

アルコール健康障害対策関係者会議
第6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6回）
議事次第

日 時：平成27年6月12日（金）16:00～18:33

場 所：中央合同庁舎8号館（8階）特別中会議室

1. 開会

2. 意見交換

（1）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

- ・飲酒運転等をした者に対する指導等
- ・健康診断及び保健指導

（2）アルコール健康障害に関する現状について参考人等からの報告

- ・樋口会長「用語及び研究の推進について」
- ・松下参考人「女性と高齢者のアルコール問題について」

（3）その他

3. 閉会

○樋口会長 それでは、定刻になりましたので、第6回「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、御多忙のところお集まりいただきまして、ありがとうございます。

まず初めに、事務局から委員の出欠状況と資料の確認をお願いします。

○内閣府加藤参事官 事務局でございます。

本日は、松本委員から、御欠席との連絡をいただいております。中原委員が1時間ほどおくれるということと、西原委員がまだちょっとお見えでないようでございます。

一応、過半数に達しておりますので、会議は成立するということを御報告いたします。

それから、本日は参考人ということで、国立病院機構久里浜医療センターの松下幸生副院長をお招きしております。また、中島審議官はちょっとおくれておるようでございます。

続きまして、お手元の資料について確認させていただきます。

資料1-1「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1-2「第2回教育・誘引防止・飲酒運転等ワーキンググループ資料①」。

資料1-3「第2回教育・誘引防止・飲酒運転等ワーキンググループ資料②」。

資料2「健診・医療ワーキンググループ整理表」。

資料3-1「樋口委員配布資料『用語及び研究の推進について』」。

資料3-2「樋口委員配布資料『調査研究の推進』」。

資料3-3「樋口委員配布資料『参考資料：提案されている具体的な調査研究(草稿)』」。

資料4「松下参考人配布資料『女性と高齢者のアルコール問題について』」。

参考資料1「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「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」。

参考資料4「前回までの主な意見」。

以上12点でございます。過不足、欠落等ございましたら、お知らせいただけますでしょうか。

事務局からは以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

続きまして、本日の会議の流れについて、御説明いただきたいと思います。

○内閣府加藤参事官 事務局でございます。前半は、5月22日に開催いたしました、教育・誘引防止・飲酒運転等ワーキンググループ、健診・医療ワーキンググループでの御議論につきまして、今成座長、杠座長からワーキンググループにおける議論を御報告いただき、関係者会議として御意見をいただければと考えております。

その後、樋口会長と松下参考人からプレゼンテーションをいただいた後、基本計画全般や重点としていくような内容につきまして、御議論いただければと考えております。

以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思います。

きょうはいつもよりも30分長く時間をとっていますけれども、内容が非常に多岐にわたってたくさんありますので、スピーディーな審議をぜひお願いしたいと思います。

まず、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ということですが、事務局のほうからこのワーキンググループの開催状況をお伝えください。

○内閣府加藤参事官 事務局です。現在、各ワーキンググループでそれぞれの分野について議論いただいておりますが、先ほども申し上げましたように、5月22日に教育・誘引防止・飲酒運転等ワーキンググループの第2回及び健診・医療ワーキンググループの第2回を開催し、5月25日には相談支援・社会復帰・民間団体ワーキンググループの第1回を開催しております。また、つい先ほど、健診・医療ワーキンググループの第3回も開催したところでございます。

以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

今回の会議では、今成座長より飲酒運転等をした者に対する指導等について、杠座長より健康診断及び保健指導について御報告をいただきますが、その前に相談支援・社会復帰・

民間団体ワーキンググループについて、第1回が開催されていますので、田辺座長から簡単に御報告いただきます。

○田辺委員 第1回の第3グループのワーキンググループでございますけれども、参考人として、日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会の岡崎直人会長、施設運営の方として全国マック協議会議長の井上茂さん、新潟マックの施設長の北原さん、さらにはNPO法人いちごの会理事の佐古恵利子さんという方がプレゼンテーションをして、ディスカッションをいたしました。

内容でございますが、PSWという職種がございますけれども、それにさらにアルコールの専門性を高めたASWという専門職がございます。アルコール問題は児童福祉問題あるいは高齢者問題、高齢者介護問題、さらにはDV等の男女間の問題あるいは一般医療の中にある問題ということで、各方面にアルコール健康障害問題、依存症問題は隠れている。そういった部分を掘り起こして適切にアセスメントしてつなげる役割として、ソーシャルワーカーの基本的な業務に加えて、アルコール問題の専門性を高めるといった人材を育成していくことが非常に有効ではないかという提案がありました。

また、アルコール問題の相談支援というところでは、そういったところを地域に開かれた特化した窓口のようなものがもう少し明瞭に提供されることと、単にそういったアルコール問題に強いPSWに限らないと思いますが、そういった人材が数がふえればよいというだけではなく、そういった人材が活用できるようなアルコールに特化した問題の何らかの地域のネットワークや、地域のアルコール問題をつなげる医療機関がどのようにふえていくかを促進したり、プロモートしたり、調整するといった働きをする専門職が働きやすい切り口も必要ではないかという御意見でした。

それから、社会復帰が今回、中心のテーマでしたけれども、社会復帰施設を運営している当事者団体、12ステップグループの理念を活用したマックという団体と、障害者総合支援法等に乗っかって支援しているいちごの会のお2方の発表がございました。いずれもアルコール依存症の飲まないための回復プログラムに加えて、長年アルコール依存症を病んでいたために失われた生活スキル、あるいは一般社会の中における人間関係の維持の仕方といったものを回復、成長させていく生活レベルのプログラムの必要性ということが話され、あるいは重症のアルコール依存症者になる背景として、生育上の非常に苦しい体験を抱えてアルコール問題になった人たちへの地道な支援のためには、さまざまなプログラムも必要であるということも話されました。

また、そういう中でそうした施設を使って1年程度で3割方の人が回復していくという反面、施設に残って長期的にケアを受けなければならないような人もいるということも話されました。

それらの発達障害との重複障害を持っている方や、高齢者でソーシャルスキルがかなり落ちてきたり認知機能が落ちてきたような人、このような人たちには長期的な支援も必要だということも話されました。

また、それらに関連して、現在の障害者総合支援法の枠の中で支援することの困難な問題として、高齢者になる65歳以上になると、高齢者のほうの法律になって、それでアルコールの方を支援するところには少し難しさがまだ残っているということと、障害者総合支援法の枠の中で支援していると、就労支援ということで質のよい応援をして社会に定着すると、施設が今度は運営上あきができてしまい、回復、成長することによって施設運営が逆に厳しくなるという、総合支援法の枠の中で支援のジレンマのようなこともお話しされておりました。

そういったことで、今回は相談支援の枠組みのほうに少し比重を移して、今回のワーキンググループを考えてございます。

以上でございます。

○樋口会長 ありがとうございます。

今の御発表は途中経過ということなので、質疑は今回とらない予定です。この後、さらに続けていただいて、次回の関係者会議にある一定の成果を出していただくということでお願いしたいと思います。

次は、2つ目のワーキンググループの報告に移りたいと思います。

まずは、今成座長から、ワーキンググループでの飲酒運転等の分野の議論について、御報告いただけますでしょうか。大体15分ぐらいでお願いして、その後15分ぐらいディスカッションをしたいと思います。

よろしくをお願いします。

○今成委員 5月22日にワーキンググループ1の2回目を開催しました。飲酒運転を初めとするアルコール関連問題が発生したときに、背景にある飲酒問題にどう介入できるかがテーマでした。三重県と警察庁の御報告の後、法務省、厚労省、国交省にも参加していただいて、委員全体で討議をいたしました。

まず飲酒運転からなのですが、飲酒運転からの介入というのは、対策のモデルが本当にいろいろ出てきたと思います。大事なところですので、ここはちょっとまとめさせていただきたいと思っています。

まず、福岡県と三重県が条例という法的根拠をもとに、警察の情報を健康福祉の部署が受け取って業務連携するというシステムをつくっています。福岡県については、第3回の関係者会議でお話をお聞きしました。条例では、再犯者への受診を義務づけていて、8カ所の指定医療機関があって、昨年末までに対象者30名中15名が受診、3名が依存症の治療、11名が飲酒行動是正プログラム、1名が啓発プログラムに参加ということで、依存症と診断されていなくても別のプログラムが用意されているというのが福岡の特徴かと思います。これから先、初犯からやっていくという方向をお話しされていまして、またいろいろな改善が行われていくのではないかと思います。

今回お呼びしたのは三重県です。画期的なのは、条例で初犯から受診を義務づけたということで、昨年度は542件に通知して230件、半分弱の方が受診したということです。36カ

所の指定医療機関があつて、このうち17施設からの報告によると、24%が依存症、37%が依存症の疑い及び乱用ということなのです。

実際に対応していらっしゃるお隣の猪野先生から、早期の方が非常に多いというお話がありました。ですので、このような形で飲酒運転をきっかけに早期介入ができるという非常にすばらしいシステムになっていると思います。

また、途中でいろいろ改善も行われていて、受診命令の通知に家族の同行を勧めるという文言を入れることもされています。「家族がこのごろよく見えるようになったのは、そういうことだったのですね」というようなお話が猪野先生からありました。どうやったら効果が上がるか非常に工夫されていると思います。

そして、その36カ所の指定医療機関ができたことで、そこがまたアルコールについていろいろ動いてくださるといふことにもなるわけなので、いいチャンスに使っていらっしゃると思いました。

次が、条例をつくらずに、警察の範囲内で対応しているという大阪府の例です。再犯に対して、取り調べ終了時に任意の協力を求めて、AUDITをやってもらって、依存症の疑いありという点数が出た場合には専門医療機関の受診を警察官が勧める。受診の希望を確認して、本人の同意を得た上で、氏名、住所、受診の予定日などの情報を医療機関に提供する。1カ月ぐらいして受診したかどうか確認して、もし受診していない場合には再度受診の勧告、勧奨を行うということで、昨年12月1日からこれをスタートしていますが、AUDITを16人が受けて、専門医療機関受診が3名ということです。任意協力という範囲を超えられないので、そこがなかなか難しいところだと思いましたが、警察独自の動きということで大変すばらしいと思います。

それから、全国の警察が飲酒運転で免許を取り消された人に対する飲酒取り消し処分者講習を平成25年度からやっています。AUDITの結果に基づいて、飲酒行動の改善を促すブリーフ・インターベンションも中に含まれています。昨年中に1万4,457人が受講。これは大きいですね。回復者が体験談をそこで話すなど、これをより一層強化する方策も考えられるのではないかとというような議論がありました。

停止処分者については、停止処分者講習の中に飲酒学級を設けていて、受講者が全国で6,406名だそうです。

また、法務省が刑務所の交通安全指導における依存症回復プログラム、保護観察対象者に対する飲酒運転防止プログラムを実施しています。現在、効果の検証を行っている最中だということです。

このように、飲酒運転からの介入というのは本当に進展してきています。2006年に、内閣府に常習飲酒運転者対策推進会議ができたとは記憶しているのですが、そこがこのような形での対策のスタートだったと思います。2006年でことしが2015年、10年たっていないのですが、これだけの試みが行われてきているので、それぞれのよいところをつなぎ合わせて何かもっといいものにできないだろうかと非常に思いました。

今、ちょっと困難があるところは、条例をつくらなければ法的根拠が持てないこと。ここが非常にハードルが高いです。それでも受診につながらない人たちが半分はいるわけなので、もしかするとその半分の中に多く依存症の人が含まれている可能性もあるわけなので、ここに課題があります。

もう一つ、飲酒運転に関しては、警察庁が非常に重要なデータを出してくださいました。きょうは三重県のものも含めてお手元の資料の中に入れてありますけれども、警察庁のデータは飲酒運転と年齢とを絡み合わせたものが非常に大事などと思いました。

飲酒運転事故全体を見ると、壮年期、中年期が多いけれども、死亡事故率は10代、20代の若者が高く、きれいに出ています。死亡事故時の飲酒量も若者は多いという結果が出ています。これは若者の教育とか啓発に非常に欠かせないデータですし、やはり中年の対策と若者への対策というのは、また考え方を改めてやらなければいけないのではないかと考えさせられました。

ということで、飲酒運転だけで非常に大きなボリュームだったのですが、施策として挙げさせていただいたものとして、資料1-1を見ていただくと、飲酒運転者にアルコール依存症が疑われる場合は、地域の実情に応じ、条例等に基づき関係機関が飲酒運転者に関する情報を共有した上で連携し、アルコール依存症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、現状に即した形での書きぶりになっています。

刑務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り組みを進める。受刑者や保護観察対象者へのアルコール依存症回復プログラム等の再犯抑止効果について検証を進める。飲酒取り消し処分者講習等において、地域の相談、治療機関リストの提供や回復者の活用も考慮する。飲酒運転による交通事故について、年齢層別を含めた事故実態の分析等を引き続き推進するという形になっております。

また、このほかにも入れたほうがいいというものがありましたら、後ほどぜひ具体的に御示唆いただければと思います。

次に、暴力、虐待に移ります。

一番驚いたのは、これは警察庁にも厚労省にも暴力、虐待とアルコールに関するデータがないということなのです。少年事件とアルコールについてのデータも現状はないということなのです。

