

令和7年度第2回北海道アルコール健康障害対策推進会議「計画部会」

日時 令和7年（2025年）8月25日（月）18:30～

場所 北海道庁地下1階危機管理センターB

出席構成機関

北海道精神科病院協会 医師 芦澤 健  
 北海道精神神経科診療所協会 理事 長谷川 直実  
 北海道医療ソーシャルワーカー協会 業務執行理事 沖 隆一  
 日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会北海道支部 理事 東谷 洋平  
 北海道国民健康保険団体連合会 課長 新宮 信幸  
 北海道立精神保健福祉センター 所長 岡崎 大介  
 札幌こころのセンター 所長 棚橋 幸野  
 依存症治療拠点機関（旭山病院）理事長 山家 研司  
 北海道作業療法士会 企画調整委員 池田 望  
 北海道警察本部交通部交通企画課 課長補佐 飯田 朋義  
 北海道断酒連合会 事務局 和田 禎穂  
 青十字サマリヤ会 施設長 齊藤 和夫

欠席構成機関

札幌医師会  
 札幌医科大学医学部神経精神医学講座  
 北海道アルコール保健医療と地域ネットワーク研究会  
 北海道教育庁学校教育局  
 北海道小売酒販組合連合会

事務局 精神医療担当課長 西本 司 課長補佐 柏木 博樹  
 主査（相談支援）土田 奈美 主事 五十嵐 翔太

- 議題 （1）次期北海道アルコール健康障害対策推進計画【基本的な考え方】について  
 （2）次期北海道アルコール健康障害対策推進計画の内容の検討  
 （3）その他

議事

発言者	発言
事務局： 西本課長	<p>本日は大変お忙しい中、ご出席ありがとうございます。</p> <p>時間となりましたので、ただ今から『令和7年度第2回北海道アルコール依存症対策推進会議「計画部会」』を開催いたします。</p> <p>私は冒頭の進行を務めさせていただきます北海道保健福祉部福祉局障がい者保健福祉課、精神医療担当課長の西本でございます。</p> <p>本日出席の構成機関につきましては、17機関のうち12機関となっておりますが、詳細についてはお手元の資料でございます出席者名簿の方をご確認ください。</p> <p>次にお手元の資料を確認させていただきます。資料につきましては先にお配りしております出席者名簿、次第、意見様式、資料1から5となっております。資料の方はよろしいでしょうか。</p> <p>それでは本日の終了予定時間でございますが、概ね20時を目途としたいと考えておりますので、円滑な議事の進行にご協力をお願いいたします。</p> <p>それでは、以降の進行につきましては、医療法人北仁会理事長 山家先生をお願いしたいと思います。山家先生お願いいたします。</p>
山家座長	<p>旭山病院の山家でございます。</p> <p>では次第に沿って会議を進めてまいります。</p>

	<p>まず初めに議題 1 次期北海道アルコール健康障害対策推進計画【基本的な考え方】についてです。</p> <p>それでは事務局から説明をお願いいたします。</p>
<p>事務局： 土田主査</p>	<p>障がい者保健福祉課の土田と申します。私の方から、資料 1 と 2 についてご説明をさせていただきます。</p> <p>まず資料 1 をご覧ください。北海道アルコール健康障害対策推進計画見直しに係る基本的な考え方ということで、目的、計画期間 5 年間、位置づけ等をこちらの方に記載しておりますが、前計画に準じて特に大きな変更はすでに記載しております。事前に資料を配らせていただいておりますので、全て簡単に説明させていただきます。</p> <p>6 番計画策定のポイントとしましては、国の方の現在作成中のアルコール健康障害対策推進計画を踏まえた対策の推進ということと、本道の実情に即した対策の推進ということで、本道では生活習慣病のリスクを高める量の飲酒をしている者等、色々なデータが国よりも良くないという現状がありますので、より一層の取組が必要ということ。それからアルコール依存症が疑われる者を適切な医療に結びつけるため、かかりつけ医等と精神科医療機関との連携体制の構築に向けてより一層の必要ということをポイントとして、挙げさせていただいております。</p> <p>次にアルコール健康障害の北海道の現状ということで、資料 2 で説明させていただきます。少しボリュームが多いのですが、簡単に説明していきます。資料 2 をご覧ください。ページ数は計画冊子の計画のページ数になっております。まず 1 枚目なのですが、こちらは生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者、特定健診質問票による生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者、それぞれがこの表の通りになっておりまして、もともと国よりも道が高い数値なのですが、今回さらに高くなっているという傾向がみられております。</p> <p>次に 2 枚目、アルコール性肝疾患の状況ということで、これも悪化傾向ということで、国も同じように増加傾向ではあります。計画の方は文章でしか載っていませんでしたが、わかりやすいように表にしてみました。平成 27 年から令和 5 年の経過を見ていくと、徐々に全国も北海道も増えていっているというような傾向が見られております。またアルコール依存症者の経験者なのですが、これは平成 25 年の調査があり、そちらの方で出しておりまして、前回計画の時よりも減っているのは人口が減っているからで、割合については変わっておりません。現状はこのような状況で、合計 4 万人ちょっとくらいの推計があるというようなことが言えます。</p> <p>次のページ、北海道におけるアルコール依存症者の状況ということで、入院、自立支援医療受給者の現状です。上が計画に載っている数値を更新したものになっておりまして、下は同じ入院や外来の患者の数なのですが、違う調査の方から出てきた数値になっております。上の方を計画では採用しているのですが、下がレセプト情報を拾った数になっていまして、上の数よりも下の数の方が多くなっています。上の数は 6 月 30 日時点での入院患者と自立支援医療というものを使っているアルコール依存症と診断されている方なので、少し数としては少なくなっていて、レセプトの数を拾った方がより現状に近いのかなと思います。あとはギャンブル依存症の計画も今年度更新、改訂するというところで検討しているのですが、ギャンブル依存症の計画では下の NDB のデータを使っているということもあり、合わせた方がいいかなということもあまして、これも皆さんで協議し確認したいのですが、両方載せているところです。ここで何が言いたいかというと、先ほどの推計が全部で 4 万人くらいいるのに、受診者数はそれと比べてこれくらいしかいないということで、この数値の方を載せております。</p> <p>次に 4 枚目です。4 枚目、これは参考までに前回の計画には載っていないのですが、専門医療機関受診の状況ということで、専門医療機関の方で出さった数値をまとめております。専門医療機関、アルコールの専門医療機関に受診している数を参考までに載せております。</p> <p>次に重点目標 1 に関する評価になります。飲酒に伴うリスクに関する知識の普</p>

