

第2回東京都アルコール健康障害対策推進計画策定委員会会議録

1 開催日時 平成30年12月6日（木）午前9時55分から

2 開催場所 第一本庁舎25階 104会議室

3 出席者 【委員】

池田委員長、岡村副委員長、熊谷委員、小竹委員、紫藤委員、

平川委員、保坂委員、山下委員、吉田委員、

（以上9名）

【都側出席者】

奈良部企画担当部長、森田総務部企画政策課長、永山総務部福祉政策

推進担当課長、中坪保健政策部健康推進課長、西脇障害者施策推進部

精神保健医療課長、堀川教育庁指導部体育健康教育担当課長、井澤警

視庁総務部企画課調整係主査（江口警視庁総務部企画課企画担当管理

官代理）

【ゲストスピーカー】

みのわマック施設長 伊藤 達雄 様

4 会議次第

1 開会

2 アルコール関連問題に関する都内の取組について（事例発表）

（1）医療機関の取組

一般社団法人東京精神科病院協会会長 平川 淳一 委員

（2）酒類販売団体の取組

東京小売酒販組合副理事長 吉田 精孝 委員

（3）回復支援施設の取組

みのわマック施設長 伊藤 達雄 様

3 計画の素案（骨子）について

4 今後の予定について

5 閉会

○池田委員長 おはようございます。まだ早いですがけれども、お揃いということですので、始めさせていただきますと思います。

第2回東京都アルコール健康障害対策推進計画策定委員会を開会いたします。本日は、お忙しい中ご出席いただきまして、ありがとうございます。

当委員会は、設置要綱に基づき公開となっており、傍聴の方がいらっしゃいますので、お知らせいたします。

初めに、委員の出欠状況及び配付資料について、事務局からご説明をお願いいたします。

○森田企画政策課長 事務局の福祉保健局総務部企画政策課長、森田でございます。

本日はお忙しいところ、また、お足元が悪いところをご参加いただきまして、ありがとうございます。

それでは、説明をさせていただきます。

まず、本日の委員の出欠状況でございますけれども、鳥居委員からご欠席とのご連絡をいただいております。

続きまして、お手元にお配りしております資料の確認をさせていただきます。

まず、会議次第がございまして、それから、資料1が本委員会の設置要綱、資料2が委員名簿、資料3が平川委員の発表資料、資料4が吉田委員の発表資料、資料5は本日ゲストで来ていただいております伊藤様の発表資料、資料6が東京都アルコール健康障害対策推進計画の骨子案、資料7が東京都アルコール健康障害対策推進計画の策定に向けたスケジュール案でございます。

このほか、先ほど伊藤様から個別に資料もお配りさせていただいております。

それから、委員の皆様の机上には、アルコール健康障害対策ガイドブックと、平川委員からも提供資料ということで、こちらのアルコールの依存症治療プログラムという冊子もご提供いただいております。

以上、資料の不足等ございませんでしょうか。

○池田委員長 それでは、議事に入らせていただきます前に、本日はゲストスピーカーの方においでいただいておりますので、ご紹介させていただきます。みのわマック施設長の伊藤達雄様でございます。

○伊藤様 みのわマックの伊藤です。今日はお声かけいただき、ありがとうございます。今日は1日、よろしくお願いします。

○池田委員長 本日の委員会では、平川委員、吉田委員、伊藤様の3名から、アルコール

関連問題に関する都内の取組についてご発表いただきます。

初めに、医療機関の取組について、平川委員、お願いいたします。

○平川委員 ありがとうございます。

私は、アルコール病棟の変遷から始まって、東京の今までの取組について、少し部分的になるかもしれませんが、お話しさせていただきます。

まず、アルコール病棟の変遷という資料3の初めのところから参りますが、1963年に久里浜でアルコール病棟ができて、ほぼ同時期に国立武蔵療養所、今の国立精神・神経センター病院に開設されました。そして、10年後の1974年に、東京の成増厚生病院に民間の精神科で初めてアルコール専門病棟が開設され、その後、全国でアルコール専門病棟が開設されていきました。

このようなアルコール依存症医療の展開に、東京都では1982年、今から三十数年前に、アルコール精神疾患専門病棟施設整備費等補助金交付要綱が作られまして、民間精神病院のアルコール病棟の増設に補助金を拠出し、一応10病院の予定でこの事業が始まっています。昭和62年に駒木野病院、平成元年に井之頭病院と桜が丘記念病院、平成2年、3年にまたがって東京高尾病院、平成3年に平川病院、平成4年に高月病院、平成6年、7年で東京足立病院、平成7年に昭和大学の烏山病院、平成8年、最後がよしの病院ということで、10件目が造られなかったという経緯があります。

これは補助金を出していますので、運営要綱がございまして、アルコール依存症患者さんだけを入院させられるけど、ほかの疾患は利用できないという厳しい規定が、つまりその病棟の中は、全員がアルコール依存症という病名がついていなければならないというような規定がございました。補助金もその辺をチェックしながらですので、それに合わせて各病院やっていたんですが、病床利用率が全然上がらないということで、補助金について毎年削減されながら、その要件緩和を交渉しつつやってきたのが事実です。

平成22年に診療報酬で重度アルコール依存症入院医療管理加算というのが創設されたことで、補助金も全てカットになりました。ただ、建築補助で建物はできていますので、あくまでその立場は変わらなかったんですが、昭和大学烏山病院と駒木野病院は、いわゆるスーパー救急病棟への転換をしたいということで、このアルコール病床を返上したいということを東京都と交渉したようで、一応病棟は返上したけれどもプログラムは残しましょうということで、この二つは、今、別の形での運用になっています。

次のページをお願いします。こういうような、東京はかなり早い時期から、このアルコ

ールの問題について取り組んできた自治体であるということを、まず、皆さんにご理解いただきたいと思います。足りないところはいっぱいあると思うので、こういう中で、我々精神科の病院としてやってきたことを、今日話をして、これからの時代に合った、また新しい体制が必要なのではないかという議論になるかと思います。

平川病院の紹介も一般的な医療の流れで申し訳ないんですけども、まず、アルコール依存症は、ご本人さんは困ってない、ご家族が困っているケースが多いので、まず、相談はご家族の相談が多いと思います。P SWや、我々が電話や来所によって相談をして、場合によっては、ご家族に来ていただいてお話をすることも多いです。一般の救急病院からご依頼があったりとか、福祉事務所などの関係機関からの依頼も多いと思います。

本人に外来に来ていただいて、まず困っているのは周りで、ご本人が困ってないので、ご本人の問題であること、その件についての動機づけといいますけども、本当に心のどこかではお酒をやめなきゃいけないなと思っている方は多いので、その気持ちに寄り添って、あなたが主役だということで、治療の主体を認識していただくようなお話をします。

そして、全員が入院ではなくて、外来で治す場合もあるし、入院もあるしということでお話をしますが、やっぱり食事がもうとれないとか、歩けないとか、どうしても一人では繰り返してしまうようなケースについては、入院ということになります。

なかなかつながらない場合には、外来で治療したほうがいいかなと思うまでの間は少し経過を見ることもございます。

そういう形で入院ということになった場合には、閉鎖病棟と開放病棟の大体大きく分けて二つの入院の形があります。直接開放病棟で見ていく場合もありますが、閉鎖病棟の場合は、開放病棟では再飲酒してしまう可能性がある場合、それから、いわゆる離脱症状の激しい場合、これは閉鎖病棟での入院になります。

同時に内科医師とともに合併症のチェックをしながら見ていきますが、多いのが、やっぱりがんとか肝硬変、それから、中には結核の方もいらっしゃいました。ほとんど医者嫌いの方が多いもので、ちゃんと健康チェックを受けてない方もいらっしゃるの、こういう合併症のチェックというのは、一つの閉鎖病棟での体制として重要だと思います。それから、大事なのは離脱症状です。これは簡単なものは発汗や脈拍上昇とか、そういう自律神経症状が中心ですが、中には振戦せん妄に至るケースもありますので、これは精神的な治療が必要だと思います。落ちつけば、早目に開放病棟に移動になります。

開放病棟では、断酒のため、お酒を我慢するため、退院後のためのプログラムを用意し

ています。認知行動療法として、HARPPというプログラムを使っています。臨床心理士やPSW、看護師、OT、医者もかかわって、週2回、8週間16回の1クールでやっております。それから、酒害教育、この中には家族教室やアルコールの合併症の知識の獲得などをしております。それから、作業療法、これも退院後ですね、お酒ばかり飲んでいて時間を潰していたわけですから、断酒による時間が暇になるわけで、この辺の飲酒につながらないための時間の使い方を学んだり、それから、理学療法としてADLを上げる運動訓練、それから、集団栄養指導、服薬指導、そして自助会のメッセンジャー、AAのミーティング等の参加です。それから、外泊訓練などをしていきます。

