

令和 3 年 6 月 11 日現在

機関番号：25406

研究種目：挑戦的研究（萌芽）

研究期間：2017～2020

課題番号：17K18585

研究課題名（和文）薬物療法に依存しないサポート・ネットワークの構築 精神医療のパラダイム転換

研究課題名（英文）What kind of support network should be created to change the Japanese psychiatric care that is too biased toward drug therapy?

研究代表者

澤田 千恵（SAWADA, CHIE）

県立広島大学・保健福祉学部（三原キャンパス）・准教授

研究者番号：20336910

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 4,900,000円

研究成果の概要（和文）：わが国の精神科医療は薬物療法に偏重しすぎており、患者が持っている回復力を十分に引き出すような支援を行うことができていない。そこで、本研究は、向精神薬を減断薬することによりリカバリーした当事者や、彼らのリカバリーを支援した専門職らにインタビューを行った。その結果、薬に偏重した治療の限界や弊害を認識しした専門職たちが、当事者の回復力や主体性を高める支援を行うことで、当事者のリカバリーが促進されていることが明らかになった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

この研究成果の学術的意義は、精神科領域の専門職が向精神薬の知識を高めることの重要性を明らかにしたことである。特に、専門職が、薬物療法の限界について理解することが、当事者に寄り添った支援を可能にし、当事者のリカバリーを促進している。そして、専門職の認識を高める上で、向精神薬の断薬を経験してリカバリーの道を行んでいる当事者の経験を知ることが重要である。この研究成果の社会的意義は、精神科の治療を受けている人たちを支えるネットワークが薬に偏重しないサポートを展開することで、当事者の回復が促されることを明らかにしたことだ。

研究成果の概要（英文）：Psychiatric care in Japan is too focused on drug therapy and cannot provide support to fully bring out the resilience of patients. Therefore, in this study, we interviewed the parties who recovered by reducing psychotropic drugs and the professionals who supported their recovery. As a result, it became clear that the recovery of the parties is promoted by helping the professionals who are aware of the limitations and harmful effects of drug-oriented treatment to increase the resilience and independence of the parties.

研究分野：社会学

キーワード：精神科医療 リカバリー 断薬 専門職 エンパワーメント サポートネットワーク パラダイム インタビュー

科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属します。

1. 研究開始当初の背景

1) 2000年代における精神科患者の急増現象

2000年代に入り、わが国の精神疾患を有する総患者数は急増している。厚生労働省「患者調査」によれば、平成11(1999)年の患者数は204.1万人であったが、平成29(2017)年には419.3万人であり、実に2倍以上の増加となっている。疾患別にみると、認知症やうつ病に罹患する患者が増えており、認知症患者の増加は高齢化の影響も大きいと考えられる。一方、若年層や働く世代の患者数の増加に関しては、非正規雇用の拡大やデフレ経済の長期化などといった社会環境から説明する議論に対して、富高(2010)は新規抗うつ薬SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)の販売促進のためのプロモーション活動の影響力の大きさを指摘している。つまり、どの先進国においても、SSRIが導入されるとうつ病患者が急増しているのだ。わが国でSSRIが導入されたのは1999年であり、確かにそれ以降、右肩上がり患者数が増加している。この時期の日本の状況としては、98年に年間自殺者数が初めて3万人の大台に乗り、国が自殺対策に力を入れ始めた時期とも重なる。うつ状態から自殺に至る人々が多いことから、自殺対策においても疾患啓発と精神科受診の促進に重点が置かれたことも、精神科への国民のアクセスを高めることにつながったと考えられる。

以上、製薬会社や国による疾患啓発の動きに連動して、精神科や心療内科を掲げる街中のクリニックが急増していったことも、受診アクセスを高める要因となっている。受診アクセスの向上が精神疾患の重篤化の予防になっている側面もあるが、他方で、過剰診断や過剰投薬によって回復が困難になるケースも生じていると考えられる。

