

令和元年度大阪府依存症関連機関連携会議 第2回 アルコール健康障がい対策部会議事概要

- ◇ 日 時：令和元年 11 月 29 日（金）午後 3 時から 5 時まで
- ◇ 場 所：大阪赤十字会館 302 会議室
- ◇ 出席者：16 名（うち代理出席 1 名）

1 開会

- 会議の公開・議事録の取扱いについて
会議の実効性を高めるために本会議は非公開とするが、議事については要旨を公開する。

2 議事

（1）第 1 回アルコール健康障がい対策部会における主な論点のまとめ 【資料 1】

事務局説明

- ・ 前回の部会で議論した内容を 7 つの項目でまとめた。
- ・ 「女性の飲酒について」は、「ソフトドリンクのようなアルコール飲料の増加やストロング缶の影響があるのではないか」
- ・ 「飲酒を原因とする家庭内暴力への対応について」は「子育て支援関係部署との連携が重要」
- ・ 「就労に関する具体的な取組みについて」は「回復施設も就労支援で活用できるので、周知が必要」
- ・ 「特に配慮を要する者のうち『未成年者』について」は「飲酒防止教室などを通して、地域での学校と保健所等との連携体制の構築が必要」
- ・ 「特に配慮を要する者のうち『高齢者』について」は、「どの段階で専門の支援機関につなぐのか、その見極めができるようなツール・資料の作成が求められている」
- ・ 「飲酒運転者への介入について」は、「アルコールの問題があるような飲酒運転者を専門の医療機関等へつなぐ方策を検討する必要がある」

確認事項

なし

（2）飲酒運転者への介入について 【参考資料 1】【当日持込資料】

部会長説明

【参考資料 1】【当日持込資料】

- ・ 「飲酒運転」については、国のアルコール健康障害対策基本法の中にも書かれており、「飲酒取消処分者講習」の中でも対応している。また、DV などで警察が介入することもある。
- ・ 飲酒運転した者を受診等につなぐ流れについては、福岡・三重・北海道が条例化している。大阪府では、条例化ではなく、5 年以内の再犯時に、身柄引受人立会のもと、警察官が AUDIT を勧め、依存症の疑いとなったら受診を促す。受診に至らない場合は保健所等の相談を勧めたり、家族が対応する流れ。
- ・ 三重県では条例化（罰則はなし）しているが、三重県の資料では飲酒運転における呼気中

アルコール濃度との相関関係があることや、アルコールが抜けていないのに、自分はもう大丈夫と
思って事故を起こす人が多い傾向などが挙げられており、「量が少ないから大丈夫と思った」「事
故を起こさない自信があった」「目的地が近かった」などがある。今後の飲酒運転対策では、厳
罰化だけでは進まず、免許取消処分者講習などで介入していくことが必要だと思う。

事務局説明

【当日持込資料】

- ・ 「飲酒運転者への介入」について現状の報告。
- ・ 平成 26 年 12 月から、飲酒運転の再犯防止対策のため、飲酒運転による交通違反や交通
事故の取り扱い時に検挙した際、高濃度の呼気中アルコール濃度を示した者や常態的な飲酒
運転を有する兆候がある者に対して AUDIT を実施し、アルコール依存症の疑いのある者につ
いては、医療機関への受診勧奨を行うとともに、受診を望まない者には、保健所等の利用勧奨を
行っている。飲酒運転者への講習時にも同様の働きかけを行っている。
- ・ 飲酒運転による交通事故は近年減少傾向にあり、去年は件数・死者数ともに過去 10 年で
最小となったが、今年は前年比を上回っている。平成 21 年に比べると発生件数は半分になっ
ているが、最近は減り方が鈍化している。死者数は横這いの状況。
- ・ 運転免許取消処分者講習に占める飲酒取消講習については、受講者数は減少しているが、
構成率は 30%前後で推移している。講習の中で AUDIT を実施しており、15 点以上のものにつ
いては、医療機関への受診勧奨を行っている。
- ・ 対策の推進状況については、平成 27 年～令和元年 10 月末で、AUDIT 実施件数が 81
件、そのうち専門医療機関への情報提供数が 34 件（42%）、受診を確認できたのが 17 件
（21%）となっている。

