

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 10 月 21 日現在

機関番号：25406

研究種目：挑戦的萌芽研究

研究期間：2013～2015

課題番号：25590117

研究課題名(和文)医療化社会におけるうつ病治療の広がりと被害構造の社会学的研究

研究課題名(英文) Medicalization of the Depression and a Sociological Study of the Damage Structure that Psychiatric Treatment Causes

研究代表者

澤田 千恵 (SAWADA, CHIE)

県立広島大学・保健福祉学部・准教授

研究者番号：20336910

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,200,000円

研究成果の概要(和文)：不眠や不安などの症状から精神科を受診したが、治療を通じて悪化したために、断薬をして回復した人たちにインタビューを行った。調査協力者とともに治療過程を振り返っていくと、治療開始時点よりも、体調が悪化していることがわかった。そして、それらは原疾患の悪化ではなく、不適切な治療を通じて生み出される医原性の被害であることがわかった。精神科医療には、不必要な治療や過剰投薬を修正する自律的機能が存在していないため、当事者は治療の悪循環を脱するために断薬を行っていた。精神科医療は不適切な治療による患者への被害を認め、被害者たちに謝罪し、被害防止に取り組むべきである。

研究成果の概要(英文)：I interviewed former patients who came off psychiatric drugs, and are recovering. They received psychiatry from symptoms such as sleeplessness or the uneasiness for several years. But they insist that they rather turned worse through treatment of the psychiatry. When I look back on a treatment process with the person whom I interviewed, it was revealed that their physical condition turned worse than the point of start of psychiatric treatment. And they understood that it was iatrogenic damage brought about through inappropriate treatment not the aggravation of the underlying disease. Because there was not an autonomous function to revise unnecessary treatment and surplus medication for psychiatric practice, they came off psychiatric drugs to escape from a vicious circle of the treatment. The psychiatric practice accepts the damage to a patient with inappropriate treatment and apologizes to victims and should wrestle for prevention of damage.

研究分野：社会学

キーワード：精神医療被害 断薬 精神医療サバイバー 問題経験の語り 多剤大量処方 医原病 医療化 薬害

1. 研究開始当初の背景

本研究に着手したのは、国がメンタルヘルス対策に力を入れ、うつ病啓発活動が行われることにより、医原病被害が増加していることへの懸念からである。厚生省は2010年に地方自治体や医療関係団体に対して通知文「向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について」を送付し、「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」による報告書「過量服薬への取組 - 薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて -」を発表した。その中で、過量服薬の背景には医師による過剰投薬の問題があると指摘し、自殺対策として過量服薬問題に取り組む必要があると述べている。それらを受けて、2012年度の診療報酬改定により、睡眠薬と抗不安薬のそれぞれ3剤以上を処方した場合の減算規定等が決められた。しかしながら、過剰診断・過剰投薬への抜本的な対策として機能しているとは言えず、医原病被害が発生し続けている。

2. 研究の目的

本研究の目的は、被害者や被害者遺族への聞き取り調査とレセプト分析を行うことで、治療(処方)と被害との関連性を明らかにし、どのような治療経過を通じて被害が生み出されているのかを明らかにすることである。さらに、被害が被害として認識されない要因、ならびに、被害を生み出す構造的要因を明らかにし、再発防止のしくみを考察する。

3. 研究の方法

(1) 本研究計画では、精神科医療での向精神薬を用いた治療を通じて、かえって体調が悪化するなどの深刻な被害を受けた事例に関して、被害者への聞き取り調査と処方記録を関連づける作業を行い、どのような治療の過程を通じて被害が生み出されていたかを明らかにする。

(2) 調査対象者は以下の6項目の条件すべてにあてはまる人として募集した。心身の不調から、精神科または心療内科を受診し、受診後、向精神薬(抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬、抗精神病薬、気分安定薬等)を一定期間服用した経験のある人。医師の指示に従って治療していたが、治療継続してもなかなか良くなることから、治療の問題点を認識し、自分の意思や判断で服薬を中止し、その結果状態が改善したと自己を定義している人。医師からの回復や治癒の診断を必要としない。自らの精神科での治療経験を通じて、精神科治療や向精神薬の問題点を認識し、その経験を被害防止や被害者救済のために活かしたいと思っている人。過去の診療における処方がわかる人。数時間にわたる面接が可能。事前の打ち合わせや準備にも時間を要するため、それらに対応できる人。本研究の研究協力依頼書を読んだ上で、調査への自発的な協力の意思が確認された人。