2) 精神科薬物療法を自らの意思でやめる当事者の出現と社会的課題

インターネットの普及は、受診患者を増やす大きな要因のひとつだが、同時に、薬の副作用などの情報も得やすくしている。特にこのかん、多剤大量処方弊害がマスコミを通じて社会問題化されたこともあり、自分の受けている治療法が適切なものかどうか不安を感じる当事者も増えていると考えられる。減薬や断薬は主治医の判断や指導のもと行う必要があるが、そのことについて主治医に相談しても納得のいく解決策が得られなかった場合などは、患者個人の判断で、減断薬を試みる場合もある。申請者は以前の科研費研究(2013~15年度)において、そのような人たちを対象にしてインタビュー調査を試みた。

その結果、調査時点ですでに断薬を完了した11名の対象者らは、2000年代初頭に精神科を初めて受診した人が多く(11名中10名)、全員が初診から薬物療法を開始していた。医師の指示通り真面目に服薬を続けていたものの、通院を重ねるうちに薬の種類や量が増えていき、症状はむしろ悪化や慢性化の経過をたどったと全員が語っており、そのため減薬し、それから断薬に至ったということだった。

適切な減薬のペースや方法、離脱症状の出現のしかたや症状などには個人差があり、おかれている環境の違いなども影響する。いずれにしても、減断薬に伴う離脱症状を緩和し、回復を促していくような状態が必要とされていることが経験者へのインタビュー調査から明らかになった。明らかになった課題は、次の2点である。1.減断薬したいという当事者の希望に寄り添いながら、それぞれの人に合ったペースや方法で減断薬を実践するための個別化されたサポートが必要である。2.減断薬をすることが直ちに医療や福祉の支援を必要としなくなる事態を意味しているわけではないのに、減断薬を契機として医療や福祉のサービスを受けづらくなる状況がある。減断薬の過程全般に対して、当事者の状態や状況に応じて、必要な医療や福祉のサービスを継続して受けられるよう支援側の意識を啓発し、支援側にとっても支援しやすくなるようなしくみづくりや制度設計が必要である。

2. 研究の目的

前項に記したような精神科受診者の増加は、診療する側からみれば、1人ひとりの患者にかけることのできる持ち時間が短くなることを意味する。そのことは、患者の話にじっくりと耳を傾けて、それぞれの人に合った治療法や改善策を提案していくことを難しくしていると考えられる。また、精神科医療全体の傾向として、生物学的精神医学の考え方が強くなり、患者の抱える問題を脳機能の障害と捉え、薬を服用しなければ治らないと考える医師やコメディカルが少なくないのではないだろうか。これらの条件が重なり合うことにより、診療の場は薬の効き具合を確認したり、薬の量や種類を調整したりするための場となりがちであり、そのことが薬物に偏重した治療や支援につながっていると考えられる。また、患者側も服薬以外の回復方法を見出しづらくなり、支援側・患者側双方で、支援力・回復力が低下してしまう問題が生じているのではないだろうか。

さらに、精神科医の中には、「薬を服用させなければ悪化して手の施しようのない状態に陥る」といった認識を強く持っているなど、その医師自身が抱えている精神疾患に関する観念や治療観から、薬を強制的にでも服用させることが患者の利益につながる、そしてそれが自分自身の医師としての使命だと考えていたり、そのような理由から、患者の減薬の希望を受け付けなかった

り、一生涯服薬が必要だと説明していたりする場合がある。つまり、精神科医自身がこれまでに受けてきた医学教育や臨床経験と、それらを通じて形成されてきた精神疾患や薬物療法に対する考え方が、現在の診療のありかたや患者とのやりとり大きな影響を及ぼしていると考えられるのである。状態の安定や維持に薬が不可欠と考えている医師にとっては、薬を減らしたいとか、ゆくゆくは服薬をゼロにしたいと患者から言われたとしても、その希望には応えられないということになる。このような医師の態度やふるまいは、一般的には、パターンリズムと呼ばれるが、なぜパターンリズム的な態度をとるのかについては、それぞれの医師の考え方や認知、おかれている立場や状況などから、具体的な分析を行う必要がある。つまり、パターンリズムの一語では現象を説明したことにはならないし、ましてや現状を変革することにもつながらないものである。

以上のような問題意識および観点に基づいて、本研究は、治療をする側の精神科医ならびにそれ以外の医療や福祉の専門職らが、薬物療法に偏重せず、当事者主体のリカバリーをサポートできるようにするために必要な考え方や条件すなわち、リカバリーを促進する新しいパラダイムを明らかにすることを目的とする。

