

久里浜式認知行動療法の開発の経緯、概要、そして今後の展望について ～10年後に振り返って再検討する～

北里大学医学部 澤山 透

1. 従来の「久里浜方式」の特徴

従来の久里浜方式の特徴としては、断酒を治療の目標とし、患者の同意に基づく入院を原則とする、プログラムに参加する患者の入院期間を一律に設定する(約3ヶ月)、入院患者は、同じアルコール依存症者で構成される、離脱症状や身体合併症治療を主体とした期治療と、集団精神療法を中心に社会復帰療法を行う期治療に分かれる、患者は自治会(病棟内自助グループ)を組織し、入院生活や日課を自主的に運営する、病棟の日課(病気に対する勉強会、ミーティング、抗酒剤服用、作業療法、レクリエーション、行軍、自助グループ参加、酒歴発表など)が組み立てられており、患者は原則すべての日課に参加する、原則として入院治療は開放病棟で行なう、外泊も日課に含まれ、それにより患者は入院中から飲酒せずに家庭や社会で過ごす練習をする、患者は集団生活の中で、規則正しい生活習慣や人間関係を作る練習をする、退院後の通院治療、抗酒剤服用、自助グループ参加の重要性を患者に強調する(いわゆる3本柱)などが挙げられる。

昭和38年から、国立療養所久里浜病院(現 国立病院機構久里浜アルコール症センター)で始められたこの治療システムは、日本の他の医療機関にも影響を与え、「久里浜方式」とか「ARP (Alcoholism Rehabilitation Program)」などと言われるようになり、日本全国のアルコール専門医療機関において行われるようになった。

2. 「久里浜方式」の問題点と新プログラムの開発の経緯

しかしながら、従来の久里浜方式には、以下のような問題点も浮かび上がってきた。自治会を運営することの患者負担の増大、本来の目的である依存症の治療よりもプログラムを円滑に行うことに患者も医療者も労力を費やしてしまう、3ヶ月間の治療プログラムを終了するまでのモチベーションが保ち難く、脱落例を認めた、身体合併症のある患者が増加し、行軍などのプログラムに参加できないものが増えてきた、時代とともに、患者の権利、同意や選択が重要視されるようになり、多様化する患者のニーズに対応できなくなった、「断酒するための入院」ということが大前提となり、断酒に対する動機づけが整っていない患者に対してのアプローチが不十分であった、退院後の治療転帰が十分に良好ではなかった、など。

それらの問題点の解決を図るため、認知行動療法を治療の中心に取り入れた新しい入院治療プログラムの開発を行い、2000年よりその新プログラムを開始した。そのために、自治会機能の縮小、行軍からフィールドワークへ(基本的には自由参加)、反省室から熟慮室、反省文から再飲酒防止チェック表へ(反省室として使用していた保護室1床を個室に改修。また再飲酒防止チェック表を用い、再飲酒防止ミーティングを行うこととした)、病棟ミーティング・酒歴発表から認知行動療法ミーティングへ(従来の直面化スタイルから、「やめたい」「でも飲みたい」という患者の両価性に焦点を当てた動

機づけを計るようにした) などの改善を図った。

3. 久里浜式認知行動療法の概要

久里浜式認知行動療法ミーティングを開発する際に留意したことは、 中高齢男性病棟に入院した全患者をミーティングの対象者とする(一部の患者のみを治療対象とせずに、理解力や知的能力に問題がある患者にも施行できるようになるべく平易な内容にした) 患者の両価的葛藤を治療の中で取り上げる(「やめたい」「でも飲みたい」という両価的葛藤を表出できるような治療の雰囲気作りを心掛けた。そしてその両価性を解決することで、断酒への動機づけを高められるようにした) 強制的あるいは権威的な治療から、患者の中にある動機を喚起するような患者のニーズにあった治療にシフトする、集団精神療法の中で行ない、かつ従来の他のプログラムともある程度の整合性を保つようにする、などである。

久里浜式認知行動療法ミーティング(久里浜式8つのステージ)の概要は、以下のようになっている。
【対象者】内科病棟での解毒治療(第1期治療)を終えた中高齢男性アルコール病棟(第2期治療)の全患者、【グループ構成】同じ週にアルコール病棟に転棟した患者を1グループとする(5名前後)、【回数と頻度】週1回で、時間は60~70分。全8回のセッション、

【治療担当者】グループリーダー1名(精神科医、ケースワーカーなどが担当)とサブリーダー1名(病棟看護師)。グループリーダーは、担当グループの全8回のセッションを最後まで通して担当する、【方法】毎回のミーティングごとにワークシートを配布し課題を出す。そして、次のミーティングは、その課題をもとに討論を進めている。毎回のミーティング終了時に、「今回のミーティングのまとめ(復習)」と「次回のミーティングの課題」が患者に渡される。また、病棟看護師はミーティングの時間外などにも、患者と協同して課題を行い、そのサポートをする、【各セッションのテーマ】(ステージ1)アルコール依存症の認知行動療法について理解しましょう、(ステージ2)今回の入院の原因となった自分の飲酒問題を整理してみましょう、(ステージ3)飲酒に関連した問題があったにもかかわらず、なぜ、お酒を飲み続けたのかを考えてみましょう、(ステージ4)あなたのお酒に対する考え方が、適切かどうかを検討してみましょう、(ステージ5)断酒を継続するために、「断酒のための心構え」を作りましょう、(ステージ6)さまざまな場面で再飲酒を防ぐ方法を考えましょう、(ステージ7)断酒継続のために、具体的に実現可能な方法を考えましょう、(ステージ8)ステージ1~7をまとめて、「退院論文」を発表しましょう。

4. 久里浜式認知行動療法の課題と今後の展望

久里浜式認知行動療法ミーティングの問題点としては、 ステージミーティングは、各セッションを順に追って進行していくことで断酒への動機づけを推し進めたり、入院治療継続の動機づけの維持を図ったりしたが、一方でセッション途中からの参加は出来ないため、医療者側の負担が大かった、 ステージミーティングの各セッションは、宿題として渡された前回のステージの復習と今回の課題の検討という形式ですすめられるが、「このセッションがなぜ役に立つのかの説明」や「適応的な認知の紹介」などの講義がないため、課題の理解や宿題の履行が不十分な患者がいた、 諸外国の治療マニュアルやエビデンスを十分に取り込むことができていなかった、 動機づけを中心とした認知的技法がセッションの中心となり、対処技術訓練などの行動的技法のセッションが不十分であった、などが挙げられる。今後、更なる治療プログラムの開発が必要と思われる。