

最近ではショートケアを利用しながら、グループを分断して小グループを曜日毎に分けてやるという形でやっと成立しています。軽度の発達障害、広汎性発達障害の子どもたちが増えてきたものですから、そういう形に変わってきています。

ナイトケアは、どのグループからも参加していいという時間帯のフォローで、アルバイトの人も多く参加しています。

そんなふうな大雑把な構造です。

一般外来、薬物療法…、薬物療法はかなりがっちりやっています。親指導、親子同一グループ、広汎性発達障害の児童のグループなど、精神療法的な小集団。これはみんなで話し合っ、この子たち3、4人くっつけたら仲間になれるかなという候補者を上げて、彼らをくっつけたりとか、そうしながらその中からデイケアに入っていく。

うちに見学に来た皆さんが、メンバーさんが活発で元気がいいと言われるのですが、実は人とはほとんど関われない子たちを対象にして、そういう子たちを2、3人とか、4、5人とかのグループを丹念に積み重ねて、そうしてやっと大集団にもっていけることになって、正式なデイケアに入るという、そこらへんがわれわれ児童思春期をやっているものたちの考え方です。かなり時間をかけて、活発で仲間意識を持てる集団になっていきます。1対1からだんだん広げてというところを丹念にやると、あとの状態がいいんじゃないかなという経験のもとにやって、いろいろなグループができています。

1対1から集団ということで、母子関係、基本的に安心感等を重視した精神療法。ただそれだけだとうまくいかないんですけど、世の中では結構心理療法だけをやっていたり、受容的だけでやっていたりで、にっちもさっちもいなくなる場所がいっぱいあると思うんですけど。われわれは単なる受容ではなく、相互作用、愛着形成のために必要なほどよい厳しさと、そこからの厳しいけれどそのあと救いがあるってちゃんと深く関わるよという治療の流れを作る。これは子どもの発達も同じです。正常発達の流れを丹念にたどりな

おすといってもいいかもしれません。例えば家族以外の小集団の感情表現、人との折れ合い方。自分を抑えて適応したらすごく良かったという経験とか、自分を出していろいろな体験を共有することとかなど皆が経験して成長していくことです。それに模して次第に社会化していく流れを作るために、小グループをやったりデイケアでいろいろな場面を、ストレス場面も作ってということでやっていくということです。

デイケアのグループから、学校や就労、社会参加をしていくという考え方で運営しております。

なぜ乳幼児から社会復帰まで、ここにこだわりますけど。将来の病気になっていくパターン生き方には、やはり人生早期にできあがると思われま。社会復帰も治療的関わりも、育ち直しであると思っています。子どもが幼稚園や学校という集団に入っていくことや、そこから社会に入っていくこと、小学校や中学校から社会に入っていくことと、デイケアを経験して地域への社会復帰することなどには共通点が多いと思っています。

赤ちゃんから大人までの人の成長や営みについて精通していることが、精神保健福祉を支えるスタッフの基本的専門性であるということで、スタッフで常々勉強しています。

チーム医療の実践の場であり、教育の場になり得る。医師、看護師、精神保健福祉士、心理士がとにかく集団でかなりインテンシブな治療を経験しないとスタッフは育たないと思っていますが、うちはそういういい場所になっています。

地域医療の窓口であり、地域での患者さんを診ていくための欠かせない構造を考えると、やっぱりスタッフが地域とつながるということをししないと、患者さんも地域とつながっていくということになりにくい。地域のいろいろな施設とわれわれが仲間になって、福祉関係の人たちと友だちとか知り合いが多いのですが、そういうことがあって初めて患者さんも安心してそういうところへ出て行くということがあって。やはり地域とつながるためには医療機関にデイケアみたいな場所が無いと、地域とつながっていきません。デイケアが医

療機関における地域とのインターフェースです。

続いてデイケアスタッフについてです。3デイケアで、看護師3人、精神保健福祉士3人、心理士4人、指導員2人。これに加えて、いろいろな講師、お茶とか、お花とか、そういう講師の先生方が来ています。

治療、情緒発達を意識した対人関係の成長を目指して適したグループを作るには専門スタッフが必要で、いろいろな職種が連携してやっていくことが必要です。患者さんの家族関係、生育歴までを含めたケース検討を頻繁に行って、スタッフで共通理解したうえで患者さんに関わる。

これは、週1回ずつ、問題になる人を取り上げて必ずケースカンファをやっていきます。そうすると、ほとんどの患者さんがかなりインテンシヴなケースカンファを経験して、それでスタッフの理解が深まる。これが一番うちの柱になっています。

じっくり患者さんの成長に付き合う専門スタッフを訓練する場所は、短期間の入院治療の場合はデイケアがいい。私も入院治療をやっていましたけれど、短期間の入院治療の場所で、じっくりと成長をイメージすることがなかなかできないので、やっぱり少しインテンシヴなデイケアという治療構造が訓練するには適しているだろうなと思います。

現在のデイケアスタッフの構成基準で十分にはできない。治療を意識したデイケアでは、特に数と質が必要です。やっぱり今の基準では難しい。今の基準を超えて置かないと、とても運営・治療は出来ない。

デイケアひまわりの1週間メニューですが、これはちょうどあった2、3年前のものを持ってきちゃったのですが、これはいる患者さんたちに合わせてどんどんやって、先ほどプラモデルグループとありましたが、やっぱり発達の問題の子たちはプラモデルのようなマニアックなものグループが必要になってきてます。

最近太ってきた子もいるので、お昼にはみんなで散歩に出たりとか。こういう固定したメニューでない、いろいろなメニューが随時入ってくるような感じです。

昼休みとか、終わった後とか、デイケアの始まりの

まだぼつぼつ来ている時の雑談や、スタッフがなんとなく入っての会話がすごく大事だということをやっています。

介入する場面と様子を見る場面の判断。対人関係で失敗しそうでも、失敗するまで待ってからフォローしたりとか、これは問題が大きくなりすぎるからと早期に介入する場面。そういうことをちゃんと判断することが専門性だよと言うことでやっております。

そのメンバーの発達レベルを把握して関わる。誰とでもしゃべれるように見えても、誰とでも喋れるという事は、誰ともしっかりした信頼関係を持ってないことを意味します。ちゃんと成長してくると人見知りして、安心できる人や安心できるスタッフとしか関われなくなっていったりとか、よく見ていると正常発達と同様な成長をデイケアの患者さんもしていきますので、そういうのをきちんと見て、その人に合わせた関わり方をしようとやっています。

うちの症例を出す時間は無いと思ったので、実態をイメージということで書きましたが、診断名は統合失調症が多いのですが、最近不登校の子も統合失調症の症状を出す子が非常に増えてきていますが、実はそれが治まると人格障害的な感じや、いろいろな対人関係の問題を持っている子たちが大部分です。わずかなことで被害的になって泣き出したり、飛び出したり、毎日飛び出す子もいますね。相手を独占できないで怒ったりします。激しい怒りや衝動をもって、それが周囲に投影され被害的となっているため、人と一緒にいてもいつもイライラしている。自分が集団に入れないと、あるいは周囲との関わりを被害的に捉え、混乱し意識消失を繰り返す。妄想も周囲との関わりが分からず、怒ったり混乱したりする。気を使いニコニコしているが不安があり、わずかなことで家に引きこもる。人と会話がかみあわずマイペースで協調できない、というこんな子たちがざらざらいます。こういう子たちを、何とかグループにして、何とか社会に出るまでにもっていくということをしないと、最近の若い人は漂ってしまったり、ひきこもってしまったりします。

陽性症状は薬をかなり使うので治まります。最近ほ

新しい薬で非常に治まり方が良くなっています。懷疑的になる、人と安心してられない、人を信用できない、自己中心的な部分が目立つ、人と協調できない、べったり甘えていないと安心できない、人が近づくと怖がり避けてしまうというような問題は、陽性症状が治まっても結構あります。しかし、集団に入れるとこういったことは全部顕在化してくるという印象です。集団で人の情に触れるといろいろな情緒的問題が表面に出てきます。反対に、陽性症状が治まったときに、家と病院の往復だけだったり、人と関わらないままそっとしておけばそのまま固まったり、引きこもったりということがいくらかでも起こってきます。

それをデイケア、ナイトケアでやっていきます。目的は人に頼ったり、人と一緒に楽しむことを経験してもらう。失敗してもやり直せるという経験をしてもらう。所属しているとか仲間がいる、見捨てられないという経験をしてもらう。人との信頼感、安心感を育てていく。1対1の対象関係から、複数との対象関係の段階への成長を図る。こういうところを基本目標にしてやっております。

今は統合失調症にも拘らず和気あいあいとして、そここで活発に対話が盛り上がっている。非常にやかましい雰囲気です。

人と関わることがまだうまくいかないメンバーたちは、スタッフのそばにいろいろなしゃべったり、手伝いをして過ごしています。スタッフ側としてはこれはかなり戦略的で、あなたは(スタッフは)あの子を引っ張ってくっついちゃって、という感じでやっています。

