

第26回アルコール健康障害対策関係者会議

日時 令和2年10月29日(木)
14:00～16:00
場所 TKP新橋カンファレンスセンター
ホール16E

○事務局 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第26回「アルコール健康障害対策関係者会議」を開催いたします。

委員の皆様におかれましては、御多忙のところ、御参集いただきまして誠にありがとうございます。

カメラの頭撮りは議事に入るまでとさせていただきますので、御協力のほど、お願いいたします。

続きまして、本日の委員の出欠状況を報告させていただきます。

中原委員は遅れていらっしゃるとの連絡を受けております。その他の方は全員御出席いただいております。現在、19名中18人御出席されていますので、会議が成立することを御報告申し上げます。

なお、7名がこの会場に御出席いただいております。11名がオンラインで参加されています。

続きまして、本日の資料の確認をさせていただきます。

議事次第、資料1、資料2、参考資料1、参考資料2がございます。また、机上配布資料として、今回、会議の議題に関する御意見等、小松委員、今成委員、白川委員、辻本委員に資料を頂いております。また、それ以外の方も一覧にして机上配布と右上に四角で囲った資料がございます。

オンラインで御出席の委員には電子媒体でお送りしておりますので、そちらを御覧ください。

不足等ございましたら事務局までお知らせください。

冒頭の頭撮り、撮影はここまでとさせていただきます。報道関係のカメラは御退出ください。

オンラインで御参加の委員の方に説明させていただきます。

資料は事前にメール及び郵送でお送りさせていただきました資料も併せて御覧ください。

会議中は基本的にミュートにしてください。また、発言されたい際には挙手をしてお待ちください。その後、座長より指名されましたら、マイクのミュートを解除して御発言をお願いします。発言を終了する際にはその旨をお知らせいただき、マイクをミュートにしてください。

事務局からは以上でございます。

ここからは樋口会長に議事進行をお願いいたします。

○樋口座長 それでは、議事に入りたいと思います。

今日も随分といろいろなトピックが中に入っていて時間が厳しいかもしれませんが、できるだけコンパクトに意見をいただければと思います。

まず、議事次第の「2 第2期アルコール健康障害対策推進基本計画案（教育・啓発、不適切飲酒の防止等）」について【2回目】をお願いしたいと思います。

事務局から御説明をお願いします。

○諏訪推進官 事務局、推進官の諏訪でございます。

資料1を御覧ください。

資料1では新旧対照表の形でお示しをしております。前回に引き続きまして、基本的施策の1、2、5の御議論を賜りたいと存じます。

前回の御議論を踏まえまして、主に変更した点を説明させていただきたいと思っております。赤字で見え消し等でお示しさせていただいております。主なポイントのみ私のほうから一括して御説明をさせていただきます。

1ページでございます。

枠囲いで現状等をお示ししている中で、中ほどの「また」というところでございますが、基本的な認識といたしまして、習慣的な多量飲酒のほか、一時多量飲酒といった問題についての正しい知識の普及の必要性といったことを言及しております。また、いわゆるストロング系アルコール飲料の普及など、近年の酒類の消費動向にも留意しながら普及啓発を行っていく旨が記載されております。

2ページに移っていただきますと、一番上の「(1)学校教育等の推進」の①小学校から高等教育における教育でございますが、学校教育においてアルコールが心身の健康や社会に及ぼす影響について発達段階に応じて正しく認識させることによって、20歳未満の段階での判断力、態度といったこととともに、生涯にわたって健康を保持増進するための資質・能力を養うという形での記述となっております。

下に参りまして、③でございますが、専門教育の話でございます。一番下の○のところでございますが、医療、福祉等の関連分野におきまして、それぞれの資格の養成課程の教育内容の中にアルコール依存症の問題を位置づけるといったことを推進する旨が記載されてございます。

次の3ページでございます。

「(3)職場教育の推進」の2つ目の○でございます。こちらにつきましては、運輸関係の事業全体につきまして、乗務員の方々の酒気帯び業務の防止のための様々な施策を行っていく旨が記載されているところでございます。

続きまして、4ページにお進みください。

2つ目の○でございます。いわゆる飲酒ガイドラインの作成といったところでございますが、このガイドラインの作成に当たりましては、飲酒習慣のない方に対して飲酒を推奨するようなものとならないように留意していくという旨が追記されてございます。

また、このページの一番下、地方公共団体におきまして子育て支援あるいは高齢者支援の施策と連携した普及啓発といった取組につきまして、こちらはもともと基本的施策の3のところに書かれていた取組でございますが、趣旨が同一であろうということでこちらに移行させていただいております。

それから、次の5ページでございます。

②アルコール依存症に関する正しい知識・理解の啓発のところでございますが、この取

組のところ※で啓発に当たっての留意点が記載されてございますが、啓発に際してはマスメディアとの連携などによって訴求力の高い取組の展開を図るという旨が追記されているところがございます。

続きまして、7ページに移っていただきまして、基本的施策の「2. 不適切な飲酒の誘引の防止」の取組でございます。

「(1) 広告」でございますけれども、酒類業界におきまして、広告・宣伝に関する自主基準につきまして、状況に応じてその自主基準について改定等を行っていく旨が記載されてございます。

続きまして、8ページでございます。

「(2) 表示」でございます。2つ目の○で、酒類業界における酒類の容器へのアルコール量表示の検討というところに、いわゆるストロング系アルコール飲料の普及の状況といったところも踏まえつつというような形での記載になってございます。

続きまして、この資料の最後の12ページまで飛んでいただきますと、基本的施策の「5. アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等」という取組でございますが、12ページ一番上の○、「アルコール依存症が自殺の危険因子の一つであるということに鑑み」というところでございますが、自殺対策との関係におきまして、アルコール依存症が疑われる方については、地域の関係機関連携の下でまずは精神科医療のほうに必要なに応じてつなげるとともに、自殺の総合対策大綱に基づきまして、その背景にある社会的・経済的要因の視点を踏まえつつ包括的な対応を推進するという旨の記載がなされているところがございます。

資料1の説明については以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

事務局からの今の説明に関して、御意見、御質問等があればお願いします。

事前に御意見を提出いただいている委員からまず指名させていただきます。その後、その他の委員の方で御意見等がありましたら、挙手いただければ私が指名いたしますので、発言をお願いいたします。

それでは、事前に意見を提出していただいた委員、まず稗田委員からお願いします。

○稗田委員 よろしく申し上げます。

暴力や虐待を受けた者に対応するという点について、よく読んでみましたら、この辺りはちゃんと明記されていないのではないかなということに気づきまして、ここに入れるのが妥当かどうかですけれども、暴力や虐待を受けた者に対応することによってアルコールの問題に早期に介入できるという観点からも加筆ができるかどうか御検討をお願いしたいと思います。「5. アルコール健康障害に関連して飲酒運転等をした者に対する指導等」というところなのですが、「アルコール健康障害に関連して飲酒運転、暴力行為、虐待、自殺未遂等をした者や、その家族」の次からですけれども、「また、暴力、虐待を受けた者に対し」というふうな文言を入れるのはどうかなと思いました。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

これはまた検討していただきたいと思いますので、お願いします。

続きまして、渡邊委員、お願いします。

○渡邊委員 渡邊です。よろしくお願いいたします。

意見等のところに書かせていただいたとおりののですが、学校教育の推進のところでは、(1)の①、2つ目の○の点に関しまして、まだまだ教員の多くがアルコール健康障害対策基本法について理解が進んでいないという実態がございますので、せっかくですのでその辺の周知を行うことと、それから、これは文言の統一ですけれども、ただ単に「心身に及ぼす影響」ではインパクトが少ないので、上の○と統一した表記をお願いしたいと思っております。

以上です。

○樋口座長 1つは追加と1つは文言を少し変えていただきたいという話ですね。どうもありがとうございました。

続きまして、辻本委員、お願いします。

○辻本委員 辻本です。

資料1の2ページで、もちろん私たち、医学生でも医学教育の中と卒後教育というものがあるのですが、養成課程の教育内容ということだけではなく、資格を取ってからいろいろな研修を行っていますので、最後の○なのですが、「その他、看護、福祉分野においても、基本法の趣旨を踏まえ、ケアマネジャー、相談支援専門員、サービス管理責任者等の研修」が行われていますので、その研修でもアルコール依存症の教育をしてほしいということが1点です。

もう一点は、8ページの販売のところには○が2つあるのですが、もう一つ付け加えてほしいのは、最近ではビンジドリンキングというか、短時間にアルコールを60g以上飲酒する問題があります。ビンジドリンキングと飲み放題関連していますので、「ビンジドリンキングに陥りやすい飲食店での飲み放題などの酒類の提供のあり方を見直す」という文言を入れてほしいなと思っています。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。これについても検討いただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

続きまして、白川委員、お願いします。

○白川委員 白川です。よろしくお願いいたします。

1つ目は、7ページ目の1つ目の○の6行目になるのですが、「年齢認証等の導入の更なる推進に努めて」という形で、「更なる推進」を入れていただきたい。理由としては、年齢認証等はほぼ行き渡ってきているけれども、まだ認証がなされていないところもあるため、推進をきちんとしていただきたいということでお願いしたいと思います。

