

第24回アルコール健康障害対策関係者会議

日時 令和2年7月31日(金)

10:00～12:00

場所 TKP赤坂駅前カンファレンスセンター

ホール14A

○事務局 それでは定刻となりましたので、ただいまより、第 24 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、御多忙のところ御参集いただきまして、誠にありがとうございます。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報告させていただきます。渡邊委員より御欠席の連絡を頂いております。それ以外の方は全員御出席いただいております。現在 19 名中 18 名御出席されていますので、会議が成立することを御報告申し上げます。なお、8 名がこの会場に御出席いただいております、10 名がオンラインで参加されております。

続いて、本日の資料の確認をさせていただきます。議事次第と、資料が 1 から 5、参考資料が 1 から 5、パンフレットがあります。また、稗田委員の御意見があります。これは、参考資料の添付書類です。不足等がございましたら事務局までお知らせください。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退出をお願いいたします。

オンラインで御参加の委員の方に説明させていただきます。資料は画面でも供覧させていただきますが、モニターの具合によっては見えにくいこともありますので、事前にメールでお送りさせていただいた資料も併せて御覧ください。会議中は、基本的にはミュートにしてください。発言されたい際には、挙手してお待ちください。その後、座長より指名されましたら、マイクのミュートを解除して御発言をお願いいたします。発言を終了する際にはその旨をお知らせいただき、マイクをミュートにしてください。事務局からは以上です。ここからは、樋口座長に議事進行をお願いいたします。

○樋口座長 議事を始めたいと思います。おはようございます。よろしくお願いたします。まず議事次第の 2、今後の会議の進め方についてです。事務局からお願いいたします。ちょっとその前にお話申し上げたいのですが、今日はものすごくたくさん意見とかが出てきそうなので、事前に委員の先生方が既に提出された意見も後でお聞きしたいと思えますけれども、コンパクトにお願いしたいことと、それから、ほかの委員が話した内容については重複しないようにしていただきたいと思えます。できるだけ時間を有効に使いたいと思えますので、よろしくお願いたします。それでは、今後の会議の進め方について、事務局からお願いいたします。

○石塚推進官 それでは御説明いたします。資料 1、今後のアルコール健康障害対策関係者会議の進め方(案)というものです。1 ページに、前回も少し示したのがあります。前回から 7 月 31 日、変わった所として、家族支援、民間団体に関する今成委員からのヒアリングを入れております。それぞれの計画案について審議していただきたいと思えますが、基本的に 2 回ずつするようなイメージで今後も進めていく予定です。2 回目で最後というわけではなくて、下のほうの 10 月、11 月とかに全体的な資料についても議論いただくと、そういう流れで考えております。

2 ページを見ていただくと今日の事項ということで、第 2 期計画のうちの上のほうの基

本的な考え方の 3.にある評価と課題についてという所と、下のほうにある基本的施策の 3.4.についての 2 回目の議論、6.7.8.については、今日新たにお示しする資料での議論、そういう流れで本日は考えております。以上です。

○樋口座長 どなたか御質問はございますか。私から 1 つだけ確認させていただきたいのですが、基本的な施策の 9.と 10.が入っていないのですが、その辺りの扱いはどうなっていますか。

○石塚推進官 9.10.については、人材育成とか調査の事項ということになっておりますので、基本施策の 1.から 8.までの中はかなり調査研究等が出てきますので、その議論を踏まえた後で 9.10.というものを構成していこうと考えております。先ほど御説明した全体的な議論の中で議論いただくというように考えております。

○樋口座長 よろしいですか。それでは、今後のスケジュールはこのように進めてまいりたいと思いますので、よろしく願いいたします。

次の議題に入ります。議事次第の 3、第 1 期アルコール健康障害対策推進基本計画の評価についてというところです。これについて事務局から御説明いただけますか。

○石塚推進官 資料 2 です。前回、重点課題とか基本的施策の目標に対する評価等の資料を御覧いただいたと思いますが、それについて少し定性的に書いたものです。第 2 期計画の中で、こういう評価とか課題を記載していきたいと考えております。簡単に御説明すると、1 ページの第 2 期計画の評価の所については、法律あるいは基本計画に基づいて関係省庁、関係団体、事業者等において取組が展開されていると。また、地方においても基本計画に基づく都道府県計画が 47 都道府県できる見込みですので、それに基づいて地域でも対策が講じられています。一方、重点課題については、一定の飲酒率の低下等も見られたところですが、まだ達成できていないものもあつたりするということです。また、支援体制の整備については、相談拠点とか医療機関も令和 2 年度末までには全都道府県整備される見込みであるということを書いております。総じて、多様な主体における取組が総合的に講じられたと。法律、計画に基づくアルコール健康障害対策の全国的な底上げ、基礎的な土台作りがなされたものと評価できるのではないかと記載しております。

一方で、その下側にある第 2 期に向けた課題ですが、重点課題において達成できていない項目、特に女性に関する飲酒関連、あるいは未成年、妊娠中の飲酒、そういったところについて目標を掲げたところ、まだ達成できていない状況であるということです。体制整備についても、相談医療アクセスについてまだ不十分ではないかという声も聞かれるというところ。また、高齢化とか女性の社会進出あるいは人々の意識の変化、アルコール商品の多様化とか、最近だと新型コロナウイルス感染症などもあるかもしれませんが、そういったところを踏まえて新たな課題等も出てきているのではないかとということで掲げております。

第 2 期計画においては、当然第 1 期計画について更に推進していくということと、新たな課題にも適切に対応していくということでありまして、あと、計画を作っても国民に伝

わらないとあまり意味がないということもありますので、より分かりやすい計画にしたり、あるいは国民一人一人が我がことというふうに感じられるような、身近な問題として意識できるような啓発とか対策をしていくと、そういうことがこれまでの議論の中で出てきた課題と考えております。事務局からは以上です。

○樋口座長 ただいまの説明について御意見がもしおありになれば、どうぞ挙手を願います。どなたかいらっしゃいませんか。稗田委員から事前に提出いただいておりますが、この場で是非発言いただけますか。

○稗田委員 稗田です。申し訳ございません。評価の課題なのですが、第2期計画に向けたという所で丸ポツが何個かあります。今ちょっとコロナのということも出ましたが、まず早期発見、早期対応のためのという所で、関係機関の連携という所に SBIRTS とはっきり入れたほうがいいのではないかなと思いました。それから、これは新たなことなのですが、専門治療機関以外の医療機関における早期発見、早期対応を促進する診療報酬創設の取組というのを入れたいなと思いました。それから、アルコール健康障害の総合支援ができる人材を更に育成する取組、もう1つが、今コロナという話が出ましたが、大災害、感染症等の社会的危機状況における回復支援体制整備に関する取組ということで、これに関しては前文の、また、高齢化や女性のいう所に文言が入っていません。是非、昨今の社会的状況を踏まえというような言葉を入れて、課題の項目に加えていただきたいなと思っております。以上です。

○樋口座長 ほかにいかがでしょうか。事前に意見は頂いておりますが、意見のある委員は、どうぞここで改めて御発言ください。今成委員、お願いいたします。

○今成委員 私は、各自治体を回っていた経験から、是非評価として入れていただきたいと思ったのが、都道府県で計画を策定するに当たり、地域の関係機関と関連行政のいろいろな部署が一堂に会して話し合うという機会を持てた。そのこと自体がすごく連携を進める契機になったということをおっしゃっているので、是非それを入れていただきたいです。そして、計画の進捗とか見直しをやるために、継続して討議する場、協議会とか会議とか、そういうものを設置した自治体がたくさんありますので、そこも評価していただきたいなと思っております。以上です。

○樋口座長 ほかにいかがでしょうか。小松委員、どうぞ。

○小松委員 事前集約にも書いたのですが、そして辻本先生も書かれていますのですけれど、トリートメントギャップの解消については是非、数値目標を設定して入れていただきたい。現時点では、そもそも受療率を何で測るかの物差しが患者調査しかないのです。厚労省でなさっている患者調査で、大体このぐらいの患者さんが受療しているであろうと。それが毎年4万から5万の所をほにゃほにゃと推移している。ここをきちんと定義して調査して、辻本先生などが現状の3倍程度は5年後にはと書かれており、かなり大変な数値目標だとは思いますが、是非入れていただきたいと思っております。以上です。

○樋口座長 トリートメントギャップの何か数値目標ということですよ。分かりました。

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。事前にここに意見を頂いている委員の方もいらっしゃいますが、この場でどうぞ御発言ください。よろしいですか。よろしければこの議題はここで終わりにしますが、私から提案が実はあるのですけれども、一番最初の第2期において、特に以下に取組を強化すべきであるという所はとても大事な所だと思うので、もう一回後でディスカッションして、恐らくディスカッションの中に新たにまたいろいろなものが出てくると思います。それも踏まえた形で最後にまとめていただいたほうが良いような気がいたしますので、それができればお願いしたいなと思います。よろしいですか。小松委員、どうぞ。

○小松委員 もう1つ言わせていただきます。純アルコール量の表示です。写真で前回の会議でもお示したように、お酒はとにかくいろいろな濃度で、いろいろな容量で売られていて、本当に一々計算しないとどれだけ入っているか誰も分からない。だから、例えば30度の泡盛1.7合相当だと知らないで、9%のストロング缶チューハイ500mlの2本をがばがば飲んでいる若い女性とかいっぱい出てくるのです。やはり純アルコールの含量、この一瓶、一缶の中にどれだけ入っているというのを是非、表示して欲しいです。これは割と簡単にできて、啓発的な効果も非常に高いですし、実臨床でもとても役に立ちます。表示がないので私は減酒指導の中で毎日計算しているのです。是非そうしていただきたいと思います。以上です。

