

○事務局発言

◎会長発言

●委員発言

1 開会

○渡邊健康衛生部長

皆さんおはようございます。今日は岡山市依存・嗜癮関連問題対策審議会にご出席いただきありがとうございます。日頃から岡山市の精神保健行政や市政全般にご協力いただき重ねて感謝申し上げます。この後、具体的な項目についてはご説明がございましたけれども、国においては、アルコール健康障害対策基本計画の第三期が令和8年度から始まるのが了承されたと聞いているところです。重点課題につきましては、発生予防、進行や再発予防、回復の支援になっております。これらを踏まえまして岡山市においても従来からも取り組んでおりますが、薬物、ギャンブルを含めた依存症全般に関する相談を受けております。研修や個別の相談支援を含めた中でやり方として世間全般でデジタル化が進んではいるのですが、やはり顔が見える関係、何かあったときに実際に頼れる、連絡ができる方々との関係、国の方針にもそのような関係機関との連携強化は触れられているところです。今までもですが、連携を密接にしていきたいと思っております。今日の議事である、相談支援の対応としまして、我々としても、意見を沢山お伺いして、今後の参考にするとともに、相談者やその関係者の方々への支援に繋がることを期待いたしまして開会のごあいさつとさせていただきます。

2 委員紹介

- ・委員の交代報告 : 岡山県精神科病院協会 武田俊彦委員
岡山保護観察所 伊藤和幸委員

3 報告：国における依存症関連対策、岡山市における依存症対策関連事業

○事務局【資料1 国における依存症関連対策】により説明。

<国の依存症対策を中心に説明：資料1 2～12ページ>

◆国の依存症対策全体像

- ・各地域における支援ネットワーク構築。全国拠点機関による人材育成、情報発信や依存症の正しい理解の普及啓発などを総合的に推進

◆国の依存症患者数の推移

- ・資料のとおり

◆全国の保健所及び精神保健福祉センターにおける相談件数

- ・アルコール依存に関する相談数は減少傾向、ギャンブルの相談件数は、増加傾向にある。

◆国のアルコール健康障害対策①

- ・平成 25 年 12 月にアルコール健康障害対策基本法、平成 28 年度にアルコール健康障害対策基本計画が策定され、現在、第 2 期（令和 3 年度から令和 7 年度）。令和 8 年度からの第 3 期計画の案が 12 月に了承された。

◆国のアルコール健康障害対策②

- ・第 2 期基本計画の重点課題、及び重点目標は第 1 期計画を継続し、アルコール健康障害の発生、進行及び再発の各段階に応じた防止対策の観点で設定。

◆国のアルコール健康障害対策③

- ・飲酒リスクに関する知識の普及を推進するためガイドラインが作成される。

◆国の薬物依存症対策①

- ・第六次薬物乱用防止五か年戦略でこころの健康センターに関係が深いものとして、目標 2 の中では関係機関がより一層連携した息の長い支援の実施。

◆国の薬物依存症対策②

- ・令和 6 年 7 月第六次薬物乱用防止五か年戦略フォローアップ概要が発表。目標 2 に関しては、人材育成支援体制の整備の実施状況等が公表。

◆国のギャンブル等依存症対策①

- ・平成 28 年に I R 法、平成 30 年 10 月ギャンブル等依存症対策基本法、平成 31 年 4 月ギャンブル等依存症対策推進基本計画が策定されている。

◆国のギャンブル等依存症対策②

- ・ギャンブル等依存症対策推進基本計画 第二章の取り組むべき具体的施策Ⅲ 依存症対策の基盤整備・様々な支援で政令指定都市における相談拠点の充実等、IV 調査研究、実態調査として精神保健医療におけるギャンブル等依存症問題の実態把握とある。

◆国のゲーム依存症対策

- ・令和 2 年度からゲーム依存症の認識を高めて、課題や対策等を共有し、対策の推進を図ることを目的に、ゲーム依存症対策関係者連絡会議が開催される。令和 5 年度にはネット・ゲーム依存専門治療施設調査を実施。

<岡山市における依存症対策関連事業を中心に説明：資料 2 2~9 ページ>

◆岡山市における依存症対策イメージ

- ・重症度に応じた基本目標、主な実施期間を示している。

◆岡山市における依存症対策の全体像

- ・岡山県は令和 6 年度から岡山県ギャンブル等依存症対策連携会議を開催。岡山県が令和 7 年 7 月に岡山県ギャンブル等依存症対策推進計画を策定。

◆こころの健康センターにおける実施事業の推移

- ・平成 21 年センター開設以降、様々な事業に取り組み、平成 30 年 4 月 依存症対策推進センターを開設

◆こころの健康センター新規相談受付件数の推移

- ・R6 年の相談受付件数は、R5 年度に比べアルコールとギャンブルの差がなくなりつつあり、

薬物は減少傾向、ネット・ゲームは増加傾向。

・令和7年2月から、岡山県精神科医療センターからの紹介ケースの受け入れを開始。

◆こころの健康センター相談種別新規相談者の内訳(R6年度)

