

議 事 録

※敬称略

会議名	令和 8 年度第 1 回堺市依存症対策推進懇話会
開催日時	令和 8 年 6 月 24 日（水） 15 時 00 分～
開催場所	市役所本館 6 階 A・B 会議室
委員出席者	浅井 美佐子、入来 晃久、岩田 こころ、遠藤 晃治、大上 明子、佐近 浩司、 鐸木 俊雄、寺井 修也、黄 智暎、松井 久美、松宮 重雄、森 美緒、 森川 将行、リュウ
欠席者	木原 万樹子、小仲 宏典
事務局	（健康福祉局健康部）佐野 （健康福祉局精神保健課）安岡、戸松、鈴木、木村、小野木 （健康福祉局こころの健康センター）中西、戸田
会議の次第	1 開会 2 成員紹介及び（事務局）職員紹介 3 案件・報告 （1）座長等の選出について【資料 2】 （2）令和 7 年度 依存症対策事業実績報告について【資料 3】 （3）堺市依存症地域支援計画（第 2 次）の策定について【資料 4】【資料 5】 （4）その他 4 閉会 配布資料一覧 【資料 1】堺市依存症対策推進懇話会開催要綱 【資料 2】令和 8 年度堺市依存症対策推進懇話会構成員名簿 【資料 3】堺市依存症地域支援計画関連事業実施（進捗）状況 【資料 4】堺市依存症地域支援計画 骨子の骨子 【資料 5】堺市依存症地域支援 概要版
議事の内容	（1）座長等の選出について 座長：森川構成員 職務代理：岩田構成員 （2）令和 7 年度依存症対策事業の実績報告について 資料 3 に沿って事務局から説明した。 （3）堺市依存症地域支援計画（第 2 次）について 資料 4 に沿って事務局から説明した後、あわせて意見を聴取した。 （4）その他

【議事の内容】

(1) 座長等の選出について

構成員の互選により、森川構成員が座長に選出された。

その後、座長の指名により、岩田構成員が職務代理に選出された。

(2) 令和 7 年度依存症対策事業実績報告

(3) 堺市依存症地域支援計画（第 2 次）の策定について（骨子案）

事務局 ※資料 3・資料 4 説明

【意見内容等】

（森川座長）

私から 1 点確認ですが、次期計画における「自殺予防との連携」が重点取組として大きくピックアップされていないように見えますが、こちらはどのような位置づけになるのでしょうか。

（事務局）

ご質問ありがとうございます。同時期に『堺市自殺対策推進計画（第 4 次）』の策定を予定しており、本依存症計画と内容を深く連動させ、相互に連携を図りながら進めていくこととしております。

そのため、依存症計画単独の重点項目としての表記は絞っておりますが、実質的には自殺対策との連携はこれまで以上に強力に推進していく方針でございます。

（森川座長）

わかりました。両計画がうまく整合し、連動していくということで承知いたしました。それともう 1 点、市民意識調査で「脳の病気である」という認識が約 6 割という結果でしたが、これは他地域のデータと比較して多いのか少ないのか、全国的な水準と比べてどうかといった情報を事務局ではお持ちでしょうか。

（事務局）

あいにく、他都市や全国平均との比較データについて、現在は十分に把握できておりません。

今後、他自治体の調査結果なども参考にしながら、堺市の現状が他地域と比べてどのような位置にあるのか確認し、また情報共有をさせていただきたいと思います。

（森川座長）

ありがとうございます。現状の客観的な立ち位置を他地域との比較で知ることは、目標設定や取組の妥当性を測る上でも有意義ですので、ぜひよろしくお願いいたします。

それでは、ここから構成員の皆様から幅広くご意見を頂戴したいと思います。今回の案件に限らず、現場の専門家、あるいは当事者やご家族の立場から、日頃感じておられること、市民の理解を深めるための啓発や、相談のハードルを下げる工夫などについて、ご意見をお願いいたします。

まずは当事者・家族会の皆様からお願いしたいと思います。浅井構成員、いかがでしょうか。

(浅井構成員)

断酒連合家族会の浅井でございます。先ほど事務局からご報告のありました実績の中で、区民まつりにおいて断酒会と協力して啓発活動（パッチテストやティッシュ配り）を行っているというお話がありましたが、実は中区のみこの取組が実施できておりません。非常に残念に思っております。

