資料３

東京都アルコール健康障害対策推進計画策定委員会

平川病院　　平成 30 年 12 月 6 日

アルコール病棟の変遷

1963 年(昭和 38 年)国立療養所久里浜病院にアルコール専門病棟が開設し、ほぼ同時期に国立武蔵療養所が開設された。

約 10 年後の 1974 年(昭和 49 年)に東京の成増厚生病院に民間の精神科で初めてアルコール専門病棟が開設しその後、全国にアルコール専門病棟が開設された。

アルコール依存症医療の展開に、東京都では 1982 年(昭和 57 年)「アルコール精神疾患専門病棟施設整備費等補助金交付要綱」が作られ、民間精神病院のアルコール専門病棟の増設に補助金を拠出し、アルコール依存症者の専門的治療を進められた。

昭和 62 年　駒木野病院
平成元年　　井之頭病院　桜が丘記念病院
平成 2、3 年　東京高尾病院
平成 3 年　　平川病院
平成 4 年　　高月病院
平成 6、7 年　東京足立病院
平成 7 年　　昭和大学烏山病院
平成 8 年　　よしの病院

しかし、アルコール依存症患者だけを入院させなければならない規定があり、他の疾患で利用できないため各病院は病床利用率の低さに苦しめられた。運営補助金も毎年のように削減され運営規約は多少、緩和された。だが、平成 22 年の診療報酬改定で重度アルコール依存症入院医療管理加算が創設されたことで、補助金もすべてカットとなった。しかし、建築補助があったため、相変わらず利用率は低迷した。昭和大学烏山病院、駒木野病院は、救急入院料算定病棟などへの転換のため、アルコールのプログラムを残すことでいわゆるアルコール専門病棟を返上したが、他の病院は現在も継続している。

平川病院のアルコール治療の紹介

１、　・本人や家族からの相談。(精神保健福祉士が電話・来所等にて相談対応)
　　必要があれば、ご家族が来院し医師と相談。
　　・一般救急病院や福祉事務所などの関係機関からの依頼。

２、　本人が外来受診（医師対応）
　・動機づけ
　・家族から本人が主役になるアプローチ
　・治療としては、外来と入院があり、選択いただく。
　・食事がとれない、歩けないなど絶対的な入院や、一人では止められないと本人が思う場合は入院とする。飲酒について問題意識が生まれない場合は、外来通院して経過観察する場合もあり。また、通所によるアルコール専門のデイケア部門の利用も検討していく。

３、入院治療（１）

a,閉鎖病棟（約１ヶ月間）
　・開放病棟では、再飲酒してしまう可能性や離脱症状の著しい場合は閉鎖病棟での入院とする。ほとんどが任意入院だが、離脱せん妄の場合は医療保護になる場合もある。
　・内科医師と共に身体合併症のチェックと治療を行う。時に、結核や癌など、内科的専門治療が優先される場合は、関係医療機関への転院依頼。
　・離脱症状の治療

閉鎖→開放へタイミングの見極めは、スタッフミーティング

ｂ,開放病棟（入院２ヶ月目～3ヶ月目）
　・認知行動療法　HARPP（CP、PSW、Ns、ＯＴの関与で、週２回 16 回１クール)後述
　・酒害教育（Dr、Ns、CP、OT、PT、PSW）
　　アルコール依存症と合併症についての知識の獲得
　　家族教室（PSW、Ns、CP）
　　退院後を見据えた家族の協力体制の構築
　・作業療法
　　退院後、飲酒に繋がらないための時間の使い方を学ぶ。
　・理学療法
　　退院後の生活に必要な運動機能の回復
　・集団栄養指導
　・服薬指導
　・自助会メッセンジャー
　・地域在住の当事者による院内のミーティング活動
　・外泊訓練
　　入院中からのデイケアのテスト参加

4、退院後の生活

自助会

AA・・・名前を名乗らなくていい。メンバーは主に患者。

断酒会・・・名前を名乗り、運営責任者を置き、
会費によって運営。家族も登録できる。

ＭＡＣ

自省館

５、外来通院

・アルコールデイケアの利用

・外来にて精神療法

６、問題点

・高齢化、認知症、コルサコフ症候群

・双極性障害、知的障害、発達障害など他の精神疾患との合併

・腹水、末梢神経障害による歩行障害などの身体合併症

治療プログラムのひとつである**HARPP**（集団認知行動療法）について

・作成までの経緯：2007 年より行っていたミーティング形式の集団プログラムから、2014 年より新たに薬物・アルコール依存に用いることのできるよう構造化されたプログラムを開始。

