啓発週間（11月10-16日）の広報、ポスター掲示</p> <p>2. 自殺予防の研修プログラムの対象者の理解の中に、アルコール問題を抱えている方への対応について含め、合わせて基本法、基本計画等について周知。「飲めば飲まれる」のリーフレット配布。なお、本研修については日本社会福祉士会で行った研修を都道府県社会福祉士会において実施できるように、研修プログラム、研修資料等を提供している。</p> <p>3. 2016年に、さまざまな相談支援場面で使用できる「生活相談アセスメントシート」を開発し、「基礎シート」においてアルコール関連問題についても見落とさないよう標記し、特に自殺リスクが疑われる場合の「領域別シート」にはアセスメント項目として標記し注意を促している。</p>
4	<p>1. 一般医療機関勤務の医療ソーシャルワーカーは、アルコール依存症者への回復支援に取り組めていなかった。基本計画策定で、医療ソーシャルワーカーの依存症者への回復支援向上のために、(公社)日本医療社会福祉協会は、2017年度、2018年度、2019年度に「アディクションにおけるソーシャルワーク実践研修（一日研修）を企画開催した（2019年度は新型コロナウイルス対策のため中止）。</p> <p>2. 2020年度から、研修開催に加え、医療ソーシャルワーカーの依存症者への回復支援状況を把握すべく全国的な現状把握と対策を具体的に行っていく事が決定し、活動していく。</p>
5	<p>1. 当会の年次大会で拠点病院、相談拠点についての分科会を開催した。</p> <p>2. 当会の年次大会に行政機関からの参加者が増加した。</p> <p>3. 大阪府では当会と大阪府の公民協同事業として未成年飲酒防止教室のテキストを作成した。</p> <p>4. 大阪アディクションセンター（OAC）に当会及び会員・機関が加盟し、依存症対策のネットワークづくりに参加している。</p> <p>5. 啓発への様々なイベントが当会と自助グループ・行政・司法など他領域との共同で行えるようになった。</p> <p>6. かかりつけ医へのアルコール健康障害対策の研修が行われるようになり当会も協力した。</p>
6	<p>&lt;新たな取り組み&gt;</p> <p>① 2016～2017年度 【基本法施行及び基本計画の進捗状況を見据えて、プロジェクト・チームを設置】 全構成員を対象とした業務実態や意識に関する調査を実施した。この領域について後塵を拝してきた感は否めない本協会に対しての、今後に向けた期待が寄せられた。</p> <p>② 2018～2019年度 【依存症及び関連問題対策委員会（以下「委員会」）の設置】 委員会は、厚生労働省・依存症民間団体支援事業を活用することを軸に、以下の活動を展開し、今日に至る。</p> <p>1. 支部長アンケート調査 調査からは、各地の社会資源の偏在等に関する課題整理に繋がる示唆が得られた。</p> <p>2. インタビュー調査 宮城県・東京都・長野県・大阪府の2018年度に続き、2019年度は山形県・福岡県に委員が出向いて、現地の構成員を対象にした地域特性に応じたソーシャルワーク実践の課題整理を目的とする聞き取りを行った。</p> <p>3. 研修会『みるみる・みえる・人の暮らしと依存症』（以下、「研修」）の実施 本協会の全国大会（名古屋大会）での発表とともに、2018年度は東京都と大阪府、2019年度は宮城県・福岡県で研修を開催し、これまでの調査結果を集約・課題整理・発信し、構成員の意識喚起に繋げた。特に2年度目の内容は、初年度の実績や2年度目のインタビュー調査結果も踏まえてブラッシュアップして実施した。毎回、盛況であり、次年度以降も継続する予定である。</p>

