

アルコール健康障害対策関係者会議  
健診・医療ワーキンググループ  
第1回議事録

内閣府政策統括官（共生社会政策担当）付

第1回 アルコール健康障害対策関係者会議  
健診・医療ワーキンググループ  
議事次第

日 時：平成27年4月3日（金）14:00～16:34  
場 所：合同庁舎5号館（19階）共用第8会議室

1. 開会

2. 意見交換

- （1）今後のWGの進め方について
- （2）今後のスケジュールについて
- （3）計画案作成に向けた論点整理について
- （4）ヒアリング対象者について

3. 閉会

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 それでは、定刻になりましたので、第1回「アルコール健康障害対策関係者会議 健診・医療ワーキンググループ」を開催いたします。

厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神障害保健課の松崎と申します。本日、進行役を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、議事に先立ちまして、厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神障害保健課心の健康支援室長の森より、御挨拶を申し上げます。

○厚生労働省障害保健福祉部森室長 精神障害保健課心の健康支援室の森でございます。よろしく願いいたします。本年4月に着任いたしましたばかりで、至らないところがあると思っておりますが、御協力お願いいたします。

皆さん、本日はお忙しい中、この会合のためにお集まりいただきまして、ありがとうございます。

アルコール健康障害対策につきましては、御承知のとおり、昨年平成25年12月にアルコール健康障害対策基本法が成立し、平成26年6月に施行されたところでございます。アルコール健康障害対策推進基本計画の案の作成に際しまして、昨年10月に関係者会議を立ち上げ、これまで4回にわたり議論を進めてきたところでございますが、多岐にわたるアルコール関連問題について、円滑かつ効率的に議論を行うため、3つのワーキンググループで議論を行うこととなったところでございます。

本ワーキンググループでは「健康診断及び保健指導」「アルコール健康障害に係る医療の充実等」について、現在の課題や求められる施策などの論点整理を行います。

これからいろいろな資料の確認を初め、議論をお願いすることとなりますが、よろしく願いいたします。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 続いて、構成員の皆様の御紹介をさせていただきます。

かすみがうらクリニック副院長、猪野亜朗委員です。

公益社団法人全日本断酒連盟副理事長、大槻元委員です。

国立病院機構久里浜医療センター院長、樋口進委員です。

国際医療福祉大学教授・山王メディカルセンター内科部長、堀江義則委員です。

横浜市立大学医学部看護学科教授、松下年子委員です。

日本医師会常任理事、松本純一委員です。

国立病院機構肥前精神医療センター院長、杠岳文委員です。

また、鳥取大学医学部教授、尾崎米厚委員、全国精神保健福祉センター長会会長、田辺等委員にも構成員をお願いしておりますが、本日は御欠席との連絡をいただいております。

なお、杠委員につきましては、アルコール健康障害対策関係者会議の樋口会長からの指名で、本ワーキンググループの座長を務めていただくこととなりますので、よろしく願

いたします。

続きまして、厚生労働省の事務局を紹介させていただきます。

厚生労働省障害保健福祉部心の健康支援室、森室長でございます。

健康局がん対策・健康増進課、瀧村専門官でございます。

内閣府、佐々木参事官補佐でございます。

オブザーバーとして、医政局地域医療計画課、西島室長。

亀山専門官でございます。

それでは、ここから座長に進行をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○杠座長 皆さん、こんにちは。肥前精神医療センターの杠でございます。

樋口会長から御指名をいただきましたので、座長を務めさせていただきます。皆様の御協力を得ながら円滑な議事進行を進めてまいりたいと思いますので、御協力よろしくお願いいたします。

それでは、議事に入る前に、本日の資料について事務局から御説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 お手元の資料について確認させていただきます。

資料1 検討の論点およびスケジュール（案）

資料2 健診・医療ワーキンググループ整理票

参考資料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開催要項

以上でございます。過不足等ございましたら、挙手によりお知らせいただけますでしょうか。

追加で、アルコール救急多機関連携マニュアルというものを御提供いただいておりますので、お手元に参考としてお出しさせていただきます。

本日の会場はお席にマイクが据えつけられております。御発言の際はマイクの根元のスイッチを押していただくと、マイクがオンになります。御発言が終わりましたら、再度スイッチを押し、マイクをオフにさせていただきますよう、お願いいたします。

事務局からは以上です。

○杠座長 それでは、議事に入りたいと思います。

今回、出席の委員の皆様の前にはマイクがありますが、このワーキンググループの委員としては、御希望された委員の方のほかに、今成委員も傍聴席で御出席いただいておりますので、もし何か御発言があれば、手を挙げて参加していただけて結構でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、議事に入りたいと思います。議事次第の2の「（1）今後のWGの進め方について」と「（2）今後のスケジュールについて」意見交換を行いたいと思います。これについて、事務局から資料1の説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 資料1をごらんください。ワーキンググループでの議論の進め方と関係者会議への報告形式につきましては、あらかじめ枉座長と御相談させていただいた上で、事務局にて（案）を作成しております。

まず「検討内容」ですが、

アルコール健康障害対策推進基本計画（案）を作成するに当たり、「健康診断及び保健指導」及び「アルコール健康障害に係る医療の充実等」について、現状の課題、求められる施策等の論点整理を行う。

とされております。

次に「関係者会議で挙げた主な論点」につきましては、

- (1) 地域、職域における対策（SBIRT）について  
保健指導での減酒支援の普及、人材育成など。
- (2) 医療機関における節酒指導（SBI）について  
その普及のための体制整備、人材育成など
- (3) 救急医療現場における酩酊にまつわる諸問題について  
医療、救急隊、警察等の機関に求められる連携、体制整備など
- (4) 一般医療と専門医療の連携（RT）について  
そのモデルあるいはシステム作り、望ましい専門医療など

がありました。こちらにつきましては、資料2に別途まとめておりますので、後ほどの議題で御説明いたします。

続きまして「検討スケジュール（案）」ですが、本ワーキンググループのスケジュールにつきましては、今後、月1回のペースで開催し、全4回とさせていただいております。第5回は予備としております。

内容につきましては、次回第2回と第3回では参考人、必要があれば関係省庁からのヒアリングと、求められる施策等の論点整理について議論を行い、第4回で議論の取りまとめを行います。最終的に8月に開催予定の第7回関係者会議に報告するというスケジュールを考えております。

○枉座長 今、事務局のほうから御報告がありました。資料1にありますように「検討内容」、次に「関係者会議で挙げた主な論点」を4つに整理していただきました。それを踏まえて今後、トータル4回、今回は1回目ですからあと3回の大まかなスケジュールを示していただきましたけれども、この（案）について何か御意見ございますでしょうか。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 確認ですけれども、今、論点が4点挙がっていますが、このワーキンググループの中でさらに論点の追加があって、そうすると、少しずつ今、予定が違ってきますが、それはこの中で当然やるべきことですね。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 論点のこの部分がふえるということはありません。ただ、関係者会議の中で出てきた議論をもとにこの（案）を作成しているの、ここからまた新たに出てくるというのは想定していませんので、それはこの関係者会議の中で御議論いただければと思います。

○樋口委員 私は1つだけとても大事なものが抜けていると思ひまして、それは依存症の医療が全く抜けているのです。依存症の治療の向上とか、あるいは依存症の方々の治療導入の促進とか、そういうことについて抜けております。これはどこかにあるのですか。

○杠座長 実は（４）の「望ましい専門医療」という最後のところに専門医療の質のことを取り上げるつもりではあります。

○樋口委員 この中に入っているのですか。それなら結構です。

○杠座長 ほかに何か御意見ありますでしょうか。

猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 「調査研究」は3つのワーキンググループ全ての課題だと思ひますが、このWGでも取り上げてほしいと思ひます。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 調査研究につきましては、後ほど御説明しますが、整理票の中で求められる施策等を議論していただくことになるのですが、その「等」の中で調査研究も含まれればそこに落とし込んでいただければと思ひます。

○杠座長 調査研究、人材の確保というものも踏まえた上での施策ということですね。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 御指摘のとおりです。

○杠座長 堀江委員、お願いします。

○堀江委員 確認ですけれども、この（３）と（４）の間ぐらいに入るのですが、（３）のところ救急と言っていますが、内科医が多くの救急を受けることになると思ひますが、その辺の議論と、酪酊というところでは、最初に受けるところを想定しているのですが、その後入院した場合の離脱の管理、RTに結びつくまでの内科病棟での入院について（３）で議論するのか（４）にするのかということも、議長のほうにお任せしますが、その議論もしていただきたいと思ひます。

○枉座長 内科病棟でのせん妄とか離脱管理というところですね。その辺はこの中では一応（４）の中で考えておりました。

ほかによろしいでしょうか。

今後、月１回ずつぐらいのペースで進めさせていただきます。詳しい日程とかヒアリングの対象者については、後ほどまた御意見を伺いたいと思います。

それでは、次の議事に入りたいと思いますが、よろしいでしょうか。

議題（３）「計画案作成に向けた論点整理について」、事務局から資料２について説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 資料２をごらんください。こちらは事務局が作成いたしました、これまでの関係者会議における議論を枉座長からの御意見を踏まえながら整理した票になります。ほかの２つのワーキンググループと同じ様式で作成しております。

１枚目「健康診断及び保健指導」について。

「（１）地域における保健指導での減酒支援の普及」「（２）職域における保健指導での減酒支援の普及」の２つに分類し、項目を記載しております。

２枚目「アルコール健康障害に係る医療の充実等」について。

「（１）節酒指導（SBI）」「（２）救急医療」「（３）一般医療と専門医療の連携」の３つに分類し、項目を記載しております。

それぞれの項目について「施策（●）・取組（○）」の欄に現状の各省庁の施策や関係団体等の取り組みを記載しています。「現状」と「課題・問題点」の欄にはこれまでの関係者会議での委員の御意見や資料などから要素を抽出して記載しております。

このワーキングでは、この票について追加や修正などの御意見をいただくとともに、参考人のヒアリングも踏まえて「求められる施策等」の欄を埋めて整理票を作成し、関係者会議に報告していただきたいと考えております。

○枉座長 ありがとうございます。

私のほうから少し補足をさせていただきますと、この票を参考にして計画案がまとめられるのですが、この文書は計画のたたき台になるものですので、文言がそのまま計画に反映されるものではないことはあらかじめ御了承ください。

また、本日の資料で、票の最終的な書きぶりまで全て確認していると時間的に非常に厳しいかと思っておりますので、皆様に追加や修正などの御意見をいただいた後、私のほうで預からせていただいて、事務局とも相談させていただいた上で、この票を完成させたいと思いますが、それでよろしいでしょうか。

（「異議なし」と声あり）

○杠座長 では、この流れで進めていきたいと思えます。

それでは、整理票に沿って、まず、1枚目の「健康診断及び保健指導」のところから、御意見などございますでしょうか。

字が大変小さいので、読むのにちょっと時間がかかるかと思いますが、3の「健康診断及び保健指導」、(1)が「地域における保健指導での減酒支援の普及」。左には各省庁から第1回目の関係者会議で御報告があった事業内容「施策(●)・取組(○)」が書かれています。

2番目の「現状」、3番目の「課題・問題点」が、関係者会議2回目以降、委員の皆様、参考人の皆様から御発言いただいた内容を議事録から拾い上げて要約したものでございます。

まず、上のほうの「地域における保健指導での減酒支援の普及」の内容について、いかがでございましょうか。これに関しては、尾崎委員の御発言、私の第2回目の発言が整理されています。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 まず、基本的なスタンスとして、アルコールにはリスクがあるということを基本的なスタンスにして、その上で少ないリスクでつき合うという一番の原則のところにかちっと触れていただくと、職域でも地域でも医療機関でもぶれなくても済みます。その点が一番の基本の基本です。

これは3つのワーキンググループ全部で絡むのですが、そこが非常にあいまいなために患者さんに介入しづらいところがありますので、そのあたりをきちんと押さえていただきたいと思えます。