私の住んでいる東区では、毎年5月にどこよりも早く区民まつりが開催されるのですが、アルコールパッチテストを400枚用意していただいたところ、10時の開始からわずか2時間半ですべて配りきってしまいました。説明しながらテストを行うため声が枯れるほど大変でしたが、市民の方々は非常に興味を持って参加してくださいます。こうした確かなニーズがありますので、ぜひ中区におきましても、断酒会と協力して取り組めるよう調整をお願いしたいというのが1点目です。

もう1点は、アルコール依存症の自立支援医療受給者数が574名というデータについてです。現在、堺市断酒連合会の会員数は114名で、自立支援医療受給者数574名の約2割にとどまっています。もちろん他のグループに参加されている方もいらっしゃいますが、専門治療を受けながらも自助グループに繋がっていない残りの8割の方々に対して、どのようにアプローチしていくべきか、まだまだ工夫や広報の余地があるのではないかと感じております。

(森川座長)

貴重なご指摘ありがとうございます。

また、自立支援医療受給者に対する自助グループへのつながりの課題ですね。

(大上構成員)

大阪マックの大上です。よろしくお願いいたします。当施設では主にアルコールや薬物などの当事者の回復支援を行っており、少年院や刑務所でのメッセージ活動などを実施しております。早期介入の観点から、事情を抱える人がより早い段階で相談に繋がるための障壁をどう下げるかを日頃から考えております。

実感を申し上げますと、自助グループや回復支援施設に繋がるまでのハードル自体が、当事者にとっては非常に高く、敷居を感じる部分が多いです。特に女性の仲間の場合、大阪においても相談できたり、集まれたりする場所が非常に限られているのが実情です。

そのため、いきなり専門的な自助グループへ繋ぐのではなく、その前段階として、気軽に悩みを吐き出したり話ができたりするような「クッション」となる居場所を地域に作り、そこを足がかりに徐々に専門的な支援や自助グループへと繋げていく取組が必要ではないかと感じております。

(森川座長)

ありがとうございます。「クッション」となるような中間的な居場所を地域に設けて、心理的ハードルを下げることの重要性ですね。非常に大事な視点だと思います。

(寺井構成員)

大阪ダルクの寺井でございます。現在、当ダルクにおいても、相談件数自体は減少傾向にありますが、相談内容の内訳として大麻に関する相談が非常に増えているのが実態です。その多くが司法絡み、すなわちこれから逮捕される、あるいは裁判に臨むといった状況の方々です。

一方で、覚醒剤の相談は非常に減っており、若い世代の間で流行しているのは大麻、コカイン、MDMA といった薬物です。

なお、市場に出回っている MDMA は「シャブ玉」と呼ばれていますが、警察の検査をかけると覚醒剤の成分が検出されるケースが多々あり、本人は MDMA だと思って使用していても、中身は覚醒剤であるというような状況が多く見られます。

大麻に関する相談が増えている中で、ダルクが従来行ってきた覚醒剤当事者を主体としたプログラムをそのまま適用することが難しく、プログラム自体をアレンジする必要性を感じています。そこで当ダルクでは、大麻の問題を抱える人たちが集まれる『野菜クラブ』という緩いお茶会を月 1 回開催し始めました。お菓子を食べながら「どんな話でもしていいよ」という緩い雰囲気が集まる場所を提供し、そこから回復のプログラムに繋がればと考えております。

もう 1 点、先日刑務所に指導に伺った際、昔（5～6 年前）の受刑者であれば薬物をやめられない理由を深く語れず、ただ使ってしまったという人が多かったのに対し、最近の若い世代は自ら「自分は発達障害（ADHD）を持っているから、生きづらくて大麻をやめられない」と、精神疾患や障害を自己開示するケースが立て続けにございました。覚醒剤のような依存性の強い薬物が体に入っていない時期に、こうした元々の発達障害による生きづらさが可視化されやすくなっていると感じます。こうした変化を捉え、適切な治療や支援に繋ぐ方法を考えていく必要があると思います。

（森川座長）

ありがとうございました。薬物の流行の変化、覚醒剤から大麻、コカイン、MDMA へと、それに応じたプログラムのアレンジ、そして若者の自己開示や発達障害との重複といった、非常に重要な臨床的実態を教えていただきました。

