

アルコール健康障害対策関係者会議
健診・医療ワーキンググループ
第3回議事録

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）付

第3回 アルコール健康障害対策関係者会議
健診・医療ワーキンググループ
議事次第

日 時：平成27年6月12日（金）13:00～15:01

場 所：合同庁舎8号館（8階）特別中会議室

1. 開会

2. 意見交換

- (1) アルコール健康障害に関する現状、取組等について参考人からの報告
 - ・「地域、職域における対策（SBIRT）について」（太田参考人）
 - ・「救急医療現場における酩酊にまつわる諸問題について」（柴山参考人）
 - ・「医療機関における節酒指導（SBI）について」（伴参考人）
- (2) アルコール健康障害に係る医療の充実等
- (3) その他

3. 閉会

○杠座長 それでは、定刻となりましたので、ただいまより、第3回「アルコール健康障害対策関係者会議 健診・医療ワーキンググループ」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、御多忙のところ、御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

まず初めに、事務局から委員の出欠状況と本日の資料について説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害福祉部松崎専門官 事務局から委員の出欠状況と本日の資料について御説明させていただきます。

本日は、田辺委員、松本委員から欠席の御連絡をいただいております。

また、本日は、地域・職域における取り組み、救急医療現場における酩酊にまつわる諸問題に対する取り組み、医療機関における節酒指導の取り組みについて御発表をいただくために、岡山市こころの健康センター太田順一郎様、市立四日市病院救命救急センター柴山美紀根様、名古屋大学大学院伴信太郎様に参考人として参加いただいております。

続きまして、お手元の資料について確認させていただきます。

資料1-1、太田参考人提出資料「地域におけるアルコール関連問題に対する取組」

資料1-2、柴山参考人提出資料「アルコール健康障害対策 救急医療の現場から」

資料1-3、伴参考人提出資料「プライマリ・ケアにおけるアルコール問題の現状とあるべき姿」

なお、伴参考人からアルコール健康障害関係者会議宛てに要望書をいただいております、資料の後ろにつけさせていただいております。

資料2、健診・医療ワーキンググループ整理票、こちらは、今回の議題である医療の部分についてのみお示ししております。

参考資料として、健診部分の整理票をつけさせていただきました。こちらは、前回までの議論を踏まえ、座長と事務局でまとめております。16時からの関係者会議で杠座長より御説明いただく予定です。

以上です。過不足等ございましたら、挙手によりお知らせください。

それから、本日の会場は、本数の都合から全てのお席にマイクを用意できておりません。御発言の際は、係の者がマイクをお持ちしますので、そちらを御利用ください。

事務局からは以上です。

○杠座長 ありがとうございます。

続きまして、本日の会議の流れについて事務局から説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害福祉部松崎専門官 前半は、参考人3名から御発表いただきます。後半は、アルコール健康障害に係る医療の充実等について整理票をもとに御議論いただきたいと考えております。

以上です。

○杠座長 それでは、議事に入りたいと思います。

まず、取り組みの御報告をいただくということで3名の参考人にあらかじめお願いしております。お忙しい中、御出席いただきまして、本当にありがとうございます。

進め方は、参考人から10分程度で御報告をいただきまして、その後、10分程度の質疑を行い、それを3人繰り返すという流れで進めてまいりたいと思います。

本日は、参考人の御発表もちろんそうですが、大事な議論が後半にもあります。また、16時から関係者会議も同じ会場で開催されますので、発表時間は遵守いただきますよう御協力をお願いいたします。

では、初めに、岡山市におけるアルコール関連問題に対する取り組みについて、岡山市こころの健康センター太田順一郎様に御発表いただきます。

では、太田様、よろしく願いいたします。

○太田参考人 それでは、早速始めさせていただきます。岡山市の太田と申します。

10分ですね。

○杠座長 質疑応答を合わせて20分というところをお願いします。

○太田参考人 そうなのですか。

○杠座長 はい。

(PP)

○太田参考人 頑張って10分でおさめます。いつもはスライドをたくさんつくって評判が悪いので、きょうは少な目にしたつもりです。

きょうの発表は、岡山市でやっていることをそのまま御報告するだけのもので、ネタは2つ。1つは職域への介入、もう一つは、よく地域でのG-Pネットと呼ばれる、いわゆる一般医の先生方とアルコールの専門医たちのネットワークをつくるという2つの事柄を発表させていただきます。

私は、精神保健福祉センターに勤めているのですが、精神保健福祉センターというのは精神保健福祉法の6条で定められている組織で、運営要領というのがその下にあるのですが、その中に精神保健福祉センターが何をやるかがあれこれ書いてあります。そのごく一部を抜粋しているのですが、3行目ぐらいですが、「心の健康相談から、精神医療に係る相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール、薬物、思春期、認知症等の特定相談を含め、精神保健福祉全般の相談を実施する」ということで、精神保健福祉センタ

一は地域における精神保健の中核機関なのですけれども、具体的にはこんなことをするのだというを一応例示してくれています。その例示の中で、比較的難しい精神保健領域のテーマ、難しいから精神保健福祉センターで取り組むべきテーマとして、アルコール、薬物、思春期とかが挙げられているということですから、精神保健福祉センターはアルコールをやるのが本来業務なのだというふうに、このセンター運営要領からは考えていいのかとは思っています。

実際にどうなのかというと、これは、おととしにセンターの中で調査してみたのですけれども、センターにいろいろな業務に関してどんなことをどんなふうに行っていますかというのをあれこれ聞いてみた、そういう結構広範囲の調査です。その調査のうち2問だけが依存症関連の問題だったのですが、その結果がこれです。アルコール依存症関連で何かやっていますかという質問をしてみると、一応7割が定期的にやっている。3割近くが時々やっているという答えなので、内容はわかりませんが、各自に聞くと、精神保健福祉センターはアルコールに関する取り組みを一応は何かやっているということになるようです。

では実際に何をやっているのかというのを聞いてみたのがその2問目になるわけですが、専門職を対象にした研修会とか、断酒会・家族会等に関連する組織育成、関係機関への技術支援という、上から多い順番なのですけれども、その辺が多いということでした。ですから、自分で直接的にかかわるというよりは、どちらかというとそういうことにかかわれる人たちをつくるとか組織をつくるとか、そういう対応している人たちの支援をするとか、そういう感じの取り組みが多いのだろうと思います。

それも、うちなんかは政令指定都市の精神保健福祉センターなのですけれども、都道府県の精神保健福祉センターと政令指定都市のセンターでは少し違うみたいで、うちなんかは市ですから、精神保健福祉センターといっても直接的な支援をしやすい。都道府県だと直接的な支援もしますけれども、どちらかというと保健所を支援する形で個別の支援を行ったりということがふえるのではないかというふうに思っていますから、その辺は都道府県型と政令指定都市型で少し違うだろうとは思っています。

ここからが岡山市でやっていることなのなのですが、私が精神科の病院でアルコール依存症へのかかわりが結構多かったものなのですから、そのときに気になっていたことが2つぐらいあります。その1つが、言葉がちょっと不適切かも知れませんが、「退職アル中」の問題です。高齢者のアルコール問題が取りざたされる中で、60とか65とか定年までは勤め上げてしっかりお仕事をしてくられた方々の中に、最後のころにはだんだん週末過剰飲酒型になって、かなりお酒の問題が出てきているけれども、仕事は何とかこなして済ませたという方々がおられます。そういう方々が退職してしまうと、半年とか、ですっかりアルコール依存症が完成してしまうということが結構ありました。これにもう少し早い時期に何とか介入できないかという問題意識です。もう1つは、内科の先生やいろいろな先生方にアルコールの人たちを紹介してもらっただけけれども、こちらとしては一生懸命対応し

ているのだけれども、向こうにとっては不十分な対応になっているのではないか、という
思いです。もう少しうまく連携できなかったかな、という思いです。この2つのことが、
臨床の中で思っていた問題点です。

それに対して2つ、今、取り組みをしているということになりますが、1つ目が、もし
退職アル中が多いのであれば、それがまだ在職中に何とか介入できないかという取り組み
です。「1.5次予防」と書いてありますけれども、対象はアルコールを飲んでいる常習飲酒
の人たちです。だけれども、今のところそんなに問題が目立ってはいないというお酒のみ
の人たちに、40代、50代で介入したいという話なのです。

うちのセンターでやっているのは、「お酒をおいしく飲むための教室」というふうにな
名前をつけて、もう四、五年前から始めたのですけれども、知り合いの精神科医とか産業保
健師に集まってもらってプログラムを考えた。一応、講義プラスグループワークというこ
とは最初からイメージしていたので、大体それに沿ってみんなにプログラムを考えてもら
いました。その上で市内の専門病院とか関係機関の人たちにも協力してもらって、職場で
そういう教室をやらせてもらおう、と。労働基準協会とか商工会議所への会報を載せても
らうとかいう形で企業からの実施希望を募って、何とかその教室を出前させてもらうとい
うふうなことを始めました。

うちがやりたかったのは、左側のプログラムAの初期介入プログラムの下半分にある講
義45分とグループセッション45分という1時間半ぐらいの教室です。それをやって半年ぐ
らいして、もしくは1年ぐらいして2回目のフォローアップをして、それからまた半年と
か1年してもう一回フォローアップ、その辺で職域の担当者に引き渡したいというのが僕
たちが思っていたところ。ただ職場からのニーズとしては、講演だけやってとかいうのも
結構あるので、それはそれでもちろんグループワークなしの向こうの希望に沿ったものも
ありということで、いろいろな職場で引き受けてもらえるように始めました。

実際の形としてはこんなふうに、まず45分なりの講義をします。余りおもしろくもない
のですけれども、最初にお酒とはこんなものだよというキャッチから入って、お酒を飲み
過ぎていると肝硬変になっておなかばんぱんになったりして、ひどくなると血を吐いた
りしますという多少脅し的なところも入れたりして、それから、脳も縮んでしまうよとか
いう写真とかも。次に、アルコール依存症というのはこんなものですよということを説明
して、最後にアルコール依存症に、お酒にはまってしまう飲み方にならないためにはどん
な飲み方がいいかということをもた幾つか並べてお伝えするという感じで、45分ぐらいで
済むようなセットをつくりました。

これをもとに、精神科医などのメンバーが講演をする。講演が終わってからグループセ
ッションに移ります。グループセッションも45分ぐらいでやっているのですけれども、1
時間やらせてもらうところもあります。大体1グループ7人ぐらいが僕としてはいいかな
と思っています。10人超すと少しグループワークは厳しくなるので。これは精神科医もう
ちの保健師とかPSWにもやらせてもらうのですけれども、例えば30人集まってもらったら、そ

れを4つとかに分けてグループワークをやるという、そんな感じで分かれてやっていきます。

こんなのを準備して、紙芝居風に順番に話をしてもらいます。最初に左側の上の赤、黄色、グリーンのやつで、あなたの飲酒は、今、赤ですか、黄色ですか、青ですかみたいなことを出してもらって、あなたはイエローカードですねとかいうところから入って、それぞれの飲酒状況を伺った後で、一番下にあるような紙、マグネットに目標を書いて貰います。半年から1年したらまた会いましょうと。それまでそれぞれ目標みたいなものを決めませんかというふうに話すと、大抵、ほぼ全員素直に目標を決めてくれるので、では、頑張っってねという感じのセッションをやるというふうになっています。

