

第 2 0 回アルコール健康障害対策関係者会議

日時 令和元年 1 2 月 1 9 日 (木)

1 0 : 0 0 ~ 1 2 : 0 0

場所 厚生労働省専用第 1 5 会議室 (1 2 階)

○大林室長補佐 定刻となりましたので、ただいまより第 20 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、誠にありがとうございます。本日の会議は公開ですが、カメラの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。

本日の委員の出欠状況を御報告させていただきます。東委員より、御欠席の連絡を頂いております。そのほかの方には全員御出席いただいております、過半数を超えておりますので会議が成立することを御報告申し上げます。本日は委員長御了解の上、2 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。産業医科大学産業生体科学研究所教授、廣尚典参考人です。筑波大学医学医療系准教授、吉本尚参考人です。

続いて、本日の資料の確認をさせていただきます。厚生労働省では審議会等のペーパーレス化を推進しており、本日の会議につい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えます。ここに各資料ファイルが表示されているかと思えますので、御参照いただければと思えます。また、タブレットの操作についての説明書がお手元に配布されておりますが、御不明な点等がありましたら、適宜事務局がサポートいたしますので、御遠慮なくお申し付けください。なお、傍聴される方については、あらかじめ厚生労働省のホームページでお知らせしておおり、御自身のタブレット等の携帯端末等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。事務局からは以上です。

冒頭の頭撮りについては、ここまでとさせていただきます。報道関係のカメラは、ここで退室をお願いいたします。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 それでは議事次第 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。本日は 7 名の委員と参考人に御発表いただきたいと思えます。1 人当たり 15 分をお願いしておりますので、時間に御留意してお話いただきたいと思えます。私の今日の役割は、ほとんどタイムキーパーみたいなものです。是非時間をお守りいただいて、12 時半にはしっかりと終わって、非常に濃い内容のディスカッションができればと思えますので、よろしく御協力ください。13 分になると鐘が鳴ります。あと 2 分であるということで、まとめていただければと思えます。今日は 7 人なので、それぞれ 7 名の発表の後に質疑応答は難しいので、2 回に分けて、3 人目の辻本先生まで発表いただき、その後に質疑応答の時間を 15 分ほど取りたいと思えます。それでも時間は目一杯ですから、是非、御協力いただければと思えます。

まず、最初の発表者である堀江先生から、「アルコール性肝障害の現状－一般臨床医に求められるアルコール依存症の治療－」ということで、よろしくお願いします。

○堀江委員 湘南慶育病院の堀江です。私は消化器内科医ですので、肝障害を例に取って、一般医療機関でどのようなアルコール関係の健康被害があるかを御説明したいと思えます。アルコール性肝障害は脂肪肝から始まって、肝炎に行くタイプと、線維化が進むタイプがあります。欧米だと、ウイスキーをボトル 1 本毎日飲んでしまうというパターンで、3、4

割は肝炎がひどくなって肝臓が腫れ上がって死亡していく、又は死亡しなくても肝硬変にいくという流れのほうが多いのですが、日本人の場合は、比較的サイレントに飲んでいて夜だけ飲むとか、二日酔いをしながらも頑張っている会社には通うというように、線維化がゆっくり 30 年ぐらい掛けて進むパターンのほうが、多く見受けられるという状態です。さらに肝硬変の薬として腹水の薬とか、分岐鎖アミノ酸などが出てきていますので、肝硬変から肝不全で死ぬ例もまだまだあるのですが、肝癌になって死亡する例が増えているというのが最近の特徴です。後で詳しいデータをお示しします。

これは厚生労働省のデータです。点線で示した肝炎患者の受診の数は減ってきておりますが、肝硬変の患者は右肩上がりに増えてきているということで、肝炎を通る経路よりも、ゆっくりと線維化が進むパターンが増えてきているのではないかと推測されます。

肝硬変の成因におけるアルコール性の割合です。赤で示したのが純粋なアルコール性で、年々増えてきています。1 つには、緑の C 型肝炎が治るようになったということがありますけれども、先ほどのように純粋な数も患者調査で増えてきているという状況かと思われます。また、ウイルス＋アルコールという症例も全然減らない。2000 年の節目検診の前は 15% あって、このままゼロになるかと思ったのですが、痛くもかゆくもないウイルス肝炎の方は、まだ飲み続けているという状況も見取れます。

さらに、アルコール性肝硬変の高齢化が進んでいるという現状をお示しするスライドです。4 年の差ですが、以前は 55 歳ぐらいで肝硬変と診断されています。なったと言うのはなかなか難しいのですが、病院に来た年齢というように御理解いただきたいと思います。黄疸が出たり腹水が出たりということだと思います。それがだんだん高齢化してきて、60 歳ぐらいで病院に来るようになってきて、年々、高齢者のアルコール性肝硬変も実際によく見るようになってきているというのが、内科医だったら感じているところです。

どうして高齢化したかという、最近では 1 日の飲酒量が 10 g 程度、少しずつ減ってきているからです。簡単に言いますと、10 g 減ると 5 年ぐらい肝硬変になるのが遅れるのです。10 g でそんなに変わるのかと言いますが、30 年、40 年平均して 10 g 減らせば、それぐらいの効果がある。それでも男性で 1.5 t、女性で 1 t ぐらい飲みますと、結局肝硬変になって病院にたどり着くという状況かと思われます。

さらに、先ほどアルコール性肝硬変が患者調査で増えていると申し上げましたが、毎日 60 g 以上飲む人をアルコール性と定義しています。ただ、女性は置いておいて、男性では毎日、日本酒で 5 合、ビールだと 2.5 L ぐらい飲まないで、なかなかアルコール性肝硬変にはならないのですが、肥満や糖尿病、合併症がベースにありますと、60 g ぐらいでも肝硬変に到達するということが、この図で分かります。60 g 飲むとアルコール性と診断されますので、そういう方々もこの中に加わってきているということで、アルコール性肝硬変が増えている可能性もあるかと思えます。

では、アルコール性肝硬変になると、すぐに死んでしまうのか。これは久里浜の横山先

生のデータです。久里浜なので、Child Aの方です。腹水がたまったような Child C はあまりいないと思ってください。Child C というのは難しいのですが、腹水や黄疸のない方と思ってください。こういう方は断酒すれば生命予後は非常にいいのですが、お酒をやめないと死んでしまうということが見て取れるわけです。ただし、これは海外のデータですが、Child C という黄疸があったり腹水があるような状態で入院されますと、1 年以内に半分の方が亡くなるという状況です。この状況で内科に来られても、どうにも手の付けようがない、移植しか救命する方法がないという状況なので、ここに至る前に何とか手を打たなくてはいけないということがお分かりいただけるかと思います。

肝移植も、だんだんだんだんアルコール性が増えてきました。C 型肝炎が一番多かったのですが、2016 年にアルコール性の肝障害による生体肝移植がトップになりました。さらに、2017 年には 78 例の生体肝移植が日本で行われておりますが、アルコール性が 41%、NASH も加えますと過半数が、非ウイルス性の肝障害で生体肝移植を受けているという時代に入ってきております。もちろん肝移植になれば莫大な費用が掛かるわけで、こういう症例をどうやって減らしていくかということが重要なことは、一目瞭然かと思われれます。

さらに、これは比較するデータがないのですが、肝細胞癌もゆっくり増えてきており、現在、ウイルス+アルコール性も含めると肝細胞癌全体の 25%、純粋なアルコール性でも 13%ということになります。肝硬変から癌になるまでに 5~10 年掛かりますので、今 30%ぐらいの肝硬変がアルコール性だと考えますと、近い将来 30%、40%と癌も増えてくることが推察されます。実際に東大の建石先生がまとめられたデータだと、2015 年度には 32.5%の肝細胞癌が非ウイルス性となっています。さらに C 型肝炎の中にも C+アルコール性が含まれておりますので、アルコールが 50%ぐらいに関与しているのではないのでしょうか。

さらに、今は NASH、NASH と結構騒がれていますが、この非ウイルス性の Non-B、Non-C の肝細胞癌のうち、肝細胞癌と診断されたときにどれぐらいの方が飲酒しているかということですが、約半数が 60 g 以上飲んでいる。これはもう間違いなくアルコール性です。40~60 g も、ほぼアルコール性と考えてよろしいのではないのでしょうか。全く飲んでないような人は 2 割ぐらいということで、アルコールがどれだけ発癌に関与しているかが、このデータからお分かりいただけるかと思われれます。以上、時間がないので、まとめたスライドを読んでいただければ、今お話した内容です。

そこでどうするかということで、樋口委員長を中心にまとめたガイドラインに沿って、内科医が早めにこの対応をすることが必要だということです。この後、吉本参考人からお話があると思うので、この辺は少し割愛させていただきますが、プライマリケア医や内科医が初期対応をして、断酒ではなくて飲酒量を減らす取組もしていく必要があるのではないかと提唱されています。これは杠先生や堀井委員が同じようなまとめをしているものを借りてきたような感じですが、本当にひどくて断酒が必要で、精神疾患があつて重症な依存症の紺色の部分は、専門医療機関で行うべきかと思いますが、その外

枠の緑色の部分は、内科医や一般の精神科クリニック、又はプライマリケア医などが飲酒量の低減の指導を行っていく必要があるのではないかという図です。

そうは言っても忙しい内科診療において、なかなか時間が取れませんので、ごくごく簡単なことですが、飲酒日記を付けてきてもらって、どうして飲み過ぎてしまうのかということに簡単に介入していきます。この後吉本参考人からお話があると思うので、詳しくは説明しませんが、たったこれだけで 1 日当たり 15 g ぐらい減る、主に大量飲酒日が減るという感じです。宴会に行く回数が毎週だったのが月に 1 回になるとか、そういうイメージかと思います。先ほど申し上げたように、1 日 10 g 減れば肝硬変になるのが 5、6 年遅くなりますので、15 g 減れば 10 年ぐらい遅らせられるのではないかということも推察されます。

ただし、やはり簡易介入だけではうまくいかない症例があります。今年に入って飲酒量を低減する薬、ナルメフェンが発売されて、10 g ぐらい 1 日の飲酒量を減らすという第Ⅲ相試験の報告がありました。これはドイツのデータです。実数値を表しますとちょっと分かりにくいのですが、大量飲酒日、飲酒量、肝臓の硬さ、肝臓の脂肪の程度というのを色で見ていただくと、どれぐらい減ったかというのを見ていただくと分かりますが、飲酒量が 40 g ぐらい減りますので、当然ながら肝臓の硬さや肝臓の脂肪化も、12 週で改善してくるというデータです。これは、先ほど申し上げたナルメフェンという薬を飲んだ効果で、これだけ下がればこれだけ肝臓も良くなるというデータで、もう既にドイツでは出始めております。ただし、このインクルージョンクライテリアは非代償性の肝硬変です。一般の方には分かりにくいのですが、Child B 又は C という肝機能が悪くなる状態、簡単に言えば黄疸や腹水や肝臓癌があるような方は、ここには含まれてないのです。ここになりますと、こういう薬も恐らく全く効果がないだろうということで、そうなる前に手を打つ必要があります。

ふらつきとかいろいろな副作用があるのですが、効く方は 600 あった γ-GTP が 200 に下がったり、全くお酒をやめてしまったような人も、これは私自身のデータですけれども、内科の臨床の場で出てきています。こういう薬が出てきていますので、内科医がアルコール依存症に対し、最初のアクションを起こす必要性が出てきているし、実際にアクションを起こせば、これだけの効果があるということが確認され始めておりますので、是非そういうアルゴリズムで治療を行っていく必要があるのではないかと考えております。ただし、めまいや吐き気といった副作用のある薬なので、きちんと研修を受け、よく薬に精通した医師が出さなければいけないということも確かです。

こちらのスライドも以上のまとめです。やはり飲酒量低減を、内科医が行っていく必要があります。アルコール依存症の方は、いきなり専門医療機関にはなかなか行ってくれませんので、第 1 段階を内科医やプライマリケア医が行う必要があるのではないかということが、私の今日の発表です。そうすることで、「これだけ薬を飲んでもううまくいかないのだから、専門医療機関に行こうか」というように説明すれば、患者さんも納得して専門医

療機関に行ってくれる確率も高まるのではないかと考えられますから、是非内科医、プライマリケア医が研修を積んで、アルコール依存症の第1段階を担当するという流れを作っていきたいと考えております。