	記載内容
6	<p>4. 事業報告書の作成と送付 厚労省及び全都道府県の依存症担当部局及び精神保健福祉センター、関係団体等々を含む約 200 か所に送付した。</p> <p>&lt;前後の変化等、対策の評価&gt; 本協会の構成員をはじめ精神保健福祉士のみならず全ての領域のソーシャルワーカーにとって、依存症及び関連問題への支援をあたりまえのものにしなければならないとの認識に至った。そのため、関係団体である日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会、日本医療社会福祉協会、日本ソーシャルワーカー協会、日本社会福祉士会に呼びかけて、一堂に会し、依存症及び関連問題ソーシャルワーク支援の標準化や組織連携と協働を展望する『意見交換会』を、2回実施した。</p>
7	<p>* 基本法施行を契機に、2014年11月からミックス型の啓発行事として毎年1回、リカバリーパレード&amp;ハルクンプロジェクト in Okinawa を当ネットワーク主催で開催しています。これに対する行政機関の認知度や協力度が年々少しずつ高まってきているのを実感しています。</p> <p>* 行政主導の主な啓発行事としては、①県立総合精神保健福祉センター主催の「アディクション・フォーラム（県外から著名講師を招聘しての記念講演+県内の自助グループ紹介：2019年度で通算19回開催）」と②県警・県・県議会共催の「飲酒運転根絶県民大会」が行われています。国の基本計画策定後の変化としては、下記のとおりです。</p> <p>①は当ネットワークでも告知に協力して、毎年多数の会員が参加しています。</p> <p>②では、開催根拠である沖縄県飲酒運転根絶条例が「モラル重視」の条例であるため、厳罰化されても根絶できない飲酒運転の根底に依存症問題があることを主催事務局がきちんと捉えきれておらず、当ネットワークの村吉世話人がここ数年は毎回ブース出展をして、「根は依存症」の視点を強調するべく奮闘しています。</p> <p>* 県のアルコール健康障害対策推進計画策定にあたって、当ネットワークの月例会・世話人会で議論を重ね、対応流れ図を県原案の「連携矢印の終点がすべて専門医療機関という形」から「依存症者本人・家族を丸く囲んで連携矢印で交互に結ばれた関係諸機関が支援する形」とするなどの改訂提案を提出（当ネットワークの山代会長・小松世話人が糸数県保健医療統括監と懇談して手渡）し、パブリックコメントにも多くの会員が建設的な意見を提出しました。</p> <p>* 県精神保健福祉センター主催で年1回開催の「アディクション連絡会議」が、2019年度から「アディクション連携会議」と改称して年2回開催となりました！これは、連絡会議に出席する当ネットの鈴木・岡田・小松世話人らが毎年要望をあげ続けて実現されたもので、厳しい人的体制の中で非常に頑張って頂いていると思います。</p> <p>* 那覇市保健所で当ネットの小松世話人をスーパーバイザーとして2017年度からアルコール依存症の事例検討&amp;学習会を年1回以上開催するようになりました。また、那覇市独自の部署横断的な取り組みとして、那覇市保健所が中心になって『エコ飲みキャンペーン』を実施しています。</p>
8	<p>&lt;全般&gt; アスクは2012年からアル法ネットの事務局を担当、代表がアルコール健康障害関係者会議の委員と都道府県のアドバイザーも務めているため、制定運動から基本法施行、国の基本計画策定、都道府県推進計画策定へと続く渦中に常にいた。</p> <p>関係省庁の連絡会ができ、関係者会議という検討の場ができ、予算が増え、都道府県の計画がつけられ、民間団体への補助金や事業委託……基本法制定前から見ると、隔世の感がある。その間、事務局であるアルコール健康障害対策推進室が内閣府から厚生労働省に移動し、6年間に多くの担当者が入れ替わったが、どなたも熱心に取り組んでくださった。また、アルコール問題議員連盟がずっと見守ってくださることも大きい。</p> <p>関係者会議の委員も熱心である。つくづく、人に恵まれた法律であると思う。</p> <p>当団体への具体的な影響としては、以下が挙げられる。</p>

	記載内容
8	<p>1. 厚労省関係の仕事が大きく増え、非常に忙しくなった</p> <p>【関係者会議】⇒第1期基本計画策定・見直し・第2期基本計画策定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・委員としての出席(1期は教育・誘因防止・飲酒運転のワーキンググループ座長、2期・3期は会長代理)</li> </ul> <p>【都道府県推進計画】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・アドバイザー派遣業務の受託</li> </ul> <p>【依存症啓発】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審査委員、あるいは企画委員</li> </ul> <p>【依存症合同全国会議】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・シンポジウムへの登壇など</li> </ul> <p>2. 新規に取り組んでいる活動・プロジェクト</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全国規模の団体に対する「依存症民間団体補助金」制度が新設されたことにより、「ASK 依存症予防教育アドバイザー養成事業」をスタート、アルコール・薬物・ギャンブルの当事者・家族・支援者、約100名の全国ネットワークが生まれた</li> <li>・都道府県推進計画のチェックポイントと分析(季刊Be!『基本法NOW』に掲載)</li> <li>・筑波大学が受託した「第1期アルコール健康障害対策推進基本計画における取組状況の調査」への協力(連携好事例の取材・収集/民間団体調査/啓発の座談会など)</li> </ul> <p>3. 啓発週間への協力</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・啓発週間のポスターの内容の相談やチェック</li> <li>・事務所やイベントでのポスター掲示・SNSでの拡散</li> <li>・全国の啓発イベントの情報収集と告示(アル法ネットのサイト)</li> <li>・啓発フォーラム in 東京の企画運営の業務受託、あるいはブース参加</li> <li>・厚労省と自治体共催の啓発フォーラムでの講演やブース参加</li> <li>・ASK 飲酒運転防止インストラクター養成講座公開スクーリングで基本計画を周知</li> <li>・季刊Be!やASK通信で周知</li> </ul>

