



特集

精神病院の 治療プログラム

精神病院の機能分化を視野に入れ、ユニークな入院治療プログラムを紹介することを目的とした特集である。

当院における薬物依存症に対するチーム医療（アルコール及び有機溶剤患者の治療プログラム）と診療報酬についての意見

津久江 一郎

A. 緒言

当院ではアルコールを始めとして、有機溶剤、覚醒剤、その他の物質乱用の治療を行なっている。すでに「有機溶剤患者の治療プログラム」¹⁾について披瀝したが、今回はアルコール患者の治療プログラムを報告するとともに、有機溶剤患者の治療を振り返って若干の考察を付け加えて見た。最後にそれを踏まえて、アルコールを含む診療報酬改定についての私見を述べた。

B. アルコール患者治療プログラム

【目的】

いかなる入院形態に関わらず、当院にアルコール依存症で入院した場合、大きく二つに分けて治療を行なっている。

つまり離脱期治療（第1期治療）と回復期（第2期治療）の二段階方式により、アルコール依存症者自身の、アルコール症に対しての学習つまり正しい認識、生活リズムの改善と断酒の継続を目指している。

【概 説】

1. 治療内容

第1期治療（離脱期） 入院時～4週間

- 1) 解毒を含めた全身管理（アルコール関連臓器障害等の治療を含める）
- 内科的精査と薬物治療

- 2) アルコール精神病の出現の予防措置
- 3) 離脱期以後の治療（断酒）への導入

第2期治療（回復期） 4週目～2ヶ月間
断酒を目的とした生活療法

- 1) 個人精神療法（支持療法・洞察療法・認知療法・森田療法等）
- 2) 集団精神療法（スクリーニングミーティング等）
- 3) 運動療法（柔道・キャンプ・グループによる散歩等）
- 4) 作業療法
- 5) 薬物療法
- 6) 家族療法

[方 法]

- 1) 本プログラムは、入院時にあらかじめ患者及び家族と治療契約を結んだ上で実施される。
- 2) 入院期間は12週(3ヶ月)1クールとする。
- 3) 第1期治療は、必要に応じ、PICU (Psychiatric Intensive Care Unit), 隔離室を併用し、離脱症状改善まで約1ヶ月間、第2期治療はその後の2ヶ月間を治療専門病棟で行なう。
- 4) アルコール患者と他の薬物依存患者とは、原則として別の病室とする。
- 5) 日課表、週間表を作成し、治療プログラム優先の生活療法を徹底する。
- 6) 患者の中から1ヶ月毎に、プログラムの班長を選出する。
- 7) 退院1ヶ月前より、週1回の1泊外泊訓練または日曜日の外出訓練を行なう。

[第1期治療]

臓器障害、離脱症状等の内科的治療を主とし、アルコール患者の離脱期のあらゆる問題を取り扱い、断酒への動機づけを行ない、患者が第2期治療へ移行しやすいように援助する。

- 1) 精神科と内科の主治医が決められる。
アルコール関連臓器障害(出血性胃炎、急性胃潰瘍、マロリーワイス症候群、肝炎、脾炎、低栄養状態等)を治療開始し、離脱せん妄、発熱などの重症の場合PICUで管理する。同時に患者の精神状態の把握、対応が行なわれる。
- 2) 「入院時病歴」「入院時チェックリスト」「離脱チェック指標」「離脱検温表」での確な観察と看護診断を早期に行ない、看護計画を作成する。
- 3) 第2期治療へスムーズに移行できるよう、アルコール勉強会、個人面接、家族勉強会、生活指導の週間予定表、日課表を作成し、断酒への動機づけを徹底する。

第1期治療では、アルコールからの離脱状態で落ち着かず、訴えが非常に多い時期があるので、飲酒機会の防止とともに、せん妄出現時の危険防止等に対してスムーズに対応

し、注意を怠らないようにする。

- 4) 離脱状態の改善を治療スタッフの意見を充分に参考にして主治医が判定し、第2期治療へ進めていく。

[第2期治療]