確認事項

なし

（3）高齢者の飲酒問題への対応について 【資料 2】【当日持込資料】

部会長説明

【当日持込資料】

- ・ 2008 年～2013 年に行われたフランスのコホート研究では、慢性的なアルコールの有害な使用
は、認知症の発症リスクを約 3.3 倍に高め、特に 65 歳未満の早期認知症の発症リスクを高め
ることが明らかになった。
- ・ また、早期認知症の半分以上がアルコールに関連する認知症だった。
- ・ アルコール関連認知症は可逆的な側面が特徴で、断酒の継続により認知機能低下の抑制が
認められる。
- ・ この研究は若年性認知症のことに言及しているが、日本では、高齢者のアルコール起因の認知
症にも同じような傾向が当てはまるという報告があるので、早期に発見して断酒に導くことで、認
知症の進行を遅らせるだけでなく、回復することもあることを念頭に啓発媒体を作ってはどうか。

事務局説明

【資料 2】

- ・ 前回の部会で、「高齢者支援の現場にいるケアマネ・ヘルパー等にとって、どの段階でどう専門医
療機関や相談機関につなぐのか、といったラインを示したツールがあれば有用」という意見をいただ
いた。
- ・ これを受けて、令和 2 年度の取組み案として、現場の支援者が「専門支援機関につなぐこと」を
目的とした、ツールの作成を行いたいので、内容についてご意見をいただきたい。

- ・ 流れとしては、次年度関係者による検討会議で案を作成。この部会で検討の上、完成としたい。
- ・ 必要に応じて、研修等もできればと考えている。

委員からの意見等

(飲酒) : 飲酒運転対策について (高齢) : 高齢者の飲酒問題について
(その他) : 飲酒運転・高齢者の飲酒問題以外のテーマについて

(大阪府外食産業協会)

- ・ (高齢) 作成しようとするツールは高齢者を対象とするのではなく、支援者を対象としているのか。
⇒ 今回は支援者を対象としている。
- ・ (高齢) 高齢者向けに作ってもなかなか読んでもらえない可能性がある。支援者を通してどのように高齢者に向けて伝えていくのかは非常に難しいと思うが、実際に支援をしている人からアドバイスをもらいながら作成したらいいのではないか。
- ・ (飲酒) ラジオ局がやっている SDD プロジェクトに加盟して、ドライバーが飲酒しないように確認するなど飲酒防止の取り組みをしている。
- ・ (飲酒) 飲酒取消講習を受けている人全員が AUDIT を受けるのか。
⇒ カリキュラムに含まれているので、全員が受けることになる。
- ・ (飲酒) 飲酒取消講習で AUDIT15 点以上が出た人はどのように対応しているのか。
⇒ アルコール依存症の可能性があるということで、専門医療機関を案内したり、チラシ等で保健所等を案内したりしている。講習に来る人は、もう一度免許を取得しようとして来られている人で、医療機関にかかると、免許の再取得が困難になる可能性があるとのことで、医療機関につなぐのが難しいところもある。
- ・ (飲酒) 福岡県は条例で受診義務・罰則があるが、大阪は罰則や義務はないのか。
⇒ 大阪は任意での対策なので、義務や罰則はない。
- ・ (飲酒) 免許再取得時に受診していない人が、再度事故を起こしてしまうと非常に悲しいので、少し厳しくしてもいいのでは、と思う。

(堺市こころの健康センター)