人を傷つけたり、人にひどいことを言ったり、人が嫌がることをしつこくやったり、常識に外れることをする以外はまったく規則は無く、自由に暮らしている感じです。そこははっきりしています。常識的な付き合いならば恋愛など付き合いは自由で、困ったときのみスタッフが介入し、恋愛も男女関係もフリーですが、この前デイケアの中で二股を掛ける人がいたときはつるしあげました。(笑い)そういう当たり前の対応はしっかりしています。

デイケア以外でも自由に付き合い、メンバー同士

のネットワークなり、デイケア後の夜や休日もよく会っているらしい。かなり徹夜でやっているとか、ファミレスに入り浸ったりしているようで、ある程度安定してきたメンバーが不安定なメンバーをそうやって自然にフォローしてくれて、困ったときはスタッフに言ってくる。驚くほどスタッフに情報が入ります。それで思春期のデイケアをやっても、今までに男女関係で小さなケンカやいざござはあっても、やばいものはゼロですし、事件・事故もゼロです。もちろん暴れたりすることはあるので、その場合はわれわれ医者が先頭になって飛びかかって押さえて注射したりとか、することはちゃんとします。そうするとそれが歴史になり、ああいうことをやると大嶋先生はカットとなって飛び掛るよというのが伝説になり枠になるようです。

先ほど言いましたように、17年度から小中学生の具合がどんどん悪くなり、とても1つのグループにはできなくなっていろいろなグループに分かれています。

青空グループは不登校中高生の男子、少人数の関わりでやっています。ドラえもんグループは暴力的な小学生で、学校内でも個別対応で学校から来てくれるなというレベルの子どもたちを引っ張ってきて、そういう子たちのグループです。7、8人の子どもに対し、スタッフを4人くらい入れています。カラフルグループはのんびりした小中学生とか、ちびっこグループ、アスペルガーとかそういうタイプの子どもたち中心です。もじゃもじゃグループは、言葉がどうもだめで周りの状況が理解し難い子たちのグループとか、いろいろなグループでやっています。

青空グループとドラえもんグループにはこんな子たちが来ているというのを出しておきました。ドラえもんグループの中の例です。コミュニケーションの手段が暴力的になり、しかし周りに気を使う面もあって我慢している。この子、知能はかなり高い子ですね。衝動コントロールが苦手な問題行動に歯止めがきかなくて、周りが思いどおりにならないと手を出してしまうが気持ち切り替わると謝ることも出来る。特定のメンバー、グループ内でも遊ぶようになってきている。学校では

頭はいいけどひどく孤立して、暴力で来るなど言われている子です。

それから赤ちゃんみたいな子で、知的にやや低い、70 くらいですか、自分の思い通りにならないとパニックになって人やものにあたります。すぐパニックになって泣き叫んで、学校でも暴れて。力があるので先生たちもえらく困っている子ですが、この子も最近グループの中で立場が出て来て、一緒に遊べるという感じで落ち着いてきてこだわりも軽減しています。学校でも 2 学期の終わりから落ち着いてきたというようです。このようなタイプの子どもたちを診ております。

次に、デイケア登録者の就労状況 162 名についてです。半年以上デイケアに参加しなかった場合は登録を抹消しています。登録台帳の中のマスカットははずして、ひまわり、いろりの人たち、だいたい 15, 6 から 20 代後半、30 ちよつとの人も少しだけいますが、そのあたりの人たちで統計を取りました。今回話があってスタッフにチェックしてもらいました。現段階、横断的に就労していないのが 49%、「院内アルバイト」が 2%、「体験就労」が 12%、「短時間就労」18%、「長時間就労、一般就労」、これ一緒にしてしまったのですが、延長つき就労みたいな感じで病気を言って長時間になっている人と、一般就労の短時間の人と長時間の人両方入って、一般就労、つまり病気を言わずに就労している人と援助つきの長時間になった人を合わせて 19%です。

これは表も示しておきましたが、ひまわりの就労状況です。就労無しの方が、今来ていなくて就労無しも 15, 6 人います。デイケアに週 2, 3 回、週 4, 5 回来ている子たちはまだ就労があまりありません。反対に短時間就労、長時間就労、要するに普通の企業だったり、外にちゃんと出てきている人たちで言うと、長時間になると当然ほぼ来なかったりとか、月 1, 2 回程度になっている人が増えて、短時間就労だと月 1, 2 回程度とか、週 1 回程度が多いです。ただ、不安の強い人もいて、4, 5 回来ながら夜短時間で行ったりとか、週 2 日だけ 2 時間くらいの就労をやつてあとはデイケアに一生懸命来ているという人も結構います。「いろ

り」ですが就労無しが多いです。こちらの方が重かった子たちのグループなのでどうしてもそうになってしまうのですが。この子たちもこの 1, 2 年は非常に就労が流行っています。短時間就労、長時間就労にも何人か出ていまして、人数は短時間就労に計 15 人、長時間就労に 12 人出ています。短時間就労、長時間就労ともほとんど半数くらいは来ていない、半数くらいは通つてきながら少しやっているということですか。

「最近みんな良く動いていると思っていただけ、意外と多かつたね」とスタッフで話をしていたのですが、今回初めてこんなふうに統計を取らせてもらって、半数くらいのアルバイト体験就労、短時間就労、長時間就労をやっているということ。

デイケアメンバーの就労の特徴として、長時間就労している人の専用ナイトケアを開いていますが、その仲間同士の話が盛り上がり、仲間のつながりを維持できる場所となっています。体験就労と短時間就労の人がデイケアを利用して生活のリズムを作ることによって仕事を続けていけるんだなという印象を見て持っています。長期間就労の人がたまにデイケアを訪れるだけでも、仕事の打ち合わせや相談をたくさんして精神の安定を図っている感じです。

就労先として、短時間就労は清掃のところとか、大規模農家とか。これはさっきも言ったように病気のことをオープンにしてやっていますので。そして、小規模工場とか、小さいお店とか、本当に 2 時間を週 2 日とか、半日を週 2, 3 日とか、そんな感じでやっています。長時間就労は、ファミリーレストラン、工場、福祉現場、園芸農家とかに行っています。

そして、体験就労の中には、先ほどの市が設置主体の喫茶店おらん家、メンキャップ。他に福祉の手助けを借りて、もちろんそれはデイケアではないのですが、福祉の体験就労先に行かせてもらって、体験就労で週 1, 2 回。農家の草取りや柿の枝の剪定、みかん採りなどの体験就労に行くことが多いです。

段階的に段々重いのに行くという感じで、メンバー自身もそんな感じで捉えています。院内アルバイトは、院内の喫茶とか清掃、タオルの洗濯などを 5, 6 年や

っています。それも慣れると次の段階、次の段階と進んでいく、導入に使っています。

次に、治療的デイケアの効果です。陽性症状の軽減、消失のみならず、社会生活を営むことが可能である。デイケアを利用して情緒発達で人との関わりの成長をたどることによって社会性が向上し、就労にもつながっている。

実は今回、うちはかなりインテンシヴにデイケアをやっているものですから、結果を一応客観的に出そうと就労を出したんですが、それ以外に学校に戻ったりとか、そういう子たちもいっぱいいるんですけど。傷ついた自分を安心して受け止めてもらい、仲間集団ができるころまで成長する。就労への意欲や就労してからさまざまなストレスに耐える力が向上する。

児童青年期対象、児童から 20 代後半の社会性の積極的な向上を目指したデイケアと言う概念を新たに考えることで、精神保健福祉の状況を変えることになるのではないかと、われわれは考えております。

医師の役割としては、医師がチームのリーダーやまとめ役として機能したいとすれば、医師自身精神保健福祉士より精神保健福祉士らしく、心理士より心理士らしくということが望ましい。ケースワーク的事例検討、心理的症例検討に精通しており、見立て、問題点の整理、方針を出すコンダクターとしての役割を担うことが望ましい。デイケアメンバーへの危機管理、デイケア集団への危機管理、スタッフの混乱の支え等が役割と考えられる。

終わりのまとめですが、精神科医として、精神保健福祉士として、先ほどからも出ていますが、医師が一般外来診療や短期日の入院治療に終始することが増え、患者さんの地域での生活についてイメージ出来なくなっている。そのため、精神保健福祉に携わる人との話が噛み合わない。家族や患者さんが分かってもらえたと感じられない。医師以外のスタッフと共にチームで治療することが不得手となっているということが起こっています。そのため、地域で様々な分野、保健、福祉、民生、労働のチームを組んでの精神保健が進みにくくなっているということが現状だと思いま

す。

上記の理由から、精神保健福祉士を教育できる医師や、協同して仕事ができる医師が減っており、精神保健福祉士の質の向上が難しくなっているような気がします。デイケアはチームによる地域医療の経験の場所、医療における地域とのインターフェースなどとして機能を持ち得て、ちゃんと患者さんとか地域を分かるという点では、医師自身の研修にとって非常に大事な場所ではないかなとやっていて思っております。駆け足で話させていただきました。

