

第32回 厚生労働省アルコール健康障害対策関係者会議

2025年3月24日

第3期 アルコール健康障害対策推進基本計画に 残された課題

沖縄協同病院 リエゾンセンター/心療科
日本総合病院精神医学会 評議員/
アルコール・アディクション対策委員長
小松 知己

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

第3期 基本計画に残された課題

1. 目標

- a. 巨大なTreatment Gap(治療格差) の解消
- b. Harm Reduction ←実はa.でもある
 - *家族のケア&サポート
 - *飲酒運転対策
- c. 療養・就労両立支援

2. 議論の前提となる事実認識

- a.最重症群は地域と刑務所にいる 重症群の多数は総合病院に短期入院している
- b. **いますぐ治療が必要でそれが可能な群は総合病院に入院している**

3. 治療格差をのりこえる新しいルートの模索

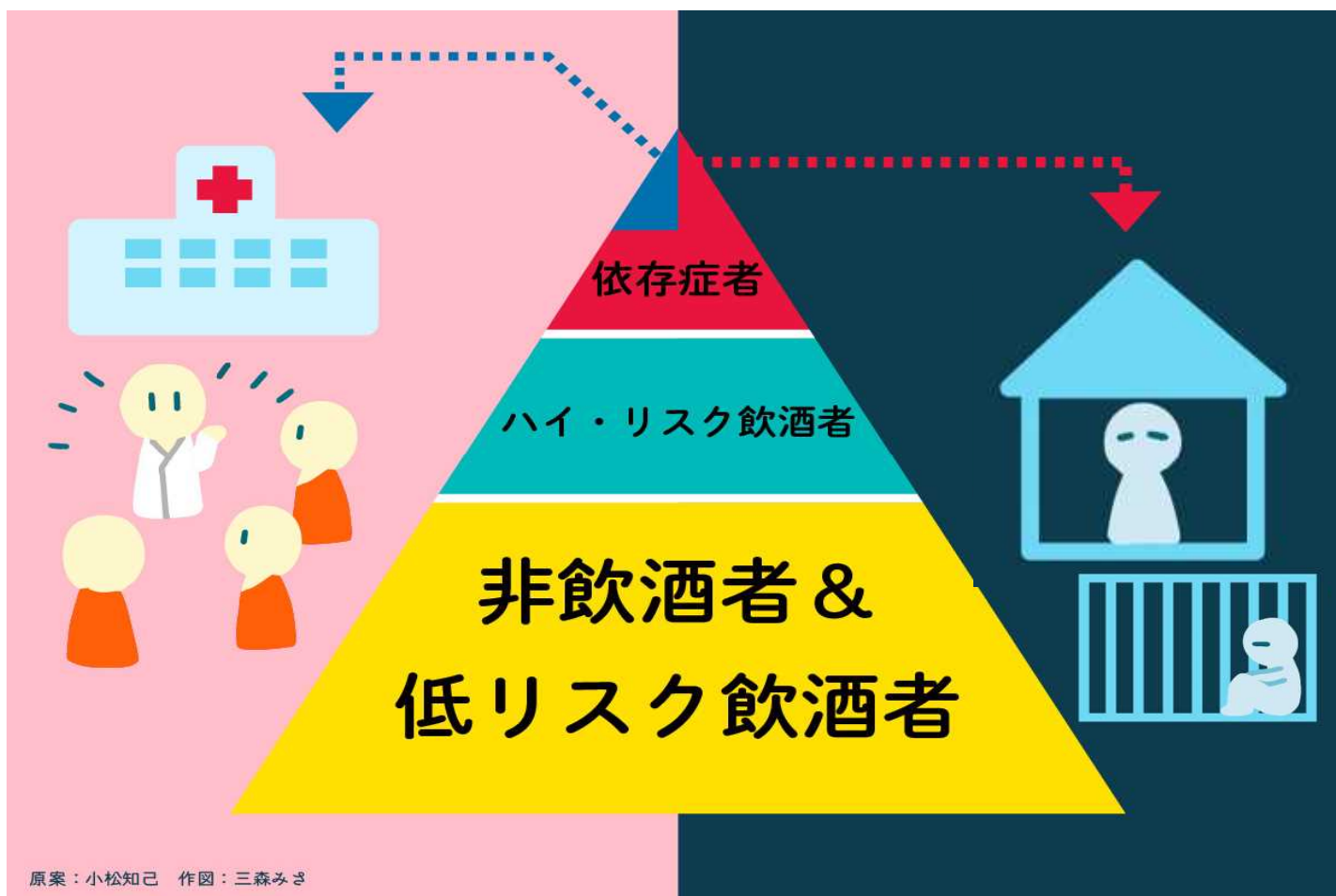
- a. 総合病院における介入の促進
- b. 歪な治療ピラミッドの是正 SBIRTSの普及 ➡ 一般精神科でア症の初療を
- c. 専門医療機関・「専門医」を増やす方策
- d. 「こころの連携指導料」の適用拡大
- e. 飲酒運転を契機にした受診義務化&インターロック
- f. 家族を本人とした保険診療の普及

第3期 基本計画に残された課題

私たちの目標 として考えたいこと アルコール依存症＝ア症

- a. 巨大なTreatment Gap(治療格差) の解消
- b. Harm Reduction ← 実はa.でもある
 - *家族のケア&サポート ← 早期から困っている
 - *飲酒運転対策 ← 強制力がある
- c. 療養・就労両立支援 ← 少子高齢化の時代に
いつまでも「失職して生活
保護」でいいんですか？

議論の前提となる 事実認識 a. 最重症群はどこに？



日本のAL依存症者107万人
(生涯経験値)のうち
専門治療を受けているのは
わずか**5%**

**最重症群の多くは
地域か
刑務所にいる！**



AL専門医療機関にたどりつき治療継続できる患者は良いが
たどり着くには**高いハードル**がある

①治療契約が結べること

➡ 治療動機が乏しいと地域/刑務所に留まる

②**身体合併症**が単科精神科病院で管理可能であること ➡ **重症だと 総合病院に留まる**

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

Mindset を変える！！



私たちは 気づかぬうちに
“アルコール使用障害山”を
攻略するルートを
固定化していなかった
か？

例：富士山 登山ルート

御殿場ルート：健脚向き
目標物少ない
利用が最小

吉田ルート：5合目出発
半数以上が利用

**富士宮ルート：山頂までの
距離が最短
吉田ルートに次いで
利用者が多い**

地域から医療につなぐルートは救急車！！



私たちは “アルコール使用障害山”を
攻略するルートを
固定化していなかったか？

従来型ルート：

- *5%のエリートが利用**
***専門医療機関が存在+継続通院可能**
and/or 地域ネットワークがフル稼働
という条件が必要

提案したい新しいルート：

- *82～84%が直近1年間に☆) 途中まで利用**
ア症の治療動機が乏しくても とにかく
医療機関まで救急車が運ぶことを活用
＝5合目まで車で行く
- *救急医療機関からの接続に工夫が必要**

☆(Osaki Y, Kinjo A, et al: Prevalence and trends in Alcohol dependence and alcohol use disorders in Japanese adults. Alcohol Alcohol, 2016)

議論の前提となる 事実認識 b.

いますぐ**治療が必要で** **それが可能な群は総合病院に入院している**

救急搬送はほとんど全員の ア症者が受け入れる

総合病院の身体科病棟

← 総合病院の**入院患者の約30%**は
アルコール(AL)関連疾患

総合病院のER

← ERを受診する**外傷患者の10~18%**はAL関連

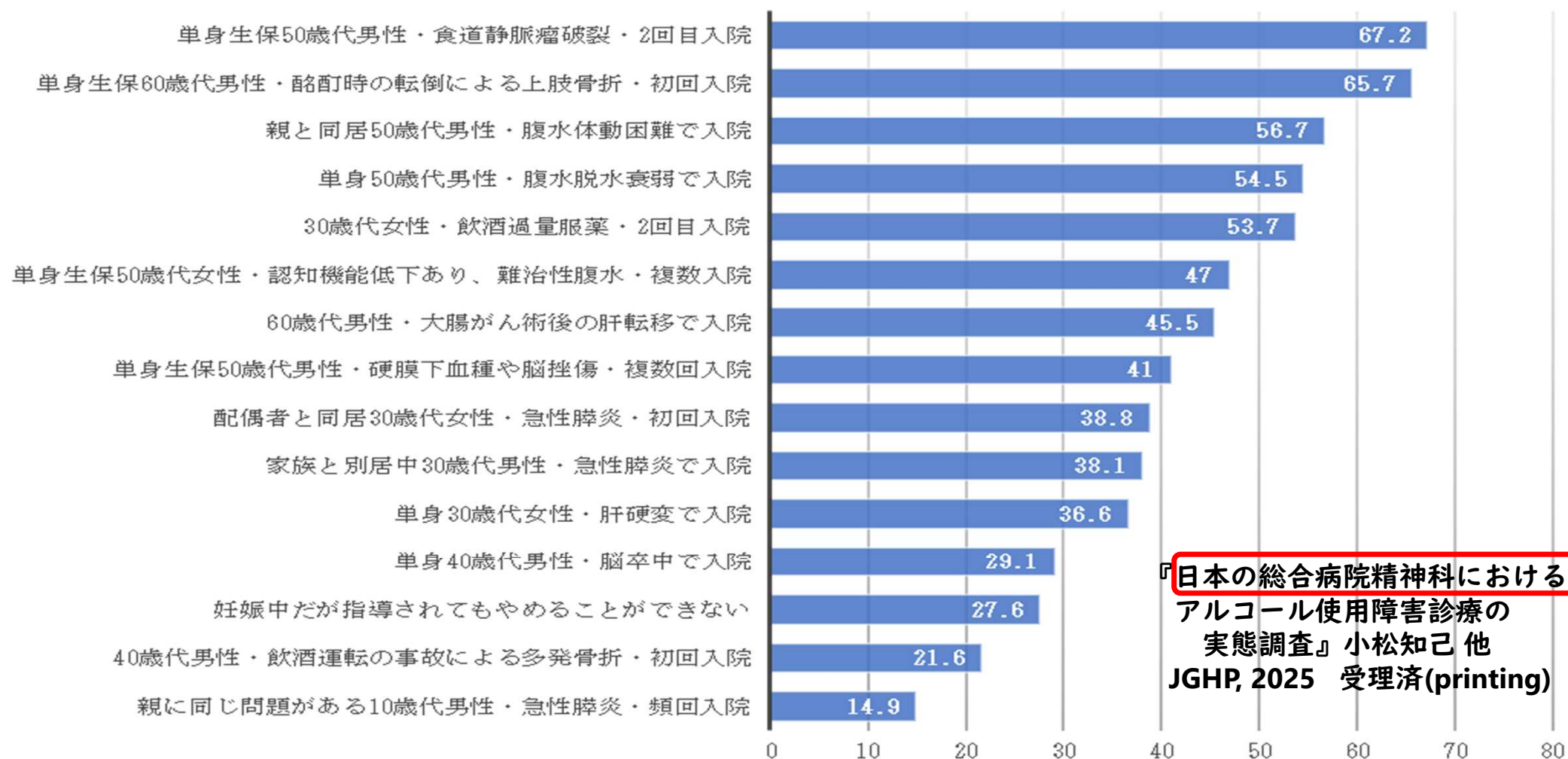
再外傷患者の67%にAL乱用あり

(WHOの調査2013)



