

# 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—

澤田 千恵

県立広島大学保健福祉学部人間福祉学科

2019年8月30日受付

2019年12月12日受理

## 抄 録

本研究は、日本特有とされる精神科多剤大量処方問題を解決するために、専門職がとりうる有効なアプローチを明らかにすることである。具体的には、ある障害者就労支援事業所の取り組みに注目し、その事業所の管理者とサービス管理責任者の2名にインタビューした。得られたデータをSCAT (Steps for Coding and Theorization) を用いて分析した。この事業所では、服薬の問題が利用者の健康や生活の質、そして人生全体に大きな影響を及ぼしていることに気づき、通院同行支援などの独自の取り組みを行っていた。その結果として、減薬や断薬も可能になっていた。このような支援を行うにあたり、スタッフ自身も当事者会と連携するなどして、薬の問題を学び、エンパワーメントされていた。分析を通じて、服薬に関する当事者の自己決定力を高める支援の本質は、アドボカシーとエンパワーメントであることがわかった。

**キーワード：**精神科多剤大量処方, 専門職, アドボカシー, エンパワーメント,  
SCAT (Steps for Coding and Theorization)

## 1 はじめに

多剤大量処方、体調悪化<sup>1)</sup>や過量服薬自殺<sup>注1)</sup>などをもたらす。精神科医の富高辰一郎は、精神科医が多剤大量処方を行いがちな理由として、「目の前の患者に薬が効かないというリスクを最大限回避したい」という動機があり、「これは本能に根ざした判断であり、知性による合理的な判断とは言えない」と批判している<sup>2)</sup>。リカバリー志向の支援も広がってきているが、依然として「薬物療法だけは不可侵領域」<sup>3)</sup>という捉え方が続いている。その背景として、日本では医師以外の専門職は処方権を持たず、かつ、医師の処方権が絶大な力を持っていることが挙げられる。処方権を持たない医療及び福祉分野の専門職は、医師が行った処方に対して、なかなか意見を述べる事ができない<sup>注2)</sup>。しかし、たとえば、服薬管理を担っている看護師、精神保健福祉士、介護福祉士らが、その処方が患者の健康を害していることに気づいた場合、いったい何をなすうであろうか。

精神科で治療を受けている当事者たちにとって、処方内容は重要な意味を持つ。精神科治療薬は、その人の健康や生活の質、そして人生全体に影響を及ぼしていくものだからである<sup>4)</sup>。だとすれば、服薬の問題は、広く専門職にとって、当事者と一緒に取り組んでいくべき重要な課題になるはずだ。本研究は、精神科薬物療法の抱える問題に、専門職がどのようにアプローチできるかを明らかにすることを目的とする。

## 2. 過量服薬の社会問題化

2010年6月29日、厚生労働省は「向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について」という通知<sup>5)</sup>を出した。同年、9月13日には、「向精神薬等の過量服薬への取組について」という通知<sup>6)</sup>が出された。それには、自殺・うつ病対策プロジェクト・チームがまとめた「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—」<sup>6)</sup>という報告書が添付されている。この報告では、過量服薬へと至る患者側と診療側双方の要因についての的確な分析がなされている。

まず患者側から見た要因として、「症状が改善せずやむなく投与される薬剤の量や種類が多くなってしまふ」、「長期の投与により依存的な状況になってしまふ」、「薬剤の効果等について十分に理解できる説明を受けられない」、「薬物への依存という認識が不足しており医者に処方求めてしまふ」などの要因があることを指摘している。次に、診療する側から見た要因として、「患者の症状にあわせて投薬をした結果投薬量が増えてしまふ」、「薬剤の処方を強く望む患者に対して説得が困難な状況がある」、「他の医療機関から重複

して処方を受けていてもわからない場合がある」、「日常診療の中で、ひとりひとりに十分な診療時間を確保することができず、その結果、過量服薬のリスクのある患者に対しても、薬剤の種類はできるだけ少ないことが基本であると考えられるが、多種類の薬剤を投与せざるをえないような状況がある」、「説得なく処方を拒否すると医療から遠のいてしまう恐れがある」などの要因があることを指摘している。

また、同報告書では、「我が国の精神科医療については、諸外国に比して多種類の薬剤が投与されている（いわゆる多剤投与）の実態があると指摘されており、このことが過量服薬の課題の背景にもある。多剤投与の課題については、厚生労働省としても問題意識を持っている」と述べられ、精神科の多剤処方に対する国の姿勢を明確に示すものとなっている。つまり、過量服薬を引き起こす要因として、わが国に特徴的な多剤処方の問題があることを国も認識しているのである。

