

# アルコール健康障害対策関係者会議

## 第2回議事録

日時：平成26年12月12日（金）10時00分～12時00分

場所：中央合同庁舎4号館6階共用第620会議室

○樋口会長 それでは定刻になりましたので、第2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。委員の皆様には、御多忙のところお集まりいただき、ありがとうございます。

では、議事に入ります前に、事務局から委員の出欠状況と資料について確認をお願いいたします。

○加藤参事官 本日、ご多忙の中、17名の委員全員にご出席をいただいております。続きまして、お手元の資料について確認させていただきます。

資料1としまして「我が国の飲酒パターンとアルコール関連問題に関する現状」という尾崎委員から提出いただいたもの。

資料2としまして「我が国のアルコール健康問題に関する現状」堀江委員から提出いただいたもの。

資料3としまして「アルコール依存症と家族『社会の意識』を変えることで、早期発見・早期回復を！」という猪野委員から提出いただいたもの。

資料4-1として「自助団体の活動の現状について」というレジュメ。

資料4-2としまして「自助団体の活動の現状について」というスライドのみのもの。

資料4-3としまして「全日本断酒連盟リーフレット」2種類でございます。これは、大槻委員から提出いただいたものでございます。

資料5としまして「多量飲酒者対策—飲酒量提言指導の効果、普及への課題—」ということで杠委員から提出いただいたものでございます。

そのほかに参考資料としまして、参考資料1は委員の名簿。

参考資料2としまして、事務局がまとめたものでございますけれども、前回の主な意見。

参考資料3としまして、前回提出いただいた資料の「アルコール健康障害対策推進基本計画の案の作成方針」というものを用意しております。

それ以外に委員のお手元には「あなたの飲酒が心配です」。これは猪野委員から追加していただいたものと、アスクの今成委員から4点ほど資料を追加して、委員のお手元に置かせていただいております。

以上でございます。

過不足・欠落等がございましたら事務局にお知らせ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ございます。

○樋口会長 ありがとうございます。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、まず、議事に入る前に、前回御欠席でした日本医師会常任理事の松本委員から、一言御挨拶をいただきたいと思います。松本委員、どうぞよろしく願いいたします。

○松本委員 松本でございます。

この世からアルコールというものが全て消えてしまえばいいと思って起きる朝も、日が暮れるころになりますとビールの泡が恋しくなり、そんな生活を40年以上続けてまいりました。私がこの会議に名を連ねるということは、どこかで何か悪いことをしたのかな。非

常に違和感を持っております。日本医師会で精神保健を担当しております松本でございます。

前は欠席で、大変申しわけございませんでした。今後なるべく予定を合わせるように、なるべく早く予定をいただきまして、合わせていきたいと考えており、また、こんな私でございますが、事務局の皆さんを含め、委員の先生方のお力添えで何とか職を全うさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○樋口会長 松本委員、どうもありがとうございました。

それでは、議事に入りたいと思います。

議事次第では意見交換となっておりますが、事務局から、まず流れについて御説明いただきたいと思っております。

事務局、お願いします。

○加藤参事官 前回の会議におきまして、関係省庁の施策を紹介させていただいたところでございますが、関係団体あるいは有識者の皆様方におかれましても、各種の取組を行われており、また、研究・調査も行われていると考えております。

本日はそうした取組や研究調査の状況につきまして、おおむね10分程度で御紹介いただいて、その後、10分程度自由に意見交換をしていただくということで、今後の計画の議論の一助にさせていただきたいと考えております。

なお、御紹介をお願いしておりますテーマにつきましては、あらかじめ事務局と樋口会長で御相談をさせていただいた上、本日は5名の委員の方に事前をお願いをさせていただいて、準備をしていただいた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。

それでは、お一人10分程度で御報告いただいて、そのテーマに関連して10分程度の意見交換を行い、それを5人繰り返すという形で進めてまいりたいと思います。報告される方はスクリーン左手の机の席に移動していただき、報告をお願いいたします。

初めに、アルコール関連問題全般に関する内容としまして、尾崎委員から「我が国の飲酒パターンとアルコール関連問題に関する現状」について報告をお願いしたいと思います。

それでは、尾崎先生、よろしくお願いいたします。

○尾崎委員 よろしく申し上げます。鳥取大学の尾崎と申します。

私は疫学とか予防医学を専門にしまして、今からお示しします成人の飲酒行動についての全国調査と、中高生の飲酒行動についての全国調査を担当していますので、その概要について説明をします。

資料はたくさんついていますが、10分程度の部分だけ、かいつまんでお話をさせていただきます。なので、最初に結論だけ言って、その根拠になる部分の一部だけお示しします。

我が国の成人の飲酒行動は、男性の飲酒率は減少傾向であります。女性のははっきりし

ません。問題飲酒の頻度の高い年齢階級は、男性のピークより女性のピークが若いところにあります。この飲酒率が減っているのは、比較的軽度から中等度の問題飲酒者が減少していて、重篤な問題飲酒者が減少している証拠は、今のところございません。

それから、中高生の結果でもそうなのですが、若者の問題飲酒者の頻度に、現在、男女接近状況がございます。さらに、若者は日常的に余り飲酒をしていない人でも、たまに飲むときの飲酒量が多いというビンジ飲酒、機会大量飲酒が特徴です。

問題飲酒者は、初めの飲酒年齢が、より若いところにあります。それから、多くの問題飲酒者は治療を受けていません。あるいは受けていたけれども、今は治療をしていないという割合が高いです。一方で、医療機関や健康診断は意外にたくさん受けておられます。しかし、その場で節酒の指導を受けていない人が多いです。

それから、問題飲酒の度合いが悪いほど、やめたいとか、あるいは減らしたいと思いつながらこういう状態を続けている人が多い。依存の診断基準の一つに当てはまります。機会大量飲酒は若い人が多いのですが、その中ではやめたいとか減らしたいと答える人が少ないということがあります。

その他、飲酒行動というのは配偶関係とか就業状況とか世帯収入という関連の要因がございます。

これは厚生労働省が行っています国民健康・栄養調査の調査内容に、1986年から飲酒行動についての設問があります。2010年調査は詳しい項目があって、肝機能についての、あるいは飲酒によるけがについての質問があります。頻度は、男性が多くて女性が少ないということです。

国民健康・栄養調査の「飲酒習慣あり」の定義は、他の調査とちょっと異なっています。週3日以上かつ飲酒日1日当たり1合以上というものです。1986年よりは、男性は若いところで減るけれども、50、60代のところにピークがあって、それよりも女性は若いところにピークがあって、減ったというよりは、むしろ飲酒率がふえているということになります。

これは、最新の国民健康・栄養調査の先ほどの飲酒習慣がある人の割合ですが、緩やかに減少して、女性はずっと横ばいが続いているということです。

国民健康・栄養調査だと飲酒行動についての設問が少ないので、2003年、2008年、2013年と、詳しく調べる調査を3度、全国の成人を無作為に選んで研究班の方でやっております。

そこで、アルコール使用障害同定テスト、英語の頭文字をとってAUDIT。40点満点で、点数が多いほどよくないという10項目によるスクリーニングテストを行っております。

この1年に一度でも飲酒した人を飲酒者と呼んでいます。2003年と2013年の調査を比較すると、少し男性は減っているけれども、女性は余りはつきりしない。ただ、若いところでは接近しています。

一番状況がよくないアルコール依存症の生涯経験者の割合。やはり頻度が低いのですがた

がたしますが、男性は中高年、女性はそれより若いところにピークがあるということになります。

それから、厚生労働省の基準だと、アルコール依存症の疑いがあるから専門医に診てもらったほうが良いというAUDIT15点以上の人の割合は、男性が多くて女性が少ないけれども、男性よりも女性のほうがより若いところにピークがありそうだということです。2003年と2013年を比べると、男性の若いところでは頻度が減少して観察されます。

厚生労働省が推進する「健康日本21」の第二次計画で、何らかの健康障害が発生するおそれがある飲酒量は、男性1日40グラム以上、女性20グラム以上、それを超える人の割合は、やはり男性が高く50、60代にピークがあって、女性より高いです。男性はこの基準でいっても若いところでは減って、男女逆転現象が起こっています。

それをもとに、それぞれの割合を全国の人口に割り戻してどのぐらいの人数になるかを推計した値がございます。それらの状況に該当する方々がこの1年間に、どんな理由でもいいのですけれども、医療機関で受診した人の割合で、これが健康診断を1年間に受けた人の割合を見ますと、多くの方が受診しており、特に状況が悪い人は医療機関でたくさん受けておられます。そこに至る手前の人は、それよりも健康診断をよく受けておられるという特徴があります。

お酒をたしなむけれども、問題が起こっていない人はたくさんいらっしゃって、だけれども、ほんの一部ですが、問題を起こす人があります。多くの人に調査をして、どこが違うのかということですが、ここではAUDIT12点以上をとってありますが、問題飲酒者とそうでない人でどこの項目が特に違うのかというのを比べたものです。グラフのオレンジが広いところのほうが差が大きいところです。

問題飲酒者は、使用量が多いとか、社会生活に障害が発生しています。前夜のことが思い出せないとか、普通にできていたはずのことが飲酒のためにできないとか、飲み始めたらついつい止められなかった、という思ったより多くの使用。こういうところが普通の飲酒者と問題飲酒者の差になるところです。

女性のほうが普通の飲酒者とそうでない人の差が大きいということで、どういうところが違うかというのは男性と似ております。

2013年調査の中で、問題飲酒者の中で酒をやめたいとか減らしたいと思う人の割合を、先ほど示しましたAUDIT12点以上、15点以上、アルコール依存症の生涯経験のある人、ビンジ飲酒の状況の人のうちどのぐらいの割合の人がやめたいとか減らしたいと思っているかということで、かなり多くの方が実は減らしたいと思っている。ただし、より若い人に多い機会大量飲酒というのは、そこまで深刻に捉えていないということが言えると思います。

2008年に、捕まったかどうかは別として、飲酒運転の生涯経験率を聞いていますが、とても高い割合です。これは運転経験がないとか免許がない人は除いてはいますが、男性はきわめて高い割合を示します。女性はそこまででないけれども、飲酒運転生涯経験率は、ピークが若いところにあるということが言えます。

中高生ですけれども、1996年から4年ごとに、最近は2年ごとに、およそ10万人の中高生に協力していただいて、全国調査をしております。これは学校を無作為に選んで、その学校で調査をさせていただいております。

