

その他の職員構成では、日本の国公立病院に保育士配置が多くみられることが特徴的であった。また教員がイギリス・フランスでは病院職員として配置されているが、日本においては、病院医療は厚生労働省、教育は文部科学省と分かれており、あすなる学園に県教委との兼務で週1日教員が配置されていることを唯一の例外として日本では病院職員に教員を含む事はない。しかし全児研12病院においては院内学級か分校併設かいずれかが実現している。

疾病対象の特長においては、発達障害や神経症レベルから精神病質まで幅広く、特徴的な差はみられなかった。

治療内容においては、日本では個人精神療法、家族療法、薬物療法、作業療法がみられ、イギリスも同様の内容であるが、フランスにおいては、言語療法、感覚統合療法などが見られる。

1日のベッドあたりの入院費用であるが、日本約4万円、イギリス7万5千円、フランス約7万円であり、日本の医療費は他の2国のおよそ半分であった。

2 ニーズ把握調査（ホームページ）

平成15年2月現在で330件の回答があり、その中の161件を集計した（資料③参照）。

回答者の内訳は、男性43名、女性117名、不明1名であり、その内（有効回答154件）社会人97人（53.6%）、無職21名（11.6%）、大学生18名（9.9%）、高校生11名（7.0%）であった。立場としては（有効回答57件）、医療関係者37名（64.9%）、その他13名（22.8名）、子供本人5名（8.7%）、子供の母、小学校の教師はそれ

それ1名（1.8%）であり、回答者の年齢の範囲は9歳～60歳、平均年齢は33.4歳であった。

回答者の内、心の問題で相談したいと思った事がある者は、110名（71.0%）であり、自分自身の事での相談を希望した者は49名（44.5%）、自分の子供の事は41件（37.3%）、受持ち患者の事は10件（9.1%）であった。

相談したい子供の性別は男性22名（36.1%）、女性39名（63.9%）であり、年齢の範囲は5歳～25歳、平均年齢は14.6歳であった。また、その内訳は、中学生17名（28.3%）、無職16名（26.7%）、高校生13名（21.7%）、小学生12名（20.0%）であった。

子供の心の専門家に相談に行ったことのある者は（複数回答可）、104名中71名（68.3%）であり、精神科39名（50.7%）、心療内科34名（47.9%）、児童相談所・教育相談所19名（26.8%）、心理カウンセラー相談所12件（16.9%）等が相談機関として挙げられた。

子供が入院治療を受ける場合望まれる医療機関としては、クリニック・診療所などの小さな施設が65名（48.1%）、病院などの大きな施設が44名（32.6%）、診療科目としては（複数回答可）、心療内科94名（65.3%）、小児科46名（31.9%）、精神科32名（22.2%）が挙げられた。

入院する医療機関に望む設備としては（複数回答可）、娯楽スペース（64.3%）や勉強部屋（49.4%）、院内学校（47.6%）の要望が多く、また親の付き添い可能な入院施設（41.6%）の希望もみられた。治療に関しては、病状により開放や閉鎖の決定を

医療者に委ねる意見が多く（50.0%）見られた。

D. 考察及びまとめ

今回のイギリス、フランスの国際調査においては、各国の治療システムが異なり、またサンプル数不足の為、比較は難しく、各国の現状報告から示唆される事柄をまとめるに留める。

まず、イギリスの調査報告によると、Simmons House では、ロンドン中心北部の広い領域において、入院ベッド数は10床と限られたものであり、その利用率は70%である。Bethlem Royal Hospital においてはベッド数12床であり、キャッチメントエリアの18歳以下の人口1万人に対して0.26床のベッドが用意されている。実際このシステムが児童思春期入院に対して充分であるかは明らかではないが、児童思春期疾病患者数＝病床数ではなく、入院治療前後の受け皿なしではその充足はないと思われる。

入院に至ったケースを考えても、入院の平均期間は127日（約4ヶ月）であり、特に中期入院施設である Simmons House においては、平均入院期間は約9ヶ月となり、退院後の適切な受け皿なしでは、入院期間は延長せざるをえない。入院機関外の施設やサービスとの連携の遅れが、入院期間の延長やケースを困難にするという弊害も報告されている。このことから、入院施設の充足と共に、入院前後の援助サービスの確立と連携の充実が急務と考えられる。

入院サービスにおいては、治療に関わるスタッフの職種は多岐におよび、その比率もわが国に比べると充足している。看護体制は、ほぼ1.5:1と驚くべき数字にも関わ

らず、さらに多くのスタッフの要請があることから考えると、入院に至るケースは重症度が高く、その為に密度の濃い関わりが求められていることが伺える。

フランスの調査においては、わが国では、デイケアにあたると思われる部分入院というシステムが、児童思春期治療においては確立されており重要な役割を担っていることが明らかになった。また、部分入院を含め、外来治療に関しては、その殆どを医療心理センター（CMP）で施行しており、治療過程に応じて機能分化していることが伺える。また、入院治療においても、母子入院の保障等、治療対象に対して柔軟に対応できる様に構成されており、機関の役割に応じて体制が整えられている。

また、フランスでは、セクター制という地域精神医療システムが確立されており、児童思春期治療において、我が国の様に医療一極化ではなく、福祉、教育等の各々でも請け負っており、地域全体で支援している様子が伺えた。

今回の調査においては、現行の児童思春期医療における弊害は報告されていないが、セクター制による地域精神保健医療のシステムとその問題点を明らかにすることは、わが国において、地域医療を展開していく上で重要な示唆を与えられられる。