<質疑>

浅野:先生、非常にバラエティに富んだというか、いろんなことを展開しておられて、さぞかし大変だろうと思うのですが。先生のところ、ドクターはお1人なんですか？

大嶋:2人でやっています。あと非常勤の先生も来てもらっています。常勤2人プラス非常勤の先生。

浅野:非常勤は常勤に換算するとどのくらいになるのですか？

大嶋:非常勤は2日来てもらって、常勤2名と。

浅野:2日来るとするのは、1人の非常勤が2日？

大嶋:2人です、別々に。

浅野:そうですか。ひまわりのデータをうかがっていましたが、これで就労していない人で、なおかつほぼ来ないという人がずいぶん多くいらっしやると。この人たちには何か別な働きかけをやっていらっしやるのですか？

大嶋:今回用に数字を取ったところ、就労と何回来ているというのを連動して出したら28人。ただ、この人たちも外来に全部つながっているのと、就労だけで

はなくて、短大に行ったりとか、いろいろ別の形で外に出て行ったり。ここに入れてないもので、社会福祉施設とか、デイケアからそちらの方に行っている人たち、授産所に行っている人たち、そういうことはカウントしていません。半年以上来ていない人たちを除いてカウントしてある登録台帳でやったものですから、こういう結果になっています。ドロップしている人ももちろんいます。

浅野:不登校の子どもさんたちがずいぶんみえていますが、スライドの表で毎日登校と書いてある子どもたちはどういう時間帯に利用していらっしゃるんですか？

大嶋:グループみたいにして放課後來たり、あと、毎日登校しているのですが、ある曜日の午後だけ休んで来いという人もいます。実際に学校へ行っているけど、ほとんど人と関われないまま、学校で迷惑だと思われるのでつまはじきになっているものですから、行っているけど意味が無いというところで「半日休んでいらっしゃい」というふうにしてやっています。

五十嵐:ショートケアが多いですか？

大嶋:正直、マスカットというのは、本当に3、4人とか、4、5人のグループでぽつぽつやってるグループなので、1日で多い日で7、8人、少ない日は3、4人というところ。52名がデイケアで、そのほかにショートケアがあります。

池淵:私たちのところは平均年齢が20代の半ばくらいなので、ちょうど発達が未成熟な方とか社会性の問題とかで、今言われたような育て直しの部分の人がたくさんいるんですね。特別な関わりがかなり重要だったり、大グループには入れないのでたくさん小グループを作ったり。特に最初は少人数のグループがどうしても必要だったり、佐藤先生は2年と言われてたけれども、2年ではなかなか。個別の支援から入るとか、本

当に手間が掛かって。私たちのところの人件費だけで計算してみたら、人件費がやっとトントンくらいの現実です。先生のところはよくやっているな、すごいなと思いつながら話を聞いていました。

大嶋:今先生におっしゃってもらって嬉しいです。2年ではとても治まらなくて、ただ4、5年するとすごく成長してくれるんですね。だから、発達面の問題のある人がこれからすごく増えてくると、やっぱりその場合を考えて、集団に入れるだけでもかなり時間が掛かって。もちろん、7、8年の人もいますけど、そんなにぜいたくを言っちゃいけないと思いますが、しかしちゃんとやると4、5年はかかるものだと思います。スタッフをちゃんと揃え、きちんと治療的ケアをやるという部門を確立してもらえるとすごく嬉しい。決して儲からないけど、スタッフが育って、そのスタッフが地域に出て行ったり他のところに勤めたときに、非常に意味があります。そういう場所がないと、何が起きているか分からないまま精神保健福祉士をやっているという自称専門家が地域にいっぱいいるような気がして、きちんとしたところで研修をやらないと不安だなというところで、われわれやっております。

池淵:例えば中学生ですと、学校の中でどうなるとつながっていくかということが問題になるので、デイケアでやっていきながら、学校とどう連携、援助するのかなということがあると思うのです。それから就労ということも当然あると思うし、デイケア外のスタッフの活動というお金が付かないじゃないですか。私たちもそれが本当に困っているんですけども。先生はどうされていますか？

大嶋:その通りです。例えば小中学生の子たちは代替で心理が担当で付いていたりしてそれでまたグループに入るの、その心理が学校と連絡を取ったり、学校を訪問したりとか。結構、学校と連携を取っています。あと、学校の先生が来られて、外来で話を聞いたりとか、そこは全部お金が付かない。ですから、児

童思春期をやっているものとする、学校との連携にちゃんとお金が付いてくれると、すごく助かるのですが。

池淵:アウトリーチサービスにもうちよつと正当に評価があるといいなという感じですよ、学校なり職場なり。よくやっていたらいいなと思います。

大嶋:だいたい1人の子どもに、どこか必ず1回は心理の人が学校に訪問するということが出てきます。あとは電話や、学校の先生が来てくれる場合もありますけれども。月に1回、2ヵ月に1回という頻繁には訪問出来なくて、というような感じですね。それをしないと、心理の人たちも学校現場のイメージが掴めなかったりして、やはり教師と連携してやっていかないとけないので。

## (5) 精神科クリニックにおけるアルコールデイケア

東布施辻本クリニック 辻本土郎先生

東布施クリニックの辻本です。臨床ばかりやっていて、何も研究なんかしたことがない者です。佐藤先生がアルコール依存症はデイケアで診ないと、デイケアからアルコールを診ている辻本です。資料がたくさんあるのでかいつまんで話をしていきたいと思います。私の自分史を語っていく形になると思います。

私が医者になったのは30年ほど前です。アルコール中毒というのは人格障害となっていました。覚せい剤依存症というのはちゃんとした病気ですが、今は司法的にしか扱われていない。覚せい剤依存症とか性的犯罪者が医療的な処分になるのか、司法的な処分になるのかということが問題になってきます。

アルコール中毒も昔は全部司法的な処分でした。それが入院治療になって、そして今は外来治療になってという、そういうことも少し話してみたいと思っています。

アルコール関連問題の規模についてですが、病気の社会的損失の4%は、アルコールが原因で3位ですね。それから、家庭内暴力の最大の原因。最近の事件でも、ご主人の酒癖とかが絡んでいる事件があったりします。飲酒運転もアルコール問題、アルコール依存症が多いと思います。

どれくらいアルコール依存症、アルコール関連問題を持つ人がいるかというと、これは樋口先生の調査ですが、KASTでの結果は447万人、AUDITで300万人。私はだいたい240万、ICD-10の調査の3倍くらいかなと思っています。

古くて新しい問題がいろいろあるのですが、240万人のアルコール依存症の中で、専門医療に掛かっている方は3~10万人くらいじゃないかと思っています。本当の末期になってしか私たちの前に登場しない。家庭もバラバラで、仕事も失って、体も精神状態も悪い形で初めて登場する。どうしてこうなるかというと、これは内科が抱え込んでいる部分もありますし、否認とい

う部分もありますし、いろいろな要因があって、私たちのところへ登場するときにはひどい状態で来ています。

アルコール医療の抱える問題点。アルコールクリニックのしんどさは、そういう人たちを診ていますので非常に回復率が悪い。回復率も死亡率も25~35%くらい、約3分の1くらいですね。5年たったら、だいたい3分の1は死んでいる。飲酒再発から死んでいる人が多い。アルコール専門医療も少なく、アルコール医療に対しては差別や偏見がなかなか根強いです。

アルコール依存症は薬物依存症のひとつです。モルヒネとか、書いていますが、バルビツール/アルコールという形で身体依存もモルヒネに近いし、精神依存も非常に強い。けれども医療関係者にもそういう認識はあまり無いですね。

私は1973年に精神病院に体験入院しました。そこから精神科に興味を持ちました。医療の中で精神科が一番はずれていました。父親は内科をやっていて、精神科には行くな。精神科医の中でアルコール中毒だけは診るなどと言われていまして、そのアルコール中毒をずっと診ています。

その当時、アルコール中毒は隔離収容という形で、入院は5年、10年が当たり前で、退院させようとしたら「退院させてもらったら困る」と自治会から苦情が来るという時代でした。そこでもやはり当たり前の医療がしたいということがあってこの世界に入ってしまったのです。その中で、性格異常と思われていたアルコール中毒患者さんがアルコールを2年止めていたら変わって、性格異常ととても思えなくなってきました。それも自助グループの中で変わります。

私は30年間の精神科の経歴の中で精神病院では働いたことがなくて、外来1本です。それもアルコールだけです。それまでの時代ではアルコール中毒は司法の領域、刑務所という形から次は医療、隔離収容の時代でしたが、新しく専門病棟が久里浜にできてアルコール医療が始まりました。その後、入院ではなく外来でもできるのではないかと、私の師匠の小杉