2つ目になりますけれども、8ページ目の2つ目の○の下段、「アルコール量を表示することについて検討を行う」となっているのですが、「アルコール量を表示することについて早期に検討し実施するぐらい」にしないと、やはりストロング系の飲料の問題はなかなか解消されないと思いますので、複数の委員からもそのような意見が出ている、危険性が指摘されているということ踏まえると早い改善を見込みたいので、ぜひその変更をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。これについても検討をよろしくお願いたします。

以上が事前にいただいた意見ですけれども、そのほかの委員の先生方で意見がございましたら、どうぞ挙手をお願いしたいと思います。

それでは、こちらの今成委員、次いで小松委員、お願いたします。

○今成委員 今成です。

一時多量飲酒について入れていただいたのは非常にありがたいと思っています。それにまつわって幾つか調査がありますので、これは基本計画全体の冒頭のところに入ってくるのがいいのか、ちょっと迷ってはいるのですが、今、ここに関連して言いますと、まず辻本委員がおっしゃっていた9ページの不適切な飲酒の誘引防止の提供のところ、やはり飲み放題、これは入れ方が難しいとは思いますが、一時多量飲酒のことを考えるとこれが非常に大きな問題であろうと思います。大学生の飲み放題の利用は飲酒量増加と関連するという調査も行われていて、飲み放題になると2倍飲んでしまう。そして、全部が一時多量飲酒になってしまっているというような現状が出ています。飲み放題以外の酒類の提供の在り方を検討していくみたい、新しい文化をつくっていくような方向のものを入れられないかなと思います。

それから、酩酊者規制法に関連したものについて検討していただきたいと申し上げて、検討中であると同っているのですが、酩酊者というのは一時多量飲酒の方たちがなってしまうということですので、ここもぜひ入れていただきたいなど。これに関しては、東京監察医務院の非常にいい不慮の事故死の分析が出ておりますので、これもどこかに反映させていただいて、一時多量飲酒が不慮の事故につながるということについて何らか強調していただけたらなと思います。よろしくお願いたします。

○樋口座長 確認ですけれども、今成委員が今言っていた一時多量飲酒というのは、辻本委員が言っていたビンジドリンキングと同じことですね。

○今成委員 はい。

○樋口座長 だとすると、中で用語を統一したほうがいいですね。

○今成委員 そうですね。ビンジ飲酒というのは中で使われていなかったもので、一時多量飲酒という用語に統一なのかなと思いました。

○樋口座長 そういうことですね。

○諏訪推進官 事務局でございます。

この後、また全体の構成の説明の中で申し上げたいと思いますけれども、基本的には一時多量飲酒という言い方にさせていただいてございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

続いて小松委員、お願いします。

○小松委員 小松です。

まず、「1. 教育の振興等」の2ページですが、辻本先生がおっしゃっていた意見、ケアマネジャーさんやサービス管理責任者というのは資格でございますので、各種資格の中に含まれますね？という確認がひとつ。また、養成課程だけではなく現任教育での継続的ブラッシュアップが必要だと私も思います。要するに、更新のときの講習などにも入れていただきたいという趣旨を辻本先生はおっしゃったのではないかと思いますので、文言として、各種資格というのは非常に広く捉えていただいて、プラス「養成課程及び現任教育の教育内容に」というふうに入れていただきたいなと思います。

それから、2つ目、不適切飲酒の誘引の防止のところでも、何人もの先生がおっしゃっていて、私も、8ページの「(2) 表示」の○の2つ目はぜひもっと強力な文言に変えていただきたいです。本当にひどいことになっています。重量表示というのはほとんどコストがかからないと思うのです。というのは、いろいろ何かのキャンペーンのときに缶や瓶などの印刷を変えるじゃないですか。同様に、食品表示法による内容表示のところ何%の下に純アルコール何gと入れるだけです。ですが、それだけで相当な抑止効果があるわけなので、これはぜひ「早急に」というような文言を入れていただきたいです。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

そのほか、ございますか。

米山委員、どうぞ。

○米山委員 今のストロング系アルコール飲料のことなのですが、先日、新聞の広告で3%、5%、7%に加えて9%のものが並べて宣伝されてましたが9%だと一日のアルコール摂取量からみて1缶でもオーバーですよ。さらに、500ml缶では純アルコールが36gになってしまいます。消費者がそうしたことを知らずに飲んでしまうことが危険です。そういう危険性のあるアルコール飲料を企業が製造する責任はとれないのか、製造に関しては踏み込んだことが言えないものかとちょっと疑問に思っていました。

先日、小松先生の発表の中で、オリオンビールさんがアルコール度の高いアルコール飲料の製造を止めたというようなことがありましたけれども、そういうことをもっと社会に広く喚起していくことができないものかなとすごく考えておりました。例えば、1缶当たりに含まれる純アルコール量を20gなどに規制し、規格を統一するなどです。これは企業の商品開発に係る部分で企業の自由なのかもしれませんが、そういうことももし盛り込めたら盛り込んだほうがいいのではないかなと思いました。

以上です。

○樋口座長 そのほか、ございますか。

上村委員、どうぞ。

○上村委員 読売新聞の上村です。前回出席できなくて申し訳ありませんでした。

5ページなのですけれども、※で「啓発に際しては、マスメディアとの連携等により」と、恐らくこの「等」に入っていると思うのですけれども、ここに既に一部は活用されていると思うのですが、SNSの活用ということを盛り込めないかなと思っています。

数日前もTwitterのトレンドニュースで依存症絡みの記事が掲載されて、かなりリツイートやいいねをされていて、やはり目に入る機会があったらバズる可能性があるのかなと思っています。TwitterやFacebook、インスタはそれぞれPRをできる機能があると思えますし、厚労省はコロナ関係でこういったノウハウをお持ちだと思うので、コロナだけでなくアルコールをしっかりと明記していただけないかなという意味で、ここであえてSNSという言葉を入れていただきたいなと思っています。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

金城委員、どうぞ。

○金城委員 金城です。

先ほど米山委員がおっしゃられていた8ページ目の(2)の表示に関して追加で意見として言いたいのですけれども、酒類業界は20歳未満の者の飲酒防止の観点から、不適切な飲酒を誘引することのないよう、酒マークの認知向上を徹底するということがありますが、パッケージ自体がファッショナブルで比較的未成年や女性の飲酒を誘うようなものであったり、スパークリングワインなどがペットボトルで簡単に持ち歩けるような形になっているので、そういった表示に関しては、パッケージ自体のことに関しても酒マークだけでなく含まれるような形の文言であると望ましいかなと思います。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

ほか、ございますか。

もしなければ、私から一言だけお話しさせていただきたいのですけれども、3ページの教育のところは職場教育の推進というところがありますが、「交通労働災害の防止の観点から講習等の機会を活用し」というような言葉があるのですけれども、職場ではお酒のために仕事のパフォーマンスが落ちる、つまりプレゼンターイズムですね、とかアブセンターイズム、要するに休むことです、そういうものに関するエビデンスが出てきていると思うので、これも啓発の中に入れていただきたいと思います。

そのほかありますか。

どうぞ。

○板垣委員 ビール酒造組合の板垣と申します。よろしくお願いたします。

今、各委員の先生から表示の件についていろいろ御指摘をいただいたのですが、我々酒類業界としての考えということで一言述べさせていただきたいのですが、我々酒類業界も、健康を害されるような飲み方をしている方や、20歳未満のために製造・販売したいということでは当然ありません。アルコール健康障害対策基本法の第1条に「酒類が国民の生活に豊かさと潤いを与えるものであるとともに、酒類に関する伝統と文化が国民の生活に深く浸透している」と記載されております。この記載からも、20歳以上の多くの方は適切にお酒を楽しんでいただき、それによって生活に豊かさと潤いを感じていただいていると考えております。

皆さんがおっしゃるとおり、アルコールを摂取することのリスクについて啓発する必要があることは我々酒類業界としても異論のないところではございます。ただ、節度を持って楽しんでいる愛飲者もたくさんいらっしゃる中で、ある特定の商品が悪者扱いするような形で犯人探しのようなことをするのではなくて、なぜ依存症になってしまう人が生まれてしまうのかということに目を向けて一緒に建設的な議論をさせていただきたいということで関係者会議には参加させていただいております。そういう意味では、我々としては一部の不適切な飲酒をしている人への対策については、多くの適切にお酒を楽しんでいただいている方を巻き込むような、規制になるような表現ではなくて、きちんと適切に楽しんでいただくような啓発に重点を置いて取り組んでいきたいと考えております。

今までいろいろ御指摘いただいておりますが、表示の部分につきましても、厚労省が今後つくられるという飲酒ガイドラインに沿って我々も対応させていただきたいと思っておりますので、今後、日本としてアルコール量をきちんと表示していくのかどうかも議論した上で酒類業界としては対応させていただきたいと考えております。今すぐ表示を入れてくださいということではなくて、厚労省と議論をしながら一緒に足並みをそろえてやっていきたいと考えておりますので、よろしく御理解のほど、お願いしたいと思っております。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

