

# 総合病院無床精神科を 中心としたアルコール連携医療

～その優位点と課題～

2019年3月29日

厚労省アルコール健康障害対策関係者会議

沖縄協同病院リエゾンセンター/心療科

小松 知己

tkomatsu-psy@umin.ac.jp

# 沖縄から来ました





# 長寿県沖縄が危ない

ひまんど  
沖縄県が全国で肥満度1位に…どうしてかな？

国の健康調査で、沖縄県が全国で肥満度1位という結果が出ました。男性についてのデータですが、約2人に1人は肥満ということになります。都道府県別の平均寿命では、沖縄県は女性が3位に後退し、調査開始以来初めてトップの座を明け渡しました。男性は30位となり、前回の25位から5つも順位を下げました。「長寿県」のイメージが強い沖縄ですが、男性の平均寿命は今や全国平均を下回っているのです。

平均寿命の推移



全国平均寿命ランキング(上位5位)

2010年	
男性	女性
1 ながの 長野 80.88歳	1 ながの 長野 87.18歳
2 しが 滋賀 80.58歳	2 しまね 島根 87.07歳
3 ふくい 福井 80.47歳	3 おきなわ 沖縄 87.02歳
4 かんとう 熊本 80.29歳	4 かんとう 熊本 86.98歳
5 かんとう 神奈川 80.25歳	5 かんとう 新潟 86.96歳



