

アルコール健康障害対策関係者会議
相談支援・社会復帰・民間団体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
相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ
議事次第

日 時：平成27年6月26日（金）13:00～15:22

場 所：合同庁舎8号館（5階）共用会議室C

1. 開会

2. 意見交換

3. 議題

（1）参考人からのヒアリング

- ・全国精神保健福祉センターの依存症相談支援の現状（白川参考人）
- ・アディクション問題を考える会（AKK）の活動と相談支援活動の課題
（米山参考人）

（2）相談支援について

（3）その他

4. 閉会

○田辺座長 それでは、定刻になりましたので、「アルコール健康障害対策関係者会議の相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ」第2回を開催いたします。

委員の皆様、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。

初めに、事務局から委員の出欠状況と資料の確認などをお願いいたします。

○加藤参事官 事務局です。

本日このワーキンググループの委員の皆様は、全員御出席ということでございます。

本日はワーキンググループでの議論に際しまして、座長の指示によりまして参考人をお招きしておりますので、御紹介いたします。

最初に、横浜市こころの健康相談センター センター長の白川教人様。

AKK（アディクション問題を考える会）代表の米山奈奈子様。

後ほど御発表等をお願いいたします。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

資料1「相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ整理票」。

資料2「厚生労働省障害保健福祉部提出資料」。

資料3「全国精神保健福祉センターの依存症相談支援の現状」。これは白川参考人からでございます。

資料4、米山参考人からの提出資料でございますが、「アディクション問題を考える会（AKK）の活動と相談支援活動の課題」。

資料5、今成委員提出資料。

資料6、大槻委員提出資料。

参考資料ということで、アルコール健康障害対策関係者会議ワーキンググループ開催要綱。

以上の7点でございます。過不足、欠落等ございましたら事務局にお知らせいただけますでしょうか。よろしければ、事務局からは以上でございます。

○田辺座長 続いて、本日の会議の流れについて説明をお願いいたします。

○加藤参事官 本日は、相談支援を中心に行う予定にしております。前半は厚生労働省障害保健福祉部から保健所・精神保健福祉センターでの相談について御報告いただいた後、白川参考人、米山参考人から、それぞれの相談機関のお立場から現状や課題等についてプレゼンテーションいただきしたいと思います。

その後、いただいたプレゼンテーションや前回の議論なども踏まえながら、委員の皆様から御意見等を伺ってまいりたいと考えております。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、初めに精神保健福祉センターや保健所、そして市町村も今、相談に乗っておりますので、そこも含めまして全国的な相談状況あるいは依存症対策の概要も含めまして、厚生労働省から説明をしていただけるということでございますので、よろしく願いいたします。

○松崎専門官 皆さんこんにちは。厚生労働省精神障害保健課の松崎と申します。

本日、厚生労働省における依存症関連対策と、その中で特に相談指導について御説明させていただきます。

(PP)

今、資料を前にも映しておりますけれども、字が小さいのでお手元の資料も見ていただきながらと思います。

まず厚生労働省における依存症関連対策ですけれども、厚生労働省としては主に4本の柱を中心に対策を行っております。

本日のワーキンググループは主に①相談・指導が中心になるかと思っております。

まず相談・指導につきましては、精神保健福祉センター、保健所におきまして相談・指導を実施しております。後で市町村についても御説明いたします。現在、箇所数は精神保健福祉センターが全国で69カ所、保健所が490カ所となっております。

続きまして②人材育成ですけれども、依存症回復施設職員研修事業というものを平成22年度から行っております。こちらDARCやMAC等の依存症回復施設職員に対する研修を行っております。

今年度から精神保健福祉センター職員の研修事業ということで、こちらは主に認知行動療法を用いた治療・回復プログラムの研修を実施することとしております。

続きまして③地域体制整備としまして、昨年度から依存症治療拠点機関設置運営事業として、全国5カ所に依存症治療拠点機関を設置しまして、ここの中で専門的な相談支援も行っている状況です。それから、今年度から依存症者に対する治療回復プログラムの普及支援事業ということで、先ほどの②の認知行動療法を用いた治療回復プログラムと連動しまして、精神保健福祉センターにおきまして認知行動療法プログラムを実施するための経費を助成することを行う予定です。

今年度から通所家族対策支援事業としまして、こちらモデル事業ですけれども、全国5カ所の精神保健福祉センターにおきまして、依存症家族に対する認知行動療法を用いた心理教育プログラムを実施することとしております。

それから、調査・研究を行っております。

(PP)

1枚おめぐりいただきまして、こちらが保健所の説明になります。

まず概要ですけれども、設置主体は都道府県、指定都市、中核市、保健所政令市、特別区となっております。

法的根拠は、精神保健福祉業務にかかわるものとしては地域保健法と精神保健福祉法に基づきます。

財源は一般財源とされております。

精神保健に関する業務としまして、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、主に企画調整、普及啓発、研修、組織育成、相談、訪問指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援、入院及び通院医療関係事務、市町村への協力及び連携など、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を実施するとされております。

箇所数は先ほど申しましたように490カ所。

人員配置としては医師、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、医療社会事務員、精神保健福祉相談員、事務職等の必要な職員とされております。

相談や訪問支援の仕組みとしましては、相談については本人・家族等に面接・電話等により保健師・精神保健福祉士等の専門職が相談を行う。医師による相談の時間も設けられていることが多い。相談内容としましては、心の健康相談、診療を受けるに当たっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、認知症等となっております。

訪問に関しましては、本人や家族に対して保健師・精神保健福祉士等の専門職が居宅を訪問して支援。説明と同意のもとに行うことが原則となっているが、危機介入的な訪問等が必要な場合にも行われる。相談内容については医療の継続、受診相談・勧奨、生活指導、社会復帰援助、ひきこもりの相談、家族が抱える問題等となっております。

(PP)

続きまして、精神保健福祉センターになります。

概要ですけれども、設置主体は都道府県と指定都市となっております。

法的根拠は精神保健福祉法でございます。

財源ですが、こちら一般財源と、それに加えて補助金ですね。こちら特定相談等事業、これはアルコールも含まれるのですけれども、こちらが含まれております。平成27年度の予算額としては9,000万円で、補助率は3分の1となっております。

精神保健に関する業務としましては、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進を図るための総合技術センターで、内容としては主に企画立案、技術指導及び技術援助、人材育成、普及啓発、調査研究、精神保健福祉相談、組織育成、精神医療審査会の事務、自立支援医療及び精神障害者保健福祉手帳の判定業務などを行っております。

設置箇所は69カ所、人員配置としては医師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉相談員、事務職員等となっております。

相談や訪問支援の仕組みとしましては、こちら相談業務、精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑または困難なものを行うとされております。相談内容につきましては、こちら特定相談でアルコール、薬物となっております。また、心の健康づくり推進事業による相談窓口を設置している。訪問につきましては、一部のセンターにおいて訪問指導、保健所職員等に対する技術指導・援助としての同行訪問を行っているとなっております。

(PP)

続きまして、市町村になります。

こちら概要ですけれども、設置主体は市町村で、法的根拠は精神保健福祉業務に関するものとして、精神保健福祉法と障害者総合支援法となっております。

財源は一般財源で、精神保健に関する業務としましては、平成18年に自立支援法施行によりまして、市町村が精神障害者に対する相談支援事業を行うこととなりました。こちら内容としては企画調整、普及啓発、相談指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援となっております。

市町村数については1,718市町村となっております。人員配置につきましては、特に規定はございませんが、相談支援従事者研修の受講者、精神保健福祉相談員を配置することが望ましいとされております。

相談、訪問支援の仕組みとしては、精神保健福祉相談の実施については保健所の協力と連携のもとで地域の実情に応じた体制で業務を行う。相談内容につきましては、障害者総

合支援法の障害福祉サービスの利用に関する相談を中心に、精神保健福祉に関する基本的な相談も行っているとされております。

(PP)

こちら最後のスライドになりますけれども、先ほど申しましたように、いろいろな相談内容が含まれておりますが、特にアルコール相談件数に関してのみ抜き出したものになっております。数字は延べ人数になっておりますが、こちらから平成19年から平成25年までの相談件数をあらわしております、左から保健所、精神保健福祉センター、市町村。これは市町村と書いておりますけれども、東京23区も含まれた数字となっております。

こちら見ていただきますと、一番左の白いグラフの保健所が大体2万件ぐらい。少し数が減ったところもありますけれども、直近で1万5,000件となっております。精神保健福祉センターが大体3,000~4,000件ぐらいで推移しております。市町村に関しましては保健所と同じぐらいの数で大体2万件弱。直近で1万6,000件となっております。

精神障害保健課からは以上になります。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、今の依存症関係の厚労省の政策と各機関での相談状況につきまして御質問、御意見などありますでしょうか。

○今成委員 今、健診医療でSBIRTをかなり重点的に広めていこうみたいな体制があると思うのですが、そのSBIRTに関する研修というのは現状、行っていらっしゃるかということが1つ。

それから、一番最後のところでアルコールの相談件数。これは全国のを全部集めているということなので、数が多いのか少ないのか、少ないのかなという気もするのですが、こういうようなところで相談を受けられますということの広報をどのようにやっていらっしゃるかお聞きしたいです。

○松崎専門官 御質問ありがとうございます。

まずSBIRTの研修を行っているかという件につきましては、都下では行っておりません。それから、こちらの広報についてどういったことを行っているかということですが、一般的な依存症の普及啓発につきましては、ホームページでみんなのメンタルヘルスというサイトがございまして、こちらにおいて周知を図っているところでございます。

○田辺座長 中原委員、どうぞ。

○中原委員 今回の広報のところで現場の保健所での補足なのですが、例えばまず市町村広報とかにアルコール相談というか、要するに精神保健相談を毎週例えば何曜日の何時から何時まで予約制で行っています。そのところの内容に例えばひきこもりだとか、アルコールだとかいうことで少し書いた形で毎年年度当初には市町村広報にお願いしておりますし、あとは各保健所でそういうチラシをつくって、市町村の窓口だとか公民館、当然保健所そのものにもそういったものは置かせていただいております。あとは各保健所のホームページにも、ほかにもいろいろな保健所相談業務をやっていますので、相談業務