(3) インタビューガイドに基づき、半構造化面接を実施した。質問項目は以下の通りである。受診したきっかけや理由。初診の診断名と処方、医師からの説明。初診から半年後、1年後、2年後・・・以降、受診1年ごとの体調の変化と処方内容。精神科での治療を受ける以前や受けてから、また、服薬を中止して以降の薬物療法に対する意識の変化。現在の状態と元主治医や国・学会等に伝えたいこと。

(4) 調査を実施するにあたって所属大学の研究倫理委員会を受審し、承認を得た。調査への協力を申し出てくれた人には、調査趣旨を文書と口頭で説明した。自発的な協力の意思を確認し、同意書を交わし、調査を行った。

4. 研究成果

(1) 調査協力者のプロフィール

10名の当事者を対象にインタビューを行った。調査協力者の性別、調査時の年代、精神科の受診時期、診断名は表の通りである。

	年代	性別	受診時期	診断名
A	40	男	2003～2010	うつ病、不眠症
B	50	女	1998～2012	身体表現性障害、双極性障害
C	40	男	2005～2012	うつ病、双極性障害
D	30	男	2005～2013	自律神経失調症、うつ病、統合失調症
E	20	女	2008～2010	気分変調症、うつ状態、睡眠障害、統合失調症
F	30	男	2005～2013	うつ病、双極性障害
G	40	女	2000～2011	自律神経失調症、うつ病
H	30	女	2001～2012	うつ病、境界性人格障害
I	30	女	2004～2014	うつ病
J	40	女	2006～2008	精神分裂病

(2) 受診の理由

それぞれの人が精神科(心療内科)を受診した理由は以下の通りである。

A	妻が産後うつになり、育児・家事、仕事の負担からイライラ、不眠となり受診。
B	婦人科でデパスを処方され眠れたため、精神科を紹介された。家庭の問題で眠れなくなった。
C	妻の浮気と仕事の過労による不眠。
D	大学で周囲に馴染めない。頭痛、肩こり、腰痛が酷く他科を受診するが理由が分からなかったので受診。

E	公的機関で育児相談をしていたところ、夫のDVが発覚。一時保護のDVシェルターが連携する精神科医によりトラウマ治療を受けることになった。
F	プライベートな問題で落ち込んでいたら、友人からセロクエルをもらった。服薬で気分が良くなったため、受診。
G	仕事による疲れやすさ、体の重さ、些細なことによる気分の落ち込みから受診。早めに受診しないとうつ病になるのではないかと恐れた。
H	職場の人間関係、父親との関係に悩んでいた。高校の保健室の先生に勧められて受診。
I	大学に馴染めず、眠れない・食欲がない状態になり、親に連れられて受診。
J	未熟児（超低出生体重児）出産後、育児相談を受けたかったが、紹介された先が精神科だった。

（3）調査協力者らの位置付け

本研究の調査協力者らは、治療を通じて難治化した状態から、減断薬に至ったケースである。全員が治療を通じて、もともとの症状が悪化したり、当初は見られなかった症状が出現したりして、より重篤化している。統合失調症や双極性障害と診断され、一生涯服薬が必要とされていた人も含まれている。

調査協力者らは、治療への疑問をなんらか感じていたところに、その経験を説明する言語となりうるインターネットや書籍等の情報に出会っている。共通して医原病被害を訴えており、自分には精神科の薬物療法は必要なかったと主張している。自発的に精神科を受診した人がほとんどであり、「うつは心の風邪」キャンペーンの影響を受けたと語っている人もいる。心身の不調をなんらか抱えて受診に至ったことも事実である。不眠、イライラ、不安、頭痛などの症状は生活上の悩みから出ていたため、そういった問題を考えるためのサポートが欲しかったと多くの人が答えている。しかし、その役割を精神科は担えていない。以上のように、本研究が対象とするのは、精神科の治療に効果を感じず、薬物療法によって健康が悪化し、被害を受けたと考えている人たちである。

（4）分析方法

本研究では、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの分析方法を参考にして、調査協力者らが断薬に至るまでの過程を分析した。手順は以下の通りである。

