

Treatment Gapをうめ る架け橋

第20回厚労省アルコール
健康障害対策関係者会議

2019年12月19日

沖縄協同病院
リエゾンセンター 小松知己



本日のpresentationもくじ

I. AL専門病院と総合病院との新しい連携

イラストによるイメージ共有 「架け橋」 model

II. 日本の総合病院における実例紹介

* 無床総合病院精神科で 総合病院入院中に早期介入
精神科医が常勤 / 非常勤

* 有床総合病院精神科で 総合病院入院中に早期介入

III. 「架け橋」 modelを実現するための施策提案

* 「入院総合体制加算」の拡張

* 依存症診療に携わる医療従事者を劇的に増やし

保健所をハブとする地域ネットワーク構築を図る研修

* AUDITの「簡易な心理検査」診療報酬化

* 医師国家試験と精神科専攻医向けテキストの改善

IV. 既に行われている連携 2学会のジョイント・シンポジウム

JSGHP(日本総合病院精神医学会)

& JSARP(日本アルコール関連問題学会) 2018年より

本日のpresentation内容 1.

イラストによるイメージ共有

1. わが国の109万人(生涯経験値)のアルコール依存症者は
わずか5%しか専門治療を受けていない
= 巨大なTreatment Gap
2. 依存症者の大多数(84%)は直近1年間に医療機関(ほとんど
が総合病院ER)を受診している
→ 総合病院入院中こそが介入のゴールデン・タイム
3. 総合病院とアルコール専門医療機関(単科精神科病院・メンタルクリニック)
との間に橋を架ける
→ 依存症診療の経験がある医師が常勤ないし非常勤で
「架け橋」になる





AL専門

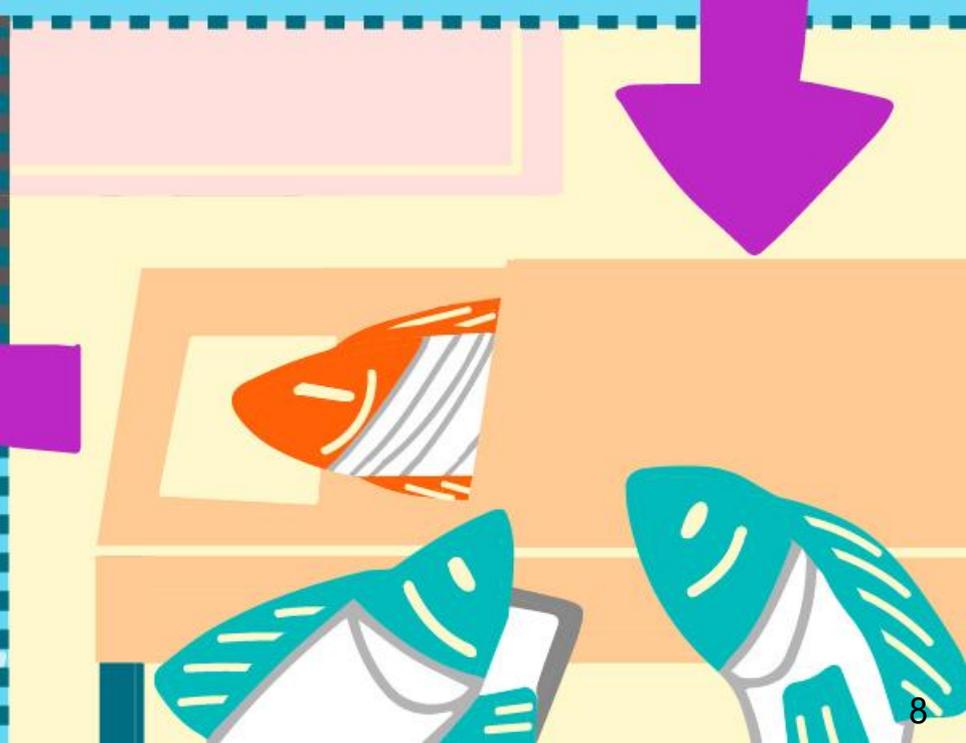


依存症

依存症









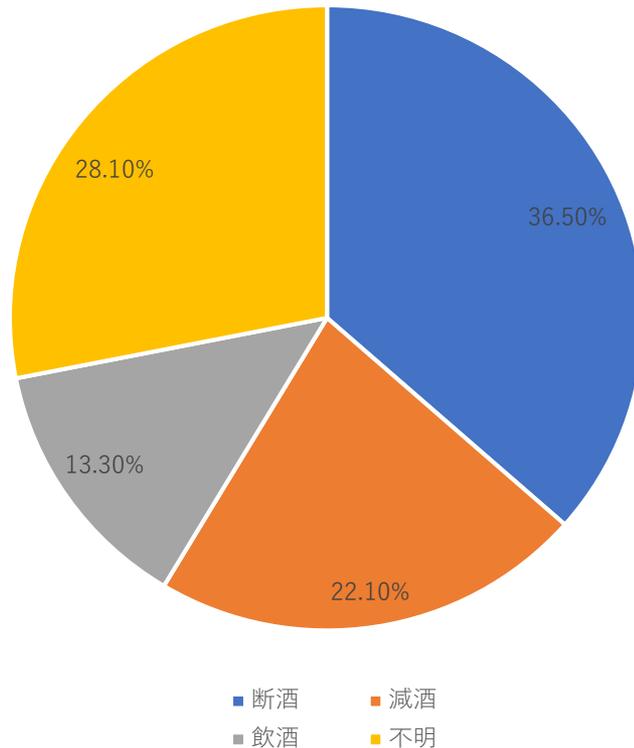


本日のpresentation内容 II.