同報告書では、「過量服薬は、単に処方を制限したからといって解決する問題ではなく、不用意な規制は、患者を医療から遠ざけることになりかねないことに注意すべきであり、患者が適切な医療にアクセスでき、患者の精神症状に応じて、適切な処方ができるよう体制を整備することが肝要である」と述べられていた。しかし、その後の診療報酬改定では、精神科の多剤処方等を制限する動きが相次いだ<sup>注3)</sup>。しかも、処方制限以降の新規患者に対しても、1日に50錠以上もの処方が行われていた被害事例も報告されている<sup>7) 8)</sup>。このように、多剤大量処方問題の解決は依然困難を抱えているのである。

## 3. 本研究の視点

### 3.1 研究者の特性と反射性 (Researcher characteristics and reflexivity) <sup>注4)</sup>

筆者は、2003年に初めて精神科を受診し、断薬した2010年までの7年間、精神科薬物療法を受けてきた。「あなたは重篤な精神疾患であり、そのため生涯服薬が必要だ」と主治医から言われていた。多剤大量処方を受け、薬剤性パーキンソン症候群で歩行困難になった。休職が長引き、復職はあきらめていたが、ある時、自分は病気ではなく薬の副作用と闘っていることに気づいた。そこから自力で減薬し、職場復帰を果たした。復職後、副作用のより少ない薬への変更を主治医に相談したところ、診療を拒否され、手持ちの薬を飲み終わった後に断薬することを決心した。断薬後は、鍼灸治療や漢方薬、自力整体、食事改善等を通じて健康回復に努め、現在、断薬して10年目を迎えた。

以上のような当事者としての経験をもとに、筆者は多剤大量処方による被害を救済し、防止する方策を提

案する目的で、精神科治療薬を断薬した当事者へのインタビュー調査を行ってきた<sup>9)</sup>。2012年には、精神保健福祉士を対象にした調査も行った（これについては次節で述べる）。断薬した当事者の視点から、精神科薬物療法の問題を捉え返す作業を行ってきたわけだが、そこからわかったことは、薬物療法の是非を超え、強力な薬物療法により「ゾンビ状態」<sup>10)</sup>にされてしまうこと—すなわち、人間性の否定や剥奪—が共通の課題なのだという点である。当事者が服用している薬についての知識を持ち、自身の健康を促進する主体になれるよう、エンパワーされることが重要だと筆者は考えている。

### 3.2 精神保健福祉士を対象にした調査で得られた知見

筆者は、多剤大量処方問題解決に精神保健福祉士が果たす役割と機能をテーマに、精神保健福祉士を対象にしたインタビュー調査を行った<sup>11)</sup>。その調査により、精神保健福祉士は服薬の問題は医療の領域であると考え、その問題に介入しない姿勢であることがわかった。服薬の問題について取り組む精神保健福祉士がなかなか見つからないなか、精神医療被害に取り組む市民団体から、Aさんという精神保健福祉士を紹介してもらった。

Aさんは横浜市にある精神障害者生活支援センターの職員であり、横浜市が独自に行っている自立生活アシスタント事業に携わっていた。この事業では、登録者に対する訪問、同行、生活への助言を中心とした日常生活支援を行っている。Aさんは訪問支援を行っている利用者の多くが、「わからないまま薬を大量に飲んでいること」や、その影響で健康を害していることについての問題意識をもっていた。Aさんによれば、事業所が訪問支援を行っている利用者は、毎年、何人も突然死していた。亡くなられた人たちは、精神科の薬をたくさん飲み続けてきた人たちであり、服薬の影響が大きかったのではないかと、Aさんは考えている。副作用で体調がすぐれない様子をふだんから見ていたのに、助けてあげられなかったことへの悔しさをAさんは感じていた。薬は医療の領域であり、自分たち福祉職はその領域を侵犯してはならないという規範に縛られているとAさんは語っている。

Aさんはただ手をこまねいていたわけではなく、アシスタント事業の枠組みのなかで実施可能な、病院への同行支援を行っていた。「薬を減らしたい」と思っているのに、そのことを主治医に伝えられない人の場合、事前に打ち合わせを行い、診察にも同行して、その人が伝えやすくなるようサポートするという取り組みである。医者もAさんが同席することで、患者の話によく耳を傾けるようになり、Aさんがその人のふだんの様子を伝え、本人を中心に医療と福祉が連携することで、減薬が可能になることもあったという<sup>注5)</sup>。

熊倉伸宏は、「個人と社会をつなぐことが、援助の論理であり」、「自己決定が果たすべき目的は、ノーマライゼーション・社会参加であり」、その「方法としては、援助者が被援助者に、その真意を社会に向かって表出できるように共同の意思決定をすることが求められる」と述べ、このような自己決定のありかたを「援助型自己決定」と命名している<sup>12)</sup>。Aさんの同行支援の取り組みは、まさに「援助型自己決定」として捉えることができるだろう。「援助活動は、適切な保護を与えながら話し合いを続け、その関係性の中から、本人の内なる要求を社会的ニーズに変化させていく過程であり」、これを表現するために「エンパワーメント」という概念が導入されたと熊倉は説明している<sup>13)</sup>。援助型自己決定とエンパワーメントとは「ほぼ同義」であり、その活動は「ヘルス・プロモーション活動」に該当する<sup>13)</sup>。このような「援助型自己決定」支援においては、アドボカシーとエンパワーメントがセットになっていると言える。

