

統合失調症と診断された当事者のリカバリーを 阻害する要因

Factors Inhibition Recovery of People Diagnosed with Schizophrenia

木村 緑¹⁾ 大山 一志²⁾

要約 本研究は15名の統合失調症と診断された当事者に、リカバリーを阻害する要因を明らかにする事を目的として半構造的面接を行なった。

面接内容の分析の結果、13のサブカテゴリ、6つのカテゴリ【説明不足の治療】【知識不足の家族】【薬剤の副作用】【精神障害者への偏見】【病気への理解の乏しい職場】【低下する自尊心】が導出された。

I. 研 究 目 的

現在、諸外国の統合失調症のケアは、当事者のリカバリーを目的に行われている。リカバリーは「精神疾患という破局的な影響を乗り越えて、成長する過程で人生の新しい意味と目的を作り出すこと」¹⁾であり、単に疾病からの回復ではなく、人生の回復を目指すものである。

リカバリー概念に基づいたプログラムは、精神障害者自身の手記や体験から得た知見を活用している。そして、精神障害をもつ当事者が主体となり、自らの病気を管理し目標を

定め、自身の生活を前進させる事に重点が置かれている。このような取り組みは我が国においても効果的であるとされ、リカバリーを目指した当事者主体のケアが考案されている。

現在リカバリーを促進する要素として希望や楽観的思考、信頼できる人の存在といった要素が明らかになっており、当事者の強みを生かしていくことが重要であるとされている。

しかしその一方リカバリーを阻害する要因

1) 八戸学院短期大学 看護学科

2) 青森中央学院大学 看護学部

もいくつか挙げられており、Harding らは、統合失調症の慢性化は、社会的偏見や医源性など環境によるものであって、疾病の自然経過ではなく²⁾ 社会的要因は統合失調症の慢性的な転帰に深く関与し、疾患要因よりも重要である³⁾ と報告している。

統合失調症をはじめとする精神疾患は生物学的側面のみならず社会的側面も深く関与し、リカバリーに大きな影響を及ぼしている。今後、統合失調症を持つ当事者が一人の人間として、人生を豊かにしていくためにはリカ

バリーに向けた支援を行っていく必要があるが、それとともにリカバリーを阻害すると考えられる要因にも着目して支援していくことが必要であろう。

しかし現時点で国内の統合失調症を持つ当事者のリカバリーを阻害する要因についての報告は非常に少ない現状である。そこで本研究では統合失調症と診断された当事者のリカバリーを阻害する要因を明らかにすることを目的とした。

II. 研 究 方 法

1. 研究デザイン

統合失調症と診断された当事者のリカバリーにおける主観的な体験を、研究参加者の語りを通して記述する質的記述的研究。

2. 研究対象者の選定条件

本研究の対象者を選定するにあたり、米国で最も広く引用されている Liberman らのリカバリーのクライテリアを参考にした。彼らは ① 2 年以上精神症状学的に普通レベル ② 学校または仕事に参加している ③ 独立した生計を維持している ④ BPRS4 点以下 ⑤ 社会機能を維持している⁴⁾ としている。このクライテリアをもとに国内の文化的差異を考慮し対象者を選定した。

3. データ収集の方法

データ収集は、対象者の基礎情報（年齢・性別・就労形態・発症年齢・経過年数・入院経験の有無・病名告知）の把握を行い、対象者のリカバリーに関する経験について、半構造的面接によってデータを得ることとした。

4. 分析方法

インタビューで得られたデータを基に逐語録を起こし、krippendorff の内容分析の手法に準拠し分析を行った。分析過程においては、精神保健学教員並びに質的研究の見識者にスーパーバイズを受けながらすすめた。