そして退院後は、自助会をお勧めして、今日いらっしゃっているマックとか自省館、たくさん色んな自助会ございますので、そういうところを利用しながら安定した退院後の生活を営んでいただくように指導します。通院が基本ですので、外来にはきちんと来ていただくのと、希望される方はアルコールデイケアの利用をしていただいています。

最近の問題点としては、高齢化です。認知症絡みの人、そしてコルサコフ症候群を呈するような人たちが、増えてきている。それから2番目としては、双極性障害や知的障害、発達障害など、他の精神疾患の合併が半数ぐらいあるので、こういう人たちのそれぞれの疾患に対する治療。それから、肝硬変で腹水とか末梢神経障害等で歩けないとか、身体合併症の方もかなりいらっしゃるので、この辺については内科や、あと、リハビリテーション科などと連携をしてやっています。

ここでちょっと、HARPPの説明をさせていただきたいんですが、治療プログラムの一つですが、集団の認知行動療法になります。今まで、底つき体験という形で否認を打破するというような治療理念でやってきましたが、治療を離脱しないように、治療継続している患者さんたちを称賛して、治療者側から積極的に動機づけを行うモデルになっています。これはSMARPPといって、芹が谷のプログラムを改変しているものです。

SMARPPは薬物依存もかかわったプログラムですので、どうしても否認の強いアルコール依存症患者さんは、薬物の話が出てくると、そこで集中力が途切れてしまって、自分に関係ないものだと思ってしまうことが多かったのですが、これをアルコールに特化した形で全部書き直しまして、SMARPPをつくられた国立精神・神経医療研究センターの松本俊彦先生にご了解いただいて、使っているものです。原価640円かかっているんですけど、みんなただで提供させていただいています。15人ぐらいのグループで2カ月間かけてやっております。退院後もこれを持って帰っていただきますので、自宅でもまた思い

出していただくようなツールになっていると思います。

あとは資料なんですけども、以前、アルコール依存症専門病棟として東京都からの指導を受けた２００７年時代と、この２０１８年の１０月の時代を比較した数字が出てきたので、ご紹介させていただきます。

細かなものはまた後で見ていただいて、円グラフのところからです。アルコール依存症の割合としては、過去は８０％以上アルコール依存症がいなきゃいけないという規定があったので、ちょうど８０になっていまして、最近それは緩んでいるので、今は６５％がアルコール依存症で、その他は、認知症とか合併症のある患者さんが多く入っています。

その下の棒グラフですけれども、病棟の平均入院日数が過去は５６５日もあったのが、今は９３日まで下りています。前は、アルコール依存症という診断さえついていれば入れていいわけですから、退院の見込みのないような方もみんな、アルコールの問題があれば入院をしてもらっていたわけなんですけども、今はプログラムを受けるということが目的に変わってきていると思います。

プログラムの参加率も、次のページの上のところで、昔は半分受けられればよかったのが、今は６３％。

それから、次の真ん中の円グラフでは、身体合併症の割合も、昔は６５％だったのが、今は９６％と、かなり入院の目的というのが明確になってきていると思います。

また、この会議、それから東京都の取り組み、また変わっていくと思いますが、精神科の病院でできることも限られていますし、皆さんと協力して、東京のアルコール健康障害対策が進むように協力していきたいと思っています。よろしくお願いいたします。

ありがとうございました。

○池田委員長 平川委員、ありがとうございました。

それでは、ただいまのご発表につきまして、ご質問等ございましたらお願いいたします。

熊谷委員。

○熊谷委員 大変積極的な取り組みや具体的なプログラムのご紹介、ありがとうございます。

二つほど質問させていただければと思いますが、一つは、この新しい方式、特にHARPPを取り入れてからの、治療の転帰と申しますか、効果というか、入院治療の後の断酒率なり、生活の質の向上とかなどはどうでしょうかという点。

あと、もう一つは、社会的背景、身体合併症以外に例えば家庭の様々な問題です。児童

虐待とか、借金の問題、その他抱えているような方もいらっしゃるかどうかのあたり、ご印象で結構ですので教えていただければと思います。

○平川委員 当院は少し町から離れているので、退院後のフォローができる人たちは全員ではないので、もとの地区の診療所等にお戻ししますので、アウトカムについては全部把握することはできませんが、当院に通院している方に関しては、このHARPPを導入してから、それ以前もそんなに悪くなかったんですけれども、6割ぐらいは継続していたんですけれども、8割ぐらいには上がってきていると思います。

皆さん、これ持ってらっしゃって、失敗してもこれを持ってきて、もう一回入院するときにまた使うということもありますので、かなりこれはいいツールになっていると思います。

それから、先ほどの虐待とかという問題ですが、確かに高齢化に伴って、生活保護にもなっていない年金生活だけで、少し携帯電話等で使い込んでしまって介護保険料も払えない、それでお酒を買って飲んでしまってお金がない。介護保険料も払ってないので、介護保険も使えない。年金が来るので生活保護にもならないというような、その狭間で飲んでいる人は結構いて、そういう人も入院していただいて、借金を全部返して、介護保険料を払い始めて、後見人をつけて、それで、アルコールプログラムをというようなことで、かなり時間をかけて対応しなきゃいけないケースもありますので、虐待する側が多いんですけれども、そういう意味では、経済的なものについても含めて、アプローチはしていると思います。

○熊谷委員 ありがとうございます。

○池田委員長 そのほかは、いかがでしょうか。

お願いします。

○紫藤委員 平均90日ぐらいの入院をされているということなんですけれども、この入院した結果として、再入院してしまう方、再入院率というのはどのぐらいになるかということと、それから、このぐらいの期間も全うできずにドロップしてしまう、病棟の中の生活ができなくなってしまう、何らかの事情で家に帰ってしまう、あるいはほかの病棟に移るとか、そういう方はどのぐらいいらっしゃるのでしょうか。

○平川委員 再入院率については、先ほど申し上げたように、全員のフォローをできないので、なかなか難しいんですが、当院に通院される方は、なかなか元のところに行けない方が多いので、そういう方はアルコールデイケアに行ってという長い間診る中では、やは

り再入院する方もいらっしゃいます。

ただ、以前のように連続飲酒で救急病院に運ばれて、生きるか死ぬかまで悪くなってしまうという方は少なく、早目に相談があつて、スリップの期間も短くて、ダメージも少なく入院して、また回復されると。失敗をしても、それほどご本人さんのマイナスにならないような形でのフォローができているかなと思います。

それから、もう一つ何でしたっけ。

○紫藤委員 ドロップ率。

○平川委員 ドロップ率は、この病気は、結局長く診れば、失敗する方も結構いらっしゃるので、どのぐらいの期間を診るかによると思います。私も平成3年からずっとアルコールをやっていますので、30年の中では、ほとんどの人が失敗する病気だと。ただ、それでも一緒に何とか生きていくという形の治療になっていくんだと思います。失敗してもいいんじゃないかという考え方になっているので、ドロップ率という考え方を最近しないので、申し訳ありません。

○池田委員長 ありがとうございます。

それでは次に、酒類販売団体の取組につきまして、吉田委員、お願いいたします。

○吉田委員 吉田と申します。よろしくお願いいたします。

資料の4をごらんください。東京小売酒販組合の、大きく二つに分けて、未成年者飲酒防止、来年からこれは二十歳ということになりますけど、飲酒運転撲滅全国統一キャンペーンと酒類販売管理研修ということを二つの柱にしてやっております。

その中で東京の組合なんですけども、次のページをごらんいただきまして、全国には、北は北海道から南は九州まで約290カ所、約8,600名の組合関係者が参加して行っております。東京でのキャンペーンは、平成30年で10回目となります。毎年4月初旬に我々東京都の本部が最初に行いまして、万世橋警察署の交通安全教室、またお笑い芸人のトークショー、今年はパッキンマックン、数年前はAKBの方もご協力いただきまして、ボランティアということで参加していただいております。

また、若い世代の啓発といった観点から、地元の高校生、今年はクラーク高校の高校生が20人ほど一緒に参加していただきまして、ティッシュ配りをさせていただきました。

我々東京都内傘下82支部におきましても、各自啓発活動を行っております。平成29年は、都内全域で合計59回開催いたしました。内容としては、ポケットティッシュを配布したり、また、高校生、地元の役所、地元の関係者も一緒に参加していただきまして、

PR活動を行っております。

もう一つ、酒類販売管理研修なんですけども、次のページを見ていただいて、これは昨年、酒類販売管理研修が、3年毎の受講が義務化になりました。販売所一つに一人の酒類販売管理者を選任いたしまして、その販売業務に対して法令が遵守されるよう小売業者に助言をして、また、販売責任者を設置して、売り場にきちんとした酒類販売管理ができるように心掛けております。今年からは、3年を超えない期間毎に、この管理研修を受けなければならないことになっております。

