

アルコール健康障害対策関係者会議
健診・医療ワーキンググループ
第2回議事録

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）付

第2回 アルコール健康障害対策関係者会議
健診・医療ワーキンググループ
議事次第

日 時：平成27年5月22日（金）14:30～17:00

場 所：中央合同庁舎5号館（12階）専用第12会議室

1. 開会

2. 意見交換

（1）アルコール健康障害に関する現状、取組等について参考人からの報告

- ・「地域における対策（SBIRT）について」（与儀参考人）
- ・「医療機関における節酒指導（SBI）について」（福田参考人）
- ・「職域における対策（SBIRT）について」（西浦参考人）
- ・「一般医療と専門医療の連携（RT）について」（樋口委員）

（2）地域・職域における保健指導等について

（3）その他

3. 閉会

○杠座長 それでは、定刻となりましたので、ただいまより、第2回「アルコール健康障害対策関係者会議 健診・医療ワーキンググループ」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、御多忙のところ、御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

まず初めに、事務局から委員の出欠状況と本日の資料について説明をお願いします。

○厚生労働省障害福祉部松崎専門官 本日は、お忙しいところお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

本日は、尾崎委員、堀江委員から欠席の御連絡をいただいております。

なお、出席者が過半数に達しておりますので、本日の会議は成立することを御報告いたします。

本日は、地域・職域における取組について御発表いただくために、東京都荒川区役所福

社部障害者福祉課こころの健康推進係、与儀恵子様、国立病院機構琉球病院、福田貴博様、東京ガス株式会社、西浦千尋様に参考人として参加いただいております。また、樋口委員は、今回は専門医療に関して、ヒアリングで御発表いただきます。

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1-1 与儀参考人提出資料「荒川区におけるアルコール関連事業の現状」

資料1-2 福田参考人提出資料「地域におけるアルコール問題の現状と早期介入の試み」

資料1-3 西浦参考人提出資料「企業におけるアルコール対策の取組」

資料1-4 樋口委員提出資料「専門医療の向上に向けて」

資料2 健診・医療WG整理票、こちらは、今回の議題である健康診断及び保健指導の部分についてのみお示ししております。前回ありました右側の「求められる施策等」については、本日の議論を踏まえ、作成することといたします。

以上でございます。過不足等ございましたら、挙手によりお知らせいただけますでしょうか。

それから、本日の会場は、お席にマイクが据えつけられております。御発言の際は、マイク根元のスイッチを押していただくとマイクがオンになります。御発言が終わりましたら、再度スイッチを押し、マイクをオフにしてくださいようお願いいたします。

よろしければ、事務局からは以上です。

○杠座長 ありがとうございます。

続きまして、本日の会議の流れについて、事務局から説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害福祉部松崎専門官 前半は、参考人3名と樋口委員から御発表いただきます。後半は、地域・職域における保健指導等について、現状、課題・問題点を改めて議論していただき、「求められる施策等」につながるような御意見をいただきたいと考えております。

以上です。

○杠座長 それでは、議事に入りたいと思います。

今回も、今成委員が傍聴席にいらっしゃいますが、今成委員は関係者会議の正式な委員でいらっしゃいますので、発言を認めたいと思います。発言ある際は、挙手をお願いいたします。

まず、取組の報告をいただくということで、3名の参考人と樋口委員にあらかじめお願いしてございます。

進め方は、参考人から15分程度で御報告いただいて、10分程度の質疑を行い、それを4人繰り返すという流れで進めてまいりたいと思います。

本日は、発表もそうですけれども、とても大事な議論が後半にありますので、発表時間を遵守していただければと思います。

では、初めに、荒川区におけるアルコール関連事業について、東京都荒川区役所福祉部

障害者福祉課こころの健康推進係長、与儀恵子様にご挨拶いたします。では、与儀様、よろしくお願ひいたします。

○与儀参考人 荒川区の保健師をしております与儀と申します。よろしくお願ひいたします。

私は、きょうの委員でおられます横浜市大学の松下先生と学会等で御一緒させていただいて、そんな関係できょうはお声をかけていただいたかと思ひます。

荒川区は、御存じと思ひますが、下町で、人口20万ちよつとの区でございまして、比較的、低所得者とか、それから生活保護率が高い地域でございまして、一方では、子供さんの出生が少しふえているということで、母子保健に関しても積極的に取り組む必要があるのですが、テレビ等で報道されていますように、児童虐待ですとか、自殺問題とか、子育て中のママたちの自殺未遂ですとか、そのような状況もありまして、その背景には精神障害があつて、そして、その背景にまたアルコール問題を持っているという事例が大変多くございまして。

私は保健所に勤めていた時期も長いのですが、10年以上、福祉部というところで福祉関係の仕事をしてございまして、その中で、精神保健に関しましては障害者福祉課が担当しているという状況でございまして。以前は統合失調症ですとか気分障害等が多かつたのですが、現在は、うつですとか自殺念慮、あるいは自殺未遂、それから薬物系の相談、そしてリストカットなど思春期特有の問題が多くございまして。

また、済みません。資料のところ「人格障害」と書いてしまひまして、ちよつと古い表現で申しわけございませぬ。「パーソナリティ障害」と訂正いただければと思ひます。そういうパーソナリティ障害など対応の難しさがたくさんございまして。また、近隣から苦情という形で、ごみ屋敷ですとか、それから大声を出しているとかいうことで、警察を通して、あるいは区民を通して、議員を通して役所のほうに相談が入っているような現状でございまして。

私が所属しているところでは、児童虐待、高齢者虐待、そして障害者虐待、それからアルコール関連の問題が非常に重要になってきてございまして、私どものやっている事業なのですが、今回、健康診査とか予防のところを話をしてほしいということで、そういう意味では、最近はちよつと予防のところも少し離れてございまして、「アルコール関連事業」というところをごらんいただきたいと思ひます。2番です。

まず乳幼児健診なのですが、4カ月、1歳半、3歳児健診を保健所のほうで行つてございまして、保護者に対しては必ず聞いているのが適正飲酒なのかどうかということで、お酒についても確認するようにしています。また、近年は、ママたちのメンタルに問題持っている事例が多くございまして、子ども家庭支援センターなどでは特定妊婦ということで、保健所と子供家庭支援センターなどが連携して、ハイリスクのお母さんたちの場合には、それ以外にも全員の方に新生児訪問してございまして、アルコール問題がある方については保健師が個別で支援してございまして。

また、5年ぐらい前から始めました35歳～39歳の健診がございまして、これは胃がん健診とセットで行っておりますが、このときにこころの健康スクリーニングということで、必ず個人票に飲酒習慣ですとか精神科的な自覚症状がありますかという項目と、それからこころの健康スクリーニング問診票というものを書いていただいて、そして、リスクが高いと思われる方につきましては2次問診票ということでさらに詳しく情報を伺っております。そして、問題がある方につきましては、保健師と栄養士による健康教育と個別相談を行っております。

それから、女性の骨密度検査というものも非常に希望者が多いのですが、がん健診のときに希望者に対してはそれも行ってございまして、やはり集団指導、そして飲酒量についても確認いたしまして、個別相談を実施しております。

それから、そのほかの、医師会に委託した健診なのですが、40歳以上の国保に加入した方と、それから保険を持ってない方、生活保護の方ですが、この方を対象に健診を行っております。こちらは医師会に委託しておりますので、要治療者には医師からの説明があります。また、要指導者に対しては別の業者に委託しまして個別指導を行っております。

もう一つがNo!メタボチャレンジャーという事業でして、これは生活習慣病の予防のために、20歳～64歳の希望者に対して行ってございまして、保健所の中の医師・保健師・栄養士等による運動、食事、生活習慣病についての講座を6カ月行っております。

次のページをお開きいただきたいと思います。普及啓発活動ということで、ここからは福祉部でやっている事業についての説明でございます。アルコール依存症に関する講演会などを行っております。うつですとか統合失調症の講演会などはかなりたくさんの方が集まるのですが、アルコールについても必ず年に1回やっているのですが、そんなに多く集まらないという状況がありまして、最近では薬物とかアルコールの回復者のお話を入れたりすると皆さんが関心を示して聞いてくださるというような状況にございます。

それから、依頼の健康教室ということなのですが、現在は保健所サイドではがん予防を子供たちに伝えていくという取組も始まっておりますけれども、もう一つは、薬物予防教育というテーマで、小中学校のほうから依頼を受けて、ダルクのスタッフと行っております。その中にはアルコールのことも若干触れているのですが、なかなかアルコールをメインにした予防教育というのは、私どもは学校との連携では進んでおりません。また、民生委員さんとか更生保護施設、それから生活保護のケースワーカーなどがいろいろな事例を抱えてございまして、職場研修という形でお声をかけていただいて、一緒に取り組んでいるところでございます。

それから、相談事業なのですが、薬物酒害相談という事業も行ってございますが、精神科のドクター以外に、東京ダルクの方と、それからワンステップというAAの事業所の方ですが、回復者の方をお願いいたしまして、相談員としてやっていただいております。私ども保健師が相談に乗るだけでなく、やはり回復した人たちの相談というのは来所者にとっては非常に参考になる中身ですので、そんな形で連携をとっております。

それから、私ども保健師による相談は日常的に行っております。

それから、自殺未遂者支援ということなのですが、全国的に自殺者数は減ってはおりませんが、荒川区におきましては、人口20万の中で大体40人前後の方が自殺で亡くなっております。そして自殺未遂はそれの10倍以上と言われておりまして、現在は日本医科大学と、それから東京女子医大東医療センターと連携いたしまして、救急搬送された方が今後の再企図を防ぐための支援を求めているかどうかということで、御本人の同意が得られた場合に私どもに連絡が入るシステムになっておりまして、年間、これまでに、平成22年から現在までで96名ほどの自殺未遂者の支援を行っております。

その中で訪問いたしましたり、それから区役所のほうに来ていただいたり、全部が全部病院さんからではなくて、生活保護のセクションとか、警察からの連絡、あるいはインターネットを見ての相談という方もいらっしゃいますけれども、その中で精神科の病歴があるかどうかということを確認しておりますが、気分障害とか統合失調症、気分障害が一番多いのですけれども、実は訪問してみますとアルコール問題を抱えている事例が非常に多くあります。

精神科の先生の診断書にはそうなってはいないのですけれども、アルコールを飲んで、それでODをする、精神科で処方されている薬をまとめ飲みで救急搬送という事例が非常に多くございます。アルコールを飲んでることによって、多分、発作的にといいいますか、衝動的に死んでしまいたいと思うことがあるというようなこともありまして、その方々に対しては、私どもは、治療だけではなくて、多重債務ですとか、それから仕事を失ってしまったとか、家がなくなったとか、お金がないというような方が多くございますので、支援していく中で、アルコール問題が多く見受けられる現状にございます。

それから、その下なのですが、虐待とDVということで、先ほど来申しましたように、児童虐待が通報されてどんどんふえているのですが、その中で、お母さんのアルコール問題、お父さんのアルコール問題、あるいは性虐待とかいろいろありますけれども、アルコール問題を結構包含している事例が多くございます。それから、私は現在は障害者福祉課、その前は高齢者福祉課にいたのですが、高齢者虐待におきましても、アルコール問題を持っている人、非常に多くございました。

それから、障害者虐待はまだ始まって数年なのですが、そうそうアルコールが多いという現状ではなくて、逆に知的障害の人たちが虐待を受けているような事例が多くありますが、いずれにしても、アルコール問題は虐待と切り離せないなということを日ごろ感じております。ある事例では、子供の虐待をしていたお母さんがアルコール依存で、そして、児相で保護して、その後、保護して間もなく、アルコール依存症のお母様が自殺するというような事例もありまして、虐待の対応としては、保護するだけでなく、虐待者の支援、アルコールも含めた支援が必要かなということを日ごろ感じております。

「アルコール関連の現状」ということで、別の資料をちょっとごらんいただきたいと思っております。アルコール関連問題の現状ということで、保健所のほうで健康増進計画というも

のを立てておりまして、その資料が、ここでいきますと4ページ、5ページでございます。多分時間もないと思いますので、ここは後ほど見ていただきたいと思いますが、「現状と課題」というところでは、男女とも40歳から50歳代の働き盛りに問題因子を持っている方が多いという現状があります。

それから、多量飲酒者の割合ということで、これは平成18年から健康意識調査を行ったところで、どんどんうなぎ登りに、男性のほう、女性のほうもふえているという現状があります。

それから、「指標」というところで、アルコール問題は積極的に取り組んでいこうという保健所のほうの取組なのですが、肝機能、あるいは毎日飲酒している、問題飲酒のある方々が、直近のデータではそれぞれ34%とか10%とかありますが、28年度目標として5%ずつ減らしていこうということでいろいろな取組をしているところでございます。

