

## 第105回日本精神神経学会総会

## シンポジウム

## 精神作用物質使用障害の入院治療：「薬物渴望期」の対応法を中心に

成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター）

わが国のアルコール依存症の入院治療は、集団教育プログラムを中心とした標準化された治療システムが普及しているが、薬物依存症については専門治療施設が極端に少なく、治療システムはなきに等しい。入院治療の対象は、治療動機のある依存症患者と中毒性精神病患者に大別され、治療目的は、①治療の動機づけ・疾病教育・情報提供、②解毒の治療・精神病状態の治療、③リハビリ施設や自助グループへのつなぎ、に集約される。

埼玉県立精神医療センターでは、薬物依存症の入院治療を、40床の男女混合閉鎖病棟である依存症病棟でアルコール患者と同等に行っている。入院を、I期治療（解毒・中毒性精神病の治療）とII期治療（依存症自体の治療：行動修正）に分けており、後者は8週間の集団教育プログラムへの参加を主とし、任意入院が原則である。I期とII期を意識的に分けることで、解毒のみ繰り返すのではなく、依存症の治療に取り組むことの重要性を強調している。急性の中毒性精神病患者は急性期病棟に入院することが多いが、その際は速やかに依存症病棟スタッフが出向いて連携を図っている。入院治療に関する留意点としては、①入院前から治療関係作りと動機付けを十分に行っておくこと、②入院前から薬物療法により精神症状の安定を図っておくこと、③入院治療についての十分な説明と同意を得ておくこと、④依存症患者の特徴をふまえた対応をすること、⑤薬物渴望期の十分な理解と対策ができてることなどである。薬物渴望期とは、入院後1~2週間して始まり2~3ヵ月で徐々に落ち着く、易刺激的、易怒的、情動不安定などの特徴を示す依存症に特有な時期である。治療者は、この時期の特徴を「症状」と認識して慎重に対処することが大切であり、チェックリストの利用も有効である。薬物依存症者に対して陰性感情をもたず、「尊厳あるひとりの人間」として敬意を持って向き合うことが何より重要である。

## はじめに

わが国のアルコール依存症の入院治療は、集団教育プログラムを中心とした、ほぼ標準化された治療システムが普及している。しかし、薬物依存症については、専門治療施設が全国に十数施設しかなく、治療システムはなきに等しい状況が続いている。

埼玉県立精神医療センター（以下、当センター）では、1990年の開設当初からアルコール依存症の集団教育プログラムを行っているが、薬物依存症に対しても同様のプログラムを実施してきた。現在は、依存対象物質に関係なく同等の立場で同一のプログラムに参加する形をとっている。

また、2006年4月より新たに精神科急性期治療病棟が開設されたことに伴い、薬物依存症治療においても病棟機能分化が進んでいる。以上を踏まえて、当センターにおける薬物依存症の入院治療の実際について提示し、入院治療における留意点について、特に入院治療の成否を左右する薬物渴望期の特徴とその対応法を中心に述べる。

## 1. 薬物依存症の入院治療

薬物依存症の入院治療対象は、①治療動機のある依存症患者、②中毒性精神病患者に大別される。薬物乱用・依存のみを理由とする非自発的入院は原則として行えない。このような患者に対しては、