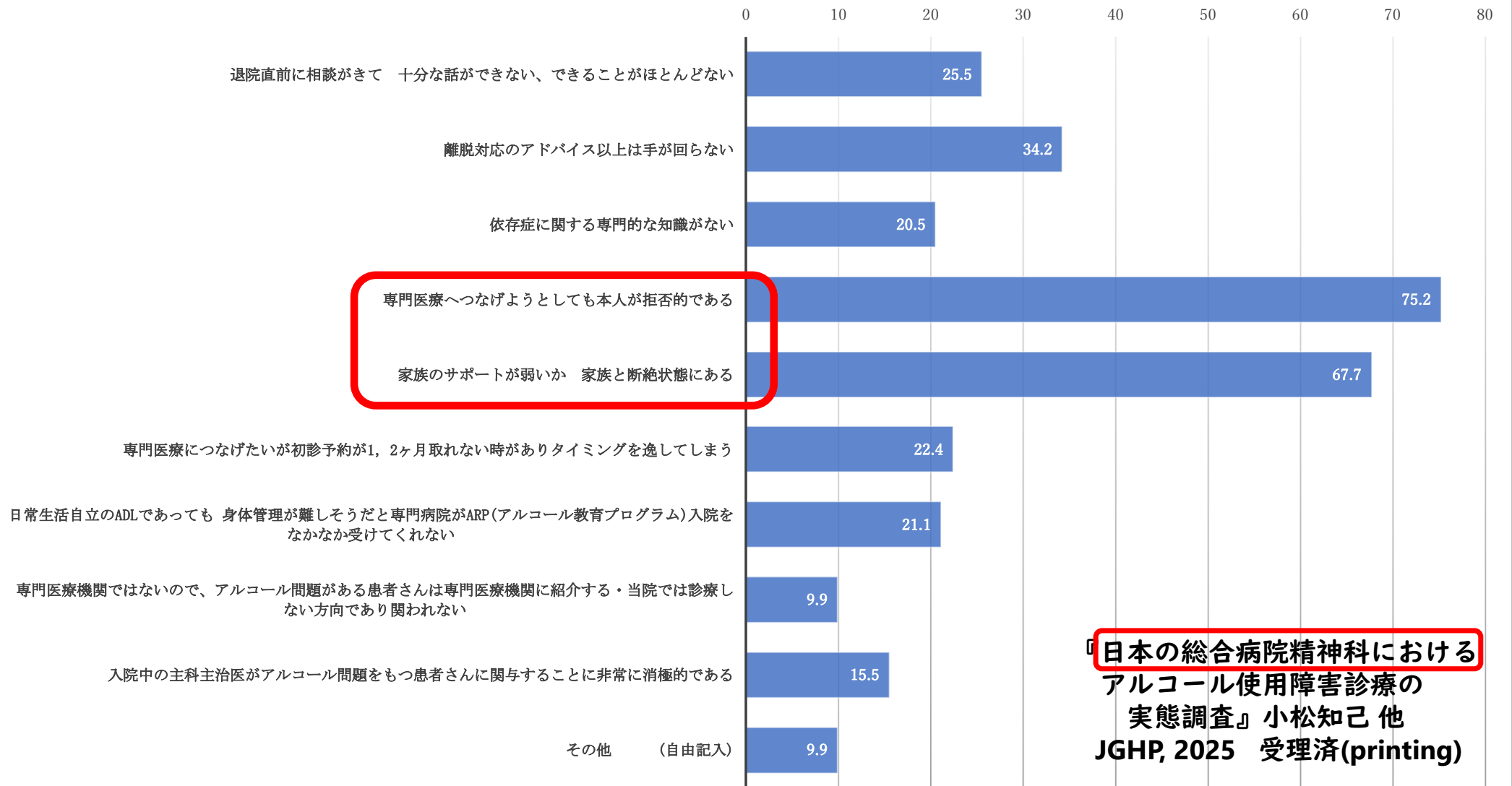
Fig.1.飲酒が原因と考えられる複合的困難をかかえる患者の経験割合(%)

※生保は生活保護受給中の略



『日本の総合病院精神科における
アルコール使用障害診療の
実態調査』小松知己 他
JGHP, 2025 受理済(printing)

Fig. 3. 治療介入で困難な点（％）複数回答可



第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

『日本の総合病院精神科における
アルコール使用障害診療の
実態調査』小松知己 他
JGHP, 2025 受理済(printing)

総合病院・一般医療機関の現状

＊救急告示病院の医師は多くが過労死レベル～その2倍(月80-155時間)以上の
時間外・休日労働をしてきた

→ 「医師の働き方改革」 2024年4月～是正措置の開始 まだまだ途上

＊救急告示病院での平均在院日数は非常に短い

診療報酬上でも18日以内(‘12年度)→16日以内(‘24年度) 注1と短縮

実際は 当院でも11-12日台 400-500床クラスだと10日未満がほとんど

「身体的に安定したら 即 退院or転院」の圧力が半端ない

＊地域の救急告示病院には常勤精神科医・スタッフは0か1だけ 注2

アルコール問題の専門治療を動機づけてくれる助っ人が僅少

注1 急性期一般入院料1 の規定

注2 JSGHP(日本総合病院精神医学会)実施の「総合病院精神科基礎調査2022」

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

『飲んで死ぬのも その患者の選択だから...』

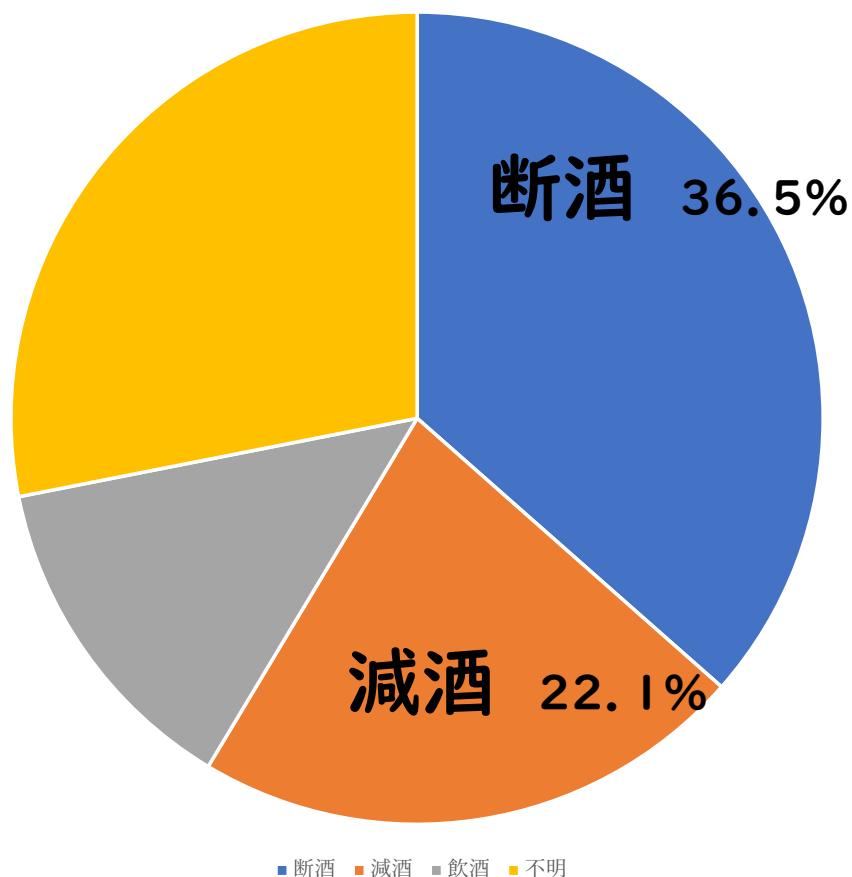
総合病院では多くの身体科医師・スタッフが
目の前で死んでいくアルコール患者さんに
対して 強い無力感を抱いている

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

精神科無床総合病院のAUD治療成績

助っ人がいれば ここまでできる！！

[図1] 治療成績



当院電子カルテでの後向き調査で
2015年1月1日時点での転帰を調査できた治療中
のアルコール使用障害(AUD)患者
計181名の治療成績

*男性 147名(81.2%)

女性 34名(18.8%)

*平均初診年齢 50.3 歳

*平均治療期間 663日

*治療転帰

断酒66名 (36.5%)

減酒40名 (22.1%)

飲酒24名(13.3%)

不明51名 (28.1%)

減酒は「週間飲酒量が治療開始前の最大値の1/3
以下に減少したもの」と定義

(小松知己 JJARP vol.19 no.1 2017)

93 %
は依存症

2019年3月 厚労省AL関係者会議でプレゼン

精神科無床総合病院の 補強は“Best Buys”

総合病院無床精神科を
中心としたアルコール連携医療

～その優位点と課題～

2019年3月29日
厚労省アルコール関連政策対策関係者会議
沖縄監獄病院リエゾンセンター/心療科
小松 知己
tkomatsu_psy@umin.ac.jp

《理由》

“主戦場” への
戦力投入

治療導入に最も
適した TPO

現実的

一般科・市民への
啓発効果が大

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

とは言っても

精神科無床総合病院に移籍する精神科医を

すぐに多数リクルートすることは困難・・・

何か 良い手はないものか？



2019年12月 厚労省AL関係者会議でプレゼン



「荒海」から
救急車で搬送された
患者に
総合病院の中で
タッチして
AL専門医療機関へ
つなげる
新しいタイプの連携
= **架け橋モデル**
こそが
Treatment Gapを
埋める決定打!!