先生がアルコール専門外来を作りました。そのときには、ほとんどの人はアルコール専門外来が成立するとは考えてなかった。入院でもうまくいかない人たちがクリニックに来るのは無理だろうと思っていましたが、それが成立したんです。

成立した理由の1つには、経済的に成立したということも大きいですね。なぜかと言うと、アルコール中毒は体を壊すからです。ギャンブル依存症はギャンブルしていたら経済的に破綻してしまうから、そういう人たちが病院に来てそれを診ていたら、経済的に成立しないですね。また、外来治療が中心になってきたら、入院はあまり必要でなくなってきました。入院を現状では利用していますが、アルコールの場合は外来があったら入院は短期で、一時的なエピソードだけですみます。ですから、入院の意味も変わってきました。メニューだけじゃなく、治療体系が変わってきました。

アルコール依存症は「長期にわたって地域で一貫した治療が必要」という、地域ケアの原則でやっています。私もクリニックで働いていますが、クリニックに行っているよりも4ヶ所の保健センターへ行って、AAや断酒会に行き、それから精神科診療所協会の会へ、あわせて週に5、6回行ったりしています。いろいろなネットワークの中で、クリニックで診察している時間と同じくらいのエネルギーを外に使って、ネットワークを作っています。小杉先生のところで10年近く働いたあとで、自分でやってみようとして人口52万くらいの東大阪の町で、生野区に近くどちらかと言うと下町で、東京で言えば大田区のような工場がいっぱいある町です。そこで「居心地のいいクリニック」、「熱きヒューマンな出会い」をコンセプトとしてやりました。

アルコール医療は小規模ではできません。最初からある程度スタッフの人数を抱えてやらなければいけないということでやりました。食と仕事にこだわって、地域の中で自分の色を出していくのがクリニックの特徴かなと思っています。名古屋から大阪へ行く電車と、奈良から大阪へ行く電車の交差するターミナル、近鉄布施駅から歩いて3分の距離にあります。最初借りるとき、「神経科でやります」と言うとき大家さんは「何を

診るのですか」と聞かれました。「ノイローゼとかそういう人を診ます」と答えました。「酒飲みは?」「ちょっと肝臓の悪い人も診ます」と言ってごまかしました。入居させてくれるか心配でしたが、大家さんたち、地域の反対無しに何とか開業できました。そのうち、ビルの大家さんも保険証を持って私のところで受診するようになりました。(笑い)入ってしまったらこっちの勝ちという感じですね。生野区に近いので在日韓国朝鮮人が非常に多いです。受診患者の4分の1から3分の1が在日韓国朝鮮人です。

私のところのクリニックの理念は次のものです。1つは、飲むための援助はしない。まず、クリニックは飲酒の支え手にはならない、だから飲んできた人は一切診ません。原則は、自助グループにつないで、私のところから他の地域のネットワークにつないでいくということです。現実にはちょっと難しく、飲んできた人を帰すと死ぬ危険性が高い場合があります。ですから、死ぬことを考えるとどうしても抱えてしまうということがあります。緊急で救急車を呼ぶというときは別です。癲癇を起こす、静脈瘤が破裂するなど、いろいろなことが起こるかもしれませんが、私のところではそれはやらないで救急病院にまかせる。アルコール依存症というのはどんどん死んでいく病気ですが、死なせないためだけに私たちは診療するのではなくて、飲むための援助はしない。なぜかと言うと、飲んでる人に点滴して元気になったら、また、飲みに行きますものね。それをやっていると本当に治療にならない。ですから飲むために援助はしないということにしています。

依存の構造は、私が勝手に考えているものです。一番外側に薬物依存があります。飲んでる期間が30年、40年と長い人も多く、飲酒過程に依存するプロセス依存も生じます。ギャンブル依存症と同じようなプロセスの依存です。ニコチンの依存でも薬物への依存とともに、ご飯を食べた後にタバコを吸いたいというプロセス依存が出てくるような、同じようなプロセスの依存がアルコールにもあります。一番真ん中には関係性の依存。恋愛依存とか共依存にあたるそう

いう依存。3 つが三重構造になっています。この依存の外側の依存領域から少しずつ崩していくという治療構造になります。

ほろ酔いの効果ということもありますが、飲むことで受け入れられるというプロセスもありますし、飲むことで自分の存在があるというような関係性もあります。そのような依存にも時間を掛けて取ってあげないといけない。

アディクション・アプローチという形ですが、仲間の中で回復していくものです。薬物依存にはプロセス依存も、関係性の依存が内在している。それらに関わらないと断酒継続は不可能になっている。薬物を止めていても、中の関係性の依存まで関わらないと本当の治療とはいかないと思います。

プロセス依存にはギャンブル依存、買い物依存、借金依存といった社会問題があります。プロセス依存に関われば、いろいろな社会問題に関していけるのですが、経営的な問題もありなかなかそれを専門にやるところはすくないですね。患者さんはいっぱいいますが手を付けられていないのが現状です。

関係性の依存は、トラウマの治療とか一部の人格障害、PTSDなどにも応用できるものだと思っています。

2 番目の理念です。アルコール専門医療は他の医療とどこが違うのかと言ったら、治療プログラム、ARP (アルコール・リハビリテーション・プログラム) があるということです。久里浜病院がはじめた久里浜方式です。やはりそれが必要なですね。小グループ中心にミーティング、疾病教育、そういうことをどんどんやっています。外来では「6 週間毎日来てくださいね。そして疾病教育、集団の精神療法を受けてくださいね。自助グループに行ってくださいね。抗酒剤を飲んでくださいね」という形をやっていきますが、家族への関わりも大切になってきます。家族の方にどう関わるかが予後に関係する大切なことなのですが、最近、家族もちは、みんな共稼ぎになっているからなかなか参加してくれない。むしろ、家族が崩壊し単身者になっている方がいっぱいです。家族ミーティングに参加

できないということがしんどいですね。

自助グループの補完と疾病教育がARPの目的です。そして、自助グループにいかにつないでいくかが大切です。専門だから、大規模だから、ARPができる。さらに言えばクリニック全体がデイケア的な要素を持っているのではないかと思います。専門クリニックというのは、そういう要素を持っています。患者さんはクリニックに来て、滞在時間が長いです。デイケア登録していないのに、診療後も「先生もうちょっといい」とずっといて仲間と話している。自助グループが始まるまでクリニックにいて自助グループに行く。でも、登録していないのでデイケアの診療報酬は、取れないです。

3 番目は個別面接。やはり集団だけではなしに、アルコール患者というのは一様でなくて、回復は 100 人いれば 100 様で、やはり個別面接が必要になってくる。アルコールの問題の裏に多くの問題が隠されていて、重複障害、統合失調症とかうつ病とか、いろいろな病気を持っている人がたくさんいます。入院治療でしたら「ワシは節酒でいく」と言ったら治療的雰囲気を守るため診られません。外来ですとそういう人たちでも対応できます。「じゃあ、節酒でいっぺんやってみますか。しかし、節酒ができなかったら次はこうしてください。その次、こうして」と、外来だったら細かく本人の要望に応じて動機付け面接の方法で診ていきます。入院ですと、その入院のプログラムにのらなかつたらはじき飛ばされますが、外来ならいろいろな、そういう多様な人を診ていくことができます。その意味で外来の方がやりやすいですね。

少しうつ病のことを書きました。アルコール依存症の二次性のうつ病の合併率は、樋口先生なんかが発表したのが 13.4%。アメリカでは 50%くらいに二次性のうつ病、二次問題に出てくると書いてありますね。アルコール依存症というのは自殺死が非常に多いです。昨日も私はたくさんの書類を書きました。ひとつは酒を飲んでいて踏み切りで電車に轢かれてバラバラになった人の問い合わせで、警察から「先生、その人は自殺か事故か、教えてくれ」と言われても、もち

ろんそんなことは分からないですね。いっぱい酒飲んでいて、遮断機をくぐって轢かれた。「たぶん、飲んでいたら事故、シラフなら自殺、飲んでいるともう少し飲みたいので自殺を後に延ばす」と思いますが推測です。また、別の意見書では、酒を飲んで火をつけて、家族に嫌がらせをするという人が警察に捕まり、その意見書です。今アルコールで社会問題を起こすのが多いです。

例えばアルコール依存症でうつ状態になったときに、医者が強く自己洞察するよう押ししてしまったらダメです。その時にはゆっくり仲間の中で癒していく。仲間の中で癒されていくということが必要です。本当にアルコール中毒で10年、20年やってきた人がシラフになったときに、情けなくなって死にたくなる。集団の中で仲間がいっぱいいる中でいると、「俺の帰るところがある、まだ生きがいがある」と希望が持てるのです。これがパワーになります。