日本の総合病院における実例紹介

- * **無床**に**常勤**の精神科医(2人目)が入院中に介入
 - ➡ 外来治療or専門医療機関へ紹介 **沖縄協同病院**
- * **無床**に**常勤**の精神科医(2人目)が専門外来で介入
 - ➡ 外来治療or 専門医療機関へ紹介 **手稻溪仁会病院**
- * **無床**に**非常勤**の精神科医(2人目)が**入院中**に介入
 - ➡ 外来治療or専門医療機関へ紹介 **国立琉球病院**
& 県立中部病院
- * **有床**に**常勤**の精神科医と多職種チームが**入院中**に介入
 - ➡ 「**落穂拾い**」的短期**ARP**実施
国立病院機構東京医療センター

沖縄協同病院での治療成績



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
～93%がICD-10依存症基準を満たす～

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%)

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

沖縄協同病院でのAUD患者(93%が依存症) 認識実数・介入率の推移

	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	3 4	1 1 6
介入率	2 5 . 8 %	4 3 . 8 %

p=0.0167

何をやったか？



システムづくり&外来

- ▶ 院内マニュアルの作成・改訂
離脱せん妄/酩酊下の迷惑行為によるスタッフの疲弊を激減
- ▶ 「あの人は今」=成功例の宣伝
- ▶ 検査項目の整備
BAC(血中Al濃度)/ γ GTP/VB₁
- ▶ 電子カルテ基礎画面に
AUDIT搭載
- ▶ 退院前に卒組みをつくる
病状説明/関係者会議に参加
- ▶ MI(動機づけ面接)とCRAの普及
- ▶ 減酒からOKの“ようこそ外来”
「飲む前に困りごとを相談できる
関係づくり」を目指す

成功例を経験することで 総合病院内の身体科Dr. スタッフの意識も変わる！！

沖縄協同病院
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)



外来受付

「お酒のもんだい相談 外来」の内容

〔白坂知彦Dr.ppt.より引用〕



- ①最終的な治療は断酒であるものの、
段階的な節酒も容認する。
- ②否認の強い患者さんに対して、
認知機能検査と脳機能画像検査の結果から
アルコールによる脳の影響を視覚的に示す
ことによって具体的な動機づけ
- ③患者・家族と同席を促して
公認心理師による短時間の
家族療法・カウセリング **(BRENDA法)**

