

第 2 1 回アルコール健康障害対策関係者会議

日時 令和 2 年 2 月 6 日 (木)

1 4 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0

場所 航空会館 5 0 1、5 0 2 会議室

○障害保健福祉部企画課アルコール健康障害対策推進室大林室長補佐 定刻となりましたので、ただいまより、「第 21 回アルコール健康障害対策関係者会議」を開催いたします。委員の皆様におかれましては、御多忙のところお集まりいただきまして誠にありがとうございます。本日の会議は公開ですが、カメラ頭撮りは議事に入るまでとさせていただきますので、御協力のほどお願いいたします。

本日の出欠状況を報告いたします。東委員と米山委員より、御欠席の御連絡を頂いております。江澤委員は遅れていらっしゃるとの連絡を受けております。その他の方につきましては全員御出席いただいております。現在 19 名中 16 名いらっしゃいますので、会議が成立することを御報告申し上げます。

また、本日は委員長御了解の上、5 名の参考人にお越しいただいておりますので御紹介させていただきます。初めに、AA 日本常任理事会の大迫参考人です。次に同じく AA 日本常任理事会の村川参考人です。続いて、特定非営利活動法人ジャパンマック代表理事、みのわマックサービス管理責任者の伊藤達雄参考人です。続いて、医療法人和気会新生会病院医療福祉相談室の小仲宏典参考人です。続いて、北海道渡島総合振興局保健環境部保健行政室健康推進課指導主任保健師の鹿内文枝参考人です。

続きまして、本日の資料の確認をさせていただきます。前回と続き、本日の会議につきましてもペーパーレスで実施いたします。お手元にタブレットがあるかと思いますがここに各資料ファイルが表示されていると思います。資料は 1 番～6 番、参考資料は 1～4、そのほかとして議事次第があります。なお、傍聴される方につきましては、あらかじめ厚生労働省ホームページでお知らせしておりますとおり、御自身のタブレット等の携帯端末を御使用いただいて、厚生労働省のホームページから資料をダウンロードして御覧いただくこととしております。

冒頭の頭撮り撮影はここまでとさせていただきます。報道関係のカメラはここで御退出をお願いいたします。事務局からは以上です。ここからは樋口会長に議事進行をお願いしたいと思います。

○樋口会長 委員の先生方、御多忙の中、御参集いただきましてありがとうございます。関係する省庁の方々、それから傍聴されている方々、御多忙のところありがとうございます。議事に入らせていただきます。議事次第 2、「第 2 期アルコール健康障害対策推進基本計画に向けた検討について」です。今回は、地域での相談支援や自助グループでの社会復帰などのテーマについて、7 名の方に御発表を頂きます。1 人当たり 15 分ですので、時間に御留意しながらお話いただきますようお願いいたします。AA の方は 2 人で 15 分ですのでよろしくお願いします。13 分の時点でベルが鳴りますので、あと 2 分だと思っていただければと思います。

質疑応答に関しては、今日 7 人いますけれども 3 回に分けて、まず 2 人目の中原委員まで一度発表は終わりにして、そこで質疑応答を行いたいと思います。それではまず、白川委員からよろしくお願いします。

○白川委員 全国精神保健福祉センター長会から出ております白川でございます。依存症の相談拠点と全国精神保健福祉センターの依存症対策事業とセンター長会の依存症対策についてお話させていただきます。今日の内容はこういう流れでさせていただきます。こちらは近年の依存症患者の推移、レセプトデータからのものになります。26年から29年までありますが、アルコール依存症については近年外来、入院ともに増加傾向にあります。こちらは相談件数になりますが、保健所と精神保健福祉センターのものです、3 依存一緒になっていますので、アルコールの私どものセンターだけを抽出してみますと、こういう形で19年から30年まで増加傾向にあることが分かります。あとこちらはアルコール健康障害に関わる相談拠点と専門医療機関の所になりますが、現在1月31日時点で相談拠点につきましては51自治体が持っているということで、今年度中に55自治体まで広がることになっております。私どもの横浜市は、今月下旬に移転がありまして、それ以降の設置となっております。

こちらは依存症関連の法律と計画の体系になりますけれども、御承知のとおり26年に基本法ができ、28年に推進基本計画ができて、それを受けて神奈川県では30年度にアルコールの推進計画を作っております。また、29年厚生労働省から依存症対策総合支援事業のメニューが出されまして、相談拠点になった際にはこのようなメニューをしなければいけないということの明示がなされております。これらをまとめておきますが、基本法ができてからどのように変化したかですが、都道府県の推進計画がまず策定されてきたことと、依存症相談拠点が増えてきたことと、相談数が年々増加傾向になったということと、自治体のやるべき実施メニューが明確化されたことになります。また、基本法ができたことで、各種依存症対策が推進されたことになりまして、依存症対策全体の強化がなされたことにつながったと思っております。

1 例として、私どものセンターの依存症対策事業を挙げさせていただきますけれども、このような5事業を中心にやられています。相談拠点になるにはこれに加えて、あと連携会議をすることになっております。1 つずつちょっと流していきませんが、個別相談の役割ですけれども、専門職による本人、家族、関係機関への電話相談、面接相談で受けております。専門相談はどのようになっているか、真ん中の赤字の所ですが、年間の電話、面接相談件数は29年からこのような形で年々伸びています。

こちらは普及啓発ですが、アルコール関連問題啓発週間に合わせて、このように市庁舎の中でパネル展とリーフレット等の配布を行ったりしています。

こちらは研修事業になりますが、依存症の社会資源の紹介の研修と、あと依存症リカバリースタッフ向けの研修などを実施しています。こちらは横浜版の依存症の回復プログラム、WAI-Y という名称になっておりますけれども、自分を客観的に見つめ直して自己理解を深めるということで、対処スキルを身に付けて、スリッパを予防するというものになっています。

こちらはプログラムと実績になりますが、実績は29年20名、30年24名でさせていた

だいています。プログラムになりますけれども、テキストの読合せと課題と話し合いをしていて、こういうプログラムを使いながらさせていただいているところです。

依存症家族教室になりますが、役割として依存症本人への対応を学んで、自分自身の生き方、家族自身の生き方についても考える機会をもっていただくということをメインに、プログラムを進めさせていただいています。30 年の実績につきましては延べ 168 名の参加で、多くの方に参加をいただいているところです。こちらは家族教室の御案内になりますが、右の予定表ですが、回復者施設の長とか、GA に参加されている方とかいろいろな回復者と御家族を会わせるようなことでの作りになっていて、その回復のイメージを御家族にもっていただく形に、家族教室自体を組んでいるところです。私どものセンターと各区と連携をする形で依存症の対応に当たっております。役割をこういう形で分けておりまして、困っている方たちを最終的にハッピーにできるように連携しながら対応しているところです。これが横浜の場合ですが、これ以降は各センターの状態を御紹介します。

こちらは長野県の精神保健福祉センターになります。先ほどまで話したことは当然やっているのですが、加えて SBIRTS の普及推進セミナーを全断連と長野県のセンターが主催する形での実施ということでしております。

こちらは岡山市のセンターの話になりますが、前回の堀井委員からもお話いただいたところになりますが、職域と協同した依存症予備軍対策として、おいしくお酒を飲むための教室の内容になっております。こちらのスライドは、講義の内容になっています。このような教室を受けることで、1 回の介入で 46% に飲酒の量の低減を認めたことになりまして、6 か月後、1 年後には、61% が目標を達成できたという感じをもっています。

こちらは東京都 3 センターのまとめになりますが、このように相談、人材育成、技術援助を各拠点で行っておりまして、更に中部のセンターが中核となって、普及啓発とか、連携会議、調査、プログラムの開発というようなものを実施しています。

こちらは相模原のセンターになりますが、よりよい社会をつくることをベースに、一次予防、二次予防、三次予防のような視点をもって、センターが出向く形でアウトリーチをしながら、連続性・一貫性をもって依存症対策に当たっています。

全国の精神保健福祉センター長会の活動です。依存症対策委員会を設け、依存症対策の推進・強化、調査・研究、人材育成に当たっています。また、国の依存症関連の委員としての参画もさせていただいています。また研究参加によって、人材育成と当事者支援もさせていただいているところです。

薬物依存に関しては生活保護担当ワーカー向け、薬物依存症対応基礎研修もこれまで随分やってきました。今回 5 回させていただき、その結果になりますけれども、生保ワーカーが依存症の専門知識を得る機会も、当事者が話を聞く機会もなくて、大変ためになったという感想が大半でした。研修の知識の習得と回復者の体験談プラスケース対応の研修内容というのは、大きな研修効果が期待できることが分かりました。

またギャンブル依存ですが、2017 年に調べたときには、対応をやってないセンターも

あったりと、また回復プログラムを 13 箇所しかやっていなかったことがありました。それはどういうことかという、予算、人員の不足のほかに、担当職員の技術不足とか、利用可能な教材資源がないということも分かり、研修会を私どもの所ですることになりました。SAT-G という島根が開発したプログラムを実施するということで研修をいたしました。SAT-G は、脱落者が非常に少ない、22 名中 1 人しか脱落しないということと、効果としては 4 分の 3 が断ギャンブルになる、残り 4 分の 1 が節ギャンブルになる形になっています。そういうことからこのプログラムを広めたということになります。

あとでこの辺は見ていただければいいのですが、まとめの所だけお話をさせていただきます。SAT-G を用いたギャンブル研修になりますが、知識を向上し支援態度を改善する。技術的な面での研修実施への抵抗感を減らす。さらに普及するためには、この研修を続けていく必要があるということです。

現在の精神保健福祉センターのギャンブルのほうの状況になりますけれども、69 センターが全体対応していることになりまし、13 だった回復プログラムも 36 へ広がっていることになります。ほぼギャンブル対応については相談支援状況が整いつつあるのではないかと考えているところです。

各精神保健福祉センターと、センター長会の活動をまとめておきますと、各自治体の特徴・ニーズに対応した依存症対策を実施しているということと、全国精神保健福祉センター長会の広域研修は、我が国の依存症支援の底上げに役立っていることになります。今後研修等を継続し依存症相談・支援の均てん化と技術向上を図る必要性があると考えております。

これまでを踏まえて、次期計画の策定に向けての課題と要望を出させていただきます。相談の中で高齢者がやはり増えていることがありますので、高齢対策については今後お願いしたいと思っております。前回の発表の中でも勤労者の対策が弱いということが出てくると思うので、産業保健分野での強化をお願いしたいということです。また各センター、医学生への対応をすることがありますけれども、アルコール健康障害対策のことをなかなか知らないということがありますので、医学教育強化のところをお願いしたいと思っています。

また、産後うつ対策とか研究とかのところ、産科の先生たちと御一緒することがあるのですけれども、アルコール性の胎児性症候群などのことについて、なかなか知られていないことが分かりましたので、是非その辺りのところも医学教育強化と産科学会とかあるいは母子保健への普及啓発強化をお願いしたいと思っています。また私どものセンターですが、相談業務の増加に加え、普及啓発や連携会議等の企画調整業務が増えており、センターの人員強化や、その辺りの量的・質的強化が必要と考えております。以上で発表を終わらせていただきます。

○樋口会長 白川委員、ありがとうございました。

続きまして、2 つの演題を一緒にやりますので、中原委員にお願いします。テーマは

「福岡県宗像・遠賀保健所におけるアルコール依存症対策事業」についてです。よろしくお願いします。

○中原委員 福岡県宗像・遠賀保健所におけるアルコール依存症対策ということで、私、全国保健所長会から代表の委員として出させていただいております中原です。今回は福岡県のアルコール依存症対策への取組、そして当所の保健所での取組について御紹介させていただこうと思っております。福岡県におけるアルコール依存症対策事業ですが、まずは啓発、人材育成、相談支援体制の強化事業、中小企業への減酒支援、また若い世代への適正飲酒等の啓発、それから相談窓口の設置ということで、県が一括してやっているもの、各保健所でやっているものという形で様々な啓発事業や人材育成等の事業に取り組んでおります。