入院治療の調査のみでは、児童思春期における現状は捉えづらく、多面的な考察を得ることは難しい。しかし、今回のイギリス、フランスでの調査により、入院治療という内的充足のみならず、外的充足が、児童思春期医療全体においては必要不可欠であり、その充実には相互作用をなすと考えられる。

ホームページ調査においては、親や教師、医療関係者などの子供と関わる者だけではなく、児童思春期の子供からも多くの回答を得られ、心の問題を扱う施設についての全体的な関心の強さが伺えた。また、実際相談に訪れた機関としては、精神科が半数を占めたが、入院となると心療内科や小児科を望む声が多く、精神科に対する漠然とした恐怖心が伺える結果となった。医療機関に望む施設としては、教育システムの確立の声が多く見られ、入院治療による学力低下の心配が伺えた。

児童思春期の心の問題やそれを扱う施設に対する関心が高い一方で、施設利用となると不安や恐怖心が見られる一因として、利用者の情報不足が考えられる。その為、今後新たな児童思春期病棟を考えていく上で、利用者である親や子供から情報収集だけでなく、医療側からの情報提供を行う、相互の情報伝達システムが必要であると思われる。

E. 今後の研究について

来年度は、平成 13・14 年度の調査結果から見出された情報及び課題を持ち寄り、平成 14 年に導入された児童精神科入院加算等の状況も踏まえながら、当研究班に課せられた課題について報告を行っていく予定である。

資料① 国際比較表

	日本 (H13/3/1現在)	イギリス (ロンドン中心部)H13/9現在	フランス
人口数	20歳未満 2583万人 (総務省統計局資料より)	管轄地域の18歳未満者 47万人	※資料②参照
病院・施設名	国立12病院 (全児研一覽資料) 民間7病院 ※1	シモンズ・ハウス	ベツレム王立病院
病床数	675床 (約1万人に0.26床)	10床(6床男性用、 4床が女性用)	12床
1日平均外来患者数	約45.4人	※3	※3
現在入院患者数	526人 (約1万人に0.2床)	およそ7人	12人
病床利用率	73.70%	70%	100%
平均入院日数	212.7日	1年間	84日
医師体制	ほぼ18:1	12:1	4:01
看護体制	ほぼ3:1 (12病院中10病院)	ほぼ1:1	2:01
保育士	配置あり (12病院中9病院)		配置なし
その他の専門職種	CP・OT・PSW (院内学級か分校内に教師の配置あり)	教師・OT・CP・PSW・ 精神療法家	教師・OT・CP・PSW・家族 療法士
最低年齢	就学前及び 小学年代	13歳	12歳
最高年齢	高校年代及び 高卒以上	17歳	18歳
疾病対象特徴	発達障害と子供の 行動及び情緒障害が 多く占める	神経症性障害、 人格障害、 情緒障害	精神病・うつ病
治療内容	個人精神療法・家族療法・ 集団精神療法・ 作業療法等	個人精神療法 家族療法 集団療法	薬物療法
費用	992万259千円/年 4万1823円/日 (あすなる学園)	400ポンド/日 (8万円/日)	347ポンド/日 (約69,000円)

※1 日精協調査による児童思春期を専門の一つとしている精神病院を中心とした12病院を対象にアンケート実施し、その内の回答のあった7病院

※2 97年DREES,SAEの統計資料より

※3 イギリスでは一般家庭医(General Practitioner:GP)が精神医学患者のプライマリーケアにあつたつては、外来で紹介される患者は表の様な専門の思春期病棟ではそのまま入院患者、あるいはベッドを確保した形のデイケア患者となることが多い。

資料②：LAON/CHAUNY/HIRSON セクター管轄の児童・思春期の施設及び施設基準

プレモントレ病院内の治療ユニット

a：児童病棟（12歳未満）

- ・ 15床の完全入院治療施設
- ・ 男女混合
- ・ 疾病対象：精神病、重症神経症、発達障害 etc
- ・ 長期治療プラン決定の為に短・中期入院による臨床観察
- ・ 精神療法、化学療法
- ・ 言語療法、精神療法、感覚統合療法
- ・ 看護、療育、教育（学校）

b：思春期病棟（16歳未満）

- ・ 15床の完全入院施設
- ・ 男女混合
- ・ 疾病対象：精神病、重症神経症、急性症状、慢性期急性増悪、精神病質（人格障害）
- ・ 長期治療プラン決定の為に短・中期入院による臨床観察
- ・ 精神療法、化学療法
- ・ 言語療法、精神運動、感覚統合療法
- ・ 看護、療育、学校教育

2. プレモントレ病院外の治療ユニット

a：思春期センター

- ・ 対象年齢 12歳～16歳（～18歳）
- ・ 10床の完全入院施設
- ・ 昼病院／夜病院として部分入院も可
- ・ 男女混合
- ・ 初発の急性状態
- ・ 同一性危機、社会適応危機、対人関係危機
- ・ 中期間入院
- ・ 精神療法、化学療法
- ・ 言語療法、精神運動療法
- ・ 看護、教育
- ・ 院内外での学校教育

b：昼間児童精神療法センター（3施設）

- ・ 14 歳未満
- ・ 3 施設で 42 床
- ・ 男女混合
- ・ 月曜日～金曜日
- ・ 精神病、重症神経症、発達障害
- ・ 精神療法、化学療法
- ・ 看護、療育、教育、学習
- ・ 院外学校との連携

