

アルコール健康障害対策関係者会議 第4回議事録

日 時：平成27年3月2日（月）10時00分～12時00分
場 所：中央合同庁舎4号館4階第2特別会議室

○樋口会長 皆様、おはようございます。定刻より少し早いのですがけれども、きょう出席される委員の先生方が全ておそろいになりましたので、第4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、御多忙のところ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たいと思います。よろしくをお願いします。

○内閣府佐々木参事官補佐 おはようございます。参事官補佐の佐々木と申します。

参事官は加藤でございますけれども、国会所用のため、かわって私が事務局を行います。よろしくをお願いします。

それでは、委員の御出席の状況をお伝えします。

本日は、尾崎委員、西原委員、友野委員、堀江委員、松本委員の5名から欠席との連絡をいただいております。

また、過半数には達しておりますので、本日の会議は成立をいたしております。

後ほど紹介させていただきますが、本日は、参考人の方々からプレゼンテーションということでお招きしております。

また、行政のほうで組織しております推進会議でございますけれども、これまで国交省からは自動車局に参加をしていただいておりますが、道路事業以外にも関係する内容があるということでございますので、省内で調整をしていただきました。今後は総合政策局に御参加いただくということになりましたので、御報告いたします。

参考資料4のほうに同申し合わせの改定版をつけております。

続きまして、お手元の資料につきまして確認をさせていただきます。

資料1-1 アルコールと自殺の関連および対策について

資料1-2 WHO世界自殺レポート（小冊子）

資料1-3 「のめば、のまれる」（パンフレット）

資料2 職場におけるアルコール問題の現状と課題について

資料3 アルコール専門医療と一般医療の連携

資料4-1 AAの活動について

資料4-2 追加資料①

資料4-3 追加資料②

資料4-4 追加資料③

資料4-5 追加資料④

資料5-1 これまでの議論を踏まえた事務局案

資料5-2 事務局案に対する御意見

資料6 ワーキンググループ開催要綱（案）

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 前回までの主な意見

参考資料4 アルコール健康障害対策推進会議の設置について

参考の追加資料といたしまして、今成委員のほうから、季刊誌「Be!」と一気飲み防止連絡協議会の1枚紙のパンフをいただいております。

以上でございます。過不足、欠落等がございましたら、挙手によりお知らせ願います。よろしいでしょうか。

事務局からは以上でございます。

○樋口会長 ありがとうございます。

何か過不足等ございますか。あればお申し出ください。

もしなければ、本日の会議の流れについて説明をお願いいたします。

○内閣府佐々木参事官補佐 本日の会議ですが、前回同様の構成になりますが、前半分、11時25分ごろまで80分程度でございますけれども、参考人4名の方々からプレゼンテーションをしていただき、その後、11時25分ぐらいからワーキンググループにつきまして、御議論をいただければと思っております。

○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。

アルコール関連の主要なテーマに関しまして、きょうは4名の方に参考人としてプレゼンテーションをお願いしてございます。

進め方は、今、話にありましたとおり、およそ10分程度で御報告いただいて、その後にテーマに関連して意見交換を10分程度お願いいたします。

毎回の話ですけれども、議論の時間がなくなってしまうので、ぜひプレゼンの時間をお守りください。

報告される方はスクリーン右手の机のほうに移動していただくことになっていますが、もう既に竹島先生は移動しています。よろしく願います。

まず初めに、アルコールと自殺、これは非常に大事なテーマなのですが、このテーマにつきまして自殺予防総合対策センターの竹島正センター長に「アルコールと自殺の関連および対策について」ということで御報告いただきます。

それでは、よろしく願います。

○竹島参考人 きょうは貴重な時間をいただきまして、ありがとうございます。

スライドの枚数が多いですので、ちょっと早口で進めさせていただきますけれども、お許してください。

(PP)

最初に、国際的な動向というところで申し上げたいと思います。

これは「WHOの自殺予防の取組経緯」をまとめたものでございますが、1991年にスタートいたしまして、その後、特にWHOは自殺予防イニシアチブとして「SUPRE」というのを開始いたしまして、その後「Mental health gap」とか、さらに一昨年になりますが、WHO総会

で「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」が承認されまして、その達成目標の中に国々の自殺死亡率を10%低下させるということを挙げました。

これに基づきまして、昨年9月には世界自殺レポートとして「Preventing suicide: A global imperative」を出しまして、これを自殺予防総合対策センターで翻訳して日本語訳を刊行したところがございます。その冊子についてはお手元に置かせていただきました。

(PP)

これが「メンタルヘルスアクションプラン」であります。原則として「No health without mental health (メンタルヘルスなしに健康なし)」を挙げておりまして、最終目標としてここに記載されたものを挙げてございます。

つまりアクションプランを実際に実行するものとして、後ほど申し上げます世界自殺レポートの内容がつくられたという形式になっています。このアクションプランにつきましても日本語訳を刊行しております。

(PP)

アクションプランは4つの柱がございますけれども、そのうちの1つの中に精神健康増進と予防戦略を実施することというのがありまして、その中に国々の自殺死亡率を10%低下させるという目標があり、それを具体的に進めるための「世界自殺レポート」というような位置づけになっております。

なお、このメンタルヘルスアクションプランの中の「他の世界的なアクションプラン、戦略及びプログラムへのリンク」というところで、アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略は、各国が実施を考慮すべき政策の選択肢と介入のポートフォリオを提供するとともに、地方、国、そして地域レベルでの関連する行動を促進・支援・補足することを意図した、世界的な行動における優先すべき領域を定めているということで、これらとしっかり連携して進めていくようにという考え方が述べられています。

(PP)

これが「世界自殺レポート」であります。制作の背景として自殺が世界的な大きな問題であるということがありまして、それに対して主要なメッセージとして「自殺は多大な犠牲を強いる」「自殺は予防可能である」等幾つかのメッセージを挙げてございます。

(PP)

次が「世界自殺レポート」の構成でございます。

「1. 自殺と自殺企図に関する世界の疫学」ということで、これは統計の十分整っている国、そうでない国がございますが、それらの国々の得られているデータをもとにして、自殺と自殺未遂の企図についてまとめてございます。

「2. 危険因子・保護因子・関連する介入」というところで、今までの重要な研究等の成果をもとにして、コンパクトにどういう対策が望ましいか、期待されるかということをもとめて、読み取れるような文章があります。

「3. 自殺予防の現状」では、自殺予防対策が国々においてどのように取り組まれている

るかということを経済自殺予防学会とWHOの実施した調査の結果をまとめております。

その次の「4. 自殺予防に向けた包括的な国としての対応」の中で日本も紹介されています。

「5. 自殺予防のための今後の展望」ということで、戦略がある国、幾らかある国、ない国それぞれが今後とるべき方向というのを提案しております。

(PP)

ここでは「危険因子への対策」というところで3つのレベルの対策を挙げてございますけれども、この中の「『全般的』(universal) 予防介入の戦略」という中に、明確にアルコールの有害な使用の減少ということが触れられております。

また「『選択的』(selective) 予防介入の戦略」というのは、脆弱性の高い集団をターゲットとする。

「『個別的』(indicated) 予防介入の戦略」については、特定の脆弱性の高い人、あるいは人々をターゲットとする。

こういう3つの考え方があり、同時に個人の間関係の強化等、保護因子の強化を奨励するというような構造で対策が示されています。

(PP)

これが先ほどの「全般的予防介入」「選択的予防介入」「個別的予防介入」の全体でございますが、そのうちの1つ目でありましてけれども「全般的予防介入」の中では、全人口に行き届くような全般的な戦略の中にアルコールの有害な使用の低減ということを挙げてございます。

その次の個人への対策の中では、精神障害そのものが危険因子であるけれども、特にアルコールとか、そのほかに併存する精神障害がありますとリスクが高くなるということを挙げてあって、さらにアルコールの有害な使用につきまして、具体的にさらに言及しているという構造になっております。

この中では、特にアルコールが消費されなければ、5人のうち1人は自殺は起きないということを意味するという形で言及されておまして、ここでもやはり自殺予防の戦略においてアルコール対策との連携が非常に重要であるということが強調されております。

(PP)

さて、日本の自殺対策につきましては、WHOも大変関心を持っているところでありまして、このレポートの中でも日本のカントリーレポートが紹介されております。

紹介されている背景には、自殺対策基本法をもとにしまして、包括的な協働アプローチをとっているというところが大変重視されております。恐らく自殺対策と同様にアルコールでもこのような考え方が述べられていると思います。

(PP)

さて、ここから「わが国の自殺対策の経緯(急増以後)」を簡単に振り返ってみたいと思います。

御存じのとおり1998年に急増いたしましたし、最初は厚生労働省を中心に取り組みが進められたという経緯がございます。

次に、厚生労働省だけではなしに政府全体で取り組むという転換期があり、同時に国会においては自殺対策基本法の制定に向けての準備が始まります。

そして、2006年に自殺対策基本法が制定され、翌年には政府の自殺対策の指針である「自殺総合対策大綱」がまとめられ、その翌年にはさらにそれが一部改正され、その大綱が最初に制定された2007年から5年目をもって「自殺総合対策大綱」の見直しが行われています。

(PP)

これが「自殺総合対策大綱（見直し後の全体像）」でございますが、副題として「～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」ということが挙げられておまして「（第3）当面の重点施策」と書いてありますが、その中に9本の柱が挙げられてございますが、その中で「5. 適切な精神科医療を受けられるようにする」という中にアルコールのことが言及されているという構造になってございます。

(PP)

具体的にはどのように言及されているかと申し上げますと「（6）うつ病以外の精神疾患等によるハイリスク者対策の推進」ということの中で、うつ病以外の自殺の危険因子である統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症、病的賭博等について、借金や家族問題等との関連性も踏まえて調査研究を推進するとともに、継続的に治療・援助を行うための体制の整備、自助活動に対する支援等を行うということが挙げられております。

当初、この大綱ができたときには、実はアルコールとハイリスク者対策の推進ということはまだなかったのですけれども、大綱ができて1年目の一部改正のときにこの言葉が入ったというところであります。

これは私どももそういう提案をいたしましたし、アルコールの関連のさまざまな学会の方、団体の方たちもそのような声を上げたと理解しております。

(PP)

さて「『自殺統計』による自殺死亡数」ですが、幸い2012年以降3万人を切る状態になり、かつ減少してきておりますけれども、現状といたしましてはまだ急増前の水準に復するちょっと手前というところでありまして、実際にその対策が本当に推進の効果を上げていって、2万人を切るところまで進んでいくことが次の段階として期待されるころだと思えます。

(PP)

これは警察庁のデータに基づいて内閣府が公表しております「年齢階級別の自殺の原因・動機」でございます。

この中で自殺の原因・動機として見ますと、中高年の男性、これは自殺の急増期に特にこの年齢層がふえたわけでございますが、そのあたりでは経済・生活問題が多い。全体で

見ますと健康問題が多いというような構造があります。

(PP)

その中で「原因・動機としての健康問題の詳細」をここにまとめさせていただきました。

健康問題の詳細の中で、アルコール依存症の問題、病気の悩み・影響の中にアルコール依存症を挙げてございますけれども、うつ病等に比べると極めて報告が少ないという問題があります。

これは警察庁の捜査の段階で得られた資料なので、医学的診断に基づいて分けられたものではない。逆に言うと、アルコールの問題がうつ病などの中に埋没しているであろう点は非常に大きな課題であります。

(PP)

実際、心理学的剖検に基づいた調査で見ますと、気分障害に次いで物質関連障害がありまして、それはこの中ではほとんどがアルコールだという国際的なデータがございます。このようにアルコールの問題が当初は十分着目されていなかった。

(PP)

これは松下先生、樋口先生の論文によるものでございますが、アルコールとうつが非常につながって、自殺に結びつく経路がつくられているということを挙げてございます。

(PP)