これが福岡県の特徴が、飲酒運転撲滅運動の推進に関する条例を設置しております。こちらのほうの関連事業ということで、精神保健というか、保健分野に関与することとしては、飲酒運転違反者への適正飲酒指導ということで、こちらには1回目の分だけ載せておりますけれども、2回目の方については、最初から医療機関受診ということで、1回目の飲酒運転違反者に対しては受診又は飲酒行動に関する指導、必要に応じた受診勧告を実施ということで、ここで書いていますように、保健所のほうでも適正飲酒の指導を実施しているところです。これが最初に始まったときに、本当に飲酒運転をされた人で、そういう通知がきて、どのくらいきちんと受診をされるのだろうか、ちょっとみんなで思っていたのですが、実際にやってみたところ、この6割が高いのか低いのかというのはそれぞれ御意見あるかと思うのですが、実際に診察を受けられた方、保健所に指導に来られた方は大体6割方ぐらいが受診、あるいは指導を受けられているという結果になっております。

改めて、今度当保健所におけるアルコール依存症対策事業として、先ほどの適正飲酒指導、それから講演会、中小企業への減酒支援講習会、啓発、相談窓口をやっております。1つずつ御紹介をさせていただきます。まず、適正飲酒指導です。来られた方に、AUDITを実施いたします。それから適正飲酒に関する情報提供として健康障害とかアルコール量はどのくらいあるとか、あるいは適正飲酒量はどのくらいとか、分解にかかる時間、それから飲酒量を減らす方法などの情報提供を、医師と保健師で役割分担をしてさせていただきます。そしてAUDITの点数に応じた個別指導で、基本的にはちょっと点数が高い方については専門医療機関を紹介させていただき、単なる行ったほうがいいですというレベルから、もう行ってくださいと、改めて知事というか、ちゃんと受診命令とか受診勧告がくる方という形での個別指導に最終的にはなっております。

こうしたパンフレットというか、冊子を福岡県のほうでは作っておりまして、こういう冊子を使いながら情報提供をいたしております。例えばこの分解にかかる時間とかあるいはアルコール量とか、実際に来られた方については、前の日に酎ハイを3杯飲んで、生ビールを2杯飲んで、そして一眠りしたから大丈夫かなと思って車に乗ったところ、検問で

引っ掛かってこういうことになりましたとかいう方で、では、日頃はどのくらい飲みますかとお尋ねして、じゃあ、あなたは日頃どのくらいアルコールを摂っていることになるのでしょうか、そしてそれが体の中で分解してすっかりなくなるまでどのくらい時間がかかると思いますかと、その場で計算をしていただいたり、大体 1 人 30 分程度の指導という形でやっております。当然こういう健康障害があるのですよとか、飲み方を見直すポイントはこういうところにありますとか、あるいはちょっと高いような方には、飲酒日記を活用してみませんか、御紹介をさせていただいたりしています。

ちょっとこれはこちらの画面だけにしかない資料ですが、参考に出所の保健所で 29 年度の適正飲酒指導を受けられた方の AUDIT の点数ですが、36 名の方に指導に来ていただきまして、20 点以上の方が 1 名で、大体は割と、そこまで高いのは、20 点以上の方については先ほど言った、もう受診しなさいという命令的な指導になっております。15 点から 19 点以下の方については飲酒日記とかを渡したり、あるいはこういうところが拠点病院としてあるので相談に行かれてみたらどうですかというように、あと 14 点以下の人については、自分の飲み方を見直してくださいということでやっております。ちなみに、30 年度も大体同じ感じですが、こういう分布になっております。

次に、アルコール健康障害に関する講演会ですが、当所のほうでは年に 2 回ほど研修会をいたしております。先ほどの高齢者の問題というのも前回の会議の中でも出ておりましたし、先ほど白川委員のお話にも出ておりましたけれども、やはり介護部門の方からの別ルートでの相談のところで、ヘルパーさんや訪問介護、あるいは訪問看護に入ったところで、単身でアルコールをよく飲まれている高齢者の方がいるけれどもどうしたらいいだろうかと、そういった相談が別ルートで保健所に入ってきます。そういう意味で、今年度は介護部門とか支援者の方も含めたところでの研修会を開催させていただきました。あともう 1 回が、CRAFT の進めとして、特に支援者のためのプログラムということでさせていただいております。これは県内で他の保健所も同じような形で、内容については地域の実情に合わせた研修会です。それから企業の問題も前回、それこそ先ほどの白川委員のお話に出ていましたけれども、特に産業医がいらないような中小企業への減酒支援の講習会を、保健所では食中毒予防講習会とかいろいろほかの部門というか、部署の働く世代に関する働き掛けができる所があります。そういった所に精神保健担当の保健師がお伺いして、ミニ講座のような、10 分程度でも時間をいただいております。

最後には相談窓口はこういう所があるのですよという御紹介と、あと出前講座をするからは是非皆さん利用してくださいと、こういうチラシも作り、広く周知をいたしております。とはいえ、今年度もまだ 4、5 件ぐらいですが行っているところです。

啓発につきまして、福岡県では 8 月 25 日～31 日に飲酒運転撲滅週間を制定しておりますので、そのときに合わせた形で、ロビーのほうにこういう啓発をいたしております。あと、アルコール関連問題の啓発週間にも同様に啓発をさせていただいております。

最後に、相談窓口につきまして、県内の保健所や精保センターとかそういう相談窓口を

一覧にしてチラシで配布したり、先ほどの冊子の後ろに掲載したりと、御紹介しておるところです。

スライドはここまでなのですが、これは当保健所での取組を御紹介させていただきました。福岡県の条例もあるというところもあって、全国の保健所の中では結構取組が割と積極的にやっているところです。先ほどからいろいろ御紹介させていただいたように、保健所はいろんなところに啓発するに当たって、入り込むルートがたくさんあります、企業にしろ、高齢者にしろ。そういったところに、草の根的に積極的に入り込むことをするのが多分一番、地域で網の目を張るのにはいい方法だと思うのです。

福岡県は1つは条例があるというところと、あとうちの管内の人口が約24、25万人で、精神保健のみを担当している保健師が6名います。要は専門職1人当たりの管内人口4万人というところですが、随分前に全国保健所長会で調査をしたときには、精神保健を担当している専門職1人当たりの担当する人口というのが8万とか、特別区になるととんでもないような20万とかいう数になってきます。うちはそういう意味でも人材的にも割と精神担当専門職が多いということで、ここまでの活動ができています。

これをやはり広げていくためには、それなりに精神保健にちゃんとマンパワーを割けるような体制づくりをやっていかなければならないと思っております。御存じのように、最近この精神保健、それこそ措置入院患者の退院支援とか、あるいは精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、そういったところにも専門職がかなり人手を取られているところですので、どうしてもやらなければならない、絶対やらなければならないことに手を先に付けてしまうのが実情ですので、このアルコール問題に対しても非常に大切な問題というのは重々みんな認識はしているのですが、後回しになってしまっているのが全国の保健所の現状です。そういう意味ではもう少し人材育成とか、人材確保が必要ではないかと思っております。私からは以上です。

○樋口会長 中原委員、ありがとうございます。宗像・遠賀保健所の状況だけではなくて、全国の状況についても簡単にまとめていただきました。白川委員、中原委員の御発表に関して御質問、コメント等ありましたらどうぞ。

○今成委員 白川委員にですが、今センターで、ワークブック形式のプログラムが非常に盛んに行われるようになって、先ほどギャンブルのSAT-Gというのが出ていましたが、例えば島根県ではSAT-Gはすごく人数が多くてうまくいっているという話ですが、GAが育っているかと言いますと、全然育っていないのです。最近、その傾向がセンターで見えて、センターの中では非常に業績が良いデータがたくさん出てくるのですが、地域の自助グループにつながっているのか。自助グループ自体がまだないような所もあったりするので、その自助グループを育てているのかワークブックをやることに一生懸命になって地域を見ていないという話が、結構、いろいろな所から聞こえてくるのですが、いかがですか。

○樋口会長 白川委員、お願いします。

○白川委員 決してワークブックを使うことだけに力を注いでいるわけではなくて、連携

会議とかがありますので、そこのところで自助グループとの関係強化はきちんとやっていると思います。ただ自助グループの育成まではどうかというのは、そこまで手が回っていないかもしれません。島根に関して言うならば、1回GAができたのですが、今休止状態という話ですので、自助グループというのはその気になってやってくださる方が現われないと育っていかないというところがあるので、そういう育成は今後も力を入れていきたいと思っています。

○樋口会長　ほかはいかがですか。

○小松委員　沖縄協同病院の小松です。まず、白川委員の発表について、連携会議など、相談拠点になったら、実施するメニューが明示されて、精神保健センターで非常に頑張っておられるということをお伺いしました。

連携会議は沖縄でもやっているのですが、やはり、年に1回とか2回ですと、名刺を交換して、何となく顔が分かるまで終わりになってしまって、本当に実のある連携になりづらいですね。しかし、連携会議の開催には準備に保健師さんや事務方がかなり力を注いで、相当大変な思いをされていると思いますので、そういう連携会議の回数を増やすにはどのぐらい人員が増えたらいいと、感覚的なところでもいいので教えていただきたいのですが。

○白川委員　県レベルと政令市レベルでは少し違うのかもしれませんが、やはり、今各自治体はかすかすで仕事をしているので、人数的には1人とかちゃんと増えていかないと、きちんとしたものはできないかもしれないです、増やしていくということであるとするならば。

○小松委員　中原委員に質問ですが、人のことをおっしゃってくださって本当に良かったなと思います。精神保健だけを担当している保健師さんが、1名当たり6万ぐらいの人口だというお話でしたよね。

○中原委員　4万です。

○小松委員　ごめんなさい、4万です。全国平均だと1名当たり8万であると。やはりそれだけ違えばやれることはどうしても限られてくるわけです。そうしますと、そのぐらいの人員がいる保健所は中原委員に聞くことではなくて、本庁に聞くことですかね。「こういう事をやってくれたらいいな！」とすごく思ったのですが、やはりこれは人がないと駄目ということですよ。

○中原委員　保健所の保健師さん、あるいは精神は精神保健福祉士さんがおられたりもしますが、皆さん本当に熱心で、いろいろなことをやりたいとは思っているのです。この依存症の問題に対しても、今、高齢者の单身の方の問題やいろいろありますし、やはり家族の問題もありますので、実際、相談を受けたりして、やはりどうにかしたいと。実際、起こってしまう前に保健的な手はずができればと思って、皆さんお仕事をいただいているのですが、何にせよ、これは市町村の保健師さんたちも同じですが、ほかの業務があまりにもいろいろと下りてきて、どうしてもマンパワーの中で優先順位、今、目の前で絶対

しなければいけないこと、それこそ市町村は例えば自殺の計画を作らなければいけないと言ったら、そこにぶわっとマンパワーが行ったりということで、ほかの業務に手を取られて、ある程度余裕があれば、こういう草の根的な啓発活動や予防事業に取り組めるだろうなと思います。

実際、どのぐらいの人材があればというのは非常にばらばらなので、先ほどお話ししたのはあくまでも平均ということで、そういう意味では福岡県は恵まれていると。ただ、こういうことができてるといってお話させていただきました。