戻りまして2ページのほうですが、アルコール問題の課題と予防策につきまして、日ごろ感じていることを幾つかまとめてみました。

まず1点目ですが、アルコールをたくさん飲む方や依存がさまざまな身体疾患の要因となっている事例が多いのですが、本人や家族もそうですけれども、行政職員、あるいは医療機関の先生方も、少しお酒を控えればいいよというようなことで、問題飲酒であっても断酒の指導という形になかなか至らない事例が多いように思います。

また、荒川区が実施した、先ほど申しましたように、「自殺未遂者調査研究事業報告書」というものをまとめたのですが、その要因となっているものにアルコールが関連しているなということを感じております。

それから、虐待防止ということでいきますと、DVとか虐待もアルコール問題と非常に関連している。それから、若年世代の取組なのですが、今、教育委員会と連携して薬物予防教育を行っておりますが、その中で若干触れているのですが、アルコールをメインにした予防教育は今なされていないのではないかなと思います。若年者に対して、薬物予防教育のときに、おうちでお父さん、お母さん、お酒飲んでいますかということちょっと手を挙げていただくと、大抵の子供さんが手挙げるという状況で、家庭の中でも、それからママたちもお酒を飲んでいるという現状もあるかと思えます。

それから、区民に対しましては、講演会を実施しているけれども、なかなか参加者が多く来ないという現状もあります。

それから、6番目ですが、荒川区では平成8年から精神保健福祉ネットワーク会議ということで、アルコール、薬物、一般精神のネットワークですけれども、司法関係、それから警察とか保護観察所の人とか、あとは医療機関の関係、区内の医療機関に限らず、近隣のお世話になっている医療機関、それから、介護サービスの事業所ですとか精神関係のさまざまな施設の方に来ていただいて、年に4回ほどネットワークを行っております、役所だけが支援するというのは、実際、役所だけでは何もできないことも多くありますので、関係機関とのネットワーク、そして、必要時、児相さんだとか子ども家庭支援センター、

関係のところネットワークを組みながら支援しておりまして、困難事例につきましては処遇会議、要保護児童会議という形で関係機関の事例検討などで支援しているというようなことでございます。

以上が荒川区の取組でした。雑駁ですが、以上でございます。

○杠座長 与儀様、ありがとうございました。地域の最前線で虐待、DV、うつ、自殺、それから多重債務などなど、さまざまなアルコール関連問題にかかわっておられる立場から、その現状と課題・対策をお話しいただきました。

それでは、委員の皆様から御質問をお願いします。

○松下委員 ありがとうございます。よくわかりました。それで、細かいところですが、3つほど確認させてください。

1つは健康診断のところなのですが、乳幼児健診のところ、保護者に適正飲酒量を確認していると記載されていますけれども、この保護者というのは若いお母さんのことを言っているのか、またはそのパートナーのことも含めて親の飲酒量を確認しているのか。

○与儀参考人 それにつきましては、お母さんだけではなくて、お父さんと、それから御家族でという形で聞いております。

○松下委員 ありがとうございます。あと2つ目なのですが、同じく健康診断でNo!メタボチャレンジャーとありますね。こちらに関して、希望者を募集して、生活習慣等について講座開催やグループワークを6カ月間実施するとあるのですが、このグループワークの実際として、アルコールを節酒する、断酒する方法をみんなで、1人だとなかなかできないけれども、仲間をつくってとか、そういったグループワークなのでしょうか。

○与儀参考人 運動についてとか、食事とか、生活習慣についてやるのですが、アルコールをメインにという形ではやれていないと思います。個別で問題があった方に対しては指導するとか、あと集団では適正飲酒という形で情報提供はしておりますけれども、アルコールをメインにしたグループワークという形には至っていないと思います。

○松下委員 わかりました。あと、最後なのですが、相談事業のところ、自殺未遂者、また虐待、DV対応とあるのですが、まさにアルコール問題のハイリスク分だと思うのですが、こういった方々にどう具体的に対応しているのか。例えば医療機関につなげているのか、精神科病院の受診を勧めているのか、また自助グループを御紹介するのか、そこに素直に行かれるとは思えませんが、そこら辺の具体的な対応を教えてください。

○与儀参考人 医療機関に行っている方もいらっしゃるのですが、薬を飲み、精神科の治療を受けながらお酒を飲んでしまって、再企図を繰り返して救急搬送という事例がすごく多かった時期がありまして、生活保護の場合は自己負担ゼロで全くお金がかからないので、何回も繰り返している事例があって、そういう方に対してどうしようかということで、精神科のクリニックのデイケアなどで毎日通っていただくことによってそれが少し少なくな

ったという事例はあります。

それから、入院になるケースというのは余り多くないかなとは思いますが、アルコールを持っている人は多重債務とか結構あるので、法テラスですとか、借金についての御相談だとか、そのような相談はやっていますが、質問に答えているかどうかかわからないですが、アルコールで入院していただいた事例は、未遂の中では特段なかったかなとは思いますが、自助グループを紹介するのですよね。区内にAAの就労継続、B型の事業所があるのですが、そこにつなげる事例は若干あるのですけれども、そんなに多く行ってくれないのですよね。お約束をするのですけれども、なかなか行ってくれないという現状があって、自助グループにつなげるのは非常に難しいのですが、ただ、私ども保健師よりも、生活保護でかかわっている事例については少し指導力が発揮できますので、生活保護のケースワーカーからつなげるというやり方で行っていただいた事例はございます。

○杠座長 猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 とても精力的な活動をされていてすばらしいなと思いました。最後のほうに《顔の見えるネットワーク図》というのを書かれていまして、精神保健福祉ネットワーク事業となっていますが、これは荒川区の条例で決まっているとか、条例の裏づけがきちっとあって、報告された事業が可能になっているのでしょうか？

○与儀参考人 よく聞かれるのですが、条例で決めておるわけではございませんで、毎年このような事業をやりたいということで企画いたしまして、起案を立ててという形で取り組んでおりますので、精神の連絡協議会というのは要綱とかございますけれども、ネットワーク会議につきましては特に日常の活動の一環という形で行っております。

○猪野委員 条例がなくてこのような活動が可能なのは、現場にすごく熱心な方がいて、そういう力で継続できているのではないかと思うのですが、全国レベルで考えた場合、法的な裏づけがないとなかなか全国化しにくいと思うのですが、その点はいかがでしょう。

○与儀参考人 おっしゃるとおりかもしれませんけれども、私どもは、薬物の関係機関ネットワークのモデル事業というのを東京都から委託を受けたことがあって、そのあたりから始めていまして、特に荒川区内に薬物関係の施設が、日本ダルクとか東京ダルクとかAAとか、なぜか依存症関係の施設がたくさんありまして、それで多分目をつけていただいて始めたのですが、やるに当たって、行政だけではとてもできないし、それから、大病院が区内にないのですよね。私たちがやるとしたら、やはりそういう自助グループですとか民間の機関との連携ということを考えたときに、ネットワークが大事かなということがありまして、平成8年、当時、私、担当していたのですけれども、そんな事業をやり始めたのですね。

それは、最初、薬物、アルコールから始めたのですけれども、その後、一般精神もいろんな問題があるということで、薬物とかアルコールとか、余り限定しないで、精神全般でやろうということで、最初のうちは委員を決めてやっていたのですよね。支払いもしていたのですけれども、それがどんどんふえまして、今、大体50団体ぐらいあるのです。民生委

員さんとか保護司さんとか含めて。毎回同じ人が来るわけではなくて、事例検討だったり、東京都の精神保健センターのドクターによる法改正の問題だったりということで、テーマによってそれぞれ皆さん選んできていただいているような現状なのですが、おっしゃるように、特に精神保健福祉法の中でもそれをやりなさいという規定もございませんので、長年の積み重ねで今のところやっている状況でございます。

○杠座長 時間もございませんので、もう一方ほど。

では、田辺委員。

○田辺委員 大変立派な活動で、感心して聞いていたのですけれども、1つは相談のところで、アルコールの相談とほかの薬物、ギャンブルとか、最近の依存症の相談とのかげんは、この数年間の推移みたいなものはどうなのかということと、アルコール依存症の相談というのは年間どのぐらいあるのかということ。それから、相談の中でこれから治療に結びつけて、家族が困っているような相談と、既に生活保護もらっていたり何度か失敗したりして、社会復帰に向けての相談とあると思うのですけれども、そういう内容の分布といいますか、どういうのが多いのかということも含めて、ちょっと相談の実情を教えてください。

○与儀参考人 薬物酒害相談という名称なのですが、実際、薬物の相談は全体の1割か2割ぐらいなのですね。アルコールのほうが多いです。ただ、御本人が来る事例は少なく、御家族が来る事例が多いのと、あとは、生活保護のケースワーカーがどうしようというような事例で、入院させたほうがいいのか、デイケアに通ったほうがいいのか、それからもう一つは、就労支援の事業所が、区内に限らず、地方にもダルクとかたくさんありますけれども、そこにグループホームに入る場合には私どものところで認定調査をいたしまして受給者証の発行ということをやっていますので、そういうのを希望する人とか、どういう処遇がいいのかというのは実はなかなか難しく、精神科の先生とか回復者の方とか、みんなで話し合っているというようなことで、ではその相談がどんどんふえているかと申しますとそんなにはふえていなくて、横ばいです。月に2回行ってまして、予約制なのですが、おおむね、1回の相談で2事例ぐらい行っております。

○田辺委員 ありがとうございます。

○杠座長 ありがとうございます。時間の関係で、与儀様の発表についての御質問はこの辺で打ち切りたいと思います。

○樋口委員 1つだけいいですか。

○杠座長 はい。

○樋口委員 午前中のワーキンググループでもちょっと話が出てきたのですけれども、虐待とアルコールの関係ってすごく大事なのですけれども、たくさんここでアルコールの事例が関係しているというのですが、データはありますでしょうか。加害者のうちどのぐらいの人たちがアルコールの影響下にあったか、あるいはアルコールの問題があったか、そのあたり、大まかなデータでもすごく大事だと思います。

○与儀参考人 申しわけございません。正確なデータはございません。子ども家庭支援センターが児童虐待のほうをやっておりまして、高齢者虐待は高齢者福祉課というところなのですが、調べれば出てくるのかもしれませんが、ただ、どれぐらいの割合でというのはちょっと申し上げられないですが、聞き方にもよると思いますが、私、保健師を長年やっていて、「お酒の問題がありますか」と聞いたときに、「はい、あります」と答える人はいないのですね。「お酒は飲めるタイプですか」とか、そうすると大体ビールが1本とか2本とか。そのほかに「調子がいいとどれぐらい飲めますか」とか聞くと、1升飲めるとか言って、どんどん数字が変わっていくのですね。それとあと、刑務所に入った人とか警察で御厄介になったことあるとか、そんな聞き方をしていくと、結構アルコール問題っていっぱいあるなとは思っておりますが、済みません、データは持ち合わせておりません。

○杠座長 どうもありがとうございました。まだご質問あるかと思いますが、最後に少しまとめて時間をつくって質疑応答をさせていただければと思います。

それでは続きまして、沖縄県での特定健診、特定保健指導と連動した早期介入につきまして、国立病院機構琉球病院の福田貴博様に御発表いただきます。よろしく申し上げます。

○福田参考人 琉球病院から参りました福田と申します。よろしくお願ひいたします。

私は、沖縄で単科の精神科の病院で精神科医として勤めております。当院のほうではアルコール病棟がありますので、アルコールの専門病棟というところでやらせていただいております。

私自身は、今の病院の前が肥前精神医療センターで勤務しておりまして、そちらで杠先生のほうからHAPPYプログラムというものを教えていただき、今の現任地の沖縄で何とかこのHAPPYプログラムを地域で展開していきたいなあと感じておりまして、きょうは実際地域で行っていることの紹介をさせていただきたいと思います。

では、資料のほう、めくっていただきます。2枚目ですけれども、平成25年に厚生労働省のほうから、保健指導において、AUDITと、その後のブリーフインターベンション、SBIをやりたいというガイドラインが出たので、非常にやりやすくなったなあと感じております。行政としては、国のほうからこういう枠組みというものがあると現場の保健師さんはすごく動きやすくなっているのではないかと思います。

ただ、どこの行政でも積極的に取り組んでいけているかというと、まだそうではなくて、なかなか足踏みしているところが多いのかなあと感じております。

まためくっていただいて、このガイドラインの中にも触れてある「Brief Interventionとは？」というところですが、沖縄でやっている場合には、ブリーフインターベンションと言ったときには、肥前精神医療センターで開発されたHAPPYプログラムに基づいてやっております。HAPPYプログラムの非常によい点は、教材からワークブックから、DVDで動画が流れたり、飲酒目標を設定して、またそれを記録してなどのツールがパッケージになっているので、我々のような特殊な精神科の専門医がやらなくても、現場の保健師さんが少しトレーニングを受けることで実際住民の方に実施できるというのが非常にメリッ