その結果の特徴ですが、喫煙に比べて飲酒というのは男女差が少ない。喫煙率は中高生だと男性が高く、女性が低いのですが、男女差が少ないです。実は飲酒率は、特に中高生では劇的に減少しています。これはとてもいいことです。ところが、相対的に女性の飲酒の問題が大きくなる。すなわち飲酒経験率、月飲酒率、徐々に習慣的なものに移っていますけれども、飲酒率の男女逆転現象が既に子どもたちの間で起こってしまっています。喫煙率に引きずられて下がっているのかはわかりませんが、喫煙率はもっと低下が著しいので、飲酒率はそこまでは下がっておりません。

ということで、飲酒経験年齢がより高齢に上がっています。しかし、飲酒者に占める多量飲酒者の割合とか、酒を飲んだ上での失敗経験の頻度は変わっていません。失敗によっては、中学生の頻度がむしろ高くなっているようなこともございます。

入手先は、中学生の飲酒者は、家にあるアルコールです。

高校生になると自分で手に入れる方法がふえます。そして、対面販売とか自販機で手に入れるというのは減ってきていますので、一定程度の効果はございますが、それなりの割合の人は今でも、高校生の飲酒者は対面販売で手に入れたり、居酒屋で飲んだりしているということです。

中高生の間では、飲む酒の種類が劇的に変化しています。例えば調査を始めた1996年ごろは、男子はビールを一番飲んでいただけけれども、今は酒税法上リキュール類でしょうか、果物味の甘いお酒が男女ともとてもよく飲まれているお酒になっております。

それから、2012年調査で初めて、アルコールテイストのノンアルコール飲料の生涯経験とか使用頻度を聞きましたら、一定程度の子どもたちが既に飲んでいるということがわかりました。

健康格差の可能性があるというのはどういうことかということ、非喫煙者の飲酒率は調査のたびに下がっています。もともと低いのですが、さらに下がっています。喫煙者の飲酒率はとても高く、調査を繰り返しても一つも下がらないということで、平均値は下がっているのですけれども、健康習慣のよくない子どもたちがずっと残っていて、ちょっと問題がある人がどんどんよくなっているという現象が観察されます。

中高生の飲酒は、親の飲酒が強い強い関連要因で、母のほうが父よりも強いということも明らかになっています。結構な割合の親が、子どもにお酒を勧めているということもわかりました。

図に示すのが飲酒経験率で、この30日で1日でも飲酒した人（月飲酒者率又は現在飲酒率）、習慣的な飲酒（毎週ごとに飲酒をする人）です。いずれも調査のたびに減少しています。これは喜ばしいことですが、後で詳しく見ていただければわかりますけれども、飲酒経験率は、2000年以降、女の子のほうが高くなっています。そのうち中学だと2004年か

ら、高校だと2008年ぐらいからですが、月飲酒者率が女の子のほうが高くなっています。近い将来、毎週ごと飲酒するというものの男女逆転が起こると思われれます。平均値は下がりながら、特定の子たちに問題が集積していて、男女逆転現象が起こるということが、今、子どもたちの間で起こっていることです。

これは、アルコールテイストのノンアルコール飲料の経験者率と、現在飲んでいるという人の割合で、現在飲酒をしている人とノンアルコール飲料の飲用経験に強い関連があるということです。

どうもありがとうございます。

○樋口会長 尾崎委員、どうもありがとうございました。

では、今の内容に関連しまして、御質問・御意見等がございましたら、どうぞよろしくお願いたします。

まず、今成委員から。

○今成委員 女性の飲酒が男性よりも下がらないということと、今の中高生の飲酒で、女の子のほうが男の子よりも多くなっているということは、非常に大きな問題だと思います。そして、その女性の飲酒が親になったときに子どもにすごく影響するということですね。そうしますと、今、未成年の飲酒がすごく下がっているように見えるのですが、今後この女性の飲酒の影響はもっと出てきてしまうということなののでしょうか。

○尾崎委員 それは注意深い観察をしないといけないのですが、その可能性はあると思っています。ですから、今は底だけれども、やがて女性の飲酒の影響の強さで、若い女性の飲酒率、子どもたちの飲酒率が上がってくるときが来るかもしれないので、ちゃんとモニタリングというか、調査をしないといけないと思っています。

○月乃委員 常習的な飲酒をする親のお子さんで、飲酒をする方が多いという話はわかりましたが、薬物依存症とかで、家庭環境とか孤立とか、そういう問題が薬物の若年層の依存症の一つの背景としてあるみたいな指摘があります。アルコールも薬物なのですが、中高生の飲酒者のパーソナリティーの問題とかそういうものは、今回の調査での裏づけというのはあるのでしょうか。

○尾崎委員 スポット的是だけれども、時々全国調査に加えている要因で関係があるとわかっているのは、睡眠障害のある方が多いとか、1回だけですけれども、数項目のアンケート項目で示す一般的な精神的な健康の悪さというのは、飲酒者とか、あるいは喫煙者に多いということもわかっています。

○樋口会長 ほかはいかがでございますか。

○見城委員 御説明ありがとうございました。

今の質問に少し関連しているのですが、なぜ、女の子がふえているのか、その辺に関しての調査はございますか。今までの中では、例えば母親の影響というものが出てきたと思うのですが、例えばその背景、今、精神的に少し眠れない子がいるということもございましたが、その辺の調査はございますか。

○尾崎委員 その辺の背景までははっきりわかりませんが、私たちの断面調査の大規模調査を繰り返しているということの目的の範囲で一つわかっているのが、恐らく男子を中心として飲酒率が下がったのは、家庭内のその子よりも年上の男性の飲酒率が下がったことが効いていると分析しています。すなわちお兄さんとかお父さんの飲酒率が下がっている。

特に飲酒を始める人、中学校の現在飲酒者の飲酒入手経路が圧倒的に家にあるアルコールですので、やはり家の中の同性の男性の飲酒率が下がったことによって、アルコールも家に置いていないようになるということは効いていると思います。

それともう一つは、先ほど申し上げた対面販売の年齢確認強化で買いづらくなった。ただ、対面販売の強化で下がった部分はあるだろうと分析をしていますが、それが男女逆転現象の答えになっていないので、女子のほうが対面販売でのアルコール入手の割合は男子より少し低いので、女性のほうが入手ははばかれるはずなのだけれども、飲酒率が逆転して、常習的なもので男女逆転が起こっているという理由は詰められていません。ただし、相対的に母の飲酒の影響の強さが強くなっているというのは確かなので、それは一部あると考えています。

○見城委員 ありがとうございます。

○樋口会長 よろしゅうございますでしょうか。

それでは、松本委員、よろしくをお願いします。

○松本委員 飲酒運転の生涯経験率の表で思ったのですけれども、未だに飲酒運転をされる方がいるというのが、かなり違和感を持つのですけれども、あるのでしょうか。ただ、若い方はそうだと思うのですけれども、年齢の高い方というのは経験率ですので、今はしていないということも言えるので、この調査ですとその辺の分析が難しいのではないかと思います。その辺はどうなのでしょう。

○尾崎委員 それはそのとおりだと思います。初めて調査をしたので、生まれて今まで一度でもやったことがある。しかも、自己申告ですし、検挙されたかどうかとは別です。もちろん累積効果がありますので、年齢が高い人のほうが高いというのがあります。ただ、年齢に関係なく、問題飲酒のスクリーニングテストの点数が悪い人のほうが、飲酒運転の経験率が高いので、年齢の累積効果を差っ引いても問題飲酒者に経験率が高いというのは確かだと思います。

○松本委員 もう一点だけお願いしたいのですけれども、中高生の飲酒行動なのですが、今はどの地域も同じでしょうか。地域差というのは全然ございませんか。

○尾崎委員 その辺の分析は詳細にできていないのですが、都市部と農村部ということでは、少し違いはありますけれども、大きな違いはなかったように記憶しています。

○松本委員 ありがとうございます。

○田辺委員 1つ。

○樋口会長 では、短くをお願いします。



○田辺委員 中高生のことで、今回の調査に入っているかどうかはわからないのですけれども、飲酒や飲酒関連問題に関する教育を受けている経験だとか、あるいはそれに関する知識を有しているか、余り有していないかの差によって、飲酒頻度だとかに差が出るかどうかというのはどうなのでしょう。

○尾崎委員 学校で飲酒防止教育を受けたかどうかということは聞いていません。中高生が飲酒をすることが健康にどの程度悪いと思っているかというのを聞いていますので、それとその人が飲んでる状況というのは、強く関係します。問題飲酒者ほど、飲酒頻度とか飲酒量が多い子ほど、飲酒による健康被害を軽く答えている。大したことはないだろうと答えているというのは、そのとおりです。

あと学校調査票といって、校長先生に書いてもらうもので、学校単位で飲酒教育をこの1年間でやりましたか、ということ調べているのですが、一応、名目上はどこの学校でもやっていることになっているので、そちらの差は出にくくなっています。

○樋口会長 尾崎委員、どうもありがとうございました。

私もデータを見せていただいて、一般的には平均のアルコールの消費量は減っていると言われてはいますが、詳しく見てみると、成人の場合には、お酒をたくさん飲んでいる人は依然として飲んでいる。それから、お酒の少ない方々は少し下がっているという話と、女性の特に若い方の飲酒の量が多いということですね。

昔、日本の場合、結婚とか出産で女性の飲酒率というのは大幅に下がったのですけれども、今は結婚をなさらない方が多かったり、子どもさんも数が少ないですから、そういう歯どめが昔に比べればかなり少なくなっているのではないかという気がします。

どうもありがとうございました。

それでは、次にアルコールと健康問題に着目して、堀江委員から「我が国のアルコール健康問題に関する現状」について報告をお願いしたいと思います。

○堀江委員 私のほうは、アルコール健康問題の中でも、私が内科医なものですから、アルコールによる臓器障害についてお話しします。アルコール関連の死因としては、大ざっぱに言わせて3分の1が転倒とか自殺とかの外傷死、3分の1ぐらいが肝臓疾患による死亡、残りの3分の1が肝臓以外の臓器障害となると思いますけれども、外傷の話は今日はしないので、3分の2のところの疾患が多いところを中心に話をさせていただきます。

先ほど尾崎委員からありましたけれども、AUDIT16点よりは少し少ないのですが、15点だと290万人の問題飲酒者がいる中で、依存症は100万人ぐらいいる。ただ、臓器障害等々を有して病院に通っている人が120万人、入院をしている人は20万人ぐらいいると推計されております。

詳しく説明はしませんし、お手元の資料にもあるのですが、ざっとアルコールとの関連がありそうな臓器障害を挙げますとこれだけあるということで、今日はこの中で頻度が高いものを中心に説明をさせていただきたいと思います。

まず、全体ですけれども、よく出てくる図ですが、Jカーブと言われているものですね。

1単位10グラム、ワイン1杯ぐらいを飲むと健康にいいと言われていますが、主に脳血管障害ですとか虚血性心疾患と言われていたものにはよくて、3合以上を飲むと悪くなるというデータがよくあると思います。実際の飲酒問題としては、ざっくり言うところの状況です。