○樋口会長 ほかはいかがですか。

○堀江委員 質問ではなくて、今の話の流れのコメントですが、是非、保健所にはそういう出前の講義のようなものをどんどん増やしていただきたいと思います。その理由としては、私のほうでも市民公開講座とかで、上手なお酒の飲み方とかをやらせていただいているのですが、なかなか人が集まっていだけないのです。一方、神経内科の先生が認知症の予防とかをやりますと、どっと人が集まると言えば、私の不徳の致すところかもしれませんが、そうではなくて、市の方と相談しても、お酒の話というのはなかなか人が集まらないのですよねみたいな話になってくるので、やはり、こちらから出向いて強制的にでも話を聞いてもらうぐらいの勢い、それは無理だとしても、事あるごとに保健所にそういう場を設けてもらって、こちらから押し掛けるようなシステムを作っていく。どうなのが良いのか分かりませんが、是非、努力をしていただけたらと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかはありますか。

○江澤委員 まず白川委員の最後のスライドに次期計画策定に向けての課題と要望というところで、医学生とか産科医とか書かれていて、全く共感するところですが、更に加えて、一般かかりつけ医にも情報提供を啓蒙していかないと、なかなか追いついていかないので、是非、医師会の生涯学習や教育研修システムもありますので、そういう所と連携を取っていただきたいと思います。あと、いろいろな取組をされているので、多分、かかりつけ医や主治医との情報共有は非常に有効になるかと思いますが、是非、お願いしたいのですが、いかがですか。

○白川委員 承知しました。今後考えていきたいと思います。

○江澤委員 中原委員に質問で、今日お話されていましたが、これから居宅介護支援事業所や地域包括センターとか、介護の社会資源との連携というのは恐らく高齢社会になって増えてくるとは思いますが、医療系とは結構ネットワークが太いと思いますが、介護系とか、いろいろ今日お話されていたので何かポイントがあればお願いします。

○中原委員 結局、今、市町村の高齢者の包括ケアシステムの構築というか、介護医療連携のところで、それこそ余裕がある保健所は、市町村支援というところで、一緒に高齢者のケア会議に参加させていただいたりとかしているのです。そうしますと、そこで介護事業者の方とは関係を持ちます。あとは要は精神障害者の地域包括ケアシステムの構築のほうでも、結局、高齢者の介護や障害者の相談支援事業所とか、訪問看護、訪問介護の方と

も連携がないと進まない事業なので、ほかの事業も含めたところで、そういう方々とは保健所の専門職種とは関係を持っているので、それはどの分野にでも応用がきくという形で、特にアルコールがあるからそういうところの人というわけではなくて、今、既存で持っている地域の連携をこういうことにかすという形でやれるのだと思います。

○江澤委員 そうしますと、結構、人材確保という課題がカバーできると思っていますので、多分、ケアマネージャーもアルコール依存症というのは、頭の中に残っているかどうか微妙なところですが、やはり、先ほど後回しにされているという話があったので、また是非お願いしたいと思います。

○中原委員 はい、分かりました。

○樋口会長 ほかはいかがですか。

○辻本委員 白川先生のまとめの中で、胎児性アルコール症候群、FASD ですが、このことを取り上げていただいたというのは非常にうれしいことです。

今、妊産婦の方の飲酒をゼロにするということがあるのですが、妊娠を気が付いたときからお酒をやめても遅いという場合がありますので、妊娠の可能性のある人たちにはお酒を飲んではいけないという教育を、保健所やいろいろな所でやっていく必要が出てくると思います。どこがやるべきかということですが、保健所では妊婦さんに一人一人面接したりしていますですが、それ以前の段階というのは、どんな形でやっていくのがよいか将来に向けて何か案がありましたら教えていただけたらと思います。

○白川委員 やはり、教育のところで早い段階で、可能性があれば駄目だよということは再三言っていく必要性があるのでしょうか、現時点ではなかなかそこまでいっていないと思いますので、その辺りはそれこそ妊娠する可能性があるような年齢になったら教えていく必要性はあるのかなとは思っています。

○辻本委員 ありがとうございます。この FASD の問題というのは、予防することによって 100% 予防が可能、出てこないということなので、是非、行ってほしいなと思います。

○樋口会長 よろしいですか。私から 1 つだけ、白川委員にお伺いしたいと思います。相談拠点が 55 か所、今年度末までできると発表されていましたが、相談拠点ができて何か変わったことはありますか。

○白川委員 相談拠点になるには、こういうものをやらなければいけないということで必ずメニューがあるので、少なくとも精神保健福祉センターがやっている所では、かなり依存症対策自体に強化された形になっていると思っています。センター長会自体も、私が会長をやる少し前ぐらいは、余り依存症というものに興味のないセンターが多かったのですが、やはり、この基本法ができて、いろいろな拠点ができてという中で、かなりの所は役割としてやらなければいけないという認識をしていますから、そういうところが非常に強化なったと思っています。

○樋口会長 分かりました。ありがとうございます。それでは、また御発表に戻りたいと思います。鹿内参考人、お願いいたします。鹿内参考人は「「依存症を考えるつどい」

の取り組み」についてという題で発表を頂きます。

○鹿内参考人 北海道から参りました渡島総合振興局で保健師をしております鹿内と申します。どうぞよろしくお願いいたします。今日は依存症を考えるつどいの取組について報告してほしいということでお話がありましたので、この事業の説明をさせていただきたいと思います。所属の名前が長いので、通称で渡島保健所と普段使っておりますので、この先の資料は渡島保健所ということで書かせていただきます。

まず私のおります南渡島地域ですが、函館市が中核市ですが、中核市を含めて2市7町で人口38万人程度の地域になっております。面積は東京都と同じぐらいと聞いておりますが、函館市に医療機関のほとんどがありますので、一極集中していて、左側の遠い松前町は自家用車で2時間から2時間半かけて病院に通院されるという所があります。

地域特性としては、古くからの港町でありますので、飲酒に寛容な土地柄でもあり、お酒をたくさん飲んでいますが、問題という意識が余りない地域かなと思います。あとギャンブルの場があったり、保護観察所や更生保護施設もありますので、薬物依存からの回復者も一定数おられる地域です。

地域資源としては、社会資源が少ないと関係の方からも言われるのですが、北海道の中では比較的まだ恵まれているほうかなと私は思っています。依存症の専門医療機関はないのですが、入院病床を持つ医療機関は4施設ありまして、そのうち1箇所は依存症の回復プログラムもある機関になっております。自助グループは現在7グループ活動されておまして、6グループは函館市内にあります。どこの地域でも課題だと思いますが、新規参加者が少なく、高齢化が進んでいるということで聞いております。

依存症を考えるつどいの事業ですが、対象者は原則南渡島地域に住む依存症者、家族、あとは支援者ということで、当事者も家族も支援者も一緒になってグループ活動をしています。依存症の種別も問わないということで、アルコール、薬物、ギャンブル、摂食障害の御家族も参加されております。中には診断が付いていなかったり、治療もしていないけれども必要で来ている方もいらっしゃいます。方法については、2時間のグループミーティングを行っております。毎月第3土曜日で、ほかの自助グループと重ならない時間帯、日程ということで、この日程で行っております。全12回中年2回は本人と御家族を分けて、グループミーティングをしていて、家族のほうには精神科の先生にお話を頂く時間を設けております。

参加者数は、平成25年7月から開始して、平成28年をピークに徐々に減少傾向で、去年、今年はおおむね横ばいかなと考えております。去年の参加者数は270名程度の延べ数の参加がありました。見て分かるとおりアルコールの当事者の方と御家族の方が多い状況です。1回の平均人数は20名余で経過しています。新規参加者は昨年度29名おりました。依存症の当事者は20名、御家族は9名ということでした。新規参加で一番多いのが、プログラムをやっている医療機関で、プログラムの一環として入院患者さんを連れて来てくださっているのです、そこの方の新規が多い状況です。

話合いの内容は、ここに書かれているようなことが話されております。数年前までは話が脱線して関係ない話になったりもしたのですが、最近は依存症の中身を、参加者同士で質問し合いながら深めていくように変わっていったなと感じております。アルコールはなかなか多いのですが、それ以外の種別の方がいらっしゃったときにも共通点を探して、根っこは一緒だよねというところを確認するような場になって、温かく少数の方も迎え入れる雰囲気があります。お互いに学び合う環境になっております。あとはいろいろな段階の方が回復されて、もう 10 何年という方もいらっしゃったり、やめ始めたばかりの方もいらっしゃるので、自分に近いモデルの方が見つかることがある状況です。こんな感じで円になって皆さんでお話しています。

運営については、この事業は国の地域依存症対策推進モデル事業という事業のモデル地域に選定されたことが、立ち上げの大きなきっかけになっていると聞いています。平成 22、3 年頃にこの事業をやる中で、様々な依存症や立場の人を受け入れる受皿を構築していかなければならないという結論に至って、平成 24 年度の 1 年間は各自治体への聴き取り調査や打合せ等積み重ねて、平成 25 年 7 月にこの事業を立ち上げて、現在 7 年目に入ったところです。モデル事業の段階から、中核市である函館市と協同して準備を整えています。

開始当初はここに書いてあるとおり、主催、企画、当日の進行、記録、全て行政のほうで行っていました。毎回テーマミーティングをしていたので、かなり稼働を掛けて打合せをしていたと聞いております。管内の精神科の医師が最初からサポートをしてくれていたことで、医療面での助言とかももらえまして安心を担保できたと聞いています。その他は外部のいろいろな先生の助言を得ながらスキルアップを図っていったということでした。

現在は、平成 30 年頃から保健師の人材確保が難しくなってきたということで、モデル事業時代から関わりのある機関に協力を求めて、現在は主催、企画は行政で行っておりますが、当日の進行や記録は、精神科医療機関や保護観察所の職員の方のサポートを得て何とか続けられている状況です。今、5 機関に依頼して輪番制を取らせてもらっています。そういったことでいろいろな職員が入ってくるので、2、3 か月ぶりに来ましたとか、1 年ぶりに来ましたという職員の方もいらっしゃいますので、そうしますと、職員自身も不安を感じたりするところがあるので、事前・事後のカンファレンスを充実させて、従事者も不安を感じずに安心して業務に当たられるようにやり始めています。事後カンファレンスを充実させることで、当日の流れを振り返ったりとか、職員の力量形成のアップにもつながっていているかなと思います。

つどいの意義と効果については、行政主催のために参加される住民の方が自助グループにいきなり行くよりかは、一歩目として参加しやすいかと感じられます。その場に自助グループの方もいらしているので、その場で知り合ってつどいをきっかけに自助グループにつながっていく方もいらっしゃいます。

あと支援者側の効果ですが、医療機関の先生や相談員の方もやはり行政がやっていると

ということで安心して紹介してくださるという声を聞いております。今、いろいろな種類の方を受け入れるということで、アルコールの方が多いのですが、一定数の人数を確保しやすいというところがあります。グループ支援ということがなかなか経験できないこともありますし、異動で次々支援者も代わっていくのですが、この事業を通じて依存症のことを学ぶ機会になったり、あと医療機関でも新しいスタッフの方がこちらに来てくれるので、力量形成の場になっているという状況があります。

こちらは依存症対策として渡島地域で実施している依存症の事業です。依存症を考えるつどいだけではなく、いろいろな事業を函館市と協力してやっています。個別支援は各保健所でやっているのですが、その他事業はほぼ函館市と協力して行っているような状況です。この依存症を考えるつどいの各医療機関等への依頼の話は、依存症を考えるつどいの連絡会議で5機関に集まっていたいて依頼等をしているところです。昨日もちょうど夕方に皆さんに集まっていたいて、今年度の事業評価等をやったところでした。毎回のつどい事業の前後にもカンファレンスや話し合いはしているのですが、こちらの連絡会議の場で年に1回集まりまして、今年度の事業の振り返りをして、今年はこういうところが良かったけれども、もう少しこういうところをやっていったほうがいいよねということで、貴重な御意見を頂いたところで、年々事業を少しずつ良くしていこうということで大事な会議としてやっています。複数の機関から御意見を頂けるところが、効果的事業運営につながっているかなと感じております。

