

第27回アルコール健康障害対策関係者会議

日時 令和2年12月24日(木)
14:00～16:00
場所 TKP新橋カンファレンスセンター
ホール16D

○源河課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第27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、お願いします。

続きまして、本日の委員の出欠状況を報告させていただきます。

東委員、吉田委員より御欠席の御連絡をいただいております。また、堀江委員は遅れて御参加と伺っております、そのほかの委員におかれましては御出席いただいております。現在、19名中16人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、現在4名がこの会場においでいただいております、12名がオンラインで参加されています。

続きまして、本日の資料の確認をさせていただきます。

議事次第、資料1がございませう。また、机上配付資料として、今回、会議の議題に関する御意見等、小松委員、稗田委員より資料を頂いておりますので、御確認ください。

オンラインで御出席の委員には電子媒体でお送りしておりますので、そちらを御覧ください。

不足等ございましたら、事務局までお知らせください。

冒頭の頭撮り、ないかと思いますが、ありましたら、ここまでとさせていただきます。

また、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。

資料は事前にメールでお送りさせていただきました資料を御覧ください。

会議中は基本的にミュートにしてください。また、発言されたい際には、挙手してお待ちください。その後、会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させていただきますようお願いいたします。

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どうぞよろしくをお願いいたします。

○樋口会長 それでは、議事に入ります。

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案について」です。

事務局から資料の説明をお願いいたします。

○諏訪推進官 事務局、推進官の諏訪でございます。

資料1をお手元でお開きください。前回、素案という形でお示しさせていただいております。そこからの変更点を中心にして、ポイントを御説明させていただきたいと思っております。

1ページ、「はじめに」の我が国の状況のところでございますけれども、20行目と22、23行目にかけてまして、少し空欄になっているところがございませう。国民健康・栄養調査の詳細につきましては、近く公表されると承知してございまして、そこが決まりましたら挿

入させていただきます。

続きまして、2ページをお開きいただきまして、13行目から16行目にかけて、一時多量飲酒に関します基礎的なデータを盛り込ませていただいております。

続きまして、8ページ、計画で取り組むべき重点課題の記述の中で、一番末尾のところでございます。34行目から36行目にかけてのところでございます、アルコール依存症が疑われる者の推計数と、依存症で医療機関を受診した患者数との乖離というところにつきまして、括弧書きで「(いわゆる治療ギャップ)」という形で併記させていただいております。以降、同じような記載のところにつきましては、全て併記の形を取らせていただいているところでございます。

続きまして、10ページをお開きいただきますと、重点目標に関連いたしまして、関連指標を表形式で載せてございます。項目の中で、国民の飲酒行動の状況についての2つ目でございますけれども、問題飲酒者の割合ということで、アルコール使用障害同定テスト(AUDIT)をベースとした割合ということで、新たに追加させていただいております。

こちらは、脚注の19、下のほうを御覧いただきますと、こちらのスクリーニングテストにつきましては、40点満点で構成されているものでございますけれども、厚労省のほうで「標準的な健診・保健指導プログラム」でお示ししている中では、8点以上、15点以上というのを、それぞれ問題飲酒、また依存症を疑われる方の目安という形でお示しているところでございます。その8点、15点を取った数字を記載させていただいているところでございます。

それから、11ページに移っていただきますと、(2)でアルコール健康障害の進行・重症化予防等の重点課題等を記載しているところでございますが、14行目から16行目にかけて、重点課題への対応として、主に取り組むべき施策として、一般医療従事者に対してのアルコール依存症の診断・治療に関する正しい知識の普及などの取組につきまして、新たに記載させていただいているところでございます。

それから、11ページの27、28行目のところでございますが、すべての都道府県等における関係者連携会議の設置、定期開催につきまして、目標として年複数回の開催という形にさせていただいているところでございます。

次のページに移っていただきますと、一番上のところに目標の追加という形で、アルコール健康障害事例の継続的な減少ということでございます。大枠としては、健康障害で苦しむ方の減少を目指すという形での目標を入れさせていただいているところでございます。

また、次の関連指標の表の一番上の関係機関の連携で、関係者連携会議の状況というところでございますが、現状のデータにつきましては、現在精査を続けておりまして、こちらにつきましては、集計が済み次第、挿入させていただきたいと考えてございます。

それから、項目の中で大きな括りとしては、下の治療ギャップの関連でございますけれども、そこで4つほどの項目が記載されているところでございますが、3番目、4番目で、3番目に、AUDITベースで、先ほど御紹介いたしましたように、15点以上は依存症が疑われ

る方ということでございますので、その303万人という数字を入れさせていただいているところでございます。

それから、一番下のアルコール依存症（者）に対する認識のところでございますが、右側でございます。新たにアルコール依存症（者）に対するイメージの項目として、次ページにわたりまして3点ほど代表的な項目を追加させていただいているところでございます。

続きまして、飛んでいただいて、22ページになります。基本的施策の柱の4番目の医療の充実等の項目でございます。22ページの下の方に、取組といたしまして2つ掲げられてございます。上のほうが一般医療従事者に対する研修の実施の話。また、下が一般の精神科向けの研修プログラムの開発・普及ということが書かれているところでございます。こちらの下のほうの○の最後のところに「また、そのために多職種連携を推進する」ということで、新たに「多職種連携の推進」という言葉を追加させていただいているところでございます。

続きまして、24ページをお開きください。3つ目の○でございます。こちらにつきましては、前回の素案の段階で、医療連携モデルに関わります有用性に係る知見の集積を進めるという取組が記載されていたところでございますが、2行目の末尾のところから「適切な診療報酬のあり方の検討に資するように」という形で、こういったことを目指してということで、新たな文言を追加させていただいているところでございます。

続きまして、27ページでございます。基本的施策の6番目の「相談支援等」のところでございます。一番下の○でございます。こちらの中で、最終の行の「また」以下でございますけれども、潜在的にアルコール健康障害を有する者等を対応する機会がある地域生活支援の従事者の方々に対して、アルコール健康障害の特性を踏まえた支援の研修を推進するという形で、新たに記載させていただいております。国においては、これらの取組の実施を支援するという形で新たな文言を盛り込んでいるところでございます。

続きまして、29ページ、基本的施策の柱の7番目の「社会復帰の支援」の2つ目の○でございますが、アルコール依存症の方々の休職からの復帰、または再就職ということがもともと記載されていたところでございますが、2行目の末尾のところから「また」ということで、こうした就労支援のところ、ハローワークの担当者の方々との連携ということで、ハローワークの担当者等に対する研修の取組ということを新たに盛り込んでいるところでございます。