個別に幾つか疾患を見ていきますと、脳卒中ですけれども、大きく分けて脳出血と脳梗塞。血が出るほうと詰まってしまうほうですけれども、アルコールというのは血液をさらさらにする効果がありますので、血管が詰まるということに関しては予防的に働く効果がありますけれども、逆に出血したときに血がとまらないということで、これは脳出血だけでなく、交通事故で腹腔内出血をしたときにも血がとまらないのですけれども、これに関しては、1合でもリスクを上げるということで、健康問題としては、脳梗塞だけを取り上げると、1合ぐらいですと予防的に働くという状況ではありますが、脳卒中としては疾患の推計はなかなか難しい状況です。

血圧の問題も、高血圧の患者さんは非常に多いのですけれども、日本人の男性の36%、女性26%が高血圧を有しているという推計がありますが、お酒を1合ぐらい飲む方と比べて3合以上飲む方で、大体血圧が10ぐらい上がるというデータがあります。やめると下がるというデータももちろんありますので、血圧が10下がると何%ぐらい有病率が下がるのかという推計は統計の先生にお任せしたいと思いますが、有病率がわからず、飲んでいる人の数は確定できないですが、少なくとも10下がるという現状でございます。

メタボリックシンドロームの話に入っていきますけれども、血圧に次いで非常に重要な生活習慣病ということになりますと糖尿病ということになるかと思えます。完全に糖尿病と診断される方、最近はずっくり診断してしまうような傾向がありますけれども、この当時は耐糖能異常というものと分けていたのですが、これを見ましてもJカーブがございまして、大体1合から2合を飲む方が一番、これは糖尿病がよくなるということではなくて、健康な人から糖尿病が発症する率ということですので、一番低くなるということで、3合以上飲むとどんどん上がっていくということです。

これも平成24年の推計ですけれども、耐糖能異常を持っている人が1,000万人ぐらい。もう糖尿病と診断されている人は同じく950万人ぐらいいるということで、860万人ぐらいが3合以上を飲んでいると推計されていますが、その人たちが20%から10%に耐糖能異常が下がり、糖尿病も十何パーセントから数パーセントに下がるとすると、患者さんがぐっと下がり、大体150万人ぐらいは減少させられるのではないかと、かなりざっくりした推計なので御勘弁いただきたいと思いますが、こういうことが考えられるわけでありませう。

がんについてもがんの種類によっては同じようにJカーブがありまして、やはり1合未満の方はがんの発症率がやや下がるということになりますが、3合以上飲むと増加するという現象で、これも下がる。

かなり特殊な疾患になってきますけれども、食道がん。頻度は多くないのですけれども、

この辺の話は、また話をすると長くなるので割愛しますが、顔が赤くなるフラッシュの方に関しては、オッズ比で100倍ぐらいになってしまいますので、適正飲酒をすると100分の1ぐらいになるということなので、顔が赤くならない人はそれほど多くはないですけれども、こういう特殊ながんもありますので、このような疾患の啓発活動も必要ではないかと思われます。

胃がんはピロリ菌が除去されるようになりまして減っており、日本人で増えております大腸がんが非常に問題になっております。WHOも飲酒と大腸がんの発がんに関しては関連があると認めておりますが、やはり3合以上飲む人たちは大腸がんの発症率が約3倍になるということがわかっております。

この人たちが1合ぐらいにしてくれるとどうなるかということ、大腸がんの疾患数が24万人ぐらいと推計されていますが、これもすごくざっくりとした数ですけれども、13万人ぐらい減らせるのではないかという状況です。

膵炎もアルコール性のものが大半です。2合以下で押さえている人は、アルコール関連での膵炎はほとんど発症しないという状況で、この人たちは原因不明だったり胆石性の膵炎ということになりますから、それに比べて2合以上飲みますと6倍、7倍と膵炎の発症率がふえてくる。膵炎というのは死ぬ病気です。消化器内科の中でも非常に死亡率が高い疾患ですので、数は少ないのですけれども、非常に重要な事項ではないかと思っております。

つい肝臓のほうに目が行きますけれども、膵臓で、これは東北大学の下瀬川先生のデータですけれども、急性膵炎の男性を見ますと約40%がアルコール性で、女性は少ないのですけれども、少しずつ増えていると言われております。

慢性膵炎になりますと、大体4、5万人しかいないのですけれども、男性に限っては73%がアルコール性ですので、適正飲酒をすればこの人たちがいなくなるということになります。

最後に、一番大事な肝障害の話に少しお時間をとらせていただいて、お話をさせていただきたいと思っております。アルコール性の肝障害でどれぐらいの方が入院しているのかというのは統計がなかったのですけれども、最近DPCというシステムが導入されまして、病院の診療報酬を出すときに病名をつけなくてはいけないということで、それに対してお金がおりるというシステムになって、1万人ぐらいの集計なのですけれども、それを東大の佐藤先生という方が集計してくれました。

その他とか原因不明の肝障害というのが入ってくるのですけれども、それが半分ぐらいで、その他の肝障害の中にもアルコールが多く含まれていると思っております。ちゃんとアルコール性の肝障害ですと書いてくれている人だけで、急性肝疾患で入院した患者さんの15.6%がアルコール関連だったということで、少なく見積もってもこれぐらいだと。原因のわかっている中で出してくると約30%になるということで、アルコール性で入院してくる人はこれだけいるのだということが出まして、かなりインパクトのある論文でした。実

際に臨床をやっている方々はこれぐらいの印象を持っていらっしゃると思います。これはアルコール性肝炎ですね。

それに対して肝硬変の中でどれぐらいがアルコール性かということで、今回、樋口委員の厚生労働省の班で私がまとめさせていただきましたけれども、前の班のときにまとめた2007年から2008年の統計ですと、純粋なアルコール性が13.7%、ウイルス性肝炎でお酒をいっぱい飲んでいる方は6%ぐらいだったのですが、今回、2012年度の約1万人の症例で検討しますと、24.6%が純粋なアルコール性で、ウイルス性だとわかっているけれども飲んでいる方が6%ぐらい。もうここは減らないのですね。合わせると30%、男性に限ると40%ぐらいがアルコール関連で肝硬変を起こしているという状況で、ウイルスはどんどん治療されるようになってきていますので、どんどん増えてくることが予想されます。

もう一つの問題なのですが、肥満の方が増えてきているので、肝障害がふえているという現状があります。もちろん、太ると肝障害で死ぬ確率が、NASHと言われている非アルコール性の肝炎というものでリスクが増えるのですけれども、大したことはありません。この程度です。お酒を飲みますと、当然ですけれども、肝障害で死ぬ確率は3.6倍ぐらいになるのですが、太った人がお酒を飲みますと9.5倍ぐらいになります。肥満が増えれば増えるほど、この辺の問題が増えてくる。肥満が増えなければ隠れていた問題も、肥満があるがゆえにアルコールの問題がかぶさって健康問題が出てくるということが、日本人の場合、今後予想されると思います。

簡単にイメージすると、ワイン1日10杯ぐらい飲まないで普通の人は肝硬変にならなかったのが、太った人はワイン1日6杯ぐらいで肝硬変になってしまう。こういうイメージをしていただければいいと思います。もちろん、グラス2杯ぐらいでは肝硬変にはなりません。

一番問題なのは、アルコールに関連する臓器障害が200万人ぐらいと言いますが、通っている方は3万人ぐらいしかいないと推計されています。入院患者がウイルス性肝炎の約3分の1ぐらいなのに、通院している方は8-10分の1ぐらいしかいないということなので、結局、1回入院しても来なくなってしまう方がいるというのが一番問題だと思います。

つまり、一番問題なのは外来患者数と入院患者数。入院適用となる前の介入も必要ですが、再入院に対する対策も必要ではないかということで基本法ができて、病院に来てくれる人が増えることを目指したいと思っております。

以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

早めて済みません。後ろのほうが詰まってしまうので、よろしく願いいたします。

今の堀江委員の御発表に対して質問等がございましたら、どうぞよろしく願いいたします。いかがでしょうか。

今成委員。

○今成委員 アルコール性であるということで、内科でも節酒指導とか断酒指導とか、そ

の辺はどうなっているのでしょうか。

○堀江委員 私がいる病院ですら、医者がちょっとするというのが現状だったのですけれども、何とか栄養指導に結びつけて栄養士さんにやってもらっているというのが、私の病院の現状です。しかしそこまでもいっていない病院がほとんどで、臓器障害を治してそのまま。もちろん、お酒は控えなさいぐらいは言うのでしようけれども、実際に精神科ですとか心療内科を紹介するというのもなかなか難しい問題で、患者さんのほうからぜひ行きたいという希望がないと、勧める場合もあるのですけれども、なかなかそこまではいっていないというのが現状かと思います。

○見城委員 御説明ありがとうございました。

先生の御発表の中でJカーブのところがありますけれども、資料2の4ページ、下のアルコールとがんの死亡リスク、糖尿病も、「3合以上になると」という御説明がございましたが、その3合、境目は何かございますか。

○堀江委員 3合を超えたらいきなり悪くなるわけではなくて、このように容量依存性に疾患頻度が上がってくるので、3合のちょっと手前だったらいいという話ではないので、その辺はこのデータ以上のことは申し上げられないのですけれども、これを見てどのように提言していくかというのは今後考えていかなければなりません。では、2.5合だったらいいという話ではございませんので、リスクは徐々に上がっていくと考えています。

○見城委員 一つは、3合を過ぎるぐらいまで飲むと歯止めがきかない状況が医学的に起きるのかなとも思ったのですね。

○堀江委員 その辺の精神的なところは、私はわかりませんが、やはり個人差が大きいので、2合でも悪い人もいるのだと思うのですけれども、2合だと全く問題がない方もいるので、きちんとチェックをして障害がないことを確認して飲む習慣が必要ではないかと思います。ある一定の交通事故のスピードの規制みたいなものと同じで、では、50キロで走っていれば交通事故が起きないかというのと同じではないかと思うので、一つの目安が3合ということだと思います。

○見城委員 ありがとうございます。

○樋口会長 ほかにございますか。

では、あと1人。月乃委員、お願いします。

○月乃委員 内科医の人がアルコール依存症と診断することはないのですか。何回か入院を繰り返していて、もうボーダーを超えている人も現実にたくさんいるような、今のお話だと全くそうだと思うのですけれども、そこでスクリーニングテストをやったり、そこで診断をすれば次のステップ2に進める可能性がすごく高いと思うのですが、現状としてはそういうことはないのでしょうか。