○樋口座長 米山委員、どうぞ。

○米山委員 第2期計画に向けた課題という所では、女性、高齢者、家族に着目したアルコール健康障害に対する取組を強化の1つとして挙げられているのですが、特に家族支援に関しては、トラウマ治療を加えた、そういった取組を強化してほしいということを付け加えていただけたらなと思っています。御家族のいろいろな相談を受けていたり、御本人でも御家族としての体験のある方というのは非常に回復が難しいということが言われています。ですから、トラウマ治療というのを是非この中に入れていただけたらなと思います。以上です。

○樋口座長 関連していますが、WHOが新しく作っているICD-11の中のURICOパターンという所の中に、他者からのharmのようなものが入っているのです。そういうようなものも、やはりとても大事な事だと思うので、今のトラウマに関して他者に対する害の評価のようなことを是非お願いしたいなと。1人のアルコール依存の方がいる周りに、恐らくその10倍とか何十倍のそれに対して困っている方々がいらっしゃるということがあると思いますので、それもちよっと検討いただければと思います。ほかはいかがでしょうか。

○米山委員 先生、もう一言付け加えていいでしょうか。

○樋口座長 米山委員、どうぞ。

○米山委員 今、先生がおっしゃったことにつながるのですが、子どもがアルコール依存の問題のある親の元で育ったときに、様々なトラウマを受けて成長して、そしてそれが次の世代のアルコール依存症の問題につながってしまって、世代を超えてどんどん依存ある

いは嗜癖の連鎖が伝わってしまうというところで、それを止めるためにもこういったトラウマに関する取組とか、教育ということが非常に有効だと思います。

○樋口座長 ほかはよろしいでしょうか。それでは、一旦この議題については終わりにしたいと思います。

次の議題ですが、議事次第の4です。第2期アルコール障害対策推進基本計画案の健診と医療について、事務局から御説明をお願いいたします。

○石塚推進官 資料3の表を御覧ください。前回の会議で御議論いただきまして、御指摘いただいたところを赤色で修正したものです。

1 ページを御覧いただきますと、下のほうに生活習慣病に着目した記載を加えています。

2 ページについては、技術的なものですが、別の現状の取組について、後で御説明する基本的政策6の所に移動したものです。

次の3ページを御覧ください。職域に関する取組について、「人事労務担当者等を対象とした事業所向け説明会の充実」という文言を加えております。(3)の調査研究についても、実態把握について加えております。

続いて、その次のページの医療関係です。4ページの下にありますが、治療ガイドラインということで、事前に御説明したのから少し修正しておりますが、減酒指導というところを入れております。「減酒指導から最終的な断酒に向けた治療の進め方を踏む」というような記載ぶりを入れております。5ページは技術的な修正を加えています。

6ページの冒頭についても、少し書きぶりだけを変えて、生活習慣病の記載などを入れた書きぶりに修正しているところです。

6ページの下から2番目の○の所ですが、かかりつけ医、内科などから専門医療への連携というところが重要だと、これまでも言われていますが、なかなか進んでいないところもありますので、より円滑に進むような連携を進める、そのためのガイドラインですとか、そういったものを作成していくという記述を加えております。私からは以上です。

○樋口座長 この議題については、事前に多くの委員から意見を頂いております。頂いている委員を私が指名しますので、端的にまとめてお話をお願いしたいと思います。まず、金城委員、どうぞ。

○金城委員 3ページのNo.11、12に書かせていただいておりますが、「3.健康診断及び保健指導」に関して、内容が地域と職域に関して、(1)と(2)という形に分かれています。が、(1)のひとつめの○と3つめの○である早期発見、早期介入に関する取組については、職域や地域の両方で共通しているかと思っておりますので、(1)に、そういった(全般的な)早期発見、早期介入の取組を持ってきて、(2)に地域における対応、(3)に職域における対応という形で入れられてはどうかと思っております。

その場合に、大学生とか未成年といった若者に関する早期発見、早期介入という部分が全く抜け落ちてしまうかなと思っておりますので、その部分に関しては、まだ確立した介入方法や早期発見というのが日本においてはないので、その辺りは今後開発が進んだときになる

かと思えます。

(2)の所で、職域に関しては産業保健スタッフ等の人材育成のことが入っているのですが、地域で働く保健師等の専門職や行政職に向けた研修というのが余り含まれていないように思えますので、その辺りがあるとよいかと思いました。以上です。

○樋口座長 続いて、小松委員お願いします。

○小松委員 たくさん書かせていただきました。細かく参考資料5ということでWebにアップされていますので、全部読み上げたら時間がありませんので、ポイントをまとめて言います。

まず、関わり方についてです。内科・救急とかの一般の身体科、一般の精神科、それから依存症専門医療機関というように3段階に分けて、介入と治療の内容を階層化して考える必要があると思えます。これは参考資料5のNo.18に書きました。まず、内科・救急ではどういう初期介入をやるのか。それから一般精神科が今まで抜けていました。治療プログラムを持っていないからやりませんと、門前払いしている一般精神科医療機関が余りにも多いのです。ですが、私は総合病院で、自前のARPはなしで、断酒・減酒への支援を外来でやっております。

ですから、「診断と治療方針の決定、および支援全体のマネジメント」という主治医機能を果たす覚悟、そして、それを裏づけるそれなりの研修と地域ネットワークがあれば、どこの一般精神科でもアルコール依存症のミニマムエッセンシャルの治療はできると思っております。そこをやるためにもちゃんと階層化する必要がある。そして依存症専門医療機関、これはないと困ります。ARPがないと、どうにも立て直せない患者はいっぱいいますので。今、お話したように、3種の医療機関をそれぞれ階層化して、やってもらいたいことを明確化して、同時にそれについて、きちんと診療報酬が付くようにしなければ、これ以上は取組が進展しないと思えます。魔法の方法はないと思えます。

私は30年以上関わっていますが、これだけ時間とエネルギーを取られる疾患に対して、何も診療報酬の裏付けがなかったら、誰もこれ以上は関わらないと思えますので、是非そのようにしていただきたいと思えます。

また、一般医療のところではSBIRTSがポイントになると思えます。一般精神科でももちろん入ってくると思えます。以上です。

○樋口座長 続いて堀江委員お願いします。

○堀江委員 資料5の15、16に書かせていただきました。まず、医療の入口になるのが、内科、救急等の一般医療機関、総合病院となると思うのですが、今おっしゃっていた中で、そこでのインセンティブ、そこでの医療の簡易介入の技術を高めていくということなのですが、やってくださいと言っても、なかなかやってくれないというところがあります。

どうするかというところで、1つは、ほかの委員の先生方も述べておりますが、一般医療機関、総合病院での簡易介入することによるインセンティブは必要だと思うのです。

「ただお酒を控えてください」と言うと診療報酬が取れるというのではまずいと思うので、

一定の研修を受けた方がインセンティブを取れるような仕組みのほうがいいのか、その辺は議論をしていく必要があると思います。これがないと、私の地域でも食道静脈瘤の破裂で救急病院へ運ばれて、治療したら、そのまま退院させられてしまう。退院させたときに、最近私の所に紹介してくるのですが、私の所に紹介してくるのではなくて、一般医療機関できちんと介入していただくとか、そういうところも含めて、一般医療機関の内科医、救急医のスキルアップを兼ねるとなると、やはり研修を受けていただいて、研修を受けた方はインセンティブが取れるという流れがいいのではないかとということで、15 に書かせていただきました。

16 のほうは、今、私が言った施策が通るかどうかわかりませんが、施策が第2期で作られましたら、その第2期の施策の評価は第3期でやるのではなくて、翌年に、今年やった施策が効果的だったかどうかを同時並行的に調査していく仕組みも作っていただけたら、効果的かなということを書かせていただきました。紹介患者が増えたとか、断酒率が増えたとか、調査に対しても調査費用を出していただいて、検証していくという流れを作っていただきたいということです。

○樋口座長 続いて堀井委員お願いします。

○堀井委員 私の意見は診療報酬の計画をきちんと入れるというところは、堀江委員と同じでございます。SBIRTSにつながるような、内科の診療報酬をCAGE、AUDITを使って、ブリーフ・インターベンションをして、治療につなげるということの点数を、何らかの形で考えていただかないと、一般医の先生方はこれ以上はなかなか難しいのではないかと考えています。

もう一つ、精神障害者保健福祉手帳も、この医療の中に入ってくるのではないかとと思いますが、アルコール依存症というだけでは精神保健福祉手帳がもらえない、あるいは精神障害者の公費負担がもらえないという現実が県によってはございます。アルコール依存症プラス何かを付ければいいのですが、やはりアルコール依存症の運転免許証は、今、6か月やめたら、資格を与えるというような県が多くそれはいいのですが、もうちょっと幅広く、治療をきちんと受けていけば、それをちゃんと認めるというような方向でやっていただきたいと思っています。

それから、別の話題になるのですが、薬の中にかなりアルコールを含んでいる、溶剤などでアルコールを入れている薬があります。エリキシルという薬のことを聞いて、調べてみたら、5%から50%程度のアルコールがエリキシルに含まれていて、それが小児に使われる可能性があるようです。とすれば、かなり影響が大きい可能性がありますので、その辺の検討もしていく必要があるのではないかと考えています。これは今後の検討課題ということになると思いますが、それも付記しておきたいと思っています。

診療報酬について、一番きちんと項目として入れて、実際につなげていただきたいというのが私の意見です。

○樋口座長 辻本委員、よろしくをお願いします。

○辻本委員 第一に言いたいことは、日本精神神経科診療所協会が依存症アンケート調査を行ったところ、507名の会員から非常に熱心な回答を得られました。それをこの前に発表しました。どうして依存症治療に関わらないかを聞くと、診療時間が長くかかって、やり甲斐がない。それなら、コメディカルの方にやってもらおうとしても、コメディカルの方がやるだけでは点数にならない。これは非常に大きな問題です。集団精神療法をやっているのにコメディカルの方だけという理由で点数が取れていないクリニックがたくさんあるのです。

