

日本の精神医療保健福祉分野における 精神障害当事者が主体となる服薬の実践や支援に関する研究 —減薬・断薬の潮流をふまえた文献研究を中心として—

井上牧子 風間眞理 西澤利朗
(Makiko INOUE, Mari KAZAMA, Toshiro NISHIZAWA)

【要約】

《目的》本人が主体となって行う向精神薬の服薬に関する近年の日本での言説の変遷や動向について、文献研究から明らかにすることを目的とする。近年の動向として「減薬」「断薬」にも焦点を当てる。

《方法》対象とする文献は、国立情報学研究所の論文検索サイト CiNii Research を用いて決定した。まず、「精神科×服薬×自己決定」で4本「精神科×減薬」で26本、「精神科×断薬」で37本、「精神障害×アドヒアランス」で15本が検索された。最終的には、研究論文45本、書籍3冊を対象とした。

《結果》対象文献から研究目的に関連した内容を以下の5点に整理し説明した。それは、「日本における減薬を推進するに至る経過と新たな動向」「向精神薬に関する多様な見解」「向精神薬の減薬に肯定的な医師の臨床経験」「当事者の主体性を尊重した服薬支援」「当事者の権利としての減薬・断薬」である。

《考察と結論》精神科治療における当事者主体の考え方は、リカバリー概念の具現でもある。当事者運動と結びついて向精神薬の減薬・断薬が、世界的には一つのムーブメントになっている。今後、日本でも、当事者の服薬や治療に対する主体性の喚起や、権利の回復に関する運動が活発になっていくだろう。精神科看護師や精神保健福祉士は、その活動にどのように関与し貢献できるのかを探求する必要がある。

キーワード：向精神薬、当事者主体、権利としての服薬、減薬

I. 問題意識の所在

精神障害当事者（以下、当事者と略すことあり）が主体となる向精神薬の服薬のあり方について、筆者が最初に「なるほど、そういう考え方もあるのか」と強く認識したのは、アメリカの当事者で心理学の博士号をもつ P. E. Deegan の論文を読んだ時であった。彼女は、「私は、薬を飲むのではない。薬を飲むというのは、受け身のスタンスである。むしろ、私は、リカバリーのプロセスの一部として薬を使うのである」¹⁾と主張していた。Deegan は、同論文の中で、単に病院に行くのではなく病院を利用するのだ、ということや、breaking down（参ってしまうことや倒れるこ

と）と breaking through/out（突破する、前進すること）の違いをリカバリーの観点から理解している専門職と活動することを選択することが、とても重要であると述べている。つまり、服薬も、通院もそして、一緒に活動する専門職も、彼女が主体となって選択し、活用すると主張している。筆者にとって、専門職である自分も、当事者から選択される（あるいは選択されない）という、Deegan の主張は強烈な印象として残った。

日本でも浦河べてるの家の向谷地が「薬は、症状の緩和と予防には効果があるが、いかに生きていくかというその人固有の人生課題の解決には当然のごとく無力である」²⁾とし、服薬拒否も自己対処の一つである

と考えている³⁾ことを知った。

これらの主張に驚きと感銘を受けた。実際に筆者自身が体調を崩した時、処方される薬を最後まで指示通りに飲み切るとはとても難しい。一方で、当事者は大抵の場合、毎日服薬し続けなければいけない。さらに精神障害を有する人々が治療のために服薬する薬の副作用の故に見た目にも苦しそうであること、副作用を抑えるためにさらに服用する薬が増える様子を理解し、日常生活の中で服薬し続ける大変さを筆者なりに感じているつもりであった。しかし、精神障害の当事者が服薬しなければ、再発・再燃する可能性は高くなり、精神障害を有する当事者にとって、服薬は“must”なものなのではないだろうかとも考えていた。そして、何よりも処方を含む「服薬」に関することは、医師の専有権に属しているが故に、それは不可侵のものであるとも考えていた。

このような、筆者自身の考え方を再考することになったのはある調査を実施したことが契機である。ここでは、スタッフである精神科看護師と精神保健福祉士が利用者とともに、利用者の減薬に積極的に取り組んでいたことが、インタビュー調査⁴⁾の副次的結果として明らかになった。そして当事者自身が、それらについてのプロセスや減薬の実績を、自分たちの言葉でその作業所の「通信」として発表していた。つまり、向精神薬の服薬に対して、作業所の利用者は主体的であった。

当事者である竹内は、服薬だけが治療ではないということに言及しており、「安心して暮らせること自体がそもそも治療なのである。病院だけが治療の場ではなく、生き方を通して治療しながら再発を防ぐことが大事なのである⁵⁾」と述べている。

筆者は精神保健福祉士であるが、経験的に当事者の方々の生活が「安定」すると、いわゆる「病状」がよくなるものである（逆に生活が不安定になると、病状は悪化する）し、かつ薬が効きすぎて副作用が強くなると生活の場面では、生活のしづらさとしてそれらが前面に表出すると理解している。この実践の中での経験が仮説として有効であるならば、「生活を支える」ことが上手く機能すれば、竹内が指摘するように生活支援は治療的に有効なものになるであろうし、さらにDeeganが指摘するように、向精神薬の服薬についても当事者が主体的になることは可能になると考えた。その端緒として、副作用の軽減を図るために向精神薬

の「減薬」に「生活支援」を活用しながら、共に取り組めることはできないであろうかと考えた。

特に、本人の生活の場である自宅を訪問する訪問看護師や、日中の活動を共にする福祉事業所で実践する精神保健福祉士は、本人の生活の場（空間）と時間を共有できる職種であると言える。そのような点からすると、看護師や精神保健福祉士は、向精神薬の減薬等に肯定的に関与することができ、当事者が主体となる服薬の支援に貢献することができるのではないかとこの仮説をもつに至った。