一覧という形で広報はさせていただいております。

○田辺座長 保健所としても市町村の相談窓口なども含めて大体広報する。保健所は保健所自体が広報して、市町村にお願いをするということですか。

○中原委員 私も細かいあれは市町村はわからないのですけれども、市町村と一言で、要は保健所での相談と言っても結局、例えば精神保健業務を保健所でどこまでやっているかというのは、保健所の先ほど説明がございましたように、要するに設置型でかなり全国的に違いがあります。それこそ都道府県型の保健所と俗に言われるものであれば、大体精神保健業務というのは保健所でやっているのですけれども、例えば指定都市とかになってきますと、中には精神の業務は全部それこそ保健センターと精神保健福祉センターにお願いしてあるとか、あるいは本庁一本で本庁の中の精神保健部門でやっていますという形で、非常にばらばらな窓口となっておりまして、都道府県型で、それこそ管轄の小さな人口10万ぐらいの市を抱えているようなところであれば、それこそ一緒になって市町村でもこういった相談ができていますよ、保健所でもできていますよということは一緒に広報できるのですけれども、そこら辺のそもそもの保健所での精神保健業務のあり方というものが結構、今、設置型によって差があるということで、中身は例えば東京都なんかの特別区の保健所になると、ほとんど精神保健業務というのは直接携わることはないようなお話もお聞きしております。

○見城委員 今の絡みでいいですか。

○田辺座長 ちょっと待ってください。保健所のタイプがいろいろあって、都道府県の保健所というのはまさに保健所の中に数が入ってきますね。それで政令市の場合は保健所がやっていない可能性があって、精神保健センターがやっている場合は精神保健センターに数が出てくるのですか。

○中原委員 そうなります。指定都市の保健所の設置の仕方も、それこそもともと各区ごととかに保健所を設置して、それこそ昔のままの保健所業務という形でやってあるところもあれば、横浜市さんとかもそうだったかな、政令指定都市1つに1保健所とかになっていて、それこそそこは精神保健福祉センターも逆に設置してあるので、まさに精神の業務についてはほとんど精神保健福祉センターでやっていることになるので、そうするとセンターのほうに上がってきたりだとか、本庁が精神保健業務をやっているところだと、逆に市町村での受けが物すごく多くなってくるとか、そういったことがこの数字の中には隠されているものがあるのではと思っています。

○田辺座長 見城先生、どうぞ。

○見城委員 御説明を伺っているとだんだんわかってきたのですけれども、ぱっとアルコール相談件数を拝見したときに、精神保健福祉センターががぜん低いわけです。それには特別な意味があるのかと思ったのです。相談に行くのに精神とついていて、最初からそこに行かずに、まずは保健所に行くのか、そういうことから少ないのかなとか、何か理由がもう一つ、まだ別にあるのかと思って今、御説明を聞いていたのですが、その辺はどうな

のですか。全くそういうことを関係なく、ただ数が少ないからここに来る数は少ないということですか。

○田辺座長 次の発表が精神保健センターの発表なのですが、白川先生もマイクを持っていらっしゃるし、その点だけ簡単に。

○白川参考人 このグラフなのですけれども、一見すると精神保健福祉センターが非常に少ないような形に見えてしまうのですが、ただ、精神保健福祉センターの数は69ですので、それで割っていただく。あと保健所も490で割っていただくという形になって、あと市町村を割っていただくという形になると、多分精神保健福祉センターが一番多い形になるのではないかと。計算していませんので、1カ所あたりはそうなるのだろうと、そのように思います。

○見城委員 了解しました。

○田辺座長 今成さんが御質問があったようです。

○今成委員 保健所ということで、愛知県の衣浦東部保健所が地域の連携をすることによって、すごく相談件数が上がっていったという話があったと思うのですけれども、あのような形で地域連携をやるというのは、保健所のある種、通常業務と考えていいのでしょうか。連携みたいなものも入っていましたね。

○中原委員 今それこそ地域保健法で言う保健所の逆に役割というのも、地域のコーディネーター役というところがありますので、そういった意味では衣浦保健所がやっていたような地域のネットワークづくりというのは、まさに保健所の役割です。ただ、そういった場合に結局、先ほど言ったように都道府県型なのか指定都市型なのか中核市型なのかで取り組みのやり方とか、そこの業務をもともと持っているかどうかというところの違いはあるのですけれども、そういったネットワークについては保健所が本来、逆にああいうやっていますというか、何に対してやっているかで愛知県の衣浦はアルコールという形でやりましたが、ほかのいろいろな形ではやらせていただいています。

○田辺座長 大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 最後の表でアルコールの相談件数が出ているのですが、全体の相談件数に対して何%ぐらいでしょうか。もしデータがあれば。

○松崎専門官 全体の数も出ているのですけれども、今、パーセンテージまではデータを持ち合わせていないので、また後日、御報告いたします。

○田辺座長 中原委員、どうぞ。

○中原委員 今ので、多分私が今、持っている直接アルコールが1万5,284の分ですね。これだと全国の相談実人数が約15万8,000、延べでいくと44万となっています。そのうちアルコールが1万5,000という形です。

○田辺座長 44万のうちの1万5,000ということですか。

○中原委員 これは延べのほうの数ですか。

○松崎専門官 そうなると思います。1万5,000を44万で割るということです。

○大槻委員 延べってどういう意味ですか。

○松崎専門官 相談件数の延べの数ということで、実際に同じ人が2回やったら2回とカウントされるという意味です。

○田辺座長 見城先生、どうぞ。

○見城委員 今までいろいろこの委員会に出席させていただいて、ひどくなる前の初期がとても大事だと思うのですが、初期の方が保健所に行くかということ、東京などの場合、周辺で何うとクリニックに行かれるのです。クリニックに行って、それから例えば保健所に行ってくださいとか言われた人がこの中に入っているのか、クリニックでそのままやめてしまっ行って行かなくなっている人もいると思うのですけれども、そういう一般の医療機関はデータがないのですか。

○松崎専門官 医療機関の相談件数ということですか。

○見城委員 そうです。

○松崎専門官 医療機関の相談件数は把握しておりません。

○見城委員 例えば医療機関に、周りではクリニックに行く方が多いのですけれども、クリニックに行ったら必ずこういう保健所なり、そこへ行くようにというようになっているのでしょうか。それとも、そのクリニックで引き受けて治療を始めるという状況ですか。そういう方たちの人数がここの中に入っていないということになりますね。

○松崎専門官 相談された方がどのように医療につながっていくかというのはケース・バイ・ケースなので、このようになっているというのは必ずしも決まったものがあるというわけではないと思います。

ちなみに把握している数としては、医療機関に受診された方の数というのは把握しておりまして、これは患者調査というもので把握できます。これが直近が平成23年度でアルコールに関しては4万3,000人です。先ほどの相談件数は中原委員からの数字をもとに計算すると、大体3.4%ぐらいになるみたいです。

○見城委員 ありがとうございます。

○田辺座長 数字が飛び交っているのですけれども、保健所の相談の延べ件数の中で3%強がアルコールの相談であるということで、その延べ数が1万5,000人ぐらいという概数で言えばそういうお話でした。

それから、見城委員の御質問で松崎さんが答えた4万3,000人というのは、アルコールのどういう数字でしたか。

○松崎専門官 これはICD-10でアルコール依存症と診断された方が医療機関にかかったものですので、入院外来を含んだ数になります。

○田辺座長 630調査ですか。

○松崎専門官 いや、これは患者調査です。

○田辺座長 年間ですか。

○松崎専門官 そうです。平成23年度の数です。推計値になります。

○田辺座長 4万3,000人が医療機関にかかったという数字でございます。

どうぞ。

○今成委員 規模を見るのに大事だと思ったので今、計算しました。精神保健福祉センターの数で割って年間1センター平均53.6件、保健所が31.2、市町村だと9.7という計算で合っていると思うのですが、例えばセンターで年間に53.6ということは平均してしまっていますが、結構少ないのではないかという気がします。

○田辺座長 そのほかございませんか。

私から1つだけ質問。相談件数のところで市町村の場合、先ほど東京都も市町村に入れていると言っていましたね。

○松崎専門官 23区も統計上は含まれているという意味です。市区町村、区も数に入っています。区だけ除くというのは技術上できなくて、同じ数になっているのですけれども。

○田辺座長 わかりました。

それと市町村の支援の場合、精神保健福祉法的な位置づけの精神保健相談もありますけれども、障害者総合支援法の例えば既にアルコール依存症という診断がつき、例えば単身生活で生活保護をもらって障害者総合支援法の枠の中で就労支援などを受けている。そういう中で相談支援事業所にいろいろ日々指導されたり相談を受けたりというのも、相談件数の中に入っている可能性はありますか。

○松崎専門官 それはアルコールの件数としてということですか。ほかの相談の内容もあるけれども、アルコールも含んでという意味ですか。

○田辺座長 これから医療につながる。家族や本人が困って医療につながるような相談というイメージが強いと思うのですけれども、ただ、障害者総合支援法で支援している相談というのは、既に断酒会とか行ったけれども、中断してしまったとか、また再飲酒してしまったとかいうことでの相談、指導みたいなものもこの中に入っていると考えていいですか。

私の質問は、こういうことでいつも問題になるのは、最初に家族がどこに行っていていいかわからなかった。相談をどこにすればいいのかわからなかったというのがたくさんあるのです。本人もどこに行けばいいのかわからなかったというのもあるかと思えますけれども、その割に上がってきた数字は相談をやっているということが多いのです。数的には相談が行われていることが多くて、ただ、相談の中身を精神保健福祉法的な相談ですとメンタルヘルスの相談で、これからどうしたらいいのだろうか、病院につなぐにはどうしたらいいのだろうかという悩みの相談が多いかなと思うのですが、障害者総合支援法の相談となると既に依存症の治療を受けた人とかが再飲酒していたり、拒否していたりという日々のかかわりも相談件数としてされたり、あるいは社会復帰に向けて就労中の方とかかわったことも全部相談支援に入ってきたりしているような統計のことはないのかなと考えたものですから。

○松崎専門官 そうですね。調査票自体を見るとアルコール以外にも社会復帰ですとかそ

ういった項目もあるので、そちらにカウントされている可能性はあるかもしれませんが。ただ、延べ人数なのでアルコールでもカウントしている可能性もあると思います。こうですとは今ははっきり言えないです。

○田辺座長 区別は混ざっている可能性が高いということですか。

○松崎専門官 延べなので、現場でどのようにカウントしているかというのは今、把握していないのですけれども、そのようにされている可能性も否定はできないと思います。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかにどうでしょうか。厚労省の事業の説明のところで。なければ松崎専門官、どうもありがとうございました。

引き続きまして、精神保健福祉センターの相談のところで、全国精神保健福祉センター長会常任理事・副会長代行の横浜市こころの健康相談センター長、白川教人先生に御発表いただきます。