何かございますか。

もしなければ、この議題はここまでとしまして、次の議題に入りたいと思います。どなたかいらっしゃいますか。大丈夫ですか。

それでは、議題「3 第2期アルコール健康障害対策推進基本計画案（計画全体）について」です。

この説明を事務局のほうからお願いしたいと思います。

○諏訪推進官 事務局でございます。

資料2を御覧いただきたいと思っております。縦で基本計画の第2期の全体構成の素案という形で資料を御用意させていただいております。

これまで各基本的施策につきまして御議論いただいたところでございます。それらを全体を通して御覧いただけるような形にさせていただいております。また、文章の形式に

つきましては、第1期の計画で採用されている形を基本的には踏襲して作成させていただいているところでございます。

かいつまんで主なところを説明させていただきます。

まず、最初の「はじめに」というところでは、我が国におけますアルコール関連の諸状況を記載させていただいております。それが4ページほどまで続く形になってございます。

4ページまで見ていただきますと、また国際的な動向として、WHOにおける動向といったことにつきましても言及させていただいております。

4ページの下段を見ていただきますと、Iというところで基本計画のこの位置づけ等につきまして、基本法との関係、その他様々な基本的な事項につきまして記載させていただいております。

6ページから、IIということでこの計画の基本的な考え方といったところを記載させていただいております。

「1. 基本理念」につきましては、基本法の中に基本理念が記載されているところでございます。計画におきましても法の理念を踏まえながらやっていくといったことが記載されてございます。

また、2番では計画としての基本的な方向性といったことで、(1)から(4)に正しい知識の普及等を記載させていただいております。こちらの4点につきましては、基本的には第1期の計画と同じ立てつけで4つの視点を取り上げさせていただいているところでございます。

続いて、7ページのほうに移っていただきますと、3番でこの第2期の基本計画におきまして取り組むべき重点課題といったことで記載がされております。

まず(1)といたしまして、現行の第1期の計画の評価を記載してございます。

23行目を御覧いただきますと、第1期の取組全体といたしましては、アルコール健康障害対策の基盤づくりが全国的になされたものと、第1期の計画に基づいた取組によって全国的な取組が進んだといったことが評価できるということを記載してございます。

一方で、課題が残っているということで、27行目以下でございますが、予防の観点におきましては、生活習慣病リスクを高める量を飲酒している者の割合の低減が目標とされたわけでございますが、この目標を達成することはできなかったといったことでございます。特に女性に関してはその数字が増加傾向に転じているといったことを挙げてございます。

また、33行目から支援体制の整備に関連してでございますが、全ての都道府県での拠点の整備につきましては大きく進捗したと考えられますけれども、相談、医療へのアクセスが不十分であるという指摘、また、依存症が疑われる方の推計数と実際に依存症で医療機関を受診されている患者数の乖離の指摘があるといったことが課題として残っているわけでございます。この辺りの記載をさせていただいております。

また、8ページに移っていただきますと、2行目からでございますが、人口の高齢化、

また、女性の社会進出とともにアルコール飲料の関係の商品の多様化といった課題にも適切に対応していくといったことが今後重要であるというようなことで記載をしてございます。

こういった第1期の評価を踏まえまして、(2)でございますが、第2期の重点課題を記載させていただいております。10行目から記述されておりますように、重点課題の設定につきましては、基本法の理念を踏まえまして、アルコール健康障害の発生、進行、再発の各段階に応じた防止対策という観点で設定させていただいております。また、重点課題への対応を推進していくために、主に取り組むべき施策の方向性を明らかにするとともに、対象期間中の達成すべき重点的な目標、また、本計画で盛り込まれました諸施策の実施状況を重点目標とともに加えて、しっかりとモニタリングできますように多面的に評価・検証するための関連指標を設定するという構成になってございます。

具体的に①でございますが、アルコール健康障害の発生予防の段階での重点課題につきましては、飲酒に伴うリスクの知識の普及、また、不適切な飲酒を防止していくための社会づくりといったことを記載してございます。

その上で、取り組むべき施策といたしましては、主に25行目からの2つ目のポツでございますが、健康リスクの高い飲酒習慣とともに、アルコール関連問題の要因となり得る一時多量飲酒のリスクについての理解の促進といったことを記載してございます。

それから、28行目の3つ目のポツでございますが、飲酒に伴う健康影響等につきましては、年齢、性別、体質等で大きく異なるといったことでございますので、こういった状況を踏まえまして、30行目からございますように、女性・若者・高齢者など、特性に応じた留意すべき点を分かりやすく普及していくというようなことを取り組むべき施策として記載させていただいております。

その上で、次の9ページで、重点目標につきましてはそこに掲げてございます3つを記載してございます。こちらにつきましては、第1期で達成することができなかった目標を改めて掲げさせていただいているところでございます。それに加えて、先ほど御説明いたしましたように、第2期の取組について多面的に評価・検証していくための関連指標といたしまして、先ほどの重点目標に関わります数字のほか、幾つか指標を設定させていただきたいと考えているところでございます。

項目として、「飲酒習慣」「不適切飲酒」「飲酒運転」という形で書いてございますが、飲酒習慣の中でも、2つ目、習慣的な多量飲酒ということで、1日当たりアルコール量60g以上の飲酒をされている方の割合といった数字を入れてございますし、また、その下に一時多量飲酒者ということで、過去30日間で1回当たりアルコール量60g以上の飲酒をされたという方の数字を入れさせていただいております。また、一番下の飲酒運転のところは、アルコール関連問題の一つの例ということで、飲酒運転による交通事故件数の数字を入れさせていただいております。これらをモニタリングしていく数字として入れているところでございます。

続きまして、10ページを見ていきますと、②アルコール健康障害の進行・重症化予防、再発予防・回復支援のステージにおけます重点課題ということで、アルコール健康障害の当事者やその家族がより円滑に適切な支援に結びつくように、相談、治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制づくりといったことが記載されております。

これを踏まえまして、取り組むべき施策といたしましては幾つか記載させていただいております。誰もがアクセスしやすい相談支援の環境整備、また、2つ目のポツにありますように、各地域において健康障害の早期発見、介入から専門医療、自助グループへの参加による回復支援に至る連携体制を地域に実情に応じて整備するといったことを記載しております。

また、3点目といたしまして、先ほどのアルコール依存症が疑われる方の推計数と実際に受診される患者数の乖離の背景として考えられます依存症への誤解や偏見といったものを払拭していくために、国民の間での正しい知識の理解の普及を図っていくといったことが記載されているところでございます。

こうした点を踏まえまして、重点目標といたしましては2点記載してございまして、全ての都道府県・政令指定都市におけますアルコール健康障害対策に関わります関係者連携会議につきまして設置・定期的な開催を行うといったこと。また、アルコール依存症に対する正しい知識・理解を持たれる方の割合を継続的に引き上げていくといったことを設定しているところでございます。

その上で、関連して評価・検証のための指標ということで幾つか加えて設定させていただいております。

11ページに移っていただきますと、相談の局面におけます相談件数状況、次の枠でございしますが、依存症の生涯経験者数の推計値、また、依存症で受診されている患者数を記載しているところでございます。また、一番下には、健康障害のステージが進んでしまう、重症化を予防していくといった視点を勘案いたしまして、アルコール性の肝疾患で受診される患者数、それに伴う死亡者数の動向をモニタリングする指標として入れさせていただいているところでございます。

以上が重点課題の関係でございまして、12ページ以降は基本的施策の1から10の柱ごとの記載になってございます。基本的施策の1、2、5につきましては、先ほど資料1で御覧いただいたものと同一でございまして、その他の柱の部分につきまして、主な変更点等につきまして私のほうから説明させていただきます。

20ページに飛んでいただきますと、「4. アルコール健康障害に係る医療の充実等」ということで各施策が並んでございます。20ページにおきましては、一般の医療従事者、また、一般の精神科医という形で対象者ごとの研修を進めていくというようなことを整理した記載になってございます。

それから、21ページに移っていただきますと、3つ目の○でございしますが、アルコール健康障害に対応できる専門医療機関の質的・量的な拡充に向けた取組を記載しておったと

ころでございますが、さらにこれまでの御議論を踏まえまして、地域の実情に応じて、例えば二次医療圏での専門医療機関の整備など、専門医療機関と地域の医療機関の連携を進めながら、より身近な場所で、通院での治療も含めて、切れ目なく適切な治療を受けられるような医療提供体制の構築を促進していくという旨を加筆させていただいているところでございます。

それから、次の22ページに移っていただきますと、3つ目の○でございますけれども、アルコール健康障害の早期発見、介入から専門医療機関における治療導入に至ります医療連携モデルの確立に向けた取組を進め、その上でそのコストまたは有用性に係る知見の集積を図るといったことについても記載を新たに設けさせていただいているところでございます。

続きまして、25ページに移っていただきまして、基本的施策「6. 相談支援等」でございますが、最初の2つの○がございます。こちらにつきましてははもともと1つの取組として記載させていただいてございましたが、2つに分割させていただきました上で、1つ目の○におきましては、これまで以上によりアクセスしやすいように相談拠点をさらに分かりやすく周知していくといったことを記載してございます。

