

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3回議事録

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）付

第3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7月24日（金）10:00～12:34

場 所：合同庁舎8号館（5階）共用会議室C

1. 開会

3. 議事

(1) 参考人からのヒアリング

- ・「女性アルコール依存症者の回復支援 現状と課題」（大嶋参考人）

(2) 社会復帰・民間団体について

(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 相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ」の第3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、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、本日の会議の流れなどをお願いいたします。

○加藤参事官 事務局です。

本日、ワーキンググループの委員は、皆様御出席いただいております。

また、樋口会長は少しおくれておられるようでございます。あと、枉委員にも御参加をいただいております。

本日は、ワーキンググループでの議論に際しまして、座長の御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。

特定非営利活動法人リカバリー理事長、大嶋栄子様です。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 大嶋参考人提出資料「女性アルコール依存症者の回復支援 現状と課題」。

資料3 厚生労働省労働基準局提出資料。

資料4 厚生労働省職業安定局提出資料。

資料5 厚生労働省障害保健福祉部提出資料。

資料6 今成委員提出資料「アルコール関連問題にとりくむ主な民間団体」。

資料7 大槻委員提出資料「自助団体の活動の現状等」。

そのほかに参考資料としまして、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8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ください。

続きまして、本日の会議の流れでございますが、本日は社会復帰・民間団体のところを中心に行うこととしております。初めに、大嶋参考人から、女性アルコール依存症者の社会復帰支援の課題につきましてプレゼンテーションをいただきたいと思っております。その後、本日のプレゼンテーションも踏まえながら、社会復帰・民間団体のところにつきまして、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。

以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

それでは、参考人としての大嶋さんの御発表をいただきまして、女性の社会復帰の課題ということについて御討議していただきたいと思っております。

では、大嶋さん、お願いします。

○大嶋参考人 皆さん、おはようございます。札幌から参りました特定非営利活動法人リカバリーの大嶋と申します。

では、早速、スライドを使いましてお話しさせていただきます。

(PP)

まず、私自身は、バックグラウンドはソーシャルワーカーでございます。大学を卒業しました後、アルコール専門病棟、専門外来がございます精神科で12年間臨床しまして、その後、当事者主体の社会復帰施設で3年仕事をしました後、現在のNPOを主宰、立ち上げております。

立ち上げは2002年9月。

対象は、さまざまな被害体験を背景に持つ女性の方で、そのことを一つの契機として精神疾患や生活上の障害を抱える方たちです。10代後半から30代の利用者が多く、年間およそ40名ほどの方が入所または通所しています。

現在運営しております施設は全部で3カ所。写真、向かって左手が独立生活型のグループホーム、定員5名。右側が共同生活型のグループホーム、定員5名、プラスサテライト1です。真ん中の2枚の写真が通所型の施設でして、現在は就労継続B型事業所と、その隣にある写真がカフェですけれども、プレ就労の場所としてのカフェを運営しております。

利用者のおよそ6割が依存症者です。いろいろなお育ちの中で、御自身は依存の問題は抱えないが、さまざまな不適應の状態にあるという方たちが利用されているというのが特徴です。

(PP)

次に、一般的な女性の飲酒について、ざっと見ておきたいと思うのですが、今ではさすがに女性が飲酒することはそれほど珍しいことではなくなりましたが、一方、女性の飲酒が大変多くのリスクを抱えるということだとか、女性の中にも不適切な飲酒の問題があるということは、まだそれほど十分国民に浸透しているという状態ではありません。

2008年の国税庁の調査では、初めて20歳から24歳の男性83.5%の飲酒者に対して女性のほうが上回るという調査結果が出ています。

(PP)

これだけの数の女の女の人たちがお酒を飲むようになったわけですから、当然依存症になるという方もふえてきているということですが、次に女性の依存症者の特徴についてまとめてみました。

いろいろな研究がございますが、真栄里先生たちの研究によれば、女性のアルコール依存症者の特徴を4点挙げられています。まず、短時間で依存症になってしまい、患者年代のピークが30代ということ、若いということ。それから、摂食障害や鬱、自殺企図といった他の精神的な問題を多く抱えているということ。3点目に、配偶者もたくさんお酒を飲む方で、あるいは家庭の中に暴力の問題があるといったことで、家庭環境に大きく左右される側面がある。4点目に、自責感が強い。そういった特徴を挙げられています。

また、欧米の数多くの研究の中では、依存症を発症する経過の中に多くの虐待体験があるという報告、心的外傷を自己治療する目的でこうしたアルコールや薬物を使うというよ

うな研究が数多く報告されています。

(PP)

また、先ほども申しあげましたように、依存症の問題を抱える女性が子育ての困難を抱えることで、結果としてネグレクトを初めとする児童虐待の問題が絡んでくるということや、また、DV被害の女性の中にアルコールや薬物の使用をされる方がおられて、そのことが暴力から離れるということをしにくくするという調査も出ております。

こういったことを象徴するような事例を御紹介したいと思います。

(PP)

私達が実際に支援をさせていただいた事例（本人が特定できないように加工してあります）ですけれども、19歳でまず最初に摂食障害を発症されています。19歳で発症されて、最初に行かれたのは21歳で心療内科、ここで鬱状態ということで、たくさんの処方薬が処方されていきます。

このころから既にお酒も飲むようになっていましたので、そういった処方薬をお酒で飲むということで大きな交通事故を起こしました。このとき、精神科治療を勧められるのですが、結局それには至らず、23歳で初めてアルコールの専門治療を受けます。

ここまではよかったのですが、退院するとまたすぐ飲み出して、今度は女性の方を受け入れてくださる依存症の社会復帰施設に入所されます。ここで一旦お酒はとまりますが、今度は過食嘔吐がひどくなります。

そこでもうまくいかなくなって、26歳のとき、19歳で初めて摂食の問題が顕在化してから7年後に私どもの法人につながります。そこからさらに3年の入所期間、1年の通所期間、さらにアルバイト就労についてから1年のフォローアップということで、トータルで発症されてから10年ほどかかって、ようやく生活が安定してくるということになってきました。

(PP)

こういうふうに考えていきますと、回復支援を検討していくときには2つの方向性を持っていかないといけないのかなど。まず、1つは重症化させないための支援が必要だということと、残念ながら重症化してしまった場合にどう支援するか、その2つの取り組みが必要だろうということです。

(PP)

次に、これは私の研究ですけれども、博士論文という形でまとめていったのですけれども、女性依存症者にとっての回復、そもそも回復支援というときの回復というのが、従来型の回復のイメージでいいのかどうかという問題意識から研究を始めました。

さまざまなインタビュー調査とか、実践の記録の整理の中でわかってきたことは、従来、通説とされてきました断酒継続と就労による経済的な自立ということとは随分趣が違いました。

まず、1つ目は、女性の回復を考える場合には、自分の変化ですとか、そういった自分

の身体を受け入れていけるかどうかということが大きなキーワードになっているということ。もう一つが、支配とかコントロールということとは異なる親密な関係を他者との中で構築していけるかどうかということが、依存物質から継続して離れていけるかどうか非常に大きな影響を与えるということがわかってきました。

(PP)

そういったことを踏まえた上で、包括的な支援を行っていく必要があるのだろうということですが、この図は私が実際に自分の実践でモデルとしておりますカナダの実践例です。

これは医療機関をベースとした支援のあり方に関するものですが、ここの中での特徴は、右側の真ん中にございます“Safe”、精神的にも環境的にも女性が安全に支援を受けることができるということに非常に力点を置いているということ。

それから、一番上の“Empowering”、女性が自分の回復の主体として自分の体をケアする必要について伝えるということ大切にしている。

そして、真ん中の下、“Comprehensive”ということを書かれているのですけれども、女性の支援を考えるときには非常に多岐にわたる支援が必要で、その一つ一つに目配りして、網羅していくような、そういった支援をしていく必要があるということカナダでは実践とともに行われているということです。

(PP)

さて、一方、日本では女性依存症者の回復支援の場というのがどのようにあるのかということ、日本ASW協会の理事に協力してもらって調べています。

赤い丸で示したところが女性に特化した入所の施設、青い太陽のマークで示したのが女性に特化した通所の施設です。女性だけを受け入れる。もちろん男性を中心にたくさんの通所施設ございまして、そこで女性を受け入れるということをしてしておりますが、先ほどの研究の中でも、回復のある一時期、女性に特化した場所が必要だということが言われています。

(PP)

では、これまでのお話を踏まえた上で、今後何が必要になってくるかということをお話して終わります。

5点挙げさせていただいたのですが、その前提になるのは、これまで男性中心で構築されてきた回復支援プログラムをそのまま女性に適用するということは、私も実践しております、これは余りうまくいっていないという感じがいたします。

ということで、では何が必要か。1点目ですが、今お話をしてきましたような女性依存症者の特性ですとか背景、それから環境因子の影響を理解した上で援助できる援助者、支援者を養成していくということが急務です。

2点目として、先ほどもお話をしましたように、非常にスティグマタイズされている、差別化されておとしめられた状況に置かれている女性の方が多いということをお考えすると、女性が安心して利用できる施設が今まで以上に充実し、ふえる必要があります。

3点目は、物質使用がとまってからが実は本当に難しい課題に直面していきます。しかも、複合的です。ですから、社会資源が充実していく必要があります。例えば、幼い子供を抱えて、自助グループに行きたくても、その子供の世話を誰が見るのか。それから、やめたからといって、いきなりよい親になれるわけではない。親と子供の関係をどのように修復していくのか。そういったさまざまな社会資源が必要となります。

(PP)

それから、重症化してしまった女性の回復支援のプログラムを開発していく必要もありますし、多問題がありますので、多機関でネットワークを組んでいく必要がある。だとすると、このネットワークをどのようにマネジメントしていくか、あるいは維持していくのかということに関する研修が必要です。

以上のことを可能にするためには、実はまだ女性依存症者に関する生活実態の把握を初めとする調査や研究は非常に不足しております。まずはここから手をつけていく必要があるのではないかというのが、現在のところ私が考えていることです。

以上、御清聴ありがとうございました。

○田辺座長 御発表、どうもありがとうございました。

それでは、委員の皆様から御質問とか御意見をいただきたいと思います。女性の発表の後には、女性の委員の先生方たくさんおられるので、お願いします。

○松下委員 御発表ありがとうございました。関心深く聞かせていただきました。2つほど教えてください。

開設が2002年ということでしたが、それ以降、この13年間の間に事例で挙げられたような、たとえ過食嘔吐を続けながらも就職が可能になったというケースが何人ぐらいいらっしゃるのかということと、もう一つ、支援者を育成するという御指摘がありましたが、この支援者は当事者支援者を意識されているのか、またはそれとは別途なのか、両者なのかというあたりをお願いします。

○大嶋参考人 まず、どのぐらいの数の方たちが、就労というキーワードでいくと、就労に移行していったかということですね。2002年に始めまして、13年の前半と後半で大きく変わってきていると思います。

前半は、ほとんど大半の方、利用された方の8割から9割が一般就労に移行して行きました。

後半の6年ですから、2015年ですから2008年、9年、このあたりからぐっと一般就労への移行率が下がります。利用されてくる方たちの重症化が進んできたということとの重なりで、いわゆる一般就労というのが非常に厳しくなって、今は福祉的な就労、関係資料の中にもございますけれども、就労継続B型にしたというのもそういったことが背景にございます。

ですので、今は精神障害者保健福祉手帳をとらざるを得ない状況にして、手帳を取得した上で障害開示で、ジョブコーチのような形で職場に入り込んで支援をするという形、そ

こまでを広げますと、現在も8割から9割が就労という形にはなっています。

残った1割弱というのが重症のPTSDの事例でして、これに関しては生きていくということがまず大事という方たちというような状況です。

もう一点の御質問は、支援者の養成が必要ということだが、どのような支援者を想定しているか。これは両方です。専門職に関して言えば、先ほどの多機関ネットワークをどうしてもつくる必要がありますので、多機関で働いている、例えばDVの防止に関しては女性支援センターを初めとした専門職がおりますし、一方、民間シェルターネットワークなどでも少しずつ専門職がふえています。それから、児童相談所、それから一般医療機関、精神科医療機関でもたくさんの専門職が働いています。ですが、この方たちが女性の特殊性に関してどこまで御存じかということに関しては、私も定かでないところがあるので、この人たちへの研修ももちろん必要です。

それから、先ほど日本における社会復帰支援の現場というのが、図でお示ししましたが、あそここの図で示されたのは実は大半が当事者の方たちが主体となって運営されているところなんです。私のようなところは全国でも極めて珍しいです。唯一と言ってもいいぐらいかなと思います。