次のページは、右に行ってハンドブックというのがありますけども、これは分かりやすく高校生の方とか、そういった方にも配布、見てわかるように漫画で描いております。内容は、アルコールとノンアルコールをきちんと分けようと、適正飲酒ということでやっております。

また、未成年の飲酒防止ということから、必ず年齢確認をすることになっております。今年もアルコール健康医学協会ですか、11月12日にありましたけれども、講演会を聞きながら、最新の情報をこの管理研修の中に設けようとして行っております。

また、昨年の酒税法改正で、酒類の販売価格は、一般的にはその販売費用に利潤を加えたものとする、いわゆる総販売原価を下回る価格で売ってはいけないという法律ができております。今年夏に、某社に指示が出たということです。やっぱり、その某社のアルコールは、最近いわゆるチラシの目玉広告からは出ているようで、こういったことが一定の効果があるんだということは、我々も広く認識している次第でございます。

また、アルコール健康障害対策推進基本計画においても、酒類業者は到酔性、依存性の種類の特殊性を踏まえた販売価格を設定することが望まれるとされておりますので、その計画に沿って我々もアルコール業界全体で取り組んでいきたいと思っております。

以上、東京小売酒販組合のアルコール対策健康障害対策のいろんな骨子でございます。よろしくお願いいたします。

○池田委員長 ありがとうございました。

それでは、ただいま吉田委員のご発表につきまして、ご質問等いかがでしょうか。

それでは、私からよろしいでしょうか。この小売酒販組合というのは、加盟は自由なのでしょうか。

○吉田委員 任意でございます。

○池田委員長 そうすると、販売されている業者の何割ぐらいが加盟されていらっしゃる

のでしょうか。

○吉田委員 以前は、都内で約9,000名ほどおりましたけど、約3,000名です。新規事業者の数は、免許の場数は変わってないんですけども、我々組合自体は、いわゆるアルコールの価格の自由化とともに減っております。昔から営業している街の酒屋さんのおやじさんたちは、どんどん今やめている状態です。そういう方が古くから町内会、自治会等の街の組織の中に組み入れられていて、アルコール依存症の家庭環境がよくわかってるんです。そういう方が「あの方、アルコール依存症かな？」と思うと、飲酒環境がどうなっているのかその家の家庭環境が結構わかっているの、そういった人達がいなくなるは問題だなとは思っております。

○池田委員長 ありがとうございます。

お願いします。

○紫藤委員 ありがとうございます。

渋谷のハロウィン事件で、逮捕された人が4人ぐらいいたというようなニュースが流れましたけども、ああいうお祭りみたいところで、よく若者が騒いでいろんな事件を起こすということを耳にしますけれども、ああいうところで、結構街頭でアルコールを売っていたりなんかする、お祭りの会場なんかで目にするんですけども、そういう人たちというのはボランティアみたいな方が売っているのかなと思うんですけども、ちゃんと業者さんの指示で出しているのか、あるいは何か勝手に売っていいような現状があるのか、あるいはそういう危険が予想されるときに何らかの対策を立てているのか、その辺を教えていただければと思います。

○吉田委員 渋谷のハロウィン事件で、一部の業者はお酒を売らないとか、瓶ものですか、そういったものを売らないという措置があったようですが、お祭りの会場で売るとするのは飲食店免許ということ、我々小売免許というのは酒類の販売はその販売場の住所での販売ということでありまして。よくイベント会場で売の場合は、必ず酒類販売移動免許というのが必要で、そこで何本売れたかというのを税務署に報告することが規定されております。また、生ビールみたいなのは飲食業者なので、飲食業の免許があればできるということです。よろしいでしょうか。

今年、去年からアイドルの方の飲酒運転とかいろいろありまして、我々はいつも言っているんですが、余りにも深夜で販売、利便性とかあり過ぎるんじゃないかと。もう少しお酒は不便でいいんじゃないかと。夜中に行ってぽっと買えるような、特に強い飲酒とい

うのはいかなものだろうかということを、業界から訴えております。

今年ですね、スコットランドで最低価格法というのが出ましたけども、余りにも安いと、リキュール類ですね、我々はRTDと言っているんですけども、そういった缶チューハイ類の70円とか80円とか、清涼飲料水のように売っているのが、本当に問題だなと思っていますし、そういった飲みやすい環境、買いやすい環境というのは、一つこういったことも増やすんではないかと思っています。

○紫藤委員 アルコール度数の多いアルコール飲料が、最近よく出ているんですけども、あのあたりは規制とか何かあるんですか。12%の缶飲料とかよく目にしますが、それ以上もあるのか。

○吉田委員 いや、特にはないです。

○紫藤委員 特にない。

○吉田委員 はい。ニューヨークとか諸外国では、多分6%ぐらいで二重免許になっていて、夜中は売れないよとか、そういった形はあるんですけども、そういったことも、我々も行政と踏まえて、なかなか販売の自由化ということで経済の自由というのがありますので、そこら辺が法律論争になってしまうので、それがちょっと難しいかなと思っているんですけども、我々はこういった酒害とかアルコール健康対策という意味で、そういった二重免許制も必要なのではないかと訴えております。

○紫藤委員 ありがとうございます。

○平川委員 平川です。

すみません、よく患者さんたちは、お散歩へ行くと、必ず同じコンビニに寄って買ってしまおうと。そのコンビニで買うんだったら散歩コースを変えたほうがいいとか、いろいろ助言はするんですけど、コンビニに入ったときに、やはりお酒のコーナーと、いわゆる普通の飲料水、ソフトドリンクのコーナーと同じですよ。何か区別がつかない中で、ぼっととったら缶チューハイだったので、どうしようかなと思ってやっぱり買ってきちゃったとか、そういうことが結構あるので、陳列方法の指導とか、買いにくいって変ですけども、特別なものを売っているというそのイメージを、何か販売される方々にアピールをしてもらおうと、そこでブレーキがかかってお酒を買わないで済むのかなと思うんですけど、その辺いかがでしょうか。

○吉田委員 特に難しいのが、今、ノンアルコールビールと普通のビールがなんですけれども、その境目があるんですけど、特にきちんとやっていただくように、面倒くさくする

ようにしておりますけども、やはり一面ですか、リーチインのドア一面はアルコール、こっちは飲料と分けていただくようなのは簡単だし、いいと思っているんですけども、法律的には、ちゃんと入れなさいということになっています。

○平川委員 そのノンアルコールビールが問題で、たばこを我慢する人はパイプを吸ったりして結局我慢できないのと同じように、ノンアルコールビールも私は飲まないほうがいいよと外来では指導していて、ノンアルコールならいいだろうという考え方ではないのかなと思うので、ノンアルコールだからこっちで、お酒が入ったらこっちではなくて、ノンアルコールもどちらかというとアルコールの側だと私たちは認識をしています。

○吉田委員 わかりました。ご要望として。

○池田委員長 そのほか、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、ありがとうございました。

続きまして、伊藤様のご発表に移りたいと思います。よろしくお願いいたします。

○伊藤様 みのわマックの伊藤です。よろしくお願いします。

資料の確認で、今日追加資料ということでマックの紹介、また、裏面がメインにはなると思うんですけども。

まず、当マックに来る経路ですね。実際問題として、病院、福祉事務所。本人からの問い合わせというのは、書面でも書いてあるんですけど、お酒を飲まないと本人からは相談には来ないというのが実情なところだと思います。ただし、ここ数年なんですけども、生活困窮にならないと自分の病気としての認められないのかということ、先ほど平川委員もおっしゃっていたように、医療につながる方は、私の16年前、または精神病院に初めて入った25年前から比べれば、かかる人は大分多くなったと思います。

当時、私が当事者としてアルコール専門病院に入ったのは平成5年ですから、その当時は、入院患者の方は、当時私は30でしたけど、50、60の方が多かったですから、それから見ると、大分医療にはかかっている方は多いんじゃないのか。

そういった面では、社会経験がある方とない方とベースですね、質の部分には関わってくるんですけど。私は、どちらかというと職について、世帯を持って、ただし依存症本人になって無くしていったという経緯もあるんですけども、元々アルコールの問題が出る前から精神疾患をお持ちの方、またその中には、実はACの部分があったりとか。そうすると、親御さんがアルコール関係の問題があったりとか、その背景までを見ていかないとというところで、医療の協力はもちろんですけども、生活保護課から来る方には成育歴の

資料というのも、限界はありますけども、資料をいただきながら、その中でその方の背景というのを同時に見ていかないとということはあると思います。

統合失調のように20代後半から30代になって発病する方、ある程度社会経験はあるんですけども。そうでない方というのは、よく見ると職歴にしてもそうですし、学歴にしてもそうなんですけども、ベース自体がないので、そういう方が病院につながってマックには来るんですけども、今度プログラムの流れに乗れるかというところ、ベースが違うってところで、資料にも書かせていただきましたけども、どうしてもそこで出てくるのが、50年ぐらい前、医療からでも結構問題視はしていると思いますけども、発達障害の部分が、結構マックのプログラムに対しても進まない人の中。