もう一点は、基本的には変わらないと思うのですが、減酒支援という言葉の定義です。減酒支援は節酒とイコールなのか、やめなければいけない人はちゃんとやめるという断酒支援も含めた言葉なのか、その辺を明確にしたほうがいいと私は思えます。特に一般の先生方が「お酒は控えなさい、ほどほどにしないといけない」というあいまいな指導をすることがすごく多いのです。指導を明確にしておかないと、従来と変わらないことになると思うのです。

○杠座長 今の猪野委員の御発言は、このワーキンググループだけの問題ではなくて、この対策そのものの理念と申しますか、方向性として共有しておかなければいけないことを最初にお話になったと思えます。ローリスクドリンクというのか、適正飲酒という言い方をするのか、そういうことですね。

要点整理の中にも「減酒支援」「節酒指導」と2つ言葉を書いていますけれども、その違い、その辺の言葉の定義をもう少し厳密にやりましょうというお話だったのですが、



その点について何か御意見ございますでしょうか。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 とても大事な話だと思います。

1つその前に、きょう、ここで求められていることが一体何なのかということをもう一回明確にさせていただきたい。つまり、次回も次々回もヒアリングをすることがあって、そこでまた改めてこの中身をディスカッションしますね。きょうは一体どこまでこのワーキンググループの中で話していればいいのか、そこを示していただくと非常に議論を進めやすいと思います。まず、それからお願いしたい。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 とりあえず一通り資料2の内容について議論させていただいて、きょうはいろんな多様な御意見があるかと思しますので、御自由に今後、求められる施策という部分について御議論いただければいいと思います。その中で、2回、3回についてはその内容を精緻化していくといたしますか、そういった作業を行っていきたいと思っております。

○樋口委員 いろんな意見をまず、きょう、出し合っただけということですね。わかりました。

この言葉は非常に大事だと思います。それから、定義についてもとても大事だと思うのですが、既に厚生労働省の健康日本21の第1次、第2次というものがございまして、この中でさまざまな定義を持ったさまざまな言葉を使っているのですが、このワーキングの中でそのようなことについて改めてディスカッションして、将来の施策の中でもう少し国民にわかりやすいような用語を使えるかどうか。そういうことがもし可能だとすると、それはそれでとても大事なことだと思うのです。

例えば1つ例を挙げると、第1次健康日本21のときに、節度ある適度な飲酒という言葉がありまして、これは多分、できた経緯はいろいろなことがあったのだと思いますが、なかなか国民に浸透しづらい言葉で、国民に浸透しづらい言葉はすなわち覚えてもらえないということで、浸透しないということなのです。ですから、そのあたりの用語についても少しわかりやすい用語を今後、つくっていくような形の施策の中に入れていったほうがいいということがあれば、それはそれで非常に意義の高いことだと思いますし、場合によっては少し新しい定義を与えなければいけない可能性があります。

節度ある適度な飲酒というのは1日純アルコールにして20グラム程度の飲酒となっていますけれども、世界の飲酒のガイドラインを見て「程度」というのは日本ぐらいで、どこも皆全て「以下」になっているのです。だから、そこが本当に適切かどうかということ、そこも踏まえて改めてこの中である程度提言していくことがあるとすると、それはいいことだと思うのですが、既存の施策との間の整合性みたいなことがありますので、そのあたりが一体どうなのかをお聞きできればと思います。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 このワーキンググループにつきましては、あくまでアルコール健康障害対策基本法に基づいて計画案を策定していくものですので、ほかの施策に影響を与えるというのは難しいのではないかと思います。ただ、そういう意味で、ほかの施策にこういうところを提言していきたいですとか、そこにつながるような御意見はいただけるとありがたいと思います。

○杠座長 用語についても皆さん、理解しやすい、共有しやすい用語をできるだけ使いながら進めていくということですね。

今成委員。

○今成委員 ワーキンググループ1の教育・誘因防止・飲酒運転等ワーキンググループを3月31日に開催して、私が座長をしたものですから、きょう、その流れで関連していますので、出席させていただきました。

その中で、まさに今と同じような論議が出まして、啓発という面でもわかりやすいガイドライン、リスクをちゃんと伝えるということがとても大事で、ぱっとわからないと結局広まらないという意見が非常に出ておりました。そこのところはぜひ話し合っていたきたいと思います。

もう一つ、保健指導のところ、こちらのほうで職場での啓発ということで、厚労省の労働基準局安全衛生部労働衛生課産業保健支援室の方に来ていただいたのですけれども、お話を伺っているうちに保健指導との兼ね合いのほうが強いの気がしましたので、その辺のところをぜひ、このワーキンググループの中で一緒に話し合っていたくようにしていただくといいと思いました。

よろしく願いいたします。

○杠座長 ありがとうございます。

用語のことはこのワーキングだけではなくて、全体でまた考えなければいけないことだと思います。

それでは、票のほうにもう一度戻らせていただいて、ローリスクの問題も、ローリスク、節度ある適度な飲酒といった用語についても、全体で考えなければいけないと思います。

「地域における保健指導での減酒支援の普及」の「現状」「課題・問題点」がこれまでの関係者会議の中で挙げた意見なのですが、右側の空欄になっております「求められる施策等」もこれから埋めていかなければいけません。これに補足、肉づけするような内容は委員の皆様から何か御意見ありませんでしょうか。

○堀江委員 保健指導というところでは問題点を2点に分けて考えなければいけないと思

うのです。要するに、AUDIT15点以上の人の男性34%、女性54%が節酒を望んでいるということなのですが、第1点目は節酒を望んでいる人がどこでどういう保健指導を受けるかという問題と、望んでいない人をどうするかという問題に分けて考えないといけないと思うのです。

後者のほうは非常に難しい問題なので、まず、このワーキンググループで取り組むべき問題は、前者の望んでいる方をどこでどのように指導していくかという問題をここのグループで議論すべきかと思います。いろんな御意見があると思いますので、ここで話し合っているときょうだけでは終わらないと思いますので、意見を挙げて一番右側を埋める。

例えば、内科でいうとC型肝炎ですと肝臓専門医が診るということを考えれば、きちんとアルコールの依存に関する講習会を受けたような医師だけが指導するのか、それとも、杠先生を中心にガイドラインのようなものをつくって、それにのっとって一般の医師でも指導するのかというところを議論していかなければいけないと思うのですが、いかがでしょうか。

○杠座長 今回の御意見はまず、どういう方を対象に節酒指導をするか。どういう方が指導をするか。対象と指導をする主体をどうするかということですね。

○堀江委員 そうですね。する人、する場所が限られると、クオリティーは上がるのですが、機会が失われるという反面もあると思いますので、そういう意味で提言させていただいているのです。

○杠座長 人材の確保というところにもつながってくることだと思います。

今の御意見は医療の現場をイメージされていますか。

○堀江委員 保健指導の場面では、保健師でもいいのですけれども、節酒を望んでいる方がどこで保健指導を受けられるのかということです。メタボリックシンドロームですと医師を受診してくださいというような話に恐らくなりますが、メタボリックシンドロームやC型肝炎とかと同じような流れを想定しているのかということも含めて、このワーキンググループで議論しないといけないのではないかと思います。

○杠座長 わかりました。

ほかに何か。

大槻委員、お願いします。

○大槻委員 保健指導に限らず、ほかの項目全部につながってくるのですが、ここでは減酒支援と節酒指導の話が述べられている全体の治療の流れの中で、断酒の位置づけという

のは全く触れられていないのですが、どの局面についても全体の治療の流れとして断酒の位置づけというのがもう少しはっきり記述されてもいいのではないかと思います。

○杠座長 これはあくまで今までの御意見の中ででてきたものです。多分、こうなりましたのは、医療の中では断酒ということが出てきます。健診の中では節酒のほうが多い。これは数の違いが、健診の中では節酒対象者が圧倒的に多くて、医療の中では断酒を必要とするような方々の人数が非常に多いという背景からで、この中に今回の大槻委員の御意見を踏まえて、断酒という用語があって当然だと思います。

松本委員、お願いします。

○松本委員 関係者会議を休みがちで、ちょっと的外れな質問になるかもしれませんが、確認をさせていただきたいのですけれども、この市町村あるいは企業における健康診断というのは、アルコール健康障害に特化した健康診断をされるということが決まったのでしょうか。この健康診断というのはどういうものを言われているのでしょうか。

○杠座長 これはこれから議論をするところだと思いますが、法律の中に健康診断、保健指導という用語が出てきておりまして、それを踏まえたものなのです。

○松本委員 特定健康診査あるいは特定保健指導というものがあるわけなのですけれども、それに乗っけるということでこれは議論されているのでしょうか。アルコールに対する詳しい質問項目というのはなかったと思うのですが、そういうことなのですか。

○樋口委員 今から議論する内容だと思います。どこまでそれに踏み込めるかということだと思います。

○松本委員 そういうことなのですか。

実際に、特定健康診査を担当しておりまして、指導にまで至る例というのが、たくさん症例はあるのですけれども、誰も受けないというのが現状なのです。乗っけるという形でやられるというのは非常に効率的ではあるかと思うのですが、実際面としてはどうなのかと思ったものですから、今、これから議論されるのなら結構です。失礼しました。

○杠座長 受けないというのは受診をされないという。

○松本委員 健康診査を受けるのですが、指導に至らない、希望されない。

○杠座長 それはアルコールに限らず。

○松本委員 アルコールに限らずです。異常値であったとしても受けない

○杠座長 わかりました。

○樋口委員 今のことに关してですけれども、もともと飲酒量低減に関するカウンセリングは、WHOが言い始めて、WHOがとても有効な施策として世界に広げようということで、いろんなところで試みられているし、研究もされているということなのですけれども、どこに行っても最大の問題点は今の話のように、ではどうやって実施するのかという議論なのです。だから、できるだけ実施しやすいような環境をつくるのと同時に、実施しやすいような方法論を展開してくというのもとても大事なところなのではないか。それは例えば介入の方法が極めて短いとか、簡単にすぐできるとか、あるいはいろんなツールを使うとか、そういう研究面のほうに入るのかもしれないけれども、今のように、健診の場合にしてもどこにしてもそうですが、より受けやすいような形にして、多くの方々に受けていただくようなことを、いろんな方法があると思いますが、ディスカッションしていくのも1つの方向性なのだろうと思います。

○杠座長 今、健診の話が出ております。特に地域の場合には、受診率、指導率というのが非常に低いのではないかと思います。

○樋口委員 何回も申しわけないですけれども、健康局のほうで特定保健指導の中に2年ぐらい前からアルコールの介入がオプションとして入りましたね。あれは実際、要受診者、要介入者の中でどのぐらい受けているのか、そのあたりの大まかな数字とかはありますか。

○杠座長 健康局、どうぞ。

○厚生労働省健康局 2013年の改定で、特定保健指導のマニュアルともなる標準的な保健指導プログラムという保健指導のマニュアル本みたいなものがあるのですが、その中で任意のオプションの1つとしてブリーフインターベンションというものを導入したのですが、それが2013年に導入してから今、実際どれぐらい行われているかというのは、正直、まだちゃんとした数字がないのです。ただ、我々が個別に各自治体の方々とお話しすると、できて食事、運動で、喫煙、飲酒についてはまだ踏み込めていないと聞くことが多いです。

○杠座長 猪野委員、お願いします。

○猪野委員 何度も済みません。

市町村の健康診断についてもそうだと思うのですが、飲酒頻度と飲酒量を聞くというパターンが多いと思うのですが、尋ねているだけで、それが余り生かされていない。AUDITのような形で聞けたらいいのですが、結構時間がかかりますので、AUDIT-Cにするために、一項目（多量飲酒日の頻度）をふやしたら点数としてちゃんと指導が出来るようになります。カットオフポイントが尾崎先生の研究で出ていますので「危険の少ない飲酒」か「危険な飲酒かアルコール依存症」とスクリーニングされます。

○杠座長 今、スクリーニングの方法をお話いただきました。時間が短く簡単にできるスクリーニングテストを積極的に使うことというお話をいただきました。

ほかにどなたかいらっしゃいますか。

大槻委員、お願いします。

○大槻委員 厚生労働省の方に質問なのですが、職域検診の場合で、特定保健指導に関連しまして、メタボについては指導の達成率に応じて補助金が交付されていると聞いておりますが、これを例えばアルコールの健康診断についても適用するという可能性は検討できるのでしょうか。