1) 最初はひとりに絞り、データの解釈を行う。データを最初から見ながら、研究テーマに関連する箇所に着目し、なぜそこに着目するのか、その部分の意味は何かなどを問いかけ、対極例についても考えながら、概念や定義を考えていった。

2) 同じような例がみられるかどうかを別データで確認し、一定のヴァリエーションが

確認できたのち、概念や定義の精緻化を行った。

3) そのようにしてできた複数の概念を、概念どうしの関係性を考えながら、関連付けていった。

以上の手順により、62個の概念を作った。そこから概念同士の関係性を考えていった。断薬に至る過程には、「医師が処方する薬は安全である」「医師の指示通りに薬を飲めば治るはず」と信じて服薬を続けていた時期（「医者任せの治療態度」「薬の安全神話」と概念化）医師の指示通りに服薬しているのに、なかなかよくなり、むしろ不快な症状や不調が増えていったが、そのことを主治医や周囲の人に相談しても否定されたために治療への疑問を口に出せなくなったという経験（「診断や治療への疑問を口にしてはならない」と概念化）を経て、断薬を決意する「転機」に至っていることがわかった。

「転機」においては、自分の経験を説明する言語を獲得している。それにより、治療ではなく被害の経験だったというように経験の意味づけが変容している。治療によって悪化していく道筋が、本やブログに書いてある通りだと思ったと語っている人が多い。さらに、健康を取り戻したいという希望がより具体化したことや、その希望が治療によってはかなえられないと悟ったことが断薬の決意になっている場合もあった。そして、多くの人が主治医に相談しても断薬はできないと思ったため、自分で情報をえて断薬を進めていた。それまでは「医者任せの治療態度」だったのが、減断薬を実行するにあたっては、自分の判断で、リスクを引き受ける態度に変わっている点が、断薬者の特徴といえる。自己判断の減断薬は危険が多いため推奨できないが、自発的に薬をやめなければ、薬の長期服用により、よりいっそう悪化していったことも予想される。医原病被害を見抜いて被害者を救済する手立てを現在の医療が持っていないことが根本的な問題である。

（5）断薬に至るまでの治療経過の分析

精神科治療を通じての悪化・難治化

10名の調査協力者らに共通する点として、医師や薬への信頼から診断や治療を信じて治療を続けていたが、いずれも薬物療法により受診当初よりも症状が重くなったり、新たな症状が増えたりするなど、体調が悪化し、より重篤な症状になっている。

処方された薬による副作用

体調悪化の原因は、処方された薬の作用/副作用である。しかし、薬に対する疑問や副作用症状を主治医に訴えても、適切に対応してもらえない。副作用を医師が認める場合は副作用止めが追加されるが、患者の副作用の訴えを認めなかったり、スルー対応したりする医師も多い。1日30錠以上の多剤大量処方を経験した人が2名いたが、尿失禁の状態に

なっている、大量処方が続けられていた。また半数以上の方が、服薬するようになってから、初診時にはなかった強烈な希死念慮が出現したり、処方された薬を用いて過量服薬を実行したりしていた。

向精神薬の逆説作用

医者は専門家であり、その診断や処方には間違いがあるはずがないという信頼感から、医者を疑うことなく治療を受けていた。病気と診断されたら、医師の指示通り治療に励むべきだとする真面目な態度から、診断や処方への疑問は封じられている。疑問を口にしても医師からスルーされたり、医師の態度が豹変したりするなどの経験から、思ったことを口に出せない関係となっていく。薬がたくさん出されるのは、それだけ自分の症状が重いからだと考え、服薬遵守してしまう。副作用症状は精神科的症状と似ており、区別しづらい場合がある。さらに、向精神薬は改善するとされる精神症状を逆に引き起こす逆説作用を持っている。そのため、薬の服用によって症状が悪化していることに気づかず、治療が継続されていく。

断薬のきっかけ

インターネットや書籍などの情報により、精神科の薬物療法の問題点に気づいたとする人が多い。具体的には、向精神薬の副作用に関する情報や、精神科の診断や治療の問題点を取り上げているものである。2000年代以降、精神科治療がもたらす医原病被害や薬剤性の症状を問題化する団体や個人による情報発信が増えた。そのことが自らの経験を「薬害」「精神医療被害」という観点から捉え返すことを可能にしている。自らの治療経験とそれらの情報を照らし合わせた結果、「腑に落ちる」「辻褃が合う」などと感じて、断薬を決意している人が多い。医師から医原病を指摘されて医師の指導のもと断薬した人も1名だけいた。しかし、それ以外は自らの判断で減断薬を実行している。