私たち専門医療には、本当に患者がたくさん来ていますので、診療だけでも大変で新患の予約待ちも大勢います。少なくとも、コメディカルの方がやっても点数が取れるようなシステムにしてほしいと思います。

それから、日本精神神経科診療所協会の方、非常に頑張ってそれぞれの地域で依存症精神医療をやっております。アルコール依存症の方というのは入院したらそれで済むという問題ではなくて、長期にわたって、生活地域での一貫した断酒への支援というものが必要になってくると思いますので、そこで地域に密着した精神科診療所とか、かかりつけ医の果たす役割というのは非常に大きいと思います。

その方たちに手を付けてもらわないと、もしトリートメントギャップが解消したときに、今の専門医療だけではあふれてしまいます。そのときにどこが受け皿になるかを考えたら、かかりつけ医とか精神科診療所ですので、是非そういう方々が依存症治療がやれるような体制を作ってほしいと思います。

もう1点は、推進計画は出来て、都道府県レベルでの対策というものはできました。それが地域に下りているかという、なかなか現場まではいきわたっていません。もっと市町村レベルまでいきわたることが必要になってくると思うのです。

堺市は政令指定都市なのですが、依存症の計画というものを作ろうとしています。こういう動きがどんどん出てきて、政令指定都市、中核市、それから市町村でも、そういう動きが出てくると、もっと活発に動けるのではないかと思います。国、都道府県だけの計画では、やはり十分ではなく、それが市町村にいきわたらないと実効性が生まれませんので、生活地域の市町村にいきわたるように何とかしてほしいと思っています。

もう1つ、妊娠中の飲酒はゼロにするというだけではなしに、「妊娠の可能性のある人たちもゼロにする」という文言を付け加えてほしいと思います。

○樋口座長 続きまして、今成委員です。

○今成委員 まず健診のほうですが、健康局が「健康寿命を延ばしましょう」をスローガンに、国民全体が人生の最期まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした厚生労働省の国民運動、スマートライフプロジェクトというものを行っています。これは健康日本21がベースになっているものなのですが、たばこ、食事、運動、健診を受けるというようなものが入っているのですが、アルコールが入っていません。これは本当に片手落ちだと思いますので、低リスク飲酒というものをその中に入れて、プロジェクトに参加す

る企業、団体、自治体と、協力、連携しながら推進するという形にさせていただきたいと思  
います。

そして、医療です。皆さんがおっしゃっているわけですが、とにかく早期発見、早期治  
療を進めなければどうにもなりません。膨大な、壮大な医療費の無駄が行われていて、そ  
して死んでいきます。ということがありますので、大抵の人たちは依存症という診断名な  
しに死んでいきますから、ここを何とかすることは絶対に必要だと思っています。それ  
には診療報酬がどうしても欠かせないということです。

その書きぶりをどうするかということなのですが、たばこのほうを参考に考えたものが、  
「アルコール依存症を含むアルコール健康障害全般の対応を行う一般医療機関に対し、早  
期発見、治療、紹介、連携(SBIRTS)に関する一定の基準を満たしたものに、質の高い医療  
の提供として診療報酬上の評価を行うように速やかに検当する」という言い方、あるいは  
ギャンブルの基本計画のほうの書きぶりを参考にしてみると、「アルコール依存症を含む  
アルコール健康障害全般の対応を行う医療機関に対し、早期発見、治療、紹介、連携  
(SBIRTS)に関する一定の基準を策定するとともに、適切な診療報酬の在り方を速やかに検  
討する」。ただ「検討する」ではなく、この「速やかに」を是非入れていただきたいと思  
っています。

それともう1つですが、専門医療の中で家族支援をやってくださっていますが、無料奉  
仕なのです。これは本当に医療が成り立たないのではないかと思います。ですので、治療  
導入期から、回復後に家族のほうに問題が起きてきたりもします。なので、子供について  
のそういう意味でとか、子供のケアということも出てきますので、継続的な家族支援が行  
えるように、ここも診療報酬化を考えていただけたらなと思います。

○樋口座長 続いて伊藤委員です。

○伊藤委員 私の意見は各委員がおっしゃったとおりなのですが、診療報酬を付けていた  
だきたいと思います。特に一般医療に関わることです。SBIRTS というのは非常に大切に、  
これは一般医療がアルコール医療に関われる非常に大きなことだと思うのですが、この  
SBIRTS の最初のところ、それから最後のところには、特に一般医療も力を入れて、それ  
は診療報酬になるようにさせていただきたいということです。

それから、今成委員がおっしゃっていましたが、家族も医療というのも非常に大切だと  
思うのです。当事者及び家族の医療について、医療行為というものをより幅広く捉えて、  
それが診療報酬の対象となるように具体的に考えていただきたいと思っております。

○樋口座長 続いて稗田委員です。

○稗田委員 3 の「健康診断及び保健指導」の文言ですが、金城委員と同じようなことな  
のですが、「アルコール健康障害に関する啓発を進めていくことが重要である」という次  
の所に、「さらに大学等教育現場における健康診断等でも、アルコール健康障害に関する  
啓発や介入を進めていくことは、若者の飲酒問題の低減にもつながることとなり重要であ  
る」というような文言を入れていただきたいと思います。

そして、その次の目標の所にも、「地域、職域」の所に、「及び大学等の教育現場」ということを入れてみたらどうかと考えました。

それから、(4)で新設ですが、「大学等教育現場における対応の促進」という項目を入れ、教育現場にいる医師、養護教諭、カウンセラー、スクールソーシャルワーカーらに対し、若者のアルコール健康障害に関する研修や啓発などの充実を図る」というように明記することを提案したいと思います。

それから、4の「アルコール健康障害に関わる医療の充実等」の所ですが、(1)の医療の質の向上の所に、既にいろいろな方がおっっしゃっていますが、「健康障害に係る医療の質の向上に向けた人材育成については、医療、保健、福祉等の関連学会、職能団体、自助グループと連携しながら進める」ということで、関連学会、職能団体は、この間、基本計画に基づいて、助成金をもらいながらいろいろな点で頑張ってきているというところもありますので、これをはっきり入れたらどうかと思ひまして、そう変えました。

それから皆様がおっっしゃっているように、「早期発見、早期治療に関する」という所に、是非、医師と看護師だけではなくて、栄養士とか、そういうコメディカルもはっきりと文言が入っていくと、診療報酬等にも反映しやすいのではないかとということで、その文言「栄養士、ソーシャルワーカーなどのコメディカルが行う SBIRTS の支援に見合う診療報酬の在り方について検討することが急務である」と入れました。

それから、もう1つです。これは議論があると思いますが、診療報酬の在り方の検討については、既に社会保険診療報酬改定案として、日本精神神経学会、日本消化器病学会、日本アルコール関連問題学会によって共同提案されている、アルコール関連疾患患者節酒指導料をモデルに検討を進めるという、これはかなり具体的なことですが、既に何回も提案されている診療報酬案がありますので、そのことを1つのモデルにしてということも、もう一步踏み込んでみてもいいのかなと考えました。

○樋口座長 事前に頂いている御意見を言っておりましたが、事前に頂いていない委員の先生方の中で御意見があれば、どうぞ。

○江澤委員 資料3について意見と御質問をさせていただきます。

まず、資料3の3ページの(3)に赤字で「不適切量の飲酒実態把握」がありますが、いつも申し上げておりますが、なるべく分かっているエビデンスがあれば、説得力を高めるためにいろいろなデータを供覧させていただいて、数値をいろいろ出していただければと思っております。

続いて、4ページの4の(1)に、一般医療従事者に対する研修プログラムや治療ガイドライン、そして次のページの一番上にも、内科、救急等の一般医療に対して研修等が書いてあるのですが、この辺りの研修プログラムについて、現時点でどのようなことを想定されているのでしょうか。医師会としては、是非行政に都道府県や地区医師会と連携していただいて、より充実した研修をしていければと考えておりますし、医師会には生涯教育とか、いろいろな研修をするチャンネルがございますので、その辺りも是非一緒に行政と連

携して行えればと思っております。

最後に6ページです。「内科、産婦人科をはじめとする」というのが赤字で入っておりますが、先ほど御意見もございましたが、特に地域の中小病院等においては、地域医療連携室がほぼ設置されていて、そこでMSW、精神科ではPSW、若しくは地域連携室のスタッフ、若しくはソーシャルワーカー等が連携をつないでいくための要になりますから、その辺りの職種に対する研修とか、アドバイザリー的なこともお願いしたいかなと思っております。

○樋口座長 1つ質問がございました。研修の現状ということでしたが、簡単にまとめていただけますか。

○石塚推進官 今、依存症の対策の中で各自治体を通じて、専門医療機関等に対する研修を行っているところですが、あくまでここで書いているところは、一般医療向けとか内科とか、そういった、これまで対象にしなかった所もありますので、従来の既存のプログラムを参考にしながら、研修を進めていきたいと考えております。

○江澤委員 私が申し上げたのは、必ずしも医師会の生涯教育の中でも、それほどこの分野の研修が多く盛り込まれているとは言えない状況にあると思っておりますし、すでに各地域において、行政と都道府県医師会あるいは地区医師会等が連携をして、いろいろとたくさん研修を行っておりますので、特に一般かかりつけ医向けの研修とか、コメディカルのソーシャルワーカー等への研修の充実をお願いしたく、今後に向けてということですので、よろしくをお願いしたいと思います。

○樋口座長 ほかはいかがでしょうか。

○米山委員 今の江澤委員がおっしゃったことともつながるのですが、医療に関しては関係職種、関係者向けの研修を是非行うべきであるということが盛り込まれてはいるのですが、私は地方公共団体等の行政職員向けの研修が非常に重要だと思っております。

例えば福祉事務所のケースワーカーですが、大体アルコール問題で困って生活が立ち行かなくなると、福祉事務所が相談窓口として一番最初に関わる機会が多いのではないかと思います。そういうときに行政職員は3年程度でころころ変わりますので、知識が蓄積されなかったり、経験も継承されないということがあって、本当に、せっかく相談に行ってもきちんと相談ルートにつながっていかないということが現場では多々起こっています。