教室に参加した人の反応としては、もちろんいい反応しか書いていないのですけれども、1つ目にあるように、こちらでは酒をやめさせようという腹は全くなくて、上手に飲んでねというやつですので、お酒飲みが集まってくるとお酒を飲んではいけないよと言われると思って集まってきているものですから、そんなふうに言わなかったというだけでも割と好感を持って受け入れてくれて、雰囲気はいいです。

目標を立てて半年とか1年して会うわけですけれども、割と頑張ろうとしてくれています。余り続かない人のほうが多いのですけれども、それでも少し減ったとか、一応頑張ってみたとかいう、そこにありますけれども、そういう反応が結構ありますし、具体的に帰りを遅くしたとかコップを小さくしたとか、その下にもあるように、風呂に入って早く寝るとか、それぞれいろいろと考えて実行しようとしてくれています。

これは効果がどうかというのですけれども、一応効果があるというふうに私どもは思っていますが、お酒が減ったというふうに書いてありますが、グラフの上の人たちはふえているので、実はこれは余り効いているかどうかわからないというグラフです。

これは、あなたはどのくらい自分の目標が達成できましたかというふうに半年後に聞くと、6割ぐらいが大体半分ぐらいできましたよというふうに答えてくれているのですけれども、6割の人が半分ぐらいできたというのがどのくらいポジティブかという微妙なところではあります。

2回来た人たちの γ -GTPのチェックをしてみたりもしたのですけれども、何せふえている人もいるわけなので、そこは私たちとしても効果の判定は非常に苦しいところなのですが、ただ、見たらわかるように、この γ -GTPはすごい高いのです。ですから、ここの参加者には大酒飲みが多いと言えます。ですから、これは確かにほっておいても悪くなっている人たちのグループというふうに言えるかと思っているので、このデータの見方は微妙なのですけれども、一応効果があると思っっているのではないかと僕たちは思っています。

もう一つのほうに行きます。

今のが職域への教室の話でした。もう一つやっているのが、内科の先生とかかかりつけの先生方に対して、専門病院にいたころに十分な対応ができていたかということの反省をもとにして、ネットワークをつくりたいと思って始めたものです。これも4年目ぐらいに

入るのですけれども、下の3つですが、一般内科などのアルコールに関する教育研修やネットワークの形成や、パンフレット・リーフレットをつくるということをしてできないかと思って始めたのですけれども、要するに岡山市内でアルコールをやっている人たちと肝臓とかをやっている人たちを集めてみようと思って始めました。最初は内科医2人（病院とクリニック）、精神科医2人（病院とクリニック）、内科の総合病院のMSWと精神科の病院のPWSの6人に集まってもらって始めました。

1回目はそちらにおられる猪野先生に来てもらって講演してもらったところから始めて、これが立ち上げです。立ち上げを平成23年度の終わり、24年2月にやって、これが1回目の写真ですが、それ以降、大体年4回研修会をするというふうに決めて始めました。

猪野先生に講演をしていただいた次の集まりからは、症例検討です。内科医たちがかかわった、しかも精神科医たちもかかわっているという複数の機関がかかわっている症例を集めて、1例の症例検討を中心に大体1時間半から2時間でやっているという感じで、6人のコアメンバーが、この3年半たつうちに18人にふえて、内科医が多いのですけれども、4回の研修は、そこに具体的な名前が書いてあると思いますけれども、市民病院、済生会病院、日赤とか、岡山市内に6つの大きな総合病院があるので、そこを中心に持ち回りでやらせてもらっているという形をとっています。これが実際の写真という感じです。

昨年度、メンバーと話をしていて、これを始めて3年ぐらいになって、それまでよりも内科の先生から、このネットワークに参加している先生方からの紹介がふえたのではないかというふうに、市内にある精神科医療センターと慈圭病院、林病院という3つのアルコールのプログラムを持っている病院の人たちが何かふえてきた気がするわというので、数を見てみましょうと思って見てみたのです。ところがその枠の中にある一般病院というのが減っているのです。実は、実感と違って数はふえていなかったのです。

ただ、その内容を少し詳しく見てみると、これは見にくいのですけれども、要するに、左側がネットワークを始める前、右側が始めた後なのですけれども、この研修会に初めて参加して、その人たちが紹介をされたというのが7人ぐらいからあったわけなのです。このネットワークに初めて参加して、それで顔を知って紹介してくれたという医者たち、そういう内科とかかかりつけ医とかの先生方をふやすことが目標なのだろうけれども、でも、その層がまだ全体の数字に影響を与えるまでにはっていないというのがこの間の調査の結論でした。

ですから、今後はもう少し短期的な効果を狙って、現場でもっと顔がわかったなら紹介しやすい、実際に電話してほしいしやすい、そういう形がもう少しつくれるかというのを思っているところです。

今後、そういう実際的な効果を上げたいというのもありますし、教室に関しては岡山市以外の地域で似たようなことができないかというのを思っていて、今年度中に、今のところ2か所、もしくは3か所はやってくれそうなので、中四国のほかの県でやってもらってみようかなというふうに、広げてやってみることを考えています。

ネットワークに関しては真ん中に書いてあるとおりで、もう少し取り組みを深めたいというふうに思っています。

県内のほかのところで似たようなネットワーク、いや、正確に言うとあまり似ていないネットワークが作れないかと考えています。今、岡山市がやっているのとは少し違う、その地域の特性に合ったネットワークをつくることを手助けできないかというふうに思っているのが現状です。

以上です。

○杠座長 ありがとうございます。

今、精神保健福祉センターの立場から、積極的にアルコール関連問題に取り組みられている状況を御報告いただきました。職域まで出向いての予防活動、それから、専門医療と一般医療の連携を目指したネットワーク化、そういったお話だったかと思います。

御質問等はございませんでしょうか。

松下委員、お願いします。

○松下委員 1つ教えていただきたいのですが、企業のほうで研修会をされていて、1回目、2回目、3回目と継続介入プログラムをなされているということだったのですが、先ほどのデータを拝見すると、かなり γ -GTPが高い方がいらっしゃったのですが、そういう方には医療機関につなげるとか、2回目の介入プログラムでも余り節酒とかができていなかった場合には医療機関につなげるとか、そこまでのフォローアップもされているのでしょうか。

○太田参考人 例えば、実はこの γ -GTPが高いところはある一つの企業なのですが、ここの保健師さんは熱心で、何とか早く対応してあげたいというので、たまに個別の相談に乗ることはあるのです。でも、この教室自体は、個別に介入して医療機関に結びつけようとかいうふうには考えていないやつなのです。

G-Pネットで僕たちが対象に考えている患者さんたちというのは、もう既に依存症ができ上がっている人たちが結構多いわけです。内科の先生方が精神科に行かせたほうがいいと思っているけれども、なかなか行かせられないで困っている人たちをどう早く繋げるかというのがテーマなのです。一方で、企業でやっている「教室」のほうは今のところあまり問題がない人、でも、問題がある人もたくさん紛れ込んでくるのですけれども、その人が一応こちらのターゲットなので、余り医療に結びつけるということを考えていません。

○杠座長 ほかにはいかがでしょうか。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 岡山の取り組み、御苦労様です。G-Pネットで一般医療機関と専門治療機関の連携のところで先生がおっしゃったように、参加している医師は問題意識が高まっているが、全体に広がっていないというのは、私たちの四日市でも同じような傾向を感じています。病院の中でシステム的に取り組んで、病院全体がアルコール関連疾患の患者さんをきちんとチェックアップできて、SBIRTができる委員会をつくる、多機関が一緒に使えるパスをつくる、そういうシステムができると相当広がっていくと思っていますが、いかがですか。

○太田参考人 今、少し見直そうとしているのですけれども、実は、スタートのときにこのネットワークは内科の先生がたにあまり多くの労力を求めないネットワークを最初はつくろうと、だんだん変質させていこうと思っているのですけれども、というスタートを切ったのです。というのが、最初の6人のコアのうちの1人の内科医が、やはり内科の医者たちに、SBIRTも含めてなののですけれども、新しいことを学び、何か新しいことができるような人になってもらうことを考えるのはいいけれども、結構嫌がられるぞという話をされたもので、途中からはそこは変質させてもいいと思っているのですけれども、とりあえずは何もしなくていいから顔を覚えてねというG-Pネットをつくることを最初は目指したので、今のところまだそれは変えていないのです。

ただ、やっていると、6人から18人にふえたコアの内科医たちの中には、多少、自分たちも何かやろうをと思ってくれる人もいるし、動機づけ面接みたいなものに興味を持ってくれる人もいるので少しずつ変わっていきけるかもしれないと思っているのですけれども、それは急がないほうが良いと思っています。

○杠座長 樋口委員、お願いします。

○樋口委員 医療連携というのはとても大きな問題で、多分、今回のこの中でもとても重要な位置づけにあるのだと思うのですけれども、四日市にしても岡山にしても、太田先生とか猪野先生とかそういう引っ張って何かしていこうという先生がいらっしゃって、こういうふうなものができているということなので、いなくなったらまたすぐ終わってしまう可能性だってありますね。

やはり医療連携を推進しようとする全国レベルで展開していかないといけないということで、その一つのモデルが今の岡山のモデルだと思います。私がお聞きしたいのは、先生が実際におやりになって、参加されている先生方に何かメリットがなければ恐らく続かないだろうと思うのですけれども、そのメリット感みたいなものというのが参加者の中にあるだろうかということ、それから、モデルをもう少しいろいろなところに、先生みたいな個人の努力なしに広めていくとすると、どういうふうなシステムとかメカニズムが考えられるか、そのあたりは先生の御経験からいかがでしょうか。

○太田参考人 メリット感というのは、正直、余りないような気がします。ただ、先ほど余り数がふえていないという調査の内容をお出ししましたがけれども、あれを出したときに具体的なかかわり、を少し詳しくチェックしてみたのです。そうすると、あるクリニック、内科のかかりつけ医がいて、そこからの紹介で精神科の病院に何度か来たことがある人がいて、結局、その人はすぐ切れて、その後、肝性脳症か何かになって総合病院に送られて、そこから元主治医と相談できて、もう一回精神科の病院につながることができてというふうに、かなりいい関係のかかわりができたのです。ふだんであればぶつ切れになっていたようなかかわりが、ネットワークの効果があって、連携の深まりがあったなと思ったりしたのです。

ですから、そういう具体的な例を出して、こういういいことがあるよねという話をするちょっといい顔をしてくれるので、今のところはそういう手応え感というやつが時々感じられるぐらいです。

もう1個、維持するためという話になっていくと、多分、僕なんかは岡山県の北のほうの精神科の病院でアルコールを11年間やっていたのですけれども、そのころ後半のほうには知り合いの内科の医者の中に少しわかってくれる先生も出てきて、その方と協力して、それこそネットワークのようなものをつくったのです。でも、数年して僕がその病院をやめたら、ぼちゃってしまうというちょっとつらい経験もあったのです。今のネットワークを始めるときに、幾つか考えたことがありましたが、その1つが、私がいるのが岡山市のこころの健康センターという行政機関で、それが控え目に絡むことが多分いいのだろうと。やはり事務局的なものをこそっとやる存在が必要なので、余り前に出てはいけないのですけれども、うちのセンターが控え目に舞台回しをさせてもらうという、これがないと継続的なものは難しいのではないかと思っています。