（松井構成員）

ギャンブル依存症家族の会の松井と申します。私たちは、ギャンブル依存に悩むご家族のサポートや、自助グループである『GAFA』への橋渡し、啓発活動を行っております。私自身には息子がいますが、親としての切実な実感は「もっと早くギャンブル依存症が脳の病気であることを知っていれば、早く適切な支援に繋がっていれば、結果は違ったのではないか」ということです。ですから、早期発見・早期介入、そして学校等での予防教育は非常に大きな意味を持っています。

現在はオンラインカジノなど、スマートフォンさえあればいつでもどこでもギャンブルができてしまう時代で、若者を取り巻く環境は極めて深刻です。また、最近問題になっている「闇バイト」の裏には多額の借金が

あり、その借金の原因を突き詰めるとギャンブル依存症に繋がっているという構図が数多く存在します。ギャンブル問題による借金を抱えた当事者の家族やパートナー、とりわけ若い世代の方々が、1人で悩み苦しんでいるケースも増えています。そうした方々は、紙媒体のチラシなどでは情報に辿り着けず、恥ずかしさから誰にも言えずに問題を抱え込み、借金を大きくしてしまいます。そのため、若い世代の目に触れやすい SNS などを通じた大規模な啓発が強く求められます。

もう1点、当事者や家族からお聞きする声として、「行政や市が家族会や自助グループを直接紹介してくれるのと、個人でネット等から探して辿り着くのでは、信頼性が全く異なる」というものがあります。行政が公に相談先リストに載せて紹介してくれるだけで、安心感を持って繋がることができます。当事者や家族にとって、これは本当に命に関わる切実な問題ですので、行政と当事者団体、自助グループの連携をこれまで以上に深く、太く構築していただきたいと心から願っております。

（森川座長）

お母様としての、またご家族に寄り添うお立場からの切実で、説得力のあるご意見をありがとうございます。オンラインカジノや闇バイトといった若年層のギャンブルの深刻さ、そして行政による紹介の信頼性の高さについて言及いただきました。

（森構成員）

断酒会の森でございます。よろしくお願いいたします。私の周りでも、女性のアルコール依存症の方が増えていると感じております。入院中などは、病院の強い勧めもあって断酒会や研修会に参加されるのですが、退院した後はそのつながりを継続したり、地域の作業所や断酒会へ繋がったりすることが非常に難しいのが現実です。家族が協力的で、なかば強制的に引っ張って連れてきてくれる場合はまだ良いのですが、単身者や家族の協力が得られない場合、退院後にそのまま自宅に引きこもってしまい、お酒を再飲してまた再入院を繰り返すという悪循環が非常に多いです。

私自身もそうですが、当事者が自らの体験談を話し、人に伝えていけるような場が、地域や院内でもっと増えると良いのではないかと感じております。病院内のミーティングでも、外部からの参加者がほとんどおらず、入院患者やいつも同じ人ばかりが集まる状況がありますので、もっと広く依存症という病気や回復の姿を知ってもらう取組が必要だと思います。

（森川座長）

ありがとうございます。女性のアルコール依存症の増加、そして退院後の地域移行や継続支援における孤立防止の難しさですね。体験談を語る場の大切さについてもご指摘いただきました。

（リュウ構成員）

GA 大阪のリュウです。よろしくお願いいたします。私は GA 大阪に繋がって回復を続けて、現在 9 年目となります。9 年前は完全にギャンブルに溺れており、自分が脳の病気であるという自覚は全くありませんで

した。当事者は借金を隠し、周囲に嘘をつき続けるのですが、それが発覚することを何よりも恐れています。私自身も大きな借金を隠し続け、嘘が限界に達して全てを打ち明けたとき、心から楽になったという経験をいたしました。打ち明けられた家族はとんでもない衝撃を受けますが、そこが回復のスタートラインになります。

ギャンブル依存で繋がってくる方、特に若い世代は、自分が病気であるという認識をほとんど持っていません。周囲に連れられて一度は来ても、二度目に来るハードルが非常に高いです。これは当事者が「自分は病気ではない、まだコントロールできる」という否認の心理に囚われているためです。