- ・ (高齢) 一般に高齢者の行動や認知を変えるのはなかなか難しい。その年齢まで生きてきたというプライドを持っている反面、今までできていたことができなくなってくるという不安もあり、プライドと不安が同居しているという強い両価性を持っている状態にある。一方で、身体的な衰えを自覚していることもあり、プライドを傷つけずに不安に寄り添ってくれるような支援者の話は入りやすいことがある。ただし、専門家につなぐ際には、高齢者の頑なな部分を強固にしないような配慮が必要。具体的には「不安とプライドの両価性があるので、不安に寄り添ってプライドを傷つけないような対応が重要」、という内容を入れてはどうか。
- ・ (高齢) 高齢者支援の現場で、アルコールの問題に敏感になってもらって専門家につなぐ、という「福祉現場での SBIRTS」をめざすための啓発が必要になると思う。その際のスクリーニングツールとして用いられるのは AUDIT が想定されるが、生活習慣病などの合併症を持っていたり、アルコールの代謝能力が低い高齢者のカットオフ値を通常の SBIRTS と同じにしているのか、もしくは合併症などの付帯条件を入れるのかという点は検討が必要。
- ・ (高齢) AUDIT を最初から全問するよりも、AUDIT-C をプレスクリーニングとして実施すること

も有効と思われる。最終的にはAUDITに繋げるのがいいが、取っ掛かりとしては、AUDIT-Cでもいいかと思う。ただし、機械的な線引のツールに当てはめて、「問題があるからあなたは専門機関にかかった方がいいですよ」と伝えと、逆に否認を強めてしまうので、「本人の否認を助長しないように両価性に配慮したようなコミュニケーションが望まれる」という内容を、啓発ツール等に盛り込んでどうか。

(大阪府小売酒販組合連合会)

- ・ (高齢) 高齢者の場合、家庭の中で家族に注意されてもなかなか耳を貸さないこともあるが、外からの意見は比較的素直な気持ちで聞いてくれる。
- ・ (高齢) 特に若い頃から飲酒している人は、年齢を重ねて若い頃と同じように飲めなくなる、同じように飲んだら若い時よりも酔いが回る、という認識が不足しているように思える。
- ・ (飲酒・高齢) 最近は取締りもかなり厳しく、社会的な要請もあるので、飲酒運転の件数は減ってきているが、令和に入ってから事故件数や死者数も増えている。これだけ徹底していても高齢になると、どうも自信があるのか、少量なら大丈夫という認識が強いように思える。あまり家族から頭ごなしに言っても、高齢になると頑固になって聞いてくれないということがあるので、家庭も含めて周りからのサポートも必要。

(大阪精神医療センター)

- ・ (飲酒) 飲酒運転の取消講習のカリキュラムの中身は。
⇒12~13時間の講習を2回実施しており、飲酒運転のリスクや事故の悲惨さなどを伝えるような内容の講習になっている。
- ・ (飲酒) 大阪府警が取り組んでいるフローは、逮捕されるような人のみか。
⇒当初は再犯者を対象としていたが、最近は検知の数値が高い人やその場で発汗していたり、常に飲酒しているといった明らかにアルコール依存症の可能性のある人も対象として受診勧奨をしている。
- ・ (飲酒) 再犯している人は依存症の可能性が高いが、それ以前の再犯する前の段階も重要だと思う。飲酒運転をしてしまった時点で、依存症だった場合の専門治療などを伝える場が少ないのではないかと。例えば、現在の受診勧奨のフローの中で、専門医療機関へつなぐための動画を見てもらうような場面を設けてはどうか。
- ・ (飲酒) 専門医療機関についてはどこに通報されるのか。
⇒ 本人が希望する医療機関(概ね住所地の近くが多い)に通報する(12医療機関)。
- ・ (飲酒) 専門医療機関に1か月後に受診状況を確認するということだが、それは教えてもらえるものなのか(個人情報保護の問題)。
⇒受診したかどうかだけを教えてもらっている。病名等は情報共有していない。受診したかどうかの確認をすることについての同意書は得る形になっている。