また、2つ目の○といたしましては、実際に支援が必要なケースについて円滑にしっかりと支援につながるように、都道府県等におきまして定期的な連携会議の開催といったことによってアルコール関連問題の関係機関の間での連携体制を地域の実情に応じて構築するという形にしてございます。※にございますように、この連携会議の開催等の取組につきましては、県全域を対象とした取組とともに、市町村等とも連携をしていただいた上で、よりきめ細かな地域単位での顔の見える関係づくりといったところを目指した取組も含めてお願いしたいということで記載させていただいているところでございます。

26ページにお移りいただきますと、一番下の○でございますが、大規模自然災害等の際の対応というところでございます。こちらにつきましては、アルコールの問題がそうした危機の状況において発生してしまうことを防止する防止対策の観点での取組ということで記載を追記させていただいてございます。相談支援体制の強化等をしっかり図っていくということが記載されているところでございます。

31ページのほうに飛んでいただきますと、これまで基本的施策1～8までを御議論いただいていたところでございますが、基本法で定められております施策の柱といたしまして、9番目として人材の確保等という柱がございます。こちらにつきましては、これまでの1～8の施策の中で人材の確保に該当するような項目を再掲する形を取らせていただいているところでございます。

続きまして、34ページにお移りいただきますと、同様に10番目の柱でございます調査研究の推進等といったことでございます。こちらについても1～8までで該当する項目を再掲する形を取らせていただいております。なお、こちらにつきましては、今後アルコール健康障害についてさらなる実態把握を進めていくこと、また、各基本的施策に位置づけ

られております取組について、その効果を分析していくといったことに資するように、関連データの集積を進めていくという基本的な考え方を冒頭に明記させていただいているところでございます。

最後に、35ページから「V推進体制等」ということで第2期の計画をどのように進めていくのか。2ポツでは都道府県における計画の策定等ということで、今後、国の第2期の計画を踏まえて都道府県における御対応を進めていただくということが記載されてございます。

最後の36ページにつきましては、第2期の計画の見直しのプロセスについての記述がされているところでございます。

全体を通しての説明は以上でございます。

今の全体の説明に補足の説明を事務局のほうからさせていただきます。

○鷺見課長 健康課長の鷺見と申します。

実は、一昨日に国民健康栄養調査の令和元年度の調査結果を公表しておりますので、今こちらの基本計画の中にある数字を修正させていただきたいと思っております。いろいろな箇所がございますので、申し訳ありませんが、数字については改めて修正したものを御報告させていただきたいと思っております。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

事務局からの今の説明に関して、御意見、御質問等があればまたお願いいたします。

事前に御意見を提出いただいていた委員からまず指名させていただきます。その後、その他の委員の方で御意見等ありましたら挙手いただきまして、私が指名してから御発言をお願いします。

それではまず、小松委員、お願いします。

小松委員の後は堀江委員、稗田委員、辻本委員、白川委員と続きますので、まず小松委員、お願いします。

○小松委員 小松です。よろしくお願ひいたします。

机上配布資料が委員の先生方のところにあると思いますが、『各二次医療圏に1箇所ずつ相談拠点をつくる方策』という題名が載ったものを説明します。

提案のポイントは、①「二次医療圏ごとに専門医療機関＝治療拠点と保健所＝相談拠点をペアにして選定して、ペアになったところの職員を対象に、毎月ないしは隔月1回ぐらい、計3回ほどの相談支援者養成研修会みたいなものを県主体で実施していただく」②「その後、フォローアップの技術支援として事例検討や学習会をできれば3か月、6か月ごととかに各保健所で実施して、助言者は治療拠点から派遣していただく」というような形にしてもらおうと、相談拠点・治療拠点ともに増やせないか、ということです。

今、実際に二次医療圏ごとには全然専門医療機関がない都道府県はかなり多くございます。

そういうところでもう少し後押しをするにはどうしたらいいかということで、そういう取組をしている山形県の事例と那覇市の事例を紹介させていただいております。こういう地図が載っているワードの資料をご覧ください。第1期計画で事務局には非常に御尽力いただきました。全ての都道府県で、とにかく各都道府県に1か所以上は専門医療機関が選定された。ところが、この地図を見るとお分かりいただけますように、東京都ですとこういうところにいっぱい医療機関がございまして、右側の1-bの山形県、同じ縮尺ですが、を見ていただきますと、二次医療圏が4つございまして、専門医療機関が非常に偏在しているのです。これは通えないです。

その次のページの図2-aが沖縄での事例ですが、沖縄は特に今、公共交通機関がやせ細っているほかの地域と同じように、あるいはそれ以上に車社会で、那覇市周囲のモノレール1路線以外の鉄道はありません。しかもバス路線が非常に不備です。ですから、2-b、2-cでお分かりのように、すぐ近くに行くバス路線がないためにわざわざぐるっと回っていくか、そもそもバス路線がないのでほとんど歩いていく。これで治療につながれ、相談につながれというのは無理ではないでしょうか？ということで、せめて二次医療圏の中に専門医療機関入れていくためには、今までやっていらっしやるところは既に手挙げをさせていただいているわけですから、それ以外のところをもう少し後押しをするためにはこういう施策があるのではないのでしょうかで、机上資料を事前に出させていただきました。その結果、今回の第2期計画の素案の21ページに私が書いていただきたいと思ったことはほとんど書いていただきましたので、ありがとうございます。

あと、重点目標の素案の10ページの25～26行目なのですけれども、「すべての都道府県・政令指定都市におけるアルコール健康障害対策に関する関係者連携会議の設置・定期的な開催」までは大変よろしいのですが、（年1回以上）なのですけれども、これは白川委員も発言されていましたが、ここはぜひ（年複数回）と改めていただきたいと思うのです。0と1はもちろん違います。ですが、1と2は質的に全く違ってまいります。5年間の基本計画ですので、ここは何とか複数回にしてほしいのです。というのは、沖縄県も1回のときは、年1回開催して名刺を交換して終わりという感じの連携の会議でした。これが2回になりましたら本当に質的に変わってまいりましたので、ぜひそれはお願いしたい。

それから、11ページの相談件数のところなのですが、相談件数というのは恐らく新規受付をした実件数をカウントしているのではないかと思うのですが、私、保健所の事例検討とかの相談に乗っていると、なかなか専門治療につながらない困難ケースこそ保健所の相談に挙がってくるという印象を持っています。その場合は、治療が軌道に乗るまで、年単位の関わりになり、ものすごく保健所と地域が苦勞している場合がほとんどなのです。

そういうふうな実態を把握してより相談支援体制を拡充する方向で統計を取るのであれば、新規と継続と実件数の統計を取らないと。つまり、前に一生懸命やっていて、結構継続の事例を抱えている、それはそれで大変。だけれども、そうすると手いっぱいになってしまってなかなか新規が受けられないというところは熱心ではないのかといたらそうで

はないのですよね。ですから、そこら辺で本当にずっと継続する、地域にもおうちにも訪問に行ったり保健師さん達はされているわけですので、そういうふうなことを考えると、新規及び継続の実件数の統計ということ、それから、キャッチメントエリアでの人口比での実件数を取っていただくと大分違うのではないかと思ひまして書かせていただきました。これは机上配布資料の中のエクセル表に載せたものです。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

確認ですけれども、今の小松委員の意見の最後のほうの意見ですが、件数というのは新規の件数ですか。

○諏訪推進官 事務局でございます。

既存の統計上は実際に受け付けられた件数、延べという形で記載がされているところでございます。今の御指摘でございますけれども、実情を見える化していくという意味におきましては、様々な形で見える化していくということは非常に重要かと考えてございます。現場での業務負担ということも併せて考えていく必要があるかと思ひますので、継続的にフォローできる数字がどの程度あるかどうかということにつきましては、次回に向けて精査させていただきたいと考えてございます。

○樋口座長 とても大事なことだと思います。ありがとうございます。

小松委員のほうからはそのほかに2つ提案がございました。

次は堀江委員、お願いします。

○堀江委員 堀江です。

前回のときに治療ギャップというのが重点課題に挙がっていたので、そこに組み込んでもらおうと思って書かせていただいた内容ですが、今週に入って治療ギャップという文言がなくなってしまったということですが、どこかに入れていただければいいので、そこに入れる必要はないのです。私は、この対策関係者会議唯一の内科医ですけれども、書き換えたいところは、「国民の間でアルコール依存症に対する正しい知識、理解の普及を図る」となっていますが、国民に図っていただきたいのですが、その前にまず一般医療機関、さらにはアルコール性肝障害を見ている消化器内科医の間でも正しい知識が十分に普及していない。アルコール依存症の診断基準を知っていますかと消化器内科医に聞くと、恐らく9割以上の人は答えられない。ですから、診断できないから診断名に挙げられないという状況ですよね。

次のページの患者調査で挙がっている3万7000人ですが、これは多分アルコール性肝硬変とアルコール性肝炎だけの数で、アルコール性脂肪肝、アルコール性肝線維症などは全く入っていないという状況だと思います。