スマホでパチンコや競馬、ボートレースなどを検索すると、関連する誘惑情報や広告が勝手に次々と表示されます。こうした仕組みがあるのですから、逆にギャンブルを検索した際、スマホの画面に先ほど松井構成員が言われたような「予防啓発や相談窓口の紹介動画」がポップアップで自動的に表示されるようなシステムを行政やネット事業者が協力して作っていただければ、非常に効果的ではないかと思います。

また、テレビ CM 等でも競馬やボートレースが非常に美化され、華やかな映像で頻繁に放送されています。隅に小さく「適度に遊びましょう」と注釈があっても、説得力は全くありません。依存症でこれほど多くの人が苦しんでいるのですから、業界自体もより大きなアピールや対策を講じるべきだと感じております。

（森川座長）

ありがとうございました。当事者が借金を隠す恐怖、そして打ち明けることの楽さ、スマホの広告システムを逆手に取った予防啓発のご提案、そして業界の CM 美化に対する問題提起など、貴重なご意見をいただきました。続いて、医療分野からご意見をいただきたいと思います。

（入来構成員）

大阪精神医療センターの入来でございます。当院は大阪府における依存症の治療拠点機関に指定されております。堺市の市民意識調査の推移を見ますと、微増ではありますが病気としての理解が少しずつ進んでいるのは非常に良い傾向だと感じております。一方で、依存症に対するネガティブなイメージが悪化している点については、調査の「依存症について知っているもの」という選択肢項目の「病気である、コントロールできない」等は本来すべて「丸（正解）」であるべきなのに、多くの市民が「知らない・わからない」と答えている現状に原因があると思います。この項目がすべて正しい知識（丸）なのだとことを広く発信していくことが偏見を薄めるために重要です。自助グループのステップの最初にも『自分は無力であり、人生が手に負えなくなっていたことを認めた』というものがありますが、これは本当に難しいプロセスです。だからこそ、市民や家族が自分たちだけでは抱えきれない、手におえない病気だと認識し、専門家の支援を求めるのが当たり前の社会にしていく必要があります。

当院での臨床的なアプローチとして、エビデンスに基づく治療プログラムを実践しておりますが、やはり最大の課題は、継続して繋がることの難しさです。当事者が一度途絶えても、また数年後に戻ってくるという

ように、途切れながらもつながり続けることに大きな意味があります。ですから、関係性を壊さないことが最優先であり、本人が納得しない形での強制的な関わりではなく、本人の主体性を尊重しながら、「困ったらいつでもおいで」と窓口を常に開いておく姿勢を心がけております。

（森川座長）

ありがとうございます。依存症を専門治療する医療機関の立場から、病気としての正しい知識の普及、そして、途切れながらもつながり続けることという臨床的に非常に重要な、温かみのある関わりの姿勢についてお話いただきました。

（岩田構成員）

小谷クリニックの岩田でございます。紹介されて受診に繋がるケースについて、日頃の経験から感じているのですが、特定の行政区（生活保護のケースワーカー等）や特定の医療機関から、非常に偏って紹介・相談が寄せられる傾向があります。これは、その地域に依存症患者が集中しているわけではなく、現場に「依存症を発見し、適切に繋ぐ目と知識を持った優秀な職員」がいるかどうかにかかっています。

ですから、支援者の教育は非常に重要であり、実績報告にありました研修や講師派遣の回数が増えていることは素晴らしいことだと思います。今後は、単発の基礎研修で終わらせるのではなく、実際に繋いだ後の課題を共有するようなフォローアップ型の事例検討研修などが求められます。

相談のハードルを下げる取組としては、やはりインターネットやメディアでの露出を高め、相談の入り口を広く示すことが大事です。

また、ご家族が勇気を出して初めて相談した際、対応した職員から「あなたの関わり方が良くないから、本人がお酒をやめられないのよ」などと最初に責められてしまい、傷ついて相談を諦めてしまうケースを今でも耳にします。当院に辿り着くまでに、何か所もの相談先で傷ついてきたという方がいらっしゃいます。支援者は、ただ知識を詰め込むだけでなく、相談者（特に家族）の心情を理解し、適切に受け止めるための熟練やトレーニングが不可欠であると感じております。

（森川座長）

ありがとうございます。特定の優秀な職員（繋ぎ手）の存在、フォローアップ研修の重要性、そして家族が最初の相談窓口で傷つかないための「相談対応者の熟練」の必要性について、非常に実践的なご指摘をいただきました。