ですから、行政職は基本的知識として、こういった相談業務に関わる場合には、必須であるというように、研修を受けるということも是非盛り込んでいただけたらと思っております。

○樋口座長 既に予定の時間を20分超過してしまして、ただ、非常に大事なところであることは間違いありません。私も意見があるのですが、時間の関係もあるのですが、事務局に確認しましたら、意見がおありになる場合は、また文書で出していただければ、同じように事務局で検討してもらえということなので、そういう形でお願いできればと思っておりますが、いかがでしょうか。それでよろしければ、この議題は1度ここで閉じたいと思っております。よろしいでしょうか。そのようにさせていただきたいと思っております。

次は、議事次第 5「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。今回は民間団体支援、家族支援に関して、今成委員より御発表いただきます。30 分を目安に御発表いただいて、その後に質疑応答の時間を設けたいのですが、次のセクションと一緒にしていきたいと思います。それでは、今成委員、どうぞ御発表ください。  
○今成委員 今成です。よろしくお願いします。私は家族支援と民間団体支援というテーマをいただきました。私自身がアルコール依存症の家族でもありますので、回復は当事者だけではなくて、家族全体というように考えています。そういう考えにもとづいて発表させていただきます。

まず、民間団体ということですが、ちょっと歴史を振り返ってみたいと思います。1880 年代、1890 年代に禁酒系の団体が非常に頑張っていて「未成年者飲酒禁止法」をつくったという歴史があります。そして、女性議員たちの議員立法によって 1961 年に、酒に酔って公衆に迷惑を掛ける行為の防止等に関する法律、俗に言う、「酩酊者規制法」ができていて、この法律に基づいて、現在の久里浜医療センターが立ち上がったというように聞いております。

このように、アルコールについての民間団体の歴史は結構古くからあります。1963 年に全断連が結成されています。私が所属しております ASK、アルコール問題全国市民協会、現在は「特定非営利活動法人 ASK」と申しますが、1983 年にできています。全断連ができて、ちょうど 20 年後という形になります。

ASK の中身ですが、当初から 3 つの予防を目指すのだと言ってきていまして、「アルコール健康障害対策基本法」は、正にこの 3 つを目指していますので、ASK としては本当に最初からずっとやってきたテーマと重なります。

どうして、こういう考え方になったかということ、ASK のそもそもの立ち上げのときに関わった中心的な人たちがアルコール依存症の家族、そして、支援者だったのですが、その支援者の中の多くが家族でもあったのです。親がアルコール依存症で、なぜか家庭内でソーシャルワークをやった方がそのまま援助職になるというパターンが今でもすごく多いです。看護の方とか、ドクターとかにもいらっしゃいます。そういうような形で家族をベースにしてスタートしたということから、とにかく早期発見だということと、そして、再発の予防というところがまずあったのですが、同時に、そこで育つ子供たちという視点が ASK の中には最初から強くありました。

世代連鎖ですが、先ほど米山委員から話が出ていましたけれども、結局ぐるぐる回って、現在アルコール依存症の人たちの多くがアルコール依存症家庭で育っているのです。ですので、その連鎖を止めるのだというような意識がありました。そこから発生予防ということにもつながっていったわけです。

これは OECD が出したデータなのですが、本当に面白いなと思っているのですが、日本は、よく飲む 2 割の人たちが 7 割のアルコールを消費しているということは、逆に言うと、8 割の人たちは 3 割のアルコールしか消費していないのです。そうすると、日本の

飲酒者の8割は、それほど問題ないわけです。問題なのは2割のほう、いろいろな問題が出てくるのは2割のほうなのではないかということです。

この2割の人がいる家庭というのがどういうことなのかということ、これから見ていただきたいと思います。これは子供たちの詩です。高知では「やまもも」という小学生たちの詩集をずっと出しています。これはかなり昔の詩集の中から高知のASKの会員の方が送ってくれたものですが、すごく、よく表れています。1つ読みます。小1の子です。「せんせい、あのね」。「おとうさんね いつも おさけばっかしのむんだよ だから こまったこまった」。私、すごくよく分かります。子どもたちは、こういう形で親の飲酒に影響を受けています。これはアルコール依存症であるかに関わらないと思います。もちろんアルコール依存症だったらレベルは高くなりますけれども、かなり量を多く飲んで、酔っ払いをよく見ている子どもたちは何らかの影響を受けていると思います。「おとうさんのがんばりカード」。「わたしは、まいにちあたまの中でおとうさんのがんばりカードをつけています。いまのてんは20点です。おさけをのまなかったら100点です。四回おさけをのんだら、すぐ20点にもどります。わたしはにおいでわかります」。これだけ子どもが気にしている。3つ目は長いので読みませんが、アルコール依存症ではないかと思われるような詩です。

よく飲む親がいる家庭を見ていきます。これは久里浜の鈴木健二先生がやられたすばらしいコホート研究で、10年間中学生をフォローアップしたという、これしかない調査です。23.8歳、10年後ですね、このときに問題飲酒をしていた子供たち、もう大人になっていますが、その人たちの共通項を見てみると、中学のときに「よく飲む父親」、そして、「中学生で既に飲酒していた」という2つだったということです。

これは世代連鎖というのを表しているなと思いますけれども、これ、アルコール依存症かどうかというそういうレベルよりも、多分もうちょっと広い状態だと思います。よく飲む親がいるということは、現在は母親も含まれるのではないかと思います。お酒が家によくあるし、よく飲む状態を見ているわけなので、そして、親が勧めたりしますから、早くから飲み始めるということが起きますし、遺伝的な要素、それから、飲むのが当然な環境を親がつくってしまうので、早くから飲んで、そして、問題飲酒になるということも起きると思います。

子供たちですけれども、酔っ払うというのをよく見る状態にあると、酔っている親を心配しますし、恥ずかしく思いますし、困ります。そして、夫婦関係に緊張があるわけです。夫婦喧嘩も起きますし、それを膚で感じ取っています。そして、自分が何とかしなければと思います。酔った上の事故も頻繁にあります。DVが起きてしまうということもあって、それを目撃するということもあるし、子供自体が暴力に遭うということも起きる可能性があります。

暴力があるかないかは家庭によってすごく違うと思います。うちには暴力は全くなかったのですが、でも、夫婦関係の緊張とかそういうものは十分にありました。そこで、早期

に飲酒を開始するという可能性もあり、親と同じような飲酒問題を持つ確率も高い。

もう1つは共依存ですが、何とかしなければという思いから共依存という状態が起きるので、子どもはそれを引き継いで、また問題のある人を配偶者に選ぶみたいなことも起きてくるわけです。

これは実際にあったケースですが、見ていただくと、営業マンでお酒が増えていく中で、26歳で結婚し、27歳で長男が産まれます。その後、内科に入退院を繰り返しています。十二指腸潰瘍、骨折したりとか、事故ですけれども、内科と事故、そういうことで救急や何かで入退院を繰り返す。これは本当によくあるパターンです。こうして依存症は進んでいって、42歳のときに離婚に至ります。43歳で自暴自棄になったプロセスの中で、ようやくアルコール依存症という診断を受けるわけなのですが、子供を見ていただくと、産まれてから16歳になるまで、ずっと親の飲酒問題の中で育ちます。この子はある意味、まだラッキーかもしれないのです。16歳のときに離婚に至っていますが、お父さんは回復につながります。このまま回復しないでずっといって、肝臓を悪くすると50代で亡くなるとか、そのままずっとアルコール問題の中で最後、また親の面倒をみてという形になるという子供たちもたくさんいます。

2013年12月に成立した「アルコール健康障害対策基本法」、策定のプロセスに関わりましたが、一番最初の骨子案は、本人の健康問題と重大な社会問題の2つだけでした。これが議員連盟で話し合われる中で家族への深刻な影響、これはもう絶対に入れなければいけないということで、入ったというような経緯があります。

アルコール依存症の家族の困り事ですけれども、まず、体の病気です。食事も摂らないし、衰弱して死んでしまうのではないか。ここのところはずっとあると思います。それから、飲酒運転とか、事故やけが、路上寝、お風呂に入れないとか、お風呂で溺れそうになるとか、失禁だの、酔って大声で近所に迷惑だの、この辺の問題ですね。それから、夫婦喧嘩、暴言、暴力、家庭崩壊、離婚などの家庭の中の問題。そして、経済的な問題、仕事に行かないとか、失職するとか、こういう問題が総合的に起こってくるわけです。

ASKに寄せられた家族の声ですが、これを是非アピールしたいです。「内科を何度も受診しているけれども、飲める体に治すだけ。医者から1杯だけと言われて、飲み出してしまふ」。これ、本当に家族は何度も何度もこの目に合います。あと、離脱で救急車が対応してくれないとか、酔って暴れるので交番に行って、警察官が来てくれたけれども、すぐに帰ってしまい、警察に言い付けやがったなど、また暴れるとか。妻が悪いから飲むんだ、妻の責任だと親戚から責められるとか。クビになるんじゃないか、飲酒運転で出てしまうんじゃないか、そして、専門医療で、酒を切ってから連れて来てと言われて、それができないから困ってるんだみたいな、こういう声がたくさん届きます。

これ、ちょっと衝撃的だったのですが、2016年に岐阜で起きた飲酒運転ですけれども、夫38歳が飲酒後に車で出ようとしたのを妻が止めようとして、2歳の子供を抱いたまま車の前に横になるんです。体を張って止めようとしたんですね。それで、ちょっと当たる

という形で夫は出て行ってしまおうのですが、覚えてないという状態。妻の行動はおかしいですね、何で子供を抱いて、そこに寝なければならないのか、そこまで追い詰められている。多分、その前にさんざん言っているのだと思います。言って、止まれば、これは起きてないですね。ですので、止まらないから、ここまでやるということになってしまった。そこまで家族は追い詰められるということです。