及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防しますということ  
で、指標がこの3つになります。生活習慣病になるだけの量を飲んでいる人たちの割合、未成年の飲酒率、妊婦の飲酒率、これは健康日本21の指標と同じものになっています。これ見ていっているのですが、赤字になっているのが上昇している、悪化しているということで、生活習慣病のリスクを高めるような飲酒をしている者はほぼポイントとして全部上がっているということです。未成年に関しては高校3年生の男性だけ少しだけ上がっていますが、未成年は全体的に下がっているかなというところ。妊婦の飲酒率については、1%前後で前回の計画の時と比べると、0.8から1.0に上がっていますが、経過を見ると上がっているというわけでもないのですが、ゼロにはなっていないという状況です。ですから、評価としては、適正飲酒についての普及啓発を強化する必要があるのかなというところ。です。

次のページの重点目標2ですが、アルコール健康障害に関する予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備するというところで、指標としては相談件数と専門医療機関及び治療拠点機関の選定というところ。アルコール健康障害に関する相談件数に関しては、年々上がってきています。相談窓口の周知は図られてきているかなというところですが、コロナ禍の時期には保健所の対応が出来ず、精神保健福祉センターの方が逆に増加し、相談対応して下さっているというような傾向が見受けられておりますが、コロナ禍を終えて相談数は回復しております。専門医療機関数は16機関ということで変化がありません。今後も適切な医療の提供のため、増加を目指した取組を進めて参りたいと思っております。

次に北海道の医療機関の状況を前計画には載っていないのですが、参考までに載せております。医療機関というのは、医療計画を策定する時に行った調査の結果をまとめています。この結果は全数調査ではなく、その調査に同意していただき回答して下さった医療機関の数になっているので、限局されている数にはなりますが、このような状況となっております。第3次医療圏では全ての医療圏でアルコール依存症を診られる医療機関はあるというような状況にはなりますが、第2次医療圏で見ると、留萌と南檜山にはないというような状況が見え、このような状況となっております。

次に取組評価について、以降、1次予防 2次予防、3次予防の実施状況と評価を載せております。1次予防につきましては今もお伝えした内容にはなりますが、引き続き普及啓発の方は、若年者、妊産婦等、適正飲酒についての普及啓発は進め、継続して取り組んでいく必要があるというところ。です。

次の9ページも同様です。こちらとしても著名人を招いた講演会、YouTubeでのセミナーなど工夫をしておりますが、やはり数値が悪化しているという現状がありますので、国で出しました健康に配慮した飲酒に関するガイドライン等をうまく活用しながら、普及啓発をしていく必要があると考えております。

次も不適切な飲酒の誘因の防止ということで、こちらでも継続していく必要があると考えております。

次11ページですが、健康診断及び保健指導というところで、地域及び職域におけるアルコール健康障害予防のための体制の整備、専門医療機関等との連携の強化というところを目標としておりまして、それに向けた取組としては、拠点病院を中心としてその連携を強化することを目的とした研修会等を実施して下さっておりますが、必要な連携が今後も図られていくように継続して取り組んでいきたいと思っております。また職域に対する働きかけについては、なかなか取り組めていない現状もありますので、こちらについてはどのような工夫ができるのかを検討していきたいと考えております。

次、進行予防について、こちらでも同様に専門医療機関及び拠点治療機関の整備というところで、数が増えていない現状がありますので、こちらの充実の方は引き続き対応していきたいと考えています。

次13ページ、飲酒運転をした者に対する指導等ということで、指導については

	<p>警察の方と環境生活課の方と連携して、飲酒運転をした方に対する保健指導を促すパンフレットを作って、それを配布するという取組は定着してきているかなというところ。ただ数としては保健指導数としては全然増えていないので、パンフレットの見直しも含めて、取組は継続しながら、改善していくところは改善していけたらと考えております。</p> <p>次 14 ページ、相談支援については、相談数は順調に伸びていますので、窓口としてはかなり普及啓発できてきているかなと思いますが、必要な方が相談に早期に繋がるように、今後もこちらについては取組を進めていきたいと考えております。</p> <p>次 15 ページ、3次予防ですが、社会復帰への支援ということで、アルコール依存症からの回復支援ということで、自主組織との連携と自助グループ等への支援になるのですが、こちらの方も皆さんのお声を聞きながら、自助グループへの支援のあり方等についても協議していけたらと考えております。</p> <p>以上簡単ですが、資料 2 については説明を終わります。</p> <p>また資料 1 の戻っていただきたいのですが、このような現状を踏まえて、今後の計画なのですが、基本的理念と基本方針については、今の現行計画のまま継続していくというように考えております。また次のページにいけますが、重点目標につきましても同様に、同様の目標で実施していけたら良いかなと考えております。施策についてですが、1次予防、2次予防、3次予防というようにわけているのですが、これがギャンブル等依存症の計画では、1次、2次、3次全てに共通する事項というのが、ギャンブル等依存症の計画の方には載っています。アルコールも仕組みとしては同じように考えられるかなと思ひまして、その共通の事項を追加できたらいいかなと考えており、資料 1 の 2 ページ目の施策でいうと、(9)と(10)を追加できたらいいかなと考えております。</p> <p>お手元の資料 4 を見ていただきたいのですが、資料 4 が施策体系図になります。ここに下のピンクの 4 つがあると思うのですが、この共通というところを追加できたらいいかなと考えております。今まではこの共通のところはなかったのですが、これはギャンブル等依存症の計画と合わせて、全てに共通する事項をここに掲載できたらいいかなと考えましたので、これについてもご意見いただけたらと思います。内容はほとんど再掲のものになりますので、新たな具体策というのはあまりないのですが、地域における連携協力体制の構築というところが新たな事項になるので、この辺は何かご意見がありましたらお伺いできたらと思います。</p> <p>資料 1 に戻りまして、目標値を設定する主な指標につきましても、今までと同様でいいかなというように考えております。推進体制は今まで通り会議を開催して確認していきたいと考えております。策定スケジュールは前回の会議でもお伝えしましたが、予定通り前回と同じスケジュールを掲載させていただいております。</p> <p>以上で私からの説明は終わります。</p>
山家座長	<p>事務局から丁寧なご説明がありましたが、委員の皆様には前もって配布された資料の中で確認をしていただいて、意見等も求めておりました。意見としては北海道精神科病院協会の芦沢先生から大変多くの重要なお指摘があったので、芦沢先生からご意見を聞こうかなと思っていたのですが、遅れて参加するようですので、ご本人が来てからご意見を聞こうかなと思いますので、議事を進行させていただきます。</p> <p>今の事務局からの資料についてご質問、ご意見等受けたいと思うのですが、全部まとめてというのはなかなか難しいかもしれないので、まず事務局が提案してくれているこの資料にある北海道におけるアルコール依存症者の現況の中で、今までも出していた数字と違う NDB という分析の資料の数字をメインに考えたらいいのではないかとその提案のことを、まず基本的な数字についての共通認識を持ちたいと思いますので、ここを先に話し合いたいと思うのですが。なかなか突然 NDB というのが来てこれもこれは何だろうという疑問を持たれる方もいるか</p>