○樋口会長 堀江委員、ありがとうございました。肝硬変についての詳細な状況と、内科医がいかに介入していくかという、とても大事な2つのコンテンツが中に入っていたと思います。続いて吉本参考人から、「プライマリケアにおけるアルコール関連問題への取り組み」ということで、どうぞよろしくお願いいたします。

○吉本参考人 私は総合診療という立場で、大学に週3回行きながら、無床診療所で週2回ほど勤務をしていますので、今日はその診療所の実践等を発言させていただければと思います。今年1月にお酒の専門の外来を、内科の診療所の中に立ち上げておりますので、その実践内容も今日は御報告いたします。まず、厚労省のほうから1つ伝えてほしいということで、第1期のアルコール健康障害対策基本法の推進計画をまとめて、第2期への提言を図るという事業の代表を現在しており、こちらの関係者会議にも今後、資料を提供させていただくことになると思います。省庁をまたいで、いろいろな所の取りまとめをさせていただいておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

さて、一般医療機関がどのような役割を担えるのかということで、最近の流れとしては、どれぐらいアルコールを飲めるのかということが言われている中で、なるべくゼロに近づけたほうがいいのではないかとという研究がどんどん出てきています。我々一般医療機関の中でお酒の指導をする役割がだんだん増えてくる、これまで以上に大事になってくる、依存症に至る前までの人たちのカバーというのが、どんどん大事になってくるという事情があるかと思います。そのような中で、診療所や内科といった特に小さい病院などでは、アルコールの問題を持つ方はかなり多いのです。初診・再診関係なく診療所や病院で取ると、飲んでいる飲んでいないにかかわらず、全員を取っても男性の4分の1ぐらいはAUDIT10点、お酒の問題があるというところで引っ掛かります、女性は少ないのですけれども。そのような中でも依存症に至るAUDIT15点疑いというレベルは、3、4%ぐらいいるという状況です。これが消化器内科に行きますともっと増えて、依存症を疑う15点以上の人はかなりの数にのぼるという状況です。

私は、日本プライマリ・ケア連合学会という学会に入っていますので、そこの専門医に調査をしました。ちょっと小さい規模ですけれども、アルコールの使用障害の発見と管理というのをどれぐらいやっているのかと聞いたところ、3割ぐらいは常に実践しているということでした。機会があれば、患者さんが来れば実践できるとか、状況が許せばできるという人を合わせると、8割5分ぐらいの医師がお酒の問題、アルコール使用障害の発見と管理はできると答えているという現状です。そして先ほど堀江委員からもありましたが、一般医療機関のほうでの簡易介入、アルコール依存症まで至らない、その前の人たちに15分程度の介入をすることで、まだ3か月という短い期間ではあるのですけれども、1週間の飲酒量が3割ぐらい減る、飲み過ぎの日が減って飲む日も減っているという状況が現

在あります。研究の生データだったので、配付資料には載っておりませんが、お許しいただければと思います。

そのような中、私はお酒の外来というのを、今年の1月に立ち上げました。これも堀江委員から出ていましたけれども、内科領域から見ると、ガイドラインが10数年ぶりに変わって、今までのアルコールの専門医療機関に紹介してくれというスタンスから、紹介に同意いただけない人、アクセス障害、つまり車などがなくて専門医療機関に行きたくても行けない人に対して内科のほう、プライマリケアのほうでやってくれというように明確に記載されているというのは、かなり大きなインパクトがありました。これを見て、では、やってみようかと思ったのが私の実践につながっております。

実践の前には、そもそもアルコール依存症の専門医でない私がアルコールの外来を開いたときに、もちろん依存症の方もある程度は来るだろうと思っていたのですけれども、実際にそういう方を診ていいのか、もしかしたら自分が診ることで、何か悪いことになるのではないかと考えていたのです。一応2018年にRCT、研究が出ております。プライマリケアの医者と、アルコールを専門とする精神科の先生という医者同士を比べて、プライマリケアの医者に1日研修をきっちり受けてもらって、依存症の患者さんを割り当てて、どういようにお酒の量が変わるのかという研究をしたのです。この6か月という期間で十分かどうかというのは議論があるかもしれないのですけれども、プライマリケアの医者も専門医療をやっている医者も、お酒の量というのは、そんなに大きくは変わらなかったという結果が出ていました。

ただ、やはり依存度が高い、AUDITの点数が高ければ高いほど、専門医療をやっている先生のほうが非常に量が減っていました。そして鬱のレベルが高い、重症度が高ければ高いほど、専門医療機関の先生が上手だということでした。逆にちょっとびっくりしたのが、AUDITの点数が19点以下は、プライマリケアの医者のほうが意外とうまくやっていたという結果だったことです。軽い人に対しては、意外とプライマリケアの医者でも何とかやれるのではないかと結果が出ており、それも私の「やってみよう」という気持ちの後押しになりました。

もう一点は、ここの会議でも何度も出ていますように、アルコール依存症の方がなかなか受診につながっていない、治療ギャップというものがあります。やはりアルコール依存症と言われるとか、あるいは断酒と言われるのではないかとすることが、イメージとしてすごくあり、このイメージを変えていくことも、治療ギャップを埋めるために非常に大事ではないかと考え、私の実践としては飲酒量低減というのを冠にした外来を実際に行いました。それは依存症の方だけでなく、依存症に至る前の人たちにも来てほしいということもあって、そういう名称にしたわけです。

このデータが10月末ぐらいのもので、新しく外来を開いてから9か月ぐらいのデータです。北茨城市という茨城県と福島県の県境で、アルコールの専門医療機関が南に90kmぐらい、北に110kmぐらい行かないとないような、ちょうどどこにも行きにくい所

で開いたのですが、40 名を超えるような方が、内科の診療所にアルコールのことを相談したいと行って来たのです。今、3 か月以上続いている 19 名を調査しております。2 日間ぐらい事前にトレーニングを受けた医師が対応しており、依存症の方が多く来るような外来でした。お薬は 3 分の 2 の方に使っておりました。

お酒の量は、断酒する方も数名おり、そういう方も含めると 6 割減ぐらいになりました。723 g なので、1 日 100 g 超飲んでいるような方が 320 g に減ったということです。1 日 10 g 減ると 1 週間で 70 g 減って、肝硬変になるまでの時期が長くなるということがありましたけれども、そういった効果が 6 割だったらかなり出るのではないかと思います。もちろん途中で、まだ 3 か月に至ってない方などもおられますので、そういったことを分析して、またまとめたいと思っています。

最後に、こういった外来を設置してみてどうだったか。赤字だと、どうしてもなかなか続けられないのです。無床診療所なので、グループ診療で 3 人ぐらいの外来でやっているのですが、隣の医者に「ちょっと診てくれ」と言われて 30 分診ても、実はゼロ円なのです。採血を事前にしていて慢性疾患の管理料みたいなものを取っていると、私の外来分はゼロ円なのです。ですから 30 分ゼロ円みたいな感じになっているのが問題というか、ちょっと管理者に説明しにくい。「こういう外来やっていきましょうよ」というのが、社会貢献以外の何ものでもないということになっていて、「ちょっと赤字になってるからお酒の外来をやめてよ」と、いつ肩をたたかれるか分からない状況に、ちょっと恐怖感があります。

あと、ほかの内科の消化器の先生方からも紹介されることがあります。「肝臓のほうは内科で診ています。お酒のところだけお願いします」というと、普通の風邪の診療とほぼ変わらない状況になっております。ですので、5 分ぐらいの風邪の診療と 30 分、時によっては 1 時間ぐらい掛かるようなものが、お金の上では一緒になっているという状況です。

もう一個は、専門医療機関に紹介できず、頑張って介入して飲酒量が減った方の中で、またお酒の量が戻ってしまい、やはり精神科の受診をしたいということで紹介する方もいるのです。そういった方は疑いではなく、1 回アルコールの病名を付けて治療をして、それから紹介すると、こういった精神科紹介加算が取れないということがありました。内科での実践には、いろいろな支障が出てくるのがわかりましたので、もし内科でこういった外来を作って、治療ギャップを少しでも埋めるようなことをするのであれば、こういった支障を少しずつ整理していく必要があるのではないかと思います。

○樋口会長 吉本参考人、ありがとうございました。アルコール依存症の治療も随分変わってきたこと、内科の先生が実際に治療をする前に、やはりいろいろ越えなければいけない課題があることなどが、改めて浮き彫りになりました。続いて辻本委員、よろしく願いします。「精神科診療所の立場からアルコール医療を考える～日精診アンケート結果を中心に～」です。

○辻本委員 大阪から来ました辻本です。本日は、精神科診療所の立場からアルコール医

療を考えてみたいと思います。公益社団法人日本精神科診療所協会の中で、去年から依存症プロジェクトチームを立ち上げました。まず、はじめに、会員の生の意識を聞きたいということで調査を行いました。このような項目ですけれども、日精診の倫理委員会の承認を得ています。委員の山崎先生が中心になって、頑張っていていただいています。途中経過ですので至らぬところがありますけれども、よろしくお願いします。

訂正です。1,599名に郵送して507名から回答、回収率は32%です。年齢層で見ると結構ベテランのお医者さんです。開業していますので管理医師というです。

質問ですけれども、依存症の人が来られたら、どのように対応しているかの質問です。「受付でお断りしている」が6%、「いちおうは診ている」というのが23%です。「専門的治療を行う」は3%、「紹介する」というのも結構あります。依存症治療へのスタンスについて聞いています。それになるともう少し関わりたくないが多いです。「受付でお断りしたい」15%、「出来れば関わりたくないが、いちおうは診る」という形が26%、このような拒否的なスタンスが41%になります。積極的なスタンスというのは19%です。やや積極的に関わりたいのだけれども、どうしたらいいのか分からないという人たちもたくさんいらっしゃいますので、その辺りがこれからの課題かなと思っております。依存症に対して陰性感情を持っている人は、少なからずいらっしゃいます。

もう少し具体的なことを聞きました。依存症になったのは自業自得・自己責任だと思いますかです。「全くそう思う」が3%、「そう思う」が8%、合計して11%です。そして思わない人が42%です。「どちらともいえない」というのが多く、迷っている方が多くいます。誰もがなる可能性のある病気という認識が、まだまだ広がっていないと思います。

では、どのぐらいの数の人を診ているかという質問なのですけれども、多様な依存症について現実には診ています。主病名で何らかの依存症を10人以上診ている会員は36%、副病名で10人以上診ている方は59%です。副病名で診ているという方がたくさんいらっしゃいます。

これからは、治療の阻害要因という形について質問です。これは、一番大きいものの選択になるのですけれども、診療側の問題の第1位は「担当するコメディカル・スタッフがいない」です。依存症治療においてはコメディカルの役割は非常に大きいのですけれども、現実には雇えないというところがあります。第2位が「いそがしくて手が回らない」、それから「成果は少ない」という回答もあります。

今度は患者側の問題を聞きました。一番大きいのは、治療継続の問題です。治療継続は断酒にとっては大切であるのですけれども、経験の少ない人には難しい場合があります。次に、家族の要因という質問です。1位は「治療に非協力的・干渉・拒否的な態度や行為」が家族に見られる、第2位は、「家族の情緒的安定機能が損なわれている」、こういう回答が多かったです。依存症は家族ぐるみの病気で、家族への支援が欠かせないのですけれども、家族支援できないことが阻害要因になっている場合もあると思います。

次は医療体制の問題です。一番大きなものは、「コメディカルの評価など診療報酬の問

題」が 35%、その後、「卒後教育が不十分」「通院医療供給体制」の問題が並んで第 2 位で 20%を占めています。社会的問題で特に阻害要因として大きなものは何かという質問には、国や「地方に取組の強化」を 40%の方が求めています。それから「CM や環境問題」が 33%、「社会的偏見が根強い」が 21%見られています。

治療をやりにくくしている阻害要因については自由記載していただきました。やはり診療報酬の問題や教育・知識の問題というものが多かったです。あとは治療法の問題、その他といろいろな問題があるのですけれども、ポツの下から 3 つ目、「依存症は他の患者にとって、来院されると迷惑です」と、このように生の意見を言ってくれる人もいらっしゃいます。

