

平成 29 年度大阪府依存症関連機関連携会議第 3 回依存症治療支援部会

【議事概要】

依存症治療を行う医療機関の拡充の方策について

(1) スーパーバイズ機能について

- ・保健所が相談拠点になることもあり、地域のスーパーバイズ機能を担えるのではないか。
- ・精神医療センターではすべての医師がすべての病気をみる体制をとっており、院内の S V 機能として、各依存症のリーダー医師に相談しながら診療を進める体制を取っている。
- ・地域でも精神医療センターの S V 機能のような体制を取っていく。

(2) 人材養成について

- ・研修や治療ツールの内容検討などが具体的になっていけばと思う。
- ・養成には事例検討会が必要では。
- ・専門医療機関、相談拠点になるトレーニングを受けた人や指導者を養成する。

(3) 社会資源との連携推進について

- ・すぐに医療機関につながらないケースもあるので、相談拠点などで長くつながると回復が進むのではないか。
- ・相談員が司法に関する知識を身に着けることが必要。
- ・医療の役割は鑑別診断をして、相談拠点につなぐこと。
- ・依存症をみない診療所が増えたように感じる。医療の拡充は難しいので、相談を充実させるのが良いのでは。
- ・入院を挟んだ方が、後々の治療継続率が倍くらい良い。外来のみだと 14 か月、入院経験があると 24 か月。これまでは一律の治療しかなく、軽症に対応できていなかった。
- ・司法や債権整理については知らないことが多い。自分の医療機関の幅を広げるのは難しいかもしれないが、保健所の嘱託医なら他の依存症もみることができるのでは。医師が他の依存症の勉強をして、保健所での相談に活かす方法もあるのでは。

(4) その他

- ・資料 1 の「やめる、やめないにこだわらない」という表記より、「患者とつながり続ける」といった表記に変えてはどうか。
- ・やめていないからという理由で排除するのはよくない。再使用は回復につきものである。ハームリダクションという概念も結構浸透してきているのではないか。
- ・断酒か節酒かのはっきりとした目安はない。連続飲酒から孤独死につながるような危険がある場合は、断酒が必要。節酒であっても、断酒をめざした節酒であればよい。断酒か節酒かの判断はむずかしい。SOS をきちんと出せるか、AUDIT の点数などから節酒と判断するのはよいが…。
- ・医療機関が重症度を測り、困難例を拠点医療機関や専門医療機関で支援するというのは、良い仕組みだと思う。
- ・精神医療センターでも家族支援に力を入れていきたいと思っている。生活のことなど、相談を本人だけでなく、家族への支援を充実させることで、スリップのきっかけが少なくなると思う。ただ、保険点数外となってしまうので、病院としては採算があわない。
- ・地域生活支援部会との連携が必要。
- ・処方薬依存は多いように感じる。ギャンブル依存症もうつを合併していたり、受診が多

いかもしれない

- ・医療機関が現状に困っていれば、提案に乗ってくれると思うが、アルコールは困っていても違法薬物は困っていないのでは。

処方薬依存について情報提供・課題の共有

- ・処方薬が山積みになっていないと安心できないという人もいる。
- ・関西アルコール関連問題学会でも 20 年前からこの問題を扱ってきた。薬物探索行動が激しく、月 2000 錠以上もらっているような人は、通院・入院でも減薬対処が難しい。精神依存はないが、身体依存がある人が多い。エチゾラムは特に切れる感じがわかる。過沈静による問題や離脱症状が出る。
- ・うつ病で 20 年以上通院している人によく話を聞くとベンゾジアゼピンによる過沈静の場合がある。もともと断薬の調整は難しく、薬の離脱症状で、うつ症状が 2～3 倍出てくることもあり、4 カ月くらいかかってなんとか薬をやめる。本人はやめたい動機があるのでがんばる。
- ・低用量でも依存になる。認知症と診断されていても、薬を切ると症状がなくなる患者がいる。
- ・処方薬なので、発端は医療であり、依存の予防が重要。
- ・処方開始時に処方中止を計画しておくべき。ベンゾジアゼピン系は薬を断っても、2 週間くらい効果が継続するため素面の患者に会えない。処方薬依存の人は、入院適応でない（酒蔵でアルコール依存症の合宿をするようなもの）。
- ・薬を出さないと採算とれないため、岩倉病院では専門病棟が 2 年でなくなった。
- ・イギリスでは保険きくのは 2 週間までと決められている。処方薬依存は今後の課題。
- ・ベンゾジアゼピンは基本的に乱用薬物ととらえ、頓服の使用に限定すべき。