第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

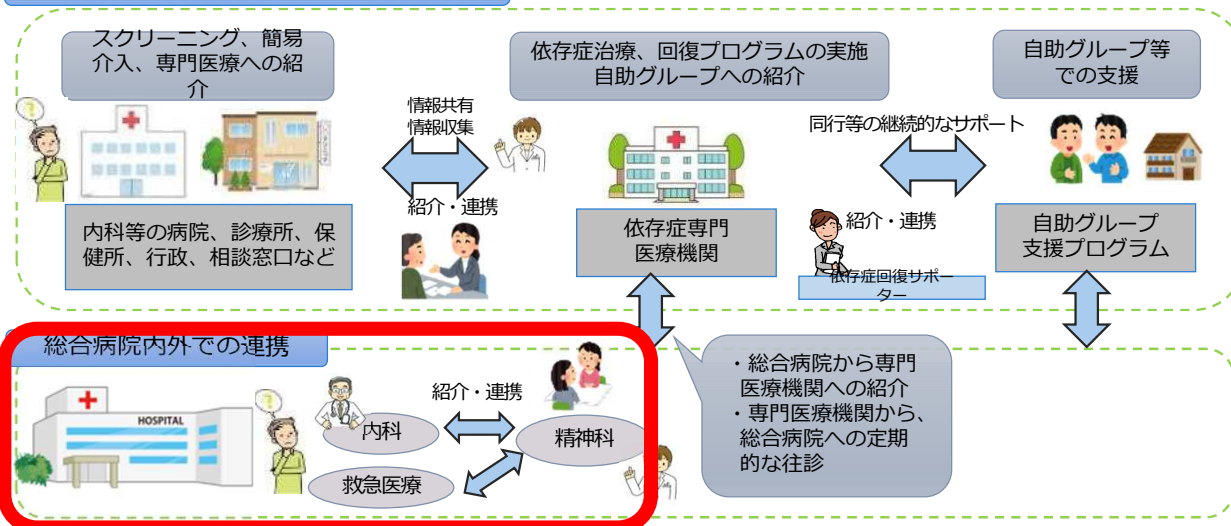
「架け橋」モデルが2020年度から 厚労省モデル事業に追加された

地域連携等による依存症早期発見、早期対応、継続支援モデル事業

依存症対策においては、関係機関の連携不足等により依存症患者が治療や支援につながらないことが課題であり、地域の関係機関の連携や総合病院内での診療科連携等を促進することにより、依存症患者を早期に発見し、適切な治療、支援に確実に結び付けることが重要である。

このため、地域連携等による依存症患者の早期発見から、早期対応、地域資源への接続、継続的なサポートに至る一貫した形でのモデル事業を創設し、全国的な展開にむけた事例の収集や課題の抽出を行う。

地域内での連携（保健所単位を想定）



○補助率：10/10

○補助対象：一連の対応に係る費用（スクリーニング等）、関係機関（部署）による情報共有に係る費用（会議等）、情報共有・収集やニーズ把握を行うリエゾンに係る費用（人件費等）、連携促進に要する費用（移動費等）、自助グループへの同行等の継続的なサポートに係る費用、同サポーターに対する研修費用等

往診型架け橋

精神科無床総合病院 & 専門医療機関

沖縄	県立中部病院 & 沖縄リハビリテーションセンター病院
熊本	くわみず病院 & 菊陽病院 (専門スタッフが3年間訪問→現在 休止中)
長崎	ロコメディカル江口病院 & あきやま病院
福岡	千鳥橋病院⇒千代診療所(門前診) & 菊陽病院
佐賀	国立福岡病院⇒国立佐賀病院 & 肥前精神医療センター
京都	京都民医連中央病院+京都協立病院 & 安東医院
滋賀	県立総合病院 & 県立精神医療センター ←コマツが縁結び
東京	練馬光が丘病院 & 昭和大付属烏山病院
	国立東京医療センター(有床総合病院) & まさこ心のクリニック自由が丘
山形	本間病院 & 山容病院

常駐型架け橋

無床総合病院内に**常勤精神科医2名**

沖縄	沖縄協同病院
北海道	手稲溪仁会病院

など

架け橋モデルのメリット

初診の**キャンセル率 0%**

動機づけをしやすい

➡ **専門医療機関への受診・入院につながりやすい**

身体科主治医とのディスカッションがしやすい

➡ **お互いの紹介ハードルが下がる**

身体合併症悪化の際も総合病院への受け入れが保証される

2020年8月～2021年10月末までの期間で

89名にスクリーニング

➡ 58名(65%)がアルコール依存症

➡ そのうち42名(72%)が専門医療機関に紹介

(沖縄での往診型架け橋実績 手塚先生の好意で引用)

架け橋モデルのデメリット

もともと多忙な依存症専門医に大きな負担 人件費の問題

病院管理者の理解がないと実現も継続も難しい・・・

アルコール使用障害の医療体制の理想 (慢性疾患として通常考えられる形)

参考：認知症での体制整備

認知症疾患医療センター (24年12月)
基幹型 21箇所 都道府県域
地域型・連携型 488箇所 二次医療圏域

<https://www.mhlw.go.jp/content/001310210.pdf>

認知症診療医 2689名

日本精神神経学会 (25年3月)

<https://www.jspn.or.jp/modules/ninchisho/>

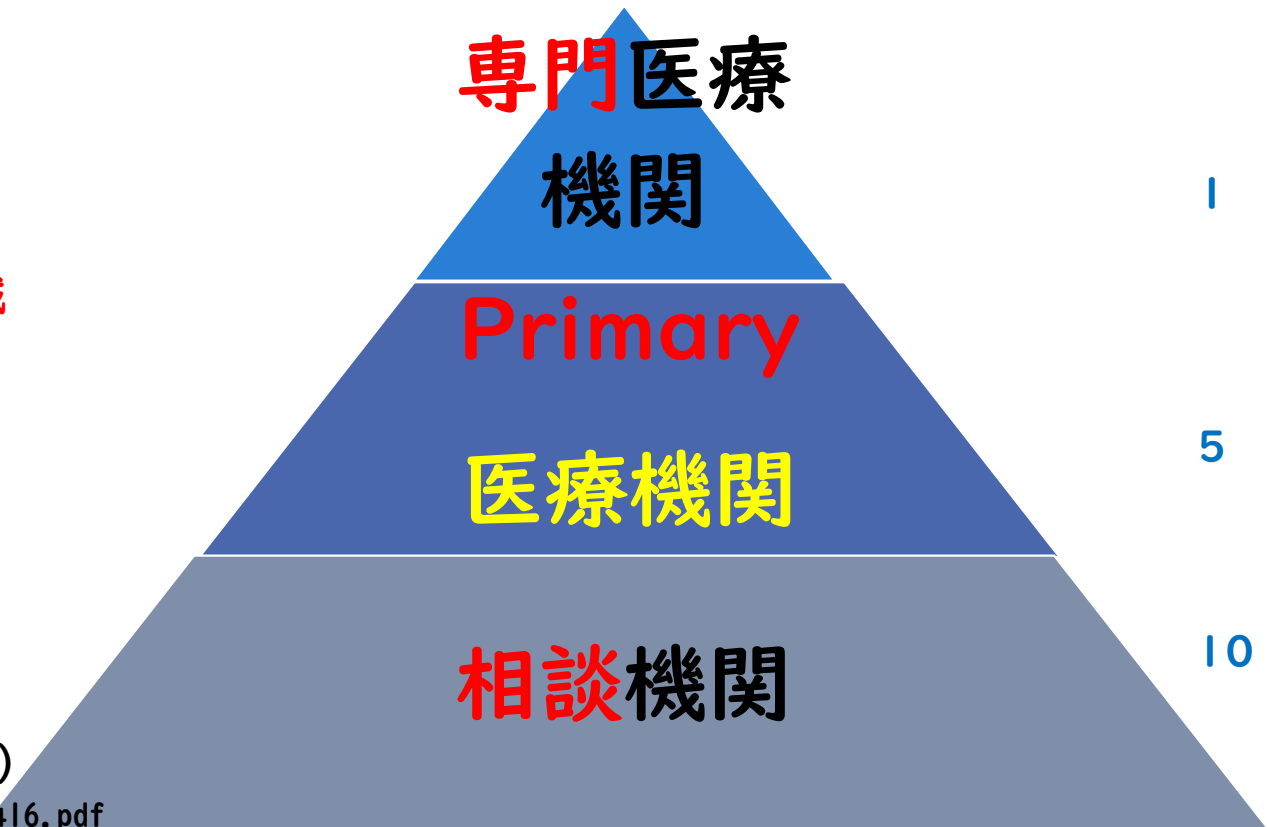
地域包括支援センター

4557箇所 (14年4月)

(ブランチ・サブセンター含めると 7228箇所)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001227416.pdf>

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24



アルコール使用障害の医療体制の実態

参考：
認知症
(推定患者数400万人)

専門医療機関 1
509箇所
primary診療医 5
2689名
相談センター 10
4557箇所

専門医療
機関

primary

医療機関

相談機関

アルコール依存症
専門医療機関
230箇所

依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関
リスト

<https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document11.pdf>
24年9月最新版より集計