○堀江委員 恐らく、診断されていると思います。私自身が問題飲酒者以上、AUDITで言うと20点以上の人は、私のほうから専門病院を受診するように勧めます。行ってくれる人は5人に1人ぐらいで、余り強く言うと、まず私のところに来なくなります。他の病院に行

くという形になってしまいますので、その辺の見極めは重要で、余り深追いをしないで、通ってきているほうがまだましという考え方もあります。強要をしますと、病院は幾らでもありますので、ほかの病院に行ってしまうという現象が起こるかと思います。診断していないわけではないですし、勧めていらっしゃる病院は多いと思いますけれども、行ってくれない。

ただ、もうちょっと低いレベルのAUDIT12点ぐらいのところは全く無関心の先生が多いというのも現状かと思います。

○樋口会長 よろしゅうございますか。

1つだけ。がんのJカーブですけれども、これはいろいろな議論があって、たまたま津金先生の論文は「J」なのだけれども、他の論文の多くはリスクとともに直線的に上がっていて、Jカーブを示さないのが多いのではないかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○堀江委員 先ほどの大腸がんもほとんどありません。1合を飲んだら大腸がんが下がるということはないので、各疾患頻度と組み合わせて提示していかなければいけないし、その辺は御指摘ありがとうございます。

○樋口会長 Jカーブのお話はすごく大事なことだと思いますので、検討をお願いします。

それでは、堀江委員、ありがとうございました。

次に、臨床医として30年以上にわたって依存症患者やその御家族への対応をされてきておられる猪野委員から「アルコール依存症と家族」について御報告をお願いしたいと思います。

猪野委員、よろしく申し上げます。

○猪野委員 それでは、よろしく申し上げます。

とても広範な問題を抱えている分野ですが、社会の意識を変えて、早期発見・早期回復を目指したいということを中心に、報告をしていきたいと思えます。

私は長い経験の中で、アルコールをめぐる問題というのは「社会の人々の目にふれない闇」であるとずっと思ってきました。私ども直接かかわる医師としては、非常に訃報が多いし、また、精神科医の心が痛むような死をいっぱい経験しました。

しかも、本人はどうして自分が死んでいくかが分からないような否認の病気と言われていた状況で死んでいけます。そういう否認を社会の意識が偏見・誤解の中で支えている、そんな現実があると思えます。

また、家族の苦悩も実際には表に出て行っていない。いろいろな機関が連携すればアルコール問題に取り組めると思ってきたのですが、精神科医からすら、この問題は見捨てられてきている現実があると思えます。

その闇の底にあるもので、一番大きなものは、社会の意識の中にあるアルコール依存症への偏見・誤解だと思えます。

どういふ偏見・誤解があるかといいますと、意志が弱い、酒好き、大酒飲み、アル中、酒癖が悪い、だらしがない、人格に欠陥があると、そんな見方があるのです。

でも、アルコールに関する研究が進み、長期多量飲酒をすればアルコール依存症は誰にでも生じるアルコールの急性・慢性の影響による脳の変化の疾患であるとはっきり分かってきていますが、それらを人格の特徴、その人固有の特徴として、人格否定、人格非難をする社会の意識があると思っています。

それを解消していくための視点を少し詳しく話しますと、一つは、アルコールは快楽をもたらす報酬効果がありますが、もう一方では苦痛の軽減という報酬効果があります。特にストレスへの対処行動としてアルコールを使っていますと、どんどんアルコールに依存していく。それがアルコール依存の一つの大きなプロセスであると思います。

もう一つは、アルコールによる急性の脳の変化、これらは本人も結果として傷つくわけですが、家族や周囲の人たちに苦痛を大変もたらしている「酩酊」という現象です。

酩酊は、知覚・運動・思考・判断・遂行・記憶・情動制御等の脳の機能の低下がアルコールによって起こっています。その結果、客観的な現実が見えなくしてしまう。本人は現実をわからないのです。その点がアルコール依存症は否認の病気と言われる最も大きな要因であると思います。

これらの否認の病気のゆえに、本人が現実に気づかない。そのために家族は大変苦しみますし、本人もなぜか分からないうちに不幸に追いやられて、さらに飲酒に駆り立てられていく、そういう仕組みがあると思っています。

もう一つは、長期に多量飲酒をしていますと、しらふ時に脳が不適応状態になって離脱症状を起こします。この離脱症状の中には、手が震えるとか、発汗とか、いろいろありますが、不安や焦燥感を高めることが非常に大きな問題で、これらの苦痛を解消するために飲んでしまいます。このような悪循環の中にはまっていくので、自分だけの力では抜け出すのが非常に困難になります。

これらの結果、全体的に言いますと、社会的、職業的、家庭的、健康的に問題が大きくなり、本人の様々な苦痛も大きくなる。その苦痛がさらなる次の飲酒をもたらしていく、悪循環の中に入っていきうると言えると思います。

総括的に言いますと、アルコール依存症は長期多量のアルコールによって脳に変化が生じた病気であり、繰り返される酩酊は脳の機能が低下した状態であって、その結果、患者さんは現実がきちんと見えていない、そういう病気です。

社会の意識の中にあるアルコール依存症への偏見が、患者さんがアルコール依存症であることに気づくことを遅らせる要因になって、早期治療を妨げている現実であると思います。

そういう中で、家族は本当に地獄の苦しみをされていて、酩酊時の暴言・暴力、これは家族のトラウマになりますし、子どもたちのトラウマにも当然繋がっていきます。

本人は正しく現実が見えていませんので、家族との認識の差が非常に大きくなって、家族は苦しみます。

さらに、酩酊していないシラフの時も、離脱症状の不安や焦燥感のために家族への暴言・暴力となって、家族のトラウマになります。

そういう意味で、家族は24時間お酒の影響下で苦しむことになっている現実があると思います。

私は家族や本人のためにも早期治療・相談体制の強化を、「国のシステム」として実現できるようにお願いしたいと思います。

これらの本人や家族の苦しみを早く解決していくポイントは、先程も尾崎先生の報告にもありましたが、一般医療機関や健康診断が一つの重要なポイントと考えます。現在アルコール依存症の多くの人々は、医療機関や健康診断をきちんと受けているのです。でも、ここで見逃されているのです。これを解決していくことがとても大事であると思っています。

都立総合病院での外来受診患者調査が昨年報告されました。先生方にお配りした「あなたの飲酒が心配です」というリーフレットの裏側に、CAGEの4項目が出ています。この4項目のうち2項目以上あれば「アルコール依存症の疑いがある」となりますが、都立総合病院の男性外来患者さんの2割、女性外来患者さんでは1割の方がアルコール依存症の疑いがあると明らかにされました。

一般医療機関でアルコール依存症を早期発見・早期治療できれば良いのですが、一般医療機関で食い止められていない。医師の中にあるアルコールの患者への拒否感、嫌悪感みたいなものが対策を遅らせていると思うのです。そこで私は、医師も上手く対応すれば患者を変えていけるので、医師を含めた社会の人々にアルコールへの意識を改善していただきたい。啓発週間をそれに活用していただきたい。

一般科の医師は患者への介入にスキルや労力を使うので、これらの苦勞にきちんと診療報酬をつけていただきたい。SBIRT（Screening“スクリーニング”、Brief Intervention“簡易介入”、Referral to Treatment“専門治療への紹介”）という形できちんと対応すると、効果があることが分かっています。私が診ている患者さんの多くは、やはり一般医療機関でちゃんと診てもらえていません。

健康診断システムも同じように、うまくSBIRTを採用できていません。

産業医の先生方と今年の啓発週間にSBIRTの研修会を行いました。SBIRTをやれば効果があることを産業医の先生方と一緒にロールプレイで啓発しました。アルコール対策の最前線にいる産業医の先生方への啓発がとても大事であると思っています。

また、地域の連携システムは、もちろんできていないのです。しかし、三重県の四日市市では、消防とか警察とか総合病院の皆さんと連携することによっていろいろなことが取り組めることが分かっています。



救急隊や警察の方も含めてシンポジウムを行ったりして、アルコールの患者さんを救急現場で救い上げることをやっています。

以上で私からの御報告を終わらせてもらいます。

○樋口会長 ありがとうございます。

ただいまの猪野委員の発表について、何かコメント、質問等ございましたら、どうぞよろしく願いいたします。

松下委員、どうぞ。

○松下委員 今、お伺いしたSBIRTなのですが、実際その担当をされる方は、職種ですと医師という方なのでしょうか。

○猪野委員 医師だけでなく、薬剤師さん、看護師さん、ソーシャルワーカーの皆さん、介護、救急隊などのいろいろな多職種・多機関がSBIRTを共有すればかなりのことができいくと思っています。医師会も協力してくれています。

○松下委員 もちろん、トレーニングをして。

○猪野委員 そうです。

○松下委員 ありがとうございます。

○樋口会長 これについては、最後の御発表で枉委員のほうから詳しくお話があると思います。

ほかにございますか。

よろしゅうございますか。猪野委員のほうで、何か追加することはございますか。

○猪野委員 私はやはり一般医療機関の先生方が、何故ネガティブにならざるをえないか。そういう現実をどうしたらいいか。解決策として、いろいろな機関の人たちが一緒になって、一般医療機関の先生方をサポートする。救急隊、警察を含めてドクターをサポートしていく。そのことによって、ドクターたちのモチベーションも上がって行くのではないかと思います。

同時に診療報酬です。これは医師会の先生方にもぜひご協力いただきたいと思うのですが、ちゃんと対価が与えられないと、ボランティアでできる仕事ではないと思っていますので、その点はよろしく願いしたいと思います。

○樋口会長 ほかにいかがでしょうか。今成委員、どうぞ。

○今成委員 もう一つ、三重では、飲酒運転ゼロ条例ができて、飲酒運転のほうからも、初犯から診療の義務がありますね。

○猪野委員 飲酒運転も大事な切り口で、既に私のクリニックに飲酒運転で検挙された13人ほどが来ておられます。飲酒運転の背景にはアルコール問題がありますので、それを予防することによって、本当の意味の飲酒運転対策ができると思います。飲酒運転だけをなくそうと思うと、厳罰化にならざるをえないので、すべてのアルコール関連問題に多職種・多機関の人たちが対応することによって、飲酒運転を本当の意味で予防する。飲酒運転を予防できる戦略的な考え方で、ぜひ対策を立てていただけたらと考えています。

○樋口会長 猪野委員の発表の中に、御家族の話がございましたけれども、御家族はとても大事なところだと思います。できれば御家族から直接お話を聞く機会があったらいいと思いますけれども、家族の代表で西原委員がいらっしゃいますので、もしコメント等がございましたら、お願いいたします。