また、近年オープンダイアログ⁶⁾など、服薬を第一選択としない支援や治療などが紹介されるようになったこともあり、改めて精神障害当事者が主体となる向精神薬の服薬のあり方や、それらを巡る多様な主張に関心を抱いたことが、本研究に取り組む契機である。

II. 本研究の目的と方法

本研究では、精神障害当事者が主体となる向精神薬の服薬のあり方、特に前述のDeeganが主張したように当事者が「薬を使う（薬を飲まされるのではない）」という視点から、本人が主体となって行う向精神薬の服薬に関する近年の日本での言説の変遷や動向について、文献研究から明らかにすることを目的とする。また、オープンダイアログのように、服薬を第一選択としない精神科治療という近年の世界的潮流を踏まえて、「減薬」や「断薬」についても焦点を当てる。つまり、日本で実践されている精神障害当事者が主体となる服薬には具体的にどのようなものがあるのか、その具体的なプロセス、課題などに焦点を当てて文献研究を行う。

1. 対象

対象とする文献は、検索サイトとして信頼性が高く、医療に限らず、保健・福祉分野など全分野の論文の検索が可能である国立情報学研究所の論文検索サイトCiNii Researchを用いて決定した。「精神科×服薬×自己決定」で4本「精神科×減薬」で26本、「精神科×断薬」で37本、「精神障害×アドヒアランス」で15本が検索された。それらのアブストラクトなどを参考に対象とする論文を決定した。まず、重複したものは除外した。次に、薬物依存等における断薬・減薬など本研究の目的と関連のないものは除外した。さらに

表1 対象文献

筆者	論文名	発表雑誌	発行年
1 西尾 雅昭	精神障害を持つ人々への服薬支援 —ACT-J の実践から—	公衆衛生 Vol. 70 No. 12	2006
2 吉尾 隆	薬剤師に求められる精神科医療における専門性	臨床精神医学 38(2) : 161-166	2007
3 大井敬子ら	保険薬局に対する在宅移行後の精神障害患者への服薬支援状況における意識調査	日本薬剤師会雑誌 第61巻第10号 69-72	2009
4 堀川公平	のぞえ総合病院における統合失調症患者の非定型抗精神病薬の使用実態と課題 —いかにして入院患者の全単剤化率100% (うち非定型率91.8%) は可能になったか	日本精神病院協会誌 第30巻・第3号 45-52	2011
5 小林 和人	精神科病院外来における抗精神病薬減量の成果	精神医学 54(1) : 61-65	2012
6 福岡竜太郎	減薬・スイッチング時の多職種によるかかわりにおいて看護ができること	精神科看護 Vol. 39 No. 8 11-17	2012
7 松尾 清隆	減薬・スイッチング時の多職種協働の実際	精神科看護 Vol. 39 No. 8 18-21	2012
8 田邊 友也	減薬・スイッチングの際に看護師がもつべき包括的視点	精神科看護 Vol. 39 No. 8 22-27	2012
9 篠原百合子 吉見 明香	Illness Management and Recovery プログラムの諸外国の研究結果と日本への導入の 意義	東都医療大学紀要 第3巻第1号 1-11	2013
10 渡邊衛一郎 八木 剛平	精神科リハビリテーションを支援する薬物療法	精神科リハビリテーション 学会誌 Vol. 17 No. 2 43-48	2013
11 竹内 政治	薬をのむのは患者本人です	精神科リハビリテーション 学会誌 Vol. 17 No. 2 126-127	2013
12 磯田 重行	回復するために、精神薬を飲み続けること	精神科リハビリテーション 学会誌 Vol. 17 No. 2 128-129	2013
13 櫻井 美恵子	私の経験から	精神科リハビリテーション 学会誌 Vol. 17 No. 2 130-131	2013
14 安保 寛明	心身の健康と薬物療法	精神科リハビリテーション 学会誌 Vol. 17 No. 2 132-137	2013
15 加藤 大慈	リカバリー志向の中での薬物療法 —IMR と MedMAP の紹介とともに—	精神科リハビリテーション 学会誌 Vol. 17 No. 2 169-174	2013
16 千崎 康治 山田 清文	精神科医療における薬剤師の役割と課題	臨床精神医学 45(6) : 793-801	2016
17 山之内芳雄	統合失調症における抗精神病薬の減量・中止の仕方	精神科 29(3) : 218-220	2016
18 横井 優磨	認知症における高認知症薬の減薬、中止の仕方	精神科 29(3) : 250-255	2016
19 塩入 俊樹 加藤 圭吾	不安症群におけるベンゾジアゼピンの減量・中止の仕方	精神科 29(3) : 235-244	2016
20 西村 亮一 谷口 豪	抗てんかん薬治療の終結	精神科 29(3) : 245-249	2016
21 普天間国博 井上 雄一	不眠症における睡眠薬の減薬、中止の仕方	精神科 29(3) : 229-234	2016
22 山田 和男	双極性障害における気分安定薬の減薬、中止の仕方	精神科 29(3) : 225-228	2016
23 石井 薫 ら	長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護	ヒューマンケア学会誌 第7巻第2号 27-34	2016
24 山下真裕子ら	地域で暮らす精神障害者の訪問看護師による服薬支援の現状と課題	日本精神保健看護学会誌 Vol. 25 No. 1 99-107	2016
25 土岐弘美ら	精神疾患を持つ当事者や家族の服薬における取組と服薬支援に関する医療者への期待	高知女子大学看護学会誌 Vol. 41 No. 2 31-41	2016
26 進 健司 ら	精神科外来患者に対する診察前薬剤師面談による減薬処方提案の効果	日本病院薬剤師会雑誌 Vol. 52 No. 12 1487-1492	2016
27 新福 尚隆ら	アジアの向精神薬処方動向から見た日本の薬物療法の課題	臨床精神薬理 20 : 983-991	2017
28 松本 俊彦	多剤処方の規制とその背景	臨床精神薬理 20 : 975-982	2017
29 原子 英樹	訪問看護師による精神疾患の人の服薬支援 —薬を飲むことをゴールにしない支援のあり方—	在宅看護 2 (12) : 1104-1106	2017
30 吉尾 隆	薬剤師から見た精神科薬物療法におけるポリファーマシーとその是正	臨床精神薬理 Vol. 20 No. 9 993-1001	2017

