

組んでいくことは、正直なところ、なかなか難しいと思います（経営的な意味も含めて）マンパワーが充実し、司法とも密接に連携した公的機関を（各県に一つずつ程度？）普及させていくしかないのではないのでしょうか。

・*国としての責任を明確にする。とりわけ司法との関連は重要であろうと思う。*少なくとも民間医療機関が出来ることはないので国公立病院が専門治療機関となるべきである。*したがって治療報酬で専門病棟として位置付けられ施設・スタッフ基準が作られるとしても、かなり高い基準が用意されるべきであろうが、同時に点数の設立もかなり高額であるべきだろう。*全体的にどの程度の施設数が必要かは合理的な目標数をもつべきと考える。

・以前はAL依存症=アル中は”治らない”ものとみなされていたが自助グループの発足と専門治療機関が整備されてことにより「回復する病気」と認識されるようになった。現在は薬物依存症=ヤク中は治らないものという認識が強いようだが、自助グループ・N A・D A R Cなどの発展と薬物依存症専門治療機関の広がりによって、AL依存症と同じように回復が期待されてくるのではないかと思います。それにはAL症の経験から、・偏見を捨てて病気に苦しむ人とみること（道徳モデル→疾病モデル） ・自助グループとの連携 ・専門治療機関の治療プログラムの充実。認知行動療法など。 ・司法との連携→AL症では一般医療機関などが必要と思われま。

・施設内完結を目指すことは不可能に近いと考えられる。在宅に戻った後の状況の把握、定期的な評価を行うことや、場合によっては在宅における行動修正を必要とする場合にどのように介入していくかが重要であると考えられる。この点を人権に配慮しつつ、遂行していくためには司法との関連でどうしていくかということの法的裏付けをもって対応していくことが必要である。すなわち、医療、司法、福祉などの中で薬物依存に対する専門性が明らかであるスタッフを数多く有することが必要であり、現実問題として診療コストの問題や養成の問題など（人数の確保）を考えると実現には極めて困難が大きいものと考えられる。

・臨床的には余り経験がなく、普段このような事を考えてはいませんので、返答が難しいのですが、薬物依存症専門治療が「成立するため」の問題点としては以下のようなことが思い浮かびます。①薬物依存は様々な疾患の人がなり易い。（神経症レベル、境界型人権障害などの人格障害レベル精神病圏特に分裂病の初期を思われる人も時として覚醒剤を使用していることがある）②特に覚醒剤においては犯罪が生じやすく司法的介入が必要となることがある。③アルコール病の人達と異なり薬物依存の患者は同じ病棟内で仲間となり、入院していることが却てその後の経過ではマイナスとなったことがある。従って解毒治療においても、教育的プログラムにおいても難しい問題が生じるのであろう。など思い浮かぶままに記してみました。

・精神科医として臨床にかかわってから40年。病院組織となって30年になりますが、覚醒剤依存症の方は20例に満たないと思います。その僅かな体験の中で申しますならば、

(1)自分たちのもつ医療看護能力の中で対応可能な患者さんであれば入院してかかわろうと思いますが、それでも看護スタッフと十分な説明と打ち合わせを行って看護スタッフの「やってみます」という返答がないかぎり困難と判断しようと考えています。

(2)病的体験の消褪（解毒治療）はまず第一の緊急的課題。次にイ、知能テスト 性格

テスト ロ．環境の調査の把握 ハ．年齢病歴などからかわりのプログラムを作ること
(心理教育プログラムがこうした事を指しているならば結構ですが)

(3)一家に2台3台と自動車をもっているも不思議でない時代になっていますが、一台の自動車もない環境で幼児期、児童期、少年期を送る子供の募る心的外傷を如何に緩和してあげるべきかと考えること。 何はともあれ刑務の前に自治体でも専門治療病棟が欲しいなあと思います。

・本人の性格の研究(累犯的経過が多い)と本人を取り巻く環境の研究(警察や司法との協同の緊密な研究と、その結果をシステム化し、施設・運営に反映させ、協同活用していくことが必要)を行い、地域社会と連携して見守って行く態勢作りまですればよい、と思うのですが・・・。

・現在当院では、アルコール、薬物依存は取り扱わず入院対象外としている。専門の病棟で専門的な心理プログラムが実施できるところでの処遇が望ましい。人格障害が背景にあるCASEでは他の精神障害者との人間関係の混乱があり望ましくない。

