

令和3年3月26日
厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部企画課
アルコール健康障害対策推進室

「第2期アルコール健康障害対策推進基本計画（案）」に係るご意見の募集の結果について

第2期アルコール健康障害対策推進基本計画（案）について、令和3年1月21日から2月3日までの間、電子政府の総合窓口（e-Gov）を通じてご意見を募集しましたところ、8名の方からご意見をいただきました。

計画に関係するご意見と、それに対する考え方を関係省庁と連携の上、別添のとおり取りまとめましたので、公表いたします。なお、取りまとめの都合上、ご意見は内容ごとに分類・整理の上、掲載しております。

ご意見をお寄せいただきました方のご協力に、厚く御礼申し上げます。

第2期アルコール健康障害対策推進基本計画(案)へのご意見について

NO	計画案の対象箇所			ご意見	回答
1	はじめに	我が国における状況		<p>「はじめに・我が国における状況・(アルコールによる社会的影響)P3」</p> <p>「運転免許取消処分者講習受講者を対象とした複数の調査」に関して。 法的義務のある処分者講習における飲酒調査機会は、貴重である。 47都道府県すべての法定講習において、飲酒運転とアルコール依存症に関する共通した調査を行い、全国的かつ網羅的な直近データを持つべきである。 法定講習での調査は実現可能性・難易度が低いわりには行われていないようである。現在の根拠資料は古く、「アルコール健康障害と関連した飲酒運転」の根拠とするには、網羅性が低すぎると感じる。 飲酒運転者の像について、現在のエビデンスにアップデートする時にきていると考える。</p>	<p>ご意見を今後の参考とさせていただきます。 なお、飲酒取消講習では、受講者にアルコールスクリーニングテスト(AUDIT)を行い、自身の飲酒頻度、飲酒量等を客観視させ、アルコール依存の程度を把握させております。</p>
2	II	1		<p>II 基本的な考え方・1. 基本理念 p.7</p> <p>・「(前略)アルコール健康障害が、飲酒運転、暴力、虐待、自殺等の問題に密接に関連することに鑑み(中略)これらの問題の根本的な解決に資するため、これらの問題に関する施策との有機的な連携が図られるよう、必要な配置がなされるものとする」とあることから、「2. 基本的な方向性 p.7」では「(5)地域福祉、地域介護、地域医療における問題の察知と対応能力の向上、連携の促進」を新設。 ・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、訪問看護ステーション、訪問診療機関等では、在宅生活のサポート中、患者、要介護者やその家族がアルコール使用に問題を生じている状況を一番早く察知できるため、介入方法や相談機関へ紹介できるような体制づくりと連携を推進する。</p>	<p>基本的な方向性(2)に「医療機関その他幅広い関係機関や、自助グループ及び民間団体の連携により、適切な指導、相談、治療、社会復帰の支援につなげる体制づくり」を記載しております。 また、基本的施策6に「地域包括支援センター等のアルコール関連問題に関する関係機関に対し、相談支援の従事者等の研修、実地指導、啓発等」や「地域生活支援の従事者に対して、アルコール健康障害の特性を踏まえた支援の研修」を記載しております。</p>