## ② 第2期基本計画への要望について

	記載内容
1	<p>1. 回復のための治療や相談・支援につながる人たちが少ないというギャップを埋めるためにカギとなるソーシャルワーカーの養成</p> <p>精神科医療機関・一般医療機関のソーシャルワーカーや関係施設・機関のソーシャルワーカーがアルコール関連問題の早期発見・早期支援・連携に取り組めるようになるための研修や研修後のフォローアップ体制の構築</p> <p>2. 相談にたどり着くまでに5年以上もかかると言われている家族の相談の早期化、社会的な啓発や広報普及とそのための受け皿作り(人作りと場作り)</p> <p>3. 自助グループへの支援</p> <p>高齢化やメンバー数の減少が伝えられる自助グループとの連携強化や会場確保や広報支援</p> <p>4. 回復支援施設への支援</p> <p>地域で回復支援や生活支援を行っている回復支援施設との連携強化、スタッフの養成、運営支援、財政支援などの支援</p> <p>5. 多様なアルコール関連問題のある人たちへの支援</p> <p>女性や高齢者、アルコール問題を親に持つ子供たち、他の依存問題(薬物・ギャンブルなど)や重複障害(認知症、うつ病、発達障害など)など多様なアルコール関連問題のある人たちへの支援と支援ができる人材の養成</p>

	記載内容
2	<p>1. 四日市アルコールと健康を考えるネットワーク活動を展開しているが、ボランティア的取り組みで支えられてきた。今後、病院の機関としての取り組み、地域の四日市市としての取り組みとして、機関と行政が位置づけを強化して欲しい。また、現在、アルコール健康障害に介入する業務（SBIRTSの業務全体）は診療報酬で評価されていないので、診療報酬を新設するか、国の補助金で人件費を補填するようにするかによって、評価して欲しい。</p> <p>2. 当ネットワークの活動を国としてのモデルとして位置づけて欲しい。</p> <p>3. 一般総合病院と精神科医療機関の間で、救急事例などの相互連携がスムーズに行えるような恒常的な機関があると、現場のストレスが軽減すると考える。このような機関を国が推奨することで、互いの顔の見え、助け合う関係を構築して、救急事例や処遇困難事例に伴うバリアを克服することが出来ると考える。現状は双方が辛い思いをしている。</p>
3	<p>1. 高齢者虐待において虐待者側の支援が重要になっていますが、虐待の発生要因として「虐待者の飲酒の影響」が平成30年度調査にあつては5.4%（令和元年度調査にあつては5.5%）を占めている。（厚生労働省が実施する高齢者虐待対応状況調査より）アルコール関連問題への対応のために精神保健福祉センターや保健所等と虐待対応を行う組織・機関との連携推進を図れるように施策を進めてほしい。</p> <p>2. 地域共生社会実現のためにアルコール依存症に対する社会の理解を促進するとともに、虐待対応の他、生活困窮者自立支援など様々な福祉相談においてアルコール関連問題を社会の問題として捉えることができるように広報啓発活動を進めてほしい。</p> <p>3. アルコール依存症など飲酒関係に問題を抱える者やその家族の相談が気軽にできるよう相談窓口の明確化を図るとともに相談機関の連携強化を図るよう施策を進めてください。また、相談支援を適切に実施するためにソーシャルワークを適切に実践できる支援者の育成を進めてほしい。</p>
4	<p>1. アルコール販売業者に以下のような取り組みを義務化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● アルコールのラベルに、煙草のパッケージのような「健康被害」についてより具体的に記載</li> <li>● アルコールのラベルに、アルコールで困っている人のための相談窓口を記載</li> <li>● メディアにおけるCMの規制（飲んでるシーンの削除、テレビでの放映は深夜帯のみなど）</li> </ul> <p>2. アルコール販売店に以下のような取り組みを義務化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 販売に際し、「アルコール健康被害の相談窓口」の記載されたチラシ配布の義務化</li> <li>● 一日に一人に販売する量の上限量設定</li> </ul> <p>3. 全国の医師会内における、依存症回復のメカニズムと支援方法の教育義務化</p> <p>4. 一般医療機関内で、医療従事者（社会福祉士・精神保健福祉士を含む）がアルコール関連問題にアウトリーチし、治療への動機づけを高める支援を行った場合に、診療報酬に反映できる仕組みの構築</p> <p>5. アルコール関連問題の重度化によって医療費等、社会的損失を低減するために、小、中、高、大における依存症予防教育とライフスキル教育の義務化</p> <p>6. 専門職養成教育や高齢社会に対応すべく介護福祉領域（地域包括、介護事業所など）の中に、依存症、回復、社会資源（自助グループ等）の知識、動機づけを高める面接方法、連携の仕方などをスタンダードとした共通のアディクションカリキュラムの義務化</p>
5	<p>1. 9%ストロング問題。アルコールの適正価格設定について議論してほしい。海外を参考に酒税の見直し、CMの規制、コンビニ販売のあり方を検討すべきではないか。</p> <p>2. 政令指定都市での推進計画の義務化</p> <p>3. 市町村レベルでの推進計画策定の早期実現</p> <p>4. 飲酒運転対策、専門医療機関受診のインセンティブを考えて欲しい。</p> <p>5. 拠点病院・専門医療機関からアクセスの悪い過疎地域での問題について考えて欲しい。</p> <p>6. 家族相談・支援（子供の問題を含む）についての診療報酬を検討して欲しい。</p> <p>7. SBIRTSの推進、特に一般医がSBIを行う時の診療報酬の加算は必要。</p> <p>8. コメディカルへの正当な評価。特に他の依存症（薬物・ギャンブル）と同じように、アルコール依存症について、コメディカルのみでも実施できる集団療法の新設を検討して欲しい。</p> <p>9. 依存症治療・支援を担うスタッフの働き方改革を進め、だれもが取り組みやすいシステムの構築を考えて欲しい。</p>

