

アルコール健康障害対策関係者会議 第7回議事録

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）付

アルコール健康障害対策関係者会議（第7回）
議 事 次 第

日 時：平成27年8月28日（金）13:00～16:20

場 所：中央合同庁舎4号館（4階）408会議室

1. 開会

2. 意見交換

（1）アルコール健康障害に関する現状等について参考人からの報告

（2）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における検討状況について

①健診・医療ワーキンググループ

②教育・誘引防止・飲酒運転等ワーキンググループ

③相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ

（3）その他

3. 閉会

○樋口会長 それでは、定刻より少し前ですけれども、ほぼ全員おそろいのようなので、第7回の「アルコール健康障害対策関係者会議」を始めたいと思います。

委員の皆様には、御多忙のところ御参加いただきましてありがとうございます。それから、関係する各省庁の担当者の方々にも御礼申し上げたいと思います。

それでは、まず初めに委員の出欠状況と資料の確認、本日の流れの御説明を事務局のほうからお願いいたします。

○内閣府加藤参事官 事務局でございます。

本日は、西原委員から御欠席の連絡をいただいております。また、枉委員が途中で御退席になるということでございます。

なお、過半数に達しておりますので、本日の会議は成立いたしますことを御報告いたします。

また、本日は会長の御指示によりまして、参考人ということで三重大学大学院医学系研究科消化器内科学教授の竹井謙之先生をお招きしております。

続きまして、お手元の資料について確認させていただきます。

資料1「竹井参考人配付資料「アルコール関連問題に関する調査・研究を推進するための必要なメカニズム」」。

資料2「健診・医療ワーキンググループ整理表」。

資料3「教育・誘引防止・飲酒運転等ワーキンググループ整理表」。

資料4「相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループ整理表」。

参考資料1としまして「委員名簿」。

参考資料2「アルコール健康障害対策推進基本計画の案の作成方針」。

参考資料3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」。

それから、田辺委員のほうから追加の資料を一部と、それから机上配付させていただいていますけれども、ASKの冊子を一部でございます。

以上、過不足、欠落等がございましたらお知らせいただけますでしょうか。

続きまして、本日の会議の流れでございますが、初めに竹井参考人から「アルコール関連問題に関する調査・研究を推進するための必要なメカニズム」について御報告をいただきまして、その後、質疑応答の時間をとらせていただきます。

その後、各ワーキンググループにおきまして検討いただいた内容について、各ワーキンググループの今成座長、杠座長、田辺座長からそれぞれのワーキンググループにおける整理表につきまして御報告いただきたいと思いますと考えております。

また、本日は3時間の会議予定でございます。そういうことで、会長の御判断で適宜休憩時間などを挟んでいただきながら進めていただければと思っております。以上でございます。

○樋口会長　ありがとうございました。

資料等はよろしゅうございますでしょうか。もしなければ、後でまたこちらのほうに連絡ください。

それでは、議事に入っていきたいと思います。まず、ワーキンググループの3名の座長の方々、本当に大変な思いをされて取りまとめをいただけてきています。本当にありがとうございます。それから、各ワーキンググループに所属しておられる委員の各先生方にも心から御礼を申し上げたいと思います。

きょうは、そのワーキンググループの話を聞く前に、まず三重大学大学院医学系研究科消化器内科の竹井謙之教授のお話をお聞きしたいと思います。今までのワーキンググループの流れで、どのワーキンググループの中でも必ず研究の話が出てきて、研究の分野というのは非常に大事なところだと思うんですけども、系統的に今までそのあたりについて話をいただけていない部分もありますので、かなり関係者会議も進んでまいりましたが、ここで竹井先生にそのあたりをまとめてお話をいただきたいと思います。

それでは、竹井参考人よろしくお願ひします。

○竹井参考人　三重大学から来ました竹井でございます。本日は、よろしくお願ひします。

スライド数が少し多いのですが、お手元の資料もご参照いただき、約10分間、できるだけコンパクトに話させていただきます。私は内科医でありまして、アルコールがもたらす健康障害として主に消化器疾患を診ております。前半は、アルコール性身体疾患の現状と課題を概括し、後半ではアルコール医学・生命科学推進のための方向性、提言というところ少し大げさですが、どのような形が望ましいか私見を述べさせていただきますと思います。

(PP)

タイトルスライドの背景は、来年伊勢志摩サミットの会場となる伊勢志摩国立公園、英虞湾に浮かぶ賢島の夕焼けでございます。

(PP)

アルコールの過剰摂取は様々な精神的・身体的疾病を惹き起こします。本日は樋口先生を初め精神科領域の専門家の先生がたくさんいらっしゃいますが、アルコール依存症とそれに合併する精神・神経障害は極めて大きな問題であります。アルコールがもたらす健康障害として、われわれ内科系医師が診ている身体疾患も重要です。スライドに示しましたように、アルコールは全身諸臓器を侵しますが、特に消化器領域の肝障害や膵疾患、発がんにおいて大きなインパクトを持っております。

(PP)

よく知られているようにアルコール消費量と肝疾患発症には密接な関係があります。スライド左は樋口先生から提供いただいたデータですがアルコール消費量は高度成長期に顕著に増加し、最近では頭打ちもしくは漸減傾向であります。一方、右の図はアルコール消費量とアルコール性肝硬変の頻度との関連を示したのですが、エタノール消費量とアルコール性肝硬変の割合の間には正の相関がみられますが、注目すべきは2000年前後の数値であります。委員の堀江先生も実務を担われました石井裕正先生の研究班のデータですが、2000年前後、当時アルコールの消費量はやや減少局面にあるにもかかわらずアルコール性肝硬変が増えていることがわかります。これは、飲酒の累積効果と、大量飲酒者が増えていること、おそらく両方を反映していると思われます。

(PP)

アルコール性肝障害がどのように進展するかを簡単にご説明します。過剰飲酒するとほとんどの方は脂肪肝を発症しますが、大量に飲み続けると、肝線維症やアルコール性肝炎を経て肝硬変、そして肝がんに進展していくという進展過程をとります。また、アルコール性肝炎の重症型は劇症肝炎に近く、生命予後を脅かします。問題飲酒を継続することがアルコール性肝障害の最大の増悪因子ですが、同程度の飲酒をしても病態の進展は個人差が大きく、遺伝的な背景や性差など多くの因子が関与します。

(PP)

我々の施設で2010年までの10年間、新たに診断された肝硬変の成因別の症例数を見たのがこのスライドです。全国的にも同様の傾向であり、C型やB型のウイルス性肝炎による肝硬変が多いのですが、明らかにアルコールに起因する肝硬変数も増えており肝硬変

の成因のうち約15%を占めると推計されています。C型肝炎は今や経口薬でほぼ完治する時代になりつつあり、今後肝炎ウイルスの比率は下がり、アルコール性肝硬変の比率が上昇してくると予想されます。

(PP)

また過剰飲酒は栄養や代謝障害を介して生活習慣病にも大きな影響を与えます。メタボリックシンドロームの増悪を招いて動脈硬化、そして心血管障害や脳血管障害にも深く関わります。栄養の過剰状態は肝疾患進展のリスクにもなります。

(PP)

そして、今後大きな課題となるのが女性や若年者の飲酒問題です。スライドは厚生労働省国民栄養調査から世代ごとの飲酒率と大量飲酒者率を示したのですが、20歳代の若年層では女性の大量飲酒者率が上の世代に比べて顕著に増えてきています。

(PP)

「女性とアルコール関連問題」は本会議でもすでに議論されてきたと思います。アルコールへの感受性には性差があり、女性は少ない飲酒量で臓器障害が発症・進展します。アルコール性肝障害に関しては、スライドに示したように、海外のデータではありますが、男性の3分の2程度の飲酒量で発生リスクが高まっていきます。女性の社会進出が進み飲酒機会が増加するなか、飲酒をスタイルとして評価するような風潮もあり、将来への影響が大変危惧される状況です。妊婦の飲酒による胎児性アルコール症候群も含め、女性とアルコール関連問題への対応は今後の重要課題です。

(PP)

ということで、我々内科医はアルコール臓器障害の患者さんをたくさん診ておりますが、実は問題がございます。それは、内科医の多くはほとんどアルコール問題の末梢に位置する身体疾患を診ているのだけれども、背景にあるアルコール依存症・有害使用ということに対して非常に関心が乏しい、あるいはアルコール問題にアプローチするスキルがないということがあります。専門分化が進み多忙を極める実診療の場では、依存症という問題の根幹をしっかりと押さえることが困難です。そうしますと、根底にあるアルコール有害使用には目をつぶって、目の前にある病気だけを治そうということが現実問題としては起こりがちになってくるわけでございます。

(PP)

もう一つ、アルコール医学・医科学---臨床から基礎研究まですべて含んでであります---の振興という点で、非常に厳しい現実があります。率直に申し上げますけれども、アルコール関連では研究費がほとんど獲得できません。それから、業績を上げにくい。業績が評価されにくい。例えば、我々の消化器・肝臓学の分野でも、ウイルス性肝炎を専門にすると多額の研究費がとれ、良い業績を出すことも可能になります。このことがまた、優秀な若手研究者をウイルス性肝炎の分野に誘うことになる。アルコール医学は残念ながらその逆回転をしております。わが国にはおそらく肝臓学を専門とする教授は100名ほどおられ

と思いますが、その中で数名しかアルコールを専門にしておりません。自虐的ネタでありますけれども、教授選の時にもアルコールを専門とする候補者は「研究費が取れない、業績が十分ではないのではないか」とマイナス評価からスタートします。

さらにスライドを見ていただくと一目瞭然ですけれども、米国肝臓学会ではアルコール関連演題数なども60題前後に及びますが、日本ではその10分の1に近い数です。また日本肝臓学会の評議員、これは肝臓学会の主導的な役割の方たちですが、アルコール医学を専門にしている人は評議員200名中2名しかいません。科学研究費においても、「アルコール」というテーマを書いた途端に落ちることがあり、これは、評価する方の査読委員にもアルコール医学を正しく理解する人が少ないことにも関連しています。

(PP)

では、本当にアルコール生命科学、アルコール医学というのはそんなにレベルの低いものかという決してそうではありません。ここに示したように、アルコール生命科学は生化学からゲノム・遺伝子学、細胞生物学などに貢献してきました。アルコール医学生物学は時代の最先端の技術と概念を取り込んで自らの発展を可能としたばかりか、さらに最先端のパラダイムの萌芽を育み、次世代への進化を涵養する「最先端研究室」の役割を果たしてきたと言えましょう。

(PP)

一例をあげればアルコールを飲まないのに脂肪性肝炎になるという疾患「非アルコール性脂肪性肝炎(NASH)」があります。NASHは現在肝臓病学の中でも極めて注目されている疾患ですが、NASHの研究が進むに従いアルコール性肝障害と病態基盤の共通性が明らかになりました。病因論的にアルコール性とは対極の位置づけから研究がスタートしたNASHですが、結果としてアルコール性肝障害の輝かしい研究史から多くを学んだわけです。

(PP)

(PP)

アルコール肝障害の研究成果は肝臓と全身諸臓器との病態連繋に関わる新しいパラダイムを生みました。アルコールや高脂肪食などを中心とする生活習慣要因が腸内細菌叢の質的・量的な変化をもたらし、門脈内移行を促進して肝障害と共に全身諸臓器に炎症など様々な影響を及ぼす。動脈硬化の促進から心筋梗塞や脳血管障害にまで至るという、新しい考え方であり、消化器・肝臓機能軸からみたメタボリックシンドロームの制御という斬新な視点をもたらしました。

今申しましたように、アルコール生命科学は基礎・臨床医学へ大きな影響をもたらし、貢献をしてきました。アルコール医科学の泰斗、いずれも故人ですが、チャールズ・リーバー先生、石井裕正先生、私の師であるロナルド・サーマン先生、これらの方々の研究の軌跡をたどることは、真理の継承と変化の受容が同時に起こる学問の進歩を追体験し、先人たちが示した光輝ある道標に導かれつつ、生命医科学の未来を探訪する旅でもあります。

(PP)

このスライドは塚本秀和先生、米国南カリフォルニア大学の有名なアルコールの研究者に提供いただきました、米国アカデミアが注目するアルコール医科学の次世代テーマであります。専門でない方々に個々をご説明することは控えますが、生命科学の未来を開く最先端のテーマ、キーワード群がすべて登場しております。今後のトレンド、日本がそれを追いかけることは避けねばなりません。

(PP)

アルコール医学・医科学の振興という点でわが国にはいくつも課題がございます。最大の課題はアルコール関連医学領域を管轄する司令塔のセンター的機関が存在しないことです。米国には国立衛生研究所（NIH）の傘下に30ほど研究所があり、その一つとして国立アルコール乱用/依存症研究所（NIAAA）がございます。NIAAAは“Turning Discovery into Health：研究による新知見を持って健康に貢献する”という明確なビジョンを打ち出し、アルコール関連研究の支援と研究成果の社会還元を行っています。

(PP)

ではこのNIAAAの年間予算はどれくらいの規模だと、委員の皆様、思われますか。研究支援費だけをとってもスライドに示したように約570億円でございます。スライドの背景は毎年8月17日に行われる三重県熊野の大花火大会の雄渾な景観です。壮さ壮麗さにおいてNIAAAの予算と通じるものがあります。では、わが日本ではどうかというと、正式の統計はないものの、調べた限りでは、科学研究費などもろもろ全部合わせても1億円いかない。これでは、我が家の庭での線香花火でございます。

この状況でアルコール医学・医科学に関心を持て、積極的に取り組み、成果を出せというのは、理想としてはともかく、現実的には全く機能しません。私は関西人でありますので直截的に申しますが、多くの研究者の本音として研究費なきところに恒心なしということとはございます。

(PP)

「アルコール健康障害対策基本法」が制定されたこの機会をもって、ぜひ研究振興のための予算が確保される仕組みを作っていただければと思います。

(PP)

本日何といたっても、私がお願いしたいのは、日本版NIAAAの創設であります。現在、樋口先生の久里浜医療センターがその役割の一端を担っておられますが、ぜひ予算的措置を確保し、日本のアルコール医科学・医療を推進する司令塔となるものをつくっていただきたいということであります。「アルコール医学・生命科学の推進」に関し、研究費の継続的支援により若い優秀な研究者を引き付け、人材養成と共にアルコール医科学と医療の推進を図る。そしてその成果を社会に還元し、国際貢献を行うと同時にわが国の研究の国際競争力を向上させる。日本版NIAAAがもたらすこのような展開を期待しております。御清聴ありがとうございました。

○樋口会長 竹井参考人、ありがとうございました。どうぞお座りください。

今までこの会でアルコールによる臓器障害への影響についての議論というのは出てきたんですけれども、系統的行われていなかったということで、そのあたりをまずまとめていただいたことと、それから研究の重要性、今後の展望も含めてお話ただけて、非常にわかりやすく解説いただいております。

それでは、御質問等がございましたらどうぞ。

では、見城委員どうぞ。

○見城委員 先生、どうもすばらしいお話をありがとうございました。

アメリカのNIAAAの予算の額との余りの差に衝撃を受けました。それは、例えばアルコール性依存症の数とか、アメリカのほう例えば根が深いとか、非常に人数が多いとか、よくアメリカのいろいろなものを読んだりしていても、精神的に依存症になっていく人が多かったり、いろいろとする。そういう何か特徴があつて、アメリカのほうをもっと深刻だったとか、そういうことがあつたのでしょうか。それとも、同じような状況なのにあちらが医学的にも重要なポイントだということで資金を高く出しているということなののでしょうか。そのあたりを教えてください。

○竹井参考人 この点は樋口先生にお聞きするのがいいのではと思います。もちろん人口比などからアルコール依存症の絶対数はアメリカが多いのは間違いありませんけれども、アルコール依存症患者は日本でも80万人あるいはそれ以上と推計されています。その中で実際に治療を受けておられるのは恐らく5万人前後だろうということでもあります。潜在的なリスク群の存在、そして今後重要になる女性のアルコール関連問題など考えても、日本のアルコール関連問題・健康障害は極めて大きなものがあります。断じて米国との予算比を正当化するような実態ではありません。

ところが、米国の場合、アルコール依存など健康障害に対する意識が早かったのと、恐らくヒューズ法等の法律の制定がありまして、それによって予算措置ができるようになった。結果として、アルコール関連研究が非常に盛んになって、米国が生命科学研究をリードする一分野としてアルコール領域は大きなテーマとなってきました。