・依存症全体は約6割が家族からの相談。アルコール、ネット・ゲームは、家族相談が中心。

・ギャンブルは本人相談が約3割、薬物は、家族、その他(保護観察所等)が中心。

◆こころの健康センター ネット・ゲーム相談内訳

・相談対象者の年代は、高校生以下、大学生・成人等がそれぞれ4割、相談内容は日常生活に支障をきたした状況の相談が多い。

・相談主訴はネットゲーム相談でも相談内容は幅広く、思春期相談担当者と依存症相談担当者が連携し、継続的な家族相談本人相談を行う他、関係機関の紹介等の対応を行う。

◆こころの健康センター 個別支援対応別数の推移

・R6年度は電話、面接の実人数の減少に伴い、延べ件数も減少。

◆岡山市保健所における相談支援

・相談種別については、令和5年、令和6年とほぼ同数、アルコールに関する相談が最も多く9割を占めている。

(質疑応答・ご意見)

◎高橋会長

岡山市における依存症関連事業全般について、ご質問ご意見等ありましたら、委員の方からお願いしたい。

●小寺委員

ギャンブル依存症の中でも、スマホを使った公営ギャンブルが圧倒的に増えているという記事を見たが、こころの健康センターの相談でもそういう感じはあるのか。

○事務局

コロナ禍以降にスマホを使った公営ギャンブルの相談はこころの健康センターでも増加傾向にある。競馬、競輪など会場に行っていたものが外出機会が減る中でネットギャンブルに移行している。

●橋本委員

今年度、4月から12月に調査してみたら44人が初診、パチンコ、スロットが29名で66%、競艇が15名で34%、競馬が7名で16%。10年前は9割がパチンコだったがこの傾向は全国で変わらないと思う。スマホを渡せば毎日、手軽にできるというのが大きい。

◎高橋会長

昨年の審議会で専門医療機関からこころの健康センターにつなぐ定期的な支援ができないだろうかという話題がございました。佐藤委員からその後の状況を教えていただければ。

●佐藤委員

早速、現実化していただいております。結構な数の方をこころの健康センターさんの方に紹介させていただいて、毎回快く引き受けていただいております。大変感謝しております。

ます。ギャンブルがかなり増えてきている実情。こちらのトリアージとしては、受診された方に重複障害であったり、発達特性だったり、周辺のところがそこまで重度でない方々を紹介させていただいている。岡山県のギャンブルの基本計画もできまして、医療機関としては岡山県の中に専門医療機関が5ヶ所程度あるんですけども、ギャンブルを診ていただける医療機関を1施設でも増やしていきたいという意向も計画の中に織り込んでおりますので、医療機関の先生方にもご協力いただいて体制作りが進めばいいと思う。

◎高橋会長

支援の連携がテーマだが総合病院でのこの1年の依存症に関する診療、連携の状況はいかがでしょうか。

●鈴木委員

病院などの現場で問題になるのは、アルコール依存の方が多く、それについての相談が減っているという印象はない。退院に向けて問題を抱えている人が多く、今年度は、50代ぐらいの男性の方が多かった。外来ではスマートフォンに依存される思春期の方も多く、ギャンブル依存の方はあまりいない印象である。

◎高橋会長

関わる人の中で依存症の問題が隠れている方がいるのかなという印象を持ちました。専門医療機関ではいかがですか。

●飯島委員

アルコール依存症を中心に受けておりますので、推移はさほど変わりはない。受診の中で、アルコールを主訴に来院するが、その中に、発達障害の問題を抱える方が増えてきているような印象。受診を通して、担当医と相談したり、家族とも話し合いながら、どこに焦点を当てて継続治療をどう支援していくかということを相談させてもらっています。

<岡山市における依存症対策関連事業を中心に説明：資料2 10～ ページ>

◆岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク事業①

- ・地域医療連携の推進として行っているSBIRTに関しては、R6年度にSBI（S:飲酒スクリーニング、BI:短時間介入）に焦点を当てた動画を作成。
- ・動画は、当センターYouTubeチャンネルによる公開を行い、岡山市医師会ホームページでも紹介。

◆岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク事業②【各種研修】

- ・事例検討会は、R5年度以降、総合病院を会場にして、持ち回り開催を再開。
- ・一般医療機関アルコール専門研修は、R6年度以降は会場開催とし、参加者の交流が図れるなど成果あったが、オンラインを中心に増加傾向にあった一般医の参加が減少するなど課題あり。
- ・今後はオンデマンド配信等を検討していく予定。