・薬物依存は犯罪行為であり、アルコール依存とは大きく異なっている。アルコール症の治療では本人が治療意欲を持っている場合が殆どであるのに対し薬物は治療意欲をもたない点が問題です。治療を望まないものの治療をすることは生死に関わる問題でなければ医療機関が引き受けること自体無理があります。(患者の権利侵害となる)そうした治療意欲のない依存症者のための公的厚生施設が数ヶ所あると良いと思います。(現実的に任意入院で1～2ヶ月の治療は不能です)諸外国では薬物の治療は病院で行うケースはほとんどないので、そうした更正施設で医療サービスを提供する形でしか医師は治療に参加できないと思うのですが。新たな資源を創出しないといけないし、ないといけない。全てをマンパワーに乏しい民間精神科病院に任せることおかしい。司法、警察、保健医療が一体になって扱う問題。 ・医療機関(解毒)→更正施設(治療意欲あり) ・更正施設(治療意欲なし) どちらの場合にも必ず警察が関与しないと安易に医療機関が逃げ込み場所になる可能性もある。

・1. 専門病棟の形態と構造 2. 専属の職員 3. 職員の資格者 例えば医師なら指定医とか臨床心理士なら今は国家試験もまだないようですがそれ相当の経験者であることか看護師も相応の経験者であること。 4. 十二分の手当が出ること。重大な課題問題であり実現するように祈っております。(当地方ではアルコール症はいる。ある程度治療も可能ですが、薬物依存症はほとんどいない、又いても当院では治療出来ない。)

・臨床的・基礎的データの業績が必要である。(例えばA市のB病院で集められるようなもの)

・現代社会のような状況が続くとすれば薬物依存も増えこそすれ、減ることは考えられない。どのような方法で対処してゆくべきかという点について小生の考えがまとまらないが専門群チームを作って指針していただきたい(出来るだけ早急に)

・上記の質問に直接に答えるには難しい。・最近経験したこととして、覚醒剤の薬物依存患者が精神病状態となって入院したが、本人が薬物依存をかくしており、またこちらもある

る程度その可能性に気づきながら、専門病床がないなどの理由であえてつっこまずに治療したことがある。そのケースは他県で躁うつ病として長年治療をうけてきた（有名病院で）こともあり、精神科医が安易にたまされていた所は少なからずあると思われる。精神科医のレベル向上を確立していく。手順などについて一定の道筋をつけていく必要があると思われる。

- ・ 離脱精神病症状の治療後の人格面での問題が処遇上困難。
- ・ 民間病院ではマンパワー不足（リスクが大きい） ・コスト的な面 ・他の精神障害者との問題 ・法を犯すということからアルコール症の治療と同じでは考えにくい
- ・ アルコールは基本的に嗜好品。入手に関しても、基本的には合法。一方で覚醒剤、麻薬、大麻系等の違法薬物、向精神薬等の合法薬物、いずれも乱用、依存、中毒においては、入手自体に違法性がからむ。同じ中毒・依存といっても、この合法・違法（犯罪性）という出発点は明確に区別を。治療プログラムにおいてもこの「違法」である点は抜きにできないし、治療中に再使用があった場合、アルコールと異なり、即「犯罪」がらみ、という点で、司法との連携も抜きに出来ないであろう。
- ・ 成立が理想であるが、専門医の育成と施設やスタッフの問題や安全性など、公的機関でないと困難と思われます。現実的には成立困難と思われます。時間かけて将来的には成立における努力は必要でしょうけれど・・・
- ・ シンナー、睡眠薬遊びなど、青少年等にみられる流行性のものは比較的一過性の依存が多く治療しやすい方と思われますが、基盤、背景に性格障害を持つ方々の依存の治療については、アフターケア、教育プログラムの受講などいわゆる第2期治療を含めて大変な困難が予想されます。薬物依存専門病棟を成立させるためには現在、処遇困難な方たちの専門病棟の（国公立の）計画があるかにきいておりますが、まず、国公立のモデル病棟を立ち上げてみるのが一つの方法ではないかと思えます。
- ・ 司法と医療が連携したと言うより厚生労働省と法務省の直接管轄下にあるような専門施設がいるのではないか。やはり触法者とそうでない一般障害者は分けるべきである。職員にも専門職員としての知識と地位と安全と報酬を与えるべきでしょう。
- ・ 治療中に薬物使用した場合の対応が困難。
- ・ 違法薬物依存症者に対しては、逮捕、起訴、裁判、判決いずれの段階においても医療対応可能な施設が望まれます。例えば拘置所にいる間の医療拘置所、刑が確定したあとの薬物刑務所のような施設が望まれます。現状のように、他の一般の精神病患者と一緒に病棟では違法薬物依存症患者（特に覚醒剤）は規則を守らない人が多く一方威嚇や脅迫、暴力、粗暴行為などで他の一般の患者様が萎縮し病棟が殺伐とした雰囲気になってしまいます。従って専門の施設が望ましいと考えられます。一方、一般市民、特に青少年を対象とした啓蒙活動も必要かと思えます。覚醒剤に関しては、”眠気がとれる薬””元気になる薬”あるいは”やせる薬”として売人が声をかけているといえます。そうしたことへの施策も必要と考えられます。
- ・ ていねいに記載する時間がないため、今回意見の記載は控えさせていただきます。すみません。
- ・ 困難なことが多いと思えます。
- ・ 薬物依存症治療についての、医療経済的裏付け、保険点数による評価が必要。退院後の