「SBIRTS(エスバーツ)」の試み 〔白坂知彦Dr.ppt.より引用〕

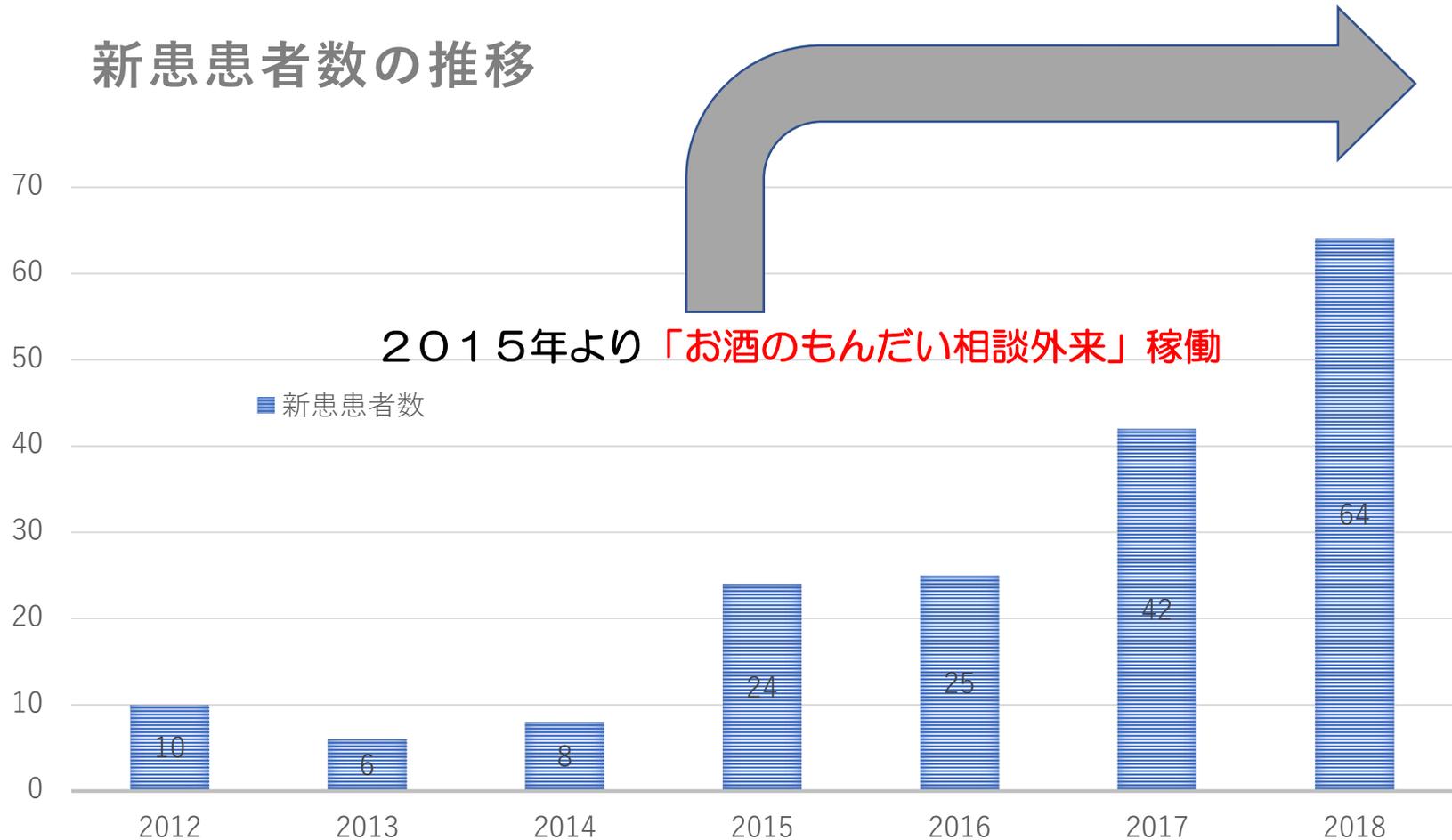


-  **S**creening (スクリーニング)
-  **B**rief **I**ntervention (簡易介入)
-  **R**eferral to **T**reatment (治療照会)
-  **S**elf Helping Group (自助グループ)