第1期から引き続き、断酒を目的とした集団精神療法と生活療法、アルコール教育による啓蒙、作業療法、運動療法、個人精神療法、家族教育、自助グループや外泊訓練等を通し、日課・週間表に沿って生活リズムを取り戻す援助を行なう。

- 1) アルコール勉強会

アルコールの身体障害やアルコール関連問題を学習し、依存症であることを認知させ、治療の動機づけと断酒の継続を目的とする。

具体的には、毎週1回50分で、講義や映画ビデオ鑑賞を行なう。医師、心理療法士、看護スタッフ、ケースワーカー、特別講師により運営され、家族へも参加を促している。参加患者には、受講後レポートを提出してもらっている。

- 2) 集団精神療法

週1回50分で、医師、心理療法士、看護スタッフ、作業療法士がスタッフとなり、集団内での各患者の適応を觀察し、集団力動を観ていく。

受容的な雰囲気づくりはするが、指示は最小限として、スタッフも参加者の一員になるべく勤める。

- 3) 個人精神療法

主には主治医、心理療法士による個人面接が行なわれるが、主治医の技法、各患者の精神病理に応じて、構造は大きく異なる。

これと並行して、日記をつけてもらいパラメーターとする。

- 4) 生活指導等

受持ち看護スタッフは、班長、班長補佐と共に交流を密にとり、病室内の状況を把握する。

日課表に沿った生活指導では、夕方各病室単位で反省会をもち、受持ち看護スタッフが参加する。

- 5) 運動療法

ラジオ体操、定時のグループ散歩、柔道、キャンプ等を行なっている。柔道は、院内の道場で週2回行なわれ、職員も参加しているが、稽古

の際の礼儀、規律、集団内での自制等が、独特的の状況を作りだし、それに対する患者の反応から、社会適応上の問題点が把握されることが多い。

キャンプは、月に1回、日帰りでバスで、瀬戸内の山や島へ出かける。時にかなり厳しい登山を日帰りで行なうこともある。

6) 作業療法

アルコールデイケア、農耕、園芸、院内軽作業等があり、毎日午後2時間半行なわれている。

7) 自助グループ

院内におけるAAは回復したアルコール経験者を専従者としてAAを設立し、断酒への意志を高めることを目的とする。

月1回1時間、治療専門病棟のミーティングルームで開かれ、1人20分以内で、酒歴と断酒への意志を発表し、対象者以外の患者、医師、看護スタッフは傍聴参加とする。

退院後も、外来、電話連絡を通して、断酒継続者にもOBとして参加発表の協力を依頼することもある。

その他、院外のAAミーティングにも入院中から自主参加を行なっている。

8) 家族療法

アルコール症の知識を増し、治療への協力と家族同士の交流を目的として家族会を設置する。

月1回1時間～1時間半、担当医、看護スタッフも参加し、治療看護方針の説明、退院後の通院、治療に関連した会やキャンプ等の指導も併せ行なう。

[考 察]

実際に本プログラムを施行して気づいた点を述べる。かなり良好な結果を得ているのは確かだが、この治療を経てもなお再入院が繰り返される症例を分析してみると、有機溶剤の場合と違って、プログラムに対して真面目な態度で参加し、入院中に大きなトラブルを起こさないような患者にかえって再入院する例がしばしば見受けられる。彼らは酒害を自覚し、止めなければという決意をするのだが、再び酒を飲んでしまう。その要因は環境に求められることも多いのだが、各患者の対人

関係のもち方を重視し、この問題解決に対して取り組む方が、治療としてはより本質的であろう。

本稿の趣旨を超えるので詳説しないが、嗜癖と人格特徴及び対象関係との関連は重要であり、なお結論の出でていない問題と考える。

C. 有機溶剤患者治療プログラムを振り返って

まず、入院時の治療契約の問題であるが、当院へ入院する患者の大部分が、家族も関わりが困難になって相談に来るケースがほとんどであり、往診による医療保護入院となることが多い。

従ってその時点では、患者自身には治療意欲がないのみか、入院に対して強い抵抗がある。しばらくの期間はその状態から、治療スタッフと患者との治療関係を築くことが最優先課題となる。