自助グループとの連携協力。福祉サービス等の受け皿の存在。患者本人や薬物売買・暴力団関係者と治療施設・スタッフとのトラブルの防止策

・ 処置困難な事例が多く既存の精神科病院での対応は難しく、専門治療プログラムの確立は必要でより専門的な施設で対応すべきと思う。

・ 薬物依存の一部は犯罪であるとの法の精神を厳守すべき(一部犯罪でない薬物もあるが) 刑務所は本来犯罪への嗜癖を修正すべき場である。司法行政の末端に従事する者の恣意的な解釈にて、刑務所に行くべき者を精神病院に入れるべきではない。一方犯罪者といえども医療を受ける権利を有する。医療刑務所の医療水準を一般の病院なみに引き上げるべきである。あるいは、刑務所に入所中の者が一般者と同様の医療が受けられるシステムを構築すべきである。

【依存症治療専門家】

- ・ 薬物依存症患者がある程度、入院していないと集団精神療法も困難であるため、地域で特定の病院に、依存症治療に特化した機能をもたせなければならないと考える。
- ・ 治療者（医師、看護師など）の身の安全を保障する。法的、物的（構造的設備）
- ・ 入院する患者数が多くはないのではないかと。長野県でも県立病院でも年間10人以内。しかし、覚醒剤取締法違反の数はかなり多い。司法問題と医療のギャップは「成立するため」埋めていかなくてはいけないと思われる。・当事者に治療意欲はあるのだろうか。かなりのケースが再発するが司法処分の代わりに病院へ逃げ込むようなケースが多いとしたら好ましくない。治療意欲が乏しいケースではたとえ専門病院でも治療構造には適合せず、治療効果も乏しい。恐らく唯一治療効果がはっきりしている自助グループ（ダルクなど）にいかにか結びつけられるか、心理教育プログラムの目標ではないだろうか
- ・ 経験した症例数がそれ程多くないためよく分かりません。
- ・ 私どもの急性期治療の病棟における治療グループでは（女性・若年者が多いので）できるだけアルコールを薬物の一種として処方薬まで射程に入れて、依存症の治療心理教育を行うよう心がけている。従来のア症病棟との違いは個別の発達段階を評価し①グループに座れない人には（個別の治療からはじめ NS スタッフのサポートを受けることに慣れてもらい次に院内のグループ→外の SHG と段階的にすすめること②摂食、PTSDなどの病状に対しては別のグループ別の治療を加味し「依存症」として一言的に取り扱うことをさける。③女性のグループ、若年のグループを別にしたり全体を混ぜたり多角的なグループ構成にしているために自分を多角的にとらえやすい。④ SHG 導入にあたってはスポンサー候補を紹介するなどサポートに力をいれる。⑤ステップグループ又は内観療法的日記を早期から利用し自己中心的な考え方に固着しないよう気をつける⑥認知療法のノートをつけることをすすめている。など現実としては運動、レクリエーション、音楽療法、ダンスセラピーなど可能性のあることであまり出来ないことがたくさんあり、これからの課題です。
- ・ 司法的な部分の処置をきちんとすることが必要。医療の受け持つ部分をはっきりさせていくこと。
- ・ 基本的にはアルコール依存者治療モデルと同一と考えます。しかし、向精神病者の教育、スタッフの教育、再発行為の attencere の充実 etc が不可欠と思います。