31	石田雄介ら	多剤大量療法の統合失調症患者における SCAP 法半量以下での抗精神病薬減薬の試み	臨床精神薬理 20: 1057-1067	2017
32	近藤 毅	うつ病の寛解・回復後の治療：再発予防に向けた薬物維持療法と減薬・休薬の基準	臨床精神薬理 22: 783-790	2019
33	田島 治	向精神薬の長期投与を巡る論争と減薬・断薬のリスクとベネフィット	臨床精神薬理 22: 767-775	2019
34	助川 鶴平	統合失調者患者の寛解，回復後の薬物療法と減量・中断の試み	臨床精神薬理 22: 777-782	2019
35	澤田 千恵	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メント機能 —インタビュー調査にみるその意義と可能性—	県立広島大学保健福祉 学部誌20(1) 25-34	2020
36	澤田 千恵	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—	科学研究費助成事業 研究成果報告書	2021
37	桑原 秀徳 阪岡 倫行	統合失調治療薬	薬局 Vol. 72 No. 1 83-87	2021
38	菊池 美智子	訪問看護での服薬支援 —ご本人の納得できるよりよい選択に向けて—	精神科看護 Vol. 49 No. 9 33-38	2022
39	江上 江	減薬や服薬中止の選択肢があってもいいのではないか	精神科看護 Vol. 49 No. 9 92-94	2022
40	黒崎健太郎	私はなんのために薬を飲むか	精神科看護 Vol. 49 No. 9 95-97	2022
41	石村 徹	医師と二人三脚で断薬をめざす	精神科看護 Vol. 49 No. 9 101-103	2022
42	松田 博幸	精神障害当事者による主体的な服薬を実現するためのプログラムの開発	科学研究費助成事業 研究成果報告書	2022
43	野村 照之 大鶴 卓	統合失調症の服薬アドヒアランスにおける支援方法 —クライシス・プランによる協働的な病状管理—	臨床精神薬理 25: 139-147	2022
44	伊藤順一郎	ACT と服薬アドヒアランスの維持・向上	臨床精神薬理 25: 157-163	2022
45	渡邊衡一郎	統合失調症におけるアドヒアランス向上をめざしての Shared Decision Making (SDM: 共同意思決定) の実践	臨床精神薬理 25: 181-191	2022

	著者名	対象文献 書籍	出版社	発行年
1	大島巖・加藤大慈監修	IMR 入門 疾病管理とリカバリー	コンボ	2017
2	高木 俊介	危機の時代の精神医療。	日本評論社	2022
3	月崎 時央	新版 ゆっくり減薬のトリセツ	メンタルサバイバーチャンネル	2022

単なる「服薬指導」に関するものやそれに関する専門職の技術や技法についてなど、当事者の主体性を尊重するというよりも、当事者を専門職の技術や技法の対象とのみ位置付けていると考えられるものなどを除外した。そして、それぞれの文献を分析する過程で、対象文献が引用しており、本研究においても基礎資料として対象に加えておくことが必要であると考えられる文献や、当事者が執筆した物、雑誌、書籍等を探索的に対象に加えていった。最終的な対象は、研究論文(当事者の執筆のものを含む)45本、書籍3冊である(表1参照)。

2. 方法

対象となる文献の内容から、まずは、日本における

1) 向精神薬の服薬・減薬をめぐる言説の全体像を理解するために、それらを明らかにすることとした。そ

して、特に日本における2) 本人が主体となる向精神薬の服薬支援の有無やその実際、さらには3) 本人が主体となる向精神薬の服薬支援にあたっての課題となる部分を、対象文献から明らかにすることとした。その他、4) 特記すべき事項についても抽出した。最終的に、それら4点に関しての内容をまとめ説明を加えた。

3. 倫理的配慮

本研究は人を対象とした研究ではなく、既に公表されている論文を対象とした。文献の引用においては、著作権法、研究倫理を遵守した。

Ⅲ. 結果

結果として「日本における減薬を推進するに至る経過と新たな動向」「向精神薬に関する多様な見解」「向

精神薬の減薬に肯定的な医師の臨床経験」「当事者の主体性を尊重した服薬支援」「当事者の権利としての減薬・断薬」の5点に関する内容や動向について説明を加える。

1. 「日本における減薬を推進するに至る経過と新たな動向」

日本の向精神薬処方における課題は、アジア諸外国との共同研究とその結果の比較によって、新福らが、日本は抗精神病薬の大量処方・多剤併用が極めて多く、抗精神病薬の処方が治療というよりも、鎮静を目的としているということを指摘していた。特に多剤併用に関しては世界一であり、多くの患者にとって副作用の弊害が効果を上まわっているため、多剤併用と大量処方を改善すべきである⁷⁾と述べていた。

この多剤併用・大量処方については、2012年に、「精神科治療学」が、2号⁸⁾に亘って特集を組むなど、日本の精神科医療と薬物療法における大きな課題であると認識されていることが理解できた。

このような状況に対して、政策的な規制が始まったのは、自殺対策からであると松本⁹⁾は説明している。松本によれば、多剤大量療法が薬物乱用などにつながることや、自殺既遂者の6割が行動を取る前に処方薬である向精神薬を過量に服薬している¹⁰⁾ことが明らかになり、これらの問題に国が取り組むようになった⁹⁾と指摘している。

その結果、診療報酬が改定され平成24(2012)年度には、睡眠薬・抗不安薬が三剤以上処方されている場合は、精神科継続外来支援・指導料と処方せん料を減算することになった。そして、平成26(2014)年度改定においては、1回の処方において抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を4種類以上、抗精神病薬を4種類以上投与した場合、精神科継続外来支援・指導料を算定できなくなった。平成28(2016)年度改定では、1回の処方において抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上、または抗精神病薬3種類以上を投与した場合、精神科継続外来支援・指導料は算定できないとさらに厳しくなった。