	記載内容
6	<p>今日、全国の各都道府県では、相談拠点や専門医療機関の選定等々が進行中ではある。しかしながら、大都市であれ地方の市町村であれ、地域特性を踏まえた有効な手立てが構築されているとは未だに言い難い。そこで、第2期基本計画には以下を盛り込むことが望ましい。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 市区町村の基幹相談支援センターなど多様な相談機関に依存症及び関連問題に携わるソーシャルワーカーを配置すること</li> <li>2. 当事者にとって、自分が暮らす地域でリカバリーができるよう地域資源の充実に向けた環境整備と連携のしくみをつくること</li> <li>3. 依存症関連問題が生じてから専門医療機関へつながるまでに6～8年かかると言われている状況を改善し、地域で適切かつ早期に介入できる土壌づくりをすること、そのためにAUDITやSBIRTSなどを活用した一次予防、二次予防への取り組みを市区町村が中心となり、地域の支援機関や自助グループと連携しながら行うこと</li> <li>4. 上記が持続可能なものとするために、担い手の孤立や疲弊させないための支援者支援の視点に基づくネットワークづくりや人材育成を目的とした研修事業を職能団体と連携しながら行うこと</li> </ol> <p>いずれも根底に流れるのは、人が人と共に暮らしを営む地域で、依存症及び関連問題が可視化され、助けを求める人に必要な支援が届けられる地域包括ケア体制を構築するためのものである。鍵は連携と持続力である。本協会は、2020年度以降も引き続き委員会を設置し、その取組の加速化と深化を図る。関係団体とは、相互理解を一層深め、連携と協働の具体化に向けて意見交換を積み重ねていく。</p>
7	<p>1. <b>全てのアルコール飲料に下記3点を表示してほしいです！</b>  「1パッケージ（瓶・缶など）当りの純アルコール量（g単位）」  「厚生省が推進している低リスク飲酒量（男性1日20g×週5日 女性・高齢者はその半量）」  「妊娠が判明する時期以前の飲酒も胎児に悪影響を及ぼすリスクが高いこと」  理由：飲酒量をおさえる啓発はなされていますが、飲料によってアルコール度数が異なるため、「1瓶（缶）飲むとどの位純アルコールを摂取することになるのか」は、予め学習しているか、計算しないと分かりません。また、低リスク飲酒の目安量や妊娠時の危険性が一緒に明確に表示されると、購買する時点で大きな抑止効果が生まれると考えられます。</p> <p>2. 年4回以上、都道府県ないしは政令市・中核市の<b>保健所主催でアルコール健康障害対策ネットワーク会議を定期的</b>に開催する規定を入れてほしいです。また、それを職員の燃え尽き・過労死なしで実現するためにも、「精神保健を専任で担当する保健師は担当人口4万を基準として配置し、経験の蓄積とスキル向上をはかるために6ヶ月に1回以上の事例検討会など、定期的研修を保障する」といった<b>人的体制の枠組み</b>を入れてほしいです。  理由：実際に地域住民と密接に関わり、時には訪問指導を行うなど、第一線の相談窓口となるのは、二次医療圏ごとに設置された保健所です。消防（救急医療）・警察などの行政機能も二次医療圏ごとに動いています。精神保健福祉センターは、援助職向けの研修をより密に行うなど、保健所のハブ機能の後方支援を主に行う方がより効果的と考えます。ほとんどの都道府県には複数の二次医療圏があります。愛知県衣浦保健所で実践されているような「保健所をハブとした連携」が全国津々浦々で実践されてこそ、基本法にうたわれた「切れ目のない支援」が実現すると思います。</p> <p>3. アルコール依存症の<b>治療格差（推定未受療率95%以上）の是正を数値目標</b>もつけて入れてほしいです。</p> <p>4. 現有の医療資源で上記の治療格差是正に最も効果的なのは、アルコール専門医療機関から<b>月2回以上、アルコール専門医が総合病院に出向して診療</b>をすることだと思われしますので、行政主導で専門医療機関と地域の総合病院とのマッチングを行い、円滑に診療援助を行えるような<b>枠組みと診療報酬化</b>を計画に盛り込んで頂きたいです。</p> <p>5. <b>ニコチン依存症 / 禁煙関連団体との連携の強化</b>  ニコチンはアルコールと並んで人々の健康を害することが知られながらも合法で、依存症の制御が難しい薬物です。一方で、アルコールや違法薬物とは異なり禁断症状以外の急性薬理作用に乏しく、その害が軽視されがちです。実際には、禁断症状を回避するためにタバコを目的とした強盗や喫煙場所をめぐる暴力事件が発生しているなど、アルコールと比して軽視されるべきものではありません。また、慢性疾患への影響は他の追従を許さず強烈なものであり、その分、臨床的な研究も一歩抜きに出ている印象を持っています。そこで、アルコール健康障害対策を目指す立場としても学ぶところも大きいと考え、その先進的な団体との連携の強化を提案いたします。</p>