3	IV	1		<p>IV 基本的施策・1. 教育の振興等 p.15</p> <p>・(新設)(5)地域福祉、地域介護、地域医療に携わる支援者への教育、啓発 ・依存症教育やアルコール使用障害者への介入方法の教育と、相談支援機関との連携方法を構築する。</p>	
4	III	2	(2)	<p>アルコール健康障害対策推進基本計画で取り組むべき重点課題・2. 基本計画(第2期)の重点課題・(2)アルコール健康障害の進行・重症予防、再発予防・回復支援 p11</p> <p><取り組むべき施策> “一般の医療従事者(内科・救急等)”は、医師だけではなく、看護師、ソーシャルワーカー、栄養士、作業療法士、臨床心理士等は含まれるのか？アルコール健康障害の早期介入・解決をするには、医師だけではなく、多職種理解促進が必要である。この記載では、診療科単位での医師を指しているように感じるため、それぞれ職種を記載する必要があるのではないか。特に、専門医療機関との円滑な連携を促進するためには、ソーシャルワーカーの役割は必須であるため、ソーシャルワーカーの文言を明記していただきたい。</p>	<p>基本的施策4(1)に「一般の医療従事者(内科、救急等)向けの治療ガイドライン(減酒指導、専門医療機関との連携等を含む)を基にした研修プログラムを開発・実施し、人材育成を図る」と記載しており、一般医療機関の医療従事者の人材育成を図ってまいります。</p>
5	III	2	(2)	<p>III アルコール健康障害対策推進基本計画で取り組むべき重点課題 2 基本計画 第2期の重点課題 2</p> <p>アルコール健康障害の進行 重症化予防、再発予防 回復支援 評価 検証のための関連指標 p12 アルコール依存症が疑われる者 アルコール使用障害同定テストAUDITに基づく推計のデータの出典が提示されているとなお良いと思います。</p>	<p>アルコール依存症が疑われる者(アルコール使用障害同定テスト(AUDIT)に基づく推計)のデータについては、下記の通り公表されております。 【依存症対策全国センターのホームページ】 https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document31.pdf</p>
6	IV	1 9	(1) 1(1)	<p>基本的施策・9. 人材の確保等 p33</p> <p>アルコール関連問題には、社会の誤解や偏見等が多く、実際に勤務する医師や看護師、医療ソーシャルワーカー等もそのような認識をしていることも多い。この現状を打破するには、早期からの教育が必要である。医学教育への位置づけはもちろん、社会福祉士や精神保健福祉士等の養成課程への位置づけを求めたい。”各種資格の養成課程”ではなく、資格名を明記していただきたい。</p>	<p>基本的施策1(1)③において、大学における医学教育での取組とともに、その他の医療、福祉等関連分野での各種資格の養成課程を対象とした取組を記載しています。</p>