1985年



2010年調べ



# 4000台以上/yearの救急搬送を受け入れる 基幹型臨床研修病院





日本で16人目の  
動機づけ面接トレーナーで  
『あなたの飲酒をコントロールする』  
の訳者代表です





# 総合病院無床精神科の 補強は“Best Buys”

現実的

《理由》

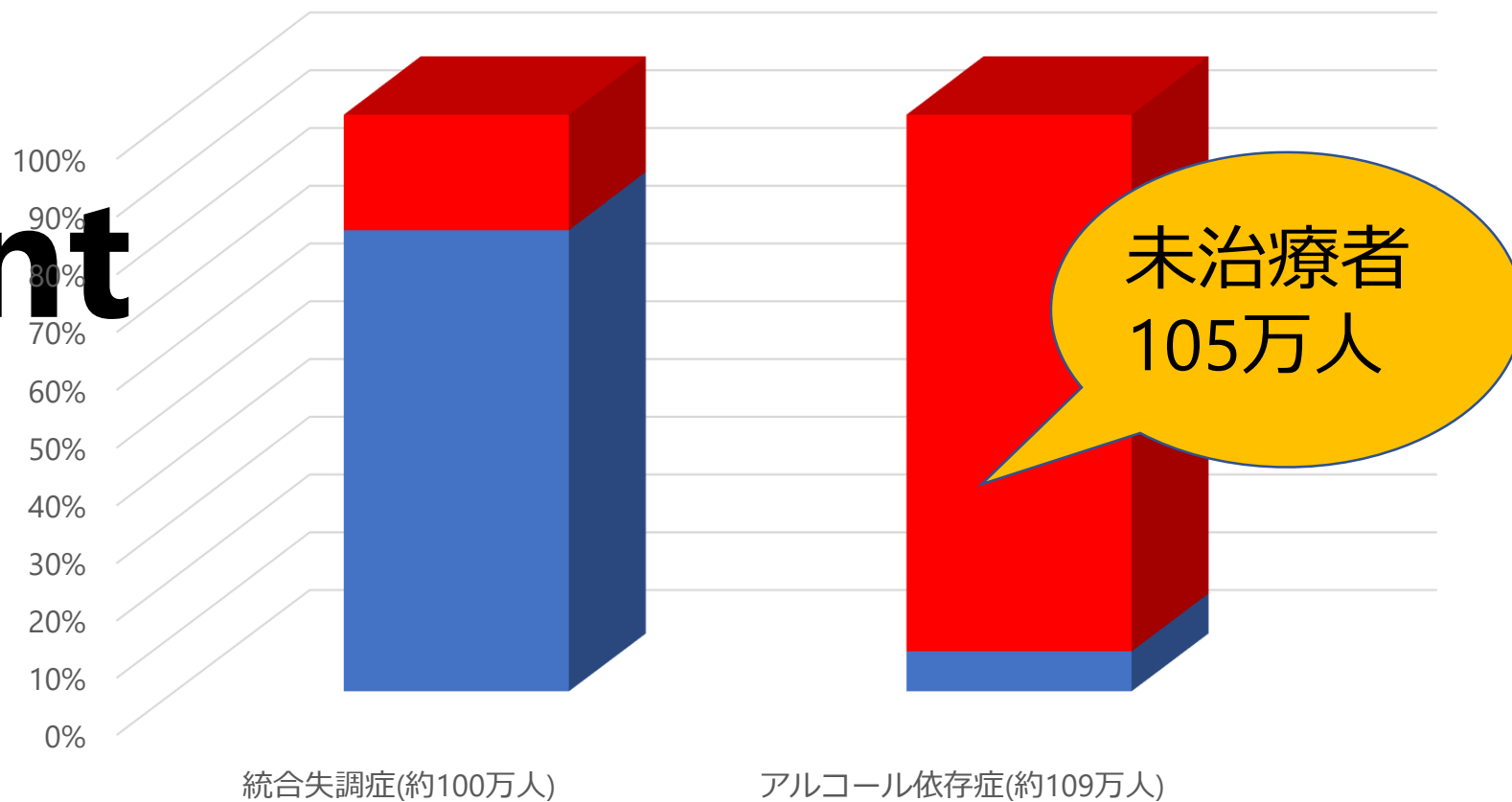
“主戦場”への  
戦力投入

治療導入に最も  
適した TPO

一般科・市民への  
啓発効果が大

# 巨大な Treatment Gap

精神障害における治療格差@日本



未治療者  
105万人