	記載内容
8	<p>&lt;一次予防&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 飲酒のガイドラインの設定（オーストラリアやカナダを参考に、アルコール健康障害の生涯リスクを低減する量の上限／単発の飲酒機会における傷害のリスクを低減する量の上限／子どもと若者／妊娠・授乳期／ゼロが必要なとき）などを示す</li> <li>・ 依存症や生活習慣病だけでなく、一時的多量飲酒／ビンジ飲酒など、酩酊による事故・暴力・犯罪につながる飲酒パターンへの警鐘を鳴らす</li> <li>・ 10代・高齢者・女性のリスクを周知</li> <li>・ RTD と呼ばれる飲み切りの酒類については、パッケージに純アルコール量を低リスク飲酒量とされる 20g がわかるようビジュアルに表示、できれば1缶 20g 以上にしないようにし、上記の啓発と連動させる</li> <li>・ 依存症回復者が回復の実感を伝え偏見是正を担うことの重要性</li> </ul> <p>&lt;二次予防&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 内科・救急からの介入</li> <li>・ 飲酒運転からの介入</li> <li>・ 酩酊者保護からの介入</li> <li>・ 家族支援の充実</li> </ul> <p>&lt;三次予防&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自助グループへのつながりを SBIRTS で</li> <li>・ 産業分野での依存症偏見是正</li> </ul>



## 14. 【アルコール健康障害・依存症予防の施策に関する相談・問い合わせ窓口】に関する資料

---

大脇由紀子、吉本 尚

# 【アルコール健康障害・依存症予防の施策に関する 相談・問い合わせ窓口】に関する資料

アルコール依存症の予防について、白川<sup>1)</sup>はCaplanの予防モデルに基づき、図1のように精神保健福祉センターにおける依存症予防のモデルを示している。

アルコール健康障害対策推進基本計画（以下、基本計画）に係る施策や事業については、上記の依存症予防の観点から、教育の振興などや、不適切な飲酒の誘引の防止、健康診断及び保健指導、アルコール健康障害に係る医療の充実等、アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等、相談支援等、社会復帰の支援、民間団体の活動に対する支援、人材の確保等、調査研究の推進等、その他アルコール健康障害対策に資するものが盛り込まれている。

対策に係る機関として、全国（都道府県）にアルコール健康障害の相談窓口・医療機関が設置され、厚生労働省や文部科学省、国税庁、国土交通省、警察庁や法務省など、多くの省庁が対策と事業に取り組んでいる。

ここでは、以下の資料・文献を基に、アルコール健康障害・依存症の予防（一次・二次・三次）と対策に係る担当者および機関の概要、基本計画

に沿った関係府省庁におけるアルコール関連施策の担当窓口・問い合わせ先に関する情報を、一覧表にまとめた。

## 引用文献

- 1) 白川教人, 依存症相談拠点と精神保健福祉センターの依存症対策事業・全国精神保健福祉センター長会の依存症対策, 第21回アルコール健康障害対策関係者会議, 資料1, 2020  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961\\_00005.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961_00005.html)
- 2) 厚生労働省, 関係府省庁におけるアルコール関連施策の概要, 第18回アルコール健康障害対策関係者会議, 資料8, 2019  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000202961_00001.html)
- 3) 厚生労働省, アルコール健康障害対策推進ガイドブック, 40, 2016  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176279.html>

