

当学会では、ホームページでもお知らせしているとおり、平成20年度の診療報酬改定の際に以下に示す二つの提案書を提出しましたが、残念ながら通りませんでした。1つ目は「アルコール・薬物依存専門病棟入院医療管理加算」で、2つ目は「アルコール関連疾患患者飲酒指導料」です。平成22年度の改定に向けて再び提案書を準備中です。1つ目の方の内容はほとんど変わりませんが、2つ目の方は変更しておりますので、是非お目通しを頂き会員の皆様のご意見をお聞かせ願えれば幸いです。

日本アルコール関連問題学会理事長
丸山勝也

社会保険診療報酬改定に関する要望書

・ 要望書 「アルコール・薬物依存専門病棟入院医療管理加算（新設）」

要望点数：入院3ヶ月までの間、1日350点

以下の施設基準を満たすアルコール・薬物専門病棟において、入院後3ヶ月までの間、1日350点を算定する。

1. 当該病棟の病床数のうち、アルコールまたは薬物依存症患者が80%以上を占める。
2. 当該病棟において常勤の医師が2名以上配置され、うち1名は精神保健指定医であること。
3. 15対1以上の看護配置であること。
4. 作業療法士・臨床心理技術者・精神保健福祉士のうち、いずれか2名よりなる常勤スタッフが関与すること。
5. 個々の達成目標を掲げて計画的なリハビリテーション・プログラム（1日6時間以上）に従って運営されるもので、毎日診療録に記載と評価を記入すること。

要望理由：

1. 最近飲酒運転による死亡事故に関する相次ぐ報道がなされているにもかかわらず一向に減らない原因として、それらの多くにアルコール依存症が関係していることがあげられる。
2. アルコール・薬物依存症は、有効かつ適切な治療を行わなければ完治しない難治性疾患である。そのためモデルとなるリハビリテーション・プログラムを治療に取り入れた専門病棟を持つ施設が必要である。
3. アルコールあるいは薬物依存症の専門治療プログラムは、毎日午前・午後とも各種のプログラムで構成され、それを数ヶ月（ほとんどの専門施設で3ヶ月）続ける必要がある。
4. プログラムの中には、集団精神療法的なかわりと個別のきめ細かな精神療法的関与はいうまでもなく、家族や職場関係者等への治療的アプローチと環境調整が不可欠である。
5. そのため多数のマンパワー（医師1～2名、日勤帯の看護師・看護助手7～10名、その他作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士などがほぼ毎日関与）を必要とする。
6. 現在、上記の条件を満たすべく医療活動を行っている病棟では、入院精神療法、集団精神療法、作業療法などの診療報酬しか算定できず、それも重複算定が限定されているため極めて非採算となっている。
7. 飲酒に関連している医療費は約2兆円（総医療費の約7%）と報告されているが、アルコール・薬物依存症の治療がより有効に実施されるようになれば、これら莫大な医療費の節減に寄与できるばかりでなく、飲酒運転による死亡事故の防止にもなり、当該領域の治療モデルが確立できることになる。

参考資料

A. 点数の妥当性となる根拠

アルコールリハビリテーション・プログラムに関わっているスタッフは、日勤帯で医師1～2名、看護師・看護助手7～10名、その他作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士であり、デイケア（大規模）のスタッフよりかなり大人数が関与しているのが現状である。しかし現行では入院精神療法、集団精神療法、作業療法などの診療報酬しか算定できず、また種々の制約から、せいぜい入院1日あたり200点前後しか算定できない。デイケア（大規模）での診療報酬点数である660点に比較しても極めて非採算である。また14年度から児童・

思春期精神科入院医療管理加算の点数が350点であることから、アルコール・薬物依存専門病棟入院医療管理加算としては350点ぐらいの算定が妥当と思われる。

参考までにちなみに独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センターにおけるアルコール専門病棟の平成19年度の平均収支状況は年間診療収入2億6,249万円に対して支出は3億1,207万円となっており、1病棟当たり年間4,958万円の赤字となっている。また独立行政法人国立病院機構下総精神医療センターにおける薬物専門病棟でも、収入2億7,150万円に対して支出は3億2,460万円となっており5,310万円の赤字になっている。いずれの施設も、この診療報酬が加算されても現状で赤字がなくなるだけである。

なお疾患の特殊性より病棟利用率は85%前後を維持するのが精一杯であることを付記しておく。

B. 治療効果

現状では80万人いると報告（平成15年）されている多数のアルコール依存症者は、アルコール依存症として治療されている数はわずか2万人前後であり、ほとんどがアルコール関連疾患で一般診療科を受診していると思われる（大量飲酒が原因と推測されるケースが約119万人も存在するという報告がある）。これらの患者はアルコール依存症の治療がなされないため繰り返し受診し、そのためこれらにかかる医療費は約1兆1千億円（総医療費の7%）となり高額であると報告（1987年）されている。これを現在の医療費に換算すると33兆円×7%で2兆3千億円となり、現在の酒税である1兆7,600億円をはるかに超えている。現状のアルコール依存症の治療率は一般精神病棟では0%であり難治性である。一方、専門治療病棟の断酒率は平均30%。従って現状では既に、2,242名（1日患者数）×30%×14,360円（1日の診療報酬）×365日=35億2,536万円/年が医療費の削減に繋がっている。この要望書が認められれば今後さらにこれらの患者の早期介入・早期治療につながると推測され、医療費の無駄遣いを防止でき莫大な医療費の削減に繋がることは明らかである。