## 4. 調査の概要

「多剤大量処方問題」解決のためには、服薬している当事者への援助型自己決定支援、すなわちエンパワーメントが重要であるが、専門職が個人で行うには限界がある。事業所単位で取り組んでいるところがあれば、モデルケースとなるだろう。Aさんから、そのような事業所があることを教えてもらい、そこを対象に調査した。

### 4.1 調査対象者

X就労支援事業所（以下、X事業所と表記する）は、就労移行支援と就労継続支援A型の事業所である。所在地は関東地方にあり、利用者は11名程度、スタッフ数11名の設立して6年の事業所である。X事業所では、管理者自らが、利用者の服薬について問題意識を持ち、事業所全体で利用者の減薬に取り組んでいる。そこで、管理者Bさんとサービス管理責任者Cさんの2名にインタビューを行った。

### 4.2 調査方法

2019年3月、X事業所で実施した。2名一緒にインタビューを実施した。時間は約1時間20分である。文書と口頭で調査の目的や方法、プライバシー保護の方法や、調査の利用方法等に関する説明を行い、同意を得た。インタビューガイドに沿って半構造化面接の方法で行った。質問項目は以下の通りである。「1.現在の仕事を選択した理由。2.教育や研修では、患者・利用者の処方や服薬について、どのようなことを学んだか。3.仕事を始めてから、指導者や先輩などから、患者・利用者の処方や服薬について、どのような指導

を受けてきたか。とりわけ多剤処方についてはどう学んだか。あなた自身はそれらのことについて、どう考えているか。4. 向精神薬の持つ問題に気付いたのは、いつごろ、どのようなことがきっかけか。5. 減断薬をサポートしようとする際に大変なことはなにか。」

#### 4.3 調査目的と分析方法

調査目的は、X事業所において、利用者の服薬の問題に関連して、具体的には、どのような支援を行っているのか。また、それらは、どのような理念のもとに行われているのかを明らかにすることである。精神障害者の服薬を絶対視する考え方が強く、かつ、医師以外の専門職が処方に出くわすことがタブー視されている現状にもかかわらず、X事業所において利用者の減薬や断薬が可能になっているのはなぜなのかを明らかにする。

質的データ分析のための手法 SCAT(Steps for Coding and Theorization)を用いた。この手法では、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という分析手法である<sup>14)</sup>。

この分析方法を採用した理由は、テーマを記述していくカテゴリー分析であると同時に、シークエンス分析の特徴を持っているからである。SCATでは、4ステップのカテゴリー化を行うことにより、まず、「脱文脈化 (de-contextualization)」を行う。しかし、(4)の構成概念を用いてストーリー・ラインを記述する作業において、「(4)のコード間の関係性を検討しながらそれを再構造化する」。「つまり、ストーリー・ラインにおいて、(4)までの分析結果が『再文脈化 re-contextualization』されるのである」<sup>15)</sup>。

SCATの開発者である大谷は、「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<sup>15)</sup>。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、筆者はSCATの分析方法が有用であると考えた。

#### 4.4 倫理的配慮

調査データは、研究目的以外に使用しないことや、公表する場合には、固有名を記号等に置き換えて個人が特定化されないようにすること等について、調査参

加者に説明を行った。なお、本調査は、所属大学の研究倫理委員会を受審し、許可を得て実施している(承認番号 第17MH068号-01)。

## 5. 結果

### 5.1 福祉の仕事を始めたきっかけ

X事業所の管理者のBさん(女性、40代)は、事業所を始める前に重度訪問介護ヘルパーの仕事をしてきた。ヘルパーになる以前は、映像の仕事をしてきた。『アルバイトニュース』で訪問ヘルパーの仕事を見つけ、特別な思い入れもなく福祉業界に入った。他方、サービス管理責任者のCさん(女性、60代)は未就学児の療育の場で働いていたが、そこを退職し、2年前からX事業所のサービス管理責任者になった。Bさんは福祉の仕事始めて24年、Cさんは16年のキャリアをもっている。BさんとCさんは2人とも介護福祉士資格を持っており、Cさんは近年精神保健福祉士資格も取得した。

### 5.2 薬の問題への関心

2人は、環境汚染や化学物質などがアトピーや発達障害の増加と関連しているのではないかと考えている。そして、化学物質をできるだけ摂取しない工夫や、栄養改善などに取組む以前に、向精神薬が子どもにも処方されている現状に疑問を感じている。そこで、Bさんは、社会環境要因とアレルギーや発達障害との関係についての講座を企画した。講師は、向精神薬の過剰投薬問題に詳しいライターである。Bさんは疑問に思ったことを本やSNSで調べる中で、このライターのブログに出会った。そして、この講座にCさんが参加したことが、CさんがX事業所のサービス管理責任者になるきっかけとなった。この2人の出会いは、利用者の主体的な健康増進への取り組みを可能にする環境づくりにつながっている。SNSがこのようなネットワーキングや情報収集を可能にしている。