Primary診療医
データなし 0

相談窓口 約538箇所 2

保健所 468箇所
全国保健所長会：保健所数の推移
<https://www.phcd.jp/03/HCsuii/>

依存症相談拠点
都道府県 50箇所
指定都市 20箇所

認知症での地域包括支援センターに相当する 相談窓口を飛躍的に増やすにはどうしたらいいか？

全国にある救急告示病院（総数 3904 2017年医療施設調査 注1）と
精神科病院（総数 11月末概数 1057 2024年医療施設動態調査 注2）に
ほとんど 必置されている **地域医療連携室** における
**AUDITなどのスクリーニングと相談を
診療報酬化する** ← 行政の仕事をタダでさせてはダメです

注1： <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003300618>

注2： https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m24/dl/is2411_01.pdf

一案です・・・

総合病院・一般医療機関の現状(続き)

＊救急告示病院のMSWはさまざまな圧力を受けている

注『R5年度依存症リカバリーソーシャルワークチーム事業報告書』(日本医療ソーシャルワーカー協会)

研修効果測定アンケート自由記載から

小松が読み取った管理者・上司の声

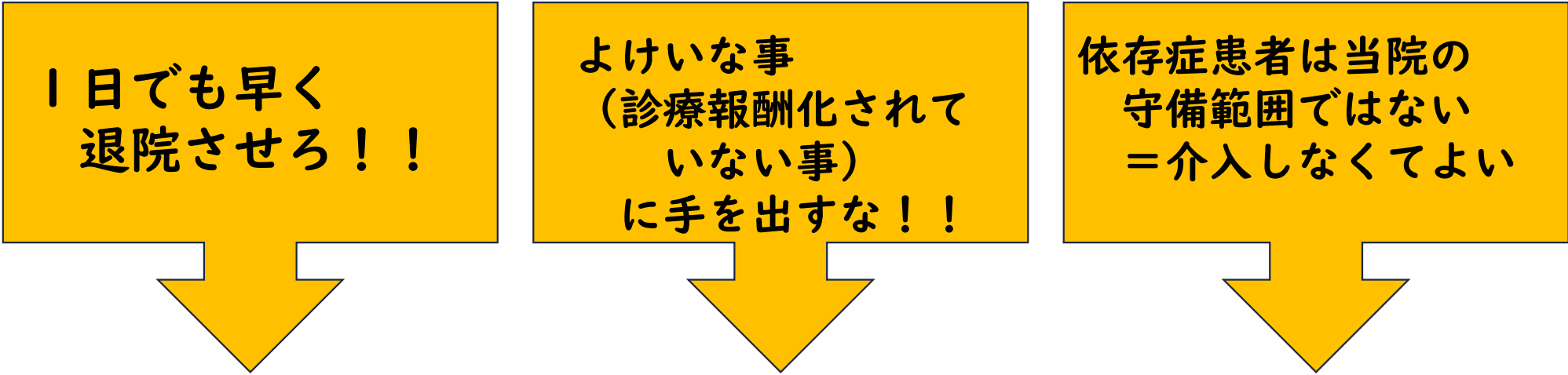


Fig. 4. 治療体制への希望 (%) 上位4つ解答



『日本の総合病院精神科における
アルコール使用障害診療の
実態調査』小松知己 他
JGHP, 2025 受理済(printing)

ア症の

プライマリ医療機関/プライマリ診療医は？

いわゆる 一般精神科医療機関 であるべき
(単科精神科病院・メンタルクリニック)

もはや 「うちは 専門医療機関ではないので…」

「うちはアルコール教育プログラムを実施していないので…」

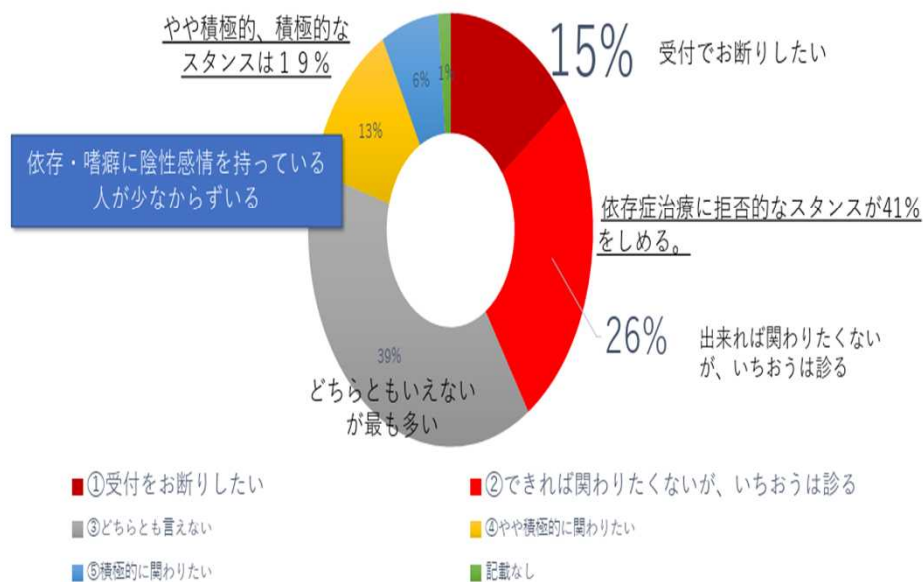
という スルーパスは許されない時代

内科における糖尿病診療のように ア症の初療を一般精神科で

実は「初診後にアルコール問題などが判明した」 患者さんは クリニックでもかなり診療している

日精診依存症アンケート 質問⑤

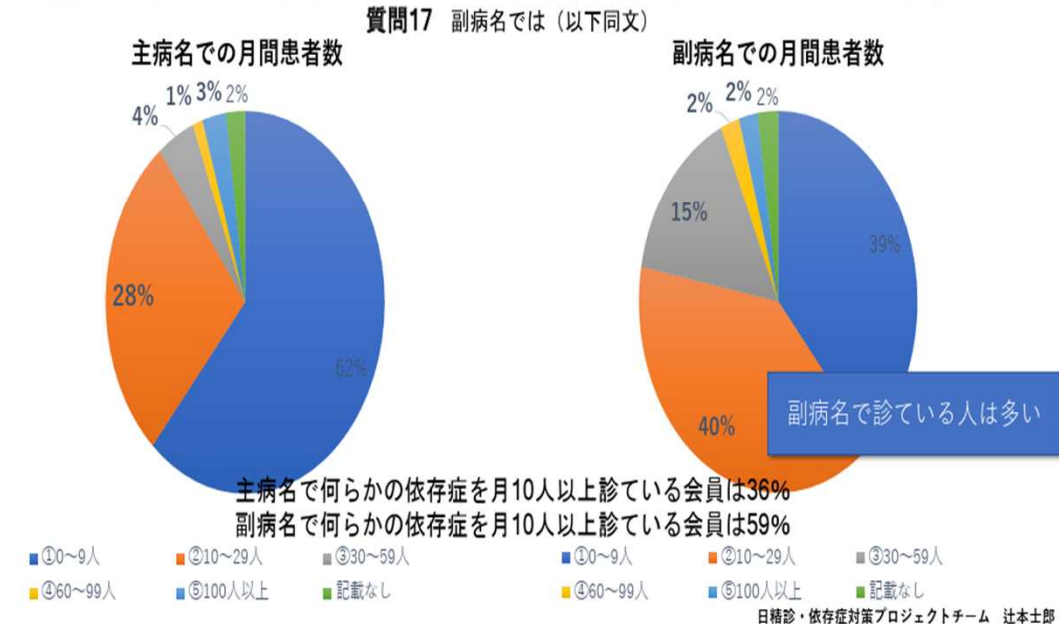
- 質問5 今後の、依存症・嗜癖問題への先生の対応・スタンスについてお尋ねします。



日精診・依存症対策プロジェクトチーム 辻本士郎

日精診依存症アンケート 質問⑯/⑰

- 質問16 主病名(あるいは主問題)で、月間の依存症・嗜癖問題の患者総数(アルコール使用障害、病的賭博、ネット・ゲーム依存、薬物依存・乱用、病的窃盗、性依存、摂食障害、買い物依存など)は、実数でおよそどのくらいですか。(ベンゾジアゼピンの臨床用量依存は含まないでカウントして下さい。)
- 質問17 副病名では(以下同文)



日精診・依存症対策プロジェクトチーム 辻本士郎

ア症の初療とは？

(コマツの私案)

受診した**すべての患者さんに** **丁寧にSBIRTS・支持的精神療法**を実施すること

特に 抑うつ・不安・不眠を主訴とした患者さん

欧米の うつ病者におけるア症の生涯合併率は10～60% (中央値30%) ¹⁾

日本での調査では うつ病障害患者における 問題飲酒併存率は男性27.3% 女性15.9% ²⁾

不眠には **診断 → まず睡眠衛生指導 とガイドラインに明記** ³⁾

S : AUDITをとる 意外にアルコール・タバコの情報は初診時に聴取されていない・・・

BI / RTS : まずは精神科医・スタッフと1対1の信頼関係をつくり 情報提供

両恊性に共感しつつ よりharmの少ない選択肢を一緒に考えていく中で専門医・自助グループへ紹介

→ **これは 基本的な支持的精神療法では？**

1) Sullivan LE, et al : The prevalence and impact of Alcohol problems in Major depression: a systematic review. Am J Med. 2005

2) 松本俊彦 他：うつ病性障害患者における問題飲酒の併存率 文献的対照群を用いた検討.精神医学. 2012

3) 睡眠学会：睡眠薬の適正使用ガイドライン online版. 2014

アルコール健康障害対策基本法(基本法)制定 ~2013年12月~ から11年・・・

いま 現実に行われていることを
一歩進めるだけでも 事態は大きく変わるはず

事態を変えていくには **数値目標**が必須!!