長年この事業をやっていく中で、地域の変化としては、新たな自助グループを立ち上げたり、更生保護施設で薬物ミーティングが開始されたり、精神科医療機関において依存症の回復プログラムをやってくれる機関ができたりとか、この事業から家族グループが自主会の動きがあるので、そこをサポートしたりという変化が少しずつ見られています。

最後に課題と対策については、単回の参加で、自助グループになかなかつながらない方は変わらず多いと感じておりますので、必ずしもつどいや自助グループにつながらない方もいらっしゃるのですが、個別支援が必要な方については、グループだけではなくて個別支援もやっていく必要があるというのは会議でも話題になっています。新規の参加者については前後に面談をして、必要な方を逃がさないように意識はしています。あと、自助グループを掲載したり、リーフレット等作成して実際に持ち帰ってもらって、改めて後で見直してもらえそうな資料も作ったりしました。申込み制ではないグループなので、当日誰が来るか、新規参加者以外は分からないということと、支援者自体も結構流動的にいろいろと変わるので、コンダクターが難しいなと感じることが何年か前からありまして、そういった面で前後のカンファレンスを充実させていたり、この事業の覚書といった資料を作成して、支援者が安心して従事してもらえようということで資料を作っています。

グループ支援については、入れ替わりが職員にありますので、ずっとサポートして下さっている精神科の先生も含めて、ほかにやっている学習会で講師で来てくださった先生に、このつどい事業も抱き合わせで一緒に助言をもらったりということで、必要時、外部

の技術支援も受けながら何とかやっている状況です。以上で発表を終わらせていただきます。

○樋口会長 鹿内さん、ありがとうございました。依存症を考えるつどいについて、アウトライン、運営、意義、課題等についてまとめていただきました。続きまして、小仲参考人をお願いします。

○小仲参考人 大阪にあります依存症専門の病院でソーシャルワーカーをしております小仲と申します。よろしくお願いします。私のほうからは高齢者のアルコールの問題について少しうちの病院であったりとか、関西で取り組んでいることについて御報告させていただけたらと思います。最初に関西アルコール関連問題学会のほうで、平成 17 年なので少し古いデータになるのですが、高齢者の介護現場で、飲酒問題に関するアンケートを取らせてもらったことがあって、その結果をまず御報告できたらと思います。実際、ケアマネさんとかヘルパーさんが介護の現場で、飲酒の問題に経験された方というのが 8 割ぐらいあるというような結果が返ってきています。経験 3 年以上の方を対象にアンケートを送っているので、3 年間ぐらい介護の領域で働いておられる方の 8 割ぐらいの方は、お酒の問題に遭遇されているということでした。

実際どんな問題があったのかというところなのですが、朝から昼から飲んでいると時間帯が前倒しになっていたりとか、病気があって飲んでは駄目なのに飲んでしまうとか、あとは飲んでばかりでご飯を食べないとか、割と派手な問題が、飲んで暴れるとか、そういうことよりは自分の体を痛めるような飲み方をしてしまうというような、外に余り問題が少ない傾向があったかなということが分かりました。

実際、3 年以上経験されている方の中で、アルコールの問題が原因でサービスの提供が困難、又は中止になった御経験というのがあるかという項目に対しては、提供が困難になった御経験は 3 割ぐらい、実際にサービスを中止せざるを得なかったという経験が 1 割の方があるというような結果が返ってきています。

実際、アンケートを取ったときの状況としては、回答者の 8 割が何らかのお酒の問題に遭遇している経験を有しているということが分かりました。その問題というのは、先ほど話したように、時間帯が朝から昼からになってしまうであったりとか、お酒が原因で明らかに体調を崩しているであったりとか、飲んでばかりで食事を接らないということが多くて、大声を出したり暴れたりといった、いわゆる派手な問題というのは少ない傾向が分かってきました。

回答者の 3 割は、サービスの提供が困難になった、更に 1 割は中止した経験を有している状況が見えてきました。次にお酒の問題について介護の方が働きかけたかどうかというところなのですが、6 割ぐらいの方が実際に働きかけを行ったというような御回答いただいています。実際にどんな働きかけをしたかというところ、他機関との連携というのがまず最初に上がってくるのですが、やはりお酒の害について、これ以上飲んだら危ないよというような働きかけだったりとか、お酒の量を管理するという、買わせないようにしたりとか、

渡す量を制限するであつたりとか、あとは介護のサービスをできるだけたくさん利用してもらって、飲まない時間を確保するとか、そういった働きかけをされるという回答が多かったです。

専門病院から見ていると、この対応についての問題点としては、6割の方が実際に何とかしないといけないということで、働きかけてはいただいているのですが、禁酒、又は節酒を執拗に働きかけると、利用者さんから迷惑がられたりとか、ときにはもう来なくていいというように言われてしまって、利用者からの抵抗が生じるので、余り踏み込んだ対応、飲ませないようにするために踏み込んだ対応というのがしにくい。職種の立場上、そういう状況もあるのかなというようには見えてきています。

約3割の働きかけが功を奏したというような回答もあつたのですが、量を調節するであつたりとか、一定期間飲ませないということは、本質的な解決にはなっていないくて、一時的に一旦成果は上がるのですが、また同じ状況が繰り返されるということもあつて、やはりアルコールの問題を認識した上で、対応していくということが大事で、この一時的なことは、根本的な解決にはなっていないということが見えてきました。

1人で対応するのがすごく大変なので、職場以外の所で、どこかに相談したことがあるかということに関しては、3割の方が相談したことがあるというように答えていただいています。一番多かったのが、かかりつけの主治医の先生に相談しましたという結果であつたりとか、あとは保健所とか、生活保護を受けておられる方は福祉事務所が管轄なので、そちらのほうに相談されたということもあります。

実はアルコールの専門医療機関がこのときは少なく、まだまだアルコール医療機関との連携が十分に取れていないのだなということが、アンケートの結果では見えてきました。実際に相談してみてよかったこととしては、連携ができたということだつたりとか、あとは解決策の選択肢が増えたということだつたり、話すことで支援者自身の気持が楽になつたりとか、少し専門医療機関に相談していただいた方は、どんなふうに介入していくのかという専門的な知識や理解が得られたというのは大きかったというように御回答いただいています。

この連携の部分においては、回答者の3割が職場の外での他機関への飲酒の問題について相談した経験をお持ちでした。かかりつけの先生だつたり、保健所、福祉事務所とかに御相談をしていただいていた、専門病院への相談というのはやはり少なかつたです。相談の結果が問題の解決に直結しないこともあるのですが、相談者自身の孤立を防いだりとか、対策の選択肢が増えたりとか、専門的な知識を得るといったメリットがやはりあるのかなと思うので、抱えず相談していくことが大事だなということも見えてきました。

このアンケート調査時ではアルコールの問題に関する研修の機会がありましたというようにお答えいただいた方が、すごく少数だつたので、まだまだ啓発が足りていないのかなというような結果であつたのと、実際に8割ぐらいの方がアルコールの問題の経験があるというようなお答えから考えると、基本的な知識の習得というのが必要だと思いますし、

高齢者や認知機能の問題がある場合であっても、専門医療機関での治療を受けることで回復可能であることを知ってもらって連携を図る必要があるというように思います。

どうしても、年齢のことであったりとか、認知症があると、本人が専門治療の同意をしないので、入院治療の対象でないであったりとか、アルコールリハビリテーションプログラムの適用外だということを受けてもらえないということもあるかなというように思うので、実際そういう部分は確かにあるのはあると思うのですが、それであったとしても、専門治療を受けることの意味であったりとか、回復できることというのを、広く介護の領域の人に知ってもらおうということが大事だなというように思いました。

具体的に、回復可能というのがどの程度のことなのかというのを、平成 27 年から 28 年の 1 年間の間に当院に入院された患者さんで、通常の ARP に適応できずに、うちを退院された 65 歳以上の患者さんについて、少し調査を行いました。断酒率を調べた方は、最終的にはこの 53 名、ARP の病棟に転棟できずに退院した患者さんでうちに通院される予定の患者さんだけに絞ってはいるのですが、このことについて御報告できたらと思います。ARP 病棟に転棟できなかった患者さん 114 名のうち、任意入院がほぼ 9 割ぐらいで、医療保護入院、いわゆる本人の同意ではなく家族同意での強制的な入院というのは件数としてはすごく少ない状況でした。厳密に本当に任意入院かと言われると、本人が理解しているかという、微妙な点も確かにあるとは思いますが、ただ入院することには一応納得されて、同意書にサインをされている形で入院をしていただいています。

そういう高齢の方が入院した後なのですが、大体場合、お酒の問題とそれ以外の体だったり、認知機能の問題がミックスされていることがすごく多くて、何が、どこがどんなふうに悪いか分からないけれども、お酒を飲んでいるからどこも見てもらえないということが多いので、一旦入院をしてもらって、まずは酒を切って、解毒をする。解毒をした後に認知機能であったりとか、体の状態だったりとか、身体状態の状態評価をして、認知機能もお酒によって一時的に落ちていたもので ADL が自立している場合は、通常の ARP に入ってもらいますし、お酒が抜けても認知機能が低下していたり、アルコールによる認知機能低下が著しいという場合は、通常の ARP にはやはり適用が難しかったりとか、うちの病院が余りバリアフリーではないというのもあって、ADL が低いと、ARP をやる病棟になかなか行けないというのがあって、そこに入ってもらえないので、個別の関わりであったりとか、部分的な ARP の参加であったりとか、あとは一番力を入れているのが退院後の生活環境を調整するということで、治療の流れを作っています。

部分的な参加ということで、これがうちのプログラムになっています。記憶障害があったとしても、通常の入院プログラムと書いてありますが、そこまでスパルタではないので、御本人さんの状態に合わせて部分的にプログラムに参加してもらっています。実際、例会に参加してもらっても、なかなか内容の理解をしてもらうというのが難しいのですが、そういう飲んではいけないということだったりとか、やめている人の空気感に触れてもらうみたいなことを、意識して入ってもらっただけ入ってもらおうということもしています。高齢

で認知機能が落ちている方が、断酒を継続していくためには、生活サイクルであったりとか、生活環境を調整していくということがすごく大事になってきます。イメージとしては、本人さんの認知機能がなくて、介護度が低い方に関しては、従来の治療プログラムと自助グループとの連携という形でいいとは思いますが、介護度もすごく高いし、認知機能が落ちている方に関しては、やはり介護サービスの連携と生活環境の調整が重視されるべきかなと思います。

実際生活環境を調整するというのは、飲まない環境を調整することだと思っています。飲んでしまうきっかけをできるだけ排除するようにしていますし、できるだけ周囲の理解を統一させて、最初の1杯を防ぐということが大事だなと思っています。退院時なのですが、7割ぐらいの方が自宅に一旦退院してもらっています。精神科に転院されたりとか、認知機能の低下でほかの所というのは余りいらっしゃらないです。

先ほどお伝えしたように、半数ぐらいの方がうちの通院をいただいています。通院の方に関しては、断酒率としては37%なので、余り通常の依存症の方の断酒率はそこまでは大きく変わりはないかなと思いますし、初回の方に関しては50%、半分ぐらいの方が断酒の継続ができていた状況でした。実際、認知機能の有無で、断酒と飲酒群が余り差があるということはありませんでした。ただ、治療の継続と治療の中断に関しては、訪問看護があるかどうか、介護サービスが入っていて生活が整っているかどうか、この辺りに少し差が出たという結果になっています。