III. 用語の操作上の定義

1. リカバリーとは、精神疾患という破局的な影響を乗り越えて、成長する過程で人生の新しい意味と目的を作り出すことと定義する。

IV. 倫理的配慮

研究の実施に当たっては研究対象者に対して口頭および文書を用い、以下の説明を行い了承を得た。

1. 研究の趣旨・方法
2. 研究参加は自由意思によること
3. いつでも研究参加を取りやめることができ、それにより不利益をこうむることは一切ないこと

4. 話したくないことは一切話す必要がないこと
5. プライバシー保護を徹底すること
6. 成果発表を行う際も個人情報保護すること

なお、本研究は青森県立保健大学倫理委員会に審査を申請し、承認を受けた後に開始した。

V. 結果

1. 対象者の概要

インタビュー対象者は、20代から50代の統合失調症と診断された当事者、総計15名（男性9名、女性6名）である。平均年齢は39.2歳、発症年齢は約22歳、発症からの経過年数の平均は約17年であった。そのうち一般就労は6名、福祉的就労は6名、就労トレーニングは3名であった。

2. 統合失調症と診断された当事者のリカバリーを阻害する要因の導出

インタビュー内容の分析の結果、統合失調

症と診断された当事者のリカバリーを阻害する要因における、13のサブカテゴリ、6つのカテゴリ；【説明不足の治療】【知識不足の家族】【薬剤の副作用】【精神障害者への偏見】【病气への理解の乏しい職場】【低下する自尊心】が導出された。（表1参照）

以下に、それぞれのカテゴリ、およびカテゴリを構成するサブカテゴリと、サブカテゴリを構成する特徴的なコードを抜粋して述べる。なお【 】はカテゴリ、『 』はサブカテゴリ、< >は意味内容を示すコードとして本研究では用いる。

表1 統合失調症と診断された当事者のリカバリーを阻害する要因

カテゴリ	サブカテゴリ	当事者の語り
説明不足の 治療	目的を見いだせない 入院	ただ薬を飲んでごろごろするだけ、入院の意味がない自分の家で診察受けていたほうがいい
	意見が反映されない 入院	つまない何で入院しているんだろうって思ってた
知識不足の 家族	病気への知識のない 家族	家族も病気のこと知らなくて「どうして働かないで家にいるの テレビばかり見て」とか言われた
	当事者へのいらだちを 感じる家族	父は「家にお金を入れろ」って些細なことで喧嘩になった
	当事者への疑問を 感じる家族	家族には「何で寝てばかりいるの」って言われた
薬剤の 副作用	薬の副作用による 体調不良	1年から2年、薬に慣れるまでは副作用との戦い。体重は増える、たちくらみ、薬飲んでボーとする毎日
	体調不良を隠す当事者	体調悪い人いて、でも先生に言うと薬増やされるからって、外来では特に変わらないって言ってる人結構いる
	薬剤調整への抵抗を 感じる当事者	治療の妨げになっている、ほとんどの人が副作用が怖くて、先生には言わない
精神障害者 への偏見	当事者自身が持つ 精神障害者への偏見	私も自分の中で精神科に対する偏見があったんです。待合室で饒舌にしゃべる男の人がいて、どこが悪くて通ってるんだろうって思ってた精神科だったんですよ、その時このおじさん精神科に通ってるんだあって思ったとき、自分の中の偏見に気づいたんです。
	当事者が感じる偏見	歯医者通ってて、お薬手帳見せると精神安定剤って書いてあると、ええって感じで私の顔を見るんです、見せたくない おかしいと思うのが自分がこういう病気ですって言うのと、「よく言える勇気があるね」っていわれるんですけど、それは違うんじゃないかと思って、正直に話してるのに
病気への理解 の乏しい職場	病気への理解の 乏しい上司	「あなたは病気なんだからそんなに無理して仕事にしがみつかなくてもいいんじゃないですか」って上司に病気のことと言われても言い返すとクビになると思うと言えない
	退職をすすめる 上司	上司に「仕事やめて違う仕事探してください」と言われた
低下する 自尊心	あきらめの気持ち	かなり自信なくす。周りの友達みたいに結婚もしたいし、でもみんなあきらめるんですよ。

1. 【説明不足の治療】

このカテゴリは『目的を見いだせない入院』『意見が反映されない入院』の2つのサブカテゴリで構成される。

『目的を見いだせない入院』は<「ただ薬を飲んでごろごろするだけ、入院の意味がない」

自分の家で診察受けていたほうがいい><つまない何で入院しているんだろうって思ってた>のコードで構成される。入院の目的や休息の必要性といった説明をしっかりと受けておらず目的を見いだせない状態での入院経験を表わす。『意見が反映されない入院』は

