

特集 日本の精神科医療を展望する——精神科救急の立場から——

薬物依存症に対する治療・処遇と回復支援における光と影 ——急性期治療から地域生活支援まで——

小沼 杏坪

本稿では、精神科医療における薬物依存症の診療の受け皿のさらなる拡大を期待して、筆者の長年の薬物依存者に対する治療・回復支援の臨床経験から、基本的な治療的アプローチについて説明をし、併せて医療法人「せのがわ」で実際に行い良好なエビデンスをもたらす包括的支援体制について報告した。

〈索引用語：薬物依存症の治療のプロセス，薬物渴望期，条件契約療法，ケア付き共同住居，精神科訪問看護〉

I. はじめに

わが国では、昨年来の有名歌手らによる覚せい剤乱用事件や力士・大学生などの大麻乱用事件に関する一連のマスコミ報道のように、裁判より以前に職業剥奪・学籍剥奪という非常に厳しい社会的制裁が先ず科せられるという社会的背景から、また厚生労働省・警察庁が推進する「ダメ！ゼツタイ！」という麻薬・覚せい剤撲滅運動の成果もあって、先進諸国の中では薬物乱用問題に対する第一次予防（発病の予防）のレベルでは成功裡に推移しているといえる。

しかし長年、薬物依存者の治療・処遇と回復支援という薬物乱用問題の第二次予防（早期発見・早期治療による重症化予防）と第三次予防（治療・処遇後の再発予防）に取り組んできた精神科医である筆者の立場からすると、せめて逮捕の時点では休学・休職の扱いとして刑事手続き後に専門病院での治療命令を発してその後の社会復帰を期待して欲しいのである。医療的対応，社会福祉的対応の体制整備が行き届かないために、結局、90%以上の薬物乱用者・依存者は厳然たる「取締法」の網に引っ掛かって大した治療的アプロー

チを受けることもなく、非常に厳しい刑事司法の領域で処遇をされているのが現状なのである⁵⁾。したがってこのような「影の部分」を背負っている薬物乱用者・依存者の〈回復の権利〉をきちんと保障するべき時期に来ていると思われる。またそれが当事者とその家族の切なる願いなのである。シンポジウムでは、診療の受け皿のさらなる拡大を期待して、筆者の長年の薬物依存者に対する治療・回復支援の臨床経験から治療的アプローチについて基本的な説明をし、併せて医療法人「せのがわ」で実際に行っている包括的支援体制について報告したが、本稿では紙面の都合上、後半部分をかなり割愛して報告する。

II. 薬物依存症の一般的な理解と望ましい対応について

嗜癖の精神病理についてゲーブザッテル^{1,2)}は、「〈身体の痛み〉，〈こころの痛み〉に堪えず、生きている実感を得るために示す自己確認・自己治療の努力が薬物の乱用・依存の契機となっている」と述べている。心身の痛みは個人的なものであり、治療者は依存者が示す社会的な問題行動だけに目

表1 薬物依存者のもつ特徴的問題^{4,11)}

1. 依存対象物質の効果に対する過剰な動機づけ
2. 断薬そのものの困難さと断薬継続の困難さ
3. 薬物依存の過程で形成される①意欲面, ②情動面, ③道徳面での性格変化とそれに伴う人間関係の障害
4. 離脱症状としての自律神経症状や精神機能の異常
5. 急性中毒および慢性中毒による二次性の身体症状および精神症状
6. 犯罪, 事故, 家庭問題, 職業問題, 経済問題などの社会的問題
7. 社会生活上のストレスに対する抵抗力の弱さ・再発のしやすさ
8. 他剤依存への移行のしやすさ

を奪われるのではなく、当事者が生育の過程や家庭・学校・地域環境から受けてきた生きづらさ、〈身体の痛み〉、〈こころの痛み〉に全人間的に寄り添いながら、薬物の使用開始から現在に至るまでの薬物依存の経過について丹念に傾聴し、その中から専門家として一段上の回復のレベルに到達するためのメニュー（方策）を提示し、そのメニューを食べるかどうかの選択は決して強制せず、本人に任せて見守るというケース・マネジメントの手法を用いることが大切である。

1. 薬物依存者のもつ特徴的問題

表1は筆者^{4,11)}のアルコール・薬物依存者との付き合いの中から〈薬物依存者のもつ特徴的な問題〉を整理したものである。治療・回復の支援者にとって最も大切で必要なことは、「薬物依存者は意思薄弱で再発を繰り返すのではなく、依存対象薬物の使用に対して非常に強い意思を有している。その強い意思を回復する方向に転換・努力すれば、必ず回復することを信じること」と思われる。

さらに薬物依存の過程では、意欲面・情動面・道徳面という3つの領域で性格変化が認められ、それに伴って普通の人間関係が成り立ちにくくなるのである。まず、薬物の反復摂取による多幸感・充足感を常時経験することから、〈意欲面での障害〉がもたらされると思われる。さらに薬物

