

アルコール健康障害対策関係者会議
第9回議事録

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）付

アルコール健康障害対策関係者会議（第9回）
議事次第

日 時：平成27年10月23日（金）14:00～16:30
場 所：中央合同庁舎8号館（1階）講堂

1. 開会
2. 意見交換
 - (1) 「基本的な方向性」及び「第1期基本計画で取り組むべき重点課題」について
 - (2) その他
3. 閉会

○樋口会長 それでは、定刻になりましたので、第9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ましてありがとうございます。

では、初めに委員の出欠状況と資料の確認、本日の流れ等について御説明いただきたいと思います。事務局、お願いいたします。

○内閣府坂本参事官 事務局でございます。本日もよろしくお申し上げます。

初めに、委員の交代がございましたので御紹介をさせていただきます。

第1回より御参加いただいておりますビール酒造組合の友野様でございますが、人事異動によりましてビール酒造組合専務理事を御退任されることとなりました。このため、本会議の委員についても辞職の申し出がございまして、かわりに本日から友野様の後任としてビール酒造組合専務理事に着任されました滝本修司様に委員として御参加いただくこととなりました。後ほど、一言御挨拶をいただければと思います。

本日の出欠でございますが、尾崎委員、見城委員、中原委員の3名の方から御欠席の御連絡をいただいております。

また、西原委員はちょっとおくられていると聞いております。

なお、本日は過半数に達しておりますので会議は成立いたしますことをまず御報告申し上げます。

それから、10月1日付でございますけれども、事務局のほうにも異動がございました。

まず、厚生労働省障害保健福祉部精神障害保健課長として田原課長が着任をいたしております。

また、同日付でございますが、厚生労働省と文部科学省に組織の改正がございまして、推進会議を構成しております厚生労働省健康局がん対策健康増進課が健康局健康課に、それから文部科学省のほうでございますけれども、スポーツ青少年局学校健康教育課が初等中等教育局健康教育・食育課に改正されております。

参考資料5のほうに、推進会議の申し合わせを改定いたしましたものを添付しておりますので御参照いただきたいと思います。

続きまして、お手元の資料について確認をさせていただきます。

資料1-1「アルコール健康障害予防のための早期介入の取組等に関する意見」。

資料1-2「アルコール健康障害予防のための早期介入の取組等について」。

資料2-1「Ⅱ 基本的な考え方」及び「Ⅲ 第1期基本計画で取り組むべき重点課題」。

資料2-2「Ⅱ 基本的考え方」及び「Ⅲ 第1期基本計画で取り組むべき重点課題」対照表」。

参考資料1「委員名簿」。

参考資料2「アルコール健康障害対策推進基本計画の案の作成方針」。

参考資料3「各ワーキンググループ整理票」。

参考資料4「今後のアルコール健康障害対策関係者会議の進め方」。

参考資料5「アルコール健康障害対策推進会議の設置について」関係府省申合わせ。

以上、9点でございます。

もし、過不足あるいは欠落等ございましたらお手を挙げていただきましてお知らせいただければと思います。

特にならぬようございまして、続きまして本日の会議の流れでございますけれども、前回、基本計画の目次の案、それからⅡの「基本的な考え方」、Ⅲの「第1期基本計画で取り組むべき重点課題」について御意見をいただいたところでございます。

前回、目次の「はじめに」、計画について重点課題、基本的施策推進に対して等、こういうものを柱にしております目次につきましては特段の御意見はございまして、その「基本的な考え方」と「重点課題」のほうにつきましては前回いただいた御意見を反映させられるものを反映させたもの、それから内容につきまして関係省庁とも御相談をしながら進展できるものを進展させたものについて作成いたしておりますので、それについて再度御意見を賜ればということになります。

ただ、前回いろいろ御意見をいただきましたが、早期介入、いわゆる2次予防といったところにつきましてはもう少し御意見をいただきたいと思いますと考えてございまして、先ほど申し上げた資料2-1、それから2-2のほうにはまだ反映はいたしてはおりませんので、本日御意見を伺いまして、それらを踏まえてまた内容的な追加をしていきたいと考えております。事務局からは以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

それでは、まず議論に入る前に、委員の交代があったということですので、滝本委員から一言御挨拶をいただければと思います。よろしくお願いします。

○滝本委員 ビール酒造組合の滝本と申します。これからどうぞよろしくお願い申し上げます。

○樋口会長 どうぞよろしくお願いいたします。

それから、厚生労働省の田原課長も御挨拶いただけますでしょうか。

○厚生労働省障害保健福祉部田原課長 厚生労働省精神障害保健課長でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○樋口会長 よろしくお願いいたします。

それでは、議論に入ってまいりたいと思います。

まず、先に前回議論のあった早期介入、2次予防について議論し、その後で「基本的な考え方」「重点課題」について議論していきたいと思います。きょうは、この2つの議題が中心です。

では、早期介入、2次予防のことについて話を始める前に、事務局で資料を用意していただいていますので、資料の説明と議論の方向性について御説明をいただけますでしょうか。よろしくお願いします。

○内閣府坂本参事官 事務局でございます。お手元の資料1-1、それから資料1-2をごらんください。

まず資料1-1でございますけれども、前回「重点課題」の中でいわゆる2次予防を盛り込むべきという御意見に始まりまして、関連するいろいろな御意見をいただいたところでございます。そのような御意見を事務局のほうで少し分類させていただいた上で、資料1-1としてまとめているところでございます。

まず、「総論」といたしましてどういう意見があったかということをごっそり申し上げますと、2次予防について「重点課題」に入れるべきではないかという点でございますが、その他、細かい点で4点ほど御意見もございました。

それからSBIRT (Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment) というものについて推進していくべきではないかということでございますとか、あるいはいわゆる2次予防の対象者をどうするかという点でございますとか、2次予防の介入の手法、あるいはあり方に関する点でございますとか、その推進体制、役所のほうの担当部署といったことも含めましてそういう通信体制ということに関する点、こういったような御意見があったかと思えます。

少し詳しく説明いたしますと、まず「総論」でございますけれども、これまで我が国、日本にはいわゆる2次予防に関して余り取り組みが進んでおらず、それを進めるということのためにこのアルコール基本法の制定の動きが進んだことがあるということでございます。また、「重点課題」の中にまずは調査研究でありますとか人材育成といったような内容には

なると思うけれども、この2次予防というものについて盛り込んでいくべきといったような御意見がございました。

それから、もう少し具体的に申し上げますと、このSBIRTという手法でございますが、海外では一定の評価を得ている手法であるということで、この計画による効果を期待できるという意味でも、計画のほうにこれを盛り込んでいくべきであるといった御意見がございました。

その次に2次予防の対象者という点でございますけれども、1つはアルコール依存症と疑われる状態にありながら治療につながっていない方を対象とすべきではないかという御意見。それからまた、もう少し広い概念にはなると思えますけれども、何らかの理由で医療機関にかかっている方で問題飲酒者と言われているような方を対象としていくべきではないかという御意見。以上が、対象者でございます。

それから、介入をしていくにしてその手法などに関する御意見といたしまして、専門のアルコール治療の医療機関というのはまだまだ数が少ないということになっておりますので、一般医療機関のところでSBI、つまりスクリーニングとブリーフインターベンションまでのところの対応をできるようにする。こういうことを目指して、人材育成などを行っていくべきではないかといった御意見がございました。

最後に推進体制といいますか、この役所の担当部署の話ということにもつながってくるわけでございますけれども、なかなか日本で2次予防が進んでいかないのは、いわゆるハイリスクの方の部分が、アルコールによる精神疾患であったり、あるいは身体的な疾患であったりということで、さまざまな内容が入ってくることにより、どこが果たして担うのであろうかといったことが明確になっていないという問題があるという御意見がございました。以上が、資料1-1でございます。

次に、資料1-2でございます。1枚紙でございますが、これは厚労省の作成したものでございますけれども、実は2次予防という言葉をあえて使っておりませんで「早期介入」という表現にしております。これは、2次予防ということで一言申し上げますけれども、比較的なじみがある言葉のようでありながら、何を捉えて2次予防とするのか、こういったことにつきましては果たして共通理解があるのか、必ずしも定かではないのではないかなというように、ここでは、「早期介入」という表現を用いていることをまず申し上げます。

ただ、さはさりながら「早期介入」というふうに申しましても、何を予防するために、誰に対してどのように介入していくのかという点はやはり残るわけでございます。このあたりにつきましては、「健診・医療WGにおける整理」というものを下のほうに参考の形で記載させていただいているわけでございますけれども、その議論におきましてもまだ必ずしも整理はされておらず、前回もいろいろ御議論いただいたわけでございますが、委員の皆様の間でも少し見解の違いといいますか、そういったものもあったのではないかと考えております。

この「早期介入」について考えていく上で、今つくっておりますアルコール健康障害対策推進基本計画における「早期介入」というのは一体誰を対象にしてどのようにやっていくのかといったようなことの方角性について御議論いただければ、厚労省のほうといたしましてもその意見を踏まえて検討した上で、次回のこの会議でより具体的な内容を盛り込んだものをお示しできるということで、今回その点について御意見をいただければということでございます。

内閣府からは以上ですが、厚労省からもこの紙の趣旨について説明させていただきたいと思っております。

○厚生労働省障害保健福祉部田原課長 厚生労働省の精神障害保健課長でございます。補足をさせていただきます。

今、内閣府のほうから御説明がありましたように、前回さまざま御意見をいただいております。資料1-1のほうでございます。我々のほうで、どのように整理をしてよいかかわからない点はまだございましたので、もう少し御議論をいただきたいと思っております。資料の1-2を準備いたしました。

具体的には、資料1-2にありますようにおおむね依存症になる前にアルコール健康障害を予防するための「早期介入」を進めていくことが重要である。こういうことはおおむね一致していたように受けとめておりますけれども、具体的な対象となる方々につきましては資料1-1にもありますように依存症の方を早く対象にすべきだとか、その手前の方を対象にすべきとか、あるいは病院にいられた問題飲酒者を対象にすべきだとか、そういういろいろな御意見がございました。

また、手法につきましてもSBIRTは非常に有効性があるというようなお話がございましたけれども、一方でワーキンググループのほうでは国内ではエビデンスが乏しい状況にある。そのためにエビデンスを蓄積していくことが必要であるというような話がある中で、具体的な方法としてSBIRTでやっていくのか、それともほかの方法があるのか、具体的な確立した手法があるのか。こういったものが一致するようなお話があれば、そういうものを踏まえて基本計画への反映をするような文章を整理したいと考えております。よろしく願いいたします。

○樋口会長 ありがとうございます。

それでは、今の話と、それから資料1-1と1-2をもとにして議論を進めていただきたいと思っておりますけれども、まずは対象者をどのように捉えてどのようなアプローチをするのがよいのか。このような意見をいただいて、最後にある一定のところまで収束できるとよろしいかと思っております。その後には他の部分の議論もありますから、まずは1時間ぐらいをめぐりに議論を進めていきたいと思っております。それでは、どうぞ意見をいただければと思っております。

今成委員、どうぞ。

○今成委員 まず、2次予防、早期発見、介入というものは何を差すのかというところについてですけれども、私は前回このことを持ち上げたものですからちょっと勉強してまい

りました。

WHOのブリーフインターベンションという書籍があるんですね。プライマリーケアの人たち向けのマニュアルというものですけれども、その中にまず「ブリーフインターベンションは実在または潜在的なアルコール問題を特定し、個人がそれについて何か行動するように動機づける実践である」というふうに定義が書かれておりまして、その目的が明確に2つあると述べられていました。

1つ目は、「アルコール依存症の人をその飲酒歴の早い段階で特定し、紹介し、そのことによって依存症のさらなる進展を予防することである」。SBIRTでいけば、RTの部分であろうと思います。

2つ目の目的は、「アルコール依存症候群に進展する可能性はあるかもしれないし、ないかもしれないが、アルコール関連の害のリスクを減らすことができるような有害で危険な飲酒者を特定し、援助することである」。

依存症の人たちとその前の人たち両者が対象であって、両者に対して有効だと明確に書かれています。

この両方が、私が言っていた早期発見、介入という意味ですので、そのことをまず明確にさせていただきたいと思いました。

○樋口会長 今のWHOの書籍を引用されて依存症の進行を予防することと、それからその前のいわゆる有害な使用に対する介入という2つが中に含まれるという指摘でしたけれども、枉委員どうぞ。