トだなと思っております。きょうの話は、基本的にはBIとか支援といったときにはこのHAPPYプログラムを下敷きにやっているということになります。

まためくっていただいて、なぜ沖縄からの発表かということなのですが、沖縄県はちょっと特殊な場所であって、アルコールによる依存症の方も多いと思いますが、健康被害も非常に大きい県になっております。この一枚のグラフが本当に全てを物語っているのかなあと思うのですが、沖縄と全国の比較です。肝疾患死亡率が全国平均を男女ともに1980年ぐらいをピークにずっと改善しているのに対して、沖縄県は男女とも、1990年ぐらいから逆に増悪しているというのは物すごいなあと思います。

ちなみに、沖縄県の肝臓での基礎疾患で一番多いのは、B型肝炎、C型肝炎ではなくて、アルコールになっておりますので、すなわち、このグラフというのはアルコールによる肝疾患で死亡率がどんどん上がっているのを示していると思います。

続いてめくっていただいて5枚目です。それに加えて、沖縄県はもともと長寿のイメージがあったかと思いますが、2年前に、「330ショック」と県内では呼ばれているのですけれども、平均寿命の調査が始まって以来、沖縄県は女性、ずっと1位だったのですけれども、前回の調査で初めて3位に落ちました。男性に至っては30位です。それで、330と呼んでいるのですが、男性に関しては、長寿というか、下半分に入ってしまいました。

そこで、県民会議ということで、県を挙げて健康長寿を取り戻そうというイベントを立ち上げております。その中でも重点目標ということで、適正飲酒というものが掲げられてはおります。ただ、掛け声というか、そういうのはあるのですけれども、まだちょっと具体的な動きというのは弱いかなあという気もいたしております。

それからもう一つは、沖縄の問題として、飲酒運転対策の側面もあります。右側のグラフですが、「運転免許保有者10万人あたりの飲酒運転事故件数」でいけば、全国平均の約2倍ぐらい、人身事故、死亡事故に限れば3倍、4倍というところで、非常に大きな問題になっております。そのため、沖縄県の場合、行政とかも含めて飲酒問題に対する危機感、何とかしないといけないという思いは他府県に比べると少し強いのかなあと思っております。

ですので、当院のほうで後方支援、例えばツールの提供であったり、スキルのトレーニングとか、一緒にやりましょうというお声がけすると、ぜひやりたいと、ちょうど困っていたところだという形で、共同事業という形で乗ってきてくださるところが多いかなと感じております。

6枚目ですけれども、こちらはきょうのテーマの健康診断でのAUDITの実施についての御紹介です。2011年に行いました。今帰仁村という郊外の、いわゆる田舎のところで、人口1万弱のところ。特定健診を受診したときに、その場で、健診会場でAUDITを実施いたしました。田舎でやっているの、公民館で受けるような集団健診がメインです。特徴としては、地域の保健師さんと住民の距離が近いところです。なので、この手の調査としては回収率が非常に高かったかなと思います。

めくっていただいて7枚目ですが、「AUDIT点数別割合（男女別）」です。沖縄の場合はカットオフをこのような形で切っております。厚労省の基準ですと8点以上、15点以上ですけれども、我々のほうでは10点と20点以上でカットオフをしています。20点以上が依存症疑い、黄色で示している10～19点が、健康障害が出ている、もしくはいずれ出るだろうというところなんです。こうやって見ますと、男性の場合は3割ぐらいの方が何らかのアルコール問題を抱えていらっしゃるということが判明しました。

続いて、めくっていただいて8枚目です。さらに男性を年代別で見えます。年代別に見るとNが小さくなるので、赤と黄色を混ぜて、10点以上をオレンジで示しております。そうしますと、40代、50代、60代と壮年期の男性はアルコール問題を抱えている方が4割弱ということになります。沖縄県の健康問題の特徴として、壮年男性の死亡率が高いというのがありますが、その死亡率が高い層と飲酒問題が大きい層というのがきれいに合致しているなあと感じております。

まためくっていただいて9枚目です。逆に、田舎の女性の場合は飲まない方が多い。特に60代、70代になると、文化的なものとは思いますが、全国的にも大体同じような傾向だと思いますが、特に沖縄県の場合、田舎に行くほど、いわゆる「おばあ」と呼ばれるような人たち、高齢女性はたばこもお酒もとんでもないみたいな形です。この層が今まで沖縄県の長寿を支えていただいていたのだらうと思いますが、やはり30代、40代、若年になるほどお酒の問題というのは、多分、全国の傾向に近づいていっているのではないかなと思います。

さらにめくっていただいて、今度は「各疾患のオッズ比」という表になります。健康診断と一緒にやっておりますので、AUDITの点数と各健診の結果の比較が直接できました。AUDIT10点以上をリスクの高い飲酒群、そうでない群、9点以下を比較しております。

ちなみに、AUDIT10点といたしましても、週に4～5回飲酒しますと、一回飲む量がビール2～3本とか日本酒1合、沖縄県の場合だと泡盛1合程度の方が一番多いですけれども、ぱっと見、お酒の問題があるとは見えない方々ばかりだと思います。ただ、それでも、こちらにお示したように、肝機能、高尿酸血症、メタボ、高脂血症、高血圧、この辺は有意に高いという結果が出ております。

特定保健指導の目的というのはメタボの改善でありますので、それぞれ各疾患ごとに指導するというのも必要だと思いますが、アルコールによってこれだけの疾患が有意にふえているということであれば、アルコールの対策をするというのは非常に効率的なことではないかなと考えております。

まためくっていただいて11ページですが、特定健診にAUDITとこのHAPPYプログラム、教室を連動させてやっているということです。今までのことを図に示していますが、下段が既にある特定健診というシステムです。こちら、既に動いているわけで、それに上の段、早期介入というものを少し乗せてあげると、現状のシステムのまま、そんなに大きなマンパワー等はかけずに、このような調査、介入ができたかなあと思っております。集団健診

のときにAUDITを実施し、その場で10点以上の方を声かけして、健診の結果の説明をするときに集団の教室を開催しております。

この辺は、健診の結果のスタイルがそのまま公民館で返すところもあれば、個別に郵送でという地域差が大きいので、そこは各地域の形によって調整していく必要があるのかなあとは感じています。

まためくっていただいて、12枚目です。「介入前後の比較」ですが、翌年、2012年の健診を受けた方に再度飲酒量の比較というものを行いました。我々の健康教室を受けていただいた方、お示ししているように、1カ月当たりの多量飲酒日数や休肝日の数が大きく変化しています。職域等でも既に示されていますが、それとほぼ同じような結果が地域の健診と連動した介入でも示しているのかなあと思います。

続いて13ページになりますが、単純な前後比較で、お酒の量が減ったと。お酒の量が減るとそれはどうなるのかということで、お酒の介入を受けなかった対照の群と比較しております。そこでいくと、介入した群は、1年後に腹囲が0.3センチ減っている。何も介入を受けなかった群は1.5センチふえてしまった。HDL、善玉コレステロールは、介入を受けた群は少しふえたが、ほうっておかれたというか、介入を受けなかった群は少し減ってしまったということになります。これはNが少なかったので、ほかの項目に関しても、今後数が積み重なると有意差が出るのかなあとは期待しております。

それからまた、1年間でこのわずかな変化がどうだと言われてもあれですけども、長期的には健康寿命というものに影響していくのではないかなあと考えております。

めくっていただいて14ページです。今帰仁という村で特定保健指導して見えてきた課題というものが以下です。特定保健指導というのはいわゆるメタボ健診なので、メタボに該当した方に保健指導を実施する。ですから、メタボに非該当の方の問題飲酒者にはちょっと介入する機会がないのかなあ。実際、今帰仁村では1,000人中の144人が問題飲酒者でしたが、そのうちメタボに非該当の方が106人ということで、ほとんどは通常のメタボ健診、保健指導では該当しなかったということになります。

続いて、まためくっていただいて、今帰仁村という田舎で少しくまいたので、今度は県庁所在地的那覇市のほうが我々のところでもやりたいということで、次の展開につながりました。

またページをめくっていただいて、沖縄県が140万人ですが、そのうち那覇が一番大きいところで32万人です。特定健診の受診者が2万人ですが、ほとんどは個人健診です。2万人受ける中で、メタボに該当する方が約4,000人、その中で特定保健指導を実際受ける方が1,000人ということになります。ですから、我々、今回は保健指導を実際受ける方1,000人にAUDITをとるということにいたしました。

それから、介入の方法にしては2段階にいたしました。保健指導の1回目でAUDITを実施して、10点以上にはHAPPYプログラムを個別でやろうと考えました。先ほど、今帰仁村は、保健師さん、村に1人しかいないので、集団でしかできないと。ただ、那覇市の場合

は保健指導専属が8名いらっしゃるのので、個別にやってみようではないかということになりました。

もう一つは、集団での健康教室という形では保健センターで定期的にやりましょうという、かなりマンパワーをかけて2段階でやるということを行いました。

続いて17ページです。ちょっと写りが悪いのですがけれども、実際、今のデザインでやったのですがけれども、保健指導の1回目でAUDITとるのは大変だと。時間が全部で20分ぐらいしかない中で10分もAUDITとれないということで、もうちょっと簡便にしたいということで、途中でやり方を変えました。

標準的な問診票というものに、問18、19、食生活とか運動習慣とかいろいろ聞く中で、アルコールの問題も聞くのがあります。お酒を「毎日」「時々」「ほとんど飲まない」と非常にざっくりとしたところで切っております。それから、1日量も1合、2合、3合というところで切っております。非常に簡便なものですが、今まではこの健診で問診するのですがけれども、その後生かされてないことが多いらしいです。たばこの場合は、喫煙していると保健指導が、動機付けとか積極的支援、その対応が変わるマーカーになるのですがけれども、飲酒というのは本当に聞きっぱなしで、沖縄県ではなかなか反映されていない状況でした。なので、せっかく聞いているので、さらに労力、新たにかからないので、これを有効に利用しましょうということで、毎日2合飲む、もしくは毎日1合だけ、γが51の人は1次スクリーニングということでひっかけました。これをやることで少しスクリーニングは楽になったということでした。

参考までに結果ですが、「AUDITの点数別割合（男女別）」です。こちらは先ほどの今帰仁村に比べると少しいいように見えるのですが、今帰仁村と那覇の違いは、今帰仁村は健診を受けてきた人で、保健師さんに、強引には不是ですが、まあまあと言われている人なので、健康意識の高い低いも含まれています。ただ、那覇の場合は特定保健指導を実際受ける人なので、かなり健康意識の高い人だろうと思います。メタボではあるけれども健康意識は高い、そういう人たちでもやはりこのように高い数字になっております。年齢別に見ると、男性の40代、50代がお酒の問題が多いということになっております。

続いて19ページですが、「各疾患のオッズ比」。さっきの今帰仁はやせている人も含んでのオッズ比だったので、那覇の場合、メタボがあって、皆さん太っている中でも、お酒の量がふえるだけで、さらにここに示すようにオッズ比が高くなるということになっております。

それから、大都市だけではなく、20ページは飛ばして21ページですが、沖縄県はまた離島もたくさん抱えております。宮古、石垣というような大きな島ではなくて、診療所が1つしかないような離島8つで合同で調査を行いました。やはり田舎に行くほどお酒の問題は大きいというところ。小さな島ですがけれども、合わせると1,000名ぐらいでAUDITがとれました。

那覇に比べると、22ページになりますが、AUDITの割合は非常に高い。高得点者が非常に多い。ただ、人口数百人という離島で、医療資源、保健資源も非常に乏しい状況で、困っている感はとても強かったです。

「今後の展開」として、沖縄県で今動いていることですが、健康診断のときはなかなか忙しいというところで、ほかでAUDITができないかと考えたときに、免許の更新というものがいいのではないかとというところで、石垣、宮古でそれぞれ1,500人ずつ実施しました。それから、今年度からは、健康長寿課主催で本島でもやっております。これも規模が大きくて、4万人弱、AUDITをとるということになります。問題意識が芽生えたと、その後の介入をしましょうという次の展開につながるかなあと考えております。

それから、地域ではないのですが、職域ですね。特に協会けんぽさんと一緒に中小企業での健康診断の中でもHAPPYをアレンジした介入をやっていきましようという話になっております。

早口ですけれども、済みません。最後のページ、課題ですけれども、AUDIT自体はいろんな場面で実施されてきて、沖縄県民にとっては少し身近なものになりつつあるかなあと考えています。一方、特定保健指導などの介入ということになると、どうしてもマンパワー不足や、参加者が少ない、参加率が低いということが課題に挙がります。

対策として、「業務」の枠組みとしてやるということが1つ有効かなあと思いますし、実際、マンパワーとか予算を組んでもできる人材がいないので、その人材の養成も必要かなあと考えております。

済みません。時間超過いたしました。以上です。

○杠座長 ありがとうございます。

さきの与儀様の御発表は本当にアルコール依存症レベルの重篤な方々のお話を中心だったかと思えますけれども、今のお話はその手前の段階の多量飲酒レベルの方々の2次予防のお話だったかと思えます。委員の皆様から御質問等ありませんでしょうか。いかがでしょう。