の禁断・離脱時にみられる焦燥的・易怒的状态の積み重ねから〈情動面での障害〉がもたらされる。薬物摂取中心の生活のため、薬物を反社会的手段を使ってでも入手することから、〈道徳面での性格変化〉がもたらされると考えられる。治療に結びつかないでいる期間が長くなればそれだけ、薬物依存の過程で蓄積されていく意欲面・情動面・道徳面の性格変化が著明となって、薬物依存者の家族依存と家族の共依存もまた、進行していくものである。有機溶剤乱用に小学生時代から絡んでいけば、人格形成不全という状態にまで発展し、それに伴う人間関係の障害が見られるのである。性格変化の進行に伴って治療者側の困難もまた、大きくなる。したがって薬物依存者が性格変化をきたさないうちに、また薬物依存者の家族依存、家族の共依存の進行しないうちに、できるだけ早期に治療に結び付けることが望ましい。そのためにも、精神科臨床医には薬物依存症への理解と、忌避しないで診療を引き受ける度量とが必要になるのである。

2. 薬物依存者の回復の最終目標

薬物依存者の回復の最終目標であるが、表1に示すような特徴をもつ薬物に絡んだ状態から、〈薬物の絡まない質の新しい生活の習慣を獲得する〉ところまで回復支援する必要がある。すなわち、①あらゆる薬物を使わない、②こじれている家族の絆を再構築する、③薬物の絡まない友人から支えられる、④積極的にレジャーを楽しむ、⑤雇用関係が安定する、⑥自分の家庭を持つ、まで薬物依存者と治療者との息の長い共同作業が必要である。その期間は新しい生活習慣を身につけるまで、「石の上にも3年」の言葉通り、「今日一日断酒・断薬」を積み重ねながら、最低でも1000日は必要となるのである。

3. 薬物依存症の病気としての特徴

Macdonald¹⁵⁾ (1984)は薬物依存症の病気としての特徴を、①基礎的疾患、②進行性の病気、③家族を巻き込む病気、④慢性疾患、⑤伝染性疾

患,そして⑥強力に死に至る病気と整理している。ここで薬物依存症は基礎的疾患(primary disease)であって、アルコール依存症における肝機能障害や覚せい剤依存症における精神病性障害のような二次的疾患の治療を行うだけでは不十分であり、基礎的疾患である薬物依存症の治療をも、きちんと視野に入れて対応を考えることが先ず大切である。もう一つ肝腎なことは、薬物依存症は生活習慣病といわれる高血圧症や糖尿病と同じく慢性疾患であるので、薬物依存症の治療の主体は薬物依存者自身であることである。

4. 「医療法人せのがわ」における薬物依存症の治療の基本姿勢

薬物依存症の治療の基本姿勢として、最近筆者は次の事項が必要と考えている。

- 1) 薬物依存症という病気を持った悩める人として受け入れ、ワン・ステップ上の回復に必要なメニューを提示する。そして薬物依存者による自己選択・自己責任の理念を認め、再発しても決して見放すことなくアルコール・薬物から「こころ」を取り戻すまで支援を続ける。
- 2) 刑事司法の領域では、薬物の再使用は懲罰のさらなる長期化で対応されるが、医療福祉の領域では、再発はワン・ステップ上の回復レベルに上がるための良いチャンスと捉え、拒絶することなく、スリップの中から再使用に至った諸条件を整理・排除することによって、断薬継続のための新たな方策を獲得するように指導する。
- 3) 薬物依存者に対する期待：将来の治療チーム・スタッフの一員となる Recovered Peer Counselor を育てることであり、再発を繰り返せばそれだけ、そこから回復したノウハウを提示できるのであるから、貴重な人材となる。
- 4) 家族に対する治療教育 (Detachment with Love)：イネイブリングを行っている家族は当事者の精神状態から再使用の予知やその後

の経過に関する予測が可能であり、言うなれば、既に「看護の眼」を持っているのであるから、専門的な治療はいつでも病院が引き受けるという保証さえ与えれば、良き看護者・賢い看護者として協力してもらうことができる。早すぎる家族の切り離しは大切な治療資源の損失であると思われる。

なお、薬物依存の形成過程で加わった情動面・道徳面での性格変化から、人間として許されない違反行為(病棟内での窃盗・度重なる喧嘩・性的な問題・薬物の持込など)を悪びれもせず行う場合には、病院側からのイネイブリングとなるので、治療関係が断絶するのは止むを得ないことと思われる。

III. 精神科救急医療における薬物関連精神障害

図1において、平成14年における全国推計入院外受療者、すなわち外来通院患者の疾病別割合をみると、F1の〈精神作用物質使用による精神および行動の障害〉は、全体のわずか1.7%を占める程度となっている。一方、精神科救急を受け持っている都立豊島病院精神科、千葉県立精神科医療センターにおいては、救急外来受診患者のうちに占める〈中毒・依存群〉はそれぞれ12%、10%の高い比率を占めている。また広島県・市から精神科救急医療センターに指定されている瀬野川病院(定床325)における診断別入院患者の割合を見ると、2009年1年間に1000人を超える入院患者数のうち、〈アルコール・薬物関連〉が30%を超えている。従って、一般精神科病院と比較して、精神科救急を担当する精神科病院に勤務する医師はアルコールを含めた薬物関連精神障害の患者を、比較的多くの診療する機会があると判断されるのである。