つけ足しでありますけれども、アルコール関連学会で米国に行きますと会場は押し合いへし合いで身動きがとれません。日本の肝臓学会に行くとポスターの前で「その他、アルコール」というセッションで1人か2人しか集まっておりません。これは、研究費があつて、研究を支援するシステムがあり、優秀な研究者が集まり、いい仕事ができるという良循環に入っているのが米国の場合ですね。お答えになっておりますでしょうか。

○見城委員 医学のほかの分野でも同じようにアメリカの場合、その予算をつけているのか。アルコールに特別高い予算がついているのか。それはいかがでしょうか。

○竹井参考人 最近の経済状況で、米国の科学予算も昔ほどではなく、やや減額ぎみだと聞いておりますけれども、全体にやはり高水準に出ている。一方、日本も科研費等の拠出はGDP比などから見て米国に桁違いに劣っているのではないでしょう。しかし、アルコール関連予算は冷遇されている、米国NIAAAのアルコール研究支援が500億超、わが国はその1%

にもはるかに及びません。この違いは明らかにあると思います。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかにございますでしょうか。

猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 どうも竹井先生ありがとうございました。

先生もおっしゃっていますが、1970年にアメリカでヒューズ法が誕生して、そのときに研究予算がばっとついて、NIAAAがそれをきっかけに誕生しています。ですから、日本は40年以上おくれたのですが、今が日本版のNIAAAをつくるチャンスだと思うのです。このチャンスにできなかったら日本ではずっとできないだろうと思うのですが、竹井先生のお考えはどうでしょうか。

○竹井参考人 まさにその点でございまして、ぜひ日本版NIAAA、名称はともかくアルコール医学・医科学を管轄するこういったアルコールの研究センターを作っていただきたいと切実に要望します。医科学への貢献、社会への還元、そして国際競争力の向上という点で、アルコール関連医学は、決して、私がちょっと自虐的に申したようなスティグマがあるような世界ではございません。むしろ大きな発展性を持っているということで、委員の先生方にはぜひ御指導と御支援を賜りたいと思っております。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかにいかがですか。

○月乃委員 ちょっとお聞きしたいのが、アルコール性身体疾患ということでアルコール依存症の人というのは必ずしもその人たちがアルコール依存症ではないこともあると思うんですけれども、アルコール依存症の人がその中でどのくらいのパーセントにいるかとか、自分は当事者なんです、現状の問題で肝臓が悪くなって病院に入院してよくなってまた再飲酒を繰り返して、ただそれが続いているアルコール依存症の人というのがたくさんいるような気がするんですけれども、今の2点についてお聞きしたいのですが、いかがでしょうか。

○竹井参考人 身体疾患の患者さんにはアルコール依存症の方はもちろんたくさんいらっしゃいますけれども、過剰飲酒する方の裾野は広い。定義としてアルコール依存症にはなくて、例えばきちんと社会的には仕事もばりばりして家庭も大事にしているのだけれども、大量飲酒、アルコールの有害使用がある。そういった方は、依存症の予備軍でもあります。このような大量飲酒者は非常に数が多く、尾崎先生の推計では800万人くらい存在するようです。

それから、2つ目は入退院を繰り返すような患者さんですか。

○月乃委員 この話はよく出ますけれども、医療の人がアルコール依存症に理解がもしかしたら低くて、依存症という病気に入っているにもかかわらず、例えば肝臓の数値だけが上がったなら治療して、またお医者さんが適度な飲酒をとかなんて言って依存症者が治ったらまた飲酒を繰り返していく方が多いよう気がしているのですが、その辺についてはいかがでしょうか。

○竹井参考人 そのとおりでありまして、依存症とか有害使用に対して多くの内科系の医

師というのは理解が乏しく、介入スキルに精通しておりません。ですから、入院などをしただけだとさすがにアルコールはやめるから一時的によくなる。飲んだらだめだよと、そのときにしらふの患者さんもわかりましたということで帰られるわけですが、結局御指摘のとおりその繰り返しになってしまうことが多いです。近くに精神科の専門の先生方や自助グループにつなげるような環境がありますと、この点はずいぶん改善されます。私がいる三重県は猪野先生がいらっしゃって環境が整備されていますが、そうでなければ孤軍奮闘する、もしくは関心が持てないという状況が常態となる。残念ながら、依存症という根幹へのアプローチはなかなか実行できていないのが現状かと思います。

○樋口会長 アルコール依存症というのは、お酒を飲む人のピラミッドで考えると一番上の頂点にいて、この方々は依存もあるけれども体の問題もある。だけど、その下に今、竹井参考人がおっしゃった有害な使用を持つ人がいらっしゃる。有害な使用というのはWHOの定義で、依存症まではいっていないけれども、体または心にアルコールの影響があって既に問題ができています。今の説明ではそういう方々の数は依存症の比ではないということですね。ありがとうございます。ほかに質問ございますでしょうか。

では、どうぞ。

○松下委員 教えていただきたいんですけども、NIAAAの研究者の学問領域といいますか、つまり職種はどういう割合で構成されているのか。アルコール医療に関しましては、やはり学際的な研究は不可欠だと思いますので、御存じでしたら教えていただきたいと思います。

○竹井参考人 NIAAAの構成職種の比率など詳細はよく知らないのですが、NIAAAは非常に多くの職種が集結した組織ですね。精神医学から内科系、生命医科学の基礎研究分野、それから社会医学の専門家が集まって、それぞれの分野でリーダーシップをとっていると理解しています。グラント、研究費を出す裾野が広くて、臨床医学、基礎医学、社会医学などほとんどの領域においてアルコール関連研究の申請を評価して支援する。アルコール医科学・医学のどの分野領域であっても、かなりの確率で研究費が受けられる。さっき申しましたように、日本の場合、「アルコール」と書くだけでも審査員自体がネガティブな感じを持って、そこで即落ちということがありますがNIAAAを持つ米国の景色は全く違うものです。

○樋口座長 数が正しいかどうか、自信は全くないのですが、今NIAAAの予算のうちで例えば運営していくときの費用とかというのは非常に限られていて物すごく少ないんですね。NIAAAの中に研究所があって、その研究所にいくお金が年間40億円くらいじゃないか。そのほかのお金は全米に散らばって、大学とか研究所とかそういうふうなところでは実際は研究費として配布されるということで、その配布される先は竹井参考人がおっしゃったとおりいろいろな分野に基礎医学から臨床、さらに予防、そういうふうなところまで配布される。そういうふうな理解だと思います。

では、今成委員どうぞ。

○今成委員 今成です。竹井先生は三重大で医学部の教授をされているのでお伺いしたいのですが、医者の教育の中でアルコールについてどのように教えているのか。カリキュラムの中に入っていると思うのですが、それをもうちょっと進めていくためにはどういうことをする必要があるか、教えてください。

○竹井参考人 消化器内科学ではアルコール肝障害などを講義で教えますが、そこでアルコールの有害使用や依存症に紐づけして議論を展開するような講義はしていないと思います。この点、私たちの意識を改革して行く必要があります。もちろん文科省の対応も含め。

学生教育の必須のカリキュラムではないですが、最近三重大から筑波に移られた吉本尚先生など若手のプライマリケア専門家が学生と一緒にアルコール関連問題を考える試みを始めておられます。いわゆるイッキ飲みの問題等から端を発したところもありますが、アルコールの幅広い医学、アルコール関連問題を学生とともに勉強するという取り組みです。もちろんカリキュラムとしては確立したものではありませんが、実際行ってみると、学生さんからは非常によかったという評価が多いですね。

○樋口会長 どうぞ。

○今成委員 その三重大の取り組みは非常に先進的だと思うのですが、全体的に日本の大学、医学部の教育で考えたときに、アルコールというのはどのくらい、どう教えられているのでしょうか。

○竹井参考人 恐らく、ほとんどここで議論されるような問題点は詳しく教えていないと思います。精神科領域では当然アルコール依存症は勉強するのですが、一つの概念的なもので終わっていて、例えば依存症の患者さんを取り巻く様々なアルコール関連問題や若年者・女性の飲酒問題へ展開するほどの教育はしていないというのが私の理解です。

○今成委員 それをしていただくようにするためにはどうしたらいいかですが。

○竹井参考人 それは私たち教員のほうの意識改革が必要ですが、そのためにはアルコール関連問題の重要性を理解する必要があります。アルコール健康障害対策基本法を受け、この会議での議論をわかりやすい形で情報発信していただくこと、また文科省がアルコール関連問題を医学教育のカリキュラムに入れるよう指導する、これらすべてが大事ではないかと思います。

○樋口会長 尾崎委員、どうぞ。

○尾崎委員 私は鳥取大学の医学部で講義をしています。6年間のうち90分講義を1回私がしているだけです。全国の医学部の講義はどういう枠組みでするかというのは文科省のモデルコアカリキュラムというものが基準となっております。元は欧米からきたものですが、今の医学教育というのは臓器別に医学教育をしていますので、従前は細菌学だとか、内科学だとか、そういう講座別に講義をしていましたが、今は講座横断的に臓器別に講義することがはやりですので、たとえば肝臓病ですと解剖学の先生や生理学の先生、生化学の先生、病理学の先生、臨床医学の先生らが協力して、横断的に教育すると

いうものです。先ほど竹井参考人さんもおっしゃいましたが、それはあくまでもでき上がった病気がどこの臓器で起こったかという結果である現象を見て教育しますので、その大元の原因論的な教育ではないわけです。

お酒でいろいろな臓器は悪くなるけれども、大元のお酒の飲み過ぎをどう減らすかとか、たばこでいろいろな病気は起こるけれども、大元であるたばこを吸わない世代をつくり上げるにはどうするかとか、そういう原因論的な教育というのはなかなかできていないのが現状だと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかにございますか。よろしゅうございますか。

竹井参考人のほうから、何か追加等はございますでしょうか。

○竹井参考人 最後の論点に関してですが、アルコール関連問題が国家試験に出るコアカリキュラムに入ればずいぶん変わるでしょう。試験に出るから意識が向くというのは決して望ましい形ではないでしょうが、現実的にはここから広がりを持たせるという考えです。

○樋口会長 それでは、大変貴重な御講演と、それから質疑応答をありがとうございます。

では、次の議事に移りたいと思います。各ワーキンググループの報告に移りたいと思いますが、まずは事務局からワーキンググループの開催状況等を御説明いただけますでしょうか。

○内閣府加藤参事官 事務局でございます。6月に開催しました前回の関係者会議以後、教育等のワーキンググループを1回、健診・医療のワーキンググループを1回、相談支援等のワーキンググループを3回開催しております。以上でございます。

○樋口会長 先ほども申し上げましたけれども、非常にアクティブにやってこられた各委員の先生方、それから座長の先生方、本当にありがとうございました。今回の会議では、それらのワーキンググループでの議論を踏まえて各ワーキンググループの最終的な整理表について御報告をいただきたいと思います。枉委員ですが、途中で退席されるということなので、まず2の健診・医療のワーキンググループの報告からお願いします。

○枉委員 枉でございます。私は、健診・医療のワーキンググループの報告をさせていただきます。健診・医療のワーキンググループは本来、番号が2番になっておりますけれども、中座をさせていただきますので先に報告をさせていただきます。

前回、健診の部分を既に施策についても報告をしましたので、健診については施策の変更点を中心に、今回は主に医療について御報告をさせていただきます。

(PP)

これまで4回、ワーキンググループを開かせていただきました。大体、月に1回のペースで7月まで開きました。第1回目は、論点を大きく4つに整理させていただきました。

(PP)

2回目のときは、主に健診・保健指導について参考人の報告をいただきました。このときは、時間の関係で樋口会長のほうから「専門医療の向上に向けて」ということで医療に

についての報告をいただいております。

(PP)

ここから、医療の話になります。健診の報告を振り返ってみますと、与義参考人から「荒川区におけるアルコール関連事業の現状」、福田参考人から「地域に於けるアルコール問題の現状と早期介入の試み」、それから職域で西浦参考人から「企業におけるアルコール対策の取り組み」、それぞれの御意見については整理表の中に盛り込まれておりますので後で御参照いただければと思います。

西浦参考人の最後の一番下の段にありますけれども、食品にはカロリーが表示があり、自己管理に有用である。ですから、アルコール飲料にもドリンク数の表示をしていただくと非常に有用ではないかというような御意見があり、この整理表の施策の中に参考意見として載っております。

(PP)

ここからが医療ですけれども、これは樋口会長が使われたものをそのままお借りしたのですが、その中でキースライドを何枚か御紹介しようと思います。

専門医療の向上というと、まずは診断・治療の質の向上ということになりますが、その前後ですね。早期発見、早期治療導入ということも重要ですし、他機関、一般医療、救急医療との連携も非常に重要になります。そのためのマンパワーの養成、人材の養成というものが非常に重要だという御指摘をされました。

(PP)

それで、先ほど竹井先生のほうからもありましたけれども、やはり依存症の問題の大きさに比べると従事する、専門とする医師の数が少ないという問題があります。これは、いろいろな人材育成、研究の問題が先ほどのご指摘のように背景にはあるように思います。

(PP)

これは、先ほど竹井先生がおっしゃったことですので重複しますから割愛しますが、研究費の問題がその背後にあるということでもあります。

(PP)

それから、具体的に今後研究を推進する上で、現時点で問題となっているテーマを4つほど整理していただきました。

1つは治療目標ですね。断酒か、あるいは飲酒量低減かという治療目標ということがあります。ハームリダクションの概念が日本でも入ってきました。飲酒量低減というものをどういうふうに組み込むかということが課題にもなっております。それから2つ目は、診断に関する問題、ICD-11、DSM-5の問題、それから3番目は薬物治療の問題ですね。新薬が開発され、日本にも徐々に導入をされております。

それから4番目は、心理社会的治療、現在でも心理社会的治療がアルコール依存症治療の中心でありますけれども、より効果的な治療技法の開発ですね。より効果的な治療の組み合わせというものがどういうものかという研究が必要だというお話でした。

(PP)

これも医療に関するお話で、6月12日、第3回目のワーキンググループの内容でございます。このときは、「地域におけるアルコール関連問題に対する取り組み」ということで、岡山市の精神保健福祉センターの太田順一郎先生、それから「アルコール健康障害対策」、特に救急医療の現場からということで市立四日市病院の救命救急センターにお勤めの柴山先生、それから「プライマリ・ケアにおけるアルコール問題の現状とあるべき姿」ということで名古屋大学の伴信太郎先生にお話をいただきました。

(PP)

まず、これが具体的に出た御意見です。最初は、精神保健福祉センターの太田先生です。太田先生のお話では、精神保健福祉センターの運営要領にもセンターが取り組むべき事業にアルコールも含まれており、大半のセンターが事業を実施しているというアンケート調査の結果がありました。ただ、この内容についてはかなり濃淡があるだろうというお話だったと思います。

太田先生は地域がテーマでありましたけれども、実際には二次予防として職域に出向いて予防活動を行われております。定年後の依存症発症予防を狙って、「おいしくお酒を飲むための教室」というのを非常にソフトなイメージで職場に出前講座をされているということでした。

それから、一般医療機関と専門医療機関のネットワークづくりを積極的に進められておりまして、まずは顔の見える関係づくりをするような事業が行われておりました。地域、職域での予防の展開を御報告いただきました。

それから、四日市の柴山先生のほうからは救急医療の現場の報告でした。救急の現場ではアルコール問題で非常に御苦労されているという内容で、医者だけではなくていろいろな関与するスタッフの心理的な負担が大きくて、また救急システムの物理的な負担が大きいということでもございました。これは、救急医療の現場だけではなくて救急隊にも非常に負担がかかっているということでもございます。このためには、リピーターを減らすことが非常に重要だろうということでもございました。酩酊患者の実態についてのデータも少ない。我が国でもこういう調査はまだ余り行われていないようでもございます。

それから、救急医が背景にあるアルコール問題に感心が薄いことも多く、教育研修も必要である。まず表に出てきた外傷とか、内臓疾患とか、そういった救急の原因になる病気、表にある病気には対応ができるんですけども、そのもとにある酩酊、アルコールの問題といったことについての関心が薄いという御指摘もありました。その点については今後、教育研修も必要だろうということでもございました。

それから3番目、最後に救急、精神科専門医療、それから保健所、警察、行政機関等の諸機関の連携構築が非常に重要だということを強調されておりました。

それから、伴先生には「プライマリ・ケアにおけるアルコール問題の現状とあるべき姿」ということでお話をいただきました。アルコールは日本ではたばこに次いで2番目の予防

可能な死因であるが、取り組みがたばこと比べると少ない。それから、プライマリ・ケア受診患者の男性12.6%、およそ8分の1に当たりますけれども、その方々がアルコール問題を有するという調査結果、これは伴先生御自身の調査結果であったと思いますが、そういう調査結果が報告され、一方で多くのかかりつけ医は自身の外来に問題飲酒者はほとんどいないと考え、スクリーニングツールは余り使われていなかった。実際にはかなり一般医療、プライマリ・ケアの中にアルコール問題は蔓延しているんですけども、医師がそのことに気づいていない。そのためにスクリーニングも余り行われていないという事を御指摘されました。