効率的な初期介入・治療導入・自助グループへの照会が試みられている。

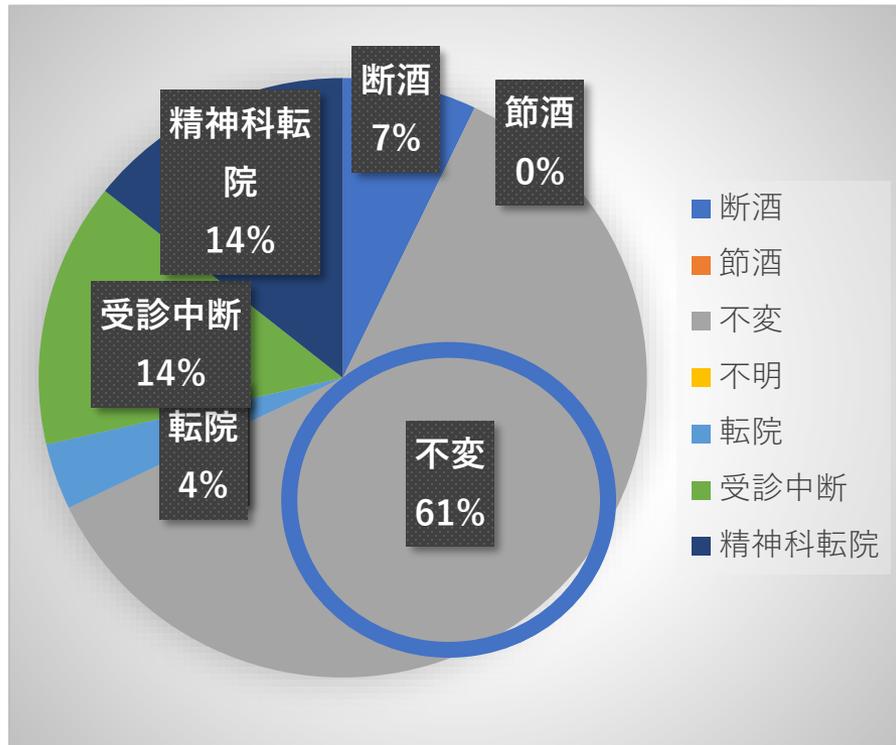
アルコール相談件数の推移 〔白坂知彦Dr.ppt.より引用〕

新患者数の推移

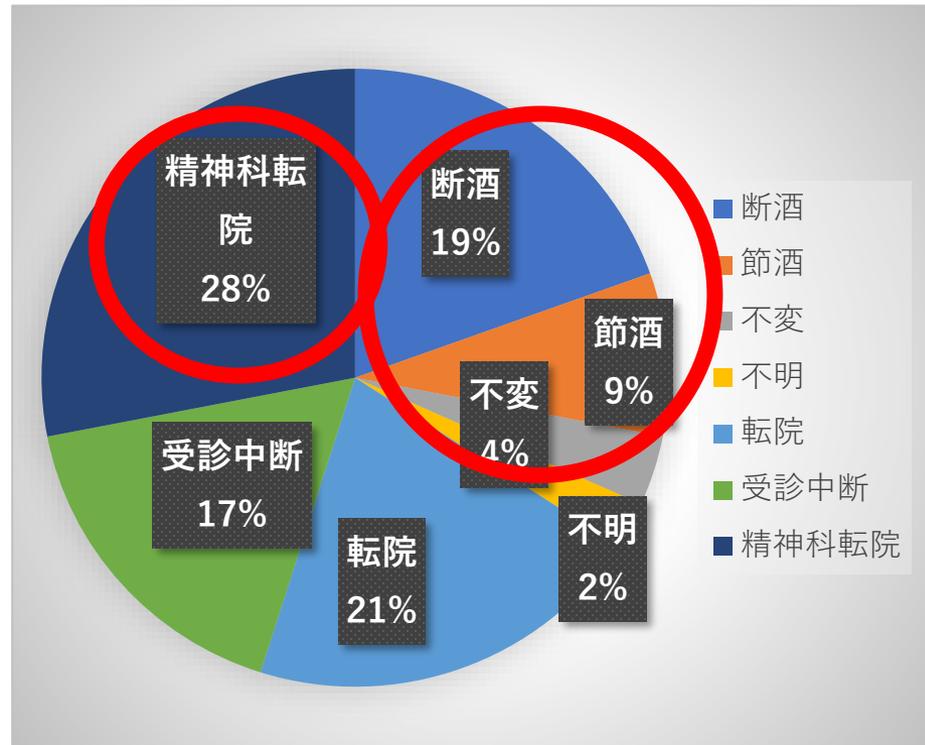


専門外来設置前後の転帰の変化 〔白坂知彦Dr.pptより引用〕

専門外来設置**以前**
(2011-2014年)



専門外来設置**以後**
(2015-2017年)



「お酒のもんだい相談外来」

@ 沖縄県立中部病院

[手塚幸雄Dr. ppt.より引用]

お酒のもんだい 相談外来

- ★ 健康診断でお酒の飲み過ぎと言われたけれど、なかなかお酒を減らせない
- ★ 家族にお酒を止められたけど、ついとお酒を飲んでしまう
- ★ 自分にとってお酒は大切だけど、お酒のせいで体調を崩してしまった
- ★ お酒の席で、失敗してしまった
- ★ お酒がないと眠れない、寝酒の量が増えてきてしまった
- ★ もっと上手にお酒と付き合いたい など、お酒の問題でお困りのことはありませんか？

当院では、このようなお酒にまつわる心配事を気軽に相談できる専門外来を設置しています(予約制)

[日時] 毎月 第2・第4木曜日 9:00~16:00

[担当医] 手塚 幸雄

[対象者] どなたでも

沖縄県立中部病院

ご予約
お問い合わせ TEL 098-973-4111 (代表)

「お酒の相談外来を予約したい」とお伝えください

アルコール介入 コンサルト募集中

精神科 手塚幸雄

金武町の琉球病院でアルコール病棟を担当している手塚幸雄と申します。10月から2週に1回、中部病院で勤務させていただいております。

アルコールの介入を必要とする方につきまして、コンサルトを募集しております。介入内容は

- ・依存症→断酒に向けた動機づけ面接(約1時間)
- ・リスクの高い飲酒習慣→節酒指導(15分程度)
- ・適正飲酒→情報提供(5分程度)

となります。リスク分類や依存症かどうかの判断はこちらで行いますので、まずは気軽にコンサルトしていただけたらと思います。結果として適正飲酒であっても教育効果はありますので全く問題ありません。

対象者: 飲酒習慣に問題があるかもしれない方(つまりどなたでも)

入院患者の場合→コンサルを入れてください

「精神科」→「お酒相談(コンサル)」

コンサルト依頼の文面は「介入よろしく」程度で十分です

外来患者の場合→外来予約枠に入れてください

「精神科」→「手塚幸雄(お酒相談)」

コメント等は不要です

第2、第4木曜日だけの出勤であり、面接が退院日に間に合わない場合はご容赦ください。退院後となる場合は、本人希望があれば上記の外来予約枠に入れていただけたらと思います。

ご質問、ご意見がある場合や優先的に介入を希望される方がいる場合など、何かありましたら手塚までお気軽にご連絡ください。

精神科 手塚幸雄
PHS 2041

総合病院入院患者への アルコール介入@沖縄県立中部病院

[手塚幸雄Dr. ppt.より引用]

- キャンセル率0%
- 主治医とのディスカッションがしやすい
- 動機づけをしやすい

効果的かつ効率的

依存症→専門医療機関へ紹介

[手塚幸雄Dr. ppt.より引用]