病棟スタッフとの関わりと個人面接を通して、なぜこの時点で入院が必要となったかを話し合っていく過程で、有機溶剤乱用の背景にある各患者の対人関係上の問題点を見つけ出し、結び付けていく作業を行なう。

具体的には、診断面接を行なう中で、患者の生活歴を关心を示しながら聞いていくことになるが、入院当初の適応のための一時的な状態からぬけると割と関係が保てるようになってくる患者が多いようである。

一部に早期の対象関係に由来する問題をもつ患者がいて、その場合には人格障害患者の治療技法に似たアプローチを要求されることもある。

いずれにしても限られた面接時間以外での日常的な交流の方に大きな影響力があり、プログラムの中のグループ・ミーティングでの話し合いや、デイ・キャンプでの飯盒炊さんなどを通した関わりが関係づくりに役立っている。

それに関連して、治療構造をどのようにするかという問題が重要だが、人格障害的な側面の強い患者や、神経症圏の患者では、プロジェクトの方はむしろ補助的となり、通常の個人精神療法が治療の主体となることが多い。その場合でも一般的な治療契約にこぎつけるまでに、いろいろな技法が必要となるため、治療構造上、曖昧な部分をより多く含むことは避けられない。

プロジェクトを行なっていて感じることの一つ

に、家族との新たな関係づくりのもつ重要性がある。中でも患者の性別を問わず、父親との葛藤が潜在している症例が多いことが我々の資料より浮かび上がっている。

家族関係において、患者にとっていわば病因的と見なされる家族内葛藤を取り上げると、通常の思春期問題を抱える患者の場合と比べて、より短期間で関係の回復が得られる場合がある。

有機溶剤患者の両親には、割と込み入った問題のない人も多く、ちょっとした無理解を話し合うだけで双方の評価がポジティブなものに変化する例も稀ではない。特に患者の側には入院させられたことに対する不満や見捨てられ感情が潜在しており、両親の側には入院させたことに対する罪悪感が潜在しているため、両者がある一定期間をおいて話し合いの場をもつことは非常に重要である。そのことを言語化するだけでも信頼感が回復することが多い。その背景にそれまでのコミュニケーションのどちらに問題があることは否めないが、特に青年期前期にある患者では、発達上の変化は柔軟で速やかな印象を受ける。

これと関連して、有機溶剤患者を一つの病室に集合させて、各患者間の交流を増すことにはポジティブな意義がある。彼等は総じて非行少年集団によく見られるギャング的な対人関係に親和性があるが、その集団力動を操作しうるものならば、それを可能してくれる構造が得られる。

その際、病棟スタッフに20代から30代の、彼等の同一性獲得に際してのモデルとなり得る存在がいて、インテンシブに関与できることは治療上有力な武器となることが見受けられた。

最後に予後の問題について述べる。

これは現在、全国10施設の共同調査が行なわれていて²⁾ 詳しくはその結果を待ちたいが、一般に乱用を繰返す群は、当院のプロジェクトにおいても良好な適応の見られなかった患者群に多い。治療関係の長期化する患者に対しては、家族と連係を図り、退院時の制限設定を緊密にしていかざるを得ない例が多くなる。治療状況は一般的な有機溶剤患者のものと離れて、いわゆる嗜癖を取り上げなければならない例や、人格障害的な治療が前面にでる例などが見られる。我々の経験では、

治療プログラムへの反応により、そういった事態を予見できるところもあるように思われる。いかに対策を講じていくかが課題となっている。

いずれにせよ病院完結型で問題が解決する訳ではなく、こうした意味合いからもアフターケア、外来受診などによるフォローアップを続けて行くことが大切である。

D. アルコールを含む薬物依存症に関する診療報酬改定について

青少年におけるアルコール、有機溶剤等の薬物乱用は一般化、若年化の傾向を見せ、今後これらの薬物による依存・中毒についての精神保健・精神医療上の問題の増大が予想されている。