減断薬の方法に関して、専門医療機関による指導やアドバイス、サポートがなかなか得られない現状があるため、当事者が海外サイトより得た情報をネット上で提供したり、ブログや掲示板で互いの経験や情報を交換し合ったり、離脱症状の苦しみを支え合ったりするなどの現状がある。

断薬後の体調

減断薬の際には離脱症状により、多くの人が苦しい体験をしている。具体的には、不眠症状の悪化、頭痛や不安の憎悪などが多い。妄想や幻聴が酷くなった人もいる。断薬後は、体調が順調に改善していく人が多かった。だが、体調回復には時間を要し、漢方薬や鍼灸治療など東洋医学的な治療や、栄養改善など、体調回復のための取組を行っている人が多い。全員が、精神科で治療を受けていた時期

と比較して、断薬後の体調のほうが良いとしている。また、治療を振り返って、精神科の薬は「麻薬」のようなものであり、治療を通じて「洗脳」されていたと捉えている人が複数いた。

本調査では、断薬後に回復した人を対象としていたため、断薬後も不調が続いている人、とりわけ向精神薬服用や断薬による後遺症状に苦しんでいるケースについては取り上げることができなかった。断薬後の後遺症状に関しては、精神的症状の再燃と捉えられてしまい、被害として認知されにくい現状もあるため、今後それらに関する調査研究が必要である。

人生被害

精神科での治療は患者の人生全体に大きな影響を及ぼしていた。治療による悪化をモニターできない治療法は、結果的に患者の健康のみならず人生に被害を与えていることがわかった。聞き取り協力者らは、平均して9年間(長い人で15年間)精神科での治療を受けている。その間に、体調の悪化(健康被害)を経験し、家庭面・社会面においても被害を受けたと全員が語っている。具体的にどのような被害が発生しているかを示すため、Aさんの経験を紹介する。

Aさんは、妻が産後<育児ノイローゼ>となり、精神科での治療を受けていた。そのためAさんは、育児や家事と仕事との両立の大変さから、自分自身もまた寝つきが悪くなったりイライラしたりするなどの状態に陥った。妻の勧めでAさんも妻が通院する精神科を受診した。うつ状態と診断され、抗うつ薬などを処方された。しかし、服薬すると強烈な眠気により就労困難となった。上司の命令で帰宅させられ、後日、人事部に呼び出されて休職を命じられた。

休職期間中も精神科での治療を続けた。初診時に主治医から半年間で治ると言われたが、逆に希死念慮が強まり入院。結局、3年間休職となった。その間に離婚し、家族を失っている。復職したものの仕事が続かず、解雇された。お金が無くなり水も電気もストップし死を覚悟したが、家族に救出され、生活保護を受給することになった。

医師の指示通り、真面目に薬を飲み続けているのに、なかなか良くなり、不眠の症状は悪化し、精神的にキレやすくなった。リストカットもするようになった。そしてある日、たまっていた薬を過量服薬し、意識を失っていたところを救急搬送された。危機を察知して救急車を呼んでくれた女性が処方されている薬についても調べ、処方を見直した。しかし抗うつ薬による性機能障害が治らず、薬の影響を否定する主治医への不信感を募らせた。そこから自分でも薬について調べ出し、診断や治療の根拠のなさに気づき、断薬した。

以上見てきたように、医師の指示通り薬を飲めば半年で治ると言われたはずなのに、ト

ータル8年間の治療を続けても良くなりず状態は悪化している。薬がもたらす強烈な眠気により初診から1週間で休職に追い込まれ、そのまま3年間休職し、家庭も仕事も失った。職場では上司や先輩たちからも可愛がられていたのに、社会的な信用も失ってしまった。治療中は、さまざまな副作用症状が出て、常に体調が悪かった。真面目に治療を続けているのに良くなりえない絶望感から自殺を考え、実際に実行したが、生還したケースである。