資料にも書かせていただきましたけれども、マックでは否認という言葉は使わないんですけども、当事者支援ですので、何言い訳を言っているのというところから始まる部分というのは多いんです。

面接時もそうですけども、いきなり私たちは、利用者さんに質問というのは余りしないです。とりあえず私は自分の飲酒歴から、後はしばらく仲間の話を聞いてくださいという。聞く耳をみんな本当は持っているんですけども、それよりもアルコールのほうが関心事になってしまっている。それをいかに——マックに問い合わせで電話が来る家族の方にももちろんですけども、当事者の方、大概、酔ってしかかかってこないのも、まずお酒は切りましょうという形で、今お酒が止まってない人は、申し訳ないけど、マックでは止められませんという、マックの限界というか、できないことをまずご説明して、ちゃんと医療にかかってくださいと言っている。

ただし、ご家族の方の相談の中には、幾ら言っても行ってくれないという場合がある。そういう部分でいうと、私たちは、飲んでいて人のところに行く場合もあります。それは、一人の職員では行きませんが。それが自助グループあたりですと、なるべく飲んでいて人のところは行かないほうがいいとか、限界はあると思いますけども。でも、断酒会やA Aの仲間でも、結構頑張っているメンバーさんもたくさんいるんですけども、限界はあると思います。

マック自体、男性、女性という、7年前までは一緒にプログラムをやっていたんですけども、オハナというのを別に設立したのは、実際問題として女性の場合のほうが、1日午前、午後のミーティングと夜の自助グループへの参加が無理だという家庭環境の方が多いんです。それが母親であつたりとか、仕事というのが外への仕事じゃない家事とか、そう

いう部分で結構ご家族の協力を得られる女性ならいいんですけど、それ以外の女性ですと無理ということで、オハナの開所は午後からという形をやっていたんです。それが7年前の障害福祉サービスの移行によって、完全分離という形で、みのわマックと女性のプログラムは全く別にはなっていたんだけど、趣旨になっているツーミーティング、午前、午後のミーティングや自助グループに対しての参加というのは、基本理念にはなっています。

ただし、個人差があるので、また女性のアディクションの中にも、単品という方はクロス・アディクトの方が多くて、先ほどお話もありましたが、アルコールの前に、実は摂食の問題があったりとか、この間テレビでも、マラソンの方がすごく正直にお話しされていたと思いますけども。男性でもそうなんですけども、お酒を買う、手に入れるためのお金がないから盗癖、万引きをしてしまう方もいれば、そうでないクレプトの方もいるという、そこも職員自体がよく理解、病気の根源のところを理解しないと、表面上のお酒が止まったからいいね、薬物がとまったからいいねという会ではなくて、ナイトケアに入っている場合ですと、ご本人もアルコールは止まっているんですけども、摂食が隠れて止まってない、そこにご本人が一番罪悪感を持っているんです。だから、クロス・アディクトの方の場合の到達地点というの、スタッフとよく協力していかないと難しいと。どうしても女性の摂食障害というのは、男性の倍以上、男性でもたまにはいるんですけども、生きづらさの根源のところというところ。

よく私、地元のお医者さんとも定期的なカンファレンスはやるんですけども、よく例えば、男性1人にパワーを使う部分、女性1人にだったら男性の5人分のパワーを使うねという、相談の率とか、時間の観念とかいうと、かなりのボリュームという部分で。ですから、オハナの職員というのは、みのわマックの職員より大変だろうなって。何年前までは、私も一緒にやっていたので、そのところはよくわかるんですけども。

先ほどの紹介経路のところもありましたが、もちろん生活保護課のワーカーさん、そちらにも書かせていただきましたように、一生懸命病気に取り組んでいるワーカーさんもいらっしゃるんですけども、関係機関の中には、どうしても保護課を2年で異動してしまう方がいるので、せっかく慣れて依存症の部分を理解してくれたなという頃に異動して行って、また、学校を卒業してすぐのワーカーさんが100人ぐらい、利用者さんの担当を持つとかいって、結構大変だとは思いますが、そういう部分での行政との関係性もよく話し合っているところです。

実際問題、当事者支援の中で一番大事にしているのは、やっぱりご本人が本当にお酒を

やめたいと思っているのか。でも、やめたいだけでは駄目なんです。そこの部分が止まってからが、逆に課題になってくる。

やめ続けるにはどうしていくのかというところで私の話をさせていただくと、過去、当初の入院から9年間かかりました。飲んだりやめたり、専門病院に5回の入退院という。最終的には、5回目の退院と同時に、私は、今のみのわマックに通って、今16年という断酒歴は続いておりますけども、先ほど先生もおっしゃっていたように、ドロップアウトというよりも、そこも含めた病気の症状であって、そこが一人一人フラッグをどこに到達点をもっていくのかというのは、当事者支援の中ではよく話し合われているところであって、みのわマック等を初め、全国札幌から九州まで14の今法人があるんですけども、定期的にその話し合いも会議も開いております、みのわマック開所40年の歴史の中から見ると、アルコール依存症単品の人は、ここ40年で、その当時からももちろん発達障害にしてもいらしたんでしょうけども、そこにマック職員はもちろんですし、医療の方や行政の方も、なかなか追いついていかなかったというのが事実だと思います。あくまでもマックとしては、そうした支援の中で限界を感じながらも、行政、医療関係の方と相談して、これからも続けていきたいと思っています。

先ほどのDVの部分、一番多いのが、せっかくお酒が止まった後も、再発という再飲酒の場合、感情のコントロールがまだできていないので、私も含めてそうですけど、退院の頃というのは、お酒は切れているんですけども、感情のコントロール、その部分が強迫観念というところをマックではよく伝えておりますので、それを医療ではよく引き金という形になったりすると思いますので、その部分の意見交換を、よくスタッフとしているところではあります。

資料は追加で、時間が限られていたので、そういう形で、後でよく目を通していただければありがたいと思います。

以上になります。ありがとうございました。

○池田委員長 ありがとうございました。

それでは、伊藤様から回復支援施設の取組としてご発表いただきましたけれども、ご質問等ございましたら、お願いいたします。

○紫藤委員 伊藤さん、どうもありがとうございました。

伊藤さんの資料を拝見すると、平成5年に北区の滝野川に移転したということで。この頃僕は、北区の保健所に勤めていたんですけども、当時、竹内達夫先生が衛生部長で。

○伊藤様　そうですね。

○紫藤委員　多分熱心な先生が行政にいたから、この移転になったんじゃないかなと僕は想像しているんですけど。

○伊藤様　はい。そうなんですよ。もう翌年に補助金をいただけるようになりまして、マック自体は、その前の時代というのは運営が苦しくて、アメリカからのメリノール教会だけでやっていたもので、結構職員も少なかったのが事実かと思います。

○紫藤委員　存在する場所を見ますと、東京は北区と板橋区に偏在しているんですけども、東京も広いので、北部の方は利用しやすいけど、南部のほうだと、あるいは多摩地区とか非常に大変なんじゃないかと思うんですけど、立川にもあるんですか。

○伊藤様　はい。そうやって増やしていった。

○紫藤委員　全国展開するという方向なのか、あるいは、今ある施設で内容を充実させていくという方向なのか、そのあたりはどのようにお考えですか。

○伊藤様　今、10年前から比べると、かなり拡大していったのは、法人内でも拡大していったのはもちろんなんですけども、ただ、障害福祉サービスの中で限られた通過型、中間施設という立場ですと、2年、1年の延長でしかないのではという形になる。限界はあるんですけども、実際問題としては、地方というよりも、関東はまだマックは恵まれているほうなのかなと思います。

マックの当初の目的は、確かに断酒会は全国的にあったんですけども、地方にマックをつくって、そこにAAを広げていったという経緯もあったりもするんですけど。関東は、自助グループは恵まれているのかなと思います。

ありがとうございます。

○池田委員長　そのほか、いかがでしょうか。

お願いします。

○熊谷委員　非常に分かりやすく現場の様子とか、男女の違いとか、クロス・アディクションのことなど、ありがとうございました。

私のほうから二つ質問があるんですけど、順番に教えていただければと思います。

まず一つは、随分大変なお仕事、しかも、伊藤様ご自身アルコール依存症も体験されたということを生かしておられるわけですが、スタッフの確保とか、スタッフのスキルアップはどのようにされているかというのを、まず教えていただけますか。