一方で、入院患者が退院時の1回に限り、退院時に処方される内服薬の2種類以上の減少や、Chlorpromazine換算において減少した場合に、「薬剤総合評価調整加算(入院基本料)」が新設され、加算され

ることになった。また、外来においても同様に処方薬が減少した場合に「薬剤総合評価調整管理料」が算定できることになったり、保険医療機関と保険薬局との間で情報提供を行なった場合は、連携管理加算を算定できたりするようになった。

このように政策的な意図を有しながら、減薬することが推奨されてきたのだが、このことに対して松本は、「懲罰的対応」に偏ったものであることを指摘している。そして、多剤併用・大量処方は日本の精神医療の在り方そのものの問題であり、精神科医療の質の向上を目指すことが重要⁹⁾であると強調していた。

山之内は、診療報酬改定が3回に亘り実施されたことで、減算されることを懸念して、医師たちが一気に減薬してしまうのではないかと、減薬が促進されることを懸念していた¹¹⁾。

薬剤師の立場から吉尾は、これらの改定について、薬剤師と医師の連携の強化により、精神科における大量処方を是正することにつながるであろう¹²⁾という見解を示していた。

そして、新たな動向として、桑原¹³⁾らや田島¹⁴⁾らは、当事者が、副作用を減らし多剤大量処方から脱却したいということや、向精神薬や薬物量に関する期待の低下により、近年では抗精神病薬の減薬・断薬が一つのブームになっていると述べていた。田島¹⁴⁾によると、欧米では特にリカバリー志向の一つとして、ユーザー活動の大きなムーブメントになっており、海外のインターネットサイトには情報提供を行うサイトが数多く存在することを指摘し、代表的なサイトを紹介していた。

2. 「向精神薬に関する多様な見解」

向精神薬に関する見解は、疾患別、薬種別、かつ治療における効果、減量・断薬に関するものなど、多様な切り口からの報告が医師や薬剤師によってされていた。

2016年に発行された『精神科』では、「治療の出口戦略(薬物療法)」として、疾患別・薬種別の薬物療法における減量・中止についての論文が発表されていた。それによると、減量・中止についてのガイドラインが存在するのは「抗てんかん薬治療」に関するものだけであることが明らかになった¹⁵⁾。統合失調症に関しては、桑原らは薬剤師であるのだが「統合失調症に対する薬物療法については、極めて重篤な副作用のた

めに使いにくいクロザピンを超える優勢を示す薬剤は未だ見つかっていない¹³⁾と断言している。山之内が海外の複数の文献についてのレビューを行い、服薬を継続しても再発リスクはあるが、中止するとそのリスクは明確に増大すると述べ、抗精神病薬の減量については、慎重にすべきであると提唱している。しかし、その際に活用する「抗精神病薬減薬支援シート」についても紹介している¹¹⁾。

助川は、山之内同様、複数の海外の文献をレビューしているのだが、抗精神病薬の効果に否定的な文献を複数紹介し¹⁶⁾、どのような患者が抗精神病薬を中断できるのかを明らかにすることが重要であると述べている。高木は、助川とは別の海外文献を紹介しており、助川と同様に、抗精神病薬の維持療法は再発を「先送りする」だけではないかと指摘している¹⁷⁾。さらに、多種の薬種について言及するなかで、抗精神病薬について、第一世代抗精神病薬に比べて、第二世代抗精神病薬の有効性が証明されているわけではなく、統合失調症の長期的予後が非薬物時代に比べて改善したという証拠もない、そして、これらの事実は世界精神医学会(WPA)も認めているが、日本で議論されていないとも言及している¹⁷⁾。さらに田島によれば、長期の向精神薬の服用が慢性化や社会生活機能の低下の原因となっているのではないかというユーザー達の声があることを紹介し、これに対する一つの方策として「オープンダイアログ」が紹介されたのだと説明している。加えて向精神薬の効果についても批判的な研究結果を報告し、減薬や断薬についても踏み込んだ議論をしようと試みている¹⁴⁾。このように、治療の効果等に関する見解は、服薬を継続していても再発のリスクはあるというもの、一方で再発のリスクに対して減量に慎重な立場や、そもそも服薬には再発を先送りするだけであつたり、有効性は証明されていないなど多様な見解が紹介されていた。

3. 「向精神薬の減薬に肯定的な医師の臨床経験」

向精神薬を減薬する、なかでも抗精神病薬を減薬することで「副作用」が改善したという臨床的体験については、複数の医師が紹介していた。

例えば、堀川は、包括払いの療養病棟における薬剤費の占める割合を削減するために、低薬価の多剤処方から非定型抗精神病薬の単剤処方へと転換していった経過を紹介するなかで「患者の多くは過鎮静から解き

放たれ力動的チーム医療による退院促進の種々の試みとも相まって、病棟は活気に満ち、その後の退院へもつながった¹⁸⁾と自身の体験を綴っている。石田らは、SCAP法を用いた抗精神病薬の減薬により、患者が「作業療法に集中して取り組める時間が15分から1時間に延びるなど減薬後に認知機能が改善した例が観察された¹⁹⁾と紹介している。そして、そのほかにも他のスタッフからの穏やかになった、会話のキャッチボールが増えた、家族からの評価が上がったことなども紹介していた。同様に小林は、統合失調症の治療における外来での抗精神病薬の減量を、患者の自記式副作用質問票を用い薬剤師、看護師と連携しながら試みたことにより、減量によって主観的副作用が減少したことをベネフィットとしてあげていた²⁰⁾。

以上のように、抗精神病薬を減薬することについて肯定的な臨床体験を有する医師の報告を見出すことができた。

4. 「当事者の主体性を尊重した服薬支援」

当事者の主体性を尊重した服薬支援を行おうとする試み(支援法)が、複数紹介されていた。それらは、大きく「アドヒアランスの向上」を目指したものと、「リカバリー志向」のものに大きく分類できた。