最後に飛んでいただいて、39ページでございます。計画の推進体制についての記載がされているところでございます。一番下の3番、これから計画の第2期ということでございますが、第2期を今後見直す際の話ということになります。33行目、34行目のところでございますが、第2期の対象期間内におきまして、アルコール健康障害対策の関連データの更なる集積を進めて、次の基本計画の検討におきましては、客観的データに基づく検討がなされるように、そのようなサイクルをとということでの記載を新たに追加しているところでございます。

私からの説明は以上でございます。

○樋口会長 ありがとうございます。

第2期基本計画（案）につきましては、年内をめどに取りまとめを行うことを目指して議論を進めてまいりました。これまでの議論を踏まえ、ただいま事務局から計画（案）の説明がありましたが、御意見、御質問等があれば、お願いしたいと思います。委員の方で御意見等ありましたら、挙手していただければ、私が指名して御発言をお願いしたいと思います。いかがでしょう。

白川委員、どうぞ。

○白川委員 それでは、2点ほど。

11ページ目のところですが、関係者連携会議の開催、複数回と入れていただきまして、誠にありがとうございます。連携強化ということで、非常に大切なことだと思いますので、ぜひこれを足がかりに進めていただければありがたいなと思っています。

2点目になります。18ページが一番下の段、「アルコール量を表示することについて速やかに検討を行う」となっているのですが、まず「速やかに」を加えていただいたことは非常にありがたいと思っています。可能であれば、検討を行い、実施するという実効性のあるものにしていただきたい。それによって、関連問題の予防に大きく寄与すると思われるので、ぜひそのようにお願いしたいなと思っています。

以上でございます。

○樋口会長 最初のコメントは、特に返答がなくていいですね。2つ目のコメントについて事務局から何かございますか。

○諏訪推進官 事務局でございます。

今、白川委員のほうから御指摘ございました、18ページが一番下のところでございます。先ほどの説明の際にはちょっと省かせていただいたところございましたが、これまでの御議論を踏まえまして、アルコール量の表示につきましては、速やかに酒類業界のほうで検討を行うということで、「速やかに」という形で追加させていただいたところがございます。

これまでの議論にございましたように、ストロング系アルコール飲料等の普及ということ踏まえて、国といたしましても、飲酒ガイドラインの取組ということできるだけ速やかに取り組んでいきたいと考えているところでございまして、それと歩調を合わせた形で、酒類業界におきましても、スピード感を持って検討作業を進めていただくということでございますので、このような形で、両者、歩調を合わせた形でしっかりと取り組んでいきたいということで御理解いただきたいと考えてございます。

○樋口会長 よろしゅうございますか。ありがとうございます。

それでは、ほかにどうぞ。

どうぞ、堀江委員。

○堀江委員 堀江です。

11ページ、22ページに一般医療機関向けの治療ガイドラインを作成し、研修プログラムを実施すると書いていただいて、どうもありがとうございました。これはお礼です。

1点、この辺に力を注いでいまして、最初のほうを余りちゃんと読んでいなくて、もっと早く指摘すればよかったのですけれども、出だしのところの1段落を読むと、飲酒量は減っているというイメージを受けるような内容になっております。せっかく14ページに「ストロング系アルコール飲料等の普及など、近年の酒類の消費動向にも留意した普及啓発が必要である」ということを書いていただいたので、ここにもそのあたりを書いていただければと思うのです。

何が言いたいかという、これは「酒のしおり」からのデータかと思われませんが、例えば4%のビール500ml飲んでも、9%のストロング系500ml飲んでも、同じ500mlとして多分集計されていると思うのですが、エタノール量としては明らかに増えているはずなので、この酒類の分類が余り変わらないで推計している分には問題なかったと思うのですが、ビールが減ってリキュールスピリッツが増えているという中では、ここの文章を前にも1文入れていただいて、例えばこの「一因となっている」あたりに、「また、いわゆるストロング系アルコール飲料等の普及等、お酒の種類が変わった消費動向の変化がこれに影響しているかもしれない」みたいな文言を入れられないか、ぜひ検討していただければと考えております。

○樋口会長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントございますか。

○諏訪推進官 ありがとうございます。

今、堀江委員のほうから御指摘いただきましたとおり、「はじめに」の最初のほうで書かれてございますが、まさに酒類の消費量ということでございまして、そこで摂取されるアルコール量とは直接的な関連がないところでございます。ただ、アルコールの摂取量につきましては、その次のパラグラフから、どれぐらいアルコールを摂取されているのかという観点での話を展開しているところでございます。生活習慣病リスクを高める量という形で一つの目安をお示しする中での、それぞれの特定のグラム以上の摂取量がどうであるかということで、それを踏まえた経年の動向を記載しているところでございます。

それから、先ほど冒頭の説明の中では省かせていただいたところで大変恐縮でございまして、9ページの冒頭でございまして、重点課題を設定するに当たりまして、第1期の評価というところを8ページから9ページにわたって記載しているところでございます。

8ページにつきましては、第1期の取組の直接的な評価でございまして、9ページの冒頭のところに、近年新しく出てきた動向、注意すべき動向ということで、2行目から、従来よりアルコール度数の高い商品が開発されてきているという、アルコール飲料の多様化という動きにつきましては、第1期のときにはそれほど注視してきたところではなかったのかもしれませんが、第2期に当たっては、こうした新しい動きを注視して、しっかりと取り組んでいく必要があるということで、課題設定につなげているところでござい

ます。こうした形で、問題意識につつまして盛り込ませていただいたというのが原案の考え方でございます。

以上でございます。

○樋口会長 先生、よろしいですか。

○堀江委員 おっしゃっている意味は分かるのですが、飲酒量が減っているというイメージをちょっと受けてしまったので、発言させていただきました。多分そうではないと思いますので、そういう認識でやっていただけたらと思います。

○樋口会長 ほかはいかがでしょうか。どうぞ、お願いします。

○伊藤委員 9ページのアルコール健康障害の発生予防ですが、取り組むべき施策の一番最後で、この若年者というのは何歳を想定されているのでしょうか。高齢者というのは、最初のほうに70歳以上の高齢者という言葉があるので、70歳以上かなと私は感じているのですけれども、若年者は何歳未満を想定されているのかというのが1つです。

それと、この文章の次に「酒類業界においても」というのがあります。これは、酒類業界においても自主的な取組を引き続き進めるということは、この項目の女性、若年者、高齢者等、特に重点的にやっていこうという人たちに対しての取組を、酒類業界でやっていくようにということでも私はないと思うのです。ということ、酒類業界においてもというのは、別の項目にしたほうがいいのではないのでしょうか。

以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

何かコメントございますか。

○諏訪推進官 事務局でございます。

少し分かりにくい構成になってしまっておりましたら大変恐縮でございますが、1つ目の若年者というところにつつましては、20歳未満の方につつましては、不適切飲酒ということで当然防いでいく射程に入っておりますが、さらに大学生等になられてから飲酒を始められる方々につつましては、これからの飲酒習慣が構成されていくタイミングというところかと思えます。