＜入院生活は患者の意見を受け入れてくれない＞のコードで構成される。

入院中の当事者の意見は受け入れられず、薬についての質問をすると逆に質問で返されるといった医療者の対応が語られ当事者の意見が受け入れられなかったという意見を表す。

2. 【知識不足の家族】

このカテゴリは『病気への知識のない家族』『当事者へのいらだちを感じる家族』『当事者への疑問を感じる家族』の3つのサブカテゴリで構成される。

『病気への知識のない家族』は＜家族も病気のこと知らなくて「どうして働かないで家にいるの テレビばかり見て」とか言われた＞のコードで構成される。『当事者へのいらだちを感じる家族』は＜父は「家にお金を入れろ」って些細なことで喧嘩になった＞のコードで構成され、『当事者への疑問を感じる家族』は＜家族には「何で寝てばかりいるの」って言われた＞のコードで構成される。統合失調症という疾患の知識がなく、どのように対応すればよいか戸惑う家族の様子を表す。

3. 【薬剤の副作用】

このカテゴリは『薬の副作用による体調不良』『体調不良を隠す当事者』『薬剤調整への抵抗を感じる当事者』の3つのサブカテゴリで構成される。

『薬の副作用による体調不良』は＜1年から2年、薬に慣れるまでは副作用との戦い。体重は増える、たちくらみ、薬飲んでボーっとする毎日＞のコードで構成される。『体調

不良を隠す当事者』は＜体調悪い人いて、でも先生に言うとか薬増やされるからって、外来では特に変わらないって言ってる人結構いる＞のコードで構成される。『薬剤調整への抵抗を感じる当事者』は＜治療の妨げになっている、ほとんどの人が副作用が怖くて、先生には言わない＞のコードで構成される。

これらから、薬剤による体調不良や精神症状の出現よりも、薬剤の副作用に対する苦痛が大きい事が表されている。

4. 【精神障害者への偏見】

このカテゴリは『当事者自身が持つ精神障害者への偏見』『当事者が感じる偏見』の2つのサブカテゴリで構成される。

『当事者自身が持つ精神障害者への偏見』は＜私も自分の中で精神科に対する偏見があったんです。待合室で饒舌にしゃべる男の人がいて、どこが悪くて通ってるんだらうって思ってた精神科だったんですよ、その時このおじさん精神科に通ってるんだあって思ったとき、自分の中の偏見に気づいたんです＞のコードで構成される。『当事者が感じる偏見』は＜歯医者通ってて、お薬手帳見せると精神安定剤って書いてあると、ええって感じで私の顔を見るんです、見せたくない＞や＜おかしいなと思うのが自分がこういう病気ですって言うと、「よく言える勇気があるね」っていわれるんですけど、それは違うんじゃないかと思って、正直に話してるのに＞のコードで構成される。これらは普段は気づかないが当事者自身が持つ精神疾患への偏見や社会生活の中での何気ない場面で遭遇する偏見について表している。

5. 【病気への理解の乏しい職場】

このカテゴリは『病気への理解の乏しい上司』『退職をすすめる上司』の2つのサブカテゴリで構成される。『病気への理解の乏しい上司』はく「あなたは病気なんだからそんなに無理して仕事にしがみつかななくてもいいんじゃないですか」って上司に病気のことで言われても言い返すとクビになると思うと言えない>のコードで構成される。

『退職をすすめる上司』はく上司に「仕事やめて違う仕事探してください」と言われた>のコードで構成される。統合失調症に罹

患した当事者に対しての職場の理解の乏しさに苦悩する気持ちを表している。

6. 【低下する自尊心】

このカテゴリは『あきらめの気持ち』のサブカテゴリから構成される。『あきらめの気持ち』はくかなり自信なくす。周りの友達みたいに結婚もしたいし、でもみんなあきらめるんですよ>のコードから構成される。これは統合失調症に罹患したことで人生の多くをあきらめてしまうことを表している。