○枉委員 今の今成委員の御意見とほぼ同じことですが、今まで日本の中で早期介入という用語が使われたときには主に2つの意味があって、1つは危険な使用、あるいは有害な使用という依存症の手前の方々に対する飲酒量低減のための介入、それと一般医療の中にいらっしゃる診断すれば依存症なんだけれども、専門治療を受けていない方々を専門治療に乗せるという意味での早期介入、これは厳密には早期ではなくて本当は適切な介入と言うべきかもしれませんが、その2つの意味で使われていて、特に後者のほうはこれからシステムをつくっていかなければいけないんですが、これまでもそれなりに手をつけられたところでもあります。既に問題意識があったところですよ。

一方、前者のほうは、ほとんど何もされていなかった。手がついていないというか、研究も本当に始まったばかりという段階です。両方の早期介入なんですが、それぞれに今、私たちが必要なものが随分違うと思います。前者の危険な使用、有害な使用のほうはエビデンス、それから人づくりというところが必要になっていて、後者のほうは組織、システム作りが非常に重要なところだと思っています。

○樋口会長 今のお話は、2つに分ける点については今成委員とよく似ているんですけれども、例えば依存症の方の場合には見つけて、RTですね。要するに、専門医療のほうに早くつなげる。それを今、先生は指摘されたということですか。

それから、有害な使用のほうに関してはまだエビデンスが必ずしも明確でないところも

あるので、まず人づくりからという話でしょうか。

では、猪野委員どうぞ。

○猪野委員 前回からSBIRTのことをどういうふうに話せば皆さんに理解していただけるか考えてきました。SBIRTというのは、スクリーニングしてブリーフインターベンションして必要な人にはRTを行うというコンセプトです。これは医療関係者や保健指導の関係者は当然やるべき考え方です。ただ、それが現実の中でうまく稼働していないだけで、これをうまく稼働させることが私はすごく必要だと考えております。ぜひこの概念を、WHOも当然この概念を取り入れていますので日本でも採用してほしいというのが1点です。

もう一点は早期介入、早く対応するという点で先生方にわかってもらうのに「例え」を挙げたいと思います。多量に長期に飲み続けた結果、たまたまその人がアルコール依存症になってくる。そういうふうに私は思っているのですが、それを火災に遭った人に置きかえていただくととてもよく分かると思います。火事が燃え盛って、その中で逃げ遅れて焼け死んでいくような人が日本で3万5,000人いるというデータが出ています。焼け死ななくても、火傷を負っているいろいろな家財道具も燃えてしまって、もう裸のような状態になってから立ち直るとというのが結構多いのが日本の現実です。こうなると、すごく立ち直りにくくなるし、大変になる。

ですから、火事が起こっても早く火災報知器で、ぱっと火事に本人も気がつくようにしてあげる。火災報知器だけじゃなくて、周辺の人たちが、危ないよ、もう逃げなさいと早く言ってもらえるようにすることが私はSBIRTだと思います。

特に、そういう燃え盛っている火の中において火傷を負った人をまず助けることが私はすごく大事だと思います。それを抜きにした他のことも、予防にはなり必要なのですが、まずしなければいけないのは火事の中に巻き込まれて火傷を負っている人たちを救出することで、これを行うのがRTだと思います。そういうふうに御理解いただいて、ぜひこの概念を計画に反映させていただきたいと思います。

○樋口会長 ちょっと今成委員に質問ですけれども、先ほど枉委員のほうから指摘があって、WHOのICD-10で有害な使用の方々に対しては人材育成がとても重要ではないかということなんですけれども、先ほどその辺の具体的な話をちょっとお聞きできなかったけれども、そのあたりはいかがでしょうか。

○今成委員 人材育成をしなければ先に進めないことは絶対だと思うんですけれども、実際問題、例えば保健指導の中で減酒指導というようなことが一応形として入っていたり、例えば飲酒運転違反者への取消処分者研修とかがありますよね。取消処分者研修は樋口先生が中心になってつくられたプログラムで、ある種のブリーフインターベンションだろうと思うんですけれども、それで実際に効果が上がって飲酒量が減ったという実績が出ているためにパイロットでやったものが全国展開になったと思うんです。

ですので、日本の中で全く何もないわけではなく、今、少しですけれども進んできている部分もあるので、それをもっと広げていく。いろいろなジャンルでそれができるように

していくためにはもちろん人材育成は必要なんですけれども、人材を育成しないと何もスタートできないという状態ではないと思います。

○樋口会長 わかりました。いかがでしょうか。

では、ちょっと整理させてください。今の今成委員の話は、有害な使用に関してはもう既に保健指導とか、あるいは飲酒運転の取消処分者講習の中で現実に行われているではないか。そういうふうな部分を拡充していくという考え方は十分あるということが第1点です。それから、それをさらに積極的にやっていくためには人材育成はどうしても必要だ。

この2点をおっしゃったということですね。

どうぞ、月乃委員。

○月乃委員 私はもちろん2次予防がすごく大事だというのはよくわかっているんですけども、前は第1期ということで、マンパワーとか、いろいろな時間の制約もあるから、そこにも書いてありますけれども、依存症という段階に入ってまだ手つかずの人が多いため、そこから第一にやるべきじゃないかという意見を私は言ったんです。

それで、2次予防についてももちろんとても必要なことだとはわかっているんですけども、具体性がないとかなり広範囲で明確なものが見えてこない状態でありますので、より具体性がないといけないような気がするんです。

だから、現状、一番怪しそうなところというか、先ほど車の運転の話も出ましたけれども、体の障害だったら例えばアルコールによって身体的な障害がどう出るかというのは、私は専門職ではないからわからないんですけども、肝障害と何とか障害と何とか障害、これについてというふうなものをしないと余りにも人材育成、2次予防といっても漠然として、実際に本当に行うときにどこからどうなのかというのが私個人は話を聞いていて見えてこないような気がしたんです。

だから、第1期はこの5つのジャンルについて2次予防をするとか、人材育成はこうするというふうにしなないとちょっと雲をつかむような話でグレーゾーンの話なので、それがちょっと見えてこないような気がしたんですが、いかがでしょうか。

○樋口会長 ほかはいかがですか。今、全体的に漠然とし過ぎてしまうと第1期のこの計画が少し中途半端になってしまう可能性があるという指摘だったと思います。

どうぞ、堀江委員。

○堀江委員 今の月乃委員（の質問）にお答えというか、提案なのですが、漠然とさせないためにまず1つはアルコールによる重症の臓器障害を見ている病院におけるRTを充実させるということで、今、枉委員と今成委員が言っていた後者の部分は解決するので、そこにはやはり第1期から力を入れていただきたいと思います。

簡単に言うと、50%が死亡する重症アルコール性肝炎などのような疾患を受け入れている病院の人材育成を優先して、そこからその病院の中でのRTが成立すればベストなんですけれども、地域の問題があって、その総合病院、救急病院の中にアルコールの病棟をつくるのが難しいということであれば、他の精神科の病院のほうへのRTを充実させるというモ

デルづくりがどうしたらうまくいくかということを進めていくということで重点が置けると思います。

先ほどの枉委員、今成委員の前者のほうのガンマGTPが高いけれども病院に来ているという方に対する早期介入というのはかなり幅が広くなりまして、どうしていくかというのはなかなか難しい問題が入ってくる。これに関してはやはりもう少しエビデンスを積み重ねる必要があると思いますので、幅を狭めてモデルケースのようなもののプロジェクトをつくっていったれが一番いいのかを検証していくことが必要です。一斉にではなくて、今成委員のほうから幾つかパイロットとかでモデルケースがあるというので、あくまでもそのパイロットとかは飲酒運転をしてはいけないという、そのカテゴリーの中なので、一般で普通に健診でガンマGTPが高かった人たちをどうするかというのはなかなか難しい問題があります。それをどうしていくかという研究をどうするかというのをこの第1期で立ち上げるというところではないかというのが私の意見です。

○樋口会長 今成委員、何かありますか。私はさっきから何をしたいかということ、要するに明確にしていきたいということでして、そのあたりが目に見えるような形で議論がまとまっていけばいいと思いますが、今の話だと人材育成というようなものがまずあるのではないかという意見が枉委員と堀江委員から出ていますが、既にパイロットではないけれども、現実に制度の中に入っているものもあるではないか。そういうふうな部分を拡充していくというような話が多分、今成委員から出たと思います。そのあたりは少しすり合せをしないといけないかと思いますが、いかがですか。

○今成委員 制度の中に既に入っているものは、ある種の実績があって入ったわけですので、そこでまた調査をして、より実績を確認していくというようなことは大事だろうと思います。

法務省でも教育プログラムをやった成果を検証するというふうにおっしゃっていますので、そういうようなことは当然並行して行われなければいけなくて、同時に特に内科にはたくさんいらしていると思いますし、救急にも大分いらしているのではないかという話がこれまで出ておりますので、その人たちに対してどうするのか。

それから、産業保健の中でどうするのかというところに何か取っかかりがこの1期の中でできていけば、また2期のときにさらに進めるというようなことになると思います。足がかりをつくらなければと思います。

○樋口会長 資料の1-2の「アルコール健康障害予防のための早期介入の取組等について」の中に、早期介入の具体的な対処方法はどのようなものが考えられるかというようなことがあります。

恐らく、有害な使用に関しての今までの世界的なエビデンスから見ると、やはり個人レベルでも、それから集団のレベルでも、やはりエビデンスが最も高いのは今、話に出ているブリーフインターベンションだと思うんですね。これはWHOもそのように認めているかと思うんですけれども、そのほかのことが議論に出てこないのは当然だと思います。

今のところで今成委員にもう一回確認したいですけれども、意見として有害な使用の人たちに関して広範にこのブリーフインターベンションを施行していくということは次の段階でもよろしいのではないかという意見ですか。

○今成委員 データを見てみましたところ、その有害な使用という人たちがどのぐらいいるのかということですが、生活習慣病のリスクの高い飲酒をしている男性だと1日平均40グラム以上、女性だと20グラム以上の方たちというのは1,039万人というのが厚労省の2013年の研究で出ています。

飲酒する日には60グラム以上という飲酒の仕方、量を多く飲んでいるという方が980万人です。そうすると、1,000万人ぐらいいは何か飲み方に問題がある方たちがいらっしゃるのだろうという感じがします。それで、AUDITが15点以上となると294万人なので、300万人ぐらいいらして、ICD-10だと109万人というような数字が出ていました。

これで考えて、どこからどうやって入っていくかということで、1つは健診の中で飲酒量が多い方たちに対して何か介入していくというのは一つの方法として考えられて、それを捨てるべきじゃないと思うんですね。その中で、当然AUDITが15点以上の人たちも出るわけなので、その方たちに対してRTというのがその中でどこまでできるのかということについては未知数じゃないかと思います。

それから、例えば内科とかで既にいろいろなアルコール性の疾患を抱えていらっしゃる方が、臓器だけよくして再発を繰り返しているような状態が今はあるわけで、それで何年も何年もずっと病院にかかりながら根本のアルコール依存症というところに介入されていないという状況は絶対に何とかしなければいけないので、さっき堀江委員がおっしゃったように、そこからというのは当然重点的に必要だと思うんです。

なので、何か表分けをしてどういうところからならばこれができる。例えば、飲酒運転とか酩酊からも入れるわけで、どういうところからだったら入りやすいか、現状でも可能だろうかということの地図みたいなもの、表みたいなものをつくったらどうかと思います。

○樋口会長 松本委員、どうぞ。

○松本委員 今、議論されている予防と人材育成という2つの柱というのは確かに非常に結構なことだと思うのですが、やはり1次予防、2次予防、3次予防の定義が共通認識として整理されていない部分があるように感じます。

そのために、対象者というのも絞り込めない。だから、予防の段階でどういう方が対象者になるのかというものはっきりしてこないのだと思います。

アルコール依存症の方に対し、重症化予防のための治療を行うのであれば、アルコール依存症というのは疾病ですから当然その方への治療は保険適用になるわけです。ではアルコール依存症ではないけれども、そうならないように医師等が早期に介入して予防するという話は、検査も含めて保険適用は認められないと思います。

同じ依存症ということで申しますと、今、中医協でもニコチン依存症管理料の算定対象をどうするかという議論がなされておりますが、保険者はニコチン依存症患者の治療に保

険財源を使うこと自体、懐疑的な見方をしているという現状があります。

ですから、予防という言葉を使うかどうかはともかくとして、広く国民の理解を求めていく上で、アルコールについても予防の定義というのは非常に大事ではないかと思います。その辺をまず整理していただきたいと思います。

○樋口会長 どなたかありますか。私の認識が正しければ、ニコチン依存症も病気として立派にICD-10の中に入っています。疾病として入っています。ほかにございますか。