なので、そういったタイミングで、先ほど冒頭で御紹介させていただきましたように、一時多量飲酒の問題でありますとか、そういったところもしっかりと念頭に置きながら、若い20代の方を念頭に置いているところでございますが、そういった方々につつまして、特に留意しながら普及啓発していくという趣旨で書かせていただいているところでございます。

それから、先ほど少し御説明させていただきましたように、今回、普及啓発の取組といたしましては、飲酒のガイドラインを作成するなど、きめ細やかな形でやっていこうということで、政府側の取組として記載させていただいたところでございます。

それと少し歩調を合わせる形でと、先ほど御紹介させていただきましたが、酒類業界のほうにおきましても、アルコール量の表示というところにつつまして、速やかな検討をと

いうところがございます。このあたりにつきましては、かなり連携した取組であろうということもございます。そういったことを念頭におきまして、1つのパラグラフの中に、政府側の普及啓発の取組と、業界におけます自主的な取組の引き続きの推進ということを併せて記載させていただいているところがございます。

○樋口会長 伊藤委員、よろしゅうございますか。

○伊藤委員 御説明は分かりました。

ただ、酒類業界にいろいろなことに取り組んでいただくのは、非常に私は望むところですが、女性とか20代の人とか高齢者に対しても、余り飲み過ぎないようにという酒類業界の取組をやっていたきたいということなのかどうかということですね。むしろ、従来は、この取り組むべき施策の一番上、未成年者や妊産婦の飲酒に対しての取組を、酒類業界にもずっと要請してやっていっているところですが、さらにここに書いていようないろいろな健康的な影響が出てくる懸念のある人たちに対しての取組も、酒類業界に願うということなのかどうかを私は感じたのです。というのは、同じ項目に入りますので。

ですから、同じ項目でなくて、次の項目にすれば、全てについて酒類業界により取り組んでほしいという形になるのかなと私は思って、先ほど申し上げました。

以上です。

○樋口会長 事務局、お願いします。

○諏訪推進官 事務局でございます。

私のほうで伊藤委員の発言の御趣旨を少し履き違えていたところもあったかもしれませんが、今回、新たに追加させていただいたような取組といたしましては、先ほど御説明させていただいたところがございますが、これまでも業界の方で取り組んでいただいているような内容につきまして、これは引き続き取り組んでいただくということでございますので、そういった意味で、少し誤解を招くような形の記載になってしまっていたら大変恐縮でございます。

先ほどの問題点、御指摘いただいたことを踏まえますと、記載の方法といたしましては、酒類業界の取組というのは、ここに連続して記載するのか、あるいは1つ離させていただいて、それより上段に書かれているような取組を踏まえながら、酒類業界としても自主的な取組と一緒にやっていただくという形で段落を分けるということも検討できるものと考えてございます。誤解のないような形の記載にさせていただきたいと考えてございます。

○樋口会長 それでは、よろしくをお願いします。

そのほか、いかがですか。

辻本委員、どうぞ。

○辻本委員 辻本です。よろしくをお願いします。

非常にいい案をつくっていただきまして、ありがとうございます。ちょっと感想を述べさせていただきます。

1つ目が21ページですけれども、「健康診断及び保健指導」のところの職域における対応の促進ということで、「産業保健スタッフ等への研修や人事労務担当者等を対象とした事業者向けセミナーの充実を図る」という文言があるのですけれども、今回の計画（案）でも、職域の問題というのは非常に大切なことです。これから5年間にわたって、この内容を取り組んでいただいて、成果を上げていただきたいです。そのことを必ず計画にも入れていただきたいなと思っています。これが第1点です。

2点目が、また機関間の連携という言葉が入って、非常にうれしいのですけれども、コメディカルに対する評価というのがまだまだなされていないので、多職種連携のためのコメディカルの評価を考えてほしいと思います。

医療に関しては以上ですけれども、アルコール依存症というのは、医療だけじゃなしに、生活面での破綻を来す病気ですので、生活者としての視点、住宅の問題、住居を失っている人の問題、それから貧困の問題、そして社会参加しようとしてもできない問題、そういう点での生活保障を行うための支援が必要であるという生活者としての視点ということについても、これから入れていただいたらと思っています。

もうちょっと言わせていただいてよろしいですか。

○樋口会長 どうぞ。

○辻本委員 23ページでは「専門医療機関の医療従事者向け研修プログラムの普及等を通じて」という形で書いてあるのですけれども、ここには看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師、管理栄養士、いろいろな人材育成を図っていただきたいと思いますし、そういう方を雇っても、評価されていないという現状をかえていく記述をしてほしいと思います。

特に、細かいことですけれども、ギャンブル依存症と薬物依存症は、医師または医師等の指示を受けた看護師等が2名で集団療法を行ったら、それは診療報酬として評価されるのですけれども、アルコール依存症の場合の通院集団精神療法は、医師が同席しなければ報酬化されなくなっています。依存症の中でどうして違いがあるという点についても、腑に落ちませんし今後見直して欲しいと思っています。これがコメディカルに対する評価という点ですね。

それから、先ほどの生活面の視点というのは、私は医者ですけれども、アルコール依存症の方を現場で診ていると、医療だけじゃなしに、福祉的な視点も非常に強くなってくるので、医療でない視点についてもこれから検討していただければと思っています。

以上です。

今の御意見について事務局のほう、何かございますか。

○諏訪推進官 事務局でございます。

先ほど辻本先生のほうから、最初に21ページの職域での対応の促進ということでの御指摘というか、今後の御要請ということでいただいたところでございます。健康診断等の場面におきましても、職域での対応の促進が今後必要であるということでございますので、

ここの取組を今後の5年間の中で具体化し、しっかりと進めていきたいと考えているところでございます。また、フォローアップの際にも、そのところは御報告させていただきたいと考えてございます。

その次、2点目といたしまして、多職種での連携につきまして診療報酬上の評価をとということでの御指摘だったかと思えます。22ページで、冒頭御説明させていただきましたように、今後、さらに早期介入等の場面におきます治療の裾野をしっかりと広げていくということ、2つぐらいの〇のところで具体的な取組として記載させていただき、その中で重要な要素として多職種連携というのを盛り込ませていただいたところでございます。

それから、先ほど24ページの3つ目の〇の知見の集積というところで、適切な診療報酬のあり方の検討に資するよということに記載させていただいたところでございますが、今後の診療報酬改定は当然2年に一度あるわけございまして、私どもといたしましても、そういった検討に資するよに、関連のデータ、知見の集積でございますとか、課題の整理等にしっかりと取り組みながら、診療報酬の検討がしっかりとなされるよに、事務局としても努力していきたいと考えているところでございます。