そして次は、通院集団精神療法の施行・算定の質問です。「算定している」は 6%で、この 6%が専門医療機関の数字かなと思っています。「施行していない」が 88%、そして次の質問で 60%の会員は、「医師の指示/管理のもとでの施行なら、医師の同席の必要はない」と答えています。コメディカルの方の活躍によって通院集団精神療法ができると、忙しい医師が診療に割ける時間が出てくる、予約待ちの期間を短縮できるなど利点があります。このことについても考えてほしいと思います。

自助グループに関心がありますかという質問です。「大いにある」と「ある」を加えると 64%、3 分の 2 の方が自助グループに関心があって、90%の人が存在価値を評価しています。非常に自助グループの評価が高いとわかりました。自助グループを勧めたことがありますかとの質問には、84%の方が「ある」と答えています。勧めた所は「断酒会」「AA」が多いです。

今後の希望という質問です。「治療薬に関する勉強会や情報提供」が 26%、それから「日精診の研修会」をどんどんやってほしいが 27%。それから、「自助グループについて知る機会」を持ってほしいが 25%です。日精診では、これから講習会やシンポジウムを予定しています。そこには当事者の体験談も入れたいと思っています。

最後に、プロジェクトチームに対する期待を書いてもらいました。89 名の会員から積極的な意見が出てきました。時間の関係で省略いたします。

考察です。依存症に陰性感情を持っている人もたくさんいらっしゃるのですけれども、取り組みたいのだけれども取り組めない要因が多々あり、このことがトリートメントギャップにもつながっている。その阻害要因としては診療所の問題、患者側の問題、医療供給体制の問題、それから社会的問題、家族側の要因という分類で、これから解決していく必要があると思っています。1 つは会員への研修会、もう 1 つはコメディカルが活躍できる経済的基盤、これが大事になってくるのかと思っています。それから、やはり実効性のある治療法の確立ということも皆さん強く希望していました。

もう 1 つは、家族の生活・健康を考えた支援が必要であるということも答えていました。家族だけが来て時間をかけて対応しても本人が受診していなければ今は全部持ち出しになります。それを何とかならないかという意見もありました。

残った時間で、私のやっている診療のことを話していきたいと思います。平成 26 年度の 1 年間にアルコール依存症の初診患者を 184 名診ました。平成 29 年の 10 月に、その方がどうなっているかということ調べました。専門病院へ入院なしの人が 72%、1 年以上通院継続した人が 43%、現在も通院継続中が 28%。こういう結果を見ると、外来だけで通院継続する方もたくさんいらっしゃいます。やはり陰性感情を持たずに社会的資源を利用すると治療は継続すると思います。

入院している人と入院していない人の差です。入院していない人は、仕事を持っていて家族を持っている方が多いです。入院なしの 29%の方はネットで来院していますように生活機能が保たれた比較的軽症のアルコール依存症者の対応がこれから大切になってきます。一方、仕事があるからという形でドロップアウトされる方もたくさんいらっしゃいます。

こうして見ると、入院している方というのは非常に治療期間が長いです。大変困難な事例が多いということです。入院していない人は大体 1 年ぐらいで卒業していきませんが、その後のフォローが必要と思っています。軽症例というのは、専門医療機関以外、内科のほうで対応していただきたいです。しかし、専門医療機関だけではなく精神科診療所で何とかできないのかなと考えています。特に、この社会機能維持タイプ、それから家族性中間タイプ、この方の受診が低い、治療率は低いのですが、こういう方というのは軽症の方で、精神科診療所でもできるのではと思っています。

これは、ひがし布施クリニックのプログラムですので省略します。大阪方式についても、皆さん御存じですので省略します。私は大阪方式でずっと治療してきました。何が変わったのかなと考え、1981 年に小杉クリニックができ、専門外来でやってみると、治療の選択肢が増えただけではなく、治療の内容が変わってきたと言えると思います。これが 1 つの治療システムの転機になってきたのかなと思います。小杉クリニックができたときには、地域でたくさんの関係者会議が持たれていました。地域ネットワークが出来上がっていました。それが今はほとんどなくなっています。小杉クリニックの意義と東大阪アルコール関連問題について、残った時間で話していきたいと思います。

通院と入院とのメリット・デメリットなのです。外来は密接な仲間関係は困難ですが、長期にわたり治療継続が可能、アクセスが良いので来院しやすいです。未受診のたくさんの患者さんがいらっしゃいますので、トリートメントギャップが解消したときに、専門医療機関だけでは受皿がたりないと思います。他疾患を鑑別診断ができる精神科診療所に、阻害要因を克服していただき、治療に参画してもらおうかが、これからの課題になるかなと思っています。

私たち東大阪ではアルコール関連問題会議というものをやっています。34 年間、毎月やっています。なぜ続いたかと言えば、公的な会議に位置付けられたということ。もう 1 つは、司会をずっと断酒会会員がやってきたということです。多くの方が参加し、社会資源があちこちにできることによって、外来でアルコール依存症も治療できる、そういう体

制ができてきました。

高齢者の話題に少しだけ触れたいと思います。ホーム断酒会を創った経過です。ビアホールのある養護老人ホームで「酒を飲むのは家庭的でいい養護老人ホームです」と思われていたのですね。そこに依存症の人がいて、飲ませたほうがいいか、飲まさないほうがいいかと困ってしまって訪ねて来たのです。「いっそのこと、そうしたらホーム断酒会を創ってしまえ」という結論になったのです。

私たちの会議の実践は、医療と、ソーシャルワーカーを含めた福祉などの人と、それから自助グループと3つの連携です。断酒会は人生の生きる価値というものを見付けていく会だと思います。やはり医療の分野というのは、限られた役割と思っています。ソーシャルワーカーや多くの方の役割と連携も必要になってきます。医療だけでできるものではありません。

自助グループの役割は大きなものがあると思っています。65歳の方がどれくらい来ているか調べると、私の所で大体14%ぐらいです。通院が困難であるということ、健忘症があってプログラムを受けられないということが問題です。ただ、アルコールの健忘症、男性などでは若年性のアルコール健忘症がありますが、認知症の方は断酒によって機能が回復すると報告されています。私が65歳以上の人を診ていても、お酒をやめたら認知機能が改善する人がたくさんいらっしゃいます。そのため、その人たちが酒をやめることによって、より生活が変わっていくことがたくさんあります。

認知症の中に、回復できる高齢アルコール者がたくさんいらっしゃいます。高齢の人は、社会資源ができると断酒率は良いです。東大阪養護老人ホームで15年前にホームの中に断酒会を創りました。そうすると150人中20数名がアルコール依存症という、アルコール依存症大歓迎の養護老人ホームになりました。3年間で飲酒した人はたったの3人だけです。最後に書いているのですけれども、医療は一時期のもの、多様な機関の多職種による「その人らしい」生き方の支援が必要になってくると思います。

SBIRTS、これは皆さん見ている図なのです。スクリーニングに精神科診療所も入ってきますし、それから専門医療への紹介ですが、専門医療が足りなくなったときには、精神科診療所は依存症治療を担っていくべきだと思います。これからどのようにしたら精神科診療所がアルコール医療に参入できていくか、そのやる気を起こしてもらえるか、これからアンケート調査を詳しく検討したいと思います。以上で報告を終わります。ありがとうございました。

○樋口会長 辻本委員、ありがとうございました。特に最初のほうの調査結果は、今後アルコール依存症の治療のカバレッジを広げていく上では、非常に情報に富んだ内容でした。ありがとうございました。

さて、以上3つの御発表に関して、御質問・コメント等をお受けしたいと思います。15分ほど時間はございますので、いつものようにコンパクトにお話をお願いしたいと思います。いかがでしょう。

○江澤委員 詳細な、大変有意義なプレゼンテーションを頂き、ありがとうございます。堀江先生に教えていただきたいのですが、ウイルスの関与のないアルコール性の肝硬変とか肝臓癌に対して、遺伝子変異等の個体差の肝炎がどの程度影響があるのか、もし分かれば結構ですが、それが1点です。

もう一点は、アルデヒド脱水素酵素2の、いわゆる活性型のNN型で、要はお酒に強い方のほうが、そういうシェアを占める割合というのがいかに多いかという点です。

もう一点だけ、簡易介入というものをお示しいただきまして、医師会としまして、かかりつけ医の意識をいかに高めるかということが大事だと考えておりますし、それからまだまだ医療ネットワークが、一般かかりつけ医と精神科診療所の先生方、あるいは専門医療機関とのネットワーク。これは、むしろ医師会の仕事としてネットワークを構築する、あるいはかかりつけ医のそういう意識の高揚というのが必要だと思っております。一方で、実臨床も忙しい中で、そこにうまくフィットしなければいけないということがあるので、そういったことでアドバイスがありましたら、3点よろしく願います。

○堀江委員 まず第1点目ですけれども、アルコール性の肝硬変の方というのは背景因子もばらばらで、なかなか遺伝子の解析までも進んでいないのですが、今、アルコールではないNASH、NASLDのほうでは幾つか遺伝子の要因が上がってきておりまして、こういう遺伝子を持っているとよりやすいという傾向はあります。けれども、ただそれはなりやすいだけであって、やはり肥満とか糖尿病が進めば、その遺伝子を持っていない方でも当然なるわけです。アルコールに関して言えば、更にその環境因子のほうで割合が高いかと思っておりますので、遺伝子の解析を是非、研究者の方はやっていただきたいと思いますが、そちらよりは飲酒量の低減というほうに力を入れていくほうが、实际的ではないかと考えております。実際にアルコール性肝炎などで、少し東北大学のほうなどで出てきておりますけれども、なかなか難しいかと思えます。

2点目は、アルデヒド脱水素酵素の問題ですけれども、やはりヘテロの方は、なかなか肝硬変まではいかないというのが現実です。ただし、先ほどお示したように、もともと糖尿病とか肥満があると、お酒を飲まなくても肝硬変になられる方がいるわけです。ヘテロの方でも、やはり60~70gぐらいまでは、鍛えればと言うのも変なのですが、酵素誘導、MEOSが誘導されてくると、飲める方は中にはいらっしゃいますし、久里浜でも14%から15%ぐらいはヘテロの方が入院されているというデータがございますので、広い意味でのアルコール性肝硬変の中には、ヘテロの方も入ってくる時代になってきたと思います。そういった方々の飲酒量を低減するということは意味がある、ヘテロの人だから介入しなくていいということにはならないかと思われまます。

最後に、プライマリケアとかで、医師会の多くを占める一般開業医の方々にどうするかという問題はあるかと思うのですが、ひとつ飛びに全内科医がこれを診療するというのはなかなか難しいと思います。糖尿病などは開業医の先生方でも栄養士の方を雇って指導している。これも、先ほど吉本先生からありましたけれども、点数が付くから広まっ

ていったものと思われますが。ただ、全部の内科医のクリニックで栄養士を雇うというのも、そういう時代ではまだないと思いますので、第一段階としては、否が応でも患者が集まってくる肝臓の専門医という所を中心に、啓発活動を進めていくというほうが、今の時点では現実的ではないかと私自身は考えております。

○江澤委員 どうもありがとうございます。かかりつけ医と行政と医師会を含めて、また御専門の先生と、ネットワーク構築に向けて頑張りたいと思います。よろしく願いいたします。

○堀江委員 もちろん吉本先生に頑張っていて、プライマリケアを、先生が全員診てくれる時代が来ることを願っておりますけれども。

○江澤委員 どうもありがとうございます。

○樋口会長 よろしく願いします。ほかはいかがでしょう。

○今成委員 どの発表も非常に斬新で大変参考になりました。吉本先生、そして樋口先生にも是非お答えいただきたいのですけれども。AUDIT19点以下と20点以上では、プライマリケアは19点以下に強いというような話がすごく面白いなと思ったのですが、今後このような体制で進んでいくために、何かのガイドラインのようなものが作られていく状況があるのか。例えば、こういう人たちは減酒が適用できるけれども、こういう人たちは断酒のほうがいいのか、あとは減酒をやってみるのだけれども、駄目だった場合はどのぐらいの期間で断酒に切り替えるとか、そのような何かガイドラインが必要ではないかと思います。

