

【事例 2】

専門医療機関の相談スタッフが育む医療連携 ～アルドック・三原市アルコールサポート連携会議～ 特定医療法人大慈会 三原病院（広島県三原市）

【インタビュー協力者】 西元祥雄 氏（三原病院精神保健福祉士）川内昭広 氏（三原病院公認心理師）

三原病院は、広島県の中央東部、佐木島、小佐木島などの瀬戸内海の島しょ部を含む人口約9万人の三原市にある精神科病院（392床）。依存症専門医療機関、精神科救急の県拠点病院に加え、統合失調症、児童思春期、認知症、災害精神医療において地域連携拠点に指定されている。

1. 先進的・モデルとなる取組み

1-1. 「アルドック」は、アルコール版人間ドックの略称。2013年から三原病院のソーシャルワーカー、心理職が中心となって始めた広域の早期介入の取り組みだ。人間ドックの発想を減酒支援に援用した。対象は、アルコール依存症の予備群で、プログラムは前期3回+後期2回、計5回の外来通院で構成。利用者は、問診、血液、頭部CT、心理検査に加え、アルコールに関する健康教室を受講する。フォローアップとして、終了後に断酒目的の入院も可能。取組みの詳細は学術誌に掲載された^{*}。コロナ禍の2021年には、Zoomを使用した「アルドック・オンライン」も開始。「健康的なお酒との付き合い方一緒に見つけませんか」とチラシで利用を呼びかけ、全国からの相談に応じる。90分×2回のプログラムで構成され、利用者の居住地が三原市から遠方の場合は、最寄の病院と連携する。これらの手厚い支援が、税込み6,600円で利用できる。

*西元祥雄・江村直樹・越智あゆみ（2015）.『アルコール依存症予防を目的とした「アルコール使用低減プログラム」の開発』.日本アルコール関連問題雑誌, 17巻1号, p.137-142.

「アルドック」を始めた背景

手遅れ感が否めない重症患者の治療支援を通して抱いた問題意識

三原病院では、平成7年よりアルコール依存症リハビリテーションプログラム（ARP）を開始。しかし、対象者は重症者ばかりであった。スタッフには、「もっと早くに来院してくれれば…」とい



う思いが募っていった。また、ARPスタッフとして従事する中で、依存症患者には「自分がお酒に問題があるということを認めたくないという否認があるのにも関わらず、最初から治療目標として断酒しか選択肢がない」ということにも疑問を感じた。精神科病院での治療というだけでもハードルが高いのに、初めから「断酒」を求められるのは、患者にとってより一層受け入れ難く、アルコール医療に早期につながらないことの一因ではないかと考えた。三原病院の精神保健福祉士や公認心理師などの相談スタッフで試行錯誤の末、飲酒量

低減の考え方や節酒目的の簡易介入 HAPPY プログラムなどに着想を得て独自に開始したのが、アルドック（Aldock）だ。

活動実績

アルドックは、利用者が増えない悩みを抱え、精神科受診へのハードルの高さを痛感。一方、アルドック・オンラインでは手ごたえを感じている。以下はアルドック・オンラインで得られた成果を紹介する。

- ・重症の入院患者に比べ、アルドック利用者は問題が固定化しておらず、生活習慣の改善や、最寄りの相談支援や医療機関との連携で減酒を図れる症例が多い。
- ・利用者は広島県内に留まらず県外の関東、近畿地方、なんと海外（東南アジア）に広がった。
- ・アルコール依存症の医療資源への初回のアクセスまでには数年間かかると言われているが、アルドック・オンラインの利用者は、問題に気づいてから平均 2.8 カ月、という早期アクセス者が多数。
- ・製薬会社の MR と連携し、利用者の居住地の近くで、飲酒量低減薬セリンクロの処方可能な医療機関受診につなげた事例や、最寄りの断酒会につなげた広域の SBIRTS も経験。

課題と今後の展望

- ・アルドックは、「依存症集団療法」といった依存に関する診療報酬は算定していない。仮に対象となる方がいても、これを算定するには、医師、看護師、作業療法士のいずれか 1 人を確保する必要がある。精神保健福祉士や公認心理師を中心とした集団療法にも診療報酬が算定できれば、依存症の 2 次予防はより広がるだろう。またアルドック・オンラインは、国の提示する「遠隔健康医療相談（医師以外）」の枠組みで実施。相談者から利用料を頂いている（180 分を全 2 回で税込 6,600 円、3 人の支援者で担当）が、実際は大部分病院スタッフが通常業務の合間にしている。また、オンライン支払いではクレジットカード決済が一般的であるが、クレジット決済サービス利用のための手数料負担が毎月 1 万円発生している。
- ・今後は、都市部で働く人などをターゲットにして、適切な利用料の設定などを通じて、無理なく持続可能なサービスとなるよう発展させてい



きたい。

- ・また早期介入の取り組みを依存症専門医療のスタッフが行なった際に診療報酬上の評価が得られるようになると、医療機関のスタッフが、支援を必要としている方へサービス提供をしやすくなると思われる。

1-2. 「三原市アルコールサポート連携会議」（以下、連携会議）は、2022 年、依存症専門医療機関と一般科、精神科、自助グループ間のネットワークを構築することを目的に発足。連携会議には、広島県が推進する「アルコール健康障害サポート医」どうしが地域で顔を合わせる場所を作ることもねらい。

「連携会議」が始まった背景

上述の通り、三原病院のスタッフは、アルドックを通じて、早期介入の重要さを痛感してきた。地域においても、早期介入、医療連携を強化する仕組みづくりをしようと、三原病院の相談スタッフが中心となって事務局を立ち上げ活動が開始した。また 2018 年から、広島県でアルコール健康障害サポート医が開始し、三原市でも連携をしようという機運が高まりつつあり、三原市医師会の後押しもねらい。

「三原市アルコールサポート連携会議」の活動実績

- ・定期のネットワーク会議の開催（2023 年度末までに 3 回実施）。かかりつけ医、アルコール健康障害サポート医、断酒会会員などが参加。令和 5 年度は、三原市の保健師と警察・消防が参加。
- ・飲酒習慣の相談会（2024 年 2 月より開始）



市が管理する相談ブースで、住民向けに毎月1回「飲酒習慣の相談会」を実施。市の広報にも掲載。

・出前講座の実施

三原病院のスタッフが健康づくりの担当課や保健センターに対して出前講座を実施。純アルコール量の計算といった基礎的な知識から、依存症の専門医療へのつなぎ方などに具体的な手法も伝達。

活動資金

広島県のモデル事業の予算を確保。しかし補助額は年間63,000円。年1回の会議開催（講師謝金等）、リーフレット印刷代などで使い果たす。今後活動を広げていくには十分な金額とはいえず、予算額の拡大が必要である。

医療連携の実践を通じて気づいたこと

- ・関係者どうしが、フェイス to フェイスでつながることの大切さを再認識。
- ・地域の内科医が重症例を抱えていた！ことが判明

依存症専門医療機関では、重症例ばかりを見ている印象であったが、地域の内科医が抱えるケースの方が治療のモチベーションも無く壮絶であ

ることが判明（例 「腹水が溜まても酒がとまらない」「肝がんになんでも飲み続けて肝破裂で死亡」「精神科どころか総合病院を紹介しても行ってくれない」等）

- ・保健師、警察・消防、総合病院との連携強化を図ることの必要性が浮き彫りに。

地域におけるアルコールの困難事例に対応している実際の様子が把握できた。

連携会議の発足で得られた成果

- ・参加者のそれぞれの立場でアルコール問題についての共通認識ができるようになった。精神科医療における限界も理解してもらえた。その上で、コミュニケーションが取れるようになった。
- ・アルコール問題に対しては、断酒だけでなく減酒という選択肢があるということを普及できた。
- ・気軽に専門医療機関にアルコール患者を紹介してもらえるようになった。事例を介して広がる人脈、ネットワークを実感。

好事例普及・活用のヒント「何から始めたらい？」

西元氏の回答「続けていくからこそみえること、できることがある」「始めたいと思ったら、私に連絡くださいれば、持っているものは提供したいし、一緒に考えます」

川内氏の回答「今いる組織の中で、仲間づくりをしていくことが大事。」

お二人の発言から、地域連携を立ち上げるには、中心となる医師の存在もちろん大事だが、コミュニケーション同士が力を合わせて形を作っていくことも可能であることを示しているだろう。

課題と今後の展望

早く医療につなげてもらうために、アルコール問題に関わる人達のすそ野を広げたい。より身近な関係を持っている人（民生委員）などが医療連携の一員に加わってくれるようなネットワークづくりができたらいいと思っている。今後、色々なところに支援を届けるためにも、もっと医師を含めた精神科病院のスタッフが地域に出ていかなければいけないと感じている。一般住民向けの飲酒習慣の相談会は、課題解決の第一歩と考えている。

【事例 3】

ソーシャルワーカーの電話からはじまった多職種連携 ～呉圏域アルコール健康障害対策協議会～

広島県西部保健所・呉みどり断酒会・呉みどりヶ丘病院・呉医療センター
(広島県呉市)

呉圏域は、広島県南西部に位置し、呉市と江田島市の2市で構成され「沿岸部」地域と、江田島・能美島・倉橋島・上蒲刈島・下蒲刈島・豊島・大崎下島などの「島しょ部」地域を含む。かつては海軍の拠点として栄え、戦艦大和の建造場所としても有名だ。現在の人口は約25万人で、全体的に減少傾向にあり、高齢化率も34.3%（2015年時点）高い地域となっている。

【インタビュー協力者】 萩口陽明 氏（独立行政法人国立病院機構呉医療センター精神保健福祉士）
曾根敏浩 氏（呉みどり断酒会会長）
田中瑞樹 氏（呉みどりヶ丘病院看護師長）

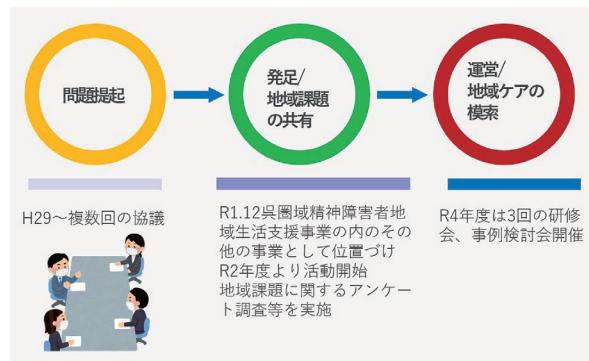
1. 先進的・モデルとなる取組み

呉圏域アルコール健康障害対策協議会では2019年度より、定期的に研修会や事例検討会を開催。毎回夜間の開催でありながらも、約60名が集う。その盛会の様子は右の写真からも熱気が伝わってくる。参加者も多様で、地域包括支援センターや相談支援事業所、保健所、救急隊、警察等の参加もある。多職種が対等な関係を築くため、参加者はお互いを「〇〇さん」と呼び合い対等な横の繋がりの構築をめざしている。

2. 連携の活動がはじまった背景

医療連携の不十分さから支援が手遅れに…

元々県内には、2007年頃から小沼杏坪氏を代表とした依存症の関係者が集う緩いネットワーク「ひろしまアルネット」があり、定期的に学習会や市民向けフォーラムなどを開催。県内の関係者同士の横のつながり作りの土壤になっていた。しかし、呉圏域では、アルコール健康障害対策について、二次予防～三次予防の取り組みが不十分であった。実際に、アルコール依存症専門医療につながる前に身体状態が悪化し亡くなるケースや、やつと専門医療につながり生活支援を計画していたのにも関わらず、自宅で死亡していた事例に直面したりと、支援者として悔しい経験を重ねたことが問題提起の動機になった。



ソーシャルワーカーから保健所職員への電話による問題提起が発端

上記のような状況に対し問題意識を持ち、何とか解決策を見出したいと考えた萩口氏は、2017年12月、管轄の保健所の保健師に電話をかけ、協議会の発足についてもちかけた。その後、地域の断酒会会长や専門医療機関の病院長や看護師長、精神保健福祉士等とも保健所で複数回の協議を重ねることになった。

2019年12月、「呉圏域アルコール健康障害対策協議会」発足

当初、保健所の反応は「検討します」との回答だった。途中担当者の交代なども経験しながらも粘り強く協議を続けた結果、2019年に県事業（呉圏域精神障害者地域生活支援推進協議会）の下部組織として位置づけられた。2年間の月日が経過していたが、県事業の施策として行なうことが認められたのだ。菰口氏としては、協議会の位置づけとして県の事業として発足するというスタンスを堅持した。その理由として、事業化することは「官民連携の円滑化や、各機関が我が事として取り組む意識化に繋がると考えたから」だという。さらに菰口氏としては、2年間の協議を通じて、「保健所、依存症専門医療機関、断酒会双方との対話によって協議会の必要性を認識し合う重要な時間となつた」という。協議会のコアメンバーには、地域の総合病院や行政担当者の他、呉圏域で専門医療機関として、依存症医療に歴史と情熱を有する