アルコール性肝疾患で病院にかかると、そういう状況ですから、ほとんどの消化器内科医は肝疾患が治るとかかりつけ医に返してしまっていて、依存症の治療は全く行われないうことが行われてきているので、そこに介入するにはどうしたらいいかという施策をずっ

とお願いしたいと発言してきたのですが、どうも私の趣旨が伝わっていないような気がして、入れていただきたいということです。そのモデルとなるのが、たばこの禁煙外来は主に呼吸器内科の先生を中心にやられています、肺気腫などになった段階でやめる人もいますが、もっと前の段階でやめるようなことが今起こってきているので、消化器内科でも肝硬変になる前に始めたいというのが趣旨です。

そこで、全内科医とか全医師にやっていただきたいのですが、それが無理なら日本消化器病学会の会員だけに向けてとかでも構わないのですけれども、何か研修ができないかということで、ちょうど1年前に研修体制について御質問したところ、石塚推進官のほうから今検討中です、どれぐらいの時間でガイドラインもつくってきちんとしたものを提供したいという趣旨の御返答をいただいて、ちょうど今日1年たちましたので、どこまでのその検討が進んでいるのかぜひお聞かせいただきたい。

あと、20ページのところで、ほかのところは「図る」になっているのですが、なぜか開発のところだけ「努める」で終わっている、「人材育成を行う」とか「人材を育成する」とか、せめてほかと合わせて「図る」とか、私は国語が苦手なので「図る」がどういう意味だか分からないですけれども、ぜひ令和3年度には一般医療機関の医師向け、それが無理なら消化器内科医向けの研修を始めていただきたいので、それをどういう研修がいいのか、特に時間と質が中心になると思うのですが、厚生労働省のほうからぜひ今年度中にモデルを示していただいて、来年度には始めていただきたい。少なくとも第2期の間には開始していただきたいというのが私の意見です。

以上です。

○樋口座長 事務局のほうから何かコメント等ございますか。

○諏訪推進官 事務局でございます。

まず人材育成は「努める」という記載ぶりでございますけれども、全体的に少し表現として揺らぎがございますので、その辺りは統一を図るような形にさせていただきます。特にこの取組を何か弱めるニュアンスがあるとかといったことではございませんので、記載ぶりについてはまた精査させていただきたいと思えます。

それから、昨年の会議におきまして、当時事務局のほうから御説明させていただいた内容と、今、委員のほうから御発言いただいた内容の御説明をさせていただきたいと思えます。

当時こちらのほうから御説明させていただいた内容は、もちろん私のほうでも議事録で確認をさせていただいたところがございます。当時ガイドラインを作成中であると御説明をさせていただきましたのは、現在、厚労省のほうで依存症対策事業の中では、久里浜医療センターに全国の拠点機関として様々な取組をいただいているところがございます。

その中で研修事業をやっていただいているというところがございますが、主に都道府県の専門医療機関の医療従事者の方々を対象といたしまして、治療指導者の養成研修といったことを全国的な形でやっていただいているところがございます。その研修内容につきま

して、できるだけ毎年度しっかりと統一的な質の確保をしていくという観点から、ガイドラインをつくるというような動きが昨年度あったところであるとお聞きしてございます。

そういった動きを御紹介させていただいたというところでは、実際に全体としてアルコールに関連しましては約10時間の研修時間を設けまして、その中でアルコールの依存症に例えば併発する様々な問題や地域連携のネットワーク、家族支援といったところも含めて10時間という研修体系をしっかりと整えていくということで、そのガイドラインが策定されたということではございます。それは今年度から生かされてございまして、既に9月にそういった研修が行われたということではございます。

依存症対策の国の体系の中におきましては、そういった形で久里浜医療センターのほうで各地の専門医療機関の医療従事者の方々に研修を行っていただいた上で、各都道府県におきましてはそれぞれの地域において拠点となる医療機関におきまして、全国単位での指導者養成研修の内容を参考にさせていただきながら、地域の医療従事者向けの研修を現在はお願いをしているというような立てつけになっているところでございます。

今回、基本計画の素案の中に基本的施策の4の柱で一般の医療従事者向け、内科の先生方等に対しての研修プログラム等について行っていくという旨を記載させていただいたところでございますが、この展開につきましては、久里浜医療センターでの指導者養成研修でのガイドラインの取組状況を十分踏まえながらでございますが、また今後関係者の先生方の御意見もいろいろお伺いしながらしっかりと効果的な研修になるようにやっていきたいと思っておりますし、また、スピード感を持って取り組んでいきたいと考えているところでございます。

また、御指摘いただきましたトリートメントギャップという形でのお話をこの会議におきましていろいろと言及いただけてきたところでございます。今回、素案をお作りさせていただく過程におきまして、トリートメントギャップという言葉で意味しているところをできるだけ正確に、かつ一般的な言葉で記載をするというような観点で少々長い表現になってございますが、できるだけ全体を書き下すような形を取らせていただいたというところでございます。関連の国内の知見やデータなども含めまして、そういったことも精査させていただいて、どのような表現ぶりが適切なのかということはまた御議論いただいた上で、次回に向けて精査させていただきたいと考えているところでございます。

以上です。

○樋口座長 堀江委員、よろしいでしょうか。

○堀江委員 まず専門医療機関からというのは分かるのですが、一般医療機関の医師向けのガイドラインができて研修が進まないとなると全く機能しない。上ばかり進んでいっても全く機能しないので、ぜひそこを御理解いただいて推進いただけると。ぜひ第2期中には第1回の一般医療機関従事者向けの研修が行われるようお願いしたいと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、稗田委員、お願いします。

○稗田委員 稗田です。

今の堀江先生と非常に重なる部分があるのですけれども、私も治療ギャップのことについてはこの関係者会議で随分と議論がされていて、とても重要な課題であるということが確かにあったと思いますけれども、それが抜けているということについて改めて検討をお願いしたいなど。具体的な施策の中に入れるということです。治療ギャップを低減するために診療報酬化を推進するというを入れていただきたいと思います。

それについては、現在、私どもが所属している日本医療社会福祉協会というMSWが、一般の医療機関のソーシャルワーカーが所属している団体に全数調査を行いまして、3割ぐらいの回答が得られた中で、半分以上が積極的に依存症の介入に関わりたいと出ているのですけれども、その阻害要因の一つとして、6割近い人が診療報酬に位置づけられていない支援は行わないという所属機関からの指示があるということで、それがなかなか進まない理由であるということが明らかになっている。それから、診療報酬の問題によって、積極的に関わりたいたいのだけでも関われないというようなことに直面しているソーシャルワーカーが6割近くいるということが明らかになっています。また、教育の問題等も、現任者教育を受けていないという者が8割近くいることも明らかになっていますので、これはもし機会があれば簡単に報告させていただきたいなと思いますけれども、そういう現状がありますので、やはり診療報酬の問題は一つの鍵になっているのではないかなと思います。

以上です。

○樋口座長 事務局、これについて何かございますか。

○諏訪推進官 今御指摘いただきましたように、診療報酬の関係につきましては、これまでの会議におきましても多数の委員の皆様方から御意見を頂戴しているところでございます。

この点につきまして少しコメントをさせていただきますと、この基本計画につきましては、アルコール関連の政府の取組の基本的な方向性を示すといったところになってございます。その中で、基本的施策の4の中では医療の充実に関わります各種の基本的な考え方を記載いただくというような形で御議論いただいているところでございます。まさに地域の一般的な医療の中でも様々、アルコール健康障害の早期発見、早期介入のところもしっかりと進めていくといったところまで明記していただいている形になっているかと思えます。

その上で、その目的を達成するための具体的な政策の手段の一つとして診療報酬というところに御議論が及んでいると承知してございますけれども、診療報酬の具体的な設計につきましては、それを専門的に扱う審議会の方が別途厚労省内でも設けられているところでございます。こちらにつきましては、そこで保険者、被保険者、診療担当者の代表の方々が御議論されて、その中で決定されていくというような仕組みがございますので、こういった点につきましては引き続き念頭に置きつつ御議論を賜りたいというのが1点でございます。

また、4の医療の充実等のところでいろいろと書かせていただいております。計画に記載されております特にSBIRTSの地域連携の取組を推進していくといったところにつきましては、各地域におきまして研修等をしっかりこれから皆様方の御協力をいただきながら展開していく中で、各地域の実践、普及が進んでくれば、その有用性のエビデンスデータというものもこれから蓄積されていくものと考えます。こういったところが今後の診療報酬改定の際の御議論にも資するような形でつながっていくのではないかと事務局としては考えさせていただいているところでございます。

そういった点を踏まえまして、今回、先ほど御説明させていただいた4のところの22ページ、3つ目の○でございますが、今御説明させていただいたような早期発見、介入から専門医療機関での治療導入に至る医療連携モデルの確立に向けた取組を進めて、その有用性、コストの知見の集積を進めるというようなことを書かせていただいているところでございます。こういった知見の集積を進めていくことが、先ほど申し上げましたように診療報酬の改定における御議論にしっかりと結びついていくと思いますし、また、事務局といたしましても、そういったところはしっかりと取り組んでいきたいと考えているところでございます。