松下委員、お願いします。

○松下委員 ちょっと聞き漏らしてしまったかもしれませんが、HAPPYプログラムのほうに参加される方、声かけをして、それに賛同して参加される方の割合と、あと、1カ月後にまた集まりますね。そのときにドロップアウト率というのはどのぐらいあるのか教えていただけますか。

○福田参考人 ありがとうございます。参加率が、今帰仁村の場合は10%でした。那覇市の場合は5%でした。継続率は大体5～6割まで落ちます。

○松下委員 ありがとうございます。

○杠座長 猪野委員、お願いします。

○猪野委員 地域で頑張ってみえるので、これからも頑張ってもらいたいと思います。先の荒川区の取組はネットワークでやっていたのですが、沖縄の場合、県や市町村などの行政と

の関係はどのようになっているのか教えていただけますか。

○福田参考人 ありがとうございます。ある程度、いろいろやりとりは個人的にという形でやっていて、条例というか、公的なバックボーンというのはなくて、本当に個人的な、働いているうちに地元の保健師さんと顔が繋がって、では一緒にやってみましょうよぐらいなのが現状です。

○猪野委員 それからもう一点、沖縄の飲酒文化はかなり特殊で、結構寛大な文化だと思うのですね。日本全体についても寛大な飲酒文化と言えます。飲酒文化や、あるいはアルコールについての社会の意識を変えることが、介入に取り組む場合一番大きい課題ではないかと思います。その点は、先生、こういう実践されていてどのように考えられますか。

○福田参考人 本当に先生の御指摘のとおりで、私、沖縄の飲酒文化を変えたいなあと思ってやっています。どうしたらいいのかなあと思うのですけれども、今一番伝わりやすいのは、イメージがすごく悪い。アルコール＝依存症みたいなところで、なかなかその反応が悪いのですけれども、そうではなくて、ほどよく楽しんでいただきたいという、少しそういうイメージ戦略みたいのも必要なのかなあとも思いますし、もう一つは、具体的には、皆さん、お食事されるときに、カロリーというものを気にされると思うのですが、それと同じで、お酒飲むときにはドリンク。CM見ている、アルコール5%だとか、プリン体オフだとか、カロリーオフだとか。そうではないと思っていて、ドリンク、含有されているアルコールがどれぐらいなのか、その概念がもっともっと広まると、アルコールに対する文化というか、考え方が変わるのではないのかなあと考えておりますので、意識して、そのドリンクというものを広めようとあちこちで言っております。

○猪野委員 そのカロリーという点ではメタボとつながっていると思います。どのように社会の意識を変えていくか、アルコール医学のエビデンスをもとにもう一回再構築するという発想がすごく大事ではないかと私は考えています。

○杠座長 ありがとうございます。ほかにどなたか。

樋口委員、どうぞ。

○樋口委員 精力的に随分やっておられて、非常に感銘いたしました。特定保健指導の後のフォローアップの、そこにアルコールに関するAUDITがあるのですけれども、実際なかなかやられていないという現状が多分あると思うのですね。

そこで、ちょっと質問なのですけれども、先生、精力的に、今帰仁村でもやられているし、それから那覇でもやられているし、それから、場合によっては少し島でもという話なのだけでも、どのぐらいのマンパワーでどういうメカニズムでこれをやっているのかということです。保健師さんたちと一緒に協力しないとできてないと思うのですけれども、そのあたりはいかがでしょう。

あともう一つ、今、猪野委員の話がありましたけれども、やはりエビデンスを示すというのはすごく大事なことだと思うのですね。このようなセッティングでブリーフインターベンションするとやはり飲酒量が落ちるとい、そういうことをぜひNの数をふやしてエ

ビデンスとして示していただきたい。後のほうは要望ですけれども、前のほうについて。

○福田参考人 ありがとうございます。実際は、病院といっても、私ともう一人医師がいるぐらいで、その2人でやっています。回数でいくと、現地に行って、1回1時間ぐらいで、2～3回、研修というか、このようにやりますよと、HAPPYプログラムのデモであったり、そういうのをすると大体動くようになっていきます。怖いというか、やったことがない、自信がないとか、ツールがないとかだけで、そこが補われると、実際現場にいる保健師さんの業務の中でやれるのかなあとも思っています。保健指導はやらなければいけないというがあるので、ただ、やり方がわからなかっただけで、実際赴いてやるとすっとできていっちゃうなあと思います。

○杠座長 ほかにどなたかいらっしゃいますか。

田辺委員、お願いします。

○田辺委員 ちょっと簡単なことなのですけれども、AUDITのカットオフポイントを9と10の間ということですが、それは15とか12とかではない理由みたいなのは。

○福田参考人 実感として、8点で切ってしまうと、沖縄の場合というのものもあるかもしれないのですけれども、どうしても得点が高く出るので、10点でやっております。20点以上の人も含めていて、行政のほうも、最初は健康教室に依存症の人が来たら対応できないので怖いみたいのもあったのですけれども、実際、健康教室に来られる方では、AUDITの点数は二十何点とかでも、基本的に健康意識の高い方で節酒でいける方も多かったですので、上限は特に意識してないのですが、下限を10点にしたのは、7～8点だとなかなか多過ぎてとか、危機感も余りないのでというところで、余りはっきりとした根拠というのはないのです。

○田辺委員 国内の実践的にも10点ということをやっているところ、多いのですか。ちょっと私、それがわからないのですが。

○福田参考人 どうでしょう、杠先生、その辺は。

○杠座長 9～10点でやっているところも7～8点でやっているところもあります。これは介入の方法でもカットオフ値が違うのかなあと思います。ペーパーやネットで幅広くやるときには7～8点で切ったほうが漏れは少なくなりますね。ただ、マンパワーを投入したときに、コストと、その効果も見なければいけなく、そうしたときに、カットオフ値を低くすると効果が出にくいものですから、むしろ外れが多くなってしまうというところですね。効果を見るには、やはり危機感を持つ程度の飲酒量が必要です。、大体10点のところの平均的な飲酒量というのは、1日平均日本酒2合となり、ぎりぎりのところで一応適正飲酒の量で、ハイリスクには男性の場合だと入らないというところもあって、危機感を持ちにくいというところもあります。

ありがとうございました。

それでは、今までお二方に地域での取組を主にお話いただきましたが、3題目は、職域におけるアルコール対策や産業医としての視点から見た課題等について、東京ガス株式会社、

西浦千尋様に御報告いただきます。よろしくお願いたします。

○西浦参考人 東京ガスで産業医をしている西浦と申します。よろしくお願いたします。

私は恐らく、今までのお二方よりも比較的健康的な人たちを相手にしていると思いますので、そういった違いのある場所でやっている活動ということで御紹介させていただきます。

私に与えられたテーマは、企業におけるアルコール対策の取組例の紹介と、産業医として考える問題点や今後求められる対策です。

ページをめくっていただきまして、1枚目です。まずどのような考え方からアルコール問題に取り組んでいるかというところを御説明させていただきます。

職域でアルコールに積極的に介入できるというときは、事故ですとか、あとは欠勤とか、トラブルとか、労務問題が起きたときと考えています。これはアルコールに限らないのですけれども、健康問題が起きたからといって職域で問題になるとは限らないと思っております。これは産業保健の対象者が労働者であって、働くために企業にいますので、働くという大前提に問題が起きる、これは労務問題が起きることなのですから、そういうことが職域の問題となると思っております。ですから、労務問題が起きる状態を「事例」という言い方を産業保健ではしております。

ページめくっていただいて2枚目です。企業におけるアルコール対策の例というのを対象と段階を分けて示すと、ざっとですけれども、このようになると思います。先ほどの事例というところでは、アルコール依存症疑いの個人への介入ですとか、あるいはその方の属している集団に対してトラブルなく飲酒するための飲酒教育をできることがあります。一方で、事例の予防ということになりますと、個人向けには飲酒日記を使うようなセルフチェックの機会の提供ですとか健康診断の事後措置、そこでの保健指導。それから、健診とはまた別枠でやっておりますけれども、希望する方にブリーフインターベンションを提供するというのを考えていたり、あとは集団向けですね。職場の集まりなどでやったりするわけですけれども、そういうところには、1つは、職場が安全な観点から導入しているアルコールチェッカーですとか、飲む人も飲まない人も含めた適正飲酒の集団教育といったことができることがあります。

めくっていただいて3枚目です。考え方なのですけれども、職域で行う以上は、職域のアルコール対策の目的というところは事例の対策にあると考えています。事例対応したとしても、そのもとになる多量飲酒者を減らさないとその事例はなくせないと考えておりまして、多量飲酒者では介入を並行して行うということを行っています。

そういったことの根拠の部分なのですけれども、そこは私自身がデータを持っているというわけではないのですけれども、例えば日本産業精神保健学会の産業精神保健雑誌には職域におけるアルコール問題の特集号が出ていますので、そういうところを見ますと、アルコールと自殺の関係ということが言われていたりすると思います。

事故との関連というところは、調査というのは少ないとは書いてありましたが、そういうデータとしてははっきりしたものがないということのようですけれども、短期的に見れば、

多量飲酒をすれば酩酊して、例えば事故とかトラブルに巻き込まれる、もしくはそういうことに関与してしまうという可能性を考えることができますし、長期的に見れば、アルコール依存症までなってしまうえば事例化するというところで、そういった問題が起きるということがあり得ますので、そういう意味では、労働生産性ですとか事故ということと多量飲酒の関係はあり得るのではないかなと考えて対応しています。

それから、事例として扱うということは職場が問題視することが必要になってきますので、そういう意味では、職場がイネーブラーにならないようにするというのも大事なことでないかと思っていて、労務問題がもし起きれば、そういうことで相談に来ることで対応につながるということが重要ではないかと考えてやっております。

次のページを見ていただきまして、「保健指導の位置づけ」になります。保健指導の位置づけについては、多量飲酒者だけではなくて、全ての従業員のセルフケア能力向上というところを目標としています。一方で、現実的には保健指導を行う産業保健部門のマンパワーというのも限られておりますので、健康診断の結果については、例えば受診勧奨が必要な方や就業制限レベルになるような方に関しては個別対策をきちんと行っていく。そして、それ以外の方々に対しては健診とは別枠で、集団に対しての保健指導という方法をとっております。

次のページは、企業における1次予防の具体例を一覧にしてみました。上の2つが個人向けの対策でして、下のほうが集団を対象とした対策になります。こうして表にしてみると色々あるように見えるのですが、アルコール以外の取組というのも色々としなければいけないことがありますので、ここに挙げたうちからできる範囲で継続していくというやり方をしています。事例の予防対応となるような個人対策に関しましては、効果を考えて希望者に行うということを中心にやっております。そのため、健康診断の事後措置として行うというよりも、健診とは別に、飲酒の機会がふえるような時期に合わせて、イントラでブリーフインターベンション希望者を募集してやるというような方法をとったりしています。

集団に対しての保健指導なのですけれども、全国的な啓発週間に労働衛生週間などがありますので、そういったところに連動して教育を企画したり、社内で職場の自主活動を計画するところも出てくる場合がありますので、そういった職場の自主活動を支援したりというような方法をとって、ほかの活動との兼ね合いはあるのですけれども、できる範囲でこうした多量飲酒に対しての事例の予防の取組を継続するようにしております。

集団教育という意味では、特に若い層に関しては、入社時に新入社員教育の機会などを使って、学校で使われているアルコールのパッチテストをこういう場でも活用したりしております。

あとは、こういう予防活動をしていると、どうしても面白くないと参加者がふえにくいという問題がありますので、例えば、今日ちょっと持ってきたのですけれども、啓発グッズみたいなものも、飽きられないように時々つくって、ちょっと回覧させていただきますけ

れども、少しずつ変えて、何とか関心を持っていただいで続けていくというようなことをやっております。

次のページを開いていただきまして、ブリーフインターベンションのことについてです。個人対策としては、今は希望者に健診と別枠でブリーフインターベンションというやり方をしております。これは、久里浜医療センターで公表して下さっている資料があるおかげで実施できています。ブリーフインターベンションを申し込んだ方に関しては個別保健指導の枠で時間内離席として、担当の産業看護職が事業所に出向いて事業所でブリーフインターベンションを行うことができるような方法をとっています。わざわざどこかに行かないといけないというのではなくて、事業所でできるだけ従業員の方の時間をとらずにやれる方法ということで、そういう方法をとっております。

参加者の数に関しては、例年、少数ではありますがけれども、実際参加した方は確かに減酒効果があるというのは感じております。

次のページを開いていただきまして、ここからは産業医として、こういった取組を行う中で感じている課題について少しお話をさせていただきたいと思います。最初は健康診断を使って健康診断事後措置ということで飲酒指導をすることから考えていたのですが、健康診断を保健指導の起点にするには少し課題があると今は感じております。

その1点目なのですが、まずは検査方法の問題として、今、法定健診に γ -GTPとかそういったものが入っておりますけれども、それを使って多量飲酒者のスクリーニングをした場合に、どうも妥当性が低いのではないかと、やってみて感じております。