ですので、当事者の方たちはもちろん御自分の体験がございますので、共感的に当事者の方を献身的にサポートして下さっているのですが、一方で全体状況を見ていかないと、個人の熱意だけではどうにもならないところがあって、ここのところは少しプラクティカルなというか、実践的な組み立てが必要、枠組みがないと、当事者の方たちも疲弊してしまうと思います。ですから、この両方に養成が必要なのではないかなと考えております。

○田辺座長 ありがとうございます。では、見城委員、お願いします。

○見城委員 御説明ありがとうございます。4ページに、女性のアルコール依存症の特徴として、(1)短期間で依存症となり、患者年代のピークが30代という部分がございますね。つまり、短期間で依存症になってしまう。その辺の御説明と、それから30代でピークということは、依存症になる年代がピークがそこですと、独身というようなイメージが湧くのですが、家庭内暴力ということが大きな原因の一つとなっていますし、それは結婚されているからではないかと思うのですが、その辺の短期間で依存症になるし、大変若い年代でピークになる、それから依存症になりやすく重症化しやすい、このあたりをお願いします。

○大嶋参考人 先ほど、法人の御説明のところ、依存の問題を抱えている方は利用者の6割というお話をしました。しかし、残りの4割の方は、親や祖父母、兄弟のアルコール問題に直面しているので、自分はその方法をとらないというお話をしました。

ところが、かわりにその苦しい気持ちをどのように逃していくかということで、例えばリストカットがやめられなかったりとか、不適切な男性関係を繰り返していったりとか、それから犯罪行為に行ったりとか、さまざまな出方をします。

質問は短期間で重症化するという話ですが、それは私は医師ではないので、ここには御専門の先生がたくさんおられるので、その先生たちのほうが御説明に適切ではないかと思

いますけれども、体内にとどまる時間です。アルコールが体内にとどまることによって、脂肪と水分の関係ですね、水分が少なく脂肪が多いということとの関連が言われていること、それから単に飲酒量だけではなくて飲み方の問題があります。つまり何かを酔いの中で置きかえるというような飲み方ですから、短時間でたくさんのお酒を飲むとか、それから先ほどの事例のように処方薬と一緒に飲むとか、そういう使い方をすることで、楽しむとか、味を味わうとか、そういう飲み方ではなくて、最初から意識を失うような飲み方とか、自分を忘れていきたいというような飲み方、使い方をするので、当然リスクの高い飲み方になってしまって、結果として早い段階から治療的な介入が必要な状況になる。

でも、先ほどの女性のように、19歳から不調が始まっているのですが、最初に心療内科、まずハードルの低いところに行って、途中で交通事故を起こして、ここで介入をされたのですけれども、なかなかつながらなくて23歳でつながってというふうに、やはり本人がそのことと直面するには、酔いというものでごまかしていたとか、ぼやけさせていたものをクリアに見ていく必要がありますから、このところを丁寧に下支えしていかないと、やめるということだけを推し進めようとするとうまくいかない。これを否認というメカニズムで言うことも可能だと思いますが、結局、そうこうしているうちにどんどん重篤化していくということがあると思います。

あと、家の中に、いろいろな意味で居場所がない。直接的に暴力の被害に遭うということもありますし、家の中で暴力や緊張が充満しているために、家が居場所にならない。そうすると、家の外に居場所を求めていく。そういった中で、薬、アルコールと出会っていく。その中でどんどん重症化していった、女性特有の性産業などから捕られて搾取されていく。そういうような事例もございます。

○見城委員 ありがとうございます。

○田辺座長 よろしいでしょうか。それでは、ほかの方の御質問、御意見はございませんでしょうか。杠先生。

○杠委員 大変興味深くお話を伺わせていただきました。私のほうから2点質問をさせていただきます。一点はは確認ですが、御発表のスライド7「女性依存症者の回復過程」という中に、男性と異なる点として、(1)の自分の身体に対する自覚が生まれ変化を受け入れるということが書いてありますけれども、この具体的な内容を教えていただければということです。

もう一点は、女性の場合はやはり重症化、複雑化しているというアルコール依存症患者さんの特徴があるようですが、重症化する前に早期発見・早期介入ということ考えたときに、女性の場合には男性と違って特に何か気をつけることとといいますか、どういう時点で介入のチャンスを見つけたらいいか、その辺について何か御意見を伺えればと思います。

○大嶋参考人 ありがとうございます。女性の身体に関しての自覚が生まれるというのは、具体的にどういうことを言っているかということですが、例えば女性には毎月生理という身体の変化があり、あるいは親密な関係になってくると、当然妊娠という身体の変

化があったり、出産という体験があったり、更年期という時期を迎えたり、女性の身体は年代とともに刻々と変化していきますが、依存症の女性の人たちというのはこの身体に訪れる変化を自分のこととして受け入れ難い。

例えば第二次成長期ですから、当然身体はふっくらしてくるのですが、この身体がとても嫌ということであったり、生理のある身体が非常に疎ましいというのでしょうか、不浄なものに思えてしまう。特に性被害などがありますと、生理のことだとか、中絶の体験などがあるかと思えますので、こと身体、そして身体というのは評価されるものでもあるのです。外側から視線を向けられるものでもあり、誰かに搾取される危険をはらんだものでもあり、一方で評価の対象でもある。非常にアンビバレントなものだと思います。

ですから、自分の身体をありのままに自分が受け入れていけるというのは実は案外難しいというところがありまして、ここの受け入れがうまくいっていると、先ほどのような摂食の問題とか、薬物を使って、リストカットを繰り返すというような形で、自分の身体を傷つけないでも、何とか自分の身体と折り合っているのですが、実は女性というのは自分の身体と折り合っていくというのは、太った痩せたと一喜一憂するということも含めてなかなか大変です。そういったところが女性の回復のときに非常に重要なのだなと。逆に言うと、このことについて支援者から余り丁寧に扱われないというか、余り聞かれないというような体験を私自身は多く聞きました。

それと、杠先生のもう一つの御質問、それでは早期発見・早期介入するために、女性に何か気をつけることがあるだろうかという御質問だったのですが、私はお酒を飲んでいるか、飲んでいないかとか、どのぐらい飲んでいるかと聞くことも大事かと思うのですが、それよりはむしろ日常生活の中でどんなところにストレスを強く感じるかとか、そのストレスを解消するためにどんな方法を使っているのかということだとか、その方法の組み合わせで、うまくいったこととうまくいかなかったことはどういうことかとか、ほかにどんなことがあれば、よりストレスが少なくなっていくと思うかとか、そのストレスについて、誰が相談先として機能しているか、むしろこういった質問の中から、女性の生活そのものの中に潜むさまざまなジェンダーの性別役割、格差ですとか、プレッシャーというものに少し焦点を当てていただければ、また少し見えてくるものが違ってくるのではないかなと考えております。

○田辺座長 ありがとうございます。それでは、今成さん、質問が最後。中原先生、何かありますか。あれば用意しておいてください。時間の都合で。では、今成さん、お願いします。

○今成委員 たちのところの電話ガイドに、女性の相談が本当にふえていて、絶対これから女性というのは大事なところだと思っているのですが、男性の相談ですと、御本人がかけてくることは余りなく、家族がかけてきますが、女性は本人がかけてくるというケースがかなり多いです。先ほどもありましたけれども、自責感が非常に強く、本当にやめなければいけないのだけれども、どうしてもやめられないというところで、何度も何度

もかけてきてしまったり、そういう女性ならではの物すごく、相談のところから社会復帰のところまでずっとあると思います。そして、多分女性はトラウマを抱えて飲んでいるという方たちはかなり多いと思うので、その辺もやはり難しいところだろうと思います。

あと、同時に、早期発見というところでいくと、余りにも今とにかく女性が飲むということが社会的に進み過ぎていて、女性がかんりの量を飲むということが普通になっているのです。なので、これが危ないんだということを本当に啓発で伝えていく必要があるし、女性たちが相談できるところをふやさなければいけないし、治療も、男性の入院は受け入れているけれども、女性はだめとか、回す先を女性の場合にはいろいろ細かく見て回さなければいけないということもあって、まだまだ受け皿がないと実感しています。

○田辺座長 ありがとうございます。民間の相談機関にも女性から電話が来ていて、まだまだ受け皿が不足しているのではないかという御意見でした。

ほかに御意見はございますでしょうか。

女性の依存症というのは、男性よりも短期間でなる、アルコールだと半分ぐらいの期間でなってしまうというようなことがあったり、私の個人的経験では、ギャンブル依存も女性是非常に早いです。

今回の御発表では、そういった女性の方が社会復帰施設に重症化した形で来られるケースもふえてきて、そういった中には摂食障害だとか、自傷行為だとか、他の薬物乱用だとか、一つの問題だけではなくて、幾つかの問題を抱えている人も多いということと、そういったことの支援の中で非常に大事なものは、女性が安全で安心な場で、自分の問題を掘り下げていくというところで、回復の中で、身体性も含めた女性としての健康さの獲得というのか、回復というのか、そういったものが非常に重要で、それを提供できるようなプログラムが非常に大事だという大嶋参考人の御報告だったと思います。

そして、またそれが実際にできるような専門職、あるいは回復者カウンセラー、回復者支援員が必要で、彼らが、そういった問題を含めてきちんとケアしていくためには、まだまだ研修なども必要であると。

それから、アルコール依存症と関連する児童虐待やDV、あるいはその他の問題にも、実は女性を助ける支援員はいるはずだけれども、その女性支援員がアルコール問題や薬物の依存症問題などについて適切な理解を持ってうまく連携して支援ができていくかどうかというところについては、はっきりは大嶋先生は言わなかったけれども、わからないという表現でしたけれども、まだまだ恐らくそういう連携はこれからやっていかなければならないし、そしてそういった別の分野のソーシャルワーカーや支援者にもアルコールや薬物の依存症問題を知ってもらう必要がある、そういうようなお話だったかと思います。

どうも貴重な御発表、ありがとうございました。この後もいろいろ社会復帰の議論をしますので、必要があればどうぞ御発言いただきたいと思います。

それでは、この後、社会復帰に関連しまして、厚労省の現在の支援の御説明などをいただきたいと思います。

○労働基準局 皆さん、こんにちは。私は、厚生労働省労働基準局で、企業向けの支援とか指導を担当している者でございます。本日、就労支援ということで、労働基準局のほうでやっている取り組みを簡単に御紹介したいと思います。

お手元の資料3です。アルコール依存症に特化した取り組みということではないのですが、アルコール依存症を含めて、治療が必要な疾病を持っていらっしゃる方がどうやって働き続けられるか。それから、休職した場合に、その復帰をどうサポートしていけるかということで、特に企業の中の体制をどうつくっていけるか。そもそもの課題としては、企業側に正しい知識がないとか、理解がない。それから、取り組みのノウハウがないというところから、それを将来的にどうルール化していけるのかという視点を持って、3カ年の取り組みを今しているところでございます。

下に3つほど並んだ表がございませうけれども、2年前から始めておりまして、2年前の平成25年度について、実際の就労支援とか、疾病を抱えた方について、簡単なアンケート調査をやった上で、就労支援で気をつけなければいけないというような、若干簡単な留意事項を1年目はつくっております。

昨年度はそれを踏まえて、実際10社ほどの企業に御協力いただいて、就労支援、復職支援が中心になっておりますけれども、それを実際モデル的にプログラムをつくっていただいて、それを事例集としてまとめております。これは企業内の仕組みづくりとかが中心になっておりまして、個別の疾病に着目したような事例集とはなっていないということになっております。

今年度を一応最終年度として考えておりますけれども、これまでの取り組みを踏まえて、指針、ガイドラインをつくりましょうということで、まさに7月から検討会を立ち上げて議論しております。

指針の中でどういうことを議論しているかということでございますけれども、まずは就労支援をやるに当たって、どういう体制を企業の中につくっていけばいいのか。人事担当者なり、産業保健スタッフ、産業医なりがどういう連携をして、かつ主治医の先生とか、ソーシャルワーカーの方とどう連携していくのかという体制づくり、それから体制ができた上で、企業の中にどういう環境整備をしていくのか。例えば、従業員とか管理者に教育していくであるとか、病気による休業制度のようなものをどう整備していくのかとか、そういった環境整備のお話。それから、実際の具体的な取り組みの段取りをどういうふうにしていけばいいのかといったことについて、指針にどういうふう盛り込んでいくのかという議論をまさに今始めたところでございます。

実は、指針自体は共通ルールをつくっていこうということですが、いろいろな方からも御指摘いただいているように、疾病ごとに実は若干取り組み方が違うということもございまして、指針の中で主な疾病ごとの留意点のようなものを別にまとめていこうかという話もしております。アルコール依存症のようなものも含めて、特に留意が必要なものをどういった形でまとめていけるかということも含めて今議論をしております、とりあえずと

っかかりとして、ことしはがんについてやろうかという話をしておりますけれども、対象疾病はいろいろございますので、来年度も引き続きやることも含めて、今、検討を進めているという状況でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。