・スタッフ構成：CP、PSW、OT、Ns

・内容：

認知行動モデルを用いてアルコール依存のメカニズムや酒害についての学習を行うもの。他者の発言を聴き、患者それぞれ自身の体験や考えと照らし合わせつつ、再発および再使用防止計画を立案する。ただし、本プログラムは Matrix モデル（「底つき」や「否認打破」を治療理念とするそれまでの治療モデルとは異なり、治療離脱しないよう治療継続を賞賛し治療者側から積極的に動機付けを行うモデル）に基づいた SMARPP（Serigaya Methanphetamine Relapse Prevention Program）を改変して作成している。そのため、上記認知行動モデルを用いてはいるものの、認知や行動の修正を強制するものではなく、患者本人が治療意欲をもてることを第一優先としている。

・対象者：

アルコール依存症の診断がある入院患者 10～15 名が参加し、週 2 回全 16 回を 1 クールとして実施している。約2カ月で終了する設定となっており、3ヶ月の入院治療スケジュールに収まるようになっている。

・入院治療への活用：

プログラム外でも病棟 Ns が個別にプログラムの振り返りを行っており、テキストのスケジュール表を用いるなど、患者自身が実践できるようサポートしている。

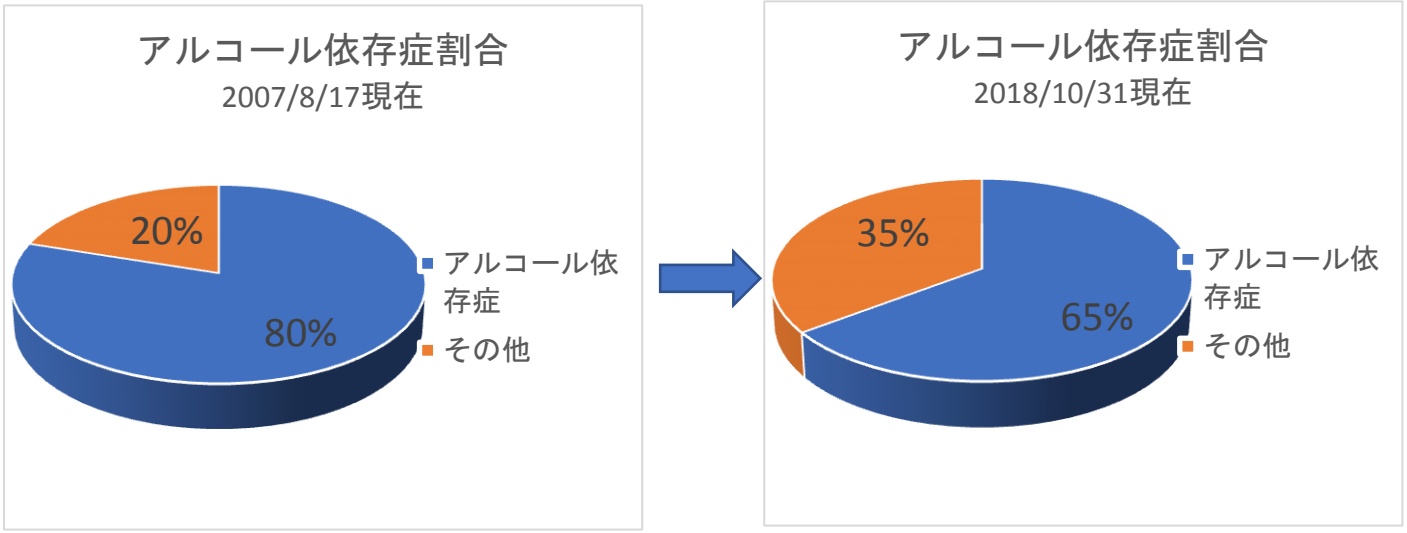
・内容の改訂について：

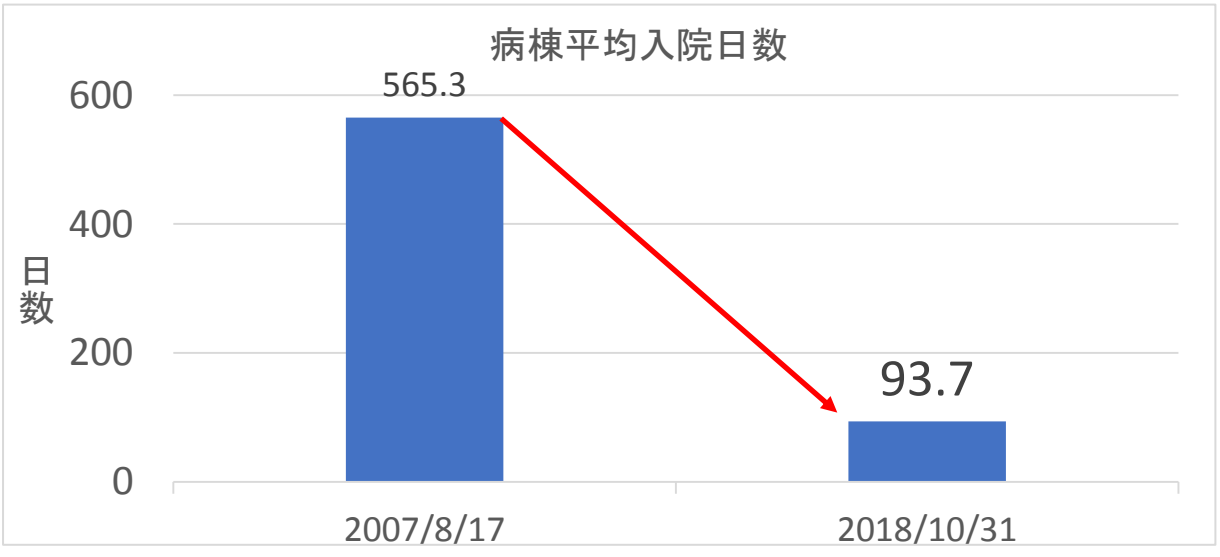
開始当初より、2 年ごとに改訂作業を行っている。入院治療という枠組みや入院患者層に即した内容を目指し、現在も改訂作業中である。