実態をつかむというのは大変大事で、実際、実感としてはかなり絡んでいるのではないかという声がたくさん上がりました。なので、ワーキンググループの3回目で、調査についても一回扱いたいと思っています。

警察の取り組みとしては、DV等の相談を受理した場合には、危険性と切迫性の判断を第一義に行って、まず検挙というのが基本。それによって被害者等の安全を確保することを最優先。そして、婦人相談所等と連携して、被害者の一時避難などの措置をとるというようなお話でした。

ここで、きょうもいらっしやっていますけれども、体験者である西原委員から、警察を呼んだらその後でもっと殴られるから呼べないとか、置いて帰られるから怖いというような、被害者の思いがあること。奥さんにその日のうちにシェルターに逃げられますとぜひその場で伝えてほしいという訴えがありました。

また、専門医の立場から、酩酊時の介入なので翌日は全く覚えていない、次につながるフォローを警察にやっていただき、保健所などの機関が絡めば回復のチャンスになるという、地域での機関連携を期待する発言がありました。

あと、子供の虐待については、厚労省が通知という形で自治体に技術的助言をしていて、特別な視点が必要な事例への対応の中にアルコール依存、薬物依存等の保護者への対応が入っているそうです。その中で介入を続けることを強調していて、治療を続けることが原則けれども、治療を受けても、回復しても再発するということがあるので、継続した支援が必要と記載しているということでした。

あと、法務省からは、交通事犯者向けのプログラムを今、暴力も含めた一般の事犯者向けに内容を見直して、来年度から全施設で必要な人に対して実施する方向があるというお話がありました。

保護観察においても、ことしの4月から、特にアルコールと暴力の関係に配慮した単元を追加するという形で実施しているというような報告がありましたので、力を入れてくださっているということだと思います。

一方、パブリックな場での暴力として、国土交通省から、鉄道係員に対する暴力行為が平成25年度に全国合計で852件あって、うち飲酒を伴った事例が約6割という報告がありました。その多くは警察に通報しているということです。

このように酩酊を背景にした暴力というのは、家庭でも社会でも非常に大きな問題なのですけれども、飲酒運転ほどの重要性が社会に認識されていないのではないかと思います。

どのような対策をという、やはり連携による介入ということがポイントになってくるのではないかと思います。ここに関しては、飲酒した少年の補導ということについては書き込めたのですけれども、まだ時間切れでちょっと調整ができませんで、次のワーキンググループまでの宿題にさせていただきたいと思います。

次に、暴力が絡まない酩酊による事故ということでお話をさせていただきます。酩酊は事故のもとになるということで、国土交通省からホームでの人身傷害事故件数が年々増加傾向で、平成25年度に全国で221件発生している。酔った乗客によるものが、ここでもまた約6割というような御報告がありました。このほかにも、路上の寝込みとかもあると思うのですけれども、この辺のデータをこれからいただきたいと思っています。

あと、酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律というものもありまして、そことの絡みでどのようなことができるかということも、まだちゃんとヒアリングをしておきませんので、ここも補足を次回の宿題にしたいと思います。

最後に、自殺未遂に関してなのですが、きょう見えています月乃委員に当事者としての

体験をお話しいただきました。ほぼ100%に近いくらいお酒を飲んだ上で自殺未遂を図っていて、死にたい願望をお酒が後押ししてくれたというような形になっていた。お酒と安定剤の2つを飲んで、それから一気に自殺未遂に至ることが多かったというようなお話がありました。回復のきっかけが、医療保護入院になった病院にアルコール病棟がたまたまあって、自助グループにつながったというお話で、まさにこのようなアプローチが自殺に関連して必要だということだと思います。

アルコール依存症そのものが慢性的な自殺というように言われているぐらいですので、早期発見、介入をするというのは、すなわち自殺予防対策とも言えるわけです。依存症がなくてもアルコールが死にたい気持ちを増長してしまう、増幅させてしまうという面があるので、自殺対策の中にしっかりとアルコールの視点を入れていただくということがとても大事だと思います。

施策としては、自殺未遂で搬送された際にアルコール依存症が疑われる場合は、関係機関を通じてアルコール依存症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。自殺対策の中でアルコールの視点を持つていくことが必要と現状は書き込んでおります。

そういうことで、何か加えたほうがいいのか、この言い回しをもっとこうとか、御示唆をいただければ幸いです。

ありがとうございました。

○樋口会長 今成座長、ありがとうございました。

それでは、今、非常に簡潔に、しかもわかりやすく説明していただいたので、委員の先生方もよく理解されたと思います。

随分いっぱいありますので、2つに分けてやっていきたいと思います。

まず、飲酒運転のところからですが、質問あるいは追加したほうがいいこととか、いろいろと御意見があると思いますので、委員の先生方、どうぞよろしくお願いします。

飲酒運転に関しては、かなりいろいろな施策が各省庁からなされているという現実があって、それを詳しく今、説明していただいたのですけれども、そのあたりについての質問でも結構ですし、さらにこのようなところが飲酒運転にとっては大事なのではないかとこのころがあったら、意見をどうぞ。

堀江委員、どうぞ。

○堀江委員 飲酒運転ゼロを目指す条例に係る医療機関の指定についてなのですが、この指定機関は県のほうから指定したのでしょうか。うちがやりますというように手を挙げてくれたところが指定になるのでしょうかけれども、全員手を挙げてくれたのかどうかというのと、そうでない場合、今後の飲酒運転ではないところにも応用がきくと思いますので、どのような形で指定に至ったのかということをお教えいただけたらと思います。

○今成委員 資料があります。三重県の資料の中の4ページの下に、医療機関の指定の基準というのがありまして、多分この指定の基準をつくる場所に携わった猪野先生から御

説明いただいたほうがいいのかもかもしれません。

○猪野委員 県が指定医療機関を指定します。指定のために、県と医師会が一緒になって指定講習を行い、講習を受けた方で指定を希望する医師にやっていただくというシステムにしております。

○堀江委員 ということは、各地域ごとの医師会にお願いして、ある一定地域にはこれぐらいの人を要請してほしいということを県からお願いしてということで、手を挙げてもらったということですね。

○猪野委員 三重県は細長い県なので、各地域に指定医療機関がないと受診が困難なのです。

○堀江委員 医師会にお願いしたということが聞けたので、何となくわかりました。

○樋口会長 ほか、いかがでしょうか。

どうぞ。

○今成委員 済みません。自分で言ってあれなのですけれども、ここの書きぶりをずっと眺めたときに、アルコール依存症の強調がちょっと強いという気がしました。アルコール依存症の手前の状態への対応というのが大事ですよ。

ですから、例えば福岡で飲酒行動是正プログラムというアルコール依存症の治療以外のプログラムというのが用意されているというのが、それは大事なことだと思うので、そこら辺をもうちょっと加味したような言い回しができないかと、今、自分で読みながら思いました。

○樋口会長 大事な視点だと思います。ありがとうございます。

どうぞ、猪野委員。

○猪野委員 先ほどの健診・医療のワーキンググループの中で、救急医の先生から提案されましたが、飲酒運転で事故を起こした患者さんが搬送されて来ますが、そこで血中アルコール濃度やアルコールの呼気濃度をきちんと測定できれば、陽性患者に介入できます。飲酒運転の関係で、救急外来や一般病院でこれらの測定ができると、事故という機会をうまく活用して教育の機会に使ったり、治療の機会にできるので、ぜひこれらの測定を含めていただきたいと思います。

○樋口会長 お見えになった患者さんに、呼気検査をするというのを強制することはできるのですか。

○猪野委員 そこが難しいところで、例えば事故を起こして搬送されたような場合には測定するのが望ましいとすることで、現場がやりやすくなります。

○樋口会長 尾崎委員、まずどうぞ。

○尾崎委員 先ほどの今成委員の意見に関係してですけれども、職場における飲酒運転対策の施策があつていいのかなということで、運転を業としている職場と一般の職場と分けて、それぞれに施策があるといいと思います。

一般の職場の産業医をしています。困っているのは、問題飲酒者が朝、飲酒運転で出

社してくるという問題があつて、事故はまだ起こしていないという人にどのような介入をすべきか、困惑しています。事故を起こして初めて物語がスタートするという対策よりも、もうちょっと前に対応できるかと思います。

○樋口会長 今成委員、どうぞ。

○今成委員 その件に関しては、実は教育のところでも既に扱ってしまして、職場での教育の中で飲酒運転を切り口にとというのがこの前の会ときに出ておりました。なので、ここはあくまでも飲酒運転で捕まった人にどうしようかという場所だということで、ちょっとスタンスが違うということでやっていました。

先ほどの猪野委員からの御質問で、警察の交通局の方にできればお聞きしたいのですが、事故を起こして救急搬送された方の場合には、呼気検査か何かすることになっているのでしょうか。どうなのでしょう。

○警察庁 警察庁交通局交通企画課の樋渡と申します。

呼気検査についてお尋ねですが、呼気検査は道路交通法に規定がございまして、危険防止の措置として行うことができるとなっております。これは条文を読みますと、車両の運転者が車に乗ろうとし、あるいは乗車している人が飲酒運転をするおそれがあるときには、警察官は呼気検査をすることができるとなっております。

救急搬送をされた場合の患者さんにつきましては、なかなか法的には難しいところがございます。要はそこでさらに運転を継続するおそれがあるかというところが問題になります。ただ、どれくらいアルコールを体内に保有していらっしやったかというのは、捜査上絶対必要ですから、捜査の手段としては当然、呼気検査あるいは血液検査をさせていただいていますが、道路交通法上の呼気検査に限って申しますと、現に運転されている方、さらに運転しようとしておられる方に対する危険防止の措置としての規定となっておりますので、救急搬送された方に対しては今の道路交通法は呼気検査の根拠にはならないかと思えます。

○今成委員 そうすると、事故を起こしているわけなので、それが飲酒運転であったかどうかというのは、捜査上は大事なわけですね。

○警察庁 当然必要です。

○今成委員 そういう意味では、実際はやっているということですか。

○警察庁 飲酒運転のおそれが客観的に認められる場合には、症状が重篤な場合などを除いて、捜査目的で検査を行っております。

○今成委員 必ずやっているということなのですね。

交通事故の場合には必ずやっているけれども、それ以外の事故の場合には、どこかから落ちたとか、転落したとか、そのようなものは警察が絡まない。

○警察庁 ですから、やはり飲酒運転のおそれというものが客観的に認められることが必要ですので、通常いわゆる人身事故の当事者の方には、今の道路交通法上は呼気検査をする権限がないという形になります。

○今成委員 ありがとうございます。

○樋口会長 手短にお願いします。

○猪野委員 救急現場で血中アルコール濃度とか呼気濃度を調べた結果については、私は、それは個人のものにして、個人の再犯予防の教育機会に使うと限定した方が良いと思います。

もしその情報が警察に行くことになったら、またそこでトラブルの原因になるおそれがあるので、そこは慎重に検討していただきたいと思います。

○樋口会長 そのあたりはかなり明確なのではないかと思いますが、警察の方にお伺いしたいのですが、もし仮に医療現場で呼気の検査をしたときに、その呼気の検査が例えばある一定の濃度があったとき、それは証拠能力というのがあるのですか。

○警察庁 例えば、警察が認知せずに先に救急搬送されて、そこで交通事故の当事者で飲酒運転、アルコールを保有されていたといった形の実際の通報もございますので、そういった場合は事後捜査という形で飲酒運転を立証していくという形になります。

○樋口会長 私がお聞きしているのは、呼気中の医療機関で濃度をはかったときに、それが証拠として採用されるものなのかどうかということです。

○警察庁 そうですね。当然立証措置をとりますので、アルコールの濃度を検出した経緯を明らかにして、実際は飲酒運転として立件するということになります。

ただ、全てが立件できるかどうかはケース・バイ・ケースということになります。証拠能力は事件に応じて判断するということになると思います。

○樋口会長 わかりました。

時間が来たので、少し先に進みたいと思いますけれども、一つだけ、このワーキンググループのときにも申し上げたのですが、飲酒運転を起こしている原因がお酒の飲み方の問題によるもの以外の方々のももあるので、そちらのほうに対する対策についても、この中にできれば盛り込んでいただければと思いますので、よろしくお願いします。

○今成委員 具体的に、例えばどのような。

○樋口会長 そのあたりについてのワーキンググループのときにも話したのだけれども、例えばどういう方々がそういうことをするのかということも余りよくわかっていない状況もある。ですから、研究するなり何なり、まず明確にして、それに適切に対処していくような施策が必要なのではないかと思います。

飲酒運転のことは後でまた話が出てきてもいいと思いますけれども、先にひとまず進ませていただいて、2番目の暴力、虐待、自殺未遂等に関する項目について、質問、追加項目いろいろあると思います。何かございましたら、どうぞ。

ちょっと質問ですけれども、自殺の施策のところ、自殺の対策の中でアルコールの視点を持っていくことが必要とありますが、これは確かにそうなのですが、具体的には一体どのようなことが考えられますでしょうか。