C：医療心理センター（CMP 3 施設）

- ・ 児童精神科医
- ・ 臨床心理士
- ・ 言語療法士
- ・ 精神運動、感覚統合療法士
- ・ ソーシャルワーカー
- ・ 看護師
- ・ 専門訓練士（作業療法士）
- ・ 医療秘書
- ・ 月曜日～金曜日、9～17 時半
- ・ 精神療法、化学療法
- ・ 言語療法、精神運動、感覚統合療法
- ・ 集団療法
- ・ 母子治療
- ・ 家族療法

d：若い集いの声の場

- ・ 集いの場と匿名電話相談
- ・ 前思春期、思春期、青年期
- ・ 火・水・木曜日、12～19 時
- ・ 電話 24 時間対応
- ・ 看護師と専門訓練士による活動

資料③

思春期アンケート

現在 330 のアンケートが集まり、そのうち 161 について集計した。以下にその結果を示す。

総数 161

回答者の内訳

平均年齢 33.4±12.1 歳 (9 歳～60 歳)

性別 男性 43 名 女性 117 名 不明 1 名

現在 (有効回答 154 名)

1.	就学前	1 名 (0.6%)
2.	小学生	1 名 (0.6%)
3.	中学生	5 名 (3.2%)
4.	高校生	11 名 (7.0%)
5.	大学生	18 名 (9.9%)
6.	社会人	97 名 (53.6%)
7.	無職	21 名 (11.6%)

都道府県

全国 37 都道府県から意見が集まった。有効回答は 161。多い都道府県から順に 5 つ示す。

1.	大分県	35 名 (19.3%)
2.	東京都	16 名 (8.8%)
3.	福岡県	13 名 (7.2%)
4.	北海道	12 名 (6.6%)
5.	愛知県	11 名 (6.1%)

あなたの立場 (有効回答 57)

1.	子供本人	5 名 (8.7%)
2.	その母	1 名 (1.8%)
3.	その父	0 名
4.	小学校の教師	1 名 (1.8%)
5.	中学校の教師	0 名

6. 高校の教師 0名
 7. 大学の教師 0名
 8. その他 13名 (22.8%)
 9. 医療関係者 37名 (64.9%)
 (医師 18名 看護師 16名 心理療法士 3名)

質問 番号	質問	有効回 答数	回答	%
Q1	あなたは心の問題で相談したいと思っ たことがありますか。 はい いいえ	155	110 45	71.0 40.9
Q2	相談したいことはあなた自身のこ とですか はい いいえ 1. 自分の子供のこと 2. 生徒のこと 3. 受け持ち患者のこと 4. その他	110	49 61 41 1 10 7	44.5 55.5 67.2 1.6 16.4 11.5
Q3	相談したい子供の性別と年齢 性別：男性 22名 女性 39名 平均年齢 14.56±4.6歳 (5歳～25歳) *17歳が10名で最も多かった。 現在 1. 小学生 2. 中学生 3. 高校生 4. 大学生 5. 無職	59 63 60	12 17 13 2 16	20 28.3 21.7 3.3 26.7
Q4	相談したいと思っていることは次のど れですか。 (A) あなた自身のこと。 A-1 学校に行きたくない。 A-2 子供を見ているとイライラがつの ってしまう。 A-3 くらい考えばかりが浮かび、死に たい。 A-4 きれいな、汚いなど、ちょっとした ことが気になって仕方ない。 A-5 おなかに食べ物が入ると落ち込 む、食べだすと	53	14 10 31 16 16	26.4 18.9 58.5 30.2 30.2

	止まらない。 A-6 ひとりでに考えが浮かんでしまい、頭の中がさわがしい。 A-7 自分が嫌な臭いを出している。 A-8 記憶が飛んでしまうことがある。 A-9 自分をめちゃめちゃにしたい、いらだつと押さえられない。 A-10 大人からいじめや暴力をふるわれている。 A-11 人と上手く話せない。半年以上も外出できなくてつらい。 A-12 その他		20 4 15 24 2 10 21	37.7 7.5 28.3 45.2 3.8 18.9 39.6
Q4	【B】親や関係者からみた子どものこと B-1 暴れ出すと止らない。 B-2 学校に行けない。 B-3 お金を持ち出して、こっそり悪いことをしているようだ。 B-4 食事が取れなかったり、むちゃ食いをしたりする。 B-5 いつも暗い顔をしていて友達がいらない。 B-6 学習についていけない。 B-7 発達の遅れがあるにではないかと心配。 B-8 こころの病気（幻聴や妄想）があるのではないかと心配。 B-9 その他	62	10 24 4 11 14 7 9 20 30	16.1 38.7 6.5 17.7 22.6 11.3 14.5 32.3 48.4
Q5	子どものこころの専門家に相談に行かれたことはありますか。（複数回答可） はい→ 1、児童相談所、教育相談所 2、精神保健福祉センター 3、心理カウンセリング相談所 4、小児科 5、心療内科 6、精神科 7、その他 いいえ（その理由）→ 1、どこにいったいいかわからない。 2、相談機関に行くのが怖い。	104	71 19 4 12 6 34 39 4 33 16 9	68.3 26.8 5.6 16.9 8.5 47.9 50.7 5.6 31.7 48.5 27.3