- ・司法モデル・・・①医療モデル ②デイナイトケアシステム ③福祉ケアシステム ④生活支援システム ⑤家族ケアシステム 司法と医療とは一応、独立した方がいい。医療モデルでは①②③④⑤を整備する必要がある。
- ・ヤクザ関係の人が見舞（？）と称して圧力をかけにくる。・治療を求めれば法にかかることがないのを知っていて、にげこみ寺のような形で利用される。・性犯罪に使用し、覚醒剤を打った相手（女性）が異常を気にしているのをつれてきたりしている場合、対応困難であった。通報すべきかどうか、保険もつかわないとはいうが・・・ 法律で定められたものがないため犯罪であり、犯罪がらみとわかっていても病院だけではプライバシーの問題もありどうしていいのか迷うことが多いし、トラブルにまきこまれそうになり従事するのがこわくなる。
- ・私は解毒は医療機関、教育は回復施設（DARC等）にゆだねて、医療が必要に応じて施設に様々なものを提供するスタイルがよいのではと思います。アルコールもそうですが、医療機関での教育は回復施設や自助グループにつながるきっかけにしかならないような印象です。
- ・①自助グループへの社会的支援の強化—経済力支援、社会的偏見除去 ②回復施設（ダルク）への同様の支援 ③診療点数に於ける、プログラムに対する十分な評価。専門病棟への基準点数の付加など。—コメディカルスタッフ、プログラム、全入院者のうち「依存症者」が多数以上（8割？）など・・・ ④急性中毒状態にある者への警察対応と医療対応の明確化。両者の連携についてのスタンダードの確立。
- ・①薬物依存症者へのプログラムを保証するための診療報酬！ 民間でやるなら経済的に成立することが今では全く不可能です。何故なら診療プログラムにはマンパワー、治療空間、専門教育が不可欠ですので・・・ ②「病気」であり、しかも回復可能な病気という共通認識 犯罪者、処遇困難例、難治例といいますが、30年前はAL中もそうでしたが、今までは、むしろ治療プログラム社会的資源のなさということが難治にしていたことがわかってきました。 ③法律的な専門家がコンサルテーションをうける権利の保証（警察への守秘義務を含めて）。④SHG等を含めて本人が社会の中で自発的に、あたり前に治療を受けられるシステムの整備。
- ・依存性薬物である事に関して言えばアルコールと同じであるが決定的に異なる点は違法薬物が含まれる事である。そして現状での大きな問題点は、司法や行政は医療が引き受けた段階で、その患者の触法行為に関する責任を医療に預けてしまう事である。医療者の側からすると純粋に医療行為を行いたいのに、それらの精神的重圧や日常的に発生する脅迫や自分自身あるいは家族に危害が及ぶのではないかという不安に耐えなければならぬ。これらの部分を法的裏付けを持って守っていただかなければ、普通の精神科医が専門家になろうという動機付けは出来ない。医師個人の熱意や数少ない病院のボランティア精神だけで支えるのは限界がある。また、違法行為を行った患者本人の医療機関との関わり方は各々の捉え方によって異なる印象である。法的背景があると錯覚している患者は主治医に対して必要以上に従順で、本来の治療者患者関係とは違ったものになる事が多い。医療が純粋に医療だけを提供できるシステムが構築されれば、より多くの患者を援助する事が出来るはずである。
- ・「成立するため」には、まず法制度の整備が必要である。現在の「医療の枠組みでは限

界に来ていられると思われる。回復を主眼においた治療であれば尚更である。しかし、現在の状況では法制度の整備は現実問題に追いつくことは困難で状況的には「成立困難」と考えている。だが、このままでは若年層の薬物汚染も止まらず、ひいては薬物乱用、依存症者の増加はくい止められないので「成立困難」であっても、やっていくしかないのがこの様な疾患を対象とした病院の役割と思っている。(正直限界というのがNSを含めたスタッフの意見。)

・H15年1月16日 PM1:00 先生に TEL させていただきました。勝手なことばかり一方的に話しまして申し訳ありません。自分の今まで の体験を少し書かせてもらいます。S44年大学卒業後精神病院でア症者と出会い自助グループを作ったり参加した後、ア症の活動には内科的な診断治療が必要と考えて卒後 10 年程して内部研修(6年ほど)を兼ね放射線科医として、診断学を少し学んだ様な気がします。その後現地で DM と同様な考え方で生活習慣病の一つとして早期発見早期治療を行うため当地に開業して15年程となります。ア症の入院患者は現在で450名程になっているかと思いますが当院の入院をみると一人の患者で年間2~3回の入院をしているのではないかと思います。この様なことを頭にいれながら1回1回の入院毎にアプローチをしているつもりですが身体的・精神的・家族療法を一貫性かつ持続的に行って社会復帰をはかっていくには相応の根気が必要であり医療スタッフの量及び質も大切になってくると思われまます。一番気をつけなければならない事は燃え尽き症候群にならない様にすべきですが、現場のア症医師は本当に貧困です。アルコール、薬物依存症の予防、活動、アフターケアの一貫性のもとに各施設が合理的につくられるべきと考えます。問題を拡大しすぎてもいけません、精神病院入院患者の40~50人の方を一人の医師がみるような体制からはなかなか薬物依存症一貫性ある治療システムを作る事は困難の様に思われます。愛媛の場合には大学病院では精神病関係の教授が2~3名ほどおられますが、ア症に対しては医学教育の中では愛媛の場合、卒前卒後において教えられていなく皆無に近いと思われまます。このため薬物依存症も局在的に作られたとしても、各地域で作られていくには多方面の理解が必要となってくるのではないかと。国の方針とし薬物依存症への取り組みを考える場合それこそ前に久里港病院のア症の研修(医療従者)がやられており愛媛県内でも50名ほどが研修をうけていますが現場ではほとんど生かされておられません。この状況から国の方向性と現場ではその現状がかなり食い違っているように思えます。当院は有床内科19床の有床診療所ですが16年目を何とかむかえています。身体的な面、精神的な面家族へのアプローチが絶え間なくおこなわれねならず、又、我々 staff の医療 level のアップをはかるには相当な努力が必要です。ですから薬物依存症の治療のモデル病院を作るのは簡単かも知れませんが今後各県に予防、治療、アフターケアと一貫性のあるものを作るためには多くの課題が必要になるのではないかと。我々ア症医療を早期発見早期治療を目的に押し進めていますも、いろいろな面で壁にぶち当たっているのが現実です。昨日も愛媛県庁内の情報公開講に出向き職員の無知さにあきれられるありさまです。現場からのお願いですがアルコール・薬物依存症の医療従事者が一堂に集まりその方向性を Discuss して今後の方針付けが出れば我々としても少し望みも持てるのではないかと思います。先生の質問には全然お答えする事が出来ず勝手な判断でこちら側の現場のことばかり書かせていただきました。本当に申しわけございませんが今後も宜しくご指導の程お願い致します