生活保護受給者の自殺率は日本全体の自殺率と比べて高い。厚生労働省の調査によると、「平成22年の生活保護受給者のうち自殺者は1047人で、人口10万人当たりの自殺者数を示す自殺率では55.7人と、日本全体での自殺率24.9人(全国平均)に比べ2倍以上だった」。また、「自殺した受給者のうち、精神疾患の患者は684人で65.3%に上った」。調査では、若い受給者の自殺率が高いことも判明。30代が138.2人、20代は113.9人で、いずれも全国平均に比べ5倍の差があった」とされる(2011.7.13 00:38 産経ニュース)。厚生労働省社会・援護局保護課「生活保護受給者の自殺者数について(平成23年)」によると、生活保護受給者で、精神疾患を持ち精神科で治療中の単身世帯の若年男性の自殺率が非常に高い。つまり、Aさんはこの条件にピッタリあてはまるのだ。Aさんは生還し、その後、断薬して健康を取り戻したが、生活保護で精神科通院を続けるままの状態が続いていたら、再度過量服薬を実行して既遂に至っていた可能性もある。

Aさんは自らの治療を振り返り、無知であったゆえに医者を信頼し、薬を飲み続けたことが問題だったと感じている。精神科の治療にはなんのメリットもなかったと語っている。自分はそもそも治療が必要な病気だったのでなく、家庭と仕事の負担という<自分ができる以上のことがのしかかって>いる状態であったので、子どもを預かってくれる人や子育てのサポートなどが必要だったのだと考えている。このように、精神科の治療を振り返ってメリットがないと全員が語っていた。そして必要だったのは薬ではなく、福祉的なサポートだったと答える人が多い。

(6) 考察

精神科治療による薬害被害者の孤立状況

本調査の協力者たちは、自らの意思で断薬することを決め、自己責任で実行したとする人が10人中9人だった。治療への疑問を共有できる先がないため、孤立した状況の中で命の危険にかかわる減断薬を実行せざるをえないのである。

精神科の患者が治療への疑問を口にすると、「病識欠如」のレッテルが貼られることもある。薬への疑問が患者の症状と見なされてしまうのだ。医師の診断や処方に対して疑問を抱くことは、反抗的な態度として処罰される場合もある。メンタル休職中の会社員は、

休職や復職の許可が医師の診断に基づくため、治療への疑問を口に出せない。医師の処方通り服薬しなければ、治療拒否と解釈されてしまう。本調査でも、薬の服用に疑問を感じて服薬をやめたことで、産業医から叱責され、復職を延期されたケースがあった。

また、断薬して直ちに不調が解消されるわけではなく、多くの方が代替治療を行っていた。身体全体の働きから不調を捉える鍼灸師や漢方医などの存在は、減断薬を実行する人々にとって重要なサポート資源である。その一方で、治療で受けた被害を相談できる専門機関や窓口が存在しないため、被害者は放置されている。自らが受けた被害を社会的に訴える場がないことは、当事者らの孤立感を深めている。被害を受けとめ、当事者らの経験から精神科医療のありかたを変えていくようなシステムが必要である。

エビデンスに基づいた精神科医療を

2012年度の診療報酬改定により、睡眠薬と抗不安薬のそれぞれ3剤以上を処方した場合の減算規定等が決められ、2014年度の診療報酬改定では減算が強化された。しかし患者の病状等によっては多剤併用もやむをえないとする医療側の主張によって、一定の条件を満たした専門医であれば多剤を出せる仕組みになっている。複数の薬剤の組み合わせが人体にどのような影響を及ぼすかのデータは存在しない。にもかかわらず、悪影響を証明する臨床データがないことや多剤大量処方が行われてきた経験的事実をもって、多剤併用が擁護されている。処方の適正なルールが存在しないところでは逸脱もまた存在しえない。それゆえ、多剤大量処方により患者が健康を害したり死亡したりしたとしても、医療事故とは見なされず、罪には問われない構造が生み出されている。

何が適正な処方かは、薬の基本的な働きから考えればよい。抗精神病薬なら、脳内のドーパミン受容体を40~80%占有するように設計されている。遮断率が高すぎると副作用が出現し、効果を十分に発揮しない。単剤でこう設計されているのだから、種類や量を増やしても無駄である。患者の副作用リスクを高める多剤併用は、健康を害する不適切な処方であり、人権侵害と見なされるべきである。さらに、薬物に偏重した薬物依存的な診療自体が見直されるべきだ。