	<p>と思いますが、この件について数字はこっちで出した方がいいとか、今まで通りがいいとか、ご意見ございますか。</p> <p>実は専門医療機関として、アルコール依存症の患者さんの相談や治療、北仁会では旭山病院、石橋病院、幹メンタルクリニックのみなんで取組等やっています。その印象としては実はギャンブル依存症の方で出している数字の方が現実に近い感じがしています。今までの数字というのは、自立支援医療を希望している方の数字を拾っているというところがあります。なかなかアルコール関連障害、アルコール依存症というのは、精神科領域だけではなく、援助なり治療しているという状況なので、この数字に載らないような患者さんというのは、結構たくさんいるという感じがあります。私は座長ですが、専門医療機関からの印象、提案としては、NDB分析の方が現実に則っている感じがしますので、こちらを基本としてこれからやっていきたいというような考え方を持っております。</p> <p>何かご意見ございますか。</p>
精神保健福祉センター：岡崎所長	<p>精神保健福祉センターの岡崎です。確認のようなものなのですが、まずこのNDBというのはおそらくナショナルデータベースの略なのだろうとっていて、土田主査がおっしゃったように健康保険のレセプトを積み上げた数字だと思っています。先ほど座長がおっしゃったところが確認したいところなのですが、精神外来患者数と書かれているので、精神科に受診されている患者の方なのか、一応ここで共通認識であるべきだと思ったので確認なのですが、精神外来患者数であげているので、精神科にかかっているアルコール依存症の方の患者数なのか、全科の患者数なのかを教えてくださいました。</p>
事務局：土田主査	<p>全科ではなく、うちの方に登録している調査の方から数字を拾っているので、自立支援医療の精神通院医療を受けている精神科の外来患者数になっているはずなのですが、もし間違いがあれば、また後日皆様に情報提供いたします。</p>
山家座長	<p>それは今までの数字ですね。</p>
事務局：土田主査	<p>そうです。今までの数字です。NDBの方ですか。</p>
山家座長	<p>これは確かに精神科の外来と入院の患者さんの数ですね。先ほどの私なりの印象の中で言ったこととちょっとギャップがあるのかもしれないのですが、やはり今のアルコール依存症の患者さん、結構経済的に十分な方とかも意外といて、自立支援申請をしない人もいらっしゃいます。</p>
精神保健福祉センター：岡崎所長	<p>私はこのナショナルデータベースの方はいいのではないかというのは、座長のお考えに賛同しています。やはり依存症として通院されている方の一部の方が自立支援医療の制度を活用しているということだと思いますので、その一部の方という今座長がおっしゃったことが1つのファクターなのだと思います。その自立支援を受けるか受けないかのファクターだと思うのですが、それを除いてより全体に近いものを示した方がいいのかなと思いますので、座長のお考えに賛同いたします。以上です。</p>
山家座長	<p>どうもありがとうございます。</p>
事務局：土田主査	<p>NDBの内容については、数値を確認します。</p>
山家座長	<p>それをまた皆さんに報告するという形になりますね。</p>
事務局：土田主査	<p>はい。</p>
山家座長	<p>ありがとうございます。これからの基本資料、こちらの数字をメインにしたものにしていったらいいのではないかと方向で進めていきたいと思いますが。</p> <p>他にこの最初の事務局からの資料説明、何かご質問、ご意見、追加発言ございますか。どうですか。</p> <p>本当は北海道医師会の先生が来てくれていると有難かったのですが、肝障害、アルコール性の肝硬変で死ぬ方というのが増えていっているというこの新しい数字は、私にとっても驚きではないですがそうなのかという感じです。実はアルコール依存症の患者さんは、前はいろんな死に方をしていました。自殺や事故、と</p>