○今成委員 例えば、自殺の対策の中身に沿って見てみるということだと思えるのですけれ

ども、未遂者への対応にも、結構力を入れようという流れがあると思うのです。そういう中にアルコール問題をちゃんと把握するということでのトレーニングが必要ということになるかもしれませんし、啓発の中で言うていただくということにもなると思います。

○樋口会長 竹島オブザーバー、今のこれについてはいかがでしょうか。

○竹島オブザーバー これは久里浜の医療センターのホームページにも書かれていることでもありますけれども、啓発ということが第1にありますし、その次に大量飲酒者といひますか、ある程度の量の飲酒を続けている人たちへの啓発、それから市民への啓発ということと、依存症とか乱用といった状態にある方への問題と、その3つの対象に行うということだろうと思います。

あとは、自殺の事例で見ると、中高年男性が非常に多いので、その部分についての中高年男性を対象にしたいろいろな啓発の中にアルコールの問題を入れていく。結果として、自殺予防にもつなげていくという視点は必要かと思っております。

○樋口会長 わかりました。ありがとうございました。

多面的に対応していくということですね。

ほかに、いかがでしょうか。特によろしいでしょうか。

どうぞ、西原委員。

○西原委員 前に、せっかく家族から助けてくれという通報があったときに、警察の方がその本人の暴れぐあいや酩酊状況を見て、見きわめて、帰ると言ったのです。それが非常に残念で、病人ですから非常に顔色を見るのがうまいのです。強い人が来ると、すぐまともなふりをして、とんでもないというふうなうそをついて、そのまま振り出しに戻ってしまうのです。

ですから、通報があったら状況を見て、本人がしゅんとしているからそこで帰るということではなく、必ずシェルターや保健所につなげるように、その後家族に、何回でも来ますからという安心を与えてほしいのです。

弱い人にしか悪い面を見せないし、お酒を飲んでいなくても暴れます。飲んでいても、強い人が来たら普通の人のふりをします。それが、家族が一番助けを呼ぶのに混乱するところなのです。ですから、せっかく電話があったときは、全ての家族に逃げ道を教えてあげてほしい。まともなふりをします。

○樋口会長 わかりました。ありがとうございます。

先ほど、今成座長のほうからこのあたりについての話がありましたけれども、何か追加するところがありますか。

今成座長。

○今成委員 実は、そのこともここに書き込もうという気持ちはあったのです。ただ、そもそのアルコールに限らず、DVへの対応ということに、一般的な対応になってしまうので、この場合にはアルコールとの関連をとというような形だったので事務局と相談して、最終的に外すということになったのです。

ですが、とても大事なので、例えばアルコールの相談先とか、シェルターとかそういうものの情報を何か渡すというようなことができないかとは思っているのですけれども、警察の生活安全局の方は今はいらっしゃっていないですか。

○警察庁 今日はいないのです。

○今成委員 また、ワーキンググループ3回目のときに御相談したいと思います。

○樋口会長 そうですね。体験からの切実な御意見なので、ぜひ御考慮いただきたいと思います。

そのほかに、何かございますでしょうか。

よろしくお願いします。

○見城委員 大変難しいかもしれないのですけれども、今までの議論等を伺っていると、結局アルコール依存症になった人を中心に考えるのか、今の西原委員のようにそれによって被害者になっている家族にどのくらい比重をかけるのかということもきちんと検討されて、今までにない形での対策が重要ではないかと思います。今までにも対策としてはアルコール依存症になった方に対しては随分行ってきたわけですから、今回はそこを御検討いただきたいと思います。

○樋口会長 具体的な施策として、各ワーキンググループの発表のときに、また見城委員のほうから御指摘いただければとても有効だと思います。

何か、どうぞ。

○今成委員 家族への視点を物すごく前面に打ち出せるのは、相談支援の項目だと思います。ワーキンググループの3番目のところで次のときにやるのですけれども、そこで家族を本当に中心にというように進むのではないかと、田辺座長がそう考えていらっしゃると思います。

○樋口会長 田辺座長、いかがでしょうか。

○田辺委員 暴力とか虐待だとか、そういう警察案件の現場でアルコール問題をどうピックアップして、どうつなげるかということに関しては、地域につなぎやすいところがあるということであれば、現在のシステムの中でも、そのつなぎやすいところをぱっと思い至って、つなぐということができるかというのが一つあると思います。しかし、問題を集約してそこにつなげればいいというところ、まだ、そういう切り口が地域にないということが一つあると思います。

もう一つは、ソーシャルワーカーの人材の話が第3ワーキンググループでちょっと出たのですけれども、各種の現場でいろいろなソーシャルな問題を抱えて、それにアルコール問題も絡んでいるケースがいて、そこで適切なアルコール問題のアセスメント等を行ってつなぎ役をするソーシャルワークがもうちょっとうまく作動するシステムが要するというところもあるだろうということです。

私は、北海道の少年非行の問題で、少年サポートチームというのが警察の中にありまして、それが全国にあるのかどうかはわからないのですけれども、警察職員の中の心理担当

の方がそこでファシリテートしたり、指導したりして関係機関を調整したりしているような仕組みがあるのです。

本当にこのようないろいろな各種犯罪の中で、アルコール問題のことをよく知った人が各分野であれば本当に機能すると思うので、難しいかもしれませんが、例えば警察という職種の中にもっとソーシャルワーク的な視点を持った専門職のようなものと一緒に機能すれば、またそれはつなぎやすい構造にはなるかと思います。それもまた、簡単ではないかもしれませんが、更生保護のほうでは社会復帰調整官だとか、保護観察のほうで難しい問題に対するスペシャリティーのある職員も出ていますので、そういうこともあるかと、今、考えました。

○樋口会長 ありがとうございます。

時間が過ぎていきますので、ひとまずこのワーキンググループのディスカッションは終わりにして、最後に総合討論がありますので、重点的などころについては、そこでまたお話しただけであればいいと思います。

続きまして、杠座長から、健康診断及び保健指導に関するワーキンググループのまとめを御報告ください。

○杠委員 健診・医療ワーキンググループの座長を務めております杠でございます。

私どものワーキンググループは4月と5月22日、そして本日の3回のワーキンググループでの討議を行ってきました。5月22日が健診をテーマとしたワーキンググループで、本日は医療の充実をテーマに討議させていただいております。

5月22日は3名の参考人の方においでいただきまして、地域での取り組み、職域での取り組みを報告いただきました。それも踏まえて、資料2にあります整理表がこれまでの議論をまとめた表でございます。これに沿って御報告したいと思います。

健診で一番重要なのは、SBIRTでございます。これを地域、職域でどのようにこれから普及、実践していくかということが最大のテーマになろうかと思っております。

SBIRTについて復習をしておきますと、最初のSはスクリーニングで、アルコール問題の程度を客観的にスクリーニングテストを使って評価をする。真ん中のBIがブリーフ・インターベンションで、節酒のカウンセリングをするということです。SBIRTとブリーフ・インターベンションはほぼ同義で使われることもございます。RTは、referral to treatmentで、アルコール依存症疑いの方を専門医療へ紹介するというので、SBIRTは二次予防から専門治療紹介まで、幅広く対応する介入技法でございます。

これは医療にも係ってくるところなのですが、同じくSBIRTと言いましても、職域と医療現場、あるいは地域ではいらっしゃる問題飲酒者の程度、重篤問題者は先ほどのワーキングでの報告でもありましたが、医療の現場では12.6%でしたか、それくらいの率でいらっしゃる。非常に濃密に専門治療を要するアルコール依存症の方が含まれているのですが、一方で、職域ではそれほど多くなくて、率は定かではありませんが、割合としては非常に少ない。

そういう意味で、SBIRTの中身も少しずつ濃淡が、軽症のアルコール使用障害に対する対策なのか、アルコール依存症に近い重症のアルコール使用障害に対する専門医療機関との連携を重視するのかというところで、SとBIとRTそれぞれの重みは、介入する場所で少し違うかと思います。そういったことも踏まえてお聞きいただければと思います。

前回5月22日、与儀参考人に荒川区からおいでいただきまして、与儀参考人には1次予防から2次予防、健診にかかわる介入、アルコール問題への介入、さらには依存症の方への支援ということで、依存症対策について幅広くお話いただきました。

その中で、ここでは2次予防に関するところを抜き出しますと、荒川区では乳幼児健診で保護者に対してもアルコール問題について問う。そして、個別に保護者のアルコール問題について介入するきっかけをつかむというようなことをご報告いただきました。

1次予防として、講演会なども大量飲酒と健康といったテーマで恐らくされると思うのですが、予防的な講演会をしてもなかなか参加者が集まらない。聴衆が少ないといった現状をお話しされました。ただ、その中でも回復者の体験談については関心を持たれる聴衆が多いというお話をしていただきました。

それから、2次予防で、前回2人目は国立病院機構琉球病院の福田参考人からお話をいただきまして、福田参考人からは、特定保健指導の中に減酒支援プログラムを積極的に導入された、その取り組みと成果をお話されました。

課題としては、実はスクリーニングテストをして問題が指摘されても、実際の減酒指導に参加される方が非常に少ない。ここに書いてありますように、上から3段目、左から4列目の減酒支援プログラム参加者が5～10%、さらに継続率が5～6割と非常に低いということで、この辺の工夫が必要だというお話をされました。

琉球病院が関わって行われている特定保健指導を活用した減酒支援というものでは、特定保健指導の健診のときに行われる標準的な問診票の中に、アルコールについて問う項目が既にありますので、それを積極的に活用して、既にあるものを活用して1次スクリーニングとして使って、さらにAUDITの2次スクリーニングに持っていくというような工夫も御報告されました。

3人目の参考人の西浦参考人は東京ガスにお勤めで、職域でのお話でございました。この中でいきますと、表の3列目になります。職域での保健指導ということで書いてありますように、中高年層を主にしたブリーフ・インターベンションの試みをされています。対象の年齢層の幅を絞るという工夫をされています。

それから、若年層には余り習慣的な飲酒問題、危機感が余りないものですから、むしろ教育と意識づけのためパッチテストを積極的に行うという工夫をお話しになりました。

また、希望しない人の減酒の介入効果は薄いということでした。基本的に御本人が望まないところで積極的に減酒支援をしようとしても、節酒指導をしようとしても、余り反応はよろしくない。効果を生みにくいということをお話しされていました。

ですから、希望の有無によらない一律のスクリーニング効果よりも、むしろ当面は希望

者を募って、その方を集中的にやったほうがいいのかというようなコメントがありました。

一方では、希望をしない方、動機づけの低い方について、希望をするような動機づけ、環境づくりが重要だという御指摘もされていました。

こういったところが前回のワーキンググループでの報告の主な内容です。

もとに戻りまして、地域における保健指導のところでもう一度見てみますと、地域での保健指導の普及ということです。特定健康診査、特定健診をしているけれども、実際に指導を要する例はたくさんあっても、アルコールに限らず指導に至らないのが現状である。保健指導に乗ってくる人が非常に少ない。これはアルコールに限った問題ではないということでございます。

それから、先ほど言いましたように、講演会をしても地域ではなかなか参加者が集まらない。特にお酒を多量に飲んでいる本人は来ないのです。せいぜい、その配偶者が出席される程度ということです。その辺の工夫も必要だろうということです。

地域での保健指導の普及に関しまして、右側に最終的にこの求められる施策等というところの枠でございますけれども、保健指導がどの程度行われているのか、どのような方法で対応できるかも含めた実態把握の研究調査ということが一つ。それから、希望者を増やすように健康教育で健康志向を高めるよう、啓発のあり方を工夫する（健康日本21とも絡めて）。

2次予防を行う際には、やはり1次予防とセットにすることが非常に重要な点だと思います。2次予防だけ切り抜いて行おうとしても、なかなか先ほどのように関心を向けたりする方が少ないという現状もございますので、2次予防と1次予防はセットになって動かすというような施策になっております。

その下に小さい字で書いてありますけれども、これは西浦参考人から出たお話なのですが、アルコール飲料にドリンク数表記をつけると、保健指導に活用することが可能となるということでございます。これはメタボ対策でも、カロリーとか体重を減らすときにはキログラムといいます、指標があると保健指導して客観的にフィードバックできる。御本人にフィードバックするのが容易になるということで、保健指導の際にも、このドリンク数とか、あるいは従来の単位、そういったものをアルコール飲料に表記していただくのは、非常に有効だというような御提言がありました。それを括弧でつけてあります。

2段目の保健指導実施者の不足。これは実際に、その下に書いてありますように、減酒支援、節酒指導というのは非常に飲酒量低減効果があるということは、我が国のデータでもありますし、欧米のいろいろな研究で実証されておりますが、実際にはまだ普及していないということです。外国でのエビデンスは十分あるのです。ただ、日本で論文になった研究は、まだ1つか2つにすぎないと思います。そのような段階で、その一つの論文の内容がここに書いてあります、減酒支援によって1年後にも32%の飲酒量低減効果を持続して生むという結果でございます。

その下を見ていただくと、AUDIT15点以上の男性34%、女性54%が断酒、節酒を望んでいる。一方で、医療機関や健康診断で節酒指導を実際には受けていない人が多いということです。実は、私たちが思う以上に節酒を求めている人というのは、医療現場にも地域にもいらっしゃるのです。われわれが感じている以上に節酒指導のニーズはあるということデータを示された。これは尾崎先生の御報告の中にあつたものです。