○白川参考人 横浜市こころの健康相談センターの白川でございます。よろしくお願いたします。

まず、参考人としてお呼びいただいたことに感謝を申し上げます。

それと今回、2つの調査研究をもとに御説明させていただきますけれども、事業費並びに研究費を出していただいた厚労省に感謝を申し上げて、説明に入らせていただきます。

(PP)

これは先ほど厚労省からも御説明があったものになるわけですけれども、私どもの精神保健福祉センターでは、アルコール特化という形では相談を受けているわけではなくて、1つは複雑または困難例として受けているということと、あとはアルコール、薬物の特定相談という形で受けているということと、全般的な相談の中でアルコールの相談をお受けしていることとなります。

(PP)

こちら精神保健福祉センターにおける相談支援ということで、精神保健福祉相談をどれくらいのところをやっているかということなのですけれども、まず本題に入る前に修正をさせていただかなければいけないのですが、茶色い部分の14が実は17になりまして、47のところは48になるという修正を加えさせてください。移すときに作業途中のものを移してしまっただけで数が少ない形になってございます。

全体69センターでございますが、その中の全てが一応、精神保健福祉相談を実施しております。そのうち65のセンターが積極的あるいは現在維持した形で今後も続けたいという答えを出しております。

(PP)

現在、相談の中心となるものはどういうものかということになるのですが、精神保健福祉相談の中ではひきこもりと依存症ということで大体61センターずつ、総数としては同じになるのですけれども、特に重要と考えているという点においては35センターがひきこも

りが重要と考えておきまして、次いで依存症を31センターが重要という考え方で相談支援に当たっております。現在こういう形なのですが、今後どうなるかということになりますと、多分、相談の中心、一番重要なものになるであろうというところは依存症ということで各センター考えているようでございます。37センターが多分最も重要になるだろうということを言っております。

(PP)

こちら直しておかなければいけないのですが、67が69ということで、アルコール依存症関連の事業をどれくらいのところやっているかということなのですが、69センター中67センターが実施しているという形になってございます。

(PP)

その内訳ということになります、こちらにありますように相談に関しましては、アルコールの専門相談というものを43センターが実施しているということです。

(PP)

ここからは別の調査になるわけですが、26年度の全国センターの精神保健相談の内容に関するアンケートをとってございます。69センターなのですが、回収率は59センターからのもので回収率85.5%という形のものになってございます。

調査ですが、平成26年6月から7月にかけての平日の連続5日間ということで調査をしております。

(PP)

この5日間の相談の総数ということなのですが、3,539件ということで、1センター当たり平均大体60件を受けていることとなります。1件当たりの相談時間は大体31.5分という平均時間が出ております。対象性別ということになるのですが、54.3%が男性、女性が42.2%ということでございます。この数から年間の相談件数を予測しますと、20万1,975件という数が出てきております。

(PP)

タイプ別で精神保健福祉センターの相談方法を見ておきますと、こちらの政令市を持つ都道府県は電話相談、大体電話相談が多い形になりますけれども、政令市のほうは直接訪問しての相談というものがふえてまいります。

(PP)

全体を見ておきますと、電話相談が62%、来所相談が31%、訪問相談が5%ぐらいの形の内訳になってございます。

(PP)

タイプ別で精神保健福祉相談を見ておきますと、政令市を持つ都道府県が新規数が多い形で不定期の継続が減る形になってございます。

(PP)

どういう職種が相談に対応しているかということなのですが、精神保健福祉士と保健師

がメインで対応しているということになります。

(PP)

相談件数の中できちんとICDの診断がつくものが約半数ちょっと位おりまして、1,890件になるわけですが、そのうちでアルコールに関しましては5.1%がその相談に該当してございます。

(PP)

相談の内訳になるのですが、Nとしては536件となりますが、アルコールの相談は大体その41%となります。パーセントを全部足しますと100%を超えてしまうのですけれども、これはいくつかの依存症が重複することが多いので100%を超える数字になってございます。

(PP)

センターの各タイプ別に見てみると、政令市を持たない都道府県では一番多いのはやはりアルコールの問題がふえておりますし、政令市を持つところでは薬物に次いでアルコールの問題が重くなってございます。政令市でもやはりアルコールが一番頻度が高いこととなります。

(PP)

その数字を衛生行政報告例に準拠してみると、こういう形になるということで御理解いただきたい。

(PP)

精神保健福祉センターにおける依存症相談の現状ということなのですが、平成12年3月に出されました保健所及び市町村における精神保健福祉業務の通知がございました。これによって相談業務自体が市町村でやるという流れができて、精神保健福祉センターでは困難事例の相談を中心という形でシフトしたということもございまして、普通のアルコール依存症の相談支援が狭間に落ちたような印象を持っております。

(PP)

スライドとしては説明するものはこれで最後になるのですけれども、厚労省からも御説明がありましたが、精神保健福祉センターは都道府県政令市に1カ所設置されておりました。企画立案から技術支援、普及啓発、調査研究、精神保健福祉相談等々を行うとされております。しかし、各センター自体がいろいろな併設機能が全く違う形でありますので、かつ、その所管範囲とか人口、所管内の保健所数、保健センター数も大きく違うこともございまして、なかなか一律で論じられることではございません。それぞれの地域の状況とか社会資源の状況に応じて、依存症相談等の業務に幅を持たせて実施しているというのが現状でございます。

先ほど来、家族がどこへ行けばいいかわからないということがございますので、アルコール等依存症の相談支援の強化を考えるということであるとするならば、独自の窓口を開く必要性があるかと思われまます。

以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

資料の最後のほうには全国の精神保健福祉センターの併設組織なども書いてございますけれども、そのように一部、更正相談所と合併されているようなセンターもあるということでございます。

精神保健福祉センターの相談ということでもございましたけれども、先ほど来から市町村、都道府県、精神保健センターの相談というところで公的機関の相談状況がこれで大体出たわけでございますけれども、何か御意見、御質問ございましょうか。今成委員、どうぞ。

○今成委員 ひきこもりの相談が結構多いという話だったのですけれども、それは独自の窓口みたいなひきこもり相談みたいなものを立てているからでしょうか。それとも全体的なニーズが高いということでしょうか。

○白川参考人 ニーズももちろんあると思いますし、あと窓口を設けているというようなこともあるので、その部分がふえるということだと思います。そういう点からも、もしアルコール相談の強化ということであるとするならば、そういう面をきちんと出したものというのがいいのかなと思います。

○今成委員 そうすると、独自の名称をつけた窓口を置くとふえる可能性があるということですね。

○白川参考人 はい、そうだと思います。

○今成委員 もう一つお伺いしたいのは、1つの相談が30分ぐらいというデータが出ていて、そのぐらい丁寧にやってくださっているんだなというのはわかったのですけれども、逆に言うとどのぐらいの感じでやっているのか。実はセンターにうちから相談で回す事例があるのですけれども、電話が全然通じないと言って戻ってきてしまうというのがあるのです。なので電話がひっきりなしの状態を受けていらっしゃるという感じなのか、幾つかの電話でそこにいらっしゃるスタッフで受けているのか、どんな感じなのでしょう。

○白川参考人 それぞれのセンターで違うので、横浜なんかの話をする、日中は各区のほうでお願いをしているという状況がございまして、最初の相談を受けて、この時間は区なんですよということで区を御紹介するという形になっています。夜間は夜間の電話相談を持っていますので、そちらである程度の時間を決めてお受けする形になっています。

○田辺座長 電話相談の状況は各センターの規模によって、それから、持っているエリアによって対応は違うと思いますけれども、北海道の場合だと常時開いているところの電話という幅広い電話が1本。これは別に相談員張りつけですが、そのほかに相談受付電話というものが1本あって、それ以外にもセンターとしての電話があって、相談の受付電話とこの電話は常時誰かが対応するのですけれども、その2本は開かれています、それ以外になるとまたいろいろ別の業務の電話にも使うので、せいぜい2本がいっぱいいっぱいです。でも、それはアルコールだけではありませんので、ほとんどフルに何かの相談で埋まっています。

どうぞ。

○松下委員 ありがとうございます。

相談の内容といたしますか、内訳なのですか、リピーターといたしますか、フォローアップケースといたしますか、1回の相談で終わるというケースが何割ぐらい占めるのかということ、個人情報ですね。相談者にどこまで個人情報に値するところをお聞きされているのか。ケース・バイ・ケースなのか、それもセンターによって違うのかもしれませんが、お願いします。

○白川参考人 夜間の電話の話をするならば、こころの電話相談ということなのですが、聞く情報としてはどこでこの電話を知ったのかということ、性別、年齢、お住まいの区ぐらいまで、それ以上の詳しい情報は得ない形です。ですから当然、相談の内容で、その電話に関してはリピーターが非常に多いです。パーセントはすぐ出てこないですけども、リピーターの方は時間を10分とかいう形に区切ってお話を聞いて、そこで時間が来ましたのでということでお断りをしているという形になっています。

ちなみに夜間、昨年度は7,600件ほどあって、アルコールに関しては28件という数字でした。非常にパーセントとしては少ないような状況でございました。

○松下委員 そうしますと、アルコールに関する相談件数というのは1回切りが多いということなのでしょうか。ある程度保健所を紹介したりとか、医療機関を紹介したりということと終わる。

○白川参考人 すみません、そこまでちゃんと把握していないですけども、ただ、この件数自体は非常に少ないので、そんなに頻回にかけてきている方ではないと思っています。

○田辺座長 一般的な傾向ですけども、電話相談、メール相談は匿名性が保たれている相談が多いです。来所相談はもちろん個人情報を把握している相談であります。メール相談、電話相談は基本的に単回で終わることが多いと思います。来所相談も支援目的がありますから、その支援目的に到達するために家族が数回面接しないと変わらない家族と、ある程度1回の相談で、都道府県型のセンターですと県内の少し遠いところから来ていることもあるので、大都会のセンターとは違うので、なるべく1回で2時間ぐらいかかってもいいからいろいろな方向性を持たせて帰すというような形も多いかと思います。一般的な傾向ですけども。

ほかに御質問ありませんでしょうか。よろしいでしょうか。どうぞ。

○松崎専門官 この発表と関係なく、先ほどの私の発表で訂正がありますので、一言御説明いたします。

患者調査で、先ほど田辺座長から患者調査について1年間の数字かということで、そのようにお答えしたのですが、誤りがございまして、実際は推計患者数は調査日の当日に病院診療所を受療した患者の推計数ということで、1日の数ということです。お詫びして訂正いたします。