NO	計画案の対象箇所			ご意見	回答
7	IV	1	(3)	<p>「IV 基本的施策 1. 教育の振興等・(3)職場教育の推進 運輸業界【国土交通省】 P15」</p> <p>「講習・セミナー等を通じ」や「周知・指導」とある。業界団体等の啓発チラシは多くみかけても、公式に国土交通省や業界団体自体が教育機会を設けたという実績は見られない。 実態は、民間運輸企業の自主性次第であり、定量的に把握されていない。 自動車運送業界では、飲酒運転の横ばいが顕著である。 https://www.mlit.go.jp/common/001383898.pdf</p> <p>啓発や周知の段階は終わり、実践の効果が得られるよう、指導及び監督に関する告示を改正し、飲酒教育に関する職場教育が行われた実績を残す等、規制変更が必要である。それくらい、貨物自動車運送事業者の飲酒運転は、深刻に残存している。国土交通省による2件のフェリー飲酒事故の報告書を読むかぎり、職業運転手のうち、一定数のアルコール依存症が疑われる常習飲酒者の存在が明白に読み取れる。 https://www.mlit.go.jp/jidosha/anzen/jikochousa/pdf/1783102.pdf https://www.mlit.go.jp/jtsb/ship/rep-acci/2020/MA2020-11-1_2019tk0028.pdf</p>	<p>事業用自動車運転者の飲酒運転対策については、国土省の「自動車運送事業に係る交通事故対策検討会」においても重点施策の一つとして検討を行っているところです。 検討会では、国土省が今後取り組むべき施策として「運転者に対する、自身の飲酒傾向の自覚を促す指導監督の推進」等を取りまとめたところであり、今後施策の実施にあたって指導監督指針に基づく指導監督マニュアルの改訂等に着手してまいります。</p>
8	IV	1	(3)	<p>「IV 基本的施策 1. 教育の振興等・(3)職場教育の推進 【関係省庁】 P17」</p> <p>道路交通法 第八十条の二 安全運転管理者等に対する講習、いわゆる法定講習において行われる、外部委嘱講師による講習に、飲酒教育を必ず入れるようにすべきである。現在、テキストには飲酒教育要素はあるが、飲酒運転防止インストラクター等による専門講習が組み込まれていない都道府県があるか、調査の上、組み込むべきである。</p>	<p>安全運転管理者等講習の具体的な科目については、各都道府県の実情に即した内容となることとされていることから、御意見にある飲酒教育や専門講習を一律に行うことについては、今後の参考とさせていただきます。</p>
9	IV	2	(1)	<p>4 基本的施策 2 不適切な飲酒の誘引の防止 1 広告 p18</p> <p>テレビ広告などの、以前からある広告媒体・手法については、自主規制が概ね機能しているようですが、交通広告などの強制視認性が高い広告媒体において、新しい宣伝手法が開発され、酒類の広告・宣伝及び酒類容器の表示に関する自主基準をすり抜ける形式で広告が展開されている状況が見受けられます。交通広告の全面自粛を含む抜本的な対策を求める要望書など。そのため、交通広告の全面自粛に関連した文言が盛り込まれているとお良いと考えます。</p>	<p>基本的施策2(1)広告において、酒類の広告等が依存症である者にどのような影響を与えるのかについて国が科学的知見の集積を図り、酒類業界は、知見を踏まえた必要な取組を検討することとしています。</p>
10	IV	2	(2)	<p>基本施策において「アルコール健康障害の観点から見る酒税税制の再構築」を行う旨、追加の記載を求めます。まず、p18において「酒類業界は、いわゆるストロング系アルコール飲料の普及が進んでいることや(以下略)」と自認しているが、そもそもストロング系の普及が進んだ背景には、酒税の税制改正と密接な関わりがある。国の酒税改正に伴い、発泡酒や新ジャンルなどが誕生してきた。このことから、アルコール障害と酒税を切り離して考えることはできない。さらに、財務省は「類似する酒類間の税率格差が商品開発や販売数量に影響を与えている状況を改め、酒類間の税負担の公平性を回復する等の観点から、税収中立の下、酒税改正を実施します。」と発表しているが、アルコールによる健康障害抑制という観点に重点を置けば、酒類間の隔たりを無くした上で、シンプルにアルコール度数のみを基準として税率を定めるべきである。</p>	<p>平成29年度税制改正においては、類似する酒類間の税率格差が商品開発や販売数量に影響を与えている状況を改め、酒類間の税負担の公平性を回復する等の観点から、酒税の税率格差を解消する等の見直しが行われ、発泡性酒類のうちビール系飲料以外のその他の発泡性酒類(チューハイ等)については、他の酒類の税率とのバランスやアルコール健康障害対策基本法の下での不適切飲酒の誘引防止の取組も踏まえ、税率を引き上げる等の見直しが行われました。 これらの税率の見直しは、令和8年10月1日までの間、段階的に行われることとされています。</p>
11	IV	2	(3) (4)	<p>IV 基本的施策 2 不適切な飲酒の誘引の防止 3販売 4提供 p19</p> <p>飲み放題も不適切な飲酒を誘引する要因の1つと考えます。現状では、世論の支持を得ることが難しい可能性もありますが、アルコールの入手可能性を低減し、不適切な飲酒の防止につなげるために、飲み放題の規制に関する文言も盛り込まれているとお良いと考えます。 また、もし可能であれば、飲み放題を実施している飲食店や、酒類を販売又は供与する営業者に対する取組みとして、たばこの小売販売許可において設けられている距離の基準と類似した設置基準の策定についての文言が盛り込まれているとお良いと思いました。</p>	<p>酒類小売業免許の要件である、いわゆる距離基準については、「規制緩和推進3か年計画」(平成10年閣議決定・平成12年に改定)に基づき、平成13年1月1日をもって廃止されております。</p>