(PP)

ここからは、お手元にあるワーキンググループの整理票の内容についてです。主な項目立てとしては3の「健康診断及び保健指導」が地域における減酒支援の普及と、それから2の職域における減酒支援の普及というふうに2つに分けました。これが小項目になります。

それから、医療の充実については3つの大項目が立ちまして、1つが「節酒指導及び断酒指導」、2つ目が「医療の質の向上」、それから3つ目が「医療連携」ということになります。

(PP)

まず「健康診断及び保健指導」のほうですけれども、今回は前回、6月に一度健康診断及び保健指導の施策については報告しておりますので、変更点だけここにお示ししました。皆様のお手元の資料では、下線が引いてあるところが前回報告されたものと変更になった、あるいは追記された部分になります。

1つ、「調査」のところですね。「市町村における健康診断及び保健指導」については、「調査」のところで介入ツールの開発も含めるということで「介入ツールの開発」という文言が盛り込まれました。これについては、課題、問題点のところ、職域のほうに少し書いてありますが、職場で使いやすい介入ツールが望まれるということでございます。スクリーニングから介入まで、より短時間でできるようなツールの介入ということでございます。この介入ツールの中には、スクリーニングテストですね。より簡便なスクリーニングテストの開発ということも含められております。

今、求められているのは本当に短時間でできるものなんですけれども、クライアント、対象者の問題の重症度、あるいは動機づけの程度によっては、よりインテンシブで、時間のかかる介入というのも考えられます。そういう意味では、介入ツールも簡単なものから少し手の込んだものまで幅があるのではないかと思います。そういった介入ツールの開発というものが加えられました。

それから、「普及啓発」というところでは「高める啓発を行う」ということで少し語尾が強調されました。

それから、最後の「人材育成」のところの2つ目ですね。「早期発見、早期介入を推進す

る取り組み」ということで、これは二次予防をさらに強化するということでございます。そういった用語がつけ加えられました。

それから、2番目の職域における減酒支援の普及については、「調査」のところで実態把握というものが前回記載されておりましたけれども、今回新たに出ております整理票では「どのような方法で対応できるか調査研究を推進する」ということで、より前に進んだといえますか、実態を踏まえてどういうところまでできるのか。既に企業、職域の中では二次予防の活動を少しずつ進めていらっしゃる場所もあります。そういう先駆的な事業所を見習いながら、どのようなところまでできるかを研究するという文言でございます。

それから、「普及啓発」のところに「職場の飲酒風土の改善に努める」ということがあります。これは、職場だけではなくてわが国の社会そのものの飲酒の文化というものが問題にありますけれども、特に職場ではこの予防活動、啓発活動をする上で飲酒風土というのは大きな課題になっておりますので、その飲酒風土の改善に努めるような啓発を行うということを書き加えさせていただきました。

以上が、「健康診断及び保健指導」での変更、追加点ということになります。

(PP)

ここから先は医療の充実ですので、全て新しい報告ということになりますから、全て読んでいきたいと思います。

まず、最初の項目の「節酒指導及び断酒指導」ということです。これは、具体的には節酒指導と断酒指導の普及ということでございますが、最初の論点整理のときには節酒指導のみだったのですが、実際に我が国ではまだ医療機関での節酒指導というのはほとんど進んでおりません。さらに、今、求められているのは一般医療機関、専門医療機関との連携ですし、専門医療機関の整備です。まだまだアルコール依存症の治療をする機関というのは多くはございません。そこで専門医療機関の整備というのも非常に求められておりますので、そういう意味での断酒指導の普及というのもここに追記させていただき、節酒指導と断酒指導を並べて書くという項目立てになりました。

まず「普及啓発」でございますが、1つ目は「社会の飲酒に関する意識等を変えていくための啓発活動を行う」。先ほども言いましたように、二次予防を行うためにはまずこの意識を変える。社会の意識を変える。地域の意識を変えるということが非常に重要で、二次予防だけでは先に進みませんので、まずその啓発ということを最初に書かせていただきました。

それから、「人材育成」のところです。「医療従事者等に対する節酒・断酒指導技法を含むアルコール依存症等の研修を推進する」となっております。下線が引いてあるところがございますけれども、ここがワーキンググループは4回目までしかできませんでしたが、4回目の後にメール等を通して意見交換をさせていただき、4回目に提出した整理票に少し変更点がございます。その部分に下線を引かせていただいております。

次は同じく「人材育成」ですが、「早期発見、早期介入のための専門的な医療従事者向け

人材育成プログラムを開発し、人材育成に努める」ということでございます。具体的には、早期発見、早期介入のためのプログラムといいますとSBIRTということになります。そのプログラム、まだ日本ではこういう研修会というのは非常に少ないので、これを統一した研修プログラムとして質の高い人材を育成するということを狙ったものでございます。

その次の部分は、2番目の「医療従事者等に対する」ということで、同じ内容なので割愛をします。

最後に「調査研究」ですが、「効果的かつ効率的な節酒指導プログラムの普及等に関する研究を行う」。これは特にブリーフ・インターベンションの効果検証研究、あるいは普及のためのより簡易なプログラムの開発、そういったことと関連しております。そういったことを指しております。

それから、その次は「断酒指導の普及を含めたアルコール専門医療の質の向上に関する研究を行う」。断酒指導の普及といいますのは、すなわちアルコール専門医療機関の整備ということとも意味は同じことになります。アルコール専門医療の質のところには、先ほど樋口会長が示されたスライドにあったように早期介入、それから連携の強化、そういったこともこの中には含まれると考えています。

(PP)

それから、2番目が「医療の質の向上」ということでございます。これは、最後につけ加わった項目でございます。これまでは最初にお見せしましたように医療の連携ということで項目立てをしておりましたけれども、連携する前にそれぞれの医療、具体的には一般医療、救急医療、専門医療がそれぞれにアルコール問題に関わる質を上げる必要がある。現時点ではまだまだ十分でないという認識から、ここに専門医療の質の向上という新しい項目を最後に立てさせていただきました。

中身は、「人材育成」としてここも最初に出てくる「一般医療従事者に対する節酒・断酒指導技法を含むアルコール依存症等の研修を推進する」ということで、ほぼ同じ内容で出てきますので、最初のほうは少し省略をさせていただきます。アルコール依存症等の研修を推進する。

それから、「アルコール関連の研究を通じて、アルコール関連疾患患者の診療に携わる医師の人材育成を図る」。これは、一番下の「研究推進」のところに書いてあります「アルコール関連疾患の予防および医療の質の向上に寄与するために研究を推進する」というところとつながっています。人材を育成する、研究の推進によってアルコール医療にかかわる人を広め、裾野を広げるために、また基盤となるデータをそろえるためにアルコール関連の研究を推進するということを加えさせていただきました。

それから、「人材育成」の3番目になりますが、「臨床研修において経験が求められる疾患・病態の中にアルコール依存症が含まれており、当該研修を推進していく中でアルコール依存症への診療能力を持った医師の育成を図る」ということで、既に臨床研修においてはアルコール依存症は経験が求められる疾患・病態の一つに含まれておりますが、これを

さらに推進していくという文言でございます。

それから、先ほど述べましたので最後の「研究推進」のところは省略させていただきます。

「救急医療」につきましては「人材の育成」として「アルコール依存症等の研修を推進する」ということと、「アルコール関連の研究を通じて、アルコール救急患者の診療に携わる医師の人材育成を図る」ということでございます。

(PP)

それから、「専門医療」のところに移ります。「専門医療」につきましても、「人材育成」として「アルコール依存症等の研修を推進する」。2番目に、「アルコール関連の研究を通じて、アルコール依存症患者の診療に携わる人材の育成を図る」。この研究といいますのが一番下に書いてあります「断酒指導の普及を含めたアルコール専門医療の質の向上に関する研究を行う」。これは最初の節酒指導、断酒指導のところでも出てきましたけれども、同じ内容で質の向上に関する研究を行うということでございます。

それから人材育成の3番目ですけれども、我が国のアルコール依存症治療及びその研究開発、人材育成、啓発の中核となる拠点機関を整備するというところでございます。これにつきましては、先ほどからNIAAAというお話もございましたが、そういったものを最終的に目指す内容になっております。

(PP)

最後に、「医療連携」というのが3番目の項目でございます。

まず、「救急医療における必要な連携」としまして「関係機関の連携」、ここでは具体的な機関として「消防・医療など、地域の関係機関が救急医療における必要な連携をし、アルコール問題について協力して取組む。」ということで、柴山参考人が御指摘になったことを踏まえてここに書かせていただきました。

「調査研究」としては、先ほど出てきました節酒指導プログラムの普及に関する研究を行うということでございます。

それから、「一般医療と専門医療の連携」ということで「専門医療機関」のところですが、これも、「依存症の専門医療機関の実態把握及び求められる機能についての調査研究を行い、集積した知見を基に、専門医療機関の充実を目指す」。まだ専門医療機関の実態というのは実はよく明らかになっておりませんし、それぞれの機能というのもよく調べられておりません。何をもって専門医療機関とするかということもまだ不明確なところがあります。そういったことを踏まえて、実態調査を行うということでございます。それをもとに、専門医療機関と呼ばれるような機関が日本全国を見ますとまだ十分な整備が行われておりませんので、そういった機関の整備、充実を目指すということでございます。

さらに、「上記研究をふまえつつ、専門医療機関を中心として、一般医療機関や自助グループ、回復施設等の関係機関との連携を推進する。」ということでございます。

3番目、「依存症治療拠点機関を中心に一般医療及び救急医療との連携モデル創設に取組

む」。一般医療と専門医療の連携については、まずは今依存症の治療拠点機関というものがございまして、そこを中心に各地域でモデル事業として創設できればということでここに挙げさせていただきました。

最後に、「人材育成」については先に述べましたので簡単にいきますと、1つが「アルコール依存症等の研修を推進する。」ということ。それから、2つ目が「アルコール関連の研究を通じて、アルコール依存症患者の診療に携わる医師の人材育成を図る。」ということでございます。以上でございます。

○樋口会長 枉座長、ありがとうございました。端的にまとめていただきましたけれども、非常に内容が多岐にわたっているのではなかなかすぐにぱっと見て、これでよろしいかどうかということは言いづらいかもしれませんが、時間が限られていますし、既に前半のほうに関しては前に出ていることも踏まえて、また少し分けてやりましょうか。

健康診断、保健指導のところは前にも説明がありましたけれども、ここについて何か御質問とか御指摘とかございましたらどうぞよろしくお願いします。

では、猪野委員どうぞ。

○猪野委員 枉座長のおかげで随分前進し、私としては納得するところが随分ふえたと思います。残された問題として、「減酒支援」という表現ですが、余り私たちの専門領域の中でも使われて来ていません。ごく最近になって時々この言葉に出会いますが、減酒支援の定義について教えていただきたいと思います。

○枉委員 これが出てきましたのは、健康局でつくられております特定保健指導の標準的な健診・保健指導プログラムの中に減酒支援という用語が出てきて、これが最初ではないかと思います。その中には、飲酒量のAUDITでスクリーニングをして、8点以上を問題があるという判定を下し、15点以上になるとアルコール依存症を疑うということで得点ごとに指導指針を決めてあります。それで、8点以上の方についてはお酒の量を減らす。いわゆる節酒をするという指導、それから15点以上の方には専門医療機関を受診するという指導にプログラムが組まれております。そういう意味で、専門医療機関の受診を含めたいいわゆるSBIRTをイメージした用語というふうに考えております。

ですから、節酒との違いは何かと言われれば、よりSBIRTのRTの部分を明確に、具体的に記載したものであるというふうに認識しております。

○猪野委員 おっしゃることは大分わかりました。ただ、「減酒」と書くと「減らす」という意味で、ゼロというのは含まれないことになります。その理由から、SBIRTとはっきり書かれたほうが私はわかりやすいと思います。いかがでしょうか。

○枉委員 SBIRTと私の中では同じ意味というふうに理解したのと、それから今このために新しくつくられた用語で、これから育てなければ、まだ世に出て間もない用語でございまして、まだこの用語が普及していないというところは時間的な問題もそのひとつにあるのではないかと思います。

そういう意味で、まだこれが普及しないとか、これが一般に浸透しないのかどうかを見

極めるのはまだ早いのかなという認識もございます。

○樋口会長 よろしいでしょうか。

○猪野委員 しつこいようですが、いわゆる減酒というと「減らす」というふうに日本語的には理解されます。一方では、断酒会の人たちや依存症の人たちは「ゼロ」を目指していて、私もゼロをを実行しています。「ゼロ」も含めた概念にしたほうが親切だと思うのです。何か行政的な観点から、あるいは健康日本21の流れでこのような減酒という表現になったのですか。

○杠委員 これがその用語として新しくつくられたものでございますので、これをすぐに今統一してなくしてしまうことは、普及を始めたばかりでございますので、時期尚早じゃないかということです。

それから、もう一つは断酒は減酒、あるいは節酒と相対立する概念というふうに私自身は捉えておりませんで、むしろ究極の減酒、あるいは節酒がすなわち断酒であるということで、節酒の中に断酒も含まれるという捉え方もできると考えています。

○樋口会長 済みません。時間が非常に限られているので、用語の話でこれ以上時間をとるのはやめたほうがいいと思います。もし納得がいかない場合には、まだ余裕がありますので、そのあたりはこちらのほうに預けさせていただいてまた座長と相談させていただくことにしたいと思います。具体的な中身について意見はございますでしょうか。

では、大槻委員どうぞ。

○大槻委員 ちょっと心配なのは、私は減酒という概念にはこだわりませんが、このように減酒支援だけを普及としてしまいますと、「健康診断及び保健指導」においては減酒支援だけということにとられかねないので、このところは減酒の概念は別としまして、なぜ減酒、節酒、断酒と並べることができないのでしょうか。ぜひ入れていただきたいと思うのです。指導としてはその3段階で行われてしかるべきだと思います。

○樋口会長 どうぞ。

○田辺委員 田辺ですが、減酒と断酒は両方ないと保健指導の範囲、保健活動の中ではやはり両方ないといけないと思うので、今回SBIRTとかAUDITで減酒というのを新しく普及しようというような議論をされたと思うんですけれども、従来からある断酒の支援というものはあわせて表記されるべきだと思います。

○樋口会長 どうも全体のコンセンサスのようなので、座長よろしく願いいたします。

○杠委員 わかりました。

○樋口会長 そのほか、中身、内容についていかがでしょうか。

猪野委員も御指摘になりましたけれども、前回から比べると非常に前に突っ込んでというか、前進していただいて本当に御努力に感謝したいと思いますが、いかがでしょうか。

どうぞ、見城委員。

○見城委員 御説明や、いろいろまとめも御苦労様でございました。前書きとか、そういうところで出ればいいのですが、もしどこにも出ないとしたら、きょうの参考人の話を伺

っていると、結局は国の意識というか、お役人の方を前にちょっと変な話なんですけれども、要は2ページに「社会の飲酒に関する意識等を変えていくための」とあって、とても重要なポイントなんですけれども、その以前に国がどう取り込むかというようなことの意識、改革というとおかしいのですが、どこかにそれは国家予算を高くつけていただくためにも書いてほしいんですが、ほかのワーキンググループのところにはちょっと無理かなとか、いろいろ思いますと、やはりこの「健診・医療」の医療のところでもまず先ほどの研究費をきちんとつけてもらいたい。アメリカ並みまでいなくても、1億円からふやしたいという現場の先生方、研究者の方々の思いがあるわけですから、それはどこに入れたらよろしいでしょうか。

ここでは、2ページに「社会の飲酒に関する意識」と出ているのですが、ちょっと微妙で難しいのですけれども、でもどこかに入れていただきたい。

○樋口会長 ありがとうございます。座長のほうから何か示唆はございますか。

○杠委員 今回整理票に挙げましたのは具体的な施策、つまり中身ですので、やはり前提条件、社会的な背景、議論の経緯、そういった前文を前に置いておくほうがよろしいかと思えます。

○樋口会長 事務局、そのあたりは何か御示唆はありますか。

○内閣府加藤参事官 この基本計画そのものは政府全体でつくっていくということで、最終的に閣議決定ということでありますので、恐らくそのスタイルとして前に少し前文的なもの、経過説明といいますか、経緯、背景といったことを書くのだらうと思いますので、その中でどの程度の書き方ができるかというのは工夫できるかと思えます。