それから、3点目は、今、先生から社会復帰支援の生活面での支援の重要性というところでのお話をいただいたところでございます。保健医療の観点の主になっているところではございますけれども、生活面も視野に、社会福祉との連携、社会福祉の機関に対するつながりを円滑に行っていくということは非常に重要なことだと考えてございます。本日お示しさせていただいた計画(案)の中でも、基本的施策の柱の27ページでございます。この6番目の柱のところ、まさにアルコール健康障害に対する地域での体制づくりということで、関係機関間の連携を記載させていただいているところでございます。

一番下の〇でございますが、そうした連携強化の取組の中で、2行目に福祉事務所という記載を、議論の過程におきまして新たに盛り込ませていただいたところでございます。このような形で、福祉をつかさどっている関係機関との連携をしっかりと視野に入れながら、先ほど御指摘いただいたような生活面でのサポートが必要な方については、福祉としっかりとタッグを組んでやっていくということを取り組ませていただきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

○樋口会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、今成委員、どうぞ。

○今成委員 事務局におかれましては、本当に頑張って調整していただきまして、感謝しております。

1つ質問、1つ要望があります。

1つは、3ページとか12ページにアルコール依存症の生涯経験者数54万人というのが出ています。これは、今まで107万人となっていたものが、数字が非常に変わっているので、

あれという印象を持つ人が多いのではないかと考えています。一方、AUDITの15点に関しては、前回の調査からほぼ変わっていないということがありまして、何でこんなに減ってしまったのでしょうかということをもっと御質問したいということです。AUDITとは違うやり方をしているのか。例えば、AUDITは自分で記入するけれども、ICD-10のほうは質問者が質問して聞き取っているとか、何か違うやり方なのか、すごく解せない感じがいたします。

それから、もう一つは、31ページの民間団体のところですが、**「地方公共団体において、自助グループの活動に対する必要な支援とともに、自助グループや家族会の立ち上げの支援を推進する」**となっていますが、自助グループというのは、主体があくまでも当事者とか家族であるべきなので、立ち上げの支援は非常にいいのですけれども、**「自助グループの自主性を重んじながら」**という言葉を入れたほうがいいのではないかとということで意見を出しておりました。なので、もう一回検討していただけたらと思います。

全断連の伊藤さんのほうはいかがでしょう。自主性を重んじるなら、自助グループはあくまでも自主的に存在するものなので、そここのところについて一言入れておくというのはいかがでしょう。

○樋口会長 まず、54万人の話から、これは私が担当したので、ちょっと説明いたしたいと思います。2018年、2013年の実態調査、その前もそうですけれども、AUDITは自記式です。調査が2つに分かれていて、1つは自記式で、その自記式の調査票を対象の方の御自宅に留置して、それで後で回収するという方法です。ICDのほうは、調査員が聴くという面接調査ということです。このICDというのは、御存じのとおり6項目あって、6項目が過去12か月のうちに3項目以上が同時にあるか、あるいは繰り返し起こるかというのが今の状況で、生涯の場合には、過去のどこかの12か月にそういうことがあったかを聴いていて、結構複雑なのです。

実は、調査の質問項目も1項目に1個ずつではなくて、1項目に複数あって、そのうちのどれか1つあればという形のもので、最後に調査の回答者に、それまでの回答の一覧を示して確認してゆくという、かなり複雑なプロセスを経てやっているので、AUDITのようにそれぞれの質問に回答していくのとちょっと違うわけで、そのあたりが反映されているのかもしれない。2003年、2008年、2013年は、夏の6月から7月のアルコール消費量が多いときに調査していて、2018年はアルコール消費量が少ない冬に調査しているということがあって、そんなことも影響したのかもしれない。

それから、アルコール依存症は、特に女性の場合は有病率が非常に低いので、依存症が疑われる人の数のちょっとした上下でかなり有病率が変動します。AUDITの15点の場合、そのように回答した人の割合が高いので、その変動の幅が小さいということもあるかもしれません。ちなみに、私の理解が正しければ、107万人のときの割合と54万人のときの割合に統計的有意差はなかったもので、自然変動のうちの一つと考えられます。それでよろしいですか。

○今成委員 はい。

○樋口会長 もう一つは、伊藤委員のほう、何かコメントございましたら、どうぞ。

○伊藤委員 私の意見を述べさせていただきます。これは自助グループですから、当然自治体とか医療の附属グループではないので、当然主体性を持ってやっておりますけれども、ここに必要な支援と書いていますので、自助グループが必要とすると私は感じていたのですけれども、自助グループの活動や考えに反して、例えば自治体のほうが必要だと決めてかかるということになると、これは当然具合が悪いので、先ほど今成委員がおっしゃったように、自助グループの主体性を重んじながらという言葉を入れていただくと、よりはっきりするかと思います。

○樋口会長 よろしいですか。

事務局、いかがでしょう。

○諏訪推進官 ありがとうございます。

私どもといたしましては、自治体のほうで自助グループの活動については、その重要性を当然しっかりと認識していただき、また近年におきましては、現状のところでも、これまでの御議論の中で書かせていただいたところがございますが、近年、自治体における認知も非常に進んで、しっかりとした連携体制というのが自治体との間でも進んでいるという状況もお伺いしておったところがございますので、これまでよりはよくワークしているのかなと認識していたところがございます。

私どもとしては、そういった形で、現段階において、制約を受けながら活動されているというようなお話を聞いたことが、大変恐縮ですが、なかったところですから、そのような形であえて記載するのが適切な状況なのかどうかというのが、私どもは現状の把握として、ないというところがございます。

○樋口会長 どうぞ。

○今成委員 アルコールは、かなり長い歴史があるので、ある程度安心感はあるのですけれども、今、ギャンブルでも同じような形の動きになっていると思いますので、ギャンブルのほうではまだ本当に資源がないので、例えば病院とか自治体とかの中で、主体がちょっとどうなのだろうと思うような形での立ち上げというものが行われている例を知っています。ということで、アルコールの基本計画というのは、ほかの依存症の計画に影響を与えますので、アルコールのほうにきちんと入れておいていただくと、ほかの依存症のほうもこれを参考にするということがあると思うので、やっていただいております。いいと思います。

○樋口会長 よろしいですか。事務局、どうぞ。

○諏訪推進官 今、御指摘いただいたところがございます。入念的な意味で、そのような記載をするほうがよいのかどうかということについて、もう一度整理させていただければと考えてございます。