3. 研究の方法

1) 研究対象者の選定

日本の精神科の現場では、薬を一生涯服用し続けなければならないとする考え方は未だ根強い。そこまでいなくても、服薬を本人がきちんと管理できるようになることが、回復の目安だと捉える専門職が多いように思える。それゆえ、リカバリーについて言及する際にも、暗黙裡に、本人の服薬アドヒアランスの高さを前提としている場合が多いのではないかと考える。つまり、薬物療法の必要性を本人が受け入れ、定期的な服薬を行えるようになることが、リカバリーの前提として認識されているのである。

服薬するかしないかも含めて本人が主体的に決定できるようになることや、リカバリーのプロセスにおいて服薬しない状態が訪れる場合もありうるといったヴィジョンが、少なくともわが国の精神科領域のリカバリー論ではあまり見出されないように思える。

そのためか、服薬を自らの意思でやめた人たちは、それらの人たち自身が精神科から離れていくこともあり、リカバリーの事例としてや、ピアという存在として認知されることが少ない。しかし、服薬をやめて精神科から離れていった当事者たちのなかには、かつては重篤な精神障害の状態と見なされていたような人たちや、それこそ、一生涯服薬が必要で、精神障害を抱えて生きていくと周囲からも言われ、本人もそう信じていたような人たちもいるのだ。

それゆえ、そのような当事者たちの経験の語りに注目することは、現在の日本の精神科領域におけるリカバリーのイメージを広げる可能性をもっている。さらに、専門職の経験の語りに注目することで、「服薬ありき」の考え方から、どのように変化していったのか、その変化のプロセスにおいて、専門職としてのアイデンティティや、精神疾患や治療法に対する認識がどう変化したのかを明らかにすることにより、リカバリーを促進する新たなパラダイムがいかなるものかを探ることが可能となる。

以上から、減断薬のプロセスとリカバリーのプロセスを経験している当事者ならびにそれをサポートしている専門職や民間団体の支援者らを対象に、インタビュー調査を行った。

2) 分析方法

調査協力者には、調査の目的や方法、プライバシーの保護やデータの利用方法等について文書を用いて口頭での説明を行い、同意書に署名をしてもらった。協力者の同意を得て、内容を ICレコーダーに記録し、逐語録を作成した。データ分析には、質的データ分析のための手法 SCAT(Steps for Coding and Theorization)を用いた。SCATは、観察記録や面接記録などの言語データをセグメント化し、そのそれぞれに、1 データの中の着目すべき語句、2 それを言いかえるためのデータ外の語句、3 それを説明するための語句、4 そこから浮き上がるテーマ・構成概念 (construct) の順にコードを考案して付していく4ステップのコーディングを行う。さらに、そのテーマや構成概念を紡いでストーリー・ラインと理論を記述する。SCATの開発者である大谷尚(名古屋大学)は、「質的データの分析手法の多くには、再文脈化の手続きがなく、再文脈化を行うことがSCATの特徴だと述べている。その際に重要な点は、ストーリー・ラインにおける再文脈化により、「表層のできごとの文脈」から「深層の意味の文脈」へと「意味を再生・再創造」することが可能となることである。語られた経験の深層の意味を明らかにできるという点で、SCATの分析方法が有用であると考えた。

4. 研究成果

減薬や断薬を経験した当事者18名、専門職17名、民間団体の主宰者2名にインタビューを行った。以前の科研費研究(2013~15年度)との大きな違いは、当事者が「つながり」を持っていることである。その場合の「つながり」とは、減断薬を支えてくれる支援者や仲間とのつながりを意味する。とりわけ支援者とのつながりが形成されている点が前回調査と大きく異なる点である。この度の調査対象者らは大きく分けて2つのグループに分類することができる。1つは、精神保健福祉士で市民団体の代表を務めるAさんが紹介してくれた当事者や専門職である。これを[グループ1]とする。もう1つのグループは、精神科医Bさんが紹介してくれた当事者の