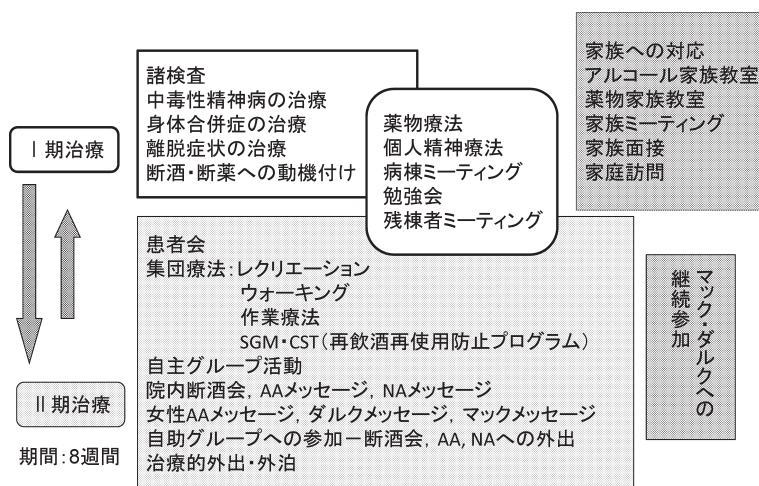


図1 入院治療のシステム

入院に先立って断薬や治療の動機づけが必要である。また、わが国の主要な問題薬物である覚せい剤と有機溶剤は、共に強力に精神病状態を引き起こすことから、中毒性精神病として精神科救急の場に登場することも多い。その際は、精神病症状治療後に依存症治療につなぐことが重要である。

入院治療の目的としては、①治療の動機づけ・疾病教育・情報提供、②解毒と精神病状態の治療、③リハビリ施設や自助グループへのつなぎ、の3点に集約される。依存症は慢性疾患であり、入院治療のみで完結するものではない。入院治療は、退院後に薬物を使用しない生活を続けていくための準備・土台作りであり、糖尿病の教育入院に似た性質のものである。

## 2. 埼玉県立精神医療センターにおける入院治療

### (1) 入院治療の概要

当センターは、さいたま市の北、伊奈町にある精神科単科病院で5病棟200床からなる。依存症の治療は、40床の男女混合閉鎖病棟である依存症病棟で行っている。入院患者の約70%がアルコール依存症、約30%がアルコール以外の薬物依存症で、その大半が覚せい剤依存症である。最近の傾向としては、覚せい剤患者の比率が高いこ

とは変わらないが、多剤依存傾向が目立ち、気分障害、パーソナリティ障害、摂食障害、パニック障害、自傷行為、引きこもりなど他の精神疾患合併例や多くの症状を抱えるケースが多く、治療の焦点を絞りにくくなっている。2008年度の薬物別の内訳では、覚せい剤が37名(63%)、向精神薬が12名(20%)、有機溶剤、鎮咳剤が各4名(7%)などで、有機溶剤の減少と向精神薬の急増傾向がみられる。

病棟スタッフは、精神科医3名、看護師20名、精神科ソーシャルワーカー2名、臨床心理士1名、作業療法士2名(兼任)である。

入院治療は、I期治療(解毒・中毒性精神病の治療)とII期治療(依存症の治療:行動修正)に分けている(図1)。前者は、薬物療法・個人精神療法が主であり、後者は、集団教育プログラムへの参加が主である。I期治療の期間は個別の状況により異なるが、II期治療は原則8週間と定めている。I期とII期を意識的に分けることで、単に解毒のみ繰り返すのではなく依存症の治療に取り組むことの重要性を強調している。I期治療の間に治療関係を深め、断薬の動機づけを続けながら、II期治療に取り組む意欲を高める働きかけを行う。

集団教育プログラムの内容は、病棟ミーティング、酒歴・薬歴発表、勉強会、残棟者ミーティング、自助グループ・リハビリ施設からの各種メッセージ（以上はⅠ期から参加）、作業療法、小グループミーティング（SGM）、再飲酒・再使用防止プログラム（CST）、ウォーキング、レクリエーション、自主グループ活動などがある。プログラムに参加して4週間すると自助グループに通い始め、毎週末に治療的外泊を施行する。退院予定日が近づくと酒歴・薬歴発表を行い、担当者と共に退院後の具体的なプランを作り、退院後の生活を想定して長期外泊を行うこともある。当センターの治療プログラムは、①自助グループ・リハビリ施設へのつなぎ、②疾病教育、③認知行動療法、④運動・レクリエーション、⑤家族教室・家族療法に分類できる。

このように、Ⅰ期・Ⅱ期治療を通して断薬および治療の動機づけ・疾病教育・情報提供を行いつつ、Ⅰ期で解毒・精神病状態の治療、Ⅱ期でリハビリ施設や自助グループへのつなぎを進める。入院治療は依存症から回復するための準備・土台作りの期間であるとの認識から、退院後、外来通院と共にリハビリ施設や自助グループにつながり、頓挫せずに回復が進んでいくために良好な治療関係を築いておくことが大切である。