引き続き、御説明をお願いします。

○職業安定局 皆さん、おはようございます。私は厚生労働省の職業安定局の障害者雇用対策課でございます。

我々は、組織の名前どおり、障害者の雇用対策の関係の企画・立案を行うとともに、職業安定行政については地域において労働局やハローワークという直接実施機関がありますので、その障害者部門に対する監督や指導というものをやっているところでございます。

それで、アルコールの関係の会議でございますが、私ども精神障害者の雇用対策について説明してほしいということでございましたので、その施策の体系について説明させていただきます。

資料4。資料については、「精神障害者の雇用促進に係る支援施策の流れ」というポンチ絵を中心に説明させていただきます。

このポンチ絵については、精神障害者の雇用に係る支援の施策の流れを示したものでございます。○とか◎がついているところがあると思うんですが、○が障害者本人に対する支援施策、◎は主に事業主に対する支援施策となっております。

精神障害者の方が企業等への就職を実現するためには、各地域において、ハローワーク、障害者就業・生活支援センター、地域障害者職業センターが中心となって、障害者と事業主双方に対して、職業の準備段階、最初の段階から就職に向けた出口まで、就職した後の定着支援まで、一貫した支援を行っているところでございます。この3つの機関だけではないのですが、一応ハローワークを中心としてこの3つの機関をタッグを組んで、地域の障害者行政を進めているという形でございます。

まず、ハローワークにおける障害者の雇用対策の大きな柱というのは、まさしく就職支援と、障害者法定雇用率の達成に向けた援助や指導ですが、まず大きな柱として、ハローワークには精神障害者トータルサポーターというものを配置しております、定着支援も含んだ専門的支援を実施しております。

詳しい資料は2ページ目に書いているのですが、もちろん専門援助部門というところに、正規職員の統括職業指導官というのがいますが、精神障害者についてはいろいろな特性に応じたきめ細かい職業支援が必要なので、まさしく専門的な支援員を配置して就職支援を行っているところでございます。

主な支援の内容については、求職者である精神障害者に対しては、先ほど言いましたように、きめ細やかなカウンセリングとか就職に向けた準備支援プログラムを実施するとともに、もう一つ重要なこととして、受け入れる企業側に対しても精神障害者の雇用に対する意識啓発などを実施している。

もう一つハローワークが主にやっていることとしては、就職を後押しするツールとして、事業主側にも何らかのインセンティブみたいなものを持ってもらうということで、トライアル雇用制度というものを事業主に対して進めている。その中でも、精神障害者の方については、障害者の短時間トライアル雇用制度というのがございます。

また、ポンチ絵が飛ぶのですが、3ページ目に移ります。精神障害者の方の特性として、心身が疲れやすいとか、緊張しやすいとか、いろいろな特性がございますので、そういう特性を踏まえまして、普通は雇用保険の被保険者になるには週20時間以上働かないといけないというのがあるのですが、働き始めは短目で、20時間未満、10時間ぐらいでいいだろうと。ただ、最終的には常用雇用に移行するというのが目的でございますので、一般の求職者とは違って、長い時間をかけて移行を目指していこうというものでございます。これは精神障害者の方に特化した制度でございます。

これを受け入れた企業に対しても一定の奨励金を支給しまして、求職者、事業主双方に対して支援を行っていくという制度でございます。

また、支援策の流れに戻っていただいて、もう一つの大きな機関として、障害者就業・生活支援センター、御存じの方もおられると思いますが、よく「ナカポツセンター」と略称で呼んでいますが、この障害者就業・生活支援センターにおいては、障害者の身近な地域において、就業面ともう一つ生活と書いていますが、生活面の一体的な相談支援を行っているという機関でございます。

このナカポツセンターにおいては、障害者の方からの相談に応じながら、ハローワークとか、次に説明しています地域障害者職業センターというところ、もう一つ福祉施設など、関係機関へあっせんするという、雇用と福祉をつなぐ結節点という言い方をしていますが、つなぐ拠点としての役割を担っております。特に最近では、雇われた後にいかに職場に定着してもらうということが重要になっていきますので、職場定着に向けた支援に実績を上げているというところでございます。

もう一つの機関で、地域障害者職業センターというのがございますが、この3つ目の施設については、独立行政法人高齢障害求職者雇用支援機構というところが運営しております。障害者の方に対する専門的な職業リハビリテーションを提供する施設で、全国の47都道府県に設置されているところでございます。

5ページに概要を載せております。事業内容については、障害者一人一人のニーズに応じて、障害者の円滑な就職とか職場適応を図るため、職場適応援助者支援事業、先ほどちょっと講演の中でも出てきましたが、ジョブコーチと言われている者を派遣する事業です。鬱病等で休職している精神障害者の方の円滑な職場復帰を目指すリワーク支援というのを実施しております。これらの支援を通じて、ハローワークやナカポツセンターの支援だけでは困難性が高いという方の就労支援を引き受けて、専門的な支援を実施しているという機関でございます。

雑駁な説明ですか、以上が障害者雇用対策の流れになっております。

最後になりますけれども、精神障害者の雇用促進については、御存じのとおり、平成30年の精神障害者の法定雇用率への算定基礎の追加という大きなイベントを踏まえまして、一層支援を強化していく必要があると考えております。

今後とも、ハローワークを中心として多様な関係機関と連携の上、障害者雇用対策を進めていきたいと思っております。よろしく申し上げます。

以上でございます。

○田辺座長 ありがとうございます。もう一つ、資料5はどなたが御説明ですか。お願いします。

○障害保健福祉部 厚生労働省障害福祉課の香月と申します。

資料5をごらんください。障害者の就労支援についてということで、先ほど障害者雇用対策課からは、いわゆる一般就労の支援を話していただいたと思うのですが、私からは、障害者総合支援法の中の就労支援のサービスを御説明させていただきたいと思っております。

1枚おめくりいただきまして、「障害者総合支援法における就労系障害福祉サービス」という表をごらんいただければと思います。

総合支援法における福祉サービスは、ホームヘルプサービス、移動のサービスとか、いろいろなものがあるのですが、その中に就労に関するサービスが3つございますので、その御説明をしたいと思います。

大きく3つに分かれておりまして、まず左側ですけれども、一般企業への就職を目指す就労移行支援事業というものがございます。それから、隣の2つですけれども、一般就労が困難な方に対して福祉サービスの中で就労するという就労継続支援A型、B型という2つの事業がございます。

まず、左側の就労移行支援事業でございますけれども、この概要については、65歳未満の一般雇用が可能と見込まれる方に対して、訓練であるとか、求職活動の支援、職場開拓とか、職場定着支援というものをを行うというサービスになっております。利用期間が定まっております、2年ということになっております。利用者数は年々増加しております、一番下に利用者数を書いてありますけれども、ひと月2万8,000人強の方が御利用いただいているということです。

真ん中ですけれども、就労継続支援A型事業というものです。これは、一般雇用は困難ではあるのですが、雇用契約に基づいて就労が可能という方々に対して御利用いただくということで、雇用契約を締結するということと、そこで就労の機会を提供したり、必要な訓練の支援を行う。そういった制度になっております。利用期間の制限はございません。こちらも年々利用者数、事業者数も増加しております、ひと月4万6,000人ほどが御利用いただいております。

右側がB型事業ということで、先ほど大嶋様の御講演の中でもB型事業をされているというお話がございましたが、この事業になっております。これも、雇用契約が困難な方に

対して就労の機会を提供するというものです。

A型は雇用契約を結ぶということなので、基本的には最低賃金以上をお支払いいただいて、そういった作業をしていただくということですが、B型事業のほうは、そういったことが難しい方に対して、御本人のペースで作業や就労をする、そういったような制度になっております。

これは利用期間の制限はございません。また、年々増加しております、ひと月当たり19万人強の方が御利用いただいております、この3つの中ではB型事業の利用者が一番多いという状況になっております。

次のページをごらんいただきたいと思います。就労系サービスは、一般就労を目指すサービスと、その場で働くという2つのことがあるのですが、特に今、一般就労へ移行していただくということを厚生労働省では目標に掲げております。

右側のところに赤い字で、就労系福祉サービスから一般就労への移行ということが書いてありますけれども、いわゆる自立支援法ができる前は、余り意識されていなかったということから、福祉サービスから一般就労へ行くということが非常に少なかったわけですが、年々ここに力を入れてきておりまして、平成25年度ではこの福祉サービスを利用して1万人の方が一般就労に移行しているという状況になっています。

もう1ページめくっていただければと思います。先ほど、1万人移行しているということでしたけれども、就労系サービスは3つに分かれておりまして、そのサービスごとに見るとどうなっているかということでございます。

紫の部分が就労移行支援事業という、企業就労に特化した事業になっておりまして、特にこの利用している方の一般就労への移行が非常に伸びてきているという現状があります。

就労継続支援A型、B型については、一般就労が難しい方が対象ではあるのですが、またここで訓練をしたり、就労の機会を得て一般就労を目指すという方も一定数おられて、就労移行支援事業より伸びは低いですが、年々増加しているという傾向でございます。

簡単ではございますが、説明は以上でございます。

○田辺座長 就労を中心とした社会復帰ということで、厚労省のほうから説明を3本いただきました。この後の議論でございますけれども、大体30分ぐらい、女性の社会復帰も含めまして、社会復帰の今まで報告されたものについて少し意見交換をして、後半は民間団体の活動についての時間を残しておきたいと思っております。

また、今回のワーキンググループは当初は3回ぐらいの想定でございましたけれども、最終的な論点を整理した方向性の議論というのを、やはり4回目のワーキンググループが必要ではないかというふうに判断しております。それで、日程の調整を最終的にはしなければいけないのですが、お忙しいところでしょうけれども、私のほうではそのような方向性で考えてございます。

それでは、まず、厚労省のほうからの3本の説明もありましたけれども、そもそもアルコール依存症、あるいはアルコールの問題を持つ方がこういう制度の中に十分乗っかっているかということが既にあるとは思いますが。それで、それぞれ確認の意味も含めた質問、あるいは御意見もいただきながら、ここを検討したいと思います。

大嶋参考人に関しては、委員の方と同じように、ある意味でこの辺と関連することを一番経験されていると思いますので、御発言いただきたいと思います。

どなたか、厚労省のほうの説明に御質問はございますでしょうか。

では、私のほうでまず最初に、職業を持っている人が復職するときの、最初に御説明いただいたところですけれども、これからいろいろ個別の疾患も含めたマニュアルやガイドラインという、確かに産業医の先生とかのディスカッションがほかのグループであったのですけれども、産業医の方がアルコール問題を持つ労働者の方、従業員を具体的に積極的に早期に介入して支援する法令根拠みたいなものがないし、具体的には余りなされていないという形で発表があったと思います。あるいは、産業医にアルコールの症例の支援を更新のときに義務づけたらどうかと。それは私は発言したのですけれども、そのときは座長ではなかったです。そういうのは、産業医の資格更新は日本医師会がやっているけれども、それはちょっと無理だというような話があったりして、職場でアルコール依存症なので入院して、その後、社会復帰にこういうシステムで対応する、というのは、現在とられている鬱病の対策に比べてはるかに理解がないというのがまだ現状だと思うんですね。このガイドラインとかマニュアルとかで、もう既にアルコール依存症の疾患も議論に上がっているのか、まだ上がっていないか、今後そういうものを含める可能性、余地といいますか、方向性があるのか、その辺について御意見をいただきたいと思います。

○労働基準局 ありがとうございます。確かに、職場でアルコール問題ということになると、鬱病とかメンタルヘルスであれば、仕事との関連という意味で、企業側も恐らく想定しやすいと思うのですけれども、アルコール問題となると個人の問題でしようというイメージがやはり企業側には強いのではないかなと思ってまして、なかなか企業がそこに介入していくかどうかというのは議論のあるところだと思っています。

そういう意味で、現状、産業医の先生とか、職場にいらっしゃる保健職の方とかがこの問題に積極的に介入しているかということ、恐らくそういう状況にはないと思うのですけれども、実は私のほうから御説明したように、ただ、アルコール依存症にかかっている方が働きながら治療するというのであれば、やはり職場に影響が出てくるでしょう。きちんと休暇がとれるようにするであるとか、周りの対応とかもあるので、むしろアプローチとしては、治療と仕事の両立というアプローチから企業側に対応を求めていけないだろうかという発想で今取り組みをやっています。

座長のほうから御指摘がありましたとおり、まだ今、個別の疾病をどこまで細かく議論していくかということは決まっておられませんけれども、逆に何を排除するというわけでもございませんので、職場での課題として大きく取り上げるべきという話があれば、それは