○田辺座長 ある観察時点で全国に何万人の患者がいらっしゃるかというデータですね。どうぞお願いします。

○今成委員 センターでSBIRTの研修をどのぐらいやっていらっしゃるかやっていたら、もしわかりましたら。

○白川参考人 すみません、ほとんどやっていないと思います。

○田辺座長 ちょっとわかりませんが、うちは少しやりました。

それでは、公的相談機関の現状についてはよろしいでしょうか。どうぞ。

○松下委員 結果のほうで、今後精神保健福祉相談で課題となるのが依存症ということで37という数字が出ているのですけれども、それに関してはひきこもりが27となっているのですが、ひきこもりに関しては相談の専門部門があって、特化した部門があって、依存症がこれだけ着眼されているのだけれども、ないというところがどうしてなのかということと、もしそれをつくるのであれば、今の財政といいますか、マンパワーでもつくれるものなのか否かあたりを教えてください。

○白川参考人 なぜ依存症のほうが目されているかについては、いろいろ今、薬物にしてもアルコール健康障害対策基本法にしてもできてきているので、多分、私どもも問題になるだろうなという認識を持って、将来的にはやらざるを得ないところかなと考えているということです。

マンパワーについてはそれぞれのセンターが限られた少ない人員で仕事をしていますので、新しいものを付加されるとなれば、どこかの仕事を削ることになってしまうので、もし本当に特化ということであるならば、それなりの人員の増加がないと新しいことはできないかなと考えております。

○田辺座長 よろしいでしょうか。

それでは、後の全体議論の中で個別のお立場からそれぞれ相談の問題、課題というのは御提案いただくとお思いますけれども、引き続きましてAKKの米山奈奈子参考人に御発表いただきたいとお思います。

○米山参考人 AKK代表の米山です。どうぞよろしくお願いたします。

このたびはこういった機会をいただきまして、ありがとうございます。

私のバックグラウンドは保健師として、東京都特別区で12年働いた経験があります。私が保健所で働いていたときにAKKという団体ができまして、本業以外でも精神保健に非常に関心がありましたので、参加して今に至っているということになります。

(PP)

AKKとは、1986年に精神科医の齋藤学氏が御本人、御家族、関係者に呼びかけてアルコール問題を考える会として設立した団体です。その後、薬物ですとか摂食障害ですとか、いろいろな問題が基本的なところは根っこは同じなんだということから、アディクション問題を考える会ということで名称を変更いたしました。

それで私たちの会はアルコール依存症の御家族の方、特に妻の立場の方が多かったのです。その方々の悩んでいらっしゃる、困っていらっしゃることをいろいろ聞いていくと、それがDVという問題として名づけられるようになりました。そして、大体は問題が一段落

している方が多かったのですけれども、そういった方々のためにもっとサポートできるものがないかということで、AWSシェルター、AKKウィメンズシェルターとってDV被害女性のための民間シェルターを設立して、10年活動したというような経験もございます。

私たちの会の目的は、会則に書いてあるのですが、アディクションという病気の本質を体験者の立場から世の人々に伝え、問題の渦中にある人々の相談に応じるとともに、各地域の行政・医療・福祉・教育・企業がアディクション関連問題にどのように対応しているかを検討し、もってこの疾病の予防を促進することを目的とするというようなことになっております。

(PP)

会員数、任意団体ですので年会費を払っていただいている会員が現在は約200人おります。設立したときから徐々にふえていった時期もあるのですが、今は減っております。

活動内容は、自助グループとしての相談例会というグループミーティングです。それから、会員が答える電話相談。これは都内にマンションの一室を借りていまして、そこで電話を受けております。それから、一般市民向けの市民講座ですとか、連続講座などの教育的な事業、それから、交流を目的としたセミナーなどを行っております。

運営方法は、ここにあるとおりです。顔を合わせて行う会議と、メール等で常時連絡をとり合うというものでやっております。特に私、現在秋田におりますので、なかなか毎月の会議などに上京することができず、全て手弁当でやっておりますので、こういった方法をとっております。

財務ですが、一番私どもを悩ませているところです。会員の会費、講座を開催したときの参加費、そして開設してから十数年は市民講座でいろいろな方にゲストとして来ていただいて、講演をしていただいたりしてございましたので、それをもとにした書籍を発行しております。その売上金などが少々あります。それから、献金、いろいろな新しい事業をやりますということを民間団体にアプライしまして、助成金を多くはないのですが、いただいたものなどで賄っております。現在、電話相談員の方はもちろん皆様会員の方たちですが、全て無給のボランティアです。交通費だけお支払しているという状況です。

(PP)

AKKの活動の特徴ですが、私たちはそれぞれ対等な関係で活動に参加するということです。支配・被支配の関係にならない、平場の関係を非常に重視しております。そして、当事者以外の方、専門職の方もいらっしゃいます。それから、会員の方は当事者意識を大体皆さん持っていらっしゃいます。どういう立場であれ、アディクション問題を他人事ではなく、自分の問題として捉えて参加しているということです。

それから、私たちの活動は単に個別の相談あるいはグループの相談だけではなく、いろいろな自助グループがありますので、そのグループをつなげるというような役割も積極的にとっています。私たちの会のメンバーには例えば摂食障害のNABAというグループがありますが、そのメンバーの方とか、AAメンバーの方とか、断酒会メンバーの方とか、いろい

るなホームグループを持っていらっしゃる方が多数参加していらっしゃいます。

(PP)

私たちの相談事業は、こういった形で行っております。個別の電話相談と、相談例会と
いってグループで行うものです。電話相談はAKKの電話は2本入っています。そして1本は
相談専用に使っています。1本は事務等の連絡に使っています。そして、相談電話の7割
は傾聴、ただお聞きするだけでおさまるようなお電話で、3割は情報提供をする。どこに
相談窓口がほかにあるか、公的な相談機関ですとか、あるいは医療機関を知りたいといっ
たような事柄です。相談例会のほうは全国13カ所で、それぞれ会員がファシリテーターを
しております。

(PP)

電話相談の特徴ですが、会員である相談員が先行く仲間として今、悩んでいらっしゃる
御家族のお話を聞くというコンセプトで行っております。相談員の方もさまざまな背景を
持っていらっしゃいますが、相談を受けることで勇気づけられている。相互にエンパワー
されるという構造があるかと思います。

(PP)

AKKの相談員は、はっきり言いまして素人です。なぜこういった相談をできているのかと
いいますと、依存症の御家族としての医療機関で受診された経験がある、サポートされた
経験がある、御自身が患者教育を受けた経験を持つ、あるいは自助グループを経験してい
るということが多いかと思います。また、当事者、御家族ではないのですけれども、いの
ちの電話などの相談員の経験を持って、ボランティアに参加しましたという方もいたっ
しゃいます。皆さん非常に手弁当でもこういったことを担っていただけていらして、意欲的
な方が多いかなと感じております。

(PP)

AKKの電話相談の概要ですが、相談日、最初は週5日開催していたのですが、マンパワー
不足等で現在は週2日、10時から16時、お昼休みを間1時間とりますが、5時間やってお
ります。相談件数ですけれども、きょうはここに数は出していませんが、統計をとり始め
た平成21年からのデータを申し上げますと、平成21年549件、平成22年556件、平成23年650
件、平成24年697件、平成25年364件、平成26年299件、これが年間延べ件数です。

当然日数の開きには相談日が減っているということがありますので、1日平均の相談件
数ということで数を出しますと、平成21年3.9件、平成22年3.9件、平成23年4.6件、平成24
年4.9件、平成25年4.3件、平成26年4.2件となっております。ですから、私たちの相談は1
件に約1時間ぐらいということで長い電話が多いです。

初回相談が3割強程度で、再相談が年度変わらず大体6割強ぐらいがリピーターとなっ
ております。

相談の経路は現在インターネット、行政機関からの紹介、AKKのホームページなどからか
けていらっしゃる方が多いです。相談者の傾向としましては7割は御本人で、3割が御家

族、関係者などです。

私たちは7割強は傾聴のみで結構ですという方なのですが、3割強の方たちにはほかの相談機関を御紹介したり、特に自助グループの情報をお伝えすることに力を入れてやっております。

(PP)

相談員の方の感想など、字が細かいのですが、少し御紹介させていただきます。

私たちは全国から相談を受けております。遠方から電話代をかけて長時間御相談でかけていらっしゃる方が多いです。地方では特に相談の場がないということをよく聞きます。それから、人間関係に関する相談など、よろず相談的なものも多いのですが、よくよく聞いていくと、相談の奥に根深いアディクションの問題があるというケースがあります。それから、相談者の中には医療機関、行政等の専門職に既に相談して、こちらにかけてきていらっしゃる方で、解決策が医療機関、行政等で具体的に示されないなどで怒りを抱えて、私たちに八つ当たり状態でかけてこられる事例もあって、困る部分はあるのですけれども、御家族の苦悩がそこにあるのだなということでお受けして聞いております。

(PP)

私たちの電話相談の目的の1つは、自助グループの紹介といった役割が多いということですか、あと、いのちの電話を経験された相談員の方は、いのちの電話にも実はアディクションに関連する相談があるのだけれども、相談員の方たちがそういった知識がなかったりすることで、適切に対応できていないのではないかというような御意見もあります。

(PP)

相談員は対等な立場、相手を尊重するという姿勢でかかわっております。相談者の方の話を聞いて、自分自身はどうなのだろうということを常に考えているということです。

(PP)

そして、相談が深刻であったり、こういうケースどうしようと戸惑う場合もありますので、相談員のサポートを私は代表の立場ですけれども、心がけております。何かあったらホットライン的な携帯を持って相談に応じる。相談員の相談に応じるですとか、AKKで開催する講座等にも積極的に相談員の方に出ていただくなどを心がけております。

それから、AKKでシェルターを運営していたとき、それから、今も時々あるようだけれども、直接当事者の方が事務所に来られて、事務所の住所を一応公開しておりますので、それでちょっとどうかしらと相談員の方がドキドキするようなこともありましたので、事務所の安全を守ることも非常に重要なことかなと考えております。

(PP)

Face to Faceの相談例会は、このような形で行っております。都内5カ所、首都圏5カ所、仙台2カ所、長岡1カ所で計13カ所。大体月1回、月2回とか、都内の場合は毎週行っている場所もあります。これは各相談例会のファシリテーターにお任せしているという形で運営しております。

私たちのAKKのメンバーではないのですけれども、独自にAKKという組織の名前を名乗って各地で相談活動を行っている、自助グループ活動をしているグループもありまして、こちら緩い連携関係を持っております。

(PP)