私はアルコール依存症の家族の立場でもあるのですけれども、断酒ではない減酒という形だと、家族にとってはずっと決着がつかないというか、一緒にどこかに向かって行こうという気持ちになりにくいのではないかという懸念もあります。そしてアルコールの害というのは、当事者だけではなくて周囲への害が非常に大きいので、家族を含めた回復を考えていくときに、何かガイドラインがあってやっていただくほうが有り難いと思います。いかがでしょうか。

○吉本参考人 質問いただきありがとうございます。ガイドラインで現状あるのが、アルコール依存症の診療ガイドライン。そして、特に使用低減はどうかというガイドラインみたいなものは、話がちょっとずつ進んでいる状況があるかなと思います。では、依存症ではない人も含めたガイドラインというものはどこにあるのだというと、実は余りそういった包括的なものというのは、多分日本ではまだそんなに整備されていないというところがあるかと思います。

なので、依存症となったところで初めてガイドラインというのが存在しているという状況が、一般医療としては、依存症になるの段階からが大事だし、そこも是非カバーしてほしいという気持ちがあります。ガイドラインがあると、やはりそれに従う、そうすると専門の先生方からも、これだったらいいでしょうというお墨付きではないですが、そういうものがあつたほうが安心して診られるといったところがありますので、そういったものの

整備はすごく大事なかなと思います。

あとは家族ですけれども、やはりお酒、特に断酒できている人はともかくとして、お酒を減らしている人はやはり、家族への影響というのは減っているのかどうか。お酒の量は減っているけれど、やはり飲酒運転をしてしまうとか、そういった家族の問題はまだ残っているという、それは治療として良いことではないと思いますので、そういったところはふだんから気を付けるところかなと思います。

○樋口会長 樋口会長 私のほうから。是非必要だと思います。ただ、減酒に関するエビデンスにしても文献にしても、国際的に見ても相当少ないので、海外でのエビデンスはもちろん必要なのだけれども、吉本先生のような、あるいは久里浜でやっているような減酒外来の実践を通して、一体どうなのかということをもう少し積み上げて、それでより明確な、例えばカットオフみたいな、これから下の場合は減酒も考えましょう、これから上の場合には断酒がいいですよというようなことを、しっかりと分かりやすいものを作っていきたいと思っています。

あともう一点、家族の話はすごく大事でして、断酒の場合には御家族は極めて分かりやすいですけれども、減酒の場合には今あったみたいに、ずっとこんな状態が続くのではないかというような不安があるのかもしれない。それは日本だけではなくて、海外でも減酒の議論が出てきたときに必ず家族の話が出てきます。なので、やはり家族に対する影響も踏まえた意味でのガイドラインが必要なのではないかと思います。実際に外来で減酒を指導していく場合に、やはり家族からも理解を得て、家族からも同意を得てやっていくのは、基本的にとっても大事なのではないかと私は思っています。

○今成委員 ありがとうございます。

○小松委員 今の家族の立場からということで、ちょっと思ったことを一言。今、非常にハーム・リダクションということを広げていきたいと思います。結局それは治療からドロップアウトする方たちをできるだけ減らそうということで、そのようなことが言われているのですけれども、ユーズ・リダクション(使用の低減)とハーム・リダクション(害の低減)が、ちょっと混同されているのかなという気がしました。つまり飲酒量低減というのが害の低減になっているかどうかという、治療をアプローチしている人間がハームをちゃんと捉えて、そして例えば本当に DV とか飲酒運転だとか、とにかく何とかしなくてはいけない害については、それはまた別の手当てをするべきだと思うのです。そこについて、もうちょっと全体の合意をしていく必要もあるのかなと思いました。以上です。

○樋口会長 追加ですけれども、ICD-11 の中の有害な使用パターンですが、この中には他者に対する害が明確に規定されているので、国際的にもやはり依存の場合、あるいは依存までいかなくても多量飲酒の場合も、他者に対する影響というのを、相当考慮の中に入れないといけないような状況になってきていると思うのです。だから、我が国もその整理に従ってやっていくべきだと思うのですが。

○月乃委員 今の補足で吉本先生にお聞きしたいのですが、外来の通院で減酒治療という

ことなのですけれども、そのアプローチが具体的にどういうことをやっているか、私は当事者なのですが全然分からないのです。その結果が出ているというのはすごくよく分かったのですが、具体的にはどういう形をやられているか、ちょっと端的に知りたいのですが。

○樋口会長 吉本参考人、お願いします。

○吉本参考人 まずは1つお断りしますが、飲酒量低減という冠を立てても断酒希望で来られる方というのは比較的多くいらっしゃる、3分の1はお酒をやめていらっしゃる。減らすというところで、基本的に精神科への受診とか入院とか断酒というのは当然勧めて、それでもやはり自分はそれには乗れないと、だけれどお酒を何とかしたいのだという方に、お酒を減らすというアプローチをいたします。

では、減らすには休肝日みたいにやめる日を作るか、1日の量を減らすか、それを組み合わせるか、どちらかをするような形ですけれども、あなたは今の人生、自分をよく知っていると思うのだけれど、どちらがフィットしますかというのを聞いて、一応そのスタイルに合わせて指導していくという形になっています。その答えによってもっと個別のアプローチはしますが、基本的に治療の方針としてはそういう形で、あとは動機づけ面接というスタイルの面接をして、行動変容を促しているというようなことになっています。

○樋口会長 あとお一人だけ。

○金城委員 今のと併せてお聞きしたいのですけれども、例えば減酒薬ナルメフェン等の使用については、どうしておられるのかなというのが私のほうの疑問です。

○吉本参考人 それも本人に聞きます。やめるような働きがある薬、減らす薬、そして薬を使わない人もいますが、どれでいきたいと思いますかという話をします。それこそ家族がどれくらい困っているかといったことも考えるので、本人がこちらと言ったから全部こちらというわけではないのですけれども、行動を変えるのはやはり本人ですので、本人がどれだとフィットしそうかということをまず第一に考えて行っているという形になります。

○金城委員 ありがとうございます。内科医のほう、若しくはプライマリケア医のほうでは、なかなかふだん減酒薬等を使用する機会というのがないので、そのときにどのように使うのかということだったり、使ったときに、先ほど堀江先生のお話にもありましたように、こういった副作用が出るかということに関して、ちょっと不安があるかなと思わせて聞かせていただきました。

併せてちょっと意見というかコメントですが、産業医等をしている中でも、比較的AUDITの点数が20点前後という方がおられる中で、精神科の病院には紹介しにくいところでは、内科とかプライマリケアの所に紹介できる場所ができるというのは、非常に有用なことかなと思いました。ありがとうございます。

○吉本参考人 それに関して1点だけ。たばこの治療を結構診療所とかでやっています、実はニコチン依存症を診ているのです。そして薬も実は使っているのです。なので、それが欲求を抑えるということで、実は副作用もそんなに大きく変わらないこともありまして、

そういった使用経験と合わせて皆さんも実はやっているとお酒のことだけ何か特別な感じがしますけれども、実はそうではないのだということはいつも講演などでお伝えしようとしています。

○樋口会長 ありがとうございます。

○堀江委員 よろしいですか。

○樋口会長 極めて短くお願いします。

○堀江委員 誤解のないように申し上げますけれども、やはり介入を十分して、それでも飲酒量を低減できない方だけにナルメフェンは使うように、私自身はしております。患者さんの中にはナルメフェンをくれと、最初から来る方もいらっしゃるのですが、それはお断りして、1 か月 2 か月外来に通っていただいた後で、やはり駄目な場合だけ処方するようにさせていただいています。

○樋口会長 ナルメフェンの処方に関しては、そのほか様々な課題がありまして、そう簡単にすぐに広がる状況では、今のところはなさそうだとのことです。ありがとうございます。

それでは、次の 4 名の発表に移ってまいりたいと思います。まずは堀井委員にお願いしたいと思います。「2019 年度アルコール関連障害対策基本法に関連する、中国・四国地域の事業」について、よろしくお願いします。

○堀井委員 日本精神科病院協会の堀井です。本日は中国四国アルコール関連問題学会の世話人として、中国・四国のアルコール医療の現状、依存症に対する関わりについて、紹介いたします。COI ですが、このスライドにあるような広島県の瀬野川病院（加賀谷有行先生）、呉みどりヶ丘病院（長尾早江子先生）、鳥取の渡辺病院（山下陽三先生）、岡山県精神科医療センター（橋下望先生）、岡山市こころの健康センター（太田順一郎先生）、愛媛県の宇和島病院の渡部三郎先生等に御協力をお願いして、資料提供を受けております。

まず、岡山市の依存症対策です。アルコール健康障害対策基本法（以下アル基法と略します）が、2013 年にできましたが、それ以前より依存症対策は行われてきており、アル基法ができてから更にそれが進展しつつあるという報告をさせていただけたらと思います。岡山市は、一般企業におけるアルコール問題への早期介入と支援ネットワーク（職域依存症対策推進事業）と一般医と専門医の協力という 2 つの路線で活動してきておりますので、その紹介をさせていただきます。

まず、職域依存症対策推進事業として「お酒の教室」事業場への出前の動きについて紹介し、その後に一般医療機関・アルコール専門病院ネットワーク（G-P ネット）のお話をいたします。「お酒の教室」事業場への出前というのは、1 次予防、2 次予防、3 次予防で言いましたら、1.5 次予防という観点で考えております。G-P ネットは 2 次予防になります。

職域への依存の対策は、問題のない飲酒習慣の確立を目指して依存症の発症を予防することになります。実際には、ハイリスク群、γ GTP が 100 以上の人たちへのアプロ

一チを大きく 2 つの方向で考えていきます。

その前に 2010 年に約 2,000 社にアンケートを取りまして、アルコールに対する 20 問の設問をいたしました。その結果、アルコール問題を把握しているのは約 4 割の会社で、アルコール問題対策の実施状況については 15.6% ぐらいしか実施がなされていないという現実がありました。職種を見ると、運輸業はかなり対応しようとしているのですが、あとはあまりしていないということがうかがえました。この調査を通して見えたきたことは、企業に向けてアルコール問題を啓発しなくてはいけない、健康保健担当者（保健師）の人材育成と連携、技術支援が必要ということであり、実際に我々のスタッフを介入させよう、派遣しよう、岡山市の私も含めたスタッフで考え実行することとし、ポスターを作成したり、研修会を行ったり、教室をつくっていきました。そして「おいしくお酒を飲むための教室」の実施となりました。プログラムは A と B で、A（基本プログラム）は初期介入で、講義をしてグループでセッションをして、継続する場合としない場合があります。プログラム B は講義だけのものです。専門医による講義はアルコール概論・依存症・適度な飲酒についてなど、グループセッションでは講義内容を振り返り、各人の飲酒量や回数、その低減についての自分の目標などを話し合います。こちらが、講義の様子とグループセッションの様子です。参加者からは「楽しく参加できた」「やめろと言われなかった」「素直に話が聞けた」というような感想があり、継続介入時も、よい反応がみられています。

プログラム A、プログラム B とともに、毎年このようにやっています。企業は JR とか電力会社、警察とか、小さな会社もありますけれども、そのような公的な所が多く、岡山市以外にも派遣をしてきております。実際に 46% に飲酒量の低減が認められ、6 割が目標達成ができたと感じたというようなことで、こういうやり方もあるなということで現在も続けております。

「G—P ネット」は、アルコール専門病院と一般医療機関のネットワーク化の事業です。これは、ネットワークを作って、一般医との関係を強化する、あるいは協力体制をより親密にする、その数を増やしてアルコールに関連した対応をどんどん増やそうということです。メンバーは一般医、消化器内科、肝臓専門の先生や、精神科医、それからコメディカル・スタッフも重要なメンバーです。開業の先生、総合病院の先生、専門医と保健所に声をかけて、誤解や分からないところを分かり合いましょうというところから始めました。年 1 回の講演の第 1 回（2011 年）は猪野亞朗先生の講演でした。年 3 回の事例検討会（専門研修）は市内の総合病院で各持ち回りで開催をしており、発表形式はいろいろですが、非常に活発な論議が行われて、参加者も 100 名前後です。最近の SBIRTS の診察場面のドラマ化の導入も人気が良好で、前回（12 月）の参加者は 130 名くらいの参加者がありました。講演会も結構集まっています。