これは是非計画の中で取り上げていただきたい東京都監察医務院の結構大きな調査です。東京 23 区で不慮の死を遂げた 20 歳以上の人たち 1,060 例を全部フォローアップしています。飲酒群が 20%ですけれども、非飲酒群はほとんど高齢者です。圧倒的に高齢者です。飲酒群はもうちょっと若い人たちが含まれてくるのですが、1 位、2 位を見ていただくと、1 位は転倒・転落、2 位は溺水ですが、溺水で海や川というなら分かるのです。溺水の 83%は自宅なのです。何で自宅で溺れるのでしょうか。溺れる場所はお風呂しかありません。これは私自身も経験があって、酔った父がお風呂で溺れそうになって、引っ張り上げるといのを何回かやっています。そのときに引っ張り上げられなかったり、見つけるのが遅れていれば不慮の死ということになっていたのだなと思います。お風呂から引っ張り上げるのは重くて大変です。なかなか持ち上がらないという経験があります。そのような事故が家庭の中で起きているということです。

これは介護現場におけるアルコール問題についてのアンケートなのですが、愛知県の衣浦東部保健所が地域包括の職員の人たちに調査したところ、64%が感じたことがあると言っています。中身は、朝、昼から飲酒とか、ちょっと依存症っぽいという例がすごく多いです。

高齢者の飲酒問題については、ASK にもたくさん声が寄せられています。そのほとんどは子供たちから寄せられているのです。大人になった子供たちです。素面のときがない。暴言だけで、暴力はないから始末に悪い、逆に始末に悪いみたいなこととか、泥酔して警察に保護とか、飲酒運転で出て行ってしまおうとか、仕送りと金銭管理をずっとしていなければとか、遠距離に子供が住んでいたりするので、そこがまた大変だったりします。今、高齢者の飲酒問題は大きいので、90 代で酒を買いに出ては転んでけがしてしまうみたいな話も孫からきています。

女性の飲酒問題も多いです。この中で娘、息子からきているものを紹介したいのですが、1 つは高校生からです。これは、自分の父親とではなくて内縁の父と一緒に住んでいるようですが、お母さんが飲んでいて小 3 と小 4 の妹が心配というようにお姉ちゃんが妹の心配をしているという状態です。それから、母が夕食を作りながらずっと飲んでいたりとか、母がアルコールが入ると暴言になってしまうとか。これは息子からですが、10 年間悩んでいるけれども、昨晚、母を殺しそうになった。別れて暮らしたいという声です。家族がこういう状態になってしまうということです。

先ほど樋口先生からもお話がありましたけれども、薬物の有害さの分析の中でアルコールは本人への有害さ以上に、ほかの人への有害さが非常に大きい薬物になります。問題は、

飲酒問題を持つ人が自分から助けを求めない、ここに尽きるわけなのです。ですから、周りから介入するしかない、そうしないと、長いこと家族ぐるみで苦しむことになってしまうということです。

猪野先生が、四日市、アルコールと健康を考えるネットワークで、そこを何とかしようとしてずっと取り組んでいらっしやって、連携モデルをつくられたわけなのですが、様々な分野の援助職たちが介入していくという考え方です。

救急には酔っ払っていろいろな事故とかで運び込まれて来ます。ここで介入して、SBIRTS マニュアルが出来ました。それから、警察です。先ほどの酩酊者規制法、この法律には、保護した酩酊者にアルコール依存症の可能性があったら、保健所に通報しなければいけないと法律に書き込まれています。これは地域連携があるとやりやすいですし、警察が身元引受人に酩酊者を引き渡すときに、ほとんど家族が来るでしょうから、パンフレットを渡して地域の相談先が分かるようにする、このようなことも行われています。

そして、SBIRTS です。SBIRT までは、厚生労働省の健康局の標準的な健康保険証指導プログラムが正に当たるわけで、WHO が開発したものですけれども、その最後に「S」を付けて自助グループにつなぐという、ここまでつなげようという考え方です。

愛知県の刈谷病院で SBIRTS をやってみたデータがあります。診察室から断酒会の人に電話を掛けて、患者さんと直に話してもらおうというような取組です。刈谷病院では看護の人たちが間に入ってそれをやる形になっています。患者さん本人は、電話前は、断酒会に行ってみようと思った人は 25%だったのに、電話後、1 本の電話だけで 55%に上がっています。家族のほうは、行こうと思った人は 22%だったのですが、電話後には 74%に跳ね上がり、行ってみようと思わない人は 0%になっています。このプロセスを 1 個入れるだけで、これだけの家族が自助グループにつながれるということです。

京都の断酒会では、家族が家族を迎える SBIRTS ということで、医療機関に家族から相談があったら家族に電話でつないでくださいという活動をされています。全ての所がこれだけできるかというと、難しいかもしれませんが、家族を家族が迎えてサポートするのだという、こういう民間団体の動きが広まっていくといいなと思います。

家族支援は依存症対策の鍵になります。何せ、1 人の依存症者の後ろには何人もの家族がいます。何らかの影響を受け、困り果てたりしているわけなのです。相談は大抵家族が先にします。その家族は疲れきった状態で相談に行きます。何せ、長いんですね、長い間かかっているのです、そこが非常に大変です。

家族支援の中身としては、家族自身が健康な生活を取り戻すこと。そして、依存症の正しい知識を持つこと。その上で本人の回復のサポーターになり、世代連鎖が防げるという大きなメリットがあります。

アルコール、薬物、ギャンブルのそれぞれに家族団体があるのですが、2017 年に合同で厚生労働省に申し入れています。共通している部分と、アルコール、薬物、ギャンブルで相当違う部分があるので、それを知ってくださいということで申し入れをしています。

このときにアルコールの要望を出したものを御紹介します。とにかく早期発見をしてほしい。内科、救急、精神科、こういう所から専門医療や、自助グループにちゃんとつなげてほしいということに尽きるわけなのですけれども、その中で家族のカウンセリングとか、家族教室とかが無料で行われているので、診療報酬を是非設けてほしいというのも入れています。

家族への支援については、これだけ長いことかかっていますので家族は相当切羽詰まっています。いろいろな形で家族は周囲から責められてもいます。ですので、支援の場では、本当に温かく迎えてほしいというのが家族の要望です。ところが、家族も病気といきなり決めつけられたりとか、怒られたりとか、そういうようなことも起きてしまうので、家族支援では、家族がこれだけの状態にあるということを是非分かった上で介入を手伝ってほしいということです。

それから、DVとか、虐待がある場合に、離婚という選択が出てくる場合もありますので、その辺の支援とか、家族と自助グループをつなげるとか、あと、高齢者の飲酒問題はすごく多くなっているので、その場合はアウトリーチをしていただきたいということです。そして、回復のプロセスの中で、いろいろな問題が逆に出てきたりとか、子供に問題が出たり、そういうことが起きてきますので、是非支援をその継続してほしい。それから、職場の理解を促してほしいということ。高齢者については、連携のコーディネートを是非してほしいということが出ています。地域連携してほしいところとして、こういう機関が挙がっています。

民間団体については、昨年度、アル法ネットで調査をしました。基本法、基本計画、都道府県推進計画の活動への影響というのを聞いたところ、43団体の回答があったのですが、「大いにあった」「少し影響があった」が、すごく多いということが分かると思います。回復施設だけが「ほとんど影響がない」「全く影響がない」と言っている所が半分ぐらいありましたけれども、ほかは「良い影響がある」と言っています。

その中身ですが、社会の関心が高まり、活動への理解や協力を得やすくなった。行政の協力を得やすくなった。行政からの依頼が増えた。地域連携・多機関連携が広がった。この辺りが多く出ています。

そのアンケート調査の中に記述させていたことですが、全国団体からは、国が補助金を直接出すというシステムが出来上がったということが、大変有り難いという意見が目立ちます。ただ一方、地域団体からは、なかなか地域の中で補助金が出ないと。国は10対10で出してくれるのですが、地域の場合には、国と自治体とで半々になるために、自治体は動いてくれない。出ない自治体が多く多いという、ここについて何とかしてほしいという声が多く上がっています。

回復施設は、計画の中で中間施設の意義を、ちゃんと記述してほしいということを言っています。確かに、自助グループは出ているのですが、回復施設についての言及はほとんどないので、今回、少し入れていくということを考えてほうがいいのではないかと思います。

す。

地域支援対策については、とにかく連携、SBIRTS、それがたくさん出てきます。そして、啓発に力を入れてほしいということです。スティグマ、偏見を払拭するという。回復できる病気だということを伝えてほしいということ。それから、今、関連問題啓発週間があるのですが、回復擁護という形に広げて月間にしてほしいという声もあります。この辺の啓発に関しては、国の今の動きがありますけれども、加速して行ってほしいということだと思います。

全国規模の民間団体支援、厚労省のホームページに詳細が掲載されました。初年度、8団体が支援を頂いています。ASKもその中の1つで、ASKとしては依存症予防教育アドバイザー養成事業をこの補助金でやらせていただいています。

それを少し最後に御紹介します。「正しい知識」「ライフスキル」「回復の実感」を伝えるということでやっています、現在までに104名を認定しています。回復者が29名、家族が20名、支援者が55名、アルコール依存症だけではなくて、ギャンブル、薬物が含まれています。依存症をよく分かっている人たちが社会に向けて予防をやるというのがミソです。「ダメ。ゼッタイ。」的な予防をやると、逆に偏見を助長してしまうので、依存症は回復するということを本当に実感として分かっている人たちが予防をやるというのがこの事業なのですが、昨年度にアドバイザーが実施した講演数は210になっていて、地域は43都道府県に上っています。非常に活動していて、Facebookグループで交流して、お互いに情報交換や連携して一緒にやろうとか、そういうものがすごく盛んになっています。