私たちの会は年間約200万前後で運営しております。今、赤字で大変な状況です。私たちの会の課題としては、活動資金の問題、会員数が減っていること、会員が高齢化でマンパワーが低下していることなどがあるかと思えます。

(PP)

こういったことから、相談支援体制、全国的に見てどんなことが課題なのかなということを考えてみました。

保健所、精神保健福祉センターさんでもやっていらっしゃるところはやっていらっしゃるのですが、ばらつきがあるというのを非常に感じております。私は秋田に移ってからとして11年目ですが、地元の保健所、市町村からアディクション関連の研修会ですとか、自殺予防関連のメンタルサポーター養成の講座等の講師を務めることもあるのですが、こういったアルコールの問題、アディクションの問題に対して市町村の保健師さんはそれほど知識を持っていらっしゃる人が多いです。それから、県のレベルでも残念ながら個人なのです。やっていらっしゃる方は非常に熱心なのですが、濃淡があるかなというのを感じております。

それは専門職養成の基礎教育においてアディクションの問題が盛り込まれていないこと。それから、専門職の現任教育においても研修、教育体制が不十分であるのではないかと感じております。相談者をリスペクトできない相談員の方が時々いらして、どうしても当事者の方に対して上から目線だったり、指導的立場でかかわるということがあるのです。そうした場合にうまくいかないことが多く、それが結局、御家族や御本人を傷つけてしまうようなことにつながるのではないかと感じています。

そして、自助グループの理解がなかなか得られていない現状があるかと思えます。こういったアルコール、アディクションの相談があったときに、相談機関を紹介するだけでは御本人や当事者の方には「はい、わかりました」というようにはつながりにくいのです。回復のプロセスを理解し、当事者を自助グループにつなぐには、自助グループと直接知っているようなパイプがあった上でつながないと、効果的な支援にはつながらないということがあります。そして、特に地方では足がないのです。首都圏ですと電車、バスいろいろな交通機関があります。地下鉄で行けます。でも地方では足がないのです。電車もない、バスもない、何もないという状況がありまして、自助グループに行くにも自助グループのメンバーの方に一緒に車に乗せていってもらおうとか、例えば町役場の保健師さんが町のバスで当事者さんと一緒に研修会場にいらしたことが以前ありました。そういったきめ細かなサポートをしていかないと、なかなか支援にはつながりにくい現状があると感じております。

相談員のフォローアップ体制です。アルコール、アディクションでは困難事例が多いように感じています。ですから相談を受ける側のフォローも定期的に行う必要があると思います。事例検討ですとか、グループでの相談会というものが私は有効だと思います。

やはり公的な機関においては、先ほど今成委員からも御質問等が出ていましたけれども、どこにアルコールに関する相談窓口があるのか一般の方から見えにくい。近場の保健所さんとか役場に御家族が相談に行くと、非常に田舎では近い関係にそういった機関がある場合があって、近過ぎることでよくないことも起こっているのです。例えばあの方、知っていますよ。いい御主人ではないですか。そのようには見えませんよなんて言われてしまう。アルコールや薬物の問題があっても理解していただけない。逆にそこで相談したことによって御家族が傷ついてしまうとか、否定されてしまう。そうすると家族はそれ以上そこに相談に行けないということが起こってきて、わざわざ電話代をかけて遠いところのAKKにお電話してくるという方も何例も見受けられます。

(PP)

というようなことです。非常に雑駁な報告ですが、以上がAKKからの御報告とさせていただきます。

○田辺座長 どうもありがとうございました。AKKの活動と、そういった相談活動を続けてきた米山さんの立場から、相談支援体制づくりについても幾つか御提言いただきました。

御発表についての御意見、御質問がございましたらお願いいたします。松下委員、どうぞ。

○松下委員 いつもお世話になっています。

AKKの相談員の方には私も研究活動で随分御協力いただいて、本当に熱い思いで、思い、気持ちだけでやっていらっしゃるんだなということを非常に痛感しました。

1つ教えていただきたいのですが、AKK相談支援活動の活動という中で、紹介できる関係機関が限られてしまうことが4つ目に、パワーポイントの14ページ目です。これは私も聞き逃してしまったのかもしれないのですけれども、これがどういう意味なのか教えていただけますでしょうか。

○米山参考人 御質問ありがとうございました。

医療機関等に関しましては、私どもも数少ない相談員でやっていますので、情報を網羅できるという状態ではございません。それでASKさんから出されているアディクションの相談機関のリストを参考にさせていただいているのですが、ばらばらと見てもやっていますと書いていらっしゃる機関はあるのですが、実際に本当にやっているかというのが「え？」と、申しわけないのですが、確証を持ってないところもあって、相談員の方が自助グループ等で得た情報とか、身近な情報を網羅した上で、ここは言ってもいいのではないかということで、ただ単に紹介ではなくて、裏のある情報提供を心がけているという意味で限られてしまうということです。

○田辺座長 今のは医療機関だけですか。

○米山参考人 医療機関もそうです。医療機関、民間のカウンセリング機関。もちろん地元の保健所を御存じですかとか、精神保健福祉センターが相談機関としてありますよという事は、必ず申し上げております。

○田辺座長 もう少し治療的にかかわってくれるのに頑張って連れていくとしたらどこがいいですかみたいなときに、余りない。医療機関とかカウンセリング機関に行ったらいいということ。数が限られているという意味ですか。

○米山参考人 はい。特に首都圏でしたらまだいいのです。地方に行くと本当にないのです。秋田県の例を挙げますと、アルコール専門病棟を持っている医療機関はございません。カウンセリング機関もございません。精神保健福祉センターと保健所ぐらいなのですが、ちょっとそれもなかなか厳しい状況があります。

○田辺座長 ありがとうございます。

大槻さん、どうぞ。

○大槻委員 ちょっと教えてください。電話相談を受ける相談員の方は会員さんですか。

○米山参考人 はい。現在は会員です。

○大槻委員 会員さんというのは大体御家族の方が多いのですか。

○米山参考人 はい、御家族の方。AKK全体の会員さんの中には御本人、御家族、それから、直接この1、2に該当しない方もいらっしゃいます。現在、相談を受けてくださっているのは御家族の方です。

○大槻委員 もう一つ、相談の電話をかけてこられる方は問題を抱えた依存症の当事者の方、御家族、その比率はどれぐらいなのでしょう。

○米山参考人 御本人が7割、御家族が3割です。

相談内容を詳しく見てみますと、アルコールの相談、アディクションの相談と銘打っていますが、一番多いのはACですとか機能不全家族に関する相談が多いです。例えば平成21年から見てみますと、アルコールの相談件数は72件、92件、101件、104件、70件、平成26年は56件で、AC（機能不全家族）に関する相談件数は平成21年179件、平成22年151件、平成23年194件、平成24年144件、平成25年73件、平成26年26件というようになっています。

○大槻委員 それから、相談例会は参加はオープンですか。

○米山参考人 はい、オープンです。

○大槻委員 これは事前にPRか何かされるわけですか。

○米山参考人 これはホームページ上で、どこで何時にどういうグループをやっているかというのはリストでPRしております。それから、メンバーの方には会報をお送りしていますので、会報に一覧表として出しております。

○大槻委員 ありがとうございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

AKKの活動に御質問はございますか。

私から1つだけ。例えばAKKの本部のあるところでもいいのですけれども、ネットワーク

会議みたいなものに参加したりしているということは地域だとか、支部だとか、そういうものはありますか。アルコール関連のネットワーク会議ですね。

○米山参考人 ネットワーク会議に該当するかどうか分からないのですが、本部のAKK事務所のすぐ近くに東京都立の中部総合精神保健福祉センターがありますので、そこでの研修会ですとか、体験談を相談員の方が語るというようなことでの事業協力はさせていただいております。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかに御質問、御意見ないでしょうか。では、米山さんどうもありがとうございました。またお戻りになって一緒に議論に参加してください。

それでは、残りの時間は相談支援の課題や取り組みについての御意見を自由に意見交換する時間とさせていただきたいと思うのですが、委員からこのテーマで追加して御発言していただきたい方は当然いらっしゃると思ひまして、資料も御用意していただいた委員もごございますので、では今成さんから追加御意見をお願いいたします。

○今成委員 資料5をごらんいただけますでしょうか。ASKは設立32年になるのですけれども、事務所を設立の翌年につくった時点から電話の相談をずっとやってきました。ただ、特別な相談員を置いてという体制を私たちはとらないできていて、というかとれないできていて、あくまでもほかの業務をやりながら、片手間でやれる範囲でやろうということでやってきているのです。そのかわり電話はたくさんあるので、いろいろな電話の中に飛び込んでくる形です。相談の電話が別個あるのですけれども、それよりもほかのところにかかってきてしまうところが多いのです。それぞれ受けた者が何らか相談先とか治療先、自助グループをお教えするという形がベースで、そこまでなら何とかできるということで続けてきております。

数のほうを見ると、一番最後の6ページからがデータになっております。相談件数が200件台。平均時間が10分ぐらいというのを見ていただくと、内容としてわかっていると思うのですけれども、いつ電話がかかってくるかわからないので、特別な人を置くとその間することがない状態が起きたりするわけなのです。だからほかの仕事をしながらか片手間でやるしかないのですけれども、それで例えば30分、1時間の時間をとられてしまうとほかの仕事が今度はできなくなるということになって、なので本当にできる範囲でやるという形です。そのため一番最初にこれはカウンセリングではなくて、地元の相談先とか、何かお教えする形ですけれども、よろしいですかというように断ってやっています。

見ていただくと、ホームページからが半分ぐらいなのです。やはりインターネットから回ってくるという形がすごく多いということと、女性からの相談が多いのですけれども、それは家族の相談が多いということです。相談は関東が多いですけれども、全国からかかります。そして、家族から、本人からが大体半々、相談の6割ぐらいがアルコールということになります。

例えば取材があって記事に出てしまったりすると、えらいことになるわけです。ほかの

仕事ができない状態が起きることがあります。もっと広報をすると多分もっと来るのですけれども、この範囲以上のことをやると、ほかのことができないから、ホームページでの広報に留めているという状態です。

よく行政のほうで、今、民間のいろいろな機関が充実してきているから、アルコールについては民間に回せばいいという形で行政が回してしまうというのがよくあるのですけれども、民間のほうはこれをキープするということがどれだけ大変かというのは先ほどのAKKの話でもあったと思うのですけれども、全く資金がどこからも出ていない状態の中でやるということで、広げてしまうと本当にパンクします。

