

第 20 回アルコール健康障害対策関係者会議(令和元年 12 月 19 日)  
での主なご意見(未定稿)

○医療機関等の関係機関の連携について

- ・今後のアルコール依存症対策の重要な施策として、スクリーニングから簡易介入、専門医療への紹介、自助グループへの紹介までの関係機関の連携体制(SBIRTS)の展開を推進すべき。
- ・医療機関連携体制を進める上で、例えば、こういう人たちは減酒が非常に適用できるけれども、こういう人たちは断酒のほうがいいのか、減酒を始めたが駄目だった場合はどのぐらいの期間で断酒に切り替えるべきとか、エビデンスを積み上げつつ、ガイドラインがあると良いのではないかな。
- ・医療機関連携について、まずは依存症の患者が集まると考えられる肝臓の専門医に対して啓発を進めるのが現実的ではないかな。
- ・地域のアルコール専門病院と一般医療機関のネットワーク化により、内科医の関わりが増えてきて、実際に声をかけやすくなった、紹介しやすくなったという効果があった。
- ・断酒会への参加、入会で、予後や長期予後が全然違ってくる。このため、一般医療機関と専門医療機関の連携と併せて断酒会の活用が必要。
- ・依存症専門医療機関スタッフが、地域に出向いて、アルコールパッチテスト、アルコール手帳等のツールなどを活用して出張相談を行うほか、県内の保健所に連携を提案し健康障害対策ネットワークを構築する取組を行っている事例もある。
- ・精神科のコメディカルなどアルコール依存症の関連スタッフを一般医療機関や保健所等に派遣して、アルコール対策や自殺対策への関与を高めると、アルコール関連障害対策、自殺対策に有用である。

○一般医療機関(専門医療機関以外の医療機関)での役割について

- ・飲酒量をゼロに近づけたほうが良いという研究が多く出てきており、プライマリケア医や内科医、一般の精神科クリニックが早期に初期対応として、飲酒量を減らす取組をしていく必要性が高まっている。
- ・診療所や内科などで、アルコールの問題を持つ患者はかなり多い。
- ・一般医療機関での簡易な減酒低減介入の例として、飲酒日記による介入法があり、減酒効果がでてきている。宴会に行く回数が毎週だったのを月に1回にするようなイメージ。
- ・アルコール依存症の方は、いきなり専門医療機関には行かないことが多く、まず一般医療機関での対応が必要。そこで「これだけ薬を飲んでもうまくいかないのだから、専門医療機関に行こうか」というように説明すれば、患者さんが納得して専門医療機関に行ってくれる確率も高まるのではないかな。
- ・飲酒量低減薬は減酒治療に有効であるが、全例に効果があるわけではなく、心理社会的治療との併用など正しい知識の普及、研修が必要。

- ・内科医等が研修を積んで、アルコール対策の第1段階を担当するという流れを作るべき。
- ・依存症等に関する研修をきっちり受けていれば、プライマリケアの医者も専門医療をやっている医者も、減酒効果にそんなに変わらなかったというデータもある。また、AUDITの点数が19点以下の軽い人は、プライマリケアの医者のほうが意外とうまくやっていたというデータもある。
- ・アルコール依存症と言われるとか、あるいは断酒を言われるのではないかというイメージを変えていくことも、アルコール依存症治療のギャップを埋めるために重要。
- ・多くの診療所において、すでにニコチン依存症（たばこ治療）を診ている状況であり、アルコールだけが特別ではないことを認識するべき。

#### ○精神科における依存症対応について

- ・精神科医の中には依存症への誤解、陰性感情を持っている人が多い。また、本来は取り組みたいが取り組めない現状がある。このことがトリートメントギャップにもつながっている。
- ・積極的治療の阻害要因としては診療所の問題、患者側の問題、医療供給体制の問題、それから社会的問題、家族側の要因がある。
- ・医療者への支援として、研修会、コメディカルが活躍できる経済的基盤、実効性のある治療法の確立等が挙げられる。
- ・家族の生活・健康を考えた支援が必要であり、家族が来て対応した場合の医療機関への支援も必要。

