

処遇困難患者について

—覚せい剤中毒疾患を通して—

津久江一郎

[I] はじめに

1. 平成2年7月14日午後、外来受診時の精神障害者によって不幸にも精神病院の院長が突然、包丁で左胸部を刺された。

幸にもその一突きが肋骨に当たり逸れたのと、続いて“殺してやる”と叫んでの二突き目を院長が身をもって躊躇する体力があったため一命を取り留めたのは不幸中の幸の事故であった。

とはいえる、実はこの事件の被害者である院長は筆者の畏友であるならば単に“不幸中の幸”と割り切れる程淡々として記述する程悟り切れた心境にはとうていなり切れない。

筆者自身、自宅往診時、上眼瞼に受傷し4針縫合したのはつい数ヶ月前のことであればなおさらである。

精神科医の持つ宿命であると諦観しながらも尚、精神保健法の不備に言及せざるを得ない心境にある事を諸兄弟姉妹より、怒りを遷したと誇りを受けるのは覚悟の上である。

2. わが国において精神鑑定による措置入院患者数は年々減少の傾向にあるという事実とは裏腹に、アルコール依存症を始めとする覚せい剤中毒、シンナー等の有機溶剤乱用者は年々増加の一途をたどっており、重大な社会問題にまで発展していることは周知の通りである。

とはいえた物依存症の治療に際しては、治療抵抗性というか精神療法を施行することが困難であることを理由に、患者をセレクトして自主的な治療への参加（治療への動機づけ）を希望している患者達だけを入院させている病院がしばしば見受けられる。

しかし主として私的精神病院の殆どはこうした患者の選択は許されないのが現状である。

このように、われわれ私的精神病院の役割は、医療とその保護という、又これを言い換えるならば開放と閉鎖という（二重構造）両極性を現状では待たざるを得ないのが現場の持つ苦悩なのである。

る。

[II] 処遇困難患者に対する考え方の変遷

1. 過去の対応

かつて精神病院内におけるアルコール依存症の患者の取り扱いは、それまで殆どが精神分裂病患者であった精神病院にとっては異質であり、病棟のボスとなり、他患を扇動する等の治療的雰囲気を損ねるという理由でアルコール依存症で入院した患者は各病棟へ分散して収容する事が一般的によく行われていた。

しかしこれは治療プログラムの異なる疾患であるから自ずとその対応、治療は変わって来るのは当然の事であるが、当時は、こうした治療上の困難さを理由に「自分の病院にはアルコール依存症患者は居ない」と昂然と自慢する院長もしばしば見受けられる時代であった。このように当時はアルコール患者というだけで処遇困難患者であったようだ。

とはいえる、こうした風潮は日本アルコール医学が出来て四半世紀にしかならないのであるからそれ程昔の事象ではなく、いずれにせよ山々戦後の事なのである。

この時代の諸先輩等は「アル中（当時はこう呼んだ）は悪い事をする奴等」だから、向精神薬の中でも一番強いレボメプロマジンを投与して行動抑制を意図して用いたようである。

これは大いなる誤りであり精神症状の発呈している患者にメジャートランキライザーを用いるのならまだしも今になれば自明の事であった。

これに対して筆者はまず行動抑制のない、馴化作用を持つマイナートランキライザーであるBenzodiazepine誘導体を用いることによって精神治療法がアプローチし易い状態にする事と、分散型収容ではなくグループで集中的に治療する方がうまくコントロールし易い性格特徴を持っていいる事を学会で発表し世に提唱したのも随分以前の

事になる。これを筆者等は基本的ベースとして治療活動を続けて来ているが、それから時は経ち世は移ろい、最近になってはこの Benzodiazepine 誘導体に対する離脱、依存が問題になって来ている。

これは丁度モルヒネ中毒患者の治療に際してメサドン置換療法を一般的に行なうのが常であるが、このメサドンに対しての依存がしばしば問題になるとの類似した現象であろうし、依存症患者の medication の困難さをいまさらながらに痛感している。

2. 最近の対応

ここで少し過去に溯りわれわれ日精協のたどった足跡をなぞって見る事は意義のあることと思う。丁度この頃わが国において第二次覚せい剤時代に対応し厚生省研究班「覚せい剤専門家会議」が持たれている。

日本精神病院協会においてはすでに昭和56年に覚せい剤対策等に関する要望書を作成している。この主旨は、①覚せい剤取締法を一部改正し、麻薬取締法に準じた措置を新設し一環した独自の対策を樹立するべきである。つまり精神衛生法第51条は削除すべきである。②「国公立病院の機能の明確化」として民間病院では対応困難な（覚せい剤による慢性中毒者を含む）精神障害者等の入院治療に病院の国家的義務において責任を持つべきとしている。③精神衛生法の改正については、犯罪防止を目的とした保安的要素を取り入れた改正には反対する。というものであった。