○西原委員 私の夫の場合ですと、せっかく内科、外科に担ぎ込まれていったときに、やっと医者につながるんですが、本人が自己否認ですので、あなたはアル中です、病院へ行きなさいといっても、それを家に持って帰ってこない。私にお医者さんは何も言いません。早く御家族で迎えに来てくださいということでした。私が思うのは、お医者さんには家族に先に話をしてほしかったです。旦那さんを迎えに行くときに、私にも話してほしかったんです。そうすれば、夫がアル中だということで、この問題をもっとサイエンスに見ることができたのに、いつまでも洗濯機の中で回っている状況が続いていて、現場でお医者さんは、夫、アル中という人間をすごく嫌がっていました。早く出て行ってほしい。それは現場でもすごく感じられました。

だから、ぜひこういう患者さんが来たときには、御家族に対して、先生がこういう病気ですと言って、こういう雑誌を1つ渡してくれるだけでいいんです。そうしないと、話が前に進まないんです。この本を1つくれる先生が、私はほしかったです。1人もいませんでした。私が夫を捨てて、初めて夫が自分でこういう本をもらって帰ってきました。そこからだったので、余りにも遅かったんです。内科の先生、外科の先生は、ぜひ家族に知らせてください。

○樋口会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○猪野委員 家族は本当に苦しい思いをしています。CRAFT法とか、家族を救い、本人も救う技法が出ていますが、このような技法のレベルに加えて、社会全体の意識を変えることはさらに重要と考えます。また、関係している多機関・多職種の人たちが、最前線で頑張るドクターを支え、頑張れるようにしてあげることが、私はすごく大事だと思っています。

○樋口会長 ありがとうございます。

それでは、最後に1つだけ、見城委員、どうぞ。

○見城委員 ありがとうございます。

今までもいろいろ出てきているんですが、1つ、そこまで依存症にはならないんだけど、すごい依存症の可能性のある人が、仕事をしていても、何をしていても、たくさん危ないな、という人がいるんですが、健康診断もちゃんと会社で行っているんです。でも、引っかからないんです。多分大変になったときに、本人と家族にくるんだと思うんですが、そこが何か1つ足りないと思います。

○猪野委員 きつい言い方をしますが、現状は「ざる健診」です。身体的な健診はできていますが、飲酒行動については「ざる」で、完全に漏れ落ちています。健診でSBIRTをきちんとやっていけたら、現状を大きく変えていけると考えています。杠先生の報告の中でも

出てくると思いますが、健診が変わるように頑張っていたきたいと願っています。

○見城委員 私もそこをぜひお願いしたいと思います。

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。

よろしいでしょうか。

猪野委員、ありがとうございました。

次はこうした依存症に対して、医療とともに、当事者の回復を支える自助団体の活動について、全日本断酒連盟の大槻委員から、自助団体の活動の現状についての報告をお願いします。

○大槻委員 全日本断酒連盟の大槻でございます。

本日は、資料4-1、資料4-2をお配りしておりますけれども、詳しい話につきましても、資料4-1を見ていただければと思います。

本日は資料4-2に従い、スクリーンを利用しまして、簡単に説明させていただきたいと思います。

自助団体のプロフィールでございますが、全日本断酒連盟、略称で全断連と申します。いわゆる断酒会でございます。これは1963年に創立しまして、会員数8,000人、家族5,000人、600の加盟断酒会で構成されております。

もう一つ、AA、Alcoholic Anonymousと申しますが、1975年の設立、メンバーは5,700人、580のグループで構成されております。

次に、禁酒同盟です。これが一番古くで1920年の設立であります、現在は会員230人、3支部で運営されております。

これら自助団体の基本となる活動ですが、断酒会の場合は、断酒例会であります。断酒例会は家族の参加を重視しております。先ほどから出ておりますように、依存症の問題は家族を非常に苦しめます。そういうことで、家族の参加を重視しております。

AAは、AAミーティングと称する活動を行います。

断酒会の場合は、断酒新生指針7段階を回復の学習の基礎に置いております。

AAの場合は、回復のための12ステップが、学習の基盤になっております。

どちらのグループにおきましても、体験談を語り、聞く、このことだけに終始いたしません。これを反復することによって、過去の過ちを反省し、みずからの回復の方向性を見出してもらう、このようなシステムをとっております。

この過程で、仲間意識を醸成し、また、安心して過ごせる共生社会を提供できるようになると考えております。

これが断酒例会の会場風景でございます。

次に自助団体の基本理念でございますが、ここでは断酒会の基本理念を掲げております。

1番、断酒継続と新生。

2番、1人のアルコールの害に苦しむ者も出さない、残さないための啓発を行う。その

ために、組織・グループの拡充を行う。

3番、アルコール関連問題の防止に努める。そのために、アルコールの害の社会啓発を行う。

団体の活動概要に入らせていただきます。

先ほど申しましたように、基本となりますのは、断酒例会とAAミーティングでございます。

次にアルコールの害を社会的に啓発する事業を展開しております。全国大会でありますとか、ブロックの研修会を開いて、会員の知見を高めます。また、相談員を養成するための酒害相談事業研修講座等を行っております。以下、市民啓発フォーラム、セミナー、相談会、電話相談等の活動を行っております。

これらの活動を支援するために、啓発出版物の刊行を行い、また、ホームページの運営を行っております。

それが先ほど申し上げました全国大会ですが、これは、昨年、沖縄で行われた全断連の全国大会です。例年3,000人から5,000人の参加を得て、盛大に酒害啓発を行っております。

次に自助団体の行う連携活動について、お話を申し上げたいと思います。自助団体はいろいろな機関との連携を大切にしております。

まず一番上の地域連携では、医療機関の院内例会やAAミーティングを行うとともに、患者を積極的に迎え入れるようにしております。断酒例会やAAミーティングには、医師でありますとか、コメディカルの方にも参加していただきまして、酒害者の回復の姿、回復の声を聞いていただくようにしております。今後はアルコール依存症の診断にかかわる医師を対象とした、断酒例会、AAミーティングでの研修制度の設置等の提案をしていきたいと思っております。私どもは、アルコール依存症の治療にかかわる医師の皆様には、回復者の声と姿を体験していただくことが、大変重要であると考えております。

司法との連携におきましては、矯正施設において、飲酒運転を始めとする受刑者の教育に協力をさせていただいております。また、保護観察処分者、仮出所者等のプログラムに対する協力も行っております。今後は刑期終了後、あるいは観察期間中にこれらの人々を断酒例会、AAミーティングへ参加させるような、そういう制度を考えていただきたいと思っております。

教育機関との連携におきましては、小中学校、高校、大学、看護学校等に体験談の提供を行い、未然にアルコールの危険性の教育に協力することで、依存症者の発生を防止する努力を行っております。今後は教育機関でのアルコール教育の制度化を実現していただきたいと思っております。そこで体験談を行うためのマンパワーを提供することで、我々は大いに協力してまいりたいと考えております。

行政との連携につきましては、アルコール問題の相談会に協力したり、あるいは市民啓発フォーラムを共同開催するなどの活動を行っております。行政との連携は、全国的に見ると、まだまだ不十分な状態にあります。今後は以下の3点を中心に、行政との連携を推

進したいと考えております。

第1に、都道府県、政令指定都市にアルコール依存症を始めとする、アルコール関連問題に関する常設の相談センターの設置を提案したいと思います。

第2に、行政を中心とした地域連携による啓発事業の共同開催を提案します。そして、互いに費用を分担し合うようなシステムをつくりたいと思います。

3番目に、断酒例会、AAミーティングの会場として、公的機関の優先使用と無償提供を行い、これを支援していただくことを提案したいと思います。

社会復帰施設の運営を展開しております。断酒会は5都県9カ所で、作業所、地域活動支援センター、グループホーム等を運営しており、このために障害者総合支援法を活用し、回復当事者による運営を行っております。

AAはさらに規模が大きく、別法人のMACにより、15団体、47カ所の施設を運営しております。

これが今年のアアルコール関連問題啓発週間の街頭キャンペーンで、飲酒運転根絶を訴えている写真でございます。

最後に問題点と解決への方向性について、お話させていただきます。

自助団体の構成人数は、現在、減少傾向にあります。それにつれて、活動状況も停滞の傾向を示しております。基本計画樹立にあたり、その重要な一端を担う自助団体のこういった停滞、あるいは衰退の傾向というのは、大きな問題であると考えます。

その理由の1番目は、低い認知度にあると思います。一般社会のみならず、一般医療、行政等、アルコール関連問題を抱える人たちの相談窓口となる機関での自助団体の認知度というのは、非常に低いものがあります。これは広報活動の絶対的な不足であると思います。今後は大いに自助団体の広報に注力したいと思います。

2番目、極端に低いアルコール依存症の受診率でございます。この表にございますとおり、米国のAAのメンバー数は250万人から300万人です。それに対して、日本は1万3,000人です。米国では、受診して、自助グループで回復に努めることが一般的ですが、日本では受診することも、自助グループにつながることも忌避している実態がわかると思います。それはプライマリ医師が専門医療に紹介することが少ないこと、また、回復に自助グループが欠かせないとの考え方が普及していないこと等が、理由であると考えられます。

3番目、日本の社会的偏見と依存症者自身の偏見が挙げられます。受診率の低さ、自助団体の未発達の原因は、アルコール依存症、すなわちアルコールに対する偏見にあります。正しい知識の普及と理解に努めることが肝心であると考えます。

4番目、アルコール依存症の治療体系が確立されておられません。患者の医療機関での治療期間が長期化する傾向にあり、患者の自立した回復を阻害するとともに、医療費の膨張を招いております。治療を早期に自助組織に移すことで、自立した回復を促進するとともに、医療費の節約に努めることが肝要であると考えます。

地域行政でも、アルコール依存症対策は遅れているところが目立ちます。地域行政、医療機関、自助団体が連携することによって、患者の早期発見・早期治療を実現し、正しい治療体系に基づく協力関係を構築しなければならないと考えます。

5番目、社会環境の変化がございます。専門医療は充実しましたが、自助グループになげないため、再飲酒による入退院の繰り返し現象を引き起こし、そのまま抱え込んでしまう傾向があります。本人の断酒の決断を先送りにしてしまう結果となります。また、生活保護による公的扶助も、その適用を誤れば、同様に決断の先送りになる可能性を秘めております。

最後に財政面の脆弱性が挙げられます。当事者自身の回復は、当事者の会費、あるいは寄附金によって賄うことは当然のことであり、大原則であると考えます。しかし、一般に対する酒害啓発や地域連携協力活動を自助団体が無償で行うことには、限界がございます。行政を中心とした、地域連携による物心両面での自助団体に対する援助を切にお願いする次第であります。