もちろん議論の俎上に乗っていく話だと考えております。

○田辺座長 1つ意見といいますか、意見というよりはアメリカの状況をお知らせするのですが、私はもう15年ぐらい前だと思えますけれども、日本のAAの団体がアメリカのAAの団体を招いて国際的な交流、シンポジウムをやったのですけれども、そこで、なぜ当事者団体の理解が日米で違うのかという観点で紹介していただいたのは、もちろんアルコール依存症者が多いからだという話だったのですけれども、AAという当事者団体がアメリカでは有名になっていて、アルコール問題があって治すが気があるならAAに行けというのは一つの常識のようになっていると。

実際、私も電話帳の1ページ目にクライシスコールの欄がAAとか、アビューズ、虐待とかから始まっているのを見て驚いたのですけれども、実はペンタゴンにもAAはあるんだと。官庁にもAAはあるんだと。ペンタゴンAAグループがあるという話を聞いて、えっと。例えば霞が関AAグループというのが例えば5時半過ぎたら、霞が関にもアルコールの好きな方は多分いると思うんですね、断酒を続けている方が5時半になったらミーティングを開く。そのミーティング所があるという。何かそういうことがないと、働きながら断酒しているアルコホリックがいるということが職場の中で当然だというふうに受けとめてもらえないといけないので、そういう方向性をつくっていくためにも、ぜひとも産業保健、労働部門で、そういう復職を支援する対象としてアルコール依存症の方を扱っていくべきではないかと思えます。

意見的になってしまいましたけれども、海外にはそういうこともあるということです。今成委員、どうぞ。

○今成委員 この中に入れていただくというのは本当に大事だと思います。それで、先ほどまさにおっしゃっていた、アルコールという個人の問題と見られる、ここを変えることが物すごく大事なのです。好きで飲んでいる、個人の問題とか性格の問題とか、そうではなくて、ストレス対処の一つなわけです。お酒を飲んでストレスを逃すというのが日本では常識的にみんなやることで、特にすごい忙しかったり、過重なストレスがある場合に、潰れないようにお酒を飲むわけです。だから、鬱にならないように自己治療しているような形でお酒を飲んでいるということがあるので、そういうことの中でアルコール依存症になっていく。

例えば、運輸の中で運転手さんたちがアルコール依存症になっていくという背景の中には、今、運輸だけでなく、シフト勤務の職場がすごく多いのですけれども、不規則な形態で働く中で寝なければいけないわけですね。そうすると、手っ取り早くお酒を飲んで寝るという寝酒の問題というのが絶対ついて回るので、それをやっているうちに依存症になっていくというのがすごくあるのです。ですので、アルコール依存症に職業の中でなってしまうというある種の職業病みたいな、そういうような面がすごくあります。

例えば、忙しくて、家に帰って、ぱっと切りかえるためにオンオフをお酒でやったりとか、ですので、予防の面も含めて、このアルコールというのがある種の間違ったストレス

対処なのですけれども、それによって発症していくという見方を入れていただいで、ほかのストレス対処の仕方をもっと啓発していくとか、サポートしていくとか、お酒をやめていく中でもそういうものが必要なんですね。

あと、治療期間の後で、自助グループに通うというのが当然必要になってくると思うので、例えば残業がしにくくなったりということがあると思うんですね。なので、自助グループに出やすいような働き方を考えていただくとか、その辺をぜひお願いしたいと思います。

○田辺座長 樋口先生、どうぞ。

○樋口委員 職場のアルコールの問題について産業医の先生とお話をすると、アルコールの問題はないと言うんですよ。うちにはありませんと言ってのけるんですね。けれども、本当はたくさんいるのです。アルコールの問題は、先ほどの鬱の話との比較もありましたけれども、みんな隠したがるわけです。問題があっても、できるだけ隠したがるので、どうしても表に出てきづらいという問題がある。けれども、本当はたくさんいて、その方の後ろには困っている家族がたくさんいる。

それから、鬱病が非常に大きな問題としてメンタルの中ではクローズアップされていますけれども、鬱病の方々の中にもアルコールの問題を持った人がたくさんいて、実はアルコールの問題を持っているからこそ鬱が治りづらいという現実もあるし、自殺のリスクが高くなるという問題もあるわけですね。

ですから、職域の中でアルコールの問題というのは実は大きな問題である。しかし、それは表に出てこない性質のものなので、掘り起こさないと出てこないんですね。ただ、掘り起こせば、物すごくたくさん出てきて、その後ろにまた困っている家族もたくさんいてということがあるので、そういうメカニズムをまず第一に考慮いただきたいということと、そういうことを掘り起こして、よりそういう問題を持った方々が再び回復して貢献できるような、そういうシステムを考慮いただきたいなと思います。

○田辺座長 ありがとうございます。職場で病気として扱って、それを復職のプロセスの中で支援する対象としてのアルコール依存、アルコール問題ということは必要だと思いませんね。

私も、実はきのう講義したばかりなので、事例とかを紹介しているので、頭に入っているのですが、シフト勤務の方、運転手の方とか、ほかの福祉職でも夜勤のある方とか、眠るためにアルコールを使う。ところが、アルコールは睡眠の質を悪化させるので、よい眠りにならないので、それで深追いしてもっとたくさん飲むということでアルコール依存症になっている方はたくさんいらっしゃるの、そのところを職場の予防策としても、個人の問題ではなくて、職場の労働環境に適應するためにアルコールを正しくない飲み方にしてしまっているという現状があるので、ここから介入すると、アルコールの問題というのは個人の問題ではなくて、職場と非常に関連する重要な問題、支援の課題だということが言えるのではないかと思いますね。今成さんの意見もございましたけれども。

○労働基準局 少しだけコメントさせていただきますと、確かにうちでやっている労災認定とかで、精神障害で一番多い職種というのは医療・福祉職とか自動車運転者だったりするので、確かに先生方がおっしゃるように、シフト勤務というのは何らかの関係があるのかもしれないなと思っています。

あと、ちょうどことしの12月からストレスチェック制度というのが始まりますので、一つのストレスを抱えている人をつかむきっかけとなる仕組みなので、その後、ストレスがかかっている方を把握した後に、どう対応していけるのかというところが大事なのかなと思って聞いておりましたので、そこはこれから制度を運用していく中で私たちもいろいろ考えていきたいと思っています。

○田辺座長 職場に理解がないと、アルコール依存症という診断書も出しにくい。そうすると、鬱もちょっと持っているから、鬱のほうをクローズアップして、そちらのほうで診断書を出すということをやっておられる主治医の先生も、本人が職場から個人の問題だとして切り捨てられないように、2つ持っている場合は鬱を主として、依存症の問題を隠した支援をするということもないわけではないのが現状にありますので、やはりここは少し産業の部門でも切り開いていければと思いますね。ありがとうございます。

では、障害者就労のほうの2つの御発表もありましたけれども、御意見とか、御質問はありませんでしょうか。杠先生。

○杠委員 職業安定局から提出いただいた資料4の3ページですが、ここは精神障害者が一くくりで語られているのですが、障害者といってもさまざまな疾患がありますので、統合失調症、あるいは鬱病、あるいは依存症といった方々の支援の仕方もかわり方もそれぞれ随分違うと思うんですけれども、それぞれどのくらいの方がこの制度を利用して就労につながっているのか、データはありますか。

もう一つは、企業側にそれぞれの疾患について教育をするような仕組みも備わっているべきだと思うのですが、その辺はいかがでしょうか。

○田辺座長 具体的な支援の対象の中で、特にアルコール依存症の方などはどのぐらいなのかということと、アルコール依存症なんかの支援に特別なメニュー、プログラム、あるいは指導のマニュアルみたいなものはあるのか。

○職業安定局 就職の関係は、ハローワークのところで求職登録をして、その方がどういう障害を持っているかというのをそこで確認したりはするのですが、今回こういうような場に出させてもらうということが急遽決まって、ちょっと内々にいろいろなところから聞いていたのですが、アルコール依存ですということをハローワークにおいてまず告白するというか、そういうところのプロセスが余りない。

今説明して、私も納得したのですが、障害者の方の中でも、発達障害であるとか、いろいろな障害であるというのはクローズでいきたいという方もいるのですね。手帳をとっていてもクローズでいくという方もいるぐらいなので、そもそも障害を持っていることを、今私は大丈夫なので障害者という支援の枠を外して、まず普通の人として就職したい

という方も中にはいるぐらいなので、今話を聞いて私も少しわかったのですけれども、そういうことを最初の職場の中でアルコール依存であるということを余り言えないような感じであるならば、企業に就職する準備段階にまで行けた人がハローワークを訪ねるといふことが多いので、そういう段階においてはそういうことをまず告白するといふか、私はそうですといふことはハローワークの現場においては余りないといふことで、アルコール依存の方の数字があるかといふと、ないといふのが事実でございます。

それと、先ほど言った地域職業センターという専門的支援をしているところについては、いろいろカウンセリングをしている中で、私は鬱病を発症したのだけれども、実はその背景にはアルコール依存といふのがあってといふ、その相談の中でそういう事例を使って、ではそこのもとのところ、アルコール依存といふところもちゃんとやらなければいけないねといふ共通認識を持って、ではそこは主治医の人に話しているのとか、職場にはどうしているのと解きほぐしてやるという例は今あるのですけれども、現状としてはアルコール依存の方が、要はフォーカスされて把握できるような感じにはなっていないので、数字といふものはないといふのが現状です。

あと1点は企業に対してですね。そういうことなので、企業に対する周知・啓発といふのは一番重要でございます、精神障害者の方、特に企業に対しては今熱心にやっているところでございます。知的障害者が法定雇用率に入ったときも、大分昔ですけれども、言い方は悪いのですけれども、身体障害者をようやく雇えたのに知的障害者の方なんか雇えないという事業主の大きな抵抗があったのですけれども、もう時間がたってみると、知的障害者の方はすごく活躍されていて、事業主の方も満足しているという状態なので、ただ、今精神障害者はその何年か前の知的障害者の方と同じような状況で、なかなか理解が得られない事業主の方もいるのです。一方で、最初に精神障害者を雇ってうまくいった方は、次も精神障害者の方を雇いたいという事業主さんも多いのは事実で、それは鬱病とかいろいろなことで一旦仕事を休まれて労働市場から出たとしても、そもそも実力があつたり、ちゃんと特性を見て、服薬管理とかきちんとすれば戦力になるといふことは事業主は理解していただくと、そういうような好事例が生まれる。

なので、基本的に事業主に対しての啓発の中心は好事例を収集する。あと、ちゃんと雇っている事業主の方を呼んで、企業さんから企業さんに対してきちんと好事例を言っただいて、精神障害者を雇うといふことは、きちんといろいろな支援を重ねてやっていけばうまくいくんですよといふことを今のところ熱心にやっていきますし、先ほど言いました30年、精神障害者が法定雇用率に入る予定でございますので、そこに向けて事業主、受け皿のところをきちんとやっていかなければいけないといふ問題意識は強いので、そのところはハローワークを中心に熱心にやっているところでございます。

○田辺座長 具体的な数字は把握されていないといふことと。

○職業安定局 そうですね。普通の精神障害者とか知的障害者、身体障害者といふのは業務統計がありますので、今手持ちではないのですが、その数字はあるのですけれども、ア

ルコールに関しては先ほど言ったとおり持っていないということです。

○田辺座長 それは、専門的な指導、職業指導の中で、アルコール依存症に関して当然対象はないわけだから、実績もないけれども、特別な支援の用意も今のところはないということですよ。

○職業安定局 そうですね。精神障害者の方の中に含んで、アルコール依存ですという感じで、手帳もとっていませんという形でも、ハローワークについては全てのメニューは全ての精神障害者の方と同じようにできますので、特にどの疾患が原因で精神障害者になったからとか、そういうのは関係なしに、精神疾患を持っていくということであれば、本人の申し出に基づいて、先ほど言いました、ハローワークに専門援助、要は普通の一般求職者ではない、困難な方を対応する部門がありますので、そこにきちんと誘導してやりますので、アルコールに特化したものはないのしょうけれども、きちんときめ細やかな相談とか、配慮をしながらの職業相談をしなければいけないという方についてはやりますので、そういう意味では別に分け隔てはないということです。

○田辺座長 杠先生、いいですか。

○杠委員 はい。問題は、プライバシーの問題もありますし、まだアルコール依存症ということ公にできないような社会の風潮というのも重要だと思います。その辺が変わっていかないと、なかなか統計もとりにづらいたと思います。ぜひそういうデータをとっていただいて、実際に各疾患毎にどのくらいの方が雇用に結びつくのかというものを調べていただければと思います。それから、受け入れる企業に対しても積極的に依存症についての教育をしていただければと思います。