ただ、一方で若い人のビンジドリングについては、深刻に捉えていない現状があるということでございます。

右側のほうで、課題と問題点ですけれども、飲酒の介入について経験したことがない保健師が多いということです。精神科のスタッフ、医師でさえ介入方法を知らないというような現状がございます。

一方で、その介入方法としてブリーフ・インターベンションとは言いながら、まだ10分、20分かかるとのが今行われている介入でございますので、かかる時間のさらに短い簡便な介入方法の開発というのも必要ではないかというお話もありました。

といったところで、この人材の育成というのが非常に重要だということが右側に出てきます。すなわちSBIRT及びアルコール依存症に関する研修等による人材の育成です。SBIRTをキーワードにした人材の育成というものが施策として出されるだろうと思います。

それからもう一つ、モデルです。この減酒支援については、日本では2年前になりますか、特定保健指導の中に減酒支援が組み込まれております。ただ、それ以外では余り広まっている状況ではありません。もちろん、地域ではそのような実践をされている地域というのはごくわずかで、恐らくモデルといえるような形で日本で先駆的に行われているのはまだ4、5カ所だと私自身は理解しております。そういう意味では、これから地域で普及するためには、地域モデルが必要ではないかと考えます。

ですから、この中で特に重要な点を3つ挙げるとすれば、ブリーフ・インターベンションの効果を検証するような調査・研究です。それから、ブリーフ・インターベンションが実施できるような人材の育成。そこで育成された方々によるモデル地域の創設。そういったことが柱になるのではないかと考えております。

職域のほうなのですが、ここも指導を行っているのは実際に問題意識の高い産業医、保健師のいるところに限られている。健診で飲酒量、頻度の調査が行われても、その情報が有効に活用されていないという現状で、本当に熱意のある産業医あるいは保健師さんの手によって行われているという現状でございます。しかも、これは大企業の話で、中小企業に至っては取り組めていないというような状況でございます。さらに、先ほどもツールのお話をしましたがけれども、職場でも使いやすい介入ツールの開発というものが重要だという御意見がありました。

そういったところで、まとめられますのが一番右端の求められる施策の3段目になります。保健指導がどの程度行われているかの実態把握に関する調査研究。2段目が、医療機関と産業保健スタッフとの連携強化。アルコール健康問題に対する産業保健スタッフへの

研修の充実ということになります。

人材の育成、モデルといったところについては、市町村の取り組みの中にも含まれるという御理解をいただければと思います。

職域での2段目の、企業風土の問題。これについては、現状として営業現場での酒席の利用過多、飲酒に甘い職場風土があるという御指摘。それによってアルコール健康問題を軽視したり、保健指導を忌避するというような風潮がある。これについては、多量飲酒の弊害についての啓発が必要ということでございます。

先ほど言いましたように、2次予防というのは、やはり1次予防と切り離して行うものではない、一緒にセットで行うことで効果が生まれると思います。

最後の段です。労災や疾病との関連です。これについても、日本でエビデンスが非常に少ないという問題が大きいところで、どうしてもこの対策を考えるときには、外国のエビデンスを引いてこざるを得ないというところです。産業保健のよりどころとなる労働安全衛生法との整合性を調整することも重要でございます。

課題、問題点としては、例えばアルコールの依存あるいは乱用と、作業能率あるいは労災事故、あるいは鬱病等のメンタルヘルス不調、こういったものとの関連、そういったものを調査研究することが重要だろうということです。そういうエビデンスがまず、職場で管理者の意識を高めるためにも非常に重要だろうという意見でございます。

右端に施策として、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過量飲酒との関連についての調査研究ということでまとめられています。

報告は、以上でございます。

○樋口会長 ありがとうございます。

このワーキンググループに関しては、特に分けなくて両方を一緒に議論したいと思いますが、今、枉座長からまとめていただきましたけれども、何かコメント等ございましたらどうぞ。

今成委員。

○今成委員 例えば、SBIRT及びアルコール依存症に関する研修等というような言い回しになっているのですが、この行われているところでは、例えば減酒というのがいいのか、節酒というのがいいのかというのはあるのですが、その指導というのが多分健診では非常に大きなポイントになると思うのですが、このSBIRTにそれが含まれているというような考え方でいいのでしょうか。それというのは、減酒とか節酒指導のような言葉が出てきていないので。

○枉委員 SBIRTの中にももちろん減酒指導が入っています。

○今成委員 入っているということで、ここにその言葉が出てこないということですね。

○枉委員 そういうことです。

ただ、最初にお話しましたように、SBIRTの中の減酒支援の扱い方については、介入する場所によって扱い方が非常に重い、多少軽いというのがあると思います。

職域などでは減酒指導のほうが非常に重要だと思うのです。ただ、医療になると、むしろ重篤な人が多いものですから、RTのほう、専門医療への紹介という部分の比重がより重くなる。そういうものを全部ひっくるめてSBIRTということになります。

○今成委員 ここは健診なので、どちらかといえば減酒指導のようなことが言葉として入ったほうがわかりやすいかと思いました。

○杠委員 この中にですか。

○今成委員 はい。今ここで扱っているのが、医療ではなくて健診ということなので。

○杠委員 一つ意識としてあったのは、こういう研修会をさまざまな場所でといますか、医療対象とか、地域の保健師さんを対象あるいは産業保健師さんを対象に別々に組み立ててやるよりは、多分まとめてやることのほうがより効率的ですし、そういうことになるかもしれないということです。ですから、全部まとめた形をつくったということです。

ただ、もちろんニーズが高ければそれぞれの専門性に応じて、職域向け、医療向け、地域向けというようなものはあり得ると思いますけれども、まずは包括した形でSBIRT研修というものを立ち上げたほうが現実的かという気がします。

もう一つの問題は、今、この研修会をやろうとしても、講師になる指導者というのが非常に我が国では少ない状況です。そういう意味では、幅広く数多くの講習会を実際にやるということは、今の時点では難しいように思います。限られた数でこの研修会を開いていくこととなりますので、そういう意味では全部をまとめた形で行っていく。対象を幅広く受け入れる形での研修会というのが当面は現実的かという思いはあります。

○樋口会長 よろしいでしょうか。

○今成委員 基本計画という形で、そこに施策を書いていくときに、その書きぶりがどのようなアピールをするかということがとても大事だと思うのです。例えば、ここだと市町村の保健指導をやられる方とか企業の産業保健師の方たちがここの施策を見たときに、ぱっとわかるような言葉で書いてあると動きやすいと思います。

○杠委員 わかりました。

この文言を見て、イメージがすぐ湧くということですね。

○樋口会長 今の座長のお考えでまとめてやったほうがいいというものもあるし、個々にもう少し幅を広げたほうがいいとかあると思うのだけれども、そのあたりをもう少し議論をやっていったほうがいいと思いますので、余り今ここで固めないで柔軟にお願いしたいと思います。

ほかにございますでしょうか。

田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 先ほどの前の議論で、暴力とか犯罪というところでいろいろ問題があって、どこにつながるかというときに、アルコール依存症の支援の機関につながだけではなく、犯罪とか暴力とアルコール問題を抱えた人に、このSBIRTレベルの対応で介入するというのは当然ありだと思ひまして、ここで書くことかどうかわかりませんが、むしろほか

の社会問題のところのアルコール問題で振り分けてSBIRT的なところでそれを受けるとい
うのもあるかと、そのような考えが湧いたのです。

○樋口会長 そのあたりに対するエビデンスというのはあるのですか。

○杠委員 ほかの問題を起こした、例えば暴力とか起こした方に対する。

○樋口会長 社会的な問題に対すること。

○田辺委員 例えば、若年者の飲酒運転だとか、中には依存症ではないけれども、お酒の
飲み方に問題がある人というのはいらっしゃると思うのです。

○杠委員 刑務所とか、警察に捕まった方に対して、ブリーフ・インターベンションを行
う、節酒指導を行うということで減酒効果が見られたという報告はあります。

ですから、地域での窓口は、そういう意味では数からいっても、アルコール依存症とい
った方までも対象にできるようにになれば、受け皿として非常に有効であると思います。

ただ、そういうものを広めていくために、そういうことができる人材をふやしていくと
いう、人材の確保、人材育成というのが非常に重要かと思えます。

○樋口会長 法務省が新しくプログラムを始めていると思えますけれども、あれはどのく
らいの広範な実施を考えていらっしゃるのでしょうか。

○法務省 法務省矯正局成人矯正課の中村と申します。

飲酒運転事犯以外の受刑者に対するアルコールのプログラムに関しましては、来年度、
全国の刑務所での実施ということで、現在準備を進めているところではあるのですが、一
応そちらのプログラムを実施するに当たっても、スクリーニングテストのようなものを実
施しまして、高リスクかつ望ましい変化を得られる者を抽出した上で実施していくとい
うように検討しております。

なので、どれぐらいといいますか、何名程度のところまではまだ把握し切れてい
ないところではあるのですけれども、このような説明でもよろしいでしょうか。

○樋口会長 私たちからすれば、暴力と飲酒というのは切っても切れないような状況があ
るので、できるだけ積極的にやっていただければと思います。

ほかに何かございますか。

どうぞ、中原委員。

○中原委員 今から言うお話は、保健指導につながるかどうかは別として、せつかく地域
での健康診断等を活用して保健指導といいますか、本人の減酒のきっかけにしようとい
うようなことで、ここの項目はいろいろと施策を考えているかと思うのです。それでしたら、
施策の中に、例えば地域においてあらゆる機会を活用してAUDIT等を受けられるような取
り組みを行うとか、そういった形で市町村が実施している特定健診の際に、市町村がみず
からAUDITを受診者の方にお配りして、保健指導までつながらなくても、本人が自己チェッ
クをして、ちょっときっかけになるだとか、あるいは健康教育等もいろいろ市町村のほう
でやっているかと思えますので、そういったところも施策として書き込んでいただいたら
いいと思いました。

○樋口会長 座長、いかがでしょうか。

○杠委員 ほかの制度との調整というのは必要なのですが、すでにあるデータ、ここで言いますと特定健診の中では飲酒頻度、日本酒換算で1合、2合などの量は出ていますので、そういったところからでも2次スクリーニングに引っ張るということは積極的にしていただくことができるのではないかと思います。

○樋口会長 ほかはいかがでしょうか。

見城委員、どうぞ。

○見城委員 大企業というのは本当の一部で、ほとんどが中もつかない小企業で、私なども知る限り、産業医などおりません。それで、この基本的なベースが、熱心でなくても産業医がいるというようなことが大部分のベースになると全く違ってしまいうので、その辺をどう盛り込んでいただけるか。

それに、最近の企業の状況といたしまして、大変人気のある企業でも、昔の一流企業と違って、非常に子会社が組み合わさったような形でして、そのようなところに勤めている若者に聞きますと、健康診断等がかつての大企業が行ったようなことではない状況なのです。ですから、ここで大事なのは、漏れなく若者たちをカバーできるような、そのための文言を入れていただきたい。ぜひ、その辺をお願いいたします。

○樋口会長 大事な視点だと思いますが、いかがでしょうか。

○杠委員 この場で私自身がお答えできるようなものではないのですが、ぜひ御意見として、やはり中小企業で産業医がいない、実際に保健指導もできていないという場所をしっかり意識して、その数がむしろ非常に多い、大半がそうだという現状を踏まえた施策というのが重要だと認識します。

ありがとうございます。

○樋口会長 猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 先ほどの中小企業の健診のことです。すごく大事な点だと思います。昔は政府管掌健康保険と呼ばれていましたが、現在ではこれを協会けんぽという形に組織されています。三重県でも協会けんぽ三重の保健師さんたちが健診を受けた人たちにAUDIT-Cをやったり、ICD-10を実施することを今年から始めています。

ですから、中小企業向けのSBIRTは私は可能だと思うし、盛り込んでやっていただきたいと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。

そろそろよろしゅうございますでしょうか。

どうぞ。

○今成委員 後のディスカッションのときでもいいのですけれども、このドリンク数または単位をアルコール飲料に表記するというのは大変いいアイデアだと思いますし、海外でやっているところもあると思いますので、ぜひ友野委員とか坂田委員とか、酒類業界の方のお話も聞けたらと思っています。

○樋口会長 現に海外でラベルに張ってあるところがありますね。オーストラリアなどはそうですが、私も実際に見ましたが、そのあたりについて、ここで話しするのが適当だと思いますので、もし何か意見等ございましたら、友野委員、いかがでしょうか。

○友野委員 今、業界の中で、スタディーチームで話している中で、ユニットについての考え方も出ているのですけれども、今の段階ですぐ業界として取り入れるというところまでは行っていません。ユニットの考え方について議論の中には出ているということだけ御連絡します。

○樋口会長 坂田委員。

○坂田委員 友野委員がおっしゃったようなところで、まだ、我々は小売としてはそこまですでなかなか踏み込んでできないところが随分ありますので、メーカーの皆さんとお話ししながら進めていきたいと思っています。