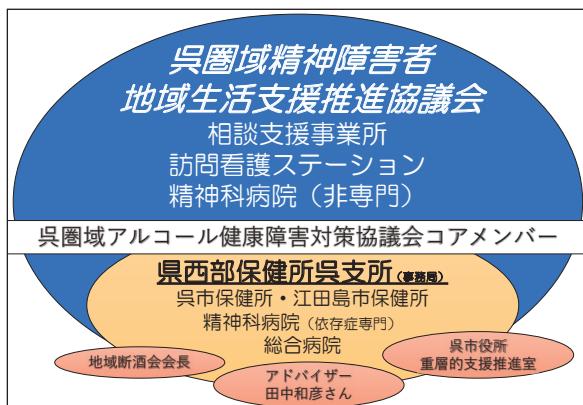
呉みどりヶ丘病院（田中氏）、呉みどり断酒会の会長（曾根氏）も巻き込んだ。特に曾根氏は、断酒会を市民活動として位置づけ、様々な啓発活動を通じて市民に向けた地域活動も展開しており、重症化する前のアルコール問題を抱えている方の相談にも応じているという。そのため、菰口氏としてはぜひ一緒に活動したいと考えた。

3. 活動実績

主な活動は、年複数回の研修会の開催である。アルコール健康障害対策の推進のため、医療のみならず、介護、就労、経済面等の生活問題への関わりを持つ支援者や回復者も含め、多職種連携の充実を目的として実施される。協議会発足直後、コロナ禍に突入したため、2020年度の開催は見送った。これまでに2021年から2024年3月までに合計8回の実施に至った。各回の概要と参加者数を下表に示す

4. 得られた成果

研修会には、毎回30-60名程度の参加があり、活発な意見交換がされている。参加層も会発足当初は医療機関や一部の在宅支援機関が主であったが、近年は地域包括支援センターや一般医療機関、救急隊、警察等の参加もみられる。会を契機に、断酒会と地域包括支援センター、専門医療機関とのより密な情報交換会が別途実施される等、緩やかではあるが輪が広がりつつある。専門医療機関へ様々な関係機関からの相談件数は顕著に増加している。



開催時期	主な内容	参加者数 (名)
2020 年度	地域のアディクションの問題の実情の把握と課題の共有のための状況整理（関係機関へのアンケート調査）	
2021 年度 10 月 3 月	講演「アルコール健康障害と回復支援の課題」「連携の必要性と地域づくり」、グループワーク（オンライン形式）	41
	講演「アルコール依存症からの回復～依存症者、家族の立場から～」、グループワーク（オンライン形式）	51
2022 年度 8 月 12 月 3 月	講演「回復者の体験発表」「江田島市のアルコール健康障害の取り組みと課題」、できること探しのグループワーク（オンライン形式）	28
	問題解決しない事例検討会（ハイブリッド形式）	37
	講演「アルコールの問題を抱えた人への支援について」、グループワーク（オンライン形式）	47
2023 年度 9 月 12 月 3 月	講演「重層的支援事業からみるアルコール問題」、グループワーク（ハイブリッド形式）	51
	問題解決しない事例検討会（完全対面）	53
	講演「家族支援について（仮）」、グループワーク※予定	



協議会運営メンバーが感じる成果

- ・断酒会会长長の曾根氏を協議会のメンバーに迎えたことによって、自助グループとの連携が強化された。専門職だけでは気づくことが困難な視点にも気づかされることも多く、患者さんへの支援のヒントが得られることがあった。
- ・曾根氏：断酒会としても協議会のコアメンバーに入ることで、市民活動団体として行政担当者に認識され、以前に比べて活動の幅が広がった。（例：アルコール啓発週間に、これまで駅前でティッシュ配布が主であったが、今年度は市役所と各地域の保健所の展示会場で断酒会のポスターなどを掲示させてもらえた。）さらに、協議会で知り合った行政の担当者や、障害の相談支援専門員や地域包括センターのスタッフが例会に参加してくれるようになった。断酒会の活動を色々な領域の人々に知ってもらえる機会になった。
- ・田中氏：事例検討などを通じて、周りの支援者が依存症を知ることが、最終的には対象の方に良い影響を与えるのではないか。直接的な影響は見えづらいが、支援者側の依存症に対する見方（偏見）などが変わるなどの影響があると思う。
- ・県の事業として位置付けたメリットとして、継続性が担保されているだけでなく、医療以外の警察・消防、その他自治体職員などは業務の一環として参加しやすい。また、研修会開催に係る事務を行政が担当してくれること、公的な場所を会場として利用できるなどのメリットもある。

5. 活動資金 令和4年度以降、県事業として予算化され、研修会開催に必要な経費が支出されている。

令和5年度：呉圏域精神障害者地域生活支援推進協議会の報償費予算：271,600円に対し、支払い約61,000円。精神保健費事務費事業より旅費予

算：139,200円に対し、支払い約54,000円であった。

6. 好事例普及・活用のヒント「まず、何から始めたらいい？」

菰口氏：最初は、一対一からの対話からはじまった。身近なところで問題意識を共有できる人に思いを伝えてみる、地域の保健師さん、自助グループ等に相談してみるとことからはじめてみてはどうでしょうか。

7. 運営上の工夫

・田中氏：協議会の中では、ヒエラルキーを作らないことを工夫している。参加者がみな主役というスタンスで実施。研修会のテーマ企画も、各機関や担当者の興味関心があるものを採用している。研修会っぽくないと感じられるような、参加者同士の交流の時間が持てるような形式を取り入れている。

8. 課題と今後の展望

・菰口氏：現状、依存症専門医療機関ではない精神科病院のスタッフや地域のサポート医の参加が少ないと、江田島市が地理的な問題から参加者が少ないので課題である。今後は、参加募集の際の声かけの仕方や開催場所を工夫していくことが必要。また、本協議会の取り組みによって、どのような効果が得られているのか十分な検証はできていない。しかし、アルコール健康障害を抱える人への支援に関して、支援者間での相談の頻度は確実に増加しており、その人を理解していく上で単独で抱え込まない意識や、問題の背景を理解しようとする姿勢は徐々に根付いてきている。回復支援に至る多職種連携の構築に向けて、今後は効果検証も行っていきたい。

【事例 4】

依存症専門の医師が総合病院に出張診療 ～架け橋モデル～

医療法人タピック 沖縄リハビリテーションセンター病院
(沖縄県沖縄市)

【インタビュー協力者】 手塚幸雄 氏（沖縄リハビリテーションセンター病院 精神科医師）

沖縄リハビリテーションセンター病院は、沖縄市（人口約 13 万人）の中心部に位置する回復期リハビリテーション病棟 199 床、精神科病棟 211 床を有する。精神科急性期病棟にて依存症の入院治療も実施。県の依存症治療拠点機関である。

1. 先進的・モデルとなる取組み

依存症専門医療機関から総合病院に医師が出張しリエゾン診療を行う「架け橋モデル」とは、依存症専門医療機関から総合病院へ医師等が出張することにより、依存症患者の早期発見・早期介入を図ることを目的とした事業である。依存症の治療ギャップを解消する手法の 1 つとして、2 週間に 1 度、二次医療圏内にある近隣の総合病院に精神科医である手塚氏が出張し、お酒の問題がある方を対象に、リエゾン診療を実施し依存症専門医療機関の受診につなげようという試みだ。外来診療に加え、消化器や循環器等の内科的疾患で総合病院に入院している患者のうち、リエゾンの依頼があった場合は、病棟まで出向いての診療も行っている。

2. 連携の活動が始まった背景

平成 23 年より、当時手塚氏の勤務先であった依存症の専門治療を行う琉球病院（単科精神科病院）にて、診療ではなく「アルコール相談」という形で、月 2 回、医師・看護師が総合病院に出張し、アルコール問題が疑われる方を対象に SBIRTS (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment, and Self-help groups の略語) が実施されていた。担当者の変遷を経て、この活動の存続が危ぶまれていた時期に、AMED 研究班^{*}に合流し、手塚氏が効果検証を担当する形で継続することになった。この時点で、診療外で相談という形式で行っていた内容を「医師による診療」に変更。「架け橋モデル」と沖縄協同病院の小松知己氏により命名いた



だき、本格的に活動を開始した。令和 2 年度から現在まで、厚生労働省の「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」として採択され活動を継続している。

※AMED 委託研究開発事業名

「アルコール依存症予防のための簡易介入プログラム開発と効果評価に関する研究」(研究代表者 杠岳文)

「一般医療機関におけるアルコール使用障害の実態把握と簡易介入による医療連携の効果検証」(分担研究者 村上優)

3. 活動の実績・活動する上の工夫

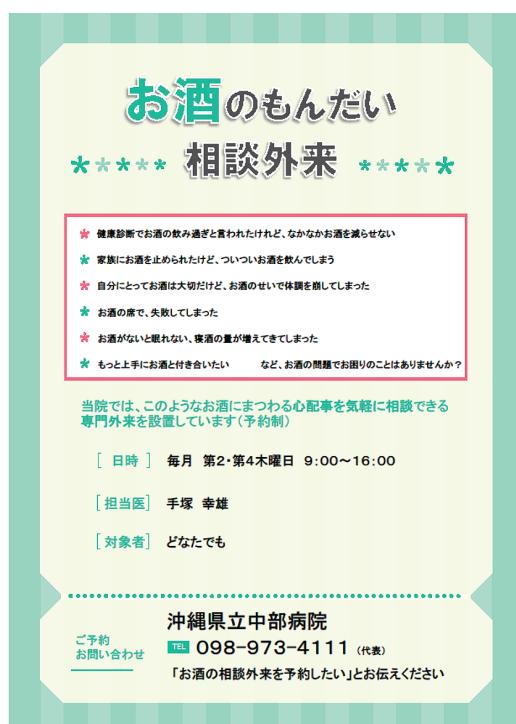
・活動の周知は、「依存症の方向け」とせず、「お酒のもんだい相談外来」とし、対象は「どなたでも」(チラシ参照)としている（命名は手稲溪仁会病院 白坂知彦氏による）。「依存症」という言葉を敢えて使わないことで、本来対象であるにもかかわらず「自分には関係ない」と思う方にも情報を届けるようにするためだという。

また、「どなたでも」とすることで、受診の際の心理的なハードルを下げるねらいもある。

- ・対象者は、他科のコンサルテーションに基づくが、担当医の負担を下げるため紹介状は簡略化している。
- ・対象者全員にAUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)を実施。対象者の平均点は21.3点。
- ・ICD-10 アルコール依存の診断基準を満たす割合は、外来で54%、入院で62%であった。

依存症診断該当の割合が高いということは、依存症の可能性が高い人ばかりがコンサルされてきているという可能性もあり、手塚氏としては、「もっと気楽に紹介してもらえたなら」と思うところ。紹介元の医師には「お酒の問題があるかもしれない、という段階の方も紹介してくださいね」と伝えている。

- ・その後、依存症専門医療機関に繋がる割合は、約4割であった。内訳をみると、外来で47%、入院で63%と入院患者の紹介率が高い(平成30年10月から令和5年10月の受診者の集計)。入院患者は、転院という手段が使えることが紹介率の高さに関連している。また、手塚氏の実感として、入院患者の方が時間的余裕もあり、患者さんとしてもリエゾン診療を快く受け入れてくれ、診察時も話も盛り上がりやすいということがあるとのこと。一方で、外来患者はキャンセルが多い傾向がある。



4. 活動資金

令和2年度より、厚生労働省モデル事業の一環として実施。厚労省のモデル事業の期間の終了時期は現時点では未定。モデル事業終了後も独自の取り組みとして継続予定。

しかし、予算的には、医師派遣にかかる人件費などは派遣元の医療機関の負担となっており課題を残している。

5. 得られた成果

- ・活動開始前に比べ、専門医療機関への紹介が増えた。
- ・実際に医師が患者に会うことで、精神科病院に行くという以前に、「この医師のところだったら治療を受けてみてもよいかも」と思っていただき、信頼関係を築くことができる。
- ・専門医療機関での取り組みを総合病院のスタッフに知ってもらい気軽に紹介できる関係性を築く機会となった。

6. 医療連携の実践を通じて気づいたこと

専門医療機関側のキャパシティがオーバーに

初診患者に待機が発生という、紹介が増えたからこそその悩みに直面。依存症治療の導入のタイミングは非常に重要なため、患者さんをお待たせしてしまうのは良くないこと。そもそも依存症は有病率が高い病気だ。紹介率がこのまま増えると、そもそも医師の数が少ない地域の依存症専門医療機関だけではとても抱えきれないだろう。

7. 現状の課題

架け橋モデルの成果によって、紹介が増えたことで、依存症専門医療機関だけで抱えきれないという現実に直面した。専門医療機関ではなく元々身体の疾患で通院し、信頼関係もできており治療継続ができるプライマリケア医や消化器内科医などのアルコール依存症患者にファースト・コンタクトをしている現場で、治療導入できること効率が良い可能性がある。