○樋口会長 よろしく申し上げます。

次、どなたか。

小松委員、どうぞ。

○小松委員 小松です。

非常にいろいろと現場からの要望を入れていただいた基本計画で、ありがとうございます、と申し上げたいです。ですが、最後のお願いです。

第1期計画の評価のところ、8ページの35行目、アルコール依存症が疑われる者の推計数と、依存症で医療機関を受診した患者数との乖離、括弧の中、いわゆる治療ギャップを入れていただいてありがとうございます。治療ギャップという文言が入ったことは非常にありがたいです。ですが、この治療ギャップの乖離がただあるだけではなくて、ほかの精神疾患。例えば統合失調症ですと約30%と、これは全世界平均ですので、先進国はもうちょっと少ないと言われてはいますが、それと比較しても非常に大きいのです。

例えば、12ページに新たに掲出された数字、依存症で受診した患者さんの総計、実人数で12万9950人、入院・外来合計です。これを依存症生涯経験者数54万人で割る、というふうに計算しても76%あるのです。依存症で受診した患者さんの総数は「主病名」だけではなく「併存病名」での受診も含めているため、私達 臨床にいる専門医の実感よりはかなり多いですが、非常に大きい。ですから、ほかの精神疾患と比べても治療ギャップが非常に大きいので、せめて「乖離（いわゆる治療ギャップ）が大きいとの指摘もあり」ぐらいは入れていただきたいなど。本当は非常に大きいと入れていただきたいというのがまず1点目です。

2点目、15ページの基本的施策の「1. 教育の振興等」の③医学・看護・福祉・介護・司法等の専門教育。こういうふうにタイトルにも例示で書いてあってとてもうれしいです。さらにこの3段目、その他の医療、福祉等関連分野についても、ちょっと省略しなくても、各種資格の養成課程の教育内容にアルコール依存症の問題を位置づけること等を推進するとともに、関係教育機関に必要な周知を行う。非常にありがたいことです。養成課程の教育内容にと入れていただいたのは、非常にうれしいです。

ですが、新しいカリキュラムで勉強して、各種の援助職になって、その分野の中核的な実働部隊になるには、みんな専門職ですので、大体10年かかります。若い人たちだけでは、アルコール依存症とか家族への支援に消極的な現場、不適切な支援がされている現場というのは、変えられません。これらの現象が起きている理由は、必要な知識とかノウハウを知らないためと、その結果として成功例を経験していないからです。私、沖縄でゼロから10年やってみましたら、うまくいったケースを知ると、中堅部隊が全く変わってくるのです。ですから、私たちは知識・ノウハウを持たない援助職にも、ある程度必要なものを身につけて、そして少しでも成功例を手がけていただきたい。10年待てません。

そのためには、資格更新時など現任教育の教育内容にという文言もぜひ入れていただきたいです。養成課程の教育内容に入れるだけでも、相当にたくさんの資格がありますので、大変だということはいく分かっているのですが、要するに、必ず受ける研修の中に入れていただければよろしいので、この文言に別にこだわるつもりはなくて何かそういうふうに

なっただらいいなと思っています。これが2点目です。

3点目、22ページ、先ほど辻本委員もおっしゃっていました、「アルコール健康障害に係る医療の充実等」のところですか。22ページの下から4行目ですが、一般の精神科医向けの治療ガイドラインを基に、研修プログラムを開発・普及を図る。また、そのために多職種連携を推進する。

多職種連携というのは、そういう意味もこもっていますということで、先ほど諏訪推進官のほうからの御説明もありましたが、もう一押し。治療ガイドライン云々、研修プログラムの開発・普及を図る。また、その研修が実地臨床で実効性を持つように、集団精神療法におけるコメディカル活用など、一般精神科医が取り組みやすい多職種連携を推進するというような文言にしていただければいいなと思っております。

以上、とりあえず3点です。

○樋口会長 ありがとうございます。

これについて事務局のほう、何かコメントございますか。

○諏訪推進官 今、小松委員のほうから3点御指摘をいただいたところでございます。

1点目の治療ギャップの表現のところでございます。乖離ということで、表現上は看過し得ない差というニュアンスが既に含まれていると捉えていたところでございますけれども、乖離が大きいという表現を、ということでございます。国内の実際の状況といった知見なども踏まえて、もう少し追記したほうがいいのかどうかということは、また精査をさせていただきたいと思えます。基本的には、差がそれなりにあり、大きいということを既にこの乖離という表現の中でしっかりとさせていただいているところではございますけれども、乖離が大きいという表現ぶりにするかどうかということは、また精査させていただきたいと思えます。

それから、2点目のところでございますけれども、養成課程のみならず、現任者へのことで何か追記できないかということでございました。現任者に対する対応というところにつきましても、先ほど27ページを冒頭でも御紹介させていただいたところでございますが、一番最後の「また」のところ、地域で生活支援、福祉・介護や、いろいろな形で相談支援をなさっていらっしゃる方々の中で、アルコール依存症の方などと接触する機会がある方は非常に多くいらっしゃるかと思います。そういった方々に対しての研修の機会というものにつきましても、現在の予算事業の中でも展開させていただいているところでございます。これをさらにしっかりと各地域の中で御活用いただけるようにしていくということは、非常に重要ではないかと考えているところでございます。

それぞれの医療・福祉関連の資格につきましても、資格のあり方というのは様々であろうかと思います。更新制度を取っているものと、取っていないものとか、いろいろあるかと思いますので、そうした資格の多様性も踏まえながら、今、御紹介いたしましたような地域単位で、そういった研修の機会をしっかりと確保していただくということを、併せてしっかりとやっていきたいと考えているところでございます。

それから、もう一点、先ほどの多職種連携のところの記載をもう少し膨らませてということでした。コンセプトとしては、先ほど申し上げさせていただいたところがございますけれども、さらにもう少しイメージがしっかりと伝わるような形、よりメッセージ性を持たせるような形でということにつきましては、少し精査させていただきたいと思っています。

以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょう。

江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 ありがとうございます。

この第2期のアルコール健康障害対策基本計画（案）につきましては、いろいろ修正していただき、おおむね賛成でございます。

39ページ、最後のページの下から2つ目の○の、今回「第2期の対象期間において、アルコール健康障害対策の関連データの更なる集積を進め、客観的データに基づく次期基本計画の検討につなげる」ということで、これは以前から要望していたことでありまして、文面に落としていただいて、大変ありがたいと思っていますので、ぜひ次回改定では、データに基づいた政策がより取り組めるようお願いしたいと思います。

意見は1点だけ申し上げます。24ページの○の3つ目と、37ページの下から2つ目の○に同じ文章がありますけれども、この基本計画の取りまとめにおいて、「適切な診療報酬のあり方の検討に資するように」とありますけれども、アルコールの健康障害対策の基本計画、すなわち基本骨格について取りまとめるものであって、診療報酬は、御存じのように中医協で、支払側と医療提供側等で、さらに有識者が入って真摯に議論して決まるしくみであり、そちらのほうで診療報酬については全般的に議論しておりますので、こちらの計画の範疇ではないのかなということ、ここの文章の表記については、また御検討いただければと思います。