○樋口会長 ありがとうございます。

追加はありますか。

○今成委員 多分、ディスカッションのときでいいと思うのですけれども、酒類業界の会議でどのような進捗状況かということ。それから、小売りの方たちのほうで、酒税法に絡んだ動きもあるように聞いていますので、そのあたりなども後でまた教えていただけたらと思います。

○樋口会長 それでは、後でまた時間。

○坂田委員 それはワーキンググループのときでもよろしいですか。

○樋口会長 いや、後でまた、きょうは時間がございますので、もしそこで話しできればお話しいただきたいし、もう少し時間が必要であれば後でということになると思います。

それでは、時間も過ぎていきますので、よろしゅうございますか。活発な議論をありがとうございました。

では、次の議事に入りたいと思います。

ワーキンググループの議論も徐々に進んでいます。基本計画の全体や重点を置くべきテーマなどについて、少しここで議論する時間を考えています。

そこで、その議論に資するように、私のほうから、用語の定義の話と研究の推進について、少し時間をいただいて、お話しさせていただきたいと思っています。また、参考人としてお招きいたしました松下幸生先生から、アルコール健康障害における女性、高齢者の問題についてお話をいただき、その後で、皆様に御自由に御討論をいただければと考えています。

いつもと同じように、進め方は1人10分程度で御報告いただき、そのテーマに関連して10分程度の意見交換を繰り返すという形でやっていきたいと思っています。

まず私のほうから簡単にお話を申し上げたいと思います。正面のパワーポイントと、委員の先生方のお配りしている中に資料3-2というものがございますが、それも一緒に見ていただきたいと思っています。

まず、用語について簡単にお話したいと思いますが、私が自分で申し上げていて、どのような用語を出すのがいいのかということがよくわからなかったこともありまして、簡単にここで持ってまいりました。

(PP)

まず、純アルコールの表記というものですけれども、たばこは1本2本と数えられますが、アルコールはお酒の種類によって中に入っているアルコールの濃度が異なりますので、通常これは慣用的にだと思えますが、純アルコールのグラムをもって飲んだアルコールの量を表記するというのが大体一般的です。

計算する場合には、飲んだアルコールの量のミリリットルに、度数を100で割ったもの、さらにこの度数というのは私の理解が正しければ、これは体積のパーセントのことを度数というように表記するということになっていると思います。ですから、飲んだ酒量に度数を100で割ったものを掛けた場合に、出てくるのは体積です。実際にアルコールは比重が水よりも軽くて0.8前後なので0.8を掛けてグラムを出すというように一般的にやっていると思います。

例えば、ビール350ミリリットルの缶だと14グラムぐらい。アメリカの1ドリンクというのは14グラムになっています。

それから、標準飲酒量というものがあっていて、これは英語でStandard drinkと言っていますが、日本には2種類のユニットがあっていて、先ほどから話が出ている1ドリンク、純アルコールで10グラム。1単位というのが昔から使われていて、これは純アルコールで20グラムというように、2つのユニットが使われているということです。

それから、これは厚労省の用語ですけれども、「節度ある適度な飲酒」、このような言葉が第1次健康日本21で規定されています。今、進行しているのは第2次健康日本21ですけれども、その前、あれは何年から何年までか正確に覚えていませんが、平成25年くらいまででしょうか。

○厚生労働省健康局 第2次は25年から始まっています。

○樋口会長 そうですね。ですから、第1次は24年末までですね。

○厚生労働省健康局 2000年から2012年までです。

○樋口会長 そうですか。この第1次の健康日本21で規定されていて、1日平均20グラム程度のお酒。これは中年の男性で顔の赤くならない方ということです。女性・高齢者・飲酒後顔の赤くなる人はこれよりも少なくするとなっていますが、どのくらい少なくするかということについては規定されていません。

第2次健康日本21で、これは先ほど説明があったとおり平成25年からですけれども、「生活習慣病のリスクを上げる飲酒」という言葉が使われています。1日平均男性で40グラム以上、女性で20グラム以上ということになっています。後で松下参考人のほうから話があると思いますが、男性と女性では、アルコールに対する体へのインパクトが異なりますので、このようになっています。

(PP)

先ほどから話が出ているこのビンジというものですけれども、英語だとBinge drinkingですが、これを日本語にした場合の定訳はありません。さまざまな場所でさまざまに使われています。ここでは、仮にビンジ飲酒というように翻訳したいと思いますが、短時間に大量に飲酒することということですのでけれども、日本におけるコンセンサスはないと理解しています。

WHOは、「heavy episodic drinking (大量機会飲酒)」とあって、1回60グラム以上の飲酒を30日に1回する。その場合にこの「heavy episodic drinking (大量機会飲酒)」というように定義すると言っています。この60グラム以上というのをWHOからかりてくると、これも一つの基準なのかと考えられます。

アメリカの国立アルコール症研究所ですけれども、これはアメリカの政府の一機関ですが、アルコール血中濃度が0.08g/dLに達する飲酒というように定義されていて、通常の男性はアメリカの5ドリンクですから70グラム、女性は56グラムを2時間以内に飲酒した場合にこれに該当するということになっています。日本の場合も、このコンセンサスが必要なのではないかと思われまます。

それから、多量飲酒ですけれども、これは第1次健康日本21で定義されていて、1日平均60グラムを超える飲酒ということになっています。

大量飲酒ですけれども、この大量飲酒については日本ではコンセンサスはありません。さまざまな場面でさまざまな定義で使われているということです。

米国の国立アルコール症研究所の場合は、1回5ドリンク(70g)以上を30日に5回以上飲酒する場合に大量飲酒と定義している。このあたりのコンセンサスも将来必要なのかもしれません。

(PP)

危険な飲酒という言葉があります。これはWHOが使っている言葉でして、今の飲み方では、今のこの時点で健康障害を生じていないけれども、今のままお酒を飲み続けると将来障害を起こすリスクが高いような飲酒を危険な飲酒とっています。これは、2018年にリリース予定のICD-11という診断ガイドラインの中には正式に収載される予定になっています。

アルコールの有害な使用はWHOが規定しているICD-10の中に入っていて、飲酒によって何らかの健康障害が生じているが依存症には至っていないということです。

これは健康障害だけにターゲットを絞っていて、例えばお酒を飲んで暴力を振るって、暴言を吐いている方がいても、この人に健康障害がなければこのような診断には入らないということです。

それから、アルコール使用障害という言葉があります。

これはWHOでは定義がないのですけれども、通常、依存症と有害な使用を合わせた概念で、広くアルコールの問題を捉える場合に、アルコール使用障害というようなことが言われています。

米国の精神医学会が出している精神疾患の診断・統計マニュアルの第5版の中には、このアルコール使用障害が定義されています。

(PP)

このように、11項目の項目の中で、2項目以上が「はい」の場合には、そのように定義するというようなことになっています。

ぱっと見ていただければわかるとおり、その辺でお酒をたくさん飲んでいらっしゃる方は、多分これに該当するのではないかと思うくらい、診断の基準が閾値がかなり下がっているという状況です。

(PP)

これが最後ですけれども、依存症は今のところWHOが出しているICD-10という、我々が日常の臨床で使っている診断ガイドラインで示されています。

これは次のパワーポイントで出てきますけれども、6項目の診断ガイドラインがあって、その6項目のうちの3項目以上が過去1年間のどこかで同時にある場合に、依存症と診断します。

それから、断酒と禁酒ですけれども、これは断酒会の大槻委員がお見えですが、このあたりについて、詳しくは私はわからないのですが、両者の差は明確に定義はされていないと思います。断酒はみずからの意思で、禁酒は周囲からの指示で飲酒しない状況がある場合に、そのように言うという解釈もあるようであります。

減酒または飲酒量低減ですが、これは結果にかかわらず、ただ今飲んでいるお酒の量を下げるというのを減酒または飲酒量低減と呼ぶものだと思います。

よく出てくる節酒ですけれども、いろいろ調べてみましたところ、これには単なる減酒と減酒による健康障害・社会機能の向上も含めた状態の2通りの考え方がある。単にお酒を減らすということと、減らした結果として健康障害・社会機能もよくなっているという、結果を含めた2通りの考え方がありますが、我々が何年か前に我が国のアルコールの専門医165人に対して調査を行ったところ、90%近くの方が結果がやはり求められるべきだと考えているということで、そちらのほうを支持する意見が大きいかと考えられます。

以上です。

(PP)

これはICD-10アルコール依存症の診断ガイドライン。これが現実の患者さんを診断する場合に使われているということでもあります。6項目ありまして、この6項目のうちの3項目が過去1年間に同時にあった場合に、依存症というように診断するということです。

飲酒したいという強烈的な欲求、飲酒のコントロールの障害、離脱症状、手が震えるとか汗が出るとかです。それから、酒に強くなったという証拠。1日の大部分の時間をお酒のいろいろなことに費やしている。飲酒中心の生活といいます。本人が精神的問題・身体的問題がお酒のために悪化しているということを知っているけれどもやめないという、この6項目であります。

(PP)

それでは、研究の話をしたいと思います。時間も限られていますので、足早にしたいと思います。

(PP)

まず調査研究の必要性ですけれども、ここに3つ書いてあります。

アルコール健康障害対策の立案・施策の根拠となる実態の提供がまずあります。2番目に、アルコール健康障害の予防、治療、再発防止等を有効に実施するための根拠ある手法の提供です。最後に、これはちょっと関係ないかもしれませんが、研究をすることによって、そのような方々が実際の健康障害対策に入ってくるということがありまして、広い意味で見ると、マンパワーの養成にもつながるといふことでもあります。

(PP)

我が国におけるアルコール関連の調査研究の実態ですけれども、アルコールにかかわる分野は広いので、アルコール健康障害に関する研究が不十分な分野が多い。これはもう何回も指摘されています。

しかし、未成年者の飲酒実態とか成人の飲酒実態とか、コホート研究等、一定の成果が出ている分野もあると思われれます。

(PP)

資料3-2に「C. 調査研究の現状」というのが書いてございますが、これは細かく説明していると時間がかかりますので、このような実情がある。これは私の考えですけれども、例えば実態調査からすると、先ほども申し上げましたとおり、未成年者の飲酒実態調査、成人の飲酒実態調査はある一定のスパンをもって定期的に行われている。このようなデータがWHOとかOECDに提供されていて、世界のほかの国のデータと比較できているということもある。

縦断的な研究というのは、これはアルコールに特化したものではないですけれども、大規模なコホート研究が幾つか走ってしまっていて、ここでお酒と健康問題へのリスクに関してのデータがかなり出ています。

健康問題に関しては、以前は厚労科研の石井班でやっていました。堀江委員もかかわっていましたが、最近少し縮小しているように思います。それから、国民にわかりやすいアルコール健康障害のリスク表というのを今、厚労科研の樋口班でつくっているところです。

DV等については、研究が非常に限られています。特に、アルコールとDV、アルコールと暴力、虐待等の研究は非常に限られています。

胎児性アルコールスペクトラム障害という非常に大きな問題があるのですけれども、これは1990年ぐらいに小さな研究が1個あって、以後全く研究がないということで、世界の中でかなりこの部分についてはおくられていると思います。

家族の実態ですけれども、ちょっと古い研究で清水班という文科省の研究でこの研究があったり、厚生労働省の研究ではなくて事業の一環として調査が行われたりしていますが、

本格的に細かいところまでというのはなかなか行われていない。

あと、教育・不適切な飲酒予防等についても、研究がかなり限られています。

相談・社会復帰・民間団体等についても、断片的には情報はあるのだけれども、それが一元的にまとめられていないとか、マニュアルのようなものがまだ十分よくできていないというようなことがございます。

健康障害のメカニズムに関しては、特に臓器障害に関しては、内科の先生を中心に研究が行われていますけれども、必ずしも十分だとはいえない情報だと思います。

スクリーニング・診断・治療研究・社会復帰等についても、研究が不十分であると思います。特に、先ほど枉座長のほうからもありましたけれども、SBIRTのエビデンスに関する研究は非常に限られていますし、我が国で治療のエビデンスを明確にするような無作為の統制試験のようなものが非常に限られているということが言えます。

人材確保についても、実態がよくわかっていないところが随分あります。特に、大学における専門教育あたりの実態についてはよくわかっていないということです。

さて、これが簡単な実態の状況ですが、求められる調査研究体制ですが、今の資料のところにも書きましたけれども、アルコール健康障害の研究・治療を推進するためのセンターが必要なかもしれない。米国には、先ほどから申し上げているとおり、国立アルコール乱用及びアルコール症研究所というものがございます。NIAAAといわれていますけれども、これが一元的にアルコールの研究を推進しているということです。

(PP)

このようなものをつくるのはなかなか難しいかもしれませんが、既存の施設の中にそのような施設、センターができる可能性はなくはないかと思えます。

ここに米国立アルコール乱用・アルコール症研究所の状況が書いてありますけれども、ここに書いてありますとおり、アメリカの国立保健研究所という大きな研究所がありますが、この研究所は27研究所のうちの一つで、ヒューズ法によって設立された。ヒューズ法というのは、今、我々が議論しているアルコール健康障害対策基本法のアメリカ版のようなものですが、それがつくったものです。