○見城委員 ぜひ工夫して、やはりいろいろな今までの議論の中で基本的なところはそこだろう。一番基本の部分ですので、ぜひ書いてほしい。書かなければ全て今、知恵を出し合っている部分がなかなか動かないだらうと思いますので、ぜひそれはよろしく願いいたします。

○樋口会長 ワーキンググループはいってみれば個別の話なんですけれども、その前に全体的な意向のようなことを明確にすべきだという指摘だったので、そのあたりはやはり検討しないといけないと思います。ありがとうございました。

3番の保健指導のところは、先にいっていいですか。

次に、4の「アルコール健康障害に係る医療の充実等」、こちらのほうが新しく出てきたことなので意見がたくさんあるのではないかと思います、いかがでしょうか。

どうぞ、今成委員。

○今成委員 本当に書きぶりが前進していてありがたいと思います。医療のほうについては断酒というの併記されてははっきりしたと思います。先ほどちょっと用語のことがありましたけれども、あくまでも節酒というのはお酒を飲むことが前提になっていて、その究極が断酒というのは、言葉の意味からいっても、私はちょっと違うと思っています。やはりアルコール依存症の人たちは節酒ですませたいわけですね。隙があればそちらへいって

しまうので、そうではなく断酒に誘導するということ。これには命がかかっていますし、一杯飲んでもいいと言われて飲んでしまい、延々それが続いていて、家族にとっても本当に早く断酒させたいという思いがありますから、ここは大事に扱っていただきたいと思います。

それで、この中でひとつお伺いしたいところが、(2)の「医療の質の向上」の「人材育成」の中に入っている「わが国のアルコール依存症治療およびその研究開発、人材育成、啓発の中核となる拠点機関を整備する」。これは、この医療の「人材育成」の中というよりはもうちょっと大きいところに書かなければいけないことだろうと思っているのですが。自殺対策でいうところのナショナルセンターのようなイメージと考えていいのだろうかということです。

医療にかなり限定された形でのセンターなのか。もっと広い形なのか。あちこちの議論で啓発がすごく大事ということがずっと出てきていまして、どういうふうに啓発を戦略的、効率的にやっていくのかというのはすごく大事になってくると思いますので、その啓発の部分にかなり比重を置いた形でのナショナルセンターというものが望ましいと思っているのですが、これがそういう意味をここで持つのかどうか。それを教えてください。

○杠委員 私がこの場で結論を申し上げるのは差し控えたいと思いますが、そういうものをももちろん期待してここに書いております。調査研究から人材育成、研修から普及啓発まで、幅広いセンターですね。幅広い機能を持った、予防から回復支援まで含めたセンターというイメージでございます。具体的には、これから詰めていかなければいけないことが多いと思います。

○樋口会長 これについて意見はございますか。

もし今成委員のような話をそういうふうなことで考えていくと、医療の「人材育成」のところに入っていること自体、かなり窮屈なんだろう。ちょっとその範囲が狭まり過ぎている感じがあるので、適切かどうかかわからないけれども、先ほどの前文のような話なのではないかという感じがしますが、どこに入れても多分窮屈になると思うんです。ですから、そのあたりが可能かどうかということについて、この会議で意向を確認して、そしてその意向がコンセンサスだということであれば、ちょっと方向性を変えていかなければいけないのかなと感じますが、そのあたりについての意見はどうでしょうか。

田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 私たちのワーキンググループのほうでも、社会復帰とか相談支援の実際のあり方についての調査研究とかはまだ少ない状態です。それから、就労のガイドライン、復職のためのガイドラインということでアルコール問題を取り上げるにしても、まだまだ調査研究も少ない。こういったことが出ていまして、やはり万遍なく調査研究のことは話題になりました。

ですから、NIAAAのようなものを想定するときにも、協働多職種という言葉も出ましたけれども、ソーシャルワーカーや保健師や保健指導といった部分の研究といいますか、社会

復帰とか相談支援の部分でもあるのですが、そのことを考え合わせますと、全体的なものとしてこういう調査研究、普及啓発も含めたそういう機関という捉え方のほうが私はよいと思います。

○樋口会長 ほかに意見はございますか。

では、竹島参考人どうぞ。

○竹島オブザーバー 参考人の立場で大変申しわけないんですけども、自殺予防総合対策センターで仕事をした経験でいいますと、やはり調査研究が軸になって普及啓発、さらには組織育成、あるいは人材育成というものが図られますので、これらは一旦セットとして考えたほうが一番自然なのではなかろうかと思います。

それから、ちょっとオブザーバーの立場で突っ込み過ぎた発言になってしまうかもしれませんが、それには今までの経験とか蓄積があるところが実行していくことが一番望ましいと思いますので、私の個人的意見としては医療センターのほうで今までの蓄積等がございしますので、そこを例えばひとつそういった形に発展させるということですね。それから、それを今度は全国の精神保健福祉センターといったところと連携し、さらにそこで得られた成果をわかりやすい啓発主体にまとめていき、さらにさまざまなNGOの活動等が連携するというのが一番効率的で全体的な見方ではないかと思っております。

○樋口会長 大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 ちょっと確認したいのですが、今、話題になっております拠点機関の話ですが、現在進行しております治療の拠点機関事業がございしますが、これとは全く別物と考えてよろしいのでしょうか。

○杠委員 その辺の整理も、これから議論が必要だと思います。既にある拠点機関もございしますので、これを統合して発展的に一つにするのか。その辺はまだこれからの議論だと思います。

○樋口会長 事務局からどうぞ。

○内閣府加藤参事官 事務局でございます。恐縮ですが、参考資料の2と参考資料の3をごらんいただきたいのですが、ワーキンググループで御議論を始める前にこの基本計画では基本的には法律で10項目を盛り込むということでありまして、参考資料2の2のところに(1)～(10)まで書いてございます。それで、この10項目をどういうふうに3つのワーキンググループで御議論していただくかということで、(1)～(8)までをそれぞれ分けまして、(9)と(10)はそれぞれのグループでも議論をしていただく。それで、最後に基本計画に仕立てていくときにこの(9)と(10)ということでそれぞれ柱を立てていく。そういう構造でございしますので、ワーキンググループのところに押し込んだ議論では決してなく、もう少しまとめて柱を立てるという構造でございます。

○樋口会長 (9)と(10)については、また改めて検討しないといけないということですか。

○内閣府加藤参事官 それぞれ積み上げる形でよろしいかと思います。それぞれのところ

でテーマごとにやってください。なおかつ、追加があればまた全体のところで議論していただいてもということでございます。

○樋口会長 事務局からそのような説明ですけれども、何かございますか。もしそうだとすると、そちらのほうについても今の話を踏まえた形で少しまとめていかないといけないということですね。

では、その方向で、もし今のようなお話がこの各委員のコンセンサスということであれば、医療の人材のところに入れるのではなくて、もう少し広く捉えて計画の中に入れていくということでもよろしいでしょうか。もしよろしければ、そのような方向で進んでいきたいと思いますが、いかがでしょうか。

特に異議がなければ、そのような方向でありがとうございました。そのほかに、この医療について何かございますか。

堀江委員、どうぞ。

○堀江委員 ワーキンググループの後にメールでも出したのですが、2点ほど確認したいので1つずつお願いしたいと思います。

1点は「(2) 医療の質の向上」のところ。「臨床研修において」というところで「育成を図る」という文が入ったのは大変すばらしいと思うのですが、これに対してその臨床研修を行う、医師でいえば研修指定病院になると思いますけれども、研修指定病院側の努力義務みたいなものを(1)に書き込むことはできないのでしょうか。

そうでないと、何かこの流れの中でこの後で出てくる専門医療機関で研修して、一般医療機関はアルコール依存症の研修はしないよというふうに誤解されがちなので、そうじゃなくて例えばcommon diseaseのぜんそくの患者がいたら呼吸器の先生がいなくても一般内科医でも普通は診療するわけで、そういうレベルでの診療まではしてほしい、アルコール依存症は最後まで完結しろということではなくて、研修としてそういう病気に触れられるということを経験する側、医療機関側の努力義務というものを書き込むことはできるのか、できないのか。できるとしたら、ぜひ書いていただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○樋口会長 枉座長、何かございますか。

○枉委員 今回の御質問にすぐ答えられるものではありませんけれども、堀江委員からのご意見のように既にある他制度との調整が必要な意見というのはほかにもございました。

ただ、ここに施策として書く上では、あくまで実行可能といいますか、実現できるものを挙げるべきで、ほかの制度との調整が必要なものについては、やはり課題としてどこかにまとめて書くか、要望あるいは検討事項として残しておくべきものではないかと思いました。

○堀江委員 設備を整えるということではなくて、既に臨床研修でみることが望ましいという疾患に指定されているわけですから、それをみられる体制を整えるように努力すると書くこと自体は余り無理がないように思うのですが、改めてということではないと思うのですが、いかがなのでしょう。

法律的には、どちらかというと官僚の方々の御意見を聞きたいと思うのですが、無理なのでしょうか。研修指定病院という書き方が無理ならば、医師並びに医療関係者の研修を行う医療機関は努力しなければならないというようなことでもいいと思うのですが、何かそう書いておかないと、うちはやらなくていいのではないかという話になっちゃうと思うので、どうなのでしょう。

○樋口会長 富澤課長、どうぞ。

○厚生労働省障害保健福祉部 お答えします。先生がおっしゃるように、努力義務で書くということは杠先生が今おっしゃったように他制度の中に書き込むということですので、その制度を改正する必要があるということになります。

ですので、今の段階でできるか、できないかというのは権限を持っていない私たちが相談してお答えするということはちょっと難しい。調整が必要ですので、杠先生がおっしゃったように課題として書いていただければ、その担当部局にも課題としてこういうことで決まりましたということで、当然今後検討しなければならないということになりますので、まずはその段階で書いていただくことが一番我々にとってはありがたいし、それが一番望ましいのではないかと考えております。

○堀江委員 わかりました。

もう一点よろしいでしょうか。次の（３）の「医療連携」のところで、ここも申し上げたのですけれども、この専門医療機関の内容については今後調査研究を行っていくということでいいのですが、その「充実を目指す」という書き方なのですが、これも日本語の問題になるのかもしれませんが、これができないとその下の医療連携というのは机上の空論になるので、逆に一般医療機関でアルコール臓器障害をみるのであれば、みた医師が連携をとれる専門医療機関は必ず１対１対応でなくちゃいけないということなので、「目指す」ではなくて「設置する」というような書き方はできないのでしょうか。

アルコール専門医療機関を設置するといったら、その上で一般医療機関と連携を行っていくという文章の流れにしないと、目指しているだけだといつまでたっても連携がとれないわけで、一般医療機関で働いている私としては連携をとる専門医療機関を決めていただきたい。君の病院はここと連携をとってくださいという形が望ましいと思うので、それが人口何人に対して１つ必要なのかとかは、その調査研究の中で出てくると思うのですけれども、それを「目指す」ではなくて「設置する」と明記することは、それも無理なのでしょうか。

○樋口会長 このあたり、いかがでしょうか。

○杠委員 これも、ここに書くからにはやはり実現しないといけないことになりますので、もちろん充実する、設置するというのがゴールと思います。ここは、再度事務局とも相談させていただいて、語尾のところは検討させていただきます。

○堀江委員 よろしく願いいたします。

○樋口会長 この依存症の実態把握に関する調査研究というのは現に進んでいるので、こ

れについては近いうちにある一定の方向性が出るんですけれども、その先の「目指す」のほうが必ずしもここでは明確ではないということなので、それについてはまた座長、事務局、それから会長預かりにさせていただきたいと思います。よろしくお願いします。

ほかにいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

では、猪野委員どうぞ。

○猪野委員 医療連携のところについてです。「関係機関の連携」で「消防・医療など」となっているのですが、警察も入れていただけると非常に良いと思います。私は行政主導の四日市地区救急医療対策協議会に参加したことがあるのですが、そのときには警察署の生活安全課の方もきちんと参加されていました。救急医療全体の協議会に警察が参加されているのですから、アルコール救急の連携にも警察は参加可能であり、意義があると考えます。どうでしょうか。

○杠委員 先ほど、この文言が出てきました背景には、柴山先生からの御意見もございまして、この「など」の中には警察も入っていただくと非常によろしいかと思います。現実には酩酊者の問題には警察の方が関係しますので、そういう意味では警察の方にも御参加いただければということを踏まえて「など」になっておりますが、ここは警察の方に御意見をいただければと思います。

○樋口会長 警察の方、いかがでしょうか。この対応局は警察の中でどこでしょうか。

○警察庁交通局 警察庁交通局交通企画課でございます。

恐らくこれは交通局だけの問題ではなくて警察活動全般にかかわる部分だと思いますが、な連携のあり方というのが私どもも具体的にどういう連携のあり方を想定していらっしゃるのをお望みかということを確認させていただきたいと思っているのですが。

○樋口会長 どうぞ、猪野委員。

○猪野委員 1つは、救急現場に酩酊の患者さんが来たときにそのスタッフを守ると同時に、患者さんも守らなければいけないと思います。もう1点は、このチャンスを回復のチャンスに繋げる役割を警察も担って欲しいと思っています。具体的には、保健所に繋げたり、素面になった時に関連したリーフレットを渡していただく。DVとか自殺なども絡んで来ますが、1枚のリーフレットを渡していただくだけでも非常に役に立つと思います。

○樋口会長 いかがでしょうか。

○警察庁交通局 恐らくこれは現場の具体的なケースバイケースという形になるかと思いますが、警察活動の一般的な部分で申しますと私どもは自傷他害と言っておりますが、例えば患者さんが個人を傷つける、あるいは人に危害を加えとか、犯罪行為に及ぶおそれが認められるとか、そういう場面では当然警察の職務として対応をすべきところかと思えます。

リーフレットといったことがございましたけれども、救急医療というか、**その**支援といった形であれば警察の職務としてできかねる部分も出てくるかと思えます。事案ごとに考えなければいけないことかもしれませんが、今の書きぶりの中では「医療など」と

いうことに警察を入れていただきたいという御要望ですが、あくまでも警察の職務の範囲でということ御理解いただければと存じます。よろしくお願いします。

○樋口会長 よろしゅうございますか。

○杠委員 今の御意見のように、あくまでも警察の職務の範囲内での連携ということで書いております。

○樋口委員 猪野委員、よろしゅうございますか。

○猪野委員 はい。

○樋口委員 ほかにございますか。

見城委員、どうぞ。

○見城委員 先ほどの堀江先生のお話に続くのですが、とても重要なところで、一般医療と専門医療の連携のところで、結局一般医療を受診した人がアルコール依存症になっているのにつながっていかないということが一番大きな問題だというのが各ワーキンググループでも出ております。

そこで、先ほど先生がおっしゃった「専門医療機関」の「◆」の2つ目ですけれども、「上記研究をふまえつつ、専門医療機関を中心として、一般医療機関や自助グループ、回復施設等の関係機関との連携を推進する。」と、またこれも「推進する」になっているのですが、私としてはせっかくこれだけの委員会で行っているのならば、できることならばきょうの先生のお話などをいろいろと踏まえたと、「専門医療機関を中心として、一般医療機関や自助グループ、回復施設等の関係機関との連携医療」という言葉で、ここでシンプルに「連携医療とする」というような形で入れてもらえないでしょうか。

非常にわかりやすいし、推進したいのは決まっていますけれども、何を推進するとか、協力するとかということの先に、連携医療なんだということを明快にするためにもそのような文言に例えばしていただけると非常にわかりやすいし、これをまたいろいろな形でマスコミを通じて一般に情報が出ていくときに、これは連携医療なんだということが通じるというか、わかっていく。そういう情報としても重要ではないかと思います。

○樋口会長 いかがでしょうか。

では、杠座長のほうからどうぞ。

○杠委員 今の見城委員からの御指摘につきましては、先ほどの堀江委員と同じように「設置する」「連携医療を行う」というような語尾の書きぶりにつきましては事務局と相談させていただきます。

○樋口会長 田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 私たちのワーキンググループのほうでも、必要な支援につなぐ機能、つなぐ人材ということで話が出まして、相談支援活動なのであるけれども、専門医療機関の中に相談支援活動を行う職種がある。具体的にはそれについてPSW、あるいはさらに専門性の高いASW、アルコール専門のPSWというような参考人もヒアリングに来ていただいたのですが、そういう中で相談支援と専門医療をつなぐという議論はしたんですけれども、その人材は