・現行の健康保険による治療体制では困難と思える。患者一人に対し専門スタッフが2人以上配置されるきめの細かい治療体制が必要となろう。大勢のスタッフがかかわることによってスタッフの精神的負担も軽減されるし、患者の持つ病理的な問題を様々な角度から分析しその治療が可能になるであろう。グループ治療と各患者の持つ個人の特異性に注目しその対応をきめ細かく行うべきである。更にアフターケア（前記したとおり最低一年間程）を万全にしていかなければ効果は薄いと考える。その為には政策医療とすべきでその為の予算措置を講ずるべきである。法律で認められているアルコール使用と違法薬物使用とは区別すべきである。その他適法薬物の依存についても別のグループとしての取り扱いが必要である。それなくしては成立は困難。

・全国で一貫した対応が必要。薬物依存症もアルコール依存症も疾患である以上医療アプローチは必須。ただし薬物依存（乱用）は非合法的であるから司法の介入も必須。ハーモニーのとれた司法医療両面のアプローチが望ましい。司法が治療を促進させるサポートとなることが望ましい。

・次ページに書きました。N.Aなどの自助グループが充実していくことが大きな前提です。N.Aやダルクなどでの回復者が新たなメンバーへのメッセージ活動を絶えず発信しサポートしていくダイナミクスが前提です。地域のリカバードの活動があつての施設内医療ではないでしょうか。

別表 4

以下の質問は、今回の質問紙内容を総括する意味でお尋ねします。

薬物依存症への専門治療を目指す上で、従来のアルコール専門病棟との役割の分担や共同は、無視することの出来ない重要な側面といえます。アルコール依存症への治療のあり方との兼ね合いについて、どの様なプランが実効的とお考えでしょうか。

【国公立精神科病院】

・①の「教育プログラムの共用」は全てということは困難と考えます。限られたマンパワーの中で医療にできることを考えると、アルコール依存症者と同じ病棟で、一部共通、一部は独立した心理教育を行っていくのが現実的であろうと考えます。

・薬物でもヤクザな生き方をしていると、その生き方をかえるのが難しいのかなど考える。薬物の問題ではなく、生き方を変えることの難しさの方が大きいようですが。病院スタッフ全体に嗜癖一人間関係の問題について、深めるのが難しい。どうも自分と向き合う過程のようだから。

・全く同じ病棟で、同じプログラムでおこなうことはやはり、現実的とは思えません。薬物依存の治療に対しては患者だけではなく治療スタッフに対しても、安全を守るシステムが必要だと痛感しています。

・依存症の治療は、解毒ないし幻覚妄想状態の治療と併行OR終わりの時期に、個人精神療法を主に行っているのが、当院の現状である。このような限界があるので、この質問に答えることのできる経験を有していません。

・①に付け加えて・・・統合失調症や気分障害、不安障害、人格障害、摂食障害などの合併症に対する治療に重点を置くべきである。治療は、行いやすいところから、できるように行うのが原則である。その他の考え・・・本アンケートにある、”ハードドラッグによる中毒性精神病は、しばしば精神分裂病相当の深刻な精神病理を呈することから”について、これは、”ハードドラッグ”が原因となって精神分裂病相当の深刻な精神病理を起こす、ということでしょうか？だとすれば、これは医学的根拠のないことだと思います。ベンゾジアゼピン依存やアルコール依存症による振戦せん妄の方がよほど、生命的危機に及ぶ場合があり、危険だと思います。ぜひ、コンセンサスをまとめるだけでなく、エビデンスをまとめるようなアンケートを作られるよう期待します。

・中小都市の公的病院で専門病棟を作ることは困難でしょう。対象人にもよりますが、一つの病棟を持つことは難しいと思います。せいぜい病棟を特定化する程度でしょう（私の病院ではアルコール依存症のための専門病棟もありません。）