○厚生労働省健康局 具体的なアルコールの健診をしているかどうかによって、たくさんしているところは一定の補助金を出すということでしょうか。

○大槻委員 これはある企業の総務の方から聞いた話なのですが、メタボの場合には健診の指導、その達成率に応じて補助金が交付されていると聞いております。ですから、今回、例えばアルコールの問題について健康診断の1項目としてスクリーニング等を導入した場合、そして、指導の結果を見て、その達成率に応じて補助金が交付される制度ができれば、職域健診で普及する可能性があるのではないかという意味で質問しました。

○厚生労働省健康局 ありがとうございます。

私が今、所属しております部局は、職域のほうを所管しておりませんので、その御質問に対して今、私が直接お答えすることは難しいのですが、委員からの御指摘、関係部局に相談いたしまして、また次回お答えさせていただくということによろしいでしょうか。

○杠座長 関係省庁においていただいておりますけれども、きょうの御質問の中でお答えいただけなかった部分、検討していただく部分というのも出てくると思いますので、それはまた次回以降おいでいただいたときにお話しさせていただきたいと思います。今のは宿題ということで持ち帰っていただくことにします。

樋口委員。

○樋口委員 何回も申しわけないです。

先ほどの用語の話がとてもひっかかるのです。それは、例えば減酒と節酒というのは同じかという、私は全然違うと思ひまして、減酒というのはただお酒を減らすことで、その結果として健康の改善につながるかどうかについては余り考慮にない。

ただ、節酒というのは英語でいうとコントロールド・ドリンキングで、お酒をコントロールしているがゆえに、その結果として健康面とかいろいろな面もある程度しっかりコントロールされているということを含んでいるのではないかと思うのです。

そういうことを考えると、用語を国民によりわかりやすく広めていくためには、そのあたりをしっかりと整理しておかないといけないのではないかと思います。

このワーキンググループが適切かどうかは必ずしも明確ではないのですが、用語の整理みたいなことについて、一度ヒアリングをできるといいかなと思います。それで各委員が同じコンセンサスのもとに話を進めていくことが大事なことだと思います。

○杠座長 例えばヒアリングの対象になるのはどういう方ですか。

○樋口委員 私がやるのでしょうかね。今までの歴史を多分、一番知っていますので。

一度それはやっておかないといけないことなのかなと思います

○杠座長 非常に重要な問題だと思います。

条文のなかには節酒という言葉が出てきていて、実際に特定健診の中では減酒という言葉が、両方があるものですから、今回の論点整理の中でも2つの言葉をそのまま使っているということで、その辺も一致させたほうが多分、一般の方々に伝わりやすいというのは確かにそうだと思います。

用語の話にまた戻りましたが、それはまた樋口委員のほうから解説をお願いいたします。

ほかによろしいでしょうか。

松本委員、お願いします。

○松本委員 用語に関してなのですが、例えば精神神経科領域の学会とか、内科の肝臓グループとか、そういうところではアルコールに関してアルコールの摂取のことに関しての論点整理とか、数値目標とか、そういう用語の整理は出ていないのでしょうか。私は全く門外漢なのでわからないのです。

○杠座長 堀江委員、お願いします。

○堀江委員 精神科のほうはわかりませんが、内科の肝臓では、日本肝臓学会が（非アル

アルコール性脂肪肝炎ではガイドラインがあるのに、アルコール性肝障害ではないなど) アルコールに関して余力を入れていないというのが現状で、用語の整理が全くついておりません。

60グラム以上がアルコール性で、20グラム以上が非アルコール性です。では、20から60はどうするのだというのは、数年にわたって議題としては上がっているのですけれども、非アルコール性でもアルコール性でもない、原因不明として取り扱っているのが現状です。多くは原因不明ではないですね。本当に原因不明もあるのですが、非アルコール性とアルコールがミックスしているのがそのうちの過半数を占めているにもかかわらず、原因不明として取り扱っていて、一応脂肪性肝炎とくくろうという話はしていますが、アルコールの量をどうしようという話は一切出ていなくて、一部のアルコールを研究している人間だけが議論して、60なのか70なのかというのをやっとなら60にまとめたところで、それが精いっぱいでした。

それも日本肝臓学会ではなくて研究会のほうで提言させていただきました。日本肝臓学会には、まだ認めていただけていないのが現状です。認めないなら、学会の方でガイドライン作成などをやってほしいということを理事の方々にも言っているのですが、認めないがやってくれないというのが現状です。問題提起はしております。

○松本委員 先ほど樋口委員がおっしゃった数値目標にしても、日本では以下ということになっていないとおっしゃいましたので、例えば循環器病学会ですと、高血圧の定義からどれだけ以下でないといけないというようなきっちりした数値目標、数値を出されているので、普通、何らかのこういうアルコールに関する学会があれば、そのようなものは出てきて当たり前と思うのですが、そういう学会すらないということなのですか。

○樋口委員 学会はもちろんあるのですけれども、学会のほうからは特に推奨地とかは出ていないのです。私が知る限り、今、我々が使っているものは、厚生労働省の先ほどから話が出ている健康日本21の第1次と第2次の数値目標と、WHOが言っているリスクに関する数値の区分というものがあるのです。それから、WHOは英語でいうベンジという、要するに一気にたくさんお酒を飲んでしまう、ああいう類のものについても定義していますので、そのような定義は用語として使えると思うのですが、例えばアメリカでもヨーロッパでもそれぞれの国にガイドラインのようなものがありますけれども、それはあくまでも国のものですので、日本として使えるのは厚生労働省の健康日本21、WHOの定義、これだと思います。

その中かなり細かく数値も目標も出ていますので、学会であえて補足しなければいけないような状況にはないのではないかと思います。

○杠座長 松本委員、お願いします。



○松本委員 それならばそれでよろしいかと思えます。

どうも私は誤解をしていたのですけれども、このワーキンググループでそういう数値目標も含めたものをつくるのだとすれば、ちょっと厳しいなと思ったものですから、聞かせていただきました。

○杠座長 ありがとうございます。

まだまだ対策までには程遠い、本当に基本的な定義の問題、理念の問題、そういったところでディスカッションしていただいておりますけれども、非常に重要なところだと思いますので、皆様方から御意見があれば。

松下委員、お願いします。

○松下委員 市町村における健診のほうなのですけれども、受診される方は企業以外の方とか、主婦とか、高齢者になるかと思うのですけれども、先ほど松本委員のほうから、保健指導が必要でもなかなかいच्छらないということだったのですが、SBIRTの場合、まず、スクリーニングして、ブリーフインターベンションで、ここで動機づけ、面接療法を基本にしたものをされるのだと思うのですが、やはりスクリーニングしたところで動機づけをやらないと、心配だから皆さん、健診を受けるのだと思うのです。でも、そこで言われる保健指導の内容は比較的ありきたりなことであったり、自分でなかなかできないことだとわかっているんで、なかなか自分から主体的に指導を受けようと思わない、そこら辺をシステムの的にコントロールできるといいのかなと思いました。

企業ですと、私は大企業でずっと保健師で保健指導をやっていたのですけれども、例えばγ-GTPが60以上になると保健師がちゃんとつくのです。肝機能障害の担当の保健師がついて、3カ月に1回とか、重症の人は毎月血液検査をする。そこをまた人事がマネジメントしていますので、圧力が加わるということで、職域とそうでないところの違いとか、あと、職域でも大企業とそうでない中小規模の企業では違うのかなという気はしました。

○杠座長 ありがとうございます。

松下委員に私のほうからちょっとお尋ねなのですが、地域に特化した議論というのは余り出てこないのですけれども、どちらかモデルになるような地域というのは御存じでしょうか。地域モデルになるような場所というのはあるのでしょうか。

○松下委員 アルコールに関してですか。

○杠座長 アルコールの二次予防に関していかがでしょうか。

○松下委員 市町村でということですね。

特にアルコールに特化してというのは私は聞いたことがないです。

○杠座長 アルコールもやっているというところもないですか。

○松下委員 ちょっと知り合いに聞いてみます。

あと、健康教育、例えばワーキンググループ1は「教育」と入っていますが、主に少年といえますか学生、生徒対象の教育ですね。違いましたか。

○杠座長 今成委員、お願いします。

○今成委員 小中高と大学と専門教育の中の文科省の担当のところまでは、こちらで扱っています。学生の間ということです。

○松下委員 そうすると、成人教育、成人に対する健康教育というのが、結局、健診と書いてありますけれども、健康診断とともに健康教育の場であるというスタンスで入るべきではないかと、先ほど言われていましたように、適度な飲酒とか、節度あると、そこら辺も健康教育の一環としてもうちょっと入りやすい言葉でPRしていくといいですね。健康教育だと思います。

○杠座長 まずは健康教育からということですかね。わかりました。

地域だけに限ると話が広がりません。次の2番目の「職域における保健指導での減酒支援」ということで、今回、関係者会議の委員には産業保健分野の委員が入っておりませんが、ここに書いてあります意見は主に4回目の会議で廣参考人から述べられた意見で、それをここに挙げてあります。

産業保健でのいろいろな取り組み、課題を整理してありますが、これについて何か皆様のほうから御意見はありませんでしょうか。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 職域は早期発見、早期介入の場だと思うのですが、職域でも現状では依存症の範疇の人が健診をすり抜けて、何らの介入もされないままにどんどん重症化していくという実態があると思います。SBIRTをやる中で断酒が必要な人には断酒を指導していただく。それができていくのはすごく良いと思うのです。

例えば職域で、私は三重県の県職員を対象にSBIRTをやっていますが、依存症については非常にスティグマがあり、実際に私がかかわったケースでも、お酒をやめて回復しているのに昇格や昇給の対象にならない。不利益をこうむってしまうような実態があるので、な

かなかそういう風土の中では自ら治療を受けることになりにくい。そういう現状があるので、個人情報をきちっと大切にしながら介入できるようなシステムがないと反発されたり回避されてしまいます。実際に、臨床の中で何人かの人が、実際に頑張っているのに昇格しないということがありましたので、個人情報をきちっと保障してあげながら、SBIRTができるシステムを作っていくのはとても大事だと考えています。

もう一点は、大体学生さんのときにお酒を飲む習慣を身につけて、職場に出てアルコール依存症を完成してしまうというのが今の日本の実態だと思うのですが、そういう職場の飲酒文化をどう変えていくかということも職域の中では非常に重要だと思います。

○杠座長 わかりました。

アルコール依存症の方の回復の後の受け入れとか、先ほど言った就労支援リハビリテーション、そういった職場の中でできることについて、廣参考人のほうから職場復帰支援マニュアルというものを御紹介いただきました。その中には少し触れられていたように思います。

職域の中での若い人の健康教育といいますか、アルコール教育、そういうものをもう少し充実させるということですかね。

ほかにどなたかいらっしゃいますか。

おそらく地域よりは職域のほうが、いろんな意味で介入しやすいところだと思うのですが。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 一昔前の職域というのはお酒を使って対人関係を円滑にして、仕事にそれが反映されていくという、昔風の日本の飲酒文化というものが中にあったのだけれども、外国からの企業が入ってきて、全く違う風土が日本に来て、昔に比べると大分そのような状況がよくなってきているということがあるということですね。そのあたりの職場における飲酒風土を変えていく調査が必要なのかよくわかりませんが、そういう具体的な事例みたいなものがモデルとして示されて、それを各職場のほうにまた紹介していくようなことが何かできるとまた違うかなという感じです。

今の猪野委員の話もありましたが、若くして入ってきた人たちを年代別に飲酒調査していくと、だんだん年がいくにしたがって、毎日お酒を飲む人がふえていって、飲酒量がふえていって、一部は依存症にいくという状況になったのです。

ですけれども、このような状況は少しずつ昔に昔に比べて変わってきているという現実があると思うので、そのあたりの変わってきている要因のようなことについて明確にして、それを職場に還元していくということも必要なかなという感じがします。