◆アルコール依存症支援者専門研修

- ・令和5年度以降、専門医療機関にも案内し、医療機関からの参加者が増え、高齢者福祉関連、行政機関等の関係者も多くなっている。

- ・参加動機としては、具体的な相談援助技術を身につけたいとする方が多数いるため、今年度は第3回・第4回に実技を多く取り入れ、内容の充実をはかっている。

◆薬物ギャンブル依存基礎研修

- ・両研修ともに橋本委員を講師に迎えて開催し、今年度は講演の中で参加者同士が話せる時間を設けていただけたことで、情報交換が図れ、講演の内容の理解がより深まった。
- ・当事者や家族の実体験に基づいて話を聞くことで、より理解が深まるとの感想から体験発表を盛り込んだ内容としている。
- ・今後もアンケート結果の分析等により、参加者のニーズを把握しながら、研修の企画をしていきたいと考える。

(質疑応答・ご意見)

◎高橋会長

ここまででご質問・ご意見があればお願いしたい。橋本委員、アルコールサポート医養成研修についてご紹介と今後の課題について教えていただきたい。

●橋本委員

養成研修を始めて2年になる。県の事業ではあるが、岡山市の早期支援ネットワークを元に岡山市に限定せずいろんな身体科の先生に参画して欲しいというねらいで始めている。今年度は、協立病院の高橋先生のご厚意で会場をお借りして20数名の方がサポート医となっている。事前にeラーニングの講習を受けてもらい減酒薬ナルメフェンの処方の基準になっている。今年度、ハウディという減酒治療補助アプリも処方できるようになり、研修で処方基準もクリアできる。課題としては人数を集めたいというのと県北に広げたいというのと継続研修を計画している。

◎高橋会長

他のご意見はいかがでしょうか。

●小寺委員

サポート医の資格を取ったら減酒薬を処方できる。減酒薬は現場でかなり使われてるのか、内科の先生も使っていると考えるとよいか。

●橋本委員

eラーニングを受けないと処方できないというふうになってるので、一般科の身体科の先生方で躊躇している地域も多いかもしれない。岡山市では早期支援ネットワークがありますので、岡山市は使ってる先生方が多いのかなという印象があります。そういう薬があるということで専門医療機関を紹介する1つのきっかけとして来てくださる方もいる。

<岡山市における依存症対策関連事業を中心に説明：資料2 14～16ページ>

◆職域依存症対策推進事業「おいしくお酒を飲むための教室」

- ・働き盛りの方を対象に、アルコールとの付き合い方を学ぶ出前講座を2種類実施。
- ・コロナ禍以降、令和6年度からプログラム内容の改訂に着手。
- ・昨年度の審議会において小山委員から普及啓発の方法としてメールマガジンによる配信を行い、今年度、改訂した教室案内チラシの情報提供に活用。

◆ おいしくお酒を飲むための教室プログラム改訂の状況

- ・ 主な改訂内容は2点で、講義内容を見直し厚生労働省より公表された「飲酒ガイドライン情報」等を盛り込むほか、プログラムBにグループセッションの要素を取り入れた。
- ・ 今年度、事業場で改訂したプログラムを試行する過程を経て、完成する予定。

◆ こころの健康センター ギャンブルからの回復支援プログラム(OCAT-G)

- ・ 令和7年度は14人に急増した。ホームページからの参加だけではなく、岡山県精神科医療センターからの紹介ケースの受け入れを開始したことも影響している。
- ・ 個別対応も含め、プログラムへの参加継続ができるように対応していく。

(質疑応答・ご意見)

◎ 高橋会長

今までの説明につきましてご質問ご意見があればお伺いしたい。

● 小山委員

メールマガジンをご案内していただいたということだがいくらかは効果があったか。

○ 事務局

メールマガジンを見ての問い合わせというのは今年度はなかったが、引き続き相談をさせていただきながら有効に活用していきたい。

◎ 高橋会長

おいしくお酒を飲むための教室に関わられた佐藤委員いかがでしょうか。

● 佐藤委員

今年度から委員となり、先生方と一緒にプログラム内容の改訂やグループワーク内容改訂にも携わらせてもらった。1度企業でもグループワークもさせてもらったが非常によかった。最近、アルコール依存症とかアルコール中毒ではなく、AUDというCMが流れている。

<岡山市における依存症対策関連事業を中心に説明：資料2 17~21 ページ>

◆ こころの健康センター 依存症普及啓発・情報提供①

- ・ 毎年11月のアルコール関連問題啓発週間に合わせて、ポスターを作成し関係機関へ配布。
- ・ ホームページへのアクセスについて、直近のアクセス件数で最も多いのはギャンブルで、次に多いのがゲーム。

◆ こころの健康センター 依存症普及啓発・情報提供②

- ・ インターネットの検索エンジンで、「死にたい」、「リストカット」等の自殺や希死念慮を思わせるキーワードを検索した場合に「おか・ここ・ネット」のリ스팅広告を表示させ、ホームページに誘導。
- ・ 相談支援につなげる施策を進めるとともに、生きづらさや苦しさがアルコール、薬物乱用につながる可能性への啓発を重視している。