結果と考察なのですが、断酒率は37%、うち初回入院に限ると50%と比較的高い断酒率でした。症例数は少ないのですが、認知症の有無と断酒継続との関連性は認められていませんでした。断酒の継続と同居家族の有無には関連が認められなかったのですが、訪問看護と介護サービスは治療継続との関連が認められたという結果でした。今回の結果から、高齢のアルコール依存症の方は認知症の併存の問題で、ARPに十分適応できなくても、個別の支援を充実させることで、比較的高い断酒率が得られることが分かりました。治療の継続についても同居家族の有無とは関連はなかったのですが、介護サービスとの連携が関連が認められたということから、単身者だけでなく、同居家族のあるケースについても、家族全体のサポートを視野に入れた、より生活レベルへの介入を重視した支援が必要であると考えます。

事例を最後に紹介できたらと思うのですが、79歳の方でお酒の問題が出てきた方なのですが、認知症合併のケースでした。実際、ケアマネさんが最初にサービスに入られたときには、明らかな多量飲酒で生活もドロドロの状況だったので、少ししんどい状況だったので、地域包括支援センターに担当のケアマネが相談されたら大阪の特定の区だったので、よくあるお酒の問題だから、別に相談の意図が分からないと言われて、相談そのものにも乗ってもらえなかったということが最初あって、その後、その後もお酒の問題がずっと続いているので、保健センターの職員さんに入ってもらって、認知症があっても入院を受けてくれる病院があるということで、うちのほうにつながって、生活環境を調整して退院を

していただいて、断酒を継続されているとケースに載っています。また、資料のほうを御覧になっていただけたらと思います。

今後の課題としては、介護領域の支援者にアルコールの基本的な知識を啓発していく研修を継続していくことが大事だなと思っていますし、認知機能の低下や高齢であることが治療につながる際のネガティブな要因にならないように、断酒の継続が可能であるということを広く知ってもらうこと。研修で得た知識を実践で試してみても、対応してもらえぬ医療機関というのが全然少なくて、専門医療機関以外の医療機関が認知機能の問題のある高齢者の状態評価のための入院を受け入れるというのが実際になくて、アルコール問題が見えるようになってもつなぎ先がないという難しさを、実際現場の人が感じていらっしゃるの、そういった専門医療機関以外で受けってもらえぬ医療機関の確保であったりとか、単発で研修が終わることなく継続して、アルコールの問題を考えていくような研修を続けていくことがすごく大事だなというように思っています。私の話は以上です。ありがとうございました。

○樋口会長 ありがとうございます。地域での活動と、人口が高齢化していますので、高齢のアルコールの問題は非常に大きな問題ですが、それに関する支援についての発表でした。御質問、コメントがあったらどうぞ、よろしくお願いします。

○金城委員 金城です。今、発表いただいた小仲参考人にお伺いしたいのですが、若しくは全体の方へお伺いすることかもしれないのですが、現在は介護のサービスを提供されている方が対象者のアルコール問題に気付いた場合に、どこへつなげたらいいいのか、という次の対応の流れがうまくできている所は実際にあるのでしょうか。今、先ほど話があったのは、例えば地域包括センターだとちょっと難しかったので、精神保健福祉センターへという話があったと思うのですが、それが実際にうまくいっている地域情報があれば教えていただきたいなと思います。

○小仲参考人 実際その地域的にうまくいっているかと言われると、その保健センターの相談員さんがうちのことを知っているかであったりとか、アルコールの問題をどれだけ知っているかにかなり左右されている状況があって、地域のシステムとしてそういうようなつながりができている地域というのは、そんなにはないのかなというように思っています。

○金城委員 分かりました。ありがとうございます。非常にヘルパーさんや介護されている方にとってはどこにつなぐのかはすごく重要な問題なので、是非、次の計画のところでも含めていただければなと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。どうぞ。

○上村委員 上村です。鹿内参考人にお伺いしたいのですが、まず1点伺いたいの、このつどいに参加している人の中で、函館市の占める割合はどれくらいになりますでしょうか。

○鹿内参考人 割合までは計算していないのですが、大体20人ちょいいる中で函館市はほとんどで、渡島保健所管内の人は1人、2人レベルです。

○上村委員 多分そうだろうなと思っていて、やはり人口比が高いので、それは当然な部分もあるとは思いますが、この地図を見ると、松前町ですかね、とかだと、多分、数10キロとか離れていると思うので、これは北海道に限らず、地方都市に共通する問題だと思っていて、こういう中核となるような自治体の周辺自治体の人たちに、どうしても情報とかが伝わりにくいような部分があるのかなと思うのですが、こういったちょっと遠いような自治体に、どういような人を集めるような取組をされているのか、何か工夫している部分とか課題とかがありましたら教えていただけますか。

○鹿内参考人 遠い地域になると、やはり市町村の保健師が主な相談窓口になることも多いのですが、なかなかアルコール依存とか、依存に関する問題って、市町村の保健師も優先順位として、やはり高く取り上げにくいところで、何かあると保健所には結構連絡が入ってくることは多いかなと思います。過去には一番遠い松前町の所の患者さんがいらっしやったときにも、つながってはきたのですが、やはり通って来るのが大変で、継続というのがなかなか難しいという課題はあります。

○上村参考人 ありがとうございます。私もいろいろな地域の依存症の方、御家族の方に話を聞く中で、やはりちょっと地域に暮らしていて、車で自助グループまで1時間ぐらいかかるであるとか、電車、バスを乗り次いで、どうしても曜日が合わないとか、時間が合わない、高齢なので出られないというような話をすごくよく聞くので、こういう方をどう取り込むのか、何かうちはこういうようにやってうまくいっているよとか、例えば何かオンラインとかをちょっと試験的にやっていますとか、何か、もしそういうよううまくいっているような事例があるのであれば、何かそういったものを他の地域と成功例を共有できるような、そういう取組があればというように思っています。これは意見です。以上です。

○樋口会長 とても貴重なコメントをありがとうございました。これについてはこの委員会の中で、少しずつ成功事例みたいなものが明確になってくるといいなと思います。ほかいかかでしょうか。今成委員どうぞ。

○今成委員 コメントなのですが、渡島保健所の取組は、ある意味相当画期的なのではないかと思ったのです。なぜかと言いますと、政令市と県とか道とかの行政の縦割というのがあって、それが組んで事業をやっているということ自体が、まずすごいなと思いました。それともう1つは、地域の変化が起きているということです。自助グループが立ち上がっていている。そして更生保護施設の中でもミーティングが始まったりとか、依存症回復プログラムを立ち上げる精神科医医療が出てきたりとか、その地域全体を育てていっている事業になっているなというところについてすごいなと思いました。

あとは、高齢者のデータですごく驚いたのは、やはり認知症があるから難しいのではないかと考えがちですが、ポイントはそこではないと。認知症があるかないかに関係なく、要するにその後の生活のフォローができている人は大丈夫なのだということですね。ポイントはそこだというのは、すごく大事なところではないかなと思いました。

○樋口会長 ありがとうございます。ちょっと洋の東西を問わず、アルコール依存症の断酒率というのは大体年齢とともに良くなっていくのです。これはもう日本だけではなく海外もそうなのですが。それで、今、発表をいただいた内容ですが、実は我々の医療機関もかなり前に同じように転帰調査をしたときに、認知機能の低下があるかないかは関係なく、やはり高齢者の場合は押し並べて断酒率が高かったのです。そういうことを考えると、これから大きくなっていく高齢者のアルコール問題の中で、1つの灯りというのは治療すれば良くなる、そういうようなことだと思うのです。なので、その辺りもやはり今後、考慮に入れていく必要があるのではないかと思います。堀井委員どうぞ。

○堀井委員 精神科病院協会の堀井です。高齢者のアルコール問題について、10数年前に断酒会と協力して全国調査をさせていただいたことがあるのです(高齢者のための酒害予防研究報告書一定年後の酒害予防に関する研究一)。それで、結局、お酒をやめる理由というか、やめれるのにはどういうことが必要かという、何のためにやめるかというのを全員に質問して聞いていったら、結局3つ残ったのです。仕事を続けられるために、仕事をするためにやめるのだと。それから家族がいるから、娘が結婚するまでやめるとか、配偶者が協力してくれるから、子供を困らせたらいけないからとか、それが2つ目で、3つ目は何かやりがいがある。断酒会で活動していたら、それをやりがいにしてやめれる。つまり、3つとも、生きがいに関する事で、仕事がなくなれば社会との関わりということになりますので、結局人間関係がうまく保てたらやめれるというような結果が出たのです。ということは、やはり孤立している高齢者が今は増えつつあると思いますので、その辺のところへの関わりとか、いかに関わりを持っていくかということが大事だと思うのですが、そういう検討というか、そういう調査結果でも関西のほうの調査結果でもその辺りが重要な点ということですので、その辺が1つの方向になると思うのですが、いかがでしょうか。

○樋口会長 小仲参考人、何かコメントはございますか。

○小仲参考人 その高齢の方がやめる理由というのは確かにあるほうがいいでしょうし、孤立を防ぐという意味で、最終的には介護のサービスを使っている方が多いと思うので、現場でまず関わっていただく方と関係を作っていくって、そこから介入していくことがやはり大事ですし、繰り返しになりますが、その人たちがアルコールの問題に介入する知識をきちんと持つておくというのが大事なかなと思います。

○樋口会長 ほかはいかがですか。

○小松委員 小松です。小仲参考人がおっしゃっていた評価のために受け入れてくれる医療機関がなかなか見つからないというお話ですが、私どもの所でも救急車で運ばれてきて解毒と身体管理は何とか済んだけれど Wernicke 脳症後で認知機能や ADL が低下しているのでいわゆる ARP は無理でしょうね、という方は専門病院に打診をしても「あ、そういう人は駄目です」と言われてしまうことが多いのです。そうすると、次どうするのだ、ですごく困ってしまうのですが、受け入れてくれる医療機関を増やすにはどうしたらいいとお考えでしょうかというのが1点。それから解毒をしてアルコールによる影響と認知症がど

こまでなのかという、そこがグチャグチャになっているので、評価をするのにも一定期間を置くという話なのですが、入院して評価を定めるまでの期間って、どのくらい取っていらっしゃるのか、ちょっと教えていただきたいくて。

○小仲参考人 すみません、先に後の質問の評価期間なのですが、大体は1か月ぐらいは解毒して経過を見ていって、落ち着いているときに最初にある程度認知機能のテストを取って、1か月後にどの程度落ち着いて変化があるのかというのを見ていくというのが多いかなと思うのですが、人によっては譫妄がすごく長かったりとかもするので、1か月半とかたってから、急にクリアになってガバッと戻るという人もいますので、なかなか一律に量られないというのは確かにあるなと思うのですが、最低はやはり1か月ぐらいは見ているかなと思っています。受入先をどう増やすかに関しては、うちも悩んでいるというか、具体的な策がないような状況ではあって、どうしてもアルコールの病名だけで弾かれてしまうところがあったりとか、体を痛めてうちに入院してうちでは見られないから別の病院に行こうと思っても、もうアルコールの専門病院から紹介だから受けてもらえないとか、相手のハードルが高い状況ではあるので、こちら側から働きかけるというのが、もしかすると難しい部分もあるのかなとは専門病院側としては感じております。