1点のみ、以上でございます。ありがとうございます。

○樋口会長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょう。先ほど堀井委員が手を挙げていたと思います。堀井委員、どうぞ。

○堀井委員 日本精神科病院協会の堀井です。

3点ほど、よろしくお願ひしたいと思います。

まず、28ページに、現在のコロナ対策が気になるのですが、この参加者の皆さんも困っておられるように、事業組織あるいは協力民間組織も会合がなかなかできなくて、ウェブ会合をしたり、SNSで対応したり、いろいろやっています。断酒会への援助とか、連携の取り方の援助とか、その辺がもっと具体的な援助ができればいいのではないかと思うのです。前回のときに、新型コロナウイルス感染症ということで、自然災害と同じように書き加え

てくださっているのですが、ほかにもいろいろ書き加えてくださってありがたいのですが、もう少し具体的に組織の活動に協力するとか、それに関連した民間組織の活動に協力するとか、その辺を書き入れていただいたらありがたいと思います。

それから、もう一点は、22ページ、先生方、皆さん指摘されておられますが、アルコール健康障害に係る医療の質の向上のところ、協力体制をいろいろつくるといことがありますが、実際に協力していくという、その具体的なところのモデルをつくるという話が私はずっと頭にありまして、それが具体的に書かれているところがなかったような気がします。それをぜひ具体的に行っていくと、モデルを考えていくのだということですね。

24ページの上から3つ目の診療報酬のところ「モデルの確立に向けた取組」という、これがここにあるのですが、実際に一般医療機関と専門医療機関、あるいは民間の事業組織等を含めたような体系のモデル事業をするのだということを入れるというお話だったような気がするのですが、それをお願いしたいと思います。

もう一つ、22ページ、さっきの医療の質の向上のところ、一般の先生方あるいは我々精神科医も薬物療法を行うわけですが、薬物の例えば抗うつ剤あるいは遺伝子療法の薬物等をより使いやすくして、そういう意味でも治療のお互いの勉強をしていく。そして、質の向上を図るとい、薬物療法も入れてほしいと思います。

その3点を御検討いただきたいと思います。以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

事務局よりコメントいただけますか。それから、先ほど江澤委員の話のときに、特にコメントいただかなくて先に行ってしまったけれども、それについても、もしコメントがあったらお願いします。

○諏訪推進官 私のほうから、堀井委員のほうから御指摘いただきました3点につきまして御説明させていただきたいと思います。

堀井委員のほうから、今の新型コロナの状況下における自助グループの状況等につきまして御紹介いただいたところがございます。その点につきましては、31ページの8番目の柱の民間団体の活動の支援がございますが、先ほど私のほうの説明で省いてしましまして、大変恐縮でございます。現状の枠囲いの中の4行目の後ろのほうから、新型コロナウイルス感染症の流行下で、従来のミーティング活動の継続が非常に困難になっているという御指摘も出ているところだということで、新たに記載を入れさせていただいているところがございます。

そういったところを踏まえまして、31ページの2つ目の○のところでございますが、従来の活動がなかなかできないということもございます。そういった中で、自助グループ等の活動で、アクセス改善でございますとか、オンラインでのミーティング活動といった観点からの支援ということも、国や自治体のほうでやっていくということに記載させていただいているところがございます。

それから、2点目でございますが、先ほど連携のモデル事業のお話ということで幾つか

御指摘いただいたところでございます。その点につきましては、23ページの下の方に(2)医療連携の推進ということで、一般医療と専門医療の連携ということでございます。1つ目の○、ページ全体では下から2つ目の○のところ、これまでも何度も御指摘いただいておりますSBIRTSの連携体制の構築ということを明記させていただきました。

その上で、その一番下の○のところでございます。こうした関係機関間の連携に関するモデル事業というものを現在、私どものほうでもやらせていただいているところがございます。これにしっかりと取り組んで、優良なモデルにつきましては横展開をしっかりと図っていくということで、このSBIRTSを全国に普及させていくということは、委員の御指摘のとおり、しっかりとやらせていただきたいと考えているところがございます。

それから、もう一点、最後の薬物療法の話でございます。この点につきましては、24ページ一番下の○で、アルコール依存症に対してのということでございます。薬物療法を用いた治療ということも新たに追加させていただいているところがございます。そういった新しい治療法の開発、そしてそれを基にした治療マニュアルの策定などについては、引き続きしっかりと取り組んでいくということで、薬物療法も明記させていただいた上で、これら取組の推進を記載させていただいております。

○堀井委員 ありがとうございます。

オンラインミーティング等、書き加えておられたのですね。私、チェックしていたのに見落としていたようです。

コロナ対策で、私、先日、自殺対策の会合に出ていて、相談がなかなかしにくいとか、何か困ったときの最初の取りかかりを、電話相談あるいはSNS相談、インターネット相談といういろいろな手段を考える話題がありました。このコロナ対策の中に、そういう手段を増やすということも1つ入れていただきたいと思います。

それから、モデル事業については、ガイドラインをつくることがモデル事業につながるということなのですね。そういうふうに理解させていただきます。

薬物療法は、私、もっとどんどん多くの先生方が使えたらいいと思っていますので、その辺のところを方策としてよろしくお願ひしたいと思ひます。

ありがとうございました。

○樋口会長 ありがとうございました。

佐々木統括推進官、よろしくお願ひします。

○佐々木統括推進官 統括推進官の佐々木でございます。

江澤委員から御指摘いただきました診療報酬に関する記載ぶりについてでございます。24ページ、上から3つ目の○でございますけれども、江澤委員の御指摘のうち、診療報酬のあり方そのものを別の協議体で議論していくということについては、これはそのとおりだと思っております。ただ、このアルコール関係者会議の中で、非常に多くの委員の方々から診療報酬についての言及があったということ。そして、我々としても取組を進めていく、その手段として診療報酬があるということは、これは誰もが一致することだろうと思

っていますので、取組の一つとしてあるということは誰もが御存じのことだと思っております。

なので、書き方としては、報酬のあり方の検討そのものではなくて、ここにもございますように、「適切な診療報酬のあり方の検討に資するように、そのコストと有用性に係る知見の集積を進める」という書き方にとどめさせていただいております。この書きぶりであれば、計画の骨格として十分成り立ち得るものと考えているところでございます。

以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

江澤委員、よろしゅうございますか。

○江澤委員 どうもありがとうございます。

ただ、基本計画ですから、それについて、次の第2期の中に議論なり対策を講じるということになります。そうすると、中医協の議論の範疇に入ってきますので、診療報酬に含める、含めないが、いい悪いという話をしてではなくて、基本計画として盛り込むということは、その基本計画に対してアクションも伴うということなので、そうすると、その中身の議論は中医協の中にかなり重なる議論になるということで、表記の問題を申し上げているところであります。