【部会長】専門医療機関を受診するメリットをどう考えるかが問題。アメリカだと受診することで運転できるようになる、というメリットがあるが、日本では逆に専門医療につながってしまうと、免許の再取得が困難になるのではないかと、という問題がある。

(大阪精神保健福祉士協会)

- ・ (飲酒) 最初の年は警察から年に10名弱の紹介があったが、ここ数年はほぼゼロになっていて、その原因がわからなかったが、「半年の壁」の存在が受診を遠ざける一因なのかな、と思う。繰り

返す人は病気なのではと思うので、受診してほしいと思うが、なかなかハードルが高い現実がある。

- ・（高齢）数年前に寝屋川市で減酒指導のための冊子を作って、指導する人の養成講座を実施しており、ヘルパーやケアマネがよく参加している。最初から断酒について前面に出すと全然聞いてもらえず介入もできないということで、まずは「減らしてみようか」という「できる目標」を立てて少しずつ取り組んでいくと、「心配してもらっている」という感覚の中で関係性も良好になり、支援の体制も作りやすいという声がある。
- ・（高齢）高齢者支援に携わる人の中で「絶対断酒じゃないといけない」と思っている人がいるが、目標は「断酒」だとしても、入り口はもう少しハードルを下げた方が、支援者側も気持ちが楽に入っている印象がある。
- ・（その他）精神障害者保健福祉手帳の交付において、依存症の人が再飲酒・再使用等していると手帳の対象とならない、という現状があるが、それは全自治体で同じか？
⇒ 自治体により判定基準は異なるのが現状。

（いちごの会）

- ・（飲酒）アメリカでは、依存症の治療以前に飲酒運転で捕まった際のプログラム（自助グループに参加するなど）があるが、大阪でも作ることを検討してみてもどうか。
- ・（その他）高齢者・障がい者・児童等各領域での支援体制は充実してきているが、福祉課題は一層、複雑化・多様化・深刻化しており、一つの相談支援機関だけでは十分対応できない複合的な課題を抱えた要支援者を支援する仕組みの構築が求められている。このような総合的な支援体制の調整役を行政が担っていると思うが、こういう問題にはほとんどの場合アルコールが関わっている。生活のしんどさにアルコールが関わってくるので、高齢者・障がい者・児童等縦割りにするのではなく、家族全体への支援がアルコール問題への支援として有効であることを念頭に置いておくべきだと思う。包括的な支援事例をあげていくことが重要。

（大阪市こころの健康センター）

- ・（高齢）高齢者は身体疾患・合併症を抱えている人も多いと思うので、かかりつけ医がいる場合は、信頼できる主治医から専門医療機関への受診を勧めってもらうことも有効ではないか。
- ・（高齢）一人暮らしの高齢者の場合、お昼から酒臭がするような場合は、予防的に早めに介入する必要がある。AUDITの点数での介入判断も重要だが、やはり「どういう状態なら介入すべき」といった状態像での介入判断基準を示すことも必要ではないか。

（大阪マック）

- ・（高齢）高齢者で回復施設のプログラムへの参加が身体的に難しい人は、利用を断る場合がある。また、体力的にプログラムを継続できていても、施設退所後どうするのか、という問題がある。
- ・（飲酒）回復施設を利用するアルコール依存症の人には、飲酒運転で逮捕されるような経験を持っている人も多い。車を所持しているといつかトラブルを起こしてしまうので、福岡のような厳罰化も一つの切り口かと思う。刑務所の中でもアルコールの教育をしており、出所後に回復施設や自助グループにつながり流れがあり、実際に回復施設につながった人もいる。
- ・（飲酒）アメリカでは飲酒運転で捕まった人が、刑務所に行くかもしくは回復プログラムを受けるかを選択するというような話を聞いたことがある。結局繰り返す病気なので、やはり回復プログラム