# 105万人は どこに??

## 総合病院の身体科病棟

← 総合病院の**入院患者の約30%**は  
アルコール(AL)関連疾患

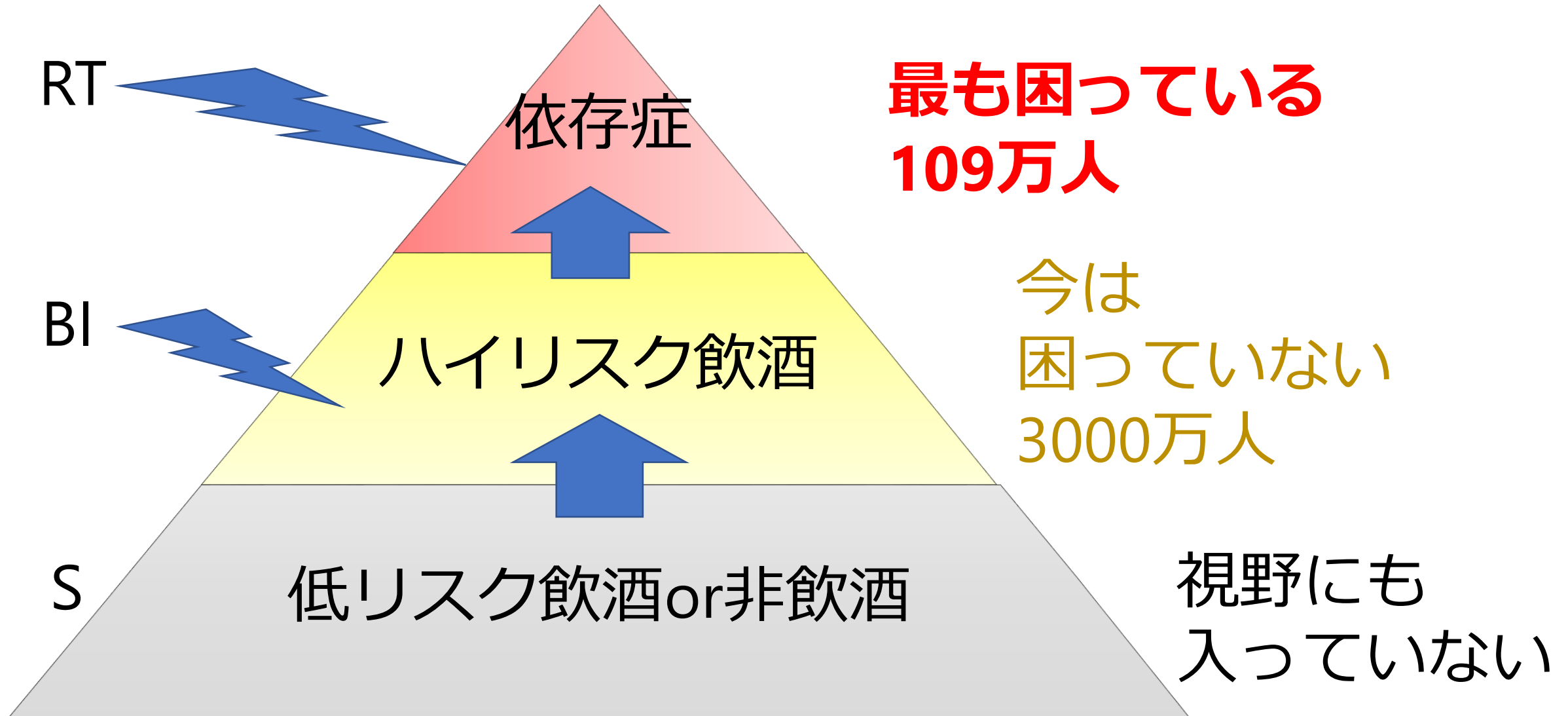
## 総合病院のER

← ERを受診する**外傷患者の10~18%**はAL関連  
再外傷患者の67%にAL乱用あり

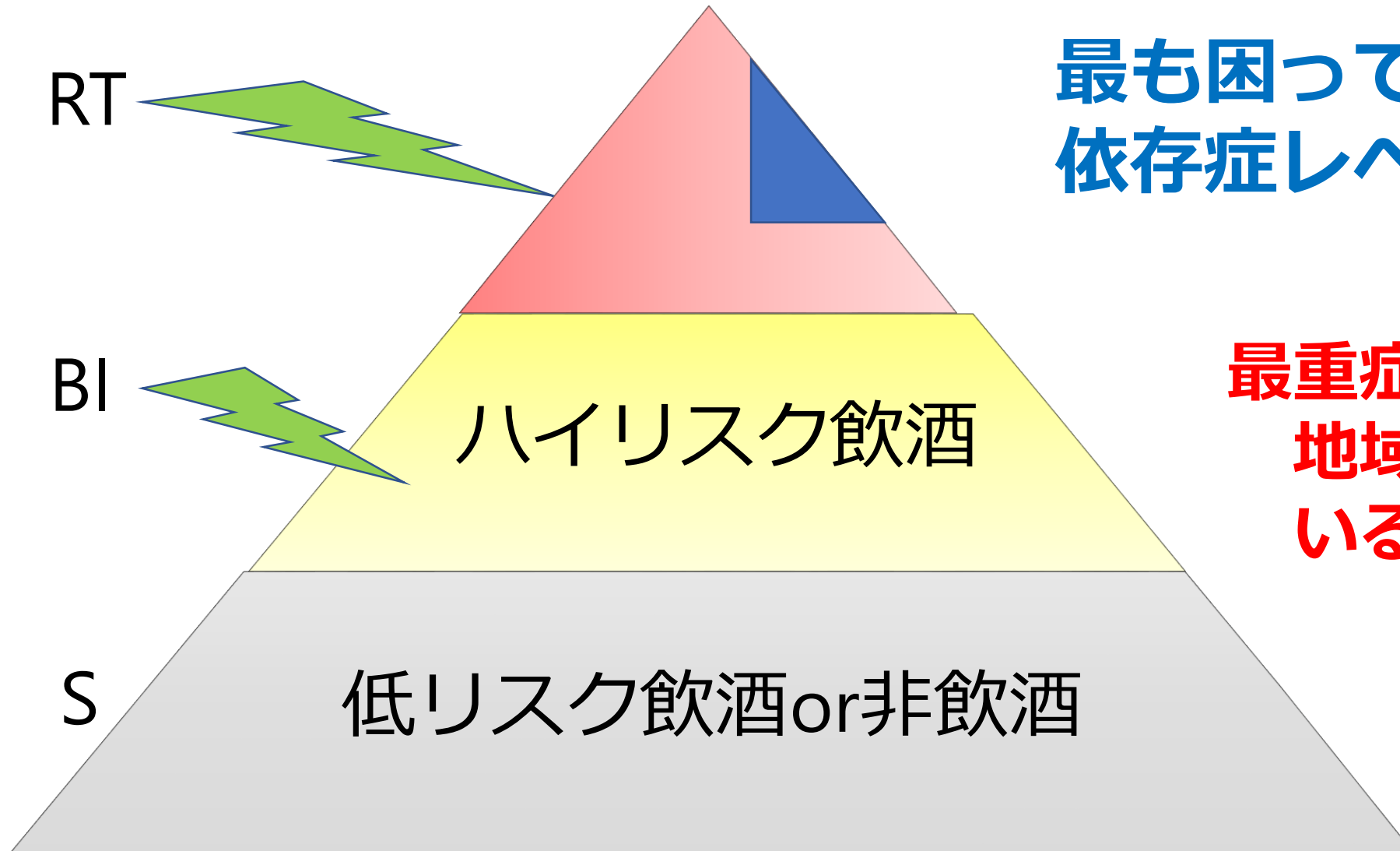


WHOの調査2013による

# 私たちはどこを診ているのか？



# 私たちはどこを診ているのか？



最も困っている  
依存症レベルの一部

最重症ケースは  
地域と刑務所に  
いるのでは？？？



“主戦場”の  
総合病院へ  
戦力投入を！！