最初に、「アドヒアランス」の向上を目指した服薬支援を紹介する。

まず、向精神薬の服薬におけるキーワードである「アドヒアランス」について整理しておきたい。伊藤は、「コンプライアンス」「アドヒアランス」「コンコーダンス」を取り上げ、この3つを区別して説明している。コンプライアンス (compliance) は「順守」という意味で、処方された薬を患者が指示に従って服薬することで、支援者との間には支援者側のパターンリズムが存在するとしている。アドヒアランス (adherence) は、「積極性」という意味であり、患者が服薬する主体として積極的に治療方針の決定に参加し、納得して服薬することであるとしている。さらにコンコーダンス (concordance) は「一致・和合・調和」という意味で、服薬について患者の考えを尊重し、医療者との間で情報を共有し、患者と医療者が病気や治療についての考え方を一致させ服薬に臨むという考え方であると、3つの用語を整理している²¹⁾。このように用語の整理を明確に行なった上で論じている論文は、少数であった。

アドヒアランスについては、アドヒアランスの不良や低下が、再燃や再発を招くという海外のエビデンスを紹介している文献の紹介²²⁾²³⁾がされ、渡邊は、アドヒアランス不良の問題を解決することが、疾患治療の鍵であると明言している²³⁾。これらの見解と共通するように、アドヒアランスの向上を目指すことによって否定的な結果が回避されるという考え方のもとに行われた実践や調査についての論文を、複数見出すことができた。

例えば「CP (Crisis Plan クライシス・プラン)」²⁴⁾の導入や「服薬モジュールの開発」²⁵⁾「精神科外来患者に対する薬剤師による診察前面談の導入」²⁶⁾などの多様な取り組みが紹介されていた。そして、このなかには、近年の新たな取り組みとも言える「SDM (Shared Decision Making: 共同意思決定)」も含まれて^{23),27)}いた。渡邊によると、現在SDMは各国の精神科の治療ガイドラインにおいて推奨されており、パターナリスティックな治療者との関係性から、治療者と双方向のコミュニケーションを行い、それに基づく治療に関する意思決定を行うことであると説明されている²³⁾。そのプロセスは、選択の必要性を確認 (Choice Talk) し、各選択肢を理解 (Option Talk) し、好みを明確に (Decision Talk) する過程を医療者と当事者が共有し、そして治療について決定する²³⁾というものである。

なお、SDMは、必ずしもアドヒアランスとの関連性の観点から取り上げられているわけではなく、単に近年の新たな取り組みとして紹介²⁸⁾されているものもあった。

次に、リカバリー志向のものとして、「IMR (Illness Management and Recovery 疾病管理とリカバリー)」が紹介され²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾ている。IMRは薬物療法や服薬にのみ焦点を当てたものではないが、扱われるモジュールのなかに「薬物療法を効果的に利用する」という項目が含まれていた。

そして、CP、SDM、IMRなどを実施する際には、「心理教育 (あるいは心理教育的なエッセンス)」「認知行動療法 (的なエッセンス)」などが用いられることも理解できた。「心理教育」「認知行動療法」は、上記で紹介したプログラムなどのなかで活用されるだけでなく、単独の服薬支援方法としても複数の文献において紹介されていた。

その他、向精神薬の減薬に関するプロトコルを示し

た「SCAP法 (Safety Correction of high dose Anti-psychotic Polypharmacy in Japan)」なども紹介されていた。

その他、文献のレビューによって服薬の必要性についてのエビデンスに言及していた複数の医師が、「患者との対話や信頼関係の重要性」について改めて指摘していた¹⁴⁾¹⁵⁾。

5. 「当事者の権利としての減薬・断薬」

近年の動向として、減薬・断薬のムーブメントがユーザーを中心に展開されていることを前述した。本研究においても、当事者自身が向精神薬の服薬について言及する論文が複数見いだせ、減薬や断薬についても論じられているものがあった。

その中には、多剤・大量処方によってもたらされる負の点についての改善や、アドヒアランスの向上を目指した服薬支援ではなく、向精神薬の服薬を、服薬する当事者の「権利」の問題とする文脈において、減薬や断薬を論ずる文献を見出すことができた。

江上は、統合失調症と診断された当事者である。彼女は自身の体験から「副作用を抱えたうえでも、減薬や服薬中止の選択肢があってもいいのではないかと感じます。どうして患者側に選ぶ権利が与えられないのでしょうか？服薬するのは患者です。ならば服薬の意思決定に関して、もっともっと患者の声が反映されてしかるべきだと思うのです」³²⁾と患者の権利を主張している。

社会学の研究者で当事者として断薬の経験もある澤田は、「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のではないかと問題点を指摘し、減薬や断薬を経験した当事者や専門職を対象にインタビュー調査を実施している。しかし、専門職が減薬や断薬について係ることは、現時点の日本では組織において理解を得られにくく、当事者の利益を真の意味で実現しようとした場合、組織から「独立せざるを得ない」ことを明らかにしている。そして、当事者が自力で断薬を試みると、断薬後は、医療や福祉とのつながりが絶たれてしまうため、専門職が当事者一人一人の個別性を大切に、当事者のストレングスを引き出し、盾になるような人的ネットワークの一部となることが重要であると述べている³³⁾。そして、精神科多剤・大量処方を解決する専門職の有効なアプローチとして、当事者の自己

決定を尊重しながら減薬や断薬を可能にするような実践について、就労支援の事業所のスタッフへのインタビュー調査の結果から、専門職が組織的にアドボカシー（権利擁護）とエンパワメント機能を発揮する重要性³⁴⁾について言及している。