同時に専門医療と一般医療をつなぐ人材でもある。一般医療にいるPSWなりソーシャルワーカー、SW、これがまだ十分にアルコールの問題をピックアップできる力がない機関も多いというところで、専門医療機関におけるアルコールに詳しいつなぐ機能を持った人材の育成とか、そういった意見が出ました。ですから、その部分についても専門医療機関の中でドクターとか治療プログラムだけではなくて、そこにいるつなぐ機能を持った専門性の高いソーシャルワーカーとか、そういったことについての人材も少し表現されてはいいのかなと思います。

○枉委員 専門医療のところでは特に連携のこと、それから早期介入、早期発見のところも非常に重要なところだと思いますので、そこを踏まえて行いたいと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかはいかがでしょう。もしなければ、一旦ここでこの「健診・医療」のほうは終わりにします。

では、松下委員どうぞ。

○松下委員 全般的に言えることだと思うんですけども、コメディカルに関しては研修を行うという形の人材育成なんですね。それで、医師に関しては研究を行い、人材育成を図るというふうに散りばめられていて、例えば資料2の3ページ目で共通して何回も出てくるんですが、連携の最後のところです。「アルコール関連の研究を通じて、アルコール依存症患者の診療に携わる医師の人材育成」、この「診療に携わる医師」の「診療に携わる」というのが「医師」にかかるのかわからないんですけども、「医師等の人材育成を図る」でもよいのでは。研究活動は必ずしも医師だけの育成ではないというあたりを私はすごく感じるんです。

先ほどもNIAAAのときに、どういう職種の方が研究活動にかかわっているのかという質問をさせていただきましたが、アルコールに関するアルコールの看護に関する学会等もございます。なので、余り医師のみが研究を通じて人材育成につながるというような文脈はどうかという印象を持ちました。

診療というのは医師の診療行為を言っているのか、診察と医療と両方を含めているのかにもよると思うんですけども、「診療に携わる医師」というのでまとめて「、等の」と入れるとか、または「診療に携わる医師等」の「等」にも「診療に携わる」がかかるのか、いずれにせよ御考慮いただけるといいかと思ったのですが。

○樋口会長 これは考慮いただきたいと思います。大事な点だと思います。

○枉委員 ぜひ考慮したいと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかによろしゅうございますか。

この医療と健診のところの今回の話し合いの中で、幾つか今までにない話がありました。その中の内容についての検討はございますけれども、前文をつくるとか、このワーキンググループの枠を超えたところで何か計画を立案していくことも必要なのではないかなということがあって、そちらのほうに向けてまた前に進めていければいいと思います。御議論ありがとうございます。

ちょうど今、2時35分です。まだ今から1時間半ほどございますので、ここで5分ほど休みをとりたいと思います。再開は2時40分にしたいと思います。

(休 憩)

○樋口会長 それでは、再開いたしたいと思いますので、委員の先生方は御着席ください。

今から、ワーキンググループの1です。教育等のワーキンググループについて今成座長のほうから、前回御報告いただいた内容からさらに追加修正等の点を中心にお話したいと思います。できればコンパクトにお願いします。

○今成委員 では、このワーキンググループでは既に2回御報告しておりますので、今回は修正点ともう一つ、入れようとして入らなかったものがありますので、そこら辺についてだけ御説明したいと思います。

まず、資料3を見ていただいて、「学校教育の推進」というところについては、「課題・問題点」で「アルコール依存症になる、ということだけではなく、回復する病気だという概念を伝えることが大事ではないか」という意見が出ております。アルコール依存症という病気があることは教育の中で今、言っているけれども、回復するということは言っていないということですが、このところは課題・問題点に挙げるところどまりとなりました。

それから、薬物乱用防止教育の中でアルコールをもっと強調してもらったらどうか。薬物乱用防止教育では外から講師を呼んで学校でやるとか、そういうようなことがかなり大きく行われているので、その枠の中でアルコールもやれるような形にできないかということで文言の調整をお願いしていたのですけれども、これはちょっと厳しいということで外されてしまったという経緯があります。後で、文科省のほうから御説明いただけたらと思います。

それから次のページ、④のところを「自動車教習所等」としてあります。これは、前は「その他」になっていたと思うんですけれども、中身自動車教習所のことだけだったのできちんと名称をつけました。現状として、「飲酒開始年齢と運転免許取得年齢は近い。どちらも初心者である若者の飲酒運転は、大事故に発展する」。まさにこういう大事故に発展している例を、最近非常にニュースで聞いていらっしゃると思います。

そして「求められる施策等」は、「自動車教習所等で、現在実施している飲酒運転防止に係るカリキュラムの確実な履行を徹底する。」ということで、より強める。警察のほうから、いろいろな情報を教習所に流していただくことも可能ということです。

それから職場教育のところですが、これも「課題・問題点」で「問題飲酒者が朝、飲酒運転でマイカー出勤してくる問題がある。運転を業としている職場と一般の職場、それぞれに施策があるといい」。また、「労働生産性との関連に着目した研究が必要ではないか。」というような御意見が出ました。

「求められる施策等」の中で、現状、「飲酒運転や交通労働災害の防止、生活習慣病予防

の観点から、講習等の機会を活用し、飲酒に伴うリスクのより一層の周知を事業者に促す」。ここの、「生活習慣病予防」の次に「メンタルヘルス対策」も加えていただきたいというふうに実はお願いしたんですね。それで、これについては労働基準局のほうから、お酒を減らすとメンタルヘルスに有効であるというような根拠があるのだろうか。あるのだったらぜひ教えてほしい。それが確実でないと企業のほうにやれというふうに言うのはなかなか難しいということで、むしろこの場でそういう根拠、メンタルヘルスに有益であるという根拠をぜひ教えてほしいというふうなお話がありまして、ここは現状まだメンタルヘルスはいれられない状態になっておりますので、専門家がたくさんいらっしゃいますので、後ほどぜひそこを補足していただけたらと思います。

それでもう一つ、「アルコール健康障害や、飲酒とアルコール関連問題との相関等に関して得られる情報を効果的に周知していく。」という形で新しく入れたんですが、ここはもともと周知だけではなくて、ともに不足する分野について必要性、実現性を踏まえながら調査研究を推進するというふうな文言が入っていました。調査研究のほうに持っていったんですけども、ここが消えてしまいました。

これについてはなぜかということでの御説明としては、「健診・医療」のほうにかなり調査研究を盛り込んでいるので、なかなか予算的にこちら側は難しいということで、とりあえず今、消えているというような状態がありまして、これもぜひ御検討いただけたらと思います。

その次の項目です。ここは、厚労省の健康局にかなり集中的な場所だと思います。スマートライフプロジェクトを健康局が推進していらっしゃるまして、たばこ運動と食事が3本柱になっていて、アルコールが入っていないということについて、そこに入れていただく根拠を一生懸命出しました。

WHOのNCDs Global Action Planで提唱される非感染性疾患の4大リスクファクターとしてアルコールの有害な使用が含まれている。要するに、3つじゃなく4つのリスクファクターということでアルコールを入れる必要があるんじゃないかということ。なので、ここについては「スマートライフプロジェクトの具体的に提案するアクションに、アルコールに関するものを含めることについて検討する」となっております。ここに「検討する」が残ってしまいました。

もう一つ、「課題・問題点」のところで「飲酒とアルコール関連問題との相関等に関する既存のデータを集約し、インターネット等で公開していくとともに、不足する分野について調査研究を進めることが必要ではないか。」、これが入って先ほどの施策のほうにつながっていたのですが、調査研究のところ落ちてしまったということです。

もう一つ、ここで大事なことがあります。前からあったものなんですが、「飲酒に伴うリスクを伝えるためのわかりやすいガイドラインを検討する」。あわせて2つ「検討する」が残っています。これはこれまでの流れから言っても、ぜひガイドラインをつくっていただく話だろうと思うので、後ほどこの2つの「検討する」について、健康局のほうから実

現性をぜひ伺いしたいと思います。

それから、次の「依存症の偏見是正・啓発」のところですが、「課題・問題点」のところで、「依存症の兆候であるとか初期の症状」を周知することがとても大事だという御意見が出ておりますので、そこがつけ加わっています。

それから、「アルコール依存症の偏見是正等を行っていく上で、アルコール依存症に関する意識調査のようなものが必要ではないか。」という意見も加えてあります。この辺の意識調査のようなものが、施策の中では調査のほうが消えているという状態です。

それから、「その他」のところですが。未成年者と妊婦の飲酒に関してですが、ここの現状のところはブランクになっていましたので書き加えております。「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、女子のほうが高くなり、男女逆転現象が起きている。」

「妊娠判明時に飲酒していた割合は、乳幼児身体発育調査で、18.1%から8.7%に、研究班では、4.3%という数字も出ており、低減している。」

そして、「妊娠判明時に飲酒していた人の半数が飲み続けている」。減ってはいるんですけども、飲んでいる人の半数はそのまま飲み続けているということで、胎児への影響が非常に心配な部分があります。

「日本では、胎児性アルコールスペクトラム障害（FASD）について、過去に小さな研究が1例あるのみ。」で、全く研究がないということが加わっています。

そして「課題・問題点」で、「若年女性の飲酒率が高くなっていることから、今後胎児性アルコールスペクトラム障害（FASD）の増加するリスクがあり、日本におけるFASDの実態把握が必要ではないか。」というのが加わっていますが、調査という方向には反映されておられません。

次のページ、「不適切な飲酒の誘引の防止」というところで、現状で「オーストラリアなどラベルにアルコールの単位表示をしている国もある」。これは酒類業界からのお話で、オーストラリアとイギリスという補足があったと思います。「日本でもラベルにアルコールの単位表示があると、飲酒量が把握できていい」。これは、「医療・健診」のほうでも出ておりましたけれども、こちらでも出ております。

酒類業界からは、もし国とか、厚労省とか、どこかがきちんとエビデンスに基づいた飲酒のガイドラインをつくって出していくということと、これを連動させるというような方針ができるのであれば、それに対して協力することができるというようなお話があります。

実は、酒類業界は、話し合いをずっと続けてくださっていて、8月31日に全体をまとめたものを発表していただくということで、ワーキンググループの4回目を急きよすることになっております。そこでどこまで踏み込んでいただけるか、とても楽しみに待っているというような状態です。その御報告は、9月にしたいと思います。

「販売」のところ、現状で「公正取引委員会で行う不当廉売に関する注意件数の約半数は酒類。」

「コンビニ等では、若年者にはタッチパネルだけでなく口頭で年齢確認を行なうよう従業員に指導している。」

これは、コンビニのフランチャイズチェーン協会が時間が合わなかったので、別途、お会いして聞き取りをしております。

「課題・問題点」としては、「種類の価格が安いことで、影響を受けやすいのは未成年である。」ということと、「コンビニ等での、年齢確認時にトラブルが起きており、徹底するには、販売時にID提示義務化などの方策があると進めやすい。」というふうにコンビニのほうからの意見が出ております。

かなりトラブルらしいです。年齢確認はタッチパネルだけではなくやっているんだけど、確認するプロセスでどなったり、暴力が出たりとか、そういうことも起きているということです。警察を呼んだりということもあるそうです。

次に「提供」のところで、「求められる施策等」の中に飲酒運転を加えていただきました。「未成年者の飲酒と飲酒運転」という形になっています。

それから次のページ、「飲酒運転」です。ここでは、法務省から刑務所だけではなく保護観察所も加えてその教育をやっていくということでの話がきましたので、「刑務所や保護観察所での教育を契機として、相談や自助グループ等の支援活動、専門治療につなげる取組を進める。」としております。

その次に、これは樋口先生から出た調査の件なんですけれども、警察のほうで考えていただいて、「飲酒運転を起こした者についての、要因・背景の分析を引き続き行う。」という形になりました。全国調査まではいかなくてもパイロット的なことで今まで以上に前に進むことは可能だと思うし、警察の仕事にもそれは有益だと思うという御意見をいただいております。

それから、次に暴力のところですか。ここはデータがないということで、一生懸命探しまして、2つほど結構大きなデータが見つかっております。

「現状」のところに書きました「配偶者暴力虐待防止法で起訴猶予又は第1審における終局処分がなされた者を対象にした研究において、対象者の約4割が飲酒に関する問題を抱えていたという報告がなされている」。この約4割というのは非常に大きいと思います。

そして、受刑者ですね。全国の受刑者の男性の調査なんですけれども、「受刑者に対して行った調査研究では、受刑者の約2割が多量飲酒者であり、一般成人男性に比べ顕著に高かったという報告がなされている。」

また、粗暴犯というジャンルの犯罪に関していうと多量どころか、本当に大量飲酒、ビンジもいいところのすごい飲み方をしている人たちの割合が相当高いということがわかりました。犯罪とは、アルコール依存症というよりは、酩酊に至って衝動性が高まるビンジドリンキングというものの関連が相当強いのではないかと。中には依存症までいっている方もいらっしゃると思うんですけれども、この「暴力・虐待」に関しては、むしろ依存症じゃなくてもアルコールが入ることで起きてしまうという状態がすごく浮き彫りになった

と思っております。

「求められる施策等」のところでは、調整中だったところが決まりました。「暴力事案、虐待事案の当事者に、アルコール依存症が疑われる場合は関係機関が連携して、アルコールに関する相談や自助グループ等の支援活動、専門治療につなげる取組を進める。」ということです。

酩酊のところは、要するに路上寝込みですね。「現状」のところ、「路上横臥者が関与した交通事故件数(年平均約370件)のうち、約8割が夜間に発生しており、そのうち、約7割が飲酒あり」というデータが出ております。

それから、「酩酊時の保護や事故等をした者等が、治療や相談を受けにくききっかけとする方策が必要ではないか。」という問題点。

これについても上と同等の「酩酊時の保護や事故等をきっかけとして、アルコール依存症が疑われる場合は関係機関が連携してアルコールに関する相談や自助グループ等の支援活動、専門治療につなげる取り組みを進める。」という形で入っております。

警察の生活安全局のほうとお話をしたときに、これはいいなというふうに思ったんですけども、例えば地域の中に相談支援の拠点ができたり、保健所をハブとしたネットワークとか、そういうようなものが動いている場合、相談支援のほうから、例えば身元引受人が来たときにこういうパンフレットを渡してくださいと依頼されれば、警察側としてはそれを渡したりというような協力をすることができますというようなお話がありました。警察が中心になってやるという形ではなく、連携の中で相談のほうが中心になって、これを渡してくださいというふうに警察に協力依頼をすることでこういうことが進められるんだなと思いました。

最後は、「自殺未遂」です。これは、あえて「未遂」と書く必要はないのではないかという御意見がありましたので、ただ「自殺」というふうに置いています。

「現状」は、「依存症であるかどうかにかかわらず、飲酒によって衝動性が高まることがあるので、自殺のリスクがある者にとって、飲酒は危険である。」というのを加えております。

そして、「求められる施策等」で、「啓発から自殺未遂者の支援まで、自殺対策を行っていくにあたり、アルコール問題の視点を持って取り組んでいくことが重要。」というのを入れておりますので、自殺対策をしていらっしゃる方たちの中にアルコールのものをもう少し入れていくということも今後可能ではないかと思います。以上、御報告を終わります。

○樋口会長 ありがとうございました。

今のお話ですと、課題が1つか2つあって、そしてそれ以外は新しく変わったところについて全般的にお話をお聞きすればいいと思いますので、その課題についてちょっとだけもう一回説明いただいて。

○今成委員 担当の部署から御説明いただきたいのは、まず教育において薬物乱用防止教育の中でアルコールを強調するということについてはちょっと無理だというお話だったん

ですが、ここのところがなぜ無理なのかということが1つです。

それから労働基準局、これはむしろここにいらっしゃる委員の先生方からアルコールとメンタルヘルスの関係、節酒がメンタルにいい影響を及ぼすとか、そういうようなことについて専門的な意見をぜひ聞きたいというふうに労働基準局のほうがおっしゃっています。そして、そういうものがはっきりしているのであれば推進していくことも可能ということだと理解しています。

もう一つ、健康局からガイドラインを検討する。それから、スマートライフプロジェクトについても検討するというふうに、2つ「検討する」が出ているんですけども、この実現性のところをもう一步お聞きしたいという、3カ所です。

○樋口会長 それでは、一番初めに文科省のほうからお話を聞きましょう。

○文部科学省スポーツ・青少年局 文部科学省のスポーツ・青少年局学校健康教育課の西田と申します。

まず、小学校から高等学校における教育の部分で、薬物乱用防止教室のような形でアルコールのことを強調できないかという点です。今、薬物とアルコールというものの違いはやはりかなり大きなものがあると考えておりまして、アルコールに関しては当然、未成年に関しては法律で禁止されていて、飲むことが許されていないものであるけれども、当然、一定年齢を超えれば、適量であれば節酒することが認められているものである。