- ・SBIRTSを行った上で、専門医療機関へのつなぎを強調しすぎることは、専門医療機関外の治療スタッフ側に「依存症は専門医療機関でやるものだから、自分のところは関係ない、やらない」という風潮を作り出している可能性がある。

8. 今後の展望

「始められる場所で、できることからはじめる」依存症支援へ

- ・専門医療機関以外の場所（かかりつけ医、総合病院、一般精神科等）において、「自分達でもできることをやろう」というスタンスを持っていただけるように働きかけ、依存症医療に関わる機関や人材を広げていくことが必要。その一方で、依然として重症患者に対応できる専門医療機関と依存症を専門とする医者を増やすことも重要。
- ・医師以外の職種（看護師、精神保健福祉士等）が出張した際の効果なども検証できると良い。

【事例 5】

総合病院でつながる医療連携 ～愛知アルコール連携医療研究会～ 医療法人成精会 割谷病院（愛知県刈谷市）

【インタビュー協力者】 菅沼直樹 氏（刈谷病院 アディクションセンター長）
塚田勝比古 氏（重工大須病院・八事アルコール医療センター顧問 医師）
高森未貴 氏（刈谷病院 精神保健福祉士）

刈谷病院は、名古屋駅から電車で 30 分の刈谷駅から徒歩 10 分の、自動車産業関係者が多く住み、都会的な街の中にある 207 床の精神科病院である。平成 4 年から依存症治療を開始し、現在、アルコール・薬物の愛知県依存症拠点治療機関であると同時に、ギャンブル等依存症の専門医療機関として認定されている。公的病院以外でアルコール・薬物・ギャンブル 3 つに対応しているところは全国的にみても希少な存在である。今回は、単に県内の医療連携の動きにとどまらず、アルコール健康障害対策基本法（以下、基本法）制定のきっかけのひとつとなった「愛知アルコール連携医療研究会（略称：アル研）」について、立ち上げメンバーである塚田氏、現在の事務局長の菅沼氏、事務局担当の高森氏にお話しを伺った。なお現在は、刈谷病院と八事病院（名古屋市）と共同事務局体制で運営している。アル研は、2006 年 7 月に第 1 回を名古屋市立大学病院で開催して以来、約 18 年間にわたって活動を継続してきた。その活動史はすでに塚田氏、菅沼氏によって記事としてまとめられている^{*1}。ここでは記事^{*1}を参考にした上で、これまでの主な活動とインタビュー内容も交えてアル研の「今」を報告する。

*1 塚田勝比古、猪野亜郎、高瀬幸次郎、伴信太郎、菅沼直樹、奥田正英、林藤孝、東海北陸ブロックにおける「基本法下の地域連携」愛知県での取り組みを中心に、日本アルコール関連問題学会雑誌、第 24 卷第 1 号、11-14、2022 年。

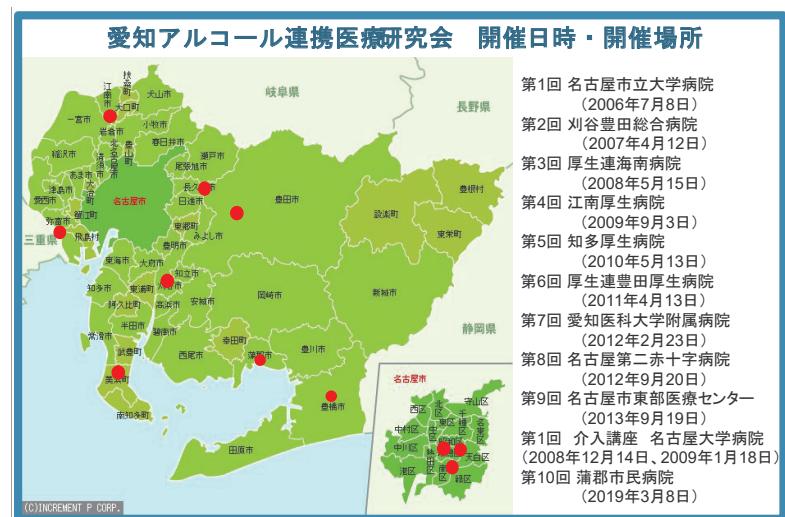
塚田勝比古、菅沼直樹、猪野亜郎、愛知アルコール連携医療研究会の取り組みの現況と課題、日本アルコール関連問題学会雑誌、第 16 卷第 1 号、91-93、2014 年。

1. 先進的・モデルとなる取組み

1) 2006年-2019年 総合病院でアルコール 関連問題（健康障害）に関する研修会を開催

愛知アルコール連携医療研究会の特徴は、年 1 回、地域の総合病院で「アルコール関連問題（健康障害）に関する研修会」を継続して開催したことである。開催日時・場所の図からもわかるように、歴代の開催地には、各地域の主要な総合病院がずらりと並ぶ。発起人の塚田氏が総合病院での開催にこだわった背景には、アルコール臓器障害患者が多く受診するのは、地域の総合病院であり、そこで勤務する医師を含めたスタッフに、内科領域での治療では限界があり、早期に専門医療に結びつけることが当事者にとって最重要で回復

の近道であることの共通認識を図りたかったからである。さらには、地域の一般医療者、産業医、保健・福祉関係者、そして専門医療機関の従事者が一堂に会し、アルコール関連問題の知識の習得、治療・回復に向けて多職種連携の必要性を参加者



が共有する場として総合病院が適所と考えた。各回の研修会は、事例検討、専門家によるアルコール依存症の診断や治療に関する講演、さらに自助グループの協力を得て、アルコール依存症当事者や家族の体験発表で構成した。特にアルコール依存症当事者の体験談は、参加者に感動を与え、時には命を落とす深刻な疾患であると同時に、回復可能な疾患であること、回復のためにも早期介入が必要であることを参加者に理解してもらうことにつながった。

2008-2009年には、医療関係者、産業保健、介護・福祉・保健所などの支援者向け集中講座として「アルコール介入技法講座」計2回実施。

2) 2013-2017年 アルコール健康障害対策基本法(以下、基本法)制定に向けた活動へ発展

全国的に基本法制定への動きと機運が高まる中、アル研は、三重県アルコール関連疾患研究会、愛知県断酒連合会、三重断酒新生会、岐阜県断酒連合会と協力して「基本法制定を願うin愛知」の実行委員会を組織。2013年5月「アルコール健康障害対策基本法制定を願う集いin名古屋」^{※2}(参加者449名)を成功させ、基本法制定の大きな推進力の1つとなった。制定後も「基本法推進の集いin愛知」と名称を変えて、関係者からの課題や要望を共有し、行政担当者に意見として伝える活動を実施(計10回ほど開催)。

これらの活動の運営を担った菅沼氏は、「基本法は理念法であり、それが本当に機能するようになるには放つといても誰もやってくれない、実効性のある法律とするには、推進計画に関係者の要望が盛り込まれることが必要だ」との思いで進めていったという。

※2「アルコール健康障害対策基本法制定を願う集いin名古屋」の様子はアル法ネット(<https://alhonet.jp/20130511.html>)に詳しい内容が掲載されている。

3) 2020年-2024年 多職種連携、人材育成の活動を展開 新型コロナ感染禍からオンライン研修も導入

基本法制定後、「愛知県アルコール健康障害対策推進計画」に衣浦東部保健所の取組みをモデルに、県内12カ所の保健所を中心とする地域連携体制の構築が定められ、各地域での取り組みが活発化。そのような中でアル研は、新たな活動を開始。推



進計画の実行のためには、関連する多職種連携の継続的強化、依存症に対応できる人材育成が不可欠、特に「若い世代を育成しよう！」と考え、「アルコール関連問題多職種連携研究会」を2020年2月より開始。第1回目は対面で実施。しかし、直後コロナ禍には、対面での集会が制限されたため、いち早くオンライン研修を導入した。現在までに年1回のペースで合計4回開催し、一般、医療系看護やコメディカルなどの学生を対象に、「講義、オンライン上でグループワーク、当事者の体験談」の3部構成とした。参加者募集のポスターは、デジタル世代の若年層の関係者にも情報が届きやすいように、明るくオシャレなデザインが採用されている。余談だが、美しい募集ポスターは事務局高森氏の手作り（お姉さんがボランティアで制作協力してくれている！）である。

2. 連携がはじまった背景

1) 愛知県のアルコール医療連携の改善を切望する二人の医師の願い

アル研は、発起人の一人である塙田氏が消化器内科医として、アルコール性肝障害の治療にあたる中で、アルコール問題の解決には、関連する医療機関、行政機関などとアルコール専門医療機関との連携が必須と考えたことが発端である。隣の三重県では、いち早く1996年から、猪野亜郎氏を中心に「三重県アルコール関連疾患研究会」が発足し、内科と専門医療機関との連携を目指す動きが始まっていた。塙田氏が猪野氏に「愛知県でも医療連携のネットワークを立ち上げたい」と相談。ここで二人の医師の願いが合致したのが始まりだ。

発足当初の「世話人会」メンバー構成と当時の所属 ※敬称略

世話人代表	塚田勝比古（NTT 西日本東海病院）
世話人副代表	片野義明（名古屋大学） 中尾春壽（愛知医科大学） 川部直人（藤田保健衛生大学） 堀田直樹（増子記念病院） 菅沼直樹（刈谷病院） 奥田正英（八事病院） 西山仁（西山クリニック）
顧問	各務伸一（愛知医科大学教授） 後藤秀実（名古屋大学教授） 城卓志（名古屋市立大学教授） 吉岡健太郎（藤田保健衛生大学教授） 伴信太郎（名古屋大学教授）
事務局長	猪野亜郎（西山クリニック） ※事務局は、西山クリニック（名古屋市）

2024年現在の事務局のメンバー構成 ※敬称略

世話人代表	塚田勝比古（重工大須病院 八事アルコール医療センター顧問 医師）
事務局長	菅沼直樹（刈谷病院 刈谷アディクションセンター長）
事務局	刈谷病院 担当者：高森未貴 PSW 八事病院 担当者：谷口真知子 PSW 八事アルコール医療センター長 奥田正英 医師

2) 愛知県下の4医科大学の教授を巻込むことに成功！

しかし、医療連携立ち上げの話を周囲にもちかけると「教授の了解はとったのか？」との反応。「よし、それなら、話しに行こう！」と塚田氏、猪野氏は協力して、県内の消化器内科講座の教授と対話し、医療連携の必要性を訴えた。こうして愛知県下の4医科大学消化器内科講座を主とする5講座の教授に顧問を引受けた。こうして、2006年3月、運営主体となる「世話人会」を組織、事務局会議を開始した。

3) 2つの依存症専門医療機関の共同運営体制で活動を継続

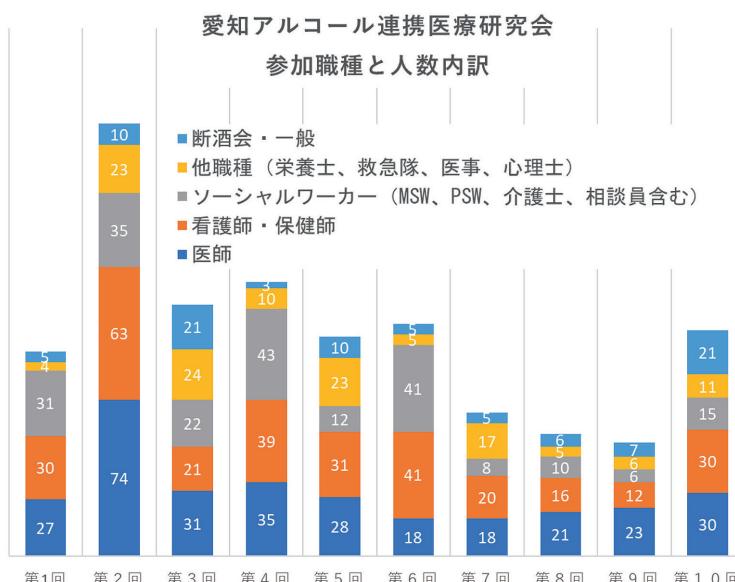
2012年からは、事務局を刈谷病院に移動。事務

局長を刈谷病院アディクションセンター長である菅沼氏（精神科医）に交代。現在は、刈谷病院と八事病院（名古屋市）と共同事務局体制で運営。

3. 活動実績と得られた成果

愛知アルコール連携医療研究会

下のグラフは、第1回～第10回の研修会参加者数と職種内訳を示したものである（塚田氏提供資料を基に作成）。各回とも多職種が集い、参加者の合計は少ない時でも54名、多い時で204名の参加があった。第3回からは、産業医、開業医の参加啓発目的で、日本医師会認定産業医単位が取得できるようにした。