さらに、久里浜医療センターのウェブサイトの中では、依存症だけの問題ではなしに、飲酒によって衝動性が高まった状態とか、習慣的な飲酒と自殺といったことまで広げてアルコールに対する警鐘が鳴らされています。

(PP)

私どもは、中高年男性の自殺予防につきましては、中高年の男性が急増したということも踏まえまして、断酒会の調査、さらに心理学的剖検に基づく調査、

(PP)

大綱の一部改正に向けての働きかけ、さらに大綱の見直しにおきましては、アルコール・薬物関連の諸学会とともに連携しての見直しの提言等を行いました。

(PP)

きょうもお手元に配らせていただいておりますが「のめば、のまれる」という冊子をつくりまして、これは精神保健福祉センター長会にもいろいろ御協力いただきまして各地に配布してまいりました。

久里浜医療センター、全日本断酒連盟、アルコール薬物問題市民協会等と連携しているいろいろな啓発を行ってまいりましたし、メディアカンファレンスによる情報提供も行ってまいりました。

(PP)

最近でございますが、単に中高年の問題だけでなしに、特に若者は自殺死亡率が高くなる、もしくは高どまりしているという傾向がございますので、この年代にも働きかける方

法として、特に子どもたちの親世代の抱えているアルコールの問題等に着目していかなければいけないと考えております。

(PP)

実際に「世界自殺レポート」の中にも「川上からの予防アプローチ」ということで、もう少し若いとき、特に子供のときから働きかけるという方向の戦略が期待されるということが述べられております。

(PP)

「まとめ」でございますが、国際的に自殺対策とアルコール健康障害対策は連携を持つことが期待されています。自殺対策、アルコール健康障害対策とも包括的な対策が進められておりますが、日本にはこの両者とも法律ができたという点で、両者の連携が進む基盤が十分にあると考えます。

自殺対策、アルコール健康障害対策は、中高年の自殺予防、さらに若年層の長期的な自殺予防につながる可能性があると考えております。

以上、終わらせていただきます。

○樋口会長 ありがとうございます。

ただいまの御発表について御質問、御意見等ございましたら、どうぞよろしくお願ひします。

今成委員、どうぞ。

○今成委員 実際に、例えば精神保健福祉センターとか保健所とかで自殺対策とアルコール対策の連携がどのような形で行われているのか、竹島先生が御存じでしたら、そして、ほかの委員の方からもぜひお聞かせいただきたいと思ひます。

○竹島参考人 概括的な説明になるかと思ひますが、私ども自殺予防総合対策センターとしましては、中高年の自殺の急増期というものにつきましては、アルコールの問題に対してももう少し関心を高めていかなければならないということで、いろいろな形で情報発信をさせていただきました。

それに対して、その問題に関心を強く寄せた精神保健福祉センターまたは保健所等において啓発がある程度進んだと思ひますが、そういうきっかけがなかったところにおいては均等に進んだとは考えておりません。

そういう意味では、このアルコール健康障害についての基本法ができるということ、それが実際に動き始めることによって、今まで関心を十分高めてこなかった地域にもそれが広がるものだと考えております。

もう一点は、私どもは全日本断酒連盟、AA等の自助グループの活動には大変関心を持っております。というのは、自殺問題のことが取り上げられるより以前に、アルコール依存症と精神障害と家族の問題、さらに経済・生活問題などの危険因子をかかえて、自殺が起こっても不思議ではないような状況の方々と家族の回復に向けて道を開いてきたという活動がございますので、そういったところから得られるものをしっかり吸収していくという

ことも大事なことだと考えております。

○樋口会長 ありがとうございます。

田辺委員、いかがでございますか。

○田辺委員 依存症対策においては、今、有効に使える事業予算というのは地域保健の中でなかなかないのです。それに比して対策基本法ができた自殺の問題については、自殺を減らすための事業費というのは結構あるわけなのです。

一般的な普及啓発、あるいは自殺問題の取り組みということがある程度進みましたけれども、現在、大綱の見直しが出た後は、特定のハイリスク者、未遂者、あるいは若年層に対する支援を組むべきだという方向性が出ておりますので、自殺対策を積極的に進めている都道府県でも、その一つの項目として依存症を取り上げているところはもう出てきています。

ただ、ばらつきはあります。例えば北海道の場合は、依存症対策というところと絡め合わせては、アルコールもそうですが、むしろこれまでは薬物と、それから「病的賭博」とここに表現がありましたけれども、いわゆるギャンブル依存症の問題ですね。これも多額の債務を背負って、同じ依存症のカテゴリーの中で自殺の非常に高い要因だということです。なので自殺対策の中では、松本先生などが研究・調査されたアルコール依存症の入院者、薬物依存症の入院者、厚生労働科学研究で出た地域におけるギャンブル依存の人等の自殺念慮率、こういったものをいつも引き合いに出して、依存症は自殺に対して非常に問題をたくさん持つ疾病であるということを示し、両方でアプローチしているところです。

○樋口会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでございますか。

どうぞ。

○中原委員 アルコール依存症に対して、自殺との関連というところでの直接の事業というのは、先ほど田辺委員の御報告にもありましたし、特段はないのですけれども、自殺対策のほうについては、全国保健所のほうでいろいろと一般住民の方への普及啓発、あるいはハイリスクの方への普及啓発というものを研修会、講演会という形で広めております。

その中で、今、多分ほとんどの保健所では、そういった講演内容の中には自殺のハイリスクの要因として、アルコールの問題があるということは必ず盛り込んだ形での取り組みということでやらせていただいているところです。

以上です。

○樋口会長 中原委員、ありがとうございます。

ほかにごございますか。

枉委員、どうぞ。

○枉委員 私の地元の佐賀のほうでも、中高年の自殺対策の部会の中でアルコール問題対策というのは非常に重点的に対策がとられているところでございます。

私からの質問なのですが、先ほどの用語の中で「有害な使用」と「アルコール依存症」

ということが両方出てきたのですが、もう一つ「危険な使用」というのもございますけれども、それぞれに段階が違うと思うのですが、自殺対策の方策と何かリンクしてそれぞれに違うレベルでの対策というのは、自殺対策の中では考えていらっしゃるのでしょうか。

○竹島参考人 私どもが啓発の中で進めてきたのは、単に依存症だけの問題と捉えないでほしいというところでありまして、その乱用といったものも含めてもう少しアルコールの害というものを共有していくべきであろうという考え方をとってきました。

依存症のことだけにしてしまうと、一部の人にかかわる問題という形になって、大変狭く理解されてしまうというところがありまして、そのところは私どももそのようにとってきましたけれども、アルコール健康障害対策基本法ができたことによって、さらにそのところで共有できる戦略というものを明確にしていくことができると思っています。

今、特に感じますのは、各地で啓発資料をつくってはおります。けれども、もう少し国民全般に広い啓発を行っていく意味では、コンテンツはある程度共通させていって、各地において特徴のあるものは追加するというようなコンテンツの共有化と、さらにメッセージの明確化ということをやはり図っていかないといけないのではなかろうか。

そこにはやはりこの法律ができたことによって、アルコールの問題に対する啓発、あるいは自殺予防の観点からの啓発がさらに進むことを期待しています。

○樋口会長 今の枉委員の指摘はとても大事だと私も思います。大規模なコホート研究が幾つかあって、その研究の結果から見ると、やはり一般の方々でもアルコールの消費量が増加するに従って自殺のリスクが高くなることがわかっていますので、そういうことを考えると、依存症という病気だから自殺に行くというのではなくて、一般の方でもアルコールそのものが自殺のリスクを上げる要因になるという認識はとても大事だと思いますので、ぜひそのあたりも考慮いただきたいと思います。

見城委員、どうぞ。

○見城委員 御報告ありがとうございました。

今のことに関連してしまうのですが、この御報告の何ページかに「アルコールが消費されなければ」という衝撃的な文章が一つここにあるのですけれども、ページ数が載っていないので済みません。「危険因子への対策」の2枚目ですが、この一文をどう受けとめるかということがとても大事ではないかと思いました。

なぜかという、たばこのほうで禁煙の委員をいろいろやらせていただいたのですけれども、やはりニコチンが毒だと、依存症を起こすということを、当初、本当に初期のときはなかなか文章化するのも難しいというか、非常に抵抗がありました。

こんな楽しみを奪うのかとか、いろいろな中から、非常に迷惑があるし、本人の健康にもよくないということを少しずつ少しずつ随分時間をかけてやってきたという経緯があると思うのです。

それに対して、アルコールというのをどのように位置づけるかということでは「アルコールが消費されなければ」というのは大変アルコール業界にとっても衝撃的ですし、これ

をどのように捉えていくかということが重要だと私は思いました。

こういう観点から例えば自殺やいろいろなところに波及していくわけですけれども、この文言をスタート地点に置くのか、やはりそれは皆さんで討議するというか、非常にさらっと一文を書かれてしまうとちょっと問題かなど。非常に重要なポイントだと思います。

○竹島参考人 わかりました。一言説明させていただきます。

ここに書いてある文章は私がつくったものではなく「世界自殺レポート」の中にあるものを日本語に訳したものであります。

この考え方なのですけれども、要はこれはアルコールを一切やめろと言っているわけではないと思います。例えば別の例でいいますと、世界の自殺の3分の1は農薬等によるものであるということからいうと、農薬を自殺手段としている以上、そののところに對して、もし農薬を使わないとしたらこうだという形の論があり得るのと同じような意味で、アルコールが背景にあると思われる自殺がこれぐらいあるから、それについて十分な関心を持っていこうということを文章にしたものだと私は考えております。

○見城委員 ありがとうございます。

これは今後の基本になるところではないかと思って質問させていただきました。

○樋口会長 あと1名ほど。

月乃委員、お願いします。

○月乃委員 意見ですが、私は当事者でお酒を飲んでの自殺未遂というのが何回かあるのですが、きょうの紙にもあったけれども、衝動性が増すというか、自分でふだん酔っていないとリミットがかかっているのが、酒を飲むことでリミットが外れるということが客観的に見ると多かったと思うのです。

でも、それはやはり依存症とまた違うお酒の、多分、依存症ではなくてよくて、未遂したり、実際に亡くなる方がいると思うので、その辺をはっきりしたことが大事だと先ほどありましたが。

もう一点これに絡めての啓発なのですけれども、リミットが切れるというのは、逆に言うと他殺とか傷害とかそういう絡みも、多分リミットが外れての犯罪行為というのがすごく多いと思うので、自殺と他殺というのを絡めた、お酒を飲むことによって衝動性を増すことが必ずしもイコール自殺ではなくて、そもそもいろいろな事件のきっかけになっているということも啓発に盛り込むことはすごく必要だと思います。

以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

大切な御指摘だと思います。飲酒は衝動性を高めますから、他殺にも大いに関係していますので、それについてはまた別の観点からになるのかもしれませんが、大切な御指摘をありがとうございました。

それでは、竹島参考人、どうもありがとうございました。

続きまして、職域の話でございますが、職域はアルコール関連問題を早期に見つける上

でも、あるいは対策を立てる上でもとても大事な場であります。

そこで、きょうは産業医科大学の産業生体科学研究所の廣尚典教授に「職域におけるアルコール問題の現状と課題について」、プレゼンをお願いしたいと思います。

それでは、よろしくをお願いします。

○廣参考人 おはようございます。早速始めさせていただきます。

(PP)

「職場におけるアルコール問題の現状と課題について」というタイトルをいただきまして、思いついてこういったことが話題提供できるのかなと思ったのですが、事務局に御相談したら一番初めの「職場におけるアルコール問題の概要」というのをきょうは話してくれということでしたので、こちらを中心にお話しをしたいと思います。

(PP)

いきなりですが、これは矢印が全く逆方向でして、ミスですので訂正をお願いできればと思います。上の2つが「飲酒」から「職場」に向かうものでありまして、下の2つが「職場」から「飲酒」に向かうものであります。