ただ、薬物に関しては全て大麻であるとか、危険ドラッグであるとか、確実に違法なものであるということ、確かに体に害を及ぼすものということはあるんですけども、実際に幾つになっても当然使うこと自体が違法なものであるか、そうでないかという違いは大きいと考えておりまして、実際にアルコールに関してここにも書いてはいただいておりますけれども、最初からその基本的知識ということで、授業ではアルコールについては小中高と授業で取り扱われていますし、さらに小学校5年生であるとか中学校1年生、高等学校1年生用にお配りしている副教材といいますか、そういう普通の教科書以外のものでこちらから配布しているところにも、飲酒の害ということに関しては記載もされているものをお配りしております。実際、それが全く効果がなくて何か問題があるということであればまたちょっと別なのかもしれないですけども、現状であれば、現在の取り組みを引き続き継続的にさせていただく形だと思っております。

なお、教職員の方に関しては、今までは薬物だけのシンポジウムだったんですけども、そこに飲酒の影響に関しても内容をつけ加えるということで今回は考えておりますので、そういう形での強化という形で対応させていただきたいと考えております。

○樋口会長 今成座長、いかがですか。

○今成座長 教育分野の渡邊委員、いかがでしょうか。

○渡邊委員 確かに、基本的知識の教育がなされているということは私も認めます。

ただ、それは本当に実効性があるのか。実効性が大きいのであれば、今こういう会議がなされているのかどうかということもやはりひとつ考えるべきなのではないかと思います。

といいますのは、皆、知識を持っているのだから、持っていたらこういうことは起こらないだろう。やはりそこにまだ工夫の余地があるのではないか、改善の余地があるのではないかということを少し検討いただきたいという意味で、前回、薬物などはかなり効果を上げているので、その効果が上がっているもののノウハウをアルコールの分野にも取り入れてはどうかという提案をワーキング会議の中でさせていただいたというふうに考えています。

ですので、現状のままというのではちょっとまだ足りないのかな。あえて薬物乱用防止教室のような形は無理だということであれば、ではそれにかわるものを何か提案していただきたいということも、意見、要望として挙げたいと思います。

○樋口会長 追加でしょうか。

○今成委員 はい。実際に薬物は違法だからということで、「だめ、絶対」、アルコールとはそこが違うというのはもちろんあるんですけども、そのためにアルコールが教育現場でちゃんと教えられてきていないというところがあるんですね。

まず、薬物、アルコール、たばこというふうな形になったときに、まず薬物、そしてたばこ、アルコールは本当におざなりになっているというのが現状で、先生方もお酒を飲み、アルコールについては甘くなってしまうというところがあって、そこを何とかしたいということがありますので、先ほど渡邊委員がおっしゃっていたようにもう一步進んでいただけないかなという思いを持っています。

○文部科学省スポーツ・青少年局 今、教育が薬物に比べてなされていないというような話があったんですけども、そこに関してはどちらかというところと個々人お考えもあるかと思えますので、なかなかそのことに関してどうということはないんですけども、単純に先ほど申し上げましたように啓発教材というか、副教材の中で飲酒に関して今、取り扱っている中で、当然その中身に関してはある程度、更新とかという形もありますので、その中身が今まででいいのかというと、別にそういうことを思っているわけではないです。

なかなか学校現場での限られた時間内で何か急に新しいものをとすることはかなり難しいと考えておりますので、できることと言えば、そういう啓発教材の中で、中身を当然、今までも考えていますけれども、改善していくというような形で啓発を促すというところは変わらないんですが、そういう対応はあるのかなと思っております。

○樋口会長 どうぞ。

○田辺委員 文科省で確かに教育をやってしまして、昔は保健体育で雨降り保健などという言葉があつて、体育が外でできなくなると中で体育の先生がアルコールのこととかを教えるというのはありました。実際、そんなふうをやつてこられたと思うんですが、今回この健康障害対策基本法ができた契機ともなった、本当はあつてはいけな飲酒運転の事故であるとか、それから何回も取り上げて、私どもも20年も取り上げて、なおかつ大学生が私の北海道のほうでも3年ぐらいたつとまた亡くなっている。繰り返し、繰り返し、学生の急性中毒死はある。

アルコールは、実は日本人の体質では４％ぐらいの人はほとんど飲んではいけないものである。違法ではないにしても、危険薬物に相当する人が４％ぐらいいらっしゃるわけですね。代謝ができない。そのこと自体も広まっていけない。

それから、未成年の飲酒はそれこそ違法ドラッグにもなってしまう。そういう現状がある中で、もう一度、文科省が今やっているアルコール教育の質を向上させる必要性というのは現状をかんがみればあるだろう。質の向上を図るためにも、それをする教職員の研修だとか、さらなる見直しだとか、そういったことについては少し踏み込んで表現ができるのではないかなと思うんですけども、いかがでしょうか。

○文部科学省スポーツ・青少年局 教育の内容を見直していくということは確かに必要なことだと思いますけれども、そのことに関して否定するわけではなくて、あくまでも文書的なことになってしまうのであれなのですが、それに関しては当然、見直していくけれども、この中で今、学校教育においてアルコールが心身に及ぼす影響等々のものを育てていくということで、現在この施策としては入っていることですので、その点、内容を見直していかなければならないという御指摘は当然こちらで受けとめますが、それと今回の実際の細かい文言とはまた少し違うのかなということは感じております。

○樋口会長 尾崎委員が何年か前だけれども、厚労科研の一環として、全国の全部の中学校と高校にどのぐらいアルコール教育とか薬物教育とかがなされているかという調査がたしかありましたよね。かなり前ですけれども、あのときに全部に関してアルコールが一番劣っていたんですね。だから、実施されている状況が今成委員の憶測ではなくて、現実の実態としてあるんだと私は思うんです。

それが今、続いているかどうかはちょっとわからないですけども、もし続いているかどうかわからなければ、やはり実態を確認するということは必要だと私は思いますし、そのあたりもぜひ考慮いただきたいと思います。

○見城委員 どうしても最初から薬物、たばこ、アルコールというような分けたところからスタートするので、これが違法なのかどうかとか、年齢がいけば違法でなくなるとかという問題になってしまうのですが、子供を育てる側からいけば何が怖いって依存症です。

だから、どちらかというと依存症でまとめていただいて、それで教育をする。まず、依存症ということがどんなに怖いことかというところからスタートして、薬物はもちろん違法、でもアルコールは全く受けつけない人がいる。

できれば教育としては最初から薬物、たばこ、アルコールと分けるのではなく、本当に依存症という一くくりで、まず基本的な教育をしていただきたい。そういうようなくくりができれば、何か手薄になるアルコール依存症、これは徐々に年がいくとともに大変なことになるわけですし、イッキ飲みでは死亡するわけですから、薬物と比べたら放っておいてもいいということでは全くないことでして、ぜひその辺のお考えを一度入れていただいて、皆さんでブレインストーミングしていただいて一緒に教育できるような方法を考えていただきたいと思います。

○樋口会長 御検討いただけますでしょうか。よろしくお願いします。

少し前にいかなければいけませんので、あとは職場の話でメンタルヘルスとアルコールの話が出ていましたけれども、これについてどなたかコメントはありますでしょうか。

アルコールに関しては、例えばアルコールが多くのおつに關係しているとかというのがありますし、それからコホート研究で自殺のリスクと飲酒のパターンというのはもう明確にドースディペンダンスの關係になっているし、今の話は必ずしもエビデンスがないわけではないと私は思いますけれども、そういう話ですか。

○今成委員 労働基準局のほうにちょっとお話をいただけたらいいと思います。

○厚生労働省労働基準局 厚生労働省労働基準局でございます。

ここがメンタルヘルス対策、ストレスを減らす、ストレスがあることによって多量に飲酒する、依存症になる、こういったことはもちろんあると思います。

ただ、逆にお酒を減らすことによってメンタルヘルスが改善するというようなデータがもしあれば、企業側にもこういったデータがあるからということで非常に進めやすいというようなことがあって、もしそういったものがありましたら教えていただければというようなことでございます。

○樋口会長 私の限られた知識だと今、申し上げたとおり、うつとアルコールの關係というのはかなり明確にいろいろなデータが出ていますし、それから自殺のリスクは今、言ったみたいに数値的に我が国で3本、コホート研究が走っていて、その全てが一般の方、依存症の方じゃなくて一般の方々の自殺のリスクと飲酒量を見ると、ほかのいろいろな要因を調整しても、やはり自殺と飲酒が關係しているというのもありますので、そのあたりはもう少し多分あるんだと思います。私の知識が足りないと思いますので、必ずしもそちらのあたりを否定するような内容ではないと私は思いますけれども、少し調べてみて、よりその正確なデータを集めてみるということがいいのではないかと思います。

○内閣府加藤参事官 事務局でございます。多分、労働基準局の方が御苦労されているのは、労働基準局のほうは基本的に事業者に責任をかけて、事業者に健康管理をメンタルも含めてやっていただくということなものですから、その事業者を説得するための根拠がないとなかなか依頼できないし、まして事業として起こしていくことも難しいというところがあるものですから、その辺のところを理解いただいて、単に健康保険でやる指導であれば医療費を下げるとかということで健康保険のお金で使えますけれども、この安全衛生のところは事業者責任になりますので、業務上のストレスがかかった上でアルコールに走って何かなるというのは、確かに業務上のストレスを減らさなければいけないということがあるかもしれませんが、単に個人がお酒を飲んでアルコール依存になりましたというのは会社の責任ではないわけですので、そこら辺を切り分けるとか、企業を説得できる材料が要するという趣旨だと思います。

○樋口会長 でも、それは追及してみる価値は大いにあると思います。

どうぞ、座長。

○今成委員 たしか相談支援のほうのワーキンググループでちょっと話したんですけれども、シフト勤務のような職場では寝酒がすごく多くて、飲酒量がふえて依存症につながったりということもすごくある。実際に相関関係がどうなっているかわからないんですけれども、シフト勤務の職場の休職率が高いというお話がありました。

ですから、例えばストレスとアルコールとか、睡眠とアルコールとか、そういうような啓発を、特にシフト勤務の職場ではやることを推奨するとか何かということは当然可能じゃないかと思っているんですけれども、ここについてはまたデータを集めて説得させていただくということではよろしいでしょうか。

○樋口会長 検討課題ということにいたします。

あと2つございますね。厚労省の方、どうぞ。

○厚生労働省労働基準局 済みません、1つだけ、先ほどの資料にございました健康・医療ワーキンググループのほうですけれども、職域でのアルコール問題の実態やメンタルヘルス不調と加療、飲酒等の関連性についての調査研究を行うということで、こういったことはやってまいりたいと思っておりますので、そのあたりは御了知いただければと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。

それでは、その次にお願いします。

○今成委員 健康局のほうにお願いしたいんですけれども、わかりやすいガイドラインを検討するというのは非常に大事なポイントだと思っているのですが、やはりまだ「検討する」までなんでしょうか。つくるというふうにいうことは無理なのか。

あとは、スマートライフプロジェクトに具体的にアルコールを入れるということについては、多分、何か組織的なプロセスがあるので「検討する」になっているんだろうと思うのですが、このあたりは実現性をもうちょっとお話いただけたらと思います。

○樋口会長 その前に1つだけ、コメントだけさせていただきます。

健康局の関係で樋口班という厚生労働省の研究班があるんですけれども、ことし3年目の中に研究の目的を新たに追加しましてこういうふうなものをつくろうということで、年度末までにわかりやすい幾つかのガイドラインをつくろうということで今、動いていますので、もしそれがここの文言に該当するとしたら、「検討する」ではなくて「する」ということで「検討」が外れることになります。

そのあたりは、研究の変更というところがございまして、その変更というところにまだ入っていないので正式なものではないんですけれども、その意向でいます。

○厚生労働省健康局 厚生労働省の健康局です。2点質問いただきましたが、1点目の飲酒に伴うリスクを伝えるためのわかりやすいガイドラインを検討するという点です。まず、ガイドラインの内容を考えないといけないと思っています。厚労省の健康局のほうではEヘルスネットというホームページのほうで、飲酒に関しても飲酒の問題、健康問題、減酒等の必要性について普及啓発を行っています。このEヘルスネットは健康増進の観点から、

特に生活習慣病に留意点を置いたものでございます。そのEヘルスネットをまとめた形で、ガイドラインにするものがあるのかどうか。これは、ポピュレーションアプローチのような形になると思います。あるいは、依存の観点も含めたほうがいいのかどうか。そういった内容のほうも考えないといけないと思っております。

また、主体に関しましても今、言ったようなポピュレーションアプローチでいいのか、ハイリスク者に対するものがあるのか、未成年者に対することも考えたほうがいいのか、そういった視点も大事だと思っております。

また、ガイドラインをつくる方法に関しましても、事務局でまとめるのでいいのか、会議等を開くものがあるのか、あるいは今、樋口先生がおっしゃいましたように厚労科研のほうでつくる形が好ましいのか。そういったことも検討しないといけませんので、今の段階では検討するというふうな文言にさせていただいております。

それから、2点目のスマートライフプロジェクトの具体的に提案するアクションにアルコールに関するものを含めることについて検討するという点です。このスマートライフプロジェクトというものは、国民健康づくり運動として健康日本21と対をなして動いているものでございます。この健康日本21というのは、減酒等によって生活習慣病の予防と重症化予防を図るということを目指しています。

この生活習慣の改善ということに関すると、減酒のほかに喫煙、運動、栄養、それから休養、歯と口腔の健康というものも入っております。その中で、生活習慣病の特に3つの要素の中の栄養と運動と喫煙というものをまとめて3つのアクションとして入れております。

その中に飲酒の問題を入れるということになると、飲酒の問題が生活習慣病にかかわってくることはわかっているんですけども、飲酒を入れていくことになると歯、口腔の問題ですとか休養の問題、そういったものも入れるのかどうかということも一緒に検討課題になってくるのだろうと思っております。

それから、今このスマートライフプロジェクトは約2,500の企業、団体、自治体が参画していただいております。これはなるべく多くの方、多くの団体等に参加をしてもらって国民健康づくりとして盛り上げようという取り組みでございまして、飲酒を入れた場合にどれほどの企業、団体等が参画してもらえるのかということも検討した上で、アクションに加えるかどうかということを考えないといけないと思っております。その意味で、現時点では評価分析をまずしたいという意味での検討というふうにしています。

○樋口会長　どうぞ。

○今成委員　そうしますと、ガイドラインについては、かなりつくることを前提として内容の検討という意味なのでしょうか。

そして、スマートライフプロジェクトについてはやるかどうかの検討と、検討でもちょっと意味合いが違うのかなというふうに今お話を聞いていて思いました。

それで、ほかのものが入ってくるということについてですが、WHOのNCDs対策で4つとい

うふうに明確に打ち出していますので、それに沿うという形をとれば、ほかのものを検討するという形ではなく4つのリスクファクターというふうにできますし、企業が飲酒を入れると、入ってくれないのではないかという懸念を持つところが、このアルコール健康障害対策基本法が必要だったところなので、そのところは禁酒しなさいというふうに入れるわけではありませんから、ぜひ検討ではなくて前に進んでいただきたいと思います。

○樋口会長　どうぞ。

○厚生労働省健康局　まずガイドラインのほうですけれども、樋口先生の厚労科研のほうからまだ正式なものはいたいておりませんが、そういった取り組みをしたいということは聞いております。

ただ、このガイドラインという意味が何を主体にしているのかということで、健康局のみでつくれるのかどうかという判断がまだ尽きかねるという点がございます。

それから、スマートライフプロジェクトに関しましては、確かにWHOのほうは4つといった場合には飲酒を入れています。あるいは、3つという場合もありまして、その場合には飲酒が入っていません。

日本に関していえば、日本のランセットの特集がありましたけれども、そちらの中で2007年度の部分になりますが、どういった生活習慣が生活習慣病の死亡につながるかというリスク要因を見ております。その中では、日本に関してのデータですけれども、1番目が喫煙、2番目が高血圧、3番目が運動不足となっております。

それで、飲酒に関しては7番目になっているんですが、もちろん飲酒は必要なんですけれども、日本に関してはほかの歯、口腔等々と比べてどれだけのものなのか、エビデンスをしっかりと見極めた上でスマートライフプロジェクトに入れるかどうかをしっかりと検討したいと思っています。

○樋口会長　それでは、さらに検討ということでよろしく願いいたします。

時間の関係がございまして、先ほど出た課題、この4つが今、お話が終わりましたが、そのほかのところでもいろいろと変わった部分がありますけれども、その辺について何かコメントがあればいただきたいと思います。