◆ こころの健康センター 依存症普及啓発・情報提供③

・R7年度は、ネット・ゲーム依存関連の普及啓発として講演会を実施。

◆岡山市保健所における普及啓発及び情報提供

- ・アルコール健康障害のパネル展や地域における普及啓発として断酒会等の自助グループやその他の市民団体等と協働し、幅広い世代に対する啓発活動を行っている。
- ・妊娠届出をこども家庭センターで受理をしているが、届出時に母親の飲酒の有無についても確認をしており、飲酒習慣がある妊婦に対して、助産師等がパンフレットを使用してアルコールの影響について面接相談指導を実施している。
- ・妊婦の飲酒割合は減少傾向であるとともに、初産婦より経産婦の方が飲酒者の割合が低くなっている。

◆こころの健康センターと司法機関との連携(VBP・その他)

- ・対象となった薬物使用者へ定期的な電話や手紙で3年間追跡調査をし、生活状況を把握。
- ・薬物使用の有無に限らず、生活面での困りごとを聞き、切れ目ない支援を目指している。

(質疑応答・ご意見)

◎高橋会長

今までの説明につきましてご質問ご意見があればお伺いしたい。

●小寺委員

毎年、この事業には注目している。20番のスライドに、はっきりと事業の成果が出ており、経産婦は飲酒率が下がっている。この事業に関連して、助産師さんが妊娠届時に指導されているが、指導が難しい例があれば教えてほしい。それと若い人の飲酒状況について気づいたことがあれば教えてほしい。

○事務局

助産師がパンフレットを使って、10分～15分ぐらいの時間の中でお伝えをしていく。難しいなど感じるのは女性の中でお酒を飲む場でお仕事をされている、飲食店などに勤めている方が、仕事としてどうしても飲まないといけない、必要みたいなどころがある。飲酒がまずいことはわかっている、貧困、家庭内の環境など飲酒問題だけ切り取れないところもあって、難しさみたいなことは出てくるかなと思います。

◎高橋会長

若い方の飲酒状況についてご質問がありましたが、柳田委員、現場でお気づきの点はございますか。

●柳田委員

依存症の数については職域の問題が増えていて、処遇が難しい。外来では職域、女性、家族の相談が多い。ご家族のみが継続しているケースもある。

◎高橋会長

武田委員、今の件に関してはいかがでしょうか。

●武田委員

いろんな背景があると思う。例えば、バックグラウンドに発達障害、ADHD 持ってる方はリス

クが高い。それにプラスして、小さい頃の逆境体験があった方もリスクがある。もう1つは生活のしづらさがある。ネット環境等で情報が入っていく時に生活しづらさであるとか、孤独であるとか、そういうものに対して、セルフメディケーションとしての、薬物であるとか、嗜癖な行動、ギャンブル等も含めて、一時的な快楽というか、本人にとっての安定剤という手段だったものが、だんだん目的化してしまう。家庭で、そういう使用障害に至るパターンが若い人には多い。アルコールはあまり、若い人は多くなくて、市販薬などを乱用する人が多い。或いはリストカットの方もいる。女性に関しては、基本的には妊娠というストレスは結構なもので、これはですね生物学的要因でも、やはり妊娠によってやっぱり気分障害が出やすい、孤独にもなりやすい。女性の場合は、子供を健康に産みたいという思いが強く、アルコールが危険であるという情報が入ると、それでやめるとする人は結構いる。要するにそのグループに対するセルフメディケーション的な嗜癖行動が避けられる可能性がある。

◎高橋会長

最近内科とか総合診療科でもライフサイクルアプローチといって、その人はどんな人生を歩んできたのか、そのことが体の状態、健康状態、精神状態に、非常に大きな影響を及ぼしていると言われている。小池委員から薬剤師会としての取り組み、或いは今後について、ご意見があればお願いできますか。

●小池委員

薬物依存に関しては市民の方や啓発としては、例年イオンモールで薬物防止キャンペーンを開催している。最近話題になっている若い世代の市販薬、オーバードーズの問題に力を入れるようになっていて、学校薬剤師が学生に対して薬物乱用の講義をする機会が増えている。内容も薬物、市販薬のところに重点を置いて内容がちょっと変更しつつやっている。自殺予防の方に関連してゲートキーパー研修も続けています。

○事務局

続きまして伊東委員の方から最近の様子を伺いたい

●伊藤委員

VBP に関しては今年度 0 件ということで、背景には、刑の一部執行猶予をされる方が減っている。制度ができたときは弁護士を中心にその方にとって有益なことであったんですけど、依存症の方の情報網の中で、かえって煩わしいというところもあって減っている感じがある。なかなか、保護観察されてる方の中では、依存症という受容ができていく方が多い。保護観察所としては、プログラムの中で、いろんな支援機関の方に来ていただいて、その支援が有効だということをお訴え続けているというのが現状です。主にダルクの当事者の方や専門機関の方に来ていただいて、支援が有効であり、それを本人が求めたときに使えるように情報提供を継続している。もう1つ、引受人に対して各地区で津山と岡山市で1回ずつ引受人懇談会を開催して各機関から、薬物依存症者への対応について、情報提供している。アルコール依存に関しては、アルコール依存そのものが犯罪行為ではないが、アルコールを起因として暴行傷害の対象者もいますので、各観察官が個別で声掛けをして一緒に断酒会に行ったり、支援機関を紹介したりしています。