### 5.3 利用者の薬の処方に注目した理由

2人は、これまでに利用者が服用する薬について、研修などで詳しく学ぶ機会はなかった。介護福祉士や精神保健福祉士として、「服薬管理」をすることはあっても、投薬内容について踏み込んだ意見をいうことはなく、それは自分たちの仕事とは考えられていないと2人は語っている。Bさんたちが投薬内容に関心を持ったのは、事業所を始めて、実際に精神科での投薬治療を受けている利用者に接したことが大きい。そのきっかけとなった印象的なエピソードが語られている。

1つ目は、利用者が作業中に「急に泡を吹いて倒れた」ことである。その人が飲んだ頓服の影響だったことが後でわかった。2つ目は、薬が変わると利用者の

様子がおかしくなる場合があったことである。そのことに気づく以前は、利用者の様子がおかしい場合には、病院へ行くよう促していた。しかし、そうすると、そのまま長期入院になってしまうケースが多かった。退院しても薬をたくさん飲んでいて、なかなか働けるような状態に復帰できない場合が多く、どうしたらまた就労できるようになるかが課題だった。3つ目は、異なる病名がついている3名の利用者が、同じ時期に、「頭が真っ白になって、すとんと立てなくな」という、同じ状態を示したことである。Bさんは、薬についても少しずつ学び始めていたので、この3名の処方箋が最近変わったことも把握していた。そこで、何の薬に変更されたのかをそれぞれに尋ねてみたところ、全員が同じ薬の名前を挙げた。

以上のような事業所における実際の体験から、服薬が利用者の状態ならびに就労に及ぼす影響を職員が認識するようになったのである。そのため、X事業所では利用者に薬の内容や薬が変更されたときには教えてもらうようお願いするようになった。

#### 5.4 お薬手帳の活用

X事業所では、見学段階から、以下の説明をしている。当事業所では、健康を重視する観点から、お薬手帳を見せてもらっており、通院して薬が変更したときにも必ず教えてもらうようお願いしている。そして、同意を得たうえで、利用者から処方内容を教えてもらっている。お薬手帳のこのような活用方法により、利用者と職員間での服薬内容の共有が可能となるほか、これをきっかけにして、利用者自身の服薬についての意識が向上している。それまでは医者任せの治療態度を持っている人が多かったという。お薬手帳を見せてもらうことは、服薬している薬への気づきを高めることにつながり、薬が変更したときに生じる体調変化を自覚できるようになっていく。そのことは多剤予防にもつながっている。

#### 5.5 同行支援

X事業所が行っている重要な取り組みとして、利用者の求めに応じて病院に同行する支援がある。事業所では、生活支援員の制度を用いて、役所、福祉事務所、保健所、病院など、利用者本人が同行を求めた場合に、一緒に同行する支援を行っている。2年ぐらい前からこの取り組みを始めたが、そのきっかけは、利用者のほうから、「医者としやべれないから、病院についてきてほしい」と言われたことだった。

同行してわかったことの1つ目は、医者と患者の不均衡な関係性である。医者は患者に対して、休職や復職、年金や生活保護の受給などの処遇決定力を持っており、患者は医者に対して弱い立場にある。そこで、当事者の生活や就労を支援する専門職が診察に同行す

ることで、本人にかかる決定が本人と医者との「協議」のうえに決められるよう支援することが可能となる。2つ目は、診療時間が短時間のため、医者が患者を理解できていないことである。3分診療どころか、1分や2分の診療もあるとBさんは語っている。3つ目は、利用者側の問題であり、利用者が診療を医者に困っていることを訴えて、それを解決してもらおうと学習していることである。医療者側の問題点として、薬物以外の治療法をもっていないため、患者の訴えに薬で対応しようとしてしまうことがある。さらに、精神障害者は無理して働かなくてもよいとする保護的な考えが働き、それが患者の自律を阻んでいる。

#### 5.6 食生活や睡眠環境の改善提案

X事業所では、利用者の健康を考える上で、食生活や栄養が果たす役割は極めて大きいと考えている。食生活の改善は利用者を取り組みやすい健康行動である。減薬すると甘いものの摂取量<sup>注6)</sup>が減り、より食生活を改善できるようになる。また、健康習慣に関する話題を切り口にして、利用者の生活の多面的理解が可能となっている。面談だけでなく、昼食を職員と利用者がともにすることで、リラックスした会話を通じて利用者の生活が把握されている。昨夜の夕食内容や飲酒行動など、利用者それぞれの状況や課題の把握が可能となる。このような利用者に関する多様な情報収集努力により、利用者それぞれにきめ細やかな個別支援を行うことが可能となっているのではないだろうか。このような職員の利用者を理解しようとする積極的姿勢は、利用者の側からも「話を聞いてほしい」、「話を聞いてもらえると楽になる」などの信頼関係の形成につながっていると考えられる。