社会福祉分野の研究者である松田は、エンパワメントやリカバリーという文脈を基に、当事者が主体的な服薬を行えるようなプログラムの日本での開発を目的に、カナダ・ケベック州で展開されている「GAM (Gestion autonome de la médication : 服薬の主体的な管理)」を参考にしようとその紹介を試みている。具体的な内容としては、Fisher, D によるリカバリーの概念とオープンダイアログを取り上げている。そして、GAM のガイドブックが、精神医療を巡るアドボカシー（権利主張）運動とオルタナティブ運動を基に生まれたと述べ、特に2019年に出版された第二版では、アドボカシー運動が優勢になって作成されたものであると指摘した。そして、実は日本においても、既に GAM のワークブックに非常に近いものである『ゆっくり減量のトリセツ』³⁵⁾が出版されていることを見出し、今後はこの本を出版した月崎の活動を注視し、日本での展開を考えていきたいと述べていた³⁶⁾。月崎は、ジャーナリストとして、また当事者家族として、減薬・断薬によって回復した約80名の方との対話を整理し医師の監修の元に、前述の本を出版している。向精神薬に関することや、減薬についての情報をイラストや図解なども盛り込みながら、非常にわかりやすくまとめている。そして、ピアによる情報が共有できるサイトなども紹介している。なお、医師と薬剤師は、そこに関与し、当事者をサポートする専門職として登場しているが、残念ながら看護師、精神保健福祉士は登場してこなかった。

いずれにせよ、近年、日本でも当事者の減薬・断薬を「権利」として求める主張や、社会学や社会福祉の研究者から、精神障害当事者の「権利」としての「減薬・断薬」の可能性を研究する新たな動きが生じていることが明らかになった。

IV. 考察

日本の精神医療保健福祉分野において当事者本人が主体となって行う向精神薬の服薬に関する近年の言説の変遷や動向について、文献研究を行った結果について、考察を加える。

本論の執筆が、筆者自身にとって、改めて冒頭の Deegan の主張について再考する機会となった。

抗がん剤や慢性疾患等他の疾患の治療や服薬については、恐らく当事者や家族に十分な説明と、その治療を受ける当事者の決定を尊重する治療的風土が日本においても、既に醸成され始めているのではないだろうか³⁷⁾。精神疾患の急性期・救急である場合は、治療が医療者主導であるのはともかく（精神疾患以外の疾患についても症状の急激な悪化については、治療が医療者主導であることについては、みな同意するのではないか）、急性期を乗り切った時には、精神障害を有する当事者への十分な説明とその治療についての当事者の決定を尊重することは、他疾患同様、当然のことではないだろうか。なぜ、精神科医療において、患者は自身の治療に際して、自分の意向を明確にするために、教育（心理教育）されたり、療法（認知行動療法）の対象になったりしなくてはならないのであろう。

一方で、治療者側が、患者の服薬についての想いをきちんと汲み取ったり、飲み心地²⁷⁾を理解したり、主観的副作用²⁷⁾を掴むための教育や訓練を受けることについては、なぜ積極的に論じられないのだろうか。あるいは治療者への教育法や治療の質向上のためのプログラムの提唱が、服薬支援の議論の俎上には、なぜ上がらないのだろうか。くり返しになるが当事者は、病や障害を負ったうえに、自身の治療に向き合うために、なぜ教育や療法の対象と位置づけられるのだろうか。主体は一体誰なのであろう。

その疑問を前提に、いくつかの点についてさらに考察を加えたい。

1. 治療者や支援者は、服薬支援において何を志向するのか ～「権利」と捉える視点の重要性～

服薬支援、あるいは（一歩踏み込んで）減薬や断薬支援においては、治療者や支援者が何を志向し、どのような理論を基盤として、その支援を行うかによって、その内容は大きく異なってくると考えられる。

服薬やそれに纏わる情報を当事者が知ったり、その内容を当事者が決定したりすることは、当事者の「権利」であると捉える視点を、支援者が持ち得ているかどうかによって、その支援の方向性は全く異なったものになると推測する。

向精神薬の減量を行ったことにより、認知機能が改

善され、アドヒアランスの向上が見られたという報告や、リカバリーへの誤解（服薬ができてこそ、リカバリーは実現するなど）が記されている論文も、散見された。アドヒアランスの向上が目的になる減薬とは、本末転倒ではないのだろうか。そもそもアドヒアランスという言葉についても、英和辞書で調べると「厳守、忠実な支持」³⁸⁾「(……に対する) 執着、固守・信奉、支持」³⁹⁾と記されている。実は、治療者の方針を「忠実に支持したり、信奉したり」することを、馴染みのない言葉で曖昧にして、治療者側の都合を患者に押し付けたりしてはいないだろうか。

これらの誤解や誤目的を防ぐためにも、患者自身が主体となる服薬は、江上のいう患者の「権利」であるという視点を軸とすることが重要であると考えられる。

「権利」という視点を有して、向精神薬の服薬支援を捉え直すと、精神保健福祉士はその専門性の中核に「権利擁護」を据えているが故に、この問題に対して無関心ではいられないはずである。澤田によると、精神保健福祉士を対象に調査を実施し、精神保健福祉士が、服薬に関する問題は医療の領域と考え、関与しない姿勢をとることが明らかになっていた³⁴⁾。しかし、今後、精神保健福祉士はこの問題に「権利擁護」の視点を有して関与することが求められる。

2. 経済性や効率性に捉われない

向精神薬の減薬、多剤処方を進めるために国は、診療報酬制度上に位置付けるという方策をとった。これはまさしく、経済的なインセンティブである。CP（クライシスプラン）を論ずるなかで、「『具合はどうか』と尋ねて色々答えてもらうよりも SM 表（注 セルフモニタリング表）を見れば変化がすぐに分かる」「診療時間が効率的になった」²⁴⁾ということが外来の医師からの声として、記されていた。このような例が良きものとして示されていると、効率的であるということについて、どのように捉えれば良いのかを考え、正直なところ途方に暮れる。患者自身の生の声に時間をかけて耳を傾けることを、医師が重視しなくても済んでしまうようなツールを、治療者・支援者は、どのように考えれば良いのだろうか。