＜令和6年度岡山市依存・嗜癮関連問題対策審議会を中心に説明：資料2 22ページ＞

◆過去の審議会における主な意見

- ・資料のとおり

4 議事

○事務局【資料3 相談から支援につなげる体制の充実に向けて】により説明。

＜岡山市におけるアルコール健康障害の進行予防対策に係る課題を説明：資料2 2～4ページ＞

◆当事者及び家族等を初回相談につなげるための関わり方・連携

- ・インターネット等の情報に触れたあと、初回相談につながり、継続相談へ進む形になっている。
- ・令和6年度のこころの健康センターでのアルコール相談の年代別状況は、40代から70代が中心で、特に60代・70代が多くなっている。
- ・初回相談の表を見ると、本人からの相談は非常に少なく、多くは家族や周囲の方からの相談となっている。
- ・支援の課題として1つ目が、本人からの直接相談が少ないため、支援開始が遅れがちな点。2つ目が、家族が“受診させたいが本人が聞いてくれない”と悩み、疲弊した状態になってから相談に至るケースが多い点。

⇒テーマ1では、本人や家族、地域の関係者が、より早く支援につながるために、どのような関わり方や連携が考えられるか、委員の皆さまのご意見をいただきたい。

◆継続相談につなげるための初期対応等のあり方

- ・継続支援の状況を見ると、電話相談が64件、連絡先が確保できた場合のフォローが36件、実際に面接や訪問につながったケースが21件となっている。電話相談64のうち、情報提供のみで終わっているのは1割程度。
- ・支援の課題として次の支援段階へ進めない要因として、匿名相談で連絡先が確保できないことや、予約しても来所されないといった状況があり、継続的な関わりにつながらない場合がある。

⇒テーマ2では、初回相談の段階でどのような工夫をすれば、継続的な支援につなげられるのか、初期対応のあり方についてご意見をいただきたい。

(質疑応答・ご意見)

◎高橋会長

初回相談につなげるための関わり方や連携についてどのような工夫があるのかご発言いただきたい。

●柳田委員

外来に来られた時に家族自身が第一目標、上手くいけば本人。家族自身と相談ができればいい

など思う。

●橋本委員

柳田委員が言われた通り、家族も結果を焦って来院されるが、まずは、具体的なプランを出すとそれができなくて困ってるという気持ちになることもあります。まずはしっかり傾聴からスタートして、継続的に相談できるところにつないでいく。うちの病院であれば家族教室。その方が出やすいところはどこかを考えながら。選択肢として断酒会、家族会もありますし、ご家族に病名をつけてフォローすることもあります。2番目のステップとしてはやはり病気の性質として、一朝一夕にいかない。両価性もあったり、酒を取り上げられることへの恐怖心があるような、依存症の心理っていうのがちょっとずつ入っていくと、少し時間かかるもんなんだなっていうのがわかる。プラスそのあとに、繋がって回復した人もおられるということで希望を持つことが、必要かなと思う。ご家族も本人も一緒なんですけどやっぱり次のステップを踏めるプランは何かなっていうのは考えて、決して大きな目標を立てないということが大事。先ほどの減酒薬の例でいうと、肝不全で総合病院にかかってて、減酒薬があるからうちの病院に来ないかということで登場した方がおられて。もちろん肝不全なんで減酒薬の適用ではないんですよね。それは置いて、減酒薬出してあげたいんだけど、今の体では扱えないでまずは入院して体整えてから使いましょうかというふうにお伝えすると入院してくださってですね、入院すると我々と出会えるし、断酒会っていうのもあるんで、出てきませんか。出てるうちに断酒する人がこんなにいるんだなっていうのがあって。一步一步、戸惑いながら選択してくれる。1つの例ですけど。

●鈴木委員

入院された経緯で、アルコールを飲まれていることがわかるっていう方が多いように思う。当院では予約入院の方を対象に AUDIT-C 1 でスクリーニングを行い、せん妄のハイリスク患者として認知症・せん妄ケアチームに紹介するという院内ルールがある。すべての患者さんに関わることができるわけではないが、リスクが高い方に関してはチームで関わっていく。また、各病棟に医療ソーシャルワーカーと退院支援看護師が1名ずつ配置されているため、退院支援の中で問題として捉え、在宅のチームにつなげていくところがスタートなのかなと思う。まずは、専門家の先生におつなぎするっていうところがまず一歩であると思う。