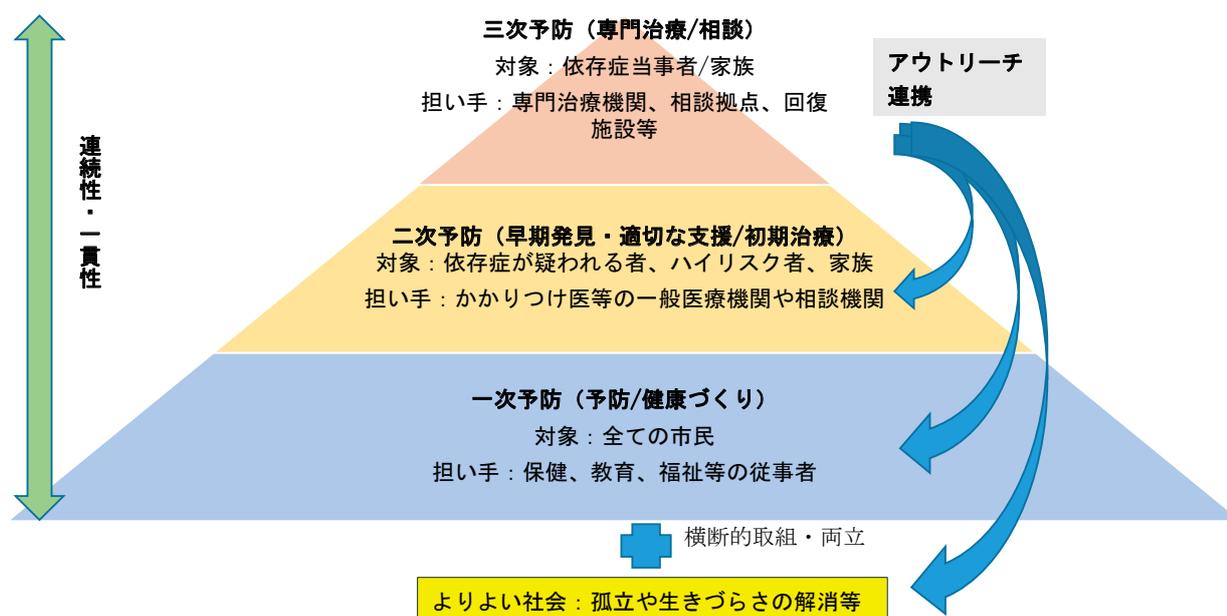


図1 相模原市精神保健福祉センターにおける依存症予防

(文献1)を基に引用、作図)

## アルコール健康障害・依存症予防の施策に関する相談・問い合わせ窓口

### 1. アルコール健康障害・依存症の予防（一次・二次・三次）と対策に係る担当者および機関の概要<sup>1,2,3)</sup>

予防モデル (Caplan,G.)	予防に係る担当者・担当機関	対策に係る関係府省庁
一次予防 (アルコール健康障害および問題の予防、健康の維持増進)	担い手：・保健、教育、社会福祉等の従事者 ・アルコール関連問題の予防や依存症の正しい理解の普及啓発に取り組む民間団体・法人	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省：健康局健康課・子ども家庭局・社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課など</li> <li>文部科学省：初等中等教育局健康教育・食育課など</li> <li>国土交通省：総合政策局政策課</li> <li>国税庁：課税部酒税課</li> <li>警察庁：交通局交通企画課、運転免許課・生活安全局生活安全企画課、少年課</li> </ul>
二次予防 (アルコール健康障害および問題の早期発見、適切な支援、初期治療、専門治療への紹介)	担い手：・かかりつけ医、総合病院などの一般医療機関および専門治療機関以外の精神科、心療内科の医療従事者 ・精神保健福祉センターや保健所等の相談機関の担当者	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省：健康局健康課・社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課など</li> <li>法務省：矯正局成人矯正課</li> <li>警察庁：交通局交通企画課、運転免許課・生活安全局生活安全企画課、少年課</li> </ul>
三次予防 (アルコール依存症の専門治療、相談、回復と社会復帰の支援、再発予防)	担い手：・アルコール依存症の専門治療機関、依存症対策全国拠点機関や相談拠点機関、回復支援施設等の従事者	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省：社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課など</li> <li>法務省：矯正局成人矯正課</li> </ul>

### 2. 全国（都道府県）のアルコール健康障害の相談窓口・医療機関（2020年3月現在）

依存症対策全国センターホームページ：<https://www.ncasa-japan.jp/you-do/treatment/treatment-map/>

### 3. 関係府省庁におけるアルコール関連施策の担当窓口<sup>2)</sup>（2020年3月現在）

府省庁名	基本計画における施策・事業	担当窓口・問い合わせ先
文部科学省	<b>教育の振興等</b> (1) 学校教育等の推進 ①児童生徒の心と体を守るための参考資料の作成 ②薬物乱用防止教育 薬物乱用防止教育等推進事業 ③学生生活支援に関する情報の収集・分析・提供 (4) 広報・啓発の推進 ④依存症予防教育推進事業	<b>文部科学省ホームページ：</b> <a href="https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/08111804.htm">https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/08111804.htm</a> ①初等中等教育局健康教育・食育課保健管理係 ②（同上）初等中等教育局健康教育・食育課保健管理係 高等教育局学生・留学生課厚生係 ③文部科学省 （独立行政法人日本学生支援機構と連携） ④総合教育政策局 男女共同参画共生社会学習・安全課
厚生労働省	<b>教育の振興等</b> (4) 広報・啓発の推進 ①アルコール健康障害対策促進 ②健康日本21（第二次）推進 ③健やか親子21推進対策	<b>厚生労働省ホームページ：</b> アルコール健康障害対策 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176279.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000176279.html</a> ①健康局健康課 ②（同上）健康局健康課 ③子ども家庭局
国土交通省	<b>教育の振興等</b> (3) 職場教育の推進 ①事業用自動車総合安全プラン2020	<b>国土交通省ホームページ：</b> <a href="https://www.mlit.go.jp/report/press/jidosha02_hh_000318.html">https://www.mlit.go.jp/report/press/jidosha02_hh_000318.html</a> ①自動車局安全政策課