それは地域によって違ってくると思うので、今、県内のほかのところで考えているのは、県のセンターにも動いてもらいたいものだけれども、その保健所に上手に絡んでもらうことができないか、ということです。例えば岡山県の中でも岡山市というのはかなり医療機関もたくさんあるし、いろいろと資源が豊富なのですけれども、ちょっと外れていくとそうでもないわけです。メインの総合病院らしきものが1個か2個、精神科病院なんかは1個とかそんな感じ。そういう少ない医療資源と保健所、市町村とかというものたちをうまくかみ合わせて、そこなりのネットワークができないかと思っています。そのときに、やはり公的なものが多少しっかり裏で支えるというのが必要なのではないかと思っています。

○杠座長 最後に、樋口委員からお願いします。

○樋口委員 そうだとすると、既存の精神保健福祉センターは全国にたくさんありますけれども、その機能を少し拡充することが可能であれば、そういうふうなことが全国に広が

っていける可能性はあるというお考えですか。

○太田参考人 可能性はあると思っています。精神保健福祉センターは現状としては弱小だし、大した機能もないのですけれども、でも、病院にいたころよりは自分で考えても、センターに来ていろいろなところを知りました。病院のときにがつがつ仕事をやっていたけれども、やはり福祉関係の事業所であったり、保健所・保健センター、その他の公的な保健の機関、いろいろなものを使うことが非常に下手だったなど。今なら、自分でやらなくても、人のふんどしで相撲をとるような話になりますが、もう少し上手様々な機関と連携にできるのではないかと思っています。精神保健福祉センターや保健所が、もう少し人は要るけれども、もう少し人員を足してもらえればそこそこの機能を持てるのではないかというふうに思っています。

○杠座長 ありがとうございます。

この後の議事もありますので、まだ御質問もあるかと思えますけれども、最後にまた医療に関する整理票のまとめがございます。そのときに早期介入とか医療の連携というテーマでのお話もありますので、そこでまた御意見いただければと思います。

それでは、続きまして、三重県四日市市で救急医療現場における取り組みにつきまして、市立四日市病院救命救急センター柴山美紀根様に御発表いただきます。

それでは、柴山様、よろしく願いいたします。

○柴山参考人

初めまして。三重県から参りました柴山です。救急医療、脳外科を専門にしております。

本日のお手元の資料なのですが、プレゼンテーション用の資料が皆様に渡ってしまいました。ご了承下さい。この発表では、救急で日ごろ感じていること、考えていることをお聞きいただき、議論の参考にしていただければ幸いです。

(PP)

今日の内容は、飲酒・酩酊患者による救急診療（ER）への影響、次に、先ほどから連携という話がありましたが、多機関の連携による介入の重要性、最後に救急からの提案をお示しします。

救急の現場をスライドで再現してみます。ある晩の救急室、軽症の患者さんがたくさん待っています。今、手のかかるような重症の患者さんの治療中で、診療が滞っています。

そこへ1台救急車が到着しました。胸痛があつて、冷や汗をかいている患者さんです。重症感がありますので、早速、心電図をとると心筋梗塞でした。待合室では既に2時間も待っている患者さんもあり、みなさんがいらいらしている状態ですが、さらに診療の停滞が起こる状況になりました。

さて、そんな中で、別の救急車が到着しました。酔って暴れている55歳の方、額から血を流してけがをしています。付き添いはありません。患者さんが酔って叫びます。「ぼんくらども、俺は社長だぞ、待たせるなよ」。一瞬で救急の空気が凍りつきました。

このような酩酊の方がもし混雑した救急外来に突然あらわれた場合にどんな悪影響が起きるかを想像してください。例えば心筋梗塞の患者さんには、緊急で対応しなければ、生命に関わる可能性があります。しかし、酩酊して通常の判断ができないような患者さんを一人で待たせることは困難なため、優先的に対応せざるを得ない。待合室にもたくさんの患者さんがいますが、一層、診療の停滞を招き、大きな混乱を来してしまいます。

本人の診療にかかわる問題もあります。酩酊のため、本人からの病歴の聴取が困難であったり、検査や治療を本人が拒絶したりして、通常の診療ができない。その上、本人が低栄養や肝疾患などのリスクを持っている可能性もあります。うまく救急診療が終わったとしても、夜中に酩酊した人を、一人で帰宅させることも困難です。

スタッフにも心理的、物理的な負担がかかります。怒鳴られたり、殴られたりするかもしれないという恐怖感や、通常の対応が困難なことによる負担。こうした患者を担当したスタッフは、次は救急車の受入れを断りたい、もう救急の仕事をやめようという負の気持ちに陥り、将来的には救急医療の崩壊につながっていく可能性もあります。

それでは、このような救急外来に負担のかかる酩酊患者が、日本ではどれくらいあるでしょうか？欧米、外国ではER受診者の3割でアルコールが陽性だったという報告があります。外傷で受診した患者でも3割近くに飲酒関連の方があるという報告がありますが、日本の救急外来での実態が不明なため、5年前に当院で調査を行いました。初診医が、「自分の診察した患者さんは飲酒後に救急外来を受診したのではないか」と疑った場合に、飲酒に関する質問を行いました。ただし、アルコールの濃度を測定していませんので、飲酒以外の別の理由で酩酊しているように見えて、酩酊と誤って判断された方が含まれていたり、反対に、正常と判断されて飲酒していることを見逃されている患者さんがいたりした可能性があります。

まず、飲酒後であることを疑った根拠ですが、本人の話から、アルコール臭を感じた、救急隊からの情報などです。

真夏の103日間に連続して調査した結果、飲酒を疑われたのは、延べ107名でした。この中には複数回受診した方があるので、実数では101名でした。これはこの期間に救急外来を受診した成人全体の1.5%、救急車で来院者に限ると成人の約5%でした。年齢は、平均値、中央値とも45歳、性別は8割が男性でした。受診した時間は、準夜帯・深夜帯と呼ばれる夜間の受診が全体の4分の3を占めました。受診手段は、8割が救急車を利用していました。酩酊度は約半数が中等度以上の酩酊でした。その中には、先ほど例を挙げた患者さんのように暴力的な態度をとったり、不穏であったり、診察を拒否したり、治療を拒否して帰っ

てしまったりというような患者さんが8名ありました。107名の半数程度がCAGEの質問に答え、アルコール依存症の可能性のある2項目以上が陽性だったのは半数でした。

結果を3点にまとめます。1点目ですが、救急外来を受診した患者のうち、受診前に飲酒していたことを疑われた患者は、欧米ほど多くありませんでした。特に身の危険を感じたとか、通常の診療ができなかった患者もわずかでした。ところがスタッフに意識調査をしたところ、大声や暴力が非常に怖かったとか身の危険を感じた、診療が非常に困難であった、救急医療への負担が大きかったと感じたと答えたかたが8割から9割もありました。つまり、酩酊患者の実数は多くなくても、救急外来のスタッフに与える印象が強く、心理的な負担が大きかったと考えられます。数が少ないため、スタッフ個人の気持ちとして、何とか自分の勤務時間だけやり過ぎさえすれば、今後はめったにかかわらなくて済む。そのような受け取り方のために、酩酊患者が救急外来に及ぼす悪影響については、社会問題として現れにくいと推測しています。

2番目として、酩酊が疑われた患者の4分の3が、夕方から早朝というスタッフが比較的手薄な時間に受診する、そして8割が救急車を利用しているという点です。さて病院前の救急活動では、酩酊患者は、救急隊員にとって大きな負担と報告されています。それは、現場での救急活動時間延伸の原因の一つであること。院内と同様に、患者自身から情報がとれない、指示に従わない、観察ができないので重症かどうかの判断ができない。更に搬送先病院を選定する際には、病院が理由をつけて受入れを拒むことがある。例えば生命にかかわらない、スタッフが少ないため対応が困難、精神科医が不在で専門外、家族も付き添いもないため診療後の帰宅手段がない。このような理由で搬送する病院が決まらない。搬送先が決まらないからといって、不搬送にすることは、過去に頭蓋内出血での死亡事例等もあり、危険が高い。このように救急隊員は、病院と患者の間で困惑することが少なくありません。猪野先生の論文では、アルコール依存症で治療中の患者と一般外来の患者を比較すると、救急車の利用が前者で約6倍多い。その前者のうち8%の方が救急車を生涯に6回以上と頻回に利用しており、この8%の方だけで全体の救急車利用の5割以上を占めており、救急システムへの物理的負担が非常に大きい患者群であることが明らかにされました。

3つ目は、酩酊患者さん自身の健康に関する問題です。半数は中等度以上の酩酊度で受診、半数がアルコール依存症を疑われる結果だったので、アルコール問題への専門的治療の効果が期待できると推察されます。

上記3点を再度提示して対策を考えてみます。救急外来を受診する酩酊患者は、数は多くはないが、スタッフへの負の印象が強く心理的な負担が大きい。救急システムへの物理的な負担が大きい。この2点への対策としては、救急外来へのリピーターを減らすことだと考えています。またアルコール問題を抱えた患者さんにとっては介入効果ができますので、救急外来への受診を治療介入のきっかけにすべきと考えます。なお救急外来の短時間だけの関わりではとても対応ができませんので、本日これまでも意見が出ていますように、

精神科の先生方、行政と連携することで解決をしなければならないと考えています。

これから、実際に救急外来で経験した症例を2例紹介します。1例目ですが、55歳の男性が酔って警察に身柄を確保されました。その際、警察官にけがを負わされたとのことで、警察官と一緒に救急外来を受診しました。カレンダーに示すように、全ての受診が飲酒絡みで、しかもすべて救急車で受診していました。足かけ4年間で18回の受診がありました。同様に他の病院にも頻回に救急受診していることが後から判明しました。この患者に対し、「四日市アルコールと健康を考えるネットワーク」という、以前にこの会議で片岡参考人が紹介した、アルコール問題に対する多機関の地域連携システムへ介入の依頼をしました。スライドのような検討会を開いたり、保健所からの訪問をしたりする中で、アルコールの専門治療へうまくつながり、アルコール問題が解決し、救急外来への受診がなくなりました。

2例目は、72歳の男性。肺炎の入院治療後に、通院を自己中断し、飲酒や軽症の外傷（軽症外傷は、アルコール依存症の症状の一つと考えられています）で頻回に救急外来を受診するようになりました。院内の医療ソーシャルワーカーへ2度治療介入を依頼しましたが、なかなかアルコールの専門治療につながりませんでした。3回目の依頼の翌日に、自宅階段の下で倒れていたところを発見されました。急性硬膜下血腫で翌日死亡という不幸な転帰をとりました。