●飯島委員

疲弊している家族からの相談に対応することが非常に多いかなと思う。なかなかご本人が来れないっていうことが、課題になっているので、そういったときは、うちも家族相談で本人が来れないというよりは家族をサポートするということを大事にするとして、家族相談につながりとか、市のネットワークとかもありますので内科医の先生から受診を勧めてもらったりとか、精神科を受診する敷居が高くないように、どう関わっていけばいいのかっていうのも家族と何度も相談しながら、今回の受診に繋がったケースもありました。ご家族に自助グループに参加していただいて、家族の交流を通して気持ちを楽に本人と関わっていただくというのも、当たり前ですけど支援の中に取り組んでいます。なかなか本人をサポートっていうのは、簡単ではないので、初回は来ていただいたもののその後繋がっていないっていうケースもデータはないが多くあると思う。

●佐藤委員

ご家族の方の初回相談については、家族プログラム、個別のカウンセリング、グループの家族プログラム運営している。ご家族の方の相談は、3ページの資料にあるようにどう説得したらいいか、目の前にいるその当事者は依存症でどう病院につなげたらいいんだろうという話が多いですけど、うちのメディカルチームの対応としては基本的に、そりゃそうですよねって話をしつつ、まず家族相談で大事にしてるところは家族のセルフケアを一番大事にしています。大変ですよね。もちろんその苦しさもあるんですけど、当事者のアルコール問題が多いんと思うんですけどご自身のセルフケアができていのかどうか、そこのところから、境界線の話にも繋がってそういう中で、ご自身の疲れに気づいていただくところから長い目で見ると、当事者への関わり方が変わり、そして当事者も、どこかに繋がるかもしれないという流れがあるかなという支援者側の視点としては大切にしている。2つ目は、具体的なアドバイスとしてご家族の方にお伝えしてるのは、それでもやっぱりつなげたいと。その時に、あまり当事者に対して、あんたを依存症だから行ったほうがいいよっていうのはもうほぼ100分の100の確率で多分繋がりませんと。それよりは、勉強会で聞いたんだけどお酒って体だけじゃなくて、脳みそにもダメージ与えてるみたいよとか、そういう、病気、ラベリングするための心理教育ではなくて、お酒に酔っていかに体や心や脳みそがダメージを負ってるか、そういうふうな伝え方で、心配なんよというアイメッセージを伝えた方が、以外に繋がるがありますよっていうお話をさせていただいています。一方で当事者の方に対してのつなげ方なんですけども、我々メディカルも同じように、あまり病気ですからという話はせずにですね、やはり本人の背景には生きづらさであったり、生活のしづらさがやっぱりあるわけで、その中の1つがお酒であったり薬物であったり、ギャンブルであったりしているわけなので、基本的に病気でやめましょう、あなたまだわかってないですよっていうところではなくて、基本的に何か生活ベースで話を聞いていくと結構その後も繋がっていくような感じはしています。うちが岡山県の事業で未治療者のアウトリーチを請負ってる部分もあるんですけど時折私も一緒に行かさせていただいたことは、やっぱりそのときも、あなた病気ですよっていうのはあまり、もちろんお医者さんが診断するっていうことはとても意義があるって大事なことなんですけども、依存症っていう、なかなか薬が効きにくい、人薬といって関わるところがすごい大切な部分で、その前の段階の変化のステージっていうのもあるんですけど、その前思案期、無関心期の方々に対しては、やはり病気っていったところを前面に出して関わるというよりは、その方の生活であるっていうところをちょっと共有した上で、細々とつなげていく中で変化が起こっていることは大いにある。