また、眠れないという悩みをもつ利用者は多い。そこで、睡眠のための改善方法の具体例を示すと同時に、眠れないといけないといった睡眠に対する思い込みを修正するような認知的介入を行っている。さらに、それぞれの人に合うリラクゼーション方法を見つけるよう促し、当事者のセルフ・コントロール力を高める支援を行っている。Cさんは心療内科を受診していたことがあり、その時に薬がどんどん増えていき、自己コントロール力を喪失した経験がある。このような自身の経験から、利用者の置かれている状況を共感的に理解することが可能となっている。またBさんもCさんも、身体に負荷をかける量の服薬をしながら働くことの大変さや苦労を理解しており、利用者に対して敬意を表明していた。このような2人の姿勢は、利用者の信頼にもつながっているのではないかと考えられる。

### 5.7 減薬にかかわる困難および本人の決断を見守る姿勢

当事者が減薬をしている時には周囲の理解が重要である。本人が頑張っていることを減らしていることへの理解がないと、そのことが減薬を困難にさせる要因になるからだ。減薬時には状態が不安定になりやすく、そのことを職員や他の利用者にも伝えて理解を求めている。減薬に関する職員間の意見の相違もある。医療の領域に踏み込むことへの抵抗感をもつ職員もいるが、2人はともに、自分たちは「減断薬サポート」を行っているわけではないと明言した。「減断薬サポート」は処方権を持つ医師が行うことであり、自分たちが行っているのは、利用者が薬の影響に気づき、主体的に健康行動を実践する支援だと認識しているためだと考えられる。具体的には、本人の服薬に対する希望を医者に伝えられるよう、医者と本人との「協議」を支援、減薬という方向性が決定されたら、本人の意思決定が遂行できるよう見守る。当事者はそれぞれ異なった背景をもっており、支援に1つの正解はない。事業所では個別性を重視した支援を行っており、そのためにも職員の利用者をみる視点の違いを重視している。

リカバリーを促進するには、利用者自身が医者や医療機関の質を見極める力と、質の高い医療を提供できる精神科医が増えることが大事だと2人は語っている。副作用の少ない薬への変更や、多すぎる薬の量を減らすことへの希望に主治医が応じてくれない場合、当事者は診療拒否を受けるリスクを抱えている。その場合、次の受診先は容易に見つからず、投薬してもらえないことで服薬が急に中断することになり、離脱(退薬)症状に本人が苦しんでいたこともあったという。もちろん、服薬の問題に対する事業所の取り組みへの利用者の反応は多様である。主治医との間に信頼関係を構築している利用者の場合、事業所の取り組みに反発を示すが、しかし主治医に対しては減薬してくれるよう依頼して結果的に薬が減り、回復が促進されていたケースもあったという。このように反発する場合であっても、結果的には利用者の服薬への意識を高めることにつながっている場合もある。

### 5.8 当事者の主観的満足度と介入の基準

2人は、当事者自身の医療に対する主観的満足度が重要であると考えている。そのうえで、不満があり自分自身では解決できない人たちに対して援助型自己決定支援を行っている。ただし、本人は問題を認識していない場合でも、事業所側から問題提起を行う場合はある。それは、薬の副作用が仕事に支障をきたす程度によって判断される。手の震えや物を覚えられない、ろれつが回らないといった状態は薬の服用量が多すぎる目安となり、そのことが本人に伝えられる。また、服薬だけでなく、食生活が体調に及ぼす影響について

も自己認識できるよう、利用者への気づきを促進している。

### 5.9 当事者会との連携

以上に見てきた事業所の取り組みは、当事者会との連携関係によっても支えられている。Bさんは、利用者の服薬について疑問を感じ、調べる中で、サードオピニオン会<sup>注7)</sup>の活動を知った。事業所の近くでも会を開いてもらっているため参加しやすい。また、当事者会への参加は任意であり、利用者も職員も学びたい人が主体的に参加しているという。会には、精神科の薬を減薬や断薬をした経験者が複数参加しており、間近でそれらの当事者の経験を聴くことができ、回復した当事者の存在を知ることが、当事者のみならず、支援者にとっても、精神障害からのリカバリーのイメージを拡げる重要な役割を果たしている。

当事者会の刺激を受けることで、利用者は自己選択力や自己決定力、必要な情報を自分で得る力を獲得する。X事業所では、当事者会に参加している利用者は薬の量が減り、誰一人増薬することはないという。利用者も職員も当事者会では1参加者であり、当事者会に参加することを通じて自己覚醒を起こしている。当事者会は、支援者をもエンパワーする役割を果たしている。また、当事者は、そこでの語り合いを通じて、自分自身が受けてきた治療を振り返り、評価することが可能となっている。そのことにより、当事者は医者に従う「患者人生」からの離脱をはかり、人生の主人公になることができるようになる。