説明は以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

診療報酬とここの議論の関係について今説明がございましたけれども、稗田委員、よろしゅうございますか。

○稗田委員 ありがとうございます。

被保険者のことについては4兆円の損失の中に含まれるものだと思うのですが、きちんと診療報酬に位置づけることによって被保険者の脱落を防ぐということはすごく意味があると思いますので、その辺も踏まえて御検討いただきたいと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、辻本委員、お願いします。

○辻本委員 ありがとうございます。辻本です。

資料2の20ページに「4. アルコール健康障害に係る医療の充実等」とありまして、一番下に「うつ病や双極性障害、認知症等のアルコール依存症が多く併存する疾患を診療する一般の精神科医に対して」という文言があるのですが、確かに私たちも日本精神神経科診療所協会のアンケート調査をやったのですが、やはり阻害要因がたくさんある。どんな阻害要因があるのかというと、患者の問題よりも治療をする上でいろいろな問題があり、例えばコメディカルの方が活用できない問題や、集団精神療法に医者が参加しないと点数が取れないという問題があるとの意見が多くありました。意見の最後のほうに書かせていただいたのですが、「開発・普及を図る」という上に、「そのために集団療法などの算定要件の緩和、コメディカル活用など、一般精神科医が取り組みやすい方法を検討する」というような文言を入れて日精診のアンケートの反映をお願いしたいと思いま

す。もちろん診療報酬という形が入れば一番いいのですけれども、それができなかつたときにはこういう文言を入れていただきたいと思います。

その続きなのですけれども、確かに治療ギャップもアルコール医療で非常に大きな問題なのですけれども、もう一つはやはり予防の中で、一番困っている方は誰かというやはり家族。家族でももっと子供なのです。診ていると、親がアルコール問題を持っていて、子供が大人になるとアルコール問題が出てくる。また、絶対に親のようにならないと思っても依存症になっていく人が大勢いますので、子供の問題は誰が支援していくのかということも入れていただけたらと思います。私たち、家族の方が来ていただいて支援を行っても、無償の持ち出しでやっているわけです。子供に対して支援はほとんどなく、あっても、それは全部持ち出しでやっているの現状です。この問題に、誰が支援するのか、どんなふうにして支援するのかを、追加で「家族特に子供への支援については、支援体制が十分になされていないということもあり、専門医療機関と行政機関がより積極的に取り組むような仕組みを検討する」というような文言で、子供への視点も大事かなと思っていきます。依存症の子どもへの支援は新たな依存症を防ぐことにもつながってくるので、これも大事なことかなと思っております。

それから、24ページの自助グループのところ、ちょっとしたことなのですけれども、「自助グループ等の行う節酒・断酒に向けた支援」ということが書かれているのですが、自助グループは断酒ということになっていますので、自助グループで節酒ということを書かれると、自助グループ等ということ「等」が入っていますけれども、これはまずいのではないかなと思います。自助グループの行う節酒はなじまないのではないかなと思いますので、この辺の御検討をお願いしたいと思います。

27ページなのですけれども、確かに現在仕事を持っている方に対する支援をどうしたらいいのか、リワークとかということについては書かれていると思うのですが、私たちの診ている患者さんは、仕事を失っている方が非常に多いのです。そういう方に対しては、本当は仕事をしたいと思っているのですけれども、なかなかできない。「仕事を失ったアルコール依存症の当事者の復職のためには、障害者総合支援法の元での回復者施設が欠かせない。人材育成を含めて回復者施設のあり方を検討して、障害福祉施策の適切な活用のもと、普及を促す」というような文言で、何か回復者施設についてのことも入れていただきたいかなと思っています。

私たちいろいろやっているのですけれども、多くのことに診療報酬がつかないと、これは情熱だけでやっているという形です。情熱だけでやっているということは続かない、後継者が出てこないという現状がありますので、何か新しい人たちにアルコール医療に取り組んでもらえるような仕組みをつくっていただきたいかなと思っています。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

続きまして、白川委員、お願いします。

○白川委員 私がお話ししたところは、29ページの1つ目の○の2行目に「必要な支援やとともに」とあると思うのですけれども、「や」というのが誤植であったことが分かりましたので取り下げます。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、今までが事前にいただいた意見ですけれども、ここではほかの委員の先生方、あるいは既に意見を述べられた委員の方々も結構でございますから、もしあればどうぞ。挙手していただければ。

今成委員、どうぞ。その次に小松委員に行きます。

○今成委員 私は11ページの「アルコール依存症（者）に対する認識」という指標で出てきている項目なのですけれども、これは「アルコール依存症について知っていること」という中からピックアップして入れてくださっていると思います。

私、この内閣府の世論調査で大事なポイントは、むしろ「アルコール依存症に対するイメージ」のほうかなと思ってまして、どんな項目かというところ、「本人の意志が弱いだけであり、性格的問題である」。これが43.7%なのですが、これが減っていくということがすごく大事ではないかと思うので、指標にこちら側を使ったほうがいいのではないかとちょっと思っています。

あと、「酒に酔って暴言を吐き、暴力を振るう」とか「昼間から仕事にも行かず、酒を飲んでいる」というものが50%を超えていて、一部もちろんそういう状況はありますけれども、アルコール依存症というところをイメージしてしまうところが早期発見につながらないところですので、この数字が減っていくことが大事ではないかなと思います。もちろん正しい認識が増えるのも大事なのですけれども。正しい認識のほうを見ていると、例えば「女性の方が短期間で発症する傾向がある」が19.7%しかないとか、低いものもかなりあるのです。なので、たくさんここに書くわけにもいかないと思いますので、取捨選択についてもう一回検討していただくといいかなと思いました。

○樋口座長 それでは、検討をお願いします。

小松委員、どうぞ。

○小松委員 トリートメントギャップという文言の代わりに細かく説明をした文言を入れました、という事務局からの説明をいただきましたが、私どもは、トリートメントギャップあるいは治療ギャップという用語が既になんか一般化していると認識しています。依存症関係の論文では頻出していますし、WHOのサイトでも「WHO、トリートメントギャップ」と2つキーワードを入れて検索するとぱんと出てくるのです。それは事務局にお送りしました。それに出てくるThe treatment gap in mental health careというのを見ますと、アルコール依存症は世界平均で78%ちなみに日本では95%以上ですよ。これが他の精神疾患のそれと比べていかにトリートメントギャップが大きい疾患か…。統合失調症なんて30%ぐらいなのですよ、これだって問題ですが。ですから、そういう比較のためにも、ぜ

ひとりトメントギャップあるいは治療ギャップ、括弧で事務局の方が推計されるものとの乖離というふうに入れていただければ、一般市民も分かりますし。この計画の素案をネットに上げてくださっていますので、いろいろな方が見る機会が多くなりますので、そのほうがいいのではないかと思います。これが1点目。

2点目は、診療報酬化についてです。エビデンスがというお話とか、診療報酬が決定されるまでのいろいろな機構があって、中医協がというお話、確かにそうです。私は日本精神神経学会の医療経済委員会の委員もやっておりますけれども、診療報酬化では医療技術評価分科会というところで、これは医療技術として本当にエビデンスがあるかというような評価をするのが決定的に重要であることは百も承知しております。ですから、強固なエビデンスがないまま、ただ基本計画に記載していただくだけでは、診療報酬化にはほど遠いことも理解しております。

ですけれども、第2期委員をやっていたら先生が何回出しても、医療技術評価分科会に行く前の段階でなかなか強く推してもらえないという事情がございます。これはどうしてかという、アルコールとか依存関連の学会従事者というのは、精神科関連の学会従事者の中では非常に少数派で、推してくれる人が少ないのです。ですから、いろいろ整備をしても先に進めない。本当に先生も気の毒なぐらい、4回目のチャレンジなのです。そういう事情がございますので、せめて「援護射撃」として一言でも基本計画で触れたいと、随分後押ししやすくなるのではないかと思います。

それから、これはちょっと恨み言ですけれども、ギャンブルとか後発の依存症対策の国の基本計画では、アルコール依存症よりもはるかに日本におけるエビデンスの積み上げは少ないにもかかわらず、診療報酬化についてきちんと文章として取り上げられております。これは一体何なのだろうかと、非常に悲しゅうございます。再度申し上げますが、既にAMED研究などで多施設共同研究によるかなり強固なエビデンスも今度はお出しておりますので、「援護射撃」について再考いただきたいと思っております。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

江澤委員、どうぞ。

○江澤委員 ありがとうございます。

資料に沿って何点か意見を申し上げたいと思っております。

まず、9ページの重点目標、前期の目標を踏襲しているわけですが、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒ということですが、これに関するエビデンスデータ、バックデータがないので、これを達成したときに国民の健康にどのように寄与するのか、どういう成果が上がるのか、具体的にどういうメリットが得られるのかということが分からない状況です。今回はしようがないと思っておりますけれども、しっかりとNDBを活用するなどのことも含めて、前回も申しましたが、ぜひデータベースの構築をお願いしたいと思っております。要は、データに基づいた政策を行わない限りは我々も精緻な議論ができないので、第3期