田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 議論をもう少し元に戻したいと思うんですけども、早期介入のインターベンションの具体的な方法がSBIRTということは、現在、実際に実用的なものはこれだというのは大体共通認識だと思うのですが、1つは堀江先生がおっしゃったような重症の臓器障害、いわゆる医療の枠の中で既にアルコール問題が生じている人を、これは依存症があるのかないのかというところをAUDITを使ったブリーフインターベンションをやって、そして専門医につなげるための人材育成というものがありますね。

それと、もう一つは健診の分野でAUDITを使って、例えば14点以下の飲み方に問題のある人をどう指導するか。ここのところはちょっと意見が何を中心にやっていくのかというのと、あとは私が懸念するのは、控え目に自己申告すればそこにアルコール依存症の人たちが入ってくるじゃないですか。そのところも見極めてこのAUDITは使わなければいけないという自己申告制の部分があるので、アルコール依存症の問題の人は高いスコアを出したくないために控え目にするとそうなってしまうというようなことがある中で、医療の臓器障害を持っている人だったら医者とか、そこに勤務するナースとかがAUDITを使いながらもちょっといろいろ説明したりすると、実態はアルコール依存症だということを証明できるかもしれないのですが、健診の場でそういう問題が残っていると、そこでアルコール依存症の人が潜伏する可能性もあるということも踏まえた人材育成が必要になってくると思うんです。

そこをさらっと流れると、何かアルコール依存症者が皆、有害なところにとどまっていた、それで医療につながらない。それで、減酒支援というような言葉が出てきたりするということはちょっと懸念されるので、医療枠の人材育成と、健診での場合はどのような方法でどういう成果を挙げることが大事なのか、もうちょっと研究して人材育成しないといけないんじゃないかというのが私の考えです。

○樋口会長 今のお話は、人材育成をより分けたということですね。ありがとうございます。

松下委員、どうぞ。

○松下委員 重点事項ということですけども、全部一律に並んでいるわけではないと思うんですね。

前回お話ししましたように、やはりアルコール依存症は病気ですから、医療を提供するというところを基軸にしたほうが良いと思うんですけども、そうしたらやはり研究と教

育と実践、パフォーマンスという言葉で言いかえてもいいですし、臨床でもいいと思うんですけれども、3本柱をきちんと押さえておいて、その上で治療ないし予防でもいいですが、実践のところにおいて何を優先するのかというのが今、話し合われているんじゃないかと思うんです。

そこをどこに置こうと、やはり人材育成、また基礎教育も含めて、また研究とてそうだと思うんです。別に研究は薬理学の研究だけとか脳科学だけではなくて、どういうふうにブリーフインターベンションをやったらいいのかとか、どういう人材が適切なのかとか、そういった研究も入ってくるわけですので、まずその3本柱を揺るがさないほうがいいのではないかと。2次予防が先か、人材育成が先かというのはちょっとおかしいのではないかと。次元の違うことを言っていると言いますか、そんな気がします。

それと、SBIRTはエスバートと片仮名になって最新のことに思われやすいですがけれども、保健師がずっと前からやっていたことです。スクリーニングして、短期で介入してつなげるということは当然やってきたことです。それをどうしてあえてSBIRTというくくりでやるのかと言えば、システムとして乗せるということだと思うんですね。ある対象を特定して、その人たちには全員やるんだという意味合いであって、使うスケールは違うかもしれませんが、内容そのものはそんなに大きく変わらないと思います。

○樋口会長 猪野委員、その後大槻委員どうぞ。

○猪野委員 今、松下委員が言われたようにSBIRTというのは本当は昔からやっていることなんです。それを非常にわかりやすく体系的にやるということで表現された概念だと思います。

それで、ここで対象と方法ということが言われていますので、私は先ほど火事の例で言いましたが、やはり今、重症で本当に困っている、命も危ないような人が放置されている現実があるので、とりあえずそこを重点的にまずやっていこうということが私は必要だと思います。

それは、医療機関のスタッフにしても、地域とか職域のスタッフでも、そういう重症の患者さんを何とかしなければいけないというモチベーションは結構高いと思うのです。そこから手がけていって、アルコール問題に目覚めてきたら有害な使用の人たちや危険な飲酒の人にも手掛けていけるようになると思うのです。

実際に私がやっても、皆さんモチベーション結構低いんです。いくらいろいろやっても低い。でも、命がかかわるようなケースというのは皆、一生懸命になりますので、その辺から入っていくというのが私はとても大事だと思います。

方法としては、医療機関がシステムとして、例えば松本先生がおっしゃったようにちゃんと診療報酬をつけ病院全体が取り組んでいくシステムづくりを目指した方法をやれば良いと思います。

○樋口会長 今のお話の確認ですがけれども、先生が今おっしゃった対象者というのはもう少し明確にいうとどういう方ですか。

○猪野委員 アルコール依存症の方です。

○樋口会長 わかりました。

大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 先ほどちょっと松下委員もおっしゃったんですけれども、自助グループでもこのSBIRTと同じようなことはずっとやってきているわけですね。酒害相談でほぼSBIRTと同じ経過の質問をし、相談に乗っているわけです。そういう意味で、我々は初めてこのSBIRTを見たときに、これはよく整理したいいツールができたなというような印象を持っております。

それで、この1-2の資料の中で具体的な対象とされているんですが、具体的な対象は先ほど今成さんがおっしゃいましたので申し上げませんが、依存症から多量飲酒者まで1,400万人ぐらいですか、これになると思うのですが、問題はこれをどうやって具体的な対象を見つけ出すかという部分だと思うんです。それは、スクリーニングする場をやはり特定していかなければならない。決めていかなければならないと思います。

それは一般の内科病院であり、あるいは健康診断の場所、職域診断の場であると思いますが、全てのところでいきなりこの手法を開始せよと言ってもこれは大変でしょうから、可能のところから、どこからスタートしていったらいいんだろうかというようなことをこの基本計画の中で決めていって、タイムスケジュールに従ってやっていけばいいのではないかと思います。

当然ながら、人材育成というのはこれに並行して行われていくものかと思えます。

○樋口会長 今の話は依存症にターゲットを絞ったというわけではなくて全体、もう少し依存症もその前の有害な使用の方々もという意味ですね。

○大槻委員 そうです。

○樋口会長 ほかにございますか。

杠委員、どうぞ。

○杠委員 研究のことが余り出てこなかったんですけれども、今、日本でこうした施策のもとになるエビデンスというのはほとんどありませんで、RCT、無作為での割りつけで行われた研究は2つしかないということですね。英文のペーパーが1つと、国際的に見ると年間200編、アルコールのブリーフインターベンションの論文が出ている。そういう状況の中で、エビデンスとなる論文に日本からの論文がないというのがまず恥ずかしいという状況にあります。

これは、時間をかけてつくらざるを得ない。1つの研究をやるのに多分3年ぐらいかかってしまうので、既に日本の研究が始まったときには欧米は25年先に進んでいたわけですから、そこから追いつかなければいけない状況であるということは言えると思います。

今エビデンスが求められているのは、特に有害な使用から危険な使用のレベルの人たちへの介入、それはアルコール依存症のずっと手前の方々へのもので、この欧米のブリーフインターベンションはどちらかというところをターゲットにしたブリーフインターベン

ションでのエビデンスになっていますので、そちらの軽症なアルコール問題の方々を対象にしたエビデンスづくりというのがエビデンスとしてはまず必要になってくると思います。

そのときに、欧米では医療機関を中心にプライマリーケアでのエビデンスが非常に多くて、職域とか地域とか、そういうものはほとんどないんですね。欧米でもないと思います。救急医療とか、医療機関関係のエビデンスが非常に多いんです。

日本ではその部分の研究は逆になくて職域、それから飲酒運転の違反者という2つに限られていますので、そういう意味でそれぞれの領域ごとにエビデンスをつくらなければいけないし、それぞれの領域ごとのブリーフインターベンションのあり方ですね。効率的なスクリーニングの仕方、対象者の集め方、そういったことから非常にリアルな世界の中で研究によるエビデンスと、それからモデルをつくっていくことを始めなければいけないだろうと感じています。

○樋口会長 それに、プラス人材育成ですか。

○杠委員 はい。人材育成は現在、研修会等を行っているのは久里浜医療センターと肥前精神医療センターの2カ所で、多分ブリーフインターベンションを実施するためには数千、数万の方々がカウンセラーとして必要なんでしょうけれども、人材育成できているのは年間多くても100、200レベルの受講者にしか研修会はできていませんので、そういう意味ではもっとこういう研修会も開かなければいけないと思います。

○樋口会長 具体的な御示唆をありがとうございます。

月乃委員、どうぞ。

○月乃委員 質問ですけれども、人材育成というのは今、言ったSBIRTができる人を育成することですか。そのブリーフインターベンションができる人の育成なのでしょうか。それが質問1なんですけど、まずそこからお願いします。

○杠委員 今の人材育成のことは、早期介入が2つあるとすると、より軽症のほうの方々に対する早期介入の人材育成という意味で話していました。

○月乃委員 SBIRTというのを私は知らないんですけども、どういうことなんですか。今、ネットでちょっと検索しているぐらいでよくわからないんですけども、依存症まで至らない、今は2次予防の話ですよ。2次予防で、別に最終目的は依存症者が断酒するのは違って、有害な使用だからそこに介入して依存症まで至らないほどの飲酒に持っていくとか、もちろんお酒をやめる選択もあるんでしょうけれども、方向性としてはそうですね。依存症治療じゃないですから、そういうことができる人を育成するわけですね。

それで、やり方というのはそれ全体がSBIRTなんですか。このSBIRTというのがまずよくわからないんですけども、それを教えてもらいたいのですが。

○樋口会長 猪野委員から説明しますか。では、お願いします。

○猪野委員 SBIRTは、先ほど今成委員から言われましたようにスクリーニング・ブリーフインターベンション、RTですね。その中には、アルコール依存症の方もスクリーニングするということが当然入ってきます。緊急性としては、そこをきちんとスクリーニングでき

ていない現状を変えていくことが私は非常に重要なポイントだと思っております。

○月乃委員 そのSBIRTをやることによって依存症の人と、そうじゃない人がそこからまたあぶり出されてきて、有害な使用のランクの人がわかるわけですね。今、その有害な使用というか、2次予防の話だから、その人たちに対して適切な飲酒とかに方向づけをしていくというような形の認識でいいんですか。お願いします。

○猪野委員 2次予防の課題の中に当然アルコール依存症の早期発見が入ってきますので、SBIRTの中に入ってきます。

○月乃委員 依存症以外の人のことを話しているんでしょう。2次予防というのはどうなんでしょうか。依存症の人をもちろん見つけ出すのはそうですね。そうじゃない有害な使用レベルの人を、そのまま突き進んでいけば依存症になる人を、依存症にならないように啓蒙というのものもあるわけですね。それはどうなんでしょうか。

○樋口会長 私の理解が正しければ、その依存症になる人というのは全部が依存症になるわけではもちろんなくて、お酒をたくさん飲んでいる人の中にはいわゆる肝臓を悪くしたり、膵炎を起こしたり、健康障害を引き起こしている方もたくさんいらっしゃるわけで、こういうような方々の健康障害のレベルを低減させるということが第1点と、それから依存症の方々を早くに見つけて治療に導入させる。この2つが2次予防の中身で、それを2つ合わせて早くに見つけて有害な使用レベルの方々にはお酒の飲み方に対する指導をして、それで依存症の方々は専門医療機関のほうに紹介する。その紹介の仕方もシステムはいろいろあると思いますけれども、そういうふうな形を合わせてSBIRTと言うんだと思います。

○月乃委員 よくわかりました。そういう方法論があるのだとしたら、あとは場所をどこで人材があったら、それを行う場所というのはやはり特定をしたほうが良いような気がするんです。

だから、私は1つのサンプルだったら具体性がないと多分、何も言えないので、変な話、肝臓障害ならば肝臓障害でもどこかあと2つぐらいとか、それを決めてしまったほうが何か動き出すし、結果が肝臓障害があっても依存症まで、そこで依存症と使用レベルの人で、使用レベルの人に対する介入みたいなものがどう効果をもたらすかとか、やはり3つなりを明確にしたほうがこの会議の意味があるような気がします、どうでしょうか。

○樋口会長 それに対する今までの議論として、例えば堀江委員の場合は内科のアルコールによる臓器障害、健康障害を引き起こした方々に関してSBIRTをして必要な方々は紹介するし、それから有害な使用レベルの方々についてはそこでカウンセリングして飲酒量の低減を図るということだと思っております。