感想はいろいろなありますが、私が面白いなと思ったのは「結局解決していないのではないか、待つだけなのか」という内科医の精神科医に対する意見です。アプローチ

の仕方、治療、関わり方の差異を実感させられました。こう云う貴重な体験を重ねながら、講演会、研修会が重ねられきて、会への参加者数、専門医への紹介が増えてきているという結果です。これをどんどん継続していくことによって、内科医の関わりが増えてきて、実際に声をかけやすくなった、紹介しやすくなったという実感があります。

それから、岡山市でやっているネットワーク化を他地域に勧めるにはどうするかという意見交換も行い、ネットワークづくりのための 10 か条というものも作りました。ということで、今後もこれを続けていく予定です。

他府県の紹介に移ります。広島県は 2 か所の報告がありました。瀬野川病院は広島県の依存症治療拠点機関になっており、アルコール健康障害サポート医の養成と SBIRTS の普及啓発をやっています。アルコール健康障害サポート医の養成を積極的に行っており、2021 年までに 150 人の養成を目標とし、2019 年 3 月の時点で 110 人が登録しております。このような活動をどんどんしており、数を増やしつつあります。それから専門医療機関の連携会議も作って、具体的な取組を推し進めているという事業があります。ナルメフェンの話もありますが、そういうものを利用して減酒療法の話もしていく方向です。

呉みどりヶ丘病院は、各地域にアルコール問題があるというのを聞いて、スタッフが提案してチームを作り、その地域に出向いて、アルコールパッチテストなどの啓発運動を行っています。地域に出張して相談活動も行うということで、そのためのいろいろなツールを作ってやっています。また中国新聞等を使って宣伝・啓発をすると同時に、これが大きいと思うのですが、広島県内の保健所を巡って連携を提案していき、実際にその地域で健康障害対策ネットワークを作って回っています。これが、各地を巡回しているスタッフです。そして、これを県の支援と重ねて今後は一緒にやっていきたいというような話が進んでいます。

愛媛県は、宇和島病院を中心に頑張っておられます。アルコールの正しい知識の普及と、相談・治療機関の選定をすると同時に、計画を絵に描いた餅にしないための施策の具体的なものとして、SBIRTS を実際に行っています。一般医療機関と専門医療機関の連携の促進をするということなのですが、渡部三郎先生が、この連携の促進の仕方と一緒に考えておられるのが、断酒会の活用なのです。後で断酒会からの話があると思いますが、この断酒会への参加、入会で、予後や長期予後が全然違ってくるというデータがありますので、その資料も提示させていただいています。

SBIRTS は、一般科、開業医と単科の精神科病院、保健所等のつながりを構築、橋渡しをします。一般科・総合病院に、精神科からアルコール依存症への関連スタッフを派遣して、実際にアルコール対策とか自殺対策とかに関与していくと、スライドに示しますようにアルコール関連障害者数が増えてきていますし、これが自殺予防対策にも関与して、たいへん有用な結果になっています。精神科のコメディカルスタッフが一般科に出向くことが非常に大きな要素になっているのです。こういう連携をどんどん増やしていくことに加えて、広島県がやっているようなアルコール健康障害サポート医の対策（養成事業）を今後はき

ちんとやっていこうと考えています。総合病院、あるいは開業医との連携を広げていくことがたいへん重要だという話です。

鳥取県は、渡辺病院が鳥取県のアルコール健康障害・薬物依存症支援拠点機関ですが、鳥取県ではかなり早期からアルコール対策が展開されて来ています。これは県会議員に断酒会の会員がおられ、県知事も積極的に協力してくれていることがポイントの一つです。それに県医師会会長が、渡辺病院の渡辺憲院長であるということも関連していると思われます。1999 年に「東部アルコールネットワーク研究会」が発足し、2010 年「依存症対策推進モデル事業」が開始され、「アル基法」のできた 2013 年に鳥取アディクション連絡会が設立され、2016 年「鳥取県アルコール健康障害対策基本計画」が、日本で 1 番目に策定されています。アル基法に関連して、いろいろな対策が展開しつつあり、医師会との協力や県の協力で「相談支援コーディネーター」を看護、PSW が担当、アルコールネットワーク研究会・研修会でのかかりつけ医等と専門医療機関との協力体制づくりも進められています。

資料の最後に、アル法ネット（アルコール健康障害対策基本法を推進するネットワーク）で情報を集めた、今回の啓発週間の中・四国各県の事業一覧を入れています。もう一つは、「五つの“あ”精神療法」で、私が患者さんにお伝えしている精神療法、「焦らず、慌てず、諦めず、あるがまま（一日断酒）、毎日の無事にありがとう」の説明図です。ちょっと時間をオーバーしました。失礼します。

○樋口会長 堀井委員、膨大なスライドをコンパクトにまとめていただき、本当にありがとうございました。中国・四国地方で行われているいろいろな事業がコンパクトにまとめられていて、とても参考になりました。続いて小松委員から、「Treatment Gap をうめる架け橋」について、発表をお願いします。

○小松委員 沖縄協同病院の小松です。私は、総合病院に常勤でいる精神科医の立場から、総合病院での連携・介入について、今はいろいろなモデルができてきていますので、それについて紹介させていただきます。今日のプレゼンテーションは、4 つあります。まずイメージを共有していただきたくて「架け橋」model というように考えたのですが、このイラストを見ていただきたいと思います。それが実際にどんな感じでされているのかということ、4 つの実例で簡単に紹介させていただきます。その「架け橋」model を実現するためには、非常に施策が必要になってくると思いますので、その提案です。それから、実際に私ども総合病院精神医学会とアルコール関連問題学会で行われている連携についても、少し紹介させていただきます。

皆さん御存じのように、巨大な Treatment Gap があります。依存症者の大多数の 84% は、直近 1 年間に医療機関を、ほとんどが総合病院の救急室ですが、受診しています。つまり、総合病院に入院中こそが、介入のゴールデン・タイムである。そこに精神科医が常勤ないし非常勤で行って「架け橋」になるということが、非常に大きいのではないかと。厚労省のホームページにアップしてあるのは、このイラストだけなのですが、実は依存症

の一番重い方の半分ぐらいは、刑務所収監や引きこもりになってしまっているのではないかと、自分の臨床実践からは感じております。

左側の専門医療につながると、このように明るいのですが、大多数はそうではないですね。日本の現状は、こんなイメージではないかと思います。荒海の中に、専門医療機関につながっている患者さん達はいいのですが、そうではない人は大変で、その専門医療機関が非常に少ない。専門医療機関のハードルが高く、ジャンプしてもジャンプしても、なかなか。ジャンプして、うまくいかなかった人たちは、こうやって依存症というサメに食べられているという感じではないでしょうか。

それを何とかするためにということですが、総合病院は、とにかく救急車が来るのです。救急車は、どんな患者さんも運んできます。道ばたに引っ繰り返っている患者さんから、ごみ屋敷の中で今にも死にそうになって、やっと 119 番した患者さんまでやってきます。総合病院の中にいるときは体の手当てはできるのですけれども、退院したら元の木阿弥。これを、「架け橋」を作ることを変えたい。どちらから作るかといったら、やはり私は専門病院からではないかと思うのです。そのようにしていくと、違うのではないのかなと。救急車で非常に重い患者さんも運ばれてきますけれども、その方たちを何とかするためには、ここで手を打つことが必要ではないかと思っております。

その実例として、まず私どもの所と、私とともに一所懸命頑張っている手稲溪仁会病院の白坂先生の所、それから特に紹介したいのは、無床の総合病院で非常勤の精神科医が入院中に介入をするというモデル、最後に有床の総合病院でもこのようなことができるというモデルを紹介いたします。

沖縄協同病院では 2015 年 1 月 1 日時点で、アルコール使用障害患者、実は 93% が ICD-10 の依存症基準を満たしており、この 181 名の治療成績を調べました。平均治療期間は 663 日で、結構良い成績だと思うのです。断酒は 66 名で 36.5%、減酒はマックスよりも 3 分の 1 以下になったもので 22.1% ということで、6 割ぐらいがかなりいい線を行っていると。しかも認識される数も、介入率も非常に増えております。1 年間で 34 名しか介入されていなかったのが、116 名と非常に増えており、有意差も出ています。何をやったかについては、ここに書いてあるようなことをやりました。うまくいった例があると、やはりスタッフは変わるのです。成功例を経験すると、身体科のドクターもスタッフも非常に意識が変わり、積極的に紹介してくれるようになります。そして、研修医はそのポジティブなイメージを持って他のいろいろな科に行く。総合病院というのは今は臨床研修指定病院がほとんどですので、そういう効果が他の科や全国にまで広がる。この教育的効果は非常に大きいと思います。

今、入院中に私が介入をして外来に引っ張って行ったものを紹介いたしました。白坂先生の所は 500 床ぐらいのヘリポートもある、3 次救急もやっている病院です。しかも、ここは精神科の医者は 2 人しかいないのです。ですから、ここは、「お酒のもんだい相談外来」という名前で、外来の形でやっております。ここでも SBIRTS、つまり自助グループ

を活用してやっておられて、このように相談件数はどんどん増えていくのです。そして転帰ですが、ここも御覧になってお分かりのように、外来を設置する以前は何も変わらなかったと。ところが設置をした後は、このように専門の病院に転院をする、断酒をする、減酒をするという方たちが、非常に増えております。

これを手塚先生が白坂先生の許可をえて、白坂先生の所の名前から何から全部パクったのが、「お酒のもんだい相談外来」沖縄県立中部病院バージョンです。これは実に画期的なことに、国立病院の常勤医が県立病院に非常勤で月2回行っているのです。そこで実際に患者さんを診療しており、介入をしております。そして、このチラシも白坂先生に許可を頂いて、このようにやっているそうです。ハードルを非常に下げて、とにかくコンサルテーションの院内の紹介は、アルコールと書いてあるだけでもいいですと。そうすると、こんなことがありました。私の所でもそうですが、キャンセル率0%、主治医とのディスカッションがしやすい、動機づけがしやすい。効果的かつ効率的です。これは月に2回でも、こうなのです。そして専門医療機関に紹介するときも、引っ張ってきやすいのです。というのは、もう関係ができているドクターが、琉球病院でも僕が診るからと言ったら、患者さんが来るのです。そしてもっと大きいのは、体の状態が悪くなったときに、総合病院でいつでも診ますよとなると、この辺りの受入れがスムーズになるのです。前は、こちらで診てください、こちらで診てくださいとなっていたのが、そうではなくなってくる、非常に良い関係になった、お互いにWin-Winだと。ただし、これも今は国立病院のほうで、人件費については先ほどの吉本先生ではないですが、いつ閉鎖になるかなという感じでやられていると。ただ、それでもこういう結果が出ております。外来でも月に2回でも診ることができるのです。ということで、架け橋を作るとこのような効果が出てくるということが、全国で少しずつですけれども、出てまいりました。

最後は国立東京医療センターの、いわば「落穂拾い」的なARP、教育プログラムです。治療につながる人がいるかもしれない、やってみないと分からないじゃん、やろうよ、2週間。その人に応じて目標は立てる。動機づけをするのか、減酒でいくのか、断酒でいくのか。そうしましたら、調べた時点では全員が専門医療につながっているのです。つまり、このような多様なプログラム、治療スタイルで総合病院でいろいろとやれるということが、分かってきています。

では、それを実現するためには、どうしたらいいのか。先ほどから診療報酬のことが出ていますけれども、本当に大事です。例えば、月2回以上アルコールの医療機関からマッチングさせた総合病院にアルコールの専門医を派遣したとして、これが成り立つためには、やはり診療報酬の裏付けがないと困ります。実は総合病院の精神科医の配置は、非常に二極化しております。総合病院精神医学会が2年ごとに行っている調査のデータをもらってきたのですが、大学病院の本院は全て精神科医が二桁います。一方で常勤医1名の病院、0名の病院は、こんなにたくさんあるのです。ここでアルコールだけを診ろというのは、無理です。

ですので私が1つ考えたのは、総合入院体制加算という非常に有り難いもの。これによって、絶滅危惧種の我々のような総合病院精神科医が、まだ少し生き長らえているのですが。私たちは本当に絶滅危惧種です。そこを拡張することで何とかできるのではないかと考えております。詳しくは後で資料を御覧ください。拡張をしたほうが、既収載の項目へ追加したほうが、診療報酬にはなりやすいのだろうなということを、この間、学習してまいりました。