#### ○総合病院での取組

- ・依存症者の多くは、総合病院の救急室を受診しており、総合病院入院中に介入して専門医療機関との「架け橋」をつくることが重要。
- ・例えば、総合病院に専門医療機関から「お酒のもんだい相談外来」を設置することが効果的。これにより、相談件数の増加、ドクターとの関係もできていることから専門医療機関に紹介しやすくなり、体の状態が悪くなったときに総合病院での受入れがスムーズになること等の効果がある。月に2回の設置でも効果がある。
- ・総合病院において外来を設置する場合は、ハードルをとにかく低くすることで、キャンセル率も低くなり、主治医とのディスカッションがしやすい、動機づけをしやすいなど効果的かつ効率的。一方で財源の確保が課題。

#### ○家族への対応

- ・アルコールの害というのは、当事者だけではなくて周囲への害が非常に大きいことから、その家族を含めた形で回復という観点からも、治療のガイドラインがあるとよい。
- ・特に減酒をしている場合には、お酒の量は減っていても飲酒運転などの家族への影響が減っているのかどうか注意するべき。DVとか飲酒運転などの害については別の手当てをするべき。

- ・国際的に、依存の場合でも多量飲酒の場合も、他者に対する影響というのを、診断において相当考慮していく方向にあり、我が国でもその整理に従うべき。

#### ○高齢者の問題

- ・認知症の中に、回復できる高齢アルコール依存症者は多く、断酒によって認知機能が改善する人が多い。

#### ○人材育成

- ・集合研修だけではなく、緩和ケア研修会などのように、e-Learning と地域での「ネットワークづくり」を兼ねた研修会を両方やる方式がいいのではないか。
- ・集合研修は、ワークショップを中心にして、岡山の事例のように、行政が中心になって事例検討会などを行うと、力も上がって、顔なじみができ地域のネットワークも作ることができる。

#### ○職域での取組

- ・職域での対策の意義として、専門スタッフからのメッセージ、介入、サポート非常に届きやすいことや、女性の社会進出が進む中で、女性の問題飲酒者に対しても働き掛けがしやすいことがある。
- ・職域に対する介入（お酒の教室の事業場への出前など）は、退職後早期の依存症の発症予防にもなる。
- ・産業医の観点からも、精神科には紹介しにくい場合に、内科とかプライマリケアに紹介できることは有用。
- ・職場では退職しない限りフォローアップがずっとできるため、様々なモデル事業の可能性はある。うまくいった例は同業他社で水平展開しやすい。
- ・依存症などの方が職場で問題を起こしても健康管理部門にはつながりにくい。飲酒に甘い風土が多く職場にある。また、健康管理部門につながっても、そこから先の専門医療機関につながりにくい。
- ・アルコール依存症に対応した労働者の職場復帰支援マニュアルを策定しており、広く周知すべき。
- ・中小企業等の事業主がアルコールを含めた健康経営を推進することが必要。地域の地域産業保健センター、各都道府県産業保健総合支援センターにおいてアルコール問題を取り上げるよう働きかけるのも1つの方法。
- ・依存症全般の偏見の除去を、社会全体でそして職場でやっていかないと、なかなかカミングアウトができない。

#### ○断酒会等の自助グループ

- ・高齢者の課題として、通いづらいこと、健忘症によりプログラムが受けられないことなどがある。

- ・断酒会の会員数はこの20年来ずっと減少している。自助グループ活性化のためには、専門医療機関、一般医療機関、行政相談機関との連携体制の構築、積極的なアウトリーチを進めることが重要。
- ・アルコール依存症者自身が年齢、性別、病気の種類等で多様化しており、それに応じての自助グループの活動、時間、集まり方、例えば女性だけの例会を行うこと等の検討も活性化のためには必要。
- ・断酒の動機づけとして、まず酒を止めている人間との出会いが大事。依存症者にとって同じ立場の人間が体験したことというのは、よりリアルで説得力がある。また同じ立場の人間というのは、心理的にハードルというのが低い。

#### ○アルコール肝硬変等の傾向について

- ・肝硬変で死亡する例もまだ多いが、肝硬変の薬が出てきており、肝癌になって死亡する例が増加傾向。
- ・肝硬変におけるアルコール性の割合、アルコール性肝硬変患者数いずれも増加傾向。
- ・アルコール性肝硬変の高齢化が進んでいる。
- ・肥満や糖尿病、合併症がベースにあると、比較的少量でも肝硬変に到達する傾向にある。
- ・30年、40年平均して10g減ると5年ぐらい肝硬変になるのが遅れるといわれており、減酒を進めることが重要。
- ・肝移植もアルコール性が増加しており、肝移植になれば莫大な費用もかかる。こういう症例をどう減らすかが重要。
- ・肝細胞癌もアルコール性が増加している。