（左近構成員）

金岡中央病院の左近と申します。当院では主にアルコールの専門治療を行っており、マンパワーの問題から薬物やギャンブルの専門プログラムを十分に提供できていない現状がございます。しかし、地域における依存症の受け皿として、日々薬物やギャンブルに関する相談も多く受けております。現場として困惑するのは、他機関が地域でどのようなプログラムを実践しており、どの相談先に繋がれば最も適切なのかとい

う「地域の支援体制が可視化されていない」点です。行政、医療、自助グループなどの各機関がどのような取組を行っているのかが地域で一目で分かるマップのようなものと、より突っ込んだ具体的な相談対応や紹介がスムーズにできると感じております。

また、当院のアルコール入院患者の中にも、ADHD などの発達障害や、他の精神疾患、あるいは重複依存を抱えた方が多くいらっしゃいます。民間病院として、どこまで専門的な検査や突っ込んだ治療を行えるかという、マンパワーとハード面の限界（診療報酬上の課題含む）を感じております。

本日お聞きしたい質問として、アルコール、薬物、ギャンブルの依存症において、相談に訪れる第一相談者の属性や初期アプローチにおける特徴的な違いがあるのかどうか、もし知見がございましたら教えてください。

（森川座長）

ありがとうございます。地域支援の可視化、重複障害へのアプローチの限界ですね。質問（第一相談者）の違いについて、入来構成員、いかがでしょうか。

（入来構成員）

病院に繋がるギャンブル依存症の方については、比較的、仕事があり、配偶者や家族がいるなど、一定の社会資源や生活基盤を保っている段階（比較的早期）で相談に来られるケースが多いです。一方で、アルコールや薬物については、社会的に完全に孤立してしまったり、生活困窮、司法問題を抱えて極限状態になってから繋がるケースが多い印象があります。しかし、ギャンブル依存症であっても、早期に治療に繋がらず地域で深刻化している人は、最終的には家族と離別し、1 人きりになって生活保護を受給するなど、アルコール等と同様の経過をたどるため、本質的には「繋がるタイミング（時期）の違い」が大きいのではないかと考えております。

（森川座長）

丁寧な解説をありがとうございました。

（黄構成員）

武庫川女子大学の黄と申します。私は主にギャンブル依存症の当事者の研究を通して、お話を聞かせていただきました。本日のお話をお聞きする中で、アルコール、薬物、ギャンブルといった性質の異なる依存症を、一括りにして早期発見や啓発の方法を議論することの難しさを感じております。お酒は社会的に最も広く受容されており、薬物は非合法であり、ギャンブルは合法でありながら金銭問題や犯罪に直結しやすいという背景があります。したがって、それぞれの依存対象の社会的特性に応じた個別のアプローチが求められます。

当事者の方々は、依存対象を単なる遊びではなく、彼らにとってのストレスマネジメント（生きるための防衛策）として使用し、それによってなんとか日々の生活や社会活動を維持している側面があります。そ

のため、周囲が「それは病気だからやめなさい」と正論をぶつけても、当事者はそれを認めたくない（否認）のは当然の心理です。単に知識を普及させ、病気だからやめるように説得するだけでは、本当の予防や受診行動にはつながりません。当事者が抱える根本的な生きづらさやストレスへの対処方法を一緒に考え、他者とのつながりを持ちながら生きていけるよう支援するなど、「心の健康（メンタルヘルス）」の視点を取り入れたアプローチが不可欠です。また、意識調査にある依存症へのネガティブなイメージ（偏見）を払拭することも、相談のハードルを下げる上で極めて重要です。

（森川座長）

ありがとうございました。

依存対象が当事者にとってのストレスマネジメントとなっているという重要な視点や、正論でやめさせるのではなく、生きづらさに寄り添いながら支援していくことの重要性についてお話いただきました。

（鐸木構成員）

大阪保護観察所の鐸木でございます。我々は刑事司法手続きの一翼を担っており、保護観察を実施する中で多くの依存症当事者に関わっております。法的な現場におきましても、犯罪（飲酒運転、窃盗、薬物所持・使用など）の根底にアルコール、ギャンブル、薬物といった依存症があり、さらにその背景に発達障害や精神疾患が潜んでいるという構図は、医療や福祉の現場と全く同様です。我々のプログラムにおいては、これらを「病気（依存症）」と定義して更生保護に努めております。