- 患者と面接し信頼関係を築いた医師が
今後とも主治医として担当できる

→専門医療機関への受診に繋がりやすい

- 身体科主治医と今後の方針について同じ方向を向いて
話し合うことができる

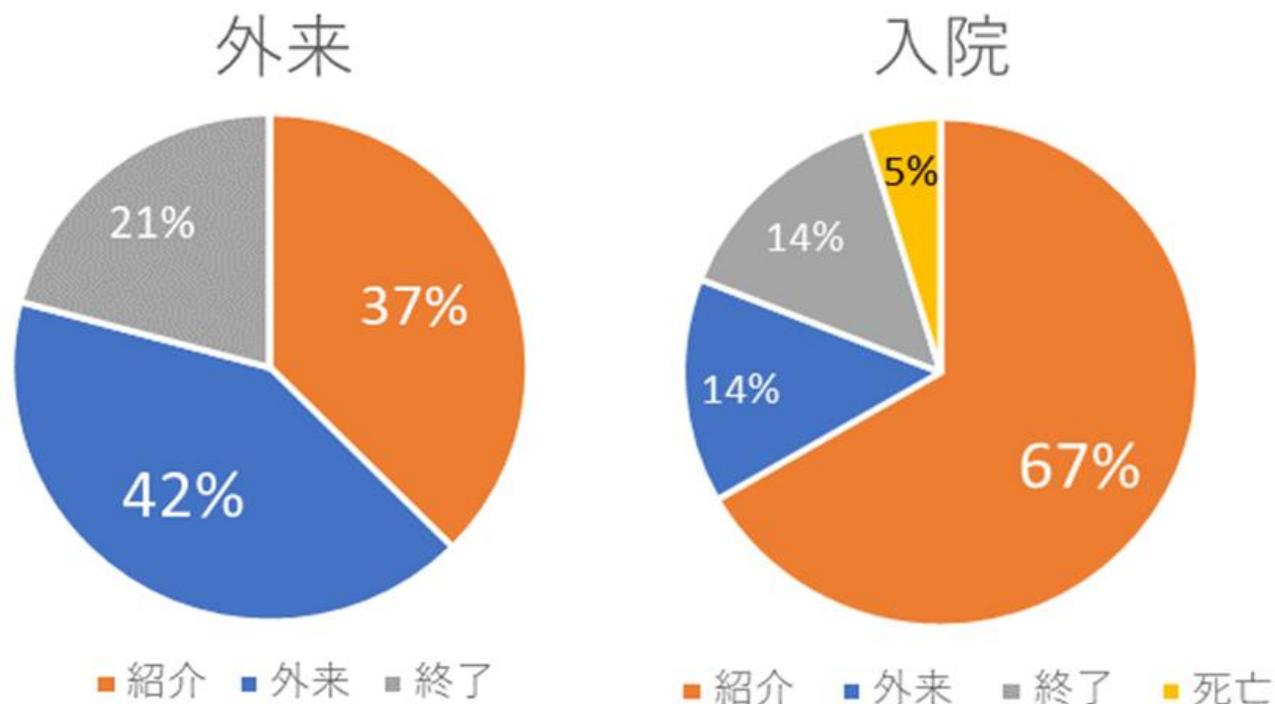
→互いに紹介のハードルが下がる

- 身体状態が増悪した際の総合病院への受け入れが
保証される

→重度の身体合併症があっても単科精神科病院で入院を受けることができる

依存症患者のその後@県立中部病院

[手塚幸雄Dr. ppt.より引用]



TAPPY@国立東京医療センター

[佐藤寧子 N s . p p t . より引用]

Tokyo Medical Center **A**lcoholic **P**rogram with **P**hysicians

2017年11月から開始

目的：現状の一般的なアルコール医療に繋げることが難しい患者をカバーする

治療につながる人がいるかもしれない
やってみないとわからない



治療目標：その人に応じて（動機づけ or 節酒 or 断酒）

期間：2週間の精神科入院

TAPPYによって

[佐藤寧子Ns. ppt.より引用]

- 参加人数： 計49名 （複数入院含めると57名）
- 性別： 男性37名 女性12名
- 平均年齢：53.5歳
- 診断： 全員がアルコール使用障害（DSM-5）を満たす
- 重症度：重症36名 中等度7名 軽度4名

終了後、専門医療に全員つながった！

- 当院通院となった患者23名：
 - 15名が断酒もくしは設定した節酒を継続。通院も継続している
 - 当院への再入院者は6名 （メンテナンス目的1名）（3回以上3名）
- 他院へ紹介した患者 18名
- 自助グループにつながった患者 名



本日のpresentation内容 III-1.