枉委員も、今まで欧米のエビデンスを見ているとほとんどが医療の中の話だったので、日本はそれが非常に欠けているからやはりこのあたりは進めていかなければいけないんじゃないか。そのためには研究も必要だろうし、それから人材育成も必要だろうという話だったと思うんです。

松本委員は、それに対して診療の中に入っているものに関してはなかなか今のところ対

象をはっきりさせるのは難しいという御指摘が先ほどあったと思います。

そういうふうな議論なのですが、1つだけ私はまだその議論として明確ではないのは、早期発見する場所があるところに特定されるものなのか。それとも、そうではなくてもっと広く、例えばちょっと極端な話だと精神科の医療をやっていて、そこに依存症の方がお見えになって、その人たちを連携のメカニズムを使って専門医療に導入するのも広い意味ではやはり早期発見、早期治療ですね。だから、このあたりも含むことなのかどうなのか。そのあたりで、意見がいただければと思います。

もし今の話だとすると、資料1-2の「○」の最後のところに「依存症になった場合には、依存症治療の専門医療につなげることが重要ではないか」と資料にありますけれども、この「依存症になった場合には」というのは確かにそうなのですが、今、議論しているのは、発見の仕方みたいなこと、同定の仕方みたいなことも議論しているので、そのあたりはどういう場で同定して専門医療ならば専門医療につなげるのかということについて少しまた意見をいただければと思います。

猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 どこで発見するかということですが、1つは地域の健康診断です。更に地域の介護機関で高齢者の問題はかなり深刻になっていますので、介護機関で救い上げるというのがあります。もう一つは職域の健診で明らかになった人にSBIRTをやる。

それで、医療機関は樋口先生がおっしゃるように、精神科の医療機関でもSBIRTがきちんとできていない現状があると思うので、精神科も含めて全ての医療機関でSBIRTができるようになったほうが良いと思っています。かかりつけ医も含めてと思うのですが、実際にやるとなると、私はどこかがモデルのような形でノウハウを蓄積していく必要が当面はあると思います。

○樋口会長 そうすると、コンセンサスとして広範な例えばSBIRTの施行というのは現時点ではなかなか難しいかもしれないということでしょうか。幾つかの場を設定してモデル的にやって、それで研究と人材育成とをあわせてやっていくということを第1期の目標というか、第1期の計画の中に入れていくということでしょうか。

○猪野委員 全体に訴えて啓発するというのは私は必要だと思うのですが、実際に効果を上げるには先生がおっしゃったようにモデルをつくってノウハウを蓄積していくということが大事な段階だと思います。

○樋口会長 ほかに意見はございますか。

杠委員どうぞ。

○杠委員 欧米でも論文はいっぱい出てはいるのですが、臨床場面で実施されているのは非常に少ないと言われていて、それは研究の世界と実社会というか、実践の世界は随分違う場面がある。そういう意味では、日本でやる場合には時間も限られておりますので、実社会でエビデンスをつくりながら並行して普及も進めていくというのが非常に効率的だとは思っています。

そういう意味では、モデルの地域、医療機関、そういったところで人材育成をしてエビデンスをつくりながらやっていく。そういうことで一体に進めていくほうがスピードは早いだらう、追いつけるだらうと思います。

○樋口会長 大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 最終的にはいろいろな分野でやっていただきたいわけですが、先ほど申し上げましたとおり、可能な領域、やりやすい領域、アプローチしやすい領域から優先順位をつけて、順次プログラムをつくっていくような形に計画ができればいいなと思います。

○樋口会長 松下委員、どうぞ。

○松下委員 今までもプレゼンがあったと思うんですけども、やはり救命救急ですか。そういう場合は非常に効率性が高いんじゃないかと思うのと、あとは外来でのスクリーニングと、この2つなのかなと思います。

○樋口会長 堀江委員、どうぞ。

○堀江委員 最後に1点だけ言わせていただきたいのですが、この具体的な方法というところに最後にちょっとだけ言及しておきたいのですが、医者がやる治療としては外来診療と入院診療になります。私がアルコール性肝炎の全国調査をして、日本消化器病学会の認定施設になっているしっかりした病院の中の12~13%から返事が返ってきていますが、アルコール性肝炎を入院させたというのが166施設中52施設です。逆に言うと、166施設のうちの114施設は日本消化器病学会の認定施設でありながらアルコール性肝炎を入院させていないという状態なのですね。

これはどういうことかというところ、なるべくかかわりたくないというのが多分現実かと思っています。ということは、まずは入院をとってくれているところのマンパワーを充実させて、その病院に精神科の先生がいらっしゃるのがベストなのですが、そうはうまくいかないから誰がどうRTに結びつけるのかというところで、外来中はちょっと時間がないので、結局入院してくれると夜に、依存症だからあなたは退院したら絶対にもう一回飲むよというお話を、うちの病院の場合は久里浜医療センターに行っていただくわけです。そういう人材育成をやる。

ただ、それは肝臓内科医からしたらエクストラの仕事になるので精神科の先生がやってくればベストなのですが、そこをどうしていくかというのを議論して、肝臓の病気になることは肝臓内科医はいいのですが、そこで依存症の話をするということを嫌う肝臓内科医もたくさんいるのが、さっき言った166分の52というところであらわれているんじゃないかと思われまして。ですから、ここをどうしていくかという議論をしていただいて、そこに診療報酬をつけるなり何なりという議論をしていただくのが1点です。

それから、外来のほうは時間がないので、恐らく医者がやることは不可能なので、ブリーフインターベンションにうたっているようにコメディカルとか専門ではない人がブリーフインターベンションを行う手法をどうしていくかというのが診療と具体的な方法と、医

者がやることとしては診療の中の外来の部分ではそれを充実させていくということじゃないかと考えております。

○樋口会長 確認ですけれども、今の話だと先ほどの皆さんの話とはちょっと違って、SBIRTを広範に内科の診療科で。

○堀江委員 前者のほうは、外来部分に関してはそれでいいのだと思います。

ただ、消化器内科医というのはアルコール性の臓器障害を一番診ていると思うのですが、ただでさえほかの疾患も多くていっぱいなので、外来の中で医者がブリーフインターベンションをやるということは今の医療体制では不可能なので誰かに手伝ってもらわないと、これまでの「お酒を控えてね」と言ってそのまま帰ってしまう形を繰り返してしまう。それを断ち切るためには、やはり誰かに手伝ってもらわないと無理ではないかということを確認しておきたいということです。

○樋口会長 モデル的にそういうふうなモデルをつくって、それでそれを示していくということですか。

○堀江委員 具体的な方法というところの方法論の話ですね。

○樋口会長 ほかほかございますか。

猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 おっしゃるとおりで、病院全体を1つのシステムと考えると、地域連携室とか、病棟とか、外来がサブシステムとして機能している事が重要だと思います。ドクターがアルコール依存症を疑ったら地域連携室に紹介してRTを行うというような病院がシステムとして対応できるようなことが機能するように、そういうことを研究して作り上げていくことがすごく大事だと思います。

○樋口会長 そうすると、先ほど私が申し上げましたとおり、第1期で目指すところというのは研究、人材育成、それからモデル事業のようなことをやって、それをさらに広げていくという話だったと思いますけれども、ターゲットとする場所として今、堀江委員と松下委員から一般医療の外来はとても大事なところだという話でしたが、そのモデルの事業というか、モデル的にやっていく場合、先ほど大槻委員はプライオリティーをつけたほうがいいのかというお話でしたけれども、そのプライオリティーとして高いところを幾つか指摘いただければ、より具体的に話が進むのではないかと思います。

既に、もちろん飲酒運転のところや保険指導のところは具体的にもう始まっているんですけども、そのほかに何かもしあればどうぞ。

○杠委員 順番からすると、1番がやはり医療だと思います。そこに猪野先生がおっしゃるように非常に緊急性を要する方々がいらっしゃいますので、その部分のSBIRTというのはまず必要なところだと思います。

それから、2番目は職域は難しいものですから、この職域はまず現状把握といいますか、いろいろなエビデンスが先に求められているところでもありますので、これが後に回ってしまう。

2番目は、例えば今、被災地の問題とか、地域でのアルコール問題が非常に深刻化しているところもありますので、そういう意味では地域モデルという意味で地域の早期介入が作ればというふうには感じております。職域は既にエビデンスはあるんですけども、実際にやるときいろいろな調整が必要なものですから、そういう意味では既に始まっている地域というのが順番からすると2番目にくると考えております。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかに意見ございますか。

もしなければ、ひとまずこの早期発見、早期介入のところは議論を終わりにしたいと思っておりますけれども、今成委員、何かございますか。どうぞ。

○今成委員 内科救急というのは非常に大きいと思うんですけども、先ほど樋口先生がおっしゃっていたように精神科、うつの中にアルコールがかなり混ざっていたり、うつの方がアルコールを飲んでというのがあります。なかなか難しい領域だと思いますけれども、一般精神の中というのも何かモデルの1つにできればいいなと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。

それでは、よろしゅうございますか。では、ここで早期発見、早期介入の議論は一旦、閉じさせていただいて、次の議題に入ってまいりたいと思っております。先ほど説明がございましたとおり「基本的な方向性」及び「第1期基本計画で取り組むべき重点課題」、これはとても大事なところなんですけれども、このことについて事務局から資料を説明いただけるとありがたいです。

○内閣府坂本参事官 それでは、資料2-1と資料2-2をごらんいただきたいと思っております。

資料2-1につきましては、前回の会議でお示しさせていただいたたたき台につきまして御意見をいただきまして、それをできるだけ反映させたということでございますが、前回ちょっと箇条書きのようにしていたところがございますが、それをもう少しそれっぽく具体的に直させていただいたものでございます。

資料2-2でございますけれども、これは今ごらんいただいた資料2-1の内容を左側にしておりまして、前回会議で出たたたき台の内容を右側に記載した新旧対照表のようになっているものでございます。ところどころ、四角囲みで前回いただいた御意見というものを記載させていただいておりますので、以下、修正箇所中心といたしますか、そういうことで御説明させていただきます。

まず、「基本的な考え方」というところがございますけれども、「基本的な方向性」というところがございます。四角囲みの中に委員の先生からの御意見を書いておりますけれども、例えば、(2)を2つに分けて「安心して相談できる体制づくり」とし、もう一つ、「安心してどこでも医療を受けられる体制づくり」として、それでもう一つ、(4)として「アルコール依存症者が社会復帰しやすい環境づくり」としてはどうかといった御意見であるとか、「基本的な方向性の中で、相談窓口、体制的なことを入れるべき」というような御意見でありますとか、「関係機関の連携がこれまでよりも広いということを示すため、「地域

における幅広い関係機関…」としてはどうか」といったような御意見がございましたので、そういったことを含めまして左のほうでは（１）はいいんですけども、（２）、（３）、それから（４）という形で４つの柱にしております。

今成委員の幅広い関係機関というの、（２）の中に「幅広い関係機関」というような表現を入れさせていただいております。このあたりが、基本的な考え方ということになります。

それから、３ページ目に移っていただきたいのですが、「第１期基本計画で取り組むべき重点課題」ということなのですが、これは２つ柱があるわけですが、１つ目の「飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防」というところがございます。

こちら辺につきましては、内容的には前回のものであれですけども、（１）の「特に配慮を要する者」、「①未成年者、妊婦などの飲むべきではない者」のところがございますが、左のほうでは未成年者、あるいは妊婦というような形で少し見出しもつけておりますが、それぞれごとに、代表的には前回のものでそれほど変わりはないのですが、こういった形で見栄えということでだんだん基本計画のほうの本文も意識しながらこういったような形で少しずつまとめていっているということとともに、４ページになりますけれども、取り組むべき施策というところで少しいろいろ内容を盛り込ませていただいております。

例えば１つ目の「○」ですと、学校教育でアルコールが未成年者の心身に及ぼす影響などを正しく認識させるということでありまして、アルコール啓発週間とか、いろいろ機会を捉えて国、地方公共団体、関係団体、事業者等が連携して普及啓発を進めるといったようなことでありまして、２番目の「○」でございますと教職員に対してアルコールの心身に及ぼす影響についてさらなる啓発を促すといったことでありまして、あとはいろいろな機会を捉えて、先ほど申し上げたのと同じように国、地方公共団体、関係団体、事業者等が連携して、そういう未成年者の飲酒に伴うリスクを保護者に伝えるといったようなことでありまして、３つ目の「○」でございますと酒類業界におけるテレビ広告で実施基準を見直すであるとか、そういったようなことの検討を進めるほか、そういう酒類販売業者、風俗営業管理者に対して未成年者への酒類販売供与、提供の禁止の周知を徹底する云々といったような求められる施策について盛り込んでいるわけがございます。