あとは、人を増やすためには、今の久里浜なり肥前医療センターなりに集めての研修だけではなくて、e-Learning と地域での「ネットワークづくり」を兼ねた研修会をダブルでやる方がいいのではないかと思います。先行事例についてはここに書いてあるように、緩和ケア研修会や PEEC プロジェクトというものがありますので、それを少し抜き出してきました。要するに、従来の研修で緑の部分は、全部、集合研修です。赤字になっている所は e-Learning です。この部分を緑から赤に変えると、随分研修を受けられる人数 Capacity が増えます。内容も最近はいろいろな工夫がされていますので、先行事例を参考にしてやると違うのではないかと。それから、集合研修はワークショップを中心にして、しかも先ほどの岡山の事例でもありましたけれども、行政が中心になって事例検討会などをやる所にそのような研修会が入ると、大分顔なじみができ、力も上がって、地域のネットワークも作れる、一石三鳥ではないかと思っております。

それから AUDIT を簡易な心理検査として診療報酬にぜひ入れていただきたい。それだけでも、随分違うのではないかと思います。依存症に関しては日本では非常にデータが足りません。長谷川式認知症スケールもそうですけれども、点数になれば皆さん結構一所懸命やりますので、よろしく願いしたいと思います。国家試験にも出してください。これは、この前のフリーディスカッションでも申しました。

これは少し古いデータですが、精神科の後期研修医向けのテキストの調査です。真ん中のコラムを見ていただくとお分かりのように、アルコールだけではなくて、依存症に章を割いていない。けれども、専門医になるためと称しているテキストは、これだけあります。これでいいのでしょうか。私は非常におかしいと思っております。そのようなことをただ言ってもしょうがないので、実際に学会レベルでいろいろな連携をやっております。来年の7月に福岡で JANDAC、依存症関連の合同学術総会が行われます。そこでも、3回目のジョイント・シンポジウムの開催が内定しております。今年の札幌では118名の参加がありました。

総合病院では、本当に困っています。400、500床の総合病院に精神科医が1人では、せん妄の対策だけで疲弊して動けません。ですので、もう一人、そして更にコメディカルがいたら、全然違うと思うのです。そこを、総合体制加算などで入れていただいたら全然違うのではないかと。既に私たちは、先行事例モデルを集めています。研修会とかもやれると思いますので、是非その辺りを御検討いただきたいと思います。以上です。

○樋口会長 小松委員、ありがとうございました。いろいろな問題を提起していただきま

した。続いて廣参考人に、「産業保健・企業の取組み」について、御発表いただきます。

○廣参考人 廣でございます、よろしくお願いいたします。私の訴えたいことというか、お願いしたいことをまず最初に申し上げておきますと、第１期でも職域に対する対策というものはある程度書かれていたわけですがけれども、第２期は一層それを推進していただきたい、いただく意義があるだろうということです。もうちょっと言いますと、先ほど堀井委員からの話にもありました出前教室も良いのですが、現場の産業医あるいは産業看護職、さらには衛生管理者というような現場の専門スタッフを巻き込んだ、その人たちを動かすような取組が非常に重要だと考えています。

職場において、アルコール問題対策を推進していく意義は、大きいと思います。いわゆる就労年齢の方々が多くの時間を過ごす場所です。先ほど申し上げたような専門スタッフからのメッセージ、ちょっと固い言葉でいうと介入が、非常に届きやすい状況になっておりますし、女性の社会進出ということで、実際に女性で職場で働く方が大変増えています。女性の問題飲酒者に対しても働き掛けができる場になっていると思います。

仕事からみの飲酒機会が多いこともよく知られているわけですが、こういうものプラス職場でのいわゆるイネイブリングといった、職場には不適切な飲酒の助長因子になる部分があるのですが、一方で働いているということ、それから職場の人たちとつながっているということ、何らかのサポートが受けられるというのが、職場の抑止因子にもつながるというデータも数多くございます。そういうふうなことも考えられるかと思います。

前回の議事録を拝見したところ、堀江委員からもお話があったようなのですが、職場では退職しない限りフォローアップがずっとできる。何か介入をした場合、そのフォローアップが容易ですので、いろいろなモデルにもなり得るのではないかと考えています。

これまで職場においてアルコール問題対策がどのような形で行われてきたかをお示いたします。第１期を開始するに当たっても呼んでいただいて、その際お話したと重複するのですが、簡単に御紹介したいと思います。まずアルコール依存症をはじめとする、アルコール性の健康障害を有する労働者の方が、治療を終えて職場復帰をする人たちがまた良い形で仕事ができるような職場復帰支援、これについて取り組んでいる所が少なくありません。しかし問題点として、既に職場に非常に迷惑を掛けてしまって休業されているような方の場合は、なかなか職場復帰は難しいというのが現状としてありますので、やはり職場復帰を少しでも良くしようとすると、早期の受療というのが非常に大事になってくると、現場としては痛感しています。

依存症かそれに近いような方々が職場でいろいろな問題を起こすことへの対応についてお話をしますと、なかなか早期に健康管理部門にはつながりにくい。飲酒に甘い風土というのが多くの職場にありますので、そういうことから健康管理部門につながらないですが、それだけではなく健康管理部門につながっても、そこから先の専門医療機関になかなかつながりにくい。本人がはっきりと希望しない限り受け入れてもらえない、そういう

難しい問題もあります。

後でまた申し上げたいのですけれども、家族との連携が職場の産業医、産業看護職ではなかなか難しいという実状があります。その点でも、事例対応していくかという部分にも難しい点があるかと思います。

次に、不適切な飲酒に関する健康教育、保健指導です。集団教育や保健指導も、一部の大企業を中心に行われてきました。しかしながら、システムティックなものは余り開発されていなくて、担当者の熱意とか問題意識とか知識とか、そういったものに依存してきたと言えるでしょう。それから、長期的な効果がなかなか上げづらかったという問題があるかと思います。

それから、職場復帰支援について言えば、2004年にうつ病や不安障害で休業した労働者の職場復帰支援をどうするかに関して、厚生労働省から手引きが出されています。これを受けて、アルコール依存症の場合、どのような面に注意したらいいのかということ、私どもがマニュアル化しました。力不足で余り広がっていないのですけれども。最近では、健康問題全般について復職ガイダンス活用ハンドブックというものが、産業保健の専門職が会員である日本産業衛生学会から出版されていますが、これらが共通して重視している点として、産業保健スタッフと主治医との連携があります。今、地域障害者職業センターであるとか精神科医療機関のリワークプログラムが注目されていますけれども、それだけで復職を成功させるのにはやはり限界があります。そこだけではうまくいかない。やはり職場の中にいる産業保健スタッフといかに連携するかということが非常に重要になる。すなわち職場と医療の連携モデルというものが必要であるかと思っています。

介入の件についてですが、これまでアルコール依存症例の介入としては、次のような定石が職場においてありました。関係者の間で入念に打合せをして、家族と連携を取り、そして本人が起こしてしまっている問題点を本人に理解してもらう。直面化とよく言われますけれども、そういうことを経て本人にも自分自身で治療を選択してもらう。その場合には、治療をちゃんと終えたら職場でまた受入れますよという確認、保証も行う。そして主治医と連携するという流れです。

しかし、先ほど申し上げたようになかなか難しい点があります。家族との連携、職場関係者から家族に連絡をするというのは、やはりプライバシーの問題もありますし、アルコール問題の場合、家族の関係が非常に危うくなっていることがありますので、そこに不用意に職場からいろいろな連絡がいくと、更に関係を難しくするというようなことも考えなければいけない。また、専門医との連携では、本人の断酒の意思が明確でないと、なかなか専門医療機関には受け入れてもらえない。こういう問題がこれまであったわけです。

これについては治療ガイドラインも少し変わって、減酒という考え方が導入されていき、一般医療機関において取組が進んでいきますと、少し変化していくのではないかと期待をしているところではあります。

一般に現在、不適切な飲酒への個別介入の機会として、職場においてどのような場面があるかというのを挙げてみたのがこれです。様々な機会があるわけですがけれども、ちょっとここで御注意いただきたいのは、こういう活動を産業医、産業看護職等は自主的に選択して行っているわけではなくて、本来事業者、会社が行わなければいけないと法律等で決まっているものを、代行するというような形で行っているということです。すなわち職場における健康管理は、事業者を実施義務があつて、その内容は主に労働安全衛生法規によって規定されています。健康診断しかり、ストレスチェックしかりであります。

健康診断というのは、職域に余り関係のない方には、ちょっとした人間ドックのようなものではないかと誤解されているのですけれども、狙い、目的が違うのですね。健康診断結果は、事業者が生データではないにしても確認して、就業面の配慮等に活かさないといけない、あるいは配置転換に活かさないといけないので、個人のものという部分はあるのですけれども、事業者がそれを確認することになっています。そういうこともあつて、実施しないといけない項目も規定されています。法定外項目、この規定されている項目以外の項目を実施するときには、基本的に労働者の承諾が必要だということになります。ですから、職場でアルコール依存症のスクリーニングテストをやればいいのかという声もあるのですけれども、これはそう簡単ではありません。

一時期、自殺者が増えたときに、うつ病のスクリーニングテストを職場で行うべきだと、当時の大臣が発言されたのですけれども、多方面からそれは難しいという反対が出た。いろいろ理由はあるのですけれども、それと同様に、いきなり全ての事業所にアルコールのスクリーニングテストを行うというのは、恐らくは今現実的ではありません。また行う場合には、事後措置などを含め、仕組みをしっかりと作っておかないといけないということです。スクリーニングの類はやりっぱなしとなってしまうというのが最悪です。

今の話とも関係がありますけれども、職場というのは基本的に医療の場ではない。労働者に働いてもらう場ですね、それから先ほども申し上げましたけれども、家族との連携というのが、産業保健スタッフからの場合には、恐らく医療の現場よりは困難である場合が多い。職場の健康管理は独特の枠組みを持っています。ですから、その枠組みを踏まえた上で、地域保健あるいは医療機関とどう連携するのかというモデルが求められるということになります。これを押さえておきませんと、単発的な取組というのはできるでしょうけれども、長続きはしないと思います。

禁煙問題を例に挙げますと、労働安全衛生法規の中に禁煙の活動は入っているのですね。それで、職場においてもあれだけの継続的な広がりが今実現している。一方で飲酒というのは明確には入っていないのですね、飲酒問題については。それは非常に分かりやすい比較ではないかと思います。

繰り返しになりますけれども、職場において飲酒問題についての介入を行う意義としてはフォローアップが容易である点があげられます。脱落者を少なくできるでしょうし、丁寧な観察も可能になる。それから様々な規模の集団が対象にできる。大企業もあれば中小

・零細企業もある。産業保健スタッフが豊富な所もあれば、ほとんどいない所もある。いろいろモデル事業ができます。それから、うまくいった例を同業他社で水平展開しやすいという点もあるかと思います。他方で年齢、生活水準、健康観、価値観というのが比較的均一な集団になっていますので、こういうことについては結果を評価する場合に考えていけないといけなんでしょう。それと、先ほど申し上げた特殊な枠組みがありますので、他の産業保健活動との優先順位というものを考えながら展開していく必要があるのだろうと考えています。

最近ここにあげたような話題が産業保健でメンタルヘルスに関係して起こってきているわけですが、いずれも飲酒問題を絡めて考えていくことができるのではないかと思います。

第1期計画の報告を見ますと、こういうものが挙げられていて、そこそこ取組が始まっていると言えるかと思うのですが、まだまだ現場の感覚としてはこれは浸透していない、届いていないというのが現状かと思っていますので、是非とも第2期では産業保健、特に産業保健職との連携を考えながら、モデルのようなものをしていただくとよろしいかと思います。以上です。どうも御清聴ありがとうございました。

○樋口会長 廣参考人、ありがとうございました。職域におけるアルコール健康障害対策に関する現状と課題、それから今後の方向性について御発表いただきました。それでは最後の発表者、伊藤委員に「基本計画の成果と今後の重点課題 SBIRTS の促進に向けて～自助グループの立場から～」を、よろしくお願いします。

○伊藤委員 伊藤です。本日は厚生労働省の依存症対策の成果について、自助グループの立場から評価させていただきます。その後で、今後のアルコール依存症対策の重要な施策として、SBIRTS の積極的な展開を提言して皆様の連携協力をお願いしたいと思います。

