

第4回の主な意見

(竹島参考人の報告に関連して)

- WHOの世界自殺レポートにおいても、全般的予防介入の戦略として、アルコールの有害な使用の減少があげられており、国際的に自殺対策とアルコール健康障害対策は連携を持つことが期待されている。
- 自殺対策大綱でも、うつ病以外の自殺の危険因子として、アルコール依存症があげられている。
- アルコールとうつが繋がって自殺に結びつくという経路が作られており、自殺対策とアルコール健康障害対策は、中高年の自殺の予防につながる。
- 若者の自殺死亡率が高止まりしているが、若者たちに働きかける方法として、子供たちの親世代の抱えているアルコールの問題に着目し、子供の時から働きかけるという方向の戦略が期待されている。
- 精神保健センターや保健所などの現場では、自殺対策とアルコール健康障害対策の連携始まっているところもあるが、ばらつきがあるのが現状。
- 自殺対策としては、アルコールの問題を単に依存症だけの問題にとらえず、乱用といったものも含めて、啓発を進めてきており、アルコール健康障害対策基本法ができたことにより、「アルコール健康障害」ということで、より共有できる戦略を明確にできると思う。
- アルコールの消費量に比例して自殺のリスクが高くなるというコホート研究もある。依存症だから自殺するというのではなく、アルコールが自殺のリスクを上げる要因になっているという認識は重要である。
- 啓発の観点で、衝動性が増す＝自殺だけではなく、その他の自傷他害といった犯罪行為にもつながる、という観点は必要。

(廣参考人の報告に関連して)

- 不適切な飲酒行動が職場に様々な悪影響を及ぼす一方で、飲酒が職場内外の人間関係で有効に活用されてきたという経緯もある。
- 日本では、飲酒に甘い職場風土のため、アルコール依存・濫用が仕事上のパフォーマンスに与える影響が諸外国より強いという報告もある。
- 健康診断の結果をもとにした保健指導は保健師等によって、大企業を中心に脈々となされてきたが、それがきちんとした方法論でなされてきたかというところと少し疑問がある。
- 職場における保健指導がなされるかどうかは、産業医や看護師の問題意識によるところもある。

- 精神障害にかかるスクリーニングを健診でやることについては、きちんとした事後措置がなされないと、犯人捜しのようにになってしまうため、すべきでないという見解が一般的で、国が正式な形でそれを一律にやろうとするのは難しいところがある。
- 例えば、運送業など、アルコール問題が事故につながるという場合の呼気チェックなどであれば状況によっては許されるのだろうと思う。
- 事業場における健康診断の一義的な意味は、その人が仕事を続けていくうえで、配置転換等の就業上の配慮が必要かどうかを確認するというにある。ミニ人間ドッグのようなものではない、ということは留意が必要。
- 飲酒問題と労災事故がどれくらい関係しているか、といった説得力を持ったデータが出てこない、事業者もやらないといけないという風にならない。

(片岡参考人の報告に関連して)

- 総合病院には、アルコール依存症が疑われる人の受診が多く、早期発見の絶好の機会になる。
- 一般医療機関は、受診者が多いこと、受診への抵抗感が少ないこと、依存症や関連疾患の重症化を回避することができる、という点等において、依存症の早期発見・早期治療における役割が大きい。
- 一般の医療機関では、自分たちがアルコールの患者を診るというスタンスはなく、専門医療につなげるというスタンスであるが、そこへ連携する取組がうまくできていないという現実がある。
- アルコールに関する医療で最も大変な問題は、アルコール救急である。SBI RTにつなげるチャンスであるが、それをやるエネルギーがわからないような現状がある。

(中山・後藤参考人の報告に関連して)