すなわち、飲酒と職場とはこういった簡単ではないような関係があるということをもまず確認したいと思います。

不適切な飲酒行動が職場にさまざまな悪影響を及ぼす、問題化を起こすということは、皆さん方はよく実感としておわかりかと思えます。

一方で、では、悪いことばかりかということ、飲酒が職場内あるいは職場外の懇親の場とか、営業あるいは交渉の場とかということでも有効に活用されてきたという経緯があるわけで、そういうものについてはやはり一つの利点といえますか、メリットと考えるということになるかと思えます。

逆に、職場が各労働者の方々の飲酒行動に及ぼす影響についても、専門家がさまざまな報告をしております。

ある面、職場のストレスであるとか、飲酒に甘い職場風土というものが問題飲酒者の飲酒を助長するようなこともありますし、また、上司のenablingが問題飲酒をさらに悪くするということもあるわけです。

しかし、一方で、職場の中の支え合いでありますとか、逆にめり張りのある飲酒風土があると、ある程度問題飲酒の抑止効果にもつながるとことはありますし、また、欧米での報告ですが、雇用されているということが、ある部分、問題飲酒の歯どめになるということもあります。

これらについて少しずつ具体的に見てまいりたいと思います。

(PP)

まず、悪影響についてなのですが、ここに挙げましたような形、竹島参考人が詳細に報告された自殺のことについては触れていませんけれども、それ以外にこういった形で職場の飲酒問題というのは起こってくると言えるかと思えます。

こういう概要だけではなんですので、きょうは最近の調査報告から3つ具体的なものを持ってまいりました。

(PP)

1つは、就業者におけるアルコール依存、あるいはアルコール乱用は、on-the-job work performanceを有意に低下させる。これはそうだろうなということなのですが、その程度は諸外国よりも強いのだということが報告されています。

これは恐らく日本の飲酒に甘い職場風土というものが影響しているのだろう。職場で多少問題になっても、そのまま仕事をさせるということが影響しているのではないかという考察が加えられています。

次に、今、職場においても鬱病の問題が非常に大きいわけですが、労働者における鬱病の発症は、よく言われている長時間残業よりも実は飲酒頻度と相関が強かったという報告もあります。

もちろんこの残業時間の長さというのが極端な残業、例えば月150時間とか200時間だとか、そういう残業のことを指しているわけではなく、せいぜい100時間をちょっと超す程度の部分ですが、4つの会社のデータをもとに分析した結果でこういったものが出ております。

もう一つ、労災事故との関係につきましては、残念ながらこれは我が国ではほとんど報告がございませんので、外国の報告を持ってまいりました。外国ではかなりこういった研究報告があります。

至近の報告では、金属業の溶接工において飲酒者は非飲酒者に比べて、ちょっとした赤チン災害なども含めてですけれども、年に10回以上頻回に飲酒事故を起こす割合が約4倍高いというデータであります。

(PP)

また、職場においてさまざまなメンタルヘルス不調がふえている。その対策に産業保健従事者は非常に苦勞をしているわけですが、精神医療の領域と同じように、職域においても双極性Ⅱ型障害、軽い躁の状態を持つ躁鬱病ですが、それがかなり多いのではないかと、マスコミ等で話題になっています現代型の鬱病が非常にふえている。あるいはこれまでは余り言われてきませんでしたけれども、発達障害の問題。

このようなことに対してどのように対応していくかということが難しい課題になっているのですが、特に最近話題になっているものに対してのアルコール関連問題が併存していますと、対応がさらに難しくなる。定石どおりにはいかないということで、メンタルヘルス不調、ほかの精神疾患、精神障害に隠れているといえますか、それに関連している問題についてもやはり職域で大きな課題になっているということが言えるかと思えます。

(PP)

先ほど労災の話をして少しいたしました。あれは労災事故、けがの問題だったので、最近では精神障害でも労災認定される件数が非常にふえております。

これがその図なのですけれども、これにも少しアルコールの問題が関与しているのではないかという話です。

アルコール依存症がありますと、この労災認定というのは一般には認められにくいわけなのですけれども、それが隠れている場合のことです。

(PP)

精神障害が労災認定される要件として、発症の6カ月以内に仕事上の大きなストレスがあったということがはっきりしていないといけないのですけれども、では、認められた例の中でどんなストレスになる出来事があったのか、これは厚労省が分析をしていますので、ごらんいただきたいと思うのですが、これは一覧表です。

(PP)

先ほどの表の続きがこれになっていまして、ここの部分で特に比が多くなっていますけれども、それは何かといいますとパワハラ、セクハラなどのハラスメント関係です。これも容易に想像ができるのですけれども、そういう背景に飲酒問題が少なからずあるのではないか。ですから、表面には出てきませんが、精神障害の労災認定の問題についても、背景にアルコール問題がある可能性が少なからずあるのではないかと考えております。

(PP)

これは少し変わったデータですけれども、最近、労働者の高齢化等によりまして何かしらの身体面の健康問題がある。例えば心筋梗塞をやったとか脳梗塞をやったとか、そういった方々がリハビリを経てまた職場に戻ってこられる。しかし、そういった方々はもとと同じような仕事ができない。就業制限がかかっている。そういった方々の中に気分障害であるとか、あるいは不安障害であるとか、アルコール依存が潜んでいないかどうかといった調査研究であります。

気分・不安障害についてはそれほど高くないのですけれども、アルコールについて見ますと、かなり高率に心配な例が含まれている。こういった表面ではわからないような部分についても、少し検討する余地があると考えております。

(PP)

次に、職場の諸要因が問題飲酒を助長するという話であります。これについても調査研究がかなり蓄積されておりまして、箇条書きにしてみますとこういう形であります。

(PP)

外国の論文が多いのですが、日本においてもだんだんそういうデータ、研究報告がふえてまいりまして、性別とか年齢層、職種、業務内容、地域性とかによって少し結果は違っているのですけれども、いずれにしても仕事関連のストレスが飲酒に対して何らかの影響を与えているという報告であります。

(PP)

これの現状に対して、今、職場でどんなことができているのかということのを最後に少し触れたいと思います。

これまで長期のアルコール依存で休業した方々への職場復帰支援については、一部でマニュアル等も作成されておりますので、結果がよいかどうかは別として取り組まれている。職場でかなり飲酒問題が深刻化した例については、どのように専門家につなぐかという流れも一応あることはあります。

健康診断の結果をもとにした保健指導、これは事業者の努力義務ですので、義務にはなっておりませんので少し弱いのですけれども、保健師さん等によって大企業を中心に脈々となされてきた。

しかしながら、それがきちんとした方法論でなされてきたかという点、少し疑問がある点があるかと思えます。

点々で挙げた部分については、この間のところとか上の部分、その上の部分はまだまだこれからというところではないかと思っております。

(PP)

ここに挙げましたように、アルコール対策を職場において行う意義はさまざまな点多いかと思えますので、御検討いただければと思います。

以上です。ありがとうございました。

○樋口会長 廣参考人、ありがとうございました。

ただいまの御発表について御意見等がございましたら、どうぞよろしく申し上げます。どうぞ。

○松下委員 質問なのですが、スライドの4ページ目のところなのですが、就業者におけるアルコール依存／乱用がon-the-job work performanceを有意に低下させるとか、鬱病の発症は残業時間の長さより飲酒頻度と相関するということだったのですが、これは個人レベルのことなのでしょうか。

というのは、会社によってはいろいろ文化がある。お酒に対して甘い文化である職場もあれば、そうでないところもあるということなのですが、この2つの所見に関しましては個人レベルのことを言っているのでしょうか。

○廣参考人 これですね。

○松下委員 はい。

○廣参考人 個人レベルといいますか、ある集団にアンケート調査をしたり、人事情報を集めたり、そういうことを分析した集団的なものです。

1つ目の上のほうは1つの事業場だったと思うのですが、2つ目のほうは4つの事業場を合わせた集団的な分析だったと記憶しております。

○松下委員 もう一つ、健診でひっかかったケースなのですが、保健指導をする、しないというのはやはり企業によって違うと思うのですが、ちなみに、例えば保健指導をした後に医療機関に受診勧奨した場合に、本当に受診したか否かを確認するというような、そこまで手厚い手当てをしているところというのはどのぐらいの割合になりますでしょうか。

○廣参考人 割合はわかりません。そもそも保健指導をどのぐらい、どういう形で行っているかというのはデータがありませんので、ただ、一般に我々産業保健にかかわっている人間の情報交換の中では、中～大企業で、やはりしっかりした看護職の方あるいは産業医がいらっしゃって、問題意識を持って指導している方に限られるかと思います。

また、見かけ上健康診断の結果の異常であっても、飲酒が背景にあるかどうかというようにそれが見られるかどうかによっても随分変わってきますので、何%ということにはちょっと言えないという状況です。

○松下委員 医療機関に受診したか否かの確認までするところというのは、なかなかないということですか。

○廣参考人 一般に例えば高血圧とか糖尿病でひっかかった人に対して保健指導をして、その後、病院にちゃんと行きましたかということをやっているところはなくはないです。一部の事業場ではそこまでやっておりますけれども、それは一部の事業場ということになるかと思います。

○松下委員 ありがとうございます。

○樋口会長 ありがとうございます。

猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 先生の御発表でも健康診断の事後措置の問題について指摘されていたのですが、1つは、身体的なデータは出ていますが、飲酒行動についてのスクリーニングが現状ではなされていない問題が1点あり、「要精密検査」となっても効果的な介入ができていない実態があると思うのです。その点について、ストレスチェックについては国がやろうとされていますが、当然、アルコールも絡んでくると思うので、先生の御意見をお聞かせいただきたいと思います。

○廣参考人 アルコールに限らず、精神障害のスクリーニングを健診の中でやるかどうかというのは議論が多いところで、きちんとした事後措置ができない、できる保証がないようなところでは、結局、その犯人探してみたいなものになってしまう可能性があるのも、余りやるべきではないというのが一般的な考え方だと思います。

もう一つ、ちょっと誤解のないようにお話ししておきたいのですが、健康診断のもともとの第一義的な意味は、ミニ人間ドッグというものではありません。そうではなくて事業者が事業者責任を果たす。どういう事業者責任かというと、労働者の方の健康問題を把握して、その人がそのまま仕事を続けていいものなのか、配置転換とか就業上の配慮をする必要がないかどうか、そこを確認する。事業者はそれを見て判断しないといけない。それが健康診断のもともとの意義なのです。

最近が高齢化対策とか、そういったことで血液検査等、さまざまなものがそれに盛り込まれて見かけ上ミニ人間ドッグみたいなものになっています。ですので、ちょっと勘違いされるのですが、もともとはそういうことなものですから、健康診断の事後措置としての保健指導も義務ではなくて努力義務レベルなのです。そういう難しい点があるとい

うことです。

健康障害のスクリーニングに話を戻しますと、健診の中で行うというのは、例えば国が正式な形でそれをやろうとした場合には難しいところがあって、少し議論が必要な部分があるのだらうと考えております。

ただ、例えば運送業について、アルコール問題があると事故につながるということがありますので、そういう場合に例えば呼気のチェックをすとか、そういうことについては状況によっては許されるのではないかと考えますけれども、一律にそれをやるのはどうかというところがあります。今後、議論をすべき点だと思っております。

○樋口会長 ありがとうございます。

では、お2人、手短にお願いします。

今成委員からどうぞ。

○今成委員 産業保健はすごく大事だと思っております。多量飲酒の文化を変えていくとか、依存症の偏見をどう変えていくのかとか、介入をどうするか、社会復帰をどうサポートするか、いろいろな側面があると思うのですが、これから基本計画をつくっていく上で、どんなことを入れてもらうとやりやすいということがありましたら、ぜひ。