以上でございます。

○樋口会長 どうぞ。

○佐々木統括推進官 佐々木でございます。

そういうわけで、繰り返しになりますけれども、ここでのポイントとしては、知見の集積を進めるということでございますので、求められるアクションとしては、エビデンスをしっかりと集めていくということととらまえてまいりたいと考えております。

○樋口会長 それでは、先に進みたいと思います。ほかにもございますか。

稗田委員、どうぞ。

○稗田委員 稗田です。

今回、かなり反映していただいたような内容で、本当にありがとうございます。

すみません、私のほうから2つほどあるのですけれども、調査データと併せて出させていただいてもよろしいでしょうか。5分ぐらいの時間でまとめたものなので、なるべく端的にお話ししたいと思います。

○樋口会長 今日、最後の会議なので、簡潔にお願いします。

○稗田委員 すみません、ちょっとだけお時間をいただきたいと思います。

まず、私のほうからは、今まで委員の皆様から出たものをより補強するような形で意見を述べさせていただきたいと思っておりますけれども、ちょっとお待ちください、画面を共有します。

1つは、多職種連携のところですが、先生方がおっしゃってくださっているように、かなり入れ込んでいただいたということですのでけれども、この調査で今回の基本計画の案に呼

応するような結果が出ましたので、もしよろしければシェアさせていただくということで挙げさせていただきます。日本医療社会福祉協会というコメディカルで、一般病院、総合病院の医療ソーシャルワーカーが加盟している団体で、今回、急遽、厚生労働省の民間団体支援の事業の助成金でやらせていただきました。1211の回答数がありました。回答の約9割が一般病院に所属している医療ソーシャルワーカーです。その8割が1次・2次医療圏の病床に属しているワーカーです。

一般病院の9割が依存症の専門医がいないという状況で、また一般病院の9割が依存症の治療を行っていないという現状が明らかになっています。ただ、その一方で、8割以上が依存症の患者への関わりの経験があるということもはっきり出てきました。その中で特に多く関わっているのがアルコール依存症で、約9割ということになっております。現在、依存症の問題へのスタンスについて、積極的、やや積極的に関わっているというソーシャルワーカーは5割いるということで、ただ、どちらとも言えないという関わりのスタンスに迷いが見られるということも分かりました。

もう一方、依存症になったのは自業自得ではないかという考え方については、これは自業自得ではないとはっきり回答できない人たちが約6割に上ることも明らかになりました。この調査に関しては、さきに辻本委員のほうから御報告があった日精診の調査の許諾を得て、その調査項目を活用させていただいているということもありまして、ここの部分はほぼ同様の割合になっているということは非常に興味深いというか、偏見・差別というところでは、もう少しマクロの視点で捉えていく必要があるのかなということが考えられます。

9割以上の依存症の回復支援やネットづくりを行っていない、行うことができていないということも明らかになっていて、その要因としては、その下に書いてありますように、院内スタッフの依存症に対する理解が不足しているということと、共に関わっていける医師・看護職等がいないということが行為で出ています。

ただ、一方で、診療報酬に位置づけられていないから支援しないということは非常に少ないということがありますので、先日、モラルの問題の指摘があったと思いますけれども、それは決してモラルの問題ではないかなと思われまます。

それから、もう一つの要因は、教育の中で十分ではないということ、卒後教育も十分ではないということが明らかになっています。

最後ですけれども、診療報酬のことがずっと挙げられていますし、私の立場でも、30年前、何も資源がなかった頃に一般病院で関わったときに、何が限界だったかというところ、この問題が大きな壁だったなということがあります。実際にこれはクロスをしてみたのですけれども、積極的に関わっているコメディカル、医療ソーシャルワーカーこそが、この診療報酬の問題を高く挙げているということですので、現場としては何らかのインセンティブが、ソーシャルワーカーというだけじゃなくて、医師、看護師という現場で忙しくやっておられる方が動いていただくという意味でも、連携を取っていただくという意味でも必要なのではないかということが、ここから明らかになったということです。

そういうわけで、機関同士の多職種連携だけでなく、院内の多職種連携というところも、もう少しはっきりと計画の中に盛り込んで文言を入れていただきたいというのが1つと。

それから、診療報酬化という言葉は、この取組、すごい大前進だなと私は思っております感謝しておりますけれども、診療報酬化を推し進めていくための知見を集めるということも、私たちの責任としてもやっていく必要があるなと思って、このことについては非常にありがたく思っております。

あと、もう一点、すみません、地域共生社会という政府の意向というのは、これからどんどん推進されていくので、アルコールの健康障害はバイオ・サイコ・ソーシャルという意味での健康だと思うのですが、医療とかに偏るだけじゃなくて、地域共生社会の中にある依存症の問題という捉え方で基本計画を進めていただくという位置づけを、ぜひ御検討いただければと思います。

以上です。すみません、長くなりました。

○樋口会長 ありがとうございます。貴重なデータもありがとうございました。

コメントございますか。特に、最初のほうの院内の連携の話。あと、診療報酬の話は、先ほどの議論の中で既に明らかにしていただいておりますので、そちらはいいと思っておりますので、いかがでしょう。

○諏訪推進官 ありがとうございます。

稗田委員のほうから御発言いただいたところでございます。先ほど小松委員のほうからも多職種連携のところの記載につきまして、もう少しイメージが分かるような形で追記という御指摘もあったところでございます。今、稗田委員からも同趣旨の御発言をいただいたところかと存じます。

私どもといたしましても、基本的には4の医療の充実の中で、まずは院内でのそれぞれの多職種の方々の連携の話。そして、先ほども御紹介させていただいた(2)のほうでSBIRTSという形で、機関同士の連携の話という形で、両方の要素を盛り込ませていただいている形にはなっているのかと思っておりますけれども、今ほど御指摘いただいたところをもう一度踏まえまして、このあたりの表現ぶりにつきまして、もう少し何か盛り込めるものがあるかどうか、精査させていただきたいと考えてございます。

以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。よろしくお願ひします。

ほか、いかがでしょう。よろしゅうございますでしょうか。

どうぞ、今成委員。

○今成委員 それでは、私は、全体を見て、ちょっと思うところがありましたので、最後に述べさせていただきたいのですけれども、第1期の計画のときに、これは連携の計画だなと私は思って、勝手にそう名づけていたのですけれども、今回、第2期の計画は、それがより深まり、実際的になったなと思っております。

例えば、ガイドラインという言葉は1期にはなかったのですが、今回、結構出てきて、連携のガイドラインとか治療のガイドラインとか連携モデルという形が出てきています。そして、SBIRTSという言葉とか診療報酬のあり方の検討という文言とか、あと、大事なのは、都道府県とか政令指定都市の連携会議が複数回という形で入ったこと。そういうことで、連携というのが具体的にどういうことなのか、そのためには何をしなければいけないかというツールとか、いろいろなものが明らかになって深まってきたなと思います。