インフォームド・コンセントの問題として、精神疾患全般が未だ原因不明であり、処方される薬は対症療法である点について患者に説明する必要がある。本研究では、自分は病気だと信じて服薬していたが、脳内のセロトニン不足などの病因論は仮説にすぎないことや、それを否定する議論もあることを後で知った。そのことを知っていたら、薬を飲まなかったと述べている人もいた。精神科で処方される薬には、劇薬や依存性のある薬が含まれ、当事者らが当初思っていたような安全

なものではなかった。実際、麻薬及び向精神薬取締法によって取扱いが厳しく規制されている。このような薬剤のリスクについても説明することが、インフォームド・コンセントにおいては必要である。

医原病被害を生み出さないために

本研究の調査協力者らは全員が「精神医学には害しかないで、なくなったほうがよい」と自らの経験に依拠して述べている。このような強烈的な医療不信を招く精神科医療のありかた(具体的には過剰診断、過剰投薬の弊害)は改善する必要がある。

医原病被害を生み出す要因として、国の自殺対策、メンタルヘルス対策の精神科医療偏重がある。本調査では、治療を通じて悪化し過量服薬を実行しているケースが多かった。不適正な処方方が自殺を引き起こしている点を国も認めており、この問題にもっと真剣に取り組んでいく必要がある。

調査では、受診前の精神科のイメージとのギャップを指摘する声も多かった。カウンセリングなどが主体と考えて受診したが、実際は薬物療法中心であり、精神科は「心の専門家」とは言えないという評価も複数あった。調査協力者らの受診の原因となった心身の不調の多くは生活上の問題と関連しており、直ちに精神疾患として薬物療法を必要とするものではなかった。症状を抑えるために薬を処方するにしても、単剤を基本とし、薬剤の影響について十分にモニターしながら治療が行われるしくみを作る必要がある。精神科に期待していたものとして、生活問題や心身の不調に対する適切なアドバイスがあるが、そのような期待される役割を担えていない。生活上の問題の整理や解決をはかりつつ、本人が自律性を取り戻せるようなサポートこそが必要とされている。よって、メンタルヘルス対策、自殺対策を医学モデル偏重で進めるのではなく、福祉的社会的サポートを中心にすえたサポートシステムを作っていくことが必要である。

最後に、本調査計画においては当初、自死遺族への聞き取り調査も行う予定だったが、計画を立てる中で、薬害当事者への調査に絞ることにした。また、本研究は断薬により回復できたとする当事者を対象にしているが、断薬をすれば回復できるといった安易な解釈には与しないものである。実際、断薬後も不調や後遺症状を抱えている人もおり、それらの人々がどのようなサポートを求めているかについては、今後の研究課題としたい。

研究協力者

中川 聡 (NAKAGAWA SATORU)
精神医療被害連絡会代表

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計 0 件)

〔学会発表〕(計 4 件)

澤田 千恵「フェミニズムの視点から向精神薬問題を考える 『育児支援』『母親の心のケア』の名の下に行われた精神医学的診断と投薬による被害事例の分析」(日本女性学会大会、2013年6月2日、エソール広島・広島県女性総合センター)

澤田 千恵「なぜ被害が生み出されるのか 社会学の立場から」(精神医療被害連絡会、精神医療被害当事者会八コブネ共催「精神医療を学ぶセミナー」2013年6月16日、広島市まちづくり市民交流プラザ研修室)

澤田 千恵「精神科医療による医療化の弊害の社会学的研究」(第86回日本社会学会大会、2013年10月12日、慶応大学三田キャンパス)

中川 聡「精神医療による被害の社会学的研究 - 被害の実態とその改善を阻む要因 - 」(第86回日本社会学会大会、2013年10月12日、慶応大学三田キャンパス)

澤田 千恵「断薬した元精神科患者の語り の分析 薬物療法に対する意識の変化を中心に」(第88回日本社会学会大会、2015年9月19日、早稲田大学戸山キャンパス)

〔図書〕(計 0 件)

〔産業財産権〕

出願状況(計 0 件)

名称：
発明者：
権利者：
種類：
番号：
出願年月日：
国内外の別：

取得状況(計 0 件)

名称：
発明者：
権利者：
種類：
番号：
取得年月日：
国内外の別：

〔その他〕
ホームページ等

6. 研究組織

(1) 研究代表者

澤田 千恵 (SAWADA CHIE)

県立広島大学保健福祉学部・人間福祉
学科・准教授

研究者番号：20336910

(2) 研究分担者

研究者番号：

(3) 連携研究者 ()

研究者番号：