以上で私の説明を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

○樋口会長 大槻委員、どうもありがとうございました。

ただいまの自助団体に関する活動、現状等に関して、コメント、御質問等がございましたら、お願いします。

月乃委員、どうぞ。

○月乃委員 すばらしい発表だったんですが、確認していただきたいのは、連携活動の社会復帰施設の運営ということで、AA（MAC）15団体47カ所とあるんですけども、MACとAAは基本的に別物です。AAが施設を運営しているということは、私の認識ではないと思います。MACという別団体が、AAのプログラムを使って、施設運営をしているという事実関係はあると思うんですが、AAという自助グループが施設をやっているということはないので、ささいなことですけども、一応指摘させていただきます。

○大槻委員 御指摘のとおりでございます。AAの系統ということで、お話をさせていただきました。したがって、あくまでも別法人で、MACという法人で行われているということで、お話ししました。

○月乃委員 もし誤解される方があるといけないので、MACは別になっているということです。

○樋口会長 ありがとうございました。

そのほかにいかがでしょうか。田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 自助団体の活動への意見ということよりも、むしろ断酒会の方が提言された内容について、少し関連する考え方として、医療費の低減のためにも、自助団体に早期に結び付けることが効果があるというお話でしたが、地域の65歳以上の方が、介護保険を使って、包括支援センターなどでケアされている方の中にも、アルコール問題が非常にたくさんあって、長期に飲酒生活が続いているために、今さら断酒会などにも行きたがらない

みたいな高齢者が結構いるので、これは医療費、介護費のことを考えても、御提案の内容は非常に意義深いだろうと思いました。

それと同時に、内科医からもつながっていないというお話があったように思います。猪野先生からもあったように思いますけれども、医師になってからの教育の中に、アルコール健康障害教育を入れないといけないと思います。私個人は出身大学の非常勤講師で、学生にアルコール、薬物、その他の依存症の講義、行っているんですけども、カリキュラムの枠が非常に小さいので、90分の授業の中で、全ては伝え切れないんです。ですから、現場に出た医師に対して、アルコール健康障害関係の現任教育のようなものが、今後、必須のような組み立てを考えていかないといけないと思います。そこは非常に大事だという点で、自助団体からの御提言ですけれども、連想して考えましたので、御発言させていただきました。

○樋口会長 ありがとうございます。

堀江委員、どうぞ。

○堀江委員 今の田辺委員に関連してですけれども、それに関しては、学生教育も重要ですが、全員が初期研修を受けますので、その場が非常に重要とおもわれます。私が前にいた病院などでも、離脱に対する対応とかに、現場で非常に困っていて、質問が多いので、初期研修の場でアルコールを取り上げていただくといいと思います。厚生労働省の方もいらっしゃるので、非常に効果的だと思って、発言させていただきました。

○樋口会長 ありがとうございます。

見城委員、どうぞ。

○見城委員 御説明ありがとうございます。

基本はこの連盟に入る前に、やめるような方向をつくっていかなければならないと、御説明を伺いながら感じました。

なってしまった場合、どういうことがきっかけで、この連盟に入られましたか。なかなか認めないし、野放しになっているアルコール依存症の方が多いわけですよ。何をきっかけにこの自助団体に入られたか、そういうアンケートなどはとられましたでしょうか。それはアルコール依存症になってしまった人を救う、最後のキーになると思います。

○大槻委員 実際にどうして自助団体に入ったかというアンケートをとったことはございません。ただ、率直に申し上げますと、これは統計をとったわけではございませんが、最初に断酒会に接触してこられる方は、周囲の方、特に御家族の方のほうが、本人よりもはるかに多いと申せます。本人は家族に引きずられて、後から入会してくるという例が50%いや、70%ぐらいあるかもしれません。家族が先に入ってくる、接触してくるというのが実態でございます。何度もお話があるように、本人は否認が非常に強いし、追い込まれたとしても、最後まで酒は手放したくありませんから、自ら来る例は少ないです。

ただ、連続飲酒という言葉もございしますが、どうしても酒が止まらなくなる、あるいは肉体的にどうしようもないところまで追い込まれますと、最後は助けてほしいということ

で、本人が来る場合がございます。ただし、その場合でも、本人が家族に助けを求めてくるという例がたくさんあります。そういうことで、非常に否認が強いこともあり、入ってくる本当の動機というのは、正確にはわかりません。最終的に追い込まれて、やむなく入ってくるというのが、実態であります。

○見城委員 年代、年齢はどのぐらいでしょうか。

○大槻委員 年齢は、断酒会の例をとりますと、統計では、20代から70代まででございます。最近では、70歳を超えて入会されてこられる方もいます。高齢化現象が目立っております。昨年の例では、60歳を超えて入会をされてこられる方が、25%に達しております。

○樋口会長 よろしゅうございますか。

○見城委員 ありがとうございます。

○樋口会長 どうもありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。今成委員、どうぞ。

○今成委員 対策の中で、回復者の方々の存在はすごく大事だと思います。アルコール依存症の偏見というか、飲んで死んでいくという姿ばかりを医療の人たちが見ていると、回復するとは、とても信じられない。なので、そういう方たちに、回復者に会ってもらうことはすごく大事な対策になると思います。飲んでいる人たちにとっても、自分はお酒をやめて生きていけるなんて思っていないので、そういう人がいるということを現実に見ることは、すごく大事だろうと思います。

海外の状況を見ても、アメリカなどでは、回復者の人たちが、いろんな形で社会の中で役割を果たしています。例えばカウンセラーになるとか、飲酒運転でも、カリフォルニアの教育プログラムは、回復者の人たちが資格を取って、仕事としてやっているという形です。回復者の潜在能力は物すごく大きいと思うので、いろいろな施策の中でうまく生かして、発展できるような形にできたらいいのではないかと考えています。

○樋口会長 貴重な御意見をありがとうございました。

よろしゅうございますか。見城委員、どうぞ。

○見城委員 よくアメリカの映画とか、ドキュメンタリーで、断酒会のようなところで、輪をつくって、みんなで手をつなぎ合ったり、プレゼンテーションを1人ずつしていくことで、人前で発表することによって、力をつけていくというシーンをよく見ます。偏見かもしれないんですけども、あれはアメリカの人の生き方には合っていて、日本人にとっては、どういうふうにしたらそれがいいのかと思いながら、よく見ております。今、お写真がありますけれども、これはどんなふうにして、みんなそのことに違和感なく、断酒会でやっているんでしょうか。状況を教えてください。

○大槻委員 こういう風景でございますが、ここで一人一人立ち上がって、自分の過去の体験談を話します。一人一人話しまして、それを皆で聞きます。それに対するコメントとか、反論というのは、一切許されません。言いつ放し、聞きつ放しです。自分の体験談を話すことで、自分の過去を振り返ります。みんなに聞いてもらって、共感を得ることが目



的であります。同時に自分の中での反省を確認するという意味で、このスピーチを行います。

先ほど輪になって、手をつないでというお話がありましたけれども、これを毎回断酒例会でやるわけではないですが、啓発イベントの終了時には、連鎖の握手といいまして、みんなで手をつないで輪になり、万歳をやっております。先ほど見城さんがおっしゃられた映画のシーンは、断酒例会であり、AAミーティングそのものでございます。

○樋口会長 ありがとうございました。

大槻委員、どうもありがとうございました。

それでは、最後の御報告です。先ほど猪野委員の発表の中に、SBIRTというものが出てきましたけれども、とても大事な介入の方法だと思っております。これについて、枉委員から御説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○枉委員 枉でございます。

私からは、多量飲酒者対策ということで、二次予防を主にお話をさせていただきます。具体的には、節酒指導の効果、普及への課題ということで、お話をします。

健康日本21の第一次のところでも、多量飲酒問題の対策が取り上げられました。数値目標も掲げられておりましたけれども、残念ながら、目標を達成することはできませんでした。多量飲酒というのは、定義がございまして、1日60グラム以上の飲酒ということで、日本酒でいくと、大体3合以上です。それが対策として掲げられていました。

第二次では、危険な飲酒と言うことで、1日当たり40グラム、男性ですと2合以上、女性ですと1合以上の飲酒、そういう人たちの数を減らすということが、目標として掲げられております。

尾崎先生の報告の中にもありましたが、日本にどのくらい多量飲酒者がいるか、あるいは危険な飲酒者がいるかというところ、1,000万人ぐらいのハイリスク群（危険な飲酒者）がいっぱいいます。一方、依存症の患者さんは、50～100万ぐらいということで、数からいきますと、20倍ぐらい予備群が多くいらっしゃる。こういう方々にどういう対策ができるかというお話でございます。

飲酒量低減技法としては、ブリーフ・インターベンションというものが、効果があるということが、欧米でも確認されております。猪野先生のお話に出てきたSBIRTといたしましては、ブリーフ・インターベンションにさらに専門医療機関への紹介ということで、Referral to Treatmentが加わって一体化したものでございます。特に今日のお話の中では、多量飲酒者対策、飲酒量低減、節酒指導のお話として、ブリーフ・インターベンションのを中心にお話をさせていただきます。

ブリーフ・インターベンションといたしましては、1982年からWHOの多国間共同研究事業として始まりました。オーディットの開発から、ブリーフ・インターベンションの普及まで、25年間事業が行われました。日本でブリーフ・インターベンションの研究が始まったのは、2007年でございますので、欧米に比べますと、日本のブリーフ・インターベンションの研

究事業というのは、25年おくらせてしまったという状況でございます。

ブリーフ・インターベンションを簡単にいいますと、1つは、断酒ではなく、飲酒量低減を目標にします。節酒を目標にした介入になります。

それから、依存症の専門家ではなく、ヘルスケアの従事者によって行われます。保健師さん、看護師さん、多職種の方々が行うものであります。医師だけではございません。

3番目は、基本的には依存症でない患者さんを対象にしております。

そういったものを特徴としております。

ブリーフ・インターベンションという用語は、日本でも定訳がございませんで、今回の特定保健指導の中では、減酒支援と呼ばれております。ほかには、簡易介入とか、短時間介入と訳されています。

ブリーフという言葉がありますけれども、短いという意味ですが、それはどういう意味かといいますと、基本的に回数は2回から3回です。

それから、1回のセッションの時間、カウンセリングの時間ですが、ここには30分以内と書いてありますけれども、平均的には15分ぐらいです。

2～3回、15分のカウンセリングをすることで、ブリーフ・インターベンションは行われているということでございます。今までの断酒治療が3カ月間の入院治療と考えますと、非常に短い時間、コストで行われるということでございます。

その中身ですけれども、これがブリーフ・インターベンションの概要です。ブリーフ・インターベンションとは、生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリングだと、私どもは定義しております。

カウンセリングの中には、3つのキーワードがあります。共感する、励ます、誉めるといっております。これを繰り返しカウンセリングの中に入れていただくということで、指導をしております。