方々である。これを[グループ 2]とする。A さん、B さんの共通点として、前者は精神保健福祉士、後者は精神科医という職種の違いはあるが、両者とも長年、精神科領域で専門職として従事し、そのなかで患者に処方されている薬の作用や、多剤処方などの処方の問題点についての問題意識を強く持つにいたった。症状を抑えることを重視し、副作用を軽視し、当事者の生活の質を低下させ、健康を害するような薬物療法の行われ方に対して、両者はともに非常に問題であると考えていた。そして、専門職として現場においても、当事者の人権を擁護する実践に地道に取り組んでいた。しかし医療機関や福祉法人において、「薬」に対する問題意識を持ちながら実践活動に取り組み続けることは、組織の他のメンバーから必ずしも理解を得られるとは限らず、へたをすると孤立するリスクさえある。つまり、現在の日本において、医療や福祉の現場で「当事者主体」「当事者の利益」を真の意味で実現しようと専門職が考え、動こうとした場合には、専門職自身が周囲の理解を得られず、孤立してしまうのである。結果として、両者は「独立」する道を選択することになった。

[グループ 1]は、A さんを中心とするつながりであり、具体的には、A さんが主宰する市民団体に参加したことがある当事者や専門職たちである。専門職たちは、A さんと同じ精神保健福祉士の資格取得者が多く、A さん同様、薬に対する問題意識を持つことにより所属組織の中での孤立を実感していた。A さんの市民団体が所属する全国ネットワークとのつながりを持つ就労支援事業所の職員 2 名にもインタビューを行った。その事業所では、管理者自らが利用者の服薬の問題に関心を持ち、学ぶ姿勢を持っていた。利用者の同意を得てお薬手帳を見せてもらったり、求められれば診察に同行するなどの支援を行ったり、栄養面の改善や睡眠の工夫といった、生活の質や健康を高める、本人自身が日常で実践できることについても情報提供することで、利用者はエンパワーされていることが分かった。

[グループ 2]は、精神科医である B さんが紹介してくれた当事者たちであり、B さんの患者である人たちだ。B さんはおよそ 30 年近く精神科医として臨床に携わってきたが、その過程のなかで、向精神薬が持つ問題を認識し、自らの担当患者全員の減薬を試みるとともに、向精神薬以外のさまざまな代替的な治療法やその人自身ができる生活の工夫を提案している。先に言及した就労支援事業所の取り組みと同様、本人自身が日常の中で実践できることを一緒に考えると、1 人ひとりに寄り添った個別的支援を丁寧に行うことにより、本人の持つ力が引き出され、リカバリーが促されていることが分かった。

薬に偏重した治療の限界や弊害を認識し、それに代わる方法の選択肢を提案し、本人に寄り添った丁寧な支援を専門職が行うことにより、本人が持っている自然治癒力が引き出され、リカバリーが促進されている様子が、専門職と当事者へのインタビューから明らかになった。以前の科研費研究（2013～15 年度）では、このような専門職からの手厚い支援を受けた経験を持つ人たちは 1 名しかおらず、10 名は孤立した状態におかれ、自力で減薬や断薬を試み、断薬後は医療や福祉とのつながりも断っていた。その結果、医療や福祉に対する不信感や懐疑の念を強める人が少なくなかった。それに対して、今回の調査では、医療や福祉の専門職が、ある意味、「盾」になることによって、当事者がひとりぼっちにされることなく、減薬や断薬のプロセスを経験してリカバリーに至っているというケースが多くみられた。また、減薬や断薬のプロセスにおいて、離脱症状の苦しみだけでなく、これまでに受けてきた心の傷が表出される場合がある。家族や医療への恨みといったものを、サポーターである専門職が受けとめる場合もある。

今回の調査で明らかになったことは、問題に気づいた専門職が組織の中で孤立してしまいやすいことである。薬の問題は、逆に言えば、それだけ問題化しづらい問題なのである。その理由として、医師にとっては現在の診療体制のなかでは、投薬以外の治療方法の選択肢はなきに等しく、そのことに加えて、薬物療法が標準治療（第一選択）であるために、その選択をしないことの責任を問われることもある。さらに、様々な種類の薬（多剤状態）だったり、服薬によってバランスを保っていたりする状態から、薬を減らしていくときには、必ず状態が不安定になる。その状態の当事者をしっかりと支える環境がないと、減薬はできないと医師も判断する傾向にある。よって、減断薬を行う上で、当事者の主体性や意識はもちろん前提だが、本人を支える人的ネットワークがあってこそ、医師もまた本人の選択を支援しうるのである。