それから、②でございますが、「将来的な心身への影響が懸念される若い世代の女性」ということがございます。従来ですと、いろいろ右のほうを見ますと第８回のほうですが、１.５～２倍ということであるとか、未成年においては既に女子のほうが高くなっているとか、そういうような記述を入れているわけがございますけれども、そういう具体的なデータなどにつきましては精査が必要になってくることもございますので、今回はとりあえずもう少し定性的な書きぶりにさせていただいている部分もございます。

その上の「○」等を見ますと、２５年前と比較すると飲酒習慣のある女性の割合は３０代、４０代を中心にほとんどの年代で増加しているとか、男女の飲酒率、飲酒習慣率は年代が若

いほど接近傾向にあるといったような記述にしております。

あとは、未成年者を対象にした調査によれば、「母親の飲酒」との関連が「父親の飲酒」「飲酒なし」よりも高いことが指摘されているといった記述を入れているわけであります。

その上で「取り組むべき施策」ということで、これも先ほど申し上げたような啓発週間の機会とか、そういったものを捉えて、国、地方公共団体、関係団体、事業者等が連携して以下の2点、つまり女性が男性に比べてアルコールによる心身への影響を受けやすいというような女性特有のリスクがあるとか、女性にとっての適度な飲酒量に関する知識、こういったようなことに重点を置いた啓発を実施していくというような内容を盛り込んでおります。

次の6ページでございますが、「アルコール依存症に関する正しい知識・理解の啓発」というところでございます。このあたりは従前の記載から少し膨らませているものがございます。特に取り組むべき施策というところがございます。このあたりも同じような記述にはなっているわけでございますけれども、以下の2点を重点ということでございまして、アルコール依存症は飲酒欲求をコントロールできなくなる精神疾患であって、治療により十分回復し得ることなどについて周知するでありますとか、アルコール依存症の当事者やその家族が依存症の問題に気づけるように、依存症の初期症状等の情報について啓発を行う。こういったようなことに重点を置いた啓発を実施するといったようなことを、取り組むべき施策として入れているということであります。

下の「○」でございますと、丸括弧内で「回復者の体験談等」といったような文言も入れまして、そういう活用を図っていくといったようなことも盛り込ませていただいているわけでございます。

7ページ以降、9ページまでは厚労省のほうの記述ということになっておりますので、田原課長のほうでお願いしたいと思います。

○厚生労働省障害保健福祉部田原課長 2のところの「地域における相談窓口の明確化」などがございますけれども、これは前回の議論におきまして地域における飲酒に関する問題におきまして、相談できる窓口の主体が明確でないというようなところの御意見をいただきましたので、精神保健福祉センターや保健所、自助団体等で相談業務を行うというようなところを記述いたしまして、「取り組むべき施策」についてもそういうふうに反映をさせたところがございます。

○樋口会長 どうもありがとうございました。

前回8回の内容と、それから9回のきょうは前回の議論を踏まえて修正というか、書き加えたり、いろいろありますけれども、それとの対比表が資料の2-2にあります。これを中心にできれば話を進めていくといいと思いますが、その前に実は皆さんのお手元に資料として入っていませんが、パワーポイントの打ち出しがあると思います。それについて、田辺委員のほうから少し手短かに説明をいただきたいと思います。まず、それからスタートしたいと思います。田辺委員どうぞ。

○田辺委員 それでは、お手元に追加資料を配付しました。

相談支援場所の明確化ということが非常に取り組みの方向性として出ておりました。それについて少し発言の資料をつくりましたので、それに沿って発言させていただきます。

まず、相談支援の拠点について、平成20年の主任研究者、樋口先生のところの成瀬先生を中心としたグループが「アルコール・薬物問題を持つ人の家族の実態のニーズに関する研究」というのをされておまして、そこで問題発見から相談までには5～6年のギャップがあるということが指摘されています。

これは、ただ5～6年見つからなかったというだけではなくて、これは薬物も入っていますが、大多数はアルコールなんですけど、こういった依存症の問題を持つ家族が治療を受けずに5～6年経過するということは、その家族の中で例えば離婚が進んだり、家庭内でもし虐待という問題があれば虐待というものが進行したり、思春期等の子供を抱えた家族がある意味では崩壊していくプロセスでもあります。ですから、ここを早く短縮することが非常にほかの関連問題についても大きな影響を与えるし、あるいは家庭の貧困につながるようなプロセスでもある。ですから、早期に相談窓口が繋がらなければいけない。

相談が「困難な理由」は、相談先が不明というのがその同じ研究の中で最も高く、70%がなぜ相談が難しかったのかというところでは相談先が不明というのが出ています。また、世間体や偏見というのはアルコール依存症というものがまだどのようなものか、社会に十分啓発されていないことを示していると思います。

そういう中で次をめくっていただきますが、精神保健福祉センターはそういう意味では69カ所しかありませんけれども、そういった相談が期待されているところではあります。

しかし、さまざまな複雑困難な相談というのを行ってまして、依存症でも薬物、ジャンル、その他がございます。そういった中で、「特化した相談センター」を出すことによって、非常にそれが地域社会の中に広がっていくということが今回ひきこもり相談という相談の分野で、これもセンターがやっている相談の1つでありますけれども、ひきこもり地域支援センターという具体的な相談に特化したセンターが設置されました。

これは、各地域手挙げをして、精神保健センターが引き受けたところと、そうじゃない民間団体が引き受けたところがあります。それは都道府県の自主に任されておりますが、そういうことで見ますと、それを実際に行った自治体を中心にデータを集めさせていただきました。そうしますと、5年間で7割ぐらいはふえるといったデータがあります。

それから、当初2年は9自治体、現在9自治体のセンターでのアンケートを早急に集めたものですから全て集め切れなかったんですけども、こういった形で総数が非常に飛躍的に伸びるということがあります。2年間で9自治体で見ても、6自治体ですけども5年間で見ても、いずれも非常に飛躍的に相談数が伸びるということがあります。

その次に、単年ではなくてさかのぼって過去2年間、前々年度、前年度と、1年目、2年目、3年目という比較をしてみました。ここでも飛躍的に3倍、3.5倍、自治体の数は少

ないですけれども伸びているということで、特化した相談のセンターというような切り口、同じ精神保健福祉センターにあっても、そしてまたこのひきこもり相談支援センターは人件費も含めまして580万ぐらいの予算がついて体制ができたということがございますけれども、逆に言えば現状のままですと3倍も5倍も7倍も相談数がふえるということはなかなか対応困難ということにもなりますけれども、そういうことが実際になされたということです。

それから、次の資料以下は、私ども北海道のほうでアルコール薬物問題の現状と課題に関して関係機関を広範に調査したデータがございました。単県の調査だったので今までは余り御紹介しませんでしたけれども、北海道は広くて非常に依存症対策を頑張っている地域とまだまだ過疎的な地域があるので、ある意味では国の縮図的なところもあるかと思っただけでそれをちょっと御紹介しながら御意見申し上げます。非常に広範なところで回収率は49%でしたけれども、さまざまな分野の方にアルコール薬物相談をどう経験しているのかをお聞きしました。

次をめぐっていただいて、「回答者の職種」も非常に多様なもので、保健師さんが一番多いわけですけれども、精神保健福祉士、その他の方、社会福祉士も答えておられます。

そして、「どのような相談の中でアルコール・薬物問題を把握したか」。例えば介護の方、その他各分野に聞いておりますので、児童相談所にも聞いております。そうしますと、一番多かったのは、65歳以上の相談支援の中でアルコール・薬物問題に気がついた、取り扱ったというのが全体の24%。これから高齢化社会に至るにつき、介護の人たちがアルコール問題で非常に苦労しているという現状が見てとれます。

それから次ですが、どんな支援をしましたかというところでは、医療的支援とか「医療機関の情報提供」「支援機関への橋渡し」、あるいは「面接による心的負担の軽減」と、その場に来たアルコール問題の方に対する対応はよくできているんですが、右側の「自助グループの情報提供」、⑧番は割とできていますけれども、実際に「自助グループへの橋渡し」というところになると余りできていない。あるいは、⑩番の「家族心理教育」とか、⑦番の家族学習会、あるいは家族や当事者の集団療法など、専門的な支援になるとそれが余りできていないという地域の現状があります。

その中で、「相談支援を躊躇する理由」をいろいろ尋ねました。たくさん挙がってきましたけれども、一番は依存症に関する知識の不足。それから、活用できる社会資源がない。地域に自助グループがない。それから、特別な対応技法が求められる気がして腰がひけてしまうというようなことが挙げられていました。

それらの躊躇を解決するにはということが次ですが、専門的学習、それから「具体的な支援スキルに関する研修」、そして「スーパービジョン」という3つが非常に高く、つまりさまざまな関係職種がアルコール薬物相談の必要な人を見ているので、自分のところで最低限の対応はしているが、より専門的な対応ができていないということで躊躇しているということがわかりました。

ならばということで、地域のネットワークはどうなっているんだということを聞きました。そうすると、具体的にアルコール薬物依存問題で使える地域ネットを持っているのは4分の1であったということがわかりました。それで、ほとんどの機関、援助者はネットワークの意義を認め、それを待望していましたが、他方、それを誰が動かすのか。核となる依存症に強いネットワーカーがいないんだという声が出てまいりました。それから、保健所の職種の方はたくさん書いてくれたのですが、ネットワークのところになると急に発言が少ないということが調査者からヒアリングをしたときも出てきて、現状でこのまま保健所がネットワークを担うということには負担感が強くて、何らかの事業枠だとか、何らかのバックアップがないとできないのではないかとということで、モデルとなる地域ネットワーク、地域活動が必要ということで、この結果として私は渡島地方でモデル事業をやったりしています。

それで、最後ですが、こういったことを踏まえまして今後相談支援の拠点が明確化されないといけない。地域に開かれて、早く悩んでいる家族・当事者がつながるような相談支援機関にしなければいけないということを踏まえて確認しますと、やはり活用、アクセスしやすい、特化した看板のようなものが必要だ。それから、相談支援の拠点にはその地域、2次医療圏くらいから、いわゆる地域で活動している人が利用しやすい相互連携のネットワークができていないといけなくて、そのネットワークリーダーという機能が恐らくこの相談支援センターには必要だ。

それから、当事者や家族への専門的な相談支援事業をある程度モデル的でもいいからやりながら、自助グループへつなぐ必要な医療・社会資源の橋渡しなど、積極的なつなぎ活動を行う。逆に言えば、ある程度のスペースを持った拠点で、その自助グループからも会場費の問題とかのアピールがいろいろありました。確かに自分たちの団体の活動だから自分たちの団体でお金を払ってやればいいというのはわかるのですが、依存症のグループというのはAAも断酒会も経験していることですが、1名でも2名でもその日、例会を開いてきょう来るかもしれない人のために会場を確保しないといけないんです。

毎週水曜日、例会をやっています。毎週水曜日AAを開いていますといった社会的責任上、そこに来る実際の仲間が2人しか来なくても2人で割り勘して例会費を払ってその会場を確保しなければ今、治療を受けていない依存症者に手を届かせることができないという活動をしているわけです。ですから、それをどう支援するかということが実際にお金では難しければ、こういう拠点を活用できるスペースを確保して相談に特化したセンターをつくる方がいいのではないかと思います。それは、民間団体、自主的な活動をしているAKKやASK等の民間団体との連携でも使えるようなものになる。そんなスペースのようなものも必要かと思えます。

それから、最後に高齢者のアルコール問題というのは介護の人が悩んでいるので、高齢者のほうで研修するというのが難しければ、介護の人たちなども視野に含めた研修や助言、スーパービジョンなどができるような質の高いリーダーシップを持った相談支援センター

というようなものが期待されるのではないかというふうに今後の方向性を私は考えました。以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。詳細な御発表ありがとうございます。

それでは、今の田辺委員の御発表も踏まえて、「基本的な考え方」及び「重点課題」について議論をしていきたいと思えます。

「基本的な考え方」と「重点課題」と2つに分けて御意見を聞くほうがいいのかと思えますので、まず「基本的な考え方」のほうについてここに8回と9回の対照表がありますが、これを見ながら何か御意見等がございましたらどうぞ。

前回の議論を踏まえて、もともと基本的な方向性は3項目だったものが1項目ふえて4項目になっています。(2)というものが新しく追加されて、中の文言も前回の議論を踏まえて修正されているという内容ですけれども、何かございますか。