○伊藤様　そうですね。私も当時、利用者としていて、それから社会復帰をして何年かた

ってからお声がかかったというのは現実です。ただし、ここ10年ぐらい、なかなかスタッフのなり手が減ったのは事実です。ちゃんと社会経験をして社会に戻ると、経済的な面でいうとお給料がいいほうに行くというのが現実だと思います。生活の質の中で、きちっと断酒継続をして、また社会復帰したときに、またパートナーと恵まれたりして、そこで経済的な問題が出てくる。ですから、職員が60過ぎしかいないというマックもあった時代もあるんです。そこは今、自助グループの中でAAのメンバーの方に声をかけて、マック経験はないんですけども、順にステップをきちっとやって断酒が続いているという方を、ここ何年間かは取り入れたりしているのが現実です。

あと、私達当事者スタッフですけども、当事者の気持ちはよく分かってと言っても、それだけではスキルアップにはならないということで、もちろん職員自体も研修を受けながら、また、法人全体として支援していく中で、PSWの取得とか、いろいろな資格取得、社会福祉士にだんだん広がっていったり、それも取りながらスキルアップ。または、久里浜研修とか、結構アルコール問題の部分で、東京都の部分の参加ももちろん率先してやっているということと、実際問題は資格だけではないと思うんです。自分自身が健康を維持していかないと、それは利用者さんに伝えられないという部分で、そういう部分でのセルフヘルプですかね。自分自身のケアというのは、これは自助グループだけでは無理なので、そういうところではスーパーバイズという形で、また別にちゃんと受けているという方のほうが多いです。

以上です。

○熊谷委員 もう一つ質問なんですけど、今度は利用者に関することでございますが、例えば入所なり通所を利用されている方が、連続飲酒が始まってしまうなり、何か体調を崩す、病状が悪化した場合などは、医療機関との連携など、どんなふうに行われているのかというのを教えてください。

○伊藤様 先ほどおっしゃったように、お酒、またその再発という部分の場合は、ご本人の意思確認なんですけども、あなたは入院する気持ちがありますかというのを確認します。治療を受けたいのか受けたくないのかというのは、本当に最終的には自分の思いをちゃんと伝えてもらわなきゃいけないという部分。そこに私たちがどう寄り添っていくのかというのが大事だし、ご本人は、今の現状でいいわけではないというのは一番よく分かってはいるんですけど、その問題意識がちょっと。先生がおっしゃったように病識は薄いので、飲酒最中は絶対的にそこは薄いかもしれないですね。

まず入院を促すということと、近隣の医療の中では、先生は、患者さんによっては1回目の入院ではマックは勧めない場合が多いんですけど、その代わり、何回か繰り返す人は、今度の入院のときはマックだよとか、そこで定義づけてから。先生は、必ずあの人は帰ってきますと、よくおっしゃっていますけども。それが、予知の部分かもしれません。

ありがとうございます。

○平川委員 平川です。

伊藤さんに聞いて申し訳ないんですけど、最近、断酒よりも節酒という、治療目的、目標が変わってきていて、飲む前に飲んで、飲む量を減らすみたいな薬が今度発売されますけども、いわゆる飲酒のコントロール、飲酒行動のコントロール障害という定義からすると、節酒はできないというのは、この病気の特徴です。

だから、これからアルコール健康障害対策の中では、節酒というのが一つ目標になってくるように思うんですが、伊藤さんのお立場で、その辺どうお考えかなと思って。

○伊藤様 私は、先ほど自分の飲酒歴で9年間試しましたが、無理でした。

よくご本人にも伝えるんですけど、10人中9人はお酒を楽しんでうまく飲める、健康的に飲めるんです。その10人中の1人に私たちは入ってしまっている。そういう経験を、私は利用者さんに伝えるということと、久里浜でも節酒プログラムをやっているのは知っているんですけども。

でも、薬物の場合ですと、1日の投与の薬を徐々に減らしていったって、眠剤にしても安定剤も少しずつ減らすということは可能かもしれないけど、私の場合でいうと、1日1升飲んでいたので、明日は9合、明後日は8合と減らせるかといったら、不可能ですね。それは私の経験上のことであって。

ただし、マックの定義の中で、面接時にお酒をやめたいんですかと聞くと、節酒でいきたいという人には、マックでは、面接時で帰っていただくというのは定義づけていますね。また何回かのチャンスで戻ってきたときに、前回、伊藤さんが言っていたとおり試したけど無理でしたという、自分が過去に言ったことと時間がたってから、そこで動機づけというのは投げかけておくんですけども、答えは言わないですね。アスペルガーの人に例え話を言わないのと同じように、そこだと思いますけど。

ありがとうございます。

○池田委員長 これまで病院、酒販組合、回復支援施設と三つの取り組みをご紹介いただきましたけれども、全体的に何かご質問、あるいはご意見等いかがでしょうか。

○平川委員 先ほど伊藤さんに聞いた節酒というのが、これからの対策のテーマになると思うんです。節酒に取り組むことで依存症にならないように、いわゆる予防的な要素と、それから節酒をする期間によって動機づけというか、問題意識を高めて治療につながると、そういう裾野を広げて多くの方をスクリーニングして、問題飲酒にならないようにというのが基本的な、どちらかという予防的な施策なのかなと思うんですけど、皆さんはどんなふうにお考えでしょうか。

○池田委員長 ありがとうございます。

今、お酒に限らず、たばこでもハームリダクションの流れがありますけれども、そういったあたり、いかがでしょうか。今、社会的な流れとしては、そういった完全にやめるのではなくて、うまくつき合っていけるようにという流れも出てきているとは思いますが、それでは治らないというようなお考えやご体験もあると思います。そのあたり重要なポイントかと思いますが、ご意見がありましたら、よろしく願いいたします。

○紫藤委員 程度によりますよね。完全にアルコール依存症になってしまった人たちに節酒のオプションを出せば、みんな飛びつくかもしれませんが、それは治療的には絶対に成功しないし、私も久里浜で、もう嫌というほど味わいましたけれども。

ただ、私は診療所ですけども、診療所でやっていると、まだアルコール依存症とは言えないけど、このままいくと依存症になっちゃうんじゃないかなとか、あるいは産業医などをやっていると、少々飲み方に問題があるというようなレベルの方に出くわす機会が多いですね。そうすると、そういう方にみんな断酒を指導するのがいいのかどうか、社会的な地位もあって、インテリの方にはアルコールの教育をしっかりとやって、適正飲酒を指導するという形になってきますので、病状というか、公衆衛生的な意味においては、節酒は今後のテーマとして上ってくると思います。慈友クリニックの米沢先生とか、九州の杠先生なんかもそんなことをおっしゃっていますので。精神科疾患全体が軽症化している中で、アルコール問題の方も、そういうレベルでやれる方もかなりいるんじゃないかなとは考えております。

○池田委員長 ありがとうございます。

そのほかは、いかがでしょうか。

お願いします。

○小竹委員 台東保健所の小竹と申します。

今、色んな話があって、専門じゃないのでお聞きしたいんですけども、地域の中で、そ

ういうお酒をたくさん飲んでいて人を見たときに、依存症なのかどうかという境目というのは、どういうふうに見たらいいのかなって。節酒を勧めるのか、本当に完全に断酒を勧めるのかというのは、どういったところで、この人はもう完全に依存症だなとかというふうに保健師が見て、どこかにご相談したほうがいいんでしょうか。これはどうなんでしょう。

○平川委員 生活に支障があるとか、健康に問題があって、その原因がアルコールだということで、それをやめられないということが半年以上続いているというような診断基準がありますので、その中でということになりますけど。今度またそういう診断基準も、ややまた変わっているところはあると思いますが、その人が本当に困っていると、何か問題があるということで依存症かどうかという判断するのは、一番わかりやすいかと思います。

○小竹委員 そういう人には、節酒は勧めない方向性ということになる。

○平川委員 私たちが診ている人たちは、本当に三角形の頂点の人達でしたので、勧められないと思いますが、これから診ていく人達は、もっと節酒を勧める、自分の標準を変えなきゃいけないので、大変そういう言葉を口に出すのは嫌なんですけども、やっぱり節酒ということになるんだと思います。

○池田委員長 DSM-5でかなり診断基準が緩くなって、かなり広く疾患になってきていますよね。そういった意味では、やっぱり予防が重要になってきて、節酒をお勧めする方も今後増えてくるというふうに理解してよろしいでしょうか。

○平川委員 そういう流れです。

○池田委員長 ありがとうございます。

お願いします。

○吉田委員 私も、ほとんど毎日お酒を飲んでおりました。自分でも依存症なのかなと思ったときもありましたけども、今年の11月12日にアルコールの健康に関する講演会でいろんなものを見せられて、肝臓の絵とかといって、いろんな事例を聞いて、その週のところから1日抜きました、どうなるのかなって。完璧に抜けられましたね。依存症じゃないと思いました。次、今週ぐらいから2日ぐらい抜いても全然、お腹いっぱいにしちゃえば、お酒って飲みたくないんだというのがあって、そういうふうに自分で意識するとできるんじゃないかなっていう、自分で節酒しようという意識が適正飲酒ということでもいいのかなと、私は自分で今、11月からそういうふうにやっているので、健康的にはどうかなと思いますけど、楽しく飲んでおります。