○田辺座長 ほかに御質問はありませんか。

私から1つですけれども、例えば障害者短時間トライアル雇用というのがございますよね。実は、私は治療医としてかかわった依存症の方は、やはり断酒期間が非常に大事だと同時に、いきなり復職の高いレベルに戻らすと、ストレス処理能力が回復していないので、結局頑張り過ぎて、三、四カ月たつとまた再飲酒してしまうということが多いので、実は実践的にはこういう形で指導するんですよ。ただ、これができるのは、例えば非常にしっかりした職場、大企業とか公務員、教員、そういう人はこういうレベルで段階的に復職が、障害者ではないですけれども、できるわけですよ。あともう一つは、全く無職の生活保護の方を就労に復活させるときに、2時間から始めなさいとか、半日ぐらい働いてごらんといって上げていくのがこれなんですよ。

だから、これはとてもいいと思うんですが、短時間障害者トライアルにアルコール依存症なんですけどと言ってハローワークに行ったら、そういう支援はすぐできるのでしょうか。あるいは、してもらえるのでしょうか。実際は余り聞いたことがない。

○職業安定局 仕組み上は、まず手帳を持っている方は当然なんですけれども、もしくは医師の診断書を持っている場合は、それで精神障害者と見なすという場合については受け入れるというのがあるんですけれども、手帳を持っていない場合は、個々の判断、ハロー

ワークの所長とか、そこの現場の判断もあるので、どのぐらい短時間トライアルをしなければいけないんだというところの程度を見ながらやるので、アルコール依存症イコールなるといことではなくて、主治医の意見書を踏まえてやるということになります。もちろんアルコール依存症で手帳を持っていたら、それは使える。

もう一つ、先ほど座長の先生も言われたのですけれども、なかなか制度的にはいいと私は思っているのですけれども、受け入れる企業側が負担感というか、長い期間ちょっとずつというところに対してまだまだ理解がないというのがあって、実績がすごく上がっているというわけではないので、これをもっと上げていくためには、トライアル雇用、試し雇用なので、受け入れ先がきちんとそういうことで、こういう方をどんどん上げていって、最終的には自分たちが社員に迎えるというところの意識啓発をもっとしていかなければいけないと思うので、そこがまだこのトライアル雇用奨励金の課題だと感じているところでございます。

○田辺座長 奨励金というのは企業側にも出るのでしょうか。

○職業安定局 企業側です。

○田辺座長 嫌さを克服してもらうために、奨励金を。

○職業安定局 いや、そういうことではないです。一応、言い方は悪いですが、企業に対してもインセンティブを与えるということもありますので、これをツールとして結局ここでお見合いをするわけなので、お見合いの結果、常用雇用に移れば、企業としても法定雇用率を満たすための戦力として迎え入れられますし、障害者の方にもハッピーになってもらうので、このお見合いがうまくという制度の中では、少し企業にもインセンティブを与えているというところでございます。

○田辺座長 だけど、これはまだ本当に使われていないと思いますね。どうでしょうか。現場でされている大嶋委員、こういうことをやっている方というのはハローワークでいらっしやるのでしょうか。

○大嶋参考人 まず、今、担当者の方から御説明があったように、ほかの精神疾患もおありになる方で手帳をおとりになるかどうかということが、就労を考えていくときにそのことを伏せるという方ももちろんいらっしやいます。それから、ほかに精神疾患がおありになるので、そちらのほうで手帳を使うという形で就労を考えていくという方もいらっしやいます。

やはり、トライアル雇用も含めて、オープンにできることのメリットというのは、企業ごとに訪ねていって、そこで細かい打合せができることです。特に私がジョブコーチに入って痛感しましたのは、どのタイミングでストップをかけたらいいかと。本人はやれると言っているが、少し心配があるという、その本人の疲れ度をどのように客観的に見ていったらいいのかとか、どのような言葉がけが適切なのかというのを、就労の内容に即して打ち合わせをしていくことができるのですね。そのことが、結果としてその人が職場に定着することに大きく貢献します。先ほどのお話にあったように、一人が定着しますと、

別の障害のというか、同じように障害を抱えている方をもう少し雇ってやってみたいというふうに企業側が思ってくださるというところがすごく大きなメリットでした。ですので、疾患をオープンにできるというところは、先ほどの制度の中に一度乗ってみることができるので非常に有効なんですね。

では、アルコール依存症で同じことができるかどうかとなってくると、実は就労しますときに、アルコール・薬物の依存がありませんというような確約書のようなものを交わさなければいけないような職場があつたりします。ということは、万が一そういう薬の影響下にあつて機械を操作するようなことがあると、大きな事故につながるというような職場の場合には、そういう確約書を交わすというようなこともあります。

ですので、技術はあつて本人の希望もあるのだけれども、残念ながらそこをオープンにすることができない。そうすると、間に入って話をすることもできない。本人はなかなかストレートに自分の困難についても話せないというところで、結局離職せざるを得ないというケースもあります。

ですので、変な話、アルコール依存症であることを隠して就労する場合には、私がジョブコーチには入れませんので、私がお客さんとして通えるような職域を最初に試してもらおうということがあります。つまり、接客関係ですとか販売関係というのは、お客さんを装いながら本人の職場の環境を確認したりするということが可能なので、そういったところで一旦、これは実際はトライアルなのですけれども、どこからもお金が出るトライアルではありませんが、そういったまず就労の実際体験を通して、次にまた手帳を使うのか使わないのか、障害開示でいくのかいかないのかというところを考えていくということをやったりしています。

ですので、障害者の就労支援の制度が物すごいスピードで拡充され、実際にそれを利用する人もふえ、間に立つ人もふえてきたのですが、残念ながらそこからは、先ほどから議論されているようにアルコール依存症は、社会の中でまだまだ個人の問題とされているところと相まって、そう簡単にはいってないというのが現状です。

○田辺座長 ありがとうございます。樋口先生。

○樋口委員 これは私の全くの印象かもしれないですけれども、手帳の話が出てきましたけれども、手帳の診断書も、アルコール依存症の場合にはハードルがすごく高いと思うんですね。依存症と書くのとだめですと必ず来ますので。だったら、どう書けばいいのですかと言うと、アルコール精神障害か何かにしてくださいと。

そういうように、アルコールの場合、多分手帳だけではなくて、そのほか全てに関して認定されるのにハードルが高いと私は思うのですね。ですから、そのあたりも制度そのものの基準みたいなものも見直していただくことも、とても大事だと思います。

片方で、例えば鬱病などを例にとった場合に、鬱病の方は仕事があるほうが仕事がないよりは恐らくモチベーションもあるでしょうから、回復がいい可能性はあると思いますけれども、アルコール依存症の場合には明確に、そこに仕事があるかないかというのが彼が

回復していく可能性にとって物すごく大きな要因になっているということなんですね。ですから、社会の中で役割を果たしていける、そういう支援というのがアルコール依存症の回復にとってもとても大事だということもぜひ御理解いただきたいと思います。

○田辺座長 ありがとうございます。アルコールに特化したシステムがない中で、さまざまなシステムで、アルコールも一つの精神疾患、精神障害として対象としては開かれているはずではあるが、なかなかそれを受け入れる企業側の理解、一般社会の理解がないし、マイナスになることではないかというおそれから、自分のアルコール疾患をオープンにできないという現状もあるという中で、ここの就労の復帰システムというのは今はまだ十分でないというのが現状だろうと思います。

そのような議論だったと思いますけれども、ほかにこの分野の議論、社会復帰の分野の議論、ほかに御意見とか御感想とか。松下先生。

○松下委員 私の知人のアルコール依存症の20歳代の方ですけれども、地方に住んでいらっしゃるって、何々家の長女である何々ちゃんは摂食障害だというふうに、地域住民は都会と違って非常に情報交換しているらしいのですけれども、摂食障害だということはわかってしまってもいいけれども、アルコール依存症だということがわかってしまうことは絶対に嫌だということをおっしゃってましたね。御本人にとっても、やはりそういった偏見がある。だから、職場で就業支援を進める上で、一方で偏見を取り除いていくとか、ステイグマの問題を同時に進めていかないと厳しいのかなというのが一つです。

あと、参考までにですけれども、アメリカのほうでは医療者が薬物を使う機会が非常に多いので、職場の問題としてナースの薬物依存症が問題になっている。その場合、アメリカのたしかあればニューヨークだったと思うのですけれども、職能団体、日本で言えば看護協会ですね、日本看護協会のレベルが、先輩の回復した薬物依存症ナースが今問題を抱えている薬物依存症ナースのフォローアップと言ったらいいのですか、お姉さんとして支援する。何かあれば電話ですぐ相談するとか、そういったシステムをつくっているということで、もし偏見があったらそんなことはとてもできませんので、そういう時代にならないといけないのかなと思っています。

以上です。

○田辺座長 御意見、どうもありがとうございます。大槻委員。

○大槻委員 当事者の立場から聞いていたのですけれども、実際問題としまして、断酒会などでは、職場復帰するに当たっては自分は依存症であるということをしてできるだけオープンにして、断酒会に通う等の理解を得るようにと、そういうふうに勧めています。しかし、現実問題としてオープンにしてやっている人は余り多くない。やはり社会の偏見の問題がどうしても根底にありますので、先ほどからお聞きしていただいたのですけれども、企業でも臭いものにふたをするようなことになる。私のところには問題がないと。こういうことが根底にあります。

いろいろデータを出していただきましたけれども、アルコールに特化したものはありま

すかと申し上げても、恐らくデータがとれないのではないかなと、そんな感じがいたします。でも、それをぜひとっていただきたいので、いろいろな工夫をしていただければいいなと思います。

全ての根底にあるのは偏見の問題、これをまず少しでも緩和していくのが大事だということに改めて思いました。

○職業安定局 データのところですけども、データは多分、障害者の方については、障害があるかとか、あなたはどうかという掘り起こしというのは断じてできないので、こちらからアルコール依存はありますかみたいな、そういうことを聞くということはまず行政機関としてできないので、第一にカウンセリングの途中とかで、本人さんが「実は」とか言ったら、そういうので記録の裏とかに書いていくことはできるのですけれども、一義的に普通の業務統計としてとるということはできないというところは明確にしたいと思います。済みません。この段階ではです。

○田辺座長 こういう制度のときに、精神障害者とか一般的な書き方ではなくて、その例の中に発達障害者とか、鬱病とか、統合失調症と書いていただいて、その中にアルコール依存症というのも書いていただけると、頑張っている人も出てくるかもしれませんね。

○職業安定局 ハローワークの統計ならその他障害という、身体、知的、精神、その他、高次脳機能障害とか発達というのはその他に入っていますので、そういうところにもしかけて含まれているかもしれないのですけれども、現実的に、先ほどハローワークにちょっと尋ねたら、そういうような申告は基本的に求職登録のところではほとんどないということだったので、もしかして求職者の方に鬱病の発症の本当の要因はアルコールなんだという方は多分いらっしゃるのしょうけれども、その把握の方法が基本的にないということです。

○田辺座長 ありがとうございます。手帳を持たないと法定雇用の枠には入らないのは、これは間違いありませんよね。

○職業安定局 そうですね。ただ、企業の法定雇用率のカウントには入ります。

○田辺座長 手帳がなくてもですか。

○職業安定局 手帳です。済みません、間違いです。

○田辺座長 それでは、ほかにこの分野で。どうぞ。

○今成委員 資料5のほうで質問いいですか。2ページですけども、就労移行支援事業のほうは65歳未満と年齢が書いてあって、A型とB型については年齢制限が書いてないのですけれども、これは65歳を過ぎてもオーケーなのでしょうかね。

○障害保健福祉部 A型というのは雇用契約を結ぶということがあるのですけれども、雇用契約を結ぶ場合は65歳までになっています。ただ、A型の中でも、雇用契約を結ばない、B型として利用できる場合もあって、そこは65歳以上でも可能になっています。また、B型については65歳以上が可能になっています。

以上です。

○田辺座長 ありがとうございます。ほかに御質問とか御意見はございませんでしょうか。それでは、このコーナーの最後にします。

○大槻委員 これはもしかしたらアルコール依存症の統計があるかなと思ひまして、今の2ページですが、就労支援A型、B型の下に人数が書いてございますが、この中でアルコール、精神障害でも結構ですけれども、この比率というのはデータ的には出るのでしょうか。

○障害保健福祉部 精神障害ということはわかるのですけれども、その中の依存症というところまではわかりません。

ちなみに、参考までに申し上げますと、障害別は古いデータしか今持っていないのですが、例えば、今から申し上げるのは全部平成25年10月の数字ですけれども、就労移行支援を利用している2万7,000人のうち精神障害者は約1万人です。A型については3万3,000人のうち精神の方が1万2,000人、B型については17万5,000人のうち約5万3,000人が精神の方ということまでは把握しています。