# 総合病院無床精神科の 補強は“Best Buys”

現実的

《理由》

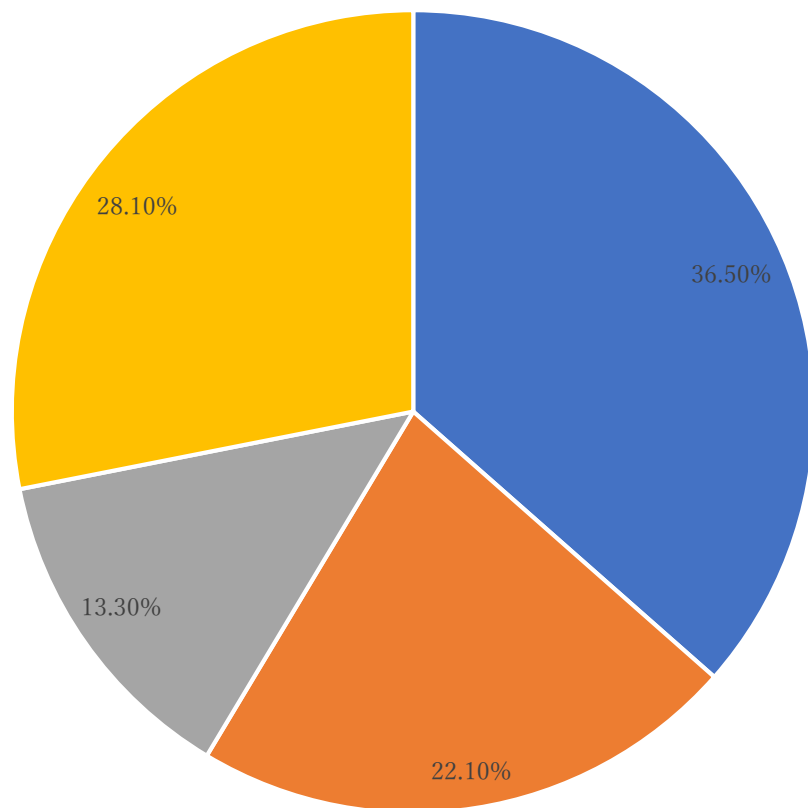
“主戦場”への  
戦力投入

治療導入に最も  
適した TPO

一般科・市民への  
啓発効果が大

# 自前のARPなしのAUD治療成績

[図1] 治療成績



■断酒 ■減酒 ■飲酒 ■不明

当院電子カルテでの後向き調査で  
2015年1月1日時点での転帰を調査できた  
治療中のアルコール使用障害(AUD)患者  
計181名の治療成績

- \* 男性 147名 (81.2%)  
女性 34名 (18.8%)
- \* 平均初診年齢 50.3 歳
- \* 平均治療期間 663日
- \* 治療転帰