それから、健診の事後指導ということで、希望によらないでスクリーニングをするということをやった場合の問題点なのですが、現実的には、個別保健指導が困難な数の対象者が出ると、ほかの活動との兼ね合いからどうしても優先順位的になかなか活動の継続が難しいという問題が出てくると思いますし、希望しない方に値が高いからということで減酒という話をすると、希望しない方に対しては減酒の介入効果は低いのではないかと思っています。

希望しない方にそういう介入をした場合の問題点のもう一つは、翌年から申告しなくなるというか、過少申告をしていくという問題があるなと思っていて、だんだん偽陰性がふえていくというか。ですので、長期的にかかわることを前提としていくと、希望した方でないとなかなか介入は難しいというのは、やってみて考えているところです。

職域においては、個別指導そのものというよりも、希望しない方が希望していくように、その環境のほうを少し変えていくような活動に重点を置いたほうがいいのではないかと考えております。そのために、今は、個人介入に関しては希望者を健診とは別枠で募ってから、AUDITでスクリーニングしてやるということで、個人対応については継続するということをやっております。

次のページ、めくっていただきまして、課題として考えている2つ目は、若年層の対策という点です。ブリーフインターベンションを始めてみたり、若年層の方々の集団教育をし

たりする中で感じていることの一つは、飲み方や動機が違うところです。若い方はどうも多量飲酒を機会飲酒で行っていて、普段は飲まない方が結構いらっしゃるような印象を持っていますし、そういった方々、若いので、健康に不安を感じるようなことがないという、動機がちょっとないような方々になってきます。中高年の方は、結構ブリーフインターベンションを応募する方はそういう方が多いのですけれども、伺うと、晩酌としてもともと飲酒していて、そこに機会飲酒が加わるということですし、年代的にもだんだん健康が気になってきて、そういったところに動機があるのだなというのを感じております。

ですから、ブリーフインターベンションに関心を持っていたり健診に異常が出やすいというのは中高年層の方なのかなと感じておりました、前者の若年層に関しては、健康という切り口の個別対策をしたときに対象からちょっと外れやすいのではないかと感じております。

次に、「社会の寛容性」のところも、少し課題があるのではないかと思います。職場で適正飲酒の教育をしている中で出てくる話として、社内の懇親会だと職場の目がありますので、適正飲酒にとどまるということもありますけれども、その方が社外の昔からの友人と飲んだときには多量飲酒しているというパターンもあります。一緒に飲む相手の影響というのが結構あるなと思っておりますので、メタボのように、多量飲酒は改善が必要というイメージが社会に広まると減酒につながるのではないかと感じております。

それから次が、たくさんあって申しわけないですが、改善に期待している点なのですけれども、自己管理に使える社会資源が今は少ないのではないかとこのところを課題として感じております。ここに挙げた表は、体重管理と飲酒量管理の比較で少し挙げさせていただきました。体重管理の場合ですと、測定ツールとして客観的で、普及していて、簡単な体重計というのがあるのですが、飲酒に関しては測定ツールが、飲酒日記はあるのですけれども、主観的ですし、普及はなかなかしてなくて、どうしても手間がかかるというものになってきます。また、商品を見たときに、体重の管理ということで行きますと、カロリーの表示とか糖質の表示というのがかなりなされるようになってきましたので、そういうところは使えるのですけれども、飲酒には度数の表記しかないのですね。これがドリンク数の表記であれば使えるのではないかと思います。ドリンク数の表記がないために、こうやって計算すればいいんですよと言っても、現実には自己管理のハードルがかなり高いなど、ここは結構問題ではないかなと感じております。こういうところはドリンクがあるとかかなりやりやすくなるというのは感じております。

それから、関連の産業というところでは、特にメタボの話が来てから体重管理のところは、かなりダイエット産業ですとか低カロリーとか低糖質の商品普及してきましたので、こういうものはやりやすくなる方向に来ているのですけれども、そういう意味では、お酒のほうに関してもノンアルコール商品がふえてきたというのは比較的飲酒量を減らすほうには役に立ってきている、ふえてきた資源ではあるかなと思っております。

それから、知識ということで、体重管理というところで行きますと、テレビなどでダイエ

ットの番組はよくありますし、肥満には悪いイメージがあると思うのですが、飲酒のほうに関しては、飲酒に肯定的な印象を与えるような番組ですとかCMという方がどちらかという目立つのではないかと。そして、社会も多量飲酒者にどちらかという寛容な環境にあるのではないかと思います。ですので、保健指導をしたときにそれが生きてくるためには、先程の商品の表示の改善とか、実生活で活用できるような社会資源が充実してくることに期待しています。

あとは、啓発週間に合わせて公的な機関から無料のツールとかグッズのようなものが提供されていると、職場での保健指導にも使えると思います。例えば他県でどれくらい使ってよいかわからないのですが、沖縄県の「健康沖縄21」の飲酒カレンダーアプリがスマホ用にありまして、これはかなり面白いですし、使いやすく良いツールだと思ったのですが、こういうものがふえてくると良いと思っております。

最後に、きょう私のところで御紹介した取組例というのは職域の中でもかなり特殊な例ということをお願いいたします。この図は何かといいますと、従業員規模別に民営の事業所数の割合を示したものになります。産業医の選任義務というのは、50人以上いるところからあるのですが、それは民営事業所の全体の2.8%の事業所数という、かなり少ないところになりますし、きょうお話ししたような話は、大企業ということになりますと、さらに少ない、300人以上の、全体の0.2%未満の事業所での話というかなり特殊な話になってくるのかなと思います。ですので、こういった大多数の小規模の事業所の在籍者の方も活用しやすいという方法となりますと、先程の商品のドリンク数の表示のような自己管理に使える社会資源が充実して、社外の資源が充実してくることに期待しております。

以上になります。

○杠座長 西浦様、どうもありがとうございました。大企業で、アルコールにかかわらずいろんな生活習慣の問題を抱えている従業員の方いらっしゃると思いますが、アルコールについてもしっかりした取組をされているということがわかりました。中小企業の実態についてもちょっと触れていただきました。どなたか御意見、御質問ありますでしょうか。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 ドリンク数の表記という話がありましたけれども、私の知る限り、オーストラリアは既にラベルにドリンク数が書かれているのですね。このような酒のラベルにいろいろ書いてありますね。例えば未成年者の、お酒は飲まない、飲酒は20歳になってからというのかもしれませんが、ああいうたぐいのものというのは基本的に、エビデンスから言うと、メーカーの方々の姿勢を示すということはあると思いますが、あれがあるからといってお酒の量が減るというエビデンスは今までほとんど何もないのですね。

ただ、今回のドリンクの話はちょっと話が別で、むしろそれを使って保健指導していこうということですね。

○西浦参考人 はい。

○樋口委員 そのようなものは恐らくエビデンスとしては余りないですけども、でも、ただ単にそこに何かぺたっと張ってあるものよりはいろいろなものに使える可能性があるのではないかと思いました。感想です。

○杠座長 ありがとうございます。ほかにどなたか。

田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 私も、今の社会が余りにも飲酒に寛容だと、企業内の飲酒文化を変えるのは大変だというのが認識の基本にあります。他方で、適切な飲酒指導が必要な若年層の機会的な大量飲酒という問題はある、こういう問題と、日常、継続的に飲む人の適切な飲酒量という問題では、この分野の議論だけではなく、普及・啓発のところでも、やはり全く飲まないほうがいいゼロ査定の人と、1合単位の人と2合単位の人と3合単位ぐらいの人がいるということです。私、先ほどの御意見を聞いて、製品に星1つとか、星3つとか、ブランクの星だとかいろいろつく日常の指導でもしやすいなと、そういう連想を持って、普及啓発のほうで生かせる御意見をいただいたと思いました。

以上です。

○杠座長 ありがとうございます。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 私も、酒瓶にドリンク数が表示されると、1本を何日で飲んでしまうかと考えたら、1日のドリンク数の計算がすぐできます。すごくおもしろいし役立つと思います。また、先生は職域の指導をかなりきっちり位置づけられて、とてもわかりやすかったです。私も職域でいろいろやっていますが、最近は次のようなスタンスで取り組んでいます。エビデンスとして、日本の社会は年間4兆円を超える社会的損失をしていて、企業はそのうちの3兆円の損失をしていること、年間約3万5,000人がアルコールに関連して死亡しているので、少子高齢化の中の労働力を大事にしていく必要性を考えるとアルコール問題に取り組むことは企業のためでもあり、従業員のためでもあるので、産業医はアルコール対策に取り組んで欲しいというアプローチを最近はしています。西浦先生はどのような視点で取り組まれていますか？

もう一点は、日本医師会が認定産業医の研修に取り組んでやっていたのですが、その中にアルコール問題対策が入ってないのです。メンタルヘルスは入っていますが、その中に産業医が取り組むアルコール対策を研修プログラムに加えるのはとても大事だと私は思っていますが、先生はどのようにお考えでしょうか？

○西浦参考人 アルコールに関しては職域でそういった取組が産業医の中でも高まるというのは大事だというのは感じています。というのも、学会に行っても、どちらかという活動がメンタルヘルスにかなり持っていかれているというのが現状でして、やはりお酒の話題が相対的に占める割合というのはかなり小さいところに追いやられていると思いますので、なくならないように継続してやっていくというところでそういった研修といったと

ころは大事な点だと私も思います。

○杠座長 松本委員、お願いします。

○松本委員 前回からの宿題でもあるのですけれども、委員から日本医師会が行っている産業医学講習会にアルコール関連問題の講義ができないかというお話なのですけれども、できなくはないです。できなくはないのですけれども、現実には日本医師会の産業医学講習会は、その受講によって労働安全衛生法に基づく労働衛生コンサルタントの筆記試験免除というのがございまして、それには必要なカリキュラムというのがもう決められております。そこにアルコール関連問題というのが入っていないものですから、カリキュラムを組んでいくときにそれを入れるというのは非常に難しいです。

ただ、産業医の研修会というのは都道府県医師会、あるいは郡市区医師会でも行っておりますので、その中で組み込んでいくということは可能でありますし、昨年度もそのように行っているところもございます。それほどたくさんではないのですけれども、現実には行っているというのがございます。

○杠座長 ありがとうございます。正式にはなかなか難しいけれども、少し工夫をして組み込むということはできるということですかね。

○松本委員 そうですね。

○杠座長 ありがとうございます。時間もございますので、次に進みたいと思います。また御質問があれば最後に少しお受けしたいと思います。

最後に、アルコール依存症の専門家としての立場から、本ワーキンググループの委員で、関係者会議の会長でもいらっしゃいます国立病院機構久里浜医療センター、樋口進委員から、本来なら、医療については次回の第3回のワーキンググループで議論を行うことになっておりますけれども、日程の都合上、本日御発表いただきます。それでは、よろしくお願いたします。

○樋口委員 時間をいただきまして、ありがとうございます。「専門医療の向上に向けて」ということです。そもそも専門医療とは何かということですが、明確な定義はありません。専門的なアルコール依存症、対象はアルコール依存症ですが、アルコール依存症のきちとした治療プログラムを持って治療している、そのことを専門医療と言うのだと思います。

この専門医療にかかったほうが、そうでない普通の専門医療でないところに比べると治療の効率がいいと考えられている。それから、我が国にこの専門医療がどのくらいあるかということについては、かなりいろんな数字があって、明確なものはないです。今、厚生労働科学研究の一環として、その状況を調べているという状況であります。

次の2ページに参りまして、きょうの内容ですけれども、簡単にこのような内容について触れたいと思います。まず、「早期発見・早期治療導入」ですが、これは3ページです。これは誰も大事だと考えていると思うのです。一昔前は、アルコール依存症は底をつかなければ、つまり、とことん下に落ちなければ治らないということでしたけれ

ども、今ではそうではなくて、できるだけ早くに専門医療に治療導入しましょうというのが考え方だと思います。

その際に、何かのシステムがあるとより一層、早期発見・早期治療導入がいいのではないか。例えば、先ほど福田先生の話にあったみたいな健診から専門医療に行けるようなパイプはないだろうか。あるいは、後で話しますが、医療の連携から早期治療導入ができるようなシステムが何かできないだろうか。あるいは相談事業ですね。例えば家族とか御本人に対する地域での相談事業を拡充して、それから専門医療につなげられないだろうか。その他、このようなことを推進していくためには、恐らく、国民に対する啓発が必要で、専門医療に行くことによって治療がより効率いいということを知っていただくことが必要かもしれません。

研究は、これはどのぐらいの意味があるかわかりませんが、バイオマーカー技術の向上とかスクリーニング技術の向上が必要だと思います。バイオマーカーについては、昔からγ-GTPというのがバイオマーカーとして使われていますけれども、それを超えるものというのはほとんど出てこないという状況ですので、そのあたりの研究がさらに必要かなと思います。