1. 入院患者の診断別残存曲線

瀬野川病院における入院患者の医事統計から診断別残存曲線(図2)をみると、ICD-10のうち、F11-19の〈アルコールを除く精神作用物質使用による精神および行動の障害〉では、2月目には

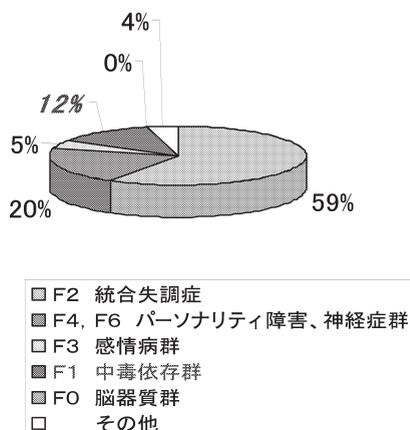


図 1-1 豊島病院の救急受診 424 人の診断構成 (2003 年度)

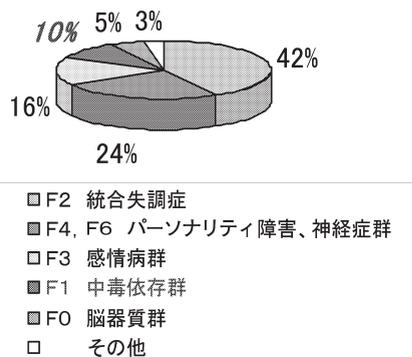


図 1-2 千葉県精神科医療センターの救急受診 724 人の診断構成 (2003 年度)

参考：全国推計入院外受療者の疾病別割合 (H 14 年)：〈F 1：精神作用物質使用による精神および行動の障害〉は全体の 1.7% を占める。

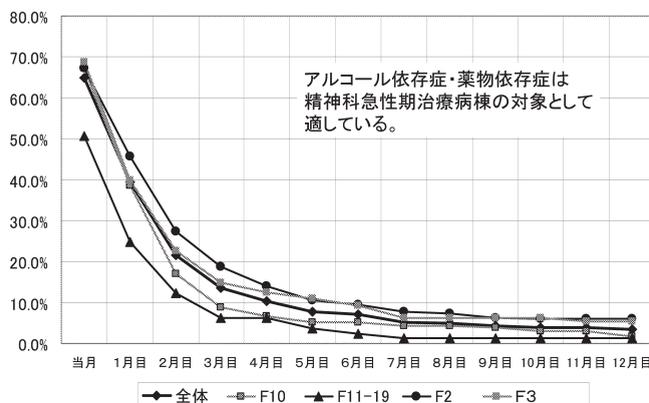


図 2 瀬野川病院における入院患者の診断別残存曲線
年間入院患者 922 名 (2007.1.1~12.31, 定床 325)

10%以下になっており、F10の〈アルコール使用による精神および行動の障害〉では、3月目には10%以下になっている。一方、F2(統合失調症)およびF3(感情障害)においては、共に6月目で漸く10%以下になっていることから、アルコール依存症・薬物依存症は精神科急性期治療病棟、救急入院料算定病棟の対象として適していることがわかる。

2. 精神科救急学会員を対象とする薬物関連精神障害の診療に関するアンケート調査結果

図3は平成18(2008)年10月に浜松で開催された第14回日本精神科救急学会に共同報告者の倉田・田村・近藤ら¹⁴⁾が報告した薬物関連精神障害の診療に関する日本精神科救急学会所属の精神科医師に対するアンケート調査の結果の一部である。平成18(2008)年6月に実施したのであるが、対象449名中187名、41.7%の回収率であ

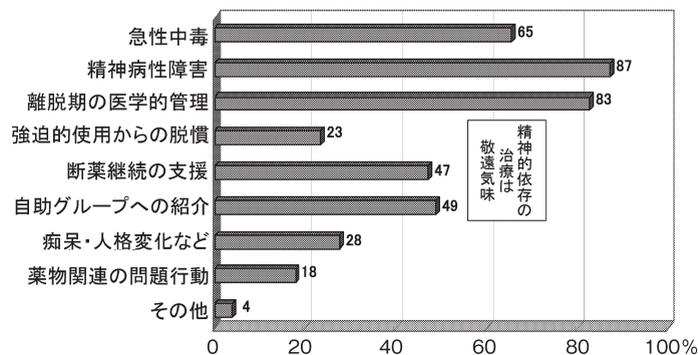


図3 薬物関連精神障害の診療における直接の治療目標 (複数回答)¹⁴⁾

った。

〈アルコールを含めた薬物関連精神障害の診療における直接の治療目標をどこに置くか〉という設問に対する回答であるが、直接の治療目標として、①〈急性中毒〉、②〈精神病性障害〉、③〈離脱期の医学的管理〉については、比較的高い比率を占めている。しかし、④〈強迫的使用からの脱慣〉、⑤〈断薬継続の支援と依存症候群からの回復支援〉、⑥〈自助グループへの紹介〉という薬物依存症の治療に密接に関わる項目が選択される率は、前3つの項目と比較して、低い傾向にある。このことはすなわち、覚せい剤に限らずアルコールを含めて、比較的診療機会が多い精神科救急学会所属の精神科医師でさえ、薬物による依存症候群、特に精神依存の治療には忌避的傾向が強く、診療の受け皿が小さいことが窺われるのである。