松下委員、どうぞ。

○松下委員　2ページですけれども、「医学・看護・福祉・司法等の専門教育」のところなのですが、看護職というのは現在働いているナースだけでも百何十万とおりますし、働いていないナースは本当にはかり知れなくございます。

それで、これから地域へということで、地域包括ケアシステムが確立するに当たって看護職が非常に貢献するであろうと、また看護職が働いていなくても、看護師として働いていなくても、その家族への保健指導とか、または子供がいれば子供の学校でのアナウンスもできますし、非常にキーパーソンとなる人たちなのではないかと思っています。

そういった看護職がどれだけアルコール依存に関して教育を受けているかということ、私も教育する立場ですけれども、まだまだ欠如している、不足しているという現状がありま

すので、こちらで医学教育モデルコアカリキュラムについて触れていますが、カリキュラムという言葉を使うか否かは別として、やはり看護教育という教科を入れていただきたいと思います。看護職の方がアルコール依存のことをわかっていれば、事態はかなり改善するんじゃないかというふうにはほぼ確信しておりますので、よろしくお願いします。

○樋口会長 今成座長、よろしゅうございますか。

○今成委員 検討しますと言うとあれですけども、事務局と相談したいと思います。

○樋口委員 よろしく申し上げます。そのほか、ございますか。

どうぞ、見城委員。

○見城委員 このワーキンググループの中で随分と調べていただいて、今成座長が頑張っているいろいろやってくださったので、より明確になったのですが、取り組みのところで妊産婦に関してのアルコールとの関係というのが、例えばキャンペーンでも未成年者はキャンペーンがある、何があると、全部一応取り組みがあるんです。イッキ飲みもありますが、調べていただいた中では妊産婦に関してはないんですね。

妊娠、出産と考えますと、妊産婦の10カ月が大事ではありますが、出産してからの子育てまで延々とかわることですので、もう少しここは何か入れていただけないかとお願いをしたいところです。

○樋口会長 座長、何かコメントございますか。

○今成委員 母子関係の部局は、きょうは来ていらっしゃらないですか。

一応、母子手帳に入れたり、そういうようなことが進んだために妊娠中の飲酒率が下がっているということがあって、そのキャンペーンというような形に盛り上がるというのが入っていないのかなと思います。

ただ、若い女性たちが非常に今、飲んでいるので、そこはすごく心配なところです。実は国際的なFASDの啓発予防キャンペーンというのが9月9日に行われていて、一応ASKとしては参画しているんですけども、こういうようなものがもうちょっと日本で大きくなって、公的なところも取り組んでくださったりするといいなと思います。

○樋口会長 この委員会でもワーキンググループでも何回も出ていますけれども、実態は本当はわかっていないんですね。

ただ、飲酒率が減ってきたのではないかという話だけで、本当はどうなったのかわからない。だから、そのあたりがまず明確にならないといけないのかなというふうに強く感じます。

○見城委員 今、若い女性たちの問題として、この飲酒と直接ではないかもしれませんが、やせるということですね。体重がふえることを非常に恐怖し、赤ちゃんを産むに当たっても私たちがいろいろ女性たちの若い子に聞いて驚いたのは、とにかく小さく産むのが今の一番の話題で、食べ過ぎないとか、いろいろなことで健康的にいけばいいんですけども、その中に隠れてお酒を飲んで余り食べないというようなこともあるかもしれないし、とにかくこの妊産婦のことがもう少し何らかの形で、いけないんだということが

しっかりとここに盛り込まれることをお願いいたします。

○樋口会長 それでは、よろしく申し上げます。そのほかに何かございますか。後でまた何かあればということで、前に進ませていただきたいと思います。

続きまして、ワーキンググループの3について田辺座長のほうから御報告をお願いします。

○田辺委員 それでは、整理票についてお話す前に今回、私のグループは初めての報告になります。それで、開催状況の概要を1枚追加資料で提出しましたので、さっと流れを御紹介します。

5月25日が1回目だったんですが、ほかのワーキンググループの開催もあり、第3グループは後半にやっております。第4回目を8月17日に終えたばかりですので、現時点で整理票の文言調整や関係機関との調整で、まだ本当に調整が終わったばかりということで洗練されていない表現もあろうかと思えます。

全体会でこの第3ワーキンググループに関係する発言というのは断酒会、それからアルコールクスアノニマスのJSOの方や理事の方、断酒会の家族の方、それから衣浦東保健所の報告、さらには今成委員、大槻委員の報告などがございました。

ですが、課題をさらに把握するために、ワーキンググループの前半は参考人からのヒアリングを行って問題把握に努め、最終的には前回の8月17日で整理票のまとめ作業を行いました。

1回目は5月25日に「依存症の社会復帰・回復支援の在り方の現状と課題」という形で、アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会の会長の岡崎さんからASWという、PSWの中でもさらにアルコールの専門性の高い人たちがどのような支援を実際に行うかという話をいただきながら、そういった人材を育成していくことで一般医療機関と、それから専門医療機関の連携も進む。また、そういった人材を活用した地域における相談支援の特化した場所が必要ではないかというふうな御意見をいただいております。

それから、全国マック協議会の井上さん、それから新潟マックの北原さんには、当事者のAAの12ステップグループのそういったプログラムを導入したマックという回復支援施設の社会復帰の現状の課題などをお話いただきました。最近は高齢化していたり、または多問題、重複障害のある方の入所などもふえている。

一方で、医療機関からこういった回復支援施設につなぐというようなことがだんだん少なくなっている。医療機関との交流連携が少し弱くなっている。また、就労支援をきちんと行えば、その入所施設の経営という面では影響が出てくるというようなお話もいただきました。ということで、マック系の団体というのは全国で53施設あるということでした。

それから、ソーシャルワーカーですけれども、専門職が自立支援法、障害者総合支援法の枠の中で多様なプログラムを活用して、回復困難者の社会復帰を多様なプログラムで行っているということで、特定非営利活動法人いちご会の佐古さんにお話を伺いました。非

常に多様なプログラムで支援していて、そういった困難な人には本人の自尊心や劣等感の克服ということも含めた多様なプログラムが必要なんだというお話でございました。

それから、第2回目は相談支援のことを中心に検討いたしました。全国精神保健福祉センターの依存症相談支援の現状を、横浜の全国センター会の当時は副会長代行でした白川さんに御報告いただいています。それで、アルコール依存症の相談支援は全国センターどこでも行っているが、複雑困難な相談支援ということがセンターの非常に課題なので、近年はギャンブルの問題とか薬物の問題とかが非常に伸びてきているという中で、それでも依存症の相談支援の中では、アルコールの占めているのは40%ぐらいである。

ただ、これを強化、特化していくには独自の何らかのシステムを導入しなければ、現状のままで強化するということには少し困難があるだろうというお話です。

それから、民間活動の中で相談支援活動を展開されてきたAKK、アディクション問題を考える会の代表の米山奈々子さんからもお話を伺っています。米山さんのほうでは、むしろ公的な機関が十分な相談ができていないというようなことで、いろいろ御指摘もいただきました。また、民間団体が相談支援活動を継続していくことの非常に経済的なものを含めての困難性のお話もありました。

ただ、電話相談を中心とした支援や、それから実際のグループ、本人、家族が入るグループの活動など行っている現状で、それが非常に地域の中で貢献しているというようなお話を確認させていただきました。

そのほか、大槻委員から、断酒会のほうでの高齢化の問題や、断酒会に参加したときにどこが実際につないでくれたのか、つなぐ機能を果たしてくれたのかということで、医療機関が多くて、まだまだ公的な相談支援機関からのつながりは少ない。近年、相談支援機関との連携が薄れてきているというような御報告がありました。

また、今成委員からの追加発言でも、民間団体の相談支援の中では高齢者からの電話相談や、高齢者を抱える家族からの相談、あるいは女性の相談といったものがふえてきているということで、公的相談機関が十分に機能していない可能性も高いということがこれら民間団体の相談支援の現状から示唆される発言がございました。

3回目は、回復困難者の中で、特に女性の問題の社会復帰支援を取り上げて行っております。特定非営利活動法人リカバリーの理事長の大嶋栄子さんに「女性アルコール依存症者の回復支援の現状と課題」ということをお話いただいています。女性特有の問題、摂食障害の比率が高いこととか、さまざまな他問題を経て、最終的には依存症の問題に逢着すること多いということで、女性のさまざまな課題の相談に乗る。例えば、DVの被害者も含めたり、虐待の加害者も含めたりですが、さまざまな女性を取り巻く問題の相談者の中で、アルコール問題をやはりピックアップする問題ということも必要ですし、それがないために非常に依存症の問題の取り組みがおくれるということもある。

また、そういった女性の回復のためには、女性が安全で安心できる場所のプログラムが必要であるし、女性特有の回復の課題もあるんだというようなお話を伺っています。その

ほか、社会復帰の課題として、就労支援の現状や社会復帰の福祉サービスの活用の状況について、厚労省の担当者からの説明で現状を確認してございます。

最終回が8月17日ですが、ここで取り組みの今回御紹介する整理票の作成につながる議論をしてございます。

こういったことで、このほかにもこのワーキンググループの整理票のまとめなどに活用した問題としては経過中に開催された全体の委員会での参考人の報告、例えば女性・高齢者のアルコール依存の現状報告、松下参考人がされた報告であるとか、産業保健・職域の就労復帰支援の現状報告であるとか、あるいは他のワーキンググループでございましたけれども、荒川区のアルコール関連事業での相談支援等、そういったものを参考にさせていただいて整理票の作成に至りました。

それでは、引き続きまして整理票のほうの御説明をさせていただきます。

まず1ページ目でありますけれども、「相談支援・社会復帰・民間団体WG」の中の「相談支援の推進」ということです。

「現状」のところがございますように、家族のアルコール問題で悩んでいる家族がどこに相談していいかわからない。あるいは、「最初にアルコール問題の相談に訪れるのは、家族が多い」。

それから、その下のほうに「行政機関に相談をしたが、期待する相談結果が得られなかった」ということで、民間団体にくるケースがある。こういった現状の中で、課題を確認いたしました。

上から4つぐらいは大体一まとめのことなんですけど、アルコール相談は各種の相談の中で行われているんだけど、一般相談に埋没して見えにくくなっていて、そこからうまくピックアップされていない。相談支援の専門性の高いところにつながらっていない。

家族を糸口として早期介入につなげていくことが必要だし、また、家族という切り口だけではなく単身者が実際にふえる。これは見城委員からの御発言だったと思いますけれども、家族を通じてアクセスすることが難しい人もいるということで、相談窓口の周知も若者や人の集まる場所で行うなど工夫が要るのではないかなというふうなさまざまな課題が出ました。

「求められる施策」として右上のほうですが、誰にでも利用できるアルコール問題の相談支援の場を地域にまず確保し、その情報を多様な方法でわかりやすく明示する。そして、誰にでもアクセスしやすい場とするというように取りまとめました。

ここでは、「誰にでも利用できる」というところでは、いろいろな理解があるかと思いますが、特化した看板を出すことが非常に利用しやすいのだということが、ひきこもり相談支援センターという看板を掲げたことで、ひきこもっていた相談が非常に広げやすくなったというようなワーキンググループの発言もありましたけれども、繰り返し、特化した看板が必要でわかりやすいのではないかなということです。

それから、情報を多様な方法でわかりやすくというところでは、近年インターネットや

スマホからもアクセスできる、あるいはインターネットで、例えばインターネットを使ってアクセスした人に対してインターネットで答えるというような、インターネット上のパーソナリティーなどという言葉も出ましたが、とにかく新しい方法も含めまして、多様な方法でわかりやすく明示して、誰にでもアクセスしやすい場とするというようなことが出ております。

それから、下のほうにある期待する相談を得られなかったということと関係しますが、「アルコール関連問題の専門性がある人材を相談窓口に確保する」必要がある。これはASWの協会の岡崎さんの発言でも、やはりPSWとか、各種コメディカルの、先ほど看護の松下さんのお話もありましたが、まだまだアルコール問題の専門性の教育はこれからのところもあるということで、専門性のある人が相談支援の場にいる必要があるということです。

それから、施策の3つ目の「◆」のところですが、こういった地域の相談場所等で、アルコール依存症の治療、回復支援に資する社会資源（医療機関、民間団体、自助団体、回復施設）の情報をしっかりと共有することが大事だ。

必要な資源につなげる能力という意味でございますけれども、そのためにはここにこういった情報が共有されていて、相談者にとって適切な支援を行うため、関係機関が連携していく必要があるということが言われております。

これは、保健所をハブとした活動というような報告もございましたけれども、そういった中心となる相談支援機関があって、連携の会議が繰り返し開催される中でお互いが交流し、そして地域の社会資源を活用されていくんだというようなことでございます。

そして、これはどこの部分でも人材育成と研究の共有ということでございますけれども、相談支援を行う者に対する質の担保ということで人材育成の充実ということも出ております。

次のページに移ってみたいと思いますが、先ほどの「課題・問題点」の中で、保健所がアルコールの相談等についてハブ機能を持つことによって非常によい実践があった。機能が活性化されるということはわかっているけれども、そのような取り組みはまだ少ないという課題として把握してございます。

それで、「関係機関と連携して、地域においてアルコール関連問題に関する知識や情報を共有し、適切な支援の連携を進める。」、こういったことが公的機関の中には必要であろうと書いてございます。

それから、2つ目の「専門医療機関における相談支援」のところでは、先ほどの杠先生のほうでもお話ししましたが、専門医療機関で自助団体との交流が減少しているという指摘が現状でありました。それで、そういった医療機関の中にもアルコールの専門性の高い相談支援の方をやはり配置して、そして求められる施策のところでも、医療機関においても同じように地域の相談場所等を通じて回復支援に資する社会資源の情報を共有し、自助団体、それから回復施設との交流を促進することにより、必要に応じて利用者を自助

団体・回復施設につなぐ。こういった医療機関だけ、専門医療機関だけで完結し得ないのが依存症の回復だという理解のもとに、こういったつなぐ機能を医療機関ももう少し持つべきであるということで書かせていただいております。同時に、人材育成の充実ということも書かせていただいております。

それから、これは医療機関の健診グループのほうで出ましたので、そういう現状だということではよろしいのかもしれませんが、相談支援のほうのグループでは、依存症治療拠点機関が行うような関係機関との連携事業は非常に望ましいもので、現在5カ所しかないので、相談支援ということでは依存症治療拠点は5カ所ではなく、全国にもう少し依存症治療拠点がないと相談支援の活発な展開はないので、こういったものがどの地域にも必要ではないかというようなことが課題として挙げられておりました。

それから、「③民間団体における相談支援等」のところでございますけれども、これについては非常に団体としては数は少ないですが、ASKとか、AKKとか、あるいは断酒会が非常に貴重な活動をしているということが評価されますが、その相談の質というところでは、相談を受ける側の能力の均てん化に、なお課題があるというようなことがありました。

ただ、社会資源の情報を共有して、これも民間団体においてもその社会資源の情報を共有して、相談者にとって適切な支援につないでいくということは共有されるだろうということで、施策のところにはそのようになってございます。

続きまして、「社会復帰の支援」というところでお話をさせていただきますが、社会復帰の支援は「就労・復職の支援」と、次の4ページの「回復困難者」の支援というような形で分けてございます。

「就労・復職の支援」では、「現状」のところの上から3つ目、「アルコール依存症者が職場復帰するには、長期の断酒継続や自助団体参加が必要であることなど、職場の理解と支援が必要である」。これは現状のところに載っているんですが、大変申し訳ないですが、座長の職権で私はこれはむしろ現状というよりは課題ということだと思いますので、まずは移していただきたいということです。

「就労・復職の支援」のところでは、現状ではなかなか産業医がアルコール問題を持つ従業員に個別に指導するということは限られているというようなことや、アルコール問題について産業保健で取り組みやすい特別な法令や根拠がないというような現状です。就労の支援において、特にアルコール依存症者を排除するわけではないけれども、特別特化した支援のものはないということでございました。

それで、課題としては企業の中の風土というか、これは一般社会の風土を反映していると思うんですが、「アルコール依存症については、個人の性格の問題という意識が強く、回復後に社会復帰できることのイメージが浸透していない。また、そのため、本人も隠す傾向があり、表に出てこない。」ということがございます。

また、就労支援のほうでも、本人がカミングアウトしたがない、隠したがる傾向があるために、就労支援制度の利用が進まないのではないかというような御意見もございまし

た。

「求められる施策」のほうでございますけれども、「社会全体でアルコール依存症が回復する病気であること等を」という一般的な社会の中での啓発ということももちろん大事でありますけれども、「就労・復職の支援」でございますから、アルコール依存症者の休職からの復職、あるいは就労継続について、ほかの疾患同様に職場における理解と支援を促す。偏見なく、ほかの疾患と同じように職場における理解と支援を促すということが必要かと思えます。