●柳田委員

依存症というのは飲みたいという気持ちとやめたいという2つの気持ちを持っているいうことを家族が理解されると家族が非常に安心だったり希望を与えられる。

◎高橋会長

関連しますのでテーマ2の継続相談につなげるための初期対応のあり方ということも含めて、また引き続きご意見を伺いたいと思いますけどいかがでしょうか。

●武田委員

要する治療の動機づけということなんだと思う。医療なので医療関係のことで動機づけをせざ

るをえない。アルコールの問題だとわかってるんですけども、割と併存疾患が多くて、特に精神科病院に来られる方は、気分障害、一番多いのは睡眠障害ですけども。体の問題もありますけれどもそういうところをアプローチするのはやりやすい。最終目標としたら断酒してもらいたいんですけども、非常にハードルが高いし、それを出すと拒否もされる。ということは結構あるので。それをにじませながら、柳田先生がおっしゃったように本人の中でもあるだろうから、慢性疾患なので、継続してもらわないとしょうがない。やはり減酒外来があったりとか、飲み方外来もありますけども、アルコールでアプローチすると、ソフトなアプローチで、最初はすぐ触れずに、例えば睡眠障害であるとか、気分障害に対して治療するというので始める方も結構おられる。以前断酒ありきで厳しい治療で脱落も多かったんだと思うんですけども。最近では本人の中に生きづらさがあるというケースに対するアプローチが非常に重要視される。生活支援であるとか、きずな支援であるとか、それから併存疾患治療が非常に重要視されて、やめる、やめさせるということがメインよりも、その生きにくくなるところを治療しながら、本人が、それでアルコールを使わなくて済むような生活に持っていくというのが、治療手段になってきている。そちらを重視するためにはソフトに継続して治療していくしかない。アルコールという物質なんで、生物学的な要因もある物質的特性もあるので、やはりそれはですね、薬を使ったりする人ももちろんあるんですけども。生活支援であるとか、きずな支援である、きずな支援っていうのはなぜこれが必要かっていうと、割と生活習慣に根差したものです。知識だけじゃ治らないですね。やはりスキルであるとか、根本的な価値感が変わらないと。価値感を変えようとなつてですね、やはり例えば、ピアの人からのチームで、価値あるメッセージであるとかそういうのがないと、なかなか本人が安心して生活できるとこまで行かないと。一番強力にそういう価値感の再構築するには、断酒会の人たちが非常に強力だと思う。なかなかそういうのが嫌だっていう人も結構多いので、そうなってくると、専門的な職員が継続で何年にも渡ってやっぱり支援し続けるのが重要なと思う。

●橋本委員

武田委員からピアの話があったんですけども自助グループにつなぐことはずっと課題ではあるんですけども。今年度うちの対面での取り組みとしては断酒会員さんを1人就職してもらいました。一人の本当に人間的なところで、入ってもらったんですけども。海外だとやはりその当事者の方の意見を入れて治療サービスを見直す取り組み。まずそういう人に入ってもらおうことで、受け手のスティグマも変わりますし、依存症の話題で結構大きな課題の治療提供者の中にあるスティグマを回収するというのもとっても大事ですね。そういう意味でも治療文化を変えていく。そして、協同的に働くことで、直接的に声をかけていただいたり、自助グループにつなぐつなぎ方はですね、やっぱりチラシを渡すだけではだめで、同行するのとチラシを渡すだけだと同行する方が格段にですね、自助グループ参加率が高いんですね。かつ医者が言うよりも、ピアから言われた方が、治療に繋がる率の高いのは、研究でわかっていますので、アルコールだけではなく、薬物、ギャンブルの自助グループを熟知していただいて、窓口になってですね一緒に足を運んでもらったりっていうのが、当院として1つ、目指したいと思ってる試みを始めております。

●伊藤委員

武田委員、橋本委員のお話からも、例えばそういう方々が審議会のメンバーとなって初回の相談とかケースとかご意見いただいたりするのにも有効なのかなと思う。

◎高橋会長

私のところでは定年退職をした嘱託になった看護師さんに外来療養支援サポートチームを昨年5月に作りました。ベテランの看護師さんですし、ほとんど役職経験者なので。依存症に限らず、予約に来なかったとか、ちょっと課題を抱えてそうだなっていう方に電話をしたり訪問したりそんなことをちょっとやってみようかということで始めております。

●小寺委員

県職員の産業医をしている時に経験したアルコール依存症の患者について紹介する。この方は単身赴任で独身寮生活をしていましたが、しばしば欠勤をしていた。前日から飲んでいて、朝になっても酔った状態で出勤できない。妻と高校生の子どもがいるのだが、家族との関係が壊れていて自宅に帰らない。私はアルコール依存症だと思っていたが、精神科の主治医の診断はうつ病で、アルコール依存症の診断はつけていなかった。当時、私は「主治医はアルコール依存症の問題に気づいていないのではないか」と思っていたが、今にして考えると、「アルコール依存症と言う診断を、あえてつけなかった」のではないか。アルコール依存症と言う診断をつけなかったからこそ、精神科の治療が継続できたのではないかと考える。もう一人の方は、50代の独身の男性で、身寄りが全くなく、一人暮らしをしていた。この人も、「夕食を食べずに飲み続け、翌日欠勤する」という生活を繰り返していた。私はアルコール依存症だと思っていたが、糖尿病を治療している主治医はアルコール依存症という診断をつけていなかった。糖尿病が悪化して、しばしば入院していたが、入院中は酒を飲まないの、仕事ができる位に元気になる。今にして考えると、この人も、「アルコール依存症という診断をつけて治療をしよう」とはしなかったから、糖尿病の治療と言う形で、「アルコール依存症の治療を続けることになっていた」のではないか。

●福岡委員

18番目のスライドのインターネットの検索エンジンというところ。これはきっかけ作りというか非常によい取り組みだと思う。続いて20番のスライドです。あまり長い指導ではないという説明があったが、こんなにデータがよくなっているというのはすごい成果だと思う。