## (2) 外来での治療関係構築と動機付け

薬物依存症の入院治療を行う場合、入院適応かどうかの判断が大切であり、入院決定までのプロセスが入院治療の成否を決めるくらいに重要である。

入院治療の目的を達成するためには、外来でできるだけ良好な治療関係を築き、治療の動機づけを行い、病棟ルールや行動制限について十分説明し同意を得ておくこと、「薬物渴望期」の特徴についても具体的に説明しておくこと、精神症状に対して薬物療法を開始して可能な限り安定化しておくことが不可欠である。これらの作業を慎重に行わずに入院治療に導入しても、薬物使用欲求の高まりやストレス耐性の低下により容易に不適応

を起し退院してしまう。また、退院しなくても治療以外のことに注意が向き、反治療的な行動をとってしまう。活発な精神病症状がある場合は速やかに入院治療に導入するが、そうでなければ外来でできることをまず外来で試みる。性急で強い入院希望がある場合でも同様である。性急な入院希望は単に待てないことの表現であることが多く、入院してもすぐに退院してしまう。早く入院することが大切なのではなく、治療関係の構築と動機づけを入院前に十分に行うことが大切である。このことが、病棟の治療的雰囲気乱さないために必要であり、入院後に迎える薬物渴望期を乗り越えるためにも重要な意味を持つ。脱落しやすい薬物依存症患者の入院治療が有効に行われるかどうかは、入院前の外来治療によるところが大きい。

## (3) 薬物渴望期の特徴と対応<sup>2,4,6,8,9)</sup>

入院治療が頓挫したり困難になったりする要因として、薬物渴望期の症状が重要である。これは、アルコール、薬物の種類にかかわらず、離脱期（退薬期）の後、入院1~2週から目立ち始め、2~3ヶ月で徐々に落ち着く易刺激的、易怒的、情動不安定などの特徴を示す依存症に特有な時期である。精神病状態で入院した場合は、症状消退後1~2週間してみられることが多い。この時期を越えると、別人のように落ち着くことが特徴であり、治療的に慎重な対応を要する。スタッフはこの状態を依存症の症状として認識し、早めに対処しないと、いたずらに患者に対して陰性感情を強め、治療は失敗に終わってしまう。また、症状の特徴を前もって本人や家族に十分説明しておくことで、症状として受け入れやすくなる。当センターでは、自己チェックリスト<sup>8)</sup>（表1）を利用して担当者が関わっている。チェックリストを使い経時的な変化を追うことにより、患者自身が「症状」として理解しやすくなる。そして、渴望期の問題をスタッフと共有でき、現在の状態を踏まえた目標設定ができる。加えて、スタッフは統一した対応が可能になり、渴望期の症状に振り回されにくくなるという利点もある。

表1 薬物渴望期の症状 自己チェックリスト使用例  
(覚せい剤依存症：29歳男性)

症状	0週	1週	2週	3週	4週
1 焦りの気持ちが高まり、ちょっとしたことが気になる。腹が立つようになる。周囲に怒りっぽくなり、暴力的な態度に出してしまう。	○	◎	○		
2 病棟のルールが守れなくなる。自分勝手な言動がでてしまう。		◎	◎	○	○
3 過食傾向となったり、たばこの量が増える。	◎	◎	◎	◎	○
4 異性或ギャンブルなどへの関心が高まる。		◎	◎	○	
5 頭痛、歯痛、不眠、イライラなどの苦痛を訴え、すぐに薬が欲しくなる。がまんができず、薬がもらえないとイライラが高まる。		◎	◎	○	
6 借金や仕事上の約束、やり残したことなどが気になり、突然、外出泊したくなる。		○	◎		
7 入院生活に対する不満が出てきたり、または、断酒・断薬の自信がわいてきて、突然退院したくなる。		○			
8 弱々しい患者や若いスタッフに対して、「弱い者いじめ」や「あげあし取り」をし、仲間はずれにしたり、攻撃を向けてしまう。		◎	○		
9 面会者や外来患者に、アルコール、薬物の差し入れを依頼する。					
10 生活のリズムが乱れ、昼夜逆転傾向が目立つ。	◎	◎	○	○	