VI. 考 察

1. 【説明不足の治療】

精神科領域における薬物療法は生物学的脆弱性を補う⁵⁾ という意義があり、精神科医療の重要な役割を担っている。また精神科医療には非自発的入院制度があり、病期によっては本人の同意が得られにくい状態での治療が行われる場合がある。しかしどんな場合であっても入院の目的や必要性、どのような薬物が処方され、どのような作用・副作用があるかについての説明はされなければいけない。入院時、精神運動興奮が強く、説明が聞き入れられていない状況であっても、熱意を込めていてねいに説明することで患者の記憶に残り、以後の治療に良い影響をもたらすこともある⁵⁾。入院時には医師とともに必要な治療や看護についての十分な説明を行い、理解を得られるようにすることが必要である。

当事者が精神疾患を乗り越えていくためには自らの病気や症状を知り、当事者自身が能

動的に治療にかかわることが必要となる。『目的を見いだせない入院』や『意見が反映されない入院』と当事者が感じる入院の在り方はリカバリーを阻害するものであるということを確認し十分に説明を行い援助にあたっていく必要がある。

2. 【知識不足の家族】

精神疾患を持つ当事者がリカバリーを果たすためには、信頼できる人の存在が欠かせない。患者にとって信頼できる人で一番身近な人といえば一般的には家族であろう。家族が精神疾患の知識があり、サポートできる体制が整っていれば当事者にとって大きな強みとなる。しかし、精神疾患は罹患率が高いにもかかわらず、認知されておらず偏った考えを持つ人も多い。また、家族は当事者の精神症状に翻弄され疲弊している時もある。サブカテゴリとして導出された『当事者へのいらだ

ちを感じる家族』『当事者への疑問を感じる家族』はまさにそのような家族を表しているといえるだろう。

家族が信頼できる存在となり当事者を支えていくためには、まず医療者が不安を持った家族を支えることが必要である。精神疾患が発症して間もない時には家族もまた大きな不安を抱えることになる。そのような家族の負担への配慮とリテラシーの向上に向けた援助が必要であろう。それが結果として当事者のリカバリーにつながると考えられる。

3. 【薬剤の副作用】

精神科領域における薬物療法は治療の第一次選択であり、当事者のリカバリーに欠かさない。近年、服薬援助においては患者と医療者との協調的な服薬介入が必要であるとされておりコンコーダンスの考え方が注目されている。精神科領域におけるコンコーダンスとは精神疾患を持つ当事者の思いを理解し、当事者の望む医療を実践するための概念として考えられており、一定の成果が報告されている。

また、一般的に精神科の薬剤は副作用が出現しやすく当事者のQOLを阻害するケースが多い。そして、その薬剤になれるまで、副作用による体調不良が起きたり精神症状が再燃する場合もある。サブカテゴリである『薬の副作用による体調不良』『体調不良を隠す当事者』『薬剤調整への抵抗を感じる当事者』といったサブカテゴリはそのような患者の苦悩があらわされているといえる。

薬物療法を受けている当事者との信頼関係の構築や当事者の困りごとをくみ取り、当事者の意見が反映された協調的な薬物調整への

援助に努めていく必要がある。

4. 【精神障害者への偏見】

精神障害者への偏見はリカバリーをすすめていくための阻害要因となっており、統合失調症を持ちながら地域で生活する当事者の生きにくさにつながっている。そのような現状を打破するために平成16年3月には心の健康問題の正しい理解を深めることを目的とした「こころのバリアフリー宣言」がまとめられた。「こころのバリアフリー宣言」は内閣府が提唱する共生社会の実現を目的とし、障害者などの自立した日常生活や社会生活を確保することの重要性についての理解を深めることを国民の責務として定められている⁶⁾。しかしまだまだ認知度は低く浸透していない状況にある。

また精神疾患を持つ当事者自身が感じる偏見も社会活動への大きな障壁となっており、自らの可能性を狭める原因となっている。統合失調症をはじめとする精神疾患はその症状によって社会生活を困難にする場合がある。しかし、症状が落ち着けば十分社会で生活することも可能である。そういった知識を国民一人一人が持つことが必要である。そのためには「こころのバリアフリー宣言」など偏見を軽減する施策を活用するとともに、当事者自身も勇気を持ち、社会に溶け込み、暮らしていくことが重要であろう。