もしなければ、ひとまずこの基本的な考え方については後でももちろん返って議論していただいても結構なので終了して、次の「重点課題」のほうがいろいろな意見があると思えますので、こちらのほうに進んでまいりたいと思えます。

「重点課題」の中で、先ほど早期介入、早期発見の話がございました。これは今回の表の中には反映されていないということで、次回反映されてくるというふうに理解しています。いかかでしょうか。「重点課題」について何か御議論はございますでしょうか。

一つ一つお話を聞くよりも、一緒にまとめてお話を聞いて、前にいったり後ろにいったりというようなことがあるかもしれませんが、そのあたりは明確にした上で議論していただければいいと思えますが、いかがでしょうか。

今成委員、どうぞ。

○今成委員 3点あります。

1つは、若い世代の女性ということで文章をまとめていただいた中に「○」が2つあって、1つはそのデータのことで、もう一つは未成年者の飲酒ということで母親の飲酒がという形のことが書かれているのですけれども、女性のリスクというのがこの中に入っていないですね。未成年のほうには入っているけれども、ここには入っていないんですね。一方、「取り組むべき施策」の(i)の中には「女性は、男性と比べて、アルコールによる心身への影響を受けやすいなど、女性特有のリスクがあること」という項目が入っています。女性が影響を受けやすいんだということはいろいろ科学的に言えることなので、その前のところにもきちんと根拠として入れていただくのがいいのではないかと思います。なぜ女性を取り上げるんだというふうに社会に訴えるとき、意味が通じやすくなると思えます。それが1点です。

もう一つは、前回私が言っておりましたガイドラインのこととなんですけれども、ぜひともお願いしたいのは「アルコール依存症に関する正しい知識・理解の啓発」というものの後にするのか、前にするのかはどちらでもいいんですけれども、ここに例えばガイドラインの普及とか、何か入れられないかと思っています。ガイドラインの作成というとは何か

大変なことになってしまうかもしれませんが、健康日本21で既にベースができていますし、厚労科研のほうでもガイドラインのある種のものをつくっていらっしゃるというお話を聞いていますので。

というのは、予防をやっていく上でこれがあるかないかというのはすごく大きなことで、これを広めながら女性はリスクが高いとか、いろいろなことを言っていけますので、ぜひともお願いしたい部分です。

それと、その後に高齢者というのが入れられないかということです。先ほどの田辺先生のデータの中でも、高齢者の相談は非常に多いということがありましたし、高齢者の依存症がふえていることはさまざまなものでこれから絶対大きくなる問題だということが明らかになったと思います。それで、介護の人たちが実際に問題にぶつかっていると思いますし、例えば認知症予防とか、さまざまなジャンルの中にお酒の飲み方に気をつけましょうというのをに入れていただくことも必要ですし、高齢者が例えば水分が若者よりも減ってきているので、例えばアルコールの血中濃度が上がりやすいとか、高齢者ならではの脱水症状を起こしやすいとか、いろいろなほかの世代とは違うリスクがあると思うんです。ですので、アルコール依存症のことと合わせて高齢者を啓発の一つの柱にさせていただけないかと思っています。

○樋口会長 ありがとうございます。女性のリスクの話が第1点でしたね。それから、2番目にガイドラインは現実はまだ明確にできていないわけではないので、そのあたりを踏まえてガイドラインについてはどこか中に入れてもらう。これは、恐らく「重点課題」の1のほうに入るんですね。啓発とか、そちらのほうに入りますね。

○今成委員 「基本的な方向性」の中でいえば、(1)の啓発についての3つを申し上げました。

○樋口会長 それから、高齢者を中に入れるべきではないか。これについては、先ほど田辺委員のほうから、65歳以上の方々の相談者の中にアルコール・薬物の相談をされる方のパーセンテージが非常に高いということも踏まえてだと思えますけれども、これはどこに入るのでしょうか。これもやはり(1)のところですか。そうすると、妊婦とか、未成年者とか、若い女性とか、この並びになるということですか。

○今成委員 そうですね。ですので、まず最初に未成年と妊婦というものがあつたと思うんですけども、その次が若い女性でしたね。その後に高齢者が入れられないかということで、これは(1)の③に高齢者を入れられないかということと、(3)にガイドラインの普及を入れられないかということです。

○樋口会長 ほかにございますか。あるいは、今の今成委員の提案について御意見とかコメントとかございますか。

猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 ガイドラインはぜひつくってほしいと思います。特に臨床の場では、高齢者の飲酒問題が急速に深刻化しているというのが実態としてあると思います。それで、高齢

者の場合は脳の認知機能が加齢によって当然落ちるわけですが、それにプラスして酩酊によって認知機能が落ちますので、すごく家族も大変なのです。そういう状態で動機づけするというのがかなり難しいのですが、特に我々が非常に危機感を感じるのは、そういう高齢者が飲酒運転をやっていて家族がなかなか止められないという実態があることです。

このあたりは警察とか、いろいろな関係機関が高齢者の飲酒運転対策にどう対応するかというのが一つの大きな問題であると思います。高齢のアルコール依存症者の治療には介護機関と連携して取り組むと結構効果的となります。私の経験でも介護と連携したデイサービスなどはアルコールが入っていたら利用できない、しらふならば利用できるという風に行動療法的な対応をすることで、しらふの維持ができるようになってきた経験もありますので、介護機関との連携や、警察も含めた地域の各機関との連携をぜひ取り上げていただきたい。これが1つです。

それからもう一点は、やはり研究のナショナルセンターをぜひつくっていただくというのが私の大きな希望です。日本の研究体制はアメリカなどと比べると、先日も竹井先生が熊野の打ち上げ花火と自宅の線香花火の違いに例えられたように、日本の研究費などの実態はすごく惨めです。このような研究体制の遅れがアルコール健康障害対策の遅れにも密接につながっています

先の10月11日から13日に、神戸でアルコール関連の学会がありましたが、3つのアルコール関連の学会が合同して、研究のナショナルセンターをつくることを要望書として出そうということを決めました。ぜひ関係者会議としても研究者のそのような声を受けとめていただきたいと思います。現在の久里浜医療センターには多くの研究者がいますし、先駆的な臨床も行われていますので、久里浜ならとても良い日本のナショナルセンターになると思っています。この点もぜひ基本計画に盛り込んでいただきたいと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。そのほか、何かございますか。

では、田辺委員からお願いします。

○田辺委員 普及、予防のところで、飲むべきでない人の中に体質的なアセトアルデヒドの代謝ができないような人のことは触れなくてよいでしょうか。これは、ガイドラインをつくればまた少しそれは細かいところまで出せるかとは思いますが、それが1つです。

2つ目は私が先ほど時間をいただいたのですが、結局7ページ目の今後の施策のところでは「地域における相談窓口の明確化」としかなっていないので、強化というような言葉が欲しいということがありますので、これもまたほかの先生方の御意見も欲しい。相談窓口明確化ということもあるけれども、相談機能の強化ということをどこかに方向づけてもらいたいというのがあります。その2点です。

○樋口会長 強化と明確化ということですね。

私の記憶が正しければ、今アルデヒド脱水素酵素の話は第1次健康日本21の節度ある適度な飲酒の中に、飲酒後、顔の赤くなる人はお酒の量をこれよりも減らすというふうな一文があるんですけども、どのくらい減らすかということについては触れていない。その

場合、女性もそうなんですけれども、女性も減らす。65歳以上も減らすと書いてあるけれども、どのくらい減らすかという具体的な数値は出ていないということです。ですから、既存の中にあることはあるんですけれども、それが十分かどうかという話ですね。

堀江委員でしょうか。どうぞ。

○堀江委員 2点、意見を言わせていただきたいと思います。

ガイドラインについては日本は肝臓学会のホームページを見ますとガイドラインにリンクできます。日本肝臓学会でつくっているガイドラインは、アルコール性肝障害というのはアルコール性の障害で一番多いと思うんですけれども、それがなくてウイルス性肝炎と、何と非アルコール性の脂肪肝炎のガイドラインは既に日本肝臓学会がつくってホームページにアップしているというような状態です。アルコール性肝炎、肝障害のものはないということで、やはりアルコール系の学会、もしくは厚生労働省、もしくは厚生労働省の班会議のようなところから出していただかないとなかなか難しいかと考えています。

もう一点は今成委員がおっしゃっていた高齢者の問題ですけれども、社会的な問題とか認知症の問題は私は門外漢なので発言を控えさせていただきますけれども、内科疾患におきましても今までの若年者とは違ったパターンの疾患が出てきているというのが海外の文献では既にありまして、高齢になるとやはり発がん率が上がる。高齢者になってくると当たり前なんですけれども、そういうところがあるので、若い人と違うアプローチをしなくてははいけない。

日本のデータも、樋口委員の厚生省の班会議でまとめたものが、今印刷中になっていますが、高齢者になるとやはり肝不全よりは肝がんで肝硬変が見つかるようなパターン等があるので、診療という意味においてもどこから若年かというと55歳とか65歳とかいろいろあるんですけれども、やはり50~60歳くらいの人たちと65歳以上の人たちのアプローチを変えていくという意味で、予防のところもそうですが、診療のところでも高齢者という言葉を入れていただいて、高齢者に配慮した診療体制を検討していくようなことも入れていただくといいかと思えます。

○樋口会長 先ほどの今成委員の高齢の話に対して、さらにという話ですね。ほかにございますか。

大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 先ほど田辺委員の「地域における相談窓口の明確化」を強化にというお話がありましたけれども、強化はよろしいのですが、もっと思い切って拠点相談窓口の設置を図るというようなことを施策の中に入れてはいかがかと思えます。

○樋口会長 かなり多岐にわたるところがありますので、まずは意見を出していただいてということだと思います。さまざまな意見があると思いますので、ほかに意見がございませうか。

松下委員、どうぞ。

○松下委員 依存症が精神疾患であるという説明箇所があるんですけれども、コントロー

ルが効かなくなる精神疾患だということでもよろしいのでしょうか。アルコール健康障害ということをやっていますので、そこがどうなのかと思ったのと、あとは若い世代というのは未成年者でない若い世代ということなののでしょうか。30代、40代が若いということなののでしょうか。よくわからないのですけれども、どうだったかと思ひまして。

というのは、高齢者が危険ですとなって、未成年は危険です、妊婦さんも危険です。どちらかという危険じゃない人のほうが狭まってくるのかなという印象を受けたものですから、ちょっと確認したいと思ったので、30代、40代の女性ということなののでしょうか。

○樋口会長 このあたりはまだ自由にその中で変えられると思いますので、もし意見があれば意見をいただければと思います。

○松下委員 あとはもう一つですけれども、くどのようなのですが、やはり研究ということをしちんと具体的なイメージがわかるように記載していただきたいと思います。猪野委員の言われたように、ナショナルセンターという言葉を必ず残していただきたいと思ひます。

○樋口会長 猪野委員と同じ意見ということですね。わかりました。

そのほか、何かございますか。「重点課題」ですので、余り「重点課題」がふえ過ぎてしまうと重点でなくなってしまうので、そのあたりも少し考慮に入れながら議論を進めなければいけないと思ひますが、ほかに何かございますでしょうか。

杠委員、どうぞ。

○杠委員 最後のページになりますけれども、「アルコール依存症の治療等の拠点となる専門医療機関の整備」ということが書いてあります。施設を整備する、数をふやすということも必要なんですけれども、このところでやはり治療の質を高める取り組みというのは非常に重要だと思ひます。

専門医療機関の質を高めるような人材育成の研修とか、それから治療プログラムの点検とか、そういったものを組み込まないと、現在のままの治療成績で数だけをふやしても、正直、次につながらないという気がしますので、医療の質を向上させるというところも少し強調していただければと思ひます。

○樋口会長 ありがとうございます。その中には、研究も、研修も、従来のプログラム見直しとか、そういうふうなことも全て含めてということですね。わかりました。ほかに何かございますか。

月乃委員、どうぞ。

○月乃委員 漠然としたことですが、やはり1番目に飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来のアルコール健康障害の発病予防ということで、知識の普及ということで、本当に世の中にどれだけ届くのだろうかというのはすごく大事なことです。

それが、実は私は曖昧な言い方だけれども、余り見えてこなくて、世間というか、やはり啓蒙ですね。今、具体性が一つ一つ挙げられていて全くそのとおりだと思ひますけれども、どれだけ世の中に届くのか。いろいろな末端の人も含めて、さまざまな人に届く方法