○岡村副委員長 今のお話聞いていて思うんですけど、普通内科系の学会に私は行っているんで、そっちになると、節酒が圧倒的な状況になって、結局血圧とか中性脂肪が上がる、肝臓が悪くなるので、このぐらいだったらいいという領域の指導をするので、要するに、どこまでが節酒で、今度、依存のところまでいってしまったら、依存の場合は基本的には断酒しなきゃだめだと私は思うんですけど、どうもその連携が診ている医者が違うのであまりうまく行っていません。アルコール系の学会へ行っているときと、内科系の学会へ行っているときで随分アルコールに対する温度差が専門家でも違うので、そこのリンクがどうなっているかというのがあって、大多数を診ているような内科の先生とか、生活習慣病の保健指導をしているような専門職のほうに、飲酒習慣がこういう状態だと専門領域で診なきゃいけない状態だということの多分エデュケーションが要るんじゃないかなというのが、一番気になっているところです。

最初から先生方のところにもし行ったら、三角形の頂点の人が対象ですけど、5合目とか6合目ぐらいのところは内科に行っていますよね、恐らく。それで、その頂点に行く人と行かない人がどこで鑑別できるのかというようなところ、どうやったら止められるかみたいなのところがあるので、どうも専門家への教育も必要なんじゃないかというのが、ずっと両方行ったり来たりして見ていて思っているところです。

○池田委員長 ご指摘ありがとうございます。やはり多科連携というあたりも、専門家内でもそういった連携が大事だと思いますし、今回のこの対策も、それぞれ専門のところはかなり取り組みをしてくださっていて、そこをシームレスにつないでいくというところが、今回の対策の一つの要だと思いますけれど。

○平川委員 平川です。

前回お話しさせて、私、昔、肝臓内科医でアルコール性肝障害の研究をして、博士論文はそれなんですけども、その後、このアルコールの依存症のほうに来て、過去は、お酒をやめることが肝臓をよくすることだからやめなさいと、ただそれだけを。やめ方とか減らし方の話は、一般科の先生はしないですよ。もうどうしてもやめられないんだったら精神科に行けで、もう自分の仕事ではないという判断をするんで、そこは大きな溝があると思うんです。

患者さんにとってみれば、例えばγ-GTP、我々からすると、ただの飲酒のマーカーであって、肝障害のマーカーではないのに、γ-GTPが改善したから、もう100切ったから飲んでいいよなんていう内科の先生ですと、飲んでいいことを勧めるようなその一

言が、あの先生がiiiって言ったから飲んでiiiんだということで、飲み続けるような人が結構いるので、γ-GTP一つにとっても、ちょっと内科の先生たちの意識が低いのかなというふうには思っ、医者の一iの患者さんに対する影響力の大きさというのを、内科の先生にはよく認識してほしいと私は思うので、そこは教育なのかなと思います。

○池田委員長 ありがとうございます。

大変重要な議論が続いていると思いますけれども、この対策の推進計画というものを作っていかないといけませんので、その素案を事務局が準備してくださっていますので、事務局のほうからご説明をよろしくお願いいたします。

○森田企画政策課長 それでは、私から説明させていただきます。

今の議論もこのまま聞いていたい議論ではあったんですけども、おっしゃるとおり、この委員会については計画を策定する委員会でございますので、本日、計画の骨子案についてご提示をさせていただきたいと思っております。

資料につきましては、まず骨子案の構成を1枚お付けしてございます。これは前回第1回の策定委員会のときにも構成の案ということで1回お示ししたものと、ほぼ同じでございます。これを基にいたしまして、少し肉づけしたものを別にホチキス留めしてございますけれども、骨子案の本文ということでお付けしてございます。

最終的なイメージといたしましては、こちら今、まだ骨子という形でございますので、文章は書いてありますので計画っぽく見えますけれども、最終的にはもうちょっとこれを肉づけをして、最終的な計画の素案に仕立てていきたいというふうに考えてございます。

事前にお送りしておりますので、資料については、掻い摘んでご説明をさせていただきたいと思います。

つくりでございますけれども、まず1ページのところ、「はじめに」から始まっております。計画策定の趣旨といたしまして、前回もご説明いたしましたけれども、世界的な動き、あるいは国の動きについて書いた上で、東京都の計画を新たに策定するという、この経緯について示しているところでございます。

それから、計画の位置づけでございますけれども、国の基本法に基づきます都道府県の計画として策定するというところでございます。

計画の期間といたしましては、31年度、来年度から5カ年間ということで、これも国の基本法におきまして、少なくとも5年ごとに検討を加えるということで書いてございますので、それに従ってございます。

それから、2ページでございますけれども、第2章といたしまして都の現状ということで、これも第1回のときにデータをお示ししてございますけれども、都内の飲酒の状況などにつきまして、データをお示ししているところでございます。こちらが2ページから4ページまで続いてございます。

それから、第3章が基本的な考え方というところで、こちらでまず基本理念、それから取組の方向性、それから取組を進める上での視点ということで、大きく三つ掲げてございます。

基本理念等につきまして、こちらに書かれている内容につきましても、基本的には国の基本計画の中で示されているものを踏まえて作成をしてございます。基本理念も、まずはアルコールの健康障害対策、こちらにつきましては障害の発生、進行、それから再発の各段階に応じた防止対策を適切に実施するということが大事だということと、それから、その当事者の方などに対しましての支援を目的として実施するものであると。それから、もう1点、その健康障害に関連して生じるもの、様々ございます。飲酒運転ですとか暴力、虐待、自殺、これらと有機的な連携を図って必要な配慮を行うというところも基本的な理念といたしております。

取組の方向性としては、4点掲げてございまして、正しい知識の普及、それから不適切な飲酒を防止する社会づくり、それから相談の体制づくり、そして、医療における質の向上と連携の促進。さらには、アルコールの依存症者が円滑に回復、社会復帰するための社会づくりというところで、これらの取り組みを進める上での視点といたしまして2点、アルコール健康障害の発生を予防するということと、次のページに行きまして、相談、治療、回復支援の体制を整備するということで掲げてございます。

第4章、こちらが具体的な取組を書くところになってございます。こちらで今、10点掲げてございますけれども、こちらにつきましても国の基本計画でお示ししています基本的な施策から引っ張ってきてございます。

まずは1番としまして、教育の振興等。それから2番といたしまして、7ページのほうでございますけれども、不適切な飲酒の誘引の防止。それから3番目が健康診断及び保健指導。4点目といたしまして、アルコール健康障害に関する医療の充実等。それから5点目といたしまして飲酒運転の指導。それから8ページに行きまして、6番で相談支援。7番で社会復帰の支援。8番で民間団体の活動に対する支援。9番で人材の確保。最後に10番で調査研究の推進ということで、最後に、第5章といたしまして、これらを推進する

ための体制と進行管理というような流れで考えてございます。

それから、第1回のときにもご説明いたしましたけれども、こういった計画の間に、本日も委員の方、あるいは伊藤様からもご発表がありましたけれども、都内のいろんな取り組みですとか、そういう事例についても紹介するようなコラムも設けていきたいということで、計画に厚みを持たせたいと考えてございます。

説明については以上でございます。

○池田委員長 ありがとうございます。

国の方向を踏まえた上で、また、他県で既に作成されている計画も踏まえた上で、東京都ならではの計画ということでご準備いただいておりますけれども、何かご質問、ご意見等いかがでしょうか。

お願いします。

○紫藤委員 第4章の具体的な取組の1の教育の振興等、(1)学校教育の推進等というところの意見ですけども、私、精神神経学会の理事をしております、精神神経学会誌の11月号に東邦大学の水野教授の巻頭言として、「高等学校学習指導要領改訂と精神保健教育」という題で書かれています。水野先生は、東京都の色んな会と関わりがある先生ですけども。それによりますと、保健体育の現代社会と健康の中に、精神疾患の予防と回復の項目が盛り込まれると、これが2022年4月からの10年ぶりの改訂であるということで、その中に、うつ病と統合失調症と不安症と摂食障害について、具体的な名前を挙げて指導をすることが求められていると書かれております。

教育の問題は大事だと思ひまして、精神神経学会でも、文科大臣に教育の中に精神疾患のことを入れてほしいということを再三要望をしております、それが実を結んだのかなと思いますけれども。