	<p>ころが最近では結構年をとってきから依存症になってきて。依存症になっても長く医療に繋がっているという状況の中で、前は事故、自殺、その他急性の肺炎など、いろんな死に至るような病状で死んでいる人が結構いたのが、今アルコールをコントロールして飲めない状態になって、ある年齢になってからそのようになって長く飲み続けている中で、沈滞化の中で一生懸命治療を続けている間にだんだんだんだん肝障害、肝硬変が進行して亡くなるというような。依存症の患者さんの死に方の中で、肝障害死というのが相対的に増えてきているという数字なのかなと勝手に想像したのですが、ちょっと身体科の先生にその辺の感想等聞かせていただきたかったのですが、いずれにしてもここで思うのはやはり身体科との治療連携というのがもっともっと必要な状況になっている、そこが大きな課題なのだろうなということをお印象深く聞かせていただいた数字だったという、座長の印象としてはそんなところがありました。</p> <p>他の方、いかがでしょうか。</p>
日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会： 東谷理事	<p>日本アルコール関連問題ソーシャルワーカーの東谷と申します。資料を拝見して少し気になったところがあったのですが、女性の飲酒者、オンライン出社が増えているというのがあって、これがどういった背景でこういうことが起きているのか、もしご存知のことがあれば教えていただきたいというように思っています。また、やはり女性と子育て世帯の女性がアルコール問題を抱えてくることになってくると、やはりその家族全体にいろんな影響が起きるといえることがあるので、そういった取組みたいなところに関しても、何かしら道としてどう考えるのかなということをお印象深く聞かせていただいた数字だったという、座長の印象としてはそんなところがありました。</p>
山家座長	<p>ありがとうございます。今の東谷委員のご質問に対して、何か回答等お持ちの方、いかがでしょうか。</p> <p>働く女性が増えてきたというか、圧倒的に女性の社会参加が増えてきて、やはり社会の中でアルコールというのは大事なコミュニケーションの道具になっています。社会参加すればするほどそういう飲み方をする女性が増えてきているという様子は、色々なメディアで見えていますよね。あと私の印象としては、なかなか酒を減らしたり、止めたりできない女性がいる。妊娠出産の時は結構スッと止める人がいます。今、妊娠出産の年齢も高くなり、出産数が減ってきたりというような中で、そういうブレーキが少し足りなくなっているのですよね。そんなこともこの数字に絡んできているのではないかなと、ふと思いました。他の皆さんはどうですか。</p>
事務局： 土田主査	<p>国も同じ傾向で女性が増えているのですが、ただ実は女性と男性の数値の基準が違います。生活習慣病になりやすい基準が、女性は1日20グラム以上、男性が40グラム以上と、もともとハンデがあるというか、女性の方が少ない量で計上されやすいというのがあります。それでも伸び率は女性は大きいと思います。</p>
山家座長	<p>何か東谷さんの意見にありますか。東谷さんが1番わかっているのではないですか。印象としてだけですが。</p>
日本アルコール関連問題ソーシャルワーカー協会： 東谷理事	<p>医療の部分があまりわからないのですが、やはりコロナ禍で結構女性の飲酒者というのが増えたというように言われています。これを話してしまうのはうちの法人の事情があるのですが、やはりもともと日本が持っているジェンダーの問題、女性と男性の賃金の差等、そういうことでコロナ禍にすごく女性の飲酒者が増えたというような話を聞いたりもしたことがあるので、そういったことも影響しているのかなというように少し思ったりもします。ですから、やはりこうやって女性も、もちろん基準値が違うということもあるとは思いますが、女性もこのように増えてきているということを見ると、そういった女性に対する何かしらの予防的な部分も含めて、妊産婦もちろん大事なのですが、子育て世代の方々のアルコール問題というのはやはり大きな問題だと思っているので、そういった部分を道の取組として何かできたら、何かしらできることがあるのであればやってもいいのではないかと思います。なかなか医療に女性は繋がりにくいというのが男性よりもあるかと思いますが、ではその医療に繋がらない女性達をどう医療に繋げるかということ、医療に繋がらなくてもどう支えていくかというよう</p>

	なことを何か考えていく必要があるかなと思います。
山家座長	<p>どうもありがとうございます。</p> <p>芦沢先生お疲れ様です。実は今、資料を前もって出してもらったものに対する意見を委員の方に聞いているところなのですが、提案資料に対してたくさんご意見をいただいたのが芦沢先生なので、芦沢先生が参加したら、芦沢先生ご自身に、この道が作った資料についてのご意見を、芦沢先生の声で聞いたら 1 番いいのではないかとということで、芦沢先生の参加を待っていたという状況なのですが、急で大丈夫ですか。</p>
北海道精神科 病院協会： 芦沢医師	<p>こんばんは。Zoomに入るのに戸惑ってしまい、申し訳ありません。</p> <p>内科との連携がいかにかできるかが結構課題かなと思っています。彼らの診断はされるのですが、その先がやはりなかなか難しい。しかも精神科に繋がればいいということではなくて、精神科で依存症を診るドクターが非常に少ないという、そういう問題もありますので、単純にはいかないです。しかも地域によっては、非常に自助グループが弱体化して、治療そのものが成り立つのが厳しいというような状況なので、いったいトータルでどうしていったらいいのかというのが、まとめるとそういうことが私の意見です。個別でどうかという問題も大事でしょうが、もうトータルで依存症治療が崩壊し始めているという印象が実はあります。私は千歳でやっていますが、結構、道東の遠くから受診しに来る人がいる。地元では依存症を診る先生がいないというようなことで、そういう方もいるのが現状です。これをどのようにしていったらいいのか、非常に難しいです。高齢化で本当に自助グループが機能しなくなってきているので、ズームでやるのは確かにありますが、ズームではちょっと足りない。やはりフェイストゥフェイスでやらないとならないのかと思います。じゃ具体的にどうするのかというのはなかなか大変なのですが。</p>
山家座長	<p>基本的な考え方としては、身体科との連携をもっと強くしなければならないということですね。</p>
北海道精神科 病院協会： 芦沢医師	<p>あともう一つ、メンタルヘルスの鬱病に関するスクリーニングテストをみんなやっていますよね。あの時に軽微でもいいのですが、もっとやるのであればもう少しAUDIT（オーディット）をスクリーニングに入れて、そこから医療に繋げる道があってもいいのかなと思います。あれはもう当たり前のようにやってもいいのかなというように思います。スクリーニングを何処で行ってどのように繋げていくのかということになるとと思います。アルコール依存症の非常に軽いプライマリーケアで、いわゆる減酒療法のようなことは、トレーニングさえ積めば処方もできますので、内科の先生がやってもいいのではないかと思います。説教をしても良くなりませんので、内科の先生はやはりまた飲んだのかみたいなことになってしまうこともあると思いますが、そうではなくて止めたくても止められない人、飲み過ぎてしまう人に関しては、少しトレーニングを積んで減酒療法ができますので、そういうことをやったらいいのかなと。さらに重くて断酒が必要な場合には専門の病院、拠点病院を紹介する方がいいのかなと思います。</p> <p>そういう中で、もう 1 回自助グループを作らなければならないのですが、ない場合は自前の病院でプログラムをやるしかないということで、私は自前で外来の依存症のプログラムをやっていますが、非常に女性が多いです。始めたきっかけは女性の方々の行き場所がなくて、小さな赤ん坊のいわゆるネグレストになりそうな女性が 2 人いたものですから、それで始めました。1 人は良くなりました。もう 1 人は離婚で、夫が子どもを連れていくというような結果になっています。やらないよりはいいかなというつもりで、今もやっています。どうしていかというのはなかなか難しいです。</p> <p>それから、現場でいったい何が起きているのかということ、色々なところの所属の方々がいるのですが、あまりわからないまま参加していることも多いと思います。ケース方法も含めて何かしたらいいのかなと思います。クリニックだと精神神経科診療所協会の長谷川先生のところも非常に多く診ているので、そういったところで一体どのように困っているのか、どうしたらいいのかということ</p>