○杠座長 今の話は調査研究、あるいはモデル事業みたいなということですね。

○樋口委員 調査研究にプラス明確になったことを職場に還元してくということですね。

○杠座長 ありがとうございます。

堀江委員、お願いします。

○堀江委員 質問なのですが、産業医の教育、日本医師会が取り仕切っている産業医の資格があって、講習会をやっているのですが、今度、初めてその講師をやってくれないかという打診を受けました。杠先生は講習会でブリーフインターベンションの話を産業医の教育という意味でやられているのでしょうか。産業医を啓発してくことによって、より末端につながっていくという印象もあるのですが、産業医を啓発するという事に関してどのようになっているか、ちょっと知りたいと思ひまして、きょう、お答えができなければ、日本医師会のほうでどれぐらい講義として取り上げているかとか、ぜひ教えていただけたらと思ひて質問させていただきました。

○松本委員 持ち帰ります。

○杠座長 松本委員、よろしくお願いします。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 産業医には認定研修があります。その研修科目にアルコールの研修を必須科目として加えると、産業医がアルコールの研修を必ず受けるようになり、職場に持ち帰ってくれるようになります。そのあたりはいかがでしょう。

○松本委員 本当にそういう意味では我々も縦割りでございます、担当のほうに一度申し伝えておきます。

○杠座長 私のほうは、先ほどの堀江委員からの質問の中で、産業医の研修会などで講師をしたことがあるかということですが、呼ばれたことはございません。医師会で講演したことはあるのですが、医師会で講演すると余り面白くないのか、余り関心を持っていただけない。特に御高齢の先生ほど抵抗が強いように思ひます。これはご本人の酒量とも関連しているものではないかと思ひます。実際には、節酒指導、ブリーフインターベンションを行う方としては、医者以外の方のほうがむしろ、そういう意味も含めて、コ・メディカルスタッフ、いろんな職種の方々が、そんなに飲まない方がやるのが自然だと思ひております。

医師の教育というのは非常に重要なことだと思ひますけれども、医師の方は現状では節

酒指導にまだ関心はお向けになっていないように思います。

○樋口委員 私の経験ですけれども、糖尿病の方々の中で特に、私は正確な名前がわからないのですが、コ・メディカルの方々で糖尿病で特別な専門職がありましたね。

とにかく何を申し上げたいかという、そういう方々も物すごく関心があって、患者さんに直接お会いして指導していくので、減酒はどうやっていくのだみたいな感じで、ですから、ニーズはあるのだと思うのです。ニーズはあるのだけれども、そのニーズを発掘できていないということがあると思います。そういうところを発掘して行って、そういうところできるだけ効率的に技術を提供していくという努力も現行の枠の中で十分できることだと思います。

○杠座長 ありがとうございます。

ちょっと名前は正確ではないのですけれども、糖尿病の療養指導士とかという名前の会がありまして、その研修会に私は2回ほど行っておりますので、確かに関心はありましたし、多分、アルコールの問題を抱えていらっしゃる糖尿病氏の患者さんもいっぱいいらっしゃるということなのだと思います。

健診以外のところでもそういう活動ができるという。

ほかに職域に関しては何かございますでしょうか。

松下委員、お願いします。

○松下委員 「課題・問題点」の一番下のところに書いていますけれども、結局、健診の事後措置としての保健指導は努力義務である。実態はどの程度やっちらっしゃるのか、またはどのレベルまでやっちらっしゃるのかというのが定かでないに記載されているのですが、こちら辺、調査対象になるのではないかと思うのですが、現状がどうなのかということがわからないと、方策も立てられないという気がするのです。私が保健師をやっていたのは80年代ぐらいですので、かなり昔、バブル前だったので、その後、企業もいろいろ経済的な負担を抱えていて、それほど丁寧な健康診断、保健指導はやっていないかもしれませんし、こちら辺のデータが非常にほしいと思います。

○杠座長 事業のアルコール指導の実施率、アルコールに関する指導がどのぐらい行われているかということ。

○松下委員 どのレベルの保健指導かということですね。1人例えば5分なのか、20分かけるのか、そのための生活習慣も全部聞いて、それこそ動機づけを図るという丁寧なことをやっちらっしゃるのかとか、そういうことです。

○杠座長 瀧村専門官、その辺までデータは出るものでしょうか。

○厚生労働省健康局 では、また関係部局と相談して、宿題にさせていただきます。

○杠座長 ありがとうございます。

松本委員。

○松本委員 一応動機づけ支援だったらどれぐらいの量をするとか、一応マニュアルがありますので、それで何分程度というのは大体それでわかります。何人抽出して、そこから何人受けた、何%の実施率というのは各県で出ます。

○杠座長 ありがとうございます。

あと、この領域で調査研究あるいは人材育成、その辺に関して御意見はありませんでしょうか。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 健診のデータというのはおそらく探せばあると思うのですが、よくわからないのが、例えばお酒のためにどのぐらい事故が起こるリスクが高くなっているか、欠勤がどのぐらいあるかとか、作業能率にどのぐらい悪影響しているかとか、とても大事なことだと思うのです。あるいは二日酔いで仕事の能率がどのぐらい落ちているか。結構諸外国では二日酔いの仕事への影響とか、あるいは経済効果まで出しているところがあるので、そういう類の例は意外に職域にないのです。ですから、それを少し出していただくと、よりインパクトがどのぐらいあるかということが明確になるのではないかと思います。

○杠座長 そのお話については、先ほどお話ししました廣参考人からも産業衛生を動かすにはそういったデータが非常に重要だというご指摘がありました。

○樋口委員 前、研究班でアルコールのソーシャルコストを計算したとき、そのあたりのデータがないものだから、そのあたりの数値が出てこないのですね。おそらくかなりの金額がロスしているのだと思いますが、そういうところの調査とか研究が必要だと思います。

○杠座長 ありがとうございます。

ほかに。

堀江委員、お願いします。

○堀江委員 今のことと関連してなのですが、とある企業の産業医をやっていたころ、昔、

健診のデータを使っていいかという、企業でこんなに問題飲酒者がいるというのは出されたら困るという意見がどうしても出てしまいます。職種を統一しなかったり、混在するような形で大規模に、なおかつ、これからいろんな情報管理の問題はこの分野ではなくても出てくると思うのですが、番号制とかいろいろ論議されていましたが、その中で企業の名前が出ない形の調査をやらないと、企業側も協力してくれないという問題があると思いますので、ぜひその辺も議論していただきたい。うちはいいですよというところ、パイロットの問題もありましたが、運転手の方とかの飲酒がゼロに近いようなところは、割と協力してくれるかもれしないですけども、実際に問題飲酒者が多い企業は逆に協力してくれない可能性があると思いますので、協力はしてくれるけれども発表は困るところがありましたら、その辺の出し方の問題も議論していかなければいけないのかなと思って、発言させていただきました。

○杠座長 具体的な研究をする場面に至ったときの配慮の仕方とか、いろいろ工夫が必要だということですね。

調査研究を少し挙げていただいておりますけれども、人材育成、人材確保については何か御意見はございませんでしょうか。

○猪野委員 先ほど言いました、産業医は認定研修があつて、私もそれを受けて産業医になっています。産業医は更新のときにもちゃんと単位をとらなければいけないので、そういう中の必須項目にきちっと入れ込めたらかなり人材育成になっていくと思います。そのためには各県で産業医のポイントがつく研修会の講師をちゃんと確保する必要があります。三重県では、私も研修会の講師をやっているのですが、必須ではない任意の科目ですので、参加者も余りぱっと来ません。必須にすればちゃんと来ると思うので、そのあたりが人材育成のポイントになると思います。

○杠座長 産業医のポイントになる研修会、講習会にこういうものを組み込むということですね。

○猪野委員 アルコールの研修を受けないと産業医になれないようにすれば良いと思います。研修には必須科目と任意の科目があるのですね。必須科目にして、何単位か必要としてしまえば、産業医は確実にレベルアップすると思います。

○杠座長 わかりました。御要望としては承ります。これはほかの制度との調整がまだ必要だとは思いますが。

樋口委員。

○樋口委員　そういう面では、医学全体の教育の中に、これは文科省の管轄なのでしょうが、アルコールのカリキュラムが非常に少ないということがあって、そのあたり、どのように盛り込むかはちょっとわかりませんが、強く求められると。アルコールの予防対策とか依存症治療に関する医学教育を向上させるようなことが求められる、そんな形で、どこかわかりませんが、いい場所をぜひお借りいただければと思います。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官　先ほどの件につきまして、教育・誘因防止・飲酒運転等ワーキンググループのほうで、学校教育の推進の③のところ、医学教育、専門教育のところでも議論されているところがございます。

○杠座長　今成委員、お願いします。

○今成委員　こちらで検討しているのは学生の間なので、試験以降はぜひこちらの医療のほうで扱っていただきたいのです。例えば医師、ドクターであれば、医学試験は厚生労働省の管轄になり、その後のインターンとか、専門医の研修とか、そういうところは厚労省のほうになるのです。なので、教育のほうのワーキンググループでは文科省のところまでを扱っておりますので、その後の部分をこちらのワーキンググループで扱っていただくのは大事なことだと思います。

○杠座長　医師免許取得後はこちらに来るということですね。

○今成委員　多分、免許の試験の中にちゃんと入れていただくというのはあるかもしれませんが。

○杠座長　試験問題はその手前の問題ですね。わかりました。

堀江委員、お願いします。

○堀江委員　職域のところではないので後で結構なのですが、今まで日本医師会の産業医講習会の話が出ていましたけれども、初期研修医の必須項目に入れるのか入れないのかという話をどこかの場で議論させていただけたらと思います。よろしくをお願いします。

○杠座長　よろしいでしょうか。

ここに書いてあることで内容的には大体網羅されているのでしょうかね。職域、地域、それから幾つか人材育成、調査研究について御提案をいただきました。よろしいでしょうか。

また2回目以降もこの健診については議論できると思いますので、これを見ながらまた



お考えいただければと思います。

続いて、2枚目の医療のほう「アルコール健康障害に係る医療の充実等」について、御意見などございますでしょうか。

まず、ここは「(1) 節酒指導」「(2) 救急医療」「(3) 一般医療と専門医療の連携」と書いてあります。(3)の連携の中にはこの専門医療の質の向上ということも含めたいと思います。

まず、医療の中でのSBIRT、特に節酒指導、これは条文の中にも断酒、節酒指導ということが出てきておりますけれども、このあたりについて何か御意見ありませんでしょうか。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 SBIRTが普及するには診療報酬の問題が最も大事だと思います。従来、地域の医療機関にいろいろ働きかけてきてもSBIRTがなかなか普及しないのは、医者がボランティアでやるには課題が大きすぎたり、重過ぎるので、ちゃんと診療報酬をつけていただく。アメリカのオレゴン州のホームページを見ていましたら、SBIRTに要した時間が15分以上と30分以上で診療報酬が違っているシステムがとられている。ボランティアでは無理なので、SBIRTをやっていた先生にはきちんと診療報酬の対価があるとするのが最低限必要だと思います。

○杠座長 松本委員、お願いします。

○松本委員 恐らく私からの話を猪野先生は引き出そうということでは言われているのだと思うのですが、診療報酬自体に関しましては、改定率は内閣が決めて、中医協で論議するというのは皆さん、御存じだと思います。同じようなことで認知症の初期診断に対しても、診療報酬上の手当をすればそれぞれのかかりつけ医の先生が調べてくれるのではないかという期待はあります。

同じようにアルコール依存症も含めて診療上の手当をつければ、それで全て解決するかどうかは分からないですが、少しは普及するのではないかと。それは1つの考え方としてはあります。

ただ方法論として、診療報酬上の手当ををしてもらい、あるいは増点、加点ということに関しては、要望をしなくてははいけませんので、その手順を踏んでいただくということが大事ではないかと思えます。ここでそういう話をするだけではなく、関係学会などで議論していただきたいと思えます。

○杠座長 もちろんここで決めることではございませんので、また意見として伺っていきたいと思えます。

ほかに。医療機関の中での二次予防ということになります。

○松下委員 時々大学病院などの外来のほうに伺ったりするのですけれども、アポをとっていても早くて2時間待ちですね。場合によっては4時間、5時間、患者さん同士が毎回仲よくなってしまうというぐらいなのです。外来で親しくなるほどの中で、医師がSBIRTをやるということが現実的に可能なのかという疑問をちょっと抱きます。