を受ける必要がある。

- ・（高齡）最初から断酒というとな難しいかもしれない。高齡者に初めて関わっていく際は、まずは節酒という広い裾野から始めて徐々に絞っていくのも一つの方法。
- ・（高齡）在宅の高齡者については、何らかの支援を受けている場合があるので、支援者向けの研修会やその場で活用できる資料の作成が必要。施設入所中の高齡者については、外出時に飲酒によるトラブルになることがある。依存症の本人が依存対象を手放さないと、どうしても周りも振り回されるので、そういう点を踏まえての研修等が必要。

（大阪精神科診療所協会）

- ・（その他）これまでのアルコール依存症治療は断酒を強く求めていたが、最近は節酒により生活を維持する方法も模索するという、治療の多様性が出てきた。以前断酒一辺倒でやっていた時も、隠れて飲酒したりして、結局入院になったりするなど、治療のやり直しというプロセスを、治療者と本人が一緒に作っていったが、節酒という考え方で治療者と本人が納得し合えるのであれば、これまでとあまり変わらずに臨めるかと思うが、協会内で全会員が一致して節酒のスタンスをとれているわけではない。
- ・（高齡）高齡者の飲酒のイメージがどんなものかによって、対策や方策は異なってくるのではない。もともと働いていて家庭もあり、多量飲酒していても、それ以外の問題がない場合と、飲酒により攻撃的で酩酊などでトラブルが続くような場合では、対応も異なってくる。現場で何が起きているのか、支援者が何に困っているのかを把握する必要がある。
- ・（高齡）受診しても即断酒・即解決につながるわけではない場合も多いので、受診したら何ができて何ができないのか、どのような治療体制を提供できるのかを示さないと、期待外れになる恐れがある。
- ・（飲酒）SBIRTSのスクリーニングの部分は重要で、飲酒運転した時に介入するのは非常に重要なので、飲酒運転の摘発はもっと進めていく必要があると思う。制度上診療すると不利益になるような部分は改善が必要かと思う。

（大阪介護支援専門員協会）

- ・（高齡）高齡・障がい・児童等が縦割りにになってしまうのは問題と感じている。飲酒問題についても様々な世代で問題となるが、高齡者は高齡者の特性があると思うので、そのあたりをわかりやすく説明するような内容がありがたい。
- ・（高齡）ケアマネージャーとしては、高齡者は個別性が高く、飲酒が問題になるのか、また医療機関につないでもどうなるのかがわからない。高齡者支援に携わる現場のケアマネ・ヘルパーなどでアルコール等の専門的な研修を受けた人は少ないと思うし、専門的な分野も幅が広過ぎて、すべてを網羅しようとするのは非常に大変な現状。そのため、できるだけ簡単な広報物・ツールの作成をお願いしたい。
- ・（高齡）ケアマネージャーは業務を継続するために、5年に1回は更新の研修を受ける必要がある。そのような場を活用して、依存症の説明をしたりパンフレット等を配布したりするのが効率的。

（大阪府保健所長会）

- ・（その他）保健所ではアルコール依存症について長く取り組んできたが、依存症問題が大きくなる中でさらに一層、保健所でしっかり取り組んでほしいという声がある。相談件数でみると、相談

全体の1割程度がアルコール依存症の相談。専門医療機関につなげたりしているが、なかなかその繋ぎが難しい、という現状があるので、どのような手法でやっていくのかという点が課題。

- ・（高齢）「高齢者だから」ということではなく、依存症全般に共通するアプローチとして、「動機づけ面接」の手法を身に付けてもらうために、関係機関を対象にした研修を開催しているところ。
- ・（高齢）合併症のある人も多いので、身体科の医療機関で、肝疾患などの病気の背景にアルコール依存症があることに気づいてもらい、専門機関に繋いでもらえるよう働きかけている。
- ・（高齢）ツールの作成においては、どこまで高齢者向けに特化したものにするかなどについても、現場の声を聞いて作成してもらいたい。
- ・（その他）保健所では未成年者への対応にも力を入れており、学校の保健会などに向けて研修を開催している。また、依存症の問題は多岐にわたり、地域の各サービスの強みが異なるので、どのようなチャンネルがあるのかを周知するためのネットワークづくりに取り組んでいる。専門医療機関の情報や自助グループの情報などは、保健所で整理して関係機関に提供できるように取り組んでいるところ。
- ・（飲酒）飲酒運転の対策の流れで保健所に相談に来られる人は非常に数が少ないので、本人への案内の方法についての工夫が必要。