こういう流れの中でコロナになりました、そのときに当事者の人たちから上がってきたのは、自助グループが開催できない、病院にメッセージに行けなくなった、それならオンラインでやろうという声です。呼び掛け合っているいろいろな依存症でオンラインルームが立ち上がりました。アルコールはアノニマス系のA、断酒会系のD、薬物がN、ギャンブルがG、そうこうするうちに、家族からの相談が入ってきて、家族の部屋を立ち上げようという動きが出ました。今、DとNの中に家族の部屋が出来ています。このように、民間団体は臨機応変にパッと動くのです。どの民間団体もそうだと思いますが、ミッションとか、思いというものが原点にありますので、必要だと思えば、すぐに動くという活動ベースになっています。ですので、行政としても民間団体に支援するというのは非常に効率がいい、そして、民間団体が動いて、何かモデルが出来上がったものを、また全体に広げるといこともできますので、民間団体支援を、今後も強力に広めていただけたらと思います。以上です。ありがとうございました。

○樋口座長 今成委員、ありがとうございました。当初、ここの質問は後の議題と一緒にと思いましたが、非常に内容の濃い発表だと思いますので、もし質問があったら、幾つかお取りしたいと思います。白川委員、どうぞ。

○白川委員 35ページに、「依存症回復擁護月間」という言葉が出てきますけれども、

イメージが全然湧かないのです。どういうイメージで、この月間を想定することになっているのでしょうか。

○今成委員 これは私の団体から出たものではないので、詳しくは分からないのですが、多分アルコールだけではなくて、依存症全般ということだと思います。回復できる病気だということを1か月の間、様々な形で情報発信するという意味だろうと思います。例えばリカバリーパレードといって、回復者たちが道を歩くようなパレードもありますし、様々なイベントとか、YouTube で発信するとか、そこに行政も絡んでというようなイメージではないかと推測します。

○樋口座長 ほかにいかがでしょうか。内容も非常に分かりやすく、オンラインの方で質問などはありますか。月乃委員、どうぞ。

○月乃委員 「ダメ。ゼッタイ。」キャンペーンというのを、いまだに継続してやっていますね。部署が違うというような話が前もありましたけれども、あれに対して何か介入するやり方とか、……やり方というのは……。

○樋口座長 最後に少し聞こえなかったので、もう1回最後のところをお話ください。

○月乃委員 はい。今の話とはちょっと違うかもしれないのですが、感想です。

「ダメ。ゼッタイ。」キャンペーンというのを、いまだに継続してやられていますね。以前も話が出て、部署が違うというような話がありましたが、何らかの形で正しく誘導してやめるほうに持っていくことは、こちらからは発信できないのでしょうか。

○樋口座長 事務局からお願いします。

○石塚推進官 厚生労働省です。恐らくそれは薬物対策の関係かと思いますが、依存症という観点で共通する部分はあるかと思いますが、別の部局でそういうポスターを作っております。今回のポスターの中には、先ほど「回復」という言葉がありましたけれども、そういう治療が必要なので、相談する先の情報を入れたりという工夫はしております。薬物の話になって恐縮ですが、こちらでも麻取と連携しながら、そういう啓発をしていきたいと考えております。こういう御質問があったことについては、担当部局にも共有していきたいと思っております。

○樋口座長 ほかにありますか。今成委員、どうぞ。

○今成委員 私が家族の話をしたので、是非、東委員にフォローしていただきたいと思って、それを言おうとしました。

○樋口座長 東委員、よろしく申し上げます。

○東委員 私も当事者家族です。父が子供の頃から飲酒を当たり前のようにしていて、私たちが慣れていて日常だったのです。父が47歳のときに静脈瘤破裂になり、私が34歳でした。それから15年間入退院を繰り返し、お酒が飲める体になり、「やめる」と言いつつまた飲んでという、もう本当に壮絶な地獄のような15年間で、父が62歳、私が47歳のときに他界したのです。それから母を説得し、恥ずかしいことではないからということで勉強をして、私はカウンセリングを受けて月乃さんたちとも出会って、活動ができるよ

うになったのです。

あれから 20 年ちょっとたちました。私は遺族として、当事者家族として平気だと思っていたのですが、このコロナ禍ですごく不安になったのです。家庭で、おうちで飲む人も増えているし、私自身も仕事が不安になった。この不安な気持ちをどうすればいいのだろうと、検索をいっぱいしたのですけれども、助けてくれるものがあまりないのです。

ここからは提案というか質問になるのかな。検索をすると、「依存症でお困りの方へ」とか、「家族の方へ」とか、「専門職の方へ」というのがあって、すごく助かるのです。しかし、そういうことは私はもう分かっているのですよ。厚労省さんのホームページも手厚いのですけれども、その先に行きたいのです。もう知っているのもっと連携したいと思って、Twitter で「アルコール依存症」と検索すると、まあまあ出てくることは出てくるのです。それで「依存症」と検索すると、薬物の依存症の方の SOS やアドバイスがすごく出てきて、それが割といいのです。特に高知さんの Twitter とか、清原さんのことを取り上げていたりとか。

ここで私は、本当は山口達也さんたちの言葉も欲しいと思うのです。アルコール依存症の当事者の生の声というか、生の SOS、どうしたらいいんですかというようなものが、余りないことに驚いたのです。それでも探せば「# Twitter 断酒会」とか、「# アル中」というのだと出てきます。もし、これらの情報をまとめて Twitter で発信してくれるようなアカウントがあれば、ガーンと見たいと思ったのです。教科書的なアドバイスや指導は、もう本当にたくさんあるのです。今、専門家の皆さんがここでおっしゃっているようなこと、すごく熱心に取り組んでいる方が全国にいらっしゃるということが、もっともっと知られるといいと思ったのです。

専門的な知識と言うよりは、自分たちを支えようとしてくれる、サポートしてくれる家族に寄り添おうと思っている人たちがいるということが分かると、とても有り難いと思ったのです。大抵は一人で、どうしたらいいか分からないというようになっているので、SNS 上での関心共同体みたいな、自分も入れるような共同体があればいいなと最近思っています。

先ほどおっしゃったオンラインでの発信などは、すごく頼りになるのです。ばらばらで検索するとすごく大変なので、1 つアカウントがあると。そこでは厚労省とか全ての省の人とか専門家が管理者になって、いろいろな声を上げられる。SOS を発信したい人も、そこで「助けて」と言えるというのが、ニューノーマル的であるといいなと思いました。

○樋口座長 そのほかにありますか。辻本委員、どうぞ。

○辻本委員 今成委員のデータの中で、京都の hana 家族が家族を迎える SBIRTS というのが、すごくいいなと思ったのです。猪野先生がやっている、携帯電話を通しての SBIRTS という形でも、やはり家族の生の声を聞くという形が非常に大事になるのではないかと思います。今はコロナ対策で、オンライン診療ということが言われているのですけれども、依存症治療においてオンライン診療では不十分だという気がしています。やはり生の

声を聞かないと、なかなか診療にはなりません。

また診療ではなくて、断酒会やAAも確かにZoomでいろいろ立ち上げてやっているのですが、これだけで十分かと考えたら、そうではありません。やはり生の自助グループが必要になってくると思います。今はリアルなミーティングができてないから、自助グループの会員は本当に悲惨な目になっています。これを今の時期に会場の確保など何とかしてほしいと思っています。今成委員はZoomという形で立ち上げて、その中で家族の部屋があるというのは、非常に大事なことだと思いますし、こういうことを更に進めてほしいと思います。以上、感想です。

○樋口座長 そろそろよろしいですか。上村委員、手を挙げていらっしゃいますか。

○上村委員 私もオンラインに関する質問だったので、重複しますから結構です。

○樋口座長 それでは、質疑はこの辺りで終わらせていただきます。しかし、この後の議題がまた関連する議題ですので、中で御質問があれば、また御質問していただければと思います。次は議題6、「第2期アルコール健康障害対策推進基本計画案(相談支援、社会復帰支援、民間団体支援について)」です。事務局から説明をお願いします。

○石塚推進官 資料5です。先ほどの資料3のような形になっておりますけれども、6、7、8のテーマについて、第2期の案です。1枚目の6番が「相談支援等」です。相談支援体制については相談拠点を整備していくというところが、第1期にはあったのですが、第1期にはあったのですが、「現状等」にも書いてありますように、相談拠点については各都道府県で、明確化・周知などを図りつつあるところですが、ただ依然として、御本人や家族が相談窓口にとどり着かないという課題も指摘されていますので、一層の周知・連携強化を図る、あるいは相談支援にアクセスしやすい環境整備を進めるということが、現状としてあるということです。目標の所に少し加えております。従来は相談、治療、回復など、治療関係の相談連携がありましたけれども、今後はそれに加えて飲酒運転など、いろいろな関連問題に関する機関とも連携を図って、早期発見につながるような取組を進めるということを目指して記載しております。その下の○については、今の課題に対応した所を修正しております。

2 ページにも多少加えております。2つ目の○に、今でも一部されておりますけれども、精保センターや保健所におけるプログラムについて積極的に実施していく、あるいは自助グループ、家族会の立上げの支援などもしていくという取組を進めるべきではないかと。その次の○は少し具体的に、各保健所単位においても様々な啓発をいろいろな場面で。保健所の場合は、いろいろな関係で外に出向くこともありますので、それに加えて相談支援を充実させます。最後の○ですが、国においてもそういった事例の収集や予防展開を図っていくということを考えています。

3 ページが7番の社会復帰の支援です。こちらについては前回、職域の話がありましたので、4 ページの最初の○に、治療をしながら就労を継続するために、職場の人事担当者等の人材の育成・確保に向けた取組について、検討を進めていこうということを記載しております。また、一番下の○にありますように、回復支援は重要だけれども、家族、女性、