4番目として、アルコール外来のあるべき姿は、ネットワークの重要性です。アルコール中毒の医者というのは、治すことが出来ないことを知っています。藪医者を自認しています。「私のところでは治せません。あなたは自助グループに行かないと治りません」という感じです。どの時期に、どの部分をクリニックが担うかが問題です。ネットワークの中でクリニックが活かされている。そんなふうになっています。

やはり、患者さんのニーズと地域のニーズに答えているかが気になります。今まで地域の中で、作業所でも、いろいろな支援センターでも『アルコールはお断り』でしたが、ちょっとずつ今変わりつつあります。それにはすごく時間が掛かりました。

そんなことをやってきても、なかなかうまくいかない。治療困難な人がいますので、その方にデイケアに入ってもらおうという形を選びます。アルコール依存症の回復というのは、治療後の期があって、解毒期があって、静養期があって、その後、飲酒再発危機期というのが2年くらいあります。そして、安定初期、安定期に入っていくという形です。医学的な治療は抗酒剤を含めて、いろいろな薬物治療があり、精神療法など、

2年くらいは医学的な関わりが必要だろうと思います。その後自助グループだけが変わっていきます。

私は専門外来をやっていますが、入院は必要だと思っています。

私のところに通っていて最初は週2回通院、週3回、毎日通院、それでもうまくいかなかったら「デイケアに出なさい」とか、「これしなさい、あれしなさい」と。それでもうまくいかなかったら入院という形になります。入院の一番の強みは仲間作りです。一緒に釜の飯を食って、3ヵ月くらい同じ風呂に入る。仲間作りは、いい仲間を作るか、悪い仲間を作るか、それによってすごく変わってくる。クリニックも治療的な雰囲気をつかっていくか。いい仲間作りができるかどうかということが大切です。医者の役割はそこにあります。患者さんのなかで節酒できるという人がいたときは、その考えを「ばーん」とはじいていく。他の人を扇動している悪いことをしたり、金をたかったり、誰かを飲み連れて行ったりしたときは、徹底的にそれを怒ります。

クリニックは14年を迎えました。最初はスタッフ8人で20~30人の患者さんを診ていました。その後段々忙しくなってきました。患者さんがクレームを言うんですね。「先生、人がいっぱい診察室に来るのが大変やった」「座るとこも無いし」とか。そうやってきたら仕方がないから拡大しようか、拡大したら人もいるしという形で大きくなりました。需要があるし、来る人も抵抗が少なくなって、最近はインターネットで調べて来る人が出て来ています。現在、スタッフが38名です。一昨年の6月には患者さんが多すぎて、スタッフから苦情が出ました。「先生、私ら、全員辞めます」と。こうなってくると患者さんを減らすにはどうやったらいいのかと、一生懸命減らすことを考えました。「あなたは、もう来る必要がないよ、来ないでね」という感じですね。そういう形でやってきたのですが、中には「来ないでね」と言ったら、酒を飲んでしまう人もいますので、つらいものがあります。

もうひとつは出口が少ないことです。アルコール外来には出口が少ない。デイケアに参加する人は1日6

時間の5日間で、週 30 時間いますが、他の患者さんが、長時間クリニックに滞在するために混雑してしまう。

デイケアをやりだしたのは 1996 年で、1999 年から大規模になって週5回。目的としては仲間作り、アルコールの場合はこれが第一の目的ですね。仲間作りというのは自助グループへの導入でエンパワメントと書いています。

それから生活の構造化、規則正しい生活。アルコール中毒の人は飯食いません。うどん 1 杯よりもワンカップの方がずっといい。価値観が全然違いますね。ですから、ワンカップにはどれだけでも金を使うけれど、うどんは「もったいない」と言います。それで「1 日 1 回でいいから飯食って」と。こういう仲間作りとか、生活の構造化というのは、もちろん再飲酒の予防、飲酒再発をいかに予防していくためのデイケアですね。何度も何度も入退院を繰り返して、精神病院に 50 回、60 回入る人がいます。そのような人は病院で断られてしまいます。病院に入院できないので私たちのところへ来て、外来でということになる。それがなかなかうまくいかないでデイケアでということになります。どこの病院でも強制退院をくらってしまって、本当に行くところが無い。精神病院はもちろんいってくれない。仕方がないので、大阪から電車に乗って、京都か滋賀行き、そこで倒れて病院に入院しています。その人は 26 年刑務所に入っている、そんな人が来るわけですね。

リハビリテーション。これは体力づくりとかいろいろ書いてありますが、アルコールの場合は脳が障害されます。ビタミン不足から脳がやられてきます。そういうことで、食べるということも脳を正常に戻していくことになります。

デイケアのプログラムですが、疾病教育から始めてミーティング、集団精神療法とかが入っています。これがARPです。去年の統計を取ってみましたが、デイケア平均参加者数は 27.8 人です。アルコールの人の場合、みんなものすごく個性やパワーが強いですので、15 人くらいを超えたらなかなか増えない。断

酒会でも同様ですが、15 人から 20 人以上になったらグループは衰退化してしまう。2グループ化してちょっと人が増えてきた。クリニックのスタッフは、常勤の医者が 2 人、パート 1 人。ソーシャルワーカーが 8 人、パート 1 人。看護師が 6 人、パート 3 人。臨床心理士が 1 人。あとは医療事務とか他職種です。私のところは管理栄養士が 3 人か 4 人いて、食にこだわったプログラムで多いのが特徴です。この数は外部講師を除いてです。経済性のことを考えましたら、デイケアが無かったらスタッフもスペースも半分で済みますね。1, 2 階、同じようなスペースですが、2 階がデイケアのスペースで、1 階が診療部門のスペースです。デイケアで赤字になった分を、診療部門というか、これだけの患者さんの数を私が診ることによって埋めていくという、病院と逆の構造になっています。私が一生懸命働いて稼いで、他の人はあまり稼いでいないという構造です。愚痴ばかり言ってすみません。

デイケアで 2 年前にのぞみというグループを作りました。やはり「働きたいんや」「社会の役に立ちたいんや」という人が多かったので、そういう人たちを分けてプログラムを作らなければいけないと、稼働能力のある方と稼働能力の無い方を分けようかという形です。生活維持型をひかりグループ、光り輝く自分を見つめる。就労を考えたい人はのぞみという名前です。去年 9 月末のグループの登録者ですが、のぞみ、治療訓練型が 10 名でうち女性が 3 名。平均年齢はやっぱり若いです。ただアルコールの場合は生活保護が非常に多いです。ひかりでは 30 人中 19 名です。金曜日は運動だけのプログラムです。ひかりグループの中では、ゲートボールやゲーム大会をしたり、ボランティアとお菓子作りをしたり。結構、食のプログラム、ご飯を作ったり、食べるというプログラムが好きですね。のぞみグループの方は創作、木工や、土曜ランチという形でレストランをやっています。

アルコールの方の回復に 2 年かかる、3 年かかる、4 年かかる、いろいろな説があります。アルコール脳障害の中で、断酒してからアルコール性認知症などは多少回復します。断酒して 3、4 週間で認知症や運

動機能の一部が回復してきます。脳の一部の萎縮も改善します。前頭葉の血量は4年かかってほぼ正常になります。4年くらいかかりますが、一滴でも飲んだらいけません。例えば50歳前半のコルサコフの人ですが、アルコール専門病院を出て、とても私のところへ1人ではアパートから来られない。それでヘルパーと訪問看護を使ってなんとかやっていた人が、デイケアなどをやりだしてから、一年あまりたった時、来られない日がありました。どうしているのかなと、思っていると他の人から「先生、あの難波で見たで」「何で難波まで行ってんや」と聞いたら、馬券を買いに行っているんですね。話を聞いてみたら、クリニックにも全然来られなかった人が奈良の競輪場にもちゃんと行っている。本人が「仕事したいんや」というのでWAIS-Rをしたら98になっている。この人は絶対再起は無理と思われた人が、酒を止めてデイケアの中でこんなふうに変わっていくんですね。「この人、絶対酒止めへんわ」と思っている人が、デイケアの仲間のおかげで癒されるという場合があります。

就労支援の必要性ということが書いてあります。働く能力は持っている人が多いのですが、どうして働かないかと言うと酒を飲んだら死ぬ恐怖を持っています。1度働いて失敗して、死ぬ思いをした人はもう2度と働きません。佐古さん達の調査の中では、どんなことに困っているかと言うと、早く仕事がしたいが見つからない、生きがいが見つからない、世間の眼を気にしてしまう、危険を感じてしまう。かなり肩身を狭くして酒を止めています。酒を止めても社会復帰のイメージが出てこない。

大阪精神科診療所協会の調査も同じようなことが出ています。アルコール依存症者の190名の中で9割以上の方が働いたことがあります。現在の就業状態では、今も雇われて仕事をしている方が17%。今は働いていないが受診後雇われて働いたことがある方が23%です。やっぱり働いてもなかなかうまくいかない。私のところへも「働きたいんやけど、先生、診断書、書いてや」と持ってくるのは、ガードマンの診断書です。アルコール中毒ではないという診断書です