そして、もう一つ、予防啓発というところで非常に大きいなと思っていますのは、飲酒のガイドラインという、ここでもガイドラインという言葉が使われていますが、それをこれからつくっていくということになりますし、その中に一時多量飲酒というのが多分入っていくのだらうと思うのですが、今まで日々飲むことのリスクという形でずっと来ていますので、一時多量飲酒が入ったというのはすごく大きいことだと思っています。そして、このガイドラインと、酒類業界が容器への表示とか、そういうものの検討にこれがつながって連携していくという形も予防のほうで見えてきていますので、本当に進化したなと思って感謝しております。

以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。私が言わなければいけないことを最後にまとめていただきまして、本当に感謝します。

そのほか、いかがでしょう。

小松委員、どうぞ。

○小松委員 先ほどもお話ししたように、いろいろな委員のいろいろな意見を盛り込んでいただいて、大変ありがたいと思っています。

ところで依存症の臨床について、他科の先生方から見ると分かりづらい面が多々あるのだな、と親しい内科の先生とお話しをして気づきましたので、補足します。『精神科の医者なら、得意・不得意、好き・嫌いはあるだろうけれども、依存症は普通に診るのではないの？何かプレミアがつかないと診ないというのはどういうこと？』みたいなお話を聞いたりしまして。例えば私は糖尿病とアルコール依存症は非常に似ていると思っています。非常に難治で、しかも社会経済的なインパクトも大きくて、割と患者さんの数も多くてという意味です。一方で、ちょっと違うところがあるなど。

依存症臨床は、ほかの精神疾患の臨床とは大きく異なる点が3つ程あると私は思っております。まず、ほかの精神疾患のようによく効く薬がございません。例えば、うつ病とか統合失調症の患者さんの多くは、薬物療法だけでもかなりよくなります。ですから、とにかくお薬をちゃんと飲んでもらうまでが勝負という感じがあるのですが、依存症臨床はここまで効く薬というのがまだない。ですから、治療が軌道に乗るまで年単位かかるケースがまれではない。そのため、回復率が非常に低いですね。これは世界共通でこういうふうになっています。日本は特にまだまだですけれども、アメリカ合衆国のような早期介入がかなり進んでいるところでも、50%、60%いくかどうかなのです。

次に、ほかの精神疾患と比べても、これは特に日本でそうですが社会全体で支える制度というのがまだまだ整備されていないと思います。例えば、この間の関係者会議で多くの委員が問題点を指摘した精神保健福祉手帳です。あれの適用1つ取っても、50年以上前につくられた規定がそのまま、アルコール依存症という単独の病名では精神保健福祉手帳が取れない。つまり、福祉的な施策の対象になかなかならない。ということは、ハローワーク「みどりの窓口」とかへ行っても、『あなた、手帳を持っていないでしょう』ということで、ぱっとはねられることが多い。

それから、ほかの精神疾患のように卒前卒後教育がなされていないということが非常に大きいと思います。第2次大戦後75年が経過していますが、日本の国公私立、全ての医大・医学部の精神学教室で、アルコール依存症を専門にして主任教授になられた方というのは、札幌医大の名誉教授でおられる齋藤利和先生と、東京慈恵会医科大学の現役主任教授の宮田久嗣先生、横浜市立大学の現役主任教授の菱本明豊先生、このお三方だけです。全国には、精神科の病院だけでも1054か所ありますが、依存症専門医療機関として各都道府県から認定されている病院というのは、わずか134か所です。やっていないこと教えられませんので、なかなか担い手が増えない。

このように、ほかの精神疾患と比べても、スタートラインから圧倒的に差がついているのです。しかも難治である。ですから、こういうところに新たに対応してくれる精神科医療機関を増やすためには、いろいろな手練手管が必要なのではないかと私は思っておりまして、別に精神科医は好き嫌いだけで依存症を診ていないわけでもないし、お金勘定だけで診ていないわけでもないということは、ぜひ御理解いただきたいと思います。

以上です。

○樋口会長 今のは、先生、御意見で、どこかに反映させるというわけではないですね。

○小松委員 あくまで意見です。

○樋口会長 分かりました。ありがとうございました。

そのほかにございますか。

もしなければ、皆様から様々な御意見を頂戴したところです。計画（案）全体の構成や、各基本的な施策の事項立てなどを、大筋につきまして御了解いただけたと理解しますが、それでよろしゅうございますか。

（首肯する委員あり）

○樋口会長 ありがとうございます。

本日いただきました計画（案）の文言の修正・追記の御意見の取扱いにつきましては、会長である私に御一任いただき、後日、最終的な案文を委員の各先生方に御確認いただいた上で、第2期基本計画（案）として公表の運びとしたいと思いますが、これでよろしいでしょうか。

（首肯する委員あり）

○樋口会長 ありがとうございました。

本日の議事は以上であります。委員の皆様方には、本日も精力的に御議論いただきまして、本当にありがとうございました。

第2期基本計画（案）の策定に当たりましては、昨年10月から全体で9回にわたって議論いただき、今後5年間のアルコール健康障害対策に必要な取組を盛り込むことができたと思います。本当にありがとうございました。各委員の先生方、本当に御貢献ありがとうございました。感謝します。

それでは、最後に、事務局から御挨拶があるということなので、よろしく願いいたします。

○赤澤部長 障害保健福祉部長でございます。

本日で、第2回アルコール健康障害対策基本計画（案）の御議論の区切りを迎えるに当たりまして、事務局を代表し、一言御挨拶を申し上げます。

委員の皆様方におかれましては、昨年10月から約1年3か月という期間にわたりまして精力的な御議論を賜りまして、本日、第2期計画についておおむねの案をおまとめいただきましたことに心より御礼申し上げる次第でございます。

また、樋口会長におかれましては、円滑な議事運営に御尽力いただきまして、毎回非常に闊達な御議論につなげていただきましたことにつきまして、厚くお礼を申し上げたいと思います。

第2期計画（案）につきましては、本日いただいた御意見も踏まえまして、樋口会長と御相談の上、取りまとめさせていただき、その後、所要の経路を経て、本年度内の閣議決定まで進めていきたいと考えております。

今後の対策に当たりましては、これまでにいただいた御意見をしっかりと受け止め、関係府省が一体となって取り組むとともに、関係事業者の方々や地方自治体の方々とも緊密に連携いたしまして、対策の充実に努めてまいりたいと考えております。

委員の皆様方には、今後ともアルコール健康障害対策の推進に御指導、御支援を賜りますようお願い申し上げます。事務局を代表して私から御挨拶をさせていただきます。

どうも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。

それでは、これをもちまして、第27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。