更生保護の現場において、非常に大きな課題であり危機感を抱いているのは、執行猶予期間や保護観察期間などの「刑期終了後の継続支援へのつながり」です。保護観察期間中（法的な抑止力・義務がある期間）はプログラムに継続して参加し、お酒や薬物を止めることができて、刑期が終了した途端にその抑止力（義務）がなくなってしまう。刑期終了は病気が治ったことを意味するわけではありませんが、当事者は「これで自由になった、義務は終わった」と認識し、治療や支援へのつながりを切ってドロップアウトしてしまうリスクが極めて高いです。

我々としては、刑期終了時を「自発的な回復をスタートさせる新しいチャンス（移行期）」と位置づけ、法的な強制力から地域社会の任意的・自主的な医療や福祉、自助グループへと、適切にバトンタッチができる仕組みを作りたいと考えております。本人が動機づけられ、孤立しないよう、地域の専門機関や自治体の皆様とタッグを組んで、置き去りにしない継続的な支援体制を構築していくことが重要です。

（森川座長）

ありがとうございました。司法の現場における最大の課題である、法的強制力が切れる刑期終了後のドロップアウトの防止と、地域への円滑なバトンタッチや連携の必要性について、非常に重みのある課題提示をいただきました。

（松宮構成員）

大阪司法書士会の松宮でございます。よろしくお願いいたします。我々司法書士が依存症に対して直接何ができているかという、正直に申し上げて、これまでは具体的な取組をほとんど行ってこられなかったのが実情です。しかし最近の動きとして、大阪精神医療センターと連携し、当会から司法書士が出向いて入院・外来患者を対象に『借金（債務整理）に関する相談会』を実施する取組を始めました。これは一歩前進であると感じております。

司法の現場において何よりも重要であると議論しているのは、我々司法書士自身の依存症に対する理解不足の解消についてです。借金相談の背後にギャンブル依存症などの深刻な病気がある、という認識が司法書士になれば、単に破産や民事再生などの債務整理という法的な手続きだけで処理してしまい、本質的な病気の治療に繋がらないまま、再び借金を繰り返させてしまうという不適切な解決を招いてしまいます。ですから、まずは会員に対する啓発を徹底することが最優先です。その上で、借金相談に来られたことを大切なきっかけ（早期発見）と捉え、相談者をGAや専門医療機関に適切に繋ぐ『ゲートキーパー』としての役割を、司法書士が担っていかなければならないと考えております。現在、そうしたネットワークの構築に向けて会内で熱心に議論を重ねているところです。

（森川座長）

ありがとうございました。司法書士が「借金相談」という絶好の窓口で、単なる法的解決にとどまらず依存症の早期発見・繋ぎを行うための「司法書士自身の啓発」と役割意識についての非常に心強いお言葉をいただきました。ここで浅井構成員、何か追加で質問がございましたでしょうか。

（浅井構成員）

はい、簡単な質問なのですが、大阪府の事業におきましては、生活相談員や依存症の窓口となる新任職員の初任者研修の中に、断酒会や家族会の当事者が赴いて直接体験談を届けるプログラムがございます。堺市におきましても、そうした当事者の声を直接届ける研修等の取組があるのかどうか、お聞きしたく存じます。

（事務局）

ご質問ありがとうございます。こころの健康センターにおきましては、新任の精神保健福祉に携わる職員や、市内の医療機関、福祉機関の職員（3年目程度の職員）を対象とした実務研修等を実施しております。その中で、当事者の声を聴き理解を深めるプログラムを導入しております。ただ、現在は精神疾患全般の当事者の方にご協力いただく形となっており、断酒会や家族会に毎年固定で直接講話をお願いできているわけではございません。当事者やご家族の生の声を聴くことは、職員の理解や相談対応の質を高める上で極めて重要であると認識しておりますので、今後も、断酒会や家族会への直接のご依頼も含めて、より研修内容を充実させていく方向で検討させていただきます。貴重なご提案をありがとうございました。

(森川座長)

ありがとうございました。研修への当事者の声の反映、ぜひ進めていただきたいと思います。

(遠藤構成員)