アルコール関連問題多職種連携研究会 これまでの開催概要と参加者数

第1回 2020年2月22日	「アルコール関連問題と依存症」 コーディネーター 愛知医科大学教育センター長 伴信太郎先生 35名参加
第2回 2021年7月10日	「依存症を知ろう！オンラインセミナー」 コーディネーター日本福祉大学福祉経営学部准教授 田中和彦先生 74名参加
第3回 2022年7月9日	「アルコール健康障害への介入ー飲酒問題の早期発見・早期介入ツールを活用しよう」 コーディネーター 一宮研伸大学看護学部教授 大谷恵先生 40名参加
第4回 2023年7月22日	「総合病院でのアルコール依存症の介入」 コーディネーター 沖縄協同病院精神科医 小松知己先生 55名参加

活動の最大の成果は、「基本法の成立」

菅沼氏：刈谷病院としては衣浦東部保健所モデルの地域連携活動が1つの柱。もう1つの柱がアル研の活動だった。2つの取り組みを通じて、愛知県でもモデルとした三重県でも、内科と精神科の連携が地域でできたが、地域だけでは、それ以上は発展しない。この取り組みを全国に広げようとなり、それが基本法制定の動きとなった。

アルコール関連問題多職種連携研究会

コロナ禍で試行錯誤の中、始めた取り組みであったが目的通り学生の参加もあり、以下の利点があった。

- ①他府県からの参加（北海道からも）や、多機関、多職種の参加があった。
- ②機能の利用で、オンラインでも事例検討のグループワークが可能。
- ③当事者の体験談では対面と同様に感動したという意見が得られた。

4. 活動資金

塙田氏曰く、これまでの活動は「全くのボランティア」で実施してきた。愛知アルコール連携医療研究会で開催した研修会は、原則、参加費無料である。※産業医単位を申請する医師のみ1,000円徴収。さらに研修会開催のための事務局の打合せに係る人件費や打合せ場所までの往復交通費、会場使用料、講演会を依頼した講師やグループワークのファシリテーター、体験談当事者への報酬支払もなし。無償の活動でありながら、長期にわたる活動が継続してきた背景には、世話人の努力と力量、そしてその情熱に賛同する周囲の関係者の理解があったからに他ならない。

5. 好事例普及・活用のヒント 何から始めたらいい？

塙田氏：一番初めは、自分の患者さんに対して、2年間勤務していた総合病院で患者会をやっていたが、限界を感じた。その時にモデルが近くにあって、最初に猪野先生と知り合えたのが良かった。猪野先生の観点は大きく目を見開くことにつながった。そして、一度やると決めたら、攻めることが必要だ。

菅沼氏：キーパーソンが最低二人集まれば始められる。理解してもらえる人を作つて、関係者同士顔見知りになること。また、力を貸して欲しい人物に、役職（「顧問とかね」と塙田氏）を依頼してしまうのも一手。

6. 現状の課題と今後の展望

時代は「働き方改革へ」夜間に人を集めづらい時代 法令に適合した活動のあり方の検討が必要

塙田氏：事務局会議も18時から開始しているが、夜間に人を集めるのは今の時代にはそぐわないだろう。（活動の継続性を確保するためにも）本当は、業務の一環として残業代が付けばいい。それが難しいというのが実情。活動のあり方が法令に適合しているかなども検討していくことが必要だ。

アルコール医療そのものの収益性の問題

塙田氏：医療でアルコール問題に対応することは絶対必要だ。しかし、アルコール医療は、労力の割に収益にならないという問題がある。例えば認知症のスクリーニングで、長谷川式を実施すると診療報酬がつく。しかし、AUDIT、CAGEなどを実施しても一切診療報酬はなし。これを解決するには、政治的な力が必要。基本法ができて国として予算を確保し、政策として実行、必要なものに

は診療報酬上で評価していくことが必要だ。

アル研のこれから～「依存症も診れますよ」という若手医療従事者を増やす～

塙田氏：今後は、この疾患を理解し、関わっていく若い人材を増やしていきたい。多くの医療従事者は、自分達が関係している患者さんは、自分たちが診るんだというところにまではいっていない。それを広げないとアルコール依存の治療ギャップを埋めるというのは解決しえないだろう。アルコール依存症は、地域の総合病院に集まつてくるので総合病院の医師、コメディカルを含めて、そこで対応できる仕組みをきっちりやっていきたい。内科医だけでなく、現在は精神科を専攻する医師も多いと聞く。しかし依存症を診る精神科医は少ない。

菅沼氏：自分は、よく「依存症の専門医」という言われ方をするが、依存症はどこにでもありふれた疾患。こじれた重症者は専門医療機関で対応するが、そうでない患者は精神科医であれば誰でも診れないとおかしい。

高森氏：ソーシャルワーカーも例外ではない。依存症の症例が来ると「依存症だから、はい、高森さんにお願いします」となるが、それはおかしいなと思う。

医学部（医科大学）や看護学校などの養成段階で教育課程に依存症（当事者体験）を含めることが必要

高森氏：ソーシャルワーカー養成校でも依存症のことは触れる時間数は少ない。また、依存症のことを学ぶのは大切だが、回復者の話を聴かないと頭でっかちになる、重症者が回復する話を聞くと、支援者が期待や希望を持てる。依存症支援は対象者と長期的な関わりになる。意欲を保つためにも当事者の話を聞くことは大切。

菅沼氏：医師養成のスーパーローテート研修では、精神科で依存症症例を経験することが必須になったことは評価できるが、さらに自助グループの体験が1回でもあれば違う。医学生は自助グループに最低でも1回は行って当事者の話を聞くということにしたらしいのではないかと考える。

愛知県の内科－専門医療機関の連携の推進から始まった活動は、関係者の思いを基本法の制定と愛知県での推進計画として具体化することで実を結んだ。そして、基本法制定から約10年の時を経た今、愛知アルコール連携医療研究会は、次世代を担う人材育成、そして新しいアルコール医療連携のあり方に向けて動き出している。

【事例 6】

精神保健福祉センターがつなぐ ～岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク～ 岡山市こころの健康センター（岡山県岡山市）

【インタビュー協力者】 姉尾忍 氏（岡山市こころの健康センター 精神保健福祉士）
松本奈乙美 氏（岡山市こころの健康センター 保健師）

岡山市こころの健康センターは、岡山県の県庁所在地および人口71.2万人を有する岡山市（政令指定都市）が設置した精神保健福祉センターである。岡山駅から徒歩15分程度の交通アクセス良好な市の中心部にある。依存症の相談拠点である他に、こころの健康に関する相談・支援、精神障害者の社会復帰支援、自殺対策推進センター、ひきこもり地域支援センターとしての機能も果たす。ここでは、精神保健福祉センターが中心となって活動する医療連携「岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク」について紹介する。

1. 先進的・モデルとなる取組み

岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク（以下、ネットワーク）は、岡山市が立ち上げた活動である。

一般医療機関とアルコール専門病院の連携により、一般医療機関を受診したアルコール依存症が疑われる患者をより早期にアルコール専門病院につなぐことで、依存症治療の動機づけや治療介入をスムーズに行うためのネットワークシステムを構築することを目的としている。

主な活動内容

①ネットワーク会議の開催：年4回程度開催。コ

アメンバーを中心に研修会の企画・運営やアルコール依存症者の支援に関する普及啓発を行っている。

②事例検討会・講演会：かかりつけ医と依存症の専門医、コメディカルスタッフ等を対象に、患者本人、家族に対する支援のスキルや、医療・社会資源の理解の向上、さらに関係者同士のつながりを構築することを目的に事例検討会を開催。平成24年度から市内8か所の大学病院や総合病院で持ち回り開催。令和2年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響で全ての研修会が延期、中止したが、令和3年度はオンライン開催のみ、令和4年度からはハイブリット開催で、

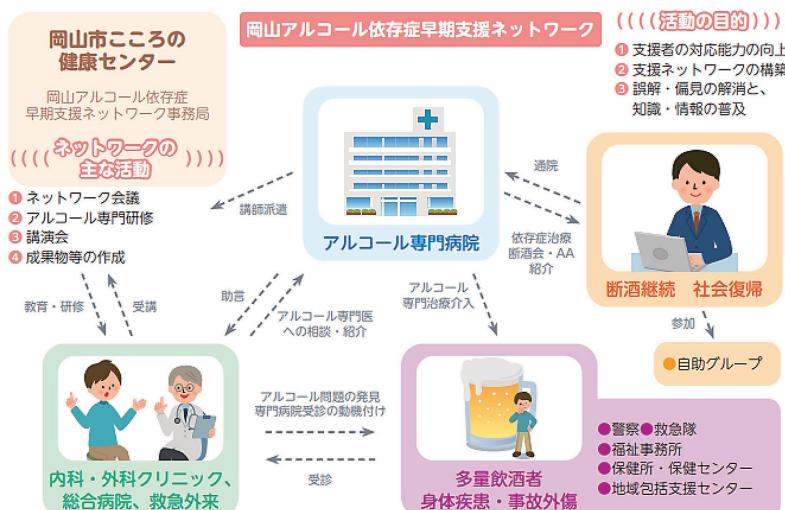


図1 岡山市HP掲載「岡山アルコール依存症早期支援ネットワークの活動報告」より抜粋

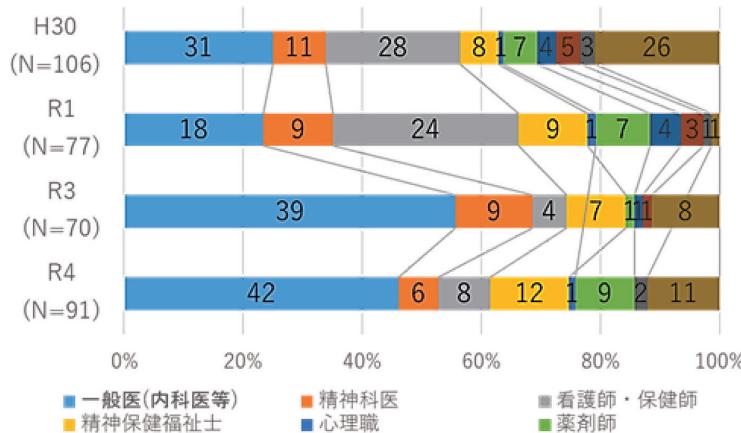


図2 事例検討会・講演会参加者

総合病院持ち回りを再開した。

一般医療機関アルコール専門研修として、平成23年度から一般医療機関のかかりつけ医等が、アルコール依存症者の特性や病気を正しく理解し、依存症に対する誤解や偏見を払拭することを目的に開催。令和3年度は「飲酒量低減療法の実際：減酒外来について」、令和4年度は「内科医によるアルコール低減外来の実際」をテーマに取り上げたところ、内科医の参加が大幅に増加した。参加者は、日本医師会の生涯教育講座ポイント取得可能。開催形式を、これまでの集合形式からハイブリット形式に変更し19時開始にしたところ、以前は2割程度だった内科医や開業医の参加割合が、約5割と顕著に増えた。

③成果物等の作成：活動を広く知ってもらえるよう広報に工夫

ネットワーク活動の成果は、3年おきに見やすいパンフレットにまとめ、HP上で公開している。誰でも無料でダウンロードができる（<https://www.city.okayama.jp/kurashi/cmsfiles/contents/>



0000004/4199/012.pdf)

パンフレットの表紙は、岡山市のイメージキャラクター「ミコロ」「ハコロ」がほほ笑む親しみやすい装丁。令和5年度末には内容を新しく更新したパンフレットが公開予定である。

④「D to P with D」専門医療機関から総合病院、クリニック等に精神科専門医を派遣する事業の試行

D to P with D は、Doctor to Patient with Doctor の略語。ここでは、遠隔の依存症専門医と患者とその主治医のことを指す。これは令和5年度からの、岡山市の新規事業として市内3か所の専門医療機関から総合病院、クリニック等に精神科専門医を派遣するオンライン専門医派遣事業である。メリットとして、事前に十分な情報共有、専門医への相談がオンラインできることと、患者にとっては主治医が同席した上での診察により専門医受診のハードルが下がり、継続受診につながる事例を積み重ねてきた。

⑤SBIRTに関する教育ツールの開発

令和元年度に SBIRTS を3回シリーズで取り上げ、ネットワークコアメンバーを中心に解説やオリジナルの寸劇を実施。令和4年度には、SBIに焦点を当てたものに内容を修正し、内科・かかりつけ医等の診療場面を想定した動画を自主制作した。令和5年度には、一般医療機関を対象とした研修会で動画上映、解説、出演者によるディスカッションを行った。

2. 連携がはじまった背景

多岐にわたる活動の中核となった、ネットワークの活動は平成23年に開始した。その発端は、岡

山市こころの健康センターの前所長が、地元の医大、岡山大学出身であったことや、過去の赴任先の医療機関で得た人脈を中心に、ネットワークのコアメンバーへの参加依頼をしていったという。

3. 活動実績と得られた成果

内科医からのアルコール依存のあるケースに関する相談件数が増加

平成27年度に実施した一般医療機関からアルコール専門病院への患者紹介状況に関する調査では、かかりつけ医から専門医への紹介件数が増加するなど、連携の量、質ともに一定の効果が認められている。依存症を担当するソーシャルワーカーを置く総合病院も出てきた。実際に「地域資源につなげられないか」という問い合わせをいただくこともあり、ネットワークの成果を感じている。