	3、病院に行くのが怖い。		4	12.1
	4、その他		11	33.3
Q6	Q4のような問題で入院を考えたことはありますか。	111		
	はい		53	47.7
	いいえ		58	52.3
Q7	もし子どもが入院治療を受けるとしたら、どの医療機関を望みますか。(複数回答可)	135		
	1、クリニックあるいは診療所など小さな入院施設		65	48.1
	2、病院など大きな施設		44	32.6
	3、その他		36	26.7
Q8	もし子どもが入院治療を受けるとしたら、どの科が良いですか。(複数回答可)	144		
	1、小児科		46	31.9
	2、心療内科		94	65.3
	3、精神科		32	22.2
	4、その他		23	16.0
Q9	入院する医療機関では、どのような設備を望みますか。(複数回答可)			
	【1】病室、病棟について	154		
	1、個室		73	47.4
	2、2人以上の部屋		54	35.1
	3、親の付き添いができる部屋		64	41.6
	4、食堂		63	40.9
	5、他の人と遊べる部屋(デイルーム)		99	64.3
	6、勉強ができる部屋		76	49.4
	7、男女別々の病棟		50	32.5
	8、男女混合の病棟		35	22.7
	9、その他		24	15.6
	10、よく分からない		15	9.7
	11、とくにない		12	7.8
	【2】付属施設について	145		
	1、体育館などの付属施設		67	46.2
	2、小中学校教育ができる院内学校		69	47.6
	3、その他		21	14.5
	4、よくわからない		33	22.8

	5、とくにない		23	15.9
	【3】職員の種類（専門医師、看護婦以外にいて欲しい人たち）	154		
	1、心理カウンセラー		133	86.4
	2、作業療法士		92	59.7
	3、保育士		51	33.1
	4、ソーシャルワーカー（ケースワーカー）		88	57.1
	5、教師		48	31.1
	6、その他		21	13.6
Q10	病棟の自由さや規律については、どのような治療がいいですか。	154		
	1、開放病棟で自由に出入りができる方が良い。		67	41.6
	2、閉鎖病棟で出入りが厳密に管理できる方が良い。		8	5.2
	3、病状により開放や、閉鎖を決めて欲しい。		77	50.0
	4、よくわからない。		2	1.3
Q11	入院してどのような治療を期待しますか。	155		
	【1】本人の治療として必要と思う治療はどれですか。（複数回答可）			
	1、薬物療法		76	49.0
	2、精神療法		137	88.4
	3、集団療法		100	64.5
	4、遊戯療法		73	47.1
	5、社会復帰療法		78	50.3
	6、その他		34	21.9
	7、よく分からない		15	9.7
	【2】家族に対する治療を望みますか。	148		
	家族精神療法、家族教育を望む		124	83.8
	望まない		12	8.1
	よく分からない		12	8.1
Q12	病院の治療スタッフには、どのようなことをお望みですか。（複数回答可）	155		
	1、明るさ		111	71.6

	2、優しさ 3、親切さ 4、親密、親近感 5、きびしさ 6、強い指導力 7、秘密厳守 8、有能さ 9、その他		127	81.9
			87	56.1
			84	54.2
			59	38.1
			39	25.2
			92	59.4
			61	39.4
			33	21.3
Q13	家庭内暴力・長期の引きこもり・すぐにキレルなどの少年が、事件を起こすのではないかと心配される場合、精神科児童思春期病棟で治療してほしいという要望があります。このことにどのような意見をお持ちですか。 1、賛成、積極的にやるべきだ。 2、反対、この問題を精神医療に結びつけるのはよくない。 3、どちらともいえない。 4、その他	153	56	37
			21	13
			44	29
			32	21
Q14	子どものこころの問題に対する治療には、時間と手間がかかるため現在の保険診療では大きな赤字になります。どのようにすれば費用のことを解決できるか、お考えをきかせてください。(複数回答可) 1、入院に必要な保険点数を大幅に引き上げる。 2、保育士、心理療法士、ソーシャルワーカーなどの治療行為に対しても保険点数を設定する。 3、入院期間を限定して、短期の治療に対して高い保険点数を設定する。 4、入院治療の一部費用を自費にする。 5、その他	148	50	33.8
			93	62.8
			17	11.5
			22	14.9
			34	23.0

薬物依存病棟のあり方に関する研究

分担研究者 妹尾栄一 東京都精神医学総合研究所

研究要旨

本研究は「精神医療の機能分化」の視点を機軸に、薬物依存症専門病棟に求められる「専門機能」について、臨床の現状を踏まえた上で政策提言することに主眼がある。初年度（平成13年）においては、全国の薬物依存治療に取り組まれている国公立精神病院に対し、現状や取り組みに当たっての困難性を調査した。その結果、国公立病院のなかでも取り組みの現状にかなりの格差が示され、専門病棟の構想に当たっては、より詳細な意見の集約を図る必要性が認められた。多岐に渡る質問項目とその回と内容を単純にまとめることは難しいが、いくつかの論点を整理すると以下のようになる。

①圧倒的多数の意見として「薬物専門治療システムを整備すべき」との賛同がある。
②しかし、精神科急性期の病棟で統合失調症の患者と混在するのか、アルコール・薬物専門病棟として運営していくのか、意見が分かれている。他の患者との摩擦を避ける意味で、薬物のみで単独病棟を構想する意見もある。
③第一期のいわゆる解毒治療が終了した後の、心理教育的なアプローチについて、閉鎖型のアルコール・薬物専門病棟で一貫して行う意見と、解毒は閉鎖病棟で行いそこから開放病棟に転棟して受けるといった意見に別れている。また、心理教育の部分まで医療システムで実施すべきではないという意見もある。
④精神保健福祉法のいわゆる措置入院制度と、司法による処分がまったく個別バラバラに行われている現在の覚せい剤中毒者対策へのいらだちや矛盾は、自由記述で重ねて述べられている。その逆に、司法処分が確定している場合の保護観察付き執行猶予者への専門治療の引き受けは、多数の賛成意見を得ているこれらの調査結果を総合すると、「精神科医療制度の質的充実」という誘導だけではアルコール症で行われている専門治療システムに対応するような「薬物依存専門治療制度」が、臨床精神科医の賛同を得る蓋然性は低い。治療成績が不良の場合には、司法処分に戻す様な、柔軟な施策が伴った上での専門治療の確立が、現場で患者に対峙するスタッフの安心感につながる。