疾患の中でも、私は特にアルコール依存症とゲーム障害をぜひ入れてほしいなと思ったんですけども、まだ高校生はアルコールを飲んではいけない歳ではあるんですけども、実際に飲んでいる高校生はいっぱいいるし、将来アルコール依存症になっていく予備軍の方もたくさんいらっしゃるの、飲む前からしっかりとアルコール教育をするということに意味があると思います。あと、学校医をやってますと、ゲームの問題が今すごく重大になって、これは、アルコールとも絡んでいるんだと思いますけども、このあたりも、保健体育の授業の中でどの程度先生方に対応できるかわからないんですけども、そのような方向を示すことによって、メディアも取り上げるでしょうし、啓発が進むんじゃない

かなと思いますので、これは国の学習指導要綱の改訂ですので、勝手にそれを移し替えるわけにいかないんですけども、こういう内容についても、ぜひこの会で盛り込んでいただければと思いました。

○池田委員長 ありがとうございます。教育の観点、非常に重要だと思います。

高校生までで習うところで、医学が日本の場合かなり抜けているというところが指摘されていると思います。特に、脳科学をやっていると、脳科学は、ほとんど教育では教わらないというところがありますので、そういったところがもう少し指導要領の中に入ってくると、もう少し国民全体の医学に対するレベルも上がってくるのかなと思いますし、この依存の問題に関しても上がってくるかと思います。

このあたりは、せっかく教育庁からもご参加いただいていますけれども、いかがでしょうか。

○堀川体育健康教育担当課長 教育庁指導部の体育健康教育を担当しています、堀川と申します。よろしくお願いします。

今、ご指摘のとおり、状況をご説明しますと、高等学校の学習指導要領というのは改訂されて、もう既に告示されていて、平成34年度から学年進行で全面实施となります。

このアルコールについては、現行でも取り扱われるようになっておりまして、健康被害の未然防止のためにやっているということがあります。

子供たちの状況、私も元教員ではあった訳なんですけど、以前に比べると喫煙とか飲酒というのは減っているかなという印象はあります。ただ、やはり家庭の問題ですとか、今、様々お話がありましたが、そういう要因も含めて、未然防止のための指導が必要かなと感じているところでございます。

○池田委員長 ありがとうございます。

○岡村副委員長 今の教育のところもそうなんですけど、学習指導要領に基づいてちゃんと教育しましょうというのは当然なんですけど、教員の方の知識はすごいばらつきがあって、患者さんとして来る教員の方をこちらで診るとき、内科系であっても、持っている健康に関する知識とかすごいばらつきがあるので、そちらの研修もきちんとされるということのを盛り込まれたほうがいいと思います。教えるほうも理解している必要があるだろうと思うので、そこも多分大事かなと思いました。

○池田委員長 そのほか、いかがでしょうか。お願いします。

○平川委員 お酒を飲むことが悪いことのような感じになってくるんですけども、最近、

私たちは患者さんに、飲まざるを得ない環境を、そこに焦点を当てて、飲まなくていいように気分よく生活していただくというのが、一番の目的だと認識をしています。例えば、よく例えられるのが、暑い夏にクーラーをつけて生活していますが、そのクーラーをやめることができるかといったらやめられない、クーラーはなくてはならない。それほどアルコールが生活の中で必要になってしまう人たちの思いを理解をして、過ごしやすい社会というのがないと、こういうアディクション問題は治っていかないと思うので、この計画策定の一番の理念として、社会をよくするというのが大事かなと思っているので、そういう何か一文入れていただくといいのかなと思いました。

○池田委員長　ありがとうございます。

○岡村副委員長　それから、職場教育のところになるんですが、都営バスで乗務前のアルコールの検知をするのはいいと思うんですけど、これは当然、民間の企業にも働きかけというのはされるんですよね。頭のMRIを撮るのもいいんですけど、飲酒運転のチェックのほうはずっとボリュームとしては影響が大きくなりますので、やるやらないはもちろん民間の考え方なんですけど、働きかけはしていけないといけません。大手の飛行機の会社でも飲酒運転があるぐらいのレベルなので、かなりそれは危なくて、意外と前の晩に飲んでいて朝抜けてないという事例が、日本だとすごい多いんじゃないかと思います。寝たら免罪符みたいに思っている人が多いですけど、抜けませんよね、遅くまで飲んでいて。その部分を含めて、当然民間の機関も、都バスもそうなんですけど、伝えていっていただくのと、伝える手段を他部局は持っておられると思うので、そちらはやっていただきたいなと思います。

○池田委員長　そのあたりは、行政としてはどこがご担当になるのでしょうか。

○森田企画政策課長　それは交通業者ということですかね。

○岡村副委員長　ええ。

○森田企画政策課長　所管がどこか正確には、後で調べておこうかなと思いますけれども、いずれにしても、都としてまずできることを書かせていただいておりますけれども、ご指摘の民間に対しての働きかけは大事だと思っておりますので、それについては検討させていただきます。

○池田委員長　ありがとうございます。

　　お願いします。

○山下委員　多摩小平保健所の山下でございます。

この推進計画の骨子案は、全体としてバランスよく必要な要素がまとまっていると思います。

一点、私も迷いがあったのですが、依存症対策として断酒、完全に酒をやめる方向を伝えるのか、それとも節酒ということも認めるのかに関連したところです。一般の人にとって節酒というのは、要は適正な範囲の飲酒という意味で、それは飲酒の頻度と1回当たりの飲酒量ということになります。そこに基準を設けるなら、それがなぜそうなのかということの根拠を示す必要があると思います。例えば、先ほど岡村副委員長がおっしゃられたように、前の晩のお酒が結構翌日も残る訳ですから、そのことをよく理解いただくには、アルコールがどのぐらいで抜けていくのかとか、そういったところも分かりやすく伝えるべきでしょう。それを含めて、計画の冊子自体に、アルコールに関しての健康課題について、一目でわかるような参考資料が付いているといいかなと。

職場で部下がアルコールの問題を起こさないか目配りする時にも、アルコールを飲まずに済んでいる日が週のうち何日かあるような感じであれば、まだ大丈夫とみてよさそうかなど、飲酒頻度等を把握しながら依存症の可能性とかに気を付けて見ている場合が少なくないと思います。そうした時にも、アルコール代謝の速さとかを含めて根拠になるような資料があると、説明や理解の参考になるのではないのでしょうか。できればご検討いただければと思います。

○池田委員長 ありがとうございます。大変重要な視点だと思います。

断酒ということであれば、飲むか飲まないかということですが、節酒だと、どこが適量なのかということになると思います。ですので、そこをある程度示せるということは、非常に重要だと思うのですが、そこで個人差がございます。それから、男女の差もありますね。厚労省も出していますが、女性のほうが少ない量で害が出てくるということを出されていますので、そういったあたりを、あと、遺伝子によってALDH2が欠失タイプであれば、もう本当に少量でも害が出てきますので、そこをある程度説明できるような根拠、典型例みたいなものを少し幾つか出せるとよろしいのでしょうか。

何か全体的には言えないですね。ある方は前の日かなり飲んでいても、次の日全然大丈夫という方もいらっしゃるし、その酵素の問題とか男女の問題だったり。

○山下委員 遺伝の他に誘導酵素もあるので、確かにいろいろと難しいといったところはあるかとは思います。

○池田委員長 そうですね。個別化医療というところまでいければ、もちろんいいのです

けれども、個人差があるということは、一つ載せておいたほうがいいかもしれないですね。それから、個人差がある上でも、例えば弱い人であれば、翌日に残る人が何%ぐらいの人は残りますとか、そういうようなあたりを、少しリスクを提示しておくというようなことが盛り込めると、何か科学的な根拠を盛り込めるといいのかなと思います。そのあたりいかがでしょうか。

お願いします。

○森田企画政策課長 ありがとうございます。

2 ページのところで、都の現状で、例えば（２）で、生活習慣病のリスクを高める飲酒の状況という、そのデータ項目の括弧の中で量とかを示しているんですけども、あと、その次のところの適切な1回当たりの飲酒量の認知度というところで、括弧の中でこういう量と示しているんですけども、これがどういうものなのかという解説のような形というのも、検討させていただきますので。

○池田委員長 あとは、事例を入れていただけるということで、それは他県と比べても今回の特徴になるのかなと思うのですけれども、そういったところでも何か、今、議論になったような職場での問題の点とか、そういったようなのも事例の中に入っていると、イメージが湧くのかなと思いますけれども。

そのほか、いかがでしょうか。

よろしくお願いします。

○熊谷委員 中部総合精神保健福祉センターの熊谷です。

全体として非常に分かりやすく、大事な領域は盛り込んでいただいているのかなというのが、私の委員としての感想ですが、特に連携と人材育成と調査研究のあり方について、私なりに意見を申し上げさせていただければと思います。まず連携について、取組の方向性でも、取組を進める上での視点というのでも、連携は重要だと書いていただいているので、例えば、最後の第5章の推進体制と進行管理のところ、関係団体で構成する会議を開催し取組状況の共有と意見交換するとありますが、これらだけでなく、連携の促進とか充実とか、ネットワークの強化につながるような実のある会議の持ち方というのをしてはどうかなと思いました。