さらに、SDM の紹介においては、通常診療より時間がかかって大変という印象はないということが記され、時間と知識の問題は視覚的資料を用いれば問題ないとされている²³⁾。

安保は「看護は、非侵襲的・非侵襲的・非効率的な（手間暇かける）ものである」と述べ、「考えることをスルーして、マニュアル通りに動くことが医療者の仕事の仕方になっていないか」⁴⁰⁾と問うている。また日本の精神保健福祉領域のソーシャルワーク理論を牽引してきた柏木は、クライアントの自己決定の結実をみるために、クライアントが自己決定できるその瞬間（時＝カイロス）が向こうからやって来るまで、ソーシャルワーカーは、時に自己開示をしながらクライアントと主体と主体としての対話を続け、協働していくことの重要性を「かかわり」として述べている⁴¹⁾。安保の指摘も、柏木の指摘も「効率性」を求めたものではない。むしろ効率性の追求には反対する指摘のように考える。経済性と効率性は、非常に結びつきやすいものである。経済性が問われるところには効率性が入り込み、効率性が良いことが経済性の良さとして認識される。しかし、経済性や効率性に捉われない支援こそが、より専門性を要するものであることを確認しておきたい。とすると、当事者本人が主体となる服薬を支援する際には、時間をかけて行うことが重要となる（効率性とは馴染まない）ことを意識しておく必要がある。

3. 看護師、精神保健福祉士が行う服薬支援の可能性

冒頭にも記したが、看護師や精神保健福祉士は、当事者本人の生活の場で、生活の時間を共にしやすい専門職である。伊藤や西尾は、生活の場で処方を決定する ACT の強みについて述べている²¹⁾⁴²⁾。このことからすると、精神科看護師や精神保健福祉士は、生活の場で当事者の生活に即して、向精神薬の服薬について当事者と共に考えることを強みとして発揮できるはずである。当事者のことは当事者が最も理解しているはずである。その当事者と共に取り組むことは、病状の安定につながり、減薬の可能性を見出すことにつながるという実践知を精神科看護師や精神保健福祉士は有しているのではないかと。さて、前述の月崎は、相談できる薬剤師や向精神薬の減薬に詳しい医師にアクセスする重要性³⁵⁾について述べている。看護師や精神保健福祉士は、当事者が、生活の場でそのような薬剤師や医師にアクセスするための「つなぎ」としての役割も担えるのではないかと。そのようなことが、当事者の生活に接近する専門職として求められているのではないかと考える。

V. 結論

精神科治療における当事者主体の考え方は、リハビリ概念の具現でもある。精神障害当事者は、他の疾患の患者と同様に、服薬を含む治療の主体である。支援をする専門職が、当事者を治療に対して受動的な存在であると決めつけてはならない。そのため、当事者が主体となる向精神薬の服薬について、当事者を交えて議論を進めることが、今後不可欠となるであろう。

世界的潮流をみると、既に当事者運動と結びついて向精神薬の減薬・断薬が一つのムーブメントになっていることが本研究において明らかになった。今後、日本でも、当事者の服薬や治療に対する主体性の喚起や、権利の回復に関する運動が活発になっていくことが考えられる。その際に、当事者の生活支援や権利擁護を実践において重視する、精神科看護師や精神保健福祉士は、それらの活動にどのように関与し、貢献できるのかを探求していく必要があると考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

今回は、文献研究を行ったが、文献の収集については不十分であったと考える。特に医学系の論文については、理解についても不十分なところがあると考えられる。

また、今日的な潮流である向精神薬の減薬や断薬の側面に焦点を当てて論文を抽出したため、本論には偏りがあるとも考えられる。それも本論文の限界である。

今後は、精神障害当事者の主体的な向精神薬の服薬支援をしている専門職の実践の実践について、探索的な調査をしていきたいと考える。

利益相反事項

本研究において、開示すべき利益相反事項はない。

【文献】

- 1) Deegan, P. E.: Recovery and Empowerment for People with Psychiatric Disabilities. *Soc. Work Health Care* 25, 11-24 (1997)
- 2) 向谷内生良 べてるの家：べてるの家の「非」援助論。P109, 医学書院 (2002)
- 3) 川村敏明+向谷地生良：退院支援, べてる式。48, 医学書院 (2008)