救急外来を受診する飲酒・酩酊の患者さんの中にはアルコール問題が隠れている可能性が少なくない。そして、救急外来は、そうした患者さんが医療機関とつながる唯一の接点とも言われています。一方で、診察をする救急医やスタッフにとっては、できれば関わりたくない患者さんであり、受診理由の疾病についてだけ対応すれば、背景にあるかもしれないアルコール問題には立ち入りたくない、あるいはそうした背景に気づかない。したがって救急外来のスタッフに対しても、アルコール問題を背景を持った患者さんが受診していることを啓蒙する必要が高いと思われます。ただし、救急外来のスタッフだけでアルコール問題を抱えた患者さんに対応することは、物理的にも能力的にも対応は困難ですから、アルコール治療を専門とする精神科の医師や地域、職域、警察、保健所、市役所等の行政機関と連携して、患者さんを治療へ結び付け、健康を回復する道筋を見つけることが重要です。

この件に関して次の提案をします。個人や社会のアルコール問題を解決するために、地域ごとに「連携調整機関」のようなものを作ってはどうか。救急外来を含めた医療機関や地域、職域、救急隊員などが、アルコールに関連した問題が起きたり、そのような患者さんに遭遇したりした場合に、まず相談ができる窓口の役割を果たす。そしてその「連携調整機関」を通じて、アルコール治療の専門医療施設や保健所、警察、一時的な保護施設、あるいは地域の支援機関などへ橋渡しをする。このような機関や行政制度を、各地域に整備することを提案します。

アルコールと交通事故の関連も社会的に大きな問題です。次の様な症例を経験しました。21歳の女性が、車の助手席に乗っていて、朝9時に交通事故に遭いました。救急外来へ搬送されるとショック状態、意識障害がみられ重症でした。検査で急性心タンポナーデと診断しました。ところが意識障害の原因はショックだけではなく、アルコールも影響していたことが判明しました。別の病院に運ばれた運転手の血液検査からも高い濃度のアルコールが検出されていました。この例を出すまでもなく、交通事故にはアルコール問題が関連している可能性があります。したがって交通事故も、救急外来でのアルコール治療への介入の大きなきっかけになると思われます。交通事故を起こした際にアルコール問題に言及し、介入することは、飲酒事故の発生予防にもなるだけでなく、一般ドライバーへの飲酒運転の抑制効果も高いと思われます。もちろん患者さん本人のアルコール問題の治療にもつながると考えます。樋口先生の調査によると、飲酒運転の検挙者の半数以上が多量飲酒者であり、アルコール依存症の割合が高かったという結果でした。同様の観点から成立したと思われませんが、三重県では一昨年、「飲酒運転ゼロを目指す条例」が施行されました。飲酒運転の違反者に対してアルコール依存症の受診義務等が義務付けられました。自分の意見では、軽微な事故を起こした場合で、一見当事者に飲酒が疑われないような状態でも、必ず飲酒運転が潜んでいると疑っています。したがって、例え軽微であっても交通事故を起こした人は、必ずアルコール濃度を現場で測ることを義務化したらどうかと提案します。救急隊員が交通事故の患者さんを搬送してきた際に、車を運転手が飲酒をしていたという情報を持ってきました。それを病院へ訪ねてきた交通課の警察官に伝えたのですが、担当が違うのか、事故処理のみを行い、我々が伝えた飲酒について調べることはありませんでした。警察の業務として、交通事故の当事者には、呼気アルコール濃度測定を義務付けることを提案します。

本日の発表の結論です。救急外来には数は多くないですが、酩酊患者が受診し、スタッフや救急体制に大きな影響を及ぼしています。現在、こうした患者さんの背景にあるアルコール問題は治療にうまくつながっていません。そこで救急外来や一般の医療機関を受診したアルコール問題を抱えた患者さんが治療に滞りなく進めるために、多機関が連携して対応できるように、相談窓口と解決の道筋を調整する役割を持った「地域調整機関」のような仕組みを新たに作ることを、あるいは、そのような役割を既存の行政機関に担ってもらうことを、この会議として推進していただきたい。そして警察の方には、飲酒事故の防止とアルコール疾患の治療のきっかけを作るために、軽微であっても交通事故の当事者には呼気アルコール濃度の測定を義務化すること。この2点が進むと、アルコール問題について随分世の中が変わるのではないかと期待しています。

以上です。ありがとうございました。

○杠座長 柴山様、ありがとうございました。

ただいまのご報告は、救命救急センターでどれだけ酩酊問題がそのスタッフに心理的、物理的負担をかけているかの現状。その対策として、地域連携調整機関といったものの御提案がありました。

委員の皆様から御質問ございませんでしょうか。

それでは、座長のほうから先にお尋ねしたいのですけれども、先生がアルコール問題にこれほど熱心に関心をお持ちになったきっかけというのはどういうことでしょうか。

○柴山参考人 自分も先ほど紹介したような、背景にアルコール問題が隠れていることすら気付かない救急医でした。猪野先生に「柴山君、ぜひ救急外来でアルコールについての調査してほしい」と5年前に依頼をいただいて今回発表した研究を行いました。これでわかったことは、アルコール問題を抱えたまま治療を受けていない患者さんが多数いること、そのような患者さんにとって救急外来の受診が治療開始のきっかけになる大切なチャンスになるということがわかるようになったことです。この後も猪野先生のご指導のもとで、アルコールと救急医療に関する勉強をさせていただいています。

○杠座長 それともう一点質問なのですが、非常に積極的に丁寧にかかわられていると思うのですが、その中で成功体験といいますか、やったことでの成果というものは何かございますでしょうか。

○柴山参考人 先ほどの発表で紹介した症例がありましたが、四日市のネットワークでは、患者さんに関する情報を交換して、飲酒や治療の進み具合などをフィードバックしてもらい、成功の状況を把握できるため、次の動機へとつながっていきます。

○杠座長 ネットワークの中で患者さんの回復とかといったことも耳にする、そうするとその介入の効果が実感として感じられるということですね。

○柴山参考人 はい、そうです。ネットワークからの情報だけでなく、個人的なつながりで情報もたらされるということもあります。そのようにして、アルコール問題のある患者に救急で自分たちが取り組むことによって、どのような成果につながっていくかがわかることは、やりがいにつながります。

○杠座長 ありがとうございます。

ほかにどなたか御意見ありますでしょうか。

尾崎委員、お願いします。

○尾崎委員 立派な発表、ありがとうございます。

ぜひ先生がやられているようなことを日本中でやるべきだと思うのですが、1つだけ気がかりだったのは、18回ぐらい救急に行ったリピーターの人に対する介入の件で、その人が頼んでもいないのに会議の場で個人情報を共有するというあたりが、全国ルールにする場合にネックにならないのかなという点です。

○柴山参考人 ありがとうございます。

個人情報の件については、直接の当事者だったわけではないので、猪野先生にお答えいただいてもよろしいでしょうか。

○杠座長 猪野委員、お願いします。

○猪野委員 このケースは、私もかかわりましたが、我々アルコール専門医が実施している介入方法を実行したら解決しました。このような介入方法が一般医療機関で共有できていなかったと思うのです。尾崎先生が言われた点は、確かにそれは問題ですが、個人情報にかかわるようなことは一切抜きで検討をする、名前とか年齢とか特定できるような情報を出さない。集まっているメンバーはみんな医療関係者ですので、その中での守秘義務はあると思います。

○尾崎委員 その人がその次に救急に来たときに専門の精神科医の人に受け渡したのですか。

○猪野委員 保健所が出動してくれたのです。出動するのに、しらふのときに出勤する。シラフをつくるのに警察に協力していただく。しらふのときに介入すれば話がうまく通じて、本人も了解して回復のプロセスに入ったのです。それまで救急スタッフが扱っていた時は酩酊状態ばかりで、それを何十回もやっていたのです。救急がお手上げになったのです。

○杠座長 ほかにどなたかありますか。

堀江委員、お願いします。

○堀江委員 具体的には、連携調整機関というのは四日市の場合はどこを想定されているのでしょうか。保健所とかでしょうか。新たに立ち上げるというのは現実的には不可能かと思うので、どこかにこの機能を依頼することになると思います。先ほど太田先生の話にもありましたけれども、保健所というのが一つ案ですが、どこを想定されているのでしょうか。

○柴山参考人 行政については詳しくないのですが、四日市では運良く、先ほど紹介した多機関が連携するネットワークがありましたので、我々救急医は猪野先生を通じて時々患者さんへの介入をお願いしています。もしこのような制度を全国展開するときに、どのような機関が実際に役割を果たすかについては、よくわかりません。

○堀江委員 ネットワークというのはどこに置かれているのですか、本部というか組織というのは。

○柴山参考人 本部は当院の病診連携室にあります。

○堀江委員 病院が主導しているというのですね。それだと限界があるし、全国展開も難しいということですよ。

○柴山参考人 中心になる機関が具体的に保健所になるか、別の機関かについてはわかりかねます。自分が期待しているのは、最近よく使われる「ワンストップ」と言われるような機関です。アルコール問題を抱えた患者に困った場合に、その機関へ相談したら、その機関が動いて、他の機関とも連携して、解決への道筋を調整してもらえ、そんな制度ができることを期待しています。

○堀江委員 何かはやっているという。

○柴山参考人 はい。そうした調整機関ができると、救急外来でアルコール問題を抱えた患者の対応に困った、夜中に誰の迎えもない、患者さんが帰る場所もないというような場合に、その機関へ相談すると、何らかの解決方法を見出してくれたり、アドバイスをしてくれたり、もっと長期的には患者さん自身の治療につながる連携を調整してもらえると期待して提案いたしました。

○杠座長 ありがとうございます。

それでは、この後の時間のこともございますので、柴山参考人への質問はこのあたりにさせていただいて、また御質問ありましたら最後をお願いいたします。

最後に、プライマリ・ケアにおけるアルコール問題の介入について、名古屋大学大学院医学系研究科伴信太郎様に御発表いただきます。

皆様、よろしく願いいたします。

○伴参考人 私はスライドは使いませんので、お手元の資料をごらんになりながら聞いて

いただければと思います。

ただいま御紹介いただきました、名古屋大学総合診療科の伴、いつも「シンタロウ」と格好よく呼んでいただけるのですが、「ノブタロウ」というのが本名でございます。

本日は、10分間の時間をいただいております。お手元の資料のタイトルは「医療機関における節酒指導」ということになっているのですけれども、プライマリ・ケア、かかりつけ医におけるアルコール問題ということで話題を提供させていただきたいと思います。

一般診療におけるアルコール問題というのは、高血圧、糖尿病といった健康問題に比べますと特殊な問題というふうにて考えられがちですけれども、実は非常に大きな問題であるというふうなことがわかってきております。

アメリカでは、アルコールは予防可能な原因として、たばこ、肥満に次いで3番目ということなのですけれども、日本では肥満がアメリカほど大きな問題にはまだなっておりませんので、アルコールはたばこに次いで2番目の予防可能な死因ということに位置づけられると思います。それにしても、たばこに比べて取り組みが非常にプアであるというのが現状かと思えます。これはプライマリ・ケアに限りませんが、一般的なキャンペーンにしても非常に取り組みが少ないというふうに思えます。

特にプライマリ・ケアの現場では、大半がいわゆる水面下に隠れた冰山というふうに表示されますけれども、ほとんど問題がアルコール問題としてとらえられずに、身体問題あるいは不眠とか精神問題として取り上げられていて、それからもう一つ、これはプライマリ・ケア領域の特殊な状況ですけれども、プライマリ・ケアの領域では研究がほとんどないのです。そういうふうな状況でございます。