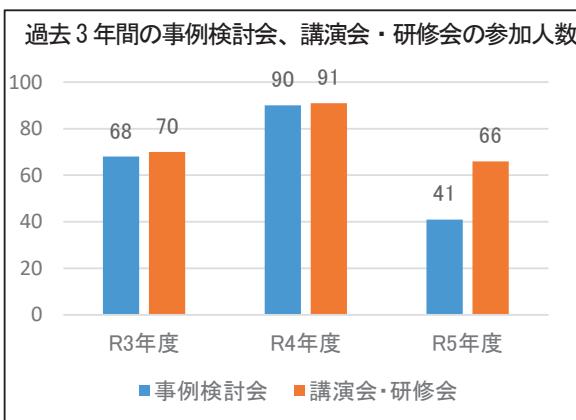
COVID-19 感染拡大の影響からオンライン開催を導入したことのメリット・デメリット

事例検討会も研修会も、オンラインで対応したことによって、それまで時間や距離等の都合で参加できなかった人が参加してくれるようになつたが、オンラインに慣れると会場参加者が減少した。このため、会終了後の名刺交換や近況報告、雑談等の交流が難しくなっている。このようなフェイストゥフェイスの機会をどのように確保するのかが今後の課題。事例検討会を総合病院内で持ち回り開催することの意義には、依存症への関心が低いスタッフの意識を底上げするねらいがあったが感染拡大になると病院建物内に入ること自体が難しくなる。感染対策には慎重にならざるを得ないため、柔軟な対応が必要だ。

4. 活動資金

活動経費は、ほぼすべての活動がボランティア

事例検討会は基本的に総合病院で行うため会場使用料は不要。ハイブリット開催の講演会では、配信業務を民間企業に委託し、その委託費と講師謝礼、会場使用料は岡山市が負担。その他のネットワーク活動に係る会議は業務時間外で、運営のコアメンバーはみなさん無報酬で実施している。
その他：パンフレットは岡山市で予算を組んでいる。



5. 好事例普及・活用のヒント 何から始めたらいい？

- ・コロナ等の影響はあったが、どんな状況でもやれることはあるので、やり方を変えていかないといけないこともある。時代の変化とともにやり方を変えていく。柔軟さが必要。核の部分は継承しつつも変化していかないといけないと思う。
- ・コアになる人にまず、集まつてもらう。研修会・講演会に初めは参加者として来てくれてた方を、運営メンバーに引き込むこともひとつだ。メンバーの入れ替えもあるが、続けていくことで、コアメンバーとして定着。

6. 現状の課題と今後の展望

- ・現在の取組みを継続していく。その上で、自分たちの取組みを多くの人に知ってもらう努力を続けたい。

学会発表なども積極的にしている。今回の厚生労働省の研究事業に協力・応募したのも、好事例として取り上げてもらうことが、広報活動の一部になると考えた。

- ・顔が見えるつながりの機会をどのように創出していくかが課題

オンライン開催が主流になったが、「アルコール依存の症例で困ったら、気軽に相談できる」という参加者同士の顔が見える関係づくりの機会をどのようにつくり出していくかを検討しなければならない。さらには今後、オンライン参加者を、どのようにネットワークのコアメンバーに引き込んでいくかも工夫が必要。

- ・かかりつけ医や内科医にアルコール依存の軽症例を診てもらえるよう、知識の伝達や診療の参考になる動画・ツールを開発

今後は、開業医の先生にアルコール依存症の軽症例を診てもらえるよう、内科医が診療の参考にできる動画を作って研修会で流せるようにしたい（すでに手作りで試行的に制作した動画がある）。次年度以降、動画の配布ができるよう現在予算を計上中。動画の内容には、SBIRTS（Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment, and Self-help groups の略語）の中でも、SBIに焦点を絞り、開業医の先生たちに伝えていく。また、短時間の診療の中でどのような面接技術があるとよいのかについてのスキルや知識の共

有もしていく予定である。

本調査を通じて、岡山アルコール依存症早期支援ネットワークは、数あるアルコール健康障害に係る医療連携の取り組みの中でも、上で紹介したような多岐にわたる活動を10年以上長期間継続し、発展させることに成功している貴重な事例である。これが実現している背景には、ネットワークの中心に公的機関である精神保健福祉センターが事務局となっていることが大きいと思われる。この取り組みが全国に広まることが期待される。

【事例 7】

治療介入アウトリーチ 東北会病院

2011 年の東日本大震災、2020 年からのコロナ禍という、非日常での支援を模索する中で、奇しくも誕生した医療連携がある。東北会病院の地域連携室では、紹介状を持った患者の受診を待つのではなく、一般医療機関からの相談を受けて患者のもとに直接出向いてアセスメントと介入を行う方法が成果を挙げている。

その意義と、実践のポイントをまとめた。

事業名

治療介入アウトリーチ

実施主体

医療法人東北会 東北会病院
(宮城県仙台市)

実施地域

宮城県

連携先

地域医療機関の一般内科、消化器内科、精神科、救急科など。

スタート時期

東日本大震災後のネットワーク調整活動の中で、地域医療機関のニーズに応える形で開始。
2020 年度より、「宮城県アルコール健康障害対策推進計画」にもとづく医療連携事業として位置づけられた。

具体的な事業内容

内科や一般精神科などから紹介を受けたアルコール依存症（疑い）患者のもとに、東北会病院のスタッフが直接出向き、アセスメントと動機づけを行なう。

成果

2020～2022 年度の実績では、介入の結果として 77% が専門治療につながるという成果を挙げており、依存症の治療ギャップ解消に有効な方法のひとつと思われる。

課題

今後もアウトリーチを事業として継続していくため、また、他地域でも実践可能なものとするためには、診療報酬の裏付けが欠かせない。

【情報提供】

東北会病院リカバリー支援部長 鈴木俊博氏
(まとめ：A S K 武田悠子)

スタートの背景

東北会病院（仙台市）は宮城県内で唯一、アルコール依存症の専門病床を有する精神科単科病院である。2011年の東日本大震災の発災直後から、津波被害の大きかった沿岸部各地で支援活動を開始し、2021年3月までの10年間、支援を行なった。支援対象地域は宮城県北の気仙沼市、南三陸町、石巻市、宮城県南の名取市、山元町などであり、総支援件数は894件であった。

当初は避難所を活動の中心にして被災者の不眠などさまざまな相談に応じていたが、発災後半年後から仮設住宅での飲酒問題が目立ち始め、支援者からの要請により支援者自身への支援や研修が開始された。

南三陸町の仮設住宅7ヵ所に月2回出向いて生活支援相談員らを対象に「支援者支援グループ」をファシリテートした。他地域からの要請により単発で行なったものを含め、2014年までに計41回実施された。

また2012年5月から、発足したばかりの「みやぎ心のケアセンター」職員と、沿岸部被災地域の精神科病院職員を対象に、東北会病院主催の支援者研修を開始した。さらに2014年1月からは精神保健を担当する自治体職員を対象に実務研修を開始した。

こうして、各地の医療機関や保健所などとの連携体制が構築されていった。個別ケースをめぐる連絡調整の経験を積み重ねる中で、一般医療機関へ出向いて介入を行なうアウトリーチ型の医療連携が始まった。

県の委託事業として

2013年に成立したアルコール健康障害対策基本法にもとづいて、2018年度に「宮城県アルコール健康障害対策推進計画」が策定され、東北会病院は2019年10月に拠点医療機関の指定を受けた。一方で「みやぎ心のケアセンター」は一部事業を除いて2020年度で業務を終了。これにともない、同院がセンターからの委託事業として行なっていた研修などを含めて、県からの委託を受けた「依存症医療連携支援事業」として引き継ぐこととなった。

治療介入アウトリーチも、連携事業の一環として2020年度から位置づけられた。

その実績が下の図である。精神科、救急科、一般内科、消化器内科、外科、脳神経外科など、各科からアウトリーチの依頼が来ている。

折しも新型コロナの感染拡大で、医療機関は外来者の出入りを厳しく制限していたが、いずれのケースも例外的に訪問を要請された形である。それだけニーズが大きかったことがうかがわれる。

転院調整のイメージ

治療介入アウトリーチの具体例を、2つのモデルケースで紹介してみよう。いずれも、複数例を組み合わせた架空ケースである。

【ケースA】

連続飲酒で全身状態が悪化し、A総合病院に救急搬送された患者。何度目かの搬送で依存症が疑われるため、東北会病院への受診を勧めたが、本人の気持ちは揺れ動いている様子。医療ソーシャ

アウトリーチ紹介元診療科内訳

	2020年度	2021年度	2022年度	合計
精神科	3	5	2	10
救急科		6	2	8
一般内科	5		3	8
消化器内科	3	3	5	11
循環器内科	1			1
呼吸器内科		1		1
外科	1			1
脳神経外科	1	1	1	3
合計	14	16	13	43

ルワーカーから「紹介状を書いても受診しない可能性が高い。どうしたらよいか」と、東北会病院地域連携室に相談の電話があった。

主治医からの紹介状をもとに検討し、電話を受けたソーシャルワーカーが看護師とともにA病院を訪問した。看護師の同行は、患者が高齢なことなどから念のため、ADL（日常生活動作）の判断が必要と思われたためである。

A病院の相談室で、患者、医療ソーシャルワーカー、病棟看護師がテーブルを囲み、セッション形式で介入を行なった結果、患者は専門治療を受けることを希望。なおADLや認知機能にも問題はなく、依存症プログラムへの参加は十分可能と判断された。

いったん退院してしまうと再飲酒やそれによる身体症状の悪化のリスクがあるため、患者や家族の同意をもとに新患の枠外で調整して外来予約を行ない、A病院から直接来院して診察、任意入院となった。

【ケースB】

肝臓疾患でB内科病院に入院中の患者。家族が「退院すればまた飲んでしまう。ずっと入院させておいてほしい」と強く希望している。医療ソーシャルワーカーが依存症の専門治療について説明したことろ、家族は「ぜひとも入院させたい」、本人は「絶対に嫌だ。早く退院させてほしい」とのこととで、東北会病院の地域連携室に相談。

ソーシャルワーカーがB病院に出向き、患者、家族、主治医、医療ソーシャルワーカーと面談。

依存症という病気について説明し、家族の質問にも答え、気持ちに耳を傾けた。その上で、決めるのはあくまで本人であり、本人の意向を尊重する姿勢を強調。本人は当初の抵抗はなくなった様子だが「ちょっと考えさせてほしい」との返事。どうぞご検討くださいと返し、依存症の治療と回復についての説明を聞いてくれたことに感謝を伝えて面接を終えた。

数日後、「主治医と家族とで再度話した結果、本人が転院を希望している」との連絡が入り、B病院から直接、転院入院となった。

【ケースC】

酔ってたびたびトラブルとなっていた単身の患者。C救急病院からの相談で、事前に地域関係者のカンファレンスを行なった上で患者と面接。

最初から「俺は依存症ではない」「かまわないでほしい」と口にする。そこで、お酒のよいところを話してもらうと「一人暮らしの寂しさが紛れる」など徐々に気持ちを口にした。

治療についての説明後も「長く生きたいとは思わない」との答え。「わかりました」と受けとめた上で、保健師をはじめ地域関係者の名前を挙げて「みなさんを代表して、○○さんのことを心配している気持ちだけはお伝えしておきます」と言って面接を終えた。

その後1ヵ月ほどして、保健師とともに受診。

アウトリーチの手順

実際は、紹介元との連携の程度によって、当初の相談レベルはまちまちだ。すでにアウトリーチを経験している医療機関からは、当初からアウトリーチによる介入を想定して依頼が入ることもある。一方、アルコール依存症への対応が初めてで「どうしたらよいか」と漠然とした相談から始まる事も多く、中には本人の意向を確認しないまま「介入に来もらえますか」と相談されることもあるという。

こうした場合は、改めて、手順に沿った対応をしてもらう。

一般的な手順を紹介しておこう。

【1】本人の意向を確認

紹介元の主治医から飲酒問題の専門治療を促してもらい、本人の受診意向を確認する。

本人がお願いします、ということであれば、紹介状をもらった上で本人が受診予約を行なう。

「治療は必要ない」「ちょっと考えさせて」「とにかくまずは退院してから」などの場合は、改めて「一度話だけでも専門治療の説明を聞いてみませんか」と、面接だけでも受け入れる意向を確認してもらう。

【2】アセスメント

主治医から東北会病院への診療情報提供書（紹介状）をもとに、依存症専門医とアウトリーチを担当するスタッフがアセスメントを行なう。

依存症プログラムに参加が可能か、動機づけや家族の状況などを勘案し、課題はどこか、などを話し合う。

この時点では、身体疾患の状況や認知機能などか

ら転院は困難と思われるケースもあるが、基本的には要請があればまずは訪問することにしている。というのも、「入院や外来につなげる」ことだけが目的ではなく、受け入れが難しいケースでも、現地での支援ネットワークを組み立てるサポートができる限り行なっているからだ。