の計画へ向けて第2期でデータベースを構築した上で、第3期の計画をつくるときにデータに基づいた議論ができるようにしていただきたいということで、これは要望でございます。

あわせて、その表にも60g以上の飲酒とありますけれども、これについてもきちんと検証が必要であって、60g以上の飲酒をしている方がどういう実態でられるのか、それでは何gにすればどうなるのかという点も含めて、データに基づいた議論が今後できるようにしていただきたいと思います。以前も申し上げましたが、日本人は、国民の全体としては非常に飲酒量も世界の他の国と比べると少なく、アルコール健康障害も決して多い国ではないので、そういうお国柄ではないので、ポピュレーションアプローチよりもハイリスクアプローチ、特に依存症といったハイリスクな方、あるいは予備軍の方についてのアプローチに重点的に取り組むほうが効果が高いと期待されますので、そういった視点もぜひ検討していただきたいと思います。

続きまして、11ページの表の2番目にアルコール依存症が疑われる者の推計数とアルコール依存症で医療機関を受診した患者数との乖離ということで、これが先ほどから出ているギャップに関することだと思いますけれども、ここにつきましても、依存症生涯経験者数とありますが、この5年間で大きく数字が変動していますので、この辺りも含めてなるべくきちんとデータを集めて、時系列的にどう推移しているのかが分かるようにしていただきたいと思いますので、こういったところも含めて、実態がどうであるかということ把握できるためのデータベースの構築を要望したいと思います。

その下に「健康障害の重症化予防」とありますけれども、アルコール性肝疾患の受診患者数、肝疾患の死亡者数、あるいはアルコール性の肝硬変者数等もここに含まれると思いますけれども、最終的なアウトカムとしてはまずこの数値を減らすことも非常に重要だと思いますので、こういったところも目標にすべきか今後検討課題ではないかと思っております。

続きまして、21ページの上から3つ目の○に今後の医療提供体制の構築がありますけれども、日本各地で実情がかなり違いますので、ここにも「地域の実情に応じて」と書いていただいておりますが、各地域の医療計画あるいは地域医療構想の方向性も踏まえて、そして、既存の社会資源を有効活用する視点で整備をしていくことが必要ではないかなと思っております。それで、より身近な場所で通院での治療ということは、一般かかりつけ医が担う大きな役割だと思っておりますので、仮に例えば二次医療圏域ごとにできないのであれば、いかに日頃の医療管理を一般かかりつけ医が担い、必要なときの専門医療機関との連携、受診という連携をいかに深めていくのかというところに力点を置く必要があると思いますので、地域の実情に応じてその辺りがうまく連携できるようにしていただきたいと思っております。

あわせて、その「(2) 医療連携の推進(内科、救急等の一般医療と専門医療の連携)」でございますけれども、これは行政と都道府県医師会、郡市と地区医師会との連

携が極めて重要だと思っておりますので、具体的にどういふことを自治体のほうで計画されるのか。すなわち、企画立案段階から医師会との連携をして、ぜひ有意義な取組につなげていただきたいと思っております。

32ページでございます。「(3) 職域における対応の促進」とありますけれども、職場検診や人間ドックで例えば血液検査のγ-GTPが上昇するとか、あるいは超音波エコーでアルコール性脂肪肝が当然ひっかかって指摘が出てくるわけですけれども、とにかくやりっ放し健診というのがかなりこの分野でも多いのではないかと思いますので、ぜひこの辺りに力を入れていただいて、若い世代、早い段階からこういったアルコール健康障害を防ぐような取組を強化していただきたいと思っております。

その下、4番の「(1) アルコール健康障害に係る医療の質の向上」ということで、ここにも研修プログラムや治療ガイドラインとありますけれども、ここにつきましても各地域で研修プログラムを行うのであれば、自治体と医師会との連携をぜひお願いしたいと思っております。

あと、確かに診療報酬に入れてこういった取組を促進することは大変喜ばしいことでもありますけれども、なかなか財源が厳しい中で、中医協でも非常に厳しい議論の攻防がなされているわけございまして、まずデータを蓄積してどうエビデンスを出していくのかということも重要だと思いますし、診療報酬にあるからやる、ないからしないという医療人は私は決して多くないと思っております、診療報酬があるからやる、ないから対応しないといった御意見も先ほどありましたけれども、そこはもう少しモラルの視点で倫理的な面から正しく改善すべき部分も若干あるのではないかなと思っております。

それから、全体的には、それぞれたくさんいい項目が並んでいるのですけれども、それぞれの達成度が問われると思っておりますので、より実効性と継続性がいかに担保されるかという視点で検討をしていただきたいと思っております。

最後に、今回のコロナ禍については何も触れられていませんけれども、今、新たな生活様式でおうちで飲まれたりする方もかなり増えているかと思うのですが、コロナの影響で飲酒量が増えているのか減っているのか、この辺りはデータがないので定かではありませんけれども、そういった視点も第2期においては必要ではないかなと思っております。

以上でございます。

○樋口座長 多岐にわたる御意見をありがとうございました。

堀井委員、発言されますか。

○堀井委員 堀井です。よろしく申し上げます。

江澤先生、どうもいろいろありがとうございました。

コロナの影響がいろいろあります。私は岡山におりますけれども、各地区の断酒例会が実際に開けなくて、特に新たな断酒会員の世話ができないということで、非常に苦境に陥っております。そして、実際に失敗している人も増えているみたいで、時々相談に来られます。なので、緊急事態に対する文言がどこかに入れればいいかなと思っております。

それと、21ページにモデル事業についてたくさん書いていただいております。このモデル事業を具体的にSBIRTSあるいはSBIRTSにつながるような事業としてたくさんの方の箇所でもっていただきたいと思います。これをもっと具体的に、書いていただいたらどんどんしていただけるのだろうと思うのです。その辺の確証といいますか、モデル事業をきちんとやるというお話をいただきたいと思います。

それから、堀江先生が言われておりました研修の問題ですが、いまだに飲酒量低減療法の薬が使いにくくて困っております。私が思いますに、久里浜の研修は重度アルコール依存症に関する研修となっておりますので、一般の先生方、これは精神科医も含めてですが、内科の先生も他科の先生も、軽症あるいは身体障害型の社会問題を起こさないタイプのアルコール依存症、アルコール健康障害の人がどんどん医療にかかることができないといけません。ということは、重症にこだわりすぎてはいけないということなので、研修も重度アルコール依存症の研修ということではなくて、重症度に応じた研修を考えていくというようなことで、その重症度に応じて時間数とかいろいろな項目も勘案して、研修を受けやすくする形を模索していく時期に来ているのではないかと皆さんの話を聞いて思っています。

そういうことで、研修もしやすい方向で、もしこの文章の中に入れていただくとすれば、研修のところにも重症度に応じた研修も配慮して考えていくというような記載を入れていただけたらと思います。

以上3点、よろしくお願いたします。

○樋口座長 ありがとうございます。

私のほうから短いコメントをいいですか。

1つ、今の薬物治療のことについてですけれども、たしか以前の議論の中で堀井委員のほうから治療薬の推進みたいなこともできないだろうかという話があったと思うのです。例えば医療のところにも一番最後に「認知行動療法的手法」と書いてあって、その後に「アルコール健康障害の医療に関する研究を進める」と書いてあるのですけれども、この中に薬物の治療も入れていただけるとよいと思います。どういう形でやっていくかはなかなか難しいところがありますけれども、そういうふうな姿勢であるということは示していただけるとありがたいと思います。

もう一点、COVIDの話が今出ていましたけれども、私もCOVIDのアルコール消費、あるいはアルコール依存症に対するインパクトについて論文をいっぱい見てみたのだけれども、時間がかかりたっている割には実はあまりまだ出ていないのです。なので、議論が終わるまでに前文の部分にそういうふうなデータが出せるかどうかというのも微妙な感じがすると思うのですけれども、その辺りはいかがでしょうか。

○佐々木統括推進官 統括推進官の佐々木でございます。

コロナに関しては座長の御指摘のとおりでございます。現在、メンタルヘルスの調査をする中でも飲酒量の増減については確認させていただいておりますけれども、最終的に

間に合うかどうかということとはよく分かりません。

そうした中で、26ページの記載の中で、新型コロナと銘打ってはございませんけれども、自然災害や感染症の流行等の危機に際し、あるいは特別な環境によって飲酒に対して影響を起す可能性ということで指摘させていただいておりますので、この書きぶりによろしければこれでいきますし、もうちょっと書き方を変えたほうがいいということであれば少し工夫して検討したいなと考えております。

以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

中原委員が手を挙げていらっしゃったのではないかと思いますけれども。

○中原委員 2点ほど気になったところがあるのですけれども、まず19ページの2つ目の○で、地方公共団体等において保健所の保健師等、アルコールどうかということで、ここに「保健所の保健師等」と今回新たに入ったような気がするのですけれども、要するに、保健事業を行うための講習会という意味であれば、保健所の保健師等に限定せずに、自治体の保健師と市町村の保健師も含めて、「自治体等の保健師」というふうに書き直していただいて、幅広く講習会を実施していただいたほうが必要な保健事業につながるのかなと思いました。