C. 対象患者数および総費用の概算

アルコール依存症患者は平成15年の調査で約80万人と報告されている。しかし現実に精神科に受診している患者数は約2万人前後である。平成18年11月の全国アンケート調査によると、アルコール・薬物専門病棟を持つ施設は60施設、69病棟である。このうち上記に示す施設基準を満たす病棟数は現在のところ24施設、29病棟（1,391床）だが、もしこの診療報酬が認められたとすると、その施設基準をとるという施設が49施設、57病棟（2,669床）となるものと推測される。またこれらの病棟の年間の病床利用率は平均84%である。従って対象患者数は当初は1日1,168名、最終的には2,242名となる。

以上より、当該診療報酬費用を3,500円に設定すると予想影響額は当初 年間 1,168床×365日×3,500円=14億9,268万円となるが、最終的には2,242床×365日×3,500円=28億6,415万円となる可能性がある。

・要望書 「アルコール関連疾患患者飲酒指導料（新設）」

要望点数： 個人指導350点，集団指導150点

入院中あるいは外来通院中の患者であって、アルコールの多飲により各種疾患が生じている患者に対して、医師の指示に基づき所定の研修を受けた管理栄養士，看護師，精神保健福祉士，心理療法士などが，所定のプログラムに従って個人あるいは集団指導を行った場合は，3回までに限り1回それぞれ350点（個人），150点（集団）を算定する。

1. アルコールの多飲による疾患としては生活習慣病としての口腔・食道がん，脳卒中，糖尿病，肝疾患，慢性膵炎，高血圧，高尿酸血症，さらにつづ病などが含まれる。
2. この指導に係る者の資格として，アルコール関連問題学会が認定した7時間以上のブリーフインターベンションあるいは早期介入をテーマにした所定の研修会を受講し，修了認定を受けたものとする。
3. 上記研修を受けた管理栄養士，看護師，精神保健福祉士，心理療法士などが当該保険医療機関で医師の指示せんに基づき，所定のプログラムに従い飲酒問題の評価，飲酒教育，介入などを行う。
4. 飲酒指導は1時間を目安とし，個人および集団（10人以内をミーティング方式により行う）に対して行う。
5. 所定のプログラムとしては，独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センターによるHAPPYプログラム（アルコール関連問題の早期介入プログラム）を使用する。
6. アルコール関連疾患飲酒指導料は初回を行った後，2週間および12週間後に2回目および3回目を行い終了とする。
7. 医師は，診療録に指示事項を記載する。指導者は診療録に指導内容について記載する。

要望理由：

1. アルコール依存症は極めて回復（治癒ではない）が困難な病気であり、それ以前の段階（アルコール関連疾患）での治療（早期介入）が必要である。
2. わが国には1日に純アルコール換算で60g（日本酒換算で3合弱）以上飲酒する多量飲酒者は約860万人、また日本酒換算で5合以上を飲酒している大量飲酒者は227万人いると推定され、そのうちの多数がアルコール関連疾患で一般病院を受診しているものと思われる。
3. 古い報告（昭和63年）ではあるが、アルコール関連疾患で医療を受けているものの数は約119万存在し、またアルコール性身体疾患に係る医療費は約1兆1000億円で総医療費の約7%を占めると同時に、同年の酒税と同額であったという。
4. 現在の総医療費は33兆円と言われているが、これを上記の報告と同じように7%がアルコール性身体疾患に係る医療費と仮定すると2兆3100億円となり現在の酒税をはるかに超えてしまっていることとなる。
5. アルコール関連疾患は悪化すると入院を主体とする医療を行うことにより改善するが、飲酒の指導無しに退院させるとまた飲酒を再開し身体疾患を生ずるといった悪循環を繰り返すので医療費の無駄遣いとなる。従って早期の飲酒指導が重要である。
6. 今まで飲酒指導が必要と思われてはいても、それに対する具体的なプログラムが無く、また指導をしてもなんの医療費も取れないので、それが広まることはなかった。
7. さらに平成20年度からは特定健診および特定保健指導が始まり、メタボリックシンドロームに関わる生活習慣としての飲酒指導が必要であるが、その指導法も確立されていない。
8. 以上より、このアルコール関連疾患飲酒指導料を広めることにより、アルコール症への進展を予防すると同時に、メタボリックシンドロームの予防・治療に寄与できることとなり、今後の医療費の節減に役立てることが出来る。