まず基本計画の成果と今後の重点課題ですが、民間団体の支援に関する成果(1)として、自助グループの活動機会の拡大と認知度の向上がありました。そこに書いてありますように、啓発事業の地域行政との共同開催等及び体験談の要請等が各機関から拡大しました。次の写真は、本年ありました第56回全国(京都)大会の写真です。これは京都府京都市との共催で行いました。

次に民間団体の支援に関する成果(2)として、アルコール依存症対策の進展。そこに書いてありますように、全国規模の依存症民間団体事業への補助金、酒害ミーティング活動への支援、情報提供活動への支援及び普及啓発活動、こういうものが進展しました。このように、徐々にそれぞれの地域における民間団体への支援というのが広がっております。

問題点として、それぞれの地域行政における組織的な情報共有というのが不足しています。また、アルコール依存症健康障害対策の依存症対策に関するモチベーションというのは、各地域で差があります。3ですが、このような施策は国庫の負担金が10%、それぞれの地方自治体が50%負担ということで、なかなか実施されないという現状があります。

次に自助グループの現状、断酒会の現状を報告させていただきます。表にありますよう

に、これは断酒会の会員数ですが減少しています。次のページにありますように、この20年来ずっと減少を続けています。これは見ていただくと分かりますように、新入会員の数が年々減少しています。またこれにより、断酒会の家族会員の数というのでも減少しています。むしろ家族会員の減少率のほうが本人会員の減少率よりも大きいという現状です。これはグラフにして会員数の推移を表しています。

自助グループ減少の原因として幾つも要因があるかと思いますが、考えられるところとして、専門医療機関との連携・交流が希薄になったということがあるかと思っています。以前に比べて専門医療機関からアルコール依存症者を紹介されたというケースが減っています。2番として一般医療機関との連携・交流がなかなかできていません。3として我々自助グループの活動が受け身に転じているのではないかと反省しています。こちらから積極的に同じ依存症の方に呼び掛けるといった活動が、なかなかできていないと反省しています。4番として社会の意識変化もあるかと思っています。どの組織も大体、会員数が減少傾向にあるというのは一般的です。

次に自助グループ活性化のためには、我々が活性化するためには、先ほどの問題点の裏返しになりますけれども、専門医療との連携・交流を復活していきたい、積極的に展開したいということです。2として一般医療機関との連携体制を構築していく必要があると考えています。一般医療機関からの紹介を広く受け入れられるような体制を考えたいと思います。3として地域の行政相談機関との連携を密にしていく必要があるかと思っています。4として積極的なアウトリーチへの参画。現在までも行っていますが、これをより進めていきたいと考えています。5として活動の多様化。昔と比べましてアルコール依存症者自身が年齢、性別あるいは病気の種類等でいろいろ多様化していますので、それに応じての我々自助グループの活動、時間とか集まり方、例えば女性だけの例会を行うとかそういうもの。あるいは我々自助グループとして中間回復施設の運営というのを検討することも、活性化のためには必要かと思っています。

次に依存症対策の充実を目指して地域連携等の推進を行っていききたいと考えています。基本計画・推進計画の共通認識として、民間団体と連携が図られている医療機関が十分ではないという現状認識があるかと思っています。また、三重県の健康福祉部は、アルコール依存症当事者が医療機関から自助グループにつながりやすい仕組みづくりを行うということで、これを実施されています。

次に地域連携の象徴としての SBIRTS。SBIRTS というのは各地域で展開されるべきものです。ここに書いていますとおり、SBIRTS は第一次関係者会議でも提案され、2として平成25年から三重県で実施されました。実施された後、効果が出ています。3として大阪府では SBIRTS という言葉はありませんでしたが、歴史的にそれが実践されてきており、実績を上げてきました。

厚生労働省によるモデル事業の推進。受診後の患者支援に係るモデル事業として、平成30年度にここに書いてあります府県で実施されました。地域連携等による依存症早期発

見、早期対応、継続支援モデル事業として SBIRTS を実施されている府県があります。依存症の治療・回復プロセスの確立というのは、我々自助グループ断酒会の念願であります。

受診後の患者支援に係るモデル事業として、こういう図が考えられています。適切な治療を受けた後、退院後の方に民間支援団体を紹介してつなぐ。ここの右の方にあります専門医療機関あるいは専門職員から紹介してつなぐという図が考えられています。専門医療機関でそういうことをやるということは、回復の継続的な持続のための行為でありますので、診療報酬の加算を考えていただきたいと考えています。

次のページで、今厚生労働省がこの対策として SBIRTS、切れ目のない回復支援のためにということで、専門医療機関から退院後も民間自助グループでの回復というのが重視されていて、国が考えていますので、日本全国各地域でそれが行われるということを期待しています。

アルコール依存症の行動変容ステージとして、ここにありますように、アルコール依存症ということに気が付いてから、断酒、酒を止めるということが実行され、本人が決意して実行してからでも維持することが大切です。維持できない場合はまた再発になる。一旦自分の問題に気が付いて酒を止めても、また飲んでしまうと、1日飲んで2日目からまた酒を飲まない生活をするというのは、なかなか難しいので、また1からの治療に戻ってしまうというケースがあります。やはり我々の立場としては、病気が再発することなく、酒の無い生活を維持することが大切であると考えています。

ここに回復と書いてありますように、酒を飲まないというのは大切ですけれども、酒を飲まないだけであれば、どこかに閉じ込めて酒を飲まないということはあるわけですが、そうではなしに、その本人が酒を飲まずに、酒の無い今までと違う新たな人生を前向きにとらえて生活していくという、これが大切であると考えています。毎日毎日の日々を送っていくということが大切であると、我々は考えています。ですから真の回復というのには、早期発見から早期治療、断酒継続からその人の新しい生き方までの一連の流れが必要だと考えています。

そうは言っても、自助グループに本人がつながってくるというのはなかなか難しい問題です。そのためには地域連携が大切であると考えています。だからこそ SBIRTS、SBIRTSの最後のSは自助グループへつなぐという、Self-help group。継続した回復のためには、これが大切だと我々は考えています。SBIRTSを是非実現していきたいと考えています。

SBIRTS 促進のためにです。SBIRTS はこのようなものですが、酒というのは無理強いしてもなかなか止められるものではありません、本人の決めることです。ということで、その人その人の動機づけというのが大切かとは思いますが、まず酒を止めている人間との出会いの場というのを作っていただきたいと思います。我々にとって同じ立場の人間が体験したことというのは、よりリアルで説得力があるのではないかと、また同じ立場の人間というのは、心理的にハードルというのが低いのではないかと思います。我々は絶対に本人に無理強いはしませんが、本人のために、より自助グループに良い印象を持っていた

だくように努めるようにします。受診者の意識変化というのは、これは刈谷病院の実績ですけれども、このようにどんどんイメージが良くなってきています。こういうことが現にエビデンスとして出てきていますので、SBIRTS をどんどん普及促進していただきたい。

我々断酒会は、SBIRTS 普及促進セミナーというのを、昨年度より各府県でここに書いていますように実施しています。こういうプログラムでワークショップ等を行ったり、劇を行ったりしてやっています。早期発見、早期対応から自助グループ、各地域に断酒会がありますので、地域資源としての自助グループを活用してそこへつないでいただいて、継続的な支援を行いたいと思っています。

最後のページ、こういうことです。是非 SBIRTS を展開していただきたい。積極的に SBIRTS を展開するためには、診療報酬の実現が必要かと思しますので、是非検討していただきたいと思います。以上です。

○樋口会長 伊藤委員、ありがとうございました。自助グループの立場、特に SBIRTS についてお話を頂きました。各発表者に時間を守っていただいたお陰で、20 分ほどディスカッションの時間がありますので、御質問等ございましたら、どうぞよろしくお願いいたします。コメントでも結構ですので、どうぞ。

○上村委員 ありがとうございます。廣先生のほうにお伺いしたいのですが、昨今、働き方が非常に多様化していて、パートタイムであるとか、アルバイトであるとか、再雇用であるとか、いろいろな形で働いている方がおられると思うのですが、私もサラリーマンの 1 人として、周り、自分の会社のことを考えると、やはり健康診断とかストレステストというのは正社員がメインというか、それ以外の方は対象になっていないケースが多々あるように思うのです。正社員以外にどのような形で介入するのかというのは、手付かずの課題として残っているのか、それとも何か具体的な取組が進んでいたりとかするのでしょうか。その辺りをお願いいたします。

○廣参考人 正社員、いわゆる常時雇用者という枠組みがありまして、その人たちに対しては健康診断もストレスチェックも行うということになっています。派遣スタッフも同じです。派遣元がやらないといけないということになっています。ただ、短時間の勤務者、おっしゃられたようなアルバイトだとか、1 日 4 時間とか 2 時間しか働かない方々、こういう方々に対しては、各企業、事業体の取組に任されているのが現状かと思えます。

○樋口会長 ほかにいかがでしょうか。

○江澤委員 ただいまの関連で、廣先生にお伺いしたいのですが、御存じのように今、我が国は従業員 50 人未満の事業所が多くて、衛生委員会とか産業医の配置がなかなか難しい、しかもそういう所で働いている労働者が多い。職場健診もなかなかやりっぱなし健診がまだまだ多くて、保健指導に結び付く例は少ないのですが、私個人的には中小企業等に助成金でも設けて、事業主が健康経営を推進するという施策が必要ではないかと考えています。これは当然、アルコール障害に加えて生活習慣病も含めてと考えておりますが、先生のほうで何か、施策に対するアイディア等ありましたら教えていただきたいと思います。

っております。

○廣参考人 ありがとうございます。先生がおっしゃられたように、いわゆる小規模事業所に関してはアルコール問題に限らない、産業保健全般の課題かと思います。行政として1つあるのは、地域産業保健センター、各都道府県産業保健総合支援センターの中に地域窓口というのがある、そこが担当してサポートをするということになっています。これには全国的に見るとかなり温度差があって、活発に行われている所とそうではない所があるようなのですが、そういう所を介して、このアルコール問題についても働き掛けをしていくというのが1つあるかと思います。あとは、地域によっては工業団地などで、自主的にひとかたまりで産業保健の専門家を招く形でしょうか。有名な所では、東京都の大田区が昔から熱心にやっています。ああいうのも1つのモデルとなるかもしれないと思っております。

○樋口会長 ほかにいかがでしょうか。

○堀江委員 今、産業医の話がありましたので、続けて質問させていただきます。江澤委員と廣参考人が詳しいのではないかと考えて質問させていただきますけれども、産業医は御存じのとおり、日本医師会が認定産業医を管理していきまして、その講習会というのがあります。今度の春に県が主催の講演会の講師を、私は頼まれているのですが、そこで認定産業医のポイントになるような認定を受けられないかと言ったら、県主体の会は受けられないと言われてしまったというのですが、ここの確認をさせていただきたいのと、もしそれが本当だとしたら、とっばらうことは可能かという、規制緩和できるかというところ。もう一点は、先ほどの産業保健センターみたいなものが神奈川県横浜にもあるのですが、1年間ずっと、私はその講習会のタイトルを見ているのですが、アルコールのアルの字も出てこない、これはどの辺が推進すると、産業保健センターのほうで。産業保健センターに直接、医師会がお願いに行くのか、県が行くのか、その辺のところにお詳しくあったらお聞かせいただけたらと思います。

○樋口会長 それでは、まず、江澤委員いかがですか。

○江澤委員 堀江先生、どうもありがとうございます。今、御存じのように産業医の要件は、日本医師会の認定産業医が最も多くて、あとは労働衛生コンサルタントの国家資格、大学の教授、准教授、講師をされている方が産業医の要件になっておりまして、圧倒的に多いのが日本医師会の認定産業医で、所定の座学研修と、実地研修の項目、単位を満たすということになっております。現行では国の定めで、一応該当する研修が規定されておりまして、その単位を積み上げるということになっており、特に産業医大の先生方にも1週間まとめて研修を行って頂いたりしております。先生が講師をされているという分だと思っておりますけれども、またちょっとリサーチをして、可能かどうか、また検討させていただきたいと思っています。