	<p>を、皆さんと一緒に問題を提起するところから始めるのがいいのかなと思います。その中で皆さんの意見を聞きながら、どう作っていくのかだと思います。</p> <p>あとこれは自分のやる事の提案になってしまうのですが、来年アルコール・嗜癖関連問題の学会が10月にあるので、実態を知りたいればこれに出てもらおうと、全国の実態を色々見ることができたり、具体的にどんなことやどんな治療をやっているのかということが出来ますので、10月9日から11日まで札幌コンベンションセンターでありますので、参加していただければと思います。自分の宣伝もしてしまいました。</p>
山家座長	<p>どうもありがとうございます。先生も入っていたのかな。少し前に東谷委員から、女性の飲酒量が増えてきていたり、女性に対するケアということも工夫しなければいけないのではないかなというように、どこまでどのように次期の計画に入れられるかわからないですが検討してほしいという話がありました。</p> <p>あとストレスチェックも道でもそういうものを導入するような形で、一般科、もしくは精神科クリニックと専門医療機関が連携できたらというお話もありましたが、ストレスチェックもそうですが一般健診とか特定健診、あの辺にAUDITを入れてくれると、随分連携が変わってくるのではないかなという気はするのですが、その辺芦沢先生、何かご意見ありますか。</p>
北海道精神科 病院協会： 芦沢医師	<p>因みにうちの病院でストレスチェックの時にAUDITをやったのですが、引っ掛かる人がいましたが、男性看護師1人は師長だったという形で、正直に書いたので点数が入ってきたのですが、依存症ではないので注意しましょう、で終わりましたが、スクリーニングをすると色々面白いことがおきるのではないかなと思います。</p>
山家座長	<p>来期への基本的な考え方の中に、どのようにスクリーニングをきちんとして、一般科なり他との連携を作っていくかということが大事だという、そのようなご意見だとまとめさせていただいてよろしいですか。</p>
北海道精神科 病院協会： 芦沢医師	<p>はい。ありがとうございます。</p>
山家座長	<p>はい。どうもありがとうございます。他の方々、ご意見いかがでしょうか。</p>
北海道医療ソシ ヤルワーカー協会： 沖 理事	<p>北海道医療ソーシャルワーカー協会の沖と申します。所属は天使病院に勤めております。</p> <p>1点、すいません、ちょっと説明があったかもしれないのですが、資料2の7ページの北海道の現状（医療機関）というところについて、見方を含めて伺いしたいと思いました。先ほど先生の方からも今のアルコール依存症を診られる医療機関がないというお話がちょっとあったかなと思うのですが、医療機関数という見方と専門医療機関数というところを改めてご説明をお願いしたいのと、併せて治療を行うことができる医療機関ということが必要十分なものなのか、果たして足りていないという状況なものなのかも含めて、少しご意見を伺えたらなというように思いました。</p>
山家座長	<p>これは事務局で一部お答えいただけますか。</p>
事務局： 土田主査	<p>専門医療機関数と医療機関数なのですが、専門医療機関というのは北海道の方に専門医療機関として申請をしていただいて、その要件を満たしていれば、北海道として専門医療機関として認定するという手続きがあって、その手続きを踏んでいる医療機関が道内に今16というところなんです。医療機関数というのは、令和6年に医療計画を改訂しているのですが、その時に改訂にあわせて医療機関の調査をしています。その医療機関の調査の項目の中に、診療できるものは何ですかというような質問項目があり、そのアルコール依存症という項目にチェックをしていただいた医療機関というのがこの医療機関数になっています。ただ、この調査は強制ではないので全数調査ではないので、回答する医療機関と回答しない医療機関があるので、回答していない医療機関がたくさんあったりします。実は専門医療機関の中でも、この医療機関の調査回答をしていないところもあるので、左</p>

	の方に右の数が含まれていたりいなかったりというところ。調査元が違うので、そういうところはありません。
山家座長	医療機関数と専門医療機関数というのはそういうものだと思います。あと足りているかという問題ですね。これについては芦沢先生も言いたいことがあります。道東等遠くから患者さんが、アルコール依存症を診てくれないかと来られているというお話を先ほど言っていましたね。
北海道精神科病院協会： 芦沢医師	数字としては上がってきていますが、依存症を診ているドクターというのは、診ているドクターの間では誰かというのはだいたいわかっていますが、あまり公に出せるところではないので、ただ知っている人はあそこなら診てくれるということが結構あります。あそこはあの先生がいるから依存症を診てくれる病院だという形が結構多くて、病院で申告をしたとしても診られると言っておきながら、なかなかちょっとなという印象を持つことが少なからずあるのが現実です。
山家座長	ありがとうございます。私は拠点医療機関の医師でもあるのですが、拠点の目的は北海道各地に専門医療を行う機関を作っていくということ、最初に手を挙げて専門医療機関になったのが14、それから何年たっても1つ、2つ増えるか減るかというようなそんな状況だということです。専門医療機関でも実はやはり依存症治療に対する温度差はかなりあります。専門医療機関に手を挙げていないところでも一生懸命診ていただいている医療機関というのもあったりします。拠点と医療機関をやっている私の印象としては、アルコール依存症を診てくれるところは極めて少ない。実は私ども拠点を札幌市の救急隊が依存症関連でどんなことを困っているかアンケート調査をしたのですが、やはり依存症の患者さんを診てくれるところへ繋ごうと思っても受けてくれない、受けてくれる場所がないので、搬送先を見つけるまで時間がかかる。それが場合によれば、精神科のかかりつけ医でも診てくれない。かかりつけ医のところでは診ているのは実は依存症だが、鬱病等という疾患に対する対応をしているので、飲み過ぎてダウンしてしまったみたいな状況の人だとかかりつけ医でも診られないから、身体科の病院を探して連れて行って下さいみたいに言われて、なかなか探すのが大変だということです。そのような話で、調査をした私ども精神科医の方におまえらしっかりやれみたいな形の返事が返ってきて、参ったなというのが現状としてありました。そんなお答えなのですが、どうでしょうか。
北海道医療ソーシャルワーカー協会： 沖 理事	ありがとうございました。私も天使病院という医療機関に勤めておりまして、救急を受ける機会が結構あります。実際いざ救急で運ばれてきて、やはり先ほども話が出たアルコール性の肝障害だったということになると、当院で内科的な治療を行うにしても、その後のフォローに関して我々ソーシャルワーカーが調整に入ったりするのですが、やはりなかなか苦慮することが多くあります。それでこの辺りの医療機関数が結構上がっているのになかなか難しいという印象があったので、併せて質問をさせていただいたというところでした。ありがとうございます。
山家座長	どうもありがとうございました。他の委員の皆様で何かご意見等ございませんか。 今、基本的な考え方について議題1で資料に沿って話を進めているところですが、議題2に移行して、同じ様な話になるかもしれないのですが、もう少し具体的に次期の北海道アルコール健康障害対策推進計画の内容の検討ということについて、もう少し意見交換していきたいところなのですが、内容の検討はどうしますか。まず事務局から提案された資料4で、北海道アルコール健康障害施策体系図の中に、今まで1期2期ではなかった共通という体系図を入れ込んで作りたいという提案がありました。これについて何かご意見ございますか。ギャンブルの方はこれでやっていたということですが、アルコール関連についても全くもったもたないという印象を持ちます。1期2期、1次予防2次予防3次予防といっても、やはりそれを総合的にやっていかなければならない中で、1次予防の担当、2次予防の担当、3次予防を担当している人たち全てが連携しながらやっていかなければならないとか、そういう人材を育成していかなければならないというこ