例：①保健所・精神保健福祉センターの相談件数総数

➡ **人口10万あたりの相談件数** も追加

②**プライマリ診療医の総数**を新設

専門医を増やす方策＝primary 診療医を増やす方策 底辺を大きくしなければ 山は高くない！！

参考：認知症での体制整備

認知症疾患医療センター (24年12月)
基幹型 21箇所 都道府県域
地域型・連携型 **488**箇所 **二次医療圏域**

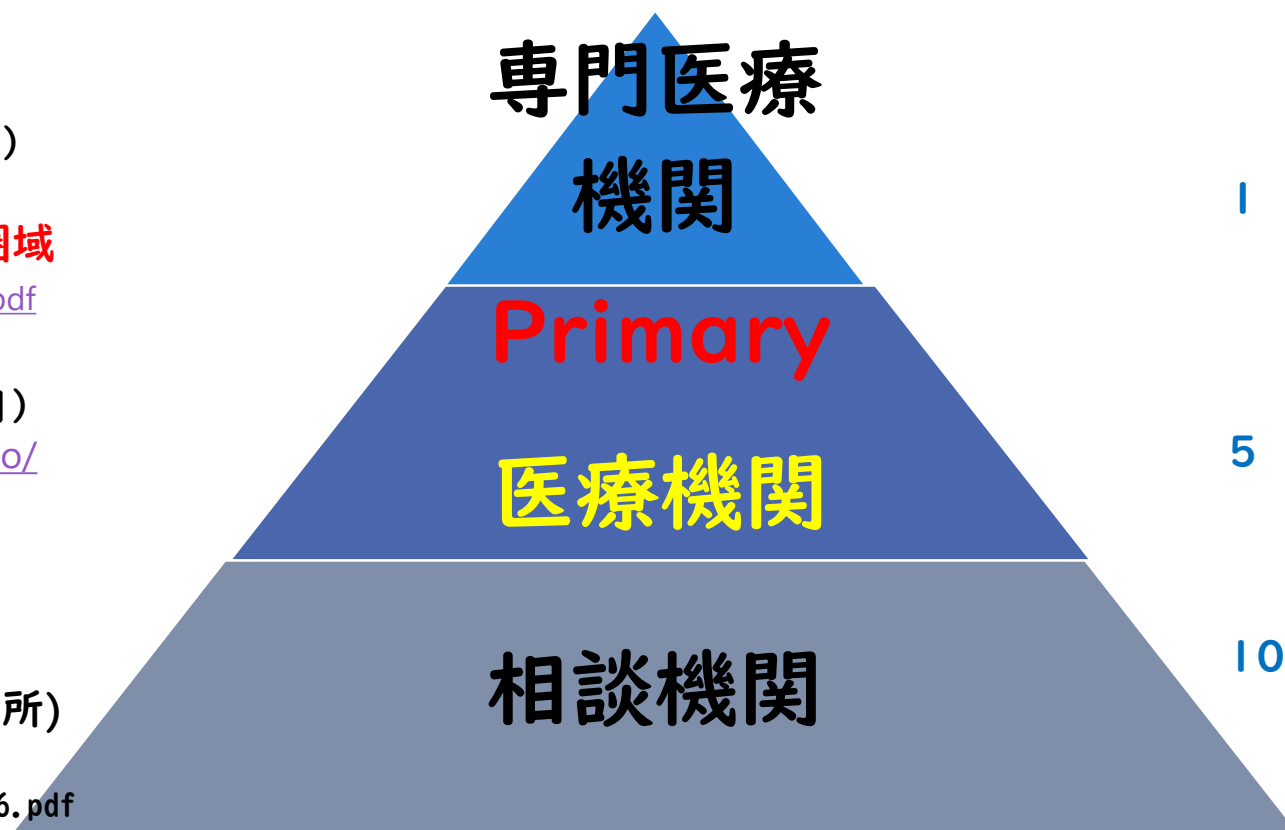
<https://www.mhlw.go.jp/content/001310210.pdf>

認知症診療医 **2689** 名
日本精神神経学会 (25年3月)
<https://www.jspn.or.jp/modules/ninchisho/>

地域包括支援センター
4557箇所 (14年4月)
(ブランチ・サブセンター含めると 7228箇所)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001227416.pdf>

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24



既にある 資源を有効活用して プライマリ診療医をもっと増やせる！！

アディクション研究の 温故知新

会 期 2025年10月23日(木)~25日(土)

会 場 学術総合センター 一橋講堂 (東京都千代田区一ツ橋)

大会長 上村 公一
(東京医科歯科大学大学院 歯学総合研究科 法医学分野 名誉教授)

アルコール依存症の診断と治療に関するeラーニング研修

セリクワの薬剤料算定の研修として、3時間のeラーニング講習が可能となりました

e-learning 研修サイトのメンテナンス
2025年2月26日 (13:00~18:00)

[続きを読む](#)

医学論文をダウンロード 医療の発展に貢献

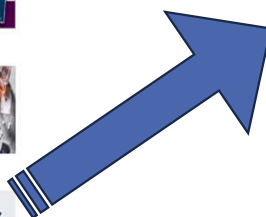
メディカルオンライン
Medical@Online
販売・ダウンロードはこちらから

日本アルコール・薬物医学会雑誌

WILEY
Virtual Issue
Alcohol and Addiction Studies
from Neurology, Pharmacology Reports

アルコール依存症の診断と治療に関するeラーニング研修

日本アルコール・アディクション学会



	内容	受講時間	講師
1	アルコール問題に関する法令・政策・ガイドライン	11分	樋口進 (久里浜医療センター)
2	アルコール依存症の概要と診断	23分	齋藤利和 (札幌医科大学)
3	アルコールと健康障害 (臓器疾患)	17分	坂本直哉 (北海道大学)
4	アルコールと健康障害 (精神疾患)	9分	齋藤利和 (札幌医科大学)
5	治療目標の選択	28分	宮田久嗣 / 吉治仁志 (東京慈恵会医科大学 / 奈良県立医科大学)
6	断酒治療・自助グループ	25分	宮田久嗣 / 杠岳文 (東京慈恵会医科大学 / 肥前精神医療センター)
7	飲酒量低減治療	19分	樋口進 (久里浜医療センター)
8	心理社会的治療	13分	堀江義則 (湘南慶育病院)
9	心理社会的治療解説動画	13分	—

受講・修了証発行期間 (アカウントの有効期限)
決済完了から、 30 日間 となります。

(アルコール・アディクション
医学会ホームページ)

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

大学での卒前教育・卒後教育はさらに改善が必要！！ やっていないことは教えられない・・・

北里大学医学部精神科学

[TOP](#) [教室紹介](#) [臨床](#) [研究](#) [入局募集](#) [寄附講座](#) [アクセス](#)



当教室は大学病院としては異色の精神科スーパー救急病棟、精神科アウトリーチチームを配備し、急性期から慢性期まで幅広く対応可能な診療を行なってきました。2020年3月までは主に北里大学東病院を診療の場としてきましたが、同院の閉院に伴い、2020年4月からは北里大学病院本院に新病棟を設立し、精神科入院治療からリエゾン診療まで総合的に対応できる環境を整えてリニューアルしました。

精神科臨床医の育成には特に力を入れています。神奈川県精神科救急システムの基幹病院として措置入院などの急性期対応のみならず、精神鑑定、医療観察法の鑑定入院も受け入れています。また、外来診療は1日300名を超える一般精神科外来に加え、児童精神、依存症、てんかん、認知症、睡眠障害などの専門外来、さらに精神科アウトリーチも行っています。

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

「こころの連携指導料」の適用拡大

かかりつけ医と精神科・心療内科との連携

こころの連携指導料 (Ⅰ)	350点	紹介元 (かかりつけ医)
こころの連携指導料 (Ⅱ)	500点	紹介先 (精神科)

精神疾患が増悪する おそれがあると考えられる/精神科医師による指導が必要と判断される 患者の診療情報提供書を1回以上やりとりした場合
1年間 患者1名につき 月1回 算定