遠藤こころのクリニックの遠藤でございます。当院はアルコール、薬物、ギャンブルのすべてを対象に診療を行っております。次期計画の目標案にあります「早期発見・早期介入の取組強化」について、アルコールを例に申し上げますと、一般市民全体へ広く啓発するアプローチだけでなく、対象を絞って医療機関（総合病院の内科や一般のクリニック）の現場で引っ掛け、専門相談や治療に繋ぐ仕組みが非常に有効であると考えております。

例えば、健康診断や他疾患の治療で来院された患者さんの中で、肝機能の数値（ γ -GTP など）が非常に高い方に対し、内科の医師や看護師が手軽な飲酒スクリーニングテストである『AUDIT（オーディット）』を実施したり、お酒の問題を疑って保健センターや専門医療機関への受診を勧めたりする仕組み（軽症介入・紹介）です。現在、当院には、ICD（国際疾病分類）の診断基準ギリギリの「アルコール依存症の軽症・予備軍」に当たる方々が、自ら相談に来られるケースがパラパラとございます。昔であれば、医療に繋がるのは極めて重症な方ばかりでしたが、こうして軽症の方が自ら来られるようになったのは、これまでの啓発活動が一定の効果を上げている証拠であると感じております。こうした軽症の方は、少しのアシストやアドバイス（早期介入）で断酒を継続できるため、この層を一般医療機関でいかに引っ掛けて繋ぐかが重要になります。

もう1点、計画策定における留意点として、現在の主要ターゲットである「アルコール・違法薬物・ギャンブル」の3大依存症に加え、近年深刻化している「処方薬や市販薬の依存（オーバードーズ問題）」、そして若年層に深刻な「ネット依存・ゲーム障害」についても、計画の中で忘れずに言及・網羅していただきたいです。また、先ほどからお話に出ている「ADHDや発達障害と依存症の重複障害」、さらには窃盗症（クレプトマニア）や性依存といった「その他の行動障害（行動嗜癖）」についても、今後の地域支援の中で意識していく必要があると考えております。

(森川座長)

ありがとうございました。医療機関のネットワークを活用した「一般医療から専門治療・相談への繋ぎ（AUDIT等の活用）」、軽症介入の有効性、そして「処方薬・市販薬依存、ネット依存、発達障害との重複障害、行動嗜癖」などの次期計画における網羅性・重要性について非常に包括的なご提言をいただきました。

皆様、非常に中身の濃い、活発なご意見をありがとうございました。最後に私から全体の総括をさせていただきます。堺市が、依存症対策推進懇話会として、アルコール、薬物、ギャンブルなどの異なる依存症を一つの会議にまとめて運営されていることは、非常に素晴らしい体制だと感じております。私のいる三

重県では、お酒、ギャンブル、薬物とすべて独立した会議になっており、お互いの状況が全く見えません。しかし、遠藤構成員や他の皆様のご指摘された通り、依存症の本質はすべて「生きづらさの病い（対処行動）」という根底で繋がっております。お酒か、薬か、ギャンブルかという入り口や結果（金銭問題、健康破壊、司法問題）は異なっても、当事者が抱える背景にある生きづらさや重複障害（ADHD 等）に対して、多職種が共通の認識を持って重層的に連携できるメリットが、この堺市の体制にはございます。

臨床的には、アルコール依存症の場合では、かつてのような「一般診療科の外来で大暴れする、酔いつぶれて道路で寝ている」といった非常に目立つ事例（事例化）は減少し、一見普通に見えるけれども脳のコントロールが失われている「目立たない軽症例」が増加しております。三重県では、専門医（猪野先生）の目標として、軽症例に対して、すべての総合病院の電子カルテシステムに CAGE や AUDIT（スクリーニング）などを標準搭載し、自動的にアルコール依存のスクリーニングを行い、専門医療機関に繋がりたいという構想もございますが、要は「繋がること自体に意味がある」ということになります。

今後の堺市の対策として、何よりも重要なのは、全ての窓口（行政、医療、司法、教育、福祉）が依存症に対する偏見を無くし、最初の受け皿（ファーストタッチ、ゲートキーパー）としての役割を果たせるようになることです。そして、そこから専門的な医療、司法、回復支援施設、自助グループ（当事者・家族会）へとスムーズに、かつ置き去りにしないように重層的で有機的なネットワークを張ること。これこそが、次期計画が目指すべき実質的な方向性であると、皆様のご意見をお聞きして確信いたしました。本当に素晴らしい議論をありがとうございました。