高齢者の観点から、先進的な事例なども収集・周知を図っていきたいと考えております。

続いて5ページの8番、民間団体支援については、課題として「現状等」に加えておりますように、高齢化の問題や抱えている問題の複雑化というのがあります、そういった課題に対応していくということです。目標については、特に断酒会等をはじめとする自助グループについて様々な支援と、やはり知られていないという部分がありますので、幅広い周知をするということを目指しております。その下の2つ目の○は、先ほど話題になったオンラインのミーティングというのが始まっております。感染症対策という観点もありますけれども、従来から遠隔地や離島などのアクセスの困難性が指摘されておりましたので、これを機にオンラインのミーティング活動についても、どのような形で支援をしていくかということを入れております。

最後の6ページです。2番目の○に、自助グループの意義などを啓発して、社会全体に認知度を高めていくような取組が必要ではないかと考えております。最後の○については、自助グループ等の活動をされているのに、その実施状況やそういった効果についてなかなか把握し切れていない部分がありますので、調査研究などを進めていくということです。資料については以上です。

あと、先ほど広報の話がありましたけれども、厚生労働省でも依存症に関して、普及啓発のホームページやTwitterなども活用した取組を開始しようと考えております。少し立上げが遅れておりますけれども、先ほどの御指摘なども踏まえて、参考にして啓発に努めてまいりたいと考えております。

○樋口座長 今の事務局からの説明に関して御意見、御質問等があればお願いします。こちらは何名かの委員から、事前に意見を伺っています。その委員の御意見から先にお聞きしたいと思います。最初に白川委員、続いて小松委員の順番で聞いてまいります。それでは白川委員、お願いします。

○白川委員 相談支援のところになるのですが、最初の「現状等」です。元は「精保センターや保健所で行われているが」という文章が入っていたのです。それが改正案になったときにその文言が落ちてしまっているので、そのままその文言を残していただきたいと思います。「精神保健福祉センターや保健所等の相談拠点を明確化し」という形で残していただければ、役割意識がきちんと残ると思いますので、是非そうしていただきたいと思っています。よろしく願いいたします。

○樋口座長 続いて小松委員です。小松委員の次は、今成委員にお願いします。

○小松委員 いろいろ書きましたが、コロナ禍が起きてくる前の一般市民の保健所に対する認識というのは、「予防注射をしてくれる所」、「親子手帳（母子手帳）をくれる所」「飲食店などの許認可をやる所」ぐらいのイメージだったと思うのです。ところが、こういう状況になってみたら、こんなに大変なことをいろいろやっている部署なのだと。ところが保健所の職員はものすごく減っているし、そもそも保健所そのものが統廃合されて、どんどん減ってきた。それで今、こういう事態が起きています。

だから逆に今こそ保健所というのは大事だということ、アルコール健康障害対策関係者会議でも言っていただきたいのです。保健所の人的体制を補充する、拡充するということを前提に、二次医療圏に1つ以上を目安に、相談拠点をつくっていただく。それはやはり保健所にしていただきたいと思います。第1次の計画ですから、とにかくまずは全くゼロの所から頑張らなければいけないということで、そういう目標になったというのは十分に分かっていますが一般市民は二次医療圏に1個でも、なかなかアクセスは大変です。ですから最低二次医療圏に1個はないと、どうにもならないと思います。そこが核になって愛知県の衣浦のように、保健所が定期的な地域の連携会議をやっていくと、地域のネットワークが全然違っていくと思うので、是非それを計画に盛り込んでいただきたい。手帳のことについては多分、ほかの委員が発言すると思いますので省きます。

○樋口座長 それでは今成委員、その次に稗田委員にいきます。今成委員、どうぞ。

○今成委員 私は、民間団体と絡めてお願いしたいと思います。相談支援の中で、自助グループや回復施設など、民間団体のスタッフを行政の相談支援の場で公式に活用していくようなことが入っていくといいと思います。例えば熊本県精神保健福祉センターでは、相談日にパートで雇用するような形にしていますし、宮城県では被災地の相談会などで、断酒会にガソリン代や日当などを出していたと思います。そういう形で行政の相談の中でちゃんと活用するというか、正式に、公式に活用するということが入ってほしいと思います。

それから、「回復施設」という言葉が全然ないということがあります。例えば「精神保健福祉センター、保健所の行政機関が、自助グループ及び回復施設などの民間団体を地域の社会資源として活用し」というような形で、ちょっと入れたらどうでしょうか。そして積極的に提供していくというぐらいに、第2期では踏み込んでいただきたいと思います。

最後に、自助グループについての調査が入っていました。これは実態を調査するというような感じだったのですが、その「実態」という言葉が、私はちょっと引っ掛かってしまったのです。自助グループというのは非常に自主的なものなので、「実態調査」と言うよりも「グループ数の調査」とか、「活動状況」というような言い方のほうがいいのではないかと思いました。ただ単に文言のことです。

それから、社会復帰についてです。冒頭で堀井先生もおっしゃっていたと思うのですがけれども、アルコール乱用やアルコール依存症に対する精神障害者保健福祉手帳が使えないようになっている自治体が、結構あるということを教えていただきました。なので使えるように、何か書いておく必要があるのではないかとということで提案いたします。

○樋口座長 続いて稗田委員、お願いします。

○稗田委員 6の「相談支援等」についてです。私はソーシャルワーカーの立場で意見させていただきたいと思います。お陰さまで基本法ができてきた後、特に専門職のソーシャルワーカーのこの問題に対しての意識が、すごく高まっています。そして助成金を頂きながら研修をやらせていただいている中で、1日でも満席になるというぐらいの勢いをすごく感じています。本当に関心の高さが伺われます。たくさんの知識を持った専門職が、ま

た現場に戻ってやっていただいているという現状の中で、精神保健福祉センターや保健所等だけでなく、一人一人が拠点になるという意識で研修をやらせていただいています。

しかし、その人たちが相談を受けられるということについてアピールできていないのです。そこで、かなり具体的になりますが、例えば各地域の依存症治療拠点機関、精神保健福祉センター、保健所、一般医療機関をはじめ、アルコール依存症の支援に関する専門研修を受けた専門職が所属する機関において、アルコール健康障害の相談窓口だとはっきり分かるように、看板等を掲げるというような。御家族がどこに相談したらいいか分からないということは、先ほどの今成委員のお話でもあったように、私も本当に痛感しています。がん対策などは、病院に行きますと「がん相談支援センター」というすごく大きな看板が、相談室の横などに掲げてあります。それがスティグマになるのではないかという問題もあるかもしれませんが、むしろそうやって一般の普通のがんと同じように、相談しやすい看板などをきちんと掲げて周知するという事を入れたらいいと考えます。

手帳に関してもほかの方がおっしゃっていましたが、スティグマがすごくありますので、当事者の意見を尊重しながら、是非とも周知徹底を行うというように意見させていただきたいと思います。

それから、新たに大災害のことについてです。大災害や感染症等の社会的危機状況においては、冒頭で申し上げたとおりですが、相談拠点、治療拠点も連携して行うということでそれを文言の中に。今回、コロナで家族会に参加させていただきました。リアルな会だったのですが、人数制限で大きな会場を借りなければいけないというところで、すごくお金が掛かっていて、みんなで持出しでお金を出し合いながら場所を確保しているという実態がありました。また、公共機関が全部使えなくなったというところで、御病気がありながら自分たちで何とか一生懸命やらなければいけないというところを、やはり政策的にバックアップできるような体制を作るという事を入れたらいいのではないかと考えます。

○樋口座長 事前にいただいた意見は、今の委員の先生方のです。会場の委員の方、オンラインの委員の方で意見があったら、どうぞ挙手をお願いします。上村委員、どうぞ。

○上村委員 5 ページのオンラインについてです。ミーティングの活動の支援というのは、具体的にどういったものを想定されているのでしょうか。例えば Zoom の使い方を説明する程度なのか、iPad を配るようなところまで考えておられるのか、どういったイメージをされているのかがピンとこないのです。そこをお願いできますか。

○樋口座長 事務局からお願いできますか。

○石塚推進官 この詳細については、これから検討ということになるかと思うのですが、現在でも自治体支援の中で、リアルなミーティングの場の提供に関する費用などは見えています。オンラインについて言うと、それに掛かる費用があるかもしれませんが、そういうものが想定されるのではないかと。あと、オンラインでのミーティングについて今、ガイドライン的なものが作れないかという調査をしておりますので、そういった技術

的な情報共有ができればいいなと考えております。詳細は今後検討していきたいと考えております。

○上村委員 分かりました。ありがとうございます。

○樋口座長 江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 1点だけ要望します。資料5の10ページの点線の枠の下に目標があります。一般医療機関あるいはケアマネージャーの居宅介護支援事業所をはじめとする介護事業所、又は地域包括支援センター等の関係機関向けに、現場レベルで具体的にどこへどのようなにつなげるかという分かりやすい連携マップを、例えば医師会等と連携して作成し、それを配布して啓蒙するといったことを是非お願い致します。今、現場では具体的にどう動くかということに、まだ戸惑いがある部分だと感じておりますので、これが要望です。

○樋口座長 そのほかにありますか。白川委員、どうぞ。

○白川委員 手帳に対する話何名かの方から出ていましたので、判定する側としてお伝えしておかないといけないと思います。判定のよりどころになっているのが、昔、厚生労働省が監修した『精神障害者保健手帳の手引き』というものです。そちらの中に、アルコール依存症のみで手帳を出してはいけないということが書かれているものですから、それが判定する側としてはいまだに生きているという状況があります。ですから、もし依存症ないし使用障害で出すとすれば、手引きのようなものの何らかの改定あるいは通知で、きちんとしていただければ変わっていきえると思います。

○樋口座長 今の話につながっているのですけれども、例えば自立支援の診断書や年金の診断書というの、むしろ年金の診断書のほうが結構そういう状況があり、年金が出るとそれが元でお酒を飲むというような発想が、年金を出す側にないだろうかということがあります。恐らく、年金も今のように基準があって、その基準で認定されるのですけれども、その辺りについても今回もし手帳の認定に関する基準に関して見直しが見られるのであれば、年金も一緒をお願いできればという感じはいたします。ほかにありますか。