以上です。

○田辺座長 障害者総合支援法だから幅広くなっていますから、精神の中のさらにアルコールとなると、これは把握できていないという形ですかね。

○障害保健福祉部 ほかに鬱病、統合失調症などがあると思うんですけれども、その内訳まではわからないというところです。

○田辺座長 今後、健康障害対策を進めていく上で、やはりデータが必要ではないかとなったら、時間をかけていけばデータ自体はとれますよね。求めれば。

○障害保健福祉部 自治体が支給事務をしていますので、自治体で全てその事務をしていただいて、こちらに上げていただくというシステムをつくるということになるかと思ひます。

○田辺座長 でも、アルコール健康障害対策のモデルの自治体とか何か、自治体も健康障害対策の基本計画を立てていくことが求められるような段階で、積極的な自治体があればこういう調査は可能ですよね。

○障害保健福祉部 協力を得てということであればですね。

○田辺座長 厚労省自身も、地域を選んでそういう調査をやるというのはできるのではないのでしょうか。

○障害保健福祉部 今の段階ではちょっと言い難いです。

○田辺座長 もちろんそんな確約を迫るわけではないですけれども。私、そこで主病名にアルコール依存症がある、あるいはアルコール問題があるという方と、従病名という聞き方をすると、実情が把握できるのではないのかなと。非常にマスクトされているといひますか、今のような議論を踏まえればおわかりかと思ひますが、アルコール依存症というのを表面に出すといひろいろなシステムに乗れないということで、書類上は2つ目の問題のように扱われて、実際にはアルコールのほうが主たる問題なんだがという方がかなりいら

っしゃるように思うんですよね。

ですから、こういう障害者就労支援の中のアルコール問題を把握するときには、そういう聞き方の調査もあるといいなと思ったりもします。今後、参考にさせていただければと思います。

この辺で、障害者の就労のほうのお話はよろしいでしょうか。

それでは、社会復帰、特に就労を巡って今回は随分時間をかけて御議論いただきました。

この後、民間団体の活動の支援ということで、民間団体のことについて委員のお二人から御意見をいただきたいと思います。

まず、今成委員のほうから資料も出ておりますので、お願いいたします。

○今成委員 では、資料6をごらんください。座長から、民間団体の全体像を示せないかというお話がありましたのでつくってみました。もちろん漏れている団体は当然あると思いますが、私がぱっと把握できた段階でというまとめだと考えてください。

今まで、アルコール依存症本人という形で、自助グループとしては全日本断酒連盟、AAという発表があったと思います。そのほかに家族に特化した形でA1-Anonとか、あとアルコール依存症などの機能不全過程で育った人たちという形で、いろいろなグループがあります。

このアディクションというか、依存症の問題というのが世代連鎖というか、本人だけではない、もちろんその家族であり、そしてそこで育つことによって、子供たちがまた大人になって問題をずっと抱えていくという、そのこのところの仕組みがこの分野というのは非常に明らかにされてきて、そして自分たちで自分たちの問題に取り組むというような自助グループが非常に発達している分野だろうと思います。

そして、予防・啓発のところを見ていただいても、例えば私が属しておりますASKも、一番最初はアルコール依存症の家族が中心になってスタートしたという歴史がありますし、例えばイッキ飲み防止連絡協議会もイッキ飲ませの被害者遺族の方たちがスタートさせたという歴史があります。福岡にあるはあとスペースも飲酒運転被害者の遺族の方が始めていますし、全断連はもちろんです。リカバリー・パレード、こわれ者の祭典、みんな回復者が社会に啓発するという形で活動しているということで、やはり当事者が非常に強い、そして深い実感に基づいて活動するというスタイルがこの分野では非常に普通に行われていて、それがとても大事だし、効果も上げていると思っています。

ここで、自助グループの中で全断連を予防とか相談支援とか別のところにも入れているのですけれども、全断連の特徴として、大槻さんから後でお話があると思いますが、純粋な自助グループという面と、社会啓発とか相談支援という別なサイドと両方をやっている。自助グループオンリーではないということではないかと思いました。

そのような形で、どこまでを民間団体とするか、すごく区別が難しく、回復施設団体とか職能団体を入れてありますし、関連団体のネットワークもとりあえずここには記載しております。

こういう民間団体が非常に発達している分野だということで、この基本法ができるときにも、非常に活動をみんなで一緒にやったという歴史があると思います。

その次のページに、各団体の発足の経緯みたいなものをざっと書いてあります。全部が網羅されてはいませんが、ここでも日本のアルコールの問題に取り組むという歴史の中で、当事者たちが動き始めたというところが本当にスタートになっているということだと思います。そして、そのネットワークをつくろうという呼びかけも、そういうところから起きてきて、本当に基本法をつくるという流れまで来たということです。

3 ページ目ですけれども、民間団体の活動の例ということで、発生予防のところだけお話をさせていただきます。モデルとして、ASKが事務局をやっているということで、よくわかっている2つのモデルをお話ししたいのですけれども、ASK飲酒運転防止インストラクター養成事業というものがあります。これは、もともとバス会社の中で、高速バスの飲酒運転という事故が起きて、そのときに責任者をされていた、会社の会長をされていた山村さんという方とASKと一緒に始めたという経緯があります。

日本損害保険協会の助成という形でスタートとして、現在、2,469名のインストラクターの養成をしています。運輸業の方たちが半分ぐらいですけれども、マイカー出勤とか、業務で車を使っているというような一般企業、それから自動車教習所、それから刑務所の教官とか、医療援助者、回復者、非常にさまざまな立場の方々がインストラクターになってくださって、職場とか地域で啓発をしてくださっています。

スクーリングなどを地域でやりますと、多職種が一堂に会するというので、非常にここでネットワークができるというおもしろい形になっています。そして、関連団体が非常に連携を行ってきております。

この事業を始めるに当たって、飲酒運転ということで、内閣府、警察庁、法務省、国土交通省、厚生労働省、文部科学省というふうに幅広い行政からの後援という形をお願いできて、これがあるためにまた関連団体に話がしやすいということで、大変ありがたい形に発展しました。一つのモデルとして御紹介したいと思うんですね。

ただ、助成金というのは基本3年なのです。それを延ばして本当にやっていただいているのですけれども、限界がどこかで来るので、事業の継続というのを本当にどうやってやっていくかということがいろいろ工夫が必要で、助成金が減る分を企業協賛でとったりとか、非常に苦労があります。

イッキ飲み防止連絡協議会がやっているイッキ飲み・アルハラ防止キャンペーン、これは事務局はASKがずっとやっているのですけれども、こちらは資金を酒類業界からという形で最初からスタートしていますし、デザインもサントリーさんの協力、ボランティアという形でスタートしたものです。大学生協同組合連合会と組むという形で、関係のところまで広がっていくのですけれども、この基本法ができたことによって内閣府に後援の御依頼をして、内閣府からまた文部科学省にもお話をいただき、厚生労働省にもという形になって、そして文部科学省については、結構長い間、私たちがお願いしていたときに、大学

の自治という非常に大きな壁があるのですね。役所から大学に対して余りいろいろなことを言えないという状態があって、大学の自治を尊重しなければならないというのがあったのですけれども、やはり若者の命が失われていく、ついおとといも記者会見をやりましたけれども、これを何とかとめなければということで、大学へ取り組んでくださいというような通知を出してくださるといふ流れにもなりました。

あと、厚生労働省からの働きかけで、全国飲食業生活衛生同業組合連合会のほうにも協力の要請をしていただきまして、独自にポスターをつくってくださったりという流れがありました。

ですので、後援をしていただくだけではなくて、関連省庁に声をかけてくださったり、また、関係団体とか管轄しているところに何かの働きかけをしてくださったりということを行行政のほうからしてくださると、それまで民間だけでやっていたのとは違う広がりができますので、そういう意味でも官民の連携という意味ですごく大事だと思います。

でも、消費税が上がりますし、例えば円が下がれば紙代などが上がるのですね。なので、そういう状況に合わせてお金をどうやりくりするかということは本当に大変で、あと、プロジェクトに対してのお金は出ても、事務局経費とか人件費というのは出ないわけで、そこをどうやって継続していくかというのは、本当にどの民間団体も苦勞してやっていると思います。

ASKとしては、出版とか、研修とか、啓発のいろいろなパンフレットをいろいろ工夫してつくって販売するというような形で資金を得ていますけれども、最近、困ったことがいろいろ起きていて、というのは、行政がやらなければということになると、例えば印刷費だけ予算が出ているということになると、買ってくださらないで、まねしてつくってしまうのです。というようなことで、こちらがすごく苦勞してつくったものをそのまままねしてつくってしまうというのが非常に多発しています。

民間団体が継続して活動していけるためには、ただお金をくれということは全然思っていないのですけれども、その活動に関係したことでの正当な対価、例えばよくできているものについては購入するとか、業務を委託するとか、人材として活用して、それに対しては人件費を払うとか、例えばマックの方が発表したときに、医療保護とか刑務所からの出てくるときの受け皿みたいな形で一定の部屋をキープしておかなければならない。でも、それについては何もお金が出ないというのがありましたけれども、そういう社会的な受け皿として民間団体を活用していくというのが、実は経費もすごく安くなる話だと思うのですけれども、そのためには行政が民間団体のそういう機能に対して正当にお金を払うというようなシステムが欲しいなど、そこのところは今後ぜひ考えていただきたいところです。

○田辺座長 どうもありがとうございました。ASKのほうの御発表がありましたけれども、ASKのことだけではなく、民間団体の全体を俯瞰していただきまして、いろいろ御説明いただきました。この項目のところはまだ十分ディスカッションしていなくて、現状の評価も、それから現状の課題も、ここでもう少し出していければと思っています。

ただいま今成さんのほうから、非常に社会的に有為な民間活動も企業の助成金とか協賛金に頼っている現状があるということと、普及・啓発でASKが主体的に切り開いてきたいろいろな情報を適切に社会に発信する、そういう工夫や、あるいは実際のアーティスティックなものも含めて、まねされるといいますか、切り開いたものがそのまま使われて、企業といえますか、事業を進めていく上ではそれが正当な対価として支払われていないような現状になっているという御報告でした。

民間活動の今御発表いただいた部分での現状の評価とか、御意見、あるいは今成さんへの御質問がありましたら、どうぞお願いします。

AKKの方も手弁当でやっておられるような形だと思うのですが、ASKのほうでも労働として給与をもらっている人と、それ以外の方の参画とか応援もあるのでしょうか。

○今成委員 いろいろな形をとりましたが、かなり高度なことをやっていて、普通のボランティアでそれをやり続けるというのは難しいです。かなりみんなプロでやっているという形なので、事業部門で家賃を払い、人件費を払いという形で、何とか継続できているという形です。

皆さんにお配りしている例えば『Be!』という雑誌があるのですが、次の号が30年ですが、継続というのは本当に大変で、そこはもう完全にプロでないとやっていけない。だから、その事業部分については会社にしてやっておりますけれども、そのときに著作権というのが非常に守られないことが多いです。

○田辺座長 ありがとうございます。樋口先生。

○樋口委員 恐らく学会もこの中に入るのではないかと思います。アルコール関連学会はたくさんありますが、それは民間団体の中に入らなければ、ほかに入るところがなくなってしまうので、そのあたりも。

○今成委員 今回の3学会を入れるか入れないかでかなり迷って。

○樋口委員 3学会だけではないので、ほかもある。

○今成委員 ほかの学会もですか。なるほど。そうしたら、補充した資料にしますか。

○田辺座長 学会も、当然職能団体も入っていいわけですが、対策の現状とか課題になると、どう扱っていいのか難しいのもあります。ただ、名前だけ、名前だけというのは失礼ですが、どうなのでしょう。

○樋口委員 私は別に学会を代表しているわけではないですが、アルコール関連問題に対する対策、健康障害に対する対策を総合的に考えていくとき、やはり学会の役割も大きいと思いますので、民間団体のところに学会も入れていただくといいと思います。

○田辺座長 どうぞ。

○松下委員 ありがとうございます。民間団体をまとめていただいて、職能団体のところに日本アルコール看護研究会と日本アディクション看護学会があるのですが、この2つは職能団体ではなく一応学会に入りますので、お願いします。この職能団体に日本看護協会も入るといいかなと思うのですが、何か要件があったのでしょうか。

○田辺座長 私も実はわからなくて、職能団体のほうでいいんじゃないのなんて言ったところだったのですけれども、日本アルコール看護研究会は学会ですか。

○松下委員 研究会ですけれども、やはり学会に入るのかなと。

○田辺座長 アディクション看護学会はもちろん学会ですね。

○今成委員 そうしたら、大嶋さんがいらっしゃるので、ASWは。

○大嶋参考人 これは職能団体。

○田辺座長 これは、私もどの学会までをどこに入れたらいいのかというのはわかり切らないのですが、この会の後でまたいろいろ情報をいただいて。

○樋口委員 かなり大変だと実は思うんですね。恐らくいっぱいあるのではないかと思うので、どこまで入れるかということについても、ここに名前が入ることによって何かもしメリットがあるなら、それは入ったらいいと思いません。そうでなければ、民間団体の活動をサポートして、さらに向上させていくというのはすごく大事なことだと思うので、当然のことですけれども、そのリストの中に入るか入らないかというのが問題だとすると結構神経を使わなければなりません。もしそうでないとすると、メインなところだけでいいのかなという感じもします。