だからと言って代替案があるわけではないのですけれども、診療報酬という、馬にニンジンではないのですけれども、現実的にできるでしょうか。そこら辺の御意見を伺いたいと思います。

○杠座長 できるのでしょうかという御質問ですが。

樋口委員から。

○樋口委員 診療報酬の話はこちらに置いておいて、どのようにしたらそれがうまくできるかということ、よりよい方法を探って、それをモデル化して普及させていくという方法はあると思うのです。

先ほど座長もおっしゃっていましたが、医者だけが引き受けなくてもいいわけで、むしろ医者以外の方が研修とか教育次第ではうまくできるだろうということもありますので、1つは先ほどの医者以外にこれをできるマンパワーの養成です。もう一つは方法論をさらに確立して、より短くて有効なものをつくっていくということ。あと、どこかでモデルをやってもらって、そのモデルがうまくいったということであれば、それを広めていただくということがとても大事なのかなと思います。

○杠座長 ありがとうございます。

堀江委員、お願いします。

○堀江委員 消化器内科医なのですけれども、おそらく一番アルコール関連健康問題の患者を引き受ける科かと思うのですが、現実問題として、消化器内科自体も病院の中で最も忙しい科の一つに入ると思うので、消化器内科医がこれをやるというのは非常に負担になると思います。

もちろん、杠先生が提言しているように、ブリーフインターベンションですから、専門職でない方がやってもうまくいかなくはBIではないわけなので、どういう方がいいのか。看護師も不足しています。看護師でなくても指導できるほうがいいと思います。心理の方とか、栄養士さんとか、この辺ができるようなマニュアルづくりが必要なのと、それを先ほど樋口委員がおっしゃられたように、実際にそれでやってみて、どの程度の効果が上がるのかというのを、少し予算をつけていただいて、そういう方を雇い入れた、先生方の専門の病院ではなくて一般の病院がどれだけうまくいくかということに関する予算をつけて

いただくというトライアルが必要ではないかと考えております。そちらを目指すべきではないか。

○杠座長 モデル事業病院、モデル事業としてのSBIRTを施行する病院をつくるということですね。

これは先ほどの地域でも職域でもまず、必要なことのように思われますが、松本委員、お願いします。

○松本委員 そうしますと、先ほどの診療報酬の手当というのは脇に置いておいていただいたほうがよろしいかと思えます。

○杠座長 ここだけで論議できるものではない、ということですね。

○松本委員 そういう意味ではなくて、リンクするものだとは私は理解をしていたのです。でない、なかなか普及しにくいというのは理解できましたので、思ったのですけれども、忙しいから医師が関与できないというのであれば、医師はどのような関与ができるかということの中で、たまたま診療報酬の話が出たものですからそういう話をしましたが、医師が関与しない、関与するところが少なければ少ないほど診療報酬の手当はないと考えていたと思います。

○杠座長 猪野委員、お願いします。

○猪野委員 医者は確かに忙しくて大変なのですが、かかりつけ医が一番患者さんとは身近で信頼関係があるので、かかりつけ医の先生が、ブリーフインターベンションとして短時間でも介入していただいて、それにちゃんと手当がつけば、一番最前線のかかりつけ医の段階でかなり防止できていくのではないかと思います。

病院の場合には、病院としてSBIRTのシステムが導入されていれば、SBIRTの導入に対して診療報酬が加算されると、医師でもコ・メディカルの誰がやってもシステムがあるので、そこに加算されるという仕組みもあると思います。

○杠座長 堀江委員、お願いします。

○堀江委員 やはり栄養士などを雇えるような病院と、一般開業医、かかりつけ医というのは分けて議論する必要があるかと、先生のお話を聞いていて思います。その点も今後、議論していったらどうかと思います。

○杠座長 大きな病院とクリニックのように、医者が数名しかいないようなところで、誰がやるかという違いは出てくるだろうということですね。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 この「求められる施策等」なのですけれども、これがおそらくワーキンググループで話し合っ、施策A、B、C、Dと並んで、その並んだ施策に対して関係する省庁の担当の方々が具体的にそれを起こしていくのだと思うのですが、ここで幾らディスカッションしてもそれがすぐに確約としてできないものも多分、あるのだと思うのです。診療報酬というのは今、松本委員がおっしゃったとおり、手順を踏んで、いろいろなステップを踏んで、評価されて、やっとゴーサインが出るのだと思うのです。ですから、そのようなものと、このような審査等いろいろなものを踏まなくてもできるものと、ある程度分けていかないと、いろんなものをごっちゃにすると少し困るだろうと思うのです。

ですから、もし「求められる施策等」の中に、ちょっと言い方が難しいのですが、かなり強く、これはぜひというものと、求められるものと、そういうものを分けて、2段構えぐらいでつくっていくという方法もあるのではないかと。

○杠座長 今の樋口委員の意見は、すぐにできそうなもの、それほど関係省庁との調整とかほかの制度との調整がなくて、素早く実現できそうなもの、調整が必要なもの、少しその辺を意識して、分けて、濃淡をつけながらやっていったほうが実現する確率は高くなるだろうという御意見でした。

医療の中での二次予防というのを話題にしているのですが、まず、これについても調査研究はいかがでしょうか。人材育成についてはSBIRTの人材育成。調査研究については何か。

先ほどから診療報酬の話も出ていますが、診療報酬にするにしても効果そのものがまだ、日本で明確に出ていないというところが非常に大きな問題であると思うのです。

○樋口委員 何回も済みません。

ランダムイズド・コントロールド・トライアルがいろんなセッティングでなされて、それで効果を明確にしていくということが絶対に、診療報酬の話にしても大事だと思います。

私の知る限り、杠座長が中心になってやっていただいた職域でのものと、私が内閣府の事業の一環としてやった飲酒運転に関するもの、この2つがおそらくわが国で行われたRCT、ランダムイズド・コントロールド・トライアルで、2本しかないのです。医療の現場のRCTがないのです。ですから、そのあたりの研究はぜひ早急にして効果を示していかないとけないということだと思います。

○杠座長 順番からいくと、まずそこを最初にしないではいけないということだと思います。

人材の育成についてはいかがでしょうか。SBIRTを行うような人材、これは医者だけでなくいろいろな職種の方がいらっしゃると思いますが、そういう育成について実際に行われているというのは非常に限られていると思いますが、その辺について今後の展開を。

○樋口委員 枉座長は毎年肥前の中でやっておられますか。我々も久里浜の中で厚生労働省の研究班の研究分担の1つとして今、やっています、結構な方々が研修にお見えになっています。ですが、もうちょっといろんなところでやって、広く人材を育成していかないとさすがに難しいだろうと思うので、そのあたりをどのようにして広めていくかということについても、施策の中にもし、反映されれば、研修の拡充、それはとても大事だと思います。

○枉座長 よろしいでしょうか。

ほかにどなたかありますか。調査研究の必要性から人材確保、人材育成の話題が出ました。

それでは、次の「(2) 救急医療」に移りたいと思います。救急医療について、これは猪野委員、それから大槻委員のほうから問題提起あるいは現状報告がされておりますけれども、救急医療の現場の大変さというのは猪井委員から繰り返しお話ししていただきましたが、どうぞ、猪野委員、お願いいたします。

○猪野委員 本当に大変で、私のようなアルコールを専門にしている者でも夜間とか休日に酩酊患者さんが来たときには大変な思いをして来たので、一般病院の先生方は、本当に大変だと思っています。

それを改善していくのに、警察や消防などいろんな機関が一緒になって取り組まないと持ちこたえられないというのが現状だと思います。そういう意味で、三重県健康福祉部が、先ほどお配りした県下全体でアルコール救急に取り組もうという動きをされていて、ありがたいのですが、その場合、特に警察の方、消防もそうですが、協力を得るのにはトップダウンといいますか、上の機関の理解がないとなかなか下が動きにくいというのが現状と思うのです。

例えば救急に患者さんが行って、警察が出動して、その場を押さえるところまではやっているのですが、その後の警察、例えば生活安全課の担当者が次の日に出かけて介入する、そういうことはなされていない、警察官の職務の中に入っていないのだろうと思うのですが、そういうところを警察官がちょっと広げていただくと、すごく現場が助かり、リピーターを防ぐこともできますので、現場も患者も助かっていくように思います。そういう点で、いろんな省庁の方が見えているので、ぜひ一緒になって救急現場を救うと同時に、患者の回復のチャンスにするように、省庁間の連携をお願いしたいと思います。

○杠座長 樋口委員、お願いします。

○樋口委員 救急の現場というのはアルコールの問題がかなり集積する場所だということで非常に有名だと思います。しかし、実はこれもほとんどデータがないのだと私は思うのです。

厚労省の研究班の中に救急現場のけがで来た方にアルコールがどのぐらい影響しているかという国際共同研究が今、少し前に進みつつありまして、WHOがもともと主導して、そのプロジェクトを発展途上国を中心にしてたくさんやったのですけれども、日本が残念ながらそこに入っていなかったのです。その後、アメリカの国立アルコール乱用・依存症研究所が中心になって、国際的なプロジェクトを進めていこうということで今、話が進んでいるのですが、なかなか救急現場でそのような調査をするのは難しいという現実があって、少しおくれてはいるのですが、そういうものはまず、データがあるのがとても大事だということがあります。

もう一つですけれども、ブリーフインターベンションに関して、ERの現場のデータは諸外国から、物すごく出ているのです。ところが、日本は先ほどのように職域と飲酒運転に関してはあるのだけれども、それ以外の現場のブリーフインターベンションの効果に関する研究は皆無に等しいのだと私は思うので、そのあたりの周囲を説得できるようなデータが数字として出てくるのがとても大事なのだと思いますので、そこもまずは検討していかなければいけないかと思います。

○杠座長 今の御意見は酩酊と外傷の関係を救急部で調査する、ブリーフインターベンションの効果をERで研究する、そういったお話でした。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 樋口先生のお話と関連するのですが、救急現場には研究するエネルギーがないといえますか、バーンアウトしていて、本当に大変な職域だと思うのです。患者の血中アルコール濃度の数字がすぐわかる検査を今、病院に導入して、その数字を見て救急医が患者に救急医が自信を持って介入できるようになって、すごく救急医が元気になってくることを私たちは今、体験しているところです。このような工夫とともに、救急医が患者に対応しやすいようなシステムを院内につくっていくために、救急を支える地域連携室や病棟のスタッフなどが一緒になったアルコール医療委員会を病院内につくろうと提案しています。病院全体がシステムとして救急もサポートできるようにすると、大分救急医も元気になってきて、研究にも余力が回るのではないかと考えています。

○杠座長 救急医が疲れていらっしゃる。バーンアウトしている。それは1つの要因にアルコール酩酊者の対応がある、ということですね。

○猪野委員 特に、救急を頻回に利用するリピーターが救急医を困らせていると思います。私はその大変さは良くわかるのです。

○杠座長 堀江委員、お願いします。

○堀江委員 今のは2つの要素があると思うのですが、夜に来たほうがすぐ診てくれるとか、そういうことを含めて夜に来るリピーターが多くて、それと、痛いから痛み止めを打って欲しいみたいな薬物中毒が入ったような人たちも対応しなくてはいけないという面で疲れているというので、そういうことをどうするかという問題もある。

もう一つは肝障害のアンケート調査などでもそうなのですが、業務が忙しいとなかなかアンケート調査には協力していただけなくて、協力してくれる病院というのは大体医療支援室みたいなところがあって、後でカルテを事務の方が出してきて、事務の方の名前で記載して、最後に責任者が判こだけ押してアンケートに答えてくれるところが多いようです。そこに対して短期でもいいのですが、予算をつけて幾つかの病院でやってもらうということを提案しないと、はい、やりましょとなかなか受けてくれない。ボランティアで数件の病院がやってくれるとは思いますが、大きな統計にはならないのではないかと思いますので、その予算をどうつけてくるかというところを考えないと、ERの統計は出てこないのではないかと思います。