**断酒66名 (36.5%)**

**減酒40名 (22.1%)**

飲酒24名 (13.3%)

不明51名 (28.1%)

93 %  
は依存症

減酒は「週間飲酒量が治療開始前の最大値の1/3以下に減少したもの」と定義





# 自前のARPなしで 何をやっているか？

- \* 医師の個人精神療法  
+ 薬物療法
- \* PSWらのケースワーク
- \* 看護師の受診勧奨・中断  
チェック
- \* 月1回前後の血液検査  
( $\gamma$ GTP/MCV/BACなど)

# 医師の個人精神療法

## \* **CRA** (Community Reinforcement Approach) に基づくワンポイント・レッスン

『新しい靴を手に入れるまでは古い靴を捨てるな』

= **飲酒に替わる報酬行動を開発する**

← 『昔取った杵柄』

= **過去に患者さんが持っていた趣味・興味関心がヒント**

← **できたことに着目**する

〈あ、すごいねえ！ 今回うまくできた秘訣は何だったと思う？〉

## \* **治療の継続を最優先**する

テキストは  
必要時に  
参照

# 薬物療法 ～たかが薬 されど薬～

- 「眠れないから飲む」患者さんは実に多い！
  - 離脱症状としての不眠
  - ストレス対処が下手なための不眠 → 「薬だけでは限界がある」と予め説明を  
ストレス対処技能の心理教育
- 眠前薬の候補
  - トラゾドン 12.5mg～150mg程度
  - ミアンセリン 5mg ～50mg程度
  - レボトミン 5 mg～75mg程度 など 絶対にBZ系は使わない！！
- 抗酒剤・抗渴望薬
  - 必須ではないが経過中に「使ってみよう」と本人が思った時期に開始すると効果的
  - レグテクトは3週間ほど完全断酒していれば効果的