その状況の背景には大きな原因が2つあると思っております、1つはアルコール問題への対応が、アルコール依存症に対する精神科領域、それから、肝硬変とか膵炎に対する消化器内科、あるいは、しびれとか脳症とかに対する神経内科のように、それぞれの専門別の対応になっているというのが現状で、これらはほとんど全部進行した状態での対応ということになっています。

それからもう一つは、これは日本の医療制度の問題で、プライマリ・ケアの専門性というのがこれまで位置づけられてこなかったという問題があります。例えば欧米では総合診療医、あるいは家庭医というふうな形で位置づけられていて、研修期間が短いところで2年、長いところだと5年ぐらいあるわけですけれども、その研修期間の間にアルコール問題は、例えばそのほかのうつ状態・うつ病等々の精神科領域のコモンな問題と一緒に研修のプログラムとして位置づけられているということがございます。

日本では、今度2017年から総合診療専門医というのが基本領域として位置づけられますけれども、少なくとも今までの状態はそういうふうな体系的な取り組みのプログラムというのはないという状態でございます。

次に、お手元の資料に従いまして、プライマリ・ケアにおけるアルコール問題の頻度というのを御紹介したいと思います。

これは大分古くなりまして、私が岡山県の川崎医大におりましたころに、プライマリ・ケアの外来におけるアルコール問題というのはどのくらいの頻度があるのかというのを、岡山県と広島県の川崎医大の総合診療科出身の先生方に関連のあるところの診療所と病院で調べましたところ、そのときのKAST（久里浜式アルコール症スクリーニングテスト）の旧版を用いて、問題飲酒者か重篤問題飲酒者というのをアルコール問題があるというふうに定義をしつけて調べたら、男性の12.6%、女性の1.9%がそれに該当したということで、これは男性の場合は10人に1人、高血圧であろうと、糖尿病であろうと、不整脈であろうと、問題の根本はアルコールをコントロールしたらよくなりそうだというふうな人があるということが判りました。

そこで、私が名古屋に移りました後に名古屋市プライマリ・ケアの先生方に協力していただいて、かかりつけの先生方がアルコールの問題をどれくらい認識されていて、どういふふうに対応されているのかというふうなことを調べました。

それによりますと、診療所における頻度の推定と、どういふふうな症状とか徴候をアルコール問題というふうに考えますかということと、それから、スクリーニングをどういふふうにされていますかというふうなことをお尋ねしました。お手元の資料には、頻度の推定とスクリーニングのことだけ書かせていただいております。

まず、頻度の推定で、そこのお手元の資料にございます緑の棒グラフのものが、診療所でどれくらいの頻度の問題飲酒者がいるというふうに思われますかという質問に対する答えで、実際の我々が調べた頻度は矢印で示されているところが実際の頻度なわけですがけれども、ほとんどのかかりつけの先生方は、もっと低い、ほとんどアルコール問題の人はいないというふうに感じておられます。

実際の頻度と等しい、ないしは、もっと多いというようなことをおっしゃったのは2%以下ということで、かかりつけ医の先生方は自分の外来には問題飲酒者はほとんどいないというふうにお考えになっているということでございます。

次に、色つきが4種類ありますグラフを見ていただきますと、これはアルコール問題発見法の認知度と使用度というもののまとめのグラフでございます。アルコール問題のスクリーニングツールとしましては、先ほどの久里浜式のスクリーニングテストと、米国で開発された、先ほども柴山先生が御紹介されておりましたCAGE質問と、WHOで開発されたAUDITが割と知られているスクリーニングツールかと思えますけれども、このうちで一番よく知られていたのが久里浜式で30%、CAGEとAUDITはそれぞれ20%ぐらいの認知度ということでございました。

ところが、認知度というのは黄色いグラフなのですが、どれくらい使われているかというのが青いグラフで、ほとんど1.9%、0.6%、0.3%ということで、ほとんど使われていないということなのですが、要するに、これはそんなに問題飲酒者がいると思っていないので、ほとんど日常では使っておりませんというふうなことでであると我々は解釈をいたしました。

先ほども御紹介いたしましたように、2017年から総合診療専門医が基本領域の専門医として位置づけられますので、これから私たちがしなければいけないのは、できるだけ早期発見、早期介入というためのプログラム、話し方とかそういうようなスクリーニングツールも含めてですけれども、やっていかないといけないというのは、我々の業界の課題というふうに考えております。

次に、どういうふうにアルコール問題にかかりつけ医、プライマリ・ケアが本当にかかわっていくのですかという話になりますけれども、依存症の場合はPC医はとて関われないというのは明らかだと思います。私も結構ひどい入院患者さんにかかわる場合がたまにありますけれども、いかに専門の先生方のところに転院していただくかというふうなことに大変苦労いたします。ただ、アルコール問題というのは健全な飲酒から、でき上がったアルコール依存症まで段階的に進行していくわけですから、まだ全く健全な飲酒と思われるけれども、10人に1人は問題があるという段階で的確に介入するというふうなことができれば、恐らくその対応の仕方もはるかにでき上がったアルコール依存症の問題の方に対応するよりは容易ですし、それから、エビデンスとしても、これは欧米のエビデンスですけれども、簡易なSBIRTに代表されるようなものだと思いますけれども、行動療法的なアプローチが有用であるというエビデンスもありますし、また、やはりプライマリ・ケアの特徴というのは、特に正式にきちんとしたトレーニングを受けたら、家族にどういうふうに治療の構造の中に入れてもらうかというのは一つの研修の目的の中に入っているのです。そうしますと、やはりアルコール問題というのは家族にどういうふうに入ってもらえるかによって随分対応というのが変わってくると思いますので、その辺のところも2017年から、それから、今、基本法がこういうふうに制定されましたので、一つ大きなエポックメイキングな展開ができるのではないかとというふうに私は期待しております。

それで、先ほど資料として御紹介いただきました要望ということですが、いろいろ要望はありますけれども、1番、2番というふうに区切って言えば、そこに書いてございます都道府県版アルコール健康障害対策関係者会議、ここは全国版の関係者会議ですけれども、このような関係者会議をぜひ各都道府県にも置くような形での全国的な動きがなされればいいのではないかとというふうに1つは思います。

2つ目は、プライマリ・ケアにおける研究です。私も細々とやっておりましたけれども、なかなか大きな研究にはありませんし、グラントも当たりませんので、1回だけ川崎でやるときに文部科研が当たったのですけれども、そういうふうなことも考えて、せっかく基本法が制定されましたので、ぜひこういうふうな教育研究費の措置なども、きょうは厚労省の方が4人ぐらい来られているということですので、研究対策を管轄されているところに働きかけていただきたいというふうに思います。

以上でございます。

○杠座長 ありがとうございます。

伴参考人からは、プライマリ・ケアにおけるアルコール問題の重要性についてご報告いただきました。ただ、現状ではプライマリ・ケアでは、男性ですと12.6%も問題飲酒者がいらっしゃる割には、プライマリ・ケア医がそれに気づいておらず、スクリーニングもできていないというようなお話でした。

最後に、伴参考人からの御要望として、このような関係者会議が都道府県レベルでもあればということ、それから、アルコール関連の研究費のお話をいただきました。

委員の皆様から何か御質問、御意見ございますでしょうか。

松下委員、お願いします。

○松下委員 私、ふだん4年大学の看護学科の学生に精神看護ということで授業をしているのですが、ちょっと驚いたのは、プライマリ・ケアの先生方がツールのことをかなりの割合で御存じないということで、それはなぜというのは、私、ふだん学生にKASTのこともCAGEのことも常に教えていますので、年齢層の高い先生が多いとかそういうことなのでしょう。

○伴参考人 多分そうだろうと思うのです。というのは、私も今、名古屋大学の医学部の学生には、KASTは教えていませんけれども、一番使いやすいということでCAGEは教えています。それから、国家試験にもCAGEは出ていると思います。ですから、そういうふうな意味で知識的にはある程度、この対象になった名古屋市の医師会の先生方は、もうベテランの先生方がほとんどですので、そういう意味では時代的なものはあるかもしれません。

○杠座長 ほかにどなたかいらっしゃいますか。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 研究費のことです。前回も樋口先生から出たのですが、研究費は本当に対策の土台だと思います。そういう意味では、研究費をしっかりとつけていくことは大事だと思います。現状では、研究費が幾らぐらいアルコール関連で投入されているのでしょうか。

○伴参考人 アルコール関連と題名がついた研究費は、少なくとも僕らのところに目に触れるようなものは余りないです。文部科研はアルコールとかテーマがありませんので、一般診療というところを出して、いいプロジェクトなら当たるという形になるかというふうに思うのですが、厚労省の科研の、今はAMEDになってしまっていると思いますけれども。

○猪野委員 ぜひ厚労省の担当課で数字を出していただければと思います。

○伴参考人 タイトルがついている研究費というのはどれぐらいあるのでしょうかね。

○杠座長 今、わかりますか。

では、事務局のほうからお願いします。

○厚生労働省障害福祉部松崎専門官 済みません、今、具体的な数字がありませんので、またお調べしてお伝えいたします。

○伴参考人 なかなか我々も研究の実績もありませんので、例えば簡易介入というのがどれぐらいの段階でどれぐらいあれば、どれぐらいの指標が改善するのかというふうなことはとりあえずすぐに思いつく研究テーマではございますけれども、なかなか手がついていないというのが現状でございます。

○杠座長 堀江委員、お願いします。

○堀江委員 それに引き続いてなのですけれども、先生、これを研究するとしたらどういう方法論がよろしいでしょうか。先生は広島と岡山でやったということなのですけれども、結局、協力してくれる先生方のところだけやるとバイアスが入ってくる可能性があると思うのです。酒を飲んでいる患者は診ないといったらゼロになるわけで、お金がついたとしたらですけれども、どういう方法論をとって研究をしたらよいとお考えでしょうか。

○伴参考人 このときの研究方法は、外来にきた患者さんにたばこの問題と一般の日常生活の問題の中にKASTの質問を入れてお渡しして書いてもらっているということでございます。飲酒を週3日以上している人だけお尋ねして配っているのですけれども。

○堀江委員 頼む方法はいろいろあると思うのですけれども、どういう医師にお願いするか、やってくださいと言うとやってくれるところだけになると、調査機関が整っている大きな大学病院とか医療連携室があるようなところとかはやってくれるのですけれども、そうでないところはほとんど、「いや、そんなのやっている暇はない」で終わってしまうと思うのですけれども。

○伴参考人 それは研究方法によると思うのです。調査票でやるのか、あるいは質的研究でやるのか、あるいは誰かがその先生には時間を余分にはとらせませんけれども、研究員が行って参加させてくださいというふうな可能性はあると思います。