対応を見ていただくと56.8%、半分ちょっとが専門機関を紹介なのですけれども、それで絶対に済まないことが起きるので話を聞くとか、ほかのことが当然出てきます。

アルコールの当事者が、女性がこのごろふえていないかという感じがあったのでデータをとり始めたのですが、3割ぐらいが女性で、女性だと御本人からかかってくるケースが結構多いです。

最近の傾向なのですけれども、冒頭に戻っていただくと、高齢者に関する相談がすごくふえていて、それこそ70歳から90歳の方がというようなこととか、認知症と混ざってしまったり、この相談は本当に回す先が難しく困ります。それから、あらゆる年代の女性の相談が、これはアルコールだけ抜き出していますけれども、すごくこれが多いのです。離れて住む家族からかかってくるというのが最近物すごく多いです。例えば田舎でお父さんが依存症という状態なのだけれども、お母さんが何とか元気なうちは支えていたのだけれども、お母さんのほうが認知症になってしまったとか、要するに家族が支えられなくなった状態で子供の立場で田舎に帰るわけにもいかないし、自分の生活もあるしみたいなの。そういう方たちとか、きょうだいのこととか、とにかく一緒に住んでいない方からかかってきます。結構遠方から、海外からかかってくることもあります。どこにどうしたらいいんだみたいなものがあります。

暴言、暴力とか、治療につながらないというのも古典的な話なのですけれども、最近、飲酒運転をやめられないというのもあります。やはり飲酒運転に対する世の中の目が厳しくなったということがあると思うのですけれども、それを家族が心配してというようなものも来ますし、恋人から飲み方がひどいのですけれども、これは依存症でしょうかみたいなものが来たりとか、すごくさまざまな相談です。本人からもいろいろな形のもものがあって全部説明していると時間がかかりますので、こういう形ですのどこかお教えしてとは言っているのですけれども、一応、状況をお聞きするということにはなります。

一番困っているのは、回す先がないこと。というのは病院でも入院を断られていますとか、認知症が入っているのを受けてもらえませんかみたいなものも結構来ていますので、地域によっては本当に送る先がない。なのでしようがなくセンターに回す。そうするとセンターで電話がずっとお話中とかかからないという形で戻ってくるとか、そのようなこともあって、相当問題は深刻です。

これをどこでどうしたらいいのか。例えば介入みたいなものを手伝うところがどこかにないと。家族が介入していくのをサポートしていくところがどこかに必要なのですけれども、そういうようなことを民間団体としてやりたい思いはあるのですが、とても資金的に人の確保が難しいということがあります。

○田辺座長 どうもありがとうございました。

地域によっては適切に問題のケースの実情が把握されても、例えば医療機関のようなところで、あるいは高齢者の介護のことも入った問題のケースもあるかと思えますけれども、それは単純な医療だけではなくて介護の問題もあるのかもしれませんが、そういう適切につなげる機関がない地域もあるということですね。

断酒会から御発言、追加がありましたらお願いします。

○大槻委員 電話相談の内容でこれほどきれいに分けたものはないのですけれども、私も断酒連盟の東京の本部にかかってくる相談というのは大体1日3件ぐらい。東京断酒新生会という地域の連合会の事務所も受け付けていまして、これも大体1日3件程度。それから、ホームページで各県の相談員を大体5～10名ぐらいリストアップしていまして、それでホームページから断酒会につながっていただくという方法もとっております。

断酒会にかかってくる電話相談の特徴としましては、家族が半分ぐらい占めている。それから、本人が2割、女性が3割というようなことで、家族がやはり多いということです。

断酒会の場合は比較的対応ははっきりしていまして、まず依存症かどうかということをはっきりさせるために医療機関を紹介する。これが第1段階です。医療機関にどうしても行きたくない。直接自助グループでつながりたいというケースもありますが、これは全く問題がない。御本人がかけてくる場合はこのどちらかで了解します。

家族の場合は、御本人が医療機関にも自助グループにも行きたくないという場合が多い。否認が非常に強くて一番扱いにくいケースでございますけれども、この場合はまず御家族のほうで自助グループにつながってくださいというリードをとっております。対応としては比較的道筋が決まっているというような現状でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

本人がどこにも行きたがらなくて、わかっていても否定して、病院にも行かない、断酒会にもAAにも行かないというときの家族が一番困るということだと思っておりますけれども、先ほど米山さんのほうで行政機関からAKKに紹介されるケースもあるという話ですね。ASKにも行政からASKを紹介されるという話があるということだったのでございますけれども、それはどういうケースなのでしょう。米山さんのほうでは、例えば今のようなケースで当分つらいだろうから、自助グループとしてのAKKに行ってみてはというような紹介なのでしょう。教えていただけますか。

○米山参考人 ありがとうございます。

さまざまです。自助グループ、相談例会とか電話相談とかで気持ちを受けとめてもらって、話を聞いてもらうのに紹介されているところ、それから、医療機関ですとかそうい

った具体的な相談機関を自分たちのところでは把握していないので、私たちのところで聞いてくださいというような丸投げ状態の紹介というのがあります。そういうほうがどちらかというとい多いでしょうかね。残念ながら、そういう感じです。

○田辺座長 そうすると、医療機関情報、依存症に関する医療機関情報を知らないので、AKKで聞いてくださいということですか。

○米山参考人 そうですね。

○田辺座長 ASKもうなずいていますけれども、そういうことですか。

○今成委員 そういうことと、あとはすごく難しい事例を精神保健福祉センターがうちに回してくるといのがあって、そちらが専門家でしょうと言いたくなるということが、全てのセンターではないですけれども、時々あります。

○田辺座長 全てのセンターだったら困りますけれども、地域によってはセンターの専門性よりも市民団体の情報とか専門性のほうに期待して、さらにそちらを紹介するところもあるということなのですか。

○今成委員 そうですね。例えばタクシー会社から保健所に相談があって、アルコール検知器に余りにも引っかかるのでクビにした運転手さんが寮から出ていかないで、離脱症状が出てきてしまった。それで困って保健所に相談したらASKに回したとか、いろいろです。

○田辺座長 そういう意味ではあれですか。困ったときのアルコール問題の何かいろいろなことをキャッチしてくれる団体があるよという、市民団体がそういうような使われ方がされているということなのでしょうか。

○米山参考人 その件についてよろしいですか。名前が知られてきて、お電話がつながるということではとてもありがたいし、うれしいのですけれども、私たちは本当に手弁当でやっていて、家賃を払えないと追い出されるかもというような状態になりながら、自分たちでさらに勉強をして動機づけ面接法ですとか、いろいろなことも相談員の中で勉強しています。

一方は、相談を受ける役割でお仕事をしていらっしゃるところが十分に相談機能を果たせていないことに関してどうなのだろうかという、とても残念な思いがしています。

○田辺座長 白川先生、何か御意見ありますか。

○白川参考人 別に行政を代表しているわけではないのですけれども、精神保健福祉センターでもアクションが見られるところと見られないところがどうしてもあるので、多分見られないところが頼り切っているのかなという気はしますけれども、基本的にはそれであってはいけないなとは思いますが。

○田辺座長 きょうのプレゼンテーションにありましたけれども、ごく一部のセンターですけれども、多機能型で統合されているような背景もあるのかもしれませんが、相談はこれから縮小するかのような積極的でないセンターが多少、ごくわずかですが、ありましたね。

○白川参考人 3センターほど縮小ということを考えていらっしゃるセンターもございま

した。そうは言ってもやらなければいけないという話になれば、またその部分も逆戻りせざるを得ないのだろうと思います。

○田辺座長 保健所もいろいろな機能別で、よく保健所の代表の先生とお話すると、保健福祉事務所にだって保健所と一口に言ってもさまざま都道府県、自治体で違うんだという、地方分権の精神でいろいろ地域の精神保健活動をする機関がいろいろな形の施設になっているというところもあることはあるのです。

○中原委員 先ほども本当に説明しましたように、1つはそうやって福祉事務所だとかと福岡もそうですけれども、統合したということで保健所部門と福祉部門といい意味で連携がとれる部分もあるのですが、保健所機能が落ちている部分もあったりだとか、あるいは設置型でとにかく業務がなかなか精神保健相談と一言で言っても、かなりきちんとやっているところもあれば、とにかく保健所としては精神の業務についてはほとんどやっていないところもあれば、とにかく保健所としては精神の業務についてはほとんどやっていないような保健所に例えばそうやって電話相談があった場合は、多分本当に医療機関情報とかもわからずに、ぼんと御紹介をさせていただいているような状況があるのだと思います。

ただ、福岡の場合は都道府県型で幸い精神保健福祉法に基づく通報等も保健所でさせていただいておりますので、直接いろいろな相談が入ってきます。

ついでにお話させていただきますと、まず来所で来られる方は御家族がそう思うのだけれども、本人が否認していてどうしようもないといったような場合です。そういった場合については断酒会等、そういった自助グループ、地域の自助グループを御家族だけでも行ってみたらどうですかというように御相談させていただいたり、あるいは精神保健福祉法の通報に基づく刑務所等から依存症等の診断がついている方とかで出所してきますよというときに保健所に通報という形であるのですけれども、その場合もとにかく直接保健師が仮に刑務所に訪問して、直接御本人にお話をさせていただくこともあれば、電話等で職員とお話させていただくこともあるのですけれども、その際にもできるだけ出所されるときには地域の相談先一覧みたいな形の紙をお渡しして、特に法務省関係のものというのは余り勝手に踏み込んでと言うと難しい部分が、特に帰省先の御家族のところ勝手に先に行ってしまうのも難しいものなので、出所する際にそういった情報提供をするという形ではさせていただいています。

ただ、保健所によってかなり機能が違ってきていますので、全国490カ所もあって本当に取り組みがばらばらな状態なので、地域によってはそうやって関係機関に丸投げという形をとっているのかなと今、お話を聞いて思いました。

○田辺座長 どうぞ。

○米山参考人 秋田の例なのですけれども、今、司法機関でもこういった依存症対策に予算をつけているところがありまして、秋田の場合、秋田保護観察所が保健所に呼びかけて、保健所がそういったほかのほうに呼びかけていたらもっといいなと思っていたのですが、保護観察所が依存症対策ということで家族相談会というような集会をつくりまして、ネッ

トワークの場をつくるということがここ一、二年非常に力を入れてやっていたらいいと思います。それで御家族の教育する機会となり、保健師さんたちとも連携を深める機会となりということで、そういう試みが全国的に普通になるとかなりいいのかなと感じております。

○田辺座長 ありがとうございます。

大槻さんから相談員と自助グループとの連絡とか連携という意味ではどんな状況か、資料で自助グループでつなげられた方の状況など、そのあたりだけでも御紹介いただければと思うのですが。