NO	計画案の対象箇所			ご意見	回答
12	IV	2		<p>IV 基本的施策・2. 不適切な飲酒の誘引の防止 p.18～19</p> <ul style="list-style-type: none"> ・酒器の容器に、飲酒で悩んでいる人のための相談窓口として精神保健福祉センターが各地域にあることの明記を義務化。 ・酒販店に、飲酒で悩んでいる人のための相談窓口として、精神保健福祉センターがその地域にあり連絡先を明記したチラシや張り紙掲示の義務化。 ・アルコールの自動販売機における年齢制限や時間制限の設定 	<p>ご意見として承ります。 なお、満20歳未満の者の飲酒は未成年者飲酒禁止法において禁止されており、国税庁においては、酒類の自動販売機について、午後11時から翌日午前5時までの時間の稼働停止を指導しています。</p>
13	IV	3	(1)	<p>IV 基本的施策 3 健康診断及び保健指導 1アルコール健康障害の早期発見、早期介入の推進 p20</p> <p>標準的な健診保健指導プログラム、平成30年度版にAUDITによるスクリーニングやブリーフインターベンションBIに関して、以下の内容が記載されておりますが、基本計画案で提示頂いている様に、実際の健康診断及び保健指導の現場での取り組みは十分とは言えず、その実態把握も難しい現状が推察されます。</p>	
14	IV	3		<p>3 3 情報提供 保健指導の実施内容 4 実施に当たっての留意事項</p> <p>8 アルコールのリスクに着目した保健指導について</p> <p>標準的な質問票で、日本酒換算で1から2合以上のアルコールを毎日又は時々飲むと答えた者には、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を実施する。</p> <p>AUDITによるスクリーニング、BIの普及の目標を達成するために、AUDITやBIの実施状況を全国的にモニタリングできるような仕組み作りについての文言が盛り込まれているとなお良いと思います。</p> <p>例えば、特定健康診査特定保健指導に関する実施状況のデータは、医療保険者から国に提供されますが、もし可能でありましたら、医療保険者から提供されるデータの項目に、飲酒者に対するAUDITによるスクリーニングやその評価結果に基づくBIの実施状況を追加し、実態把握につなげることができたらと考えます。</p>	<p>ご意見は、今後の参考とさせていただきます、引き続き、各地域の状況を踏まえつつ、アルコール健康障害対策の取組を進めてまいります。</p>
15	IV	3	(2)	<p>基本的施策・3. 健康診断及び保健指導・(2) p21</p> <p>減酒や断酒に向けた支援を行うためには、精神保健福祉センターや保健所、専門医療機関、自助グループはもちろんであるが、健康診断を実施する一般医療機関や医師会とのネットワークも必須であり、明記する必要があるのではないかと。</p>	<p>ご意見は、今後の参考とさせていただきます。 なお、基本的施策6に「都道府県等において、定期的な連携会議の開催等を通じて、地域の行政・医療機関・自助グループ・回復支援施設等のアルコール関連問題の関係機関における連携体制を地域の実情に応じて構築する。」と記載しています。</p>
16	IV	3	(1)	<p>基本的施策3. 健康診断及び保健指導 について</p> <p>「健康診断を利用した早期介入について、特定保健指導のように介入基準を明確化してほしい」</p> <p>飲酒についてはまだ社会の問題意識が低く、また、否認の病でもあるため、多量飲酒者本人からの申し出があるまで介入を行わないと、重症化してしまう恐れがあると考えます。AUDIT特典の高い者は節酒準備性が高いという報告もあるので、基準を設けて積極的に働きかけた方が効果は高いのではないかと思います。企業、自治体等健康診断の結果を把握した時点で介入が行えればよいですが、単に量の問題だけでは数が多すぎるし、既往歴や身体・精神自覚症状の状況を踏まえた上で、リスクの高い者から介入するには対象者が漠然としすぎていているため、一定の基準を設けて介入しやすい状況を作ることを盛り込んでいただきたいと思えます。</p> <p>「健康診断を受けないと推定される自営業等の問題飲酒者について、どのように吸い上げていくか」</p> <p>飲酒問題の知識のあるものとの接点のない問題飲酒者は、節酒の勧めも受ける機会が少ないと思われる。介入の機会を増やすための施策が欲しいです。</p>	<p>ご意見は、今後の参考とさせていただきます。 なお、基本的施策3(1)に記載されている「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】(平成30年4月)では、AUDIT8点以上の場合に減酒支援を、AUDIT15点以上の場合に専門医療機関の受診につながるよう支援することを推奨しています。</p>
17	IV	4 9	(1) 4(1)	<p>9. 人材の確保等(基本的施策1?8に掲げる該当項目を再掲).4. アルコール健康障害に係る医療の充実等 P34 (1)ですが、一般医療機関であれば消化器内科や外科にて肝機能障害、脳外科や神経内科など認知症に隠れるアルコール使用障害、整形外科では飲酒に伴うケガなどもあり、精神科医療機関のみならず一般医療機関の医師、看護師、医療ソーシャルワーカーにも、(動機づけ面接などの支援方法を含む。)を基に、アルコール依存症に関する早期介入方法や治療についての研修プログラムの開発・普及を図っていただきたい。</p>	<p>基本的施策4(1)に「一般の医療従事者(内科、救急等)向けの治療ガイドライン(減酒指導、専門医療機関との連携等を含む)を基にした研修プログラムを開発・実施し、人材育成を図る」と記載しており、一般医療機関の医療従事者の人材育成を図ってまいります。</p>