◎かなり当てはまる ○少し当てはまる

この時期の対応策として、頻回な声かけと面接、不安焦燥感・易刺激性に焦点を当てた薬物療法の調整、不安の原因となっている現実問題の整理、運動やレクリエーションなどがあげられる。この時期までにどの程度治療関係の構築や動機づけができていたかにより、結果が左右される。渴望期を乗り越えられることは入院治療の重要な目的のひとつである。概して、渴望期はアルコール患者より覚せい剤などの薬物患者に、高齢者より若年者に顕著な傾向があり、入院直前まで薬物を使用していたケースに典型的である。薬物依存症の入院治療を困難にしたりスタッフが陰性感情を募らせたりする大きな要因に、薬物渴望期の症状があげられることから、この問題に適切に対処することで、薬物患者の受け入れが容易になることを強調したい。

#### (4) 急性期病棟との連携<sup>5,6,8,9)</sup>

薬物患者は、急性の中毒性精神病で急性期病棟に入院となることが多い。2008年度、当センター急性期病棟では34名の薬物患者が入院してお

り、そのうち31名は覚せい剤患者である。しかし、多くの医療機関では精神病状態の治療が終了すると早々に退院処遇となり、依存症治療につながらないばかりか精神科治療からも離れてしまっている。

当センターでは、2006年4月の急性期病棟開設に伴い、依存症病棟は依存症自体の治療に特化することになった。精神病状態で緊急入院を要する患者は急性期病棟への入院を原則とし、渴望期を依存症病棟で対応しつつ、依存症治療への動機づけ・行動修正を行うという病棟機能分化が明確になった(図2)。

ここで大切なのが両病棟間の連携である。具体的には、依存症患者が急性期病棟に入院となった際に入院直後から依存症病棟スタッフが関わって評価し、依存症治療への導入が必要と判断された場合は、精神病症状の極期が過ぎた時点で速やかに転棟を進めている。転棟が適切でない場合でも、依存症外来につなぐことを念頭に入院中から関係作りを積極的に行っている。家族に対しては、個別相談と家族教室を通して、疾病教育・情報提

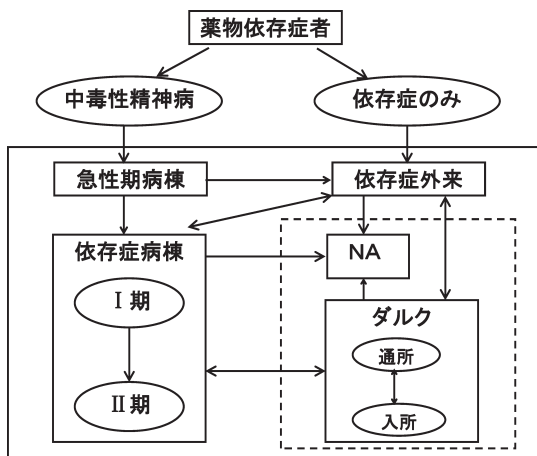


図2

供・心理的サポートなどを行う。薬物依存症に基づく中毒性精神病で精神科救急の場面に登場する例は少なくないが、そのほとんどが依存症の治療につながっていないわが国の実情をみると、この連携は極めて重要であると考えている。

急性期病棟から依存症病棟への転棟を進める場合に留意しておくこととして、まず、両病棟のスタッフが依存症に関して治療指針を共有し、連携を密にしておくことである。クリニカルパスの利用も有用<sup>5)</sup>である。そして、薬物渴望期の特徴を理解した対応を、両病棟のスタッフが熟知しておくことである。転棟の時期は基本的に渴望期の前が望ましい。精神病状態のピークと渴望期のピークを避けた介入が原則となる(図3)。

#### (5) 自助グループ・リハビリ施設との連携<sup>6,8)</sup>

薬物依存症からの回復は病院では完結せず、地域の中でこそ進められる。そのため、自助グループであるNA、リハビリ施設であるダルクへのつながりはきわめて重要である。入院治療中のNAやダルクとは、本人は各種メッセージを通して、家族は家族教室でそれぞれ接点を持つことになる。参加計画は担当者が関わって立案し、初回参加は同伴している。NAメンバーやダルクスタッフと病棟スタッフとの間に、回復についての共通した