府省庁名	基本計画における施策・事業	担当窓口・問い合わせ先
国税庁	<b>不適切な飲酒の誘引の防止</b> (1) 表示：①未成年者の飲酒防止に関する表示基準 (2) 販売： ②酒類販売管理者の選任、酒類販売管理調査の実施 ③酒類自動販売機の撤去等  ④広報啓発活動／酒類業界の自主的な取組に対する支援	<b>国税庁ホームページ</b> ：酒類小売業界等に対する未成年者飲酒防止のための取組の要請について（平成 28 年 7 月；警察庁、厚生労働省、国税庁） <a href="https://www.nta.go.jp/taxes/sake/miseinen/torikumiyosei2016/01.htm">https://www.nta.go.jp/taxes/sake/miseinen/torikumiyosei2016/01.htm</a> ①お酒の表示に関する相談：各地域の税務署（酒類指導官設置署等） 「二十歳未満の者の飲酒防止に関する表示基準」について。 <a href="https://www.nta.go.jp/taxes/sake/hyoji/miseinen/hyouji.htm">https://www.nta.go.jp/taxes/sake/hyoji/miseinen/hyouji.htm</a> ②酒類の販売管理：（課税部酒税課） <a href="https://www.nta.go.jp/taxes/sake/hambai/mokuji.htm">https://www.nta.go.jp/taxes/sake/hambai/mokuji.htm</a> ③酒類自動販売機の設置状況について：（課税部酒税課） <a href="https://www.nta.go.jp/taxes/sake/miseinen/jihanki2003/02.htm">https://www.nta.go.jp/taxes/sake/miseinen/jihanki2003/02.htm</a> ④国税庁ホームページ：酒類行政の取組 <a href="https://www.nta.go.jp/about/introduction/torikumi/report/2006/05.htm">https://www.nta.go.jp/about/introduction/torikumi/report/2006/05.htm</a>
警察庁	<b>不適切な飲酒の誘引の防止</b> (4) 提供 (5) 少年補導の強化 ①未成年者飲酒禁止法に基づく取締り	<b>警察庁ホームページ</b> ：警察庁の施策を示す通達（生活安全局） <a href="https://www.npa.go.jp/laws/notification/seian.html">https://www.npa.go.jp/laws/notification/seian.html</a> ①生活安全局 ・生活安全企画課 ・少年課
厚生労働省	<b>健康診断及び保健指導</b> (2) 地域におけるアルコール健康障害への早期介入の推進 ①健康増進事業 ②依存症の理解を深めるための普及啓発事業 ③依存症対策総合支援事業  <b>アルコール健康障害に係る医療の充実等</b> (1) アルコール健康障害に係る医療の質の向上 (2) 医療連携の推進 ④依存症対策全国拠点機関設置運営事業 ③依存症対策総合支援事業（再掲） ⑤障害者政策総合研究	<b>厚生労働省ホームページ</b> ： <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html</a> ①健康局健康課：標準的な健診・保健指導プログラム【平成 30 年度版】 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html</a> ②社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課依存症対策推進室 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02986.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02986.html</a> ③社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室  (1) 厚生労働省健康局健康課 各都道府県アルコール健康障害対策担当部（局）  ④（再掲）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室 ③（同上）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室 ⑤厚生労働省ホームページ：調査・研究等
法務省	<b>アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等</b> (1) 飲酒運転をした者に対する指導等 ①アルコール依存回復プログラム実施	<b>法務省矯正局ホームページ</b> ： <a href="http://www.moj.go.jp/kyousei1/kyousei_index.html">http://www.moj.go.jp/kyousei1/kyousei_index.html</a> ①矯正局
警察庁	(1) 飲酒運転をした者に対する指導等 ①飲酒運転違反者に対する停止処分者講習（飲酒学級）、飲酒取消講習の実施	<b>警察庁ホームページ</b> ：飲酒運転根絶 <a href="https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/insyu/index.html">https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/insyu/index.html</a> ①交通局