○小松委員 ちょっとそれに補足なのですが、「アルコール」って付いてしまうと、本当はもうアルコール依存症がメインじゃなくても、デイケアや介護サービスを入れて生活を支えたら何とかなりそうな患者さんでも、毛嫌いして最初からはねてしまうというところが余りにも多くて。これこそそういう人たちを受けた所には、診療報酬で御褒美がつくような形にでもしていただかないと先に進めません。「アルコール」とつければ、何でもかんでもいわゆる専門医療機関にどうぞなのです。専門医療機関といっても、2次医療圏に1個あるかないかですから、そんな全部を受け入れられるわけではないし、先に述べたようにARPに乗れない患者さんにはハードルが高いのです。これは御褒美を付けて、受ける所を増やしていただかないと、どうにもならないなと思っております。コメントです。

○樋口会長 ありがとうございます。よろしゅうございますか。もしよろしければ、次の御発表に移ってまいりたいと思います。それでは大迫参考人、村川参考人、お願いします。「AAの概要と関係者の皆様への御協力について」でございます。よろしく申し上げます。

○AA参考人 よろしく申し上げます。AAの常任理事の大迫と申します。一緒にいるのが村川でございます。始めに私たち2人は、アルコール依存症者、当事者であります。理事にはノンアルコールの方もありますが、今日は当事者2人で来ておりますので、よろしくお願いします。まず、今日お伝えしたいことは、主に3つあります。第4回の関係者会議のときにも参考人として来させていただいてはいるのですが、初めに、AAのことを余り御存じない方もいらっしゃると思いますので、AAの概要。それからAAがどのような形で皆様に協力できるかということ。最後にメンバーがどのような形でAAの中で回復していくのかという経験談については村川のほうからお話をさせていただこうと思います。

それでは、早速ですけれども、AA というのはどのような共同体かというのは、いろいろな書籍等書かれている、こちらの文書におおむね書かれております。メンバーになるために必要なのは、飲酒をやめたいという願いだけであることや、それから会費もないし、自分たちの献金だけで自立していること。目的の単一性、アルコールをやめることに専念すること、あらゆる面でも外部との紐付きではなくて、自立してやっていくという要素が書かれております。最初に AA の中での言葉の定義ですが、「アルコールিক」を「飲酒へのコントロールをなくした人」と私たちは解釈しております。「アノニマス」は「名前を伏せた」、「無名」のという意味です。アルコールイズムは飲酒をコントロールできなくなった人の症状と AA の中では解釈しております。

この1つの特色であるアノニミティについてなのですが、なぜ無名かというのは、新しく来る方にとって、プライバシーが重要であるということです。最初に来る方は周りの目が気になったりすることがありますので、プライバシー。それから、このような公の場に出るときは、フルネームや顔写真は公開しないということで、今日も私たちは上の名前だけで話をさせていただいております。また、私たちが知っていただきたいのは、個人ではなくて、AA の回復のプログラムを知っていただきたいと考えております。

次のページですが、主な活動は、AA のミーティングになります。ミーティングは AA の中心的な活動ですけれども、全国各地で各グループが自主的に運営しております。AA につながるまでにどんなひどいお酒の飲み方をしていたかとか、どんなに周りに迷惑を掛けたかというような、かつてどうだったか、それから AA につながって、このプログラムを12 のステップをやっていることでどう変わっていったか、そして今どうであるのか等を主に分かち合います。ミーティングの中には、どなたでも参加できるオープン・ミーティングと、アルコールのみ参加するクローズド・ミーティングが大きく分けるとあります。女性向けのミーティングや若者向けのミーティング、LGBT 向けのミーティングなども場所によっては開催されております。また、一般の方や家族の方、関係者の方に AA を知っていただくために、オープン・スピーカーズ・ミーティングのようなミーティングや、イベントなども各地で開催されております。

続いて、グループやメンバーの推定数ですが、今世界の中では約 180 か国の国と地域にわたっております。グループは約 125,000 グループ、メンバー数は 213 万人ぐらいと推定されております。日本では約 600 グループ、メンバーは推定ですが 5,800 名程度と推定されております。これが推移ですけれども、1935 年にアメリカで 2 人から始まった AA が 200 万人以上に 1900 年代からなって、その後はほぼ横這いです。グループも徐々に増えてきておりまして、世界の中では 125,000 ぐらいグループがあります。下の緑のほうが日本ですが、日本では 1975 年に約 10 グループ程度だったものが、2015 年には 600 グループぐらいに到達して、この 5 年ぐらいにはほぼ横這いの状態です。

次のページ、これは写真を載せての御参考までですけれども、アメリカ、カナダでは、5 年ごとにこのようなインターナショナルコンベンションというのが行れておりまして、

世界中から 6 万人近くのアлкоホーリクの人たちが集って、飲まないで生きる喜びを分かち合うようなことをしております。これも 1 つの大きなビッグミーティングで、そのような分かち合いがなされております。

AA の始まりについては、1935 年に、ニューヨークの元株式の仲買人だったビルという人と、やはり同じアлкоホーリクの外科医のボブという 2 人が分かち合って、ともにお酒が止まったということから始まっています。4 年後の 1939 年には、『アлкоホーリクス・アノニマス』という 1 冊の本に、回復のプログラムがまとめられまして、その本の名前がこの共同体の名前にもなっております。

次ページ、日本では、1950 年代に米軍等の中では、ミーティングが行われておりますが、1975 年 3 月に、東京で日本語でステップミーティングが開かれた時点を始まりと後からしております。1979 年には、基本の書籍、『アлкоホーリクス・アノニマス』が翻訳、発行されております。それから、今年 45 周年を迎えまして、3 月 20 日～3 月 22 日には、尼崎で 45 周年の記念集会が開催されることになっております。お配りした封筒の中にもちらしが入っておりますので、よかったですらお越しいただければと思います。

それから、メンバーシップサーベイというのを 3 年ごとにやっております、約 6,000 弱のメンバーの中の 3 分の 1 程度の回答ですけれども、メンバーの大体半分以上は関東甲信越、男女比率については女性が約 4 分の 1、4 分の 3 は男性となっております。年代については 50 歳代が最も多くなっております。メンバーシップサーベイには、ほかの質問等もありますが、これも同封されておりますので、後ほど御覧いただければと思います。

サーベイの質問にある AA を勧められた場所については、アルコールの専門病院のほかにも、いろいろな方から勧めていただいたことによって、それが御縁につながるきっかけとなっているということです。皆様に、いろいろな関係者から、AA に行ってみたらという紹介が大きなきっかけになっていることが言えると思います。

続いて、AA の 3 つの原理についてですが、どうやってお酒をやめていくのか、どうやって生きていくのか、また、グループや AA そのものが存続していくためにどうすればいいのかということについて、回復・一体性・サービスの 3 つの原理があり、それぞれ「12 のステップ」、「12 の伝統」、「12 の概念」と AA の中ではまとめられております。12 のステップは、草創期のメンバーがどのようにやめたかというのを 12 の項目にまとめたものです。先に回復したメンバーから新しく来た仲間順に順次ステップを「飲まない生き方」を手渡していくことによって、手渡していくほうもやめていけるという回復の原理が働いていくということです。この一対一の関係が AA の中ではスポンサーシップと呼ばれています。また、12 のステップは、あくまでも提案で、これをやらなければならないものではありません。

12 の伝統は、AA がばらばらにならずに、どうやって将来までやっていけるのかという失敗の経験から生まれたものです。先ほど言った無名性もその 1 つですし、自立をして献金を受けないでやっていくのもその 1 つです。外部の問題に意見を持たないのも、失敗の

経験から生まれた伝統の 1 つになっております。このサービスというのも AA の原理の一つで、最初に来たときは自分を役立たずだと思っている、そして自己中心的なアルコールたちが、一緒にやっていくことで、仲間や新しく来るアルコールの役に立つ活動をしていくということです。また、全体のことでは、書籍を出すようなこともサービスの一つとなっております。これは参考までですが、AA は、ばらばらのグループが主体で個々にやっているようでは、全体に関わることは、サービスについての機構があり、グループが一番上にあって、地区、地域でもそれぞれ役割があって、年一回の評議会では日本の AA 全体に関わることは決めて、それを常任理事会が執行しています。

これから AA ができることに、関係しては、こちらに述べられていますが、少し長くて申し訳ないのですが、基本的には、同じ目的を持っている皆様とコミュニケーションを取りながらやれるところについては、できる限り協力したいと願っています。ただ、AA は、外部からの援助や資金は受けなくて、一定の距離を置いた自立した共同体ですので、そこは御理解いただければと思います。ただ、できることについては喜んで協力したいと思っています。私たちが、本当に苦しんでいるアルコールにできることは、私たちが当事者として回復の経験を伝えられることです。ほかの先生や関係者の方が言ったことでは行動に移せないことが、同じ苦しんだ経験のある仲間と言われることによって、自分もやってみようと思ってもらえることがアルコールに対して AA ができる一番最大の支援ではないかと考えております。

外部機関に関して具体的にできることという、病院や矯正施設などへのメッセージ派遣、これは各地で実際に行われておりますし、御要望があれば、モデルミーティングを開くとか、関係者向けのミーティング。それから、月刊誌で BOX-916 というものも出しておりますので、それも読んでいただくとか、メディアの対応、アルコールの問題の関連学会への参加とか、ソーシャルワーカーの方の勉強会などへの依頼があれば参加や資料配布や展示などということもさせていただいております。

あと、AA が行わないことも、こちらに書かれておりますので、御覧いただければと思います。AA には書籍類、出版物もたくさん出ておりますので、こちらにも御興味がありましたら是非、読んでいただければと思います。それから、苦しんでいる方や、関係者の方からの問合せ先として、こちらに問合せ先を書いておりますので、ここにはホームページのリンクしか張っておりませんが、封筒に同封している中には、書籍の一番最後に各セントラルオフィスの電話番号が書いてありますので、是非御連絡いただければと思います。

最後に 12 のステップと 12 の伝統、あとラスカー賞について補足で付けさせていただきます。私からの説明は以上で、この後、村川さんのほうから実際にメンバーとしての経験の話をさせていただこうと思います。お願いします。

○AA 参考人 この度は機会を頂きまして、ありがとうございます。一 AA メンバー体験者としての体験談を報告させていただきたいと思っています。お配りした資料を読ませていただきます。AA との出会いと、AA でどのような支えを得て、ソブライティになったか。飲

まない生き方になったか。AA との出会いです。私の初めの診断名は鬱病でした。20 代の前半から毎晩のように晩酌し、朝まで飲み歩くことも日常のことでしたから、既に病気だったのだと思いますが、私にとってそれが当たり前の日常でしたし、酒はストレスを解消してくれるもので、唯一の楽しみでしたから、飲酒のことを正確に医師に説明することはありませんでした。そして、鬱病の治療をしていました。鬱病の治療で休職をきっかけに、朝から飲むようになり、数箇月で肺炎を起こし、入院。肺炎が治まっても、ちょっとしたことをきっかけにまた飲酒が始まり、再入院。さらに飲酒は進み、転職や自殺未遂、事故や社会的問題を繰り返すようになり、家族を巻き込んで、修羅場が繰り返されました。疲れきった家族からアルコールの専門病院を紹介され、そこで AA に出会いました。2007 年 3 月のことでした。

AA の自由と平等が回復への始まりでした。医師の勧めがあったので、書籍から感じた宗教的な雰囲気にも抵抗なく、ミーティングに通い始めることができました。しかし、「AA は自由ですよ。何せ飲むか飲まないかも自由なのですから。だって、飲むなと言ったって飲むでしょう」。「AA は平等なのです。偉いメンバーはいないのです。だって、先生になると、私たち AA メンバーは飲んでしまいますから」。とメンバーは言うのですが、誰かが正しい方法を教えてくれるわけではなく、自分で選ばなければなりません。依存的な私が、自分の飲酒の、人生の責任を誰かに押し付けることができなかったからこそ、自立への 1 歩を踏み出すことができたのです。