# MSW(psw)/CPによるケースワーク

依存症患者  
には必須！

\* 「困りごとを誰かに相談すると 解決していく」という

**“相談”に関するポジティブな経験を積むこと**

\* 住居

食糧

経済的問題

病院までの交通手段確保

身体合併症

家族関係 などなど



# 看護師らが行う 中断チェックと受診勧奨

\* 当日 予約して連絡なしにキャンセルした患者さんには

**その日のうちにTEL**する

\* 連絡が来たら <心配していたよ。どんなだったの?>と聴く

\* **薬が切れそうな時期に再度 TEL**する

or 受診勧奨手紙 (主治医が患者さんの名前を書く)を出す

\* 以前は 自立支援医療受給者証切り替え時に安否確認していた

→ 現在は 外来枠が満杯なので していない・・・

自前のARPなしでも

# 治療成績が良いわけ

## TPOが

## 治療導入に最も適しているから

Time : 身体の苦しさから一息ついて

「これはマズイ・・・」と思っている最中

Place : **入院中の同じ病院内**に受診

Occasion : 命を救ってくれた身体科医が継続的に  
プッシュ

# この治療成績の背

## 景

年間4千台以上の救急搬送を受ける基幹型臨床研修病院  
精神科ベッドはない 精神科デイケアも実施していない

## 精神科医2名(常勤換算)

+スタッフ5名（臨床心理士2名・看護師2名・精神保健福祉士1名）で

他のリエゾン業務（せん妄対策・がん緩和ケア・  
認知症ケア・自殺企図者対応等）や

職員のメンタルヘルス支援を行いながら

アルコール臨床を行っている





初期介入の  
ゴールデンタイムは  
総合病院入院中！



# 総合病院無床精神科の 補強は“Best Buys”

現実的

《理由》

“主戦場”への  
戦力投入

治療導入に最も  
適した TPO

一般科・市民への  
啓発効果が大

**成功例**を自ら

**経験**しなければ

**一般科医も 精神科医も**

**関わろうと思わない**

『飲んで死ぬのも  
その患者の選択だから...』





**一般科**の医療現場(特にER：救急)では  
365日  
依存症レベルの患者を  
診させられている

治療への両価性  
(いわゆる否認)  
が強い

サポートも  
脆弱

ER・入院の  
リピーター

成功例を自ら

経験した

一般科医・スタッフは  
積極的に患者紹介する

当院総合診療病棟に勤務する  
医師・スタッフへの意識調査  
結果(自由記入部分)より

- \* 時に良くなる方もいらっしゃるので、これからも頑張ります。  
いつもありがとうございます。 (30歳代 医師)
- \* しっかり治療していけば良くなるので、かかわり方が楽しく  
なってきた。 (30歳代 看護師)
- \* がんばってアルコール問題に取り組むPt.もいたので。  
(30歳代 リハビリ技師)
- \* 自分が担当した方が禁酒継続できている。  
何故かわかりませんが少し優しくなれた気がします。  
(20歳代 医師)

# AUD患者の認識実数・介入率

	2010年1月1日 ～2010年12月31日	2014年7月1日 ～2015年6月30日
AUDと 認識された 患者数	1 3 2	2 6 5
AUDとして 治療介入された 患者数	<b>3 4</b>	<b>1 1 6</b>
介入率	<b>2 5 . 8 %</b>	<b>4 3 . 8 %</b>