架け橋を実現するための施策提案

全国津々浦々 どの二次医療圏にも1つは存在する医療機関
= 救急告示を行っている総合病院 ≡ D P C 対象病院

2015年度 二次医療圏 343 (注1)

2018年度 DPC対象病院 1493 (注2)

厚労省科研「AI症に対する総合的な医療の提供に関する研究」

でリストアップされたAI依存症 全国医療機関数 228

うちソロプラクティスと思われるCl・Hpを除く数 167

(以下 167 機関を「AI医療機関」と記載)

注1：「日医総研ワーキングペーパー」より

注2：厚労省web-siteより

例えば・・・

月2回以上 上記「AI医療機関」から マッチングさせた総合病院へ
AI専門医(仮称)を派遣して・・・

総合病院精神科医の配置は二極化

日本総合病院精神医学会(JSGHP)が2年毎に行っている
基礎調査2018のデータより

(元データ提供：J S G H P 医療政策委員会:佐竹直子委員長)

アンケート回収数： 364病院

D P C 対象病院 323病院 非対象病院41病院

常勤精神科医の数：

大学病院本院はすべて二桁

一部の県立病院は5名以上～二桁

一方で 常勤医1名の病院 82

常勤医0名の病院 46

←常勤医師数未回答の病院があり実数はさらに多いと推測される

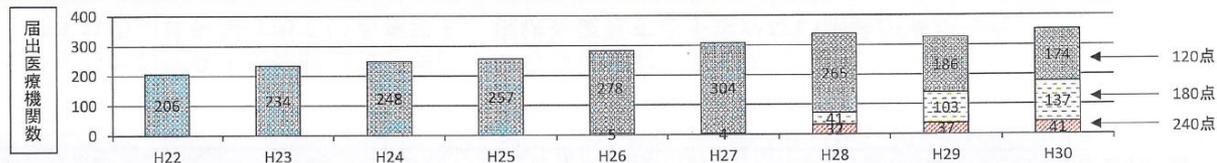
総合入院体制加算の「拡張」①

[中医協 2019年11月15日資料より]

総合入院体制加算の概要

A200 総合入院体制加算（1日につき/14日以内）
加算1：240点 加算2：180点 加算3：120点

	総合入院体制加算1	総合入院体制加算2	総合入院体制加算3
共通の施設基準	<ul style="list-style-type: none"> 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、それらに係る入院医療を提供している 全身麻酔による手術件数が年間800件以上 		
実績要件	<ul style="list-style-type: none"> ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上 イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上 ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上 オ 化学療法:1,000件/年以上 カ 分娩件数:100件/年以上 		
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上	上記のうち少なくとも2つ以上を満たす
精神科要件	<p>(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること</p>		
精神科要件	<p>共通要件</p> <p>精神患者の入院受入体制がある</p>	<p>以下のいずれも満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上 	<p>以下のいずれかを満たす</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○	—
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	3割以上	2割7分以上



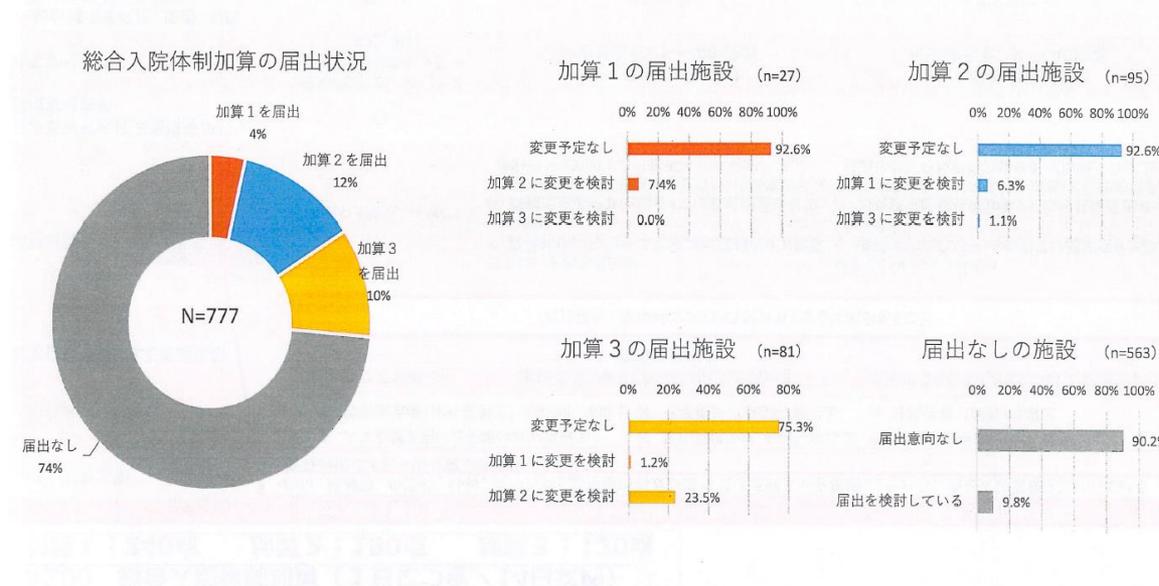
総合入院体制加算の「拡張」②

〔中医協 2019年11月15日資料より〕

総合入院体制加算の届出状況

診調組 入-1
元 . 9 . 2 6

- いずれかの総合入院体制加算を届出ている施設は約3割であった。
- いずれの加算を届け出ている施設も、現状を変更する予定がない施設が多かった。



精神科病床あり
41病院
常勤精神科医
(1.5-2)あり
137病院
常勤精神科医
(ひとり医長)
174病院
と推測される

総合入院体制加算の「拡張」③

JSPN 医誌 2019
【議題2-1】
2019.11.14.