（大阪府断酒会）

- ・（飲酒）講習のどこかのコマで当事者が体験談を語るという時間があってもいいと思う。兵庫県の交通刑務所では、兵庫県の断酒会の会員が定期的に訪問して体験談を語っている（大阪刑務所でも交通に限っていないが体験談を語っている）。DVDで飲酒運転の悲惨さを伝えられていると思うが、やはり生身の人間が語る話は重みがある。体験をした人にしかわからない思いがあり、同じような体験をした人が、とても後悔していることを伝えると、少しは効果があるのではないかと思う。
- ・（高齢）現場の人と話をすると、やはり非常に困っていて、家族がいるような人は家族を切り口にすることができるが、単身の人への支援が困難。飲酒の度合いも異なるので、事例検討会などを通して、「うまく行った事例」「うまく行かなかった事例」などへのアドバイスを資料に盛り込んでもいいのではないか。

（大阪府断酒会家族会）

- ・（高齢）アルコール依存症の家庭は、若いから乗り越えられる部分もあるが、高齢になると精神的にも体力的にも負担が増大する。ケアマネや介護分野の支援者よりも、家族が本人に「ちょっと内科に行こう」と伝えて専門医療機関に連れていくことが多いと聞く。
- ・（高齢）高齢で断酒会に来られるような人は、仕事も退職し夫婦で例会等に参加するという人もいるが、ずっと一緒にいるからか「やめやすい」ということを聞いたことがある。さらに断酒会につながって、同じくらいの年代の人がいるので「やめられた」というケースもある。
- ・（高齢）単身者については、話をする中で数日間はアルコールを断てるものの、その後再開してしまうことが多い様子。一人でいて孤立してしまう、ということがアルコール依存症にはよくないので、回復施設やデイケアなど他の人がいる環境を作ることも大切。
- ・（飲酒）「6か月の壁」を見逃して、大きな事故に至ることが怖い。情報提供した半数しか専門医療機関につながっていない状況なので、ぜひ条例化を検討してほしい。
- ・（飲酒）体験談を聞いていたら、飲酒運転は罪悪感が低く、「すぐそこだから大丈夫」といった

気持ちで乗っている場合がある。スクリーニングテストの実施は、アルコールに関する自分の状況を知る上で重要。

(大阪府医師会)

- ・ (高齢) ケアマネ・ヘルパーなど向けにツールを作成する場合、アルコールだけでは興味が薄いので、飲酒量と認知症の関係などを入れてはどうか。高齢者も医師も支援者も認知症には比較的興味があるが、アルコールだけに特化するよりも認知症を絡めた方が、興味を持ってもらいやすいと思う。
- ・ (飲酒) 飲酒運転については、罪を重くしていくとともに、刑罰だけでの対応は限界があるので、タバコのように長い年月をかけて取り組んでいく必要がある。タバコは害ばかりだが、アルコールは害のみではないので、気長に取り組む必要がある。

(大阪精神科病院協会)