NO	計画案の対象箇所			ご意見	回答
18	IV	4		<p>基本的施策・4. アルコール健康障害に係る医療の充実等 p22～p24</p> <p>急性期病院では、高度で医療密度の濃い患者を短期間で診療することが求められており、医療スタッフには余裕がない上に、アルコール関連問題を抱える患者・家族には手間暇かけた対応が必要である。そのような急性期病院で、早期発見・早期介入を継続していくには、以下のような介入するシステムの構築とその裏付けが必要と思われる。</p> <p>(1) 医師・看護師・医療ソーシャルワーカー・臨床心理士等多職種によるアルコールチームの構築 (2) それに対応する人材育成・教育 (3) 診療報酬上の評価 スクリーニング・簡易介入を実施したことへの評価・加算、専門医療機関への紹介料、(1)のようなチーム対応への評価・加算、地域連携パス運用の評価</p>	<p>ご意見は、今後の参考とさせていただきます。</p>
19	IV	4		<p>IV 基本的施策・4. アルコール健康障害に係る医療の充実等 p.22～24</p> <p>(タイトル修正「医療、福祉、介護」とする)</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養を支援する福祉、介護、医療の質の向上 要介護者を介護する人のアルコール大量飲酒の問題に対し、各支援者の介入能力の向上、専門機関との連携体制の推進。介護者が飲酒行動で疲弊を軽減しようとするあまり、大量飲酒の問題に繋がっている現状がある。その課題解決にむけた取り組みが迫られている。 支援者への依存症についての教育義務化 <p>(2) 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)</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般医療と専門連携した際の診療報酬評価(例 アルコール関連疾患患者節酒指導料(案)(公社)日本精神神経学会、(一社)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、(一財)日本消化器病学会の共同提案の方向)。インセンティブがあると、一般医療管理者は取り組んでいきます。 	<p>ご意見は、今後の参考とさせていただきます。</p> <p>なお、基本的施策4(2)に「アルコール健康障害の早期発見、早期介入から専門医療機関における治療導入に至る標準的な医療連携モデルの確立に向けた取組を進め、適切な診療報酬のあり方の検討に資するよう、そのコストと有用性に係る知見の集積を進める」ことを記載しています。</p> <p>また、基本的施策6に「潜在的にアルコール健康障害を有する者等に対応する機会がある地域生活支援の従事者に対して、アルコール健康障害の特性を踏まえた支援の研修」を記載しています。</p>
20	IV	5	(1)	<p>「IV 基本的施策・ 5. 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 P25」</p> <p>○飲酒運転をした者について、年齢層や要因・背景等の分析を行い、その結果を積極的に広報する。とあるが、「飲酒運転再犯者」「飲酒運転累犯者」「飲酒運転初犯者」の定義が必要である。運転免許証における行政処分のデータベース保管期間についても議論すべきである。その上で、欧米やアジア(台湾のみ)ですでに法制化・社会実装されている「アルコールインターロック」の法施行に備えるべき。再犯者の定義が必須である。</p> <p>冒頭でWHOの https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_eng.pdf?sequence=1 に言及されているが、飲酒運転政策セグメントでは一般的に俎上に載るはずの Area 4. Drink-driving policies and countermeasures 26. For this area policy options and interventions include: e) using an ignition interlock, in specific contexts where affordable, to reduce drinkdriving incidents</p> <p>アルコールインターロックへの言及がないのは国際的な実績からして違和感がある。 日本の学会や警察庁が提示するアルコールインターロックのエビデンスは、古すぎてなおかつ少ない。海外の飲酒運転政策の調査機関と連携し、最新の知見とエビデンスを収集しなおすべきである。</p> <p>また、飲酒問題(飲酒運転問題)については、北米で行われている「在宅飲酒モニタリング」(一定サイクルで飲酒無を証明する飲酒検知テクノロジーがある)の採用を視野にいれた研究もすべきである。</p>	<p>ご意見は、飲酒運転根絶に向けた施策の推進に当たり、今後の参考とさせていただきます。</p>