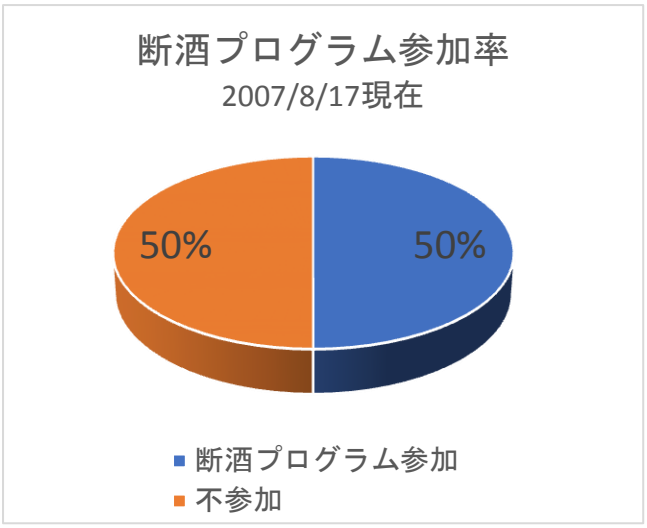
(参考資料)平川病院　アルコール病棟患者データ比較

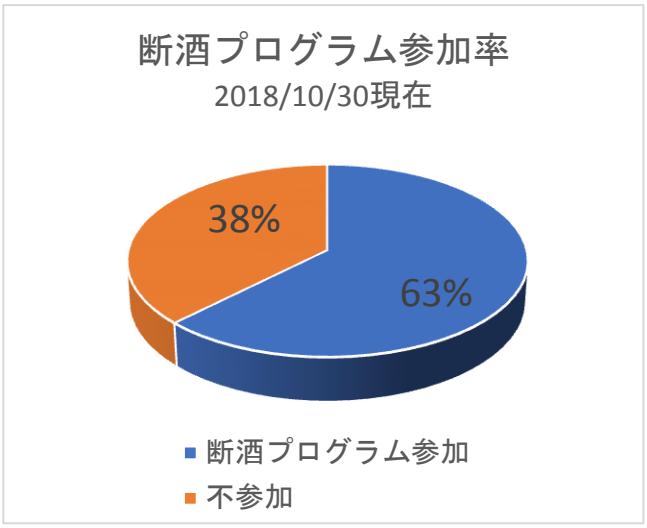
平川病院　アルコール病棟

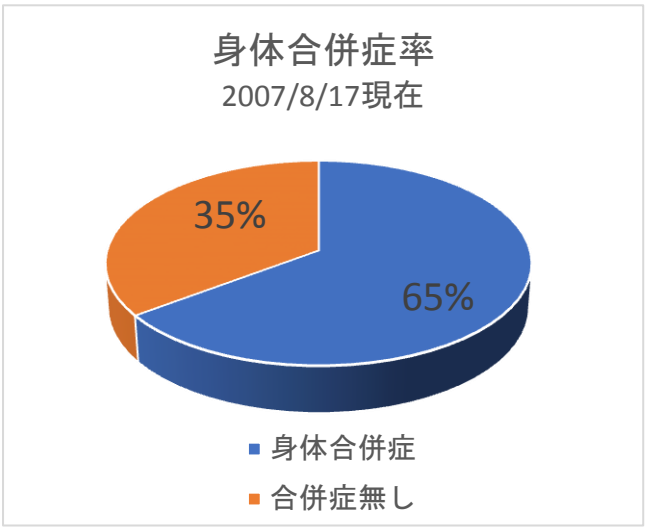
	2007/8/17	2018/10/31	データ比較
①アルコール病棟の病床数	50	45	
②入院患者	45	37	
③アルコール依存症 （アルコール使用＜飲酒＞による精神及び行動の障害）	36(80%)	24(64.8%)	↓
④平均年齢	61.7歳	59.8歳	↓
⑤平均入院日数	565.3日	93.7日	↓
⑥断酒プログラム参加	18(50%)	15(62.5%)	↑
⑦認知症診断	17(47.2%)	10(41.6%)	↓
⑧身体合併症	24(64.8%)	23(95.8%)	↑
⑨糖尿病	10(27%)	4(16.6%)	↓
⑩ADL(自立歩行可能)	27(75%)	18(75%)	→
⑪ADL(それ以外)	9(25%)	6(25%)	→
