

前回の主な意見

(尾崎委員の報告に関連して)

- 軽度の飲酒者が減少している一方で、重篤な問題飲酒者は減少しているという証拠はない。
- 若年者の問題飲酒者の頻度が、男女で接近している。
- 多くの問題飲酒者が、医療機関や健診を受診しているにもかかわらず節酒指導等を受けていない。
- 未成年者の飲酒は全体として減少しているが、飲酒経験率、月飲酒者率が、近年、女子の方が高くなっている。
- 未成年者のお酒の入手先として、家にあるお酒の重要度が増している。
- 女子の方が高くなってきているという未成年者の飲酒傾向が、将来的に若年女性や未成年者におよぼす影響について、モニタリングをするべき。
- 飲酒頻度とか飲酒量が多い未成年者ほど、飲酒による健康被害を軽く答える傾向がある。

(堀江委員の報告に関連して)

- 脳卒中、糖尿病の発症リスク、血圧の値、大腸がんの死亡リスクには、アルコール摂取量との相関関係がみられるなど、多量飲酒は、生活習慣病の危険因子としても重要。
- 食道がんでは、顔が赤くなる人に関しては、オッズ比で 100 倍くらいになる。このような疾患の啓発も必要。
- 肝硬変のうち、アルコール関連で肝硬変を起こしている割合が増加。
- 肥満に過剰飲酒が加わると、肝疾患による死亡リスクが相互作用を受け高まる。
- アルコールに関連する臓器障害が 200 万人位と推計されるが、通院患者は 3 万人ぐらいしかいない。
- アルコール性肝硬変は、ウイルス性肝硬変と比較すると、入院患者数は 3 分の 1 位に対し、通院患者数は 10 分の 1 位しかいない。入院に至る前の介入と再入院防止の対応が重要である。
- がんにおけるいわゆる Jカーブは、いろいろな議論があって、各がんの頻度と組み合わせ提示していかなければいけない。

(猪野委員の報告に関連して)

- アルコール依存症の早期発見には、一般の医療機関や健診できちんと見つけ出すことが大事。

- 現在の健診では、飲酒行動に関するチェックが働いていない。SBIRTを活用し、早期治療につなげることが必要。
- 一般医療機関の医師が外来で接する依存症の疑いのある患者を避ける結果、治療が遅れる。医師のアルコール依存症への意識を改善することも必要。
- 医師の治療における苦勞に対する報酬も必要。
- 警察、救急機関から医師へのサポートも重要
- 飲酒運転の背景にはアルコール問題がある。単に厳罰化により飲酒運転をなくすのではなく、多職種・多機関の人たちが連携するような、戦略的な考え方での対策が必要。
- 依存症患者の家族は、患者が病気であることや、どのように接したらいいかわからず、いつまでも洗濯機の中で回っている状況。
家族に、医師から、「依存症という病気であること」、「どのように対応すればいいか」、ということ話を話してもらえれば、そこから取り組みが開始できる。

(大槻委員の報告に関連して)

- アルコール依存症の治療にかかわる医師やコメディカルの方に、実際の回復者と接してもらうことが、重要。
- 飲酒運転をはじめとする受刑者の教育に当たっては、刑期終了後や保護観察期間中に、これらの人々を断酒例会、AA ミーティングへ参加させることを考えるべき。
- 教育現場において、未然にアルコールの危険性の教育や、体験談の提供を行い、依存症者の発生を防止することが必要。
- 都道府県、政令指定都市に、アルコール関連問題に関する常設の相談センターを設置すべき。
- 行政を中心とした地域連携による啓発事業の共同開催を提案したい。
- 自助組織の活動の場として、公的機関の優先使用等の支援をしていただきたい。
- アルコール依存症の受診率の低さ、自助団体の未発達最大の原因は、アルコール依存症に対する偏見にあり、正しい知識の普及と理解を促進することが重要。
- アルコール依存症の治療体系が確立されておらず、治療期間が長期化し、患者の自立した回復が阻害されている。正しい治療体系に基づき、医療機関と自助組織が連携を図り、早期に自助組織に移すことで、自立した回復を促進することが重要。
- 介護の現場においても、アルコールの問題が増加している。自助組織へつなげることは介護の面においても重要。

- 自助組織が行う酒害啓発や地域連携協力活動に、行政を中心とした地域連携による物心両面での援助が必要。
- 一般医師における依存症への理解という点で、初期研修や現場に出た医師に対する現任教育において、アルコール健康障害関係の教育が必要である。
- 海外では、回復者の人たちが仕事・役割をもって活動している。回復者の存在を、いろいろな施策の中で活用・発展させていくことが重要。

(枉委員の報告に関連して)

- AUDIT の点数が高い人ほど、問題の大きさを自覚し、酒を減らしたほうが良いという認識がある一方、断酒や節酒をできる自信がないと感じており、踏み出せないでいるので、ブリーフ・インターベンションの（共感する、励ます、誉める）が有効である。
- 職域（特に大規模な事業所）における課題として、スクリーニングは行われているが、メタボ対策を念頭においているため対策から漏れており、情報が生かされていない。
- SBIRT に診療報酬をつけることが最も普及に有効であり、その場合には、スクリーニング・ブリーフ・インターベンションの部分(SBI)と専門医療機関への紹介(RT)に分けて、診療報酬化することが、非常に重要。
- SBIRT の診療報酬化のため、人材育成プログラムによりカウンセラーの質を上げることが必要で、モデル医療機関を設定するのが現実的である。
- 地域での一次予防の更なる推進においては、直接当人に訴えるだけでなく、当人の家族などに働きかける戦略などが必要。
- 特に職域においては、飲酒運転の対策と絡めて行うことが効果的である。
- ブリーフ・インターベンションの担い手としては、本人のやる気の問題もあるが、看護師、保健師のほか、栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカーといった職種が想定される。
- 現在の職域においては、雇用形態が多様化しており、健康面での責任の所在が不明確なため、そのあたりを詰める必要もあるのではないか。

第1回の主な意見

(本会議の運営方法について)

- アルコール関連問題は幅広い。基本的施策10項目について、議論4回では少なすぎるのではないか。
- 委員の専門分野が多岐にわたり、また、全員が集まるのも難しい。分野ごとにワーキンググループを設けてはどうか。

(関係省庁の連携について)

- 関係機関が絡む問題なので、省庁間の連携を深めてほしい。特に救急の関係について、そのテーマの際には、担当部局に参加いただきたい。
- 各省庁の中でも、今日出席していないが関係する部局がある。省内で連携してほしい。

(基本計画の案の作成にあたり検討すべき内容)

- 料理飲食店における酒類提供に関する教育や研修が必要ではないか。
- 極端に低価格でアルコール度数の高い酒が、24時間販売されているのをやめさせてほしい。

(その他)

- 関係省庁の現在の施策・取組がどのような効果があったかを示すようなデータを出していただきたい。
- 施策・取組により一定の効果があったが、それでもなお一部課題が残っているものがある。その原因は、何かといったことを示すようなデータを出していただきたい。
- 基本計画の都道府県向け説明会について、政令指定都市も対象に加えていただきたい。