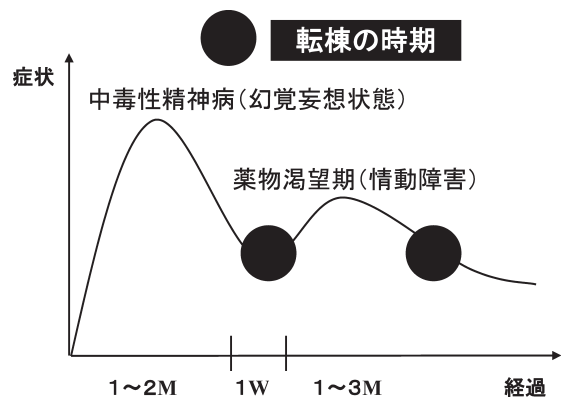


図3 中毒性精神病症状と薬物渴望期

認識と信頼関係がなくてはならない。普段からの交流を通して情報交換を重ね、互いに「顔の見える関係」を作っておくことがきわめて重要である。

当センターと埼玉ダルクとの連携として、①ダルク入寮者の入寮時診察と通院治療の継続、②緊急対応・処方薬の整理・解毒・病状評価目的の入院、④メッセージ・薬物家族教室への協力依頼、⑤ダルク入寮・通所に関する調整依頼、⑥SAYAねっと<sup>7)</sup>(埼玉薬物依存ネットワーク)を通しての情報交換、などを行っている。最近は、「ダルク主導型」の治療パターンをとるケースが増えているが、これは双方向性の連携を重視している現状では当然のことであろう<sup>4)</sup>。

### 3. 基本的な薬物依存症患者への対応<sup>4,6,8,9)</sup>

依存症の基には対人関係障害があるといわれる。実際、薬物依存症患者の多くに「自己評価が低く自分に自信がもてない」、「人を信じられない」、「本音を言えない」、「見捨てられ不安が強い」、「孤独」、「自分を大切にできない」などの特徴がみられる。スタッフは、これらの特徴を十分理解して関わる必要がある。基本的には、彼らを「尊厳あるひとりの人間」としてきちんと向き合うことである。一般的にわれわれは薬物依存症者に対して、初めから「厄介な人」、「怖い」、「犯

表2 依存症病棟スタッフの心得

1. 患者ひとりひとりに敬意をもって接する。
2. 患者と対等の立場にあることを常に自覚する。
3. 患者の自尊感情を傷つけない。
4. 患者を選ばない。
5. 患者をコントロールしようとしない。
6. 患者にルールを守らせることにとらわれすぎない。
7. 患者との1対1の関係づくりを大切にす。
8. 患者に過大な期待をせず、長い目で回復を見守る。
9. 患者に明るく安心できる場を提供する。
10. 患者の自立を促す関わりを心がける。

罪者」などと陰性感情を持つことが多く、そのことを彼らは敏感に感じている。これでは治療開始の時点で既に困難が予想される。逆に彼らは、自分たちが初めから陰性感情を持たれていると確信していることも多い。そのため、スタッフの何気ない言葉や態度に傷つき、怒りや攻撃性を高めてしまう。

一方、彼らの中に「このままではいけない」、「変わりたい」、「回復したい」という思いが存在することも事実である。そして、自分を理解してくれ、信用して本音を話せる存在を求めている。人の中であって安らぎを得ることができなかつたために、薬物によるかきめその安らぎを必要とし、のめり込んだ結果が依存症である。とすると、人の中であって安心感・安全感を得られるようになった時、薬物によって気分を変える（酔う）必要は消失しているはずである。だからこそ、薬物依存症からの回復のためには、根底にある対人関係障害を改善していくことが必要である。その回復を実践する場がNAでありダルクである。これら「回復の土壌」につなぐための準備と橋渡しは、医療機関の重要な役割である。

対応に関して、病棟スタッフが留意している点を表2に示す。スタッフ自身が心身共に健康であり、余裕をもって柔軟に対応できること、多職種チームでバランスをとりながら個別の対応を大切にすることが求められる。