共感といいますのは、そんなときは、誰だって憂さ晴らししたくなります、飲みたくなりますという「共感」です。寄り添うということです。

励ますというのは、まだこの取組は始めたばかりですから、一度や二度は、飲み過ぎてしまうことは誰にだってあります、大丈夫です、これからですという「励まし」です。

誉めるといというのは、こんなに早く休肝日が増えるなんて素晴らしい成果です、なかなかできるようなことではないと誉める。

そういったものを、カウンセリングの中に入れます。15分ですから、ポイントとして、こういったことを繰り返し入れていただくということで、教育いたします。

ブリーフ・インターベンションは、欧米で既にエビデンスが確立されておまして、有効性についてのレポートは非常に多くあります。最近ですと、年間150～200件ぐらいのレポートが出ております。

こうした多くの有効性に関する報告に基づいて、USPSTF、米国予防医療専門委員会がリコメンデーションを出しました。「スクリーニングとブリーフ・インターベンションは、

プライマリケアで妊婦を含めた成人のアルコール乱用を減少させるのに有効と認めて実施を推奨する」というリコメンデーションを2004年に出しております。

これは日本で樋口先生と一緒にやらせていただいた研究なんですが、ブリーフ・インターベンションの効果検証研究というものを、3年間行わせていただきました。

ブリーフ・インターベンションの効果ですが、この研究の中では、15分間、2回から3回の介入を行いました。このときは保健師さんがカウンセリングをしてくれましたけれども、15分間、2～3回の介入で、1年後の結果です。上の段が介入をする前の平均的な飲み方です。もちろん酒類はいろいろ変わりますが、酒の量として、こういうふうになっていました。下が1年後の結果です。休肝日は、平均すると、1日が2日に増えました。多量飲酒、丸がついている日が、1週間に2日あったのが、1日に減りました。トータルの飲酒量としては、32%減っています。簡単にいいますと、3合が2合に減りました。

今までいろんなところでブリーフ・インターベンションをやってきました、効果としましては、大体3分の2に減るということが一般的です。ほかのレポートでもそうだけれども、20～30%の飲酒量低減効果は生むようです。

その中でも重要なのは、量が多い人ほど減るということです。もちろん、平均への回帰も考慮に入れておく必要がありますが、ざっくりいいますと、4合の人が2合に減ります。2合の人は2合のままなんです。それは意識の問題です。メタボの対策でもそうなんですけれども、体重が多い人ほどやせるんです。70キロの人が50キロになるよりも、90キロの人が70キロになる確率のほうが、つまり成功する確率は高いので、同じようなことなんだと思います。

4合が2合になるということは、健康にとって、どういう意味があるかということなんです。これはRehmさんという疫学の先生がかかわられて、出したデータです。横軸は飲酒量をどれだけ減らすのかということです。一番左の0というのは、96グラムなんです。10のところ、96引く10で86グラムです。これが4合の量に当たります。それから、さらに2合減らすということは、43右側にいきます。2合のアルコール量、53のところ、死亡率になります。

これを読みますと、40歳男性の年間死亡率は、4合のときは1万人につき年間124人だったのが、2合にしますと、36人に減少する。効果としては、酒量を半分に減らすことによって、年間死亡率が4分の1に減る。そんな効果が生まれます。

4合、86グラムの人というのは、先ほど出てきました、オーディットというスクリーニングテスト、先ほどでできましたけど、点数が高いほど問題が大きいということです。4合飲む人は、点数をつけると、20点以上の群に入ってくると思います。

20点以上の人たち、問題が大きい人の心理的な状況を御説明しますと、一番右側のピンクが20点です。この方の動きを見てもらいたいですけれども、あなたにとって、節酒や断酒はどのぐらい重要ですかということです。問題が大きい、点数が高い人ほど、問題が大きいという認識をしております。

一方、断酒、節酒など、自分が立てた目標を達成できる自信はどのぐらいありますかという、問題が大きい人は、できない、自信がないと言っています。問題が大きいから、酒を減らしたほうが良いという認識はあっても、自分にできる自信がないと感じています。ここが行動が変わらない大きな理由です。だから、ブリーフ・インターベンションが有効なんだと思います。

よりわかりやすく、これは公的な機関で、250人ぐらいの職場で、無記名で、名前を書いていただくにやったものです。今と同じような内容ですので、繰り返しになりますけれども、これもオーディット20点以上のところをごらんください。御自身の健康にとって、日ごろの飲酒量は多いと思いますか。赤いほうの人は、極めて多量と答えていただいている人が多いです。

お酒の量を減らすことは、あなたにとって、どのぐらい重要ですか。これも極めて重要と答えています。

ところが、酒量を20%に減らす目標を立てたとして、その目標を達成できる自信はどのぐらいありますか。20点以上の人は、自信がないんです。先ほどと同じように、自信がないということが、行動を動かせない大きな要因になっている。そこで、ブリーフ・インターベンションで、自信をつけさせてあげる。おじさんたちは、誉めると、その気になってしまいます。簡単です。

特定保健指導の中でも、減酒支援ということで入りましたので、その効果検証をいたしました。

日本ではブリーフ・インターベンションを集団でやるのが比較的多くあります。これは欧米でも余りエビデンスがないんですけれども、日本ではこういう断酒会みたいな、節酒会といいますか、グループをつくってやることも、非常に有効なように思います。

ここでの効果なんですけれども、これも1年後です。セッションを2回やって、その後、1年後の効果なんですけれども、オーディットの点数が下がりました、飲酒量も35%減りました、多量飲酒が半分に減って、休肝日は倍にふえたという結果です。個別に行うブリーフ・インターベンションとほぼ同じような効果が見られました。

生活習慣病のいろいろな指標、体重とか、腹囲、BMIも、1年後には有意に減少しております。メタボ対策にもなってくるということです。

ブリーフ・インターベンションが、効果があるということはわかったんですが、普及させるところでの課題を幾つか挙げてみました。

職域は、主に大規模な事業所でのことなんですけれども、減酒支援プログラムの普及です。そのためには、まず産業医とか、健康管理医、事業所の責任者、そういった方々のアルコール問題に対する意識を高めることが、重要だろうと思います。

スクリーニングテスト、メタボ健診の中で、標準的な質問票の中に、飲酒量とか、飲酒頻度のことが入っております。それはとられているんですけれども、実際にメタボ健診、特定保健指導というのは、要するにメタボでないと対策にのらないものですから、酒を飲

んでメタボでない人は、対策を受けられないんです。そういう意味で、実際、飲酒量が2合以上で、メタボ対策の減酒支援を受けられる方というのは、2～3割ぐらいの人だと思います。7～8割の人は、そこから漏れてしまうことがあります。そういう意味では、情報が十分に活かされていないということがございます。

今の話は、大規模な事業所のお話でして、小規模な事業所を見ますと、地域と同じような対策が必要になってくるかもれません。

2番目の医療ですが、先ほど猪野先生がおっしゃったように、SBIRTに診療報酬をのせる、これが一番普及に役に立つ対策だと思います。その場合には、スクリーニングとブリーフ・インターベンション、SBIの部分と専門医療機関への紹介(RT)、ここは分かれてくるかと思いますがけれども、診療報酬化というのが、非常に重要になってくると思います。そのためのトレーニング、診療報酬化するためには、カウンセラーの質を上げるということ、人材育成プログラムをつくるということも必要だと思います。

あとは、SBIRTをやるモデル医療機関を設定する、育成するというのが、現実的にはいい方法だと思います。日本でのブリーフ・インターベンションのエビデンスというのは、どちらかといいますと、職域から出ておりますので、まだまだ医療でのブリーフ・インターベンションのエビデンスは、十分に固まったものとは言えません。そういう意味で、エビデンスをつくりながら進めていくというのが、重要なことだと思っております。

最後は地域なんですけれども、ここが一番難しいところでございます。被災地などでもアルコール問題がだんだん増えてきていると言われております。そういう意味では、地域の対策というのは、非常に関心が高いところなんですけれども、難しいんです。職域とか、医療機関というのは、お酒を飲む人に直接出会いますが、地域でお酒を飲む人は、研修会とか、講習会とか、勉強会をやっても、なかなか出てこられません。夕方、講演会をやっても、出てくるのは奥さんだけなんです。そういう意味では、御本人に会うためのプログラムを加える様なほかの戦略を考えなければいけないと思っております。

まず地域では、一次予防の更なる推進です。この中には、アルコールが健康に悪いということ、それから、先ほどのように節酒ができるということ、そういったことを広めていくことが重要だと思います。

それとともに、奥さんに対する教育のプログラムです。例えば私どもは発達障害児を抱える母親のための行動療法を用いた「お母さんの学習室」というものを、30年以上行っています。そういったプログラムを、お酒を飲む旦那さんを抱える奥さん向けの教室として、「夫の健康寿命を20年延ばすための奥様の学習室」、行動療法を用いた新たなプログラムを途中に加えて、旦那さんを節酒教室に導く。あるいは奥さん自身をカウンセラーに養成して、節酒指導をさせるとか、そういった新たな戦略が加わらないと、地域ではなかなか難しいとも考えています。

以上でございます。

○樋口会長 ありがとうございます。

発表時間が長かったものですから、3分ぐらいしか、お話を聞くことができませんけれども、もしどなたかございましたら、お願いします。

大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 ちょっとピントがずれるかもしれないんですが、SBIRTがいろんなところで普及した場合、現在、58万人という依存症者のデータが出ております。SBIRTというか、スクリーニングをして、この人を依存症だと診た場合、専門医療機関につなげることになると思うんですが、その場合、58万人のうち、何パーセントが回されるか知りませんが、日本ではアルコール依存症を診れる精神科医というのは、500人ぐらいしかいないと聞いています。これだけの人数が専門医療機関に回された場合、それに対応するのは、非常に難しいのではないかと思います。アメリカの場合ですと、精神科医は、みんなアルコール依存症を診れると聞いておりますが、日本では、精神科医のうち8～10%ぐらいしか、依存症は診れないと聞いております。この辺の問題は、これから日本ではどういうふうに進められて、改善していかれるんでしょうか。

○杠委員 例えば依存症が100万人いらっしやったとしても、重症度の上から下まで幅広くあると思います。先ほど出てきたオーディット20点以上の方々も、厳密に言えば、依存症の人が結構出てくると思うんですが、ああいう方々が、すぐに専門医療機関につながるかという、そこまではいかなくて、プライマリケアの中で介入をしていただくような方々、あるいは断酒治療まではいかなくて、節酒治療でしばらく様子を見る方々もいると思いますので、アルコールの専門医、一般の精神科医、さらには一般医療の先生方、そういったところに振り分けていくような受け皿の形が望ましいと思います。実際に全部来られたら、そういうふうになるのではないかと思います。