	<p>ともあるので、この共通という項目を次期に入れてみたいということについては、座長がこのように意見を言うてしまうのは大変僭越なのですが、いいのではないかとつい思ってしまう発言してしまいますが。特に意見はございますか。特に反対がなければ、この方向で施策体系図を作っていくという方向を事務局にお願いしてよろしいですか。はい、ではそうさせていただきます。</p> <p>内容については、また本来の話し合いに戻っていきたく思います。芦沢先生の発言の中で、もっと身体科と一般科との連携をもう少しうまくやっていかねばいけないと、そういうことについて第3期の施策の中に何か入れ込められないかというのは、芦沢先生なりのお考えではないかと思うのですが。これを入れていくというのはなかなか難しいことかもしれませんが、何かこれに関してのご意見ございますか。特定健診や一般健診の中にAUDITを入れましょうと第3期の中に文言として入れても、この提案が説得力のある実効性を持つものにするためには、相当何か地ならしというか、準備段階というのも結構必要な話だと私は思いますが。それでもいいから何かという印象を私は持ちました。</p> <p>委員の意見の中で、これは芦沢先生に限らず、自助グループが今かなり弱体化している。これはもう応援しなければいけないのではないかと、自助グループが弱体化しているということが、依存症の回復支援にとってどんな影響があって、これに対する対策をどう北海道の第3期の計画の中に入れ込めるかということも必要なのではないかとこの辺についてはどうですか。第3期の計画の内容について、こういうものを持っている等というのはありますか。</p> <p>サマリヤ会の施設長先生はどうですか。自助グループではないが、自助グループとの連携を極めて大事にしながら、施設運営している気持ちとしてはどんなことをお考えですか。</p>
<p>青十字 サマリヤ会： 齊藤施設長</p>	<p>そうですね、自助グループというか、作業所の方では色々自助会のプログラム、セミナーにも関わらせてもらって、当事者の方々と関わってはいます。私がサマリヤ会に来て20年近くなるのですが、20年前の状況とはやはり変わっています。若い人達は頑張ってセミナー等も企画して何かしていますが、昔のような長い経過がある方、ずっといるという方々がどんどん亡くなっていったり、現実的にはやはり不安な部分があるのかなと思います。でも自助グループはなくなるのではと思います。残っていくとは思いますが、時代の流れの中で増えたり減ったりしてくのではないかとこの辺についてはどうですか。若い人達も頑張って支えているのかなと横にいてそんな感じはします。</p>
<p>山家座長</p>	<p>ありがとうございます。実は国の施策の中では、SBIRTS（エスパーツ）という回復援助を各段階で応援するプログラムを作って、自助グループは患者さんの回復の場にとってとても大事だから、そこを利用できるようにそこにつないでいくということが、国の方針の中にならありました。断酒会がSBIRTSという考え方を広めていくためのアクションを厚労省から投げられているのかな。断酒会が日本各地でSBIRTS研修会等を一生懸命行って、依存症の患者さんがいたら断酒会に繋いで下さいという流れを作りたいとやっています。実際のところは、繋ごうと思った断酒会が例会をやっていない等、どうも昔ほどその自助グループの集まりというのが、回復にとっての必須の場というそういう役割を果たせなくなって、芦沢先生は仕方なく自分でやっているというようなことを先ほど話されていましたが。この辺も北海道の第3期計画の中でどう意識化していかなければならないのかなと、私も気になっているところですが。何かご意見ございませんか。</p> <p>第3期で自助グループ活動をどう応援していくかということは、1期2期の北海道の施策の中にもあったことですが、現実的には自助グループが弱くなってしまっているという中で、何か報告だけそれを上げていって。</p> <p>長谷川先生、診療所協会として何かご意見ございませんか。</p>
<p>北海道精神神経科診療所協</p>	<p>最近はいらっしゃる患者さんの幅が広がっていて、断酒ではなく、減酒くらいと考えていらして、アルコールで少し健康を損ねるとか、ちょっと失敗してし</p>