次のページへ行きます。「アルコール依存症者の治療ギャップ」。これは、済みません、外国からの文献ですけども、このような単純な文献さえ日本にはないということであり、これは精神科の病気を持った方々ですが、どのぐらいの割合で医療を受診するかということです。統合失調症が一番医療を受診する確率が高く、18というのは実は逆に、100から18を引いた人たちが医療にかかるという意味ですね。ですから、82%が統合失調症にかかる。それに対してアルコール使用障害は、ずうっと一番右に行くと、わずか8%しか、このデータではかからないということです。これだけアルコールの問題に関しては治療のギャップがあるということですね。

次の5ページ、これは私どもが行っている厚生労働科学研究の中から尾崎委員がデータをまとめてくれたものですが、アルコール依存症の障害経験、あるいは減少がある方々が過去1年間の間にどのくらい医療機関を受診しているかということです。見てみますと、例えば一番左のアルコール依存症は、生涯、つまり、今までの中でどこかにアルコール依存症であった時期があったという男性の場合は、赤いバーで見ると、過去1年間に医療施設を受診している人が85%以上いるのです。つまり、彼らは病院を受診しているのだけれども、専門医療に行っていないということが如実に出てくるということです。

次のページに参りまして6ページです。ですから、紹介と連携というのは本当に大事だということですね。アルコール依存症の推計値が、平成25年度の厚生労働科学研究で109万人と推計されました。平成23年度の患者調査でアルコール依存症の診断で治療を受けている人の数はおよそ4万3,000人と推計されています。このギャップ、25人から26人に1人ぐらいしか専門医療を受診していないという、専門医療というか、アルコール依存症という名のもとに治療を受けているというギャップが非常に我が国でも大きい。この連携が必要

なことは明らかなのだけれども、どのようにして連携を進めていくか、これが最高に難しいところでは。

例えば個人・医療機関の努力。これは三重モデルがそうです。ここに猪野先生いらっしゃいますけれども、三重のモデルというのは、私の理解が正しければ、猪野委員が本当に一生懸命やっけていرونなところを説得してつくり上げたモデルなのですが、猪野先生がひょっとして手を引いてしまったら瓦解してしまう可能性だってなくはないですね。ですから、このようなモデル、大変すばらしいモデルなのだけれども、継続性ということに関してはどうなのだろうかということです。あるいは学会の協力を進めていけないだろうかということですね。内科・循環器学会とか消化器病学会とか、そういうところとアルコールの学会の関係ですね。それから、何か公的システムを導入してこれを推進していく方法はないだろうかということでもあります。このあたりについては、今のところ、どういうシステムがいいのかよくわからないところでもあります。

さて次に参ります。7ページですが、今度は治療の話です。これも情けないことに、こういう外国のデータを持ってこなければ説得力のあるものがないということです。これは2004年のEU諸国でさまざまなアルコール依存症治療の受療率を上げることによって防ぐことができる死者数ですね。有名なユルゲンレームという方が推計したのですが、一番左の薬物治療を見ていただくと、薬物治療20%、アルコール依存症の人を導入した場合に、二千数百人は死亡を免れる、40%の人を治療に導入したら1万人の死亡を防げるというふうに見えます。

そうしますと、右のMI/CBTというのは動機付け面接と認知行動療法ですが、これでも治療の率を上げていくとどんどんふえるし、それから、その右のBI、これは先ほど出てきたブリーフインターベンションですが、これも治療のパーセンテージをふやせば相当な死亡数を防げるということ。ですから、治療がすごく大事である、死亡を防げるということ。これは意味しています。我が国には、残念ながら、こういうデータはありません。

その次の8ページ、診断・治療の推進ですけれども、これにはさまざまありますが、基本的には、より研究を推進していただいて、いろいろなものをより明確にしていくという努力が必要なのではないか。

例えば治療目標に関しては、絶対断酒なのか、ある一定の方々は飲酒量低減というのもあり得るのかということですね。それから、診断に関しても、昨今、ICD-11、これはWHOがつくっていますけれども、2年後に出てくるこのICD-11とアメリカの精神医学会がつくっている診断の間には相当なギャップがあって、我々、一体どうしたらいいのだろうと、そのような問題もあります。

それから、薬物治療ですけれども、新薬の開発、それから有効な薬のコンビネーションのようなこともやはり必要だろう。それから、心理社会的な治療が一番アルコール依存症のメインですけれども、より有効な心理社会的な治療はないだろうか。あるいはコンビネーションをすることによって上げられないだろうか。このような研究が必要だと思います。

その次のページですが、私が知る限り、アルコール依存症に、あるいはアルコール多量飲酒の治療に関するRandomized Controlled Trial、つまり、エビデンスを提供した研究というのは非常に限られている。薬物治療だと2つしかないし、簡易介入、ブリーフインターベンションだと職域が1本、飲酒運転関係が1本で、過去何年かわかりませんが、非常に限られている。これを今後さらにふやしていかないといけないだろう。

その次のページに参りまして、これは少し前になりますけれども、私が厚生労働省の研究の一環として、アルコール依存症の専門治療施設、全部で9ですけれども、ここに入院した男性アルコール依存症者の臨床特性を調べて、それから3カ月後、12カ月後の治療転帰を調べた前向きの研究を行ったときのデータです。これは退院した後3カ月の転帰ですけれども、上のほうに、入院の治療プログラムをどれだけ受けたかということが出ています。下のほうは外来の治療をどのくらい受けているかというのが出ていますが、この結果で見ると、入院治療の受けた受けない、あるいはどのくらい受けたかという程度よりも、外来でのケアのほうが断酒により影響がありそうだということでもあります。

そこで、11ページの社会復帰のことですけれども、回復施設等についてはワーキンググループ3のほうに譲るとして、今お見せしたとおり、アルコール依存症の場合、外来治療というのはとても大事だと。ですから、外来治療をより有効に効率よくやっていくためには、やはり研究が必要なのではないか。より有効な外来治療のあり方は一体どういうものか。あるいは、今、アルコール依存症の患者さん、デイケアに随分通っていますけれども、このデイケアの有効性に関するデータは、私、見たことがないので、これに対する評価も必要なのではないかと思えます。

次の12ページです。家族相談。これも他のワーキンググループの議論に主に委ねられると思えますけれども、とにかく家族相談の機能の整備と拡充をすることによって患者さんの治療の導入がより進むだろう。それから、家族の方は多くの方が大変な思いをされていて、場合によっては暴言・暴力で悩まされていたりしますので、このような家族の保護に、あるいは適切な対応に寄与できるのではないかと思えます。

それから13ページに行きまして、「マンパワーの養成」であります。アルコールの問題にしても、依存一般に物すごく大きな社会問題であると誰しもわかっていますが、それを担う人たちの数は非常に限られています。このギャップが埋められると、医療にしても、予防にしてもさらに進むのではないかと思われます。

まずマンパワーの養成で、次のページをお願いします。学生に対する教育ですが、これは以前、尾崎委員がやはり厚労科研で、全国の学校、中学校と高校にアンケート調査しまして、飲酒、たばこ、薬物、それから、エイズの中でどれが一番よく実施されているかということ調査したときに、中学生も高校生もやはりアルコールが最もやられてないという現実がありました。それから、医師・看護師・保健師養成の教育の中にアルコールに力を入れてない学校が非常に多いと思われます。

教育されなければ興味も持てない。そのために、学生教育にアルコールをより組み入れ

ることができないだろうか。あるいは、医学部教育における必須化というのはいかなるだろうか。あるいは、小・中・高校における教育の重点化、このようなことはできないだろうか。これも、どちらかというところでの議論よりもむしろワーキンググループ1のほうの議論かもしれませんが、そのあたり、今成座長もここにいますので、また検討をお願いしたいと思います。

医師の養成ですけれども、実態ですが、これは私のかかなり印象が入ってしまっていて大変恐縮ですが、依存問題の大きさに比べ、従事する医師数は非常に少ない。これは先ほど述べたとおりです。依存を専攻しない精神科医は、依存の診療を嫌う傾向があります。ですから、一般のところのクリニックに行くと、「アルコール依存症、あっち行って」と、そのような感じにされがちですね。それから、依存を専攻している精神科医師は出世できない。依存を専攻している精神科医師は教授になれない。これも昔からよく言われています。現在、医学部の精神医学教授で依存を専攻しているのは1人だけです。80校以上ありますけれども。

このような背景から、依存に興味を持つ医師は育たないだろうと。研究に興味を持つ若手の医師は意外にいるのですけれども、こういう方々は民間の医療機関に勤めていて、公的研究助成の申請ができない状況になっていて、このあたりも大きなブロックになっているのではないかと。この状況をどう打開していくだろうかということですね。

16ページです。専門家の養成ですけれども、学校を卒業した後の研修事業の拡大も必要だろうと。久里浜医療センターとか、あるいは日本精神科病院協会、今、研修をやっています。今後、精神保健福祉センター、それから治療拠点機関、厚生労働省に指定されていますけれども、こういうところが役割を今後果たせないだろうか。あるいは、学会関連の研修事業というものもあっていいだろうということです。このような話も実際学会の中で出ています。

その前に、どうしても研修を拡充していくためには助成が必要なのではないだろうかということです。

それから最後に、依存症の治療拠点の機関です。これは昨年度から厚生労働省が始めた事業として、全国拠点機関と、それから各地に、今のところ5カ所ですけれども、拠点機関があります。この拠点機関の機能と施設数の拡充、それから治療の向上に寄与するような活動ができればいいだろうと。治療研究を推進したり、連携モデルを構築する拠点機関が中心になってこのようなことは進めることができないだろうか。あるいはマンパワーの養成の推進です。

この依存症の拠点機関に対して機能をさらに拡充させるということも大事かもしれない。治療以外も包含していくということです。そのためには事業費・研究費の増額が必要かもしれないし、拠点機関以外に、研究等を総合的に推進する他の何かのメカニズムが必要かもしれない。けさのワーキンググループ1のほうでも、各省庁からアルコールにまつわる物すごくたくさん、我々が余り目にしないようなデータが出てきているのですけれど

ども、すごく大事なデータなのだけれども、データが散逸してしまっていて、なかなか使えない。

あのようなものが1カ所にぼんとあって、それが絶えず使えるような状況になっていると、とてもいいだろうし、それから、先ほど話した医療機関がどこにあって、それが今どういう状況になっているかということ絶えずアップデートしてそれを提供するとか、そうすることによって大分進むのではないか。このようなことを治療研究と一緒に進めていくような何かのセンターのようなものがあればいいのかもしれないということです。

最後ですけれども、研究費に関してです。これは全く私の当てずっぽうで申しわけないですが、これは今回のアルコール健康障害対策基本法と同じように、アメリカでヒューズ法という法律が前にできていまして、このヒューズ法をもとにしてできたのが国立アルコール症研究所、NIAAAと言われているもので、NIHの中に入っています。これはNIHのさまざまなインスティテュートの中で一番小さいのですけれども、それでも、1ドル120円換算すると、研究所の外に配分している研究費が334億円、それから、研究所の中の研究費が98億円という桁外れのお金が出ています。

アメリカに行って学会に出ますと、アルコール依存症、アルコール関係の医者が2,000人、3,000人来て、物すごく活発に学会やっているところを見ると、いかに研究費というのは大事なのかということがわかります。我が国の場合は、アルコール関係の研究費全部合わせて、私はよくわかりませんが、1億円で満たないのかなと思います。このギャップが非常に大きいということです。

これで私の話、終わらせていただくのですけれども、2つだけつけ加えたいことがあって、今回の話の中に実は性別にかかわるような治療の特殊化みたいなことを、私、しゃべらなかつたのですが、女性は女性、若年者は若年者、高齢者は高齢者なりの治療の有効性を高めていくような活動、研究が今後必要なのではないかということと、それから、アルコール健康障害の中には臓器障害の問題、非常に大きいと思いますので、医療の中で、この臓器障害の課題のようなことについてワーキンググループの中で取り上げていただければと思います。

以上です。ありがとうございました。

○杠座長 ありがとうございました。樋口委員のほうからは、アルコール依存症治療を専門にしている専門治療施設の立場から、その現状、課題、それから要望というのを短時間で網羅的にお話いただきました。皆様のほうから何か御質問、御意見ありますでしょうか。

では、私のほうから1点。最近、研究の中で転帰調査というのが余り大々的には行われていないようなのですが、この辺、1980年代ですか、かなりいろいろ行われたときは、依存症で退院して2年後の断酒率が2割とかいう、それ以降のデータが余りないのですが、最近はどのようになっていますでしょうか。

○樋口委員 転帰調査、少ないです。私の知る限り、結構信頼できそうな転帰調査という

のは今まで、10には行ってないですけども、6か7つぐらいあるのですけれども、それはかなり昔にやられたものです。今、久里浜医療センターの中でかなりきちとした方法で転帰調査をやっていますが、転帰調査を明確に行われなければ治療の効率も評価できないということがありますので、このあたりはとても大事だと思います。