- 4) 井上牧子：精神障害者小規模作業所を存続させる意義と精神医学ソーシャルワーカーの専門性の関連についての考察。目白大学総合科学研究13, 19-30 (2017)
- 5) 竹内政治：薬を飲むのは患者本人です。精神科リハビリテーション17, 126-127 (2013)
- 6) 森川すいめい：オープンダイアログ 私はこうしている。医学書院 (2021)
- 7) 新福尚隆, 早川宏平, Shih-ku Lin, 加藤隆弘：アジアの向精神薬処方動向から見た日本の薬物療法の課題。臨床精神薬理20, 983-991 (2017)
- 8) 「精神科治療学」第27巻1号, 第27巻2号において「精神科医の多剤併用・大量処方を考える I・II」と特集が組まれている。
- 9) 松本俊彦：多剤処方の規制とその背景。臨床精神薬理20, 975-982 (2017)
- 10) 厚生労働省：第6回 自殺・うつ病対策プロジェクトチーム資料 平成22年7月27日 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000te7m.html> (2023年9月17日閲覧)
- 11) 山之内芳雄：統合失調症における抗精神病薬の減量・中止の仕方。精神科29, 216-220 (2016)
- 12) 吉尾隆：薬剤師からみた精神科薬物療法におけるポリファーマシーとその是正。臨床精神薬理20, 993-1001 (2017)
- 13) 桑原秀穂, 阪岡倫行：統合失調症治療薬。薬局72, 83-87 (2021)
- 14) 田島治：向精神薬の長期投与をめぐる論争と減薬・断薬のリスクとベネフィット。臨床精神薬理22, 767-775 (2019)
- 15) 西村亮一, 谷口豪：抗てんかん薬治療の終結。精神科29, 245-249 (2016)
- 16) 助川鶴平：統合失調症患者の寛解, 回復後の薬物療法と減量・中断の試み。臨床精神薬理22, 777-782 (2019)
- 17) 高木俊介：危機の時代の精神医療。26, 日本評論社 (2022)
- 18) 堀川公平：のぞえ総合診療病院における統合失調症患者の非定型抗精神病薬の使用実態と課題。日精協誌30, 45-52 (2011)
- 19) 石田裕介, 小松浩, 佐藤貴子, 他：多剤大量療法の統合失調症患者における SCAP 法半量以下での抗精神病薬減量の試み。臨床精神薬理20, 1057-1067 (2017)
- 20) 小林和人：精神科病院外来における抗精神病薬減量の成果。精神医学54, 61-65 (2012)
- 21) 伊藤順一郎：ACT と服薬アドヒアランスの維持・向上。臨床精神薬理25, 157-163 (2022)
- 22) 尾崎紀夫：アドヒアランスを重視した統合失調症の治療—再発予防の視点から—。精神神経誌108, 901-906 (2006)
- 23) 渡邊衡一郎：統合失調におけるアドヒアランス向上を目指しての Shared Decision Making (SDM：共同意思決定) の実践。臨床精神薬理25, 181-191 (2022)
- 24) 野村照幸, 大鶴卓：統合失調症の服薬アドヒアランスのける支援方法—クライシス・プランによる協働的な病状管理—。臨床精神薬理25, 139-147 (2022)
- 25) 齋藤百枝美：精神科医療における服薬アドヒアランス向上とメンタルヘルスリテラシー教育。薬学雑誌141, 541-555 (2021)

- 26) 進健治, 牛島悠一, 金澤康範, 神村英利: 精神科外来患者に対する診察前薬剤師面談による減薬処方提案の効果。日本病院薬剤師会雑誌52, 1487-1492 (2016)
- 27) 渡邊衡一郎, 八木剛平: 精神科リハビリテーションを支援する薬物療法。精神障害とリハビリテーション17, 163-168 (2013)
- 28) 千崎康司, 山田清文: 精神科医療医における薬剤師の役割と課題。臨床精神医学45, 793-801 (2016)
- 29) 大島巖, 加藤大慈 (監修): IMR 入門 疾病管理とリカバリー。コンボ (2017)
- 30) 加藤大慈: リカバリー志向支援の中での薬物療法。精神障害とリハビリテーション17, 169-174 (2013)
- 31) 篠原百合子, 吉見明香: Illness Management and Recovery プログラムの諸外国の研究成果と日本への導入の意義。東都医療大学紀要 3, 1-11 (2013)
- 32) 江上幸: 減薬や服薬中止の選択肢があってもいいのではないか? 精神科看護 増刊号49, 92-94 (2022)
- 33) 澤田千恵: 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—。科学研究費助成事業 研究成果報告書 (2021)
- 34) 澤田千恵: 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メント機能—インタビュー調査にみるその意義と可能性—。人間と科学 県立広島大学保健福祉学雑誌20, 25-34 (2020)
- 35) 月崎時央: 新版 ゆっくり減薬のトリセツ。メンタルサバイバーチャンネル (2022)
- 36) 松田博幸: 精神障害当事者による主体的な服薬を実現するためのプログラムの開発。科学研究費助成事業 研究成果報告書 (2022)
- 37) 木澤義之: 患者の意向に沿ったケアを実践するために—APC とエンド・オブ・ライフディスカッション (EOLD) —。死の臨床45, 10-12 (2023)
- 38) リーダーズ英和辞典
- 39) ジーニアス英和辞典
- 40) 安保順子: 拘束と医療。精神医療45, 3-7 (2018)
- 41) 柏木昭, 佐々木敏明: ソーシャルワーク協働の思想 “クリネー” から “トボス” へ。へるす出版 (2010)
- 42) 西尾雅明: 精神障害をもつ人たちへの服薬支援 ACT-J の実践から。公衆衛生70, 944-946 (2006)

(2023年9月25日受付、2024年1月14日受理)

Literature Research on the Practice and Support of Medications by People with Mental Disorder in the Field of Mental Health and Welfare in Japan

Makiko INOUE¹⁾, Mari KAZAMA²⁾, Toshiro NISHIZAWA¹⁾

[Abstract]

Objective: This study aimed to conduct literature research to clarify the recent changes and trends in Japanese statements concerning psychotropic drug administration conducted mainly by people with mental disorders. Recent trends will also focus on “reducing drugs” and “cutting off drugs.”

Method: The literature targeted for the method was determined using CiNii Research, a paper search site of the National Institute of Informatics. First, four literature were searched for “psychiatry × medication × self-termination,” 26 for “psychiatry × drug reduction,” 37 for psychiatric × drug reduction, and 15 for “mental disorder adherence.” Finally, this review included 45 research papers and 3 books.

Result: The contents associated with the research purpose in the target literature were summarized and explained in five points, including “progress and new trends leading to drug reductions in Japan,” “diverse views on psychotropic onions,” “positive clinical experience of doctors in reducing drugs,” “support for taking drugs with respect for the parties’ independence,” and “reduction/disruption as a right.”

Conclusions: The concept of the parties involved in psychiatric treatment is an embodiment of the concept of “Recovery.” Reducing and cutting off psychotropic drugs has become a worldwide act in conjunction with the party movement. In the future, more activities will be conducted in Japan to encourage people to take medicines and treatments independently and to restore their rights. Psychiatric nurses and mental health social workers need to explore how they can engage and contribute to their activities.

Keyword: Psychotropic Drugs Client-Concerned Medication as a “Right” Reduction Drug

1) Department of Social Welfare Services, Faculty of Human Sciences, Mejiro University

2) Department of Nursing, Faculty of Nursing, Mejiro University