会： 長谷川理事	まったという形の方から、もう既に肝硬変になっていて生命の危機がある方等、最近は幅があるような感じがします。 自助グループに関しては、女性マックがなくなってしまったというのが非常に痛いと思っています。女性で今あるアルコールの自助グループはそれいゆさんだけになってしまったので、断酒会等でグループホームを作ってくれないかなと考えていました。
山家座長	先生のところでは、自前でグループを作ってやっているのですよね。
診療所協会： 長谷川理事	はい、やっています。
山家座長	自助グループを進めても、あまりそこに定着しないとか、行かないという、その辺が困っているというのがあるのですが
診療所協会： 長谷川	それもそうですね。
山家座長	長谷川先生、どうもありがとうございます。今はやはり依存症の援助者に全体的に意識されているのは、やはり自助グループは絶対必要なのだが弱くなっている。これは何とかなくて欲しい、何とかしなければということが、北海道の依存症援助者の中の共通認識としてはあります。これをどうやって第3期計画の中に盛り込めるのか、込めないのか、非常に難しいところですが、意識はしておかなければいけないことかなと思います。ただ簡単に問題意識をふってしまっているのですが、皆さんの中で、第3期の計画の中にこういうのが内容として取り込めないかとか、必要ではないかみないな、何かご意見ございませんか。
北海道精神科 病院協会： 芦沢医師	出しゃばりすぎかもしれないですが、やはり触れておいた方がいいかなと思うのは、高齢化の問題です。依存症のプログラムにはのらないですが、お酒を飲んで困るという方が結構外来に来ます。プログラムは一応やるのですがあまりわからないかもしれないし、家に帰ってもなかなか大変だなという方がいるのは事実です。施設等でもお酒の問題が出てくる人が時としているので、やはり老人とアルコールの問題も少し考えていってもいいのかなと思っています。本当に認知症が始まってからアルコールとしてきてもらっても、その後どうするかはなかなか難しい面があるように思います。アルコールの問題があると、なかなか施設にも入りにくいことが多いような印象があります。老人問題をどうするかということですよ、一言でまとめてしまうと。
山家座長	実は旭山病院は先ほどの拠点の活動として、札幌市の仕事を委託されてですが、2年間位続けて高齢アルコール依存症者の回復援助ということで、施設職員、担当スタッフ等に知識の提供、同じ困っている人がいるという仲間を見つけてもらうような、そんな活動はしていました。ますますこれから高齢者が増えていく中で、当然高齢のアルコール依存症の患者さんが同時に増えていくという中で、やはり意識しながら対策を考えていかなければならないことだとは思いますが。ただ、高齢アルコール依存症の患者さん、離脱のせん妄等をおこさなければ、一般科なり、老人病院で結構診ています。そこではアルコールの問題まではやらないで、ある程度身体の状態が落ち着いたら施設に戻すという形で、結構やっているみたいです。ですから、そういう老人を対応している施設なり、家族かもしれないませんが、そこに老人のアルコール依存症の患者さんの特徴等を啓蒙していく、指導していくというようなことは、もっと丁寧にする必要はあるのだろうなと思っています。それを3期の計画に入れるかどうかはわかりませんが。確かに老人の問題というのは、老人だけではなく、併存する病気を抱えている依存症の患者さんが多すぎます。身体の問題、心の問題、老化の問題、何かしらアルコール依存症プラス何かというのがすごく多くて、結局プラス何かの部分だけを診て、アルコール本体にはあまり手をつけずに、そのまま流れてしまうみたいな形の中で、アルコール問題に関しては再発を繰り返して、だんだん年をとって行って亡くなってしまいたいなそんな患者さんが多いなと思います。それに対してどのように対策をとってあげればいいのかですね。
北海道作業療	北海道作業療法士会の池田です。高齢者の話で、私は今札幌市の認知症支援関

<p>法士会： 池田企画調整 委員</p>	<p>係の委員会に入っています、結構地域包括支援センター等に高齢者の相談があるのですが、実際問題あまり依存症の話題というのは出てはきていないです。もしかしたらその中に隠れた問題があるのではないかと思います、そういう地域包括支援センターの方々に依存症に関する理解や知識を得てもらって、そこで問題を発掘してもらい、或いは医療機関と連携してもらおうというような、そのような連携のありかたもあるのかなとちょっと思いついたことです。</p> <p>あとは私元々道東出身なものですから、今、依存症の支援が医療もなかなか行き届いていないというところで、医療がなければ保健所がまず対応するのでしょうか。すると保健所の依存症の機能を少し高めていくというようなことも、以前からされていると思うのですが、改めて必要なのかなということも少し思ったりしましたが、いかがでしょうか。</p>
<p>山家座長</p>	<p>ありがとうございました。保健所の活動について、今現状どうなっているか。コロナの頃はコロナばかりやっていて、保健所は依存症のことは何もやってくれないみたいな感覚があったのですが、コロナが収まったらまた依存症に力を注いでくれるような環境になっているのでしょうか。一旦意識が離れてしまうとなかなか元に戻らないというような状況なのか、いかがですか。</p>
<p>事務局： 土田主査</p>	<p>一旦終わった活動等もあるかもしれないのですが、相談はずっと対応してきていますし、その数もまた増えてきております。あとは断酒会や依存症の自助グループの家族会等をやっている保健所等もあります。断酒会への同行支援、研修、そういう個別支援も実施したりしていますし、継続してそういう支援は続けてきていると思います。今後活動が充実していくような取組は、継続していく必要があるかなと思います。</p>
<p>山家座長</p>	<p>そういう活動をやっている保健所や保健師さんたちが、素晴らしく評価される等何かインセンティブがないと動かないという、知事表彰か何かしてもらって、そんな活動を応援するような何かがないと。</p>
<p>事務局： 土田主査</p>	<p>取組状況は半年に1回報告をもらうことになっていて、毎年度の取組みは確認しているのですが、表彰等はなく、報告されて終わっていたので、その辺工夫は必要かもしれません。</p>
<p>山家座長</p>	<p>相談件数は増えているんですね。でも、精神科の外来や入院は増えていない。結局、相談されている保健師さんはどういう答えを返しているのだろうと思ったら、やはり地域でだんだん身体が弱ってくるまで相談支援しながら、いよいよ具合が悪くなった時は精神科ではなく、アルコール依存症にも優しい一般科の病院を探して、そこで対応してもらいたい形をやっているのではないかなと思うんです。やはり依存症の専門医療の脆弱さというのが、この相談件数は上がっているのに、入院や受診の相談件数が上がっていないのは、背景のそういう姿を私は想像してしまうのですが、どうでしょうか。</p> <p>札幌市こころのセンター、北海道の計画ですが、何かお話いただけないでしょうか。</p>
<p>札幌こころの センター： 棚橋所長</p>	<p>私からは、何かこれといった意見はないのですが、北海道さんと違って保健所との関係性も違いますし、札幌市についてはそういう拠点になるのは精神保健福祉センターの仕切りでしかできないのかなという認識もあるので、もし保健所の活用という方向性になるとすると、そこは道立の保健所になってしまうのかなと思って聞いていました。</p>
<p>山家座長</p>	<p>ありがとうございます。札幌市が依存症の相談窓口を開いていて、その活動が素晴らしいなと思っています。私ども専門医療機関拠点としては、感心しながら聞いていることがあるのですが、どの程度やっているかは別にしても、札幌市は専門医療機関がいっぱいありますよね。色々な医療機関もあるから、どこにも運ばなく援助もなくてにっちもさっちもいかないというような状況というのは、やはり札幌市では北海道全体から比べると、はるかにそういう問題は小さいだろうなという印象はあります。ただ、そうは言っても、先ほど芦沢先生から問題提起がありましたが、結構札幌市の老人のアルコール依存症、アルコール関連問題の患者さんへの対応をどうしていいのかわからないというようなことでの、ケース</p>