違法薬物、特に覚せい剤の尿検査については、治療的目的にのみ利用しており、依存症治療の過

程では陽性であっても司法機関への通報は行わないことを原則としている<sup>8,9)</sup>。

#### 4. 認知行動療法的アプローチを取り入れた 新たな依存症治療の展開

わが国の依存症入院治療は、以前より心理教育、ミーティング、運動・レクリエーション、作業療法などの組み合わせを主に行われてきた。そして、入院治療の目標として、退院後に自助グループにつなぐことが最も重視されてきた。しかし、それは容易ではなく、有効な治療結果が得られないと、その原因を患者の意欲の問題や否認の問題として放置されていた。今後は、海外のエビデンスに基づいた認知行動療法的アプローチをモデルとして、わが国でも新たな取り組みが始められている<sup>13)</sup>。今後は、従来の治療に加え、再発防止法、動機付け面接法、随伴性マネジメントなどを取り入れた、包括的な治療のパッケージを作ることが課題である。その際には、「行動変容ステージモデル」<sup>10)</sup>に即した治療法の工夫が治療の有効性のために重要である。

#### おわりに

埼玉県立精神医療センター依存症病棟における入院治療の概要について述べた。

入院治療に関する留意点としては、①入院前から治療関係作りと動機づけを十分に行っておくこと、②入院前から薬物療法により精神症状の安定を図っておくこと、③入院治療についての十分な説明と同意を得ておくこと、④依存症患者の特徴をふまえた対応をすること、⑤薬物渴望期の十分な理解と対策ができてきていることなどである。特に、薬物渴望期にみられる特徴的な症状の理解と適切な対応は、臨床上極めて重要である。

薬物依存症の入院治療は、それのみで完結するものではなく、その後いかに「回復の土壌」であるNAやダルクなどにつないでいくかが大切な課題である。薬物依存症からの回復には、治療システムの構築とその核となる治療共同体などの社会資源の創設が不可欠<sup>4,7,11)</sup>であるが、現状では

未だに一民間りハビリ施設であるダルクの孤軍奮闘が続いており、確立された治療体制はなきに等しい。

わが国の薬物依存症者が、あたりまえに「病者」として回復の支援を受けられる日が来ることを切望している。

#### 文 献

1) 小林桜児, 松本俊彦, 和田 清ほか: 覚せい剤依存患者に対する外来再発防止プログラムの開発. 日本アルコール・薬物医学会誌, 42; 487-506, 2007

2) 小沼杏坪: 薬物依存症のガイドライン. 薬物依存症ハンドブック (福井 進, 小沼杏坪編). 金剛出版, 東京, p. 63-76, 1996

3) 森田展彰, 末次幸子, 嶋根卓也ほか: 日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討. 日本アルコール・薬物医学会誌, 42 (5); 487-506, 2007

4) 成瀬暢也, 高澤和彦: 物質依存症の入院治療. 精神科治療学, 111; 49-56, 2004

5) 成瀬暢也: 埼玉県立精神医療センターにおける覚

せい剤精神疾患のクリニカル・パス作成の検討. 精神科救急, 10; 24-28, 2007

6) 成瀬暢也: 公的病院からみた物質関連障害の治療の現状と課題. 日本精神科病院協会雑誌, 27 (3); 29-35, 2008

7) 成瀬暢也, 吉岡幸子, 岡崎直人ほか: 薬物依存症の地域ネットワーク開発研究 (I). 平成 16-18 年厚生労働省精神神経疾患研究委託費「薬物依存症・アルコール依存症・中毒性精神病治療の開発・有効性評価・標準化に関する研究」総括研究報告書; 121-139, 2007

8) 成瀬暢也: 規制薬物関連精神障害の初期対応と連携のあり方. JAEP 教育研修会テキスト Vol. 1, 48-61. 日本精神科救急学会, 2009

9) 成瀬暢也: 薬物患者をアルコール病棟で治療するために必要なこと. 日本アルコール・薬物医学会誌, 44 (2); 63-77, 2009

10) Prochaska J.O., Velicer W.F.: The transtheoretical model of health behavior Change. American Journal of Health Promotion, 12 (1), 38-48, 1997

11) 和田 清: 医療モデルの違いとしての精神作用物質依存症治療. 精神科治療学, 19; 1281-1287, 2004