○中原委員 中原です。先ほど小松委員から、保健所が今は二次医療圏に1か所ずつぐらいあって、そこが相談拠点になるのがいいのではないかという声も頂きました。保健所の機能を評価していただいて、有り難いと思っております。ただ、保健所の人的体制を補充する、補充するということを前提に、二次医療圏に1つ以上というところまで話がいくのにはなかなか時間がかかると思います。今は、保健所がいろいろな所から上がってくる相談を、きちんとどこかにつなげていく役割をするのが、一番保健所に求められている役割ではないかと思っております。市町村等身近な所の相談は今回はあまり見えてこないのですけれども、市町村も一番身近な相談機関として、確かにアルコール相談は専門的な所で市町村も取っ付き難いところはあるのかもしれないですが、あります。今回の改正案に、保健所や精神保健福祉センターという文言が消えている部分もあるのは、それこそ行政という括りの中で市町村とかを包含しているのだという意味合いであれば、それでいいですが、そうでなければ、市町村というのもどこかで棲り込んでくると、より身近な相談支援の場所

が分かりやすくなるのかなと思いました。以上です。

○樋口座長 ほかにありますか。この相談支援、社会復帰支援、それから民間団体支援については、次回の議題の中に入っていますので、本日の話を基に意見等がありましたら、出していただければと思います。先ほど時間の関係で、健診医療のほうを少し進めてしまいましたが、追加で何かありますか。先ほど申し上げたとおり、御意見がありましたら後で事務局に文書をお送りいただければ反映されるということで、よろしいですか。それでは、そのようにお願いします。ここで議事を閉めさせていただきます。活発な議論をありがとうございました。事務局においては本日の議論を整理して、次回以降の資料に反映をお願いいたします。

議題 7、その他について、事務局からお願いします。

○石塚推進官 本報告は、参考資料 4 で前回追って御質問があった所についての回答を示しております。事前に配布しておりますが、今成先生から 4 ページ目に追加で書いていただいています。相談件数については、対面での件数のみを示していましたが、電話、メールも含めた件数を示しております。それによると、アルコールについて多少増加傾向にあるというデータもあります。参考資料 4 については以上です。

○樋口座長 今の御説明について、御質問等がありますか。今成委員、よろしいですか。

○今成委員 これだけではないのですけれども、行政から出てくるデータというのは、ものすごく大事です。これから対策とか傾向、を見ていくのに必要になってきますので、電話やメールが別々に表示されていると、メールが増えているのだというのが見えてきたりしますので、そういうことをしていただきたいと思っています。

警察についても、質問の答えにまた質問を投げていたりしたのですけれども、クロス集計などは、例えば 20 代の若者たちが起こす飲酒運転と高齢者が起こす飲酒運転では、全然意味合いが違うと思うのです。ニュースを見ていても、20 代の子たちは深夜から早朝が多いような気がしますし、高齢者だと結構日中に飲酒運転をやっていたりします。ですので、クロスを細かくかけていただいて、どうしたらいいかが見えてくるようなデータを、是非行政から出していただきたいと思います。

○樋口座長 ほかに堀江委員と稗田委員も下のほうにリストがありますが、これでよろしいですか。

○堀江委員 私は 8 の所ですが、先ほど資料を見せていただきました。24 都道府県で 9,000 人の新規患者という意味だとすると、47 都道府県で 2 万人弱ということで、それだとももの足りないなという印象を受けております。今後、この資料を継続的に出していただいて、私は増えてくると思っています。厚労省は 2 万人でいいと考えているかは分かりませんが、とにかく今後はこれが増えてくるのが重要ですので、このデータを継続的に出していただくことを希望いたします。

○樋口座長 稗田委員、いかがでしょうか。

○稗田委員 筑波大学の吉本先生が研究のリーダーになって、この基本法の大々的なモニ

タリグ調査をする中で、教育のカリキュラムのことについて、医師、看護師、ソーシャルワーカーの専門職のカリキュラムの文献研究をさせていただきました。それについては、厚労省でも報告書としてアップされるということですので、是非そちらを御覧いただければと思います。やはりどの専門職においても、カリキュラムとテキストが連動していない、それから国家試験に対しても同じようなことが見られるということが明らかになっていきますので、そちらのほうの具体的な内容の検索についても注視するだけではなくて、もう少し踏み込んで見ていただきたいと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。事前に伊藤委員からも質問があると伺っています。伊藤委員、何かありましたら、どうぞ。

○伊藤委員 私が事前に出したのは、この項目ではなくて、その前の相談支援、社会復帰等についての意見なのです。今日も話題に出ました SBIRTS の重要性について書かせていただきました。

もう1つ、高齢化特有の問題というのは、まず高齢者というのがどういう基準なのかです。今や65歳ということはないと思うのですが、65歳なのか75歳なのか、どういうことかというのがあります。高齢者特有の問題というのであれば、それが何であるかというのを1つずつ数え上げる必要があるのではないかと思うのです。高齢者に対する対策というのは非常に大切だと思いますが、高齢者とひとくくりにしても、80歳を過ぎても働いていらっしゃる方もいますし、90歳を過ぎても一人暮らしで自活されている方もいらっしゃいますから、いろいろです。一体どういう問題を捉えようとしているのか。

それを一つ一つ数え上げた問題で、当然それが高齢者に限らず、その問題を個別の問題として持っていくかということです。人間というのはたくさんいるでしょうから、高齢者がこれだけでも、そういう人たちがこれに入っていないということで取り上げられてないということで、いろいろな施策からこぼれ落ちないように考える必要があります。そのためには先ほど言いましたように、高齢者問題だけを取り上げても、その特有の問題というのは個別にどういうものかというのを数え上げる必要があると私は考えます。

○樋口座長 ほかにありますか。堀井委員、どうぞ。

○堀井委員 健診医療のところでは言い忘れていたことがあるので追加したいのです。健診医療の6ページに、「医療連携の推進」というのがあります。これに SBIRTS 等の連携を推進するとあるのですが、第1期のときに5グループでやって、私は非常に有効だったのです。これを5つだけではなくて、全国にたくさんモデル地区的な所をつくって、いろいろな連携をきちんとやっていくことを推進するという、モデル事業を推進するというのを入れていただきたいということを言いたかったのが1つです。

それから5ページの上のほうに、アルコール依存症が疑われる者を適切な医療に結び付けるということで、断酒並びに飲酒量低減療法を考えていただくというのを書いていただきました。このときに薬物療法でナルメフェンという、飲酒量低減療法に使う薬の使用がもう少し行き届いたほうが、一般の先生方も推進しやすいのではないかと思いますので、

薬物名も含めて、推進するというのを付け加えていただきたいと思います。以上2点です。

○樋口座長 最後の薬物の話は、私も今先生がおっしゃったナルメフェンに限らず、治療を向上させるためには新薬の開発が大事だと思います。あと、既存の治療薬の適切な使用が推進されないといけないので、その辺りについても中に入れていただければと思います。そのほかに何かありますか。小松委員、どうぞ。

○小松委員 最後にひとつ付け加えさせていただきます。私も堀井委員と同じで健診医療の所で、都道府県単位の専門医療機関の選定についてと、その拡充についてです。実は今、いわゆる専門医療機関の選定というのは、各自治体に任されております。一応「こういうガイドラインに沿った所を選定しなさい」というように、厚労省のほうから一定の枠組みは下りていますが、自治体によって非常にムラがあるというか、ばらつきがあるというか。私どもが見ている、ここはアルコール関連問題学会などに毎年演題などを出しているし、よくやっているよねというような所が、その都道府県では選定されていなかったりという事例がいっぱいあります。

また、依存症全国対策センターというサイトを厚労省が作ってくださって、地図をクリックすると、その地域の専門医療機関が出るしかけですが、自治体単位で選定された医療機関のリストでは足りないのです。結局、科研で樋口先生たちが調査されたリストに別立てのURLで飛ぶようになっているのです。(注：左記の発言は7月31日現在の状態に基づいている 8月29日現在は自治体単位で選定されたリストのみが表示されて『お探しの地域にご希望の施設が無い場合は最寄りの相談窓口にご相談ください』という文言が追加されている)。とにかく、専門医療機関が圧倒的に足りないことははっきりしていますので、拡充が必要です。また、受け皿としてどのくらいあるのかという実態が正確につかめていないところがありますので、そこは是非何か工夫をしていただきたいと思います。

○樋口座長 ほかに何か追加でありますか。今成委員、どうぞ。

○今成委員 医療ではないのですが、先ほど家族の話をしましたので、最後に言い忘れたことを付け加えます。都道府県の計画を見ますと、家族についても入ってはおりますが、家族教室を精神保健福祉センターや保健所でやるというくらいでとどまっています。唯一、大阪だけが子どものことにも触れた形で、家族についてかなり突っ込んだことを書いてくださっています。子どもについて書いたのは、大阪だけだったと思います。それはなぜかという、委員の中に家族が入っていたという話をお聞きしたのです。

今回の都道府県の計画の中には、委員として家族が入っていない都道府県が圧倒的に多かったのです。多分、断酒会は御本人が入るのが精一杯だったと思うので、今後の計画のときには、家族も入るのが各自治体で進んでいくといいと思うのです。ですから、それを促すような文言が今回の基本計画の中に入るといいと思います。それをどこに入れたらいいかは分からないのですが、計画策定の見直しとか、そういうプロセスの中に家族を是非加えてもらいたいということです。

○樋口座長 よろしいですか。それでは、議事はここで終了したいと思います。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す。オンラインの先生方も参加、ありがとうございました。次回の開催日程の詳細については、事務局より追って連絡いたします。これをもちまして、第 24 回アルコール健康障害対策関係者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。