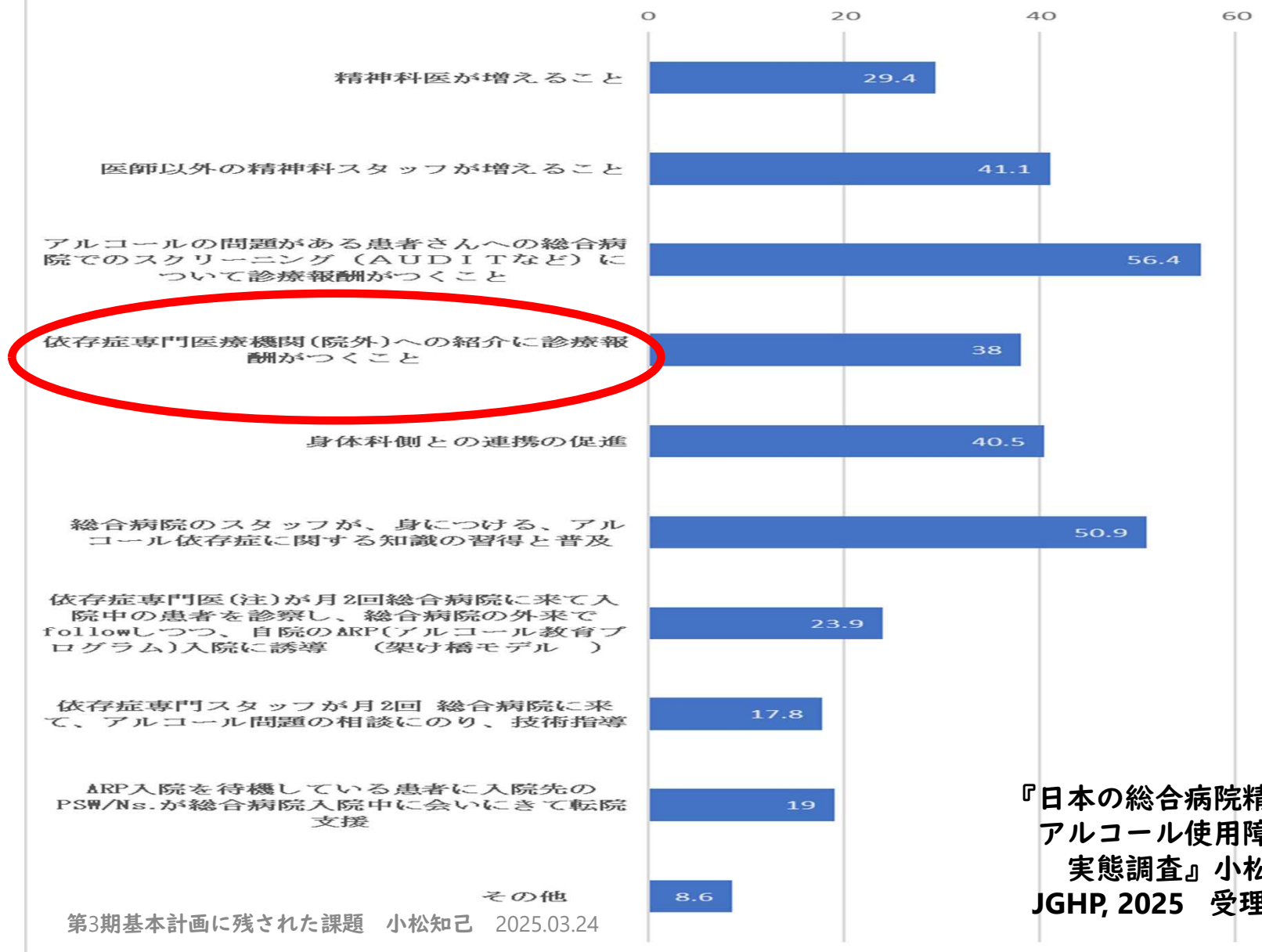
保険局医療課
へ確認済み

かかりつけ医：①SAD-Persons スケール・EPDS・K6 等(AUDITも含まれる)
でスクリーニングを行う
②自殺対策等に関する適切な研修を受講した医師の配置

この指定を変えたら
活用例が増えそう

精神科：精神保健福祉士1名以上配置

Fig. 4. 治療体制への希望 (%) 上位4つ解答



『日本の総合病院精神科における
アルコール使用障害診療の
実態調査』小松知己 他
JGHP, 2025 受理済(printing)

「こころの連携指導料」の適用拡大で起こること

かかりつけ医・総合病院身体科医師

「これは がんの疑いがあるから大きな病院に行きましょう」

『お願いします！！』のように

ふたつ返事で患者が紹介をOKしてくれる場合（診療情報提供料 2500円）
と異なり

ア症では

紹介して実際に受診するまで & その後の治療継続支援にも

多大な時間・エネルギーを要する ■ **その部分に報酬がつくと大きい！**

精神科医

一般医療機関との密な連携に報酬がつく 「架け橋」モデルにも応用可

ハームリダクションの定義

有害な物質使用を

やめようと思っていない or やめられない人々

について 必ずしも使用量が減らなくても

物質使用に関連して生じる害

(健康・社会・経済上の悪影響)を減らす目的で

行われる公衆衛生的施策や介入のこと

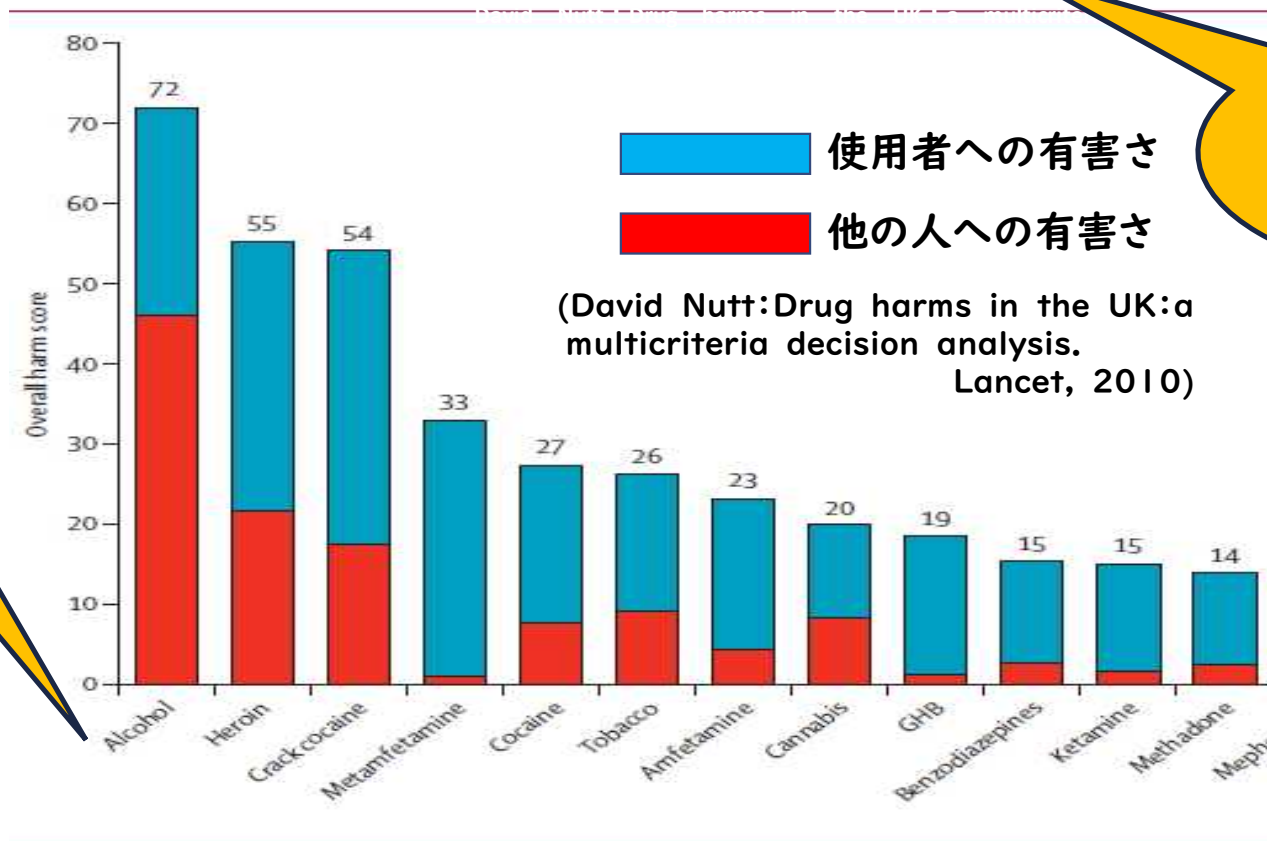
ex. 暴力・外傷・犯罪・精神疾患・栄養不良を減らす
& ヘルスケアを改善すること がゴール

(『Addiction Medicine 2nd.』2016 より抄訳)

アルコールという薬物の特徴 ➡ 他人への有害さ

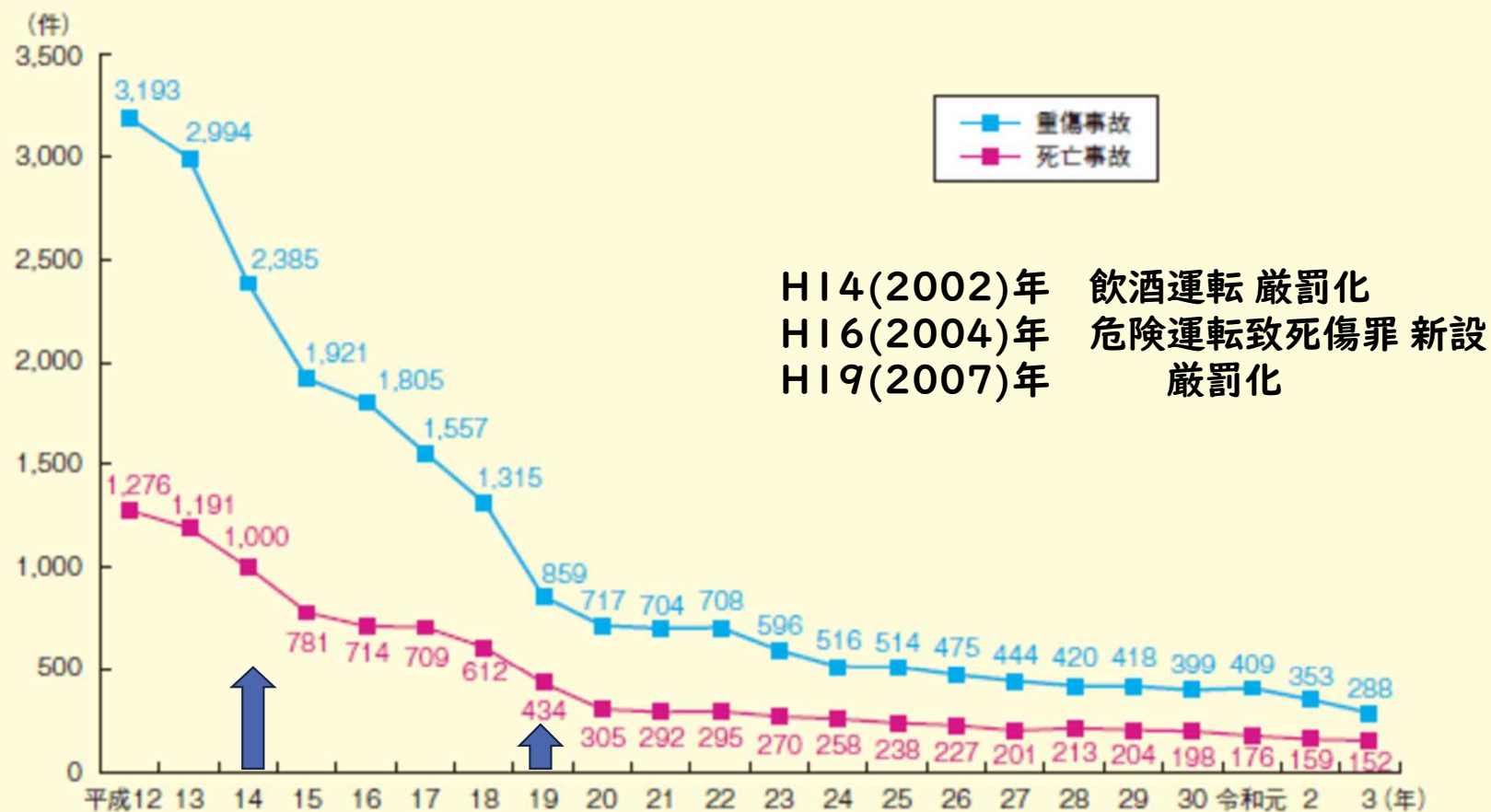
365日一緒に生活している家族が
最も被害を受けている!!