○田辺座長 これが本当にそう思って整理したつもりであっても、また、じゃあこれを入れてください、うちが入っていないのは何なんだというのが出てくると、ちょっと困るのですが、あくまでアルコール健康障害対策を進めていく上で、こういう民間活動の団体をどう現状を評価して、今後それを発展させていくため、どういうよい方法をとったらいいいのかというところで対象とする団体だということ御理解いただいて、完璧な資料にはなかなかかなりにくいということを御容赦いただきたいと思います。

現状評価としては、このASKの活動とかは非常に貢献してきたと思うのですが、いかがででしょうか。

○樋口委員 これは全体として、アクティビティーが向上しているほうに向かっているのか、それとも少し下がっているのか、団体によって状況が大分違うと思います。後で断酒会のほうからも発表があると思うのですが、どうしても民間団体の力というのはとても大きいので、全体的にアクティビティーが下がっているようだと、それに対する何か対策みたいなことを現実に考えていかなければいけないと思うんですが、そのあたりの現状というのはどうなのでしょう。

○今成委員 やはり団体ごとに結構違うと思うのですが、直面する問題としては、経済的な問題と人的な問題で、高齢化というのが必ず出てくると思います。ですので、継続するときにお金をどうするというのと、世代交代をどうしていくというのは、企業でも何でも同じですけれども、そこをどうできるかというところで、例えばASKでも若者が就職できる場所にしなければ続けていけないということで、そのためには経済的に回さなければいけない、福利厚生もつけなければいけない、そういうことがとても大事になってきます。だから、そこをどうできるかというのは、本当にそれぞれの団体が必死でやっている

ところだと思います。

全体にどうだろうかという、ちょっと全体的に見るとというのは難しいかもしれません。自助グループとしては見られるのではないかなと思います。

○大槻委員 自助グループの現状から申しますと、今御指摘のとおり、AAで伸び悩み傾向、会員数が5,000から6,000でずっとこのところ動かないというのがあります。断酒会のほうは統計がはっきり出ていまして、20年前に比べて会員数が75%になっています。高齢化が急速に進んでいます。新入会員は、20年前は1年間に2,000人入会したのが1,000人ちょっとに減っています。50%強まで落ちてきています。そういうようなことで、明らかに活動についてもその影響から若干停滞傾向、悪く言うと衰退傾向も見られるということで、後ほど御説明申し上げますけれども、いろいろ支援、育成の御助力をお願いしたいと思っております。

○田辺座長 共通の課題もあるようですので、自助団体のほうの民間活動としての御説明を、大槻委員から出された資料でお願いします。

○大槻委員 それでは、資料7をごらんください。3枚ものになっておりますが、1枚目の「自助団体の活動の現状」、これはもう第2回の関係者会議でお話したことの繰り返しになりますので、ここでは省略いたします。

今、お話ししましたように、「自助団体の活動の問題点」というところで、「伸び悩み、減少する会員数、衰退する活動」、が見られます。その問題点の1は、認知度が低いこと。先ほどからも何度も出ていますが、依存症への偏見があって、病院に対する受診率自体が非常に低いということが一つの原因であります。

参考までに、アメリカのAAでは130万人の会員がおります。これは米国の人口比にして0.41%、日本は自助グループは断酒会・AA合計しても1万3,000人でございますから、人口比0.01%。依存症者は何%いるかということとは別にしまして、アメリカと比べると人口比40分の1しか自助グループに参加している人間がない、こういう数字が出ます。

つまり、一般社会、一般行政、一般医療にも、ほとんどこの自助グループというものが認識されていないということでもあります。ホームページ、機関紙、啓発資料で一生懸命広報しているけれども、それには限界があるということです。

2番目に、アクセスが難しいということがあります。ほとんどの依存症者は、自助団体に到達するまでに物すごい回り道をしてきているということをおし上げておきたいと思っております。ここに掲げました表のとおり、いろいろな経路から入ってきておりますが、圧倒的に専門医療機関が多くて、それ以外からの紹介が少ないということで、自助団体につながるガイドがないということが申し上げられるかと思っております。依存症者、多量飲酒者、またその家族がアクセスしやすいような、そういう的確なガイドマップを整備して、周知する必要があると思っております。

3番目に、専門医療機関での治療が長期化していることが挙げられます。デイケア・ナイトケアを長期に継続して、自助活動に参加しないという現象が出ております。結果とし

て医療費と公的扶助の膨張を招いていると思います。そして、それがまた患者の自助努力を阻害しているのではないのでしょうか。

4番目は、自助団体の社会的活動の限界があります。会員・仲間同士のメッセージ等自助活動は自力で行うのが原則でございますが、社会への普及啓発、社会協力等の積極的な活動を可能にするためには、その事業費がないということが現実でございます。

次のページに行きまして、自助団体の育成と具体的な提案について、少しお話し申し上げたいと思います。

まず、医療の充実による早期発見・早期治療が今後実現してくれば、109万人と推定される依存症者、さらには300万人とも言われる予備軍が顕在化してくると思います。そうなりますと、アルコール依存症治療の重要な柱としての自助団体の育成というのは急がなければならないと思います。

依存症からの回復には、断酒継続が必須であります。断酒継続は一人では不可能とされております。断酒している仲間と共生することが断酒継続の最大の支えであります。また、仲間とともに社会貢献活動に参加することで、社会復帰・自立への意識が向上していきます。

具体的に項目を挙げてみます。まず、1番に国及び地域行政による支援についてお話ししたいと思います。1番目、断酒例会あるいはAAミーティングの場としての公共施設の無償提供というのをお願いしたいと思います。

御参考までに、断酒例会の回数は年間4万1,000回、参加人数は68万人、AAは5万7,000回で57万人が参加しております。これを日割り計算いたしますと、全国で毎日270回、3,450人がこの例会に参加しているという数字になります。こういう規模と密度の相談機会というものはほかに存在しません。いずれもオープン参加で、行政、医療関係者の積極的参加も求めています。また、高齢者、女性、あるいは仕事を持たない若年者を対象とした昼間の例会というものを拡充しております。この相談支援の場としての断酒例会の拡充は非常に大切だと思います。地域行政による公共施設の無償開放と、またその例会を職員の研修の機会として活用していただきたいと思います。同時に、相談支援機関としての自助団体の広報をお願いしたいと思います。

次に、総合的アルコール関連問題支援センターの設置を提案したいと思います。相談支援と問題解決のアクセスを用意した総合的な相談支援センターを都道府県・政令都市に設置して、アルコール関連問題に関する情報を集積してはどうかと思います。そこには、自助団体の当事者を含めた常駐の相談員を配置することが大切であると考えます。通常、相談に訪れる人は本人も家族も強い否認を持っております。これを親身に理解し、解きほぐせるのは、同じ当事者でなければ難しいと考えます。相談には同じ体験に基づく共感を持って聞くことが大切であります。

次に、啓発事業の共同企画と共同開催を提案したいと思います。政府ないし地域行政が自助団体を初め民間団体の連携によるアルコール関連問題啓発事業に資金的支援を含め、

積極的に参加することを期待します。行政が事業主体に参加することで、事業の公益性がオーソライズされ、参加者の増大と社会的偏見の解消に直結すると思います。

このような例としては、酒害啓発の全国大会であるとか、ブロック大会、あるいは市民セミナー、リカバリー・パレード、その他各種のキャンペーン活動があります。後援はいただいている例が多いのですが、もっと踏み込んだ形での支援をいただきたいと思います。

4番目、先ほども出ましたが、啓発出版事業等への支援もお願いしたいと思います。自助団体出版、あるいは民間団体出版の啓発出版物を活用し、その広報と実際の購入等の協力をお願いしたいと思います。

次に、医療機関との交流の強化が必要であると思います。まず、医師・コメディカルとの定期的交流が肝心であります。

更に、医師・コメディカルの断酒例会等自助団体活動への積極的参加をお願いしたい。病の最中にあるアルコール依存症者の言動からは、回復のイメージというのは非常につかみにくいものがあります。いろいろな患者の中で最も扱いにくい範疇に属するのがアルコール依存症者とされております。実際の依存症者の回復の姿を学んでいただくことで、治療へのモチベーションを高めていただきたいと思います。

また、一般医療機関との交流も肝心であります。依存症患者の多くは内科を反復受診しております。東京都の一般病院の通院患者を調査したところ、5人に1人はアルコール依存症の疑いがありとの報告が出ております。

医療機関によるデイケア・ナイトケアの見直しは、ぜひやっていただきたいと思います。いつまでも患者としての扱いではなかなか自立いたしません。自助グループによる治療は、非常に経費のかからない安上がりなものであると考えております。

最後に、自助団体に社会的活動への参加を求める。これは自助団体に社会的活動の機会をたくさん与えていただきたいと思いますということでもあります。自助団体に社会的活動に協力する機会を求めることは、以下の2点で必要であります。1番、社会貢献する回復者の姿を社会に示すことで、回復する病気であることが実感され、正しい病気の理解と偏見の解消につながります。2番目、当事者自身の社会資源としての自覚が生まれ、病気からの回復のための断酒活動へのモチベーションが高まります。受け身の姿勢から、アウトリーチ指向に転換することができます。

以上、まとめますと、地域行政・医療機関・自助団体による依存症者救済のための連携体制の構築をぜひ進めていただきたいと思いますと考えます。

以上です。

○田辺座長 御意見、ありがとうございました。御質問、御意見、感想などがございましたらお願いします。

中原さん。

○中原委員 ありがとうございます。大槻委員の資料のほうには地域行政がたくさん出てきているのですけれども、保健所としての一地域行政機関としての感想というところで

お話をさせていただきます。

福岡県の場合は、飲酒運転撲滅運動の推進に関する条例を施行しているということもあってなのでしょうけれども、保健所のほうが管内の例会には年に1回は顔を出させていたり、あるいは啓発事業についても、それこそ自助グループの方々と連携して市民啓発という形をとらせていただいております。

先日、別の機会で全国の保健所長会のほかの所長方とお話をさせていただいたときに、ある所長が、昔は保健所の保健師さんたちは大体例会だとかには出席はしていたのだけれども、最近は全然そういう連携がないよね、だから多分アルコールの相談というのが保健所に来てもなかなか、前回のとき今成さんからも言われましたけれども、余りきちんとした対応ができていない。それは、やはりそういう現場に足も踏み入っていないところで、要するに職員研修というものができていないのだろうねというようなお話がありました。そういったところもありまして、きょうこちらにいろいろ書いていただいているものは、まさにそのとおりだと思います。

基本計画の中には、例えば民間団体と連携した支援だとか、そういった文言をきちんと保健所にも対しても書き込んでいただく必要があるのかなど。保健所ですので資金の援助というのは難しいのですけれども、そういった連携をした支援だとか、人材の養成を含めたところで、そういったことを書き込んでいただく必要があるのではないかなと思った次第です。

ついでにもう1点、先ほどの就労の件でお話をすればよかったですけれども、そういったことで福岡県は一企業として、要するに、職員の方のアルコール依存症疑いの早期の発見ということで、実はそういった条例があるもので、全ての職員に対して所属長がまず飲酒量とかの聞き取りの面談を必ず年に1回するということ、それからあとγ-GTPが健診で201だったか、そこは数字が定かではないのですけれども、201以上、あるいは治療中の人、治療を受けたことがある人、それから職場で例えばお酒のおいしがして出勤しているという問題がある方については、必ず人事課に上げて、県の産業医の人の個別の面談を受けていただいて、必要な場合は治療につなげていくというような取り組みが行われています。

こういったことは特別な事情があるからこそできるものだとは思いますが、こういったのも一つの一事例として、大きく企業の方に広めていただければと思いますので、これはこの提案とは関係ありませんけれども、御報告をさせていただきました。

○田辺座長 後半のほうはまた先の時間帯の話のことでございましたけれども、保健師の例会だとか地域のミーティングへの参加、こういうのも今後の計画の方向性の中に書き込まないと、なかなか事業として現場は進めにくいという。

○中原委員 そうですね。本来でしたらそうやって自分たちの自主的努力で広めていけばいいのでしょうけれども、前回の会議でもお話しさせていただいたように、なかなか保健所で精神保健の業務というところが非常に多岐にわたってある部分もありまして、本当に