仲間の共感がプログラムの支えでした。AA に辿り着いた私は、極端に臆病で、被害的で、不信感の塊でした。しかし、仲間の赤裸々な体験談は私の心を少しずつ開き、勇気を出して自殺未遂を繰り返した話をすると、仲間はじっと聞いてくれました。今では、悩みで死にたくなるとミーティングで話すと、ホームグループの仲間たちはクスクスと共感の笑いが起こります。すると、私もほっと温かい気持ちになります。

飲まないで 3 年が経った頃、私はグループの代表として、地区委員会に出席するようになっていました。地区委員会では様々なことを決定していかなければなりません。いつの間にか「グループのみんなだったらきっとこう言うだろう」。「このように決めても、グループのみんなに説明すればきっと分かってくれるだろう」などと思いながら、議決に参加している自分に気が付きました。ひどい飲酒生活の中で被害的になり、誰のことも信じることができなかった私が、仲間に信じ、託してもらうことで、仲間を信じることができるようになっていました。

苦しんでいる仲間を手助けすることが解決でした。娘が学校に行きたくないと悩んでいるときに、スポンサーに相談すると、相手の立場に立って考えてもらってアドバイスをしてくれました。よし、と娘の気持ちを考えようとしても何も浮かんできません。私は娘の気持ちを一つも考えてこなかったのか、と衝撃でした。そんなとき、あるミーティングで、「死にたい」と繰り返し話している仲間の話を聞いて、「きっと、生きたいんだよね」と私は感じていました。そう、自己中心的で人の気持ちを考えずに生きてきた私にとって、苦

しんでいるアルコールの気持ちは痛いほど分かったのです。私に人間らしい気持ちが徐々に蘇ってきました。

また、私が再就職の問題で苦しんでいたとき、私に初めてスポンサーができました。すると、スポンサーは、「よかったね、これで全て解決だよ」と言っていました。何のことが分かりませんでしたが、毎晩のようにかかってくるスポンサーの電話に対応し、毎日彼のことに思いを馳せているうちに、スルスルと私の再就職が決まりました。もし、スポンサーへの対応がなかったら、毎日自分の心配で悶々としていたに違いありません。私のスポンサーは、回復には仲間と一緒にやるのが欠かせないといつも言っていました。そういえば、出会った頃のスポンサーは AA の常任理事をしていました。今の私とちょうど同じ役割です。そのことは、子供が親の背中を見て育つように、スポンサーシップのあり方をうまく表しているのかもしれませんが。以上、私の体験でした。ありがとうございました。○樋口会長 どうもありがとうございました。大迫参考人、村川参考人、ありがとうございました。AA の概要について、それから村川参考人からは、体験談についてまとめていただきました。どうもありがとうございました。

続きまして、伊藤参考人をお願いしたいと思います。みのわマックの取組についてです。よろしくお願いします。

○伊藤参考人 みのわマックの伊藤です。よろしくお願いします。資料当日配布ということで、ペーパー的なものです。パンフレットの確認ですが、大体こちらにはみのわマックの歴史も一応書いてありますので、省略をさせていただきます。

まず、マックの目的の 1 つは、今お隣りにいる AA メンバーがいろいろ報告していましたが、マックを利用した方がマックを利用している間に AA メンバーになっていただくことが目的です。12 ステップ、実際問題として、みのわマックはステップの 1、2、3 を基本に据えというところで、どうしてアルコールの力を必要としてきたか。そこがすごく主題にはなっているところだとは思いますが。今日、私は施設スタッフとして参加させていただいていますので、施設の概要から説明すると午前午後のミーティングと、そして各自助グループには必ず行っていただく。もちろん今年で 42 年の歴史にはなるのですが、当時のみのわマック、地名は漢字の三ノ輪、荒川区で開所しました。

当時はやはり山谷地区で、本当に真っ黒になった依存症というか、昔でいうアル中さん、私も当時は、その頃はまだおいしく飲んでいて時代だったので分かりはしないのですが、実際問題その頃は関係者の方とお話すると、その当時の保健所の保健師さんは「底つき」というのはよくお話をされていたと思います。今は死語に近いのか。それは私たち当事者からすると、本当に底無し沼で泥酔をしたり、いろいろな物を失くしながら、でも、実は底つきというのは、自分がお酒が止まって、ちょっと回復してきたときに谷底がちょっと見えるのです。そうしたとき、あっ、そこが底だったんだねという、当事者の意見からすると、そういうところなんです。そこが医療や関係者の方と微妙なニュアンスの違いというのがあったのかなというのは、創始者のジャン・ミニーさんとか、当時のスタッフからは聞い

ています。ただし、マックの目的はそれだけではなくて、ここは 12 ステップを使うというのはどういうことなのかとしたら、お酒の問題、お酒を飲まなければいい、止まったからいいではなくて、ではその後、やめ続けるのはどうしたらいいのか、その部分がやはり主題になってくるところだと思います。

マックでは、以前も話したと思うのですが病気の発端、本当に壊れてきたのは回復とは反対で、霊性、スピリチュアルな部分、人間性を蝕んだのが先で、考え方。なかなか自分では真面だと思っていましたが、最後に壊れたのは逆に内科部分でした。そして回復が反対だったということです。実際問題として内科は良くなります、3 か月しない間に多分良くなりますね。そして3 か月持たないで、自分も何回も退院をしたことありますが、その後での再発というか、再飲酒をしている。そこは最終的に私もアルコール依存症の専門病院に 34 歳のときに初めて行ってから 9 年間、5 回の入退院を繰り返していますので、症状がどんどん悪化してくるという部分。そして私に最後に、自分の今の施設に通ったらと言っていたのは実は AA メンバーです。やはり自分の考えを使って過去と同じ方向、方法でうまくいかないのにまたやるのと言ってくれたのは、AA メンバーだった。その中からどういうわけかそのときに抵抗はしなかった。自分のあからさまな飲酒歴はあると思います。

施設の概要で、3 回のミーティングと、夜の自助グループには必ず行ってもらいますよというのはすごく大事なのですが、資料にもあるとおり、みのわマックとしても私が通ったときに 17 年くらい前でしたが、その頃から実はお酒の問題だけではない。それが重複障害の問題だったり、いろいろ何かアディクション以外の部分というのは見え隠れしていたところを、当時のマックのスタッフでは余り理解できなくて、研修なども行っていたのは事実ですけどね、はい。

それと同時に、全国マック協議会といって、資料が別にあると思いますが、配られていると思います。当時、40 年前頃、札幌や大阪には AA が余りなかったので、マックのスタッフがそちらのほうに使命という形だとは思いますが、マックを作ったという歴史もあるように、私はお話では伺っています。実際問題として、今、みのわマックの法人はジャパンマックとありますが、関東近郊と九州福岡と小倉と 2 か所あります。私も、実はアルコール以外にギャンブルの問題があった。その中でクロスアディクションの部分があって、はい。お酒止まっていた 4 年間の間は、実際問題は隠れてパチンコをやっていたり、そしてミーティング出て、お酒の止まっているんで幸せですと言いながら、何も変わってないですね。借金だけが増えていったという、そういう過去の自分、隣りに AA の方がいらっしゃるの、すごく私としては心強いのですが。

実は、マックの目的の中の、酒さえやめておけばいいのかといたら、それだけではなくて、すごく根底にあるのは、やはりどうやって生き方を変えていくのというところには結構医療の関係者の方、または福祉事務所の方とよくカンファレンスはします。当時は 10 人のうち 9.5 人くらいが生活保護にかかっていた方、矯正施設とか、そういう施設か

ら来られた方は多いのですが、ここの傾向としてここ 10 年くらいですか、ぼつぼつと出てきたのが、まだ離婚もしてない、職も失ってない。ですからプログラムの後半になると、就職活動に移ってもらいますが、リワークの方というのがぼちぼち出てきた。

そう考えると AA のメンバーがちゃんとつながったりしている部分もあれば、AA でのプログラムの中にある、ガレージにはまだ車が 2 台もあって、私たちが経験した 5 年、10 年を経験しないですむという、そこが出てくるのです。正しくそういう方もいらっしゃる。ただし、お酒も当時から比べれば、そうですね、医療関係で病院からこちらにも機関の病院の名前書いてありますが、私が通っていたときには言い方失礼ですが、杖をついて、骨頭壊死で。いろいろな骨まで溶かすくらい飲んでいた方が、本当にその後に……をして、社会復帰する頃にはちゃんと二本自分の足で立って。当時思い出すと、そういう人でも杖が取れない人って何だろうといったとき、やはり隠れて飲んでいて人が多いです。それも結果として出てくる部分もあるのです。

最近では、統合失調の部分の限界の中で、私、当時も、私はお酒が切れると幻覚幻聴が出たのですが、利用者さんの中に微妙にうつもあるのだけでも、どちらで幻覚が出ているのか、どちらで聞こえてないのかというのが微妙な、医療のほうでもなかなか判別がつかない。その中で、最近でも何人かいらっしゃいますが、結局転倒で頭を結構くだいてしまって、その後高次脳機能障害になっている。そこでの回復の度合いと、その方の本当に到達地点ってどこなのだろうといったとき、やはり合同カンファを開きながら。

過去みたいに、マックの 40 年前だと 3 か月利用して、その後すぐ仕事してくださいという時代もあったらしいのですが、そういう部分でのアルコールの治療も含めてですが、大分変わってきたところなのかと思います。

実際問題として今後も続くとは思いますが、今大幅に変わったところで言うと、医療関係の方で言うと、月に 1 回必ず合同カンファ、利用者さんも含めてです。利用者さんの主治医の方と私が病院に行ってやる場合と、病院の先生が来ていただいて会議を開いてやる場合と、入院中の方の場合もそうです。退院した後みのわに通いながら、その後の経過観察のところの情報は、すごく医療のお医者さんとしては知りたいところだという部分があって。その意見交換もすごくできたり。あとは最近私のほうでも、ここは意見は述べないようにはしていますが、どうなのですかね、薬を飲むと飲酒欲求がなくなるのか。あとはハーム・リダクションの部分ですか、はっきり言って減酒。その歩合というのは、多分マックと AA はそこに意見は言わないのじゃないのかなという部分だと思います。

25 年、30 年ぐらい前にバービーカンといって、ノンアルコールビール。1%未満が出たことがあります。今からすると、もう 0%です。それを、では私たちが飲んでもいいのかと言ったとき、ノンアルコールだから飲んでいいんだよねって、また考えが変わること自体がスリッパとは言いませんが、それ自体って逆にソブラエティー、飲まないで生きる方向から言うと、どうなのでしょうね。その私たちの取り組むマックの限界、先ほどの AA の限界もおっしゃっていましたが、そういうところでも参考として意見を述べる場合

がありますが、そこも確かまだ治る薬はないと言われているところだと思います。今後もしもどういうふうに進んでいくのかというのはあると思います。

全国マック協議会の中に移らせていただきますと、当時から比べて今のみのわマックもそうですが、統合失調や、そうやって精神疾患が別にある方、あとはクロスアディクションの方、全体的に札幌から福岡も含めて、会のパーセントでいうと含まれています。その中にはどうしても 12 ステップ自体が深く入らない、どうしてもかなと、発達の部分だったりとか。もちろん ADHD の多動の部分もあるのですが、AA で大事にしている共感性とか、相手の立場になってとか、そういう部分はみのわのプログラム、またはリカバリーダイナミックスと呼んで、ステップを中心にやっている施設もあるのですが、どうしても入らない。そこはどうしてなのかと言っていたときに、どうしてもそこには引っ掛かってきてしまう。結構犯罪歴のある方とかは、みのわマックは昔から取り入れているのですが、結構な割合で、先生も微妙だと言って、判定微妙な方、グレーな方多いのです、実際。