それから、人々の健康や福祉に対するアルコール使用の影響に関する研究を実施しているということになっています。研究所内での研究と研究所外への研究費の提供を実施していて、世界最大の研究費の提供組織になっています。

ここに書いてございますとおり、研究の予算が1年間に556億円ということで、我が国に比べると、恐らく桁が2つ以上違うかもしれないということだと思います。

これも踏まえて、研究費の増額がなければ十分な研究ができないということですし、あと、もう一つ追加して言わせていただければ、研究費が継続して供出されることが必要だということ。これについては、尾崎委員も随分強く指摘されていましたが、そうでないとデータの定期的なフォローアップのようなことができなくなってしまうということです。

(PP)

重点の研究課題というものをここに実態調査で12個並べました。これは、またワーキンググループの中でも出てくることだと思いますので、説明いたしません。

(PP)

予防・治療に関する研究の重点的な課題がここに書いてあります。

これについても、これを参考に、おいおいワーキンググループの中でまた議論していただければと思います。

(PP)

最後です。とても大事なことは研究結果を公表することだと思います。アルコール健康障害対策を推進するために、研究結果はわかりやすい形で公表されるべきです。そのため、実態や予防・治療等の現状をまとめた報告書などが定期的に公表されるのが望ましいと思われま

す。健康障害の診断・治療・相談支援等のガイドライン、マニュアルは公表していただきたい。また、ガイドライン・マニュアルは定期的に更新する。

最後に、アルコール健康障害対策にかかわる社会的資源を整理して公表する。また、このデータも定期的に更新するということが必要かもしれません。

以上です。ありがとうございました。

何か質問、コメント等ございましたら、どうぞ。

○竹島オブザーバー アルコール健康障害の研究・治療を推進するためのセンターの設置というのは、これはぜひ進めていただけたらと思います。

私も自殺予防総合対策センターの運営にかかわってきたのですが、やはり調査、研究を軸にして情報発信、人材育成といったセットで事業を行うというのは重要な要素だと考えております。

○樋口会長 ありがとうございました。

ほかに何かございますでしょうか。

どうぞ、猪野委員。

○猪野委員 用語のまとめがとても参考になって、このようなものが公表されたらいいと思います。その中の一つお願いしたいのは、「low risk drinking」の用語の定義と「at risk drinking」の用語の定義をお願いします。また、「Hazardous drinking」は[at risk drinking]と同じ意味の用語として定義して良いのかどうか、先生の考えを聞かせて下さい。

○樋口会長 済みません、もう一度。

○猪野委員 「at risk drinking」という用語の定義をお願いします。また、研究センターを作ることは私も非常に大事だと思います。研究センターの研究テーマにはアルコール依存症の発症の要因、日本人に多いフラッシュタイプの研究、このような基礎的な研究をぜひ含めていただきたいと思います。

○樋口会長 私が先ほどお示した用語の定義というのは、コンセンサスがあるものなのです。ですから、「Hazardous drinking」というのは、あれはコンセンサスとしてWHOの中で決まっているのですけれども、「at risk drinking」に関しては、恐らくいろいろな方がいろいろな考え方をしていると思うので、それについてもし必要であれば、いろいろと文献を集めて調べてみたいと思います。

今成委員、どうぞ。

○今成委員 先ほど飲酒運転の対策の求められる施策等のところで、飲酒運転者にアルコール依存症が疑われる場合はという言葉になっているのですけれども、もうちょっと幅広くしたいと思ったのです。例えば、そのときにどの用語をつけるのがいいのか。例えばアルコール依存症や危険な飲酒がいいのか、乱用がいいのか、どのような用語をつかうべきでしょうか。

○樋口会長 今のところ、余り適当な用語は実はないのです。

先ほどから申し上げているとおり、WHOの系列から見ると、依存症、有害な使用、危険な飲酒のようになっているのです。

ところが、有害な使用というのは、これは健康障害だけに限っているのです。ですから、もしかして一番適切なのは乱用なのですから、乱用という言葉は既になくなっていきますので、できればそれは宿題として少し考えさせていただきたいと思います。

とても大事なことだと思います。

○田辺委員 昔、問題飲酒という言葉があったのです。problem drinkingもありましたね。

○樋口会長 それの定義がもうありません。ですから問題飲酒を使うとしたら、ここの中で定義をある程度決めて、このようなものですよというようにすれば問題ないと思いますが、危険な飲酒は、今は問題がなくて、将来的な話をしているので、ですからちょっとそのあたりはそれに該当するのは難しいですね。

○今成委員 多分施策を書くときに、どうしてもアルコール依存症だけでなく、もう一つ必要だと思うので、そこを何にしたらいいのかというところは、ぜひ何か決めていただきたいと思います。

○樋口会長 そのあたりについて、また御意見をいただければ、ディスカッションした上でコンセンサスをつくっていきたいと思います。

ほかはいかがでしょう。もし、よろしければ、次に行きたいと思います。

それでは、続いて参考人の報告に移りたいと思います。

これまでの議論の中でも、女性の問題、高齢者の問題、とても重要な問題というようなことでディスカッションされてきています。その点について、松下幸生参考人に御報告をお願いしたいと思います。

それでは、松下参考人、よろしく申し上げます。

○松下参考人 久里浜医療センターの松下と申します。どうぞよろしくお願いたします。

きょうは、猪野先生を初め、精神科のベテランの先生の前でこのようなお話をするのは

非常に恥ずかしいのですが、女性と高齢者のアルコール問題について、時間が限られていますので、簡単にまとめました。

(PP)

まず、女性のほうでございしますが、こちらはきょうお見えになっている尾崎先生が13年に行われた全国住民調査をまとめられたものです。

年代別、性別に分けて飲酒者の割合です。飲酒者というのは、調査の前1年間に飲酒経験のある人と定義をしているのですが、その割合を見たものです。一番下、これは成人を対象にしていますので、二十からということになります。5歳区切りで見ると、見ていただきたいのはこの男女の開きでありまして、若い世代と中年、高齢者というように分けると、男女間のこの割合の差というのがかなり違っているということがおわかりいただけると思います。特に、20代の前半ですと男性と女性の比率はほぼ同じということで、女性の飲酒者が非常に多くなってきているということを如実に示していると言っていると思います。

これはあくまでも横断的な問題ですけれども、例えば、今の高齢者、高齢の女性というものはほとんど飲酒をしていないということがわかりますが、若い世代が将来、例えば5年後、10年後にどのような問題を出してくるかというのは、非常に公衆衛生的にも重大な問題だろうと考えられます。

(PP)

一方、こちらは症例といいますか、依存症のほうになります。余り依存症のことを強調しないようにとは言われたのですが、病院のほうで集計をとれるということ、依存症の数ということになってしまいますので、左側は久里浜医療センターだけの数字です。ごらんいただいてもわかるように、年々増加をしている。右側の棒グラフは、全国のアルコール依存症の専門医療機関54施設に入院をされている800名以上の依存症の方の性と年齢で分けて、その割合を見た非常に簡単なものです。

ただ、見ていただくと、赤が女性でブルーは男性なのですけれども、年齢が全然違うということがわかります。女性は30代が中心で、男性は50、40、60代というように、中年が中心ということになります。だから、若い女性の依存症者が既にふえているということです。

(PP)

臨床的に見て若い依存症の患者さんはどのような特徴があるかということなのですが、男女を比較するといろいろな点で特徴がありますが、やはり精神科のほうで憂慮しなければいけないのは、精神科合併症が非常に多い。特に鬱あるいは希死念慮、自殺企図です。こういった非常に重大な転機につながりやすい合併症を女性のほうが高い割合で持っている。これは、年齢的な違いも大きいかもしれませんが、こういった特徴が見られます。

(PP)

まとめますと、女性のアルコール問題はもちろんこれだけではないとは思いますが、

私のほうで考えたところでは、特に若い世代の女性飲酒者がふえているということと、これはバイオロジカルな問題なのですが、男性と比較して女性の特徴としては、短期間で依存や肝障害を形成するというところがあります。

特に、この肝障害のほうは、私が学生のころから、女性のほうが少ない飲酒量と短い期間で肝障害を起こすということは既に指摘をされてきました。最近では、依存の形成も女性のほうが早い、短いということが言われています。なので、こういった特徴がある。

問題飲酒の契機が、比較的ライフサイクルの課題と関連していることが多い。例えば、家庭の中の問題であったりとか、そのあたりは少し男性とは違うかもしれません。先ほどお示ししましたように、ほかの嗜癖関連行動や、精神科的な合併症が非常に多いということが特徴として挙げられるのと、先ほどから何度も出ておりますが、家庭内暴力あるいは身体的、性的虐待の生育歴と関連をします。これは非常にデリケートな問題なので、余りこうした大がかりな調査はないのですけれども、海外の論文を引っ張ってきますと、女性のアルコール依存症者の3人に1人に性的虐待の既往があったというようなレポートもありました。性的虐待の既往歴、生育歴があるということが、アルコール依存症ないしは自殺のリスクを上げることが知られています。

あと、特に若い女性の飲酒の問題というと、やはり次世代への影響です。胎児性アルコール症候群、あるいは授乳中の飲酒による乳児への影響といったようなものは、考慮しなければいけないのは当然だと思います。

(PP)

続いて、高齢者のほうに移らせていただきます。

(PP)

高齢者にもやはりバイオロジカルな問題があります。同じ飲酒量でも、高齢者のほうが血中アルコール濃度が高くなります。これは高齢者のほうが体の中に占める水分量が少ないせいだと言われます。

一方、中枢神経のアルコールに対する感受性が高齢者のほうが高い。これは同じ血中アルコール濃度でも、高齢者のほうが影響が出やすい。例えばふらふらするとか、酔っぱらった感じが強く出るということがいわれていて、わかりやすく言えば非常にアルコールに弱くなるということが指摘をされています。

(PP)

先ほどの一般の住民調査を見ますと、高齢者になると飲酒者は段々減っていきます。これはこのようなことも影響しているのだろうと思うのです。ただ、そうはいつでも、これはちょっと前の一般住民調査なのですが、65歳以上の高齢者も飲酒者は決して少なくない。さすがに1回当たり多量に飲む人は若い人より少ないのですが、AUDITやCAGEのほうですか、アルコール問題のスクリーニングテストですとか、ICDによる有害な使用、依存症の有病率というのは高齢者のほうが高いということで、高齢者にも決してアルコールの問題は少なくないということがおわかりいただけだと思います。

(PP)

また、こちらにも久里浜医療センターを受診する65歳以上の方の数・割合ですが、やはり年々増加をしていますし、これは厚労省の研究班で樋口先生が調べられた、全国の11専門病院で行われた調査でも、やはり高齢者の割合というのはふえているということがわかります。

このあたりは社会の高齢化を反映しているのかもしれませんが、ただ、お示ししますように、高齢になってから依存症になる方もいらっしゃるので、やはりそれだけの問題ではないだろうと思います。

(PP)

一方、こちらは依存症の有病率を日米で比べたものです。これは、樋口先生が行われていた住民調査はICDを使っているので直接日米との比較はできなかつたのですが、NESARCという大きなDSMを使った調査があつて、同じ調査票を使っているので日米で比較することができました。

アメリカでは、若い世代のアルコール依存症の有病率が非常に高いということが強調されるのですが、日本ではどうかというと、どちらかというと中年あるいは高齢者のほうが多くて、そういう特徴があるということがおわかりいただけるとと思います。

(PP)

高齢者に特有な飲酒問題のきっかけとしては、生活の変化、特には退職というのがよく言われます。あとは、家族関係が変化をする、あるいは慢性疼痛、不眠、鬱といったようなものが飲酒を促進することはよく知られております。

また、高齢者独特の心理として、孤独感ですとか不安感など、アルコールがそれを和らげてくれるので、自己治療的なものになることがあります。

(PP)

もう一つの高齢者の特徴としては、認知症や介護の問題で、介護現場でのアルコール問題です。このあたりは実際にお示しできるデータはほとんどありません。

国内では、関西のアルコール関連問題学会というところが介護従事者を対象にした調査を行っていて、ケアマネさんやヘルパーさん、あるいは看護師さんで、利用者の中でどのくらいにアルコール問題があつたか、経験したかということなのですが、約8割の方が利用者にアルコール問題を経験したと回答していて、介護現場でのアルコール問題というのはかなり深刻なのではないかと思われまふ。

下は全て海外の論文ですけれども、国際的にもこういう調査は少ないのですが、知られているところではかなり割合は多いと考えられます。

多量飲酒は認知症の原因にもなりますし、逆に認知症の周辺症状として飲酒の問題が起こることがあります。また、多量飲酒は栄養障害の強い引き金になります。大体、我々の病院を訪れる高齢のアルコールの問題がある方は、ほとんど衰弱した状態で来ます。なので、栄養障害がある。また、それがその認知症の引き金にもなるということで、この

3つは非常に密接な関係があります。

(PP)

ちょっと早足になりますが、高齢者のアルコール問題の特徴としては、バイオロジカルに老化に伴って脆弱性が高まる。高齢者のアルコール依存症がふえている。約半数が高齢、50代後半、60ぐらいの発症です。ですので、高齢人口が増加すれば増加するだろう。