【3】面接

患者と一对一で話をする事もあるが、関係者のセッション形式で行なうことも多い。

「当院の治療について話を聞いていただく機会をくださって、ありがとうございます」と、丁寧に始め、本人の体調や気分を聞き、必要に応じて主治医や病棟看護師からの説明、依存症についてのミニレクチャー、転院の意向確認、などのように進めていく。

【4】転院調整

患者が転院を希望した場合は、いわば「ドア to ドア」で専門治療へ導入するため、速やかに日程調整を行なって、診察・入院へ。

あるいは患者の希望や状況により、外来通院につなげるケースもある。あくまで減酒を希望し通院となったが、2回目の診察で入院という例も。

成功のポイント

治療介入アウトリーチの結果が下の表である。全体で77%が専門治療につながるという結果が得られている。

そのポイントとなっているのは何だろうか。

同院リカバリー支援部長、鈴木俊博氏の説明を

もとに整理してみた。

👉 「出向く」ことの意味

患者にとっては「わざわざ説明に来てくれた」こと自体が「あなたを尊重しています」というメッセージになるようだ。

最初から「転院する気はない」といった発言があっても、それを受けとめつつ「もしよかつたら専門治療のご説明だけでもさせていただければ……」と申し出れば、まず拒絶されることはない。

👉 説明は簡潔・臨機応変に

依存症という病気と治療・回復について15分～20分のミニレクチャーを行なう。

スライドを用意したこともあるが、いかにも講義のようになってしまう。それよりも口頭で、相手の表情や反応を見ながら、必要なことを選んで説明したほうが伝わりやすい。

👉 家族にもその場で説明

家族と本人が面接の場で対立することもある。そんなときも家族に対して別の場を設けて話すのではなく、原則として本人もいる場で疑問に答えるようにしている。

たとえば、依存症という病気は入院すれば治るものではなく、回復には本人の気持ちが重要であること。本人を中心にしてチームを組むこと。治療開始後も再発はつきものであること。再発も回復のためのステップとなり得ること。

家族の気持ちも聞きながら、こうした点をじっくり説明する。そして、どうするか決めるのはあくまで本人であることを伝える。

アウトリーチ紹介元診療科別 治療介入結果

(2020/4/1～2023/3/31)

	転院入院	転院外来	不調	転院率
精神科	5	4	1	90%
救急科	5	1	2	75%
一般内科	2	3	3	63%
消化器内科	7	2	2	82%
循環器内科			1	0%
呼吸器内科	1			100%
外科			1	0%
脳神経外科	3			100%
合計	23	10	10	77%

※内科全体では、転院率71%



拒絶も尊重する

何が何でもつなげようとするのではなく、あくまで患者の決定にゆだねる姿勢を保つ。

最終的に転院を拒否した場合も、「わかりました」とその気持ちを尊重し、「今日は話を聞いてくださってありがとうございました」と、ていねいに終わらせる。

状況に応じて、その後も関係者をまじえて話し合いを継続できる場を設定したり、地域支援のネットワークが組めるようサポートする。

継続のための課題

治療介入アウトリーチは介入の効果があり、アルコール依存症の治療ギャップを解消するための有効な方法のひとつとなり得る。

ただし課題となるのが、コスト面である。

東北会病院の場合、県からの委託事業として予算化されているが、その額は年間に1人の人件費程度。しかも、アウトリーチだけでなく宮城県の依存症対策連携業務委託事業として各種事業をそれでまかなっている。

つまり、動けば動くほど赤字になってしまう中で、地域の要請に応えてきたが、それにも限界があり、2023年度の場合、院内の治療水準をコロナ禍前に戻すための建て直しに労力を割かざるを得

ず、アウトリーチがあまりできていないという。

今後も事業を継続していくため、また、他地域でこうしたアウトリーチが可能となるためには、診療報酬での加算が不可欠と思われる。

鈴木氏はこう話す。

「調整が不調に終わった場合も、労力はかかるのですが、それはしかたないとして、転院調整ができた場合に初診からさかのぼってアウトリーチの加算ができるしくみを設けてほしい。患者を紹介した側には紹介加算がありますが、受けた側のアウトリーチ加算が点数化されれば、専門医療へのアクセスがぐっとよくなると思います」



仙台市内の総合病院へのアウトリーチで、医療連携室職員と事前打ち合わせ。奥が鈴木俊博氏。

第7章

地域におけるアルコール関連問題への 対応と医療と円滑な連携に 関するガイドライン

地域におけるアルコール関連問題への対応と医療との円滑な連携に関するガイドライン

筑波大学医学医療系 地域総合診療医学 吉本尚

アルコール健康障害対策推進基本計画の第2期計画では、基本的施策の1つである「アルコール健康障害に係る医療の充実等」において、以下のような記載がなされている。

(現状等)

アルコール健康障害に対する医療の充実は、当事者の健康とともに、様々な地域社会問題への対応の観点からも重要である。アルコール健康障害の診療が可能な医療機関については、全国的に専門医療機関の整備が進展しているものの、治療が必要な方が適切な医療につながっていない可能性がある。引き続き、関連医療機関の整備や、医療従事者への研修などの人材育成を推進し、円滑に必要な医療を受けられる体制を整備することが重要である。

特に、アルコール健康障害への対応は、早期発見から治療、回復までの一連の切れ目のない取組が重要である。このため、相談機関、かかりつけ医、従来アルコール依存症の治療を実施していない一般の精神科医療機関、地域の救急医療等を担う総合病院、専門医療機関、自助グループなどの関係機関の連携を促進するべきである。

また、アルコールは依存症以外でも肝疾患やうつ病、認知症など様々な疾病リスクや自殺リスクに関連しており、プライマリケアや一般の精神科医療機関においてアルコールに着目した積極的な介入を推進するべきである。

さらに、医療の質の向上のため、アルコール健康障害の医療に関する研究も必要である。

(目標)

アルコール依存症をはじめとするアルコール健康障害の当事者が、その居住する地域に関わらず、質の高い医療を受けられるよう、専門医療機関の整備とともに、かかりつけ医や一般の精神科医療機関など地域の医療機関の機能を明確化し、各地域における医療連携の推進を図ることを目標として、以下の施策を実施する。

本ガイドラインは、地域連携の中で、福祉・介護や警察、司法、職域などの領域でアルコール関連問題を持つ当事者や家族と関わる際に、根本的なアルコール関連問題の解決のために必要な円滑な医療との連携を、「可能性に気がつく」「適切に関わる」「無理なく関わる」ことで、治療が必要な方が適切な医療につながっていない、いわゆる治療ギャップを減らすことを目的としている。

ガイドラインは今後の使い勝手を考え、本事業報告書の末尾に資料として示し、それぞれ単独で利用できるように工夫した。なお、本ガイドラインは、科学的知見の蓄積状況等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う可能性がある。

地域連携好事例集

特定非営利活動法人 ASK 武田 悠子
筑波大学医学医療系 地域総合診療医学 吉本 尚

コロナ禍の3年を経て 行政における「地域連携」はどうなったか

特定非営利活動法人 ASK 武田 悠子

厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業『第1期アルコール健康障害対策推進基本計画における対策の取組状況および効果検証に関する研究 研究報告書 改訂第2.1版』では、「地域連携好事例集」として、8の連携事例をご紹介した。

医療関係者の地域連携から始まった先駆的なモデル(四日市アルコールと健康を考えるネットワーク)、地域資源を活用しての専門相談システム(熊本県精神保健福祉センター)、専門病院が構築した災害支援ネットワーク(東北会病院)など、規模も形態もさまざまである。共通するのは、他地域の参考になる新しい連携のノウハウが含まれることで、具体的な活動内容、連携が必要とされた背景、連携を可能にするためのポイント、連携のメリットや成果、今後の課題などをとりあげた。

今回、連携事業の「その後」を訪ね始めて、うつすらと予感したのは、行政を中心とした多機関の連携事業を継続・発展させていく困難さや、連携にまつわる貴重な経験を次へと伝えていく困難さである。一番の理由は担当者の交代だ。

上に挙げた3つの連携モデルは、いずれも中心

となる人々が長年、連携を育て見守ってきた。四日市のネットワークでは猪野亜朗氏ら専門医やアルコール対策に取り組むソーシャルワーカーなど。熊本県センターでは、連携システムを構築した際の心理士・保健師スタッフが現在も事業を担当している。東北会病院も、ベテランのスタッフらが長年にわたって地域連携に取り組んできた。

一方、行政においては部署の担当者が短期間で交代するケースも多い。さらに、前回各事例を報告した直後の2020年度早々から、新型コロナの感染拡大により、各地域の保健医療行政は大混乱にみまわれた。

そんな中、行政による連携事業はどうなったか。

たびたびの担当者交代を経て継続する

道と市の連携事業(北海道渡島保健所)、連携会議がコロナ禍のもとで初の事務局交代(東大阪市)、国の基本計画に先駆けて推進計画を策定したトップランナーのその後(鳥取県)——3つの事例を見ていただきたい。

なお東北会病院による医療連携の事例については6章で別途ご紹介している。

地域連携 好事例の「その後」

1

道立の保健所と中核市が「共催」するミーティング

北海道 渡島保健所《依存症を考えるつどい》

北海道の道南、南渡島地域で2013年からスタートした「依存症を考えるつどい」は、市立函館保健所を会場に、道の組織である渡島保健所と函館市の障がい保健福祉課が協働して、地域ネットワークを育てる場となってきた。

2020年からのコロナ禍でとりわけ大きな負担を強いられた保健所だが、まさにその保健所を舞台とした、道と中核市の連携事業はどうなったか？

事業の意義を振り返りつつ、現状を考察する。

対象地域

函館市を含む南渡島地域
(渡島半島沿岸部2市7町)

実施主体

北海道渡島保健所、函館市障がい保健福祉課による共催

連携組織等

域内で依存症の入院病床を持つ4精神科病院
函館保護観察所
函館断酒会 GA ギヤマノン など

スタート時期

「依存症を考えるつどい」は2013年7月より月1回開催。
その基盤となる道立保健所と市との連携事業は2010年度からスタート。

具体的な体制や形態

「つどい」は、依存症の種類を問わず、当事者・家族・関係者が一堂に会する合同ミーティング。そのほかに協働して行なわれている事業として「依存症支援者学習会」などがある。

目的・課題

「つどい」をはじめとした、渡島保健所と函館市障がい保健福祉課との協働事業の目的は――
* 依存症の治療資源を増やし、地域ネットワークを育成する。
* 自助グループを育成する。
* 支援者の支援力を強化する。

【情報提供】

渡島保健所 浅井大河氏／山崎茉季氏
元・北海道精神保健福祉センター長 田辺等氏
(現・医療法人北仁会 旭山病院 非常勤医師)

事業の始まり

当時、北海道内では依存症の治療資源が札幌市など一部地域に偏在しており、地域によって大きな格差が生じていた。アルコールの自助グループは高齢化にともない縮小傾向がみられ、薬物・ギャンブル依存は回復の場が乏しかった。

突破策の一つとして、道は2010～11年度の厚生労働省「地域依存症対策推進モデル事業」に手を挙げた。そのモデル地区に選定したのが、函館市を含む南渡島地域である。

精神保健福祉センターが主導して、道立渡島保健所と函館市精神保健福祉課が依存症対策に取り組んだ。関係者会議、依存症集団ミーティング、依存症支援学習会など、いわばトップダウンの事業は2011年度で終了したが、道と市が連携するメリットを関係者が実感し、ボトムアップでの連携の模索が始まった。

ちなみに、当時、精神保健福祉センター長を務めていた田辺等氏は、北海道の抱える課題として次のような点も挙げている。

「広大な面積をカバーするために保健所が多く、保健師の数も多いため、保健所間でのスタッフ交代が早く、現場での育成が難しい」

そんな中、2013年7月から渡島保健所と函館市精神保健福祉課の共催で「依存症を考えるつどい」(以下、つどい)が始まった。

事業の意義

南渡島地域は北海道の南西の端にあたる渡島半島のうち本州よりの沿岸部2市7町で、漁師町が多く、酒に寛容な風土がある。その中で、精神科医療機関は函館市とその周辺に集中。しかし函館市は政令市のため、南渡島地域の中でドーナツの穴のように別の行政機構となっており、住民サービスの面から見れば課題が大きかった。

また同市には地方裁判所と更生保護施設があり、薬物事件で保護観察中の人が生活している。競馬・競輪場もあるため、ギャンブラーが集まる。一方で、薬物やギャンブル依存症の回復の受け皿は乏しかった。

このような状況の中、モデル事業をきっかけに始まった「つどい」は、地域ネットワーク育成、治療の受け皿の拡大、自助グループ育成、支援力の強化といった課題を掲げ、そのための連携を生