○樋口会長 今のはコメントですか。はい、どうぞ。

○辻本委員 大阪では、「職場における」ということを付けたら、アルコール健康障害対

策でも、産業医の講師として私が講演することが可能になっています。これはポイントを取るという形で、非常に大勢の方が来られます。今年やったのですけれども、本当に 300 人の会場で溢れるくらいの方が来られまして、非常に効率的ですので、そういうことはこれからどんどん、やることは考えようと思っています。

○江澤委員 ありがとうございます。都道府県の医師会の認定があれば問題はないと思いますので、また都道府県の医師会とも御相談いただければと思っています。

○廣参考人 都道府県の医師会へ相談する、その相談の仕方ではないかと思います。いろいろな学会などで産業医の単位認定を取得できる研修会を実施していますが、その場合には数か月前に申請をして、各都道府県の医師会でそれが認められれば、認定の単位になると思いますので。

○堀江委員 ということは、都道府県の職員が、都道府県の医師会にお願いにいくのですか。

○樋口会長 今の話はかなり細かい話なので、できればもっと広い話をしていただきたい、2 つ目の質問のほうが大事だと私は思っています。どうぞ。

○廣参考人 はい。取組ですね。第 1 期の報告文書に以下のような記載があったと思います。産業保健活動総合支援事業という国の取り組みがある。その一環で先ほど御紹介した各都道府県の産業保健総合支援センターで、さまざまな研修会が行われている。その中に、アルコール問題も盛り込むと。恐らくはこれに各都道府県によって差があって、しっかりされている所とこれからの所とがあるというのが現状かと思います。

○樋口会長 それを推進していくには、どのような方法があるのですか。

○廣参考人 恐らくこういう場でもっと「職場で」ということを言っていただいて、各全国の所長が集まる会議とかで周知をすることはできると思います。各センターには年間計画がありますので、その中のテーマの 1 つとして、アルコール問題を入れていただくことは可能だと思います。

○樋口会長 ほかはいかがでしょうか。

○渡邊委員 私は校長をやっているものですから、教員の管理ということも結構今求められていて、その関連で廣先生にお伺いしたいのですが、学校は大変ストレスフルな職場で、先生方がメンタルで結構休職をされたりということがあるのですよね。当然、健康診断もストレスチェックもきちとなされているのですけれども、その結果が、御本人のプライバシーの問題がかなりあって、管理職にも還元されないということがあります。あと、最近では、私たちが勤務評価をして、それが給与や昇給というものにかなり関わってくるので、先生方も管理職に対して、自分の弱みをなかなか見せたくないという意識も出てきていて、私たちが直接先生たちを観察する以外に、なかなか先生方の抱えている実態をうまく把握できないということもあったりします。また、せっかくやられている検査等が生きた形になっていないのではないかとということを感じているのですけれども、これはやはり制度的な問題であって、何か改善の方法というのはないのでしょうか。

○廣参考人 個人的なコメントになりますが、一般企業に比べて、一般に学校の健康管理体制といいますか、産業保健活動が若干制度的に難しい、遅れているというのはあるかと思います。先ほど申し上げたように、健康診断の結果というのは、事業者が把握しなくてはいけない、生データはともかくとして、この人とこの人は、こういう健康問題があるので配慮しないといけないとか、そういったものを把握しないといけないということになっているのです、労働安全衛生法では。そのように規定されている。しかし学校の場合、その事業者というのが誰になるのかというようなことが、ちょっと私は知識がないので分からないのですが、現場にいる人でないことなどから、それがうまくなかなかなされにくいといえますか、なされていないという現状があるのではないかと思います。

○樋口会長 ほかはいかがでしょうか。

○辻本委員 辻本です。廣先生にばかり質問してしまってすみません。やはり家族支援というのはすごく大事になっていくと思うのです。内科の先生でも家族の方を巻き込まないといけないし、私たちもそうなのですが、事業所とか産業医の先生が、もし本人の同意があれば、家族を呼ぶということは可能なのでしょうか。

○廣参考人 もちろんそれは可能です。基本的にやはり家族の支援がないと、家族と一緒になっていないと、これまでアルコール専門機関につなぐのはうまくいかなかったし、職場で幾ら断酒を約束、指導していても、家族が飲ませていたら、効果が期待できないので、家族との連携は非常に大事で、本人が同意をしてくれればいけるのではないかと思います。しかし、それがなかなか難しいというのが、これまでの現状としてあったということです。

○辻本委員 ありがとうございます。

○樋口会長 ほかに SBIRTS の話とか、総合病院の中の課題のような話もありましたが、何かほかに質問ございますか。

○稗田委員 すみません。SBIRTS と絡むのですが、家族の支援というのは、家族を救わなければならないということで、この法律の 1 つのテーマになっていると思うのですが、今日のお話の中では、医療ということが中心だということもあるのですが、家族がどこで救われているのか、どのようにつながってどこで救われているのかというのが、ちょっと今一つ見えてこなかったかなということで、私はやはり家族の方のお話もきちんと聞く機会があったらいいかなと思います。

○樋口会長 この中でですか。

○稗田委員 そうですね。それは思います。それから、廣先生には本当にありがとうございます。家族との連携の困難というのは、具体的にどんなことが挙げられるのかということ。それから、SBIRTS は随分といろいろなところで広がりを見せてきているような印象があって、例えば御本人だけではなくて、家族の SBIRTS とか、いろいろなパターンが出てきている中で、例えば職場の中で家族会につながるとか、そういうようなことを提供している職域があれば、是非教えていただきたいなと思います。

○廣参考人 まず、家族との連携の難しさということですので、幾つかあるのですが、端的な例を挙げると、過去に健康診断の結果を家庭に郵送しようという取り組みをした企業があったのですが、それを本人とは違う家族の人が見てしまって、そこでちょっとトラブルの原因になった。健康診断は個人情報ですので、本人以外の人には基本的には無断では見れないようにするというような配慮が求められる。このように、健康情報の取扱いに関して、我々は家族にダイレクトにアクセスするのが難しい。それともう1つは、家族のほうも警戒する。いきなり職場から連絡があると、家族は「うちのお父さん、健康問題でクビになるんじゃないか」とか、極端な例ですが、そういうのがあるので、そこをうまくやらないと、良い連携ができないところもあると思います。個人情報の問題と、感情的といいますか、そういう問題が挙げられると思います。

○樋口会長 それからあと、事務局に今提案がありましたが、家族からのプレゼンも中に入れていただきたいということですが、その辺り、またどうぞ御配慮いただきたいと思います。

○石塚推進官 御指摘のほうは検討したいと思います。

○樋口会長 ほかはいかがでしょうか。

○今成委員 すみません。廣先生に集中してしまって申し訳ないのですが。

○廣参考人 ありがとうございます。

○今成委員 私がよく聞く話なのですが、産業医がアルコール依存症というような診断を出してしまうと、職場でその当事者が不利益を被るということで、配慮してしまって、鬱病にするとか、本人と相談の上、診断書をアルコール依存症で出さないというような話を聞くのですが、この辺りはどうでしょうか。

○廣参考人 もしかしたらその病気に対する偏見というものが実際にあってとか、あるいはちょっと余計な心配をしてというようなことはあるかもしれません。実際アルコール依存症にとどまらず、例えばちょっと例が適切かどうか分かりませんが、統合失調症とか、難治性うつ病とか、そういう病気の名前が独り歩きすると、不適切な考え方を持つ人がいるかもしれない。ですので、少しマイルドな病名にしたいというところはあるかと思います。ただ、肝心なことは、その人に対して職場でどういう配慮をしないといけないとか、どういうことはやってはいけないとか、その辺のところをきちんとうまく伝えることであって、それができれば、正式な病名というのは、必ずしも必要でない場合も多いと思います。特にまだ偏見があるような病気については、大変デリケートな部分ですので、職場での必要な対処がなされるような働き掛けができれば、必ずしも病名は要らない場合もあるのかなと思っています。偏見の除去と併せてこれは見ていかないといけない問題だと思います。

○今成委員 正にそうで、依存症全般そうだと思うのですけれども、この偏見の除去を社会全体でそして職場でやっていかないと、なかなかカミングアウトができないということになってしまうかなと思います。

○廣参考人　そうですね。

○樋口会長　貴重な御意見ありがとうございました。あとお一人だけ。

○小松委員　小松です。先ほどもちょっとプレゼンでお話ししましたが、総合病院には、本当に非常に重い患者さんも無理矢理運ばれてきます。保健所から保健師さんが行ったりとか、地域包括支援センターとか、そういう所がアプローチをしても、なかなか専門のクリニックや病院に行かないような患者さんが、体がギブアップしてしまうと、119 番を呼ばれてしまうと、救急車に乗ることを拒否する患者さんはまずいません。そして、アルコール依存症の場合というのは、必ず身体合併症がつきものですので、非常にそこが大きな入口になると思うのです。そして、総合病院に勤めている医者というのは、目の前で患者さんが死んでいくのを見ているのです。ですから、そこに本当に援軍を頂きたい。救急医とか、内科のドクターが非常にペシミスティックなのは、依存症に関しては空手で何もできないところに、一番重い患者が来て、そしてどこにもつなげられないというこの現状があるので、今そのようになっているのです。本当に目の前で先週も患者さんが亡くなりましたし、是非そのことを酌んでいただきたいと思います。

○樋口会長　はい、ありがとうございました。

○米山委員　すみません、私も最後に廣先生に御質問なのですが、先ほどちょっと私聞き逃したかもしれないのですが、労働安全法規の中に、飲酒のことが含まれてないとおっしゃったように思うのですが、もしそれが含められるように法規が改正されとか、そういった何かほかのことが解決すると、もう少し職域でのアルコール対策というのがやりやすくなるということはあるのでしょうか。

○廣参考人　含まれていないというのは少し言い過ぎかもしれませんが、明確の形ではない。例えば今日は詳しくお話しなかったのですが、トータル・ヘルスプロモーション・プランの中の保健指導には飲酒についても働きかけを行うとか、ストレスチェックの事後措置の高ストレス者面談の中で、飲酒指導をしている例もあります。そういうのはあるのですけれども、先ほど例に挙げましたように、禁煙対策ほど明確になっていない。あれはやはり非常に大きいかなと思うのです。法規で具体的な取り組みの必要性が明示されると各事業所も動きやすいし、産業保健スタッフも活動しやすい、継続的な活動が可能になると考えています。

○米山委員　ありがとうございました。

○樋口会長　どうぞ。

○奈尾審議官　ちょっと事務局から一言申し上げます。担当部局が今日はいませんので、今のようなお話があったことはお伝えしたいと思いますけれども、そもそも労働安全衛生法の性格なのですが、基本的には事業主の安全配慮義務というのがあって、それを履行するという法律かと理解しています。そうすると、タバコとの関係で言うと分かりやすいのですけれども、受動喫煙というのがあって、これは御本人の健康というより、周りの方、従業員の方の健康を守るという趣旨で規定したという経緯がありまして、アルコールはそ

ういう性格があるのかと。例えばアルコール依存になる方については、事業主の安全配慮義務の中なのかどうなのかという疑問が多分あり得ると思うので、その辺は検討しないといけないと直感的に思いました。いずれにしても、担当部局には伝えたいと思います。

○廣参考人 それでいうと、日本のデータは余りないのですが、例えば労災事故の背景に飲酒問題があるというような海外のデータはかなりあるのですね。ですので、そういう観点からは少し切り込めるのではないかと考えています。

○樋口会長 ありがとうございます。議論が尽きないところですが、ここで議事を締めさせていただきますと思います。活発な御議論を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ありましたら、事務局のほうからよろしくお願いいたします。

○石塚推進官 資料 8 で前回の御意見を取りまとめておりますが、今回、御説明は省略しますが、今回以降も取りまとめをしていきたいと思っております。また、前回頂いた御指摘や宿題などについては、個別に返している部分もありますが、次回か次々回ぐらいに、資料としてお示ししたいと思っております。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。特に廣参考人、吉本参考人、貴重な情報を頂きました。ありがとうございました。

次回は、相談支援・社会復帰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。発表者にきましては、事務局から各委員の皆様に別途相談させていただきます。次回の開催日程につきましては、事務局より追って連絡をいたします。それでは、これをもちまして、第 20 回アルコール健康障害対策推進会議を閉会といたします。どうもありがとうございました。