○杠座長 ほかに。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 私もアルコール専門医療に取り組む精神科医の一員ですが、アルコール性臓器障害の治療に取り組む内科系の先生方とおつき合っています。、内科系の先生方でアルコールを研究したり、アルコール患者を主体的に取り組もうとしている先生方が社会的な評価を受けていない現状にあると思います。精神科医だけでなく、内科系の先生方も辛い思いをしながらやっていると私は肌で感じています。そういう先生方がもっともっと評価されて、研究費もしっかりもらえるようなシステムができれば、アルコールに関心を持つドクターは増えていくと思いますし、連携のシステムももっともっと整備されていくと思うのです。

そういう意味で、今、樋口先生が指摘された研究の問題は重要と思います。アメリカのNIAAAと比べてそれこそ格段の差がある日本の研究体制は何としても変えていかなければいけないと思うのです。久里浜医療センターではいろいろ先駆的なことをやっていますが、「予防から治療まで、基礎から臨床までの研究」ができる日本総合アルコール研究センター（仮称）のようなセンターを久里浜医療センターにつくっていただいて、医者がもっともっと元気よく活動ができるような研究体制をぜひ作っていただきたいと思います。

アメリカの基本法ができたのは1970年なのですが、アメリカで基本法ができて一番変わったのはNIAAAができたということなのです。そこへすごいお金が投入された、予算が投入されたということで、非常にアルコール医学をリードしている現在のアメリカの姿があるので、日本もぜひこの基本計画の中にこの点を一番重要な部分として盛り込んでほしいと思います。

○杠座長 ありがとうございます。アルコールのAの字がつくと、患者さんのほうも、治療者のほうも社会的評価が低くなるというお話ですね。ほかにどなたか御意見ありませんでしょうか。

田辺委員、お願いします。

○田辺委員 これは相談のほうとも関係するのですが、相談を受けてつなぐ専門的な医療機関が地域にないと相談も活発になかなかできないのですね。社会資源の中の特に医療機関が重要で、厚労省のほうで拠点病院、全国で今5カ所程度想定されていると思いますけれども、それでは当然足りないのです、さらに地域の中の専門治療プログラムを持っている依存症の病院をどのようにふやしていくか、あるいは、そのために拠点病院をどう活用するのか、今後どのような地域のシステムの中で、身近に居住しているところで診療を受け

られるような医療機関の紹介とつながぎをやっていくのかみたいなことで、もし現在の段階で方向性でもお話しできることがあったらぜひお願いしたいと思います。

○厚生労働省障害福祉部松崎専門官 精神障害保健課です。

御指摘ありがとうございます。先ほど御指摘のありました依存症の治療拠点機関の運営事業につきましては昨年度から開始したところですので、全国に5カ所整備させていただいて、3年間でその事業の成果を検討していくということを考えておりますので、今まさに動いている状況ですね。その結果を踏まえまして次の医療機関をどうふやしていくかというところにつなげていきたいと考えております。

○杠座長 田辺委員、お願いします。

○田辺委員 ちょっと追加ですが、公的な相談機関は、指定、あるいは認定された依存症を治療できる病院であるなど、何かの基準をクリアしたなどのものがないと、なかなか病院を紹介しにくい。特にわが国はさまざまな精神科の専門治療というのは民間病院に依存している現状ですから。それで、ある地域の中でネットワークができていて、それが依存症対策を担う医療機関であるみたいな、お墨付きと言ったら変ですが、そういう何らかの認定された基準だとか。

午前中、別のワーキンググループで、三重県の猪野先生のところが飲酒運転に関する対策で、そういう違反者を診る指定医療機関みたいな形の制度をつくったという御報告があったのですが、そういうものがないと、相談したときに「どこかいい病院を紹介してくれ」なんて言われるような家族ってたくさんおられると思うのですよね。荒川のほうでもきっとそういう苦勞をされていると思うのですけれども、何かそういう方向に進められるようにしないと、地域の依存症プログラムを持つ病院があつて、そしてそこにつながればいいという構造がつくられていかないとと思うのですよね。ですから、そういう地域対策を厚労省主導で都道府県におろして、そのような地域対策としても展開するということが必要ではないかと思ひます。

○杠座長 ありがとうございます。ほかにどなたかいらっしゃいますか。

今成委員、お願いします。

○今成委員 私は、教育と誘引防止と飲酒運転のほうのワーキンググループの座長をしているのですが、今回もオーバーラップしたものが非常にあつて、参考になりました。

1つ、かなり初歩的な質問をさせていただきたいのですが、専門医療ということで、専門医というふうにアルコールの場合になってないと聞いたのですが、専門医制度をつくるという方向はないのか、それから、あるとしたらどこが認定するものなのか、教えていただきたいのですが。

○杠座長 樋口委員、お願いします。

○樋口委員 普通、専門医を認定するのは学会が認定します。ですから、学会がつくった任意のものでいいですね。アルコール依存の場合も、アルコール関連学会で専門医をつくらうではないかということで話が前に進んでいたのですよね。私がおの担当だったような気がする

のですけれども、しかし、新しく機構ができて、そちらのほうがかなり条件がしっかりとした専門医というのが今度できるので、その専門医と協調しながら専門医を考えていかなければいけないので、少し経過を見ていかないといけないというのが今の状況だと思います。

例えば久里浜医療センターで前々から1週間の研修をしていて、その場合、卒業生がいるのですけれども、その人たちには専門医という名前ついてなくているのですけれども、ですから、そういうものとはまた別途に考えていかなければいけないのか、あるいは全部統合して、もう少し総合的なものをつくっていくのかについては今後の議論だと思います。

○今成委員 ありがとうございます。素人から考えると、きちんと専門医と認定されているとまたそこで意味が変わると思いますので、ぜひ検討していただきたいと思います。

それとあと、ブリーフインターベンションとその後のRTを入れたSBIRTをどうやって広められるのかという検討をぜひこのグループでやっていただきたいと思っております。

○杠座長 ありがとうございます。

時間もありませんので、次に進みたいと思います。また時間が余ったところで御議論いただければと思います。

それでは、議事の「(2) 地域・職域における保健指導等について」に入りたいと思います。前回の議論の内容をまとめた資料2について、事務局から説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害福祉部松崎専門官 資料2をごらんください。こちらは、前回までの議論を踏まえ、事務局で現状や課題、問題点を整理したものです。今回の第2回ワーキンググループでは、先ほどのヒアリングも踏まえまして、委員の皆様方に健康診断、保健指導についての現状、それから課題・問題点について御議論いただければと思います。

○杠座長 ありがとうございます。それでは、まず「(1) 地域における保健指導での減酒支援の普及」のところから始めたいと思いますけれども、何か御意見ございますでしょうか。先ほど今成委員ご指摘のSBIRTのところでございますが。

田辺委員、お願いします。

○田辺委員 切り口の意見なのですけれども、先ほど産業保健のほうで御提案あって、確かに私、西浦先生のおっしゃった部分がアルコールの使用量で早期に介入するというのが、全体をやると、過少申告でしたか、ああいう問題が起きたり、やはり職場を失っては困るということで、なかなか問題あるということなのであれば、地域という切り口もある。逆に言えば、いきなり地域から排除されるというものでもないもので、そういう早期介入は地域保健のほうが可能あるのかなという印象を持ちました。

○杠座長 ありがとうございます。幅広くスクリーニングをしたときに職場では過少申告をするので、余り信頼性がない。一方、地域のほうでは、ある意味、正直に書きやすい。そういう意味で、正しい自己申告がされやすいので、地域の方が次の介入につなげやすい場であるということですね。

ありがとうございます。ほかにどなたか。

スクリーニングといいましても、どのようにやればよろしいでしょうか。今の特定健診の中で、福田参考人のほうからお話ありましたように、いろいろ労力を使ってマンパワーを投入してAUDITまでやったケースもありましたけれども、そういうのが幅広くいろんな地域でできるのかどうか、何か御意見があれば。

○福田参考人 恐らくAUDITというのはとれるようになるまで習熟が要りますし、特にドリンク換算でひっかかりますし、実施しようとしても、どんなに短くしても10分ぐらいはかかるので、多くのところでは余り実際的ではないなあという気がします。ただ、標準的な問診とか質問票というのは大体基準として全国一律で使われているので、あれをもう少し工夫すればとか、大体ああいうものは業者がとってくれるので、現場の保健師さんの負担にはならないのでとか、それでいくと、飲酒頻度、週に何回飲みますかとか、「毎日」「時々」というのは余りにざっくりし過ぎているので、もう少し数値を入れることで、例えばAUDITの間1は週4回以上は4点という基準がありますから、あれを1問、全国的に聞くと、そこで週何回で4回以上でひっかかった人は恐らく相当高くヒットするというか、外れは少なくなるのではないかなあと。手間と率で考えると一番効率的なのではないかと感じています。

○杠座長 スクリーニングをやって、それから指導にまでつながる人がまたかなり少なくなってしまうのですが、その辺の工夫というのは何か考えられますか。

○福田参考人 やはり、教室をやって、来てくださいと言うとなかなか来ていただけないなあと思います。なので、現行でいくと保健指導というのは割と、押しかけるではないですけれども、ひっかかった人にこちらから積極的にアタックというか、接触できます。ただ、そこが15分とか20分とか、時間が非常に限られていて、検酒の結果の説明もしないといけない。血圧の話もしないといけない。そうすると、いかに短時間でお酒の話ができるか。本当にブリーフ、5分から20分とかよりももっと絞った、5分、10分でもできるような介入というのがあるといいのかなあとと思います。

もう一つは、協会けんぽさんとか全国規模で介入のツールを使っておられますけれども、それにそぐわないとなかなか、僕らがこういうのどうですかと言っても使ってもらえなかったりするので、その総本山というか、協会けんぽさん全体でこれをやりましょうみたいなところに導入できると一斉に広まるのかなあとも、妄想というか、考えたりしました。

○杠座長 猪野委員、お願いします。

○猪野委員 私たちの地域でも、スクリーニング・ツールをどうするかというので、CAGEを使ったり、AUDIT-C使ったりしています。今の特定保健指導では「飲酒量」と「飲酒頻度」は質問項目にあります。ないのは、「多量飲酒日の頻度」の評価がないだけです。AUDIT-Cで考えたら3項目で点数が出るので、もう一項目だけ増やすと特定保健指導の中に組み入れることが可能です。AUDIT-Cで「危険な飲酒」のレベル以下ならば、それ以上は質問せず、もし「危険な飲酒」以上の点数ならば、AUDIT全体を実施して、アルコール依存症の有無を判定することで時間を短縮して、しかも、今の特定保健指導を1項目ふやすだけで飲酒行

動について点数化できます。もっときちんと本人たちにも自分の飲酒行動の問題点が分かりやすくなるのですが、このような方法はいかがでしょうか？

○杠座長 AUDIT-Cまで入れると。そうすると3項目ぐらいで評価ができると。

○猪野委員 そうです。今の特定保健指導では2項目は聞いているのですね。だけど、全然生かされていない。聞いているだけなのです。だから、AUDIT-Cでもう1項目ふやしたら点数化できて、その点数が多いとかなり危険度が高いということになるので、有効ではないか。時間の短縮もできてと思うのです。

○杠座長 ほかにどなたかありますか。

スクリーニングのこともそうですし、介入するときも、それをどういう対象者にやるかということですね。実質的に特定保健指導、健診も、御本人の希望がないと受けてないというところがありますので、アルコールの場合はなおさら、御希望がないと、多分、御本人の動機付けがある程度はないとそれに乗ってこないだろうと思うのですけれども、そういうところを見込んでやるとすれば、スクリーニングの前のところから少し幅広く教育をした上でスクリーニングをやる、さらに保健指導をやるというのが相手の意向を尊重した形になりますが、そのほうが労力は少ないのではと思ったりするのですけれども、西浦委員のほうから、実際に職域でもそんなやり方を今されているようなお話だったので、何か参考になるお話があればお願いします。

○西浦参考人 私はもともと健康診断の事後措置でひっかかるような方をできるだけ多く捉えたほうがいいのではないかとこのところから入ったのですけれども、そんなに効果が、たくさんの人をひっかけたからといって減らしたいという人ばかりではないというのがよくわかったものですから、希望にしたほうが、特に効果がうまく上がる人たちがうまく来て、しかもその方たちの信頼関係もそのまま継続しやすいですし、長期にかかわりやすいということもありますので、できれば希望の人に絞ったほうが継続して続けやすい方法になるのではないかと、職域の場合はそのように考えております。