- AAや断酒会は、単なる患者会ではなく、リハビリ期間を支え続ける有効な社会資源である。
- 2年間断酒をして、断酒会に所属するとその後の際飲酒の率が非常に低下するという報告があり、2年間は、自助組織で活動することが非常に大事であるという印象を持っている。
- 自助グループの役割が非常に大きい一方で、行政機関が自助グループを実感として知らないために、進めるときに説得力を持たないといった話をよく聞く。援助をする者が実査に自助グループに行って体験する機会を持つのはいいのではないかと思う。
- 自助グループが重要な役割を果たしていることは、医療関係者であればよく

知っているはずなのに、日本ではそうでない現状がある。

第3回の主な意見

(友野委員の報告に関連して)

- 業界でも、自主基準やキャンペーン等、様々な取り組みを行っているところ。
- 特にお酒をやめたばかりの方などから、酒類のCMでの飲酒シーンは刺激を受けるのでやめてほしいという意見がある。
- 未成年に対して広告の影響は大きい。スポーツ選手などを起用し、健康的なイメージとともにアルコールが伝えられている。
- コンビニなどで子供たちをターゲットにしたような外観でアルコールが売られていることに、学校現場として危機を感じている
- 飲酒シーンについては、加盟社とも議論を重ねているが合意に至っていない。引き続き自主基準に基づき、依存を誘発するような表現等については配慮しながらやっていきたい。
- アルコールの代謝に関する日本人の体質的な特徴を踏まえた、広告や注意表示などが今後必要なのではないか。

(坂田委員の報告に関連して)

- 消費者と直に接する酒類小売業者の立場から、しっかりと飲酒環境の整備について、酒類小売業者が果たすべき役割と今後の取り組みについて考えていきたい。
- 酒類販売管理者研修は重要な制度であるが、3年ごとの再受講の割合は5割を切ってしまうている。
- 酒類販売免許の距離基準が撤廃になり、新たに免許を取得した業種の人たちが、なかなか組合に入ってくれない。組合に入っただけであれば、再受講の指導などをする場もできるが、そういう場がない。
- 11月のアルコール関連問題啓発週間に合わせて、小売店でも大量飲酒者向けの普及啓発活動ができると非常に効果的なのではないか。

(今成委員の報告に関連して)

- アルコールのCMについて行った調査から、女性の登場人物が多く、女性がターゲットにされている、また、飲酒欲求をあおる手法というのが非常に多いのが特徴であると考えている。
- CMについて日本には法規制はないが、同様に自主規制でやっているイギリスには、非常に事細かな基準がある。このあたりに日本が行ってくれればと思っている。

- 急性アルコール中毒などによる若者の死について、調査がない。実際にはもっと亡くなっているのだろうと推測している。ちゃんとしたデータが出てくると、もっと対策に結びつくのではないか。
- 飲酒運転防止インストラクター養成講座をやっているが、講座を受けた人は8割が節酒、断酒しており、酒量が減るという結果も出ている。こういった人たちをもっと活用したり、ふやしていくこともできるのではないか。
- みんながインストラクターなら基本的にはこういうことは起こらないわけで、こういう制度のあり方を何か一つ別な形でまた考えられるかと。これはポイントの一つになるのではないか。
- 社会が飲酒を促進する状態が今の日本にはあり、その中でアルコール依存症になると今度は社会から排除する状況がある。これを何とか正しい知識の普及、そして、社会が回復を応援する仕組みというものに変えたいという願いを持っている。

(近藤参考人の報告に関連して)

- 福岡県では、悲惨な飲酒運転事故の発生が続いたことから、平成24年2月に、アルコール依存症の診断を受けることを義務づけるとともに、従わなければ過料を課すなどの全国初の罰則付きの飲酒運転撲滅のための条例が成立した。
- 本条例は、飲酒運転の再犯者の多くにはアルコール依存症の疑いがあるという調査の結果と、依存症の場合はなかなか啓発が効果を持たないという医学的な知見から、飲酒運転の再犯者に対して専門医の受診を義務づけるなど、アルコール問題に関する取組を規定している。
- 飲酒運転を行った場合、初犯の場合にはアルコール依存症に関する診断を受けるよう努めることを義務づけ、5年以内に再度飲酒運転を行った場合には、県の指定医療機関で受診し、その結果を報告することを義務づけている。この点については、現在、初犯者に対しても受診を義務づける等の見直しを行っている最中。受診若しくは保健指導の選択制をとっているため、2000名超の違反者が全員精神科の専門病院に詰めかけるといった形にはならないと考えている。
- 依存症の受診・報告義務と運転免許の停止期間等については、今は何も関連がないが、条例見直しの中で、ちゃんと受診してもらい、あるいは研修を受けてもらうため、運転免許に関係をさせるとか、何か仕組みが要るのではないかとこの御意見は出ている