み出す場として位置づけられた。

事業の概要

「つどい」は、2013年7月から市立函館保健所で毎月第3土曜午後に開催されている。

支援者側としては、両保健所スタッフ、精神科病院スタッフ、函館保護観察所スタッフなどが出席し、函館断酒会など自助グループのメンバーも参加。

当事者や家族は、アルコール・薬物・ギャンブル・ゲーム・摂食障害・性など、依存の種類を問わない。

初回の参加は、電話や面接でグループへの適性を確認したうえで導入を行なう。相談者の居住地が道と市のどちらの行政区域にあるかに関わらず、相談を受けた側で導入まで行ない、情報は両者で共有する。

協力病院を通じた新規参加については、原則として参加者の居住地の担当で受理している。

会の進行は原則として、保健所スタッフと医療機関スタッフが、コンダクター（司会）とコ・コンダクター（共同司会）として組んで行なう。

準備や事後の振り返りなど、支援者が課題を共有する時間を重視しているのも特徴だ。

事業のメリット

道と市が連携して「つどい」の運営を行なうことは、次のようなメリットにつながっている。

😊 住民にとって

行政の縦分けを超えた運営は、住民にとって利便性が高い。区域を超えた治療資源・回復資源の情報が得やすくなり、活用が容易になった。

また以下に挙げる、保健所・関係機関・自助グループにとってのメリットも、結果的には治療・回復の受け皿の充実という形で住民サービスの向上につながる。

😊 保健所にとって

アルコール依存症の治療プログラムを持つ精神科医療機関は函館市のみにあるため、道立保健所にとって同市との日常的な連携ができていることはスムーズな支援のために欠かせない。市側にとっても、医療機関の担当者と定期的に顔を合わせる

ことは依存症以外の相談も含めて専門医療へのスムーズな紹介へつながっている。

さらに医療機関のソーシャルワーカーが保健師とともに進行を担当することで、保健師の対応力向上に役立っている。

両者で人手や時間を提供しあうことで、単独ではできない事業が可能となり、啓発ツールを共同制作するなど予算面でも効率化がはかれる。

😊 関係機関にとって

「つどい」の場や、「つどい」の運営を話し合う連絡会議の場を通じて、他の医療機関や保健所・保護観察所の担当者どうしが顔の見える関係を作れる。

アルコールのリハビリ・プログラムをもつ1病院は、プログラムのひとつとして「つどい」を位置づけている。(現在はコロナ感染防止のため院外でのプログラムを休止中)

また、地域の一般精神科から「つどい」に患者をつなげる際、患者の居住地に関わらず窓口がひとつですむなど利便性がある。

😊 自助グループにとって

「つどい」では管内自助グループのチラシ配布や自助グループの紹介が行なわれており、グループの活性化や継続へのサポートになっている。

2015年に「つどい」に参加していたギャンブルの当事者がGAを立ち上げ、2018年にはギャマノンも誕生するなど、新しい自助グループの誕生と育成の場となっている。

薬物については、函館市では一時的な居住者が多いこともありグループ立ち上げには至っていないが、「つどい」に参加していた保護観察所の職員が、更生保護施設内で薬物のミーティングを開始している。

コロナ禍での困難

「つどい」が7年目を迎えた2020年度からは、新型コロナの感染拡大により、さまざまな困難に直面した。2023年から「つどい」を担当している浅井大河氏、前任者の山崎茉季氏のお話をもとにトピックごとに整理してみると――

◆感染対策

マスク、検温と体調確認、窓やドアの開放に加

え、会の時間を2時間から1時間半に短縮した。
(時間は2023年度から従来通り)

なお、後述するように参加者が減少したため、「密」になることは避けられたという。

◆場所の確保

コロナワクチンの接種開始により、函館保健所が接種会場となったため、「つどい」は開催場所を変えることを余儀なくされた。渡島保健所は休日にエアコンが使えないといった事情があり、毎回周辺の公的施設に使用申し込みを行ない、会場を転々とすることになった。2024年度より通年で函館保健所にて開催予定。

◆開催の判断

緊急事態宣言の発令などで、休止とせざるを得ない事態が何度も起きた。ぎりぎりまで開催を前提に準備し、中止の場合は1週間前に判断。ホームページの告知に加え、初回参加者や各関係機関に連絡を行なった。

2021年度の場合、中止は5月・6月・8月・9月・1月・2月と6回に及んだ。

オンラインでの開催も検討されたが、高齢の参加者も多いことや、支援者も含め直接顔を合わせての「関係作り」を重視する考え方から、対面開催のみで続けることとなった。

◆参加者の減少

コロナ禍前の2019年には当事者の参加は1年間で延べ109人だが、2020年度には24人と激減した。家族も、延べ31人から12人に減っている。

もっとも参加者が少なかった2020年9月には、支援者9名に対して当事者は5名、家族2名で、支援者のほうが多いかった。

◆担当者の育成中断

コロナの疫学調査などで保健所業務がひっ迫する中、これまでのような担当者の育成ができなくなった。

従来は、保健師が「つどい」担当となる前に、見学から始まって徐々に役割をこなし、時間をかけて依存症当事者や家族の回復支援およびグループの進行について学んでいくスケジュールが組まれていた。

しかし、現担当の浅井氏の場合、コロナ対応で「残業に次ぐ残業」の中、見学予定だった回が中止

「依存症を考えるつどい」年度別 参加者数の推移 (実数／延べ人数)

	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度
本人	35／109	8／24	14／37	19／61
家族	15／31	5／12	13／19	14／35
スタッフ	44／98	19／40	11／35	20／67

なお、2019 年度の参加者はアルコールが大半だがギャンブルの本人と家族、複数の依存を持つ本人や性依存の本人、薬物と摂食障害の家族も。

2020 年度は本人・家族とも参加はほぼアルコールのみだった。

2021 年度からは、ギャンブル、薬物、ゲームなどの本人・家族も参加。

となつたこともあり、たつた 1 度の見学で担当者となつた。

◆道と市の連携

こうした困難が相次ぐ中で、渡島保健所と函館市障がい保健福祉課との連携は、「いままでよりさらに緊密になった」という。

開催の可否の判断や、医療機関スタッフの急な欠席など、急場で話し合わねばならないことが続いたため、密なコミュニケーションが生まれたのだった。

継続の背景

担当者が 2～3 年で入れ替わる中、「つどい」が続けられてきたこと、さらに、コロナ対策に人手をとられる中で多くの困難を経験しながら休止せずに継続された背景には何があるのか、考察してみると――

👉 担当者が意義を継承

もっとも大きいのは「月 1 度、この場があることの意義」が、先輩から後輩へと代々引き継がれていることだろう。

2021 年から「つどい」事業に関わった山崎氏はこう話す。

「この事業は継続的に行なってこそ、意味があるもの。コロナ対応で忙しくても、感染拡大があつても、できるだけの対策をして、できる範囲で、『つどい』だけは続けようという共通認識があつた」

👉 関係機関が長期的なメリットを共有

保護観察所スタッフは、薬物依存の参加者がいない時期でも休まず参加を続けている。各医療機関や保健所との連携ができていることによる長期的なメリットを実感しているためだ。

コロナ対応のため医療機関の協力が得にくくなつた面はあるが、その中でも医療機関によっては関係の継続を重視して、できる範囲でのスタッフ派遣を続けた。

👉 詳細なマニュアルと綿密な記録

「つどい」事業が着実に続いてきた背景として、詳細なマニュアルの存在は大きい。次ページにその抜粋を掲載する。

また、毎回の内容が詳細な記録として残されていることも、次の担当者の役に立つ。コロナ禍を経て数年ぶりの参加者でも、以前の記録が残っているため背景が理解できる。

👉 参加者の思い

山崎氏によると、数カ月中止が続いた後の「つどい」では、参加者どうしが再開を心から喜びあい、「この会の存在が断酒継続の支え」といった発言が相次いだ。地元の断酒例会も中止や回数を減らすなどしており、例会につながっていない参加者もいるため、「つどい」の必要性を一層実感させられた場面である。

2023 年 5 月にコロナが 5 類に移行したことにより、参加者は急増。前年度までは参加者一桁の回が多かつたが、5 月にいきなり 20 名となった。

4月から「つどい」担当となったばかりの浅井氏は、大いに焦った。

「進行に慣れていない中、大人数となり、全員に話を振ることができず、自己紹介と最後の感想しか話せない人が出てしまいました」

それでも、「3年ぶりに来たよ」と笑顔の当事者らに、記録で読んだ人に「やっと会えた」と、うれしい気持ちにもなったという。



※写真はプライバシー保護のためぼかしを入れてあります。

今後の課題

浅井氏に今後の課題をたずねると、まず、自らを含めた「支援者側の技術力向上」を挙げた。

「マニュアルを見れば、とりあえず会を実施することはできますが、グループの回し方や参加者の背景を把握することなど、学ぶべきことは多いです。医療機関スタッフからのフィードバックが役に立っていますが、スキルアップにはまだ時間が必要です」

保健所業務が本来の姿に戻り始める中で、次世代も見据えた育成のシステム再構築が必要となっている。

また、コロナ禍で一時的に関係が遠ざかった医療機関もあるため、スタッフどうしのつながりを作り直すことも課題だという。

「つどい」と並ぶ道と市の共同開催事業に、「依存症支援者学習会」がある。

函館市から離れた町村地域では、治療・回復の資源が乏しいことに加え、保健師など支援者側にも精神疾患への苦手意識が根強いという。また、多量の飲酒習慣を持つ住民が多いことから、問題を問題としてとらえにくい。そこで、特定保健指導における早期介入、依存問題に悩む家族への対応、地域での継続的支援のため、2017年度から5ヵ年計画での学習会が始まった。テーマは以下

のようになっている。

* 2017年度 アルコール依存症

* 2018年度 薬物依存症

(2019年度は、道の推進計画にもとづく業務との重複で開催できず。2020年度はコロナ禍で中止)

* 2021年度 ギャンブル依存症 Zoom研修

* 2022年度 ネット・ゲーム依存症 Zoom研修

そして2023年度は、久しぶりの集合研修が実現した。「つどい」生みの親の一人でもある田辺等氏を講師に招き、「依存症の基礎理解と相談支援の勘どころ」をテーマに基本に立ち戻った形である。架空ケースをめぐる事例検討のグループワークも行なわれ、どんな支援と連携が可能なのか各機関からの参加者が話し合った。

こうして5ヵ年計画は終了。今後どのように各地域のニーズを汲み取って支援者へのサポートや情報提供を行なっていくか、次の課題である。

渡島保健所＆函館市（障がい保健福祉課）による「つどい」の運営

（渡島保健所の覚え書きより抜粋）

1 前日まで

（1）新規参加者対応

※居住地が函館市か市外かに関わらず、連絡のあった担当で受理。（つどいに確実につなげるため）

面接または電話で、参加意思や経緯の把握など。参加者個人票の記載。

新規参加者の概要は、函館市と渡島保健所で共有。

（2）協力医療機関からの参加者対応

※原則、居住地の担当で受理。

2 当日

（1）必要物品

※函館市、渡島保健所で準備

参加者個人票、「支援者の共通ルール」、「つどいの目的・ルール」、アノニマスネーム用の名札用紙、管内の自助グループのチラシなど

(2) 会場準備

※函館市、渡島保健所、協力機関の支援者で準備

- *スタッフと支援者の席が固まらないよう、事前打ち合わせ前に席を確保。
- *コンダクターは時計の前の席、コ・コンダクターはコンダクターと対角線上。
(コンダクターの死角を補い、コンダクターとアイコンタクトを取りやすくするため)

(3) 事前打ち合わせ

- ・役割確認（コンダクター、コ・コンダクター、記録）
- ・支援者の共通ルールの確認
- ・事後振り返りで意見をもらいたいこと（グループの流れ、今日のテーマ、グループ運営についての疑問、依存症についての理解、など）の確認
- ・新規参加者情報共有（種別・立場・参加経緯など）
- ・前回の集いで話された概要、今回の集いでの配慮点（話を振られたくない等の事前情報等）があれば共有。

(4) 受付・グループ編成

円内のスタッフ・支援者は最大6名、参加人数の3割以下にする。

協力機関・自助グループとともに、所属ごとで固まって座らないよう声をかける。



(5) 実施

導入 ⇒ つどいの目的・ルール、流れの確認 ⇒ 自己紹介（薬物依存症者等は、円外の参加者が警察かもしれない不安等をいだく可能性があるため、円外の参加者も必ず自己紹介いただく） ⇒ 話し合い（新規参加者への声かけを積極的に行なう） ⇒ 感想 ⇒ 自助グループの紹介

(6) 記録

※協力医療機関の支援者が記録。記録用紙は函館市、渡島保健所で準備

(7) 事後対応

事前打ち合わせで決めたスタッフが、新規参加者の感想を確認する。

(8) 事後振り返り

- *印象に残った（空気が変わった）場面のピックアップ
- *新規参加者の発言、様子、配慮したことや次回配慮すべき事項
- *継続参加者の変化
- *グループ運営で生じた疑問や対応に困ったことを確認し検討 など

3 報告

※函館市、渡島保健所が協力して作成

地域連携 好事例の「その後」

2

連携会議 38 年の歴史を引き継ぐ 東大阪市アルコール関連問題会議

(通称 ひあかもか)