○大槻委員 資料6でお配りしているものの中の2枚目で、誰が自助団体につなげたかということで、自助団体へのアクセスを一覧表にしたものがございます。これをちょっと見ていただくと結構面白い数字が出ております。ただ、データとしましては2011年の調査ですから、ちょっと古いかもしれません。

一番上の行の全体というところを見てもらいますと、自助グループにつながってくる経路をそれぞれ書いてございます。母数が全体で804ですが、専門病院を経由して、専門病院で自助グループに行くようにと言われて入ってきたものが31%、専門病院で言われたけれども、自分の意思で来たという人が25%。

○今成委員 微妙な違いですね。

○大槻委員 これは重要なところでございまして。それから、一般病院が3%という数字が出ております。専門のクリニックが6%。これだけ見てもおわかりのとおり65%が医療機関から入ってきている。特に専門の医療機関から62%入ってきているということで、自助グループと医療機関というのはどうも切っても切れない関係にある。治療体系の1つの流れの中で重要な関係にあるということがわかるかと思えます。

目立ちますのは保健センターの方もいらっしゃるのですが、行政機関経由がわずか5%ということで、これは何とか今回この法律の施行に伴って改善の余地があるのではないかと思います。

それから、私どもの宣伝、ホームページあるいはチラシ等によって来た者が8%、あとは家族の勧め、あるいは周囲の同僚等の勧めで来たのが12%、こういう数字が出ております。

内容的に言っていますと時間ありませんが、女性の場合は様相が変わりまして医療機関経由が男性に比べると落ちまして、その分、家族の勧め、その他の方向が多くなっているということで、女性のほうがやや複雑な感じがいたします。

もう一枚ございまして、断酒会会員数の推移をデータでお示ししております。2004年、10年前と去年でございますね。10年間の間に断酒会の会員数が大きな落ち込みを見せている現象を表で出してみました。会員数が10年前に比べて74.3%に落ち込んでおります。もっと目立つのが新しく入ってくる入会者の数ですが、10年前に比べて何と60%です。家族会員の数も大きく落ち込んで65%になっております。

もう一つ、高齢化現象を数字でお示しいたしました。60歳以上の会員構成の推移でござ

いますが、10年前に比べ、10年前は48%のものが今や60%になろうとしている。入会してきたときに60歳以上の人という数字でございますが、10年前は17%しかいなかったのが、去年はもう24%が60歳を過ぎて入会してきている。このように高齢化現象が非常に目立っているというのが特徴でございます。

ただ、高齢化現象の背後には入会者数が60%に落ち込んでいるということがあります。これが重要な要素になっております。なぜこうなったかということ、実はこの1枚目の表の医療機関からの比率が非常に高いにもかかわらず、どうも最近の専門医療機関の動きとしまして、なかなか自助グループにつなげてくれないというのが1つ。決して意図的なものではないと思います。ただ、非常に医療機関からのつながりが落ちてきているのではないかとことです。これは当然、若年層の入会の減少につながりますので、高齢化にそのままストレートに影響するということが1つ。

もう一つは、クリニック等では医療機関退院後も、あるいは直接通いで来られた患者さんもデイケア、ナイトケアでとどめ置かれるということで、ナイトケアまでやってしまうと断酒会には出てこない。こういうことになってきます。そういう現象が多くなったということが1つ。それと、医療機関と自助グループとの交流の機会が最近随分落ちてきている。昔は院内での例会に断酒会員やAAの方が行って、あるいはAAや断酒例会に病院の方がお越しになって互いに人的交流を深め、また、実際に回復している人間の姿を見ていただいて、ともにみんなで回復を目指していくんだ、ともに歩もうという姿勢があったように思うのですが、最近どうもそういう傾向が薄れてきた。これが自助グループの会員数の減少あるいは新会員の減少につながっているのではないかと思います。ただ、AAのほうは断酒会ほどには急激に落ちている傾向はございません。ただ、増えていません。常に5,000人台で横ばいはずっと続いているという現象になっております。こんな傾向があるということです。

○田辺座長 ありがとうございます。

たしかAAのサーベイランスでも、断酒会と同じように一番多いのは医療機関からの紹介が6～7割ぐらい。今、数字は正確ではありませんけれども、そういうデータでございました。

後半お話されたのは、次回の少し民間団体の支援で物質的な、人的な支援ということもありますけれども、そういう専門機関や公的な相談機関から当事者グループに連携と寄り添いの支援というのは非常に大事なもので、そういう話も少しいただいたかなと思います。

ただ、断酒会を勧めた方のところで行政と保健センターの紹介は確かに少ないのですけれども、考え方としては直接自助グループにまずは行ってみてくださいという相談ももちろんあると思います。私は割とやるのですけれども、まず医療機関に行ってアセスメントを受けて適切な治療を受けてということを紹介する相談機関が多いのかなと。だから直断酒会の方向をとる相談の数は少ないかもしれないというのはあろうかと思いました。

時間が少なくなってきましたけれども、10分ほど延長して、最後に少し今後の取り組み

や課題のことを確認して御意見をいただきたいのですが、今まで出てきたところだと相談員のもちろん質の問題はあって、地域によっては自助グループとか民間活動に依存している地域もあるということももちろございました。そして、そういう研修だとかということもお話が出たように思いますけれども、同時に地域において少し相談が進んだときに、当事者を紹介する医療機関の質の問題もありますし、情報の問題もあります。地域で相談がうまく展開するためにも相談の結果の到着するほどよい当事者を支援する機関というのが地域の中で共有されているところがまだ少ないのかなど。そういう全国的なつげがASKやAKKに行ってしまうのか。地域の中で相談から医療ないし回復支援の流れをきちんとキャッチアップできていない、拾い上げられていないみたいな相談の現状があるかと思えます。

他方で相談件数という把握で言うと、それなりに、これが全国のアアルコール問題から言うと率的には少ないのですが、精神保健センターもいろいろ御批判がありましたけれども、持っている機能の中で決してアアルコール問題を除外しているわけではなく、アアルコール問題に対しては広げてはいるのだけれども、開いてはいるのだけれども、受ける数などには限りもありますし、市町村に至っては相談支援というところのどのようなところからかまだ細分分けもないので、具体的な把握はできませんけれども、数としては身近なところの相談と言ってもまだ数は少ないというような現状もございました。

また、そのように一定の数が出ている割には市民やユーザーから、今回だけではありませんけれども、以前の全体会議でもどこに相談に行ったらよいかわからないという声があり、なおかつ民間団体のASK等の相談の現状を見ますと、まだまだそういうアアルコール問題の相談支援機関が周知されていないといえますか、アクセスしやすいことではないといえますか、そのようなことが今、出ていたと思えますけれども、何か今後の求められる施策よりは、こういった課題の把握の仕方について御意見等ございましたらどうぞお願いしたいと思えます。

今成委員、お願いします。

○今成委員 先ほど白川参考人からもお話があったのですけれども、センターでアアルコールの相談または依存症の相談というふうに、何か銘打っていただくというのはアピールになると思うので、そして力を入れることにもなると思えますので、大変ありがたい。ぜひやっていただきたいと思えました。

それと、私のワーキンググループ1の教育啓発のほうで、西原委員から再三、困っている家族が早く相談できるように、どこに相談したらいいのかわかるようにしてくれということが御意見が出ています。そしてアアルコール依存症の初期の症状がわからないので最後になってしまう、もっと早い段階でこちら辺から問題という、初期の症状を知らせてほしいというのがありましたので、啓発のほうというよりは相談に絡めて、こちら側の施策の中に入れていただけたらなと思えます。

あと、電話相談のような形で外から受けるところは、インターネットからの情報という

のがこれからもますます大事になると思いますので、そこをどう構築していくかということ。それと、地域の中の困っている事例を掘り起こすという意味での保健所をハブにしたような地域ネットワークが進んでいくことで、拾い上げていくことができるのではないかと。そんなことを思いながら聞いておりました。

○田辺座長 見城委員、お願いいたします。

○見城委員 私がずっと会議に出ていると感じたのは、今までは大変な症状になった方への手当というか、対応は構築されてきていたんだという、これは事実だと思うのです。本当にそれで関係なく生きてきた者にとっては、境目がわからないのです。だからどんな意見を言って、どのように助けてあげたらいいのだろうと思っても、もしかしたら自分もその中に入っているかもしれないとか、全く各委員からもそのような冗談も出ましたけれども、わからないというところがとても大きいのと、会員数の減少ということはいろいろな問題がある中に、若い世代の思考や行動パターンが全く変わってきている。それへの対応がおくれているのではないかと懸念があります。

1つはネットということが大きいのですが、この大都会の東京のようなことを考えますと、もっと若者の集まる場所ですね。本当に若者を助けたいと思うならば渋谷にしても新宿にしても、そういう役所のある霞が関から全く違うところに拠点を置くということが、見える拠点を置くということが重要ではないかと感じました。

1つ全く別な世界の話で申しわけないのですが、人が訪ねてくるということでは私は移住のNPOをずっとやっていたのですが、東銀座に事務所を置いていたときと、有楽町の交通会館にフロアを開いた途端に訪問が大変な数になりまして、それで本当に移住するかどうかは別としても潜在的な関心のあった方がぱっと寄りやすいということが、これほどキャッチアップするのに影響力が大きいのかということを感じました。それは地方と東京という、それを考えると非常に有楽町というのはいい場所だったわけです。東京から起点に帰っていく人たちや、それでそういうことを考えますと、先ほど申し上げたような新宿とか渋谷とか原宿とか、わからないのですが、そういうところに1つ切りかえて若者対策。しかも未然に防ぐという意味での、これをぜひ入れていただきたいということをお願いいたします。

○田辺座長 逆に普及啓発にかかわる提案でもありますが、でも大変貴重な意見で、グレーゾーンあたりの、それから、こういう依存症の深刻な問題を余り認識しないでたくさんお酒も楽しみ、時には暴走もする若者集団なんかが目にしやすい、アクセスしやすい場所にあるというような御提言と理解しました。ありがとうございます。

大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 相談支援をどのようにするかというお話で、先ほど白川先生のお話にもありました中で、いみじくも指摘されていましたが、アルコール等依存症の相談支援の強化を考えるならば、独自の部門が必要であると考えます。これはまさにそのとおりではないかと思ひまして、精神保健福祉センターの中にアルコールの問題を一括して、しかも一

貫性を持って相談に取り組むような、そういう相談の部門をぜひつくっていただいて、相談センターのような形で、いろいろな資料も一元的に蓄積するようにすれば、アルコール依存症者の相談窓口として広くPRすることによって、非常に良い相談の機能が公共機関の中にでき上がるのではないかと思います。ぜひこれは推進していただければと思います。