ね。アルコール中毒では欠格条項なので、だめなので、書いてもらう医者を探しているのですね。書いてあげたいです。

就労先の見つけ方の問題。これは、本当に自分で探すしかありません。トライアル雇用とか、障害者雇用とか、こういうものは全然利用されていません。理由は、アルコール依存症だけでは手帳もとれないです。アルコール依存症だけでハローワークに行っても、「あんたは違う」と言われます。アルコールは別口という感じですね。そんなことから就労支援のデイケアプログラム、のぞみグループをやってきました。ジョブガイダンス的プログラム、エンパワーメント的プログラム、アルコール依存症の特性に応じたプログラム、実習的プログラム。この中で実習的プログラムというのがなかなか出来ないのが悩みです。ジョブガイダンス的プログラムというのはここに書いてありますが時間が無いので飛ばします。実習的プログラムというのは、土曜休みのレストランを借りて、実習体験をしています。

アルコール依存症の就労にまつわる課題として、自助グループや通院の時間を確保したくても、なかなか現在の就労状況では出来ない。それから、脳機能障害、臓器障害について理解を得るのが難しい。クレイビングなんかについても分かってもらえない。日本の社会では飲酒社会だから、入ったらまず「じゃ、のみに行こか」と誘われる。そこで断ることが本当に苦手なのです。また、アルコール依存症はワークホリックが多くいます。頑張りすぎてつぶれてしまうという感じですね。

アルコール依存症の就労にまつわる課題としていっぱい書いてあります。特に生活保護を受けている方が就労するのは大変です。例えば夫婦と子ども3人ですと、保護費が単純労働で働くより多い場合があります。それ以上の収入を得るのは大変です。働いても、保護費から引かれる。それなら働いても損で、生活保護のほうがずっと楽となります。命を賭けてまで働く危険なんかとても出来ないと考えます。ですが、アルコール依存症者が仕事を持っていたらリワークというのは比較的容易です。仕事を失った人の再就職

がなかなか難しい。そういう意味で、就労支援が必要です。断酒だけの援助ではなくて、働くということで断酒生活もすごく安定し、輝いてきます。肩身の狭い思いもしないで済みます。仕事をするという役割を持つということが、断酒にも大変役立つのです。それが今はうまくいっていません。

のぞみからのステップアップですが。現在の在籍者は10名で、今までに43名が登録されて、これまで11名がデイケアの利用でステップアップしました。リワークした人が1名、再就職した人が2名、パートが6名。あとはトライアル雇用とか、グループホームの食事作りの仕事などです。地域の人と連携してどんどん就労先を探しています。

なぜ、アルコールは医療なのか。それは体もひどく悪いからです。私のところへ来た人で、GOT、GTPが飲酒後3,000くらいの緊急検査結果が出てきました。3,000くらいですので当然入院しないといけないと思って病院を探しました。小さな病院では「こんな悪い数字はよう診ません」と全部断られました。大きな病院は「先生、これは入院させんとあかん。そやけど私とこは一杯や」と全部断られました。精神病院も入院させてくれません。アルコール専門病院も満床です。また、内科も充分に対応できません。その人は結局入院せずに、1週間何とか外来で乗り切って入院でした。体が悪くても入院できない状況です。ほとんどの精神病院はアルコールという入院させてくれません。内科病院もアルコールといったら敬遠されます。隠せば1回くらいはいけますが、そんなことはしたくないですからね。

なぜアルコールは医療なのか。診断評価が必要です。アルコール依存症の方は本当に波があって揺れます。「絶対飲めへん」と言っているけど、自動販売機の前を通った時、焼き鳥のいい匂いがしてきたら、すぐ飲みたくなる。心が揺れ動きます。5年、10年たってもそういうことが出てきます。それから、重複診断の問題です。この人はアルコールだけだと思って酒を止めたら、ひどく幻聴が出てきたりする。それは酒がトランキライザーになって抑えていたんです。そういう

診断もきちんと出来ないといけない。心理療法の中で面接技法とかいろいろあるんですが、私はロゴセラピーということを重視しています。また、モチベーションインタビューのようなことが役に立つと思います。

最初の6カ月は、今日は酒を飲まないということだけです。6カ月、まず飲まないことです。6カ月過ぎると、少し脳が動いてきてちょっと洞察出来るようになります。それまではなにがなんでも飲まないことです。

アルコールデイケアの課題、いろいろ書いています。孤独から仲間作りが出来ないと断酒できない。外来は仲間作りでは入院に負けるが、デイケアならそれが出来る。アルコール依存症は症状が揺れる、それを知る。再飲酒期から治ってまで2、3年、もっと4年くらいかな、アメリカで5年という説もありますね、この時に再発予防をしなくてはならない。アルコール依存症は死亡の可能性が高い、しかし、重複障害とか、対人関係の障害とか、タイプに合わせた集団個別対応が必要になってくる。そういう意味で他の障害と一緒にいいのかわ。そのときの環境、人間関係、生活擁護のためには訪問の必要が出てくると思います。

今後の方向性として、閉鎖収容型からアルコール専門病棟、アルコール専門外来、アルコール専門外来にデイケアがついて、それからアウトリーチ、在宅支援です。在宅支援が飲んでいる人をどうすればいいのか、これもまた私たちが悩んでいるところなんです。自分の足で通ってきて、初めて酒を止めたいということになる。アウトリーチは必要であります。飲むか飲まないかと自己決定をするときに、すべての人にアウトリーチが必要かどうかは難しいところです。ただ、私のところで、生活条件はどんなところかとか、1ヵ月同じ服を着ていたり、腐ったものを食べたり、そういう人に対してはアウトリーチが必要と思い、訪問看護ステーションを使ってしています。

本当は精神科医とか市内のコミュニティケアのところでアルコールを診ていくのが一番いいのですが、現在は回復率、死亡率の高さから考えても、より高い専門性の医療というのが求められているのではないかと思います。

あとはたいしたことは書いていません。リハビリテーションの段階。医療的デイケアと福祉的デイケア。いずれは町の資源を視野に入れてと思うのですが、本当に使える資源が無いです。福祉的な資源は、アルコールの場合などほとんど無い。例えば、東大阪で「アルコールの作業所を作らせてくれ」と言っても、絶対認めてくれません。「統合失調症で目いっぱいですわ。アルコールなんかだめですわ」と言われます。

アルコールデイケアは疾病回復に役立つ。アルコール医療の原則はやはり地域の中で、長期にわたって一貫して治療していくものですから、デイケアは疾病回復には非常に役に立ちます。

生活維持機能だけでなく、社会参加にも医療が加重的に関わる必要がある。就労支援ということを行っています。福祉がやる分にはいいが福祉が全く動かなかつたら、私たちが作っていかねばいけないのではないかとこのころに、踏み出すことも必要になるかもしれません。大阪ではNPOを使って、精神障害者の就労支援をするための集まりを今作ろうとしています。福祉がやってくれないところは、こっちがやっていかないと仕方がないということです。

あとは、デイケアがどこの位置づけにあるのか。この前、山根先生の話聞いて非常に面白かったです。生活機能と書いてあるところでは、生活維持機能があつて、対人障害などいろいろなことがあります。私たちは疾病を治していきますが、その後の生活維持機能とか対人関係機能などはなかなかやってくれるところがありませんので、ついやってしまっているのですが。これはある程度、ほかがやってくれたら退いていかなければいけないかなと思っています。本当は他がやってくれたら一番いいと思います。もっと言えば、アルコール外来などつぶれてしまうほど、予防が発達したなら一番いいんですけどね。なかなかね、今はそんな時代ですね。

アルコール医療から見えることとして少し書いています。アルコール医療から覚せい剤を含めた薬物依存症の治療をきちんとしていかなければならない。アディクションへの取り組みというのは、ギャンブル依存

とかいろいろな複数依存に役立ちますが、これが全然出来ていません。大阪のクリニックで「ギャンブル依存をやります」と言ったら、患者さんがどっと集まって、収入がガタッと減ってしまったといひます。私のところがなぜアルコール専門外来と言っているかという、地域から覚せい剤とかギャンブル依存とかを受けますけれども、それで無かったら覚せい剤などのいろいろな人がいっぱい来院します。そうするとアルコールクリニックが成り立たなくなります。うちはアルコール専門外来と言っています。

人間関係の依存とか関係性の障害の関わりには、アルコールや自助グループモデルが使えると思います。自助グループはアルコールにとって非常に役に立つものだと思います。人格障害と呼ばれている方には、薬物の重複障害が多い。アメリカのACTでは必ずアルコールや薬物の専門家が入っているのに、日本では全然入って来ない。不思議なことに日本ではアルコールや薬物はほとんど無視されているのが現状なのです。