東京都の場合だと愛の手帳、そのボーダーまでいかないけど、どうなのかという部分で、犯罪を繰り返す。アルコールですと、どうしても最終的にはクレプトと言って、万引につながる場合もあるのです。でも、最近女性の中では摂食障害とやはりセットになっています。クレプトの場合だと、お財布にお金はあるけど取る。昔のアルコール依存症の人は墓場に行ってワンカップ飲んできたとか、本当にお酒が切れるから酒をかつぱらったという部分と、大分クレプトの内容も変わってきている部分は報告は受けています。

最後に、女性という部分ではみのわマックはもちろん、9 年前は女性も一緒にいたのですが、男女別ということで。ショウガクサービスの中で、生訓に移ったときにちょうどオハナと言って、別のプログラムとしてやっています。その部分でやはり男性とは回復の度合、そうやってクレプトの部分、お酒はせっかく止まっているのだけど食べアキが止まっていなくて、そういう方がハウスと一緒にいて、アルコールだけの方、お酒はやめ続けられているけれども、でも私は陰で食べアキが止まってないのと、そこに負い目を感じている方とかで。あとはどうしても DV の部分とか、トラウマという部分で、男性でもトラウマは何人かいるのですが、実際問題治療という分野では別にやっていかなくてはいけないという部分はあります。

もう時間なくなりましたが、あとはスタッフの健康というのも、マック全体では考えていて、当事者支援というところで、燃え尽きも含めて、再発防止というのは定期的に研修などを行っております。時間がないので、ちょっと割愛させていただきました。ありがとうございました。

○樋口会長 伊藤参考人、ありがとうございました。それでは、この AA と、それからマックについて何かコメント、御質問ありましたら、どうぞよろしくお願いします。

○月乃委員 月乃です。アルコール依存症の当事者です。中間施設のマックと自助グループの AA の方のお話だったのですが、私もある中間施設とある自助グループで、アルコール依存症という病気で、今お酒飲まない型に至っているのです。今依存症、アルコール依

依存症の回復は必ずしも中間施設や自助グループだけではない、様々な外来通院をされている方とか、私も余り知らないのですが飲酒欲求を抑える薬とか、ワークブックスタイルとか、いろいろなやり方。あるいは個人で自分で我慢してやめられている方もいないということも、よく知っています。

私の場合は、当事者としてはやはりある中間施設と、ある自助グループを経過しないと、私のサンプルとしてはそれ以外ではちょっとやめられなかったのではないかなと、自分では思っています。いろいろあるのですが、お酒を飲むのが自分のもともとのライフスタイルというか、生き方がいろいろメンタルな問題が、対人恐怖症とかいろいろな問題があって、その生き方を生きられないのでお酒を使って生きてきたみたいな形で、今日話された方もそういうタイプかもしれません。

生きるためのスキルとしてお酒を使っていたので、お酒をやめたときにではどうやって生きるかということが全く手につかないタイプだったので、それに対して中間施設や自助グループのアプローチが、最終的には自分の生き方を1つの手段として身につけてくれるプログラムが、私は自分としては効いたのではないかなと思っています。ので、いろいろ依存症の人もたくさんいて、いろいろなやり方があると思うのですが、私が自助グループにめぐり会えたのは、たまたま病院に入院したら、そこで病院から紹介してくれたという、すごくラッキーだったのです。先ほど依存症を考える集いのお話もありましたが、いろいろな人がいろいろなことのワークブックスタイルとか、自助グループにめぐり会う場があれば、そこにはまる人というのがすごく多くはないと、実は思っているのですが、めぐり会う場が必ずどこかで作られていくというのは、すごく重要だと思っています。

ただし、今日逆に、これから AA の方に、これから二人の方にお聞きしたいのですが、AA メンバーが 5000 何百人で、横ばい状態だということです。アルコール依存症の人は 100 万くらいいるとか言われている中で、必ずしもやめている中で多くないのかもしれないし、横ばいの状況というのがあるということなのですが、その状況はなぜ横ばいで、その人数にとどまっているかというのを、どのように思われているかというのを質問でお聞きしたいのですが、お願いいたします。

○樋口会長 それではお願いします。

○AA 参考人 大迫です。はじめにまずこれは AA を代表した意見ではないということを先に申し上げておきます。感覚としては、やはり AA の中でグループが一番メインになるのです。メンバー数を数字だけでいつまでに 1 万人にしようとか、1.5 倍とか、会社の売上げ目標のような、そういうものではなくて。では実際にどれだけの仲間を、自分たちのミーティングに来てもらえるか、AA メンバーになってもらいたいと思えたか。あるいは、自分たちは実際にどうやって、スポンサーシップを持って新しい仲間を 12 のステップを手渡しているのかとか、メンバー数はあくまでそういうところの結果であると思っています。

例えば本当にミーティングに来て去っていく方たちはすごく多いのです。入院中の方

たちが病院のプログラムの一環で来るけれども、そのまま去っていく方とか、それは私たちは自分たちは何ができるだろうかということは、定期的に「グループの棚卸し」と言われることをしたり、地区、地域、全体の中でも何かできるだろうかということは同様に考えています。1つ、先ほど月乃さんもおっしゃっていましたが、AA というものがあることはもっと多くの方に知っていただきたいと考えております。以上です。

○AA 参考人 村川です。月乃さん、いろいろお話ありがとうございました。私も、1つはAA の認知度の低さ関係していると思っているのと、あともう 1 つは、先ほど大迫が申しましたように、一人一人のメンバーがもう一人の仲間を助ける力、いわゆる歩留りというか、AA に来た人がどれだけその場で回復していけるか。その 2 つの理由があるかなと今考えています。

○樋口会長 よろしいですか。

○月乃委員 では、一点だけいいですか。

○樋口会長 手短かにお願いします。

○月乃委員 これ、私個人的に思っているのですが、例えば今スポンサーとスポンシーという言葉を出されましたが、大多数の人は意味分らないです、多分。なので、そういったことを逆に日本語化して、例えば相談相手とか、そういう何か日本語にあてはまる言語に替えていったほうが、大多数の人が意味分らないことに対する不安感を持つ可能性というのは、私個人は実は感じているのですがね。それはここで言って、実はその人数が少ない、もう 1つ増えない理由にそういった自助グループ用語がもっと日本語化を図っていったほうがもしかしたら良いのかなとは思っているのですが。これは私の個人の意見です。これで私は終わります。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかにございますか。

○今成委員 AA の方をお願いします。例えば医療機関とか何かどこでもいいのですが、アルコール依存症の人に AA を紹介しているのだけれども、電話を掛けて替わってもらって直接話してもらおうというようなことをやろうとした場合に、そういうのに対応はできますか。

○AA 参考人 AA の大迫です。今日プロジェクターの中でも御説明しましたが、今日封筒の中に幾つか資料が入っているのですが、どの小冊子にも一番最後に連絡先というのが書かれています。特に見ていただきたいのは、この「保険医療関係者の皆様へ」というところの、8 ページにも書かれています、AA と連絡を取る方法ということで書かれています。一番後ろに書いてある、各セントラルオフィスのほうに御連絡をいただければと思います。ただ、その場ですぐほかのアルコール依存症のメンバーが出られるかどうかは別ですけれども。電話をいただければ、できる限りの対応は各オフィスのほうで一遍受けて、後ほど折り返すとか。オフィスによっては登録をしておいて、メンバーが、例えば土日なら出迎えに行くこともできます、平日も夕方だったらミーティングに行く前に行くことができます。すみたいなことを登録しているところもありますので、そこはまず気軽にお電話をしてい

ただければと考えております。以上です。

○樋口会長 ほかはいかがですか。先ほどスポンサーとスポンシーというような話がありましたが、スポンサー、スポンシーはちょっと説明していただいたほうがいいかもしれませんので。

○AA 参考人 AA 村川です。御質問いただき、ありがとうございます。スポンサーとスポンシーというのは一対一関係で、お酒をやめているメンバーが、これからやめようというメンバーにサポートする仕組みの事です。それぞれ個人と個人の信頼関係の中で行っていくものです。詳しくはやはり資料がございますので、今日お配りすることできなかったのですが、もし御希望の方は「スポンサーシップQ & A」という冊子を2冊持参していますので、読んでいただけたらと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。それでは渡邊委員、どうぞ。

○渡邊委員 自助グループの方たちにお伺いしたいのですが、最近高校生の飲酒率はかなり減ってはきていると思うのですが、二極化している状況があって、毎晩のようにお酒を飲んでしまうと、いろいろな問題行動としてそれが現れてしまうという子どもが結構いるのです。高校としては、そういうお子さんたちについて生徒指導事故という扱いをして、最終的に学校の指導に従えないのであれば進路指導も考えていただくということもあるのですけれど。

ただ、その後その子たちがどうしていくのかというのが一抹不安でもあって。どういうところにつなごうかと。できればどこかにつないでいきたいというのが、正直学校としてはあるのです。例えば自助グループというふうになると、先ほどのAAの資料だったか、25歳くらいが一番下ですよというような、何かグラフの中にあったような、違いますね。何かそんな気もするのですが、高校生の受け入れをしたとかというのはあるのですか。

○AA 参考人 AAの大迫です。御質問ありがとうございます。AAは基本的に年齢も性別も、国籍など何も聞きませんので、来ていただければ、飲酒の問題があるとご本人が思って来ていただければ、そのミーティングに参加することは可能です。日本で、私が会った中では一番若かったメンバーは20歳くらいでしたけれども。アメリカのほうでは10代のときにAAにつながっているメンバーも多くいます。親が同じようにアルコールリックだったから子どもも若いうちから自覚をしていて、若いうちからつながっている仲間も多いようです。以上です。

○樋口会長 では最後、辻本委員どうぞ。

○辻本委員 大阪の辻本です。断酒会とAAの2つ合わせても会には1万2000名です。アルコール依存症の方の約100人に1人のみが自助グループにつながっているという数字ですね。これが日本の数字なのですが、先ほどの報告ではアメリカではAAの会員が136万人と大勢います。両国の数の違いというのは非常に大きいと思います。日本は非常に少ないと思います。それはどうしてなのかを考えていく必要があると思います。アメリカのように失敗者も回復したら評価される社会や専門医療機関が自助グループにつないでいく必

要や、多くの場で回復途上者との出会いを作っていく必要もあります。国としても自助グループへの導入・定着に力を入れていかないと、トリートメントギャップが解消したときに、受け皿としてのやはり自助グループが少なかった、これ以上依存症対策が進まないと思いますので、民間団体支援と一緒に対策を考えていけたらと思っています。以上です。

○樋口会長 コメントですね。

○辻本委員 はい。

○樋口会長 分かりました。時間が過ぎていまして、議論が尽きないところですが、議事はこれで締めさせていただきたいと思います。活発な御議論と、それから素晴らしい御発表、ありがとうございました。事務局におかれましては、本日の発表や議論を、アルコールの計画の見直しの材料としていただければと思います。

その他の事項として事務局のほうから何かございましたら、どうぞよろしくお願いします。

○障害保健福祉部企画課アルコール健康障害対策推進室石塚推進官 今回、資料6として前回の議論、御意見をカテゴリーごとにまとめておりますので、後ほど確認いただければと思います。以上です。

○樋口会長 本日はお忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございました。次回は教育・誘因防止・飲酒運転などの分野を中心に発表していただこうと考えています。発表者につきましては事務局から各委員の皆様に、別途御相談させていただきます。次回開催日定については事務局より追って連絡いたします。それでは、これを持ちまして第21回アルコール健康障害対策推進会議を閉会いたします。どうもありがとうございました。