○廣参考人 ありがとうございます。

実は私が一番主張したいところなのですが、やはり職場の健康管理とか産業保健というのは、事業者責任で動いているというところがあります。もう少し言えば、労働安全性法規というのをどこの事業所でも重視する。その枠でやっているということです。

ですので、事業者がどういうことを行うか。例えばアルコール関連問題について、このような取り組みを行わないといけないという形が明確に出されると、各企業でも何か取り組む。今、話題になっていますストレスチェックの問題はそうです。

一方で、基本法の中では健康増進事業実施者は国とか地方自治体が出している活動に協力しないといけないというのは出てくるのですが、私個人としてはあれでは弱いのだと思っております。やはり労働安全衛生法に絡めて、事業者はこのようなことを行わないといけない、あるいは行うように努めなければならないという形が望ましいのだらうと思っております。

○樋口会長 貴重な御意見をありがとうございました。

田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 実は似たところの質問だったのですが、私は、産業保健というのは多量飲酒者と出会う非常に重要な場だと思っております。実際はなかなか個別の事例を医療につなげるまでにもいっていないという話で、介入が難しいと。

1つは、今お話しされたどんなことがあればということで、産業衛生の法規の中にアルコール問題が入るということですよね。今、既にたくさんお酒の問題を持っている方が職場におられると思うのですが、それに対して産業保健がなかなかアプローチできないのか。例えば方法論なのかマンパワーなのか、ほかにも何かそれがうまくなされていないのか。

い要因があるでしょうか。

○廣参考人 そうですね。やはり今、先生御指摘のように、飲酒風土、飲酒に甘い風土というのが、産業保健職がこれまでいろいろ飲酒問題にかかわっていかうということになった途中でぶち当たる壁といたしますか、そういったところとして非常に大きいのだと思います。

その辺のところ、飲酒問題というのは職場にいろいろ影響を及ぼすのだと。例えば労災事故とどのぐらい関係しているかとか、日本ではこれまで出しにくかったようなデータが幾つか蓄積されてくると説得力を増すといたしますか、事業者もやらないといけないということになってくるのだろう。そうなってくると産業保健スタッフも動きやすいし、勉強して専門の介入法も身につけやすいということにつながってくるのだろうと思っています。

○樋口会長 ありがとうございます。

○田辺委員 ちょっと一言いいですか。

○樋口会長 どうぞ。

○田辺委員 産業医をやっておられる先生から、鬱病対策のときなどもそうなのですが、精神のことにかかわろうとしても、やっていない事業者はたくさんある。うたい込まれていても、やらないことに余り罰則もないので、実際に何か問題が会社で起きるまでは余りやらない、みたいな話もちょっと聞いたことがあるのですけれども。私の伝聞の話で大変申しわけないのですが、先生がお詳しければ、「法規に入る」ということとか、「義務」とか「努める」とかというあたりの内容をちょっと教えていただけますか。

○廣参考人 法規に入らないとやりづらい部分というのは確かにあると思うのですが、一方で、例えば鬱病を例に挙げれば、鬱病とまではいかないけれども、鬱状態で仕事がちょっとという方がこれだけふえてきますと、企業としても何らかの対策はとらざるを得ないという現状がありますので、法規に入ることが非常に望ましい、大きな問題なのですが、それ以外に企業に危機感を持たせるということも非常に重要ではないかと思っております。

○樋口会長 廣参考人、ありがとうございます。

続きまして、アルコールの依存症の早期発見、早期治療に関しては、専門医療と一般医療の連携が非常に大事だと言われてはいますが、我が国の場合、このあたりに非常に大きな問題点がございます。

それに対して四日市市は先進的にこの方面に取り組んでいまして、猪野委員も大いにかかわっていらっしゃると思いますが、そのあたりにつきまして、きょうは「四日市アルコールと健康を考えるネットワーク」の片岡千都子事務局長から「アルコールの専門医療と一般医療の連携」について御発表をいただきたいと思っております。よろしくお願ひします。

○片岡参考人 私は総合病院で長らく医療ソーシャルワーカーをやっておりました。そこを定年退職後、この「四日市アルコールと健康を考えるネットワーク」の事務局を引き続きさせていただいております。

そのような経過の中から「アルコール専門医療と一般医療の連携」について御報告した

いと思います。

(PP)

「三重県の連携医療のあゆみ」を示しています。

1996年、アルコール専門医の呼びかけで三重県アルコール関連疾患研究会が始まりました。県内の総合病院で巡回開催をしてきています。

1998年、市立四日市病院での研究会の開催を機に、専門病院の協力により年3回の「アルコールと健康を考える集い」を開催するようになりました。

それから10年を経て、市内の他の2つの公的病院を加えて市内全域を網羅する医療連携へと広がってきました。

そして、間もなく1年後には、地域生活場面での支援が不可欠ということで、保健所や医師会、介護関係機関などを含めた四日市アルコールと健康を考えるネットワークが誕生いたしました。

これによりアルコール疾患の理解、早期発見と介入による内精併診などが少しずつ実を結びます。

「アルコールと健康を考える集い」の運営は、医療ソーシャルワーカーを事務局とした医師、看護師とのチームアプローチで行います。

(PP)

「ネットワーク活動の4本柱」です。市民と関係専門職を対象に、アルコール関連疾患の予防と治療に向けた啓発や研修活動、介入のためのツールの作成など、現場の必要性を見据えた活動を行っています。

(PP)

当初から連携医療の中心的活動であった市民対象の「アルコールと健康を考える集い」は、この3病院の輪番開催により現在に続いています。開催病院各科の医師とアルコール専門医による学習と相談会を行います。

これらにより一般医療機関に潜むアルコール関連疾患の早期発見と、顔の見える連携を生かしてアルコール専門医療への導入へとつなげます。

一般医療機関では非常に困難なアルコール患者さんへの対応にも、日ごろの専門医や地域関係機関との顔の見える連携により、安心して積極的に対応しようという機運も生まれています。

(PP)

これは「多機関連携事例検討会」です。かかわった機関が順次報告することにより、連携の様子が見たように具体的にわかります。この多機関連携事例検討会を開いた後、地域での個別事例検討の機会がふえました。

3月5日にも、暴力事例や健診結果の効果的活用などについて多機関での問題の検討を行う予定です。

(PP)

これは「ネットワークで作成した主なツール」です。啓発ポスター、アルコールの自己診断チェックと相談先の紹介、介入のための「SBIRT」の進め方、疾患別啓発リーフレットなど、市内の医療機関や関係機関で活用できるよう配布をしています。

(PP)

また「アルコール救急多機関連携マニュアル」は、3回目の三重県版の改訂を、「高齢者の飲酒問題対応マニュアル」は、今2回目の改訂の追い込みの作業中です。

(PP)

ネットワーク展開による効果を示します。

「アルコールと健康を考える集い」を単一病院で開催してきたころから、3病院に広がり保健所や医師会の参入を得て、四日市管内の全医療機関や関係機関への広報や研修、啓発活動が行えるようになりました。新しい問題解決策の発見と実践が可能になってきています。

そして、このたびのアルコール健康障害対策基本法の成立や、それを受けたマスコミによる取り上げなどにより、アルコール問題への関心やネットワークの知名度の広がりが感じられます。

(PP)

有用なネットワークにも運用上の課題があります。所属機関の業務として認められているかどうかなどです。個人的活動となっていては継続性がありません。経済的基盤が補助金や寄附金頼みでも同様の課題があります。

また、任意のグループの活動であるということで、責任や命令系統が不明確では参加を阻まれる機関もあります。個人的熱意だけでは限界が見えています。

四日市ではたまたま幸運な条件がそろいましたが、幸運な条件や個人の熱意のみに左右されない継続的・普遍的な実践の保障できるシステムが望まれます。

(PP)

これは7つの都立総合病院の外来を受診した20歳以上の男女を対象としたアルコール依存症のスクリーニング検査の結果です。前にこの関係者会議でも御報告があったと思います。

アルコール依存症の疑い群が全科平均で男性が21.6%、女性が10.1%に上っています。この結果から、総合病院にはアルコール依存症が疑われる人の受診が多く、早期発見の絶好の機会になることがわかります。

(PP)

以上の実践や調査などから、アルコール依存症の早期発見と早期の専門治療への介入には一般医療機関が大きな役割を担うことがわかります。また、問題解決には地域のネットワークの取り組みが欠かせません。

その理由ですが、「一般医療機関の受診者が多い。」

「身体症状での一般医療機関の受診には抵抗が少ない。」

「アルコールに起因する関連疾患の重症化を回避できる。」

「アルコール依存症への重症化を回避できる。」

「救急医療現場での混乱を回避して、適正利用が進む」などがあります。

そして、一般医療機関の対策を充実させることにより、医療費の削減や社会的損失の削減などの効果が期待できると考えます。

そのため、目標としては、各機関内の理解の推進と組織の充実化、「SBIRT」の普及による早期介入実績を向上させること、地域の多機関連携の充実化を挙げたいと思います。

(PP)

これらを踏まえて一般医療機関の体制づくりを考えてみました。大きく2点です。

まずは「早期介入、専門治療への紹介（SBIRT）の態勢づくり」です。

1つ目に「介入システムの構築」では、一般病院にアルコール医療委員会を設置し、チームによる早期介入、研修、連携会議、啓発活動等を推進する。

2つ目に「人材の養成」では、医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士等、SBIRTに取り組む人材の養成です。参加しやすい現場での研修や、例えば認定医や認定看護師などの認定制度の実施が考えられます。

3つ目に「診療報酬上の評価」です。アルコール医療委員会を設置したり、検査料、専門治療機関への紹介料、地域連携パスを運用するなどへの評価などが望まれます。

次に、大きな2つ目には「アルコール救急の負担軽減」への取り組みがあります。

「困難事例への多機関連携」として、院内のチームや関連機関との理解と協働が望まれます。

「専門治療機関との速やかな連携」については、受け入れる専門機関や専門医の増加が望まれます。

(PP)

また、医療を取り巻く地域関係機関との連携の重要性は言うまでもありません。継続的・普遍的・発展的な対策に向けて、自治体の行政施策としての取り組みを期待しています。地域ネットワークの推進のかなめとして、高齢飲酒者に対する介護関係機関への支援体制の充実や人材の育成が望まれます。

また、偏見の是正や理解と協力に向けた市民啓発として、例えば認知症サポーター研修や自殺対策のゲートキーパー養成などのような裾野を広げる取り組みを期待しています。

以上、御報告いたしました。ありがとうございました。

○樋口会長 御発表ありがとうございました。

それでは、ただいまの御発表について御意見等がございましたら、どうぞ。

月乃委員、どうぞ。

○月乃委員 質問なのですが、大変感銘を受けましたけれども、私は新潟県在住なのですが、受け皿がしっかりしていないとそもそも成り立たないような気がするのですけれども、今、四日市市さんのアルコール依存症の精神科とか、あるいは多種施設とか、そういう体

制がどのようなものかというのをまずお聞きしたい。

もう一点が、このことをやられてから、例えば先ほど自殺というのが出ていましたけれども、中高年の自殺が減ったとか、そういう何か具体的な数字が結果としてあらわれているのか。

その2点についてお聞きしたいと思います。

○片岡参考人 まず、体制なのですが、初め私たちがネットワークを開始したころには、四日市市内にアルコール患者さんを受け入れてくれる専門の機関はなかったのです。県内ですけれども、少し遠いところまで行っていただくというようなことがありました。

そのために、なかなかそこまで足を運べないというような患者さんたちがいらっしゃって、それをお勧めし切れないというような現状があったのですが、2009年ぐらいから専門のクリニックが機能してきております。

猪野先生の機関なのですけれども、そこを中心に、それまでは、市内の一般精神科の病院も、アルコールの患者さんをほとんど受け入れてくれていなかったのですが、地域の専門クリニックとの連携を進めることで、入院としての受け入れもできるようになり、今はそのように対応ができております。