第2回の主な意見

(尾崎委員の報告に関連して)

- 軽度の飲酒者が減少している一方で、重篤な問題飲酒者は減少しているという証拠はない。
- 若年者の問題飲酒者の頻度が、男女で接近している。
- 多くの問題飲酒者が、医療機関や健診を受診しているにもかかわらず節酒指導等を受けていない。
- 未成年者の飲酒は全体として減少しているが、飲酒経験率、月飲酒者率が、近年、女子の方が高くなっている。
- 未成年者のお酒の入手先として、家にあるお酒の重要度が増している。
- 女子の方が高くなってきているという未成年者の飲酒傾向が、将来的に若年女性や未成年者におよぼす影響について、モニタリングをするべき。
- 飲酒頻度とか飲酒量が多い未成年者ほど、飲酒による健康被害を軽く答える傾向がある。

(堀江委員の報告に関連して)

- 脳卒中、糖尿病の発症リスク、血圧の値、大腸がんの死亡リスクには、アルコール摂取量との相関関係がみられるなど、多量飲酒は、生活習慣病の危険因子としても重要。
- 食道がんでは、顔が赤くなる人に関しては、オッズ比で 100 倍くらいになる。このような疾患の啓発も必要。
- 肝硬変のうち、アルコール関連で肝硬変を起こしている割合が増加。
- 肥満に過剰飲酒が加わると、肝疾患による死亡リスクが相互作用を受け高まる。
- アルコールに関連する臓器障害が 200 万人位と推計されるが、通院患者は 3 万人ぐらいしかいない。
- アルコール性肝硬変は、ウイルス性肝硬変と比較すると、入院患者数は 3 分の 1 位に対し、通院患者数は 10 分の 1 位しかいない。入院に至る前の介入と再入院防止の対応が重要である。
- がんにおけるいわゆる Jカーブは、いろいろな議論があって、各がんの頻度と組み合わせて提示していかなければいけない。

(猪野委員の報告に関連して)

- アルコール依存症の早期発見には、一般の医療機関や健診できちんと見つ

け出すことが大事。

- 現在の健診では、飲酒行動に関するチェックが働いていない。S B I R Tを活用し、早期治療につなげることが必要。
- 一般医療機関の医師が外来で接する依存症の疑いのある患者を避ける結果、治療が遅れる。医師のアルコール依存症への意識を改善することも必要。
- 医師の治療における苦勞に対する報酬も必要。
- 警察、救急機関から医師へのサポートも重要
- 飲酒運転の背景にはアルコール問題がある。単に厳罰化により飲酒運転をなくすのではなく、多職種・多機関の人たちが連携するような、戦略的な考え方で対策が必要。
- 依存症患者の家族は、患者が病気であることや、どのように接したらいいかわからず、いつまでも洗濯機の中で回っている状況。
家族に、医師から、「依存症という病気であること」、「どのように対応すればいいか」、ということ話を話してもらえれば、そこから取り組みが開始できる。

(大槻委員の報告に関連して)