3. 「精神科救急医療ガイドライン (規制薬物関連精神障害)」⁷⁾ の発行

日本精神科救急学会では、薬物による依存症候群の診療機会が比較的多い精神科救急学会所属の精神科医師から忌避感情を払拭してもらうことなどを期待して、2007年1月19日に「精神科救急医療ガイドライン (規制薬物関連精神障害)」を発行した。米国保健政策研究局 (AHCPR; Agency for Health Care, Policy and Research) の提示するエビデンス・レベルの分類からすれば、未だわが国における規制薬物関連精神障害の治療

に関する研究は、残念ながらレベルIII (比較研究、関連研究、症例対照研究など、よくデザインされた非実験的記述的研究による) やレベルIV (専門委員会の報告や意見、あるいは権威者の臨床経験) のエビデンスしか整っていない状況であるので、現時点における「エキスパート・コンセンサスによる医療の現状報告」と考えているのである。今後、ランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial) に基づく研究結果の集積が望まれるのである。

ガイドライン発行後、2000部が完売したことを契機として、最近になって米国マトリックス・モデルに準拠した認知行動療法の教本が出揃ってきたこともあり、改訂作業を開始したところである。

4. 覚せい剤依存症の周期的使用で見られる三相構造 (図4)

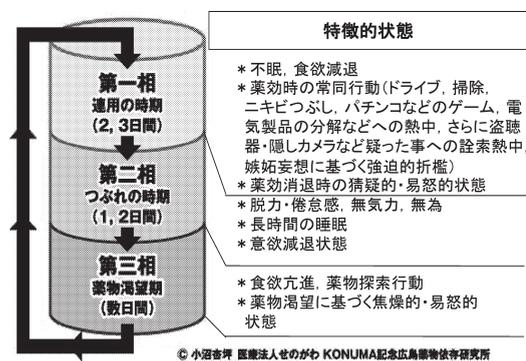
マトリックス・モデルに取り上げていない認知行動療法のテーマは、わが国独自の覚せい剤精神病の見方の基になっている逆耐性現象についてである。

重要なことは、覚せい剤使用の初期には認められないが、段々と薬効時に認められるようになる「常同行動」は覚せい剤精神病の前駆状態と考えてよく、未だ精神病を発現していなくても、少量の抗精神病薬を投与して発病を抑制しておくことが治療予後を高めると思われる。図中には、筆者

の所属する施設名が入っているが、「これは筆者にイチイチ断わらなくとも、〈変更なしで〉気楽に使ってくださって構わないですよ」という意味である。

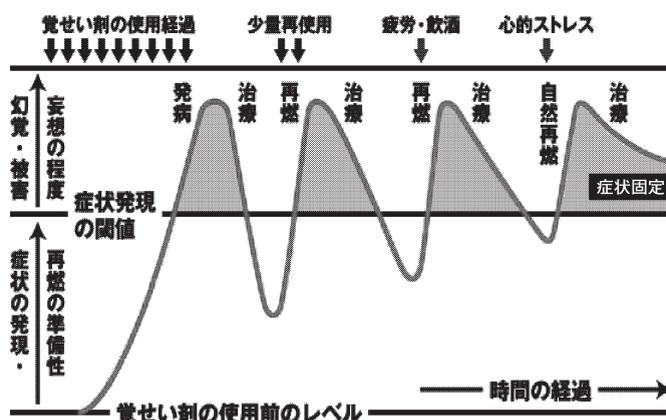
5. 覚せい剤精神病の発病と再燃の経過の模式図 (図5)

図5は覚せい剤精神病が再燃の度に発現しやすくなり、治まりにくくなることを表わした模式図



薬効時の常同行動は覚せい剤精神病の前駆状態

図4 覚せい剤依存症の周期的使用で見られる三相構造^{3,10)}



覚せい剤精神病は再燃の度に発現しやすくなり、治まりにくくなる

図5 覚せい剤精神病の発病と再燃の経過の模式図^{6,9,10)}

である。入院期間中の集団精神療法や刑務所で行う覚せい剤再乱用防止の講話では、この図は非常に有用と思われる。また、覚せい剤精神病の再燃・増悪の要因としては、①覚せい剤の再使用、②飲酒、有機溶剤・大麻の使用など他の依存性薬物の使用、③治療薬としての抗精神病薬の急激な減量や中断、④夜間不眠、夜間労働、昼夜逆転の生活、⑤極度の身体疲労、⑥心理的ストレスなどが挙げられる。特に飲酒によって病的症状の再燃を繰り返す事例では、抗酒剤の服用で良好な経過となることがある。

6. 薬物依存症の治療のプロセス (表2)