研究協力者

東京都精神医学総合研究所 大原美知子
東京都立松沢病院 梅野 充
済生会鴻巣病院 関 紳一
垂水病院 麻生克郎

1. 研究の目的

先の医療法改正により、精神病床の設備構造・人員基準の改正が行われたが、これに先立ってまとめられた公衆衛生審議会意

見書「精神病床の設備構造等の基準について（平成12年12月13日）」においては精神医療の今後の方向性についての課題の一つとして「精神作用物質による急性中毒又はその依存症の患者のための専門的な医療等を提供するための体制整備のあり方」を挙げ、早急な検討を求めている。

本研究は、そうした「精神医療の機能分化」の視点を機軸に、薬物依存症専門病棟に求められる「専門機能」について、臨床の現状を踏まえた上で政策提言することに主眼がある。初年度（平成13年）においては、全国の薬物依存治療に取り組まれている国公立精神病院に対し、現状や取り組みに当たっての困難性を調査した。その結果、国公立病院のなかでも取り組みの現状にかなりの格差が示され、専門病棟の構想に当たっては、より詳細な意見の集約を図る必要性が認められた。

2. 研究の方法と概要

1) 調査対象医療機関

平成14年度に調査対象としてお願いしたのは、精神神経学会の認定基準による「精神科卒後研修病院」として登録された国公立精神科病院と民間精神科病院の管理者に、薬物関連障害に対する専門治療の必要性と、具体的な治療構造のあり方などを伺った。同一覧以外の国公立病院で、各県最低1病院になるよう調整し、研修指定からはずれているが薬物依存症への治療で先駆的な病院も追加した。さらに、アルコール症や薬物依存症に対して積極的に取り組んでいるアルコール関連問題学会の研究会参加者から選択して、同じ質問紙に回答いただいた。有効な回答を得た114件についての分析結果を報告する。（未記入除く。民間精神科病院長68、国公立精神科病院長22、依存症治療専門家24）

以下、調査結果の分析に当たって「国公立精神科病院(群)」「民間精神科病院(群)」「依存症治療専門家(群)」の分類で、記述する。

2) アンケート調査の対象と方法

実際に配布したアンケートの調査用紙は論文末尾に掲示するが、調査の眼目として以下の点を中心に現状や見解を尋ねた。まず質問項目の理解に先立って、薬物関連問題専門治療プログラムを、「A：中毒性精神病や強度の離脱症状」に対する治療プログラム（本論では解毒治療と記します）」と、「B：薬物依存症（嗜癖行動）」に対する心理教育に、分別して質問した。これは、アルコール依存症に対する第1期治療、第2期治療とに準じた分類ではありますが、ハードドラッグによる中毒性精神病は、しばしば深刻な精神病理や後遺症を呈することから、アルコール依存症の治療プログラムとの異同を念頭に置いて、意見を集約するためである。

調査の眼目として

- ①解毒治療の専門施設の必要性と、病棟構造、治療期間。
- ②心理教育プログラムをその様な病棟構造で行うべきか。
- ③司法との連携のあり方として、措置診察前の尿検査や、執行猶予期間中の専門治療受診
- ④薬物依存症の治療的困難性
- ⑤薬物専門病床はアルコール専門病床と共存すべきか、別立てとすべきか。

3) 調査結果のまとめ

a) 覚せい剤などハードドラッグを含めた薬物に由来する、中毒性精神病や強度の離脱症状に対する解毒治療のシステムが、今後整備されるべきだとお考えですか。該当する数字①～③に丸印をつけてください。

- ①整備されるべきである・・・ 108 (94.7%)
- ②整備される必要はない・・・ 0
- ③その他。具体的にお答えください。 5 (4.4%)

この項での自由記述

【国公立精神科病院】

- ・わからない。数箇所あることは良いと思うが、下総のような形が増えることについてアカウントビリティがあると思わない。
- ・①設備しても大都市圏向けのシステムでは地方には通用しないと思います。
- ・最初から薬物に由来することがわかっている訳ではないので、これからも判明した場合の司法の扱いを含めたシステム化が必要。

【民間精神科病院】

- ・わからない。
- ・精神科病院だけで行われるべきではない。理由は後述。

【依存症治療専門家】

- ・デイトケア治療でも十分治療できる。

b) 同病棟 (病床) の構造は、開放病棟、閉鎖病棟いずれでの運用形態が望ましいですか。

- ①開放病棟・・・ 8 (3.5%)
- ②閉鎖病棟・・・ 69 (60.5%)
- ③その他 (閉鎖病棟で患者ごとに処遇をかえるマーク式閉鎖など)・・・ 36 (31.6%)

この項での自由記述

【国公立精神科病院】

- ・薬物依存かどうかだけでは、処遇は決められない。従って分からない。
- ・マーク式

- ・両者のシステムをもつ病棟がいい。
- ・いちがいに言えない。この種のケースは医療の枠内だけでは取り扱わない方がいい。
- ・マーク式閉鎖の方が個別に問題点が明確になって良い。
- ・閉鎖病棟で扱えるのであれば入院の処遇性自体がよいのでは？