それから、効果ということですが、それにつきましては、私たちが2009年に地域のネットワークを広げてきたときには、先ほど来お話がありました自殺対策の補助金を使わせていただいて対応してきたのですが、その翌年には三重県での自殺率が下がったということがありました。この活動の影響だけかどうかはわからないのですが、そのようなことがありました。もう一つは、アルコール依存症の患者さんを一般病院から紹介する紹介率が、私は今、数としては正しい情報を持ち合わせていないのですが、それが随分ふえてきておりますし、地域の連携が進み、地域の中でも一緒に対応していく、社会生活をしていく中で支援していくということもでき上がってきておりますので、そのことによる断酒の成果の数もふえてきていると思います。

○樋口会長 ありがとうございます。

枉委員、どうぞ。

○枉委員 四日市での先駆的な取り組みの御報告、本当にありがとうございました。

先ほど御報告の中にありましたように、これが個人の熱意ではなくて制度として定着し、幅広く全国に広がるようにということは非常に重要なことだと思います。

私のほうから2点御質問をさせていただきたいと思うのですが、1点は、アルコール医療委員会のもう少し具体的なイメージを御説明いただきたいということです。

もう一つは、今、一般病院から他の専門医療機関への依存症患者さんの紹介ということが主なお話だったのですが、例えば糖尿病とか肝障害の患者さんで、依存症の手前の段階で危険な使用とか有害な使用レベルの方は、一般診療科の中でも早期介入できるのではないかと思いますけれども、そういったことが実際に行われているのか、それともこれからどういったことを御希望されるのか、この2点についてお話いただければと思います。

○片岡参考人 アルコール医療委員会なのですが、これはあくまで仮称なのですけれども、今、一般の医療機関の中では自分たちがアルコールの患者さんを診るというスタンスは全然ないわけです。それはやはり専門医療のところへお任せしようということなのですが、ただ、そこへ連携するときの取り組みがうまくできていないということが現実としてあります。

そういう体制づくりが重要ということで、それにはまずチームとして取り組む必要があると思います。専門医療機関との実際の連携の場面では、多分どこの病院でも医療ソーシャルワーカーが対応していくと思うのですが、アルコール問題を持つ患者さんの発見はそれぞれの診療科の医師であり、看護師なので、チームを組んで対応していくことが必要になります。

私たちが10年ほどは病院の中で、消化器科の医師、看護師と医療ソーシャルワーカーのチームでずっとやっていたのですが、やはり病院全体のシステムとして取り上げていくことでないと、忙しくなってくるとできなくなってしまうことがありました。ほかの病院でも、ちょっと取り組んだけれども、上司が変わり、もう今はとてもできないということなどがあって、継続発展性という意味では問題があるので、やはりアルコール医療委員会というものをきちんと位置づけていくことを法律としても考えていただきたいと思います。

糖尿病などの危険な使用レベルの方への介入の問題ということですが、現状では全くできていません。アルコールの病気も糖尿病のような自己管理が必要な慢性疾患であるという考えで「アルコールと健康を考える集い」を開催して、患者さんなどの学習の場として設定してきたのですが、それを地域に広げようという大きな視点の広がりがあったのですが、その理由の一つには、とても一つの病院では忙しくてなかなか続けることができないということがありました。一般の医療機関の中でそういう取り組みができるようにするには何かインセンティブをいただくことが必要かと思います。そういう意味で、診療報酬化とか、アルコール医療委員会の体制づくりなどへの期待をしております。

○樋口会長 それでは、猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 参考人と一緒に取り組んでいる者ですが、私たちの中でずっと継続して取り組んでいる、現場的に最も大変な問題は「アルコール救急」だと思うのです。特に夜間や休日の手薄なときに酩酊した患者さんが救急医を受診した時非常に怖い思いをしながら救急医は対応しています。

アルコール救急は、SBIRTをやるチャンスですが、それをやる前向きエネルギーがなかなか湧いてこないような現状が、ドクター全体にアルコールの患者に対するネガティブなイメージや考え方をもたらしめていると考えています。アルコール救急をきちんとやれるようなシステムづくりをすれば、もっと早期の、例えば節酒指導をしなければならないような患者さんにも対応していくモチベーションを医師が持つようになると思っています。もし可能ならば、アルコール救急にかかわっている救急医の先生から現場の実態を委員の皆

様に聞いていただければ、アルコール関連問題の大変さを理解していただくのにとっても役に立つと思っています。

要望です。

○樋口会長 ありがとうございます。

今の件については、事務局とも相談しながら今後検討したいと思います。

そろそろよろしゅうございますか。

一つだけ、これはとても大事なことだと思いますけれども、医療連携というのはすごく大事だと思っています。四日市のモデルを全国に広げるのはなかなか難しいと思いますけれども、その中のヒントのようなものがあれば、それが今回の関係者会議の中ででき上がってきてプランの中に入れていけるといいなと思いますので、またそのあたりで何かございましたらお知恵を拝借したいと思います。よろしくお願いします。

それでは、ありがとうございます。

○片岡参考人 ありがとうございます。

○樋口会長 本日最後ですが、前回か前々回、大槻委員に断酒会についてお話しいただきましたけれども、我が国にはもう一つ代表的な自助団体がございます。AAです。

きょうは、AAを代表いたしまして、AAを代表してという言葉がいいかどうかわかりませんが、AA日本ゼネラルサービス事務局の中山理事長と後藤恵理事にお願いしています。

それでは、御発表をよろしくお願いします。

○中山参考人 では、発表させていただきます。

私はアルコール依存症本人の中山と申します。

AAの活動について発表させていただきます。

なお、AAは、どのようなメンバーでもAA全体を代弁することはできません。これから述べることは私個人の立場からのものです。

(PP)

AAは「アルコールクス・アノニマス」の頭文字を取ったものです。「アルコールクス」とはアルコール依存症の人を意味します。「アノニマス」は、名前を伏せた、無名のという意味です。

なお、AAではアルコール依存症ではなく「アルコールリズム」という言葉を使っています。

(PP)

これはAAの「序文」と呼ばれる文章で、AAの基本姿勢をあらわしています。

読ませていただきます。

アルコールクス・アノニマスは、経験と力と希望を分かち合って共通する問題を解決し、ほかの人たちもアルコールリズムから回復するように手助けしたいという共同体である。

・AAのメンバーになるために必要なことはただ一つ、飲酒をやめたいという願いだけ

である。会費もないし、料金を払う必要もない。私たちは自分たちの献金だけで自立している。

- ・AAはどのような宗教、宗派、政党、組織、団体にも縛られていない。また、どのような論争や運動にも参加せず、支持も反対もしない。

- ・私たちの本来の目的は、飲まないで生きていくことであり、ほかのアルコホーリクも飲まない生き方を達成するように手助けすることである。

(PP)

AAは名簿をつくりませんので、正確なメンバー数はわかりません。これは推計です。

世界では150の国・地域でAAの活動があります。グループ数は10万以上、メンバー数は200万人以上と推定されます。

日本ではグループ数が580以上、メンバー数は5,700人を超えていると思われます。約4分の1が女性で、そのほか詳しいことは追加資料の3をごらんください。

(PP)

AAは1935年にアメリカで2人のアルコホーリクによって始まりました。アルコホリズムに苦しむ人たちを手助けし、自分たちが飲まないで生きる努力をする中でAAの基礎ができました。

(PP)

AAには12のステップというアルコホリズムからの回復のプログラムがあります。お手元の追加資料1に12のステップの文章がありますので、ごらんください。

これは、AAの草創期のメンバーがみずからの経験に基づいて回復の道を12の項目にまとめたものです。

続いて、12の伝統は、AAグループのとるべき姿勢や活動原理をまとめたものです。

(PP)

AAはアルコールを完全にやめるためのプログラムです。きょう1日とにかく最初の1杯に手をつけない、メンバーはこのことを心がけています。そして、飲まない生き方を続けるために、AAミーティングで経験と力と希望を分かち合い、さらにアルコホリズムから回復するために提案された12のステップを実行しています。

(PP)

AAグループの中心活動はAAミーティングを行うことです。そこではAAメンバーが、AAにつながるまでの飲酒体験、回復のプログラムの実践の経験と自分なりの解釈、飲まない生き方がどういう意味を持っているかといったことを話しています。

(PP)

AAミーティングには大きく分けて2つの種類があります。

1つはオープン・ミーティングです。これはアルコホーリク本人だけでなく、その家族や友人など関心を持っている方ならどなたでも参加できます。

もう一つはクローズド・ミーティングで、こちらはアルコホーリク本人だけが参加でき

ます。

(PP)

次に、外部との関係についてです。

AAは、外部の団体と協力はするが、帰属しないという方針をとっています。12ステップのプログラムを使っている回復施設がありますが、それらはAAが運営しているわけではありません。また、外部の問題には意見を持たず、AAとして支持も反対もしません。

(PP)

「アノニミティ」は無名性と翻訳されています。

まず、新しくAAに参加する人にとってプライバシーが守られることは重要です。

また、活字、映像、電波などの公的なメディアの上では、AAメンバーとしては顔写真や氏名を伏せることになっています。これにはインターネットも含まれます。

今回のようにAA以外の会合で話す場合には、日本では名字のみやニックネームを使うことになっています。御出席の皆様、報道関係の皆様にも御配慮をお願いするところです。

無名であることはメンバーが平等であることを強調し、個人のエゴの増大を防いでくれ、AAが存続する役に立つと考えられています。

私たちは、個人ではなくAAの回復のプログラムを広く知っていただきたいと願っています。

(PP)

AAメンバーになれるのは飲酒に問題を抱えた人たちだけです。飲酒に問題のない方をAAに御紹介いただいても、その方が参加できるのはオープン・ミーティングのみですので御注意ください。

(PP)

AAはメンバーからの自発的な献金を集めて運営しています。メンバーは会費を払う義務はありません。また、外部に寄付や助成金を求めることも、受け取ることもしていません。

(PP)

「AAの目的と活動」についてです。

AAの本来的な活動はただ一つです。それはまだ苦しんでいるアルコールクにAAの回復のメッセージを運ぶことです。私たちは宣伝を目的とした広報活動は行いませんが、AAの情報を求める人には喜んで協力しております。

(PP)

アルコールクがもう一人のアルコールクを手助けする。この活動をAAの霊的スピリチュアルな側面と位置づけております。

AAの事務所、AAの財産など、物質的な事柄をAAの活動の原点から分離して管理する団体としてNPO法人を設置しております。

(PP)

さて、外部の団体に対してAAはどのような協力ができるのでしょうか。

それは、AAの情報を提供し、AAを有用な社会資源として活用していただくことです。AAの認知度が低ければ、飲酒の問題に悩んでいる人にAAの情報が届きません。まず、AAを知ってもらうことが大切です。

例えばこんなことが考えられます。

AAのモデルミーティングを開く。

AA以外の会合でAAメンバーが経験を話す。

今回のように関係機関向けにAAの説明をする。

AAの資料を提供する。

場合によってはAAのミーティングを定期的に行うこと。

取材に応じることなどです。

こうしたことは基本的に無料で、もしくは資料については実費にて提供可能です。

一方でAAにはできないこともございます。これについては追加資料をごらんください。

AAについてのお問い合わせなどは各地のAAオフィスにお尋ねください。オフィスの一覧は追加資料にございます。

私の発表はこれまでです。御清聴ありがとうございました。

続きまして、後藤理事より医師として専門的な立場から述べていただきます。

○後藤理事 AA常任理事の後藤でございます。

私は本人ではございませんが、AAには専門家の常任理事が2人おりまして、専門家の立場から支えていき、また、広報活動などにも参加しております。

アルコールといいますのは、やめ続けなければ意味がないわけで、病院でやめたとしても、それをやめ続けるのはどうしたらいいか。やめ続けるためにどうしても必要なのが断酒会とAAなわけです。きょうはAAの立場からお話しさせていただきます。