ぼやきです。アルコールへの現状はつぶれていく。患者さんは酒を止めたくないと言うけど、医療関係者はみんな辞めたいと。(笑い)大阪で3つの病院が病棟閉鎖。数病院の病棟が縮小。経済的な理由もあるし、しんどいし、パワーも要るし、大変だし。クリニックもだんだん、もう止めようかということも増えていたりしています。本当を言えば、私も受付とスタッフ3人くらいで患者さんを診れたら、一番楽です。スタッフを大勢抱えれば抱えるほど、赤字は増えるし、しんどくなる。ですが、そうしないと仕方がない。そこが辛いところですね。専門性の是非ということも問題になってきます。問題なのは断酒会が衰退していつていることです。大阪ではまだそうではありませんが、全国的には衰退していつている。これが辛いところですね。

アルコール医療の現状として、今大阪でもアルコール依存症の医療を受けている方の半分くらいが閉鎖収容型の病院に入っています。そこでは薬物を大量に使われて薬物中毒になっています。「先生、あの病院に行ったら、なんぼでも薬入るで」と持って来ま

す。クリニックも閉鎖孤立型のクリニックになる可能性があります。私たちは、アルコール医療というのはネットワークの中でしか存在しないと思っています。ネットワークが成熟しているから、アルコール外来が成り立っていると思っています。

ここは言いたいのですが、ソーシャルワーカー面接、家族相談、ミーティングなどの依存症の治療の本質の部分はほとんど金にならない。体の方の治療をすることで経営が成り立ち、本質的な部分はほとんど金にならない。アルコール依存症はいまだに人格障害という認識がのこっています。まだまだ差別や偏見などがあります。

医者は何をしているかということになりますが、医者の役割ですが、私は精神科医ですが心と共に体を診るということもしています。クリニック全体を見るという役割もあるし、デイケアの雰囲気も診ています。いつのまにかカリスマになってしまっています。グループが分かれたときにも、問題が起こったときも、行って統括する役割、そういう役割もやはり要ります。疲れたスタッフの愚痴を聞く役割も当然です。

いろいろな役割がありますが、もしアルコールデイケアを医療の枠外でやるとしたら、本当に体の悪い人、精神症状の悪い人、クレイビングの波に飲み込まれてしまう人がいっぱい出てくるのではないかと思います。それを言うためにここへ来ました。

#### <質疑>

渡:このアルコールデイケアと、自助グループはどういう位置づけなんですか？

辻本:自助グループへの導入というのは非常に難しいのです。断酒会へ行きなさい、AAへ行けといってもなかなか行かない。私たちがいくら言ってもだめですが、デイケアの中に入れて仲間が誘ってくれるのです。「この人絶対行けへんわ」という人が、デイケアの中で友だちが出来たら、「今から断酒会行こか」って行ってくるんです。自助グループへの導入もデイケアの中で出来てくる、仲間作りで出来ていくんです。

もちろん、スタッフも断酒会に行かない人に対して「一緒に行きましょうね」と待ち合わせをしますが、僕もそうですが何度も待ちぼうけを食わされてしまいます。私たちが誘うよりも仲間が誘う方が、より自助グループにつながっていくと思います。自助グループの中につながっていったら、だんだん、だんだん医療的なものがひいていくということが出てくると思います。否認というのがあって、第一は自分はアルコール中毒ではないという否認があるんです。2番目は、アルコール中毒以外の問題はないという否認があります。その否認も取っていかないと、なかなか回復はないですね。「自分はアルコール以外の問題があるんや」という、そこらへんの話ができるようになるには酒を止めて2年くらいたってからですね。AAのステップで言ったら、棚卸と言っています。自分のいろいろな弱さとかそういうのを認めていく段階ですね。

渡:実際に医療をひいていける方というのは、どのくらいの割合でいますか。

辻本:断酒会に行っている何人かに会ってみたら、ほとんどもう医療にかかっていない人が多い。むしろ断酒会の中で、アルコールというのは生物、精神、心理、社会、家庭、職業、いっぱいいろんな問題があるわけです。スピリチュアルな問題というものが絶対出てきますね。スピリチュアル、霊的な問題ですが、なぜ自分は今ここで、という形の、アメリカなんかの例でよく言うんですが、その問題を解決していくというのが私たちではできない問題です。それは自助グループの中で、スピリチュアルな会合をしていく。スピリチュアルということについて、英語ではよく言うのですが、日本語ではなかなかいい訳が無いのですが、健康の手引きでもスピリチュアルという言葉が入っているんですね。WHOなんかでもね。そのあたりはもう、私たちが触れてはいけない問題で、自助グループの問題になってきます。福祉との兼ね合いになってきたら、私は一緒にやっていくものだと思います。コミュニティケアというのはアルコールでもととの発想でずっとあります



のでね。私たちはやっぱり、一緒にやっていかなければならない、そういうネットワークの中でやっていかなければならないと思います。

浅野:先生のところはアルコール専門のクリニックということでやっておられて。先ほどの覚せい剤とかギャンブルとかは当面は主たる対象にはしていないということですか。

辻本:地域から、要請があったら別です。

浅野:アルコールの人って依存対象が変わっていきますね。このへんはどういうふう処理していらっしゃるのですか。

辻本:アルコール依存から簡単にギャンブル依存になったりしますね。この前もアルコール依存症の人が、「正月にシャブ打ったんや」とかね。そういう人がいっぱいいます。もうちょっと広げていったら、私たちのクリニックの中でギャンブル依存症のミーティングを作った方が本当はいいのかわかりませんが。例えばギャンブル依存があったときには、そこで出来ることはギャンブルの怖さを知っていただき教育して「GAに行きなさい」ということしか、今はまだ出来ていません。ギャンブルは診ますとはなっていないです。ドラッグの場合なら、NAとかダルクを使うという、そういう形しか出来ていません。私が覚せい剤の場合にちょっと手を出せないというのは、やはり司法的な問題がひとつあります。アルコールの場合ならある程度予測できるのですが、薬物の場合はフラッシュバックが突然出てきて、対応困難な場合がありますので。ある程度、ハードな部分が要るんだなという感じがして、ちょっと手が出せていないのですよね。アメリカなどは薬物の中にアルコールも入っていて、全然薬物とアルコールを分けていないです。日本はなぜかアルコールと薬物を分けているんですよね。これはちょっとおかしいことなんですけれども。アメリカから入ってきた人には「なんでそこを分けてんの?」と言われます。「私は

アルコール専門クリニックです。アルコール以外の薬物は見ていません」と言っておきませんと、私の体が壊れてしまいますので。

浅野:アルコール専門でデイケアもやっている施設というのは、全国にどのくらいあるんですか?

辻本:東京の事情は分からないのですが、大阪では5ヶ所くらい。アルコール専門病院でやっているデイケアもあります。

浅野:東京は多いんですか?

羽藤:そんなに多くないです。

池淵:専門デイケアがいくつかあると思います。

辻本:大規模のところも結構ありますしね。大阪精神科診療所協会でデイケア研究会というものがありました。デイケアだけのものではなく、チーム医療や地域医療やリハビリテーションも含んでおり、地域精神保健研究会みたいなものに統合されてしまって、デイケアはその中のひとつだろうと。もっと言うと、先生が先ほど言われたように、どこの診療所もそういう機能を持っているということになってくるんですね。なぜデイケアをやり出したのかと言ったら、本当にどうしようもない人がいっぱいいたから診ないと仕方が無いということもありましたし、ソーシャルワーカーを雇っても全くお金にならない。ソーシャルワーカーが少しでも還元すると思ったらこれしかないということでした。それで少くくは採算が取れるかと思いましたが、余計に赤字になってしまつてつらいところです。

竹島:他のところも共通するのですが、背景人口はどれくらいですか?先生のデイケアが成り立っているというのは。

辻本:だいたい東大阪が52万人。これはほとんど私

のところの範囲になっているところ。それから八尾市、柏原市を合わせて30万くらい。あと、大阪市の一部から入ってきますので、だいたい100万くらいの人口から来ているのではないかなと思います。地域に密着していますので、他の地域から来た人はそっちへ戻すということです。

池淵:アルコールと薬物と、どうして分けるのかと言うと、アルコールはかなり医療ということとつながってきますが、ドラッグはどちらかと言うと司法とかの関連性が強くなっていくので、ちょっと違う専門性かなと。

辻本:アメリカではドラッグコートというのがありまして、薬物をやった人に対して一番最初に「あなたはちゃんと自助グループに行って治療を受けますか？それとも刑務所に入りますか？」ということを選択するということがあるみたいですね。刑務所に入れたからといって覚せい剤依存症が治ることはないです。刑務所に入っている間、我慢するだけで、2、3年で出てきたらまたすぐ打ちます。何回も繰り返します。そんな意味で、覚せい剤依存症でも本当はちゃんと医療の分野に乗せないとだめだと、私は思っています。