○堀江委員 調査員が行ってやるというお考えですね。できればいいですよ。

○杠座長 樋口委員、お願いします。

○樋口委員 教育はすごく大事だと思いますけれども、今のところ、例えば専門教育の中で特に医師を例に挙げたときに、このアルコールの問題が総合的に入っているところというのは、恐らく全国の講座の中でもそんなに多くはないのではないかと思います。それはほとんど教授のお考えによっていたりするのだと思いますけれども、総合診療科の全体の流れとして、先生はアルコールを高い位置に位置づけてくださいましたけれども、それは教育の中で今後どういうふうに展開していくものでしょうか。今の同じような状況でいくのか、それとも、もしかしたら17年の制度が変わったときに、もう少しいろいろなカリキュラムに入っていけるものなのか、あるいは、それをしていくためにはどうしたらいいのかというようなこと、その辺はいかがでしょうか。

○伴参考人 2017年からの専門医制度の中で総合診療専門医というのが位置づけられたら、アルコール問題を非常に進行した状態でどう対応するかというのは、皆、非常に嫌がりますし、面倒ですし、時間がかかりますし、もっと最初の段階で身体問題が出始めている段階で必ずスクリーニングしていく必要があると思います。プライマリ・ケア医は、通常飲酒、たばこ、睡眠、便秘、体重の変化とかをルーチンに聞きますので、その中の飲酒のところ、例えばCAGEなりもう少しスクリーニングツールでこちらのほうがいいよというようなものがあればそれでもよいと思いますが、CAGEですと30秒ぐらいの追加時間でできますので、そうしますと、ある程度そういうふうなところのもう一歩のかかわりができるようになる。その結果がどうなるかというのを研究しないといけないというふうに思います。

○杠座長 ありがとうございます。

ほかには、御質問ございませんでしょうか。

では、私のほうから1つお伺いしたいと思います。これからプライマリ・ケアでアルコール問題にかかわる人をふやしていくには、教育の問題、人材の育成、それから、研究費をふやすということと、それはインセンティブとして非常に重要だというお話だったと思います。

もう一方で、今、アルコールにかかわる障害となっているものを取り除くということも重要だと思うのですが、先生方にとってアルコール問題にかかわる上でかかわりたくなくなる要素というのはどういう点がございますか。

○伴参考人 やはり、非常に進行した状態にかかわらざるを得ないというふうな経験をすると、アルコール問題に対する姿勢が逃げ腰になったり引きぎみになったりというふうなことになってしまうと思うのです。ですから、もっともっと早い段階で、それは糖尿病でも一緒に、ケトアシドーシスになったようなところで皆かかわれと言われたら、それは勘弁してくださいという話になりますけれども、ちょっと血糖が高い段階から食事、運動と

いうふうなところからかかわっていくというふうなことから、それは患者さんのためにもなりますし、医師も対応がより容易な対応でできるということになるので、そういう段階での介入をもっと進めていくべきだろうと思って、僕は今度の基本法がオールジャパンでそういうムードを醸し出してくださるというのを大変期待しております。

例えば、アルコール啓発週間とかいうのもできましたね。ですから、そうすると、アルコール啓発週間があったら、学内とか病院の中でも少しそういうふうなレクチャー、ないしは生涯教育みたいなものにみんなが参加しましょうみたいな全国的な運動になればよいと思います。今、医療安全なんかは年に2回参加しないと病院全体でそういうふうなムーブメントになっていますので、そこまではいかないにしても、そういうふうな動きが今の基本法を梃子にしてできればありがたいというふうに思います。

○杠座長 ありがとうございます。

それでは、時間もございますので、議事2「アルコール健康障害に係る医療の充実等について」の議論に進みたいと思います。

前回の議論の内容をまとめた資料2について、事務局から説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害福祉部松崎専門官 資料2をごらんください。こちらは、前回までの議論を踏まえまして、事務局で現状、課題・問題点、求められる施策等を整理させていただいたものです。今回の第3回ワーキンググループでは、先ほどのヒアリングも踏まえ、委員の皆様方に医療機関における節酒指導や救急医療における連携、一般医療と専門医療の連携につきまして御議論いただきたいと思います。

○杠座長 ありがとうございます。

それでは、まず、整理票の1の医療機関における節酒指導、いわゆるSBIRTの中のSBIの普及のところから入りたいと思いますが、御意見ございますでしょうか。

右側のほうには、これまで御提示させていただきました整理票の中で求められる施策等というところも今回は追加させていただいておりますが、これはあくまで事務局案ということですのでよろしいですかね。

前回御提示しましたものに比べますと少し内容が整理されておまして、項目は少なくなっておりますが、まず現状からいきますと、アルコール依存症者は意思が弱い、だらしがない、アルコール依存症は治らない病気であるとの誤解が社会にある。AUDIT15点以上の者で65%が過去1年以内に医療機関を受診しているが、節酒の助言を受けた者は29%と少ない。ブリーフインターベンション等の節酒指導プログラムについては、海外の研究において一定程度評価されているものの、国内において研究はほとんどされていないということがあります。

問題点としては、先ほどの正しい依存症の理解がされていないということ、それから、

医療機関においてアルコール依存症のハイリスク者に対する節酒指導のアプローチに課題がある。これが、人材の育成ということにつながっていきます。

それから、3段目は、効果的かつ効率的な節酒指導プログラムの普及等に関する研究の推進に課題がある。この部分は特にSBIRTの中のSBIのほうになっていきますが、実態としてはこれまで参考人からの御報告もありましたけれども、一般医療の中で節酒指導というのはほとんど行われていない現状にありますので、これを普及させるための第一歩ということになるかと思います。

松下委員、お願いします。

○松下委員 医療機関でのスタッフを対象とした研修なのですが、例えば個人情報のこととか、リスクマネジメントのこととか、あとはアンガーマネジメントとか、今、クレマーの患者さんとかもいらっしゃいますので、そういった全職員を対象に研修会を開いていますが、受診者のうちの何割かがアルコール問題を抱えているのであれば、そういった研修会の義務化というのも変ですけども、年に1回はやりましょうとか、例えば身近な例では、スタッフの鬱病が多いということで、我々のところでは、ある程度の職位以上の者には全員、年に1回必ずメンタルヘルスの研修会が、部下の鬱の症状を早期に発見するということで義務化されているのです。そのようなやり方もあるのかなと思ったのですが。

○杠座長 一般医療機関の中でアルコールに関する教育をある程度義務化するというようなご意見ですか。

○松下委員 もちろんSBIRTができるようになればいいのでしょうけれども、まずそこまでいかなくても、アルコール依存症というものはどういうものなのかということ、多分全然御存じないと思いますので。

○杠座長 院内の教育プログラムの中に積極的にアルコールに関する教育を組み込むという御提案だったと思います。

ほかにどなたか。

堀江委員、お願いします。

○堀江委員 今、松下委員がおっしゃった、結局、医療従事者に対するアルコール依存症等の研修について検討するというのが、もうちょっと具体的にどういうことを想定されているかということに尽きるのかと思うのですが、この医療従事者というのは具体的にどこからどこまで、全員なのかということと、看護師はこのレベルを求める、そうではなくて、事務員も含めてこのレベル、事務員は講習を聞くぐらいでいいと思うのです

けれども。そうではなくて、もっと資格を持たせて診療報酬がつくところまで検討されているのか、ここのところをもう少し、どこまで想定されているのかというのを聞かせていただけたらと思います。

○杠座長 これは、まだそこまで具体的になっていないことだと思います。むしろ堀江委員のほうから、この件については何か御提案がありましたら、このレベルの方にはこういう教育をしたほうがよいなどといったことをお聞かせください。

○堀江委員 今、松下委員が言ったような広いレベルの、たとえば除細動器の講習は全職員に義務化されていますよね。そういう感じで、今、人口の1%が依存症だとすれば、必ず病院に患者は来ると考えて、最低限講習を聞くぐらいは必要なのが1点と、実際に患者に直接節酒指導をする方はまた別のレベルの研修が必要かと思います。研修を受けていただくのはいいのですが、受けたら、先ほどの話ではないですけれどもメリットがあるのかということも含めて今後議論していかなければいけないと思います。ぜひ受けていただいて、研修を受けた方が節酒指導するという流れをどうやってつくっていくかですけれども、今、厚生労働省でやられている医師並びにコメディカルへの研修を広げていくような形でもいいのではないかと私は思います。一昨日、久里浜で講義してきましたけれども、あれをもうちょっと各都道府県で年に2回ぐらいはやるぐらい、今は全国3か所ぐらいで年に2回ぐらいしかやっていないのだと思うのですけれども、年2回都道府県で必ず開くぐらいにすれば広がっていくのではないかとということの一つの案として提案させていただきたいと思います。

○杠座長 わかりました。今の御提案は、幅広く事務職員から病院のスタッフ全員に教育をするというレベルと、それから、実際にかかわるレベルではさらに高度な介入技法も含めた教育をする。さらにその上に資格化をし、何らかのインセンティブがあればというようなお話ですね。

ほかに御意見、御提案ありますでしょうか。まだ現時点では大雑把な形でのまとめですので。

○猪野委員 私、関係者会議でも発言したのですが、アルコール依存症だけでなく、アルコールという薬物をどういうふうに見て、それを社会的に共有していくかが、SBIRTを実施していく上で一番の根本にあると思います。今の日本の社会は、アルコールは「百薬の長」という言葉に代表される意識がすごくあります。アルコールについての正しい知識を啓発することが基本計画の中で最も重要であることを強調してほしい。アルコールについての社会の意識が正しくなれば、節酒も断酒も結構実行しやすくなると思いますので、正しい知識、エビデンスに基づく知識の普及をお願いします。

○杠座長 アルコールは依存性の高い薬物であるという認識をあらためて幅広く国民に広めるということだと思います。

ありがとうございました。

○杠座長 ほかにどなたか御意見ありますか。よろしいでしょうか。

それでは、また何か御意見があれば後で追加でも結構です。

それでは、2の救急医療、先ほど柴山参考人からさまざまな状況を御報告いただきました。ここでは、現状として救急医療においてアルコール依存症による繰り返しの受診が見られる。先ほども御報告がありました。救急医療を受診したアルコール依存症者が適切な専門医療につながっていないという課題がある。

それから、右の求められる施策等については、連携ということが出てきます。先ほどより進んで調整機関というお話もありましたが、ここでは消防、医療など地域の関係機関が救急医療における必要な連携をし、アルコール問題について取り組むことを目指すということで連携について提言されております。

これについてはいかがでしょうか。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 先ほど柴山先生の方から交通事故との関係を御指摘されていたのですが、私も実際、自分の患者さんが飲酒運転で事故を起こして、救急医が介入していただいとうまくいったケースも現実には持っています。救急現場における飲酒運転対策をきちんとするのは、これまでになかった視点だと思います。

もう1点は、先生の御発表では、時間不足のため提示されなかったと思うのですが、自殺の問題です。自殺未遂で患者さんが繰り返し救急に運ばれているケースが、連携の中で有効に対応できているかという点です。これはすごく一つの重要なポイントだと思います。自殺未遂の背景に鬱病があったり、アルコール依存症があって救急受診で救命されるのですが、自殺未遂に至る原疾患について精神科医との連携がうまく地域で機能しているかという問題があると思います柴山先生、何かそのあたりの御経験を言っていただければ。