## 6. 考察

### 6.1 短時間診療の弊害

行動経済学的に捉えると、短時間診療を行っている時に医者はシステム1思考になっていると考えられる。システム1思考とは、直感のシステムにかかわるもので、「概してスピードが速く、自動的で、努力が不要で、無意識的で、感情的」という特徴がある<sup>16)</sup>。対照的に、システム2思考は論理的思考である。「スピードが遅く、意識的で、努力が必要で、明示的で、論理的である」<sup>16)</sup>。筆者はあるシンポジウムで、ある精神科医が、自分が外来で1日に診察する患者数は100人であり、診察の最後のほうでは、まるで「パンチドランカー」のようにふらふらだと語っているのを聞いた<sup>注8)</sup>。システム1思考のメリットはスピーディさであるが、それによる意思決定の質の低下はデメリットとなる。短時間診療により、論理的思考を奪われる結果、多剤大量処方につながっている可能性も考えられよう。

## 6.2 多剤処方による弊害をなくすための方策

医者は患者の不調や不安の訴えに対して、薬の種類や量を調整して対応するため、多剤となっていた。本調査を通じて、利用者の日常の様子を知ることのできる立場にある専門職が、服薬がもたらす影響をフィードバックすることで、多剤処方を減らすことに寄与できることがわかった。だが、このためには、専門職が、服薬の影響についての問題意識をもつことが必要である。

X事業所では、管理者自らが文献やインターネットを調べ、服薬の影響について学んでいた。当事者団体とも連携し、減断薬経験者からも学んでいた。利用者の服薬に疑問を感じた場合には、医療用医薬品添付文書を「まじまじ」と読んで薬の知識を獲得するなどの努力を日常的に行っている。そうやって学んだことが、利用者の体調変化と「合致」という経験を通して、2人は服薬についての洞察力を身に付けてきたと言える。

このように、服薬がもたらす影響という視点をもって利用者の様子を観察し、その変化を薬理学的な知識とも関連づけて理解することで、臨床的な知が獲得されていく。服薬する当事者を支援する立場にある人たちが、このような実践的知識を獲得していけるよう支援することが、多剤処方による弊害をなくす力になると考えられる。

## 6.3 離脱症状への理解の重要性と減薬至上主義の弊害

診療報酬改定による多剤規制により、減薬を行う医師も増えてきたようだが、離脱症状についての理解が乏しいと、原疾患の再燃等と捉えられて、再増薬や入院治療等につながってしまう。薬害を強調しすぎることや、減断薬を至上目的にすることの危険性も周知する必要がある。X事業所では、食生活・栄養、睡眠環境の改善、リラクゼーション、当事者会への参加、セカンド医の紹介、ふだんからの何気ない会話等を通じて、利用者の気づきを促進している。それらすべてが相乗効果となって利用者の主体性や自律性を高め、リカバリーを促しているのだ。当事者のリカバリーを支える環境があつての減薬なのである。

## 6.4 リカバリーの障壁としての精神科医療及び制度

精神科医療それ自体が、就労やリカバリーの障壁となっている<sup>注9)</sup>。そこで、必要最小限の処方ができる精神科医が必要である。また、減断薬したことにより、障害等級がダウンし、障害年金が受給できなくなるなどの問題が生じることは、回復を阻害する制度的要因となっている。断薬後の福祉利用は制度が未整備であり、直ちに障害者手帳を返納する必要はないにしても、医療機関を利用しなくなると福祉サービスも受けられなくなる。それゆえ、回復を促す制度を整備していく

ことが重要である。

## 7. 結論

X事業所では、服薬がもたらす状態変化を自己観察するよう促し、服薬している本人が自己感覚を基準にした薬物の評価を行えるよう支援している。また、薬以外の健康や生活の質を高める手段の獲得が援助されていた。

副作用の少ない薬や自分に合う薬を服用したいという希望を当事者は持っている。しかし、そのことを主治医に伝えることが困難な状況があることもわかった。そこで、当事者が主治医と薬に関する話し合いができるよう、援助型自己決定支援が行われていた。事業所職員が通院同行することで、医者は当事者の話真剣に耳を傾けるようになっていた。職員と当事者と主治医の三者が連携することで、安全な減薬も可能になっている。

同時に、調査参加者2名の語りから、福祉業界が医療に支配され、当事者をエンパワーする力が弱いことも明らかとなった。医療のもたらす問題は拡大しているにもかかわらず、医療不可侵の原則が作用することで、精神保健福祉士をはじめとする専門職は自らの役割を果たせていないといえる。Bさんは、市民感覚からは事業所の取り組みが支持されていると感じており、専門職がまず自らを捕らえている専門職支配の構造を認識する必要がある。Cさんは、「周りから何を言われても」「その人に本当にいい人生を歩んでいてもらいたい」と語っているが、この言葉には、当事者こそが人生の主人公であるとする、X事業所の重要な理念が表明されている。