・本来はアルコール依存症と別の病棟でした方が良いと思いますが、アルコール依存症病棟と、薬物依存症病棟の2つを有することが現実的に可能でしょうか。

・追) II-4 の項で記入したことと関連するが、専門病棟は人件費を含めて、かなりの高コストとなるが、公立病院であっても、運用経費の調達が容易でない状況にある。薬物依存症の診療体制は、全国に必要な国策と位置付け、診療、教育、研修の体制を総合的に

整備することが肝要である。

- ・回復プログラムは自助組織任せでよいと考える。

【民間精神科病院】

・実際に薬物依存症（ハードドラッグ）を治療した経験のほとんどないまま書きましたので理念だけかもしれません。

- ・覚醒剤等の薬物依存の治療を行った事がなく、はっきりした事を答えられません。

・前項に記す

・すでに前述

・現実に薬物依存の患者さんの治療経験がないため回答不能。

・アルコール依存と薬物依存各々に専門病棟と別個のプログラムを用意できるならば、それも興味深いですが、どの地域でもできる方針ではないと思う。同じ病棟で治療するのに支障があれば別病棟で、教育プログラムはアルコールと共通のものに薬物に特化した内容を追加。というプランを考えている。

研究協力者からの意見

アンケート調査結果より

埼玉県済生会鴻巣病院 関 紳一

1) 「薬物専門病棟」の装備について

他の精神障害者においても処遇困難化するの、多くの場合に衝動的な暴力や予期しづらいトラブルを頻発させるケースである。薬物専門病棟においても、離脱期や精神病状態の場合にこのような事態が起こりやすく、一触即発となることもまれてない。また薬物の場合には司法との境界に位置するケースが多く、司法的処遇との連携に慣れない精神科スタッフにはこれらの問題が入院受け入れ拒否ないしは忌避の理由となりやすい。それらの観点から、急性期においては安全に隔離をできる部屋や人員配置が確保されていることが望まれる。しかし、人権への配慮や治療的配慮から一律に隔離を行うというわけではなく（離脱状態の評価や治療的関与のために行動制限を緩やかにする時期も必要）、安全を確保するために訓練された人員の配置のもと、不測の事態に際しての緊急連絡システムの装備が不可欠である。

専門職員としては、アルコール依存症治療において培われた知識や情報に加えて、司法処遇に明るくその調整を行える技術と人員配置（嗜癖問題及び司法的処遇に明るい精神保健福祉士2名程度）が必要である。さらに、看護スタッフを中心とした安全な防御や抑制のための技術と人員配置（看護基準：1.5ないし1：1程度）が必要である。

また、尿検査において迅速に結果を出せる装置が必要であることはいうまでもない。入り口のところできちんと診断を行うにも、院内外で薬物に関するトラブルが生じた場合にも、緊急に必要である。

その他あればよいものとして、監視カメラの設置がある。

2) 調査からも、病棟の構造機能に関して、薬物・アルコールの棲み分けと急性期・依存症治療期の棲み分けをどうするかということが密接な問題であることがよく分かります。

治療の場として解毒治療は閉鎖で、依存症治療は開放で、というのが多数であるが、異論もあり、専門家集団の中では閉鎖・開放を状態の変化に応じて組み合わせた配置がよいとする意見も多い。また、薬物専門病棟は依存症病棟の中に設置することが望ましいという意見が多く、入院期間については、解毒に2週間～1ヶ月、依存症治療には2～3ヶ月程度を要し、薬物依存に特化した内容をプログラムとするべきという意見が多かった。

それらをふまえた上で、病棟機能を分化した方がいいとする視点からアルコール・

薬物を別処遇とすれば病棟が多数必要となる問題が生じる上に、薬物患者だけで1病棟を構成することは現状の入院需要から考えて困難であるため、解毒期病棟としてアルコール・薬物を1病棟で扱うというプランが望ましい。問題点としては、アルコールの場合には急性期に内科医やその他の検査機器が必要とされるのに対して、薬物の場合には身体的に重症であることは稀であるなどの違いがあるが、可能であろう。

上記のような装備と病棟構造を満たした場合に薬物入院管理料を算定する（3ヶ月以内）というのが現実的である。その際に入院に占める薬物比率を4割程度とする。

また、若年者においては思春期的な問題をかかえた症例が多く、思春期病棟での治療を優先することも必要である。

依存症病棟においては、動機付け治療を基本に任意で開放という枠組みで原則はよいのではないかと。解毒病棟からの移行に関してもアディクションワーカーが共通して関わるのが重要である。ただし、開放的処遇をとる依存症病棟においては薬物入院管理料を認めるのは困難と思われる。

薬物患者の場合、その入院期間については一部を除いて長期化しないが、入院を繰り返すのが特徴であり、回復のためには避けられないと考えられる面であり、受け入れ拒否などを防ぐためには退院後3ヶ月以内の再入院についても診療報酬上の減額を緩やかにするなどの工夫があればと思う。