連携に関しては、5 のアルコール健康障害に関連した飲酒運転指導とか相談指導のところでも、連携というふうに様々なところで、暴力、虐待に問題とか、医療機関、行政、自助グループ等の連携ということが書かれているので、これがぜひ、それぞれの機関任せに

ネットワークを作りなさいというより、都として何らかの形で連携強化を推進していくということを、第5章のところで入れていただいたほうがいいかなと思いました。

それから、人材の育成に関するところでは、これは精神保健福祉センター関係が幾つか書いてあるんですけど、書いてあるところが幾つかに跨がっているので、場合によっては9のところに人材育成関係はまとめていただいたほうが読みやすいと思います。また、相談支援従事者というような、障害者総合支援法上のものなのか、それとも相談支援を担う人一般なのか、解釈が難しいような用語がありますので、これは多くの方が読んで、私は多分多くの相談を担う方という意味だろうと思うんですが、誤解がないようなものになっていただければなと思っています。

あと、連携のところで言い忘れたんですが、7ページの一般医療と専門医療の連携のところですが、先ほどの平川先生などのお話を聞いてみると、かかりつけ医だけでなく、場合によっては一般救急とか病院などでも、色々専門医療機関とつなぎたいというお話もあるかもしれないので、果たしてこれがかかりつけ医という表現だけでいいのかなというあたりがちょっと気になりました。

あと、調査研究に関することなんですけれども、これは一番最初の都の現状の2のアルコールによる健康障害等の状況のところ、(3)にアルコール依存症者の受療状況というのはあるんですが、それでは、都内で例えば平川先生のところみたいに、アルコール依存症に対して専門的に診られる医療機関はどのくらいあるか、専門的なものはやれないけれども、いわば通常の外来診療その他でフォローアップができる医療機関がどのくらいあるとか、アルコールのプログラムを持っているデイケアのあるクリニックさんはどのくらいあるとかみたいな、医療支援の状況などについても10の調査研究のところで、計画の進捗状況の調査以外に、そもそもの資源の状況なども調べられてはどうでしょうか。計画の改定時に実施するときに調べていただくのかなとは思いますが、そのあたりがあると、読んだ側もどのくらいの資源がある中でやっているのか、平川先生の話だと東京はかなり進んでいるということなんです、その実態としてどうなのかというのがわかります。

あと、10のところで、できれば、国の計画のほうでは、例えば早期介入に資するような技術の開発とか普及とかいうようなことの検討も盛り込まれていますので、これらも含めて支援技法の検証とか開発とか普及なども入っていると、さらにこの東京のアルコール問題についての支援技術のレベルアップとその地域への普及につながっていくんじゃないかなと思います。

この点もお考えいただければと思います。

以上です。

○池田委員長 ありがとうございます。今後の肉づけに対して、非常にいい方向性をお示しいただけたと思います。

お願いします。

○吉田委員 お酒の小売のほうから、ちょっとお願いがあるんですけど、7ページの2のところの不適切な飲酒の誘引の防止というところで、先ほど我々業界から言いましたとおり、アルコール健康障害対策推進基本計画におきましても、酒売業者には、到酔性、依存性の種類の特性を踏まえた販売価格を設定することが望まれるとされております。こういった文章を付け加えていただきまして、先ほど言ったように、アルコール度数の強い、最近缶チューハイ、ロング缶などが目玉商品となっていることが多いので、これはどうかなという部分があるので、若者の清涼飲料よりも安い、ましてや量が多いものがそれよりも安く売っているという、すごく我々も業界としても不審に思っている部分がありますので、この辺の文章を付け加えていただければ、お願いをしたいと思っております。

以上です。

○池田委員長 そのほか、いかがでしょうか。

お願いします。

○紫藤委員 広報とか啓発のあたりなんですけども、特に最近の若い人は、なかなか新聞もテレビも見ないし、ましてやリーフレットとかチラシとかも読まないと思いますよね。今はインターネットの時代で、ほとんどSNSによる情報とか、最近若い精神科医が発信するユーチューブなんかを私はよく見ているんですけども、結構おもしろいし、ああいうところにぐぐっと若者が惹きつけられていくのかなと、フォロワーも結構いっぱいいたりして。

そういうことを考えますと、広報の従来のやり方というのが、もっと変わっていかないと、昔からアルコールの害については言われているんだけど、いまだにしょっちゅう事件が起きているということは、今までのアプローチでなかなか浸透していないという事情があると思います。

今、メンタルケア協議会が、自殺対策の相談でLINE相談とかやっていますよね、LINE、SNS相談とかです。最近の若者は電話もしませんから、電話で相談するなんていう人もいない、LINEの番号を教えて、そこで対応したりしています。

こういうのは新しいツールは、何か事故が起きたときに責任をどうするのかという、役所的にはそういうことがすごく問題になるんじゃないかなと思うんですけども、特に若い層にフィットするような広報の仕方、啓発の仕方を検討していく必要があるかなと思いました。

○池田委員長 ありがとうございます。重要なご指摘だと思います。

6 ページの広報・啓発の推進というところですね。ここに、今の若い人達がよく使うツール、メディアを入れていっていただくということが重要かと思います。

そのほか、お願いします。

○保坂委員 東京断酒新生会の保坂です。

先ほど、熊谷先生のお話の中でもございましたけれども、一般医療と専門医療との関連という部分につきましては、消防並びに救急医療での酔っぱらった人に対する対応で大変な、各所で問題になっています。ですから、消防署に関しても、できればヒアリング等を行って、実態を把握していただいて、救急医療と専門医療との関係性を明確にして、今後制度化していただきたいと考えています。

それと、調査研究の推進、9 ページの10 番のところなんですが、今回の今やっている会議は、推進計画の策定をしているわけですけども、推進計画が策定されて、運営されていく中でも、協議会、推進会議などを定期的にやはり開催して、年に何回かになるかと思うんですけども、常に検討を続けて、直せる部分は直していくことが必要だと思っています。

よろしくお願いします。

○池田委員長 ご指摘ありがとうございます。

今の消防のデータも付け加えてというところ、このあたりは行政としてはどうなってくるでしょうか。

○森田企画政策課長 はい、調整させていただきます。

○池田委員長 よろしくお願いいたします。

それでは、いろいろ建設的なご意見を多数いただきまして、本当にありがとうございました。

それでは、今後の計画の策定に向けたスケジュール案を事務局にお作りいただいていますので、ご説明をお願いいたします。

○森田企画政策課長 本日は、ご議論ありがとうございます。

資料7でスケジュール案をお示ししてございます。本日ご意見いただきましたものも踏まえまして、今後、計画の素案を作成させていただきます。もう少し肉づけしたものを作成させていただきます。そちらをお示しいたしますのが、次回の第3回の委員会でございます。合わせて、都内の取り組みの状況につきましても、ゲストの方から発表する機会も調整させていただいているところでございます。

それから、その後の予定でございますけれども、計画の素案をパブリックコメントをさせていただきますまして、その結果の報告を第4回でさせていただいて、最終的に計画案の取りまとめということで、第4回で終了したいと考えてございます。

スケジュール的には年度末までにということで、計画の公表まで考えているところでございます。

以上でございます。

○池田委員長 ありがとうございます。

それでは、最後になりますが、全体を通じて何かご意見等ございましたら、お願いいたします。特によろしいでしょうか。

それでは、本日の議論は終了いたしましたので、事務局にお返しいたします。

○森田企画政策課長 では、事務局から事務連絡、何点か申し上げます。

まず、第3回委員会でございますけれども、先ほどのところにもございましたけれども、来年の1月16日水曜日の午後7時から午後8時30分ということで考えてございます。

場所は、今、会議室を調整してございますので、正式な通知につきましては、また後日送付させていただきます。

それから、本日配付いたしました資料、基本的には全てお持ち帰りいただいて構わないんですけれども、参考資料としてお配りいたしております、このガイドブックでございますけれども、第1回でもお配りしてございます。また、次回以降もこちら場で使いますので、申し訳ございませんけれども回収させていただきますので、その場に残していただければと思います。その他の資料につきましては、お持ち帰りいただいて結構ですけれども、結構資料の分量が多くなってございます。お荷物になるようでしたら、そのまま机の上に置いていただければ、こちらから郵送させていただきます。

また、お車でお越しいただいた方がおりましたら、駐車券をお渡しいたしますので、受付までお声がけいただきたいと思います。

それから、一時通行証でございますけれども、エレベーターをおりた後、ゲートを通過

する際にご返却ということになってございますので、よろしくお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

○池田委員長 それでは、本日の委員会はこれもちまして閉会とさせていただきます。

長時間にわたり、どうもありがとうございました。

(午前11時34分 閉会)