○杠座長 柴山様、追加での御報告をお願いいたします。

○柴山参考人 救急外来には自殺企図で搬送される患者さんが時々ありますが、その中にはアルコールとの関連を疑う症例は少なくない印象を持っています。薬物の多量服薬にもアルコールが絡んでいることがありますし、リストカット等のいわゆる「柔らかい」手段を選ぶ方にも、飲酒後の企図を経験します。「堅い」手段、例えば飛び下り自殺の既遂ではアルコールの状況を把握できませんが、経験からすると全般的に自殺企図の背景にアル

コールの問題は潜んでいるように思います。

それから、この表には記載されていませんのでもう一度強調しますが、交通事故の場合、一見してわかるような酩酊状態ではなかったとしても、多くの例で飲酒が潜んでいるような印象を持っています。根拠となるデータは出ませんが、外傷や交通事故の当事者にはアルコール問題が隠れていると思われます。救急外来は、治療を受けざるを得ない状況で患者さんが受診するので、ここを起点にして、本人のアルコール治療や社会の安全へと、是非つながるような制度を作っていただきたいと希望します。

○杠座長 ありがとうございます。

私のほうから追加で柴山参考人にお尋ねしたいのですが、非常に乱暴で、酔って暴力を振るうような方がいらっしゃって、そのためにストレスを抱えて疲弊してやめてしまうスタッフもいるようなお話だったので、例えば興奮して暴力を振るうリスクがあるときに、警察との連携というのはいかがでしょうか。警察との連携で、警察の方にすぐ来ていただけるのか、そのときの連携で何か問題を感じられたことはございませんでしょうか。

○柴山参考人 この件は、四日市ネットワークの会議でも議論になったことがあるのですが、参加した生活安全課の警察官からは、相談のために警察署の代表電話にかけるよりも直接110番してくださいとアドバイスを受けました。実際に我々が110番をかけることは敷居の高いことではあるのですが、身の危険を感じたり、物を壊されたり、脅迫をされたりすれば躊躇なく電話をするよう、救急外来のスタッフには伝えてあります。こちらが困ったときに警察へ連絡した場合、こちらが期待したとおりに対応される場合もあれば、まだ事件性は低いと判断されて出動されない場合もありました。

○杠座長 連携としては、実際にはかなり警察の方もとられていることですね。

○柴山参考人 はい。必要などときには躊躇なく連絡するよう、救急外来のスタッフには伝えてあります。

○杠座長 ありがとうございます。

それからもう一点、アルコール濃度のことを御指摘いただいたと思うのですが、実際には測定をなさっていないのでしょうか。測定することの意義がもしあればお教えいただければと思います。

○柴山参考人 意識障害の鑑別診断のために、薬物中毒のうちでエタノール濃度を測ることは非常に重要だと考えています。しかし意識障害の鑑別が必要ではない状況で、例えば

先ほど例に挙げた軽症の交通事故の関係者全員に採血をして血中濃度を測定することは、医療面からも倫理面からも困難です。ただし例えば事故で病院にかかった場合は呼気アルコール濃度を測定するとか、交通事故現場では軽微な事故であっても警察官は事故の当事者から呼気アルコール濃度を測ることが制度化されると、アルコール問題の治療や飲酒事故の予防につながり、大きなインパクトを与えて、世の中が良い方向へ向かうのではないかと期待しております。

○杠座長 ありがとうございます。

樋口委員からお願いします。

○樋口委員 この課題・問題点のところに連携の話が出ていますけれども、ERの先ほどの状況をお聞きすると、なかなか厳しい状況があるということもありますが、結構諸外国ではERの現場でブリーフインターベンションして、その効果を確認している研究が随分ありますね。ああいう連携ではなくて、その場でというのはなかなか難しいというのはあると思うのですけれども、恐らく日本では研究がほとんど何もないと思いますが、そのあたりの可能性を考えて、そういうふうなことについての新たな研究を開始していくようなイニシアチブも必要なかと思いますが、いかがでしょうか。

○柴山参考人 重症の患者への対応や多くの患者が診察を待っているような救急外来の混乱した状況で、酩酊患者さんに対し、その背景にあるアルコール問題にまで、救急外来のスタッフが介入することは困難です。その代わりに、当院では四日市のネットワークが作成したA4版1枚のパンフレットを酩酊患者さんやその関係者に渡すようにしています。そこにはCAGEやAUDITが載せてあり、患者さん自身がしらふになったときや、家族が本人に代わって評価してもらうことを意図しています。これがSBIRTでいうところのスクリーニングの代用です。裏面にはアルコール治療の専門医療機関や自助組織の連絡先が書いてあります。これがトリートの代用とまではいえませんが、それを期待しています。このように直接SBIRTを行うことが困難な状況での代替手段として、そのパンフレットを渡すように努めています。これが当院でできるSBIRTの現実的な限界です。

もし将来、予算措置によりSBIRTで対応できるスタッフが救急外来にあれば、救急外来で直接介入することができ、非常に有効だと思います。ぜひ御検討下さい。

○杠座長 樋口委員、お願いします。

○樋口委員 これは現実の問題点もそうなのですが、将来的にあるべき姿についてディスカッションするのがこの委員会だと思いますので、例えば今の話ですと、どなたかそういうふうな方を研修か何かで研修して、常時は難しいかもしれないけれども、ある一

定のときにそういうふうな方々に登場いただくような、そういうふうなシステムがあるといいかもしれません。また、非常に大事な問題の発見の場所でもありますので、先ほども申し上げましたとおり、研究がまだ全然ないという状況なので、そのあたりに対する有効性について検証してみるというのはとても大事ですので、それもテーブルの上に乗せていただければと思います。

○杠座長 わかりました。

今成委員、お願いします。

○今成委員 ワーキンググループの1で、ちょうどアルコール関連問題からどう介入するかというのをやっています、まさにここは警察と救急がすごく絡むところなのです。2つあります。1つは、きょう、警察の生活安全の方がいらしていると思うのです。交通安全もちろんそうなのですが、今、地域での連携がすごく要望が高いと思うのですが、警察としてこの辺はどう考えていらっしゃるかぜひお聞きしたいということと。もう一つ、きょうは消防庁の方はいらっしゃいますか。そうしたら、消防庁のほうで、現状、アルコール関係のデータで何かで出ているものがあるのか。例えば、東京消防庁では急性アルコール中毒はとっているのです。それが全国的なデータとしてあるのかどうか。関係省庁の方にお伺いしたいと思いました。

○杠座長 それでは、警察庁。

○警察庁 警察庁の生活安全企画課のヤマモトです。よろしくお願ひいたします。

お尋ねの件ですけれども、警察がアルコールを飲んでいる方とかかわるのは、後ほど交通事故の絡みもあるかもしれませんが、まず、保護という取り扱いがあります。1つは、警察官職務執行法による保護です。これは、まさに泥酔状態に陥っている者で放置しておくとかかわる者については確実に保護を実施します。さらに、それこそ治療が必要だという場合には、消防さんにも協力していただいて治療を受けていただくというケースもあります。また、保護施設において警察の監視下において酔いがさめるまできちんと監視をいたしまして、最寄りの家族とか保護のできる方のところへ引き渡すという手続をとっております。ただし、これも24時間以内という制限がございます、その間に引き受けただけのところを探し出して引き継いでおるという状況です。当然、その泥酔者にはけがをしている方もいるので、先ほど申し上げたとおり、一旦治療のほうに行くというケースもあります。

それともう一つ、あと、通称酩酊規法と言われている法律があります。いわゆる泥酔に至らないのだけれども、お酒の影響によって正常な判断がやや低下している者、そして、粗野な言動をしたり、自分の身に危ないことが起きる、いわゆる千鳥足で歩いていて交通事

故に遭ったり、障害物にぶつかって転倒するなどの症状が出ている者についても、同じく酩酊規法を根拠に警察のほうで保護いたします。酔いがさめるまで警察の監視下で保護いたしまして、家族や同僚、要は面倒を見られる人に引き渡すという措置で対応しております。この際も当然、けがをしている場合もございますので、そうした場合には一旦診療を受けていただいて、また酔いがさめるまで警察のほうで家族に引き渡すというような措置をとるといことがございます。

そして、御質問の最後の連携の関係ですけれども、数字等はないのですけれども、酩酊者規制法には中毒症状があると認められる、これはなかなか警察官には判定能力がなくて難しいのですけれども、他の客観的証拠などがあった場合には保健所のほうに通報して、保健所のほうからサポートするというような法体系をとっております、お酒にかかわるものについては警察官職務執行の保護、それから、酩酊者規制法という2つの法律を根拠に警察は活動しております。

○杠座長 ありがとうございます。

消防庁。

○消防庁 消防庁の救急企画室のカツモリと申します。

先ほどの御質問なのですけれども、アルコール中毒に関するデータ、件数をとられているかということなのですけれども、国へ報告するものとしてはとっておりません。しかし、東京消防庁はとっているのではないかというお話だったので、国へ報告する以外のものであれば各自治体のルールで集計しているところもあります。ただ、全国の消防本部、現時点で750あるので、その中でどこの消防がとっているかというのは、現時点では私たちのほうでは把握していないということになります。

以上です。

○杠座長 ありがとうございます。

警察庁の方、もう一度お願いします。

○警察庁 先ほど酩酊者規制法というふうに通称名で申し上げたのですけれども、正式の法律名は「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」という、ちょっと長いものがあります。なお、これには保護の関係だけ先ほど説明しましたが、実は罰則も設けられておまして、科料と拘留という罪に問われる可能性があります。

拘留というのは1か月以上30日以内のもの、そして科料というのは1,000円以上1万円未満ということで罰則もあるという法体系になっております。

失礼しました。

○杠座長 もう一度、今成委員、お願いします。

○今成委員 地域での他機関との連携ということについて、警察がそれの中に入ってくださると非常にやりいいという声があったと思うのですけれども、そこはどうでしょうか。

○警察庁 四日市の病院の先生のほうからも説明があったとおり、要は、暴行・脅迫などがあった場合には、当然これは刑罰法令に触れますので事件として扱うこともあります。なので、積極的に通報してもらうということは当然お願いしているところです。

また、法の中にも保健所との連携・通報という条文もありますので、その辺については、もう既に既存のものでもありますし、通常の業務でもありますが、地元での先ほどのネットワークが進んでいるところ、ないところ、さまざまだと思いますので、その辺は地域の実情に合わせて必要なところで参画していくというのは警察でも当然関係機関との連携というのは必要ですので、それは考えているところです。

○杠座長 ありがとうございます。

猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 警察の方にお聞きします。酩酊状態のときにいろいろ問題行動が起こるのですが、介入効果が上がるのはしらふになったときです。そのしらふのときに警察の方にも保健所の方にも一緒になって介入していただくとすごく効果が上がります。四日市の先ほどの事例もその通りの介入でうまくいったケースです。このような介入を警察の方の標準的な仕事にしていただくと相当やりやすくなります。

○警察庁 特化した専門的な説明というのは、その場、その場の具体的な現場によって変わってくるかと思うのですけれども、いずれにしても最終的には家族とか保護監督者のところに身柄を引き継いで保護が完了しますので、そのときに一言添えるなり、関係機関のアナウンスをするということは可能と思われま。