また、アンケートの中には、保護観察付き執行猶予となった者を薬物依存症専門治療プログラムで引き受けるというプランに対し、とくに専門家のあいだで「条件付きで引き受ける」とする意見が多くみられている。その運用次第で解毒・依存症病棟における薬物患者数は増えるものと思われる。

3) 措置入院の際の事前採尿について

基本的には、採尿を行うことは診断・処遇上重要なことだと考えるが、手続き上の問題をクリアする必要があるのではないかと。取締機関においては採尿する場合の原則というのがあって、少なくとも強制採尿する場合には裁判所の命令が必要となるので、それ相応の根拠があるわけで、かつ迅速に決定されなければいけないというのが現実的な条件となる。この「それ相応の根拠」の扱い方により、地域ごとの、警察署ごとの差違が出てくるものと考えられる。

また、医療機関や行政機関において行う採尿は、取締法違反の証拠にはならないが、診断の根拠となり、それにより下した精神科医の診断に基づいて裁判所の命令の根拠としたというケースがあります（小沼杏坪氏の報告）。ただし、この場合も、医療機関での強制採尿が結果的に本人の不利益になってしまうため、その根拠が問われる可能性があり、採尿などの医療上の強制医療行為が法的に守られる必要があると考えま

す。

アンケート結果への感想

復光会垂水病院

麻生克郎

私の思考を一番刺激してくれたのは、執行猶予者に対する入院治療について、比較的好意的ないし積極的に受け止めている意見が多かったことです。提示された条件も妥当なものが多いように見受けました。これなら、必要な条件をきちんと提示して、そういったシステムを提案するということが希望がもてるのではという印象です。

みなさんが挙げた条件で私にも妥当と思えるものは以下の項目です。

- ・薬物の再使用などがあれば司法処分に戻すような柔軟な構造
- ・原則として任意入院
- ・解毒後判断力があること
- ・本人が望むことを前提に
- ・プログラム参加者の定期的尿検査

私が提案したいシステムは以下の項目です。

- a. 違法薬物の使用により、有罪判決を受けた者の中で、本人が希望する場合に、刑の一部または全部の執行を猶予しその代わりに、病院やリハビリ施設での治療を受けさせる。
- b. 治療を引き受ける側は、精神病院であれば任意入院（開放、閉鎖はこだわらない）で引き受ける。DARCなどのリハビリ施設も可、いずれも、他の任意で治療を受ける人たちとおおむね同様の条件で受け入れる。異なるのは、尿検査の完全実施、治療経過の司法当局への報告、定期的な司法当局への出頭などが規定されていること。
- c. 精神科の強制入院が必要な程度の精神科的合併症が無いことが条件であり、これまでの、精神障害のため司法領域から精神病院に紹介されるものとはまったく違うシステムであること。（解毒期の精神障害のために専門病棟に移るのとは別のシステム）
- d. 暴力犯罪歴のあるもの、売人、暴力団の構成員などは除外する。
- e. 治療中は、尿検査などにより薬物使用の有無を客観的にモニターすること。
- f. 薬物の再使用、何らかの犯罪、その他何らかの理由による治療の中断があれば、即座に本来の刑の執行に戻す。
- g. 一定期間の入院、入所治療を終え、その後も一定期間、尿検査で薬物を使っていないことが確認できた時に、最終的に刑の執行をやめる。

といったところでしょうか。もう一つ。今、執行猶予がついている初犯の人にこれを適用すると、実質的には執行猶予がつかない、重罰化ということになりますから、現在なら実刑になる再犯以降の人に適用するというのが良いように、思います。

専門病棟を規定するときには、こういったシステムを受け入れる準備ができていないこと、ということになるでしょうが、時間はかかるでしょうから、今年の報告で取り上げるのは難しいかもしれません。今後の方向としては必要不可欠と思います。国立下総の平井先生が尿検査を組み込んだ治療システムを主張していますし、彼とつながっている保護観察所

で尿検査を実施していますから、そのやり方とも摺り合わせていけば良いのではないのでしょうか。

薬物依存専門病棟のあり方に関するアンケート調査

平成14年度

厚生労働科学研究「薬物依存専門病棟のあり方に関する研究」

分担研究者 妹尾栄一

はじめに

本アンケートをお願いするに当たって、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、分別して質問いたします。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、しばしば精神分裂病相当の深刻な精神病理を呈することから、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、先生方のご意見を集約するためです。回答は先生のお考えに近いものを、一つだけ選んでお答えください。

また今回のアンケートご回答に当たっては、先生ご自身が現在の多忙な臨床に加えて薬物依存症の治療を個人として引き受けるかではなく、あくまでも今後の日本の精神医療のあり方やその発展形態として、薬物依存症の専門治療がどの様に構想されるべきか、「あるべき未来像」としてお答え頂くようお願い申し上げます。