もう一点、25ページの一番下の○なのですけれども、各地域において保健所及び福祉事務所等の関係機関に対して研修を行って人材育成ということで、今回新たに福祉事務所、ケースワーカーさんを多分対象にしてということを入れていただいて非常にありがたいと思っています。あと、入れられるのかどうか分からないのですけれども、高齢者のアルコール問題というのも結構重きを置いておりますので、例えば地域包括支援センターとかいうのもこの並びに書き込めるのだったら書き込んでいただくと、自治体は本当に幅広く研修、人材育成が行えるのではないかなと思いました。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、今成委員、どうぞ。

○今成委員 追加でお願いします。

冒頭に申し上げた一時多量飲酒が今回初めて入りましたので、もうちょっと意味合いを補佐することが必要ではないかなと思っております。3ページにいろいろなデータが並べられていますので、その中に東京監察医務院の不慮の事故死の2割が飲酒関連でこういうようなものが多いみたいな形を入れていただくのはどうでしょうか。

それから、先ほど26ページで「感染症の流行等」という形で含んでくださったのだなと私も読んで思っていたのですけれども、やはり今の時期ということがありますし、マスクミが取り上げてくれたりすると思いますので、新型コロナ等の感染症みたいな形で加えておくほうがいいのではないかなと思いました。

それと、25ページの最初の○なのですけれども、これは多分厚生労働省を括弧で入れる

のが落ちているのではないかと思います。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。予定ですとあと10分ほど時間があります。それから、次は最後になりますので、どうぞ意見があったらこの場で言っていただければと思います。いかがでしょうか。

それでは、私のほうから簡単な質問ですけれども、重点課題の目標の下に指標が出ていますけれども、この指標の扱いというのは、例えば5年たったときの評価のときにどういうふうな扱いをすることになるのでしょうか。

○諏訪推進官 本日挙げさせていただきました関連の指標につきましては、5年たった段階というわけではなくて、フォローアップを逐次させていただく際にも関連指標については直近の数字を見ながら、どのような推移をしているのかということにつきまして、取組の進捗を評価する際の重要なファクターの一つとして御活用いただきたいと思っておりますし、5年間たってみての状況も評価の中で見ていただきたい。まさにそこは目標値と同じような形で、数値をフォローしていくということは同じようにやっていただきたいという趣旨で盛り込んでいるところでございます。

○樋口座長 先ほどからトリートメントギャップの話が出ていましたけれども、個人的には受診するアルコール依存症の患者さんの数が増えていくとトリートメントギャップが少し埋まっていくという印象があります。数字の変化はとても大事だという感じがいたしまして、こういう評価の数が入るのは重要だと思います。

ほか、ありますでしょうか。

それでは、金城委員、それから小松委員、お願いします。

○金城委員 金城です。

今の指標の話に関連して、指標の推計にちょっと関わった者として、11ページにあります依存症生涯経験者数についてお伝えしたいのですが、平成25年107万人と平成30年54万人という形になっているのですが、実際には発生数という調査の中で発生している数自体が少ないので、信頼区間というところで見るとこの5年間で差はないのです。それを実際にこの計画の中に入れて指標として使うとまるで減っているかのように見えるのですが、実は2008年時点の調査でも推定推計値という形で1点だけを取ると60万という形で、変動して、だけれども変わっていないというのが実際のところなので、その辺りが、ここに出して本当に理解していただけるかどうか、ちょっと難しい。逆に誤解を生まないかなとちょっと懸念するところです。

意見ですが、以上です。

○樋口座長 これはまた検討いただければと。もう少し抽象化の低いもので、例えばAUDITが何点とかというもののほうが安定しているような感じなので、それを代替として使うという方法もあるかもしれません。ありがとうございます。

小松委員、どうぞ。

○小松委員 私は第3期からの委員なので、以前どうなっていたか詳しく知らないのですが、以前からそうだよという話かもしれませんが、素案の36ページの「3. アルコール健康障害対策推進基本計画の見直しについて」というところなのですけれども、少なくとも5年ごとに変更というのが基本法に書かれている文言でございますよね。けれども、2つ目、3つ目の○に、「基本計画（第2期）についても、重点目標及び基本的施策の目標の達成状況について調査を行って、計画全体の進捗状況の把握とともに」といろいろありまして、必要があると認めるときは関係者会議の意見を聴いて基本計画を変更すると書かれているのです。

もしこれが第2期の計画で新たに書かれていることであれば、あるいは今までのようではなかったもので、これは非常に画期的なことではないかと思うのです。つまり、今までは5年間たつまではきちんとした検証がなかなかされていなかった。だけれども、今回はもうちょっと短いスパンで迅速に見直しをして、そして、必要があれば計画に変更を加えるということですので、これは昨今の変化が非常に激しい、まさにコロナで生活状況が一変してしまいましたよね。そういうような社会情勢の変化と進捗状況に合わせて、迅速、的確な基本計画の練り直しということになるのではないかと思いますので、事務局は大変御苦労だと思うのですけれども、これは大変ありがたいことではないかと思いました。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございます。

何かありますか。それでは、事務局のほうから。

○諏訪推進官 そうしましたら、今の点につきましてでございますが、この計画の見直しのところの記載につきましては、第1期の計画におきましても、基本法の規定を踏まえて同じような記載はあったところでございます。少なくとも5年以内に計画について検討を加えて、必要があれば変更というのが法の要請でございますので、それを踏まえて基本計画上は必要に応じて、必要があれば関係者会議の御意見をいただきながら変更をやっていくという旨は第1期のときから記載されているというところでございます。

○樋口座長 ありがとうございます。

それでは、堀江委員、どうぞ。

○堀江委員 先ほど樋口座長からあった11ページの指標ですが、さっき言ったように健康障害の重症化の予防というところで肝疾患しか出ていないのですが、ぜひもうちょっと低いレベルの疾患も見えていったほうがいいのではないかとということで、ヨーロッパ、欧州肝臓学会は女性20g、男性30g以上の肝疾患は全てアルコール関連肝疾患とすると、日本は60gが基準になっていますけれども、下げているので、幸い健康日本21で女性20g、男性40g以上が生活習慣病を惹起するという文言がありますので、20g、40gという辺りの疾患もここに入れていって見ていかないと、重症のところばかり目が当たってしまうと思うので、何か考えていただいたほうがいいかなという提案です。

○樋口座長 分かりました。ありがとうございました。

ほか、ございますか。

上村委員、どうぞ。

○上村委員 ストロング系飲料について意見なのですけれども、16ページの一番下の部分ですが、今までお酒の広告は、お酒であることをしっかり明示せよ、はっきり大きく明示せよという方向性でずっと来たと思うのですけれども、ストロング系飲料の場合は少し発想を転換する必要があると思っています。例えばどーんとパッケージに9%とか、ストロングやメガとどーんと書いてあることで、何か消費者に得であるような、そういう印象を与えるような効果があるような気がしています。なので、お酒であること、酔えることが逆に売りになっている部分があると思うので、これまでどおりのはっきり大きく明示するとか、アルコールの量を表示することはいいと思うのですけれども、これに加えて、表現という何か、私も考えはまとまっていないのですけれども、酔えるということを強く売りにするような表現について何か一定の検討が加えられないかなと。16ページの一番最後の項目について今そんなことを考えています。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございました。

そろそろ時間ですけれども、どなたかいらっしゃいますか。

ありがとうございました。

それでは、この議題についてはここまでとしましては、次の議題に移りたいと思います。議事次第の「4 その他」について、事務局からよろしくお願いします。

○諏訪推進官 その他でございますけれども、本日、参考資料をおつけしてございますが、参考資料2のほうで今年度のアルコール関連問題の啓発週間のポスターをお配りさせていただいてございます。

11月10日から16日までが法律に定めます啓発週間でございます。今回は、本日の御議論でもありましたように、いわゆる家飲みみたいなものが非常に増えているというようなことが言われております中で、子供の視点でお酒の問題ということで、子供たちは困っているというような視点で書かれたものとなってございます。

この啓発のポスターなどを活用しながら、この啓発週間をとらえて国と自治体とで連携をしながら展開していきたいと考えているところでございます。今、イベントを開催してというところはなかなか難しいところでございますけれども、様々な工夫をしながら啓発の取組にしっかり取り組んでいきたいと考えてございます。

以上です。

○樋口座長 ありがとうございました。

それでは、ここで議事を締めさせていただきたいと思います。活発な議論、ありがとうございました。

事務局において次回の開催予定についてお話があるそうですので、お願いします。

○諏訪推進官 本日は御議論を賜りまして、ありがとうございました。

参考資料1を御参照いただきますと、これまでも御案内させていただきましたとおり、この会議におきまして、年内の取りまとめというようなことを目途として御議論を賜ってきたところでございます。12月下旬に次の会議をまたお願いしたいということでございます。今日の御議論を踏まえましてまた計画案の全体をお示しして、取りまとめに向けた御議論を賜りたいと考えてございます。

次回の予定につきましては以上でございます。

○樋口座長 それでは、これをもちまして、第26回「アルコール健康障害対策関係者会議」を閉会いたします。長い時間ありがとうございました。