その一方で、現在の日本の精神科領域では、医師の判断や責任に比重が置かれている。置かれすぎていると言っても過言ではない。医師はその責任の重さや責任感ゆえに、投薬を中心とした治療を優先しており、患者やコメディカルとの対等な関係に基づいたチーム医療が実現しづらくなっていると考えられる。そしてコメディカルは、看護師も含め、医師の診療を補助する役割を担うべきところを、薬の処方に関しては、医師の判断に対してそれぞれの立場からの意見を言うことができない状況があるようだ。薬の効果をめぐって、服薬する本人も含めて、関係する人々がもっとフラクに語り合えるようになることが大切ではないだろうか。

最後に、就労支援事業所の取り組みから、以下のようなリカバリー・ループモデルを見出すことができた。図示する。

まず、当事者の身近で服薬の影響をモニターできる立場にいる支援者が、向精神薬について学び、支援者自身がエンパワーされている。支援者にとって、減断薬のプロセスを経てリカバリーをしている当事者の経験を聞くことや、そのような当事者の存在を知ること自体が、服薬中心・服薬前提の支援観から抜け出す大きな力を持っている。そして、当事者は支援者と協働して、自分の薬についての思いを主治医に伝えることで、服薬についての自律性・主体性を高めていた。

さらに、そのことが医療機関にも影響を及ぼし、薬物偏重の治療を行う必要がなくなっていく。このような「リカバリー・ループ効果」が社会に広がっていくには、専門職の変化が必要であるので、どのようにしたら、リカバリーを促進する専門職のつながりを形成していけるかが今後の課題である。

就労支援事業所の職員も利用者も希望する人が参加する。ここではともに参加者であり学び合う仲間でもある。グループに参加している断薬した当事者はロールモデルとなりえる。

市民団体
自助グループ

就労支援
事業所

就労支援の場であると同時に、就労するうえでの体調の管理や生活の質の向上を考える場ともなっている。本人の同意を得てのお薬手帳の情報共有を通して、当事者も服薬に関する意識を高められる。昼ご飯を利用者とスタッフが一緒に食べながら、前日の夕食内容や過ごし方などさまざまな話題について話し合う。

セカンド医

医療機関
主治医

本人が希望した場合、就労支援事業所の職員が診察同行する。普段の様子を知っている職員が同行することで、本人も力づけられ、主治医も本人の話によく耳を傾けるようになる。本人を支える福祉職員の存在を知ること、主治医も減薬の希望などを受け入れられやすくなる。

栄養療法を指導
する医療機関

栄養について職員自身が学び実践することで、利用者にも栄養に関する適切なアドバイスが可能となる。

本人が希望を伝えるようになることで、もともとの主治医との関係がうまくいかなくなる場合もある。主治医の側が本人の主張を快く思わず頑なな態度をとったり、時には受診拒否をされてしまったりする可能性もある。減薬を希望すると一気に薬を抜かれてしまい、大変な状況に陥る事例もある。そういった場合に信頼できる医師と就労支援事業所がつながっておくことで、利用者をサポートすることができる。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計2件（うち査読付論文 1件/うち国際共著 0件/うちオープンアクセス 0件）

1. 著者名 澤田千恵	4. 巻 20(1)
2. 論文標題 精神科多剤大量処方問題に対して専門職が発揮すべきアドボカシーとエンパワーメント機能 インタビュー調査にみるその意義と可能性	5. 発行年 2020年
3. 雑誌名 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌	6. 最初と最後の頁 25-34
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

1. 著者名 澤田 千恵	4. 巻 1689
2. 論文標題 人として扱われなかった：知的障害者施設入所のための服薬から突然死に至った広島での事件	5. 発行年 2017年
3. 雑誌名 賃金と社会保障 = Wage & social security	6. 最初と最後の頁 16 - 36
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 無
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

〔学会発表〕 計1件（うち招待講演 0件/うち国際学会 0件）

1. 発表者名 澤田 千恵
2. 発表標題 多剤大量処方問題の基盤としての「廃人化バイアス」 精神科医へのインタビューから
3. 学会等名 第47回日本保健医療社会学会大会
4. 発表年 2021年

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

6. 研究組織

氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
---------------------------	-----------------------	----

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8 . 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------