【民間精神科病院】

- ・閉鎖で患者ごとに処遇をかえる。
- ・かなり慎重にマーク式を行う必要あり。
- ・開放病棟での初期観察と治療関係の成立具合をみて、時間開放から、全面開放に。
- ・マーク式閉鎖の方法がよいと考える。中毒性精神病の場合、初期にはかなり活発な幻覚妄想状態を呈する人がいるため、場合によっては保護室と開放病棟でもよいかもしれない。
- ・個室+閉鎖 (マーク式閉鎖)。
- ・段階を踏んで治療にあたる。
- ・病棟として開放・閉鎖いずれも必要ではないでしょうか。
- ・①②両方必要。
- ・閉鎖には開放で。
- ・両方が必要。
- ・ケースに応じて。
- ・自覚の有無、急性期など症例により形態変化するため。

- ・閉鎖部分と開放部分の両方をもつ病棟。

【依存症治療専門家】

- ・解毒→閉鎖→半閉鎖→開放が望ましい。
- ・入院治療だけでは不十分。その後治療、教育、福祉、生活を考慮したシステムを作るべきだ。
- ・開放病棟であるが、一部に離脱期の治療を伴うための、閉鎖空間、保護室をもつ構造。
- ・合併する精神障害には閉鎖で。
- ・依存に対する教育プログラムは開放で。
- ・解毒は一部閉鎖で。

・閉鎖病棟でなければ離脱期の処置が困難。薬物の持ち込みのチェックも出来にくい。

・どちらかという閉鎖のほうになる。

c) 同専門病棟(病床)の設置は、統合失調症(精神分裂病)や躁うつ病などの急性期治療を行う、いわゆる精神科病棟と、アルコール依存症や中毒疾患を扱う「依存症病棟」のどちらに設置することが望ましいでしょうか。

- ① 精神科急性期の病棟・・・・・・・・・・ 17 (14.9%)
- ② アルコール症などを扱う「依存症病棟」・・・・・・・・・・ 76 (66.7%)
- ③ その他・・・・・・・・・・ 20 (17.5%)

この項での自由記述

【国公立精神科病院】

・隔離 unit と開放も可能な unit との合同病棟が理想か？

・内因性精神病と分けるだけでなく、アルコール症とも分けて治療すべき。病棟は精神科急性期治療病棟。

・約1ヶ月程度の期限をつけた薬物専門病棟(ただし20床ぐらいまで)。

・ただし症状などにより①も使用。

・①福井県のような小地県では専門病棟は困難と思います。

・独立したりハビリテーション施設を作り、その中で運営される事が望ましい。

・中毒者の行動は時として、脱脆弱な精神病患者にとって脅威となります。

【民間精神科病院】

・わからない。

・専門病棟を設置すべきである。

・アルコール症と覚醒剤依存症とは基本的に別人格として考えてあげるべき。

・どちらともいえない。

・公的更正施設。

・独立病棟を必要とすると推測する。

・覚醒剤による中毒精神病は触法患者であるので、アルコール依存症とは別個のものとして扱うべきである。

・中毒疾患単独の病棟。

・依存症病棟で急性期治療にも対応できる。構造があれば②が望ましいが、そうでなければ①が現実的と思われる。

・可能ならば別病棟が望ましい。

【依存症治療専門家】

・薬物依存専門病棟。

・理想的にはアルコール棟と、薬物棟を分けて。それが無理なら②。

・①であれば困難例の依存症を扱う治療チームがあること②であれば必ず閉鎖処遇が出来る構造であることプラス従来の中高年一集団療法に依る治療を前提とせず個別のニーズに対応できるものであること。

d) 同専門病棟での解毒治療期間は概ね幾日程度必要でしょうか。使用した薬物の種類や頻度、量などで、かなり変動するとは思いますが、病棟運営上のおおよその目安として、第1期治療期間をどの程度に設定すべきでしょうか。

① 1~2週間程度・・・・・・・・ 22 (19.3%)

② 2週間~1ヶ月程度・・・・ 69 (60.5%)

③ 1ヶ月以上・・・・・・・・ 17 (14.9%)

④ 以上のいずれでもない(期間を定めるべきではないと言う意見を含めて具体的なご意見や提言をお書きください)・・・・・・・・

・・・・・・・・ 3 (2.6%)

この項の自由記述

【国公立精神科病院】

・根拠のある期間はない。合併精神障害によって決まるべきものである。しかし、病院運営上は目安が必要になる。2~3週間程度だと考える。

・合併症に対するそなえ。

・①解毒のことをどの範囲に考えるかが良いのでしょうか。精神症状だけにとらわれて、そのことへの理解をえるのが非常に難しいケースもかなりあるようなのですが・・・

②1～2日程度で解毒できるケースもあるようですが・・・

【民間精神科病院】

・病的体験の消褪がまず第一。1ヶ月以上3ヶ月までがその目安と考えます。

・①～③：全身状態の安定をみるには①と思われるが、心理治療の導入、気分の安定が得られ転棟可となるまでには③となることも多いと思う。

e) 解毒病棟(床)として専門的に機能するために、どのような機器を備えるべきでしょうか。以下に列挙するもので必要度の高いものに○印をつけてください(複数回答可)。

- ①トリエージなど尿検査用キット・・・ 88(77.2%)
- ②ガスクロマトグラフィーなど精密検査。・・・ 39(34.2%)
- ③画像診断装置・・・ 56(49.1%)
- ④緊急事態での院内警報装置・・・ 57(50%)
- ⑤その他