しかし現行の診療報酬点数表においては、アルコールを含む薬物依存症の診療に要する治療プロジェクト、チーム医療に対してその報酬が充分に算定されていないため、薬物依存症の医療は経済的に困難な現状にある。

ここで以下のような診療報酬の改定を強く要望するものである。

[基本診療料]

1) 入院時医学管理料

薬物依存症患者の入院期間は短期で、しかも比較的早期に再入院する症例が多い。しかも再入院時にも初回入院時と同様の努力を必要とする。

そのため、退院日の翌日から起算して3ヶ月以上（現行6ヶ月以上）の期間入院することなく経過した後に再入院した場合は、再入院の日を起算日として入院時医学管理料を算定されたい。

2) 精神科隔離室管理加算

薬物依存症においては、身体的・精神的中毒症状や退薬症状の軽減後に、かえって薬物への渴望が強まって、患者のもつ非行歴や反社会的性格傾向を背景とした粗暴的・威嚇的態度が前景に出されるため、処遇上隔離を必要とすることが多く、その期間は入院の日から起算して最低でも14日間は持続することがしばしばである。

よって、入院した日から起算して4週間以内

の期間に隔離を行なった場合は、所定点数に14日を限度として(現行1月に7日を限度として)1日につき200点を加算すると改定を希望する。

3) 薬物依存症患者の特別看護加算(新設)

薬物依存症患者は中毒症状あるいは退薬症状として入院時に激しい被害妄想や意識障害あるいは自律神経症状を伴うことが多く、また骨折などの身体合併症も多いため、入院後の4週間程度は一般精神病患者と比べて摂食、用便、更衣、入浴などは介助を要することが多い。そのため薬物依存・中毒病棟においては看護婦の傾斜配置を必要としている。

よって、入院の日から起算して2週間以内の期間は所定点数と同点数を、2週間を超えて4週間以内は所定点数の0.5倍の点数を特別に加算することを要望したい。

4) 薬物依存症患者の特別監視料加算(新設)

薬物依存症患者の心理的紐帯により退院した患者が入院中の患者に対しアルコール、シンナーなどの薬物を差入れることがしばしば見られる。これを防止するために、病棟周辺の軽快監視装置の設置および警戒要員による見巡りが必要となる。現在は事件が発生、又は発生の恐れがあるときには日勤看護者が居残り、警戒にあたっている。

よって、入院の日から起算して3ヶ月間、1日につき33点を加算することを要望する。

[精神病特殊療法料]

1) 入院精神療法

薬物依存症患者は任意入院の事例でも、入院の日から起算して3ヶ月間、そのうち特に4週間以内においては、薬物に対する渴求感に基づく強い焦燥感から入院中の処遇に関する不平不満、治療方針の変更要求などの訴えが多く、その都度、誠意をつくした精神療法が必要とされる。

よって、入院の日から起算して4週間以内に行なわれる場合にあっては毎日1回(現行週2回)を、4週間を超える3ヶ月以内の期間に行なわれる場合にあっては週2回を、3ヶ月を超える期間に行なわれる場合にあっては週1回をそれぞれ限度として(現行入院の日から起算して4週

間を超える期間にあっては週1回を限度として)算定するとされたい。

2) 家族に対する通院精神療法

薬物依存症患者に対し薬物使用による身体的、精神的、社会的问题に直面させ、その治療意欲を引き出すためには、家族の関わり方を指導していく必要がある。これは同一の日に患者に対する通院精神療法とは独立して行なわれる療法である。

よって、患者に対して通院精神療法を行なった日と同一の日に家族に対する通院精神療法を行なった場合における費用は、患者に対する通院精神療法とは別に算定できる(現行患者に対する通院精神療法の費用に含まれる)と改定を要望する。

3) 集団精神療法

薬物依存症患者に共通して認められる「病気の否認」などの基本的治療課題に対しては、自助グループの活動とならんで、一定の回復プログラムに基づいた集団精神療法が有効であり、その有効性は外来患者と入院患者の別を問わない。しかるに入院患者に対して実施されてもそれの点数評価がされていない。