ガイドラインでは、薬物依存症の治療のプロセスを、表2に示すように、①本人を治療に導入するまでのプレ・ホスピタル期、②薬物の連続的使用からの脱慣を目的とするホスピタル期、③アフターケアとして薬物のない生活習慣を身につけるポスト・ホスピタル期に区分し、ホスピタル期はさらにa) 前期の離脱期、b) 後期の薬物渴望期に区分して解説している。急性期治療で特に重要なのは、表3に示す薬物渴望期の患者にみられる強い薬物渴望と関連する特徴的な言動であり、シンナーや覚せい剤に絡んで、若いときから非行文

表2 薬物依存症の治療のプロセス^{7,8,9,13)}

治療の段階	プレ・ホスピタル期	ホスピタル期		ポスト・ホスピタル期
	治療導入期	急性治療期(薬物の連続的使用の終結)		断薬継続期
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・家族内危機への早期介入 ・「薬物依存症」が再発を繰り返す慢性の病気であり治療の主体は本人であることへの家族と本人による理解 ・本人による「底つき体験」 ・本人の治療への導入, 断薬の意思表示 ・治療方法・回復の可能性の認識 	a. 前期(離脱期) <ul style="list-style-type: none"> ・解毒(急性中毒症状の治療) ・断薬への取り組み開始 ・禁断症状の管理 ・薬物関連の身体障害と精神障害の改善 	b. 後期(渴望期) <ul style="list-style-type: none"> ・強い薬物渴望に基づく情動障害(焦燥的・易怒的状态)への対応 ・断薬継続の動機づけ(依存過程の洞察) ・生活リズムの回復 ・薬物関連の身体障害と精神障害の改善 ・社会適応能力の向上 	(3年間以上の断薬) <ul style="list-style-type: none"> ・トンネル現象(抑うつ・焦燥・不眠・頭痛・耳鳴など心気的愁訴)への対応 ・経済的自立 ・家族関係の再構築 ・薬物のない生活習慣の確立
方法	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に対する指導・教育 ・本人による薬物関連問題への直面 ・薬物依存症の過程における身体的・精神的および社会的問題についての治療者と本人による的確な評価 ・治療者による回復に向けての具体的な治療メニューの提示 ・本人の自己選択とその結果の自己責任 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物の排出促進 ・薬物からの隔離・禁断 ・類似作動薬の置換漸減療法による禁断症状の抑制・緩和 ・禁断症状の経過観察 ・薬物関連の身体障害と精神障害の診断・治療 	<ul style="list-style-type: none"> ・薬物からの隔離の継続, 断薬後の症状経過の説明 ・借金・住居・夫婦関係など身辺諸問題のケースワーク ・薬物使用による社会生活上の利得と損失のバランス・シートの作成・検討 ・生活指導, 薬物療法, 個人・集団精神療法, 運動療法, 作業療法, 認知行動療法など ・薬物関連の身体障害, 精神障害の治療継続 ・社会生活環境の調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来カウンセリング, 条件契約療法, 抗うつ剤などによる薬物療法 ・集団精神療法, 自助グループ(NAなど)への参加, 環境療法(治療共同体) ・再発時の早期受診の勧め, スリップの中から断薬継続への教訓を獲得 ・住居・職業の斡旋, 生活扶助 ・家族の治療への参加, 家族会への参加 ・社会生活環境の調整

化に親和性のある依存者では、薬物渴望感の訴えもかなり厳しいものがあるが、この時期を尻込みせずきちんと対応して入院を継続すれば、見違えるように聞き分けも良くなって、入院治療の意義も理解し、断薬意思のさらなる強化が図れるのである。

7. 覚せい剤関連精神疾患に対する治療方針

筆者が国立下総療養所および現在の「医療法人せのがわ」において実行している覚せい剤精神疾患の治療方針は以下の通りである。

①覚せい剤精神病は原則として非自発的入院を選択し、主に薬物療法により幻覚などの精神病症

状の消退を図る。その際、薬物渴望に基づく焦燥的・易怒的状态が強く見られる期間(薬物渴望期)は、覚せい剤の再使用の危険が高く、したがって精神病症状の再燃危険性が高いため、非自発的入院を継続する。

②精神病症状を呈していない覚せい剤依存症は予め、入院治療期間(1.5~2カ月間)を提示して、「精神保健福祉法」により十分な人権的配慮の下に、閉鎖病棟という構造によって、確実に覚せい剤から隔離・禁断することの意義を説明し、インフォームド・コンセントを得て任意入院とする。薬物渴望期に表3に示す特徴的な言動によって退院を強要する場合には、それら

表3 薬物渴望期の患者にみられる強い薬物渴望と関連する特徴的な言動¹⁹⁾

1. 焦燥感が高まり、易刺激的、易怒的で威嚇的、暴力的態度をとりやすい。
2. 病棟のルールを守れず、自分勝手な行動が目立つ。
3. 過食傾向がみられ、喫煙も増える。
4. 異性やギャンブルなどに関心が高まる。
5. 頭痛・歯痛、不眠・焦燥感などを辛抱できず、性急かつ執拗に薬剤を要求する。
6. 借金や仕事上の約束などを理由に、唐突な外出・外泊の要求をしてくるが、これらの要求は薬物入手のため外出する口実に過ぎないことが多い。
7. 入院生活に対する不満を訴え、あるいは過剰な断薬の自信を表明して唐突に退院要求をしてくる。
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「揚げ足取り」をし、排斥しようとしたり、攻撃を向けたりする。
9. 退院する患者や面会者、外来患者に酒やシンナー・覚せい剤などの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。