⑫生保受給者	23(62.1%)	13(54.1%)	↓

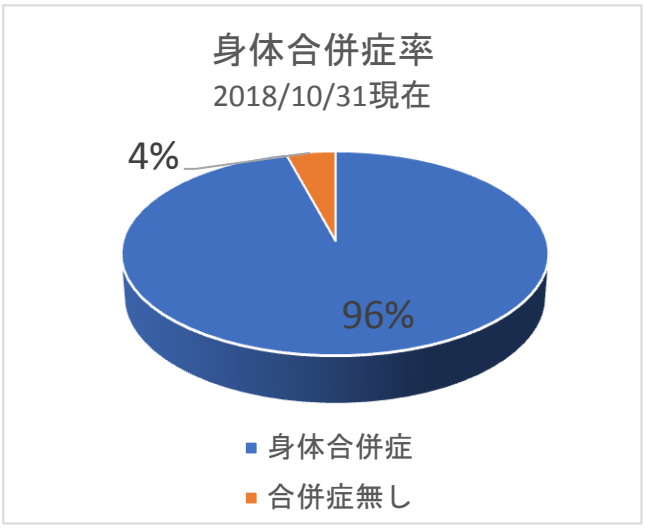












【考察】

③アルコール依存症診断患者の減少、⑤入院日数の減少

→都の運営補助金による影響?入院が長期化することが予想されてもアルコール依存症の診断名患者の受け入れをせざるを得なかった。

→「断酒の決意」「否認の打破」を重点に置く治療から「自身がどうしたいか」と本人の意向を主体とした治療に変化し、早期退院につながった。

→対象となる方は、介護保険サービスを利用し、施設入所・居宅サービス利用を積極的に行っている。

⑥断酒プログラムの参加者増加

→誰でも参加しやすいプログラムに変更した結果参加者が増えた。

→治療効果有無をスタッフだけで判断するのではなく、まずは参加し、経過をみながら評価していく。

⑧身体合併症患者の増加

→内科医師と共に身体的な合併症治療を行っている。当院では都事業(地域精神科身体合併症救急連携事業)を受託しており、身体管理が必要な患者についても積極的に受け入れを行っている。