よって、入院中の患者に対しても(現行入院中の患者以外の患者について)、入院の日から起算して3ヶ月以内の期間に行なわれる場合にあっては週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行なわれる場合にあっては週1回をそれぞれ限度として)算定するとされたい。

4) 精神科訪問看護・指導料

薬物依存症で入院治療後、患者及び家族に対しての訪問看護、社会復帰指導などのアフターケアは重要であるが、通常は医師、保健婦・看護婦など、PSW、臨床心理士などが医療チームを形成してアフターケアにあたっている。

また、薬物依存症の場合、薬物の再使用(スリップ)があると、精神病状態が容易に急性再燃するため対応に困難を伴うことが多く、訪問指導が成立しにくい。

よって、当該保険医療機関の保健婦・看護婦

のみならず当該患者を担当している診療チームの一員である PSW、臨床心理士による訪問指導をも算定する。(現行当該保険医療機関の保健婦・看護婦などによる訪問看護、指導のみ算定する)。また点数を現行の倍額とするよう改定を要望する。

5) 電話などによる診療チームのアフターケア指導料(新設)

薬物依存症患者の回復途上、薬物の再使用(スリップ)時に医療機関から離れてしまうか、あるいは、すぐに受診するかによってその予後は大いに異なる。しかし、前項において述べた理由により保健婦の訪問指導が成立しにくい。この場合、当該医療機関からの電話などによるアフターケア指導は非常に有効と思われる。

よって、精神科医療チームのメンバーが医師の指導の下に、薬物依存症患者たる入院中以外の患者又はその家族の了解を得て、スリップの可能性の多い6ヶ月以内に限って2週に1回を限度に、電話によるアフターケア指導を行ない、必要により受診を促すとき、その旨を診療録に

記載する。この場合アフターケア指導料を算定するとされたい。

E. 結語

以上、当院におけるアルコール患者治療プログラムを提示し、以前に報告した有機溶剤患者の治療プログラムを振り返って考察を試みた。

続いて、それらのプログラムを実施するための財政的裏付けとして、アルコールを含む薬物依存症に関する診療報酬改定要望について私見を述べた。この診療報酬改定要望は、国立下総療養所、小沼杏坪先生との共同作業であり、ここに利用させていただいたことに謝意を表して置く。

(広島・瀬野川病院 院長)

参考文献

- 1) 津久江一郎：有機溶剤患者の治療プログラム、日精協誌、7、12、1988
- 2) 福井進他：精神病院における有機溶剤依存者の予後調査に関する研究（石川研究助成事業）

親訓練プログラム

—とくに精神発達遅滞児の発達援助のための—

山上 敏子

親訓練が必要な理由

わたくしたちは、6年ほど前から、精神発達遅滞児の親に、その子どもなりの発達を援助しやすいような養育の訓練をおこなっている。

それを始めたのは素朴な、必要にかられてからのことであった。当所にはいわゆる動く重心の子どもたちのための病棟がある。そこに入院している重度および最重度の発達遅滞児に、生活技術の訓練や、問題行動の治療を、おもに行動療法の考え方を応用しながらおこなってきた。そして、訓練や治療によって、生活技術や問題行動はかなり改善できることがわかった。しかし、改善がみられても、入院が長期におよぶと家族は子どもたちから離れていくようで外泊が間違になってしまったり、またせっかく外泊できても、外泊のあとは、それまでできるようになっていたことができなく

なってしまったり、問題がひどくなったりするなどがあることに気づいた。そこで、最初のうちは、改善された生活技術や問題行動を外泊することで悪化させないように、子どもがみにつけつつある生活技術や社会技術を、家庭でも維持してもらうために、とくに外泊のまえなどに家族に治療の実際をみてもらうような、治療への親参観をしてもらっていた。そのうち、治療のごく初期から家族を治療に参加させて、親が子どものいろいろな問題をその子どもにあったように理解することができて、その子どもにあった方法で対応することができるようになれば、外泊も容易にすることができるし、家庭での養育の可能性もたかめられるかもしれないと考えるようになって、入院治療でもできるだけ親訓練をとりいれるようにした。とくに子どもが年少の場合には積極的に親訓練への参