アンケートの内容や記入に当たっての疑問や質問等がございましたら遠慮なく下記連絡先までお問い合わせください。
ご記入後は同封の返信封筒にて下記事務局宛ご返送ください。

ご多忙中恐縮ですが平成15年3月20日(月)までにご回答頂けますよう、お願い申し上げます。

連絡先

東京都精神医学総合研究所薬物依存研究部門

電話 03-3304-5701（内線528）^{せのお}妹尾または

FAX 03-3304-5704、メール senoo@prit.go.jp あて送信ください

【本アンケートは回答の得られた調査票全体をまとめてデータ解析いたしますので、個別病院ごと、地域ごとを特定しての分析は一切行いません。ただし回答結果への問い合わせを行う場合が万が一有るかも知れませんので、お手数ですが貴院の所在地県名を最初にご記入願います

県名【 】

I. 治療構造 総論

1 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
- ②整備される必要はない
- ③その他。具体的にお答えください。

(

)

2 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
- ②閉鎖病棟
- 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）

(

)

3 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
- ② アルコール症などを扱う「依存症病棟」
- ③ その他

(

)

4 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
- ② 2週間～1ヶ月程度
- ③ 1ヶ月以上
- ④ 以上のいずれでもない（期間を定めるべきではないとい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）

()

5 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 トライエージなど尿検査用キット
- ② ガスクロマトグラフィーなど精密検査。
- ③ 画像診断装置
- ④ 緊急事態での院内警報装置
- ⑤ その他 ()
()
()

6 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）。
- 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）。
- 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）。
- 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。

()

II. 次に依存症（嗜癖行動）に対する心理教育プログラムのあり方についてご質問いたします。

1 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）
- 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で、心理教育は開放病棟で行う）
- ③ 解毒治療も心理教育も、両方とも開放病棟で行う。
- 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

(

)

2 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。
- ② おおむね2-3ヶ月程度。
- ③ 3ヶ月以上。
- ④ その他 (

)

3. 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。

- ① 1週間に1回位の頻度で実施すべきである
- ② 入所時と退所時の2回程度行うべきである。
- 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。
- 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。
- ⑤ その他の方針。具体的にお書きください。

(

)

4 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。
- ②アルコール症の治療とは別の病棟で行うべきである。
- ③その他。

(

)

Ⅲ. 次に、薬物依存症への治療的アプローチと、司法的介入とはどのように連携されるべきなのか、逆に峻別されるべきなのか、質問いたします。

1 司法と精神医療の連携の一例として、精神保健福祉法第24条の警察官通報の際に、事前に警察官が尿検査を実施し陽性の判定で、なおかつ措置入院となった場合、措置解除退院後に患者が取締法違反で司法処分を受けるという処遇方法が、一部で行われています。この様に措置通報前の、警察官による採尿一検査を広げていくことに対して、精神科医としてどの様にお考えですか。①～③より選択してください。

- ①その様な連携は大事であり、よりシステム化（全国共通化）していくべきである。賛成される理由をお書きください。

(

)

- ②その様な警察官による採尿と措置診察をシステムティックに連動させるべきではない。反対される理由をお書きください

(

)

- ③上記の①②のいずれでもないお考えや、追加されるべき前提条件がございましたら、具体的にご教示ください。

(

)

2 日本では、薬物事犯のうち初犯者については、有罪でも執行猶予となる例が多いようです（密売や大量所持などの悪質な例は別として）。今後の司法と医療の連携のあり方の一つとして、薬物事犯のうち保護観察付き執行猶予となった者を、薬物依存症専門治療プログラムが引き受け、嗜癖行動の修整を図るというプランについてどうお考えですか。

ちなみに欧米圏では薬物事犯の処罰を「ドラッグコート」として独立化しているところもあるようですが、本質問はそうした裁判機構の改変まで前提としていません。

①原則として引き受けるべきではない。

反対の理由をお書きください。

(

)

②いくつかの前提条件を付けて引き受けるべきである。

賛成の理由をお書きください。その際に、どの事例を引き受けるか、選択するための基準（や制度）が必要と思われます。既に引き受けている事例やあるべき基準・条件についてご教示ください。

(

)

③ その他の考え方。

(

)

IV-1.

「薬物依存症」をアルコール症と並ぶ嗜癖行動の1種として、疾病モデルで捉えることは、理念的には可能ですが、実際に精神医療の現場で積極的に引き受けていくためには、上記の質問項目では言い尽くせない数多くの解決すべき課題があると考えます。薬物依存症についても、アルコール症と並ぶ専門治療化が進展するためには、どのような問題点を解決する必要があるのでしょうか。臨床精神医学の専門家としての率直なご意見を賜りたく存じます。出来るだけ薬物依存症専門治療が「成立するため」の課題・問題点の提起をお願いいたしますが、場合によっては「成立困難」と判断される理由などもご教示願います。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....