高齢のアルコールの方に特徴的な問題は、認知機能の問題です。介護現場でのアルコール問題は多いし、介護者、要介護者、認知症者にアルコール問題が合併すると、当たり前ですが、介護負担がかなり強く、大きくなります。

ただ、国内外を問わずこのあたりのことは非常に調査が少なく、現状は十分把握できているとは言えません。

(PP)

これは女性アルコール問題の特徴と対策、全くの私見です。

知識を普及すること、次世代への影響というものを考えた対策をとらなければいけないだろうと思います。

また、こちらは依存症の方の中では、女性対象のプログラムというのを実施しているところが余り多くないという問題がある。先ほどのお話にもありましたが、胎児性アルコール症候群の問題。今はほとんど知られていないのが実態ですが、若い女性の飲酒者がふえているということは、今後増加してくるだろうということが非常に高い確率で予想されますので、定期的にモニターをしていくということが不可欠だろうと思います。

あと、家庭内暴力の問題です。このような相談窓口を設ける。

(PP)

高齢の方の場合は、就労世代ですと健康診断などで比較的把握しやすいというところがありますが、高齢者は自治体が行っている健康診断は受診しますが、ただ、アルコール問題のある方は余り健康診断を受けないというのはよく知られたことですので、やはり捕捉しづらい。

なので、一般医療機関できちんと捕捉して行くことが必要で、先ほど触れませんでした、一般医療機関でも高齢者のアルコール問題というのは余り知られていないせいで、見逃しが多いということも言われます。なので、これはいろいろなところに知識を普及することが必要だと思います。

あと、介護施設あるいは要介護者のアルコール問題は、何度も繰り返しますが、ほとんど実態もわかっていない状態なので、その実態調査がまず必要だろうと思います。

以上です。

どうも御清聴ありがとうございました。

○樋口会長 準備期間が短いにもかかわらず、よくまとめていただきました。ありがとうございました。

女性と高齢者の問題、先ほどから松下参考人のほうから、依存症にターゲットを絞って

みても、数が非常にふえているということで、看過できない大きな問題だということです。ですから、今回のこの健康障害対策基本法の中でも、とても大事な部分として位置づけられる必要があると思います。

さて、コメント、質問等ございましたら、どうぞ、
枉委員、どうぞ。

○枉委員 先ほど、高齢者のアルコール問題で、介護の現場で非常にアルコール問題を抱えた方が多いということ。これは人口が高齢化してきてから言われてきているのですが、実際に介護、ヘルパーさんとかケアマネジャーさんが、こういったアルコール問題に関して、研修を受けたり、学ぶ場というのはあるのでしょうか。

前から、私自身もこうした問題を調査したことがありまして、かなりの率で体験をされていて、在宅にアルコール問題を抱えた方がいらっしゃったと思います。記憶間違いでなければ、2割程度いらっしゃったように思います。

そういう点からも、研修をするような制度といいますか、機会というのがありますでしょうか。

○松下参考人 私が知る限り、関西のほうではクリニックレベルで、介護者の方や断酒会の方に協力をさせていただいて、ヘルパーさんとかケアマネさんにそういった研修を実施しているというのは聞いたことがあります。

ただ、それは本当に一部の志のある方の段階、レベルということで、全く全国的なものではありません。

○樋口会長 ずっと話題になっているとおりに、ある方がいて一生懸命で、その方を中心にしてある一つの事業は行くのだけれども、その方がいなくなってしまうと消えてしまうというものだったということですね。

ありがとうございます。ほか、いかがですか。

それでは、堀江委員からどうぞ。

○堀江委員 女性のアルコールの方がふえているのは実感していますが、その場合の先ほどから言っている家族の支援というところで、男性との場合と差があると思います。なれていないので調子が狂ってしまうところです。奥さんが来てくれる場合は多少なれているところがあるのですが、女性のほうが患者さんで、パートナーの方を呼んだ場合の対応策のようなものというのとはまともじゃありませんか。

特に問題になるのは、仕事を持っている方が多いので、お昼に来てくれないので、医者は待っていてもいいのですけれども、例えばソーシャルワーカーの方が夜まで待っていていただけるのかとか、それはもう休んで来てもらうのかとか、久里浜での対応を教えてくださいましたらと思うのです。

○松下参考人 私が知る限り、余りスタンダードな対応というものはないし、余り家族と一緒に来てくれるというケースそのものが余りない。よほどできた御主人だと、一緒に仕事を休んで来てくれるのですけれども、まず患者さん御自身で、1人で来ることが多いで

す。家族会などをやっても、奥さんはたくさん来てくれるのだけれども、御主人は仕事があるからということもあるかもしれませんが、余りその辺で熱心な方はいらっしゃらない。

○堀江委員 そうですね。内科の場合ですと、女性患者で来てくれる方が少しずつふえてきているのですが、何回か来ると来なくなる。ちょっとGTPが下がると来なくなってしまうというようなことがあるので、その辺のノウハウをぜひ確立していただいて、教えていただけたらと思います。よろしくお願いします。

○樋口会長 御主人そのものがアルコールの問題を持ったりするケースが随分いっぱいあるし、女性がアルコール依存症の場合には早期に離婚につながってしまいますね。

○堀江委員 ただ、独身の方も多くて、親が来てくれると80近い方だったりとかして、これはどうしたらいいのだろうかというようなところがあるのです。

○松下参考人 先ほどもちょっと触れましたけれども、夫婦関係が御本人のアルコールの問題だったりもするので、夫婦関係をどう修正していくかということも含めて検討は必要だと思います。

○樋口会長 松下委員、どうぞ。

○松下委員 話がちょっと戻ってしまうのですが、私の経験なのですが、関東圏の某県で、高齢者虐待対応専門員（ケアマネなどの地域包括支援センター職員、市町村職員対象）を育てておまして、その研修のプログラムの一つとして、私がここ7、8年ぐらいいでしょうか、精神疾患と依存症と高齢者虐待ということで、毎年講演をさせていただいているのですが、非常に皆さんの、受講生の方のニーズにヒットするらしくて、現場で依存症絡みのことが非常に悩まされているというのがよくわかっております。

そのときには、必ずDVとかアルコール依存症関連ということでは、行動への依存とか人への依存、共依存とか、そこら辺も全部触れてお話しさせていただいています。

○樋口会長 ありがとうございます。

見城委員、どうぞ。

○見城委員 質問と確認と今後の課題ということで、かつてキッチンドリンカーと言われましたね。私がこのようなアルコールの話をついところどころで女性たちに話すときに、依存症でない方は、女性はキッチンドリンカーなのよねというような認識の方が多く、キッチンでドリンクしない限りは依存症にならないのではないかとというようなイメージが定着しているのではないかと思います。このあたりが現状どうなのか。

大変スマートに美しくお酒を飲むという状況になっていますので、こことこれだけの30代での依存症というところの結びつきをどう世間に情報として出したらいいか。これは出さなければならないのだろう、課題であろうと思います。

その辺をお願いします。

○松下参考人 以前は確かにキッチンドリンカーという言葉が非常に有名になって、恐らくその当時は、やはり家庭の主婦が多かったのだろうと思うのです。最近では女性の中でも

昔ながらのキッチンドリンクの方もしゃいますし、あるいは男性のように働いている女性の中の依存症の方だと、ほとんど男性のような、働きながら外で飲んで、あるいは家でも飲んでということです。

なので、いわゆるキッチンドリンクというように言ってしまうと、かなり女性のアルコールの方の中でも限定されてしまうかと思います。その辺でも、男女の格差というのは段々少なくなっているかという印象を受けます。

あと、若い方のお酒の問題で、一時期、今もそうかもしれませんが、飲めることが称賛されるようなところが今の若い女性の中にもあるのかもしれませんが。そのあたりは啓発ということになるのだらうと思います。決してそれは格好いいことではないということは何かの形で知らせていく。それが教育なのか、どういうスタイルがいいのかよくわからないのですが、そのあたりを履き違えないように、例えばマスコミだとかにも協力をしていただいて、気をつけてほしいということが伝わるというとは思っています。

○見城委員 一言にしますけれども、女性の社会進出とこれは結びつけていいかどうか、いろいろ問題はあるかもしれませんが、今の話を伺いますと、女性の社会進出といろいろな意味での社会での役割が増してきていますが、そのことと酒量とアルコール依存症と、この辺のところもう少し精査されて、情報として出されれば、これは重要なインフォメーションになると思います。

ありがとうございます。

○樋口会長 渡邊委員、どうぞ。

○渡邊委員 女性のアルコール依存ということで、私が気になっているのは、売られている商品構造とといいますか、構成というのでしょうか、女性をターゲットにしたものが増えているのではないらうかという気はしています。それは未成年の飲酒にもつながってきて、軽いかライトとか、そういうことが一つ気になっていることと、あと、今、少子化という問題もありますけれども、この後、教育の場でも、産む性というものをすごく強調した教育をしていこうということで、啓発資料などを通して少し変えていくという話も情報として出てきています。

正しい知識をきちっと若い女性に教える。今、不妊治療などの問題もありますので、そのようなことが出てきているのですけれども、そういう中で、自分の体のことがきちんとわからない。男性と同じような量を飲んでいたら、あっという間に依存症になる。これはもう女性の体の問題。先ほどから伺っているとそういうことなので、そこをきちんと教育の中でしっかり教えていかないと、気がついたときにはもう遅いということになっているのだらうと思いますので、何らかの形で計画に入れていく必要があるかと、感想ですが思いました。

○樋口会長 教育は今成座長のところですね。

あと、先ほどのお酒の種類の話をしていましたけれども、具体的にはどういう種類ですか。ライトとかおっしゃっていましたが、そういうものが女性にターゲットが向い

ているのではないかという御指摘でしたね。

○渡邊委員 イメージです。

○樋口会長 イメージですか。

○見城委員 イメージです。それは、生産者のほうの方に伺えばよりわかりやすいと思いますが、色とか容器とか、アルコールで、たとえ軽くてもこれを何杯か飲めば、大変な酒量になるということに結びつかない形で市販され、宣伝され、女性たちが全然危険と思えない、そういうところが一切ない形で、今、販売が広がっているのではないか、女性の中に受け入れられているのではないかということです。危険のキの字が全くないです。

○樋口会長 松下参考人のほうからもお話がありまして、尾崎委員のほうからも追加があるかもしれませんが、若い女性と若い男性を比べると、今、若い女性のほうが高校生の女性をとっても、20代の女性をとっても飲酒頻度が多いですね。ですから、女性の問題というのは大きな問題だと思うのですが、今のことで、もし友野委員のほうから何かコメントがございますか。

○友野委員 今、お話された件につきましても、私どもの業界のスタディーチームで検討しております。4月に発足してこれまで4回開催しております。今月下旬にも5回目を開催します。これまで御提起いただいているような内容について、もちろん女性に対する取り組みも含め、検討をしております。

この会議の場で9月までに一定の基準の強化と改正についてお話しできるように、会議を自主開催しています。また、中長期的に、今後、我々業界としてどのように取り組んでいくべきかということも、あわせて検討しております。

さらに、イギリスやオーストラリアの取り組みについても、私どもなりに関係者に連絡をとってお話を聞いたり、共有しようということで、今、進めております。トータルで進めさせていただいていることを御理解いただきたいと思います。

○樋口会長 教育のことで、今成座長のほうから何かコメントはありますか。

○今成委員 3回目のワーキンググループがあるので、そこでもう一回全体を練り直したいと思っています。この女性の問題については、絶対に今回の基本計画の一つの柱にしなければいけないのではないかと感じています。リスクのある人たちが非常に飲んでいて、何も知らないという状態にあるし、実際に問題も起きてきているので、ぜひそれを取り上げたいと思います。一方、高齢化社会です。これからますます後期高齢者はふえるわけなので、その中で余計大変になってしまう、認知症がひどくなるとか、介護にも負担という形で、人生の最期をととても悲しい締め方をしなければならなくなるということについて、何とか防ぐというのは絶対に必要なので、この2つは柱にできないかと、私は個人的には思っています。

もう一つ、尾崎委員に質問があるのでありますが、最近OECDが世界の飲酒のデータを発表して、その中で日本は全体的に下がり傾向なのだが、よく飲んでいる2割の人が全体の7割を飲んでいる。それは世界で3番目に比率が高いというような報告がありました。こ

のあたりのことも、とても大事なポイントではないか。要するに、全体がいっぱい飲んでいるのではなく、一部の人が非常に多量飲酒をしている。それは対策を立てるために非常に大事なことなので、もうちょっと御存じでしたら教えていただきたい。

○樋口会長 OECDのデータは、尾崎先生が正月を潰して多分データをつくってくださって、OECDに送ってくださったと思いますので、尾崎先生が一番御存じだと思います。

よろしくをお願いします。

○尾崎委員 OECDは先進国が主ですから欧米の国がほとんどなので、日本だけが遺伝子的にアルコールを分解できなくて飲めない人が多い国なので、特定の飲める人が大量に飲酒するという統計が出やすいというのはあるのでしょうか。ですので、飲酒する人の割合の割には問題飲酒者が特定の層に集中するというのはあり得ると思います。