そのためには、先ほど課題に移していただいた、「職場復帰するには、長期の断酒継続や自助団体参加が必要であることなど、職場の理解と支援が必要である」。これは、まだ課題として残っているわけでございますけれども、こういったことが求められる施策との関連であるだろうと思っております。

それから次の4ページでございますけれども、「回復困難者」については依存症の回復施設等からいろいろと課題や問題点を提示いただきました。

医療の側においても、依存症者のうち回復施設等を利用することが望ましい者、そうでない者といった判別というか、そういったものがまだ十分できていないというようなことも指摘されています。

回復困難者は、一般に生活技術や社会常識、その他、非常に生活スキルが不足しているので、多様な支援を要するというはそのとおりでございますけれども、今後この求められる施策としては、1つは地域の相談場所等で、アルコール依存症等の治療、回復支援に資する社会資源の情報を共有するという、これは全体に地域の連携というところで繰り返し出てくる表現ではございますけれども、ここで相談の利用者が適切な支援につながるように自助団体・回復施設を活用してもらう。そういうことで、依存症の回復施設というところを地域の中で有効な資源として使っていくことを今後も進めていくということだろうということが1つです。

それから、「女性の依存症者の回復支援にあたっては、女性が安心して参加できるよう、女性特有の問題や」で、「高齢者」以降は要らないので「高齢者の問題に」というのは削除していただいて、高齢者は下に書いてありますので、「女性が安心して参加できるよう、女性特有の問題などに配慮した対応が必要であることを周知し、適切な対応が進むよう関係分野との連携を図る」。女性依存症者の場合は虐待の加害者であったり、摂食障害の問題を持っていたり、あるいはDVの被害者であったり、そういったことがあり、ほかの問題で実は相談を受けていたこともある。そこでアルコール問題をうまくピックアップして連携が進むように、適切な対応が進むように関係分野との連携を図ることになってございます。

それから、高齢の依存症者の回復支援に当たっては高齢者の問題に配慮した対応が必要であることを周知して、これも包括とか、地域では高齢者を支援する他の機関がございますが、そういったところと適切な対応が進むように関係分野との連携を図るというようなことが施策として方向づけられております。

それから、民間団体の活動に対する支援でございますが、自助団体の活動に対しては、「現状」としては自助活動をしていくのは当然であるけれども、普及啓発等で自助団体がいろいろ活動するときの資金などの問題があったり、あるいは個別の例会のミーティングの会場の確保の問題があったりということがいろいろお話されました。

「課題・問題点」では、「一般だけでなく、専門機関や、行政機関においても、自助団体の認知度が低く、連携が行われなくなっているのではないか。」という指摘もありました。

それから、「医療機関で、入退院の反復や、退院後も、デイケアからナイトケアまでの長期利用を実施する結果、自助団体への紹介が減少しているのではないか。」というような御意見もございました。

また、アルコール問題の相談を受ける側に知識が不足しているために、自助グループの提案などの問題をうまく把握できないケースもあるのではないかというようなことも出てまいりました。

「求められる施策」としては、保健所、精神保健福祉センター、市町村において、民間団体、自助団体の活動に対する必要な支援、援助及び育成を図るということで、この「必要な支援」という中に、例えば会場の確保が大変だという課題が具体的には話されましたけれども、セルフヘルプグループの精神のところで、自助団体でも障害者団体の活動と同様に、アルコールの自助団体でもそういった福祉的な支援が必要だというような方向もございましたので、「必要な支援、援助」ということに言葉としては整理してあります。

そして、こういった保健所や精神保健福祉センター、その他行政機関と自助団体との連携の中で、それぞれの団体が社会的な啓発事業などに参画して役割を果たしやすい、そういう機会をつくっていくことが重要だというような施策になっています。

また、回復の啓発というところでは、自助団体の役割等をもっと啓発する必要があるというふうになっております。

また、「予防・啓発・相談支援等の民間団体」のところでも、同様にこういった団体が地域の連携のネットワークの中で社会資源として活用されること。そして、民間団体、普及啓発団体が啓発活動や、そういったものを継続的に社会的な活動がしやすい機会を提供していくということが施策としてまとめられております。

また、保健所等の形態がさまざまなことになって単一の役割機能で語られなくなっている保健所、精神保健福祉センターなどがございますので、民間団体、自助団体の支援及び育成を図るということをきちんと書き込んでいただきたいということで、そういった施策を最後を書いてございます。以上です。

○樋口会長　ありがとうございました。初めて出てきたものなので、少し細かく説明いただきましたけれども、もう既に予定の終わる時間はもう5分過ぎています。いろいろな方がきょうはお見えですので、余り長くなっちゃいけないと思いますので、ディスカッションを極めて端的にしたいと思います。

2つに分けましょうか。まず「相談支援等の推進」のところ、ここが2ページほどにな

っていますけれども、このあたりについて御意見ございますか。

どうぞ、竹島オブザーバー。

○竹島オブザーバー 全般にかかわることかもしれませんが、相談支援の連携のためにも、実際にこのアルコール健康障害対策基本法が市区町村等でも取り組みが始まった場合に法律をどこが所管するかという問題と、それとの連携の問題が必ず出てくるかと思っています。

例えば、アルコール依存症の相談ということになれば精神保健福祉法を所管しているところが持つかもしれないけれども、その相談に至る手前のつなぎというところでは健康の部分とかも相当関係してくる。だから、どこが所管するかにかかわらず、その中で有効な相談支援ができるような連携の問題をどこか文章の中に書いておかれるということが多分、大事なんじゃないかなと思うっております。

実際に取り組むとなると、やはりどこが持つとか、どうするんだということになってきますので、その中で全体として効果的な取り組みになるようにということの文章があるといいなと思いました。

○樋口会長 いかがでしょうか。御考慮いただけますね。

○田辺委員 相談支援が中心であっても、単に相談支援がその一つの機関でこの現状を改善していくことにはならないだろう。各種の連携ネットワークの中の相談支援機関であるということでございまして、保健所がハブになった例が非常にヒントになろうかと思っているので、そういった方向で少し連携ということを意識した表現になるべきだと思っています。

○樋口会長 これは、全体にかかわることですね。

大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 この相談支援に関する施策でまとめますと、アクセスポイント、相談窓口の充実、情報の集積、そして適切な支援ということなんですが、大体この4つをまとめたような一つの相談センター、キーポイントに相談センターを置くというような、そこまで具体的な記述というのはこの施策の中に入れられませんかでしょうか。

というよりは、これはばらばらに取り組ましようといってもなかなか進まないと思いますので、モデル事業のような形、モデルセンターのような一つのプロジェクトを進めることを提案したいと思います。いかがでしょうか。

○樋口会長 座長と、それから関係部署にお聞きしたほうがいいでしょうか。

まず、座長からお願いします。

○田辺委員 機能としては今、大槻委員が話されたとおりに相談支援の機能と、それから情報の共有と、適切な支援、相談の質の向上、そういったことが今ある相談の上に質的な機能が高まらないと、相談を実際に数的にはやっているといっても、当事者や家族のニーズにまだ及んでいないという現状から考えると、それが必要だというふうには思います。

ただ、それをモデル事業としてやるべきだ云々というのは厚労省のほうの御意見も、私

は大変そうなるべきであるとは思いますが。

○樋口会長 今すぐにお答えされるのは難しいとは思いますが。

○厚生労働省障害保健福祉部 貴重な意見として承らせていただきました。

相談につきましては、今、御発言いただきましたようにいろいろな体制でいろいろなところにたくさんつくるといことで、今まで過去たくさんところでやられたことがありますけれども、余り拡散してしまうとどこにいったいかわからなくなってしまうというケースを多々見てきております。

したがって、まず今、田辺先生が取りまとめていただいたように、保健所にどのような機能を持たせて、保健所がどのような機能を付与していくべきか。それで、どのような機能をそこがトータルとして持つべきかということを議論していただいた上で、さらにそれではそれに付与することについてほかの機関にどのようなことをつけるのか。まず、それを議論するのが先かと思っております。

そのところで、保健所にどのようなことを付与するのかということをまず議論していただいて、それを取りまとめていただいた上で考えていただければありがたいと思います。

○樋口会長 まず、今のことについて竹島オブザーバーのほうからどうぞ。

○竹島オブザーバー センターというのは大変重要な考え方だと思うんですが、私も今、自治体にいる立場から見ると、自治体も人口の規模も違えばさまざまな条件が違いますので、その中で実際にそのセンターと言ったときに、例えば人口3,000の町村と、それから政令指定都市でも多分、横浜だったら三百数十万ぐらいの人口がいる。そういったところの中で同じようにという考え方はなかなかとりにくいので、機能として述べるということが現実的なのかなという感触を持って私は聞かせていただきました。

○樋口会長 中原委員、お願いします。

○中原委員 今おっしゃられたように、確かに保健所というのは非常に今、機能が多様化しておりまして、また規模もさまざまといことで、一律にこういった機能をというのは確かに難しいことだと思います。

ただ、全国保健所長会の考え方としましては、こういった基本法ができた中で地域での相談窓口の充実といった場合に、やはり保健所が何らかの関与をし、例えば人員の問題等で直接専門的な相談窓口としては無理にしても、例えばそういった専門相談窓口につなげるような機能を持つことは、逆に言うと保健所の役割として務めていかなければならないのではないだろうかというような話は出ているところです。

そういった中で、先ほどの看板をどうするかということになるとまたちょっと別の問題になるかと思いますが、保健所として相談機能と実際の専門相談を受けるという意味だけではなくて、そういった専門相談窓口につなぐ機能を持った相談窓口といった意味では、保健所として役割を果たしていきたいと考えているところです。

○樋口会長 ありがとうございます。

どうぞ、田辺委員。

○田辺委員 保健所が既にある機能を活用して、地域においてこういう相談機能と同時に連携機能を果たす。これは非常に重要なことだと思うんですが、同時に今回いろいろ議論になったのは、やはり専門性の高いプロモートするような、連携を促進するような機能を合わせ持った相談に特化した場所も必要だという意見もございました。

ですから、そこ一個で全てをやるということではないにしても、地域全体を活性化するような専門性の高い相談支援の切り口というのは、機能として今後つくられていくべきであろうと考えています。

○樋口会長 ほかはいかがでしょうか。

大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 この考え方というのは、私は都道府県ないしは政令指定都市に各1カ所ぐらいできればいいなというつもりで申し上げました。

ただ、それをいきなり言っても大変でしょうから、東京なり、大阪なり、あるいは中京地区なり、どこかでモデル事業を一つ立ち上げて、それを見習ってほかに広げていったらいいのではないかと、そのような考え方で申し上げました。

○樋口会長 ありがとうございます。意見が幾つか出ていますので、きょうはこれ話を決めてはなかなか難しいので、ワーキンググループはこの4回で恐らく終わりでしょから、いろいろな課題、前のものもそうですけれども、座長、それから私、事務局等でまた検討させていただくということをお願いしたいと思います。

そのほか、別の課題、別の点について何かございますか。

見城委員、どうぞ。

○見城委員 済みません。私は時間であれなので、ちょっと先のほうでよろしいでしょうか。

3ページの「就労・復職の支援」の「求められる施策」のところで、「社会全体でアルコール依存症が回復する病気であること等を、社会全体に啓発し」とあるんですが、これは誤解を呼ぶ表現ではないかと思うんです。

今までのいろいろなワーキンググループを通じて、一滴も飲めなくなる。飲んだらまた戻ってしまうというようなことが出ていまして、「アルコール依存症が回復する病気」という表記にしてしまうことの問題性、誤解をして、飲んでもまた治療すれば治るんだということにつながらないとか、しかし、言い方次第では社会復帰に非常にブレーキをかけてしまうということで大変微妙なところなのですが、ここの言い回しはひとつ御検討願いたいと思います。

○樋口会長 よろしく申し上げます。

先に3ページまでいってしまったので、時間の関係もありますから、もう全部について御意見を伺っていききたいと思います。そのほか、何かございますか。

どうぞ、松下委員。

○松下委員 最後のワーキンググループのときに提案させていただいたのですが、ほかの

ところはいいにしても、5 ページ目の「民間団体の活動に対する支援」の「自助団体の活動に対する支援」のところでは、やはり自助団体の具体のところですね。断酒会とか、AA という固有名詞を提示したほうが、求められる施策のところはその名称を入れること自体が自助団体への支援そのものなのではないかと思って提案させていただいたんですが、その固有名詞を入れることで何かデメリットというのがあるのでしょうか。

○樋口会長 田辺座長、お願いします。

○田辺委員 特にないですし、カテゴリー的には、自助団体なんだろうが、そういったこと自体がまだ周知されていない、普及されていないという現状では、断酒会、AA等のことを入れてよろしいかと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかはいかがですか。

月乃委員、どうぞ。

○月乃委員 気になっていることは1点ですが、先ほど政令都市とか、モデル的とか、そういう話が出ましたけれども、結構、私も相談されて、例えば何もない地域というのがありますね。断酒会もAAもないし、アルコールを扱っているような病院もないというところが結構、実はあるような気がするんです。都会はむしろ何かありますね。いろいろあると思うんです。

逆にそういうところを洗い出して、そこに何か介入するというほうが結構すごく大事じゃないかと最近、身につまされていて、私は現実に例えば新潟県なんですけれども、新潟でマックがあって私もマックにいたんですが、新潟で精神医療センターといういい病院があって、いろいろあって嗜癖病棟という依存症の病棟があったのが、その嗜癖病棟が問題だったわけではなくてほかの病棟で何かあって病院自体が嗜癖病棟ともなくなってしまうんです。

やはり受け皿としての病院を、新潟県も結構大きい都市だと思いますけれども、病院自体機能していないような印象を受けて、その辺は逆に都会よりも何もない地域というのを洗い出してどこか介入するやり方というのも結構、具体的に必要性を感じていますが、いかがでしょうか。

○田辺委員 これは私の個別な話になりますが、北海道は広いので何もない地域でどう進めるかという、厚労省の事業費をいただいて自助グループが余り活動していない地域で実際に実践したことがあるんですけれども、それはやはり保健所でした。

公的機関の保健所と、それから市町村の保健師さん、こういった人たちをやはり保健職を中心として、そこに遠くから自助グループの方をつないでいくという実践ですね。それも、やはり何もないところから始めるのでも公的な相談機関を中心とした支援の連携ネットワークをつくらないと何も始まらないので、そういう意味では一般的な表現になっていますけれども、ある地域も、ない地域も、そういった仕組みは活用できるのではないかと考えております。

○樋口会長 ありがとうございます。ほかはございますか。

もしなければ、時間もございますのでひとまずここで終わりにしたいと思います。

先ほど申し上げましたけれども、ワーキンググループがもう既に基本的には終了しているという状況なので、きょう出てきたさまざまな貴重な意見については各座長、私、それから事務局等でまた中に組み入れて改めて検討させていただきたいと思いますので、その辺はよろしゅうございますでしょうか。

(委員 異議なし)

○樋口会長 では、よろしくお願いいたします。

それでは、第7回の予定した内容は一通り終わりました。私の不手際で、遅くなって申しわけありません。

次回の会議について、事務局から御説明をお願いしたいと思います。

○内閣府加藤参事官 次回は、9月25日金曜日13時からでございます。場所は、4号館408会議室、この同じ部屋でございます。

今回の関係者会議でございますけれども、今回の整理票をもとに、計画の作成に向けて全体的な御意見等を伺えればと考えております。

大変恐縮でございます、10月以降の日程につきましてはこれまで同様、第2、第4金曜日を中心といいますか、候補としながらまた委員の皆様にも日程をお伺いさせていただきまして改めて御連絡させていただきます。

それから恐縮でございますが、事務局のほうで人事異動がございまして、21日付で私は厚生労働省のほうに異動になりますけれども、31日まで内閣府の併任ということで本日出席しております。

なお、後任の参事官は厚生労働省から坂本が着任しております。

○内閣府坂本参事官 27日付で異動いたしました坂本でございます。

この分野は初めてでございますし、また、私は加藤参事官と違いまして事務系でございますので、なかなか医療とか、そういったほうの知識は今もございませんけれども、いろいろ勉強させていただきまして、またいろいろ御指導を仰ぎながら頑張っていきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

○樋口会長 長い間、加藤参事官ありがとうございました。

それから、坂本参事官、これからよろしくお願いいたします。

以上をもちまして、きょうの関係者会議を終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。