参考資料

A. 点数の妥当性となる根拠

現在個人栄養食事指導は15分以上指導した場合に130点が算定されている。当該指導は約1時間をかけて行うので、栄養指導の約4倍の時間がかかるのと、薬剤師による薬剤管理指導料が350点であることから350点くらいが妥当と考えられる。集団指導としては栄養食事指導が15人以下で、40分を超えると一人当たり80点となっているので、当該指導は1時間であるので10人以下として一人150点が妥当と考える。

B. 対象患者数および総費用の概算

対象患者は大量飲酒者数から推測して200万人程度と思われる。しかし当該指導料を算定するには、指導者が特定の研修を受けることが条件となるので、とりあえずの患者数は研修者数約50とし当該施設の当該患者が年間200例とすると全国で1万人程度と試算できる。

従って当該指導料に関わる総費用は年間：

個人指導とすると、1万人×350点×3回=1億500万円（約1億円）と概算される。

これを集団指導とすると、1万人×100点×3回=3,000万円と安価になる。

将来的に200万人の患者が当該指導を受けるとすると総費用は年間：

個人指導で200万人×350点×3回=210億円と概算されるが、集団指導では200万人×150点×3回=90億円と安価になる。

C. 治療効果

欧米での論文によると早期の介入による医療面でのbenefit/costは4.3であるという報告と、U.S. preventive services task forceによるBランクの評価があげられる。我が国でもまだ初期の段階であるが、HAPPYプログラムによる指導を受けた患者の約半数が飲酒量のコントロールが出来ている。

今後、当該飲酒指導がアルコール関連疾患患者全員に施行できるようになると、半分の患者の医療費が節減できることとなるゆえ、アルコール関連疾患に対する医療費として上記のごとく現代の医療費を2兆3,100億円と仮定すると、その半数の約1兆1,500億円が節減できることとなり、当該指導料で高価にあたる個人指導料に関わる総費用の年間210億円（=現在の医療費：33兆円×総医療費のアルコール性身体疾患にかかる医療費の割合：7%）を差し引いても、約1億円以上の節減が可能となるものと推測される。

Change!

～アルコール文化と医療への挑戦～

大会長 榎本 稔（榎本クリニック）

酒は人類の歴史とともにあり、古今東西あらゆる民族がそれぞれ独特の製法で、数十種のアアルコールを作り、アルコール文化を築いてきた。

近代資本主義の進展とともに産業化、都市化が進み、多くの人々が飲酒してさまざまな社会問題を起こし、酔っ払い・酩酊は「悪徳」とされ、道徳的抑圧体系の中に組み込まれて、社会的・道徳的に管理されるようになった。しかしジェリネックは「アルコール依存症は一つの疾病である」と主導し、続いてエドワーズが、アルコール依存症の用語を提唱し、さらにWHOがアルコール関連問題を主唱し、アルコール問題の医療化が進んできたのである。

この時点から、アルコール文化というきわめて社会的人間的現象を総体的現象にとらえず、精神疾患モデルに狭く定位し、主に精神医療で対応してきたのである。しかしながら、世界の繁栄とグローバル化が進む中、アルコール文化の光と陰は拡大し、さらに多くの人々が大量のアアルコールを飲むようになり、臓器障害となり、司法問題を起こし、社会問題化し、もはや精神医療の手だけでは対応できなくなっている。

今後は、アルコール文化（光と陰）と医療に挑戦し、全てをChange!していく必要がある。

大会テーマ	CHANGE!	～アルコール文化と医療への挑戦～
大会長	榎本 稔（医療法人社団榎会 榎本クリニック）	
大会URL	http://www.al31.com/	
会期	平成21年7月17日（金）・18日（土）	
会場	ホテルメトロポリタン 〒171-8505 東京都豊島区西池袋1丁目6番1号 TEL：03(3980)1111 URL： http://www.metropolitan.jp/	

一般演題募集のお知らせ

第31回東京大会では一般演題（口頭発表）を募集いたします。
お申込みは全て大会webサイトにて承ります。

募集期間 平成21年2月1日～平成21年4月30日

詳しくはwebサイトをご覧ください。

事前参加申込みについてのお知らせ

今回はwebサイト上で事前参加申込みを承ります。

事前参加申込みは 平成21年2月1日～平成21年6月30日 を予定しております。

事前参加申込みをされる方はwebサイトの申込みページにて必要事項をご記入の上、お申込みください。

	学会員・非学会員	学生・当事者・当事者の家族
事前申込み	¥7,000	¥2,000
当日参加	¥8,000	¥3,000
懇親会費	¥7,000	

平成21年6月30日までに参加費のお振込が確認できない場合、当日参加扱いとなりますのでご注意ください。

第31回日本アルコール関連問題学会 東京大会事務局
(お問い合わせはFAXまたはEmailにてお願いいたします)
〒171-0021 東京都豊島区西池袋1-2-5
医療法人社団榎会 榎本クリニック内 担当：増村
TEL：03(3982)5345
FAX：03(3982)6089
Email：al-31@enomoto-clinic.jp