	<p>検討会や研修をしてくれという声が現場から上がってきています。効果はどうだったのかわかりませんが、行ったりはしていました。都会の中で隠れた、寂しく亡くなっていくお年寄が結構いるのかもしれないと、そんな感じをちょっと思っています。</p> <p>札幌市と北海道全体では、取組の仕方、計画もちょっと違うものが必要なんだろうとは思いますが。急に振って申し訳ありません。ありがとうございました。</p> <p>あとはいかがでしょう、何かございますか。道警さん、今来ていただいているので、飲酒運転は随分減ったのですか。</p>
北海道警察： 飯田補佐	<p>増えた減ったは、検挙数と実情というところがあるので、一概には言えないのかなと思いつつも、事故の発生に起因するものは減っている、検挙は増えているが総数としてはどうなのかというのは、まだわからないところもあります。</p>
山家座長	<p>北海道のアルコール健康障害対策の第3期計画ですが、第1期、第2期で提案されているようなもので、検挙者が減っているだけかもしれないというのですが、事故数も減っているような印象もあります。この件に関しては、そんなに新しいものを追加しなければならないというようなことは、何か今までのものを丁寧にするみたいな発想でよろしいですか。</p>
北海道警察： 飯田補佐	<p>そうですね。今やっていることと、資料にあったとおり、内容等はあるのかもしれないし、利用している人達の数がどうこうというのはなかなか確認はできていないので、提供の仕方というのを検討するというのは賛成かなと思うところです。</p>
山家座長	<p>ありがとうございます。他の方で追加の発言ございませんか。なかなか議事の進行がうまくいってなくて申し訳ないのですが、そういつている間に約束の時間が8時までということなので、時間がなくなってきました。</p> <p>断酒会さん、自助グループの話をしていたのですが。</p>
北海道断酒連 合会：和田氏	<p>感染症騒動の中で、当たり前前にできていた活動ができなかったところもたくさんあったのですが、その一方でインターネットのオンライン会議システムを使用した所謂オンライン例会、オンラインミーティングというのが、結構あちこちで行われているという怪我の功名みたいなところもあり、必ずしも悪いことばかりではなかったということが一つです。</p> <p>そのオンラインミーティングで話が出たのは、断酒会という言葉に抵抗を持ってしまい、例会に関わりづらい。他の自助グループに流れていってしまうことがある。昔は禁酒という言い方をしていたのですが、それに比べると、とは思いますが、このネーミングについても何か検討余地はあるのではないかと思います。今のところ具体的な議論まではしていないのですが、上部団体でもそのようなお話が出ているということは承知しているようなので、これからまた色々出てくるのかなと思います。</p> <p>あと今、私中座していたのですが、私の電話に当事者の方から、相談の電話が入りました。医療機関に相談しようとしても外来の予約がとれるのが、1ヶ月から1ヶ月半先になってしまうと。そういったところでなかなか適切な治療をタイムリーに繋ぐことができにくい。やはり限られた医療資源の中でどれだけ当事者の皆さんに的確に或いは良いタイミングで支援できるか、私どももどのような誘導の仕方ができるか。特に郡部、町村部にお住まいの方、医療資源がどうしても都市部に集中してしまいますので、地方にお住まいの方が、例えば稚内に住んでいる方が旭川の大きな病院にといってもなかなか現実的ではない。電話をくれた方には、明日、旭山病院さん、手稲溪仁会病院さんに連絡をして下さいという話をしましたの。そのように色々なところにご自身で、何か助けてくれるところはないかということで動ける人はまだ救いがいいのですが、なかなか行動に至らないという方がいると思います。そうした全体的な助けを求める声が聞こえれば拾い上げたいと思い、私ども当事者団体がお力になれるかと思いつ活動していますが、いまだに力及ばないところもあり、大変難しさを感じているところです。</p>
山家座長	<p>また、専門医療機関がもう少し力をつけて、しっかりしてという要請で最後終わってしまったという気がしますが、時間なので、きちんと座長をやれなかった</p>

	<p>反省があるのですが、ここで事務局に戻したいと思いますので、しっかりまとめて下さい。よろしくお願いいたします。</p>
<p>事務局： 西本課長</p>	<p>山家先生ありがとうございました。ご出席いただきました皆様、本日はお忙しい中、大変貴重なご意見をいただき、誠にありがとうございました。</p> <p>道側ということで、先ほど保健所のお話も出ました。そしてさらに我々の係として抱えている課題ということで、そもそも道東等オホーツク圏域のただでさえ脆弱な医療体制が、精神科の場合は非常にますます厳しくなっているという状況がございます。保健所も結局地域毎に医療機関と繋がって仕事をする、しているということが現状にあって、道立の保健所 26 がありますがやはり一部でその資源をうまく活用しながら、資源と云ったら言葉が悪いですね。医療機関の皆様方と連携してやれているというところがある反面、やはりその地域で資源がそもそもないというところの保健所というのは、なかなか苦戦をしているかなという感じがございます。そういうことも含めて、今色々いただきましたご意見を3回目の部会に向けて整理をさせていただいて、また皆様に今度は素案たたき台ということでお示しできればと考えておりますので、よろしくお願いいたします。</p> <p>先ほどご説明しましたが、今後は9月17日水曜日16時30分から第3回計画部会の開催を予定しておりますので、引き続きよろしくご協力をお願いしたいと思います。</p> <p>本日発言できなかったことがございましたら、本日資料の最後に意見用紙をつけておきますので、9月1日月曜日までに事務局の方に提出をいただければと思っております。</p> <p>それでは以上をもちまして、本日の計画部会を閉会いたします。本日はどうもありがとうございました。</p>