(PP)

概要は大したことはございませんので、簡単に。今、中山のほうから概要をお話ししましたので、あくまで医療の立場からになります。こんなお話です。

(PP)

「アルコールリクス・アノニマス」は、12ステップと12の伝統という回復の原理に基づいた独自の治療構造を持つ非常にすぐれた当事者集団でございます。単なる患者会ではなく治療構造を持っていて、リハビリ期間を支え続けるものであるというところで非常に有効な社会資源でございますので、ぜひ御活用いただきたい。もちろん専門の先生方は御存じですが。

(PP)

アルコール依存症の治療としては、第一段階が解毒でございます。お酒を抜きます。そこから認知とか行動を修正していきます。疾病を理解して自分がこれからどうしていけばいいかということを学んでいただいたり、習慣として身につけていただいたりするわけ

ですけれども、その後はリハビリテーションというか、「ARP（アルコール・リハビリテーション・プログラム）」と言いますが、その後ずっと生涯にわたってやめ続けるための努力であり、構造であり、装置が必要なわけです。

ですから、AAと断酒会を欠いては患者様のその後は保障できないのです。そういう意味で非常に重要であるということをお心にとめていただきたいと思います。と存じます。

(PP)

AAは北米大陸で生まれたわけですが、1930年当時はAAだけが信頼性のある断酒法だったのです。それ以前にもいろいろございましたが、90何%という高率に患者様の断酒を継続させ、患者様が家族とともに生き、職を取り戻すことができたのは、ただAAによってだけだったのです。それは今でも変わらない。長い時間をやめ続けるためには、どうしてもこういう当事者集団が必要なのです。

(PP)

そのためにミーティングや例会があるわけですが、最初、1930年代は精神科の医療は大したものがございますでした。その後、薬物と治療法が開発されまして、医療の担う部分が徐々に拡大していったわけです。お薬が開発され、認知行動療法や動機づけ面接法、内観療法などが開発されました。

しかし、AAの12のステップと12の伝統の中には認知行動療法も含まれますし、動機づけ面接もございますし、内観療法も含まれます。そのようなものと一体化して使っていただけののがAAのプログラムでございます。

(PP)

現在AAはリハビリテーション期間を支える主要な担い手である。ここをよくお心にとめていただきたいと思います。と、きょうは参りました。

今はもう医療機関がいろいろ御活躍していただいているわけですから、解毒段階は重症の方は入院していただくのが筋でございますが、軽度な解毒段階はAAレベルでできますし、治療レベルをどのぐらいAAが担うか、あるいは断酒会が担うかということになりますと地域と施設によります。

東京のように病院がたくさんあるところは病院がやりますが、地方に行けば何もなくて、ところがたくさんあるのです。そういうところはAAあるいは断酒会しか頼るところがない。

ごめんなさい。きょうはAAから参りましたので、大槻さん、失礼いたします。

(PP)

もう時間がないので簡単に言いますが、まず、回復の共同体を提供します。これはどういうことかという仲間です。彼らと一緒にいれば自分も回復できるのだ、彼らのように生き生きと生き、職を取り戻し、家族を取り戻すことができるのだと理解してもらう。そういう共同体がなければ、ひとりでは回復できないのです。ひとりではないということを見せてくれるのが仲間であり、メッセージを運ぶ彼ら自身なわけです。

(PP)

何をしてくれるかというところでメッセージを運ぶと言いましたが、簡単に言えば御自分の経験を話していただきます。病院やクリニックに来て、あるいは地域共同体で話をしてください。

それは患者様にとっても、地域住民にとっても疾病教育として非常に効果的でございますし、患者様には希望です。あんなことができるのだ、自分でも助かるのだと、どれだけ希望が与えられるか。

そして、回復の方法がそこに提示されます。こうすればいいのだよと。そして、仲間として迎えてくださいます。御自分のグループに誘ってくださいますし、病院サイドから言えば、職員教育として非常に効果的でございます。

彼らは、またグループワークの司会者であったり、ファシリテーターであったりすることもできます。

彼らの手本として、あんなこともできるようになるのだと。実際に気が小さくて就職できなかった方が、AAでいろいろ役割をもらっているうちにしっかり就職して、就職面接でいろいろしゃべれて自分でもびっくりして、満場の拍手をいただいたというようなこともございます。

仲間には正直に話します。私ども医療関係者とか、わからない人にはうそをつく人もいますが、うそはすぐに見破られますので、対人関係能力の査定であったり、開発にもなります。

彼らはお酒とともに生きているので、お酒をやめたからといって普通に生きられるわけではありません。彼らが社会で生きていけるようになるための装置としてミーティングがあり、AAがございます。

(PP)

済みません。長くなりました。

患者さんの入院や通院に付き添ってください。これは御家族のない方は御家族のかわりであったり、急病で倒れている、何か危ないことがあるよ、行ってみてもいいかな、そうやって患者様を救ってください。救急車を呼んでくださいます。仲間を大切にしてお早く治療につなげて、多くの命を救っています。

「スポンサーシップ」という制度がございまして、親と子のような、兄と弟のような関係ですが、一緒に行動し、相談して提案をもらい、人との関係、集団の中の位置づけを学んでいきます。「魂の家族」とも言われ、AAの縦糸を構成しております。

(PP)

AAの役割を担うようにまで回復しますと、今度は自分が助ける側に回るわけです。助ける側に回るということは、人を生かします。居場所をつくります。生きていく方法が提示できるし、学べます。こういう構造を一体化したものとして当事者集団が機能し、治療構造を提供しております。

(PP)

外国の方ですが、スポンサーさんはこんなことをしてくれます。

(PP)

メッセージを運ぶというのはこんなことなのですよということをちょっとお知らせしました。

御清聴ありがとうございました。

○樋口会長 ありがとうございました。

お2人の参考人に発表いただきましたけれども、何か御意見等ございましたら、どうぞ。松下委員、どうぞ。

○松下委員 ありがとうございました。

リハビリテーションということなのですからけれども、リハビリテーションをおよそどのぐらいの単位で考えたらいいか。リハビリテーションの期間を、例えば普通の脊損とか、いろいろな身体障害もあると思うのですが、リハビリテーションというのはイメージ的にある程度期間が限定されているものなのですからけれども、依存症の場合は命絶つまでと捉えてよろしいのか否かというのが1つと、リハビリテーションを当事者団体、セルフヘルプグループだけに依存してしまっただけよいかというあたりをお願いいたします。

○後藤参考人 非常に貴重な御質問を賜りまして、ありがとうございます。

1つは、リハビリテーションの期間でございますが、通常は1年ぐらいたちますと相当御自分の力で薬物などを減らしながらやっていくことができますので、まず1年はどうしても見ていただきたい。

40歳前で断酒した場合は、3年で脳がファンクショナルにほぼもとに戻るという統計がございますので、3年はしっかり見ていただきたい。

しかし、ここはずっとお仕事をしないと、ただミーティングに通うだけではございませんで、なるべく早くお仕事であれ、ボランティアであれ、社会機能を復帰させつつのリハビリテーションですので、1年間ずっと病院にいてくださいとか、1年間ずっとミーティングにいてくださいとは申しません。それはお人様の重症度にかかわります。

でも、病院では普通3カ月入院していただいて、私どもでは3カ月デイケアに来ていただいて、その後、復職していただくことが多うございます。ですから、およその目安でまず1年はしっかり見ていただいて、3年はなるべくお心にかけていただきたいと存じます。

それ以降は患者様それぞれで、週1であったり、月1であったり、「バースデー」と申しましてやめた記念日があるのですけれども、そのときだけとか、御利用はさまざまかと存じます。

そこまで依存していいものかという非常に鋭い御指摘を賜りましたが、もちろん医療関係者としてそれに甘んじるものではなく、連携をとりつつ、患者様がより幸せに家族を手に入れ、社会の立場を手に入れて、やめてよかったと思う状況がつかれなければそもそもやめる意味がないわけでございますから、やめてよかったという状況が作り出せれば、それは犯罪であったり、自殺であったりの抑止に当然なるわけで、自殺抑止、犯罪の抑止

のためには、やめてよかった、幸せだ、生きていけると思っていただけなくてはなりませんので、そこにどうしても医療機関としては力を入れていると思っただいてよろしいかと思えます。

○樋口会長 よろしゅうございますか。

○松下委員 今、私が質問させていただいたのは、ほぼ断酒をし続けるという意味では、断酒をし続ける間は一応リハビリテーションと考えて、つまり進行形の回復、常に回復に向かっているというのがAAの依存症からの回復の信念かと思うのですけれども、そういう意味では、リハビリテーションというのはずっとリハビリテーションが続くということではないと考えてよろしいですか。

○後藤参考人 そうですね。断酒は始まりにすぎません。新しく生きる生き方を手に入れるための第一歩でございますので、そこが断酒、お酒によって落ちてしまった社会機能であれ、人間関係の機能であれ、それを復活して、あるいは一度も手に入れたことがないものを手に入れて、社会に参加して社会の有用な一員となる。そのプロセスが全体としてリハビリテーションなので、長く続きますけれども、最初の何年かで相当力を入れれば非常に有用な方たちになります。そこを手を抜いてしまってお任せしたり、御自由にしていただくと、10年かかってもファンクショナルにはよくなる方も実際は恐らくおられると思えます。

○松下委員 ありがとうございます。

○樋口会長 よろしいですか。

大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 「リハビリテーション」という言葉がよくわからないのですけれども、基本的には、今、後藤先生がおっしゃったようなことでよいのかとは思いますが、御承知のとおり依存症という病は完治いたしませんから、進行性でございますから、一旦手を染めてしまうとすぐもとへ戻ります。

そういう意味では、少なくとも断酒会では、アルコールを断つということは生涯の作業ということで終わりはないと考えております。

○樋口会長 ありがとうございます。

田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 ただいまの発表は自助グループの発表なので、その兼ね合いでリハビリテーションということを考えると、アルコール依存の方が再び飲酒を再燃させないようにしていくための重要な期間というのは、以前に浜松医大の先生が発表されたのが割と関係者の中で使われているデータだと思うのですが、それは断酒会ベースで発表されてはいたけれども、2年間断酒をして断酒会に所属すると、その後の再燃率が非常に低下するのです。

だから、私はむしろ臨床医としての経験では、2年間の間にAAなり、断酒会なりにきちんとしてホームグループを持って、そこで活動することが非常に大事であると。そういう意味では、その後どういう生き方をつくっていくのかというのは、断酒会の方やAAの方と

少し協調されて、目指すところを分かち合う、あるいは実際に、AAであればスポンサーシップというものを大事にしながらかまない生き方を継続していくということになるのでしょうけれども、重要な期間というのは2年間ぐらいというような印象を私は持っております。

○樋口会長 ほかにございますか。あと1名ぐらい。

今成委員、どうぞ。

○今成委員 自助グループの役割は物すごく大きいわけです。ただ、医療の中で自助グループに回さないところもだんだんふえてきているし、行政機関が自助グループのことを実感として余り知らない。名前は知っているのだけれども、行ったことがないため実際にはどうなっているかよくわからないので、勧めるときに説得力を持たないみたいな話をよく聞きます。

なので、基本計画ができていく中で、自助グループがどんな役割を担っていて、どんなことが行われているのか、援助者が実際に行って体験する機会がいろいろなところでふえていくといいのではないかなと思っています。

○樋口会長 ありがとうございます。

手短にお願いします。

では、見城委員からどうぞ。

○見城委員 貴重な御説明をありがとうございます。

「AAメンバーシップサーベイ2013」で、住んでいる地域として関東甲信越が断トツに多いわけです。これはどのように解釈したらいいのでしょうか。例えばAAメンバーの会合の情報が入りやすいとか、そういう条件なのでしょう、それとも単純に人口の問題とか、これはどのように解釈したらいいのでしょうか。