が精神依存の表現であることの理解を促すとともに、入院時に示した治療意思について再確認を行う。必要があれば、精神保健福祉法第22条の4第3項の退院制限をかけ、根気強く治療的働きかけを行うことが有効に作用する。

- ③薬物依存症を専門的に診療している医療機関であれば、比較的大勢の外来患者が受診してくる。この場合、再使用した患者は多くの場合、覚せい剤を所持して入院中に知り合った仲間の外来患者を勧誘することが多いため、治療環境をドラッグ・フリーに維持することが必須の条件となる。退院直前に、図6に示す「条件契約療法」を勧めると、本人・家族共に協力的で、きちんと契約が成り立つのである。最近、事前に自ら再使用したことを申し出た場合には、検査は実施しないで、素直に再使用に至った経過を振り返り、断薬継続のための教訓を得て、初心に戻って再度、止め続けるよう努力することを誓うことの条項を追加した。

上記に示すような治療の方針を守って、退院後3～8年（平均5.5年）経過した十分に状態の安定した時点での治療転帰を後ろ向き調査した結果、

約束書	
<p>私は本日から覚せい剤の脱慣と断薬継続のため、条件契約療法による外来通院治療を希望します。その条件として、今後外来受診の度ごとに、自己尿を提出し、検査の結果、尿中に覚せい剤が陽性に出た場合には、その尿を持って最寄りの警察署に自首することを約束します。これは私の覚せい剤依存からの回復に向けた強い意思の表明です。</p> <p>なお、事前に自ら再使用したことを申し出た場合には、検査は実施しないで、素直に再使用に至った経過を振り返り、断薬継続のための教訓を得て、初心に戻って再度、止め続けるよう努力することを誓います。</p>	
主治医殿	平成 年 月 日
住所：	
氏名：	印

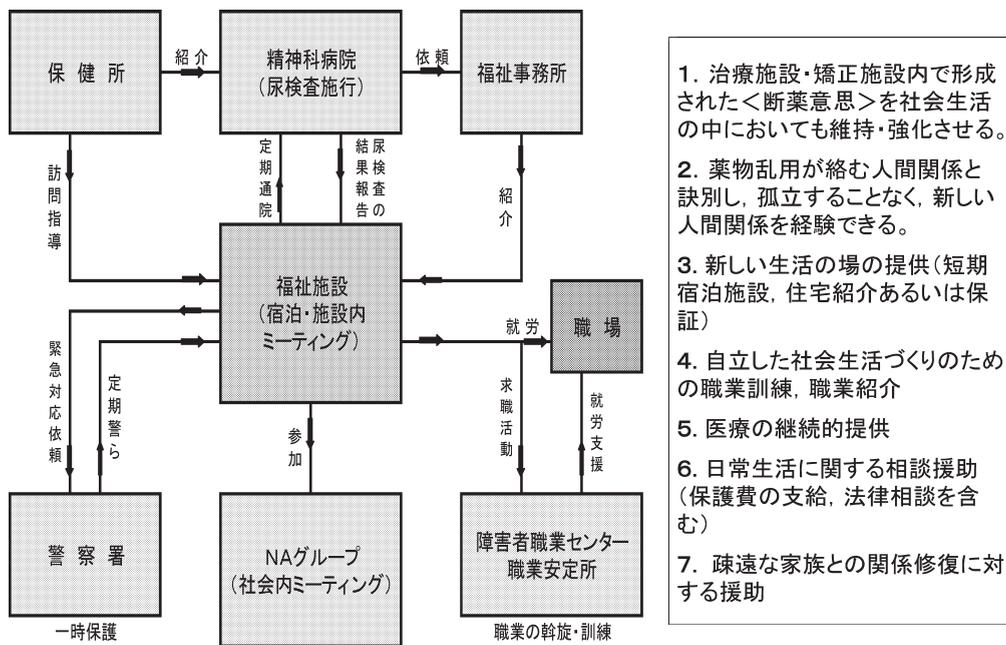
図6 治療施設・社会復帰施設をドラッグ・フリーに保つための条件契約療法による外来通院治療¹³⁾

覚せい剤依存からは56.4%が回復したと見なせるのである。これは退院後の断薬率が2年後に20～30%に収束するアルコール依存症の成績¹⁸⁾から見るとかなり良い成績と言える。その他の詳細な治療転帰に関する調査結果は文献6)を参照されたい。

IV. 「医療法人せのがわ」におけるさらなる専門的治療・回復支援の追及

瀬野川病院（定床325床）は、『いつでも、どこでも、だれでも、扉を叩くすべての人に、温かい医療の手をさしのべる明るい病院づくり』を基本理念として、それを文字通り実践してきている。2003年以降、年間の入院患者数は順調に伸びており、平成18（2008）年11月からは、広島県・市から精神科救急医療センターとして、全国4番目、民間では最初に指定されている。