アルコールは
最強(最凶)の
合法薬物



Harm
Reduction は
まず家族から

▶特集-第22図 飲酒運転による死亡事故・重傷事故件数の推移（平成12年～令和3年）



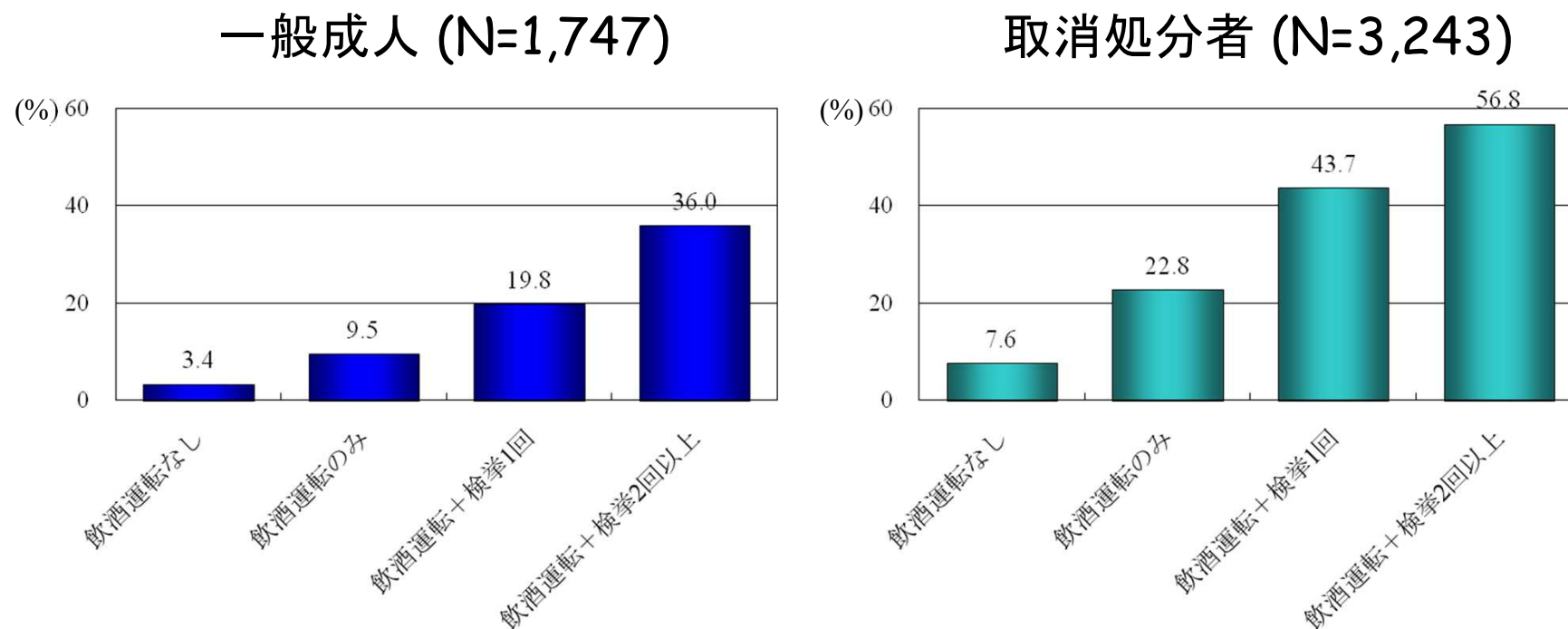
注 1 警察庁資料による。

2 自動車、自動二輪又は原動機付自転車を運転していた第1当事者の件数とする。

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

(交通安全白書2022)

飲酒運転経験とアルコール依存症との関係: 男性一般成人と取消処分者講習受講者の比較



図のパーセントはAUDITで15点以上の者の割合。

- ・樋口進. 厚労科研「わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病、公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究(研究代表者: 石井裕正)」2008年度報告書.
- ・樋口進. 未発表データ.

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

飲酒運転理由と依存症との関係: 男性飲酒運転経験あり

飲酒運転理由	アルコール依存症の疑い(+) (N=71)	アルコール依存症の疑い(-) (N=486)	統計的有意差
飲酒運転の自覚がなかった	25.4%	18.9%	0.2042
大きな問題にならないと思った	52.1%	50.3%	0.7765
悪いことだと思わなかった	9.9%	11.7%	0.6446
飲酒量が少ないので大丈夫	74.7%	79.1%	0.3935
飲酒から時間がたっていた	73.2%	74.8%	0.7784
飲みたい気持ちが強かった	63.8%	37.2%	<0.0001
1日中酔っていた	4.2%	1.7%	0.1464
前日の飲酒量を減らせなかった	47.1%	15.5%	<0.0001
いつもの場所だから大丈夫	56.3%	51.2%	0.4220
目的地が近かった	67.6%	74.4%	0.2270
事故を起こさない自信があった	71.8%	68.0%	0.5128
捕まったことがないので大丈夫	40.9%	46.5%	0.3728
他の交通手段がなかった	46.5%	58.3%	0.0612

アルコール依存症の疑い: AUDIT得点が15点以上の者

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

樋口進. 厚労科研「わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病、公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究(研究代表者: 石井裕正)」
2008年度報告書.

飲酒運転後の受診義務条例 は一定 効果がある！！

(調査時点で) 受診義務がある三重県・福岡県
保健指導勧奨がある 北海道
vs 他県

調査1 飲酒運転者の受診率 義務がある県は比較的高い
勧奨のみだと低値

調査2 介入前・介入後の飲酒運転事故
全交通事故などの変数を調整
受診義務がある県は飲酒事故減

(吉本 尚:飲酒運転後の受診義務条例の効果検証. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 2021)

ただし 三重県・福岡県からの別研究で「実際に受診する群は軽症ア症者が多い」ことも判明

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

もう一歩進めて **運転免許制限と治療とを組み合わせると
更に効果がある** → **現在の質問票・意見書
方式は改善の余地あり**

カリフォルニア州全体における飲酒運転の再犯について分析
カリフォルニア州裁判所で**飲酒運転有罪判決を
うけた運転免許保有者**全員を対象に研究

分析の結果 飲酒運転の前科のレベルに関わらず
**アルコール治療と運転免許の制限または
停止処分を組み合わせることが
最も低い飲酒運転再犯率と関連**すると示された

(DeYoung, D. J.:An evaluation of the
effectiveness of alcohol treatment, driver license
actions and jail terms in reducing drunk driving
recidivism in California.
Addiction ,1997)



第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

もう そろそろ 日本でもインターロック導入推進をする時期では？



【シンポジウム】アルコール依存症が背景にある飲酒運転（Session2・質疑応答）

日本の厚生労働省等の医療および関連行政機関による動画コンテンツ

アルコール・インターロック 世界の潮流

- ✓ 1980年代後半、アメリカ発祥と言われている。
- ✓ 2000年以降、北米、オーストラリア、ヨーロッパで法制化（違反者）実績やエビデンスが増加
- ✓ EUの交通安全委員会ではILは、ABS,ADAS,シートベルトリマインダーとともに一般的な車両安全技術と位置づけ
- ✓ EUの販売車両には、アルコールインターロック向けの配線対応が義務付けられている
- ✓ 2022年、WHOは再犯者対策としてアルコールインターロックを「Effective」として政策導入を推奨。



Home / Publications / Overview / Drink-Driving: A Road Safety Manual for Decision-Makers and Practitioners

Drink-Driving: A Road Safety Manual for Decision-Makers and Practitioners

A revised edition of the drink-driving guide for policy-makers and practitioners

12 May 2022 | 40 pages



Download (3.8 MB)

Overview

This manual provides guidance for decision-makers and practitioners to reduce the prevalence of drink driving and associated road trauma. It draws on experience from countries that have succeeded in achieving and sustaining reductions in alcohol-related road trauma, and includes recommendations for developing and implementing drink-driving legislation, and advice on how to monitor and evaluate progress.

<https://www.who.int/publications/m/item/drink-driving-a-road-safety-manual-for-decision-makers-and-practitioners-2022>

Table 2. Evidence status of drink driving interventions

Interventions	Effective	Promising	Insufficient evidence	Ineffective
Legislation (Section 2.1)				
Setting BAC limits - e.g. BAC limit for the general population not exceeding 0.05g/dl, BAC limits for other driving groups (young novice drivers, professional commercial drivers not exceeding 0.02g/dl)	✓			
Penalties that reflect the seriousness of offence (higher penalties for higher BAC levels), and that are graduated for recidivists	✓			
Enforcement of BAC limits (Section 2.1.2)				
Random breath testing (preferred)	✓			
Stationary checkpoints	✓			
Restrictions on young/unlicensed drivers (Section 2.2)				
Licensing restrictions - e.g. graduated driver licensing (GDL), provisional licence with BAC for novice drivers	✓			
Offender management (Section 2.3)				
Offender programmes		✓		
Alcohol ignition interlocks	✓			
Alcohol rehabilitation and/or treatment programmes	✓			
Public education (Section 2.4)				
Designated driver programmes			✓	
Public awareness campaigns (general)				✓

その他の動画

37:48 / 1:04:19

第3期基本計画に残された課題 小松知己 2025.03.24

アルコール依存症当事者・家族へオンラインアンケート結果報告

【アンケートの経緯】

今大会パネルディスカッションの打ち合わせの中で、「当事者・家族が自助グループに繋がるきっかけを聞いてみたいという」医師の言葉より急遽設問を考え、当初は全体で50回答くらいなら数日でまとめられると判断し作成。
しかしながら当初考えていた以上の回答数と多様な回答があり、またこの結果を長年断酒会に所属されている当事者・家族の方は勿論、今大会テーマにもある、まだ自助グループや医療支援に繋がらない方々や多業種の支援者が参加されるこの場で知ってほしい、こんなこと求められているということを知って頂くためピックアップした回答を載せております。