池淵:ただ、覚せい剤の方とかはやはり医療を受けるには強制力として、司法なりとうまく連携しないとうまくいかないということがあるので、ちょっと違う枠組みで

の関わりが必要になってくるんじゃないかなという気がします。

辻本:私は薬物に関してはあまりやってないんですが、今のところ日本で成果をあげているというのは、ダルクとか、NAとか、そのあたりになってきて。国立肥前なんかでもかなり薬物に対して一生懸命やっていますけど。いかに自助グループを使っていくかになっていくと思います。覚せい剤の中でも私のところへ来て、アルコール依存症を合併してくれたら覚せい剤は止めていくという人がいっぱいいるんですね。「あんた、酒飲んだらシャブやるから酒止め」と自助グループにつないでいったら止めていくという人が結構いますね。

池淵:そうですね。でも、ダルクがうまくいっているのかということは、もうちょっとしっかり評価というか、調査する必要がある気がします。本当にフォーマルな医療とうまくつながれていないので、ダルクと関わって結果的に依存仲間がたくさん出来てということがあろうよ。

辻本:アルコールでも一緒なんです。その時には喝を入れるとかね。仲間に迷惑をかけたなら強制退院と同じように入出入り禁止になります。

## (6) 精神科クリニックにおけるうつ病デイケア

メディカルケア虎ノ門 五十嵐良雄先生

私は3年半ほど前に、虎ノ門にメンタルクリニックを開業しました。ご存知のように虎ノ門や霞ヶ関はオフィスのメッカみたいなところですから、お昼ごろにいらっしやるとお分かりになると思いますが、サラリーマンがあふれびっくります。そのような場所でクリニックを開業しています。それまでの職歴としては、大学にも少しいましたが16年くらい精神科病院で診療をしておりました。病院でも神経症やうつ病の患者さんもずっと診てきたわけですが、病院とはずいぶん違う印象があります。同じうつ病でもずいぶん軽くて、神経症的な方が相当多いと感じております。

そういう患者さんたちとお付き合いしていく中で、10人のうつ病の患者さんが来ると大体3人くらいがプロセスの中で診断書を書いて2ヵ月、3ヵ月、1年とか休むような患者さんがいたもので、診療報酬上のデイケアというシステムを利用して仕事を休んでいるうつ病や不安障害の方を職場に戻すことが出来ないかと考えました。そういう意味ではデイケアはひとつの手段で道具であったわけですし、デイケアの機能として職場復帰支援というのがどこまで成り立つのか、まだまだ模索している段階です。

職場復帰支援を日本で最初に始めたのは、NTT東日本関東病院の精神科の秋山先生です。現在ではその他にも、東京都の中部総合福祉支援センターや、うつ気分障害協会などでも復職支援をしています。職業リハビリテーションとしては労働省関係の地域障害者職業センターが全国にあって復職支援をしています。そういうような位置づけの中、デイケアという医療モデルのリハビリテーションの中で何が出来るかというようなことをお話してみたいと思います。

日本のメンタルクリニックで診ている患者さんの3割くらいは統合失調症の方ですが、虎ノ門で開業してみると、最初の1年間で統合失調症は5%でした。その後、だんだん数が減ってきて今では1%を切ってい

ます。そういったような状態ですので必然的に気分障害と神経症性障害がほとんどを占めている特殊なクリニックです。気分障害と神経症性障害を診ていますと、特にうつ病ですが、笠原先生が言う軽症慢性型、神庭先生たちが言うディスチミア型うつ病とか、内田先生たちの非定型うつ病というような、どうも従来のうつ病とは違う患者さんたちが多くて、特に若い人たちのうつ病ではそういうタイプが多いなという実感です。

具体的な復職支援プログラムについてお話します。NTT東日本関東病院を見学して、実際どんなことをされているのか教えていただきました。2時間の作業療法の中でいろいろなプログラムをされていましたが、時間的に少し短いと感じました。仕事に戻るといことであればできれば8時間やりたいと思ったのですが、それに一番近いのがデイケアの6時間というものでしたので、デイケアという枠組みを利用し、週5日、1日6時間半という一定の負荷を加えて、どの程度参加出来るか、どの程度集中して作業が出来るかといったことを見極めることが目的です。虎ノ門のクリニックの別の階のワンフロアを借り、平成17年1月から始めました。

診断書を発行して休職の開始から、復職して仕事に戻るまでの間を5段階に分けて考えています。その段階ごとにご説明します。

最初の段階は、仕事を休みはじめると、1週間に1回の診察に切り替えていきます。毎週必ず診察して病状を回復させることを目的にします。最初はゆっくり休養をとってもらいますが、休養を取った後は規則正しい日常生活をさせます。特に朝は出勤時間程度に起きて、夜も一定の時間に寝る。生活が規則正しくなると、だんだん症状が改善してきます。食事も規則正しくなりますし、服薬も規則正しくなります。そして、ある程度症状が改善した段階で、自分のそれまでの病気がないしは休職に至ったプロセスの振り返りをしてもらいます。具体的には自分の文章で原因分析してもらうようなことですが、だいたい会社や上司が悪いという、他罰的な傾向の文章をはじめは書いてきます。

それだけでうつ病が起こるはずはないので、自分自身を見つめなおし、自分の中にも原因があることを考えてもらいます。本当に病状が改善していないと、そのようなことをすると具合が悪くなる人もいますので、病状の安定性をみるのにも使います。深く追求することは避けていますし、ちょっと無理という人はその段階で足踏みする人もいます。病状に合わせてやっていきます。この段階は場合によっては、一般的には3ヵ月程度ですが6ヵ月以上もかかる例もあります。

症状を軽減させ、規則的な生活リズムを取り戻し、過去を振り返ることができた段階でデイケアに導入します。もちろん、その段階で復職する人もいます。どうしても自信を持ってない、ここで少しリハビリをして職場へ戻っていきたくて、とりわけ何回も休職と復職を繰り返している人が対象になります。

はじめは朝9時半に遅れずにきちんと来られるかを観察しながら、週2日から始めます。最初は非常に疲れるようです。範囲で言うと神奈川県では鎌倉あたりから、千葉だと木更津、埼玉だと熊谷あたりから、そこそこの通勤時間を掛けて通っていますから、虎ノ門へ来るだけでもへとへとで日中はずっと寝ているという人もいます。それではやはりだめなので、週2回から徐々に増やしていきます。

そこでのプログラムは、朝と夕のミーティングをやって、午前と午後、大きく2つのものを行っています。体を動かすプログラムも多少やっていますが、今は運動メニューの卓球は実はデイケアをやっているフロアの下が法律事務所ですらといわれ止めざるを得なくなり、しておりません。日比谷図書館まで行って、そこでオフィスワークを自分でやりなさいというようなメニューもあります。デイケアプログラムの中心はオフィスワークです。デイケアに来る人たちはほとんどがホワイトカラーです。そういった方たちが書物を読んだりパソコンに向かったりというオフィスワークをしてもらうと集中力や効率で回復度合いが計れます。最初はほとんど何も出来ないというような状態から、自分でテーマを選んでやることから徐々にオフィスワークの内容も高めていくということを目指しています。霞ヶ関の

人たちは当然ですが法律書くらいが読めるようになって復職していきます。週5日まで増やしていき、だいたい1、2ヵ月経過して終了としています。その途中で彼らは非常に焦ります。1日も早く復職したいというようなことを言いますが、そこを押しとどめていくうちにさらに安定した状態となってきます。

デイケアでもうひとつ重要な要素は、仲間です。うつ病の人たちは孤独だなと思うのですが、このデイケアでは同じ悩みを持っている仲間が来て、家族以外にも自分の悩みも聞いてもらえる人が出てくるわけです。

それから復職という段階になりますが、上司や人事の担当、産業医の先生たちと密接に連絡を取ってもらいます。実際はかなり時間がかかり、復職の話が出て実際に復職するまでに2~3週間かかるのは普通です。産業医がいる場合にはこの時期に私のほうからこういった経過でよくなっていますというレポートを書いて出すことがあります。休職開始からこの段階までに3ヵ月から6ヵ月くらいは過ぎていきます。

復職後にはさらにデイケアの仲間を利用して集団での認知行動療法を1週間に1回9週間を1クールとして、希望者に実施しています。復職に際して認知行動療法的に、どう避けていくか等の心理治療です。

ここに示すデータは昨年の7月15日までのもので昨年の日本うつ病学会で発表したものです。その時点で終了した人が120名いましたが、追跡可能であった100例を抽出しました。男性81例、女性19例で、女性の方が圧倒的に少ないです。平均年齢は38歳、32歳で、女性のほうが若いです。(図1と2)男性のピークは44歳と45歳ですが30歳代も非常に多い結果でした。デイケアを利用するまでの休職回数では0回が60名です。最近3回以上の人が増えていて0回はほとんどいません。

ICD-10による診断をしています。F31躁うつ病のみは少ないですが、F32うつ病のみは46%でした。その他、恐怖症性不安障害、適応障害、身体表現性障害等々の不安障害を併存している人が半数います。