1. 瀬野川病院の「薬物依存専門病床ユニット」の構想
- 筆者の下総療養所での経験からすると、アルコ

図7 薬物依存回復途上者に対する社会内処遇の地域ネットワーク^{3,5,6,12)}

ール・薬物依存の専門治療病棟において治療を受け持つ場合、キャッチメント・エリアの広いことが特徴となるが、病床の稼働率にはかなりムラがあり効率が良くない。瀬野川病院では「薬物依存専門病床ユニット」の構想で以下のように運用しているので、参考になるとと思われる。

- ①医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士・薬剤師・心理技術者など多職種専門職チームによって構成される「薬物依存症治療 PT (プロジェクト・チーム)」が回復支援プログラムを実施する。
- ②病床の効率的運用のため、薬物関連精神障害の患者を一括して「専門治療病棟」に入院させるのではなく、各病棟に分散して入院している病床の集合を「薬物依存専門病床ユニット」とみなして、各病棟に配属されているチーム・スタッフが患者を同伴して中央方式の勉強会やグループミーティングなど回復支援プログラムを実施・運営する。
- ③「専門治療病棟」による運営よりも、病床稼働

率をかなり高く維持でき、病床の効率的運用が可能となる。この結果、看護部門によるベッドコントロールの努力はあるものの、月別病床稼働率は2007年から2009年の3年間を通じて、98%を下ることはないのである。

2. 薬物依存回復途上者に対する社会内処遇の地域ネットワーク

「医療法人せのがわ」には、35歳を過ぎて度重なる精神科病院入院や刑務所服役を繰り返して、家族からも見放され、行き場所を失った回復の困難な薬物依存者をも、他の精神障害者と共に「ケア付共同住居(図7)」に受け入れて、比較的緩やかなルールの下で共同生活をする、いうならば「日本版治療共同体」ともいうべき中間施設が、既に平成元(1989)年から設立・運営されているのである。毎週1回の外来通院、週5,6回のDNC(デナイトケア)、週2回ないし1回の精神科訪問看護¹⁷⁾を実施することによって、アルコール依存者・覚せい剤依存者の地域生活支援を

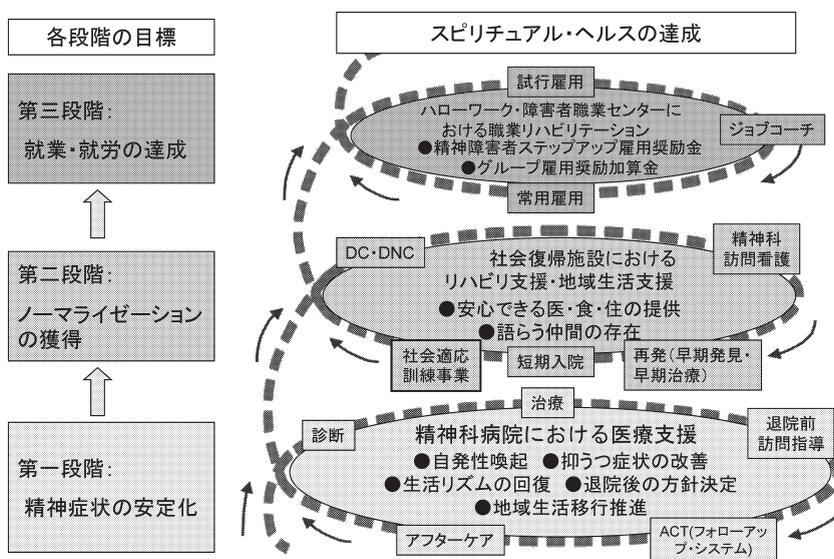


図8 精神障害者の地域生活移行・地域生活支援のスパイラル構造¹²⁾

実施しており、行き場のない精神障害者に対して、「安心できる医・食・住」と「語る仲間」のいる居場所を提供してきているのである。

紙数の関係で細かいデータは示さないが、ケア付共同住居入居前と入居後では、単位期間（365日）当たりの入院回数・入院期間共に著明に減少することが証明されている¹⁰⁾。

3. 「医療法人せのがわ」における精神障害者に対するトータル・ケアの推進

結論として、アルコール・薬物依存症の社会復帰支援体制を考察する場合、図8に示すような3段階のスパイラル構造をイメージするとわかりやすくなる。第1段階は「精神科病院における医療支援」によって、精神症状の安定化を図る。第2段階は「社会復帰施設におけるリハビリ支援・地域生活支援」によって、精神障害者であっても、健常者の中で怖めず臆せず堂々と自己主張できるところまで、ノーマライゼーションを獲得する。第3段階は「障害者職業センター・ハローワークにおける職業リハビリ」を通して、就業・就労を達成することである。