- アルコール依存症の治療にかかわる医師やコメディカルの方に、実際の回復者と接してもらうことが、重要。
- 飲酒運転をはじめとする受刑者の教育に当たっては、刑期終了後や保護観察期間中に、これらの人々を断酒例会、AA ミーティングへ参加させることを考えるべき。
- 教育現場において、未然にアルコールの危険性の教育や、体験談の提供を行い、依存症者の発生を防止することが必要。
- 都道府県、政令指定都市に、アルコール関連問題に関する常設の相談センターを設置すべき。
- 行政を中心とした地域連携による啓発事業の共同開催を提案したい。
- 自助組織の活動の場として、公的機関の優先使用等の支援をしていただきたい。
- アルコール依存症の受診率の低さ、自助団体の未発達の最大の原因は、アルコール依存症に対する偏見にあり、正しい知識の普及と理解を促進することが重要。
- アルコール依存症の治療体系が確立されておらず、治療期間が長期化し、患者の自立した回復が阻害されている。正しい治療体系に基づき、医療機関と自助組織が連携を図り、早期に自助組織に移すことで、自立した回復を促進することが重要。
- 介護の現場においても、アルコールの問題が増加している。自助組織へつ

なげることには介護の面においても重要。

- 自助組織が行う酒害啓発や地域連携協力活動に、行政を中心とした地域連携による物心両面での援助が必要。
- 一般医師における依存症への理解という点で、初期研修や現場に出た医師に対する現任教育において、アルコール健康障害関係の教育が必要である。
- 海外では、回復者の人たちが仕事・役割をもって活動している。回復者の存在を、いろいろな施策の中で活用・発展させていくことが重要。

(枉委員の報告に関連して)

- AUDIT の点数が高い人ほど、問題の大きさを自覚し、酒を減らしたほうが良いという認識がある一方、断酒や節酒をできる自信がないと感じており、踏み出せないでいるので、ブリーフ・インターベンションの（共感する、励ます、誉める）が有効である。
- 職域（特に大規模な事業所）における課題として、スクリーニングは行われているが、メタボ対策を念頭においているため対策から漏れており、情報が生かされていない。
- SBIRT に診療報酬をつけることが最も普及に有効であり、その場合には、スクリーニング・ブリーフ・インターベンションの部分(SBI)と専門医療機関への紹介(RT)に分けて、診療報酬化することが、非常に重要。
- SBIRT の診療報酬化のため、人材育成プログラムによりカウンセラーの質を上げることが必要で、モデル医療機関を設定するのが現実的である。
- 地域での一次予防の更なる推進においては、直接当人に訴えるだけでなく、当人の家族などに働きかける戦略などが必要。
- 特に職域においては、飲酒運転の対策と絡めて行うことが効果的である。
- ブリーフ・インターベンションの担い手としては、本人のやる気の問題もあるが、看護師、保健師のほか、栄養士、薬剤師、ソーシャルワーカーといった職種が想定される。
- 現在の職域においては、雇用形態が多様化しており、健康面での責任の所在が不明確なため、そのあたりを詰める必要もあるのではないか。

第1回の主な意見

(本会議の運営方法について)

- アルコール関連問題は幅広い。基本的施策10項目について、議論4回では少なすぎるのではないか。
- 委員の専門分野が多岐にわたり、また、全員が集まるのも難しい。分野ごとにワーキンググループを設けてはどうか。

(関係省庁の連携について)

- 関係機関が絡む問題なので、省庁間の連携を深めてほしい。特に救急の関係について、そのテーマの際には、担当部局に参加いただきたい。
- 各省庁の中でも、今日出席していないが関係する部局がある。省内で連携してほしい。

(基本計画の案の作成にあたり検討すべき内容)

- 料理飲食店における酒類提供に関する教育や研修が必要ではないか。
- 極端に低価格でアルコール度数の高い酒が、24時間販売されているのをやめさせてほしい。

(その他)

- 関係省庁の現在の施策・取組がどのような効果があったかを示すようなデータを出していただきたい。
- 施策・取組により一定の効果があったが、それでもなお一部課題が残っているものがある。その原因は、何かといったことを示すようなデータを出していただきたい。
- 基本計画の都道府県向け説明会について、政令指定都市も対象に加えていただきたい。