論というのが余り地道過ぎても、地道なことは一番大事でしょうけれども、本当に届くのかなというのが実は不安というか、何気ない人にもアルコールに対するリスクというものが多分、世の中の世間一般の人にとってアルコールの問題というのは蚊帳の外というか、そういう人もいるんだねと、実際はかなりリスクのある人でもそう思われていると思うので、そこを突破できるのか。

漠然としたことを言っていますけれども、今これを読んで全くその点はすばらしいと思ったんですが、本当に世間の一番リスクのある人まで届くのかなということをちょっと思ったんですけれども、その辺はどうでしょうか。以上です。

○樋口会長 重要な点だと思いますけれども、何か御示唆はありますか。

月乃委員、何か御示唆ありますか。

○月乃委員 私はこれを半分冗談と思って聞いてもらいたいですけれども、例えばことしのアルコール啓発週間に内閣府主催の各種イベントがあつて、私も現実的に例えば奈良とか出させてもらって、こういうものを各地でやるのは本当に効果があるなと思って、お客さんもたくさん来られて意味があると思うし、予算も具体的には知らないですけれども、あれでいいなと思いつつ、この予算を全部使ってエリッククラプトンを1人呼んだほうが、エリッククラプトンというアメリカで依存症から回復した著名なロックシンガーがいるんですね。今、依存症施設みたいなことをやっている人ですけれども、地域でこの予算でやってきて、啓蒙としては草の根活動としてはすごくいいけれども、この予算でエリッククラプトンを1人呼んでライブをやって、依存症の施設をやっているぐらいだから彼にアルコールのリスクについて語ってもらって各種報道に乗ったほうが世間には届くんじゃないかなと半分思ったんです。

これはすごく真っ当なことなんですけれども、従来のなやり方で草の根的に、例えばチラシを配ったり、そういうこともいいですが、もっと新しい切り口が一つあってもいいんじゃないか。私は当事者で、きょうの場で素人だから逆に言うと素人視線があるんですけれども、すごく真っ当だし、本当だと思う反面、世間に届くものでもう一つ何か突っ込んだ何かがあってもいいんじゃないか。

それは予算の使い方でも、その予算でやるならばもっと今、著名な外人依存症タレントを呼ぶというのを一つのアイデアとして出しましたけれども、そのほうが全国6カ所で300人のお客さんを集めてやる予算よりも、もしかしたら啓蒙に役立つこともあるのかなと、これは前から言っているんですけれども、そういうこともちょっと感じました。以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

西原委員、どうぞ。

○西原委員 私は内閣府でDVについての仕事というのをやらせていただいているんですけれども、アルコールの問題とすごく似ていて、自分が家庭内暴力を受けているかどうかと気づかない女性というのがすごく多いんですね。

例えば、殴られていないけれども恫喝されるとか、お金をもらえないとか、人格を否定

されるとか、無理やり性行為をとか、そういうものは全部DVですよというのを漫画で描いたんです。

それをいろいろなところに張って、必ず専門家の介入が必要で、相談所はあります、ここですという漫画と、それから大きなポスターを書かせていただいて、それをいろいろなところに張ったのと、あとはホームページ、ツイッターとかで物すごい数が拡散されました。もちろん、ただで広がりますから、すごく女性がそれを広げる力が強くて、たくさんの女性が、私が今まで受けていたのは暴力だったんだと気づいたんですね。

今は、誰でも携帯を持っています。そこに、これは別に私でなくてもいいんですけれども、漫画でこのすばらしい重点対策とか、そういう対応ができれば、簡単に書いて読んでいただいてネットで拡散するというのは予算がなくても早くできる方法であると思ひまして、この運動は3年目になります。3年間やらせていただいているんですけれども、結構、結果が出ているんじゃないかと思ひますので、結果がうまくまとまりましたらこういう仕事を振るといふのはありだと思ひます。

○樋口会長 その啓発の仕方、より有効な啓発の仕方について月乃委員と、それから西原委員の両方から示唆がございました。ありがとうございました。

今成委員、その後、渡邊委員どうぞ。

○今成委員 啓発の仕方というのには本当にいろいろ工夫しなければいけなくて、今お2人のお話は本当にいい話だったと思ひます。

1つだけ、内閣府の6つの啓発フォーラムについて私の考えをプラスしておく、あの事業については別の意味があると思ひます。一般への啓発ということていくと多分効果はそんなにないかもしれないんですけれども、これから国の基本計画ができた後に都道府県の計画というのが立っていくわけです。そのときに名乗りを上げてその啓発フォーラムを内閣府と一緒に主催すると手を挙げた自治体が今回6カ所あったということですね。そこがこれから先、都道府県の中の計画を立てていくために、関係者会議をつくったり、計画を立てていくというところに一番近い自治体だろうと思ひますね。

例えば、来年またそれで募集して何カ所か出てきたら、そこがまたそちらに進んでいくという意味で、自治体に対してきっかけをつくるという意味でとても意味がある啓発フォーラムだと思ひますので、ちょっとプラスしておきたいと思ひました。

○樋口会長 ありがとうございます。

渡邊委員、どうぞ。

○渡邊委員 全然違う話でもよろしいですか。

「重点課題」のほうに戻るんですけれども、未成年と女性が出てきて未然防止の観点でいいんですけれども、いきなりその後、症状を持った方というふうになっていくんですね。

今までの委員会の中で、患者の家族の方の話を伺ったときに、自分の御主人とお友達と同じように同じだけのお酒を飲んでいたにもかかわらず、自分の御主人だけは患者になってお友達は何でもないのでというお話があったと思ひます。アルコール依存症というの

は体質の問題だったり、その他いろいろな要因で起こることだとは思いますが、ということでは未成年のときから発症するに至るまでのところもやはり何か手を打たなければならないんだらうと思うのです。

知識の啓発ということはもちろんですけども、今、健診の中で、職場健診であったり住民健診の中で、アルコールをどのぐらい飲みますかという質問項目が必ず入っていますね。そのことに対する返しというのが余り適切になされていないと、私は職場の健診を受けていて思っています。飲み過ぎないようにしましょう程度の文言で書いてあるんですね。

それはなぜかということ、恐らく先ほど議論されていたガイドラインがきちんとしたものがないので、その程度しか保健指導ができないという実態にあるのかなということをお私は今、会議で気づいたんですけども、それでいいのでしょうか。そういう認識で間違いありませんか。

○樋口会長 ガイドラインがないのでそういうふうな適切な返しがいいのではないかと、それは質問ですか。それとも、質問と意見と両方ですか。

○渡邊委員 質問です。

○樋口会長 では、お願いします。

○厚生労働省健康局 厚生労働省健康局健康課です。

ガイドラインに関してですが、まず先ほど今成委員のほうからもありましたように、健康日本21第2次の中でアルコールの項目がございます。その中に、アルコールに関しては3つ掲げております。1つ目が、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少。2つ目が、未成年者の喫煙をなくす。3つ目が、妊娠中の者の喫煙者をなくすというものになっています。

健康日本21の1次の場合には、多量飲酒者について、未成年者について、節度ある適度な飲酒についての3つでございました。

それで、この2次を策定するに当たりましては、特に2次に関しましては生活習慣病の予防と重症化の予防というのを特に強く記載しています。もちろんこれだけではありませんで、ほかの概念もいろいろと入ってきます。

それで、この生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少というのは、海外のデータもそうですが、日本の論文からも引用してこの目標項目を立てています。皆さん御存じのとおり、脳梗塞ですとか心筋梗塞、または全体の死亡に関する割合というのは直線的に飲酒の量とともに伸びるものではございませんが、女性であれば20グラム、男子であれば40グラムを超えた場合にはそのリスクが高まるものですから、そういった日本のエビデンスも含めてこの目標項目を掲げている。まさにこれがガイドラインになるものであろうと思っております、こちらを用いて厚労省としましては国民の皆様へ普及啓発活動を今、行っているところでございます。

もう一点なのですが、そのガイドラインをつくると場合には、誰を対象にしているのかということと、何を目標にしているのかということをお教えていただければ幸いです。この

健康日本21自体も決して厚労省だけで扱えるようなものではなく、各データですとか取り組みに関しては他省庁にまたがるものになっております。生活習慣病だけではなくて、依存症ですとか、暴力行為ですとか、飲酒運転ですとか、家庭に対する支援ですとか、そういったものも含めたガイドラインということであれば、大きなくくりで会議等を設けないとなかなかつくれるものではないと思っていますので、誰を対象にしたガイドラインであって、何を目標にしたガイドラインなのかということをお教えいただければと思います。

○樋口会長 渡邊委員、今のことで御質問はよろしいですか。

○渡邊委員 わかりましたけれども、誰を対象としたガイドラインをつくれればいいのかということはまた専門家の方できちんと議論していただければいいのだろうとは思っておりますけれども、今まさに進行状態にある方たちに対しても、きちんと自分が今どのあたりにいるんだということを認識していただけるものがあると、依存症への橋を越えないで済むというんでしょうか。そういうことも、この基本法の発生、進行、再発の各段階に応じた防止対策ということの一つかとは思っています。

だから未成年、女性、若い女性、高齢者がこの後に入ってくるかどうかとも要検討ですけれども、やはりその途中の人たちに対しても政策としては入れる必要があるのではないかと思います。

○樋口会長 途中の人というのは、どういうことでしょうか。健康障害を起こしつつある方々という意味ですか。

○渡邊委員 はい。

○樋口会長 わかりました。

堀江委員、どうぞ。

○堀江委員 渡邊委員がおっしゃりたいのは、多分エピジェネティクスなファクターとか、環境因子とか、その辺の研究が結局、女性とかアルコール脱水素酵素の欠損者とかの研究がかなり積み重なってきたんですけれども、例えば肥満だったり、糖尿病だったりというもののアルコール性臓器障害をどれだけ増悪するかとか、そのような研究がないので、同じ量飲んでも肝硬変に至る人と肝硬変に至らない人がいる理由がわからない。女性の研究もまだ十分ではないとは思っておりますけれども、そういうものを積み重ねていってガイドラインをつくっていくしかないと思うので、これは研究のほうに入れさせていただいて、一部の糖尿病学会などは少し協力してくれる先生が出てきそうな雰囲気があるんですけれども、どうだったらアルコール性の肝障害が起こりやすいという、女性と脱水素酵素の欠損者だけはアルコール性肝障害の診断基準に載りましたけれども、ほかのものも載せるべく研究していくような体制をとっていくということが重要ではないかと思っております。

○樋口会長 では、竹島オブザーバーどうぞ。

○竹島オブザーバー 委員の先生方に教えていただきたいんですが、自殺予防の場合には全般的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入という、つまり国民全般といいましょうか、広い対象へのメッセージといったものと、リスクの高い集団というものと、それか

ら個人という3つの視点で対策を進めることが望ましいというのがWHOの中に表現されているんですけども、そういった考え方というのはこのアルコールのところにもなじむのか、それとは少し切り口が違うのかというようなことは、啓発とかいろいろなことを考えていく上で一つの方向ではないかと思うんですけども、そのところを少し議論していただくとありがたいかと思いました。

○樋口会長 では、今の竹島オブザーバーの意見も踏まえて今成委員どうぞ。

○今成委員 渡邊委員がおっしゃっていたことは、ちょっと飲み過ぎているかなというふうに自分をチェックできるような何かをもっと広くあったほうがいいなど、難しい話ではなくて多分そういうことかと思ったんですけども、そのあたりが例えばガイドラインがあればそれに照らし合わせて自分はちょっと飲み過ぎているのかなとか、そういうことのチェックができるようになることが必要じゃないかということでしょうか。

○渡邊委員 はい。

○今成委員 そうですね。それは今の竹島オブザーバーがおっしゃっていたような全般的な介入という形で全体的に示すものじゃないかと思えますし、いろいろな国がそういうふうに飲酒のリスクとそのガイドラインみたいなものを示しています。

そのときに厚労省という形で出しているのではなくて、例えばアメリカとかだとCDCとか、その専門機関が出すという形でももちろんOKだと思いますし、飲酒運転のほう絡んでくると健康局ではまとめるににくいということであれば、例えば内閣府のアルコール健康障害対策室でそこら辺までちょっと広げた形でまとめていただくとか、あとは何か研究センターという話がさっきから出ていますけれども、例えば久里浜にそういうものを置くということになったら、そこでまとめていただくという形でもいいですが、基本になるのは健康日本21だと私は思っています。