## 8. 研究の限界と今後の課題

本研究は、2名の職員の語りから、X事業所の取り組みについて記述した。SCAT分析を行うことにより、事業所の取り組みは、減断薬サポートではなく、当事者が内なる要求を社会的なニーズとして言語化するための、援助型自己決定支援であることがわかった。今後の課題は、2つある。1つ目は、X事業所の行っている支援について、利用者の語り<sup>注10)</sup>からその意義を明らかにすることである。2つ目は、専門職が組織的なアドボカシーとエンパワーメント機能を発揮するための社会的条件を明らかにすることである。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた皆様に感謝申し上げます。本研究は、2017～19年度日本学術振興会科学研究費助成金挑戦的研究(萌芽)(課題番号:17K18585)

の助成を受けて行った研究の一部である。

## 注

- 注 1) 2010 年 6 月 29 日, 厚生労働省は, 都道府県・指定都市や日本医師会をはじめとする関連学会に向けて, 「向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について」という通達を送った。この通達は, 厚生労働科学研究において, 「精神科に受診していた自殺者が, 自殺時に向精神薬その他の精神疾患の治療薬 (以下, 「向精神薬等」という。) の過量服薬を行っていた例 (薬物が直接の死因ではない場合を含む) が多くみられるという結果」が出たことを受けての通達であると明記されている。
- 注 2) これは医師同士にも当てはまる。インタビューで, ある医師は「先医をそしる」という言葉に言及し, 後から診た医師 (後医) が先に診た医師 (先医) の診断や治療を問題にすれば, 後医が先医になるから気を付けろという医学教育を受けたことについて語った。
- 注 3) 2012 年度, 2014 年度の診療報酬改定での処方制限やその効果については, 以下の文献を参照。三島和夫: 多剤併用に対する診療報酬の減算算定は向精神薬の処方動向にどのような影響を与えたか。精神科治療学, 32(11), 1477-1482, 2017。また, 2018 年度の改定では, 不安や不眠の症状に対し, 12 月以上, ベンゾジアゼピン系の抗不安薬・睡眠薬を長期処方している場合の処方料, 処方箋料が減算となった。また向精神薬の多剤処方等の状態にある患者について, 減薬した上で薬剤師または看護師と協働して症状の変化等の確認を行っている場合の評価として, 「向精神薬調整連携加算」が新設された。
- 注 4) 「反射性」という訳は大谷による。「reflexivity とは, 著者の特性が, 研究の全体を通して, しかも著者の気づかないうちに, その研究に影響を与えることである。したがって研究者は, 自分がどのような特性を有して, その特性がその研究にどのように影響を与えている可能性があるのかを, 研究の全体を通して, 深く省察する必要がある」と大谷は説明し, 「査読者や読者にその情報を開示し, 査読者や読者がそのような面から, その論文を批判的に検討することができるようにする」ことが必要だと述べている (大谷 2019:204)。「質的研究の最新の報告基準 SRQR」でも, 論文における「反射性」の記述が求められていることを大谷は指摘している (大谷 2019:204)。SRQR = Standards for Reporting Qualitative Research はインターネットで入手可能

である。

- 注 5) A さんの取り組みは, 所属する事業所の理解を得られず, 限界を感じて, A さんは個人事務所を開業した。
- 注 6) 「向精神薬の一部には, 甘いものを欲するような副作用があり, 糖尿病の発症に至ることもある」(忽滑谷和孝: 生活習慣病とメンタルヘルス, 日本職業・災害医学会会誌, 62(5), 317, 2014-09)
- 注 7) サードオピニオン会は, HP で次のように説明されている。「問題解決のための対話会の開催, 参加者は, 互いに問題提起をし, 他の参加者と共に問題解決のヒントを探ります。対話会は回復経験者, 当人, 家族, 市民応援者など対等な関係性の中で行われ, 社会から押し付けられた様々な常識や言説の見直しを行います。お互いの回復を確認することによって更なる回復を目指します。どなたでも参加できます」。(オンライン), 入手先  
< <http://alternativejapan.org/report.html> > (2019 年 7 月 1 日閲覧)
- 注 8) 第 8 回日本不安症学会学術大会, 千葉大学亥鼻記念講堂, 2016 年 2 月 7 日の「シンポジウム 7 多剤処方について」における松本俊彦氏の発言。
- 注 9) アンソニーは, 「疾患の結果生じた状態からの回復は, 疾患そのものからの回復よりも, ときに遙かに困難である。…『精神疾患』という分類に位置づけられることによりもたらされる障壁は, 圧倒的なものでありうる。…支援システムの作用そのものによっても障害はもたらされる (例: 自己決定の機会や治療行為の比重を少なくする機会の欠如)。ほとんど症状がなくなっても, これらの能力障害や不利が相俟って回復を制限することがある」と論じている (ウイリアム・A・アンソニー, 濱田龍之介訳: 精神疾患からの回復: 1990 年代の精神保健サービスシステムを導く視点. 精神障害とリハビリテーション, 149-150, 1998-11)。筆者はこのような問題は, わが国で現在も続いていると考える。
- 注 10) X 事業所の当事者 2 名のインタビューも同日行った。2 人とも事業所が提案する食生活や栄養の改善などにも取り組み, 体調が非常に良くなったと語っている。