○杠座長 モデル事業、モデル病院みたいなものをつくって、立ち上げて、その中でも研究を始める。

○堀江委員 ただ、アンケートで何人来ているか出してくださいと言っても、回収率がほとんど上がらないのではないかと思います。こちらからお願いして、そのかわり支援の人材の給与分ぐらいを払いますぐらいの感じでないと、多分厳しいのではないかと。もしくは、支援センターが整っているところだったらやってくれるかどうか、その辺も含めて検討しなくてはいけないと思うのですが、かなり少ないのではないかとすることは予想されます。肝臓のアンケート調査でも回答率10%に達しませんので、ERの夜間の統計となるとさらに難しいのではないかと思います。

○杠座長 今の調査というのは夜間の酩酊者の割合とか、血中濃度とか、SBIRTをどれぐらい施行したかとか、そういう調査なのですか。

○堀江委員 そうですね。それだけでも結構大変かと思います。人数を把握するだけでも漏れてしまうというところも含めて。

○杠座長 ありがとうございます。

ほかにどなたかありますか。

最初に猪野委員のほうから警察との連携ということがございました。救急隊と警察、医療との連携、この辺は何か工夫されているところがございますでしょうか。

○猪野委員 救急隊員もリピーターに困っているのです。何度も要請が来ますので、ほかの出動が遅れるなどの問題があってすごく困っているのは事実です。救急医と救急隊と警察の協働がなかなかできていない中で、例えば救急隊が患者さんを置いてすぐ逃げるといような、救急医の側に不満がある。そんな現状を改善するために、消防は余力があれば救急医の処置などを見守るといのか応援するといえますか、そういうことをやったところ、以前よりはお互いがお互いの立場を尊重して助け合おうという感じが出てきています。そういうことを消防署の上部機関の方から、「助け合わなければいかぬ」という方針を出すこともとても大事だと思います。できたら警察もすぐ出動するとか、そういうことがすごく求められています。救急医の側からは110番しても警察官がなかなか来てくれないという不満もあって、とにかくすぐ来てほしいという希望もあります。

○杠座長 今、四日市で取り組まれていることはその辺の連携を密にするということですね。その成果としてはいかがでしょうか。四日市のいろんなシンポジウムを行うとか、連携を密にするための会合が行われるなど、取り組みの成果として前とこのように変わったとかはありますか。

○猪野委員 今、データを出そうということで頑張り始めていますが、まだ出ていません。救急利用のリピーターが減ってきているのは事実と思うのですが、それを数字として出していませんので、これから調査していきます。

○杠座長 ありがとうございます。

この3者の連携は非常に重要なところだと思いますけれども、この辺について何か御意見ありますでしょうか。この辺はまたヒアリングで現場の困っていらっしゃる方々のお声を聞くというのが非常に大切になってくるかもしれませんね。

どうぞ。

○厚生労働省医政局 1点確認と1点質問ですけれども、救急医療のここの部分、先ほどリピーターという話がありましたが、アルコール依存症の方が繰り返し救急車を使って救急にかかれるということが現状として問題だという問題意識のもとであるということによろしいかという確認です。



○杠座長 猪野委員、どうぞ。

○猪野委員 そのとおりです。一晩に同じ酩酊患者が何回も救急隊を出動させる、そういう現実があります。1人の患者が通算すると、80回も救急車を呼んだという調査結果があります。

○杠座長 堀江委員。

○堀江委員 各論的になって、きょうの1回目で終わるかどうかわかりませんが、前の病院ではアルコール依存と思われる方が夜間にかかった場合は、1回昼間の外来にかからないと次は夜間は診ないとしていました。ただ、それは病院が決めた勝手なルールで、都内だとそれでたらい回しになって、要するにうちの病院には来るなということですね。ちゃんと治す気があるなら昼間に来たら診てあげるという姿勢で対応をすると、結局来なくなるのです。どこかの病院に多分行っているのだと思います。地方だと地域に1か所しか病院がないので、そこまでやってしまうと生命の危険が出てくる可能性もあります。飲酒運転の場合は飲酒運転をすると1回治療を受けなければいけないという話をこの前のヒアリングでされてましたが、夜間に2回来たらというような各論的な話もしていかないと、結局、結びついていかないと思うので、その辺をどうするかというのを今後、議論していただきたいと思います。

○杠座長 松下委員、お願いします。

○松下委員 夜間救急でいらっしゃるのはアルコールだけではなくて、自傷行為とかオーバードーズとか、結構リピーターが多くて、ただ、生保の方が結局自腹にはならないので繰り返してしまう。だけれども、自傷行為とかオーバードーズで救急に行くと、一晩病院でお世話になると20万から30万かかるらしいのです。生保以外の方は自分で、保険がききませんので支払うことになって、リピーターにはなりづらいということは聞いているのですが、アルコール依存症の酩酊状態で夜間救急で受診した場合に、費用というのは一体どのぐらいかかるものなのかということです。

○猪野委員 私どもの地域で救急のスタッフにアンケート調査をしたことがあります。そうしたら、今、先生がおっしゃるような救急医の不満が出て、酩酊患者が勝手に来てたくさん迷惑をかけているので、もっとお金をたくさんとったらどうだとか、酩酊患者を断れるようなシステムを作って欲しいとか、いろんな不満が噴出しました。

○松下委員 少なくとも医療保険の対象になるということですね。

○猪野委員 なっています。

○松下委員 対象にならないと厳しいのかもしれませんが、リピーターの方に関してはどうなのかなと思います。

○杠座長 大槻委員、お願いします。

○大槻委員 飲酒運転にしましても、救急治療につきましても、全部依存症者を捕まえる絶好のチャンスなのです。ですから、これをどうやって専門治療の場に結びつけるかという方策を我々は考えなければいけないのではないかと。これは救急に携わる人を含めた地域の連携、もちろん医療機関を含めてですが、場合によっては自助グループも含めた連携といった機関を地域でしっかり整備することが大切なのではないかと考えます。

○杠座長 酩酊を繰り返すということが治療につながるきっかけになるかもしれないということですね。その入り口になるかもしれない、そのチャンスであるかもしれないという発想です。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 私が一番最初に申し上げたのですけれども、今、依存症の話に話が行っていますが、そうではなくて、お酒を飲んでいたがためにけがのリスクが高くなって、ERに来ているような方々ももちろんいるわけです。ですから、議論を2つに分けて、依存症の方々に対する対応と、そうではなくて、依存症ではないのだけれども、アルコールによって健康障害が出た人たちに対してどうERとしていくかという調査も含めて、そのあたりを分けて考えたほうがいいと思います。

○杠座長 今の議論は両方まじって一緒にやっているというところですね。わかりました。

酩酊保護所の問題とか、猪野委員、何かありますでしょうか。三重県には酩酊保護所はございますか。

○猪野委員 四日市市には3カ所の警察署がありまして、そのうちの1カ所で保護できます。先日、1人の酩酊者がそこで自殺未遂をして、その後亡くなったことがありました。こういうことが起こるので、警察にとっても大変なことだろうと思うのです。そこに助け合いといいますか、救急医と救急隊と警察がうまく連携できて、助け合えるような形ができればいいと思います。杠先生が以前におっしゃったことを聞いたことがあるのですが、

「院内交番」というアイデアは警察官が病院に常駐するシステムです。たしかにこれができるれば非常に連携がうまくいくわけです。

○杠座長 樋口委員、お願いします。

○樋口委員 今のは虎箱の話ですね。酒に酔って公衆に迷惑をかけることを防止する法律か何かは私は正確には覚えていないのですが、たしかあの中に、虎箱に入れることが可能であるという文があって、その最後のところに、文言が、警察官は治療を受けるように勧めるようになっているのです。恐らく既に現行の法律としてそれがあるにもかかわらず、そのあたりが機能していない可能性もあるので、現行の法律の施行をより高めていくということも考えていく。

○杠座長 多分、その当時から依存症の方を治療に結びつけるとか、病院に連れていくとか、身体疾患の治療に結びつけるとかという意識は、法律がつくられた時代にあったのでしょうか。わかりました。

よろしいでしょうか。

また次回以降、ここのところの議論も膨らませていければと思います。このことに関しては、またヒアリングでいろんな御意見も聞ければと思っております。

(3)の「一般医療と専門医療の連携」に移りたいと思いますが、これに関してはいろいろと御意見があるところだと思いますが、いかがでしょうか。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 先ほどの話に戻りますけれども、アルコール依存症の治療の技法を向上させていくようなことをこの中にぜひ入れていただきたい。昔から我々は、本当に情けないと思いますが、幾ら治療を施しても断酒率がなかなか向上しない。我々の専門医療の通知表は恐らく患者さんたちの断酒率の向上だと思うのですが、通知表がいつまでたっても上がらないという状況があって、これはやはり我々も真摯に考えて、治療向上を図っていかないといけない。その中には心理、社会的な治療の技法の向上もあるし、新しい薬物治療の可能性もあるでしょうし、早期発見、早期介入の技法もあるでしょうし、いろんなものがあると思いますので、そのあたりをできれば中に盛り込んでいただきたい。もちろん、自助グループとの連携とかもあると思うのですが、それも含めてぜひ、家族に対する介入もこの中にあるかもしれません。その中でぜひ中に入れていただきたいと思います。

○杠座長 ありがとうございます。

主に精神科の専門治療の質の向上ということですか。治療成績を上げるということ。

○樋口委員も 依存症に関する検討会というものが3年ぐらい前でしょうか、厚労省の中

に立ち上がって、そこでいろんなディスカッションをして、報告書が出てきて、その中に拠点病院構想というものが中に入っていて、それが今年度からスタートしていますが、このような制度を使って治療の質をさらに向上させていくということは恐らくできると思うので、そのあたりも中に盛り込んでいけるといい。

○杠座長 ほかにどなたかありますか。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 今、樋口先生がおっしゃったような、地域で活動をしていることを研究する時にお金をつけていただくとモチベーションも上がるので、要望したいと思います。

同時に、専門治療機関の定義が必要です。連携する場合、どういう条件があったら専門治療機関を名乗っても良いか、現状では非常にあいまいなので、勝手に専門治療機関と名乗れるのです。連携してシステムとしてやる場合は、こういう条件があったら専門治療機関を名乗ってもいいという最低限の条件が必要だと思います。

○杠座長 専門医療機関の定義ということですね。今、樋口委員の研究班のほうで少しそういう治療施設の調査を今、されていると思いますが。

○樋口委員 そうですね。アルコール依存症に関する厚生労働省の研究班がございまして、私が班長をさせていただいているのですが、その中に治療の施設を同定してそれをリストにしてアップデートしていこうというのがあって、それを今、一生懸命やっているところです。

連携についても、規模は小さいのですが、私の記憶だと2つか3つぐらい小さな分担研究の課題が中に入っていて、行政と医療の関係、地域と専門医療の関係とか、あるいは一般医療と専門医療の関係について研究が進んでいます。しかし、できればこれは非常に重要な課題なので、もう少し大きな形で幾つかのところを巻き込んだ研究モデル事業ができれば、よりいいのかなという感じがします。

○杠座長 ほかにどなたかありませんでしょうか。

堀江委員、お願いします。

○堀江委員 今の樋口委員のご発言と関連するのですけれども、その定義に当てはまる、ランクがあつていいと思います。専門病院と認定病院とか、名前はどうでもいいのですが、ランクがあつたほうが、人口何人に対してそのランクの病院が1つあつたほうがいいのか、そういう議論は会の中でされていらっしゃるのでしょうか。

○樋口委員 していません。それも重要な視点だと思います。

○堀江委員 私は消化器内科医で、たとえば消化器病、肝臓病について見ますと、消化器病や肝臓の認定施設になるのは非常にハードルが高い。しかし肝疾患を診るという意味では専門医が1人でもいればいいのですが、認定をとろうとすると3人いなくてはいけないとか、なかなかハードルが高くなってしまう。この病院でどこまでの治療ができるのかというのをはっきりさせて、肝臓の場合はお金も入ってくるので手を挙げる病院があるのですが、手を挙げない場合は行政が指導してやってくれないかと頼むような、人口当たりに対して十分な専門病院がないような場合は頼んでいくようなことまで考えていかないと、なかなかカバーできないのではないかと。もちろん、診療報酬がばかみたいに上がればみんな手を挙げるでしょうけれども、なかなかそうはいかないと思いますので、その辺をどうしていくかというのを議論していかないといけないのかなと思います。