その後昭和57年11月12日に公衆衛生審議会で「覚せい剤中毒患者対策に関する意見書」が出されている。これによると、①医療及び保護の対象者の明確化の項で、覚せい剤中毒の依存状態をすべて医療の対象にすることは極めて困難であり、当面は入院治療の対象としては中毒性精神病を中心に考えざるを得ないとしており、さらに③入院治療の充実の項では、適切な治療を行なえるよう入院対象者の明確化及び看護面、施設面での配慮について検討する必要があるとしながらも、統いて精神療法や作業療法等を積極的に行なうことにより覚せい剤中毒者をより実社会に近い形で入院治療を行なうことが望ましく、退院前には家族等

と十分に連絡をとり、従前の汚染された環境から遠ざける等の配慮を行なうことが必要であると述べられている。

これは明らかに離脱症状、精神症状消失後の依存状態への治療と、退院直前のケアにまで具体的に取り組もうとしている顕われであろうから、①の依存状態を対象にするのは困難であるという論旨とやや矛盾している。当時の覚せい剤患者に対する対応のとまどいが窺われる。

次で「適切なアフターケアの実施」として現行の精神保護センター、保健所で行なう事の困難さに触れており、最後に総合的対策を望んでいるが、この頃よりすでに処遇困難患者に対しては大きな期待をかけていないのは宜なるかなである。

昭和56年度科学技術特別振興調査費による全国的規模の覚せい剤中毒者の調査によると、当時全国で538名（うち♀79名）が精神病院に入院治療を受けていることが判明している。

入院施設は主として各地域の needs というか、限られた特定の病院に集中入院されていたが、実はそれだけでなく少人数ではあるが全国的分布に分散入院していることも判明している。

この調査で措置入院患者は18.2%にすぎないが、入院時の直接問題行動は23%に認められており、さらに入院後治療中で病棟管理上の問題になるものは88.4%の多くに及んでいる。

これとは別に昭和57年6月に日本精神病院協会の医療経済委員会の調査では「極めて手数のかかる看護を必要とする患者」は全入院患者の11.2%を占めている。さらに委員会では精神科医療における重症者を、①措置入院患者 ②精神状態の特定状態（興奮、昏迷、意識障害）を示す患者 ③重症身体疾患を合併した精神病患者 ④極めて手数のかかる老年期精神障害者の4群に分けていく。この4群のうち覚せい剤中毒患者は①、②群に属するものと思われる。

3. 現在の処遇困難患者とは

さて然らば現在においてはどのような患者が処遇困難患者なのか定義しておかねばなるまい。

当然のことながらこれに対応するぴったりとした外国語は見当らない。ところが平成2年4月に厚生科学研究報告書として「精神科医療領域に

における他害と処遇困難性に関する研究」が編せられている。

これは昭和63年全国の単科の精神病院に対するアンケート調査の結果の集計、解析であるが、これによると「入院中の患者で、その者の示すさまざまな問題行動のために病院内の治療活動に著しい困難がもたらされるような患者」と定義している。さらに処遇困難をきたす要因別にみると

- ①暴力行為を示す患者
 - ②保護室で生活する患者
 - ③過去に犯罪行為を示したことのある患者
 - ④人格要因によって問題行動を示す患者
 - ⑤多重問題患者
- 以上の5つの要因に分けている。

現在のわが国における処遇困難患者に対する定義に依存はないが、アンケート調査のため処遇困難性の程度、回答する側の内容の差（看護及びケアする能力の差とでもいうもの）等均一でない等の欠点は否めない。

〔III〕現状で医療の及ぶ範囲は

覚せい剤中毒症の治療は第一期の離脱症状や精神症状にとどめるべきであり、その後の精神的依存を止めさせることはむずかしいので中毒性精神病のみを治療の対象とすべきではなかろうかという意見がある。

又麻薬取締法と同様、覚せい剤についても取締りと療法を一体的に行なえるように覚せい剤取締法の改正を求める意見も出ている。つまり覚せい剤中毒症は他の精神障害とは質的に異なり犯罪の結果生じたものであり、これを精神医療を充実し、措置入院を強化することで犯罪防止の役割を期待されても、機能、役割、権限、人権などの問題から見て、病院の対処には限界があるという考え方である。

これらの考え方に対して日常覚せい剤中毒症患者を実際に取り扱い、治療している臨床医の立場からの所見を述べてみたい。

当院（基準看護基本2類）においては常時10～20名の覚せい剤中毒症の患者が入院している。受け皿としては隔離室22床、大部屋60床より成る薬物専門病棟で扱っており、看護士18名、看護婦3