○樋口会長 ほかにいかがでございますか。

アルコール依存症の断酒治療とともに、多量飲酒者の飲酒量低減に関する会議というのは、医療とか、保健の分野から、とても大事な対策だと思います。

どなたか、質問いいですか。今成委員、どうぞ。

○今成委員 職域からだと、飲酒運転の対策、リスクマネジメントとしてこれを進めるのが、すごく有効です。飲酒運転をしてしまうと生活を失うため、実は健康よりももっとインパクトが強く、企業にとってもリスクとして非常に大きくなります。私たちも、運輸を中心に企業研修を行ってきていますけれども、アルコールチェッカーを毎朝やっていることと知識が相まって、多量飲酒をしていた人が、実際に減るので、職域などでは医療と同時に飲酒運転も絡めてやるといいのではないかと思います。

○杠委員 御指摘のとおりだと思います。先ほどお見せした写真は、福岡市役所の対策で、あれはまさに生活習慣病対策と飲酒運転対策を一体化したプログラムとしてやっておりますので、それが職域では非常に有効だと思います。

○樋口会長 ほかにございますでしょうか。堀江委員、どうぞ。

○堀江委員 1点だけなんですけれども、先生のところは、ブリーフ・インターベンショ

ンを保健師さんがやられたということでしたが、保健師とか、看護師がやるのがベストだとは思いますが、一般の病院では、募集をしても看護師が集まらない状況で、看護師さんにブリーフ・インターベンションをやっていただくのは、難しい状況だと思います。1点だけ、看護師でないとしたら、どの職域の方に講習を受けてもらって、やっていただくのがベストとお考えか、看護師以外で推薦していただければと思います。

○杠委員 御本人の関心の具合もあると思いますけれども、栄養士さんとか、薬剤師なども、こういうものに関心を持たれる方がいらっしゃるので、そういう方にも教育ができればと思います。

○堀江委員 ありがとうございます。

○樋口会長 先ほど保険点数の話が出ていましたけれども、栄養士さんの場合、今でも点数がとれるので、ある程度指導すれば。

よろしゅうございますでしょうか。最後に松下委員、どうぞ。

○松下委員 アメリカのほうでは、看護の学生さんが、演習とかの場で、SBIRTを練習しているんです。精神看護を目指す看護学生の方です。そのように、教育のところで、ぜひ導入していただきたいと思います。

○樋口会長 貴重な御指摘ありがとうございます。

短く、どうぞ。

○今成委員 職種を1つつけ加えていただきたいんですけれども、ソーシャルワーカーにもぜひやっていただきたいと思います。

○樋口会長 どうぞ。

○見城委員 職域でこういうことが出されるというのは、非常にいいと思いますけれども、今の職場の現状を見ますと、フリーター、契約、さまざまところが細かくされていて、どこが健康の責任を取るのかという所在が不明になっておりますし、現状、経済的な厳しさがございまして、こういったところをどうカバーするかを、ここでは現実に詰めていくべきだと思いました。

ありがとうございます。

○樋口会長 それでは、杠委員、ありがとうございます。

これで一通り御報告いただきました。このほかにも、報告を聞く機会などは、まだあると思いますし、細かい議論に際して、委員以外の方も含め、参考人としてお招きし、御紹介いただくこともできるかと思います。

時間の関係で、このテーマは終わりにして、次に進みたいと思います。

次回以降の会議について、事務局より説明をいただきたいと思います。

○加藤参事官 次回でございましてけれども、現在、日程を調整させていただいているところでございまして、年明け以降だろうと思っております。

前回の会議におきまして、会議の進め方につきまして、ワーキンググループを設けてはどうかといった御意見もございましたので、現在、事務局で検討させていただいております。

して、会長にも御相談の上、次回の会議におきまして、御提案させていただきたいと考えております。

それに加えて、きょう、お配りしております参考資料3、前回お示しした資料でございますが、基本計画の作成方針でございます。ここには10項目、法律で定められております、基本計画に盛り込むべき項目を挙げてございますけれども、これにつきましても、各委員から、もう少しここは細分化した項目を入れたほうがいいのかとか、あるいは追加をしたほうがいいのかとか、さらにはこの項目を議論する際に、こういうデータはないのかとか、そういった御要望とございますか、御提案をさせていただきたいと考えてございます。

例えば視察を兼ねて、久里浜病院で会議を開くとか、そういったこともあるのかなと考えておりますので、なるべく幅広く御提案をいただいて、それらを事務局で整理した上で、次回、御報告していきたいと考えております。それらを含めまして、計画の案の作成に向けた基本的な方向と議論の進め方などを、次回意見交換していただくという、そんなことを考えてございます。そして、4回以降から、各論の検討に入っていきたいと考えてございます。

以上でございます。

○樋口会長 事務局からワーキンググループについての提案とか、今後の進め方について、ある程度の考え方も示されましたけれども、今のことについて、委員の先生方から何か御意見はございますか。

どうぞ。

○杠委員 会議の日程の決め方なんですけど、今のところ、直前一月ぐらい前に日程調整をするという状況なんですけど、1年間繰り返していかれるのであれば、来年度になってから、2カ月に1回ぐらいの開催としますと、偶数月の第何週の何曜日というふうに、基本的な日を決めていただくと、私たちもスケジュール調整がやりやすいので、そういう方向で進めていただければと思いますが、いかがでしょうか。

○樋口会長 どうでしょうか。

○加藤参事官 その辺も踏まえ、少し長期的なスケジュール感でいきたいと思っています。

○樋口会長 ほかにございますでしょうか。よろしいですか。

今成委員、どうぞ。

○今成委員 ワーキンググループは必要ではないかと思えます。というのは、この中で10個をやっていくのは、すごく時間がかかってしまって、集まることも大変だと思うので、そのことについては、次回、話し合いということによろしいのでしょうか。

○加藤参事官 はい。

○今成委員 わかりました。

あと、参考資料2で、前回の主な意見をまとめていただいて、こういうものをつくっていただくのは、大変ありがたいと思って見ていたんですけども、1つ、大事なことが抜



けているのではないかと思います。「政令指定都市に対して」ということが、前回出ていたと思います。とにかく都道府県で止まってしまうと、政令指定都市が置いていかれてしまうので、神奈川県などは、政令指定都市のほうが、人口数が多いというお話も出ておりましたので、この点については、ぜひ記録に入れていただきたいと思います。

○樋口会長 よろしゅうございますか。

今までヒアリングをやってきましたけれども、もう少しいろんな方面からヒアリングをしたほうが良いという意見もあると思いますが、その辺りについては、いかがでしょうか。例えば家族のこととか、社会復帰の施設とか、予防に関係したところ、酒類の業界とか、そちらからはお話を聞いていないんですけれども、その辺りはいかがでしょうか。

私はできれば委員の先生方が、共通の土台でディスカッションできるように、広い分野でヒアリングを聞いて、それをもとにして、ディスカッションを進めていったほうが良いと考えていますけれども、もしそういうことが必要だとすると、また委員の先生方から、こういう分野についてということを書いていただいて、それを取りまとめて、事務局と相談して、次回ヒアリングの継続ということもあり得ると思いますが、その辺りはいかがでしょうか。

田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 私も先生がお話された方向性は大事なことだと思います。当事者団体の家族の方、関連施設の中で、前回も今回もありましたが、MACとAAの違いみたいなことが出ていました。回復施設の方、今、例えばMACなどは協議会みたいなもの、つくっていますので、そういうところでは。

あと、AAの話も、先ほど見城委員から、アメリカのやり方と日本のやり方はどうなんだろうということ、断酒会のことをお話されましたけれども、AAは国を越えて同じようなやり方で、連鎖の握手をして、平和の祈りという、断酒会がとなえるものとは違いますけれども、やっておられたりするので、AAは当事者団体としては無理でも、セントラルオフィスというところは、ある程度報告できると思います。その辺から候補者を選んで、ここでプレゼンしていただけるといいと思います。

○樋口会長 事務局、よろしいですか。

○加藤参事官 そちら辺も踏まえて検討させていただきますし、また、委員の中でも、きょうは5名の方をお願いしましたが、それ以外の方でも御発言をいただき、あるいは10分というプレゼンテーションでなくても、御発言いただければと思います。

○友野委員 私からも、次回、業界としての地道な取り組みなんですけれども、発表させる場を設けていただけたらと思いますので、よろしくお願ひします。

○樋口会長 今成委員、どうぞ。

○今成委員 テーマにぜひ飲酒運転も取り上げていただきたい。ここからの介入はすごく大事だと思いますし、今、いろいろ動いているので、それも取り上げていただきたいです。

それから、委員の中に今回ソーシャルワーカーが入っていないんですけれども、いろん

な場面で、ソーシャルワーカーの方たちは役割を担っていますので、その発言の機会もぜひ入れていただきたいと思います。

酒類業界、酒販とメーカー、その両側は絶対に必要ですし、アスクもぜひ発表させていただきたいと思います。

○樋口会長 意見をたくさんいただきましたので、その辺りはまた事務局と調整して、次回、次々回をどうしていくかということについても、御説明したいと思います。

よろしいでしょうか。どうぞ。

○加藤参事官 先ほどちょっと申し上げましたけれども、参考資料3の10本の柱をご覧になっていただきながら、今、いろいろ御意見が出ましたが、次回以降の会議の進め方がありますとか、ヒアリングの対象ですとか、10の課題はこれで十分なのかどうか、あるいはここをもう少し細分化してほしいとか、そういったことも、できるだけ幅広く御意見をいただければと思っておりますので、日程調整と一緒に御案内を出させていただいて、そこに御返信ということで、先生方からメモをいただければと思っております。

以上でございます。

○樋口会長 月乃委員、何かございますか。

○月乃委員 今日のお話を個々にお聞きして、アルコール依存症の社会的啓発というのは、病気ならば治療につながるとか、すごく重要な感じがしました。私が思ったのは、社会的に好感度が高い依存症の当事者だと、イケメンとか、美女とかでも、すごくイメージが変わります。そういった方々に当事者、もしくは御家族、社会的好感度が高い女優さん、タレントが、内閣府のテレビコマーシャルで、依存症は病気です、と一言言う。もしくは内閣府さんがスポンサーになって、社会的にすごく好感度が高い女優さんを使った、依存症の回復のテレビドラマをすとか、そういうものは、社会的な病気のイメージが変わるきっかけづくりに、べたなやり方ですけども、効果があるので、そういうことも話し合う機会があったら、やっていただきたいと思います。

○樋口会長 話し合いの中で、議論していきたいと思えます。

よろしゅうございますか。

それでは、これもちまして、第2回「アルコール健康障害対策関係者会議」を終わりにしたいと思います。委員の皆様、本当にありがとうございました。

(了)