5. 【病気への理解の乏しい職場】

精神障害者における就労支援には「職業リハビリテーション」と「職場復帰支援」という2つの支援制度がある。

「職業リハビリテーション」とは障害を持つ

ているために職業に就くことが困難になっていたり、維持していくことが難しくなっている人にも職業を通じた社会参加と自己実現、経済的自立の機会を作り出していく取り組み⁷⁾のことである。「職場復帰支援」とはメンタルヘルス不調により休業した労働者に対する職場復帰を支援するための取り組み⁷⁾のことである。

平成24年労働者健康状況調査によると仕事や職業生活に関する強い不安、ストレス等を感じる労働者は約6割に上っており、メンタルヘルス不調により連続1か月以上休業または退職した労働者がいる事業所は8.1%⁸⁾と報告している。精神疾患の罹患率は消化器疾患の罹患率と同じぐらいの頻度であるといわれており、一般的な疾患であるにもかかわらず認知度は低い。また上記のような支援の方法があるにもかかわらず現場においては、精神障害者に対する理解に乏しく偏見も強い現状にある。

当事者が遭遇した『病気への理解の乏しい上司』や『退職をすすめる上司』といった職場の理解の乏しさは、当事者の就労への意欲や自信を奪い、リカバリーを阻害する要因といえる。当事者がリカバリーを果たしていくには職場をはじめ一人一人が精神障害者に対する知識を深め、理解していくことが必要である。

6. 【低下する自尊心】

統合失調症は罹患することにより学業や就労に困難をきたすことが多く、対人関係にも深い影響を及ぼすため、人生の大きな方向転換を余儀なくされる場合が多い。また今まで出来ていた事ができなくなったり、症状に左右されて逸脱した行動をとってしまう場合もある。そのようなことが続くと悲観的な思考となったり、多くの可能性をあきらめてしまう場合がある。このような考えはリカバリーを阻害すると考えられる。

リカバリーとは、精神疾患という破局的な影響を乗り越えて、成長する過程で人生の新しい意味と目的を作り出すことであり、単に疾病からの回復ではなく人生の回復を目指すものである。多くの統合失調症に罹患した当事者は傷つき、自信を無くしている場合が多い。しかし、希望を持つことをあきらめてしまうと人生の回復は望めない。また支援する側も当事者の回復を信じて支援することが重要となってくる。

最近、精神疾患を体験した当事者によるピアサポートが行われている。同じ疾患を体験した人のサポートは当事者にとって大きな希望となりロールモデルとなるだろう。ピアのリカバリー体験を共有し、当事者自身もリカバリーを信じて行動することで成功体験は得られる。成功体験が増えることで自尊心は高まり、再び人生の回復に向かっていけると考えられる。

引用・参考文献

- 1) Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the men-

- tal health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation* J16(4), 11-22
- 2) Harding CM, Zubin J, Strauss Js (1987). Chronicity in Schizophrenia: Fact, Partial Fact, or artifact ?. *Hospital & Community Psychiatry* 38, 477-486.
 - 3) Harding, C.M., Brooks, G.W., Ashikaga,T., et al. (1987). The Vermont longtudial study of person with severe mental illness. *American Jnuranal of Psychiatry*, 144, 718-735
 - 4) Liberman, R.P., kopelowicz, A., venture, J., et al. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Reveiw of Psychiatry*, 14, 256-272.
 - 5) 特例社団法人日本精神科看護技術協会 (2011). 精神看護ガイドライン 2011. 精神科看護ガイドライン政策・業務委員会
 - 6) 国立精神・神経センター こころのバリアフリー宣言.
www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/barrierfree.html 2014.8.27 閲覧
 - 7) 厚生労働省 こころの健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き
www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/.../101004-1.pdf 2014.8.27 閲覧
 - 8) 厚生労働省 (2012). 平成 24 年労働者健康状況調査結果の概況.
www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h24-46-50_05.pdf 2014.8.27 閲覧