各490保健所で取り組みがばらばらです。そういった意味では、こういった計画だとかにきちっと明記をしていただいたほうが、これも自分たちがやるべきことなのだなということの共通認識がとれて、全国規模でそういったことをきちっと取り組んでいくには必要ではないかなと考えた次第です。

○田辺座長 これは実際、行ける環境でないというか、ほかのものを優先して、身近な市町村に任せればいいみたいな空気もありますよね。そういう接触がセンターにもやはりあるのです。広域の県単位の事業の育成がセンターだということになっていたりするので、だから身近な例会というのは直接の市や支援対象、育成対象にされていないんですよね。そういうところが今いろいろ、確かに保健所は保健所で、中核的とかより広域的なということになっているはずですよ。

○中原委員 では、市町村が対応できているかという、それはそれで市町村でも対応できていません。保健所では精神相談という形で、アルコール依存症の方に対する相談事例等も基本的には受けておりますので、まずは例会とかに参加をしてというところも必要ではないかと思います。

○田辺座長 20年前、30年前に、当事者組織があちこちでできるころは、非常に貴重な社会資源の育成ということで、センターも直接かかわったりすることはたくさんありましたけれども、既に各地にできたものをどう見守ったり、適切な交流をするのかというのは、今は本当に市町村レベルに整理がされて、落とされているという言葉は悪いですね、市町村レベルになっているのですけれども、必ずしも都道府県の組織ではないので、また自治体ですから命令系統が違いますので、なかなか難しいところがありますね。

この辺の依存症対策として、専門官のほうは、今後のことも含めまして、こういう自助団体の育成とか、依存症対策として何かお考えになっておられることがありましたら。用意なく振って申しわけないですが、きっとお考えになっていたと思いますので。

○松崎専門官 精神障害保健課です。

アルコール依存症の回復ということで、こういった自助団体の活動というのは非常に重要であると私どもは認識しております。自助団体の育成というところに関して言いますと、我々として力になるような施策というのがまだまだ十分でないということはあるのですが、一方で我々が行っている施策の中で、依存症治療拠点機関設置運営事業の中で、医療機関を中心に各関係機関と連携して依存症の方を支えていくというような事業を行っておりますので、そういった中で連携体制というのを今後結びつきを強くしていくことをやっていけないかなと考えております。

○田辺座長 今まで拠点事業、依存症対策事業というのは割と医療を中心に絵が描かれていることが多くて、医療の枠からだんだん外側に向かうということだったのですけれども、大槻委員からの御指摘もありましたけれども、自然に任せておくと、医療と自助団体の関係がこの十数年の経過の中で徐々に距離感というのがむしろできてきているのではないかなというのは私も実感しております。そういう意味で言うと、対策の中に自助団体の育成と

いうのも、依存症対策事業の中の地域を見渡したときに非常に重要な要素だと思うんですね。各種拠点事業の中で、医療を中心としたリハビリテーションとか早期介入ということは当然重要なのですが、地域に戻ったときに末長く、再発、再燃を防いでやっていくためには、自助団体に所属するというのはより有効だということはエビデンスとしても多分出ていたと思うので、2年以上の長期安定には断酒会に継続参加しているほうが良いというような話もありましたし、ここは今後、依存症対策に自助組織の育成というのを改めて取り上げていくべきというようなやりとりが今あったのではないかと考えております。

樋口先生。

○樋口委員 大槻委員からの資料の中に、アメリカは130万人、人口の0.41%というのがありますけれども、これは驚くべき数字ですよ。もしこの数字が本当だとすると、本当だとするとというのは大変失礼な言い方で申しわけないですけども、この乖離は一体どこから来ているのだろうというの一度考えてみないといけないのではないかと考えています。

大槻委員のほうから、いろいろな要因と思われることが列挙されていますけれども、最近、先ほど中原委員のほうからも保健師さんが自助グループに出なくなると言いますが、医者も出なくなっていますよね。我々の医療機関の中で、依存症にかかっているのが十何人いますけれども、そのうち本当にその自助グループに出たことがあるのは何人いるだろうかと考えると、それはもう保健師さんだけの話ではなくて、治療に当たるほうもそうだとのことです。

私、何が言いたいと言いますと、概念的に自助グループが大事だとか、社会復帰施設が大事だということがあるのだけれども、果たしている役割の確かな有効性みたいなものがきちっと示されるということもとても大事だと思うんですね。

この中に出てきたみたいに、日本はアメリカに比べると、恐らく医療機関で診る期間がはるかに長いと思うんですね。アメリカは今、アルコール依存症でよしんば入院しても、病院での入院はせいぜい2日か3日ぐらいだと思うんです。それは、保険のカバーリングによるものだと思うんですけども、日本の場合には、入院期間がある一定の期間があって、その後にさらにデイケアがあって、そうしますと、アメリカに比べるとはるかに長くなっている。それが多分一つの影響があるのではないかと思います。

今行われているわが国の治療が本当に機能しているかどうかということもちゃんと評価していかないといけないし、それから研究のところで私申し上げただけけれども、デイケアの果たしている役割が一体どのくらいのものなのかということもちゃんと確認していかないといけないのかなということがあるのです。ですから、現状を評価していくということがとても大事だということを申し上げたい。

それには、場合によっては研究もしなければいけないかもしれない。そのあたりの評価をしっかりと、それでそれをしっかりと示していくということがやはり大事なかもしれない。そんなことを感じました。

○田辺座長 御意見、ありがとうございます。依存症の回復において、自助団体が果たす役割と、回復のクリニカルパスとでもいいますか、回復過程ですね、医療の果たす役割と自助団体の果たす役割と、そのところはどのようなのでしょうか。医療あるいは医学のほうの議論でも、もう少し自助団体の評価というの、臨床的な経過を追う中での重要性というのをもう少し研究して整理していただく方向も必要ではないかと思うんですが、樋口先生、どうでしょうか。

○樋口委員 今までの転帰調査を見てみると、退院した後、あるいは医療機関を受診した後に、自助グループに参加している方々の治療転帰は非常にいいので、それは幾つかの過去のデータが示しているから、これはもう間違いないことだと思うんですね。ですけれども、今申し上げたとおり、片方でデイケアがあったり、別の形のサポートの方法があったり、そういうものと比べて、ちょっと失礼な言い方かもしれませんが、例えばコストパフォーマンスは一体どうなのかということを考えていくと、自助グループのほうははるかにそれがいいかもしれないですね。だから、そういうことも明らかにしていかなければいけないのかなという感じがします。

○田辺座長 ありがとうございます。私も、先ほどお話ししたアメリカのAAとの合同シンポジウムとき、やはりこの問題を15年も前に聞いているのですけれども、2つありまして、1つはアルコール依存症者が非常に多くて、安心して飛行機に乗れないと。パイロットの30%だったか、ちょっと数字は忘れましたが、アルコホリックだと。それから、今、正確には数字は言えませんが、ドクターの10%か20%がアルコホリックだと。安心して生きていくためには、どの職場にもAAに通いやすいような環境が必要だということが1つと、2つ目がコストパフォーマンスがいいだろう、こんな安価な回復方法はないんだと、そういう話をしていました。それを今思い出しました。どうも御意見、ありがとうございます。

それでは、残り5分ぐらいになりましたので、きょうの全体で、皆さんそれぞれ言い足りなかったことを一言言っていただければ。松下委員から。

○松下委員 大槻委員に伺いたいのですけれども、断酒会につながっていて、でもクリニックにもつながっているという方もいると思うんですよ。両方のサービスを受けている人もいると思うんですね。それが何%なのかと。

問題なのは、もう自助グループだけでもオーケーなはず、または自助グループとクリニックのサービス両方を使っていることが適切だろうと思われる方が実はデイケアのほうでまだずっと沈滞しているといいますか、そこに囲われているというのもおかしな話ですけども、そこが問題なのかと思うんですが、とりあえずクリニックに通いながら断酒会のメンバーというのは何割ぐらいいらっしゃるのでしょうか。

○大槻委員 それはデータをとったことがございませんが、クリニックに通いながら断酒会に出てきているという人はたくさんいます。特に、退院された直後などは多いですね。それは全然問題はございません。ただ、それはデイケアの場合ですね。それは大して問題

にならないのですが、問題はナイトケアまでやると自助グループに行く時間はなくなるといふことがあります。

○松下委員 当事者の方から、回復者の方から、やはり処方薬をいただけると。体調が悪いとき、またメンタル面で非常に渴望期云々のときに薬をいただけるというのがクリニックに通うところのデイケアのメリットなんだということを知ったことがあったものですから、そこら辺のことが関係しているのかなということと、あと、デイケアというのは卒業していく場なんだという、中間施設もそうだと思うんですけども、そういったことが実際デイケア、クリニック等でどのくらいきちんと教育されているのかなということも気になるところです。

○大槻委員 デイケアに通っている人は、2年でも3年でも通っていますね。毎回、恐らく2年、3年の間同じ話、同じ治療がずっと繰り返されているんだろうと思いますけれども、できればなるべく早く切り上げて自助グループへ移っていただければ、何年もやめている人の回復の過程の話も聞けるわけです。それと、できることならば処方薬というのなるべく早く脱却していただく。もちろん薬の種類にもよりますが、睡眠導入剤等で余り長く依存されるのはよくないと私どもは考えております。

それから、先ほど樋口先生もおっしゃいましたAAの話ですが、130万人のAAというのは、これは米国の数字でAAからいただいた数字です。それを人口3億3,000万人で割っただけでございます。一応報告しておきます。

○田辺座長 今成委員。

○今成委員 その人口のことについては、日本は半分の人たちがお酒に弱いということで、もしそれがみんなお酒が強いほうのタイプの人たちだったら、今の問題は多分倍になっているのだろうなど。そこの特殊性もあるかなと思います。

あと、回復者の人たちが自分たちの姿を外に見せるということが偏見を変えていくときに物すごく大事だと思うので、例えば全断連が啓発週間のときに街頭キャンペーンをやるとか、リカバリー・パレードの方たちが各地でパレードをすることとか、例えば学校に体験談を話しに行くとか、そういう形で、何かすごく大変なことがあったのだけれども、そこから回復していけるという姿を見せるということは、依存症の偏見是正だけではなくて、今、日本は失敗したら終わりみたいな、そういう感覚が若者たちの間にすごくあって、それが自殺がふえるということにもつながっていると思うので、人生いろいろなことがあるのだけれども、ちゃんとここからまた歩み出していけるんだよという姿を社会に見せてもらう。ここは物すごい財産だと思うんですね。ですので、その機能を本当に最大限いろいろな形で活用していただきたいと思います。

○田辺座長 ありがとうございます。時間になってまいりましたけれども、委員の先生、よろしいでしょうか。まだ言い足りないこともあるかとは思いますが、今のところは普及啓発とかぶるところでもございましたし、リハビリテーション、デイケア的なことは医療のほうとも重複するところでもございましたけれども、当事者団体が非常に重要な社会的な

貢献をなしているということ、当事者団体が治療、回復に非常に必要なものであるということは揺るぎないということ。ただ、それが今、下火の傾向がやや出ている。そういう中で、公的機関や関係機関がその育成に貢献できるような、そういう取り組みがしやすいような環境が依存症対策の中にも求められるということ。

それから、当事者を中心とした回復の姿を示す普及啓発は非常に大事で、普及啓発の課題でありますけれども、そういったことを民間団体が事業としてやっていくためには、事業を継続的にできるような財政的な環境も非常に必要で、今大きな理解ある企業とか、あるいは製造責任を持って臨んでくれている、社会的な貢献をなそうとしている企業が幾らかの助成などを行っているけれども、こういった啓発事業が国あるいは自治体の重要なアルコール健康障害対策の一つとして事業枠みたいながあると、民間団体も一緒に連携して、その事業枠を生かして、当事者の発表や普及啓発団体の重要なメッセージを伝える事業がそこでできる、そういうお話だったと思います。

いろいろ御意見が出ましたけれども、時間になりましたので、きょうは閉じさせていただきたいと思うのですが、お話したように、最後、少し課題を整理した上で今後の方向性をもう一度深める、取りまとめの第4回目のワーキンググループをさせていただきたいと思います。お忙しい時期で大変申しわけないのですが、日程は事務局のほうと調整させていただいて、万一参加が難しいという先生は、ぜひこのワーキンググループの中のこの部分のこの現状について、こういう方向性を持った取り組みをしてほしいということをお寄せいただくなどして、何とかもう一回、最後の方向性をいただくような議論ができればと思っております。

次回の会議の日程について、事務局のほうで調整させていただいてよろしいでしょうか。
○加藤参事官 事務局のほうで日程調整させていただきまして、改めて委員の先生方に御連絡いたしますので、よろしく願いいたします。

○田辺座長 以上をもちまして、第3回の相談支援・社会復帰・民間団体のワーキンググループを終了させていただきます。

本日は、御多忙のところ、御参席いただきまして、ありがとうございました。