総合病院＝基幹型臨床研修病院で  
成功例を経験した  
一般科医師・スタッフは  
依存症治療に積極的になる



# 総合病院無床精神科の 補強は“Best Buys”

現実的

《理由》

“主戦場”への  
戦力投入

治療導入に最も  
適した TPO

一般科・市民への  
啓発効果が大

専門医療での  
成功例を実感してもらい  
アクセスしやすさを改善するには

アルコール専門医が  
総合病院に  
いること  
(常駐or出張) が最も効果的



# 自前のARP実施＝大きなハードル

## \* スペースの確保

総合病院で

「定期的なミーティング・面接を実施するスペース」を安定して確保するのは至難のわざ

## \* 運営するスタッフの確保

二次医療圏にひとつ以上

ARPを自前で運営する総合病院を作れるか？ → NO

← 人件費負担が大きすぎる

← ARP運営に精通したスタッフを簡単に養成できない



質を担保しつつ

参入ハードルを下げる！！

\* 医師（医療機関）でしかできないこと → **診断**

\* **絶対的に求められているのは**

自前でARPプログラムを実施することではなく

**ARPの内容（心理教育・対処スキル訓練等）**  
を

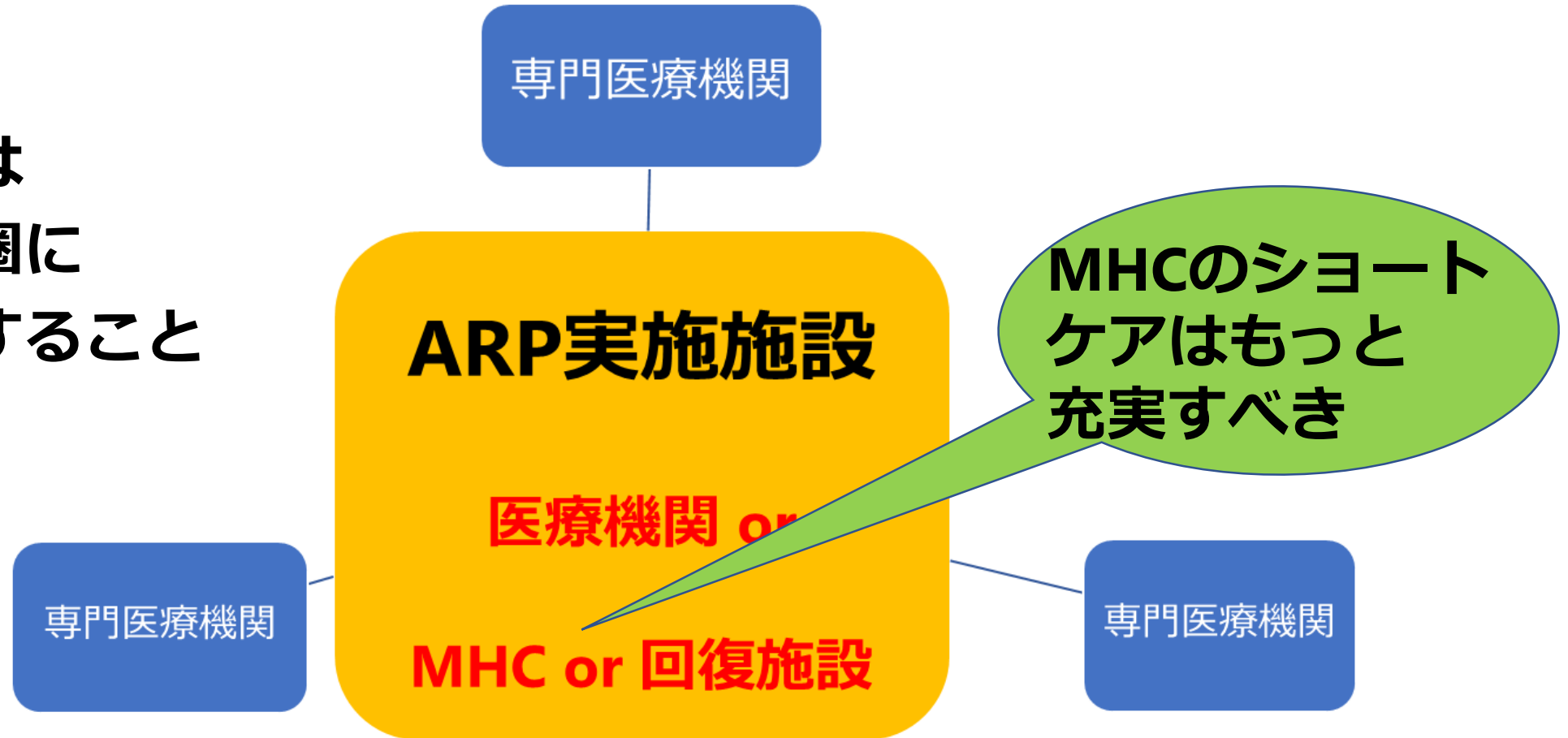
**患者が受け取れるようにする**

**コーディネート機能・ケースマネジメント機能**

# 質を担保する策

## ARPを運営する施設の共同利用

必須要件は  
二次医療圏に  
複数設置すること





依存症者を大嫌い  
だった  
ベテラン精神科医  
がMHCでの  
ARPショートケア  
実施を通して  
大変身！！

# 常勤精神科医が2名いないとムリなわけ

**総合病院無床精神科の常勤医**  
いわゆる「**ひとり医長**」は既に

他のリエゾン業務（せん妄対策・がん緩和ケア・  
認知症ケア・自殺企図者対応等）や  
職員のメンタルヘルス支援に**忙殺**されている

→ **燃えつき&立ち去り型サボタージュの多発**





“主戦場”の  
総合病院へ  
戦力投入を！！



日本緩和医療学会・日本サイコオンコロジー学会  
PEACE  
~緩和ケアのための医師の継続教育プログラム~

開催