○猪野委員 その一言がすごく大事です。その一言の中にリーフレットをお渡しするとか、あるいはホームページのアドレスでもいいのですが、しらふになったときに警察官の方が教えて頂くと、全国的にも救われる方が相当出てくると思います。

衣浦東部保健所の方もそういう形の成果が上がっていると提示してくれましたので、警察庁からトップダウンでそういう指示をしていただくと現場がすごく助かると思います。ぜひ御検討いただきたいと思います。

○杠座長 ありがとうございます。

時間も迫っているのですが、最後に1つだけ。今、しらふになるというお話があったのですけれども、しらふになるというのは酩酊保護所に保護をしているということなのでしょうか。保護した後にそういうカウンセリングに近いことをしてもらおうということですね。ありがとうございます。

それでは、大槻委員、最後にお願いします。

○大槻委員 先ほど柴山先生のほうから行政制度としての地域連携機関ができればというようにお話がありました。それからまた、太田先生のほうから精神保健センターの今後の展開について評価というようにお話でございました。第三グループの相談支援のほうで総合相談センターというようにものを精神保健センターの中に設置していくようなことを考えたいという話も出ております。

3つの話をお伺いしていますと、これは統合した総合的な地域連携機関が制度としてできればいいのではないかという感じがしましたので提案させていただきます。

○杠座長 ありがとうございます。

それでは、時間の制約もありますので、最後に、これは非常に重要なのですが、一般医療と専門医療の連携です。ここに挙げておりますのは、現状としてアルコール関連臓器障害が200万人、通院は3万人とか4万人程度と非常に少ないということ。それから、一般医療機関を受診したアルコール依存症者が専門医療機関につながっていないケースも多い。それから、3段目は、アルコール依存症を受け入れる専門医療機関やアルコール依存症に関する専門的知見を有する、いわゆる専門医に近いものだと思いますけれども、医師が不足しているということを現状として挙げられております。

また、課題・問題点のほうでは、専門医療機関を中心として一般医療機関や自助グループ等関係機関との連携構築に課題がある。

それから、アルコール依存症に関する専門的知見を有する医師の養成に課題があるということが挙げられております。

対策として今回、事務局のほうから挙げられたものは、1つが専門医療機関を中心として一般医療機関や自助グループ等関係機関との連携推進と充実に取り組む。それから、人材育成として医療従事者に対するアルコール依存症等の研修について検討するということが挙げられております。連携のための人材育成ということが書かれております。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 前回のワーキンググループで専門医療の話をしたのですけれども、どこにもそれがここに反映されていないのですが、これは今後入るのでしょうか。

○杠座長 はい。この整理票には、抜けておりました。済みません。

ほかにどなたかありますか。

○伴参考人 今、一般医療と専門医療との連携ということで、ここに書かれているのはかなりアルコール問題がアドバンストになったときの患者さんのニュアンスが濃厚に入っていると思うのです。もちろんそれは大事なのですけれども、やはりもうちょっと二次予防の段階での介入というのが大事だというふうに思いますので、ぜひそこもそういうふうな何か一考の中に入れておいていただけるとありがたいというふうに思います。

○杠座長 早い段階からの連携にも意味がある、それが重要だというお話。それは専門医療機関との連携の中でですね。

○伴参考人 そうですね。それで、専門医療機関につながっていないという、これは、ここまでアドバンストになっている人が来られたらつなげるのが大変なのですね。ですから、専門医療につなげなくてもいい段階からある程度問題意識を持って介入していくというのが、もちろんつなげないといけない人をちゃんと拾い上げてつなげるというのもできていないのですけれども、だけど、もっと前の段階から食事・運動、飲酒、たばこ、そういうふうなところの段階で入っていくというのが大事かというふうに思います。医療としてでき上がったところで治療というのではなくて、もう少し予防的な介入というのが大事かなと。

○杠座長 堀江委員、お願いします。

○堀江委員 今の件と関連してなのですけれども、それをやる一つのモデルになるのががん拠点病院ではないかと思うのです。がん拠点病院の場合は、国立がんセンターは別ですけども、地域拠点病院の場合は、たしか市民公開講座をやったり、地域の病院との会合を開いたりというのが拠点病院の義務として義務づけられていたと思うのですけれども、だから、そういう形でまず専門病院、地域アルコール拠点病院のようなものができれば、そこが中心になってもう一段下の病院に対して教育、また、市民に対する市民公開講座なども行っていくという義務を負わせれば広がっていくと思います。うまくいくかどうかわかりませんが、一つの参考になるのはがん拠点病院の流れではないかと考えています。もちろん、がんの患者が全員がん拠点病院に行くわけではありませんので、そこは患者を割り振るというのを、各地域ごとに拠点病院の数にもよりますし、地域ごとに差は出ると思うのですが、一つのモデルががん拠点病院ではないかと私の頭の中のイメージとしては考えているのですけれども、いかがでしょうか。

○杠座長 御提案として、がん拠点病院というお話がありました。それをアルコールに置

きかえるということですね。そうしたときに、アルコールの患者さんが全てそこに、全てとは言いませんけれども、かなり集中されることにはなりますが、大丈夫でしょうか。

○堀江委員 その交通整理が、だから、先ほども申し上げたように、がんの患者さんが全部がんセンターに行くというと困るわけで、がんセンターもプロテクションをかけていて、がんセンターに普通の病院で対処できるようながんを送ると、それはもうこのレベルの人は一般の病院でやってくださいみたいなことをはっきり言ってきますよね。患者さんが行く場合は、2か月先の予約をとってくださいみたいな話になるので、そこを見極めて、だから逆に言えば、一般の病院がこれぐらいだったら私たちがブリーフインターベンションして介入できますよという、一般病院のアルコール医療に対するレベルを上げなければいけない、そうしないと専門病院に集中して列をなしてしまうということが起こるので、それはセットで考えなければいけないとは思いますが。

○杠座長 最終ゴール、あるいはあるべき姿ということを考えてのご提案ですね。だから、まず全体に底上げしていかなければいけない。底上げがあつて、最終的に拠点病院化するという形を最終形とするというお話ですね。わかりました。

ほかにどなたかいらっしゃいますか。

では、猪野委員からお願いします。

○猪野委員 柴山先生の御発表でも連携調整機関のような「連携」が出ていますし、太田先生も伴先生も連携の必要性を出されています。地域の連携をどのように作り上げていくかを考える時、伴先生が言われた都道府県単位の関係者会議を作ることとはすごく大事になってくると思います。その関係者会議が推進計画を作成する時、その中に常設の関係機関の連携組織例えば自殺対策協議会のような機関をぜひ作って欲しいと思います。私はそのように思うのですが、伴先生は、どのようにイメージされていますか。

○伴参考人 今、地域ベースのいろいろな活動を、地域包括ケアのポリシーが出てきてから、認知症を初めとして幾つかのそういうふうな活動は出てきておりますので、そういうふうな同じ人たちが同じ活動ができるかどうかわかりませんが、そういうふうなネットワークの動きは地域でも出てきておりますので、それをアルコール問題でもきちんとそういうネットワークをつくりましょうというふうなポリシーがオールジャパンとしてある程度発信されれば、それぞれの地方自治体でも動きは出てくるというふうに思います。

とにかく何かポリシーがないと、少々働きかけても、それは国の施策としてはまだ出ておりませんので、典型的なのが3疾病5事業から4疾病5事業になったとかそんなところで随分動きが変わってきますので、その辺のところは、いわゆるヘルスケアの施策をどういうふうに発信していただくかというようなところが大事かなと。

○杠座長 ありがとうございます。

先に大槻委員、お願いします。

○大槻委員 人材育成のところで、医療従事者に対するアルコール依存症等の研修の部分でございますけれども、この部分に、アルコール依存症者の実際の回復の姿、そして、その回復のプロセスを研修のプログラムに入れることによって、医療従事者の方々のアルコール依存症へのモチベーションが高まるように御配慮いただきたい、このように思います。

○杠座長 今のご発言は、研修プログラムのことですね。

○大槻委員 はい、そうです。

○杠座長 ありがとうございます。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 先ほどの拠点病院ですけれども、拠点病院のモデル事業は始まっているので、そのモデル事業の中の一環に、例えばモデルとして拠点病院が地域で連携のモデル事業のようなものを始めていくということが仮に中に盛り込むことができれば、それも一つの方法なのかと。

ただ、それと同時に、先ほど精神保健福祉センターの話もあったし、そのほかに柴山先生の御提案されたものもあったし、そのあたりの調整は必要かもしれませんけれども、何かの形である一定のモデルか何かをつくっていかないとなかなか連携は進まないような気がしますね。

○杠座長 最後に、堀江委員、お願いします。

○堀江委員 今、拠点病院は一言ずつ、2つ言わせてください。

拠点病院は、東京都は24あるのです。がんセンターを入れたら25あるので、25できれば交通整理できるかと思うということが1点です。もう一つは、上からの流れも大事だと思うのですが、下からの流れという意味では、前に教育のお話のところ初期研修制度にアルコールの教育を入れてほしいというお話をしたのですが、逆に言えば、アルコールの離脱とかそういうのが診療できる体制を各病院が用意しないと初期研修医はとれないよというような状況をつくっていただければ、各病院は積極的にアルコールの治療を勉強して、そういう人員を確保しようというような流れができると思うので、上の拠点病院から降ってくるのもいいですが、これから医者になったばかりの初期研修医に教育を

するために体制を整える、そういう下からのアプローチもいいのかなどというので、初期研修医制度というところから切り込むこともこの中で考えていただけたらというのが1つです。

○杠座長 ありがとうございます。

先ほど、樋口委員の拠点病院と堀江委員の拠点病院は、樋口委員のお話は既にある依存症拠点病院。したがって、精神科が主体のものになります。一方、堀江委員のお話にあった拠点病院は、むしろ一般医療側の拠点病院ということになるでしょうか。

○堀江委員 だから、その辺をどう考えていくかというのは、また樋口先生にお任せしますが、東京都のがん拠点病院は24あるということです。多分、24、アルコールの拠点病院が東京都にできたら、これは非常に素晴らしいことではないかと思えますけれども、ひとつ飛びにはいかないと思います。

○杠座長 それでは、そろそろ時間も参りましたので、本日の議論を終えたいと思います。

本日、活発な御議論をいただきましたが、この回で整理票を作成することは非常に困難ですので、内容につきましては一旦座長預かりとさせていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○杠座長 それでは、御賛同いただいたということで進めたいと思います。

では、最後に事務局から今後の日程等について説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害福祉部松崎専門官 委員の皆様、ありがとうございました。

次回のワーキンググループは、7月24日(金)を予定しております。場所等は改めて御連絡いたします。

それから、本日は、この後16時から、この場所で第6回関係者会議が予定されております。準備がございますので、大変申しわけございませんが、一旦会場の外に出ていただきまして、御案内する控室、または1階の食堂などでお待ちいただきますようお願いいたします。

○杠座長 本日は、お忙しい中、長時間にわたりありがとうございます。

3名の参考人の先生方にも貴重な御報告をいただきまして、ありがとうございました。

それでは、これを持ちまして第3回「アルコール健康障害対策関係者会議 健診・医療ワーキンググループ」を閉会いたします。どうもお疲れさまでした。皆様御協力ありがとうございました。