○中山参考人 やはり関東の地域がAAのメンバーもグループも多いのは事実で、それは恐らく人口比を考えても多いものだと思います。私の先ほどの発表の中でAAの認知度ということを取り上げましたが、地方においてメンバーもグループもAAの認知度が低いということで、実際にアルコールの問題で苦しんでいる方とつながらずに活動に苦勞しているという現状があると思います。

○見城委員 地方ですと、どこの誰ということがわかりやすいですね。首都圏ですと誰にも知られずということなのですが、AAのことがわかっても、地方都市とか地方の町では入ってきた方が行きづらいつつ、やはりそういう方というのは多いのでしょうか。

つまり、どうしたら参加できるかというところでは、地方の数字が少ないというのは、そこに何らかの問題があるのではないかと思うのです。

○後藤参考人 秋田で活動している米山先生という方がおられますが、やはり地方はアクセスが難しいのです。AAはスリーミーティングといまして午前、午後、夕方と3回行くようにできるのですけれども、地方は1回行くのでも往復何時間とかかかってしまったり、車を持っていないと行かれなかったり、とてもアクセスが悪いところが一つ問題かと思ひ

ます。

わかってしまってどうかという御意見ですが、今のところ、AAや断酒会につながるほどの方であれば既にわかっていることが多いはずなので、わかってしまうから行かれないというよりは、アクセスであったり、場所がなかったり、やはりお金がないので場所をつくれないうのです。場所を借りるにもお金が要るのです。彼らは献金で自立していますから、飲んでいる最中の人はお金がないのです。ですから、本当に申しわけないですが、お金がないので会場がないし、交通費も誰も出してくれないので行かれないという方のほうがむしろ多いのではないかと思います。

○見城委員 でも、献金とかは受けないというのはなぜですか。

○中山参考人 個人的な見解ではありますが、やはりお金を受け取ると何らかの影響をこうむってしまう。私たちが一つの運動体として継続していくためには、自分たちで経済的なことを賄っていくのが最善であると、AAを始めた人たちがその経験から学んだのだと思います。

○見城委員 ありがとうございます。

○樋口会長 済みません。もう時間がないので、それでは、田辺委員、お一人だけお願いします。あるいは短いコメントだったら、大槻委員、どうぞ。

まず、大槻委員、どうぞ。

○大槻委員 地方によって大分ばらつきがあるということなのですが、これは人口の問題もあるのですが、特に地方へ行きますと専門医療機関が少ないということが、もう一つの要素として挙げられると思います。

以上です。

○樋口会長 ありがとうございます。

田辺委員、どうぞ。

○田辺委員 先ほどのお金がないというのは、私はそうではないと個人的には思っていますけれども、長くなりますので、これはまた別の機会です。

断酒会にしる、AAにしる、当事者グループが重要な役割を果たしていることは、医療関係者であればよくわかっているはずなのですが、欧米では医療関係者、特に精神科医などはAAの存在をよく知っているということと比べて、日本ではそうでない現状がある。

あるいは産業医においては、ほとんどそういう当事者グループの存在とか活動をよく知らないということも恐らくあるだろうと思っていますが、これについて、後藤参考人はノンアルコールの関係者ですから、日本の現状について何か御意見があれば。当事者組織を実際は医療関係者が余りよく知らないということに対して、今後どのようにすればよいか御意見があれば、お話ししていただきたいと思います。

○後藤参考人 御質問ありがとうございます。

私どもは大学のほうで医学生にアルコールの関連の授業ができるようになったというのがやっとな状況で、アメリカですと、医者であって依存症者であって、学会も朝はミーテ

ィングで始まり、夜はミーティングで締める。テレビやコマーシャルでもたくさんやりますし、ドラマでも、何かアルコールや薬物に問題があったら、AAに行ってお酒をやめてきたらつき合っあげてもいいわみたいな場面もたくさん出ますし、例えばミネアポリスですと、公立の高校でお酒や薬物に問題のある方は、学校の帰りにみんなでAAに行くというような、全体的な社会的な広がり、認知度、有用性、利用・使用性があるのです。

ですから、余りにも日本は知られておらず、知られていないために使われておらず、したがって効果も知られていないかなと思うので、やはり我々精神科医が積極的に学会などでも展開・広報していかなくてはならないと思うのですが、精神科の医者であってもアルコールという問題に取り組んでいただけていない関係上、その回復にも関心がいただけていないというところがまだまだ現実かなと思います。私どもがすべきことが多いと思っております。

○樋口会長 済みません。議論をここで終わりにしたいのですが。

○月乃委員 これは記録に残りますよね。

○樋口会長 はい。

○月乃委員 事実でないことが残るとあれなので、JS0のことについて。

○樋口会長 どうぞ。

○月乃委員 JS0の人に聞きたいのですけれども、精神科医の方が1日スリーミーティングを行うという表現をしましたけれども、それが事実か。

もう一点は、会場費等は、例えば公民館とか教会とか無料の施設を借りているところが多くて、お金は特にかからないのではないかという認識がありましたけれども、それはどうでしょうか。JS0の方に答えていただきたい。

○後藤参考人 最初に私が言ってしまったことだから。ごめんなさい。私が言ったことで言葉足らずで失礼いたしました。

スリーミーティングをできると言っただけで、そのようにしましょうと言っているわけではございません。ただ、例えばアメリカですと、1日3回のミーティングで90回、つまり1カ月やったらある程度結果が出るよとおっしゃっていたり、6回はミーティングに出てみましょうという宣伝をしておりますので、それを頭に置いて1日3回と言いました。ただ、1日3回行かなくてはならないと申し上げたつもりがなくて、言葉足らずで申しわけございませんでした。

○月乃委員 済みません。それは施設のことではないですか。JS0の方に。

○後藤参考人 それは施設ではないです。

○月乃委員 AAの中でそういったスリーミーティングを日本で行っているのですか。

○後藤参考人 日本では。

○樋口会長 月乃委員、ボタンを押してやってください。

○月乃委員 済みません。最後まで言ってからもう一回。

今の私の2つの質問について、そのほうがいいみたいなので、JS0の当事者の人が答えて

くれませんか。

○後藤参考人 私が言ったことなのに、ごめんなさい。

○月乃委員 済みません。ただ、事実が記録で残るから、事実でないことを他者が読んで誤解するとまずいという認識で、今、聞いているのです。

○中山参考人 日本のAA全体の方針として1日3回のミーティングをお勧めしているということはないと思います。

もう一つ、会場費については、それぞれのグループの活動の中で便宜を図っていただいている場合、もしくはほかの団体と同様の措置をしていただいている場合もあると思います。ですので、実質的に会場費の負担がない場合もあると存じています。

○樋口会長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。

それでは、お2人の参考人、どうもありがとうございました。

この後まだ議事がございますので、議事のほうに進んでまいりたいと思います。

次回以降も、必要がございましたら、このようなヒアリングも継続してまいりたいと思います。

それでは、議事に入りたいと思います。

まず、ワーキンググループについてということで、とても大事なことですけれども、事務局のほうから資料について説明をお願いしたいと思います。

○内閣府佐々木参事官補佐 前回の会議では、ワーキンググループを設けるということと、大まかなグループ分けについて御議論をいただいております。

欠席の委員もいらっしゃいましたので、一度会長のほうで預かっていただきました。会議終了後に議論を踏まえた事務局案を作成の上、再度皆様方に意見照会をさせていただいております。

資料を用意しております。資料5-1が事務局案でございます。資料5-2が事務局案に対する皆様方の意見をまとめたものでございます。

この結果、何点か御意見をいただいておりますが、ワーキングの設置につきましては皆様方から賛成をさせていただいておりますので、資料6といたしまして「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（案）」を作成しております。

要綱（案）でございますが、まず、1点目でございますが、「1. 開催の目的」といたしまして、関係者会議の議論のために論点整理を行うということでございます。

2つ目が論点整理を行う分野でございます。

3つ目でございますが、構成員につきまして、2枚目のほう、別紙ということで各ワーキンググループに参加を希望している委員のお名前を記載しております。

また、各ワーキンググループのほうには会長の指名によって座長を置くということ、必要に応じまして参考人を招致できるということなどを定めております。

本日は、何点かいただきました御意見についてということと、この開催要項（案）につ

いて御議論をいただければと思っております。

その上で要綱（案）に御了解いただければ、各ワーキングの座長の指名まで行っていただきたいと思っております。

以上でございます。

○樋口会長 ありがとうございます。

既にこのワーキングについては各委員から意見を頂戴していただき、基本的に事務局が提案していますワーキングのあり方について、全員から賛成いただいているという認識ですが、ワーキングを開く時期について、例えば一つは、健康・医療の関係は関係者会議では8月に議論することになっているけれども、6月にも関係者会議で一度意見を聞くべきではないかという御指摘がございましたり、もう一つ、相談支援・社会復帰・民間団体は9月にずれ込む可能性も含めておいたほうがよろしいと。これが一番最後に来ますので、そのような意見等がございますが、このあたりについてももし意見等がございましたら、どうぞよろしくお願ひします。

まず、ワーキングを3つに分けるというやり方についてですが、これはよろしゅうございますか。

もし意見がなければ、よろしいということで決定したいと思ひます。

それでは、開催の仕方について、もし意見等がございましたらどうぞよろしくお願ひします。

健康・医療のワーキングを6月にも行ったほうが良いというのは、実はきょう欠席の堀江委員からの意見でして、堀江委員はきょうはいらっしゃらないから意見を聞けないので、私のほうに預けていただければ、堀江委員と調整しながら、そのあたりについてはまた検討してまいりたいと思ひます。

それはよろしゅうございますでしょうか。

あと、相談支援・社会復帰・民間団体、これは9月にずれ込む可能性がある。9月に全体調整ということになっていますが、そういうこともあるということなのですけれども、このあたりについては決定しているわけではないので、その辺は柔軟性が少しあってもいいのではないかとと思ひますから、ここについてもよろしいかとと思ひますが、いかがでございますでしょうか。

もしよろしければこの案のままいきたいと思ひますが、いかがですか。

田辺委員。

○田辺委員 私は3つ目のグループがメインだと思うのですが、1つ目のグループも2つ目のグループも必要があれば、必要ある回だけ参加したいと、そんな希望を書きましたら、3つのグループの構成員になっていて、スリーミーティングではありませんけれども、全部は出られないので、第3がメインで、必要なテーマ・セッションのときに参加させていただきますということでした。

以上です。

○樋口会長 これは後で私も提案しようと思ったのですが、実は田辺委員だけではなくて、堀江委員も3つに入っているのです。恐らく2～3カ月の間に多ければ全部で9回ワーキンググループがございますが、全部出るのはなかなか難しいですし、事務局のほうも日程調整がなかなか難しいのではないかと思いますので、このあたりはいかがでしょうか。

多分、今の田辺委員のようなお考えで堀江委員も中に入っているのだらうと思うのですが、このあたりは少し柔軟性を持たせるか、あるいはコアになるメンバーだけはまず決めて、その方には入っていただく。言葉が正しいかどうかわかりませんが、オブザーバーのような形、あるいはテーマによって入っていくような形の場合は、それはこの名簿に入らないのかよくわからないのですけれども、その辺の意見をいただければと思いますが、いかがですか。

○田辺委員 やはり主のグループだけにして、それぞれで日時の計画を立てると思うので、その都合に合わせてワーキンググループの委員として参加したいというのを委員の中では認めていただけるといいかなと思うのです。

○樋口会長 ほかはいかがでしょう。

どうぞ。

○松下委員 私個人としましては、やはり健診・医療もとても関心がありますし、そうとはいっても相談支援・社会復帰のほうもとても強く希望していますので、なかなかどちらかの委員と迫られたらどうしようという感じなのです。

○樋口会長 参加できるのであれば、それはもうたくさん参加いただくのは一向に構わないと私も会長として思うのですけれども、今の田辺委員のようなお考えの方もいらっしゃる中で、その中ですみ分けしたほうがいいのかということなのです。