●小山委員

アルコール依存症というのはどの程度からなのか。仕事をしていると会食の機会も多く、アルコールへの認識もまだまだできていないように思う。

●橋本委員

依存症という診断名がアメリカでなくなった。一応診断基準はあるわけですが。今はアルコール健康障害ということで啓発を進めている。まずはスクリーニングテストなどしたら点数として出る。15点以上は疑いありとか。自分の中では社会的問題があるという認識があるにも関わらず行動を修正できないという内的なところ、本人の中で後ろめたさみたいなものがある。なかなか外からはわかりにくい。敷居を下げて特別なものと思わないのがいいと思う。初診で診断に迷うこともある。

●小池委員

薬剤師会の中でアルコール依存に関して積極的な介入はあまりできていない。専門病院でなければそういう方に頻繁にあたるわけではない。家族会、断酒会などの環境について知っていくところから始めていくのがいいと思う。市や県で定期的な研修会を行っているが、アルコールに関する研修がここ数年できていない。会員が知れる機会があればみんながもっとつながれるのかなと思う。

●鈴木委員

今日は、他の依存症が増える中、当院では入院時に判明する高齢者の方のアルコール依存の方が多いというお話をさせてもらった。50代の男性の方のように介護保険対象とならない方も多く社会資源が少ない場合や、専門家をお願いしたくても本人が希望されない場合もあり、支援が難しいケースも多くあった。このような場合には、地域のかかりつけ医の先生方や地域包括支援センター、ケアマネジャーや訪問看護師などに協力いただき、支援を継続していただくことも多い。こういう審議会の場でもそういう方々とお話ができ連携できたらいいと思う。

◎高橋会長

それでは本日予定しておりました議事が終了しましたので進行を事務局へお返しします。

○事務局

それでは閉会にあたり、岡山市こころの健康センター所長、太田よりご挨拶を申し上げます。

○太田所長

本日はありがとうございました。鈴木委員がおっしゃった、地域包括支援センター、ケアマネジャーを呼ばなくていいのかとか、伊藤委員のなんで当事者がいないんだというのは全くその通り。もっといろんな分野の方がいた方がいいかもしれない。例えば今日のメンバーは、医療、保健ぐらいまでが多くて、福祉の方が見えないんですね。こういうところにいないのはめずらしいかもしれない。メンバーも含めて考える必要があると思います。今日は沢山の話があつて、こちらが、資料3に出してるのも初めてのの方にどう繋がるか、その方とどう継続的に関わっていけるかという話でした。難しさは皆様もおっしゃった通りだと思うし、特に橋本委員、小山委員の診断の話がありましたけどひどくない人たちを医療も、保健福祉も扱うように変わってきています。今は昔あったどん底まで行かなきゃ診ないとか、本人がよく言う、お酒に対してどうしようもなくなったことを認めますっていう感じがあるわけなんですけども。でもそうではなく、もう少し前の人たち、入院した人たちも何とかしようというのが今の流れだと思います。そう考えるとこちらもいろんなことを考え、いろんな人とつながってお互いに利用し合って活用し合う必要があると思う。それが今日のお話からも少し伺えました。橋本委員、柳田委員、武田委員がどんなふうにすればということと、教えて下さったことを考えると、個別のケースに対してはやはりどうハードルを下げるか、その家族が来たときに、家族は本人を何とかしてくれているのに対して、家族へのアプローチがまず大事だし、家族は本人をなんとかしてくれと言っているんだからそれをちゃんと受けた上で、どうしていきましょうかっていう話をしていくことも大事なんじゃないかなと思います。岡山市としては、医療も大事だし、保健領域も大事、だから問題の起こり始めにどう関わるかということを考えていく。アルコールが減ってギャンブルが増えるように見えるけどやっぱりアルコールなんだとおっし

やったのは総合病院、本当にそうなんですよ。だからこそ、岡山市では、ネットワークを作って、どうやって体の病気で治療してきた人たちの中に沢山いるアルコールの人たちにつながり、関わっていくか模索して10年以上やっています。だけどまだまだ足りない。今ネットワークに関しては、今まで、とりあえず専門医紹介してくださいとやってきたのを、内科とか、身体科でもできることがあるからちょっとやってみてください。SBITRTの話なんですけど、これからもどんどんリファインしていく必要があると思っています。大きな問題はギャンブルです。ギャンブルの方にどう出会うか、どこに行ったらいいのか、競馬場に行けばいるんですけど、そこに行ってもしょうがないんで。どこで関われるか、僕にもアイデアは十分なくて、これからの課題です。ゲームの話や色々な話が出ていました。そうになると、やっぱり、依存のメンバー自身が考えていく必要がある。学校もそうだし、職域もそうなんですよね。そういうところで、上手につながってちゃんとハードル下げて、やめようっていうアプローチ。皆さんおっしゃってくださったような、何かお困りはありませんかっていうことから入って、その人たちが何か繋がり続けてくれるような、そういうことを岡山市全体として考えていく必要があると思っています。アルコールが一つのモデルですけれども、それが全部ギャンブルに適用できるわけではない。それぞれの領域に対して、それぞれのやり方を一生懸命考えていけたらと思っています。本日はどうもありがとうございました。