○杠座長 樋口委員、お願いします。

○樋口委員 今のような話はとても大事だと思いますけれども、たくさんそういう医療機関があるところと、ほとんどないところが明確でして、例えば連携をしたくても送るところがないという地域もたくさんあると思うのです。ですから、そのような面では、専門医療の拡充のようなことも中に入れていく必要があるのかなという感じがしますね。

○杠座長 専門医療機関がまだ全国に偏在して、余り近くにない地域もあるということですね。専門医療機関の医療の質といいますか、レベルも幅があるでしょうから、どの程度のものを診られるのかということも少し表に出せればというお話です。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 確かに専門治療機関が偏在していますし、少ないので、患者さんの利便性という点ではすごく患者さんは大変な思いをしていると思います。そういう点で、四日市市のある一般精神科病院では個人ARPというのを始めています。たその病院では入院したアルコールの患者さんにマンツーマンでケアをしています。結構これは有効だと感じています。それもまだエビデンスがないので、今、その予後調査の作業をやっているのですが、もし、エビデンスとして専門治療機関とほぼ同じぐらい有効だとになれば、全国各地で個人ARPという方式を一般の精神科病院が取り入れることで、利便性のある形で地域でアルコール治療を受けることが可能になります。地域の一般精神科病院がアルコールの患者さんを診るというのは、連携が進むにはすごく大事だと思うのです。現状では患者さんや家族はすごく不便な思いをしています。

○杠座長 今回の個人ARPというのはアルコールの治療に携わった経験がある方が行われるわけではないのですか。

○猪野委員 先ほどの三重県のアルコール救急マニュアルの中に、その病院のスタッフが書いてくれたのが入っています。アスクが出版したリーフレットを使って、必ず1日1回は看護の方と患者さんがちゃんと勉強をするようなシステムをつくって、入れっ放しというのではなくて、ちゃんとマンツーマンで心理教育を行っています。一般精神科病院で可能な方法です。

○杠座長 マニュアルに沿ってやるということですね。

○猪野委員 はい。

○杠座長 未経験者でもできるように、マニュアルがつくられているということですね。

○猪野委員 パスがあって、ちゃんとやっています。

○杠座長 ありがとうございます。

樋口委員、お願いします。

○樋口委員 とても大きな課題は、一般の医療とアルコール依存の人たちを治療していく専門医療との間のかけ橋をどのようにしていくかということだと思います。

これは三重で猪野先生が中心になって一生懸命やっていたらしゃって、1つのモデルとしてはあるのですが、そういう場合は猪野先生のようにハートを持って、個人の時間も割いて一生懸命やっているような努力のもとになっているのだけれども、それを全国の方々に求めるのはなかなか難しいところがあったりするのですが、もう少し組織としてそのようなことができていけないだろうか。

例えば学会同士でももう少しジョイントのプログラムをたくさんつくって、そのようなことを広めるとか、そういうこととか、あるいは研修会を広くやっていくとか、何かそういうことをしていかないと先に行くのは難しいのではないかという感じがするのです。

ですから、そのあたりを施策の中に少し盛り込んでいけるといいのかなと。それはどういう方法が一番いいのかわかりませんが、少なくとも先ほど言いましたとおり、学会同士の連携みたいなことは絶対必要なのだらうと思います。

○杠座長 内科医と精神科医、アルコール専門医療に携わっている者との連携、それがさまざまなレベルで行われるということですね。

堀江委員が最初におっしゃいました研修のところのことをもう一度お願いします。

○堀江委員 教育の問題では、学生教育も重要なのですけれども、時間に限りがあるということと、実際にまだ患者さんを診ていないレベルで紙の上だけで勉強してもなかなかイメージが浮かばないと思います。私も初期研修医の指導をしておりましたが、やはり内科で救急の現場で酩酊の方が来て、入院すると離脱症状を起こすというのを経験すると、どう対応していいかわからないという場面がふえてくるので、初期研修のほうは教育の場面としてはより適切なのではないかと思います。地域医療とかいろいろございますけれども、少なくともアルコールの離脱というものとか、アルコール依存症というものについて、初期研修医で必ず学んでチェックする項目を作る。それを経験したとか、できるだけ経験するようとか、努力目標とか、文言は厚生労働省の方とも詰めなくてははいけないと思いますが、ぜひ項目として挙げていただくという必要があるし、テキストブックなどには離脱の対応を入れていただくことが必要ではないかと考えております。

医師になる人は全員受けるわけですから、当直ができるようにというのが1つの目標かと思われまので、非常に重要な項目かと思うので、ぜひ取り入れていただきたいと思えます。

○杠座長 初期研修医向けのアルコールの対応マニュアルみたいなものを私どもはつくらなければいけないということですね。プライマリーケア、あるいは初期研修医向けの指導書みたいなものができればと思います。

ほかにはいかがでしょうか。離脱の管理についてはいかがでしょうか。アルコール離脱は内科の中でごらんになることもありますが、その後の対応とか連携はいかがでしょうか。

○堀江委員 よくわかっている先生などは入院させないで、2日お酒をやめたら入院させてあげると言って、黄疸が出ているのに入院させない、そういう先生もいらっしゃるが、離脱を怖がっている。肝臓は診られるけれども離脱は診られないというような先生もいるのですが、私などはそのまま入院させると病棟で暴れたりということがあります。当直医もわかっていないので、そのたびに私が呼ばれるということが、毎日ではないのですがあるので、その辺をどう教育していくか。

教育は先ほど言った初期研修医からやって、経験していただくのが一番かと思えます。入院したら離脱が出そうと思われる患者さんが全員専門病院に入れる時代がくれば、内科医が研修する必要もないのでしょうか、当面は無理だと思うので、患者さんも精神科入院を拒否する方も非常に多いので、つまり内科だったら入院するという方が多いので、内科に入って離脱症状が出る方をどう取り扱っていくか。

でも、大変なのでとりたくないというのも本音としてあります。そこを診療報酬だけで

カバーできるかどうかわかりませんが、少なくとも重症アルコール依存の加算300点がありますよね。せめてそれぐらいは内科病棟でも離脱を診たらとれるようにしたい。厚生労働省の講習を受けた医師がとか、そこまで制約するかどうかは別として、加算は精神科病棟でないと受けられないわけですね。だから、そこまで制約したうえで加算を内科でも認めると内科医が講習をいっぱい受けに来てくれるかどうか300点ぐらいではちょっとわかりませんが、少なくともそれぐらいの対応は、30日ではなくて例えば5日とか7日とかでもいいので、検討していただけたらと思います。

診療報酬は1つのツールですが、内科で入院する患者が非常に多いということを御理解いただいて、そこにどういう対策を打っていくかというのを「求められる施策等」に入れていただけたらと思います。

○杠座長 現実には離脱に関してかなり多くは内科のほうで診ていらっしゃるんですね。

離脱症状が起こったときに、専門の受ける病院がないとか、専門医療機関としてはそういうことはないのですか。

○堀江委員 完全に暴れていけば別なのでしょうけれども、入院するときはまだ血中濃度が残っていて、暴れてはいない。48時間後のほうがひどく出るというのが、先生にお話ししてもしょうがないのですが、あるので、その場では普通に、「わかりました、今回はちゃんと教育を受けます。」ということで、別に何の問題もなく病棟に上がっていくのですが、2日後に離脱症状が出て、病棟で暴れて、何を言っているかわからないので、先生、来て下さいみたいな話はそれほど多くはないのですけれども、少なくとも幻覚が出るぐらいの方は日常茶飯事で経験しております。

その辺の知識がないとびっくりしてしまって、どうしていいかわからなくなるのです。幻覚が出るからねと患者さんに先に言っておくと、患者さんも先生に言われたとおりだと言って落ちつく。患者さんもあわてないのです。

教育も大事ですが、離脱の知識や治療法を内科医が知っていて、治療を受けると診療報酬的にもいいことがあるというような話の流れにしないと、みんな拒否する。

RTに関していえば、よほど暴れ回っている人で、内科の病棟にその場で入院できないような人は受けてもらえると思うのですが、そうでないと受けてくれないとか、なかなかそこまでいかない。次の日でいいのではないかとか、入院してからでいいのではないかという話になりがちです。患者さん自身も精神科入院を希望されませんし、頼めば快く受けてくれるのかわかりませんが、かなり遠いところでないと、久里浜は少なくとも夜間は受けてくれないでしょうし、非常に限られたところでしか受けてもらえない。そこも非常に困っているのがわかっていますので、ではこちらでという話にどうしてもなってしまうのではないかと思うのです。

ですから、先ほど言ったように、ある場所に依存の患者がいたらどこの病院を紹介した



らいいのかという話の流れを地域ごとにつくっていただければ、内科医の負担も減るかもしれないのですが、うちはすぐとりますよと言ってくれている精神病院がなかなかないというのが現実ではないかと思います。

○杠座長 わかりました。

今のお話は精神科救急システム全体の話ともかかわってくると思いますけれども、内科の中で治療して、せん妄がおさまられた方が、その後に専門医療につながるケースはいかがでしょうか。

○堀江委員 はっきり言って2割ぐらいではないかと思います。もう自分でやめられるからとか言って、そのままよくなったから退院して多くはきてくれません。来てくれる方のうち、久里浜とかに行ってくれる方が2割ぐらいという意味で、ちゃんと外来に通ってくる人を入れてもやっと過半数が来るぐらいで、あとは来なくなってしまうというパターンではないかと思います。そこの動機づけの問題はまた別に考えなくてはいけない問題だと思います。

○杠座長 では、堀江委員としては、できればせん妄が起こったときにスムーズに専門医療のほうに移って、専門医療のほうで治療を受けるほうが望ましいということですね。

○堀江委員 アルコール依存は精神科の病気だと思っておりますので、内科医も一緒に診たほうが助かるのでしょうかけれども、そういう専門施設に最初から入院できるシステムのほうがいいと思うのですが、患者さんがヘジテートする、精神病院というところに入院するのを嫌がるというのもどうするかという問題あります。内科だったら入院するという方もいらっしゃるので、総合病院という形で両方あるという形だと入りやすいのかとか、そういうことも議論していく必要があるかと思います。

○杠座長 ありがとうございます。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 堀江先生に内科の実態を説明していただきましたが、こういう中で内科の先生がRTで専門治療機関に紹介するのはすごく大変な思いをしてやっていると思うのです。このようなRTに診療報酬をつけるのはエビデンスがなくても可能だと思います。鬱病の患者さんを紹介するよりもすごく時間とエネルギーを使ってやってくれているわけですから、うつ病患者の紹介以上に診療報酬をちゃんとつけてあげていただきたいと思います。

○杠座長 インセンティブをつけてほしいという。

ほかにどなたかありますか。

松本委員のほうから何かアルコールの離脱とか、アルコール依存症の患者さんを専門医療に紹介されるときにお困りになったことかはいませんかでしょうか。

○松本委員 経験自体少ないのですけれども、アルコールに特化した専門病院というのは私が開業している地域に余りないものですから、どうしても普通の精神科、あるいは総合病院の精神科を経由して行っていただくという形が多いですね。最初から精神病院いわゆる専門病院ではなくて、総合病院の精神科を通して、あるいは神経内科を標榜している無床の診療所を通じてという形にどうしてもなってしまいます。

○杠座長 そのほうが紹介される患者さんのハードルが低いのですか。

○松本委員 患者さんの受ける印象が違うような感じで、私自身がそう思っているだけかもしれませんが、そのようにしたほうがスムーズに紹介を受けて受診をしていただけるように私は思います。

○杠座長 その辺は精神科、専門医療側の窓口の場所をどこにするかという工夫もこれから求められるところですかね。

○松本委員 恐らくご自分で自分の病状をわかっていると思うのです。受診をすればどうい結果が待っているかというのもある程度理解した上でのことですので、しばらく世間から隔離されるということは自分でわかっているわけなので、そこで手順を踏んであげるというのにもかかりつけ医の優しさといえますか、そうではないかと私自身は思っています。