- ・ (飲酒) 他の条例化した県と比べると、大阪は条例による強い罰則規定もなく、受診率がだいたい2割ぐらい、三重県は罰則規定はないが条例化しており、知事から仰々しい通知書(受診勧奨)が届くようになっていて、受診率は4割ぐらい、福岡県は罰則規定(罰金)のある条例となっており、受診率が6割程度となっており、大阪府の取組を考えると決して割合が低いわけではない。ただし、年間のスクリーニング件数が20名前後というのは少ない。三重では、平成25年の実績が436件の受診勧奨で183件の受診となっている。最初に受診勧奨する対象者を広げるために、初犯の人も対象にするとか、AUDIT(過少申告しがち)をせずに声掛けをする、といった見直しが必要。また最終的には条例化も考える必要があるのかもしれない。
- ・ (飲酒) 受診者数が増えると、専門医療機関が最初の窓口になることができるか、というキャパの問題もあるので、大阪府のSBIRTSの研修等を活用して、一般の医療機関に協力病院になってもらう、といったシステムも検討できるのではないかな。
- ・ (高齢) ケアマネやヘルパーは、実際に家庭に入っていくので、身近に高齢者の飲酒の問題に接しており、この問題を考える上では一番重要な職種。
- ・ (高齢) 専門医療機関に受診される人の傾向として、転倒、失禁、物忘れの他、暴言も多い。認知機能の低下により抑制が効きにくくなっているのかもしれない。高齢者の飲酒ではブラックアウトがひどくなるので、お酒による問題を覚えていないことが多い。そのため受診勧奨の際には、アルコールの問題を直面化してもなかなか難しいので、健康問題に焦点を当てるのが大事。
- ・ (高齢) 入院して一定期間断酒生活を送ってみると、しっかり歩けるようになったり、失禁がなくなったり、食事が食べられるようになったりと、結構よくなる。お酒をやめてみて初めて周囲も自分も「こんなに自分は元気だったんだ」と気づくことがある。そのため、入り口を入りやすくする、という点では節酒も一つだが、「お試し断酒」を勧めて、身体面や認知面の本来の健康状態の評価をすることが重要。
- ・ (高齢) 高齢者の断酒率は高く、退院後も断酒している割合が高い(4割～半数)。ケアマネ・ヘルパー等にもこのような結果を知ってもらえればと思う。介護保険の制度がなかったら、支援が入らず孤立し、飲酒問題を抱えた単身の高齢者が多かったはず。断酒ができていなくても、支援者が関わり続けている、というだけでも意味があることを、現場の支援者に伝えることが必要。

事務局

- ・ (高齢) 支援者向けツールについては、ケアマネの更新研修の中で、高齢者の断酒率の高さ

や、アルコールをやめることで身体面等の機能改善がみられること、また相談できる場所などをポイントでもいいので伝えことができる機会を持てれば、確実に届けることができるので、取組みについて議論していきたい。

- ・（飲酒）飲酒運転の取締り時は、依存症の治療導入への大きなチャンスなので、講習の際に、依存症の講義を入れたり、断酒会の会員による体験談などを盛り込むことで、その時は関心がなくても、治療や支援の必要性を感じた時に、思い出せるようにしておくことができるように、話し合っていきたい。

部会長

- ・（高齢）お試し入院という形でも、アルコールを抜くと、その人らしい認知機能が戻ってきたり、体が元気になってきたりして、断酒への動機づけになる。東大阪市の高齢者施設で、約3分の1の入所者がアルコール依存症という施設があるが、そこでは施設内で断酒会を開いたりしており、3年間での飲酒者が3人という実績があり、環境を整えば高齢者の断酒率が高くなるということがわかるので、やはり気長に付き合うことが重要。
- ・（飲酒）警察が取り扱うアルコール問題は、酩酊者の保護など飲酒運転以外にも多く、飲酒の問題がある人をつないでいく作業が必要。飲酒運転対策については、本人にとってのメリットなど、少し見直しをして受診率を上げるような作業が必要だと思うので、今後も検討していきたい。

（４）その他

事務局説明

- ・ 参考資料 2 の説明（国の関係者会議）
- ・ 今回の会議で本年度の部会は終了とし、大阪府依存症関連機関連携会議で部会のまとめを報告予定。

3 閉会