●日本神経学会が主たる申請団体として提案する項目

提出番号	通し番号	未収載/既収載/部外管理料等	順位(未収載、既収載、A区分別々に)	要望名	概要	共同提案	記載担当者
285101	1	未収載	1	精神科包括的支援マネジメント料	非自発的入院患者などに対し、生活全般を総合的にアセスメントし入院治療計画を策定する。これに短い短期集中的に治療を行い、退院に向けての包括的支援計画を策定し多職種によるチーム会議にて方針を共有する。退院1か月後、その後の月毎をめぐり、他機関との定期的包括的支援会議を行いながら支援計画を作成、修正していく。これら一連の管理を評価する。	日本精神科病院協会、精神科七省部会	北村立
285102	2	未収載	2	精神科多職種チーム医療による回復期治療の強化	入院期間が1年を超えないようにするために回復入院医療を強化する必要がある。入院90日以上を経過した時点で多職種(常勤精神科医、看護師、精神保健福祉士、薬剤師、作業療法士、臨床心理士、および本人)により「回復期治療計画」を策定し、その結果を評価しながら月に2回以上のカンファレンスを実施する。入院時から1年未満での地域移行率が95%以上、95%で150名/日を「回復期治療強化加算」として精神保健福祉士加算に加えて加算	なし	松原三郎
285103	3	未収載	2	精神科作業療法計画策定・管理料	国際生活機能分類(International Classification of Functioning Disability and Health: ICF)を活用し、残存している機能と障害されている機能をアセスメントし、残存能力を明確化し、段階的訓練によってその能力の回復を促す精神科作業療法計画の作成による質の高い介入を評価する。	なし	北村立
285104	4	未収載	3	かかりつけ医との連携加算(うつ病等患者に対するかかりつけ医との連携加算)	うつ病等の精神障害の疑いにより精神科医連携加算を算定されて紹介された患者を算定し、適切な療養上の指図や諸投薬についての情報提供など治療方針等を示した情報提供を行った場合には、精神科医もかかりつけ医等連携加算を算定する。	日本精神科診療所協会	堀 俊仁
285214	18	既収載	14	診療情報提供料(I)入院先からの照会に対して診療情報を提供した場合にも算定できるようにしていただきたい	通院患者が通院中の医療機関が紹介することなく入院になった場合(措置入院や自殺企図などでの入院)に、入院先の病院から診療情報の提供を求められることが多いが、現在の算定要件は「保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合」となっているために診療情報提供料を算定できない。医療連携の重要性を鑑みて、この場合も算定できるようにしていただきたい。	なし	中野和広

既収載の項目へ追加

本日のpresentation内容 III-2.

架け橋を実現するための施策提案

e-Learningと

地域での「ネットワークづくり」 を兼ねた研修会をダブルで開催

先行事例

e-Learning : 緩和ケア研修会 P E A C Eプロジェクト

<https://peace.study.jp/pcontents/top/1/index.html>

地域での「ネットワークづくり」を兼ねた研修会

: P E E Cプロジェクト

保健所圏域ごとに関係者を募ってワークショップ開催

県内受講者は受講料を割引など

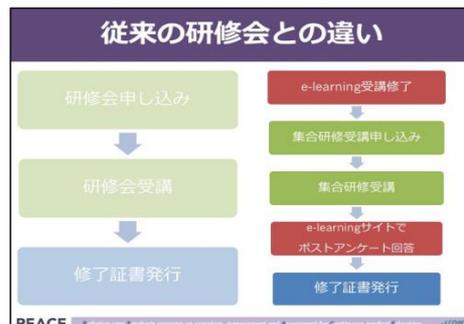
<https://jsem.me/training/peec.html>

研修会のCapacityを上げる方策①



従来の緩和ケア研修会は、都道府県によって「一般型緩和ケア研修会」か「単位型緩和ケア研修会」かが決められていました。

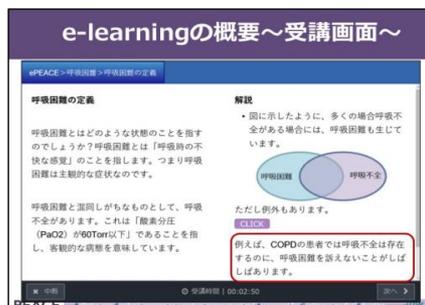
しかしいずれの研修会でも、研修会の申し込みを行い、合計2日間の研修会を受講することで、修了証書が発行される流れは同じでした。



これからの緩和ケア研修会では、従来の研修会での講義部分がeラーニング化されることになりました。

したがって、受講生は、図の右側に示したように、まずeラーニングを受講し、その後集合研修受講に申し込み、集合研修を受講し、さらに、eラーニングサイトでポストアンケートに回答することで、緩和ケア研修会の全ての過程を修了したこととなり、終了証書が発行されることとなります。

研修会のCapacityを上げる方策②



eラーニングのコンテンツは、従来よく見られたような、講義を聞く形式のものではなく、テキストを読み進めていくものとなっています。

画面の所々には、「クリック」ボタンが配置され、ここをクリックすると追加の情報が表示されたりします。このように、受講生が主体的に参加しながら、学んでいくことができる作りとなっています。