名前は入っていませんが、私もできれば会長として全部のワーキンググループに参加したいと思っていますけれども、そのように柔軟性が少しあってもいいのかなという感じがしますが、どのようにすみ分けしたらいいでしょうかね。

今成委員、どうぞ。

○今成委員 事務局の日程調整が本当に大変だと思いますので、メインのグループがどれであるということを事務局に対して表明しておいたらどうでしょうか。その人は何とか調整するという事で、そのほかの場合は出られるときに出るということしていくしかないのではないかと思います。

○樋口会長 どうぞ、見城委員。

○見城委員 事務局の方に伺いたいのですが、1日には1つの分科会しかできないというような日程でしょうか。例えば1日に2回くらいあれば、出たい方が出やすいということはあると思うのです。経費も助かるし。その辺はどうでしょうか。

○内閣府佐々木参事官補佐 まだ明確にはなっていませんけれども、1日1ワーキングというイメージで考えております。

○樋口会長 いかがでしょう。一応、名前が出ていますけれども、この中で自分はどれがコアなのかということをもう一度確認いたしますか。

基本的に1人1つといたしましょうか。私はどうしても2つ出たいという方がいらっしゃれば、私は必ずこれに出ますということで表明していただければいいのですけれども、もう一度この会議が終わった後に、事務局のほうからもう一回確認させていただいて、そのあたりを決めていくことでよろしゅうございますか。

基本的に委員でございますので、ワーキンググループがあれば参加していただくのは一向に構わないと思いますけれども、コアになる日程調整をするものに関しては、やはり固定した方々をお願いしたいと思いますので、それでよろしゅうございますか。いかがでしょう。

(「はい」と声あり)

○樋口会長 もしよろしければ、もう一度今の議論を踏まえた上で事務局のほうから後ほど確認させていただきますので、よろしくお願いたします。

できればワーキンググループがスムーズに進んで、時間どおりにいけるといいなと思いますので、どうしても日程を確保するのが難しいと思いますから、そのあたりをぜひ御配慮いただきたいと思います。

今成委員。

○今成委員 中身についてお伺いしてもいいでしょうか。ワーキンググループと関係者会議の本会議との関係なのですが。

○樋口会長 どうぞ。

○今成委員 ちょっとイメージがつかれないのですけれども、例えばワーキンググループで話し合って大体の線のある程度まとめて、座長が関係者会議のほうでこういうことでしたということを発表するというようなイメージでしょうか。どのような感じで考えればいいのでしょうか。

○樋口会長 もう一度話してみてください。

○今成委員 例えばワーキンググループにヒアリングでいろいろお呼びして、話し合いをして、その結果をこの本会議のほうにどのように持ってくればいいのでしょうか。

○樋口会長 事務局、そのあたりは何かございますか。

ちょっとお待ちくださいね。

○内閣府中島審議官 よろしいですか。

○樋口会長 どうぞ、お願いします。

○内閣府中島審議官 担当審議官でございます。

基本的に、ワーキングは起草委員会のようなものかと思っております、来年の1月には基本計画の案をおまとめいただかないといけないということですので、それぞれの基本計画を構成する主要な柱ごとに、方向性及びこういう施策の展開というものを最終的にはワーキングごとにまとめていただきたいということでございます。

我々の意向といたしましては、基本的に基本計画を構成するような要素については、あらあらのもので結構なのですが、この9月ぐらいまでにはおまとめいただきたいということでございまして、ワーキングと関係者会議の関係性につきましては、ワーキングでそれぞれをお願いいたしました柱ごとのさらなるヒアリングをし、議論を展開し、何らかの形で一定の方向性が出たものについては、親会議である関係者会議で御報告をしていただき、そのときに、引き続きその方向でさらにこういうところを詰めてやってくださいという形になるのか、いやいや、この方向性とはちょっと違う意見を本委員会としては持っているのだというような軌道修正等も関係者会議で必要に応じて適宜していただいて、秋以降さらにワーキングでしっかり議論を深めていただいて、1月までにもう一度関係者会議等でもオーソライズしてまとめていただくのかなと、そういう関係性で事務局としては考えておるところでございます。

○樋口会長 今成委員、よろしゅうございますか。

○今成委員 例えば一次予防のワーキンググループの場合は、テーマにしている親会議が4月で、もう本当に即になってしまうのです。テーマにしている親会議が4月で、教育と不適切な飲酒の誘引防止について、ワーキンググループで何か話し合ったものを4月に即ここに持ってきて、この場で練る形になりますよね。そうすると、そこで出た意見をもとに、また9月までにもう一回シェイプアップするみたいなイメージでよろしいのでしょうか。

○内閣府中島審議官 ワーキングでやっていただいて、今おっしゃられたように、教育・誘引防止のところは極めてショートタイムでしかないのではないかと思いますので、場合によっては、4月の関係者会議にはあらあらで御相談するまでには熟度がいかないということであれば、そこは適宜、軌道修正していただければ結構ですし、場合によっては熟度もまだまだ恐らくワーキングによっては違う点もあるかもしれませんが、そこは柔軟に解していただいて、あくまで4月の関係者会議にはこういうことをして、今後こういう方向でやっていきますという程度のことを御報告いただくということがワーキングで合意いただければ、それでも結構ですし、場合によっては、4月の関係者会議に諮るにはまだまだ熟度がないので、もう少し練った上で改めて関係者会議に相談するのだということも結構かと思っております。

関係者会議にいつの段階でお諮りいただくかということも含めて、当然、我々事務局も関与させていただきますが、それぞれのワーキングで進行管理をしていただければありがたいと思っております。

○樋口会長 どうぞ。

○今成委員 そうすると、例えば本会議自体でもまた今までのような形でヒアリングとか何かをしながら、本会議は本会議で進んでいくというイメージでしょうか。

○内閣府中島審議官 本会議で全員でやはりヒアリングをしなければいけないというテーマ等があれば、それはまた会長の御判断を踏まえて事務局として汗をかかせていただきま

すが、基本的にはそれぞれのテーマごとに関係者の意見を聞かなければいけないという局面があるのだとすると、それはそれぞれのワーキングでヒアリングもしていただいた上で、基本計画に盛り込むべき事項についての検討をしていただいて、関係者会議ではそれぞれのワーキングから出てきた方向性、具体的施策等について議論するというところに軸を置いて議論をしていただければありがたいというのが事務局の考えでございます。

○樋口会長 確認ですけれども、そうしますと、例えば4月に一次予防のお話があったときに、関係者会議の中でももう少し軌道修正が必要なのではないかという意見があったら、またワーキングに帰ってそこでまた話し合っ、また別の関係者会議のときに出てくるというイメージですね。

○内閣府中島審議官 私もこの部分は余りあれなのですが、いわゆる役人的に申し上げれば、皆さん方の意見が一致するであろうという部分と、いろいろ考え方があるのであるという部分が、恐らく委員の先生方のほうがよく御存じだと思います。

ですから、それぞれのワーキングの中で、ここは委員の中で意見がいろいろ分かれそうだよなという論点については、早目早目に全体会議でそこら辺の議論をしていただきながら、それぞれのワーキングのほうで次に進むという段取りを組んでいただければありがたいと。

これについてはそんな大きな意見の対立がないのではないかというテーマについては、そんなに頻繁に関係者会議で議論する必要がないということであれば、それはそれで後ろのほうに倒していただいても結構かと思いますが、大いに全体会議で議論しなければいけないようなテーマについては、早目早目に中間報告なりをしていただいて、一定の方向性を親会議で決めて次の段階に行くほうが効率的なのかなという感じがしております。

○樋口会長 恐らく座長がこの後決まりますので、座長の方々と事務局と相談して、どの時点で親会議のほうに出すかということについても議論いただければいいのではないかと思います。

今成委員、それでよろしゅうございますか。

○今成委員 はい。

○樋口会長 それでは、見城委員、どうぞ。

○見城委員 現在のこの本会議では関係の各役所の方々が出席されていますけれども、実際、分科会のほうはどのような形になるのでしょうか。

○内閣府佐々木参事官補佐 分科会につきましても、同様に各関係省庁の出席を予定しております。

○見城委員 わかりました。

○樋口会長 よろしゅうございますか。

それでは、要綱の案が各委員のほうに配付されておりますが、この要綱の案について、もし意見がございましたら、どうぞ。

特によろしゅうございますか。もしよろしければ前に進みたいと思いますが、よろしい

でしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○樋口会長 ありがとうございます。

それでは、要綱(案)の中にワーキンググループの開催について、ワーキングの座長は会長が指名するとなっております。

私のほうから指名させていただきますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

まず「教育・誘引防止・飲酒運転等」のワーキンググループですが、このワーキンググループは今成委員に座長をお願ひしたいと思ひます。

「健診・医療」のワーキンググループは杠委員にお願ひしたいと思ひます。

最後の「相談支援・社会復帰・民間団体」のワーキンググループは田辺委員にお願ひしたいと思ひます。

よろしくお願ひします。

もし一言何かございましたら、お受けいただけますか。

○今成委員 はい。

○樋口会長 よろしくお願ひします。

それでは、この3人の座長を中心に各ワーキンググループで論点整理等を進めていただいて、よりよいものを作成いただきたいと思ひます。

では、第4回の予定していた内容については、これで一通り終わりですね。

今成委員、どうぞ。

○今成委員 1つ、参考資料4の「アルコール健康障害対策推進会議の設置について」は、もう既に申し合わせが済んでいるものということですか。

○内閣府佐々木参事官補佐 そうでございます。

○今成委員 わかりました。

○樋口会長 それでは、今後の日程について、事務局からお願ひします。

○内閣府中島審議官 事務日程についての前に一つ確認させてください。

○樋口会長 どうぞ。

○内閣府中島審議官 この後、事務局のほうからそれぞれの委員の先生方に、メインのワーキングをどこにするのかという意向確認をさせていただきますが、その際には、私は責任を持って3つに出られるのだ、2つに出られるのだという委員がおられれば、3つに属していただいてもいい、2つに属していただいてもいいという前提で御意向を表明いただければいいということですのでよろしゅうございますでしょうか。

○樋口会長 そういう理解ですが、それでよろしゅうございますか。

そうだそうです。

○内閣府中島審議官 わかりました。そういう前提で、今後、早急に意向確認をさせていただきます。

それでは、今後の事務的な進め方について、補佐のほうから。

○内閣府佐々木参事官補佐 今後の日程でございますけれども、皆様方から御予定を事前にお聞かせいただいております。そうしたところ、第2、第4金曜日がほとんどの委員の皆様方が御都合がよいという状況でございました。

原則としまして4月、6月、8月、9月のどちらかの金曜日にて開催をさせていただきたいと思っております。

第5回でございますけれども、4月10日、金曜日、15時～17時までの開催ということで考えております。よろしく願いいたします。

ただし、平成27年度予算の年度内成立ということが微妙な状況でございますので、ひょっとしてできないという可能性も出てまいります。その場合には事務局から調整をさせていただきたいと思っております。

第5回の前に「教育・誘引防止・飲酒運転等」のワーキンググループを開催させていただきたいと思っておりますので、これにつきましても、今成座長と相談をした上で追って日程等をお知らせいたしたいと思っております。

以上でございます。

○樋口会長 医療のワーキンググループについて、厚生労働省のほうから御意見があるそうです。

○厚生労働省障害保健福祉課 厚生労働省の精神障害保健課長です。

今のワーキングのBのグループでございますが、医療の関係のグループですけれども、日程調整、会議につきましては、内閣府様ではなくて厚生労働省のほうで日程調整等を進めさせていただきたいと思っております。

なお、内容については、当然協議をさせていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○樋口会長 ありがとうございます。

それでは、以上をもちまして第4回「アルコール健康障害対策関係者会議」を終了させていただきます。ありがとうございました。