指導者研修会



対象：緩和ケア領域において一定の経験を有する医師  
内容：成人に対する教育法・指導法を学ぶ

指導者研修会  
修了者



開催  
支援



開催  
支援

緩和ケア研修会



対象：がん診療に携わるすべての医師  
内容：緩和ケアの基本的な知識・技術・態度について学ぶ

緩和ケア  
研修会修了者

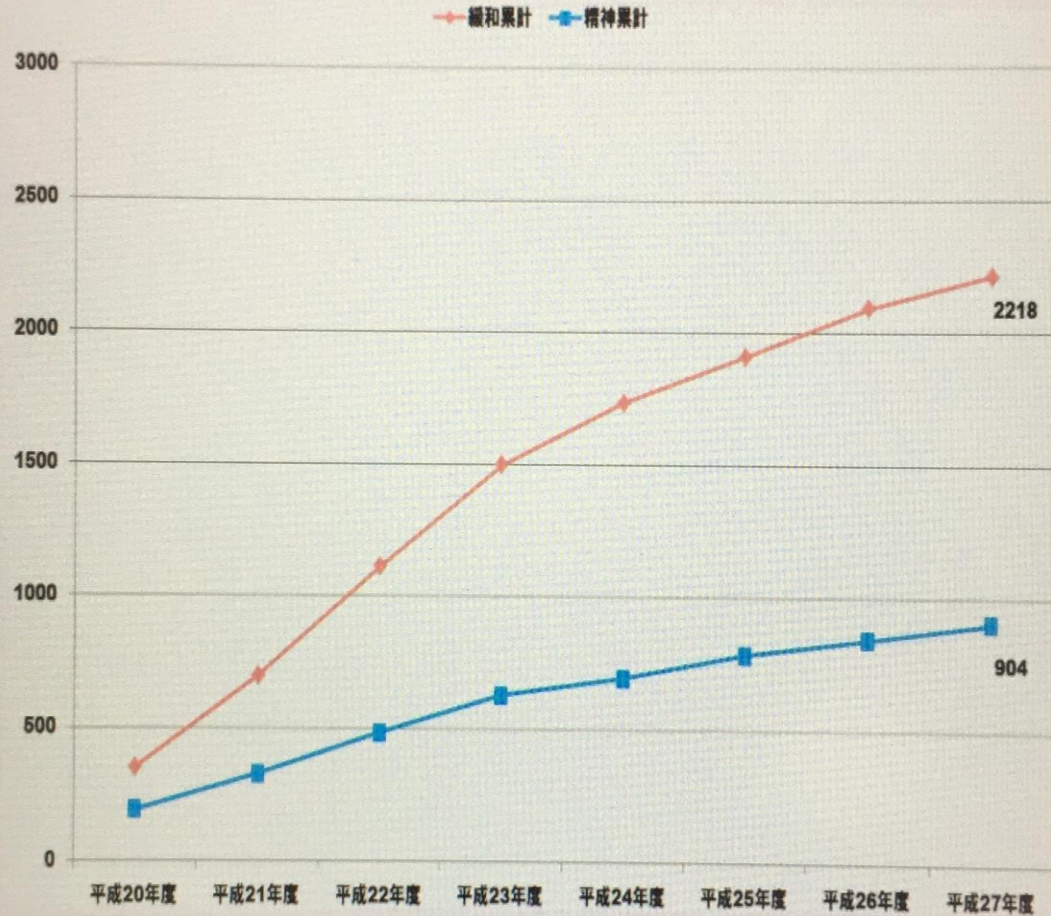


日本緩和医療学会学術大会  
PEACEプロジェクトブース出展報告

- 年度別指導者研修会受講人数
- 指導者研修会受講人数累計推移
- 都道府県別指導者研修会修了者（緩和）



# 指導者研修会受講人数累計推移



# 緩和ケア研修会修了者

都道府県	交付枚数	開催回数	都道府県	交付枚数	開催回数
北海道	3,060	183	滋賀県	928	56
青森県	667	51	京都府	1,752	94
岩手県	1,015	73	大阪府	4,914	245
宮城県	880	59	兵庫県	3,200	146
秋田県	861	80	奈良県	746	39
山形県	954	57	和歌山県	921	62
福島県	872	67	鳥取県	471	42
茨城県	1,238	87	島根県	860	44
栃木県	1,218	58	岡山県	1,550	64
群馬県	1,109	74	広島県	2,209	119
埼玉県	2,172	122	山口県	875	66
千葉県	2,446	136	徳島県	558	39
東京都	8,710	396	香川県	787	35
神奈川県	3,267	205	愛媛県	917	51
新潟県	847	82	高知県	513	39
富山県	986	75	福岡県	3,393	167
石川県	896	41	佐賀県	586	31
福井県	763	40	長崎県	1,108	70
山梨県	583	31	熊本県	1,240	95
長野県	1,490	78	大分県	911	60
岐阜県	1,238	52	宮崎県	651	42
静岡県	1,673	101	鹿児島県	1,045	68
愛知県	4,122	207	沖縄県	915	40
三重県	1,094	56		73,211	4,125

(枚) (件)

平成28年3月末時点  
修了者総数…

**73,211 名**



ご清聴  
ありがとうございました