さらに深く学びたい人のため、主要論文はPubMedへのリンクが貼られアブストラクトが読めるようになっています。



従来の研修会では、お隣の人と話し合っ意見を出し合ったりしていたのですが、そのように自分が考える時間を作るため、画面のようにテキストを打ち込んで進めていく部分もあります。

研修会のCapacityを上げる方策③

e-learning修了テスト

- 必修10コンテンツ、選択5コンテンツのうち2コンテンツ以上（合計12コンテンツ以上）を受講し、修了テストを受講する
- 修了テストは各コンテンツの到達度テストの問題から出題される
- 基準に達すると合格
 - 不合格の場合には再受験も可能

必修の10コンテンツと、選択5コンテンツのうち2コンテンツ以上、つまり合計12コンテンツ以上を受講したのち、修了テストを受講します。

修了テストは、それぞれのコンテンツの到達度テストの問題から出題されます。

合格基準に達すると合格となります。不合格の場合には、できなかった問題を復習し、再受験をしてください。

e-learning修了証書発行の仕組み



プレアンケート、必修10コンテンツ、選択2コンテンツ以上の受講が終了し、e-learning修了テストに合格した時点で、修了証書の発行が可能となる

プレアンケート、必修10コンテンツ、選択2コンテンツ以上の受講が終了し、e-learning修了テストに合格した時点で、修了証書の発行が可能となります。

画面右上に表示されている「修了証書発行」ボタンをクリックすることが可能になりますので、このボタンをクリックして、修了証書を発行してください。

研修会のCapacityを上げる方策④

PEEC コース時間割



時間	内容
1時間前 20分前	スタッフ打ち合わせ、会場準備 受付開始
10分	コース開催挨拶(司会)、スタッフ紹介、トイレ案内 プレテストおよび回収、アンケート配布
20分	講義: 精神症状を呈する患者の初療アルゴリズムと精神科の現状など
ワークショップ 45分×4症例 (休憩15分×1回)	症例1 症例2 症例3 症例4 (グループ全員で協力しつつ対処法を考えている)
15分	まとめと質疑応答 ポストテストおよび解説
10分	アンケート記入および回収
20分	修了証授与、解散 反省会、撤収作業

本日のpresentation内容 III-3.

架け橋を実現するための施策提案

AUDITを簡易な心理検査として 診療報酬化を！

- ・ 世界中で検証され済みのスクリーニングテスト
- ・ 3つの概念領域に分かれており カットオフ値だけでなく

概念領域	質問番号	項目内容
危険なアルコール使用	1	飲酒の頻度
	2	通常の飲酒量
	3	多量飲酒の頻度
アルコール依存症状	4	飲酒に対するコントロール (自制) の障害
	5	飲酒の優先度の上昇 (increased salience of drinking)
	6	朝酒
有害なアルコール使用	7	飲酒後の罪悪感・後ろめたさ
	8	ブラックアウト
	9	飲酒関連のけが
	10	他者が飲酒を心配する

本日のpresentation内容 III-4.

架け橋を実現するための施策提案

医師国家試験にアルコール使用障害関連の問題を毎年1題以上は出題してもらおう！

* これだけ社会経済的インパクトが大きい
統合失調症よりも有病率が高い慢性疾患
なのになぜ毎年出題されないのですか???

精神科専攻医向けのテキストには必ず依存症の章をいれて具体的な記述をしてもらおう！

日本の主な精神科後期研修医向け 包括的テキストの調査

書名	記述の 有○無×	記述量(%) (総ページ数)	刊行年
精神科レジデントハンドブック 第2版	○	3.3% (269p)	2014年
Pocket 精神科 改訂2版	○	1.1% (418p)	2014年
精神科研修ノート	○	0.7% (544p)	2011年
精神科研修ハンドブック 第5版	○	2% (195p)	2015年
研修医のための精神医学入門 第2版	×	0%	2009年
好きになる精神医学 第2版	×	0%	2014年
精神科の専門家をめざす 改訂新版	×	0%	2012年

那覇市J堂の医学書コーナーで2016年8月下旬に調査

なお「記述の有無」はアルコール・薬物依存症などのアディクションに章を割いて記述しているものを「有○」そうでないものを「無×」と定義した

IV.既に行われている学会レベルの連携

J S A R P (日本アルコール関連問題学会)
& J S G H P (日本総合病院精神医学会) の
ジョイント・シンポジウム

『総合病院とのスムーズな連携』をテーマに開催

2018年9月	@京都	参加者数	約80名	大型台風後	7会場同時
2019年10月	@札幌	参加者数	118名！！		(主催者除く)
2020年7月	@福岡	開催内定			



総合病院ではほんとうに困ってます・・・

J S G H P 教育セミナー

『総合病院でのアルコール医療入門』

参加者150名以上！！（主催者除く） ← 専門医試験効果

J S G H P パネルディスカッション

『総合病院でアルコール患者さんを診よう！』

参加者 90名（主催者除く）