名、看護補助者3名の傾斜配置を行なって日常看護に当たっている。

これは一般の老人病棟において必然的に職員の傾斜配置を行なってこれに対応している現状とよく似ている。

又一般的に麻薬中毒症は身体的依存状態をいうのに対して覚せい剤中毒症は一応精神的依存とされており、覚せい剤取締法を改正して、一元に麻薬取締法に入れようとするのは医学的見地からすると非論理的である。

さらにわが国においては主としてシンナー及び有機溶剤の乱用、覚せい剤、アルコール依存の三者が薬物依存患者として社会的にも大きな問題となっており、医学的に、これら三者のmultiple use（特にvertical abuse）、個体における薬物依存の変遷等が今後最も重要な課題となって来ると思われる。

こうした傾向は、わが国における薬物依存という一つの社会現象として捉えるべきであり、単に覚せい剤のみを特別視するならば、かえってこれら一環した治療、経過観察等が阻害される事になろう。

〔IV〕具体策

その1.

覚せい剤中毒者の治療は、個人精神療法より集団精神療法がより有効であることはすでにアルコール依存症の治療で広く認められている。

集団精神療法を通して社会における逸脱行為を互いに指摘させ、自認をさせてその改善を図ろうとする気運を作ることが非常に効果的である。又治療者は患者の回復過程に応じて、その時々のターゲットを明確にしながら治療をすすめて行く必要がある。

おおむね覚せい剤中毒患者の治療過程は下記のごとくなるであろう。

第一期治療：急性離脱症状群ないし身体各種臓器障害に対する治療

第二期治療：精神的依存をターゲットとした治療を目指す

ところで患者が入院後離脱症状時、またはそれに続く刺激期とでもいわれる精神的不穏、不安定、

執拗な要求、苦訴等が発呈する。これに対しては1人の治療者が患者の終日に亘る苦訴、要求に耐えることは困難であり、したがって覚せい剤中毒症の治療には上述したごときチーム医療がとくに推奨されるのである。

対応困難といわれながらも現行法で現実に入院治療されているのであり、要はマンパワーと受け皿に加えて治療側の意志の問題である。

とはいってもこのような治療システム（プログラム）は作ることは大切な事ではあるが、残念な事に何ら裏付け（経済的に）のない單なる職業意識（善意）に立脚していることに矛盾を感じる。

正当に評価（点数化）される事を希望するものである。

その2.

次で現場で日常覚せい剤患者の治療を行なっていて最も大切に思われることはpre-care, after-careの問題である。

現状で訪問指導制度はあるが、保健婦による訪問は恐らく実行されていないだろうし、又今後も期待出来ない。この際、各病院自体で独自の専門員（主として男性）による指導により治療の一環性の強化を強く望むものである。これら依存症患者は病院完結型で事がすべて終わる程簡単なものではない。

その3.

犯罪を犯した覚せい剤中毒者については、厳格な司法鑑定によってその有責性の判定が要請される。その多くは心神耗弱状態と判定されるであろうから、その場合はまず刑罰が先行することになる。そこでその中のある部分の精神障害が比較的長期に持続しているものは医療刑務所が受け持つことになる。また一部の重大な問題を示す中毒性精神障害にあっては、心神喪失状態は当然として、心神耗弱状態にあるものも先の特殊な精神医療体系の対象となることもあろう。

この事に関しては、筆者とて毫も反対するものではない。

[V] 精神保健法の不備

真夜中に警察より覚せい剤を注射したという17歳の男性を保護したが、両側前腕を「自分の手は

ゴムで出来ている」といって噛み切り、傷口に指をつっ込んで出血させている。手に負えないので、緊急入院させて欲しいと連絡があった。往診したところ全身の発汗と共にすさまじい興奮状態と妄想が認められたため、現在、公衆衛生課吏員に連絡中であるという警察官の言葉を信じてとりあえず入院させた。

翌日、正式な一次二次鑑定を済ましたが、昨夜のは緊急入院ではないという。理由は警察官の通報が事前に公衆衛生課にはなかったからであるという。警察官が不馴れたため、県庁の留守番電話に再三掛けていたため連絡がつかなかつたらしい。

「筆者の治療費は警察に請求して欲しい。警察の防犯課長が県の公衆衛生課に来訪して陳謝した」と言う。この事があつて以来、警察からはたとえどの様な症状の発呈した患者でも医療保護入院で入院させて欲しいと往診依頼されるようになってきた。先日、日本精神神経学会の精神保健法に対するアンケート調査の設問の中に、患者の治療上の理由で措置症状が存在しても措置入院以外の入院形態で入院治療をしている場合があるという事を認めた上での質問項目があった。