1985 年から始まった連携会議は、医療・行政・断酒会の「三位一体」を掲げた「大阪方式」を体現する場として、時期ごとに変化する課題に向き合ってきた。その事務局を担う東大阪市保健所では、スタート当初からの担当者が定年退職により交代。その時期がまさに、コロナ禍による激動の始まりと重なった。30 年以上続いてきた事業の歴史を振り返りつつ、現状の課題と展望をまとめた。

実施地域

東大阪市

実施主体

東大阪断酒会

(事務局：東大阪市保健所)

連携組織等

断酒会・行政・医療の連携による会議として始まる。現在、会議の参加者は——
断酒会員、AA メンバー、精神保健福祉相談員、アルコールなどの医療関係者、相談支援事業所スタッフ、就労支援事業所スタッフ、老人ホーム職員 ほか

スタート時期

1985 年 9 月に第 1 回の会議を開催。

具体的な体制や形態

毎月第 1 火曜 18:30 より、西保健センターで会議が行なわれている。

目的・課題

当初は、断酒会・医療・行政がそれぞれの役割分担と連携のしかたを考えること。やがて、啓発活動、早期発見のため内科へのアプローチ、地域資源の拡充など、時期ごとに課題が変化しつつ、会議が継続されている。

【情報提供】

東大阪市アルコール関連問題会議

東大阪市健康部西保健センター 岡本靖史氏

【参考文献】

東大阪市におけるアルコール関係機関ネットワーク構築の 30 年と「これから」(東大阪市保健所)
<https://www.city.higashiosaka.lg.jp/cmsfiles/contents/0000007/7108/sanjyunenofurikaeritokorekara.pdf>

事業の始まりと意義

1970年代、大阪府にはアルコール依存症の専門医療機関が次々と誕生し、アルコール医療の先進地域として「大阪方式」が全国から注目された。すなわち「医療・断酒会・行政」が三位一体となって依存症対策に取り組むというものである。

1974年には「泉南地区アルコール対策研究会」がスタートし、以降、「高槻酒害対策懇談会」(76年)、「吹田市関連機関連絡協議会」(81年)、「森口保健所酒害対策懇談会」(82年)、「茨木市・大東市酒害対策懇談会」(83年)など、行政による連携会議が府内各地で立ち上げられた。

「東大阪でも、酒害懇談会を開けないか」と、保健所に持ちかけたのは東大阪断酒会である。保健所の嘱託医を務めていた故・小杉好弘医師を通じてのことだった。

東大阪市は中小企業の町工場が密集した「ものづくりの町」として知られるが、当時は専門医療の空白地帯であり、保健所や福祉事務所では飲酒問題を抱えた人への対応が限界となりつつあった。精神保健相談の4分の1がアルコール関連で、冷蔵庫には抗酒剤を常備し、困って駆け込んでくる家族の相談を受け、酔った人を職員が公用車で病院に運ぶといったことまでやっていたという。

東大阪断酒会でも、再飲酒した会員の家を訪問しては入院を説得していた。そのあげく、説得にあたった会員も再飲酒してしまうといった事態も起きていた。また、他の断酒会や関係機関とのつながりが乏しく、閉塞感を抱えていた。

ともに困っていた行政と断酒会のニーズが一致し、1985年9月に第1回目の会議が持たれた。

東大阪市アルコール関連問題会議、略して「ひあかもか」である。「あ」が小さいのは、アルコール問題を減らしていこうという気持ちが込められている。

会議は原則毎月第1火曜午後6:30から、西保健センターで行なわれている。当初は有志による自発的な集まりだったが、2004年に東大阪市こころの健康推進連絡協議会の「アルコール問題予防部会」として公的に位置づけられた。

とはいって、行政スタッフを含めて「時間外」に行なわれる連携会議が40年近く続いているのは、全国に例をみない。

テーマの変遷

1970年代から80年代にかけ、府内各地で立ち上げられた行政による連携会議は、いずれも当初の役割を終えて終結した。唯一、続いてきたのが東大阪市の会議である。

時代はぐだって2013年にアルコール健康障害対策基本法が成立したことにより、現在では薬物依存症やギャンブル依存症対策と合わせて、大阪府依存症関連機関連携会議、OAC（大阪アディクションセンター）、大阪市アルコール関連問題ネットワーキング会議などが始まっている。

こうした中で、昭和から令和に至るまで月1回の開催が続いてきた「ひあかもか」は全国的に見ても異色の存在である。

まずはそのテーマの変遷を、時代ごとに振り返ってみよう。

《第1期 1985～1991》

「断酒会員が、飲んでつぶれた人を必死に病院に運んでいるが、これは自助グループがやることなのか」

こうした問題提起をもとに、断酒会、保健所、福祉事務所、医療機関がそれぞれの困りごとを率直に出し合った。その中で、相手機関への過剰な期待や、本来の役割を超えて動いていた実態などが浮かび上がる。互いの役割を確認し、連携のありかたを探っていった。

ときには「医療が紹介しないから断酒会が伸びない」「いや、それは受け入れる側の問題だ」といった激しい本音のぶつけあいもあり、その中で、この会ならではの対等な空気がつくられていった。

《第2期 1991～1996》

1993年に東布施辻本クリニック（現・東布施野田クリニック）が開院するなど、市内に専門医療機関ができる。行政はこれまでと違って、相談があれば電話一本でクリニックに回せばすむようになった。保健所への相談は減っていき、福祉の負担も軽減された。

各地の例をみれば、地域の治療環境が整うと同時に行政が役割を終結させ、ネットワークがやせ細っていくことが少なくない。しかし東大阪市では、この会議の場を通じて行政の新たな役割が摸索された。そのひとつが予防・啓発の支援である。

93年から、断酒会が市民健康祭りに参加し、

パッチテスト実施やパンフレット配布を行なう。イッキ飲み防止等の啓発活動にも取り組んだ。

《第3期 1996～2005》

アルコール関連疾患の患者が内科を受診するたび、「飲める体」に戻って帰ってくる問題が、会議でたびたび取り上げられた。**内科領域への啓発**のため、1999年より年1回、啓発リーフレット「ひあかもか通信」が発行されることになった。アルコール依存症者の体験談と専門医の解説を掲載した通信を、断酒会員が内科医療機関に配布して回った。しかし手応えが得られず、内科との連携は大きな課題として残された。

続いて浮上したテーマは、アルコール依存症者の**高齢化**である。東大阪養護老人ホームの担当者が依存症の入所者への対応に困って会議に参加したのをきっかけに、2004年1月にはホーム断酒会が立ち上げられた。老人ホーム内での断酒例会は全国でも珍しいと思われる。その後も、介護関係者が継続的に参加し、地域包括支援センターでのアルコール問題の研修なども行なわれた。

《第4期 2005～2013》

救護施設からの参加も始まり、連携がさらに拡充する。

単身者、高齢者などアルコール依存症者の**多様化するニーズ**に対応するため、断酒会はどうあるべきかが議論された。中でも日中の居場所不足が課題として浮き上がった。

また、断酒会家族会の休会も解決すべき課題となり、家族会の立ち上げ支援として2007年に会議の主催で「家族の集い」が発足。その参加家族を中心となり、09年に東大阪断酒会家族会が再開された。

また、このときの活発な話し合いをもとに準備が重ねられ、アルコール依存症者を対象とした就労継続支援B型作業所「スタジオパッソ」開設(2015年)、断酒会昼例会のスタート(2015年)へとつながった。

《第5期 2014～2019》

内科へのアプローチを継続的な課題としつつも、2014年度からは内科領域に限らず「ひあかもか通信」の**啓発対象を拡大**。毎年、会議で内容について話し合い、テーマを決定している。

断酒会の紹介(2014)、子どもに向かた「お酒の

病気」の話(2015)、イッキ飲みませは犯罪(2017)、社会資源マップ(2018)、アルコール健康障害対策基本法の解説(2019)、妊娠とアルコールの関係(2020)など。

2016年には断酒会・専門医・保健所がチームを組んでアルコール健康教育出前講座を行なった。

一方、断酒会の会員減少問題もたびたびテーマとなり、例会場の確保や行事の企画など、活動についての支援策が話し合われた。

《第6期 2020～現在》

新型コロナウイルスまん延による緊急事態宣言中は休会となり、開催時も会議時間を短縮して実施した。「ひあかもか通信」では、オンライン飲み会やストロング系缶チューハイの影響(2021)などを取り上げた。

2021年から、AAメンバーが会議に参加。アルコール依存症当事者として断酒会に加えてAAの視点が入ったことで、より多角的な議論が行なわれるようになった。

コロナ禍における断酒会例会やAAミーティングの状況や、回復の場を維持する工夫などをめぐっても情報共有や意見交換が行なわれた。

当事者の体験談や発言の中から、飲酒問題を抱える人に向けて自助グループの存在や意義を伝える「紹介フレーズ」をつくる作業が継続課題とされた。この中に生まれたのが「ひあかもか通信」スクリーニングテストと回復の体験(2022)、自助グループって何？(2023)である。

コロナ禍での対応

2020年4～6月、新型コロナによる緊急事態宣言により、行政関連の会議はほぼ全面ストップとなり、アルコール関連問題会議も休会となった。

7月の再開にあたって、会議の時間を1時間半から1時間に短縮し、参加人数も「1機関なるべく1名ずつ」とした。ただし参加を希望する人は多く、結局はほぼ変わらない人数で会議が行なわれていたという。

コロナ禍による混乱のさなか、会議のスタート時から35年以上にわたって東大阪市西保健センターで事務局を担ってきた精神保健福祉相談員、鷺ノ森和也氏が定年退職。2021年度から、同センターの精神保健福祉相談員の岡本靖史氏が事務局を引き継いだ。なお、岡本氏は2013年から5年

間、東大阪市東保健センターでアルコール関連問題会議を担当している。

2021年春にも、再び緊急事態宣言で会議は休会とせざるを得ず、オンラインでの開催を模索。参加機関のうちオンラインの準備ができなかったところは保健センターで職員とともに参加するハイブリッド方式で、7月と9月に実施した。

7月は会議メンバーの野田哲朗医師（東布施野田クリニック院長）によるコロナと依存症についての講話。9月は辻本士郎医師（同名誉院長）がアルコール健康障害対策基本法の「第2期基本計画」の内容を解説した。

とはいえるレクチャーではなく本来の会議となると慣れないオンラインでは難しく、結局はリアル開催に戻すこととなった。しかし休会とせざるを得ず、メールで意見を募集した月もあった。

こうして2023年5月にコロナが5類に移行するまで、感染状況をにらみながらの綱渡り開催が続いた。岡本氏はこう話す。

「会議を減らそうと思えば、コロナを理由に減らすことができました。けれど、なんとかして毎月開催するよう努めてきました。医療と行政など関係者と当事者がまったくの平場で、ああでもない、こうでもないと言い合える場は、なかなかほかにないので。形はその時々で変わったとしても、なんとか引き継いでいかなければ、という思いがあります」



継続の背景

東大阪アルコール関連問題会議が40年近くにわたって続いてきた理由や背景を、考えてみたい。

👉 断酒会が司会

会議が長年続いた理由として、事務局の前任者である鷺ノ森氏が第一に挙げていたのは「断酒会が司会を務めていたから」。

行政が主導する形であれば、一定の成果を見定めて終結させるのが「役所の流儀」だが、この会議は自発的にスタートし、医療・断酒会・行政が対等な立場であることを基本に運営されてきた。そのため、時期によってテーマや位置づけを変遷させながら、ずっと続けてきた。

👉 関係機関が課題を共有

発足当初は、地域での治療資源が乏しい中、行政も断酒会もアルコール問題への対応に苦慮していた。そのニーズが一致したからこそ、手弁当で関係者が毎月欠かさず集まってきたと言える。

専門医療の受け皿が整ってからは、参加する各関係機関が「依存症の早期発見・治療」という目標を共有、現在に至るまで内科へのアプローチを続けている。また、高齢者・単身者の飲酒問題、女性の飲酒問題、アルコール依存症家庭で育つ子どもたちの問題など、さまざまな地域の問題に目を向け、話し合ってきた。

👉 事務局がずっと同じ

東大阪市は中核市のため、職員の異動が市内に限られ、保健所の相談員も長年にわたり同じ顔触れがそろっている。

コロナ禍の混乱期にもかかわらず新事務局体制へとスムーズに移行できたのは、これまでの年月の中で、会議の意義が関係者や職員間にしみわたっていた故と言える。

👉 育成の場

コロナ以前は断酒会から10人近くが参加することもあり、断酒会員が「地域とのかかわり方を学ぶ」場ともなっていた。例会とはまた違った、社会の中での意見交換を練習することによって、「次世代」の育成にもつながる。

行政にとっても、会議はアルコール関連問題や対策について知ることができるため、相談員の育成の場にもなってきた。業務時間外での会議参加には、当初気が進まないことが多いが、継続して参加するうち「長い連携の積み重ねの中で今があることがわかる」（鷺ノ森氏）という。