～アンケートにご協力くださった全国各地の皆様にご心より感謝申し上げます。～

【回収・拡散方法】

- ※無記名で参加
- ・4/24(水)沖縄県断酒会オンライン例会内参加者へ呼びかけ。
- ・4/25(木)具志川断酒会例会で用紙配布
- ・アルコール依存症家族ネットワーク会員内で報告→会員より自例会で拡散
- ・沖縄オンライン家族会公式LINEにて配信
- ・上記情報源から知った参加者から各地域の断酒会の連絡網 や個別、SNS (LINE・FacebookやX(旧Twitter))にて拡散。
- ・4/28(日)沖縄県断酒会総会にてアンケート用紙で回収

【回答方法】

Googleフォーム
(アンケート用紙は企画者が用紙回収後にフォームへ手入力)

【回答期間】

2024年4月24日～29日【計:6日間】
※アンケート手入力時にフォームの回答受付解放をしたため期間外にも数件回答が受信された。厳密には7日間

【質問内容】

《選択制質問》 ※無記名回答

自助グループの属性、性別、地域、年代、家族の自助在籍年数、当事者の自助在籍年数(家族・当事者)

断酒のきっかけ/スリップ時の感情/スリップ時家族に臨む対応(当事者のみ)

《自由記述》

- ・自分自身のためにどんなサービスがあったらよいか
- ・当事者(家族)の為にどんなサービスがあったらよいか
(上記2問は家族・当事者それぞれに設問)

- ・自助グループに繋がるまでの流れ(家族のみ)

約6日間での回答数

【回答数】

家族・当事者 回答合計数: **234**

・家族・	
アンケート用紙回答	11
オンライン回答	123
合計	134

・当事者・	
アンケート用紙回答	32
オンライン回答	68
合計	100

全断連九州ブロック大会
(2024.06.09 浦添市)
シンポジウムを準備する
過程でコマツが出したアイデア
を沖縄県断酒会家族会員
(第6期関係者会議委員)
長嶺乃里子さんが
左記のように実施

当事者が自助グループ参加した
契機で多いもの

家族からの説得 ▯ **家族が先に
つながる**

**仕事なくなった
仕事に支障**

家族からの要望

「現実味のないことでも可」
という問いかけに寄せられた
たくさんの切実な
家族の回答・・・

- * 当事者から避難できて
カウンセリングなどのケア
が受けられるシェルター
- * 子育て支援
(自助グループに参加するのも
大変・・・)
(未回復の当事者は子どもより
手間がかかる大きな子ども)
- * もっと早期の治療導入
(緊急入院も含めて)

当事者からの要望

即時応答性をもとめるものが多い

- * 不安になったとき24時間いつでも
相談できるところ
- * 飲酒欲求があったり強いストレスを
感じた時に話を聴いてくれる
電話かLINEのサービス
- * オンラインミーティング



第3期 基本計画に残された課題

まとめ

a. 巨大なTreatment Gap(治療格差) の解消

精神科無床総合病院への補強

AUDITの診療報酬化 「架け橋」モデルの普及
地域連携室の相談機能活用

適切な数値目標の
設定を！！

一般精神科医がSBIRTSなどでア症の初療を行う

「こころの連携指導料」の適用拡大

b. Harm Reduction

← 実はa.でもある

家族のケア&サポート ← 早期から困っている 家族を本人とした保険診療

飲酒運転対策 ← 強制力がある 受診義務化とインターロック普及

c. 療養・就労両立支援

← 実はa.でもある

失職する前に産業保健から関わる ← 少子高齢化＝働き手が少なくなる 時代に
いつまでも「失職して生活保護」でいいの？

当発表について
開示すべき COIはありません

ご清聴ありがとうございました



Blue Rose
花言葉 夢がかなう
不可能を達成
他

約3割の再犯者によって、約6割の犯罪が行われているという調査結果もある中、[付録]
一般刑法犯の認知件数は減少傾向にあるものの、**検挙人員（犯罪少年を含む）に占める再犯者の割合（再犯者率）は、平成9年以降一貫して上昇し続けており、平成25年には約5割を占めるまでに至っている。**

また、平成25年に新たに受刑した者の約6割は、過去に受刑歴がある再入者によって占められている。
(H26=2014年 犯罪対策閣僚会議決定 『宣言：犯罪に戻らない・戻さない』)

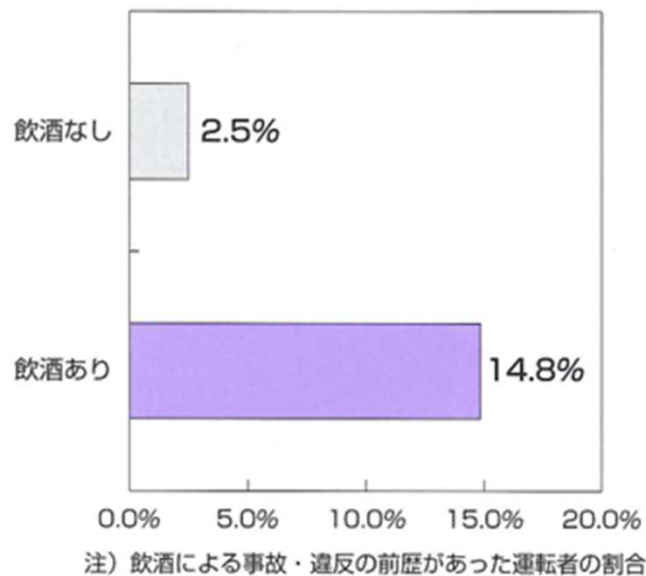


図19 飲酒有無別の飲酒運転の前歴
(死亡事故の第1当事者、平成11年中)

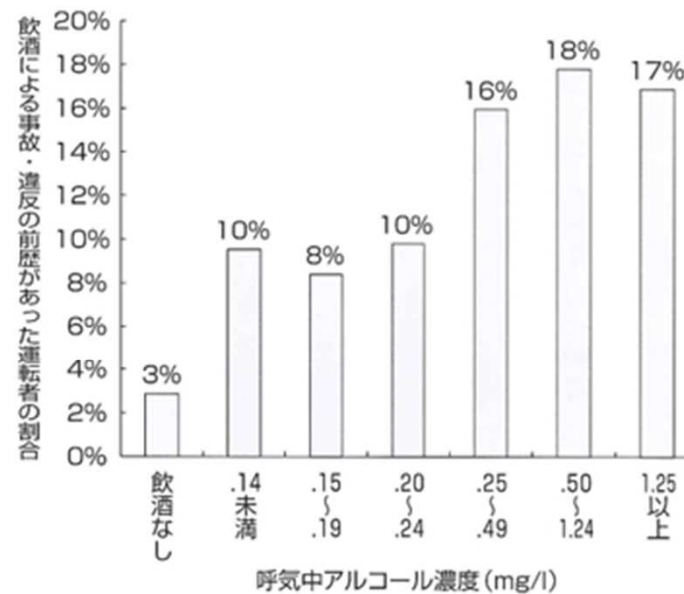


図20 呼気中濃度別の飲酒運転の前歴
(死亡・重傷事故の第1当事者、平成11年中)

飲酒による
死亡事故の加害者は
飲酒運転を繰り返して
いる！！

(イタルダ・
インフォメーション
no.28, 2000)



飲酒運転以外の
アルコールが絡む犯罪
(傷害・窃盗など)でも
再犯者が多いのでは？

2. 医療機関ができること

**飲酒運転防止は家族のサポート・ケアと並んで
大きなおおきなハーム・リダクション**

通院/移動手段の確認

外来受診時にアルコール呼気検知器or血中濃度測定でチェック

教育プログラムに飲酒運転を組み込む

運転免許更新/再取得を断酒の動機づけとして活用する

(上記について

Google forms で行った医療機関の実態調査アンケート結果が次項)

2. 飲酒運転に関わる診療内容の実態調査（予備的web調査）

対象：アルコール連携メーリングリストに登録している医療機関関係者

（アルコール・薬物依存症回復支援の医療・福祉関係者が個人で登録

登録アドレスは2024年11月2日現在で1009）

調査方法：Google forms で作成した質問に

「1医療機関1回答」として回答してもらう

調査期間：2024年10月25日～ 同年11月4日

結果： 全国の34医療機関から 回答

内訳 アルコール依存症拠点医療機関 9

アルコール依存症専門医療機関 8

上記以外の医療機関 17

参考：全国のアルコール依存症拠点・専門医療機関 計230

さまざまな意見 さまざまなアプローチ・・・ （自由記載欄より抜粋）

＊認知症やてんかんに関してもそうだが、**地方のため自動車運転が生活に必須なので悩ましい問題。**

＊断酒の動機づけになることも多い。

＊実際に飲酒運転している者に関しては支持。

しかし免許更新時に減酒治療中の軽症アルコール依存症患者が正直に回答すると更新できないことについては不支持。

＊**最大の問題は、未治療のアルコール依存症者の運転でしょう。**

＊治療効果については疑問が残るが、当座の公共安全としては時代の要請として妥当。

＊アルコール依存症の**回復の場につながっていることという基準があっても良いと思う。**

3. 好事例の紹介

特に**産業保健と連携すると効果的！**

40歳代 男性 某大手企業に勤務

アルコール性急性膵炎で当院入院 それを契機に断酒志向した治療を開始
「ガマンの断酒」で約半年は経過したが 崩れて 治療中断
暴力も絡んだ飲酒運転で逮捕される → 免許停止

...

**本人・人事課・産業保健師・主治医で関係者会議をひらき 治療の枠組みを
合意 完全断酒を開始**

職場のサポート(本人が所属する自助グループ例会の曜日は残業を
できるだけさせないよう上司が配慮 / 職場全体で免許再取得を応援)
もあり「6ヶ月の完全断酒」などの条件をクリア

運転免許を取り戻し 自助グループ例会に通いながら 職場で精勤中