この項の自由記述

- ・抑制に必要な設備。
- ・全身管理に必要な機器。
- ・一般的な精神病院が持つもので良い。身体合併治療や救急救命が可能であることが望ましいが、近辺にそうした設備のある病院があり、連携が取れるなら必須ではない。
- ・救急蘇生器具一式(当然だが)。
- ・行動観察装置。
- ・モニターの電波が届くような建築物であること。

・鎮静の際に必要な(パルスオキシメーター、ECGモニター、吸入・吸引装置)。

・①、③が病院にあればよい。

・(心電図モニター・挿管セット・除細動装置)などの全身管理できる救命、救急器具。

・カメラ、二重閉鎖領域又は安全な隔離室。
・特になし。ある程度の身体管理が出来る体制のみ。

・MRI or CT、一般X-P、ECGなど、一般の病院に必要なものはそろっているべきであるが、これらの物は病棟自体になくても病院にあれば良い物である。

f) 解毒病棟(病床)においては、どのような病名の患者を対象としますか。

(1病棟)

①病棟全体としては閉鎖病棟で、アルコール症と薬物依存症(精神病状態を含む)の患者を対象とする(閉鎖型依存症専門病棟)・・・ 60(52.6%)

②病棟全体としては閉鎖病棟で、統合失調症の急性期治療と薬物関連の精神病症状の解毒治療を対象とする(閉鎖病棟での薬物病床整備)・・・ 13(11.4%)

③病棟全体としては開放病棟で、アルコール症と薬物依存症(精神病状態を含む)の患者を対象とする(開放型依存症専門病棟)・・・ 8(7.0%)

④病棟全体としては開放病棟で、統合失調症の回復期と薬物依存症の患者を対象とする。

⑤上記①～④以外の治療構造。具体的にお書きください。・・・ 29(25.4%)

この項の自由記述

【国公立精神科病院】

・①と③迷います。③のようにできればいいのですが、ノウハウが必要そうです。

・解毒では閉鎖で、出来れば薬物のみの病

棟。

・できれば、薬物みの閉鎖病棟が望ましい。

・分からない。患者の数次第。今のところ、50床の病床を薬物依存だけで、2～3週間の入院期間で回せるほど、新入院患者を受け付けている病院の例は日本では知らない。空床を防ぎ、回転率を上げ、スタッフの労働負荷を減らすためには、長期社会的入院慢性患者とのケースミックスを行うことが現実的経営判断だと考える。

・①開放型の依存症専門病棟が別であれば、この形式が望ましい。

・薬物病棟といった固定した病棟群を設備する必要がない。

・この種のケースは、再乱用防止教育が必要となってくる。現行の医療にはなじまない、独立した施設を作るべきである。

・薬物依存症のみに限定すべき。

・実際は精神科救急用 PICU 的な閉鎖（隔離室を前提にした）コーナーを使わざるを得ない。

【民間精神科病院】

・独立した病棟。

・①と③が併存する型が良いと思います。

・薬物依存の為の特別の病棟（床）を要する。

・当県のような薬物乱用地域では専門病棟が公的に整備されても良いと考えます。

・解毒期+α-閉鎖病棟、リハビリ期間-開放病棟。

・薬物依存のみを対象とする閉鎖病棟及び開放型薬物依存症専門病棟。

・触法者についてはアルコール症と薬物依存症者とは別々にした方がよいものと思われる。

・1病棟の中に①～③の機能をもたせ薬物依存症のみを対象としてその病状状態に応じ①、③を使い分ける。

【依存症治療専門家】

・今後総合失調症・MDI で依存症などの case が増加してくると考えられるため、病名を分けずに急性期の精神病症状があれば導入できる閉鎖病棟が実用的。一般のア症の解毒とはレベルが異なるため、依存症として”くくる”のは困難。

アルコール依存症と薬物依存症の患者を一緒にしては治療・運営はうまくいかない。

・上記①と③の組み合わせ。

・薬物依存の解毒を行う病床のみ個室で原則対応出来る治療構造。

・基本的には③であるが、一部にアルコール・薬物依存症の離脱期を診療するための閉鎖、保護室を設ける。

・③但し一部閉鎖も必要です。

・急性期必要時は保護室も利用するのが望ましい（開放病棟で）が実際は開放病棟に保護室を数多く併設する事は困難と考えています。

・薬物依存のみ単独病棟。解毒期は閉鎖とし、状態によって開放的使用（各患者によって判断する）くれぐれもア症病棟と薬物病棟の混合は失敗すると言いたい（記入者の経験による）開放がよいが cost performance が多大すぎると思う。

・病棟全体は依存症病棟で開放ベース、解毒及び急性精神病状態への対応部分は個室ないし閉鎖スペースで対応する。上記③に閉鎖スペース、個室隔離スペースを多く持たせるイメージです。

g) 薬物依存症に対する専門治療病棟（病床）はどの様に運営されるべきでしょうか。

特に嗜癖行動の修正に主眼をおいた治療について

① 先行する解毒治療を行った閉鎖病棟で引き続き心理教育プログラムを行う

（閉鎖病棟で解毒治療と心理教育プログラムの両方を行う）・・32 (28.1%)

② 解毒治療を終えた患者について、開

放病棟の依存症専門病棟に転棟して心理教育プログラムを行う。(解毒治療は閉鎖病棟、心理教育は開放病棟) 57 (50.0%)

③ 解毒治療も心理教育も、両方とも開放病棟で行う。・・・・・・・・・・ 8 (7.0%)