それで、2次だけではなくて1次と一緒に取り込んでいただきたい。節度ある適度な飲酒はネーミングがいまひとつですけども、そこに女性とか、高齢者とか、体質的にお酒を飲めない方とか、その人たちはこの量よりも少ないというもうちょっと明確なものが入ってきて、そして生活習慣病のリスクが上がるのは女性20グラム、男性40グラムですよというのが入って、そしてさまざまな問題とか依存症とかにつながっていくものとして多量飲酒という1次で入っていた60グラムという線ですね。

それから、毎日飲まなくても一時的に60グラム以上飲む形で、酩酊という問題でいろいろな事故につながったり犯罪につながったりということが出てきますので、関連問題にもちょっと触れていくぐらいの感じで入ってくるとベストなんですけれども。それがどうしても難しいのであればとにかく健康だけでもいいから、1次と2次を統合した形のガイドラインを健康日本21で何らかつづくっていただくか、幅をもうちょっと広げた形のを例えば内閣府とか研究センター、久里浜とか何らかのところで出していただくか。

今、実際に普及啓発をとおっしゃっているんですけども、実際に健康診断のときに20グラム、40グラムみたいなものを示されていないということですよ。全然使われていな

いということがありますので、もっと宣伝して使っていくような形にできたらと思います。
○厚生労働省健康局 ありがとうございます。健康局健康課です。

健康日本21に関しましては、決して第1次と第2次と全く別の目標項目にしているわけではありません。第1次の中でおっしゃられましたようにヒストアルティック的な飲酒という項目がございまして、その中では通常のアルコール代謝能を有する日本人においては節度ある適度な飲酒として1日平均純アルコールで20グラム程度である旨の知識を普及すると書いております。

それを踏まえて第2次の中で女性に関しては20グラム、男性に関しては40グラムの量を超えると生活習慣病のリスクを高めるので、その量を控えるようにということで目標を決めているいろいろな取り組みを進めているという状況になります。

また、健康日本21自体のなかなか普及が進まないというのはおっしゃるとおりでございまして、健康日本21の認知度というものも上げたいということで取り組んでいるのですが、なかなかまだ進んでいない状況にございます。

これは何も飲酒に限りませんで、私はたばこの対策もしているのですが、たばこに関してもなかなか目標項目等が普及しないという現状もありますので、これは厚労省としてしっかり健康日本21の普及を進めるとともに、その中でアルコールに対しての普及啓発というのはしっかりやっていかなければいけないと考えております。

○樋口会長 今の議論をまとめると、国としてそのガイドラインをつくる場合に、やはりかなり省庁横断的にいろいろな省庁から合意をとってそれをつくっていかなければいけないから、結構大変なプロセスが必要だ。

しかし、健康日本21は既に1次と2次が出ていて、そちらについてはもうこれは了承を得た上でのガイドラインなので、そのあたりについては改めて議論しなくてもいいだろうということだと思います。

それからもう一つ、今成委員がおっしゃっていた、もう少し例えば細かいことに関するガイドラインというのは国ではなくてあるところが責任を持って、例えば学会ならば学会が責任を持ってこういうふうなガイドラインですよというふうなことだとすると、それは省庁横断的に話し合わなくても学会の中で話し合えばいいことだし、国民がどう受けとめるかということとはまた別の話と一緒にですね。そういうふうなことは、多分できるだろうと思いますね。

ですから、そのあたりで明確に国が定めるとかやってしまうとなかなか先に進まないところもあるので、自由度を少し持たせてガイドラインというようなことをつくっていくとすると、それはある程度可能なのではないかと思うのですが、そんなことでよろしいでしょうか。

もう一回、厚労省に確認したいんですけども、1次と2次というのは両方とも生きているというふうに考えてよろしいのでしょうか。

○厚生労働省健康局 1次の項目は完全に消えているというわけではございませんが、2

次の中で目標項目を決めて、それに対してデータを追っているという状況でございます。

1次の中では、例えば多量飲酒者についてというものがございますけれども、この考えをなくしたというわけではございません。

○樋口会長 ありがとうございます。そのほか、何かございますでしょうか。

松下委員、どうぞ。

○松下委員 啓発のところですけども、先ほど精神疾患ということできくられている。確かに精神疾患ではあるんですが、今回、身体面もいろいろなところに合併症とかを及ぼすということをもうちょっと入れたほうがいいのかなというのと、ワーキンググループで提案させていただいたんですけども、回復し得る病気であるとともに、リスク要因が重なれば誰もが発症し得る病気だということ、誰でもなるんだよということを入れないと、やはり偏見というんでしょうか、なかなか解消されないのではないかと。

自分のことではない、自分の家族には起こり得ないということがあると。では誰でも本当になるのか、エビデンスがあるのかということと難しいところなんですけれども、逆に特定の人しかならないというエビデンスもないですし、リスク要因というのは明らかにされていますから、リスク要因があるということはたとえそれが遺伝子レベルのリスク要因であろうと整えば発症するというふうに解釈できますので、その一言を入れないとなかなか偏見をなくしましょうと言っても難しいところなのかと常々思っています。

○樋口会長 今の議論は、何ページのどのあたりの話でしょうか。

○松下委員 6/9ページの「取り組むべき施策」のところですか。

○樋口会長 わかりました。

猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 9ページの一番上の行のところで「先進的な取り組み事例を収集し、周知する」となっています。意味がわかりづらいところがあるので、先進的な取り組み事例を取り上げて、それをモデル化して研究するというようなことも含めて、その結果を周知していくというような表現にさせていただいたほうがわかりやすいのではないかと。

これとの関係で、「基本的な考え方」のところでは言わなかったのですが、「拠点機関の整備」というふうになっていますが、この拠点機関というのは例えば一般病院も含まれる、あるいは拠点地域も含まれている表現なのかどうか。その点を確認したいと思います。

○樋口会長 事務局でしょうか。1/9ページの9分の1ページの(3)のところに「拠点機関の整備」と書いてありますが、この拠点機関というのは一体どのようなことを差すのかということですね。

あるいは、こちらの中で議論してそのあたりを詰めていくということももちろん可能ですけれども、厚労省が進めている拠点機関のことを差すのでしょうか。そのあたり、いかがでしょうか。

○厚生労働省障害保健福祉部田原課長 厚生労働省の精神障害保健課長でございます。

現状のことを申し上げますと、依存症の治療拠点機関として、全国の医療機関のうち久

里浜の医療センターを拠点機関に指定をし、また、5カ所ほど治療拠点機関に指定をしておりますので、こういったものをイメージしていただくということがひとつ考えられるかと思えますけれども、そのほか相談などもあると思えますので、そういう拠点というものもイメージがあるのかとは思っております。

○樋口会長 猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 今の御説明でわかったのですが、そうしたらやはり一般医療機関がどんなふうにSBIRTをやっていくのか、どう進めたらうまくいくのかというようなことが現状では余り明確になっていないので、そういう研究ができたり、あるいは地域のいろいろな機関等が連携する方法も研究対象にさせていただいて、こういうモデルがあれば上手くいくというような拠点一般医療機関や拠点地域も含めていただけたらと思います。

○樋口会長 この中にそれを含めるということですね。

○堀江委員 それについては前回、私が質問させていただいて、この専門医療機関というのはどのようなのかと聞いたら、今後それを検証していくというようなお答えをいただいたと思っておりますが、結局、拠点機関で例えば久里浜、久里浜以外は私はよく知らないんですけども、結局は精神科で3次予防を中心にやる病院が拠点機関になっているわけですね。

そうなってくると、今日議論した2次予防からというところの専門医療も含めた専門医療機関というのが恐らく必要になってきます。私が何を言いたいかというと、久里浜でいきなり重症アルコール性肝炎を見てくれと言われても現状は無理な状況かと思っておりますので、夜中、救急で取ってくれというのもなかなか難しい状態です。

また、いろいろ今後議論していく中にこの「専門医療機関」という言い方と、今後話し合いの中で9ページの「先進的な取り組み事例」というのは何なのか。例えば、総合病院でアルコール病棟を持っているところのことを言うのか。そういうところを議論していく必要があるかと思えます。よろしくをお願いします。

○厚生労働省障害保健福祉部田原課長 精神障害保健課長でございます。

この依存症の拠点機関のことにつきましては、もう研究ということではなくて事業として久里浜医療センター、そして5カ所の地域の拠点医療機関、そしてさらに一般の医療機関や自治体との連携状況を把握して、そしてその検証を進めるという事業をしておりますので、そのモデルが確立をすればまた全国展開というようなことも次のステップとして可能性としてはあるのかなと思えますが、まずはこの事業におきまして支援体制のモデルの確立を目指しているところでございます。

○樋口会長 杠委員、どうぞ。

○杠委員 健診・医療のワーキンググループで作成しました整理表の中に少しそのことは触れておまして、きょうお渡しいただいた整理表の12ページの「求められる施策等」の下から2つ目の枠の一番下に「依存症治療拠点機関を中心に一般医療及び救急医療との連携モデル創設に取り組む」というところで、率先して地域の拠点医療機関がそういうモデル

をつくりましょうと整理票の中に書き込まれてはおります。

○樋口会長 ありがとうございます。どなたか手が拳がったように思いましたけれども、よろしいでしょうか。

田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 今までの議論とはちょっと別の追加的な議論になるんですけども、「基本的な考え方」で4項目の柱にして、それは1ページ目、2ページ目の話なんですけど、4項目めの「アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり」というところの具体的な取り組みは、これから追加して議論しないといけない整理になっているのかなというふうに今回資料を見て思ったんですけども、実際は具体的な取り組みというのは非常に難しいんですが、ワーキンググループのところで議論されていたものでは、やはり復職に当たってアルコール依存症とかアルコール問題を持つ人はなかなかしにくい。あるいはカミングアウトしにくいというようなことがあって、それで社会復帰しやすい社会づくりという中では、例えば復職のガイドラインの中にアルコール問題を扱ったものをつくっていただきたいというような話もありました。

それから、当事者団体が本当に活動しやすい環境が必要だということで、それについては具体的な議論の中では保健所なども当事者団体支援の具体的な書き込みがないと、事業として断酒会やAAの育成をサポートしにくいというようなことがあったりしました。

そういうようなことで、「アルコール依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくり」というところの具体的な取り組みを今後もうちょっと表現しないといけないのかなと思うのですが。

○樋口会長 ありがとうございます。

そろそろ時間になってまいりました。この「基本的な考え方」とその「重点課題」についてはさらにまた議論が続いていくと思いますので、ひとまずきょうのところはこのぐらいの議論で終了させていただければと思います。いかがでしょうか。きょうの議論を踏まえて、10回目にはさらにアップデートされたバージョンが出てくるんだと思いますが、そこでまた議論をいただければと思います。

それでは、事務局のほうから最後に今後のこと等を含めてお話いただければと思います。よろしく申し上げます。

○内閣府坂本参事官 御議論、ありがとうございます。重点のほうは、先ほど申し上げましたように、いわゆる2次予防、早期介入に関する御議論を1時間程度していただきまして、それを踏まえて厚労省の方で内容を盛り込んだものをまたお示しできるかと思うので、そういうふうにしたいと思います。

あとは、もう一つ気になりましたのは高齢者というのをどうするかというところがやはりあると思ひまして、そこについてもいずれにしてもこの「重点課題」というものと、目次でいいますとその次にある基本的施策というものをまた議論することになると思うので、すけれども、整理表で議論されたことというのは、少なくとも基本的施策の中には必ず入

ってくるというような理解でいるわけでございますけれども、高齢者については御意見が幾つか出たということもあるので重要性は非常にわかったところもあるんですが、そこを入れることによって焦点が少しぼけやしないかという懸念もあったりするので、その辺をちょっと検討させていただければとは思っております。

それで、とりあえず日程ということになりますと、参考資料の4にも今後のスケジュールをつけていますけれども、今回は、基本的施策のみと書いてありますが、今、申し上げたように少しまだ「重点課題」というところの積み残しもあろうかと思っておりますので、そこも少し時間をとったほうがいいだろうとは考えております。以上です。

○樋口会長 「重点課題」と「基本的な考え方」についての議論が十分まだ煮詰まっていないところがありますけれども、またこれは継続的に議論をしていければと思います。

では、第9回に予定していた内容は一通り終わりました。次回以降の会議について、事務局から御説明いただきたいと思っております。

○内閣府坂本参事官 次回でございますけれども、11月13日の金曜日でございますが、13時からの開催を予定いたしております。

詳細はまた別途御案内させていただきますけれども、場所につきましては今のところこのビルですけれども、8号館の8階の特別中会議室というところを予定しております。以上です。

○樋口会長 それでは、以上をもちまして第9回の「アルコール健康障害対策関係者会議」を終了させていただきます。どうもありがとうございました。