ここで重要なことは、薬物依存の専門的精神科医療の枠を離れて、アルコール・薬物依存者をも一般精神病患者と同様に「精神障害者」と捉え直すと、精神科医療の最近の趨勢に見られるように、精神科トータル・ケアを推進し、精神障害者の地域生活移行・地域生活支援を実施することが重要な課題とされているのであり、一部の社会参加が困難な若年からの依存症者を除くと、大部分のアルコール・薬物依存者は統合失調症など重篤な慢性精神病患者とは違って、「社会的逸脱行動」という形ではあるものの、いわゆる「street wisdom；社会で生きていくノウハウ」をすでに身につけている人が多いと思われる。その分、図8のような精神科医療のトータル・ケアを基盤として、精神障害者の地域生活移行・地域生活支援を考えた場合、治療者がアルコール・薬物依存者を食わず嫌いで排除しなければ、統合失調症を含む一般精神障害者の社会復帰体制を構築していく上でも、良きモデルを提供してくれると期待されるのである。

V. 終わりに

アルコール・薬物依存症の患者は、元来正直者で素面では「嘘も方便」を上手く使うことすらできないで過剰適応している人たちが大部分であり、早期に受療する道が閉ざされているがゆえに、依存症の形成過程で積み重なる性格変化から、段々に扱い難い性格変化をきたしてくるのである。今後は精神科救急場面を受け持つ精神科医師と同様に、一般の精神科医師が積極的にアルコール・薬物依存症の診療を受け持つことが責務と思われる。さらに薬物依存症の回復支援では、刑事司法の領域と精神保健・福祉の領域との連携体制の構築が、生きることの苦しさを抱える元来は純真な人々を、依存過程での性格変化をきたす前に、救うことにつながると確信するものである。

文 献

- 1) Gebattel, V.E.v.: Zur Psychopathologie der Sucht (嗜癖の精神病理学) —第1回— (翻訳下坂幸三). 精神医学, 28 (6); 717-723, 1986
- 2) Gebattel, V.E.v.: Zur Psychopathologie der Sucht (嗜癖の精神病理学) —第2回— (翻訳下坂幸三, 解説佐藤哲哉, 斉藤さゆり, 飯田 真). 精神医学, 28 (7); 839-844, 1986
- 3) 小沼杏坪: 覚せい剤依存症の臨床. 覚せい剤依存症, 第2版 (柳田知司, 逸見武光編著). 中外医学社, 東京, p. 85-116, 1993
- 4) 小沼杏坪: 薬物依存症の治療ガイドライン. 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
- 5) 小沼杏坪: 薬物依存症の治療・処遇体制の現状と今後の課題. 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. 227-246, 1996
- 6) 小沼杏坪: 覚せい剤と関連精神障害—治療. 臨床精神医学講座, 第8巻 (佐藤光源, 洲脇 寛責任編集). 中山書店, 東京, p. 236-253, 1999
- 7) 小沼杏坪: 「規制薬物関連精神障害」の治療・処遇に関する概論. 精神科救急医療ガイドライン (規制薬物

関連精神障害) (日本精神科救急学会医療政策委員会編). 日本精神科救急学会, 東京, p. 1-7, 2007

- 8) 小沼杏坪: 民間病院からみた薬物関連精神障害の治療の現状と課題—薬物依存症治療 PT による専門病床ユニットにおける治療—. 日本精神科病院協会雑誌, 27 (3); 192-199, 2008
- 9) 小沼杏坪: 精神科プライマリ・ケアにおける薬物依存症の診断と治療. 専門医のための精神科臨床リュミエール7, 精神科プライマリ・ケア. 中山書店, 東京, p. 224-237, 2008
- 10) 小沼杏坪: 覚せい剤依存症の研究序論—薬物関連精神障害の治療・処遇システム論からの整理—. 最新精神医学, 14 (2); 101-111, 2009
- 11) 小沼杏坪: 「精神科救急ガイドライン (規制薬物関連精神障害)」の概要—日本版ドラッグコートの必要性を訴える—. JAEP 教育研修会テキスト, Vol.1 (日本精神科救急学会教育研修委員会編). 日本精神科救急学会, 東京, p. 28-46, 2009
- 12) 小沼杏坪: 精神障害受刑者の社会復帰促進策について—「医療法人せのがわ」における薬物関連精神障害に対する地域生活移行支援と地域生活支援をモデルとして考える. 司法精神医学, 5 (1); 74-84, 2010
- 13) 小沼杏坪: 物質依存. 専門医のための精神科臨床リュミエール13, 精神科救急医療の現在. 中山書店, 東京, p. 243-257, 2010
- 14) 倉田健一, 田村達辞, 近藤直樹ほか: 薬物 (アルコールを含む) 関連精神障害に関する精神科医師の意識調査結果について. 第13回日本精神科救急学会学術総会浜松大会, 2008
- 15) Macdonald, D.I.: Drugs, Drinking, and Adolescents. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1984
- 16) 成瀬暢也, 高澤和彦: 物質依存症の治療. 精神科治療学, 19 (11); 1333-1340, 2004
- 17) 小野誠二, 谷口武則, 岩井智美ほか: アルコール・薬物の依存症者に対する訪問看護のあり方に関する一考察—「医療法人せのがわ」における精神科訪問看護の実態調査から. 日本アルコール関連問題学会雑誌, 11; 89-97, 2009
- 18) 鈴木康夫: アルコール症の長期予後. 臨床精神医学, 138 (5); 555-563, 1984