府省庁名	基本計画における施策・事業	担当窓口・問い合わせ先
厚生労働省	<p><b>相談支援等</b></p> <p>①依存症に関する普及啓発事業：依存症者等を早期に相談機関や医療機関、自助団体につなげる普及啓発</p> <p>②健康増進事業（再掲）</p> <p>③依存症対策全国拠点機関設置運営事業（再掲）</p> <p>④依存症対策総合支援事業（再掲）</p> <p><b>社会復帰の支援</b></p> <p>⑤依存症の理解を深めるための普及啓発事業（再掲）</p> <p>⑥地域生活支援促進事業（アルコール関連問題に取り組む民間団体支援業務）</p> <p>⑦民間団体活動支援事業</p> <p>④依存症対策総合支援事業（再掲）</p> <p><b>民間団体の活動に対する支援</b></p> <p>①依存症に関する普及啓発事業</p> <p>⑥地域生活支援促進事業（アルコール関連問題に取り組む民間団体支援業務）</p> <p>⑦民間団体活動支援事業（再掲）</p> <p><b>人材の確保等</b></p> <p>③依存症対策全国拠点機関設置運営事業（再掲）</p> <p>④依存症対策総合支援事業（再掲）</p> <p><b>調査研究の推進等</b></p> <p>⑧循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究</p> <p>⑨障害者政策総合研究（再掲）</p> <p>③依存症対策全国拠点機関設置運営事業（再掲）</p>	<p><b>厚生労働省ホームページ：依存症対策</b>  <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070789.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000070789.html</a></p> <p>①相談機関：・保健所 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/hokenjo/">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/hokenjo/</a>  ・精神保健福祉センター <a href="http://www.zmhwc.jp/centerlist.html">http://www.zmhwc.jp/centerlist.html</a>  ・（再掲）厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 依存症対策推進室 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02986.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02986.html</a></p> <p>②（再掲）健康局健康課  各都道府県アルコール健康障害対策担当部（局）</p> <p>③（再掲）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室</p> <p>④（同上）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室</p> <p>⑤（再掲）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課依存症対策推進室</p> <p>⑥社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室</p> <p>⑦（再掲）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室</p> <p>④（同上）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室</p> <p>①（再掲）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課依存症対策推進室 <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02986.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02986.html</a></p> <p>⑥（再掲）社会・援護局障害保健福祉部</p> <p>⑦（再掲）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室</p> <p>③（同上）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室</p> <p>④（同上）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室</p> <p>⑧健康局健康課  <a href="https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyuu/hojokin-koubo-h26/gaiyo/10.html">https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyuu/hojokin-koubo-h26/gaiyo/10.html</a></p> <p>⑨（再掲）厚生労働省ホームページ：調査・研究等</p> <p>③（再掲）社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課心の健康支援室</p>
警察庁	<p><b>その他、アルコール健康障害対策に資するもの</b></p> <p>①「飲酒運転を許さない社会環境づくり」の取組</p> <p>②道路交通法に基づく飲酒運転取締り</p>	<p><b>警察庁ホームページ：みんなを守る「飲酒運転を絶対にしない、させない」</b>  <a href="https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/insyu/info.html">https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/insyu/info.html</a></p> <p>①交通局交通企画課</p> <p>②各都道府県警察</p>

執筆者（目次執筆順）（所属は2020年3月31日時点のもの）

吉本 尚	筑波大学医学医療系地域総合診療医学准教授
稗田 里香	東海大学健康科学部社会福祉学科准教授
松下 年子	横浜市立大学医学部看護学科医学研究科看護学専攻教授
田辺有理子	横浜市立大学医学部看護学科医学研究科看護学専攻講師
米山奈奈子	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学講座教授
小砂哲太郎	国立病院機構久里浜医療センター
金子 史子	広島大学大学院医系科学研究科講師
佐藤 嘉孝	岡山県精神科医療センター
奥原 孝幸	神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科 保健福祉学部リハビリテーション学科作業療法学専攻教授
遠藤 大介	国立病院機構久里浜医療センター
中道 恵	国立病院機構久里浜医療センター
村瀬 華子	国立病院機構久里浜医療センター
野中 俊介	東京未来大学こども心理学部講師
軽部 雄輝	国際医療福祉大学大学院臨床心理学専攻助教
野村 和孝	早稲田大学人間科学部講師
久米 知代	聖徳大学社会福祉学科講師
川井田恭子	筑波大学医学医療系研究員
大脇由紀子	筑波大学医学医療系研究員
今成 知美	特定非営利活動法人アスク代表
猪野 亜朗	かすみがうらクリニック
武田 裕子	特定非営利活動法人アスク季刊 Be! 編集部
塚本 堅一	特定非営利活動法人アスク季刊 Be! 編集部
大久保彩織	勤医協札幌病院総合内科医長
小松 知己	沖縄協同病院精神神経科
山縣 正雄	埼玉県立精神医療センター
小田 浩之	飯塚病院総合診療科診療部長

厚生労働省令和元年度障害者総合福祉推進事業  
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

発行日 2020年3月31日 第1版  
2020年7月27日 改訂第2版  
2020年9月16日 改訂第2.1版

監修・編集 研究代表者 吉本 尚

発行元

国立大学法人 筑波大学医学医療系 地域総合診療医学  
筑波大学附属病院 総合診療科

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1

TEL/FAX 029-853-3101 soshin.pcmed-tsukuba.jp