これからは飲酒問題が女性にシフトしてくるということで、まだ疫学的、医学的な証拠はでき上がっていませんけれども、個人的にすごく心配しているのは、少子化の中で、子供さんの中で発達障害とか学校に行けない子が多い中のリスク要因として、妊娠中のお母さんの飲酒があるのではないかとということが、十分あり得ると思っっているのですが、その胎児性アルコール障害のように重症ではない問題とアルコールとの関連が恐らく環境省のエコチル調査で明らかになると期待しているのです。

その辺のリスクが明らかになれば第一子の平均出産年齢が30歳を超えたことあって、長年の飲酒行動が女性に蓄積されて、それが次世代に影響しうると考えられます。少子化なのに、将来に社会的支援を多く必要な子供が増える、すなわち将来の社会保障を多く必要とする人たち、たとえば生活保護の増加の一因になっていくという、日本社会そのものの維持ということも考えると、とても大きな問題をはらんでいると感じています。

したがって、1%の新しいアルコール飲料が出たりとか、女性と子供が飲みやすいと思われるアルコール飲料や、アルコールテイストのノンアルコール飲料が右肩上がりに売れたり、といった現象をふまえる、もっと社会として踏み込んだ対策を打たないと、将来のこの国そのものの存立にかかわると感じています。

○樋口会長 済みません。大変申しわけない。この松下参考人の発表はこれで一度締めさせていただきます。

残りは10分しかありませんので、重点的な課題について、少しここでお話を聞いたほうがいいと思いますので、どうも、松下参考人ありがとうございました。

それでは、残り10分ほどで、ワーキンググループは個々で動いていますけれども、全体として少し重点的にこの計画をつくる上で考慮していくような施策等について、意見を伺いたいと思いますが、いかがでございましょうか。

月乃委員、どうぞ。

○月乃委員 私は、教育とかのワーキンググループに参加させていただいて、個々の取り組み、きょうの話もいろいろすごくよかったのですが、これは個人レベルで西原さんとか私がやっていることですが、アルコール依存症という病気といいますか、現実的に

はすごく偏見が多いし、病気としてまだまだ認められていなくて、この席でアルコール依存症は意志が弱いなどといっても過去の話といいますかナンセンスですが、日本の国民の皆さんのほとんどがそのレベルでしか捉えていない。アルコール依存症が病気であるという認識すら、まずほとんどがないという前提に、今、結構突っ込んだ話をしていきますけれども、実はそのレベルが多数派で、それは結構重大な壁になっています。

西原さんがパートナーの人が依存症で病気であった漫画を描かれたり、それが映画化されたりして、依存症が病気であるということがまず伝わるということが結構重要なことなのですが、細かい話は出ているけれども、この話を毎回私はしているのですが、そこがまだアプローチとして実は弱いのではないかと。

個々の取り組みはすごくなるほどと思うのですが、具体的な例としては、LGBTとかHIVが、10年前にはセクシュアルマイノリティーの人が物すごく偏見が多かったのか、いろいろな個々の活動の中で、セクシュアルマイノリティーの人の理解と地位というのはめっちゃくちゃ上がっていますね。それは人格の問題ではなくて、生まれつきの一つの特性であるということが、幅広く今、皆さんにここ数年間で知れ渡っていると思います。

HIVについても、5年前と今に比べたら、もちろん治療が進んでいることもあって、その治療が進んでいるということが、また多く伝わっていると思うのですが、アルコール依存症に対してその取り組みというものが、私もこの関係者会議の中でもっと素人レベルでわかるようなものが出てくるかと思ったら、現状としては出ていないような気がするのです。

私は具体的な提案として、前に啓発週間があって啓発イベントが去年もあったようです。ことしのお話を聞きしたら、いろいろな県に立候補してくれるところを募って、幾つか立候補があって、東京ではないというお話なのですが、どうもすごく狭い世界での啓発。中身はきっとすばらしいものだと思うのですが、もっと何か、具体的なことを言いますと、私が個人の一人の力で、最近薬物依存症のイベントをやって、田代まさしさんに出してもらったのです。田代さんが今、ダルクにつながって治療を受けているのですが、田代さんが薬物依存症と認めた過程とダルクにつながるまでの過程のようなものをイベントで話してもらって、それをインターネットで中継したのですが、ニコニコ生放送で1万アクセスがあったわけです。

それは多分、見ている人のほとんどは興味本位で、田代まさしさんはどうなのかと見られたと思うのですが、それを見ていただいて、そこで田代さんが依存症と認められなかったことと、今の治療について語っていただいたことで、興味本位で見た人にも薬物依存症というのは病気なのかというようなものが伝わったり、スポーツ新聞が何社かマスコミの取材が入ったのですが、薬物依存症というものが単語として出ますね。

そういうものをベターな感じで、これはこれで行って私も勉強になりましたしよかったのですが、この関係者会議が続く中で、例えば啓発週間に啓発イベントを行って、それを物すごくわかりやすく、当事者でなくてもメンタルヘルスに理解がある、日本中にファン

が多いような著名な歌手がアルコール依存症の啓発イベントに出たということが活字になって出ること。その方が理解していて、アルコール依存症というのは病気で、治療があるということを一言を言ってもらいと、それが何かポスターを張るとか個々の活動よりももっとすごい力があるような気がして、これは私個人ではできないのです。

具体的な名前を出しますけれども、宇多田ヒカルさんとか、華原朋美さんとか、そのレベルの人が出ればかなりの注目度と啓蒙につながって、この2人の事務所にオファーを出したのだけれども、やはりそういうおかしなところからオファーが来てもスルーされているのです。それが例えとして、会議の結末としてそのような取り組みを行うことが無理なのか、やはりそれは個人レベルで西原さんとか私がやっていくべきことなのかということ、一回提案してその後なくなっているのです、それについてちょっとお聞きしたいのですが、いかがでしょうか。

○樋口会長 今の話をまとめると、啓発をもう少し積極的に推進しなければいけない。そのときにはいろいろな方法がある中で、著名人をお願いしてそのようなことをやっていくのも大事だ。それは実際に実現可能かどうか、そういう話ですね。

○月乃委員 そうですね。私は一回これを始まったところに提案したのですが、その後スルーして今の流れになっているので、もしこれが内閣府からオファーが来れば、当然それは世の中が動くわけです。私のレベルでやると、個人レベルでやるしかないわけだから、世の中は動かないのです。そうすると、依存症が病気ですという言葉がどれだけ世間に出るかといったら、この力はここで発揮できないかなど。

全体の個々の話はすばらしいけれども、余りにも狭い世界に行っていて、もう一つの展開として、世の中に対する切り口のようなものがもっとあったほうがいいのではないかと常々思っていたのですが、いかがでしょうか。

○樋口会長 これはどこでディスカッションする話でしょうか。今成委員、何か示唆ありますか。

○今成委員 啓発だと思います。

大事なのですね。例えば、アメリカでもベティ・フォード大統領夫人が大統領の任期中にカミングアウトするとか、そういうことで物すごく変わっていったので、絶対に必要なことだと思うのです。

今回の啓発週間でも、なかなか難しかったのです。要するに、有名人でこの話をしに出てくれる人を見つけることが。薬物だとたまたま本当に田代まさしさんという人材があらわれたのですが、アルコールではないですね。アルコールでどなたかというと、東ちづるさんがお父様の話という形であったり、あと、西原委員という形になって、御本人で、メジャーで、回復していてという方がまだ見当たらないといいますが、これからの期待を込めてという感じだと思います。

あとは、もう一つはやはり予算の問題があると思います。ビッグな人に、本当にボランティア的な額でお願いします。

○月乃委員 むしろボランティアのほうが、志のある人でしたら動くと思います。目的と予算ではなくて。

○今成委員 そのときに、例えば自分とか自分の周りにアルコール依存症があって、わかっている方はすごく実感を持ってやってくれさると思うのだけれども、全く関係ないとなかなか踏み込んでくださらない。そのところはむずかしいけれど、今後、絶対必要だと思います。

○月乃委員 私もそのことを考えたのですけれども、当事者でなくてもいいと思いますよ。HIVが世界的なイメージがよくなったのは、いわゆるHIVについて理解を求める、それも民間レベルでやったと思うのですが、いわゆるバンドの人が、サザンオールスターズとかいろいろの人が啓発コンサートを多数行ったからです。

ですから、その中にHIVの当事者の人の発言も含めると、より力があるのですけれども、必ずしも当事者ではなくて、理解がある人ならば特に問題がないし、メンタルヘルスを中心としてきつといると思うのです。

○樋口会長 済みません。少し時間の関係があるので、これは継続して啓発のところまで話していただいて、とても大事な提案だと思いますのでお願いします。

○今成委員 3回目でやりましょう。

○月乃委員 わかりました。

○樋口会長 あと、本当に時間が限られていますけれども、重点課題について、簡単に意見がございましたら、どうぞ。

見城委員、どうぞ。

○見城委員 女性の依存症のところ、30代というのは大変衝撃的な数字でしたので、このことを中心に何らかの形で、具体的でわかりやすい文言で、これを打ち出すべきだと思います。

一つ告白しますと、私はすごくお酒が好きなのですが、20代のころそんなに飲んだか飲んでいないか覚えていないのですけれども、やはり子供を産む年代になったときに、妊娠しているときは飲んでではだめだと親から言われて、でもお酒は好きですし、おいしいと思って、暑い夏でしたらビールを飲まないでいるということがどんなに大変であったか。

依存症ではなく、何でもなく、きょう飲むのをやめようとか、明日は朝が早いしやめようとかできるのですけれども、特に妊娠のときなどは、気持ちよく何か食欲も出るようにとか、いろいろなこともあって、本当にわざわざ自分で麦茶を濃く炊いてみて、バブルな水と一緒にやってみたけれどもまずかったとか、当時ノンアルコールはなかったですから、そのぐらい何でもなく妊娠までは普通にアルコールとつき合っていることが、突然アルコールを注意しなければいけないというのは本当に大変なことだと思いますので、この辺が全然情報も出ていませんし、胎児への影響など、それを貴重だと思わない人も多いのです。

ですから、ここはぜひ重点的にお願いしたいと思います。

○樋口会長 ありがとうございます。

ほかにございますでしょうか。また、これも当然継続してお話ししていくことですが、もし、きょうここで指摘がございましたら、またワーキンググループの場でさらにディスカッションが進むと思いますから、ございますか。

西原委員、どうぞ。

○西原委員 やはりこのようなものを見ると、家族がアルコール依存症であるとパートナーが気づくという注意事項がすごく現実的でないのです。何かもう最終段階で、今にも死にそうな状況とか、全部がめちゃくちゃになっている底尽きの人たちの症状なのです。ですから、初期の段階でどのようにわかるかという注意書きを、私たちなどは最初わからなかったのです。それが一番夫がアル中かどうかというところで混乱したところでした。

先生たちの周りの人に行くときはもう、道端でうんちを漏らすとか、相当めちゃくちゃな状況になっているのですけれども、うちはもう長いことしらふのままでもいられる人でした。ですから、銀座でおべっかを使うこともできた。

周りの女性たちと一番あったのが、妊娠したり出産した途端に暴力的になる。つまり、それぐらい反抗できなくなる瞬間を待っているのです。自分がアル中であることをそこまで隠しました。私が弱くなって、赤ちゃんを抱えた途端に、相手がアル中であることを発症させて暴れ始めた。

ですから、ずっとわからなかったのです。それがアル中かどうかもわからなかったのです。周りの同じ女性たちで話をしたら、そういう意見がすごく多くて、職場で荒れるとか、飲酒運転をするとか、そうではない人がすごく多いのです。

ですから、もうちょっとこの前の段階の、あれというサインを教えてくれたら、私たちはすごく早く道につながったのということだと思います。

○樋口会長 貴重な意見をありがとうございます。

家族の支援のところですね。

○田辺委員 今の発言と関係があるのですけれども、早期にアルコールの問題、アルコール依存症の問題になるかを聞いて見られる、相談して見られる切り口の相談支援機関といえますか、そういうものを地域に、既に各種の相談が行われているのですが、今、一元的に集約された形で、家族が問い合わせられるような相談支援という切り口も大事かと思えます。

○樋口会長 ありがとうございます。

そろそろよろしゅうございますでしょうか。時間もちょうど6時半になりましたので、それでは、こういったいろいろな御意見をいただきましたので、この御意見をもとに各ワーキンググループでまた積み上げていただいて、さらに前に進めていければと思います。

それでは、第6回の予定していた内容については一通り終わったので、今後の会議の日程について、事務局からよろしく願いいたします。

○内閣府加藤参事官 関係者会議につきましては、次回は8月28日金曜日の開催を予定しております。会場、時間につきましては、追って御連絡させていただきます。

なお、次々回、8回目は9月25日金曜日を予定しております。

次回は8月28日金曜日、その次が9月25日金曜日を予定しています。

以上でございます。

○樋口会長 段々と議論が煮詰まってきて、各委員の先生方の貢献がとても大事になってきますので、どうぞ万障お繰り合わせで参加いただきますようよろしく願いいたします。

以上をもちまして、第6回「アルコール健康障害対策関係者会議」を終わりにします。

どうもありがとうございました。