○杠座長 田辺委員、お願いします。

○田辺委員 職域の集団のスクリーニング、これは難しいというのはわかるのですけれども、ただ、健康な飲酒範囲であればこれは納税者になるわけですが、依存症の状態になってしまうと、休養したり、離職したり、福祉の対象者になるわけで、産業界全体としても早期に飲酒問題を克服したほうがいいに決まっているわけですね。ただ、個別のアクシデントとか、昔で言えば、アルコール問題、3Aとありました。事故があったり、アルコールのおいいつもさせているとか、運転手なのに酒気帯びだとか、そういう問題から個別の指導が入るときに産業医が絡んでいきますね。産業医がそのときに、そうなるとう依存症の治療が必要な人になると思うのですが、そういう人をケースアップして関わっていくことが産業医の資格更新の必要条件とか、そういうレポートを出すとか、そういう制度になると、一生懸命、産業医の方もやってくれるのではないかとこの気もするのですが、これは外側から見ての意見なのですが、先生の御意見はどうでしょうか。

○西浦参考人　そういうアルコール依存のことが疑われたときに関わらない人は産業医なのかというところがちょっと疑問に思うのですけれども、少なくとも私の周りの産業医は、そういうアルコール依存の問題が疑われる場合はそういうところにつながりというのが頭にあると思うので、それが、産業医といっても、私たちの場合は専属産業医ですけれども、例えば先程の中小であれば、月に1回、半日しかかかわれないという嘱託産業医、そういうところがメインのかかわりの先生の場合もありますし、そういうところによってまた考えが違うのかもしれませんが、少なくとも専属でやっている中でそういう問題がある場合に、全くそこに介入しないというのは余り産業医としては考えにくいのかなと感じています。

○杠座長　松本委員、お願いします。

○松本委員　産業医は日医認定産業医でございますので、更新に何でもかんでも条件つけるというのは余りにも、ちょっと行き過ぎだと思いますし、言われるのは結構ですけれども、現実をもう少し考えていただきたいと思います。

○杠座長　ありがとうございます。既に地域から職域のほうにお話移ってきておりますけれども。

猪野委員、どうぞ。

○猪野委員　今年の12月からストレスチェックが入ります。あの中にはアルコールは全然入ってないのです。でも、アルコールが絡む場合というのは自殺のおそれが非常に強くなってきますし、現実うつ病の治療はされているけれども、アルコールのことが全然治療されなくて、大変な状況のままになっている事例も結構あります。そういうことを考えたときに、今後、ストレスチェックのシステムにアルコールが乗っていけば良いと思います。ちょっと頑張ったら加えられると思うのですが、先生、どうお考えですか。

○西浦参考人　それは厚労省の方のほう詳しいかと思いますが、この間の学会で示されていた中には、アルコールの項目は問診票にはないですね。事業所独自の活動の継続性ということ考えた場合に、国の制度変更があると色々変更が入ることがあるのですね。例えば今回の特定保健指導が入ったときに、私のところで、例えばAUDIT-Cを入れようとして、実際に入れた初年度にそういうメタボ健診のことが入ってきた。そうすると、制度上一般的に使わなければいけない問診票に入っている項目との重複項目が生じると書く方の負担が生じますから、どちらかの問診に絞らなければいけない。これは自然なことだと思いますが、事業所独自の活動よりは、全体でやることが決まっているものを優先することになるのですね。ですから、継続して自分たちで工夫して色々変更したいものはそういった制度とは切り離して別に動かすという、私のあくまで個人的な考えですけれども、そのようなことを考えております。

○杠座長　厚生労働省労働基準局からお願いします。

○厚生労働省労働基準局　ストレスチェックを担当しております労働基準局のほうですけれども、ストレスチェックについては、その方が高ストレスかどうかということ判断しまし

て、高ストレスで必要な方についてはお医者さんに会っていただくという面接指導というのがその後についております。ですから、ストレスチェックをして、必要だという方は医師の面接指導という中でそういったことをお医者さんとして聞いていただいて、もしもアルコールだという話であれば、そこをつないでいくシステムということになっておりますので、そこは、ストレスの高い要因としてアルコール依存があるという方についても対応がある程度は可能なのかなと今考えております。

○杠座長 ほかにどなたかいらっしゃいますか。

田辺委員、お願いします。

○田辺委員 アルコール健康障害で休職、あるいは離職という問題がやはりあると思うのですが、休職中の人のデータとかいうのは出るものですか。アルコール依存症でなくて、アルコール関連障害でというのはデータみたいなのはとれるものなののでしょうか。社会的コストというのは、1980年代の6兆6,000億とかいうとき以来、アルコール問題の財務的な問題というのは余り出てないのですけれども、どうなのでしょう。アルコール関連問題というのはやはり産業保健で大事な問題だと思うのですね。随分それでお休みされている方もいらっしゃるような気もするのです。

○杠座長 これはすぐには出てこないかもしれませんね。事務局のほうで、そういうデータがあれば、今日でなくても、次回まででも、調べていただければ。

樋口委員。

○樋口委員 社会的コストは2012年に推計しています。今回も近くまた新しい推計値を出す、尾崎委員が出すとおっしゃっていますので、そのあたり、また出てくると思います。

○杠座長 松下委員、お願いします。

○松下委員 先ほど御指摘がありましたように、やはり健康教育だと思うのですね。希望する人を対象に保健指導するのであれば、ブリーフインターベンションするのであれば、そういった意識を持てるような状況に従業員の方をして、対象者にそういう気持ちになってもらうというところでの健康志向というのですか、それを育てるための健康教育。どういう健康教育がそれを高めるのかということではなかなかまだ明らかにされてないのかなという印象があるのですが、そこら辺、実際どういう健康教育というところで、アルコールに特化して教えていただければ。

○西浦参考人 健康教育ということだと、先程の若年の方と中高年の違いというものもありますが、若い人は異性からどう思われるかとか、また美容だとか、健康とは別のところに関心があったりしますから、そういうところだとか、あとは、トラブルといったことは比較的まだ関心が持たれるかなということで、そちらをターゲットにしたような教育にしていくとか。中高年の方はどちらかというと、体に何か出てきて、お互い健診を受けた後に話なんかしている人がいるぐらいですから、そういう健康のほうの方がより関心持ってもらう切り口としてはいいのかなという、そういう世代によつての受け方とかいうのはあるのかなと思っております。

あとは何か参加型でやるのが結構どこもいいみたいでしたので、飲酒日記みたいなのもそうだし、周りの方、職場の方が一緒にやると、やろうということになったり、お互いに話を飲酒のときにもしたりするみたいですので、そういう一緒にやれるツールを使ってパッチテストだとか飲酒日記みたいのをに入れていって参加型でやるというのは1つあるのかなというのは感じています。

○松下委員 ありがとうございます。

与儀さんのほうから、アルコールの健康教室というのですか、アルコール教室だと参加者が少ないというお話がありましたが、そこら辺が事業体と市町村では違うのでしょうか。健康教育の工夫の仕方のやりやすさというのがあるのでしょうか。

○与儀参考人 うつ病の講演会をやると人が入り切れないぐらいいらっしゃるんですね。その中でアルコールに触れていただくとかいう形ではPRができると思うのですが、アルコールを前面に出した場合だと、本当に受講する希望の人が少なくて、人集めにちょっと苦戦するようなことがあるんですね。

あとは、予防教育で言えば、学校教育の中で、今、薬物の回復者の話を入れていて、すごい熱心に子供たち聞いてくれるのですけれども、今後は、私の希望としては、アルコール関係も学校の中で担当の先生がお話をするだけでなく、本当にアルコール、いろんな問題を抱えているんだということで、若い世代に教育していくような取組が必要なのかなあと思っているのですが、そこは今できていないのです。

あと、回復者の話というのは、どれだけ辛い思いして回復してきたのかというプロセスを皆さんの前で語っていただくと、よくオープンミーティングで自分たちだけでやっているのが結構多いのですけれども、役所の中では一部、そういう回復者にお話をさせていただくということに関心を持っていただけるかなあとは思っております。

○杠座長 教育についてはワーキンググループ1のほうでまた考えていただければと思います。今、SBIRTの普及ということでお話をしておりますけれども、樋口委員からお願いします。

○樋口委員 先ほど今成委員のほうから、どのようにして執行率を高めていくか考えようではないかという話がありましたけれども、とても大事な視点だと思います。1つにはやはり実施方法、手法を検討していくのも一つの方法かなと。より短く、より有効なものをつくっていったって、それを評価して、エビデンスとして確立していくことをやっていくことによって、より広範にやってもらえる一助になるのではないかと。

杠座長のほうも、紙媒体ではなくてオンラインを使った方法とか、そういうものも積極的に今やっていますけれども、そういう何か手法そのものも少し改良していくようなことを今後検討していかないといけないのかなという感じがします。

○杠座長 ありがとうございます。手法によってスクリーニングもやり方が本当に簡単に幅広くできるということもありますね。ただ、御本人の動機がないとそこに至らないと。そこはまた教育の必要性、重要性というのがあるということになると思います。

人材の育成についてはいかがでしょうか。普及するために、今、現時点でネックの一つに人材の育成という問題があるようにも思うのですが、その辺についてはどなたか御意見ありますでしょうか。

樋口委員。

○樋口委員 これはやはり研修していくことだと思いますけれども、いろんなやり方があるのではないかと思います、今もいろいろなメカニズムで研修はやっているわけです。例えば肥前も研修しているし、久里浜も厚労科研の一環として研修していますし。だから、このような単発的なものではなくて、もう少しメカニズムとして研修ができるような、例えば市町村にしても、そのような研修がどこかで組み入れられるような何かそういうメカニズムができると大分数がふえるのではないかと思います。

○杠座長 猪野委員からお願いします。

○猪野委員 先ほど、私、久里浜医療センターに「予防から治療まで、基礎から臨床までの研究」ができる日本のセンターをつくって欲しいと話をさせてもらったのですが、SBIRTについても、このセンターが機能を果たして、そこにアクセスしたらスクリーニングツールがダウンロードできるとか、使い方なんかも研修ができる、そういう使いやすい、使い勝手のいいようなシステムが作られていったらもっと普及するのではないかと期待しています。

○杠座長 ツールの開発、介入技法の開発ですね。

○猪野委員 ええ。両方です。技法の提供を含めてアクセスしやすいようにするということです。

○杠座長 わかりました。

松下委員、どうぞ。

○松下委員 ちょっと保健指導から外れてしまうかもしれないのですが、今、看護の研究をやっています、精神科救急病棟を対象にナースに危険ドラッグの対応等について調べているのですが、私が驚いたのは、依存症病棟だったらもちろんできるかもしれませんが、精神科救急病棟であっても、その何割かは依存症の方なわけですのでかなり御存じなのかなあと思ったのですが、やはり知っていらっしゃらない。どうしてもとなったら、そういった依存症病棟に送るという手法は持っていらっしゃいますけれども、どうかかわったらよいかわからないという、これはちょっと私、危機的な問題かなと思っております。

先ほど医療機関として認定するといったお話が出ましたけれども、先ほど先生が言われたセンターだけでなく、久里浜医療センターとかそういったところ、数が余りにも少ないので、もっともっと本当に身近にある精神科救急病棟のスタッフがそういったことを研修できるチャンスができるだけ多いといいのかなと思いました。ちょっと話ずれましたが。

○杠座長 今の、専門医療の質の向上というところのお話になりますね。

松本委員、お願いします。

○松本委員 以前、肝臓の専門医の中でアルコール障害に詳しい先生がいないというようなお話がありましたけれども、いわゆる精神神経学会といますか、精神神経科を専門とする先生方の中でアルコール障害に関して深めるというような動きは全然ないのでしょうか。

○杠座長 樋口委員、お願いします。

○樋口委員 今からだと思いますけれども、しかし、今回この法律ができて、今プランニングの段階ですけれども、これは大きな後ろから押してくれる風になっているような感じがします。

○松本委員 先ほど、依存症を専門とする精神科医は云々のお話をされましたけれども、確かにそういう問題はあるのかもしれませんが、この問題にまず一番向き合うのは精神神経科を専門とする先生方ではないかと思えます。確かに産業医のことも言われました。内科を専門とするドクターが、専門にするわけではないですけれども、気にしていくというのも大事だと思いますが、まずは啓発のためにも精神神経科の先生方に見極めていただくというのが一番ではないでしょうか。

○杠座長 ありがとうございます。

そろそろ時間も参りましたので、本日の議論をこれで終えたいと思います。本日、活発な御議論をいただきましたけれども、この会で整理票を作成することは困難ですので、内容につきましては一旦座長預かりとさせていただきますと思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○杠座長 了解いただいたということで。

また、本日、皆様に御議論いただきました健康診断及び保健指導については整理票をまとめまして、6月12日の第7回関係者会議に報告する予定にしております。

では最後に、事務局から今後の日程等について説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害福祉部松崎専門官 委員の皆様、参考人の皆様、どうもありがとうございました。

次回のワーキンググループは、当初、6月26日とアナウンスさせていただいておりましたが、委員の皆様のスケジュールを拝見いたしまして、関係者会議と同日の6月12日に変更させていただきました。6月12日(金曜日)13時から15時、会場は内閣府を予定しております。場所は改めて御連絡いたします。

以上です。

○杠座長 どうもありがとうございました。

それでは、委員の皆様、参考人の皆様、本当にお忙しい中おいでいただき、また貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。これでワーキンググループの会議を終わります。