④ 心理教育プログラムの提供で、上記の①～③の構造以外の治療プラン。具体的にお書きください。「解毒治療のみ提供し、薬物依存症への心理教育は行わない」という考えもここに含みます。・・・・・・・・・・ 15 (13%)

この項での自由記述

【国公立精神科病院】

・病院では精神病状態の治療を主に行い、心理教育プログラムや依存そのものからの回復は主にDARCなどのリハビリ施設で行う。

・心理教育はおこなっていないので、意見を述べることは難しい。以下同じ。

・どのような場合でもできる限り、開放処遇を行うのが、精神保健福祉法の趣旨であり、薬物依存もその例外ではない。特別な理由も利益もないのに、閉鎖的処遇を原則とするのは、法の精神に反する。

・心理教育プログラムの有効性を知らないもので④としました。今までの臨床も④でした。

・心理教育プログラムも大切。

・解毒等の治療が終了したらDARC等の自助グループに入所した方が効果的だと思います。②の方式をとりくみましたがほとんどdurp outでした。

・プログラムには本人の意欲の問題がかかわるので司法のなんらかのかかわりがあった方がよい。

・薬物依存症への心理教育は行わない。

・心理プログラムを強制することに意味がある場合も多いと思いますが？選ぶのであれば閉鎖病棟でしょう。

【民間精神科病院】

・取締法の趣旨から、きちんと司法処分を受けるべきだと思う。ただし、心理教育プログラムの前に行われた方がよいと思う。

・軽症の場合③、中等度症の場合②or③、重症の場合②時には①。

・解毒治療は閉鎖で行うが、心理教育プログラムは閉鎖→開放一貫に行う。

・心理教育プログラムに閉鎖・開放・外来からの患者を受け入れ、連続性・一貫性をもたせる。

【依存症治療専門家】

・解毒は病棟で、別の治療構造で心理教育ができないものか。

・解毒に時期(閉鎖)→半閉鎖→開放処遇段階においてその最初からできるだけグループ(院内治療グループ・運動、栄養指導、心理教育、感情についてCBT,SHG導入などをトータルに行う。)に導入しソフトな直面化を目指す。同時に孤立を防ぎ帰属感を醸成する。

・デイナイトケア。福祉的ケア。生活支援システム。

・原則は②であるが、閉鎖空間に於いてもミーティングなどのプログラムに病状をみて導入していく。

h) 上記入院中の薬物依存症に対する心理教育治療プログラムの実施期間はどの程度に設定すべきでしょうか。先行する中毒性精神病の重症度や治療期間、後遺症状の遷延が影響すると思われませんが、「おおむね」ないし「例外の事例を除いて」、どの程度の治療期間が相応しいでしょうか。

①おおむね1ヶ月程度。・19 (16.7%)

②おおむね2-3ヶ月程度。・・・・・・・・・・ 78 (68.4%)

③3ヶ月以上。・・・・・・・・・・ 7 (6.1%)

④その他・・・・・・・・・・ 5 (4.4%)

この項での自由記述

【国公立精神科病院】

・病院で行う必要はない。
・外来でのフォローアッププログラム、地域プログラムがもっとも重要。それが充実しているならば、入院期間は1ヶ月が良い。外来プログラムがないなら、2ヶ月ぐらいになる。

・不明

・週に1回でおよそ10回程度。

【民間精神科病院】

【依存症治療専門家】

・デイケア等のアフターケアをなくして入院治療だけではあまりよくない。

i) 上記入院中の薬物依存症に対する心理教育プログラムを実施するに当たって、尿検査はどの様な頻度で行うべきでしょうか。

①1週間に1回位の頻度で実施すべきである。 16 (14.0%)

②入所時と退所時の2回程度行うべきである。 16 (14.0%)

③定期的な検査は行わず、患者の病状や行動に合わせて随時行うべきである。 59 (51.8%)

④原則として尿検査は実施すべきではない。特別な状況においてのみ限定して実施すべきである。 13 (11.4%)

⑤その他の方針。具体的にお書きください。 7 (6.1%)

この項での自由記述

【国公立精神科病院】

・尿検査を随時行う了解を得ているだけではどうでしょうか。

・尿検査を行うことには、薬物依存を治療する効果がないことが知られている。しか

し、急性中毒症状があり、診断を早急につける必要がある場合には、便利。

・プログラム導入前に③を契約する。検査時は同意を得る。同意が得られなければ契約違反で退院。

【民間精神科病院】

・1ヶ月に1度程度。

・入所時1回。あとは原則行わない。

【依存症治療専門家】

・検査は治療ではないため無意味。

・入所時の治療契約で決める。

・他・外泊時など。

j) 薬物依存症に対する心理教育プログラムを、アルコール症の患者と同じ病棟で行うことは有効でしょうか。心理教育プログラムに先行する解毒治療が、いずれかの病棟で既に終了しているとして、

①物質依存症へのプログラムとして、アルコール症と同じ病棟で並行し行うべきである。 34 (29.8%)

②アルコール症の治療とは別の病棟で行うべきである。 57 (50.0%)

③その他。 20 (17.5%)

この項での自由記述

【国公立精神科病院】

・病棟は別病棟で。心理教育プログラムについては、同じプログラムを合同である場合と別個のプログラムと、両方準備すべきだと考えます。

・リハビリ施設で行うべきである。

・経験がなし。判断できない。

・患者の数次第。少なければ、実際には一緒にした方がいい。薬物の患者のかなりがアルコール依存も合併するので、薬物の患者にとってはアルコールのプログラムも参考になる。

・同じ病棟でも良いが、プログラムや集団療法は別にすべき。できれば別の病棟(国