もう一点は、相談支援の場所はどんどんふやしていただきたいということに関連して、相談の場としての自助グループの断酒例会のミーティングの数についてのデータもあります。AAの推定数字も含めて申し上げますと、年間で開催回数が6万6,000回ぐらい。参加者数が100万人を超えております。これは1日にしますと毎日全国で180回会合が開かれていて、3,000人が参加している。1つの会に十六、七名が参加していることになります。こういう断酒例会とかミーティングの場所といいますのは、そのまま酒害相談の場所でもあるわけです。その中でアルコール問題の解決の方向性を見出していただくという意味で非常に重要な役割を果たしていると思います。ですから、ぜひこの断酒ミーティング、断酒例会の強化拡充、そのための支援ということを今後検討していただければと考えております。

○田辺座長 ありがとうございます。

ほかにごありますか。あとお二人。

○今成委員 もう一つ、保健所で訪問ができるというのは本当に保健所の大事なところだと思うのです。先ほどのタクシーの運転手さんが離脱を起こしていますという話も、保健所なら訪問ができるわけだけれども、ASKに回されてもASKは行くわけにいかないわけなのです。なので訪問という機能がすごく大事な機能なのだけれども、手もかかって大変だろうと思います。

これをやらない方向というのが全体に出ているような話を聞くのですが、そういうことはあるのでしょうか。

○中原委員 保健師さんの家庭訪問等ですね。やらない方向という話は出てはいないです。ただ、現実的には先ほど言ったように保健所の機能も少し変わってきたところで、本当に大昔、20年前、30年前みたいに家庭訪問をするのが保健師さんみただったのが、少し保健師さんのほかにやる業務がすごくふえてきて、実際に別に精神のというわけではないのですけれども、事例として家庭訪問の件数が減ってきているというのは現実的にはあります。

あと、特に精神の場合で問題になるのが、結局、最近個人情報だとか、本人の同意という話が難しくなってきた、例えば御家族とかからの依頼で御家族がおうちに自分がいますと。相談をした要するに例えばひきこもりだとか依存症はお部屋にこもっているけれども、御家族が同意しているからということであればおうちに上がらせていただいて、ドアの外とかから話しかけてというのは本当に何十回とやって、やっと御本人と面会できたという事例はあるのですけれども、全く第三者がそうやって何か困っているのだけれどもといった場合、本人の同意がとれないのは当たり前なのですけれども、本人の同意なしでそれこ

そ家に上がって家庭訪問ができるかという、そこが今すごく昔みたいに、そこが許されるような雰囲気ではなくなっていて、だからなかなか家庭訪問をする際にもとにかく御家族にはおうちにいてください。そうしたら一緒に行きますからとかいう形で対話させていただいているのですけれども、多分そういう話になっているのかなと思います。

○田辺座長 ほかに何かありますか。大丈夫ですか。

○今成委員 高齢化が事例になってくると、訪問は大事になってくると思うので、マンパワーの問題もあると思うのですけれども、減らさない方向を出していただけたらいいなと思います。

○中原委員 それは本当に現場の保健師さんも、やはり私たちは訪問して何ぼだと思っていて、とにかくできる限り訪問できるような事例については保健所としてもどんどん訪問に行ってくださいということで進めてはいきますし、いっていますし、いきたいと思っています。

○田辺座長 ただ、その問題も身近な市町村で例えばアルコールの問題だけで分けていないということも余りなくて、介護、高齢者の問題が入っていたり、虐待の問題が入っていたりで、そうすると市町村の保健活動の中で既にかかわっているようなケースがあるのです。ですから市町村の人がアルコールの問題もわかって訪問してくればいいのにみたいなのは、保健所のサイドから出ていたりするような現状もあるのです。ですから地域の中の役割分担、どういう問題があるかというアセスメントが共有化されて、それで役割分担がアルコール問題に関してできていかないと、先ほどセンターへの期待も出たのですけれども、センターは広いところに1カ所しかないところもありますので、絶対に保健所と連携しないとセンターは仕事できないところが都道府県型では多いのです。だから地域での各機関の役割連携というのも当然相談支援が成り立つためにも、医療も含めた役割連携というのも必要なのではないかと思います。

では、最後の御発言。

○米山参考人 アルコールの相談を私たちAKKで受けていて、週2日でしかないのですけれども、よく頑張ってこんなに受けていたなというのをきょう改めて、私たちがやってきたことが些細なことではなかったのではないかなということを確認いたしました。

それで皆様も御存じの方が多いと思うのですけれども、統計でとるとアルコールとかギャンブルとか、縦割りではしか出てきませんが、御家族の方の抱えている問題というのは非常に複雑で、複数のASKさんの相談結果にも出ていましたけれども、家族の中に複数の相談者がいるとか、暴力の問題があるとか、そういう御家族の方でこういった問題が起こっていると必ず虐待の問題がありますし、それが世代間を超えて次の世代にどんどん継承されてしまうという、誰も気づかなかつたらどんどんその問題はストップできないのです。そういったことを地域なり国全体で認識を新たにして、もっと力を入れてかかわっていく必要が私はあると思います。

やはりアルコールという名称、ちゃんと明らかにした相談窓口を週1日でもいいと思

ます。月に2日でもいいと思います。新たに銘打って、そこにきちんと相談員をつけて対応していくことが必要なのかなと思います。

それから、自助グループ、私たちのような相談窓口を持っている団体ですとか、断酒会さん、かなり会員さんの層が厚いと思うのです。そういう中で相談のノウハウを持っている方々を公的な機関でも相談員として一メンバーとして、一緒にやっていただけるようなシステムをつくっていただくと、私はとても当事者の方の体験が相談を受ける専門職の方にもとても力になると思いますので、そういった体験をシェアしてやっていくことも可能性としてはあるのかなと思います。

これは海外の事例なのですが、私はAWSの経験から、DV被害者支援にもかかわってきたのですが、海外、特にアメリカではDV被害者支援を行うときに警察で被害者支援のアドボケイトの方を職員として雇って被害者支援に当たった。そのアドボケイトの方の中には御自身が経験を持っていた方なんかもいて、そういうアドボケイトと警察の方が一緒に働くということが警察の方にもとても役に立ったし、被害者支援にもより身近な支援につながったということで、Win-Winの関係なのよというお話を警察の方から聞いたことがあります。ですから、少し違うかもしれませんが、アルコールの問題に関してもそういう導入というのも考えられなくはないのかなと思いました。

○田辺座長 いろいろな御意見もいただきましたけれども、相談の実情自体は件数という延べ数というところでは結構な数、厚労省からのデータもありましたが、ここで議論されている相談をもう少し地域で当事者や家族が本当に満足できる相談というように展開するにはもっと質的なものも含めて少し、今までの相談のやり方ではないリニューアルした質的に高い相談の切り口が地域にできないと、アクセスがされないというような全体的な意見と御理解してよろしいでしょうか。

もちろん相談技術もいろいろ進んでいて、SBIRTとか新しい初期の介入法も出てきて、そういったものも吸収、普及するだけの余裕やゆとりは今の相談機能の中ではない。もう少しアルコールに特化した健康障害対策に進める、推進していくための看板を掲げるような相談の拠点のようなものが地域にないといけないし、そこは同時に地域のアルコール依存のさまざまな社会資源の情報に通じて、たらい回しにするのではなく、むしろ資源の情報を通じて、なおかつどこにつなげればいいのか、医療機関についての一定の何らかの医療機関が整うことをプロモートするような、例えばそういう役割というものも今後の相談機関なんかには求められるのかなという、特化した相談機関ということであればですね。そのようなイメージで皆さんがいろいろ期待されているのだということがきょうわかりました。

また、そういったアルコール健康障害の問題を重症の困難な人ではなく、早期により広くアルコールをたしなんでいる繁華街の近くででも、何かアルコールの健康に関する情報が得られるような普及啓発と連携したような、そこから早期に相談支援ができるような体制も期待されているということが、きょうの発言で出てきたように思いました。

全体の委員会にまた報告するときには、もう一度会議がございますので、きょういただ

いた御意見を参考にして、また少し整理なども進めていきたいと思ひます。

特に最後に御意見がなければ。ありましたか。これで本当に最後にさせていただければと思ひます。

○今成委員 すみません、本当に最後にします。

施策に書き入れるときに大事なポイントが1つと思ひて。

先ほどお話に出ていました、例えばDVの関連で婦人相談所とか、自殺でいのちの電話とか、さまざま関連領域の相談機能というものがあるわけなので、そこでアルコール問題を見つけていただいて、アルコールの相談のところにつなげることも連携ということで広げる必要があるかなと思ひます。

○田辺座長 そうですね。ほかの部分でもそういう意見は出ていました。既に問題があるのだけれども、それをどうやって検出してつなげるかということですね。

○見城委員 すみません、最初から何と言おうかと思ひたのですが、全く外部、それから、自分が相談に行ったことがない人にとっては、断酒会というのはとても強烈な言葉なのです。いい悪いとかではなくて、本当に強烈なんだということをまず、それによって入り込めないというか、そこへの抵抗感というのは結構若い世代だと多いので、そこが1つ相談という窓口としてワンクッション置けないだろうか。それをぜひ書いていただいて、検討を願ひたいと思ひます。

○大槻委員 名称変更ですか。

○見城委員 そうではなくて、なかなか入れないから、それでうろうろしているうちに状況は変わっていくだろうし、だからそこで断酒会に通じる道をまず開かなければならない。それは相談窓口として重要なポイントだと思ひますので、それを各世代で状況は違ひますが、各世代、女性や男性いろいろありますので、そういったことをもう少しきめ細かな検討が必要だと思ひます。

○田辺座長 大変貴重な意見も、普及啓発ともつながることですけれども、問題は早期に拾い上げるという意味で入り口を、ハードルを下げてアクセスしやすい、間口を広げるといふような御提案だったと思ひます。

それでは、きょうは大変時間を超過して申しわけございませぬが、これにて閉会とさせていただきます。

最後に御連絡ありますか。

○加藤参事官 次回でございませぬが、7月24日金曜日、10時から12時の開催を予定しております。場所は合同庁舎8号館5階共用C会議室、この会議室になります。案内につきましては2週間ほど前に改めて開催案内をお送りさせていただきます。

以上でございませぬ。

○田辺座長 それでは、以上をもちまして第2回「相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ」を終了させていただきます。御参加の皆さん、どうもありがとうございました。