確かに最近措置入院する患者が減少して来たため国の措置費が年間数10億円ずつ削減して來ている事については冒頭すでに既述したが、この減少する事象にのみ目を向けるのではなくて、実際鑑定措置に至るまでの時間的余裕がなく（精神科での入院はその殆どの場合が急を要するものであるため）医療保護入院している場合が多数ある現状を現場にたゞさわっていない人達は理解している。

精神医療審査会でもまた行政側でも措置入院患者が減少することを喜ぶ傾向があるように思う。

病状の悪い処遇困難患者が実際に減ったのなら勿論喜ぶべきことであるが、これらの患者の実数にはそれ程変わりはあるまい。

個々の精神科医の見解や処置によって統計的な変動をもたらす程の変化はあり得ない。従ってこれは病状のいかんではなく数を減らすように作為的に配慮しただけである。

こうした実際に治療が必要であるにもかかわらず

ず、治療することが困難な人達程、治療の場に乗せ難いという現行法の欠点が窺えるのである。

こう書くと行政側からはかならず法の運用をきちんととするべしと達しがあるに違いないが、実際は措置入院と医療保護入院で治療上、看護面でも何ら変わることはないし、例え措置入院になったとしても特別に加算されるわけでなく何ら入院費が他法で入院した場合と異なるわけではない。

これは従来より抱えている問題ではあるが、医療というコストを要することを入院形態の如何んとからみ合わせたことから来る難点もその一つである。生保行政や保険行政がもともと医療コスト

の如何んについて直接目的としているのに対しで、措置入院には医療コストがやむを得ず付随せざるを得ないとした相違からくるものである。

最後に眞の精神病院における近代化は矢鱈患者の人権にのみ目を向けて法によりシステム化を図り精神科医を雁字搦みにするよりも、処遇困難患者の取り扱いと長期陳旧患者の処遇を解決しなければ決してあり得ない事を強調して筆を置きたい。

不備

(広島・瀬野川病院 院長)

覚せい剤関連の精神障害者の処遇について —現状と今後の課題—

1. はじめに

高校を卒業したばかりの息子が、友達から覚せい剤を勧められて、断わりきれずに注射してもらい、急性中毒による幻覚状態を呈していると、その子供の親から電話で受診相談があったとき、読者の先生方はどうお返事されるだろうか？ 覚せい剤取締法違反で刑務所から出てきたばかりの息子が、どうも様子がおかしくて独語や空笑がみられ不眠がちだというケースの受診相談の場合はどうであろうか？

1982年からの5年間に国立下総療養所から入院加療後退院した覚せい剤関連の精神障害者110名のうち、矯正施設（少年院・刑務所）への被収容歴を有するものは50名(45.5%)であり、入れ墨・断指（ゆびつめ）共に有するもの12名(10.9%)、入れ墨、断指のいずれかを有するもの30名(27.3%)であった。我が国においては現在、覚せい剤乱用が一般化しているとはいうものの、暴力団組員など若い頃から非行歴を有する人達がハイリスクグループであるため、覚せい剤関連の精神障害者は皆、漫然と「処遇困難例」の範疇に入れられ、できれば診察は回避したいというのが一般的な反応ではないでしょうか。

編集子から私に与えられたテーマは覚せい剤中毒病棟での経験から「処遇困難例」について、現

小沼 杏坪

状、問題点、提言等を述べることであった。しかし、処遇困難例という用語は精神医学的基盤をもった概念ではなく、この用語を表題として覚せい剤関連の精神障害を記述することは、背景にある問題を不明確・未解決のまま覆い隠してしまう危険があり、覚せい剤関連の精神障害者に対する精神医療のあり方をゆがめ、隔離収容主義を助長する恐れがあると思われる。そこでここでは、処遇困難例が比較的多く含まれると思われる「覚せい剤関連の精神障害者」について、治療・処遇の現状を考え、治療困難性と処遇困難性の関連、今後の医療保護システムの方向性などについて述べることにより責を果したい。

2. 覚せい剤関連の精神障害と精神医療の責任範囲

覚せい剤の所持・使用は「覚せい剤取締法」の下に強力な取締りと厳正な処罰の対象であり、刑事手続きがなされる。

「麻薬及び向精神薬取締法（今般の麻薬取締法の改正に伴う新しい名称）」では、医師が麻薬中毒者と診断した場合に届出の義務があるが、「覚せい剤取締法」には中毒者の届出の義務規定はないので、「刑法」により医師に課せられている守秘義務に従うこととなる。