○杠座長 わかりました。

ほかにどなたか御意見ありますか。

松下委員、お願いします。

○松下委員 精神科病院は民間が多いのですけれども、一部公立の病院もあります。例えば医師であれば、これまで小児科医だったのに4月から外科医になりますとか循環器の医師になりますということはないと思うのですが、公立の場合はそれまでずっと精神科臨床で専門性を育ててきた看護師さんが突然リハビリテーションとか小児科に行くということが実際あって、とても不思議だなと、専門性というものをどう考えているのかという疑問を持っていたのですが、きょう、連携ということを考えて際に、本当の連携というのは組織と組織がマンパワーを共有することなのではないかという印象を持っています。だからといって、余りにもくるくる回転するのはよくないのかもしれませんが、アルコ

ールや依存症の臨床看護をしている人間が一般病棟、一般科のほうに行くということで、連携というのは人が一番つなぎとめる媒体として強いのではないかとすることを思いました。

感想なのですが。

○杠座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

いろいろ議論も今日の部分については出たようなのですが、時間の関係もありますので、次に進めさせていただいてよろしいでしょうか。

最終的に、皆様からいただいた意見をどのような記載ぶりにするかは一度預からせていただき、皆様の御意見を踏まえて、事務局のほうで修正して、次回のワーキンググループでお示ししたいと思います。

では、次の議題に入ります。(4)「ヒアリング対象者について」、事務局から説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 ヒアリングを行う項目につきましては、先ほどの資料1をごらんください。

「検討スケジュール(案)」にございますように、第2回のヒアリングでは主な論点(1)(2)、職域における保健指導や医療機関における節酒指導について関連のある方。第3回のヒアリングでは論点(3)(4)、救急医療現場などについて関連のある方をお呼びしようという案を出させていただきましたが、先ほど樋口先生からも専門用語の問題のヒアリングという御意見もございましたので、こちらで御意見を伺えればと思っております。

○杠座長 ありがとうございます。

第2回、第3回でどのような領域、分野の方をお呼びするのか、時間の都合で各回多くても2名程度かとは思いますが、御意見がおありになる方はいらっしゃいますでしょうか。

どうの方がよろしいでしょうか。

猪野委員、お願いします。

○猪野委員 1つはアルコール救急なのですが、きょう、お配りしたアルコール救急マニュアルを一緒につくってきた市立病院の救急部の副部長の柴山先生にぜひ、救急のひどい大変な状況と、どのようにすればそれを克服できるかという話も含めてしていただけたらと思うので、ぜひお願いしたい。救急医の中で前向きな先生は恐らく日本中で1人か2人ぐらいではないのかと思うのです。そういう中の貴重な先生ですので、話を聞いていただけたらと思っております。

もう一点は、かかりつけ医の先生方がどう対応したらいいかということなのですが、プライマリーケアでそれを専門にされている名古屋大学の伴信太郎先生が我々のアルコールの学会で、基本法の関連で報告をしていただいたりしていますので、伴先生を推薦したいと思います。

○杠座長 かかりつけ医、プライマリーケアの立場から、それから、救急医の立場から。

先ほど前向き、後ろ向きという話がありましたけれども、前向き、後ろ向きというのはどういう意味でしょうか。

○猪野委員 後ろ向きといたらちょっと語弊があるのですが、例えば学会で救急の問題は当然、テーマになっているのですが、アルコール、救急医療の嫌われ者を地域連携が救えるかという、その先生自身は前向きなのですが、救急の現場は大変な思いで、アルコールの患者さんは嫌われているというのがあって、そこからなかなか前に向かえないのが実態だと思うのです。そういう意味で、非常に貴重な先生で、論文も2つ出していますので、ぜひとも御推薦させてもらいました。

○杠座長 ほかにどなたかいらっしゃいますか。

健診の話がありますけれども、今回はむしろ健診のことが中心になりますが、地域、職域はいかがでしょうか。

関係者会議の委員の中にも産業保健の方がいらっしゃらなくて、廣先生が参考人としてお話しいただきましたけれども、その領域のお話がちょっと少ないように思います。現場を知っていらっしゃる方が少ないものですから、この辺はどなたかにお願いできればと思います。

産業医の先生か、産業保健師さんというところでよろしいでしょうか。

○堀江委員 久里浜の講習を受けた卒業生と呼んでいいかわからないのですが、厚生労働省の講習を受けた方の中で御活躍されている方をどなたかリストアップすることは難しいのでしょうか。やはり現場の意見を聞いたほうが、うまくいっているという。なかなかそこまでつながっていらっしゃらないでしょうか。

○樋口委員 産業医の先生でアルコールの関係をよく理解していて、問題点とかできることとかについて話される先生は結構いらっしゃると思います。

○堀江委員 直接保健指導されている保健師さんとか看護師さんをぜひ。

○杠座長 探せばいらっしゃると思いますので。これは地域のこともありますので、でき

れば地域、職域と分けて代表お一人ずつお呼びできればと思います。産業医か産業保健師になると思います。地域では保健師さんになるかと思います。

○樋口委員 岡山県の精神保健福祉センターの太田所長が昔からそういうことを行政の立場から一生懸命やっておられて、ですから、もしほかに余り候補がなければ太田先生も重要な候補だと思います。

○杠座長 岡山市のセンター長ですかね。太田先生という候補が出ました。

よろしいでしょうか。

それでは、第2回目は産業保健領域、あるいは先ほどの太田先生、地域保健といったところ。第3回目は救急医療、プライマリーケアの先生といったところでお話を伺い、議論を行うこととしたいと思います。

○樋口委員 5月か6月で、依存症のことについて、もし入れば、短い時間で入れていただきたいと思います。

○杠座長 3回目になりますかね。

○樋口委員 3回目ですかね。6月のところでですね。

それから、先ほど私、ちょっと口を滑らせて自分がやると申し上げたのですが、多分短い時間、5分ぐらいでできると思うので、用語についての解説を、もしここでやるのが適切であれば、ここで5月の短い時間をいただいてやっても結構だし、関係者会議のほうで、4月10日はちょっと間に合わないですが、そちらのほうによければ6月にお話しさせていただいても結構です。

○杠座長 そうしますと、樋口委員から用語についての解説、今までのレビューをしていただくということですね。それと、専門医療についての御報告、アルコール専門医療を行っていらっしゃる方からの報告を、医療の中で。ですから、そのときは3人になるかもしれないですね。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 第2回の際に樋口先生から用語の。

○樋口委員 もしかしたらこれは全員で認識したほうがいいかもしれないので、関係者会議で短い時間で解説させていただいたほうがいいかもしれないから、6月に持っていったほうがいいかもしれません。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 6月の第6回の。

○樋口委員 関係者会議。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 内閣府と。

○樋口委員 相談させていただいて。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 第3回のワーキンググループで、樋口先生以外にアルコール依存症の治療を行っている専門家の先生をヒアリングと呼ぶということでしょうか。

○樋口委員 できればお願いしたいと思います。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 杠先生と調整させていただきます。

○杠座長 わかりました。

また具体的にどなたにするか、最終的なところでは事務局と私のほうで決めさせていただくということで、よろしくをお願いします。

では、第1回で予定していました内容については一通り終わりましたので、次回の会議について、事務局より御説明をお願いいたします。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 委員の皆様、長い時間、ありがとうございます。

次回以降の会議の日程調整につきましては、いろいろな御提案をいただいております。委員の皆様、大変お忙しい方ばかりですので、例えば関係者会議にあわせて第4金曜日に開催してはどうかという意見もいただいているところですが、それでも日程調整が難しいという委員もいらっしゃるかと思います。その都度事務局で調整させていただくという方法もございますし、とりあえず本日、次回の日程を決めるという方法もあるかと思えます。そういった方法も踏まえまして、委員の皆様の御意見はいかがでしょうか。

○杠座長 開催日程なのですが、毎月1回ずつの予定で4回、5月、6月、7月を今、予定されていますけれども、第4金曜日とか、第2金曜日とか、そういう決め方を原則させていただいてよろしいでしょうか。早目にスケジュールを決めておいたほうが、皆様方も調整はしやすいかと思えますが。

○堀江委員 早く決めていただいたほうが対応がとれる。例えば7月とか8月なら休診にできると思えますけれども、来月と言われてしまうと厳しい。早目に7月まで全部決めて

いただければと思います。

○杠座長 事務局、いかがですか。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 日程を決めることは可能ですけれども、それで委員の先生方がよろしければというところです。

○杠座長 場所とかは特に問題はないのですね。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 場所は大丈夫です。

○杠座長 それでは、1つの案として第4金曜日というのは、以前の調整の中で比較的都合がよかった先生が多かったのではないかと聞いておりますけれども、いかがでしょうか。

○猪野委員 何日ですか。

○杠座長 具体的に日にちをいいますと、5月22日、6月26日、7月24日ということになります。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 第4週の金曜日ということでしょうか。もし、これでよければここで決定しますし、それでも委員の集まりが悪いということであれば、今、ずらすことも可能だと思います。

○杠座長 いかがでしょうか。

樋口委員から。

○樋口委員 かなり厳しいですけれども、そうだとすることであれば何とかそれに合わせるしかないと思います。

○杠座長 ありがとうございます。

猪野委員はいかがですか。

○猪野委員 大体いいとは思いますが。

○杠座長 堀江委員は。

○堀江委員 5月は肝臓学会で座長があるので、5月はその案だと出席できないのですが、ほかの月は調整をつけられます。むしろほかの先生方で第4でなくて第3のほうがいいとかがあれば。皆さんが第4のほうがよろしいなら私は5月だけ欠席させていただきます。

○杠座長 第3でも構いませんか。

○松本委員 よろしいです。それで決めてください。決めていただかないと。

○杠座長 早目に決めたほうがいいということですね。

○松本委員 早目に決めていただいてもだめなときはだめになりますけれども、調整はききやすいです。

○杠座長 いかがですか。

○樋口委員 第3だったら全部出られます。

○堀江委員 私も第3だったら5月も出られます。

○杠座長 松下委員、松本委員、いかがでしょうか。

○松下委員 何でも大丈夫です。

○松本委員 私は最初から第1、第3金曜日は全部会議が入っております。年間で第1と第3は決まっております。それはそちらで決めていただければ。きょうは第1金曜日ですがけれども、こちらへ来ました。

○杠座長 そうしましたら、第4でよろしいですか。多くの方が出席できるというところであれば。

では、先ほどお知らせしました、5月22日、6月26日、7月24日ということで、決めさせていただきますと思います。

○樋口委員 6月は関係者会議が26日に予定されていますでしょうか。

○内閣府 まだ確定はしていないのですけれども、候補の1つに入っています。

○樋口委員 そうだとすると、時間の調整とかがありますね。午前中からやらなければい



けない。

○杠座長 もし同じ日でしたら、午前、午後に分けさせていただくことができれば、開催可能と思うのですが。

事務局のほうはよろしいでしょうか。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 はい。

○杠座長 6月は2つの会議が重なるかもしれないというところで、よろしくお願ひします。

よろしいでしょうか。事務局のほうから何か。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 大丈夫です。

一応日程が今、決まったところですが、時間については恐らく午後開始になると思いますが、時間についてはいかがでしょうか。大体きょうの感じだと14時から、時間も3時間だとちょっと長いということで14時から16時とか、13時から15時とか、15時から17時とか、いくつかパターンがあるかと思います。

○杠座長 きょうは2時間半ぐらいで終わっていますけれども、時間はいかがですか。

○樋口委員 ヒアリングが入ると結構議論が押しますので、少し長目にとったほうがいいと思います。ヒアリングの方々をせかさないといけなくなってしまいますので、十分お話を聞けませんから。

○厚生労働省障害保健福祉部松崎専門官 一応3時間確保で14時から17時ということでよろしいでしょうか。

○杠座長 では、いずれも14時から17時を基本に設定してください。お願いします。

それでは、開催日程も時間もほぼ決まりましたので、以上をもちまして、第1回「アルコール健康障害対策関係者会議健診・医療ワーキンググループ」を終了させていただきます。議事進行に御協力いただきまして、ありがとうございました。お疲れさまでした。