## 引用文献

- 1) 助川鶴平: 抗精神病薬多剤大量投与の是正に向けて. 精神神経学雑誌, 114(6), 696-701, 2012
- 2) 富高辰一郎: 多剤併用療法と気分障害診断の拡がり. 精神科治療学, 27(1), 67, 2012
- 3) 加藤大慈: リカバリー志向支援の中での薬物療法



- IMR と MedMAP の紹介とともに. 精神障害とリハビリテーション, 17(2), 169, 2013-11
- 4) NPO 法人コンボ編: 統合失調症の人が知っておくべきこと—突然死から自分を守る. 特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構, 2013
  - 5) 厚生労働省: 向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について (通知). 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知, (オンライン), 入手先  
< [https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/jisatsu\\_medicine.html](https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/jisatsu_medicine.html) > (参照 2013-8-26)
  - 6) 厚生労働省: 向精神薬等の過量服薬への取組について. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知, (オンライン), 入手先  
< [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb6502&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb6502&dataType=1&pageNo=1) > (参照 2013-8-26)
  - 7) 嶋田和子: 青年はなぜ死んだのか—カルテから読み解く精神病院患者暴行死事件の真実, 萬書房, 2019
  - 8) 末田耕一: 「うつ」という医学の「言葉」は存在しない—ヒロシマで見つけた「無意識の病」PTSD の薬物療法, 文芸社, 2017
  - 9) 澤田 千恵: 精神医療における「過剰診断」と「被害の語り」, 社会臨床雑誌 24(3) 22-49, 2017
  - 10) Rapp, Charles A and Goscha, Richard J. The Strengths Model: A Recovery-Oriented Approach to Mental Health Services. Third Edition, Oxford University, 2012 = 田中英樹監訳: ストレングスモデル—リカバリー志向の精神保健福祉サービス 第3版, 26, 2014
  - 11) 澤田千恵: 精神科薬物療法が抱える問題に対する精神保健福祉士が果たす役割と機能に関する研究. 平成 24 年度県立広島大学重点研究事業, (オンライン), 入手先  
報告書 < <http://www.pu-hiroshima.ac.jp/uploaded/attachment/7140.pdf>, >  
報告会資料 < [https://researchmap.jp/mubd3xamp-1892783/#\\_1892783](https://researchmap.jp/mubd3xamp-1892783/#_1892783) >
  - 12) 熊倉伸宏: 援助活動における「自己決定」再考—防御型自己決定と援助型自己決定. 社会問題研究 50(2), 55, 2001-03
  - 13) 前掲論文: 59
  - 14) 大谷尚: 4 ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案—着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (教育科学), 54(2), 27-44, 2008
  - 15) 大谷尚: 質的研究の考え方—研究方法論から SCAT による分析まで. 名古屋大学出版会, 317, 2019
  - 16) Bazerman, Max H. and Moore, Don A. Judgement in Managerial Decision Making, 7th ed. John Wiley & Sons International Rights, 2009 = 長瀬勝彦訳: 行動意思決定論—バイアスの罠. 白桃書房, 5-7, 2011

# **Advocacy and empowerment functions provided by professionals can solve the psychiatric multidrug mass prescription problem**

**— Significance and possibility in an interview survey —**

Chie SAWADA

Department of Human Welfare, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima

Received 30 August 2019

Accepted 12 December 2019

## **Abstract**

The purpose of this study is to clarify the effective approaches that professionals can take in order to solve the psychiatric multidrug prescription problem that is unique to Japan. Specifically, we focused on the efforts of a workplace for supporting persons with disabilities and interviewed two persons: the manager of the office and the manager of service. The obtained data was analyzed using SCAT (Steps for Coding and Theorization). At this office, professionals noticed that the problem of taking medicine had a great influence on the health and quality of life of the user, and the whole life, and carried out their unique approach such as support for going to the hospital. As a result, drug reduction and cessation were possible. In providing such support, the staff themselves learned and were empowered by working with the user to learn about drug issues. Through analysis, it was found that the essence of support for enhancing the self-determination power of the parties regarding medication is advocacy and empowerment.

**Key words:** psychiatric multidrug mass prescription, professionals, advocacy, empowerment, SCAT (Steps for Coding and Theorization)